



Objawy neuropsychiatryczne jako przejaw infekcyjnego zapalenia wsierdza

Neuropsychiatric symptoms associated with infectious endocarditis

MARIUSZ ŚŁOSARCZYK¹, TERESA MARIA RÓG²

Z: 1. Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

2. Kliniki Neurologicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

STRESZCZENIE

Cel. Objawy neurologiczne są jednym z najczęstszych powikłań narządowych infekcyjnego zapalenia wsierdza (IZW), a często jego pierwszym przejawem. Prawidłowe rozpoznanie choroby podstawowej może być trudne.

Przypadek. U 22-letniego pacjenta z masywnymi, trudnymi do precyzyjnego opisu zaburzeniami neuropsychiatrycznymi dopiero po kilku tygodniach rozpoznano IZW, jako ich przyczynę.

Komentarz. Zwrócono uwagę na trudności w diagnostyce różnicowej nasilonych zaburzeń myślenia i mowy, a także na podstawowe znaczenie uważnego zbierania wywiadu w procesie diagnostycznym.

SUMMARY

Objective. Neurological symptoms are among the most frequent complications of infectious endocarditis (IE), and quite often are its first manifestation. The proper diagnosis of the underlying primary disease may be difficult.

Case. In a 22-year-old patient with massive neuropsychiatric disorders difficult to describe precisely IE was recognised as the primary cause not earlier than after a few weeks.

Commentary. Difficulties in the differential diagnosis of severe thinking and speech disorders were pointed out, and the pivotal role of careful questioning for obtaining case histories in the diagnostic process was emphasized.

Słowa kluczowe: infekcyjne zapalenie wsierdza / powikłania neuropsychiatryczne

Key words: infectious endocarditis / neuropsychiatric complications

Infekcyjne zapalenie wsierdza (IZW) jest poważną, najczęściej bakteryjną chorobą, ciągle obciążoną stosunkowo wysoką śmiertelnością. Główne czynniki zwiększające ryzyko jej wystąpienia, to: wrodzona lub nabyta wada serca, obecność sztucznych zastawek, przebyte zabiegi w obrębie układu naczyniowego, pokarmowego i moczowo-płciowego mogące być przyczyną bakteriemii, nadużywanie dożylnych środków odurzających. Do najważniejszych objawów klinicznych sugerujących IZW należą: gorączka, szmer nad sercem, zmiany skórne, splenomegalia, białkomocz i krwimocz, a podstawowe badania dodatkowe umożliwiające pewne rozpoznanie – to posiewy z krwi oraz nowoczesna echokardiografia. Objawy neurologiczne stosunkowo często, bo w 20–40% przypadków, towarzyszą IZW, zwłaszcza zlokalizowanemu na zastawkach lewej części serca oraz wywołanemu przez drobnoustroje o dużej wirulencji [1, 2, 3, 4]. Zwykle obserwuje się je na samym początku choroby, na ogół jeszcze przed rozpoznaniem i rozpoczęciem przyczynowego leczenia, stąd mogą one zmylić klinicystę i w istotny sposób utrudnić proces diagnostyczny [1, 5]. Pojawienie się takich objawów stanowi czynnik pogarszający rokowanie

i zwiększający śmiertelność u chorych z IZW, zwłaszcza kiedy choroba podstawowa nie zostanie szybko rozpoznana [1, 2, 3, 4, 5]. Tym ważniejsza jest dla lekarza znajomość typowego obrazu klinicznego neurologicznego początku IZW. Objawy neurologiczne w IZW mogą mieć patogenезę zatorową, infekcyjno-toksyczną lub też mieszaną, a do najczęściej spotykanych zaburzeń należą: udar niedokrwienny, przejściowy atak niedokrwienny (TIA), zapalenie opon mózgowych, toksyczna encefalopatia, drgawki, bóle głowy, krwotok domózgowy i ropień mózgu [1, 2, 5].

W literaturze znacznie rzadziej opisywane są takie zaburzenia psychiczne, jak: zaburzenia świadomości, stupor, psychozy [1, 6, 7]. Opisujemy przypadek IZW, w którym objawy neuropsychiatryczne przybrały szczególnie niejednoznaczną postać wymagając rozległej diagnostyki różnicowej.

