

# BİR OLGU SUNUMU: PONS İNFAKTI SONRASI GELİŞEN BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK VE TEDAVİYE DİRENÇLİ DEPRESİF DÖNEM YÖNETİMİ



Esra Bengü Avaner<sup>1</sup>, Damla Erbil<sup>1</sup>, Buket Koparal<sup>1</sup>, Behçet Coşar<sup>1</sup>

1.Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı



## GİRİŞ

Serebrovasküler olay sonrası, literatürde çoğunlukla depresif, daha nadiren ise manik belirtilerin gelişebildiği bildirilmektedir. Duygudurum belirtilerinin ortaya çıkışında rol oynayan bazı beyin bölgeleri daha net tanımlanmıştır. Ancak hasar gördüğünde duygudurum belirtileri ortaya çıkardığı nadiren tanımlanmış bölgelerdeki infarktlar ayırıcı tanı açısından güçlük yaratabilmektedir. Bununla birlikte inme gibi organik bir nedene dayanan duygudurum bozukluklarının tedavisi hem tedaviye direncin fazla görülmesi hem de inme insidansının yüksek olduğu ileri yaşta eşlik eden komorbiditeler nedeniyle dikkatle yürütülmelidir.

Bu olguda, pons infarktı sonrası duygudurum belirtileri gelişen ve tarafımıza tedaviye dirençli depresif epizod ile başvuran bir hastanın klinik yönetimi ele alınmıştır.

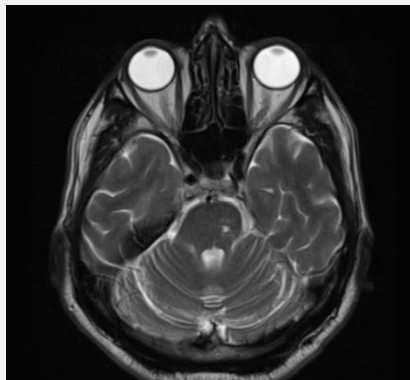
## OLGU SUNUMU

Elli dokuz yaşında, evli, ilkokul mezunu olan hasta tarafımıza depresif belirtilerle başvurdu. Hastanın iki yıl önce konuşma güçlüğü ve sağ hemiparezi ile dış merkez acil servise başvurduğu, yapılan değerlendirmede sol pons yarımında 11 mm çapında akut infarkt alanı ile periventriküler ve derin gri cevherde mikroanjyopatik iskemik alanların saptandığı; daha önce psikiyatrik öyküsü olmayan hastanın infarktından 2 gün sonra başlayan irritabilite, ağlama, cinsel istek artışı, uykusuzluk, konuşma miktarında artış şikayetlerinin olduğu, dış merkezde başlanan olanzapin, ketiyapin ve zoklopentiksol tedavileriyle birkaç ay içinde bu şikayetlerinde azalma olduğu öğrenilmiştir.

Yaklaşık 8 aydır keyifsizlik, ilgisizlik, öz bakımda azalma, işlevsellikte azalma, gün boyu uykululuk, iştahsızlık şikayetleri olan hasta organik bipolar affektif bozukluk olarak değerlendirilmiş ve valproik asit başlanmış olup beraberinde verilen etkin dozlarda sertralin, vortiksetin, essitalopram, mirtazapin ve duloksetin tedavilerinden yanıt alınamamıştır. Tedaviye dirençli depresif epizod olarak değerlendirilen hastanın tedavi düzenlenmesi için servisimize yatışı yapılmıştır.

Hastanın tedavisi tarafımızca valproik asit 1000 mg/gün ve bupropion 150 mg/gün olarak düzenlendi. İlk değerlendirmesinde Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği (MADRS) 34 puan, Beck Depresyon Ölçeği 26 puan olarak skorlandı.

Düzenlenen tedaviden yeterli yanıt alınamaması üzerine hasta; tedaviye dirençli depresyon tanısıyla sol dorsolateral prefrontal kortekse (DLPFC) hedeflenen, 10 Hz frekansta ve 20 dakika süreli transkraniyal manyetik stimülasyon (TMS) protokolüne alınmış olup, uygulama toplam 20 seans boyunca düzenli olarak gerçekleştirildi.



Şekil 1. Sol pons bölgesinde infarktı gösteren aksiyel T2 ağırlıklı MRG görüntüsü.

