

PSYCHIATRICKÁ PROBLEMATIKA U ROZTROUŠENÉ SKLERÓZY

MUDr. Zdeněk Faldyna, doc. MUDr. Vladimír Pidrman, Ph.D., prof. MUDr. Jaroslav Bouček, CSc.
Psychiatrická klinika FN Olomouc

Autoři přináší přehled psychických změn a poruch spojených s diagnostickou jednotkou roztroušené sklerózy a s její léčbou. Projevy tohoto onemocnění přesahují hranice neurologie a imunologie a vyžadují i psychiatrickou léčbu. V článku jsou zvlášť popsána narušení kognitivních funkcí, afektivní poruchy a psychotické stavy vyskytující se při roztroušené skleróze, zmíněny jsou i obvyklé a experimentální terapeutické postupy.

Klíčová slova: roztroušená skleróza, organické psychotické poruchy, organické poruchy nálady.

THE PSYCHIATRIC QUESTIONS IN SCLEROSIS MULTIPLEX

The authors give a review of psychic changes and disorders accompanying diagnostic entity of sclerosis multiplex and its treatment. Symptoms of this disease extend beyond neurology and immunology and require even psychiatric care. The article describes especially disturbances in cognitive functions, affective disorders and psychotic states occurring in sclerosis multiplex, this common and experimental therapeutic approaches are mentioned.

Key words: sclerosis multiplex, organic psychotic disorders, organic mood swings.

Roztroušená skleróza je demyelinizující onemocnění, které se obvykle manifestuje v rané dospělosti. Dochází k rozpadu myelinových pochv neuronů při zachování axonů a k expanzi gliových buněk na místa defektu. Z tohoto důvodu onemocnění probíhá v atakách výskytu neurologických příznaků střídaných jejich remisí. Typicky se vyskytují dvě formy onemocnění: okulomezencefalická forma, která začíná retrobulbární neuritidou s oslepnutím jednoho oka, které po krátké remisi za čas vystřídá druhé oko a může se objevovat i oftalmoplegie. Tato forma je prognosticky příznivější, remise bývají znatelnější. Druhá forma je spinální, která začíná nejprve dysurickými potížemi a následuje spastická paraparéza, poruchy citlivosti a postupně až paraplegie s extenčními nebo i flekčními pyramidovými jevy. Tato forma vede brzy k invalidizaci, progreduje rychleji a remise nejsou tak přesvědčivé. Ke klinickému obrazu patří nystagmus (horizontální), intenční třes, sakadovaná řeč, břišní areflexie, spastická paraparéza až paraplegie s pyramidovými jevy iritačními extenčními i flekčními, spasticko-ataktická chůze.

Terapie

Terapie spočívá jednak v léčení atak vysokými dávkami kortikoidů (prednison – Prednison, metylprednizolon – Solu-medrol), jednak v imunomodulační léčbě ke zpomalení progresu onemocnění (interferon beta-1b – Betaferon, interferon beta-1a – Rebif, Avonex, poslední byl registrován glatirameracetát – Copaxone). Léčba kortikoidy má pochopitelně vedlejší účinky: otoky, přibývání na váze, steroidní akné a psychotické příznaky. U imunomodulačních přípravků jsou jako vedlejší účinky popisovány deprese, emoční labilita, sebevražedné tendence, úzkost a depersonalizace. Jedině glatirameracetát (Copaxone) nemá v nežádoucích účincích popis psychických změn.

Jednou z alternativních metod ovlivnění příznaků roztroušené sklerózy je užívání marihuany. Nemocní cítí při užívání marihuany úlevu zejména při bolestech a svalových křečích, které choroba způsobuje. Pacienti samozřejmě nejsou k užívání kannabisu vedeni lékaři, jejich

počet se však zvyšuje. Dřívější průzkumy odhadovaly, že při roztroušené skleróze užívá marihuanu 8 % pacientů, nyní odhady hovoří až o 43 %, z nichž 58 % začalo kouřit marihuanu po zjištění onemocnění. Z těch pacientů, kteří marihuanu nekouřili, by ji 76 % začalo užívat za předpokladu, že by byla legalizována. Zhruba dvě třetiny pacientů udávají po marihuaně úlevu při svalových křečích a přibližně polovina přináší osvobození od bolesti. Tento způsob léčby neznámá nezbytně abúzus marihuany, marihuana je pacienty kouřena většinou jedenkrát denně na noc. Mechanismus účinku není přesně znám, předpokládá se, že zesiluje účinek endogenních kanabinoidů. Ačkoli se o účinku marihuany na zmíněné potíže nepochybuje, zvyšuje se jejím užíváním riziko psychických poruch.

