

Nöropsikiyatrik Semptomlarla Seyreden Araknoid Kist Olgusu

Hülya AKAR *, Sıla YAZAR *, Erdoğan ÖZMEN *, Cahit KESKİNKILIÇ **, Nezih ERADAMLAR *, Latif ALPKAN *

ÖZET

Akut başlangıçlı, öncesinde psikiyatrik hastalık öyküsünün ve aile anamnezinin olmadığı, belirgin EEG patolojisinin olmadığı, psikiyatrik tablonun klinik özelliklerinin formel tanı kategorilerine uymadığı atipik özellikteki olgularda, mevcut mental bozukluğun yapısal beyin lezyonlarıyla ilişkili olma olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Biz bu olguyu; daha çok asemptomatik seyirli olduğu bilinen, semptomatik olduğunda da en sık epileptik nöbet, baş ağrısı ve fokal nörolojik bulgularla seyrettiği ifade edilen araknoid kistlerin (1), hayatın çok erken yıllarından itibaren var olduğunda, beyinde ciddi yapısal değişikliklere ve kognitif defisitlere yol açabilme ve atipik psikiyatrik tablolara neden olabilme olasılığı bağlamında ele aldık.

Anahtar kelimeler: Araknoid kist, atipik psikiyatrik tablo, yapısal değişiklik, kognitif defisit, epileptik nöbet

Düşünen Adam; 2004, 17(4): 238-243

ABSTRACT

An Arachnoid Cyst Case Presented with Neuropsychiatric Symptoms

The relationship between structural brain lesions and mental disorders should be considered when formal diagnosis can not be possible. Arachnoid cysts generally asymptomatic express themselves with epileptic seizures, headache and focal neurologic findings when they are symptomatic. Arachnoid cysts may produce severe structural changes in brain when they exist since childhood. These structural changes may result in cognitive deficits, atypical psychiatric symptoms. Negative previous psychiatric history, negative family history and negative evident EEG pathology often present in these cases.

Key words: Arachnoid cyst, cognitive deficit, epileptic seizure

GİRİŞ

Görüntüleme yöntemlerinin gelişmesine paralel olarak, mental bozukluklarla yapısal beyin lezyonlarının ilişkisinin keşfi giderek daha fazla olanaklı hale gelmiştir.

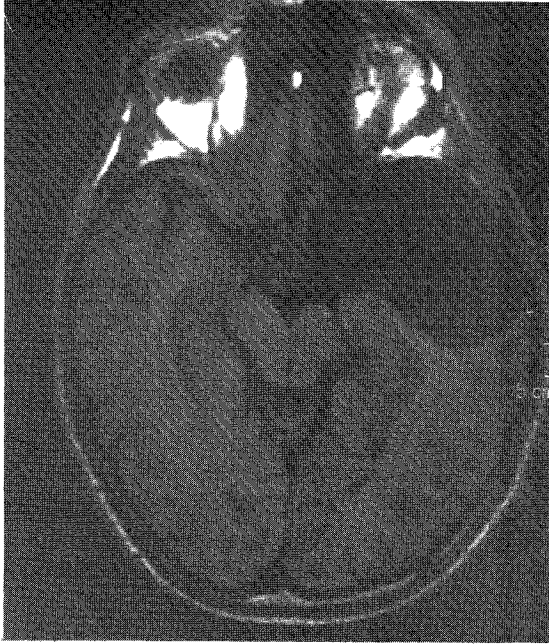
Araknoid kistler çoğu zaman gelişimsel kökenlidir. Erken fetal yaşamda araknoid membranın iki tabakasının füzyonunun olmaması sonucu oluşur ve bunu

beyin omurilik sıvısı akümülyasyonu, kist oluşumu izler (2). Araknoid kistlerin otopsi serilerinde insidansı 5/1000, tüm intrakraniyal yer kaplayan lezyonlar içindeki oranı % 1'dir. En sık yerleşim yeri orta kraniyal fossadır. (% 10 frontal, % 5 temporal bölge yerleşimi) (1).

