

Psikiyatrik belirtilerle başvuran bir psikomotor epilepsi olgusu

Ayşen Esen Danacı,¹ Artuner Deveci,² İlkin İçelli³

ÖZET

Psikomotor epilepsi çok farklı psikiyatrik belirtilere yol açabildiğinden dolayı, özellikle ayrıntılı bir anamnez ve dikkatli bir muayene yapılmadığı zaman sıklıkla tanı karmaşasına yol açmaktadır. Bu makalede de belirgin psikiyatrik yakınmalardan dolayı dört yıl boyunca işlevsel bir psikiyatrik bozukluk olarak değerlendirilen ve tedavi edilmeye çalışılan bir psikomotor epilepsi olgusu sunulmuştur. Bu olgu ekseninde epilepsinin yanlışlıkla psikiyatrik bir bozukluk olarak değerlendirilebilecek farklı görünümleri tartışılmıştır. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000; 1(4):241-245)

Anahtar sözcükler: Psikomotor epilepsi, psikiyatrik belirtiler, temporal lob epilepsisi

Psychomotor epilepsy case with psychiatric manifestations

SUMMARY

Psychomotor epilepsy may cause different psychiatric manifestations and in the absence of a detailed anamnesis and a careful examination a diagnostic confusion may occur. In this article a psychomotor epilepsy case with prominent psychiatric symptoms, which was considered and treated as a functional psychiatric disorder for four years is presented. In the axis of this case different appearance of psychomotor epilepsy which can be evaluated as psychiatric disorders are discussed. (Anatolian Journal of Psychiatry 2000; 1(4):241-245)

Key words: Psychomotor epilepsy, psychiatric symptoms, temporal lob epilepsy

GİRİŞ

Temporal lob konuşma, emosyon, bellek, koku, tat, işitme, motor ve otonomik alanları içeren pek çok işleve sahiptir. Temporal lob epilepsisi (TLE), mezial TLE ve lateral TLE şeklinde iki sendrom başlığı adı altında toplanmıştır. En çok kompleks parsiyel nöbetler şeklinde kendini gösteren bu epilepsilerin çoğunluğunu mezial TLE'leri oluşturur.¹

Psikomotor nöbet, bilinç değişikliği ile birlikte otomatik davranışlar, postiktal dönemde ise sıklıkla letarji ve konfüzyon ile karakterizedir. Bilinç değişikliği olarak algılama, bilişsel işlevler, affekt, istemli hareketler gibi bilincin değişik bileşenleri değişik derecede etkilenir. Hasta nöbet sırasında ve sonrasında amnezik olduğundan, ataklarda olup bitenleri hatırlamaz. Nöbet başlangıcında aura tanımlanır. Aura açısından çok zengin olan bu nöbetlerde

¹ Yrd.Doç.Dr., ²Arş.Gör., ³ Prof.Dr., Celal Bayar Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD Manisa.
Yrd.Doç.Dr. Ayşen ESEN DANACI, Celal Bayar Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD Manisa.
e-posta: ayesen@superonline.com

en çok görülen belirtiler olarak yükselen epigastrik his, korku duygusu, koku varsanısı, tat duygusu değişiklikleri ve déjà vu, jamais vu bildirilmektedir.¹ Duyusal, otonomik ve emosyonel temalar içeren nöbetler çoğu kez psikiyatrik hastalıklarda da görülen belirtiler ortaya çıkartırlar.² Nokturnal psikomotor nöbetlerden sonra sıklıkla agresyon, oda içinde yürüme şeklinde otomatizm ve konfüzyon tanımlanmıştır.³ Diğer tipik epilepsilerle karşılaştırıldığında psikomotor epilepside özellikle agresyon ve şiddet davranışında anlamlı bir fark görülmüştür.⁴

Psikomotor epilepsi ile en sık karışan psikiyatrik bozukluklar arasında konversiyon bozukluğu, yapay bozukluk, temaruz, panik atakları, füğ, depersonalizasyon ve derealizasyonun görüldüğü psikiyatrik bozukluklar sayılabilir. Öte yandan psikomotor epilepsili olgularda zaman içinde ortaya çıkan psikoz (% 10-15), depresyon, özkıyım ve kişilik yapısındaki bazı değişiklikler de tanıyı zorlaştıran durumlardır.²

Bu özelliklerinden dolayı psikomotor epilepsi, bazı çalışmacılar tarafından psikiyatri ve nöroloji arasında kalan gri bir alan olarak tanımlanmıştır.⁵ Bu makalede de psikiyatrik belirtilerin ön plana çıkmasına bağlı olarak uzun süre tanı konulamayan bir olgu sunulmaktadır.

