

Anevrizma Nedeniyle Opere Edilen Hastada Gelişen Organik Kişilik Sendromu: Bir Olgu Sunumu

Pınar Güzel Özdemir¹,
Yavuz Selvi², Adem Aydın²

¹Psikiyatrist, ²Yard. Doç. Dr., Yüzüncü Yıl Üniversitesi,
Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Van - Türkiye

ÖZET

Anevrizma nedeniyle opere edilen hastada gelişen organik kişilik sendromu: Bir olgu sunumu

Birbirinden farklı nedenlerle beynin belirli bir bölgesinin etkilenmesi sonucu kalıcı ve karışık nöropsikiyatrik tablolar görülebilir. Bunlar bazen nörolojik bir defisit olmaksızın, psikiyatrik bir bozukluk olarak karşımıza çıkabilirler.

Bu psikiyatrik bozukluklardan biri de, beyin hasarı gelişmesinin ardından ortaya çıkan "organik kişilik bozukluğu"dur. Affektif instabilite, dürtü kontrol bozukluğu, agresyon, öfke patlamaları, apati veya paranoid düşünceler temel belirtilerdir.

Bu yazıda, sağ medial serebral arterde (MCA) sakküler anevrizma nedeniyle yapılan operasyondan 2 ay sonra, psikiyatrik yakınmaları başlayan ve cerrahi sırasında sağ medial temporal bölgenin muhtemel hasarına bağlı olduğu düşünülen bir olgu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Organik kişilik bozukluğu, anevrizma, beyin hasarı

ABSTRACT

Organic personality disorder after aneurysm surgery: a case report

Complex and persistent neuropsychiatric symptoms may appear due to different causes affecting certain parts of the brain. They may sometimes present as a psychiatric disorder without neurological symptoms.

Organic personality disorder is one of the psychiatric disorder following traumatic brain injury. Affective instability, impulsivity, aggression, apathy or paranoid thoughts are basic symptoms.

In this paper, we report a case with psychiatric symptoms developed 2 months after the middle cerebral artery aneurysm surgery and considered due to the possible damage of the right medial temporal lobe.

Key words: Organic personality disorder, aneurism, brain injury

Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Psikiyatrist Pınar Güzel Özdemir, Yüzüncü Yıl
Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri
Kliniği, Kazım Karabekir Cd. 65200, Van - Türkiye

Telefon / Phone: +90-432-215-0470

Faks / Fax: +90-432-216-7519

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

Geliş tarihi / Date of receipt:
27 Eylül 2011 / September 27, 2011

Kabul tarihi / Date of acceptance:
24 Ekim 2011 / October 24, 2011

GİRİŞ

Nöropsikiyatri alanındaki araştırmalar, ruhsal bozuklukların sebebi ne olursa olsun, beyin işlevlerinde meydana gelen sapma sonucu ortaya çıktığını göstermektedir. İnsan davranışları ve beyin işlevleri arasındaki etkileşimi temel alan çalışmalar ve olgu sunumları birbirinden farklı nedenlerle beynin belirli bir bölgesinin etkilenmesi sonucu oluşan farklı belirti ve bulguların araştırılmasında sayısız ipucu sağlamaktadır (1).

Nöroloji ve beyin cerrahisi kliniklerinde takip ve tedavisi düzenlenen travmatik beyin lezyonları, serebrovasküler hastalıklar, epilepsi, nörodejeneratif hastalıklar, beyin tümörleri, santral sinir sisteminin enfeksiyöz ve enflamatuar hastalıkları gibi organik kaynaklı durumlar birçok farklı şekilde psikiyatrik belirti ve bulgularla

seyredebilmektedir (2). Beyin lezyonlarının özellikle tipik olmayan belirti ve bulgular oluşturması ayırıcı tanısının yapılmasında güçlükler sebep olmaktadır. Psikiyatrik belirtilerle beyin içi lezyonun tipi ve yerleşimi arasında belirlenmiş bir ilişki vardır. Hastada oluşan atipik ve karmaşık psikiyatrik semptomlar, beyin içi lezyonlar açısından araştırmanın derinleştirilmesini zorunlu kılmaktadır (3). Sözü edilen durumlardan biri de genel tıbbi duruma bağlı kişilik değişikliği, bir başka tanımıyla da organik kişilik sendromudur (4).

