

# Zespół stresu pourazowego u pacjenta z licznymi wyładowaniami ICD. Rola ablacji

Post-traumatic stress disorder in a patient with recurrent ICD shocks. The role of RF ablation

Agnieszka Maryniak<sup>1</sup>, Łukasz Szumowski<sup>2</sup>, Franciszek Walczak<sup>2</sup>, Paweł Derejko<sup>2</sup>, Robert Bodalski<sup>2</sup>, Ewa Szufladowicz<sup>2</sup>, Andrzej Przybylski<sup>2</sup>, Michał Orczykowski<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institut Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka, Warszawa

<sup>2</sup>Institut Kardiologii, Warszawa

## Abstract

In patients with frequent ICD discharges an acute stress disorder (ASD), and afterwards a post-traumatic stress disorder (PTSD) is commonly observed. We present a case of a 53-year-old patient with ASD and PTSD in whom RF ablation of VT was performed. After the successful procedure the symptoms of PTSD were significantly diminished. We conclude that in patients with PTSD after ICD discharges RF ablation should be performed as soon as possible.

**Key words:** acute stress disorder, post-traumatic stress disorder, ICD discharges, ablation

Kardiol Pol 2006; 64: 910-912

## Wstęp

Chorzy z wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem (ICD) są grupą osób o wysokim ryzyku wystąpienia zaburzeń lękowych i depresyjnych. Wiąże się to zarówno z charakterem choroby – świadomością zagrożenia nagłym zgonem sercowym, jak i doświadczeniami wynikającymi z interwencji defibrylatora. Zagrożenie wystąpieniem zaburzeń emocjonalnych wzrasta proporcjonalnie do częstości interwencji ICD. Każdy przeżyty elektrowstrząs jest swoistym *memento mori* – uświadamia choremu, że oto w tej chwili jego życie było zagrożone, a przy tym wiąże się z nieprzyjemnymi odczuciami, niekiedy też krępującą sytuacją społeczną. Szczególnym doświadczeniem dla chorego jest wystąpienie wielokrotnych wyładowań ICD w krótkim czasie.

## Opis przypadku

53-letniemu mężczyźnie z chorobą wieńcową i nadciśnieniem tętniczym, u którego podczas próby wysiłkowej wystąpił 30 s napad VT, wszczepiono ICD. Przez

pierwsze półtora roku po implantacji ICD urządzenie interweniowało kilkakrotnie, co chory odczuwał jako doznanie bardzo nieprzyjemne, lecz niepociągające za sobą znaczących urazów psychicznych lub fizycznych. Chory miał poczucie, że dobrze zaadaptował się do życia z ICD, a rzadkie epizody zadziałania urządzenia nie wpływały dezorganizująco na codzienną aktywność.

W 18. mies. po implantacji w godzinach porannych chory poczuł, że ICD dokonał defibrylacji. Zgodnie z zaleceniami lekarza, tak jak w wypadku wcześniejszych interwencji, położył się. Po kilku min. doszło do drugiej defibrylacji. Wzbudziło to u chorego duży niepokój – nie zdarzało się wcześniej, aby konieczne było powtórne wyładowanie. Niedługo potem nastąpiły kolejne defibrylacje. Chory opisuje, że zaczął wtedy odczuwać narastającą panikę – z przerażeniem oczekiwał następnych wstrząsów, każda kolejna interwencja była bardziej bolesna. Był zdezorientowany – nie wiedział, czy urządzenie działa nieprawidłowo, czy też faktycznie występują u niego nawracające bądź nieustępujące zaburzenia rytmu komór, co oznaczałoby stały stan zagrożenia ży-

---

## Adres do korespondencji:

dr hab. n. hum. Agnieszka Maryniak, Zakład Psychologii Klinicznej, Institut Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka, al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa, tel.: +48 22 815 12 60, e-mail: a.maryniak@chello.pl

cia. Był sam w domu, wiedział, że musi wezwać pomoc, jednak wstanie z łóżka i dojście do telefonu podczas ponawianych defibrylacji było bardzo trudne. W końcu wezwał pogotowie i został odwieziony do szpitala. Analiza zapisów elektrokardiograficznych z ICD pokazała, że urządzenie dokonało 12 defibrylacji, które były prawidłową reakcją na nawracające migotania komór.

