

Araknoid Kistleri Bulunan Bipolar Bozukluk Tanılı Hasta: Bir Olgu Sunumu

A Bipolar Disorder Patient with Arachnoid Cysts: A Case Report

Hatice Harmancı¹, Aziz Mehmet Gökbakan²

¹Dr., ²Yrd.Doç.Dr., Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Tokat

ÖZET

Araknoid kistler çoğunlukla klinik bulgu göstermeyen, radyolojik araştırmalar sırasında rastlantısal olarak saptanan ve içi beyin omurilik sıvısına benzer sıvıyla dolu, kistik beyin kitleleridir. Çoğunlukla konjenital olarak oluşan kistler travma, kanama veya enfeksiyonlardan sonra da gelişebilirler. Bütün beyin kitlelerinin yaklaşık %1'ini oluştururlar. En sık beyin orta hatta yerleşim gösterirler. Klinik yansımaları yerleştikleri bölge ve büyüklüklerine göre değişmekle birlikte, çoğu kitle semptom vermez. Sık görülen belirtileri arasında, epileptik nöbet, baş ağrısı, kafa içi basınç artışına bağlı bulgular bulunmaktadır. Ayrıca, endokrin bozukluklar, optik nörit, hidrosefali gibi durumlar da hastaların hekime başvuru nedenleri arasında yer almaktadır. Araknoid kistlere bağlı gelişen psikiyatrik hastalıklar az sayıda olmakla birlikte literatürde bildirilen vaka örnekleri bulunmaktadır. Bildirilen vakaların önemli bir çoğunluğunda, araknoid kist ve psikoz birlikteliğinden bahsedilmektedir, bu olgularda en sık görülen semptomlar, gerçekte olmayan varlıklar görme, bu görüntülerle konuşma, sinirlilik, iritabilite, düşmanca düşünceler besleme, şüphencilik ve hareketlilikte artış olarak bildirilmiştir. Literatürdeki yayınlara bakıldığında iki tane bipolar bozukluk ve araknoid kist birlikteliği olan olgu paylaşılmış olduğu görülmektedir. Sunduğumuz olgu bildiriminde, bipolar bozukluk tanısı alan, sağ temporal lobunda ve sol silvian fissüründe araknoid kistleri olan bir hasta tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Araknoid kist, bipolar bozukluk, temporal lob, silvian fissür.

(Klinik Psikiyatri 2013;16:53-56)

SUMMARY

Arachnoid cysts are cystic brain masses, filled with a liquid similar to cerebrospinal fluid. They generally do not show clinical presentation and they are incidentally detected during routine radiological evaluations. Although generally congenital, they can also develop following a trauma, a haemorrhage or an infection. They constitute approximately 1% of all brain tumours. In general, these masses are located on midbrain. Even though their clinical presentation depends on their localization and their size, arachnoid cysts are generally asymptomatic. Epileptic seizures, headache, discomfort due to the increase in intracranial pressure are among symptoms of these masses. In addition, conditions such as some endocrine disorders, optic neuritis, hydrocephalus can be cited among reasons by which patients apply to a medical institution. Psychiatric disorders which occur because of the arachnoid cysts are rare but there are case reports depicted in the literature. In a great majority of the case reports, the co-occurrence of arachnoid cysts and psychosis are brought up. Symptoms and signs most encountered in these cases are mentioned such as visual hallucinations, talking with unreal creatures, nervousness, irritability, persecutory way of thinking, suspiciousness and motor excitation. As we investigated case reports already published, we stated that two group of researchers put forth the accompaniment of bipolar disorder and arachnoid cysts. In the present case report, we report a patient with the diagnosis of bipolar disorder and, arachnoid cysts in the right temporal lobe and left sylvian fissure.

Key Words: Arachnoid cyst, bipolar disorder, temporal lobe, sylvian fissure.

GİRİŞ

Araknoid kistler (AK) çoğunlukla gelişimsel olarak ortaya çıkan iyi huylu kitlelerdir, daha az oranda enfeksiyon, kanama veya travmalara bağlı olarak da gelişebilirler (Öncel 2007). Bütün kafa içi yer kaplayan kitlelerin yaklaşık %1'lik kısmını oluşturlar. Beyin omurilik sıvısı (BOS) içeren yapılarıdır ve sıklıkla beyin orta hatta veya arka çukurda yerleşirler (Özışık ve ark. 2005). Beynin sol yarım küresinde sağ yarım küreye oranla iki kat daha fazla görülür ve erkeklerde görülme sıklığı da kadınlardan üç kat daha fazladır (Gelabert 2004). Çoğunlukla klinik bulguya sebep olmazlar, rastlantısal olarak tespit edilirler. Klinik görünüm, kitlenin yerleştiği yer ve büyüklüğüne bağlı olarak değişmektedir. En sık görülen klinik bulgular baş ağrısı, epileptik nöbetler, konvülsiyon, hidrosefali ve konuşma bozukluklarıdır (Kawamura ve ark. 2002).

