

Ενδιαφέρουσα περίπτωση

Case report

Σύνδρομο Cotard: Παρουσίαση περιστατικού και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Ν.Π. Μοσχόπουλος, Σ. Καπρίνης, Ι. Νηματούδης

Γ' Ψυχιατρική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Ψυχιατρική 2016, 27:296–302

Σύνδρομο Cotard ονομάζεται ένα σύνολο συμπτωμάτων, όπου προεξάρχουν οι υποχονδριακές και μηδενιστικές παραληρηματικές ιδέες, με χαρακτηριστικότερες τις παραληρηματικές ιδέες «είμαι νεκρός» και «τα όργανά μου δεν υπάρχουν». Επίσης, περιγράφονται αγχώδης και καταθλιπτική διάθεση, ιδέες ενοχής-τιμωρίας, δαιμονικής κατοχής και αθανασίας, αυτοκτονική και αυτοακρωτηριαστική συμπεριφορά. Η πρώτη περιγραφή του συνδρόμου έγινε από τον Cotard το 1880, σε διάλεξή του όπου παρουσίασε το κλινικό περιστατικό μιας ασθενούς του. Ο ίδιος το ονόμασε αρχικά «υποχονδριακό παραλήρημα» και κάποια χρόνια αργότερα «παραλήρημα των αρνήσεων», ενώ μετά τον θάνατό του έλαβε το όνομα «παραλήρημα Cotard». Στη διεθνή βιβλιογραφία επικράτησαν οι όροι «μηδενιστικό παραλήρημα» και «σύνδρομο Cotard», αντί των όρων «παραλήρημα των αρνήσεων» και «παραλήρημα Cotard». Στο παρόν κείμενο παρουσιάζεται η περίπτωση μιας κυρίας 59 ετών, που νοσηλεύτηκε στην κλινική μας μετά από απόπειρα αυτοκτονίας, η οποία εμφάνιζε επί δύο έτη περίπου συμπτώματα συνδρόμου Cotard, δηλαδή καταθλιπτική διάθεση, ιδέες παραληρηματικές, υποχονδριακές, μηδενιστικές, αθανασίας, ενοχής-τιμωρίας, αυτοκτονικό ιδεασμό, αλλά και έντονη ψυχοκινητική επιβράδυνση, υποβουλησία και κλινοφιλία. Δεν έλαβε ποτέ τη φαρμακευτική αγωγή που της είχε χορηγηθεί, ενώ ενίοτε αρνιόταν και τη σίτιση. Κατά τη νοσηλεία της στην κλινική μας έγινε πλήρης εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος, που ανέδειξε χρόνιες ισχαιμικές αλλοιώσεις, περικοιλιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια και διάχυτη εγκεφαλική ατροφία στην MRI εγκεφάλου, ενώ όλα τα υπόλοιπα ευρήματα ήταν φυσιολογικά. Τέθηκε σε αγωγή με αλοπεριδόλη, μιρταζαπίνη και βενλαφαζίνη, σταδιακά βελτιώθηκαν η ψυχοκινητικότητα, η τάση για ενέργεια και η διάθεσή της, δεν εξέφραζε αυτοκτονικό ιδεασμό, οι παραληρηματικές ιδέες υφέθηκαν σε ένταση και μπορούσε πλέον να τις αμφισβητεί. Εξήλθε σε βελτιωμένη κλινική εικόνα, μετά από νοσηλεία 44 ημερών. Το σύνδρομο Cotard δεν περιλαμβάνεται στα σύγχρονα ταξινομικά συστήματα (ICD-10, DSM-5). Στη βιβλιογραφία όμως έχει διαιρεθεί σε τρεις τύπους, ανάλογα με την κλινική εικόνα: ψυχωτική κατάθλιψη, Cotard τύπου I και Cotard τύπου II, ενώ έχουν προταθεί τρία στάδια εξέλιξής του: στάδιο επώασης, στάδιο έξαρσης και στάδιο χρονιότητας. Έχει συνδεθεί με ποικίλες ιατρικές καταστάσεις, όπως έμφρακτα του εγκεφάλου, μετωποκροταφική ατροφία, επιληψία, εγκεφαλίτιδα, όγκοι του εγκεφάλου, κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Επίσης, έχει συσχετιστεί με ψυχιατρικές καταστάσεις, όπως νοητική υστέρηση, επιλόχεια κα-

τάθλιψη, διαταραχή αποπροσωποποίησης, κατατονία, σύνδρομο Cargras, σύνδρομο Fregoli, σύνδρομο Οδυσσέα, σύνδρομο Κογο. Έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία αρκετές περιπτώσεις επιτυχημένης φαρμακευτικής θεραπείας, είτε μονοθεραπείας με κάποιο αντικαταθλιπτικό, αντιψυχωτικό ή λίθιο είτε θεραπείας συνδυασμού αντικαταθλιπτικού με αντιψυχωτικό. Πιο συχνά αναφέρεται η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ΗΣΘ) ως αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση του συνδρόμου Cotard, η εφαρμογή της οποίας θα πρέπει να ακολουθεί τις πρόσφατες θεραπευτικές οδηγίες των υποκείμενων καταστάσεων.

