

Wiesław Jerzy Cubala

Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicznych, Katedra Chorób Psychiczych Akademii Medycznej w Gdańsku

Mania w przebiegu stwardnienia rozsianego: opis przypadku

Mania associated with multiple sclerosis: case report

Abstract

Multiple sclerosis (MS) is a progressive inflammatory-demyelinating disease of the central nervous system of vague origin. MS has been reported in association with several psychiatric manifestations. The paper presents a case of a 56-year-old female patient with a 7-year history of MS who was admitted for the first time to the psychiatric unit with a manic episode. The author hypothesises that the manic episode was induced with the antidepressive drug fluoxetine. The paper emphasises the importance of systematic assessment of the depressive symptoms in relation to the risk of misdiagnosis and the associated drug misuse. A satisfactory remission of manic episode was achieved with olanzapine 10 mg/d. Medication was well tolerated. The patient was discharged after 15 days of therapy.

key words: mania, multiple sclerosis, bipolar disorder, fluoxetine, olanzapine

Wstęp

Stwardnienie rozsiane (MS, *multiple sclerosis*) jest przewlekłą, postępującą zapalno-demielinizacyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego, której patogenezy do końca nie wyjaśniono. Oprócz objawów neurologicznych, zaburzeń w zakresie funkcji poznawczych, wiąże się ona ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia zaburzeń afektywnych oraz psychotycznych [1–10].

Niektóre schorzenia ośrodkowego układu nerwowego, jak: ogniskowe zmiany niedokrwienne w okolicach skroniowej oraz czołowej, procesy rozrostowe w obrębie podwzgórza, choroba Huntingtona, neuroinfekcje, choroba Creutzfeldta-Jakoba, otępienie czołowo-skroniowe oraz stwardnienie rozsiane, predestynują do wystąpienia manii. Epizody manii mogą być również wywołane podaniem leków przeciwdepresyjnych [4–12].

Pacjenci, u których wystąpiły zaburzenia nastroju w przebiegu choroby ośrodkowego układu nerwowego, wymagają obserwacji zarówno w kierunku depresji, jak i manii, która może być pochodzenia jatrogenego [4–7, 11, 12].

W pracy opisano przypadek epizodu maniakalnego, który wystąpił w przebiegu stwardnienia rozsianego. Wystąpienie manii można wiązać z zastosowaniem fluoksetyny. Celem artykułu jest ukazanie potencjalnych konsekwencji farmakoterapii zaburzeń nastroju prowadzonej u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym.

Opis przypadku

Pacjentkę, lat 56, przyjęto w 2004 roku na oddział ogólnopsychiatryczny. Została skierowana przez psychiatrę z rozpoznaniem zespołu maniakalnego i stwardnienia rozsianego. Kobieta nie była wcześniej hospitalizowana na oddziale psychiatrycznym.

Pochodziła z ciąży prawidłowej, matka urodziła ją siłami natury. Negowała urazy głowy i wypadki komunikacyjne. Ukończyła szkołę podstawową o czasie, a następnie szkołę zawodową o profilu elektrycznym. Po szkole rozpoczęła pracę w zakładzie zajmującym się instalacjami okrętowymi oraz kontynuowała naukę w technikum. W wieku 20 lat wyszła po raz pierwszy za mąż. Małżeństwo trwało 13 lat i zakończyło się rozwodem. Z tego związku pacjentka ma 2 córki, obecnie dorosłe. Po rozwodzie w okresie kilku miesięcy poznała następnego męża, z którym była do momentu hospitalizacji. Związek określała jako szczęśliwy. W 1997 roku zdiagnozowano u niej stwardnienie rozsiane. Dia-

Adres do korespondencji: lek. Wiesław Jerzy Cubala
Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicznych,
Katedra Chorób Psychiczych Akademii Medycznej
w Gdańsku
ul. Dębinki 7, 80–952 Gdańsk
tel.: (058) 349 26 50
e-mail: cubala@amg.gda.pl

