

fraction of the fusiform and calcarine regions: Agitated delirium and hemianopia. Trans Am Neurol Assco, 92: 85-89, 1962
7- Hillbom ME, Kangasaho M, Hjelm-Jager M.

Platelet aggregation and thromboxana B2 formation after ethanol abuse: Is there a relationship to stroke? Acta Neurol Scand, 70: 432-437, 1984

ORGANİK AKIL BOZUKLUKLARINDA B.B.T. (6 OLGU)

Dr. Musa TOSUN*, Doç. Dr. Oğuz ARKONAÇ**, Dr. Sabire YILDIRIM***, Dr. Feza TOKER****, Dr. Bülent DEMİRBEK*****

ÖZET

Bu yazıda, psikiyatrik semptomatolojinin ön planda gözüktüğü klinik tablolarla hastanemize başvuran ve sistematik psikiyatrik muayane ve B.B.T. tetkiki ile subdural hematoma, serebral infarkt ve serebral kalsifikasyon ve atrofi tesbit edilen 6 olgu sunulmakta ve B.B.T.'nin teşhis ve tedavideki önemi vurgulanmaktadır.

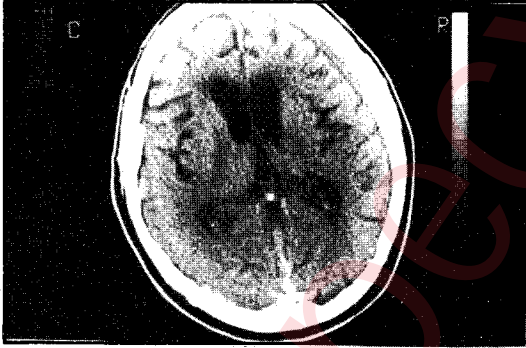
SUMMARY

This article presents six cases, all of which came to the outpatient departement with complai-

bozukluklarının klinik tabloya eşlik etmesi halinde, aşikar nörolojik veya fizik bozukluklar tesbit edilemese bile, organizite üzerinde durulması ve bu açıdan ileri tetkiklerin yapılması gerek tanı ve tedavi, gerekse prognoz açısından çok önemlidir. (1, 3, 4)

Psikiyatrik değerlendirmede son yıllarda uygulamaya giren B.B.T. organizite açısından oldukça yeterli ve faydalı bilgiler sağlamaktadır.

Bu yazıda, psikiyatrik belirtilerin ön planda gözüktüğü klinik tablolarla hastaneye getirilen ve bilişimsel işlev bozukluklarına rastlanması veya psikiyatrik belirtilerin atipik özellikler ya da seyir göstermesi sebebiyle, organizite araştırmalarına



Resim: 1



Resim: 2

ning of psychiatric symptoms and upon the systematic psychiatric examination and CAT study turned out to be cases of subdural hematoma, cerebral infarction, cerebral calcification and atrophy.

GİRİŞ

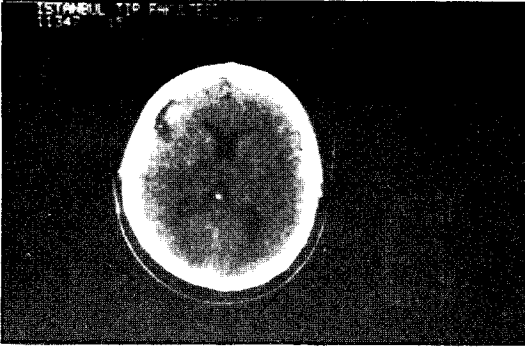
Psikiyatrik belirtilerin hakim olduğu klinik tablolarla hastaneye getirilen hastalarda, psikiyatrik belirtilerin veya klinik seyrin atipik özellikler göstermesi ve özellikle bilişimsel (kognitif) işlev

ağrılık verilerek, B.B.T. ile, subdural hematoma tesbit edilen 3 olgu, serebral enfarkt tesbit edilen 2 olgu ve serebral kalsifikasyon ve atrofi tesbit edilen 1 olgu olmak üzere toplam 6 olgu kısaca sunulularak müşterek özellikleri açısından tartışılmakta ve bu gibi olgularda organizite araştırmaları ve B.B.T.'nin önemi vurgulanmaktadır.

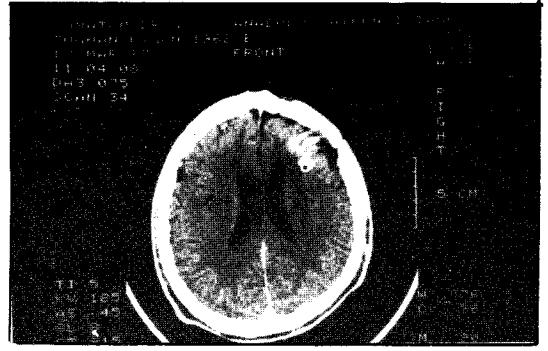
OLGU 1

N.S. 54 yaşında, evli 2 çocuklu, okuma yaz-

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 2. Psk. Birimi Başasistanı, ** Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 2. Psk. Birimi Şefi, *** S.S.K. İstanbul Hastanesi Nöroloji Kliniği Asistanı, **** Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 2. Psk. Birimi Asistanı, ***** Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 2. Psk. Birimi Asistanı