OLGUNUN ÖYKÜSÜ

Klinik Öykü

G.H., 37 yaşında, ilkokul mezunu, 18 yıllık evli ve iki çocuklu bir ev kadınıdır. Polikliniğimize Ocak 1999 tarihinde sıkıntı, güvensizlik, işlerin gözünde büyümesi yakınmalarıyla başvurdu. Alınan anamnezine göre ilk kez 3 yıl önce sıkıntı hissi ortaya çıkmış ve sıkıntılarının yoğunlaşması üzerine bir psikiyatriste başvurmuş. Bu psikiyatrist kendisini 4 ay boyunca izlenmiş, ismini hatırlayamadığı ilaçlar vermiş, durumunda herhangi bir değişiklik olmamış. Sıkıntı hissini takiben “Bu işleri nasıl yapacağız, çocuklar ne yapacak?” şeklinde konuşmaları, kendine güvensizliği ortaya çıkmış. Bunun üzerine bir başka psikiyatriste başvurmuş. Bir buçuk yıl

süresince izlemi devam etmiş, üç kez özel bir hastanede yatmış. Hastaneye her yatışından önce saçma konuşmaları, unutkanlık dönemleri, sersemlik hissi gibi yakınmaları oluyormuş. Amitriptilin, pimozid, flupentiksol, mianserin, dihidroksizin, paroxetin kullanmış; ek olarak 4 kez elektrokonvulsif tedavi (EKT) uygulanmış. 3-4 ay süren bir iyileşme dönemi olmuş, sonrasında yakınmaları tekrar başlamış. Bazen birkaç saat süren hatırlamadığı dönemler oluyormuş, zaman zaman da burnuna kan kokusu geliyormuş.

Yakınmalarının devam etmesi üzerine polikliniğimize başvurmuş, ilk başvurusunda nöroleptik kullanımına bağlı akatizi gözlenmiş, buna yönelik olarak biperiden 6 mg/gün ve diazepam 5 mg/gün başlanmış. Poliklinik kontrollerinde akatizinin kaybolduğu, fakat sıkıntı hissi, isteksizlik, uykusuzluk, üzüntü hissi bulgularının olduğu gözlenmiş ve BTA depresyon tanısı konmuş. Bunun üzerine fluvoksamin 50 mg/gün ve diazepam 5 mg/gün kullanmaya başlamış. Eşinin ev işlerini yapmıyor diye kendisine kızması yakınmalarını artırıyormuş. İzlendiği süre boyunca sağaltımdan yeterli yanıt alınamaması nedeniyle antidepresan dozu kademeli olarak artırılmış ve 7. ayda, fluvoksamin 200 mg/güne çıkılmış. Kontrollerde karamsarlık, “hayata bağlı değilim” şeklinde düşüncesi, “iyileşemeyeceğim, yapamayacağım, bitecek” şeklinde çaresizlik düşüncesi gözlenmiş. Bir gün öğleden sonra evdeyken yoğun bir sıkıntısı olmuş. Eşinin ifadesine göre gece yarısı yoğun korkuyla birlikte koltukların üzerine sürahi ile su dökmeye başlamış. Ertesi gün polikliniğimize başvuran hastanın poliklinik sırası beklerken kendini yerden yere attığı (adeta yüzüyormuş gibi yerlerde süründüğü) ve kendine zarar verici davranışlarla birlikte birbiriyle bağlantısı olmayan kelimeleri söylediği gözlemlendi. Bunun üzerine klorpromazin amp+haloperidol amp+biperiden amp uygulandı. Belirtileri kaybolan hasta bu dönemi hiç hatırlamıyordu, en son hatırladığı burnuna kan kokusu gelmesiydi.

