

splněna obecná kritéria pro schizofrenii a po dobu nejméně dvou týdnů musí převládat jeden nebo více z následujících katatonních projevů: stupor, vzrušení, nástavy, negativismus, rigidita, vosková ohebnost, povelový automatismus. Pro diagnózu organické katatonní poruchy musí být kromě obecných kritérií pro organickou poruchu splněn jeden z následujících fenoménů: stupor nebo negativismus. Dalšími kritérii jsou katatonní vzrušení a rychlé a nepředvídatelné proměny stuporu a vzrušení (3). Změnu přináší nová klasifikace MKN-11, která je více podobná DSM. Katatonii popisuje jako syndrom primárně narušené psychomotoriky se společným výskytem symptomů snížené, zvýšené nebo abnormální psychomotorické aktivity. MKN-11 rozděluje katatonii na tři typy, které jsou kódovány jako samostatné diagnózy: asociovanou s jiným duševním onemocněním, indukovanou psychoaktivní látkou nebo medikací a sekundární katatonní syndrom. Pro diagnózu všech typů katatonie musí být splněna obecná diagnostická kritéria, a to přítomností minimálně tří symptomů, které jsou uvedeny mezi symptomy snížené, zvýšené nebo abnormální psychomotorické aktivity. Tyto symptomy trvají obvykle minimálně několik hodin, je-li však přítomnost příznaků autonomní instability, postačí ke stanovení diagnózy i kratší doba (4). Nová klasifikace MKN definitivně potvrzuje, že katatonie v rámci duševního onemocnění není ohraničena na schizofrenní okruh, ale může se vyskytovat i u poruch nálady či neurovývojových onemocnění např. u poruchy autistického spektra. K diagnostice katatonie lze kromě diagnostických kritérií použít i škály, nejznámější je Bush-Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS), nicméně ani DSM-5 ani MKN-10 nedefinují diagnostická kritéria pro maligní katatonii (MC). Změnu nepřináší ani MKN-11 (5). Zatímco katatonní syndrom není v klinické praxi až tak zřídka, MC je vzácná a život ohrožující. Jedná se o nejnebezpečnější formu, jež je definována jako katatonie s příznaky autonomní nestability jako je horečka, tachykardie, hypertenze, diaforéza, elevovaná kreatinkináza, leukocytóza a nízká hladina železa (6).

Vlastní případ

Chtěli bychom představit případ 46letého pacienta, který byl na psychiatrii léčen od roku 2003 s diagnózou nediferencované schizofrenie. V anamnéze měl 5x hospitalizaci na psychia-

trickém lůžku (všechny na Psychiatrické klinice LF MU a FN Brno). Již při druhé hospitalizaci v roce 2008 se objevila katatonní symptomatika, v rámci dekompenzace základního onemocnění, stav pacienta byl upraven po terapii olanzapinem. Tentýž rok byl pacient hospitalizován pro primárně depresivní symptomatiku a stav po suicidálním pokusu, během hospitalizace bylo provedeno 13 zákroků elektrokonvulzivní terapie. Předposlední (čtvrtá) hospitalizace se uskutečnila v roce 2014, tehdy v klinickém obraze dominovala hypomanická nálada, tachypsychismus, intermitentní bludná produkce, symbolismy, zárazy v myšlení. Dle ambulantní psychiatricky byla v mezidobí spolupráce s pacientem vcelku dobrá, ovšem místy zaznamenala lékovou noncompliance, ale po domluvě pak pacient léky zase užíval. Od čtvrté hospitalizace uběhlo 7 let a v mezidobí nedocházelo k relapsu psychotické symptomatiky. Nyní byl přijat akutně na doporučení své ambulantní psychiatricky, kam se dostavil v den přijetí pro zhoršení stavu v souvislosti se svévolným snížením medikace. Důvodem bylo, že se pacient týden předtím dozvěděl o zvýšené glykemii a reaktivně si vysadil léky. Poslední medikace se skládala z olanzapinu 20 mg/d, aripiprazolu 15 mg/d a sertralinu 100 mg/d.