AK ve psikiyatrik hastalıkların birlikteliğinin sıklığı oldukça azdır ve literatürde bildirilen olgularla sınırlıdır. Beyindeki yapısal bozukluklar sebebiyle ortaya çıkan psikiyatrik bulgular birçok araştırmacının dikkatini çekmiştir. Yapılan çalışmalarda yer kaplayan kitlelerin yarısından fazlasının psikiyatrik yakınmalara sebep olduğu, bunların %18'inde ilk başvuru nedeninin psikiyatrik belirtiler olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda psikiyatrik hastalarda yapılan ölüm sonrası çalışmalarda %3.5-5 arasında yer kaplayıcı kitle bulunduğu ortaya konmuştur (Gülsün ve ark. 2007).

Bu olgu sunumunda sağ temporal lob anteroinferiorunda ve sol silvian fissür superolateralinde olmak üzere iki adet AK'si olan bipolar bozukluk (BB) tanılı erkek hasta sunulmakta, her iki tanının birlikte bulunması ve birbirleri ile bağlantılı olabilmeleri literatür bilgileri eşliğinde tartışılmaktadır. Hastadan bilgilendirilmiş olur formu alınmıştır.

OLGU

37 yaşında, lise mezunu, yurt dışında seramik işçiliğinde çalışan, evli, erkek hasta. Yedi yıl önce yurt dışında bir merkezde BB tanısı almış ancak takiplerine düzenli olarak devam etmemiş. Sadece manik epizod dönemlerinde, bir veya iki hafta süren, toplamda üç kez hastane yatışları olmuş.

Hasta polikliniğimize ailesi eşliğinde başvurdu. Çok konuşma, huzursuzluk hissi, yerinde duramama, kendini büyük, güçlü, özel hissetme, sürekli yeni işler planlama ancak bu eylemleri gerçekleştirememeye, uyku gereksiniminde azalma, enerji artışı, ekonomik problemlere neden olacak düzeyde alışveriş yapma, dürtü ve davranışlarını kontrol edememe yakınmaları vardı. Umutsuz olduğunu söyleyen hasta hayattan zevk alamadığını ifade ediyordu. Aynı zamanda, etraftan zarar göreceği, takip edildiği düşünceleri vardı. Geçmişte, kendi hakkında yorum yapan sesler duyma ve olmayan kişileri görüp, onlarla konuşma şeklinde işitsel ve görsel varsanılarının bulunduğu söylüyordu. Varsanılarının bulunduğu dönemlerde kaygı ve korku düzeyi artıyormuş; bu sebeple en sonuncusu iki yıl önce olmak üzere, üç kez intihar girişimi olmuştu.

Hastanın ailesinde ruhsal hastalık öyküsü yoktu. Günde bir paketi aşan sigara kullanımı olan hastanın alkol veya madde kullanımı öyküsü yoktu. Fiziksel bir hastalığı bulunmayan hastanın geçirilmiş travma öyküsü de yoktu. Hasta yakın zamanda bu yakınmalarla bir merkeze gitmiş ve klomipramin 150 mg/gün başlanmıştı.

Hastanın sosyal uyumu ve işlevselliğinin bozulması, ilaç kullanımı konusunda uyumsuz olması nedeniyle, DSM-IV-TR (APA 2000) ölçütlerine göre BB, karma epizod dönemi tanısıyla servise yatırıldı. Servis takiplerinde kan tetkikleri (hemogram, tiroid fonksiyon testleri ve diğer geniş biyokimya istemleri) yapıldı ve normal sınırlarda sonuçlar elde edildi. Hastanın kranial magnetik rezonans (MR) görüntülemesi ve elektroensefalografi incelemesi (EEG) planlandı. EEG sonuçları normal sınırlarda olan hastanın MR görüntülemesinde sağ temporal lob anteroinferiorunda 3x2.5x2.5 cm boyutlarında ve solda silvian fissür superolateral komşuluğunda 2x1.5x1 cm boyutlarında AK saptandı. Yatışı esnasında Beck depresyon ölçeği (Beck 1961) puanı (BDÖ): 25, Beck anksiyete ölçeği (Beck ve ark. 1988) puanı (BAÖ): 33, Young mani değerlendirme ölçeği (Young ve ark. 1978) puanı (YMDÖ): 16 idi. TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego - Autoquestionnaire) ölçeğine (Zerssen ve Akiskal 1998) göre mizacı depresif ve anksiyözdü ve yapılan MMPI

(Minnesota Multiphasic Personality Inventory) değerlendirmesinin (Hathaway ve McKinley 1940) sonucu da mizacıyla uyumlu bilgiler vermekteydi.

