



Original Article: CARDIOMIOPATIA NEUROLETTICA: EPIDEMIOLOGIA, CRITERI DIAGNOSTICI CLINICI

Citation

Volkov V.P. Cardiomiopatia neurolettica: Epidemiologia, criteri diagnostici clinici. *Italian Science Review*. 2014; 9(18). PP. 106-109.

Available at URL: <http://www.ias-journal.org/archive/2014/september/Volkov.pdf>

Author

V.P. Volkov, PhD, Russia.

Submitted: May 25, 2014; Accepted: September 5, 2014; Published: September 21, 2014

Cardiomiopatia neurolettica (CMPN) - una delle più gravi complicanze della terapia psicotropa a causa di effetti avversi cardiotossici di farmaci antipsicotici [1, 2, 3, 4].

La malattia appartiene ad una determinata secondario metabolica cardiomiopatia dilatativa (CMPD) [5, 6, 7] ed è caratterizzata da un danno diffuso miocardica, un brusco calo della funzione contrattile e, come conseguenza di insufficienza cardiaca congestizia cronica progressiva (CCP) [1, 5, 6, 8 -10].

Molti aspetti della epidemiologia, patogenesi, la morfologia, clinica e diagnostica CMPN rimangono ancora poco sviluppati.

Al fine di colmare almeno parzialmente il gap esistente abbiamo studiato 911 ai reperti autopsici cartelle cliniche dei pazienti deceduti con schizofrenia nell'ospedale psichiatrico Clinico Regionale № 1. M.P. Litvinova (Tver) 1952-2012. [6, 9, 11]. Allocated periods of time 6: -..... Biennio 1952-1955, II - 1963-1967 biennio, III - 1975-1980 biennio, IV - biennio 1988-1997, V - 1998-2007 gg, VI - periodo 2008-2012. Il primo periodo è fondamentalmente diversa dalle altre in quanto in questo momento di trattamento neurolettico della schizofrenia non è ancora stato valutato.

Secondo i nostri studi sezionali frequenza CMPN nei pazienti con schizofrenia e statisticamente significativamente superiore a quello di una malattia simile (cardiomiopatia dilatativa idiopatica) in individui mentalmente sani. Pertanto, i dati nazionali sull'incidenza di CMPD dato

V.D. Rosenberg [12], solo lo 0,8%. Nel nostro studio CMPN rilevato nel 2,0% di tutte le autopsie [6, 9].

Tra i pazienti deceduti con schizofrenia, una componente obbligatoria di terapia che sta ricevendo farmaci antipsicotici, coloro che soffrono CMPN notevolmente e statisticamente significativamente più alta (11,4%) rispetto al materiale autopsia lordo di prosectorium psichiatrica nel suo complesso (2,0%) [9].

Fino al 1956 CMPN mai incontrato, sin dagli anni '60 (periodo II) e successivamente CMPN costantemente incontrato con uguale frequenza quasi (5,3-6,5% delle autopsie di pazienti deceduti con schizofrenia). Nel periodo V, questa cifra ha raggiunto il 14,8%, e nel periodo 2008-2012. - 33,3% di tutte le autopsie di schizofrenia durante questo periodo [9, 11]. Questo indica che è ampiamente usato nella pratica medica, antipsicotici, casi

particolarmente atipici hanno portato a CMPN pazienti schizofrenici.

Nel suo sviluppo CMPN passa 3 fasi: 1) latente, clinicamente completamente compensato, 2) è stato distribuito, in cui chiaramente definito i disturbi cardiaci, ma senza evidenti segni di franchi, e 3) terminale quando nella clinica di primo piano CCP [8, 13 15].

La morte come una fase latente e in espanso o proviene da malattie intercorrenti o di una morte cardiaca improvvisa (MCI) dell'origine aritmogena [6, 14, 15]. Quest'ultimo, secondo i nostri dati, osservata nel 44,2% dei decessi da CMPN [16, 17]. Nelle fasi terminali della causa immediata della morte è di solito insufficienza cardiaca progressiva [6, 14, 15].

La diagnosi clinica CMPN difficili, come la sua sintomatologia non ha caratteristiche specifiche [18]. La malattia si sviluppa lentamente ed è appena visibile in un primo momento. Nella fase latente, quasi non si manifesta.

