

Depresyon, Somatizasyon ve Tüberküloz: Bir Olgu Sunumu

Dr. Hakan Ekmekçi¹, Dr. Mustafa Yıldız²

Yüzyıllardır tanınan depresyon, psikofizyolojik, psikomotor ve bilişsel alanlarla ilgili bir belirtiler kümesidir. Bu nedenle depresyonda klinik semptomlar oldukça değişken bir dağılım göstermektedir. Zira depresif belirtiler, depresyon hastalığı dışında pek çok durumda da görülebileceği gibi, depresyonu olan pek çok hastada da bazı klasik depresyon belirtileri gözlenemeyebilmektedir. Bu çalışmada başlangıç, biçim, içerik ve somatik bulgulara kadar uzanan çarpıcı klinik seyir veren ve tüberküloz enfeksiyonuyla ilişkili bir depresyon olgusu sunulmuştur. [Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 1996;3(3):233-236]

Anahtar Kelimeler: Depresyon, somatizasyon, tüberküloz

Depression, somatization and tuberculosis : a case presentation

Depression recognised for hundred years is a cumulation of signs related to psychophysiological, psychomotor and cognitive areas. That is why in depressive disorder, clinical symptoms show a highly variable distribution. However, as depressive signs may be seen in many states other than depression, in many patients with the latter, some classic signs of depression may not be observed. In this study, a case of depression which is related to tuberculosis infection and yields enduring clinical course with its start, including and elongating to somatic signs is presented. [Journal of Turgut Özal Medical Center 1996;3(3):233-236]

Key Words: Depression, somatization, tuberculosis

OLGU SUNUMU

OLGU: 60 yaşında, erkek, evli, 10 çocuklu, çiftçi, sağ eli. Malatya'nın bir ilçesinden gelen olgu; kilo kaybı, sıkıntı hali, genel ilgi-istek azlığı, içe kapanıklılık, aktivitede azalma, uykusuzluk, ölüm korkusu ve baş ağrısı yakınmaları ile Haziran 1995'de İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine başvurdu. 1994 Kasım ayında Malatya Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları bölümünde tüberküloz (tbc) enfeksiyonu tanısıyla 6 aylık streptomisin 1 gr/gün im, ethambutol 25 mg/kg/gün

po, izoniazid 10 mg/kg/gün p.o. tedavisi uygulanmış, kontrol muayenesinde iyileştiği belirtilerek ilaçları kesilmiş. İlaç kesimi sonrası, 15 gün içinde iyileşmediği, aksine kanser olabileceği şüphesiyle sıkıntıları başlamış. Birkaç kez olan kanlı tükürüğünün, beyinden gelebileceğini düşünmüş. Bu arada hafif bir kafa travması geçiren olgu, ilerleyen günlerde iştah azalması, göğüste sıkışma, uykusuzluğun şiddetlenmesi, ölüm korkusu, hayattan zevk alamama, hastalığın öldürücülüğüne daha çok inanma, kendisinde mutlaka bir kanser ya da mide hastalığı olduğu düşünceleri oluşmuş.

¹ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Malatya

² İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Malatya

“somatik sınırsal bozukluk” yönünden de ele alınan hasta major depresif bozukluk ön tanısı ile maprotilin 150 mg/gün po, alprozolam 0.5 mg/gün p.o. tedavisi başlanarak hastaneye yatırıldı.

Özgeçmişinde, özellikle evliliğinde önemli olaylar yaşayan hastanın, ilk evliliği 16 yaşında, görücü usulüyle gerçekleşmiş ve ilerleyen yıllarda giderek artan aşırı kıskançlık ve eşine karşı kırıcı tavrı başlamış. 30 yaşında ilk kez tbc geçirmiş, hastanede yatarak tedavi olmuş. 35 yaşındayken şimdiki rahatsızlığına benzer tablosuna ilaveten çok çabuk sinirlenme, öfke atakları hali oluyormuş. Eşini ağır bir şekilde yaralaması nedeniyle 18 gün cezaevinde tutuklu olarak kalmış. Bu olaydan sonra eşi tarafından terkedilen olgu, 8 yıl boyunca tek başına yaşamış, ağır pişmanlık ve suçluluk duymuş. 44 yaşında ikinci evliliğini 4 çocuklu, dul bir hanımla yaptıktan sonra, genel olarak kendisini daha iyi hissetmiş. 59 yaşında ikinci kez tbc enfeksiyonu geçirmiş. Son bir yıldır mevcut rahatsızlığı dolayısıyla en çok ikinci eşinin ve çocuklarının etkilenmesine üzülen olgunun hastalık öyküsü Şekil 1’de gösterilmiştir.

Klinikte yattığı 16 gün boyunca yapılan rutin hemogram, biyokimya, idrar tetkiki, EKG, 4 yönlü servikal grafi, 2 yönlü kraniyografi, tiroid fonksiyon testleri, EEG, BBT bulguları normaldi. PA akciğer grafisinde sol bazallerde yaygın tbc sekel bulguları, odiyometrik ölçümlerinde solda total, sağda hafif sensorinöral işitme kaybı mevcuttu. Arteriyel kan gazları tetkikinde hafif pO₂ düşüklüğü, hafif pCO₂ yüksekliği gözlemlendi. Sistemik muayenesinde, vital bulgular stabil, akciğerlerde bilateral bazallerde bronkoveziküler seslerde kabalaşma mevcuttu.

