



Zaburzenia psychiczne w przebiegu hiperkortyzolizmu: opis przypadku

Mental disorders in the course of hypercortisolism: case report

KATARZYNA KONDERLA, GRAŻYNA DZIERŻEK

Z Oddziału Psychiatrycznego Szpitala Śląskiego w Cieszynie

STRESZCZENIE

Cel. Poza typowymi objawami somatycznymi w nadczynności kory nadnerczy stwierdza się zmiany w stanie psychicznym: zaburzenia nastroju, zaburzenia napędu psychoruchowego, drażliwość i wybuchowość. Zdarzają się również powikłania psychiatryczne o charakterze zespołów paranoidalnych.

Przypadek. 42-letnia pacjentka hospitalizowana psychiatrycznie w trybie pilnym z objawami zespołu paranoidalno-maniakalnego. Kolejne objawy i dolegliwości somatyczne zgłaszane przez pacjentkę skłoniły do dokładnej diagnostyki endokrynologicznej i ustalenia, że ich przyczyną był hiperkortyzonizm. Po usunięciu gruczolaka nadnerczy nie obserwowano nawrotu objawów wytwórczych, utrzymywały się zaburzenia nastroju typu depresyjnego.

Komentarz. W części przypadków ostre zaburzenia psychiatryczne są spowodowane istnieniem choroby ogólnoustrojowej. By podjąć właściwe leczenie przyczynowe konieczne jest dokładne badanie fizykalne i diagnozowanie obserwowanych objawów somatycznych.

SUMMARY

Objective. Hypercortisolism is associated not only with typical somatic symptoms, but also with mental state changes: mood disorders, psychomotor drive abnormality, irritability and impetuousness. Also psychotic complications develop sometimes in the form of paranoid syndromes.

Case. A 42-year-old woman admitted to a mental hospital as an emergency case with symptoms of a paranoid-maniac syndrome subsequently complained of other symptoms. A detailed endocrinological examination performed due to her complaints revealed hypercortisolism to be their cause. An adrenal adenoma was removed with no relapse of productive symptoms after the surgery. However, depressive mood disorders persisted.

Commentary. In some cases acute psychotic disorders result from a systemic disease. A thorough physical examination and diagnostics of the somatic symptoms present are a prerequisite of causal treatment.

Słowa kluczowe: hiperkortyzolizm / zespół paranoidalny / gruczolak nadnerczy / opis przypadku

Key words: hypercortisolism / paranoid syndrome / adrenal adenoma / case report

Hiperkortyzolizm to zespół objawów chorobowych spowodowanych nadmiarem kortyzolu w ustroju. Przyczyną może być choroba Cushinga pochodzenia podwzgórzowego lub przysadkowego lub zespół Cushinga uwarunkowany nadmierną sekrecją kortyzolu przez gruczolak, przerost drobno- lub wielkoguzkowy lub rak nadnerczy, egzogennym podawaniem glikokortykosteroidów lub ektopowym wydzielaniem CRF bądź ACTH [1]. U dorosłych przeważają gruczolaki, u dzieci częściej występuje rak nadnercza.

Dla nadczynności nadnerczy bardzo charakterystyczne jest występowanie takich objawów klinicznych, jak: otyłość tułowa przy równocześnie szczupłych kończynach, księżycowata twarz, różowe rozstępy skórne podbrzusza, bioder, ud, sutków, zanik i osłabienie mięśni szkieletowych, bóle kręgosłupa spowodowane osteoporozą, objawy androgenizacji (łysienie typu męskiego, niskie brzmienie głosu, trądzik, zaburzenia miesiączkowania, hirsutyzm), nadciśnienie tętnicze, a w badaniach pracownianych głównie: hipokaliemia, zasadowica, cechy utajonej lub jawnej cukrzycy, zwiększona liczba erytrocytów we krwi [1]. Poza

