

Hastamız, distimik şikayetlerin varlığı, başlangıç yaşının nispeten geç oluşu ve birden fazla epizod geçirmiş olması ile kötü, aralarda tam iyilik dönemlerinin bulunması, tedaviye kısa sürede cevap alınması, genel sosyal uyumun iyi olması ile iyi prognostik özellikler gösteriyor.

Obsesif-kompulsif belirtilerin ilk epizodun ardından belirlenerek azalması, annesinde de obsesif-kompulsif nörozun bulunması ilginç özellikler olarak değerlendirildi.

Hastamızda nihilistik hezeyanlar en ileri şekillerden birini buluyor. Aşırı suçluluk ve değersizlik düşünceleri ölümsüzlük hezeyanına dönüşüyor. Cotard Sendromu'nun en ağır ve nadir şekillerinden birisi olması açısından bu olgumuzun değerli ve öğretici olduğu kanısındayız.

İkinci olgumuzda da öykü, fizik muayene ve laboratuvar araştırmalarında organik bir etmenin varlığını gösteremedik. Cotard Sendromu'nun özellikle epileptik fenomenlerle, Paralizi Generalle, yaygın ensefalitle birlikte olabildiğini belirten literatür bulunması nedeniyle bu yönde yaptığımız incelemelerde patolojik bir özelliğe rastlamadık.

Semptomların bir ay içinde gürültülü bir şekilde başlaması, hezeyan dışında psikotik bulgu olmaması, tedavi sonrası tam içgörü kazanarak hastalık öncesi uyumuna dönmesi ile şizofreniden, psikososyal bir stresörün bulunmaması, duygusal karmaşanın, kafa karışıklığı ya da şaşkınlığın olmaması ve tek semptomun varlığı ile kısa tepkisel psikozdan, mizaç semptomlarının bulunmaması en azından baskın olmaması ile de mizaç bozukluklarından uzaklaştık.

Hastamızda nihilistik ve perseküsyon hezeyanları dışında psikopatolojinin bulunmadığını dikkate alırsak DSM III-R'ye göre tanımlanmış hezeyanlı bozukluk ya da Cotard Sendromu olması nedeniyle atipik psikoz olacaktır. Hezeyanlı bozukluk

olarak değerlendirildiğimizde somatik ve perseküsyon alt tiplerine uymaktadır.

Pimozidle başarılı bir şekilde semptomların ortadan kalkması ve ikinci hafta sonunda tam içgörü kazanması bizi oldukça sevindirdi.

Hastanın 20 yaşında olması erken bir başlangıç yaşı olarak kabul edilebilir. Somatik tip hezeyanın varlığı da nadir olarak gözlenmektedir.

Prognoz açısından hezeyanların somatik ve perseküstif tipte olması, hastamızın kadın olması, 30 yaşından önce başlaması, akut ve renkli başlaması, hastalık süresinin kısa oluşu, presipitan bir faktörün varlığı iyi prognostik özellikler olarak değerlendirildi.

Bu olgumuzda Cotard Sendromu'nun hezeyanlı bozukluk veya atipik psikozlar içinde görülmesi literatürde oldukça seyrek bildirilmiştir. Literatürde seyrek de olsa bildirildiğine göre pür Cotard olguları önceden bir psikiyatrik öykü olmaksızın aniden başlar. Birkaç hafta içinde medikasyonla düzelir. Bu olgumuzda da hezeyanlar başarılı bir şekilde ortadan kalkmıştır.

SONUÇ

Sunduğumuz her iki olgu da literatürde belirtilen Cotard Sendromu olgularına iki değişik örnek oluşturmaktadır. Major depresyondaki klasik nihilistik ve ölümsüzlük hezeyanlarının yanında, akut başlayan, kısa sürede tedaviye oldukça cevap veren hezeyanlı bozuklukta inkar hezeyanlarının psikiyatristin karşısına ender olarak çıktığını ve bu yüzden sunduğumuz olguların öğretici olduğunu düşünüyoruz.

