

İki Uçlu Mizaç Bozukluğu Olarak Takip Edilmiş Bir Kısmi Karmaşık Epilepsi Olgusu

Haluk A. SAVAŞ*, Ahmet COŞKUN*, Defne T. TEZCAN**, Oğuz ARKONAÇ***

ÖZET

Bu yazıda yaklaşık 5 yıldır, iki uçlu mizaç bozukluğu olarak teşhis ve tedavi edilmiş bir kısmi karmaşık epilepsi olgusu ele alınmıştır. Atipik bir seyir gösteren hasta her yatışında tanısal güçlüklerle yol açmakla birlikte mizaç bozukluğu olarak değerlendirilmiştir. Son yatışında da benzer bir görüntüye başvuran hastanın doğrudan gözlenen kısmi karmaşık epilepsi nöbeti dolayısıyla tanısı geriye dönük olarak yeniden ele alınmıştır.

Anahtar kelimeler: Mizaç bozukluğu, kısmi karmaşık epilepsi, ayırıcı tanı

Düşünen Adam; 1994, 7 (3): 49-52

SUMMARY

This article reports, a partial complex epilepsy case which had been diagnosed and treated as bipolar disorder for the last 5 years. Although, presence of diagnostical difficulties, and atypical course the patient had been consistently evaluated as mood disorder in all previous hospitalizations. During the last admission to hospital, patient had a similar clinical presentation, but this time patients complex partial seizures were observed and then the diagnosis was reevaluated.

Key words: Mood disorder, partial complex epilepsy, differential diagnosis

OLGU SUNUMU

31 yaşında, ilkokul mezunu, evli, Çanakkale doğumlu hasta; bağırıp-çağırma, dini uğraşlarında artma, annesine ve etrafındakilere saldırganlık, yüksek sesle melodik olarak şehadet getirme şikayetleriyle 11.9.1993 tarihinde hastanemize getirilmiştir. 4 yaşından bu yana evden çıkıp gitmeleri, dengesiz konuşmaları ve amaçsız kafa sallama hareketleri oluyormuş.

Arada "tuhaflığı", anlamsız gülmeleri, askerden döndükten sonra anlamsız ve küfürlü konuşmaları olduğu, bu belirtilerin kendiliğinden kaybolduğu bildiriliyor. 6-7 yaşlarında ailesinin "uğrama" olarak

adlandırdığı, hastanın ise "davullar geliyor, zurnalar çalıyor" diye tanımladığı yaşantıları olmuş. Bu nedenle hocaya götürülmüş, kendiliğinden düzelmiş.

5 yıl önce 3.4.1989 günü hastanemize ilk yatışında; saldırganlık, çok konuşma, uykusuzluk ve başvurusundan 2 gün evvel çırılçıplak soyunma şikayetleri mevcutmuş. Geldiği gün yapılan psikiyatrik muayenesinde psikomotor aktivitesi yavaşlamış, yakın bellek ve yapıp çatmada bozukluk çağrışımlarında gevşeklik, kulağına "şıkır şıkır" sesler geldiğini söylediği tesbit edilmiş. Yapılan laboratuvar tetkikleri ve EEG'si normal bulunmuş. Ortalama 30 mg haloperidol tedavisi ve atipik psikoz tanısı ile taburcu edilmiştir.

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 2. Psikiyatri Birimi

24.1.1990 tarihindeki ikinci yatışında uykusuzluk, iştahsızlık, sıkıntı, saldırganlık, "dünya yandı, bitti. Haydin mezarlığa" diye bağırma şikayetleriyle başvurmuş. Psikiyatrik muayenesinde; psikomotor aktivitesi yüksek, sürekli ve yüksek sesle konuşma, yükselmiş mizaç, çağrışımlar kopuk, işitsel varsanımlar, yetersiz yoğunlaşma, yakın bellekte zayıflık ve içgörüsünün olmadığı tespit edilmiş. İki uçlu mizaç bozukluğu, manik hecme psikotik özellikli tanısıyla ve 30 mg halloperidol tedavisiyle taburcu edilmiş.

21.5.1991 tarihindeki üçüncü yatışında saldırganlık, uykusuzluk, bağırıp-çağırma, kendi kendine konuşma yakınmalarıyla elleri bağlı bir şekilde getirilmiş. Yapılan psikiyatrik muayenesinde psikomotor aktivitesi yüksek bulunmuş, görüşme esnasında yüksek sesle dua okumaya başlamış, duygulanımı oynamış, kendine çok güvenli, neşeliyken birden "Allah benim hacılığımı aldı" diyerek ağlamaya başlamış. Dikkat, bellek, yönelim bozukluğu saptanamamış. Düşünce içeriğinde "Allahın sevgili kulu olduğu, ermiş olduğu" şeklinde büyüklük hezeyanları tesbit edilmiş. İki uçlu mizaç bozukluğu manik hecme tanısıyla 8 seans EKT, halloperidol 10 mg ile tedavi edilmiş. Lityum tedavisi ile taburcu edilmiş.

7.7.1992 tarihindeki dördüncü yatışında kendi kendine konuşma, sürekli namaz kılma, uyumama, "ben büyüğüm, hacıyım" gibi konuşma yakınmalarıyla elleri bağlı olarak getirilmiş. Yapılan psikiyatrik muayenesinde psikomotor aktivitesi normal, duygulanımı oynak, belleği normal, yapıp-çatması bozuk olduğu ve düşünce içeriğinde mistik hezeyanları olduğu tesbit edilmiş. 7 seans EKT uygulandıktan sonra hastanın şikayetleri kaybolunca EKT kesilmiş. EKT kesildikten on gün sonra hastanın ajite olduğu gözlenmiş ve yapılan 1 ampul klorpromazine cevap vermeyince hastaya 5 mg diazepam yapılmış ve sakinleştiği gözlenmiş.

Ertesi gün hastanın alt kattaki bir servise inip ne yaptığını bilmez bir halde dolaştığı gözlenmiş. Bundan 3 gün sonra yapılan muayenesinde Allahın sesini duyduğunu, Allahı gördüğünü, Allahın elini öptüğünü söylemiş. Tekrar EKT'ye başlanmış, 2 gün sonra yapılan muayenesinde bir yakınması olmadığı, yöneliminin tam olduğu tespit edilmiş. İki uçlu mizaç bozukluğu manik hecme (psikotik özellikli) tanısıyla yatışından 20 gün sonra 30 mg halloperidol

tedavisi ile ileri salah halinde taburcu edilmiş. 17.8.1992 tarihindeki ve 29.6.1993 tarihindeki beşinci ve altıncı yatışlarında da daha önceki başvurularındakine benzer şikayetlerle getirilmiş, yine EKT ve nöroleptik tedavileri uygulandıktan sonra iki uçlu mizaç bozukluğu tanuları alarak salah halinde taburcu edilmiş.

Son defa 11.9.1993 tarihinde hastaneye başvurusundan 3 gün önce başlayan bağırıp çağırma, dini uğraşlarında artma, melodik olarak şehadet getirme, annesine ve çevresine karşı bıçakla saldırma, ölmek istediğini söyleme şikayetleriyle getirilmiş. Aynı gün yapılan psikiyatrik muayenesinde bilinci açık olduğu kronolojik yaşından büyük gösterdiği, negativist olduğu, psikomotor aktivitesinin ileri derecede artmış olduğu belirtilmiş, duygulanımının oynak, zamana yöneliminin bozuk olduğu tespit edilmiş. Hastanın psikiyatrik muayenesinin geri kalan kısmı saldırgan negativist tutumu yüzünden yapılamamış.

1962 yılında Çanakkale'de doğan hasta ortaokul birinci sınıftan ayrılmış ve askerliğini zamanında, süresinde tamamlamıştır. Yaklaşık 6 yıldır evli olan hasta yaşamının büyük kısmını geçirdiği köyünde hasta olduğu zamanlar hariç çobanlık yaparak geçimini sağlamış. Hastanın ailesi ve kendisinden alınan hikayeden daha evvel bilinen diğer bir tıbbi hastalığının bulunmadığı, herhangi bir madde ve alkol kullanmadığı öğrenilmiştir. Hastanın yapılan fizik ve nörolojik muayenelerinde herhangi bir patolojik bulguya rastlanılmamıştır. Hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinden tam kan sayımı, kan şekeri, kan üre değeri, sedimentasyonu, HIV antijeni, T3, T4, TSH, elektrolitleri normal sınırlar dahilinde bulunmuş çekilen uykusuzluk ve normal EEG'si, BBT ve MRI'inde patolojik bulguya rastlanılmamıştır.

MATERYEL VE METOD

11.9.1993 tarihindeki yatışında hastaya nöroleptik ve EKT tedavisine başlandı. Yatışından 3 gün sonra yapılan psikiyatrik muayenesinde hastanın iletişime girdiği, yöneliminin tam olduğu, hastaneye yatarken yaptığı hareketleri hatırlamadığı, yöneliminin tam, psikomotor aktivitesinin artmış, çağrışımlarının düzgün, amaca yönelik olduğu, hezeyan ve varsansının olmadığı tespit edildi. 23.9.1993 tarihinde EKT ke-

sildi. 29.9.1993 tarihinde hasta eksitasyon içinde "Allah!.. Herkes öldürüldü, dünya batıyor mu? Öleyim daha iyi" şeklinde bağırdığı, bu esnada etrafındaki tanımadığı, kollarını birbirine kavuşturarak elleriyle dirseklerini sıvazladığı, etrafına boş boş bakarak ağzını şapırdattığı gözlemlendi. Şaşkın ve ajite bir halde görüldüğünden kapalı servise alındı. Hastaya 1 ampul klonezepam intravenöz uygulandı ve hastanın sakinleştiği gözlemlendi.

30.9.1993 tarihinde (ertesi gün) hasta vizit esnasında "Allah!.." diye bağıyor, iletişim kurulamıyordu, kıyamet gününün yaşandığını, etrafındaki insanların kaçıştığını, koştuğunu, ağladığını söylüyordu. 2.10.1993 tarihinde psikomotor aktivitesi doğal, yönelimi tam bulundu. Çağrışımlarının düzgün olduğu, hezeyan ve varsanısının olmadığı tespit edildi. Klinikte son geçirdiği bu nöbetten sonra başlanan 600 mg karbamezapin tedavisiyle yaklaşık 1 ay süreyle nöbet gözlenmeyen takibinden sonra aynı tedavi ile taburcu edildi. Hastanın ayakta yapılan kontrollerinde yaklaşık 3 aydır nöbet geçirmediği tespit edildi.

TARTIŞMA

Epilepsi ile psikiyatri arasındaki ilişki Hipokrattan bu yana tartışılmaktadır (9). Kısmi karmaşık epilepsi psikiyatrik görünümünün de bir hayli sık sergilendiği bir sendromdur. Dolayısıyla aynı zamanda hem psikiyatri hem de nörolojinin ilgi alanlarına girer. Bu nöbetler beynin belirli bir bölgesindeki, çoğunlukla temporal bölgesindeki bir lezyona bağlı olarak ortaya çıkarlar. Karmaşık terimi nöbet sırasında üst düzeyde örgütlenmiş serebral etkinlikte değişmeler ve bilinçte bozulma olduğu için kullanılmıştır (5).

Sunulan bu olgunun kliniğinde öncelikle bir kısım, disosiyatif belirtinin, bilinç değişikliklerinin, varsanılarının, otomatizmin saldırganlığın, hızlı mizaç değişikliklerinin olduğu görülmektedir.

Kısmi karmaşık nöbet esnasında birçok psikiyatrik yaşantı görülebilir. Fakat bunları gözükme sıklığına bakarak saymak gerekirse sırasıyla; yanılsamalar, varsanılar, bozuk bilişsel durumlar, duygulanımsal yaşantılar şeklindedir (1). Yanılsamalar ya da halihazırdaki algılarda çarpılmalar en yaygın olanıdır. Varsanılar daha sık olarak görsel ve işitseldirler.