Resim: 3 a



Resim: 3 b

ması olmayan ev hanımı. Prot. No: 986/7812

Bir yıl öncesine kadar herhangi bir şikayeti olmayan ve günlük işlerini aksatmadan yürüten hastada, hastanemize müracaatından bir yıl kadar önce, unutkanlık, ocağa koyduğu yemeği unutup gitme gibi günlük işlerde aksaklıklar, yerli yersiz evden çıkıp gitmeler, ağlama ve uykusuzluk başlamış. İki ay kadar sonra bir psikiyatri hastanesinde yatarak tetkik ve tedavi görmüş ve iki aylık tedaviden sonra Demans + Hipertansiyon + Diabetes mellitus teşhisleri ile ve haliyle taburcu edilmiş. Taburculuğundan sonra şikayetleri giderek artan ve kişisel temizlik ve bakımı dahi yapamaz hale gelen hasta, unutkanlık, kendini bilememe, konuşmasının anlaşılmasını, yerli yersiz evden çıkıp gitme, idrar ve gaitasını rastgele yerlere yapma ve sebepsiz ağlama ve gülmeleri gibi şikayetlerle hastanemize getirilmesi üzerine 29.9.1987 tarihinde tetkik ve tedavi için yatırılmıştır.

Daha önce herhangi bir hastalık, kaza veya travma geçirmediği ifade edilen hastada, T.A. 160/90 mm Hg, Nabız 84/dk., Ateş 36.5o C olarak bulunmuş ve dahili sistem muayenelerinde bir patoloji tesbit edilememiştir.

Nörolojik muayenede: Früst merkezi fasial paralizisi bulguları, motor afazi, idrar ve gaita kontrol bozukluğu, spastik ağlama ve gülmeleri ve bradikinezi, bradimimi ve genel rigidite gibi EPS bulguları tesbit edilmiştir.

Psikiyatrik muayene ve gözlemi sonucunda: Yönelimin kişiye tam çevreye yeterli olduğu, intellektüel ve bilişimsel işlevlerin kişisel temizlik ve bakımı dahi yapamayacak düzeyde ağır bir yıkılma gösterdiği ve hastanın klinik tablosunun DSM-III'e göre "Demans" klinik tanı ölçütlerine uyduğu tesbit edilmiştir.

Laboratuvar tetkiklerinde: Bender organizite testinde, organizite lehine bulgular tesbit edilmiş, EEG normal sınırlarda kabul edilmiş, Kraniyografi, Akciğer grafisi, EKG, rutin kan tetkikleri, idrar tahlili, KCFT, Troid tetkikleri normal bulunmuş ve Sifiliz testleri (VDRL, Kolmer) menfi bulunmuştur.

B.B.T.: Sağ fronto-temporo-parietal yerleşimli kalsifiye kronik subdural hematoma tesbit edilmiştir. (Resim 1)

Semptomatolojik tedaviye başlanan ve başlangıçta 160/90 mm Hg olan kan basıncı, az tuzlu diyet ve Regroton (1x1), Triamteril (haftada 2 kapsül) tedavisi ile 120/80 mm Hg seviyesinde regüle edilmiş olan hastanın daha önce yattığı hastanede konulmuş olan Diabetes mellitus tanısı, tekrarlanan tetkiklere rağmen tarafımızca doğrulanamamıştır.

Organik akıl bozukluğu (demans), kronik subdural hematoma ve hipertansiyon teşhisleri ile hastanemiz nöroşirürji kliniğine sevk edilen ve 3.2.1987 tarihinde hematoma total kapsülünün subtotal çıkarılması ameliyatı uygulanan hasta 13.2.1987 tarihinde taburcu edilerek tekrar servisimize iade edilmiştir.

Ameliyat sonrası psikiyatrik değerlendirme ve son durum muayenesinde, klinik tablonun bariz bir değişiklik göstermediği ve St. Lois Klinik Demans Derecelendirme ölçeğine göre, ağır demans tablosunun aynen devam ettiği tesbit edilmiştir.

OLGU 2

K.Y. 45 yaşında, evli 3 çocuklu, okuma yazması olmayan ev hanımı. Prot. No: 987/1070.

Beş ay öncesine kadar herhangi bir şikayeti olmayan ve günlük işlerini ve çocuklarının bakımını aksatmadan yürüten hastada, hastanemize müracaatından yaklaşık 5 ay önce aniden bayılma nöbetleri başlamış. Bayılmaları grand mal epilepsi nöbetleri şeklinde 2 ay içinde dört defa ortaya çıkan ve son üç aydır bayılması olmayan hastanın ilk bayılmasından hemen sonra akli durumunda bozulma başlamış. Sürekli olarak konuşup geziniyor, eşyalan devirip kınıyor, sebepsiz yere çocuklarını dövüyor, kapıları çarpıyor, hiçbir iş yapmıyor. İdrar ve gaitasını yerli yersiz yapıyor ve kendi temizlik ve bakımını dahi yapamamış. Daha önce herhangi bir hastane veya doktora götürülmeyen hasta bu şikayetlerle hastanemize getirilmesi üzerine 6.2.199 tarihinde tetkik ve

tedavi için yatırılmıştır.

Bel kemiğindeki abse sebebiyle 20 yıl önce ilaçla tedavi gördüğü ve bu rahatsızlığının hafif bir kamburluk bırakarak iyileştiği, başka herhangi bir hastalık, kaza veya travma geçirmediği öğrenilen hastada T.A. 110/70 mm Hg, Nabız 92/dk, Ateş 36.5 C olarak bulunmuş, hafif kifoz hali dışında sistem muayenelerinde patoloji bulunamamıştır.

