



Nöropsikiyatrik Bir Tablo: Deliryöz Mani Olgu Sunumu

Zakire Kübra AKSOY¹ , Şule Nur CEYHAN² , Figen GÜNEY³ , Faruk UGUZ⁴ 

Makalenin

Geliş Tarihi:
16.03.2022

Kabul Tarihi:
19.04.2022

Yayın Tarihi:
16.06.2022

Atf/Citation:

Aksoy, Z. K., Ceyhan, Ş. N., Güney, F. ve Uguz, F. (2022). Nöropsikiyatrik bir tablo: Deliryöz mani olgu sunumu. *Current Research and Reviews in Psychology and Psychiatry*, 2(1), 75-80.

ÖZ

Bilinç bulanıklığı, oryantasyonda bozulma, gün içerisinde dalgalı seyir gibi deliryum belirtileri, mani, katatoni ve/veya psikoz semptomları ile birlikte görüldüğünde deliryöz mani akla gelmelidir. Deliryöz maninin klinik prezantasyonu saatler ve günler içerisinde başlayıp hızlı progresyon gösterir. Burada 65 yaş kadın hastanın geçirmiş olduğu subakut-kronik dönem serebrovasküler olay sonrası konfüzyon ve oryantasyon bozukluğu nedeniyle nöroloji servisinde tetkik edilirken mani belirtilerinin ortaya çıkışı ve tedavi süreci ele alınmaktadır. Nöroloji ve psikiyatri branşlarının işbirliği ile deliryöz mani tanısı koyulan hastaya birkaç saat içerisinde EKT uygulanmış ve ilk EKT'den itibaren dramatik yanıt gözlenmiştir. Daha önce bipolar bozukluk öyküsü olmayan hastaya EKT sonlandırıldıktan sonra duygudurum düzenleyici olarak valproik asit başlanmıştır. Hasta halen bipolar bozukluk yönünden remisyonda olup düzenli olarak takip ve tedavisine devam etmektedir. Nadir görülen deliryöz mani tablosu nöropsikiyatrik bir tablo olup, tedavi edilmediğinde ölümcül olabileceğinden klinisyenlerin bu konuda dikkatli olmaları gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Deliryöz Mani, Serebrovasküler Olay, Katatoni, Psikoz, Deliryum, Mani

¹Arş. Gör, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Konya, Türkiye, kubra_aksoy_589@hotmail.com

²Arş. Gör, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Konya, Türkiye, sulenurceyhan@gmail.com

³Prof. Dr., Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Konya, Türkiye, guneyfigen@yahoo.com.tr

⁴Prof., Medova Hastanesi, Konya, Türkiye, farukuguz@gmail.com

A Neuropsychiatric Manifestation: A Case Report of Delirious Mania

ABSTRACT

Delirious mania should be considered when symptoms of delirium such as blurred consciousness, disorientation, and fluctuating course during the day are accompanied by symptoms of mania, catatonia, and/or psychosis. The clinical presentation of delirious mania begins within hours and days and progresses rapidly. Here, the appearance of mania symptoms and the treatment process of a 65-year-old female patient while being examined in the neurology service due to confusion and disorientation after a subacute-chronic period cerebrovascular accident are discussed. With the cooperation of neurology and psychiatry branches, ECT was applied to the patient who was diagnosed with delirious mania within a few hours, and a dramatic response was observed from the first ECT. After ECT was terminated, valproic acid was started as a mood stabilizer in the patient who had no history of bipolar disorder before. The patient is still in remission in terms of bipolar disorder and continues to be followed up and treated regularly. Clinicians should be careful in this regard, as delirious mania, which is rare, is a neuropsychiatric condition and can be fatal if left untreated.

Keywords: Delirious Mania, Cerebrovascular Event, Catatonia, Psychosis, Delirium, Mania

Sorumlu Yazar:

Zakire Kübra AKSOY

Arş. Gör, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı,
Konya, Türkiye, kubra_aksoy_589@hotmail.com

