

Zespół Ekboma

– opis przypadku

Ekbom syndrome – case study

Przemysław Grudzka, Maurycy Araszkievicz, Ewa Sobolewska

Klinika Psychiatrii, Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy



Przemysław Grudzka
Specjalista psychiatra,
koordynator Oddziału
Psychiatrycznego Kliniki
Psychiatrii w Bydgoszczy
oraz asystent w Katedrze
Psychiatrii. Hobby:
zaangażowany
w rekonstrukcje
historyczne, podczas
których uczestnicy
odtworzą – w strojach
wytworzonych
współcześnie i za pomocą
artefaktów – konkretne
wydarzenia z przeszłości,
najczęściej bitwy
średniowieczne.

STRESZCZENIE

Opisano przypadek 68-letniej kobiety cierpiącej na obłąd pasożytniczy. Pacjentka została przyjęta do kliniki psychiatrii ze względu na przekonanie, że jest zakażona przez pasożyty. Rozpoznano obłąd pasożytniczy i zastosowano leczenie przeciwpsychotyczne, z pomocą którego uzyskano remisję. Obłąd pasożytniczy (zespół Ekboma) jest stanem, w którym pacjent żywi niezachwiane, ale błędne przekonanie, że został zainfekowany przez pasożyty. Pacjenci szczegółowo opisują działanie i swoistą wrogość pasożytów: pełzanie, gryzienie, zagnieżdżanie. Według współczesnych kryteriów diagnostycznych ICD-10 obłąd pasożytniczy to schorzenie należące do organicznych halucynoz, które najczęściej występują u samotnych, starszych kobiet. W takich przypadkach leczenie z zastosowaniem neuroleptyków jest konieczne.

Słowa kluczowe: obłąd pasożytniczy, halucynoz organiczna, pasożytoza, zespół Ekboma

ABSTRACT

A case of a 68-year-old woman suffering from delusional parasitosis is described. The patient was admitted to the psychiatry department because of belief of parasitic infection. The patient revealed the delusional parasitosis and received antipsychotic treatment resulting in remission. Delusional parasitosis (Ekbom syndrome) is a condition where a person has the unwavering mistaken belief of being infested with parasites. Patients give detailed descriptions of the activity and offending parasites: crawling, biting, burrowing. According to the contemporary ICD-10 diagnostic criteria, the delusional parasitosis is a disorder which belongs to organic hallucinosis that are usually attached to lonely, old women. In such cases, a therapeutic process using antipsychotic treatment is necessary.

Key words: delusional parasitosis, organic hallucinosis, parasitosis, Ekbom's syndrome

NAJWAŻNIEJSZE

Osoby z halucynozą pasożytniczą zwykle skarżą się na omamy dotykowe.

HIGHLIGHTS

Individuals with delusional parasitosis usually report tactile hallucinations.

Zespół Ekboma – opis przypadku

P. Grudzka, M. Araszkiwicz, E. Sobolewska

WSTĘP

Zespół Ekboma, zwany także pasożytozą lub obłędem pasożytniczym, to choroba psychiczna, różna od schizofrenii, której głównym objawem jest urojeniowe przekonanie o zainfekowaniu organizmu przez pasożyty. O tej psychozie wspominali już autorzy publikacji medycznych w XIX w., a szczegółowo opisał ją Karl Axel Ekbohm w 1938 r. [1]. Wśród polskich badaczy problematyką tą zajmował się Marek Jarosz, publikując w latach 50. XX w. monografię *Urojenia pasożytniczej choroby skóry* [2]. Nie wiadomo, ile osób cierpi na tę chorobę. Można spotkać się z opiniami, że zaburzenie dotyka ok. 0,1 promila populacji, inne źródła podają, że przypadków choroby jest o wiele mniej. W literaturze znajdują się głównie opisy pojedynczych przypadków, większość chorych nie zgłasza się jednak do lekarzy, a w szczególności do psychiatrów [3].