Beyindeki kitleler nedeniyle beyin cerrahisi bölümüne konsülte edilen hastaya, ilgili branş tarafından takip önerildi. Hastanın kullanmakta olduğu klomipramin kesildi, tedavisi valproik asit 1500 mg/gün ve ketiyapın 400 mg/gün olarak düzenlendi. Tedavi başladıktan iki hafta sonra hastanın huzursuzluğu, hareketliliği azaldı, etrafındakilerden şüphelenme, korku, ses duyma ve görüntüler görme yakınması kalmadı, duygudurumu ötimiye yakındı. BDÖ (Beck 1961) puanı; 11, BAÖ (Beck ve ark. 1988) puanı; 8 ve YMDÖ (Young ve ark. 1978) puanı 3'dü. İki haftalık takip sonrasında taburcu edilen ve tedavisi devam etmekte olan hastanın halen aktif bir yakınması bulunmamaktadır.

TARTIŞMA

Beynin yapısal bozuklukları ve bunların ruhsal belirtilerle birliktelikleri birçok araştırmaya temel olmuştur (Özdemir ve ark. 2006). Ruhsal yakınmaların ileri yaşlarda ortaya çıkması, klinik tablonun beklenenden daha farklı gelişmesi, öncesinde psikiyatrik yakınması olmayan bir hastada hızla ortaya çıkan belirtilerin ve EEG anormalliklerinin varlığı yapısal bir beyin bozukluğunun olabileceğini düşündürmelidir (Bakım ve ark. 2012). Bizim olgumuzda olduğu gibi, AK ve BB bildiren, biri ülkemiz kaynaklı iki tane yayın bulunmaktadır. İlk yayınlanan olgu Hanretta ve ark. bildirdiği, bizim olgumuzla benzer yerleşim gösteren ve yakın ebatlara sahip AK'sı olan BB tanılı hastadır. Diğer olgu ise Bakım ve ark. (2012) tarafından bildirilmiştir ve bu olguda AK'nın yerleşimi arka, orta hat olarak sunulmuştur. Her iki olgunun tedavisinde de cerrahi işlem uygulanmamış, ilk vaka elektrokonvülf tedavi ile, ikinci vaka ise olanzapin ve lityum birlikteliğiyle tedavi edilmiştir. Tedavisinde valproik asit ve ketiyapın başlamış olduğumuz hastamıza, istenen konsültasyon sonucunda beyin cerrahi bölümü tarafından ek bir öneride bulunulmamıştır.

Psikiyatrik belirtiler ve yapısal bozuklukların bir arada görülmesi farklı şekillerde yorumlanabilir. Her iki durum da birbirinden bağımsız olabilir, psikiyatrik hastalık nedeniyle yapısal bozukluk gelişebilir veya yapısal bozukluk nedeniyle psikiyat-

rik yakınmalar ortaya çıkabilir (Vardar ve ark. 2000). Psikiyatrik hastalık tanısı alan hastalarla yapılan bir beyin görüntüleme çalışmasında, beyinde saptanan en sık yapısal bozukluk küçük iskemik alanlar iken, AK'ların ikinci sırada yer aldığı bildirilmiştir (Strahl ve ark. 2010). Bizim olgumuzda ruhsal yakınmaların yedi yıldır bulunduğu bilinmekle birlikte, öncesinde beyin görüntüleme incelemesi yapılmadığı için AK'ların ne zaman ortaya çıktığı bilinmemektedir. Dolayısıyla AK varlığının BB ile olan nedensel ilişkisi tartışmalıdır. Ancak lezyonun yeri ve hastamızın semptomları izlendiğinde, kist ile BB bulguları arasında ilişki olma ihtimalinin yüksek olduğu düşünülmüştür. Hastamızın lezyonları sağ temporal lob anteroinferior alanda ve sol silvian fissür superolateralinde yerleşmiştir. Literatüre bakıldığı zaman, temporo limbik lezyonların varlığının psikotik semptomlara yol açtığı (Kuloğlu ve ark. 2008) ve sağ beyin yarımküre lezyonlarında mani görüldüğü bildirilmiştir (Hanretta ve ark. 2007). Silvian fissür yerleşimli kitleler çoğu zaman klinik bulgu göstermezler. Bu kitleler bası yapabilecek boyutlarda ise en sık görülen semptom epileptik nöbetler olmakla birlikte, limbik bölgelere uzanırlarsa öfori, mani ve psikotik bulgulara sebep olabilirler (Ünal 2007). Yine benzer yerleşimli AK varlığında gelişen psikotik vakalar az sayıda olsa da bulunmaktadır (Bahk ve ark. 2002, Silva ve ark. 2007).

