



## Zespół pozapiramidowy po metoklopramidzie

### *Extrapyramidal syndrome following metoclopramide treatment*

JERZY MATYSIAKIEWICZ, MICHAŁ BŁACHUT, KARINA BADURA-BRZOZA, TOMASZ MATYSIAKIEWICZ

Z Katedry i Oddziału Klinicznego Psychiatrii Śląskiej Akademii Medycznej w Tarnowskich Górach

#### STRESZCZENIE

**Cel.** Metoklopramid jest lekiem często stosowanym w leczeniu zaburzeń żołądkowo-jelitowych, wykazującym działanie dopaminolityczne.

**Przypadek.** U 40-letniej kobiety leczonej ambulatoryjnie mianseryną z powodu depresji lekarz internista zastosował metoklopramid, po którym wystąpiły objawy dystoniczno-dyskinetyczne w obrębie języka i warg.

**Komentarz.** Wiedza o objawach ubocznych i powikłaniach po dość szeroko (także w samoleczeniu) stosowanym leku nie jest powszechna. Doniesienie ujawnia także trudności komunikacyjne, jakie zachodzą między lekarzami leczącymi tego samego pacjenta z powodu różnych chorób.

#### SUMMARY

**Background.** Metoclopramide, a drug widely used in common gastro-intestinal disturbances, shows also a dopaminolytic activity.

**Case report.** A 40-year-old woman treated with mianserine for depression, began receiving metoclopramide prescribed by a general practitioner to relieve dyspepsia. Within a week of the drug administration she developed dystonic-dyskinetic symptoms affecting the tongue and lips.

**Commentary.** Adverse side effects and complications of popular drugs (used also in self-treatment) are not commonly known. The report also sheds light on the difficulty in communication between physicians treating the same patient for different diseases.

---

**Słowa kluczowe:** metoklopramid / objawy pozapiramidowe

**Key words:** metoclopramide / EPS

---

Metoklopramid jest pochodną benzamidu o działaniu przeciwwymiotnym i pobudzającym perystaltykę przewodu pokarmowego poprzez zwiększenie wrażliwości receptorów cholinergicznym oraz ośrodkowym i obwodowym antagonistą receptorów dopaminowych D<sub>2</sub> stosowanym w krótkotrwałym leczeniu objawowym nudności, wymiotów, refluksu żołądkowo-przelykowego, atonii żołądka i jelit, zaparc spowodowanych osłabieniem motoryki jelita grubego itp. [1].

Jako dopaminolityk – należący nb do tej samej grupy chemicznej co sulpiryd – może on powodować objawy pozapiramidowe (występowanie, zależnie od źródła, 2–30% [wg 2]), takie jak parkinsonizm, akatyzja, dystonie, późne dyskinezy [3, 4], a także wystąpienie złośliwego zespołu neuroleptycznego [5, 6].

#### OPIS PRZYPADKU

Pacjentka XY była 40-letnią kobietą, która zgłosiła się do leczenia ambulatoryjnego z powodu narastającego od kilku tygodni przygnębienia i płacliwości. Skarżyła się na trudności w wykonywaniu codziennych obowiązków. Sporo zalegała w łóżku, co powodowało u niej wyrzuty sumienia, iż jest złą żoną i matką. Stopniowo unikała kontaktów z rodziną i koleżankami, przestała oglądać programy telewizyjne i czytać. Dawniej te zajęcia sprawiały jej radość, teraz

miała trudności ze skupieniem uwagi, zauważyła także, że „przestało ją to wszystko interesować”.

Miała trudności z zasypianiem, a sen był płytki i przerywany. Budziła się rano ok. godziny 5<sup>00</sup> zmęczona i rozbita. Zaprzeczała myślom samobójczym, choć zdarzały się okresy – jak to określała – „zmęczenia tym wszystkim”.

Objawy te początkowo wiązała z problemami w pracy wynikającymi z kiepskiej kondycji finansowej zakładu i związanej z tym groźbą redukcji, choć w gruncie rzeczy przyznawała, że obawy te są mało uzasadnione, gdyż była dobrą, cenioną pracownicą.

W trakcie badania nie stwierdzono żadnych objawów psychotycznych, zaburzeń myślenia typu schizofrenicznego, ani deficytów poznawczych.

Nikt w jej rodzinie nie chorował psychicznie, aczkolwiek starszy brat miał „problemy z alkoholem”. Nigdy poważnie nie chorowała. Alkohol pijała rzadko, przy okazji świąt rodzinnych.