gnozę postawiono na podstawie obrazu klinicznego oraz badania MRI mózgowia, opierając się na kryteriach McDonalda. Do 2000 roku pacjentka była aktywna zawodowo, po czym w wyniku postępu choroby przeszła na rentę. Choroba ulegała stopniowej progresji, upośledzając funkcjonowanie ruchowe pacjentki. Od zimy 2003 roku poruszała się na wózku. Nie była hospitalizowana na oddziałach neurologicznych. Leczone ją neurologicznie w trybie ambulatoryjnym. Dwukrotnie przebywała na oddziałach rehabilitacyjnych. Wywiad rodzinny w kierunku występowania chorób psychicznych był ujemny. Pacjentka nie paliła tytoniu, nie nadużywała alkoholu, nie używała narkotyków. W okresie przed zachorowaniem na stwardnienie rozsiane nie była leczona długotrwale, nie była również wcześniej hospitalizowana. Do 2003 roku w wywiadzie nie stwierdzono występowania zaburzeń nastroju. W listopadzie 2003 roku u pacjentki wystąpił epizod maniackalny z objawami psychotycznymi. Psychiatra wezwany na wizytę domową zalecił pernazynę w dawce 100 mg na dobę oraz dwuwalproinian w dawce 800 mg na dobę. Po stosowaniu tych leków ustąpiły zaburzenia psychiczne. Leczenie odstawiono po kilku tygodniach, bez porozumienia z lekarzem. Po upływie 6 miesięcy, na około 2–3 tygodni przed przyjęciem na oddział ogólnopsychiatryczny, ponownie wystąpiły zaburzenia o tym samym charakterze, co spowodowało ponowną konsultację domową psychiatry. Lekarz włączył leczenie pernazyną w dawce 100 mg na dobę oraz skierował pacjentkę do szpitala, do którego została przyjęta po upływie 4 dni od wizyty. Od listopada 2003 roku chora stale przyjmowała fluoksetynę w dawce 20 mg na dobę, z powodu obniżonego nastroju utrzymującego się przez około tydzień podczas pobytu na oddziale rehabilitacyjnym. Po jednym dniu przyjmowania fluoksetyny ustąpiło obniżenie nastroju, co potwierdzono w wywiadzie obiektywnym. Lek przeciwdepresyjny, który przepisywał jej lekarz POZ jako kontynuację leczenia szpitalnego, pacjentka przyjmowała do momentu przyjęcia na oddział. Podała jednocześnie, że nie mówiła o tym wcześniej psychiatrze leczącemu ją w trybie ambulatoryjnym, gdyż uważała lek przeciwdepresyjny za „łagodny”. Według dostarczonej dokumentacji medycznej nigdy nie była leczona z powodu zdiagnozowanych zaburzeń afektywnych. W wywiadzie nie stwierdzono epizodów obniżonego nastroju odpowiadających swoim obrazem zespołowi depresyjnemu. Występowały jedynie okresy przygnębienia trwające do kilku dni. W momencie przyjęcia pacjentka była niedostosowana w zachowaniu, w nastroju podwyższonym, wielomówna, wielowątkowa w wypowiedziach. Obserwo-

wano przyspieszony tok myślenia. Wypowiadała treści wielkościowe oraz o zabarwieniu erotycznym, okresowo wulgarna. Nie wypowiadała urojeń, przeczyła omamom. Obecnie występowały u niej zaburzenia snu oraz obniżone łaknienie.

Postawiono diagnozę epizodu maniackalnego na podłożu organicznym. Odstawiono fluoksetynę i pernazynę, z włączeniem której pacjentka wiązała nasilenie spastyczności. Włączono leczenie olanzapiną w dawce 10 mg na dobę. Utrzymano leczenie tolperizonem w dawce 300 mg na dobę. W trakcie 15 dni hospitalizacji uzyskano pełną remisję objawów zespołu maniackalnego. Przeprowadzono również psychoedukację z zakresu stwardnienia rozsianego oraz związanych z chorobą zaburzeń nastroju i ich leczenia. Pacjentkę wypisano z rozpoznaniem organicznego zaburzenia maniackalnego (F06.30).

Dyskusja

Zaburzenia maniackalne mogą występować zarówno w przebiegu chorób afektywnych, jak i na podłożu zaburzeń somatycznych lub także w wyniku działań jatrogennych wtórnie do stosowanych leków przeciwdepresyjnych [13]. Badania, w których stwierdzono, że ryzyko wystąpienia depresji w przebiegu stwardnienia rozsianego jest 3–10 razy wyższe w stosunku do populacji ogólnej, a ryzyko samobójstwa jest 7-krotnie wyższe w stosunku do populacji ogólnej [2], uczulają klinicystów na konieczność obserwacji pacjentów w kierunku możliwości wystąpienia zaburzeń depresyjnych. Jednocześnie należy pamiętać, że w populacji pacjentów ze stwardnieniem rozsianym zaburzenia afektywne dwubiegunowe występują 2-krotnie częściej niż w populacji ogólnej [2]. Ponadto stwardnienie rozsiane wiąże się z podatnością na wystąpienie manii [8, 10, 11, 13], dlatego w wypadku tych pacjentów zastosowanie leków przeciwdepresyjnych wiąże się z ryzykiem zmiany fazy lub wystąpienia pierwszego epizodu manii.

