

Depresja czy Choroba Addisona-Biermera – trudności diagnostyczne Opis przypadku

Depression or Addison-Biermer Disease – difficulties in the diagnosis
Case report

Anna Wójcicka, Aldona Stodulska – Blaszkę, Aneta Perzyńska – Starkiewicz

Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Streszczenie

Celem pracy było przedstawienie przypadku rzadko obecnie spotykanych ciężkich i nietypowo przebiegających powikłań psychiatrycznych i neurologicznych w przebiegu choroby Addisona - Biermera – wyprzedzających rozpoznanie tej choroby. Autorki przedstawiły historię choroby 47 letniej kobiety, u której objawy depresyjne były pierwszym objawem choroby Addisona Biermera i na kilka lat poprzedziły pojawienie się zespołu neurologicznego. Właściwe rozpoznanie zostało ustalone po długotrwałej diagnostyce i wykluczeniu innych zespołów chorobowych. Przebieg choroby był bardzo ciężki i pomimo intensywnego leczenia objawy zespołu neurologicznego nie wycofały się całkowicie.

Słowa kluczowe: depresja, choroba Addisona-Biermera, witamina B₁₂

Abstract

The aim was to present a case rarely encountered today, and unusually heavy running psychiatric and neurological complications in the course of Addison's -Biermer disease - pre-emptive diagnosis of this disease. The authors presented a history of the 47 year old woman who's symptoms of depression were the first symptoms of Addison's - Biermer disease, and preceded appearance of the neurological syndrome for several years. A proper diagnosis was established after long-term diagnosis and exclusion of other syndromes. The disease course was very heavy, and despite intensive treatment of neurological symptoms have not withdrawn completely.

Keywords: depression, Addison-Biermer disease, vitamin B₁₂

Wstęp

Związek między stanem psychicznym i somatycznym jest znany od bardzo dawna, już Platon uważał, że organizm człowieka stanowi jedność psychofizyczną. Przeszło 90 lat temu Karol Bonhoeffer stwierdził, że zaburzenia psychiczne obserwowane w chorobach somatycznych różnią się od innych chorób psychicznych i wprowadził do literatury przedmiotu pojęcie „egzogenny typ reakcji psychofizycznych” [1]. Obecnie uważa się, że każda choroba somatyczna może doprowadzić do wystąpienia zaburzeń psychicznych. W przebiegu przewlekłych schorzeń somatycznych do najczęstszych zaburzeń należą zaburzenia depresyjne i lękowe. Zaburzenia depresyjne mogą stanowić objawy prodromalne różnych chorób somatycznych. Objawy zaburzeń psychicznych mogą występować w postaci splatania, depresji, psychoz paranoidalnych, zespołów amnestycznych czy otępienia [2,3]. Depresja, otępienie i zaburzenia psychiczne są często związane z niedoborem witaminy B₁₂ i kwasu foliowego [4]. Częstość występowania objawów zaburzeń psychicznych w niedokrwistości złośliwej nie została ustalona. Rozpoznanie nie jest trudne u chorych, u których występują typowe zmiany

hematologiczne, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego i objawy uszkodzenia układu nerwowego [5].

Opis przypadku

47 – letnia kobieta została skierowana do Kliniki Psychiatrii przez lekarza rodzinnego z powodu trwającego ponad pół roku i nasilającego się osłabienia, trudności w mobilizowaniu się do pracy, obniżenie nastroju, lęku. Na kilka dni przed hospitalizacją ksoalnie zaczęła interpretować zachowanie otoczenia, czuła się obserwowana. Towarzystwo temu poczucie gorszej pamięci, trudności w koncentracji uwagi oraz wydłużenie snu.

