



Psikotik Belirtilerle Başvuran Bir Demans Olgusu

A Dementia Case Presenting with Psychotic Symptoms

Osman Özdemir¹, Pınar Güzel Özdemir¹

¹İpekyolu Devlet Hastanesi, Van

Cukurova Medical Journal 2013; 38(3): 482-486.

ABSTRACT

Dementia is a progressive clinical syndrome in which affected areas of brain function may be affected, such as memory, language, abstract thinking, problem solving and attention. Psychotic symptoms including auditory and visual hallucinations and delusions often occur in the demantia. In this paper, we present a dementia case presenting with psychotic symptoms.

Key Words: Very late onset, psychotic symptoms, dementia,

ÖZET

Demans kişinin bellek, konuşma, dikkat, hesaplama, yargılama, soyut düşünme ve problem çözme gibi bilişsel işlevlerinde bozulma ile seyreden ve yıkımla sonuçlanan klinik bir tablodur. hastalık süresince psikotik belirtiler görülebilir. Demansta psikotik semptom olarak perseküsyon sanrıları, görsel ya da işitsel varsanılar olabilir. Bu yazıda psikotik semptomlarla başvuran bir demans olgusu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Çok geç başlangıç, psikotik belirtiler, demans,

GİRİŞ

Demans kişinin bellek, konuşma, dikkat, hesaplama, yargılama, soyut düşünme ve problem çözme gibi bilişsel işlevlerinde bozulma ile seyreden ve yıkımla sonuçlanan klinik bir tablodur¹. Bu alanlardaki bozukluklar hastanın sosyal, mesleki ve günlük yaşam aktivitelerini etkileyerek kişinin yaşamını kendi başına idame ettirmesini zorlaştırmaktadır. Başlangıç döneminde hastalar isimleri unuttur, eşyaları koydukları yeri hatırlamakta güçlük çeker. Daha sonra yer oryantasyonu bozulmaya başlayan hasta tanımadığı çevrelerde kaybolmaya başlar. Davranış kusurları ve hezeyan halüsinasyonlar gibi psikiyatrik belirtiler ortaya çıkabilir. Son evrede aile üyelerini dahi tanıyamayabilir, tanıdık çevrelerde bile kaybolan hasta evinde de odaları ve tuvaletin yerini karıştırabilir. Amaçsız gezinme tekrarlayıcı hareketler ajitasyon ve bağırma sık görülür^{2,3}.

Demans hastalarının hastalık süresince psikotik belirtiler görülebilir. Demansta psikotik semptom olarak perseküsyon sanrıları, görsel ya da işitsel varsanılar olabilir^{2,4}. Bu yazıda psikotik semptomlarla başvuran bir demans olgusu sunulmuş ve ayırıcı tanısı gözden geçirilmiştir.

OLGU

Yetmişüç yaşında erkek hasta sinirlilik, saldırganlık, şüphencilik, uykusuzluk şikâyetleri nedeniyle değerlendirildi. İlk kez yaklaşık 6-7 yıl önce ölüm korkusu, uykusuzluk, sinirlilik ve huzursuzluk gibi yakınmaların başladığı, bir ay kadar bir kısmi iyilik halini takiben yakınmaların yinelediği bildirildi. Bu şikâyetleri 5-6 ay sürdükten sonra yine 2 aylık kısmi iyilik halinin olduğu akabinde ölüm korkusu, nefesim kesiliyor ölüyorum şeklinde konuşmalar, uykusuzluk, sinirlilik bağırıp çağırma, küfür etme, şüphencilik yakınmalarının

başladığı belirlendi. Özgeçmişinde kronik obstruktif (KOAH) akciğer hastalığı olduğu bu yakınmaların KOAH ile ilişkilendirildiği ifade edildi.