Při přijetí byl pacient dezorientován časem, psychomotoricky neklidný, labilní emotivity. V klinickém obraze bylo dále přítomno inkoherentní myšlení, sluchové a zrakové halucinace, paranoidní a religiozní bludná produkce. Při příjmu nebyla explorována katatonní symptomatika vyjma zmíněné excitace. Krátce po přijetí byly provedeny vstupní laboratorní odběry: základní biochemické vyšetření krve, diferenciálního krevního obrazu, biochemie moči a její sediment a EKG. Ty byly kromě lehké elevace magnézia a ALT bez patologie, na EKG byl sinusový rytmus bez známek ischemie. Do medikace byl nasazen injekční olanzapin v dávce 20 mg/d, na 3. den byl převeden na p. o. olanzapin v dávce 30 mg/d, adjuvantně byl ordinován klonazepam v dávce 4 mg/d. Kontrolní plazmatická hladina olanzapinu 8. den po přijetí při dávce 30 mg/d byla 0,11 mg/l, což bylo nad doporučené terapeutické referenční rozmezí, ale pod toxickou koncentrací.

Avšak stejného dne došlo ke zhoršení psychického stavu ve smyslu neklidu až agitovanosti, pacient byl výrazně paranoidní, negativistický,

odmítal medikaci, odmítal příjem stravy, tekutiny přijímal jen ve velmi omezené míře. Nově se v klinickém obraze objevily verbigerace, náznaky stereotypií a krátkého udržování nástav a povelový automatismus. Svalová rigidita, flexibilitas cerea či echomatismy nebyly přítomny. Přechodně byla navýšena dávka klonazepamu na 8 mg/d. Kvůli negativismu pacient intermitentně odmítal medikaci, proto se často kombinovala p. o. a i. m. forma klonazepamu a olanzapinu. Olanzapin byl s i ohledem na plazmatické koncentrace snížen na 20 mg/d. Vzhledem ke klinickému průběhu bylo konstatováno, že dominuje katatonní syndrom, a proto byl pacient připravován k provedení elektrokonvulzivní terapie z vitální indikace. Vzhledem k závažnosti stavu byl pacient přeložen na jednotku intenzivní psychiatrické péče (JIPP). V opakovaných laboratorních odběrech byla zase jen mírná elevace jaterních parametrů (ALT, AST), mírná hyperglykemie a CRP (10,4 mg/l), jinak bylo vyšetření bez patologie, čili pacient byl schopen zahájit ECT. Rovněž byla zaznamenána elevace kreatinkinázy (48, μ t/l), což je typické jak pro NMS, tak pro MC. Nicméně v den plánovaného prvního zákroku se objevily febrilie (do 38,9 °C), jež byly bez odezvy na antipyretika, proto pro vyloučení infekční etiologie byly provedeny opakované odběry, včetně vyšetření moči, vyšetření na covid-19, rtg hrudní dutiny, odběru na stanovení hemokultury a stěru z nosohltanu. V mikrobiologickém nálezu z dutiny ústní, byl zaznamenán *Staphylococcus aureus*, dle konzultace s ATB střediskem to bylo vyhodnoceno jako susp. nosičství, proto antibiotika nebyla nasazena. Vše ostatní bylo s negativním nálezem, proto jsme setrvali v rozhodnutí započít s ECT.

12. den po přijetí byla provedena první elektrokonvulze, v ten samý den byl také z medikace vysazen olanzapin. Vzhledem k antikvulzivnímu účinku benzodiazepinu byl z medikace též vysazen klonazepam, který byl nahrazen midazolamem pro jeho kratší biologický poločas, v dávce 5 mg/d. Při provádění ECT bylo použito bilaterální postavení elektrod, jako východisková intenzita byla použita metoda half age, čili úvodní intenzita byla 20%, zákrok proběhl bez komplikací. Nicméně docházelo k další progresi stavu, v klinickém nálezem byl nadále přítomen závažný katatonní syndrom s mutismem, nástavami, povelovým automatismem a přechodnými obdobími neklidu. Zhoršily se febrilie (až do