

Przypadek depresji u pacjentki z chorobą niedokrwienną serca

An episode of depression in a patient with coronary artery disease

Dominika Dudek¹, Dariusz Dudek², Andrzej Zięba¹

¹ Z Kliniki Psychiatrii Dorosłych CM UJ w Krakowie
Kierownik: dr hab. med. A. Zięba

² Z II Kliniki Kardiologii CM UJ w Krakowie
Kierownik: prof. dr hab. med. J. S. Dubiel

Omówiono przypadek współistnienia depresji i choroby niedokrwiennej serca.

The typical case of comorbidity of major depression and coronary artery disease has been described.

choroba niedokrwienna serca
depresja

coronary artery disease
depression

Wstęp

Choroba niedokrwienna serca jest jednym z najważniejszych problemów współczesnej medycyny. Mimo ogromnego postępu diagnostyki i leczenia, wciąż wiąże się z większą liczbą zgonów, inwalidztwa i kosztów ekonomiczno-społecznych niż jakiegokolwiek inne schorzenie [1]. W ostatnich latach obserwuje się znaczny wzrost zainteresowania rolą czynników psychospołecznych w patogenezie i przebiegu tej choroby. Wśród nich dominującą rolę odgrywają zaburzenia depresyjne.

Depresja pojawiająca się u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca jest poważnym problemem klinicznym zarówno ze względu na jej częste występowanie, jak i na poważne skutki zdrowotne, jakie ze sobą niesie. Chorzy po zawale mięśnia sercowego, ze współistniejącym zespołem depresyjnym, stanowią grupę wysokiego ryzyka zgonu lub wystąpienia ponownego zawału [2, 3, 4, 5, 6]. Również u chorych z chorobą niedokrwienną serca, którzy nie przeszli zawału, obecność objawów depresji zwiększa ryzyko poważnych epizodów sercowych (nagła śmierć sercowa, zawał, konieczność przeprowadzenia pilnego zabiegu rewaskularyzacji) [7].

Równie dobrze udokumentowane są psychospołeczne skutki współistnienia depresji i choroby niedokrwiennej. Pacjenci doświadczają większych trudności w funkcyjono-

waniu społecznym, dłużej pozostają w roli chorego, odczuwają więcej dolegliwości bólowych, mają gorszą jakość życia [8, 9, 10, 11].

Mimo tak znacznych implikacji klinicznych, zaburzenia depresyjne w grupie pacjentów kardiologicznych są zbyt rzadko rozpoznawane, a jeszcze rzadziej leczone. Lekarze prawidłowo diagnozują jedynie 25% przypadków, z czego zaledwie połowa otrzymuje jakąkolwiek terapię przeciwdepresyjną [12, 4]. Sugeruje się, iż leczenie współistniejących z chorobą niedokrwinną serca zaburzeń depresyjnych może przyczynić się do poprawy rokowania. Nowoczesne, holistyczne prowadzenie pacjenta z chorobą niedokrwinną wymaga zwrócenia uwagi na jego stan psychiczny i – w razie potrzeby – podjęcia działań w celu jego normalizacji.

Opis przypadku

Pacjentką była 39-letnia kobieta (MJ), gospodyni domowa, mężatka, matka trojga dzieci. Dotychczas, poza rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym, nie chorowała. W listopadzie ubiegłego roku zaczęła skarżyć się na bóle wysiłkowe w klatce piersiowej, uczucie duszności, znaczne osłabienie. Z powodu silnych, narastających dolegliwości bólowych została przyjęta na oddział kardiologiczny szpitala rejonowego, gdzie na podstawie zmian w elektrokardiogramie spoczynkowym oraz zwiększenia wymiarów przegrody międzykomorowej rozpoznano kardiomiopatię przerostową. Chorą wypisano do domu, kwalifikując ją do leczenia zachowawczego z zastosowaniem blokerów kanału wapniowego. Ponieważ dolegliwości nasilały się, pacjentkę skierowano do Poradni II Kliniki Kardiologii CM UJ. Wykluczono rozpoznanie kardiomiopatii przerostowej ze względu na brak jednoznacznych kryteriów w badaniu echokardiograficznym. Ze względu na narastające bóle w klatce piersiowej zdecydowano o hospitalizacji chorej. W wykonanym badaniu koronarograficznym stwierdzono krytyczne zwężenie (90%) w początkowym segmencie gałęzi międzykomorowej przedniej lewej tętnicy wieńcowej. Zmiany te świadczyły o zaawansowanej chorobie niedokrwiennej serca pod postacią niestabilnej dusznicy bolesnej i mogły stanowić dla chorej bezpośrednie zagrożenie dla życia. Z tego powodu zdecydowano się na natychmiastowe wykonanie rewaskularyzacji poprzez zabieg angioplastyki wieńcowej. Ze względu na przebieg choroby, młody wiek pacjentki zdecydowano o użyciu optymalnej farmakoterapii okołozabiegowej (Reo-Pro – abciximab – bloker płytkowego receptora IIb/IIIa) oraz o zabiegu implantacji stentu (metalowej protezy wewnątrznaczyniowej) 4,0 mm Velcocity (Cordis, Johnson & Johnson), który przeprowadzono pod kontrolą ultrasonografii śródwieńcowej. W ten sposób uzyskano optymalny wynik leczenia interwencyjnego z niskim ryzykiem nawrotu zwężenia po zabiegu.

