



Implikacje psychiatryczne w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc: opis przypadku

*Psychiatric implications of chronic obstructive respiratory disorder:
case report*

IRENA KRUPKA-MATUSZCZYK, MACIEJ MATUSZCZYK

Z I Kliniki Psychiatrii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

STRESZCZENIE. Praca przedstawia postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne u pacjenta, u którego psychiatra rozpoznał przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Diagnoza została potwierdzona badaniami pulmonologicznymi. Przedstawiany pacjent należy do pierwszych w kraju, u których zastosowano aparat CPAP.

SUMMARY. The article presents diagnostic and therapeutic management of a patient with chronic obstructive respiratory disorder first diagnosed by a psychiatrist. The diagnosis was supported later by pulmonological examination. This is one of the first cases in Poland that the CPAP apparatus was used for diagnostic purposes.

Słowa kluczowe: zaburzenia oddychania podczas snu / zaburzenia psychiczne / opis przypadku
Key words: sleep apnea / psychiatric disorder / case report

Przewlekła obturacyjna choroba płuc określana również jako zespół obturacyjnego bezdechu nocnego (sennego), należy do zaburzeń oddychania w czasie snu. Prowadzi do hipoksji i upośledzenia pracy wielu narządów, głównie mózgu i serca. Autorem pierwszego opisu objawów choroby był Broadbent w 1877 r., ale Simmons i Hill w 1974 r. zdefiniowali jej objawy. Rozróżnia się trzy postacie choroby: bezdech centralny, bezdech obwodowy i mieszany. Ich cechą różnicującą jest mechanizm powstawania zaburzeń. Obturacyjny bezdech nocny spowodowany jest zaburzeniami w oddychaniu poprzez chwilowe zamknięcie dróg oddechowych na poziomie gardła. Głównym objawem są powtarzające się przerwy w oddychaniu trwające powyżej 10 sek. [Kaplan i Sadock 1994]. Typowymi dolegliwościami są głośne chrapanie, które niepokoi osoby śpiące w tym samym pokoju, oraz skargi na nadmierną senność oraz zmęczenie w ciągu dnia. Męż-

czyźni w piątej dekadzie życia, ze znaczną otyłością i małą cofniętą zuchwą należą do grupy ryzyka. Potwierdzeniem rozpoznania jest wynik badania polisomnograficznego [Zieliński i wsp. 1994, Kukwa i wsp. 1998, Morin i wsp. 1999].

Wg obecnego stanu wiedzy, jedyną skuteczną oraz najmniej inwazyjną terapią jest zastosowanie aparatu CPAP (*continuous positive airway pressure*) wytwarzającego w drogach oddechowych ciągłe dodatnie ciśnienie [Nino-Murcia 1992, Zieliński i wsp. 1993] oraz terapia behawioralna i poznawcza [Morin i wsp. 1999, Reynolds i wsp. 1999].

OPIS PRZYPADKU

Pan P. – rocznik 1942, rzemieślnik (mistrz malarski), mieszkaniec wsi, żonaty od 34 lat, ma 4 synów w wieku od 17 do 32 lat. U dwóch synów rozpoznano porażenie mózgowe z upośledzeniem umysłowym

w stopniu umiarkowanym. Rodzice pacjenta nie żyją: ojciec zmarł z powodu astmy w wieku 68 lat, matka mając 58 lat zmarła nagle, „udusiła się”, miała znaczną nadwagę, a przez wiele lat zgłaszała dolegliwości podobne do opisywanych przez chorego. Oboje rodzice mieli upośledzony słuch.

Przebywał w Klinice Chorób Wewnętrznych (lipiec 1993 r.) z rozpoznaniem: zespół Pickwicka, nadciśnienie tętnicze, marskość wątroby, otyłość, chroniczna niewydolność wieńcowa, guz mózgu? Ambulatoryjne badanie CT głowy wykluczyło podejrzenie guza mózgu.

