

# Konversiyon Bozukluğu ile Karışan Tip II Sitrülinemi Olgusu

Seda Aybüke Sarı<sup>1</sup>, Esin Özatalay<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas - Türkiye  
<sup>2</sup>Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya - Türkiye



## ÖZET

Konversiyon bozukluğu ile karışan tip II sitrülinemi olgusu

Konversiyon Bozukluğu (KB), belirtiler arasındaki benzerlikler nedeniyle organik patolojileri taklit edebilen, genellikle stresör faktörlerle tetiklenen bir veya daha fazla nörolojik veya vejetatif semptom varlığı ile karakterize psikiyatrik bir hastalıktır. Bu nedenle ayırıcı tanıda genel tıbbi hastalıklar, nörolojik ve psikiyatrik bozukluklar göz önünde bulundurulmalıdır. Burada bilinç bulanıklığı, iritabilite vb belirtilerle başvuran, önceden yapılan organik tetkiklerinde patoloji saptanmayan; belirtiler, aile tutumu ve ikincil kazançlar nedeniyle Konversiyon Bozukluğu düşünülen fakat sonrasında Tip II Sitrülinemi tanısı alan 12 yaşında bir kız olgu anlatılacaktır. Nadir görülmelerine karşın metabolik hastalıkların da KB ayırıcı tanısında düşünülmesi gerektiği vurgulanmak istenmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Çocukluk çağı, bilinç bulanıklığı, konversiyon bozukluğu, tip II sitrülinemi

## ABSTRACT

A case of type II citrullinemia misdiagnosed as conversion disorder

Conversion disorder (CD) is a psychiatric disorder which can mimic organic disorders due to symptom similarities. It is characterized by the presence of one or more neurologic or vegetative symptoms that are usually triggered by stress. Therefore, medical diseases, neurological and psychiatric disorders should be considered in the differential diagnosis. We describe a case of a 12 year-old girl with type II citrullinemia that has been initially misdiagnosed as CD because of family attitude, secondary gains, and presence of symptoms such as clouding of consciousness and irritability. She has had no abnormal organic findings in previous exams. Metabolic disorders should also be considered in differential diagnosis of CD, even though they may be seen rarely.

**Keywords:** Childhood, clouding of consciousness, conversion disorder, type II citrullinemia

**Bu makaleye atf yapmak için:** Aybuke-Sarı S, Özatalay E. A case of type II citrullinemia misdiagnosed as conversion disorder. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2017;30:364-367. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2017300411>

Yazışma adresi / Address reprint requests to:  
Seda Aybüke Sarı,  
Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye

Telefon / Phone: +90-346-258-1188

Elektronik posta adresi / E-mail address:  
sedaysari@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:  
25 Mayıs 2017 / May 25, 2017

İlk düzeltme öneri tarihi /  
Date of the first revision letter:  
29 Haziran 2017 / June 29, 2017

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
7 Ağustos 2017 / August 7, 2017

Bu makale 25. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi'nde poster bildirimi olarak sunulmuştur.

## GİRİŞ

Konversiyon bozukluğu (KB), Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı'nın 5. Baskısında (DSM-5) Bedensel belirti ile giden bozukluklar ve ilişkili bozukluklar alt başlığında yer almış ve Fonksiyonel Nörolojik Belirti Bozukluğu olarak adlandırılmıştır (1). KB'nin psikiyatri polikliniklerinde görülme oranı gelişmiş ülkelerde %1-3, gelişmekte olan ülkelerde ise %10 civarındadır. KB, ergenlikten önce iki cinsiyet arasında eşitken ergenlikten sonra kadınlarda 2-10 kat daha sık görülmektedir (2,3). Ülkemizde yapılan bir çalışmada çocuk psikiyatri polikliniğinde görülme sıklığı %2-3 olarak bildirilmiştir (4).