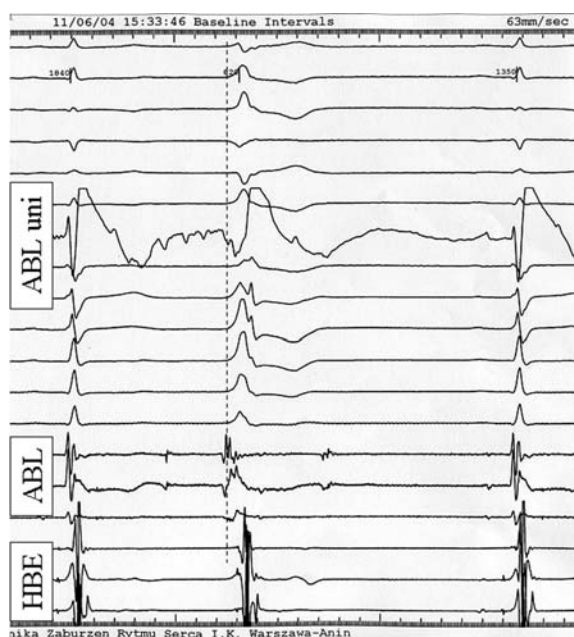
Przez 2 mies. po incydencie chory pozostawał w szpitalu. Napady zaburzeń rytmu serca w tym czasie nie wystąpiły. Przez cały czas pobytu w szpitalu u chorego obserwowano obniżony nastrój, bardzo wysoki poziom lęku, trudności ze snem. Pomimo braku przeciwwskazań prawie nie wstawał, większość czasu spędzał w łóżku. Odczuwał dodatkowe skurcze serca i ból w klatce piersiowej, nasilające się, gdy wracał myślami do feralnego dnia. Niekiedy miał wrażenie, że ponownie przeżywa nawracające wyładowania ICD. Mężczyzna miał potrzebę szczegółowej analizy wydarzeń, opisywania własnych odczuć towarzyszących serii defibrylacji, myśli i podejmowanych działań, jednak gdy zaczynał o nich mówić, dolegliwości stawały się bardziej wyraźne i budziły obawy o wystąpienie napadu częstoskurczu komorowego i interwencję ICD.

Stwierdzone u chorego objawy wskazywały na zespół ostrego stresu (*acute stress disorder*, ASD), przechodzącego następnie w zespół stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder*, PTSD). Według DSM-IV, PTSD rozpoznaje się, gdy:

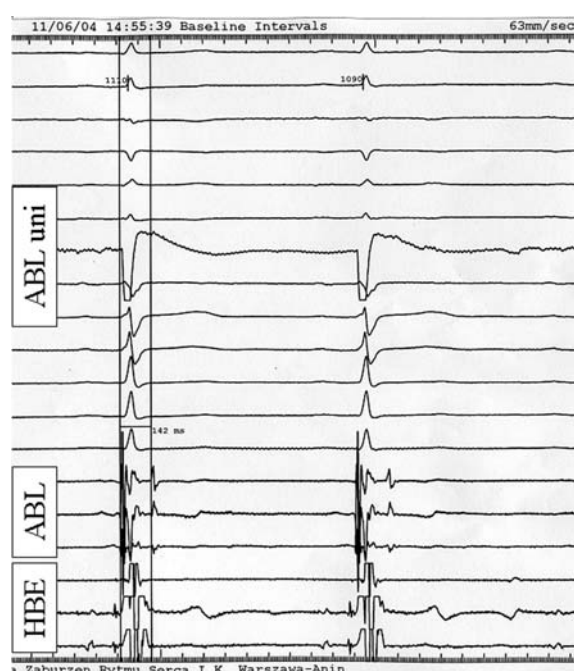
1. osoba doświadczyła lub była świadkiem zdarzenia, w którym ktoś poniósł śmierć, doznał poważnych obrażeń albo istniała taka groźba, a jej reakcją na to zdarzenie charakteryzuje intensywny strach, bezradność lub zgroza;
2. traumatyczne zdarzenie uporczywie powraca i jest ponownie przeżywane (myśli, wspomnienia, sny, iluzje, dysosjacyjne epizody reminiscencji itp.), a wspomnieniom towarzyszy silny stres i/lub reakcje fizjologiczne;
3. występuje uporczywe unikanie bodźców związa-



Rycina 1. Pace-mapping



Rycina 2. Mapping aktywacyjny podczas komorowych skurczów przedwczesnych



Rycina 3. Miejsce aplikacji RF

- nych z traumą i ogólne odrętwienie psychiczne;
4. utrzymują się objawy wzmożonego pobudzenia;
  5. czas trwania zaburzenia jest dłuższy niż 1 mies. (do miesiąca od wystąpienia traumy mówi się o ASD);
  6. objawy powodują istotny dystres lub załamanie w życiu społecznym, zawodowym lub innych istotnych obszarach funkcjonowania.

