



Zespół lęku napadowego, zaburzenia hipochondryczne czy zapalenie wyrostka mieczykowatego mostka – trudności diagnostyczne i konsekwencje terapeutyczne: opis przypadku

*Panic disorder, hypochondriasis or xyphoiditis – diagnostic difficulties
and therapeutic implications – case report*

ANNA KOSSAKOWSKA

Z Oddziału XI Samodzielnego Publicznego Psychiatrycznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Choroszczy

STRESZCZENIE. *Opisano przypadek 39-letniego mężczyzny z napadami paniki, u którego obraz kliniczny zdominowały skargi natury hipochondrycznej, skłaniając do poszukiwania pomocy u kardiologów, gastrologów i chirurgów. Rozpoznanie zapalenia wyrostka mieczykowatego mostka i podjęte leczenie chirurgiczne nie przyniosły ustąpienia dolegliwości. Oprócz trudności diagnostycznych opisany przypadek jest dowodem potrzeby ścisłej współpracy psychiatrów i lekarzy innych specjalności w przypadku zaburzeń lękowych, dla uniknięcia narażenia pacjenta na niepotrzebne procedury lecznicze.*

SUMMARY. *A case is reported of a 39-year-old male patient with panic attacks and hypochondriacal complaints predominating in the clinical picture. Due to his somatic complaints he sought help of cardiologists, gastrologists and surgeons. The diagnosis of xyphoiditis was followed by surgical treatment, but the complaints persisted. The case illustrated not only diagnostic difficulties, but also the need for a close co-operation between psychiatrists and other medical professionals in cases of anxiety disorder, so as to avoid exposing the patient to unnecessary diagnostic and therapeutic procedures.*

Słowa kluczowe: zespół lęku napadowego / hipochondria / zapalenie wyrostka mieczykowatego mostka
Key words: panic disorder / hypochondriasis / xyphoiditis

Zespół lęku napadowego (ZLN) jest zjawiskiem powszechnie spotykanym zarówno w praktyce ogólnolekarskiej, jak i psychiatrycznej. Dotyczy 1–2% populacji ogólnej [1, 5, 7].

ZLN, którego cechą charakterystyczną jest występowanie niespodziewanych napadów paniki z „burzą” objawów wegetatywnych i somatycznych [1], skłania osoby doświadczające nim do poszukiwania pomocy raczej u lekarzy ogólnych niż psychiatrów. Z badań Katerndahl [2] wynika, że 49% osób z ZLN szukało pomocy w podstawowej opiece zdrowotnej, zaś tylko 26% w psychiatrycznej.

Chorzy z napadami paniki najczęściej trafiali do lekarza rodzinnego (35%) lub pomocy doraźnej (32%), a 13% chorych szukało pomocy poza służbą zdrowia.

Zarówno osoby z ZLN, jak i napadami paniki nie spełniającymi kryterium ZLN, w porównaniu z grupą osób z innymi zaburzeniami psychicznymi, znacznie częściej korzystają z doraźnej i podstawowej opieki zdrowotnej [4, 5]. ZLN spotyka się u ok. 3–8% pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej [4]. Średnia liczba konsultacji lekarskich chorych z ZLN w okresie poprzedzającym ustalenie właściwej diagnozy – w badaniach Simpsona

[6] oceniano 10 lat – wzrastała progresywnie z roku na rok. Osoby z grupy badanej w porównaniu z grupą kontrolną były częściej kierowane na specjalistyczne badania diagnostyczne, częściej hospitalizowane, otrzymywały więcej leków. Prawdopodobieństwo korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej przez osoby z ZLN jest blisko trzykrotnie większe niż przeciętnego pacjenta, który odwiedza placówki służby zdrowia średnio 3–4 razy w roku [3]. Wyjaśnieniem tego zjawiska może być postawa hipochondryczna, a co za tym idzie potrzeba konsultacji i leczenia oraz skłonność osób z napadami paniki do wybitnie zaniżonej oceny swego zdrowia – w badaniach Klermana [5] 35% chorych z ZLN oceniło swoje zdrowie fizyczne jako złe.

