

Ayırıcı Tanıda Gözden Kaçanlar: İki Olgu Sunumu

Nedim HAVLE *, Mehmet Cem İLNEM **, Ferhan YENER ***, Huriye GÜMÜŞ ****

ÖZET

Beyin tümörleri ve deliryum gibi santral sinir sistemini etkileyen bazı hastalıklar değişik şekillerde bulgu verebilirler. Bunlar yalnızca nörolojik olabilecekleri gibi psikiyatrik bulgular da olabilir. Tıbbi pratikte semptomu ortaya çıkaran olası tüm nedenler araştırılmadan hastalık tanısı konulması hekimleri “yanlış tanı” ve “yanlış tedavi” çıkmazına sürükleyebilir. Bu durum, erken tanının çok değerli olduğu bazı hastalıkların tanınmamasına ve hastanın yaşamını yitirmesine, ayrıca hekimin yasalar karşısında suçlu duruma düşmesine yol açabilir

Anahtar kelimeler: Beyin tümörü, deliryum, yanlış tanı

Düşünen Adam; 2007, 20(3):158-162

ABSTRACT

Missed Point in Differential Diagnosis: Two Cases Reports

Diseases affecting the central nervous system like brain tumors and delirium may present with various symptoms. Not only neurological, but they may as well be psychiatric. Making a diagnosis before exploring and ruling out all possible organic causes of the symptoms may lead the clinicians to incorrect diagnosis and treatment. This may result in misdiagnosis of diseases for which early diagnosis is vital, and also in early death of the patient as well as legal problems for the clinician.

Key words: Brain tumors, delirium, incorrect diagnosis

GİRİŞ

İnsan beyninin hasarı anatomik, fizyolojik ve biyokimyasal değişikliklerle nörolojik ve psikiyatrik hastalıklara yol açar. Bu hastalıkların etiolojisinde tümoral, sistemik ve metabolik birçok neden bulunabilir ⁽¹⁾.

Beyin tümörleri yerleşim yerlerine göre değişik şekillerde bulgu verebilirler. Hızlı büyüyen malign tümörler kitle etkisiyle nörolojik defisite neden olabilecekleri gibi, sadece davranış değişikliği, mani, depresyon, anksiyete veya psikotik semptomlarla da ortaya çıkabilir ⁽²⁾. Örneğin, frontal bölge tümörleri içinde sağ orbitofrontal bölgeye yerleşenler öfori, dorsolateral

Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim araştırma Hastanesi 7. Psikiyatri Kliniği, Ass. Dr., Klinik Şefi**, Uzm. Dr.****

prefrontal bölgeye yerleşenler akinezi ve depresif duygulanım ile birliktedir. Bununla beraber temporolimbik tümörler, limbik sistem yapısını bozduğu için psikotik semptomlarla ortaya çıkabilir (3). Son yıllarda yapılan Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) çalışmalarında sağ parahipokampal bölgenin panik atak ile bağlantısı gösterilmiştir (4).

Deliryum, “daha önceden var olan, yerleşik ya da gelişen demans ile açıklanamayan, birkaç saatte birkaç güne kadar bir süre içerisinde gelişip gün içinde dalgalanmalar gösteren, dikkatte azalma, algı bozukluğu ya da bilişsel değişikliklerle giden bir bilinç değişikliği” olarak tanımlanmaktadır (5). Bulgular bir haftadan daha az sürebileceği gibi iki aydan daha uzun da sürebilir (6). Merkezi sinir sistemi bozuklukları, metabolik bozukluklar, sistemik bozukluklar, madde kötüye kullanımı, ilaçlar ve toksinler deliryum nedenleri arasında sayılabilir. Deliryum, yaygın bilişsel bozulmaya neden olan demans, depresyon ve psikoz gibi hastalıklardan kesinlikle ayırt edilmelidir (7).

Deliryumun etiyolojisiyle ilgili Türkiye’de yapılan bazı çalışmalarda sistemik nedenler arasında enfeksiyonların önemli bir yer tuttuğu (% 18,42) gösterilmiştir (8). Pnömoni tanısı almış olan hastalarda da deliryum çok sık görülen (% 45) bir tablodur (9).

Yazımızda, altta yatan organik bozuklukların bazı psikiyatrik semptomlarla ortaya çıktığı ve ayırıcı tanıda ayrıntılı araştırma yapılmayan iki olgu sunulmaktadır.

OLGU 1

Bay R.İ; altmış bir yaşında, ilkokul mezunu, evli ve iki çocuklu, bir çay ocağında çalışıyor.

