

Epilepsiye Bağlı Psikiyatrik Bozukluklara İlişkin İki Olgu Sunumu

Meltem EFE SEVİM, Salih YAŞAR ÖZDEN, Suzan SANER, Melek TÜRKMENÖĞLU

ÖZET

Epileptik hastalarda psikiyatrik bozukluklar genel popülasyona göre daha yüksek görülmektedir. Epilepsiye bağlı olarak psikoz, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, kişilik değişiklikleri gibi psikiyatrik bozukluklar ortaya çıkmaktadır. Bu makalede epilepsi sonucu ortaya çıkmış ve yalnız antiepileptik ile tam remisyon haline ulaşan, Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikiyatrik Bozukluk olarak değerlendirilen, 2 epilepsi vakası sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Epilepsi, epileptik psikoz, epilepsiye bağlı mani

Düşünen Adam; 2001, 14(1): 29-32

ABSTRACT

It has been shown that psychiatric disorder among epileptic patients are more frequent than general populations. Psychiatric disorders as personality changes, psychotic mood and anxiety disorders were occurred related to epilepsy. In this article, 2 epileptic cases which were diagnosed mental disorders due to a general medical condition and improved by using only antiepileptics were presented.

Key words: Epilepsia, epileptic psychosis, mania associated with epilepsia

GİRİŞ

Eski çağlarda epilepsi ve epileptik kişilere hep tanrısal bir imaj yüklenmiştir. Epilepsinin beyine ait bir hastalık olduğunu ilk ortaya çıkaran da Hipokrat olmuştur (1). O günlerden bu yana epilepsi ile birlikte görülen psikiyatrik bozukluklar hep merak konusu olmuş ve çok ilgi çekmiştir. Zaman zaman da tanı karmaşasına ve yanılsamalara yol açabilen bu komorbidite durumunda, halen etyolojide açık olmayan pek çok nokta mevcuttur. Günümüzde epileptik hastaların % 30'u psikolojik sorunlar yaşamakta, % 7'si ise herhangi bir nedenden psikiyatri servislerine yatmaktadır (2).

DSM 4'de Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikiyatrik Bozukluk olarak sınıflandırılan, Epilepsiye Bağlı

Psikiyatrik Bozukluklara iyi birer örnek olması ve yalnız antiepileptik tedavi ile mevcut olan tablonun tamamen düzelmesi sebebiyle ilginç oldukları düşünülmektedir bu iki vaka sunulmuştur.

OLGU 1

1961 doğumlu, evli, üniversite mezunu, lise öğretmeni. Okulda, konuşmasının artması, -dini konular da daha fazla konuşması, dinin kurtarıcılığına soyunması, derste vaaz vermeye başlaması üzerine, okul müdürü tarafından hastanemize getirilmişti.

Hasta ile görüşmede ise, hasta devamlı hadis ve Kur'an'dan örnekler vererek konuşuyordu. "Dini devlet büyüklerine öğreteceğini, bu kişilerin bilgilerinin çok eksik olduğunu, dini cemaatte özel bir yerinin ol-

duğunu, Arap ülkelerinde kendisini tanıdıklarını, Kral Fahd'a israfın haram olduğunu öğreteceğini, başı açık herkesin öbür dünyada yanacağını" söylüyordu.

Eşi ise son zamanlarda nöbetlerinin arttığı, ekonomik sıkıntıları fazlaca düşündüğü, uykularının kaçtığını, sinirli olduğunu, geceleri bol dini sohbetler yaptıklarını ve birbirlerine şiirler okuduklarını söyledi.

Hasta, okulda gradmal, evde de 3 veya 4 kez kompleks parsiyel nöbet olarak değerlendirilen nöbetler geçirmişti. Bu nöbetler, daha önceki nöbetlerden farklı olmayıp, aile tarafından, son zamanlarda sıklaştığı ifade edildi. Öyküsünde 13 yıldır epilepsisi olan hastanın, Jeneralize tonik klonik ve kompleks parsiyel nöbetlerinin 3-4 ayda bir olduğu öğrenildi.

Epileptik nöbetler başlamadan önce psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan hastanın, 1989 ve 1999 tarihleri arasında 5 yatışı mevcuttu. Bu dönem boyunca en önemli özelliği anti epileptik tedavinin düzenli olmaması ve nöbetlerin kontrol altında olmamasıydı.

Yapılan psikiyatrik muayenede, bilinç açık, koopere, yönelimi tam, bellek kusuru yoktu. Algı kusuru saptanmayan hasta, ancak mehdi olursa böyle sesleri beklediğini ifade ediyordu. Hastanın çağrışımları hafif hızlı, amaca yönelikti. Düşünce içeriğinde mistik ve megalomanik hezeyanlar mevcuttu. Mood öforikti. Psikomotor aktivite artmıştı.

