

Psikiyatrik Tablolarla Ortaya Çıkan Kompleks Parsiyel Nöbetlere İlişkin Bir Olgu Sunumu: Panik Belirtili Nöbetler

Evrım ERBEK *, Neşe ÜSTÜN **, Olga GÖKBULUT ***, Nezih ERADAMLAR ****,
R. Latif ALPKAN *****

ÖZET

Epileptik hastaların % 30'unda psikiyatrik bozukluklar gözlenmektedir, hatta bunların % 7'si psikiyatri kliniklerine yatırılarak tedavi edilmektedir. Non-konvulzif nöbetlerde bir gün ile bir hafta sürebilen mental belirtiler bazen nöbetin tek bulgusu olabilmekte ve bu nedenle epilepsi tanısı atanabilmektedir. Epilepsi ve anksiyete bozukluklarında belirtilerin benzerliği şaşırtıcıdır. İktal kompleks parsiyel nöbetler sıklıkla benzerliklerinden dolayı panik nöbeti ile karışmaktadır. Bu tanı karmaşası sıklıkla uygun olmayan terapötik kararlar alınmasına neden olur. Bu makalede, benzer olgularda klinik ele alışı geliştirmek amacıyla, panik bozukluğu tanısıyla bir yıla yakın bir süre tedavi gören bir kompleks parsiyel nöbet olgusu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Kompleks parsiyel nöbet, panik nöbeti, anksiyete bozukluğu

Düşünen Adam; 2004, 17(3): 174-177

ABSTRACT

Complex Partial Seizures Presenting With Psychiatric Manifestations: A Case with Seizures of Panic Symptoms

30 percent of epileptic patients suffer from psychiatric problems and even 7 percent of these patients are admitted to psychiatric wards and receive medical treatment. In nonconvulsive seizures which can last from a day up to a week, mental symptoms can sometimes be the sole finding of the seizure and therefore epileptic disorder can be misdiagnosed. The symptoms of anxiety disorders and epilepsy are surprisingly similar. Ictal complex partial seizures can usually be confused with panic attacks because of their similarities leading to an incorrect diagnosis. In this article, we aimed to illustrate a case experiencing complex partial seizures but which was diagnosed and treated as panic disorder over a year.

Key words: Complex partial seizure, panic attack, anxiety disorder

GİRİŞ

Epilepsi ile ilişkili psikiyatrik bozukluklar ve risk faktörleri ile ilgili bilgiler çok heterojendir. Epileptik hastalarda psikiyatrik bozukluk prevalansı % 20-30 arasında değişmektedir. Bu olgular farmakoterapiye en dirençli olgulardır. Psikotik bozukluklar, depresyon ve suisid en sık karşılaşılan psikiyatrik durumlardır (1). Temporal loptan kaynaklanan kompleks

parsiyel epilepsisi olan hastalar psikiyatrik bozukluklara daha yüksek oranda yatkınlık göstermektedir. Bu hastalarda özellikle interiktal depresyon veya disfori klinik olarak sık gözlenmektedir (2). İktal kompleks parsiyel nöbetler sıklıkla benzerliklerinden dolayı panik nöbeti ile karışmaktadır (3). Bu tanı karmaşası sıklıkla uygun olmayan terapötik kararlar alınmasına neden olur (4).

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 12. Psikiyatri Servisi Ass. Dr.*, Uzm. Dr.** , 3. Psikiyatri Servisi Ass. Dr.***, 12. Psikiyatri Servisi Şef Yardımcısı Uzm. Dr.****, Şef Uzm. Dr.*****

Panik nöbetleri ile örtüşen kompleks parsiyel nöbetlere iyi bir örnek olması ve yalnız antiepileptik tedavi ile var olan tablonun tamamen düzelmesi nedeniyle, benzer durumlarda tanı karmaşasının giderilmesine katkıda bulunabileceği ve klinik idarenin sağlanması konusunda yol gösterici bir örnek olabileceği düşüncesiyle bu vaka sunulmuştur.

