

Derleme / Review**Olfaktor oluk meningeomuna bağlı frontal lob sendromu:
Gözden geçirme**Erol OZAN,¹ Erdem DEVECİ,¹ İsmet KIRPINAR,¹ Özkan TEHLİ²**ÖZET**

Frontal lob hasarında gözlenen davranışsal sendromlar, frontal lobu subkortikal yapılara bağlayan dorsolateral prefrontal devre, orbitofrontal devre ve anterior singulat devredeki zedelenmeye bağlıdır. Dorsolateral prefrontal devredeki hasar yürütücü işlev bozukluğu, orbitofrontal devredeki hasar dizinhibisyon ve dürtüsellik, anterior singulat devredeki hasar ise abuli (apati ve amotivasyon) ile sonuçlanır. Otuz dokuz yaşında, kadın, iki yıl önce ortaya çıkan koku alamama ve birkaç ay sonrasında eklenen baş ağrısı yanı sıra, 1.5 yıl önce beliren ve artarak süren; durgunluk, isteksizlik, halsizlik, ev işlerini yapamama, sürekli uzanma ve uyuma gereksinimi ve son dönemde eklenen bulanık görme ve bir kez olan uykuda idrar kaçırma yakınmaları nedeniyle kapsamlı olarak değerlendirildi. Anterior singulat sendrom ile uyumlu olan bu klinik görünümün ardında, büyük bir olfaktor oluk meningeiyoumu saptandı. Bu hastayla ilgili verilerden yola çıkarak frontal lob sendromunu ve meningeiyoumları, özellikle olfaktor oluk kökenli olanları gözden geçirdik. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010; 11:279-284*)

Anahtar sözcükler: Kişilik, frontal lob, olfaktor oluk meningeiyoumu

**Frontal lobe syndrome due to olfactory groove meningioma:
a review****ABSTRACT**

Behavioral syndromes observed with frontal lobe injury involve lesions of the circuits, connecting the frontal lobe to subcortical structures. Dorsolateral prefrontal circuit lesions result in executive function deficits, orbitofrontal circuit lesions result in disinhibition and impulsivity, and abulia (apathy and amotivation) occur with injury to the anterior cingulate circuit. Thirty-nine years-old female patient was evaluated in our outpatient clinic due to experiencing anosmia for the past two years and headache which appeared a few months after this complaint. In addition to these complaints, the patient reported apathy, anhedonia, lack of energy, inability to perform household chores and increased sleep need for the past 1.5 years. Lately, the patient also reported having blurred vision and had an incidence of urinary incontinence during sleep. The clinical presentation was compatible with anterior cingulate syndrome due to a large olfactory groove meningioma. Depending on the data, we were motivated to review the frontal lobe syndrome and meningiomas, especially the ones originating from the olfactory groove. (*Anatolian Journal of Psychiatry 2010; 11:279-284*)

Key words: personality, frontal lobe, olfactory groove meningioma

GİRİŞ

Nörolojik hastalıklar, bireyin davranış, güdülen-

me, duygudurum, yargılama ve dürtü denetimi alanlarında değişikliklerle kendini gösterebilir.

¹ Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Erzurum

² Mareşal Fevzi Çakmak Asker Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, Erzurum

Yazışma adresi/Address for correspondence: Yrd.Doç.Dr. Erol OZAN, Atatürk Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD, Yakutiye Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Merkez Yerleşke, 25240 Erzurum

E-mail: erolozan@gmail.com

Geliş tarihi: 02.02.2010, **Kabul tarihi:** 21.04.2010

Konfüzyonel durumlar, bunama, psikoz, depresyon ve kişilik değişikliği, nörolojik hastalıklara bağlı ruhsal bozuklukların sık karşılaşılan görünümleridir. Bireyin kişilik yapısındaki değişiklikler, hastalık sürecinin frontal lob, temporal lob ya da her iki lobun yapı ve işlevleri üzerindeki etkisine bağlıdır. Öyküde baş ağrısı, bayılma, nöbetler, fokal nörolojik sorunlar (görme, işitme ya da koku duyusunda bozukluk, güçsüzlük vb.), idrar-dışıkı kaçırma gibi belirtilerin olması, kapsamlı bir nörolojik muayene ve incelemeyi gerektirir.¹

