

Araknoid Kisti Olan Majör Depresyon Vakasında Elektrokonvülsif Tedavi Uygulaması

Feridun Bülbül¹, Bahadır Demir²,
İhsan Aksoy², Gökay Alpak¹,
Ahmet Ünal¹, Haluk Savaş³

¹Yard. Doç. Dr., ²Araşt. Gör., ³Prof. Dr.,
Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep - Türkiye



ÖZET

Araknoid kisti olan majör depresyon vakasında elektrokonvülsif tedavi uygulaması

Araknoid kist, erken fetal yaşamda araknoid membranın iki tabakasının birleşiminin gerçekleşmemesi sonucu oluşur ve bunu beyin omurilik sıvısı birikimi, kist oluşumu izler. Araknoid kistler kafa içi yer kaplayan lezyonların %1'ini oluşturur. Tanı, genelde genel tıbbi incelemeler sırasında konur. Epilepsi, artmış intrakranial basınç, nörolojik defisit, çocuklarda makrokranium ve gelişme geriliği, subdural hematoma neden olabilirler. İntrakraniyal yer kaplayan lezyonların varlığında elektrokonvülsif tedavi (EKT) uygulanırken dikkatli olunması tavsiye edilmektedir. EKT kafa içi basıncını artırarak, araknoid kisti olan hastalarda yan etkilerin oluşmasına neden olabilmektedir. Rüptüre olan araknoid kist, subdural efüzyon, subdural kanama ya da intrakistik kanama ile semptomatik hale gelebilir. Sunmakta olduğumuz bu olguya majör depresyon ve araknoid kist tanısı kondu. Medikal tedaviye yanıt vermeyen ve intihar düşüncesi olan hastaya EKT uygulandı. EKT ile hastanın şikayetleri tamamen düzeldi. Araknoid kistin boyutlarında herhangi bir büyüme veya komplikasyon görülmedi. Bu olguda, araknoid kist ile beraber EKT'nin başarılı bir şekilde uygulanması tartışıldı.

Anahtar kelimeler: Araknoid kist, EKT, majör depresyon

ABSTRACT

Electroconvulsive therapy in a major depression patient with arachnoid cyst

Arachnoid cyst develops when two layers of arachnoid membrane fail to unite in early fetal life causing cerebrospinal fluid accumulation and formation of a cyst. Arachnoid cysts constitute 1% of space occupying lesions in the brain. Diagnosis is made usually with regular medical examinations. They can cause epilepsy, increased intracranial pressure, neurological deficits, macrocranium and growth deficit in children, and subdural hematoma. It has been recommended to be careful when administering ECT to the patients with space occupying lesions. ECT can cause adverse effects in patients with arachnoid cyst by increasing intracranial pressure. Arachnoid cyst can rupture and give symptoms by causing subdural effusion, subdural hemorrhage or intracystic hemorrhage. In this case, we diagnosed major depression and arachnoid cyst. We administered ECT to the patient who had suicide ideation and was resistant to pharmacotherapy. Patient's complaints fully recovered with ECT. The size of arachnoid cyst didn't increase and we observed no complication. In this case, we aimed to show that ECT could be successfully administered to the patients with arachnoid cyst.

Key words: Arachnoid cyst, ECT, major depression

Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Yard. Doç. Dr. Feridun Bülbül
Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
27310 Şahinbey, Gaziantep - Türkiye

Telefon / Phone: +90-342-360-6060/76362

Faks / Fax: +90-342-360-3928

Elektronik posta adresi / E-mail address:
frdnblb@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
26 Eylül 2012 / September 26, 2012

Kabul tarihi / Date of acceptance:
8 Kasım 2012 / November 8, 2012

GİRİŞ

Araknoid kist, konjenital, travmatik ya da inflamatuvar nedenlere bağlı olarak görülebilir. Çoğu zaman gelişimsel kökenlidir. Erken fetal yaşamda araknoid membranın iki tabakasının birleşiminin gerçekleşmemesi sonucu oluşur ve bunu beyin omurilik sıvısı

birikimi, kist oluşumu izler (1). Araknoid kistler kafa içinde yer kaplayan lezyonların %1'ini oluşturur (2). En sık yerleşim yeri orta kraniyal fossadır (1). Beynin sol tarafında sağa göre iki kat daha fazla görülür (2-4). Tanı genelde, genel tıbbi incelemeler sırasında konur (2,3). Epilepsi, artmış intrakranial basınç, nörolojik defisit, çocuklarda makrokranium ve gelişme geriliği esas klinik

bulguları oluşturur (5). Bununla birlikte, subdural hematoma da araknoid kistlerin nadir komplikasyonlarından (5). Literatürde araknoid kist ve psikiyatrik bozuklukların birlikte görülmesi ile ilgili bilgiler, olgu bildirimleri şeklindeki yayınlara dayanmaktadır (1,6,7).

