

Feokromositoma ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Bir olgu sunumu

Alper TECER*, Işın BARAL-KULAKSIZOĞLU*, Sedat ÖZKAN*

ÖZET

Feokromositoma genellikle adrenal medulladan köken alan ve katekolamin salgılayan nadir bir tümördür. Anksiyete nedeni olabilecek tıbbi bozukluklar arasında sıklıkla anılmaktadır. Tümörün doğrudan anksiyetenin somatik belirtilerine neden olabildiği bilinmesine rağmen psikik belirtilerine de neden olabileceği konusu tartışmalıdır. Bu yazıda yaygın anksiyete bozukluğu ile feokromositoma etkileşimini gösteren bir olgu sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Feokromositoma, anksiyete, yaygın anksiyete bozukluğu

Düşünen Adam; 1999, 12 (2): 15-18

SUMMARY

Pheochromocytoma is a rare, catecholamine secreting tumor which usually originates from adrenal medulla. It is considered among medical disorders that may cause anxiety. Although the tumor may cause somatic manifestations of anxiety, it is controversial that it can cause psychic manifestations. In this report a case with pheochromocytoma and generalized anxiety disorder interaction is presented.

Key words: Pheochromocytoma, anxiety, generalized anxiety disorder

GİRİŞ

Anksiyete belirtileri psikiyatrik hastalıkların bir parçası olabileceği gibi bazı durumlarda da altta yatan tıbbi hastalıkların göstergesi olabilir. Anksiyeteye neden olan bazı hastalıklar arasında % 25 nörolojik, % 25 endokrinolojik, % 12 dolaşımsal, romatizmal, kollajen vasküler bozukluklar, kronik enfeksiyonlar ve % 14 diğer tıbbi nedenler rapor edilmiştir⁽⁷⁾.

Bildirilen endokrin bozukluklardan biri olan feokromositoma, adrenal medullanın episodik patlamalarla katekolamin salgılayan, ender, genellikle selim bir tümördür.

Katekolamin salınımının aktif fazı sırasında hasta karakteristik olarak huzursuzluk, çarpıntı, terleme,

baş ağrısı, titreklik hissi ve yüz kızarması yaşar, kan basıncı yüksek olur. Feokromositomali bir grup hastada yapılan çalışmada hastaların en az yarısının panik atağının fiziksel belirtilerini karşıladığı ama katekolamin salınımı sırasında yoğun korku yaşamamaları, ataklar arasında beklenti anksiyetesi olmaması ve agorafobi gelişmemesi nedeniyle hiçbirinin panik bozukluğu tanısı almadığı ileri sürülmüştür⁽¹²⁾.

Aynı çalışmada hastaların periferik norepinefrin ve epinefrin düzeyleriyle anksiyete belirtileri arasında anlamlı ilişki bulunmadığı ancak hipertansif ve panik bozukluğu hastalarından oluşan kontrol grubunda ise plazma norepinefrin düzeyleri ile anksiyete arasında anlamlı ilişki bulunduğu, epinefrin düzeyleriyle ise benzer bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

*İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı

Çalışmadaki feokromositoma hastalarında anksiyetenin "psikolojik" semptomlarının fiziksel semptomlarından belirgin biçimde az bulunduğu bildirilmiş, sinir sistemi dışından kaynaklanan katekolamin sekresyonunun DSM-III kriterlerini karşılayan bir anksiyete bozukluğunu oluşturmaya yeterli olmadığı öne sürülmüştür.

Yapılan bir diğer araştırmada da stres karşısında adrenal medulladan salgılanan miktardan çok daha yüksek doz epinefrin infüzyonları yapılırsa somatik anksiyete belirtilerinin gözlenebildiği saptanmıştır (3). Merkezi sinir sistemi dışından kaynaklanan bir katekolamin artışına neden olan feokromositoma yine de sıklıkla anksiyete bozukluğuna neden olabilecek medikal hastalıklar arasında sayılmakta ve anksiyete bozukluklarının ayırıcı tanısında da olası endokrin sebeplerden biri olduğu ileri sürülmektedir (11).