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka M.M., lat 68, przyjęta do Kliniki Psychiatrii 28.01.2015 r. z powodu utrzymującego się od miesiąca przekonania o zakażeniu robakami. Nie była dotychczas hospitalizowana psychiatrycznie. Leczyła się ambulatoryjnie od 2000 r. z powodu zaburzeń nastroju, przyjmowała paroksetynę w dawce 20 mg/24 h od 2003 r. Lekarz dyżurny psychiatrycznej izby przyjęć stwierdził brak poczucia choroby psychicznej oraz urojenia o treści pasożytniczej. Pacjentka podawała, że jest zarażona bąblowcem, a oprócz tego dużą liczbą małych robaków, atakujących jej plecy, brzuch i pachwiny. Czuła, że pasożyty przemieszczają się pod jej skórą, wydzielając lepki, drażniący ciecz. Wielokrotnie wykonywała badania kału na obecność pasożytów, których wyniki nie potwierdzały zakażenia. Na prośbę pacjentki lekarz rodzinny leczył ją mebendazolem.

Pacjentka z ciąży prawidłowej, urodzona o czasie, siłami natury. Ma starszą o 7 lat siostrę. W okresie dojrzewania często dochodziło między nimi do konfliktów – starsza siostra stosowała wobec młodszej przemoc fizyczną, biła ją, uderzała jej głową o ścianę, wykręcała ręce. W wieku 10 lat pacjentka doznała urazu głowy, siostra uderzyła ją metalowym prętem.

Kobieta ma wykształcenie średnie (technik ekonomista). Pracowała zawodowo przez 40 lat. Od 2002 r. na emeryturze. Była zamężna przez 40 lat. Mąż nadużywał alkoholu, zmarł w 2005 r. Od tego czasu pacjentka mieszka samotnie. Ma troje dzieci: córkę (lat 43) oraz dwóch synów (39 i 36 lat). Z dziećmi nie utrzymuje zbyt częstych kontaktów, choć swoje relacje z nimi opisuje jako po-

prawne. Podczas hospitalizacji żadne z dzieci nie odwiedziło mamy w szpitalu, nikt też nie kontaktował się w jej sprawie z lekarzami. Pacjentka podawała, że rozmawiała z dziećmi telefonicznie podczas pobytu na przepustce. Wywiad rodzinny w kierunku występowania chorób psychicznych był ujemny. Młodszy syn pacjentki nadużywał alkoholu. Pacjentka nie pali papierosów, nie nadużywa alkoholu, nie zażywa narkotyków.

Pacjentka obciążona somatycznie, choruje na nadciśnienie tętnicze, wole guzkowe tarczycy, niedosłuch, wysiłkowe nietrzymanie moczu. Trzykrotnie operowana: cholecystektomia kilka lat temu, operacyjne leczenie niedosłuchu w 2007 r. i operacyjne leczenie wysiłkowego nietrzymania moczu w 2014 r. Przyjmuje walsartan 160 mg/24 h, hydrochlorotiazyd 25 mg/24 h, betaksozol 20 mg/24 h, spironolakton 25 mg/24 h, simwastatynę 20 mg/24 h, loratadynę 10 mg/24 h, hydroksyzynę 25 mg/24 h, kwas acetylosalicylowy 75 mg/24 h, winpocetynę 15 mg/24 h i paroksetynę 20 mg/24 h. Podaje, że jest uczulona na inhibitory konwertazy angiotensyny.

Objawy po raz pierwszy wystąpiły w okresie świąt Bożego Narodzenia. Wigilię spędziła z rodziną, pozostałe dni świąt – sama. Odczuwała pod skórą obecność i przemieszczanie się wielu małych robaków oraz jednego lub dwóch większych. Gdy się poruszała, odnosiła wrażenie, że pasożyty wydzielają drażniący śluz. Pacjentka podawała, że widziała na pościeli wiele płamek; podejrzewała, że są to odchody robaka. Próbowała zabijać pasożyty, bijąc się po plecach dużym grzebieniem, usiłowała także spychać je do niżej położonych części ciała.