Yüzyıllar boyunca kafa travmaları kişilik değişikliğinin temel sebebi olarak görülmüştür ve etkilenen bireyler değişime yatkın, saldırgan veya merhametsiz olarak tanımlanmışlardır. Psikiyatrik sınıflandırma sisteminde ise, DSM-III-R bir organik kişilik sendromu tanısı sunmaktaydı ve bu durumu, "kalıcı kişilik rahatsızlığı, belli

bir organik faktöre bağlı olarak yaşam boyu veya daha önceki karakter özelliklerinde değişme ve sapma” şeklinde ifade etmekteydi. Affektif labilite, tekrarlayan agresyon veya şiddet davranışları, belirgin şekilde zayıflamış sosyal değerlendirme, apati veya paranoid düşüncelerin yaygınlığına işaret etmekteydi (5). DSM-IV-TR ise genel tıbbi koşulların sonucu olan çok daha geniş kişilik değişikliği alt tipleri sağlamıştır ki bunlar; labil tip, dezinhibe tip, agresif tip, apatetik tip, paranoid tip, diğer, kombine, belirlenmemiş olarak sınıflandırılmıştır (5).

Kişilik değişikliğine yol açan tıbbi durumlar arasında kafa travması, serebrovasküler hastalıklar, beyin tümörleri, epilepsi, endokrin hastalıklar, multipl skleroz, ensefalit, nörosfiliz gibi enfeksiyonlar, kardiyovasküler hastalıklar ve demansiyel süreçler yer alır (6).

Genel tıbbi bir duruma bağlı kişilik değişikliğinin yaygınlığı hakkında çok az veri vardır. Koponen ve arkadaşları, travmatik beyin hasarı yaşayan 60 hastayı 30 yıl boyunca izlemişler ve bunların %15’inde organik kişilik sendromu geliştiğini bildirmişlerdir (7). Kafa travmasının şiddetiyle organik kişilik sendromunun ortaya çıkması arasında bir ilişki tespit edememişlerdir.

Tanıyı koymak için kişilik değişikliğinin devamlı olması ve bireyin önceki karakter özelliklerinden değişiklik göstermesi gerekmektedir. Ayrıca hastalık öyküsü, fiziki muayene ve laboratuvar bulgularında kişilik değişikliğinin genel tıbbi bir duruma bağlı olduğu yönünde veriler bulunmalıdır. Kişilik değişimi işlevlerde belirgin sıkıntı veya bozulma yaratmalı ve başka bir ruhsal durumla daha iyi açıklanamamalıdır.

Konu ile ilgili önemli bir nokta da, şiddetli kronik hastalıkların, özellikle de bireyin sosyal ve mesleki işlevselliğini ve hareketlerini engellemesi halinde, kişilik değişikliğine sebep olabileceğidir. Ancak, bu değişiklikler tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlı değil, bireyin hastalıkla baş etmede kullandığı karakter özelliklerine bağlıdır. Bu bakımdan kronik ağrı sendromları, demans, deliryum ve madde bağımlılığına bağlı durumlardan ayrılmalıdır (8).

Organik kişilik sendromunun hastadaki klinik görünümü, söz konusu sürecin yapısına ve yerine bağlı olabilir. Bu yazıda, sağ orta serebral arterde (Medial Cerebral Arter; MCA) sakküler anevrizma nedeniyle

opere edilen ve operasyondan 2 ay sonra psikiyatrik yakınmaları başlayan bir olgu sunumu yapılmıştır.

OLGU

Evli, 48 yaşında, sosyoekonomik düzeyi orta olan kadın hasta sinirlilik, huzursuzluk, şüphecilik ve yemek yemeyi reddetme şikâyetleriyle psikiyatri polikliniğine getirildi; ayırıcı tanısının yapılabilmesi ve tedavisinin düzenlenmesi amacıyla kliniğimize yatırıldı.

Öyküsünden, 4 ay önce baş ağrısıyla başvurduğu nöroloji polikliniğinde çekilen beyin manyetik rezonans (MR) görüntülemesi sonucunda, sağ MCA bifurkasyonunda 6x5mm ebatlı sakküler anevrizma tespit edildiği ve beyin cerrahi kliniğinde opere edildiği öğrenildi. Operasyondan yaklaşık 2 ay sonra sinirlilik, huzursuzluk, yakınlarından şüphelenme ve iştahsızlık şikâyetleri başlayan hastanın son günlerde huzursuzluğunun arttığı, yakınlarına küfrettiği ve yemek yemeyi reddettiği beyan edildi. Ailesi, hastanın bu dönemlerde çok değiştiğini, önceden samimi, uysal ve güler yüzlü bir kadinken, operasyondan sonra şüpheli, sinirli ve talepkar biri olduğunu ifade etti. Özgeçmişinde yalnızca hipertansiyon öyküsü vardı, antihipertansif kullanıyordu ve ailede ruhsal hastalık öyküsü yoktu.

Ruhsal durum muayenesinde, bilinci açık, koopereydi ve yönelimi tamdı. Kendine bakımı azalmıştı, fiziksel yaşında görünmekteydi, göz ilişkisi kısmen kuruyordu ve sorulara amaca yönelik cevap vermekte güçlük çekiyordu. Çağrışımları hızlı, konuşmada ses tonu artan bir şekilde zaman zaman öfkeli, duygulanımı oynak ve uygunsuzdu. Düşünce içeriğinde ailesine karşı perseküsyon düşünceleri vardı. Psikomotor aktivitede huzursuzluk ve ajitasyon mevcuttu. Hastalığına yönelik iç görüşü yoktu. Hasta, özellikle yakınlarına yönelik düşmanca davranışlar içerisindeydi. Yemeğine zehir konulduğu şeklindeki düşünceleri nedeniyle gıda reddi mevcuttu ve bu nedenlerle psikiyatri kliniğine yatırıldı.

Nörolojik muayenesinde, tam kan ve biyokimya gibi laboratuvar tetkiklerinde ve ateş nabız, tansiyon gibi bulgularında önemli bir patoloji saptanmadı. Çekilen elektroensefalografi sonucunda, disritmik zemin aktivitesi üzerinde sağ temporookspital bölgede biyoelektriksel aksama mevcuttu. Beyin MR’ı sonucunda, sağ

MCA bölgesinde metalik artefakt (anevrizma klipsi) mevcuttu ve sağ lateral ventrikül temporal hornu (boy-nuzu) asimetric dilate ve sağ amigdala ve parahipokampal girus hafif atrofik olarak izlenmekteydi.

Hastaya tedavide risperidon 2 mg/gün ve lorazepam 2 mg/gün başlandı. Ardından antipsikotik dozu risperidon 4 mg/gün şeklinde ayarlandı. Takiplerinde hastanın ajitasyon ve agresyonlarının azalması, gıda reddinin kaybolması ve ailesine karşı persekütuar düşüncelerinin kaybolması üzerine kısmi iyilik haliyle taburcu edildi.

TARTIŞMA

Organik kişilik bozukluğu, frontal ve temporal lob hasarlarında görülebilen bir klinik tablodur (9). Frontal loblar davranışın planlanması ve düzenlenmesi ile ilgilidir, lezyon varlığı halinde sosyal değerlendirme bozulur. Lezyonun frontal lobdaki yerleşimine göre semptomlarda çeşitlilik görülür. Örneğin, frontobaziler ve prefrontal korteks bölgelerde oluşan lezyon sonucunda yargılama yetisinde kayıp, disinhibisyon, saldırganlık, öfori belirtileri gözlenirken; dorsolateral bölge lezyonlarında apati ve mental işlevlerde yavaşlama görülür (10). Temporal loblardaki lezyonlar belleği, duygusal tepkileri ve olayların yorumlanmasını etkiler. Temporal lobun iritatif lezyonlarına bağlı nöbetlerde duygusal, psikik, otonomik belirtiler gözlenir (11). Subaraknoid kanama sonrasında da organik kişilik sendromunu anımsatan kişilik değişiklikleri bildirilmiştir. Örneğin, anterior komunikan arter anevrizması sonrasında ilgide azalma, insiyatif kaybı, iritabilite, dizinhibisyon gibi kişilik değişiklikleri gelişebilmektedir (6,11).

Kişilik değişikliğine yol açan nörolojik ve diğer genel tıbbi durumlar arasında travma, neoplazi, epilepsi, ensefalit, serebrovasküler hastalık, Huntington hastalığı, enfeksiyöz, endokrin ve otoimmün hastalıklar sayılabilir (4). Eşlik eden fiziki muayene bulguları, laboratuvar bulguları ve başlangıç biçimleri, olaya katılan nörolojik ya da genel tıbbi durumun özelliklerini yansıtır.

MCA, intrakranial anevrizmaların sık görüldüğü bir bölgedir. Bu anevrizmalar en sık MCA'nın ana bifurkasyon noktasında yerleşir. MCA anevrizmalarının kendilerine has anatomik ve hemodinamik özellikleri tedavilerini zorlaştırmaktadır. Anevrizmaların çoğu rüptüre

oluncaya kadar asemptomatiktir ve semptomatik olduklarında anlamlı mortalite ve morbiditeyle beraberdir (12). Mikrocerrahi kliplleme, tedavide uygulanacak etkili yöntemdir. Bu olguda anevrizmanın hemoraji olmadan fark edilmesi büyük bir şanstır, ancak cerrahi yöntem sırasında klips yerleşimi ile o bölge hasara uğrayabilmektedir. Nitekim, medial serebral arterin bifurkasyonunda anevrizmanın bulunması bu bölgede bulunan insula ve medial temporal alanların hasara uğramış olabileceğini bize göstermektedir.

Olgumuza, operasyon sonrası görülen topluma uygunsuz davranışlar, premorbid yapısıyla uyumsuz kişilik özellikleri, öfke nöbetleri, nedensiz agresyon, duygulanımda oynaklık, paranoid düşünce içeriği ve bunların genel tıbbi bir duruma bağlanması, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanmaması sebebiyle, "genel tıbbi duruma bağlı kişilik değişikliği," yani DSM-III'deki adıyla organik kişilik sendromu tanısı konulmuştur. DSM-IV-TR'ye göre, baskın olan özelliğine göre sekiz alt tipten biri düşünüldüğünde, paranoid tipin daha baskın olduğu görülmektedir.

Ayrıncı tanıya bakıldığında, olgumuzun genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk, duygudurum bozukluğu, deliryum ve demanstan ayrılması gerekmektedir. Genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozuklukta sanrı, varsanı ya da her ikisinin birlikte bulunması ve bunların genel tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlı olması gerekmektedir (8). Olgumuzda varsanılırların olmaması, özellikle yakınlarına karşı olan şüphenin ise sanrı boyutunda olmaması ve gerçeği değerlendirme yetisinin kaybolmaması nedeniyle bu tanıdan uzaklaşmıştır.

Genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğunda ise bir genel tıbbi durumun doğrudan psikolojik ürünü olan depresif, manik ya da karma halde kendini gösteren duygudurum dönemleri olmalıdır. Olgumuzda duygudurum bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayabilecek belirti ve bulgular bulunmamaktadır ve durumdaki değişiklik, dönemler halinde değildir. Ayrıca, olguda bilişsel bozulmaların olmaması, davranış ve kişilik değişiminin bulunması demans ve deliryumdan ayırımında önemlidir (8).

