

Złośliwe następstwa masturbacji – opis przypadku

Malignant complications of masturbation – a case study

Wojciech Mędrala^{1,2}, Patryk Rodek^{1,2}, Barbara Alli-Balogun^{1,2},
Aleksandra Barabasz-Gembczyk^{1,2}, Paulina Wójcik¹, Krzysztof Kucia^{1,2}

¹Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Szpital w Ochojcu, Oddział Psychiatrii i Psychoterapii

²Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Katedra Psychiatrii Dorosłych, Klinika Psychiatrii i Psychoterapii

Summary

We present a case of a 32-years-old female patient diagnosed with paranoid schizophrenia for many years who has developed neuroleptic malignant syndrome (NMS) as a result of long-acting antipsychotic injection. Since the initial ineffectiveness of benzodiazepines, the course of electroconvulsive therapy (ECT) has been carried out.

In spite of the initial promising response to ECT, after 3 weeks her somatic and mental state deteriorated significantly, which was hardly explicable solely by the potential loss of effectiveness of ECT or non-specific deviations in laboratory parameters. Diagnostics extended with imaging tests and gynecological examination revealed the connective tissue-covered cap of a popular multivitamin supplement in patient's vagina. During the following deepened interview, she admitted that in fact 6 months ago a piece had gotten stuck while masturbating. However, due to shame and subjective lack of disturbing symptoms, she had left it unsaid. One month after the evacuation of the foreign body she has been discharged from the hospital remaining in full remission.

The presented case shows that inflammation in the body can complicate catatonia and NMS, causing a non-specific course and difficulties in diagnosis and treatment. In some patients, the inflammatory process may be caused by a foreign body located in various natural orifices in the body. It appears significant in the group of psychiatric patients. Once again it highlights the tremendous role of meticulously conducted interview including the patient's autoerotic life.

Słowa kluczowe: złośliwy zespół neuroleptyczny, ciało obce w pochwie, LAI

Key words: neuroleptic malignant syndrome, vaginal foreign body, LAI

Wstęp

Złośliwy zespół neuroleptyczny (ZZN) jest stosunkowo rzadkim, lecz potencjalnie śmiertelnym powikłaniem stosowania leków neuroleptycznych. Jest on wywoływany przez substancje blokujące receptory dopaminowe D2, jednak jego dokładny patomechanizm nie został dotychczas poznany [1]. Częstość występowania ZZN, w świetle niedawno przeprowadzonej metaanalizy, wynosi 0,09% [2]. Według międzynarodowego porozumienia lekarzy z 2011 roku rozpoznanie ZZN powinno opierać się na stwierdzeniu u pacjenta pojawiających się po zażyciu leków przeciwpsychotycznych charakterystycznych objawów, takich jak: zaburzenia świadomości, objawy autonomiczne, sztywność mięśniowa oraz wzrost temperatury powyżej 38°C. Wśród parametrów laboratoryjnych największe znaczenie diagnostyczne ma 4-krotnie podwyższone powyżej normy stężenie kinazy fosfokreatynowej (CPK) [1]. W ciągu lat częstotliwość występowania ZZN zmniejszyła się, co spowodowane jest głównie wczesną interwencją w przypadku pozapiramidowych i autonomicznych objawów niepożądanych leków neuroleptycznych, dzięki czemu zapobiega się rozwojowi pełnoobjawowego zespołu [3]. W niniejszej pracy opisano przypadek pacjentki, od wielu lat chorującej z powodu schizofrenii paranoidalnej, u której rozwinął się ZZN o niespecyficznym przebiegu, wynikający z zastosowania neuroleptyku o przedłużonym uwalnianiu oraz obecności stanu zapalnego, indukowanego otorbionym ciałem obcym, zlokalizowanym w jej drogach rodnych. Autorzy dokonali przeglądu dostępnej literatury, który wykazał, że prace dotyczące ciał obcych u pacjentów psychiatrycznych są rzadkie i dotyczą głównie pacjentów z zaburzeniami osobowości. Dotychczas nie ukazały się podobne prace opisujące wpływ stanu zapalnego, wynikającego z obecności ciała obcego w organizmie na przebieg ZZN lub katatonii u pacjentów chorujących na schizofrenię.

