

# Sarkoidoz ve Eş Tanılı Panik Bozukluk: Bir Olgu Sunumu

## Sarcoidosis and Comorbid Panic Disorder: A Case Report

Doğancan Sönmez<sup>1\*</sup>, Çiçek Hocaoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Rize, Türkiye.

**Anahtar kelimeler:** sarkoidoz, panik bozukluk, psikiyatrik belirtiler, tedavi

**Key words:** panic disorder, psychiatric symptoms, sarcoidosis, treatment

**Sorumlu Yazar:** Doğancan Sönmez  
e-mail :dogancansonmezz@gmail.com  
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Rize, Türkiye

**Başvuru Tarihi:** 02 Ağustos 2021

**Kabul Tarihi :** 08 Şubat 2022

### Özet

Sarkoidoz etiyoloji bilinmeyen, kronik inflamatuvar, multisistemik granülomatöz bir hastalıktır. Ön planda akciğerler ve lenf nodlarını etkilemektedir. Yapılmış birçok çalışmaya rağmen etiyolojisi aydınlatılamamıştır. Sarkoidoz aynı zamanda yaşam kalitesini etkileyen duygusal ve fiziksel sonuçlarla ilişkili kronik bir hastalıktır. Sarkoidoz tanılı hastalarda genel topluma göre psikiyatrik bozukluklar daha sık görülmektedir. Sadece yorgunluk değil, aynı zamanda depresif ve anksiyete gibi psikiyatrik belirtiler sarkoidozda önemli bir rol oynamaktadır. Sarkoidoz hastalarında görülen bir psikiyatrik belirti de panik ataklardır. Panik bozukluğu, tekrarlanan panik ataklar ve bu ataklarla ilgili beklenti kaygısı ile karakterizedir. Bu çalışmada sarkoidoz ve panik bozukluk eş tanısı ile takip ettiğimiz bir kadın hastayı literatür bilgileri ışığında sunuyoruz.

### Giriş

İlk kez 1872'de Jonathan Hutchinson tarafından bildirimi yapılan sarkoidoz; etiyolojisi bilinmeyen akciğer, lenf nodları, cilt ve göz tutulumu gibi birçok organ veya sistemi etkileyebilen, inflamatuvar multisistemik bir hastalıktır (1). Tipik semptomları arasında halsizlik, yorgunluk, gece terlemesi, öksürük, göğüs ağrısı ve dispne yer almaktadır. Etiyolojisi tam olarak anlaşılamamış olsa da sarkoidoz gelişiminde hem genetik hem de çevresel faktörlerin önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda psikososyal faktörlerin de etiyolojide rol oynadığı belirtilmiştir. Sarkoidoz tanılı hastaların %44'ünün eşlik eden psikiyatrik bozukluklar yaşadığı ve vakaların %6.3'ünde panik bozukluğunun gözlendiği bildirilmiştir (4). Panik bozukluğu yaygınlığı sarkoidoz tanılı hastalarda genel toplumda bildirilen %2.7'den daha yüksektir. Bununla birlikte, sarkoidoz hastalığı ve bu psikiyatrik eş tanılar arasındaki nedensel ilişkinin birçok yönü şu anda bilinmemektedir.

Bu çalışmada sarkoidoz ve panik bozukluk eş tanısı ile izlenen bir hastanın klinik seyir, tanı ve tedavi yaklaşımları literatür bilgileri ışığında ele alınarak, konu ile ilgili mevcut yazına katkı sunulması amaçlanmıştır.

### Olgu

Kırk altı yaşında, evli, ortaokul mezunu, kadın hasta; çarpıntı, nefes alıp doyamama, terleme, baş dönmesi ve ölüm korkusu şikayetleri ile eşi refakatli olarak psikiyatri polikliniğine başvurdu. İlk kez 10 yıl önce benzer yakınmalar ile psikiyatri polikliniğine başvurduğu, panik bozukluk tanısı ile bir süre adını anımsayamadığı ilaçları düzenli kullandığı, kontrol için geldiği psikiyatri polikliniğinde muayene sırasında aniden nefes alamama, solunum sıkıntısı yaşaması üzerine yapılan tetkikler sonucu pulmoner emboli tanısı ile yatarak tedavi gördüğü öğrenildi.

