



Przewlekłe zaburzenia lękowe po przebyciu ostrej niealergiczej reakcji na penicylinę

Chronic anxiety disorders after acute non-allergic reaction to penicillin

KRZYSZTOF KRZYSTA, ANNA PALIGA, JOANNA LESZCZYŃSKA, IZABELA OBERDA

Klinika Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

STRESZCZENIE

Cel. Opisano przypadek pacjenta, u którego po podaniu penicyliny wystąpiła ostra niealergiczna reakcja.

Przypadek. Głównymi symptomami były: duszność, ucisk w klatce piersiowej, kołatanie serca i silne uczucie lęku przed śmiercią. Objawy te pojawiły się w ciągu kilkunastu sekund od iniekcji leku i ustąpiły po ok. 15 minutach. Incydent ten był początkiem przewlekłych zaburzeń lękowych z objawami somatycznymi przypominającymi pierwszą reakcję na penicylinę.

Komentarz. Zawsze należy uwzględnić możliwość wystąpienia trwałych następstw ostrej reakcji na leki, które mogą poważnie zaburzyć stan psychosomatyczny pacjenta i wpływać na jakość życia.

SUMMARY

Objective. A case of acute non-allergic reaction following penicillin administration is described.

Case report. The major symptoms included dyspnoea, chest constriction, palpitations, and strong fear of death. The symptoms developed within less than 20 seconds from the injection and disappeared after about 15 minutes. The incident initiated a long-term anxiety disorder accompanied by somatic symptoms resembling the primary reaction to penicillin.

Commentary. A possibility of long-term sequelae of an acute reaction to medication should always be taken into account. Such side effects may severely impair the patient's psychosomatic condition and affect his/her quality of life.

Słowa kluczowe: niealergiczna reakcja na penicylinę / zaburzenia lękowe

Key words: non-allergic reaction to penicillin / anxiety disorder

Ostra niealergiczna reakcja na penicylinę – zespół Hoigne'a, jest rzadkim, ale częstszym od wstrząsu anafilaktycznego powikłaniem po penicylinie [1]. Istotą zespołu jest wystąpienie wielu objawów zarówno somatycznych, jak i psychicznych w czasie lub bezpośrednio po podaniu penicyliny [2, 3]. Do głównych symptomów należą: nasilony lęk przed śmiercią, zawroty głowy, pobudzenie ruchowe, gestykulacje, grymasy, splątanie, parestezje. Ze strony narządu słuchu i wzroku: szum w uszach, brzęczenie, bardzo głośne huczenie, upośledzenie słuchu, silny blask lub ciemność, iskry przed oczami, podwójne widzenie, migające białe plamy [4]. Znamiennym (i różnicującym ze wstrząsem anafilaktycznym) objawem jest jednoczesne wystąpienie wzrostu ciśnienia tętniczego i tachykardii [5]. W opisywanym zespole zgłaszane są również: ucisk w klatce piersiowej, duszność, kaszel, kołatanie serca, sinica, błądź, nudności oraz metaliczny smak w ustach [5, 6]. Są dwie główne koncepcje patogenetyczne dotyczące ostrej niealergiczej reakcji po penicylinie. (1) Mechanizm zatorowy – kryształki penicyliny dostają się do krążenia

żylnego i tworzą mikrozatory w naczyniach mózgowych i płucnych [7, 8]. (2) Mechanizm toksyczny – toksyczne działanie prokainy na ośrodkowy układ nerwowy, gdzie dochodzi do depresji tworzącego siatkowatego ze stymulacją ośrodków korowych w mózgu [4]. Możliwe jest współwystępowanie obu mechanizmów działania [9].

OPIS PRZYPADKU

Pacjent, lat 55. Żonaty, ma dwóch dorosłych synów. Wychowanie średnie – technik elektryk. Wychowany w pełnej rodzinie. Rozwój w dzieciństwie i młodości przebiegał prawidłowo. Miał dobry kontakt z rówieśnikami i rodziną oraz nie skarżył się na problemy w szkole. W rodzinie nie występowały choroby psychiczne ani neurologiczne. W wywiadzie brak wzmianki o nadużywaniu alkoholu i przyjmowaniu narkotyków oraz innych substancji psychoaktywnych. Od dwóch lat leczy się na nadciśnienie tętnicze, stale przyjmuje leki: perindopril, sotalol, simwastatyna. W wieku 21

