

Otępienie potencjalnie odwracalne. Opis przypadku *Potentially reversible dementia - case study*

Janina Kokoszka-Paszko

Oddział Geriatrii, Szpital Specjalistyczny im H. Klimontowicza w Gorlicach

Streszczenie

Prezentowano przypadek kliniczny 73-letniej chorej skierowanej z podejrzeniem zapalenia płuc w przebiegu niewydolności krążenia z towarzyszącym otępieniem. W wywiadzie przebyty udar niedokrwienny mózgu. Ponadto leczona z powodu przewlekłego cewkowo-śródmiąższowego zapalenia nerek i nadciśnienia tętniczego. Od 2 lat pacjentka zaniechała kontroli w poradni nefrologicznej. W badaniach biochemicznych w chwili przyjęcia - przewlekła choroba nerek w stadium 5. Chorą zakwalifikowano do leczenia nerkozastępczego. Brak poprawy klinicznej pomimo stosowanego leczenia sugerował współistnienie innej patologii. Poszerzenie diagnostyki ujawniło niedoczynność tarczycy. Leczenie substytucyjne hormonami tarczycy spowodowało poprawę stanu klinicznego, jak i wycofanie się objawów otępienia. Prezentowany przypadek przedstawia typową dla pacjentów geriatrycznych wielochorobowość i towarzyszące jej trudności diagnostyczne. *Geriatría 2008; 2: 60-62.*

Słowa kluczowe: wielochorobowość, niedoczynność tarczycy, otępienie potencjalnie odwracalne

Summary

Author presented a case report of 73-years old female patient with pneumonia, congestive heart failure and dementia. In anamnesis there was ischemic stroke, chronic tubulo-interstitial nephritis and hypertension. Since two years she gave up nephrological control. According to laboratory tests she presented chronic kidney disease stage 5 at the moment of admission to the hospital. The patient was qualified to the renal replacement therapy. Despite of the treatment she did not reveal clinical improvement suggesting another, coexisting disease. Enhancement of laboratory investigations revealed hypothyreosis. After the hormonal treatment normalization of clinical and mental state was observed. This case demonstrates that multidisease and diagnostic difficulties are typical in geriatrics population. *Geriatría 2008; 2: 60-62.*

Keywords: multidisease, hypothyreosis, potentially reversible dementia

Chora JR została skierowana do szpitala przez lekarza uzdrowskiego (przebywała na wczasach leczniczych) z podejrzeniem zapalenia płuc, rozpoznaną niewydolnością krążenia oraz nadciśnieniem tętniczym.

Chora, lat 73 przyjęta do oddziału z powodu narastającego osłabienia, okresowych zawrotów głowy, pogorszenia widzenia, senności, trudnego do opanowania nadciśnienia tętniczego oraz znacznej duszności wysiłkowej.

W trakcie zbierania wywiadu chora przyznała,

że korzystała bez umiaru z miejscowych wód mineralnych. Jak podała, chciała spróbować wszystkich. Dokumentacja dostarczona przez rodzinę chorej wskazywała na trwające od ponad 20 lat cewkowo-śródmiąższowe zapalenie nerek. Pacjentka była wielokrotnie hospitalizowana na Oddziale Nefrologii jednego ze szpitali w 1980, 1987, 1999 i 2005 roku.

Ostateczne rozpoznania z karty wypisowej z lipca 2005 r. wskazywały na przewlekłą niewydolność nerek spowodowaną zapaleniem cewkowo-śródmiąższowym, marskość nerki prawej, nadciśnienie tętnicze

oraz otyłość.

W 1994 r. chora przeżyła udar niedokrwienny z towarzyszącym niedowładem połowicznym prawostronnym.

W 2005 roku zmieniła miejsce zamieszkania i zaprzestała kontroli nefrologicznej.

Pacjentka korzystała jedynie z opieki ambulatoryjnej lekarza rodzinnego.

Według rodziny po przebytych udarach powróciła do pełnej sprawności. W ostatnim czasie córka stwierdziła, że pacjentka ma kłopoty z czynnościami dnia codziennego, gorzej funkcjonuje. Lekarz rodzinny sugerował zaburzenia zachowania oraz otępienie związane z wiekiem i przebytych udarem.

W chwili przyjęcia do oddziału **w badaniu podmiotowym** pacjentka w kontakcie słownym, zorientowana co do własnej osoby i miejsca, na zadane pytania odpowiadała logicznie, spowolniała psychoruchowo.

W badaniu przedmiotowym: obrzęki twarzy oraz kończyn dolnych obejmujące podudzia oraz ½ dystalną ud. Nad polami płucnymi trzeszczenia przypodstawne, rzężenia drobnobańkowe obustronne. Akcja serca miarowa, około 58/min., ciśnienie tętnicze 180/110 mmHg. Wzrost 164 cm, waga 90 kg.

