

Psikotik Belirtilerden Sonra MRI ile Chiari-1 Malformasyonu Saptanan ve Cerrahi Dekompresyon Uygulanan Bir Olgu

M. Erkan ÖZCAN *, Ramiz BANOĞLU **, Arif ÖNDER ***, Ömer PARLAK ****, Nazan AYDIN **

ÖZET

Sunulan olgu ilk olarak yedi yıl, ikinci olarak da bir yıl önce psikiyatri kliniğinde şizofreni tanısıyla yatırılmıştır. Üçüncü yatışının ikinci ayında, psikoz tablosunda büyük oranda iyileşme görülmüş, ancak ataksi, hipotoni, düşme nöbetleri, disfaji gibi belirtiler ortaya çıkmıştır. EEG ve BBT gibi incelemelerin sonuçları, normal olarak değerlendirilmesine karşın, yeniden yapılan nörolojik bakıda ataksi, bilateral horizontal nistagmus, dismetri, dizartri ve kas zaafı saptandığı için multipl skleroz düşünülmüştür. Bunun üzerine yapılan kranial MRI incelemesinde Chiari-1 malformasyonuna uyan bulgular saptanmıştır. Nöroşirürji kliniğince yapılan cerrahi dekompresyon ile hastanın Chiari-1 malformasyonuna bağlı semptomlarında iyileşme sağlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Chiari-1 malformasyonu, şizofreni, cerrahi dekompresyon, MRI, komorbidite

Düşünen Adam; 2000, 13(4):253-255.

SUMMARY

The case which is presented here has been hospitalized twice previously, with a diagnosis of schizophrenia; the first to be seven years and the second to be one year ago. Although satisfactory improvement in the symptoms of psychosis was obtained in the second month of third hospitalization, symptoms like ataxia, hypotonia, drop attacks and dysphagia occurred. As EEG and cerebral and cerebellar CT scans were reported as demonstrating no anomaly. multipl sclerosis became a probable diagnosis to explain the emerging symptoms. But signs found on cranial MRI were consistent with Chiari-1 malformation. Symptoms due to Chiari malformation were absent after the surgical decompression.

Key words: Chiari-1 malformation, schizophrenia, surgical decompression, MRI, comorbidity

GİRİŞ

Tip 1 Chiari malformasyonu serebellar tonsillerin adeta bir dil şeklinde aşağıya doğru uzanmasından ibarettir. Tonsiller, foramen magnumun altında, üst servikal kanala kadar uzayabilmektedir. Hastalar genellikle büyük çocuklar ve erişkinlerdir ve hastalık sıklıkla belirtisiz seyretmektedir. Bu tipe erişkin tipi de denildiği, olguların % 60'ında tonsillerin en sık rastlanan düzeyinin birinci servikal vertebra olduğu bildirilmektedir ⁽¹⁾. Chiari malformasyonunda bir

çok nörolojik belirti ve bulgunun olabileceği bildirilmiş olmakla birlikte, şizofreni ile birlikte görülebileceğine literatürde yer verilmediği için bu olguyu sunduk.

OLGUNUN SUNUMU

Yirmi bir yaşında, okur-yazar, bekar, işsiz kadın hasta saldırganlık, acaip davranışlar, annesine ve kardeşine düşmanlık etme gibi yakınmalarla ailesi tarafından zorla getirildi. Hastalığı ilk olarak yedi yıl

* İnönü Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri, ** Atatürk Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri, *** Atatürk Üniv. Tıp Fak. Nöroşirürji, **** Atatürk Üniv. Tıp Fak. Nöroloji Anabilim Dalları

önce kendi kendine gülme, saçma sapan konuşma, aşırı hareketlilik, yerinde duramama, kulağına sesler gelmesi ile başlamış. Şizofreni tanısıyla kliniğimizde 26 gün yatırılmış, nöroleptik ilaçlar kullanılarak tedavi edilmiş, iyilik halinin görülmesi sonucu idame dozda nöroleptiğe devam önerisi ile taburcu edilmiş. Beş yıl sonra, ikinci kez yatırılan ve yine nöroleptikler ile tedavi edilen hasta aynı biçimde taburcu edilmiş.

