



Organiczne zaburzenie urojeniowe u młodego mężczyzny leczonego w dzieciństwie z powodu ostrej białaczki – opis przypadku

Organic delusional disorder in a young man suffering from acute leukaemia in childhood – a case report

MAGDALENA LETKIEWICZ¹, MARCIN JABŁOŃSKI¹, ELŻBIETA KAMIENSKA²,
MAŁGORZATA ŚMIAROWSKA¹

Z: 1. Katedry i Kliniki Psychiatrii Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie
2. I Kliniki Chorób Dzieci Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie

STRESZCZENIE

Cel. Celem pracy było przedstawienie problemu powikłań stosowanych w dzieciństwie chemio- i radioterapii. Współcześnie większość dzieci chorujących na białaczkę jest skutecznie leczona. Wiadomo, że intensywne chemio- i radioterapia wpływają na stan psychiczny młodych pacjentów.

Przypadek. Przedstawiamy opis przypadku mężczyzny, u którego od 15 lat utrzymuje się remisja ostrej białaczki. Z powodu występowania zaburzeń funkcji poznawczych oraz zespołu urojeniowego jego funkcjonowanie indywidualne i społeczne jest obecnie znacznie upośledzone.

Wnioski. W dobie skuteczności leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej należy wprowadzić nowe schematy postępowania uwzględniające odległe powikłania chemio- i radioterapii.

SUMMARY

Aim. The aim of the article was to draw attention to the problem of psychiatric complications of intensive chemo- and radiotherapy administered in childhood. At present most children suffering from acute leukaemia are successfully treated. However, intensive chemo- and radiotherapy are known to affect young patients' mental state.

Case report. A case is reported of a man in remission of leukaemia for the past 15 years. His current personal and social functioning is severely affected by his cognitive impairment and delusional syndrome.

Conclusions. At the time when acute lymphoblastic leukaemia can be successfully treated, new treatment regimens should be introduced taking into account delayed complications of chemo- and radiotherapy in childhood.

Słowa kluczowe: organiczne zaburzenia urojeniowe / ostra białaczka / chemio- i radioterapia

Key words: organic delusional syndrome / acute leukaemia / chemo- and radiotherapy

Współcześnie większość dzieci chorujących na białaczkę jest leczona skutecznie. Wiadomo jednak, że intensywne chemio- czy radioterapia wywołują odległe następstwa utrudniające normalne funkcjonowanie pacjentów. Najczęściej stwierdzano u chorych zaburzenia funkcji poznawczych, zespoły lękowe i zaburzenia depresyjne [1, 2, 3].

Przedstawiamy przypadek młodego mężczyzny, u którego utrzymuje się wieloletnia remisja ostrej białaczki limfoblastycznej (OBL). Jego funkcjonowanie indywidualne i społeczne jest nadal w znacznym stopniu utrudnione.

OPIS PRZYPADKU

Pacjent MZ, 23 lata, kawaler, wykształcenie średnie, bez zawodu, niepracujący, mieszka z rodzicami. Dotychczas nie był hospitalizowany psychiatrycznie. Matka z zawodu fryzjerka, sezonowo prowadzi dom letniskowy, ojciec jest marynarzem. Matka – spokojna, wyrozumiała, dużo czasu poświęca dzieciom. Ojciec – raczej pobudliwy, wychowanek domu dziecka, zaangażowany w wychowywanie dzieci.

Wywiad rodzinny nieobciążony występowaniem chorób psychicznych. Pacjent ma dwóch młodszych o 3 i 7 lat braci. Urodził się o czasie, z ciąży prawidłowej, poród odbył się siłami natury. Podczas porodu doszło do złamania obojczyka. Do 3 roku życia rozwój psychomotoryczny chłopca przebiegał prawidłowo. Jak opisuje matka, od urodzenia był dzieckiem nadwrażliwym i pobudliwym. We wczesnym okresie rozwoju poza infekcjami górnych dróg oddechowych na nic poważnie nie chorował. W 3 roku życia rozpoznano OBL *non T non B*. W leczeniu OBL stosowano zmodyfikowany schemat Rhiema, w tym naświetlanie o.u.n. (otrzymywał dawkę promieni 18 Gy). Leczenie prowadzono do 8 roku życia. Pacjent jest pod opieką poradni hematologicznej. Intensywne leczenie schorzenia podstawowego wymagało wielotygodniowych pobyków na oddziałach szpitalnych. Wg matki, MZ w okresie szkoły podstawowej był postrzegany przez rówieśników jako dziwak i „ofiara losu”. Nie miał bliskich kolegów, wyśmiewano się z niego. Dokuczali mu nawet bracia, pomimo częstych ingerencji matki. Czas wolny spędzał w towarzystwie starszych. W czasie nauki szkolnej duże trudności sprawiały mu matematyka

i fizyka. Znacznie lepiej radził sobie z przedmiotami humanistycznymi.

