



Dorota Jasińska

Absolwentka Wydziału
Lekarskiego Śląskiego
Uniwersytetu
Medycznego
w Katowicach oraz
Wydziału Biologii
Uniwersytetu
Warszawskiego,
lekarz na oddziale
neurologii Szpitala
Specjalistycznego
im. Henryka
Klimontowicza
w Gorlicach.
Hobby: języki obce,
literatura piękna, film.

Nerwica lękowa – czy tylko? Opis przypadku

Anxiety disorder or something else? Case report

Dorota Jasińska, Jerzy Boczoń

Oddział Neurologiczny, Szpital Specjalistyczny w Gorlicach

STRESZCZENIE

Zaburzenia lękowe są jedną z najczęstszych przyczyn zgłaszania się do lekarzy pierwszego kontaktu, a także drugą po depresji (chorobie afektywnej jednobiegunowej) przyczyną wizyt w poradniach zdrowia psychicznego.

Szybki rozwój cywilizacyjny, skupienie się na dobrach konsumpcyjnych i rozluźnienie emocjonalnych relacji rodzinnych sprzyja powstawaniu coraz większej liczby zaburzeń psychicznych. Jak się przewiduje, staną się one plagą dwudziestego pierwszego wieku. Średnio co czwarty mieszkaniec naszej planety cierpi lub będzie cierpieć na któreś z kręgu zaburzeń psychicznych.

W poniższym artykule przedstawiamy opis przypadku 46-letniego mężczyzny, u którego zaburzenia lękowe były pierwszą manifestacją poważnych zaburzeń endokrynologicznych. Ponieważ nie były one leczone, doprowadziły do udaru mózgu i trwałego kalectwa, zagrażając bezpośrednio życiu pacjenta.

Słowa kluczowe: nadczynność tarczycy, anty-TSHR, przełom tarczycowy, udar niedokrwienny, psychosomatyka

NAJWAŻNIEJSZE

Lęk często poprzedza ujawnienie się poważnych chorób somatycznych.

HIGHLIGHTS

Anxiety often precedes the manifestation of serious somatic diseases.

ABSTRACT

Anxiety disorders are among the most common reasons of visits to GPs and also the second most frequent to psychiatric outpatient clinics (just right after unipolar affective disorder).

The fast development of the civilization, focusing on consumer goods and disintegrating family relationships influence excessively the emotional stability and cause many psychiatric disorders which are said to become the plague of the 21st century. On average, every fourth inhabitant of our planet is suffering or will suffer from any of the range of mental disorders.

In our article we describe a case of the 46-year old male who suffered from anxiety what was the first symptom of the severe endocrinological disorders which undiagnosed and untreated led to life-threatening ischemic stroke and permanent disability.

Key words: hyperthyroidism, thyrotoxicosis, anti-TSHR, ischaemic stroke, psychosomatics

OPIS PRZYPADKU

Pacjent w wieku lat 46 został przyjęty na oddział neurologiczny z powodu zaburzeń świadomości, mowy oraz z narastającym od 2 h niedowładem kończyn prawych. Z wywiadu od żony wiadomo, że do tej pory nie był leczony przewlekłe z żadnego powodu. Co więcej, od 10 lat cierpi na nerwicę lękową i nadciśnienie tętnicze, których nie leczył systematycznie. Wielokrotnie z powodu napadów duszności i lęku panicznego interweniowało Pogotowie Ratunkowe. W ostatnim czasie schudł ok. 20 kg, za który to fakt rodzina obwiniała jego żonę, która jakoby nie dbała wystarczająco o męża. On sam składał to na karb ciężkiej pracy zawodowej – przy wyrębie lasu. Wywiad rodzinny był nieobciążony. Co do używek, pacjent wypijał codziennie jedno piwo.

W badaniu, po przyjęciu na oddział, stwierdzono: stan ogólny ciężki, pacjent przytomny, poleceń nie spełnia, afazja zupełna, tendencja do zwrotu głowy w lewo, ośrodkowy niedowład mięśni twarzy po stronie prawej, porażenie kończyn prawych (kkp), wzmożone napięcie mięśniowe kończyn prawych, wygórowane odruchy głębokie kkp, dodatni objaw Babińskiego po stronie prawej, wydolny oddechow, ASN ok. 140/min. Wykonano TK głowy, które nie uwidocznili zmian ogniskowych w obrębie mózgowia. Chorego zakwalifikowano do leczenia trombolitycznego. W kontrolnym badaniu TK głowy, po leczeniu trombolitycznym, stwierdzono rozległy, dokonany zawał w zakresie lewej tętnicy środkowej mózgu (MCA). W USG tętnic szyjnych tętnice prawidłowo szerokie, bez istotnych hemodynamicznie zmian.

W pierwszych dniach hospitalizacji chory w stanie ciężkim, z migotaniem przedsionków z szybką akcją komór, z przełomem tarczycowym (TSH < 0,005 uIU/ml; fT4 > 100 pmol/l; fT3: 29,3 pg/ml).

Pacjent wykazywał intermitujące zaburzenia świadomości, był splątany allo- i autopsychicznie, w niepokoju psychoruchowym, majaczący.