OLGU

53 yaşında, sağ elini kullanan, ilkökul mezunu, şoför

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 12. Psikiyatri Kliniği, Dr. ** Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi BİTAM Nöropsikoloji Laboratuvarı, Uzm. Psk.



Resim 1.



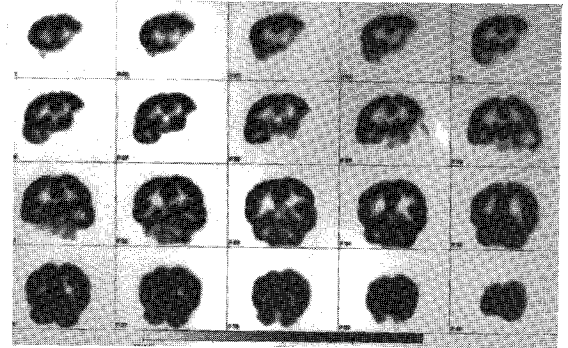
Resim 2.



Resim 3.

olarak çalışan erkek hasta, ciddi bir intihar girişimi sonrası Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Acil Psikiyatri Ünitesi'ne başvurdu ve 12. Psikiyatri Birimi'ne yatırıldı.

Başvurusundan 50 gün önce, alkol kullanımı sonrası gelişen, hatırlamadığı bir saatlik süre içinde, yakınlarından ve sosyal anket sonucu elde edilen bilgilerden gerçekleşmemiş olduğu anlaşılan, araba çaldığı, kaza yaptığı, senet imzaladığı şeklinde yaşantılar tanımlı-



Resim 4.

yordu. Ayrıca kahvehaneye gittiği, işyerindeki misafirhanede kaldığı, arkadaşlarını müdüre şikâyet ettiği, iş arkadaşlarının kendisini “yuhaladığı”, kömür taşıdığı şeklindeki “gerçekleşmemiş yaşantılar” alkol almadığı 50 gün içinde tekrarlamıştı. Bu sürede işlevselliğinde belirgin bozulma olmaksızın, içekapanıklık ve keyifsizlik gözlenmişti. Yaşantılarının rüya mı, gerçek mi olduğunda kararsızlık yaşayan hasta, olmuşa onursuz yaşamaktansa, ölürüm düşüncesiyle havagazını açmak yoluyla ciddi bir intihar girişimi-

minde bulunmuştu.

Psikiyatrik özgeçmişte: 50 gün öncesine kadar herhangi bir yakınma tanımlanmadı. 22 yıldır haftada üç-dört gün, bir günde, bir küçük rakı ya da üç-dört bira kullanım öyküsü vardı. Bazen bir ay alkol almadığı ve bu dönemlerde herhangi bir yakınmasının olmadığını öğrenildi. Çevresinde uyumlu, çalışkan, saygıdeğer biri olarak tanınıyordu. Aile anamnezinde baba ve erkek kardeşinde alkol kötüye kullanım öyküsü vardı. Sistemik muayene ve nörolojik muayenede patolojik bulgu saptanmadı.

Laboratuvar bulguları: Rutin biyokimya, hemogram, sedimentasyon, tiroid fonksiyon testleri, vitamin B₁₂ ve folik asit, kan amonyak düzeyi normaldi. Hepatit belirleyicileri, EEG, uyku deprivasyonlu EEG, uyku EEG normaldi. İdrarda madde metabolitleri, VDRL, HIV negatifti.

Nöropsikometrik inceleme: Dikkat ve dikkatini sürdürmede hafif bozukluk, frontal tipte bellek bozukluğu, frontal aksa ilişkin bulgular, belirgin vizyospasyal işlev bozukluğu saptandı.

MMPI: Geçerli, normal sınırlar içinde profil elde edildi.

RORSCHACH: Psikozun düşünülmediği, organik bulguların ön planda olduğu, depresyona işaret eden test protokolü elde edildi.

SCID-I: BTA depresif bozukluk, alkol kötüye kullanımı, BECK Depresyon Ölçeği: 10, Hamilton Depresyon Ölçeği: 14, Toronto Aleksitimi Skalası: 77 bulundu

Kranyal MR: Sol orta kranyal fossa düzeyinden, superiora lateral fissür boyunca uzanım gösteren, araknoid kist ile uyumlu 7x6x5 cm. boyutlu ekstraaksiyal lezyon saptandı.