TMS tedavisi sonrasında ölçek puanlarında %50 oranında gerileme saptanan, ancak avolüsyon ve ilgisizlik yakınmaları devam eden hastanın valproik asit tedavisi yavaş titrasyonla sonlandırıldı. Ardından fluoksetin başlandı ve doz tedricen 40 mg/gün'e çıkarıldı; bupropion dozu ise 300 mg/gün'e artırılarak anksiyete yan etkisini azaltmak amacıyla gün içine bölündü. Ayrıca hipnotik ve anksiyolitik etkilerinden yararlanmak üzere klonazepam 1 mg/gün eklendi.

Taburculuğunda MADRS skoru 10 puan, Beck Depresyon Ölçeği 9 puan olarak skorlandırılan, tedaviye ilişkin yan etki tariflemeyen, şikayetlerinde belirgin gerileme olan hasta bupropion 300 mg/gün, fluoksetin 40 mg/gün ve klonazepam 1 mg/gün tedavisi ile taburcu edildi.

## TARTIŞMA

İnme sonrası gelişen duygudurum bozuklukları literatürde özellikle depresyonla ilişkilendirilmiştir. Depresif belirtiler hastaların yaklaşık üçte birinde, çoğunlukla ilk bir yıl içinde ortaya çıkarken; mani ise oldukça nadir görülmekte ve %2'nin altında bildirilmektedir [1]. Mani belirtilerinin sıklıkla, duygudurum düzenlenmesinde önemli rol oynayan orbitofrontal devreyi etkileyen sağ hemisferik lezyonlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir [2]. Son yıllarda, pons gibi beyin sapı infarktları sonrası gelişen mani tablolarına dair sınırlı sayıda bildirim yapılmıştır [3,4]. Ayrıca yalnızca infarkt değil, ponsu etkileyen kitle lezyonlarıyla ilişkili duygudurum bozukluklarının geliştiğini bildiren vakalar da mevcuttur. Bu bulgular, ponsun bazal gangliyonlar ve serebellum ile kurduğu bağlantılar aracılığıyla duygudurum düzenlenmesinde kritik bir rol oynadığı görüşünü desteklemektedir [5]. Klinik tablonun nadir oluşunda pons infarktının yüksek mortalitesinin de etkili olabileceği düşünülmektedir. Sunulan olguda olduğu gibi sol pons yarımında ve diğer beyin sapı bölgelerindeki infarktlar neticesinde gelişen affektif süreçleri incelemek, duygudurumun düzenlenmesinden sorumlu beyin bölgeleri ve aralarındaki bağlantılar hakkında yeni ipuçları sağlayabilir.

Organik duygudurum bozuklukları genellikle ileri yaşta ve komorbiditeleri olan kişilerde ortaya çıkar. Hastalık seyri atipiktir ve hem mani hem depresif dönemler sıklıkla tedaviye dirençlidir [1]. Bu hastalar tedaviye dirençli depresif belirtiler ile başvurduklarında sıklıkla daha ileri basamak tedavi seçeneklerinin denemesi gerekmektedir. İnme sonrası hastalarda nöromodülasyon tedavilerinin planlanması gündeme gelirse, nörolojik açıdan uygunluk dikkatle değerlendirilmelidir. Ayrıca tedaviye ilişkin doz değişiklikleri hastaların tıbbi durumu göz önünde bulundurularak yavaş ve titizlikle yapılmalıdır.

Hastanın olgu sunumu için yazılı ve sözel onamı alınmıştır.

## KAYNAKÇA

- [1] SATZER, D. & BOND, D. J. 2016. Mania secondary to focal brain lesions: Implications for understanding the functional neuroanatomy of bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 18, 205–220.
- [2] SANTOS, C. O., CAEIRO, L., FERRO, J. M. & FIGUEIRA, M. L. 2011. Mania and stroke: a systematic review. *Cerebrovascular Diseases*, 32(1), 11–21.
- [3] COUCHEIRO LIMERES, P., FRANCO SOLER, A., CERAME DEL CAMPO, A. & AMAYA LEGA, L. 2021. Pontine hemorrhage as beginning of bipolar disorder or organic mania: a case report. *European Psychiatry*, 64 (Special Issue S1), S618. doi:10.1192/j.eurpsy.2021.1643
- [4] DRAKE, M. E. Jr., PAKALNIS, A. & PHILLIPS, B. B. 1990. Secondary mania after ventral pontine infarction. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 2(3), 322–325.
- [5] YETİMALAR, Y., İYİDOĞAN, E. & BAŞOĞLU, M. 2007. Secondary mania after pontine cavernous angioma. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 19(3), 344–345. doi:10.1176/jnp.2007.19.3.344