

Michał Wroński, Zuzanna Dukaczewska, Jerzy Samochowiec
Katedra i Klinika Psychiatrii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1, Pomorski Uniwersytet
Medyczny im. prof. Tadeusza Sokołowskiego w Szczecinie

Pacjent z rozpoznaniem organicznych zaburzeń urojeniowych z odczynem depresyjnym — podejście interdyscyplinarne oraz postępowanie w przypadku dodatniego wyniku COVID-19

Patient with organic delusional disorder and depression: interdisciplinary approach and COVID-19 positive result

Abstract

In this paper we share clinical observations and insights regarding the management and treatment of an uncooperative patient requiring an interdisciplinary approach due to diagnosis of delusional disorder, depressive symptoms, alcohol dependence syndrome, numerous complaints related to concomitant somatic diseases, and coronavirus infection (COVID-19). Our aim was to highlight the significance of a holistic approach to the patient, and scrupulous documentation of existing somatic diseases in psychiatric hospital discharge summary reports. Due to the common lack of compliance on the part of psychiatric patients, it proves utterly important to establish cooperation between healthcare providers and families of the mentally ill. Coronavirus infection (COVID-19) becomes another, additional complication in the management of psychiatric inpatients. We believe that the discussed interdisciplinary approach, together with increased family or institutional supervision can contribute to the improvement of psychiatric patients' physical and mental health status as well as general functioning.

Psychiatry 2020; 17, 2: 95–99

Key words: *interdisciplinary approach, somatic diseases, mental illness, COVID-19*

Wstęp

Obecnie leczenie pacjentów z pozytywnym wynikiem COVID-19 i towarzyszącą chorobą psychiczną może stanowić problem w kwestii doboru odpowiedniej farmakoterapii. Tacy pacjenci nie tylko przyjmują leki psychiatryczne, ale także muszą być poddawani terapii lekami zwalczającymi powikłania toczącego się procesu zapalnego. Dodatkowo obecne powikłania somatyczne mogą znacząco utrudniać postawienie właściwego

rozpoznania i skutecznego leczenia psychiatrycznego. Coraz więcej danych o leczeniu pacjentów zakażonych koronawirusem dostępnych jest w literaturze i na bazie doświadczeń lekarzy z innych krajów. Dzięki temu można skutecznie leczyć tych pacjentów [1]. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne na bieżąco publikuje i aktualizuje algorytmy postępowania, tak by jak najlepiej móc rozwiązać pojawiające się wątpliwości [2, 3]. Dostępne są także polskie wytyczne ułatwiające lekarzom stosowanie odpowiedniej farmakoterapii u pacjentów zakażonych koronawirusem, które powinny być stosowane w codziennej praktyce lekarzy różnych specjalności [4]. W Klinice Psychiatrii SPSK1 PUM autorom niniejszej pracy przyszło się mierzyć z pacjentami chorującymi psychicz-

Adres do korespondencji:

Michał Wroński
SPSK1 PUM
ul. Unii Lubelskiej 1, 71–252 Szczecin
e-mail: mwronski@pum.edu.pl

nie i jednocześnie zakażonymi koronawirusem. Chcąc jak najlepiej dobrać pacjentów, którzy wymagają pobytu na psychiatrycznych oddziałach zakaźnych, Ministerstwo Zdrowia określiło dokładne kryteria ich hospitalizacji. Kierowane na taki oddział mogą być wyłącznie osoby z zaburzeniem psychicznym spełniającym przesłanki przyjęcia do szpitala w myśl art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego, bez względu na to, czy wyrażają świadomą zgodę czy nie, i które jednocześnie:

- a) mają potwierdzone zakażenie COVID-19 lub
- b) mają następujące objawy: temperatura powyżej 38°C, duszność (oddechy > 20/min) i kaszel lub
- c) przebywają na kwarantannie lub izolacji (w warunkach domowych) w związku z COVID-19.