Potrafił być dociekliwy i wiele czasu poświęcał na poszukiwanie interesujących go informacji. Systematycznie uczył się języka angielskiego, dysponował dużym zasobem słownictwa. Z trudem ukończył liceum ogólnokształcące. Nie przystąpił do matury. Od tamtego czasu nie podjął żadnej nauki ani pracy. Spędza czas grając w gry komputerowe lub łowiąc ryby. Latem spaceruje, chodzi na kąpielisko sam lub ze starszą o kilka lat kuzynką.

Z relacji rodziców wiadomo, że od dawna syn podejrzewał innych o złe intencje w stosunku do siebie. Obojętne sytuacje, czy słowa często interpretował jako zagrażające lub ośmieszające. Przejawiał skłonność do długotrwałego przeżywania przykrych sytuacji i ich szczegółowego analizowania. Zdarzało się, że po jednym, dwóch dniach od stresującego wydarzenia wybiegał z domu do lasu lub na ulicę głośno krzycząc. Jak twierdził, „żeby się wyładować”. Około trzy lata temu pojawiło się natrętne mycie rąk.

Leczenie psychiatryczne podjął trzy lata temu. Lekarz poradni zdrowia psychicznego rozpoznał zespół anankastyczny. Przez około pół roku pacjent przyjmował sertralinę do 100 mg/die. Według rodziców leczenie nie dało efektu. Od września 2004 r. podawano pacjentowi wenlafaksynę 75 mg/die i alprazolam o przedłużonym okresie działania – również bez poprawy funkcjonowania. Skierowany do Kliniki Psychiatrii PAM z rozpoznaniem: obserwacja w kierunku M.B. Zespół anankastyczny? Ze skierowania wiadomo, że w ciągu ostatnich kilku tygodni doszło do wyraźnej zmiany zachowania chorego. Był smutny, zamknięty w sobie, unikał kontaktu z innymi osobami. Przestał dbać o higienę.

W czasie przyjęcia do oddziału nie był zainteresowany rozmową, w kontakcie lakoniczny, zbywający, w obniżonym nastroju, słabo modulujący afekt. Wyraźnie spowolniały psychoruchowo, sprawiał wrażenie dyssymulującego objawy psychotyczne. W badaniu fizykalnym nie stwierdzono patologii.

W początkowym okresie pobytu na oddziale pacjent był opisywany jako mało spontaniczny w zachowaniu, spokojny. Nastroj obojętny, afektywnie jednostajny, wyraźnie spowolniały psychomotorycznie. Wypowiedzi lakoniczne, w płaszczyźnie pytań, zaznaczona lepkość myślenia. Zachowań kompulsyjnych ani natrętnych myśli nie obserwowano. Bez objawów psychotycznych w sensie omamów czy urojeń. Upośledzona przerzutność uwagi, widoczne zaburzenia pamięci krótkoterminowej i trwałej. Funkcjonowanie intelektualne pacjenta orientacyjnie oceniano jako upośledzone w stopniu lekkim. Bez zaburzeń struktury osobowości.

Wstępnie rozpoznano: organiczne zaburzenie osobowości, obserwacja stanu psychicznego. W tym czasie pacjent nie otrzymywał żadnych leków.

W badaniu internistycznym ani neurologicznym nie stwierdzono odchyleń. Wykonane w czasie hospitalizacji badanie EEG i TK mózgowia nie wykazały patologii. Wyniki tzw. psychologicznych testów organicznych ujawniły wyraźne obniżenie funkcji percepcji, uwagi, pamięci operacyjnej, koordynacji wzrokowo-przestrzennej. Wyniki skali Wechslera wskazywały cząstkowe deficyty i dezorganizację procesów poznawczych, m.in. zaburzenie toku myślenia. Funkcjonowanie intelektualne na poziomie upośledzenia umysłowego stopnia lekkiego.

