

AKUTNÍ PSYCHOTICKÁ PORUCHA V POPORODNÍM OBDOBÍ VERSUS MYASTENIA GRAVIS

MUDr. Marek Pérez

Psychiatrické oddělení NsP Havířov

V této kazuistice je prezentován případ pacientky, u které se po porodu rozvinuly psychické potíže, hodnocené psychiatry jako akutní psychotická porucha v poporodním období. V průběhu hospitalizace došlo k vystupňování svalové slabosti, rozvinula se dechová nedostatečnost s přechodnou nutností umělé ventilace. Neurology byla diagnostikována akutní myastenická krize při první atace myastenia gravis.

Středoškolsky vzdělaná pacientka, dosud psychiatricky neléčená, poprvé rodící žena ve věku 25 let. V minulosti se léčila s bronchiálním astmatem.

Byla hospitalizována na gynekologicko-porodnickém oddělení nemocnice v Havířově. Na jaře 2002 porodila v 37. týdnu těhotenství přirozenou cestou zdravé dítě.

Při přijetí na ženském oddělení si stěžovala na slabost rukou a svalovou únavu, která postupně sílila. Chovala se úzkostně. Měla obavy, jestli se dokáže postarat o dítě. Bála se, aby ho neupustila.

Bylo vyžádáno psychiatrické konzilium, které bylo uzavřeno s diagnostickým závěrem „porucha přizpůsobení, smíšená úzkostná a depresivní reakce“. Doporučen alprazolam 0,25 mg 3× denně.

Neurologické vyšetření konstatovalo nespecifické oslabení pletenců horních končetin.

Současně byla provedena elektromyografie. Nejednoznačný závěr popsal sníženou aktivitu záznamu, kterou hodnotil jako následek fyzické námahy po porodu. Doporučeno bylo kontrolní vyšetření s odstupem.

Při spirometrickém vyšetření byla zjištěna středně těžká ventilační porucha, avšak ve srovnání se stavem před porodem se ventilační parametry zlepšily. Nebyly známky obstrukce či spazmu v dýchacích cestách. Doporučeno bylo β_2 -sympatomimetikum salmeterol (Serevent spray) při dechových potížích.

Oční vyšetření bylo bez patologického nálezu.

Poté byla propuštěna z porodnice.

Po několika dnech byla vyšetřena psychiatrem na pohotovosti. Byla odeslána do PL Opava s podezřením na akutní polymorfni psychotickou poruchu v poporodním období. V psychopatologickém obraze dominovaly úzkost, emoční plochost, hypomimie. Pacientka udávala obavy o dítě, zejména se bála, aby jí dítě neupadlo, protože cítila slabost rukou. Jednoznačné psychotické příznaky nebyly popsány.

Při vstupním vyšetření v PL Opava pacientka rekapitulovala, že původně šla do nemocnice, protože cítila slabost, neobratnost, padaly jí věci z rukou, měla obavy, zda se v takovém stavu dokáže o dítě postarat. Měla strach, aby jí chlapec neupadl. Popsala sen, ve kterém jí dítě spadlo, nebo ho zalehla. Při vzpomínce na tento sen byla úzkostná. Uvedla, že si všimla, že ji personál porodního oddělení pozoruje bedlivěji než ostatní pacientky, ale neměla pocit, že by jí hrozilo od okolních lidí nějaké nebezpečí.

V popisu psychického stavu při přijetí do PL Opava byla konstatována dysartrie. V chování byla popsána od-

tažitost, ochuzení emočního projevu, hypomimie. Myšlení bylo logické, bez poruch koheze. Porucha vnímání nebyla zjištěna. Paranoidní percepce nebyly zformovány do bludů. Explicitní psychopatologii byla subdeprese a úzkostná tenze, aplanace. Bylo také uvažováno o encefalopatickém terénu či simplicite osobnosti (to však neodpovídalo střednímu odbornému vzdělání).

Diagnosticky byl stav uzavřen jako akutní psychotická porucha s příznaky schizofrenie. Ordinován byl olanzapin (Zyprexa 10 mg), klonazepam (Rivotril 0,5 1-1-2), salmeterolum (Serevent Inhaler, 1 vdech ráno). Zástava laktace bromocriptinem (Medocriptin).

