

Antipsikotik Tedavisine Yanıt Vermeyen Şizofreni Hastasında Frontal Lob Sendromu

Gökhan Evcili¹,
Muhammed Nur Öğün¹,
Uygar Utku¹

¹Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Nöroloji Kliniği, Kocaeli - Türkiye

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Uygar Utku, Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği,
İbni Sina Mah., Lojman Sok., 41900 Derince/Kocaeli, Türkiye

Telefon / Phone: +90-262-233-5500

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

Geliş tarihi / Date of receipt: 11 Aralık 2015 / December 11, 2015

İlk düzeltme öneri tarihi / Date of the first revision letter: 29 Aralık 2015 / December 29, 2015

Kabul tarihi / Date of acceptance: 19 Ocak 2016 / January 19, 2016



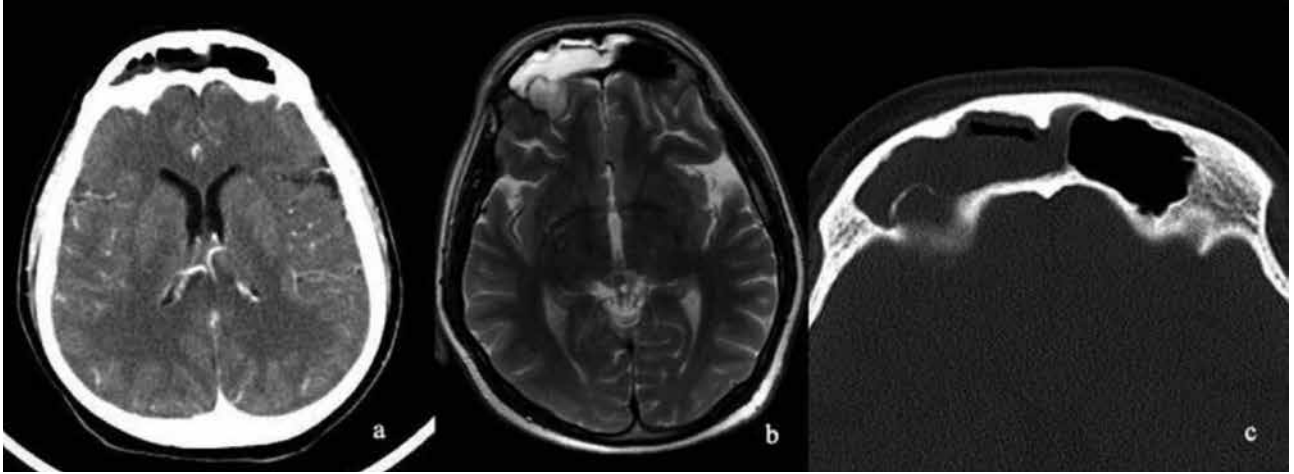
Sayın yayın yönetmeni;

Frontal lob sendromu, prefrontal bölgenin çeşitli sebeplerle hasarlanması sonucu oluşur. Frontal lob sendromu olgularının çoğunda yürütücü işlevlerde bozulma, ilgi azlığı, toplumsal hayatta uyumsuzluk, dürtü kontrol sorunları, saplantılı davranışlar ve şiddet davranışı ortak görülen klinik belirtilerdir. Frontal lob sendromunda görülen davranış değişiklikleri; kişilik bozuklukları ve şizofreni semptomları ile karışabilir (1). Bu olguyla uzun süredir kontrol altında tutulan, ani klinik kötüleşme gösteren ancak elektrokonvülsif tedavi (EKT) ile kombine ilaç tedavisine yanıt alınamayan bir şizofreni hastasında gelişmiş olan frontal lob sendromu irdelenecektir.

Otuzdokuz yaşında erkek hasta psikiyatri bölümünce yaklaşık 10 yıldır şizofreni tanısı ile takip ve tedavi ediliyormuş. Ek bir hastalığı olmamakla birlikte risperidon 2mg/gün ve ketiapin 50mg/gün ile kontrol altındaymış. Son iki ay içerisinde hiç görülmemiş bir şekilde etrafa bağırıp çağırma, küfürlü konuşma ve tükürme gibi saldırgan davranışlar sergilemeye başlamış. Psikiyatri bölümünce yatarak tedavi edilmesi uygun görülmüş. Kullandığı ilaç dozları arttırılmış

(uzunsalınımlı intramusküler risperidon, ketiapin 300mg/gün) ancak bir hafta içinde kliniğinde hiçbir düzelme olmaması nedeniyle tedavi protokolü değiştirilmiş (Amisülpirid 800mg/gün, valproik asit 1000mg/gün, klozapin 400mg/gün, biperiden 2mg/gün ve zuklopentiksol dekanat 200mg haftalık).

İki haftalık yatış sürecinde kliniği belirgin düzelme göstermeyen hastaya ilave olarak yedi gün süreyle EKT uygulanmış. Bu grup hastaların çoğunun tedavisinde antipsikotik ile EKT kombinasyonu bir tedavi seçeneğidir (2,3). EKT sonrası ancak bir-iki saat gibi çok kısa süreli klinik iyileşme oluyormuş. Bunun üzerine organik neden açısından nöroloji konsültasyonu istenmiştir. Hastayla sağlıklı sözel iletişim kurulamıyor, muhakemesi bozuk ve iç görüşü yoktu. Nörolojik muayenesi kabaca doğaldı. Ense sertliği yoktu. Rutin kan tahlillerinde anormallik saptanmadı. Poliklinik takiplerinde aylar önce çekilmiş normal sınırlarda kontrastlı beyin bilgisayarlı tomografi (BT)'si vardı (Resim-1a). Beyin manyetik rezonans görüntüleme (MR) ve elektroensefalografi istenildi. EEG'de hafif derecede zemin aktivitesi bozukluğu gözlenirken beyin MR'ında sağ frontal sinüsten kaynaklandığı düşünülen ve sağ frontal loba invazyon gösteren infiltratif bir lezyon dikkati çektir



Resim 1: Kliniği oluşmadan önce çekilmiş normal sınırlarda kontrastlı beyin BT (a). Beyin MR T2 sekansında frontal sinüs sağ kompartmanda artmış yumuşak doku intensitesi, posterior kesimde kalvaryal kemikte incelleme ve sağ frontal loba infiltrasyon (b). Paranasal BT’de frontal sinüste sağda sinüzit ve mukosel oluşumu ayrıca posteriorda kemik dansitesinde azalma (c).

(Resim-1b). Kulak burun boğaz konsültasyonu istendi; paranasal BT’de bu bölgedeki sinüzit ve kemik dansitesindeki incelleme (Resim-1c) ve kültür sonuçlarına göre Aspergilloma olarak değerlendirildi. Amfoterisin B ve itrakonazol başlanılan hastanın tedavisi bu yönde devam etmektedir.

Frontal lob sendromu; çeşitli nedenlerle frontal bölgenin hasarı sonucu gözlenir. Krudop ve arkadaşlarının (4) yaptığı çalışmada frontal lob sendromu olan hastaların %89’unda frontal bölgede patoloji saptanmıştır.

Özellikle ventro-medial prefrontal korteks lezyonlarında disinhibisyon, agresyon, sosyal dissonans ve uygun-suz cinsel davranışlar görülmektedir (4). Bizim hastamızda; sinüslerden kaynaklanan enfeksiyonun frontal loba infiltre olduğu saptandı. Nadir de olsa aspergillus enfeksiyonunun santral sinir sistemi tutulumu bildirilmiştir (5). Sonuç olarak; düzenli klinik seyri olan şizofreni hastalarında ani klinik kötüleşme ve tedaviye yanıtızlığın organik bir nedene bağlı olabileceği akla gelmelidir.

KAYNAKLAR

1. Brower MC, Price BH. Neuropsychiatry of frontal lobe dysfunction in violent and criminal behaviour: a critical review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001; 71:720-726. [\[CrossRef\]](#)
2. Sönmez G, Alantar Z, Çelik S, Hacıoğlu M, Kutlar T, Güçlü O. Tedaviye dirençli şizofreni: Bir olgu sunumu. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2004; 17:221-227.
3. Wang W, Pu C, Jiang J, Cao X, Wang J, Zhao M, Li C. Efficacy and safety of treating patients with refractory schizophrenia with antipsychotic medication and adjunctive electroconvulsive therapy: a systemic review and meta-analysis. *Shanghai Arch Psychiatry* 2015; 27:206-219.
4. Krudop WA, Bosman S, Geurts JJ, Sikkes SA, Verwey NA, Stek ML, Scheltens P, Rozemuller AJ, Pijnenburg YA. Clinico-pathological correlations of the frontal lobe syndrome: results of a large brain bank study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2015; 40:121-129. [\[CrossRef\]](#)
5. Antinori S, Corbellino M, Meroni L, Resta F, Sollima S, Tonolini M, Tortorano AM, Milazzo L, Bello L, Furfaro E, Galli M, Viscoli C. Aspergillus meningitis: a rare clinical manifestation of central nervous system aspergillosis. Case report and review of 92 cases. *J Infect* 2013; 66:218-238. [\[CrossRef\]](#)