

ADAM SZARSZEWSKI¹, JOANNA FURTAK², BARBARA KAMIŃSKA³

NIETYPOWY PRZEBIEG DEPRESJI MASKOWANEJ U 16-LETNIEJ PACJENTKI

ATYPICAL COURSE OF A 16-YEAR-OLD FEMALE PATIENT'S MARKED DEPRESSION

¹ Zakład Historii i Filozofii Nauk Medycznych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
kierownik: dr hab. Adam Szarszewski

² Szpital Dziecięcy Polanki im. Macieja Płażyńskiego w Gdańsku
dyrektor: dr Tadeusz Podczarski

³ Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
kierownik: prof. dr hab. Barbara Kamińska

W pracy przedstawiono przypadek 16-letniej pacjentki diagnozowanej z powodu znacznie nasilonych dolegliwości bólowych brzucha. W badaniach obrazowych stwierdzano wielokrotnie zaburzenia motoryki górnego odcinka przewodu pokarmowego pod postacią wysokiej niedrożności porażennej. Szeroko zakrojona diagnostyka nie pozwoliła na ustalenie przyczyny nieprawidłowości. Z uwagi na obniżenie nastroju, które wiązano z długotrwałymi dolegliwościami somatycznymi, pacjentkę poddano konsultacji psychiatrycznej. W jej efekcie rozpoznano zespół depresyjny z somatyzacją. Bardzo dobry efekt terapeutyczny (klomipramina) potwierdził rozpoznanie. Przypadek został zaprezentowany z powodu znacznych trudności w ustaleniu właściwego rozpoznania, a także z racji braku analogicznych doniesień dla pacjentów w wieku rozwojowym w dostępnym piśmiennictwie tak polskim, jak i obcojęzycznym.

W pediatricznej praktyce klinicznej dolegliwości somatyczne ze strony różnych układów i narządów niejednokrotnie okazują się jedynie maską problemów psychicznych pacjentów. Najczęstszymi objawami tej grupy schorzeń są bóle brzucha, np. wywoływane przez charakterystyczny w swoim obrazie klinicznym zespół jelita drażliwego. Zdarzają się jednak sytuacje mniej oczywiste, w których dominują objawy somatyczne o tak znacznym nasileniu i intensywności, że klinicysta nie od razu może wskazać na tło psychogenne patologii.

Jedną z grup schorzeń, o których nadal niewiele się mówi w kontekście pediatricznym, a które mogą przebiegać pod maską choroby somatycznej, są depresje. Ich obraz bywa niejasny, objawy często są niedostrzegane lub bagatelizowane. Do początku lat 70. XX wieku nawet

negowano możliwość występowania zaburzeń depresyjnych w wieku rozwojowym [2]. Obecnie wiadomo, że depresja dziecięca istnieje, różni się jednak swoim obrazem od depresji ludzi dorosłych. Bogata symptomatologia stanowi dodatkowe wyzwanie dla klinicysty, zwłaszcza jeśli w trakcie oceny dziecka nie zauważy się, bądź źle się zinterpretuje objaw osiowy depresji, jakim jest obniżenie nastroju.

Nie istnieje osobna klasyfikacja depresji w wieku rozwojowym. Obecnie klinicyści posługują się najczęściej dwoma podziałami stworzonymi dla potrzeb psychiatrii dorosłych. Pierwszy z nich opracowała Światowa Organizacja Zdrowia, drugą Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. W tej ostatniej, w rewizji z 1994 r. wyodrębniono kryteria dla dzieci w części dyskusyjnej klasyfikacji [2]. Za podstawowe trzy zaburzenia uznano: 1. depresję wielką, 2. depresję nerwicową, 3. depresję nie spełniającą kryteriów pkt. 1 lub 2.

W przypadku depresji wielkiej niezbędne jest występowanie obniżonego nastroju i/lub utraty zainteresowania tym, co do tej pory sprawiało satysfakcję oraz co najmniej czterech objawów towarzyszących (zaburzeń łaknienia, zaburzeń snu, pobudzenia bądź spowolnienia, męczliwości, niskiej samooceny, poczucia winy, trudności w koncentracji, myśli i/lub czynów samobójczych). Objawy te muszą się utrzymywać co najmniej przez dwa tygodnie.

O depresji nerwicowej można mówić wówczas, gdy u dziecka występuje obniżenie nastroju i/lub skłonność do irytacji, trwające u dzieci i młodzieży co najmniej rok. Ponadto niezbędne jest występowanie co najmniej dwóch objawów towarzyszących (wymienionych wcześniej, bez myśli i czynów samobójczych). Obie postaci depresji mogą przechodzić jedna w drugą, gdyż podane rozróżnienie w dużej mierze wynika z liczby i intensywności objawów [2, 3, 5].