Dva dny po přijetí dopoledne se v záznamu sestry uvádí, že pacientka sedí se zavřenýma očima. Příznává nepřijemné mužské hlasy, bála se o svůj život. Několikrát zvracela léky i stravu. Obtížně polykala. Sestra se domnívala, že pacientka stravu odmítá záměrně, vyvolává si zvracení.

Téhož dne byla vyšetřena neurologem, který popsal dobrou motoriku v ranních hodinách. Během dne narůstala slabost, chůze byla možná s dopomocí, v podvečer již nebyla schopna chůze. Zesilovala se dysfonie, řeč se stávala nesrozumitelnou.

Při opakovaném psychiatrickém vyšetření byly konstatovány afektivně sycené sluchové halucinace, zřejmě s výhrůžnými obsahy (ale konkrétní obsah halucinací neuvedla). Psychiatr měl podezření, že se pacientka vyhýbá popisu psychotických prožitků, z psychotické motivace odmítá stravu a vyvolává si zvracení. Byly vysloveny obavy z rozvoje psychotického stuporu. Organizačně bylo zajištěno intenzivnější sledování, statut psychiatrické intenzivní péče. Službě bylo avizováno, že jde o závažný stav k opakovanému zhodnocení, v případě dalšího zhoršení doporučeno zvážít elektrokonvulze.

Terapie byla upravena na klonazepam (Rivotril 0,5 mg 1-1-2), levomepromazim (Tisercin 25 mg 1-1-1). Tisercin téhož dne pro útlum snížen na 0-0-1. Dále bromocriptin (Serocriptin tbl. 1-0-1). Infuzní hydratace.

Během víkendu se pacientka cítila unavená, spavá. Obtížně polykala. Udávala pocit cizího tělesa v krku.

V průběžném záznamu se opakovalo pozorování větší čilosti, svěžesti v ranních hodinách. V podvečer byla velmi bradypsychická, spavá, unavená, což bylo hodnoceno jako semistupor.

Den na to službu konající psychiatr konstatoval, že pacientka slyší mužské hlasy, kterým nerozumí, blíže nerozvedeno.

V dalších dnech se při snížené terapii psychický stav pacientky zlepšoval. Přijímala stravu a léky, byla klidná. V záznamech se již nevyskytla zmínka o poruchách vnímání. Přetrvával výrazný pocit slabosti.

Za čtyři dny byl opět nasazen olanzapin (Zyprexa 10 mg denně).

Bylo doplněno EEG vyšetření, které nenašlo patologické změny mozkových potenciálů.

Z objektivní zprávy rodiny vyplývalo, že se první potíže objevily dva měsíce před porodem. Rodiče uvedli, že si dcera stěžovala na slabost rukou, nemohla se učesat. Po porodu měla obavy, zda se dokáže postarat o dítě. Měla strach, že má příliš slabé ruce, že dítěti ublíží (že ho upustí).

Psychologické vyšetření bylo provedeno v dubnu 2002, tedy již v době zlepšení psychického stavu pacientky. Vyšetřena byla pohovorem, Minnessotským osobnostním inventářem a projektivními technikami (kresba stromu, kresba postavy, Rorschach). V rozhovoru zopakovala stížnosti na měsíc trvající slabost horních končetin, obavy, zda se v tomto stavu dokáže postarat o syna. O poruchách vnímání a o bludných obsazích myšlení se psychologické vyšetření nezmiňovalo. Závěrečné shrnutí výsledků všech použitých vyšetřovacích metod konstatovalo narušenou integritu psychických funkcí, útlum prožívání, symbolické, magické prvky v myšlení. Ochuzení sociálního kontaktu. Přiklonilo se k psychotickému charakteru onemocnění.

Před ukončením hospitalizace v léčebně se objevily horečky a přechodná bolest hlavy. Bylo nasazeno antibiotikum cefuroxim (Zinnat). Interní, gynekologické a ORL vyšetření neurčilo jednoznačnou příčinu febrilního stavu. Na naléhání rodiny byla přeložena k doléčení do místa bydliště. Doporučena terapie olanzapinem (Zyprexa 10 mg 0-0-1), bromocriptinem (Serocriptin 1-0-1), dobrání antibiotika cefuroxim (Zinnat 500 mg 1-0-1).

