

Duygudurum Bozukluğunun Eşlik Ettiği Bir Nörobeçet Olgusu

A Case of Neuro-Behcet's Disease with Affective Disorder

Esra Aydın¹, Aynil Yenal², Özgür Bilgin Topçuoğlu², Fatma Feriha Cengiz¹, Gülnihal Gökçe Ünal¹, Rümeyza Yeni Elbay¹, Füsun Domaç²

¹Dr., ²Uz.Dr., Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

ÖZET

Nörobeçet tanısı ile takip edilen 33 yaşında kadın hasta, denge kaybı, başdönmesi ve duygularının çok çabuk değişmesi yakınmaları ile polikliniğe başvurmuştur. Uygulanan intravenöz steroid tedavisinin dördüncü gününde, mevcut olan labil duygulanımda ve psikomotor aktivitede artışla birlikte çağrışımlarda çözülme gözlenmiştir. Bunun üzerine hastaya Risperidon ve Karbamazepin tedavisi başlanmıştır. Psikotrop tedavinin ikinci gününde semptomlarda belirgin bir düzelme olmuştur. Steroid tedavisi ile gelişen duygudurum bozukluğu çok uzun yıllardır bilinen bir durumdur. Ancak olguda steroid tedavisi öncesinde de bazı semptomların varlığı, söz konusu klinik tablonun steroid tedavisine bağlı bir duygudurum nöbeti mi yoksa Behçet Hastalığı'na eşlik eden duygudurum bozukluğu mu olduğu yönünde sorular doğurmuştur. Santral Sinir Sistemi tutulumu Behçet Hastalığı tanısı alan hastaların %5-20'sinde görülür ve Nörobeçet Sendromu adını alır. Meningoensefalik sendrom, fokal nörolojik defisit, beyin sapı sendromları, konfüzyonel durumlar ve demans bu sendromun en sık görülen klinik tablolarıdır. Özellikle bellek fonksiyonlarını içeren bilişsel bozukluklar Behçet Hastalığında belirgindir ve % 8-50 oranında çeşitli psikiyatrik belirtiler de görülmektedir. Nörobeçet hastalığının başlangıç semptomları özgül olmayabilir ve bu da hastalığın tanısını koymayı güçleştirebilir. Yazıda, literatürdeki benzer vakalar üzerinden bu birlikteliğin olası nedenleri tartışılmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Behçet hastalığı, duygudurum bozuklukları, nörobeçet.

(*Klinik Psikiyatri 2012;15:175-180*)

SUMMARY

A 33 years old woman who was suffering from Neuro-Behcet's Disease had symptoms like loss of balance, vertigo and affective lability. At the fourth day of steroid treatment in addition to her labile affect and increased psychomotor activity, increased speech and loosening of associations were observed. Risperidone and Carbamazepine were started and at the second day of treatment the symptoms began to decrease. Affective disorder caused by steroid treatment is well known. But this patient also had symptoms before steroid treatment. Was this situation related to steroid treatment or was it an affective disorder comorbidity due to Behcet's Disease? Central Nervous System involvement is 5-20% in patients who are diagnosed with Behcet's Disease and it is named as Neurobehcet Syndrome. The affected areas in Neuro-Behcet Syndrome include brainstem, spinal cord, and cerebral regions. Sometimes it is hard to determine the affected area because symptoms are non-specific. Meningo-encephalic syndrome, focal neurological deficits and dementia are the most seen clinical appearances. Especially mental disorders such as cognitive impairment are explicit in this disease. Neuropsychiatric manifestations are relatively serious complications in Neuro-Behcet Syndrome and 8-50% of patients exhibit psychiatric symptoms. The initial signs and symptoms of the syndrome are usually vague. This makes Neuro-Behcet Syndrome hard to diagnose until the patients experience severe neurological damages. In this case report, relationship and potential causes of this situation and steroid related affective disorders are compared to similar situations in the literature.

Key Words: Behcet's disease, affective disorders, neurobehcet.

