

DEMYELINIZAČNÍ ONEMOCNĚNÍ S PSYCHIATRICKOU SYMPTOMATIKOU

kazuistika

Eva Kadlecová
Iveta Burdová
Miluše Holáková
Lenka Kozáková

Psychiatrická léčebna, Písek

Kontaktní adresa:

MUDr. Eva Kadlecová, CSc.
Psychiatrická léčebna
U Honzíčka 172
397 01 Písek
e-mail: kadlecovaev@seznam.cz

SOUHRN

Kadlecová E, Burdová I, Holáková M, Kozáková L. Demyelinizační onemocnění s psychiatrickou symptomatikou

Dlouhodobě psychiatricky léčená mladá žena nemá a nikdy neměla žádné neurologické příznaky. Při vyšetření k vyloučení prolaktinomu bylo náhodně zjištěno demyelinizační onemocnění charakteru roztroušené sklerózy, které se zřejmě dosud projevovalo pouze měnlivými psychickými příznaky kolísavé intenzity s poněkud atypickými projevy, které byly dosud odlišně interpretovány a diagnosticky uzavírány.

Klíčová slova: demyelinizační onemocnění, atypické psychiatrické příznaky.

SUMMARY

Kadlecová E, Burdová I, Holáková M, Kozáková L. Demyelination disease with psychiatric symptoms

A young woman has been treated for a long time by psychiatrists. She has never had any neurological symptoms. During examinations in order to exclude prolactinoma, a demyelination disease (multiple sclerosis) has been found, which was manifested by atypical psychiatric symptoms of variable intensity only. These symptoms were differently interpreted and diagnostically assessed.

Key words: demyelination disease, atypical psychiatric symptoms.

ÚVOD

Žena, 31 let, vdaná, bezdětná, středoškolačka v plném invalidním důchodu z psychiatrické indikace.

Pacientka je psychiatricky léčena od roku 2003. Opakovaně byla hospitalizována na různých psychiatrických pracovištích pro recidivující a značně zatěžující obtíže, zprvu úzkostného a depresivního charakteru, dále pro psychotické symptomy a kolísavou afektivitu. Bohatá psychiatrická heredita a řada psychiatrických příznaků podporovala úvahy o duševním onemocnění. Přes zcela negativní neurologický nález byla prokázána roztroušená skleróza a byla zahájena léčba imunoglobuliny.

ANAMNÉZA

Narodila se v rodině, kde panoval mezi rodiči nesoulad. Matka se trápila již v době těhotenství. Pacientka v kojeneckém věku hodně plakala.

Vyrostla s matkou, nevlastním otcem a mladší nevlastní sestrou. Matka se rozvedla v jejich 2 letech a poté se znovu vdala.

Pacientka se pravidelně stýkala s vlastním otcem. Otec zemřel, když jí bylo 18 let. Až dodatečně se dozvěděla, že spáchal sebevraždu strangulací (stejně jako oba jeho rodiče, kteří se rovněž psychiatricky neléčili). V posledních deseti letech byl na psychiatrii léčen otcův bratr (s bipolární afek-

tivní poruchou), otcova druhá manželka (pro závislost na alkoholu s komplikacemi), poté nevlastní sestra pacientky z 2. manželství matky (pro poruchu příjmu potravy).

Pacientka si otcovu smrt vyčítala. Otec před ní opakovaně mluvil o sebevraždě, tehdy však jeho slova nebrala vážně a až později se domnívala, že mu měla tehdy nějak pomoci.

Nevlastního otce měla ráda, ale připadalo jí, že on preferoval její mladší sestru. Snažila se mu zalíbit. Naučila se být poslušná, úspěšná a pracovitá. Očekávala od rodičů pochvalu, které se jí ale nedostávalo.

V dětství vážněji nestonala. V 18 letech prodělala operaci uzlíků na hlasivkách, ve 26 letech exstirpaci zánětlivé uzliny pod bradou.

Pochází z okresního města. Vždy se dobře učila, sportovala, tančila, zpívala ve sboru i sólově a hrála na housle. Chtěla jít na konzervatoř, ale vystudovala střední ekonomickou školu, neboť po operaci hlasivek musela slevit ze svých plánů. Pracovala 3 roky v Praze. Bydlela nejprve na ubytovně, pak denně dojížděla autem 100 km. Vdala se, s manželem si koupili byt, našla si práci v kanceláři ve městě. Plánovali dítě, ale otěhotnět se jí nepodařilo.

PSYCHIATRICKÉ ONEMOCNĚNÍ

Onemocnění se začalo projevovat v 18 letech.

K první návštěvě přišla až ve 25 letech na doporučení své kamarádky, která se u nás také léčila.

Před prvním vyšetřením prodělala těžkou tonzilitidu. Byla přeléčena antibiotiky, ale vleklé psychické potíže se ještě zhoršily. Cítila se depresivní. Vzala si dovolenou, ale odpočinek jí nepomohl.