Λέξεις ευρητηρίου: Σύνδρομο Cotard, υποχονδριακό παραλήρημα, μηδενιστικό παραλήρημα.

Ιστορικά στοιχεία

Το σύνδρομο Cotard πήρε το όνομά του από τον Γάλλο νευρολόγο-ψυχίατρο Jules Cotard (1840–1889), ο οποίος το 1880 παρουσίασε σε διάλεξή του την περίπτωση μιας γυναίκας 43 ετών:¹

«Η δεσποινίδα Χ ισχυρίστηκε ότι δεν είχε εγκέφαλο, ούτε νεύρα, ούτε θώρακα, ούτε στομάχι, ούτε έντερα. Το μόνο που είχε ήταν το δέρμα και τα κόκαλα του αποδιοργανωμένου σώματός της (δικά της λόγια). Αυτή η παραληρηματική ιδέα άρνησης φαίνεται να αναπτύχθηκε ως εξέλιξη παλαιότερων μεταφυσικών ιδεών πως η ψυχή της δεν υπάρχει, ούτε ο Θεός και ο διάβολος. Πίστευε ότι, εξαιτίας της κατάστασης του σώματός της, δεν είχε ανάγκη από τροφή, δεν μπορούσε να πεθάνει από φυσικό θάνατο και ο μόνος τρόπος να δοθεί ένα τέλος στην ύπαρξή της θα ήταν να καεί ζωντανή. Ως συνέπεια, η δεσποινίδα Χ διαρκώς ζητούσε να καεί ζωντανή και είχε όντως προσπαθήσει σε διάφορες περιπτώσεις να βάλει φωτιά στον εαυτό της...».

Αρχικά, ο Cotard χαρακτήρισε αυτήν την περίπτωση ως “*délire hypochondriaque*” (υποχονδριακό παραλήρημα), ενώ θεώρησε ότι ανήκει στην κατηγορία της “*lypemanie*” (λυπομανία), ένα είδος ψυχωτικής κατάθλιψης που είχε περιγράψει παλαιότερα ο Esquirol. Δύο χρόνια αργότερα εισήγαγε τον όρο “*délire des négations*”² (παραλήρημα των αρνήσεων*). Το 1893, μετά τον θάνατό του, προτάθηκε από τον Régis η ονομασία “*délire de Cotard*”³ (παραλήρημα του Cotard**).

* Επικράτησε η λιγότερο δόκιμη αγγλική μετάφραση “ *nihilistic delusion*” (μηδενιστικό παραλήρημα)

** Χρησιμοποιείται συχνότερα ο όρος “*Cotard’s syndrome*” (σύνδρομο Cotard)

Ο Cotard στην αρχική του διάλεξη συνέκρινε την περίπτωση της ασθενούς του με παλαιότερα περιστατικά. Παρατήρησε ακόμα ότι οι ασθενείς αυτοί που περιέγραφε, με παραληρηματικές ιδέες υποχονδριακού τύπου και αθανασίας, είχαν επίσης ιδέες αιώνιας κατάρας και δαιμονικής κατοχής, τα οποία είναι χαρακτηριστικά της λεγόμενης «δαιμονομανίας» και του θρησκευτικού παραληρήματος. Έκανε μάλιστα αναφορά και στον μεσαιωνικό μύθο του περιπλανώμενου Ιουδαίου. Ο τελευταίος, σύμφωνα με τον μύθο, προσέβαλε τον Χριστό καθώς πορευόταν προς τη σταύρωση. Ο Θεός τότε τον καταράστηκε να περιπλανιέται ανά τον κόσμο αιωνίως, χωρίς να μπορεί να πεθάνει, μέχρι τη Δευτέρα Παρουσία.

Επιπλέον, υποστήριξε ότι αυτές οι περιπτώσεις συνδέονταν στενά με την αγχώδη μελαγχολία και όχι με τα παραληρήματα δίωξης ή άλλες καταστάσεις. Οι ιδέες αθανασίας, σύμφωνα με τον ίδιο, θα έπρεπε να θεωρηθούν παράδοξο υποχονδριακό σύμπτωμα, καθώς δεν συνοδεύονταν από αίσθημα μεγαλείου όπως στη μανία, αλλά από καταθλιπτικό συναίσθημα. Οι ασθενείς επιθυμούσαν διαρκώς να απαλλαγούν από την ανυπόφορη γι’ αυτούς κατάσταση της αθανασίας.