HİDROSEFALİ VE PSİKOZ: BİR OLGU

Doç. Dr. Oğuz ARKONAÇ*, Dr. Hüseyin SOYSAL*, Dr. Aysun Y. SOYSAL**, Dr. Kirkor KAMBERYAN*

ÖZET: 12 yıldan beri, psikotik belirtiler nedeniyle sağaltım gören bir olguda, hidrosefali saptanmış ve araştırma sonucunda hidrosefalinin en az 14 yıllık bir geçmişi olduğu öğrenilmiştir. Bu yazıda, bu olgu dolayısıyla psikoz ve hidrosefali birlikteliği tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hidrosefali, Psikoz, Birlikte Hastalık.

SUMMARY: Presence of Hydrocephaly with some 14 years of duration was unexpectedly rediscovered in a patient who has been under the antipsychotic treatment for some psychotic signs and symptoms for the last 12 years. Association of psychosis and hydrocephaly is discussed.

Key Words: Hydrocephalus, Psychosis, associate illness.

GİRİŞ

Hidrosefali, BOS'un salgılanması ve emilimi arasındaki dengenin bozulması sonucu, ventriküler sistemin beyin dokusu aleyhine genişlemesiyle ortaya çıkan bir semptomlar kompleksidir (3).

Nedeni BOS'la ilgili emilim güclüğü ise, normal basınçlı hidrosefali oluşur. Adams-Hakim Sendromu olarak bilinir, denge güclüğü, inkontinans ve demans triadıyla tanınır, komünikan tip hidrosefali diye de adlandırılır.

Yüksek basınçlı (nonkomünikan) hidrosefalide BOS dolaşımı bir tıkanıklık nedeniyle bozulmuştur ve bu tıkanma genellikle sylvii aqueductus'tadır (1, 3, 4).

Yüksek basınçlı hidrosefalide neden çoğunlukla doğumsaldır. Erişkin çağda gelişen şekilde ise MSS enfeksiyonu, kafa travması, kafa içi tümörler sorumludur. Ancak doğumsal aqueduct darlığının yetişkin çağlara kadar asemptomatik kalabildiği ya da nedeni aydınlanmamış sonradan olma hidrosefalilerin de olduğu bildirilmektedir (3, 4).

Tıkanmaya bağlı hidrosefalide nörolojik belirtiler; konfüzyon, demans, denge kusuru, idrar ve/veya gaita tutamama,

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastl. Hast. 2. Psikiyatri Birimi

** Bakırköy Ruh ve Sinir Hastl. Hast. Nöroloji Kliniği

paraparezi, hemiparezi, kafa çiftlerinde tutulumlar ile papilla ödemi. Psikiyatrik belirtiler ise, labil duygulanım, depresyon, öfori, eksitasyon, apati, hezeyanlar ile organik kişilik bozukluğu bulgularıdır. Bir olguda bunların birkaçı, tümü veya çeşitli birliktelikleri görülebilir (1, 2, 7).

Tanı, klinik muayeneden sonra kraniyografi, pnömoensefalografi, BBT, NMR gibi görüntüleme teknikleri ve lomber ponsiyonla konur. Kraniyografide özgün bulgu dorsum sella erozyonudur. Artık pek uygulama alanı bulamayan pnömoensefalografide, BBT'de ve kraniyal NMR'da lateral ve 3. ventrikülde genişleme görülürken, neden olan yer kaplayıcı lezyon, kanama ve diğer oluşumlar da ortaya çıkarılabilir (1, 3, 4). Tanı konduktan sonraki aşama, etyolojinin aydınlatılmasına ve şant ameliyatı endikasyonu koymaya yönelik çalışmalardır. Ameliyat için demansiyel belirtileri ilerlememiş, yürüyüş bozukluğu ön planda olan hastalar idealdir, bu ameliyattan yarar gören hasta oranı %40-70 arasındadır (3, 7). Ameliyat edilecek hastaların seçim ölçütleri ve yararlanabilirlikleri halen tartışmalı olup konumuzun dışındadır.

OLGU

A.N.E., kadın, 1955 doğumlu, lise mezunu, boşanmış, İstanbul'da oturur, ev hanımı. 12.5.1989 tarihinde annesinin isteğiyle ve polis memuru refakatinde getirildi.

Hastanın yakınması yok. Annesi, hastada uygun olmayan yer ve zamanda, amaçsız biçimde dolaşma, cinsel ilgide artma, kendisine karşı düşmanca ve saldırgan davranışlar tanımladı. Hasta, başvuru tarihinden 10 gün önce hastanemizden taburcu edilmiş, önerilen Largactil tableti (600mg/gün) kullanımına karşın eskiden beri var olan bu yakınmalarda iyileşme olmadığı gözlenmiş.