İkinci yatışından on ay sonra, kronik şizofreni tanısı konarak üçüncü kez kliniğimize yatırıldı. Fizik bakı ve rutin laboratuvar bulguları normaldi. Psikiyatrik incelemesinde oynak duygulanım, anksiyete, insomnia, psikomotor huzursuzluk, logore, ajitasyon ve eksitasyon, referans düşünceler, grandiozite, megalomanik ve persekütif sanrıları vardı. Hastaya 10 mg/gün dozunda haloperidol başlandı. Ancak nöroleptiğe ait yan etkiler ve kas zaafına bağlı semptomlar gözlenmesi ve nöroleptikten yarar görmemesi üzerine ilaç kesildi. Bu arada disfaji ortaya çıktı. Yatışının 15. gününde Elektro Konvulzif Terapi (EKT) yapılmasına başlandı. İlk iki seansta uzun süren apne dönemleri oldu. Üçüncü seansta da apne uzun sürdüğü ve anesteziyolog tarafından entübasyonu gerektiği için EKT uygulamasına son verildi. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği ile yapılan konsültasyonda hastada septum deviasyonu olduğu ancak bunun apneye neden olmayacağı belirtildi. Semptomlara daha sonra ataksinin de eklenmesiyle hastada organik bir beyin patolojisi olabileceği düşünüldü, ancak Nöroloji Kliniği de yapılan konsültasyonda hasta normal olarak değerlendirildi. Yatışının ikinci ayında psikotik belirtilerde iyileşme gözlemlendi. Ancak hastada ataksi, hipotoni, düşme nöbetleri, disfaji ve apati sürdü. Daha sonra nazal regürjitasyonun ortaya çıkması ile hasta yemek yiyemez hale geldi. Zaman zaman parenteral besleme gerekli oldu. Hasta nöroloji kliniği öğretim üyesi ile konsülte edildiğinde; ataksi, bilateral horizontal nistagmus, dismetri, dizartri ve kas zaafı saptandı ve multipl skleroz ön tanısı ile Magnetic Resonance Imaging (MRI) önerildi.

Yapılan MRI incelemesinde: Serebellar tonsillerin foramen magnumda posterior spinal kanal boyunca üçüncü servikal vertebra üst düzeyine kadar uzanan herniasyon gösterdiği, odontoid oluşumun inferior medullayı önden baskıladığı ve serviko-medüller bi-

leşkede açılanmaya neden olduğu ve bulguların Chiari-1 malformasyonuna uyduğu, diğer beyin alanlarının tümünün normal olduğu rapor edildi. Yapılan Elektromyografi (EMG)'de motor nöron hastalığı lehine bulgular vardı (4-5 mV'luk motor ünitler ve faskülasyon saptandı). Yapılan operasyonda, foramen magnumun arka kenarına hilal biçiminde kraniektomi, C1-C2'ye tam laminektomi yapıldı. C1 düzeyindeki, posterior ve extradural yerleşimli, duraylı manşon gibi sıkıca saran bant eksize edildi ve duranın aniden genişlediği görüldü. Operasyondan sonra hastanın düşme nöbetleri, ataksi, disfaji, hipotoni gibi semptomları gözlenmedi ve hasta taburcu edildi. Chiari tanısı konumadan önce nöroleptiklerle yatışmış olan psikotik semptomlar, hastanın izlenebildiği bir yıl süresince alevlenme göstermedi.

TARTIŞMA

Syringomyeli ile birlikte olan veya olmayan semptomatik Chiari malformasyonlarının kesin tanısında genellikle gecikir. Gecikmenin nedeni hastaların geç bulgu vermeleridir. Olguların önemli bir bölümünde multipl skleroz, müsküler distrofi veya diğer dejeneratif hastalıklar ile ilgili tanımlar konulur ⁽¹⁾. Gökalp ve Erongun (1988)'a göre erişkin tipi Chiari malformasyonunda sıklıkla hidrosefalinin olmaması, dördüncü ventrikülde herhangi bir anormalliğin görülmemesi ve foramen magnumun iyi bir biçimde gösterilememesi nedeniyle olguların çoğunda konvansiyonel BBT olumsuz sonuç verir.