Taburculuk sonrası göğüs hastalıkları bölümünde takipleri devam eden hastanın 4 ay önce yaygın sırt, göğüs ağrıları, nefes darlığı yakınmaları olmaya başlamış. Mevcut şikayetleri üzerine dış merkezde yapılan tetkik ve muayeneleri sonucu sarkoidoz tanısı ile tedavisi düzenlenmiş. Hastanın yapılan radyolojik tetkiklerinde bilateral hiler lenf nodu saptanmış. Sarkoidoz akciğer dışı tutulum yapmamış. Hasta mevcut şikayetleri için kardiyoloji, göğüs hastalıkları ve nöroloji bölümleri tarafından muayene edilmiş. Hastada ek patolojik bulgu saptanamamış. Yaklaşık 4-5 aylık süreç içerisinde sarkoidoz tanısı ile takip ve tedavi edilmekteyken hastanın son haftalarda özellikle ölüm korkusu, çarpıntı, göğüste sıkışma hissi ile sık sık acil servise

başvurusu olmuş. Hastanın yakınmalarının artarak devam etmesi üzerine hasta psikiyatri polikliniğine yönlendirilmiş.

Normal doğum ile hastanede sağlık personeli eşliğinde doğan hastanın büyüme ve gelişmesinde sorun yaşanmamış. Hastanın temizlik eğitimi, yürüme ve konuşması zamanında olmuş. İlk adetini 12 yaşında görmüş. Adetleri düzenliymiş. Lise mezunu hasta çalışmıyormuş. Son 5 yıldır fibromiyalji tanısı ile tedavi gören hastanın ailesinde ruhsal ve nörolojik herhangi bir hastalık öyküsü tanımlanmadı. Hastanın fizik muayene ve laboratuvar bulgularında patolojik bulgu saptanamadı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde bilateral hiler lenf nodu mevcuttu.

Hastanın ruhsal durum muayenesinde; yaşında gösteren kadın hastanın giyimi sosyoekonomik düzeyi ile uyumluydu. Öz bakımı kısmen azalmıştı. Hastanın görüşme esnasında göz teması mevcuttu. Konuşmaya istekliydi. Konuşma hızı, miktarı ve ses volümü olağandı. Duygudurum anksiyöz, duygulanımı duygudurumla uyumluydu. Bilinç açık, yönelimi tamdı. Bellek fonksiyonları korunmuştu. Algılamada psikopatolojik bulgu saptanamadı. Soyut düşünce yetisi, gerçeği değerlendirme yetisi, yargılama ve muhakeme yeteneği bozulmamıştı. Düşünce süreci ve çağrışımları olağandı. Düşünce içeriğinde sağlığı ile endişeler ve korkular hakimdi. Hastaya uygulanan psikometrik değerlendirme testlerinden; Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği(KPDÖ): 24 puan, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği(HAMD): 11 puan, Beck Anksiyete Ölçeği(BAÖ): 38 puan olarak değerlendirildi.

Hastaya poliklinikte yapılan muayene ve psikometrik ölçekler sonucunda DSM-5 ölçütlerine göre panik bozukluk tanısı konuldu. Hastaya duloksetin 30 mg/gün tedavisi başlandı ve tedrici olarak 60 mg/gün'e çıkarıldı. Farmakolojik tedaviye eş zamanlı olarak bilişsel davranışçı terapi uygulandı. Psikiyatri polikliniğinde ayaktan yapılan düzenli kontrollerle yaklaşık 9 aylık tedavinin ardından hastanın şikayetlerinde belirgin bir düzelme izlendi. Hastanın yapılan kontrol psikometrik değerlendirme testleri KPDÖ: 8 puan, HAMD: 4 puan, BAÖ:14 puan olarak değerlendirildi. Hasta psikiyatri poliklinik kontrollerine ve duloksetin 60 mg/gün tedavisine devam etmektedir. Çalışma öncesi hastanın bilgilendirilmiş onamı alınmıştır.

## **Tartışma**

Sarkoidoz nonkazeifiye granülomların varlığı ile karakterize çoklu organ tutulumu olan bir hastalıktır (5). Sarkoidoz sıklığı coğrafi konum, ırk ve cinsiyete göre değişir. İskandinav ülkeleri 50-60/100.000 ile dünyanın en yüksek prevalansına sahip ülkelerdir. (5).

Sarkoidoz tipik olarak 40 yaşın altındaki kişileri etkiler ve 3. dekatta pik yapar. Kadınlarda erkeklerden daha fazla görülür. Hastalığın görülme sıklığı 25-35 ve özellikle kadınlarda 45-65 yaşları arasında iki pik yapar .Olgu sunumuzdaki hastamızın kadın ve orta yaş olması bu bulguları destekler niteliktedir. Sarkoidozun fenotipik özellikleri ırk ve etnik farklılıklara göre değişmektedir. Sarkoidozun özgül olmayan belirtileri mevcuttur. Tanısı klinik ve radyolojik bulguların varlığıyla beraber, bu bulguların histopatolojik kanıtlarla desteklenmesiyle konulur. Ancak hastaların % 50' sinde herhangi bir semptom bulunmayabilir ve tanı tesadüfen çekilmiş akciğer radyogramıyla da konulabilir. Sarkoidozun en yaygın radyolojik bulgusu bilateral hiler lenfoadenopatilerdir. Bizim olgumuzda da ani gelişen bir nefes darlığı sonrası yapılan tetkiklerde bilateral hiler lenfoadenopatiler saptanmıştır ve yapılan ileri tetkikler sonucu sarkoidoz tanısı konulmuştur.