Daha önce herhangi bir psikiyatrik başvurusu olmayan hasta 27.02.2006 tarihinde hastanemiz acil psikiyatri birimine iş arkadaşları tarafından getirilmiş.

Hastayla acilde yapılan görüşmede, nefes darlığı ve öksürüğünün olduğunu, halsizlik hissettiğini, bunun için getirilmiş olabileceğini belirtmiş.

Yakınlarıyla yapılan görüşmede ise evde birilerini gezerken gördüğünü söyleyerek, onları sopya kovaladığını, masada bir şey yokken sanki bardak alıyormuş gibi hareketler yaptığını, evinin birileri tarafından gözetlendiğini anlatarak kendi kendine konuştuğunu ve tüm bunların yaklaşık üç gündür mevcut olduğunu belirttiler.

Hastanın yakınları, emekli olduktan sonra üç yıldır bir çay ocağında çaycı olarak çalıştığını ve genelde sınırlı bir yapısı olduğunu, ancak ciddi ruhsal bir sorunu olmadığını söyledi.

Hastanın özgeçmişinde ve soy geçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Yaklaşık kırk yıldan beri günde ortalama bir-iki şişe bira ve seyrek esrar kullanım öyküsü vardı.

Acil psikiyatri biriminde yapılan psikiyatrik muayenesinde bilinci açık, koopere, oryante, psikomotor aktivitesi normal; duygulanımının huzursuz, çağrışımlarının düzgün olduğu ve savunucu bir tutum sergilediği saptanmış; görsel varsanı tariflemiş.

Hastaya burada 10 mg haloperidol IM, 5 mg. biperiden IM uygulanmış ve BTA (Başka Türü Adlandırılmayan) Psikotik Bozukluk ön tanısıyla hospitalize edilmiş.

Hasta yaklaşık onbeş dakika sonra saat 20:00 civarında servisimize kabul edilmiş. Nöbetçi he-

kim tarafından yapılan muayenesinde hastanın sürekli ayağa kalkıp görüşme masasındaki kâğıt ve dosyalarla oynadığı, zaman ve yere karşı oryantasyonunun bozuk, kişiye oryantasyonunun yeterli olduğu, kısmen koopere olabildiği, psikomotor aktivitesinin artmış ve duygulanımın kısıtlı olduğu, varsanı ve hezeyan tariflemeye kaydedilmiş. Tedavide 2x1 Diazepam 5 mg tab. başlanmış, ANTA ve bilinç takibine alınmış. Hasta tedaviden sonra uyumuş ve gece takiplerinde de uyuduğu not edilmiş. Sabah saat 06:00'da hastanın yataktan kalkmadığı ve iletişime girmediği belirlenmiş. Bu sırada kan basıncı 80/50 mmHg olarak saptanmış. Kan basıncının düşük seyretmesi ve oryantasyonunun bozuk olması nedeniyle hastadan acil nöroloji konsültasyonu istenmiş.

Acil nöroloji biriminde yapılan muayenesinde hastanın takipnesi ve siyanozu olduğu görülmüş. Kan basıncı: 50/30 mmHg olarak ölçülmüş ve yoğun bakıma alınmış. Burada İ.V. sıvı desteği ve maske ile oksijen uygulaması yapılmış. Nörolojik muayenesinde oryantasyon bozukluğu ve şaşkınlık mevcutmuş. Takip sırasında hastanın siyanozu düzelmiş. Kan basıncı: 140/80 mmHg'ya kadar yükselmiş. Nörolojik taraf bulgusu olmaması ve özgeçmişinde alkol ve esrar kullanım öyküsü olduğu için tablonun "yoksunluğa" bağlı olabileceği düşünülerek saat 09:30'da yeniden kliniğimize gönderildi.

Serviste geldiğinde hasta siyanotik görünümdeydi. Muayene sırasında zorlukla konuşabiliyordu. Sıkıntılı ve huzursuzdu.

Kan Basıncı: 120/70 mmHg, nabız:80/dk. idi. Lökositoz ve sedimantasyon yüksekliği saptanması üzerine acil dahiliye konsültasyonu istendi.

Acil dahiliye biriminde yapılan muayenede;

hastanın nefes darlığının ve siyanozunun olduğu belirtildi. Solunum seslerinde yaygın kaba raller saptandı. Çekilen PA Akciğer grafisinde; sağ akciğer üst lobda bronkopnömonik infiltrasyon, sol akciğer orta lobda pnömonik infiltrasyon saptandı ve akciğer tüberkülozu düşünülerek bir göğüs hastalıkları hastanesine sevki uygun görüldü.