Z wywiadu wiadomo, że w dzieciństwie rozwijała się prawidłowo. Ukończyła studia wyższe i podjęła pracę zawodową. Od ponad 20 lat pracuje w tej samej instytucji. Rodzice żyją, poważniej nie chorowali. Przed rokiem z powodu nowotworu CUN zmarła jej młodsza siostra. Związek małżeński zawarła przed 27 laty. Ma 2 dzieci w wieku 12 i 15 lat. Małżeństwo swoje uważa za niezbyt udane z powodu nadużywania przez męża alkoholu. Z tego też powodu w domu dochodziło do konfliktów. Przed 20 laty zdiagnozowano u pacjentki nadczynność

tarczycy. Była leczona Metizolem. Jest pod stałą opieką endokrynologa. Od kilku lat nie wymaga leczenia. Przebyła także operację usunięcia wyrostka robaczkowego. Alkohol pije sporadycznie, papierosów nie pali. Od dwóch lat, szczególnie w okresach jesiennych, czuła się osłabiona. Towarzyszyły temu: poczucie braku siły, spadek nastroju, lęk, trudności w mobilizowaniu się do pracy, poczucie gorszej pamięci, trudności z koncentracją uwagi oraz wydłużenie snu. Lepiej funkcjonowała wieczorami. Z powodu problemów wynikających z alkoholizmu męża korzystała z porad psychiatry i psychologa. Przed rokiem do wyżej wymienionych dolegliwości dołączyły się trudności w chodzeniu oraz okresowo pojawiające się parestezie. Od około 2 lat ma zaburzenia miesiączkowania. Osiem dni przed hospitalizacją psychiatryczną, z powodu przedłużającego się krwawienia z dróg rodnych, miała wykonaną abrazję jamy macicy. W badaniu histopatologicznym wyskrobin stwierdzono endometrium proliferativus focale hyperplasticus. Po hospitalizacji w oddziale ginekologicznym znacznie nasilił się u pacjentki lęk, poczucie zagrożenia, obniżenie nastroju, utrata zainteresowań oraz spadek łaknienia. Zaczęła wypowiadać urojenia prześladowcze. Przy przyjęciu do kliniki psychiatrii potwierdziła powyższe objawy wraz z zaburzeniami rytmu dobowego. W badaniu fizykalnym stwierdzono: akcja serca miarowa, tony czyste, głośnie, RR 90/60mmHg. Skóra blada, teleangiektazje na zewnętrznych stronach ud, oba płaty gruczołu tarczowego nieco powiększone. BMI wynosił 26,3 i wskazywał na niewielką nadwagę. W dniu przyjęcia zwracało uwagę: znaczne obniżenie nastroju, lęk, wyraźne zaburzenia rytmów dobowych, spowolnienie mowy, osłabienie siły i napięcia mięśniowego w kończynach górnych i dolnych oraz osłabienie czucia powierzchownego w rejonie prawego podudzia i prawego przedramienia, chód powolny, drobnymi krokami. Objaw Babińskiego był niejednoznaczny. Ze względu na istniejącą psychopatologię (m.in. znacznie nasilony lęk, myśli rezygnacyjne, ujemny bilans życiowy i nastawienia prześladowcze) rozpoczęto leczenie Perazyną w dawce 100mg/d i witaminą B complex. Morfologia krwi w dniu przyjęcia przedstawiała się następująco: WBC 5,50K/uL; LYM 1,61; RBC 3,00 M/uL; HGB 8,78g/dL; MCV 82,8fl; MCH 29,3pg; MCHC 35,4g/dL; PLT 153K/uL

Przeprowadzone badania w kierunku boreliozy, chorób pasożytniczych, chorób tarczycy oraz na krew utajoną w kale dały wynik ujemny.

Ze względu na zgon siostry pacjentki z powodu nowotworu CUN oraz skargi na trudności w poruszaniu się, występujące parestezie i zaburzenia czucia wykonano badanie CT głowy i MRI kręgosłupa. Poza niewielką prawostronną skoliozą odcinka szyjno-piersiowego i drobnymi zmianami o charakterze spondylozy w odcinku szyjnym, ze spłyceniem lordozy badanie MRI nie wykazało innych zmian.

W związku z narastaniem w ciągu dwóch tygodni objawów neuropatii obwodowej, objawów tylnosnurowych oraz niedokrwistości dalszą diagnostykę poprowadzono w kierunku choroby Addisona-Biermera. Poziom witaminy B₁₂ wynosił 120pg/ml (norma 180-900), żelaza w surowicy krwi - 170µg/dl. Morfologia krwi przedstawiała się następująco: WBC 2,9K/uL; LYM 1,5; RBC 2,31M/uL; HGB 6,0g/dl; MCV 74,0fl; MCH 26,0pg; MCHC 35,1g/dL; PLT 91K/uL.