Po kilku dniach od chwili wypisaniu z kliniki chora zatelefonowała do lekarza kardiologa, który wykonał zabieg, skarżąc się na złe samopoczucie oraz nawrót dolegliwości bólowych w klatce piersiowej. Mimo iż kardiolog wykluczył możliwość nawrotu zwężenia tętnicy wieńcowej, skargi pacjentki powtarzały się, była wyraźnie zaniepokojona, miała silne poczucie ciężkiej choroby. Zalecono konsultację psychiatryczną.

Pacjentka chętnie przyszła do psychiatry. Była prawidłowo zorientowana, w do-

brym, logicznym kontakcie. Sprawiała wrażenie cierpiącej, zmęczonej, zaniedbanej. Stwierdzono nieznaczne spowolnienie psychomotoryczne. Nastroj chorej był wyraźnie obniżony, podczas rozmowy kilkakrotnie płakała. Tłumaczyła to nawrotem bólu w klatce piersiowej – uważała to za swój główny problem, odbierający jej radość życia. Opowiadała, że „bardzo przejęła się tym, co widziała w szpitalu”, a po powrocie do domu nie była w stanie podjąć swoich normalnych obowiązków. Czuła się stale zmęczona, „ogarnęło ją lenistwo”, miała wrażenie, „że już nic nie potrafi zrobić, z niczym sobie nie radzi”. Najchętniej leżała w łóżku, unikała innych ludzi, domownicy irytowali ją, chociaż z drugiej strony bała się być sama w domu („bo kto pomoże, jak mi się coś stanie”). Momentami czuła się zdesperowana, mówiła, że „już się nawet żyć nie chce”, choć bała się śmierci („co się stanie z tymi biednymi dziećmi, jak mnie zabraknie”). Miała poczucie, że już nigdy nie wyzdrowieje. Zauważyła, że schudła „nie wiadomo, ile kilogramów, ale widać po rzeczach”. Straciła apetyt, na samą myśl o jedzeniu odczuwała mdłości i „rwanie od żołądka”, jednak nie wymiotowała. Była w stanie zjeść coś, pilnowana przez rodzinę, dopiero pod wieczór. Zasnęła bez trudu, ale już po 2–3 godzinach budziła się; wtedy najbardziej „bolało ją serce” i „przychodziły do głowy najgorsze myśli”.

Dopytywana o dolegliwości bólowe przyznała, że mają one inny charakter niż te sprzed zbiegu. Wtedy pojawiały się one typowo w związku z wysiłkiem, obecnie zaś swoje doznania opisywała jako „taki niepokój w sercu, jakby jakiś kamień” oraz „pieczenie i gorąco, jakby ktoś przyłożył żelazko”. Przypomniała sobie, że podobnie czuła się 4 lata wcześniej, po urodzeniu najmłodszego dziecka. Ciąża była nieplanowana, pacjentka bała się, że sobie nie poradzi z opieką nad noworodkiem. Objawy utrzymywały się przez kilka tygodni, nie zgłosiła się do lekarza, potem wszystko samoistnie ustąpiło. Chora stwierdziła jednak, że wtedy nasilenie dolegliwości było zdecydowanie mniejsze.

Psychiatra rozpoznał epizod depresyjny o umiarkowanym nasileniu i zalecił citalopram w dawce 20 mg/dobę. W badaniu kontrolnym po 2 tygodniach leczenia stwierdzono nieznaczną poprawę nastroju i aktywności, zmniejszenie się dolegliwości bólowych. Chora była mniej zaniepokojona swoim stanem, wyrażała ochotę, aby „nie poddawać się i samemu z tym walczyć”. Po kolejnych 4 tygodniach leczenia stwierdzono pełną remisję objawów depresyjnych z ustąpieniem bólu w klatce piersiowej. Pacjentka była pogodna, uśmiechnięta, aktywna. Stan taki utrzymywał się podczas dalszych wizyt kontrolnych. Zalecono kontynuowanie podtrzymującego leczenia citalopramem.

