

List do redakcji. Powikłania zakrzepowo-zatorowe w psychiatrii z perspektywy roszczeń prawnych

Letter to Editor. Thromboembolic complications in psychiatry from the perspective of legal claims

Rafał Skowronek¹, Marek Krzystanek², Jerzy Chudek³

¹ Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Lekarski w Katowicach,
Katedra i Zakład Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej

² Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Lekarski w Katowicach,
Katedra Psychiatrii i Psychoterapii, Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej

³ Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej Samodzielnego
Publicznego Szpitala Klinicznego im. Andrzeja Mielęckiego w Katowicach

Lektura przygotowanego przez gdański zespół artykułu *Ryzyko i profilaktyka żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej u pacjentów hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych. Przegląd badań* [1] skłoniła nas do podzielenia się własnymi doświadczeniami i uwagami dotyczącymi powikłań zakrzepowo-zatorowych w psychiatrii.

Jako interdyscyplinarny zespół biegłych skupiony przy Katedrze Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach nierzadko opiniujemy sprawy, w których zachodzi podejrzenie popełnienia błędu medycznego, gdy do nagłego zgonu chorego z powodu zatoru tętnicy płucnej dochodzi podczas stosowania (lub krótko po zastosowaniu) przewidzianych prawem środków przymusu bezpośredniego. Wobec okoliczności nagłego zgonu pacjenta, budzących wątpliwości osób najbliższych, coraz częściej wykonywane są badania sekcyjne na zlecenie prokuratora, które wyjaśniają przyczynę śmierci i rodzą zastrzeżenia co do braku stosowania profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ).

Niniejszy problem był prezentowany podczas VI Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Nowe i naprawdę nowe zaburzenia psychiczne” w Wiśle w 2012 roku, lecz nie wzbudził większego zainteresowania wśród uczestników [2]. Dobrze więc się stało, że autorzy z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego podnieśli to istotne w praktyce klinicznej, jak również opiniodawczej, zagadnienie.

Powikłania ŻChZZ podczas stosowania środków przymusu bezpośredniego u pacjentów chorych psychicznie są rzadkie i niestety późno rozpoznawane. Ich wystąpieniu sprzyja zażywanie niektórych leków psychiatrycznych, na co zwrócili uwagę autorzy

przywoływanej pracy [1]. Przykładowo klozapina powoduje ponadpięciokrotne zwiększenie ryzyka śmiertelnego zatoru naczyń płucnych [3, 4]. Zaleca się więc unikanie unieruchamiania pacjentów przyjmujących ten lek, a jeśli to konieczne – dążenie do optymalnej kontroli stanu klinicznego, skrócenia czasu trwania unieruchomienia lub wdrożenia profilaktyki przeciwzakrzepowej, z użyciem heparyn drobnocząsteczkowych [5, 6]. Jak wykazano, największe ryzyko zakrzepicy „poneuroleptycznej” istnieje w ciągu pierwszych trzech miesięcy terapii, a najbezpieczniejszy pod tym względem wydaje się amisulpryd [7]. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że żadne zalecenia, a tym bardziej obowiązujące w medycynie standardy postępowania, nie obligują lekarzy psychiatrów do oceny ryzyka wystąpienia ŻChZZ przed wdrożeniem leczenia przeciwpsychotycznego [5].

W literaturze specjalistycznej, również medyczo-sądowej, można znaleźć pojedyncze opisy przypadków powikłań zakrzepowo-zatorowych w związku lub bez związku z unieruchomieniem pacjenta chorego psychicznie [8]. Farah i wsp. [9] opisali przypadek 47-letniej pacjentki od wielu lat leczonej klozapiną, która zgłosiła się do szpitala z powodu duszności i obrzęku prawej kończyny dolnej. W trakcie hospitalizacji rozpoznano zatorowość płucną i rozpoczęto dożylnie leczenie heparyną niefrakcjonowaną. W siódmej dobie pacjentka jednak zmarła. Rozpoznanie kliniczne potwierdziła sekcja zwłok, która wykazała również obecność zakrzepu w żyłę podkolanową. Cecchi i wsp. [5] przedstawili z kolei przypadek 34-letniego mężczyzny chorującego na schizofrenię, który w stanie agitacji z objawami wytwórczymi został przyjęty do oddziału psychiatrycznego. Oprócz palenia papierosów nie prezentował żadnych czynników ryzyka ŻChZZ. Z powodu zachowań agresywnych został unieruchomiony pasami. Po sześciu dniach zakończono przymusowe unieruchomienie, jednak jego stan somatyczny zaczął się pogarszać. Rozpoznano zatorowość płucną i zastosowano dożylnie heparynę niefrakcjonowaną, niestety bezskutecznie. Ramírez i wsp. [10] zamieścili opis 50-letniego mężczyzny, który został przyjęty do szpitalnego oddziału psychiatrycznego z powodu nasilonego epizodu depresyjnego. Praktycznie nie opuszczał łóżka. Został zakwalifikowany do terapii elektrowstrząsowej. Dziewiątego dnia poczuł się lepiej i zaczął przechadzać się po oddziale. Po kilku minutach stracił przytomność. Rozpoznano zatorowość płucną i przekazano go do Oddziału Intensywnej Terapii, gdzie szczęśliwie udało się go uratować.