V polovině dubna byla přeložena na psychiatrické oddělení NsP v Havířově.

Při vstupním vyšetření nebyla zjištěna porucha vnímání, nebyly zjištěny bludné obsahy myšlení, nebyla naznačena formální porucha myšlení. Popsána byla mírná úzkostná tenze, subdeprese. Pacientka hovořila téměř nesrozumitelným, tichým hlasem. Byla bradypsychická, odtážitá, nápadně hypomimická. Uvažovali jsme o zchudnutí emočního a volního projevu při procesuálním psychotickém onemocnění. Přijímací lékařka si všimla poklesu levého koutku. Bylo dohodnuto zopakovat neurologické konzilium.

Ve shrnutí neurologického vyšetření z druhého dne jsou vyjmenovány patologické nálezy: semiptóza víček, paréza očních souhybů, slabost pletencových svalů horních a dolních končetin, příznaky bulbárního syndromu. Uzavřeno s podezřením na počínající myastenia gravis. Bylo doporučeno vysadit benzodiazepiny, které by v tomto případě byly kontraindikovány.

Téhož dne bylo provedeno vyšetření CT mozku, na nativních a postkontrastních snímcích nebyly nalezeny patologické změny denzity a struktury tkání.

Třetí den hospitalizace se prohloubily příznaky bulbární obrny. Pacientka si stěžovala na dvojité vidění. Dušnost při minimální námaze přerostla do klidové dušnosti. Bylo patrné zapojení auxiliárního svalstva, vtahování jugulární jamky. Poslechový nález na plicích byl negativní. Dle vyšetření krevních plynů se rozvíjela respirační acidóza. Saturace krve kyslíkem byla snížena na 87 %. Neurologem byl hodnocen stav jako velmi pravděpodobný rozvoj myastenické krize. Byla přeložena na oddělení ARO nemocnice v Ostravě-Fifejdách. V psychiatrické propouštěcí zprávě bylo doporučeno zachovat po odeznění krize olanzapin v dávce 5 mg večer.

Při přijetí na ARO byl shodný popis diplopie, ptózy víček, klidové dušnosti. Po odpojení kyslíku stoupala dechová frekvence o 20 vdechů za minutu, pacientka zapojovala auxiliární svalstvo. Bylo rozhodnuto zavést orotracheální intubaci, vysadit všechna psychofarmaka. Kontrolní neurologické vyšetření shodně našlo bulbární obrnu, rozvoj myastenické krize s respirační insuficiencí.

Bylo provedeno CT hrudníku k vyloučení tymomu, který často předchází rozvoji myastenie. Expanzivní proces v mediastinu nebyl prokázán.

Protilátky proti acetylcholinovým receptorům nebyly prokázány (pozitivní výsledek by diagnózu jednoznačně prokázal, avšak negativní výsledek ji nevylučuje, asi 15 % případů je sérum negativní).

Elektromyografický záznam byl typický pro myastenii. Byl nalezen patologický pokles odpovědi po opakované stimulaci, významná reakce na podání inhibitoru acetylcholinesterázy Mestinonu.

Léčba

Mestinon (pyridostigmin bromid), Solu-medrol (methylprednisolon), plasmaferéza. Ventilace umělá.

V následujících dnech se neurologický i psychický stav pacientky zlepšoval. Koncem dubna byla extubována a přeložena na neurologii. Krátce nato byla propuštěna do domácího ošetřování. V průběhu května podstoupila tymektomii. Kontrolní psychiatrické vyšetření nebylo žádáno vzhledem k uspokojivému psychickému stavu. Byla předána do péče neurologické ambulance zaměřující se na pacienty s myastenii. V terapii antipsychotiky nepokračuje.

Diskuze

Diagnostický závěr neurologů se v tomto případě opírá o typický klinický obraz u pacientky v rizikové skupině a o elektromyografický nález.

Myastenia gravis je autoimunitní onemocnění s prevalencí okolo jednoho případu na 7-10 tisíc obyvatel.