Araknoid kistlerin tedavisi tartışmalıdır. Cerrahi tedavinin komplikasyonları göz önüne alınarak, asemptomatik olgulara konservatif yaklaşım ön planda tutulmaktadır. Nörolojik etkiler oluşturan ve büyüyen kistlerde ya da kanama veya higroma ile semptomatik hale gelen olgularda ise araknoid kiste yönelik cerrahi girişim yapılması önerilmektedir (8).

Bu olgu sunumunda, sol temporal yerleşimli, 33x17mm boyutlarında, çevre dokuya bası yapmayan ve nörolojik belirti oluşturmeyen araknoid kist saptanan ve majör depresyon nedeniyle başarılı bir şekilde EKT uygulanan bir olguyu sunmayı planladık.

OLGU

E.Y. 69 yaşında, okur-yazar olmayan, evli, 6 çocuklu, ev hanımı, kadın hastaydı. Sıkıntı hissi, moral bozukluğu ve karın ağrısı şikayetleriyle polikliniğimize başvurmuştu. Hikayesinde, son 2 aydır uykuya dalmakta güçlük, sabah erken uyanma, gün boyu süren moral bozukluğu ve tüm etkinliklere ilgide belirgin azalma, karın ağrısı, yaygın vücut ağrısı, iştahsızlık ve kilo kaybı saptandı. Karamsarlık, suçluluk ve özkıyım düşünceleri mevcuttu. Psikososyal stres etmeni tariflemiyordu. Hasta, 2 aydır paroksetin 40 mg/gün kullandığını ve tedaviden herhangi bir fayda görmediğini belirtiyordu. Hastanın psikiyatrik özgeçmişinde, son 8 yılda geçirilmiş 3 depresif döneminin olduğu, bu dönemlerinde paroksetin kullanımıyla tamamen düzeldiği saptandı. Tıbbi öz geçmişinde, 40 yıl önce kolesistektomi operasyonu geçirdiği öğrenildi. Soygeçmişinde herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü saptanmadı.

Ruhsal durum muayenesinde; yaşından büyük gösteriyordu, görünümü sosyoekonomik düzeyi ile uyumluydu ve öz bakımı azalmıştı. Mizacı depresif, duygulanımı anksiyözdü. Konuşma miktarı azalmıştı. Algı kusuru saptanmadı, psikotik belirti yoktu. Düşünce içeriğinde ölüm düşünceleri ve suçlulukla ilgili aşırı düşünsel uğraşları vardı. Yönelimi tamdı, dikkatini odaklama ve

sürdürmede güçlük çekiyordu. Uykusu azalmış olup, enerji ve psikomotor aktivitesi yavaşlamıştı. Soyut düşünme ve hesaplama yetileri hastanın yaşı ve eğitim seviyesine göre normal sınırlar içindeydi. Yargılama ve iç görüşü tamdı.

Rutin biyokimya, hemogram, sedimentasyon, tiroid fonksiyon testleri, vitamin B12 ve folik asit, kan amonyak düzeyi ve yapılan sistemik muayenesi normaldi. Hastaya majör depresyon tanısı kondu. Yatışında uygulanan Hamilton Depresyon Ölçeği puanı (Ham-D) 31 ve Klinik Global İzlenim şiddet (KGI-Ş) maddesi puanı 7 olarak tespit edildi. Tedavide venlafaksin 75 mg/gün, alprazolam 1.5 mg/gün başlandı. Venlafaksin dozu kademeli olarak artırılarak, yatışının 2. haftasında 150mg/gün'e çıkarıldı. Devam eden özkıyım düşünceleri nedeniyle venlafaksin dozu 225 mg/gün'e çıkarıldı ve elektrokonvülsif tedavi (EKT) yapılması planlandı. EKT öncesi yapılan rutin bilgisayarlı beyin tomografisinde (BBT), sol temporal yerleşimli, 33x17 mm boyutlarında, BOS dansitesinde kistik lezyon (araknoid kist) izlendi. Yapılan nörolojik muayenesinde ve istenen nöroloji konsültasyonunda kafa içi basıncını artıracak herhangi bir belirti saptanmadı. Kranial sinirlerin muayenesi doğal, derin tendon refleksi normoaktif, kas gücü bilateral alt ve üst ekstremitelerde 5/5 olarak değerlendirildi. Beyin cerrahisi konsültasyonu sonrası herhangi bir cerrahi girişim önerilmedi. Göz dibi muayenesi doğaldı. Radyoloji konsültasyonunda, araknoid kistin ventriküllerle ve BOS ile bağlantısının olmadığı belirtildi. Uygulanan paroksetin, venlafaksin ve alprazolam tedavisinden fayda görmeyen ve intihar düşünceleri devam eden hastaya EKT uygulanmasına karar verildi. EKT uygulanmadan önce Ham-D=28, KGI-Ş=6 olarak saptandı. Hasta ve yakınlarından aydınlatılmış onay formu alınarak, haftada 3 kez bilateral EKT başlandı. Her EKT seansı sonrasında bilinç, yönelim takibi ve nörolojik muayene yapıldı, herhangi bir komplikasyon saptanmadı. EKT'nin 2. seansından sonra hastanın özkıyım düşünceleri kalmadı, depresif şikayetlerinde düzelmeye başladı. EKT'nin 7. seansının ardından hastada konuşma, enerji ve psikomotor aktivite normal olarak değerlendirildi. Düşünce içeriğindeki ölüm düşünceleri ve suçlulukla ilgili aşırı düşünsel uğraşları ve somatik şikayetleri tamamen düzeldi. Otuz günlük tedavi

