

Beyin Tümörleri ve Atipik Psikiyatrik Tablolar: İki Olgu Sunumu

Mustafa Akan¹,
Lale Gönenir Erbay¹,
Mehmet Fatih Erbay²,
Süheyla Ünal¹

¹İnönü Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı,
Malatya - Türkiye
²İnönü Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı,
Malatya - Türkiye

Bu makaleye atf yapmak için: Akan M, Gonenir-Erbay L, Erbay MF, Unal S. Brain tumors and atypical psychiatric symptoms: two case presentations. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2018;31:326-328. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2018310315>

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Lale Gönenir Erbay, İnönü Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Malatya - Türkiye

Telefon / Phone: +90-422-341-0660/5405

Elektronik posta adres / E-mail address: lalegonenir@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 18 Mayıs, 2018 / May 18, 2018

İlk düzeltme öneri tarihi / Date of the first revision letter: 30 Mayıs, 2018 / May 30, 2018

Kabul tarihi / Date of acceptance: 26 Haziran, 2018 / June 26, 2018



Sayın Yayın Yönetmeni,

Yapısal beyin patolojilerinin psikiyatrik belirtiler ve davranışsal değişikliklerle ortaya çıkabileceği bilinmektedir. Tümör büyümesinin hızı ve süresi belirtilerin şiddetini ve seyrini etkileyebileceği gibi, yerleşimi de sıklıkla belirtilerle bağlantı göstermektedir (1). Değişmiş mental durum, beyin tümörü olan hastaların %15-20'sinde ilk belirti olabilir (2). Bu mental belirtiler daha çok kişilik değişiklikleri, duygusal problemler, entellektüel kayıplar şeklindedir (3,4). İlk belirtiler psikiyatrik olduğunda, tanı karmaşası yaşanmakta ve tedavi güçleşmektedir.

Bu yazıda atipik psikiyatrik belirtilerle başlayan, yapılan araştırmalarla belirtilerin beyin tümörü kaynaklı olduğu belirlenen iki olgu sunumu sunulacak ve olguların bulguları ve ayırıcı tanısında izlenen yol ele alınacaktır.

Birinci olgumuz, 61 yaşında, kadın hasta.

Polikliniğimize 7 aydır süregelen konuşma miktarında artma, dezorganize konuşma, uykusuzluk, sinirlilik ve grandiyözite nedeniyle getirildi. Şikâyetlerinin başlandıktan sonra dış merkezde psikiyatri servisinde yatırılarak takip ve tedavi edilen hasta, şikâyetlerinde gerileme olmaması üzerine şizoafektif bozukluk, bipolar affektif bozukluk ön tanılarıyla merkezimize yönlendirilmişti. Hastanın ilk değerlendirilmesinde afektinin yükselmiş, konuşma hızı, miktarı ve istemsiz dikkatinin artmış, çağrışımlarının gevşemiş olduğu görüldü. Aileden alınan anamnezde daha önce herhangi bir psikiyatrik hastalık geçirmediği öğrenildi. Soygeçmişinde de herhangi bir özellik yoktu.

Yatışı yapılan hastanın servis gözlemlerinde çağrışımlarının gevşek olduğu ve yatağına dışkısını yapma, tuvalete ayağını sokma gibi dezorganize hareketlerinin mevcut olduğu görüldü. Hastanın afektif bozukluk kliniğine uymayan yatağına dışkısını yapma, tuvalete ayağını sokma gibi atipik özellikler taşıması,

premorbid dönemde psikiyatrik hastalık tariflenmemesi, belirtilerin ileri yaşta başlaması ve soygeçmişte ruhsal hastalık öyküsü olmaması nedeni ile organiziteyi araştırmak için kranial manyetik rezonans (MR) görüntülemesi yapıldı. MR görüntülemesinde suprasellar bölgeden köken alan, meninks ile devamlılık gösteren, 3. Ventrikül önüne ve bilateral frontobazal bölgeye uzanan 70x56x65mm boyutta kitle izlendi. Hasta beyin cerrahisi bölümüyle konsülte edildi ve operasyon için devredildi. Patoloji sonucu meningotelyal meningiyoma şeklinde raporlandı. Operasyon sonrası değerlendirilen hastanın psikiyatrik muayenesinde bilincinin açık, koopere ve oryante olduğu görüldü. Konuşma yavaş ancak amaca yönelikti. Affekti depresif olarak değerlendirildi. Taburculuğu sonrasında bir kez polikliniğe başvuran ve değerlendirmede operasyon öncesi şikâyetlerinin bulunmadığı görülen hasta, daha sonra takiplerine gelmediği için son durumu hakkında bilgiye sahip değiliz.

İkinci olgumuz, 47 yaşındaki erkek hasta. Hastanemiz acil servisine dezorganize konuşma, dezorganize davranış şikâyetleriyle başvurdu. Alınan anamnezde yakınmalarının yaklaşık 1.5 ay önce baş ağrısı, halsizlik, yorgunluk, sürekli yatma isteği, işe gitmek istememe, kol ve bacaklarda ağrı ve güçsüzlük, yürümede zorluk şeklinde başladığı öğrenildi. Hızlı yemek yediği ve hızlı konuştuğu farkedilmiş. 15 gün sonra bu yakınmalara dezorganize konuşma ve dezorganize davranış eklenmiş. Son birkaç gündür yakınmaları daha da artmış, hiç yürüyemez hale gelmiş. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmamaktaydı.

Hastanın daha önce psikiyatrik hastalık öyküsünün olmaması, başlangıç yaşı uyumsuzluğu ve kol ve bacaklarda ağrı ve güçsüzlük, yürümede zorluk

şeklinde nörolojik belirtilerin bulunması nedeni ile çekilen kontrastlı kranial MR'ında sağ temporoparietal bölgede 71x63x51mm boyutta kitle tespit edildi. Beyin cerrahisi tarafından yatırılan hastanın patolojisi glioblastoma WHO Grade 4 şeklinde sonuçlandı. Operasyon sonrası değerlendirilen hastanın psikiyatrik muayenesinde deliryum tablosu görüldü. Antipsikotik tedavinin devamı ve gerekli çevresel önlemler önerilerek deliryum tedavi ve takibine alındı. Üç gün sonra deliryum tablosu geriledi. Takiplerde hastanın nörolojik bazı bulguları dışında psikiyatrik tablosunda düzelme saptandı.

Frontal ve temporal lob tümörlerinin psikiyatrik semptomlara neden olma olasılığı parietal veya oksipital loblarda olanlardan daha fazladır (5). Bizim olgularımızın lezyonları da bu alanlardaydı ve belirtiler duygulanım, konuşma ve davranış bozukluklarıyla kendisini göstermişti. Hastaların bu alanda sergiledikleri patolojik durumların psikiyatrik hastalık olarak yorumlanması, tanı ve tedavilerinde gecikmeye yol açmıştı.

Psikiyatrik belirtiler bazen beyin tümörlerinin tek semptomu olabilir (6,7). Nörolojik belirtilerin yokluğunda, 50'li yaşlarda menenjiyomların ilk bulgusunun psikiyatrik olabileceği öne sürülmüştür (8,9). Kapsamlı anamnez, fizik muayene ve klinik şüphe erken teşhis için önemlidir. Yeni başlayan psikoz vakalarında, bellek kusurları, atipik duygulanım, konuşma ve davranış bozuklukları, kişilik değişiklikleri, başlangıç yaşı uyumsuzluğu gibi belirtilerin varlığında nörolojik muayene ve beyin görüntüleme mutlaka yapılmalıdır (10,11).

Psikiyatrik belirtiler ile tümörün anatomik yerleşimindeki nöron gruplarının işlevi arasındaki ilişkinin aydınlatılması bize psikopatolojilerin gelişimi konusunda yeni bakış açıları kazandırabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Dutschke LL, Steinau S, Wiest R, Walther S. Brain tumor-associated psychosis and spirituality—a case report. *Front Psychiatry* 2017; 8:237. [CrossRef]
2. Madhusoodanan S, Ting MB, Farah T, Ugur U. Psychiatric aspects of brain tumors: A review. *World J Psychiatry* 2015; 5:273-285. [CrossRef]
3. Madhusoodanan S, Opler MG, Moise D, Gordon J, Danan DM, Sinha A, Babu RP. Brain tumor location and psychiatric symptoms: is there any association? A meta-analysis of published case studies. *Expert Rev Neurother* 2010; 10:1529-1536. [CrossRef]
4. Schmahmann JD, Weilburg JB, Sherman JC. The neuropsychiatry of the cerebellum – insights from the clinic. *Cerebellum* 2007; 6:254-267. [CrossRef]

5. Oosthizen P. The neuropsychiatry of brain tumours. *S Afr J Psychiatr* 2005; 11:6-11. **[CrossRef]**
6. Filley CM, Kleinschmidt-DeMasters BK. Neurobehavioral presentations of brain neoplasms. *West J Med* 1995; 163:19-25.
7. Price TR, Goetz KL, Lovell MR. Neuropsychiatric Aspects of Brain Tumors. In Yudofsky SC, Hales RE (editors). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Neuropsychiatry and Behavioral Neurosciences*. Fifth ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2007, 735-764.
8. Gupta RK, Kumar R. Benign brain tumours and psychiatric morbidity: a 5-years retrospective data analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2004; 38:316-319. **[CrossRef]**
9. Madhusoodanan S, Danan D, Brenner R, Bogunovic O. Brain tumor and psychiatric manifestations: a case report and brief review. *Ann Clin Psychiatry* 2004; 16:111-113. **[CrossRef]**
10. Gewirtz G, Squires-Wheeler E, Sharif Z, Honer WG. Results of computerised tomography during first admission for psychosis. *Br J Psychiatry* 1994; 164:789-795. **[CrossRef]**
11. Marosi C, Hassler M, Roessler K, Reni M, Sant M, Mazza E, Vecht C. Meningioma. *Crit Rev Oncol Hematol* 2008; 67:153-171. **[CrossRef]**