Κλείνοντας την παρουσίασή του, ο Cotard πρότεινε κάποια κοινά κλινικά χαρακτηριστικά για το καινούργιο τότε σύνδρομο:

1. Άγχος και μελαγχολία.
2. Ιδέες ενοχής-τιμωρίας και (διαβολικής) κατοχής.
3. Αυτοκτονικές και αυτοακρωτηριαστικές τάσεις.
4. Αναλγησία (στον πόνο).
5. Υποχονδριακές παραληρηματικές ιδέες ανυπαρξίας ή καταστροφής οργάνων του σώματος, του ίδιου του σώματος, της ψυχής, του Θεού, κ.λπ.
6. Παραληρηματική ιδέα αθανασίας.

Παρουσίαση περιστατικού

Η κυρία Π., 59 ετών, νοικοκυρά, προσήλθε εκουσίως για νοσηλεία μετά από παρότρυνση της αδελφής της, λόγω πρόσφατης απόπειρας αυτοκτονίας. Κατά την εισαγωγή παρουσίαζε καταθλιπτικό συναίσθημα, έντονη ψυχοκινητική επιβράδυνση, υποβουλησία και κλινοφιλία, αποπροσωποποίηση, ιδέες παραληρηματικές, υποχονδριακές, μηδενιστικές, αθασίας, ενοχής-τιμωρίας. Ανέφερε αυτοκτονικό ιδεασμό, αλλά ήταν πεπεισμένη ότι δεν μπορούσε να πεθάνει μόνη της, παρά μόνο αν της το επέτρεπε ο Θεός. Παρουσίαζε διαύγεια συνείδησης, ήταν προσανατολισμένη σε χρόνο, χώρο και εαυτό, ενώ διαπιστώθηκε ήπια διαταραχή στην προσοχή και την πρόσφατη μνήμη.

Αναλυτικότερα, 40 ημέρες περίπου πριν από την εισαγωγή έφυγε από το σπίτι της. Περιπλανήθηκε για κάποιες ημέρες σε ερημικές τοποθεσίες κοντά στο χωριό όπου διέμενε, με σκοπό να πεθάνει από το κρύο και τις στερήσεις, είτε να τη σκοτώσει κάποιος ληστής ή άγριο ζώο. Αναζητήθηκε μετά από αίτημα των οικείων της από την αστυνομία και την πυροσβεστική και βρέθηκε σε έναν στάβλο, φέροντας κρουπαγήματα και κάκωση αριστερού κάτω άκρου. Νοσηλεύτηκε για τέσσερις ημέρες σε παθολογική κλινική επαρχιακού νοσοκομείου, έπειτα για έναν μήνα σε ιδιωτική κλινική και στη συνέχεια εισήχθη στην κλινική μας.

Όπως ανέφερε η ίδια, ήταν νεκρή εδώ και δύο χρόνια, «ζωντανή νεκρή» και απορούσε πώς συνέχιζε να κινείται και να μιλά. Ζητούσε επίμονα από τους θεράποντες ιατρούς να γράψουν την ιστορία της στα βιβλία τους, ως αξιοσημείωτη. Θεωρούσε ότι πέθανε μετά την κατάποση ενός μεγάλου κομματιού κρέατος, το οποίο της απέφραξε τον λαιμό. Ανέφερε πως από τότε έπαψαν να υπάρχουν διάφορα όργανά της, όπως τα έντερα, το στομάχι, η καρδιά, τα μάτια, ο εγκέφαλος. Ακόμα κι όταν δεχόταν ότι μπορεί και να υπήρχαν κάποια από αυτά τα όργανα, υποστήριζε πως δεν λειτουργούσαν. Ενίοτε αρνιόταν τη σίτιση γιατί θεωρούσε πως δεν είχε ανάγκη, ενώ όταν έτρωγε αναρωτιόταν πού πήγαιναν τα φαγητά, αφού δεν είχε όργανα.

Ισχυριζόταν ότι τα πόδια της δεν ήταν «αυτά που βλέπαμε», τα αναγνώριζε ως ξένα ή μη πραγματι-

κά. Επειδή είχαν αλλάξει, όπως υποστήριζε, αυτό είχε επιπτώσεις σε όλο το σώμα και τα όργανά της. Σύμφωνα με τη ρεφλεξολογία, με την οποία είχε ασχοληθεί κάποτε, το κάθε μέρος του πέλματος αντιστοιχεί σε διαφορετική περιοχή του σώματος. Άρα, η εξαφάνιση ή αλλοίωση των ποδιών της είχε ως αποτέλεσμα την ανυπαρξία ή δυσλειτουργία των ματιών, του εγκεφάλου, της καρδιάς, των εντέρων της.