typowymi objawami somatycznymi stwierdza się zmiany w stanie psychicznym – u 74–94% pacjentów zaburzenia nastroju typu depresyjnego [2], hipomaniakalnego, rzadziej maniakalnego, u 30% opisywane są zaburzenia afektywne o typie dwubiegunowym [3], zmienność podstawowego nastroju (chwiejność uczuciowa), zaburzenia napędu psychoruchowego (obniżenie lub rzadziej podwyższenie), drażliwość i wybuchowość, reaktywne zaburzenia nastroju (depresja psychogenna w związku z wyglądem zewnętrznym, często o ciężkim przebiegu klinicznym z nasilonymi tendencjami samobójczymi, głównie u kobiet). Zdarzają się również powikłania psychiatryczne o charakterze zespołów paranoidalnych [4].

OPIS PRZYPADKU

42-letnia kobieta, mężatka, matka trojga dzieci, zdobyła wykształcenie podstawowe, zatrudniona jako pracownik fizyczny. Do oddziału psychiatrycznego została skierowana przez lekarza z poradni zdrowia psychicznego, gdzie

wcześniej dwukrotnie zgłaszała się z powodu objawów neurastenii. W wywiadzie rodzinnym pacjentka ujawniła istotne obciążenie chorobą nowotworową oraz uzależnieniem od alkoholu ze strony matki. Półtora roku wcześniej pacjentkę hospitalizowano w oddziale chorób wewnętrznych z powodu napadowo występujących obrzęków całego ciała, z towarzyszącym napadowym zaczerwienieniem twarzy i biegunkami. Mimo szerokiej diagnostyki nie ustalono przyczyny tych dolegliwości. Ponadto, pacjentka była leczona w poradni endokrynologicznej z powodu zaburzeń miesiączkowania. Po stwierdzeniu hiperprolaktynemii włączono bromokryptynę.

Obecna przy przyjęciu do szpitala rodzina pacjentki mówiła o zachodzącej w ciągu ostatniego miesiąca wyraźnej zmianie w jej zachowaniu. Pacjentka w domu zachowywała się dziwnie, w sposób zdezorganizowany. Niemożliwe było nawiązanie z nią rzeczowego kontaktu. Twierdziła, że w gniazdkach elektrycznych są podsłuchy. Wykonywała dziwne gesty, polewała się wodą, zapalała świece, odkręcała w sposób niekontrolowany gaz, rozmawiała sama z sobą.

W trakcie przyjmowania do oddziału pacjentka była napięta i negatywnie nastawiona wobec badania, przy tym wielomówna, we wzmożonym napędzie psychoruchowym. W wypowiedziach spontanicznie ujawniała liczne treści urojeniowe, potwierdzała występowanie omamów słuchowych. Badaniem przedmiotowym stwierdzono nierównomierne rozłożenie tkanki tłuszczowej, głównie w górnej części ciała (twarz, kark, barki) przy zachowanych szczupłych kończynach dolnych. Opisywano ponadto zmiany skórne o charakterze licznych podbiegnięć krwawych w obrębie wszystkich kończyn, a także obrzęk na twarzy.

W ciągu kolejnych tygodni pobytu w oddziale pacjentka nie przejawiała zaburzeń świadomości, miała zachowaną pełną orientację allo- i autopsychiczną. Jej nastrój był wyraźnie urojeniowy, a napęd psychoruchowy oraz aktywność wybitnie wzmożone. Pozostawała wielomówna i głośna w zachowaniu. Stałe towarzyszył jej niepokój psychoruchowy. Tok myślenia pacjentki był wyraźnie niedokojarzony. W wypowiedziach dominowały treści urojeń prześladowczych, ksobnych, posłannictwa, oddziaływania, wielkościowe. Pacjentka żywo halucynowała słuchowo. W godzinach nocnych nie spała. Nie miała poczucia choroby. Wstępne rozpoznanie brzmiało: zespół paranoidalno-maniakalny, zgodnie z którym rozpoczęto intensywne leczenie lekiem przeciwpsychoatycznym.

