

Psikiyatri

Frontal Lob Tümörlerinde Görülen Psikiyatrik Semptomlar

Salih BATTAL*
Talat YURTMAN**
Mesut ÇETİN*
Ergün UÇMAKLI***
Adnan AĞIR****

GİRİŞ

Frontal bölgede yavaş gelişen tümörler, özellikle menengiömler, frontal loblara bası yapıp, organik bozukluklar (OMB)'a dolayısı ile de psikiyatrik semptomlara yol açarlar (1,4,14). Frontal bölgedeki menengiömler çoğu kez geç teşhis edilen, ancak zamanında tanı konulduğunda, kolayca cerrahi girişimle tedavi edilebilen benign beyin tümörlerindedir. Genellikle nörolojik belirtiler terminal dönemde ortaya çıkar veya hiç çıkmayabilir. Buna karşılık, başlangıçtan itibaren kişinin duygu, düşünce ve davranışlarında önemli değişikliklere yol açarlar. Bu nedenle, çoğu kez bu belirtiler fonksiyonel bir ruhsal bozukluğun semptomları olarak değerlendirilip, o yönde tedavi edilmeye çalışılarak vakit kaybedilmektedir. Halbuki, dikkatli bir öykü alma bile pek çok ipucu verebilir. Ayrıca fizik muayene, nörolojik muayene, psikometrik ve radyolojik tetkikler kuşku duyulan durumlarda kesin tanıya, dolayısıyla de hastayı kısa yoldan-mutlak tedavi şanslılığına ulaştırabilirler. Aksine bir tutum ise, kaçınılmaz sona hastayı mahkum etmekten başka bir şey değildir (7,10,14).

Frontal lob tümörlerinde psikiyatrik belirtiler, OMB'a neden olan etkenin yerleşim yerine, yaygınlık derecesine, başlangıç ve gelişme hızına göre büyük değişiklikler gösterirler. Ayrıca hastanın premorbid kişiliği, entellektüel düzeyi, kişilerarası ilişkileri gibi özellikler de klinik tabloyu etkilemektedir. Genel olarak, frontal lob tümörlerinde duygulanımda küntlük, sıklık ve labilite görülebilir. Kognitif fonksiyonlarda bozukluklar belirgindir. Düşünce akışında bozulmalar (enکوherans vb.) görülebilir. Amoral, anormal, garip, acayip davranışlar ve kişilerarası ilişkilerde bozukluklar (oynaklık, şakacılık, öfori halleri vb.) sık görülür (2,7,10,14).

Bu yazıda, epileptik nöbetler dışında nörolojik belirti vermeyen; duygulanım, düşünce ve davranış alanlarında önemli bozukluklar gösteren; "demans ve

rezidüel psikoz" tanısı konarak anti psikotik tedaviye alınan, sonuçta bir parkta ölü olarak bulunup, otopside sağ frontal lobda menengiömler tespit edilen bir olgunun sunulması amaçlanmıştır; ayrıca tanıda dikkat edilmesi gereken noktalar vurgulanmaya çalışılmıştır.

OLGU

64 yaşında iken ölen, emekli memur, evli ve 4 çocuklu bir erkek. Otopside menengiömler tespit edildikten sonra, eşi çağırılarak yapılan görüşmede alınan bilgilere göre, yedi yıldanberi zaman zaman gelen bayılma nöbetleri oluyormuş (Bu nöbetleri tipik jeneralize tonik-klonik epilepsi nöbetlerine uymaktadır). O zamana kadar kendi halinde sakin bir insan olan olgu, ömrünün son iki yılında alışılmadık bir şekilde; anlamsız bağırımlar, kapalı yerlerde durama, sıkıntı, zaman zaman absürd konuşmalar, lüzumsuz şeyler biriktirme, bellek zayıflaması gibi belirtiler göstermeye başlamış. Son zamanlarda, eksitasyonlar gösterip camı çerçeveyi indirme, çırılçıplak sokağa fırlamaları evin ortasına defekasyon yapma, çöp tenekelerini karıştırma gibi davranış patolojileri de görülmeye başlamış.

