

# Psikotik Belirtilerle Giden Atipik Lokalizasyonlu Bir Nörosifilis Olgusu

K. Fatih Yavuz<sup>1</sup>, Sevinç Ulusoy<sup>2</sup>,  
Hakan Selçuk<sup>3</sup>, Hüsnü Erkmən<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Psikiyatrist, <sup>2</sup>Asist. Dr., <sup>4</sup>Doç. Dr., Bakırköy Prof. Dr.  
Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim  
ve Araştırma Hastanesi, 9. Psikiyatri Kliniği,  
İstanbul - Türkiye

<sup>3</sup>Radyolog, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh  
Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul - Türkiye

## ÖZET

Psikotik belirtilerle giden atipik lokalizasyonlu bir nörosifilis olgusu

Sifilisin klinik görünümünden biri olan nörosifilis, hemen hemen tüm psikiyatrik belirti ve bulgularla ortaya çıkabilmektedir. Nörosifilisin nöroradyolojik bulguları, tutulum şekli ve yerine göre çok çeşitli şekillerde olabilmektedir. Bu yazıda psikotik belirtilerle giden, beyin MR görüntülemesinde temporal lob tutulumu tespit edilen ve penisilin tedavisi sonrası kliniği ve radyolojik bulguları düzelen bir nörosifilis olgusu tartışılacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Nörosifilis, psikotik bozukluk, temporal lob

## ABSTRACT

A neurosyphilis case presenting with psychotic symptoms and having an atypical localization

Neurosyphilis, one of the clinical manifestations of syphilis, may emerge with nearly all psychiatric signs and symptoms. Neuroradiological findings of neurosyphilis can appear in many forms according to the pattern and the location of the involvement. In this case report, we are presenting a male patient who had neurosyphilis with temporal lobe involvement, whose clinic presentations and radiological findings recovered after penicillin treatment.

**Key words:** Neurosyphilis, psychotic disorder, temporal lobe

Yazışma adresi / Address reprint requests to:  
Psikiyatrist, K. Fatih Yavuz, Bakırköy Prof. Dr.  
Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 9. Psikiyatri  
Kliniği, İstanbul - Türkiye

Telefon / Phone: +90-212-543-6565/1616

Elektronik posta adresi / E-mail address:  
kfatihyavuz@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt:  
21 Ocak 2011 / January 21, 2011

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
17 Şubat 2011 / February 17, 2011

## GİRİŞ

Sifilis, Treponema pallidum adlı spiroketin neden olduğu kronik bir enfeksiyondur. Tipik olarak cinsel yolla bulaşır, anneden fetusa vertikal geçiş ise bir diğer bulaşma yoludur (1). Kanada'da 1997'de bildirilen sifilis enfeksiyonu hızı 0.4/100.000'in altında iken, bu hız 2004'te 3.5/100.000'e yükselmiştir (2). Bu artışta, eşcinsel erkekler arasında korunmasız cinsel ilişki, yasadışı intravenöz madde kullanımı, eşlik eden HIV enfeksiyonu etkili olmuş gibi görünmektedir (3).

Sifilisin klinik seyri; primer, sekonder, erken latent, geç latent ve tersiyer olmak üzere evrelere ayrılır (4). Primer sifilis, 2-3 haftada iyileşen ağrısız ülserler ile seyrederek. Sekonder sifilis ise sistematik tutulum yapar ve ateş, deri döküntüleri, lenfadenopati, kondiloma lata, mukozal ülserler, santral sinir sistemi değişiklikleri ile karakterizedir (4,5). Spontan rezolüsyondan sonra, serolojik testlerin pozitif, hastanın ise semptomsuz olduğu erken latent evre başlar. Bir yılın sonunda

asemptomatik enfeksiyon, geç latent evre olarak sınıflandırılır (4). Latent dönemin sonunda, tedavi edilmiş olguların yaklaşık %40'ında tersiyer sifilis gelişir (1). Tersiyer sifilis; karaciğer, dalak, kemik ve ciltte fokal inflamatuvar nodüllerle seyreden gommöz sifilis, aortitle seyreden kardiyovasküler sifilis ve nörosifilisi içerir (6).

Bu yazıda, halüsinasyon ve hezeyanlarla seyreden bir psikotik tablo ve atipik radyolojik bulgulara sahip bir nörosifilis olgusu tartışılacaktır.

## OLGU

45 yaşında, erkek, bekar, lise mezunu olan hasta, kardeşleriyle birlikte Yalova'da yaşıyordu. Altı kardeşin dördüncüsü olan hastanın anne ve babası hayatta değildi. Meyve, sebze ve simit satma, kahvehanede garsonluk gibi işlerde çalışmıştı, ancak yaklaşık 10 yıldır çalışmıyordu. Ailesi ve kendisi, çalışmamasının nedeni olarak herhangi bir sebep göstermediler. Askerlik görevini

eksiksiz ve sorunsuz yapmıştı.

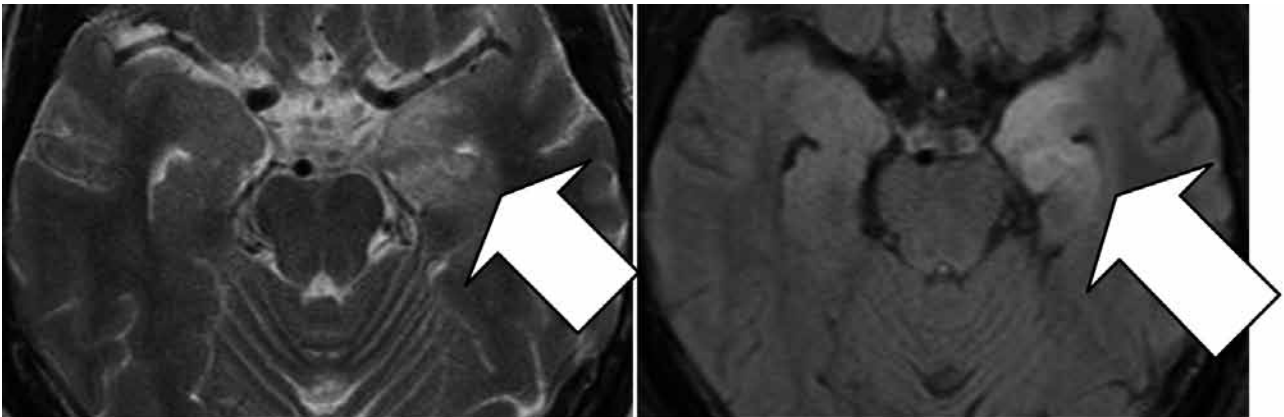
Hastanemiz acil servis polikliniğine 28.06.2010 tarihinde ağabeyi tarafından, korku ve endişe hali, sinirlilik, sıkıntı hissi, uykusuzluk, grip davranışlar yakınmalarıyla getirilen hasta, yakınmaları sorulduğunda, “baş dönmesinin ardından başlayan korku hissi” olduğunu belirtti. Hastadan ve yakınlarından alınan öyküye göre, bu yakınmaları ilk olarak 15 gün önce, baş dönmesi, korku ve endişe hali ile başlamıştı. Sonrasında 6-7 gün süren uykusuzluk, bağırma, çatıya çıkıp oturma, kendini camdan ve çatıdan atacağına dair konuşmaları olan hastanın, son üç gündür kardeşlerine yönelik saldırgan davranışları olmuştu. Hasta bunları yapmak istemediğini, ‘çatıdan atla, şunlara vur’ diyen sesler duyduğunu, birilerinin bunları kendisine zorla yaptırdığını söylemiş. Yalova’da başvurdukları bir doktor tarafından hastaya, mirtazapin 15 mg/gün, pirasetam 1200 mg/gün tedavisi başlanmış. Sinirlilik ve saldırganlığı artan, aşırı korkusu olduğunu, askerler gördüğünü ve bu askerlerin kendisini öldüreceğini ifade eden hasta, hastanemize yönlendirilmişti.