Hasta ambulansla göğüs hastalıkları hastanesine gönderildi. Buradaki değerlendirmede hastanın yoğun bakım şartlarında takip edilmesi gerektiği ancak boş yatak bulunmadığı belirtildi, özel bir hastanenin yoğun bakım ünitesine sevk edildi ve saat 14:30'da yoğun bakım ünitesine alındı.

Hasta burada Pnömoni+ Solunum Yetmezliği+ Akut Böbrek Yetmezliği tanılarıyla izlendi ve tedaviye rağmen hasta 24.03.2006 tarihinde eksildi.

OLGU 2

Bayan F.E; 57 yaşında, okuma-yazma biliyor, evli ve bir çocuklu, ev hanımı. Hasta yakınları tarafından bir devlet hastanesi nöroloji uzmanı tarafından sevk edilmesi üzerine 28.06.2005 tarihinde hastanemiz acil psikiyatri birimine getirilmiş.

Buradaki ilk muayenesinde hasta sedyede değerlendirilmiş. Uykuya meyilli olduğu ve verbal iletişime girmediği belirtilmiş. "Major Depresyon (psikotik özellikler gösteren)" ön tanısıyla kliniğimize yatırılmış.

Hasta servise saat 02:00'da, sedyede, idrar sondası takılı hâlde getirilmiş (sonda, sevkli geldiği devlet hastanesinde takılmış). Bilinci uykuya meyilli, ağırlı uyaramı lokalize ederek yanıt veriyormuş. Kan Basıncı: 90/50 mmHg, idrar çıkı-

şı 50 cc/9 saat olarak saptanmış ve nöbetçi hekim tarafından 1,000 cc NaCl takılması önerilmiş. Gece takiplerinde hasta uyuyormuş ve kan basıncı stabil seyretmiş.

Saat 09:00'da yapılan muayenesinde bilinci uykuya meyilliydi, hasta iletişime girmiyordu. Gözler spontan sağa deviyeydi. Ağrılı uyarana sol tarafıyla daha az yanıt veriyordu. Acil nöroloji konsültasyonu istendi.

Kızıyla yapılan görüşmede 17 gündür "hamileyim, ikizlerim olacak" şeklinde konuşmalarının olduğu, yakınlarını tanımadığı, tuvaletini altına yaptığı ve sürekli uyuma isteği olduğu, son üç gündür kimseyle konuşmadığı ve yemek yemediği öğrenildi. Benzer yakınmalarla 15 gün önce başvurdukları Ege bölgesinde bir devlet hastanesi nöroloji kliniğinde yatırılarak tedavi görüldüğü ve son 3 gün konuşmaması, hareket etmemesi ve yemek yememesi üzerine "serebrovasküler yetmezlik+psikoz" tanılarıyla hastanemiz psikiyatri acil birimine sevk edildiği öğrenildi.

Hastanın özgeçmişinde Tip 2 diabetes mellitus, hipertansiyon, geçirilmiş serebrovasküler atak mevcut. Soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü yok. Sigara ve alkol kullanım öyküsü yok. Antidiyabetik ve antihipertansiflerini düzenli kullanıyor.

Hasta acil nöroloji biriminde değerlendirildi. Bilinci letarjik, gözleri spontan kapalı ve ses çıkışı yoktu. Ağrılı uyararı lokalize ediyordu. Gözler spontan sağa deviyeydi. Burada yapılan tetkikler ve Kranial Bilgisayarlı Tomografi incelemesi sonrasında "beyin sağ tarafında lokalize şifte yol açan malign glial tümörle uyumlu intrakranial yer kaplayan kitle" saptandı. Hasta biyopsi yapılması amacıyla başka bir merkeze sevk edilmişse de ailesinden, hastanın tetkikleri tamamlanmadan yaşamını yitirdiği öğrenildi.

TARTIŞMA

Literatürde deliryuma psikiyatri pratiğinde yeterince tanı konulmadığının gösterildiği çalışmalar mevcuttur. Değişik çalışmalarda bu oran % 33-66 olarak bulunmuştur (10,11). Yatırılarak tedavi gören hastalardan istenen konsültasyonların araştırıldığı başka bir çalışmada farklı bir tanı ile (örn. depresyon) konsültasyon istenmesi de karşılaşılan bir durumdur (16). Bu durum hastalığın geç tanınmasına ve uygun olmayan tedaviler ile zaten ağır olan klinik tablonun daha da ağırlaşmasına neden olabilir. Sonuçta, mortalite ve morbidite artar (12).

