

Objawy psychotyczne jako powikłanie przebiegu leczenia elektrowstrząsowego – opis przypadku

Psychotic symptoms as a complication of electroconvulsive therapy – a case report

Anna Antosik-Wójcińska, Magdalena Chojnacka, Łukasz Święcicki

Oddział Chorób Afektywnych, II Klinika Psychiatryczna IPiN w Warszawie

Summary

We report a patient who experienced atypical symptoms in the course of electroconvulsive therapy (ECT). During ECT treatment patient experienced psychotic symptoms which should be differentiated with prolonged delirium and nonconvulsive status epilepticus. 46-year-old female was referred to hospital with a diagnosis of major depressive disorder with no psychotic features in the course of recurrent depression. Despite several changes of pharmacological treatment no improvement was achieved, therefore it was decided to initiate ECT. Physical and neurological examination revealed no deviations from the norm. The results of other tests (CT and EEG) were normal. 4 bilateral, bitemporal ECT procedures were performed. The course of each procedure was typical, the same doses of anesthetic medication and pulse dose was administered throughout all of the procedures. The duration of seizure was 32–40 s. Despite this mental symptoms observed during the course of the treatment differed from known to the authors from both their own experience and from literature. Delusions of reference, persecution, agitation, oneiric delusions and olfactory hallucinations which appeared after the 4th ECT session maintained for 14 days and resolved after treatment with olanzapine.

To the best of our knowledge, this is the first report on delusions of reference and persecution, oneiric delusions and olfactory hallucinations associated with the course of ECT.

Słowa klucze: leczenie elektrowstrząsowe, psychoza, omamy węchowe

Key words: electroconvulsive therapy, psychosis, olfactory hallucinations

Wstęp

Depresja lekooporna jest jednym ze wskazań psychiatrycznych do zastosowania leczenia elektrowstrząsowego (EW) [1]. Leczenie EW jest zazwyczaj dobrze tolerowane, 75% zabiegów nie wiąże się z wystąpieniem działań niepożądanych [1], zaś najczęściej występujące działania niepożądane są łagodne i samoistnie ustępują. Ryzyko wystąpienia zagrażających życiu powikłań szacuje się na 1:50 000 [2], stąd leczenie EW uważa się za bezpieczną metodę terapii. Najczęstsze dolegliwości po zabiegu obejmują łagodne bóle mięśni, zawroty i bóle głowy oraz nudności [1]. Objawy te zwykle ustępują w ciągu 24 godzin po EW [1, 3]. U pacjentów z chorobami układu krążenia przeprowadzenie zabiegu jest związane ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych. Dość powszechnie występującym powikłaniem EW są krótkotrwałe zaburzenia świadomości utrzymujące się zwykle przez mniej niż godzinę po zabiegu [1, 3]. W opinii niektórych autorów zaburzenia świadomości mogą występować aż u 52% chorych [4]. Występowanie przedłużonych zaburzeń świadomości jest rzadkim powikłaniem EW, opublikowano dotąd zaledwie kilka prac opisujących te zaburzenia trwające dłużej niż kilka godzin. Do czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń świadomości o typie majaczenia należą przedłużona czynność napadowa w zapisie EEG oraz podeszły wiek. Do najczęstszych działań niepożądanych związanych z leczeniem EW należą także zaburzenia pamięci, zarówno przemijające zaburzenia pamięci krótkotrwałej (werbalnej i wzrokowej), jak i długotrwałej – deklaratywnej i niedeklaratywnej. Problemem zgłaszanym często przez pacjentów są zaburzenia pamięci deklaratywnej, które mogą utrzymywać się nawet do kilku miesięcy [1].

Zainteresowanie autorów wzbudził nietypowy przebieg EW u młodej kobiety, przyjętej do szpitala z powodu depresji w przebiegu zaburzeń depresyjnych nawracających.

Prawdopodobnie jest to pierwsze doniesienie opisujące przypadek wystąpienia jako powikłania leczenia EW urojeń odnoszących, prześladowczych i onirycznych oraz omamów węchowych.

