



Zaburzenia psychiczne u chorych z torbielą przegrody przezroczystej: opis dwu przypadków

Mental disorders in two patients with a cyst of septum pellucidum – case report

PIOTR W. GORCZYCA, JERZY A. MATYSIAKIEWICZ

Z Oddziału Klinicznego Psychiatrii Wydziału Lekarskiego
Śląskiej Akademii Medycznej w Zabrze

STRESZCZENIE. W pracy przedstawiono występowanie zaburzeń psychicznych u dwóch pacjentek, u których stwierdzono obecność torbieli przegrody przezroczystej. U pierwszej pacjentki rozpoznano zespół paranoidalny, lekkie upośledzenie umysłowe, padaczkę, natomiast u drugiej pacjentki – zespół psychoorganiczny oraz stany depresyjne i padaczkę w wywiadzie.

SUMMARY. The paper presents two female patients with mental disorders and confirmed cysts of septum pellucidum. In the first case paranoid syndrome, mild retardation and epilepsy were diagnosed, while in the other – psycho-organic syndrome, as well as a history of depressive states and epilepsy.

Słowa kluczowe: torbiel przegrody przezroczystej / zaburzenia psychiczne / opis dwu przypadków
Key words: cyst of septum pellucidum / mental disorders / case report

Przegroda przezroczysta składa się z dwóch symetrycznych blaszek, które oddzielone są od siebie wąską jamą przegrody przezroczystej. Światło jamy przegrody przezroczystej zmienia się z wiekiem. Najobszerniejsza jest u płodów, natomiast u noworodka obie blaszki zaczynają się zrastać. Proces ten jednak przebiega bardzo różnie i wykazuje dużą zmienność osobniczą nawet u osób w tej samej grupie wiekowej. Jama przegrody przezroczystej nie łączy się ani z komorami, ani ze szczeliną podłużną mózgu, od której oddziela ją ciało modzelowate [Bochenek i Reicher 1993]. Jama przegrody przezroczystej znajduje się między spoidłem wielkim, sklepieniem i spoidłem hipokampa. Tylko przetrwała, nadmiernie duża i torbielowato rozdęta komora jest objawem chorobowym [Dąbska 1987]. Torbiele przegrody przezroczystej mogą się łączyć z układem komorowym przez komorę III [Dąbska 1987].

Torbiel przegrody jamy przezroczystej jest wadą rozwojową, która może prowadzić do

upośledzenia umysłowego, napadów padaczkowych u dzieci, dorośli natomiast najczęściej poszukują porady lekarskiej z powodu bólów głowy, wymiotów, padaczki, zaburzeń wzroku [Kunicki 1988]. Zamknięte torbiele przegrody przezroczystej rzadko prowadzą do wzmoczenia ciśnienia śródczaszkowego [Dąbska 1987].

Wśród zaburzeń psychicznych u osób, u których wykryto obecność torbieli przegrody przezroczystej występowały: schizofrenia, zaburzenia afektywne i schizotypowe zaburzenia osobowości [Kwon i wsp. 1998, Nopoulos i wsp. 1998].

OPIS PRZYPADKÓW

Przypadek 1

Pacjentka, lat 24, była dwukrotnie hospitalizowana w Klinice Psychiatrii w Tarnowskich Górach w 1992 r. i 1993 r. Z wywiadu od matki pacjentki wynika, iż poród przebiegał prawidłowo. W pierwszym roku życia

podejrzewano u niej zapalenie mózgu – wystąpiła wówczas trzydniowa utrata przytomności. Rozwój psychoruchowy był opóźniony. W szkole podstawowej i średniej pacjentka miała trudności szkolne. Szkołę średnią ukończyła dzięki dużej pomocy matki, która też uczestniczyła w załatwianiu córce pracy. W 14 r.ż., w czasie grypy, wystąpił napad drgawkowy. Wykonano wtedy badanie EEG i TK głowy, które wg matki były prawidłowe. Charakteryzując zachowanie córki, matka opisuje ją jako upartą i kłótliwą. Gdy miała 22 lata wystąpiła zmiana stanu psychicznego – rozmawiała głośno sama ze sobą, twierdziła wówczas, że słyszy głos wołający ją, widziała obok siebie postać chłopca. W czasie badania psychiatrycznego pacjentki przy przyjęciu do Kliniki w 1992 r. twierdziła, że odbiera wysyłane myśli zawierające informacje kierowane do niej, a następnie wysyła swoje myśli jako odpowiedź do osoby, która wcześniej „wysłała” informację. Twierdzi, że poprzez takie kontakty na odległość „założyli grupę”, której celem jest wprowadzenie porządku na świecie. Chciała wynająć w tym celu adwokatów. W czasie oglądania telewizji odbierała informacje o grupie. Poza urojeniami wpływu i ksobnymi występowały omamy słuchowe – słyszała męski głos: „bądź ostrożna”, „z dala od narkotyków”. Pojawiły się stany dysforii – w domu tłukła talerze. Iloraz inteligencji pacjentki w skali Wechslera wynosił: I.I. = 59, co odpowiadało lekkiemu upośledzeniu umysłowemu.