Beyin görüntüleme yöntemlerinin son zamanlarda yaygın kullanımı ile tümörlerin psikiyatrik semptomlarla ortaya çıktığı durumlarda tanı kolaylaşmaktadır. Buna rağmen, beyin tümörleri psikiyatri hastanelerine yatan hastalarda ender de olsa görülebilir (13).

Literatürde psikiyatrik semptomlarla başvuran hastalara nöroradyolojik değerlendirmenin endikasyonları belirtilmektedir. Buna göre 40 yaş ve üzerindeki hastalara yeni başlamış kognitif ve emosyonel bozukluklar mevcutsa, 40 yaş altında yeni başlamış kognitif ve emosyonel bozukluklarla birlikte baş ağrısı, bulantı-kusma, papil ödemi veya fokal defisit mevcutsa mutlaka Bilgisayarlı Tomografi ve Manyetik Rezonans Görüntüleme yapılmalıdır (2).

Amerikan Psikiyatri Birliği, hekimlere malpraktis iddiasıyla suçlamalarda bulunulduğuna ve bununla ilgili davalar açıldığına dikkati çekmektedir. Yanlış tanı konulduğu gerekçesiyle açılan davaların oranının % 11 ve yanlış tedavi iddiasıyla açılan davaların % 33 oranında olduğu görülmektedir (14).

Tıbbi pratikte semptomu ortaya çıkaran olası

tüm nedenler araştırılmadan hastalık tanısı konulması hekimleri “yanlış tanı” ve “yanlış tedavi” çıkmazına sürükleyebilir. Bu durum, erken tanının çok değerli olduğu bazı hastalıkların tanınmamasına ve hastanın yaşamını yitirmesine, ayrıca hekimin yasalar karşısında suçlu duruma düşmesine yol açabilir (15).

Psikiyatri literatürü hastalıkların organik etiolojileri ile ilgili sayısız olgu sunumu ve araştırma yazısı içermektedir. Psikiyatrik sorunlarla başvuran özellikle ileri yaş hastalarda etioloji araştırılırken, önce organisitenin dışlanmasının önemine dikkat çeken psikiyatri öğretilerine rağmen gözden kaçan ya da ihmal sonucu doğru tanı konulamayan durumlar olabilir.

KAYNAKLAR

1. Smith ML: Atypical psychosis. *Psychiatr Clin North Am* 21:895-904, 1998.
2. Filley CM, Kleinschmidt-DeMasters BK: Neurobehavioral presentations of brain neoplasm. *West J Med* 163:19-25, 1995.
3. Kaplan HI, Sadock BJ: Neuropsychiatric Aspects of Brain Tumors. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th edition. 2000.
4. Reiman EM, Raichle ME, Robins E, et al: The application of positron emission tomography to the study of panic disorder. *Am J Psychiatry* 143:469-477, 1986.
5. American Psychiatric Association: Practice guidelines for the treatment of patients with delirium. Washington DC, American Psychiatric Association 1999.
6. Türkcian A: Deliryum. *Psikiyatri Dünyası* 5:15-23, 2001.
7. Rummans T, Evans J, Krahn L, Fleming K: Delirium in elderly patients: evaluation and management. *Mayo Clin Proc* 70:989-998, 1995.
8. Kuşçu MK, Topçuoğlu V, Altunel Ö, Bez Y: Deliryum tanısıyla takip edilen hastaların izlem sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 5:16-21, 2004.
9. Venkatesan P, Gladman J, Macfarlane T, Barer D, Berman P, Kinnear W, Finch RG: A hospital study of community acquired pneumonia in the elderly. *Thorax* 45:254-258, 1990.
10. Roemer SR, Fann J, Syrjala K: The importance of recognizing and measuring delirium. *J Pain Symptom Manage* 13:125-127, 1997.
11. Inouye SK: The dilemma of delirium: clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. *Am J Med* 97:278-288, 1994.
12. Onur E, Cimilli C, Ulaş H: Psikiyatri konsültasyonlarında deliryum. *Demans Dergisi* 3:127-130, 2003.
13. Cole G: Intracranial space-occupying lesions in mental hospital patients: Necropsy study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 41:730-736, 1978.
14. Kaplan HI, Sadock BJ. Ethics and Forensic Psychiatry. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th edition. 2000.
15. Türk Tabipleri Birliği: Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. 47. Olağan Genel Kurul Kararları 1998.
16. Nicholas LM, Lindsey A: Delirium presenting with symptoms of depression. *Psychosomatics* 36:471-479, 1995.