

ПАРКИНСОНОВА БОЛЕСТ С РАННО НАЧАЛО И КОНВЕРЗИОННО РАЗСТРОЙСТВО - КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

РЕЗЮМЕ

ПАРКИНСОНОВА БОЛЕСТ С РАННО НАЧАЛО И КОНВЕРЗИОННО РАЗСТРОЙСТВО - КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

С. Мантарова^{1,2}, Т. Василева^{1,3}, М. Манова^{1,3}

¹ Медицински университет - Пловдив, Катедра по Неврология

² ВМА- МБАЛ Пловдив,

³ УМБАЛ „Св. Георги“ ЕАД, Пловдив

Психогенният паркинсонизъм се среща при 10% от пациентите с психогенни двигателни разстройства и разграничаването му от Паркинсоновата болест може да представлява диагностичен проблем. Представяме пациентка на 38 години с оплаквания от тремор за лява ръка. От неврологичния статус се обективизира брадикинезия, ригидност и живи сухожилно-нагкостни рефлексии. От консултация с психиатър се диагностицира конверзионно разстройство. Параклиничните и образни изследвания отхвърлят първоначално наблюдаваната диагноза - болест на Wilson. От проведените DaTSCAN - данни за умерено изразена загуба на допаминергични неврони в стриатумите, повече за десния, а терапията с леводопа доведе до положителен ефект върху симптомите. При пациентката се прие окончателна диагноза Паркинсонова болест с ранно начало при придружаващо конверзионно разстройство. Представеният клиничен случай демонстрира информативността и ползата от функционалното образно изследване (DaT SPECT) при разграничаване на психогенен паркинсонизъм от Паркинсонова болест

Ключови думи: DaTSCAN, конверзионно разстройство психогенен паркинсонизъм

ABSTRACT

EARLY - ONSET PARKINSON'S DISEASE AND CONVERSION DISORDER: A CASE REPORT

S. Mantarova^{1,2}, T. Vasileva^{1,3}, M. Manova^{1,3}

¹ Medical University – Plovdiv, Department of Neurology,

² Military Medical Academy – MHAT -Plovdiv,

³ UMHAT „St. George“, Plovdiv, Bulgaria

Psychogenic parkinsonism occurs in 10% of patients with psychogenic movement disorders. Differentiating psychogenic parkinsonism from neurodegenerative Parkinson's disease with early psychogenic feature is a diagnostic challenge. We present a 38 years old female with tremor of the left hand. The neurologic examination showed bradykinesia, rigidity and brisk deep tendon reflexes. Neuropsychological examination revealed a conversion disorder. The performed laboratory tests, brain CT and MRI showed no abnormalities and excluded Wilson's disease. DAT-SPECT revealed reduced uptake in both basal ganglia, more right. The patient had excellence response to L -dopa therapy. The final diagnosis was early - onset Parkinson's disease with conversion disorder.

We demonstrate that DAT-SPECT is a useful diagnostic tool that can serve to distinguish pure psychogenic parkinsonism from neurodegenerative Parkinson's disease.

Key words: conversion disorder, psychogenic parkinsonism, SPECT

ВЪВЕДЕНИЕ

Паркинсоновата болест (ПБ) е невродегенеративно заболяване на късната възраст, което се проявява с тремор, ригидност и брадикинезия. При 5 до 7% от всички пациенти заболяването може да започне между 20 и 40 годишна възраст. При една трета от болните с напредване на ПБ се развиват и невропсихични нарушения, като депресия и тревожност.(1).

Конверзионното разстройство, познато като хистерия е състояние, при което пациентите страдат от неврологични симптоми без подлежащо неврологично заболяване. Двигателни симптоми – хипо и/или хиперкинетични, които не могат да бъдат свързани с подлежащо органично заболяване при подлежащи психични или психологични фактори се означават, като психогенни двигателни нарушения (ПДН) (12). По данни на Hallet (8) около 3% от пациентите, посещаващи за първи път специалисти по двигателни нарушения страдат от психогенни двигателни разстройства. Психогенният паркинсонизъм се среща при по-малко от 10% от пациентите с ПДН (8,10). От друга страна този тип разстройство или соматизацията могат да са ранна премоторна изява на ПБ (11) или конверзията да е част от клиничната картина, оказваща влияние върху симптомите на органичното заболяване (7). Предвид това оценката на новопоявили се двигателни нарушения при конверзионно разстройство може да се окаже диагностично предизвикателство за невролога.