OPIS PRZYPADKU

Pacjent, 22-letni student UJ, zgłosił się do Kliniki Psychiatrycznej w Krakowie skierowany przez neurologa z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych. Przyszedł

z matką, która stwierdzała, że od 6 dni kontakt z synem dość nagle bardzo się pogorszył, jego wypowiedzi stały się mało zrozumiałe, jakby zapominał słów, nie rozumiał części pytań, zaczął mieć wyraźnie kłopoty z wysłowieniem. Stał się senny, przestał chodzić na uczelnię, wstawał praktycznie tylko na posiłki. Objawy te stały się powodem wezwania neurologa na prywatną, domową wizytę, w czasie której jednak lekarz nie stwierdził ogniskowych objawów neurologicznych i skierował pacjenta do psychiatrii.

Wywiad zebrany od matki pacjenta ujawnił, że kłopoty ze zdrowiem zaczęły się u syna już nieco wcześniej, bo przed 6 tygodniami. Występowały wtedy objawy banalnego przeziębienia, głównie katar oraz stany podgorączkowe. Pacjent w nietypowy dla siebie sposób traktował je bardzo poważnie nalegając u lekarza POZ na włączenie antybiotykoterapii. Leczony był dwoma antybiotykami, drugiej kuracji nie dokończył z powodu złej tolerancji leku (wymioty). Po ustąpieniu objawów przeziębienia pacjent zaczął narzekać na wędrujące bóle różnych części ciała: głowy, klatki piersiowej, brzucha, nerek, nóg. Wykonywane były badania laboratoryjne, echo serca, USG brzucha, które jednak nie wykazywały żadnych odchyśleń od normy. W pewnym momencie do obrazu klinicznego dołączyły się także wymioty, niekiedy gwałtowne. Którejś nocy interweniowało nawet z tego powodu pogotowie – lekarz wykluczył wtedy zapalenie opon mózgowych. W tamtym okresie pacjent uczestniczył normalnie w zajęciach na uczelni, był nawet bardziej aktywny, załatwiał różne formalności związane z planowanym rozpoczęciem studiów na drugim kierunku. Według matki nie sprawiał wrażenia osoby odczuwającej lęk, nie było zachowań ani wypowiedzi świadczących o halucynacjach czy urojeniach. Przypominała sobie jednak, że syn twierdził, jakoby bóle, których doświadcza, były skutkiem „jakichś złych sygnałów wysyłanych z mózgu”, taką wypowiedź słyszała tylko raz. W momencie, gdy pojawiły się wędrujące bóle i wykonywano szereg badań dodatkowych, pacjent uważnie studiował encyklopedię zdrowia, w czasie badania USG brzucha miał dyskutować z lekarzem dopytując, czy na pewno nie ma nowotworu nerki.

Sprawiał wrażenie osoby zagubionej i nieco niespokojnej. Przyznawał, że od pewnego czasu dzieje się z nim coś niedobrego, ale nie umiał tego doprecyzować. Mówił z wyraźnym trudem, miał kłopoty z formułowaniem najprostszycy nawet zdań, zapominał słów, nie mógł sobie przypomnieć, co chciał przed chwilą powiedzieć, sprawiał wrażenie, jakby nie rozumiał części pytań. W takich momentach wtrącał: „o Boże”, „o Jezu”, „zaraz, no to poczekajmy”. Tok myślenia pacjenta był wybitnie nieskładny, występowały liczne agramatyzmy i paragramatyzmy, werbigeracje i perseweracje, niedokojarzenie aż do rozkojarzenia. Zdania kończone były w niewłaściwym miejscu, zwracało uwagę ubóstwo słownictwa. Pacjent był wyraźnie speszony, zniecierpliwiony i jakby zawstydzony niemożnością udzielenia dokładnych odpowiedzi, chwycił się za głowę, pocierał

ręką czoło. Było mu wyraźnie łatwiej odpowiadać na pytania zamknięte, momentami miało się wtedy wrażenie odzyskiwania logicznego kontaktu. Świadomość była przymglona, pacjent był zorientowany co do miejsca i własnej osoby, wykazywał jednak dezorientację w czasie. Napęd psychoruchowy był nieco obniżony, nastrój wyrównany, pacjent przeczył lękom, myślom samobójczym, urojeniom oraz halucynacjom. W czasie badania pocierał ręką klatkę piersiową twierdząc, że znowu go tam boli. Nie był w stanie prawidłowo wykonać prostych operacji arytmetycznych („100 minus 7 to daje 0, 2 dodać 5 to przecież jest 20”), miał też wyraźne kłopoty z pisanie. Pamięć krótkotrwała sprawdzana prostym testem powtarzania słów wydawała się niezaburzona, nie umiał jednak przypomnieć sobie wydarzeń z ostatnich dni, choć trudno było wykluczyć możliwość, że trudność dotyczyła raczej ich nazwania i opisu. Sprawiał przy tym wrażenie osoby cierpiącej, która wie, że jest chora, ale trudno jej to wyrazić z powodu zaburzeń komunikacji. W badaniu fizykalnym stwierdzano bardzo dyskretnie wyrażone prawostronne objawy ogniskowe: wygórowanie odruchów, wzmoczenie napięcia oraz obniżenie siły mięśniowej.