Psychické poruchy u roztroušené sklerózy vyplývají jednak ze samotného organického poškození nervové soustavy, vznikají však také jako nežádoucí efekt neurologické imunomodulační léčby.

V učebnicích neurologie se zpravidla dozvíme, že roztroušená skleróza bývá provázena kognitivním deficitem při těžším průběhu ústícím až v demenci a poruchami nálady, depresí nebo kolísáním nálady. V literatuře jsou ale stále četnější zmínky o rostoucí prevalenci psychických poruch u roztroušené sklerózy (2). Popsány jsou depresivní i manické stavy a psychózy a poruchy v kognitivních funkcích.

Poruchy nálady

Poruchy nálady u roztroušené sklerózy bývají popisovány velmi často. Dokonce se uvažuje o určité souvislosti mezi roztroušenou sklerózou a bipolární poruchou. U pacientů s roztroušenou sklerózou bývá častěji nejprve léčena manická fáze před zjištěním diagnózy roztroušené sklerózy než u ostatní hospitalizované populace (8). Je možné, že se nemusí jednat o „primární“ mánii, která je psychiatrickou jednotkou a je jednou z manifestací bipolární poruchy, ale o „sekundární“ mánii související s demyelinizačním procesem, která je právě mnohdy ranou manifestací roztroušené sklerózy (5). Pacienti, kteří při vyšetření magnetickou rezonancí (MRI)

mají nález hypodenzních ložisek odpovídajících roztroušené skleróze aniž by byli neurologicky léčeni, se objevují v psychiatrických zařízeních převážně pro afektivní poruchy, mívají delší hospitalizace a častější rehospitalizace (4). Když ne přímo manická nálada, tak alespoň hypomanie nebo nadnesenost bývala u pacientů s roztroušenou sklerózou pozorována i dříve. Dokonce se uváděla jako paradoxní projev u lidí s poměrně závažným tělesným onemocněním. Stává se, že pacienti s horším neurologickým postižením mívají lepší náladu než ti, kteří jsou neurologicky postiženi minimálně. Pochopitelnější a adekvátnější se zdála být deprese, která u těchto pacientů také přichází. Jelikož při potížích pacienta zpravidla nejdříve vidí neurolog, bývá deprese často nerozpoznána a skryta v jiných projevech onemocnění. Může se projevit jako zhoršení kognitivních funkcí, nesoustředěnost, pocit únavy a vyčerpání. Mnohdy při diagnostice deprese pomůže až psychologické vyšetření. Důležité je, že i u těch pacientů, kteří svůj stav nezhodnotili jako depresi, byla účinná léčba antidepresiv. Depresi u pacientů s roztroušenou sklerózou nelze podceňovat, jelikož suicidalita je při této diagnóze 7,5× vyšší než u ostatní populace.

Poruchy kognitivních funkcí

Narušení kognitivních funkcí u roztroušené sklerózy bývá velice běžné. Postihují v mírné formě alespoň 70 % nemocných, z toho 50 % s roztroušenou sklerózou s raným začátkem. Přibližně 10 % případů roztroušené sklerózy přechází do velmi vážného postižení kognitivních funkcí končícího při dlouhém průběhu demencí. Narušením kognitivních funkcí je míněno zhoršování paměti, plánování činností, předvídání a úsudku. Zpočátku přicházejí nenápadné výpadky schopnosti abstraktního myšlení, pozornosti a vyjadřování (hledání slov), dochází ke zpomalování zpracovávání informací a přidružuje se i emoční labilita. Demyelinizační ložiska ve frontálních oblastech ovlivňují nepříznivě exekutivní funkce, lokalizace v corpus callosum má vliv na rychlost zpracovávání informací.

Narušení kognitivních funkcí může nastávat poměrně záhy po rozvoji onemocnění a někdy i předbíhat jiné neurologické příznaky. Na rozdíl od afektivních příznaků se nachází určitá korelace mezi kognitivním deficitem a rozsahem nálezu na MRI (6). Není zde však jasné pravidlo, i při závažném neurologickém nálezu se nemusí projevit kognitivní změny.

