

Psychogenní neepileptický disociativní záchvat jako odpověď na pooperační bolest? Kazuistika, která možná nepřinese odpovědi

Mgr. Renáta Krčilová, Regina Ropková, Elena Raimrová

Klinika anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice Olomouc

Předkládanou kazuistikou si dovoluujeme seznámit odbornou veřejnost s příběhem ženy, která v raném pooperačním období prodělala recidivující poruchu vědomí s nekonstantními myoklonickými záškuby trupu se samovolně obnoveným vědomím. Příběh ženy, který vyvolal otázky, na které nebyly nalezeny jednoznačné odpovědi. Příběh ženy, který nás zdravotníky pracující v intenzivní medicíně donutil pomýšlet nejen na samotnou existenci disociativních stavů, ale také na jejich různé klinické projevy a diferenciální diagnózu. Naše pracovní zaměření v intenzivní medicíně, jsme-li svědky poruchy stavu vědomí u pacienta, nás nutí primárně se zaměřit na přísně somatické a diagnosticky průkazné příčiny stavu. Předloženým a popsáním případem si zkusíme odpovědět, zda pooperační bolest nasedající na predisponující psychické traumatizující události může tím být hledaným procesem, který spustí narušení integrace vědomí. Zda existuje vztah mezi stresem a začátkem poruchy stavu vědomí.

Klíčová slova: disociativní ataka, pooperační bolest.

Psychogenic non-epileptic dissociative seizure as a response to postoperative pain? A case report that may not provide answers

With the presented case report we would like to acquaint the professional public with the story of a woman who experienced a recurrent disturbance of consciousness with non-constant myoclonic twitches of the trunk followed by spontaneous recovery of consciousness in the early postoperative period. The story that raised questions to which no definite answers were found. The story that forced us, health care workers in intensive care, not only to think about the very existence of dissociative states, but also about their various clinical manifestations and differential diagnosis. When we witness a patient with impaired state of consciousness, our focus in intensive care medicine forces us to concentrate primarily on strictly somatic and diagnostically proven causes of the condition. With the presented and described case, we will try to answer whether postoperative pain superimposed on predisposing psychological traumatizing events can be the sought-after process that triggers the disruption of the integration of consciousness. And whether there is a relationship between the stressor and the onset of consciousness impairment.

Key words: dissociative attack, postoperative pain.

Úvod

Je dobře známou skutečností, že emoční stres vyvolává celou řadu fyziologických a tělesných reakcí. Typickým příkladem může být zčervenání v situacích, kdy se cítíme trapně, zrychlení srdečního pulzu při rozčilení nebo bolesti hlavy, když máme problémy. Pokud stres zintenzivní anebo přetrvává, může být příčinou také celé řady těles-

ných obtíží, jakými jsou tělesná únava, bolesti svalů (fibromyalgie), zažívací obtíže (syndrom dráždivého tračníku) a právě i psychogenní neepileptické záchvaty – PNES (1). Neepileptické – disociativní záchvaty jsou paroxysmální epizody změněného chování, které se podobají epileptickým záchvatům, ale nelze u nich určit žádnou organickou příčinu včetně epilepsie (2). Můžeme je rozdělit

do čtyř modelů. Hlavní myšlenkou modelu 1 je předpoklad, že PNES jsou důsledkem psychologické poruchy integrace, kdy se jedinec oddělil od svých traumatických vzpomínek. Potlačená vzpomínka však vnikne do povědomí, připomene jedinci trauma a vyvolá záchvat. Model 2 vidí PNES jako vnitřní stresovou obrannou reakci na hrozbu, která se podílí na traumatické události anebo je

součástí posttraumatické reakce. Zde se předpokládá, že PNES je výsledkem akutní paniky. U modelu 3 jsou PNES spojovány s obrannou reakcí na řešení osobních problémů, kdy jedinec nemusí uznat jejich emocionální původ a špatně nebo vůbec identifikuje své pocity. Model 4 potom definuje PNES jako naučené chování operativně podmíněné. Též můžeme říci, že jde o behaviorální zvyk (3).

