

Kazuistika pacienta s Wernickeovou encefalopatií způsobenou excesivní dietou

Šimon Pisko¹, prof. MUDr. Bc. Libor Ustohal, Ph.D.^{1,2}

¹Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

²Ústav farmakologie a toxikologie, FaF MU, Brno

Na Psychiatrickou kliniku LF MU a FN Brno byl přijat pacient pro diagnózu delirantního stavu nenasedajícího na demenci. Na základě doplnění anamnézy a dalšího došetřování bylo zjištěno, že příčinou tohoto stavu i přetrvávání části symptomů byla Wernickeova encefalopatie. Na základě této diagnózy mu byla nastavena léčba thiaminem, která dále vedla ke zlepšení stavu. Kvůli přetrvávání ataxie byl pacient dále přeložen na neurologicko-rehabilitační oddělení.

Klíčová slova: Wernickeova encefalopatie, delirium nenasedající na demenci, ataxie, thiamin.

Case study of a patient with Wernicke's encephalopathy caused by excessive diet

The patient was admitted to the Department of Psychiatry of Masaryk University and University Hospital Brno with a diagnosis of a delirious state not superimposed on dementia. Based on a more detailed medical history and another assessment, the cause of this state and of the duration of some symptoms was determined as Wernicke's encephalopathy. Treatment was adjusted accordingly using thiamine, which led to further improvement of the patient's condition. Due to persistent ataxia, the patient was subsequently transferred to the neurology rehabilitation department.

Key words: Wernicke's encephalopathy, delirious state not superimposed on dementia, ataxia, thiamine.

Úvod

Wernickeova encefalopatie je akutní syndrom způsobený deficitem thiaminu. Vyskytuje se zejména u závislých na alkoholu, ale i u řady dalších onemocnění. Typická triáda příznaků ataxie, oftalmoplegie a deliria se vyskytuje u menšiny pacientů, proto je třeba na toto onemocnění myslet i v případech neúplně vyvinuté symptomatiky. Onemocnění se léčí suplementací thiaminu (1).

Vlastní případ

Pacient ve věku 46 let byl hospitalizován na Psychiatrické klinice Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno (PK LF MU a FN Brno) pro diagnózu delirantního stavu

nenasedajícího na demenci, kvůli kterému byl předtím krátce hospitalizován na neurologickém oddělení krajské nemocnice. Tento stav byl v návaznosti na dvouměsíční hladovku inspirovanou východní filozofií, s cílem hubnout. Jednoho dne, těsně před první hospitalizací, zapomněl pacient ze svého kamionu vyložit náklad na několika místech, jeho nadřízený ho nemohl kontaktovat, tak zavolal policii, která pacienta vypátrala. Byl na cestě k jednomu z výdejních míst, ale nevědomoval si, že zapomněl vyložit náklad na zastávkách před tím. Během následující hospitalizace na neurologii absolvoval CT a CTA mozku, MRI mozku, analýzu likvoru a EEG, při kterém byl zjištěn abnormální nález odpovídající difúzní encefalopatii s maximem

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest and financial disclosures:

None.

Funding/Support:

Tato práce byla finančně podpořena projektem AZV (NU23-08-00257) a projektem (Ministerstva zdravotnictví) koncepčního rozvoje výzkumné organizace 65269705 (FN Brno). FN Brno žádným způsobem nezasahovala do obsahu článku.

Cit. zkr: Psychiatr. praxi. 2025;26(1):43-45

<https://10.36290/psy.2025.008>

Článek přijat redakcí: 9. 10. 2024

Článek přijat k tisku: 5. 11. 2024

prof. MUDr. Bc. Libor Ustohal, Ph.D.

