

Katarzyna Kamińska, Jolanta Rajewska, Janusz Rybakowski

Terapeutyczne działanie lamotryginy u pacjentki z zaburzeniami odżywiania się współistniejącymi z chorobą afektywną dwubiegunową – opis przypadku

Therapeutic effect of lamotrigine in patient with eating disorder comorbid with bipolar disorder – a case report

Klinika Psychiatrii Dorosłych Akademii Medycznej w Poznaniu

Streszczenie

Przedstawiono opis przypadku 43-letniej pacjentki chorującej od ponad 20 lat na bulimię. Pacjentka sprawiała znaczne trudności terapeutyczne, a choroba spowodowała negatywne następstwa somatyczne. W trakcie ostatniej hospitalizacji u chorej rozpoznano współistniejące zaburzenia afektywne dwubiegunowe i włączono lek normotymiczny – lamotryginę. Spowodowało to istotną poprawę zarówno w zakresie zaburzeń nastroju, jak również zachowań bulimicznych.

Summary

Case report of 43-year old patient who have suffered from bulimia for over 20 years is presented. The patient has posed marked therapeutic difficulties and the illness resulted in negative somatic consequences. During last hospitalization a comorbid bipolar mood disorder was diagnosed and mood-normalizing drug, lamotrigine, has been introduced. This resulted in a significant improvement of both mood disorder and bulimic behaviour.

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania się, choroba afektywna dwubiegunowa, lamotrygina

Key words: eating disorders, bipolar affective illness, lamotrigine

Wstęp

Z zaburzeniami odżywiania się mogą współistnieć inne choroby psychiczne, najczęściej zaburzenia lękowe, afektywne, obsesyjno-kompulsyjne, zaburzenia kontroli impulsów, uzależnienia oraz zaburzenia osobowości (5). Rozpowszechnienie choroby afektywnej dwubiegunowej (CHAD) wśród pacjentów z anoreksją lub bulimią wynosi od 4 do 6%, a wg niektórych badaczy sięga nawet do 10% (10, 13). Wyniki różnych badań epidemiologicznych wykazują związek między zaburzeniami odżywiania się i zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, w szczególności związek zaburzeń afektywnych dwubiegunowych typu II z zaburzeniami

odżywiania się typu bulimicznego (4). Badacze hiszpańscy skonstruowali ostatnio skalę psychometryczną oceniającą występowanie zaburzeń odżywiania się w chorobie afektywnej dwubiegunowej (11).

Wg ostatnich danych epidemiologicznych rozpowszechnienie zaburzeń o cechach dwubiegunowości w populacji ogólnej sięga od 3 do 6 %. Zaburzenia te obejmują chorobę afektywną dwubiegunową typu I i II, jak również inne postacie nazwane ogólnie spektrum CHAD (6). Nowym narzędziem skriningowym do pomiaru występowania zaburzeń o typie dwubiegunowym jest kwestionariusz zaburzeń nastroju (*The Mood Disorder Questionnaire – MDQ*) (2). W przeprowadzonym w Polsce badaniu, oceniającym częstość występowania zaburzeń o charakterze dwubiegunowym u chorych leczonych ambulatoryjnie przez psychiatrów z powodu depresji, około połowa spełniała kryteria CHAD typu I lub II, natomiast grupa ze spektrum CHAD stanowiła 12% badanej populacji (8).

Do leczenia i profilaktyki nawrotów CHAD zalecane są w pierwszym rzędzie leki normotymiczne (*mood-normalizing*). Do lat 90. głównymi lekami normotymicznymi były sole litu, karbamazepina i walproinian. W ostatnich latach cechy działania normotymicznego wykazano w nowych lekach przeciwpadaczkowych (lamotrygina, topiramata) oraz lekach neuroleptycznych nowej generacji (klozapina, olanzapina, risperidon). Większość leków normotymicznych zarówno tradycyjnych, jak i nowych, wywiera istotny wpływ na masę ciała, co może ograniczać ich stosowanie u chorych z współistniejącymi zaburzeniami odżywiania się (7).