Uyku ve iştah azalmıştı. Soyutlama yargılama hesaplama becerileri yeterliydi.

Fizik muayene, nörolojik muayene ve biyokimyasal incelemeleri normaldi. EEG'de sol belirgin hafif biyoelektrik dezorganizasyon mevcuttu.

Genel Tıbbi Duruma (Epilepsi) Bağlı Duygudurum Bozukluğu tanısıyla Karbamazepin 800 mg/gün ve 20 mg/gün Haloperidol ile tedavisine başlandı. 2. günün sonunda Haloperidolu kesildi. Nöroloji konsültasyonu ile Karbamazepin 1000 mg/gün'e çıkıldı.

İlk geldiği gün oldukça hareketli, yüksek sesle konuşan, herkese sataşan, devamlı dini konularda vaaz veren bir tabloda olan hasta 3. günden itibaren gayet

sakin ve servis içinde uyumlu bir hale geldi. Hastalığın hakkında içgörüsü gelişti. "Özellikle sık nöbet sonrası böyle olduğunu, yaptıklarını engellemediğini" ifade ediyordu.

OLGU 2

34 yaşında, evli, ev hanımı, ilkokul mezunu olan hasta, anne ve kız kardeşi tarafından, 2-3 gündür saldırganlık, kendi kendine konuşma, dağınık konuşma, evdeki eşyaları tanımama, aile fertlerine karşı ani saldırgan davranışlar, 2. kattan atlamaya kalkışma yakınmaları ile hastanemiz acil ünitesine getirilmiştir.

Yine aileden alınan bilgiye göre, 20 yıllık epilepsi hastalığının olduğu, düzensiz ilaç kullandığı, nöbetlerinin sık olduğu, en son bilinen nöbetinin 3 gün önce olduğu, son nöbetten sonra aşırı sinirli ve saldırgan olduğu, saldırganlığının aniden ortaya çıktığı, kendi kendine konuşmaya başladığı, eşine "seni öldürüyorlar, oğlumu öldürüyorlar, sende silah çek, babamla yattım, hamileyim, oğlum komşunun kızını hamile bıraktı" gibi şeyler söylemeye başladığı öğrenildi.

Öyküsünden, son 1 yıldır daha düşünceli olduğu, ev işlerini aksatır olduğu, uykusunun bozulduğu, herşeyden alınır hale geldiği, hatta son 2-3 aydır kapı dinleme huyunun ortaya çıktığı öğrenildi.

Hastanın epilepsisi 11 yaşında kısa süreli dalmalarla başlamış. Aile 17 yaşında generalize nöbetleri fark etmiş. Aile tam bayılmadığı nöbetlerini dalmalarından anlayabiliyormuş. Bu hastada da en önemli özellik epileptik ilaç kullanımı ve tedaviye devamlılığın hem hasta hem de yakınmalarında mevcut olmamasıydı. Son zamanlarda ailenin farkedebildiği nöbetler de sıklaşmıştı.

- Epilepsi öncesi psikiyatrik hastalık öyküsü ve yatışı da yoktu.
- Psikiyatrik muayenesinde, bilinçte alacakaranlık durumu mevcuttu.
- Yönelimi bozuk olan hastanın bellek muayenesi yapılamadı.

Hastanın halüsine olduğu, halüsinasyonları doğrultusunda zaman zaman ani saldırganlıklarının olduğu

gözlemlendi. Çağrışımlar gevşek ve amaca yönelik değildi.

- Düşünce içeriği değerlendirilemedi. Affekt kısıtlı, mood disforikti.
- Fizik muayene, nörolojik muayene, biyokimyasal incelemeleri doğrulandı.
- EEG'de her iki hemisferde yaygın biyoelektrik aksama vardı.

Genel Tıbbi Duruma (Epilepsi) Bağlı Psikotik Bozukluk-tanısı konan hastaya 15 günlük sürede Haloperidol azaltılarak (20 mg/günden - 10 mg/gün) ve Diazepam 20 mg/gün'den 1 hafta içinde azaltılarak kesildi. Antiepileptik tedavisi nöroloji konsültasyonu ile giderek arttırılarak 900 mg/gün Fenitoin ve 600 mg/gün karbamazepin ile etkin kan seviyeleri görülerek hasta taburcu edildi.

