



## Depresja ciężka z objawami psychotycznymi w przebiegu steroidoterapii stosowanej w leczeniu zespołu nerczycowego – opis przypadku

*Severe depression with psychotic symptoms in the course of steroid treatment of nephrotic syndrome – case report*

AGNIESZKA SŁOPIEŃ<sup>1</sup>, DOROTA ŁOJKO<sup>2</sup>, ANDRZEJ RAJEWSKI<sup>1</sup>

Z: 1. Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu  
2. Kliniki Psychiatrii Dorosłych Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

**STRESZCZENIE.** *W efekcie podawania egzogennych hormonów glikokortykosteroidowych wystąpić mogą różne zaburzenia psychiczne. Opisano przypadek wystąpienia depresji ciężkiej z objawami psychotycznymi u siedemnastoletniej pacjentki, która z powodu pierwszego w życiu rzutu zespołu nerczycowego leczona była prednizonem. Ze względu na znaczne nasilenie objawów oraz niemożność odstawienia kortykosteroidów (ryzyko przełomu nadnerczowego), rozpoczęto leczenie przeciwdepresyjne – zastosowano mirtazapinę.*

**SUMMARY.** *Various mental disorders may develop in the course of treatment with exogenous glycocorticosteroid hormones. A case is reported of major depression with psychotic symptoms in a seventeen-year-old girl treated with Prednisone due to her first ever attack of nephrosis. Since the affective symptoms were severe, and the corticosteroid treatment could not be discontinued because of the risk of adrenal crisis, antidepressants (Mirtazepine) were administered.*

---

**Słowa kluczowe:** depresja / nerczyca / steroidoterapia / opis przypadku

**Key words:** depression / nephrosis / steroid treatment / case report

---

Równocześnie z wprowadzeniem egzogennych hormonów glikokortykosteroidowych do lecznictwa opisywano różne psychiatryczne następstwa ich stosowania [3]. Wskazania do leczenia tymi preparatami dzielimy na substytucyjne i pozastytucyjne, a zależnie od stanu chorego rozróżniamy wskazania pilne oraz do leczenia długotrwałego. Choroby nerek (np. szybko postępujące zapalenie kłębuszków nerkowych), obok wielu innych schorzeń, m.in. o podłożu immunizacyjnym (toczeń rumieniowaty trzewny i reumatoidalne zapalenie stawów), chorób krwi i tkanki chłonnej (białaczka, ziarnica złośliwa), układu endokrynnego i zaburzeń metabolicznych (choroba Hashi-

moto), układu oddechowego (dychawica oskrzelowa), przewodu pokarmowego i wątroby (wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Crohna), układu nerwowego (stwardnienie rozsiane), należą do schorzeń, w których wskazania do pozastytucyjnego leczenia kortykosteroidami są często przewlekłe [8].

### OPIS PRZYPADKU

Siedemnastoletnia uczennica liceum ogólnokształcącego skierowana do Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Akademii Medycznej w Poznaniu z Kliniki Nefrologii AM z powodu narastających od tygodnia

objawów zespołu depresyjnego. Chora zgłaszała pogorszenie samopoczucia, poczucie braku sensu życia, myśli samobójcze oraz poczucie zagrożenia. Prosiła by ktoś ją zabił, odmawiała przyjmowania posiłków. Z wywiadu od matki wynikało, że nigdy wcześniej nie była leczona psychiatrycznie.

Pacjentka urodzona była z ciąży pierwszej, poród nastąpił o czasie, siłami natury, punktacja wg skali oceny Apgar 10, rozwój psychoruchowy prawidłowy. Jej ojciec od wielu lat nadużywał alkoholu, zaniedbywał rodzinę. Od 10 lat leczona była z powodu uporczywego białkomoczu oraz krwinkomoczu (biopsja wykazała kłębuszkowe mezanialne zapalenie nerek).

Od około miesiąca przed przyjęciem na oddział psychiatryczny była hospitalizowana na oddziale nefrologicznym, gdzie przebywała z powodu pierwszego w życiu rzutu zespołu nerczycowego. Rozpoczęto leczenie steroidami (prednizon w dawce 50 mg na dobę). Po 3 tygodniach pobierania leków nastąpiło gwałtowne pogorszenie stanu klinicznego, narastały obrzęki, głównie w obrębie twarzy, kończyn dolnych, pojawiło się wodobrzusze, znacznie wzrosła dobową utrata białka (białko w dobowej zbiorce moczu 1020 mg%), zmniejszył się poziom białka w surowicy krwi 4,69 g% (albuminy 46,23%), OB 130, cholesterol 286,86 mg%, TG 330 mg%, ciśnienie tętnicze krwi wzrosło do 150/100, tętno do 96-110'. Stwierdzono również zakażenie układu moczowego, nastrój pacjentki stopniowo obniżał się.