Równoległe przeprowadzone kontrolne badanie kardiologiczne wykluczyło objawy nawrotu niedokrwienia miokardium. Pacjentce zalecono do przewlekłego leczenia aspirynę, beta-bloker oraz statynę jako wtórną profilaktykę choroby niedokrwiennej serca.

Omówienie

Przedstawiony przypadek stanowi typowy przykład występowania zaburzeń depresyjnych w chorobie niedokrwiennej serca. Pozwala też prześledzić trudności w prawidłowym diagnozowaniu.

Należy zwrócić uwagę, że u pacjentki rzeczywiście stwierdzono ciężką postać choroby wieńcowej. Jedynie leczenie zabiegowe za pomocą najnowocześniejszych metod kardiologii interwencyjnej, z pełną optymalizacją przeprowadzonej angioplastyki wieńcowej, dawało gwarancję ustąpienia objawów. Wiedza na temat możliwego dalszego przebiegu choroby po zabiegu, dynamiki zjawiska restenozy, tj. ponownego zwężenia światła poszerzonego naczynia, oraz przeprowadzone badanie kardiologiczne pozwoliły wykluczyć organiczne tło zgłaszanych przez chorą bezpośrednio po angioplastyce dolegliwości bólowych. Taka jednoznaczna opinia nie byłaby możliwa bez uprzedniego optymalnego leczenia interwencyjnego lub przy stosowaniu jedynie leczenia zachowawczego. Bez wątplenia utrudniłoby to diagnostykę zespołu depresyjnego.

Skargi chorej koncentrowały się na jej dolegliwościach bólowych, zmęczeniu, zniechęceniu, wyczerpaniu. Dość powszechnie depresja u pacjentów kardiologicznych różni się od typowego zespołu chorobowego, kierowanego do psychiatry. Skłania to lekarzy do przypisywania winy za złe samopoczucie raczej stanowi fizycznemu, a smutek bywa traktowany jako „normalna” reakcja na fakt choroby serca [4, 13]. Charakterystyczne było, iż pacjentka, pomimo informacji o bardzo dobrym wyniku zabiegu angioplastyki i braku zwężeń w tętnicach wieńcowych, nie była w stanie powrócić do swojej normalnej aktywności, pozostała w roli chorej, kilkakrotnie kontaktowała się z kardiologiem zwracając się o pomoc medyczną. Jest to zgodne z wynikami badań, wskazującymi, iż istnienie objawów depresyjnych determinuje brak poprawy odczuwanej subiektywnie jakości życia nawet po optymalnej angioplastyce wieńcowej [8, 9, 10, 11].

Prawidłowe rozpoznanie u chorej epizodu depresyjnego pozwoliło na szybkie podjęcie leczenia. Wybór citalopramu uwarunkowany był małym ryzykiem wystąpienia objawów ubocznych oraz interakcji z lekami kardiologicznymi (np. beta-blokery, blokery kanału wapniowego, leki przeciwzakrzepowe), które są metabolizowane przez izoenzymy cytochromu P-450.

W omawianym przypadku sukces terapeutyczny został osiągnięty dzięki dobrej współpracy kardiologa inwazyjnego i psychiatry.

Summary

An episode of depression in a patient with Ischaemic Heart Disease is presented. The patient had undergone coronary angioplasty with optimal results. The clinical picture of the depressive disorder consisted mainly of chest pain complaints in the cardiac area, which made the diagnosis all the more difficult. The application of antidepressive treatment caused the depressive symptoms together with the chest pain to disappear. A therapeutic success was achieved owing to the good co-operation between the invasive cardiologist and the psychiatrist.

Äld'dlänč' ó d'röčlínč' n' čřlč=lnčé áielčijüt nldäör

Nlaldčřiel

Id'čnřn iräetälčl d' äelč' ýd'čřär äld'dlänč' ó d'röčlínč' n' čřlč=lnčé áielčijüt nldäör. Ó id'čnřn äielčé äielčé äüei d'dläläl, n' id'čnčřüüie dlčóüünrnč, äelřrlčüüňňäi čidřřdřie řiäčid'čřmčč. Ä eřdčl äld'dlänčäiüö řdörličé äielčičdřřč čřeläü ř äielälü üöülič' ä iäerňč nldäör, -ňi čřndöai ei äčřäüňčéó. Dčelilčl řiňčäld'dlänčäiäi el-lich' d'čälčl e ečäčäřöčč nčed'ňieä äld'dlänč', ä nč =čňel č äielé ä iäerňč nldäör. Nldřd'länč=lnčé ónd'lö äü äiňčäiön

áëřáíářď ŷóółęńćáířé nááěłńńíé đřáíńů ěřďáćíęíář-óćďóďář ě đńćóćřńď.