Z obserwacji pacjenta na oddziale wynikało, że niechętnie nawiązywał kontakt z innymi pacjentami. Utrzymywało się wyraźne nastawienie urojeniowe wobec otoczenia, ale spontanicznie nie wypowiadał urojeń. Jeden raz doszło w oddziale do dekompensacji zachowania. Był pobudzony psychoruchowo, głośno krzyczał. Twierdził, że jedna z pacjentek chce go otruć dolewając do jego kompotu wody z toalety. Podczas jednej z rozmów pacjent przyznał, że od kilku miesięcy, kiedy przebywa sam w pokoju, słyszy przykre komentarze na swój temat, głosy wyśmiewające go. Umiejszczał je poza obrębem swojej głowy. W świetle informacji od rodziców i wyniku obserwacji chorego w oddziale zmieniono rozpoznanie na „organiczne zaburzenia urojeniowe” i wdrożono farmakoterapię. Stopniowo wprowadzono do leczenia olanzapinę w dawce do 10 mg na dobę. Z powodu utrzymywania się nadmiernej senności i osłabienia fizycznego zredukowano dawkę olanzapiny i ostatecznie z powodu złej tolerancji lek odstawiono. Następnie zastosowano chlorprotiksen. Początkowo dawką skuteczną i dobrze tolerowaną było 100 mg na dobę. Po kilkunastu dniach okazało się, że pacjent znowu reaguje sennością. Po zmniejszeniu dawki leku do 30 mg na dobę ustąpiła sedacja. Pacjent był spokojny, ustąpiło nastawienie urojeniowe do otoczenia. Poprawie uległ nastrój. Kilkakrotnie wychodził na przepustki do domu. Nie obserwowano objawów psychotycznych, ani epizodów dekompensacji w postaci krzyków czy pobudzenia.

Po 35 dniach hospitalizacji pacjent został wypisany do domu. Był spokojny, w dobrym kontakcie, żywszy afektywnie, poprawie uległ nastrój. Zaprzeczał doznawaniu halucynacji, zachowaniem ich nie zdradzał, urojeń nie wypowiadał. Po 2 miesiącach od daty wypisu M.Z. zgłosił się na badanie kontrolne. Z informacji od rodziny wynikało, że poprawa stanu psychicznego i funkcjonowania pacjenta nadal utrzymuje się. Epizody pobudzenia, nastawienia urojeniowego do otoczenia, halucynacje słuchowe nie powtarzają się. Chory był bardziej aktywny i miał lepszy nastrój, często dopytywał matkę czy lęk nie powróci i dlatego jego bracia są sprawniejsi i silniejsi od niego.

KOMENTARZ

Pacjent leczony w dzieciństwie z powodu OBL od pierwszych klas szkoły podstawowej miał problemy z nauką. Słabiej niż rówieśnicy funkcjonował intelektualnie. W świetle danych z piśmiennictwa większość autorów wskazuje na występowanie deficytów intelektualnych u pacjentów leczonych w przeszłości z powodu OBL [1, 4, 5]. Jedyne Verri w swoim badaniu wysunął wnioski, że wiek rozpoznania, czas trwania białaczki, radio- i/lub chemioterapia nie wpływają na rozwój intelektualny chorych [6]. Duffner na podstawie badań dzieci leczonych radio- i chemioterapią z powodu białaczki lub guza mózgu wskazał na wysoką toksyczność tego typu terapii dla funkcji poznawczych chorych. Wysunął konkluzję, że w standardach tego typu leczenia powinno prowadzić się monitorowanie funkcji poznawczych [3].

Pacjent MZ żył wyobcowany z grona rówieśników. Od szkoły podstawowej inne dzieci nie akceptowały go, wyśmiewały się z niego. Relacje z braćmi również były zabu-