W badaniach pomocniczych: OB 21/46; Hgb 8,2 g/dl; Ht 24,6%; WBC 4,1 tys/ μ l; RBC 2.85mln/ μ l; PLT 251 tys/ μ l. Rozmaz krwi: seg. 68; limfocyty 26; eozynofile 6. Retikulocyty 1 %. Fe18,1 μ mol/l; Na 119 mmol/l; K 4,0 mmol/l; Ca 1,99 mmol/l; Fosfor 1,7 mmol/l; Mocznik 18,0 mmol/l; Kreatynina 593 μ mol/l; Alat 10 IU/l; Aspat 16 IU/l; Białko 51.1 g/l; Albuminy 31,6 g/l; CRP 1,4 mg/l; Cholesterol 6,4 mmol/l; Glukoza 6,7 mmol/l.

OGTT na czczo 6,1 mmol/l, po 2 godz. od obciążenia glukozą 4,4 mmol/l.

Równowaga kwasowo-zasadowa: pH 7,33; P_{CO_2} 30,2 mmHg; P_{O_2} 72,7 mmHg; HCO_3 15,8 mmol/l; BE -10 mmol/l; S_{O_2} 92,7 %.

Badanie ogólne moczu: barwa jasnożółta; klarowny; c.wł. 1004; pH 6,5; białko 4,5 promil, cukier Nb; urobilinogen 0,2 EU/dl; nabłonki wiel. Poj. Wpw; leukocyty 0-2 wpw; erytrocyty poj. w preparacie; poj. bakterie; poj. kryształki szczawianu wapnia.

Białkomocz dobowy: ilość moczu 2000 ml; białko 10,56 g/dobę.

Klirens kreatyniny: 4,2 ml/min - ilość moczu 2000 ml.

Klirens kreatyniny wg Cockrofta-Gaulta: 9 ml/min.

Dobowe wydalanie z moczem: Na 116,75 mmol/dobę (norma 30-300); K 12,91 mmol/dobę (norma 25-100).

Elektrokardiogram: Lewogram. Rytm zatokowy około 58/min zaburzony pojedynczymi pobudzeniami dodatkowymi nadkomorowymi. Płytko-ujemny załamek T w odprowadzeniach aVL, V_1 - V_2 .

Rtg klatki piersiowej: Wnęki wydadne, naczyniowe. Obustronnie widoczne plamiste, przywnękowe nacieki zapalne. Poza tym pola płucne bez zmian ogniskowych. Aorta mocno wysycona. Serce niepowiększone.

Usg jamy brzusznej: Niewielka ilość płynu w prawej jamie opłucnej. Wątroba niepowiększona o prawidłowej echogeniczności bez zmian ogniskowych. Pęcherzyk i drogi żółciowe prawidłowe. Nerka prawa marska wielkości 51 mm, zwłókniała, lewej nerki nie uwidoczniło z powodu licznych gazów jelitowych. Trzustka i śledziona prawidłowej wielkości i struktury. Aorta brzuszna nieposzerzona. Przestrzeń zaotrzewnowa bez patologii węzłowych. Pęcherz moczowy pusty.

W trakcie hospitalizacji obserwowano zmienne wartości ciśnienia tętniczego krwi: 200/100, 170/100, 160/90, 140/90 mmHg.

Badanie okulistyczne: DGN: Cataracta oc. utr. Angiopatía nadciśnieniowa II stopnia.

Chorą, ze względu na parametry niewydolności nerek, w trybie pilnym konsultowano nefrologicznie.

Pomimo stosowanego leczenia, zgodnego z zaleceniami nefrologa, obserwowano spadek diurezy, narastającą retencję płynów ze współistniejącą hiponatremią.

Ze względu na pogarszający się stan ogólny, po uzyskaniu zgody pacjentki, rozpoczęto leczenie nerkozastępcze.

Założono cewnik dializacyjny tymczasowy do żyły szyjnej wewnętrznej.

U chorej wykonywano zabiegi hemodializy, początkowo codziennie, a później - zgodnie z harmonogramem - co drugi dzień.

Pomimo poprawy parametrów biochemicznych, normalizacji wartości ciśnienia tętniczego krwi oraz powolnego ustępowania obrzęków obwodowych, nadal występowało spowolnienie psychoruchowe chorej, obrzęki twarzy. W elektrokardiogramach obserwowano tendencję do bradykardii (okresowo akcja serca 45/min). Objawy te nasunęły podejrzenie niedoczynności tarczycy.