Opis przypadku

I., 32-letnia pacjentka, całe życie spędziła na wsi, mieszkając razem z rodzicami i pomagając im w gospodarstwie rolnym. Pierwsze niepokojące zmiany w zachowaniu pojawiły się wraz z rozpoczęciem nauki w liceum. Zawsze trzymała się na uboczu, nigdy nie miała prawidłowych relacji z rówieśnikami i często popadała w konflikty. Z czasem społeczne wycofanie zaczęło przybierać na sile, a gdy u pacjentki w wieku 24 lat pojawiły się pierwsze objawy psychotyczne, postawiono ostateczną diagnozę schizofrenii paranoidalnej. Od tego czasu kilkakrotnie była hospitalizowana psychiatrycznie. Niechętnie przyjmowała leki, często sama je odstawiała. W tym okresie dręczyły ją głównie pseudohalucynacje słuchowe w postaci imperatywnych głosów, nakazujące jej popełnianie licznych wykroczeń. Najpoważniejszym z nich było podpalenie domu rodzinnego.

I. od 2014 roku leczona była 400 mg dekanianu zuklopanyksolu podawanymi co 2–3 tygodnie. Pomimo kilku lat dość dobrej, choć niepełnej, remisji, w styczniu 2020 roku doszło do gwałtownego zaostrzenia psychozy, co było bezpośrednim powodem jej kolejnej hospitalizacji na oddziale psychiatrii.

Dyżurny lekarz opisał występujące wówczas omamy słuchowe, dziwaczność zachowania i wypowiedzi pacjentki. Przy przyjęciu nie prezentowała jednak jakichkolwiek zaburzeń motoryki czy objawów dysregulacji autonomicznej. Zdecydowano o modyfikacji farmakoterapii, podając jednorazowo dekanian zuklopentyksolu w dawce 600 mg.

Około tydzień po iniekcji u pacjentki zaczęły rozwijać się objawy ZZN. Obserwowano zaburzenia świadomości, nasilającą się sztywność mięśniową, hipertermię do 39,6°C oraz zaburzenia wegetatywne. Objawom tym towarzyszyło gwałtowne narastanie wskaźników rbdomiolizy, w tym CPK do 2615 U/l. Natychmiast wdrożono leczenie objawowe lorazepamem i bromokryptyną, a następnie przekazano pacjentkę do dalszej diagnostyki i leczenia w warunkach oddziału neurologii. Konieczne okazało się różnicowanie etiologii sztywności mięśniowej, jednak nakłucie łądźwiowe oraz tomografia komputerowa głowy pozwoliły jednoznacznie wykluczyć neuroinfekcję i zmiany ogniskowe w ośrodkowym układzie nerwowym. W związku z brakiem poprawy stanu psychicznego oraz somatycznego, po dwóch tygodniach leczenia przekazano chorą do tutejszego oddziału psychiatrycznego w celu wykonania zabiegów lektrowstrząsowych (EW).

Przy przyjęciu zwracał uwagę bardzo ciężki stan ogólny pacjentki z dominującymi zaburzeniami świadomości, uniemożliwiającymi jakikolwiek logiczny kontakt. Wynik konsultacji neurologicznej ukazywał skalę nasilenia zaburzeń motoryki: sztywność karku na 5 palców, wzmożone napięcie mięśniowe czterokończynowe, objaw koła zębatego w kończynach górnych, objaw rury ołowianej w kończynach dolnych, obustronnie dodatni objaw Kerniga.

W związku z bezpośrednim zagrożeniem życia pacjentki podjęto decyzję o wykonywaniu zabiegów EW z częstotliwością 3 razy w tygodniu w początkowym okresie hospitalizacji. Już kilka godzin po pierwszym zabiegu zaobserwowano nieznaczne ustąpienie sztywności mięśniowej oraz poprawę w zakresie świadomości – pacjentka reagowała na proste polecenia, zamykała oczy. Po trzecim EW możliwe było nawiązanie z nią prostego kontaktu werbalnego, a po siódmym przeprowadzono z łatwością pełne badanie psychiatryczne.

Okres zaostrzenia psychotycznego i pierwszych dni hospitalizacji był dla niej pokryty całkowitą niepamięcią.