Przy tak wysokiej częstotliwości korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej, wydatki na opiekę medyczną osób z ZLN są znacznie większe niż na chorych bez ZLN. Przechodzą oni kosztowne i niepotrzebne procedury diagnostyczne w poszukiwaniu przyczyn zgłaszanych dolegliwości somatycznych. Część przypadków jest niewłaściwie diagnozowana i leczona, co w sposób oczywisty pogarsza przebieg, rokowanie i jakość życia [3].

OPIS PRZYPADKU

Mężczyzna, rocznik 1960, pochodzi ze środowiska wiejskiego, wywiad rodzinny bez obciążeń. Rozwój wczesnodziecięcy prawidłowy, poważniej nie chorował. Naukę rozpoczął o czasie, uczył się przeciętnie bez powtarzania klas. Ukończył zasadniczą szkołę zawodową zdobywając zawód hydraulika, pracował przez 10 lat, ciesząc się dobrą opinią. Służbę wojskową w wymiarze 2,5 roku odbył w całości w czasie stanu wojennego. W tym czasie okresowo nadużywał alkoholu. Rozwiedziony, ma 15-letnią córkę.

Początek zaburzeń na przełomie 1990/1991 r. W czasie pracy, bez związku z uchwytą przyczyną, niespodziewanie doznał nagłego ataku lęku, z bólem w klatce piersiowej, uczuciem osłabienia, nadmiernym poceniem się, kołataniem serca, drętwieniem palców, lękiem

przed śmiercią. Po interwencji pomocy doraźnej (podano diazepam) poczuł się lepiej, ale pozostał lęk przed ponownym pojawieniem się podobnych ataków. Zaniepokojony swoim stanem zdrowia pacjent zgłosił się do lekarza ogólnego, wykonane EKG nie ujawniło żadnych nieprawidłowości. Napady lęku pojawiające się bez uchwytnej przyczyny zdarzały się w ciągu kolejnego miesiąca coraz częściej, przy czym dołączyły się nieokreślone bóle w nadbrzuszu i za mostkiem.

Został skierowany do oddziału internistycznego szpitala powiatowego, gdzie przebywał na kilkudniowej obserwacji. Wykonana diagnostyka (badania laboratoryjne, EKG, gastroskopia, USG jamy brzusznej – w granicach normy) nie wyjaśniła przyczyn zgłaszanych przez pacjenta dolegliwości. Pacjent nadal miewał napadowe stany lęku, odczuwał obawę przed ich wystąpieniem, stał się przygnębiony, stracił zainteresowania, miał zaburzenia snu, nie mógł pracować, coraz częściej korzystał ze zwolnień lekarskich. Uważał, że jest chory, zaś lekarze nie potrafili zdiagnozować choroby ani znaleźć jej przyczyn.

Pierwsza hospitalizacja psychiatryczna miała miejsce w marcu 1991 r. – rozpoznano: zespół hipochondryczny. Odnotowano, że jest w nastroju obniżonym, przyjmuje postawę hipochondryczną. Skarżył się na napadowe bóle w nadbrzuszu, kołatanie serca, potliwość, drętwienia palców, przekonanie o chorobie, lęk przed śmiercią. Otrzymywał hydroksyzynę, *magnesium sulfuricum*. Pacjent wypisał się na własną prośbę w dziesiątej dobie hospitalizacji, przed uzyskaniem poprawy stanu psychicznego.

Z uwagi na utrzymywanie się epizodycznych napadów bólów w klatce piersiowej i nadbrzuszu był leczony przez lekarza ogólnego, konsultowany kardiologicznie (nie znaleziono podłoża sercowo-naczyniowego zgłaszanych dolegliwości), a następnie odesłany do gastrologa (leczony bez poprawy). Skierowany w kwietniu 1991 r. do oddziału gastrologicznego celem diagnostyki. W badaniu przedmiotowym stwierdzono bolesność w rzucie wyrostka miczykowatego mostka