GİRİŞ

Behçet hastalığı etiyolojisi belli olmayan, kronik, tekrarlayıcı bir sistemik vaskülit olup kliniğinde mukokütanöz lezyonlarla birlikte göz, vasküler, artiküler, gastrointestinal, ürogenital, pulmoner ve nörolojik tutulumlar görülür (Alpsoy ve Akman 2009). Hipoüveit ile oral ve genital ülserler arasındaki ilişki Türk Dermatolog Hulusi Behçet tarafından 1937'de gösterilmiştir (Kenneth ve Mazlumzadeh 2004). Erkeklerde kadınlara göre iki kat daha fazla görülür ve en sık 20-40 yaş arasındaki genç erişkinlerde saptanır (O'Duffy ve Goldstein 1976). Doğu Akdeniz, Ortadoğu ve Doğu Asya'da özellikle Japonya'da sık görülür (Yamamoto ve ark. 1974). Patognomonik bir laboratuvar bulgusu olmadığından tanı klinik ölçütlere göre konulmaktadır. Aftöz stomatite ek olarak tekrarlayan genital ülserler, tipik olarak tanımlanmış göz bulgularıyla (üveit), yine tipik olarak tanımlanmış cilt bulguları ve paterji testi pozitifliğinin herhangi ikisinin bulunması Behçet hastalığı tanısı için gereklidir (Serdaroglu 1998).

Santral sinir sistemi tutulumu olguların yaklaşık %5-20'sinde görülür ve Nörobeçet sendromu adını alır. Meningoensefalik sendrom, fokal nörolojik defisit, beyin sapı sendromları, konfüzyonel durumlar ve demans bu sendromun en sık görülen klinik tablolarıdır (Ergil ve ark. 2005). Özellikle bellek fonksiyonlarını içeren bilişsel bozukluklar Behçet hastalığında belirgindir. Uzun vadeli sözel ve sözel olmayan bellek değerlendirmesi ve uzamsal yetiler önemli ölçüde bozulur.

Mezodiensefalik bileşke, pontobulber bölge ve hipotalamik-talamik bölgeler, yaygın nöral parankimal lokalizasyonların olduğu alanlardır. Meninkslerde ve beyin parankiminde enflamatuar değişiklikler görülür. Venler, venüller, kapillerler ve daha az sıklıkla arterleri de içeren lenfositik perivasküler infiltrasyon oluşur. Lezyonlar kronikleştikçe gliosis, atrofi ve meninkslerde fibrosis ve kalınlaşma ortaya çıkar (Hiwotashi ve ark. 2003).

Behçet hastalığında %8-50 oranında çeşitli psikiyatrik belirtiler görülmektedir (Lisman 1987, Calikoglu ve ark. 2001). Ancak Behçet hastalığı ile psikiyatrik belirtiler arasında nasıl bir ilişki olduğu kesin olarak bilinmemektedir (Tanriverdi ve ark.

2003). Nörovasküler ya da nöroinflamatuvar hastalıkların psikoz ve duygudurum bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıklar ile birlikteliği çok sık görülmez; fakat birbirlerini etkilerler ve hastanın yaşam kalitesinde bozulmalara yol açabilirler (Uğuz ve ark. 2006). Ayrıca Behçet hastaları anlamlı ölçüde daha kaygılı ve depresif özellik gösterirler. Literatürde Behçet hastalığı ile duygudurum bozukluğunun birlikte görüldüğü olgulardan ve bu iki hastalığın birbirleriyle olan etkileşimlerinden söz eden yayın sayısı oldukça azdır. Bu nadir durumu tartışma fırsatı vermesi açısından bu olguyu sunmayı uygun bulduk.

OLGU

Otuzüç yaşında kadın hasta, iki kardeşten küçüğü, ilkokul mezunu, 8 yıllık evli, 1 çocuğu var, ev hanımı. Son bir haftadır olan denge sağlamada güçlük, konuşma bozukluğu ve çift görme şikayetleri nedeniyle başvurmuş, tetkik ve tedavi amacıyla kliniğimize yatırılmıştır.

Hastalık öyküsünde, ilk kez 2007 yılında, 28 yaşında iken ağızda ve genital bölgede olan aftları nedeniyle başvurduğu bir üniversite hastanesinde hastaya paterji testi pozitifliği ve HLA-B5 ile HLA-B51 doku grubunun saptanması ile Behçet hastalığı tanısı konmuştur. Hastaya kolşisin ve steroid tedavisi başlanmış; hasta bu tedaviyi düzensiz kullanmıştır.

Mayıs 2010 tarihinde hastanın denge kaybı, baş dönmesi, bulantı ve kusması olmuştur. Dizartri gelişen hastaya bu şikayetlerle başvurduğu merkezde kranial manyetik rezonsans (MR) görüntülemesi yapılmış; saptanan bulgularla hasta nörobeçet tanısı almıştır. Hastaneye yatırılarak 10 gün intravenöz (IV) 1000 mg/gün metilprednizolon, ardından haftada bir kez 1000 mg İV metilprednizolon 4 hafta süresince verilererek, haftalık dozlar arasına 32 mg/gün oral metilprednizolon eklenmiştir. Taburculugundan sonra da hasta birkaç ay 32 mg/gün steroid dozunda izlendikten sonra, çok yavaş olarak 4-8 mg/gün dozuna inilerek ilaç bu bazal dozda tutulmuştur. Gebelik planlayan hasta ilaçlarını kullanmayı bırakmıştır. Bu tedaviden sonra hasta sürekli halsiz olduğunu ve çabuk yorulduğunu ifade etmektedir.

Hastanın kliniğimize yatışından 1 hafta önce şikayetleri tekrarlamış; hastada denge bozukluğu, dizartri ve diplopi gelişmişti. Bu yakınmalarla başvuran hastanın nörolojik muayenesinde; bilinç açık, koopere ve oryente, gözleri orta hatta, direk ve indirek ışık refleksleri alınmıştı. Göz dibi muayenesi doğal olup venöz pulsasyon mevcuttu. Kranial alan muayenesi normaldi. Derin tendon refleksleri bilateral üst ekstremitelerde normoaktif, bilateral alt ekstremitelerde canlı olarak alınmaktaydı. Her dört ekstremitede kas gücü 5/5 olarak saptanmıştı. Taban cildi refleksi bilateral ilgisizdi. Derin duyu muayenesinde vibrasyon duysusu üst ekstremitelerde bileklere kadar 6 sn azalmıştı. Serebellar muayenede hastanın adımlama yaparken dengesizliği oluyordu. Ruhsal durum muayenesinde; hastanın duygulanımı 1 haftadan bu yana labildi, ağlama gülme nöbetleri oluyordu, algı bozukluğu saptanmadı, muhakemesi yeterliydi. Hastanın yatışında yapılan rutin tetkikleri sırasında idrar tetkikinde 10-13 lökosit, 2-4 kalsiyum oksalat kristali ve 15-17 epitel vardı. Yeniden steroid tedavisi planlanan hastaya siprofloksasin 1000 mg/gün başlandı. Potasyumu 3.2 olarak saptanan hastaya kalınor tablet verildi. Steroid tedavisinin 3. gününde hastanın yapılan psikiyatrik muayenesinde psikomotor aktivitesinde (PMA) artış saptandı, labil duygulanım artarak sürmekteydi, çağrışımalarında zaman zaman çözülme gözlenmekteydi, hezeyan ve halusinasyon saptanmadı, muhakemesi yeterliydi. Nörobeçet tanısı olan hastaya kontrastlı kranial MR çekildi; sol ponsta kontrast tutan lezyon saptandı. Medullaoblangatada, ponsta, kısmen mezensefalon düzeyinde ve serebral pedinküllerde heterojen ödem mevcuttu. Kaudat nukleuslarda ve lentiform nukleusların ön kesimlerinde zayıf ve şüpheli ödem izlendi. Lateral ventrikül, 3. ve 4. ventrikül orta hatta ve normal genişlikte olmakla beraber lateral ventrikül ön boynuzları kaudat nukleuslardaki hafif ödeme bağlı minimal komprese görünümdeydi. Bu bulgularla nörobeçet tanısı alan hastaya yeniden 10 günlük İV steroid tedavisi başlandı ve ikinci atagındaki dozlarda tedavisi sürdürüldü. Romatoloji konsültasyonu sonucunda kolşisin tedavisi eklendi.