OLGU

Bay A, 29 yaşında, bekâr, üniversite mezunu, ilkokul öğretmeni. Hastaneye başvurmadan bir gün önce "Benim halim ne olacak? Ben öleceğim, beni öldür baba!" diyerek bağırdığı, bu sırada bazı arkadaşlarının adlarını amaçsız bir şekilde ve yüksek sesle tekrarladığı, susadığını söyleyerek su istediği ve suyu içtikten sonra bardağı rastgele fırlatarak attığı öğrenilen hasta, babası eşliğinde Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Psikiyatri ünitesine getirilmiştir. Başvurusu sırasında da benzer şekilde rahatsızlanarak kendisini yere atan, amaçsız izlenimi veren el kol ve beden hareketleri yapan ve bağırarak hastanın acilen kapalı psikiyatri kliniğine yatırışı yapılmıştır.

Başvuru Şekli:

Serviste yapılan psikiyatrik görüşmede, zaman zaman içinde ani bir ölüm korkusu belirmediğini, bulantı, nefes almakta güçlük, çarpıntı ve susama hissinin olduğunu, daha sonra yaşadıklarını hatırlamadığını söylüyordu. Yanında olan kişilerin kendisine, kontrolünü kaybettiğini, anlamsız şeyler söyleyerek kendisini yere attığını, amaçsız el kol hareketleri yaptığını, bu sırada susadığını söyleyerek etrafa tükürdüğünü, kendisine seslenen arkadaşlarını tanımadığını söylediklerini belirtiyordu. Bu tablonun iki-üç dakika kadar sürdüğü ve bugüne kadar çeşitli yerlerde altı kez olduğunu, iki kez rahatsızlandığı sırada kulağına ses geldiğini ve el parmaklarının arasından bir şeylerin girip çıktığını gördüğünü belirtti.

Hastalığın Öyküsü:

Tıbbi kayıtlardan ve hastanın yakınlarından alınan bilgiye göre, hastanın yukarıda belirtilen yakınmaları ilk kez Aralık 2002 tarihinde başlamış. Bu şikâyetleri nedeniyle bir psikiyatrist tarafından İmipramin 75 mg/gün tedavisi başlanmış, ilaç dozu kademeli

olarak yaklaşık birer ay aralıklarla 200 mg/gün dozuna çıkılmış, ancak yakınmalarında belirgin bir düzelmeme olmamış. Yakınmalarının sürmesi nedeniyle 19.11.2003 tarihinde Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran hastanın, poliklinik sırasımı beklerken benzer şekilde rahatsızlandığı, bağırarak başladığı, kendisini yere atarak etrafa tükürdüğü, "Ben öldüm, telefonla haber verin, su verin." dediği, dudaklarını ısırıldığı, bu sebeple kapalı psikiyatri servisine acilen yatırışının yapıldığı öğrenilmiştir.

Bu yatışında sertralin 50 mg/gün ve mirtazapin 30 mg/gün ile tedavisi başlanan hastanın yatırışı sırasında yapılan kranial MR, sükûnet ve uykusuzluk EEG sonuçları normal olarak değerlendirilmiş, video EEG monitorizasyon incelemesi sonucunda non REM I ve II'deki kayıtlarda frontosantral dezorganizasyon saptanmış, psikometrik incelemesinde Bender Gestalt testinde organik ve/veya fonksiyonel bir patoloji saptanmamış, kognitif anksiyete, depresif duygulanım, obsesif özelliklerin dikkati çektiği belirtilmiş, Verbal IQ=110 bulunmuştur. MMPI incelemesinde iyi nitelikli entelektüel kapasiteye karşın histrionik savunmalarla belirgin, olgunlaşmamış kişilik organizasyonu saptandığı, özellikle yakın sosyal ilişkilerde yaşanan depresyon ve yoğun anksiyete tablosunun olduğu, tüm entelektüel enerji ve kapasitesini uygunsuz tarzda ve düzeyde bu alanlara yoğunlaştırdığında nörotik konfüzyonel atakların beklenebileceği, anksiyete, şizofreni, mani değerlerinin dissimülatif tutumlarla örtüşük olup, yatkinlik niteliğinde bulunduğu belirtilmiştir. Rorschach testi yorumunda ise kişinin prepsikotik bir süreç içinde olabileceği belirtilmiştir.