Po pobyciu w klinice dolegliwości zmniejszyły się tylko na okres 2 tygodni i to było powodem zgłoszenia się do Poradni Przyklinicznej Kliniki Psychiatrii Śląskiej AM w Lublińcu w grudniu 1993 r. Dolegliwości, które spowodowały kontakt z psychiatrą: senność w ciągu dnia, zasypianie nawet w czasie płacenia gotówką, wielokrotnie przerywany sen nocny, duszności nasilające się nocą, bóle i zawroty głowy, zaburzenia skupienia uwagi i pamięci świeżej, znaczne osłabienie ostrości widzenia i słuchu. Podane dolegliwości utrudniają codzienne życie i funkcjonowanie zawodowe. Od wielu lat ma nadmierny apetyt, co spowodowało nadwagę (150 kg) i zaburzenia potencji. Owrzodzenia podudzi z obrzękami powodują znaczne dolegliwości bólowe, zwłaszcza w godzinach popołudniowych.

Podczas badania psychiatrycznego stwierdzono: nastrój obniżony w stopniu umiarkowanym, zaburzenia snu pod postacią snu przerywanego wielokrotnym budzeniem się, koszmarne sny, poranne złe samopoczucie, męczliwość, osłabienie, zaburzenia koncentracji, pamięci, niepokój wewnętrzny, lęk witalizowany, nadmierny apetyt, brak kontroli nad swym zachowaniem, niemożność samodzielnej egzystencji, myśli samobójcze. W zapisie EEG (grudzień 1993 r.) odnotowano: w odprowadzeniach czołowych i skroniowych pojawiają się pojedyncze i w serii fale wolne theta symetrycznie i synchronicznie. Ilość ich wzrasta w czasie Hw.

Wywiad od żony: chrapanie męża nie pozwala jej spać w tym samym pomieszczeniu, bardzo często sypia na siedząco, spowodował 5 wypadków samochodowych, ale sam nie doznał poważniejszych obrażeń, „zasypia wszędzie, niezależnie od pory dnia, wykonywanej czynności i zajmowanej pozycji, jest niebezpieczny dla siebie i otoczenia”, ma znacznego stopnia niedosłuch, ale wstydzi się założonego aparatu słuchowego. Mąż leczy się u lekarzy internistów i neurologów bez efektu.

Konsultacja chorego w Klinice Pneumologii Śląskiej AM w Katowicach z następującą hospitalizacją (kwiecień 1994 r.). Rozpoznanie: zespół nocnego bezdechu, choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze, niedosłuch obustronny, zwyrodnienie kręgosłupa odcinka szyjnego i lędźwiowego. Pulsooksymetria wykazała głębokie zaburzenie saturacji hemoglobiny w czasie snu, krzywa o przebiegu piły. Tylko w pojedynczych przypadkach SpO_2 osiąga 90%. Wielokrotne wartości poniżej 20%.

Skierowany do Kliniki Pneumologii AM w Warszawie (sierpień 1994 r.), gdzie rozpoznano: zespół obturacyjnych bezdechów w czasie snu, niedosłuch obustronny, otyłość, zespół pozakrzepowy, hiperurykemia, obukomorowa niewydolność krążenia. Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa w odcinku szyjnym i lędźwiowym. Przy przyjęciu pacjent w stanie ogólnym ciężkim, podsypiający, z sinicą, z cechami obukomorowej niewydolności krążenia. W badaniu gazometrycznym krwi tętniczej całkowita niewydolność oddychania. Po zastosowaniu aparatu CPAP, leków hipotensyjnych, obserwowano stopniową poprawę stanu ogólnego, ustępowanie senności, cech niewydolności krążenia. W czasie hospitalizacji (17 dni) nastąpił spadek masy ciała o 8 kg. Kontrolna pulsooksymetria wykazała wyniki w granicach normy. Pacjent wypisany do domu po zakupieniu aparatu CPAP.

W czasie badania kontrolnego w Klinice Pneumologii AM w Warszawie (grudzień 1994 r.) rozpoznano: zespół obturacyjnych

bezdechów w czasie snu skutecznie leczony za pomocą CPAP. Badanie polisomnograficzne potwierdziło całkowite ustąpienie zaburzeń oddychania.