Stěžovala si na únavu, pracovní přetížení a napjaté vztahy v práci. Cítila se stále unavená, již v neděli se bála dalšího týdne. Přemáhala se, aby na ní nic nebylo poznat, ale byla vyčerpaná. Byla plná nutkavých myšlenek týkajících se vlastní neschopnosti a trapnosti. Domnívala se, že umí pomáhat ostatním, ale pro sebe si nic nedopřála, „nezasloužila si to“. Byla zvyklá podávat maximální výkony, až potom očekávala pochvalu, kterou však neuměla přijímat. Byla vztahovačná a nejistá. Trápila ji noční nespavost a předčasné probouzení, nesoustředěnost, úzkost, cítila tíži v celém těle a končetinách. Sděljuje: „Něčeho se bojím, ale nevím čeho, stále se cítím sama, jsem stažená, buší mi srdce, pláču, vidím jen hnusné věci, dříve jsem byla radostná a temperamentní, vstřícná, komunikativní, citlivá, nyní se uzavírám do sebe, jsem nejistá v práci, s nikým se nebavím.“

Rok před prvním vyšetřením prodělal dědeček těžkou autonehodu, kdy přišel o nohu. Denně za ním jezdila do nemocnice. Pak si její babička zlomila nohu a zemřela. Držela redukční dietu a podařilo se jí zhubnout o 17 kg. Snažila se otěhotnět, což se však nepovedlo.

Nemoc probíhala nejprve pod obrazem depresivního a úzkostného syndromu, objevily se také rysy posttraumatické stresové poruchy, později převažovaly příznaky emočně nestabilní poruchy osobnosti s četnými suicidálními úvahami a nutkáními, jindy s nutkavým nakupováním a uklízením, posléze až s několikátýdenními psychotickými dekompenzacemi a derealizacemi. V posledních

letech se stav stabilizoval do obrazu schizoafektivní poruchy s barvitou paranoiditou, perzekučními bludy, masivní úzkostí až charakteru paniky, iracionálním strachem z hroziícího trestu a s autoakuzacemi. Někdy např. vnímá lidi „úplně jinak, jako by byli z moduritu“, cítí nejasné nebezpečí, např. se bojí výbuchu, cizích lidí na ulici, za oknem bytu, zatahuje proto záclony, uzavírá se v bytě, bojí se, že na ni mluví lidé z televize atp. Úzkost chce zaspat, vyhýbá se lidem. Zároveň popisuje depresivní a úzkostné příznaky, anhedonii, pesimismus, pocity marnosti a bezvýchodnosti.

V posledních dvou letech je léčena pouze ambulantně. Psychotické dekompenzace se objevují již jen asi 1krát týdně a trvají 2 až 3 hodiny. Někdy je vnímá kriticky, jindy je plně ponořená do psychotického světa. Bývá pak unavená psychicky i fyzicky. Nálada někdy kolísá během dne od prožitku zoufalství k pocitu naprostého štěstí, kdy prožívá velkou a neobvyklou radost z maličkostí, kdy se jí chce „jásat“. V mezidobí je klidná, veselá, společenská a příjemně uvolněná, s přiměřenými prožitky a plány.

Při únavě se psychotické dekompenzace zhoršují, nedokáže sledovat filmy, delší hovory, ztrácí pak souvislosti a pozornost, trpí nesoustředěností.

V posledních dvou letech ustoupily nutkavé suicidální úvahy a nutkavé nakupování. Trvá velmi dobrá spolupráce (a to ve všech obdobích nemoci). K nemoci je převážně kritická, jen v období hlubších vykyvů jí náhled přechodně mizí. Učí se s nemocí žít, vnímat určitá omezení a důsledky, přes těžší průběh nemoci zůstává poměrně optimistická.

Při léčbě amisulpridem přetrvávala hyperprolaktinémie s poruchami menstruačního cyklu. K vyloučení mikroadenomu hypofýzy byla provedena MR mozku. Zde byla překvapivě zjištěna vícečetná hypersignální ložiska charakteru demyelinizačních plaků v bílé hmotě mozkové (z nichž dvě ložiska jsou aktivní). Mikroadenom byl vyloučen. V mozkomíšním moku byla popsána systémová zánětlivá odpověď (oligoklonální syntéza IgG, 13 nekorespondujících pásů v alkalické oblasti). Evokované potenciály VEP a BAEP byly v normě.

Na specializovaném pracovišti byla potvrzena diagnóza roztroušené sklerózy a zahájena léčba, i když nález není úplně typický a chybějí obvyklé neurologické příznaky.

Opakovaně byla v průběhu nemoci laboratorně a konziliárně vyšetřena různými specialisty, psychiatry a psychology. Pro atypický průběh onemocnění byla dvakrát odeslána k hospitalizaci na dvě různé kliniky. Nikdy nevystalo podezření na jiné nepsychiatrické onemocnění.

