

Cyklické vracanie v dospelosti

MUDr. Ivan Buran, CSc.

Neurologická ambulancia, Železničná nemocnica a poliklinika Novapharm s.r.o., Bratislava

Uvádza sa kazuistika cyklického vracania v dospelosti, kedy je táto klinická jednotka zriedkavá a môže sa zameniť za ochorenie gastrointestinálneho traktu. Charakteristické sú intervaly výrazných, zneschopňujúcich ťažkostí s časovými úsekmi bez alebo iba s miernymi problémami, s vylúčením procesov gastrointestinálneho traktu a štrukturálnych procesov centrálného nervového systému. Uvádzajú sa prejavy cyklického vracania u dospelého jedinca, ktorý bol 6 rokov vyšetrovaný pre GIT ťažkosti, s možnosťou psychogénnych zmien. Antimigrenózne liečba bola čiastočne úspešná.

Kľúčové slová: ataky vracania, bezpríznakové epizódy, migréna, autonómne dysfunkcie.

Cyclic vomiting in adulthood

A case report is presented of cyclic vomiting in adulthood when this clinical entity is rare and can be mistaken for a disease of the gastrointestinal tract. It is characterized by intervals of profound, disabling difficulties followed by periods of time with no or only mild problems, with exclusion of processes of the gastrointestinal tract and structural processes of the central nervous system. Manifestations of cyclic vomiting are reported in an adult individual who had been followed for gastrointestinal complaints, with a possibility of psychogenic changes, for six years. Antimigraine treatment was partially successful.

Key words: attacks of vomiting, asymptomatic episodes, migraine, autonomic dysfunctions.

Neurol. praxi 2014; 15(4): 220–221

Úvod

Syndróm cyklického vracania (CVS) je charakterizovaný stereotypnými atakami intenzívnej nauzey, vracania a únavou, vyčerpaním. Atak môže trvať niekoľko hodín až dní. Medzi epizódami vracanie nie je, môže pretrvávajúť redukovaná nauzea (Abell et al., 2008; Fleischer et Matar, 1993; Prakash et Clouse, 1999). Syndróm je relatívne známy u detí, v dospelosti sa vyskytuje zriedka, preto je niekedy diagnóza náročná a často sú pacienti opakovanne riešení ako gastroenterologický problém (Abell et al., 2008). Rozsah výskytu sa udáva od 18 do 62 rokov (Namin et al., 2007). Trvanie do termínu konzultácie je od 1 do viac rokov u dospelých.

Kritériá pre diagnostiku

Najčastejšie sa používajú Rome III kritériá (Abell et al., 2008; Prakash et Clouse, 1999; Tack et al., 2006), ktoré musia zahŕňať:

- stereotypné epizódy vracania s akútnym nástupom a trvaním menej než jeden týždeň,
- tri alebo viac diskrétnych epizód za predchádzajúci rok,
- absencia nauzey a vracania medzi epizódami.

Ako podporné kritérium je história o familiárnom výskyte migrény.

Kazuistika

Muž, 48 rokov, vyšetrený prvý raz v našej ambulancii v septembri 2010. Šesť rokov predtým vznikli náhle stavy vracania v rýchlych intervaloch

v trvaní niekoľko hodín až dní. Nevie udať provokujúci moment. Nie sú žiadne úvodné prejavy. Pri atakoch vracania môže ležať na chrbte, pri polohe na boku najmä na pravom, sa provokuje vracanie. Dva až tri dni môže prijímať iba tekutiny. Po odznení vracania najprv zápcha, potom hnačkovitá stolica. Počas atakov silné potenie, viac na hornej polovine tela, tiež arytmie. Sedem rokov sa lieči na diabetes, pichá si inzulín. V medziobdobí si sťažuje na mravčenie dolných končatín akrálne, niekedy kŕče svalov. Poruchy zraku neudáva, neliečil sa ani lipoovou kyselinou ani vitamínmi skupiny B. Ataky vracania dva až trikrát do mesiaca, kedy nie je schopný pohybu, je dehydrovaný, nemôže jesť. Niekedy súčasne bolesť hlavy nie veľkej intenzity. Trvanie tri až päť dní. Potom obdobie pokoja, kedy nemá ťažkosti. Na začiatku ťažkostí pred 6 rokmi mal hypertenznú krízu 250/150 torr, stav sa neopakoval, t. č. normotenzia, antihypertenzíva neberie. Neudáva výskyt migrény alebo podobných ťažkostí v rodine. Je súkromný podnikateľ, takže si môže regulovať pracovný čas.

Bol opakovanne vyšetrený gastroenterológom vrátane endoskopie a žalúdočnej sondy s negatívnym nálezom. Biochemické vyšetrenie preukázalo poruchu metabolizmu glycidov, zvýšenie hladiny cholesterolu a triglyceridov.

Nakoľko v štádiu intenzívneho ataku nie je schopný mobility, hodnotenie bolo iba privolanou RZP, stav bol opakovanne hodnotený ako dyspepsia, bolo vyslovené podozrenie na psychogénny pôvod ťažkostí. Nebol hospitalizovaný na internej alebo neurologickej klinike.

