

## Przypadek immunologicznego zapalenia naczyń traktowanego jako zaburzenie hipochondryczne

### The case of immunologic vasculitis which was treated as a hypochondriac disorder

Anna B a n a ś

Katedra i Klinika Chorób Psychicznych i Zaburzeń Nerwicowych AM w Gdańsku  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Landowski

#### Summary

The long and difficult diagnostic and therapeutic process in a 21 year old patient with hypochondriac disorder was presented. In the past he had the streptococcal throat infection and during 5 years he was diagnosed and treated because of headache, heart, muscles and joints pains. His blood pressure was occasionally high. He had tonsillectomy and his ASO index was high (from 405 IU/ml to 2500 IU/ml). His cranial CT, EEG, ECG were normal. Finally he was diagnosed as having hypochondriac disorder and began psychiatric treatment. Because of lacking improvement in the out-patient therapy he was admitted to the Neurotic Ward of Medical Academy in Gdańsk. The results of cerebral SPECT showed hypoperfusion in different regions (prefrontal, frontal, temporal, parietal, aboutmedial from 5-22%). The antibodies ABA type II /20/, ACA/CA/ type III /10/, MSA /ASMA/+/+ were found. The level of trombomoduline was 36.64 ng/ ml. Psychological tests (Benton, Bender, MMPI were normal). In result of the above findings and observation the diagnosis was changed from hypochondriac disorder to immunological secondary vasculitis. The patient received probably the possibility to be properly treated.

*Słowa klucze:* zaburzenie hipochondryczne, immunologiczne wtórne zapalenie naczyń

*Key words:* hypochondriac disorder, immunologic, secondary vasculitis

#### Wstęp

Zapalenie ścian naczyń krwionośnych (vasculitis) [1, 2, 3] jest przedmiotem zainteresowania wielu specjalistów. Patologiczne i kliniczne cechy tego zapalenia są zróżnicowane i zależne od miejsca i typu naczyń, których ono dotyczy. Są choroby, w których zapalenie ścian naczyń jest procesem pierwotnym (pierwotne systemowe zapalenie naczyń, np. w poliarteritis nodosa, zespół Churg-Straussa / lub wtórnym –

w takich chorobach, jak reumatoidalne zapalenie stawów, lupus erythematosus czy choroba Hashimoto. Towarzyszy także zmianom miażdżycowym naczyń. W części zapaleń dotyczących małych naczyń stwierdzana jest obecność przeciwciał przeciwgranulocytarnych (ANCA – antineutrophil cytoplasmic antibodies). Ważne jest także badanie białka C-reaktywnego (CRP). Wtórne formy zapalenia naczyń (vasculitis), związane z różnymi chorobami lub lekami, powinny być różnicowane z pierwotnymi, gdyż wymagają innego podejścia. Wczesne rozpoznanie pierwotnego systemowego zapalenia naczyń jest ważne dla zastosowania odpowiedniego leczenia i ograniczenia przykrych konsekwencji. Ułatwia to rozpowszechnienie testu ANCA.

Izolowane zapalenie naczyń centralnego układu nerwowego jest stosunkowo rzadsze niż to obejmujące inne organy wewnętrzne (nerki, płuca, serce). Bóle głowy, encefalopatia, ogniskowe deficyty, napady padaczkowe są dużymi objawami procesu zapalnego naczyń oun. Angiografia ujawnia wtedy wielogniskowe segmentalne zwężenia, a MRI wielogniskowe uszkodzenia, z kolei badania SPECT wykazują obniżenie przepływów mózgowych. Ostateczna diagnoza może być potwierdzona na podstawie biopsji opony miękkiej lub parenchymy [4, 5]. W praktyce klinicznej wtórne zapalenie naczyń centralnego układu nerwowego jest częstsze niż pierwotne. Niektóre infekcje (np. paciorkowcowe), leki, substancje uzależniające mogą je wyzwać, patomechanizm bowiem tego zapalenia jest zróżnicowany. Proces zapalny naczyń obejmuje koagulację, fibrynolizę, aktywację komplementu, antyoksydację, odpowiedź immunologiczną i hormonalną regulację poprzez oś podwzgórze–przysadka–nadnercza [6].

