



Zespół paranoidalny u 16-letniego chłopca z wodogłowiem normotensyjnym oraz torbielami pajęczynówki

Paranoid syndrome in a 16-year-old boy suffering from normal pressure hydrocephalus and arachnoid cyst

MAŁGORZATA JANAS-KOZIK^{1,2}, IRENA KRUPKA-MATUSZCZYK², PRZEMYSŁAW RATKA³,
KATARZYNA PIEKARSKA-BUGIEL², KRYSZYNA BEDNARSKA-PÓŁTORAK², BEATA TATROCKA-BURZAWA¹

- Z: 1. Oddziału Psychiatrii i Psychoterapii Wiekowego Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu
2. Katedry i Kliniki Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach
3. Centrum Psychiatrii w Katowicach

STRESZCZENIE

Cel. Ukazanie trudności diagnostycznych związanych ze współwystępowaniem zaburzeń psychicznych z zaburzeniami przepływu płynu mózgowo-rdzeniowego.

Przypadek. Przedstawiono wyniki obserwacji i leczenia 16-letniego chłopca z nietypowymi objawami psychotycznymi, u którego w trakcie obserwacji stwierdzono wodogłowie normotensyjne oraz torbiel pajęczynówki.

Komentarz. Trudności diagnostyczne związane ze współwystępowaniem zaburzeń psychicznych i wodogłowia normotensyjnego oraz torbieli pajęczynówki wynikają w dużej mierze z atypowości i wielopostaciowości objawów klinicznych. Dominacja zaburzeń psychicznych w obrazie klinicznym może maskować organiczne podłoże choroby.

SUMMARY

Objective. The paper presents diagnostic difficulties resulting from concomitance of mental disorders and cerebrospinal fluid flow impairment.

Case. In the course of observation a 16-year-old boy with atypical psychotic symptoms was diagnosed with normal pressure hydrocephalus and arachnoid cyst. Treatment outcome in this case is reported.

Commentary. Diagnostic difficulties associated with concomitance of mental disorders, normal pressure hydrocephalus and arachnoid cyst are largely due to atypical and multiform clinical symptoms. The organic origin of the disease may be masked by predominance of mental disorders in the clinical picture.

Słowa kluczowe: zespół paranoidalny / wodogłowie normotensyjne / torbiel pajęczynówki / opis przypadku
Key words: paranoid syndrome / normal pressure hydrocephalus / arachnoid cyst / case report

Wodogłowie normotensyjne jest zespołem objawów, w którym dochodzi do poszerzenia układu komorowego mózgu przy prawidłowych wartościach ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego. Występuje ono głównie u osób dorosłych, zwłaszcza po 65 roku życia. Istnieją jednak kazuistyczne opisy wodogłowia normotensyjnego u osób młodszych, w tym dzieci i młodzieży [1, 2].

Wodogłowie normotensyjne dzieli się na pierwotne (idiopatyczne), w którym nie udaje się ustalić uchwytnej przyczyny schorzenia, oraz na wtórne, gdzie podłożem schorzenia są zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym o charakterze pokrwotocznym, pozapalnym, pourazowym [3].

Klinicznie wodogłowie normotensyjne przejawia się charakterystycznym zespołem objawów zwanym triadą Hakima lub zespołem Hakima-Adamsa, od nazwisk autorów, którzy po raz pierwszy opisali to schorzenie w 1964 r.

W skład triady Hakima wchodzi: zaburzenia chodu, mikiacji oraz upośledzenie funkcji poznawczych, głównie pod postacią upośledzenia pamięci świeżej, kłopotów z koncentracją uwagi oraz znacznego spowolnienia psychoruchowego. Opisywano także współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych, takich jak: zespół paranoidalny [4], paranoja [5], zespół depresyjny [6], czy maniackalny [7].

U dzieci klasyczna triada Hakima może jednak przyjmować odmienny obraz ze względu na intensywny rozwój psychomotoryczny oraz niepełną dojrzałość ośrodkowego układu nerwowego [1, 2, 8]. Zaburzenia motoryczne u młodszych dzieci objawiają się upośledzonym rozwojem chodu i mowy, natomiast u dzieci starszych kłopotami z artykulacją, wypowiedaniem głosek, słów, zdań.

