olarak, deri yolma bozukluğunun etiyolojisi, tedavisi ve diğer ruhsal bozukluklarla birlikteliğine ilişkin bilgiler yetersizdir.

Anahtar kelimeler: Deri yolma bozukluğu, tanı, tedavi

Kaynaklar

1. Aydýn PÇ, Gülseren L . Deri yolma bozukluðu. Psikiyatride Güncel Yaklaþýmlar-Current Approaches Psychiatry. 2014; 6:401-28.
2. Wilhelm S, Keuthen NJ, Deckersbach T, Engelhard IM, Forker AE, Baer L, et al. Self-injurious skin picking: Clinical characteristics and comorbidity. J Clin Psychiatry. 1999; 60:454- 9.
3. Arnold LM, Auchenbach MB, McElroy SL. Psychogenic excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. CNS Drugs. 2001;15:351-9.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5). Diagnostic Stat Man Ment Disord 4th Ed TR. 2013;280.
5. Flessner CA, Mouton-Odum S, Stocker AJ, Keuthen NJ. StopPicking.com: Internet-based treatment for self-injurious skin picking. Dermatol Online J. 2007;13:3.

Diğer

PS - 016

OKUL ÇAĞI ÇOCUĞUNDA FRONTAL LOB SENDROMU: OLGU SUNUMU

Fatma Yıldırım[2], Tayfun Kara[1]

[1]Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Alaaddin Keykubat Üniversitesi Alanya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları

Giriş: Frontal lob sendromu (FLS), prefrontal korteksi içeren fokal lezyonlar tarafından üretilen klinik sendromları kapsar. Olguların çoğunda çeşitli derecelerde davranış bozukluğu, konuşma, göz hareketleri, idrar ve barsak kontrolü ve motor işlevlerde bozulmalar, dikkat dağınıklığı, duygusal dengesizlik, dürtüsellik, öfori bulunmaktadır (1, 2). Frontal lob sendromunun sebepleri arasında prefrontal kortekste (PFK) tümör, serebrovasküler hastalıklar, epilepsi, enfeksiyonlar veya kafa travmaları gibi nedenler sayılmaktadır (3). Bu olgu sunumunda 9 yaş erkek çocuğunda ensefalit sonrası gelişen ve dizinhibisyonla prezente olan FLS tartışılmıştır.

Olgu: 9 yaşında erkek çocuğu, ailesi tarafından davranış problemleri nedeniyle kliniğimize getirilmişti. Tarafımıza müracaatından 8 ay önce baş ağrısı şikayeti başlamıştı. O dönemde hastanın vitalleri stabil, fizik muayenesinde özellik olmadığı görülmüş, laboratuvar sonuçları normal sınırlarda saptanmış ve çekilen beyin tomografisinde ve diffüzyon MR görüntülemesinde patoloji saptanmamıştı. Anlamsız davranış ve konuşmaları başlayan hastanın ensefalit ön tanısı ile yatışı yapılmıştı. 18 günlük hastane yatışı sonrası valporik asit 800mg/gün, klobazam 20mg/gün ve levarisetam 1000mg/gün tedavisi ile taburculuğu yapılmıştı.

Tarafımızca yapılan değerlendirilmesinde irritabilite, dizinhibisyon, psikomotor aktivite artışı, öfke patlamaları, saldırganlık, uygunsuz cinsel ve sosyal davranışlar, dikkat bozukluğu olduğu görüldü. Olguda ön tanı olarak ensefalit sonrası gelişen frontal lob sendromu düşünüldü. Davranış problemleri için risperdion 1 mg/gün ile tedavisi başlanıldı. Tedaviye başlanıldıktan 1 ay sonra semptomlarında azalma olduğu görüldü. Klinik düzelmelerin hızlı gerçekleştiğini düşündüğümüz olgunun risperidon 1 mg/gün tedavisine devam etmesi ve kontrollere gelmesi uygun bulundu.

Tartışma: Bu olgu çocukluk çağında beyin görüntülemesinde bulgu olmamasına rağmen ensefalit tablosu sonrası gelişen FLS'nin mevcudiyeti açısından önemlidir. FLS'de klinik tablonun çeşitliliği lezyonun lokalizasyonu ile ilişkilidir (4). Orbitofrontal devre, yanıt baskılanmasıyla ilgilidir ve lezyonlarında; disinhibisyon, emosyonel labilite ve hafıza problemleri, sinirlilik, dürtüsellik, uygunsuz cinsel davranışlar görülebilir (5). Bizim olgumuzunda orbitofrontal devre hasarı ile uyumlu bulgular taşıdığını görmekteyiz. Beyin görüntüleme yöntemlerinde aşikar bir lezyon görülmese de ani gelişen davranış problemleri geliştiren çocuklarda olası ön tanılardan birinin de FLS olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Frontal lob sendromu, Çocuk, Yürütücü İşlevler, Prefrontal korteks, Ensefalit

Kaynaklar

1. Miller B, Cummings J: The Human Frontal Lobes, ed 2. New York, Guilford Press, 2007
2. Tierney AJ. Egas Moniz and the origins of psychosurgery: a review commemorating the 50th anniversary of Moniz's Nobel Prize. J Hist Neurosci. 2000 Apr;9(1):22-36.
3. Cansel N, Yalçin F, Savaş HA, Özovaci A, Selek, S. Frontal lobe syndrome with magical thinking: A case report. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni / Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 2008; 18(4), 309–312
4. Bonelli RM, Cummings JL. Frontal-subcortical circuitry and behavior. Dialogues Clin Neurosci. 2007;9(2):141-51.
5. Mesulam M. Principles of Behavioral Neurology. 2. Baskı. New York: Oxford University Pres; 2000, Hennings JM, Wetter TC, Zihl J. Frontal lobe syndrome in a patient without structural brain abnormalities. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2008 Spring;20(2):244-5.

Diğer

PS - 017

NÖROBEHÇET SENDROMU İLE HSV ENSEFALİTİ BİRLİKTELİĞİNE EŞLİK EDEN PSİKİYATRİK YAKINMALAR

Meltem Çınar Bozdağ[1], Taylan Altıparmak[2], Çağatay Haşim Yurtseven[1], Behçet Coşar[1]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
[2]Tc Sağlık Bakanlığı Çankırı Devlet Hastanesi

Giriş: Behçet Hastalığı orogenital, oküler ve cilt bulguları ile karakterize sistemik, kronik bir vaskülittir. Hastalık seyrinde nöropsikiyatrik bulgular görülebilmektedir (1). Herpes Simplex Virus (HSV) ensefaliti merkezi sinir sisteminin en çok yeti yitimine yol açan hastalıklarından olup kalıcı bilişsel bozukluklara yol açabilir (2). Bu olgu sunumunda Nörobehçet sendromu ile HSV esnefaliti öyküsü bulunan ve psikiyatrik belirtileri olan bir vaka sunulacaktır.

Olgu: Behçet Hastalığı ve HSV ensefaliti öyküsü olan 33 yaşında erkek hasta psikiyatrik değerlendirme isteği ile tarafımıza konsülte edildi. Hastanın ergenlik döneminde agresiflik, sinirlilik, içe kapanıklık yakınmalarının başladığı, zaman içinde kişilerarası ilişkilerde uyumsuzluk ve işlevselliğinde bozulma meydana geldiği, 10 yıl önce Behçet Hastalığı tanısı aldığı ve hastalığın nörolojik tutulumun mevcut olduğu, ruhsal yakınmaları için psikotrop tedaviler kullandığı (essitalopram, metilfenidat) ancak bu tedavilerden kısmen fayda gördüğü, değerlendirmeden 1 yıl önce jeneralize tonik klonik nöbetlerinin başladığı ve HSV ensefaliti tanısı aldığı, nöbetlerden sonra regresif tavırlar, uygunsuz duygulanım, kişilik değişimi, anlamsız konuşma, bellek problemleri, paranoid sanrılar ve uyku düzensizliği şikayetlerinin ortaya çıktığı öğrenildi. Hasta değerlendirme esnasında psikotrop bir tedavi almamaktaydı.

Ruhsal Durum Muayenesi: Hasta apatik bir görünümdeydi. Bilinci açık, kooperasyonu kısıtlı, zaman ve kişi oryantasyonu mevcut olup yer oryantasyonu bozuktu. Konuşma miktarı azalmıştı. Sorulara amaca dönük olmayan yanıtlar veriyordu. Adlandırması bozuktu. Bellek ve dikkatinde bozulma mevcuttu. Düşünce içeriğinde paranoid sanrılar mevcut olup düşünce akışında çağrışım bozukluğu, raydan çıkma ve perseverasyonlar saptandı. Duygudurumu disforik, duygulanımında dalgalanmalar mevcuttu.

Hastanın laboratuar incelemelerinde patoloji saptanmadı. EEG'sinde polimorfik delta yavaşlamaları ve periyodik lateralize epileptiform deşarjlar gözlendi. Nöropsikolojik değerlendirmede kısa süreli ve uzun süreli bellek işlevleri, öğrenme ve dikkatini sürdürebilme yeteneği ve yürütücü işlevler bozuk olarak saptandı. Kranial manyetik rezonans görüntülemede her iki temporal lobda anterior temporal polde atrofi ve solda mezial temporal bölge ve temporal lob anteriorunda silik sinyal artımı saptandı.

Tedavi ve İzlem: Hastaya organik kökenli psikoz ön tanısı ile sülprid 200 mg/gün tedavisi başlandı. Takiplerde fayda görülmemesi üzerine sülprid tedavisi sonlandırılıp risperidon tedavisi başlandı ve 6 mg/gün dozuna yükseltildi. Bu tedavi ile yakınmaları kısmen yatışsa da psikotik belirtilerinin sebat etmesi üzerine risperidon tedavisi sonlandırılıp amisülprid 400 mg/gün tedavisi başlandı. Bu tedavi ile hastanın psikotik semptomları tamamen remisyonda olup, dürtüsel, regresif ve perseveratif davranışları azalmış, ancak dikkat ve bellek işlevleri ile birlikte genel işlevselliğinde bozulma devam etmektedir.

Tartışma: Behçet hastalığı seyrinde görülen psikiyatrik yakınmalar için, hastalık seyrinde görülen nörolojik tutulum ve kullanılan ilaçlar gibi sebepler suçlanmış olsa da aradaki ilişki tam aydınlatılabilmiş değildir (1). Nörobehçet sendromunun erkeklerde kadınlardan daha fazla görüldüğü ve olgumuza benzer şekilde 20-40 yaş arasında ortaya çıktığı bilinmektedir (3). Bu sendromda anksiyete, depresyon, psikoz, öfori, içgörü kaybı, disinhibisyon, psikomotor aktivasyon ya da retardasyon gibi psikiyatrik bulguların yanında yürütücü işlevlerde bozulma görülebilir (1,3,4). Bunun yanında HSV ensefalitinde de bellek, dil, yürütücü işlevler ve emosyon regülasyonunda bozulma olabileceğinden (5) her iki hastalığın olgumuzdaki nöropsikiyatrik tablodan sorumlu olabileceği düşünülmüştür.

Sonuç olarak birden çok santral sinir sistemi patolojisiyle birlikte karmaşık bir nöropsikiyatrik kliniği olan bu olgu, karmaşık psikiyatrik bulgu varlığında detaylı tıbbi öykü alınmasının önemini vurgulaması açısından sunulmaya layık görülmüştür.

Anahtar kelimeler: behcet syndrome, herpes simplex virus, encephalitis, psychosis, neuropsychiatry

Kaynaklar

1-Talarico, R., Palagini, L., d'Ascanio, A., Elefante, E., Ferrari, C., Stagnaro, C., ... & Mosca, M. (2015). Epidemiology and management of neuropsychiatric disorders in Behçet's syndrome. CNS drugs, 29(3), 189-196.
2- Pewter, S. M., Huw Williams, W., Haslam, C., & Kay, J. M. (2007). Neuropsychological and psychiatric profiles in acute encephalitis in adults. Neuropsychological rehabilitation, 17(4-5), 478-505.
3- Patel, P., Steinschneider, M., Boneparth, A., & Lantos, G. (2014). Neuro-Behçet disease presenting with acute psychosis in an adolescent. Journal of child neurology, 29(9), NP86-NP91.
4- Kidd, D. P. (2017). Neurological complications of Behçet's syndrome. Journal of neurology, 264(10), 2178-2183.
5- Frisch, S., Thiel, F., Marschhauser, A., Villringer, A., Horstmann, A., & Schroeter, M. L. (2015). Identifying neural correlates of memory and language disturbances in herpes simplex encephalitis: a voxel-based morphometry (VBM) study. Journal of neurology, 262(3), 563-569.

Diğer

PS - 018

ERİŞKİN BİR HASTADA SEKONDER ENÜREZİS NOKTURNA OLGUSU

Bahadır Geniş

Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Enürezis, olması gereken yaşta mesanenin kontrol edilememesi ve istemsiz altına kaçırma ile sonuçlanan bir durumdur. Enürezis nokturna (EN) daha çok çocuklukta olmak üzere nadiren erişkinlikte görülür (1). İdrar kaçırmanın hiçbir zaman sağlanamadığı durumlara birincil enürezis denir. Ancak bir kez bu kontrol sağlandıktan sonra tekrar kaybedilmesine ikincil enürezis denir. EN genellikle çocuklukta tedavi edilir. Ancak tedavi edilmediğinde erişkinlerde farklı klinik özelliklerin eşlik ettiği bir bozukluk olarak görülebilmektedir. EN'ye genellikle yetişkinlik döneminde uyku bozuklukları ve duygudurum bozuklukları eşlik eder. Bu bozukluklara ek olarak psikosomatik bozuklukların da sıklıkla eşlik ettiği bildirilmiştir (2).

Bu çalışmada erişkin bir hastada ikincil EN olgusu sunulmuştur.

Vaka Sunumu: On dokuz yaşında kadın hasta, bekar ve ailesiyle birlikte yaşıyor. Kliniğimize idrar kaçırma, uykuya dalmada güçlük, canlı rüya görme ve mutsuzluk şikayetleri ile başvurdu. Gelişim evreleri yaşıtlarına benzer olan hastanın tuvalet eğitimi 2-3 yaşlarında olmuştu. Altı yaşında, ağabeyinin tuvalet eğitimi sırasında yaşadığı travmatik bir sahnenin ardından, idrar kaçırmaya başlamıştı. Hasta inkontinans nedeniyle ailesi tarafından yoğun baskıya maruz kaldığını ifade etti. Yapılan tetkik ve muayenelerinde herhangi bir organik patolojiye rastlanmamıştır. Depresif duygudurum vardı. Zeka testinde sonuçlar normal aralıktaydı (IQ=92). Rutin kan testleri normaldi. Enürezis için önce davranışsal önerilerde bulunuldu. Depresif belirtiler için fluoksetin 20 mg/gün başlandı. Bir ay sonunda idrar kaçırma sayısı 24'ten 13'e düştü ve depresif belirtiler azaldı. Davranış tavsiyesine ek olarak, günlük 60 mikrogram desmopressin oral liyofilizat eklendi. İkinci ayın sonunda inkontinans sayısı üçe düştü ve son iki ayda sadece bir inkontinansı vardı.

Sonuç: EN çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik döneminde görülebilen, kişinin sosyal gelişimi ve ruhsal durumu üzerinde sorunlar oluşturabilen ciddi bir bozukluktur. EN yetişkinlikte çok nadirdir. Erişkinlerde EN prevalansını belirlemek için birçok çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda EN sıklığı %2,3-4 arasında değişmektedir (1,2). EN ile toplum temelli çalışmalar ve tedavi modaliteleri hakkında çok az çalışma bulunmaktadır. Tedavi genellikle geleneksel yöntemlerle yapılır ve EN aile tarafından utanılması gereken bir durum olarak tanımlanır. Hem birey hem de aile bu hastalığı saklama eğilimindedir. Desmopressin, Uluslararası Çocuk Kontinans Derneği'nin EN tedavisinde genel yaşam tarzı değişiklikleri dışında birinci basamak tedavidir. Noktürnal poliürisi olan ve depolama fonksiyonu normal olan bireylerde desmopressin tedavisi için ideal bir seçenektir (3).

Zihinsel problemlerin sıklığı ikincil EN'de daha sıktır ve genellikle enürezis sonrası ortaya çıkar. Hastamızda enürezis yanında majör depresyon saptandı. Davranışsal öneriler, fluoksetin ve desmopressin hastanın kliniğini önemli ölçüde iyileştirdi. Bu çok faktörlü etiyolojiye sahip hastalıklarda disiplinler arası çalışmalar yapılmalı ve ailelere hastalık konusunda eğitim verilmelidir.

Anahtar kelimeler: enürezis, enürezis noktürna, inkontinans, depresyon, desmopressin, fluoksetin

Kaynaklar

1. Yaluğ İ, Ünsalan N, Özten E, Öztep Kuruoğlu S, Tufan AE. Erişkinde ikincil enürezis nokturna: Bir olgu sunumu. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7: 185-190.
2. Kumsar Ş, Kumsar NA, Sağlam HS, Köse O, Budak S, Adsan Ö. Erişkin Enürezis Nokturna Tanılı Hastalarda Psikiyatrik Ek Hastalıklar. Klinik Psikiyatri Dergisi 2013; 16: 157-163.
3. Canbulat N, Yıldız S. Enüreziste Güncel Bilgiler. Güncel Pediatri 2009; 7: 83-89.

Diğer

PS - 019

HUNTİNGTON HASTALIĞI VE PSİKİYATRİK BULGULAR

Çağatay Haşim Yurtseven, Meltem Çınar Bozdağ , Melike Küçükkarapınar, Rukiye Filiz Karadağ

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Huntington Hastalığı bilişsel ve psikiyatrik semptomların görülebildiği bir hareket bozukluğudur [1]. Hastalık seyrinde gelişen nöropsikiyatrik bulgular komplike hale gelebilir ve yönetimi zorlaşabilir. Bu olgu sunumunda psikiyatrik belirtileri olan bir vaka sunulacaktır.

Olgu: 1,5 yıldır artış gösteren agresiflik, sinirlilik, ajitasyon, irritabilite, dizinhibe davranışlar, duygulanım dalgalanmaları ve uyku düzensizliği şikayetleri bulunan ve bu şikayetler sebebi ile 4 yıldır olanzapin 5 mg/gün, essitalopram 20 mg/gün ve haloperidol 5 mg/gün (50 damla) tedavisi alan 46 yaşında kadın hasta polikliniğe başvurdu. Hastanın 12 yıldır Huntington hastalığı ile takip edildiği, 4 yıldır konuşamadığı, göz hareketleri veya alfabe ile iletişim kurduğu, yakınlarının yardımına bağımlı olduğu, 2 yıl önce deyin berin stimülasyonu işlemi yapıldıktan sonra şikayetlerinin yoğunlaştığı ve içe kapanıklığının ortaya çıktığı öğrenildi.