



Zaburzenia lękowe u osoby z chorobą Charcot-Marie-Tooth skutecznie leczone citalopramem

Effective citalopram treatment of anxiety disorder in patient with the Charcot-Marie-Tooth disease

DOROTA ŁOJKO, ALEKSANDRA SUWALSKA, JANUSZ RYBAKOWSKI

Z Kliniki Psychiatrii Dorosłych Akademii Medycznej w Poznaniu

STRESZCZENIE

Cel. Przedstawiono przypadek zaburzeń lękowych w przebiegu choroby Charcot-Marie-Tooth, leczonych citalopramem.

Przypadek. U pacjentki z chorobą Charcot-Marie-Tooth i wywiadem rodzinnym obciążonym zaburzeniami psychicznymi wystąpiły zaburzenia lękowe pod postacią obawy przed nietrzymaniem moczu, z towarzyszącą agorafobią.

Komentarz. Citalopram w połączeniu z psychoedukacją okazał się leczeniem skutecznym i dobrze tolerowanym.

SUMMARY

Objective. A case is presented of anxiety disorder effectively treated with citalopram, in the course of the Charcot-Marie-Tooth disease.

Case. In a patient with the Charcot-Marie-Tooth disease and family history of mental disorders the onset of anxiety disorder was noted as fear of urinary incontinence, associated with agoraphobia.

Commentary. Citalopram treatment supplemented with psychoeducation turned out to be efficient and well-tolerated.

Słowa kluczowe: zaburzenia lękowe / choroba Charcot-Marie-Tooth / citalopram

Key words: anxiety disorder / Charcot-Marie-Tooth disease / citalopram

Choroba Charcot-Marie-Tooth (cCMT) [1] to jedna z polineuropatii ruchowo-czuciowych. Jest chorobą wrodzoną, dziedziczną autosomalnie dominująco, recesywnie lub jako sprzężoną z chromosomem X, o różnej penetracji genów. Pacjenci z cCMT powoli tracą zdolność do posługiwania się kończynami z powodu degeneracji neuronów obwodowych, ich mięśnie stopniowo słabną z powodu braku stymulacji nerwowej. Chorzy tracą również czucie i kontrolę nad chorymi mięśniami. Jest to choroba postępująca, nieuleczalna, pacjenci mogą otrzymać opiekę, specjalne buty ułatwiające chodzenie lub inne urządzenia ortopedyczne [1].

W przebiegu cCMT mogą wystąpić zaburzenia psychiczne, m.in. depresyjne i lękowe, w których objawy somatyczne często trudno oddzielić od objawów choroby podstawowej.

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka zgłosiła się do psychiatry w 2002 r., w 35 roku życia. Wcześniej nie była leczona psychiatrycznie. W 15 r.ż. stwierdzono u niej cCMT, od tego czasu była kilkakrotnie hospitalizowana, miała też operację korekcyjną ścięgien kończyn dolnych. Objawy cCMT narastały powoli, ukończyła szkołę podstawową i zawodową, wyszła za mąż, w 18 r.ż. urodziła syna. W 1998 r. jej mąż zginął w wypadku samochodowym. Urazów głowy, innych poważnych chorób nie przechodziła. Matka pacjent-

ki leczyła się ambulatoryjnie z powodu „nerwicy”, a jej matka – po próbie samobójczej. Brat pacjentki zgłosił się do psychiatry kilka miesięcy po rozpoczęciu przez nią leczenia psychiatrycznego z objawami agorafobii.

Podczas pierwszej wizyty u psychiatry chora stwierdziła, że od 4 lat (od śmierci męża), prawie nie opuszcza domu. Jako powód wskazała, że nie może kontrolować oddawania moczu, że obawia się, iż nie zdąży do toalety, co rzeczywiście zdarzyło się kilkakrotnie (kiedy rodzina zmusiła pacjentkę do opuszczenia domu). Jednocześnie w domu wykonywała wszystkie obowiązki, objawów nietrzymania moczu nie było, nie odczuwała lęku przed zmożeniem się. Z takimi skargami zgłosiła się do kliniki neurologicznej, gdzie wykluczono związek pomiędzy cCMT a nietrzymaniem moczu. W badaniu neurologicznym podczas hospitalizacji stwierdzono zmiany wywołane polineuropatią (zaniki mięśni kończyn górnych i dolnych, wzmożone napięcie mięśniowe kończyn, osłabienie kończyn, osłabienie czucia powierzchniowego). Lekarz rodzinny zlecił lorazepam, pacjentka zażywała lek doraźnie, co pozwalało na krótkotrwałą kontrolę pęcherza. Przyjmowała lorazepam zwykle wtedy, gdy chciała wyjść z domu, ale i wówczas organizowała wyjście tak, by jak najkrócej przebywać poza domem. Odwiedzała tylko jedną kuzynkę, była do niej przewożona przez brata. Jeżeli musiała pójść dokądkolwiek, najważniejsze było, by była tam toaleta. Sama świadomość, że ma do toalety blisko powodowała, że nie moczyła się. W sytuacji większego

napięcia, lęku (np. kiedy pacjentkę próbowano zmuszać do opuszczenia domu), nagłej sytuacji trudnej do przewidzenia, pacjentka mdlała. Dodatkowo skarżyła się na stale towarzyszące uczucie wewnętrznego napięcia i okresowo występujące zaburzenia zasypiania. Zgłosiła się do psychiatry namówiona przez członków rodziny, bez przekonania, że to słuszne. Przyczyny kłopotów w kontroli moczu upatrywała raczej w cCMT.