Kliniğimize yatışı yapılan hastanın, fizik muayenesinde anormal bir bulgu saptanmadı. Nörolojik muayenesinde; bilinci açık, koopere, kranial alan intakt, kas gücü tam, serebellar testleri normal, yürüyüşü normaldi. Ruhsal durum muayenesinde; genel durumu iyi, bilinci açık, kooperasyonu kısıtlıydı. Yer-zaman-kişi yönelimi kısmen bozuktu. Yaşından büyük gösteriyordu, özbakımı azalmıştı, uykulu haldeydi. Psikomotor aktivitesi azalmıştı. Spontan konuşması

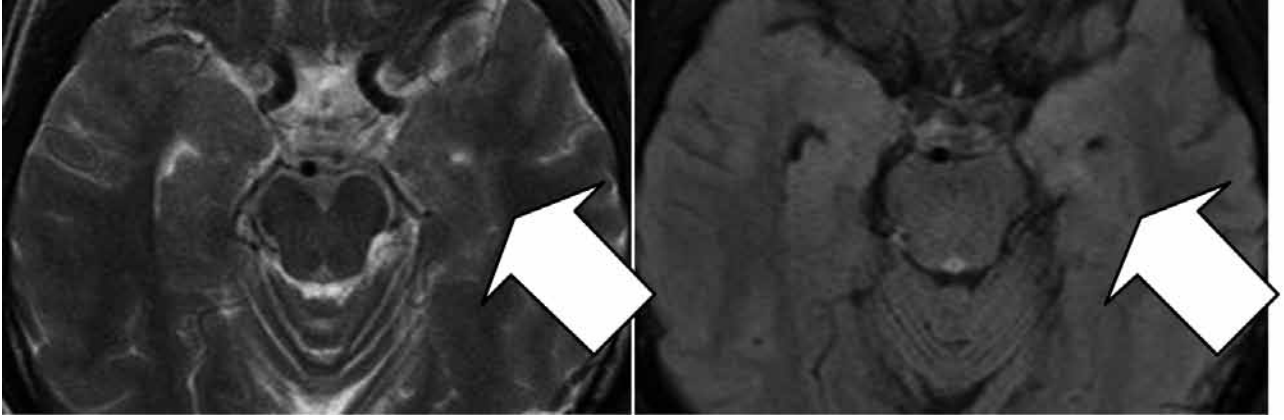
azalmıştı, sözel uyaranlara yanıt verirken bloklar gözleniyordu. Duygulanımı kısıtlı, duygudurumu disforikti. Düşünce akışında çağrışımları dağınıktı, konuşması amacına kısmen ulaşabiliyordu. Düşünce içeriği ayrıntılı olarak sorgulandığında, referans ve perseküsyon hezeyanları bulunan hasta, işitsel ve görsel varsanılar tarifliyordu. Muhakemesi ve soyut düşüncesi bozulmuş, istemli - istemsiz dikkati ve konsantrasyonu azalmıştı, hesap yapma işlevlerinde bozulma olduğu gözleniyordu. İçgörüsü yoktu.

Normal spontan vajinal doğum ile dünyaya gelmiş olan hastanın motor ve mental gelişiminde, ailesi, normal dışı bir özellik tanımlamadı. Daha önce psikiyatrik bir öyküsü bulunmayan hastanın, hastalık öncesinde kendi halinde, içine kapanık biri olduğu öğrenildi. Hastanın soygeçmişinde benzer bir psikopatoloji düşündürülecek özellik tespit edilemedi.

Hastanın daha önce herhangi bir psikiyatrik öyküsü olmaması ve kısa sürede başlayan bir psikotik tablonun bulunması nedeniyle organik etiyolojinin araştırılmasına karar verildi. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde, nontreponemal testler olan VDRL-RPR pozitif, VDRL titrasyon ¼ pozitif saptanan hastanın ayırıcı tanısı için tetkikleri sürdürülürken, mevcut klinik belirtilerine yönelik olarak, şizofreniform bozukluk düşünülerek risperidon 4 mg/gün tedavisi başlandı. Treponemal test olan serum TPHA’nın pozitif saptanması üzerine, hastadan nöroloji konsültasyonu istendi. Yapılan lomber ponksiyonda, BOS VDRL pozitif ve BOS mikroskopisinde 60 lenfosit/mm<sup>3</sup> saptandı. Hastanın EEG’sinde



**Şekil 1: Orta beyin seviyesinden alınan Aksiyel T2 (sol) ve FLAIR (sağ) kesitlerde, sol temporal lob medial bölümünde hipokampus ve parahipokampal yapılarda sinyal artışları görülmekte.**