Durante questo periodo, le denunce dei pazienti sono di natura incerta o inesistente. Il frequentemente osservati più fatica, e mancanza di respiro, con notevole sforzo fisico. Si deve tener conto delle ben note difficoltà di identificare le denunce nei pazienti psichiatrici, in quanto relative al loro comportamento inadeguato e la mancanza di una corretta critica al suo stato, e spesso con un certo carico di lavoro medico.

I risultati fisici nella fase CMPN latente anche pochi e non specifico. Di norma, vi è tachicardia, che serve fenomeno pressoché costante durante l'assunzione di antipsicotici. [2] Auscultazione dei suoni cardiaci è determinato da muting. Bordi del cuore, di solito, poco cambiato. Da parte della pressione sanguigna (PS) predominano e ipo normotonic; ipertensione arteriosa minore (AM) è stata osservata solo circa $\frac{1}{3}$ dei casi [6, 15].

Un elettrocardiogramma (ECG) durante questo periodo presentano il più delle volte i seguenti segni patologici: 1) cambiamenti

muscolari diffuse; 2) Diversi tipi di disturbi della conduzione, in particolare, blocco di branca sinistra; 3) Asse deviazione a sinistra; 4) sovraccarico del cuore destro; 5) ipertrofia ventricolare sinistra [5, 6, 8-10, 19].

Nella clinica dettagliata passi CMPN appare abbastanza chiaramente, ma non ci sono segni visibili di scompenso cardiaco debole o terminale. Denunce di pazienti più specificamente: debolezza, affaticamento, palpitazioni, mancanza di respiro da notevole sforzo fisico, dolore a volte transitoria nel cuore. Segni fisici marcati toni cardiaci senza voce, una certa espansione dei confini del cuore, tachicardia, tachipnea transitoria. Durante questo periodo, ugualmente comune stabile e instabilità della pressione sanguigna normale, con una tendenza a moderata ipertensione [6, 15].

Flusso CMPN stadio terminale caratterizzato dalla adesione ai sintomi già citati manifestazioni di insufficienza cardiaca congestizia in aumento, come la mancanza di respiro noti a riposo o con poco sforzo fisico, ortopnea, ingrossamento del fegato, edema periferico e addominale talvolta anasarca, ecc .. ecc .. Boundaries cuore percussioni moderatamente, raramente più significativamente migliorata, come evidenziato da X-ray. Cuore suoni ovattati, quasi sempre vi è tachicardia, aritmia spesso. A poco più di $\frac{1}{4}$ dei pazienti con ipertensione lieve, e più in 13,6% dei pazienti con pressione arteriosa è costantemente sopra 150/100 mm Hg. Art. [6, 15].

Su ECG fasi spiegate e terminali dei fenomeni più allarmanti CMPN sono: 1) disturbi della conduzione; 2) prolungamento dell'intervallo QT in accordo con la formula Bazett - korregirovat intervallo QT (QTc); 3) sovraccarico del cuore destro [5, 6, 8-10, 19]. Particolare attenzione dovrebbe essere il monitoraggio dei parametri di intervallo QTc come indicatore altamente informativo in termini di scompenso del cuore [20].

Sulla base di sintetizzare dati da un certo numero di studi [1, 5, 9, 10], abbiamo identificato e giustificata dalla criteri diagnostici clinico CMPN [6, 18, 21]. Il sistema diagnostico è approssimativamente come segue.

I. Criteri di grandi dimensioni (assoluto):

- 1 trattamento neurolettico;
- 2 assenza di altre patologie cardiache.

II. Criteri minori (relativa)

- 1 reclami cardiaci (anche minima);
- 2 aumento delle dimensioni del cuore (percussioni e radiograficamente);
- 3 I risultati fisici (tachicardia, aritmia, toni cardiaci senza voce);
- 4 modifiche ECG, in particolare l'aumento dell'intervallo, del ritmo e della conduzione disturbi QTc;
- 5 presenza di insufficienza cardiaca congestizia, in assenza di altre cause del suo sviluppo;
- 6 pazienti MCI (importanti per la diagnosi post-mortem).

È importante sottolineare che ciascuna di queste caratteristiche, considerate isolatamente, indipendentemente dagli altri, non è specifico per CMPN. Tuttavia, nel loro insieme, questi criteri possono essere una base affidabile per la verifica clinica della malattia. La condizione principale che causa CMPN pensare - è uso a lungo termine di farmaci antipsicotici.