Wykonano oznaczenie TSH, które wynosiło 67,15 μ IU/ml; fT4 5,2 pmol/l oraz fT3 1,5 pmol/l.

Wykonano **USG tarczycy**: tarczyca niesymetryczna z powiększonym prawym płatem o budowie wieloguzkowej. Brak widocznego prawidłowego mięszu. W obu płatach liczne, różnej wielkości hypo- i normo-echogeniczne guzki z obszarami torbielowatej degeneracji. Bez widocznych patologii węzłowych.

Konsultowano chorą endokrynologicznie. Włączono leczenie lewotyrosyną modyfikując dawkę i uzyskując nie tylko stopniową poprawę parametrów hormonalnych, ale także kliniczną poprawę chorej. Ustąpiło spowolnienie psychoruchowe, polepszyła się mowa.

Poprawiło się funkcjonowanie chorej. Zgłaszane przez chorą zaburzenia pamięci, upośledzenie zdolności kojarzenia i osłabienie koncentracji ustąpiły.

W opinii córki chora odzyskała dawną sprawność.

Komentarz

Przedstawiony przypadek opisuje sytuację, z którą możemy spotykać się w praktyce geriatrycznej.

Pacjentka trafia do oddziału geriatrycznego zakwalifikowana w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym na podstawie kryterium wiekowego oraz wstępnego rozpoznania niewydolności krążenia z towarzyszącym nadciśnieniem tętniczym i podejrzeniem zapalenia płuc. Jednak typowe objawy bywają czasem mylące. Szczególnie u pacjentów geriatrycznych spotykamy się często z polipatologią, a wiele ze schorzeń ma podobny obraz kliniczny.

Wykonanie panelu podstawowych badań dodatkowych wykazało nefrologiczną przyczynę pogorszenia stanu zdrowia pacjentki.

Dokumentacja świadcząca o przewlekłym cewkowo-śródmiąższowym zapaleniu nerek, które w efekcie doprowadziło do schyłkowej niewydolności nerek, wydawała się w pełni potwierdzać nasze wstępne rozpoznanie.

Podwyższone wartości mocznika i kreatyniny oraz zmniejszony klirens nerkowy z towarzyszącą hipoproteinemią można było uznać za wystarczającą przyczynę obrzęków obwodowych. Ponadto nadciśnienie tętnicze, jako przyczyna niewydolności krążenia nakładającej się na obraz kliniczny schyłkowej niewydolności nerek.

Stwierdzone przez lekarza SOR objawy osłuchowe,

w połączeniu z ogólnie złym stanem chorej, mogły nasuwać podejrzenie zapalenia płuc w przebiegu niewydolności krążenia.

Wywiad uzyskany od córki chorej opóźnił postępowanie diagnostyczne w kierunku niedoczynności tarczycy. Wywiad sugerował bowiem rozpoznanie ośpienia naczyniopochodnego spowodowanego wieloletnim, źle kontrolowanym nadciśnieniem tętniczym powikłanym udarem niedokrwiennym mózgu.

Towarzyszące niewydolności nerek oraz niewydolności krążenia, zaburzenia elektrolitowe, w postaci hiponatremii, uznano wstępnie za przyczynę przejściowych zaburzeń funkcji poznawczych, co opóźniło postawienie właściwego rozpoznania. Należy jednak pamiętać, że u osób w wieku podeszłym przebieg niedoczynności tarczycy jest często nietypowy.

Większość chorych prezentuje objawy nieswoiste, związane z wiekiem, takie jak: upośledzenie poruszania się, apatia.

Bardzo często niedoczynność tarczycy może mieć podobny przebieg jak demencja lub niewydolność krążenia oporna na leczenie. I właśnie taki konglomerat cech wystąpił u naszej chorej. Warto również pamiętać, że typowym objawem somatycznym w niedoczynności tarczycy jest niskie ciśnienie tętnicze z małą amplitudą. Jednak u 25% pacjentów stwierdza się nadciśnienie tętnicze. Biorąc pod uwagę nietypowy obraz kliniczny niedoczynności tarczycy w wieku podeszłym, niedawno rozpoznane nadciśnienie tętnicze w wieku podeszłym wymaga zawsze podjęcia diagnostyki w celu wykluczenia niedoczynności tarczycy. W przypadku naszej pacjentki wywiad co do nadciśnienia tętniczego był długoletni i związany z przewlekłą chorobą nerek. Jednak i tutaj trudno wykluczyć nakładanie się objawów klinicznych.

Analiza elektrokardiogramów oraz trwanie objawów klinicznych, które nie ustępowały, pomimo poprawy parametrów nerkowych, naprowadziły w końcowym efekcie na właściwy trop.