rzne. Spędzał czas samotnie, z rodzicami albo kuzynką. Był to niewątpliwie wpływ zaburzonego procesu socjalizacji wynikający z długotrwałego leczenia, także w warunkach szpitalnych, ale i utrudnionego funkcjonowania intelektualnego. Na występowanie trudności w funkcjonowaniu społecznym wskazują Moore i wsp., którzy w badanej grupie chorych wykazali wycofanie społeczne, zaburzenia zachowania w okresie dorastania, lęk [4]. Cap, który podał badaniom osoby z remisją białaczki trwającą od 4 do 15 lat, u 65% chorych stwierdził zaburzenia rozwoju osobowości [1]. Wielu autorów opisuje występowanie zaburzeń depresyjnych i lękowych u chorych, którzy w przeszłości przeszli białaczkę [3, 4, 7]. Moore i wsp. opisywali występowanie manieryzmów w tej grupie [4]. U MZ w wieku 20 lat wystąpiło kompulsyjne mycie rąk, lecz zastosowane leczenie sertralina, a później wenlafaksyną było nieskuteczne. W czasie pobytu w szpitalu nie obserwowano objawów zespołu anankastycznego, natomiast rozpoznano zespół omamowo-urojeniowy o symptomatologii mieszczącej się w kategorii diagnostycznej organiczne zaburzenia urojeniowe. Jak dotąd, nie opisywano tego typu zespołów jako odległych powikłań chemio- i/lub radioterapii.

Być może w przypadku chorego MZ należy brać pod uwagę wystąpienie odrębnie przebiegającego procesu psychotycznego. Wywiad rodzinny odnośnie występowania chorób psychicznych jest nieobciążony. Aktualnie nie stwierdzano żadnych patologii w badaniu internistycznym, neurologicznym, ani badaniach laboratoryjnych. W obrazie klinicznym dominującymi były objawy dysfunkcji poznawczych, co podkreśla wielu badaczy problemów zdrowotnych osób leczonych z powodu OBL. W związku z tym, słusznym wydaje się wniosek, że w obserwowanym przypadku objawy psychotyczne były jedynie zespołem czynnościowym nawarstwiającym się na zmiany organiczne w obrębie o.u.n.

MZ najprawdopodobniej będzie miał trudności w podjęciu pracy. Zeltzer i wsp. donosili o większym bezrobociu wśród pacjentów leczonych w przeszłości z powodu białaczki [7].

Przypadek MZ obrazuje występowanie późnych powikłań chemio- i/lub radioterapii stosowanych w dzieciństwie z powodu ostrej białaczki. W dobie skuteczności tego typu leczenia należałoby wprowadzić nowe schematy postępowania uwzględniające powikłania chemio- i radioterapii. Jak na razie, dysponujemy w tej dziedzinie zbyt małą liczbą badań.

PIŚMIENNICTWO

1. Cap J, Foltinova A, Szabowa, Cinkowska S, Boruta P. Disorders in neuropsychological development and their relation computed tomography brain scan in children with acute lymphoblastic leukemia in long-term remission. *Neoplasma* 1991; 38 (3): 351–6.
2. Lavoie JC, Connors JM, Philips GL, Reece DE, Barnett MJ, Forrest DL, Shepherd JD, Smith CA, Song KW, Sutherland HJ, Toze CL, Voss NJ. High-dose chemotherapy and autologous stem cell transplantation for primary refractory or relapsed Hodgkin lymphoma: long-term outcome in the first 100 patients treated in Vancouver. *Blood* 2005; 106 (4): 1473–8.
3. Duffner PK. Long-term effects of radiation therapy on cognitive and endocrine function in children with leukemia and brain tumors. *Neurologist* 2004; 10 (6): 293–310.
4. Moore IM, Chalinor J, Pasvogel, Matthay, Hutter J, Kaemingh K. Online exclusive: behavioral adjustment of children and adolescents with cancer: teacher, parent and self-report. *Oncol Nurs Forum* 2003; 30 (5): E84–91.
5. Twaddle V, Britton PG, Craft AC, Noble TC, Kernahan J. Intellectual function after treatment for leukaemia or solid tumors. *Arch Dis Child* 1983; 58 (12): 949–52.
6. Verri AP, Scattolin, Nespoli L, Burgio GR. The leukemic child after therapy. *Psychological Aspects. Med Surgical Pediatr* 1985; 7 (4): 545–8.
7. Zeltzer LK, Chen E, Weiss R, Gou MD, Robinson LL, Meadows AT, Mills JL, Nicholson HS, Byrne J. Comparison of psychologic outcome in adult survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia versus sibling controls: a cooperative Children's Cancer Group and National Institutes of Health Study. *J Clin Oncol* 1997; 15 (2): 547–56.

Adres: Dr Magdalena Letkiewicz, Katedra i Klinika Psychiatrii Pomorskiej Akademii Medycznej, ul. Broniewskiego 26, 71-460 Szczecin