Bu yazıda feokromositoma nedeni ile cerrahi kliniğinde izlenen ve aynı zamanda da DSM-IV kriterleri ile yaygın anksiyete bozukluğu saptanan bir olgu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

42 yaşında, kadın, evli, 3 çocuklu, dokumacılık yapıyor, ilkökul mezunu. Yakınması; aşırı heyecan, sıkıntı, ölüm korkusu, boğulacak gibi hissetme, sinirlilik, erken uyanma, çabuk terleme, çabuk yorulma, göğsünde sıkışma hissi. Öyküsü; 3 yıldır kan basıncının yüksek olması nedeniyle çeşitli tedaviler gören hastada denenen çeşitli antihipertansif tedavilere rağmen yüksek tansiyon değerleri devam etmekteymiş. 1 yıldır da bu belirtilere aşırı terleme, sinirlilik, çarpıntı ilave olmuş. İÜTF'ne başvurusundan 5 ay kadar önce terleme ve çarpıntısının nedenini aydınlatmaya yönelik incelemelerde nodüler guatr tesbit edilmiş ama tiroid fonksiyonları normal bulunmuş. 2 ay öncesinde karın ağrısı, bulantı, ishal yakınmaları gelişmesi üzerine çekilen batın bilgisayarlı tomografisinde her iki sünrenalde kitle saptanmış.

İÜTF Genel Cerrahi Anabilim Dalı'na sevk edilen hastaya yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinde Makronodüler Hiperplazi veya Feokromositoma ön tanıları düşünülmüş. Burada operasyon planlanan ve anksiyetesine yönelik herhangi bir tedavi başlanma-

yan hastanın tansiyonu da kontrol altına alınamamış. Operasyon öncesi kan basıncı düzenlenmesi için dahiliye servisine sevk edilmiş. Sevk edildiği gün yapılan nöroloji konsültasyonunda çekilen kranial bilgisayarlı tomografisinde sağ talamik hematoma saptanması üzerine nöroloji servisinde 10 gün tedavisi sürdürülen hasta tekrar endokrinoloji kliniğine sevk edilmiş. Tansiyon kontrolü için fenoksibenzamin, 120/dk'dan fazla olan taşikardisi için de propranolol tedaviye eklenmiş.

Hasta, endokrin servisinde yatarken ajite olduğu, tıbbi önerinin aksine hastaneden çıkmak istediği için Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı tarafından değerlendirildi. Yatağında oldukça gergin bir durumda olduğu gözlenen, kendine bakımı orta, yaşında gösteren hasta, işbirliğine istekliydi. Konuşması titreyen bir sesle ve hızlıydı. Duygulanımı anksiyeteli, duygudurumu disforikti. Düşünce akışında bozukluk yoktu. Düşünce içeriğinde iyileşemeyeceği kaygıları ve yoğun sıkıntısı nedeniyle hastaneden tedavi sonucunu beklemeden çıkma fikirleri vardı. Algı bozukluğu tarif etmiyordu. Yapılan mini mental durum muayenesinde tam puan aldı ve kognitif bozukluk saptanmadı (4). Yargısı ve iç görüşü iyi olarak değerlendirildi.

Geçmiş psikiyatrik öyküsünde; yaklaşık 15 yıldır çok küçük şeylerden endişelendiği, çabuk sinirlendiği, kolayca heyecanlandığı ve nefes alma güçlüğü, çarpıntı, huzursuzluk, kas sertliği, çabuk yorulma, ani gürültülerden etkilenme, uyku düzensizliği gibi yakınmaları olduğu fakat bu yakınmaları nedeniyle hiç tedavi görmediği öğrenildi. Bu belirtiler DSM-IV yaygın anksiyete bozukluğu kriterlerini karşılamaktaydı.

Son 3 yıldır sinirlilik, her an kötü birşey olacak korkusu, çabuk ve küçük şeylerden heyecana kapılma, ölüm korkusu, hemen her konuda endişe, nefes darlığı, terleme, çarpıntı, yorgunluk, iş yapamama, sabah çok erken uyanıp tekrar uykuya dalamama, sık irkilme tepkileri, sık sık eskiden ölen akrabalarını ve kendisi ve ailesine yapılan haksızlıkları düşünme gibi ek belirtilerin olduğu saptandı. İÜTF'ne başvurusundan iki ay önce batın bilgisayarlı tomografisinde her iki böbrek üstü bezinde kitle saptanmasıyla sıkıntılarının çok arttığını, böbrek üstü bezlerinde kanser olabileceğini, yapılacağı söylenen

ameliyattan uyanamayacağını düşünmekten kendini alamadığını belirtti. Hasta yatağı başında uygulanan Beck Anksiyete Ölçek Puanı 38 ve Beck Depresyon Ölçek Puanı 17 olarak saptandı ⁽²⁾. Tedavi olarak alprazolam 1.5 mg/gün başlandı. Tedavinin 7. gününde aynı ölçeklerle yapılan değerlendirmede Beck Anksiyete Ölçek Puanı 23, Beck Depresyon Ölçek Puanı 15 olarak saptandı.