W trakcie hospitalizacji pacjentka wypowiadała treści urojeniowe dotyczące obecności pasożytów pod skórą. Wielokrotnie domagała się badań obrazowych, które miały potwierdzić jej urojenia. Kilkakrotnie mówiła, że zdecydowała się na hospitalizację w celu operacyjnego usunięcia robaków. Była całkowicie bezkrytyczna wobec wypowiadanych treści, niepodatna na próby wytłumaczenia jej podłoża objawów. Jednocześnie bez oporów przyjmowała leki. Zmniejszenie nasilenia dolegliwości w trakcie leczenia tłumaczyła sobie tym (mimo wielokrotnych rozmów na temat mechanizmu działania leków), że leki „trują” pasożyty. W początkowym okresie hospitalizacji labilna emocjonalnie, płacziwa, skarżyła się, że nikt nie chce „wyciągnąć robaków operacyjnie”. W późniejszym okresie zdecydowanie spokojniejsza, nie ujawniała nasilonych zaburzeń nastroju.

Włączono olanzapinę, której dawkę stopniowo zwiększono do 20 mg. Ze względu na występujące w godzinach

nocnych epizody jakościowych zaburzeń świadomości zredukowano dawkę do 10 mg, dołączając perazynę i dochodząc do dawki 150 mg/24 h. Poza tym podawano pacjentce 25 mg/24 h hydroksyzyny oraz doraźnie lorazepam.

W wykonanym badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej stwierdzono cechy stłuszczenia wątroby. W badaniu RTG klatki piersiowej wykryto cień okrągły o średnicy 18 mm w okolicy koniuszka serca. W celu wykluczenia procesu rozrostowego wykonano tomografię klatki piersiowej, w której opisano zmiany włókniste szczytów płuc oraz nagromadzenie tkanki tłuszczowej w dolnej części szczeliny międzypłatowej lewej. Nie wykazano powiększonych węzłów chłonnych wnek i śródpiersia. Stwierdzono także przepuklinę rozworu przełykowego przepony o wymiarach 30 × 35 × 45 mm, skoliozę, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, naczyniaka trzonu L₁ oraz zwąpnienia w cieśni tarczycy.

Po wykonaniu badania TK głowy z kontrastem stwierdzono: „Stan po zabiegu chirurgicznym ucha lewego. Jama pooperacyjna wypełniona przez niespecyficzne, patologiczne masy miękotkankowe, w tym o gęstości tłuszczu. Wyrostek sutkowaty lewy o przebudowie sklerotycznej. Ubytek kostny o średnicy 8 mm pomiędzy jamą czaszki a uchem środkowym. Na tym poziomie, w płacie skroniowym lewym, hipodensyjny obszar o wymiarach ok. 10 × 9 mm, o gęstości płynowej – najprawdopodobniej blizna związana z zabiegiem. Niewielkie uogólnione zaniki korowe mózgowia. Poza tym obraz mózgowia i przestrzeni płynowych wewnątrzczaszkowych prawidłowy”.

Wykonano także diagnostykę psychologiczną:

- Test MMSE = 26 pkt
- Test Rysowania Zegara – wykonany prawidłowo
- Test Stroopa: część A = 27 s, część B = 100 s + 1 błąd
- Test Pamięci Wzrokowej Bentona: liczba poprawnych odwzorowań = 8; liczba błędów = 6
- Test Uczenia się Reya: I = 4, II = 6, III = 6, IV = 8, V = 9, VI = 5; po 0,5 h = 2; seria B = 2 (we wszystkich próbach słowa dodane, persewercje); rozpoznawanie = 13 prawidłowo, 3 błędnie
- Test Łączenia Punktów: część A = 40 s, część B = 180 s + 2 błędy
- Test Fluencji Słownej: zwierzęta = 19/1 min, k = 10/1 min, p = 9/1 min.