Tip II sitrülinemi ise otozomal resesif geçişli, arjini-nosüksinat sentetaz enzim eksikliğine bağlı gelişen erişkin başlangıçlı bir üre siklus defektidir. Bilinçte ani bozulma, huzursuzluk ve garip davranışlarla karakterize hiperamonyamik ensefelopati ataklarıyla giden kalıtsal bir metabolik hastalıktır (5). Görülme sıklığı Japonya'da 1/100.000 ile 1/230.000 arasında değişirken Amerika'da ve Avrupa'da bu oran daha düşüktür (6). Bu olgu sunumunda KB'nin her türlü organik patoloji ile karışabileceğine, tanı ve tetkiklerin atlanması durumunda hastaların yanlışlıkla KB tanısı alabileceğine dikkat çekmek amaçlanmıştır ve 10 ay boyunca KB tanısı ile takip edilen sonrasında Tip II sitrülinemi tanısı alan bir olgu sunulacaktır. Olgunun ailesinden yasal olarak yazılı izin alınmıştır.

## OLGU

12 yaşında kız hasta, 6. sınıfa gidiyor. Polikliniğimize “sinirlilik, iştatsızlık, huzursuzluk ve grip davranışlar” nedeni ile pediatrik nörolojiden konsulte edildi. Görüşmeye babası ile beraber gelmişti.

Babadan alınan öyküye göre; olguda yaklaşık 4 yıldış devam eden, dönem dönem artıp azalan, genellikle akşamları olan; uyku hali, gözlerde kayma, halsizlik, bilinçte dalgalanma, ses tonunda incelme, anlamsız konuşma, grip sıçrama hareketleri, seslendirildiğinde tepki vermeme şeklinde 2-3 saat süren bir tablo vardı. Ayda en az 10-15 gün olan bu tablo nedeniyle endişelenen aile her seferinde ya acil servise ya da dış merkezde doktora başvuruyormuş. Olgu yalnızken de bu durumun yineleyeceğini düşündükleri için şikayeti olmasa dahi olguyu çoğu gün okula g ndermiyorlarmış. Yakınmaları nedeniyle olgu, daha önce dış merkezde ve hastanemizde pediatrik metabolizma polikliniği dahil olmak üzere birçok yerde araştırılmış fakat yapılan tetkiklerde sonuç alınamamış. Bunun  zerine ana şikayetin bayılma benzeri tablo ve bilinç alanında değişiklik olması nedeniyle yeniden pediatrik nöroloji polikliniğine sevk edilmiş. Pediatrik nöroloji polikliniğinde yapılan rutin kan, biyokimya, MRG ve EEG gibi görüntüleme tetkiklerinin normal gelmesi ve nörolojik muayenesinde herhangi bir patoloji saptanmaması üzerine konversiyon bozukluğu (KB)  n tanısıyla tarafımıza yönlendirilmiş.

Kendisi ise, mevcut bilinçte dalgalanma tablosunu sonrasında hatırlamadığını, son dönemlerde bu duruma neden olabilecek veya tetikleyebilecek herhangi bir sıkıntısının olmadığını, “et yemekten hoşlanmadığını, etli yemeklerden sonra böyle olduğunu”, ailesinin üzerine düşüp ilgilenmesinden hoşnut olduğunu “keşke bilincim gitse de yine benimle ilgileneler” cümlesiyle ifade etti.

S, ailenin 2.  ocuğu olarak normal doğumla zamanında dünyaya gelmiş, hiç k vozde kalmamış, havale geçirmemiş, yürüme, konuşma ve tuvalet eğitimi zamanında olmuş. Yemek seçen bir çocukmuş, yaşıtlarından fiziksel olarak hep geriymiş. Ders başarısı hiçbir zaman çok iyi olmamış, okuma-yazmayı 1. sınıftan 2. dönemi öğrenmiş. İlk şikayetler 3. sınıfta başlamış, o

dönemden sonra ders başarısı iyice düşmüş. Özellikle baba tarafından her istediği yapılan bir çocukmuş, k c k kız kardeşi ile çok geçinemez, baba kardeşi ile ilgilense hemen kıskanır mış. Ağabeyi ile iyi anlaşırmış, anne her istediğini yapmadığı için ona karşı hep hır n ve  fkeliymiş. Bu hır nlık ve öfkelenmesi son 1 yıl içinde iyice artmış ve okulda akran ilişkilerini de olumsuz etkilemeye başlamış.

