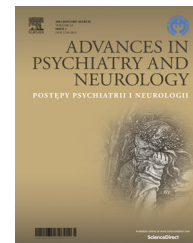


Dostępne online [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

ScienceDirect

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/pin](http://www.elsevier.com/locate/pin)

## Kazuistyka/Case report

# Stan katatonii u pacjentki z uprzednio rozpoznaną padaczką lekooporną



## Catatonic state in a patient with previously diagnosed drug-resistant epilepsy

Marta H. Jakubczyk \*

Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego, Oddział II kliniczny Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu  
im. Piastów Śląskich, Wrocław, Polska

## INFORMACJE O ARTYKULE

Historia artykułu:

Otrzymano: 30.07.2014

Zaakceptowano: 22.09.2014

Dostępne online: 29.09.2014

Słowa kluczowe:

- padaczka lekooporna
- katatonia
- schizofrenia
- napady nieświadomości

Keywords:

- Drug-resistant epilepsy
- Catatonia
- Schizophrenia
- Seizures

## A B S T R A C T

**Objective:** The aim of the paper is to present the case of a patient, diagnosed with drug-resistant epilepsy, which raised diagnostic uncertainties when additional symptoms occurred. The case has confirmed the efficacy of a multidisciplinary approach to the patient and the usefulness of cooperation between departments. **Case:** The article describes the case of a 55-year-old patient who has been treated for drug-resistant epilepsy for over 30 years. However, sudden changes in her behavior, seizures, and eventually catatonia necessitated detailed re-diagnosis, including psychiatric consultation. Modified pharmacotherapy resulted in an overall improvement in the patient's clinical condition. **Discussion:** Skillfully conducted diagnostics allow for the introduction of appropriate treatment, which, when accurate, helps patients' recovery and reduces hospitalization time. In catatonic schizophrenia, it is important to differentiate between the catatonic state and other disorders, such as encephalitis, metabolic disorders, poisoning or epilepsy. Therefore electroencephalography should be regularly used in patients with catatonia.

© 2014 Institute of Psychiatry and Neurology. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

### Wstęp

W wydanej 18 maja 2013 r. kolejnej edycji klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 wycofano się z podziału schizofrenii na postacie kliniczne ze względu na ich zawodność i ograniczoną

stałość w diagnostyce [1, 2]. Opracowana przez WHO i obowiązująca w Polsce od 1996 r. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 uwzględnia jednak podział schizofrenii na schizofrenię paranoidalną, hebefreniczną, katatoniczną, niezróżnicowaną, prostą, rezydualną, innego rodzaju i nieokreśloną [3]. W schizofrenii katatonicznej dominują zaburzenia psychomotoryczne

\* Adres do korespondencji: Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego, Oddział II kliniczny Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu im. Piastów Śląskich, ul. Wybrzeże J. C. Korzeniowskiego 18, 50-226 Wrocław, Polska. Tel.: +48 533 573 262.

Adres email: [jakubczykmarta@o2.pl](mailto:jakubczykmarta@o2.pl).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pin.2014.09.003>

1230-2813/© 2014 Institute of Psychiatry and Neurology. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

od pobudzenia do osłupienia, negatywizm bierny i/lub czynny na tle ograniczonego lub zniesionego kontaktu z otoczeniem [3, 4]. Szczególną odmianą zespołu katatonicznego jest katatonia ostra (tzw. śmiertelna), w której oprócz podstawowych objawów występuje dodatkowo „bardzo wysoka gorączka oraz gwałtowne załamanie równowagi ogólnoustrojowej i sprawności ośrodkowych mechanizmów regulacyjnych (zaburzenia wodno-elektrolitowe, układu krążenia i oddychania)”, w wielu przypadkach doprowadzające do zgonu [4].

W krajach uprzemysłowionych schizofrenia katatoniczna rozpoznawana jest coraz rzadziej (w Polsce ok. 1,9% ogółu rozpoznań schizofrenii) [3, 4]. Co ważne, objawy katatoniczne wskazują nie tylko na rozpoznanie schizofrenii, lecz mogą wiązać się ze złośliwą hipertermią, parkinsonizmem, stwardnieniem rozsianym, zespołem serotoninergicznym, zapaleniem mózgu (m.in. w boreliozie, kile, zakażeniu wirusem Herpes), występowaniem autoprzeciwciał skierowanych przeciw receptorom NMDA (w zespołach paraneoplastycznych z udziałem przeciwciał Hu, Ri), zaburzeniami metabolicznymi, zatruciu alkoholem etylowym, aspiryną lub substancjami psychoaktywnymi, jak amfetamina i meskalina, niedoborem witaminy B12 lub kwasu foliowego, a także mogą występować w zaburzeniach afektywnych [3, 5, 6].