U pacjentki rozpoczęto leczenie mianseryną w dawkach wzrastających, docelowo do 60 mg na dobę. Nie stosowano żadnych innych leków psychotropowych.

Podczas wizyty kontrolnej, która nastąpiła po trzech tygodniach, stwierdzono dużą obiektywną i subiektywną poprawę. Sen był lepszy i dłuższy, nastrój uległ poprawie, choć nadal utrzymywały się zaburzenia skupienia uwagi i skłonność do unikania towarzystwa, a także – w pewnym jednak stopniu uzasadnione – obawy o pracę.

Po dwóch kolejnych wizytach, które nastąpiły w odstępach miesięcznych, uzyskano praktycznie całkowitą remisję objawów depresyjnych. Pozostała jedynie obawa pacjentki, że „taki stan mógłby się powtórzyć”.

W tej sytuacji zredukowano dawkę mianseryny o połowę, zalecając kontrolę za sześć tygodni. Tuż przed wyjściem z gabinetu chora z pewnym wahaniem powiedziała, że od tygodnia zauważyła u siebie pewne błaha, jak określiła, objawy, ale czując się nieco zaniepokojona chciałaby o nich opowiedzieć. Opisywała je jako uczucie powiększania się języka i ścieśniania się zębów, zaczął jej też przeszkadzać mostek zębowy, który nosiła. Odczuwała również mrowienia w obrębie warg. Doznania te były niestałe, występowały kilkakrotnie w ciągu dnia bez jakiegokolwiek prawidłowości.

W trakcie dalszej rozmowy okazało się, że dwa tygodnie temu z powodu pustych odbijań, ucisku w dołku podsercowym i za mostkiem udała się prywatnie do lekarza internisty-gastrologa, który po wykonaniu gastrofibroskopii stwierdził „nieżyt błony śluzowej żołądka i refluks”, zalecając jej lek, którego nazwy nie pamiętała (rozpoznała natomiast podsunętą jej nazwę „metoklopramid”), który miała przyjmować 3 razy dziennie po jednej tabletki, czyli 30 mg na dobę.

Ponieważ miała wyznaczoną wizytę kontrolną u gastrologa za 2 dni, leczący ją psychiatra zdecydował się na korespondencyjny kontakt z tym specjalistą, przekazując mu list, w którym zwracał uwagę na niepokojące objawy uboczne, które mogły być spowodowane metoklopramidem, prosząc jednocześnie o rozważenie modyfikacji tego leczenia.

Kolejny kontakt z chorą miał miejsce po tygodniu. Nieco skonfundowana powiedziała, że gastrolog co prawda przeczytał list, lecz wyśmiał zawarte w nim sugestie, mówiąc, że nigdy nie słyszał, by po metoklopramidzie zdarzały się takie objawy, jakie mu opisała pacjentka. Powie-

dział, że ma zażywać ten lek dalej i nie zwracać uwagi na to, co mówi psychiatra, który winien pilnować swojej działalności. W tej sytuacji, na własną rękę polecono chorej odstawienie leku, tym bardziej, że objawy dyspeptyczne stały się znikome i mało dokuczliwe. W trakcie kolejnej wizyty chora zrelacjonowała, że dziwne doznania w obrębie języka, zębów i warg utrzymywały się jeszcze przez tydzień po odstawieniu leku.

## KOMENTARZ

Opisany przez nas przypadek zasługuje na uwagę z dwóch powodów.

Po pierwsze, pozwala on podejrzewać, że wiedza o objawach ubocznych i powikłaniach po dość szeroko (także w samoleczeniu) stosowanym leku nie jest powszechna.

Po drugie, ilustruje on trudności komunikacyjne, jakie zachodzą między lekarzami leczącymi tego samego pacjenta z powodu różnych chorób.

## PIŚMIENNICTWO

1. Medline Drug Information: Metoclopramide (Systemic). <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/uspdi/202364.html>.
2. Bazire S. Psychotropic drug directory. Quay Books 2000: 296–9.
3. Kerr GW. Dystonic reactions: two case reports. *J Accid Emerg Med* 1996; 13 (3): 221–2.
4. Jimenez-Jimenez FJ, Garcia-Ruiz PJ, Molina JA. Drug-induced movement disorders. *Drug Saf* 1997; 16 (3): 180–204.
5. Nonino F, Campomori A. Neuroleptic malignant syndrome associated with metoclopramide. *Ann Pharmacother* 1999; 33 (5): 644–5.
6. Waldorf S. AANA journal course. Update for nurse anesthetists. Neuroleptic malignant syndrome. *AANA J* 2003; 71 (5): 389–94.