

Bir Araknoid Kist Olgusunda Nörolojik Belirtiler ve Eş Zamanlı Olarak Ortaya Çıkan Psikotik Bozukluk

NEUROLOGICAL SIGNS IN A CASE WITH ARACHNOID CYST, LOCALIZED IN THE LEFT TEMPORAL REGION, AND PSYCHOTIC DISORDER: A CASE REPORT

Dr. Murat GÜLSÜN,^a Dr. Ünal SABANCI,^b Dr. Barbaros ÖZDEMİR^c

^aPsikiyatri Servisi, ^bGenel Cerrahi Servisi, Tatvan Asker Hastanesi, BİTLİS

^cPsikiyatri Servisi, Erzincan Asker Hastanesi, ERZİNCAN

Özet

Beynin değişik bölgelerini etkileyen araknoid kistlerin psikoz benzeri tablolardan sorumlu olabileceği ileri sürülmüştür. Bununla birlikte araknoid kist ve psikiyatrik bozukluk ilişkisine işaret eden araştırmalar az sayıda olgu sunumu ile sınırlıdır. 28 yaşındaki kadın hasta görme ve işitme var sanıları, referans fikirler, perseküsyon hezeyanları, baş dönmesi semptomları ile başvurdu. Olgunun MRG yöntemi ile yapılan incelemesinde sağ temporal bölgede araknoid kist tespit edildi. Endokrin sistem ve EEG'de dahil olmak üzere diğer klinik değerlendirmelerde anormal bir bulgu saptanmadı. Hastanın psikotik belirtilerin araknoid kist tarafından indüklendiği düşünüldü ve düşük dozda ketiyapin uygulandı (400 mg/gün), hastaneye yatışının 20. gününde psikotik belirtiler kontrol altına alındı.

Anahtar Kelimeler: Araknoid kist; temporal lob; psikotik bozukluk; ketiyapin

Abstract

Arachnoid cysts involving different regions of the brain may be associated with psychosis-like cases. However, the number of reports displaying a relation between psychiatric disorders and arachnoid cyst is few. A 28 year-old female patient, attended our outpatient clinic with auditory and visual hallucinations, reference, persecution and suicide thoughts, and dizziness. Cranial magnetic resonance imaging (MRI) revealed arachnoid cyst at the right temporal region. Routine biochemical tests, endocrine system investigations and EEG were normal. Psychotic symptoms were suspected to be induced by the arachnoid cyst and were controlled at day 20 after hospitalization by low-dose quetiapine (400 mg/day).

Key Words: Arachnoid cysts; temporal lobe; psychotic disorders; quetiapine

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007, 27:615-617

Beynin yapısal anormallikleri ve psikotik belirtiler arasındaki muhtemel ilişkiler birçok araştırmaya konu olmuştur. Nedeni henüz bilinmese de şizofrenik olgularda tomografi ile yapılan çalışmalar beyinde yapısal değişikliklere işaret etmektedir. Nasrallah ve ark., beyin bilgisayarlı tomografi (BBT) ile yaptıkları çalışmada genç yaştaki 55 şizofreni hastasını sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmış, şizofrenide 3. ventrikül genişlemesi ile serebellar atrofisinin nöroanatomik olarak ilişkili olduğuna dair kanıtlar elde etmişlerdir.¹

Gelişen görüntüleme yöntemleri ile azalmış beyin hacmi, kortikal atrofi, bazal ganglion ve

diensefalon hacimlerinde azalmalara işaret eden araştırmalar dikkati çekmeye başlamıştır.² Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yöntemleri ile yapılan pek çok çalışma BBT ile elde edilen bulguları desteklemiştir. Jacobsen ve ark. bir çalışmada erken başlangıçlı şizofreni tanısı alan 24 hastanın vermiş ve inferior posterior loblarının sağlıklı kontrol grubuna göre hacim olarak daha küçük olduğunu bildirmişlerdir.³ Ayrıca yer kaplayıcı lezyonların %50'sinden fazlasında psikiyatrik belirtilerin ortaya çıktığı, bunların %18'inde ilk belirti olarak psikiyatrik belirtilerin ortaya çıktığı bildirilmiştir. Ayrıca postmortem çalışmalarda psikiyatri hastalarında %3.5-5 oranında yer kaplayıcı lezyon tespit edilmiştir.