W czwartym tygodniu hospitalizacji stan pacjentki znacznie pogorszył się, nasiliła się sztywność mięśniowa, wzrosły wskaźniki stanu zapalnego. W związku z szybko postępującą anemizacją (w ciągu tygodnia stężenie hemoglobiny zmniejszyło się z 12,4 g/dl do 7,6 g/dl) konieczne było przetoczenie 2 jednostek koncentratu krwinek czerwonych. Wykonana panendoskopia nie uwidoczniła źródła czynnego krwawienia. Zastanawiający i niepokojący był natomiast wynik tomografii komputerowej jamy brzusznej i miednicy mniejszej, która zobrazowała zmianę w okolicy dna pochwy. Opis radiologiczny był niejednoznaczny, a stan somatyczny na tyle ciężki, że pacjentka została w trybie pilnym skierowana na oddział ginekologiczny w celu poszerzenia diagnostyki i ewentualnego leczenia. W trakcie jednodniowej hospitalizacji usunięto z pochwy pacjentki obudowane tkanką łączną ciało obce, które okazało się zakrętką opakowania jednego z popularnych preparatów multiwitaminowych. Pacjentka w późniejszym okresie hospitalizacji przyznała, że element utknął jej w pochwie 9 miesięcy wcześniej

w trakcie masturbacji, jednak z powodu głębokiego wstydu i braku subiektywnych niepokojących objawów nie wspomniała o całym zdarzeniu ani rodzinie, ani lekarzom.

Po powrocie na oddział psychiatrii zabiegi EW zostały u pacjentki wznowione. Jej stan ogólny polepszał się z każdym dniem, a sztywność mięśniowa była coraz mniejsza, co ukazało nowy problem. Po 3-miesięcznym przebywaniu w pozycji leżącej pacjentka nie była w stanie samodzielnie chodzić. Pojawiły się zaniki mięśniowe oraz przykurcze kończyn dolnych, które wymagały intensywnej rehabilitacji ruchowej.

Od 45. dnia hospitalizacji obserwowano stopniowe pogorszenie stanu psychicznego. Jej nastrój z każdym dniem był coraz bardziej obniżony, pojawiły się myśli rezygnacyjne, a następnie samobójcze. Ponadto powróciły objawy psychotyczne, głównie w postaci urojeń ksobnych oraz dziwacznych w treści urojeń o tematyce seksualnej. Podjęto decyzję o powolnym włączaniu do leczenia klozapiny, osiągając dobową dawkę 200 mg, czym uzyskano wyrównanie nastroju oraz ustąpienie myśli samobójczych i objawów psychotycznych. Łącznie wykonano 19 zabiegów EW, osiągając całkowite ustąpienie sztywności mięśniowej.

W 64. dniu pacjentka została wypisana do domu w dobrym stanie ogólnym. Osiągnięto pełną remisję objawową schizofrenii. Głównym problemem pozostały natomiast trudności z poruszaniem się, które wymagały kontynuacji intensywnej rehabilitacji po powrocie do domu.

Dyskusja

ZZN oraz złośliwa katatonii są nie do rozróżnienia na podstawie objawów somatycznych oraz wyników badań laboratoryjnych. Jedynym sposobem na ich różnicowanie jest zebranie wnikliwego wywiadu, który wskazywałby na zbieżność czasową wystąpienia objawów z zastosowaniem neuroleptyku. W praktyce klinicznej nie ma to większego znaczenia, ponieważ ZZN jest traktowany jako jedna z postaci złośliwej katatonii, wywołanej przez leki przeciwpsychotyczne [4, 5].

Leczeniem pierwszego rzutu są benzodiazepiny (BDZ), z których najczęściej stosowany jest lorazepam w dawkach od 4 do 24 mg/d. W przypadku braku odpowiedzi na leczenie zalecane jest wykonanie EW [6]. Istnieją doniesienia o skutecznym stosowaniu BDZ równoległe z zabiegami EW. Dotyczy to ciężkich przypadków, w których pojawiła się częściowa odpowiedź na BDZ, przy czym ich odstawienie wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zgonu. Pacjentowi bezpośrednio przed znieczuleniem w celu obniżenia progu drgawkowego podaje się flumazenil, będący kompetycyjnym antagonistą receptora benzodiazepinowego [7].