Na počátku všech disociativních stavů je tedy provokační emocionální podnět nebo stresující situace. Může být bolest, jako nepříjemný senzorký, emoční a mentální prožitek spojený se strachem a úzkostí, tím emocionálním podnětem, který spustí záchvat? Pooperační bolest zůstává i přes rozšiřující se možnosti farmakoterapie a analgetických postupů reálným a podceňovaným problémem s etickým, zdravotním i ekonomickým dopadem. Bolest je vždy subjektivní. Metod hodnocení bolesti je mnoho, nemáme však takovou, která by změřila bolest objektivně. Vždy se jedná o subjektivní hodnocení pacientem. Nejčastěji užívaným postupem je vizuální analogová škála (VAS). Intenzitu bolesti hodnotí pacient numerickou škálou s číslicemi od 0 do 10. (Obrázek 1 a 2) Číslice 0 odpovídá nulové bolesti a číslice 10 maximální bolesti, jakou si pacient dokáže představit. Nejvyšší přípustná hodnota bývá VAS 3, na silnější bolest je nutno léčebně reagovat. Ze základů patofyziologie víme, že samotný chirurgický zákrok je doprovázen kaskádou neurohumorálních změn, které spouštějí stresovou odpověď organismu na operační trauma a také, že psychoemotivní stres je jedním z faktorů, který určují pooperační reakce pacienta (4). Může být pooperační bolest takovým emocionálním traumatem a spouštěčem psychoemotivní stresové reakce, která vyústí do úniku v podobě neepileptického disociativního záchvatu? Může u pacientky, na základě primární negativní zkušenosti s pooperační bolestí, docházet k chronifikaci jako způsobu, jak zvládnout náročnou situaci při opakovaném navyšování VAS?

Kazuistika

Mladá žena byla přijata na chirurgické oddělení s prolapsem rekta s rektokélou a hemoroidy II.–III. stupně. Byla indikována ke korekci TST staplerem v celkové anestezii. Z anamnézy – pacientka vdaná, VŠ vzdělání, pracující, bez interních komorbidit. V chronické medikaci kontraceptiva MYWY 3 mg tbl. Venlafaxin 150 mg tbl., Pregabalin 150 mg tbl., Zolpidem 10 mg tbl., Rivotril dlp, Magnezium dlp, vitaminy. Uznána schopnou výkonu v celkové

anestezii jako ASA II. V den výkonu doporučeno podat chronickou medikaci Venlafaxin, Pregabalin a jako premedikaci 1–2 hodiny před výkonem Neurol 0,25 mg tbl a Paralen 500 mg 2 tbl.

Operace probíhala v celkové anestezii bez komplikací se zajištěním dýchacích cest laryngeální maskou. Úvod do anestezie byl veden Propofolem 1%, Sontilenem v dávce 20 µg a dále inhalačním anestetikem Desfluranem s cílovou MAC (minimální alveolární koncentrace) 1,0. Před vyvedením z celkové anestezie byl pacientce podán Novalgin 1 g inj. v pomalé infuzi. Ihned po ukončení operačního výkonu a vyvedení z anestezie pacientka udává silné bolesti, je jí proto anesteziologem před odjezdem z operačního sálu aplikováno 5 µg Sontilenu nitrožilně. Je při vědomí, oběhově i ventilačně stabilní, předána na monitorované lůžko dospívající haly.

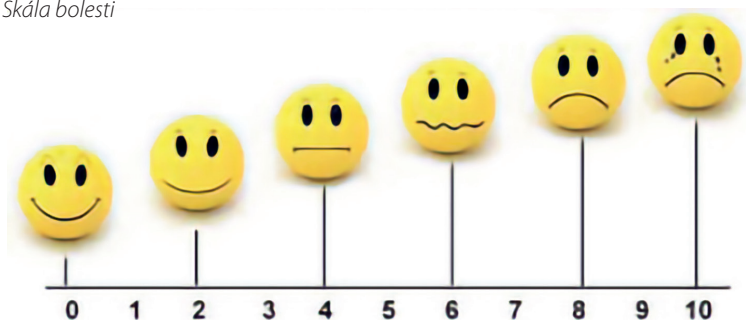
Po převzetí na dospívající halu má pacientka TK 107/75 mmHg, P 68/min, DF 15/min, SpO₂ 100 %, bolesti udává „nekonstantní a nárazové“, na stupnici VAS 5. Nitrožilně je podáván balancovaný roztok krystaloidů z operačního sálu a vzhledem k udávanému stupni bolesti je zahájena analgetizace Dipidolorem 15 mg/15 ml NaCl 0,9% s počátečním bolusem 3 ml a rychlostí 3 ml/hod. Pacientka je od příjezdu z operačního sálu úzkostná, křečovitá, zatatá ve smyslu negativních myšlenek a toho, že „je všechno špatně“. Personál vytyčil nestandardní situaci, a tak se pacientce intenzivně věnuje. Snaží se opakovaným asertivním a pozitivním přístupem

