

Zespół Aspergera – autyzm łagodny czy odrębna jednostka chorobowa?

Asperger syndrome – mild autism or independent disease?

Katarzyna Tolak², Adam J. Sybilski^{1,2}

¹Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych Wydział Nauki o Zdrowiu AM w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński

²Oddział Chorób Dziecięcych i Noworodkowych, CSK MSWiA w Warszawie

Ordynator: lek. med. Aleksandra Łagun

W międzynarodowym roku Hansa Aspergera, w stulecie jego urodzin, autorzy przedstawiają najnowsze poglądy na zespół Aspergera jako na odrębną jednostkę kliniczną. Opisane zostały epidemiologia, kryteria rozpoznania oraz postępowanie w przypadku podejrzenia tego zespołu.

Słowa kluczowe: zespół Aspergera, kryteria rozpoznania, postępowanie

In the 100th anniversary of the birth of Dr Hans Asperger, the discoverer of Asperger syndrome, a form of autism, authors present the recent point of view on that syndrome. They describe epidemiology, diagnostic criteria and management.

Key words: Asperger syndrome, diagnostic criteria, management

Pediatr Pol 2007; 82 (3): 233–238

© 2007 by Polskie Towarzystwo Pediatryczne

Minęły już sześćdziesiąt dwa lata od czasu gdy Hans Asperger (1906–1980, ryc.1), austriacki psychiatra i pediatra, dokonał opisu dzieci z zaburzeniem, które określił mianem „psychopatii autystycznej” [1–3]. Początkowo jego praca nie wzbudziła większego zainteresowania badaczy. Dopiero w latach osiemdziesiątych XX wieku zwrócono większą uwagę na opisywane przez niego zaburzenie, a zainteresowanie problemem stopniowo zaczęło rosnąć. Określenie

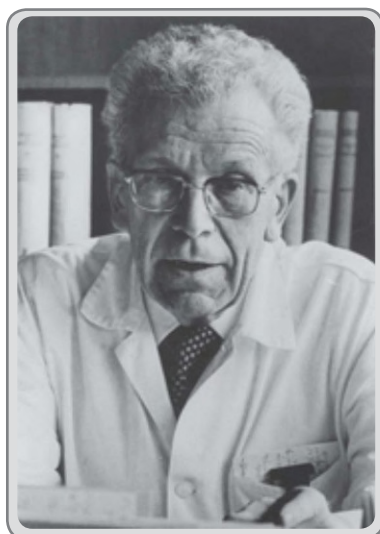
zespół (zaburzenie) Aspergera szybko przyjęło się w odniesieniu do pewnej grupy chorych, którzy prezentują zespół objawów podobnych do tych, które opisał Hans Asperger.

Na przestrzeni lat, w kręgach naukowych dyskutowano, czy zespół Aspergera jest osobnym zaburzeniem, czy też łagodną postacią autyzmu. Niektórzy postulowali, że stosowanie nazwy „zespół Aspergera” nie jest konieczne, a bardziej wskazane byłoby używać określeń „autyzm o wysokim poziomie funkcjonowania” lub „autyzm łagodny” jako synonimy zespołu Aspergera. Dziś nikt nie ma wątpliwości, że zespół ten może być odrębną jednostką kliniczną. The National Autistic Society, z okazji stulecia urodzin profesora, ogłosił rok 2006 rokiem Hansa Aspergera.

Wyznaczenie granicy między autyzmem o wysokim poziomie funkcjonowania a zespołem Aspergera jest bardzo trudne. Niekiedy zdarza się, że dzieci z rozpoznaniem w pierwszych latach życia autyzmem wczesnodziecięcym, pod wpływem odpowiedniej terapii i edukacji, prezentują w późniejszym okresie objawy wskazujące na zespół Aspergera [1, 4].

Czym jest zespół Aspergera?

Obecnie zespół Aspergera zalicza się do tzw. spektrum zaburzeń autystycznych, które obejmuje zakres od ciężkiego upośledzenia społecznego przebiegającego z ciężkim upośledzeniem umysłowym, poprzez autyzm wczesnodziecięcy z umiarkowanym upośle-



Ryc.1.