Klinikte iki kez, yatırışının yapılmasını gerektiren ek-sitasyon tablosuna benzer ek-sitasyonu izlenen hastanın yapılan nöroloji konsültasyonunda, eldeki verilerin epilepsi düşündürmediği, altı ay sonra video EEG tetkikinin tekrarının uygun olacağı belirtilmiştir. Hasta 22.12.2003 tarihinde konversiyon bozukluğu tanısıyla sertralin 50 mg/gün ve mirtazapin 30 mg/gün tedavisiyle taburcu edilmiştir. Taburculuğundan sonra, düzenli olarak ilaç kullandığı ve poliklinik kontrollerine geldiği, kontrollerde sertralin dozunun birer ay arayla 150 mg/gün dozuna çıkarıldığı, ancak yakınmalarında iyileşme olmadığı öğrenilen hasta, 03.03.2004 tarihinde, babası eşliğinde Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Acil Polikli-

niği'ne, öleceğini ve susadığını söyleyerek bağıracağı, duvarlara vurmaya çalıştığı bir ekzitasyon tablosu içinde getirilmiş, kapalı servise yatırılıp yapılmış ve klinik izlemi tarafımızdan yapılmıştır.

Psikiyatrik Muayene Bulguları:

Hastanın klinikte yapılan psikiyatrik muayenesinde; bilinci açık, koopere ve yönelimi tamdı. Bellek kusuru yoktu. Alçak ses tonuyla, çekingen bir ifadeyle konuşuyordu. Çağrışımları düzgün ve amaca yönelik ancak hızı hafif derecede azalmıştı. Affekti sıkıntılı ve hafif çökkündü. Bilişsel işlevleri yeterliydi. Algı kusuru yoktu. Hezeyan tanımlamıyordu. Psikomotor aktivitesi hafif artmıştı. Soyutlama becerileri ve yargılaması yeterliydi. Düşünce içeriğinde; karşı cinsle ikili ilişkilerinde zorlandığı, onlarla rahat iletişim kuramadığı, utandığı, yakınlık gösteremediği için nişanlısının ve öncesinde aşık olduğu kız arkadaşının kendisini istemediği şeklinde suçluluk düşünceleri vardı.

Fizik muayene, nörolojik muayene ve biyokimyasal incelemeleri normaldi. Psikoaktif madde kullanımı yoktu. Soygeçmişinde psikiyatrik yüklülük tanımlamıyordu.

Bu şikâyetleri ile tedavisi sürdürülmek üzere açık nevroz kliniğine nakledilen hastanın yapılan psikiyatrik değerlendirme ölçeklerinin sonuçları şu şekilde bulundu:

1. Hamilton Depresyon (HAM-D) Ölçeği Puanı (17'lik): 11
2. Hamilton Anksiyete Ölçeği Toplam Puanı: 49
3. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Puanı: 5
4. SCID-II: Bir kişilik bozukluğu tanısı almadı.

Bu yatışında yapılan EEG'sinde frontotemporal bölgede dezorganizasyon saptanan hasta ilk yatışında yaptırılmış olan EEG sonuçları ile birlikte nöroloji kliniği ile konsülte edildi. Hastanın klinik tablosu ve EEG bulgusunun kompleks parsiyel nöbetle uyumlu bulunduğu, tedavisinde karbamazepin 800 mg/gün başlanmasının uygun olacağı belirtildi. Tetkiklerin tamamlandığı bir haftalık süre boyunca ilaçsız izlenen ve bu süre içinde bir kez hafif şiddette ve 3-4 dakika süren nöbeti olan hastaya karbamazepin 800 mg/gün ve fluvoksamin 100 mg/gün başlandı. Bu tedavi sonrasında klinikte yattığı süre içerisinde nöbeti gözlenmeyen hastanın zaman içerisinde anksiyete

ile ilişkili yakınmalarının da azaldığı gözlemlendi ve 7.04.2004 tarihinde "Kompleks Parsiyel Nöbete Bağlı Anksiyete Bozukluğu-Yaygın Anksiyete Gösteren" tanısıyla taburculuğu yapıldı. Hasta psikiyatri ve nöroloji polikliniklerine düzenli olarak kontrolle gelmekte olup, beş aydan bu yana aynı ilaçları kullanmaktadır ve tekrar nöbeti olmamıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Hastanın yaklaşık 1 yılı aşkın bir zaman, yeterli doz ve süre psikotrop ilaç kullanmasına rağmen klinik tablosunda bir değişikliğin olmaması, anlattığı hastalık dönemlerinin giderek sıklaşması, tekrarlayan ataklar sırasında değişik düzeylerde bilinç bozukluğu, ölüm korkusu, irritabilite, çarpıntı, bulantı, susama hissi, disfori ve tükürmek, dudak ısırma, kendisini yere atmak şeklinde motor otomatizmaların olması, yapılan tetkiklerinde EEG'sinde frontotemporal dezorganizasyonun gözlenmesi hastanın klinik tablosundan kompleks parsiyel nöbetlerin sorumlu olabileceğini ihtimalini akla getirdi.

