



Zespół urojeniowy u pacjenta po przeszczepie serca

Delusional syndrome following heart transplantation

ROBERT PUDLO¹, MARIAN ZEMBALA²

Z: 1. Katedry Psychiatrii Wydziału Lekarskiego w Zabrze Śląskiej Akademii Medycznej
2. Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze

STRESZCZENIE

Cel. Przedstawiono obraz i przebieg zaburzeń psychotycznych po przeszczepie serca.

Przypadek. Pacjent z zespołem urojeniowym po przeszczepie serca. Nietypowość zaburzeń polegała na występowaniu „czystego” zespołu urojeniowego, bez zaburzeń świadomości, co zbliża je do obrazu cardiac psychosis, której przypadki opisywano w latach sześćdziesiątych minionego wieku, po operacjach kardiologicznych.

Komentarz. Po transplantacji serca zaburzenia tego typu są opisywane wyjątkowo rzadko.

SUMMARY

Objective. The clinical picture and course of psychotic disorders after heart transplantation are presented.

Case. A patient with delusional syndrome following heart transplantation. The disorder was atypical due to the presence of a “pure” delusional syndrome, with no impairment of consciousness, thus resembling the picture of “cardiac psychosis” described in the 1960s in patients after cardiac surgery.

Commentary. Disorders of this type are reported very rarely after heart transplantation.

Słowa kluczowe: zaburzenia psychiczne / transplantacja serca

Key words: mental disorders / heart transplantation

Opisy zaburzeń psychicznych związanych z transplantacją serca mają historię tak długą jak same przeszczepy. Pierwsze doniesienie pochodzi od Lunde’a, który był członkiem zespołu Barnarda [1]. Po przejściu procedury transplantacyjnej od fazy eksperymentalnej do praktyki klinicznej w latach osiemdziesiątych rośnie też ilość publikacji na temat psychiatrycznych aspektów transplantacji. Zainteresowanie psychiatrów dotyczy zarówno stanu psychicznego pacjentów przygotowywanych do przeszczepu, jak i zaburzeń w okresie pooperacyjnym, wczesnej rehabilitacji i późniejszym. Wśród pacjentów operowanych w Polsce, systematyczne badania dotyczyły dotychczas głównie okresu wczesnej rehabilitacji. Największe takie badania przeprowadzono w ośrodku zabrzańskim w latach 1994–1996 [2, 3]. Obecnie, od 2 lat, w tym samym ośrodku trwają badania funkcjonowania psychospołecznego osób żyjących z przeszczepionym sercem dłużej niż rok.

Poniższy opis dotyczy zaburzeń, które rozpoczęły się nie później niż w okresie pooperacyjnym, a korzeniami sięgają być może do okresu oczekiwania na przeszczep. Nietypowość psychozy polega na niewystępowaniu zaburzeń świadomości i podejrzeniu psychologicznych czynników w patogenezie.

OPIS PRZYPADKU

Czterdziestoosmioletni mężczyzna, absolwent AWF, był konsultowany psychiatrycznie w 5 dobie po transplantacji z powodu nagłej zmiany stanu psychicznego, która nastąpiła bezpośrednio po przeniesieniu z sali pooperacyjnej, dzień przed konsultacją. Relacja lekarza prowadzącego wskazywała na pobudzenie, drażliwość i brak współpracy, przy zachowanej pełnej świadomości.

W czasie pierwszego badania pacjent leżał nieruchomo, wpatrzony w jeden punkt, nie reagował na żadne pytania badającego. Widoczne było wzmożone napięcie mięśniowe i drobnofaliste drżenia. Pacjent był spocny, źrenice nieznacznie rozszerzone. Przy próbach wykonywania ruchów biernych stawiał opór. Ze względu na gwałtowne pobudzenie ruchowe w wywiadzie i ewidentne objawy lęku obserwowane w czasie badania, podano 5 mg diazepamu dożylnie, uzyskując prawie natychmiast wyraźne odprężenie pacjenta, w tym normalizację napięcia mięśniowego, ustąpienie drżeń i kontakt werbalny. Pacjent rozejrzał się po pomieszczeniu, odpowiedział prawidłowo na pytania dotyczące orientacji, nie ustosunkował się jednak do żadnych pytań dotyczących ewentualnych objawów psychopatologicznych.

Wypowiedział natomiast rozbudowaną kwestię, zawierającą treści urojeniowe o charakterze prześladowczym. Uważał, że podawane we wlewach leki są w istocie truciznami, które mogą go zabić, obawiał się wszelkich zabiegów pielęgniarских i lekarskich, nie przyjmował do wiadomości, że okres po transplantacji serca wymaga intensywnego leczenia. W wypowiedziach, obok treści urojeniowych, zwracała uwagę nadmierna drobiazgowość. Pacjent wyraźnie starał się kierować rozmową, na próby ponawiania pytań reagował rozdrażnieniem.

Przeprowadzony z personelem wywiad ujawnił następujące dane.