Nörolojik muayenede: Anamnezdeki epilepsi nöbetleri dışında KVR'nin dört ekstremitede hiperaktif olduğu, taban derisi refleksinin bilateral dorsal fleksiyon verdiği ve idrar ve gaita kontrolünde bozukluk bulunduğu tesbit edilmiştir.

Psikiyatrik muayene ve gözlemi sonucunda: Yatışında mevcut olan deliryum tablosu yapılan tedavi ile 5 gün içinde kaybolmuş ve bundan sonra yapılan psikiyatrik muayene ve gözlem sonucunda, yöneliminin kişiye tam çevreye yeteri olduğu, bilişimsel ve intellektüel işlevlerin kişisel bakım ve temizliğini dahi yapamayacak düzeyde ağır bir yıkılma gösterdiği ve hastanın klinik tablosunun, DSM-III ölçütlerine göre, "Demans" klinik tanı ölçütlerine uyduğu tesbit edilmiştir.

Laboratuvar tetkiklerde: Hemogram, Üre, AKŞ, Lökosit formülü, kanama pıhtılaşma zamanı normal, sedimentasyon yüksek (80-116) bulunmuştur. Transaminazlarda hafif bir yükselme tesbit edilmiştir. (SGOT: 57 Ü. SGPT: 36 Ü) Alkali fosfataz hafif yüksek (84 Ü.) asit fosfataz normal (7 Ü) bulunmuştur. Kraniyografi ve akciğer grafisi normal bulunmuştur.

B.B.T.: Bifronto-temporal higroma ve sol oksipito-temporo-pariyetal subdural hematoma tesbit edilmiştir. (Resim 2)

Hastanın yatışının ilk günlerinde mevcut olan deliryum tablosu Epdantoin (3x1) ve Diazem 5 mg (3x2) tedavisi ile beş gün içinde tamamen kaybolmuş, 10.6.1987 tarihinde yaptırılan B.B.T.'den sonra nöroşirürji kliniği ile konsültasyona gidilmiş ve ameliyatı planlanmıştır.

Organik Akıl Bozukluğu (Demans), Bifronto-temporal higroma + Sol oksipito-temporo-pariyetal subdural hematoma ve epilepsi tanısı ile nöroşirürji kliniğine sevk edilen hastaya 26.2.1987 tarihinde higroma ve hematomun boşaltılması ameliyatı uygulanmış ve 4.3.1987 tarihinde taburcu edilerek tekrar servisimize iade edilmiştir.

Ameliyat sonrası psikiyatrik değerlendirme ve son durum muayenesinde, hasta ile daha iyi bir verbal iletişim kurulabildiği görülmekle beraber, klinik tablonun bariz bir değişikliği göstermediği ve St. Lois Klinik Demans Derecelendirme ölçeğine göre, ağır demans tablosunun aynen devam ettiği tesbit edilmiştir. Hasta 9.4.1987 tarihinde yakınlarına gerekli tavsiyelerde bulunularak taburcu edilmiştir.

T.U. 24 yaşında, bekar, lise mezunu, boşta gezer erkek. Prot. No: 987/1549.

Lise son sınıfa kadar başarılı bir öğrenci iken, lise son sınıfta okuduğu 1981 yılında sıkıntı, huzursuzluk, uykusuzluk, yersiz gülmeler ve gerçeği değerlendirmede bozukluk ile başlayan, daha sonra varılan, düşünce bozuklukları ve ani saldırı-ganlık nöbetleri gibi belirtilerle seyreden hastalığı sebebiyle, bir üniversite psikiyatri kliniğinde 2 defa, bir özel psikiyatri hastanesinde bir defa ve hastanemizde bir defa olmak üzere "şizofreni" teşhisi ile dört defa yatarak ve ayrıca çeşitli özel doktorlarca ayaktan tedavi edilmiş ve verilen hemen her nöroleptikle aşırı EPS belirtileri ortaya çıkıyormuş. Hastanemize 2. yatışı sırasında "Atipik psikoz" teşhisi ile tetkik ve tedavisine devam olunurken 15.5.1985 tarihinde yaptırılan B.B.T. tetkikinde, sağ frontal bölgede kortekse yakın, spontan hiperdens, enjeksiyonla değişiklik göstermeyen (91 HÜ) bir lezyon ve etrafında fokal atrofi tesbit edilerek Sturge-Weber Hastalığı ön tanısı ile hastanemiz nöroşirürji kliniğine sevk edilmiş. 13.6.1985 tarihinde ameliyat edilen hastanın subtotal olarak çıkarılan "kistik oluşumunun" patolojik anatomik tetkikinde "eski organize subdural hematoma" olduğu tesbit edilmiş (Resim 3 a). Ameliyatından sonra Tegretol ve Diazem verilerek taburcu edilen hasta 9.5.1986-27.6.1986 tarihleri arasında hastanemizde 3. defa yatarak tetkik ve tedavi görmüş. Aynı tedavi düzenlenerek taburcu edilen ve daha sonra annesine saldırıp yüzünü yaralaması, kulağına sesler gelmesi, gözüne çeşitli hayaller görünmesi ve annesiyle dayısının ilişkisi olduğunu iddia etmesi gibi şikayetlerle, polis nezaretinde getirilmesi üzerine 20.2.1987 tarihinde tetkik ve tedavi için hastanemize yatırılmıştır.