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Представяме пациентка на 38 години. По анамнестични данни на 31 годишна възраст се появили силни болки в лявата ръка с чувство на изтръпване в лява гръдна половина. Провела лечение с аналгетици и нестероидни противовъзпалителни средства, като в последствие по препоръка на ортопед ръката била имобилизи-

рана за около 1 месец. След този период се появило непостоянно треперене в лявата ръка, което не смущавало ежедневието ѝ. Три години по-късно след психотравма треморът значимо прогресирал, като изчезвал по време на сън и когато нямала обкръжение. Пациентката отбелязва, че станала по-забавена. След консултация с психиатър по повод на чувство за тревожност и обща потиснатост започнала терапия с антидепресанти и бензодиазепини с частичен ефект върху оплакванията. Към терапията впоследствие е добавен и Пк- Мерц, като според болната треморът значимо намалял. За кратък период приемала и МАО – Б инхибитор – без ефект. Постъпва в клиниката по повод на засилване на тремора в лява ръка, болки в лява раменна става и забавеност.

Соматичен статус - без особености. От неврологичния статус се обективизира – Паркинсонов синдром - обща брадикинезия, хипомимия с рядко мигане, лек статичен и изразен постурален тремор за лява ръка, вариращ по честота, посока и амплитуда и намаляващ при отвлечение на вниманието, ригидно повишен мускулен тонус за горни крайници вляво, дистония за палеца вляво. Пирамиден синдром - оживен мандибуларен рефлекс, по-живи сухожилно-надкостни рефлексивдясно с положителен Хофман двустранно и клонуси за ходилата.

От параклиничните изследвания е налице лека желязодефицитна анемия, нормална бъбречна и чернодробна функция, нормални нива на церулоплазмин, мед в серум и в 24 -часова урина – в норма. Ехография на корем – без отклонения. Нормален офталмологичен статус.От проведените в амбулаторни условия КТ и МРТ на глава не се установява патология. От електромиография (треморозграма)– ритмичен тремор с честота 6 Hz с относително еднаква амплитуда в покой и при статично напрежение. При насочено движение се ускорява до 8 Hz.

Консултацията с психиатър – Диагноза: Конверзионно разстройство. Невропсихологично изследване - леко нарушение на концентрацията и разпределяемостта на вниманието. Започна се лечение с леводопа до доза 400 мг/гн, разпределена в 3 приема, като се отчете ефект по отношение на брадикинезията. Бе осъществен DaT-SCAN с данни за умерено изразена загуба на допаминергични неврони в стриатумите, повече за десния (патологичен образ тип 2/ насочващи към Паркинсонизъм. При проследяване на пациентката, която продължи терапия със Синепар 200/50 2м./гн, Ефектин и Ривотрил се отчете значимо подобрение на брадикинезията и тремора. Въз основа на клиничното наблюдение, данните от DaT-SCAN и ефекта от провежданата терапия се прие се окончателна диагноза Паркинсонова болест при придружаващо конверзионно разстройство.

ОБСЪЖДАНЕ

Предвид възрастта на пациентката и данните от неврологичния статус за съчетание на паркинсонов синдром и по-слабо изяви белези на пирамидна увреда на първо място обсервирахме Болест на Wilson. Проведените параклинични и офталмогични изследвания отхвърлиха тази възможност.

За психогенните двигателни нарушения е характерно внезапното начало и липсата на прогресия, оплакванията могат да варират във времето и да изчезват при отвлечение на вниманието (7). При обсъжданата болна данните за изчезване на тремора при липса на обкръжение и засилването му след стрес, неговата вариабилност и липсата на потискането му от инициация на движениятанасочват клиничното мислене към психогенен паркинсонизъм (1,5), макар че и при ПБ в началото е възможно симптомите да се появяват само при стресови ситуации (1). Брадикинезията трудно би могла да се отдиференцира гали

се дължи на психично или органично заболяване. Пациентите с ПДН имат по-забавени движения дори и от болни, страдащи от ПБ (3).

В този случай изключително информативно е функционалното образно изследване - DaT-SCAN. SPECT е с нормален образ при пациенти с психогенно заболяване и може да бъде абормна при ПБ. При болни с психично страдание и подлежаща органична болест в повечето случаи се визуализира патологичен образ (2,6,13). При пациентката се установява загуба на допаминергични неврони в стриатумите с асиметрия. Освен данните от DaT-SCAN в полза на диагнозата ПБ е асиметричното начало, наличието на прогресия, макар и бавна, както и дистонията на палеца, което е характерно за пациенти с ПБ с ранно начало и не на последно място добрия отговор към терапия с леводопа. Прилагането на плацебо при пациенти с ПБ води до освобождаване на допамин (4) с което се обяснява положителния ефект върху симптомите при този тип терапия. Поради тази причина наличието на ефект от плацебо терапия не би донесло очакваните ползи за уточняване на диагнозата.