Sarkoidoz hastalarında fiziksel belirtilerin yanında yaşam kalitesinde düşme ve depresyon yüksek oranlarda bildirilmektedir. Bu hastalarda dispne, depresyon ve anksiyete riskinde artışla ilişkili bulunmuştur. Birçok yazar ayrıca sarkoidoz ile depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu gibi belirli psikiyatrik hastalıklar arasında bir ilişki olduğunu öne sürmüştür. Chang ve arkadaşlarının yürütmüş olduğu kesitsel bir çalışmada sarkoidozlu hastalarda %60 gibi yüksek bir depresyon prevalansı bildirilmiştir. Ayrıca kadın cinsiyet, düşük gelir düzeyi, tıbbi bakıma erişimde azalma ve eforla oluşan nefes darlığı da depresyonla ilişkili bulunmuştur . Sarkoidoz gibi kronik bir hastalığın yükü, fiziksel semptomlarla değil, aynı zamanda yorgunluk ve ruhsal şikayetler gibi spesifik olmayan semptomlarla da ilişkilidir. Bu semptomlar hastalığın kliniğini kötüleştirebilir aynı zamanda hastanın yaşam kalitesini de bozabilmektedir. Birçok yazar sarkoidoz ile depresyon ve anksiyete gibi bazı psikiyatrik problemler arasında bir ilişki olduğunu öne sürmüştür . Sarkoidoz, yorgunluk ve yüksek oranda psikiyatrik komorbidite ile ilişkilidir. Yapılan bir çalışmada, sarkoidoz tanılı hastaların %44'ü DSM-5 eksen I bozukluğu için en az bir tanı kriterlerini karşıladığı saptanmıştır. Spesifik olarak, olguların %25'i majör depresif bozukluk, %6.3 panik bozukluğu, %6.3'ü bipolar bozukluk, %5'i yaygın anksiyete bozukluğu ve %1.3'ü obsesif kompulsif bozukluk için ölçütleri karşıladı . Bizim olgumuzda da ruhsal durum muayenesi ve psikometrik test sonuçları panik bozukluk tanısının yanı sıra hafif depresif belirtilerinin olduğu saptanmıştır.

Uyku bozuklukları sarkoidoz hastalarında yaygındır ve yorgunluk, depresyon ve bilişsel işlev bozukluğuna katkıda bulunur. İleri dönük bir uzunlamasına çalışma, sağlıklı kontrollerin sadece

%17'sine kıyasla sarkoidoz hastalarının %54'ünün önemli uyku bozuklukları olduğu saptanmıştır. Uyku bozukluğunun şiddeti, yorgunluk, depresyon ve kişinin bildirdiği bilişsel eksikliklerle doğrudan ilişkili olduğu belirtilmiştir .

Panik bozukluk, tekrarlayan panik ataklar ve bu ataklarla ilgili beklenti kaygısı ile karakterizedir. Daha da önemlisi, panik bozukluğu tanısı için diğer fiziksel hastalıkların dışlanması gerekmektedir. Panik ataklar, hipertiroidizm, beyin tümörleri veya aritmiler gibi fiziksel hastalıklardan kaynaklanabileceğinden, panik bozukluğu tanısı dikkatle konulmalıdır. DSM-5'e göre panik atak; o sırada ortaya çıkan çarpıntı, kalp hızının artması, terleme, titreme, boğuluyor gibi olma duyumu, soluğun tıkanıpı duyumu, göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma, bulantı ya da karın ağrısı, baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu, titreme ya da ateş basması duyumu, uyuşmalar, gerçek dışılık (derealizasyon, depersonalizasyon), denetimi yitirme ya da çıldırma korkusu, ölüm korkusu belirtilerinden en az dördünün bulunması halinde söz konusu olmaktadır. Ayrıca ataklardan en az birinden sonra en az bir ay süreyle başka panik ataklarının olacağı ile ilgili sürekli kaygılanma, panik atak geçirmekten kaçınmak için tasarlanmış davranışlar geliştirme panik bozukluk kapsamında değerlendirilmekte ve bu bozukluğun bir maddenin kötüye kullanımı ya da başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamayacağı belirtilmektedir. Hastamız mevcut panik bozukluk tanı kriterlerini karşılamaktaydı. Sarkoidoz tanısı olan hastanın yorgunluğu, vücut ağrısı, daha önceden ani olarak yaşamış olduğu nefes darlığı olması sağlığı ile ilgili olan kaygılarını arttırmıştı. Hasta nefes darlığı, boğuluyormuş gibi olma, kalp çarpıntısı, terleme, baş dönmesi gibi panik bozukluk semptomlarını yaşıyordu. Sarkoidoz hastalığı akciğer dışı bir tutulum yapmamış olması mevcut panik bozukluk belirtilerinin de sarkoidoz ile ilişkili olmadığını açıklamamaktadır. Ancak, sarkoidozlu hastalarda panik bozukluk ayırıcı tanısında güçlükler olabileceği unutulmamalıdır.