Hastanın klinik izlemlerinde duygulanımında uygunsuzluklar tespit edildi. Marital sorunlarından bahsederken ağlayan hastanın aniden uygunsuz

gülmeleri oluyordu. Eşiyle olan tartışmalarında çocuksu davranışlar sergiliyordu. Zaman zaman konuşma miktarı artıyor, basınçlı ve hızlı konuşuyordu. Ara ara öfke nöbetleri oluyordu. Akrabalarına karşı hostilitesi vardı. Hezeyan boyutunda olmayan şüpheciliği vardı. Uyku gereksiniminde azalma tarifliyordu. Hasta psikiyatrik açıdan ayrıntılı değerlendirildi. Nörokognitif testlerde hastanın basit dikkati iyi iken, özellikle karmaşık dikkat açısından güçlük yaşadığı görülmekteydi. Dikkat kontrolü zayıflamıştı. Hastanın bazı görevlerde dikkatini sürdürmede zorlandığı izlenmişti; verbal akıcılığındaki yavaşlama da bunu destekler nitelikteydi. Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanterinde (MMPI) pasif agresif özellikler yanında, kızgınlık hakim özellik olarak bulundu. Young Mani Scalası 20 toplam puanını aldı. Rorschach test protokolü depresif öğelerle birlikte sınır örgütlenmeye işaret etmekteydi. En az bir haftadır süren ve hem bir manik epizodu hem de bir major depresif epizodu karşılayacak semptomların varlığıyla ve bu semptomların hastanın olağan aktivitelerini yerine getirmeye engel teşkil edecek şiddette olması ile hastaya DSM-IV-TR kriterlerine göre duygudurum bozukluğu karma atak tanısı kondu, karbamazepin 400 mg ve Risperidon 1 mg başlandı.

8. günde hastanın duygulanımı stabilize oldu, hostilitesi geriledi. İlk atak olması ve daha önce herhangi bir antipsikotik kullanmamış olması ile başlangıç doz ilaçlardan fayda gören hastada konuşma hızı hafif artmış şekilde devam ediyordu. İV steroid tedavisi de tamamlanan hastanın poliklinikten takip edilmesi önerilerek taburcu edildi. 15 gün sonraki poliklinik izleminde Young Mani Scalası 5 toplam puanını almış ve varolan semptomlar da kaybolmuştu. Hasta aynı tedaviyi kullanması tavsiyesi ile önce aylık daha sonra üç aylık kontrollere çağrıldı.

TARTIŞMA

Behçet hastalığında, merkezi sinir sistemi tutulumuna "Nörobeçet" veya "Psikobehçet" adı verilmektedir (Lishman 1987). Behçet hastalığında nörolojik tutulum sistemik bulguların ortaya çıkışından ortalama 5 yıl sonra ortaya çıkar, başlıca merkezi sinir sistemi (MSS) tutulumu olur.

Periferik sinir veya kas tutulumu çok nadirdir (Serdaroğlu 1998). Behçet hastalığında MSS tutulumunu parenkimal MSS tutulumu ve dural sinüs trombozu olarak iki ana grupta ele almak mümkündür. Bu iki ana grup dışında daha nadir görülen sendromlar da vardır (optik nöropati, aseptik menenjit, nöro-psikiyatrik tutulum, serebral arteriyel tutulum vb). Yapılan izlem çalışmalarında MSS'de %17 hastada subakut tutulum gerçekleşirken, hastalığın başlangıcından ortalama üç buçuk yıl sonra olguların %15-20'sinde akut tutulum görülmektedir (Lishman 1987, Akman-Demir ve ark. 1996). Akut atak sırasında beyin en çok etkilenen bölgesi beyin sapı, bazal ganglionlar ve diensefalonda yer alan yapılar olmakla birlikte hemisferler, meninksler ve spinal kord da tek tek veya birlikte tutulabilir (Aydın ve ark. 2002). Bu bölgelerde yer alan lezyonlar zamanla skarlı ya da skarsız olarak rezolüsyona uğrarlar (Tali ve ark. 1997, Wechsler ve ark. 1993).

