

Vývoj funkcionálneho tremoru v rámci organického psychosyndrómu

MUDr. Martin Kucharík, MUDr. Andrea Barčíková, MUDr. Peter Valkovič, PhD., doc. MUDr. Ján Benetin, CSc., MUDr. Mariana Pápayová, prof. MUDr. Peter Kukumberg, PhD.

II. neurologická klinika LF UK a FNsP, Bratislava

29-ročná pacientka prekonala v roku 1997 komplikované kraniocerebrálne poranenie (pád z koňa), s hemoragicko-kontúznymi ložiskami v ľavom parietálnom, pravom temporálnom a frontálnom laloku mozgu a s následným rozvojom sekundárnej posttraumatickej epilepsie, s verifikovaným epileptogénnym ohniskom vpravo parieto-centro-temporálne. Podstúpila lobektómiu fronto-temporálne vpravo a ventrikulo-peritoneálnu drenáž pre hydrocefalus III. a IV. komory a rehabilitačnú liečbu s minimálnym neurologickým rezíduom. Rozoberá sa zvláštny „tremor“ pravostranných končatín iniciovaný pravdepodobne konfliktnou situáciou. EEG a EMG analýza dyskinetického fenoménu nepodporuje jeho organický pôvod. Podrobná klinická a neuropsychologická rekognoskácia usvedčujú funkcionálnu patogenézu. Predpokladáme behaviorálnu deliberáciu na možnom predisponovanom teréne potencovanú organickým psychosyndrómom. Bola zahájená psychoterapeutická liečba.

Kľúčové slová: funkcionálna/psychogénna porucha motoriky, tremor, epilepsia.

Development of functional tremor as part of organic brain syndrome

In 1997, a 29-year-old female patient suffered a complicated craniocerebral injury (a fall off a horse) with foci of hemorrhagic contusion in the left parietal, right temporal and frontal cerebral lobes and a subsequent development of secondary post-traumatic epilepsy, with a confirmed epileptogenic focus located in the right centro-parieto-temporal region. She underwent right anterior temporal lobectomy and ventriculo-peritoneal drainage for hydrocephalus of the third and fourth ventricles as well as rehabilitation therapy with a minimal neurological residuum. An unusual „tremor“ of the right-sided limbs possibly triggered by the conflict situation is discussed. EEG and EMG analyses of the dyskinetic phenomenon do not indicate its organic origin. A thorough clinical and neuropsychological examination provides evidence of functional pathogenesis. Behavioral disinhibition in a possibly predisposed area potentiated by organic brain syndrome is assumed. Psychotherapeutic treatment was initiated.

Key words: functional/psychogenic movement disorder, tremor, epilepsy.

Neurol. pro praxi 2010; 11(6): 425–427



videozáznam ke kazuistice na
www.neurologiepropraxi.cz

Zoznam skratiek

EEG – elektroencefalografia

EMG – elektromyografia

MRI – magnetická rezonancia

CT – počítačová tomografia

Úvod

Funkcionálne poruchy motoriky predstavujú pre lekárov často diagnostický problém. Samotný pojem „funkcionálny“, v anglickej literatúre „psychogénny“, sa prisudzuje poruchám hybnosti napr. v prípadoch somatoformnej poruchy, anxiózneho či histriónskeho poruchy osobnosti, ale taktiež pri prostej simulácii, predstieraní, či agravácii – prípadne aj bez bližšieho určenia, keď odlišuje túto etiológiu od organických po-

rúch. Charcot už v 19. storočí používal pojem hystéria, Pierre Janet tieto poruchy označoval ako disociatívne, Freud zaviedol pojem konverzná porucha. Oproti organickým poruchám motoriky je frekvencia výskytu funkcionálnych porúch variabilná, v staršej literatúre sa uvádza v jednotkách percent (Fahn, 1994; Monday et Jankovic, 1993; Factor et al., 1995), novšie práce však popisujú naopak vyššie frekvencie so stúpajúcou tendenciou (až 15 % uvádzajú Jankovic et al., 2006). Ojedinele je popisovaná koexistencia organickej a funkcionálnej poruchy (Lempert et al., 1990). V literatúre sú popísané prípady funkcionálneho tremoru, dystónie, myoklonu, parkinsonizmu i tikovej poruchy (Fahn, 1994; Monday et Jankovic, 1993; Redondo et al., 2010),