V objektívnom neurologickom náleze spomalená fotoreakcia obojstranne, hyporeflexia RŠP, vyhasnutie RŠA obojstranne, porucha vibračnej citlivosti na DK, hyperpatia na algické podnety.

STEMG vyšetrenie preukázalo polyneuropatiu na dolných končatinách. Zníženie rýchlosti vedenia v oblasti n tibialis na 31 m/s. Bola nasadená liečba – kyselina alfa lipoová a MilgammaN.

EEG vyšetrenie a NMR mozgu bolo v norme. Po terapii – kyselina alfa lipoová a milgamma, ustúpila hyperpatia na dolných končatinách. Frekvencia a intenzita vracania prechodne mierne ustúpili.

Na základe klinického priebehu sa vyslovilo podozrenie na syndróm cyklického vracania. Bola odporúčaná liečba ergofeinovými čípkami, neskôr rizatriptan v ataku a v medziobdobí Magne B6 a Coenzym Q 10. Potom udáva zmenšenie intenzity vracania so skrátením času trvania ataku a redukciu frekvencie atakov na 1-krát mesačne. Udáva časovú súvislosť epizód so splnom mesiaca.

Kontrolovaný v polročných intervaloch až do roku 2012. Udáva menej intenzívne ataky, s redukciami výskytu na 1-krát za 6–8 týždňov, tým aj zlepšenie psychickej pohody, môže sa lepšie venovať podnikaniu.

Diskusia

Ataky intenzívneho vracania v trvaní hodín až dní s epizódami bez vomitu sú charakteristikou cyklického vracania. Ako ďalšie možné prejavy sa popisujú foto- a fonofóbia, tiež svalové

křče, hypersenzitivita na teplo alebo chlad počas ataku, ktoré môžu byť tiež zapríčinené stratou vody a elektrolytov (Abell et al., 2008; Fleisher et Matar, 1993).

Komplikácie CVS (Lindley et Andrews 2005; Ravelli, 2001):

- dehydratácia, môže byť rýchla a významná, vyžaduje okamžité riešenie,
- imbalance elektrolytov – najmä strata natria,
- hematemesis, Mallory Weiss syndróm,
- zubný karies-poškodenie žalúdočnou kyselínou.

V medziobdobí sa vyskytuje digestívna porucha, gastroesofageálny reflux, synkopy a iritačný močový mechúr. Je častejší výskyt anxiety, depresie, panickej poruchy.

Ako spúšťač faktor je najčastejšie udávaný stres a infekcie. Uvádza sa tiež exhausia, nedostatok spánku, alergia, alkohol, menštruácia. U nášho pacienta, súkromného podnikateľa, je exhausia a stres ako spúšťač faktor vysoko pravdepodobný.

Prevalencia cyklického vracania sa udáva v pomere 4 jedincov na 100 000 u detí. U dospelých je výskyt podstatne menší, nie sú však presné vyčíslenia. (Hikita et al., 2011). Príčina nie je známa, predpokladá sa variant migrény, niektorí hovoria o abdominálnej migréne. Iní jedinci s CVS majú pozitívnu rodinnú anamnézu výskytu migrény (Li Buk et al., 1999; Lindley et Andrews, 2005; Tack et al., 2006).

Nauzea a vracanie môžu byť v staršom veku nahradené typickými atakmi migrény. Hoci exaktné príčiny CVS sa dosiaľ neurčili, predpokladá sa účasť zmien vo funkcii CNS hormonálne abnormality a gastrointestinálne problémy. Väčšina prípadov CVS je pravdepodobne vo vzťahu ku genetickým zmenám v mitochondriálnej DNA (Boles et Williams, 1999; Zaki et al., 2009).

U dospelých s CVS sa pozorovala dysfunkcia v autonómnom systéme v 43 % najmä dysfunkcie sympatického syndrómu, v zmysle poruchy črevnej motility a ortostatickej tachykardie (Hejazi et al., 2011).

U nášho pacienta boli nápadné sriedavé zápchy a hnačky pravdepodobne na báze poruchy autonómneho systému pri diabete, s verifikovanou polyneuropatiou. Expanzívny proces CNS sa vyšetrením NMR mozgu nepotvrdil.

Ostatné prejavy ako zneschopňujúce ataky vracania, s bezpríznakovými intervalmi, zmierňovanie intenzity atakov a redukcia frekvencie ťažkostí po nasadení antimigrenózneho liečby spĺňajú kritériá diagnostiky pre cyklické vracanie v dospelosti. Táto diagnóza sa z diferenciálne diagnostických dôvodov môže dostať do ambulancie každému neurológovi.

Diagnostika CVS je sťažená svojou zriedkavosťou výskytu u dospelých, najmä ak nie je zohľadnená atakovitost priebehu s intervalmi bezpríznakovými alebo iba s miernymi ťažkosťami.

Samozrejmosťou je vylúčenie GIT pôvodu ťažkostí a z neurologického stanoviska možnosť expanzívneho procesu CNS najmä v strednej čiare.

