

Niespecyficzność objawów klinicznych u starszych chorych *Unspecific presentation of the diseases in elderly subjects*

Marcin Kański^{1,2}, Andrzej Józwiak^{1,2}

¹ Oddział Geriatryczny, Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” w Gnieźnie

² Zakład Geriatrii i Gerontologii, Katedra i Zakład Patofizjologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Streszczenie

Praca opisuje przypadek 68-letniego mężczyzny przyjętego w trybie planowym na oddział dzienny celem rehabilitacji ogólnousprawniającej. Mimo braku zgłaszanych w chwili przyjęcia dolegliwości somatycznych chory, z powodu niewyrównanego nadciśnienia tętniczego oraz objawów POChP, wymagał przekazania na oddział geriatryczny. W czasie pobytu rozpoznano nadciśnienie tętnicze, chorobę niedokrwinną serca, niewydolność serca, miażdżycę tętnic szyjnych, stan po udarze mózgu z niedowładem połowicznym lewostronnym, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc z policytemią wtórną, dyslipidemię, subkliniczną nadczynność tarczycy oraz cukrzycę typu II z nefropatią. Po zastosowaniu leczenia samopoczucie chorego i tolerancja wysiłku znacznie poprawiły się. Artykuł zwraca uwagę na konieczność okresowej, dokładnej kontroli lekarskiej w warunkach ambulatoryjnych wszystkich seniorów z wielochorobowością. *Geriatría 2009; 3: 42-45.*

Słowa kluczowe: starzenie, niespecyficzność objawów klinicznych, wielochorobowość

Summary

The paper describes the case of 68 years old man referred to daily ward for rehabilitation. On admission, regardless the lack of complains, the patient was transferred to geriatric ward due to uncontrolled hypertension and symptoms of COPD. During hospitalization he was diagnosed with: hypertension, ischemic heart disease, heart failure, atherosclerosis of carotid arteries, left-side hemiparesis related to previous stroke, chronic obstructive pulmonary disease with polycythemia, dyslipidemia, subclinical hyperthyroidism and type II diabetes with nephropathy. After the treatment the general status of the patient has improved. The paper emphasizes the need of monitoring the health status of elderly subjects, particularly those with polipathology. *Geriatría 2009; 3: 42-45.*

Keywords: aging, unspecific presentation of the diseases, polipathology

Mężczyzna (68 lat) z somatogennymi zaburzeniami nastroju zgłosił się do planowego przyjęcia na oddział dzienny celem przeprowadzenia programu ogólnousprawniającej rehabilitacji. Oddział zajmuje się leczeniem i rehabilitacją pacjentów w wieku podeszłym z rozpoznaną chorobą psychiczną z towarzyszącymi schorzeniami somatycznymi. Średni czas pobytu wynosi ok. 8 tygodni.

Pacjent, w chwili przyjęcia, nie zgłaszał dolegliwości, określał swoje samopoczucie jako dobre.

Według wywiadu lekarskiego chory leczył się od

kilku lat na cukrzycę typu II oraz na nadciśnienie tętnicze; stosował gliclazyd (60 mg/dobę), amlodypinę (10 mg/dobę), indapamid (1,5 mg/dobę) oraz doxazosin (4 mg/dobę).

Twierdził, że ciśnienie tętnicze mierzone w domu było wyrównane, ale nie pamiętał wartości („RR mierzyła żona i uważała, że jest dobre”). Poziom glikemii również określał jako dobry (na czczo 120-140 mg/dl, po posiłkach nie przekraczał 200 mg/dl).

W latach osiemdziesiątych był operowany na oddziale chirurgii naczyniowej – brak dokumentacji

medycznej, prawdopodobnie endarteriectomia (blizna wzdłuż mięśnia mostkowo-obończykowo-sutkowego po stronie prawej). W połowie lat dziewięćdziesiątych przebył udar niedokrwienny mózgu z niedowładem połowicznym lewostronnym niewielkiego stopnia. Również przed około pięciu laty rozpoznano nadczynność tarczycy (prawdopodobnie chorobę Graves-Basedowa, brak dokumentacji) - pacjent podawał, że przez kilka miesięcy był leczony (prawdopodobnie tyreostatykiem - chory nie potrafił podać nazwy leku). Ponieważ wyniki badania kontrolnego były prawidłowe zaniechał dalszych kontroli w poradni endokrynologicznej.

Pacjent podawał, że od ok. 45 lat pali papierosy (ok. 10 sztuk dziennie). Potwierdził występowanie okresowo uporczywego kaszlu z odpluwaniem wydzieliny, głównie w okresie letnim. Negował bóle zamostkowe czy uczucie duszności, choć twierdził, że nie wykonywał większych wysiłków, ponieważ po udarze ma mniej sprawną kończynę dolną (poruszał się kulejąc, ale nie stosował sprzętu ortopedycznego).

