

Majaczenie u chorych kardiochirurgicznych — problem wielodyscyplinarny

Delirium in cardiac surgery patients — a multi-disciplinary approach

Łukasz J. Krzych¹, Wojciech Świąch¹, Krzysztof Białek¹, Krzysztof Krysta²,
Irena Krupka-Matuszczyk², Andrzej Bochenek¹

¹Katedra i Klinika Kardiochirurgii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

²Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

Abstract

We describe a case of a 86 year-old male who underwent urgent cardiac surgery and developed post-operative delirium. The treatment and prevention of this condition are discussed.

Key words: delirium, postoperative treatment, cardiac surgery

Kardiol Pol 2011; 69, 5: 479–481

WSTĘP

Zaburzenia funkcji poznawczych po operacjach kardiochirurgicznych są często występującym powikłaniem, jednak w większości przypadków, ze względu na ich łagodny przebieg, pozostają niezdiagnozowane [1, 2]. Charakterystycznym, ostro manifestującym się klinicznie zespołem zaburzeń psychicznych, pojawiającym się w pierwszych kilku dobach po operacji, jest majaczenie na podłożu somatycznym. Psychoza pooperacyjna jest rozpoznawana zgodnie z kryteriami DSM-IV i obejmuje: zaburzenia świadomości z ograniczeniem zdolności skupienia uwagi, utrzymania jej i przekierowania oraz zaburzenia funkcji poznawczych i percepcji [3]. Co ważne, zaburzenia te rozwijają się w krótkim czasie, obecna jest zmienność dobową objawów, a zaburzenia wiążą się z obecnością chorób współistniejących, co znajduje potwierdzenie w wywiadzie, badaniu fizykalnym lub wynikach badań dodatkowych [3].

Majaczenie wywiera niekorzystny wpływ na bezpośredni przebieg pooperacyjny, zwiększając ryzyko występowania niewydolności oddechowej z koniecznością przedłużonej wentylacji mechanicznej, zwiększając ryzyko destabilizacji

mostka z rozwojem zakażeń rany pooperacyjnej, zwiększając ryzyko rozwoju odleżyn, utrudniając wczesną rehabilitację, przedłużając pobyt w szpitalu i zwiększając ryzyko zgonu [4–6].

Celem niniejszej pracy było przedstawienie opisu przypadku chorego, u którego w okresie pooperacyjnym rozpoznano majaczenie, oraz omówienie potencjalnych przyczyn wystąpienia tego zaburzenia psychicznego.

OPIS PRZYPADKU

Chorego w wieku 86 lat przyjęto na oddział kardiologii w trybie nagłym z objawami niestabilnej dławicy piersiowej. W wywiadzie zanotowano: leczoną wieloletnią chorobę niedokrwinną serca, stan po angioplastyce tętnicy zstępującej przedniej z implantacją stentu 4 lata temu, stan po implantacji kardiostymulatora VVI 10 lat temu oraz stan po endoprotezoplastyce obu stawów kolanowych. Ponadto chory był obciążony przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. W badaniu echokardiograficznym uwidoczono nieznacznie obniżoną funkcję lewej komory, umiarkowanego stopnia zwężenie zastawki aortalnej oraz niewielkiego stopnia niedomykalności

Adres do korespondencji:

dr n. med. Łukasz J. Krzych, I Oddział Kardiochirurgii, SP SK nr 7 SUM, GCM, ul. Ziołowa 45/47, 40–635 Katowice-Ochojec, tel: +48 32 359 86 11, faks: +48 32 252 70 66, e-mail: l.krzych@wp.pl

Praca wpłynęła: 01.06.2010 r. Zaakceptowana do druku: 17.06.2010 r.