Zaburzenia sfery poznawczej przejawiają się u dzieci głównie kłopotami w nauce, upośledzeniem pamięci świeżej, problemami z koncentracją uwagi, znacznym spowolnieniem psychoruchowym.

Zaburzenia mikiacji występują jako trudności z opanowaniem przez dziecko kontroli nad funkcją zwieraczy, a na późniejszym etapie rozwoju – w postaci uczucia stałego parcia na moc.

Rozpoznanie wodogłowia normotensyjnego opiera się na objawach klinicznych, pomiarach obwodu głowy, ocenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego oraz na charakterystycznym obrazie w badaniach tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (MR) głowy [3, 8].

Leczenie objawowego wodogłowia normotensyjnego polega na wszczepieniu jednokierunkowej zastawki komorowo-otrzewnowej lub komorowo-przedśionkowej.

Torbiele pajęczynówki należą do stosunkowo rzadkich schorzeń ośrodkowego układu nerwowego (o.u.n.). Przyczyną ich powstawania mogą być wady rozwojowe o.u.n., procesy zapalne, urazy oraz krwawienia podpajęczynówkowe. Zazwyczaj umiejscawiają się w środkowym dole czaszki, w przestrzeni nadsiodłkowej oraz w tylnym dole czaszki, a ujawniane objawy zależą zwykle od rozmiaru i lokalizacji torbieli [9]. Schorzenie to najczęściej przebiega niespecyficycznie i bezobjawowo. Z objawów klinicznych sporadycznie opisywanych w literaturze można wymienić głównie uporczywe bóle głowy. Nieliczne prace opisują współwystępowanie torbieli pajęczynówki i zaburzeń psychicznych. Głównie wymienia się w nich objawy schizofrenopodobne [10, 11], zaburzenia zachowania [12] oraz objawy psychotyczne [13, 14].

W niniejszej pracy przedstawiono rzadki, dotąd nie opisywany w literaturze przypadek współwystępowania zaburzeń psychicznych z wodogłowiem normotensyjnym i torbielami pajęczynówki u 16-letniego chłopca.

OPIS PRZYPADKU

Szesnastoletni chłopiec, młodych, zdrowych rodziców, z ciąży pierwszej, podtrzymywanej, powikłanej gestozą, urodzony cięciem cesarskim, z masą urodzeniową 4100 g, Apgar 10. Ma dwie zdrowe, młodsze siostry. Brak obiektywnych danych dotyczących rozwoju psychoruchowego w wieku niemowlęcym i w pierwszych 3 latach życia. W czwartym i piątym roku życia uraz głowy okolicy czołowej bez uszkodzenia kości i utraty przytomności. Wywiad rodzinny w kierunku chorób somatycznych i zaburzeń psychicznych negatywny. Nigdy nie chorował psychicznie.

W dniu 9 marca 2005 r. chłopiec przyjęty do oddziału pediatrycznego po dwutygodniowej infekcji górnych dróg oddechowych z objawami nadmiernej senności, wzmożonym pragnieniem oraz zlewnymi potami. Przy przyjęciu był zdezorientowany, wylekniony, płaczący, spowolniały psychoruchowo. Skarżył się na uporczywy ból głowy, zaburzenia widzenia, światłowstręt, nudności, osłabienie i zaburzenia pamięci.

Badaniem fizykalnym wykazano jedynie przewlekający się nieżyt górnych dróg oddechowych. Obwód głowy prawidłowy. Dla wykluczenia atypowej postaci zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych wykonano nakłucie lędźwiowe. Płyn mózgowo-rdzeniowy przejrzysty, wypływał kroplami, w badaniach laboratoryjnych bez odchylenia od normy.

Dno oka prawidłowe. EEG w granicach normy wiekowej.