İlkokul 3. sınıfta öğretmeninin attığı tokat sonucunda düşerek başını sıraya çarptığı ancak bilinç kaybı olmadığı, bu olay dışında herhangi bir hastalık, kaza veya travma geçirmediği öğrenilen hastada T.A. 110/60 mm HG, Nabız 88/dk, ateş 36.5 C olarak bulunmuş, dahili sistem muayeneleri ve nörolojik muayenede herhangi bir patoloji tesbit edilememiştir.

Psikiyatrik muayene ve gözlemi sonucunda, izhar hafızası ve yoğunlaşma bozukluğu şeklinde bilişimsel işlev bozuklukları gösteren hastanın klinik tablosunun, DSM-III'e göre "Organik Akıl Bozukluğu (Hallüsinosis)" klinik tanı ölçütlerine uyduğu tesbit edilmiştir.

Laboratuvar tetkiklerde: Rutin kan tetkikleri normal bulunmuş, B.B.T.'de: Sağ fronto-pariyetalde kraniyotomi defekti, fokal atrofi ve parankimal kalsifikasyonlar tesbit edilmiştir. (Resim 3 b)

Organik Akıl Bozukluğu (Hallüsinosis) ve fokal serebral atrofi tanısıyla halen Haleperidol 40 mg/gün, Biperiden 6 mg/gün ve Diazepam 10 mg/

gün şeklinde tedavisine devam olunmaktadır.

OLGU 4

Z.K. 68 yaşında, dul, 3 çocuklu, okuma yazması olmayan ev hanımı. Prot. No: 987/1949.

Dört yıl önce, alt katta oturan komşularının, evine aşağıdan yukarı zehir sıkarak ve kendi ifadesi ile "anarşist hırs" yaparak kendisini zehirlediklerini iddia etmeye başlamış. Paket paket haplarla kendisini zehirlenmek isteyen bu 'anarşist kız' komşularından kurtulmak için balkona çıkıp bağırması üzerine bir üniversite psikiyatri kliniğine götürülmüş ve orada 1.5 ay yatarak "Paranoid bozukluk" teşhisi ile tetkik ve tedavi görmüş. Daha sonra zaman zaman nükseden şikayetleri sebebiyle çeşitli özel doktorlarca ayaktan tedavi edilmiş. Son 4-5 aydır durumu iyi olan ve 10-15 gün kadar önce tekrar başlayan uykusuzluk, çeşitli bedensel yakınmalar ve zehirlendiğine dair iddialar sebebiyle hastanemize getirilen hasta 9.3.1987 tarihinde tetkik ve tedavi için yatırılmıştır.

Öz geçmişinde belirli bir özellik bulunmayan hastada T.A. 120/80 mm/Hg, nabız 88/dk, ateş 36.5 C olarak bulunmuş, hafif anemik görünümü sebebiyle yapılan iç hastalıklar konsültasyonunda Pernisiyöz anemi düşünülmüş, nöroloji ve jinekoloji konsültasyonlarında herhangi bir patoloji bulunamamıştır.

Psikiyatrik muayene ve gözlemi sonucunda, izhar hafızası bozukluğu, iyi sistematize olmamış paranoid hezeyanlar ve çeşitli bedensel yakınmalar dışında psikopatolojik bulgu tesbit edilememiştir.

Psikomatrik incelemede: Wais IQ: 70, Bender: Organisite bulguları, Benton: Benzerlikleri ve farklılığı idrak etmiyor ve testi almıyor, sonuç olarak organisite yönünden ileri tetkiki uygundur.

Kan tetkiklerinde, hafif anemi bulguları (Eritrosit: 3470000, Hb: % 70, Hematokrit: % 35) ve sedimentasyon yüksekliği (54-82) dışında bozukluk bulunamamıştır.

Kraniyografi normal bulunmuş. Akciğer grafisinde şüpheli hiler kitle ve enfiltrasyon imajları tesbit edilmiştir.

B.B.T.: Sol putaminal kalsifikasyon ve kortikal komponenti hakim kortiko-subkortikal atrofi tesbit edilmiştir. (Resim 4)

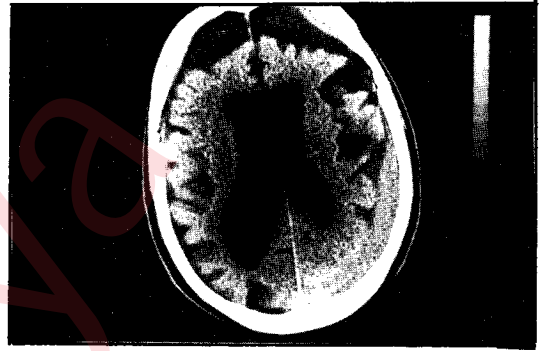
Organik Akıl Bozukluğu (Hezeyanlı Sendrom) ve sol putaminal kalsifikasyon + kortiko-subkortikal atrofi tanısı ile nöroleptik (Haloperidol 15 mg/gün, Biperiden 4 mg/gün) tedaviye alınan ve pernisiyöz anemisi Vitamen B12 ve multibl megadoz vitamin tedavisi ile düzelen hastanın akciğer grafisindeki şüpheli lezyonları sebebiyle Yedikule Göğüs Hastanesi ile konsültasyon yapılmış ve öneriler nonspesifik (antibiyotik) tedavi uygulandıktan sonra balgamda sitolojik tetkik için gerekli önerilerde bulunulmuş ve hasta psikiyatrik

açıdan salah ile 9.4.1987 tarihinde taburcu edilmiştir.