Parenkimal MSS tutulumunda başlıca beyin parenkimini ilgilendiren inflamasyonla karakterize bir meningoensefalit tablosu söz konusudur. En sık beyinsapı tutulumu görülür, daha geri planda ise hemisferik tutulum ve omurilik tutulumu vardır (Akman-Demir ve ark. 1996). En sık karşımıza gelen tablo, günler içinde yerleşen bir beyin sapı sendromu şeklindedir. Muayenede sıklıkla ataksi, dizatri, hemiparezi ve iki yanlı piramid bulgular saptanır. Genellikle nörolojik tutulumun öncesinde veya beraberinde sfinkter kusuru ve davranış değişikliği veya kognitif bozukluklar görülür, bu tip tutulumu "beyin sapı +" tipi olarak adlandırabiliriz. Beyin sapı tutulumuna rağmen, kranyal sinir tutulumları ve duyu belirti görece seyrek görülür. Daha az sıklıkla sınırlı bir beyin sapı lezyonu sonucunda izole hemiparezi veya kranyal sinir tutulumu ve çapraz hemiparezi görülebilir. Beyin sapı dışında omurilik tutulumu da tek başına veya daha sık olarak beyin sapı tutulumuyla veya kognitif bozuklukla birlikte görülebilir ("spinal +" tipi) ve bu durumda başlangıçtan itibaren daha ağır seyirli bir klinik tablo vardır (Erberk-Ozen ve ark. 2006). Olguların yine az bir kısmında hemisferik tutulum ön planda olabilir, yaklaşık %10 olgu ise multipl skleroz (MS) benzeri bir klinik tabloyla karşımıza gelebilir. Bunların dışında, baş ağrısı gibi yakınmalarla yapılan nörolojik muayene sırasında

tesadüfen bazı "kırıntı" nörolojik bulguların (örneğin, refleks asimetrisi, piramid bulgular, vibrasyon süresinde kısalma gibi) saptandığı hastalar mevcuttur. Bu hastalarda "sessiz nörolojik tutulum" bulunduğu söylenebilir. Bu tür nörolojik tutulumun klinik önemi tam olarak bilinmemekle birlikte, izlenen en az 8 yıl takipli "sessiz" nörolojik tutulumlu olguların bu süre sonunda ciddi bir nörolojik özür lülük geliştirmediği gözlenmiştir (Alevizos ve ark. 2004).

Bu lezyonlara bağlı olarak, baş ağrısından meningoensefalite kadar değişik klinik bulgular görülebilir. Fokal nörolojik bulgular yanında konuşma bozukluğu, gülme krizleri, ağır psikik bozukluklar gibi duygudurum bozuklukları ve multifokal nörolojik belirtilerin de kendini göstermesi nadir değildir (Karlıdağ ve ark. 2001).

Behçet hastalığında duygudurum semptomları başta olmak üzere çeşitli psikiyatrik durumların ve kişilik sorunlarının görülebildiği bildirilmiş ve Behçet hastalığına en fazla eşlik eden ya da ikincil gelişen hastalığın major depresyon olduğu ifade edilmiştir (Erberk-Ozen ve ark. 2006). Rapor edilen psikiyatrik belirtiler arasında disinhibisyon, apati, öfori, irritabilite, geçici konfüzyon atakları ve demans bulguları vardır. Literatürde hastaların %86'sında eş zamanlı psikosomatik belirtilerin geliştiği ileri sürülmektedir (Aydın ve ark. 2002). Behçet hastalığının süresinin, psikiyatrik belirti şiddetini artırdığı ve depresyon için risk teşkil ettiği belirlenmiştir (Erberk-Ozen ve ark. 2006). Bizim vakamız üç yıl önce Behçet hastalığı tanısı almış ve toplam iki kere nörobeçet atağı geçirmiştir ve bu hastanın 3 yıl sonra ve ikinci hastalık atağından hemen sonra üçüncü hastalık atağında duygudurum bozukluğu gelişmiştir. Alevizos ve ark.'nın (2004) bildirdiği 38 yaşında Behçet hastalığı tanısı alan ve 44 yaşında ilk manik atağını geçiren kadın hasta, zamanla büyük çoğunluğu depresif olan hızlı döngülü ataklar geçirmeye başlamıştır. Behçet hastalığı ise belirli bir zamandan sonra belirtisiz seyretmiştir. Yani duygudurum semptomları artarken, Behçet hastalığı bulguları azalmıştır (Alevizos ve ark. 2004, Hariri ve ark. 2010).