Araknoid kist, konjenital, travmatik ya da inflamatuvar nedenlere bağlı olarak nadir görülen yer kaplayıcı lezyonlardan biridir. Kafa içi boşlukları tutan lezyonların sadece %1'ini kapsar. Psikiyatrik

Geliş Tarihi/Received: 03.05.2006 **Kabul Tarihi/Accepted:** 15.06.2006

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Murat GÜLSÜN
Tatvan Askeri Hastanesi,
Psikiyatri Servisi, BİTLİS
mgulsun@gmail.com

Copyright © 2007 by Türkiye Klinikleri

bozukluklarla ilişkisi hakkında bilgiler az sayıda olgu bildirimleriyle sınırlıdır.⁴ Araknoid kistin klinik belirtileri zaman zaman hafif ya da şiddetli olabilir. Hatta kendiliğinden ortadan kaybolacak şekilde farklılık gösterebilir ve önceden tahmin edilemez.⁵

Klinik belirtiler kistin büyüklüğü ve komşu nöral yapılarla etkileşimine göre değişkenlik göstermektedir. Bu olgularda hidrosefali, epilepsi nöbetleri ve baş ağrısı sık görülmektedir.³ Klinik görünümüne mental bozuklukların eşlik etmesi nadir görülmekte, çoğu olgu ise belirti vermemekte, radyolojik incelemeler sırasında rastlantısal olarak tanı konmaktadır.⁶

Beynin değişik bölgelerini etkileyen araknoid kistlerin psikoz benzeri tablolardan sorumlu olabileceği ileri sürülmüştür. Lanczik ve ark. sol temporal lobun etkilendiği araknoid kist ile ilişkili şizofreniye benzer bir psikoz olgusu bildirmişlerdir.⁷ Bahk ve ark. da düşük doz risperidon ile tedavi ettikleri benzer bir olguyu bildirmişlerdir.⁸ Bu makalede sağ temporal lob yerleşimli ve psikotik semptomlarla seyreden bir araknoid kist olgusu ve psikiyatrik tedavisi literatür eşliğinde tartışılmıştır.