OLGU 5

H.A. 59 yaşında, evli 4 çocuklu, okuma yazması olmayan ev hanımı. Prot. No: 987/2284.

Daha önce hiçbir şikayeti olmayan hastada, üç ay önce aniden konuşamama, şaşkınlık, kendini bilememe, iş yapamama, kendi kafasına odunla vurma ve çevreye saldırganlık başlamış. Düzce Devlet Hastanesi'nde 20 gün yatarak tetkik ve tedavi görmüş. Bir ay önce hastanemiz nöroloji polikliniğine getirilmiş ve ayaktan tedavi (antiagregan) düzenlenmiş. Belirli bir düzelme olmaması ve bilhassa şaşkınlık ve saldırganlığının artması üzerine hastanemize getirilen hasta 30.3.1987 tarihinde tetkik ve tedavi için yatırılmıştır.



Resim: 4

Öz geçmişinde bir özellik bulunamayan hastada, T.A. 100/60 mm/Hg, nabız: 100/dk. ve ateş 37 C olarak bulunmuş, dahili sistem muayenelerinde bir patoloji tesbit edilememiştir.

Nörolojik muayenede: Sensoriyel ve motor afazi, ileri derecede dizartrik konuşma, dört ekstremitede rigidite tarzında tonüs artması ve idrar ve gaita kontrolünde bozukluk tesbit edilmiştir.

Psikiyatrik muayene ve gözlemi sonucunda, yönelimi bozuk olan hastanın, negativizm, korku ve panik halinin eşlik ettiği bir deliryum tablosu içinde olduğu tesbit edilmiştir.

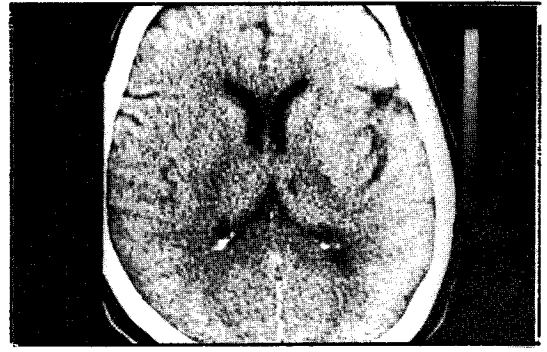
Laboratuvar tetkiklerde: Kan tetkikleri normal bulunmuş, kraniyografi ve akciğer grafisinde bir patoloji tesbit edilememiş, Troid bezindeki hiperplazi sebebiyle troid hormonlarına bakılmış ve hipertroidi bulguları tesbit edilmiştir. T4: 13.35 mg/dl (Normali 4.5-12), Free Thiroxin İndex: 16.28 (Normali 5-12).

B.B.T.: Sol MCA yüzeyel sulama alanında infarkt (Resim 5) tesbit edilmiştir.

B.B.T. sonucunun alınmasından sonra tekrar nörolojik konsültasyonu yapılan hasta, 27.3.1987 tarihinde yatırılmak üzere nöroloji kliniğine sevk



Resim: 5



Resim: 6

edilmiş ve yatırılarak tetkik ve tedavisinden sonra 30.3.1987 tarihinde servisimize iade edilmiştir. Nöroloji kliniğine sevkinden önce deliryum tablosu sebebiyle Diazepam 30 mg/gün ve sıvı ve vitamin tedavisine alınmış olan hastanın nöroloji kliniğinden döndükten sonra henüz deliryum tablosunun tamamen düzelmediği görülmüş, nöroloji kliniğince düzenlenen Drisentin (3x1) ve Aspirin (3x1/2) tedavisine ilaveten Haloperidol 30 mg/gün, Biperiden 10 mg/gün İM ve Propycil 150 mg/gün oral olarak tatbik edilmiştir. Uygulanan tedavi ile negativizmi çözülen ve ağızdan beslenmeye başlayan hasta deliryumdan çıkmış ve kısmen uyumlu bir hale gelmiştir. Yakınlarına gerekli tavsiyelerde bulunularak 20.4.1987 tarihinde kısmi salah ve Organik Akıl Bozukluğu (Deliryum) † Serebral infarkt † Hipertroidi tanısı ile taburcu edilmiştir.

OLGU 6

S.A. 53 yaşında, evli 5 çocuklu, okuma yazması olmayan ev hanımı. Prot. No: 987/1250.

17 yıldır grand mal epilepsi nöbetleri geçirmekte olan hasta bu nöbetleri sebebiyle Samsun İstanbul'da çeşitli hastane ve doktorlarca ayakta tedavi ediliyormuş. 7 yıl önce hastanemiz nöroloji kliniğinde bir hafta süreyle yatarak tetkik ve tedavi görmüş. Daha önce epilepsi nöbetlerinin kontrol altına alınmaması ve zaman zaman bayılması dışında bir bozukluk göstermeyen hastanın hastanemize müracaatından bir gün önce geçirdiği son epilepsi nöbetinden sonra ve hayatında ilk defa dengesiz davranışları ve şaşkınlık hali başlamış. Uyku uyumuyor, yemek yemiyor, bağırıp çağırıyor ve eşyaları kırıyormuş. Bu şikayetlerle hastanemize getirilen hasta 12.2.1987 tarihinde tetkik ve tedavi için yatırılmıştır.