Hasta ilk yattığı günlerde oldukça şaşkındı. Sorulara amaca yönelik cevaplar veremiyor, söyleneni tekrarlıyordu. Yatışının ilk günlerinde çalışanlara ve hastalara ani saldırganlıkları oldu. Geceleri şaşkın olduğu gözlemlendi. Yatışının 6. gününde yönelimi düzeldi. Daha düzgün cümlelerle ve daha anlaşılır konuşmaya başladı. Servisteki tabloların daha önceden yürüdüğünü gördüğünü, ama şimdi böyle bir şeyin olmadığını, sesler duyduğunu, rüyasında sevdiği insanların öldüğünü gördüğünü, şu anda bunların da olmadığını, bu hale nasıl geldiğini ve hastaneyeye nasıl geldiğini bilemediğini, söylemeye başlamıştı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Her iki vakada da 10 yılı aşkın süredir epilepsi öyküsü-nün olması, epilepsi öncesinde psikiyatrik öykünün olmaması, her iki vakada da epilepsinin kontrol altında olmaması ve son zamanlarda sık nöbet öyküsü, fizik muayeneleri ve laboratuvar sonuçları doğrultusunda her iki tablonun doğrudan epilepsinin bir sonucu olduğu düşünülmüştür. Bu etyolojik ilişkiyi belirleyen kesin ilkeler olmamakla birlikte işaret eden bazı belirtiler mevcuttur. Epileptik nöbetlerin kontrol altında olmaması, sıklaşması ile mental bozukluğun başlaması, alevlenmesi ve remisyonu arasında geçici bir birlikteliğin olması bu kriterlerden biridir (3). Her iki vakamızda da epilepsinin başlangıcından uzun yıllar sonra mental bozukluk ortaya çıkmış ve semptomatik tedaviye yanıt

vermişlerdir.

Gözönünde bulundurulması gereken diğer bir nokta da primer mental bozukluk için atipik özelliklerin bulunmasıdır (3). Her iki vakada da psikiyatrik tablonun geç yaşta başlaması, affekt değişikliğinin olmaması, olgu 1'de sadece antiepileptik ile, oldukça dağınık olan olgu 2'de antiepileptikle birlikte 10 gün içinde giderek azaltılarak kesilen haloperidol ile tam remisyona halinin olması, bu iki vakanın tanı gruplarına göre atipik özellikleri olarak düşünülmüştür. Ayrıca olgu 2'de görüldüğü gibi bu tür bozukluklarda kognitif bozuklukların primer mental bozukluklardan daha fazla olması da dikkat çekici bulunmuştur (3).

Epilepside görülen psikiyatrik bozukluklar, nöbet anındaki, postiktal dönemdeki ve interiktal dönemdeki psikiyatrik bozukluklar olmak üzere 3 ana başlık altında incelenmektedir (4,5).

Prodromal dönemde irritabilite ve disfori en sık görülür. İktal dönemde daha çok kompleks parsiyel nöbetler, petitmaller ve psikomotor statusa bağlı olarak gelişir. Bu nöbetler orjin olarak temporal lobdan kaynaklanırlar. Bu nedenle de düşünce bozuklukları, varsanı, otomatik davranış, rekürren kompulsif düşünceler, hafızada değişimleri sıklıkla görülmektedir. Postiktal bozukluklar: genellikle jeneralize nöbetlerden sonra bilinç sislenmesi şeklinde kendini göstermektedir. Bazı hastalarda nöbeti izleyen 24 saat içinde saldırganlık, exitasyon, paranoid hezeyanlar, iştihaya varsanılar ve intihar girişimleri görülebilir (5). Olgu 2'de iktal ve postiktal semptomların karışmış olabileceği düşünülmüştür. İnteriktal bozukluklar: epileptik nöbetten bağımsız olarak, nöbetten herhangi bir zaman sonra meydana gelirler. Nöbetlerin sıklığı psikiyatrik bozuklukları bir dereceye kadar etkiler (6). Yapılan pek çok çalışmada epileptik hastalarda genel popülasyona göre daha yüksek oranda psikiyatrik bozukluk bulunduğunu göstermiştir. Bu dönemde kişilik değişiklikleri, psikoz, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklar görülebilmektedir (4). İnteriktal psikozlar, iktal psikozlara göre daha fazladır.

Epilepsi ve psikoz ile ilgili prevalans çalışmalarında çok değişik sonuçlar bildirilmiştir (7). Son zaman-

larda yapılan epidemiyolojik çalışmalarda epilepsili hastalarda psikoz prevalansı % 5-9 arasında bildirilmiştir. Temporal lob epilepsisinde daha fazla psikotik bozukluk görüldüğü de kabul edilen bir görüştür. Kompleks parsiyel epilepsisi olan hastaların % 10-30'unda psikoz bildirilmiştir (4). Kadınlar, kompleks parsiyel nöbet geçirilmesi, nöbetlerin 20 yaşın altında başlaması, 10 yıldan daha uzun süre varolması, yüksek doz ve birden fazla antiepileptiğin kullanılması, nöbet odağının sol hemisferde olması, sol elin kullanılması ve sol taraf lezyonu olanlar risk gruplarını oluştururlar (4).