Psikiyatrik değerlendirmeden iki hafta sonra her iki sürrenaldeki kitleler operasyonla alındı. Operasyon sonrası alprazolamı kesildi. Mini mental durum muayenesi ile kognitif fonksiyonları tekrar normal olarak değerlendirilen hastanın anksiyetesi belirgin derecede azalmıştı. Operasyondan 1 ay sonraki kontrolünde uygulanan Beck Anksiyete Ölçek puanı 18 olarak saptandı. Depresif belirtileri ise tamamen silinmişti. Kendisi ve eşinin değerlendirmesi hastanın 3 yıldan daha önceki ruhsal durumuna döndüğü yolundaydı. Hasta kendisi ve eşinden alınan bilgiye göre 15 yıldır yaygın anksiyete bozukluğu olarak değerlendirildiği için Citalopram 20 mg/gün ile tedaviye başlandı.

TARTIŞMA

Fiziksel hastalıklar ve kişinin ruhsal durumu birbirini çeşitli şekillerde etkilerler. Fiziksel hastalığın ve psikolojik sorunun rastlantısal birlikteliğinde etyolojik bir ortak zemin yoktur ya da biri diğerine neden olmamaktadır. Diğer olasılıklarda ise psikolojik durum, fiziksel hastalıkla başedilebilmesini güçleştirir, tedaviye uyumu bozar, fiziksel hastalığın seyrini kötüleştirir. Öte yandan fiziksel hastalık psikolojik belirtilerin çıkmasına neden olur, ruhsal belirtiler fiziksel hastalıkla eşzamanlı olarak seyrederek.

Sunulan olguda; fiziksel hastalık öncesindeki psikolojik sorunların hastanın tıbbi hastalığına uyumunu ileri derecede bozduğu gözlenmiştir. Yaygın anksiyete bozukluğunun daha önceden de var olması özellikle hastanın kolaylıkla kanser olduğu inancına kapılmasıyla belirtilerinde ağırlaşmaya neden olmuş, yapılan tıbbi girişimler, üç ayrı serviste izlenmesi, ameliyat korkusu ve ölüm başlıca kaygı odakları oluşturmuştur. Ayrıca hastadaki fiziksel hastalığa, feokromositomaya ait belirtiler ruhsal hastalığa ait belirtileri alevlendirmektedir.

Feokromositoma özellikle anksiyetenin çarpıntı, terleme, kan basıncında yükselme, baş ağrısı, yüzde kızarma gibi somatik belirtilerine neden olmaktadır. Hastanın yaygın anksiyete bozukluğu belirtilerinin son 3 yılda ağırlaşması feokromositomanın anksiyete bozukluğunun seyrini en azından bu olguda doğrudan etkilediğini düşündürmektedir.

Tıbbi hastalıklarda anksiyete görülme sıklığını araştıran çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Wells ve ark. kronik tıbbi sorun yaşayan bir grupta, anksiyete ve anksiyete bozuklukları % 5-% 20, ayakta tıbbi izlemlerde ise % 4-% 14 olarak saptanmıştır ⁽¹³⁾. Örneğin panik atağı prevalansı toplumda % 6 iken böbrek transplantasyonu bekleyen grupta % 16, kardiyomyopati grupta % 83 oranında görülmektedir. Panik ataklarının kronik obstrüktif akciğer hastalığı, Parkinson hastalığı, kronik ağrı, miyokard infarktüsü sonrası ve primer biliyer siroz gibi hastalıklarda daha sık gözlemlendiği de bildirilmiştir.

Feokromositomanın tedavisi cerrahidir ancak cerrahi operasyon olasılığı da hastaların anksiyetesini artırabilir. Hastada beden bütünlüğünün kaybı tehlikesi ve komplikasyon olasılığı ve ölüm korkusu ciddi anksiyeteye neden olabilir. Cerrahi operasyon öncesi hastalarda panik ve anksiyeteli tepkiler sıklıkla da bildirilmiştir ⁽¹⁾. Sunulan hastada da tıbbi tedaviyi reddetme ve anksiyete belirtilerinin alevlenmesinin başlıca nedenleri arasında cerrahi operasyona yönelik korkuları da vardı.