Przy przyjęciu pacjentka zorientowana w czasie, miejscu i sytuacji, w trudnym kontakcie, w nastroju głęboko obniżonym, reakcje emocjonalne słabo modulowane, unikała kontaktu wzrokowego, zasłaniała twarz mówiąc, że się boi, skarżyła się na poczucie braku sensu życia („szkoda na mnie czasu, ja i tak już nie wyzdrowieję”). Uważała, że powinna pokutować za swoje grzechy, że jest diabłem, ma zło w sercu, przez co krzywdzi innych ludzi, wpływa również na stan ich zdrowia. Zaprzeczała zamiarom sa-

mobójczym, ale prosiła osoby trzecie o zabicie jej. Tok myślenia był znacznie zwolniony, napęd obniżony, wylękniona, niespokojna. Zgłaszała zaburzenia snu, brak apetytu.

Na oddziale psychiatrycznym przebywała od 31.10.2000 r. Z powodu gwałtownego pogarszania się stanu psychicznego pacjentki, znacznego nasilenia objawów depresji oraz przeciwwskazania do szybkiej redukcji lub odstawienia kortykosteroidów (ryzyko wystąpienia ostrej niewydolności kory nadnerczy) podjęto decyzję o rozpoczęciu leczenia przeciwdepresyjnego. Ze względu na objawy lęku, niepokój, zaburzenia snu, chorobę podstawową oraz konieczność przyjmowania przez pacjentkę innych leków zastosowano mirtazapinę w dawce 30 mg na dobę. Jest ona dobrze tolerowana u osób z chorobami nerek, w łagodnej ich niewydolności nie powoduje zakłócenia klirensu kreatyniny, a dodatkowo ma niewielki potencjał do wchodzenia w interakcje z lekami metabolizowanymi przez izoenzymy CYP1A2, CYP3A4 i CYP2D6 [6]. Pacjentka pozostawała pod stałą opieką nefrologiczną. Stopniowo zredukowano prednizon do dawki minimalnej 3 tabletki 5 mg na dobę co drugi dzień, a wprowadzono chlorambucil – 10 mg, w dawce podzielonej (2 x 5 mg). Dodatkowo pacjentka otrzymywała: albuminy 20% 100 ml i.v., 60 mg furosemidu i.v., Augmentin 3 x 0,375 g, Bisepol 480 2 x 2 tabletki, 10 kropli Vit. D3, Amlozek 5 mg, Enarenal 5 mg, Curantyl 3 x 75 mg, Aldactone 2 x 50 mg na dobę oraz siemię lniane. Prowadzono ścisłą obserwację stanu somatycznego chorej: codziennie kontrolowano masę ciała, bilans płynów, ciśnienie oraz tętno. W ciągu tygodnia uzyskano wyrównanie stanu ogólnego pacjentki, obrzęki ustąpiły, nastąpił spadek masy ciała – 7 kg (z początkowej 59,7 do 52,3 kg), ciśnienie tętnicze krwi uległo normalizacji, utrata białka zmniejszyła się do 200 mg%, nie stwierdzano objawów zakażenia układu moczowego. Stan psychiczny pacjentki po 14 dniach znacznie poprawił się, ustąpiły ostre

objawy psychotyczne, a po 25 dniach uległ wyrównaniu. Po wyrównaniu stanu psychicznego pacjentki, ze względów ekonomicznych (trudna sytuacja finansowa rodziny), odstawiono mirtazapinę i włączono mianserynę w dawce 30 mg na dobę. Chora została wypisana ze szpitala 1.12.2000 r.

## KOMENTARZ

Według licznych autorów dawka kortykosteroidów nie ma związku z czasem wystąpienia zaburzeń psychicznych, długością ich trwania i nasileniem [7], natomiast w opinii innych zachodzi istotny związek pomiędzy większą dawką i cięższymi objawami [1]. Stwierdzono, że dobową dawkę prednizonu poniżej 40 mg wiąże się z wystąpieniem zaburzeń psychicznych u 1,3% chorych, dawka 41–80 mg/dobę – u 4,6% chorych, natomiast dawka powyżej 80 mg na dobę powoduje wystąpienie zaburzeń psychicznych u 18,4% pacjentów [4]. Doniesienia dotyczące związku występowania zaburzeń psychicznych z płcią nie są jednoznaczne [7, 10]. Nie wyjaśniono również roli schorzenia podstawowego w pojawianiu się zaburzeń psychicznych podczas stosowania glikokortykosteroidów, część autorów wskazuje na częstsze ich występowania, np. w reumatoidalnym zapaleniu stawów, toczeniu układowym [5, 15]. U większości chorych zaburzenia psychiczne w trakcie leczenia glikokortykosteroidami rozpoczynają się w ciągu pierwszego tygodnia ich podawania [4], natomiast aż 90% pojawia się w ciągu pierwszych 6 tygodni leczenia [9].