Hans Asperger

Fig.1.

• Hans Asperger

dzeniem umysłowym oraz zespół Aspergera ze zmiennym poziomem inteligencji do łagodnych zaburzeń interakcji społecznych [1–7].

Mimo zgodności, że zespół Aspergera powinien być traktowany jako odrębna jednostka kliniczna bardzo trudno określić kryteria diagnostyczne umożliwiające rozpoznanie tego zaburzenia. Zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób ICD-10 Światowej Organizacji Zdrowia zespół ten zaliczany jest do całościowych zaburzeń rozwojowych (PDD – *pervasive developmental disorders*) obok takich jednostek klinicznych jak autyzm wczesnodziecięcy czy zespół Retta. Proponowane kryteria diagnostyczne w systemie klasyfikacyjnym ICD-10 przedstawiono w tab. 1 [5–9].

W rozpoznaniu zespołu Aspergera mogą być także pomocne kryteria diagnostyczne zaproponowane przez CHRISTOPHERA GILLBERGA, który podzielił je na kryteria ogólne oraz szczegółowe (tab. 2 i 3) [1].

Próbując stworzyć definicje zespołu Aspergera można uznać, że jest to zaburzenie charakteryzujące się tego samego rodzaju upośledzeniem funkcji społecznych co autyzm, bardzo absorbującymi, ograniczonymi zainteresowaniami oraz stereotypowymi, powtarzanymi aktywnościami. Jednocześnie nie stwierdza się znaczącego opóźnienia w rozwoju mowy oraz upośledzenia funkcji poznawczych, co zasadniczo różni ten zespół od autyzmu. Poziom inteligencji zazwyczaj jest prawidłowy lub tylko nieznacznie obniżony [1–3, 5, 8, 9].

Rzeczywisty problem czy kazuistyka?

Dane odnośnie do częstości występowania zespołu Aspergera są bardzo rozbieżne. W piśmiennictwie można spotkać informacje o około 4–7 przypadkach

1. Upośledzenie społeczne (skrajny egocentryzm)

2. Wąskie zainteresowania

3. Powtarzające się codzienne zajęcia

4. Osobliwości mowy i języka

5. Zaburzenia w komunikacji niewerbalnej

6. Niezdarność ruchowa

Tabela 2.

Zespół Aspergera. Ogólne kryteria diagnostyczne wg Gillberg i Gillberg [1]

Table 2.

General diagnostic criteria of Asperger syndrome by Gillberg & Gillberg [1]

na 1000 dzieci w wieku 7–15 lat [2]. Szacuje się, że w Stanach Zjednoczonych kryteria tego zaburzenia spełnia jedno dziecko na 250–10 000, natomiast w badaniach przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii częstość określono na 0,84 na 1000 dzieci w wieku 2,5–6,5 lat [4, 10]. W ostatnich latach obserwuje się wzrost liczby osób z zespołem Aspergera. Trudno określić, czy jest to związane z rzeczywistym wzrostem częstości występowania tego zaburzenia, czy raczej ze zmianą kryteriów diagnostycznych i większą świadomością lekarzy. W badaniach przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii w latach 1988–2001 stwierdzono wyraźny wzrost częstości występowania autyzmu i innych zaburzeń z grupy PDD. Autorzy badania zwracają jednak uwagę na trudności w określeniu właściwej przyczyny takiego wzrostu [11].

Zespół Aspergera w większości dotyczy chłopców, ale i tu w piśmiennictwie są duże rozbieżności. Niektóre źródła podają, iż stosunek chłopców do dziewcząt wynosi 2:1–3:1, inne wskazują na wyraźną przewagę chłopców, określając powyższą proporcję na 4:1, a nawet 10:1 [2, 5].

F84.5 Zespół Aspergera

A. Brak istotnego klinicznie opóźnienia w zakresie języka mówionego i rozumienia języka lub rozwoju czynności poznawczych.