PET incelemesi: Sol hemisfer frontal orta kesimden başlayarak, sol paryetal lobun büyük kısmı, sol temporal lobun mesial kesiminde belirgin olmak üzere geniş alanda ametabolik görünüm izlenmektedir. Ametabolik alanın çevresinde FDG (florodeoksiglukoz) dağılımında hipermetabolik özellik gözlenmektedir. Sol putamen, n. caudatus medialis doğru

biraz yer değiştirmiştir. Diğer serebral kortikal, subkortikal yapılarda, serebellumda radyofarmasötik dağılım beklenen düzey ve yoğunluktadır.

Ruhsal durum muayenesi: Bilinci açıktı. Görüşme-ye koopereydi. Kronolojik yaşında gösteriyordu. Öz bakımı iyiydi. Psikomotor aktivitesi doğaldı. Görüşmeye istekliydi, işbirliğine açıktı. Semptomlarını kayıtsız bir ifade ile anlatıyordu. Ses tonu monotondur, jest ve mimik kullanmıyordu. Mood depresifti, ancak affektü kısıtlı ve uygunsuzdu. Yönelimi tamdı. Dikkati çelinebiliyordu. Yoğunlaşması yeterliydi. Tespit ve izharı tamdı. Yapıyı çatma yeteneği bozulmuştu. Dil işlevleri, okuma, yazma, praksi yetenekleri normal sınırlar içindeydi.

Soyut düşünme, yargılama ve hesaplama yetileri hastanın yaş ve eğitim seviyesine göre normal sınırlar içindeydi. Bilgi dağarcığı yeterliydi.

Düşünce sürecinin muayenesi: Düşünce amaca yönelik olarak başlatılıyor ve sürdürülebiliyordu. Çağrışımları normal hızda ve düzgündü. Araba ile gazi-noya girip senet imzaladığı, arkadaşlarını müdüre şikâyet ettiği, misafirhanede kaldığı, kahvehaneye uğradığı, öğle yemeğinde arkadaşlarının kendisini yuhaladığı, kömür taşıdığı şeklinde "olmamış yaşantılar" tanımlıyordu. "Onursuz yaşamaktansa ölmeyi tercih ederim" diyerek tanımladığı intihar fikri vardı ve kısmi içgörüsü vardı.

KLİNİK İZLEM

Hasta ile yapılan ilk görüşmede, semptomlarını kayıtsız bir şekilde anlatması, senet vermiş olabileceğini ama ne yaptığını hatırlayamadığını söylemesi üzerine simulasyon düşünülerek sosyal anket yapıldı. Sosyal anket sonucu hastanın anlattığı olayın gerçekleşmediği, ayrıca olmuş gibi anlattığı ama gerçekleşmemiş başka yaşantılarının da olduğu öğrenildi. Simulasyon olasılığından uzaklaşıldı. Alkol kullanımı ve kesilmesi öyküsü göz önünde tutularak, yoksunluk bulguları ayrıntılı olarak sorgulandı. Yoksunluk bulgusunu düşündüren öykü alınmadı. Hastanın yoğun alkol kullanımı sonrası yaşadığı bir saatlik amnestik dönem blackout olarak adlandırılıp, sonrasındaki "senet verdim" diye tariflediği yaşantı konfabulasyon gibi değerlendirilip, alkol intoksikasyonu tanısı düşünülebilirse de, hastada eşlik eden nistagmus,

ataksi, koordinasyon bozukluğu, bulantı, kusma öyküsünün olmaması ve hastanın 50 gün içinde tekrarlayan benzer yaşantıları nedeniyle alkol entoksikasyonu tanısı dışlandı. Aşikâr anterograd ve retrograd bellek bozukluğuna eşlik eden ataksi, konfüzyon ve okulomotor bozukluklar (horizontal nistagmus, iki yanlı dışa bakış paralizisi, ışık refleksinde azalma ve anizokori) olmadığından alkole bağlı kalıcı amnestik bozukluk (Wernicke- Korsakoff) tanısı dışlandı.

