

Ergen Yaş Grubunda Katatoni ve Ayırıcı Tanısı: Bir Olgu Sunumu

Canan Tanıdır¹, Hilal Adaletli¹,
Fatih Özbek², Hatice Güneş¹,
Özden Şükran Üneri³

¹Çocuk ve Ergen Psikiyatristi,

²Asistan Dr., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği,
İstanbul - Türkiye

³Doç. Dr., Çocuk ve Ergen Psikiyatristi,

Dışkapı Hematoloji ve Onkoloji Çocuk Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen
Psikiyatrisi Kliniği, Ankara - Türkiye

ÖZET

Ergen yaş grubunda katatoni ve ayırıcı tanısı: Bir olgu sunumu

Katatoni, temel belirti ve bulguları mutizm, postür alma, stupor, motor rijidite, aşırı uyarılmışlık hali, yeme-içme reddi ve hipokinezi olan bir motor disregulasyon sendromudur. Çocuklarda katatoni tablosunun tanınması ve ayırıcı tanısının bilinmesi, yapılması gereken incelemeler ve tedavi protokolünün belirlenmesi açısından önemlidir. Bu yazıda ilk olarak katatoni tablosu nedeniyle servisimizde yatırılarak izlenen ancak bu yatışta tanısı netleşmeyen, yaklaşık bir yıl sonra da çok konuşma, hareketlilik, sinirlilik, uykusuzluk gibi belirtiler nedeniyle bipolar bozukluk-manik atak tanısıyla servisimize yeniden yatışı yapılan 17 yaşında erkek bir olgunun klinik özellikleri ve katatoni tablosunun ayırıcı tanısı tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Bipolar bozukluk, ergen, katatoni



ABSTRACT

Catatonia and differential diagnosis in adolescence: a case report

Catatonia is a motor dysregulation syndrome with main symptoms and signs such as mutism, posturing, stupor, motor rigidity, hyperalertness, refusal to eat or drink, and hypokinesia. Recognizing catatonia in children and making a differential diagnosis is important in terms of investigations required as well as for determining the treatment protocol. The present paper discusses the differential diagnosis of catatonia presentation and the clinical characteristics of a 17-year-old male case who was initially followed as inpatient in our clinic for catatonia presentation, though his diagnosis did not become definite within this period. Approximately one year later, he was readmitted to our clinic being pre-diagnosed with bipolar disorder-manic attack because of symptoms such as talking excessively, hyperactivity, irritability, and insomnia.

Keywords: Bipolar disorder, adolescent, catatonia

Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Çocuk ve Ergen Psikiyatristi Canan Tanıdır,
Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim
ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen
Psikiyatrisi Kliniği, 34147, Bakırköy/İstanbul,
Türkiye

Telefon / Phone: +90-212-409-1515/1434

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

Geliş tarihi / Date of receipt:
27 Aralık 2014 / December 27, 2014

Kabul tarihi / Date of acceptance:
5 Şubat 2015 / February 5, 2015

GİRİŞ

Katatoni onceleri şizofreninin bir tipi olarak nitelendirilse de sıklıkla duygudurum bozuklukları ve tıbbi veya nörolojik hastalıklarla birlikte görülen bir motor disregulasyon sendromudur. Temel belirti ve bulguları mutizm, postür alma, stupor, motor rijidite, aşırı uyarılmışlık hali, yeme-içme reddi ve hipokinezidir (1). Katatoni DSM-5'te ayrı bir başlık olarak yer almıştır (2). Katatoni tablosu ve ayırıcı tanısı erişkin yaş grubundaki olgularda uzun yıllardır ilgi çeken bir konu olmasına rağmen çocuk ve ergen yaş grubunda bu

alandaki farkındalığın düşük olduğu izlenmektedir (3). Çocuklarda katatoni tablosunun tanınması ve ayırıcı tanısının bilinmesi, yapılması gereken incelemeler ve tedavi protokolünün belirlenmesi açısından önemlidir. Bu yazıda ilk olarak katatoni tablosunun ayırıcı tanısı netleşmeden ailesinin isteği üzerine taburculuğu yapılan, 9 ay sonra çok konuşma, hareketlilik, sinirlilik, uykusuzluk gibi belirtiler nedeniyle bipolar bozukluk-manik atak ön tanısıyla servisimize yeniden yatışı yapılan 17 yaşında erkek bir olgunun klinik özellikleri ve katatoni tablosunun ayırıcı tanısı tartışılmıştır.