Podczas tej pierwszej wizyty pacjentka była zorientowana wszechstronnie, napięta, niespokojna. Przyznała, że brat sprawdził wcześniej na jej prośbę rozplanowanie poradni i toalety. Kilkakrotnie wyrażała obawę, czy uda się jej utrzymać mocz. Nastrój był płytko obniżony, bez objawów psychotycznych, bez myśli rezygnacyjnych i samobójczych. Napęd był w normie. Mówiła, że ma dobry apetyt i śpi dobrze.

U pacjentki rozpoznano zaburzenia lękowe i zalecono przyjmowanie citalopramu w dawce 20 mg/die. Udzielono informacji dotyczącej objawów lękowych. Na wizycie kontrolnej po 4 tygodniach leczenia pacjentka stwierdzała poprawę samopoczucia, zmniejszenie wewnętrznego napięcia i oraz podjęcie próby opuszczenia domu, co wiązało się z lękiem, lecz nie wystąpiły objawy związane z układem moczowym. Po 6 tygodniach leczenia zwiększono dawkę citalopramu do 40 mg/die, po kolejnych 2 tygodniach zaczęła opuszczać dom, wychodzić do sklepu, znajomych. Twierdziła, że nie obawia się już moczenia, nie rozmyśla przed każdym wyjściem z domu, czy i gdzie jest toaleta, że zdecydowanie zmniejszyło się wewnętrzne napięcie. Nie skarżyła się na żadne objawy niepożądane związane z zastosowanym leczeniem.

KOMENTARZ

Ze względu na wykluczenie neurologicznego podłoża nietrzymania moczu dolegliwości pacjentki potraktowano jako objawy psychopatologiczne. W rodzinie chorej występowały zaburzenia psychiczne, w tym zaburzenia lękowe. Należy przypuszczać, że istniało podłoże uwarunkowania genetycznego w etiologii jej choroby. Zwraça uwagę szczególnie obraz kliniczny zaburzeń lękowych związany z obawą przed nieutrzymaniem moczu. U chorej stwierdzono przejawy agorafobii: unikała wszelkich ekspozycji, nie wychodziła z domu, odczuwała lęk przed wychodzeniem w miejsca publiczne, towarzyszyło temu uczucie niepokoju, wrażenie omdlenia (a nawet omdlenia). Przy próbach wyjścia z domu pojawiały się takie objawy wzbudzenia autonomicznego, jak niepokój, kołatanie serca. Występowała jednak specyficzne treść obaw (nie zdąży do toalety, nie utrzyma moczu). Kryteria fobii społecznej [2, 3] mówią o wyraźnym unikaniu sytuacji, w których można się zachować w sposób kłopotliwy lub kompromitujący (tu można by uznać, że nagłej sytuacji konieczności udania się do toalety, a w braku tej toalety skompromitowanie się

nieutrzymaniem moczu). Drugim kryterium jest nagła potrzeba oddania moczu (obawa przed oddaniem moczu). Jednak pacjentka nie oceniała tych lęków jako nieracjonalnych, nadmiernych – nie spełniało to kryterium trzeciego fobii społecznej. Wydaje się, że w tym przypadku należy rozpoznać inne zaburzenia lękowe, nieokreślone. W obrazie klinicznym dominował u pacjentki lęk przed utratą kontroli nad pęcherzem moczowym, co doprowadziło do znacznego upośledzenia jej funkcjonowania społecznego, powodowało znacznie nasilone objawy niepokoju, lęku i nawet omdleń, przy próbach „przełamania” obaw i wychodzeniu z domu. Towarzyszyło tym objawom uczucie wewnętrznego napięcia, nasilające się w sytuacjach opuszczania domu oraz wtedy, gdy chora tylko o tym myślała. Pacjentka nie uznawała swoich obaw za nieuzasadnione. Mimo opinii neurologa, była przekonana, że są związane z cCMT.

Z powodu choroby podstawowej (cCMT), w wyborze leczenia farmakologicznego bardzo istotne było uwzględnienie profilu działań niepożądanych leków. Lekami z wyboru w zaburzeniach lękowych są inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) [4]. U chorej z polineuropatią ważne było, że SSRI nie powodują osłabienia sprawności psychoruchowej, nie uzależniają, mogą być stosowane przewlekle, nie mają działania miorelaksacyjnego (jak benzodiazepiny), nie powodują ortostatycznych spadków ciśnienia tętniczego (które mogłyby nasilać zaburzenia utrzymania równowagi występujące u tej chorej, zwiększając ryzyko upadku), drżenia rąk (jak leki trójpierścieniowe) [5]. SSRI wykazują działanie przeciwlękowe, zwalczają objawy lękowe tak skutecznie jak benzodiazepiny [6]. Citalopram, który ma szybki początek działania, był dobrze tolerowany, wywoływał znikome działania niepożądane (pacjentka miała przecież przed leczeniem liczne dolegliwości związane z chorobą podstawową), nie powodował sedacji. Jego zastosowanie przyniosło zmniejszenie objawów lękowych u pacjentki i znaczącą poprawę jej funkcjonowania społecznego.

PIŚMIENNICTWO

1. Charcot-Marie-Tooth Organization. What's CMT? www.charcot-marie-tooth.org.
2. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Kraków, Warszawa: Uniw Wyd Med „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1997.
3. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków, Warszawa: Uniw Wyd Med „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1997.
4. Rybakowski J. Zaburzenia lękowe w postaci fobii. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. Psychiatria. Tom 2. Wrocław: Urban & Partner; 2003: 425–32.
5. Pużyński S. Leki psychotropowe w terapii zaburzeń psychicznych. Warszawa: Ośrodek Informacji Naukowej „Polfa”; 2002: 86–139.
6. Leonard BE, Healy D. Zróżnicowane działanie leków przeciwdepresyjnych. Gdańsk: Via Medica; 2000.