

84 Yaşında İlk Manik Atak

Meliha Zengin Eroğlu¹,
Gonca Karakuş², Lut Tamam³,
Bekir Aydın Levent³

¹Psikiyatrist, *Osmaniye Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Osmaniye - Türkiye*

²Yard. Doç. Dr., ³Prof. Dr., *Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana - Türkiye*

ÖZET

84 yaşında ilk manik atak

Bipolar bozukluk, başlangıç yaşı 20-40 yaş arasında değişen kronik bir duygudurum bozukluğu olup hastaların çoğunda 50 yaşından önce başlamaktadır. Başlangıç yaşının hastalığın etiyolojisi, doğası ve gidişi üzerinde önemli bir etkisi söz konusudur. Yaşlılıkta ortaya çıkan mani, altta yatan nörolojik hastalıklar, özellikle serebrovasküler hastalık açısından titizlikle değerlendirilmelidir. Bu olgu sunumunda, aşırı ve anlamsız konuşma, sinirlilik, hareketlilik, öfke ve saldırganlık, uykusuzluk yakınmaları olan 84 yaşında bir kadın hasta sunulmuştur. Yapılan görüşmeler, öykünün derinleştirilmesi ve organik incelemeler sonucunda tabloyu açıklayabilecek herhangi bir organik neden saptanamamıştır. Olgu, manik atak olarak değerlendirilmiştir. Başlangıcı ileri yaşta görülen manik atağın nadir olması, olguyu ilginç kılan bir özelliktir. Olgu sunumumuzda bu tür hastalarda tanı ve tedavi ilkeleri tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Bipolar bozukluk, mani, geç başlangıç

ABSTRACT

First episode of mania at 84 years of age

Bipolar disorder is a chronic mood disorder with the peak age of onset between 20 and 40 years. The majority of patients have onset prior to age 50. Age of onset can have a significant impact on the etiology, nature and course of the illness. Mania in old age needs a careful assessment for underlying neurological diseases, especially cerebrovascular disease. A 84 year old woman who had complaints of excessive and meaningless talking, irritability, restlessness, anger and insomnia for the first time in her life is presented in this case report. The patient was evaluated and diagnosed as first episode manic attack. Rarity of first manic attack in old age is the significant aspect of the case. Taking notice of items about diagnosing and treating in this kind of patients are discussed in this case report.

Key words: Bipolar disorder, mania, late onset

Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Psikiyatrist Meliha Zengin Eroğlu,
Osmaniye Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği
Psikiyatri Kliniği, Osmaniye - Türkiye

Telefon / Phone: +90-328-826-1200

Elektronik posta adresi / E-mail address:
melihazengin@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
7 Aralık 2011 / December 7, 2011

Kabul tarihi / Date of acceptance:
10 Nisan 2012 / April 10, 2012

GİRİŞ

Bipolar bozukluk, ilk hastalık belirtilerinin 18-22 yaşlar arasında ortaya çıktığı, ancak klinik pratikte sıklıkla geç ergenlik ve erken erişkinlik dönemlerinde görülen bir hastalıktır (1,2). Hastaların %90'ında başlangıç yaşı 50'nin altıdır, sadece %5'inde belirtiler 60 yaşın üzerinde başlar (3,4). Deep ve arkadaşlarının (4) 40 yaş üzeri hastalarla yaptıkları çalışmada demografik özellikler, aile öyküsü, fiziksel hastalık öyküsü, madde kullanımı ve psikoz varlığı açısından geç ve erken başlangıçlı bipolar bozukluk arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmadığı bildirilmiştir. Ancak, erken başlangıç yaşının kötü seyirle ilişkili olduğunu gösteren çalışmaların yanı sıra, geç başlangıcın da psikotik özelliklerle ve daha uzun süreli hastane yatışları ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır (5-7). Literatürde geç başlangıçlı bipolar

bozukluğun ortaya çıkışı üzerine fikir birliğine varılan en önemli görüş, organik nedenlerdir. Başlıca organik nedenler ise nörolojik etmenler, özellikle beyaz cevher hiperintensitesi ve kortikal atrofidir (7). İlk kez yaşlılıkta ortaya çıkan mani nadirdir (8). Bu nedenle, başlangıç yaşı açısından çok ilginç bulduğumuz bir bipolar bozukluk hastası üzerinden konuyu tartışmak istedik.