Hasta bunlardan dolayı eşi tarafından götürüldüğü bazı hastanelerin psikiyatri polikliniklerinde ayaktan antipsikotik tedaviye alınmış, fakat belirtiler bir türlü azalmıyor tersine artıyormuş. En son olarak bir akıl hastanesinde 14 gün yatırılan hastanın o sıradaki ruhsal muayenesinde: "Zamana ve mekâna oriente; fikir akışı amaca varıyor. Fikir içeriği hafif dağınık, çağırışları gevşek; affektivite sığ, labil; hallüsinasyon yok; çevreye ilgisi azalmış." olarak bulunmuş, "Rezidüel Psikoz ve Demans" tanısı konup; haloperidol 5 mg./gün, biperidone 2mg./gün piracetam 800 mg/gün verilerek taburcu edilmiştir.

Olgu, taburcu olduktan bir ay sonra bir parkta ölü olarak bulunmuş; savcılık tarafından ölüm nedeni

* GATA Psikiyatri ABD.

** Ankara Adli Tıp Kurumu, Morg İhtisas Dairesi.

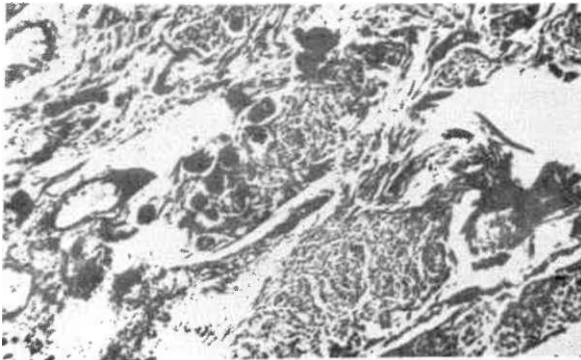
*** GATA Haydarpaşa Eđt. Hast. Patoloji ABD

**** GATA Nöroloji ABD

belirlenmek üzere yaptırılan otopside aşağıdakiler bulunmuştur: ölü dış muayenesinde birkaç sıyrık dışında bir ize rastlanmamış; otopside, beynin sağ frontal lobun ön bölümünde bir mandalina cesametine, kafa kemiğine implante bir kitle saptanmıştır. Bu kitlenin civarındaki beyin dokusunun hafif yumuşadığı, kitlenin ventriküle açılmadığı görülmüştür. Kitlenin patolojik incelemesinde: Makroskobik olarak, kirli beyaz renkte, elâstik, 75 gram ağırlıkta, 6x3x3 cm. ebatlarda olan kitle (Şekil 1)'nin mikroskopisinde, bir kenarında kapsül izlenen tümör dokusu, yuvarlak, poligonal, oval veya iğsi şekilli meningote-lial hücrelerden meydana geldiği görülmüştür. Tümör hücreleri, yuvarlak veya oval nükleuslu, nükleus sınırları düzenli, geniş; eozinofilik sitoplazmalı ve bazılarının sitoplazmasında PAS-pozitif granüler hücreler tarzındadır. Tümör dokusu solid adalar halinde dizilim göstermekte, arada bol miktarda yuvarlak kaisifiye psammoma body'lerin varlığı izlenmiş olup, mitosis gözlenmemiş ve "menenjiom" olarak değerlendirilmiştir (Şekil 2).



Şekil-1. Tümörün makroskobik görünümü.



Şekil-2. Tümörün mikroskopik görünümü.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Frontal loblarla ilgili gözlemler ve tecrübeler I. Dünya Savaşında ilk kez sistematik olarak yapılmıştır. Bu çalışmalarda kafa travmalarından sonra görülen kişilik değişiklikleri iki grupta toplanmıştır. Birinci grupta: Çocuksu, disinhibe, ve öforik davranışları olanlar toplanmış ve bunlara "psödopsikopatik", ikinci grupta: Apatik, ilgisiz durgun olanlar toplanarak bunlara da "psödodeprese" adı verilmiştir (1,4).