Yapılan psikiyatrik görüşme ve değerlendirmeler sonucunda DSM IV’e göre; Eksen I: Majör Depresif Bozukluk, Eksen II: Paranoid Kişilik Bozukluğu, Eksen III: Geçirilmiş tbc enfeksiyonu, Eksen IV: Orta şiddette süregelen psikososyal stres etmenleri, Eksen V: İşlevselliğin genel değerlendirilmesi (İGD) skoru hastaneye yatışta 50, taburculukta 70 olarak saptandı. Hastaneye yatıştaki Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM) ve Kısa Mental Durum Muayenesi Skoru (MMSE) sırasıyla 31 ve 22 iken, taburculuğunda bu değerler 9 ve 25 olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

Klinikte yattığı sürece, ilerleyen tüm görüşmelerde de ön plana çıkan, bütün sorunun kafa travması ile olduğu izahati bu konuda ısrarcı, sürekli sıkıntı hali ve kaygı içerikli tablosunun özellikle içgörüsünde daralma olduğunu düşündürmektedir. Ancak buradaki somatizasyon mekanizmasının mevcut anksiyeteyi bastıramadığı, sık sık hekime başvurması, klinikte yattığı sürece, sürekli olarak sözü dolaştırıp aynı noktaya getirmesi önemli bir gözlem bulgusudur.

İlk geçirdiği epizodta, saldırganlığı, çevreye karşı kırıcı davranışı, takiben eşinin kendisinden uzaklaşması, 8 yıllık yalnızlık periyodu, o dönemde de olgunun çökkünlük içinde olduğunu düşündürmektedir. Ancak klinikteki yatış nedeni ele alındığında, 6 ay boyunca kullandığı antitbc tedavisinin, ayrıca tbc’un müzmin bir hastalık olduğu gerçeği, ameliyat edilme fikri ve rastlantısal olarak oluşan kafa travmasının da tabloyu derinleştirmiş olabileceği düşünüldü.

Antitbc ilaçlardan izoniazid yüksek doz alınımı sonrası, % 30 düzeyinde majör depresyon, % 30’unda depresif mizaçlı uyum bozukluğu bildirilmiştir (1). Tüberkülozun pulmoner formuyla sınırlı olgularda yapılan klinik ve psikodinamik değerlendirmelerde, hastalığa yönelik şu bulgular bildirilmiştir; çevredeki insanlardan soğuma, depresif tepki (%18), tedaviye karşı olumsuz yaklaşım (hastaların %16.1’i tedaviyi reddetmiştir), sosyal uyumda bozukluk, şizoid kişilik özellikleri. Ayrıca %13.6 hipokondriyak, %18.4 anksiyete-depresif ve %9.1 paranoid durum olacak şekilde kompleks bulgular tanımlanmıştır (2). Antitbc ilaçların uygulanımı ile gelişen psikoz tablosu çok da nadir değildir, hatta psikoz başlangıç sonrası intihar da gözlenmiştir (3). Özellikle izoniazid başta olmak üzere, etionamid ve sikloserin psikotik bozukluklarda rol alır. Burada ilaç kullanımı sonrası intihara eğilimdeki artışla ilgili olarak kan beyin bariyerini kolayca geçişle, piridoksale bağlanışın yanısıra, normal triptofan metabolizmasının bozulması ve GABA eksikliğine yolaçma gibi kesin olmayan faktörler suçlanmaktadır (1,4,5).

Olgunun bilişsel yetileri yönünden, belirgin bir algı bozukluğunun olmadığı ancak çağrışımların yavaşlamasında veya konuşmamak istemesi nedeniyle sık sık “hatırlamıyorum” diye yanıt vermesi bellekte bir bozukluğun olmadığını

ağırlık verilmesi gereği açıktır.

KAYNAKLAR

1. Nolan CM, Elarth AM, Barr HW. International isoniazid overdosage in young Southeast Asian refugee women. *Chest* 1988;93(4):803-6.
2. Vinogradov MV, Cherkashina I, Perelman MI. Mental state of patients with restricted forms of pulmonary tuberculosis. *Prol Tuberk* 1991;10:41-3.
3. Madan A, Jain NK, Sharma TN, et al. Attempted suicide following treatment with isoniazid. *Tubercle* 1989;70(2):147-9.
4. Curci C. Pharmacological considerations on cycloserine. *Scand J Respir Dis* 1970;71:51-5.
5. Snider DE Jr. Pyridoxine supplementation during isoniazid therapy. *Tubercle* 1980;61:191-6.
6. Kaplan HI, SadockBJ, Grebb JA. Delirium, dementia, and amnestic and other cognitive disorders and mental disorders due to a general condition. In: Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, ed(s). *Synopsis of Psychiatry*. Baltimore: William Wilkins 1994:336-73.
7. Kellner R. Somatization: Theories and Research. *J Nervous and Mental Disease* 1990;178(3):150-60.
8. Hamilton M. Frequency of symptoms in melancholia. (Depressive Illness). *Br J Psychiatry* 1989;154:201-6.
9. Stoudemire A. Somatothymia, part I and II. *Psychosomatics* 1991;32:365-81.
10. Kirmayer LJ. Culture, affect and somatization. *Transcultur Psychiatric Research Review* 1984; 21: 159 - 188.
11. Öztürk O. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 5. Basım Ankara.1984.

Yazışma adresi: Dr. Hakan EKMEKÇİ

Mehmet Buyruk Cad. Talat Bey sok.

Mehmet Bey Apt. No: 40 Kat:3

44300 - MALATYA

Tel: 0. 422. 3260800

Faks: 0. 422. 3249963