

Manik Deliryum Olgusu

Derya Güliz Mert¹, Önder Kavakcı¹, Murat Semiz¹, Nesim Kuşu¹, Ece Yönel¹

ÖZET:

Manik deliryum olgusu

Manik deliryum; mani ile birlikte olan deliryum olarak ifade edilir. Yayınlarında olgu sunumlarıyla ifade edilmiştir. Bu çalışmada deliryum bulguları ile başvuran 63 yaşında iki uçlu bozukluk hastası sunulmuştur. Hastanın ilk değerlendirilmesi ve izlemi boyunca herhangi bir mani belirtisi olmamakla birlikte deliryumu açıklayacak herhangi bir toksik veya tıbbi durumla da karşılaşmamıştır. Manik deliryum, iki uçlu bozukluğun antipsikotik ve mizaç dengeleyicilerine yanıt veren akut şiddetli formu gibi gözükmemektedir. Deliryum tablosu ile başvuran ve organik nedenin bulunmadığı hastalarda manik deliryum akla gelmesi gereken durumlardan biri olabilir.

Anahtar sözcükler: iki uçlu bozukluk, mani, deliryum

Journal of Mood Disorders 2014;4(2):88-90

ABSTRACT:

A case with manic delirium

Manic delirium is defined as co-occurrence of mania and delirium. Publications are referred to case reports. In this study, we describe a 63 years old woman with signs and symptoms of delirium and suffering from bipolar disorder. Mania symptoms were not observed during her first evaluation and monitoring. There was no toxic or medical condition that explained the delirium seen. Manic delirium seems to be an acute and severe form of bipolar disorder, which can be treated with (responsive to) antipsychotics and mood stabilizers. Manic delirium should be kept in mind as a diagnosis for the patients who present with delirium and has no organic cause to explain it.

Key words: bipolar disorder, mania, delirium

Journal of Mood Disorders 2014;4(2):88-90



¹Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Derya Güliz Mert, Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas-Türkiye

Elektronik posta adresi / E-mail address: drgulizaksoy@yahoo.com

Kabul tarihi / Date of acceptance: 19 Eylül 2013 / September 19, 2013

Bağıntı beyanı:

D.G.M., Ö.K., M.S., N.K., E.Y.: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Declaration of interest:

D.G.M., Ö.K., M.S., N.K., E.Y.: The authors reported no conflict of interest related to this article.

GİRİŞ

Mani ve deliryum semptomlarının birlikte görülme sıklığı bilinmemektedir ve genel psikiyatrik popülasyonda düşük olduğu tahmin edilmektedir (1). Manik deliryum DSM-IV ve ICD-10 sınıflandırmasında bulunmaktadır (2). Bu sendrom ilk defa 1832’de Calmiel tarafından tanımlanmıştır (3). Bell tarafından da kapsamlı tanımı yapılmıştır (4). Kraepelin ise üç tip mani tarif etmiştir: akut mani, delüzyonel mani, manik deliryum. Kraepelin manik deliryumu eşzamanlı mani ve deliryum semptomlarının birlikteliği ile ifade etmiştir (5). Bugüne kadar yapılan manik deliryum tanımı da; mani ile birlikte olan konfüzyonel durumu ifade eder.

Manik deliryum, belirti çeşitliliği nedeniyle “akut manik deliryum”, “spesifik ateşli deliryum”, “deliryum acutum”, “manik depresif psikoz”, “benign stupor”, “hiperaktif mani”, “letal katatoni” gibi değişik isimlerle ifade edilmiştir (6). Manik deliryumun tanımında çeşitli-

likler olmasına rağmen tanımlanan bütün olgularda mani semptomları bulunmaktadır. Ancak Weintraub ve arkadaşlarının tanımladığı iki olguda tek belirti deliryumken, alınan öyküden daha önceki tanının mani olduğu ortaya çıkmıştır (7).

Bu yazıda deliryum belirtileri ile acil servise başvuran, klinik izleminde manik deliryum düşünülen iki uçlu bozukluk (İUB) hastası sunulmuştur.

OLGU

63 yaşında ilkokul mezunu kadın hasta ani başlayan anlamsız konuşma ve etrafındaki insanları tanıyamama şikayetleri ile acil servise getirilmiş. İlk yakınmaları yaklaşık 30 yıl önce başlamış, 4-5 yılda bir İUB manik dönem tanılarıyla farklı merkezlerde yatırılarak tedavi edilmiş. Daha önceki atakları sırasında da “kimseyi tanımadığı, nerede olduğunu ayırt edemediği, zamanı bilmediği” oluyormuş.. Yakınmaları yaklaşık 1 ayda düzeliyormuş. Son

bir yıl boyunca düzensiz haloperidol 2,5 mg/gün, biperiden 4 mg/gün ve lityum 300 m/gün kullandığı öğrenildi. Alkol, madde ya da sigara kullanmıyormuş.

Acil polikliniğinde yapılan ruhsal durum muayenesinde giyimi sosyoekonomik düzeye ve mevsime uygundu. Muayene boyunca hasta yatağından hiç kalkmadı. Kendi kendine anlamsız konuşmaları vardı. Yüz ifadesi şaşkıncı. Bilinci konfüzeydi. Yer, zaman, kişi yönelimi bozuktu. Dikkat ve bellek değerlendirme sorularını yanıtlayamadı. Konuşma hızı ve miktarı azalmış, amacının dışındaydı. Düşünce içeriği değerlendirilmek istendiğinde sorulara anlamsız cevaplar veriyordu. Ellerde ince tremor dikkat çekiyordu.

DSM-IV tanı ölçütlerine göre hastaya deliryum tanısı kondu. Olayın akut başlaması toksik veya sistemik nedenleri araştırmaya yönlendirdi. Kan basıncı, ateş, nabız normal değerlerdeydi. EKG normal sınırlardaydı. Çalışılan hemogram değerleri normal sınırlarda olup biyokimya tetkikinde potasyum (K) 2.9 mEq/L idi. Acil serviste K replasmanı yapıldı. Lityum düzeyi değerlendirildi, 0.75 mEq/l bulundu.

Nöroloji uzmanı hastanın nörolojik muayenesi ve BT sonuçlarını normal olarak bildirdi. Hasta acil gözlemede 24 saat izlendi. Gözlem sonrası hastanın şikayetlerinde gerileme olmadı ve İUB öyküsü olduğu için psikiyatri servisine devir alındı.

Deliryuma neden olabilecek diğer metabolik ve nörolojik nedenler araştırıldı. Kranial MR ve EEG sonucu normal sınırlarda değerlendirildi. Yatışının ilk 10 gününde tekrarlanan laboratuvar incelemelerinde, beyin görüntüleme incelemelerinde ve fizik muayenesinde deliryum tablosunu açıklayabilecek toksik ya da sistemik bir neden bulunamadı. Yatışının ikinci gününde K değeri 4.2 mEq/L, lityum düzeyi 0.4 mEq/l olarak değerlendirildi. Hasta manik deliryum olarak değerlendirildi.

Yatışının ilk 10 gününde deliryumunun nedenine yönelik kesin tanı konamadığı için ajitasyonlarına yönelik haloperidol 10 damla ve lorazepam 1.25 mg verildi. Yatışının 10. gününde de ilk gününden itibaren olan anlamsız konuşmaları, öfkelenmesi, yer kişi zaman yönelimindeki bozukluğu devam ediyordu. Deliryumun önemli belirtisi olan azalan dikkat süresi ve artıp azalan konfüzyon ön plandaydı. Özellikle akşam saatlerinde artan ajitasyonları mevcuttu. Risperidon 3 mg/gün başlandı. Ajitasyonları için ek doz (lüzumu halinde) lorazepam 1.25 mg verildi. Ses duymaları olduğunu söylüyordu. Yatışının 12. gününde risperidon

dozu 4 mg/gün'e yükseltildi ve ketiapin 300 mg/gün eklendi. İlaç alımını zaman zaman reddediyordu, aralıklı ajitasyonları için haloperidol enjeksiyonu yapıldı. Ajitasyonu devam eden hastanın ketiapin ve risperidonu kesilip yatışının 16. gününde haloperidol 20 mg/gün ve valproate sodyum 1000 mg/gün başlandı. Özellikle gece olan ajitasyonları için lorazepam 1.25 mg akşam dozu verildi. 10 gün sonra bakılan valproik asit düzeyi 66.3 olarak bulundu, valproat dozu 1250 mg/güne yükseltildi. Yatışından yaklaşık 3 hafta sonra uykuları düzelen hastanın bir ay sonunda duygulanımı doğal, konuşmaları amacına uygundu, yer, zaman, kişi yönelimi tamdı. Yatışının 47.gününde valproat sodyum 1250 mg/gün, haloperidol 10 mg/gün, biperiden 4 mg/gün ve tam iyilik hali ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Mani ve deliryumun birlikte görülmesi manik deliryum olarak isimlendirilir (8). Manik deliryum ani başlayan maninin karakteristik belirtileri olan coşku, grandiosite, emosyonel labilite, delüzyon, insomnia ile birlikte deliryumun karakteristik özellikleri olan değişken bilinç düzeyleri ve yönelim bozukluğu ile ifade edilir (9). Bu çalışmada sunulan olguda kliniğe kabul edildiğinde yalnızca deliryum belirtileri vardı, mani belirtisi saptanmadı. Akut başlangıçlı olması nedeniyle acil sistemik ve toksik nedenler öncelikle araştırıldı. Beyin görüntüleme dahil olmak üzere bütün nörolojik değerlendirmeler yapıldı. Deliryum belirtileri ile başvuran bu olguda, deliryuma neden olabilecek sistemik, toksik veya nörolojik herhangi bir neden bulunamadı.

Karmacharya ve arkadaşları manik deliryumun çoğunlukla genç bayan hastalarda gözlemlendiğini bildirmiştir (1). Ancak bu olgu ile benzer olarak, Weintraub mani belirtileri olmadan sadece deliryum belirtileri olan iki manik deliryum olgusu tanımlamıştır. Yazar bunu, hastaların ileri yaşlarda olmasına bağlamıştır. Bazı yaşlı hastalarda mani atağı sırasında sadece deliryum belirtilerin gözlenebileceğini ifade etmiştir (7). İUB'de ileri yaşlarda bilişsel belirtilerin de eklenmesi ile hastalarda manik deliryuma yatkınlık oluşabilir (7).

Bu çalışmada sunulan olgunun öyküsü ayrıntılandırıldığında, daha genç yaşlardaki ataklarının da mani belirtilerinin olmaksızın deliryum geliştiği düşünülmüştür. Geçmişte yaşanan deliryum belirtilerinin nedenini açıklayabilecek bir öykünün olmaması, tedavisine mizaç

düzenleyicilerinin eklenmesi, hasta mizaç düzenleyicilerini düzensiz kullandığı zaman ataklarının olması mizaç bozukluğu tanısını desteklemiştir.

Akut mani, konsantrasyon bozukluğu, dikkatin odaklanması, istemli kaydırılması ve sürdürülmesinde zorlukla tanımlanır. Düşünceler hızlandıkça manik hastaların distraktibilitesinde artma olur ve açıkça psikotik olabilirler. Daha ileri safhalarda da deliryumun tanısal kriterleri-

ni karşılayabilirler (7). Bu nedenle manik deliryum, İUB'nin antipsikotik ve mizaç dengeleyicilerine yanıt veren akut şiddetli formu gibi gözükmetedir (10). Bu olguda olduğu gibi, deliryumun bazen mizaç bozukluklarının akut bir formu olarak görülebilir. Deliryum nedenin belirlenemediği olgularda mizaç bozuklukları akla gelmelidir. Hastaların ayrıntılı psikiyatrik öykülerinin alınması tanıyı kolaylaştırabilir.

Kaynaklar:

1. Karmacharya R, England ML, Ongür D. Delirious mania:clinical features and treatment response. *J Affect Disord* 2008;109:312-6.
2. Detweiler MB, Mehra A, Rowell T, Kim KY, Bader G. Delirious mania and malignant catatonia:a report of 3 cases and review. *Psychiatr Q* 2009;80:23-40.
3. Calmeil LF. Dictionnaire de medicine;our repertoire general des sciences medicales considerees sous le rapport theorique et pratique. 2nd ed., Paris: Bechet, 1832.
4. Bell L. On a form of disease resembling some advanced stage of mania and fever. *Am J Insanity* 1849;6:97-127.
5. Kraepelin E. Manic-Depressive Insanity and Paranoia.In Translated by Barklay RM. Edited by Robertson GM. Edinburgh: Livingstone; 1921.
6. Detweiler MB,Mehra A, Rowell T, Kim KY, Bader G. Delirious mania and malignant catatonia:a report of 3 cases and review. *Psychiatr Q* 2009;80:23-40.
7. Weintraub D, Lippmann S. Delirious mania in the elderly. *Int J Psychiatry* 2001;16:374-7.
8. Ramos J, Ferreira B, Trancas B. Delirious mania or delirious affective disorder: when depression meets delirium. a case report where cognitive deficits thicken the plot. Abstracts of the 20th European Congress of Psychiatry. *European Psychiatry* 2012;27:202.
9. Fink M: Delirious mania. *Bipolar Disord* 1999;1:54-60.
10. Bond TC. Recognition of acute delirious mania. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:553-4.