Wynik badania psychiatrycznego, które ujawniło objawy zaburzeń świadomości, mowy, myślenia i pamięci, dawał podstawy do różnicowania, na poziomie fenomenologiczno-deskryptywnym, pomiędzy co najmniej pięcioma różnymi grupami zaburzeń, a mianowicie: jakościowymi zaburzeniami świadomości, zmianami otepiennymi, zespołami amnestycznymi, schizofrenicznymi zaburzeniami toku myślenia oraz ogniskowymi zaburzeniami mowy i innych funkcji poznawczych. Najwięcej elementów obrazu klinicznego przemawiało za rozpoznaniem jakościowych zaburzeń świadomości (znaczące pogorszenie kontaktu, zaburzenia orientacji, cechy przymglenia świadomości, objawy zagubienia i niepokoju) oraz zaburzeń ogniskowych (afazja ruchowa, czuciowa i amnestyczna, akalkulia i dysgrafia, inne objawy ogniskowe w badaniu neurologicznym). Warto jednak zwrócić uwagę, że takie cechy zaburzeń toku myślenia jak niedokojarzenie aż do rozkojarzenia, agramatyzmy i paragramatyzmy, werbigeracje i perseweracje mogłyby również nasuwać podejrzenie schizofrenii.

Nazajutrz po przyjęciu, wobec niejasnego obrazu klinicznego, a w szczególności wobec stwierdzanych w badaniu objawów ogniskowych wykonano CT głowy, które wykazało zmiany w obrębie płatów czołowego i skroniowego lewej półkuli mózgu odpowiadające glejakowi (fot. 1), a pacjent został przeniesiony do Kliniki Neurologicznej celem dalszej diagnostyki i leczenia. Rozpoznanie to zostało jednak podważone przez badanie NMR, ponieważ obraz uzyskany techniką rezonansu magnetycznego przemawiał w pierwszej kolejności za zawałem mózgu w zakresie unaczynienia lewej tętnicy mózgu środkowej, częściowo ukrwotoczonym w obszarze jąder podkorowych. Lokalizacja zmian, niezależnie od ich niejasnego jeszcze charak-



Fotografia 1. CT głowy wykonana nazajutrz po przyjęciu: w obrębie płotów czołowego i skroniowego lewej półkuli mózgu nieostro zarysowane zmiany hipodensyjne odpowiadające glejakowi



Fotografia 2. Kontrolne CT głowy: ognisko wyraźnie zmniejszyło swoje pochłanianie, jest lepiej ograniczone, jednorodnie hipodensyjne – zawał w okresie przewlekłym w zakresie unaczynienia aa. lenticulostriatea

teru, tłumaczyła w pełni stwierdzone w badaniu objawy ogniskowe (zajęte były, po stronie lewej: okolica czołowo-ciemieniowa i ciemieniowo-potyliczna, okolica szczeliny bocznej, rejon wyspy i podwyspowy, kora bieguna płata skroniowego). Wątpliwości diagnostycznych nie wyjaśniła protonowa spektroskopia NMR, w której znaleziono cechy przemawiające zarówno za zawałem niedokrwinnym, jak i za obecnością procesu rozrostowego. Panangiografia mózgu nie wykazała obecności malformacji naczyniowej, ani też patologicznego unaczynienia.

Dopiero powtórna tomografia komputerowa, wykonana ponad 3 tygodnie od przyjęcia pacjenta do szpitala, dała jednoznaczny obraz (fot. 2) zawału w okresie przewlekłym w zakresie unaczynienia lewej tętnicy mózgu środkowej, a dokładnie tętnic soczewkowo-prążkowionych (aa. lenticulostriatea).