Rozpoznanie wymaga stwierdzenia, że wypowiedzanie pojedynczych słów było rozwinięte do drugiego roku życia lub wcześniej oraz że komunikatywne wyrażenia były w użyciu do trzeciego roku życia lub wcześniej. Umiejętność pomagania sobie, zachowania adaptacyjne i zaciekawienie środowiskiem w okresie pierwszych trzech lat było na poziomie odpowiadającym rozwojowi intelektualnemu. Jednak fazy rozwoju ruchowego mogą być nieco opóźnione i zwykle występuje ruchowa niezdarność (choć nie jest cechą diagnostyczną). Pojedyncze, szczególnie umiejętności, często związane z nieprawidłowym koncentrowaniem się na nich, występują pospolicie, choć nie są wymagane do rozpoznania.

B. Występują jakościowe nieprawidłowości w zakresie wzajemnych interakcji społecznych (kryteria autyzmu).

C. Pacjent przejawia niezwykle nasilone, wyizolowane zainteresowania albo ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności (kryteria jak dla autyzmu, jednak mniej celowe byłoby włączenie do nich manieryzmów ruchowych, albo koncentracji na cząstkowych lub niefunkcjonalnych elementach przedmiotów służących do zabawy).

D. Zaburzenia nie można traktować jako innej z postaci całościowych zaburzeń rozwojowych, prostej schizofrenii (F20.6), zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowego, F21), zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (F42.-), osobowości anankastycznej (F60.5), reaktywnego lub nieselektywnego zaburzenia przywiązania w dzieciństwie (F94.1 lub F94.2, odpowiednio).

Tabela 1.

Kryteria diagnostyczne zespołu Aspergera wg ICD-10 [7]

Table 1.

Diagnostic criteria of Asperger syndrome by ICD-10 [7]

1. Ciężkie upośledzenie wzajemnych interakcji społecznych (przynajmniej 2):

- a) Niezdolność do interakcji z rówieśnikami
- b) Brak chęci nawiązywania interakcji z rówieśnikami
- c) Brak rozumienia sygnałów społecznych
- d) Niewłaściwe społeczne i emocjonalne zachowania

2. Całkowicie pochłaniające wąskie zainteresowania (przynajmniej 1 z następujących):

- a) Wykluczenie innych działań
- b) Powtarzające się zaangażowanie w daną aktywność
- c) Więcej odtwarzania niż działań celowych

3. Narzucanie codziennych zajęć i zainteresowań (przynajmniej jedno z następujących):

- a) Sobie, w różnych aspektach życia
- b) Innym

4. Zaburzenia mowy i języka (przynajmniej trzy z następujących):

- a) Opóźniony rozwój
- b) Powierzchnie doskonały, ekspresyjny język
- c) Formalny, pedantyczny język
- d) Dziwna prozodia, osobliwe cechy głosu
- e) Upośledzenie rozumienia, obejmujące błędną interpretację znaczeń dosłownych i ukrytych

5. Zaburzenia komunikacji niewerbalnej (przynajmniej jedno z następujących):

- a) Ograniczona gestykulacja
- b) Niezdarna lub niezręczna mowa ciała
- c) Ograniczona mimika twarzy
- d) Niewłaściwa ekspresja
- e) Osobliwe, chłodne spojrzenie

6. Niezdarność ruchowa

Słabe wykonywanie zadań w czasie badań neurorozwojowych

Tabela 3.

Zespół Aspergera. Szczegółowe kryteria diagnostyczne wg Gillberg i Gillberg [1]

Table 3.

- Detailed diagnostic criteria of Asperger syndrome by Gillberg & Gillberg [1]

Rozpoznanie zespołu Aspergera – skąd tyle problemów?

