



Trudności diagnostyczne w otępieniu czołowo - skroniowym

Dr n. med. Małgorzata Urban-Kowalczyk
Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych
UM w Łodzi

Skierowanie do szpitala



- ✓ Kobieta lat 59, dotychczas nie leczona regularnie psychiatrycznie (kilka wizyt w dłuższych odstępach czasu).
- ✓ Rozpoznanie: zaburzenia urojeniowe
- ✓ Czas trwania objawów psychopatologicznych minimum 3 lata

- ✓ Skierowana do szpitala psychiatrycznego na podstawie postanowienia sądu – art. 29 UoOZP

Badanie po przyjęciu do oddziału



- ✓ Bardzo zaniedbana higienicznie
- ✓ Ubrana w kilka warstw brudnej odzieży
- ✓ Kontakt logiczny znacznie utrudniony, odpowiadała pojedynczymi słowami, często nielogicznie
- ✓ Całkowicie zdezorientowana co do czasu, miejsca, częściowo zorientowana co do własnej osoby, bez zaburzeń świadomości
- ✓ Nastrój obojętny, napęd nieznacznie obniżony, afekt tępy
- ✓ Zagubiona, dezorganizowana, czynnie negatywistyczna, wykazywała tendencje ucieczkowe, odmawiała przyjmowania posiłków i płynów. Przejściowo wymagała karmienia przez zgłębnik żołądkowy
- ✓ Nie ujawniała ewidentnych objawów psychotycznych
- ✓ Całkowicie niesamodzielną w zakresie codziennych czynności

Wywiad od rodziny



- ✓ Zmiana stanu psychicznego i zachowania od co najmniej 3 lat
- ✓ Początkowo opisywano objawy psychotyczne, głównie urojenia o treści religijnej, prześladowczej
- ✓ Postępująca dezorganizacja zachowania i deterioracja codziennego funkcjonowania
- ✓ Podejmowała dziwaczne, bezcelowe działania, wędrowała po swojej miejscowości
- ✓ Skrajnie zaniedbała higienicznie siebie i swoje otoczenie
- ✓ Prezentowała zachowania niedostosowane społecznie, moriatyczne, gromadziła niepotrzebne przedmioty, np. wieczka od jogurtów
- ✓ Wyraźna zmiana nawyków żywieniowych, z wybiórczą hiperfagią, jadła np. zepsute produkty spożywcze

Diagnostyka w oddziale



Konsultacja neurologiczna

„Pacjentka w pozycji siedzącej, podawana kroplówka. Nie reaguje na bodźce słowne, nie otwiera oczu, nie współpracuje podczas badania. Nie stwierdza się niedowładów ani objawów pozapiramidowych.

Obecnie nie wymaga dalszej diagnostyki neurologicznej”

EEG

Rytm alfa symetryczny, dość regularny, o częstotliwości 8.5-9.3 Hz i amplitudzie do 30 μ V, w odprowadzeniach z przednich okolic współwystępuje z rytmem beta. W zapisie w sposób uogólniony rejestruje się pojedyncze, rozsiane fale theta o częstotliwości 6.5-7Hz oraz rejestruje się zwolnienia czynności podstawowej do 7.5Hz. Zapis z niewielkiego stopnia uogólnionymi zmianami o rozsianym charakterze. Zmian o charakterze napadowym nie zarejestrowano.

Diagnostyka w oddziale TK mózgowia



Wynik (2017-10-31 11:00)

Badanie głowy jednofazowe, chora odmówiła badania ze środkiem kontrastowym.

Badanie obarczone licznymi artefaktami ruchowymi o ograniczonej wartości diagnostycznej.

Wskazane ewentualne powtórzenie badania po sedacji pacjentki.

Mózgowie oraz struktury tylnego dołu czaszki bez ewidentnych zmian ogniskowych. Cech świeżego krwawienia wewnątrzczaszkowego nie stwierdza się.