Bu süre içerisinde bir kez psikiyatriste başvurusu olan hastaya Ketiapin 25 mg verildiği ancak bu ilacı düzenli kullanmadığı son 15 günden bu yana artık kontrol edilemez hale geldiği, hayal görmelerinin olduğu, eve yabancı insanlar geliyor, eşime zarar verecekler, silah alıp onları öldüreceğim şeklinde hezeyanlarının olduğu uyuyamadığı, sürekli hareket ettiği bildirildi. Bu dönemde essitalopram 10mg/gün, mirtazapin 15 mg/gün ve olanzapin 5 mg/gün başlandığı kısmen sedatize olan hastanın yakınmalarının yinelemesi üzerine hasta tanısının netleşmesi ve tedavisinin düzenlenmesi amacıyla psikiyatri servisine devir alındı.

Hastanın ruhsal durum muayenesinde; kendine bakımı azalmış, görüşmeye karşı isteksiz ve direnç gösteriyor, disforik ve huzursuzluğu dikkat çekiyor, mühzehti bir ifadesi var, KOAH hastası olduğu için dispnesi var, sorulara amaca yönelik cevaplar veriyor ancak tüm sorulara yanıt alamıyor, bilinç açık kişi oryantasyonu mevcut, yakınlarını ve doktoru tanıyor, ancak yer ve zaman sorulara cevap alınamadı, çocuklarının isimlerini büyükten küçüğe doğru sayabiliyor, haftanın günlerini geriye doğru sayabiliyor, algı kusuru alınamadı, konuşma miktarı artmış, çağrışımları hızlı, iletişime girilmekte güçlük çekiliyor, düşünce içeriğinde perseküsyon hezeyanları var, affekt hostile, disforik, psikomotor huzursuzluğu mevcut, hastalığına karşı içgörüsü yok, uyku iştah azalmış olarak değerlendirildi.

Laboratuvar incelemesinde; hemogram, tam kan biyokimyası, tiroid fonksiyon testleri, folik asit vitamin B 12 düzeyleri kolesterol yüksekliği dışında normal sınırlarda; salmonella, brucella testleri negative. Serebral Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRG)de serebellar folialar, serebral sulkus ve fissürler, üçüncü ve lateral ventriküller belirgin, peri-supraventriküler derin beyaz cevherde iskemik gliotik değişiklikler, sağ oksipital lobda gliozis alanları içeren ensefalomalazik

değişiklikler, sol serebellar hemisfer düzeyinde geçirilmiş iskemik sekel ile uyumlu sinyal değişikliği mevcut idi.

İlaç almayı reddettiği ve daha önce verilen olanzapin 5 mg ağızda dağılan form ile sedatize olmadığı için hastaya haloperidol 5 mg im enjeksiyon yapıldı. Birkaç saatlik sedasyona rağmen huzursuzluk, sinirlilik şikayetleri devam ettiği ve uyumadığı için günlük haloperidol dozu kademeli olarak 15 mg a kadar çıktı. İlk günlerde yine konuşma miktarı fazlaydı, perseküsyon hezeyanları devam ediyordu, KOAH tedavisine yönelik ilaçları kullanmıyordu, oral alımı iyi değildi. Takiplerinde hasta enjeksiyonların 5. gününden itibaren ilaçlarını kullanmaya başladı. Oral alımı arttı, sinirlilik azaldı, hezeyanları kayboldu, uykusu düzeldi. Haloperidol dozu azaltılarak kesildi ve risperidon solusyon 4mg/gün başlandı. Psikotik semptomların düzelmesiyle beraber hastanın bilişsel muayenesi daha net değerlendirilebilir hale geldi. Hastane personelini tanımadığı, bir hafta serviste kalmasına rağmen lavabonun yerini karıştırdığı görüldü. Yapılan minimental testinde hasta 19 puan aldı. Nöroloji kliniğine konsulte edilen hasta demans olarak tanıandı ve memantin 10 mg başlandı risperidon dozu 2 mg/gün ile hasta taburcu edildi.