OLGU

Seksen dört yaşında, başvurudan yaklaşık 10 gün önce başlayan aşırı ve anlamsız konuşma, sinirlilik, hareketlilik, öfke ve saldırganlık, uykusuzluk yakınmaları olan, psikotik bulgusu bulunmayan kadın hasta, manik atak ön tanısıyla yatırıldı. Yatışında yapılan Young Mani Ölçek (YMÖ) skoru 41 idi. Young Mani Alt Ölçek Puanları Tablo 1'de gösterilmiştir. Hasta mini

mental teste uyum sağlayamadı. Organik etyoloji göz önünde bulundurularak, ayırıcı tanı amaçlı Manyetik rezonans (MR) ve elektroensefalografi (EEG) planlandı. MR'da senil serebral atrofi, EEG'de hızlı aktiviteden oluşan diffüz zemin ritmi düzensizliği saptandı. Nöroloji bölümü ile konsülte edilen hastanın nörolojik muayenesi normal sınırlardaydı. Aileden alınan hastalık öyküsünden, şikayetinin öncesinde unutkanlıklarının olmadığı, günlük yaşantısını yardımsız devam ettirdiği öğrenildi. Alınan öykü ve yapılan incelemeler sonrasında demansiyel sendrom dışlandı. Rutin kan biyokimyasında belirgin bir sorun saptanmadı. Vital bulguları stabildi. Hasta manik atak olarak değerlendirildi. Hastanın öyküsü derinleştirildiğinde, bunun ilk manik atağı olduğu, ancak 50'li yaşlarda yaklaşık 1-2 ay süren isteksizlik, yorgunluk, iştahsızlık, kilo kaybı, hayattan zevk alamama, değersizlik düşüncelerinin olduğu ve ilaç kullanmaksızın düzelen 2 depresif döneminin bulunduğu belirlendi. Ancak mevsimsellik konusunda bilgi alınmadı. Halihazırdaki klinik tabloyu açıklayacak bir stres etkeni saptanamadı. Hastanın ailesinde, babasında ve kardeşinde psikotik özellikli depresyon öyküsü vardı.

Tüm bu öykü ve incelemeler sonucunda bipolar bozukluk-manik atak tanısı düşünülen hastaya, olanzapin 10 mg/gün başlandı. Ayrıca bir duygudurum düzenleyicisi tedaviye eklenmedi. Yatışının ilk 2 haftasında çok konuşma, hareketlilik, uykusuzluk semptomları devam eden hastanın 3. haftadan itibaren semptomlarında azalma gözlemlendi. Yatışının 4. haftasında YMÖ skoru 10'du. Klinik içerisinde sedasyonun belirgin olduğu gözleniyordu. Olanzapin dozu 7.5 mg/güne

düşürüldü. 5. haftanın sonunda YMÖ skoru 0 olarak belirlendi. Daha önce hastanın dağınıklığı nedeni ile uyum sağlayamadığı MMT tekrarlandı. 26/30 olarak saptandı. Durumunda düzelme olan hasta hafta sonu izinlerini de iyi geçirdi. Önerilerle çıkarıldı.

TARTIŞMA

Geç yaşta başlayan ilk manik ataklarla ilgili olgu bildirimleri bulunmaktadır (8,9). Bunlardan sadece bir tanesi 80 yaş üzerindedir (9). Bu nedenle, burada sunduğumuz 84 yaşındaki olgunun, literatüre bu açıdan bir katkısı olacağı düşünülmüştür.

Tanısal açıdan bakıldığında olgu; 1 haftadan uzun süren taşkın duygudurum, uyku gereksiniminde azalma, konuşkanlıkta artış, fikir uçuşmaları ve bu belirtilerin sosyal işlevselliği hastaneye yatmayı gerektirecek denli bozması ve bu belirtilerin herhangi bir organik nedene bağlı olmaması sebebiyle DSM-IV tanı ölçütlerine göre bipolar bozukluk manik atak olarak değerlendirilmiştir. Depresif dönemler ise sadece anamnez ile saptanmış olup, bu açıdan bir tarama ölçeği kullanılmamıştır.

Tüm geriyatrik psikiyatrik başvuruların %4.6-18.5'ini manilerin oluşturduğu tahmin edilmektedir (10,11). Geç başlangıçlı psikiyatrik bozukluklar sıklıkla medikal veya nörolojik organik nedenlerle ilişkilendirilmiştir. Bu olgu sunumunda, organizite araştırmaları sonucunda bu durumu açıklayacak bir neden bulunmadığımız, 84 yaşında ilk kez görülen manik atak geçiren bir hasta aktarılmıştır. Hastanın ailesinden alınan ve düzeldikten sonra kendisine doğrulanan hastalık öyküsünden daha önce herhangi bir manik atak yaşamadığı netti. Atak sırasında belirgin ajitasyonu vardı. Gençler ve yaşlılar arasında hastalığın klinik özellikleri açısından belirgin bir farklılık bulunmamaktadır. Hastalık şiddeti yaşlı bireylerde daha hafif olmasına karşın, iritabilite, konfüzyon, psikoz ve karma durumlar daha sıktır (12). Olgumuzda belirgin psikomotor ajitasyon olmasına rağmen, psikotik bulgu bulunmamaktaydı.

