

PSİKOJENİK PURPURA

PSYCOGENIC PURPURA

Oya YÖNAL*, Ufuk SEZGİN**, Başak YÜCEL**, Melih AKTAN*

ÖZET

Psikojenik purpura hemostatik testlerin normal olduğu, cilt ve mukozal kanamalar ile belirti veren nadir bir sendromdur. Tekrarlayan karın ağrısı, bulantı, kusma, artralji, baş ağrısı, epistaksis, gastrointestinal kanama, göz ve kulak kanaması gibi değişik belirtilerle kendini gösterir. Psikojenik purpuralı bazı hastalarda, hemorajik bulgular ile birlikte dissosiyatif bozukluk, çocuklukta yaşanan psikojenik travmalar konversiyon semptomları ve histeri tarif edilmiştir. Bizim vakamız burun, gözler ve kulaklarda kanama ve psikiyatrik bozukluklarla ortaya çıkmıştır

Anahtar kelimeler: Psikojenik purpura, göz kanaması, psikiyatrik bozukluklar

ABSTRACT

Psychogenic purpura is a rare syndrome manifesting itself as bleedings from mucosal and skin surfaces, but hemostatic screening tests are completely within normal limits. The disease symptoms may include paroxysmal abdominal pain, nausea, vomiting, joint pains, headache, epistaxis, gastrointestinal hemorrhage and bleeding from eyes, ears. Dissociative reactions, psychogenic traumas in childhood, symptoms of conversion and hysteria have been reported in cases of psychogenic purpura. Our case has presented with bleeding from nose, eyes, ears together with psychiatric disorders.

Keywords: Psychogenic purpura, eye bleeding, psychiatric disorders

GİRİŞ

Psikojenik purpura ilk kez 1955 yılında Gardner ve Diamond tarafından, minor travma sonrası spontan tekrarlayan ekimozları olan dört kadında tanımlanmıştır. Hastaların damar dışına çıkmış eritrositlerine karşı duyarlılığı nedeni ile bu fenomen "otoeritrosit duyarlılık purpurası" veya Gardner -Diamond sendromu (GDS) olarak da adlandırılmıştır. Ratnoff ve Agle ise etyopatogeneizde psikolojik faktörlerin olduğunu öne sürerek bu sendromu "psikojenik purpura" olarak adlandırmıştır (9). Hastalığa yol açan esas mekanizma henüz bilinmemektedir.

Hastalık cilt lezyonları, tekrarlayan karın ağrısı, bulantı, kusma, artralji, baş ağrısı, epistaksis, gastrointestinal kanama ve kulak kanaması gibi değişik belirtilerle kendini gösterir (9). Batı literatüründe göz kanaması nadirdir, ancak Türkiye'de yedi vaka bildirilmiştir (5). Psikojenik purpuralı bazı hastalarda, hemorajik bulgular ile birlikte dissosiyatif bozukluk, konversiyon semptomları ve histeri tarif edilmiştir. Bizim vakamızda bu hastalık burun, gözler ve kulaklarda kanama ve psikiyatrik bozukluklarla ortaya çıkmıştır.

OLGU

20 yaşında kadın hasta Nisan 2005'de burun, gözler ve kulaklarda kanama şikayeti ile Hematoloji polikliniğine başvurdu. Son altı aydır haftada 10-20 kez bu kanamaları olmuştur. Kanamalar 15-20 dakika kadar sürüyormuş. Kanamaları 2 yıl önce ciddi bir ruhsal travma sonrası başlamış ve ciddi ruhsal stress dönemlerinde artmaktaymış. Bu kanamalar poliklinik odasında da müşahade edildi. Hasta sorgulandığında aile içinde sorunlar ve çocukluk çağında travmalar tarif etti. Tüm sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar testlerinde Hb 15,0 g/dl, Htc %44, MCV 84 fL, lökosit 6,700/mm³, nötrofil 4,200/mm³, trombosit 254,000/mm³, periferik yaymada her mikroskop sahasında 10-15'li trombosit kümeleri görüldü. Protrombin zamanı 12.9 sn (N: 12 -15), aktive parsiyel tromboplastin zamanı 33 sn (N: 28-40), fibrinojen 383 mg/dl (N: 200-400), trombin zamanı 15 sn (N: 15-22), kanama zamanı 6 dakika; karışım testleri normal bulundu. Plazma pıhtılaşma faktörlerinin düzeyleri incelendi ve Faktör VIII %114 (N: 60-150), Faktör IX %102 (N: 60-150), Faktör XI %100 (N: 60-140) bulundu. Otorinolarinoskopik muayenede kanama odağı bulunmadı. Göz muayenesinde kornea ve konjonktivada

Date received/Dergiye geldiği tarih: 06.12.2006 - Dergiye kabul edildiği tarih: 10.06.2007

* İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Çapa, İstanbul
(İletişim kurulacak yazar: oya_yonal@yahoo.com)

** İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Çapa, İstanbul

herhangi bir lezyona ve travma izine rastlanmadı. Göz yaşı damlalarındaki eritrositlerle hastanın perifer kanındaki eritrositler aynı kan grubundandı. Otoeritrosit sensitasyon testi negatif bulundu.