Travma öyküsü yoktu. Hastanın ilk planda göze çarpan yakınmalarının epizodik seyri, epileptik nöbet ve deliryum tablolarını akla getirdi. Etiyolojiye yönelik olarak yapılan EEG, uyku deprivasyonu ve uyku EEG incelemelerinin normal olması, anlatılan yaşantıların birbirine benzer şekilde tekrarlamaması, parsiyel nöbet ile uyumlu olabilecek otomatizm öyküsünün olmaması, yaşantıların süresinin uzunluğu, epilepsi konusunda yetkin nöroloji uzmanlarından alınan görüşler doğrultusunda tamamen dışlanmasa da epileptik nöbet olasılığından bir ölçüde uzaklaşıldı.

Hastada bilinç bozukluğu, yönelim bozukluğu, aşikâr algı bozuklukları tanımlanmaması, muayene ve izlemde de saptanmaması üzerine, mevcut tablonun deliryum olarak değerlendirilemeyeceği sonucuna ulaşıldı. Alkol kullanım öyküsü nedeniyle, alkolik karaciğer hastalığına bağlı hepatik ensefalopati tablosu akla geldi. Ancak, karaciğer fonksiyon testleri ve kan amonyak düzeyi normaldi. Rutin incelemeler ve sistemik muayene bulgularının normal olması, sistemik bir hastalık olasılığından uzaklaştırdı. Klinik tablonun tam bir psikiyatrik sendroma uymaması, akut başlangıçlı oluşu da dikkate alınarak kranyal MR yapıldı. MR'da sol frontotemporal yerleşimli araknoid kist saptanması üzerine, nöropsikometrik inceleme ile ayrıntılı bir kognitif değerlendirme yapıldı. Hastanın mevcut tablosu ile lezyonun ilişkisini netleştirmek amacıyla PET incelemesi yapıldı. Lezyonun subkortikal yapılarda basıya yol açtığı görüldü.

Hastanın benzer yaşantıları, serviste yattığı, Apikobal 2x1, Folbiol 1x1, Diazem 5 mg 2x1, Stablon 3x1 tedavisi aldığı 2 ay boyunca tekrarlamadı. Hastaneye yattıktan bir hafta sonra intihar fikrinin kaybolduğu gözlemlendi. Anlattığı yaşantıların büyük olasılıkla olmamış olabileceği şeklinde içgörü gelişti. 1,5 ay sonra tekrarlanan nöropsikometrik testlerde farklılık ol-

madığı görüldü. Nöroşirurji konsültasyonu sonucu operasyon önerilmedi. Üç aydır ayaktan takip edilen hastada herhangi bir yakınma izlenmedi. Ayda bir psikiyatrik görüşme, altı ayda bir nöropsikometrik inceleme ve EEG, her yıl kranyal MR yapılarak takip edilmesi planlandı.

TARTIŞMA

Algı, düşünce ve davranış alanlarındaki patolojik bulguların oluşturduğu tablonun, mevcut nozolojinin tanımladığı tanı kategorilerine göre atipik özelliği, literatürde bildirilen benzer olgular ışığında, mental bozukluğun mevcut lezyonla ilişkilendirilebilme olasılığını gündeme getirdi.