Niestety, zespół Aspergera nadal rozpoznawany jest zbyt późno, a co za tym idzie zbyt późno wdrażana jest odpowiednia diagnostyka i terapia. W badaniach przeprowadzonych w Australii stwierdzono, że zespół Aspergera jest rozpoznawany średnio w czwartym i szóstym roku życia dziecka w zależności od regionu [12]. Dlaczego się tak dzieje? Być może dlatego, że dzieci z zaburzeniem Aspergera w przeciwieństwie do dzieci z autyzmem wczesnodziecięcym nie wykazują znaczącego opóźnienia w rozwoju mowy [1–3, 5, 8, 9]. Prezentowane przez nie dyskretne objawy w pierwszych miesiącach i latach życia mogą być niezauważone. Dzieci te zazwyczaj przed ukończeniem drugiego roku życia używają pojedynczych słów, przed ukończeniem trzeciego roku życia budują proste zdania, a w piątym roku życia zwykle mówią już płynnie [1, 2]. Nie oznacza to jednak, że sposób wypowiedzania się tych dzieci nie odbiega od sposobu wypowiedzania się ich zdrowych, prawidłowo rozwijających się rówieśników. Mowa i język dzieci z zespołem Aspergera przypomina sposób wyrażania się osób dorosłych, jest pedantyczna i formalistyczna ze skłonnością do dosłownych interpretacji. Stwierdza się liczne nieprawidłowości, takie jak echolalie,

odwracanie zaimków (np. mówienie o sobie w drugiej osobie), neologizmy. Dziecko może być milczące, małowmowne lub wręcz przeciwnie może mówić bardzo dużo, przy czym liczba wypowiedzanych słów może ulegać zmianie w zależności od stanu emocjonalnego. U części rozpoznaje się mutyzm, który może być zarówno całkowity jak i częściowy. W części przypadków uwagę zwraca powtarzanie zadawanych pytań. Mowa dziecka z zespołem Aspergera może być kierowana nie do odbiorcy ale w pustą przestrzeń [1, 2, 5].

Co powinno zwrócić uwagę lekarza?

Jak już wspomniano podstawowym objawem u dzieci z zespołem Aspergera, podobnie jak u dzieci z autyzmem, są trudności w kontaktach z innymi ludźmi. To co można łatwo zauważyć to brak kontaktu wzrokowego. Dziecko z zespołem Aspergera nie zwraca uwagi na otaczający go świat. Niemowlę nie nawiązuje kontaktu wzrokowego ze swoimi rodzicami, a starsze dziecko podczas rozmowy błędzi oczami obok rozmówcy, co stwarza wrażenie jakby patrzyło ono w pustą przestrzeń. Niekiedy może być sytuacja odmienna i dziecko podczas rozmowy nieprzerwanie wpatruje się w twarz rozmówcy, co może wprawiać go w zakłopotanie [1].

Dziecko z zespołem Aspergera wydaje się być zupełnie nieobecne, zajęte swoim światem. Bywa ono pochłonięte stereotypowymi czynnościami, jak rytmiczne kołysanie się, stukanie czy porządkowanie zabawek. Może układać klocki w rzędy zgodnie z ich kolorem, kształtem lub wielkością zamiast budować z nich obiekty. Czynności te są dla tych dzieci tak bardzo absorbujące, iż trudno je od nich oderwać. Hans Asperger podaje przykład siedmioletniego chłopca, u którego wystąpiły poważne zaburzenia odżywiania, ponieważ wpatrywał się on w oka tłuszczu na zupie, dmuchał na nie obserwując, jak się poruszają, zamiast jeść [1, 3, 4].

Mimika twarzy oraz używane gesty u dzieci z zaburzeniem Aspergera są wyraźnie zubożałe. Pozbawione są one zdolności widzenia podtekstów, interpretacji gestów oraz całej sfery niewerbalnej. Zdolność rozumienia mimiki twarzy, gestów, tonu głosu jest wyraźnie zaburzona. Dzieci te wykazują brak zainteresowania uczuciami innych oraz brak chęci do zadowalania innych. Nie rozumieją przy tym gestów niezadowolenia, takich jak kręcenie głową. Słowa interpretują dosłownie nie zauważając ich podtekstu.