Pacjent został zakwalifikowany do transplantacji z powodu schyłkowej niewydolności serca w przebiegu wady aortalnej z klasą czynnościową NYHA IV i frakcją wyrzutową lewej komory 20%. Bezpośrednio przed operacją był w silnym lęku, skrajnie małomówny, na pytania odpowiadał tylko monosylabami. „Zachowywał się jak automat” – relacjonowały pielęgniarki. Napięcie i lęk były u niego wyraźnie większe niż u innych pacjentów przygotowywanych do przeszczepu. Okres pooperacyjny przebiegał bez powikłań somatycznych. Po wybudzeniu względnie spokojny, współpracował przy zabiegach, przyjmował posiłki i płyny w zakresie przewidzianym dla tego etapu leczenia. Zmiana nastąpiła w chwili przeniesienia z sali pooperacyjnej na oddział intensywnej opieki, co jest rutynową procedurą. Pacjent, wchodząc na nową salę, okazał lęk, co zapoczątkowało kilkunastogodzinne pobudzenie psychoruchowe, nieznacznie łagodzone podawanym domięśniowo haloperidolem. Każdą kolejną iniekcję przyjmował ze wzrastającym lękiem. W czasie całego okresu nie obserwowano zaburzeń orientacji ani pamięci świeżej. Stan psychiczny pacjenta nie był zależny od pory doby.

Wobec występowania treści urojeniowych, silnego pobudzenia i nieskuteczności haloperidolu, podawanego przez kardiochirurgów w łącznej dawce 15 mg przez okres ok. 36 godzin, zlecono octan zuklopentiksolu w dawce początkowej 25 mg na 48 godzin, następnie 50 mg co 48 godzin. W czasie całego leczenia podano 4 wstrzyknięcia, następnie pacjent przyjmował 25 mg zuklopentiksolu doustnie.

U pacjenta przeprowadzono trzy kolejne rekonsultacje: dwie w czasie pierwszego tygodnia leczenia i jedną po trzech miesiącach.

W czasie pierwszego tygodnia obserwowano normalizację napędu psychoruchowego. Dwa krótkie, trwające do godziny, okresy pobudzenia, o nasileniu znacznie mniejszym niż przed leczeniem, wystąpiły tylko w pierwszej dobie po podaniu zuklopentiksolu. Pacjent był jednak stale napięty i czujny. Ważył każde słowo, wszystkie odpowiedzi opatrywał szeregiem zastrzeżeń, nie chciał wspominać okresu pierwszej konsultacji, chociaż z kontekstu wynikało, że dokładnie pamięta jej przebieg. Jakkolwiek nie wypowiadał urojeń, to zgłaszał liczne, nieprecyzyjne skargi na pielęgniarki, w tym opisywał treści niestosownych rozmów, jakie miały one prowadzić na jego temat. Obiektywizacja tych wypo-

wiedzi nie była możliwa. Skargi wygłaszał bardzo ostrożnie, by nie objąć nimi żadnego z kardiochirurgów. Swoje zaburzenia bagatelizował, kwestionował potrzebę leczenia, niemniej wyraził zgodę na jego kontynuowanie. Nadal widoczna była nadmierna drobiazgowość, chociaż sprawiała ona raczej wrażenie uwarunkowanej ostrożnością wypowiedzi. Kontakt z pacjentem był rzeczowy, jego zachowanie uprzejme, acz nacechowane nieufnością.

Diametralnie inaczej przebiegła rozmowa po trzech miesiącach leczenia. Pacjent chętnie podjął rozmowę, był wyraźnie odprężony, rozmawiał swobodnie, nie obserwowano poprzednio występującego napięcia i nieufności. Potwierdził, że okres psychozy pooperacyjnej zachował się całkowicie w jego pamięci, potwierdził też obecne wtedy rozbudowane urojenia prześladowcze, ale prosił by nie zadawać szczegółowych pytań o jego przeżycia z tego okresu. Tok wypowiedzi był w pełni komunikatywny, opisywana wcześniej drobiazgowość miała niewielkie natężenie. Nie stwierdzono w czasie tego badania żadnych objawów psychozy.

KOMENTARZ

Opisany pacjent cierpiał na zespół urojeniowy bez zaburzeń świadomości. Względnie spójny, ograniczony do opiekujących się nim pracowników system urojeniowy, zachowana przez cały czas orientacja w czasie i miejscu, brak zaburzeń pamięci świeżej, adekwatne do przeżyć reakcje emocjonalne i zachowanie oraz napięcie emocjonalne i czujność w rozmowie, zbliżają przedstawiony fenomen psychopatologiczny do zespołu paranoicznego. Zwraca uwagę bardzo szybkie ustępowanie objawów pod wpływem niewielkich dawek zuklopentiksolu, co jest częstym zjawiskiem u chorych po przeszczepie serca.