Liečba

V akútnej fáze a tesne po nej je nutná náhrada vody a elektrolytov podľa potreby v in-fúznej forme, súčasne antiemetiká, anxiolytiká a analgetiká (Abell et al., 2008). Niekedy je možné v prodromálnej fáze zastaviť rozvoj prejavov benzodiazepínmi, nesteroidnými antiflogistikami. Ako prospešný sa ukazuje v tejto fáze ranitidín.

Na základe asociácie CVS s migrénou a podobným klinickým priebehom odporúčajú niektorí autori liečbu triptanmi počas ataku (Abell et al., 2008; Hikita et al., 2011). V liečbe CVS sa ukázali ako prospešné tiež tricyklické antidepresíva (Etruk et al., 2010; Praksh et Cloude, 1999). V profylaxii sa skúša Coenzym Q10 ako preparát stimulujúci mitochondriálnu aktivitu (Abell et al., 2008; Zaki et al., 2009).

Záver

Syndróm cyklického vracania nemá žiadny špecifický diagnostický test a diagnóza je možná iba na základe kliniky. Stereotypné ataky dlhotrvajúceho, zneschopňujúceho vracania s nekonštantne asociovanými bolesťami hlavy a bezpríznakové intervaly diagnózu uľahčujú a sú pre túto klinickú jednotku relatívne charakteristické podobne ako priebeh ťažkostí pri migréne. Diferenciálna diagnostika si vyžaduje vylúčenie závažnejších ochorení, ako je postihnutie GIT, expanzívny proces CNS. Hoci etiopatogenéza nie je plne vysvetlená, pravdepodobnosť s priebehom migrény odôvodňuje preventívnu liečbu a liečbu v ataku ako pri migréne. Problematika prevažuje v pediatrickej praxi. Výskyt v dospelosti sa u neu-

rológa objaví ako možná abdominálna migréna alebo abdominálna epilepsia.

Literatúra

1. Abell TI, Adams KA, Boles RG, Bousvaros A, Chong SKF, Fleisher DR, Hasler WL, Hyman PE. Cyclic vomiting syndrome in adults. *Neurogastroenterology-motility* 2008; 4: 269–284.
2. Boles RG, Williams JC. Mitochondrial disease and cyclic vomiting syndrome. *Digestive disease and Sciences* 1999; (Supplement 8): 103–107.
3. Ertruk O, Uluduz D, Karaali-Savrun F. Efficacy of nebulol and amitriptyline in the prophylaxis of cyclic vomiting syndrome. A case report. *Neurologist* 2010; 16: 313–314.
4. Fleisher DR, Matar M. The cyclic vomiting syndrome: A report of 71 cases and literature review. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 1993; 17: 361–369.
5. Hejazi RA, Lavenbarg TH, Pasnoor M, Dimachkiem M, Foran P, Herbelin L, McCallum RW. Autonomic nerve function in adult patients with cyclic vomiting syndrome. *Neurogastroenterol. Motil* 2011; 23: 439–443.
6. Hikita T, Kodama H, Kaneko S, Amakata K, Ogita K, Mocizok D, Kaga F, Nakamoto N, Fujii Y, Kikuchi A. Sumatriptan as a treatment for cyclic vomiting syndrome. A clinical trial. *Cephalalgia* 2011; 4: 504–507.
7. Li Buk, Amurray RD, Heitlinger LA, Robbins JL, Haues JR. Is cyclic vomiting related to migraine? *The Journal of pediatrics* 1999; 134: 567–572.
8. Lindley Keith J, Andrews, Paul L. Pathogenesis and treatment of cyclical vomiting. *Journal of Pediatrics Gastroenterology and Nutrition* 2005; (Suppl 1): 38–40.
9. Namin F, Patel J, Lin Y, Sarosiek I, Foran P, Esmaelli P, McCallum R. Clinical, psychiatric and manometric profile of cyclic vomiting syndrome in adults and response to tricyclic therapy. *Neurogastroenterol Motil* 2007; 19: 196–202.
10. Prakash C, Clouse RE. Cyclic vomiting syndrome in adults. Clinical features and response to tricyclic antidepressant. *Am.J. Gastroenterol* 1999; 94: 2855–2860.
11. Ravelli AM. Cyclic vomiting syndrome: new clues for an old disease. *Gastroenterology International* 2001, 14: 65–72.
12. Tack J, Nicholas J, Talley J, Camilleri M, Holtmann G, Pinjin HU, Malgela J, Stanghellini V. Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology* 2006; 130: 1466–1479.
13. Zaki EA, Freilinger T, Klopstock T, Bladwin EE, Heisner KRU, Adams K, Dichgans M, Wagler S, Boles RG. Two common mitochondrial DNA polymorphisms are highly associated with migraine and cyclic vomiting syndrome. *Cephalalgia* 2009, 7: 719–728.

Článek doručen redakci: 5. 9. 2013
Článek přijat k publikaci: 22. 11. 2013

MUDr. Ivan Buran, CSc.

Neurologická ambulance
Železničná nemocnica a poliklinika
Novapharm, s. r. o., Bratislava
Šancová 10, 832 00 Bratislava
burancsc@gmail.t-com.sk