Etiologia katatonii nie została do końca wyjaśniona, wiadomo, że w różnych częściach mózgu dochodzi do zmian w zakresie kilku neurotransmiterów (GABA, glutamianu, dopaminy) [7]. Sądzi się, że podstawowy mechanizm polega na zmniejszonej aktywności dopaminergicznej (zwłaszcza w stosunku do receptorów D2), która prowadzi do zwiększenia uwolnienia glutamianu w celu zwiększenia aktywności dopaminy [8]. Leczeniem z wyboru w zależności od natężenia objawów jest poddanie pacjenta elektrowstrząsom EW, podanie benzodiazepin lub leków przeciwpsychotycznych [9], chociaż według niektórych doniesień powinno się całkowicie unikać podawania neuroleptyków, ponieważ mogą okazać się szkodliwe, a także same indukować wystąpienie stanu katatonii [6, 8, 9]. Pożądanym efektem EW powinna być stymulacja dopaminergiczna w prądkowiu oraz zmniejszenie aktywności zarówno dopaminergicznej w układzie limbicznym, jak i serotoninergicznej w stosunku do receptorów 5-HT<sub>2</sub> [5].

## Opis przypadku

Pacjentka, lat 55, ze zdiagnozowaną w wieku 17 lat padaczką oporną na leczenie była hospitalizowana przez 20 dni w Klinice Neurologii z powodu trwającego 45 minut stanu padaczkowego. W trakcie pobytu pacjentka nie nawiązywała kontaktu z rodziną ani personelem, wykazywała bierny i czynny negatywizm, zastygała w bezruchu, nie wykonywała ruchów dowolnych, leżała z zaciśniętymi pięściami i zamkniętymi oczami, nie przyjmowała pokarmów ani płynów, przez co wymagała żywienia przez sondę dożołądkową. W wykonanych badaniach: elektroencefalografii, tomografii komputerowej głowy i badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego wykluczono niedrgawkowy stan padaczkowy, ogniskowe uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego oraz neuroinfekcję. Po wstępnej konsultacji

psychiatrycznej z podejrzeniem stanu katatonicznego lub zaburzeń dysocjacyjnych pacjentka została przekazana do Kliniki Psychiatrii w celu obserwacji, wdrożenia dalszej diagnostyki w kierunku choroby psychicznej oraz ewentualnego leczenia. Ze względu na wątpliwości co do występowania choroby psychicznej oraz bezpośredniego zagrożenia życia pacjentki z powodu nieprzyjmowania pokarmów i płynów kobieta została przyjęta do kliniki w myśl art. 24.1 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Pacjentka z wykształceniem podstawowym, rozwiedziona, mieszkała z matką i dorosłym synem. Z powodu padaczki opornej na leczenie pobierała rentę. W ostatnich latach napady o charakterze częściowym z towarzyszącymi wtórnie uogólnionymi napadami tonicznymi z chwilową utratą świadomości występowały średnio dwa razy dziennie. W obawie przed nimi pacjentka samodzielnie nie opuszczała domu, natomiast w domu funkcjonowała względnie prawidłowo, tj. wypełniała podstawowe obowiązki, czytała książki, oglądała telewizję.

Psychicznie dotychczas nie chorowała, wywiad rodzinny w tym kierunku również ujemny. W badaniu psychiatrycznym przy przyjęciu pacjentka przytomna. Kontaktu słownego ani wzrokowego nie nawiązywała. Przedstawiała negatywizm czynny. Świadomość i orientacja były niemożliwe do oceny, sfera przeżyć oraz myślenia również niemożliwe do oceny. Dobowy rytm snu i czuwania zaburzony. Z wywiadu od syna ustalono, że od około roku obserwowano krótkie „wyłączenia” pacjentki, co było podobno interpretowane przez neurologów jako napady nieświadomości. Około 3–4 tygodni przed hospitalizacją w Klinice Neurologii zachowanie pacjentki uległo drastycznej zmianie: kobieta stała się pobudzona, agresywna słownie, okresowo apatyczna, chwilami występowały zachowania zdezorganizowane mogące świadczyć o przeżyciach psychotycznych. Ponadto odmawiała przyjmowania posiłków, płynów, a także leków przeciwpadaczkowych, co prawdopodobnie wywołało stan padaczkowy.

Podczas przyjęcia do Kliniki Psychiatrii pacjentka była osobą leżącą, stwierdzono obecność ciastowatych obrzęków obwodowych, odleżyn sączących obu pięt, przykurczu kończyn górnych. Badania laboratoryjne potwierdziły niski poziom białka, hiponatremię, hiperkaliemię, wzrost d-dimery, fibrynogenu, CRP, natomiast w badaniu ogólnym moczu obecne były wykładniki zapalenia układu moczowego i ketonuria.

Po kilkukrotnym badaniu psychiatrycznym ustalono, że stan pacjentki odpowiada zespołowi katatonicznemu. Ze względu na natężenie objawów bezpośrednio zagrażających życiu (tj. nieprzyjmowanie pokarmów i płynów z powodu choroby psychicznej) oraz pogarszający się stan kliniczny wystąpiono do Wydziału Rodzinnego i Nietletnich Sądu Rejonowego o wyrażenie zgody na przeprowadzenie zabiegów elektrowstrząsowych u pacjentki. Dodatkowo do leczenia przeciwpadaczkowego okskarbazepiną włączono klozapinę oraz lorazepam.

Po uzyskaniu zgody sądu rozpoczęto kwalifikację do zabiegów EW. Otrzymano zgodę konsultującego neurologa, jednakże ze względu na rozwinięcie się czynnej infekcji szpitalnej i pogarszający się stan somatyczny (narastające świsty i furczenia nad polami płucnymi) anestezjolog odmówił wykonania znieczulenia podczas zabiegu EW.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/331897>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/331897>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)