**Şekil 2: Penisilin tedavisi sonrası kontrol beyin MR görüntülemesinde T2 (sol) ve FLAIR (sağ) kesitlerde, sol temporal lob medial bölümünde hipokampus ve parahipokampal yapılardaki sinyal artışlarında tama yakın regresyon izlendi.**

yaygın bioelektrik aksama hali tespit edildi. Kranial MR’da, diffüzyon ağırlıklı imajlarda akut enfarkla uyumlu görünüm saptanmadı. Kontrastlı kranial MR incelemesinde, orta beyin seviyesinden alınan Aksiyel T2 ve FLAIR imajlarda, sol temporal lob medial bölümünde hipokampus ve parahipokampal yapılarda sinyal artışları izlendi (Şekil 1). Kontrastlı görüntülerde lezyonlarda kontrast tutulumu izlenmedi. MR bulgularının Herpes ensefaliti ile uyumlu olduğu görüldü. Paraneoplastik sendromu dışlamak ve HSV ensefalitini doğrulamak amaçlı yapılan tetkiklerde, tümör belirteçleri negatif; lupus antikoagulanı, ANA, Anti-ds DNA normal sınırlarda; HSV tip 1 ve tip 2 Ig G pozitif, Ig M negatif saptandı.

Sonuçlar topluca değerlendirildiğinde, her ne kadar beyin görüntüleme sonuçları aksini düşündürse de laboratuvar bulguları da göz önüne alınarak, hastaya ‘psikotik belirtilerle giden nörosifilis’ tanısı konuldu. Nöroloji kliniği tarafından 6x4 milyon Ü/gün kristalize penisilin ile 21 gün süreyle tedavisi önerilen hasta, penisilin tedavisinin 13. gününde nörosifilis tedavisinin takibi amacıyla nöroloji kliniğine nakledildi. Risperidon 6 mg/gün tedavisine rağmen, psikotik belirtilerinde belirgin bir düzelme gözlenmedi.

Takip eden günlerde, saldırganlık, sinirlilik, uykusuzluk, korku ve huzursuzluk şikayetleri gerileyen hastanın yapılan ruhsal durum muayenesinde bilinci açık, koopere, yönelimi tamdı. Psikomotor aktivitesi doğal, konuşma hızı ve miktarı normaldi. Duygulanımı hafif

kısıtlı, duygudurumu ötimikti. Çağrışımları düzgün, amaca yöneliyordu. Hezeyan ve işitsel/görsel varsanı tariflemiyordu. Muhakemesi yerinde, soyut düşüncesi yeterliydi. İçgörüsü mevcuttu. Penisilin tedavisi 21 güne tamamlanan ve risperidon 2 mg/gün tedavisi devam eden hasta; kontrol beyin MR görüntülemesinde T2 ve FLAIR kesitlerde sol medial temporal yapılardaki sinyal artışlarında tama yakın regresyon izlenmesi üzerine, klinik düzelme de göz önünde bulundurularak taburcu edildi (Şekil 2). Taburculuk sonrası üç hafta süreyle, haftada bir kez depo penisilin tedavisi alan ve yapılan kontrol BOS incelemesinde 25 lenfosit/mm<sup>3</sup> saptanan hasta, halen ayda bir kez depo penisilin almaktadır. Hastada herhangi bir psikiyatrik belirti ve bulgu saptanmaması üzerine, hastanın risperidon tedavisi 1 mg/gün’e düşürülmüş ve ardından sonlandırılmıştır. Hastanın halihazırda devam eden kontrollerinde herhangi bir psikiyatrik belirti ve bulgu tespit edilmemiştir.

## TARTIŞMA

Sistemik sifilis tanısı serum nontreponemal testler (VDRL, RPR) ve doğrulayıcı treponemal testler (FTA-ABS, TPHA) ile konulurken; nörosifilis tanısı klinik muayene, BOS incelemesi ve multipl cinsel partner, intravenöz uyuşturucu kullanımı, öncesinde sifilis tanısı olması gibi risk faktörlerinin değerlendirilmesi ile konulur (5). Nörosifilis tanısında BOS-VDRL, BOS FTA-ABS kadar sensitif olmamakla birlikte, altın standarttır. BOS

incelemede lenfositik pleositoz, lökositöz ve yüksek protein seviyesi nörosifilis ile uyumludur (7).

Nörosifilis, erken ve geç evrelere ayrılır ve birbirinden farklı, çoklu belirtilerle ortaya çıkabilir; demans, kişilik değişiklikleri, mani, depresyon, psikoz ve deliryum gibi neredeyse tüm psikiyatrik bozuklukları taklit edebilir (8-10). Nörosifilise bağlı psikotik belirtilere duyugudurum belirtilerinden daha nadir rastlanmakla birlikte, psikotik bir tabloda en sık işitsel varsanılar görülmektedir (11). Bizim olgumuzda da, literatürle uyumlu olarak, işitsel ve görsel varsanılar, perseküsyon ve referans fikirlerini içeren psikotik belirtiler ve disforik duyugudurum mevcuttu ve parenteral antibiyotik tedavisinin sonlanmasına yakın bir döneme kadar antipsikotik tedavi uygulanmasına rağmen, psikotik bulgularla belirgin bir gerileme tespit edilemedi.

Roberts ve Emsley (12), Güney Afrika'da psikiyatrik belirtilerle başvuran 21 nörosifilis vakası bildirmiştir. Bu vakalarda, kişilik değişiklikleri, çoğu zaman açıkça belli olmayan hafıza problemleri, psikoz, hostile ve nörolojik belirtiler gibi nörosifilisi düşündürebilecek bir takım bulguların varlığını göstermişler ve buradan hareketle, rutin testlerin nörosifilisin tespit edilmesinde önemli olabileceğine dikkat çekmişlerdir.

Bizim olgumuzun nörolojik muayenesinde, nörolojik tutulumla seyreden bir hastalığı düşündürecek pozitif bulgunun olmaması, eşcinsel ilişki ve intravenöz uyuşturucu madde kullanımı gibi risk faktörlerinin bulunmaması, HIV'in seronegatif olması nedeniyle ilk değerlendirilmede nörosifilisi düşünülmemiştir. Ancak, psikotik bir bozukluk için atipik olan başlangıç yaşı ve hızlı gelişen (15 gün) sendromal tablo, yer-zaman-kişiyoryantasyonunun kısmen bozuk olması göz önüne

alınarak, olası organik etkenlerin araştırılmasına karar verilmiş ve etiolojide nörosifilisin olduğu tespit edilmiştir. Nörosifilis sıklığının son yıllardaki artışı göz önünde bulundurulduğunda, sifilise yönelik tarama testlerinin önemi, bu olgu ile bir kez daha desteklenmektedir.

Nörosifilisin nöroradyolojik bulguları; özgül olmayan beyin atrofi, beyaz madde değişiklikleri ile daha sifilise özgül olan vaskülit ve sfilitik granülomdur (13-17). Nöroradyoloji bulgularıyla klinik görünüm birlikte göz önüne alındığında, nörosifilisteki belirti ve bulguların beyindeki tutulum yeriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Örneğin, bizim olgumuzda da olduğu gibi beyin temporoparyetal tutulumu, daha çok bilişsel yeti kaybı ve psikotik belirtilerle beraber görülmektedir (13,14). Bununla birlikte, olgumuzda tespit edilen temporal lob tutulumu daha çok Herpes simplex ensefalitine veya paraneoplastik limbik ensefalitine özgü bir bulgu olarak bilinmektedir (18,19). Literatürdeki az sayıda vakada ise, benzer bir nörosifilis tutulumu tespit edilmiştir (19-24). Yukarıda da değindiğimiz gibi, nörosifilisi çok çeşitli nöroradyolojik bulgularla ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle, kranial tutulumu olan diğer patolojilerde de, her ne kadar tutulum şekli ve yeri o patolojiye özgü olsa da, nörosifilisi olası etiolojik nedenler arasında düşünülmelidir.

Nörosifilisi, çeşitli psikiyatrik görünümüyle kendini gizleyebilen, bu özelliğiyle de gerekli antibiyotik tedavi rejiminin uygulanmasını engelleyen bir klinik durumdur. Özellikle atipik durumlar ve antipsikotik tedaviye dirençli olgularda nörosifilisin önemli bir etiolojik olasılık olduğu unutulmamalı, koşullar elverdiği ölçüde nontreponemal testler, klinik pratikte rutin tarama testleri arasına alınmalıdır.