Celem wykluczenia procesu rozrostowego o.u.n. u chorego wykonano badanie TK, które uwidocznilo szerszy niż typowo układ komorowy, symetryczny, nieprzemieszczony. Wskaźnik Evansa 0,33. Komora III szerokości 12 mm, komora IV również nieco szersza. Torbielowate poszerzenie pajęczynówki tylnego dołu czaszki. Nieco szerszy zbiornik wielki. Nie stwierdzono patologicznego wzmocnienia po podaniu środka kontrastowego. W izbie przyjęć wykluczono także intoksykację środkami psychoaktywnymi i alkoholem.

W przeprowadzonych dwukrotnie konsultacjach psychiatrycznych i psychologicznych postawiono wstępne rozpoznania: podejrzenie organicznych zaburzeń psychicznych, zaburzenia psychotyczne, oraz włączono lorazepam 2–3 × 1 tabl.

Ze względu na wystąpienie u chłopca objawów psychotycznych w trzecim dniu pobytu w oddziale pediatrycznym przekazano go do Oddziału Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w Lublińcu.

W dniu przyjęcia do oddziału chory był zdezorientowany allopsychicznie, w trudnym do nawiązania, powierzchownym kontakcie werbalnym z porwanym wątkiem myślowym, niedokojarzony, z poczuciem derealizacji, w wyraźnie obniżonym nastroju, płaczący, spowolniały psychoruchowo, w nasilonym lęku, sprawiający wrażenie halucynującego wzrokowo. Z relacji rodziców i analizy dokumentacji medycznej wynika, iż w trakcie hospitalizacji występowały u chłopca omamy słuchowe, wzrokowe, rzadziej omamy smakowe i węchowe, przeżywał także urojenia oniryczne. Skarżył się na znaczną przeculicę w zakresie bodźców wzrokowych i słuchowych. Wypowiadał urojenia nihilistyczne. Zgłaszał myśli samobójcze.

Po zastosowanej farmakoterapii (olanzapina 10 mg/die, klorazepat 15 mg/die) objawy wytwórcze ustąpiły przy utrzymującym się znacznym spowolnieniu psychoruchowym i labilnym afekcie.

Ze względu na wielopostaciowość, a zarazem niespójność objawów rozpoznano u pacjenta ostry zespół psychotyczny. W dziesiątej dobie pobytu, na prośbę matki chłopiec został wypisany z Oddziału w Lublińcu i przekazany do Oddziału Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego w Sosnowcu.

Przy przyjęciu pacjent zorientowany wszechstronnie, w logicznym kontakcie, nieco dygresyjny i niedokojarzony, spowolniały psychoruchowo, labilny afektywnie, bez omamów i urojeń. Z opóźnieniem i trudem odpowiadał na pytania, skarżył się na kłopoty z artykulacją, problemy z wypowiedaniem słów. Jego mowa była niewyraźna, momentami sprawiająca wrażenie skandowanej. Chory skarżył się na uporczywe parcie na mocz i na tym objawie zdawał się koncentrować. Zgłaszał także zaburzenia pamięci, koncentracji uwagi. Dotychczasowy okres leczenia pokrywał częściową niepamięcią. Rodzice chłopca podkreślali fakt, że nigdy wcześniej do czasu pierwszej hospitalizacji nie zaobserwowali u syna zaburzeń mowy oraz spowolnienia psychoruchowego.

Ze względu na zaburzenia mowy oraz na odchylenia w badaniu neurologicznym, głównie pod postacią wzmocnienia odruchów ścięgniastych z kończyn dolnych z tendencją do niewielkiej asymetrii, zlecono konsultację neurologiczną. Powyższe odchylenia od normy w badaniu neurologicznym neurolog uznał za mieszczące się w granicach normy, jednak biorąc pod uwagę całokształt obrazu klinicznego zalecił wykonanie MR głowy. Badanie uwidocznilo poszerzenie komór bocznych i komory trzeciej z hiperkinetycznym przepływem przez akwedukt bez przesieku do otaczających tkanek, co radiolog uznał za obraz odpowiadający wodogłowiu normotensyjnemu. Oprócz tego kształt zbiornika wielkiego sugerował obecność w tej okolicy torbieli pajęczynówki modelującej robak i prawą półkulę mózdzku. Widoczna była także wąska torbiel pajęczynówki w przedniej części dołu środkowego po stronie prawej.