W poszczególnych grupach wiekowych nad objawami psychicznymi mogą dominować różnorodne objawy somatyczne. Są to m.in.: moczenie mimowolne, bóle głowy, bóle brzucha, bóle mięśniowe, utrata masy ciała bądź nadmierny jej przyrost, zaburzenia snu, rzadziej zaparcia lub zaburzenia motoryki dróg żółciowych, suchość w jamie ustnej, zaburzenia miesiączkowania [3]. Ich obecność i nasilenie powodują, że często używa się pojęcia „depresja maskowana”, gdyż właśnie od objawów somatycznych zaczyna się często proces diagnostyczny chorego [3, 1, 4].

Niniejszym przedstawiamy przypadek depresji maskowanej o nietypowym dla wieku rozwojowego przebiegu. Opis ten prezentujemy z racji braku analogicznych doniesień w dostępnym piśmiennictwie tak polskim, jak i obcojęzycznym.

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka lat 16 została przyjęta do Kliniki z powodu bólów brzucha o znacznym stopniu nasilenia. Chora pochodzi z wielodzietnej rodziny, ojciec nadużywa alkoholu, ona sama jest osobą niedosłyszącą od urodzenia. Miesiąc przed hospitalizacją pacjentkę poddano appendektomii z powodu podejrzenia zapalenia wyrostka robaczkowego. Śródoperacyjnie nie znaleziono zmian zapalnych w obrębie wyrostka robaczkowego. Od tamtej pory pacjentka zgłaszała silne dolegliwości bólowe brzucha, nudności, wymioty. Przy przyjęciu do Kliniki stan pacjentki był średni. W badaniu fizykalnym z istotnych odchyień od normy stwierdzono przeczośy na skórze kończyn dolnych i górnych, uszkodzone poprzez obgryzanie płytki paznokciowe, niedosłuch, znacznego stopnia skrzywienie boczne kręgosłupa, bolesność w nadbrzuszu, wyczuwalny opór patologiczny w rzucie żołądka. W badaniach dodatkowych wykonanych w początkowym okresie hospitalizacji wykazano zapalenie błony śluzowej żołądka z towarzyszącym zakażeniem

Helicobacter pylori. Pomimo wdrożenia leczenia (omeprazol, amoksycylina, klarytromycyna) stan pacjentki się pogarszał. Chora zgłaszała bardzo silny ból brzucha o charakterze napadowym, czemu towarzyszyły wymioty treścią zastoinową. Cechy wysokiej niedrożności przewodu pokarmowego potwierdzały kilkakrotnie powtarzane zdjęcia przeglądowe jamy brzusznej. W związku z tym wykonano pasaż przewodu pokarmowego. W badaniu stwierdzono bardzo znacznie wydłużony czas opróżniania żołądka, z cechami niedrożności porażennej. Wdrożono do terapii metoklopramid. Po początkowej poprawie po kilku dniach ponownie obserwowano cechy wysokiej niedrożności przewodu pokarmowego. W celu wykluczenia zespołu wężadła łukowatego pośrodkowego wykonano USG dopplerowskie naczyń jamy brzusznej oraz angioTK jamy brzusznej. Nie uwidoczniiono patologii. Pacjentka także konsultowana była neurologicznie, ale nie wykazano istotnych odchyśleń od normy. Wykluczono również porfirię. W okresie przeprowadzania tak szerokiej diagnostyki chora odmawiała przyjmowania posiłków z obawy przed bólem. Dlatego wdrożono całkowite żywienie pozajelitowe. Podejmowano próby złagodzenia dolegliwości pyralginą, lekami rozkurczowymi, dolarganem, tramalem, morfiną. Podawano także placebo, jednak bez wpływu na dolegliwości. Wobec obawy uzależnienia się pacjentki od leków przeciwbólowych, zdecydowano o założeniu ZOP-u. Nie przyniosło to spodziewanego efektu leczniczego.

W trakcie hospitalizacji zwracał uwagę obniżony nastrój pacjentki, płaczliwość zwłaszcza w czasie napadu bólu, niechęć do nawiązywania kontaktów, obgryzanie paznokci powodujące uszkodzenie płytki paznokciowej znacznego stopnia. Z powodu budzącego niepokój stanu psychicznego, wtórnego, jak się wydawało, w stosunku do dolegliwości somatycznych, chora została poddana badaniu psychiatrycznemu.

W trakcie badania stwierdzono spowolnienie psychoruchowe, jasną świadomość, zachowaną orientację we wszystkich kierunkach, obniżony nastrój, brak objawów wytwórczych, trudny do nawiązania kontakt emocjonalny, zaburzone życie popędowe w sferze ląknienia, zwartą osobowość. Na podstawie danych uzyskanych z wywiadu (zwłaszcza szczegółowego wywiadu rodzinnego) i badania wysunięto podejrzenie zespołu depresyjnego z somatyzacją i tła psychogennej dolegliwości bólowych. Wdrożono do leczenia klomipraminę.

Już po dwóch dniach uzyskano znaczne złagodzenie dolegliwości bólowych, a w ciągu tygodnia całkowite ich ustąpienie. Nie obserwowano też cech zaburzeń motoryki przewodu pokarmowego. Chora zaczęła jeść, chętniej nawiązywała kontakt z otoczeniem, nie chciała wracać w rozmowach do swoich przeżyć w domu i w oddziale.