Ustohal.Libor@fnbrno.cz

bitemporálním. Tento nálezu neurologové hodnotili jako nespecifický, MRI vyšetření bylo těžko hodnotitelné z důvodu nespolupráce pacienta. Z této hospitalizace byl dimitován s nystagmem a ataxií omezujícími pacienta na soběstačnosti, což jej odkazovalo na pomoc blízké kamarádky. Po této hospitalizaci byl praktickým lékařem záhy odeslán na došetření na Psychiatrickou kliniku LF MU a FN Brno. Pacient byl bez psychiatrické dispenzarizace a medikace, předtím v kontaktu s psychiatrií nikdy nebyl, s výjimkou konzílií v rámci právě skončené hospitalizace na neurologii. Psychologické vyšetření v minulosti absolvoval kvůli zaměstnání, jinak k psychologovi nedocházel. Po hospitalizaci mu bylo doporučeno navštívit psychiatrickou ambulanci, to ale odmítl z důvodu problémového docházení. Při příjmu do FN Brno dominoval nálezu nystagmu s ataxií, pacient byl již lucidní, allopsychicky i autopsychicky orientovaný. Zevnějšek byl bez nápadností, psychomotorické tempo bylo v normě. V kontaktu pacient spolupracoval, odpovídal spontánně, v úvodu odpovědi se držel kategorie dotazů, následně se častokrát objevily projevy zabíhávého myšlení, místy myšlení až tangenciální s narušenou schopností abstrakce, kromě toho však byla u pacienta patrná zvýšená potřeba slovního sdělování jeho myšlenek. U pacienta nebyla přítomna tenze, v kontaktu neudržel běžný sociální distanc, upřeně hleděl do očí a v projevu byl místy mírně teatrální. Nebyla explorována psychotická symptomatika. Emotivitu hodnotil přijímající lékař jako normální, bez patologie. U pacienta nebylo přítomno allo- či autoagresivní chování, suicidální tendence a ideace negoval. V Mini-Mental State Examination (MMSE) testu dosáhl pacient v den přijetí 28 bodů. Chybně uvedl datum a den v týdnu. Tři dny před hospitalizací byl na centrální příjmové ambulanci FN Brno výsledek 24. Hospitalizaci na neurologii ozřejmil tím, že jednou ročně, již asi čtyři až pět let, drží přísnou hladovku, při které pije jen vodu a kávu. Později při dalším vyšetření doplnil, že pije i vlastní moč. Udal, že nikdy žádné podobné potíže během této hladovky neměl. Ze somatických obtíží byl patrný nystagmus, ataxie a pacient taktéž udával ortostatické vertigo trvající sedm až deset dní. Při dotazu, zda slyší hlasy, popisoval hlas matky, který naposledy slyšel asi před měsícem. Matka je již po smrti, byl to ale její hlas, který pacienta uklidňoval a říkal, že vše bude v pořádku. Pak uváděl, že v minu-

losti slyšel hlas pána Boha, který mu odpovídal na dilemata. Například jestli si má vzít modrou nebo červenou šálu, jaký dopad toto rozhodnutí bude mít a co se při daném rozhodnutí stane. Při bližší analýze to pacient hodnotil spíše jako myšlenky než jako sluchové halucinace, aktuálně však tyto prožitky neměl. Vidiny či jiné poruchy vnímání negoval. Negoval také pocit ohrožení či pronásledování. Náladu udával spíše neutrální, depresivní a úzkostné výkyvy negoval. Potíže se soustředěním už při příjmu nebyly, ale během hladovky se vyskytovaly. Suicidální myšlenky také negoval. Při dotazu na poruchy paměti byla odpověď: „To je, když si uvědomíte jak obchody jako Lidl, Billa a tak za posledních deset let změnila reklamy, upravily to na vyšší úroveň, zároveň je ale obsah stejný, tak jsem se sám sebe ptal, kdy nastala ta změna, jaké jsou v tom souvislosti, tak v tomhle si myslím, že mám díry v paměti.“ Narušení dlouhodobé faktografické paměti pacient negoval a při dotazech na poruchy vstřípivosti udával, že si zapamatuje, co uzná za vhodné a důležité.

Z anamnézy nebyly zjištěny žádné úrazy s narušením vědomí, žádné záchvatovité onemocnění, na neurologii byl hospitalizován v souvislosti s nynějším onemocněním rovněž poprvé v životě. Abúzus byl zanedbatelný. Alkohol pil příležitostně, více nepil poslední dva roky vzhledem k zaměstnání. Cigarety nekouřil a jiné návykové látky také negoval. Lékové alergie rovněž negoval. Pacient udával zácpu po dimisi z neurologického oddělení, po odeznění byla stolice podle pacienta téměř acholická. Při příjmu ve FN Brno již tyto potíže nebyly. Spánek aktuálně trval už i 8 hodin ale předtím jen 3–4 hodiny. Chuť k jídlu měl. V rodinné anamnéze negoval psychiatrickou hereditu. V osobní anamnéze negoval porodní a poporodní komplikace, psychomotorický vývoj byl v normě. V dětství prodělal meningitidu. Vystudoval střední školu bez maturity zaměřenou na gastronomii, nyní pracoval jako řidič mezinárodní kamionové dopravy asi 10 let a předtím pracoval v gastronomii jako kuchař. Vztah neměl, protože se s ním partnerka před aktuální hospitalizací po několikaletém vztahu rozešla. Při poskytování objektivní anamnézy řekla kamarádka, která pacienta na hospitalizaci doprovázela, že se s přítelkyní rozešli teprve před dvěma měsíci. Asi týden před hospitalizací ji požádal o ruku, protože si uvědomil, že na to

celý čas čekala, ale ona mu na to prý řekla, že je už pozdě, protože chodí s někým jiným.