Copyright © Polskie Towarzystwo Kardiologiczne

zastawek: dwudzielnej i trójdzielnej. W wykonanej w trybie pilnym koronarografii zobrazowano długie krytyczne zwężenie w środkowym odcinku tętnicy pośredniej, prawidłowo funkcjonujący stent w tętnicy zstępującej przedniej i niekrytyczne zmiany w pozostałych tętnicach wieńcowych. Jednocześnie wykonano angioplastykę tętnicy pośredniej z implantacją dwóch stentów uwalniających lek (DES, Luc Chopin). Po implantacji drugiego stentu uwidoczniło się dyssekcję obwodową naczynia około 25 mm poniżej krawędzi stentu z perforacją naczynia, najpewniej prowadnicą, i krwawieniem podnasierdziowym, z krwawieniem do worka osierdziowego. Stwierdzono szybko narastającą tamponadę serca z objawami wstrząsu kardiogenego. Worek osierdziowy nakłuto i odbarczono początkowo 500 ml krwi, a naczynie obwodowo obturowano balonem 1,5 × 14 mm. Średnica naczynia uniemożliwiła wprowadzenie stentgraftów, a próba wprowadzenia stentu metalowego okazała się nieudana. Szybko narastająca tamponada wykluczyła kolejne manewry wewnątrzwieńcowe. Ze względu na krytyczny stan chorego po intubacji dotchawiczej podjęto akcję resuscytacyjną. Pacjenta przekazano na blok operacyjny kardiologii, gdzie w znieczuleniu ogólnym, po wykonaniu sternotomii i odbarczeniu kolejnych 1500 ml krwi, zaopatrzone uszkodzoną tętnicę wieńcową bez użycia krążenia pozaustrojowego. Ze względu na objawy wstrząsu utrzymano wlew amin presyjnych (adrenalina, dopamina) oraz przetoczono łącznie 6 j. KKCz. Podczas operacji oraz pobytu na sali pooperacyjnej nie zaobserwowano spadków stężenia parcjalnego tlenu ani zaburzeń metabolicznych w kontrolnych badaniach. Chorego planowo ekstubowano w dobie '0' oraz stopniowo zredukowano presory. W '1' dobie po odbarczeniu tamponady u chorego wystąpiło majaczenie. Ze względu na znaczne pobudzenie psychoruchowe, po konsultacji psychiatrycznej, włączono neuroleptyk (haloperidol) oraz zastosowano przymus w postaci pasów insulinowych. Objawy psychozy ustąpiły stopniowo po kolejnych 2 dniach pobytu w szpitalu. Badanie psychiatryczne przeprowadzone po ustąpieniu objawów nie ujawniło zaburzeń psychicznych (aktualnie i w wywiadzie), pacjent zaprzeczał uzależnieniu od alkoholu w przeszłości.

OMÓWIENIE

Dane z badań epidemiologicznych podają, że majaczenie może dotyczyć od 5% do nawet 50% chorych poddawanych operacjom kardiologicznym [1, 2, 7–9]. Częstość występowania pooperacyjnego majaczenia jest jednak trudna do oszacowania w warunkach oddziału intensywnej opieki pooperacyjnej ze względu na częste współistnienie organicznych zaburzeń neurologicznych (niedowład, porażenie kończyn), możliwość występowania hipoaktywnej postaci psychozy i brak rzetelnej oceny stanu psychologicznego przed operacją. Mimo licznych prób określenia czynników ryzyka występowania majaczenia aktualna wiedza na ten temat jest ograniczona. Udokumentowano, że czynniki ryzyka można

podzielić na dwie grupy: predysponujące i wyzwalające psychozę [7–9]. Do pierwszej z nich zalicza się: zaawansowany wiek, chorobę niedokrwienną serca z niską funkcją lewej komory, zaawansowaną miażdżycę naczyń obwodowych, przebyte udar mózgu, migotanie przedsionków, nadciśnienie tętnicze i wiele zaburzeń metabolicznych, zwłaszcza dyselektrolitemię, hiper- lub hipoglikemię, hipoaalbuminemię oraz występowanie zaburzeń psychicznych w przeszłości. Czynniki wyzwalającymi są natomiast: nagły tryb operacji, operacja z otwarciem jam serca, znaczna utrata krwi z koniecznością transfuzji, długi czas trwania operacji, spadek prężności tlenu w trakcie operacji, zaburzenia elektrolitowe podczas operacji i zastosowanie leków anestetycznych. Pooperacyjnie istotne są: konieczność wspomaganie hemodynamicznego (inotropami lub kontrapulsacją wewnątrzaoortalną) oraz niedokrwienie ośrodkowego układu nerwowego (udar, TIA). Co ważne, coraz częściej neguje się niekorzystny wpływ samego krążenia pozaustrojowego na występowanie zaburzeń psychiatrycznych.