Ponieważ objawy stanu zapalnego naczyń mogą dotyczyć wielu narządów i dawać niespecyficzne, zmienne dolegliwości, często traktuje się je jako zaburzenia hipochondryczne, somatyzacyjne czy konwersyjne, opóźniając właściwą diagnozę i leczenie.

### **Opis przypadku**

Pacjent lat 21 został przyjęty na Oddział Nerwic I Kliniki Chorób Psychiczych AMG w 2002 r. z rozpoznaniem: status hypochondriacus. Skierowany został przez psychiatrę z powodu trwających od 5 lat dolegliwości, obejmujących rozpieńające bóle głowy prawej okolicy skroniowej, ciemieniowej i potylicznej, bólów w klatce piersiowej oraz uczucia ciągłego zmęczenia i apatii. Dolegliwości te występowały trwale z okresowymi nasileniami, kiedy to dodatkowo pojawiały się trudności w zasypianiu.

W czasie badania pacjent podawał, że dolegliwości pojawiły się nagle w 1997 r., gdy był w II klasie szkoły średniej. Zaczęły się uczuciem apatii i ciągłego zmęczenia, bólami stawów (dużych), kołataniami serca i zawrotami głowy. Z biegiem czasu dołączyły się rozpieńające bóle głowy prawej okolicy skroniowej, ciemieniowej i potylicznej oraz podobne w klatce piersiowej. Wypoczynek nie dawał poprawy. W tym czasie występowały nawracające anginy, wielokrotnie leczone penicyliną prokainową. Z powodu dolegliwości musiał przerwać treningi piłki nożnej. Pacjent był diagnozowany początkowo ambulatoryjnie. W 1998 r. wykonywano trzykrotnie posiewy z gardła i stwierdzano kolejno w posiewach: streptococcus viridans, streptococcus species z grupy serologicznej C oraz streptococcus species B-hemolizujący (okres od 28.04.98

do 20.01.99). Występowało wówczas także podwyższone miano ASO od 405 IU/ml (28.04.98) do 2500 IU/ml (5.01.99). W 1998 r. dokonano tonsilektomii. W okresie od 16.01. do 26.01.98 r. pacjent był leczony w szpitalu na oddziale wewnętrznym, gdzie stwierdzono nadciśnienie tętnicze oraz wysunięto podejrzenie poliglobulii. Skierowano go do poradni hematologicznej, gdzie przez jakiś czas także podejrzewano poliglobulię, którą jednak po kolejnych badaniach i obserwacji wykluczono, oraz reumatoidalne zapalenie stawów. Ponieważ dolegliwości pacjenta utrzymywały się, był ponownie leczony szpitalnie na oddziale kardiologicznym i neurologicznym, gdzie rozpoznano nadciśnienie tętnicze. Kiedy obserwacje i wykonywane badania, m.in. ekg, echo serca, TK głowy, EEG nie wyjaśniły przyczyny utrzymujących się nadal dolegliwości, został skierowany do psychiatry i wypisany z rozpoznaniem dystonia neurowegetatywna i nadciśnienie tętnicze. Następnie korzystał nieregularnie z leczenia w PZP i przyjmował okresowo leki, z których zapamiętał pramolane.

Był także pod opieką psychologa. Dolegliwości pacjenta nie ulegały zmianie i utrzymywały się stale, mając charakter sinusoidalny. W okresach gorszego samopoczucia, tuż przed przyjęciem na oddział, odbył służbę wojskową i podjął pracę. Musiał jednak zrezygnować z gry w piłkę nożną oraz z zawodowej służby wojskowej, odmówiono mu bowiem przyjęcia ze względu na stan zdrowia.