Opis przypadku

Pacjentka, 46-letnia kobieta, została przyjęta na Oddział Chorób Afektywnych z powodu braku skuteczności leczenia przeciwdepresyjnego prowadzonego w warunkach ambulatoryjnych (była przez odpowiedni czas leczona dawkami terapeutycznymi wenaflaksyny, amitryptyliny, mirtazapiny, doksepiny, mianseryny w skojarzeniu z lekami normotymicznymi – karbamazepiną i lamotryginą oraz lekami przeciwpsychotycznymi – sulpirydem, olanzapiną i kwetiapiną). Przy przyjęciu pacjentka była w niepokoju, nastroj i napęd były obniżone, skarżyła się na zaburzenia snu, brak apetytu i zaburzenia koncentracji uwagi oraz niepokój, relacjonowała liczne niespecyficzne dolegliwości somatyczne, zaprzeczała obecności myśli samobójczych, badanie psychiatryczne nie ujawniło obecności objawów psychotycznych, również wywiad zebrany od chorej nie wskazywał na ich występowanie w przeszłości. Analiza dokumentacji medycznej wskazywała, że leki przeciwpsychotyczne były stosowane jako potencjalizacja

leczenia przeciwdepresyjnego, nigdy bowiem w przebiegu choroby nie występowały objawy psychotyczne. Stosowane w trakcie hospitalizacji próby optymalizacji leczenia farmakologicznego (modyfikacja dawek wenlafaksyny, mirtazapiny i kwetiapiny) nie przyniosły poprawy stanu psychicznego, zdecydowano zatem o wdrożeniu terapii elektrowstrząsami.

Odstawiono leki, wykonano niezbędną kwalifikację neurologiczną, internistyczną, anesteziologiczną oraz konieczne badania laboratoryjne i obrazowe. Wyniki badania CT mózgu oraz EEG były prawidłowe. Stan somatyczny pacjentki był dobry, nie leczyla się ona z powodu chorób neurologicznych czy internistycznych. Po przeprowadzeniu koniecznych badań nie stwierdzono przeciwwskazań do EW i rozpoczęto serię zabiegów elektrowstrząsowych (EW dwustronne, dwuskroniowe). Dawka ładunku elektrycznego została wstępnie ustalona. Szerokość impulsu, częstotliwość i natężenie były w trakcie wszystkich zabiegów takie same i wynosiły odpowiednio: 0,50 ms, 10–30 Hz, i 0,89–0,91 A. Przebieg poszczególnych zabiegów był typowy, stosując te same dawki środków anestetycznych oraz ładunku elektrycznego uzyskiwano wyładowanie napadowe o czasie trwania 32–40 sekund. Pomimo podawania takiej samej dawki ładunku elektrycznego, takiej samej procedury znieczulenia oraz tych samych dawek leków anestetycznych, stan pacjentki po wykonaniu pierwszych trzech zabiegów oraz po wykonaniu ostatniego – czwartego zabiegu znacząco różnił się od siebie. Przebieg pierwszych trzech zabiegów odbył się bez powikłań, po zabiegach pacjentka uskarżała się na zaburzenia pamięci, nie były one jednak zauważalne podczas standardowego badania psychiatrycznego. Po czwartym zabiegu zaobserwowano gwałtowny wzrost niepokoju, pojawiły się urojenia odniesienia, pacjentka wypowiadała również urojenia prześladowcze i zgłaszała myśli samobójcze. Utrzymywały się one przez kolejne dwa dni, następnie dołączyły do nich urojenia oniryczne („Nie wiem, czy to sen, czy jawa, czy to się dzieje naprawdę, chcę się obudzić, myślę, że połknęłam tabletki z trucizną, dlatego piję wodę i próbuję sprowokować wymioty”). Pacjentka twierdziła, że „EW powoduje uszkodzenie pamięci”, że „każdy jest przeciwko niej, wszyscy chcą ją skrzywdzić”. Twierdziła, że „na oddziale psychiatrycznym dzieją się dziwne, niepokojące rzeczy”, relacjonowała omamy węchowe, twierdziła, że „czuje zapach moczu i odchodów”. Chora była przy tym prawidłowo zorientowana w czasie i miejscu, choć urojeniowo interpretowała sytuację. Pacjentka otrzymywała klorazepat domięśniowo, jednak nie odnotowano poprawy. Ze względu na utrzymujące się pobudzenie psychoruchowe była unieruchamiana pasami bezpieczeństwa. Zrezygnowano z kontynuacji leczenia EW i włączono leczenie olanzapiną. Pacjentka nie wyraziła zgody na leczenie, dlatego olanzapina była podawana w formie domięśniowej w iniekcjach. W trakcie leczenia obserwowano stopniowe ustępowanie objawów psychotycznych. Po 14 dniach od ostatniego zabiegu EW i 11 dniach leczenia olanzapiną uzyskano poprawę stanu psychicznego, zaobserwowano ustąpienie urojeń, omamów węchowych i niepokoju, jak również poprawę nastroju i napeędu, ustąpienie myśli samobójczych oraz zaburzeń snu i apetytu. Pacjentka została wypisana ze szpitala w stanie psychicznym wyrównanym. Przy wypisie rozpoznano, zgodnie z klasyfikacją ICD-10, epizod depresyjny ciężki z objawami psychotycznymi w przebiegu zaburzeń depresyjnych nawracających. Kontynuowano leczenie pacjentki olanzapiną w dawce 15 mg/d przez kilka kolejnych