Ağabey ailenin tek erkek çocuğu, bilinen bir hastalığı yok, derslerinde başarılı il dışında bir fen lisesinde lise 1. sınıfta okuyor, annenin gözünde kıymetli bir  ocuk. Kız kardeş 5 yaşında sağlıklı bir  ocuk, anasınıfına gidiyor. Anne ev hanımı, kaygılı ve gergin bir yapısı var, kızının durumuna çok üzülüp kafasına takıyor. Baba esnaf, lise mezunu, o da S'nin durumuna üzülüyor ve bir sonuç bulunamadığı için  fkeli. Olgu baba tarafından ders başarısı zayıf, akran ilişkileri sıkıntılı, ailede “ zel” bir yeri olan, her istediği yapılan ve yapılmadığında hır nlaşan bir  ocuk olarak tarif edildi. Aile ilişkilerine bakıldığında anne-baba arasında çatışmaların olduğu, olgunun hastalığının aile içinde bir “denge” işlevi g rd ğu ve çatışmaları azalttığı öğrenildi.

Ruhsal durum muayenesinde genel görünüm olarak yaşıtlarından fiziksel olarak geriye, giyimi ve öz bakımı içinde bulunduğu sosyoekonomik durumla uyumluydu. Oldukça canlı bakışları ve cılız bir ses tonu vardı. Genel tavrı negativist ve alaycıydı. Duygudurumu  timik, duygulanımı ise uygunsuzdu. Mevcut durumunu bilmesi ve ailesinin endişesini görmesine rağmen kendisi oldukça rahattı. Düşünce içeriğinde bir “hastalığa” sahip olduğu için mutluydu ve ilgi görmekten hoşnuttu. Düşünce yapısı ve algısı ise olağandı. Psikomotor aktivitesi azalmıştı.

Ailenin mevcut tablo nedeni ile endişeli olmaları, çocuklarının devamlı çeşitli merkezlerde tetkiklerini yinelemeleri, her istediğini yapmaları, okuldan geri kalmasını ve sorumluklarını aksatmasını  nemsemeyişleri, devamlı “hasta” olduğunu vurgulamaları, olgunun bu durumu ikincil kazanca çevirmesi, sınırda mental kapasiteye sahip olması (uygulanan Wechsler  ocuklar için zeka  l eğinde (WISC-R) IQ:72 saptandı.) ve defalarca yapılan organik ve metabolik tetkiklerde patoloji bulunmayışı bizi KB tanısına yöneltti.

Olgu tarafımızca yaklaşık 10 ay takip edildi. 10 ay süresince bilinçte dalgalanma, bayılma benzeri tabloyu düzenli not almaları, hastane ve acil başvurularını azaltmaları, okula devamı sağlamaları, ikincil kazançları beslememeleri ve çeşitli merkezlere gitmektense tek bir yerde takip olmaları kısaca "hasta yönetimi" konusunda aile ile çalışıldı. Zaman içerisinde tariflenen bilinç bulanıklığı ile giden tablo değişen aralıklarda devam etti. Ailenin acil servis ve dış merkez başvuruları azaltılmaya ve olgunun okula devamlılığı sağlanmaya çalışıldı. Takipte ailenin hasta yönetimi konusunda başarılı olamaması ve tablonun sıklaşması üzerine olguya risperidon 0.5mg/gün, fluoksetin 20mg/gün başlandı ve 6 ay devam edildi. İlaç tedavisinden kısmi fayda görüldü. Çabuk öfkelenmesi, akranları ve kardeşi ile olan geçimsizliği azalmıştı. Tarafımızca gözlenen kısmi iyilik haline rağmen, ebeveynler - özellikle baba - psikiyatriye yönlendirilmelerinin ve bölümümüzde takip edilmenin işe yaradığını dile getirdi.