Hastamız, öğretmen anne ve babanın iki çocuğundan büyük olanı. İlkokul çağlarında kafa üstü kum zemine düşme dışında çocukluk yıllarına ait gelişme kusuru ve hastalık tanımlanmadı. Lise çağlarında haylaz, inatçı, maceraya düşkün bir ergenmiş. Lise eğitimi sonrası, 1975'te Fin'li bir beyle evlenerek Finlandiya'ya gitmiş. 1977'de bir erkek çocuk dünyaya getirmiş.

1978'de, Türkiye'ye dönmüş, döndüğünde eşiyile anlaşamadığı, çocuğuna bakmak istemediği, Finlandiya'da bir hastanede yatarak ruhsal tedavi gördüğü öğrenilmiş. Finlandiya'da verilen ilaçları kullanıyor, bütün gün uyukluyor ve altını ıslatıyormuş. Kısa bir süre sonra ilaçlarını bıraktığında, altını ıslatması ve uyuklaması yok olmuş. Aynı yıl kocasından boşanmış.

1978'den 1984'e kadar hastamız, karşısında biri varmışçasına konuşması, hesapsız para harcaması, parasal istekleri yerine getirilmediğinde annesine vurması gibi nedenlerle ayakta psikiyatrik sağaltım görmüş. Çocuğuna karşı ilgisizmiş, cinsel ilişkilerinde sık sık eş değiştirmiş. Bu dönemde geçici iyileşme devreleri oluyormuş, hatta 1983 yılında 6 ay süreyle çalışmış.

1984-1989 yılları arasında 6 kez hastanemizde yatan hasta ile ilgili hastane kayıtlarında, şizofrenik bozukluk, şizofrenik bozukluk, atipik afektif bozukluk tanılarıyla tedavi uygulandığı görüldü. Bu yatışlarıyla ilgili kayıtlar incelendiğinde; 1984'te trigeminal nevralsi ve idrar inkontinansı 1987'den sonra ise yüksek potansli nöroleptikler verildiğinde diskinezi ve inkontinans görüldüğü anlaşılmaktadır.

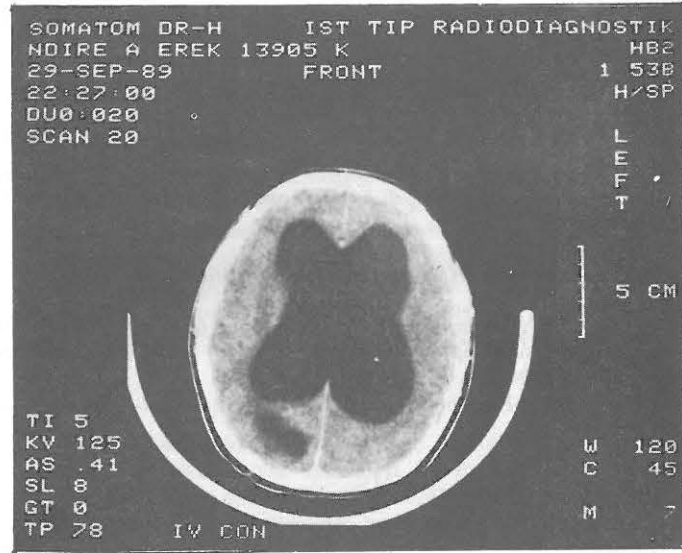
Hastanın yapılan sistemik ve nörolojik muayenelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Psikiyatrik muayenesinde; motor aktivite artmış, mizaç yükselmiş, duygulanım kısıtlı, zaman zaman öfkeli, çağrışımlar hızlanmış bulundu. Yargılama ve soyutlama bozuktu. Yönelim, bellek ve dikkatte belirgin kusur saptanmadı. Servis içinde, diğer hastalara karşı agresif davranışlar, annesine karşı düşmanca tutum ve negativizm gözlemlendi.