Ishikawa ve ark. (1988) tonsiller herniasyonun, gösterilmesinde BBT'ye göre MRI'nın daha üstün olduğunu bildirmektedirler ⁽²⁾. İntratekal veya hatta intravenöz kontrast madde uygulanmasının risklerini taşımadığı için de infra-tentorial yapıların görüntülenmesinde MRI ideal tanı aracıdır ⁽³⁾. Jack ve ark. (1991) hem Chiari malformasyonu hem de syringomyelinin tanı ve izleme değerlendirmelerinde ⁽⁴⁾, Pillay ve ark. (1991) operasyon öncesi ve sonrasında ⁽⁵⁾, Lim ve ark. (1989) da dört olguluk serilerinde, tanı için MRI'nı en yararlı yöntem olduğunu bildirmektedirler ⁽⁶⁾.

Sagittal kesitler yapılabilmesi ve kemikle ilgili artefaktların olmaması nedeniyle MRI'nın Arnold-Chiari malformasyonu gibi servikomedüller bileşke ve posterior fossa patolojilerinin tanısında tercih edilen

yöntem haline geldiği bildirilmektedir (7). Bizim olgumuzda da asıl tanının geç yaşta konulmuş olması, multipl sklerozun ön tanısı olarak düşünülmüş olması ve Chiari malformasyonu tanısının BBT bulguları ile değil, MRI ile konulabilmiş olması yukarıdaki görüşlere uygundur.

Olgumuzda syringomyeli olmadığı halde Chiari-I malformasyonu ile syringomyelinin % 25-75 oranında birlikte görüldüğü bildirilmektedir (1,4,8-10). Şizofreni ile birlikte Chiari malformasyonu olduğunu bildiren yayına rastlayamadık. Ancak Chiari-I malformasyonu ile birlikte uyku apneleri ile sol frontal bölgede meninjiomu olan bir olguda depresyon geliştiği bildirilmiştir (2,11-13).

Chiari malformasyonunda düşme nöbetleri, bayılma, disfaji, nazal regürjitasyon, başdönmesi, diplopi, nistagmus, damak hareketlerinin yokluğu ve öğürme refleksinin kaybolması, ataksi, uyku apneleri, horlama, boyun ve kolda ağrı, ekstremitelerde uyuşma, ağrı ve güçsüzlük, başağrısı, iştme kaybı ve tinnitus, dengesizlik, solunum yetersizliği, tansiyon arteryel değişiklikleri, konvülviz senkoplar, müsküler hipotoni, alt ekstremitelerde birinci motor nöron belirtileri, vokal kord paralizisi, stridor, hemiparezi, kuadriparezi, yürüyüş bozuklukları gibi belirti ve bulgular saptanmıştır (3,6,8,11,12,14-17).

Bizim olgumuzda da şizofreniye özgü psikiyatrik belirtilerin yanında düşme nöbetleri, dengesizlik, disfaji, EKT sonrasında olmakla birlikte uzun apne nöbetleri görülmüş, ataksi, hipotoni, bilateral horizontal nistagmus, dismetri ve dizartri saptanmıştır.

Chiari malformasyonunun tedavisinde, bizim olgumuzda da olduğu üzere serviko-medüller bölgede dekompresyon amacıyla suboksipital kraniektomi ve üst servikal laminektomi uygulandığı ifade edilmektedir (1,5,8,13-17). Olgumuzun izlenebildiği bir yıllık sürede Chiari malformasyonuna bağlı semptomlar tamamen ortadan kalkmış, şizofrenik alevlenme de gözlenmemiştir. Scalfani ve ark. (1991), operasyondan sonra semptomların % 45'inin iyileştiğini, % 35'inin stabil hale geldiğini, % 20'sinde ise kötüleştiğini, operatif mortalitenin % 3 olduğunu bildirmişlerdir (3).