TARTIŞMA

Demans tanısı için olması gereken temel özellikler hastada premorbid düzeye göre birden fazla alanda zihinsel yeteneklerde bozulma ve bu bozulmanın günlük yaşam aktivitelerini etkilemesidir⁵ (Tablo 1). Bizim hastamızda hastanede yattığı süre içerisinde yapılan gözlemlerde hastanın hastane personelini tanımadığı lavabonun yerini karıştırdığı, yer zaman oryantasyonunun tam olmadığı, kendisine bakımını yalnız başına yapamadığı, elbiselerini refakatçisinin değiştirdiği yemeğini yardımla yiyebildiği gözlemlenmiştir. Yapılan kısa akıl muayesi klinik tanıyı desteklemiştir. Bu haliyle hasta demans olarak tanınmıştır. 65 yaşın üzerindeki demans sendromunun en sık nedeni

Alzheimer hastalığıdır. Yapılan incelemelerinde rastlanmadığı için bizim hastamızda olası diğer demans tiplerini destekleyen bulguya Alzheimer tipi demans olarak tanındı.

Tablo 1. DSM IV'e göre demans kriterleri.

Bellek bozukluğunu ve aşağıdakilerden en az bir tanesini içeren, birden çok bilişsel alanda bozuk olmalı
a.Afazi b.Apraksi c.Agnozi d.Yürütücü işlev bozukluğu
Bu bilişsel bozukluk
a.Mesleki ve sosyal işlevleri etkileyecek düzeyde olmalı b.Daha önceden varolan, daha yüksek bir işlev düzeyinden düşüşe yol açmalı.
Deliryum varlığında demans tanısı konulmamalı.
Demans genel tıbbi bir bozukluğa, toksine maruz kalmaya, madde kötüye kullanımına ya da bu ikisinin kombinasyonuna bağlı olabilir.

Tanı aşamasında önemli bir nokta demansın ayırıcı tanısının yapılmasıdır. Bu bağlamda demans öncelikle deliryumdan ayırt edilmelidir. Deliryumun başlıca özelliği, ani gelişen bilinç bulanıklığının eşlik ettiği bilişsel işlevlerdeki aksamadır. Bellek, dikkati odaklama sürdürme ile dil ve yönelim alanlarındaki bozulma başlıca bilişsel işlev değişiklikleridir^{6,7}. Bu belirtiler bir demans varlığına bağlı olmamalı, gün içinde

dalgalanmalar gözlenmeli, anamnez ve bedensel belirtiler bu bozukluğun genel tıbbi bir duruma bağlı olarak çıktığını göstermelidir⁵ (Tablo 2).Bizim vakamızda semptomların yavaş bir şekilde başlaması, bilinç bozukluğunun eşlik etmemesi, dikkat muayesinde haftanın günlerini geriye doğru sayabilmesi bizi deliryum tanısından uzaklaştırmıştır.

Tablo 2. DSM-IV deliryum tanı ölçütleri

Dikkati belirli bir konu üzerinde odaklama, sürdürme ya da yeni bir konuya kaydırma yetisinden azalma ile birlikte bilinç bozukluğu (çevrede olup bitene uyanıklık düzeyinin azalması).
Daha önceden var olan, yerleşik ya da gelişen demans ile açıklanamayan algı bozukluğunun ortaya çıkması ya da bilişsel değişiklik (bellek, yönelim, dil bozukluğu gibi) olması
Bu bozukluğun kısa bir süre içinde gelişmesi (genellikle saatler ya da günler içinde) ve gün içinde dalgalanmalar gösterme eğilimi taşıması.
Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen verilerde, bu bozukluğun genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olduğuna ilişkin kanıtlar bulunması.