Είχε κάνει άλλες τρεις απόπειρες αυτοκτονίας τα τελευταία δύο χρόνια, η πρώτη φαρμακευτική, οι επόμενες με κατάποση χλωρίνης, απορρυπαντικών και άλλων ουσιών. Πίστευε ότι δεν ήταν δυνατόν να πεθάνει με δική της θέληση και πως θα μπορούσε να ανακουφιστεί μόνο αν αποφάσιζε ο Χριστός να πάρει την ψυχή της. Σκεφτόταν ότι αυτά που είχε πάθει ήταν κάποιας μορφής τιμωρία, γιατί παλιότερα δεν πίστευε αρκετά στον Χριστό και στην Παναγία. Ενίοτε, ο λόγος της είχε ποιητική χροιά. Ανέφερε χαρακτηριστικά πως ήταν «σαν ένα κουρέλι πεταμένο που θα έπρεπε να φθαρεί, αλλά δεν φθείρεται».

Το κληρονομικό ψυχιατρικό ιστορικό της ήταν ελεύθερο, ενώ από το ιατρικό ιστορικό αναφέρθηκε σακχαρώδης διαβήτης υπό αγωγή με δισκία. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της έγινε πλήρης αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος, έλεγχος θυρεοειδικών ορμονών και προλακτίνης, έλεγχος καρκινικών δεικτών και υπερηχογράφημα κοιλίας, που δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα. Έγινε MRI εγκεφάλου, που ανέδειξε στις T2 και FLAIR ακολουθίες περιοχές αυξημένου σήματος στον ακτινωτό στέφανο άμφω, οι οποίες δεν παρουσίαζαν παθολογικό εμπλουτισμό, εύρημα συμβατό με χρόνιες ισχαιμικές αλλοιώσεις, ενώ απεικονίστηκε επίσης περικολιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια και διάχυτη εγκεφαλική ατροφία. Διενεργήθηκε ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, το οποίο ήταν φυσιολογικό. Ο νευροψυχολογικός έλεγχος (γνωσιακή εξέταση του Addenbrooke, ACE-R) ήταν ενδεικτικός διαταραχών στην πρόσφατη μνήμη, τη γλώσσα, την ευφράδεια και τις οπτικοχωρικές ικανότητες (53/100), ενώ η δοκιμασία Raven ήταν ενδεικτική μέσης ευφυΐας (20/60).

Κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων χρόνων είχε έρθει σε επαφή με ψυχίατρο μετά τις απόπειρες αυτοκτονίας, της συνταγογραφήθηκαν τρεις διαφορετικές αγωγές με ντουλοξετίνη, σερατραλίνη,

μιρταζαπίνη και κουετιαπίνη, τις οποίες όμως δεν έλαβε ποτέ σύμφωνα με την αδελφή της, καθώς ήταν πεπεισμένη ότι η κατάσταση της δεν θα μπορούσε να βελτιωθεί με φάρμακα. Επίσης, δεν έλαβε φαρμακευτική αγωγή κατά τη νοσηλεία της στην ιδιωτική κλινική. Στην κλινική μας τέθηκε σε αγωγή με αλοπεριδόλη ως 10 mg ημερησίως, βιπεριδίνη ως 4 mg ημερησίως, μιρταζαπίνη ως 45 mg ημερησίως και σε δεύτερο χρόνο προστέθηκε βενλαφαξίνη ως 150 mg ημερησίως. Μετά από 44 ημέρες νοσηλείας παρουσίασε σημαντική κλινική βελτίωση. Συγκεκριμένα, βελτιώθηκε η ψυχοκινητικότητα, η τάση για ενέργεια και η διάθεσή της. Δεν εξέφραζε πλέον αυτοκτονικό ιδεασμό, σιτιζόταν και κοιμόταν φυσιολογικά. Οι παραληρηματικές ιδέες υφέθηκαν σε ένταση και είχε πλέον τη δυνατότητα να τις αμφισβητεί, αλλά δεν εξαλείφθηκαν.

Συζήτηση

Περιστατικά του συνδρόμου Cotard συναντώνται σπάνια σήμερα. Αυτό συμβαίνει πιθανότατα λόγω της αποτελεσματικότητας των σύγχρονων φαρμάκων στην αντιμετώπιση των ψυχωτικών και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αλλά και εξαιτίας του μικρότερου αριθμού παραμελημένων και ιδρυματοποιημένων ασθενών.⁴

Ο όρος «σύνδρομο Cotard»⁵ δεν υπάρχει στα σύγχρονα ταξινομικά συστήματα (ICD-10, DSM-5). Το 1995, οι Berrios & Luque⁶ παρουσίασαν μια ανασκόπηση αναφοράς για το συγκεκριμένο σύνδρομο. Μετά από στατιστική ανάλυση 100 περιπτώσεων από τη βιβλιογραφία (exploratory factor analysis), κατέληξαν να ξεχωρίσουν τρεις διαφορετικούς τύπους: την ψυχωτική κατάθλιψη, το Cotard τύπου I και το Cotard τύπου II. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 52 έτη, ενώ δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη συμπτωματολογία μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Στην ψυχωτική κατάθλιψη επικρατούν τα μελαγχολικά συμπτώματα (κατάθλιψη, άγχος) και οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, ενώ οι παραληρηματικές ιδέες είναι του τύπου της ενοχής. Οι ασθενείς με Cotard τύπου I δεν παρουσιάζουν έντονη κατάθλιψη, αλλά κυρίως παραληρηματικές ιδέες (υποχονδριακές και μηδενιστικές). Πιθανώς αποτελούν το γνήσιο σύνδρομο Cotard, πιο κοντά στις ψυχωτικές παρά στις