GİRİŞ

Deliryöz mani, akut başlangıçlı, deliryum, mani ve psikoz semptomları ile karakterize, tedavi edilmediği takdirde ölümcül olabilen nöropsikiyatrik bir sendromdur (Detweiler ve ark., 2009; Fink, 1999; Melo ve Serra, 2020). Patofizyolojisi tam olarak bilinmemesi nedeniyle bu klinik tablo herhangi bir sınıflandırma sistemi içerisinde yer almamaktadır (Can ve ark., 2015). Bu durum tanı koyulmasını güçleştirmektedir. Deliryöz maninin klinik prezantasyonu saatler ve günler içerisinde başlayıp hızlı progresyon gösterir. Klinik olarak deliryum tablosunda görülen oryantasyonda bozulma, bilinçte dalgalanma, bilişsel fonksiyonlarda bozulma ve manide görülen grandiyözite, irritabilite, uyku ihtiyacında azalma, konuşmada artış, dezorganize konuşma, psikomotor aktivite artışı, dezorganize düşünce, fikir uçuşmaları, cinsel istekte artış gibi semptomlar birlikte görülür. Katatoni ve psikoz semptomları da sıklıkla eşlik eder (Jacobowski, 2013). Nadir olduğu düşünülse de son raporlar deliryöz maninin tüm akut mani vakalarının %15'ini oluşturabileceğini öne sürülmektedir (Jacobowski ve ark., 2013).

Her ne kadar deliryöz mani için belirlenmiş bir tedavi kılavuzu bulunmamaktaysa da Karmacharya ve arkadaşlarının 2007 yılında 16 hasta ile yaptıkları bir çalışmada hastalara uygulanan elektrokonvülsif tedavi (EKT), tipik ve atipik antipsikotik ve benzodiyazepin tedavileri karşılaştırdıklarında, en etkin tedavi yönteminin EKT olduğunu göstermişlerdir (Arşan ve ark., 2021; Karmacharya ve ark., 2008). EKT'nin yapılamadığı durumlarda yüksek doz benzodiazepinler kullanılması önerilmektedir (Karmacharya ve ark., 2008).

Bu olguda nöroloji servisinde iken deliryöz mani tablosu gelişen bir hastanın tanı ve tedavi süreci sunulmuştur. Nadir görülen, tanı koyulmasında güçlük yaşanan ve ölümcül olabilen bir durum olduğundan klinik önemine dikkat çekmek amaçlanmıştır.

OLGU

65 yaşında kadın hasta, ilkökul mezunu, ev hanımı nöroloji kliniğinde yatmakta iken ajitasyon ve agresyon nedeniyle psikiyatriden konsültasyon istendi. Bir ay önce aort kapak replasmanı ve by-pass operasyonu yapılan, 20 gün önce taburcu olan hastanın 20 gündür uykusunda bozulma olduğu öğrenildi. Hastanın acil servise başvurusundan 1 hafta önce başlayan çok konuşma, sürekli eskilerden bahsetme, uyku ihtiyacında azalma (gece 2-3 saat), yemek yememe şikayetlerinin olduğu bildirildi. Hastanın “ben öldüm, dilim küçüldü, gözüm görmüyor, cennette geziyorum, çocuğum vardı, göturdüler, sesi geliyor, ben bilirim, benim söylediklerimi yapacaksınız, ben sizin babanız yerineyim” şeklinde garip söylemlerinin olduğu ifade edildi. Yakınları ilaç vermeye çalıştığında “beni zehirleyeceksiniz, öldüreceksiniz” diyerek ilaçlarını almadığı, son birkaç gündür ise konuşmasında azalma olmakla birlikte sadece “Allah Allah” şeklinde tekrarlamalarının olduğu öğrenildi. Hastanın bilincinde dalgalanma, konuşmasında azalma, uykuya meyil, bulantı kusma şikayetleri olması üzerine yakınları tarafından acil servise müracaat ettiği anlaşıldı. Acil serviste difüzyon manyetik rezonans görüntüleme ve beyin bilgisayarlı tomografinin çekildiği, difüzyon manyetik rezonans görüntüleme de sol parietal lob posterior superiorda kortekste subkortikal alanı etkileyen difüzyon kısıtlanması göstermeyen lezyonların olduğu ve akut ödem enfarkt ile uyumlu olabileceği tespit edildi. Beyin bilgisayarlı tomografi de ise “Akut intrakranial kanama izlenmediği” rapor edildi. Ardından hastanın nöroloji konsültasyonunda yapılan muayenesinde bilincinin konfüze olduğu, konuşma hızı ve miktarı azalmış olduğu, kooperasyonun minimal kısıtlı olması dışında patolojik bulgu

