

DIFERENCIÁLNĚ DIAGNOSTICKÉ ASPEKTY DEPRESIVNÍCH PORUCH

MUDr. Ivo Paclt, CSc.

Psychiatrická klinika I. LF UK, Praha

Asi 6–12 % pacientů praktického lékaře trpí depresivními poruchami (1). Častá je komorbidita se závažnými somatickými poruchami. Diagnostika komorbidních somatických poruch u psychiatrických pacientů je vysoce významná pro úspěšnou léčbu a může zabránit závažným komplikacím v komplexní terapii pacienta. Včasná diferenciální diagnostika somatických poruch u pacientů s depresivní poruchou je diskutována na několika ilustrativních kazuistikách.

Úvod

Diagnostika depresivních poruch často souvisí s některými dalšími onemocněními z oblasti interní medicíny, endokrinologie, onkologie, imunologie, neurologie a ortopedie. V tomto sdělení se budeme zabývat diferenciálně diagnostickou problematikou psychiatrických pacientů trpících afektivními poruchami a komorbidními poruchami somatickými. Právě společný výskyt určitých symptomů nebo syndromů u různých poruch (na jedné straně psychiatrických, na druhé straně somatických) může vést k diagnostickým a terapeutickým problémům. Problematiku se pokusíme demonstrovat na několika kazuistikách s následným komentářem.

Kazuistika 1

Pacient (62 let) byl doporučen psychiatrovi po předchozím neurologickém vyšetření pro narůstající slabost, „nejistotu v prostoru“, bez závažnějšího somatického nálezu. Sám udával bolesti obou dolních končetin, problémy s chůzí, úzkost a depresi, kterou překrývala značná morozita, vznětlivost, místy až hostilita. Spolu se zahájením anxiolytické a antidepresivní terapie (Lexaurin 3 x 1,5 mg, Seropram 1 tbl ráno) jsme indikovali další vyšetření (neurologické a ortopedické) vzhledem k tomu, že pacient udával výraznou bolestivost v oblasti pravého kyčelního kloubu. Na RTG pravého kyčelního kloubu se objevila výrazná patologie se suspekci na sarkom, která byla dalšími onkologickými vyšetřeními potvrzena. Pacient byl hospitalizován a léčen na onkologickém oddělení. I přes intenzivní léčení se tělesný stav pacienta rychle zhoršoval a během dvou měsíců skončil smrtí.

Komentář: Výskyt závažného maligního procesu končetiny nebyl dříve zvažován vzhledem k původně negativnímu nálezu provedených vyšetření, která byla následně ukončena s ohledem na charakter obtíží, a částečně také proto, že celkové obtíže pacient prezentoval nevládně až arogantně a zároveň trpěl depresivní poruchou. Stanovení uvedené diagnózy bohužel, vzhledem k cha-

rakteru maligního somatického onemocnění (sarkom kyčelního kloubu), nemohlo vést k prognosticky příznivějšímu průběhu léčby.

Kazuistika 2

Pacientka (57 let) po operaci karcinomu tlustého střeva byla doporučena k psychiatrovi pro depresivní syndrom a bolesti břicha na opačné straně, než byl dříve odoperovaný tumor. Pacientka byla 2 roky po proběhlé operaci nádoru tlustého střeva v pravé jámě kyčelní. Trpěla rovněž pruritem celé horní poloviny těla. Byla v péči kožního oddělení pro dermatitis atopica, užívala antihistaminika, přechodně také Oxacilin. Nadále se dožadovala opakovaných kontrol na onkologii. Na naší ambulanci byla léčena pro depresivní poruchu střední intenzity, užívala Lerivon 10 mg 2 tbl večer, Tiapridal 2 tbl denně a Nitrazepam 1 tbl večer. U pacientky byla prováděna individuální podpůrná psychoterapie se zaměřením na zvládání problematiky somatického onemocnění, aniž by byla zpochybňována možnost dalšího rozvoje závažného základního onemocnění stav po resekci karcinomu tlustého střeva. Bolesti břicha přetrvávaly i přes uvedenou antidepresivní léčbu, depresivní symptomatika se výrazně zmírnila, a proto jsme indikovali další gastroenterologické vyšetření. Posléze byla diagnostikována recidiva karcinomu tlustého střeva v lokalizaci udávané pacientkou (tedy v levé jámě kyčelní).

Komentář: Pacientka byla léčena pro maligní onemocnění břišní dutiny (karcinom tlustého střeva) a udávala bolesti na opačné straně břicha. Bolesti v této lokalizaci prezentovala dlouhou dobu, ale opakovaná vyšetření vždy vyloučila maligní proces. Přesto se po dvou letech oproti očekávání gastroenterologického maligního onemocnění v uvedené lokalizaci skutečně prokázalo. Pacientka byla po určitou dobu gastroenterologicky a dermatologicky označována jako osobnost hypersenzitivní a úzkostná. Na naší ambulanci byla úspěšně léčena pro depresivní poruchu reaktivního původu v souvislosti s odstraněním maligního procesu v původní lokalizaci.

Kazuistika 3

Pacientka (47 let) byla vyšetřena a léčena pro únavový syndrom na interním ambulantním oddělení kvůli několik let trvající bolesti hlavy, hučení v uších, nápadné únavnosti, psychomotorickému zpomalení, tinitusu, obtížím s vybavováním pojmů, zhoršení paměti. Užívala Euthyrox pro hypotyreosus v dávce 100 mg denně. Stav se zlepšil pouze přechodně. Při vyšetření na naší ambulanci jsme zjistili, že pacientka sice neuvádí depresivní ani úzkostnou náladu, avšak pesimum uváděných potíží je ráno, pacientka se probouzí okolo 1–2 hodiny v noci a do rána již neusne. Psychologické vyšetření neprokázalo známky závažnějšího organického postižení. EEG nález byl v mezích širší normy. Pacientka byla léčena Prothiadenem v dávce 125 mg denně. Později také kombinací Seropramu a Prothiadenu. Stav se během měsíce zcela upravil, pacientka je v zaměstnání plně výkonná a poslední udržovací léčba je Citalec 20 mg a Prothiaden 75 mg denně. Jedná se nepochybně o depresivní poruchu, která nebyla včas rozpoznána vzhledem k tomu, že dominovaly příznaky únavy a psychomotorického zpomalení.

Komentář: Diferenciálně diagnosticky nebyly před vyšetřením na naší ambulanci internistou zvažovány základní příznaky depresivní poruchy, jako je ranní pesimum obtíží a porucha spánku, kdy pacient večer usíná, probouzí se okolo 1–2 hodiny a pak již neusne. Antidepresivní léčba byla v tomto případě úspěšná stejně jako u většiny (60–70 %) depresivních poruch (1,2). Užití antidepresiv u pacientů s únavovým syndromem bez depresivní poruchy není úspěšné (2).

Kazuistika 4

Pacientka (69 let) byla léčena na naší ambulanci pro periodickou depresivní poruchu s typickým kolísáním stavu, zhoršení obtíží vždy na podzim. Náhle se objevilo prohloubení obtíží, výraznější unavitelnost, vertigo při námaze, výrazná dušnost, zhoršení deprese. Indikovali jsme interní vyšetření, které zjistilo sideropenickou mikrocytární anémii se sniž-

nou sérovou hladinou železa. Pro závažný stav byla pacientka hospitalizována na interním oddělení. Po zavedení příslušné terapie, včetně transfúze krve, se hematologický nálezní upravil a současně se výrazně zlepšila depresivní nálada, vertigo a únavnost. Pacientka byla nadále léčena antidepresivy (Fevarin 100 mg 2 tbl večer a Citalec 20 mg ráno).

Komentář: Příznaky extrémní únavy resp. prohloubení únavy oproti předchozímu období léčby nebyly spojeny v uvedeném případě se zhoršením depresivní poruchy na podzim, ale výraznou sideropenickou mikrocytární anémií, na kterou se nepomýšlelo. Je pravděpodobné, že rozvoj této poruchy u uvedené pacientky souvisí se stravovacími zvyklostmi komunity adventistů (odmítání masa), ke kterým pacientka patří.

Kazuistika 5

Pacient (57 let), který je dlouhodobě léčen, stejně jako dříve jeho matka, pro bipolární poruchu, udává výrazné bolesti v zádech, bolesti hlavy a mírnou hypothyreosu, pro kterou neužívá žádnou léčbu. Nález na krční, hrudní a bederní páteři je negativní (dříve byla provedena i četná neurologická a ortopedická vyšetření s negativním závěrem). Symptomy v depresivní fázi bipolární poruchy přetrvávaly vždy několik let i přes časté změny terapie, hospitalizace na psychiatrických odděleních, léčben a indikaci opakujících se somatických, zejména neurologických vyšetření. Účinnost farmakoterapie a psychoterapie byla vždy jen velmi malá. Původně pacient užíval nejrůznější antidepresiva a profylaktika (tricyklická antidepresiva, Citalec, Fevarin,

Ixel, Biston, různá neuroleptika). Stav pacienta negativně ovlivňoval komunikaci v rodině (konflikty, hádky). Manželka pacienta byla rozhodnuta pro zahájení rozvodového řízení. Na naší ambulanci se jeho stav výrazně zlepšil při kombinaci Lithium 3 x 300 mg, Euthyrox 100 mg denně, Aurorix 900 mg denně, Biston 3 x 200 mg. Teprve zavedení augmentace (Lithiem a Euthyroxem) a změnou antidepresivní léčby se daří výrazně zlepšit nejen zdravotní stav pacienta, ale také zklidnit konflikty v rodině. I přes negativní neurologický a ortopedický nález dochází pacient pravidelně na vodoléčbu a rehabilitaci, kterou si velmi pochvaluje. Pacient dochází rovněž na kontroly endokrinologa pro uvedenou mírnou hypothyreozu, jejíž léčba je v souvislosti s depresivní fází bipolární poruchy důležitá.

Komentář: U pacienta se jedná o nepochybnou dominující depresivní somatickou symptomatiku se somatickými příznaky (bolesti zad v bederní oblasti, aniž by byl zde výraznější somatický nález). Úspěšná byla pouze intenzivní farmakoterapie (Aurorix, Biston v kombinaci s Lithiem a thyreoidálními hormony). Pacient trpí lehkou hypothyreozou. Na výrazném zlepšení depresivní symptomatiky pacienta se velkou měrou podílel také optimální přístup rehabilitačních lékařů, neuroložky a endokrinoložky. Všichni tito lékaři potvrdili vhodnost společného postupu, a to i přes to, že bylo zřejmé, že se nejedná primárně o soma-

tické onemocnění. Zdůrazňovali potřebu svého podílu na léčbě i přesto, že je pouze podpůrný, ale patří k integrovanému léčebnému postupu. Pacient přestal vyhledávat další a další odborníky různých specializací a akceptoval i určité mírné somatické a psychické obtíže, které prozatím nelze odstranit a které vyplývají z diagnózy depresivní fáze bipolární poruchy.

Závěr

Depresivní porucha je časté onemocnění, které se vyskytuje u 6–12% všech pacientů praktického lékaře (1). Toto onemocnění je třikrát častější u žen než u mužů. Četné komorbidity vytvářejí někdy komplikovaný diagnostický problém, jehož řešení se neobejde bez spolupráce odborníků více lékařských oborů. Při této spolupráci lze často dosáhnout výrazného zlepšení farmakorezistentních depresivních poruch, nebo se může výrazně zlepšit prognóza dosud neúspěšně léčeného somatického onemocnění. Depresivní reakce na závažné tělesné onemocnění se může často vyskytnout, avšak v mnoha případech jde o komorbiditu již dříve existujícího závažného depresivního onemocnění a onemocnění tělesného. V obou případech, tedy jak u deprese reaktivní nebo symptomatické, tak i u deprese periodické, je nutná pravidelná spolupráce s psychiatrem.

Převzato z časopisu Psychiatrie pro praxi 2004; 5: 257–258.

Literatura

1. Kebza L, Paclt I. Strukturovaný vyšetřovací a intervenční postup depresivních poruch v primární lékařské péči: detekce, diagnóza a léčba. SZÚ Praha, 1999: 71 s.
2. Paclt I. Maskovaná (larvovaná) depresivní porucha. Causa Subita, 2003; 6: 284–287.