συναισθηματικές διαταραχές. Οι ασθενείς με Cotard τύπου II παρουσιάζουν άγχος, ακουστικές ψευδαισθήσεις, παραληρηματικές ιδέες (αθανασίας και μηδενιστικές) και αυτοκτονική συμπεριφορά, αποτελώντας μια μικτή ομάδα. Το περιστατικό που παρουσιάστηκε ταξινομείται καλύτερα στο Cotard τύπου II, καθώς εμφάνιζε συμπτώματα τόσο καταθλιπτικά, όσο και παραληρηματικά.

Έχει υποστηριχθεί πως τα συμπτώματα του συνδρόμου αναπτύσσονται σταδιακά, ενώ οι Yamada et al⁷ πρότειναν τρία στάδια: το στάδιο επώασης, το στάδιο έξαρσης και το στάδιο χρονιότητας. Το αρχικό πρόδρομο στάδιο ή στάδιο επώασης χαρακτηρίζεται από υποχονδρίαση και κοιναισθητικό παραλήρημα. Το στάδιο της έξαρσης διακρίνεται από την πλήρη ανάπτυξη των μηδενιστικών παραληρηματικών ιδεών, ενώ το στάδιο χρονιότητας περιλαμβάνει τη χρόνια αλλαγή της διάθεσης και τη συστηματοποίηση των παραληρηματικών ιδεών. Το περιστατικό που παρουσιάστηκε μπορεί να καταταχθεί στο χρόνιο στάδιο του συνδρόμου.

Το σύνδρομο Cotard έχει συνδεθεί με ποικίλες ιατρικές καταστάσεις. Μεταξύ άλλων, έχει συσχετιστεί με τυφοειδή πυρετό,⁸ ερπητική⁹ και μη ερπητική¹⁰ εγκεφαλίτιδα, κροταφική επιληψία,^{11,12} λιμβικές επιληπτικές κρίσεις,¹² ημικρανία,¹³ εγκεφαλικά έμφρακτα,¹¹ όγκους του εγκεφάλου,¹⁴ αραχνοειδή κύστη,¹⁵ κρανιοεγκεφαλική κάκωση-εγκεφαλικό τραύμα,^{16-19,32} νόσος Parkinson,^{20,21} μετωποκροταφική ατροφία.⁵⁶

Από ψυχιατρικές καταστάσεις, το σύνδρομο Cotard έχει αναφερθεί σε ασθενείς με σοβαρή νοητική υστέρηση,²² επιλόχεια κατάθλιψη,²³ διαταραχή αποπροσωποποίησης,¹⁰ κατατονία,²⁴⁻²⁶ εκούσια ασιτία,²⁷ υδροφοβία,²⁸ λυκανθρωπία,²⁹ folie a deux,³⁰ σύνδρομο Cargras,³⁰⁻³⁴ σύνδρομο Fregoli,³⁵ σύνδρομο Οδυσσέα,³⁶ σύνδρομο koro.^{30,37}

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές αναφορές επιτυχημένης θεραπείας συνδρόμου Cotard. Μονοθεραπείες όπως αμιτριπτυλίνη,³⁸ αριπιπραζόλη,³⁹ ντουλοξετίνη,⁴⁰ φλουοξετίνη,¹⁰ ολανζαπίνη,^{18,41} σουλπιριδία³⁴ και λίθιο,^{38,42} έχουν αναφερθεί ως αποτελεσματικές. Συνήθως όμως περιγράφονται θεραπείες συνδυασμού, όπως κλομιπραμίνη/αμιτριπτυλίνη,³¹ αλοπεριδόλη/κλομιπραμίνη,⁴³ αλοπεριδόλη/μιρταζαπίνη,⁴⁴ ρισπεριδόνη/φλουοξετίνη,⁴⁵ ρισπεριδόνη/σερτραλίνη,⁴⁶ ρισπεριδόνη/σιταλοπρά-

μη,⁴⁷ αμισουλπρίδη/κλοζαπίνη,⁴⁸ κλοζαπίνη/φλουβοξαμίνη/ιμιπραμίνη,⁴⁹ κουετιαπίνη/ βενλαφαξίνη,⁵⁰ ολανζαπίνη/εσιταλοπράμη/λοραζεπάμη.⁵¹ Η πιο συχνά αναφερόμενη αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση του συνδρόμου Cotard είναι η ηλεκ-

τροσπασμοθεραπεία (ΗΣΘ).^{7,15,22,25,28,29,31,37,52-60} Η εφαρμογή της θα πρέπει να ακολουθεί τις πρόσφατες θεραπευτικές οδηγίες των υποκείμενων καταστάσεων, καθώς δεν υπάρχουν τυχαίοποιημένες μελέτες ειδικά για το σύνδρομο Cotard.