saptanmadığı şeklinde tamamlandığı öğrenildi. Hastada subakut-kronik dönem infarkt düşünülerek iskemik serebrovasküler olay ön tanısıyla ileri tetkik ve tedavi amacıyla nöroloji servisine yatırılıp yapıldığı bilgisine ulaşıldı. O esnada yapılan kan tetkiklerinde trigliserit ve LDL yüksekliği ve HDL düşüklüğü dışında patolojik bulgu saptanmamıştı. Kontrastlı kranial manyetik rezonans görüntüleme yapıldığında, “Sol paryetal lob posterior korteksi ve subkortikal beyaz cevheri etkileyen, kontrast tutmayan infarkt alanı görülmektedir. Sol frontalde milimetrik boyutta birkaç adet infarkt alanı mevcuttur” şeklinde yorumlandığı anlaşıldı. Hasta iskemik serobrovaküler olay etyolojisi açısından kardiyoolojiye danışıldığında ise iskemik serobrovaküler olay açısından kardiyak etyoloji saptanmadığı öğrenildi. Kranial beyin anjiografisinde ve boyun bölgesi arterlerine yönelik anjiografide boyun ve sol karotis bifurkasyonunda %70-80 darlık saptanmıştı. Hastaya girişimsel nöroradyoloji tarafından taburculuk sonrası operasyon planlanmış, dahiliye tarafından hiperlipidemi nedeniyle diyet ve atorvastatin ile kontrol önerilmişti.

Yatışının üçüncü gününde, 00.30 saatlerinde anlamsız bir şekilde bağırıp çağırma, pencereden atlamak isteme, saldırganlık olması üzerine hastaya aralıklı olarak 2 ampul diazepam intravenöz, yarım ampul haloperidol intramusküler, lorazepam 2.5 mg sublingual verilmiş olmasına rağmen hastanın ajitasyon ve eksitasyonunda azalma olmaması nedeniyle psikiyatri konsültasyonu istendi. Yapılan ruhsal durum muayenesinde, genel görünümü düşküdü, bilinç konfüzeydi, oryantasyon yer ve zaman ekseninde bozulmuştu. Yeterli kooperasyon kurulamamaktaydı. Duygulanım disforikti. Konuşma anlamsızdı, ara ara bağırma eşlik ediyordu. Davranışta psikomotor eksitasyon hali vardı. Öne arkaya sallanma şeklinde stereotipi mevcuttu. Görsel halüsinasyon ve grandiyöz hezeyan tariflendi. Uyku ihtiyacında azalma mevcuttu. Hastada ön planda deliryöz mani düşünöldü. İvedi bir şekilde elektrokonvülsif tedavi hazırlığı yapıldı, 4 saat içerisinde EKT yapıldı. Etkin bir şekilde nöbet (132 mc ile 48 saniye) geçiren hastanın ilk EKT sonrası yapılan ruhsal durum muayenesinde bilinç açık, oryante ve koopereydi. Duygulanım ötimikti. Konuşma hızı ve miktarı olağandı. Hezeyan tariflenmedi. Algıda patoloji saptanmadı. Davranış normoaktifti. Uyku ritmi ve iştah normale dönmüştü. Gün aşırı iki seans daha EKT yapılan hastanın remisyonda olduğuna kanaat getirilerek EKT sonlandırıldı. İdame tedavisi olarak valproik asit 500 mg 1*1 başlandı. Hasta klinik tam iyilik hali ile taburcu edilmiş olup takip ve tedavisi psikiyatri ve nöroloji kliniklerinde devam etmektedir. Psikiyatri kliniğine ayda bir olmak üzere iki kez gelmiş olup iki aylık süreçte remisyonadadır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Olgumuz bilinç bulanıklığı, oryantasyon bozukluğu nedeniyle tetkik edilmekte iken hastada mani semptomlarından konuşmada artış, uyku ihtiyacında azalma, grandiyözite, distraktabilite, irritabilite, psikotik semptomlardan perseküsyon, nihilistik hezeyanlar, görsel ve işitsel halüsinasyonlar ve katatonik belirtilerden stereotipi, psikomotor eksitasyon, negativizm ortaya çıktı. Deliryum, geç başlangıçlı bipolar bozukluk, kısa psikotik atak ayırıcı tanıda yer aldı. Deliryuma eşlik eden mani, psikoz ve katatoni belirtilerinin aynı tabloda yer alması nedeniyle ön planda deliryöz mani düşünöldü. Tipik antipsikotiklerle ajitasyonun yatışmaması, benzodiazepinlere yanıtız ve oldukça gürültülü bir tablo oluşu nedeniyle birinci basamak tedavi olarak EKT yapıldı. İlk EKT’den itibaren itibaren deliryöz mani tablosunun düzelmesi, 3 seans EKT sonrası tam remisyona girmesi tanıyı destekler nitelikteydi.

