

Araknoid Kist ve İki Uçlu Bozukluk: Bir Olgu Sunumu

Bahadır Bakım¹, Kayıhan Oğuz Karamustafaloğlu¹, Güray Özalp², Onur Tankaya³, Nilay Kahraman¹, Burcu Göksan Yavuz¹, Hakan Serdar Şengül⁴

ÖZET:

Araknoid kist ve iki uçlu bozukluk: Bir olgu sunumu

Araknoid kistler selim, beyin omurilik sıvısı içeren, yer kaplayan lezyonlardır. Klinik belirtiler kistin büyüklüğü ve komşu nöral yapılarla etkileşimine göre değişkenlik göstermektedir. Klinik görünümüne mental bozuklukların eşlik etmesi ender olarak görülmekte, çoğu olgu ise belirti vermemekte, radyolojik incelemeler sırasında rastlantısal olarak tanı konmaktadır. Literatürde araknoid kist ve psikoz birlikteliği ile ilgili vaka bildirimleri bulunmaktaysa da, iki uçlu bozukluk ve araknoid kist birlikteliği ile ilgili bir olgu bildirilmemiştir. Bu olgu bildiriminde iki uçlu bozukluk tanısı ile takip edilen oksipital lobda posterior fossa yerleşimli araknoid kisti söz konusu olan bir erkek hasta sunulmuş ve literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: araknoid kist, iki uçlu bozukluk, oksipital lob

Journal of Mood Disorders 2012;2(2):70-3

ABSTRACT:

Arachnoid cyst and bipolar disorder: a case report

Arachnoid cysts are benign and space-occupying lesions containing cerebrospinal fluid. Their clinical manifestations may vary according to the size of the cyst and the interaction between the cyst and surrounding neuronal structures. Mental disorders rarely accompany the clinical picture and most of the cases remain symptom-free unless determined by radiological examinations accidentally. Although there are some cases reported in the literature about the comorbidity of psychosis and arachnoid cysts, so far no case has been reported about the comorbidity of bipolar disorder and arachnoid cysts. Here we present a male patient with bipolar disorder associated with an arachnoid cyst in occipital lobe located in posterior fossa and discuss the case with reports in the literature.

Key words: arachnoid cyst, bipolar disorder, occipital lobe

Journal of Mood Disorders 2012;2(2):70-3

¹MD, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul-Türkiye
²MD, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, İstanbul-Türkiye
³MD, Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Samsun-Türkiye
⁴PhD, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Bahadır Bakım, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Halaskargazi Cad. Etfal Sk.34371, Şişli, İstanbul-Türkiye

Telefon / Phone: +90-212-373-5000

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

Kabul tarihi / Date of acceptance: 29 Ocak 2012 / January 29, 2012

Bağıntı beyanı:

B.B., K.O.K., G.Ö., O.T., N.K., B.G.Y., H.S.Ş.: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Declaration of interest:

B.B., K.O.K., G.Ö., O.T., N.K., B.G.Y., H.S.Ş.: The authors reported no conflict of interest related to this article.

GİRİŞ

Araknoid kistler çoğu zaman gelişimsel kökenlidir. Erken fetal yaşamda araknoid membranın iki tabakasının birleşiminin olmaması sonucu oluşur ve bunu beyin omurilik sıvısı birikimi, kist oluşumu izler (1). Araknoid kistler kafa içi yer kaplayan lezyonların %1'ini teşkil etmektedir (2). Merkezi sinir sisteminin (MSS) nin herhangi bir bölgesinde gözlenebilir, tipik olarak orta kraniyal fossa, serebellopontin köşe, suprakollüküler bölge, sella ve suprasella alanları ve vermiste görülmektedir (3). İdeal tedavileri tartışmalı olmakla birlikte, cerrahi tedavi tüm belirtili hastalarda önerilmektedir (4). Sol tarafta sağa göre iki kat daha fazla görülmekte (2,5,6) ve erkeklerde üç kat fazla görülmektedir (6). Çoğu olguda tanı rastlantısal olarak konmaktadır (2,5). Erişkinlerde baş ağrıları ve konvulsif ataklar en sık belirtiler olup (5), ataksi, oküler değişimler, fokal belirtiler, sersemlik ve bellek sorunları diğer

belirtiler arasındadır (5,7). Literatürde araknoid kist ve psikiyatrik bozuklukların birlikte görülmesi ile ilgili bilgiler vaka bildirimi şeklinde yayınlara dayanmaktadır (8-11). Bu konuda ülkemiz kaynaklı üç olgu bildirimi bulunmaktadır (12-14). Bu olguda posterior fossa düzeyinde orta hatta ve orta hattın sağına doğru yerleşim gösteren, çevre serebral parankimal yapıları ve sağ serebellum hemisferini, kısmen sol serebellum hemisferini posteriordan basıya uğratan araknoid kist olgusu söz konusu olup, literatürde iki uçlu bozukluk manik dönemin birliktelik gösterdiği ilk olgu niteliği taşıması itibarı ile önem arz etmektedir.