Vücudunun çeşitli bölgelerindeki mukoza kanamalarını açıklayacak hematolojik bir sorun bulunamaması nedeniyle psikiyatri kliniğine değerlendirme amacıyla sevk edildi. Psikiyatri kliniğinde yapılan görüşmelerde; lise mezunu olan , babasının ve amcasının fabrikasında sekreter olarak görev yapan hasta 4 kardeşin sonuncusu, bekar, annesiyle yaşıyordu. Annesi eğitimsiz, kocasından çok çekinen yaklaşık 8 yıldır ortopedik sorunları nedeniyle sıkça doktora gitmek ya da hastanede yatmak zorunda kalan zamanın çoğunu hareketsiz geçiren ve kızının yardımına fazlasıyla ihtiyaç duyan bir kadındı. Babası çocuklarıyla yeterince ilgilenmeyen, fiziksel şiddete sık başvuran, eşinin hastalanmasının ardından sekiz yıldır evlilik dışı ilişki sürdüren ve bu ilişkisinden bir çocuğu olan, kendilerinden ayrı bir evde yaşamaya başlayan biri olarak tanımlanıyordu. Babasının evden ayrılma sürecinde uyguladığı şiddetin dozu hem eşine hem hastaya karşı artmış. Çocukluk dönemi boyunca babasından fiziksel şiddet gördüğünü, dayakların 16-17 yaşına dek sürdüğünü ifade eden hasta şikayetlerinin çoğunun babasıyla ilişkisinden kaynaklandığını belirtti. Çocukluk öyküsü alındığında 11-12 yaşlarında sık sık ziyaretine gittikleri aile dostlarının kendinden 7-8 yaş büyük oğlu tarafından cinsel tacize uğradığını, çok fazla bağırdığı için çevreden bazı insanların gelmesi üzerine tacizin sonlandığı, yaşadığı durumdan çok korktuğunu, olayı unutamadığını ve korkunç bir anı olarak yeniden yaşadığı zamanların olduğunu, rüyalarında da tekrarlayan biçimde tecavüze uğradığını görüşmeler süresince ağlayarak anlattı. Psikiyatrik değerlendirmede hastanın son bir yıldır yoğun sıkıntı hissi, hayattan zevk almasında azalma, konsantrasyon bozukluğu, sosyal çekilme, enerjisizlik, umutsuzluk, ölüm düşünceleri, uykularında düzensizlik, kabuslarla uyanma ve 'kriz' olarak tanımladığı durumlar yaşadığı anlaşıldı. Hastanın söz ettiği krizlerin çevredekileri duyup cevap veremediği, 'yığılıp kalıyorum' dediği konversiyon tipinde nöbetler olduğu düşünüldü. Bir süre öncesine kadar var olan hayali bir arkadaştan ve onunla sohbet ettiğinden söz ediyordu. Kendi kişiliğinin bir parçası olan bu arkadaş ona çeşitli tavsiyelerde bulunuyor ve yalnızlığını paylaşıyordu. Bir yıl önce de çalıştığı iş yerinde bir çalışanın yalnız oldukları ortamlarda kendisine isteği dışında dokunmaya çalışıp cinsel imalar şeklinde cinsel taciz uyguladığını belirtti. Bu kişi ile aynı ortamda çalıştığından ve uzaklaşabileceği fazla alan olmadığından kendisini çaresiz hissediyor ve korku duyuyordu. Durumu yengesine söylemiş ancak kendisine inanılmamış olduğunu, kanamaların şiddetinin bu sıralarda artış gösterdiğini belirtti. Geçen yıl gittiği psikiyatriste tacizlerden söz edemediği, antidepresanlar ve antipsikotikleri içeren tedaviden kısa süreli ve kısmi bir yarar sağladığını ifade etti. Psikiyatrik muayenesinde bilinci açık ve yönelimleri tamdı. Duygu durumu depresifti, anhedonisi vardı. Düşünce içeriğinde bugüne ve geleceğe ilişkin depresif düşünceler hakimdi. Sık sık konversiyon tipinde krizler tarif ediyordu. Muhakeme-

si ve içgörüsü korunmuştu. Kanamaları ile duygusal değişimleri arasında bağlantı olduğunu düşünüyor ve psikiyatrik tedaviye olumlu yaklaşıyordu.