Istnieje kilka doniesień kazuistycznych na temat stosowania leków normotymicznych w zaburzeniach odżywiania współwystępujących z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi. W 20-tygodniowym badaniu skuteczności karbamazepiny przeprowadzonym w grupie 6 pacjentek z rozpoznaniem bulimii, prowadzonym w warunkach podwójnie ślepej próby z zastosowaniem placebo, stwierdzono terapeutyczne działanie karbamazepiny u pacjentki, u której rozpoznano współwystępowanie choroby afektywnej dwubiegunowej. Jednocześnie nie zaobserwowano pozytywnego wpływu karbamazepiny na przebieg choroby u pacjentek bez współistniejących objawów choroby afektywnej dwubiegunowej (3). W innym doniesieniu opisano przypadek 35-letniej kobiety z 22-letnim przebiegiem bulimii ze współwystępującym w trakcie hospitalizacji epizodem dużej depresji. Po ośmiu tygodniach kuracji imipraminą w dawce 150 mg/dobę, wystąpił pierwszy w jej życiu epizod maniakalny. Włączono lek normotymiczny – węglan litu. Po sześciu dniach kuracji nastąpiło wyrównanie stanu psychicznego, a następnie ustąpienie epizodów objadania się (9). W najnowszej pracy dodawano topiramata do prowadzonego leczenia u 5 pacjentów z bulimią o wieloletnim przebiegu, z współwystępowaniem zaburzeń nastroju i/lub zaburzeń lękowych. Stwierdzono prawie całkowite ustąpienie zachowań bulimicznych u trzech pacjentek, a u jednego pacjenta efekt był częściowy. Poprawa utrzymywała się przez okres 18 miesięcy obserwacji. Jedna pacjentka została przedwcześnie wycofana z badania z powodu złej tolerancji topiramatu (1).

W niniejszym opisie przedstawiono przypadek pacjentki od wielu lat leczonej z powodu bulimii, u której rozpoznano współwystępowanie zaburzenia afek-

tywnego dwubiegunowego i zastosowano lek o właściwościach normotymicznych – lamotryginę, uzyskując pozytywny efekt terapeutyczny.

Opis przypadku

Pacjentka, lat 43, niezamężna, wykształcenie wyższe. Kuzyn matki leczył się z powodu choroby psychicznej, brat i ojciec są uzależnieni od alkoholu. Pacjentka w dzieciństwie poważnie nie chorowała. Rozwój psychoruchowy przebiegał prawidłowo. Chora nigdy nie miała problemów z nauką. Była osobą towarzyską, miała wiele zainteresowań.

Zaburzenia odżywiania zaczęły się ok. 20 lat temu. Pacjentka nie akceptowała swojego wyglądu i zaczęła się odchudzać. Stosując dietę niskokaloryczną, w ciągu pół roku, schudła ok. 28 kg, osiągając wagę 38 kg. Wynikiem tego było silne osłabienie i zatrzymanie miesiączki. Pacjentka była hospitalizowana w Klinice Endokrynologii, gdzie uzyskano przyrost masy ciała i wyrównanie zaburzeń metabolicznych. Od tego czasu chora zaczęła jeść więcej, lecz w obawie przed nadwagą prowokowała wymioty po każdym posiłku i zaczęła stosować leki przeczyszczające (bisacodyl, średnio 20 tabletek dziennie) oraz leki odwadniające (furosemid, średnio 2 tabletki dziennie). Epizody objadania nasilały się w sytuacjach stresowych i w okresach osamotnienia. Dodatkowo zaczęły pojawiać się stany przygnębienia, spadku aktywności i lęku. W tym czasie chora nadużywała alkoholu i leków uspokajających oraz dwukrotnie podejmowała próby samobójcze. W 1992 roku pacjentka z powodu nasilających się bólów brzucha, wzdęć i zaparc była hospitalizowana na Oddziale Chirurgicznym, gdzie wykonano zabieg operacyjny. Została wypisana z rozpoznaniem: *proctitis, resectio sigmae propter megacolon*.