Emocjonalność tych dzieci jest wyraźnie zaburzona. Stąd wynika fakt, że mogą one ranić inne osoby, czy to fizycznie, czy psychicznie, nie zdając sobie z tego sprawy. Hans Asperger opisuje siedmioletniego chłopca, który powiedział kiedyś do matki: „Mamo, pewnego dnia wezmę nóż i wbiję ci go w serce, wtedy krew wytryśnie, a to wywoła wielkie poruszenie”. Słowa te nie wynikają bynajmniej ze skłonności do sadyzmu tych dzieci, a raczej z obsesyjnego zainteresowania pewnymi zjawiskami (w tym przypadku z jaką siłą może płynąć krew).

Przy tych wszystkich cechach dzieci z zespołem Aspergera bardzo źle znoszą rozłąkę z rodzicami i domem. Całymi dniami mogą płakać i znacznie trudniej oswajają się z nową sytuacją niż dzieci zdrowe.

Wszystkie zaburzenia obserwowane u dzieci z zespołem Aspergera sprawiają, że mają one duże trudności w nawiązywaniu bliższych znajomości i przyjaźni, a osoby dorosłe są najczęściej samotne. Niemniej jednak na pewnych płaszczyznach mogą one niekiedy osiągać sukcesy. Wynika to ze szczególnych, bardzo sprecyzowanych i wąskich zainteresowań spotykanych u części osób z zaburzeniem Aspergera. Niekiedy przyjmują one formę obsesji przysłaniając pozostałe sfery życia. Dzieci mogą przejawiać zdolność zapamiętywania dużej ilości informacji z interesującej je dziedziny, niekiedy są to wyjątkowe zdolności matematyczne czy informatyczne. Część dzieci pochłonięta jest kolekcjonowaniem, układaniem rzeczy czy zbieraniem informacji dotyczących jakiejś dziedziny.

Osoby z zespołem Aspergera bardzo źle znoszą wszelkie zmiany i nowości. Często wywołują one silną frustrację czy wręcz zachowania agresywne. Najlepiej czują się one w środowisku uporządkowanym, z ustalonymi schematami.

Z innych odchyleń, jakie można zaobserwować u osób z zespołem Aspergera, należy wspomnieć o zaburzeniach w odbiorze bodźców słuchowych, wzrokowych, smakowych, zapachowych oraz uczucia bólu i temperatury. Stwierdza się zarówno nadwrażliwość na powyższe bodźce, jak i zmniejszone ich odczuwanie, przy czym te same bodźce u danej osoby w różnych sytuacjach mogą być różnie odbierane. Często stwierdza się nadwrażliwość na dźwięki. Zmieniony odbiór bodźców smakowych może doprowadzić do nietypowych preferencji kulinarnych, np. szczególne upodobanie do pokarmów bardzo kwaśnych czy pikantnych. Ze względu na zmienione czucie problemem dla dziecka może być spacer po trawie na bosaka, pot na skórze czy dotknięcie aksamitu. Znacznym zmianom może ulegać uczucie bólu, przy czym spotyka się zarówno nadwrażliwość na ból, jak i zmniejszone odczuwanie bólu.

Co zwraca uwagę w badaniu przedmiotowym u dziecka z zespołem Aspergera? Często obserwuje się zaburzenia koordynacji ruchowej. Objawia się to niezdarnością fizyczną, sztywnym chodem czy zaburzeniami równowagi. Zdolność pisania oraz rysowania jest wyraźnie zaburzona. W części przypadków obserwuje się wiotkość stawów [1, 2, 5, 13].

TEITELBAUM i wsp. [14] zwrócili uwagę na pewne szczególne cechy i zaburzone wzorce zachowań, które można zaobserwować u niemowląt, a które mogą być wczesnym objawem zespołu Aspergera. Sugerują oni, iż wnikliwie badanie tych dzieci może ujawnić brak pewnych zachowań lub utrzymywanie się odruchów niewłaściwych dla wieku. Znajomość tych nieprawidłowości może ułatwić rozpoznanie zespołu Aspergera już u dzieci najmłodszych. Autorzy zwracają uwagę na charakterystyczny wygląd ust u dzieci z autyzmem i zespołem Aspergera określane mianem ust Moebiusa. Wargę dolną jest płaska, podczas gdy warga górna pozostaje „namiotowato” uniesiona ku górze. Charakterystyczny wygląd ust może nie być dostrzegalny, gdy dziecko się uśmiecha. Autorzy pracy zwracają także uwagę na utrzymującą się asymetrię w ułożeniu niemowlęcia, czy na pewną asymetrię ruchów, jaka może wystąpić. Niemowlę sięgając po zabawkę może wyciągać tylko jedną rękę, podczas gdy druga ręka leży nieruchomo. Autorzy ci zaobserwowali, że dzieci stawiające pierwsze kroki wielokrotnie upadały na prawą stronę, a podczas upadku zaburzone było obronne ustawienie ramion i jako pierwsza z podłogą stykała