OLGU

Onyediyedi yaşında, erkek, lise 3. sınıfta okuyor, iki kardeşin büyüğü, ailesiyle birlikte Çanakkale’de yaşıyor. Perinatal ve postnatal dönemde herhangi bir sorun tariflenmeyen olgunun nöromotor gelişimi zamanında olmuş. Soy geçmişinde annede halen devam eden depresyon öyküsü mevcut. Olgu ilk olarak Mayıs 2012’de okulda öğretmeninin tokat atması sonrasında saçma konuşmalar, hareketlilik, sinirlilik, komşulara taş atma gibi belirtilerle ailesi tarafından Çanakkale’de bir psikiyatri uzmanına götürülmüş. Bipolar bozukluk ön tanısı ile olguya valproat 1000mg/gün ve olanzapin 10mg/gün tedavisi başlanmış. Bir-iki hafta sonra, olgu içe kapanmaya, konuşmamaya, hareket etmemeye, yemek yememeye başlayınca, olgunun ilaç tedavileri kesilip yatarak tedavi önerisiyle aile Çanakkale’den hastanemize yönlendirilmiş. Acil servis başvurusu sonrasında katatoni tablosu olarak değerlendirilip yatışı yapılan hastanın ruhsal durum muayenesinde görüşmeye isteksiz olduğu, soruların hiçbirine cevap vermediği, yattığı yerden kalkmak istemediği gözlemlendi. Duygulanımı kısıtlıydı. Oryantasyon, algı, bellek muayenesi yapılamadı. Konuşmadığı için, düşünce içeriği değerlendirilemedi. Olgu sürekli olarak yatağında gözler açık şekilde postür değiştirmeden sırtüstü yatıyordu. Babası tarafından yatakta postürü değiştirilmedikçe kendi hareket etmiyordu. Babasının yönlendirmesi ile babası eşliğinde banyoya ve tuvalete gidiyordu. Yatış sonrası olgunun vital bulgu takibi, rutin kan tahlilleri, tiroid fonksiyon testleri, kreatinin kinaz (CK) düzeyi, tam idrar tetkiki, idrarda madde taraması, B12 ve folik asit düzeyi, anti-HBs, anti-HİV, HCV-RNA, VDRL, CRP, kan seruloplazmin düzeyi, kranial MR ve EEG değerlendirmeleri yapıldı. Organik etiyojolojiyi dışlama amaçlı nöroloji ve çocuk hastalıkları kliniklerinden konsültasyon istendi. Olgunun kan tahlilleri, serum CK düzeyi, idrar tetkikleri, kranial MR ve EEG sonucu normal sınırlarda, nörolojik muayenesi, göz dibi normal olarak değerlendirildi. Katatoni düşünülen olguya lorazepam 5mg/gün başlandı. İlk lorazepam dozundan birkaç saat sonra olgunun, babası ve nöbetçi hemşire ile kendiliğinden yarım saatlik bir

konuşması oldu. Takip eden günlerde olgunun konuşmadığı ancak yemeklerini yediği, kısmen verilen komutlara uyduğu gözlemlendi. Vital bulguları yatışı boyunca normal seyreden olgumuzda lorazepam dozu 6mg/güne kadar artırıldı. Takipte olgu tedavi ekibinin sorularına tek kelimeli cevaplar vermeye başladı. Gün içinde yatağında yatması azaldı ve kendi isteği ile serviste gezinmeye ve diğer hastaların yanında oturmaya başladı. Doldurulan Klinik Global İzlenim-Hastalık Şiddeti (CGI-SI) ve Klinik Global İzlenim-Genel İyileşme (CGI-GI) ölçeklerine göre takipte olgunun CGI-SI puanı 6’dan 3’e düştü; CGI-GI puanı da 2 olarak değerlendirildi. Olgu, tam düzelmeye ulaşamadı ve tanının netleşmemesine rağmen, ailesinin isteği üzerine yatışının 25. gününde lorazepam 4mg/gün tedavisiyle taburcu edildi.