Dwa lata później chora pierwszy raz zgłosiła się o pomoc do psychiatry, który postawił rozpoznanie: *bulimia nervosa*, osobowość chwiejna emocjonalnie. W latach 1994, 1997, 1998 i 2000 miały miejsce kolejne pobyty w szpitalach psychiatrycznych z powodu nasilenia zachowań bulimicznych, drażliwości, obniżenia nastroju i myśli rezygnacyjnych. Stosowano leki przeciwdepresyjne m.in. fluwoksaminę, wenlafaksynę, fluoksetynę i klomipraminę oraz terapię grupową. Pacjentka systematycznie zażywała leki i była pod stałą opieką ambulatoryjną. W 2000 roku chora, z powodu nasilonych obrzęków, była konsultowana internistycznie. Stwierdzono przewlekłą, prawdopodobnie polekową, niewydolność nerek – wyrównaną, którą wiązano z nadużywaniem furosemidu. Od tego czasu chora jest pod stałą opieką nefrologiczną, z zaleceniem przyjmowania długoterminowo furosemidu i spironolaktonu. W roku 2001 uzyskiwała świadczenia rentowe.

Do Kliniki Psychiatrii Dorosłych w Poznaniu pacjentka została przyjęta w marcu 2003 roku. Powodem hospitalizacji było nasilenie epizodów objadania się, osłabienie, obniżenie nastroju, spadek energii, drażliwość, myśli rezygnacyjne i zaburzenia snu. W badaniach podstawowych stwierdzono podwyższony poziom kreatyniny (1,41 mg/dl), w EKG – rytm zatokowy miarowy, zwolniony 58/min, pozostałe wyniki badań były bez istotnych odchyleń. BMI wynosił 17. Z danych

z wywiadu wynikało, że od marca do listopada 2002 roku chora czuła się wyraźnie lepiej niż dotychczas. Nigdy wcześniej nie miała tak dobrego samopoczucia. Znajomi zwracali jej uwagę, że jest zbyt pobudzona, ma za dużo energii, zbyt wiele rzeczy chce robić na raz. Była bardziej niż zwykle pewna siebie, potrzebowała mniej niż zazwyczaj snu, mówiła dużo i szybko, wydawała więcej pieniędzy. W tamtym czasie chora otrzymywała fluoksetynę, w dawce 50 mg/d. Leczenie trwało od początku roku 2000 do sierpnia 2002, kiedy to psychiatra z PZP zalecił stopniowe odstawienie leku z powodu zgłaszanych objawów.

Ze względu na dotychczasowy przebieg zaburzeń nastroju, jak również wynik Kwestionariusza Zaburzeń Nastroju wskazującego na istnienie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych zdecydowano o włączeniu lamotryginy – leku o właściwościach normotymicznych. Lek wprowadzano stopniowo, zaczynając od dawki 25 mg/d i dochodząc do 100 mg/d. Nie zaobserwowano objawów ubocznych stosowanej kuracji. W trakcie dwumiesięcznego leczenia nastąpiła poprawa samopoczucia i snu, wzrost aktywności, spadek drażliwości i ustąpienie myśli rezygnacyjnych. Pacjentka podjęła starania o zdobycie pracy. Epizody objadania się wystąpiły dwukrotnie na początku leczenia. Chora przestała wymiotować. Nadal utrzymywała się skłonność do zapać i nadużywania środków przeczyszczających. Po półrocznej obserwacji poprawa utrwaliła się, pacjentka zaczęła pracować i rozwijać swoje zainteresowania.