Hastada hastanemize başvurusundan önceki 50 gün boyunca, gün boyu süren, çökkün duygudurum, isteksizlik, konsantrasyon güçlüğü, halsizlik, yorgunluk, uykuyu sürdürme güçlüğü şeklinde uyku bozukluğu ve kilo kaybı bulguları saptandı. Bu depresif semptomların alkol kesilmesini takiben başlaması ve öncesinde duygudurum bozukluğu öyküsü olmaması gibi destekleyici bulgulara rağmen, DSMIV'de belirtilen alkol kullanımına bağlı duygudurum bozukluğu kriterlerinden, semptomların takip eden bir ay içinde sönümlenmesi gerektiği kriterini karşılamadığından alkol kullanımına bağlı major depresif epizod dışlandı. Hasta deskriptif açıdan depresyon olarak adlandırılmasına rağmen, afektif kısıtlılık, jest ve mimik kullanımının azlığı, aprozodi, aleksitiminin varlığı depresyon semptomatolojisi için tipik değildi. Afektif kısıtlılık, jest-mimik kullanımının azlığı, aprozodi non dominant hemisferik lezyonlarda daha çok görülür. Nondominant hemisfer emosyonel ifade ve duygudurumun koordinasyonunda özelleşmiştir. Emosyonel tonu, konuşma prozodisi, yüz ifadesi ve jestler aracılığı ile ifade etme, ifade edileni tanıma, nondominant hemisferik lezyonlarda daha çok bozulur. Sağ temporolimbik odakların daha fazla duygudurum bozuklukları ile ilişkili olabileceği öne sürülmektedir. Depresyon sırasında sağ hemisfer işlev bozukluğu görülebilir, tedavi sonrası düzelebilir⁽³⁾. Bu non dominant hemisferik lezyonlar ile depresif semptomlar arasında ilişki olabileceği şeklindeki literatür bilgisi göz önüne alınarak, hastanın depresif tablosu ile araknoid kist arasında güçlü bir bağlantı olabileceği düşünüldü. Ancak birebir, kesin etiyolojik ilişki şu anki bilgilerimizle ispatlanamadığından genel tıbbi

duruma bağlı depresif bozukluk dışlandı, hasta BTA depresif bozukluk olarak tanımlandırıldı. Hastanın arkadaşlarını personel müdürüne şikâyet ettiği için, onlar tarafından “yuhalandığı”, misafirhaneye ve kahvehaneye gittiği, kömür taşıdığı, senet imzaladığı şeklindeki düşünce bozukluğu, görsel ve işitsel algı bozukluğu olarak tanımlanabilecek yaşantısının, mental bozuklukları tanımlayan mevcut nosoloji ile psikotik bir bulgu olarak tanımlanması mümkünse de, tablonun bütünü değerlendirildiğinde; hasta tarafından “rüya gibi” olarak ifade edilen yaşantıların dışında algı, düşünce ve davranış alanlarında süreklileşmiş bir psikotik örüntünün yokluğu nedeniyle psikotik bozukluklardan uzaklaşıldı. Bu yaşantılarda travmatik ya da stres doğuran önemli kişisel bilgileri anımsayamama söz konusu olmadığından disosiyatif amnezi dışlandı. Tekrarlayıcı, gerçekleşmemiş yaşantılar literatür bilgileri doğrultusunda, ilişkilendirme yapılabilen olguların tümünde medyal temporo- limbik disfonksiyona işaret eden, bellek bozukluğuna sebep olabilen, geçici global amnezi (3) veya EEG'nin normal olmasına rağmen, kalıcı bellek bozukluklarına yol açabilen mediyal temporal lob ve prefrontal kaynaklı epileptik bir durumla ilişkilendirilebilir. Güçlü deja vu (tanıdıklık illüzyonu) ve Jamais vu (yabancıklık illüzyonu) hisleri gibi oldukça spesifik bellek çarpılmalarına yol açabilir (5).

Hastada var olan vizyospasyal bozukluk, sağ hemisferin özellikle arka bölümündeki lezyonlarda görsel mekansal görevlerde bozulma (örneğin, çizgi yönü belirleme) (5) gözlendiği bilgisiyle uyumludur. Hastanın bellek bozukluğu, kendiliğinden geri getirmenin (recall) bozukluğuna karşın, tanıyarak geri getirmenin (recognition) normal olduğu frontal tipte bellek bozukluğuna işaret eder.

Olgumuzdaki frontal tipte bellek bozukluğu, fronto-temporal yerleşimli araknoid kist ile uyumlu olmasına rağmen, nöropsikolojik test uygulaması ile saptanabilecek düzeyde olduğu için ve birebir etiyolojik ilişki şu anki bilgilerle kesin olarak söylenemediği için, genel tıbbi duruma bağlı amnestik bozukluk dışlandı, DSM IV'e göre BTA kognitif bozukluk olarak tanımlandırıldı.