Beyin tmrl hastaların yaklaşık yarısı, birincil bir psikiyatrik bozukluğu düşündüren belirtilerle başvurabilir.² özgün psikiyatrik belirtiler, büyük oranda tümörün doğrudan yerleştiği veya kitle etkisiyle basınç uyguladığı beyin yapılarıyla ilgilidir. Psikiyatrik belirtilere yol açan beyin tümörlerinin yaklaşık %90'ının yerleşim yeri frontal lob olup bilişsel işlev bozukluğu, abuli, kişilik değişikliği, depresyon veya motor ve dil işlevlerinde bozulmaya yol açabilir.³ Hastalar, sıklıkla, dışıkı ve idrar kaçırma gösterebilir. Tümörlerin ilerleyici nitelikleri nedeniyle, zaman içinde değişen nöro-psikiyatrik belirti ve bulgular ortaya çıkabilir.^{4,5}

Meningiyomlar %13-26 oranıyla, kafa içi yerleşimli ekstra-aksiyel (beyin ve omurilik dokusu dışından köken alan) birincil merkezi sinir sistemi (MSS) tümörlerinin en sık rastlanan türüdür. Araknoid hücrelerin bulunduğu her yerden köken alabilirler. En sık görüldüğü dönem, orta ve ileri erişkinlik yaşlarıdır. Kadın/erkek oranı 2'dir.⁶ çoğu kez yavaş büyür ve %90'ı iyi huyludur. Hiçbir belirti vermeyebilir. Klinik belirtiler yerleşim yerine göre değişmekte olup aşamalı biçimde ortaya çıkar ve daha çok komşu dokulara yaptığı basınının sonucudur. Tümörün yavaş büyümesi nedeniyle, diğer KIBAS belirtilerinin eşlik etmediği, yeni başlayan ve yavaş ilerleyen bir baş ağrısı sıktır. Bili ve uyanıklık düzeyinde azalma, bellek bozukluğu, görme alanında daralma, görme keskinliğinde azalma, ileri evrelerde ise kusma ve göz dibi optik diskte dem rastlanabilen diğer belirti ve bulgulardır. Ayrıca, alt frontal yerleşimli büyük menenjiyomlar, bunama ve depresyon ile karşıan, aşamalı bir kişilik değişikliğine yol açabilir. Menenjiyomların tanısında, tümörün evre kemik dokusu üzerinde uzun dönemdeki etkilerini görme olanağı sunduğundan, öncelikle bilgisayarlı BT yeğlenir. Tümör dokusu içinde kalsifikasyon (%25) ve çevreleyen kafatasında hiperostoz, BT ile görülebilecek bulgulardır. MR'da gri maddeyle izointens oluşu, dural-tail, beyin dokusu ile arasındadır damar ya da BOS içeren ince yarıkların görülmesi, menenjiyomu düşündürür. Kontrast mad-

deyle çekilen BT ve MR görüntülerinde, tümör dokusu içinde artmış kan hacmi ve venöz stazın sonucu olarak, uzamış kontrast tutulumunun gözlenmesi de menenjiyomu destekler.⁷

Beynin en büyük lobu olan frontal lob, subkortikal yapılarla kurduğu bağlantı devreleri yoluyla, bireyin, içinde bulunduğu ortama uygun biçimde davranmasını sağlar. Bu bağlamda işlev gören üç ana devre bulunur. Dorsolateral prefrontal devre, bir tepki oluşturmak üzere verilerin örgütlenmesi; anterior singulat devre, güdülenmiş davranışta bulunabilme; orbitofrontal devre ise, limbik sistemden gelen ve duygu içerikli verilerin, davranış yanıtlarıyla birleştirilmesine olanak verir.⁸ Yürütücü işlevlerde bozulma, apati ve dürtüsellik, frontal-subkortikal devrelerdeki işlev bozukluğunun en belli başlı görünümleridir. Tourette hastalığı, Huntington hastalığı, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), şizofreni ve duygu durum bozuklukları gibi çeşitli nöropsikiyatrik bozukluklar da, bu devrelerin bütünlüğü veya işlevlerinin, doğrudan ya da dolaylı yolla bozulmasının birer sonucudur.⁹