i niewielką tkliwość w okolicy prawego podżebrza. W badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono odchyień od normy (brak wskaźników procesu zapalnego). Wykonano zdjęcia radiologiczne klatki piersiowej i mostka, USG jamy brzusznej, gastroskopię, rektoskopię, USG serca – wyniki badań nie ujawniły nieprawidłowości. Podjęto ocenę ultrasonograficzną mostka, uzyskując niejednoznaczny obraz w postaci normoechogenicznego tworu w rzucie wyrostka mieczykowatego o średnicy $1,8 \times 0,9$ cm. Dolegliwości bólowe nie poddawały się leczeniu lekami przeciwzapalnymi i przeciwbólowymi, nie uzyskano poprawy po zastosowaniu blokady z ksylokainy. Rozpoznano lambliozę i przewlekły nieżyt żołądka. Konsultujący chirurg stwierdził samoistną bolesność mostka i zalecił leczenie chirurgiczne. Pacjent nie był konsultowany psychiatrycznie, nie podnosił w wywiadzie psychicznych objawów lęku.

Został przyjęty do oddziału chirurgicznego pod koniec kwietnia 1991 r. z rozpoznaniem zapalenia wyrostka mieczykowatego mostka. Pacjent odczuwał lęk przed proponowanym zabiegiem operacyjnym, a jednocześnie liczył, że zabieg przyniesie poprawę w zakresie zgłaszanych dolegliwości bólowych. Wykonano zabieg usunięcia wyrostka mieczykowatego z oceną histopatologiczną. W pobranym materiale stwierdzono prawidłowe utkanie dojrzalej chrząstki z przylegającą tkanką łączną i mięśniową (ściana torbieli rzekomej?). Ból za mostkiem pojawił się ponownie w 2 godziny po zabiegu. Wypisany w trzeciej dobie pobytu. W ocenie pacjenta po usunięciu wyrostka mieczykowatego mostka nie było poprawy. Przez kilka miesięcy utrzymywały się napady lęku z drętwieniem palców, bólami w klatce piersiowej, uczuciem duszności. Nasilał się smutek, zaburzenia snu, przestał wychodzić z domu z obawy przed napadami, z powodu niezdolności do pracy długi czas korzystał ze zwolnień lekarskich. Zgłosił się do psychiatry i z uwagi na znaczne nasilenie zaburzeń lękowych został skierowany do szpitala.

Dруга hospitalizacja psychiatryczna we wrześniu 1991 r. z rozpoznaniem napadów

paniki z agorafobią. W terapii stosowano imipraminę, propranolol, chlorprotyksen – uzyskując ustąpienie wszystkich dolegliwości, zalecono kontynuowanie leczenia ambulatoryjnie.

Po raz trzeci skierowany do szpitala psychiatrycznego w czerwcu 1993 r. z powodu zaostrzenia zaburzeń lękowych, wzrosła częstość napadów lęku, pojawiła się wtórna reakcja depresyjna z myślami suicydalnymi. Po 2 miesiącach leczenia imipraminą uzyskano dobrą poprawę.

Z dokumentacji poradni zdrowia psychicznego, pod opieką której pacjent przebywał po wypisaniu ze szpitala wynika, że okresowo zgłaszał się z powodu napadowych stanów lęku z uczuciem zagrożenia, napięcia, brakiem koncentracji, drętwieniem dystalnych części kończyn, uczuciem duszności, zawrotami głowy, kołataniem serca, nadmiernym poceniem, bólem za mostkiem, lękiem przed śmiercią. Z uwagi na zatrzymanie moczu w trakcie leczenia zrezygnowano z imipraminy, Otrzymywał natomiast różne leki, m.in. klonazepam i cyklobarbitał (!). Ograniczał wychodzenie z domu, przebywał zawsze w towarzystwie innych osób. Dalsza katamneza obejmuje trzy kolejne hospitalizacje w oddziałach psychiatrycznych z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych uzależnieniem od BDA i cyklobarbitалу. Był przyjmowany z objawami zespołu abstynencyjnego powikłanego napadami drgawkowymi i majaczeniem. Ostatnia hospitalizacja w 1995 r. Pacjent nadal nadużywa leków, pozostaje na rencie.