Chory 1 raz w roku ma wykonywane badania kontrolne w Klinikach Pneumologii w Warszawie lub Katowicach. Kupił nowy CPAP w 1998 r. ze względu na zużycie aparatu, z którym śpi każdej nocy lub jeździ w czasie dłuższej podróży samochodem. Zeszczupłał ponad 50 kg, nosi okulary i aparat słuchowy. Zmiany troficzne skóry kończyn dolnych zagoiły się. Kontrolne badania EEG nie wykazują zmian patologicznych. Aktywny zawodowo, w wyrównanym nastroju, nie ujawnia skarg na zaburzenia funkcji poznawczych, ale z psychiatrą jest zaprzyjaźniony.

KOMENTARZ

W omawianym przypadku objawy depresyjne o umiarkowanym nasileniu z zaburzeniami funkcji poznawczych, które znacznie ograniczały funkcjonowanie społeczne spowodowały badanie psychiatryczne i następową diagnostykę i terapię zespołu obturacyjnych bezdechów w specjalistycznych klinikach pulmonologicznych. Prawdółwa diagnoza po 15 latach bezskutecznych „wędrowek po lekarzach” oraz zastosowanie aparatu CPAP kontynuowane do chwili obecnej, spowodowały poprawę stanu somatycznego i psychicznego, umożliwiły choremu prawidłowe funkcjonowanie rodzinne, zawodowe i społeczne

Z długiej drogi diagnostycznej pacjenta można wyciągnąć wniosek, iż najważniejsze znaczenie dla prawidłowego rozpoznania ma wywiad od osoby śpiącej w tym samym pokoju. Osoba ta opisuje zaburzenia oddy-

chania w czasie snu i zachowanie się chorego. Choroba dotyczy wielu rodzin, ponieważ stwierdza się ją u 5–15% osób dorosłych ze znaczną nadwagą, ale chrapanie słyszalne jest od wczesnego dzieciństwa. Częściej dotyczy mężczyzn i nasila się po zmęczeniu czy wypiciu alkoholu [Zieliński 1995, Zieliński i wsp. 1994, Kukwa i wsp. 1998, Rybacka-Chabros 1999].

PIŚMIENNICTWO

1. Kaplan HI, Sadock B: Normal sleep and sleep disorders. W: Kaplan HI, Sadock B, Grebb JA (red.): Synopsis of psychiatriy. Williams & Wilkins, Baltimore 1994, 699–716.
2. Kukwa A, Pietniczka-Załęska M: Zaburzenia oddychania podczas snu. Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii 1998, 1, 49–55.
3. Morin ChM, Colecchi Ch, Stone J, Sood R, Brink D: Leczenie behawioralne i farmakologiczne bezsenności wieku podeszłego. JAMA-PL 1999, 1, 517–525.
4. Nino-Murcia G: Diagnosis and treatment of insomnia and risk associated with lack of treatment. J. Clin. Psychiatry 1992, 53, 43–47.
5. Pary R, Tobias CR, Webb WK, Lippmann SB: Leczenie bezsenności. Medycyna po dyplomie 1997, 6, 72–80.
6. Reynolds CHF, Buysse DJ, Kupfer DJ: Leczenie bezsenności u osób w podeszłym wieku. JAMA-PL 1999, 1, 544–545.
7. Rybacka-Chabros B: Przewlekła obturacyjna choroba płuc – ciągle aktualny problem kliniczny. Infomedica 1999, 7.
8. Simmons FB, Hill MW: Hypersomnia caused by upperairway obstructions: a new syndrome in otolaryngology. Ann. Otol. 1974, 83, 670–678.
9. Zieliński J: Zespół bezdechu sennego. Medycyna 2000 1995, 7, 27–29.
10. Zieliński J, Cieśliski JK, Koziej M, Mańkowski M: Zaburzenia oddychania w czasie snu. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Biblioteka Kształcenia Podyplomowego 1994.