

Psychoza paranoidalna w przebiegu wirusowego zapalenia mózgu – opis przypadku

The paranoid psychosis in the course of a viral encephalitis – a case study

Bogusław Helon, Roman Mięka

Z Samodzielnego Publicznego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Żurawicy
Dyrektor: lek. med. J. Barket

Summary: This article describes an inpatient case treated at the Mental Hospital in Żurawica, in which an appearance of a viral (herpetic ?) encephalitis was preceded by a paranoid syndrome. One of many clinical situations, when an appearance of a somatic disease was preceded by manifestation of psychic disturbances, was demonstrated in this article.

Słowa kluczowe: psychoza paranoidalna, wirusowe zapalenie mózgu, opis przypadku
Key words: paranoid psychosis, viral encephalitis, case study

Przeszło 90% wszystkich nieropnych zapaleń mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych w Polsce ma etiologię wirusową. Zakażenia mogą być egzogenne, które przeważają, i endogenne. W zakażeniach egzogennych podstawową rolę odgrywają wirusy neurotroczne, czyli te, dla których komórki nerwowe mają receptory pozwalające doprowadzić do fazy wstępnej zakażenia (adsorpcji). Wirusy przedostają się do organizmu poprzez układ oddechowy, pokarmowy, skórę, drogą płciową i bezpośrednio do krwiobiegu. Zakażenie to ma przebieg dwufazowy. Początkowo przez mniej więcej tydzień występują objawy grypopodobne lub dyspeptyczne z temperaturą do około 38°C, potem następuje stan pozornego zdrowia trwający do kilkunastu dni. W drugiej fazie zakażenia pojawia się ponowny wzrost gorączki powyżej 38°C z towarzyszącymi objawami z ośrodkowego układu nerwowego. Zachorowania endogenne są spowodowane uaktywnieniem się w warunkach obniżonej odporności komórkowej przewlekłego utajonego zakażenia wirusowego w obrębie OUN. Wirusy te lokalizują się często w zwojach nerwowych OUN, zwłaszcza nerwu trójdzielnego. Choroba w tych przypadkach może zaczynać się zaburzeniami neurologicznymi, z reguły mózgowymi, do których nie zawsze dołączają objawy oponowe. U około 20% chorych stwierdza się objawy śladowe lub zupełny ich brak. Zachorowania takie wywoływane mogą być między innymi przez wirusy

z grupy Herpes simplex t. I. W przypadku opryszczkowego zapalenia mózgu trudności diagnostyczne stwarzają przypadki rozpoczynające się zaburzeniami psychicznymi, bez żadnych objawów wstępnych wskazujących na uogólnione zakażenie wirusowe. Zaburzenia te przypominają najczęściej psychozę paranoidalną, halucynozę, zespół maniakałny, psychozy z zaburzeniami świadomości. Chorzy hospitalizowani są najpierw na oddziałach psychiatrycznych i dopiero pojawienie się objawów neurologicznych wskazujących na tło organiczne choroby, zwraca uwagę lekarzy w kierunku zapalenia mózgu. Przebieg wirusowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu zależy od rodzaju wywołującego go patogenu, ciężkości zespołu klinicznego, ogólnego stanu pacjenta oraz skuteczności stosowanego leczenia.

Leczenie wirusowych zapaleń mózgu należy do trudnych zadań. Rokowanie jest bardzo poważne. Od czasu wprowadzenia acycloviru (Zovirax) i gancycloviru (Cymevene) śmiertelność zmniejszyła się z 70 % do 30 %. Sterydy mają zastosowanie tylko w wybranych przypadkach. U chorych z powikłaniami psychicznymi stosuje się neuroleptyki i leczenie objawowe. Część przypadków kończy się wyzdrowieniem, w innych pozostają trwałe następstwa. Zdarzają się też nawroty po zakończeniu kuracji.

Opis przypadku

Pacjentka A.S. w wieku 24 lat, panna, bezdzietna, z wykształceniem zawodowym, mieszkająca z rodziną, hospitalizowana psychiatrycznie pierwszy raz. Do szpitala została przywieziona karetką pogotowia ratunkowego w kaftanie bezpieczeństwa. Ze skierowania wynika, że od kilku dni pogorszył się jej stan psychiczny – uciekała z domu bez powodu, wypowiadała urojenia, halucynowała, była wylękniona, pobudzona psychoruchowo i agresywna względem najbliższych z otoczenia. Wyraziła wówczas ustną zgodę na przewiezienie do szpitala psychiatrycznego.