Non vi è ragione di credere che CMPN diagnostico deve essere disponibile sia grande e caratteristica di almeno due piccoli. Tuttavia, in questa direzione è ancora bisogno di ulteriori ricerche e l'accumulo di esperienza. In particolare, il 2° più grande test può diventare valido dopo studi di comorbilità CMPN e altre malattie del cuore, in particolare, cardiomiopatia ischemica, specialmente nei pazienti di età superiore ai 45 anni.

Tuttavia, già in questa fase, i criteri diagnostici proposti CMPN e circuiteria diagnostica approssimativa saranno, a nostro avviso, essere utile per la diagnosi precoce di questa grave complicanza della

terapia neurolettica al suo trattamento tempestivo di correzione.

Tenendo conto non solo clinica, ma anche altri aspetti della caratteristiche CMPN (epidemiologia, eziologia, patogenesi, morfologia), descrizioni di che va ben oltre il presente lavoro, questa patologia è appropriato ed è abbastanza logico come unità nosologica separata e indipendente. ICD-10 CMPN può essere attribuito alla categoria I42.7 "Cardiomiopatia causa l'influenza di droghe e di altri fattori esterni", con codici aggiuntivi, riflettendo la causa esterna della malattia (classe di farmaci antipsicotici) - Y49.3 Y49.5-[6, 19].

References:

1. Androgenetic Alopecia.com
1. Volkov V.P. 2009. Phenothiazine dilated: some aspects of clinical and morphological. P. 13-16.
2. Volkov V.P. 2010. Cardiotoxicity phenothiazine neuroleptics (literature review). V.12, P. 41-45.
3. Buckley N.A., Sanders P. 2000. Cardiovascular adverse effects of antipsychotic drugs. V. 23. P. 215-228.
4. Coulter D.M., Bate A., Meyboom R.H.B. 2001. Antipsychotic drugs and heart muscle disorder in international pharmacovigilance: data mining study. V. 322. P. 1207-1209.
5. Volkov V.P. 2012. Electrocardiographic manifestations of neuroleptic in patients with schizophrenia on the stages of its morphogenesis. V. 10, P. 13-16.
6. Volkov V.P. 2013. Clinical characteristics of neuroleptic. Actual problems of therapeutic clinic: a collective monograph. pp. 94-116.
7. Tereshchenko S.N., Dzhaiani N.A. 2001. Dilated cardiomyopathy Heart failure. Vol. 3, P. 58-60.
8. Volkov V.P. 2009. Features ECG fenotiazino cardiomyopathy. V. 7, P. 3-7.
9. Volkov V.P. 2011. On the question of secondary cardiomyopathy. P. 30-33.
10. Volkov V.P. 2011. Features electrocardiogram fenotiazino cardiomyopathy. P. 27-30.

11. Volkov V.P. 2013. Natural causes of death in patients with schizophrenia. P. 52-57.
12. Rosenberg V.D. 1990. Cardiomyopathy: a nosological entity classification and pathomorphological aspects of diagnosis. P. 24-30.
13. Volkov V.P. 2012. Morphological features of neuroleptic cardiomyopathy. Medicine: the challenges of today: International Correspondence Scientific Conference. P.33-36.
14. Volkov V.P. 2012. Morphometric aspects of morphogenesis neuroleptic cardiomyopathy. P. 68-73.
15. Volkov V.P. 2013. Dynamics of blood pressure in neuroleptic cardiomyopathy. Innovations in Science: Proceedings XIX International extramural scientific and practical conference. P. 130-137.
16. Volkov V.P. 2009. Sudden death in patients with schizophrenia. V. 7, P. 3-7.
17. Volkov V.P. 2013. Sudden cardiac death in schizophrenia. P. 50-54.
18. Volkov V.P. 2013. Neuroleptic cardiomyopathy: diagnostic approaches and criteria for the diagnosis. P. 69-71.
19. Volkov V.P. 2012. Neuroleptic cardiomyopathy. Pharmacotherapy: new perspectives and challenges: collective monograph. Novosibirsk: Siberian Association of Consultants. P. 65-84.
20. De Luna A.B. 1993. Guide to Clinical ECG. 704 p.
21. Volkov V.P. 2013. Neuroleptic cardiomyopathy: clinical and morphological criteria for the diagnosis. P. 77-80.