

Periferik Yüz Felci Geçirmiş Olan Bir Hastada Kısa Süreli Kortikosteroid Kullanımı Sonrasında Ortaya Çıkan Karma Mani Atağı: Bir Olgu Sunumu

Hakan Balıbey¹, Halit Yaşar², Hakan Tekeli³

ÖZET:

Periferik yüz felci geçirmiş olan bir hastada kısa süreli kortikosteroid kullanımı sonrasında ortaya çıkan karma mani atağı: Bir olgu sunumu

Kortikosteroidler rutin olarak periferik yüz felcinin tedavisinde kullanılmaktadır. Literatürde kortikosteroid kullanımına bağlı ortaya çıkan duygulanım belirtileri yan tesir olarak bildirilmiştir. Kortikosteroid kullanımı sonrası psikiyatrik belirtiler sıklıkla ilk haftalarda görülmektedir. Yarıdan fazlası ilk iki haftada belirti vermektedir. Kısa süreli steroid tedavisinin en sık yan etkisinin öfori ve hipomani olduğu ve süregelen kullanımda maniden daha çok depresyon görüldüğü bildirilmektedir. Lityum ve olanzapin kortikosteroid kullanımıyla bağlantılı psikozun engellenmesinde ve tedavisinde başarıyla kullanılmaktadır. Periferik yüz felci geçirmiş olan olgumuzda kortikosteroid kullanımı sonrasında ortaya çıkan karma maninin klinik özellikleri, olanzapin ve lityum ile tedavisine yanıt ve seyri tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: periferik yüz felci, kortikosteroid, karma mani, olanzapin, lityum

Journal of Mood Disorders 2012;2(1):17-20

ABSTRACT:

Mixed mania followed by a short duration of corticosteroid administration in a patient with peripheral facial palsy: a case report

Corticosteroids are routinely used in the treatment of peripheral facial palsy. Affective symptoms have been reported as a possible side effect due to use of corticosteroids. After corticosteroid use psychiatric symptoms are often seen in the first weeks. More than half of them are seen in the first two weeks. Euphoria and hypomania are reported as the most common side effects of short-term steroid therapy and in chronic use depression is observed more frequently than mania. Lithium and olanzapine are used effectively in the management of psychosis related to the use of corticosteroids. Clinical aspects and response to olanzapine and lithium treatment have been discussed in a patient with peripheral facial palsy, who developed mixed mania due to short term use of corticosteroid treatment.

Key words: peripheral facial palsy, corticosteroid, mixed mania, olanzapine, lithium

Journal of Mood Disorders 2012;2(1):17-20

46. Ulusal Psikiyatri Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

¹Uzm. Dr., Ankara Asker Hastanesi, Psikiyatri Servisi, Ankara-Türkiye
²Uzm. Dr., Ankara Asker Hastanesi, Nöroloji Servisi, Ankara-Türkiye
³Uzm. Dr., Kasımpaşa Asker Hastanesi, Nöroloji Servisi, Ankara-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Hakan Balıbey, Ankara Mevki Asker Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Dışkapı, Ankara-Türkiye

Telefon / Phone: +90-312-310-3535

Faks / Fax: +90-312-311-4609

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

Kabul tarihi / Date of acceptance: 8 Mart 2012 / March 8, 2012

Bağıntı beyanı:

H.B., H.Y., H.T.: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Declaration of interest:

H.B., H.Y., H.T.: The authors reported no conflict of interest related to this article.

GİRİŞ

Kortikosteroidler rutin olarak periferik yüz felcinin (PYF) tedavisinde kullanılmaktadır. Duygulanım belirtilerinin kortikosteroidlerin olası olumsuz yan etkilerinden birisi olduğu uzun zamandır literatürde belirtilmektedir (1). Lityum ve olanzapin kortikosteroid kullanımıyla bağlantılı psikozun engellenmesinde ve tedavisinde başarıyla kullanılmaktadır (2-6). Steroid kullanımı sonrası psikiyatrik belirtiler sıklıkla ilk haftalarda görülmektedir. Yarıdan fazlası ilk iki haftada belirti vermektedir. Kısa süreli steroid tedavisinin en sık yan etkisinin öfori ve hipomani olduğu ve süregelen kullanımda maniden daha çok depresyon görüldüğü bildirilmektedir (7).

OLGU

38 yaşında, bekar, lise mezunu, devlet memuru olarak çalışan erkek hasta polikliniğimize başvurmadan 6 hafta önce PYF teşhisi almış ve nöroloji polikliniğince metilprednizolon tedavisi başlanmıştı. Hastanın daha önceden geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü yoktu. Aile öyküsünde kuzeninin iki uçlu mizaç bozukluğu teşhisi aldığı bildirildi. PYF geçirdikten sonra nöroloji polikliniğine başvuran hastaya 10 gün boyunca 80 mg/gün oral doz metilprednizolon verilmişti. Bunu takip eden günlerde doz aşamalı şekilde azaltılarak altıncı haftada metilprednizolon tedavisi kesilmişti. Tedavinin kesilmesinin hemen sonrasında hastanın psikiyatrik şikayetlerinin başlaması üzeri-

ne polikliniğimize başvurdu. Şikayetleri değerlendirildiğinde normalden fazla konuşma, aşırı hareketlilik, uykusuzluk, kaygı ve heyecanı içeren belirtileri mevcuttu. Hasta psikiyatri kliniğine getirildiğinde üç gündür uyumamıştı. Fiziksel saldırganlık belirtileri göstermiyordu. Ancak huzursuz durumda sürekli konuşuyor, yerinde duramıyor, muayene sandalyesine oturamıyor, sürekli hareket ediyor ve zaman zaman ağlıyordu. Hastalık öncesi kişilik özelliklerine bakıldığında sessiz, kendi halinde, kaygılı bir kişilik yapısının varlığı dikkati çekmekteydi.

Nörolojik muayenede hastanın geçirdiği PYF'nin kısmen düzelmiş olduğu görüldü. Bilgisayarlı beyin tomografisini de içeren laboratuvar testleri zihinsel belirtilerin kökeni olabilecek fiziksel bir rahatsızlığa işaret etmedi. Belirti ciddiyetini belirlemek ve tedavi seyrini takip için Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ) kullanıldı (8). Hastanın skoru 27 idi.

Ruhsal muayenede bilinci açık, kendinde, işbirliğine yatkın, insanlara, hastalığına, yere ve zamana yönelimi tabii, davranışlarının normal olmadığını farkında ve durumundan rahatsız, dikkati dağınık, uykusu azalmış, algısı tabii, konuşma fazlaca artmış, mizacı değişken, düşünce akış hız ve ritmi artmış olup amacına güç varıyor, düşünce içeriği hastalığına odaklanmış, duygulanımı heyecan ve endişenin bir karışımı olup, psikomotor aktivitesi artmış, acı ve sıkıntı verici anıların anlatımına gelindiğinde başlayan ağlama nöbetlerinin eşlik ettiği gözlemlendi.

DSM-IV-TR kriterlerine göre bu olgu periferik yüz felci tedavisi sonrasında gözlenen kortikosteroid kullanımı kökenli karma mani atağı olarak değerlendirildi. Tedavisinde 10 mg oral olanzapin ve 900 mg oral lityum kullanıldı. Hastanın belirtileri kademeli olarak azaldı ve iki aylık tedavi sonunda tamamen ortadan kalktı. İkinci ay sonunda YMDÖ skoru iki idi. Hastanın klinik durumunun iyi olması, kilo alması ve ilaçlarını kullanmak istememesi nedenleri ile olanzapin tedavisi kesildi. Lityum tedavisine koruyucu amaçla devam edildi.

TARTIŞMA

Kortikosteroidler pek çok tıbbi duruma bağlı olarak yaygın şekilde kullanılmaktadır. Yan etkileri karmaşık, önceden tahmin edilemeyen, genellikle şiddetli ve tüm vücut sistemlerini etkileyebilecek şekilde yaygındır (9). Kortikosteroidlerin tetiklediği psikiyatrik bozukluklar genellikle mani, depresyon, psikoz veya karma mizacı,

bilişsel bozulmalar ve daha hafif psikiyatrik bozuklukları (irritabilite, uykusuzluk, anksiyete, değişken mizacı) içerir.