W izbie przyjęć była przytomna, w niepokoju psychoruchowym, nie nawiązywała kontaktu słownego, była wylękniona, sprawiała wrażenie halucynującej słuchowo, dereistyczna. Tu nie wyraziła zgody na hospitalizację i została przyjęta bez zgody, na podstawie art. 23 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, z rozpoznaniem wstępnym: „*zespół paranoidalny*”.

Pacjentka 5 dni wcześniej została zarejestrowana w rejonowej Poradni Zdrowia Psychicznego z rozpoznaniem wstępnym: *zespół urojeniowy*. Wówczas dowieziona była do PZP przez rodzinę, gdyż doszło do zmiany jej zachowania – stała się zamknięta w sobie, beczynna, unikała kontaktów z ludźmi, była wylękniona, bezsenna, straciła apetyt.

Z wywiadu od rodziny pacjentki: przebieg ciąży i porodu bez powikłań, rozwój we wczesnym dzieciństwie prawidłowy. Naukę w zakresie szkoły podstawowej podjęła w terminie, uczyła się średnio, klas nie powtarzała, nie sprawiała trudności wychowawczych. Ukończyła zasadniczą szkołę zawodową, zdobyła zawód krawcowej, ale pracy zawodowej nie podjęła. Mieszkała cały czas z rodzicami. Somatycznie poważnie nie chorowała. W najbliższej rodzinie chorób psychicznych ani uzależnień nie było. Rodzice zauważyli zmianę w jej zachowaniu – zaczęła się izolować, opowiadać dziwne rzeczy („w domu jest diabeł, matka ją prześladowuje, wszyscy jej dokuczają i życzą jej

źle”), dużo czasu spędzała przed lustrem („jakby coś zmieniło się w jej wyglądzie”), przestała jeść regularnie, w nocy nie spała, wyraźnie czegoś się bała, z czasem zaczęła zachowywać się agresywnie.

Rodzice zgłosili się z córką do lekarza psychiatry, który rozpoznał schizofrenię i zlecił neuroleptyk, jednak leczenie nie zostało podjęte. W bezpośrednim okresie przed hospitalizacją chora stała się bardzo agresywna, zdemolowała mieszkanie, groziła odebraniem sobie życia. Na oddziale pobudzona psychoruchowo, nie nawiązywała kontaktu, była w wyraźnym lęku, niepokoju, sprawiała wrażenie halucynującej słuchowo. Z uwagi na zachowanie agresywne zastosowano zabezpieczenie mechaniczne. Podjęto leczenie neuroleptykiem oraz zlecono antybiotyk, ponieważ konsultujący internista rozpoznał zapalenie oskrzeli. W badaniu neurologicznym nie stwierdzono objawów ogniskowego uszkodzenia ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, objawy oponowe były ujemne.

Na uwagę zasługuje fakt, że śluzówki warg były pokryte pęcherzykami wypełnionymi płynem surowicznym, niektóre treścią ropną. Wyniki podstawowych badań laboratoryjnych były w normie. Po prawie 2 dobach hospitalizacji doszło do znacznego pogorszenia się stanu somatycznego – wystąpiła wysoka temperatura, ok. 39°C, ilościowe zaburzenia świadomości, drobnofaliste drżenia całego ciała, pobudzenie w obrębie łóżka. Pomimo leczenia objawowego stan chorej nie poprawiał się, temperatura nie spadała. Lekarz dyżurny zdecydował o przeniesieniu pacjentki na Oddział Neurologii, gdzie została przyjęta. Wówczas w badaniu neurologicznym, poza ilościowymi zaburzeniami świadomości, stwierdzono:

- wzmożenie napięcia mięśniowego we wszystkich kończynach,
- płytszy lewy fałd nosowo-gardłowy,
- gałki oczne w zezie rozbieżnym,
- dodatkowo objawy oponowe: sztywności karku oraz Kerniga,
- ruchy mimowolne kończyn górnych o typie „skubania”,
- drżenie grubofaliste kończyn dolnych,
- ruchy mimowolne typu „grymasowania” w obrębie twarzy,
- prawidłowe dno oka.