Do leczenia włączono witaminę B₁₂ w dawce 1000µg/d domięśniowo, codziennie przez 10 dni, następnie 3 razy w tygodniu przez 3 tygodnie potem 2 razy w tygodniu przez kolejne 3 tygodnie. W następnym etapie włączono do leczenia kwas foliowy w dawkach zalecanych przez hematologa. Ze względu na spadki ciśnienia tętniczego krwi i utrzymujący się nastrój depresyjny perazynę zamieniono na chlorprotiksen w dawce 30mg/noc. Uzyskano niewielką poprawę nastroju i całkowitą normalizację snu. W wyniku rehabilitacji znacznie poprawiła się sprawność ruchowa pacjentki. Po wypisie z kliniki psychiatrii pacjentka była leczona w oddziale rehabilitacji. Obecnie porusza się samodzielnie z laską łokciową. Jest pod stałą opieką lekarza hematologa, endokrynologa i neurologa. Nie wymaga leczenia psychiatrycznego.

Omówienie

W przedstawionym przypadku zaburzenia depresyjne na kilka lat wyprzedziły objawy kliniczne choroby Addisona - Biermera. Depresja, otępienie i zaburzenia psychiczne są często związane z niedoborem witaminy B₁₂ i kwasu foliowego, zwłaszcza w późniejszym wieku [5]. W dostępnym piśmiennictwie uważa się, że zaburzenia neurologiczne oraz zaburzenia psychiczne nie zawsze są skorelowane ze zmianami we krwi i mogą na pewien czas wyprzedzać zaburzenia hematologiczne [6]. Częściej jednak w piśmiennictwie spotyka się stanowisko, że zaburzenia psychiczne pojawiają się dopiero w miarę postępów choroby. Ponieważ zaburzenia psychiczne często mogą stanowić objawy prodromalne różnych chorób somatycznych, dlatego też badania dodatkowe oraz ocena stanu somatycznego jest szczególnie ważna albowiem chorzy nie podają typowego wywiadu o dolegliwościach somatycznych, gdyż uwaga ich koncentruje się na przeżyciach psychicznych.

Piśmiennictwo

1. Bilikiewicz T. Psychiatria Kliniczna. Warszawa: PZWL; 1979, wyd. VI, s.449-450
2. Kozubski W., Prusiński A. Zespoły niedoborowe i zatrucia układu nerwowego. Niedobór witaminy B₁₂. W: Mazur R., Kozubski W., Prusiński A. red., Podstawy neurologii. wyd. I. Warszawa: PZWL; 1999; s. 368-369.
3. Mumenthaler M., Mattle H. Zaburzenia metaboliczne z istotnymi zmianami w rdzeniu kręgowym. Niedobór witaminy B₁₂ i schorzenia sznurów rdzenia. Zwyródnienie sznurów rdzenia.

- W: Mumenthaler M., Mattle H. red., Neurologia. wyd. 3, Wrocław: Urban & Partner; 2001, s. 465-466.
4. Członkowska A., Członkowski A. Niedobory witaminowe. Niedobór witaminy B₁₂. W: Członkowska A., Członkowski A. red., Diagnostyka i leczenie w neurologii. wyd. I. Warszawa: IPIŃ; 1992, s. 260.
 5. Herrmann W, Lorenz S, Obeid R. Review of the role of hyperhomocysteinemia and B-vitamin deficiency in neurological and psychiatric disorders: current evidence and preliminary recommendations. Fortschr Neurol Psychiatr., 2007; 75(9): 515-527.
 6. Durand C., Mary S., Dollfus S. Psychiatric manifestations of vitamin B₁₂ deficiency: case report. Encephale, 2003; 29(6); 560-565.

Correspondence address

Anna Wójcicka
Katedra i Klinika Psychiatrii UM w Lublinie,
Lublin, ul. Głuska 1, 20-439 Lublin