AK'lar çoğunlukla semptom vermeyen kitlelerdir, buna rağmen yayınlarda ameliyat sonrası psikiyatrik hastalıkların düzeldiği bildirilmektedir (Akar ve ark. 2004). Yer kaplayıcı lezyon ve psikiyatrik hastalık birlikteliğinde tedavi için cerrahi seçenek dışında antipsikotik, duygudurum düzenleyici tedavi veya elektrokonvülf tedavi uygulanabilmektedir. Bizim hastamızda da tedavi için valproik asit ve ketiyapın kullanılarak iyilik hali sağlanmıştır.

Hastalarda, beklenilenden daha farklı klinik özelliklerin ortaya çıkması, ani gelişen tabloların varlığı, eşlik eden nörolojik bulguların olması zeminde beyin lezyonlarının olabileceğini düşündürmelidir. AK ve psikiyatrik hastalıkların birlikteliğini açıklamaya çalışan çok az yayın bulunmaktadır ve bunların hepsi olgu bildirimleri ile sınırlıdır. Hastalıklar ve lezyonların ilişkisini tespit edebilmek

için daha uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır. Bizim olgumuz literatürde bildirilen üçüncü BB ve AK birlikteliği olan hastadır. Bu ilişkinin daha net şekilde ortaya konabilmesi, bildirilen olguların sayısının artmasıyla mümkün olabilecektir.

Yazışma adresi: Dr. Hatice Harmancı, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Tokat, hatice_harmanci@hotmail.com

KAYNAKLAR

- Akar H, Yazar S, Özmen E ve ark. (2004) Nöropsikiyatrik semptomlarla seyreden araknoid kist olgusu. *Düşünen Adam*, 17:238-243.
- American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. Baskı, APA, Washington DC.
- Bahk W, Pae C, Chae J ve ark. (2002) A case of brief psychosis associated with an arachnoid cyst. *Psychiatry Clin Neurosci*, 56:203-205.
- Bakım B, Karamustafaloğlu KO, Özalp G ve ark. (2012) Arachnoid cyst and bipolar disorder: a case report. *JMOOD*, 2:1-4.
- Beck AT (1961) An Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 17:238-243.
- Beck AT, Epstein N, Brown G ve ark. (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, 56:893-897.
- Gelabert GM (2004) Intracranial arachnoid cyst. *Rev Neurol*, 39:1161-1166.
- Gülsün M, Sabancı Ü, Özdemir B (2007) Bir araknoid kist olgusunda nörolojik belirtiler ve eş zamanlı olarak ortaya çıkan psikotik bozukluk. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 27:615-617.
- Hanretta AT, Akra I, Malek-Ahmadi P (2007) Electroconvulsive therapy and arachnoid cysts. *J ECT*, 23:126-127.
- Hathaway SR, McKinley JC (1940) A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. construction of the schedule. *J Psychol*, 10:249-254.
- Kawamura T, Morioka T, Nishio S ve ark. (2002) Temporal lobe epilepsy associated with hippocampal sclerosis and a contralateral middle fossa arachnoid cyst. *Seizure*, 11:60-62.
- Ünal S (2007) Nöropsikiyatri. *Psikiyatri Temel Kitabı*, E Köroğlu, C Güleç (Ed), Ankara, HYB Basım Yayın, s.12-17.
- Kuloglu M, Cankoylu A, Yılmaz E ve ark. (2008) A left temporal lobe arachnoid cyst in a patient with schizophrenia-like psychosis: a case report. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 32:1353-1354.
- Öncel Ç (2007) Araknoid kistler. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 8:51-55.
- Özdemir B, Gülsün M (2006) Psikotik bozukluk ve araknoid kist: Bir olgu sunumu. *Düşünen Adam*, 19:217-220.
- Özişik H, Bölük A, Saraç K ve ark. (2005) Temporal araknoid kistler, EEG bulguları ve nöbet tipleri. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12:163-167.
- Silva JA, Alves A, Talina M ve ark. (2007) Arachnoid cyst in a patient with psychosis: Case report. *Ann Gen Psychiatry*, 6:16-21.
- Strahl B, Cheung YK, Stuckey SL (2010) Diagnostic yield of computed tomography of the brain in first episode psychosis. *J Med Imaging Radiat Oncol*, 54:431-434.
- Ünal S (2007) Nöropsikiyatri. *Psikiyatri Temel Kitabı*, E Köroğlu, C Güleç (Ed), Ankara, HYB Basım Yayın, s.12-17.
- Vardar E, Tuğlu C, Tekin S (2000) Genel tıbbi bir duruma bağlı psikotik bozukluk: araknoid kist ve şizofreni benzeri psikoz-vaka sunumu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1:246-251.
- Young RC, Biggs JT, Ziegler VE ve ark. (1978) A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry*, 133:429-435.
- Zerssen D, Akiskal HS (1998) Personality factors in affective disorders: historical developments and current issues with special reference to the concepts of temperament and character. *J Affect Disord*, 51:1-5.