W momencie przekazania na nasz oddział pacjentka była w trzecim tygodniu od rozwinięcia pełnoobjawowego ZZN. Z uwagi na konieczność uzyskania szybkiej remisji objawowej zastosowano technikę dwuskroniowego ułożenia elektrod z wykorzystaniem impulsu o szerokości 1 ms. Po jednokrotnym miareczkowaniu uzyskano adekwatną odpowiedź elektryczną w EEG przy użyciu ładunku 208 mC. W trakcie serii EW obserwowano narastanie progu drgawkowego, co implikowało konieczność stopniowego zwiększania ładunku, który osiągnął podczas ostatniego zabiegu 504 mC. Podczas hospitalizacji wykonano łącznie 19 zabiegów EW, początkowo 3 x/tydzień,

następnie ich częstotliwość, w miarę ustępowania zaburzeń motorycznych, ograniczono do 2 x/tydzień.

Niektórzy autorzy sugerują, że w przypadku złośliwej katatonii zabiegi EW powinny być wykonywane codziennie, a w przypadku znacznego ich nasilenia nawet do dwóch razy na dzień. Co więcej, podają oni w wątpliwość pełną skuteczność EW w przypadku rzadszego wykonywania zabiegów [7]. Konieczność tak znacznej liczby zabiegów w przypadku naszej pacjentki wynikała bezpośrednio ze stałego uwalniania się z mięśnia preparatu zulklopentiksolu w formie LAI.

W dostępnej literaturze istnieją nieliczne doniesienia na temat ZZN po zastosowaniu neuroleptyku o przedłużonym działaniu. W jednej z prac naukowych autorzy opisywali bardzo podobny w przebiegu, przedłużający się ZZN po zastosowaniu dekanianu haloperidolu. Dysponowali oni możliwością pomiaru stężeń neuroleptyku w osoczu i na tej podstawie ocenili, że objawy ustąpiły dopiero po całkowitej eliminacji leku z osocza [8]. W przypadku naszej pacjentki zabiegi EW były skuteczniejsze od BDZ, ale również nie były w stanie całkowicie wyeliminować objawów ZZN, które spowodowane były stałą obecnością neuroleptyku w organizmie.

Kolejnym problemem, który istotnie komplikował przebieg ZZN, było ciało obce znalezione w pochwie pacjentki. W praktyce ginekologicznej interwencji spowodowane obecnością ciała obcego w pochwie nie są rzadkością. Diagnoza zostaje najczęściej postawiona na podstawie wywiadu z pacjentką. Obecność ciała obcego w drogach rodnych wiąże się z niespecyficznymi objawami takimi jak bóle miednicy, upławy lub krwawienia [9].

Od początku hospitalizacji jedynym objawem u naszej pacjentki były cuchnące upławy z dróg rodnych, jednak diagnostyka była utrudniona z uwagi na ograniczoną dostępność badania ginekologicznego na oddziale psychiatrii, pandemię COVID-19 oraz brak możliwości zebrania wywiadu z chorą. W czwartym tygodniu hospitalizacji, z uwagi na nagłe pogorszenie stanu somatycznego, wykonane TK miednicy wykazało obecność niespecyficznego struktury, którą, jak się później okazało, była otoczona tkanką łączną zakrętka od tubki z preparatem multivitaminowym. Niedługo po jej usunięciu u chorej nastąpiła radykalna poprawa stanu somatycznego. W przypadku naszej pacjentki przewlekły stan zapalny maskował realne efekty zabiegów EW.

J. P. Rogers i wsp. (2019) w swojej pracy wykazali, że stan zapalny może mieć bezpośredni wpływ na patofizjologię katatonii, w tym także ZZN. Według jednej z przytoczonych przez nich hipotez cytokiny prozapalne poprzez obniżanie stężenia kwasu kynureninowego, wykazującego działanie neuroprotektoryjne, zmniejszają aktywność neuronów dopaminergicznych w śródmózgowiu. Prowadzi to do zwiększonej podatności na hamowanie przekaźnictwa dopaminergicznego przez leki przeciwpsychotyczne [10].