Od 3. doby występowała gorączka do 39°C, nad polami płucnymi furczenia oraz dodatnie parametry zapalne. Po zastosowaniu leczenia: antybiotykoterapii (ceftriaksonu), podaniu β-blokera, tiamazolu i hydrokortyzonu, stan chorego stopniowo się poprawiał. Chorego konsultowano przez endokrynologa oraz kardiologa. Wykonano: USG tarczycy – tarczyca powiększona, o znacznie obniżonej echogeniczności, kontrolne badania hormonów tarczycy oraz badanie na obecność przeciwciał przeciw receptorom TSH, które było dodatnie. W echo serca: powiększenie jamy lewej i prawej komory serca oraz powiększony lewy przedsionek. Ze względu na zaburzenia połykania chorego przez pierwsze dni hospitalizacji odżywiano przez sondę żołądkową. Jego stan w trakcie dalszego pobytu uległ poprawie, zmniejszył się niedowład kończyn prawych oraz zaburzenia połykania. Włączono do leczenia dabigatran jako profilaktykę wtórną udaru niedokrwiennego mózgu. Chorego objęto programem wczesnej rehabilitacji neurologicznej oraz terapii logopedycznej. Rozpoznano chorobę Gravesa–Basedowa. W badaniu neurologicznym przy wypisie: pacjent przytomny, afazja mieszana z przewagą komponenty ruchowej, ośrodkowy niedowład mięśni twarzy po stronie prawej, niedowład kończyn prawych, wzmożone napięcie mięśniowe i żywsze odruchy głębokie klatki piersiowej; mężczyzna chodzi z dużą pomocą osób drugich, NIHSS – 14 pkt, mRS – 4. W stanie ogólnym dobrym skierowano go do dalszego leczenia usprawniającego na oddział rehabilitacji neurologicznej.

DYSKUSJA

Zaburzenia funkcjonowania gruczołu tarczowego są jedną z częstszych somatycznych przyczyn zaburzeń psychicznych [2].

Hipotyzm najczęściej objawia się zaburzeniami zdolności poznawczych oraz depresją. Z kolei w nadczynności tarczycy skargi dotyczą zaburzeń snu, apetytu, libido i aktywności psychomotorycznej. Najczęściej występują zaburzenia koncentracji uwagi [1, 2].

Niepokój zaś, często uznawany za główny objaw nadczynności tarczycy, występuje tylko u 25% chorych. Często towarzyszy mu depresja. Psychoza jest rzadkim powikłaniem nadczynności tarczycy, występującym w 2% przypadków tyreotoksykozy, szczególnie w wypadku zbyt szybkiego obniżenia poziomu hormonów tarczycy. Przełomowi tyreotoksycznemu często towarzyszy majaczenie [3].

Leczenie objawów psychopatologicznych w przypadku zaburzeń endokrynologicznych ogniskuje się wokół uregulowania gospodarki hormonalnej, co z reguły powoduje samoistne wycofanie się zaburzeń psychicznych. Leczenie farmakologiczne stosuje się w przypadku braku poprawy lub dużego nasilenia objawów [4–6].

W przypadku naszego pacjenta przyczyną trwających od 10 lat zaburzeń lękowych była niezdiagnozowana choroba Gravesa–Basedowa (potwierdzono obecność przeciwciał anty-TSHR), będąca *de facto* najczęstszą przyczyną nadczynności tarczycy. Nieleczona, w konsekwencji doprowadziła do przełomu tarczycowego z majaczeniem i migotaniem przedsionków, co wywołało udar mózgu w mechanizmie zatorowym. Pacjent przeżył, mimo złego rokowania przy przyjęciu, jednakże pozostał inwalidą niezdolnym do podjęcia pracy i wymagającym stałej opieki osób trzecich, co dla młodego człowieka jest sprawą trudną do zaakceptowania.

WNIOSKI

Przypadek pacjenta wskazuje na konieczność diagnostyki różnicowej – wyeliminowania przyczyny soma-

tycznej w przypadku wystąpienia zaburzeń lękowych u osoby dotychczas nieleczony psychiatrycznie. *Lege artis* powinno się to odbywać w przypadku każdego pacjenta z zaburzeniami psychicznymi, lecz często tak się nie dzieje, czy to z przyczyn finansowych, czy też z braku czasu i wielokrotnie pacjent jest leczony objawowo bez zdiagnozowania przyczyny.

Należy pamiętać, że postawienie rozpoznania idiopatycznych zaburzeń psychicznych, czy też złożenie ich na karb stresu w życiu codziennym, może nastąpić dopiero po wyeliminowaniu przyczyny somatycznej.

PIŚMIENNICTWO

1. Feldkamp J. Subclinical hyperthyroidism. *Dtsch Med Wochenschr* 2013; 138(42): 2146-2150.
2. Hu LY, Shen CC, Hu YW, Chen MH. Hyperthyroidism and risk for bipolar disorders: a nationwide population-based study. *PLoS One* 2013; 8(8): e73057 [online: doi: 10.1371/journal.pone.0073057].
3. Brandt F, Thvilum M, Almind D et al. Morbidity before and after the diagnosis of hyperthyroidism: a nationwide register-based study. *PLoS One* 2013; 8(6): e66711 [online: doi: 10.1371/journal.pone.0066711].
4. Petersen P, Hansen JM. Stroke in thyreotoxicosis with atrial fibrillation. *Stroke* 1988; 19(1): 15-18.
5. Ertek S, Cicero AF. Hyperthyroidism and cardiovascular complications: a narrative review on the basis of pathophysiology. *Arch Med Sci* 2013; 9(5): 944-952.
6. Onwuekwe I, Eze C, Ekenze O. Ischaemic stroke in hyperthyroidism without cardiac arrhythmia. A case report from south east Nigeria. *Niger J Med* 2012; 21(4): 458-461.

Adres do korespondencji:

Dorota Jasińska
38-450 Dukla, ul. Jana Pawła 45
e-mail: dorjas10@wp.pl