miesiący po wypisie ze szpitala. Stan psychiczny chorej w tym czasie pozostawał stabilny. Próba odstawienia olanzapiny w warunkach ambulatoryjnych zakończyła się jednak niepowodzeniem ze względu na wyraźne zwiększenie lęku.

Dyskusja

Przebieg leczenia EW uznano za odmienny od opisywanych w literaturze, jak również od znanego autorom z własnych doświadczeń klinicznych.

Występowanie psychoz ponapadowych o zróżnicowanej fenomenologii zostało dobrze opisane u pacjentów z ogniskowymi i uogólnionymi postaciami padaczki i mają one bezpośredni związek z wystąpieniem napadu lub serii napadów, jednak zaburzenie to zwykle nie występuje w trakcie EW [5], wręcz przeciwnie – wywołanie uogólnionej czynności napadowej jest powszechnie uznawane za jedną z metod leczenia takich psychoz. Skuteczność EW w zwalczaniu objawów psychotycznych jest prawdopodobnie związana z wpływem na przekąźnictwo dopaminergiczne i serotonergiczne, wydzielanie mózgowego czynnika neurotropowego (BDNF) i modulację w obrębie układu immunologicznego [6, 7].

Przeglądając dostępną literaturę dotyczącą EW, autorzy natrafili tylko na jedno krótkie doniesienie dotyczące ryzyka wystąpienia objawów psychotycznych po zabiegu EW, jednak autorzy tej pracy nie potrafili wyjaśnić przyczyny tego powikłania [5]. Według niektórych badaczy psychoza ponapadowa może być przejawem niedrgawkowego stanu padaczkowego [8]. W opisywanym przypadku nie można wykluczyć takiej ewentualności, ponieważ w momencie wystąpienia objawów psychotycznych nie wykonano badania EEG [9] (głównie ze względu na pobudzenie psychoruchowe, brak współpracy i konieczność unieruchamiania pacjentki). Warto jednak zauważyć, że kilkakrotne podawanie benzodiazepin (klorazepat) nie przyniosło jakiegokolwiek poprawy stanu psychicznego, co przeczy tej hipotezie. Objawy psychotyczne takie jak omamy, urojenia i zaburzenia myślenia po EW mogą także występować w przebiegu zaburzeń świadomości o typie majaczenia [10–13]. W przypadku tej pacjentki psychoza ponapadowa powinna być różnicowana z przedłużającym się majaczeniem, jednak argumentami podważającymi to rozpoznanie jest to, że pacjentka była przez cały czas prawidłowo wszechstronnie zorientowana, w logicznym kontakcie, oraz fakt, że objawy utrzymywały się przez 14 dni. Możliwość wystąpienia objawów psychotycznych jako rzadkiego, ale poważnego w swym przebiegu powikłania leczenia EW potwierdza również przypadek starszego pacjenta leczonego z powodu zaburzeń depresyjnych, u którego w trakcie leczenia EW wystąpiły halucynacje muzyczne [14]. W jego przypadku omamy słuchowe pojawiły się po drugim zabiegu EW i utrzymywały się w trakcie całej serii zabiegów, ustąpiły zaś kilka dni po wykonaniu ostatniego zabiegu.