W ciągu kolejnych tygodni nie obserwowano istotnej zmiany stanu psychicznego, pojawiły się natomiast niepokojące objawy somatyczne. Zaobserwowano zmiany skórne o charakterze sinoczerwonego rumienia na twarzy, szyi, górnej części pleców z licznymi poszerzonymi naczynkami, znacznym obrzękiem twarzy i okolic nadobojczykowych, na kończynach dolnych skóra stała się marmurkowata. W dalszej kolejności pojawiły się ciastowate obrzęki stawów skokowych, śródstopia, z obecną bolesnością uciskową i zaczerwienieniem skóry, przy zachowanej pełnej ruchomości. Pacjentka dodatkowo skarżyła się na kołatanie serca, uczucie gorąca, nadmierną potliwość, wzmożone łaknienie. Tygodniowy przyrost masy ciała wynosił 1–2 kg, maksymalnie 9 kg. Kilkakrotnie u pacjentki wystąpił skok ciśnienia tętniczego, co wymagało doraźnej podaży leków.

W związku z wymienionymi objawami przeprowadzono szereg badań dodatkowych, w rozpoznaniu różnicowym biorąc pod uwagę m.in. choroby układowe, obrzęki pochodzenia alergicznego, zapalnego, *serotoninoma*. Ze stwierdzonych odchyśleń od normy należy wymienić: podwyższone OB, cechy koagulopatii, hipokaliemię, zwiększone stężenie cholesterolu oraz trójglicerydów, wreszcie zwiększone stężenie kortyzolu we krwi porannej przy niskim poziomie ACTH, co mogło sugerować istnienie patologii w obrębie nadnerczy. W rtg klatki piersiowej stwierdzono kompresyjne złamanie trzonu kręgu Th7, a w tomografii komputerowej jamy brzusznej opisano owalną strukturę powyżej górnego bieguna lewej nerki o gęstości tkanek miękkich, o wymiarach 26x31 mm, wyraźnie wzmacniająca się po dożylnym podaniu kontrastu, odpowiadająca najpewniej gruczolakowi nadnercza lewego.

Od początku hospitalizacji pacjentka otrzymywała neuroleptyk, początkowo perfenazynę w dawce maksymalnej 56 mg/die, po kilku tygodniach wobec braku poprawy stanu psychicznego, neuroleptyk zmieniono na olanzapinę w dawce 20 mg/die. Jednocześnie rozpoczęto terapię lekiem normotymicznym, ze względu na wyraźne objawy zespołu maniakalnego. Pochodne kwasu walproinowego powodowały jednak narastanie obrzęków całego ciała i pojawienie się osutki płamistej, w związku z czym po kilku dniach terapii zaniechano. Ponadto, stosowano leki odwadniające i hipotensyjne, stałą suplementację potasu, statyny oraz leki rozszerzające oskrzela ze względu na objawy duszności i stale utrzymujące się zmiany osłuchowe nad polami płucnymi.

Po około dwóch miesiącach terapii nastąpiła zmiana w obrazie klinicznym. Objawy paranoidalne uległy całkowitemu wytłumieniu. Pacjentka stała się smutna, płacziwa, apatyczna. Z trudem mobilizowano pacjentkę do jakiegokolwiek aktywności. Większość dnia spędzała w łóżku, izolując się od otoczenia. W wypowiedziach pojawiły się treści depresyjne, lęk przed tym co będzie, przed koniecznością kolejnych hospitalizacji, zabiegu operacyjnego. Pacjentka coraz częściej sygnalizowała liczne dolegliwości somatyczne – bóle pleców, duszność spoczynkową, bóle obrzękniętych nóg, uczucie napięcia i pieczenia skóry całego ciała.