Fall der Depression bei der Patientin mit der Herzschämie

Zusammenfassung

Der Fall des Auftretens von Depression bei der Patientin mit Herzschämie wurde beschrieben. Bei der Patientin wurde mit einem optimalen Ergebnis Koronarangioplastik durchgeführt. Die Patientin klagte über Schmerzen im Bereich des Herzens, was die Diagnostik schwer machte. Die Anwendung einer antidepressiven Behandlung verursachte, dass die Symptome der Depression zurücktraten, auch der Schmerz im Brustkorb.

Der therapeutische Erfolg wurde dank der Zusammenarbeit des Kardiologen mit dem Psychiater erzielt.

La dépression d'une malade souffrant de la maladie des artères coronaires – description d'un cas

Résumé

Les auteurs décrivent un cas de la dépression chez une malade souffrant de la maladie des artères coronaires qui a subi une opération angioplastique avec un grand succès.

Les douleurs du coeur ont dominé dans l'image des troubles dépressifs et cela causait des difficultés diagnostiques. La thérapie antidépressive élimine les symptômes de la dépression, les douleurs du coeur y compris. Le succès thérapeutique est dû à la coopération du cardiologue-chirurgien et du psychiatre.

Piśmiennictwo

1. Gersh BJ, Braunwald E, Rutheford JD. *Chronic coronary artery disease*. W: Braunwald E, red. *Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine*. 5th edition. Filadelfia: W.B. Saunders Company; 1997, s. 1289–1290.
2. Ahern DK, Gorkin L, Anderson JL, Tierney C, Hallstrom A, Ewart C, Capone RJ, Schron E, Kornfeld D, Herd JA, Richardson DW, Follick MJ: *Biobehavioral variables and mortality or cardiac arrest in the Cardiac Arrhythmia Pilot Study (CAPS)*. *Am. J. Cardiol*, 1990; 66: 59–62.
3. Blumenthal JA, Emery CF: *Rehabilitation of patients following myocardial infarction*. *J. Consult. Clin. Psychol*. 1988; 56: 374–381.
4. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. *Depression following myocardial infarction: impact on 6 month survival*. *JAMA* 1993; 270: 1819–1825.
5. Ladwig KH, Kieser M., König J, Breithardt G, Borgrefe M. *Affective disorders and survival after myocardial infarction*. *Eur. Heart J*. 1991;12: 959–964.
6. Silverstone PH. *Depression and outcome in acute myocardial infarction*. *Brit. Med. J*. 1987; 294: 219–220.
7. Carney RM, Rich MW, Freedland KE, Saini J, Tevelde A, Simeone C, Clark K. *Major depressive disorder predicts cardiac events in patients with coronary artery disease*. *Psychosom. Med*. 1988; 50: 627–633.
8. Dudek D, Dudek D, Wróbel A, Zięba A, Dubiel JS. *The impact of depressed mood on quality of life in patients after successful coronary angioplasty*. *Eur. Heart J*. 1999, 20 (suppl), 419.
9. Dudek D, Zięba A, Dudek D, Wróbel A, Zymek P, Dubiel JS. *Depressed mood and quality of life after successful coronary angioplasty*. W: Navarro-Lopez F, red. XXI Congress of the European Society of Cardiology. International Proceedings Division. Bologne: Monduzzi Editore; 1999.
10. Dudek D, Dudek D, Zięba A, Wróbel A, Zymek P, Dubiel JS. *Zaburzenia depresyjne a jakość życia u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca*. *Psychiatr. Pol*. 2000; 34: 73–80.

11. Dudek D, Dudek D, Wróbel A, Bartuś S, Rzeszutko Ł, Zięba A, Dubiel JS. *Relationship between depressive symptoms and quality of life in patients with coronary artery disease after percutaneous coronary interventions*. Kardiol. Pol. 2000; 53: 14–19.
12. Carney RM, Rich MW, Tevelde A, Saini J, Clark K, Jaffe AS: *Major depressive disorder in coronary artery disease*. Am. J. Cardiol. 1987; 60: 1273–1275.
13. Riflein A. *Depression in physically ill patients. Dont dismiss it as understandable*. Postgrad Med. 1992; 92 (supl.3): 146.

Otrzymano: 3.04.2001

Zrecenzowano: 30.05.2001

Przyjęto do druku: 2.06.2001

Adres: Klinika Psychiatrii Dorosłych CM UJ
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a