Z wywiadu rodzinnego wynikało, że jest najstarszy z czworga zdrowego rodzeństwa (dwóch braci i siostra). Ma zdrowych rodziców, brat matki jest alkoholikiem. Ciąża matki i poród przebiegały prawidłowo. Pacjent rozwijał się zgodnie z normami dla wieku. W 10 r. ż. był operowany z powodu wrodzonej przetoki prawej strony szyi. W 12 r. ż. doznał urazu głowy z utratą przytomności (uderzenie huśtawką w lewy łuk brwiowy), nie był hospitalizowany. Naukę szkolną podjął o czasie, uczył się dobrze. W dzieciństwie był „mamisynkiem”, uciekał do domu z kolonii. Gdy w 14 r. ż. rodzina przeprowadziła się do Gdańska, wymagał stałej obecności matki, „bał się ją stracić z oczu”. W technikum powtarzał II klasę z powodu przerwy w nauce spowodowanej udziałem w międzynarodowym turnieju piłki nożnej oraz III klasę z powodu obecnej choroby. Zdał maturę z poprawką, gdyż miał trudności w koncentracji uwagi.

W stanie psychicznym, przy przyjęciu, stwierdzono: wyrównany nastrój, dostosowaną modulację afektu. Uwagę skupioną na dolegliwościach fizycznych. Funkcje pamięciowe sprawne. Tok myślenia zwarty. Intelpekt w normie. Życie popędowe obniżone okresowo w zakresie snu (trudności w zasypianiu). Napęd psychoruchowy w normie. Osobowość zwarta. Liczne skargi na dolegliwości fizyczne (rozpierające bóle głowy okolicy skroniowej, potylicznej, ciemieniowej prawej, zawroty głowy, bóle w klatce piersiowej, kołatanie serca), męczliwość i apatię.

Wstępnie rozpoznano zaburzenie somatyzacyjne oraz podejrzenie organicznego uszkodzenia oun (w wywiadzie uraz głowy, infekcja paciorkowcowa z utrzymującym się podwyższonym ASO).

W badaniu fizykalnym nie stwierdzano odchyłań.

W czasie pobytu na oddziale pacjent zgłaszał nadal dolegliwości bólowe głowy i bóle w klatce piersiowej, kołatanie serca, bóle mięśniowe prawego uda. Skarzył się na uczucie apatii, osłabienia fizycznego. Dolegliwości miały charakter falujący i pod koniec pobytu zmniejszyły się. Nastrój wykazywał związek z nasileniem dolegliwości

(pogodny lub obniżony). Sen i łaknienie były dobre. Kontakt z otoczeniem nawiązywał chętnie. Był towarzyski, lubiany, aktywny w zajęciach w ramach społeczności terapeutycznej oraz psychoterapii grupowej. W czasie przepustek, pod koniec pobytu, pomagał w pracach remontowych w domu.

Początkowo pacjentowi włączono zastrzyki dożylnie MgSO<sub>4</sub> z glukozą, po których zgłaszał osłabienie, zostały więc odstawione. Następnie podjęto próbę leczenia przeciwdepresyjnego fluoksetyną 20 mg i amitryptyliną 25 mg na dobę celem poprawy i stabilizacji nastroju oraz snu.

Wykonano szereg badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych w związku z wątpliwościami dotyczącymi stanu somatycznego pacjenta i podejrzeniem organicznego uwarunkowania zgłaszanych dolegliwości (częste anginy, podwyższone ASO, uraz głowy w wywiadzie, przewlekły charakter dolegliwości). Badania przedstawiały się następująco. OB – 2, morfologia E – 5,11 mln, Hb – 15,5, L – 5,13 tys., płytki – 242 tys., AST – 36/l, ALT – 58 U/l, bilirubina w normie, bad. moczu – bz., HbsAg – ujemny, ASO – 377, 221, 385 IU/ml, kreatynina – 1,48 mg/dl, dobowy zbiórka moczu 3300 ml, białko w moczu – 0 g/dobę. Badanie EEG – bez cech patologii, ekg – rytm zatokowy miarowy 80/min.normogram. Przebieg pobudzeń w granicach normy wiekowej. Wysokie załamki w V3 i V4, jak w przewodzie układu przywspółczulnego.