Cotard's syndrome: Case report and a brief review of literature

N.P. Moschopoulos, S. Kaprinis, J. Nimatoudis

3rd Department of Psychiatry, AHEPA Hospital, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

Psychiatriki 2016, 27:296-302

The term "Cotard's syndrome" is used to describe a number of clinical features, mostly hypochondriac and nihilistic delusions, the most characteristic of which are the ideas "I am dead" and "my internal organs do not exist". Besides, anxious and depressed mood, delusions of damnation, possession and immortality, suicidal and self-mutilating behavior are included. The first description of the syndrome was made in 1880 by Cotard, who presented the case of a female patient in a lecture. He originally named it "hypochondriac delusion", and some years later "delusion of negations", while it was named "Cotard delusion" after his death. In international literature, the terms "nihilistic delusion" and "Cotard's syndrome" prevailed over "delusion of negations" and "Cotard delusion". In the present study we report the case of a 59 year-old woman, who was admitted to our department after a suicide attempt, and who showed symptoms of Cotard's syndrome for about two years, namely depressed mood, hypochondriac and nihilistic delusions, delusions of immortality and damnation, suicidal ideation, severe psychomotor retardation, diminished motivation and tendency to stay in bed. She never took the medication she was prescribed, and at times she refused to eat. During her hospitalization, there was performed a full blood panel and medical imaging, that showed chronic ischemic infarctions, periventricular leukoencephalopathy and diffuse cerebral atrophy in MRI. All the other test results were normal. She was administered treatment with haloperidol, mirtazapine and venlafaxine. Gradually, her psychomotor ability, motivation and mood improved, she didn't express suicidal ideation, her delusions were less intense and she was able to question them, but they weren't eliminated. She was discharged in improved condition, after 44 days. Cotard's syndrome isn't mentioned in the current classification systems (ICD-10, DSM-5). In literature though, it has been divided into three types, according to the clinical symptoms: psychotic depression, Cotard type I, and Cotard type II, and three stages have been proposed: germination stage, blooming stage and chronic stage. It has been associated with various medical conditions, such as cerebral infarctions, frontotemporal atrophy, epilepsy, encephalitis, brain tumors, traumatic brain injury. Furthermore, it has been associated with psychiatric conditions, such as mental retardation, postpartum depression, depersonalization disorder, catatonia, Capgras syndrome, Fregoli syndrome, Odysseus syndrome, koro syndrome. Several reports about successful pharmacological treatments have been published, both monotherapies with antidepressants, antipsychotics or lithium, and by antidepressant and antipsychotic combination treatments. The most reported successful treatment strategy for Cotard's syndrome is electroconvulsive therapy (ECT), administration of which should follow current treatment guidelines of the underlying conditions.

Key words: Cotard's syndrome, hypochondriac delusion, nihilistic delusion.