Olgunun proteinli gıdalar özellikle et yemekleri sonrası fenalaşmasının fark edilmesi üzerine yeniden pediatrik metabolizma polikliniğine konsülte edildi. Olgudan yeniden metabolik tarama istendi. Ancak baba hastanemize bugüne kadar tanı konulmadığı için öfkeliydi bu nedenle metabolik taramanın farklı bir üniversite hastanesinin metabolizma bölümünde yapılmasını istedi. Dış merkeze yeniden yollanan metabolik taramada sonuç tip II sitrülünemi ile uyumlu geldi. Mevcut tablonun yemek sonrası olan hiperamonyemiye bağlı olduğu saptandı. Hastalık tanısı konmasıyla birlikte ailenin ve olgunun rahatladığı gözlemlendi; çünkü onlara göre "gerçek" bir hastalığa sahip olmak psikiyatrik bir hastalığa sahip olmaktan daha iyiydi. Her ne kadar organik bir patoloji saptansa da hem ailenin kendi içindeki olumsuz dinamiği hem de anksiyete ile baş etme ve hasta yönetimi konusundaki yetersizlikleri göz önüne alındığında takibe devam edilmesi kararı alındı. Fakat aile medikal tedaviyi kendi isteğiyle kesti ve takibi sonlandırdı.

## TARTIŞMA

KB, duyu veya istemli motor işlevleri etkileyen, nörolojik ya da diğer bir genel tıbbi durumu

düşündüren, bir ya da birden fazla belirtinin eşlik ettiği psikiyatrik bir bozukluktur (1). KB belirtileri bakımından birçok organik hastalıkla karışabilir ve bu hastalıkları taklit edebilir. Başta epilepsi olmak üzere nörolojik bozukluklar (paralizi, multipl skleroz, gullian barre sendromu, miyopati, vb.) KB'nin ayırıcı tanısında düşünülmelidir. Ayrıca hipoglisemi, hipertiroidi, hiperparatiroidizm ve psikiyatrik bozukluklar (katatonik şizofreni, disosiyatif bozukluk, yapay bozukluk, simülasyon, hipokondriyaz vs.) gibi tıbbi bozukluklar KB'nin ayırıcı tanısı olarak düşünülmelidir (7). Bu nedenle hastaların çocuk psikiyatri polikliniğine yönlendirilmeden önce dikkatli değerlendirilip, tüm organik tetkiklerinin yapılması ve diğer tüm tanıların dışlanması gerekmektedir.

Tip II sitrülünemi ise otozomal resesif kalıtılan, hiperamonyemi ile giden ciddi ensefelo-pati tablosu nedeni ile fatal sonuçlanabilecek, karaciğer spesifik mitokondrial aspartat- glutamat taşıyıcı proteinini kodlayan SLC25A13 genindeki mutasyondan kaynaklanan bir üre siklus defektidir. Argininosüksinat sentetaz enzimi eksiktir ve erişkin başlangıçlı form olarak bilinir. Kliniğe genellikle bilinçte bulanıklık, sersemlik, uykuya meyil, epileptik nöbet vb gibi hiperamonyeminin sonucu olan ensefelo-pati tablosu hakimdir. Ağır ensefelo-pati olmayan vakalarda semptomların diyet tedavisi ile gerilediği bilinmektedir (5,8). Literatüre bakıldığında olgumuza benzer nöbet benzeri tablolarla giden fakat yaş olarak daha geç başlangıçlı olgular bulunmaktadır. Bu vakalar başlangıçta epilepsi tanısı almış ve nöroloji tarafından takip edilmiş vakalardır. Literatürde hem küçük yaşta hem konversiyon bozukluğu ile takip edilen sonradan tip II Sitrülünemi gibi metabolik hastalık tanısı alan başka bir olgu bulunmaktadır. Sadece bir olgunun tip II Sitrülünemi olmasına rağmen yanlışlıkla şizofreni tanısı aldığı ve uzun yıllar antipsikotik tedavi aldığı bilinmektedir (9).

Atipik belirtilerle başvurularda ve/veya organiziteyi tamamen dışlayamadığımız durumlarda, KB ile uyumlu olmakla birlikte zaman zaman farklı seyir gösteren vakalarda ve uygun tedavi ve terapotik yaklaşımla belirtilerde azalma gözlenmeyen dirençli olgularda organik etioloji düşünülmeli, bu olgular yeniden değerlendirme için pediatri bölümüne yönlendirilmelidir. Çocuk-ergen psikiyatristleri olarak psikiyatri

dışında klinik bilgi düzeyimizin iyi olması, organisiteyi farketmek ve ilgili klinisyene y nelendirmek açısından önem arz etmektedir. Son zamanlarda her Őikayetin altında psikiyatrik hastalık aramak veya her tetkiki normal çıkan hastayı bir de psikiyatrye y nelendirmenin revaçta olduğu düŐünüldüėünde; klinik bilgi, gözlem ve değerlendirme aŐamalarında diğer branŐ hekimlerine de çok iŐ düŐmektedir. Bu nedenle olgularımızın takip sürecinde klinisyenler olarak sıkı iŐ birliği ve bilgi paylaŐımı içinde bulunmak doğru tanının konulması, tedavinin belirlenmesi ve en önemlisi hastanın mağduriyetinin azaltılması için gereklidir. Olgumuz, nadir görülmelerine karşın metabolik hastalıkların da KB ile karŐıabileceėini ve ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini göstermesi açısından dikkate değerlidir. Tedaviye dirençli KB olgularında ilk akla gelecek tanı olmasa bile hiperamonyemi ile giden metabolik tablolar mutlaka düşünülmelidir. Ayrıca olgumuz KB'nin tanı ve

tedavisinde yaŐanan güçlüklerin en aza indirilmesinin ve erken müdahale ile prognozun olumlu yönde gitmesinin genel ocuk, ocuk psikiyatryisi, ocuk nöroloji, ocuk beslenme ve metabolizma gibi branŐların multidisipliner çalıŐması ile mümkün olabileceğinin bir göstergesidir.

Katkı Kategorileri	Yazarın Adı
Olgunun takibi	S.A.S.
Literatür araŐtırması	S.A.S., E.�.
Makalenin yazımı	S.A.S., E.�.
Makalenin gözden geçirilerek revize edilmesi	S.A.S., E.�.

**ıkar atıŐması:** Yazarlar çıkar atıŐması beyan etmemiŐlerdir.

**Finansal destek:** Yazarlar finansal destek beyan etmemiŐlerdir.

## KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association. 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5). 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association.
- Guze SB, Woodruff RA, Clayton PJ. Sex, age and the diagnosis of hysteria. *Am J Psychiatry* 1972; 129:745-748. **[CrossRef]**
- Akagi H, House A. The epidemiology of hysterical conversion. In: Halligan PW, Bass CM, Marshall JC(eds.) Contemporary approaches to the study of hysteria: Clinical and theoretical perspectives. Oxford, England: Oxford University Press 2001; 73-87.
- Kerimoğlu E, Yalın A. Obsessive-compulsive disorder and hysteria (conversion reaction) in children. *Journal of Ankara Medical School* 1992; 14:11-18.
- Kobayashi K, Sinasac DS, Iijima M, Boright AP, Begum L, Lee JR, Yasuda T, Ikeda S, Hirano R, Terazono H, Crackower MA, Kondo I, Tsui LC, Scherer SW, Saheki T. The gene mutated in adult-onset type II citrullinaemia encodes a putative mitochondrial carrier protein. *Nat Genet* 1999; 22:159-163. **[CrossRef]**
- Nagata N, Matsuda I, Oyanagi K. Estimated frequency of urea cycle enzymopathies in Japan. *Am J Med Genet* 1991; 39:228-229. **[CrossRef]**
- Yayla S, Bakım B, Tankaya O, Ozer OA, Karamustafalioglu O, Ertekin H, Tekin A. Psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder and prevalence of dissociative symptoms. *J Trauma Dissociation* 2015; 16:29-38. **[CrossRef]**
- Saheki T, Song YZ. Citrin deficiency. *Gene Reviews*. Available from URL: [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1181/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1181/). Accessed January 5, 2012.
- Kyo M, Mii H, Takekita Y, Tokuhara D, Yazaki M, Nakamori Y, Kono S, Kinoshita T. Case of adult-onset type II citrullinemia treated as schizophrenia for a long time. *Psychiatry Clin Neurosci* 2015; 69:306-307. **[CrossRef]**