W badaniu SPECT naczyń mózgu stwierdzono niewielkie ogniska upośledzonej perfuzji w lewej okolicy skroniowej 5–9%, ogniska zmniejszonej perfuzji w lewej okolicy przedczołowej 10%, lewej okolicy okołosrodkowej 11%, prawej okolicy czołowej 13%, biegunie przednim płata ciemieniowego 18%, pole rozlanej hipoperfuzji w prawej okolicy ciemieniowej 14–22%. Wnioski: mnogie dwupółkulowe zmiany hipoperfuzyjne mogące sugerować niedostateczność krążenia mózgowego etiologii naczyniowej. W badaniu neurologicznym przeprowadzonym przez konsultującego neurologa nie stwierdzano odchyień. W badaniu okulistycznym: tarcze n. II w poziomie dna, naczynia tętnicze o nieco krętym przebiegu, naczynia żyłne szerokie. Objaw Gunna +/-, plamka czysta. Wnioski: Angiopathia hypertonica incipiens. Pacjent był konsultowany przez internistę i specjalistę immunologa. Wykonano zalecone badania immunologiczne, dotyczące układu krzepnięcia oraz MRI mózgu. Wyniki przedstawiały się następująco: układ krzepnięcia – czas protrombinowy – 99%, INR – 1,01, PTT – 1,01, fibrynogen – 2,3, białko CPR – 1,06 mg/l, proteinogram – białko całe – 78 g/l, albumina 48 g/l (60%), alfa 1-globulina 7%, alfa 2-globulina 11%, gamma globulina – 10%, IgG – 11,1 g/l, IgA – 1,0 g/l, IgM – 2,0 g/l, dopełniacz składowa C3 – 1,13 g/l, dopełniacz składowa C4 – 0,24 g/l, kompleksy immunologiczne – 0,5 j. u., trombomodulina (marker uszkodzenia śródbłonna naczyń) – 36,64 ng/ml (norma do 20,0 mg/dl). Oznaczono miano przeciwciał – ABA p/mózgowe typ II, p/glejowe m. 20, ACA p/sercowe (CA) typ III, przeciwmiedzywłókienkowe +/- m.10, MSA p/mięśniom szkieletowym (ASMA) /++/, p/granulocytarne (ANCA) pANCA i cANCA – ujemne. W MRI mózgu – w sekwencji SE i TSE w obrazach T1 i PD T2 zależnych w trzech płaszczyznach – obraz struktur mózgowia był w normie, bez zmian ogniskowych. Układ komorowy ustawiony pośrodkowo, normalnej szerokości.

Po wykonanych badaniach specjalistycznych i ponownej konsultacji immunologicznej (dr med. Alicja Bąkowska) ustalono rozpoznanie immunologicznego wtórnego zapalenia naczyń w wyniku infekcji paciorkowcowej (*Streptococcus viridans*, *Streptococcus species* z grupy serologicznej C, *Streptococcus sp. B*-hemolizujący grupa G).

Objawy kliniczne u pacjenta obejmowały stawy, mięśnie, serce, mózg, nerki (skoki RR., p/ciała j.w.). W wywiadzie była splenomegalia, policytomia – Hb do 18. Wskaźnik uszkodzenia śródbłonna (trombomodulina) ustalony w Zakładzie Immunologii AMG świadczył u umiarkowanym nasileniu stanu zapalnego naczyń. Zalecono włączenie aspiryny i polfiliny celem zapobieganiu wykrzepianiu, agregacji płytek i poprawy przepływu mózgowego.

Badanie psychologiczne metodą Bentona, Bender oraz MMPI (mgr D. Staniewska) nie wykazało w testach „organicznych” odchyień. W MMPI wskaźnik Gougha  $+3$  /, tj. w granicach normy. Podwyższone były wyniki w skalach depresji i psychastenii.

W czasie psychoterapii grupowej, w miarę zmniejszania się dolegliwości somatycznych i zbliżania się do wyjaśnienia ich natury, pacjent był coraz bardziej aktywny, wnikliwy, wrażliwy. Pracował na rzecz grupy i przeżywał problemy innych. Skłonny był do autorefleksji i zmiany, ambitny, samodzielny, odpowiedzialny. Odzyskał poczucie bezpieczeństwa i kontroli, głównie w związku z wyjaśnieniem natury dolegliwości, planował podjęcie pracy i samodzielne zamieszkanie.