Öz geçişinde 17 yıldır epilepsi hastası olması dışında özellik bulunamayan hastada, T.A. 130/90 mm Hg, Nabız 104/dk. ve Ateş 37.3 olarak bulunmuş, dahili sistem muayenelerinde bir özellik bulunamamıştır.

Nörolojik muayenesinde: Sağda früst hemipar-

ezi ve dizartrik konuşma tesbit edilmiştir.

Psikiyatrik muayene ve gözlemi sonucunda: Yönelimi bozuk olan hastanın, aşırı hareketlilik, çok yüksek sesle ve anlaşılmaz şekilde bağırma, negativizm, saldırganlık ve hallüsinasyonlu davranışların eşlik ettiği bir deliryum tablosu içinde olduğu tesbit edilmiştir.

Laboratuvar tetkiklerde: Rutin kan tetkikleri, EKG, Kraniyografi ve akciğer grafisi normal bulunmuştur.

B.B.T.: Sol talamik infarkt tesbit edilmiştir. (Resim 6)

Servisimize getirildiğinde mevcut olan deliryum tablosu sebebiyle, Diazepam 30 mg/gün ve sıvı tedavisine alınan ve yatışının ertesi günü B.B.T. tetkiki yaptırılan hasta BBT sonucunun alınması üzerine nörolojik konsültasyona gidilerek yatırılmak üzere nöroloji kliniğine sevk edilmiş ve 20.2.1987 tarihinde tekrar servisimize iade edilmiştir. Drisentin (3x1), Aspirin (2x1/2) ve Epdantoin (3x1) şeklinde tedavi düzenlenen hastanın deliryumdan çıktığı, herhangi bir psikoz belirtisi göstermediği tesbit edilmiş ve yakınlarına gerekli tavsiyelerde bulunularak 23.2.1987 tarihinde Organik Akıl Bozukluğu (Deliryum) † Epilepsi † Sol talamik infarkt † Sağ früst hemiparezi ile ve psikiyatrik açıdan salah ile taburcu edilmiştir.

TARTIŞMA

Psikiyatrik belirtilerin ön planda gözüktüğü klinik tablolarla psikiyatri hastanesi polikliniğine getirilerek tetkik ve tedavi için yatırılan ve bilişimsel (kognitif) işlev bozukluklarına rastlanması ve psikiyatrik belirtiler veya seyrin atipik özellikler göstermesi ya da dikkatli bir nörolojik muayene ile nöropatolojik bulgular bulunması sebebiyle organizite araştırmalarına ağırlık verilerek incelenen 6 olgudan 3'ünde subdural hematoma, 2'sinde serebral infarkt ve 1'inde serebral kalsifikasyon ve atrofi tesbit edilmiştir. (Tablo 1) Bu sonuçlar organizite araştırmalarının önemini açıkça göstermektedir.

TABLO I
OLGULARIN KARAKTERİSTİK BULGULARI VE MÜŞTEREK ÖZELLİKLERİ

OLGULAR	YÖNELİM	KOGNİTİF İŞLEVLER	NÖROLOJİK BULGU	B.B.T.	TANI
1- N.S. 54 Y. K.	Kişiyeye tam, çevreyeye yeterli	Ağır yıkılma (Demans)	Früst merkezi fasial paralizi Motor afazi, EPS bulguları	Kronik kalsifiye. Subdural hematom. (Sağ fronto- temporo-paryetal)	O.A.B. (DEMANS) Kronik Subdural Hem. Hipertansi- yon
2- K.Y. 45 Y. K.	Kişiyeye tam çevreyeye yeterli	Ağır yıkılma (Demans)	Epilepsi nöbetleri KVR'in- de hiperaktivite Babinski bilateral (±)	Bifronto-temporal Higroma Subdural hematom (Sol oksi-Tem-Par.)	O.A.B. (DEMANS) Higro- ma ± Subdural Hematom Epilepsi
3- T.U. 24 Y. E.	TAM	Yoğunlaşma ve izhar hafı- zası bozukluğu	—	Sağ frontalde kronik orga- nize. Subdural hematom. Fokal atrofi	O.A.B. (Hallüsinosis) Sub- dural Hematom. Fokal Se- rebral atrofi
4- Z.K. 68 Y. K.	TAM	İzhar hafızası bozukluğu	—	Sol putaminal kalsifikas- yon. Korkiko-subkortikal atrofi	O.A.B. (Hezeyanlı Send.) Serebral Kalsifikasyon ve atrofi
5- H.A. 59 Y. K.	BOZUK	DELİRYUM	Afazi. Dizartrik konuşma. Genel rigidite	Sol MCA yüzeyel sulama alanında infarkt	O.A.B. (DELİRYUM) Se- rebral infarkt, Hipertiroidi
6- S.A. 53 Y. K.	BOZUK	DELİRYUM	Epilepsi nöbetleri. Sağ früst hemiparezi, Dizartrik ko- nuşma	Sol talamik infarkt	O.A.B. (DELİRYUM) Se- rebral infarkt ± Sağ früst hemiparezi Epilepsi

Subdural hematoma olgularının yaklaşık 1/3'ünde hematomu açıklayacak bir travma anamnezi alınmamaktadır. (5, 7) Bizim, subdural hematoma tesbit edilen üç olgumuzda da anamnezinde herhangi bir travma veya kaza bulunmamaktadır. 3. olgumuzda, BBT sonucundan sonra retrospektif olarak öğrenilen, ilkökul 3. sınıfta öğretmenin attığı tokat sonucu başını sıraya çarpmış olmak da subdural hematomu izah etmekten uzaktır.