Psikiyatrik görüşmeye durgunluk, isteksizlik, halsizlik, ev işlerini yapamama, sürekli uzanma ve uyuma gereksinimi yakınmalarıyla başvuran orta yaşta bir kadın hasta, görüşme sırasında bulanık görme ve bir kez olan uykuda idrar kaçırma tanımlaması nedeniyle beyin görüntülemeyi de içeren kapsamlı bir incelemeyle değerlendirildi. Frontal lob yapı ve işlevlerindeki bozulmayla belirli klinik görünümün ardında, büyük bir olfaktor oluk menenjiyomu saptandı. Bu hastayla ilgili verilerden yola çıkarak, FLS'yi ve menenjiyomları, özellikle olfaktor oluk kökenli olanları gözden geçirdik.

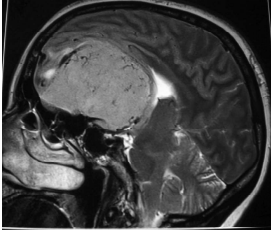
OLGU

Otuz dokuz yaşında, evli, ev kadını, iki çocuklu hasta, Psikiyatrik görüşmeye yaklaşık 1,5 yıldır artarak süren durgunluk, isteksizlik, halsizlik, ev işlerini yapamama, sürekli uzanma ve uyuma gereksinimi, baş ağrısı, bulantı, sol gözde daha belirgin olmak üzere iki taraflı bulanık görmesinin yanı sıra, iki hafta önce bir kez olan uykuda idrar kaçırma yakınmalarıyla başvurdu. Son dört ay içinde psikiyatri polikliniğine iki kez başvurmuş; ilk bir ay kullandığı 10 mg/gün essitalopram ile düzelme olmaması üzerine başlanan 20 mg/gün paroksetini üç aydır kullanmaktaydı. Antidepresan tedaviye yanıt vermemesi, baş ağrısı, bulantı, bulanık görme ve idrar kaçırma tanımlaması üzerine, kapsamlı öykü alınarak beyin görüntüleme yapıldı.

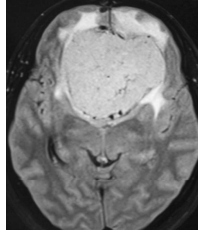
Yaklaşık iki yıl önce koku alamama ve bir kez fenalaşma yakınmalarıyla KBB hekimine başvurmuş. KBB muayenesi normal bulunmuş ve ileri incelemeye gerek görülmemiş. Bundan birkaç ay sonra başlayan baş ağrısı nedeniyle nörolojiye başvurmuş. Nörolojik muayenede migren olarak değerlendirilerek ilaç başlanmış. Yaklaşık altı ay süreyle kullandığı ilaçlar, baş ağrısını gidermemiş. Önceki yaşamında girişken, çalışkan, yetenekli, insanlarla yakın ve içten ilişkiler kurabilen ve sevilen biriyken, 1.5 yıl öncesinden başlayarak tutum ve davranışları giderek değişmiş. Durgun, üşengeç, hareketsiz, çevreye ilgisiz ve duygusuz bir yapıya bürünmüş. Teyzesinin ölümüne bile duygusal bir tepki göstermemiş. Evde yapması gereken işleri ilk zamanlar erteliyor veya kısmen yapılabiliyorken, giderek hiçbir işe el sürmez olmuş. Ev işlerinin tümünü kız kardeşi, eşi ve komşuları üstlenmiş. Hasta ise, gününün çoğunu oturarak, uzanarak veya uyuyarak geçiriyor; sandalyede otururken bile uyuyakalıyormuş. Yemek için uyandırılıp kaldırılması birkaç saat sürüyor, çoğu öğünü kalkıp yiyemiyormuş.