Ponadto także osoby z zaburzeniem psychicznym spełniającym przesłanki przyjęcia do szpitala w myśl art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego, bez względu czy wyrażają świadomą zgodę czy nie, i które jednocześnie:

- a) mają potwierdzone zakażenie COVID-19 lub
- b) mają następujące objawy: temperatura powyżej 38°C, duszność (oddechy > 20/min) i kaszel lub
- c) przebywają na kwarantannie lub izolacji w związku z COVID-19.

Przestrzeganie tych wytycznych przez lekarzy psychiatrów (czy innych specjalności) kierujących pacjentów na taki oddział pozwoli na uniknięcie niedomówień czy pacjent może być hospitalizowany na takim oddziale [5]. Należy pamiętać, że stan psychiczny pacjenta może się zmienić nie tylko ze względu na toczący się już aktywny proces chorobowy (choroba psychiczna), ale także na samą informację o tym, że pacjent jest osobą zakażoną koronawirusem.

Prezentowany opis przypadku odnosi się do osoby zakażonej koronawirusem, jednocześnie chorej psychicznie, u której dodatkowo obecne były problemy natury somatycznej niezwiązane z leczeniem zakażenia COVID-19, a które mogły, czy mogą mieć wpływ w przyszłości na ostateczne rozpoznanie kliniczne i stosowane u pacjenta leczenie farmakologiczne. W ocenie autorów pracy przypadek ten jest wart zaprezentowania nie tylko ze względu na fakt, iż jest to osoba zakażona COVID-19. Pokazuje on także, że interdyscyplinarne podejście do pacjenta i szczegółowe sporządzenie karty informacyjnej pod kątem chorób współistniejących pozwalają na udzielenie mu w dłuższym okresie skuteczniejszej pomocy zarówno psychiatrycznej, jak i somatycznej.

Opis przypadku

Pacjent 55-letni, rozwiedziony, dwoje dzieci, mieszkający samotnie, ma wdrożoną procedurę umieszczenia

w Domu Pomocy Społecznej. Wykształcenie zawodowe, na zasiłku. W opiece psychiatrycznej od 2016 roku z powodu uzależnienia od alkoholu oraz zaburzeń somatyzacyjnych. Dotychczas 5-krotnie hospitalizowany psychiatrycznie. W 2017 roku w maju hospitalizowany w Klinice Psychiatrii SPSK1 PUM, gdzie rozpoznano zespół zależności alkoholowej w abstynencji oraz obserwowano pacjenta w kierunku organicznych zaburzeń urojeniowych. Po kilku dniach hospitalizacji psychiatrycznej został przekazany na oddziału internistycznym z uwagi na utrzymujące się wymioty, luźne stolce, ogólne wyniszczenie i gorączkę niewiadomego pochodzenia (do 38,1°C). Na oddziale internistycznym rozpoznano uogólnione zakażenie u pacjenta z zapaleniem płuc, cukrzycę typu 2, kamicę pęcherzyka żółciowego, refluksowe zapalenie przełyku, gastropatię, polip dwunastnicy, polipy okrężnicy. Pacjent był diagnozowany w kierunku nowotworu. Nie rozpoznano choroby nowotworowej. Miał się zgłosić po wynik badania histopatologicznego, jednak tego nie zrobił. W 2019 roku hospitalizowany psychiatrycznie przez wiele miesięcy w szpitalu rejonowym, a następnie przekazany do szpitala regionalnego, gdzie przebywał od stycznia do kwietnia 2020 roku. Podczas tej hospitalizacji rozpoznano organiczne zaburzenia urojenowe, zespół zależności alkoholowej, zaburzenia odżywiania nieokreślone. Był opisywany jako mało aktywny, zalegający w łóżku, skupiony na swoich dolegliwościach, wypowiadał stałe treści urojenowe hipochondryczne, nie chciał przyjmować pokarmów, wymagał kontroli odnośnie do jego spożywania. Z powodu zidentyfikowanego u pacjenta wirusa COVID-19 został przekazany ze szpitala regionalnego do Kliniki Psychiatrii SPSK1 PUM jako jednostki zajmującej się leczeniem pacjentów zakażonych, spełniających wyżej wymienione kryteria hospitalizacji. W leczeniu przyjmował: olanzapinę 15 mg/dobę, sulpiryd 400 mg/dobę. Przy przyjęciu do Kliniki Psychiatrii SPSK1 PUM pacjent był skupiony na swoich dolegliwościach, mówił, że nie może przełykać, bo nie ma zębów, twierdził, że w przełykaniu „przeszkadza mu biały język”. Był negatywnie nastawiony do procesu leczenia, w obniżonym nastroju i napędzie. Obecne były apatia, abulia, anhedonia. Z uwagi na obecność objawów depresyjnych wysunięto podejrzenie zaburzenia depresyjnego (depresja ciężka z objawami psychotycznymi), poza rozpoznaniem zaburzeń urojeniowych. Na oddziale zakaźnym Kliniki Psychiatrii SPSK1 PUM pacjent mało aktywny, apatyczny, skupiony na swoich dolegliwościach. Skarżył się na różne dolegliwości somatyczne, między innymi chrząkanie, trudności w połykaniu, oddychaniu, suchość w jamie ustnej. Posiłki oraz leki przyjmował z oporami, po namowach, twierdząc, że nie może połykać. W wynikach badań laboratoryjnych