W prezentowanym doniesieniu stwierdzono kilka powyższych czynników: zaawansowany wiek, organiczną chorobę serca na podłożu miażdżycy, nagły tryb operacji z otwarciem worka osierdziowego i bez krążenia pozaustrojowego, znaczną utratę krwi z koniecznością transfuzji, zastosowanie inotropów oraz zastosowanie środków anestetycznych. Czynnikiem ryzyka rozwoju majaczenia u tego chorego mogły być także zaburzenia wentylacji w przebiegu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, jednak wyniki badań gazometrycznych negują takie przypuszczenie. Przytoczony przypadek wydaje się potwierdzać istotność kilku problemów, które powinny być brane pod uwagę przy anestezyjologicznej ocenie chorych przed operacją. Po pierwsze, majaczenie jest ważnym powikłaniem u osób na oddziałach kardiologicznych i nie powinno być bagatelizowane, przede wszystkim ze względu na możliwość rozwoju powikłań. Po drugie, wiele z wymienionych czynników ryzyka jest prostych do oceny, dlatego wczesna identyfikacja chorych zagrożonych majaczeniem może ułatwić decyzję o postępowaniu prewencyjnym. Polegać ono może na podawaniu w krótkim okresie po operacji leków neurokognitywnych lub neuroleptycznych. Ważne jest też korygowanie występujących zaburzeń metabolicznych. Po trzecie, chorzy, u których występowanie majaczenia pooperacyjnego jest bardzo prawdopodobne, powinni być przed operacją konsultowani przez lekarza psychiatrę lub psychologa. Takie postępowanie ułatwi bowiem podjęcie decyzji o włączeniu wspomnianej farmakoterapii. Kluczowe znaczenie ma także dokładny wywiad, gdyż dodatkowe, ale ważne dla poprawnej diagnostyki dane są często dostępne u bliskich pacjenta, u personelu medycznego (pielęgniarki, terapeuci, pozostały personel) i w dokumentacji medycznej (raporty pielęgniarskie) [10].

Jak pokazują przytoczone obserwacje, majaczenie pooperacyjne jest problemem wielodyscyplinarnym, gdyż an-

gażuje w leczenie okołoperacyjne nie tylko kardiochirurga, ale także kardiologa, anestezjologa, neurologa oraz psychologa i psychiatrę. Stworzenie swojego algorytmu umożliwiającego ocenę ryzyka występowania majaczenia u chorych kardiochirurgicznych może ułatwić postępowanie w okresie pooperacyjnym [11].

WNIOSKI

1. Przedoperacyjna ocena stanu zdrowia powinna obejmować dokładną analizę czynników mogących sprzyjać występowaniu majaczenia pooperacyjnego.
2. Racjonalne jest włączenie konsultacji psychologicznej lub psychiatrycznej do standardu badań wykonywanych w okresie przedoperacyjnym.
3. Wytypowanie czynników ryzyka majaczenia może ułatwić decyzję o wdrożeniu profilaktycznej farmakoterapii u chorych z wysokim ryzykiem rozwoju psychozy.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Gao L, Taha R, Gauvin D, Othmen LB, Wang Y, Blaise G. Postoperative cognitive dysfunction after cardiac surgery. *Chest*, 2005; 128: 3664–3670.
2. Fricchione GL, Nejad SH, Esses JA et al. Postoperative delirium. *Am J Psychiatry*, 2008; 165: 803–812.
3. Wciórka J eds. Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR. Elsevier, Warszawa 2008.
4. Ozyurtkan MO, Yildizeli B, Kuscu K et al. Postoperative psychiatric disorders in general thoracic surgery: incidence, risk factors and outcomes. *Eur J Cardiothorac Surg*, 2010; 37: 1152–1157.
5. Rosen SF, Clagett GP, Valentine RJ, Jackson MR, Modrall JG, McIntyre KE. Transient advanced mental impairment: an underappreciated morbidity after aortic surgery. *J Vasc Surg*, 2002; 35: 376–381.
6. Ely EW, Shintani A, Truman B et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA*, 2004; 291: 1753–1762.
7. Kazmierski J, Kowman M, Banach M et al. Preoperative predictors of delirium after cardiac surgery: a preliminary study. *Gen Hosp Psychiatry*, 2006; 28: 536–538.
8. Saniova B, Drobny M, Sulaj M. Delirium and postoperative cognitive dysfunction after general anesthesia. *Med Sci Monit*, 2009; 15: CS81–CS87.
9. Bucerius J, Gummert JF, Borger MA et al. Predictors of delirium after cardiac surgery delirium: effect of beating-heart (off-pump) surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 2004; 127: 57–64.
10. Rymaszewska J. Zaburzenia świadomości — problem lekarza na dyżurze. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*, 2008; 1: 22–29.
11. Koster S, Hensens AG, Oosterveld FG, Wijma A, van der Palen J. The delirium observation screening scale recognizes delirium early after cardiac surgery. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2009; 8: 309–314.