Podczas badania wstępnego stwierdzono zaczerwienienie skóry twarzy, bliznę wzdłuż mięśnia mostkowo-obończykowo-sutkowego po stronie prawej. Nad polami płucnymi osłuchowo stwierdzono rozsiane świsły oraz pojedyncze furczenia. Czynność serca była miarowa, ok. 100/min, tony głośne, ciśnienie tętnicze krwi 180/90 mmHg. W badaniu neurologicznym stwierdzono niedowład połowiczny lewostronny niewielkiego stopnia.

W EKG lewogram patologiczny, PQ 0,23 sek., załamek P 0,14 sek., dwugarbny w I, II, dwufazowy w V1 z przewagą fazy ujemnej, QRS 0,14 sek. o morfologii bloku prawej odnogi pęczka Hisa (wnioski: blok AV I stopnia, p – mitrale, blok prawej odnogi oraz przedniej wiązki lewej odnogi pęczka Hisa).

Ze względu na niewyrównane nadciśnienie tętnicze i podejrzenie POChP został przekazany na oddział geriatryczny szpitala.

W czasie hospitalizacji na oddziale wykonano badania laboratoryjne, które wykazały obecność:

- nadkrwistości z prawidłową ilością płytek krwi i leukocytów (RBC 6,05 T/L, Hct 0,599, Hgb 13,3 mmol/l, MCV 99 fl),
- hipokalemii (2,9 mmol/l),
- wysokich stężeń glukozy (glukoza przygodna 245 mg/dl),
- zaburzeń gospodarki lipidowej (cholesterol całkowity 253 mg/dl, trójglicerydy 397 mg/dl),

- subkliniczną nadczynności tarczycy (TSH 0,15 uU/ml, FT4 12,68 pmol/l),
 - proteinurii i glukozurii.
- Wykonano również badania obrazowe:
- USG jamy brzusznej;
WYNIK: cechy stłuszczenia wątroby, torbiele nerki prawej o średnicy 54 i 20 mm, śledziona niepowiększona, zmiany ateromatyczne aorty
 - ECHO serca;
WYNIK: pogrubiała przegroda międzykomorowa (14 mm), hipokineza przypodstawnego segmentu przegrody, EF 40%, zmiany aterogenne w obrębie zastawki aortalnej
 - RTG narządów klatki piersiowej;
WYNIK: narządy klatki piersiowej bez zmian;
 - Spirometrię;
WYNIK: cechy obturacji niewielkiego stopnia.

Postawiona diagnoza:

Choroba niedokrwienna serca. Nadciśnienie tętnicze. Niewydolność serca (NYHA II). Przewlekła obturacyjna choroba płuc. Policystemia wtórna. Cukrzyca typu II. Nefropatia cukrzycowa. Dyslipidemia. Stan po udarze mózgu z niedowładem połowicznym lewostronnym. Miażdżycowe zwężenie tętnic szyjnych. Subkliniczna nadczynność tarczycy (prawdopodobnie w przebiegu choroby Graves-Basedov).

Zastosowano:

dietę cukrzycową,
aspirynę 75mg/d,
vinpocetin 3 x 5mg,
ramipril 2 x 5 mg,
amlodypinę 1 x 10mg,
carvedilol 2 x 6,25mg,
gliclazyd 60 mg rano,
formoterol 2x1 wziew,
atorwastatynę 40 mg na noc,
suplementację potasu.

Ze względu na policystemię wtórną dokonano jednorazowego krwiopustu.

W kontrolnych badaniach uzyskano wyrównanie wartości potasu w surowicy, oraz profilu glikemii (na czczo ok. 85-90 mg/dl, po posiłkach glikemia nie przekraczała 150 mg/dl). Kontrole wartości morfologii: WBC 7,9 G/L, Hgb 11 mmol/L, Hct 0,51, RBC 5,12 T/L, Plt 104 mmol/L. Podwyższone wartości ciśnienia tętniczego uległy normalizacji (RR 140/80 mmHg).

Pacjent twierdził, że czuje się znacznie lepiej, lepiej

toleruje wysiłek oraz „*ma uczucie lżejszego oddechu*”.

W stanie ogólnym dobrym został wypisany do domu. Ustalono termin ponownego przyjęcia na oddział dzienny za 2 miesiące. Zalecono przestrzeganie diety cukrzycowej, okresowe wykonywanie półprofilu glikemii, kontynuację leczenia oraz kontrolę w poradniach specjalistycznych.

Dyskusja

Wraz z wiekiem jednoznaczne odróżnienie zmian, wynikających z procesu starzenia i tych będących konsekwencją chorób, staje się coraz trudniejsze [1]. Jednak absolutnie konieczne jest podjęcie leczenia wszystkich objawów chorobowych, bez prób leczenia naturalnych konsekwencji starzenia. Sytuację dodatkowo komplikuje fakt, że osoby w wieku podeszłym często nie zgłaszają objawów chorób przewlekłych, traktując je jako naturalne, związane ze starzeniem.

Wielokrotnie więc uczucie duszności czy ból dławicowy są zgłaszane dopiero w sytuacji, gdy występują w spoczynku lub przy minimalnym wysiłku, uniemożliwiając wykonywanie podstawowych czynności dnia codziennego. Duszność wysiłkowa jest bagatelizowana.