Hastanın kliniğimize yatışı yapıldı. Sosyoekonomik kültürel durumuyla uyumlu bir görünümle birlikte, kendine olan ilgi ve bakımında azalma vardı. Yatışının 3. günü

“gece öldürelim onu, boğazlıyalım onu” ve köpek uluması şeklinde sesler duymuş. Bu arada zaman zaman sıkıntı hissi “gece öldürelim onu, boğazlıyalım onu” ve artıyordu. Hastada bir psikotik bozukluk olduğu düşünülerek klorpromazin amp+haloperidol amp+biperiden amp 2x1 tedavisi devam eden hasta kendisine göre iş yapamadığı için hastanede yatıyordu. Yatışının 10. günü haloperidol 10 mg/gün ve Biperiden 6 mg/gün başlandı. Hafta sonu izninde biperiden kullanmadığı için ekstrapiramidal sistem (EPS) belirtileri ortaya çıktı. Bunun üzerine haloperidol kesilerek biperiden 8 mg/gün ve diazepam 20 mg/gün başlandı. Birkaç gün sonra sülpirid 400 mg/gün başlandı. Anksiyete ve depresif bulgulara azalma gözlemlendi, EPS bulguları kayboldu. Bu sırada klinikte bulunan erkek hastalara ve personele karşı yakınlaşmaya ve onlara karşı övücü konuşmalarda bulunmaya başladı. Çocuklarına bakmak ve evde temizlik yapmak amacıyla hafta sonu izinlerine çıkmak istedi. Hafta sonu iznine gittiği günün akşamı yakınmaları ortaya çıktığı için eşi tarafından kliniğe geri getirildi. Kliniğe geldiğinde konfüzyon tablosu içindeydi. Yer ve zaman oryantasyonu bozulmuştu, ajitasyonu mevcuttu, sürekli üzerindeki çıkarma ve yatağıyla odanın penceresi arasında yürüme şeklinde otomatizması vardı. Sorulan sorulara uygunsuz yanıtlar veriyor ve sürekli eve gitmesi gerektiğini yineliyordu. Hastanın bu tablosu psikomotor tipte bir nöbeti akla getirecek nitelikteydi ve bunun üzerine 1 ampul intravenöz klonazepam uygulandı. Hastada dramatik bir düzelme gözlemlendi. Nöbet sonrasında hasta bu dönemi hatırlayamadığını ve nöbet öncesinde burnuna kan kokusu geldiğini belirtti. Antikonvülzan etkisi olan klonazepamdan yarar gördüğü gözlenen hastanın ayırıcı tanısında önemli bir adım atıldı. Yatışının 40. günü karbamazepin 200 mg/gün başlandı, ayrıca sülpirid dozu azaltılarak kesildi. İlerleyen günlerde karbamazepin 400 mg/güne çıkıldı.

Yapılan elektroensefalografi (EEG) incelemesinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Uyku EEG’si hastanın uyum sağlayamaması nedeniyle çekilemedi. Bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT) ve kranial magnetik rezo-

nans görüntüleme (KMRG) normal olarak değerlendirildi.

Depresif bulguları devam eden Bayan G’ye moklobemid 300 mg/gün başlandı. Serum karbamazepin düzeyi 3,6 µg/dl olarak saptandı, yatışının 58. günü karbamazepin 800 mg/güne çıkıldı. Bayan G. klinikte yattığı süre içinde tekrar nöbet geçirmedi ve depresif belirtileri azaldı. Karbamazepin 1200 mg/güne çıkılarak yatışının 75. günü poliklinikten izlenmek üzere taburcu edildi. Özellikle hastalık dönemlerinde koku varsanısı, dezorganize davranışların olduğu dönemlerle ilgili laküner amnezi, bu dönemlerden sonra 3-4 gün boyunca süren konfüzyon, hiperseksüalite ve visküz kişilik gibi özellikler, hastalık epizodları arasında depresif epizodlar görülmesi gibi bulgular tanı açısından önemli olarak değerlendirildi. Taburculuğundan sonraki 11 ay boyunca poliklinik kontrollerinde zaman zaman gözlenen depresif duygudurum dışında herhangi bir bulguya rastlanmadı.

TARTIŞMA

Psikomotor nöbet başlangıcında hastaların % 20-90’ı aura tanımlar, bunlar çok değişik nitelikte olabilir ancak en çok tespit edilenler yükselen epigastrik his, korku duygusu, koku varsanısı, tat duygusu değişiklikleri ve déjà vu ve jamais vu’dur.¹ Sunulan olguda da nöbetten hemen önce ortaya çıkan ve çok kısa süren “kan kokusu” duyma şeklinde bir aura söz konusudur.