OLGU

30 yaşında erkek, üniversite mezunu. Altı kardeşin beşincisi, bekar. Bir üniversitede memur olarak görev yapıyor. Sinirlilik, etrafındaki kişilerden şüphe duyma

yakınmalarıyla yakınlarının yönlendirmesi ile kliniğimize başvurdu. İş arkadaşlarının arkasından plan yaparak ayağını kaydırmaya çalıştıklarını, üzerinde deney yapıldığını, onu ilkel insana dönüştürerek başkalarına sunacaklarını, dinlendiği, takip edildiği ve kendisine hipnoz uygulandığını belirtiyordu. Aşırı değerlendirilmiş düşünce şeklinde olan referans düşüncelerinin bir yıldır var olup, son on gündür alınma ve büyülenme sanrıları haline geldiği, son aylarda 2-3 bin TL borçlanarak, kitap satın aldığı, son on gündür uykusuzluğu, hareketlilik düzeyinde, konuşmasında artış olduğu öğrenildi. Kendisinin “düşünen bir adam olduğu için” seçildiğini belirtti.

İş yerinde kendisini suçlamak için açık verdiklerini, suçu üzerine attıklarını, üniversitenin başka bir bölümüne gönderildiğini, hocaların onu “ters köşe” ettiklerini, ailesinin bilgilerini onlara verdiğini, dinlendiğini, otobüslerde öğrencilerin kendisini kontrol edip, not verdiklerini, kendisini incelediklerini, üzerinde deney yapıldığını, onu evrimleştirerek ilkel insana dönüştüreceklerini, hafızasının denendiğini, böylece öğrencilerin hakkında deney yapıp maymunun nasıl evrimleştiğini inceleyeceklerini, eksiklerini tamir edip kendini birilerine takdim edeceklerini belirtti.

Gittiği yabancı dil kursundakilerin çete üyesi olup, müdahale ettiklerini ve oradakilerle de kavga ettiğini, kliniğe yatışını planlayan doktorun da aynı çeteden olduğunu belirtti. Evdeyken kapiya vurup kaçtıklarını, telefonlarının dinlendiğini, bu yüzden babasıyla telefonda görüşmediğini belirtti.

Hastanın tıbbi özgeçmişinde alkol ya da madde kullanımına, enfeksiyon ya da travma öyküsüne rastlanmadı. Soygeçmişinde herhangi bir hastalık öyküsü saptanmadı. Psikiyatrik muayenesinde; yaşından büyük gösteren, görünümü sosyoekonomik düzeyi ile uyumlu, öz bakımı azalmıştı. Konuşma miktarı ve hızı artmıştı. Mizacı irritabl, duygulanımı kaygılı idi. Algı kusuru saptanmadı. Üzerinde deney yapılacağı şeklinde kötülük görme sanrıları, yurttan dinlendiği ve yurttaki oda arkadaşlarının ayağını kaydırmaya çalıştığı, öğrencilerin kendisini kontrol edip not verdikleri, kendisini inceledikleri şeklinde alınmasanrıları, “düşünen bir adam olduğu için seçildiği” şeklinde büyüklük sanrıları mevcuttu. Yönelimi tamdı. Bellek, dikkat ve konsantrasyon normal, yargılama ve içgörü bozuktu. Uykusu azalmış olup, enerji ve psikomotor aktivite artmış düzeydeydi. Rutin incelemeler ve sistemik muayenenin normal olması, sistemik bir hastalık ola-

sılığından uzaklaştırdı. Ayırıcı tanıda sanrılı bozukluk, şizofreni ve şizoaffektif bozukluktan, hastada sadece sanrıların olup, varsanı, dezorganize konuşma ya da davranış ve negatif belirtiler gibi diğer şizofreni A ölçütlerinin olmaması ve sanrıların sistemli olup işlevselliği bozması özelliğiyle ayrılır.

Hastada 10 gündür var olan irritabl mizaç, büyülenme, uyku gereksiniminde azalma, konuşmada artış, psikomotor ajitasyon ve sanrıların varlığı ile DSM-IV-TR ölçütlerine göre iki uçlu bozukluk psikotik özellikli manik dönem tanısı kondu. Hastanın yatış esnasında ölçek değerleri Hamilton depresyon ölçeği (HAM-D): 10; Young mani değerlendirme ölçeği (YMRS): 24; kısa psikotik değerlendirme ölçeği (BPRS): 15 ve Dissosiyatif yaşantılar ölçeği (DES): %22 şeklindeydi. İşlevselliğin değerlendirmesine (CGI) göre 1 yıllık %70, şimdiki %50 olarak tespit edildi.

Klinik tabloda aile öyküsünün olmaması, akut başlangıçlı oluşu dikkate alınarak beyin MR yapıldı. MR’da posterior fossa düzeyinde orta hatta ve orta hattın sağına doğru yerleşim gösteren, çevre serebral parankimal yapıları ve sağ serebellum hemisferini, kısmen sol serebellum hemisferini posteriordan basıya uğratan, 11x5x9.5cm boyutlarında araknoid kist ile uyumlu lezyon belirlenmiştir.

Rorschach testi sonucunda hafif obsesif belirti, paranoid belirti, latent psikotik öğeler belirlenmiştir. Tiroid ve paratiroid tetkikleri normal sınırlar arasında bulunmuştur. Beyin cerrahi konsültasyonu sonucunda girişim önerilmemiştir.

Tedavide Olanzapin 30mg/gün ve Lityum 900mg/gün başlandı. Tedavi sürecinde hastada konuşma, enerji ve psikomotor aktivite normal düzeylere geriledi, sanrıları kayboldu, içgörü ve yargı düzeldi. Yataklı üniteye 17 günlük tedavi sonrasında HAM-D: 7, YMRS: 11 ve BPRS: 12 olarak tespit edildi.

TARTIŞMA

Araknoid kistin klinik belirtilerinin şiddeti değişebilir, ya da bu belirtiler kendiliğinden kaybolabilir (15). Klinik belirtiler kistin büyüklüğü ve komşu nöral yapılarla etkileşimine göre değişkenlik göstermektedir. Klinik görünümüne mental bozuklukların eşlik etmesi ender olarak görülmekte, çoğu olgu belirti vermeme, raslantısal olarak tanı konmaktadır (16). Literatürde bu konudaki bilgiler

vaka bildiri şeklinde yayınlara dayanmaktadır (8-11). Bu konuda ülkemiz kaynaklı üç olgu bildiri bulunmaktadır. Bunlar şizofreni benzeri psikotik belirtileri gösteren olgular (12-13) ve başka türlü adlandırılmayan kognitif bozukluk olgusudur (14).

Lezyonun, altta yatan bir psikiyatrik bozukluktan bağımsız gelişmesi ve işlevsel bir önemi olmaksızın tesadüfi bir bulgu olması mümkündür. Literatür incelendiğinde sol posterior serebral arterin tıkanıklığı sebebiyle medial oksipital lobun kan akımı bozulduğunda, dezoriantasyon, distraktibilite, irritabilite ve paranoyayı kapsayan konfüzyonel durum ortaya çıkabildiği; konfüzyon, ajitasyon ve mutizm durumlarının birbirini izleyebildiği gözlenmiştir(17). Manik belirtiler, hiperaktivite ve hiperseksüelitate gözlenen hastalarda serebellar atrofi söz konusu olabilmektedir (18-19).

Beyin lezyonları sonrası gelişen mizaç bozuklukları incelendiğinde frontal lob işlev bozukluklarında sol hemisfer lezyonları daha tipik olarak depresyon, sağ hemisfer lezyonları impulsivite ve mani benzeri belirtiler sergileyebilmektedir. Kraniofarengioma gibi diensefalik lezyonlarda depresyon ve mani gözlenebilmektedir. Özellikle sağ hemisferde, talamus, sağ temporal lob, kaudat başı ya da frontal korteksi etkileyen serebrovasküler lezyonlarda manik sendromlarla karşılaşılabilir. Sağ ve sol hemisfer lezyonları sonrası gelişebilen mani ya da depresif semptomatolojinin serotonerjik ajanlar ve her iki hemisferde bulunan 5HT2 reseptör mekanizması ile iliş-

kili olabileceği düşünülmektedir (20).

Bu olguda lezyonun klinik tablo üzerine etkisini belirlemek zor olsa da, kistin yaptığı basının oksipital lob ve serebellum üzerindeki etkisinin, iki uçlu bozukluk belirtileri üzerinde etkisi olabileceği akla gelmektedir. Özgeçmişinde alkol ve madde kullanımının olmadığı, soygeçmişinde özellik gözlenmeyen bu olguda, araknoid kist ile birlikte psikotik özellikli iki uçlu bozukluk manik dönem literatürde ilk kez belirlenmiş olup, manik döneme yönelik olanzapin ve lityum tedavisi ile klinik düzleme gözlenmiştir.

SONUÇ

Araknoid kist lezyonunun hastanın genel psikiyatrik durumundan tamamıyla sorumlu olup olmadığını belirlemek zordur. Araknoid kist ve psikoz birlikteliği vaka bildirimleri olarak literatürde mevcut olmasına karşın, mizaç bozukluğu birlikteliğine rastlanmamıştır. Akut başlangıçlı, öncesinde psikiyatrik hastalık öyküsünün, aile anamnezinin, EEG patolojisinin olmadığı ilk atak mizaç bozuklukları söz konusu olduğunda görüntüleme önemli olup, mevcut mental bozukluğun yapısal beyin lezyonlarıyla ilişkisi göz önünde tutulmalı, mizaç bozukluğunun organik sebepleri araştırılmalıdır. Beyin yapısal bozukluklarının beraberindeki nöropsikiyatrik tabloların araştırılmasında daha ileri teknolojik destekli, daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar:

- Gilroy J. Temel nöroloji. Rana Karabudak (çeviren). 3. Baskı, Güneş Kitabevi, 2002:418.
- Gosalakkal JA. Intracranial arachnoid cysts in children: a review of pathogenesis, clinical features, and management. *Pediatr Neurol* 2002; 26: 93-98.
- Wester K. Peculiarities of intracranial arachnoid cysts: Location, sidedness, and sex distribution in 126 consecutive patients. *Neurosurgery* 1999; 45: 775-779.
- Kanev PM. Arachnoid cysts. In Winn RH (editor). *Youmans Neurological Surgery*, 5.baskı: Philadelphia: Saunders,2004: 3289-3299.
- Gelabert-Gonzalez M. Intracranial arachnoid cysts. *Rev Neurol* 2004; 39: 1161-1166.
- Wester K. Gender distribution and sidedness of middle fossa arachnoid cysts: a review of cases diagnosed with computed imaging. *Neurosurgery* 1992; 31: 940-944.
- Kohn R, Lilly RB, Sokol MS, Malloy PF. Psychiatric presentations of intracranial cysts. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1989; 1: 60-66.
- Blackshaw S, Bowen RC. A case of atypical psychosis associated with alexithymia and a left fronto-temporal lesion: possible correlations. *Can J Psychiatry* 1987; 32: 688-692.
- Lanczik M, Fritze J, Classen W, Ihl R, Maurer K. Schizophrenia-like psychosis associated with an arachnoid cyst visualized by mapping of EEG and P300. *Psychiatry Res* 1989; 29: 421-423.
- Krzyzowski J, Koziarski A, Wejroch A, Delimat L, Podgórski JK. A case of schizophrenia-like psychosis in a patient with arachnoid cyst. *Neurol Neurochir Pol* 1998; 32: 433-440.
- Bahk WM, Pae CU, Chae JH, Jun TY, Kim KS. A case of brief psychosis associated with an arachnoid cyst. *Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 56: 203-205.
- Vardar E, Tuğlu C, Tekin S. Genel tıbbi bir duruma bağlı psikotik bozukluk: Araknoid kist ve şizofreni benzeri psikoz - vaka sunumu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1:246-251.

13. Özdemir B, Gülsün M. Psikotik Bozukluk ve Araknoid Kist: Bir Olgu Sunumu. *Düşünen Adam* 2006; 19: 217-220.
14. Akar H, Yazar S, Özmen E, Keskinliç C, Eradamlar N, Alpan L. Nöropsikiyatrik Semptomlarla Seyreden Araknoid Kist Olgusu. *Düşünen Adam* 2004; 17: 238-243.
15. Beltramello A, Mazza C. Spontaneous disappearance of a large middle fossa arachnoid cyst. *Surg Neurol* 1985; 24: 181-183.
16. Sommer IEC, Smit LME. Congenital supratentorial arachnoidal and giant cysts in children: a clinical study with arguments for a conservative approach. *Child's Nerv Syst* 1997; 13: 8-12.
17. Devinsky O, Bear D, Volpe BT. Confusional states following posterior cerebral artery infarction. *Arch Neurol* 1988; 45: 160-163.
18. Lauterbach EC. Bipolar disorders, dystonia, and compulsion after dysfunction of the cerebellum, dentatorubrothalamic tract, and substantia nigra. *Biol Psychiatry* 1996; 40: 726-730.
19. Lauterbach EC. Cerebellar-subcortical circuits and mania in cerebellar disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2001; 13: 112.
20. Schmid-Ghika F, Bogousslavsky J. Emotional behaviour in acute brain lesions. In *Behaviour and mood disorders in focal brain lesions*, Bogousslavsky J, Cummings JL (editors). First ed., Cambridge, Cambridge University Press 2000: 65-94.