Alzheimer hastalığının seyri sırasında psikotik semptomların ortaya çıkabileceği bilinmektedir^{8,9}. Psikotik semptomlar hastalığın şiddetini ve hastaneye yatış oranlarını yükselterek hastalara bakan aile bireylerinin de yükünü arttırmaktadır. Sanrılar en sık görülen ve hastaları doktora getiren psikotik semptomdur. En yaygın olarak perseküsyon hezeyanları görülür. Halüsinasyonlar Alzheimer hastalarında hezeyanlar kadar sık

görülmez. Alzheimer hastalığı ve psikotik semptomları olan hastaların diğer psikiyatrik ve davranışsal problemlere daha yatkın olduğu; ajitasyon, sözel ve fiziksel saldırganlık ve anksiyete belirtilerini daha sık gösterdikleri bildirilmektedir. Ayrıca psikoz, Alzheimer hastalığındaki bilişsel ve fonksiyonel kapasitedeki hızlı azalmayla da ilişkilendirilmiştir¹⁰.

Tablo 3. Yaşlılarda görülen psikotik durumlar

Primer psikotik bozukluklar Geç başlangıçlı Şizofreni benzeri psikotik bozukluklar Duygudurum bozuklukları ile ilişkili psikozlar Psikotik özellikli bipolar bozukluk Psikotik özellikli depresif bozukluk Geç başlangıçlı hezeyanlı bozukluk
Kognitif bozukluklarla ilişkili psikotik bozukluklar Alzheimer demansı ile ilişkili psikoz Diğer demans tipleri ile ilişkili psikoz Deliryum sırasında ortaya çıkan psikotik belirtiler
Genel tıbbi durumlar İlaç kullanımına bağlı (dopaminerjik ajanlar,steroidler), Serebrovasküler hastalılar, Vitamin B 12- Folik asit gibi vitamin eksiklikleri, Enfeksiyonlar, Beyin tümörleri...

Psikotik belirtiler her yaşta olduğu gibi yaşlı hastalarda da çok dikkatli olarak ele alınmalıdır. Yaşlılarda ortaya çıkan psikotik belirtilerin nedenleri Tablo 3'te gösterilmiştir. Deliryum, primer psikotik bozukluklar ve demansiyel bozukluklarda ortaya çıkan psikotik belirtiler klinik özellikler, süre, eş zamanlı diğer belirtiler ve bilişsel işlevlere etkisi açısından değişkenlik gösterirler. Alzheimer hastalığına bağlı psikozun yaşlılıkta görülen geç başlangıçlı şizofreni benzeri psikozdan ayırd edilmesi önemlidir. Alzheimer hastalığında psikoz görülme oranı (%30-50) yaşlılardaki şizofreni oranından (< %1) çok daha fazladır. Alzheimer hastalığına bağlı psikozlarda bizar ve iyi sistematize edilmiş sanrılar nadir görülürken geç başlangıçlı şizofreni benzeri psikozların yaklaşık 2/3'ünde sanrılar bizardır. Halüsinasyonlar Alzheimer hastalığında daha çok görsel tipte iken, şizofrenide işitseldir. Ayrıca düşünce sokulması, düşünce yayımlanması gibi Schneider belirtileri Alzheimer hastalığında görülmez ya da çok nadir görülür. İleri yaşlarda görülen bir diğer primer psikotik bozukluk geç başlangıçlı sanrısız bozukluktur. Klinik görünüm olarak paranoid sistematize hezeyanların olduğu, işitsel ve görsel halüsinasyonların çok fazla olmadığı bir hastalık tablosu hakimdir. Yaşam boyu görülme riski %0.05 olarak bildirilmiştir. Hezeyanlar genellikle günlük hayatla uyumu kıskançlık, malının çalınması gibi konularla ilgili olduğu için hastaneye daha az

başvuruda bulunurlar¹⁰. Ayırıcı tanının yapılmasında süre de önemli bir faktör olarak rol oynamaktadır. Yaşlılığın primer psikotik bozuklukları kronik özelliklidir. Klinik ve süre açısından değerlendirdiğimizde söz konusu hastamızda bizar olmayan hezeyanların varlığı, görsel halüsinasyonların eşlik etmesi, işitsel halüsinasyonların olmaması, hezeyanların tedaviye direnç göstermemesi ve tedavi ile bir haftadan kısa zamanda düzelmesi primer psikotik bozukluklarla uyumsuz özellikler olarak söylenebilir.

Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan beyin yapısındaki değişiklikler ve demans, deliryum gibi ilgili klinik süreçler yaşlılık psikozunu kolaylaştırmakta, prognozunu ve tedaviye yanıtını etkilemektedir. Bu açıdan bazı yazarlar özellikle 65 yaşından sonra başlayan yaşlılık dönemi psikotik tabloların beyin yapısındaki nörodejeneratif mekanizmalara bağlanması gerektiğini ve primer bir psikotik bozukluk tanısının konulmamasının daha doğru olduğunu belirtmektedir. Öte yandan bu görüşün aksine geç başlangıçlı şizofrenilerin olabileceğini, bunların da gelişimsel bozukluğun geç ortaya çıkan versiyonları olduğunu öne süren yazarlar da olmuştur^{1,6}. Yapılan bir çalışmada bir geropsikiyatri ünitesine başvuran 1700 hastanın %10'u geç başlangıçlı psikotik belirtilerle başvurmuş ve bunların %40'ı demansa ikincil olarak ortaya çıkmıştır. Alzheimer demanslı

hastalarda yeni başlayan psikotik belirti prevalansı ilk yıl için %20, 3. yılda %50 bulunmuştur⁶. Bununla birlikte, geç başlangıçlı şizofreni olgularının izlendiği bir çalışmada olguların %35'inin üç yıl sonunda demans tanısı aldıkları bildirilmiştir¹.

Sonuç olarak; Psikotik semptomlarla başvuran sunduğumuz vakada olduğu gibi hasta yakınları demans düşündürecek anamnez vermese de psikozun demansın öncülü olabileceği ya da altta yatan bir demansiyel sürece eşlik edebileceği düşünülerek hareket edilmelidir. Yaşlılıkta ortaya çıkan psikotik belirtileri aksi kanıtlanana kadar ayrı bir klinik durum ele almak yerine demansiyel süreçlerle birlikte iç içe geçen tek bir tablonun farklı kesitleri olarak kabul etmenin daha doğru olduğunu düşünmek yerinde olacaktır.

KAYNAKLAR

- Özmen HA, İnanç L, Altıntaş M. Çok geç başlangıçlı şizofreni benzeri psikoz olgusu. Klinik psikofarmakoloji bülteni. 2012; 22:190-3.
- Aydemir Ç, Kısa C. Konsültasyon liyezon psikiyatrisinde demans. Klinik psikiyatri. 2001; 4: 203-11.
- Erkol G. Kognitif bozukluklar ve demans. Sempozyum dizisi. 2005; 42; 237-48.
- Eker E. Demans Vakalarındaki Psikiyatrik Fenomenler; Psikoz Belirtileri, Depresyon ve Agresyon. Düşünen Adam. 1993; 6;28-31.
- Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental bozukluklar tanısall ve sayımsal el kitabı. 4. baskı (DSM-IV). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'den çeviren. Köroğlu E (ed). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
- Oğuz N, İlnem C, Yener F. Viral ensefalite bağlı deliryum: bir olgu sunumu. Düşünen adam. 2005; 18:217-23.
- Tuğlu C, Yıldırım E. Hastanede yatarak tedavi gören hastalarda sık karşılaşılan psikiyatrik bir sendrom: Deliryum. Trakya üniversitesi tıp fakültesi dergisi. 2002; 19:55-64.
- Topçuoğlu ES, Selekler K. Alzheimer hastalığı. Turkish journal of geriatrics 1998; 1:63-7.
- Kyomen HH, Whitfield TH. Psychosis in the elderly. Am J Psychiatry_ 2009;166:146-50.
- Hocaoğlu Ç. İleri yaşlarda görülen psikotik bozukluklar. Anadolu psikiyatri dergisi 2001; 2:106-15.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

Dr. Osman Özdemir
İpekyolu Devlet Hastanesi,
65200 VAN
e-mail: drosmnozdemir@yahoo.com

geliş tarihi/received :24.09.2012

kabul tarihi/accepted:07.12.2012