Çok sıklıkla kısa süreli kortikosteroid kullanımlarında öfori ve hipomani gözlenirken uzun süreli kortikosteroid tedavilerinde daha çok depresif belirtiler mevcuttur. (7)

Bir meta analizde 935 erişkin hasta içeren 11 kontrolsüz çalışma incelenmiş olup hafif ve orta derecedeki psikiyatrik reaksiyonların insidansının %13 ile %62 arasında değiştiği, ortalama insidansın %27.6 olduğu bildirilmiştir (10). Aynı meta analizde 2555 hastadan oluşan 13 kontrolsüz çalışmadan elde edilen bilgiler ışığında şiddetli psikiyatrik reaksiyonların oranı %5.7 olarak verilmektedir (10).

Kortikosteroidlerin tetiklediği psikiyatrik bozukluklar için risk etmenleri tam olarak bilinmemekte ve önceden tahmin edilememektedir. Doz bağımlı olduğu ve akut (birkaç günden 2 haftaya kadar) veya subakut (2 haftadan 12 haftaya kadar) başlangıçlı olduğu bildirilmiştir (1,4,11,12). Kortikosteroid dozu en önemli risk etmeni olarak görünmektedir. Kortikosteroid dozu günlük 40 mg'ın altındaysa düşük risk, 40-80 mg arasındaysa orta derecede risk, 80 mg'ın üzerindeyse yüksek risk söz konusudur (13,14). Ne doz ne de diğer ayırt edici etmenler psikiyatrik bozukluğun şiddetini önceden belirleyemez (13). Bu nedenlerle klinik tablo yakından izlenmeli, hastalar olası yan etkilere karşı bilgilendirilmelidir.

Hastamızda 80mg/gün dozuna çıkılarak kullanılmış olan metilprednizolon'un aşamalı olarak azaltılarak kesilmesini takiben psikiyatrik şikayetlerinin başlamış olması literatür ile uyumludur.

Hastalık öncesi kişilik özelliklerinin kortikosteroidlerin tetiklediği psikiyatrik reaksiyonlar da belirleyici etmenlerden olduğu vurgulanmıştır (15). Bizim vakamızın hastalık öncesi kişilik özelliklerinde çekingen, kendi halinde, kaygılı bir yapısının var olduğu dikkati çekmiştir.

Kortikosteroid çekilme sendromu özellikle uzun süre ve yüksek doz kortikosteroid kullanımını takiben doz azaltılması veya tedavinin aniden kesilmesi sonrasında psikiyatrik belirtilerle başlar. Kortikosteroid çekilme sendromu; uykuya meyil, huzursuzluk (malaise), depresyon, iştahsızlık, bulantı, kas ve eklem ağrıları ile karakterizedir. Kortikosteroid çekilme sendromunda önde gelen belirtiler genellikle kaygı ve huzursuzluk olmakla birlikte mani ve deliryumda tanımlanmıştır (16).

Hastamızda uykusuzluk ve huzursuzluk şikayetleri steroid çekilme sendromu lehine yorumlanabileceken,

yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kas ağrıları, eklem ağrıları, deliryum vb. belirtilerin olmayışı, steroidin uzun süreli kullanılmayışı, kullanılan steroid dozunun aşamalı şekilde azaltılarak kesilmiş olması, mizacına ait karışık belirtilerin varlığı bizi bu tanıdan uzaklaştırmıştır.

Vakamızda subakut başlangıç gözlenmiş olup yüksek doz ve intravenöz kullanım söz konusu değildir. Aynı döneme denk gelen antibiyotik, ek ilaç ve madde kötüye kullanımı tariflenmemektedir.

Kortikosteroid kullanımına bağlı olarak gelişen mani ve karma belirtileri olan 12 hastalık açık uçlu prospektif bir çalışmada 2,5 ile 20 mg esnek doz aralığında kullanılan olanzapin tedavisinin iyi tahammül edildiği ve 12 hastanın 11'inde (%92) kortikosteroidlerin tetiklediği mani veya karma belirtilerde olanzapinin etkili olduğu bildirilmiştir (5). Goldman ve Goveas 5 hastalık bir olgu serisinde 2,5 ile 15 mg doz aralığında kullanılan olanzapin tedavisinin kortikosteroidlerin tetiklediği psikoz, anksiyete ve mizaç bozukluğunda etkili olduğunu rapor etmiştir (17).