lat pacjent przeżył wypadek motocyklowy. Jego następstwem było złamanie i zapalenie kości podudzia. Podczas hospitalizacji podjęto leczenie penicyliną podawaną domięśniowo. Po kolejnej dawce w ciągu kilkunastu sekund wystąpiły następujące dolegliwości: uczucie silnego lęku przed śmiercią, szum, świsty, gwizdy w uszach, białe plamy przed oczami oraz gwałtowna reakcja układu вегетatywnego: wzrost ciśnienia tętniczego, tachykardia, duszność, suchość w ustach oraz potliwość. Podczas napadu pacjent był świadomy oraz zorientowany autopsychicznie i allopsychicznie. Podano 10 mg diazepam i powyższe objawy ustąpiły po 15 minutach. W kolejnych dniach i tygodniach podobne ataki pojawiały się częściej i były wywołane wydarzeniami kojarzącymi się pacjentowi ze śmiercią (zgon pacjenta leżącego obok, sygnał karetki pogotowia). Po wyjściu ze szpitala, z upływem czasu zwiększyła się częstość napadów lęku, które przypominały pierwszy atak po penicylinie. Epizody zwykle wyzwalane były sytuacjami stresowymi, do których należało przebywanie w większych skupiskach ludzi (kościół, sklep) lub na otwartych przestrzeniach. Pacjentowi towarzyszyło uczucie wstydu i obawa przed tym, że może doznać ataku paniki. Gdy opuszczał dom, zawsze musiał upewnić się, że ma przy sobie diazepam. Napady te znacznie ograniczyły jego normalne funkcjonowanie. W 2001 roku, ze względu na utrzymujące się dolegliwości, chory zaczął uczęszczać do poradni nerwic raz w tygodniu przez 9 miesięcy. Leczony psychoterapią, ale bez oczekiwanych rezultatów. W 2008 roku pojawiły się dodatkowe objawy somatyczne w postaci napięcia i dyskomfortu w jamie brzusznej. W lutym 2009 zgłosił się do przyklinicznej poradni zdrowia psychicznego. Podjęto leczenie sertralina (50 mg/die), po której wystąpiły działania niepożądane w postaci zawrotów głowy, nudności, suchości w jamie ustnej, spowolnienia psychomotorycznego. Według pacjenta, zastosowane leczenie nie przyniosło oczekiwanych rezultatów. Chory oceniał, że stany lękowe ustąpiły o około 10% w porównaniu do sytuacji wyjściowej. W związku z tym podczas kolejnej wizyty w sierpniu 2009 podjęto decyzję o zmianie leczenia na wenaflaksynę (75mg/die). W trakcie terapii pacjent początkowo skarżył się na bóle, zawroty głowy, uczucie ucisku w klatce piersiowej oraz problemy z koncentracją. Obecnie lepiej toleruje lek, większość działań niepożądanych ustąpiła. Zmniejszyły się dolegliwości lękowe, aczkolwiek podczas wyjściu z domu nadal czuje potrzebę posiadania przy sobie diazepam.

W trakcie leczenia przeprowadzono także diagnostykę psychologiczną, która pozwoliła wyciągnąć następujące wnioski. W MMPI-2 wykazano wrażliwość pacjenta na lęk. Jednocześnie całościowy układ profilu sugeruje skłonność do stosowania

mechanizmów obronnych związanych z wyparciem, racjonalizacją i tłumieniem. Prawdopodobnie elementem wywoławczym dla zaburzeń lękowych u badanego było zadziałanie mechanizmów obronnych wyparcia oraz przemieszczenia. Mechanizmy te polegają na usunięciu ze świadomości nieakceptowanych uczuć, fantazji czy impulsów (wyparcie) oraz odkształceniu i skierowaniu ich na zastępczy obiekt lub sytuację zewnętrzną (przemieszczenie) [10]. Emocje te mogą wtedy zostać wyrażone pod postacią zmienioną, ale bardziej akceptowaną przez pacjenta. Przepuszczalnie silny lęk doświadczony podczas wypadku motocyklowego został przemieszczony i związany z doświadczeniem ostrej niealergiczej reakcji na penicylinę. Prawdopodobnie w dalszym rozwoju zaburzeń lękowych u pacjenta ważne było działanie mechanizmu obronnego represji. Z wywiadu oraz profilu osobowości w teście MMPI-2 wynika, że pacjent doświadcza uczuć złości i agresji jako zagrażających, tłumie je i wypiera. Energia psychiczna działająca w nieświadomości może ujawniać się pod postacią lęku napadowego.