W toku dalszej terapii uzyskano zadowalającą poprawę w zakresie aktywności i nastroju. Pacjentka została wypisana do domu z rozpoznaniem zespołu paranoidalno-maniakalnego ze zmianą w fazę subdepresyjną, gruczolaka nadnercza lewego, nadciśnienia tętniczego, podejrzeniem zespołu Cushinga.

Ustalono jednocześnie termin przyjęcia pacjentki do Kliniki Endokrynologii w Katowicach, gdzie miesiąc później pacjentka została poddana zabiegowi operacyjnemu. Badanie histopatologiczne usuniętej chirurgicznie zmiany potwierdziło wcześniejsze rozpoznanie gruczolaka nadnercza. Terapię substytucyjną hydrokortyzonem rozpoczęto pod kontrolą poradni endokrynologicznej w miejscu zamieszkania.

Po kilku tygodniach pobytu w domu pacjentka zgłosiła się do poradni zdrowia psychicznego z powodu nasilonych zaburzeń nastroju. Przez wiele kolejnych miesięcy utrzymywały się objawy depresyjne o umiarkowanym nasileniu, w związku z czym podawano leki przeciwdepresyjne. Neuroleptyk odstawiono już w okresie okołoperacyjnym, mimo to nie obserwowano nawrotu objawów wytwórczych.

KOMENTARZ

Zwykle objawy nawet bardzo nasilone zaburzeń psychicznych spowodowanych istnieniem endokrynopatii ustępują całkowicie po zastosowaniu właściwego leczenia [5]. W przedstawionym przypadku okazał się nim zabieg operacyjny. Objawy depresyjne, które mimo to przez kolejne miesiące obserwowano u pacjentki, miały w dużej mierze podłoże reaktywne z powodu m.in. utrzymującej się zmiany wyglądu zewnętrznego, dolegliwości bólowych kręgosłupa, ociążałości, zmniejszonej wydolności psychofizycznej. Na skuteczność leczenia przeciwdepresyjnego miałyby więc wpływ, poza zastosowaną farmakoterapią, stopień wycofywania się dolegliwości i objawów somatycznych. Nie można również wykluczyć u pacjentki działania czynników, wobec których hiperkortyzolizm stanowiłby jedynie czynnik dodatkowy, wyzwalający rozwój psychozy endogennej.

Przedstawiony przypadek jest dowodem, jak ważne w każdych okolicznościach jest zebranie dokładnego wywiadu od pacjenta, ocena jego stanu fizykalnego, dążenie

do wyjaśnienia etiologii wszelkich objawów i sygnalizowanych przez pacjenta dolegliwości somatycznych, mimo ewidentnych objawów zaburzeń psychicznych. W części przypadków mają one bowiem podłoże somatyczne i konieczne jest w jak najkrótszym czasie podjęcie właściwego leczenia przyczynowego, co bez dokładnej diagnostyki, również w oparciu o badania dodatkowe, nie jest możliwe.

PIŚMIENNICTWO

1. Kokot F. Endokrynologia. W: Kokot F, red. Choroby wewnętrzne. Warszawa: PZWL; 1996: 668–71.
2. Loosen PT, Chambliss B, DeBold CR, Shelton R, Orth DN. Psychiatric phenomenology in Cushing's disease. *Pharmacopsychiatry* 1992; 25: 192–8.
3. Łojko D, Suwalska A, Rybakowski J. Zaburzenia psychiczne w chorobach tarczycy i nadnerczy. *Psychiatr Pol* 2001; 35: 273–83.
4. Pużyński S. *Leksykon psychiatrii*. Warszawa: PZWL; 1993.
5. Korzeniowski L, Pużyński S. *Encyklopedyczny słownik psychiatrii*. Warszawa: PZWL; 1986.

*Adres: Dr Katarzyna Konderla, Oddział Psychiatryczny Szpitala Śląskiego,
ul. Bielska 4, 43-400 Cieszyn, e-mail: k.konderla@wp.pl*