Nie przesądzając o etiologii zespołu, nie można pominąć co najmniej dwóch istotnych czynników, które mogły leżeć u jego podłoża. Pierwszym z nich jest skrajna niewydolność krążenia, trwająca co najmniej rok, a będąca bezpośrednią przyczyną zakwalifikowania badanego do przeszczepu. Drugim – niezwykle silny lęk zmieniający zachowanie chorego już w okresie przedoperacyjnym. Nałożenie się tych dwóch czynników na procedurę transplantacyjną mogło skutkować wystąpieniem psychozy. Nasuwa się analogia z opublikowanymi w latach sześćdziesiątych pracami Jakubika [4, 5], który wszelkie działające w czasie operacji kardiochirurgicznej czynniki uszkadzające określa łączną nazwą stresu somatopsychicznego [6], akcentując współdziałanie elementów biologicznych i psychologicznych w etiopatogenezie zaburzeń.

Do przedstawienia tego pacjenta skłonił autorów nietypowy obraz kliniczny psychozy. Dotychczas w pierwszych dniach po transplantacji opisywano najczęściej zespoły zaburzeń świadomości zwane *postcardiotomy delirium*. Po raz pierwszy dostrzegł je po przeszczepie

Lunde, który w jednym przypadku obserwował też przejście *postcardiotomy delirium* w długotrwały zespół urojeniowy [1]. Zaburzenia świadomości opisywali też inni autorzy, jak: stosujący termin: *post-transplant delirium* Mai [7, 8, 9], Bourgeios [10], Allilaire [11], Wolcott [12] czy Craven [13] i wielu innych, a sam sformułowany przez Blachy'ego w 1964 r. termin *postcardiotomy delirium* [14] był używany do opisywania zaburzeń występujących kilka dni po operacjach kardiologicznych. Czynniki predysponującymi do wystąpienia zespołu są wg Blachy'ego dodatkowe choroby somatyczne, płeć męska i starszy wiek.

Z lat sześćdziesiątych pochodzi też termin *cardiac psychosis* [15], oznaczający psychozy urojeniowe z omamami lub bez, ale bez zaburzeń orientacji [15, 16]. Wydaje się, że naszkicowany wyżej obraz kliniczny mieści się w opisie *cardiac psychosis*. W dotychczasowym piśmiennictwie w odróżnieniu od zaburzeń świadomości, nie akcentuje się występowania *cardiac psychosis* po transplantacji serca, choć trudno przypuszczać, by zjawiska te były tak skrajnie rzadkie.

PIŚMIENNICTWO

1. Lunde DT. Psychiatric complications of heart transplantation. *Am J Psychiatry* 1969; 126 (3): 369–73.
2. Pudło R, Matysiakiewicz J. Analiza pięciu przypadków zaburzeń psychicznych po transplantacji serca. W: Leder S, Brykczyńska C, red. *Psychiatria konsultacyjna – psychiatria „liaison”*. Wybrane zagadnienia. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 1996: 49–54.
3. Pudło R, Zembala M, Matysiakiewicz J. Zaburzenie psychiczne u chorych po transplantacji serca. *Wiad Psychiatry* 2000; 3 (3): 181–6.
4. Jakubik A. Zaburzenia psychiczne po zabiegach chirurgicznych na otwartym sercu. *Psychiatr Pol* 1969; 4: 473–8.
5. Jakubik A. Zaburzenia psychiczne u osób po operacji serca. Praca doktorska. Kraków: Akademia Medyczna; 1969.
6. Jakubik A. Etiologia zaburzeń psychicznych po zabiegach kardiologicznych. *Psychiatr Pol* 1971; 5 (4): 469–74.
7. Mai FM. Psychiatric aspects of heart transplantation. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 285–92.
8. Mai FM, McKenzie FN, Kostuk UJ. Liaison psychiatry in a heart transplant unit. *Psychosom Med* 1984; 46: 80–1.
9. Mai FM, McKenzie FN, Kostuk UJ. Psychiatric aspects of heart transplantation: preoperative evaluation and postoperative sequelae. *Br Med J* 1986; 292: 311–3.
10. Bourgeios M, Serin N, Peyre F. Aspects medico-psychiatriques de la greffe cardiaque. *Ann Med Psychol (Paris)* 1990; 148: 117–23.
11. Allilaire JF. Les greffes cardiaques: Aspects psychopathologiques et troubles psychiatriques. *Ann Med Psychol (Paris)* 1990; 9: 113–6.
12. Wolcott DL. Psychiatric aspect of heart and heart-lung transplantation. W: Kapoor AS, Schroeder JS, Yacoub MH, red. *Cardiomyopathies and Heart-Lung Transplantation*. McGraw-Hill inc; 1991: 161–73.
13. Craven JL. Postoperative organic mental syndromes in lung transplant recipients. *J Heart Transplant* 1990; 9 (2): 129–32.
14. Blachy PH, Starr A. Post-cardiotomy delirium. *Am J Psychiatry* 1964; 121: 371–5.
15. Meyer BC, Blacher RC, Brown F. A clinical study of psychiatric and psychological aspects of mitral surgery. *Psychosom Med* 1961; 2: 194–218.
16. Dubin W, Field H, Gastfriend D. Post-cardiotomy delirium a critical review. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1979; 77: 586–93.

Adres: Dr Robert Pudło, Katedra Psychiatrii Śląskiej Akademii Medycznej,
ul. Pyskowicka 49, 42-600 Tarnowskie Góry