vyvést pacientku ze zjevné psychické krize. Ujišťuje ji o síle podávaných analgetik, vybízí ji k trpělivosti při nástupu jejich účinku, ale dle jejich slov bylo veškeré snažení liché. Pacientka neustále propadá negativním myšlenkám, od nabízených pozitivních témat utíká. Mluví minimálně, pokud ano, tak jen opakuje věty typu: „tohle nedám“, „tohle nepůjde“, „není cesty“, „na kurzu mě učili myslet si o prdeli“. Tato situace trvá přibližně 40 minut, kdy podle pacientky se bolest stává nesnesitelnou, graduje na stupeň 9. Oběhově stále stabilní, normotenze, bez tachykardie či bradykardie, bez tachypnoe. Na udávané bolesti kromě subjektivního sdělení nic neukazuje. Personál však bolesti pacientce věří a k aplikovanému Dipidoloru je po konzultaci s lékařem nasazena infuze Neodolpasse 250 ml, ze které pro následný rychlý sled událostí vykapalo jen zanedbatelné množství.

Přítomná sestra u lůžka si všímá záškubů v obličeji podobným rychlému mrkání. Oslovuje pacientku, ale dostává se jí nesrozumitelné odpovědi. Nastupuje cvakání zubů a záškuby trupu. Co je pro personál zavádějící, jsou stále stabilní vitální funkce.

Je volán lékař – intenzivista, sloužící pro dospívající halu. Před jeho příchodem však pacientka přestává reagovat a desaturuje na hodnotu 85 %. Personál okamžitě pomocí ručního dýchacího přístroje na zdroji O₂ zahajuje podpůrnou ventilaci s udržením volných dýchacích cest trojitým manévrem. Přivolaný lékař přichází i s kolegy. Společně,

Obr. 1. Škála bolesti



Obr. 2. Škála bolesti



Tab. 1. *Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí*

Testovaná odpověď	Body
I. Otevřené oči	
Spontánní	4
Na oslovení (zvuk)	3
Na bolest	2
Nepřítomno	1
II. Nejlepší slovní odpověď	
Orientovaná	5
Zmatená	4
Nepřiléhavá	3
Nesrozumitelná	2
Žádná	1
III. Nejlepší motorická odpověď	
Uposlechne příkazů	6
Lokalizuje bolest	5
Ustupuje, odtahuje se	4
Flexe na bolest	3
Extenze na bolest	2
Žádná	1
Celkem	

na základě diagnosticko-terapeutické rozvahy, ordinují MgSO_4 10% 10 ml ve 100 ml NaCl 0,9% a Midazolam 2 mg nitrožilně. Během krátké chvíle dochází k spontánní obnově vědomí bez neurologického deficitu. Pacientka je kardiopulmonálně stabilní. K lůžku je povolán neurolog, pacientku vyšetří bez nálezu patologie. Na základě popisu situace s myoklonickými záškuby trupu dle personálu neindikuje převzetí do své péče. Po jeho odchodu a uklidnění situace na dospávací hale se však stav opakuje, tentokrát bez desaturace a nutnosti podpůrné ventilace. Pacientka leží, zavřené oči, spontánně ventiluje, nereaguje, GSC 3 (Glasgow coma scale – Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí, obr. 3), na trupu myoklonické záškuby. Vzhledem k uvedenému stabilním vitálním funkcím, TK 101/57 mmHg, P 78/min, DF 15/min, SpO_2 100 % s O_2 2 l/min, glykemie 6,1 mmol/l, TT 36,2 °C, není pacientka intubována. Je však s ohledem na výše popsaný obraz cca hodinu od převzetí na dospávací halu akutně transportována na intenzivní lůžko chirurgických oborů ke sledování a monitoraci. Krátce po přijetí opět nabývá vědomí bez deficitu. Je provedeno akutní CT mozku s negativním nálezem.

Ošetřovatelská péče je zaměřena na komfort a pravidelnou analgetizaci. I přes veškeré úsilí

personálu dochází k subjektivně významnému zhoršení bolesti. Na dotaz sestry pacientka udává posun ze stupně 2 na stupeň 4. Téměř souběžně nastupuje opětná porucha vědomí s myoklonickými záškuby trupu. Kontinuální monitorace vitálních funkcí nezaznamenala žádnou odchylku v hodnotách. Pacientka je kardiopulmonálně stabilní, normotenze, bez tachykardie či bradykardie, SpO_2 100 %, spontánní ventilace, GSC 3 body. Přítomný lékař ordinuje podání 10 mg Apaurinu nitrožilně. V krátkém časovém intervalu, než je medikace sestrou připravena, pacientka nabývá vědomí bez deficitu a důrazně a opakovaně se dožaduje své chronické medikace. Od aplikace Apaurinu je tedy upuštěno. Pacientka je vcelku nesdílí, s personálem komunikuje minimálně, k situaci se nevyjadřuje. Proběhlé další neurologické konzilium je opět bez nálezu. Doporučené EEG vyšetření neprovedeno pro nespolupráci pacientky. Pacientka chce jít domů, a proto je cestou standardního chirurgického oddělení propuštěna do domácí péče. Je jí důrazně doporučeno další došetření, včetně psychiatrie. Pacientka ujišťuje, že si vše zajistí sama.