KOMENTARZ

Opisany przypadek dotyczy 39-letniego mężczyzny z wywiadem zespołu lęku napadowego. Początek zaburzeń to napady paniki spełniające kryteria diagnostyczne wg klasyfikacji DSM-IV. Obraz kliniczny rozpoczynającej się choroby zdominowała postawa hipochondryczna i skargi somatyczne, co skłoniło pacjenta do poszukiwania pomocy u lekarza ogólnego. Wykonana diagnostyka w warunkach szpitalnych oddziału

internistycznego nie ujawniała odchyień od stanu prawidłowego. Nasilająca się częstość napadów lęku oraz pojawienie się wtórnej reakcji depresyjnej spowodowały pierwszą hospitalizację psychiatryczną. Dominacja w obrazie klinicznym postawy lęku przed chorobą i przekonanie o jej istnieniu wbrew oczywistym wynikom badań – zdecydowała o postawieniu rozpoznania zaburzeń hipochondrycznych. Utrzymywanie się napadów lęku z bólami w klatce piersiowej i nadbrzuszu spowodowały podjęcie leczenia u specjalistów – kardiologa i gastrologa. Konsultowany chirurgicznie w poszukiwaniu przyczyn dominujących w tym czasie napadowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej. W ocenie lekarzy „nie-psychiatrów” towarzyszący lęk oceniano zapewne w kategoriach reakcji na występujące bodźce bólowe, a nie odwrotnie. Ostatecznie rozpoznano zapalenie wyrostka mieczykowatego mostka i usunięto go operacyjnie, nie uzyskując jednak ustąpienia zgłaszanych przez chorego dolegliwości.

Dwie następne hospitalizacje psychiatryczne przyniosły postawienie ostatecznej diagnozy, uzyskano też zmniejszenie częstości i natężenia napadów lęku po zastosowaniu imipraminy. Dalsze pogorszenie w przebiegu choroby związane było z koniecznością odstawienia imipraminy z uwagi na nasilone działania cholinolityczne. Zastosowanie klonazepamu zmniejszyło częstość i natężenie napadów lęku. Jednocześnie pacjent przyjmował cyklobarbitał (włączony przez lekarza, a potem zdobywany przez pacjenta na własną rękę). Wielomiesięczne systematyczne przyjmowanie cyklobarbitału doprowadziło do uzależnienia, które nałożyło się na obraz kliniczny zaburzeń lękowych. Powodem kolejnych hospitalizacji psychiatrycznych nie był już ZLN, ale powikłania uzależnienia, niewątpliwie jatrogenne.

W opisanym przypadku ZLN wydaje się typowy: z trudnościami diagnostycznymi na początku zaburzeń, poszukiwaniem pomocy lekarzy ogólnych, szeroką diagnostyką zgłaszanych zaburzeń somatycznych, powikłaniem zespołem wtórnych objawów depresyjnych. Zastosowanie cyklobarbitału w opisanym przypadku było oczywistym błędem i nie znajduje żadnego uzasadnienia, stało się przyczyną uzależnienia ze wszystkimi tego konsekwencjami.

Opisany przypadek jest dobitnym przykładem, jak istotna w przypadku zaburzeń lękowych może być ścisła współpraca psychiatrów i lekarzy innych specjalności w celu uchronienia pacjentów przed stosowaniem niepotrzebnych procedur diagnostycznych i leczniczych.

PIŚMIENNICTWO

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. American Psychiatric Association, Washington 1994.
2. Katerndahl DA, Realini JP: Where do panic attack sufferers seek care? *J. Fam. Pract.* 1995, 40, 237–243.
3. Katon W: Panic disorder and somatization. Review of 55 cases. *Am. J. Med.* 1984, 77, 101–106.
4. Katon W, Vitaliano P, Russo J, Jones M, Anderson K: Panic disorder: epidemiology in primary care. *J. Fam. Pract.* 1986, 23, 233–239.
5. Klerman GL, Weissman MM, Ouellette R, Johnson J, Greenwald S: Panic attacks in the community: social morbidity and health care utilization. *JAMA* 1991, 265, 742–746.
6. Simpson RJ, Kazmierczak T, Power KG, Sharp DM: Controlled comparison of the characteristics of patients with panic disorder. *Br. J. Gen. Pract.* 1994, 44, 352–356.
7. Wittchen HU, Essau CA: Epidemiology of panic disorder: progress and unresolved issues. *J. Psychiatr. Res.* 1993, 27, supl. 1, 47–68.