Feokromositomalı hastalarda sıkıntıyı azaltmak ve kan basıncını düşürmek için phenoxybenzamine ek olarak beta-blokerler ve benzodiazepin türevi anksiyolitiklerin kullanımı önerilmiştir. Örneğin diazepam 5-10 mg günde iki kez uygulanmasının faydalı olabileceği bildirilmiştir ⁽⁶⁾. Pekçok psikiyatrik ilaç katekolamin salınımına neden olabileceği için feokromositomada kullanımı kontrendikedir (örn. trisiklik antidepressanlar). Bu nedenle hastaların psikotrop ilaç seçiminde dikkatli olmak gerekir ⁽⁹⁾. Kısa etkili bir benzodiazepin olan alprazolam; anksiyete, panik ve depresyonda güvenli ve etkinliği kanıtlanmış bir ilaçtır ⁽⁸⁾. Bu hastada da bu nedenle kullanılmış ve yarar sağlamıştır.

Tıbbi hastalarda anksiyetenin değerlendirilmesi biyopsikososyal yaklaşımı gerektirir ⁽⁵⁾. Hastanede

yatan hastalarda anksiyete pekçok faktöre bağlı olarak ortaya çıkabilir. Bu nedenle değerlendirme çok yönlü olarak yapılmalıdır. Hastanın premorbid kişilik özellikleri, daha önce psikiyatrik hastalığı olması, hastane ortamına ve hastalığına uyum sorunları, kullanılan ilaçlar, altta yatan medikal hastalığın özellikleri, sosyal destek sistemlerinin yetersizliği anksiyete nedeni olabilir⁽¹⁰⁾.

Anksiyetenin şiddetli olduğu durumlarda hastanın genel sağlığını ve tedaviye uyumunu doğrudan etkilemesi nedeni ile medikal tetkik ve işlemlerin ertelenmesi gerekebilir. Anksiyeteli bir hastayı değerlendirirken birinci aşama, bu klinik psikolojik duruma neden olabilecek tıbbi bir hastalığın varlığını araştırmaktır. Konsültasyonda ikinci aşama ise iyi bir kişisel ve psikiyatrik öykü alınması ile birlikte sistemlerin psikiyatrik bozukluğa veya doğrudan medikal hastalığına bağlı olup olmadığı saptanarak tedavi girişimi buna göre yönlendirilir. Değerlendirmenin üçüncü basamağında ise anksiyetenin medikal hastalığa bir tepki ve psikolojik uyum yansıtıp yansıtmadığı araştırılır.

Bu sistematik yaklaşım klinisyeni anksiyeteyi erken bir şekilde yalnızca bir uyum reaksiyonu olarak kabul etmek tuzağına düşmekten kurtarır, aynı zamanda hastanın bütün olarak değerlendirilmesiyle anksiyetenin temelinde açık tıbbi nedenler olsa da ele alınması gereken psikolojik ve davranışsal sorunları olabileceği gözden kaçmamış olur.

KAYNAKLAR

1. Bard M, Sutherland AM: Adaptation to radical mastectomy. In: The psychological impact of cancer. American Cancer Society, Newyork, 1997; p.55-71.
2. Beck A, Ward C, Mendelson M: An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 4:561-65, 1961.
3. Cameron OG, Gunsher S, Hariharan M: Venous plasma epinephrine levels and the symptoms of stress. Psychosom Med 4:411-24, 1990.
4. Folstein MF, Folstein S, McHugh PR: Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 12:189, 1975.
5. Goldberg RJ: Anxiety: A guide to biobehavioral diagnosis and therapy for physicians and mental health clinicians. Newyork, Free Press, 1982.
6. Gomez J: Liaison psychiatry. Newyork, The Free Press, 1987.
7. Hall RCW (ed): Psychiatric presentations of medical illness. Somatopsychic disorders. Newyork, SP Medical and Scientific Books, 1980.
8. Jonas JM, Cohon MS: A comparison of the safety and efficacy of alprazolam versus other agents in the treatment of anxiety, panic, and depression: a review of the literature. J Clin Psychiatry 54 Suppl: 25-45, Discussion 46-8, 1993.
9. Landsberg L, Young JB: Pheochromocytoma. In: Harrison's principles of internal medicine. 12. edition. Wilson JD, Braunwald E, Isselbacher KJ, et al (eds). McGraw-Hill, Inc 1991.
10. Özkan S: Psikiyatrik tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi. Roche, İstanbul, 1993; s. 18-22.
11. Rosenbaum JF, Pollack MH: Anxiety. In: Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry, 2nd ed. Hackett TP, Cassem NH (eds). Year Book Medical Publishers, Inc 1987; p.154-83.
12. Starkman MN, Cameron OG, Nesse RM, Zelnik T: Peripheral catecholamine levels and the symptoms of anxiety: studies in patients without pheochromocytoma. Psychosom Med 2:129-42, 1990.
13. Wells KB, Golding JM, Burnam MA: Psychiatric disorder in sample of the general population with and without chronic medical conditions. Am J Psychiatry 145:976-81, 1988.