Psikiyatrik testler:

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): 24 puan ile depresif duygu durumunda olduğunu göstermekteydi (2). Travma Sonrası Stres Değerlendirme Ölçeği: Semptom şiddeti 51 puanla travma sonrası stres bozukluğu semptomları şiddetli düzeyde ağır ve işlev kaybı 9 puanla şiddetliydi (4). Rorschach testinde anksiyete yüklü ailevi çatışmalar, güvensizlik, yetersizlik duyguları, destek ve korunma ihtiyacı ve nevrotik bulgular saptandı. DSM-IV tanı ölçütleri dikkate alındığında psikiyatrik değerlendirme sonunda hastaya major depresif epizod, travma sonrası stres bozukluğu (kronik) ve konversiyon bozukluğu tanıları konuldu.

Mirtazapin 30 mg/gün, sitalopram 20 mg/gün başlandı. Psikososyal travma programından düzenli izlenmesi planlandı. Üçüncü görüşmede depresif belirtileri gerilemeye başlamış, kanama şiddet ve sıklığı belirgin olarak azalmıştı ve BDÖ skoru 14' e gerilemişti. Hastanın tedavi isteği olmasına karşın şehir dışında yaşayan ailesinin tedavi devamı konusunda desteğinin olmaması görüşmelerin sonlanmasına neden oldu.

TARTIŞMA

Nadir görülen bir sendrom olan GDS çoğunlukla kadınları etkilemekte ve emosyonel stress ile tetiklenmektedir. Genellikle emosyonel stres zamanlarında tekrarlayan ağırlı çürükler ile karakterizedir (3). Hastalık gastrointestinal kanama ve kulak kanaması gibi değişik bulgularla kendini gösterebilir (9). Bizim vakamızda ağırlı çürükler yoktu, ancak hastanın göz, kulak ve burun kanamaları olmakta idi.

Psikojenik purpura çeşitli psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülebilmektedir . Nadir görülen bir durum olmasına karşın dikkatli incelendiğinde çocukluk çağına ilişkin travmatik olaylarla bağlantıları dikkati çekmektedir (12).

Başlangıçtan beri belirtilerin ruhsal durumla bağlantısı dikkati çekmiştir (9). Hastaların lezyonlarının ortaya çıkmasından bir süre önce sıkıntı yaratan bir olay tanımladıkları veya psikiyatrik değerlendirmelerinde çeşitli belirtiler gösterdikleri dikkati çekmektedir. Bu belirtiler depresyon, anksiyete, saldırganlık ve kin gibi duyguları denetlemede zorluk, emosyonel labilite, hipokondriyak eğilimler, suçluluk duyguları, cinsel bozukluklar olarak sayılabilir. Ayrıca değişen tanı sistemleri ile birlikte histeri, sınırda kişilik bozuklukları, obsessif-kompulsif bozukluk, duygu durum bozuklukları, anksiyete, somatoform bozukluklar, disosiyatif bozukluklar gibi klinik durumlar GDS ile ilişkili psikiyatrik problemler ve psikiyatrik birliktelikler olarak sayılmıştır. (1,9). Kısacası bildirilen vakaların büyük çoğunluğunda bir veya daha fazla psikiyatrik tanı dikkati çekmektedir. Daha önce bildirilen bir başka vakada da çocukluk çağı travmatik olaylarıyla bağlantıdan söz edilmekte ve psikojenik purpura hastalarını tedavi eden klinisyenlerin travma ile ilişkili psikiyatrik bozuklukların farkında olmaları önerilmektedir (12). Bizim hastamızda, yukarıda belirtilenlerle uyumlu olarak DSM-IV tanı ölçütleri de dikkate alındı-

ğında psikiyatrik değerlendirme sonunda major depresif epizod, travma sonrası stres bozukluğu (kronik) ve konversiyon bozukluğu tanıları konuldu. Çocukluk çağı travmalarının erişkin yaşamdaki psikopatolojiye etkileri tartışılmaz. Çocukluk çağında cinsel tacize uğrayan yetişkinler genel nüfusa göre depresyon, suçluluk-utanç, kronik gerginlik, cinsel bozukluk, birbiriyle alakası olmayan zarar verme davranışları, düşük benlik saygısı gibi geniş semptomlar sergiledikleri bildirilmektedir (8). Bizim hastamızda da çoğul psikiyatrik tanılar ve bedensel belirtilerin bir arada görülmesinde travmaların etkileri belirgindir.