Badający neurolog zwrócił również uwagę na wygląd śluzówek jamy ustnej. Odbyło się wiele konsultacji specjalistycznych, w tym także laryngologiczna, która potwierdziła zmiany opryszczkowe śluzówek jamy ustnej i warg. Wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego był prawidłowy. Z uwagi na utrzymujący się bardzo ciężki stan ogólny – zaburzenia oddychania (oddech Cheyne–Stockesa), temperaturę 41°C – chorą przeniesiono na oddział intensywnej terapii, gdzie ponownie dwukrotnie wykonano badanie płynu mózgowo-rdzeniowego; wyniki także były prawidłowe. Posiew bakteriologiczny wykazał obecność *Streptococcus viridans*. Z uwagi na ograniczenia diagnostyczne nie wykonano badań wirusologicznych płynu mózgowo-rdzeniowego.

Dwukrotnie wykonana była tomografia komputerowa głowy:

1. „Zapalne (?) hypodensyjne obszary płatów skroniowych i dyskretne odczynowe (?) zmiany przestrzeni podpajęczynówkowej biegunów czołowych obu półkul”.

Ñiãłđćříćł

Đđłãññřãēłłñ çēćíč÷łñęłł řřãēłłćłćł đřöčłłñęč ã łãłłññãłłłłñē ãłēũłłćłł ãē łđãłłũłł č đñčđč÷łñęččł ãłēũłłũłł ã ł. Čłđřãčłř. Ó ãłēũłłñē đřđřłłćãřēũłłũłł ñćłãđłē đđłãřłłñãłłãřē đřł ãēłłćłłł ãčđđłłũłłãł (ãłđđłłñ?) ýłłłōřēčñř.

Đđłãññřãēłłř łãłř çç ēłłãčł çēćíč÷łñęčłł ñčñłřłčē, đřł ãēłłćłł đñčđč÷łñęčłł řđđłřłłćē çłłñđłē đđłãřłłñãłłłñ ñłēřñč÷łñęčłłēłł çřãłēłãřłłćłł.

Paranoide Psychose im Verlauf der viralen Enzephalitis – Fallbeschreibung

Zusammenfassung

Der Artikel beschreibt den Fall einer Patientin aus dem Krankenhaus für Psychisch- und Nervenkrankte in Żurawica, bei der dem paranoiden Syndrom das Auftreten von der viralen Enzephalitis (Herpesenzephalitis?) vorausging.

Eine von vielen klinischen Situationen wurde beschrieben, wo dem Auftreten von psychischen Störungen das Auftreten einer somatischen Krankheit vorausgeht.

La psychose paranoïde au cours de l'encéphalite de virus – description d'un cas

Résumé

L'article décrit le cas d'une patiente de l'Hôpital Psychiatrique de Żurawica souffrant de l'encéphalite de virus (herpétique?) précédé du syndrome paranoïde. Les auteurs présentent une de plusieurs situations cliniques où les troubles psychiques précèdent la maladie somatique.

Płsmłennłctwo

1. Bilikiewicz A i in. *Psychiatria kliniczna*, t. I. Wrocław: Wyd. Medyczne Urban & Partner; 2002.
2. Bilikiewicz A, red. *Psychiatria*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1998.
3. Mazur R i in. *Podstawy kliniczne neurologii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1998.
4. Blaškovič D, Kaňtoch M. *Wirusologia lekarska*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1984.
5. Herman E. *Diagnostyka chorób układu nerwowego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1982.
6. Warlow C. *Neurologia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1996.
7. Wald I, Członkowska A. *Neurologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1987.
8. Loren A, Rolak. *Sekrety neurologii*. Warszawa: D.W. Publishing – Poland; 1996.
9. Chimiak-Drozdowska E. *Viral encephalitis as an etioepihenetic complication. Diagnostic difficulties*. Psychiatr. Pol. 1985; 19, 6: 500.
10. Howard JS 3rd. *Herpes encephalitis, schizophrenia and the crossroads of psychiatry*. Integr. Physiol. Behav. Sc. 1996; 31, 30: 219–223.
11. Zakrzewska B i in. *Diagnostic difficulties in acute viral encephalitis associated with mental disorders (a case of acute catatonia in herpes simplex encephalitis)*. Neurol. Neurochir. Pol. 1989; 23, 4–6: 363–367.
12. Brainin M i in. *Acute viral encephalitis with primary psychosis symptoms – diagnosis, course and prognosis*. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 1982; 50, 12: 387–395.

Otrzymano: 12.12.2002

Zrecenzowano: 13.03.2003

Przyjęto do druku: 8.07.2003

Adres: Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych
37-710 Żurawica k. Przemyśla
ul. Różana 9