Zgon w wyniku powikłań zakrzepowo-zatorowych podczas stosowania środków przymusu bezpośredniego może być powodem wszczęcia postępowania prokuratorского w sprawie narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 k.k.), a nawet nieumyślnego spowodowania śmierci (art. 155 k.k.) w aspekcie odpowiedzialności prawnokarnej (winy) lekarza. Warto jednak zwrócić uwagę na to, że przymusowe unieruchomienie pacjenta nie jest tożsame z obłożnością po przebytym zabiegu operacyjnym, urazie, schorzeniu neurologicznym czy też z terminalną fazą choroby nowotworowej. Prawidłowe unieruchomienie w pasach bezpieczeństwa nie wyłącza pompy mięśniowej, a tym samym nie powoduje zastoju w układzie żylnym kończyn dolnych, który sprzyja zakrzepicy żyłnej. Pobudzeniu psychoruchowemu, które często występuje w trakcie zabezpieczenia pasami (tzw. walce z pasami), towarzyszy wręcz pobudzenie pompy mięśniowej, co paradoksalnie ma działanie profilaktyczne. Każdorazowo jednak kluczowa jest ocena czynników ryzyka ŻChZZ u konkretnego pacjenta, np. za pomocą dostępnych, wymienionych w gdańskim artykule skal punktowych i jak w innych dziedzinach medycyny – odpowiednia indywidualizacja postępowania.

Na koniec nie możemy zgodzić się ze stwierdzeniem zespołu z Gdańska, że „żylna choroba zakrzepowo-zatorowa jest poważnym, często nierozpoznanym i jednocześnie łatwym do uniknięcia powikłaniem, wpływającym na leczenie i rokowanie pacjentów z zaburzeniami psychicznymi” [1, s. 431]. Oczywiście zastosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej zmniejsza ryzyko wystąpienia poważnych powikłań, ale niestety go nie eliminuje.

Piśmiennictwo

1. Wilkowska A, Kujawska-Danecka H, Hajduk A. *Ryzyko i profilaktyka żylnych chorób zakrzepowo-zatorowych u pacjentów hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych. Przegląd badań.* Psychiatr. Pol. 2018; 52(3): 421–435. Doi: 10.12740/PP/78891.
2. Skowronek R, Krzystanek M, Skowronek A, Chowaniec C. *Powikłania zakrzepowo-zatorowe podczas stosowania neuroleptyków i środków przymusu bezpośredniego – niedoceniany problem kliniczny i prawno-karny.* VI Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Nowe i naprawdę nowe zaburzenia psychiczne”. Wisła, 13.12–15.12.2012 (streszczenia: s. 57).
3. Hägg S, Spigset O. *Antipsychotic-induced venous thromboembolism: A review of the evidence.* CNS Drugs. 2002; 16(11): 765–776. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12383032>.
4. Hägg S, Jönsson AK, Spigset O. *Risk of venous thromboembolism due to antipsychotic drug therapy.* Expert Opin. Drug Saf. 2009; 8(5): 537–547.
5. Cecchi R, Lazzaro A, Catanese M, Mandarelli G, Ferracuti S. *Fatal thromboembolism following physical restraint in a patient with schizophrenia.* Int. J. Legal Med. 2012; 126(3): 477–482. Doi: 10.1007/s00414-012-0670-1.
6. De Hert M, Einfinger G, Scherpenberg E, Wampers M, Peuskens J. *The prevention of deep venous thrombosis in physically restrained patients with schizophrenia.* Int. J. Clin. Pract. 2010; 64(8): 1109–1115. Doi: 10.1111/j.1742-1241.2010.02380.x.
7. Borrás L, Eytan A, Timary de P, Constant EL, Huguélet P, Hermans C. *Pulmonary thromboembolism associated with olanzapine and risperidone.* J. Emerg. Med. 2008; 35(2): 159–161.
8. Dickson BC, Pollanen MS. *Fatal thromboembolic disease: A risk in physically restrained psychiatric patients.* J. Forensic Leg. Med. 2009; 16(5): 284–286. Doi: 10.1016/j.jflm.2008.12.008.
9. Farah RE, Makhoul NM, Farah RE, Shai MD. *Fatal venous thromboembolism associated with antipsychotic therapy.* Ann. Pharmacother. 2004; 38(9): 1435–1438. Doi: 10.1345/aph.1E021.
10. Ramírez M, Imaz H, Ruiz JH. *Thromboembolism after physical restraint.* Acta Psychiatr. Scand. 2001; 104(6): 473–474. Doi: 10.1046/j.0001-690X.2001.acp1i004.x.

Adres: Rafał Skowronek
Katedra i Zakład Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej
Wydział Lekarski w Katowicach
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
40-752 Katowice, ul. Medyków 18
e-mail: rafal-skowronek@wp.pl

Otrzymano: 12.08.2018
Przyjęto do druku: 22.10.2018