u pacjenta stwierdzono niedokrwistość (erytrocyty 3,65 mln/ μ l [4,63–6,08], hemoglobina 11,6 g/dl [13,7–17,5], hematokryt 32,6 % [40,1–51,0]) i obniżone stężenie kwasu foliowego — 3,70 ng/ml (3,89–26,80). Ze względu na to, że na oddziale pracował specjalista chorób wewnętrznych, codziennie monitorowano stan somatyczny pacjenta, a także uzyskano wgląd w dokumentację medyczną z hospitalizacji na oddziale internistycznym z 2017 roku oraz wynik badania histopatologicznego wycinka z błony śluzowej żołądka, który wtedy zlecono, a którego pomimo zaleceń pacjent nie odebrał. Na jego podstawie wysunięto podejrzenie celiakii. Wdrożono dietę bezglutenową, którą pacjent powinien był przyjmować przez minimum 6 miesięcy, a następnie ponownie wykonać badania w kierunku celiakii. Ze względu na zakażenie COVID-19 u pacjenta wykonano badanie tomografii komputerowej płuc, gdzie zaobserwowano śródmiąższowe zmiany zapalne i po konsultacji przez specjalistę chorób zakaźnych włączono do leczenia preparat chlorochiny (przez 10 dni) oraz preparat azytromycyny (przez 5 dni). Nie obserwowano występowania gorączki, kaszlu ani duszności, monitorowano pracę serca (badanie EKG ze względu na możliwe zwiększone ryzyko wydłużenia odstępu QT i wystąpienie arytmii), a stan somatyczny był monitorowany codziennie przez specjalistę chorób wewnętrznych pracującego na oddziale. Zmodyfikowano leczenie psychiatryczne, odstawiając sulpiryd, zwiększając dawkę olanzapiny do 20 mg/dobę i wprowadzając flupentyksol w postaci tabletek, które następnie zamieniono na iniekcję domięśniową (1 ampulka co 14 dni) oraz sertralinę w dawce 125 mg/dobę. Przyjmował także amlodypinę 5 mg/dobę, kwas foliowy 15 mg/dobę, omeprazol 20 mg/dobę i Alax 3 tabl./noc. Podczas pobytu pacjenta i w trakcie jego leczenia lekami stosowanymi w zakażeniu COVID-19 nie obserwowano u niego objawów niepożądanych. Zastosowanym leczeniem uzyskano poprawę stanu psychicznego, pacjent zaczął przyjmować posiłki i płyny, był spokojniejszy, choć utrzymywały się w dalszym ciągu skargi problemy z przełykaniem, chrząkanie. Zgodnie z zaleceniem specjalisty chorób wewnętrznych badania w kierunku celiakii należy powtórzyć po 6 miesiącach. Do tego czasu pacjent powinien być zarówno pod opieką lekarza specjalisty chorób gastroenterologicznych, jak i lekarza specjalisty psychiatrii. Po dwukrotnym ujemnym wyniku badania w kierunku COVID-19 pacjent został wypisany z Kliniki Psychiatrii SPSK1 PUM z rozpoznaniem F06.2 — organiczne zaburzenia urojenowe z odczynem depresyjnym, przebyte zakażenie COVID-19, wirus zidentyfikowany, zespół zależności alkoholowej, obserwacja w kierunku celiakii — nieukończona. Ponadto, w karcie informacyjnej umieszczono współwystępujące u pacjenta choroby