Ayrıca antidepresan tedavi ve psikososyal travma programındaki az sayıdaki görüşmeden sonra bile hastanın kanamalarında ve depresif ruh halindeki azalma psikolojik etkenlerin rolü konusunda önemli yol göstericilerdi.

Birçok GDS vakasında psikolojik faktörlerin ilişkili olduğu bildirilse de bazı hastalarda; fonksiyonel trombosit defekti, trombosit faktör 3 eksikliği, TPA bağımlı kutanöz fibrinolitik aktivite artışı, eritrositlerde morfolojik anormallikler, antikardiolipin antikör pozitifliği, ekimoz sırasında düşük kompleman düzeyi gibi hematolojik ve immunolojik anormallikler saptanmıştır (6,10). Bizim vakamızda ise bu testler tamamen normal saptanmıştır.

6-Merkaptopürin, albumin infüzyonu, antibiyotikler, antikoagülanlar ve antihistaminikler, busulfan, klorokin, kortikosteroidler, siproheptadin, immunosüpresif ajanlar, meperidin, pentoksifilin, plazmaferez, splenektomi, C vitamini, eritrosit hücre desensitizasyonu, psikoterapi ve antidepresanlar gibi çeşitli tedaviler denenmiştir, ancak GDS'de yararları azdır (11). Adolesanlarda, erken tanı ile birlikte psikiyatrik tedavinin başarılı olduğu ifade edilmiştir. Ancak erişkinlerde amaç emosyonel destek ve araya giren stres faktörlerin giderilmesi olduğu için psikoterapinin daha az etkili olduğu ileri sürülmüştür (9). En iyi sonuçların psikoterapi ve antidepresan tedavi olduğunu bildiren yayınlar da vardır (7). Ancak, GDS nun sıklıkla tekrarlayabileceği ve yıllarca sürebileceği hatırlanmalıdır.

Sonuç olarak, GDS ruhsal etkenlerle yakından ilişkili ve psikolojik travmalarla bağlantılı nadir görülen bir sendrom olup

klisyonerler tarafından tanınması hastaların gereksiz incelemelere maruz kalmasını önleyecek ve psikiyatrik tedavilerin erkenden devreye girmesine yardımcı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Archer-Dubon C, Orozco-Topete R, Reyes-Gutierrez E. Two cases of psychogenic purpura. *Rev Invest Clin* 1998; 50:145-148.
2. Beck A.T, Ward CH, Mandelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961; 4:56-71.
3. Berman DA, Roenigk HH, Green D. Autoerythrocyte sensitization syndrome (psychogenic purpura). *J Am Acad Dermatol* 1992; 27: 829-832.
4. Foa, E.B. Posttraumatic Stress Diagnostic Scale Manual. National computer presses. Minneapolis. Traumatic Stress 1995; 14: 205-219.
5. Koptagel-IIa1 G, Tuncer O. Bleeding of unusual body parts and surfaces as a psychosomatic symptom, in *Proceedings of the 15 th European Conference on Psychosomatic Research*. John Libbey and Co. Ltd, 1986; 321-326.
6. Lotti T, Benci M, Sarti MG. Psychogenic purpura with abnormally increased TPA dependent cutaneous fibrinolytic activity. *Int J Dermatol* 1993; 32: 521-523.
7. Lozana M, Avila JJ, Denia M, Munoz E. Analysis of the family structure in a case of psychogenic purpura. *Gen Hosp Psychiatry* 1986; 8: 205-211.
8. Mullen P.E, Martln J.L, Anderson J.C, Romans S.E, Herbison G.P. The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life. *British Journal of Psychiatry* 1994; 165:35-47.
9. Ratnoff OD. Psychogenic purpura (autoerythrocyte sensitization): An unsolved dilemma. *Am J medicine* 1989; 87 :16-21.
10. Sudy E, Urbina F, Vasquez P. Autoerythrocyte sensitization syndrome with positive anticardiolipin antibodies. *Br J Dermatol* 1998; 138: 367-368.
11. Vun YY, Muir J. Periodic painful purpura: Fact or factitious? *Australas J Dermatol* 2004; 45:58-63.
12. Yücel B, Kızıltan E, Aktan M. Dissociative Identity Disorder Presenting With Psychogenic Purpura. *Psychosomatics* 2000; 41:3.