

39,7 °C), přechodně se objevovala hypertenze. S cílem zintenzivnění terapie se zvýšila intenzita výboje na 100 % (504 mC), ECT byla prováděna v režimu každý den oproti standardnímu 3x týdně. Pacient byl důsledně sledován na JIP, každý den byly odebírány kontrolní odběry. V nich byla zaznamenána elevace kreatinínázy (64 µkat/l), myoglobinu (128 µkat/l), CRP se držel konstantně lehce elevovaný v průměru okolo 10 mg/l. Také byly opakovaně prováděny kontrolní odběry na stanovení hemokultur, odběry moči na kultivaci – obojí s negativním nálezem. Pacientovi byl zaveden permanentní močový katétr a centrální venózní katétr, dostával parenterální výživu. V rámci diferenciální diagnostiky na základě doporučení neurologického konzilia byla provedena lumbální punkce za účelem standardního biochemického a cytologického vyšetření likvoru, oligoklonálních páسů a protilátek na limbické encefalitidy. Na doporučení antibiotického střediska pro nadále přítomné febrilie a lehce elevovaný CRP byl empiricky nasazen cefuroxim, ovšem na dané terapii došlo k další elevaci CRP (92,3 mg/l). Nadále bylo pokračováno v podpůrné terapii a ECT. Poté, co se stav ani po provedení elektrokonvulze výrazně nelepšil, bylo rozhodnuto o přidání do medikace bromokriptin, jenž byl titrován do dávky 7,5 mg pro die.

V ten samý den však došlo k výraznému zlepšení stavu, ústupu katatonního syndromu, pacient začal navazovat kontakt, byl však dezorientovaný, bez floridní psychotické produkce. Na druhý den byla po dalším odběru na základě jedné pozitivní hemokultury (*Staphylococcus aureus*) provedena změna antibiotické terapie na sulfamethoxazol, po jehož nasazení došlo k poklesu CRP. V dalších dnech začal být pacient postupně lucidní, avšak v kontaktu zůstával úzkostný, obsahově chudého myšlení. Po pěti dnech byl bromokriptin z medikace vysazen. Celkově proběhlo 10 elektrokonvulzí v rozmezí 14. dnů. Během terapie docházelo také k poklesu kreatinínázy.

Po stabilizaci stavu byl pacient přeložen zpět na standardní oddělení. Do medikace jsme mu navrátili olanzapin v dávce 20 mg/d. Na standardním oddělení strávil pacient další měsíc. Při pohovorech pacient udával amnézii na události zažívané během období MC. V dalším průběhu hospitalizace nebyly zaznamenány floridní psychotické projevy. Do popředí se dostala ne-

gativní symptomatika, pacient byl samotářský, kontakt navazoval jen na vyzvání, byla patrná emoční oploštělost, hypohedonie a hypobulie. V tomto stavu byl propuštěn do ambulantní péče. Z informací od ambulantního psychiatra v průběhu následujících 2 let pacient nebyl hospitalizován, docházel však do denního stacionáře, v klinickém obraze dominuje negativní symptomatika, kterou se nedaří výrazněji ovlivnit ani po nasazení novějších parciálních agonistů.

Diskuze

MC je potenciálně život ohrožující stav způsobující multiorgánové postižení včetně kardiopulmonálních a metabolických. Vyžaduje komplexní péči s ohledem na možné komplikace, jako je autonomní instabilita, ledvinné selhání nebo rhabdomyolýza. Neléčená maligní katatonie má mortalitu 75–100 %, ovšem při vhodně zvolené léčbě (elektrokonvulzivní terapie a benzodiazepiny) je možné i vyléčit až v 80 % případů (5). V rámci diferenciální diagnostiky je maligní katatonie klinicky téměř nerozlišitelná od neuroleptického maligního syndromu (NMS). Zatímco autonomní instabilita diferencuje NMS od nemaligní katatonie, NMS a MC mají v podstatě identické klinické projevy. Pro diagnózu NMS svědčí recentní expozice dopaminovým antagonistům nebo náhlé vysazení dopaminových agonistů. NMS se nyní považuje za farmakologicky indukovanou formu MC (7). Vzhledem k nejasným hranicím mezi MC a NMS

jsme v průběhu terapie v rámci terapeutického pokusu bylo rozhodnuto přidat do medikace bromokriptin. Nicméně, vzhledem ke klinickému průběhu a faktu, že ke zlepšení došlo hned první den nasazení medikace, kdy ještě nebyla vytitrována do plné dávky, jsme přesvědčeni, že se jednalo o MC a zlepšení klinického stavu nesouviselo s přidáním bromokriptinu.

Jako nejzásadnější informace v klinické praxi při diferenciální diagnostice je, že NMS narozdíl od MC vyžaduje přítomnost antipsychotika během posledních 72 hodin, zvýšení dávky antipsychotika nebo náhlé vysazení dopaminergních agonistů (9). Mann et al. uvádí, jako jednu z dalších klinických charakteristik hyperglykémii a hyper/hyponatremii, to je v souladu s našimi výsledky, v našem případě se však mohlo jednat o zkraslení dané už vstupní poruchou glukózové tolerance a infuzní hydratací (10). Léčba MC je mimo terapie doprovodných komplikací stejná jako u nemaligní katatonie. Ze stávajících poznatků je preferováno použití benzodiazepinů (BZD) a elektrokonvulzivní terapie (ECT). Lorazepam je nejlépe prozkoumaným BZD (v ČR není registrovaný), nicméně existují studie i o účinku jiných BZD a neexistují studie, které by jasně dokazovaly rozdíly v účinnosti mezi jednotlivými BZD či způsobem podání (p. o., i. m., i. v.). Účinnost antipsychotik nebyla prokázána (11). Názory, zdali začít jako první volbou BZD nebo ECT, jsou nekonzistentní. Někteří autoři

Tab. 1. Diferenciální diagnostika MC NMS dle Papežová et al. (8)

Stadium	MC	NMS
začátek	prodromy 2 týdny až 2 měsíce změny chování a symptomy schizofrenie začátek bez prodromů	prodromy několik hodin až 2 dny předchází léčba antipsychotiky
iniciální symptomy	agitovanost, úzkost, velký neklid agrese a sebepoškozování horečka, tachykardie, akrocyanóza náhlé úmrtí	tremor, svalový hypertonus, extrapyramidové příznaky vegetativní nestabilita, pocení, tachykardie není typická horečka
plně rozvinuté symptomy	extrémní agitovanost a agresivita choreiformní pohyby trvání 3–14 dnů stupor a mutismus, odmítání potrav, stoupající horečka tachykardie, slabý pulz studený pot, hypotenze	svalová rigidita trvalá vegetativní nestabilita horečka laboratorní změny inkontinence porucha vědomí
konečné stadium	exhauscie, kachexie, kóma	myoglobinurie, renální selhání, intravaskulární trombóza, mortalita 10–20 %
terapie	ECT, antipsychotika a ostatní psychofarmakologická léčba *	okamžité vysazení antipsychotik, dantrolen, agonisté dopaminu, ECT

*dle recentní literatury léčba antipsychotiky není vhodná