Na podstawie wielu doniesień badacze stwierdzili, że najczęściej opisuje się zaburzenia afektywne: depresję, manię oraz stan mieszany [9, 12]. Wśród objawów depresji na plan pierwszy wysuwają się zaburzenia pamięci i uwagi, niska samoocena, poczucie beznadziejności i winy, myśli i zamiary samobójcze [7, 9, 11]. W przebiegu stosowania glikokortykosteroidów mogą również wystąpić zaburzenia lękowe z objawami

wewnętrznego napięcia, kołatania serca i drżenia. Rzadziej obserwuje się tzw. „psychozy sterydowe” [9]. Ich obraz kliniczny jest zróżnicowany, wystąpić mogą m.in. zaburzenia spostrzegania (omamy słuchowe i wzrokowe), niepokój psychoruchowy, urojenia nihilistyczne, paranoidalne i wielośćciowe, a także niedostosowanie afektu i zaburzenia toku myślenia.

Po wystąpieniu objawów zaburzeń psychicznych najczęściej zmniejsza się dawkę kortykosteroidów lub je odstawia, co w większości przypadków doprowadza do ich ustąpienia [7]. Taka decyzja musi być jednak podjęta bardzo ostrożnie, ponieważ odstąpienie kortykosteroidów może spowodować pogorszenie stanu ogólnego, gdy pojawiające się zaburzenia psychiczne są następstwem choroby somatycznej, a nie leczenia [7, 13].

Leczenie farmakologiczne jest bezwzględnie wskazane w przypadku znacznego nasilenia objawów, zwłaszcza gdy występują myśli samobójcze lub pobudzenie. Nie przeprowadzono dotychczas systematycznych badań dotyczących skuteczności leków przeciwdepresyjnych nowej generacji w depresjach spowodowanych podawaniem glikokortykosteroidów. Opisywano korzystny efekt stosowania fluoksetyny [14]. Dane na temat stosowania trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych są nieliczne, a w kilku przypadkach obserwowano ich niekorzystny wpływ (nasilenie niepokoju, wystąpienie objawów psychotycznych) [4]. W przedłużającej się depresji lub depresji z dużym ryzykiem dokonania samobójstwa dobre efekty daje kuracja elektrowstrząsowa [10].

Podjęto także próby zapobiegania wystąpieniu zaburzeń psychicznych w trakcie długotrwałego stosowania kortykosteroidów w przebiegu różnych chorób somatycznych. Stosowano z dobrym efektem m.in. sole litu, kwas walproinowy, małe dawki olanzapiny [2].

Rokowanie w zaburzeniach psychicznych w przebiegu steroidoterapii jest dobre,

a właściwe postępowanie terapeutyczne, uwzględniające chorobę podstawową, powoduje u 90% pacjentów ustąpienie objawów w ciągu 6 tygodni od jego rozpoczęcia [9].

## PIŚMIENNICTWO

1. Brown ES, Khan DA, Nejtek VA. The psychiatric side effects of corticosteroids. *Ann Allergy Asthma Immunology* 1999; 83: 495-504.
2. Brown ES, Khan DA, Suppes T. Treatment of corticosteroid-induced mood changes with olanzapine [Letter]. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 968.
3. Clark LD, Bauer W, Cobb S. Preliminary observations on mental disturbances occurring in patients under therapy with cortisone and ACTH. *New Engl J Med* 1952; 246: 205-16.
4. Hall RCW, Popkin MK, Stickney SK, Gardner ER. Presentation of steroid psychoses. *J Nerv Ment Dis* 1979; 167: 229-36.
5. Hay EM, Black D, Huddy A. Psychiatric disorder and cognitive impairment in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1992; 23: 411-6.
6. Holm KJ, Markham A. Mirtazapine. A review of its use in major depression. *Drugs* 1999; 57 (4): 607-31.
7. Ismail K, Wessely S. Psychiatric complications of corticosteroid therapy. *Br J Hosp Med* 1995; 53: 495-9.
8. Kasperlik-Zaluska A. Kortykotropina, kortykosteroidy, leki adrenostatyczne. W: Pawlicki M, red. Leczenie hormonami i pochodnymi hormonów. Wyd 2 poprawione i uzupełnione. Warszawa: Wyd Lek PZWL; 1996: 97-133.
9. Lewis DA, Smith RE. Steroid-induced psychiatric syndromes: a report of 14 cases and a review of the literature. *J Affect Disord* 1983; 5: 319-22.
10. Ling MH, Perry PJ, Tsuang MT. Side effects of corticosteroid therapy: Psychiatric aspects. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 38: 741-7.
11. Matsukawa Y, Shigemasa S, Hayama T. Suicide in patients with systemic lupus erythematosus: a clinical analysis of seven suicidal patients. *Lupus* 1994; 3: 31-5.
12. Naber D, Sand P, Heigl B. Psychological and neuropsychological effects of 8-days' corticosteroid treatment: a prospective study. *Psychoneuroendocrinol* 1996; 21: 25-31.
13. Wolkowitz OM, Reus VI. Treatment of depression with antiglucocorticoid drugs. *Psychosom Med* 1999; 61: 698-711.
14. Wyszynski AA, Wyszynski B. Treatment of depression with fluoxetine in corticosteroid-dependent central nervous system Sjögren's syndrome. *Psychosomatics* 1993; 34: 173-7.

*Adres: Dr Agnieszka Słopeń, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego, ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań. E-mail: [asrs@polbox.com](mailto:asrs@polbox.com)*