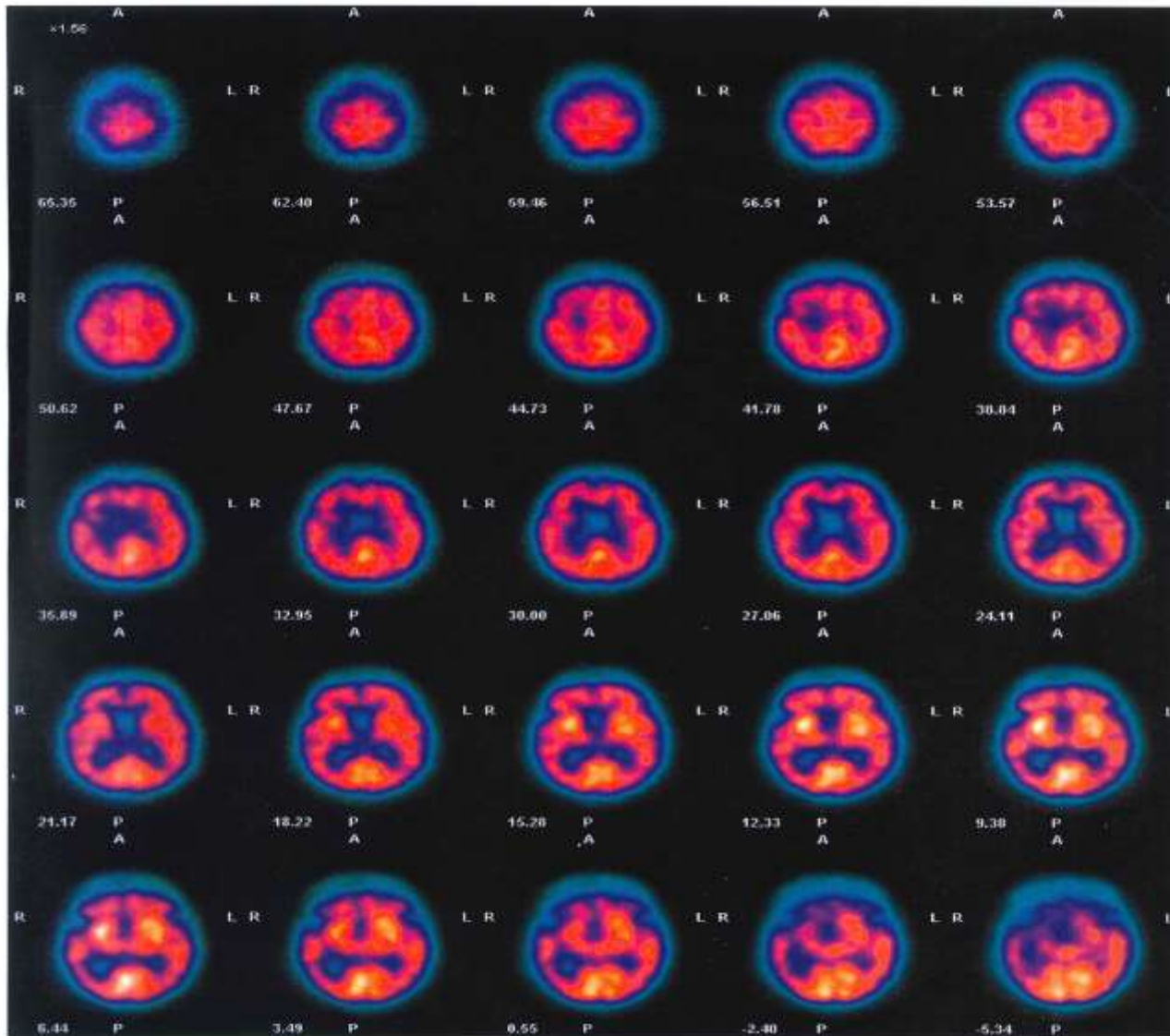
Układ komorowy symetryczny, nieprzemieszczony, nieposzerzony.

Rezerwa płynowa podpajęczynówkowa zachowana.

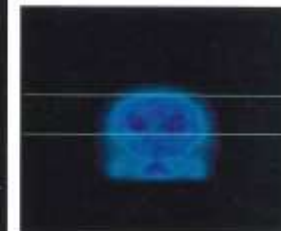
Kości pokrywy czaszki bez uchwytnych zmian strukturalnych i pourazowych.