Wypisany po 2 miesiącach w stanie poprawy, z rozpoznaniem immunologicznego zapalenia naczyń w wyniku infekcji paciorkowcowej i organicznej chwiejności astenicznej, z zaleceniem kontynuowania leczenia w Poradni Immunologicznej AMG.

### Omówienie

Patogeniczne mechanizmy immunologicznych zaburzeń w konsekwencji infekcji gardła wywołanych przez paciorkowce B-hemolizujące nie są do końca jasne, chociaż jest wiadome, że występuje humoralna i komórkowa odpowiedź immunologiczna. W przypadku choroby reumatycznej serca antygenowa mimikra między antygenami streptokokowymi a komponentami serca jest sugerowana jako czynnik mogący prowadzić do autoimmunizacji u osób z genetyczną predyspozycją [7, 8]. W przypadkach śródbłonna naczyń, gleju, mięśni szkieletowych mechanizmy patogenetyczne są zapewne również skomplikowane, jak nie do końca jasne.

W omawianym przypadku przebieg zaburzeń był kilkuletni, z zaostrzeniami, których wykładnikiem był, poza zmiennymi objawami klinicznymi (dolegliwości bólowe, wahania ciśnienia tętniczego), okresowy wzrost ASO – maksymalnie do 2500 IU/ml. Pacjent był badany wielokrotnie i leczony szpitalnie na specjalistycznych oddziałach. Nie wysunięto jednak podejrzenia immunologicznego zapalenia naczyń w narządach, z zakresu których były skargi na dolegliwości. Pacjent został potraktowany ostatecznie jako „hipochondryk” i skierowany do psychiatrów, co było dla niego dodatkowym, przykrym przeżyciem.

W czasie badania, rozmów, obserwacji zwracała uwagę postawa pacjenta dążącego do udowodnienia swojej sprawności fizycznej, w tym odbycie służby wojskowej, brak nastawienia samoobserwacyjnego i niezadowolenie ze zmieniających się rozpoznań. Osobowość nie wykazywała cech neurotycznych (co potwierdzało badanie psychologiczne). Wykonane badanie SPECT naczyń mózgowych pozwoliło wysunąć podejrzenie zapalenia naczyń (obniżenie przepływu w kilku regionach mózgu), co zostało następnie potwierdzone badaniami immunologicznymi (m.in. pomiar poziomu trombomoduliny), i ustalić istnienie także innych przeciwciał dotyczących gleju, serca, mięśni szkieletowych.

Przeprowadzone badania i konsultacje oraz dalsza opieka w poradni immunologicznej może zmniejszyć konsekwencje uszkodzenia śródbłonna naczyń (m.in. niedokrwienia, zakrzepy) poprzez monitorowanie i włączenie odpowiedniego dalszego leczenia. Poznanie przez pacjenta przyczyny dolegliwości i ustalenie odpowiedniego postępowania było czynnikiem przywracającym mu większe poczucie bezpieczeństwa i kontroli. Z drugiej strony przedstawiony opis może także wskazywać, jak nadal trudne jest diagnozowanie zaburzeń hipochondrycznych i somatyzacyjnych.

**Ñëó+=ré cëëóíëiäc=Íñëiäi äînd'rëlic' nîñóäiä,  
d'rîññërdëârliëiäi ërë äc'd'ioiädc'**

### Niäldëriël

D'läññræliñ id'ëñtlië íræiälië' ñ äëcñlëüüë d'ldëiäië äc'râiññëd'iärië' c' ël=lic' 21-ëññiäi d'röclîñ, í ärelçiliüü ñcëd'ñiëü d'dë=cnë' ëë ç äc'd'ioiädcë. D'röclîñ d'îñël d'ldliñliñië ññd'îñë-ëiëiäië c'iolëcë äidëf' äüë äc'râiññëd'iärië' c' ël=li ä ñl=lic' 5 ëñ d'î-d'iäiäo d'rëcë=iüö ñiërnë=Íñëcö öfëiä. D'diälaliü äüëë ëñiäi=cnëliüü c'ññëläiärië', ä ñië =cnë' c' ëiëd'üñldiñ c'ññëläiäriël äiëiäü, ëiñidil il öfëçüäfëi íf ërëçl' ëcäi' c'çëlië'. Ñdliäë c'üö ërâid'midiüö c'ññëläiäriëë, ä.í. ñëñd' RÑI, ëiñidüë äi äñlë ñëó+=r' ö äüë d'iäürlí ñ c'çëli=caüëë d'fëçfñlë' ëë ññ 405 IV/ëë äi 25001 IV/ëë.