Olanzapinin mizaç dengeleyici ile beraber kullanımının mizaç dengeleyicinin tek başına kullanıldığı durumlara göre çok daha iyi sonuç verdiği bildirilmiştir (18). Vakamızda da mizaç dengeleyici olarak lityum tercih edilmiştir.

Önemli bir sorun alanı olan kilo alma olanzapin ile tedavide sık rastlanır, bazen kardiyovasküler ve metabolik sorunlara yol açar. Beden kitle indeksini artırır ve bu durum diğer ilaçlardan farklı olarak iyi klinik yanıtla ilişkilendirilmektedir (19). Hastamızda olanzapin tedavisine iyi yanıt alınmasına rağmen kilo alımı nedeniyle tedavi kesilmek zorunda kalınmıştır.

Kortikosteroidlerin sebep olduğu psikozlarda lityum korumasının incelendiği bir çalışmada kortikosteroid ile birlikte lityum karbonat kullanan 27 hastanın hiçbirisinde psikoz görülmezken karşılaştırılan grupta kortikosteroid ile birlikte lityum karbonat almayan 44 hastanın 6'sında (%14) psikoz geliştiği bildirilmiştir (6).

Olgu sunumları lityum ve diğer mizaç dengeleyicileri lamotrijin, karbamazepin, gabapentin ve valproik asitin kortikosteroidlerin tetiklediği mizacı belirtilerine karşı tedavi edici ve koruyucu olduğunu göstermektedir (20).

Lityum mizaç düzenleyici olarak piyasaya çıkan ilk ilaçtır. Çok uzun yıllardır kullanılmaktadır ve hakkında pek çok çalışma yapılmıştır. Yan etki profili iyi bilinmektedir ve tedavi kılavuzlarında koruyucu tedavi için ilk basamak ilaç olarak önerilmektedir (21). Antimanik etkinliğinin uzun sürede ortaya çıkması lityumun mani tedavi-

sinde tek başına kullanımını engellemektedir. Lityumun etkisinin geç başlayacak olması, olgumuzda uykusuzluk şikayetinin ön planda olması ve karma atak geçirmesi nedenleriyle lityuma ek olarak olanzapin tedavisi başlanmıştır.

Hastamız daha önceden geçirilmiş depresyon, mani ya da karma atak tariflemiyordu. Atak öncesi herhangi bir stres etkeni tanımlamıyordu. Atak esnasında psikotik belirtiler yoktu ve kendi durumundan şikayetçiydi. Yaşı 38 olup mizaç bozukluklarının ortalama başlama yaşının üstündeydi. Hastanın psikiyatrik belirtilerinin altı haftalık steroid tedavisinin sonlandırılmasının hemen sonrasında ortaya çıkmış olması bizi steroidden bağımsız bir mizaç hecmesi tanısından uzaklaştırmıştır. Aile öyküsünde kuzeninin iki uçlu mizaç bozukluğu teşhisi aldığı bildirilmiş olması nedeniyle duygulanım bozukluğu geliştirmeye yatkınlığının bulunduğu, olasılıkla teşhis edilmiş veya eşik altı duygulanım bozukluğunun mevcut olabileceği ve kortikosteroidlerin kullanılmasıyla tetiklenen karma mani atağı geçirdiği kanısındayız.

SONUÇ

Klinisyenler kortikosteroidlerin yan etkilerine karşı uyanık olmalı ve tüm potansiyel riskleri hakkında hastalarını bilgilendirmelidirler. Literatürde kortikosteroidlerin yol açtığı psikiyatrik belirtiler hakkındaki bilgiler büyük oranda olgu sunumlarına dayalıdır ve bilimsel veriler sınırlıdır. Kortikosteroidlerin yol açtığı psikiyatrik yan etkileri daha iyi anlamak için kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak kortikosteroid kullanımı öncesinde hastanın psikiyatrik aile öyküsünün ayrıntılı şekilde alınması ve hastalık öncesi kişilik özelliklerinin derinlemesine incelenmesi faydalı olacaktır. Kaygılı kişilik yapısının varlığının duygulanım bozukluğu belirtilerinin ortaya çıkmasında belirleyici etmenlerden biri olabileceği bu konuda geniş örneklemler çalışmalara ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz. Aile öyküsü pozitif olan ve kaygılı kişilik yapısına sahip hastalara steroidlerin mümkün olan en düşük doz ve sürede uygulanması, bunun yanında hastada eşik altı bir duygulanım bozukluğu olabileceği görüşüne varılırsa olanzapin ve lityumun koruyucu maksatla ve tedavi amacıyla kullanılabilirliği görüşündeyiz.