Bu olgu sunumunda amacımız, şizofreni etyolojisini

Chiari malformasyonuna dayandırmak olmamıştır. Olgunun izlendiği ilk altı yıl boyunca nörolojik belirti veya bulguların ortaya çıkmamış veya saptanamamış olması olguyu ilginç kılan noktalardan birisidir. Diğer önemli noktalar altı yıl önce gözlenen ilk belirtilerin şizofreniye özgü olması, BBT ile hiç bir patolojinin saptanamaması, MRI ile Chiari tanısının kolayca konulmuş olmasıdır. Komplike psikiyatrik olgularda nörolojik bakının özenle yapılmasının gereği ve MRI gibi incelemelerin önemi ortaya çıkmıştır. Chiari malformasyonu ile şizofreninin bir arada görülmesi arasındaki ilişki ise bir rastlantıdan öte anlam ifade etmeyebilir; ancak bu konu hem MRI'nin günlük kullanıma girmesi ve tanı konulamadına inandığımız Chiari malformasyonlarının saptanması hem de benzer olguların yayınlanması ile daha çok açıklığa kavuşacaktır.

KAYNAKLAR

1. Gökalp HZ, Erongun U: Nöroşirürji Ders Kitabı 1. Baskı, Mars Matbaacılık, Ankara, s.335-7, 1988.
2. Ishikawa M, Kikuchi H, Fujisawa I: Tonsillar herniation on MRI. *Neurosurgery* 22(1):77-81, 1988.
3. Scalfani AP, DeDio RM, Hendrix RA: The Chiari-I malformation. *Ear Nose Throat J* 70(4):208-12, 1991.
4. Jack CR Jr, Kokmen E, Onofrio BM: Spontaneous decompression of syringomyelia: MRI findings. Case report. *J Neurosurgery* 74(2):283-6, 1991.
5. Pillay PK, Awad IA, Little JR, et al: Symptomatic Chiari malformation in adults: a new classification based on MRI with clinical and prognostic significance. *Neurosurgery* 28(5):639-45, 1991.
6. Lim SH, Wong MC, Puvan K: Syringomyelia with Arnold-Chiari malformation: a report of four cases. *Singapore Med J* 30(4):376-9, 1989.
7. Solomon S, Masdeu JC: Chapter 3: Neurology. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Fifth edition, volume 1, Eds: HI Kaplan, BJ Sadock, Baltimore, Maryland p.171, 1989.
8. Lazeraff JA, Valencia-Mayoral P: Chiari malformation. *Bol Med Hosp Infant Med* 47(10):719-24, 1990.
9. Susman J, Jones C, Wheatley D: Arnold-Chiari malformation: a diagnostic challenge. *Am Fam Physician* 39(3):207-11, 1989.
10. Yamanaka M, Uozumi T, Sakoda K: MRI of Chiari malformations. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 30(4):246-50, 1990.
11. Cirignotta F, Coccagna G, Zucconi M: Sleep apneas, convulsive syncopes and autonomic impairment in type I Arnold-Chiari malformation. *Eur Neurol* 31(1):36-40, 1991.
12. Ruff ME, Oakes WJ, Fisher SR, et al: Sleep apnea and vocal cord paralysis secondary to type-I Chiari malformation. *Pediatrics* 80(2):231-4, 1987.
13. Sakaki T, Tsunoda S, Morimoto T: Is Chiari-I malformation in the aged initiated by mechanical factors? Report of three cases. *Neurol Med Chir (Tokyo)*, 30(5):324-8, 1990.
14. Bell WO, Chamey EB, Bruce DA: Symptomatic Arnold-Chiari malformation: review of experience with 22 cases. *J Neurosurg* 66(6):812-6, 1987.
15. Halpin DM, Trend P, Symon L: Type-I Arnold-Chiari malformation in a 77 year old woman. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 53(1):88-9, 1990.
16. Levitt P, Cohn MA: Sleep apnea and the Chiari-I malformation: case report. *Neurosurgery* 23(4):508-10, 1988.
17. Tsao TC, Juang YC, Chiang YC: Pneumonia preceding respiratory failure. A rare, easily misleading clinical manifestation in adult Arnold-Chiari malformation. *Chest* 99(5):1294-5, 1991.