się głowa dziecka. Z innych zaburzeń spotykanych u niemowląt autorzy wymieniają asymetrie ruchów podczas pełzania czy opóźnione siadanie. Jako szybki i prosty test screeningowy do wyłonienia niemowląt z grupy ryzyka autyzmu i zespołu Aspergera proponują oni test przechylania. Powinien on być rutynowo wykonywany u niemowlęcia w szóstym miesiącu życia, jeżeli w rodzinie są przypadki autyzmu lub zespołu Aspergera. Zasada testu jest następująca: opiekun lub lekarz unosi niemowlę chwytając je za talię, następnie powoli przechyla je o 45° w lewą stronę, po czym ponownie ustawia w linii pionowej. Ta sama czynność jest powtarzana w odniesieniu do strony prawej. Prawidłowo 6–8-miesięczne niemowlę podczas przechylania ciała na prawą lub lewą stronę utrzymuje głowę w linii pionowej. Jeżeli głowa pozostaje w jednej linii z resztą ciała i nie jest prostowana podczas przechylania, stanowi to sygnał, że niemowlę znajduje się w grupie ryzyka autyzmu i zespołu Aspergera.

Oprócz objawów samego zespołu Aspergera często mamy do czynienia z całą gamą innych zaburzeń, które mogą współistnieć z tym zespołem. Są to przede wszystkim schorzenia neuropsychiatryczne. Opisywano też przypadki zespołu Aspergera w powiązaniu z aminoacydurią czy z zespołem Tourette'a. Znacznie częściej niż w populacji ogólnej spotyka się padaczkę. Często zespół Aspergera współlistnieje także z chorobami psychicznymi, takimi jak: zaburzenia lękowe, depresja, mania, schizofrenia czy zaburzenia obsesyjno-kompulsywne. Wydaje się, iż depresja u osób z zespołem Aspergera ma ciężki przebieg, często z wyraźnie nasilonymi myślami i tendencjami samobójczymi. Możliwe jest, że znaczna część samobójstw popełniana jest przez osoby z depresją i nierozpoznanym zespołem Aspergera. Schizofrenia u osób z zespołem Aspergera występuje z częstością około 4% w porównaniu z 1% częstości występowania w populacji ogólnej [1, 2, 5, 15].

Spotykane w tej grupie chorych zaburzenia obsesyjno-kompulsywne mają nieco inny przebieg niż u osób bez tego zaburzenia. RUSSEL i wsp. [16] w przeprowadzonych badaniach wykazali, iż u osób z zespołem Aspergera częściej spotyka się kompulsje gromadzenia, dotykania, stukania czy samookaleczenia, natomiast u osób z typowym przebiegiem zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych bez zespołu Aspergera częściej występują natrętne myśli oraz kompulsje czystościowe, sprawdzania czy liczenia. Jednocześnie nasilenie objawów jest mniejsze w grupie osób z zaburzeniem Aspergera.

NIEMINEN-VON WENDT i wsp. [17] badali występowanie takich nieprawidłowości, jak upośledzenie rozpoznawania twarzy, zaburzenia czucia, snu i odżywiania.

Wykazali oni, iż powyższe odchylenia znacznie częściej występują u osób z zespołem Aspergera niż u osób niespełniających kryteriów tego zaburzenia. Częściej cierpią one też na bezsenność oraz prezentują różnorodne zaburzenia odżywiania, takie jak odmawianie spożywania pewnych rodzajów pokarmów, obsesyjne porządkowanie potraw na talerzu, przejadanie się czy całkowite odmawianie przyjmowania posiłków.