Konsultujący neurochirurg potwierdził poszerzenie układu komorowego miernego stopnia, jednak uznał, iż nie ma w chwili obecnej wskazań do leczenia neurochirurgicznego, natomiast pacjent powinien pozostawać pod opieką poradni neurochirurgicznej.

Z powodu niejasnego obrazu klinicznego oraz nieobecności objawów wytwórczych w chwili przyjęcia zdecydowano się na odstawienie dotychczas pobieranych leków celem obserwacji stanu psychicznego pacjenta.

Po tygodniu hospitalizacji ze względu na nawrót objawów psychotycznych pod postacią urojeń prześladowczych, ksobnych, omamów cenestetycznych, słuchowych i wzrokowych oraz znaczną dekompensację w sferze afektywnej ponownie włączono farmakoterapię, tj. olanzapinę w dawce 20 mg/die. Po zastosowanym leczeniu objawy wytwórcze ustąpiły, jednak nadal utrzymywał się lęk, płaczliwość, obniżony nastrój oraz nastawienie ksobne. Z tego powodu dołączono do olanzapiny lewomepromazyne w dawce 75 mg/die, która ustabilizowała stan psychiczny chłopca. Obok objawów psychotycznych w obrazie klinicznym od początku hospitalizacji dominowało spowolnienie psychoruchowe, zaburzenia mowy, niedokojarzenie, chwiejność afektywna oraz uczucie stałego parcia na mocz. Objawy te pozostawały przez cały okres hospitalizacji. Chłopiec został wypisany do domu w dniu 13 maja 2005 r. po 8 tygodniach leczenia. Przy wypisie pacjent zorientowany wszechstronnie, w dobrym kontakcie werbalnym, w nastroju i napędzie psychomotorycznym nieznacznie obniżonym. Zaprzeczał objawom wytwórczym.

Aktualnie pacjent pozostaje pod stałą kontrolą w poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. Kontynuowane jest leczenie olanzapiną w dawce 20 mg/die. Pomimo tego u pacjenta nadal utrzymują się dysfunkcje w zakresie sfery poznawczej pod postacią spowolnienia psychoruchowego, trudności w koncentracji uwagi oraz zaburzeń pamięci świeżej. W sferze afektywnej dominuje spłycenie afektu, zubożenie emocjonalne oraz apatia.

KOMENTARZ

W przedstawianym przypadku opisujemy współwystępowanie zmian organicznych w o.u.n. (wodogłowie normotensyjne i torbiele pajęczynówki) z zaburzeniami psychicznymi pod postacią zespołu paranoidalnego.

Jak zwykle w przypadku takiej koincydencji powstaje pytanie: Czy i na ile zmiany organiczne o.u.n. zdeterminowały przebieg kliniczny schorzenia? Obecnie coraz częściej można znaleźć doniesienia wykazujące, że przy poszerzonym układzie komorowym objawy mogą ujawniać się w nietypowy sposób, lub też nasilone zaburzenia psychiczne mogą maskować objawy neurologiczne i dysfunkcje poznawcze [15]. W naszej opinii przebyta infekcja układu oddechowego mogła być czynnikiem, który u chłopca z wadami rozwojowymi o.u.n. pod postacią wodogłowia normotensyjnego i torbieli pajęczynówki wyzwolił objawy psychotyczne (omamy i urojenia), zaburzenia sfery poznawczej (zaburzenia pamięci głównie świeżej i koncentracji uwagi) oraz neurologiczne (uporczywe parcie na mocz, zaburzenia mowy, bóle głowy). W całości objawów klinicznych na plan pierwszy wysuwały się symptomy natury psychicznej, natomiast te z kręgu neurologicznych i dotyczące sfery poznawczej uznaliśmy za charakterystyczne (jak donosi literatura) dla wodogłowia

normotensyjnego i torbieli pajęczynówki, jednocześnie pamiętając o tym, iż mogły być one również efektem działania niepożądanego leków neuroleptycznych i anksjolitycznych, które w trakcie hospitalizacji stosowano u chorego.