Taburculuk sonrası önerilen kontrollere gelmeyen olgu, Şubat 2013’te şüphelilik, saldırganlık, uykusuzluk, çok konuşma, çok para harcama, evden kaçma, tedavi reddi şikâyetleri ile hastanemiz acil servisine başvurdu ve bipolar bozukluk-manik atak ön tanısıyla servismize 2. kez yatışı yapıldı. Servisteki ilk ruhsal durum muayenesinde bilinci açık, yönelimi tamdı ve görüşmeye kısmen kooperatifti. Öz bakımının azalmış olduğu ve görüşmeye isteksiz olduğu gözlemlendi. Görüşme sırasında konuşma hız ve miktarının arttığı, perseveratif bir şekilde aynı cümleleri tekrarladığı, duygu durumunun yükselmiş, duygulanımının irritabl olduğu, psikomotor aktivitesinin arttığı izlendi. Düşünce içeriğinde annesinin kendisini zehirlemek istediği ve insanların kendisi hakkında konuştuğu ile ilgili temalar vardı. Çağrışım hızı artmıştı, çağrışimleri gevşikti. Referans ve perseküsyon hezeyanları, işitsel varsanları mevcuttu. İç görüşü yoktu ve oral ilaç alımını reddediyordu. Valproat 500mg/gün, haloperidol 20mg/gün, biperiden 10mg/gün intramusküler (im) olarak farmakoterapisine başlandı. Yatışının 5. gününde tedavisine olanzapin 10mg/gün/oral eklendi ve im haloperidol tedavisi kesildi. Takiplerde olanzapin dozu 30mg/gün’e, valproat dozu 1500mg/gün’e kadar kademeli olarak çıktı. Takip sürecinde olgunun perseküsyon ve referans hezeyanlarının, perseveratif konuşmasının giderek azaldığı, çağrışım hız ve miktarı normale döndüğü, duygu durumunun ötimik olduğu,

iç görü kazandığı gözlemlendi. Kan valproat düzeyi takibiyle valproat dozu 1250mg/gün'e inildi. Olgu 60 günlük yatış sonrası valproat 1250mg/gün, olanzapin 30mg/gün tedavisine devam ve ayaktan poliklinik takibi önerisiyle taburcu edildi. Olgunun yatışı süresince değerlendirilen Young Mani ölçek (YMRS) puanları şu şekildeydi: yatış günü, 19 puan, 1. hafta, 19 puan; 2. hafta, 23 puan; 5. hafta, 11 puan; 6. hafta, 10 puan. 8. hafta 5 puan.

TARTIŞMA

Olgumuzda hareket etmeme, konuşmama, yeme-içme reddi gibi tipik katatoni bulgularının hastanemize ilk başvuru sırasında bulunması katatoni tablosunu tanımamızı kolaylaştırmıştır. DSM-IV'te katatoni, şizofreninin bir alt tipi olarak belirtilmektedir. Ancak farklı tanı kategorisinde bulunan hastalıklarda da katatoni bir belirti olarak ortaya çıkabilmektedir. Özellikle son çalışmalarda altta yatan tanının sıklıkla duygu durum bozukluğu olduğu belirtilmektedir (4). Olgumuzda hastanemize ilk başvuru öncesi dış merkezde ön tanı olarak düşünüldüğü öğrenilen, ikinci başvurusu sonrasında netleşen bipolar bozukluk tanısı, bu yazın bilgisini desteklemektedir.

Deliryöz mani, ani başlayan deliryum, mani ve psikoz tablosu ile karakterize, genelde atlanan nöropsikiyatrik bir sendromdur. Katatoni sıklıkla sendromun önemli özelliklerinden biridir ve akut mani hastalarının %15 kadarında görülmektedir (5). Eskite katatoniden ayırt etmek sıklıkla güçtür ve bazı yazarlar deliryöz maninin katatoninin bir alt tipi olduğunu düşünmektedir. Ancak tedavi ve gidişatın farklı olması nedeniyle bu iki klinik tabloyu ayırt etmek önemlidir (6). Tanınmadığında ve yeterince tedavi edilmediğinde şiddeti artarak hayatı tehdit edici olabilir. Bizim hastamızda da tablonun ilk olarak saçma konuşmalar, hareketlilik, evden uzaklara gitme, sinirlilik, komşulara taş atma gibi belirtilerle ani ve gürültülü başlaması ve ardından katatoni tablosunun oluşması yazında geçen deliryöz mani ile uyumludur. Ancak olgu acilimize ilk başvurduğunda katatoni tablosu içinde olması ve ailesi tarafından katatoni öncesindeki dezorganize davranışların ani olarak başladığının ifade edilmesi

nedeniyle öncelikli olarak organiziteyi dışlamaya yönelik tetkikler yapılmıştır.