Literatürde tıpkı olgumuzda olduğu gibi, sol hemisfer lezyonlarında, sözel, aritmetik, soyutlama yetenekleri korunmasına rağmen, mevcut vizyospasyal

işlev bozukluklarının, sol taraftaki lezyonun, nondominant hemisferde olma ihtimali ile açıklandığı olgular bildirilmiştir. Yaşamın erken döneminde gelişen lezyonları olan hastalarda serebral işlev lateralizasyonunda belirgin kaymalar olduğu kaydedilmiştir (6). Ross adlı çalışmacının nondominant frontoparyetal lezyonlar ile afektif küntlük arasında ilişki olduğu tezi ile vakamızın bulguları uyumludur (6).

Araknoid kistler çoğunlukla asemptomatik olarak kabul edilmelerine rağmen, literatürde araknoid kist ile ilişkilendirilen mental bozuklukların postoperatif olarak düzeldiğini (7,8), atipik mental tabloların orta kranyal fossa yerleşimli araknoid kistlerle ilişkisini vurgulayan olgular bildirilmiştir: İmpulsif homisid davranışı, emosyonel küntlük (9), Periyodik ortaya çıkan afektif düzleşme, perseküsyon hezeyanları, katonik blokajlar, işitsel ve kinestetik halüsinasyonlar (10), baş döndürücü hisler, davranış bozuklukları (11), geç ve akut başlangıçlı işitsel halüsinasyonlar ve perseküsyon hezeyanları gibi (12).

SONUÇ

Bu olgu, akut başlangıçlı, öncesinde psikiyatrik hastalık öyküsünün ve aile anamnezinin olmadığı, belirgin EEG patolojisinin olmadığı, psikiyatrik tablonun klinik özelliklerinin formel tanı kategorilerine uymayan atipik özellikte olduğu olgularda, mevcut mental bozukluğun yapısal beyin lezyonlarıyla ilişkili olma olasılığının göz önünde bulundurulması gerektiğine işaret etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Helvig D, Bauer LB, Riegel T, Schmidek HH, Sweet WH: Surgical management of arachnoid, suprasellar and Rathke's cleft cysts. In: Schmidek&Sweet. Operative Neurosurgical Techniques. 4th Ed. WB Saunders Company 2000: 513-517
2. Gilroy J: Temel nöroloji, Rana Karabudak (çeviren) 3. Baskı, Güneş Kitabevi, 2002; 418.
3. Mesulam MM: Behavioral Neuroanatomy In: Mesulam M-M. Principles of Behavioral and Cognitive Neurology. 2nd ed. Oxford University Press 2000: 82-83.
4. Stracciari A, Ciucci G, Bissi G: Transient global amnesia associated with a large arachnoid cyst of the middle cranial fossa of the non dominant hemisphere. Ital J of Neurol Sci 8: 609-611, 1987.
5. Markowitsch HJ: Memory and amnesia. In: Mesulam M-M. Principles of Behavioral and Cognitive Neurology. 2nd ed. Oxford University Press 2000: 282.
6. Blackshaw S, Bowen RC: A case of atypical psychosis associated with alexithymia and a left fronto-temporal lesion: possible correlations. Can J Psychiatry 32: 688-692, 1987.
7. Wong CW, Ko SF, Wai YY: Arachnoid cyst of the lateral ventricle manifesting positional psychosis. Neurosurgery 32(59):841-

843, 1993.

8. Hodges JR. Pure apraxic agraphia with recovery after drainage of left frontal cyst. *Cortex* 27: 469-473, 1991.

9. Relkin N, Plum F, Mattis S, Eidelberg D, Tranel D: Impulsive homicid associated with and arachnoid cyst and unilateral fronto-temporal cerebral disfunction *Semin. Clin. Neuropsychiatry* 1(3): 172-183, 1996.

10. 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* 29: 421-423, 1989.

11. Tsurushima H, Harakuri T, Saito A, Tominaga D, Hyodo A, Yoshii Y: Symptomatic arachnoid cyst of left frontal convexity presenting memory disturbance- case report. *Neurol Med Chir* 40 (6): 339-341, 2000.

12. Bahk WM, Pae CU, Chae JH, Jun TY, Kwang SK: A case of brief psychosis associated with an arachnoid cyst. *Psychiatry and Clin. Neurosciences* 56: 203-205, 2002.