STEINER i wsp. [18] zwrócili natomiast uwagę na możliwość współwystępowania zespołu Aspergera i innych zaburzeń z kręgu PDD z zespołem łamliwego chromosomu X. Ważne, aby pamiętać o możliwości takiej koegzystencji i osoby z zespołem łamliwego chromosomu X badać w kierunku zaburzeń spektrum autystycznego.

Jakie powinno być postępowanie w przypadku podejrzenia zespołu Aspergera?

Niezbędna jest kompleksowa ocena psychologiczna obejmująca pomiar ilorazu inteligencji oraz ocenę profilu zdolności intelektualnych.

Niestety, nie ma badania, które umożliwiłoby pewne rozpoznanie zespołu Aspergera. Wykonywane w tej grupie dzieci takie badania jak EEG, tomografia komputerowa czy rezonans magnetyczny często wykazują odchylenia od normy, jednak są one niespecyficzne. Rola tych badań w diagnostyce i rozpoznawaniu zespołu Aspergera jest więc bardzo ograniczona.

Nieprawidłowości występujące w badaniach dodatkowych wskazują na uszkodzenia wielu struktur mózgu, które mogą leżeć u podłoża zespołu Aspergera. Sugerowano, iż rolę może odgrywać uszkodzenie prawej półkuli mózgu, ponieważ w zapisie EEG i TK częściej stwierdzano zmiany w jej zakresie. Wyniki jednak są niepewne i wymagają weryfikacji.

Znaczenie tomografii komputerowej w rozpoznawaniu zespołu Aspergera jest niewielkie. Umożliwia ona natomiast przeprowadzenie diagnostyki różnicowej i wykluczenie innych chorób neurologicznych. Stwierdzone odchylenia w obrazie tomograficznym są zmienne. Niekiedy ujawniają poszerzenie trzeciej komory mózgu oraz zmniejszenie jądra ogoniastego [5, 6].

Rola rezonansu magnetycznego w rozpoznawaniu zespołu Aspergera jest także ograniczona, a uzyskiwane wyniki niejednorodne. Niekiedy stwierdza się niedorozwój prawej kory skroniowo-potylicznej, powiększenie prawej bocznej komory mózgu czy zmniejszenie śródmózgowia i rdzenia przedłużonego [5–7]. SCHUMANN i wsp. [19] wykazali w badaniu MRI u dzieci z zaburzeniami autystycznymi zmiany w objętości ciała migdałowatego i hipokampa.

Pozytronowa tomografia emisyjna także uwidoczniła liczne zmiany, jednak i w tym badaniu są one nie-

specyficzne. Wykazano m.in. zaburzenia w metabolizmie glukozy w ostrodze, poduszce i wzgórzu [5].

Mimo zgodności większości badaczy, iż zespół Aspergera powinien być traktowany jako odrębna jednostka chorobowa, nie ma badania, które wykazałoby specyficzne zmiany dla tego zaburzenia. Wiedza, jaką posiadamy na temat zespołu Aspergera jest bardzo ograniczona i wymaga weryfikacji. Ważne, aby lekarze zdawali sobie sprawę z istnienia takiego zespołu i w razie jego podejrzenia właściwie pokierowali procesem diagnostycznym. Jak już wspomniano istotną rolę w rozpoznawaniu odgrywa kompleksowa ocena psychologiczna. Ze względu na współistnienie całej gamy zaburzeń psychiatrycznych niemniej ważne jest przeprowadzenie konsultacji psychiatrycznej. Dlatego też przy podejrzeniu zespołu Aspergera lekarz powinien skierować dziecko do psychiatry i psychologa pracujących w wyspecjalizowanych placówkach.

Pomocne zarówno dla lekarzy, jak i rodziców mogą być strony internetowe skupiające psychologów i lekarzy bezpośrednio związanych z problematyką zespołu Aspergera oraz rodziców chorych dzieci (np. www.niegrzecznedzieci.prv.pl).