Katatoni tablosunun ayırıcı tanısında psikiyatrik hastalıkların dışında tıbbi ve nörolojik hastalıkların, antipsikotik kullanım öyküsü olan olgularda ise ek olarak nöroleptik malign sendromun (NMS) da akılda tutulması gerekir. NMS katatoni benzeri bir durum olup çoğunlukla kendisini ekstrapiramidal bulgular, kan basıncı değişiklikleri, bilinç değişikliği ve hiperrefleksi şeklinde gösteren nöroleptik tedavinin nadir, ancak ciddi bir yan etkisidir. Olguların çoğunda semptomlar tedavinin ilk haftalarında ortaya çıkar (7). NMS atipik antipsikotikler de dâhil olmak üzere herhangi bir antipsikotik kullanımı ile ve küçük dozlarla bile görülebilmektedir (8). Yazında katatoni belirtileri gözlenen ve katatoni tablosu düzelmeden antipsikotik tedavisi verilen olguların NMS geliştirmeye daha yatkın olduklarından bahsedilmektedir (4,9). Olgumuzda ilk yatıştan önce kısa süreli olanzapin kullanım öyküsü mevcuttu. Olanzapine bağlı NMS'yi dışlamak için vital bulguların sık aralıklarla takibi yapıldı, belirli aralıklarla hemogram, serum CK düzeyi kontrol edildi. Takiplerde vital bulgular, rutin kan tahlilleri ve serum CK düzeyi normal sınırlarda seyretti, bilinç hep açıktı, bilinçte herhangi bir değişiklik olmadı. Tüm bu nedenlerden ötürü olguda NMS düşünülmeydi.

Yazında birçok tıbbi ve nörolojik hastalığa bağlı olarak da katatoni tablosu gelişebileceği bildirilmektedir (9,10). Katatoni tablosu ile başvuran çocuk ve ergenlerde altta yatan tıbbi veya nörolojik hastalık sıklığı azımsanamayacak bir orandadır. İleriye dönük prevalans çalışmalarında psikiyatri kliniklerinde genel tıbbi bir duruma bağlı katatoni sıklığı %20-25 oranında bulunmuştur (1). Kafa travması, epilepsi, metabolik ve endokrin bozukluklar, karaciğer yetmezliği, hepatik ensefalopati, sistemik lupus eritematozus, enfeksiyonlar (Ebstein-Barr, hepatit C) ve çeşitli ilaçlara bağlı katatoni gelişebilir (11-14). Yine yaygın gelişimsel bozukluğu olan çocuklarda özellikle ergenlik döneminde katatoninin ortaya çıkabileceği bildirilmektedir (15,16). Olgumuzda yaygın gelişimsel bozukluk tanısını destekleyen bir belirti veya gelişim basamaklarında gecikme bulunmamaktadır. Diğer sistemik hastalıkları dışlamak için yapılan ayrıntılı

tıbbi incelemelerde herhangi bir pozitif bulguya rastlanmamıştır. Non-konvulsif status epileptikus ve ensefaliti dışlamak için yapılan EEG ve ayrıntılı nörolojik muayene normal sınırdaki olarak değerlendirilmiş, lökositoz saptanmamıştır. Ancak nispeten yeni sayılabilecek yayınlarda, anti-N-methyl-D-aspartate (anti-NMDA) reseptör antikolarına bağlı gelişen ensefalit olgularından bahsedilmektedir (17,18). Bu ensefalit türünde nöbetler, diskineziler, otonomik instabilite ve hipoventilasyon yanında katatoni tablosu görülebilir. Beyin omurilik sıvısında anti-NMDA antikolarının tespiti tanı netleşmektedir. Olgumuzda NMDA ensefaliti ön tanılardan biri olarak düşünülmüş, ancak tetkik imkânlarımızın kısıtlılığı nedeniyle antikor bakılamamıştır. Olguda bu ensefaliti düşündürecek diğer belirtilerin olmaması, nörolojik muayenesinin normal olması ve benzodiazepin tedavisiyle tablonun giderek düzelmesi bizi bu tanıdan uzaklaştırmıştır.

Yazında özellikle duyu durum bozukluklarına eşlik eden katatoninin yüksek doz sublingual veya intramusküler benzodiazepin tedavisine hızlı cevap verdiği, ilk benzodiazepin dozundan veya ikinci dozdan birkaç saat sonra çoğu olguda katatoni tablosunun

düzelmesi, ancak bazı olgularda bu düzelmenin haftalar hatta aylar sonra olabileceği belirtilmektedir (4). Olgumuzda altta yatan tanı bir duyu durum bozukluğu olmasına rağmen katatoni tablosu uzun süreli benzodiazepin kullanımı sonrası basamaklı bir şekilde düzelmiştir. Ancak olgunun ilk benzodiazepin dozundan birkaç saat sonra kendi isteği ile nöbetçi hemşire ile yaklaşık yarım saatlik bir konuşma yapması, yazında belirtilen dramatik düzelmeye uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Katatoni, akut psikiyatri servislerine başvuran çocuk ve ergenlerde nadir bir durum değildir ve ayırıcı tanıda akla gelmelidir. DSM-5'te katatoninin ayrı bir başlık olarak yer alması bu tablonun klinisyenler tarafından tanınma oranını arttıracak gibi görünmektedir. Katatoni tablosu ile başvuran çocuk ve gençlerde altta yatan tıbbi hastalıkların ve nöroleptik malign sendromun dışlanması için ayrıntılı bir tıbbi değerlendirme yapılması çok önemlidir. Ayrıca duyu durum bozukluklarıyla katatoni tablosu birlikteliğinin sıklığı dikkate alındığında, katatoni tablosu düşünülen olgularda, duyu durum bozukluklarına yönelik öykünün ayrıntılı olması takip ve tedavi sürecinde yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

- Daniels J. Catatonia: clinical aspects and neurobiological correlates. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2009; 21:371-380. [\[CrossRef\]](#)
- APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5 ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
- Fink M. Hidden in plain sight: catatonia in pediatrics: "An editorial comment to Shorter E. "Making childhood catatonia visible (Separate from competing diagnoses", (1) Dhossche D, Ross CA, Stoppelbein L. 'The role of deprivation, abuse, and trauma in pediatric catatonia without a clear medical cause', (2) Ghaziuddin N, Dhossche D, Marcotte K. 'Retrospective chart review of catatonia in child and adolescent psychiatric patients' (3)". *Acta Psychiatr Scand* 2012; 125:11-12. [\[CrossRef\]](#)
- Rosebush PI, Mazurek MF. Catatonia and its treatment. *Schizophr Bull* 2010; 36:239-242. [\[CrossRef\]](#)
- Jacobowski NL, Heckers S, Bobo WV. Delirious mania: detection, diagnosis, and clinical management in the acute setting. *J Psychiatr Pract* 2013; 19:15-28. [\[CrossRef\]](#)
- Detweiler MB, Mehra A, Rowell T, Kim KY, Bader G. Delirious mania and malignant catatonia: a report of 3 cases and review. *Psychiatr Q* 2009; 80:23-40. [\[CrossRef\]](#)
- İşeri P, Seleker M. Nöroleptik malign sendrom. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi* 2005; 1:39-42.
- Trollor JN, Chen X, Sachdev PS. Neuroleptic malignant syndrome associated with atypical antipsychotic drugs. *CNS Drugs* 2009; 23:477-492. [\[CrossRef\]](#)
- Paparrigopoulos T, Tzavellas E, Ferentinos P, Mourikis I, Liappas J. Catatonia as a risk factor for the development of neuroleptic malignant syndrome: report of a case following treatment with clozapine. *World J Biol Psychiatry* 2009; 10:70-73. [\[CrossRef\]](#)
- Pfister HW, Preac-Mursic V, Wilske B, Rieder G, Förderreuther S, Schmidt S, Kapfhammer HP. Catatonic syndrome in acute severe encephalitis due to Borrelia burgdorferi infection. *Neurology* 1993; 43:433-435. [\[CrossRef\]](#)

11. Kalivas KK, Bourgeois JA. Catatonia after liver and kidney transplantation. *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 31:196-198. **[CrossRef]**
12. Şengül C, Dilbaz N, Üstün İ, Şengül CB, Okay T. Subklinik hipotiroidinin eşlik ettiği bir periyodik katatoni olgusu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6:57-59.
13. Shepherd J, Garza VM, De León OA. Waxing-and-waning catatonia after intermittent exposure to aripiprazole in a case of autism and bipolar disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2009; 29:503-504. **[CrossRef]**
14. Grover S, Parakh P, Sharma A, Rao P, Modi M, Kumar A. Catatonia in systemic lupus erythematosus: a case report and review of literature. *Lupus* 2013; 22:634-638. **[CrossRef]**
15. Ghaziuddin N, Gih D, Barbosa V, Maixner DF, Ghaziuddin M. Onset of catatonia at puberty: electroconvulsive therapy response in two autistic adolescents. *J ECT* 2010; 26:274-277. **[CrossRef]**
16. Dhossche DM, Reti IM, Wachtel LE. Catatonia and autism: a historical review, with implications for electroconvulsive therapy. *J ECT* 2009; 25:19-22. **[CrossRef]**
17. Florance-Ryan N, Dalmau J. Update on anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis in children and adolescents. *Curr Opin Pediatr* 2010; 22:739-744. **[CrossRef]**
18. Ryan SA, Costello DJ, Cassidy EM, Brown G, Harrington HJ, Markx S. Anti-NMDA receptor encephalitis: a cause of acute psychosis and catatonia. *J Psychiatr Pract* 2013; 19:157-161. **[CrossRef]**