Çrëiäü íf äreläul iüöülië' ä äiëiäl, ñldäöl, ëürö c' ñóññrâiä, í ñrëçl' ëiëlärië' rdñldëfëüñiäi äfäëlië' d'î äë' ëcñü ñd'dfäc=Íñëç. D'îñël ëñiäi=cnëliüü c'ññëläiäriëë d'îññræli äc'râiñç äc'd'ioiädcë, cäifëi d'ñëöërnëc=Íñëçl' ël=lic' ñrëçl' il d'dëiññëëi d'çöëüññiä. D'röclîñ äüë írd'dræli ä ññröçüírdiil ññälëlië' ël=lic' íladiçia. D'îñël d'diälalië' d'rëcë=iüö ërâid'midiüö c'ññëläiäriëë, ñrëçö ërë D'IY, ëidöiëiäc', RÑI, ýyâ, ýëä, d'ñëöiëiäc=Íñëçl' c'ññëläiärië' (rëfëü Äliñi. Äliäld, ÈÈDI) d'diälaliñ c'ññëläiäriël ëiçäiäüö ñiñóäiä. Íäifdöçliü ëñiäi=cnëliüü í+=fäc çfëläëliñiäi ëd'iäiñfëf ä d'dläëiäië, ëiäië, äcñi=iëë, íëfëi ñdliäilë ëcicë ëiçâr ññ 5 äi 22%ö, Ä d'îññläöçüö c'ëëóíëiäc=Íñëçö c'ññëläiärië' ö írëäliü íñcñlëf' d'diñcäiäëçicüü II ñc'd'r' (20), íñcñldäl=iüü ÑR ñc'd' III, d'diñcäiäëürí=iüü ñëfëliñiüü RÑËR (++) . Íf ññiäriëë äürlöfëçfñiüö c'ññëläiäriëë c' çëçicë=Íñëçl' äiëiälië' óñññiäëliñ ñiërnë=Íñëç' d'dë=c'ir öfëiä äiëüñiä. D'îññläiëë äc'râiñç äüë íd'dläëli ërë c'ëëóíëiäc=Íñëçl' äînd'rëlic' ñiñóäiä, =ñi d'içäiëcëi íf äälälië' ä ñldrd'ç' d'röclîñ ñññäññäöiüü ël=lic' c' ärei d'röclîñö ññcñöfëçöç' c'ç iäü' ñiëlië' lëö d'dë=c'üü írdörlëcë c' =öäññäi ëiñdiëc'd'iärië' .

## Der Fall der immunvermittelten Vaskulitis betrachtet als hypochondrische Störung

### Zusammenfassung

Es wurde der Fall der lang andauernden Diagnosestellung und Behandlung eines 21-jährigen Patienten beschrieben, die als eine hypochondrische Störung betrachtet wurde. Der Patient wurde nach der Streptokokkushalsinfektion diagnostiziert und 5 Jahre lang wegen unterschiedlicher somatischer Beschwerden behandelt. Man führte zahlreiche Untersuchungen durch, darunter eine CT des Kopfes (ohne Veränderungen). Ein Teil von ihnen, hauptsächlich ASO-Titer, zeigten immer erhöhte, aber variable Werte von 405 IU (ml) bis 2500 IU (ml). Die Beschwerden wegen Herz- Kopf- Muskel- und Gelenkschmerzen und Blutdruckschwankungen hatten auch einen veränderlichen Charakter. Schliesslich lautete die Diagnose hypochondrische Störungen und wegen Mangel an Effekte der ambulanten psychiatrischen Behandlung wurde der Patient in die Nervenabteilung geschickt. Nach der wieder durchgeführten zahlreichen diagnostischen Untersuchungen (OB, Morphologie, ASO, EEG, EKG, psychologische) wurde SPECT der Hirngefäße durchgeführt. Man stellte zahlreiche Herde der Strömungsenkung in der präfrontalen, frontalen, temporalen, preifokalen Gegend von 5 - 22% fest. Weiter wurden in den immunologischen Untersuchungen gliale Antikörper Typ II (20), kardiale Antikörper CA