Kontrola przeprowadzona w następnych miesiącach wykazała całkowite ustąpienie dolegliwości i remisję choroby podstawowej.

DYSKUSJA

Prezentowany przypadek świadczy o znacznego stopnia trudnościach, na jakie natrafić może klinicysta w czasie diagnostyki zaburzeń somatycznych w przebiegu depresji. Maski kliniczna depresji pod postacią zaburzeń motoryki górnego odcinka przewodu pokarmowego to zjawisko rzadkie, zaś w znanym autorom piśmiennictwie brak jest podobnego doniesienia u pacjenta w wieku rozwojowym.

W opisywanym przypadku nasilenie objawów somatycznych spowodowało skupienie się klinicystów przede wszystkim na poszukiwaniu schorzenia organicznego. Należy przy tym podkreślić bardzo dobre udokumentowanie wybijających się na plan pierwszy objawów

wysokiej niedrożności przewodu pokarmowego. Tak objawy kliniczne, jak i wielokrotnie powtarzane i stopniowo poszerzane badania obrazowe wskazywały na zaburzenia motoryki górnego odcinka przewodu pokarmowego jako na główne źródło dolegliwości. W diagnostyce różnicowej brano pod uwagę możliwość późno ujawniającej się wady rozwojowej, zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej, zaburzenia neurogenne i naczyniowe, a także rzadkie schorzenia metaboliczne. Obniżony nastrój, płaczliwość, samouszkodzenia – występowanie tych objawów wiązano z wtórnym do silnych dolegliwości bólowych stanem depresyjnym. Dopiero konsultacja psychiatryczna i dobre efekty farmakoterapii wykazały, że w rozumowaniu diagnostycznym istniała konieczność odwrócenia gradacji ważności objawów: za objaw wiodący należało uznać obniżenie nastroju, zaś zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego i dolegliwości bólowe za maski kliniczne schorzenia podstawowego – depresji. U podłoża depresji pacjentki leżała zarówno niekorzystna sytuacja rodzinna (nadużywający alkoholu, osadzony w więzieniu ojciec), jak i brak należytego wsparcia w środowisku z racji kalectwa (niedosłuch).

Sturtz [4] w swoim opisie depresji wieku rozwojowego nazywa zjawisko somatyzacji objawów nieco ironicznie „balem maskaradowym”. Jest w tym określeniu sporo słuszności, o czym przekonuje nas opisywany przypadek. Demonstratywność objawów somatycznych w depresji maskowanej, sugestywnie narzucająca klinicytom drogę rozumowania, stwarza możliwość pomyłki diagnostycznej i terapeutycznej.

PIŚMIENNICTWO

1. Bomba J.: Depresja u młodzieży: analiza kliniczna. *Psychiatr. Pol.*, 1982, 16, 1/2, 25. – 2. Cytryn L.: Recognition of childhood depression: personal reminiscences. *J. Affect. Disord.* 2003, 77, 1, 1. – 3. Pużyńska E.: Depresje i choroby afektywne u dzieci i młodzieży. [W:] Pużyński S.: Depresje. Wyd. 2. Warszawa: PZWL, 1988, 311-328. – 4. Sturtz G. S: Depression and chronic fatigue in children : a masquerade ball. *Prim. Care* 1991, 18, 2, 247. – 5. Weinberg W. A., Rutman J., Sullivan L., Penick E. C., Dietz S. G.: Depression in children referred to an educational diagnostic center: diagnosis and treatment. *J. Pediatr.*, 1973, 83, 6, 1065.

A. Szarszewski, J. Furtak, B. Kamińska

ATYPICAL COURSE OF 16 YEARS OLD FEMALE PATIENT'S MARKED DEPRESSION

Summary

We present a medical case of a 16-year-old girl admitted to our clinic because of severe abdominal pain. A month before she had undergone laparotomy because of suspected appendicitis. During the operation the initial diagnosis had not been confirmed. Since that time she had often complained of severe paroxysmal abdominal pain.

On admission to hospital, she was in poor general condition, on physical examination pathological resistance with tenderness was found in the gastric area. X-ray examinations showed disturbance of the upper gastrointestinal tract's motility such as high paralytic ileus several times. Extensive diagnostics did not help to find the cause of described abnormalities. During hospitalisation we observed exacerbation of the patient's condition. She suffered extreme pain correlated with the intensification of paralytic symptoms. That is why opioids administration was necessary. Because of the patient's depressive mood, which was first connected with prolonged somatic complaints she underwent psychiatric consultation.

Psychiatrics diagnosed depressive syndrome with somatization. Good therapeutical effect of clomipramine confirmed the diagnosis.

We present this case because of many difficulties in establishing proper diagnosis and because of limited analogical reports in young patients in both Polish and foreign literature.

Adres: dr hab. Adam Szarszewski,
Zakład Historii i Filozofii Nauk Medycznych GUMed
ul. Tuwima 15, 80-210 Gdańsk
e-mail: aszar@gumed.edu.pl