Анамнеза за внезапно начало и поява на симптоми след психотравми, наличието на функционални прояви (9), както и младата възраст на пациентката би могло да заблуди клинициста, което да доведе до забавяне на диагнозата и лечението на ПБ. Не трябва да се забравя, че конверзията може да е част от клиничната картина на ПБ и да води до засилване на симптомите (7). Диагностицирането на психогенен паркинсонизъм е необходимо да се осъществява с голямо внимание и то от специалисти по двигателните нарушения. Тази група пациенти подлежат на системно клинично наблюдение и при необходимост преоценка на диагнозата.

Адрес за кореспонденция:

Д-р С. Мантарова, дм
ВМА – МБАЛ Пловдив, Клиника по нервни
болести
бул. Христо Ботев №81
e-mail: steffmant@abv.bg.

Address for correspondence:

S. Mantarova, M.D., Ph D
Military Medical Academy –MHAT– Plovdiv
Hristo Botev bul., 81, 4000 Plovdiv, Bulgaria
e-mail: steffmant@abv.bg

ЛИТЕРАТУРА/ REFERENCES:

1. Миланов, И. Паркинсонови синдроми. СТЕНО, Варна, 2005, стр. 66, стр. 84
2. Benaderette, S., Zanotti Fregonara, P., Apartis, E., Nguyen, C., Trocello, J.M., Remy, P., Devaux, J.Y., Askienazy, S., Vidailhet, M. Psychogenic parkinsonism: a combination of clinical, electrophysiological, and [(123)I]-FP-CIT SPECT scan explorations improves diagnostic accuracy. *Mov Disord*, 2006, 21, 310–317.
3. Criswell, S., Sterling, C., Swisher, L., Evanoff, B., Racette, B.A. Sensitivity and specificity of the finger tapping task for the detection of psychogenic movement disorders. *Parkinsonism Relat Disord*, 2010, 16(3), 197–201.
4. de la Fuente-Fernandez, R., Ruth, T.J., Sossi, V., Schulzer, M., Calne, D.B., Stoessl, A.J. Expectation and dopamine release: mechanism of the placebo effect in Parkinson's disease. *Science*, 2001, 293, 1164–1166.
5. Deuschl, G., Koster, B., Lucking, C.H., Scheidt, C. Diagnostic and pathophysiological aspects of psychogenic tremors. *Mov Disord*, 1998, 13(2), 294–302.
6. Felicio, A.C., Godeiro-Junior, C., Moriyama, T.S., Shih, M.C., Hoexter, M.Q., Borges, V., Silva, S.M., Aguiar, P.de C., Andrade, L.A., Bressan, R.A., Ferraz, H.B. Degenerative parkinsonism inpatients with psychogenic parkinsonism: a dopamine transporter imaging study. *Clin Neurol Neurosurg*, 2010, 112, 282–285.
7. Hallett, M. Psychogenic parkinsonism. *J Neurol Sci*, 2011 310(1-2):163-165.
8. Hallett, M., Weiner WJ, Kompoliti K. Psychogenic movement disorders. *Parkinsonism Relat Disord*, 2012, 18(1), 155-157.
9. Lang, A.E., Koller, W.C., Fahn, S. Psychogenic parkinsonism. *Arch Neurol*, 1995, 52, 802–810.
10. Miyasaki, J.M., Sa, D.S., Galvez-Jimenez, N., Lang, A.E. Psychogenic movement disorders. *Can J Neurol Sci*, 2003, 30(1), 94–100.
11. Onofrij, M., Bonanni, L., Manzoli, L., Thomas, A., Cohort study on somatoform disorders in Parkinson disease and dementia with Lewy bodies. *Neurology*, 2010, 74, 1598–1606.
12. Paulus, K.S., Meloni, M., Carpentras, G., Sassu C., De Natale, E., Deriu, F., Galistu, P., Agnetti, V. Parkinson's disease and conversion disorder: Case report and literature review. *Basal Ganglia Abstracts*, 2012, 2, 257–265.
13. Tolosa, E., Coelho, M., Gallardo, M. DAT imaging in drug-induced and psychogenic parkinsonism. *Mov Disord*, 2003. 18(7), 28–33.