somatyczne: nadciśnienie tętnicze, refluksowe zapalenie przełyku, gastropatia, polip dwunastnicy, polipy okrężnicy oraz kamica pęcherzyka żółciowego. W chwili wypisu pacjent był w stanie ogólnym dobrym, w zachowaniu spokojny, w nastroju nieznacznie obniżonym, zaprzeczał obecności objawów psychiatrycznych w sensie omamów czy urojeń, zaprzeczał obecności myśli rezygnacyjnych i samobójczych. Zalecono kontynuację leczenia w warunkach ambulatoryjnych oraz regularne przyjmowanie olanzapiny w dawce 20 mg/dobę, flupentyksolu domięśniowo 20 mg co 14 dni, sertraliny w dawce 125 mg/dobę oraz leków internistycznych amlodypiny 5 mg/dobę, kwasu foliowego 15 mg/dobę, omeprazolu 20 mg/dobę i w razie zapaść Alaxu 3 tabl./noc. Pacjent wymaga stałej kontroli u lekarza specjalisty chorób gastroenterologicznych. Ewentualna modyfikacja farmakoterapii jest zalecana po uzyskaniu powtórzonych wyników badań w kierunku celiakii po 6 miesiącach od włączenia diety bezglutenowej.

Omówienie

W omówieniu prezentowanego przypadku autorzy chcieliby zwrócić uwagę na konieczność interdyscyplinarnego spojrzenia na pacjenta zgłaszającego objawy somatyczne, a także na jego współpracę pacjenta i konieczność nadzoru nad nim przez najbliższych członków jego rodziny. W prezentowanym przypadku pacjent okazał się osobą niewspółpracującą. Jak wiadomo, miał on wykonane w 2017 roku badania histopatologiczne, którego wyniku nie odebrał, ten zaś był stwierdzany u osób chorujących na celiakię. Gdyby znał wynik, mógłby mieć włączoną dietę bezglutenową, co spowodowałoby ustąpienie (zmniejszenie bądź niepojawienie się ich w ogóle) dolegliwości somatycznych u pacjenta. Objawy te będzie można zweryfikować po półrocznym okresie przyjmowania diety bezglutenowej i nie można wykluczyć, że mogą się okazać związane z celiakią, nie zaś z wcześniej rozpoznawanymi zaburzeniami somatycznymi. W celiakii mogą się bowiem pojawić zaburzenia neurologiczne i psychiatryczne (padaczka, depresja, ataksja, nawracające bóle głowy, zaburzenia koncentracji uwagi), niedokrwistość czy objawy dotyczące przewodu pokarmowego [6]. Należy pamiętać także o postaci latentnej (*latent coeliac disease*), która może się ujawniać późno, a w wynikach badań brakuje obecności zmian morfologicznych w śluzówce, a wynik obecności markerów serologicznych jest negatywny. Ta postać choroby może występować u osób dorosłych, u których nie pojawiają się objawy charakterystyczne dla celiakii [7]. Nasilenie objawów tej postaci celiakii bywa różne, od łagodnego osłabienia do przewlekłej biegunki i poważnej utraty masy ciała. Wpływ czynników środowiskowych może spowodować