Psikomotor nöbetler çoğunlukla aniden başlar ve nöbetler sırasında bilinç bulanıklığı, yönelim bozukluğu, bellek yitimi ve bellek işlevlerinde bir bozukluk görülür; nöbet birkaç dakika veya saatlerce sürebilir.⁶ Otomatizma hastaların % 40-80’inde görülür, nöbet ve nöbet sonrası dönemde ortaya çıkar; en sık görülenler ağız ve dil hareketlerini içeren otomatizmalardır, ambulatuvar (hareketle ilgili) ve konuşma otomatizmaları daha seyrek görülür.¹ Konuşma otomatizmaları üç türde görülür: Anlamsız sesler çıkarma, “iktal konuşma” ve “anormal konuşma”.¹ *İktal konuşma*, açıkça anlaşılan yineleyici olan ya da olmayan konuşmalardır. *Anormal konuşma* ise

konuşmanın durması, dizatri ya da paroksisimal afazi şeklinde olabilir. Burada sunulan olguda bilinç bulanıklığı, yönelim bozukluğu, bellek işlevlerinde bozulma, ambulator otomatizma ve iktal konuşma şeklinde otomatizma saptanmıştır. Psikomotor nöbetlerin yukarıda sayılan bu belirtileriyle fonksiyonel psikiyatrik bozukluklarla karışması çok olasıdır. Bunlar arasında konversiyon bozukluğu, yapay bozukluk, panik atak, füğ ve depersonalizasyon ve derealizasyonun bulunduğu bozukluklar sayılabilir.²

Postiktal dönemde iyileşme yavaş olur, süresi birkaç dakika ile gün arasında değişebilir.^{1,6} Psikomotor nöbetin postiktal döneminde konfüzyon ve bilişsel bozukluklar devam eder, bunun yanında sıklıkla otomatik davranışların da sürdüğü gözlenir. Ayrıca öfke, şiddet ya da sevecenlik gibi duygudurumla ilgili bozuklukların ortaya çıkması da olasıdır.⁷ Bu olguda da postiktal dönem saatlerle günler arasında değişmekte ve bu dönemde hastada konfüzyon ve otomatizma devam etmektedir.

İnteriktal dönemde görülen ve psikiyatrik sağaltım gerektiren tablolar arasında psikoz, duygudurum bozuklukları, kişilik değişiklikleri ve bilişsel kayıplar bulunmaktadır.^{6,8} Blumer ve ark. (1995) bir makalesinde 97 epileptik hastanın % 34'ünde atipik duygudurum bozukluğu, % 22'sinde yalancı nöbet ve % 9'unda diğer psikiyatrik bozukluklarını saptamışlar ve duygudurum bozuklukları içinde en yaygın olanın depresif bozukluklar olduğunu bildirmişlerdir.⁹ Anksiyete belirtilerine de iktal ve interiktal dönemde rastlanabilir ve bunu psikiyatrik bir bozukluktan ayırt etmek neredeyse olanaksızdır.¹⁰ Burada sunulan olguda interiktal dönemde depresif belirtiler, anksiyete ve zaman zaman ortaya çıkan ve hekimler tarafından psikotik bulgular olarak değerlendirilen dezorganize davranışlar söz konusudur. Hastanın hekime başvurma nedeni de aslında psikomotor nöbetleri değil, anksiyetesi ve diğer depresif belirtileridir. Bu olgunun psikomotor epilepsi tanısının bu denli gecikmesinin ve çeşitli psikotrop ilaçlar reçete edilmesinin en önemli nedeninin interiktal dönemde ortaya çıkan zengin psikiyatrik belirti örüntüsü olduğu akla gelmektedir.

Kişilik bozuklukları da epileptik hastalarda sık
Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000; 1(4):241-245

görülen psikiyatrik anormalliklerdendir ve bazı araştırmacılar psikomotor epilepsiye ilişkin özgün bir interiktal davranış sendromu tanımlamıştır. Bu tablonun belirtileri arasında hiperseksüalite, hiposeksüalite ya da sapkınlıklar şeklinde cinsel davranış değişiklikleri, vizkozite, hipergrafi, aşırı dindarlık ve tüm emosyonlarda artış bulunmaktadır.⁷ Bu olguda da kilinikte yattığı dönemde hiperseksüalite ve vizkozite şeklinde kişilik değişiklikleri olduğu gözlenmiştir.