Typ III (10), ASMA (++) gezeigt. Infolge der obigen Untersuchungen und Beobachtung wurde beim Patienten eine somatische Ursache der gemeldeten Beschwerden festgestellt. Es wurde eine sekundäre immunologische Vaskularis diagnostiziert. Es ermöglichte eine entsprechende weitere Therapie und stellte den Patienten zufrieden, weil die Ursache der Störungen geklärt wurde und er konnte die Empfindung haben, dass alles unter Kontrolle ist.

### Le cas de la vascularite immunologique traitée comme trouble hypochondriaque

#### Résumé

L'auteur décrit le cas du diagnostic et de la thérapie prolongés et difficiles d'un patient de 21 ans souffrant du trouble hypochondriaque. Après la streptococcie ce patient était diagnostiqué et traité pendant 5 ans à cause de plusieurs douleurs subjectives (maux de tête, douleurs des muscles, arthralgie). On l'examinait plusieurs fois – on lui a fait CT, (normal). IL avait l'index ASO un peu élevé – 405 IU/ml – 2500 IU/ml. Enfin on pose le diagnostic – trouble hypochondriaque et il suit la thérapie de névrose. Après une série d'examens – OB, ASO, eeg, ekg, testes de Bender, de Benton, MMPI, SPECT – on constate dans ce dernier examen l'hypoperfusion dans de différentes régions (préfrontale, frontale, temporale, pariétale, autour centrale – 5–22%). Les examens immunologiques trouvent les anticorps ABA type II/20, ACA/CA type III/10, MSA/ASMA/++. En basant sur ces examens on pose le diagnostic de la vascularite immunologique secondaire. Ce diagnostic rend possible la thérapie efficace et il satisfait le patient en expliquant sa maladie et en lui donnant le sens de contrôle.

#### Piśmiennictwo

1. Savage COS, Harper L, Cocwell P, Adu D, Howie AJ. *ABC of arterial and vascular disease. Vasculitis*. Brit. Med. 2000; 320: 1325–1328.
2. Savage CO. *The evolving pathogenesis of systemic vasculitis*. Clin. Med. 2002; 2: 458–464.
3. Takeuchi K, Hirose S. *Vasculitis syndrome – clinical classification and diagnostic approaches*. Nippon Rinsho. 1994; 52(8): 1970–1976.
4. Block F, Reith W. *Isolated vasculitis of the central nervous system*. Radiol. 2000; 40(11): 1090–1097.
5. Yamamoto T, Abe T, Matsuya M, Kobayashi K, Akaike J, Ikeda Y. *A case with juvenile rheumatoid arthritis who developed cerebral vasculitis and venovascular hypotension*. Ruymachi 2000; 40(5): 818–823.
6. Tracy RP. *Inflammation, the metabolic syndrome and cardiovascular risk*. Int. J. Clin. Pract. 2003; 134 (supl.): 10–17.
7. Guilherme L, Dulphy N, Douay C, Coelho V. *Molecular evidence for antigen-driven immune responses in cardiac lesions of rheumatic heart disease patients*. Int. Immunol. 2000; 12, 7: 1063–1074.
8. Stollerman GH. *Rheumatogenic streptococci and autoimmunity*. Clin. Immunol. Immunopathol. 1991; 61(2): 131–142.

Otrzymano: 9.03.2004

Zrecenzowano: 3.06.2004

Przyjęto do druku: 18.02.2005

*Autorka serdecznie dziękuje Pani dr med. Alicji Bąkowskiej z Zakładu Immunologii AMG za życzliwe konsultacje.*

Adres: Klinika Chorób Psychicznych i Zaburzeń Nerwicowych  
AM