Incidence dosahuje maxima u žen mezi 20. a 40. rokem života. Podstatou nemoci je produkce protilátek proti nikotinovým receptorům nervosvalové ploténky. V první fázi dochází vlivem protilátek k funkční bloádě, později k degeneraci a destrukci nervosvalové ploténky.

Myastenické syndromy jsou charakterizovány chorobně zrychlenou svalovou unavitelností. K zotavení je třeba delšího odpočinku, který poskytne spánek. Proto nemocní, kteří se ráno zdají zdraví, nemohou večer chodit, často ani hovořit a polykat (1). V 15 % případů nacházíme tumor brzlíku – tymom. Tymektomie bývá efektivní a provádí se i u pacientů bez tumoru.

V elektromyografickém záznamu navzdory stimulaci zvyšujícími se proudy typicky rychle klesá nervosvalová dráždivost. Někdy úplně vymizí (pozitivní Jollyho reakce). Záznam se upraví po přidání inhibitorů acetylcholinesterázy účinných na nervosvalové ploténce, které jsou i léky volby. V léčbě se používají též kortikoidy. Při myastenické krizi se provádí plasmaferéza a symptomatická podpora životně důležitých funkcí, zejména dýchání.

U části nemocných se souběžně objevují psychické poruchy, spíše charakteru úzkostí a depresí.

Když se vrátíme k případu a položíme na jednu stranu popsané psychické potíže, na stranu druhou diagnostická kritéria akutní polymorfni psychotické poruchy, zjistíme, že explicitně popsaná psychopatologie jen stěží naplňuje obsah pojmu akutní psychotická porucha, jak je definován v diagnostických manuálech.

Avšak situace se změní, pokud započítáme a v duchu prekonceptu interpretujeme všechny „nepřímé důkazy“.

Zdroje

1. Bartko D, Drobny M. Neurologia. 3. doplnené vydání. Bratislava Osveta: Učebnica pre lekársku fakultu 1991; 175: 591–592.
2. Havrdová E, et al. Neuroimunologie. Praha Maxdorf. 2001; 284–293.
3. Chorobopisy z gynekologicko-porodního a z psychiatrického oddělení NsP Haviřov.

Zatímco na porodním oddělení ani v psychopatologických nálezech psychiatrů nejsou popsány jednoznačné projevy psychózy, v závěrech vyšetření na pohotovosti se již konstatuje podezření na akutní psychotickou poruchu v poporodním období. Okamžikem přijetí do psychiatrické léčebny pak z diagnostických úvah vypadá podezření a postuluje se diagnóza akutní psychotické poruchy s příznaky schizofrenie. Proces zpřesňování diagnózy se odráží právě jen v její formulaci, nikoli v zaznamenané psychopatologii. Diagnóza zdánlivě zpřesňovaná se tak alespoň dle studia záznamu ve skutečnosti stává stále více implicitní a mohla by být názorným příkladem procesu vytváření nálepky při institucionalizaci pacienta.

Nepřímé informace, které by nasvědčovaly existenci psychotických příznaků, je možno v záznamech středního zdravotnického personálu nalézt až s časovým zpožděním několika dní po stanovení diagnózy, přičemž převládají negativní formulace předpokládající, že pacientka halucinuje („nechce říct, jaké hlasy slyší“). Komorbidita myastenie gravis a akutní psychotické poruchy je jistě možná. Nakolik v tomto případě prekoncept napomohl intuici ve stanovení správné psychiatrické diagnózy, nebo nakolik vedl ke stanovení diagnózy nesprávné, zůstává k zamyšlení.

Smyslem kazuistiky je upozornit, že u mladých žen se svalovou slabostí, vyčerpaností progredující v průběhu dne, tichou, dysartrickou řečí, zpomaleným psychickým tempem, hypomimií, ptózou víček, poruchou očních souhybů a nově vzniklou diplopií bychom měli myslet na možnost myastenie, byť se ocitnou na psychiatrickém lůžku.

4. Chorobopis PL Opava.

5. Chorobopis z ARO a z neurologického oddělení Městské nemocnice Ostrava-Fifejdy.

6. Konzultace s ošetřujícím neurologem, MUDr. Hromadou.