

Pacjent po incydencie wieńcowym, u którego stwierdzono objawy depresji

lek. Grzegorz Kolasa, prof. Filip Rybakowski

Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

MEŹCZYŻNA

WIEK: 60 lat

ZAWÓD: kierownik oddziału w korporacji

WYWIAD:

Powodem zgłoszenia się pacjenta do lekarza jest występujące od ok. 2 miesięcy pogorszenie samopoczucia oraz funkcjonowania. Pacjent deklaruje, iż przez większość dnia odczuwa smutek, nie jest w stanie cieszyć się z rzeczy, które do tej pory sprawiały mu radość. Schudł ok. 7 kg, od kilku tygodni ma problemy z zasypianiem – zajmuje mu to ponad godzinę, często budzi się też w nocy i potrzebuje ponad pół godziny, aby ponownie zasnąć. Wymienione wyżej objawy oraz brak energii i obniżoną wydolność wiązał przede wszystkim z przebytych 3 miesiące temu zawałem mięśnia sercowego. Z powodu incydentu wieńcowego wymagał zabiegu wszczepienia stentu. Przebyty epizod niedokrwieny, związany z nim zabieg i rehabilitacja wiązały się u pacjenta z dużym stresem – z natury jest on osobą bardzo aktywną, lubiącą rywalizację oraz działanie pod presją czasu. Na konsultację lekarską zdecydował się dopiero wtedy, gdy żona zaczęła mu zwracać uwagę, iż stał się ponury, często jest drażliwy i widzi wszystko w czarnych barwach; do tej pory był bardzo pozytywnie nastawiony do życia i nowych wyzwań.

Dotąd nieleczony psychiatrycznie. Alkohol pije okazjonalnie, pali ok. połowy paczki papierosów dziennie. Matka pacjenta chorowała na depresję. Na stałe przyjmuje: kwas acetylosalicylowy, metoprolol, peryndopryl oraz rozuwastatinę.

BADANIE FIZYKALNE:

Pacjent wydolny krążeniowo-oddechowo; RR = 130/90 mmHg; HR = 80/min; obecna nadwaga (BMI = 28 kg/m²).

WYNIKI BADAŃ LABORATORYJNYCH:

W badaniach laboratoryjnych obecna hipercholesterolemia: stężenie cholesterolu LDL 135 mg/dl oraz cholesterolu całkowitego 210 mg/dl. Bez innych istotnych odchyleń.

ROZPOZNANIE: Epizod depresji umiarkowany

ZALECENIA:

- włączenie sertraliny w dawce 50–100 mg/24 h
- redukcja masy ciała poprzez regularną aktywność fizyczną
- stosowanie się do zasad zdrowej diety
- redukcja czynników ryzyka w postaci palenia tytoniu
- rozważenie modyfikacji dawki rozuwastatyny.

UWAGI KOŃCOWE:

Należy pamiętać, aby uprzedzić chorego, że leki zaczynają działać po 2–4 tygodniach od rozpoczęcia leczenia. W terapii epizodu depresji można wyróżnić kolejno: leczenie fazy ostrej (6–12 tygodni), leczenie podtrzymujące (6 miesięcy) i leczenie profilaktyczne (co najmniej rok). Wybór leku i jego dawki należą do konsultującego psychiatry [1].

KOMENTARZ:

U 40–65% pacjentów po zawale serca występują istotne klinicznie objawy depresyjne, a u 25% spełnione są kryteria epizodu depresji. Rozpoznanie depresji u zdrowych osób czterokrotnie zwiększa ryzyko zawału serca. Pacjenci ze współistniejącym zespołem depresyjnym stanowią grupę wysokiego ryzyka zgonu lub ponownego zawału. Dotyczy to zarówno okresu bezpośrednio po zawale, jak i dalszego przebiegu choroby. Leczenie depresji ma istotny wpływ na rokowanie w cho-

robach serca [1, 2]. Badano grupę osób po incydencie wieńcowym serca, u których stwierdzono objawy depresji. Okazało się, że w przypadku osób leczonych środkami z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI, *selective serotonin reuptake inhibitor*) prawdopodobieństwo zgonu lub kolejnego zawału mięśnia sercowego w okresie 30 miesięcy po pierwszej hospitalizacji spadło o 43% w porównaniu z grupą, która nie otrzymała leczenia przeciwdepresyjnego. Moc tych dowodów osłabia to, że w badaniu dopuszczono decyzję lekarza i pacjenta o podjęciu leczenia przeciwdepresyjnego – przydział do grupy badawczej nie był narzucony. Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne w 2008 r. wydało rekomendację, która zachęca do rutynowego badania pacjentów z chorobami układu krążenia pod kątem występowania objawów depresji. W zaleceniach podkreśla się, że stosowanie leków przeciwdepresyjnych nowej generacji, takich jak SSRI, jest bezpieczne w przypadku osób z chorobami układu krążenia, a także może zwiększyć motywację tych pacjentów do zmiany stylu życia i przestrzegania zaleceń kardiologa. Terapia wybranymi lekami przeciwdepresyjnymi u osób z chorobami układu krążenia jest uzasadniona i w pełni bezpieczna w przypadku prowadzenia jej przez psychiatrę we współpracy z kardiologiem. Dotyczy to pacjentów z chorobą niedokrwienną serca, jak również po zawale mięśnia sercowego. Za najbardziej właściwe uważa się obecnie leki z grupy SSRI: escitalopram (10–20 mg), sertralinę (50–100 mg), oraz wenlafaksynę z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI, serotonin norepinephrine reuptake inhibitor) (75–150 mg). Szczególną uwagę zwraca sertralina – jako selektywny inhibitor wychwytu 5-HT nie wpływa na przekąźnictwo katecholaminergiczne. Z tego powodu jest lekiem często stosowanym u pacjentów w wieku podeszłym, u których w wywiadzie obecne są choroby układu krążenia lub przebyte epizody sercowo-naczyniowe. Istotny jest również fakt, iż w razie konieczności łączenia leków przeciwdepresyjnych z β -blokerami najmniejszym ryzykiem wzrostu stężenia i nasilenia działań niepożądanych metoprololu lub propranololu spośród leków z grupy SSRI/SNRI charakteryzują się wenlafaksyna i sertralina [3]. Wykazują one również najmniejsze ryzyko interakcji z lekami przeciwwzakrzepowymi. Sertralina hamuje ważny enzym CYP2D6 znacznie słabiej niż pozostałe leki SSRI. Dawki u osób po 65. r.ż. powinny stanowić połowę dawki stosowanej u młodszych dorosłych, dawkę powinno się zwiększać stopniowo.

PIŚMIENNICTWO

1. Szyguła-Jurkiewicz B, Szymik M, Mrozowska B et al. Psychologiczne uwarunkowania i konsekwencje ostrego zawału serca. Leki psychotropowe u chorych po ostrym zawałe serca. Choroby Serca i Naczyń. 2011; 8(2): 62-9.
2. Szyguła-Jurkiewicz B, Duszańska A, Poloński L. Is depression a problem in patients with chronic heart failure? Pol Arch Med Wewn. 2008; 118: 52-6.
3. Preskorn SH, Greenblatt DJ, Flockhart D et al. Comparison of Duloxetine, Escitalopram, and Sertraline Effects on Cytochrome P450 2D6 Function in Healthy Volunteers. J Clin Psychopharmacol. 2007; 27: 28-34.

Adres do korespondencji:

lek. Grzegorz Kolasa, prof. Filip Rybakowski

Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań