

KAZUISTIKA NEMOCNÉ S ADDISONOVOU CHOROBOU HOSPITALIZOVANÉ NA PSYCHIATRII

MUDr. Josef Chval

Psychiatrická léčebna Dobřany, interní oddělení

V kazuistice popisují případ 27leté pacientky s Addisonovou chorobou, která byla pro své potíže dlouhodobě a opakovaně vyšetřována ambulantně i za hospitalizace s negativními nálezy. Postupně došlo k invalidizaci nemocné, k rozvratu manželství, k psychickým změnám. Nakonec byla přijata s podezřením na atypickou poruchu příjmu potravy nebo rozvoj psychózy do psychiatrické léčebny. Zde byla diagnostikována Addisonova choroba a zahájena kauzální léčba, která vedla k okamžité normalizaci psychického i tělesného stavu. Zamýšlím se nad příčinami, proč je problémem pro současnou „technickou“ medicínu stanovit diagnózu, která nemá jasný morfologický korelát.

Úvod

U řady interních chorob víme, že současně klinického obrazu jsou i psychické změny. Addisonova choroba je poměrně vzácné onemocnění, způsobené sníženou funkcí kůry nadledvinek, nejčastěji v důsledku poškození autoimunitním procesem. Klinický obraz Addisonovy choroby vyplývá z poklesu produkce „stresového hormonu“ kortizolu, který komplexně ovlivňuje metabolické pochody, zajišťuje reakci organismu na zátěž, ovlivňuje imunitní systém, psychiku a další funkce. V klinickém obraze dominují únava, letargie, nevykonnost, hypotenze, nechutenství, bolesti břicha, zvracení, hubnutí, hyperpigmentace. K dramatickému zhoršení klinického stavu až k ohrožení života dochází typicky v zátěžových situacích, kdy stoupá potřeba kortizolu. V laboratorním nálezu je sklon k hyponatremii. Při cíleném vyšetření nacházíme snížený odpad kortizolu do moči a snížené sérové hladiny kortizolu.

Kazuistika

Sešmadvacetiletá žena byla přijata na interní oddělení psychiatrické léčebny na doporučení ambulantního psychiatra pro podezření na atypickou poruchu příjmu potravy nebo rozvoj psychózy.

Z anamnézy – nemocná je vdaná od 19 let, nyní se rozvádí, bezdětná, nedařilo se jí otěhotnět, vyučená servírka, více než rok byla téměř nepřetržitě v pracovní neschopnosti, rodiče jí vyjednávají invalidní důchod, na jakou nemoc neví, asi rok žije u rodičů, matka se o ni stará. Asi 2 roky má nemocná neshody s manželem, podle rodičů ji manžel psychicky týral, což nemocná popírá. Podle manžela je nemocná pod silným vlivem matky, která s ní manipuluje. Z objektivních informací byla pacientka více než rok trvale unavená, polehávala, neměla o nic zájem, měnila zaměstnání, nevládala péči o domácnost. Dříve byla zcela zdravá. Před rokem vznikly náhle z plného zdraví ob-

tíže – slabost, závratě, bolesti v epigastriu, zvracení, amenorea, zhubla 5 kg/měsíc. Byla vyšetřována ambulantně interně, chirurgicky, neurologicky, gynekologicky s negativními nálezy. Následně byla hospitalizována na interním oddělení špičkové nemocnice pro intenzivní zvracení, slabost, kolaps. Byla podrobně vyšetřena s negativními nálezy. V laboratorním vyšetření byla nápadná hyponatremie – 118 mmol/l při přijetí, 129 mmol/l při propuštění – přisuzovaná ztrátám při zvracení. Hladina kortizolu vyšetřena nebyla. Klinický stav se symptomatickou léčbou upravil. Během hospitalizace, vzhledem k negativním interním nálezům, byla vyšetřena psychologicky se závěrem „akcentace osobnostní struktury s pithiatickými rysy a sklonem k somatoformní projekci, potlačované intrapsychické tenze, osobnostní terén se jeví jako predisponovaný pro rozvoj atypické poruchy příjmu potravy, kterou nelze v současné době zcela věrohodně prokázat“. Nemocná byla propuštěna se závěrem „suspektní atypická porucha příjmu potravy“ a lékaři jí sdělili, že je tělesně zdravá a že potíže jsou psychické. Během další hospitalizace na interním oddělení pro pokračující zvracení a váhový úbytek až 20 kg/3 měsíce byla zjištěna hypothyreóza a zahájena substituce tyroxinem. V dalším průběhu podle rodičů trvá nechutenství až odpor k jídlu, únava, nervozita, nemocná byla plačtivá, vztahovačná, útočná, zádušnivá, měla strach z toho, že nic nezvládne, rodiče se o ni starali. Pacientka subjektivně psychické potíže popírá, popírá i snahy dietou nebo zvracením ovlivňovat svoji hmotnost, cítí se „líná, ale v posledních měsících je v pohodě, jí, nezvrací, jenom pořád hubne“. Měsíc před hospitalizací u nás byla s rodiči na dovolené u moře, pobyt špatně snášela, byla jí zima, byla unavená, nekoupala se, neopalovala se. Poslední léčba byla Euthyrox 100 µg denně.

Při přijetí k nám je nemocná orientovaná, spolupracující, bez psychotických příznaků,

v chování jsou heboidní projevy, nemá zájem o vyšetření, v mírné tenzi, dysforická, potíže bagatelizuje. Somaticky astenická, 46 kg, 165 cm, přiměřená hydratace, snědá, afebrilní, TK 120/65, P 68/min, kardiopulmonálně stabilní, štítná žláza nezvětšená, břicho klidné. Z laboratorních nálezů Hb 110g/l, Na 129, K 4,6, Cl 95, TSH a FT4 v normě.

Nasazen alprazolam 1,5 mg/den, Euthyrox ponechán 100 µg denně. Od druhého dne hospitalizace došlo k rozvoji akutní bronchitis, léčena symptomaticky. Pro útlum vysazen alprazolam, nasazen sertralin 50 mg/den. Nemocná je dysforická, odmítavá, k sestrám arogantní, nedbá o svůj zevnějšek, subjektivně se cítí unavená, celý den je v lůžku, jí menší porce, nezvrací, má hypotenzi kolem 100/60, závratě, je afebrilní, má produktivní kašel, na plicích je bronchitický nález. Od třetího dne nemocná opakovaně padá, prakticky se neudrží na nohou bez opory, sertralin vysazen, ponechána bez psychofarmak, nasazena antibiotika. V laboratorním nálezu je hyponatremie 125 mmol/l bez zjevné příčiny.

Vzhledem k typické klinické symptomatologii a vzhledem k dramatickému zhoršení stavu při akutním infektu a zřejmě i po podání psychofarmak jsme mysleli na možný hypokortizolismus. Vyšetřili jsme odpad kortizolu do moči za 24 hodin – zjištěn „nulový“ odpad. Pro kontrolu, i vzhledem k problematické spolupráci, jsme vyšetřili kortizolemii v séru, obě hodnoty – ranní a odpolední odběr – byly nulové! Mezitím došlo k mírnému klinickému zlepšení, nemocná lépe spolupracuje, nadále je slabá, hypotenzní, má závratě, jí a pije normálně. Čtrnáctý den hospitalizace jsme nasadili substituci hydrocortizonem 30 mg/den. Do následujícího dne došlo k dramatickému zlepšení klinického stavu, nemocná opouští lůžko, čilá, ochotně spolupracuje, byla s rodiči na vycházce venku, má zájem o svůj zevnějšek i o okolí, jí velmi dobře. V dalším průběhu

je nemocná bez jakýchkoliv potíží, dobře spolupracující, v dobré náladě, chodí na vycházky, jí velmi dobře, pomáhá na oddělení, bez problémů zvládla dovolenku. Provedli jsme další endokrinologická vyšetření, která svědčí pro současnou primární insuficienci kůry nadledvin – Addisonovu chorobu a primární hypothyreozu, zřejmě autoimunitní etiologie. Nemocná přibrala na váze proti přijetí 1,5 kg, upravil se mineralogram. Po 3 týdnech od zahájení substituce hydrocortizonem definitivně propuštěna ve výborném psychickém i tělesném stavu domů na substituci tyroxinem a hydrocortizonem, bez psychofarmak. Nemocnou jsme předali do ambulantní péče endokrinologa. V současné době – 2 roky po propuštění – je nemocná zcela bez potíží, pracuje, jednou ročně dochází na kontroly na endokrinologii.

Diskuze

Z anamnézy lze předpokládat, že naše pacientka trpěla Addisonovou chorobou nejméně 1 rok. Při zhoršení potíží byla opakovaně ambulantně vyšetřena a dvakrát hospitalizovaná na renomovaném pracovišti, kde byla po-

drobně vyšetřena pomocnými vyšetřovacími metodami s normálními nálezy. Kortizol nebyl vyšetřen. Propuštěna byla se závěrem, že jde pravděpodobně o atypickou poruchu příjmu potravy. Po této sérii náročných vyšetření nebyla nemocná dále interně sledovaná, byla uznána „tělesně zdravou“, což muselo být velmi frustrující. V dalších měsících trpěla symptomy nemoci, došlo k rozvratu manželství, ke ztrátě pracovní schopnosti a ke změnám psychického stavu, které nemocnou dovedly k psychiatrickému vyšetření a k hospitalizaci v psychiatrické léčebně. Zde, vzhledem k typické symptomatologii a dramatickému zhoršení stavu při akutním infektu a při pokusech o léčbu psychofarmaky, jsme stanovili správnou diagnózu a po zahájení hormonální substituce nemocná doslova „rozkvetla“.

Tento případ je důvodem k zamyšlení, proč při současné úrovni medicíny nebyla diagnóza stanovena dříve. Trendem současné medicíny je úzká specializace jednotlivých oborů a podoborů a maximální využívání pomocných zobrazovacích a instrumentálních diagnostických metod. Z vyšetřovacích postupů se

postupně vytrácejí nejdůležitější diagnostické nástroje, jakými jsou sledování průběhu onemocnění a klinická rozvaha na základě anamnestického a fyzikálního vyšetření. Choroba, která nemá rentgenový, sonografický nebo endoskopický korelát, je pak často „neviditelná“ a potíže jsou označeny za psychosomatické. Potvrzuje se zde také platnost tvrzení, že diagnóza onemocnění je jednoduchá tehdy, pokud na něj myslíme.

Závěr

Pokud na základě provedených vyšetření nedospějeme k žádné diagnóze, znamená to, že nevíme, co pacientovi je, a měli bychom tak k pacientovi přistupovat. Dříve než pacientovi sdělíme, že je tělesně zdravý, měli bychom se znovu zamyslet nad tím, jestli jsme něco nepřehlédli, jestli pro něj nemůžeme ještě něco udělat.

Literatura

1. Josef Marek, Marie Brodanová et al., Endokrinologie, poruchy metabolismu a výživy, Galén 2002.