Günde 30 mg haloperidol başlanan ve 3 hafta sonra klinik düzelme görülen hastaya, idame tedavi amacıyla flufenazin depo ampul uygulanmasını takiben ellerde ve ağız çevresinde istemsiz hareketler, ataksi ve idrar kaçırma görüldü sadece antiparkinsoniyen ilaçlar verilmeye başlandı. İki hafta sonra, sayılan bu belirtilerin geçmemesi üzerine hastanın annesiyle tekrar görüşüldü. Bu görüşmede, benzer işaretlerin 12 yıldır zaman zaman ortaya çıktığı, bunların aldığı ilaçlara bağlı olduğunu söylediği, ayrıca hastanın yurt dışındayken yüzünün sağ tarafında uyuşma ve ağrı nedeniyle tedavi gördüğü öğrenildi. Bunun üzerine, hastanın Finlandiya'da gördüğü tedavilerle ilgili epikrizi istendi. Bu arada yapılan bilişsel işlemler muayenesinde belirgin bozukluk bulunmadı.

Finlandiya'da düzenlenen epikrizden, hastanın ilk kez 1975'de başağrısı, yüzünde uyuşma ve sağ gözünde görme bozukluğu yakınmalarıyla başvurduğu, çekilen kraniyografide dorsum sellada erozyon saptandığı, kafa içi basınç artışından kuşulanılıp Catapresan adlı bir ilaç önerildiği yazmaktaydı. Aynı epikrizde, hastanın 1977'de tekrar başvurduğunda önerilen ilacı kullanmadığını öğrenildiği, kraniyografide aynı bulgunun görüldüğü yazılıydı. Bu başvurusunda yatırıldığı, sağlıklı iletişim kurulmadığı, ambivalans, düşünce dağınıklığı ve paranoya bulgularıyla klorpromazinle sağlandığı belirtilmişti.

Hastaya bu klinik tablo ve anamnez nedeniyle BBT planlandı, planlanan BBT'ye çok ileri bir tarihte randevu alınabildiğinden, atipik mizaç bozukluğu, hidrosefali şüphesi tanılarıyla, BBT yapıldıktan sonra tekrar getirilmesi önerilerek taburcu edildi.

16.8.1989'da yapılan BBT'de, 4. ventrikülün normal boyutlarda olduğu, lateral ventriküller ve 3. ventrikülde ileri derecede genişleme (ventriküler indeks %70) ayrıca solda, talamusta 1.5 cm çapında kalsifiye bir odak tespit edildi. Bu bulgularla yüksek basınçlı hidrosefali düşünüldü (Resim 1, 2, 3).

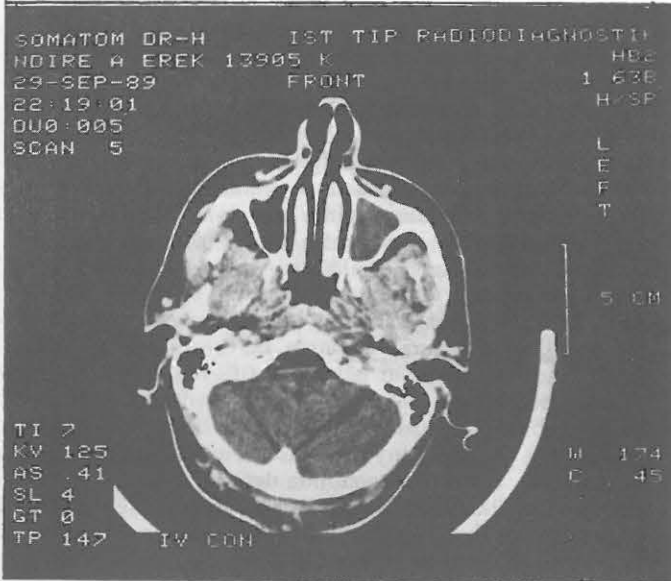


RESİM 1

Nöroşürüji konsültasyonunda, aynı tanı düşünüldü ve aqueduct darlığı dolayısıyla şant ameliyatı önerildi. Yazının kaleme alındığı günlerde, hastanın annesiyle görüşüldü, hastanın sakın ve nispeten uyumlu olduğu ancak ameliyat olmayı reddettiği ve ailenin ameliyatı ertelediği öğrenildi. Hastada, istemsiz hareketlerin kaybolduğu, inkontinansının süreklilik kazandığı ve unutkanlığı olduğuna ilişkin işaretler görülmediği nakledildi.