Nörobeçet hastalarında çeşitli mental problemler görülmektedir. 66 seriden oluşan bir çalışmada yapılan ayrıntılı nörolojik testler sonrası en sık

görülen mental bozukluk hafıza kaybı olurken ikinci sırada dikkat bozukluğu yer almaktadır (Serdaroglu 1998). 12 hastadan oluşan bir izlem çalışmasında da akut ataklar dışındaki periyotta zihinsel melekelerin bozulduğunun devam ettiği gösterilmiştir (Öktem-Tanör ve ark. 1993). Bazı araştırmacılar nörokognitif testlerin Behçet hastalığının subakut CNS tutulumunun saptanabilmesi için yararlı olabileceğini savunmaktadırlar (Ahmed ve ark. 1993).

Behçet hastalığına eşlik eden mental bozuklukların hastalığın kendi yapısından kaynaklanabileceği düşünülürken, bu belirtilerin oluşmasında kullanılan kortizolün de rolü olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. 1950'li yıllardan bu yana pek çok hastalığın tedavisinde farklı dozlarda kortikosteroidler kullanılmaktadır (Fardet ve Kasar 2007). Pek çok yan etkisi olmakla birlikte, steroid tedavisinin sık olarak tanımlanan psikiyatrik yan etkileri ajitasyon, anksiyete, hipomani, uykusuzluk, iritabilite, labil duygudurum ve huzursuzluktur (Brody 1952). Zaman zaman steroid kullanımı silik duygudurum değişikliklerinden acil müdahale gerektirecek psikotik ataklara kadar geniş bir yelpazede klinik tablolara neden olabilmektedir. Kortikosteroidlerin bilişsel bozukluk, duygudurum bozuklukları, deliryum, depresyon ve psikoz gibi önemli psikiyatrik rahatsızlıklara neden olabildiği de bilinmektedir (Lewis ve Smith 1983). Bu psikopatolojik bulguların görülme sıklığı ile ilgili yapılan çalışmalarda %1.8 ile %57 arasında farklı sonuçlar bulunmuştur (Thomas ve Michael 2006). Nöropsikiyatrik açıdan ele alındığında kortikosteroidlerin beyindeki temel hedeflerinden biri hipokampustur. Kısa süreli steroid kullanımı hipokampustaki nöronlarda geri dönüşlü bir atrofiye neden olabilmekte ve buna bağlı olarak verbal ve deklaratif belleği ilgilendiren bilişsel semptomlar ortaya çıkabilmektedir (Lupien ve McEwen 1997). Psikiyatrik bulguların gözlenmesinde en önemli faktörlerden biri verilen steroid dozu ve tedavinin süresidir. Steroidlerin kullanım süresi ruhsal duruma etki eder. Kısa süreli steroid tedavisi sıklıkla duygudurumda yükselmeye neden olurken, uzun süreli steroid tedavisinin hipotalamo-pituituar eksene etki ederek depresyona neden olduğu gösterilmiştir. Yine uzun süreli steroid kullanımıyla yan etki insidansının arttığı,

kısa süreli yüksek doz steroid tedavisinde ise çok daha az yan etki insidansının olduğu bildirilmiştir (Bracken ve ark. 1990) Her ne kadar yüksek doz steroid kardiyak ani ölümleri içeren komplikasyonlara sahipse de (Toker ve ark. 2002), steroidlerin uzun süreli kullanımlarında yan etki insidansının da arttığı ve bu nedenle steroid tedavisinin bu tür hastalarda kısa sürede tamamlanmaya çalışıldığı bilinmektedir.