z nich tremor sa popisuje ako najčastejší (Factor et al., 1995; Jankovic et al., 2006). Diagnostika funkcionálnych porúch (ktoré patria medzi typické neuropsychiatrické prípady) patrí do rúk skúseneho neurológa v spolupráci s psychológom a psychiatrom, ale najlepšie neuropsychiatra. Vzhľadom na povahu diagnózy je potrebné najskôr vylúčiť organické príčiny (Jankovic et al., 2006; Fahn, 1994), pretože riziko nesprávnej diagnózy so sebou nesie ďalekosiahle konsekvencie pre pacienta. Prezentujeme kazuistiku mladej ženy, u ktorej sa objavila motorická porucha charakteru hrubého tremoru pravých končatín. So zreteľom na závažnú neurologicko-traumatologickú anamnézu bola najskôr zvažovaná organická etiológia. Zobrazovacie a elektrofyz-

ziologické metódy spolu s podrobným klinickým neurologickým vyšetrením jednoznačne dokázali funkcionálny pôvod poruchy, na teréne organického psychosyndrómu.

Kazuistika

29-ročná pacientka prekonala v roku 1997 komplikované kraniocerebrálne poranenie (pád z koňa pri pobyte na výmennej stáži v USA) s krátkym bezvedomím. Urgentne bola transportovaná na jednotku intenzívnej starostlivosti, MRI mozgu zobrazilo hemoragicko-kontúzne ložiská v ľavom parietálnom, pravom temporálnom a frontálnom laloku mozgu, kontrolné MRI potvrdilo trvajúce rozsiahle hemoragicko-kontúzne ložiská, bez tendencie k resorpcii hemoragických kolekcií. Vzhľadom na tento nález pacientka podstúpila neurochirurgický zákrok – parciálnu lobektómiu fronto-temporálne vpravo a pre vzniknutý hydrocefalus III. a IV. komory následne aj ventrikulo-peritoneálnu drenáž (MRI nález na obrázku 1). Počas hospitalizácie sa u pacientky rozvinula sekundárna posttraumatická epilepsia, EEG záznam bol najskôr bez verifikovaného ložiska (až pri kontrole v r. 2001 bolo dokázané epileptogénne ohnisko vpravo parieto-centro-temporálne) a bola nasadená terapia. Pokračovala v intenzívnej rehabilitácii, nemocnicu opúšťala po približne 60-dňovej hospitalizácii s minimálnym neurologickým reziduom. Pokračovala v štúdiu a úspešne zmaturovala, aktuálne študuje sociálnu prácu. V r. 2009 prekonala pád z bicykla, s fraktúrou praveého humeru, ktorá bola riešená konzervatívne sadrovou dlahou a neskôr rehabilitáciou. Koncom roku 2009 sa u pacientky objavil rytmický tras pravostranných končatín – najskôr pacientka nebola schopná popísať bližšie okolnosti vzniku, pri dôkladnej a komplexnej anamnéze sa však objavila zmienka o prvom pozorovaní trasu po konfliktnej situácii so spolubývajúcou. Pre trvanie trasu a subjektívne pociťované obmedzenie pohyblivosti aj pri bežných aktivitách sa pacientka napr. preučila písať ľavou rukou. Po prijatí na našu kliniku bola v objektívnom neurologickom náleze okrem spomenutého tremoru pravostranných končatín (natívny obraz na videu č. 1) len diskre-

tna neurologická sympatomatika. Na realizovanom CT i MRI mozgu nebola popisovaná nová patológia, nález bol stacionárny pri porovnaní s predošlými vyšetreniami. Na EEG bolo zistené epileptogénne ložisko parieto-centro-temporálne so šírením až frontálne vpravo, s tendenciou k zrkadlovej aktivite v zhodných oblastiach vľavo s tendenciou k sekundárnej generalizácii. Tento nález však nekoreloval s tremorom pravých končatín. Cielené klinické vyšetrenie (video č. 2) zamerané na etiologickú klasifikáciu trasu (s využitím EMG analýzy) odhalilo viaceré atribúty, ktoré svedčali o funkčnej etiológii – na videozázname pozorujeme rytmické pohyby pravej ruky a pravej nohy – pohyby pripomínajú v niektorých momentoch skôr stereotypie než tremor – je prítomná variabilita amplitúdy a frekvencie pri koaktivácii kontralaterálnej končatiny, „kopírovanie“ frekvencie pohybu pri rytmickej akustickej stimulácii a závislosť na pozornosti (zmiernenie až vymiznutie distrakciou). Psychologické vyšetrenie poukázalo na psychogénnu zložku symptomatickej – pacientka počas dlhšej psychologickej exploračie jednoznačne potvrdila konfliktnú situáciu, ktorá časovo predchádzala vzniku tremoru (v priebehu rehabilitačného pobytu sa pacientka po hádkе so spolubývajúcou cítila fyzicky i psychicky vyčerpaná a odvtedy pozoruje „neovládateľné“ pohyby pravej ruky i nohy).