U pacjentki rozpoznano zespół paranooidalny i upośledzenie umysłowe lekkie. Poprawę objawową uzyskano po leczeniu stelazyną. W wyniku farmakoterapii wystąpiły objawy uboczne pod postacią zespołu parkinsonoidalnego. W 1993 r. pacjentka została powtórnie przyjęta do Kliniki. W czasie badania psychiatrycznego potwierdziła występowanie omamów słuchowych – słyszała głos jakiegoś mężczyzny, który kazał jej leżeć w łóżku i nie wychodzić z domu. Twierdziła, że ktoś chce jej zaszkodzić. Odpowiadała po dłuższej przerwie czasowej, krótkimi zdania-

mi, czasem zbliżonych odpowiedzi udzielała na odmienne pytania. Z wywiadu było wiadomo, że w ostatnim miesiącu miała miejsce dwukrotna utrata przytomności z drgawkami ciała i ze zwrotem gałek ocznych do góry.

Badanie dna oka: obraz dna oczu przemawia za tarczami zastoinowymi.

Badanie EEG: na tle prawidłowej czynności podstawowej w odprowadzeniach skroniowych rejestruje się miernie liczne pojedyncze fale ostre o podwyższonym woltażu, okresowo zmiany wykazują tendencje do uogólniania się.

Tomografia komputerowa mózgowia bez wzmocnienia kontrastowego (objawy nietolerancji kontrastu): objawów zmiany ogniskowej nie stwierdzono. Dodatkowe przesłzenie płynowe w postaci torbieli przegrody przezroczystej oraz torbieli przegrody międzykomorowej. Płaty czołowe o typie hipoplastycznym. Przestrzenie podtwardówkowe poszerzone. Rozpoznanie: Malformatio cerebri susp.

Konsultacja neurochirurgiczna: w dostarczonym badaniu TK głowy widoczna torbiel przegrody przezroczystej – przestrzenie potencjalne wolne, bez cech nadciśnienia wewnątrzczaszkowego. Pacjentka nie wymaga leczenia neurochirurgicznego.

U pacjentki rozpoznano zespół paranooidalny, upośledzenie umysłowe lekkie i padaczkę. Pacjentka przyjmowała chlorpromazynę i karbamazepinę. Uzyskano poprawę objawową. Po stosowanych u pacjentki neuroleptykach fenotiazynowych z grupy piperazynowej i haloperydolu występowały nasilone objawy zespołu parkinsonoidalnego.

Przypadek 2

Pacjentka lat 44, trzecia hospitalizacja psychiatryczna. Pierwsza hospitalizacja w 1981 r., z rozpoznaniem nerwicy depresyjnej, druga – w 1985 r., z rozpoznaniem zespołu neurasteniczno-depresyjnego. Ojciec pacjentki chorował na depresję. W szkole uczyła się dobrze. Za mąż wyszła w 21 roku życia. Początkowo pożycie małżeńskie układało się dobrze. Po urodzeniu dwójki dzieci nasiliły się konflikty

z mężem. Pacjentka nie mogła poradzić sobie z wychowaniem dzieci. Pierwsze objawy choroby (wg pacjentki „załamanie”, „depresja”) wystąpiły w 1981 r. Pojawiły się wtedy zaburzenia snu, spowolnienie, lęk. W 1995 r. objawy te wystąpiły ponownie. Pacjentka kilkakrotnie miała badania EEG (1981 r., 1985 r., 1987 r.), które wykazywały zapis patologiczny. W 1995 r. pacjentka była hospitalizowana w Klinice Psychiatrii Śląskiej AM w Tarnowskich Górach. Lekarz psychiatra kierujący do Kliniki pisał: „kontakt słowny dobry, gorszy kontakt emocjonalny, pacjentka jednostajnie przygnębiona, bez modulacji głosu, zgłasza lęk, niezaradność życiową („z niczym nie nadążam”), ocenia siebie negatywnie, stale z poczuciem winy – „nic ze mnie nie będzie”, „dziwaczej”. Przewiduje najgorsze perspektywy. Wypowiada się o „szkodliwości działania leków”. Ambiwalentna w ocenie swego zdrowia. Bez ostrych objawów psychotycznych. Obserwacja w kierunku depresji endogennej, defektu schizofrenicznego. Tomografia komputerowa głowy z 1987 r. – torbiel przegrody przezroczystej. W czasie badania psychiatrycznego pacjentka skarżyła się na lęk, nawracające myśli, że coś nieprawidłowo zrobiła, że nic jej nie cieszy i nie ma żadnych zainteresowań. Stara się zajmować domem i pomaga chorej matce. Swój nastrój umiejscawia między smutkiem a zubożeniem. Okresowo występują zaburzenia snu pod postacią wczesnego budzenia. Pytana o chronologię wydarzeń często odpowiada, że nie pamięta. W czasie rozmowy jest mało spontaniczna, afektywnie błada, z trudem buduje zdania, ma trudności z doborom słów, co tłumaczy „emocjami”. Leczenie psychiatryczne rozpoczęła w 1981 r., zmianę stanu psychicznego zauważyła po urodzeniu pierwszego dziecka. Odczuwała wtedy żal do męża. Kilkakrotnie wówczas występowały napady padaczkowe. Przez pół roku przyjmowała karbamazepinę. Ostatni napad miał miejsce w 1994 r. Okresowo występowały myśli samobójcze, raz nadużyła leków. Ukończyła technikum, pracowała umysłowo. Wcześniej pracowała fizycznie w szkodliwych warunkach pracy (metale ciężkie). Obecnie jest na rencie