sonrasında Ham-D=3, KGI-Ş=1 olarak tespit edildi. Hasta, venlafaksin 225 mg/gün, alprazolam 0.75 mg/gün tedavisiyle taburcu edildi. Taburcu olmasının ardından yapılan BBT görüntülemesinde, araknoid kistin boyut ve özelliklerinde herhangi bir değişiklik olmadığı görüldü.

TARTIŞMA

Intrakraniyal kitlesi olan hastalara EKT uygulanırken dikkatli olunması tavsiye edilmektedir (9). EKT kafa içi basıncı artırarak, araknoid kisti olan hastalarda bazı yan etkilerin oluşmasına neden olabilir. Bazı araknoid kistlerin BOS ile bağlantısının olması, EKT sırasında kafa içi basıncında artış nedeniyle, bu kistlerin genişlemesine neden olabilmektedir (10). Kistin rüptürü sonrası subdural efüzyon, subdural kanama ya da intrakistik kanama ile semptomatik hale gelebilir (5). Bununla beraber, geçmiş yayınlar, özellikle ödem, kafa içi basınç artışı ya da bası yapmayan meningeom ve diğer tümörlerde EKT'nin güvenle uygulanabileceğini söylemektedir (9).

KAYNAKLAR

1. Bakım B, Karamustafaloğlu KO, Özalp G, Tankaya O, Kahraman N, Yavuz BG, Şengül HS. Arachnoid cyst and bipolar disorder: a case report. *Journal of Mood Disorders* 2012; 2:70-73.
2. Gosalakal JA. Intracranial arachnoid cysts in children: a review of pathogenesis, clinical features, and management. *Pediatr Neurol* 2002; 26:93-98.
3. Gelabert-Gonzalez M. Intracranial arachnoid cysts. *Rev Neurol* 2004; 39:1161-1166.
4. Wester K. Gender distribution and sidedness of middle fossa arachnoid cysts: a review of cases diagnosed with computed imaging. *Neurosurgery* 1992; 31:940-944.
5. Parsch CS, Krauss J, Hoffmann E, Meixensberger J, Roosen K. Arachnoid cysts associated with subdural hematomas and hygromas: analysis of 16 cases, longterm follow-up, and review of the literature. *Neurosurgery* 1997; 40:483-490.
6. Bahk WM, Pae CU, Chae JH, Jun TY, Kim KS. A case of brief psychosis associated with an arachnoid cyst. *Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 56:203-205.
7. Özdemir B, Gülsün M. Psikotik bozukluk ve araknoid kist: bir olgu sunumu. *Düşünen Adam: Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2006; 19:217-220.
8. Santamarta D, Aguas J, Ferrer E. The natural history of arachnoid cysts: endoscopic and cine-mode MRI evidence of a slit-valve mechanism. *Minim Invasive Neurosurg* 1995; 38:133-137.
9. Weiner RD. American Psychiatric Association Committee on ECT. *Electroconvulsive Therapy: Recommendations for Treatment, Training, and Privileging*, 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2001.
10. Escalona PR, Coffey CE, Maus-Feldman J. Electroconvulsive therapy in a depressed patient with an intracranial arachnoid cyst: a brain magnetic resonance imaging study. *Convuls Ther* 1991; 7:133-138.
11. Perry CL, Lindell EP, Rasmussen KG. ECT in patients with arachnoid cysts. *J ECT* 2007; 23:36-37.
12. Desseilles M, Thiry JC, Monville JF, Ansseau M, Makhinson M. Electroconvulsive therapy for depression in a patient with an intracranial arachnoid cyst. *J ECT* 2009; 25:64-66.