W pracy przedstawiono przypadek stwardnienia rozsianego, w przebiegu którego po zastosowaniu leku przeciwdepresyjnego wystąpił epizod manii. Wywiad, obserwacja kliniczna oraz dokumentacja medyczna wskazują, że mania najprawdopodobniej miała podłoże jatropatogenne, a fluoksetynę włączono w celu leczenia zaburzeń nastroju utrzymujących się przez jeden tydzień, które ustąpiły po jednym dniu przyjmowania leku. Można więc przypuszczać, że w tym okresie pacjentka nie cierpiała z powodu zaburzeń nastroju, a leczenie rozpoczęto przedwcześnie i następnie kontynuowano w warunkach POZ na podstawie karty informacyjnej leczenia szpitalnego.

Opisany przypadek podkreśla również znaczenie prowadzenia psychoedukacji oraz troski o właściwą współpracę terapeutyczną w grupie pacjentów z zaburzeniami afektywnymi, ponieważ znaczna ich część

nie łączy przyjmowanych leków przeciwdepresyjnych z leczonym zaburzeniem, co może prowadzić do zniekształcenia obrazu klinicznego, co miało miejsce również w opisanym przypadku.

Streszczenie

Stwardnienie rozsiane jest przewlekłą, postępującą zapalno-demielinizacyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego, której patogenetycy do końca nie wyjaśniono. Choroba ta, poza objawami neurologicznymi, wiąże się z wieloma zaburzeniami psychicznymi. W niniejszej pracy przedstawiono opis przypadku 56-letniej pacjentki z 7-letnim wywiadem stwardnienia rozsianego, przyjętej po raz pierwszy na oddział ogólnopsychiatryczny z powodu manii. W pracy rozważono możliwość jatropatogennego podłoża epizodu maniakalnego związanego ze stosowaniem fluoksetyny. Ponadto podkreślono znaczenie poprawnego stosowania kryteriów diagnostycznych oraz rozważono ryzyko związane z farmakoterapią zaburzeń afektywnych w przebiegu stwardnienia rozsianego. U opisanego pacjenta wystąpiła remisja manii w wyniku zastosowania olanzapiny w dawce 10 mg na dobę. Chora dobrze tolerowała leczenie przeciwmaniakalne i opuściła oddział po 15 dniach terapii.

słowa kluczowe: mania, stwardnienie rozsiane, zaburzenie afektywne dwubiegunowe, fluoksetyna, olanzapina

PIŚMIENNICTWO

1. Karlińska I., Selmaj K. Zaburzenia funkcji poznawczych w stwardnieniu rozsianym. *Neurol. i Neurochirurg. Pol.* 2005; 39: 125–133.
2. Feinstein A. The neuropsychiatry of multiple sclerosis. *Can. J. Psychiatry* 2004; 49: 157–163.
3. Rao S.M. Neuropsychology of multiple sclerosis. *Curr. Opin. Neurol.* 1995; 8: 216–220.
4. Garland E.J., Zis A.P. Multiple sclerosis and affective disorders. *Can. J. Psychiatry* 1991; 36: 112–117.
5. Minden S.L., Schiffer R.B. Affective disorders in multiple sclerosis. Review and recommendations for clinical research. *Arch. Neurol.* 1990; 47: 98–104.
6. Joffe R.T., Lippert G.P., Gray T.A., Sawa G., Horvath Z. Mood disorder and multiple sclerosis. *Arch. Neurol.* 1987; 44: 376–378.
7. Joffe R.T., Lippert G.P., Gray T.A., Sawa G., Horvath Z. Personal and family history of affective illness in patients with multiple sclerosis. *J. Affect. Disord.* 1987; 12: 63–65.
8. Kwentus J.A., Hart R.P., Calabrese V., Hekmati A. Mania as a symptom of multiple sclerosis. *Psychosomatics.* 1986; 27: 729–731.
9. Schiffer R.B., Wineman N.M., Weitkamp L.R. Association between bipolar affective disorder and multiple sclerosis. *Am. J. Psychiatry* 1986; 143: 94–95.
10. Garfield D.A. Multiple sclerosis and affective disorder: 2 case reports of mania with psychosis. *Psychother. Psychosom.* 1985; 44: 25–33.
11. Mendez M.F. Mania in neurologic disorders. *Curr. Psychiatry Rep.* 2000; 2: 440–445.
12. Pine D.S., Douglas C.J., Charles E., Davies M., Kahn D. Patients with multiple sclerosis presenting to psychiatric hospitals. *J. Clin. Psychiatry* 1995; 56: 297–306.
13. Krauthammer C., Klerman G.L. Secondary mania: manic syndromes associated with antecedent physical illness or drugs. *Arch. Gen. Psychiatry* 1978; 35: 1333–1339.