Kompleks parsiyel nöbetler % 80 temporal lob kaynaklı olup, geri kalanı başta frontal lob (% 15) olmak üzere, parietal lob ve oksipital lob kaynaklı olabilir. Bu nöbetlere % 20-90 oranında aura eşlik edebilir. Nöbet sırasında bu olguda da gözlemlendiği gibi bilinç değişikliği, amnezi, depersonalizasyon, derealizasyon, ölüm korkusu, işitsel hallüsinasyon, tükürme, tekme atma gibi motor otomatizmalar, irritabilite, disfori, öfke gibi afektif semptomlar, defekasyon, miksiyon, susama ve bulantı hissi görülebilir. Hasta nöbet sırasında amnezik olduğu için nöbet sırasında ve sonrasında olupbiteni hatırlamaz (5). Epilepsi hastalarında ölüm korkusu depersonalizasyon bulgusu olarak gözlenir (6). Bu olgunun Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği değerlendirildiğinde depersonalizasyon yaşantısını en düşük yüzdeyle de olsa tanımladığı görülmektedir. Eğer ölüm korkusundan bahseden hasta bu olgunun da bahsettiği gibi aynı zamanda epizodik halüsinasyonlardan da bahsediyorsa psikomotor nöbet olabileceği düşünülmelidir (6). Epilepsi nöbeti sırasında garip davranışlar ve halüsinasyonlar görüldüğü için psikojenik nöbetlerle çok karışır, hasta yanlış tanımlanabilir. Bu nedenle ayırıcı tanı çok iyi yapılmalıdır.

Yapılan çalışmalar epileptik hastalarda genel popülasyona göre daha yüksek oranda psikiyatrik bozuk-

luk bulunduğunu göstermektedir. Epileptik hastalarda psikotik bozukluklar %2-9 oranında görülür. Temporal lobe epilepsisi olan hastalarda daha fazla psikotik bozukluk görüldüğü bildirilmiştir. Kompleks parsiyel nöbeti olan hastaların %10-30'unda psikoz bildirilmiştir (7). Epileptik hastalarda "interiktal davranış sendromu" olarak adlandırılan özel bir kişilik paterninden söz edilmektedir. Bu hastalarda duygusal coşkunculuk, iritabilite, disfori, ani öfke patlamaları, aşırı dindarlık, visközite, obsesif özellikler, hiposeksüalite sık gözlenmektedir (8). Bu klinik belirtiler ve kişilik özellikleri bu olguda da belirgin olarak gözlenmekteydi.

Depresif bozukluk epileptik hastaların % 20-60'ında görülür, depresyon sol hemisfer odaklı parsiyel nöbetlere daha sıklıkla eşlik eder. İntihar oranı yüksek olup intihar girişimlerinin % 3-7'si ölümlü sonuçlanır. İntihar riski epilepsi tanısı koyulduktan sonraki ilk yıllarda yüksek olup, daha çok depresif ve psikotik hastalarda sık gözlenmektedir (1). Bu olgunun da, Hamilton Depresyon Ölçeği değerlendirmesi sonucunda 11 puan aldığı, psikişik ve somatik anksiyetesinin, ilgi ve istek kaybının belirgin olduğu ama sonuç olarak hafif derecede depresif belirtilerinin bulunduğu gözlenmektedir.