Olgumuzda yapılan bilişsel muayenede hastanın dikkati sürdürmesi zayıflamıştı; hastanın bazı görevlerde dikkatini sürdürmede zorlandığı izlenmişti; verbal akıcılığındaki yavaşlama da bunu destekler nitelikteydi. Nörobeçet hastalarında dikkati sürdürme gücü sıklıkla görülmektedir, hatta subakut Nörobeçet tanısının gözden kaçmaması için nörokognitif testler önerilmektedir (Gökçay ve ark. 2011, Ahmed ve ark. 1993). Steroid tedavisi öncesinde gözlenen labil duygulanım, steroid tedavisi sırasında belirginleşmiştir, konuşma hızı ve tonunda belirgin bir artış olmuştur. Daha önceki hastalık ataklarında bir hafta boyunca yüksek doz IV metilprednizolon alan ve oral olarak dozun yavaş yavaş azaltıldığı bu hastada önceki hastalık dönemlerinde duygudurum ataklarının ortaya çıkmamış olması ilk atagında steroidi kısa sürede kesmesine bağlanabilirse de, hastanın daha önceki ataklarda steroid tedavisi alırken duygudurum semptomlarının olmaması bizleri steroide bağlı duygulanım bozukluğu tanısından uzaklaştırmaktadır. Tedavinin ilerleyen dönemlerinde de steroid tedavisi yanına eklenen duygudurum düzenleyici ve antipsikotik tedaviye yanıt alınması da bu düşüncemizi desteklemektedir. Hastanın taburculuk sonrası aylık takiplerinde de duygudurum ve duygulanımının ötimik olduğu, konuşma hızının ve psikomotor aktivitesinin olağan olduğu ve Young-Mani Derecelendirme Ölçeğinde 3 ile 5 arası puan aldığı görülmüştür. Hastamızın tanısı Nörobeçet hastalığı ve Genel Tıbbi Duruma Bağlı Duygudurum Bozukluğu olarak düşünülmüştür.

Sonuç olarak, otoimmün kalıtsal kökenli hastalıklara eşlik eden ya da bu hastalıklara ikincil olarak ortaya çıkan psikiyatrik hastalıkların yakın takibi, prognoz açısından önem arz etmektedir. Bu tip hastalıkların birinci tedavi tercihi olan steroidlerin potansiyel yan etkileri de göz önüne alındığında hastaların otoimmün hastalık tanısı aldıktan

sonra detaylı psikiyatrik muayeneden geçirilmesi önerilebilir. Aksi halde hem hastalığın doğasından kaynaklanan hem de steroidlerin yan etkilerinin neden olabileceği psikiyatrik hastalık zemininde ciddi komplikasyonlar gelişebilir.