Při telefonickém pohovoru blízká kamarádka pacienta udávala, že se spolu znají přes 16 let. Ještě více než s ní je pacient v kontaktu s jejím manželem. Stran informací k aktuálním potížím uváděla, že informace o změně stavu pacienta datuje asi 14 dní před incidentem s policií na dálnici, který vedl k hospitalizaci na neurologii. O těchto změnách ví nepřímo od expartnerky pacienta, která se to dozvěděla od jeho nadřízeného. Nadřízený popisoval zvláštnosti v komunikaci s pacientem a náznaky zmatenosti, nic dalšího nevěděla. V průběhu výše popsaných potíží spolu v kontaktu nebyli. Vidají se nepravidelně vzhledem k zaměstnání pacienta. V kontaktu byli až formou SMS, kdy pacient neodpovídal na několik zpráv, pak napsal „už se to blíží“ a na další dotazy opět neodepisoval. S odstupem času napsal, že je hospitalizován na neurologii. Po dimisi bydlel u ní, protože vlastní bydlení neměl. Vlastní byt, který ale pronajímá, protože bydlel s přítelkyní, od které se po rozchodu odstěhoval. Poté pobýval střídavě u kamarádky a v kamionu. Během pacientova pobytu u kamarádky si všimla několika zvláštností v jeho chování. Dominovaly motorické obtíže, kdy pacient nedokázal chodit rovně, musel se držet zdi, musela mu pomáhat about se, protože to pro třes rukou sám nezvládal, měl rozmazané vidění a přetrvával nystagmus. K tomu popisovala nutnost komunikace s pacientem jako s dítětem, všechno musela vysvětlovat jednoduše, aby to pacient pochopil. Přítomny byly také mnestické poruchy, kdy se pacient s odstupem několika hodin vždy ptal na věc, kterou mu předtím sdělila. Jednu noc odešel pryč a vrátil se ráno. Na dotaz, kde byl, odpověděl, že se nechal vozit kamarády v autě. Neupřesnil kde, ani jakými kamarády. Pro tyto potíže vzala kamarádka pacienta k jeho praktické lékařce, která jim doporučila návštěvu Krizového centra. Stran informací k doplňujícím dotazům uvedla, že před popsány potížemi pacient nikdy ničím podobným netrpěl, byl „úplně normální“, nikdy nebyl samotářský, rád vyhledával kontakt s jinými lidmi a byl velmi mluvný. S přítelkyní byl devět let. Pacient hodně pracoval, k tomu si přivydělával jako DJ na svatbách. Přítelkyní prý vadilo, že spolu netráví čas, a tak se s ním rozešla. Jinak bylo jejich soužití údajně harmonické. Kamarádka pacienta negovala somatické onemocnění a potvrdila, že

pacient skutečně dodržuje hladovku, kdy i dva až tři měsíce nejí a pije jen vodu a kávu. Nikdy při této hladovce podobné problémy neměl. Vzpomínala také na to, že tak výraznou religiozitu, jakou pacient v tomto období vykazoval, u něj ještě neviděla.

Při psychologickém vyšetření zaměřeném na detekci psychotického onemocnění bylo z testových i klinických metod patrné narušení testování reality na úrovni vnímání i myšlení. Myšlení pacienta bylo dle psychologa paralogické, zabíhavé a dereistické. Patrné byly rozvolněné asociace a ekmnézie. Výrazné byly rumínace ohledně těla a vlastního sebeobrazu. Testově byla přítomná emoční dysregulace, impulzivita a nekontrolovatelnost emočních projevů. Celkové intelektové schopnosti byly v pásmu nižšího průměru až průměru, což suspektně odpovídalo premorbidní úrovni. Patrné bylo snížení psychomotorického tempa. Z testů specifických kognitivních schopností bylo možné uvažovat o mírném globálním kognitivním deficitu. To ale bylo zjišťováno před substitucí thiaminu pro podezření na Wernickeovu encefalopatii, která byla zahájena brzy po přijetí pacienta a po které se jeho stav zlepšil, nikoli však do normy. Vzhledem k přetrvávání zvláštností v chování i týden po zahájení terapie thiaminem nebylo možné vyloučit probíhající akutní polymorfni psychotickou poruchu, případně přetrvávání mírné dezorganizace po prodělaném deliriu. Doporučení z tohoto vyšetření bylo pokračovat v léčbě Wernickeovy encefalopatie a dále monitorovat stav pacienta.

MR mozku se zaměřením na zadní jámu leb- ní ukázalo normální poměry v této oblasti, se závěrem intrakraniálně bez expanzí. Vedlejším

nálezem byla drobná mukózní cysta v levém maxilárním sinu a diskrétně zesílený slizniční lem vpravo.