Epileptik hastalarda sık görülen psikiyatrik tablolardan biri de anksiyete bozukluklarıdır. Epileptik nöbet ile anksiyete bozuklukları arasındaki etkileşimi araştıran Harter, sık epileptik nöbet geçiren hastaların tekrar nöbet geçirme korkusu nedeniyle anksiyete bozukluğu geliştirebileceğini ileri sürmüştür (9). Mintzer ise, iktal korku ile seyreden fokal epilepsi ve panik bozukluğunun birlikte seyredebileceğini ileri sürerek, bunu her iki bozuklukta da amigdalanın rol oynamasına bağlamıştır (10). Panik bozukluğunun toplumdaki yaygınlığı % 1 iken, epilepsi hastalarında görülme oranı % 21 olarak bulunmuştur (14). Klinisyenler, bilinen epileptik nöbetleri olan hastalarda panik nöbetlerini kompleks parsiyel nöbetlere benzerlikleri nedeniyle iktal bir fenomen olarak kabul etmektedir. Bazen epilepsi ile panik bozukluğu birlikte de bulunabilir. Klinisyenler hastalık tablosunu tek bir tanı ile açıklama eğilimindedir. Eğer anksiyeteyi nöbet ile ilişkilendirirsek, postiktal döneme denk gelebilir, aura bulgusu ya da iktal dönem fenomenlerinden olabilir. İktal dönem anksiyete atakları da panik nöbetleri gibi sebep yokken, aniden gelen ataklardır.

Benzerlikler olduğu gibi keskin farklılıklar da vardır. Panik nöbeti daha uzun sürer ve aura gözlenmez. EEG bulgusu yoktur. Kompleks parsiyel nöbet geçiren hastaların EEG'sinde diken ya da keskin temporal dalgalar görülebildiği gibi interiktal dönemde de sol mezial temporal lob bölgesinde paroksizmal diken dalgalar da gözlenebilir. Ayrıca MR'da sol temporal bölgede hipodens alan, SPECT'de solda temporal kortikal yapılarda hipoperfüzyon gözlendiği bildirilmiştir (11,12). Panik nöbetleri ile nöbet içindeki anksiyeteyi birbirinden ayırt etmemiz gerekir, çünkü tedavileri farklıdır (13). Tedaviye dirençli, atipik seyirli panik bozukluğunun kompleks parsiyel nöbet ile ayırıcı tanısı mutlaka yapılmalıdır.

Bu olgu örneğinde de bir kez daha görüldüğü gibi, panik bozukluk ve kompleks parsiyel nöbetin birlikte olabileceğinin akılda bulundurulması ayırıcı tanının tam olarak yapılmasında ve hastanın doğru biçimde tedavi edilmesinde büyük önem taşımaktadır. Aksi durumda; hastanın tedavisinin doğru biçimde yapılmaması, süreç içinde hastanın yeti kaybına uğramasına ve işlevselliğinin bozulmasına da yol açabilir.

KAYNAKLAR

1. Vuilleumier P, Jallon P: Epilepsy and psychiatric disorders: epidemiological data. *Rev Neurol* 154(4):305-17, 1998.
2. Greenlee BA, Ferrell RB, Kauffman CI: Complex partial seizures and depression. *Curr Psychiatry Rep* 5(5):410-6, 2003.
3. Spitz MC: Panic disorder in seizure patients: a diagnostic pitfall. *Epilepsia* 32(1):33-8, 1991.
4. William HT, Roger JP: Complex partial seizures: Clinical characteristics and differential diagnosis. *Neurology* 33:1115-21, 1983.
5. Işık E: Organik Psikiyatri, 1. Baskı, Tayf Matbaası, Ankara. s.305-312, 1999.
6. Donna BG, Fred HH: The theme of death in complex partial seizures. *Am J Psychiatry* December 141:12, 1984.
7. Kaplan HI, Sadock BJ: Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry: Seventh Edition, Volume one, Lippincott Williams & Wilkins, USA, 2000.
8. Theodore AS, George BM: Complex partial seizures presenting as a psychiatric illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease* Vol. 172, No.10, 1984.
9. Harter C, Brandt C: Agoraphobia with panic disorder or epilepsy? Differential diagnostic considerations in a case. *Psychiatr Prax* 27(5):252-4, 2000.
10. Mintzer S, Lopez F: Comorbidity of ictal fear and panic disorder. *Epilepsy Behav* 3(4):330-337, 2002.
11. Saegusa S, Takahashi T: Panic attack symptoms in a patient with left temporal lobe epilepsy. *J Int Med Res* 32(1):94-6, 2004.
12. Gallinat J, Stotz-Ingeneath G: Panic attacks, spike-wave activity and limbic dysfunction. A case report. *Pharmacopsychiatry* 36(3):123-6, 2003.
13. Mark CS: Panic disorder in seizure patients: A diagnostic pitfall. *Epilepsia* 31(1):33-38, 1991.
14. Cankurtaran EŞ: Epilepsiye eşlik eden psikiyatrik bozukluklar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 14:97-106, 2004.