Badana ujawniała zdolność planowania, zdolność myślenia abstrakcyjno-pojęciowego, pamięć świeżą wzrokową i szybkość czytania w normie. Prezentowała lekko obni-

żoną pamięć świeżą słuchowo-werbalną. Zdolność uczenia się na materiale słuchowo-werbalnym była lekko zaburzona. Krzywa uczenia wzrastała, ale w dość wolnym tempie. Kobieta ujawniała obniżoną pamięć odroczoną i słabą odporność na dystrakcję. Wyniki wskazywały na lekkie spowolnienie psychomotoryczne oraz obniżoną pamięć operacyjną werbalną i wzrokowo-przestrzenną. Fluencja słowna przy kryterium semantycznym w normie. Lekkie osłabienie fluencji słownej przy kryterium fonologicznym. Na podstawie wyników badania neuropsychologicznego u pacjentki stwierdzono łagodne zaburzenia funkcji poznawczych, prawdopodobnie na podłożu naczyniopochodnym. Osłabienie dotyczyło funkcji poznawczych, takich jak: pamięć świeżą słuchowo-werbalną, zdolność uczenia się na materiale słuchowo-werbalnym, pamięć odroczone, fluencja słowna przy kryterium fonologicznym, szybkość psychomotoryczna, pamięć operacyjna.

Wykonano także badanie testem MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*). Na podstawie układu skal kontrolnych i wskaźnika Gougha [3] oceniono, że pacjentka podeszła do sytuacji testowej zgodnie z instrukcją i próbowała odpowiadać na pytania rzetelnie. Profil kliniczny nadawał się do interpretacji. Najwyższymi skalami w nim były skale 1 i 2. U osób z takim profilem często występują skargi somatyczne. Osoby takie mogą określać się jako chore fizycznie, choć wyniki badań tego nie potwierdzają.

Badana skarżyła się na dolegliwości somatyczne, takie jak: zaburzenia układu pokarmowego, drętwienie kończyn, przyspieszone bicie serca, bóle karku, szum w uszach. Skarżyła się też na trudności w koncentracji uwagi i zaburzenia pamięci. Zgłaszała też ogólne zmęczenie, uczucie osłabienia. Pacjentka jest osobą mocno skoncentrowaną na swoim cielesie. Wsłuchuje się w funkcjonowanie własnego organizmu i jest skłonna przesadnie reagować nawet na najmniejsze zaburzenia. W sytuacjach stresowych często może reagować objawami somatycznymi. Jednocześnie chora ma obniżony wgląd w siebie. Odrzuca możliwość powiązania objawów z ciałem z czynnikami psychologicznymi, emocjonalnymi. Poza tym u pacjentki występują: obniżony nastrój, spadek zainteresowań, obniżenie energii do działania. Ma tendencje do popadania w przygnębienie i pogrążania się w smutnych rozmyśleniach. Badana jest osobą wrażliwą, wyczuloną na reakcje innych ludzi, nieufną. Towarzyszy jej poczucie osamotnienia i braku wsparcia. Odczuwa zawód wobec osób ze swojego otoczenia. Wyniki badania wskazują, że do najczęstszych mechanizmów obronnych u pacjentki należy wyparcie i somatyzacja.

Zespół Ekboma – opis przypadku

P. Grudzka, M. Araszkiwicz, E. Sobolewska

Kobieta została wypisana po 5 tygodniach leczenia. Zalecono stosowanie olanzapiny w dawce 10 mg/24 h i perazyyny w dawce 150 mg/24 h. Zastosowanym leczeniem uzyskano ustąpienie urojeń, jednak pacjentka nie osiągnęła pełnego krytycyzmu wobec objawów.

OMÓWIENIE

Zespół Ekboma początkowo traktowany był jako rodzaj fobii. Używano wobec niego określeń: akarofobia lub parazytofobia. Uznano jednak z czasem, że choroba ma charakter urojeniowy i nie spełnia kryteriów zaburzeń lękowych [4]. Terminu „parazytoza urojeniowa” po raz pierwszy użyli Wilson i Miller w 1946 r. [5]. W polskiej tradycji nozologicznej dominuje określenie „oblęd pasożytniczy” [6, 7].