Daha seyrek olarak koku varsanıları (pis tanımlanamayan koku algıları), tat veya denge algısına ilişkin varsanılar görülebilir. Korku ve bunaltı en yaygın duygulanımsal yaşantılardır. Göreceli olarak öfke veya yoğun sinirlilik daha az görülür (1).

Bu öznel yaşantılar bütün bir nöbeti oluşturabilirler (basit kısmi nöbet), ya da bunu bir cevapsızlık süreci takip edebilir. Psikomotor nöbetin (otomatizm) motor bileşenleri ikinci safhada ortaya çıkar. Bu motor bileşenler dudak şapırdatma, çiğneme veya yutma hareketleri, beceriksizce el hareketleri ya da ayakların sürünmesi olabilir (1). Hastamızda 6-7 yaşlarında ailesinin uğrama olarak adlandırdığı hastanın "davullar geliyor zurnalar çalıyor" diye tanımladığı işitsel ve görsel varsanıları olduğunu biliyoruz. Bunun yanında bir yatışında "Allah!.. Herkes öldürüldü, dünya batıyor mu? Öleyim daha iyi" dediği bu sırada etrafına boş boş bakarak ağzını şapırdattığı elleriyle dirseklerini stereotipik şekilde sıvazladığı gözlenmiştir. Daha sonraki görüşmede kıyamet gününün yaşandığını etrafındaki insanların kaçıştığını, koştuğunu ve ağladığını söylemesiyle belirli bu disosiyatif deneyim, yönelim bozukluğu otomatizm, kısmi karmaşık epilepside yaygın olarak görülür.

Hasta bilinsizce etrafta gezinebilir ya da toplum içerisinde soyunma gibi uygunsuzca davranışlarda bulunabilir veya dikişsiz konuşabilir. Hastamızın da 6 yıl önceki yatışında çıırılçılak soyunma şikayetleri olmuştur. Bilinç kaybından önce başlanmış yürüme, çiğneme, bir kitabın sayfalarını çevirme ve hatta araba kullanmak gibi belli karmaşık fiiller nöbet esnasında sürüyor olabilirler. Fakat bir soru sorulduğunda veya bir emir verildiğinde hastanın şuurulu olmadığı anlaşılacaktır. Bu durumda hasta hiçbir cevap vermeyebilir ya da gözlemcinin suratına şaşkınca bakabilir veya birkaç ifadeyi stereotipik olarak tekrarlayabilir (1).

Genellikle böyle bir hasta hafifçe iteklenebilir fakat direnip gözlemciyi itekleyebilir de. Kısmi karmaşık nöbeti geçiren hastalardaki saldırganlık nöbet esnasında görülür, zorlamaya karşı bir cevap şeklindedir ve belli bir hedefe yönelmemiştir (1).

Epileptik otomatizm ve saldırganlık kısmi karmaşık epilepside az görülür (7). Otomatizm bir nöbet es-

nasında veya nöbet sonrasında ortaya çıkabilir. Amigdalooid-hipokampal yapılar iki taraflı olarak süreçte yer alırlar. Dolayısıyla hafıza da etkilenmiştir (6). Ve hasta nöbet esnasında gösterdiği saldırganlık eylemini nöbet sonunda hatırlamaz. Hastanın bir eylemini otomatizm olarak adlandırabilmek için olayın hasta tarafından hatırlanamaması şarttır (11). Bu olguda son yatışında bizim tarafımızdan gözlenen nöbetinde ve geçmiş yatışlarındaki dosyalarına ait notlarında hastanın çevresine karşı saldırganlığı ve otomatik davranışları olduğu bilinmektedir. Fakat literatürde de anlatıldığı gibi bizim hastamız da saldırganlığının ve otomatizmin olduğu dönemi hatırlanamamaktadır.