KAYNAKLAR

- Ahmed F, Bamford A, Coughlan A ve ark. (1993) Neuropsychological impairment in Behçet's disease. *Rev Med Interne*, 14(Suppl 1):74.
- Akman-Demir G, Serdaroglu P, Tasci B ve ark. (1996). Neurological involvement in Behçet's disease. *J of Neurol*, 122:2171-2182.
- Alevizos B, Anagnostara C, Christodoulou GN (2004) Resistant bipolar disorder precipitated by Behçet's syndrome. *Bipolar Disord*, 6:260-263.
- Alpsoy E, Akman A (2009) Behçet's disease: an algorithmic approach to its treatment. *Arch Dermatol Res*, 301:693-702.
- Aydin N, Aydin MD, Deniz O ve ark (2002) Neuro-Behçet's disease involving the pons with initial onset of affective symptoms. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 252:44-46.
- Bracken MB, Shepard MJ, Collins WF ve ark. (1990) A randomized, controlled trial of methylprednisolone or naloxone in the treatment of acute spinal-cord injury. Results of the second national acute spinal cord injury. *N Engl J Med*, 322:1405-1411.
- Brody S (1952) Psychiatric observations in patients treated with cortisone and ACTH. *Psychosom Med*, 14:94-103.
- Calikoglu E, Onder M, Cosar B ve ark. (2001) Depression, anxiety levels and general psychological profile in Behçet's disease. *Dermatology*, 203:238-240.
- Erberk-Ozen N, Birol A, Boratav C ve ark. (2006) Executive dysfunctions and depression in Behçet's disease without explicit neurological involvement. *Psychiatry Clin Neurosci*, 60:465-472.
- Ergil G, Atalay F, Atalay H ve ark. (2005) Psikotik belirtilerle komplike olmuş bir Behçet hastalığı olgusu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6:281-284.
- Fardet LA, Kassir J (2007) Corticosteroid-induced adverse events in adults: frequency, screening and prevention. *Drug Saf*, 30:861-881.
- Gökçay F, Celebisoy N, Gökçay A ve ark. (2011) Neurological symptoms and signs in Behçet disease: a Western Turkey experience. *Neurologist*, 17:147-150.
- Hariri AG, Yalçın G, Ünsal C ve ark. (2010) Behçet hastalığı ve geç başlayan hızlı döngülü iki uçlu duygudurum bozukluğu: Bir olgu sunumu. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 20:94-97.
- Hiwotashi A, Garber T, Moritani T ve ark. (2003) Diffusion-weighted neuroimaging of neuro-Behçet's disease: a case report. *Neuroradiology*, 45:468-471.
- Karlıdağ R, Evereklioglu C, Ünal S ve ark. (2001) Behçet hastalarında stresli yaşam olayları ve başa çıkma yöntemleri ile hastalık belirtileri arasındaki ilişkinin araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12:203-209.
- Calamia KT, Mazlumzadeh M (2004) Behçet's disease. *Bull Rheum Dis*, 53:1-8.
- Lewis DA, Smith RA (1983) Steroid induced psychiatric symptoms. *J Affect Disorders*, 5:319-332.
- Lishman WA (1987) *Organic Psychiatry: The Psychological Consequences of Cerebral Disorder*: Blackwell Scientific Publications.
- Lupien SJ, McEwen BS (1997) The acute effects of corticosteroids on cognition: integration of animal and human model studies. *Brain Res Rev*, 24:1-27.
- Behçet's disease patients without overt neurological involvement. *J Neurol Sci*, 220:99-104.
- O'Duffy JD, Goldstein N (1976) Neurologic involvement in seven patients with Behçet's disease. *Am J Med*, 61:170-178.
- Öktem-Tanör Ö, Baykan-Kurt B, Akman-Demir G (1993) Neuropsychological follow-up of 12 patients with neuro-Behçet's disease. *Rev Med Interne*, 14(Suppl 1):40.
- Serdaroglu P (1998) Behçet's disease and the nervous system. *J Neurol*, 245:197-205.
- Tali ET, Atilla S, Keskin T ve ark. (1997) MRI in neuro-Behçet's disease. *Neuroradiology*, 39:2-6.
- Tanriverdi N, Taskintuna N, Duru C ve ark. (2003) Health-related quality of life in Behçet patients with ocular involvement. *Jpn J Ophthalmol*, 47:85-92.
- Toker E, Kazakoğlu H, Acar N (2002) High dose intravenous steroid therapy for severe posterior segment uveitis in Behçet's disease. *Br J Ophthalmol*, 86:521-523.
- Thomas W, Michael B (2006) Psychiatric adverse effects of corticosteroids. *Mayo Clin Proc*, 81:1361-1367.
- Uğuz F, Dursun R, Kaya N ve ark. (2006) Behçet hastalarında ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:133-139.
- Yamamoto SI, Toyokama H, Matsubara J ve ark. (1974) A nationwide survey of Behçet's disease in Japan. 1. Epidemiological survey. *Jpn J Ophthalmol*, 18:282-290.
- Wechsler B, Dell'sola B, Vidailhet M ve ark. (1993) MRI in 31 patients with Behçet's disease and neurological involvement: prospective study with clinical correlation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 56:793-798.