Pompey ve Januel katatoni için, deliryöz maniyi de içerecek olan beş aşamalı bir tedavi protokolü önermektedir: birinci aşama, semptomaya yol açtığından şüphelenilen ilaçları kesmek; ikinci aşama, altta yatan fiziksel hastalık durumlarını değerlendirmek ve tedavi etmek (standart biyokimya analizi, idrar ilaç taraması, EEG, merkezi sinir sistemi görüntülemesini içerir); üçüncü aşama, 2.5 mg lorazepam denemesi; 1 saat sonra katatonik belirtileri değerlendirme; kısmi veya tam yanıt ile, 6 gün boyunca 3 mg/gün ile başlama, ardından dozu azaltma; dördüncü aşama lorazepam'a yanıt vermeyebilecek %20'lik kısım için EKT'yi uygulama; malign katatoniden şüpheleniliyorsa ve/veya otonomik instabilite varlığında doğrudan EKT uygulanması şeklindedir (Pompey ve Januel, 2002).

Deliryöz mani tedavisinde EKT kullanımının, prognozu önemli ölçüde iyileştirdiği bildirilmektedir (Lee ve ark., 2012). Deliryöz mani vakalarının çoğu EKT'ye yanıt vermiştir ve malign vakaların çoğunluğunda 2-12 EKT tedavisi tercih edilmektedir (Fink, 1999; Fox ve Bostwick, 1997; Karmacharya ve ark., 2008; Van Den Eede ve ark., 2005). Bazı araştırmacılar gün aşırı EKT'yi (Fox ve Bostwick, 1997) önerirken, diğerleri iyileşmeyi hızlandırmak için günlük EKT tedavilerini önermektedir (Fink, 1999; Fink ve Taylor, 2001).

Sonuç olarak, klinisyenler açısından deliryöz maniyeye eşlik eden mani semptomlarının olması, psikoz ve katatoni belirtilerinin eşlik etmesi halinde deliryöz maninin akılda tutulması ve ivedilikle tedavi edilmesi, bu konuda EKT'nin mutlaka bir tedavi olarak dikkate alınması önem arz etmektedir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek: Yazarlar bu yazı için herhangi finansal destek almamıştır.

KAYNAKLAR

- Arsan, C., Baker, C., Wong, J., Scott, R. C., Felde, A. B., ... Rustad J. K. (2021). Delirious mania: An approach to diagnosis and treatment. *Prim Care Companion CNS Disord*, 23(1), 20f02744. <https://doi.org/10.4088/PCC.20f02744>
- Can, A., Altınbaş, K., Kurt, E. ve Uygur, N. (2015). Deliryöz mani: Klinik özellikleri ve tedavisi. *Journal of Mood Disorders*, 5.
- Detweiler, M. B., Mehra, A., Rowell, T., Kim, K. Y. ve Bader, G. (2009). Delirious mania and malignant catatonia: A report of 3 cases and review. *Psychiatr Q*, 80(1), 23-40. <https://doi.org/10.1007/s1126-009-9091-9>
- Fink, M. (1999). Delirious mania. *Bipolar Disorder*, 1(1), 54-60. <https://doi.org/10.1034/j.1399-5618.1999.10112.x>
- Fink, M. ve Taylor, M. A. (2001). The many varieties of catatonia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251(1), 8-13. <https://doi.org/10.1007/pl00014200>
- Fox, F. L. ve Bostwick, J. M. (1997). Propofol sedation of refractory delirious mania. *Psychosomatics*, 38(3), 288-290. [https://doi.org/10.1016/s0033-3182\(97\)71466-x](https://doi.org/10.1016/s0033-3182(97)71466-x)

- Jacobowski, N. L., Heckers, S., ve Bobo, W. V. (2013). Delirious mania: Detection, diagnosis, and clinical management in the acute setting. *Journal of Psychiatric Practice*, 19(1), 15-28. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000426324.67322.06>
- Karmacharya, R., England, M. L. ve Ongür, D. (2008). Delirious mania: Clinical features and treatment response. *Journal of Affective Disorders*, 109(3), 312-316. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.12.001>
- Lee, B. S., Huang, S. S., Hsu, W. Y., ve Chiu, N. Y. (2012). Clinical features of delirious mania: A series of five cases and a brief literature review. *BMC Psychiatry*, 21(12), 65. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-65>
- Melo, A. L. ve Serra, M. (2020). Delirious mania and catatonia. *Bipolar Disorder*, 22(6), 647-649. <https://doi.org/10.1111/bdi.12926>
- Pommepuy, N., ve Januel, D. (2002). La catatonie: Resurgence d'un concept. Une revue de la littérature internationale. *Encephale*, 27, 481-492.
- Van Den Eede, F., Van Hecke, J., Van Dalssen, A., Van den Bossche, B., Cosyns, P., ve Sabbe, B. G. (2005). The use of atypical antipsychotics in the treatment of catatonia. *European Psychiatry*, 20, 422-429.