W ostatnim czasie rozpoczęto również program badań dzieci z zespołem Aspergera pod kątem zmian czynnościowych i organicznych ośrodkowego układu nerwowego, co w przyszłości może pomóc w zrozumieniu problematyki tego zaburzenia oraz odpowiedzieć na wiele pytań, na które obecnie brak odpowiedzi.

Wczesne rozpoznanie, właściwa terapia oraz leczenie zaburzeń współistniejących może poprawić jakość życia chorych dzieci oraz ich rodzin.

PIŚMIENNICTWO

- Frith U. Autyzm i zespół Aspergera. Warszawa: PZWL; 2005. p. 7–249.
- Pistula E. Autyzm u dzieci diagnoza klasyfikacja etiologia. Warszawa: PWN; 2001. p. 26–28.
- Pearce JM. Kanner's infantile autism and Asperger's syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76: 205.
- Baskin JH, Sperber M, Price BH. Asperger syndrome revisited. *Rev Neurol Dis* 2006; 3: 1–7.
- Brasic JR. Pervasive developmental disorder: Asperger syndrome. 2006, April 10, www.e-medicine.com
- Chiu S. Pervasive developmental disorder. 2006, May 15, www.e-medicine.com
- Hilt RJ. Autistic spectrum disorders. 2006, April 25, www.e-medicine.com
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 1998. p. 133–138.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 2000. p. 209–214.
- Pistula E. Małe dziecko z autyzmem diagnoza i terapia. Gdańsk: GWP 2005. p. 19–20.
- Smeeth L, Cook C, Fombonne E, Heavey L, Rodrigues LC, Smith PG, i wsp. Rate of first recorded diagnosis of autism and other pervasive developmental disorders in United Kingdom general practice, 1988 to 2001. *BMC Med* 2004; 9: 2–39.
- Williams K, Glasson EJ, Wray J, Tuck M, Helmer M, Bower CI, i wsp. Incidence of autism spectrum disorders in children in two Australian states. *Med J Aust* 2005; 182: 108–111.
- Tani P, Lindberg N, Appelberg B, Nieminen-von Wendt T, von Wendt L, Porkka-Heiskanen T. Clinical neurological abnormalities in young adults with Asperger syndrome. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 60: 253–255.
- Teitelbaum O, Benton T, Shah PK, Prince A, Kelly JL, Teitelbaum P. Eshkol-Wachman movement notation in diagnosis: the early detection of Asperger's syndrome. *Proc Natl Acad Sci USA* 2004; 101: 11909–11914.
- Stewart ME, Barnard L, Pearson J, Hasan R, O'Brien G. Presentation of depression in autism and Asperger syndrome: a review. *Autism* 2006; 10:103–116.
- Russell AJ, Mataix-Cols D, Anson M, Murphy DGM. Obsessions and compulsions in Asperger syndrome and high-functioning autism. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 525–528.
- Nieminen-von Wendt T, Paavonen JE, Ylisaukko-Oja T, Sarenius S, Källman T, Järvelä I, i wsp. Subjective face reorganization difficulties, aberrant sensibility, sleeping disturbances and aberrant eating habits in families with Asperger syndrome. *BMC Psychiatry* 2005, 5: 20.
- Steiner CE, Guerreiro MM, Marques-de-Faria AP, Lopes-Cendes I. Laboratorial diagnosis of fragile-X syndrome: experience in a sample of individuals with pervasive developmental disorders. *Arq Neuro-psiquiatr* 2005; 63: 564–570.
- Schumann CM, Hanstra J, Goodlin-Jones BL, Lotspeich LJ, Kwon H, Buonocore MH, i wsp. The amygdala is enlarged in children but not adolescents with autism; the hippocampus is enlarged at all ages. *J. Neurosci.* 2004; 46: 444–447.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Adam J. Sybilski
 Oddział Chorób Dziecięcych i Noworodkowych
 CSK MSWiA w Warszawie
 ul. Wołoska 137
 02-507 Warszawa
 tel. (22) 508-12-21; fax. (22) 508-12-20
 e-mail: Adam.Sybilski@cskmswia.pl

Pracę nadesłano: 6.09.2006 r.