Psikiyatrik muayenede bilinci açık; yer, zaman ve kişiye yönelimi tamdı. Çevresel uyaranlara yönelik ilgisi ve dikkati azalmıştı. Durgun, sessiz, uysal, edilgen ve aldırış etmeyen bir tutum içindeydi. Düşünce üretimi azalmış, kendiliğinden

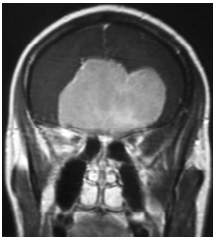
konuşmuyor, soruları geç ve isteksizce yanıtlıyordu. İlgisiz ve dikkatsiz oluşu, bellek işlevlerini güvenilir biçimde değerlendirmeyi güçleştirdi. Afazi, apraksi, agnozi gibi bulguların olmaması, bizi olası bir bunama tanısından uzaklaştırdı. Duygu dışavurumu belirgin derecede azalmış olan hasta, yaşadığı durumu 'dünyadan elimi ayağımı çektim; ne sevinç var ne ağlama' sözleriyle tanımladı. Bu anlatımına üzüntü, suçluluk ya da utanma türünde bir duygu eşlik etmiyordu. Psikiyatrik görüşmeden sonra yapılan nöroloji ve göz muayenesinde nörodefisit veya papil stazı türünde bir bulgu saptanmadı. Beyin MR görüntülerinde frontal alanda, anterior kafa tabanında, krista gali düzeyinden dural-tail olarak süperiora ve posteriora egzofitik uzanım gösteren, 7x6x5 cm boyutlarında; T2 AG ve FLAIR AG'lerde gri cevherde izointens, yoğun heterojen kontrast madde tutulumu gösteren, lobüle sınırlı; inter-hemisferik fissür komşuluğunda, anterior-superiorda frontal loba ve lateral ventrikül frontal hornuna bası yapan; bu nedenle komşuluğundaki parankimde T2 AG aksiyel serilerde ödemle uyumlu sinyal artışına yol açan; posteriora klinoid prosese ve Willis poligonuna kadar uzanan kitle lezyon izlendi. Görünüm, olfaktor sinir kaynaklı menenjiyomla uyumlu bulundu. Hasta, beyin cerrahisi kliniğine gönderildi.



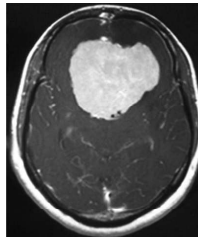
a. Sagittal T2 MR görüntüsü



b. Aksiyel FLAIR MR görüntüsü



c. Koronal kontrastlı MR görüntüsü



d. Aksiyel kontrastlı MR görüntüsü

Şekil 1. Hastanın farklı MR sekanslarındaki beyin görüntüleri

TARTIşMA

Olfaktor oluk menenjiyomu: Cribriform plate (lamina cribrosa), n fossa tabanının etmoid kemiğe ait bölümünün, ön-arka ekseninde uzanan crista galli ile ortadan ikiye ayrılan, üzerinde burun boşluğundan gelen olfaktor sinir demetlerinin geçtiği birçok delikik bulunan, yatay bir kemik yüzeyidir. Olfaktor menenjiyomları bu kemik yüzeyi örten duradan köken alan, iyi huylu, yavaş büyüyen tümörler olup kafa içi menenjiyomların yaklaşık %10'unu oluşturur. Olguların bir bölümünde, belirti vermeden büyük boyutlara ulaşabilir, zamanla her iki frontal loba bası yaparak belirti verir. İlk klinik belirtisi anozmidir (koku alamama). Çoğu olguda birkaç yıl sonra görme bozukluğu ve bunama gelişebilir.¹⁰ Klinik görünümü aşağıdakileri kapsayabilir:¹¹

- Foster-Kennedy sendromu: Aynı tarafta anozmi (oğu kez hasta farkında değildir) ve optik atrofi ile karşı taraf göz dibinde staza bağlı optik disk demi,
- Ruhsal durum değişiklikleri,
- İdrar kaçırma,
- Posterior yerleşimli tümörlerin optik aparatusa bası yapması sonucu görme bozukluğu,
- Nöbet.