Obecność zęba w świetle zatoki szczękowej prawej

Diagnostyka w oddziale - SPECT

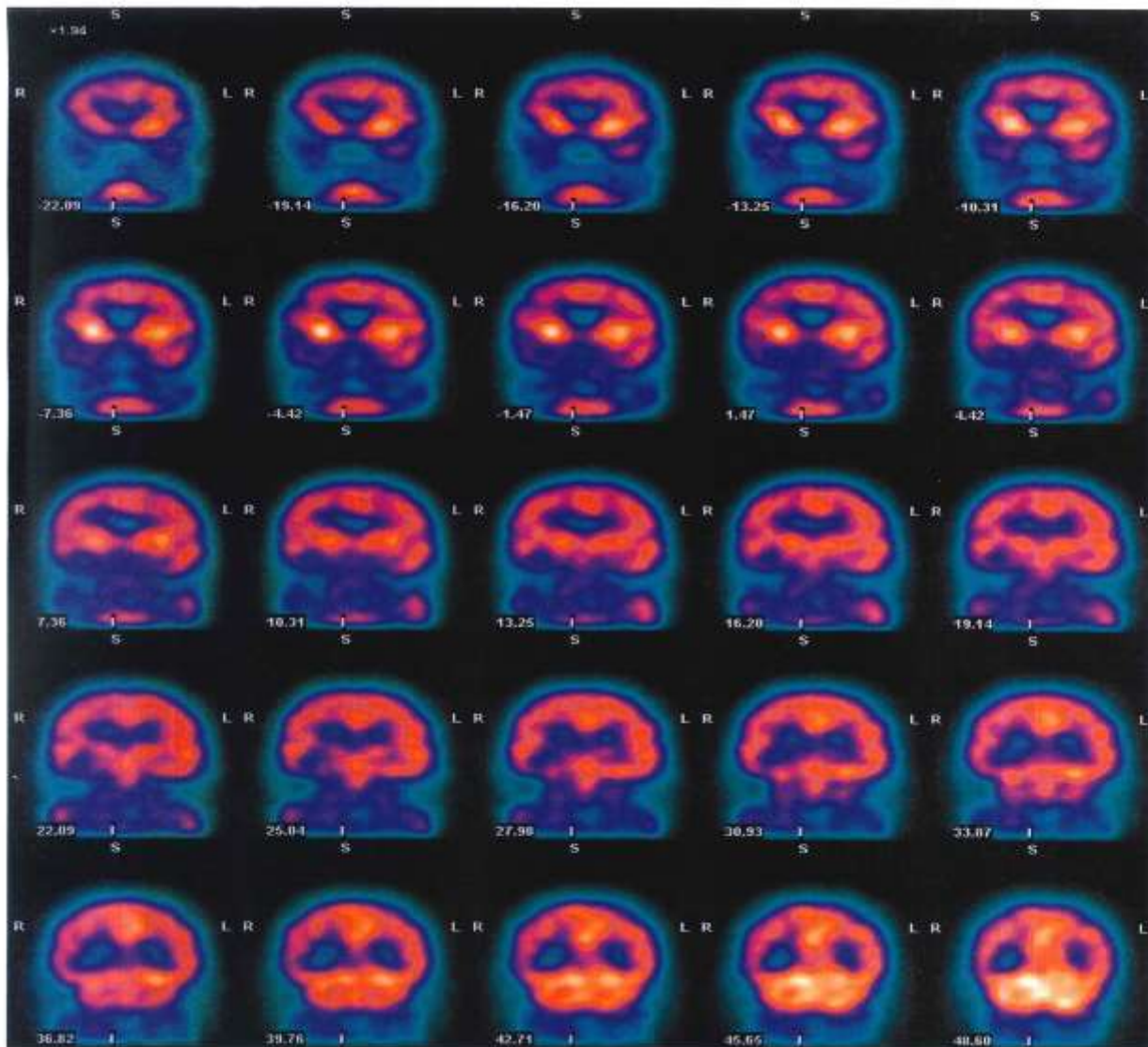


NMI Transaxials



MIP Navigate

Diagnostyka w oddziale - SPECT



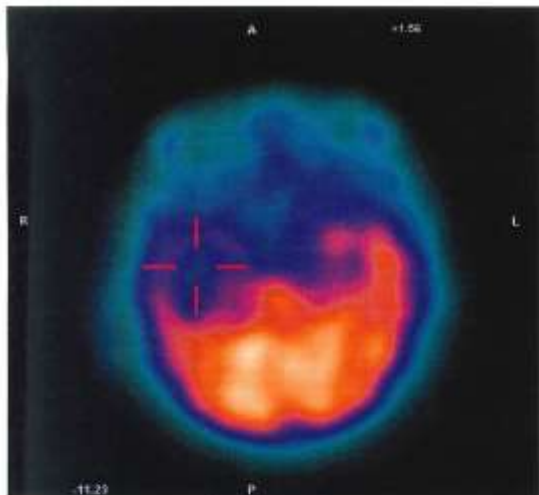
NM Coronals



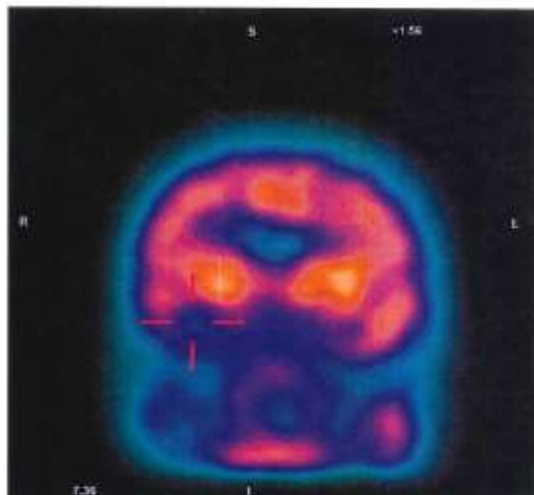
Radiofarmaceutyk: ^{99m}Tc HmPAO [MBq]: 740

Scyntygrafia perfuzyjna mózgu (SPECT)

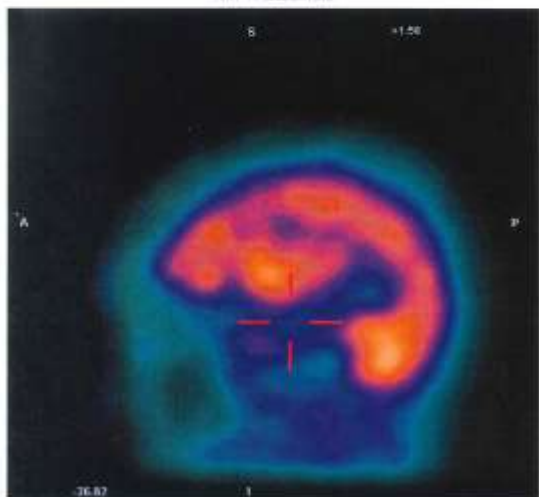
W badaniu scyntygraficznym SPECT/lokalizacyjna TK wykryto: w prawej półkuli hypoperfuzję płata skroniowego oraz znaczne obszary hypoperfuzji w płacie czołowym i ciemieniowym, w lewej półkuli obszary hypoperfuzji w okolicy czołowo-skroniowej oraz w płacie ciemieniowym.



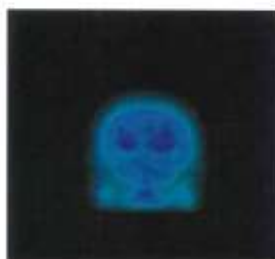
MMT Transaxial



MMT Coronal



MMT Sagittal



MMT Koronal

Wypis ze szpitala



- ✓ **Dgn.: Ołępienie w chorobie Picka F02.0**
- ✓ Skierowana i przewieziona do domu opieki społecznej

Pacjentka nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji, wymaga zapewnienia całodobowej opieki. Wydano zaświadczenie o stanie zdrowia w celu dołączenia do wniosku o ubezwłasnowolnienie.

- ✓ Czy pobyt w szpitalu zrealizował założenia i cele podstawy prawnej umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym bez zgody???