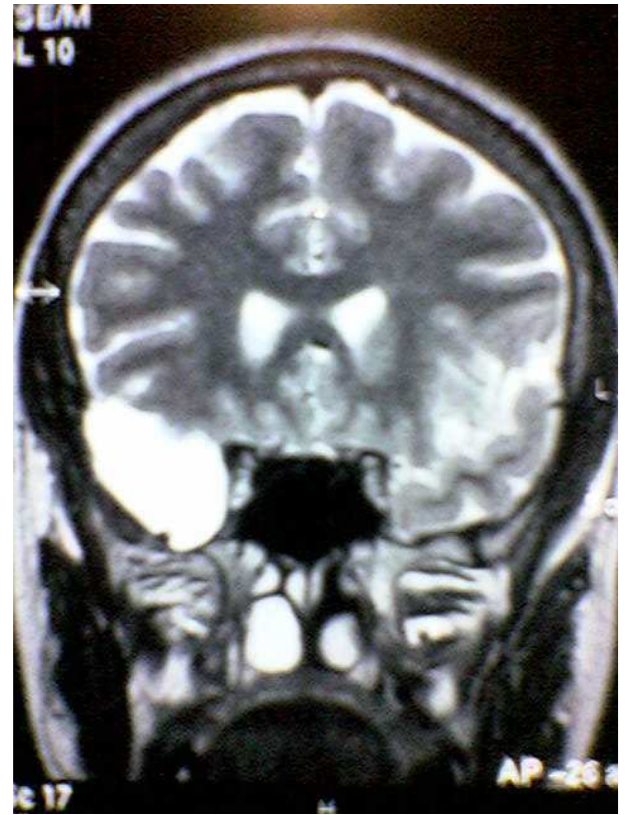
Olgu Sunumu

Yirmi sekiz yaşında kadın hasta. Görme ve işitme var sanıları, referans fikirler, persekütif hezeyanlar, intihar düşünceleri, baş ağrısı ve baş dönmesi semptomları ile eşinin refakatinde psikiyatri poli-kliniğine getirildi. İki yıl önce sinirlilik, baş ağrısı, çarpıntı, huzursuzluk, tedirginlik, aklını yitireceği, felç olabileceği, kalp krizi geçirebileceği yönünde yakınmalarla psikiyatri kliniğine başvurduğu, panik bozukluğu tanısı ile essitalopram 10 mg/gün başlandığı, tedavinin 1. ayı dolduktan sonra kendini iyi hissettiği için ilaç kullanımını kestiği anlaşıldı. Son 2 hafta içinde görsel ve işitsel var sanılar, suicid düşünceleri, tedirginlik, perseküsyon hezeyanları, uykusuzluk, öfke, irritabilite tablosu başlamış. Komşuları onun adını kötüye çıkarmaya, serserilere telefonla aratarak kirletmeye çalışıyorlarmış. Şık giyim tarzıyla eşinin yanında yürüdüğünde herkes pencereye çıkıyor, kıskanç bakışlarla hastayı süzüyorlarmış. Evin içerisinde koltuklar ve sandalyeler kendi kendine hareket ediyormuş. Yan dairelerden hakkında yorum yapan komşularının sesleri geliyormuş. Aile öyküsüne göre, 36 yaşındaki ablasının da araknoid kist tanısı

ile nöroloji kliniğince takip edildiği, kronik baş ağrısı ve bulantı yakınması nedeniyle doktora başvurduğu, anksiyete bozukluğu tanısı ile halen sertralin 50 mg/gün kullandığı ve yarar görmekte olduğu öğrenildi. Ailesinin diğer üyelerinde bilinen nöropsikiyatrik bir bozukluk tanımlanmamaktadır.

Beyin MRG'de sağ temporal lob anterior kesimlerdeki ekstraserebral BOS mesafeleri içerisinde 2 x 3 x 2.5 cm boyutlarında araknoid kist tespit edildi (Şekil 1). Beyin cerrahisi bölümü hastada kafa içi basıncı artışıyla ilgili bulgu olmadığı için konservatif tedavi önermişti.

Hastanın ruhsal muayenesinde, yaşında görüldüğü, giyiminin sosyoekonomik düzeyine uygun olduğu, bilincinin açık, kooperasyonunun yeterli, ancak zamana yöneliminin bozuk olduğu saptandı. Konuşması monoton, zaman zaman dili peltekleşmekteydi, ilişki kurmaya gayret ediyordu. Duygulanımı elem keder yönünde artış göstermişti.



Şekil 1. Sağ temporal lob anterior kesimlerdeki ekstraserebral bos mesafeleri içerisinde 2 x 3 x 2.5 cm boyutlarında araknoid kist.

Düşünce akışı normal, düşünce içeriği persekütif hezeyanları vardı. Ayrıca aldatılma, ihanete uğrama, değersizlik temaları bulunmaktaydı. Hastamızın algısı işitme ve görme var sanıları tarzında bozulmuştu. Zekası normal izlenimi veriyordu. Belleği hipomnezikti. Bir işe başladığında sonlandırmayı unutma ve yarıda bırakma eğilimi dikkat çekiyordu. Dikkati kolayca çelinebiliyordu. Psikomotor aktivitesi yavaşlamıştı.

Yapılan nörolojik muayenesinde sağ beden yarısının hipoestezik olduğu anlaşıldı. Çekilen EEG'si normal olarak değerlendirildi. Rutin tetkiklerinden, kan biyokimyası, tam kan sayımı, sedimentasyon hızı, tiroid fonksiyon testleri ve akciğer grafisi normal olarak bulundu. Beyin MRG'de sağ temporal lob anterior kesimindeki ekstraserebral BOS mesafeleri içerisinde 2 x 3 x 2.5 cm boyutlarında araknoid kist tespit edildi (Şekil 1).

Psikotik belirtilerin kontrolü için, hastaya ketiyapın 400 mg/gün uygulanmaya başlandı, 4 haftalık farmakoterapiden sonra, hastanın görme ve işitme var sanıları, intihar düşünceleri kayboldu. İlaç hasta tarafından iyi tolere edildi. Takip süresince dikkate değer bir yan etki görülmedi. Halen ayaktan takip edilmekte olan hasta, ketiyapın 400 mg/gün kullanmakta olup 4 ay süre ile stabil durum sergilemektedir.