Frontal lob sendromu: Prefrontal korteks (PFC) veya orbitofrontal korteks (OFC) alanlarını iki, kimi zaman da tek taraflı hasarı, frontal lob sendromu'na (FLS) yol açabilir. Uygun yerleşimli bir tümör de motor afazi, hemipleji gibi yerleşim yerini gösteren geleneksel bulgular olmaksızın, kendini yalnız FLS biçiminde gösterebilir.¹² FLS'nin başlama biçimi, alta yatan nedene bağlıdır. Örneğin, menenjiyomlarda görüldüğü biçimiyle aşamalı bir başlangıç gösterebileceği gibi, n serebral arter tarafından beslenen bölgelerde iki taraflı ve eř zamanlı oluşan enfarkt durumunda görüldüğü gibi, ani olarak da başlayabilir. FLS dizinhibisyon, duygusal değişkenlik (fori, iritabilite ya da depresyon), perseverasyon, tasarlama ve karar vermede güçlük ve abuli belirtilerinin farklı bileşiminden oluşur. Dizinhibisyon sonucunda, toplumsal ve geleneksel alandaki ahlaklı, incelikli ve güzel davranışlar yitirilir. Hasta, obur ve açgözlü biçimde yiyebilir; giyimi bozulabilir; sarkıntılık, gstermecilik ve toplum içinde mastürbasyon yapmaya kadar varabilen uygunsuz cinsel davranışlar gösterebilir. Hastada, fori ortaya çıkması durumunda bulaşıcı olmayan ve aptalca bir neşe, uygunsuz bir şakacılık ve alaycılık biçiminde görülür. Hem depresyon, hem de iritabilite daha az sıklıktadır; ancak, bazı hastalar engellenme durumunda şiddetli rke gösterebilir. Perseverasyon sıklıkla

basit işleri kapsar ve hasta kitapları açıp kapa- ma, giysi düğmelerini ilikleyip-çözme gibi işlere uzun zaman harcayabilir. İleriye dönük tasarı yapabilme konusunda yaşadıkları güçlükler, parasal ve kişisel tehlikelere sürükleyebilir. Yaşayabilecekleri sorunları ngremedikleri için, akılsızca yatırımlara veya kişisel ilişkilere girişebilirler. Bu tür hastalar, karmaşık durumları kavrayamayabilir, karar veremeyebilir. Abuli (istemli hareketlerde ya da karar verme yeteneğinde azalma) de sık görülür. Bu durumdaki hastalar apatik (ilgisiz, kayıtsız, aldırmaz, vurdumduymaz), kendiliğindenlikten yoksun, girişimcilikten uzak, üşengeç ve eylemsiz kalma tutumundan sıkıntı duymadan saatlerce oturabilir.¹

Çoğu hastada bu belirtilerin bir bileşimi olsa da, lezyonun yerleşim yerine göre, bu belirtilerden bazıları ne çıkabilir. Orbitofrontal (OFC) bölgedeki lezyonlar olasılıkla dizinhibisyon ve duygusal değişkenliğe yol açar; sağdaki lezyonlar öfori, soldaki lezyonlar ise depresyonla ilişkilidir. Bunun tersine, dorsolateral frontal bölgede (DLPFC) yerleşen lezyonlar sıklıkla perseverasyon ve bilişsel değişikliklerle ilişkilidir. FLS'li birçok hasta snout, palmo-mental, yakalama ve arama refleksi gibi belirli bazı patolojik (ilkel) refleksleri de gösterebilir. Kol ve bacakların yineleyici uzatılma ve bükülmesi ile birlikte, artan bir kuşun boru rijiditesi ve yürüyememe durumu görülebilir. İdrar ve dışkı kaçırma da olabilir. FLS'nin gidişi alta yatan nedene bağlıdır. Doğru tanı konamadığı ve belirsizliğin sürdüğü durum- larda kişinin iř ve sorumluluklarını yrtememesi, aile yeleri ve diğer insanlardan uzaklaşması ve yasal sorunlar yaşaması söz konusu olabilir.¹

Frontal lob, işlevsel bir sinir devresinin içinde yer alır. Frontal lobu ardışık olarak kaudat nükleus, lentiklar nükleus ve talamusa bağlayan sinir demetleri, sonuçta frontal loba geri döner. FLS en sık, frontal lobları doğrudan etkileyen lezyonlara ikincil olarak gelişirken, bu sinir devresinde yer alan diğer yapılardan herhangi birini etkileyen lezyonlar da FLS'ye yol açabilir. Olguların büyük bölümünde iki taraflı tutulum vardır; frontal lob, kaudat ya da talamusun tek taraflı lezyonları sonucu gelişen FLS olguları da bildirilmiştir.^{13,14} FLS'ye yol açabilen durumlar şunlardır:¹ Alzheimer hastalığı, Pick hastalığı, fronto-temporal bunama, progresif supranükleer pal- si, amiyotrofik lateral skleroz, laküner buna- ma, çeşitli frontal lezyonlar, anterior serebral arterle beslenen alandaki enfarktlar, anterior komni- kan arter anevrizması ruptr, beyin tümörleri, talamusun dorso-medial nkleusunu ve globus pallidusu tutan lezyonların dolaylı etkisi, orbito-

orbito-frontal kontüzyon, beyin apseleri.

Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken durumlar: Abuli, özellikle bazı depresif belirtiler eşlik ediyorsa, majör depresyon veya bipolar depresif nöbeti akla getirebilir. FLS'de görülen aldırılmazlık ve kendiliğindenlikten yoksun oluş, depresif hastanın yaşadığı acı ve sıkıntıyla çelişir. Öfori olursa, mani akla gelebilir. FLS'de görülen öfori, bulaşıcı olmaması ve yüzeysel oluşuyla maniden ayırt edilebilir. Ayrıca, FLS'de basınçlı konuşma ve etkinlik artışı enderdir. Altta yatan nedenin tedavisi sırasında, hasta ve yakınlarına evde danışmanlık verilebilir; bu olanak yoksa güvenli bir kuruma yerleştirmek gerekebilir. Altta yatan neden tedavi edilemiyorsa, belirtilere yönelik tedaviler düzenlenebilir. Depresyon için antidepresanlar, dizinhibisyon için antipsikotikler kullanılabilir. Şiddetli öfke nöbetleri için (aralıklı patlayıcı bozukluktaki kullanımı gibi) propranolol verilebilir.¹

Frontal kortekste, insan davranışlarının birçok yönüne aracılık eden üç ana subkortikal sinir devresi bulunur. Bunlar dorsolateral prefrontal devre, orbitofrontal devre ve anterior singulat devredir. Her devrenin hasarı, özgün birer davranışsal sendroma yol açar:⁹

- Dorsolateral prefrontal sendromda, yürütücü işlev bozukluğu ve motor programlama anormallikleri oluşur.
- Orbitofrontal sendrom, dürtüsellik ve dizinhibisyon ile giden kişilik değişikliğine yol açar.
- Anterior cingulate sendrom derin bir apati ile belirli. Alışılan biçimiyle bilinci açık, kendiliğinden konuşmayan, soruları bir veya birkaç sözcükle yanıtlayan, hareketsiz, birileri onları beslerse yiyip içen, hiçbir duygu göstermeyen, kendi durumlarına karşı kayıtsız ve aldırılmaz bir tutum sergileyen, idrar-dışkı kaçıran hastalardır. Bu sinir devresinin iki taraflı hasarının en çarpıcı örneği akinetik mutizmdir.

Hastamızın öyküsünde ve muayenesinde saptadığımız apatik (ilgisiz, kayıtsız, aldırılmaz, vurdumduymaz), kendiliğindenlikten yoksun, girişimcilikten uzak, üşengeç ve eylemsiz olması, ancak yaşadığı durumdan sıkıntı duymaması

bulgularına dayanarak tümörün yol açtığı klinik görünümün 'anterior singulat sendrom' ile uyumlu olduğu kanısına vardık.