1940'lı yıllarda pek çok araştırmacı frontal lob tümörü olan hastalarda %40 oranında kişilik değişiklikleri olduğundan söz etmişlerdir (1,2,3,4,7,8,9,10,11,12). Geschwind, frontal lob tümörlerinde görülen huzursuzluk, apati, öfori semptomlarını frontal lob patolojisinin üç önemli belirtisi olarak tanımlamıştır (1). Oppenheim, frontal lob tümörlerinde ortaya çıkan semptom kompleksini "ileri derecede şakacılık hali" olarak (1,4); Moria, hastalarda görülen buhali, çocuksu eksitasyon; Goldstein, soyutlama sentezinde bir bozukluk olarak nitelendirmişlerdir (4,7,10).

DSM-III'e göre OMB'lar genellikle yönelim, bellek ve diğer kognitif bozukluklarla kendini gösterir. Sığ ve labil duygulanım, davranış alanında alışılmadık dışında anormal ve amoral davranışların gözlenmesi tipiktir. Fakat bu semptomlar hastalığın yerleşim yeri, natürü ve diğer faktörlere bağlı olarak, değişik zamanlarda ve şiddetlerde ortaya çıkarlar. OMB'daki semptomların, beyin hasarının direkt sonuçları, yoksa bu bozuklukların temel belirtilerini oluşturan kognitif defisitlerle diğer psikolojik değişikliklere bir tepki mi olduğuna karar vermek çoğu kez imkânsızdır (5,6).

Olgumuzda 57 yaşından sonra ortaya çıkan epileptik nöbetler, bu yaştan sonra premorbid kişiliğine uymayan davranış, duygulanım ve düşünce alanında temel bozuklukların ortaya çıkması, kognitif yetilerde kayıpların olması ile karakterize tablo; skizofreni, efektif bozukluklar gibi fonksiyonel psikozlara (meydana gelme yaşı, seyri, semptomları ve tedaviye verdikleri yanıt gibi kriterler dikkate alınacak olursa) uymamaktadır, aksine organik bir patolojinin varlığına işaret etmektedir (5,6,14).

Frontal loblarda, kafa içi yer kaplayan oluşumlar (KİYYKO) bilinçte belirgin bir bozukluk yapmadan ve gross nörolojik belirtilere neden olmadan; yalnızca kişilikte, duygulanım ve davranış alanlarında ve kognitif fonksiyonlarda defisitlerle psikiyatrik bir tablo şeklinde karşımıza çıkmaktadırlar (6,7,10,11,12,14).

Olgumuzda duygulanım alanındaki bozukluklardan sığ, labil, duygulanım, ilgisizlik ve zaman zaman aşırı öfke ve kızgınlıkların görülmesi; davranış alanında çöpleri karıştırması, eksitasyon göstermesi; premorbid kişilikle bağdaşmayan kişilik değişiklik-

leri; kognitif fonksiyonlarda defisitlerin bulunması; hallüsinasyonların olmaması ve belirli bir yaştan sonra ortaya çıkan epileptik nöbetler, bu durumlara yol açan spesifik organik bir faktörü düşündürmektedir (5,6,7,13,14).

Belirli yaş faktörü ile ilgil olarak ortaya çıkan senil ve presenil demanslarda bu şekilde duygulanım ve davranış anormallikleri olmasına rağmen, esas bozukluk entellektüel alandaki yıkımın sosyal veya mesleki fonksiyonlarını bozması şeklinde özetlenebilir ve demansta, organik kişilik bozukluğundan farklı olarak, kişilik değişikliği tüm sendromun sadece bir yönünü oluşturur. Kişilik değişikliği, sonunda demansa varan bir organik beyin sendromunun ilk belirtisi olabilir (5,6).

Organik amnestik sendromda esas bozukluğun bellek bozukluğu ile sınırlı oluşu; organik delüsyonel sendromda belirgin hezeyanların görülmesi ve akut bir atblo olması; organik hallüsinoziste yalnızca organik endene bağlı hallüsinasyonların görülmesi; organik duygulanım bozukluğunda manik ve depresif semptomların bulunuşu gibi nedenlerden dolayı olgumuzu bu saydığımız ruhsal bozukluklarla açıklamak mümkün değildir (5,6,14).