Organik kişilik bozukluğunun standardize edilmiş bir tedavisi henüz yoktur (13). Ancak öfke patlamaları, dürtü-kontrol bozuklukları, ajitasyonlar ve psikotik

belirtiler antipsikotiklerle kontrol altına alınabilir. Nitekim, olgumuzda da tedavi antipsikotik ilaçlarla mümkün olmuştur ve hastanın agresyonu, paranoid düşünceleri ve gıda reddi böylece kontrol altına alınmıştır. Bunun dışında, duygudurum düzenleyiciler, anti-convülsanlar veya bazen antidepresanlar yararlı olabilir.

Sonuç olarak, beyinde sakküler anevrizma nedeniyle opere edilen ve frontalden çok temporal bölgede hasar

gelişen bir hastada genel tıbbi duruma bağlı kişilik değişimi tartışılmıştır. Literatürde farklı psikiyatrik ve nörolojik tablolara neden olan birçok frontal lob sendromu olguları bildirilmiştir, ancak temporal lobda hasara bağlı kişilik değişiklikleri nadirdir (14). Bu sebeple psikiyatri, nöroşirurji ve nöroloji tıp dallarını yakından ilgilendiren bu gibi olgularda, multidisipliner yaklaşım ve doğru tedavi planı oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

- Gürsu AH, Öncü F, Karadağ F. Frontal lobe syndrome: two case reports. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004; 5:179-187.
- Jorge R, Robinson RG. Mood disorders following traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation* 2002; 17:311-324.
- Selvi Y, Aydın A, Beşiroğlu L. Atypical psychiatric symptoms associated with left temporal lesion: two cases. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2010; 20:329-333.
- Franulic A, Horta E, Maturana R. Organic personality disorder after traumatic brain injury: cognitive, anatomic and psychosocial factors: a 6 month follow-up. *Brain Inj* 2000; 14:431-439.
- Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM-IV-TR. 4. Baskı. Köroğlu E (çeviri editörü). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007.
- Tatlıdil E, Yılmaz A, Kumbasar H. Genel bir tıbbi duruma bağlı kişilik değişikliği. *Türkiye Klinikleri Dahili Bilimler Dergisi* 2007; 3:76-81.
- Koponen S, Taiminen T, Portin R, Himanen L, Isoniemi H, Heinonen H, Hinkka S, Tenovu O. Axis I and II psychiatric disorders after traumatic brain injury: a 30-Year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1315-1321.
- Saddock BJ, Saddock VA. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.) 8. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi, 2007.
- Mesulam M. *Principles of Behavioral Neurology*. Philadelphia: Davis Company, 2000; 44-49.
- Duffy JD, Campbell JJ. The regional prefrontal syndromes: a theoretical and clinical overview. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1994; 6:379-387.
- Simons JS, Spiers HJ. Prefrontal and medial temporal lobe interactions in long-term memory. *Nature Rev Neurosci* 2003; 4:637-648.
- Dashtı R, Lehecka M, Rinne J, Romani R, Kivisaari R, Niemela M, Hernesniemi J. Orta serebral arter anevrizmalarının cerrahi tedavisi. *Türkiye Klinikleri Nöroşirurji Özel Sayısı* 2009; 2:39-49.
- Warden DL, Gordon B, McAllister TW, Silver JM, Barth JT, Bruns J, Drake A, Gentry T, Jagoda A, Katz DI, Kraus J, Labbate LA, Ryan LM, Sparling MB, Walters B, Whyte J, Zapata A, Zitnay G: guidelines for the pharmacologic treatment of neurobehavioral sequelae of traumatic brain injury. *J Neurotrauma* 2006; 23:1468-1501.
- Cansel N, Yalçın F, Savaş AH, Özovacı A, Selek S. Büyüsel düşüncenin eşlik ettiği frontal lob sendromu: Olgu sunumu. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2008; 18:309-312.