Hastamız yayınlarda vurgulandığı üzere, klinik belirti vermeden önce büyük boyutlara ulaşabilen menenjiyoma iyi bir örnektir. Geriye dönük değerlendirdiğimizde, tümörle ilişkili ilk klinik belirtilerin, yaklaşık iki yıl önce başlayan anozmi ve birkaç ay sonrasında eklenen baş ağrısı olduğu kanısına vardık. Hasta, her iki yakınması için ilgili uzman hekimlere başvurmuş, ancak o dönemde ileri incelemeye gerek görülmemiş veya olasılığı yüksek diğer tanılara yönelik ilaçlarla tedavi edilmeye çalışılmıştı. Bu yaklaşımları eksik ya da kötü klinik uygulama olarak yorumlamaya kalkışmak, eşduyumdan yoksun ve bilgiçlik taslayan bir tutum olur; çünkü anozmi ve baş ağrısı oluşturan hastalıklar, ilgili uzmanlık dallarının kitaplarında uzun listeler biçiminde sunulmakta, kafa içi tümörler ise bu olasılık listelerinin alt sıralarında yer almaktadır. Aşamalı biçimde ortaya çıkan belirtilerin en uyarıcı olanı ise abulidir. Hasta ilk psikiyatrik görüşmeye, abulinin başlamasından yaklaşık bir yıl sonra başvurmuş; bu kez de abuliye ait yakınma ve belirtiler, olası nedenler listesinin üst sıralarında yer alan depresyon belirtileri olarak yorumlanmıştır. Psikiyatrik tanıların, öznel yakınma ve belirtilerin öznel yorumuna dayalı olması, altta yatan hastalığın yine gözden kaçırılmış olmasını anlaşılır kılabilir. Kullanmakta olduğu SSRI tedavisi, beyin görüntülemeye kitleyi saptamamızın hemen öncesinde, bize ayırıcı tanı sorunu yaşatan bir karıştırıcı etmene dönüştü. Görüşmede abuliye ait belirtiler, SSRI'nın yol açtığı apati (amotivasyonel sendrom)¹⁵ olasılığını akla getirdi. Ancak, beyin görüntülemeye altta yatan neden saptandıktan sonra, kapsamlı öyküden edinilen bilgi parçaları birleştirilerek 'bulmaca' tamamlandı. Çarpıcı boyutlara ulaşana dek gizlenmeyi başaran bu menenjiyomu görünce yaşadığımız heyecan ise, olgudan yola çıkarak FLS'yi ve menenjiyomaları, özellikle olfaktor oluk kökenli olanları gözden geçirme çabamızın temel güdüsü oldu.

KAYNAKLAR

1. Ozan E, Oral E. Genel tıbbi durumlara bağlı kişilik değişiklikleri. Türkiye Klinikleri J Psychiatry Special Topics: Deliryum, Demans ve Diğer Bilişsel Bozukluklar Özel Sayısı 2009; 2:56-66.
2. Skuster DZ, Digre KB, Corbett JJ. Neurologic conditions presenting as psychiatric disorders. Psychiatr Clin North Amer 1992; 15:311-333.
3. Filley CM, Kleinschmidt-DeMasters BK. Neurobehavioral presentations of brain neoplasms. West J Med 1995; 163:19-25.
4. Cummings JL. Organic delusions: phenomenology, anatomical correlations, and review. Br J Psychiatry 1985; 146:184-197.

Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010; 11:279-284

284 Olfaktor oluk meningiyomuna bağlı frontal lob sendromu: Gzden geçirme

5. Galasko D, Kwo-On-Yuen PF, Thal L. Intracranial mass lesions associated with late onset psychosis and depression. *Psychiatr Clin North Amer* 1988; 11:151-166.
6. Marosi C, Hassler M, Roessler K, Reni M, Sant M, Mazza E, Vecht C. Meningioma. *Crit Rev Oncol Hematol* 2008; 67:153-171.
7. Rockhill J, Mrugala M, Chamberlain MC. Intracranial meningiomas: an overview of diagnosis and treatment. *Neurosurg Focus* 2007; 23:E1.
8. Mesulam MM. The human frontal lobes: transcending the default mode through continent encoding. DT Stuss, RT Knight (Eds.), *Principles of Frontal Lobe Function*, Oxford, 2002, p.8-30.
9. Bonelli RM, Cummings JL. Frontal-subcortical circuitry and behavior. *Dialogues Clin Neurosci* 2007; 9:141-151.
10. Bakay L. Olfactory meningiomas. The missed diagnosis. *JAMA* 1984; 251:53-55.
11. Yamashita J, Handa H, Iwaki K, Abe M. Recurrence of intracranial meningiomas with special reference to radiotherapy. *Surg Neurol* 1980; 14:33-40.
12. Avery TL. Seven cases of frontal tumor with psychiatric presentation. *Br J Psychiatry* 1971; 119:19.
13. Penfield W, Evans J. The frontal lobes in man: a clinical study of maximum removals. *Brain* 1935; 58:115.
14. Strub RL. Frontal lobe syndrome in a patient with bilateral globus pallidus lesions. *Arch Neurol* 1989; 46:1024.
15. Barnhart WJ, Makela EH, Latocha MJ. SSRI-induced apathy syndrome: a clinical review. *J Psychiatr Pract*. 2004; 10:196-199.