Epilepsi olgularında laboratuvar incelemeleri arasında en önemli yeri EEG tutmaktadır. Psikomotor nöbet sırasında EEG'de yaygın diken dalga aktivitesi ya da fokal çoklu diken veya diken-dalga boşalımaları ortaya çıkar.⁷ Postiktal dönemde ise olasılıkla kortikal inhibisyona ya da nöronal tükenmeye bağlı EEG'de yaygın bir yavaş dalga aktivitesi görülür.⁶ Bununla birlikte psikiyatrik belirtilerle giden ve uzun süren nöbetler sırasında EEG'de herhangi bir epileptik deşarj görülmeyebilir, ayrıca epileptik potansiyeller amigdala ve diğer derin temporal yapılardan köken aldığı için ancak derin elektrotların kullanılması sonucu yazdırılabilir.⁶ Bu makalede sunulan olguya ancak bir kez EEG çekimi yapılabilmıştır ve bu da normal olarak değerlendirilmiştir, hastanın uyum sağlayamaması nedeniyle daha sonra bu inceleme yinelenememiştir. EEG incelemesinin yinelenememesi bu olgunun izleminde bir eksiklik, ancak hastanemizde ileri incelemelerde kullanılacak donanımın (derin elektrotlar) bulunmaması ve tanıda klinik gözlemin daha önemli bir yer tutması nedeniyle bu konuda ısrarcı olunmamıştır.

Bu makalede bir hastanın yakınmalarının başlangıcından psikomotor epilepsi tanısı aldığı zamana kadar geçen süreç incelenmiştir. Psikomotor epilepsinin psikiyatrik belirtiler açısından zengin olması tanısını oldukça zorlaştıran bir durumdur. Bu hastanın hekimlere sıkıntı, iş yapamama, kendine güvensizlik gibi yakınmalarla başvurusu; belirtilerinin depresyon lehine değerlendirilmesine, antidepresan ve anksiyolitik sağaltımlar düzenlenmesine neden olmuştur. Ayrıca iktal ve postiktal dönemlerin uzun sürmesi ve bu dönemde hastanın dezorganize

bir tutum içine girmesi de psikotik bir tabloyu düşündürerek antipsikotik sağıaltım düzenlenmesine yol açmıştır. Bu nedenle psikiyatristler psikomotor epilepsinin zengin bir belirti

örüntüsüne sahip olabildiğini göz önünde bulundurarak, belirtileri çeşitlilik ve değışkenlik gösteren hastaların ayırıcı tanısında psikomotor epilepsiyi de akılda tutmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Işık E: Epilepsi-kompleks parsiyel nöbetler. E Işık (ed): *Organik Psikiyatri'de*, Ankara, 1999, s.285-304.
2. Soykan A: Epilepsiler. I Sayıl, H Devrimci Özgüven (eds): *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları'nda*, ikinci baskı, Ankara, Ant A.Ş., 2000, s.129-138.
3. Borum R, Appelbaum KL: Epilepsy, aggresion, and criminal responsibility. *Psychiatr Serv* 1996; 47(7):762-763.
4. Han C: Analysis of 38 cases with epilepsy in forensic psychiatric evaluation. *Chung Hua Shen Ching Ching Shen Ko Tsa Chih* 1989; 22(6):355-357.
5. Mazumdar PK: Psychomotor epilepsy with rare psychiatric manifestations. *Med J Malaysia* 1995; 50(1):114-115.
6. Tuncer S, Bayraktar E, Özmen E: *Organik Mental Bozukluklar*. İzmir, E.Ü. Tıp Fakültesi Yayınları, 1989, s.145-155.
7. Caine ED, Lyness JM: *Delirium, dementia, and amnestic and other cognitive disorders*. BJ Sadock, VA Sadock (eds): *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry'de*, yedinci baskı, Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2000, s.854-923.
8. Blumberg HP, Kanwal GS, Relkin N, Mattis S, Viederman M, Makari GJ: Psychiatric complications in a patient with complex partial seizures. *Am J Psychiatry* 1996; 153(3):404-405.
9. Blumer D, Montouris G, Hermann B: Psychiatric morbidity in seizure patients on a neurodiagnostic monitoring unit. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1995; 7(4):445-456.
10. Lee DO, Helmers SL, Steingard RJ, DeMaso DR: Case study: seizure disorder presenting as panic disorder with agoraphobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(9):1295-1298.