Neurologické vyšetření bylo negativní kromě nystagmu a ataxie. Neurologem byla potvrzená diagnóza Wernickeovy encefalopatie a doporučeno doplnění medikace thiaminem o magnezium v tabletách. Taky bylo doporučeno interní konzilium kvůli předpokládané malnutriční.

Při interním konziliu bylo doporučeno navýšit příjem bílkovin pro zamezení negativní proteinové bilance a sledovat markery proteinové malnutrice včetně prealbuminu. Doporučená medikace byla thiamin, B-komplex, vitamin D, acidum folicum, magnezium a navýšený příjem bílkovin.

Po navýšení dávek thiaminu na 300 mg/d bylo indikováno další neurologické konzilium které doporučilo pokračovat v dlouhodobé suplementaci thiaminu a doplnit kontrolní MR mozku.

Pacient byl poté přeložen na neurologicko-rehabilitační oddělení do psychiatrické nemocnice.

Diskuze a závěr

Wernickeova encefalopatie je charakteristická mnohdy neúplně vyvinutou symptomatikou. Často je popisována klasická triáda příznaků ataxie, oftalmoplegie a delirium, která ale bývá kompletní jen vzácně. Mnohem častější jsou plně nevyjádřené formy Wernickeovy encefalopatie jako v tomto případě, kde jsme místo oftalmoplegie pozorovali nystagmus (2, 3). EEG může být zcela normální, nebo může být přítomno zpomalení. U tohoto pacienta byl obraz

difúzní encefalopatie s maximem bitemporálním, který není pro Wernickeovu encefalopatii specifický. Nejdůležitější zobrazovací metodou k potvrzení diagnózy Wernickeovy encefalopatie je MR mozku, která má sice senzitivitu jen 53 % ale její specificita je až 93 % (4). Obrazem je bilaterálně zvýšený T2 signál v paraventriculárních oblastech talamu, v hypotalamu, ve spodině IV. komory, v oblasti mamilárních tělísek, periaqueductové oblasti a mozečku. Také může být postiženo corpus callosum a kortikální oblasti (1). Tento typický obraz je pozorován pouze u 58 % pacientů (5) a u tohoto pacienta nebyl nalezen. Diagnostika se proto musela opírat o klinické příznaky onemocnění a anamnézu. Změny duševního stavu se projevily až u 82 % pacientů (2). Hypoaktivní delirium charakterizované zmatečností, dezorientací, apatií a ospalostí, patří do charakteristické triády příznaků Wernickeovy encefalopatie a je nejčastější formou změn duševního stavu (6). Oční poruchy a ataxie patří také mezi typické příznaky. Různé formy očních poruch se vyskytují u cca 29 % pacientů a motorické poruchy u zhruba 23 % pacientů (2). V tomto případě se projevy jako nystagmus a problémy pacienta s běžným pohybem. Tyto projevy ve spojitosti s anamnézou hladovky, a tím možnou malnutriční byly indikací k léčbě farmakologickými dávkami thiaminu, které tyto projevy zmírnily a potvrdily tak diagnózu Wernickeovy encefalopatie. Přetrvávání ataxie, byť v mírnější formě, bylo důvodem k přeložení pacienta na neurologicko-rehabilitační oddělení do psychiatrické nemocnice. Závěrem je vhodné zdůraznit, že na možnost deficitu thiaminu a Wernickeovy encefalopatie je třeba myslet nejen u pacientů s abúzem alkoholu.

LITERATURA

1. Vodička M. Wernickeova encefalopatie. *Neurol. Praxi.* 2015;16(6):360–364.
2. Harper CG, Giles M, Finlay-Jones R. Clinical signs in the Wernicke-Korsakoff complex: a retrospective analysis of 131 cases diagnosed at necropsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1986;49:341–345.

3. Caine D, Halliday GM, Kril JJ, et al. Operational criteria for the classification of chronic alcoholics: identification of Wernicke's encephalopathy. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry.* 1997;62(1):51–60.
4. Antunez E, Estruch R, Cardenal C, et al. Usefulness of CT and MR imaging in the diagnosis of acute Wernicke's encephalopathy. *AJR Am J Roentgenol.* 1998;171:1131–1137.
5. Weidauer S, Nichtweiss M, Lanfermann H, et al. Wernicke's encephalopathy: MR findings and clinical presentation. *Eur Radiol.* 2003;13:1001–09.
6. Gibb WR, Gorsuch AN, Lees AJ, et al. Reversible coma in Wernicke's encephalopathy. *Postgrad Med J.* 1985;61:607–610.