İki uçlu mizaç bozukluğu hastalarında, kısmi karmaşık nöbetde görülen belirtilerin önemli bir sıklıkta rastlanıldığı bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada iki uçlu mizaç bozukluğu hastalarının % 54'ünde dejavu, % 14'ünde işitsel varsanı % 8'inde yönelim bozukluğu gibi daha çok kısmi karmaşık nöbetle birlikte görülen belirtilere rastlanmıştır. Bizim hastamızın da bu çerçevede daha önceki yatışlarının hepsinde de iki uçlu mizaç bozukluğu olarak tanılması anlamlıdır (4).

Psikiyatri kliniğinde tanısız yanlılıklar genellikle "bilgi değişkeni"ne, "gözlem değişkeni"ne ve "ölçüt değişkeni"ne bağlıdır. Bilgi değişkeninde klinisyenler hasta hakkında farklı bilgiler toplamış olabilirler. Gözlem değişkeninde klinisyenler hastanın cevaplarını ve davranışlarını farklı yorumlayabilirler. Ölçüt değişkeninde ise klinisyenler hasta hakkındaki bilgileri farklı tanısız kurallara göre tanımlamış olabilirler (10). Bizim hastamızda tanısız farklılıkları, bahsettiğimiz bu üç değişkenle açıklamak mümkün görünmektedir.

Hastamızın geçmişteki birçok yatışlarında yakın bellek, yapıp çatma ve yönelimindeki bozukluk, ön-

celikle "organik" ya da "diğer bir tıbbi durumu" düşündürmektedir. DSM-III-R'de böyle bir klinik tablo "Başka türlü adlandırılmayan organik mental sendrom" başlığı altında ele alınmıştır (3). ICD-10'da ise "Beyin hastalığı, hasarı ve beyin işlev bozukluğuna bağlı kişilik ve davranış bozuklukları" başlığı sözü edilen klinik tabloyu içermektedir (8). DSM-IV Draft Criteria'da ise "Genel tıbbi bozukluğa bağlı başka bir şekilde belirtilmemiş akıl bozukluğu" başlığı bu tabloyu içermekte ve "Kısmi karmaşık nöbetlere bağlı disosiyatif belirtiler" olarak örneklendirmektedir (2).

Sonuç olarak iki uçlu mizaç bozukluğunda görülen belirtilerin bir bölümünü içeren kısmi karmaşık epilepsi olgularının yanlılıkla mizaç bozukluğu tanısı konma riski vardır. Yönelim bozukluğu, yoğun işitsel görsel varsanılar ve disosiyatif belirtiler gösteren mizaç bozukluğu hastalarının kısmi karmaşık epilepsi açısından yeniden gözden geçirilmesi yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Adams DR, Victor M: Principles of Neurology. Fifth Edition, 1993.
2. American Psychiatric Association. Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders-IV, Draft Criteria Washington DC, 1993.
3. American Psychiatric Association. Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition-Revised) Washington DC, 1987.
4. Atalay H, Verimli A, Özsoy T, et al: İki uçlu mizaç bozukluklarında karmaşık kısmi nöbet semptomlarının araştırılması. Düşünen Adam 3:45-48, 1991.
5. Atbaşoğlu GZ: Temporal lobe epilepsisinde kişilik özellikleri ve histeri belirtileri 3P 1:242-248, 1993
6. Fenton GW: Epilepsy and automatizm. Br J Hosp Med 57-63, 1989.
7. Hindler CG: Epilepsy and violence. Br J Psychiatry 155:246-249, 1989.
8. International Classification of Diseases-10, Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines WHO, 1992.
9. Kaminer Y: Psychopathology and temporal lobe epilepsy in adolescent. Acta Psychiatr Scand 77:640-644, 1988.
10. Kaplan IH, Sadock JB: Comprehensive Textbook of Psychiatry-IV, Vol. 1 Fourth Edition, USA/Baltimore, 1985.
11. Lishman WA: Organic Psychiatry. Oxford, 1987.