KOMENTARZ

Można podejrzewać, że pacjent doznając wypadku motocyklowego doświadczył silnego lęku, jednakże w rozmowie bagatelizował te uczucia i silniej akcentował przeżycia emocjonalne związane z ostrą niealergiczną reakcją na penicylinę. W związku z tym, że zespół Hoigne'a przejawia się symptomami podobnymi do lęku napadowego, można podejrzewać, iż pacjent zinterpretował je jako lęk, co mogło spowodować nasilenie objawów, ale jednocześnie pozwoliło przeżyć silny wyparty lęk związany z wypadkiem drogowym. Obecnie pacjent stara się mieć zawsze przy sobie diazepam, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji powodujących napięcie. Sądzić można, że badany przeżywa lęk antycypacyjny, a lek daje mu poczucie kontroli nad przewidywanym atakiem paniki i związaną z nim kompromitacją. Skojarzenie ostrej reakcji niealergiczej na penicylinę z objawami lęku mogło skutkować uwarunkowaniem. Pacjent przeświadczony o nadchodzącej panice błędnie interpretuje doznania somatyczne, będące np. efektem zmęczenia, zadyszki, hiperwentylacji w sytuacji stresowej czy przypadkowej niegroźnej intoksykacji kofeiną, czym pobudza „spirale lęku”. W rozumieniu psychodynamicznym, lęk napadowy jest reakcją na czynnik przywołujący wyparte a zagrażające doświadczenia, impulsy czy emocje [11]. Można więc przypuszczać, że mechanizmem podtrzymującym zaburzenia lękowe u pacjenta jest represja. Analizując dane z wywiadu oraz całościowy profil w teście

MMPI-2 zauważa się, że pacjent wypiera złość oraz impulsy agresywne, doświadczając ich jako niebezpiecznych. Energia psychiczna tych uczuć pozostająca poza świadomością wpływa na zachowanie badanego i może ujawniać się pod postacią napadów lęku panicznego. Może również wpływać na zaburzenia ciśnienia tętniczego.

Opisany przypadek sugeruje, że u chorych, którzy przebyli zespół Hoigne zawsze należy uwzględnić możliwość wystąpienia przewlekłych następstw, głównie w postaci utrwalonych zespołów lękowych, których leczenie wciąż nastęrcza dużych trudności. W każdym przypadku po przebyciu ostrej niealergiczej reakcji na penicylinę i po ustąpieniu ostrych objawów psychicznych, konieczna jest obserwacja i opieka psychiatryczna. Uważa się, że powstanie przewlekłych następstw po opisywanej reakcji jest w dużym stopniu zależne od profilu osobowości pacjenta i labilności jego układu wegetatywnego [4]. Czynnikiem sprawczym opisanych przewlekłych zaburzeń psychicznych może być silny uraz psychiczny, którym jest uczucie zagrożenia życia doświadczane podczas tej reakcji. Różnicowanie opisanego zespołu od wstrząsu anafilaktycznego jest ważne, gdyż wystąpienie powyższego zespołu nie jest przeciwwskazaniem do kontynuowania leczenia penicyliną.

PIŚMIENNICTWO

1. Bredt J. Akute nicht-allergische Reaktionen bei Anwendung von Depo-Penicillin. *Deutsch Med Wochenschr.* 1965; 90: 1559-63.
2. Schmied C, Schmied E, Vogel J, Saurat JH. Hoigne's syndrome or pseudo-anaphylactic reaction to procaine penicillin G a still current classic. *Schweiz Med Wochenschr.* 1990; 21: 1045-9.
3. Jenerowicz D, Czarnecka-Operacz M, Górecka A, Stawny M. Drug-related hospital admissions-an overview of frequency and clinical presentation. *Acta Pol Pharm.* 2006; 63 (5): 395-9.
4. Araszkiwicz A. Następstwa psychiatryczne ostrej niealergiczej reakcji na penicylinę prokainową. Rozprawa na stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych. Łódź: WAM; 1992.
5. Hoigné R. Akute Nebenreaktion auf Penicillinpräparate. *Acta Med Scand.* 1962; 171 (2): 201-208.
6. Gaig P, Paniagua MJ. Hoigne's syndrome. *Allergol Immunopathol (Madr).* 2005; 33 (1): 57-8.
7. Hoigné R, Krebs A. Kombinierte anaphylaktische und embolisch-toxische Reactionem durch akzidentelle intravasculaere Iniection von Procain-Penicillin. *Schweiz. Med Wochenschr.* 1994; 94: 610-4.
8. Phelps G, Nixon M. A case of pseudoanaphylactic reaction to intramuscular procaine penicillin (Hoigne's syndrome). *P N G Med J.* 1990; 33 (2): 159-60.
9. Tompsett R. Pseudoanaphylactic reactions to procaine penicillin G. *Arch Int Med.* 1967; 120 (5): 565-7.
10. Grzegołowska-Klarkowska HJ. Mechanizmy obronne osobowości. Warszawa: PWN; 1986.
11. Aleksandrowicz JW. Zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (według ICD-10). *Psychopatologia, diagnostyka, leczenie.* Kraków: Wydawnictwo UJ; 1998.

Wpłynęło: 1.06.2010 Zrecenzowano: 2.09.2010 Przyjęto: 1.08.2011

*Adres: dr Krzysztof Krysta, Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii ŚUM,
ul. Ziołowa 45/47, 40-635 Katowice, tel/fax 32-205 92 60, e-mail: krysta@mp.pl*