Diskusia

Diagnostika funkcionálnych porúch hybnosti patrí do rúk skúseného neurológa najlepšie v spolupráci s psychológom či psychiatrom (Fahn, 1994). V prvom rade je potrebné vylúčiť všetky možné organické príčiny, no nemali by sme sklňať až k situácii, že funkcionálna porucha hybnosti bude diagnózou „per exclusionem“ (Redondo et al., 2010; Gupta et Lang, 2009). Ďalej je nutné jednoznačne diferencovať psychogénnu poruchu hybnosti od prostej simulácie či agravácie. V našom prípade jestvoval predpoklad, že došlo k progresii posttraumatických zmien, resp. k vzniku inej cerebrálnej patológie, a že popisovaná symptomatika – i keď bizarná – by mohla mať organický podklad. Realizované

Obrázok 1. Stav po parciálnej lobektómii, zavedená ventrikulo-peritoneálna drenáž – kontrolné MRI mozgu z roku 2001



CT i MRI mozgu preukázali stacionárny nález. EEG a EMG vyšetrením sme vylúčili epileptický podklad. Kľúčom k diagnóze bolo cieľené klinické vyšetrenie (viď vyššie) a podrobná anamnéza, ktoré odhalili obraz a súvislosť vzniku symptomatickej so stresovou situáciou. Tento súvis je pre diagnostiku psychogénnej poruchy jednoznačne patognomický (Jankovic et al., 2006; Deutschl et al., 1998). Na videozázname sú preukázané príznaky typické pre psychogénnu etiológiu poruchy hybnosti (obvyklé príznaky a diagnostické kritériá sú zhrnuté v tabuľke nižšie). Etiologicky sme tento pohybový fenomén klasifikovali ako funkcionálny – psychogénny. V našom prípade bol podkladom funkcionálnej poruchy diagnostikovaný organický psychosyndróm. Psychiatrické vyšetrenie potvrdilo prítomnosť organickej poruchy osobnosti a následne bola zahájená psychoterapia. Pacientka bola konfrontovaná s diagnózou, nemá však náhľad na povahu svojho ochorenia a odporúčená psychoterapia zatiaľ nepriniesla úspech. Obmedzená spolupráca zo strany pacientky limituje ďalší terapeutický postup.

Obvyklé symptómy psychogénneho tremoru (podľa Jankovic et al., 2006):

- náhly vznik
- mladý vek

Tabuľka 1. Diagnostické kritériá psychogénnej poruchy hybnosti (Fahn et Williams, 1988, upravené podľa Nowak et Fink, 2009)

a) preukázaná psychogénna porucha hybnosti	Jednoznačne rozpoznaná – všetky predošlé znaky, potvrdená sugescia, reakcia na placebo
b) klinicky potvrdená psychogénna porucha hybnosti	Príznaky časovo nekonzistentné, inkongruentné s typickými príznakmi organických porúch hybnosti, resp. prítomné ďalšie atypické neurologické príznaky, viacnásobná somatizácia, zrejme psychiatrické ťažkosti, vymiznutie poruchy alebo uvážené spomaľovanie frekvencie a amplitúdy príznakov distrakciou a koaktiváciou
c) pravdepodobná psychogénna porucha hybnosti	Klinické príznaky nekonzistentné alebo inkongruentné, nie sú prítomné či nedostatočne vyjadrené niektoré príznaky z kategórie b)
d) možná psychogénna porucha hybnosti	Klinické príznaky psychogénnej poruchy hybnosti, ktoré sa objavujú alebo vznikli v súvislosti s emočnou (resp. širšie duševnou) poruchou

- variabilná amplitúda a frekvencia, variabilná distribúcia v čase
- inkongruentné, nekonzistentné a nepravideľné pohyby a pohybové vzorce
- zlepšenie, resp. fluktuácia distrakciou
- spontánne remisie
- psychiatrická komorbidita
- zlyhanie obvyklej farmakoterapie
- zlepšenie pri psychoterapii
- reakcia na placebo
- viacnásobná somatizácia
- vedomie sociálneho, finančného alebo iného (sekundárneho) prospechu