Oproti dobré korelaci nálezu na MRI a defektu v kognitivních funkcích se orientační vyšetření, jako je MMSE, ukázala být málo citlivé pro hodnocení subkortikálního postižení

při roztroušené skleróze (9). Velmi záleží na podmínkách, v nichž se pacient nachází. Nadměrná zátěž, stres, úzkost nebo únava působí na kognitivní funkce nepříznivě, zvláště co se týká paměti. Nemocným je naopak doporučováno, aby si informace třídili, zapisovali, opakovali. Cvičí se v nacházení nejdůležitějších a nejkonkrétnějších informací. Takovýto trénink může kognitivní propad podstatně zpomalit.

Psychotické poruchy

Psychotické poruchy se nachází jak u pacientů s roztroušenou sklerózou léčených kortikoidy, tak u pacientů, u nichž je později roztroušená skleróza diagnostikována. Opakovaně je dokládána možnost čisté psychotické symptomatologie jako prvního příznaku roztroušené sklerózy (1). Zvláště psychotická deprese a katatonní projevy jsou vysoce suspektní z neurologické etiologie (7). Psychotické příznaky zřejmě nesouvisí zcela s anatomickou lokalizací demyelinizačních ložisek a vyžadují i premorbidní predispozici k psychotickému onemocnění (10). Pacienti s psychotickými projevy u roztroušené sklerózy však přece jen vykazovali při MRI vyšší skóre celkových lézí, zvláště v periventrikulárních oblastech, signifikantně v temporálním rohu. Psychotičtí pacienti s roztroušenou sklerózou měli také pozdější nástup psychózy než psychotici bez mozkového onemocnění.

Co se týká rozvoje psychotických příznaků při léčení ataky roztroušené sklerózy kortikoidy, obvykle jsou nacházeny paranoidní obsahy myšlení a halucinatorní symptomatologie. Psychóza je v tomto případě vážnou komplikací léčby a vyžaduje často přerušení hormonální léčby. Na základě empirického poznání, že rozvoji psychotických příznaků předchází afektivní výkyv, byla provedena malá studie týkající se možnosti profylaxe psychotické poruchy při léčbě kortikoidy pomocí lithia s překvapivě dobrým výsledkem, ztlačně méně pacientů s profylaxí vykazovalo psychotické symptomy oproti kontrolní skupině (3).

Závěr

Roztroušená skleróza je závažné neurologické onemocnění s atakovitým průběhem, jehož etiologie není zcela objasněna. Demyelinizace nervové soustavy i farmakoterapeutické postupy vedou k rozvoji psychických poruch, které zahrnují okruhy kognitivních funkcí, afektivity i myšlení a vnímání. Léčba při psychických potížích je mezioborová, stále se hledají cesty, jak průběh nemoci zmírnit a předcházet komplikacím.

Literatura

1. Becker H. Psychotische Erscheinungsbilder als Erstmanifestation einer multiplen Sklerose? Psychiatr Prax 1997 Mar; 24 (2), 69–72.
2. Engler F, Vetter P. Affektive und schizophrene Syndrome bei Multipler Sklerose. Literaturübersicht und Kasuistiken. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 1991; 142 (4) 367–378.
3. Falk WE, Mahnke MW, Poskanzer DC. Lithium prophylaxis of corticotropin-induced psychosis. JAMA 1979 Mar 9; 241 (10), 1011–1012.
4. Lyoo IK, Seol HY, Byun HS, Renshaw PF. Unsuspected multiple sclerosis in patients with psychiatric disorders: a Magnetic resonance imaging study. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1996 Winter; 8(1), 54–59.
5. Mapelli G, Ramelli E. Manic syndrome associated with multiple sclerosis: secondary mania? Acta Psychiatr Belg 1981 Jul-Aug; 81(4), 337–349.

6. McDonald WI, Ron MA. Multiple sclerosis: the disease and its manifestations. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci 1999 Oct 29; 354(1390), 1615–1622.
7. Mendez MF. Multiple sclerosis presenting as catatonia. Int J Psychiatry Med 1999; 29(4), 435–441.
8. Pine DS, Douglas CJ, Charles E, Davies M, et al. Patients with multiple sclerosis presenting to psychiatric hospitals. J Clin Psychiatry 1995 Jul; 56(7), 297–306.
9. Swirsky-Sacchetti T, Field HL, Mitchell Dr, Seward J, et al. The sensitivity of the Mini-Mental State Exam in the white matter dementia of multiple sclerosis. J Clin Psychol 1992, Nov 48(6), 779–786.
10. Zarranz JJ, Antigua AR, Bárcena J. Psychotic crisis symptomatic of an outbreak of multiple sclerosis. Neurologia 1995 May, 10(5), 205–208.