Omówienie

W opisanym przypadku rozpoznanie współistniejących zaburzeń afektywnych dwubiegunowych postawiono u pacjentki, u której objawy bulimii trwały przez 20 lat. Konsekwencje nieprawidłowego odżywiania doprowadziły do wystąpienia przewlekłej niewydolności nerek. Długotrwałe stosowanie leków przeciwdepresyjnych okazało się nieskuteczne. Zastosowanie leku normotymicznego doprowadziło zarówno do normalizacji zaburzeń nastroju, jak i do stopniowego ustępowania zachowań bulimicznych.

W ostatnich latach lamotrygina, ze względu na wykazane działanie normotymiczne, znalazła zastosowanie w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej. Spośród leków normotymicznych wykazuje największe działanie przeciwdepresyjne i została zakwalifikowana do leków, które powodują stabilizację nastroju, wychodząc od nastroju obniżonego (*mood-stabilization from below*), co miało miejsce również w niniejszym przypadku. Lamotrygina nie powoduje przyrostu masy ciała. Najważniejszym poważnym objawem niepożądanym lamotryginy jest wysypka skórna, której ryzyko można zmniejszyć przez powolne zwiększanie dawki leku (12).

Powyższy przypadek jest prawdopodobnie pierwszą opisaną w piśmiennictwie próbą zastosowania lamotryginy w leczeniu współistniejącej bulimii i choroby afektywnej dwubiegunowej. Uzyskane wyniki wskazują, że w takich sytuacjach odpowiedni lek normotymiczny stanowi wartą rozważenia opcję terapeutyczną.

Piśmiennictwo

1. Barbee J.G.: *Topiramate in the treatment of severe bulimia nervosa with comorbid mood disorders: A case series*, Int. J. Eating Disord. 2003; 33: 468–72.
2. Hirschfeld R.M.A., Williams J.B.W., Spitzer R.L. et al.: *Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire*, Am. J. Psychiatry 2000; 157: 1873–1875.
3. Kaplan A.S., Garfinkel P.E., Darby P.L., Garner D.M.: *Carbamazepine in the treatment of bulimia*, Am. J. Psychiatry 1983; 140: 1225–1226.
4. Mury M., Verdoux H., Bourgeois M. *Comorbidite trouble bipolaire et trouble des conduites alimentaires. Aspects epidemiologiques et therapeutiques*, L'Encephale, 1995; 21: 545–53.
5. Rajewski A.: *Jadłowstret psychiczny (anorexia nervosa)*, w: Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.) *Psychiatria*, tom II, Wydawnictwo Medyczne Urban i Partner, Wrocław 2002, 517–537.
6. Rybakowski J.: *Spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej. Nowa koncepcja diagnostyczna*. Lęk i Depresja 2002; 7: 28–40.
7. Rybakowski J.: *Leki normotymiczne*. W: Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.) *Psychiatria*, tom III, Wydawnictwo Medyczne Urban i Partner, Wrocław 2003, 103–117.
8. Rybakowski J., Suwalska A., Łojko D., Rymaszewska J., Kiejna A.: *Częstość występowania zaburzeń afektywnych dwubiegunowych wśród chorych na depresję leczonych przez psychiatrów w warunkach ambulatoryjnych*, Psychiatr. Pol. 2004; 38: 203–216.
9. Shisslak C.M., Perse T., Crago M.: *Coexistence of bulimia nervosa and mania: a literature review and case report*, Compr. Psychiatry 1991; 32: 181–184.
10. Swift W. J., Andrews D., Barklage N. E.: *The relationship between affective disorder and eating disorders: A review of the literature*, Am. J. Psychiatry 1986; 143: 290–299.
11. Torrent C., Vieta E., Crespo J. et al.: *Barcelona Bipolar Eating Disorder Scale (BEDS): a self-administered scale for eating disturbances in bipolar patients*, Actas Esp. Psiquiatr. 2004; 32: 127–131.
12. Tuszewska M., Rybakowski J.: *Normotymiczne działanie lamotryginy*, Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii, 2004; 3: 325–334.
13. Vieta E., Colom F., Corbella B., Martinez-Aran A., Reinares M., Benabarre A., Gasto C. *Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients*. Bipolar Disord. 2001; 3: 253–258.