LÉČBA

Pacientka vyzkoušela různá antipsychotika. Dlouhodobě užívala amisulprid, který se opakovaně osvědčil jako terapeuticky účinný a dlouho nebylo možné jej zcela vysadit (přes nepříznivý vliv na hyperprolaktinémii a amenoreu). Lék byl později kombinován s metabolicky šetrnějším ziprasidonem, který ale tehdy v monoterapii nestačil. T. č. je stav slušně kompenzován a zkusíme ponechat v medikaci pouze ziprasidon. Užívala antidepressiva různých skupin, nyní je dlouhodobě léčena escitalopramem. Byla vyzkouše-

na různá thymoprofylaktika, která však nezmírnila poměrně rychlé cyklování nemoci, a navíc zatěžovala vedlejšími účinky (zhoršování obezity a renálních funkcí). Za nedílnou a důležitou součást léčby považujeme psychoterapeutické a edukační programy. Časté ambulantní kontroly se osvědčují při překonávání akutních dekompenzací a pomáhají odvrátit další hospitalizace. Neurologem byla zahájena léčba sérií infuzí imunoglobulinu (Flebogamma).

DISKUSE

Během dlouhodobé léčby pacientka nikdy neměla diplopii, výpadky zorného pole, poruchy zraku, čítí, chůze, řeči, závratě ani žádné jiné neurologické potíže. Vyšetření CT mozku a EEG byly v normě. Podrobná laboratorní vyšetření se držela v normálním rozmezí, byly zachyceny pouze anamnestické sérové protilátky proti borelióze. Opakovaně byla potvrzena hyperprolaktinémie s amenoreou (což bylo při užívání amisulpridu snadno vysvětlitelné). Při vyšetření magnetickou rezonancí (k vyloučení prolaktinomu) byla nalezena demyelinizační ložiska a vysloveno podezření na roztroušenou sklerózu. Diagnóza byla podpořena nálezem v mozkomíšním moku.

Roztroušená skleróza se projevuje obvykle neurologickými příznaky.^{1,2} Demyelinizace mohou ale také vyvolat vznik psychiatrických příznaků.³ Ty však bývají v literatuře převážně popisovány u nemocných, u nichž již byla roztroušená skleróza diagnostikována. Častá je depresivní

nálada a úzkost, jindy emoční nestabilita s podrážděností, ale také euforií (často s popíráním nemoci), hádavostí a hostilitou, dále se popisují psychotické příznaky.⁴ Časté jsou poruchy paměti a soustředění. Psychiatrická symptomatika obvykle zhoršuje průběh onemocnění a léčby.⁵ Poruchy emotivity někdy mohou předcházet neurologickým příznakům. Není však časté, aby se nemoc manifestovala pouze psychiatrickými příznaky.

ZÁVĚR

Roztroušená skleróza u naší pacientky se projevila pouze psychiatrickými příznaky, které se během šesti let vyvíjely, kolísaly a dosahovaly psychotické hloubky. Pro biologicky orientovaného psychiatra byla zavádějící její bohatá psychiatrická rodinná anamnéza. Psychoterapeuticky orientovaný psychiatr byl schopen dobře pochopit její potíže v kontextu životních prožitků a vývoje. Rozuzlení však přineslo až vyšetření magnetickou rezonancí, které bylo ordinované pro hyperprolaktinémii, což je poměrně běžný vedlejší nález při léčbě některými antipsychotiky. Nová diagnóza byla paradoxně stanovena až v době, kdy se psychický stav při trvalé léčbě konečně ustálil a bylo dosaženo poměrně slušné remise, kdy se pacientka konečně začala cítit lépe a chtěla žít bohatším životem a plnit si svá přání i plány. Dochází k další komplikaci v jejím životě. Pacientka však naštěstí k nemoci i zahájené léčbě přistupuje aktivně a s nadějí.

LITERATURA

1. Krasulová E et al. Roztroušená skleróza – psychoneuroimunologické onemocnění centrálního nervového systému. *Psychiatrie pro praxi* 2009; 2: 67–72.
2. Meluzínová E. Roztroušená skleróza. *Psychiatrie pro praxi* 2008; 3: 108–111.

3. Masopust J et al. Psychické příznaky roztroušené sklerózy. *Česká a slovenská psychiatrie* 2007; 103 (1): 47–54.
4. Novotná A, Ehler E. Výskyt deprese u nemocných s roztroušenou sklerózou. *Psychiatrie pro praxi* 2005; 6: 305–308.

5. Faldyna Z et al. Psychiatrická problematika u roztroušené sklerózy. *Psychiatrie pro praxi* 2002; 6: 277–278.
6. Lemere F. Psychiatric disorders in multiple sclerosis. *Am J Psychiat* 1966; 122: 55–58.