Βιβλιογραφία

- Cotard J. Du délire hypocondriaque dans une forme grave de la mélancholie anxieuse. *Ann Med Psychol* 1880, 4:168–174
- Cotard J. Du délire des négations. *Arch Neurol* 1882, 4:282–428
- Régis E. Note historique et clinique sur le délire de négations. *Gaz Med Paris* 1893, 2:61–64
- Léger JM, Destruhaylt J, Blanchinet J, Peron A, Vallat JN. Peut-on parler de formes intermittentes du syndrome de Cotard? Rôle de la thérapeutique actuelle dans l'évolution de ce syndrome. *Ann Méd Psychol* 1969, 2:545
- Berrios GE, Luque R. Cotard's delusion or syndrome? A conceptual history. *Compr Psychiatry* 1995, 36:218–223
- Berrios GE, Luque R. Cotard's Syndrome: analysis of 100 cases. *Acta Psychiatr Scand* 1995, 91:185–188
- Yamada K, Katsuragi S, Fujii I. A case study of Cotard's syndrome: stages and diagnosis. *Acta Psychiatr Scand* 1999, 100:396–399, PMID:10563458
- Campbell S, Volow MR, Cavenar JO Jr. Cotard's syndrome and the psychiatric manifestations of typhoid fever. *Am J Psychiatry* 1981, 138:1377–1378, DOI: 10.1176/appi.neuropsych.11110329
- McKay R, Cipolotti L. Attributional style in a case of Cotard delusion. *Conscious Cogn* 2007, 16:349–359, doi:10.1016/j.concog.2006.06.001
- Ramirez-Bermudez J, Aguilar-Venegas LC, Crail-Melendez D, Espinola-Nadurille M, Nente F, Mendes MF. Cotard syndrome in neurological and psychiatric patients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2010, 22:409–416
- Drake ME Jr. Cotard's syndrome and temporal lobe epilepsy. *Psychiatr J Univ Ott* 1988, 13:36–39
- Greenberg DB, Hochberg FH, Murray GB. The theme of death in complex partial seizures. *Am J Psychiatry* 1984, 141:1587–1589. DOI:10.1176/ajp.141.12.1587
- Bhatia MS, Agrawal P, Malik SC. Cotard syndrome in migraine (a case report). *Indian J Med Sci* 1993, 47:152–153
- Bhatia MS. Cotard syndrome in parietal lobe tumor. *Indian Pediatr* 1993, 30:1019–1021
- Grover S, Aneja J, Singh A, Singla N. Use of electroconvulsive therapy in the presence of arachnoid cyst: A case report and review of existing literature. *J ECT* 2013, 29:e38–39
- Young AW, Robertson IH, Hellawell DJ, De Pauw KW, Pentland B. Cotard delusion after brain injury. *Psychol Med* 1992, 22:799–804, PMID:1410102
- Paulig M, Böttger S, Sommer M, Prosiegel M. Depersonalization syndrome after acquired brain damage. Overview based on 3 case reports and the literature and discussion of etiological models. *Nervenarzt* 1998, 69:1100–1106, PMID:9888147
- Butler PV. Diurnal variation in Cotard's syndrome (copresent with Capgras delusion) following traumatic brain injury. *Aust N Z J Psychiatry* 2000, 34:684–687, PMID:10954402
- Kudlur SN, George S, Jaimon M. An overview of the neurological correlates of Cotard syndrome. *Eur J Psychiatr* 2007, 21:99–116
- Cannas A, Spissu A, Floris GL, Congia S, Saddi MV, Melis M, et al. Bipolar affective disorder and Parkinson's disease: A rare, insidious and often unrecognized association. *Neurol Sci* 2002, 23(Suppl 2):S67–S68, DOI:10.1007/s100720200073
- Factor SA, Molho ES. Threatening auditory hallucinations and Cotard syndrome in Parkinson disease. *Clin Neuropharmacol* 2004, 27:205–207, PMID:15602098
- Kearns A. Cotard's syndrome in a mentally handicapped man. *Br J Psychiatry* 1987, 150:112–114
- Mendhekar DN, Gupta N. Recurrent postictal depression with Cotard delusion. *Indian J Pediatr* 2005, 72:529–531
- Simpson P, Kaul E, Quinn D. Cotard's syndrome with catatonia: A case presentation and discussion. *Psychosomatics* 2013, 54:196–199
- Cohen D, Cottias C, Basquin M. Cotard's syndrome in a 15-year-old girl. *Acta Psychiatr Scand* 1997, 95:164–165, DOI: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb00391.x
- Baeza I, Salvà J, Bernardo M. Cotard's syndrome in a young male bipolar patient. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000, 12:119–120
- Silva JA, Leong GB, Weinstock R, Gonzales CL. A case of Cotard's syndrome associated with self-starvation. *J Forensic Sci* 2000, 45:188–190, doi.org/10.1520/JFS14658J
- Nejad AG. Hydrophobia as a rare presentation of Cotard's syndrome: A case report. *Acta Psychiatr Scand* 2002, 106:156–158
- Nejad AG, Toofani K. Co-existence of lycanthropy and Cotard's syndrome in a single case. *Acta Psychiatr Scand* 2005, 111:250–252, DOI:10.1111/j.1600-0447.2004.00438.x
- Wolff G, McKenzie K. Capgras, Fregoli and Cotard's syndromes and Koro in folie à deux. *Br J Psychiatry* 1994, 106:842
- Enoch D, Trethowan W. Cotard's syndrome. In: *Uncommon Psychiatric Syndromes*. 3rd ed. Butterworth-Heinemann, Oxford, 1991:162–183
- Joseph AB. Cotard's syndrome in a patient with coexistent Capgras' syndrome, syndrome of subjective doubles, and palinopsia. *J Clin Psychiatry* 1986, 47(12):605–606 PubMed: 3782048
- Shiraishi H, Ito M, Hayashi H, Otani K. Sulpiride treatment of Cotard's syndrome in schizophrenia. *Prog NeuroPsychopharmacol Biol Psychiatry* 2004, 28:607–609, DOI:10.1016/j.pnpbp.2004.01.011
- Wright S, Young AW, Hellawell DJ. Sequential Cotard and Capgras delusions. *Br J Clin Psychol* 1993, 32:345–349
- Yalin Ş, Taş FV, Güvenir T. The coexistence of Capgras, Fregoli and Cotard's syndromes in an adolescent case. *Arch Neuropsychiatr* 2008, 45:149–151
- Shah R, Grover S, Krishna K, Singh D. Use of modified electroconvulsive therapy in a case of polymyositis presenting with delusion nihilism of proxy (Odysseus syndrome). *J ECT* 2011, 27:e32–e34
- Liebowitz MC, McGrath PJ, Bush SC. Mania occurring during treatment for depersonalisation: a report of two cases. *J Clin Psychiatry* 1980, 41:33–34
- Vaxevanis A, Vidalis A. Cotard's syndrome. A three case report. *Hippokratia* 2005, 9:41–44
- De Berardis D, Serroni N, Campanella D, Marasco V, Moschetta FS, Di Giannantonio M. A case of Cotard's syndrome successfully treated with aripiprazole monotherapy. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry* 2010, 37:1348
- Kozian R. Duloxetine bei Cotard Syndrom. *Psychiatr Prax* 2005, 32:412–413
- Jitsuiki H, Sasaki T, Wada K, Takaishi Y, Mifune Y. Two cases of senile mood disorders successfully treated with olanzapine. *Intl Clin Psychopharmacol* 2006, 24:A6
- Hafon O, Mouren-Simeoni MC, Dugas M. Le syndrome de Cotard chez l'adolescent. *Ann Med Psychol* 1985, 149:876–879
- Camarero M, Real V. Síndrome de Cotard en adolescente. *Psiquiatr Biolog* 1997, 4:213–214