Choć ASD i PTSD najczęściej rozpoznaje się u ofiar i świadków katastrof, kataklizmów naturalnych czy też działań wojennych, omawiany chory spełniał kryteria pozwalające na rozpoznanie zaburzeń posttraumatycznych. Jego sytuacja była w pewnym stopniu trudniejsza niż żołnierzy powracających z frontu lub uczestników katastrofy: zagrożenie stale istniało i chory miał tego świadomość. Warunkiem zmniejszenia nasilenia objawów i podjęcia terapii psychologicznej i psychiatrycznej było ograniczenie ryzyka ponownego wystąpienia komorowych zaburzeń rytmu serca.

U chorego przyczyną wylądowań ICD były niestabilne VT. Jednocześnie występowały przedwczesne pobudzenia komorowe, które mogły wyzwolić częstoskurcz. Dlatego też nie próbowano wyzwać arytmii, a kierowano się *pace mappingiem* (Rycina 1.) oraz *mappingiem* aktywnym w czasie nielicznych samoistnych pobudzeń komorowych (Rycina 2.), jak również wykonano aplikacje w obszarach potencjalnie arytmogennych, takich jak późne potencjały (Rycina 3.). Aplikacje wykonano w okolicy ściany przedniej blisko pierścienia mitralnego.

Po ablacji wykonano programowaną stymulację komór, wyzwalając jedynie samoograniczające się polimorficzne VT stymulacją 130 (8+2).

Po ablacji stan psychiczny chorego uległ stopniowej poprawie: wykazywał większą aktywność, nie obawiał się już opuszczać swojej sali, jednak na dalsze spacerzy zawsze wychodził w towarzystwie kogoś z rodziny lub in-

nych pacjentów. Zmniejszyła się koncentracja na doznaniach ze strony serca, a także odczuwane objawy. Po powrocie do domu pozostawał pod opieką psychiatryczną, stopniowo powracając do codziennej aktywności.

## Wniosek

W przypadkach chorych, u których po serii wylądowań ICD występują zaburzenia o charakterze ASD i PTSD, wskazane jest jak najszybsze wykonanie ablacji, gdyż jest to konieczny warunek skutecznej terapii zaburzeń posttraumatycznych. Jeśli nie podejmie się takich działań, chory, zabezpieczony wprawdzie przez ICD przed nagłym zgonem, pozostaje w stanie nieustannego skrajnego lęku, wyłączony z wszelkiej aktywności.

## Piśmiennictwo

1. Pedersen SS, van Domburg RT, Theuns DA, et al. Concerns about the implantable cardioverter defibrillator: a determinant of anxiety and depressive symptoms independent of experienced shocks. *Am Heart J* 2005; 149: 664-9.
2. Yamada K, Sugiyama S, Kosaka K, et al. Early appearance of age-associated deterioration in mitochondrial function of diaphragm and heart in rats treated with doxorubicin. *Exp Gerontol* 1995; 30: 581-93.
3. Godemann F, Ahrens B, Behrens S, et al. Classic conditioning and dysfunctional cognitions in patients with panic disorder and agoraphobia treated with an implantable cardioverter/defibrillator. *Psychosom Med* 2001; 63: 231-8.
4. Carroll DL, Hamilton GA. Quality of life in implanted cardioverter defibrillator recipients: the impact of a device shock. *Heart Lung* 2005; 34: 169-78.
5. Hamner M, Hunt N, Gee J, et al. PTSD and automatic implantable cardioverter defibrillators. *Psychosomatics* 1999; 40: 82-5.
6. Godemann F, Butter C, Lampe F, et al. Panic disorders and agoraphobia: side effects of treatment with an implantable cardioverter/defibrillator. *Clin Cardiol* 2004; 27: 321-6.
7. Bryant RA, Harvey AG. Zespół ostrego stresu. *Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa* 2003.
8. Dudek B. Zaburzenia po stresie traumatycznym. *Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk* 2003.