Ustalając rozpoznanie początkowo braliśmy pod uwagę organiczne zaburzenia urojeniowe (podobne do schizofrenii) kodowane w klasyfikacji ICD-10 jako F06.2, jednak, aby nie stygmatyzować chłopca i jego rodziców wybraliśmy rozpoznanie w kategorii zespołowej, tj. zespół paranoidalny na podłożu organicznym. Niezależnie od wątpliwości diagnostycznych i terapeutycznych chłopiec wymaga dalszej obserwacji psychiatrycznej oraz okresowej kontroli obrazu TK lub MR celem określenia dynamiki zmian w o.u.n. i ewentualnie ponownego rozpatrzenia wskazań do leczenia operacyjnego wodogłowia.

PIŚMIENNICTWO

1. Barnett GH, Hahn JF, Palmer J. Normal pressure hydrocephalus in children and young adults. *Neurosurgery* 1987; 20 (6): 904–7.
2. Bret P, Chazal J. Chronic (“normal pressure”) hydrocephalus in childhood and adolescence. A review of 16 cases and reappraisal of the syndrome. *Childs Nerv Syst* 1995; 11 (12): 687–91.
3. Prockop LD. Zaburzenia przepływu i składu płynu mózgowodrdzeniowego. *Wodogłowie*. W: Kwieciński H, Kamińska AM, red. *Neurologia Merritta*. Wrocław: Urban & Partner; 2004: 283–5.
4. Pinner G, Johnson H, Bouman WP, Isaacs J. Psychiatric manifestations of normal pressure hydrocephalus: a short review and unusual case. *Int Psychogeriatr* 1997; 9 (4): 465–70.
5. Bloom KK, Kraft WA. Paranoia an unusual presentation of hydrocephalus. *Am J Phys Med Rehabil* 1998; 77 (2): 157–9.
6. Adler L, Rader K, Kolenda H. Endogeniforme affective Psychosen und Normaldruckhydrozephalus. *Psychiatr Prax* 1992; 19 (5): 154–6.
7. Kwantus JA, Hart RP. Normal pressure hydrocephalus presenting as mania. *J Nerv Ment Dis* 1987; 175 (8): 500–2.
8. Bret P, Guyotat J, Chazal J. Is normal pressure hydrocephalus a valid concept in 2002? A reappraisal in five questions and proposal for a new designation of the syndrome as “chronic hydrocephalus”. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 73: 9–12.
9. Auer L, Gallhauer B, Ladurner G, Sager WD, Heppner F, Lechner H. Diagnosis and treatment of middle fossa arachnoid cyst and subdural hematomas. *J Neurosurg* 1981; 54: 323–6.
10. Wong CW, Ko SF, Wai YY. Arachnoid cyst of the lateral ventricle manifesting positional psychosis. *Neurosurgery* 1999; 32: 841–3.
11. Lanczik M, Fritze J, Classen W, Ihl R, Maurer K. Schizophrenia-like psychosis associated with an arachnoid cyst visualized by mapping of EEG and P300. *Psychiatry Res* 1989; 29: 421–3.
12. Colameco S, DiTomasso RA. Arachnoid cyst associated with psychological disturbance. *J Med Soc N J* 1982; 79: 209–10.
13. Won-Myong B, Chi-Un P, Jeong-Ho C, Tae-Youn J, Kwang-Soo K. A case of brief psychosis associated with an arachnoid cyst. *Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 56: 203–5.
14. Wolańczyk T, Komender J, Brzozowska A. Catatonic syndrome preceded by symptoms of anorexia nervosa in 14-year-old boy with arachnoid cyst. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1997; 6: 166–9.
15. Fersten E, Głowacki M, Walasek N, Jurkiewicz J. Problemy diagnostyczne nietypowych objawów w wodogłowie normotensyjnym. *Opis przypadku. Neurol Neurochir Pol* 2005; 39 (3): 247–51.