44. Wani ZA, Khan AW, Baba AA, Khan HA, Wani QA, Taploo R. Cotard's syndrome and delayed diagnosis in Kashmir, India. *Int J Ment Health Syst* 2008, 2:1-4
45. Hashioka S, Monji A, Sasaki M, Yoshida I, Baba K, Tashiro N. A patient with Cotard syndrome who showed an improvement in single photon emission computed tomography findings after successful treatment with antidepressants. *Clin Neuropharmacol* 2002, 25:276-279
46. Debruyne H, Portzky M, Van den Eynde F, Audenaert K. Cotard's syndrome: a review. *Curr Psychiatr Rep* 2009, 11:197-202. PMID:19470281
47. Walloch JE, Klauwer C, Lanczik M, Brockington IF, Kornhuber J. Delusional denial of pregnancy as a special form of Cotard's syndrome. *Psychopathology* 2007, 40:61-64, DOI:10.1159/000096685
48. Madani Y, Sabbe BGC. Het Cotardsyndroom. Differentiële behandling volgens subclassificatie. *Tijdschr Psychiatr* 2007, 49:49-53
49. De Risio S, De Rossi G, Sarchiapone M, et al. A case of Cotard syndrome: 123I-IBZM SPECT imaging of striatal D2 receptor binding. *Psychiatry Res* 2004, 27:719-721
50. Chan JH, Chen CH, Robson D. Case report: effective treatment of Cotard's syndrome: quetiapine in combination with venlafaxine. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009, 63:125-126
51. Ruminjo A, Mekinulov B. A case report of Cotard's syndrome. *Psychiatry (Edgmont)* 2008, 5(6):28-29
52. Reif A, Murach WM, Pfuhlmann B. Delusional paralysis: an unusual variant of Cotard's syndrome. *Psychopathology* 2003, 36:218-220, DOI:72793
53. Hansen ES, Bolwig TG. Cotard syndrome: an important manifestation of melancholia. *Nord J Psychiatry* 1995, 36:218-223
54. Duggal HS, Jagadheesan K, Haque Nizamie S. Biological basis and staging of Cotard's syndrome. *Eur Psychiatr* 2002, 17:108-109
55. Chiu HFK. Cotard's syndrome in psychogeriatric patients in Hong Kong. *Gen Hosp Psychiatr* 1995, 17:54-55, PMID:7737497
56. Fazzari G, Benzoni O, Sangaletti A, et al. Improvement of cognition in a patient with Cotard's delusions and frontotemporal atrophy receiving electroconvulsive therapy (ECT) for depression. *Int Psychogeriatrics* 2009, 21:600-603, DOI:10.1017/S1041610209008990
57. Fillastre M, Fontaine A, Depecker L, Degiovanni A. Cinq cas de syndrome de Cotard de l'adolescent et de l'adulte jeune. *Encéphale* 1992, 18:65-66, PMID:1600908
58. Mahgoub NA, Hossain A. Cotard's syndrome and electroconvulsive therapy. *Psychiatr Serv* 2004, 55:1319, DOI:10.1176/appi.ps.55.11.1319
59. Caliyurt O, Vardar E, Tuglu C. Cotard's syndrome with schizophreniform disorder can be successfully treated with electroconvulsive therapy: case report. *Rev Psychiatr Neurosci* 2004, 29:138-141, PMID:PMC383346
60. Montgomery JH, Vasu D. The use of electroconvulsive therapy in atypical psychotic presentations: a case review. *Psychiatry (Edgmont)* 2007, 4(10):30-39, PMID:PMC2860524

Αλληλογραφία: Ν.Π. Μοσχόπουλος, Γ' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική
Κλινική ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
Τηλ: 2313-309 167
e-mail: moshopoulosn@gmail.com