PYF geçirmiş olan olgumuzda kortikosteroid kullanımı sonrasında ortaya çıkan karma maninin lityum ve olanzapinle yapılan kombine tedavisi etkili olmuştur.

Kaynaklar:

1. Wada K, Yamada N, Suzuki H. Recurrent cases of corticosteroid-induced mood disorder: clinical characteristics and treatment. *J Clin Psychiatry* 2000; 61:261-7.
2. Goggans FC, Weisberg LJ, Koran LM. Lithium prophylaxis of prednisone psychosis: a case report. *J Clin Psychiatry* 1983; 44:111-2.
3. Brown ES, Khan DA, Suppes T. Treatment of corticosteroid-induced mood changes with olanzapine. *Am J Psychiatry* 1999; 156:968.
4. Genç G, Bek S, Hamamcıoğlu K. A Psychotic Attack After Steroid Therapy in Clinically Isolated Syndrome Manifesting As Optic Neuritis. *Journal Of Neurological Sciences [Turkish]* 2008; 25:148-53.
5. Brown ES, Chamberlain W, Dhanani N, Paranjpe P, Carmody TJ, Sargeant M. An open-label trial of olanzapine for corticosteroid-induced mood symptoms. *J Affect Disord.* 2004 ;83 :277-81.
6. Falk WE, Mahnke MW, Poskanzer DC. Lithium prophylaxis of corticotropin-induced psychosis. *JAMA.* 1979 Mar 9;241:1011-2.
7. Bolanos SH, Khan DA, Hanczyc M, Bauer MS, Dhanani N, Brown ES. Assessment of mood states in patients receiving long-term corticosteroid therapy and in controls with patient-rated and clinician-rated scales. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2004;92:500-505.
8. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978; 133:429-35.
9. Halper JP. Corticosteroids and behavioral disturbances. In: Lin AN, Paget SA, eds. *Principles of Corticosteroid Therapy.* London, England: Arnold; 2002:174-201.
10. Lewis DA, Smith RE. Steroid-induced psychiatric syndromes: a report of 14 cases and a review of the literature. *J Affect Disord.* 1983;5:319-332.
11. Wada K, Yamada N, Sato T. Corticosteroid-induced psychotic and mood disorders: diagnosis defined by DSM-IV and clinical pictures. *Psychosomatics* 2001; 42:461-6.
12. Kenna HA, Poon AW, de los Angeles CP, Koran LM. Psychiatric complications of treatment with corticosteroids: review with case report. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2011;65:549-60.
13. Warrington TP, Bostwick JM. Psychiatric adverse effects of corticosteroids. *Mayo Clin Proc.* 2006;81:1361-7.
14. Nishimura K, Harigai M, Omori M, Sato E, Hara M. Blood-brain barrier damage as a risk factor for corticosteroid-induced psychiatric disorders in systemic lupus erythematosus. *Psychoneuroendocrinology* 2008; 33: 395-403.
15. Brody S. Psychiatric observations in patients treated with cortisone and ACTH. *Psychosom Med.* 1952;14:94-103
16. Fricchione G, Ayyala M, Holmes VF. Steroid withdrawal psychiatric syndrome. *Ann Clin Psychiatry.* 1989;1:99-108
17. Goldman, L.S., Goveas, J., Olanzapine treatment of corticosteroid-induced mood disorders. *Psychosomatics* 2002;43:495-7.
18. Tuğlu C. Antipsychotics for the treatment of bipolar disorder *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2008; 18:50-6.
19. Shi LZ, Juarez R, Hackworth J. Open-label olanzapine treatment in bipolar I disorder: clinical and work functional outcomes. *Curr Med Res Opin* 2006; 22:961-6.
20. Brown, E.S., Management of psychiatric side effects associated with corticosteroids. *Expert Rev. Neurotherapeutics* 2003;3:69-75.
21. Tondo L, Baldessarini RJ, Floris G. Long-term clinical effectiveness of lithium. *Br J Psychiatry* 2001; 41:184-90.