

Moklobemid Kullanımı ile Ortaya Çıkan Bir Manik Atak Olgusu

A.Ertan TEZCAN*, Nalan K. OĞUZHANOĞLU*

ÖZET

Antidepresan sağaltımı ile bipolar depresyon tanılı hastalarda manik atak ortaya çıkabileceği önceki çalışmalarda bildirilmiştir. Bu çalışmada, ailesinde ve kendisinde duygulanım bozukluğu tanımlanmayan agorafobili panik bozukluk tanısı konulan bir hastada moklobemid tedavisi sırasında ortaya çıkan manik atak bulguları tartışılacaktır.

Anahtar kelimeler: Agorafobi, panik bozukluk, mani, moklobemid

Düşünen Adam; 1995, 8 (4): 56-58

SUMMARY

Previous reports indicated that antidepressants induce manic attack in cases of bipolar depression. In this article, manic attack at a case of panic disorder with moclobemide, will be discussed. Both in this case and his family any affective disorder hasn't been diagnosed.

Key words: Agoraphobia, panic disorder, mania, moclobemide

GİRİŞ

Moklobemid, monoaminooksidaz A'yı reversibl olarak inhibe ederek beyin monoaminerjik nörotransmitter sistemini etkileyen benzamid yapısında bir antidepresandır ⁽¹⁾. Bu etkisi sonucunda, nörepinefrin, dopamin ve serotonin metabolizması yavaşlar ve böylece nöronal transmitterlerin hücre dışı konsantrasyonları artar. Kontrollü çalışmalarda moklobemidin her türlü depresyonda, sosyal fobi, panik bozukluk gibi birçok psikiyatrik hastalıkta endike olduğu gösterilmiştir ^(2,3).

Bu çalışmada "agorafobili panik bozukluk" tanısı ile izlenen ve moklobemid ile tedavi süreci içinde iken ortaya çıkan bir mani olgusu sunulmaktadır.

OLGU

Yirmialtı yaşında, lise mezunu, 6 yıllık evli, bir çocuk annesi ve ev kadını olan bir bayan hasta. Kendisinden alınan hastalık öyküsüne göre psikiyatri polikliniğine başvurusundan 2 ay önce yatmaya hazırlandığı sırada aniden başlayın ve yarım saat kadar sürene nefes darlığı, boğulma hissi, kalbinde çarpıntı, göğsünde ağrı, baş dönmesi el ve ayaklarda uyuşma ve bayılma hissi tanımlıyor.

Eşi tarafından götürüldüğü acil poliklinikte 10 mg IM diazepam yapılarak evine geri gönderilen hasta, ertesi gün dahiliye uzmanına müracaat ediyor ve ciddi bir rahatsızlığı olmadığı belirtilerek düşük doz anksiyolitik kullanması öneriliyor. İki ay süresinde

* Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

eşi tarafından 10-12 kez acil servise, 4 ayı dahiliye uzmanına götürülmüş. Son bir aydır evde yalnız kalamadığı için çocuğu ile birlikte annesinin evinde kalmaya, son 15 gündür de "aklımı yitirsem" korkusu ile sokağa çıkamamaya başlamış ve bu dönemde "mahsus hastalanmış gibi yaptığını, gerçekte bir rahatsızlığı olmadığını" söyleyen eşi ile tartışmaları başlamış.

Psikiyatri polikliniğine başvurusunda yapılan ruhsal muayenesinde; endişeli, huzursuz görünümlü olan hastada, nöbeti yeniden yaşama korkusu belirgindi. Nöbetler sırasında otonoik hiperaktivite belirtileri ve zaman zaman ortaya çıkan depersonalizasyon, algı yanımları tanımlanıyordu. Panik ataklar sonrası agorafobi ve kaçınma davranışı tabloya eklenmişti. Agorafobili panik bozukluk tanısı konulan hastaya ve eşine hastalıkla ilgili bilgi verilerek, 300 mg/G moklobemid+1 mg/G alprozolam tedavisine başlandı. 15 gün sonra 0.5 mg/G düşürülen alprozolam bir ay sonra kesildi. Moklobemid aynı dozda devam edildi. İki ay sonraki kontrolde hasta olağan günlük yaşamına döndüğünü ifade etti. Tedavinin bir ay daha sürdürülmesi önerilen hasta bundan 14 gün sonra psikiyatri polikliniğine yeniden müracaat etti ve bir haftadır aşırı konuşma, uykusuzluk, fazla ev işi ile aşırı yemek çeşitleri yapma, eşi ve komşularına aşırı şakalar yapma, yersiz gülme, şarkı söyleme ve çabuk sinirlenme olduğunu bildirdi. Ruhsal muayenede "manik atak" olarak değerlendirildi ve moklobemid kesilerek 9 mg/G haloperidol+3 mg/G biperiden verildi.

Onüç gün sonra kontrole çağrıldı. Ruhsal muayenesinde herhangi bir psikopatoloji saptanmayan hastanın ilaçları azaltılarak 6 gün sonra tamamen kesildi. Bir hafta, 15 gün, bir ay ve iki ay sonra kontrol edilen hastada patolojik bir ruhsal belirti saptanmadı.