Olgumuzun öyküsü derinleştirildiğinde, depresyonun sık görüldüğü 50'li yaşlarda depresif ataklar geçirdiği öğrenilmiştir. Bipolar bozukluğun o dönemde başladığı kabul edilse bile, başlangıç yaşı açısından atipik olduğu açıktır.

Tablo 1: Young Mani Alt Ölçek Puanları

	Yatış	4. hafta	Çıkış (5. hafta)
Yükselmiş duygudurum	3	0	0
Hareket ve enerji artışı	4	1	0
Cinsel ilgi	0	0	0
Uyku	3	0	0
İritabilite	6	4	0
Konuşma hızı ve miktarı	6	2	0
Düşünce yapı bozukluğu	3	1	0
Düşünce içeriği	2	0	0
Yıkıcı-saldırgan davranış	8	0	0
Dış görünüm	3	1	0
İçgörü	3	1	0
Toplam	41	10	0

Serebrovasküler hastalık, inme, demans, epilepsi, beyin tümörleri ve ensefalitler nörolojik nedenlerin başında gelmektedir. Tohen ve arkadaşları (13), nörolojik hastalıkların (sıklıkla serebrovasküler hastalık) geç başlangıçlı bipolar bozukluk hastalarında 2 kat fazla olduğunu gözlemlemişlerdir. Hem Alzheimer tipi demansta hem de frontotemporal demansta iritabilite ve ajitasyon sıklıkla gözlenir. Kesitsel çalışmalar, frontotemporal demansta disinhibisyon ve öforinin daha sık olduğunu göstermiştir (14). Vasküler demans, Huntington hastalığı, normal basınçlı hidrosefali ve prion hastalıkları da maniyle ilişkilendirilmiştir (15). Yine kapalı kafa travması geçiren hastaların %10'u ilk 1 yıl içinde mani ölçütlerini karşılayan semptomlar sergilemektedir (16). Herpes simplex, HIV, toksoplazmozis ve kriptokokkal menenjitler gibi santral sinir sistemini tutan pek çok enfeksiyon, mani benzeri belirtilere yol açabilir (17). Maniye neden olabilecek sistemik nedenler arasında Cushing sendromu, hipertiroidi ve vitamin B12 eksikliği yer alır. Literatürde Cushing sendromlu hastaların %3'ünde mani ve hipomani gözlemlendiği belirtilirken, mani tanısıyla hastaneye yatan olguların 1/3'ünde hipertiroidi bulgularına rastlandığını gösteren çalışmalar vardır (18,19). Olgumuzda tiroid fonksiyon testlerinin ve vitamin B12 düzeyinin normal sınırlarda olduğu gözlenmiştir. Nörolojik nedenler ise hasta yakınlarından alınan öykü, nörolojik muayene, laboratuvar incelemeleri ve radyolojik tetkikler, nöroloji konsültasyonu ile dışlanmıştır. İleri yaşta görülen manik atakların organik nedenlerle ilişkisinin yüksek olması nedeni ile hastanın demansiyel süreç ve diğer organik nedenler açısından takip edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Antidepresanlar, psikostimülanlar ve kortikosteroidler de duygudurum dalgalanmalarına yol açabilecek

başlıca ilaçlardır. Özellikle yüksek doz steroid kullanımında, hastaların yaklaşık 1/4'ünde hipomani ve mani ortaya çıkmaktadır (20). Antihipertansif ilaçlardan kaptoprilin de duygudurum yükselmelerine yol açtığı belirtilmiştir (21). Olgumuzun son dönemlerde kullanmaya başladığı herhangi bir ilaç öyküsü yoktu.

Hastalık şiddeti açısından değerlendirildiğinde, olgumuz oldukça şiddetli bir manik atak geçirmişti. Ancak, atak 10 mg/g olanzapinle kontrol altına alınabildi. Olgumuz ileri yaşlarda da ciddi psikiyatrik hastalıkların başlayabileceğini, ancak daha düşük doz psikotrop ilaçlarla tedavinin sağlanabileceğini de gösteren ilginç örneklerden biridir. Daha önce bildirilen geç başlangıçlı manik atak olgularının bazılarında, antipsikotiklere duygudurum düzenleyicisi eklenmiştir (8). Yaşlılarda koruyucu sağaltım planlanırken, tolerabilite ve yan etkiler göz önünde bulundurulmalıdır. Bu açıdan literatürde, doz ayarlaması yapılmak şartıyla öncelikle lityum; alternatif ve yardımcı olarak da özellikle tolerabilite kolaylığı açısından valproik asit önerilmiştir (22). Hastamızın ileri yaşı ve bu nedenle çoklu ilaç kullanımının olası riskleri nedeni ile duygudurum düzenleyicisi ilaç eklenip eklenmeyeceğine klinik izlem sürecinde karar verilmesi düşünülmüştür. Dirençli olgular için EKT ve psikoterapinin eklenmesinin işe yarayabileceği vurgulanmaktadır (23).