Subdural hematoma tesbit edilen olguların üçü de nöroşirürji kliniğimizde ameliyat edilmiştir. İki olgumuzda mevcut olan demans tablosunda ameliyattan sonra bariz bir gerileme veya düzleşme gözlenememiştir. Halbuki, subdural hematoma bağlı demanslar, tedavi edilebilir demanslar olarak kabul edilmektedir ve erken teşhis ve tedavi ile subdural hematoma olgularında yüz güldürücü sonuçların alınabileceği bildirilmektedir. (3, 5, 7)

1. olgumuz, rahatsızlığının başlamasından iki ay kadar sonra, bir psikiyatri hastanesinde yatarak tetkik ve tedavi gördüğü halde, subdural hematomun zamanında tesbit edilememesi sebebiyle, bir yıl gibi kısa bir süre içinde ağır demans tablosu yerleşmiş, 2. olgumuzda ise yakınlarının doktora veya hastaneye, epilepsi nöbetlerinin başlamasından 5 ay sonrasına kadar müracaat etmemeleri ve gecikmeleri sebebiyle erken teşhis mümkün olmamış, ancak hastalığının başlamasından 5 ay sonra müracaat ettikleri hastanemizde subdural hematoma ve higromaların mevcut olduğu ve ağır demans tablosunun yerleşmiş bulunduğu tesbit edilmiştir.

Subdural hematoma olgularında, subdural hematoma subdural mesafede BOS toplanması demek olan higromaların eşlik etmesi ve/veya epilepsi nöbetlerinin ortaya çıkması halinde klinik tablo ağırlaşmakta ve prognoz kötüleşmektedir. (5, 7)

Rahatsızlığı epilepsi nöbetleri ile başlayan 2. olgumuzda subdural hematoma higromalar eşlik etmektedir. Bu sebeple 1. olgumuzda nisbeten yavaş bir seyirle demans yerleşmesine ve genel durumu daha iyi olmasına karşılık, 2. olgumuzda intellektüel ve bilişimsel işlevlerde hızlı bir yıkılma ve kısa sürede yerleşen ağır demans sözkonusudur.

1. ve 2. olgularımız, geri dönüşümü mümkün olan birer etyolojik sebep sözkonusu olduğu halde, gecikilmesi sebebiyle, geri dönüşümsüz ağır demans tablolarının yerleşmiş olmasından dikkate değer bulunmuş ve BBT'nin bu gibi olgularda ne kadar önemli olduğunun vurgulanması amacıyla sunulmuştur.

Psikiyatrik belirtiler atipik özellikler ve seyir gösterdiğinde ve bilhassa klinik tabloya bilişimsel işlev bozuklukları eşlik ettiğinde organisite araştırmaları kuvvetle önerilmektedir. (1, 3, 4)

3. olgumuzda ve bilhassa rahatsızlığı 64 yaşın-

da başlayan 4. olgumuzda psikiyatrik belirtiler ve klinik seyir atipik özellikler gösterdiği halde, 3. olgumuz "şizofreni" teşhisi ile mükerrer tetkik ve tedavi görmüş ancak daha sonra BBT ile kendisinde subdural hematoma tesbit edilmiş, 4. olgumuz ise "paranoid bozukluk" teşhisi ile tetkik ve tedavi görmüş ve hastanemizde yatışında putaminal kalsifikasyon ve kortikal komponenti hakim kortiko-subkortikal atrofi tesbit edilmiştir.

Bir psikiyatrik bozukluk ile tesbit edilen organik patoloji arasında, sebep-sonuç ilişkisinin varlığının tesbiti her zaman mümkün olmamakla beraber, organik işlev bozukluğunun göstergesi olan bilişimsel işlev bozukluklarının mevcudiyeti halinde, bu ilişkinin varlığı anlaşılacaktır. Kaldı ki DSM-III'ün organisite anlayışı, foramen magnum seviyesinin üzerindeki organik patoloji ile psikiyatrik bozukluklar arasında makul bir ilişkinin mevcut olduğu yönündedir. (1, 2, 6)

Üçüncü olgumuzda tesbit edilen yoğunlaşma bozukluğu ve izhar hafızası bozukluğu gibi bilişimsel işlev bozukluklarının varlığı, subdural hematoma ile mevcut psikiyatrik tablonun ilişkili olduğu kanaatini güçlendirmektedir. Eğer bu ilişkinin varlığı kabul edilirse ve psikiyatrik belirtiler subdural hematomdan bağımsız değilse, erken müdahale ile yüz güldürücü sonuçlar alınması mümkün olan olgunun geç kalınması sebebiyle devamlı bir nitelik kazanmış olduğu sonucuna varılacaktır.

4. olgumuzda 64 yaşında başlayan psikiyatrik tabloya, başkaca demans bulgusu görülmemesine karşılık izhar hafızası bozukluğunun eşlik etmesi, tesbit edilen organik patoloji ile psikiyatrik tablonun ilişkisinin düşünülmesini gerektirmektedir.

3. ve 4. olgularımız bu özellikleri ve beyinde organik bir patoloji mevcut iken, şizofreni ve paranoid bozukluk gibi fonksiyonel psikozlar olarak tetkik ve tedavi görmüş olmaları açısından ilginç bulunmuş ve bu gibi olgularda organisite araştırmalarının ve BBT'nin klinik teşhis, tedavi ve özellikle prognoz açısından ne kadar önemli olduğunun vurgulanması amacıyla sunulmuştur.