wać powstanie zmian zanikowych kosmków jelitowych oraz ujawnienie objawów klinicznych choroby [8]. U pacjenta w wynikach badań serologicznych nie stwierdzono obecności swoistych przeciwciał, mimo to należy pamiętać, że choć ich obecność we krwi zwykle potwierdza chorobę (stężenia: przeciwciał EmA [przeciwko endomysium mięśni gładkich], tTG [przeciwko transglutaminazie tkankowej] oraz AGA [przeciwko gliadynie] i ARA [przeciwko retikulinie], badanie warto przeprowadzić od razu w obydwu klasach IgA oraz IgG, gdyż w przypadku braku IgA może dać wynik fałszywy), ich brak nie może być jednak uznany za podstawę do jej wykluczenia [9], co miało miejsce w przypadku opisywanego pacjenta. W momencie hospitalizacji jednoznacznie nie potwierdzono choroby (wynik na obecność przeciwciał negatywny). Zmiany w badaniu histopatologicznym oraz prezentowane przez pacjenta objawy stanowiły jednak według lekarza specjalisty chorób wewnętrznych wskazanie do zastosowania diety bezglutenowej i konieczność powtórzenia badań za 6 miesięcy od jej regularnego zastosowania. Jak wspomniano, dużą rolę odgrywa zarówno współpraca samego pacjenta, jak i jego rodziny czy środowiska (prawdopodobnie DPS). Niezależnie od tego, osoba (instytucja) sprawująca pieczę nad pacjentem powinna dopilnować, by te badania zostały wykonane. W przeciwnym razie może dojść do dalszego pogarszania się stanu psychicznego, somatycznego i ogólnego funkcjonowania pacjenta.

Wnioski

W niniejszej pracy pokazano, jak ważne jest podejście interdyscyplinarne do pacjentów psychiatrycznych zwłaszcza w przypadku, gdy zgłaszają obecność objawów somatycznych, które nimi być nie muszą. Przykład pacjenta pokazuje także, jak ważne byłoby, aby na oddziale psychiatrycznym dostępny był na stałe lekarz internista znający przypadki pacjentów i mogący na bieżąco monitorować ich stan somatyczny przy jednoczesnym nawiązaniu z nimi relacji terapeutycznej. Zdarza się bowiem, że pacjenci z objawami somatycznymi (czy też objawami psychicznymi wynikającymi z obecności realnej choroby somatycznej) są kierowani na oddziały psychiatryczne bez wykonania głębszej diagnostyki internistycznej, co może stanowić przyczynę braku poprawy stanu psychicznego pacjenta. Diagnostykę taką przepro-

wadza się nierzadko na oddziałach psychiatrycznych, gdzie tym bardziej obecność lekarza specjalisty chorób wewnętrznych byłaby nieoceniona. Należy także pamiętać, aby nie bagatelizować skarg pacjentów na objawy somatyczne oraz uzyskać wgląd w całą dokumentację medyczną pacjenta. Ważne jest również umieszczanie danych o chorobach somatycznych w kartach informacyjnych pobytów w szpitalach czy w skierowaniach do szpitala psychiatrycznego. U opisywanego pacjenta szczerkie dane na temat współistniejących chorób somatycznych uzyskano jedynie z wywiadu od niego samego. Obecność lekarza internisty poskutkowała dostępem do internistycznej dokumentacji medycznej z 2017 roku, gdy pacjent był hospitalizowany na jednym z oddziałów internistycznych szpitala SPSK1 PUM. Wgląd w dokumentację rzucił nowe światło na realnie istniejące choroby somatyczne, o których obecnie sam pacjent nie mówił i nie zostały one uwzględnione na wypisie z ostatniej hospitalizacji psychiatrycznej, prawdopodobnie w związku z tym, że pacjent nie podawał ich obecności. Wszystko to wydaje się szczególnie ważne podczas pandemii koronawirusa, gdyż nierzadko leki internistyczne, psychiatryczne mogą wchodzić w interakcje z tymi, które stosuje się w leczeniu pacjentów z pozytywnym wynikiem COVID-19 i obecnymi zmianami w badaniu TK płuc czy objawami, takimi jak temperatura, duszność czy kaszel. Należy pamiętać o działaniach niepożądanych leków stosowanych w terapii COVID-19. Niektóre choroby mogą stanowić przeciwwskazanie do stosowania lub wskazanie do zmiany dawkowania chlorochiny. Wiedząc o ich występowaniu, lekarz musi rozważyć, czy korzyści związane ze stosowaniem preparatu są większe niż ryzyko i w każdym przypadku dokonać indywidualnej oceny, czy właściwe w danej sytuacji jest zastosowanie tego leku. Wiedza o występowaniu u pacjenta chorób nie tylko psychicznych, ale i somatycznych oraz obecność specjalisty chorób wewnętrznych na oddziale psychiatrycznym jest tym bardziej niezmiernie ważna. Rzeczony pacjent opisywany był jako kachektyczny, wyniszczony, odmawiał przyjmowania posiłków, co było zagrożeniem dla jego życia, a brak informacji o chorobach somatycznych oraz nieodpowiednie dobranie mu leków bez wsparcia ze strony specjalisty chorób wewnętrznych i specjalisty chorób zakaźnych mogłoby znacząco zwiększyć zagrożenie dla jego życia.