SONUÇ

İleri yaşta ortaya çıkan maninin organik nedenlere bağlı sekonder bir duygudurum bozukluğu olduğu eskiden beri tartışılmaktadır. Bu nedenle, ileri yaşlarda görülen mani ve hipomani durumlarında organik nedenler dikkatle gözden geçirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Burke KC, Burke JD, Regier DA, Rae DS. Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47:511-588.
2. Kessler RC, Rubinow DR, Holmes C, Abelson JM, Zhao S. The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychol Med* 1997; 27:1079-1089.
3. Yassa R, Nair NP, Iskandar H. Late-onset bipolar disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1988; 11:117-131.
4. Depp CA, Jin H, Mohamed S, Kaskow J, Moore DJ, Jeste DV. Bipolar disorder in middle aged and elderly adults: is age of onset important? *J Nerv Ment Dis* 2004; 192:796-799.
5. Broadhead J, Jacoby R. Mania in old age: a first prospective study. *Int J Geriatr Psychiatry* 1990; 5:215-222.

6. Wylie ME, Mulsant BH, Pollock BG, Sweet RA, Zubenko GS, Begley AE, Gregor M, Frank E, Reynolds CF 3rd, Kupfer DJ. Age at onset in geriatric bipolar disorder. Effects on clinical presentation and treatment outcomes in an inpatient sample. *Am J Geriatr Psychiatry* 1999; 7:77-83.
7. Depp CA, Jeste DV. Bipolar disorder in older adults: a critical review. *Bipolar Disord* 2004; 6:343-367.
8. Aggarwal A, Kumar R, Sharma RC, Sharma DD. First episode mania at 75 years of age. *Indian J Psychol Med* 2010; 32:144-145.
9. Kellner MB, Neher F. A first episode of mania after age 80. *Can J Psychiatry* 1991; 36:607-608.
10. Yassa R, Nair V, Nastase C, Camille Y, Belzile L. Prevalence of bipolar disorder in a psychogeriatric population. *J Affect Disord* 1988; 14:197-201.
11. Moak GS. Discharge and retention of psychogeriatric long stay patients in a state mental hospital. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41:445-7
12. Benedetti A, Scarpellini P, Casamassima F, Lattanzi L, Liberti M, Musetti L, Cassano GB. Bipolar disorder in late life: clinical characteristics in a sample of older adults admitted for manic episode. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2008; 4:22.
13. Tohen M, Shulman KI, Satlin A. First-episode mania in late-life. *Am J Psychiatry* 1994; 151:130-132.
14. Levy ML, Miller BL, Cummings JL, Fairbanks LA, Graig A. Alzheimer disease and frontotemporal dementias: behavioral distinctions. *Arch Neurol* 1996; 53:687-90. Comment in: *Arch Neurol* 1997; 54:350.
15. Broadhead J, Jacoby R. Mania in old age: a first prospective study. *Int J Geriatr Psychiatry* 1990; 5:215-222.
16. Starkstein SE, Robinson RG. Mechanism of disinhibition after brain lesions. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185:108-114.
17. Hinze-Selch D. Infection, treatment and immune response in patients with bipolar disorder versus patients with major depression, schizophrenia or healthy controls. *Bipolar Disord* 2002; 4 (Suppl.1):81-83.
18. Kelly WF. Psychiatric aspects of Cushing's syndrome. *QJM* 1996; 89:543-551.
19. Oomen APC, Schipperijn AJ, Drexhage HA. The prevalence of affective disorder and in particular of rapid cycling of bipolar disorder in patients with abnormal thyroid function tests. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1996; 45:215-223.
20. Brown ES, Khan DA, Nejtck VA. The psychiatric side effects of corticosteroids. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1999; 83:495-503.
21. Gajula RP, Berlin RM. Captopril induced mania. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1429-1430.
22. Shulman KI, Herrmann N. Bipolar disorder in old age. *Can Fam Physician* 1999; 45:1229-1237.
23. Kesebir S, Salkın G, Dereboy F. İki uçlu bozukluk ve diyabet: Geç başlangıçlı bir olgu ve ilgili literatürün gözden geçirmesi. *New Symposium* 2011; 49:113-119.