Przesłanki diagnostyczne



Wskazujące na FTD

- Dominujące zaburzenia zachowania
- Podejmowanie dziwacznych, bezcelowych działań
- Hiperfagia, zmiana nawyków żywieniowych
- Stępienie emocjonalne i afektywne
- Deterioracja codziennego funkcjonowania
- Utrata samodzielności
- Zaburzenia funkcji poznawczych, zubożenie mowy
- Zaburzenia zachowania o późnym początku (>40rż)

Utrudniające rozpoznanie

- Relatywnie młody wiek pacjentki
- Początek objawów bez ewidentnych zaburzeń funkcji poznawczych
- Początek objawów o obrazie psychotycznym
- Zaburzenia zachowania
- Brak obciążeń somatycznych

Epidemiologia



- FTD jest jedną z najczęstszych przyczyn otępienia przedstarczego
- Typowo początek objawów między 45 a 65 rokiem życia
- Większość przypadków jest sporadyczna
- Około 20% ma podłoże genetyczne (dziedziczenie autosomalne dominujące)

(Onyike&Diehl-Schmid, Int Rev Psychiatry 2013, Nearly et al. Lancet Neurol. 2005)

Objawy psychotyczne w FTD



- Objawy psychotyczne występują u ok. 10%-32% pacjentów z FTD.
- Szczególnie często objawy psychotyczne obserwuje się w przypadkach FTD uwarunkowanych genetycznie (25-50%) , czasem długo przed wystąpieniem cech klinicznych otępienia.
- Istotna korelacja między występowaniem objawów psychotycznych oraz degeneracją tkanki mózgowej po stronie prawej
R>L vs R<L 76,9% vs 13%
- Ok. 15 % pacjentów – pierwsza diagnoza to FTD
- Młodszy pacjenci częściej niż starsi mają błędnie postawioną wstępną diagnozę.

(Shinagawa et al. J Alzheimer's Dis 2014; Waldo et al. Int Psychogeriatry 2015)

Objawy psychopatologiczne w FTD



Psychotyczne

- urojenia paranoidalne
- inne urojenia o różnej treści
- halucynacje wzrokowe, słuchowe, cenestetyczne, smakowe i węchowe.
- formalne zaburzenia myślenia

Inne

- odhamowanie
- rozwój zachowań niedostosowanych społecznie
- wycofanie emocjonalne,
- stereotypie,
- zachowania kompulsywne
- słaby wgląd

Pierwotne rozpoznanie psychoz

- ✓ *Schizofrenia*
- ✓ *Zaburzenie schizoafektywne*
- ✓ *CHAD*
- ✓ *Depresja psychotyczna*

(Reischle et al. Pschiatry Prax 2003, Vanderzeypen et al. Encephale 2003, Gourzis et al. Case Rep Psychiatry 2012, Velakoulis et al. Br J Psychiatry 2009)

Objawy psychotyczne w FTD



- Ok. 50% pacjentów z bvFTD otrzymuje jako pierwszą diagnozę psychiatryczną (głównie depresję).
- Przeciętne opóźnienie prawidłowej diagnozy wynosi nawet ok. 5-6 lat od pojawienia się pierwszych objawów.

(Woolley et al., J Clin Psychiatry 2011; van Vliet et al., Psychol Med 2013; Ducharme et al., J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2017)

- Objawy zaburzeń psychicznych mogą być:
 1. diagnozą różnicową
 2. diagnozą współistniejącą
 3. prodromem poprzedzającym rozpoznanie FTD nawet o kilka lat

(Ducharme et al..Brain 2020)



PODSUMOWANIE

- ✓ Niektóre zaburzenia psychiczne są integralną częścią fenotypu otępienia.
- ✓ Objawy afektywne oraz psychotyczne mogą być zwiastunem rozwoju otępienia.
- ✓ Zaburzenia psychiczne mogą wynikać z podatności psychicznej poprzedzającej rozwój otępienia.
- ✓ Współistniejące zaburzenia psychiczne komplikują przebieg otępienia, nasilając często stopień inwalidyzacji pacjenta.
- ✓ Szczególnie duże ryzyko błędnej diagnozy u młodszych pacjentów.