Affektivitede sıklık ve labilitenin olması, dürtü kontrol bozukluğunun bulunuşu, apati ve ilgisizliğin görülmesi ve otopside frontal lob tümörünün saptanmış olması olgumuzun organik kişilik bozukluğu olduğunu düşündürmektedir (5,6,14)

Organik kişilik bozukluğuna beyindeki neoplazmlar (özellikle menengiomyar kafa travmaları, vasküler ve enfeksiyöz patolojiler yol açabilmektedir ve tanıya gitmede belirli bir yaştan sonra ortaya çıkan epileptik nöbetlerin önemli bir kriter olduğu da açıktır (1,2,3,6,10,12,14).

Sonuç olarak, özellikle frontal loblarda KİYKO sonucunda, nörolojik belirti vermeksizin, yalnızca psikiyatrik semptomlarla ortaya çıkan organik kaynaklı ruhsal belirtilerle, diğer fonksiyonel psikiyatrik bozuklukların semptomları birbirlerine çok benzemekte, zaman zaman da birbirlerinden ayırdedilememektedir. Kuşkusuz, bir psikiyatristin, psikolojik soranlarla kendisine başvuran her hastada nörolojik yönden araştırma girişiminde bulunması pratik açıdan pek olanaklı değildir. Yine de, yukandaki bilgilerin ışığı altında erken evrede, ciddi bir organik ruhsal bozukluğu olabileceğinden şüphelendiğimiz durumlarda dikkatli bir muayene, iyi alınmış bir anamnez ile EEG, BBT ve psikometrik testlerle kolaylıkla tanıya gidilebilir. Özellikle o zamana kadar ruhsal problemi olmayan bir insanda, orta yaştan sonra meydana gelen kişilik değişiklikleri; alışılmışın dışında garip, acayip davranışlar; kognitif fonksiyonlarında bozukluklar varsa; senil, presenil demans veya fonksiyonel ruhsal bozukluk tanısı konulmadan önce, spesifik organik bir patolojinin varlığı araştırılmalı; olgumuzda olduğu gibi tedavisi mümkün ve reversibl bir tabloyu, geri dönüşü imkânsız durumlara sokmada pay sahibi olmamaya özen gösterilmelidir.

KAYNAKLAR

- Adams, R.D., Victor, M.: Principles of Neurology. Mc Graw Hill Book Co. N. Y., Tokyo-Toronto, Third Edition, 327-334. 1985.
- Becker, B. Kay, G.G.: Neuropsychological consultation in psychiatric practice Psych. Cl. North Am. Vol. 9, No: 2, 263, 1986.
- Çifter, İ.: Psikiyatri, GATA Basımevi, Ankara. S: 157-58, 1985.
- Donald, T.S.: Neuropsychologicay studies of frontal lobes. Psychol.Bul. 95: 3-28, 1984.
- DSM-III: A.P.A. Third Edition, Washington DC: 1980.
- DSM-III-R: APA, Third Edition Revised, Washington DC, 1987.
- Eslinger, P.J. etal: Severe disturbance of higher cognition after bilateral frontal lobe ablation. Neurology, 35: 1731-41, 1985.
- Goldman, H.H.: Review of General Psychiatry, Lange Med. Pub. 119-121, 1985.
- Gürün, S.: Nöroloji, 2nd Baskı, AÜTF Yayıncılık, Ankara, S. 317-19, 1975.
- Kolb, L. and Brodie, H.K.: Modern Clinical Psychiatry. Tenth Edition, Saunders Co. Philadelphia, London, Toronto, Mexico City, Tokyo, p. 296-97, 1982.
- Leimkuhler, M.E. and Muselman, M.M.: Go-No Go deficits in a case of frontal lobe tumor. Annals of Neurology, 18:617-619, 1985.
- Merrit, H.H.: Nöroloji, Çev: Doğulu, S., Gökalp, H., Akpınar, Ş. Mars Matbaası Ankara, S. 213, 1975.
- Wria-A., R.: Higher cortical Functions in man, 2nd ed. Basic Books, 1980.
- Williams, RSM, Dunwoody, G.: British Med. J., 296: 1785-86, 1988'den iktibas: Psikiyatrik semptomlarla kendini gösteren menengiomyalarda geç kalan tanı. Literatür: 51: 502-504, 1988.