Diskuze

V diferenciální rozvaze, po vyloučení somatických příčin, s ohledem na klinický obraz, se v naší kazuistice nabízí jako vysvětlující hypotéza diagnóza disociativního záchvatu známá i jako PNES (psychogenní neepileptický záchvat). Podle Grambala (5) jsou pro tento záchvat typické neobvyklé somatické a psychické příznaky, jakými jsou křeče, poruchy motoriky, senzoriky a senzitivy, amnézie či anestezie. Nežádal (1) označuje PNES za „nevědomý obranný psychický proces, který je použit, když psychika není schopna vyrovnat se s určitým traumatizujícím obsahem“. Dopluje, že se tak děje vždy v přítomnosti jiné osoby či osob a až z 90 % pacientů s PNES tvoří ženy. Z jednotlivých symptomů Nežádal (1) zmiňuje zavřené oči, třes, tremor nebo záškuby končetin. Podotýká, že záchvat, či opakování záchvatu může být pro pacienta cesta, jak snížit úroveň nežádoucí zátěže. Můžeme tedy chápat, že popsané stavy byly reakcí organismu na nežádoucí zátěž, která narušila

integritu? Narušení, které bylo jak somatické, tak psychické? Z našeho pohledu narušení somatické integrity mohlo být způsobené bolestí, která pacientkou mohla být vnímána intenzivněji, nežli je běžné u jiných pacientů. Narušení psychické integrity zde vidíme především v pocitu ztráty kontroly nad situací a sekundárně i ztráty pocitu bezpečí. Myslíme si, že tak vznikl prostor pro vznik disociativního záchvatu, jako obranné reakce organismu s cílem zamezit další traumatizaci. Náš úvodní předpoklad, že existuje vztah mezi stresem a začátkem poruchy stavu vědomí, podporuje v přehledném referátu Praško et al. (2). Autoři míní, že úvodní stresor, podmět či konflikt, může být natolik provokační, že přesahuje aktuální zvládací schopnosti postiženého, a proto je v ten okamžik nevytěsitelný. Přicházejícího konfliktu si nemusí být vědom ani pacient, ani jeho okolí. Začátek záchvatu je potom spíše pozvolný, vymyká se fyziologickým zákonitostem a spontánně odeznívá.

Nabízí jako vhodný postup aplikaci krátkodobě působících anxiolytik a z dlouhodobého hlediska jako nejlepší formu léčby psychoterapii.

UVědomujeme si, že pro nedostatek anamnestických dat můžeme pouze spekulovat o možných minulých traumatizujících událostech, které u pacientky predisponovaly vznik ataky. Je nutné zdůraznit, že v naší výjimečné situaci spojené s pooperační dobou bylo nutné primárně pomýšlet na somatický původ stavu.

Závěr

Nyní retrospektivně, po pečlivém vyloučení možných somatických a jiných organických příčin, na stav pohlížíme a chápeme jej jako disociativní ataku, reakci organismu na jeho iatrogenní narušení integrity. Tímto článkem chceme poukázat na to, jak malé máme zkušenosti, my nelékařský personál v intenzivní péči, s neepileptickými disociativními stavy. Byli jsme poučeni, jak neřešitelným konfliktem pro pacienta může bolest být a také, jak složitá může být odpověď organismu na tento konflikt. S přibývajícimi zkušenostmi rozšiřujeme své znalosti a schopnosti o hodnocení psychoemotivní platformy pacientů a zjišťujeme úskalí analgetické terapie zejména u senzitivních jedinců.

LITERATURA

1. Nežádal T. Psychogenní neepileptické záchvaty. *Neurol. praxi.* 2015;16(5):286-289
2. Praško J, Pastucha P, Raszka M, et al. Disociativní křeče. *Cesk Slov Neurol N* 2009; 72/105(5):429-436
3. Junková K. Psychogenní neepileptické záchvaty. *Hradec*

4. Králové, 2022. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové, Katedra biologických a lékařských věd. Vedoucí práce Herink, Josef.
5. Maruna P, Gijrlich R, Sekot M, et al. Vliv psychoemotivního stresu na pooperační průběh. I. Patofyziologické zá-

klady. *Prakt. Léč.* 2002;(6):359-361

5. Grambal A, Grambalová Z, Pastucha P, et al. Farmakoterapie disociativních poruch. *Psychiatr. pro Praxi.* 2010;11(3):99-102.