TARTIŞMA

Manik epizodların bir çoğu organik kökenli olmayan bipolar bozukluk evreleridir (4). Bununla birlikte afektif bozukluk öyküsü olan ya da olmayan organik durumlara ikincil olarak da manik epizod çıkabileceği bildirilmektedir (5). Benzer olarak antidepresan kullanımının maniye yol açabileceği uzun süredir bilinmektedir (4,6). Özellikle trisikliklerden

klomipramin, serotonin geri alım inhibitörlerinden (SSRI) olan fluoksetin, paroksetin, tradazon, sitalopram ile tedavi edilen unipolar depresif hastaların maniye geçiş oranı yüksek bulunmuştur (7-12). Tetrasiklik gruptan kabul edilen maprotilin ve yine SSRI gruptan fluvoksaminin de bipolar bozukluklu hastalarda manik atağa yol açabileceği bildirilmiştir (13,14).

Sunduğumuz vaka agorafobili panik bozukluk tanısıyla moklobemid ile tedavi edilmiştir. Hastanın gerek kendi, gerek aile öyküsünde afektif bozukluk bildirilmemiştir. Vakanın premorbid özellikleri siklotimi ile uyumlu değildir. Olgumuzda ortaya çıkan manik epizod, literatürde bildirildiği gibi afektif bozukluk öykülü hastalarda kullanılan antidepresan tedaviye sekonder olarak gelişen maniden farklıdır.

Tablonun son derece kısa süreli olması ve moklobemidin kesilmesi ile kısa süreli düşük doz antipsikotik tedaviye yanıt vermesi, bizi olası bir bipolar afektif bozukluk tanısından uzaklaştırmıştır. Zira, ciddi bir mani nöbetinin en az bir hafta sürdüğü ve ortalama süresinin 4-6 haftaya uzayabileceği bilinmektedir (15). Ayrıca antidepresanlara sekonder gelişen maninin, tedavinin hemen başında ortaya çıktığı (en geç iki hafta içinde) bildirilmiştir (10,11,13). Oysa ki olgumuzda 11. haftada manik epizod ortaya çıkmış ve bir haftadan kısa süre içinde antipsikotik tedaviye yanıt alınmıştır.

Antidepresan tedavilerin duygudurumu yükselttikleri ve bu durumun duyarlı bazı hastalarda hipomani veya maniye yol açtıkları bilinmektedir (4,16). Stoll ve ark. antidepresanların hafif duyarlılığı olan hastalarda manik form oluşturduklarını, ancak gerçek manik epizodları tetikleyici özellikleri bulunmadığını belirtmişlerdir (6). Sunduğumuz olgunun duygudurum değişikliklerine duyarlı olduğu kanaatindeyiz.

Bu duyarlılığa, literatürde rastlamamamıza karşın, agorafobili bozukluk nedeniyle ortaya çıkan biyolojik değişiklikler mi, yoksa daha farklı biyokimyasal süreçler mi yol açtı? Bu soruların yanıtlarını kolaylaştırabilecek biyokimyasal araştırmaların yapılması çalışmanın bir eksikliğidir. Bu durum duyarlılığın nedeni ile ilgili yorumları kısıtlamaktadır.

Sonuç olarak herhangi bir tanı ile trisiklik ve SSRI antidepresan kullanan hastaların sık kontrol edilmesi gerektiği uyarısına moklobemidin de ilave edilmesini uygun buluyoruz.

KAYNAKLAR

1. Guelfi JD, Payan C, Ferமான J, et al: Moclobemide versus clomipramine in endogenous depression. A double-blind randomised clinical trial. *Br J Psych* 160:519-524, 1992.
2. Versiani M, Nardi AE, Mundim FD, et al: Pharmacotherapy of social phobia. A controlled study with moclobemide and phenelzine. *Br J Psych* 161:353-360, 1992.
3. Tuğlular I: Psikiyatride ilaç kullanımı. I. baskı. Ege Üniv Basımevi, İzmir, s.176-77, 1991.
4. Hales RE, France AJ: Bipolar disorders. Review of Pyschiatry. Am Psyc Press, Washington DC, 6:16-17, 1987.
5. Krauthammer CD, Klerman GL: Secondary mania: manic syndromes associated with antecedent physical illness or drugs. *Arch Gen Psyc* 35:1333-39, 1978.

6. Stoll AL, Majer PV, Kolbrener M, et al: Antidepressant-associated mania: a controlled comparison with spontaneous mania. *Am J Psyc* 151:1642-45, 1994.
7. van Scheyen JD, van Kammen DP: Clomipramine induced mania. *Arch Gen Psyc* 36:560-565, 1979.
8. Hon D, Preskhorn SH: Mania during fluoxetine treatment for recurrent depression. *Am J Psyc* 146:1638-39, 1989.
9. Dunbar G: Aspect of tolerability and safety for paroxetine. *Nord J Psyc* 27:41-46, 1992.
10. Knobler HX: Trasdodone induced mania. *Br J Psyc* 149:787-89, 1986.
11. Jabeen S, Fisher CI: Trasdodon induced transient hypomanic symptoms and their management. *Br J Psyc* 158:275-78, 1991.
12. Bryois C, Ferrero F: Mania induced by citalopram. *Arch Gen Psyc* 51:664-65, 1994.
13. Ögel K, Şeker N: Antidepresan ilaçlar maniye yol açıyor mu? *Psikiyatri Bülteni* 2:131-34, 1993.
14. Burrai C, Boccheta A, Del Zompo P: Mania and fluvoxamine. *Am J Psyc* 148:1263-64, 1991.
15. Öztürk O: Ruh sağlığı ve bozuklukları. 5. Baskı (yenilenmiş). Medikomat, Ankara, s.274, 1994.
16. Wehr TA, Goodwin FK: Can antidepressants cause mania and worsen the course of affective illness? *Am J Psyc* 144:1403-11, 1987.