Wystąpienie urojeń odnoszących, prześladowczych i onirycznych oraz omamów węchowych w związku z prowadzonym leczeniem elektrowstrząsowym nie było dotąd opisywane. Dalsze badania w tym zakresie mogą ujawnić rzeczywistą częstość pojawiania się tego powikłania oraz związek pojawiania się objawów psychotycznych z przebiegiem leczenia elektrowstrząsowego, jednak wymaga to systematycznej wielośrodkowej analizy prowadzonej w dużych grupach chorych leczonych EW.

Piśmiennictwo

1. Hese RT, Zyss T. *Leczenie elektrowstrząsami w praktyce klinicznej*. Wrocław: Elsevier Urban&Partner; 2007.
2. Weiner RD, Coffey CE, Fochtmann LJ, Greenberg RM, Isenberg KE, Kellner CH i wsp. *The practice of ECT. Recommendation for treatment, training and privileging*. A Task Force Report of the American Psychiatric Association. 2nd ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association Inc; 2001. Indications for the use of electroconvulsive therapy; pp. 24–5.
3. Zyss T, Hese RT, Zięba A. *Przygotowanie pacjenta do zabiegów elektrowstrząsowych*. Med. Prakt. Psychiatr. 2008; 1(2): 99–111.
4. Kikuchi A, Yasui-Furukori N, Fujii A, Katagai H, Kaneko S. *Identification of predictors of postictal delirium after electroconvulsive therapy*. Psychiatry Clin. Neurosci. 2009; 63: 180–185.
5. Zvil AS, Pomeranza A. *Transient postictal psychosis associated with the course of ECT*. Convuls. Ther. 1997; 13(1): 32–36.
6. McCormick LM, Yamada T, Yeh M, Brumm MC, Thatcher RW. *Antipsychotic effect of electroconvulsive therapy is related to normalization of subgenual cingulate theta activity in psychotic depression*. J. Psychiatr. Res. 2009; 43: 553–560.
7. Rosenquist PB, Miller B, Pillai A. *The antipsychotic effects of ECT: a review of possible mechanisms*. J. ECT 2014; 30(2): 125–131.
8. Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. *Psychiatria*. Wrocław: Elsevier Urban&Partner; 2011.
9. Pogarell O, Ehrentraut S, Rütther T, Mulert C, Hegerl U, Möller HJ. i wsp. *Prolonged confusional state following electroconvulsive therapy – diagnostic clues from serial electroencephalography*. Pharmacopsychiatry 2005; 38: 316–320.
10. Reti IM, Krishnan A, Podlisky A, Sharp A, Walker M, Neufeld KJ. i wsp. *Predictors of electroconvulsive therapy postictal delirium*. Psychosomatics 2014; 55: 272–279.
11. Charlton BG, Kavanau JL. *Delirium and psychotic symptoms – an integrative model*. Med. Hypotheses 2002; 58(1): 24–27.
12. Malur C, Fink M, Francis A. *Can delirium relieve psychosis?* Compr. Psychiatry 2000; 41(6): 450–453.
13. Charlton BG. *The “anti-delirium” theory of electroconvulsive therapy action*. Med. Hypotheses 1999; 52(6): 609–611.
14. Janakiraman R, Wildgoose K, Seelam K. *ECT associated musical hallucinations in an elderly patient: a case report*. Ann. Gen. Psych. 2006; 5: 10.

Adres: Anna Antosik-Wójcińska
Oddział Chorób Afektywnych
II Klinika Psychiatryczna IPiN
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 7.10.2015

Zrecenzowano: 6.01.2016

Otrzymano po poprawie: 2.02.2016

Przyjęto do druku: 2.05.2016