Streszczenie

W niniejszym artykule omówiono kliniczne spostrzeżenia autorów dotyczące postępowania i leczenia pacjenta nie-współpracującego, który wymagał podejścia interdyscyplinarnego w związku z zaburzeniami urojeniowymi, objawami depresyjnymi, zespołem zależności alkoholowej, licznymi skargami związanymi ze współistniejącymi chorobami somatycznymi, a także dodatkowo zakażonego koronawirusem (COVID-19). Starano się pokazać, jak istotne jest całościowe podejście do pacjenta, jak ważną rzeczą jest umieszczanie danych o występujących chorobach somatycznych w kartach informacyjnych z pobytów w szpitalach psychiatrycznych. Ze względu na fakt braku współpracy ze strony pacjenta, zwrócono uwagę na znaczenie współpracy rodzin chorych psychicznie pacjentów. Dodatkowo pokrótce omówiono postępowanie w przypadku dodatkowego czynnika, którym było zakażenie koronawirusem (COVID-19). W opinii autorów interdyscyplinarne podejście do pacjenta, a także zwiększenie nadzoru rodziny czy instytucji, pod opieką której pacjent się znajduje, może przyczynić się do poprawy jego stanu psychicznego, somatycznego i ogólnego funkcjonowania.

Psychiatria 2020; 17, 2: 95–99

Słowa kluczowe: *podejście interdyscyplinarne, choroby somatyczne, choroba psychiczna, celiakia, COVID-19*

Piśmiennictwo:

1. https://psychiatria.org.pl/news,tekst,393,ptp_udostepnia_czesc_1_wytyczne_wloskiego_towarzystwa_psychiatrycznego.
2. https://psychiatria.org.pl/aktualnosc,tekst,399,ptp_udostepnia_cz_2_postepowanie_u_pacjenta_z_majaczeniem_z_podejzeniem_zakazonego_covid_19.
3. https://psychiatria.org.pl/aktualnosc,tekst,398,ptp_udostepnia_cz_3_wskazowki_rcp_dotyczące_stosowania_lai.
4. <http://www.pteilchz.org.pl/wp-content/uploads/2020/04/Rekomendacje-PTEiLChZ-31-03-2020-pl-KS.docx>.
5. <https://sipip.szczecin.pl/wp-content/uploads/2020/03/Dodatko-we-zalecenia-MZ-psychiatria-covid-19-mb-2-po-PG-dp-002.pdf>.
6. <https://www.mp.pl/pacjent/gastrologia/choroby/jelitocienkie/54362,celiakia>.
7. Karczewska K. Niedożywienie w celiakii. Standardy Med. 2004; 2: 227–229.
8. Grzymisławski M., Stankowiak-Kulpa H., Włochal M. Celiakia — standardy diagnostyczne i terapeutyczne 2010 roku. Forum Zab Metab. 2010; 1(1): 12–21.
9. <https://www.termia.pl/gastroenterologia/Celiakia-choroba-o-wielu-twarzach,25623.html>.