Epilepside psikoz 5 ana başlık altında incelenebilir (8).

1. Postiktal psikoz yada deliryum: Sıklıkla kısa aralıklarla meydana gelen kompleks parsiyel yada generalize tonik klonik nöbet tiplerini takip eder (Örneğin cerrahi öncesi hazırlık için ilacı kesilen hastalarda). Genellikle paranoid fikirler ve zaman zaman halüsinasyonlarla birlikte ajite bir deliryum belirgindir ve 2-3 gün sürer. Olgu 2'deki tablonun bu kliniğe uyduğu düşünülmüştür.

2. İnteriktal şizofreniform psikoz: Hastaların % 5-10'unda görülür. Genellikle temporolimbik epilepsi ile birliktedir. Epilepsi süresi uzundur. Klasik şizofreniden premorbid kişiliğin normal olması, aile öyküsünün olmaması, affektin görece daha iyi korunmuş olması ile ayrılır. Yabancı doku lezyonları ile birlikte bulunma insidansı daha yüksektir (9).

3. Alterne eden psikoz (EEG'nin Forsed normalizasyonu) nadirdir. Nöbet kontrolünün derecesi ile psikiyatrik durum arasındaki resiprokal ilişkiyi ifade eder. Nöbetle kontrol altına alınıp EEG normaleştiğinde psikotik davranış devreye girer (10,11).

4. Psikoz geç bir komplikasyon olarak başarılı temporal lobektomiden yıllar sonra ortaya çıkabilir.

5. Antiepileptik drogların indüklediği psikoz ya da ağır depresyon vigabatrin ve nadiren, topiramet yada clobazam gibi diğer antiepileptiklerle tedavi edilen

hastaların % 2-4'ünde tanımlanmıştır.

Epilepsi ve Duygudurum Bozukluğu

Genel popülasyona göre epileptiklerde depresyon ve diğer emosyonel sorunlar daha sık görülmekle birlikte, şizofreni benzeri psikozlardan daha seyrek görülmektedirler (12). Duygudurum bozukluklarının daha çok epizodik olduğu ve non dominant temporal kaynaklı epilepsilerde görüldüğü bildirilmektedir (2,4).

İktal dönemde korku, hoş giden emosyonlar, ağlama ve gülme nöbetleri, agresyon görülebilir. Post iktal dönemde de depresyon, mani, yada mikst epizod görülebilir. Post iktal manide olgu 1'de olduğu gibi ajitasyon, paranoya, mizaçla uyumlu sanrılar görülür. Öforiden çok iritabilite ile kendini gösterir. Artmış nöbet sıklığı dikkat çeker. Epilepside iki uçlu mizaç bozukluğu nadir görülür (13). Maninin epileptiklerde nadir görülmesinin sebebi antikonvülzanların anti manik etkisinin olmasına bağlanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Ceylan ME: Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, 1. baskı, İstanbul, s.482, 1993.
2. Işık E: Organik Psikiyatri, 1. baskı, Tayf Matbaası, Ankara s.305-312, 1999.
3. DSM IV Mental Bozukluklarının Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4. baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s.204-206, 1998.
4. Kaplan HL, Sadock BJ, Greb JA: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical psychiatry. 7th ed USA: Williams&Wilkins, 1994.
5. Lishman WA: Organic Psychiatry. Second Edition, Photoset by Dublin University Press, London s.245-254, 1987.
6. Trimble MR, Bowling TG: Aspects of Epilepsy and Psychiatry, Jhon Wiley and Sons, New York, s.31-61, 1986.
7. Fiordelli E ve ark.: Epilepsy and Psychiatric Disturbance. A cross-sectional study. British Journal of Psychiatry 163:550-556, 1993.
8. Gubarman A, Bruni J: Essentials of Clinical Epilepsy. Second edition, Butterworth-Heinemann, s.191-192, 1999.
9. Mace CJ: Epilepsy and Schizophrenia. British Journal of Psychiatry 163:439-445, 1993.
10. Trimble MR, Bolwing TG: Aspects of Epilepsy and Psychiatry. John Wiley and Sons, New York, s.101-117, 1986.
11. Trimble MR, Reynolds EH: Epilepsi, Davranış ve Kognitif Fonksiyon. First eition, Jhon Wiley and Sons, New York, s.51-67, 1998.
12. Berrios GE, Samuel C: Affective Disorder in Neurological patient. The Journal of Nervous and Mental Disease 43:471-474, 1987.
13. Howland RH: Bipolar Disorder Associated with Primary Generalised Epilepsy. British Journal of Psychiatry 162:699-700, 1993.