



V dlouhodobých studiích byla změna glykemie, cholesterolu a triglyceridů do zvýšených hladin pozorována u 10 %, resp. 9 % a 9–13 % pacientů (14). Nárůst hmotnosti o > 7 % byl v dlouhodobých studiích depresivních pacientů pozorován u 30 %, zatímco snížení hmotnosti o > 7 % u 4 %. Průměrná změna hmotnosti po 26 týdnech činila +2,9 kg a po 52 týdnech +3,1 kg (14). Rozdíl v hmotnostním přírůstku po brexpiprazolu ve srovnání s pacienty se schizofrenií je dán jednak kombinací léků a dále skutečností, že u pacientů s klasickou formou deprese dochází v průběhu onemocnění ke snížení hmotnosti, a zvýšení hmotnosti pak může patřit mezi známky zlepšení stavu. V dávkách 4x přesahující max. dávku v kombinaci s antidepresivem neprodlužoval QTc interval (32, 33).

U starších dospělých (≥ 65 let) s neadekvátní odpovědí na ≥ 1 antidepresivum během současné epizody deprese v otevřené studii Aquila zaznamenala nejvyšší incidenci mezi nežádoucími účinky únava (15 %) a neklid (13 %). Nejčastějším NÚ vedoucím k odstoupení ze studie byla únava (3 %). Klinicky významné poruchy hybnosti nebyly zaznamenány (25).

Další nežádoucí účinky

Brexpiprazol může vést k ortostatické hypotenzi a následně k závratím, tachykardii a vzácně i k synkopě. Toto riziko je obecně nejvyšší na začátku léčby a během titrace dávky. Stejně jako u ostatních antipsychotik je možný výskyt neuroleptického maligního syndromu a tardivních dyskinezi.

Někteří pacienti užívající brexpiprazol, popsali intenzivní nekontrolovatelné nutkání k hraní automatů a neschopnost toto nutkání kontrolovat. Další méně časté nutkání zahrnuje sexuální kompulze, nakupování,

přejídání a další impulzivní či kompulzivní chování. V některých případech stačilo snížení dávky, jindy vysazení léku. Protože pacienti nemusí rozpoznat narušenou kontrolu impulzů, je důležité se pacientů a příbuzných ptát na zvýšenou intenzitu či rozvoj nových výše uvedených impulzivních aktů. Tyto příznaky nejsou specifické pro brexpiprazol, ale byly popsány také po jiných parciálních či ještě častěji po plných agonistech dopaminových D3 receptorů (34).

Animální studie nezaznamenaly známky teratogenity, ale studie u těhotných nebyly provedeny. Animální studie orálního podávání brexpiprazolu ukázaly, že brexpiprazol neovlivňuje mužskou fertilitu, ale snižoval fertilitu samic (27). Nebyly provedeny studie zjišťující výskyt brexpiprazolu v mateřském mléce. Lék je vylučován do mléka laktujících samic potkanů (27).

Farmakokinetické interakce

Silní inhibitoři na CYP3A4 (např. ketokonazol, claritromycin, grapefruit) či CYP2D6 (např. bupropion, duloxetin, fluoxetin, paroxetin, chinidin) vedou ke zvýšení hladin brexpiprazolu a vyžadují redukci dávky o polovinu, u středně silných inhibitorů o 1/4. Současné podávání brexpiprazolu s CYP3A4 induktory (karbamazepin, třezalka) vyžaduje zvýšení dávek na dvojnásobek (14) až trojnásobek (rifampicin), v tom případě je vhodné celodenní dávku rozdělit a podávat 2x denně, aby nedocházelo ke kolísání hladin (27).

Farmakodynamické interakce

Informace o farmakodynamických interakcích nejsou dostatečné. Při současném podávání s jinými přípravky je třeba postupovat opatr-