

JACEK WADEŁEK¹

LIT W OKRESIE OKOŁOOPERACYJNYM

LITHIUM IN PERIOPERATIVE PERIOD

¹Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Mazowiecki Szpital Chirurgii Urazowej im. św. Anny, Mazowieckie Centrum Rehabilitacji „STOCER” Sp. z o.o. w Warszawie

LIST DO REDAKCJI

Szanowna Redakcjo,

chciałem zwrócić uwagę, że jednym z celów oceny przedoperacyjnej do leczenia operacyjnego jest w pierwszym rzędzie zebranie szczegółowego wywiadu, co do przyjmowanych przez pacjenta przewlekle leków oraz znanych uczuleń na leki. Pacjentom, którzy w okresie przedoperacyjnym przyjmują leki należy wyraźnie zalecić, które z nich mają kontynuować przed operacją, a które należy wstrzymać przedoperacyjnie. Wstrzymanie niektórych leków w okresie przedoperacyjnym ma na celu bezpieczeństwo pacjenta poddanego zabiegowi operacyjnemu i znieczuleniu. Chociaż niektóre leki muszą zostać wstrzymane, to równie ważne jest, aby inne leki były kontynuowane do dnia operacji. Przy podejmowaniu decyzji należy kierować się profilem farmakologicznym leku oraz czynnikami zależnymi od pacjenta i rodzaju planowanej operacji (np. rozległości i złożonością interwencji zabiegowej, przewidywanego czasu trwania zabiegu).

Do takich leków należą przyjmowane przewlekle przez pacjentów preparaty litu [5]. Litu jest lekiem pierwszego rzutu w leczeniu choroby jedno i dwubiegunowej od lat 60. XX wieku. Lit stosuje się również dla potencjalizacji leków przeciwdepresyjnych w depresji lekoopornej [6, 7]. Stężenie litu w surowicy w leczeniu profilaktycznym należy utrzymywać w granicach 0,5-0,8 mEq/l, aczkolwiek niektórzy badacze opisywali skuteczną profilaktykę nawet przy stężeniach litu rzędu 0,4 mEq/l. Oprócz okresowych oznaczeń stężenia tego pierwiastka należy w przebiegu profilaktyki co najmniej raz w roku oznaczać stężenie kreatyniny i TSH w surowicy. Toksyczność litu występuje przy jego stężeniu w krwi >1.5mEq/l, którą nasila hyponatremia, odwodnienie, stosowanie diuretyków i przewlekła choroba nerek [4]. Panuje zgodność, że nie należy wstrzymywać podawania litu przed małymi zabiegami operacyjnymi. Sugeruje się, aby przed dużymi zabiegami operacyjnymi nie podawać litu przez okres 24-48 godzin, ale takie postępowanie jest nadal dyskutowane. Z punktu widzenia psychiatry, przerwa w leczeniu może nasilić depresję. Z punktu widzenia anestezjologa wykonującego znieczulenie ogólne, lit przedłuża działanie zarówno depolaryzujących, jak i niedepolaryzujących leków zwiotczających mięśnie, powodując konieczność monitorowania bloku nerwowo-mięśniowego. Lit może również

zmniejszać zapotrzebowanie na leki znieczulenia ogólnego z powodu jego hamującego wpływu na uwalnianie noradrenaliny i dopaminy w pniu mózgu [1].

U pacjentów leczonych litem należy z rozwagą stosować leki o znanej nefrotoksyczności, w tym niesteroidowe leki przeciwzapalne, które mogą zwiększać jego stężenie w krwi. Niesteroidowe leki przeciwzapalne zwiększają stężenie litu w krwi nawet o 40%, co może powodować jego działanie nefrotoksyczne. Mechanizm nefrotoksyczności litu nie jest dobrze poznany, ale uważa się, że ma związek z wpływem niesteroidowych leków przeciwzapalnych na bilans płynowy. Diuretyki zmniejszają nerkowy klirens litu. Inhibitory konwertazy angiotensyny nie tylko redukują klirens litu, ale mogą powodować niewydolność nerek. Należy starannie monitorować bilans płynowy i równowagę wodno-elektrolitową [2,3]. Jeśli przedoperacyjnie podejmie się decyzję o wstrzymaniu podawania litu, należy wznowić podawanie 24 godziny po operacji. W podsumowaniu należy podkreślić, że u pacjentów przedoperacyjnie stosujących przewlekle lit, w okresie okołoperacyjnym można oczekiwać różnych działań ubocznych, zwłaszcza stosując leki znieczulenia ogólnego do zabiegów z dużymi przesunięciami płynów ustrojowych, stosujących niesteroidowe leki przeciwzapalne, diuretyki, inhibitory konwertazy angiotensyny oraz z upośledzoną czynnością nerek.

PIŚMIENNICTWO

1. Bilotta F, Evered L. A., Gruenbaum S. E.: Neurotoxicity of anesthetic drugs: an update. *Curr. Opin. Anaesthesiol.* 2017, 30, 4, 452. – 2. Dunner D. L.: Drug interactions of lithium and other antimanic/mood-stabilizing medications. *J. Clin. Psychiatry* 2003, 64, suppl 5, 38. – 3. Freeman M. P., Freeman S. A.: Lithium: clinical considerations in internal medicine. *Am. J. Med.* 2006, 119, 6, 478. – 4. Gałuszko-Węgielnik M., Jakuszkowiak-Wojten K., Wigłusz M. S., Szarmach J., Włodarczyk A., Herstowska M., Cubała W. J.: Lithium therapeutic dose monitoring in human saliva. *Psychiatr. Danub.* 2017, 29, suppl 3, 361. – 5. Peck T., Hill S., Williams M.: *Pharmacology for anaesthesia and intensive care*. Wyd. 3. Cambridge : Cambridge University Press, 2008. – 6. Richardson T., Macaluso M.: Clinically relevant treatment considerations regarding lithium use in bipolar disorder. *Expert Opin. Drug Metab. Toxicol.* 2017, 13, 11, 1105. – 7. Thase M. E.: Pharmacotherapy of bipolar depression: an update. *Curr Psychiatry Rep.* 2006, 8, 6, 478.

Adres: lek. med. Jacek Wadelek

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Mazowiecki Szpital Chirurgii Urazowej św. Anny
Mazowieckie Centrum Rehabilitacji „STOCER” Sp. z o.o.
ul. Barska 16/20; 02-315 Warszawa
(+48 22) 579 52 58
e-mail: WAD_jack@poczta.fm