



Měsíc nato přichází na Psychiatrickou kliniku FNOL. V parere ambulantního psychiatra je popsán objektivní nález: hypomimie, rigidní pohyby imponující jako extrapyramidový syndrom, dysartrie, zvýšená salivace, neklid, nesoběstačnost, nutnost užívat plenkové kalhotky. Diagnosticky vedena jako OCD, avšak psychotické onemocnění nebylo nikdy zcela vyloučeno.

Pacientka byla přijata na uzavřené oddělení PK FNOL ke své celkově čtvrté psychiatrické hospitalizaci.

Nejprve jsme přistoupili k revizi osobní anamnézy a upřesnění základní diagnózy. Zejména jsme se zaměřili na poslední hospitalizace, za kterých bylo zvažováno psychotické onemocnění – schizofrenie, suspektně katatonní forma. K této úvaze vedlo zejména bizarní myšlení a chování pacientky a stupňující se obsese s obsahem paranoidity, agresivity.

Pro výskyt komorbidního OCD a schizofrenie existuje evidence. Například dle longitudinální studie na švédské populaci pacienti s OCD mají až 12x častější komorbiditu schizofrenie než populace bez OCD. Riziko pozdějšího rozvinutí schizofrenie u pacientů s již diagnostikovaným OCD bylo 3x vyšší.

Pacientčino myšlení ale při bližší exploraci neodpovídá obrazu, který bývá pozorován u pacientů s komorbiditou schizofrenie a OCD (obsese jsou ego-dystonní s různým obsahem, pacientka si uvědomuje jejich nepatřičnost, rituály jsou za účelem úlevy od tenze, a nikoliv k naplňování bludných přesvědčení) (3). Navíc, podávání antipsychotik nevedlo ke zlepšení. Tyto subjektivně nepříjemné myšlenky tedy nepokládáme za paranoidní bludnou produkci, ale za obsese. Kolísavou emotivitu pacientky lze přiřknout úzkosti a tenzi, která narůstá se zhoršením obsesí. Osobnostní rysy mohou souviset se základní diagnózou OCD a subnormním intelektem. I chování pacientky za hospitalizace vykazuje sklony ke kompulzím – pozorujeme rituály (extenzivní umývání, kontrola nábytku), tendence k ujišťování se. Diagnostickou

nejistotu vyvolává zejména výrazné zpomalení, hypoaktivita pacientky a dlouhé setrvávání v jedné poloze (např. leží na posteli s rukama napřaženými před sebe) a podobně. V literatuře byly však i u OCD popsány formy „primární obsesivní zpomalenosti“ nebo také „katatonní formy OCD“ (4). Proto se přikláníme k diagnóze OCD bez komorbidní psychotické poruchy.

Zhoršení OCD symptomatiky až ke katatonnímu obrazu mohla dále potencovat i medikace. Mezi léčiva, u kterých byla pozorovaná zvýšená míra indukce nebo zhoršení obsedantně-kompulzivní problematiky, patří některá antipsychotika 2. generace (např. klozapin, olanzapin a další). Zejména u klozapinu se udává vznik nebo zhoršení již přítomných obsedantních příznaků až u 70–89 % léčených pacientů (5). V anamnéze pacientky lze najít i časovou souvislost mezi navyšováním olanzapinu, potažmo klozapinu, a zhoršováním katatonní symptomatiky.

V úvodu hospitalizace jsme tedy přistoupili ke změně medikace – zejména vysazení klozapinu, u kterého předpokládáme přispívání k obsedantně-kompulzivní symptomatice a nadměrnému útlumu pacientky. V medikaci jsme ponechali antidepressivum a benzodiazepiny. Vzhledem k předchozímu selhání SSRI byl zvolen klomipramin (jeho užití je doporučeno u rezistentních forem OCD) (6). Zlepšení jsme pozorovali v nižším útlumu pacientky, ústupu bizarního chování a strnulosti, nicméně přetrvává problematika obtěžujících obsesivních myšlenek. Sebepéče pacientky stále vážne, vlivem rituálů a regresivního chování. Je potřeba poskytovat pomoc při všech běžných denních činnostech.

Následně pacientka hlásí bolesti v krku v oblasti tonzil a neproduktivní kašel. V objektivním nálezu se objevuje subfebrilie, při vyšetření hrdla je patrné zarudnutí sliznic.

Vyslovili jsme suspekci na možný syndrom PANDAS, i při vědomí toho, že se jedná o syndrom vyskytující se u menších dětí. Cílená kultivace