Tartışma

Şimdiye kadar beynin yapısal, anatomik bozuklukları ile psikotik bozukluklar arasında kesin bir ilişki kurulamamıştır. Temporal bölgeleri alınan hastalarda şizofreni belirtileri görülmemektedir. Dolayısıyla bu bölgedeki bir patoloji ile şizofreni oluşumu arasında doğrudan bir ilişki kurmak güçtür. Bu nedenle olguda görülen temporal yerleşimli araknoid kist tablosunun, psikiyatrik bozukluk tablosundan bağımsız gelişmesi ve işlevsel bir önemi olmaksızın tesadüfen ortaya çıkması olasıdır. Bununla birlikte temporal lobu etkileyen kitleler, tümörler ve temporal lob epilepsilerinde psikotik belirtiler ve bellek bozulmaları ile seyreden olgular bildirilmiştir.⁹⁻¹⁵ Olgunun, bir işi başlattıktan sonra sonlandırmayı unutması, daha sonra bu işi bitirip bitirmediğini hatırlayamaması, yapıp çatma yeteneğinin bozulması, sık sık bir noktaya dalması ve elindeki eşyaları yere düşürmesi, lezyonun aksi yönündeki vücut yarısında ortaya çıkan

hipoestezi tablosu, konuşurken dilinde peltekliklerin oluşması gibi nörolojik bulgularla işitsel ve görsel var sanılar ve persekütif hezeyanlarının eş zamanlı ortaya çıkmış olması psikotik tablonun ortaya çıkışında temporal yerleşimli araknoid kistin rolü olduğunu düşündürmektedir.

Araknoid kist ve psikotik bozukluk birlikteliği nadir görülen ve tanı güçlüklerine neden olabilen bir durumdur. Bu olgu, psikotik bozuklukta yer kaplayıcı lezyonların da etiolojide düşünülmesi gerektiğini, özellikle ilk atak psikozda beyin görüntüleme yöntemlerinin etkin kullanımının organizmeye bağlı psikotik olguların ayırt edilmesinde önemli rol oynadığını göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Nasrallah HA, Jacoby CG, Chapman S, McCalley-Whitters M. Third ventricular enlargement on CT scans in schizophrenia: Association with cerebellar atrophy. *Biol Psychiatry* 1985;20:443-50.
2. Turner R, Schiavetto A. The cerebellum in schizophrenia: A case of intermittent ataxia and psychosis--clinical, cognitive, and neuroanatomical correlates. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2004;16:400-8.
3. Jacobsen LK, Giedd JN, Berquin PC, et al. Quantitative morphology of the cerebellum and fourth ventricle in childhood-onset schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1663-9.
4. Beltramello A, Mazza C. Spontaneous disappearance of a large middle fossa arachnoid cyst. *Surg Neurol* 1985; 24:181-3.
5. Sommer IE, Smit LM. Congenital supratentorial arachnoidal and giant cysts in children: A clinical study with arguments for a conservative approach. *Childs Nerv Syst* 1997;13:8-12.
6. Lanczik M, Fritze J, Classen W, Ihl R, Maurer K. Schizophrenia-like psychosis associated with an arachnoid cyst visualized by mapping of EEG and P300. *Psychiatry Res* 1989;29:421-3.
7. Scoville WB, Milner B. Loss of recent memory after bilateral hippocampal lesions. 1957. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000;12:103-13.
8. Bahk WM, Pae CU, Chae JH, Jun TY, Kim KS. A case of brief psychosis associated with an arachnoid cyst. *Psychiatry Clin Neurosci* 2002;56:203-5.
9. Sade B, Budur K, Lee DK, Franco K, Lee JH. Major depression with psychosis after resection of a giant middle fossa hemangiopericytoma. *Surg Neurol* 2006;65:290-2.
10. Blackshaw S, Bowen RC. A case of atypical psychosis associated with alexithymia and a left fronto-temporal lesion: Possible correlations. *Can J Psychiatry* 1987;32:688-92.
11. Andermann LF, Savard G, Meencke HJ, McLachlan R, Moshe S, Andermann F. Psychosis after resection of ganglioglioma or DNET: Evidence for an association. *Epilepsia* 1999;40:83-7.
12. Lautenschlager NT, Forstl H. Organic psychosis: Insight into the biology of psychosis. *Curr Psychiatry Rep* 2001;3:319-25.
13. Kanner AM. Recognition of the various expressions of anxiety, psychosis, and aggression in epilepsy. *Epilepsia* 2004;45(Suppl 2):22-7.
14. Galasko D, Kwo-On-Yuen PF, Thal L. Intracranial mass lesions associated with late-onset psychosis and depression. *Psychiatr Clin North Am* 1988;11:151-66.
15. Luiz Marchetti R, de Fatima Horvath Marques A, Kurcgant D, Azevedo D Jr, Kasue Nagahashi Marie S, Correa Vaz de Arruda P. Clinical aspects of epileptic psychosis in Brazil. *Epilepsy Behav* 2003;4:133-41.