Resim: 2



Resim: 3

TARTIŞMA VE SONUÇ

Reveley ve ark. (1983) bir grup şizofren hastanın BBT taramasında, 3 hastada aqueduct darlığı belirlemiş bunların birisinde hidrocefali öyküsü de bulunmadığını bildirmiştir. Bu vakalarda, hidrocefali ve şizofreninin birlikte bulunusundaki

neden sonuç ilişkisi aydınlatılmamıştır. (2,5) Aynı araştırmacı, 1984'de yaptığı bir çalışmada, şizofren hastalarda normal popülasyona göre ve genetik yüklülüğü olmayan şizofrenlerde olanlara göre ventriküler indeksi yüksek bulmuştur. Bu vakalardaki ventriküler genişleme hidrocefali tanısı konacak dercede değildir. (6) Literatürde psikotik olarak bilinirken hidrocefali saptanan olgu bildirileri mevcutsa da bunların çoğunda tanıya gitmede demansiyel işaretler uyarıcı olmuştur. (2,7)

Olgumuzda, hidrocefali belirtileri 1975'e psikiyatrik öykü ise 1977'ye kadar gitmektedir. Bu iki başlangıç tablolarının tanımlandığı epikrizde, hastanın birinci başvurusunda hiç bir psikiyatrik bulgunun betimlenmediği, ikinci başvurusunda ise psikoz tablosu ve nöroleptikle tedavi görülmektedir. Hekimin bu iki tablonun birlikteliğini nasıl değerlendirdiği, birbirleriyle neden sonuç ilişkisi kurup kurmadığı hakkında bilgi sahibi değiliz. Daha sonraki gelişmelerde ise, anamnezin derinleştirilmemesi, psikiyatrik belirtilerin ağırlıklı oluşu, nörolojik belirtilerin zaman zaman ortaya çıkışı ve silik oluşu hidrocefali tanısına varılmasını geciktirmiştir.

Olguda, hastalığın seyri kapsamlı olarak değerlendirildiğinde, duygulanımda oynaklık, öfke ve saldırganlık nöbetleri, gelişigüzel cinsel davranışlar, duygulanımda belirgin yoksunluk ile paranoid düşüncelerin varlığı görülmektedir. Bu belirtilerin organik kişilik sendromunun DSM-III R'ye göre tanı ölçütlerini doldurması, hidrocefalinin psikiyatrik bozukluktan önce çıkmış olması ve organik kişilik sendromuna yol açabileceğine ilişkin literatür bilgisi, olgunun tanısını organik kişilik sendromu olarak belirlemektedir. (2) Zaten frontal lob sendromları, organik kişilik bozukluğunda ilk akla gelen nedenlerdir ve olgumuzda yan ventrikül ön boynuzları bariz biçimde frontal loblar aleyhine genişlemişlerdir. Organik kişilik sendromuna ek olarak, hastanemiz kayıtlarından, olguda hezeyanlar ve varsanılarla beliren zaman zaman psikotik hecmelerinde ortaya çıktığı anlaşılmaktadır.

KAYNAKLAR

- 1- Black P.M. and Conner E.C.: Chronic Increased Intracranial Pressure. In Diseases of the Nervous System. Ed. Asbury W. Philadelphia, 1986 pp 1053-58
- 2- Lishman W.A.: Other Disorders Affecting The Nervous System. In Organic Psychiatry. Chicago, 1987. pp 644-45
- 3- Milhorat T. H: Hydrocephalus Pathophysiology and Clinical Features. In Neurosurgery. Ed. Wilkins R.H. New York, 1985 pp 2135-39
- 4- Ojemann R.G. and Black P. M.: Hydrocephalus In Adults. In Neurological Surgery. Ed. Youmans J.R. Philadelphia, 1982 pp 1433-35
- 5- Reveley M.A.: CT Scans in Schizophrenia. British Journal of Psychiatry. 1985, 146, 367-71
- 6- Reveley M.A. and Murray R.M.: Cerebral Ventricular Enlargement in Non-genetic Schizophrenia: A Controlled Twin Study. British Journal of Psychiatry. 1984, 144, 89-93
- 7- Strub R.L. and Black F.W. : Other Dementias. In Neurobehavioral Disorders. Philadelphia, 1988 pp 203-07