Rozpoznanie niedoczynności tarczycy, włączenie adekwatnego, stopniowego leczenia pod kontrolą lekarza endokrynologa, pozwoliło na systematyczną poprawę stanu klinicznego pacjentki.

Otępienie odwracalne

Międzynarodowa Klasyfikacja Zaburzeń Psychicznych i Zaburzeń zachowania ICD-10 definiuje otępienie jako zespół spowodowany chorobą mózgu,

zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są wyższe funkcje korowe, takie jak: pamięć, myślenie, orientacja, zdolność uczenia się, język. Zaburzenia te utrzymują się co najmniej 6 miesięcy.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne uznaje, że dla rozpoznania otępienia niezbędna jest obecność zaburzeń pamięci i co najmniej jednego z objawów zaburzeń funkcji poznawczych np.: afazja, apraksja, agnozja oraz że deficyt funkcji poznawczych musi upośledzać dotychczasowe funkcjonowanie chorego.

Podział otępień według ICD10 obejmuje m.in.: otępienie w chorobie Alzheimera, otępienie naczyniowe, otępienie naczyniowe o ostrym początku, otępienie wielozawałowe, otępienie naczyniowe mieszane, korowo-podkorowe, inne rodzaje otępienia naczyniowego, otępienie w innych chorobach klasyfikowanych gdzie indziej, otępienie w chorobie Parkinsona oraz otępienie bliżej nieokreślone.

Jednak poważny problem w praktyce geriatrycznej stanowią otępienia potencjalnie odwracalne. Do tej grupy otępień należą między innymi: depresja, toksyczne działanie leków, infekcje, niedobory pokarmowe, wodogłowie, krwaki podtwardówkowe, ale przede wszystkim zaburzenia metaboliczne. Jednym z nich jest nierozpoznana niedoczynność tarczycy. Dlatego tak ważne jest, aby stawiając rozpoznanie otępienia u chorego w wieku podeszłym wykonywać pełny panel badań diagnostycznych.

Dopiero wykluczenie przyczyn odwracalnych otępienia, pozwala na wykonanie niezbędnych testów oraz badań obrazowych.

Stwierdzenie, że otępienie występujące u naszej chorej ma charakter potencjalnie odwracalny było ważne przy podejmowaniu decyzji przez lekarza nefrologa o leczeniu nerkozastępczym.

Obecnie bowiem do zabiegów hemodializy nefrologdy kwalifikują coraz więcej chorych w wieku podeszłym.

Wiek nie stanowi przeciwwskazania do włączenia chorego do leczenia nerkozastępczego. Istnieją jednak sytuacje kliniczne, w których lekarz powinien rozważyć odstąpienie od leczenia nerkozastępczego.

Należą do nich:

1. rozsiana choroba nowotworowa

2. cechy uogólnionej miażdżycy z zaawansowanym zespołem demencyjnym
3. ciężka nieodwracalna niewydolność serca (NYHA IV)
4. socjopatie, charakteropatie i inne stany uniemożliwiające współpracę z chorym
5. brak zgody pacjenta

Można wyobrazić sobie sytuację, w której ze względu na rozpoznanie otępienia, zaawansowaną niewydolności serca czy brak możliwości współpracy, zdyskwalifikowano by chorą od tej formy leczenia.

Stan obecny

Od opisywanego wydarzenia minął rok. Chora jest na diecie cukrzycowej w związku z obserwowanymi zaburzeniami gospodarki węglowodanowej. U chorej wytworzono przetokę tętniczko-żylną na przedramieniu lewym celem zapewnienia stałego dostępu do dializ. Chora jest obecnie dializowana 3 razy w tygodniu. Uzyskano stabilizację wartości ciśnienia tętniczego. Pacjentka pozostaje na substytucyjnym leczeniu hormonami tarczycy. Jest pod stałą kontrolą Poradni Nefrologicznej i Endokrynologicznej. Obecnie jest osobą samodzielną, radzi sobie z czynnościami dnia codziennego, dobrze funkcjonuje w warunkach domowych przy niewielkiej pomocy otoczenia.

Rodzina chorej twierdzi, że cechy otępienia obserwowane wcześniej ustąpiły.

Prezentuję Państwu przypadek tej chorej, bowiem stanowi on przykład jak bardzo wymagającym i trudnym pacjentem potrafi być osoba w wieku podeszłym.

Przypadek ten potwierdza również pogląd o poliopatologii tak typowej dla pacjenta geriatrycznego.

Adres do korespondencji:

Janina Kokoszka-Pasz kot

Oddział Geriatrii, Szpital Specjalistyczny

im. H. Klimontowicza

ul. Węgierska 21

38-300 Gorlice

E-mail: janinkp@esculap.pl