Deliryum tablosu ile hastanemize getirilen ve afazi, dizartrik konuşma ve rigidite gibi nörolojik bulguların eşlik ettiği ve BBT ile oldukça geniş bir serebral infarktın tesbit edildiği 5. olgumuz ve gene deliryum tablosu ile getirilen ve epilepsi nöbetleri, dizartrik konuşma ve sağ früst hemiparezi gibi bulguların eşlik ettiği ve BBT ile Talamik infarkt tesbit edilen 6. olgumuz, aşikar nörolojik bulgu ve belirtilere rağmen psikiyatri kliniğine yatırılmış olması açısından ilginç bulunmuş ve psikiyatri kliniklerinin yoğun çalışma temposu içerisinde, bu gibi olguların gözden kaçmaması için, organisite araştırmalarının ihmal edilmemesi gerektiğine dikkat çekmek için sunulmuştur.

SONUÇ

Psikiyatrik belirtilerin ön planda gözüktüğü klinik tablolarla hastaneye getirilen ve bilişimsel işlev bozuklukları veya nörolojik bulguların tesbit edilmesi ya da klinik belirtiler veya seyrin atipik özellikler göstermesi karşısında, organizite araştırmalarına ağırlık verilerek incelenen 6 olgudan 3'ünde subdural hematoma, 2'sinde serebral infarkt ve 1'inde serebral kalsifikasyon ve atrofi tesbit edilmiştir.

Müşterek özellikleri ve organizite araştırmalarının ve BBT'nin önemini vurgulanması amacıyla olguların sunulması uygun görülmüştür.

KAYNAKLAR

1- Arkonaç, O.: Psikiyatrik Semptomlar ve Sendromlar, Genişletilmiş 2. baskı, Nobel Tıp Ki-

tapevi, İstanbul, 1987

2- Lipowski, R.: Organic Mental Disorders-an American Perspective, Br. J. Psychiat, 144: 542-546, 1984

3- Ludwing, A.M.: Principles of Clinical Psychiatry. The Free Press, A Division of Macmillan Inc., New York, 1986

4- Weinberger, D.R.: Brain Disease and Psychiatric Illness. When should a psychiatrist order a CAT scan. Am. J. Psychiat. 141: 1521-1527, 1984

5- Wilkins, R.H., Rengachary, S.S.: Neurosurgery. First edition, M.C. Graw-Hill Book Company, New York, 1985

6- Williams, J.B.W. (ed): Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders. Am. Psychiat. Ass. Washington, 1980

7- Youmans, J.R.: Neurological Surgery. Second edition, Saunders Company, Philadelphia, 1982

AFEKTİF HASTALIKLARDA GENETİK PENETRANS

Dr. A. İhsan ŞENER*, Dr. M. Emin CEYLAN*, Dr. Nihal TURAN*, Dr. Faruk ASLANER*,
Dr. Aykut MOROY*

ÖZET

Mizaç bozukluklarında genetik penetransın varlığını gösteren çalışmalar özellikle son yirmi yıldır devam eden ikizler üzerine yoğunlaştırılmış çalışmalardan kaynaklanır. Afektif hastalıklarda genetik penetransa ilişkin farklı oranlar doğrudan doğruya çalışmalardaki metodolojik farklılıklardan teşhis kriterlerindeki farklılıklardan ve farklı ülkelerdeki farklı kültür ortamlarından kaynaklanmaktadır. Özellikle kültürel farklılıkların mizaç bozukluklarını farklı yönlere etkilediği yakinen bilinmektedir. İkiz ve evlatlık çalışmalarından alınan sonuçların telkin ettiğine göre mizaç bozuklukları genetik penetrans gösteren hastalıklardır. Ancak bu genetik penetrans basit Mendel kanunlarına göre işleyen bir penetrans değildir. Eldeki verilere göre genetik penetrans a) X-link dominant, b) Azalmış penetranslı otozomal dominant geçiş, c) Eşit varyasyonlu genetik penetrans şeklindedir.

SUMMARY

Much of most convincing evidence for a hereditary component in mood disorders has come from twin studies, although in the past couple of

years a few adoption studies have also been reported. Twin studies report widely of differences in sampling techniques and diagnostic criteria, but possibly also because of cultural differences influencing the way mood disorders are expressed in different countries. Knowing from twin studies and adoption studies that mood disorders is an inheritable illness, psychiatric genetics have to account for the fact that it is not inherited in simple Mendelian patterns. Drawing on the available data, it is postulated the following as possible models for the mode of transmission of mood disorder: X-linked dominance, autosomal dominance with reduced penetrance, or polygenes with quasi-continuous variation.

AFEKTİF HASTALIKLARDA GENETİK ÇALIŞMALAR

Afektif hastalıklarda genetik penetransı gösteren çalışmalar ikizler üzerine yapılmış çalışmalardan kaynaklanır daha çok. Ancak bu hastalarda genetik penetransın oranı farklı çalışmalara göre farklı bulunmaktadır. Bu fark çalışmalardaki metodolojik ayırımı yanı sıra, aynı çalışmaların çok farklı kültürel ortamlarda yapılmasından kaynaklanmaktadır. Araştırmacılar tek yumurta ikizlerinde

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi