

Case Report / Olgu Sunusu

**Charles Bonnet Syndrome: A Case Report
Charles Bonnet Sendromu: Olgu Sunusu**

Hatice Harmancı¹, Mehmet Gökbakan¹, Hüseyin Ortak²

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD.
Tokat-Türkiye

²Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Göz
Hastalıkları AD. Tokat-
Türkiye

Corresponding Author:

Dr. Hatice Harmancı
Adres: Gaziosmanpaşa
Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Psikiyatri AD
60000 TOKAT / TÜRKİYE

Phone: 03562129500-1200

Email:
hatice_harmanci@hotmail.com

Başvuru Tarihi/Received :

02-03-2013

Kabul Tarihi/Accepted:

25-04-2013

ÖZET

Charles Bonnet sendromu, görme kaybıyla giden hastalıklarda görsel varsanıların ortaya çıktığı bir klinik antitedir. Çoğunlukla ileri yaşlarda gelişir ve genellikle hastaların özgeçmişlerinde ruhsal hastalık öyküsü yoktur. Bu sendromu yaşayanların bilişsel yetileri normaldir, gördüklerinin gerçek olmadığını bilirler. Hastalar, çoğunlukla “deli” damgası yemek çekincesiyle yaşadıklarını dile getirmezler ancak artan korku ve kaygı nedeniyle psikiyatri polikliniklerine başvururlar. Bu olgu sunumunda diyabetik retinopati nedeniyle her iki gözünü kaybeden, görsel varsanıları nedeniyle yaşam kalitesi bozulan 73 yaşındaki erkek hasta literatür bilgileri eşliğinde tartışılacaktır

Anahtar kelimeler: Charles Bonnet sendromu, görme kaybı, görme varsanısı

ABSTRACT

Charles Bonnet syndrome is a clinical entity in which visual hallucinations are encountered during the prognosis of illnesses presenting with vision loss. The syndrome occurs usually in the elderly and there is generally no history of mental disorder to mention. . Patients' ability to test the reality is generally conserved and they point out that what they see is not real. Affected people, for fear of being criticized as “insane”, do not easily express their experiences but they refer to a psychiatrist because of the increasing fear and anxiety. In this case report, a 73 years old male patient who has lost his vision due to diabetic retinopathy and whose quality of life was affected will be discussed in the accompaniment of literature data.

Key words: Charles Bonnet syndrome, vision loss, visual hallucination

GİRİŞ

Charles Bonnet sendromu ilk defa 1970'lerde İsveç'li filozof Charles Bonnet tarafından tanımlanmıştır. Bonnet, katarakt operasyonu geçirdikten sonra görme kaybı yaşayan büyükbabasinda, bilişsel yetilerinin normal olmasına rağmen görsel varsanların geliştiğini fark etmiş (1). Hayatının son döneminde kendisi de aynı şikayetleri yaşamış ve 1967'de Morsier bu kliniği Charles Bonnet sendromu (CBS) olarak tanımlamıştır (2). CBS çoğunlukla her iki gözde görme kaybının olduğu durumlarda gelişmektedir (3).

Görme kaybı, görmenin bozulmasından sonra görsel varsanların gelişmesi ve bu süreçte kişinin bilişsel yetilerinin normal olması CBS tanısının konulabilmesi için gerekli üç bulgudur (4). Fantom göz sendromu olarak da adlandırılan kliniğin, görme bozukluğu yaşayan hastalardaki görülme sıklığı %1,4 – 40 arasındadır (5). Görsel varsanlar ışık çakması veya geometrik şekiller gibi basit görüntülerden oluşabilir veya daha karmaşık olarak insan yüzü, hayvan şekilleri veya olay örüntüleri şeklinde görülebilirler (3).

Bu olguda diyabetik retinopatiye (DR) bağlı görme kaybı gelişen ve görmenin bozulmasıyla görsel varsanları olan hastayı literatür bilgileri eşliğinde tartışmayı amaçladık. Hastadan bilgilendirilmiş olur formu alınmıştır.

OLGU SUNUMU

73 yaşında, evli, şoför emeklisi olan erkek hasta. 20 yıldır diyabet nedeniyle tedavi görmekteyken son 4 yıldır DR gelişmiş ve 3 yıldır hastanın her iki gözde görmesi tama yakın kaybolmuş.

Hasta bir ay önce Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine ailesi tarafından getirildi. Hasta ilk görüşmede oldukça çekimserdi, son 1 yıldır hareketli rüyalar gördüğünü, sanki bu rüyaların gündüz de devam eder gibi olduğunu ve durumun kendisini yordüğünü ifade etti. Öykü derinleştirilip aileden de ek bilgi alınınca hastanın şikayetlerinin 3 yıl önce körlük gelişmesiyle başladığını ve son 1 yıldır arttığını öğrendik. Hasta körlüğün ilk başladığı dönemlerden itibaren eski çalıştığı yerleri görüyordu. Çalıştığı fabrikalarda gezdiğini, arkadaşlarıyla sohbet ettiğini, eskisi gibi çalışabildiğini görme şeklinde hoşuna giden görsel varsanları vardı. Önceleri sadece geceleri olan varsanlar daha sonra tüm gün boyunca devam etmeye başlamış. Hastanın bilişsel yetileri yerinde olduğu için bu yaşadıklarının normal olmadığının farkındaydı ve yaşadıklarından

korkmaktaydı. Kaygı düzeyi artan hasta "delirdiğini" düşünerek yaşadıklarını aileye geç anlatabilmiş. Doktordan yardım almak için güçlükle ikna edilmiş.

Yapılan psikiyatrik muayenede; hasta yaşında gösteriyordu, giyimi sosyokültürel düzeyiyle uyumluydu ve öz bakımı yerindeydi. Hastanın bilinci açıktı, zaman, yer, kişi yönelimi yerindeydi ve işbirliği sağlanabiliyordu. Konuşması kendiliğinden, amaca varıyordu ancak ses tonu tedirgindi. Duygulanımı kaygılıydı, yaşadıklarına anlam veremiyordu ve düşünce içeriğinde bu süreçle ilgili temalar vardı. Zekası normal izlenimi veriyordu, bellek bozukluğu yoktu. Soyut düşünme, gerçeği değerlendirme ve yargılama yetisi tamdı. Görsel varsanları dışında algı bozukluğu saptanmadı. Psikomotor aktivitesi normaldi.

Hastaya görme ile ilgili maddeleri çıkarılarak mini mental test yapıldı, bu testten 25 puan aldı. Organik hastalıkları dışlayabilmek için kranial manyetik rezonans (MR) görüntülemesi ile elektroensefalografi görüntülemesi (EEG) yapıldı. Kranial MR görüntülemesi, yaşla uyumlu olabilecek beyinde küçülme olarak yorumlanırken, EEG sonucunda da benzer şekilde yaşla uyumlu olabilecek diffüz yavaşlama olduğu tespit edildi. Kan biyokimyası, tam kan sayımı, tiroit fonksiyon testleri, elektrokardiyografisi yapıldı, hastanın açlık kan şekeri (AKŞ) dışındaki bütün değerleri normal sınırlardaydı. AKŞ düzeyi 335 mg/dL'di. Yapılan nörolojik muayenesi de normal olarak değerlendirildi.

Göz muayene bulguları, sağ ve sol gözdeki görme keskinliği P- P- (persepsiyon-,projeksiyon-) ve göz içi basıncı sağda 56 mmHg solda 44 mmHg idi. Slit-lamp muayenede sağ gözde, korneada büllöz keratopati, kornea vaskülerize, pupilla middilate, rubeozis iridis, psödöafaktı. Sol göz Slit-lamp muayenede, korneada epitel ödemi, pupilla middilate, rubeozis iridis, psödöafaktı. Fundus muayenesinde bilateral flu olarak seçilen traksiyonel fibrotik bantları ve optik atrofsisi mevcuttu. Yapılan USG sinde sağda total traksiyonel retina dekolmanı ve solda subtotal traksiyonel dekolmanı mevcuttu. Göz hareketleri tüm yönlere doğru serbestti. Direkt ve indirekt ışık reaksiyonları yoktu. Hasta uzun süreden beri diyabetik retinopati nedeniyle çeşitli merkezlerde görülmüş olsada, kliniğimizde proliferatif retinopati sonucu oluşmuş olan neovasküler glokom ve eski traksiyonel retina dekolmanı nedeniyle takibe alındı.

İleri yaşta olan hastanın özgeçmişinde ve soygeçmişinde psikiyatrik hastalık olmaması, görsel

varsanı dışında başka ruhsal yakınması olmaması, bu varsanların görme kaybından sonra başlaması, varsanları açıklayabilecek organik bir hastalığının olmaması nedeniyle CBS tanısı konuldu. Hastanın tedavisi sertralin 50 mg/gün ve ketiyapın 50 mg/gün olarak düzenlenerek poliklinik takibine alındı.

TARTIŞMA

Görsel varsanı psikiyatrik hastalıklar başta olmak üzere, alkol madde kullanımında, intoksikasyonlarda, beynin etkilendiği nörodejeneratif hastalıklarda, beyin damar hastalıklarında, metabolik ensefalopatilerde, migren atağı esnasında, uykuya dalarken veya uyanırken görülebildiği gibi kullanılan ilaçların yan etkisine bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir (6,7). CBS’de ortaya çıkan görsel varsanın temel özelliği görme kaybı geliştikten sonra oluşması, bu esnada hastanın bilişsel yetilerinin normal olması ve iç görüsünün olmasıdır (8). CBS’nin en sık bildirilen nedeni senil maküler dejenerasyondur, diğer nedenler arasında glokom, santral retinal arter tıkanıklığı, optik nörit, katarakt ve DR yer almaktadır (3,9). Bizim olgumuzda da DR’ye bağlı CBS gelişmiştir.

CBS gelişmesinde en önemli risk faktörü ileri yaştır (10) ancak literatürde hastalığın her yaş grubunda, çocukluk döneminde dahi görülebildiğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır (11,12). Cinsiyetler arası farklılık yoktur (13). Yalnız yaşama, terk edilme, işlevselliğin bozulması, beta blokör kullanımının CBS gelişme riskini arttırdığı bildirilmektedir (3,13,14). Literatürde sayılan risk faktörlerinden bizim olgumuzla uyumlu olan tek etken ileri yaştır.

CBS’nin görülme sıklığı %1,4 – 40 arasında bildirilmiştir (5) ancak çoğu hasta yaşadıklarını anlatmakta zorlandığı veya sakladığı için bu oran daha yüksek de olabilir. Varsanılar ışık çakması tarzında basit içerikli olabildiği gibi, insan, hayvan yüzleri görme veya daha organize olay örneklere şeklinde daha karışık yapıda da olabilirler. Varsanı tipi görme kusurunun anatomik yerleşim şekliyle ilişkili değildir. Görüntü süresi bir dakikadan daha az olabilir veya sürekli devam edebilir (6). Hastaların bilişsel yetileri normal olduğu için genellikle bu görüntülerden korkmadıkları bildirilmiştir (15). Bazı varsanların hastanın hoşuna giden, canlı, eğlendirici görüntüler olabileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (16,17). Bizim olgumuzdaki varsanlar da gün boyu devam eden, canlı ve hastanın keyif aldığı görüntülerdi ancak hasta yaşadıklarının normal olmadığını farkında olduğu için korkmaktaydı.

CBS’nin oluşumu hakkında fikir birliği yoktur. Görme yollarında bozukluk gelişmesiyle spontan nöronal aktivitenin arttığı, eş zamanlı olarak kortikal aktivitenin azaldığı ve görsel varsanların bu şekilde geliştiği düşünülmektedir (14). Çalışmalarda gözlerin kısa süreli görmemesinin bile varsanlara sebep olabileceği bildirilmiştir. Bu durum uzuv kayıplarından sonra gelişen fantom sendromuna benzetilmektedir (18). Görme varsanısı olan kişilerde yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında tedaviyle geriye dönebilen vizüel kortekste aktivite artışı olduğu gösterilmiştir (3). CBS tedavi seçenekleri arasında en etkili yöntem görme kaybının düzeltilmesidir. Görme bozukluğunun düzeltilmediği durumlarda antipsikotik, antidepresan, antikonvülzan veya kolinerjik ilaçlarla tedavi edilen olgular bildirilmekle birlikte ilaçların faydalılığı sınırlıdır (9). Bizim olgumuz da halen sertralin ve ketiyapın kullanılmaktadır. Yakınmalarında azalma olmakla birlikte varsanları devam etmektedir.

CBS halen her yönüyle aydınlatılmış bir klinik değildir ve hastaların “deli” damgası yememek için çoğunlukla söyleyemedikleri bir durumdur. Bu sebeple hastalığın tanınabilmesi, öğrenilebilmesi için polikliniklerde özellikle risk grubundaki hastalar daha ayrıntılı sorgulanmalı ve olgu bildirimlerinin sayısı artırılarak daha geniş ölçekli çalışmalar yapılabilir.

KAYNAKLAR

- 1- Jackson ML, Frensz J. Charles Bonnet syndrome: visual loss and hallucinations. *CMAJ* 2009; 181(3-4): 175-6.
- 2- Morsier G. Le syndrome de Charles Bonnet: hallucinations visuelles des vieillards sans deficiences mentales. *Ann Med Psychol* 1967; 2(5): 678-702.
- 3- Cumurcu T, Cumurcu BE, Çelikel FÇ. Charles Bonnet sendromu: bir olgu sunumu. *Türk Psikiyatri Derg.* 2005; 16(1): 60-3.
- 4- Jackson ML, Bassett KL. The natural history of the Charles Bonnet syndrome. Do the hallucinations go away? *Eye* 2010; 24(7):1303-4.
- 5- Farida C, Faiza B, Ilyes B, Said A. Charles Bonnet syndrome: an under reported entity in endocrinology. *Indian J Endocrinol Metab* 2012; 16(5): 867-8.
- 6- Jan T, Castillo JD. Visual hallucinations: Charles Bonnet syndrome. *West J Emerg Med* 2012; 13(6): 544-7.
- 7- Gupta R, Singhal A, Goel D, Srivastava R, Mittal S. Charles Bonnet syndrome: two case reports. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2008; 20(3): 377.
- 8- Khalil BR, Richa S. Psychiatric, psychological comorbidities of typical and atypical Charles-Bonnet syndrome. *Encephale* 2011; 37(6): 473-80.
- 9- Cinar N, Şahin S, Karşıdağ S. Eye-related visual hallucinations: consider “Charles Bonnet syndrome”. *Indian J Ophthalmol* 2011; 59(3): 229-30.
- 10- Li KZ, Lim LW, Tan CSH. Charles Bonnet syndrome and Terson’s syndrome from subarachnoid hemorrhage: good news from bad news. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2012 Dec 28. (Epub ahead of print).
- 11- Tan CS, Lim VS, Ho DY, Yeo E, Ng BY, Au EKG. Charles Bonnet syndrome in Asian patients in a tertiary ophthalmic centre. *Br J Ophthalmol* 2004; 88(10): 1325-9.
- 12- Schwartz TL, Vahgei L. Charles Bonnet syndrome in children. *J APOS* 1998; 2(5):310-3.
- 13- Güngör Ö, Kalaycı D, Şahin M, Orhan N, Hasripi H. Bilateral anterior iskemik optik nöropati ile ilişkili Charles Bonnet sendromu. *Ret – Vit* 2005; 13(1): 157-9.
- 14- Ünsalver BÖ, Özmen M, Velet S. Charles Bonnet sendromu: iki olgu sunumu. *Türk Psikiyatri Derg* 2007; 18(3): 277-81.
- 15- Vukicevic M. Frightening visual hallucinations: atypical presentation of Charles Bonnet syndrome triggered by the black Saturday bushfires. *MJA* 2010; 193(3): 181-2.
- 16- Tezcan AE, Akyol A, Ay M. Charles Bonnet sendromu: bir olgu sunumu. *Türk Psikiyatri Derg.* 1997; 8(1): 61-2.
- 17- Kishi T, Vegaki J, Kitani M ve ark. The usefulness of single photon emission computed tomography in Charles Bonnet syndrome: a case with occipital lobe involvement. *Gen Hosp Psychiatry* 2000; 22(2): 132-5.
- 18- Tatlıpınar S, Kadayıfçılar S, Eldem B. Charles Bonnet sendromu. *Türk Oftalmoloji Gazetesi* 2000; 30(1): 301-3.