Typowym okresem zachorowania jest wiek średni i starszy. Kobiety chorują dwukrotnie częściej niż mężczyźni. Chorzy są przekonani, że na ich skórze, w jej porach lub pod nią, a nawet w jamach ciała, rozwijają się pasożyty. Odczuwają swędzenie, palenie, gryzienie i podobne objawy, które interpretują jako obecność insektów lub robaków. Zdarzają się omamy wzrokowe, pacjenci widzą pasożyty poruszające się pod skórą lub wychodzące z otworów ciała. Osoby z oblędem pasożytniczym niejednokrotnie rozdrapują skórę, co prowadzi do wtórnych dermatologicznych zmian chorobowych. Podejmują działania mające na celu eliminację pasożytów, m.in. stosują środki owadobójcze, radzą się dermatologów, chirurgów, angażują specjalistów od zwalczania szkodników. Chorzy zazwyczaj nie mają rzetelnej wiedzy parazytologicznej; budują własne teorie o zakażeniu i zachowaniu się insektów. Z reguły nie widzą powodu, aby konsultować się z lekarzem psychiatrą, znacznie częściej szukają pomocy u dermatologów, zakaźników, alergologów lub specjalistów zajmujących się zwalczaniem owadów [3]. Często dostarczają lekarzom dowodów na obecność domniemanych pasożytów w różnych pudełkach, butelkach itp. Najczęściej są to kawałki uszkodzonych tkanek, strupy gojących się ran, fragmenty naskórki, okruszki, drobinki kurzu itd. Nazywane jest to objawem „pudełka zapalek” (*matchbox sign*) i uznawane za patognomiczny objaw oblędu pasożytniczego [8, 9].

Opisany przypadek, zgodnie z ICD-10, można zdiagnozować jako halucynozę organiczną lub organiczne zaburzenie urojeniowe [10]. W znacznej części symptomatologia tych zaburzeń się ze sobą pokrywa. Według klucza diagnostycznego w przypadku organicznych zaburzeń urojeniowych, urojeniom mogą towarzyszyć omamy.

W powyższym przypadku dominowały treści urojenio-we, co było istotne dla ostatecznego rozpoznania organicznych zaburzeń urojeniowych [10].

Zaburzenia psychiczne, czy to pierwotne, czy wtórne, często występują u osób z chorobami skórnymi. W badaniu Woodruffa stwierdzono je aż u 5% chorych hospitalizowanych w klinice dermatologicznej [11]. Znajomość problematyki z zakresu psychodermatologii może się przyczynić do poprawy diagnostyki. Ważna dla dobra pacjenta wydaje się współpraca lekarzy odrębnych dziedzin medycyny, w tym przypadku dermatologa, lekarza rodzinnego i psychiatry.

PIŚMIENICTWO

1. Ekblom KA. *The pre-senile delusion of infestation. Hist Psychiatr* 2003; 14: 229-256.
2. Jarosz M. *Urojenia pasożytniczej choroby skóry. Łódzkie Towarzystwo Naukowe, Łódź 1959.*
3. Antczak-Domagala K, Baluta K, Magierski R. *Parazytoza urojeniowa u osób w podeszłym wieku. Psychiatria po Dyplomie* 2015; 4: 20-25.
4. Le Roux A, Benattar B, van Amerongen P et al. *A propos du syndrome d'Ekblom. Ann Med Psychol* 2004; 162: 755-761.
5. Driscoll MS, Roethe MJ, Grant-Kels JM, Hale MA. *Delusional parasitosis: a dermatological perspective. Int Clin Psychopharmacol* 1986; 1: 340-353.
6. Puzyński S. *Leksykon psychiatrii. PZWL, Warszawa 1993: 169.*
7. Jarosz M. *Podstawowe zespoły psychopatologiczne. W: Jarosz M, Cwynar S. (ed). Podstawy psychiatrii. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1976: 73-85.*
8. Szepietowski J, Pacan P, Reich A. *Psychodermatologia. Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wrocław 2012.*
9. Taylor RE, Bewley A, Melidonis N. *Psychodermatology. Psychiatr* 2006; 5: 81-84.
10. WHO: *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Vesalius, Kraków-Warszawa 2000.*
11. Woodruff PW, Higgins EM, Du Vivier AW, Wessely S. *Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic. Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19: 29-35.

Adres do korespondencji:

Maurycy Araszkiwicz

Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza

85-094 Bydgoszcz, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9

e-mail: maurycy.araszkiwicz@gmail.com