z powodu zaburzeń psychicznych. Mieszka na terenie skażonym ołowiem.

Dno oczu w normie. Zapis EEG prawidłowy. Tomografia komputerowa głowy ze wzmocnieniem kontrastowym: torbiel przegrody przezroczystej. Konsultacja chirurgiczna: wole guzkowe, wskazana operacja. Badanie psychologiczne przy użyciu triady organicznej przemawia za istnieniem zmian organicznych o.u.n. I.I. (Wechsler) = 106, skala słowna = 112, bezsłowna = 98. Najbardziej obniżone są wyniki podtestów badających zdolność uczenia się drogą wzrokową oraz bezpośrednią pamięć słuchową.

W trakcie hospitalizacji pacjentka zaadaptowała się do oddziału. Występują zaburzenia przypominania, jest labilna emocjonalnie. Po powrocie z urlopu była w dobrym nastroju, zwracał uwagę zadbany ubiór pacjentki. Została wypisana do domu z poprawą. Rozpoznano zespół psychoorganiczny, który etiologicznie wiązano ze skażeniem metalami ciężkimi. W oddziale przyjmowała karbamazepinę piracetam.

KOMENTARZ

U dwóch przedstawionych pacjentek w obrazie chorobowym występowały napady padaczkowe, zaburzenia sprawności umysłowej: u pierwszej pacjentki bardziej dotyczyły myślenia abstrakcyjnego u drugiej – przypominania.

U pierwszej pacjentki występowały objawy zespołu paranoidalnego, u drugiej proces schizofreniczny (objawy negatywne, ubytkowe) był brany pod uwagę przy różnicowaniu zaburzeń. Na podstawie wywiadu i badania u drugiej pacjentki stwierdzono okresowe występowanie stanów depresyjnych. Obecność zaburzeń pamięci, sztywności myślenia i emocji oraz gorsze funkcjonowanie pacjentki w okresie ok. 15 lat przemawiają za występowaniem zespołu psychoorganicznego. Obecność torbieli przegrody przezroczystej może dowodzić istnienia dysfunkcji mózgowej, warunkującej występowanie nieswoistych zaburzeń psychicznych.

PIŚMIENNICTWO

1. Bochenek A, Reicher M: Anatomia człowieka. PZWL, Warszawa 1993, 4, 356.
2. Dąbska M: Wady rozwojowe i wybrane zespoły chorobowe powstałe w okresie rozwoju układu nerwowego. W: Wald I, Członkowska A (red.): Neurologia kliniczna. PZWL, Warszawa 1987, 1–23.
3. Kwon JS, Shenton ME, Hirayasu Y, Salisbury DF, Fischer IA, Dickey CC, Yurgelon-Todd D, Tohen M, Kikinis R, Jolesz FA, McCarley RW: Badanie MRI przegrody przezroczystej u pacjentów chorych na schizofrenię, zaburzenia afektywne i schizotypowe zaburzenia osobowości. Am. J. Psychiatry 1998, 155, 509–515. Streszczenie. Psychiatr. Pol. 1998, 32, 5, 698–699.
4. Kunicki A: Nowotwory układu nerwowego. W: Bidziński J (red.): Neurochirurgia. PZWL, Warszawa 1988, 167–278.
5. Nopoulos PC, Giedd JN, Andreasen NC, Rapoport JL: Częstość i stopień powiększenia jamy przegrody przezroczystej u osób, które w dzieciństwie zachorowały na schizofrenię. Am. J. Psychiatry 1998, 155, 1074–1079. Streszczenie. Psychiatr. Pol. 1999, 33, 1, 158.

*Adres: Dr Piotr W. Gorczyca, Oddział Kliniczny Psychiatrii Śląskiej Akademii Medycznej,
ul. Pyskowicka 49, 42-600 Tarnowskie Góry*