## KAYNAKLAR

- Goh BT. Syphilis in adults. *Sex Transm Infect* 2005; 81:448-452.
- Public Health Agency of Canada. 2004 Canadian Sexually Transmitted Infections Surveillance Report. *Can Commun Dis Rep* 2007; 33 (Supp.1):1-69.
- Goldon MR, Marra CM, Holmes KK. Update on syphilis: resurgence of an old problem. *JAMA* 2003; 290:1510-1514.
- LaFond RE, Lukehart SA. Biological basis for syphilis. *Clin Microbiol Rev* 2006; 19:29-49.
- Birnbaum NR, Goldschmidt RH, Buffet WO. Resolving the common clinical dilemmas of syphilis. *Am Fam Physician* 1999; 59:2233-2240.
- Hutto B. Syphilis in clinical psychiatry: a review. *Psychosomatics* 2001; 42:453-460.
- Jaffe HW, Larsen SA, Peters M, Jove DF, Lopez B, Schroeter AL. Tests for treponemal antibody in CSF. *Arch Intern Med* 1978; 138:252-255.

8. Russouw HG, Roberts MC, Emsley RA, Truter R. Psychiatric manifestations and magnetic resonance imaging in HIV-negative neurosyphilis. *Biol Psychiatry* 1997; 41:467-473.
9. Uygur N, Alpay N, Yaman M, Yeşilbursa D, Erçağ M. Üç olgu nedeniyle paralizi jeneral. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 1989; 3:39-40.
10. Alpay N. Nörosifiliz: Bir vaka bildirimi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2007; 20:113-118.
11. Craig M. *Psychological Medicine*. First ed. London: Churchill, 1905.
12. Roberts MC, Emsley RA. Psychiatric manifestations of neurosyphilis. *S Afr Med J* 1992; 82:335-337.
13. Russouw HG, Roberts MC, Emsley RA, Truter R. Psychiatric manifestations and magnetic resonance imaging in HIV-negative neurosyphilis. *Biol Psychiatry* 1997; 41:467-473.
14. Sumich A, Chitnis XA, Fannon DG, O'Ceallaigh S, Doku VC, Falrowicz A, Marshall N, Matthew VM, Potter M, Sharma T. Temporal lobe abnormalities in first-episode psychosis. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1232-1235.
15. Holland BA, Perrett LV, Mills CM. Meningiovascular syphilis: CT and MR findings. *Radiology* 1986; 158:439-442.
16. Tien RD, Gean-Marton AD, Mark AS. Neurosyphilis in HIV carriers: MR findings in six patients. *AJR Am J Roentgenol* 1992; 158:1325-1328.
17. Agrons GA, Han SS, Husson MA, Simeone F. MR imaging of cerebral gumma. *AJNR Am J Neuroradiol* 1991; 12:80-81.
18. Tien RD, Felsberg GJ, Osumi AK. Herpesvirus infections of the CNS: MR findings. *AJR Am J Roentgenol* 1993; 161:167-176.
19. Gultekin SH, Rosenfeld MR, Voltz R, Eichen J, Posner JB, Dalmau J. Paraneoplastic limbic encephalitis: neurological symptoms, immunological findings and tumour association in 50 patients. *Brain* 2000; 123:1481-1494.
20. Bash S, Hathout GM, Cohen S. Mesiotemporal T2-weighted hyperintensity: neurosyphilis mimicking herpes encephalitis. *AJNR Am J Neuroradiol* 2001; 22:314-316.
21. Vieira Santos A, Matias S, Saraiva P, Göulao A. Differential diagnosis of mesiotemporal lesions: case report of neurosyphilis. *Neuroradiology* 2005; 47:664-667.
22. Scheid R, Voltz R, Vetter T, Sabri O, von Cramon DY. Neurosyphilis and paraneoplastic limbic encephalitis: important differential diagnoses. *J Neurol* 2005; 252:1129-1132.
23. Öncel Ç, Erdoğan Ç, Oğuzhanoğlu A, Can İ. Atipik bir nörosifiliz olgusu. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2007; 20:54-58.
24. Szilak I, Marty F, Helft J, Soeiro R. Neurosyphilis presenting as herpes simplex encephalitis. *Clin Infect Dis* 2001; 32:1108-1109.