Powyższy przypadek po raz kolejny ukazuje, jak istotne jest prawidłowe zebranie szczegółowego wywiadu z pacjentem. Burri i wsp. w swoim niedawnym artykule podkreślają, że 94,5% kobiet masturbowało się co najmniej raz w życiu, z czego 2–3 razy w tygodniu 26,8%, a raz w tygodniu 26,3% [11]. Logiczne wydaje się zatem uwzględnianie również tej sfery życia seksualnego w badaniu pacjenta, co może mieć znaczące implikacje kliniczne. W przypadku naszej pacjentki umieszczenie ciała obcego w pochwie było wynikiem zachowań autoerotycznych. Opiswane są jednak przypadki pacjentek,

które dokonywały samouszkodzeń narządów płciowych z pobudek psychotycznych [12]. Ta perspektywa pokazuje, jak istotne jest różnicowanie przyczyn takich zachowań już na etapie wstępnej diagnostyki, co w sposób istotny może wpływać na przebieg terapii.

Piśmiennictwo

1. Gurrera RJ, Caroff SN, Cohen A, Carroll BT, DeRoos F, Francis A i wsp. *An international consensus study of neuroleptic malignant syndrome diagnostic criteria using the Delphi method*. J. Clin. Psychiatry 2011; 72(9): 1222–1228. DOI: 10.4088/JCP.10m06438
2. Gurrera RJ, Simpson JC, Tsuang MT. *Meta-analytic evidence of systematic bias in estimates of neuroleptic malignant syndrome incidence*. Compr. Psychiatry 2007; 48(2): 205–211. DOI: 10.1016/j.comppsy.2006.10.004
3. Keck PE, Pope HG, McElroy SL. *Declining frequency of neuroleptic malignant syndrome in a hospital population*. Am. J. Psychiatry 1991; 148(7): 880–882. DOI: 10.1176/ajp.148.7.880
4. Carroll BT, Lee JW. *Catatonia is a risk factor for neuroleptic malignant syndrome*. J. Clin. Psychiatry 2004; 65(12): 1722–1723. DOI: 10.4088/jcp.v65n1219d
5. White DAC. *Catatonia and the neuroleptic malignant syndrome – a single entity?* Brit. J. Psychiatry 1992; 161(4): DOI: 10.1192/bjp.161.4.558
6. Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A. *Catatonia. II. Treatment with lorazepam and electroconvulsive therapy*. Acta Psychiatr. Scand. 1996; 93(2): 137–143. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1996.tb09815.x
7. Fink M, Taylor MA. *Neuroleptic malignant syndrome is malignant catatonia, warranting treatments efficacious for catatonia*. Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. 2006; 30(6): 1182–1183. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2006.03.029
8. Legras A, Hurel D, Dabrowski G, Grenet D, Graveleau P, Loirat P. *Protracted neuroleptic malignant syndrome complicating long-acting neuroleptic administration*. Am. J. Med. 1988; 85(6): 875–878. DOI: 10.1016/s0002-9343(88)80041-x
9. Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. *Vaginal foreign bodies*. J. Paediatr. Child Health 2004; 40(4): 205–207. DOI: 10.1111/j.1440-1754.2004.00338.x
10. Rogers JP, Pollak TA, Blackman G, David AS. *Catatonia and the immune system: a review*. Lancet Psychiatr. 2019; 6(7): 620–630. DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30190-7
11. Burri A, Carvalheira A. *Masturbatory behavior in a population sample of German women*. J. Sex. Med. 2019; 16(7): 963–974. DOI: 10.1016/j.jsxm.2019.04.015
12. Krasucki C, Kemp R, David A. *A case study of female genital self-mutilation in schizophrenia*. Brit. J. Med. Psychol. 1995; 68(2): 179–186. DOI: 10.1111/j.2044-8341.1995.tb01824.x

Adres: Wojciech Mędrala

Górnśląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca

Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach,

Szpital w Ochojcu, Oddział Psychiatrii i Psychoterapii

40-635 Katowice, ul. Ziołowa 45/47

Otrzymano: 15.02.2021

Zrecenzowano: 29.03.2021

Otrzymano po poprawie: 27.04.2021

Przyjęto do druku: 1.06.2021