Duloksetin, serotonin ve noradrenalin gerilim inhibitörü olup major depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, diyabetik nöropati ilişkili ağrı, fibromiyalji ve kronik kas-iskelet ağrıları için kullanılmaktadır. Bizim de bu ilacı tercih etmemizdeki neden antidepressan ve anksiyete giderici etkilerinin yanı sıra analjezik ve bedensel belirtilerin üzerine olan olumlu etkilerinin olmasıdır (11). Hastaya duloksetin 60 mg/gün tedavisiyle eş zamanlı olarak bilişsel davranışçı terapi uygulanması sonucunda mevcut şikayetlerinin gerilemiş olması hastanın yaşam kalitesini de belirgin olarak arttırmış oldu.

Sonuç olarak, sarkoidoz tanılı hastalarda panik bozukluk tanısı gözden kaçabilir. Klinisyenlerin sarkoidoz tanılı hastalarda psikiyatrik belirtiler konusunda dikkatli ve duyarlı olması önemlidir. Çünkü sarkoidoz hastalarında eş tanılı tedavi edilmemiş panik bozukluk varlığı hastanın mevcut tedavi ve klinik seyrini olumsuz etkileyecektir.

Çalışmamızın sarkoidoz hastalığına eşlik eden panik bozukluk ile ilgili farkındalığın artmasına katkı sunacağı inancındayız.

**Finansman Kaynakları:** Çalışmamızda herhangi bir sponsorluk veya maddi destek bulunmamaktadır.

**Çıkar Çatışmaları:** Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması beyan etmemektedir.

Bu çalışma 18-20 Aralık tarihleri arasında online olarak düzenlenen 56. Ulusal Psikiyatri Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

#### Kaynaklar

1. Lazarus A. Sarcoidosis: Epidemiology, Etiology, Pathogenesis, and Genetics. *Disease-a-Month*. 2009;55(11):649–60.
2. Gilmore K, Rudden M, Kalman TP. Psychiatric manifestations of sarcoidosis. *Can J Psychiatry*. 1980;25(4):329–31.
3. Goracci A, Fagiolini A, Martinucci M, Calossi S, Rossi S, Santomauro T, et al. Quality of life, anxiety and depression in Sarcoidosis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30(5):441–5.
4. Tokumitsu K, Demachi J, Yamanoi Y, Oyama S, Takeuchi J, Yachimori K, et al. Cardiac sarcoidosis resembling panic disorder: A case report. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):14.
5. English JC, Patel PJ, Greer KE. Sarcoidosis. *J Am Acad Dermatol*. 2001;44(5):725–43.
6. Hillerdal G, Nou E, Osterman K, Schmekel B. Sarcoidosis: Epidemiology and prognosis: A 15-year European study. *Am Rev Respir Dis*. 1984;130(1):129–32.
7. Park HJ, Jung I, Chung MH, Song SW, Kim HL, Baik JH, et al. Typical and atypical manifestations of intrathoracic sarcoidosis. *Korean J Radiol*. 2009;10(6):623–31.
8. Chang B, Steimel J, Moller DR, Baughman RP, Judson MA, Yeager H, et al. Depression in sarcoidosis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001;163(2):329–34.
9. Benn BS, Lehman Z, Kidd SA, Miaskowski C, Sunwoo BY, Ho M, et al. Sleep disturbance and symptom burden in sarcoidosis. *Respir Med*. 2018;144:35–40.
10. Köroğlu E. DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru el kitabı. Beşinci baskı, Ankara: HYB. 2013.
11. Bellingham GA, Peng PW. Duloxetine: A review of its pharmacology and use in chronic pain management. *Reg Anesth Pain Med* 2010; 35:294-303.

**Abstract**

Sarcoidosis is a chronic inflammatory, multisystemic granulomatous disease of unknown etiology. It primarily affects the lungs and lymph nodes. Despite many studies, its etiology has not been clarified. Sarcoidosis is also a chronic disease associated with emotional and physical consequences that affect quality of life. Psychiatric disorders are more common in patients with sarcoidosis compared to the general population. Not only fatigue, but also psychiatric symptoms such as depressive and anxiety play an important role in sarcoidosis. Another psychiatric symptom seen in sarcoidosis patients is panic attacks. Panic disorder is characterized by repeated panic attacks and anticipatory anxiety about these attacks. In this study, we present a female patient with the co-diagnosis of sarcoidosis and panic disorder, in the light of the literature.