Co więcej, w związku z wielochorobowością może wystąpić maskowanie się objawów chorobowych [2], na co zwraca uwagę prezentowany przypadek (brak duszności wysiłkowej, ze względu na niemożliwość wykonywania wysiłku).

Konieczna jest edukacja pacjentów i ich rodzin, ponieważ często zdarza się, że seniorzy prowadzą skrupulatnie samokontrolę, natomiast nie potrafią interpretować uzyskanych wyników. Opisany pacjent miał prowadzony dzienniczek kontroli ciśnienia tętniczego, w którym większość pomiarów było nieprawidłowych.

Do parametrów, które powinny być kontrolowane przy każdorazowym pogorszeniu stanu zdrowia należy TSH, bowiem w wieku podeszłym, zarówno nadczynność tarczycy, jak i niedoczynność często przebiegają w sposób nietypowy lub objawy są trudne do oceny w związku ze zmianami zachodzącymi w organizmie w trakcie starzenia się. Niedoczynność tarczycy często przybiera maskę depresji lub otępienia, natomiast nadczynność objawia się pod postacią opornych na leczenie

zaburzeń rytmu czy zaostrzenia choroby niedokrwiennej serca lub niewydolności serca [3]. W opisanym przypadku rozpoznana została subkliniczna nadczynność tarczycy, gdyż stężenie TSH było obniżone przy prawidłowym fT4. Zalecenia dotyczące leczenia subklinicznej nadczynności tarczycy są niejednoznaczne, między innymi, dlatego że w jej przebiegu obserwuje się znaczny procent samoistnych remisji [4]. Z jednej strony zawsze rozważyć należy włączenie leczenia przy istniejących powikłaniach kardiologicznych [4], a z drugiej, według kanonów postępowania internistycznego w odniesieniu do chorych starszych, zaleca się, żeby rozpoczynać leczenie dopiero w momencie, gdy stężenie TSH osiągnie wartość poniżej 0,1 uIU/ml [5]. W dyskutowanym przypadku zalecono okresową kontrolę w poradni endokrynologicznej.

W ramach poradni rodzinnej seniorzy wielokrotnie zgłaszają się do lekarza tylko celem przedłużenia dotychczasowego leczenia i w związku z niezgłaszaniem dolegliwości nie są badani przedmiotowo. Przynajmniej częściowo wynika to również z ograniczeń czasowych narzucanych przez istniejący system ochrony zdrowia. Zwraca się jednak uwagę, że kontynuacja leków bez okresowej kontroli stanu pacjenta zwiększa częstość problemów klinicznych [6]. Wynikają one z jednej strony z niepotrzebnie stosowanych leków, a z drugiej z niepodejmowania leczenia istniejących niezdiagnozowanych problemów. W powyższym przypadku objawy poważnych chorób (tachykardia, zmiany spastyczne nad oskrzelami, podwyższone ciśnienie tętnicze) były dostępne w zwykłym badaniu przedmiotowym. Wdrożenie leczenia w odpowiednim momencie jest niezbędne, gdyż wpływa na poprawę sprawności chorych i poprawia komfort ich życia. Tak więc osoby starsze, zwłaszcza z wielochorobowością, muszą podlegać okresowym kontrolom stanu klinicznego [7].

Adres do korespondencji:

Marcin Kański

Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka”

Oddział Geriatryczny

ul. Poznańska 15, 62-200 Gniezno

tel.: (+48 22) 627 39 86

marcin.ziamba@gmail.com

Piśmiennictwo

1. Kane RL, Oulander JG, Abrass IB. Clinical implications of the aging process. W: Essentials of clinical geriatrics. McGraw-Hill, Inc.; 1994: 3.
2. Wieczorowska-Tobis K. Specyfika medycyny geriatrycznej. *Pol Med Rodz* 2004; 6: 557.
3. Abrams WB, Bees MH, Berkow R (red.). Tarczycza: fizjologia i choroby. W: Galus K, Kocemba J (red. wyd. pol). MSD Podręcznik Geriatrii. Wydanie I polskie. Wrocław: Wydawnictwo Urban & Partner; 1999: 1062.
4. Miller M. Disorders of the thyroid. W: Tallis RC, Fillis HM (red). Geriatric medicine and gerontology. Londyn: Elsevier Science Ltd.; 2003: 1165.
5. Jarzab B, Płaczekiewicz-Jankowska E. Nadczynność tarczycy. W: Szczeklik A (red.). Choroby wewnętrzne tom I. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2005: 1044.
6. Straand J, Rokstad KS. Elderly patients in general practice: diagnoses, drugs and inappropriate prescriptions. A report from the Møre & Romsdal Prescription Study. *Fam Pract* 1999; 16: 380.
7. Day S. Periodic health exam. W: Forciea MA, Schwab EP, Razio DB, Lavizzo-Mourey R (red). Geriatric secrets. Filadelfia: Hanley & Belfus; 2004: 115.