Wobec takiej diagnozy rozpoczęto poszukiwania przyczyn udaru mózgu u tak młodej osoby. Zakończyły się one stwierdzeniem w przezprzetykowym badaniu echokardiograficznym obecności wegetacji endokawitarnej na zastawce aorty pozwalającej na rozpoznanie zapalenia wsierdza i będącej prawdopodobnym źródłem materiału zatorowego. Pacjent został przeniesiony do Kliniki Kardiologicznej, gdzie prowadzono intensywne leczenie szeregiem antybiotyków (w tym: lekiem

przeciwgrzybiczym) rozpoznając ostatecznie bakteryjne zapalenie wsierdza. Antybiotykoterapia, a także prowadzone już wcześniej leczenie przeciwudarowe oraz rehabilitacja mowy pozwoliły uzyskać ustąpienie objawów ogniskowych oraz wyraźne zmniejszenie się zmian we wsierdzu. Aktualnie pacjent jest wolny od dolegliwości. Pozostaje w regularnej kontroli kardiologicznej.

KOMENTARZ

Opisany przypadek dobitnie pokazuje, że nasilone i niejednoznaczne zaburzenia psychiczne mogą być przejawem złożonej i pozornie nie mającej większego związku z psychiatrią patologii somatycznej. Wydaje się, że na pewnym poziomie zaawansowania patologicznych zmian w zakresie świadomości, pamięci, myślenia i mowy odróżnienie od siebie poszczególnych grup zaburzeń staje się niezwykle trudne. Dotyczy to w szczególności zaburzeń mowy i myślenia, które w takich sytuacjach (jak w przedstawionym przypadku) mogą być opisywane zarówno w języku psychiatrycznym, jak i neurologicznym, zależnie od tego, czy położony nacisk na zaburzenia kontaktu i dezorganizację wypowiedzi, czy też na trudności w ekspresji i rozumieniu komunikatów werbalnych. Z drugiej strony uważne

różnicowanie pomiędzy tymi rodzajami zaburzeń wydaje się niezbędne ze względu na zupełnie inną z reguły etiologię oraz wynikające z niej dalsze postępowanie.

Na zakończenie, zmieniając ton na nieco lżejszy, choć bynajmniej nie do końca żartobliwy, warto przypomnieć jeszcze dwa szczegóły z powyższego opisu: po pierwsze, że nasz pacjent już na początku swojej choroby twierdził, że jego objawy są skutkiem złych sygnałów wysyłanych z mózgu, a po drugie, że w trakcie badania przy przyjęciu pocierał ręką klatkę piersiową twierdząc, że znów go tam boli. Wygląda na to, że podczas gdy wyniki wyrafinowanych, nowoczesnych badań dodatkowych mogą czasem dawać wyniki niejednoznaczne, sprzeczne, niewiele wnoszące do naszego rozumienia pacjenta (co również miało miejsce w opisanym przypadku), to tradycyjne zalecenie uważnego słuchania chorego, który wszystko sam mówi o swojej chorobie, nieodmiennie pozostaje w mocy.

PIŚMIENNICTWO

1. Heiro M, Nikoskelainen J, Engblom E, Kotilainen E, Marttila R, Kotilainen P. Neurologic manifestations of infective endocarditis: A 17-year experience in a teaching hospital in Finland. *Arch Intern Med* 2000; 160: 2781–7.
2. Kanter MC, Hart RG. Neurologic complications of infective endocarditis. *Neurology* 1991; 41: 1015–20.
3. Lerner PL. Neurologic complications of infective endocarditis. *Med Clin North Am* 1985; 69: 385–98.
4. Tunkel AR, Kaye D. Neurologic complications of infective endocarditis. *Neurol Clin* 1993; 11: 419–40.
5. Mylonakis E, Calderwood S. Medical progress: Infective endocarditis in adults. *N Engl J Med* 2001; 345: 1318–30.
6. Bademosi O, Falase AO, Jaiyesimi F, Bademosi A. Neuropsychiatric manifestations of infective endocarditis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1976; 39: 325–9.
7. Ko S, Kim D, Kwon H, Roh J. A case of multiple brain infarctions associated with erysipelothrix rhusiopathiae endocarditis. *Arch Neurol* 2003; 60: 434–6.

Adres: Dr Mariusz Ślosarczyk, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, ul. Kopernika 21b, 31-501 Kraków, e-mail: slosarczyk@poczta.onet.pl