

Zespół antycholinergiczny *Anticholinergic syndrome*

Paweł W. Królik¹, Ewa Rudnicka-Drożak²

¹ Oddział Geriatryczny Szpitala Specjalistycznego w Jaśle

² Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej

Streszczenie

Wstęp. Zespół antycholinergiczny (ACS: *anticholinergic syndrome*) rozwija się w wyniku blokowania neurotransmisji cholinergicznej na poziomie ośrodkowych receptorów muskarynowych przez leki o działaniu antycholinergicznym. Objawia się niepokojem, zaburzeniami orientacji, mowy i widzenia, pobudzeniem aż do zaburzeń świadomości i stanów majaczeniowych włącznie. W skrajnych sytuacjach może rozwinąć się wstrząs kardiogeny i ostra niewydolność oddechowo-krażeniową. Często współlistnieje z obwodowymi objawami antycholinergicznymi takimi jak sucha, zaczerwieniona, rozpalona skóra, suche błony śluzowe jamy ustnej i gardła, tachykardia, upośledzona motoryka jelit, zaparcia, retencja moczu, zaburzenia widzenia. Osoby starsze są bardziej wrażliwe, w porównaniu z młodszymi grupami pacjentów, na antycholinergiczną aktywność leków ze względu na zależne od wieku zmiany w ich metabolizmie i wydalaniu, zwiększoną przepuszczalność bariery krew-mózg i zmniejszoną transmisję za pośrednictwem acetylocholino w mózgu (mniejsza liczba neuronów i receptorów cholinergicznych). Jednocześnie leki o większym lub mniejszym działaniu antycholinergicznym są stosowane przez 8% do nawet 37% pacjentów w podeszłym wieku (wg innych danych jest to grupa 20-50% pacjentów). Zespół antycholinergiczny rozwija się często nie w wyniku działania pojedynczego leku o silnym wpływie antycholinergicznym, ale wielu leków o różnym stopniu aktywności antycholinergicznej. Obraz kliniczny ACS jest zmienny. Stan psychiczny pacjenta bardzo często szybko pogarsza się, co może prowadzić do nieprawidłowego rozpoznania i paradoksalnego włączenia lub zwiększenia dawki już stosowanego leku przeciwpsychotycznego o silnym potencjale antycholinergicznym. Leczenie ACS w większości przypadków jest objawowe. Należy przede wszystkim natychmiast odstawić leki działające antycholinergicznie. Objawy ACS ustępują zazwyczaj w ciągu kilkunastu godzin lub kilku dni. Jednak, według niektórych autorów tylko 20% pacjentów powraca do pełnego zdrowia po epizodzie majaczenia, który rozwinął się w przebiegu ACS. **Opis przypadku.** W artykule omówiony został przypadek 74-letniej pacjentki, u której wystąpiły objawy stanu majaczeniowego w przebiegu ACS indukowanego stosowaniem dwóch leków o słabym potencjale antycholinergicznym: trazodonu i wenlafaksyny. Wg ACB (*Anticholinergic Congenitive Burden Scale*) najczęściej stosowanej spośród 7 skal oceniających leki ze względu na ryzyko ich niekorzystnego działania antycholinergicznego, obydwa leki należą do grupy o małej aktywności antycholinergicznej (1 pkt w skali od 0 do 3 pkt, gdzie 0 oznacza brak, 1 pkt niewielką, 2 pkt umiarkowaną a 3 pkt bardzo wyraźną aktywność antycholinergiczną). Skumulowany efekt antycholinergiczny (wynoszący 2 pkt) okazał się wystarczająco duży do wywołania stanu majaczeniowego. Pomimo silnego pobudzenia, nie zdecydowano się z obawy przed wzrostem obciążenia antycholinergicznego, na podanie leków przeciwpsychotycznych. Po odstawieniu trazodonu i wenlafaksyny i wyrównaniu zaburzeń elektrolitowych w ciągu 2 dni stan pacjentki zdecydowanie poprawił się. Ustąpiły ośrodkowe (majaczenie) i obwodowe objawy antycholinergiczne. Po wykonaniu panelu badań diagnostycznych i wykluczeniu dodatkowego, somatycznego tła ostrych zaburzeń poznawczych, pacjentka wypisana została do domu. *Geriatrics* 2018; 12: 49-60.

Słowa kluczowe: zespół antycholinergiczny, majaczenie, ludzie starsi

Abstract

Background. The anticholinergic syndrome (ACS) develops as a result of blocking cholinergic neurotransmission at the level of central muscarinic receptors by anticholinergic drugs. It manifests with anxiety, disturbances of orientation, speech and vision, excitation up to the disturbances of consciousness and delirious states inclusive. In extreme situations, cardiogenic shock and acute failure of respiratory and circulatory may develop. It often coexists with peripheral anticholinergic symptoms such as dry, reddened, burning skin, dry mouth and throat mucous membranes, tachycardia, impaired intestinal motility, constipation, urinary retention, blurred vision. Elderly people are more sensitive to anticholinergic drug activity compared to younger groups due to age-related changes in their metabolism and excretion, increased blood-brain barrier permeability and reduced transmission via acetylcholine in the brain (fewer neurons and cholinergic receptors). At the same time drugs with higher or lower anticholinergic activity are used by 8% to as many as 37% of elderly patients (according to other data it is a group of 20-50% of patients). The anticholinergic syndrome often develops not as a result of a single drug with a strong anticholinergic effect, but many drugs with varying degrees of anticholinergic activity. The clinical condition of ACS is variable. The mental state of the patient very often deteriorates rapidly, which may lead to incorrect diagnosis and paradoxical inclusion or increase of the dose of an already used antipsychotic drug with a strong anticholinergic potential. ACS treatment is in most cases symptomatic. First of all, anticholinergic drugs should be stopped immediately. Symptoms of ACS usually disappear within a dozen hours or a few days. However, according to some authors, only 20% of patients return to full health after an episode of delirium, which developed in the course of ACS. **Case report.** The article discusses the case of 74-year old female patient who develop symptoms of delirium in the course of ACS induced by the use of two drugs with weak anticholinergic potential: trazadone and venlafaxine. According to ACB (*Anticholinergic Congenitive Burden Scale*), the most commonly used among the 7 scales that evaluate drugs due to the risk of their anticholinergic adverse effects, both drugs belong to the group with low anticholinergic activity (1 point on a scale of 0 to 3 points, where 0 means none, 1 point small, 2 points moderate and 3 points very pronounced anticholinergic activity). The cumulative anticholinergic effect (amounting to 2 points) proved to be large enough to induce delirium state. Despite the strong stimulation, it was not decided because of fear of the intensification of the anticholinergic burden, to treat the patient with antipsychotic drugs. After discontinuing trazadone and venlafaxine and compensating for electrolyte disturbances, the patient's condition improved significantly within 2 days. Central (delirium) and peripheral anticholinergic symptoms resolved. After making the panel of diagnostic tests and exclusion of an additional, somatic background of acute cognitive impairment, the patient was discharged home. *Geriatrics* 2018; 12: 49-60.

Keywords: anticholinergic syndrome, delirium, older people