Záver

Funkcionálna porucha hybnosti je eklatantným príkladom neuropsychiatrickej diagnózy. Napriek predpokladu organicity u pacientky so závažnou neurologicko-psychiatricko-traumatologickou anamnézou bola jednoznačne diagnosticky potvrdená funkcionálna etiológia tremoru. U pacientky bola zahájená psychoterapia, vzhľadom ku krátkemu časovému odstupu a obmedzenej spolupráci zatiaľ nie je možné uspokojivo zhodnotiť efekt. Ohľadom terapie psychogénnych porúch hybnosti existuje v odbornej literatúre málo relevantných údajov, využíva sa psychoterapia, placebo, rehabilitácia, rozsiahle spektrum psychofarmakoterapie, biofeedback i fyzikálna terapia (Williams et al; 1995). V prípade psychogénneho tremoru sa uvádza subjektívne hodnotené zlepšenie pri využití dostupných liečebných modalít v 27 %

pacientov (Koller et al; 1989), resp. 56 % prípadov (Jankovic et al., 2006). Nowak a Fink (2009) popisujú využitie transkraniálnej magnetickej stimulácie, ktoré vo viacerých prípadoch bolo úspešné (i keď často len prechodne). V prípade odhalenia psychiatrického podkladu poruchy je medikamentózna terapia v kompetencii psychiatra (Redondo et al., 2010). Niekedy sa osvedčí použitie placeba, ktoré sa v literatúre uvádza ako metóda voľby (okrem jeho bežného využitia pri diagnostike). Prístup k pacientovi však musí zostať aj po stanovení diagnózy multidisciplinárny, okrem neurológa a psychiatra, event. psychoterapeuta je veľmi dôležitá spolupráca s praktickým lekárom a s rodinou pacienta. V prípade negatívneho postoj pacienta a rodiny k psychiatrickej diagnóze je možné podrobným vysvetlením psychických a somatických vzťahov tento postoj ovplyvniť – je potrebné sa vyhnúť formuláciám typu „nič sme nenašli, z medicínskeho hľadiska ste zdravý“, ktorá môže výrazne narušiť dôveru a spoluprácu vo vzťahu lekár – pacient.

Literatúra

1. Benetin J. Tremor – klasifikácia, diferenciálna diagnóza a terapia. *Neurol. pre prax* 2001; 1: 36–38.
2. Bhatia KP, Schneider SA. Psychogenic tremor and related disorders. *J. Neurol.* 2007; 254: 569–574.
3. Deuschl G, Koster B, Lucking C, Scheidt C. Diagnostic and pathophysiological aspects of psychogenic tremors. *Mov. Disord.* 1998; 13: 294–302.
4. Factor SA, Podskalny GD, Molho ES. Psychogenic movement disorders. Frequency, clinical profile and characteristics. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 1995; 59: 406–412.
5. Fahn S. Psychogenic movement disorders. In: Marsden CD, Fahn S, eds. *Movement disorders 3*. Oxford, Butterworth Heinemann, 1994: 359–372.
6. Fahn S, Williams PJ. Psychogenic dystonia. *Adv. Neurol.* 1988; 50: 431–455.
7. Gupta A, Lang AE. Psychogenic movement disorders. *Curr Opin Neurol.* 2009; 22 (4): 430–436.
8. Jankovic J, Vuong KD, Thomas M. Psychogenic Tremor: Long-Term Outcome. *CNS Spectr*; 2006 11: 7; Suppl 7.
9. Jankovic J, Thomas M. Psychogenic tremor and shaking. In: Hallett M, Fahn S, Jankovic J, et al. – editors, *Psychogenic Movement Disorders*, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia 2006: 42–47.
10. Koller WC, Lang AE, Vetere-Overfield B, Findley L, Cleaves L, Factor S, Singer C, Weiner W. Psychogenic tremors. *Neurology.* 1989; 39: 1094–1099.
11. Lempert T, Dieterich M, Huppert D, Brandt T. Psychogenic disorders in neurology: frequency and clinical spectrum. *Acta Neurol Scand* 1990; 82: 335–340.
12. Marjama J, Tröster AI, Koller WC. Psychogenic movement disorders. *Neurol Clin.* 1995; 13: 283–297.
13. Monday K, Jankovic J. Psychogenic myoclonus. *Neurology* 1993; 43: 349–352.
14. Nowak DA, Fink GR. Psychogenic movement disorders: aetiology, phenomenology, neuroanatomical correlates and therapeutic approaches. *Neuroimage.* 2009; 47 (3): 1015–1025.
15. Redondo L, Morgado Y, Durán E. Psychogenic tremor: a positive diagnosis. *Neurología* 2010; 25 (1): 51–57.
16. Růžička E, Roth J, Kaňovský P. Extrapyramidová onemocnění II. Dyskinetické syndrómy a onemocnění. Galén, Praha, 2002: 286.
17. Williams DT, Ford B, Fahn S. Phenomenology and psychopathology related to psychogenic movement disorders. *Adv. Neurol.* 1995; 65: 231–257.

MUDr. Martin Kucharík
 II. neurologická klinika LF UK a FNŠP
 Limbová 5, 833 05 Bratislava
 neuro.kucharik@gmail.com

