

## GİRİŞ

Bipolar bozukluk (BB), depresif, hipomanik veya manik epizodların yanı sıra karma özellikler içeren biçimleriyle seyreden, yaşam boyu süren duygudurum değişiklikleri ile karakterize bir afektif bozukluktur (1,2). BB'nin ortalama başlangıç yaşı ve seyri dikkate alındığında, gebelik ve postpartum dönem hem fizyolojik hem de psikolojik açıdan kritik olup bu dönemlerde nüks olasılığı belirgin biçimde artmaktadır (3).

Postpartum dönem; depresyon, mani ve psikoz başta olmak üzere birçok psikiyatrik bozukluğun ortaya çıkması ya da yinelemesi açısından yüksek risk taşımaktadır (4). BB'li hastalarda postpartum dönemde nüks ve psikiyatrik yatış riski, diğer ruhsal bozukluklara kıyasla daha belirgindir (5). Bu dönemde hipomani, mani veya depresyon epizodları BB'nin seyri sırasında görülebileceği gibi, doğum sonrasında ilk kez de ortaya çıkabilmektedir (6). Sunulan olgu, yalnızca postpartum dönemde yineleyen mani epizodları ile seyreden bir BB örneğini temsil etmektedir

OLGU: Olgu 36 yaşında kadın, Lise mezunu, çalışmıyor. Sonuncusu 22 günlük olmak üzere dört çocuğu ve eşi ile birlikte yaşıyor. Doğum sonrası dönemde taşkınlık, benlik saygısında artış, iritabilite, hareketlilik, konuşma hız ve miktarında artış, fikir uçuşmaları, dikkat dağınıklığı, uyku ihtiyacında azalma ve yakınlarının kendisine zarar vereceği düşünceleri nedeniyle ailesinin isteği üzerine polikliniğe başvurmuş ve 10.10.2024 tarihinde kapalı psikiyatri servisimize yatırılmıştır.

Olgu ve yakınlarından alınan öyküde, 28 yaşında gerçekleşen ilk doğumundan sonraki birkaç gün içinde başlayan ve yaklaşık 20 gün süren öforik duygudurum, fikir uçuşmaları, uykusuzluk ve enerjide artış ile seyreden bir dönem yaşadığı öğrenilmiştir. İkinci ve üçüncü doğumlarını takiben de benzer semptomların doğumdan birkaç gün sonra başladığı ve sırasıyla kırk ve yirmi beş gün sürdüğü belirtilmiştir. Ancak önceki epizodlarında mevcut epizottan farklı olarak çevreden zarar görme korkusu, düşmanca tutumları bulunmamıştır. Tarafımıza başvurmadan önce herhangi bir psikiyatrik tanı veya tedavi öyküsü bulunmayan olgunun belirtilerinin kendiliğinden düzeldiği ifade edilmiştir. Olgunun sonuncu ve dördüncü duygudurum döneminin yirmi gün önce, son doğumundan birkaç gün sonra başladığı belirtilmiştir. Yatışından bir gün önce evdeki eşyaları kırma gibi saldırgan davranışlar da sergilediği öğrenilen olgu ailesinin isteği üzerine tarafımıza başvurmuştur. Olgunun psikiyatri servise yatışında yapılan ruhsal durum muayenesinde bilinç açık oryantasyonu tam kooperasyonu tam idi, özbakımı ılımlı düzeyde azalmıştı. Psikomotor aktivite artışı ve iritabilite mevcuttu. Konuşma hızı belirgin artmıştı, çevresel ve teğetsel konuşmaları mevcuttu. Fikir uçuşmaları mevcuttu. Çağrışımlar sıklıkla amaçtan sapıyordu. Dikkatini sürdürmekte güçlük çekiyordu. Duygudurum eleve değerlendirildi. Uykusuzluk dışında başka şikayeti olmadığını ifade eden olgunun hastalığına dair içgörüsü olmadığına karar verildi. Düşünce içeriğinde grandiyöz sanrılar ve aile üyelerine karşı perseküsyon sanrıları mevcuttu. Algıda patoloji saptanmadı. Nörolojik muayenesi olağandı. Vital bulgular, rutin kan tetkikleri, EKG olağan sınırlarda değerlendirildi. Hastadan istenen toksikoloji negatif sonuçlandı. Yatışında uygulanan Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ) puanı 42 idi.

İlk gün olanzapin 10 mg/gün ve Lityum 600 mg/gün rutin ilaç tedavisi başlandı. Psikomotor aktivitesi artmış olan eleve duygudurumdaki olguya ilk gün 10 mg haloperidol ve 5 mg biperiden IM uygulandı sonrasında lüzum hali olarak tedavi planında bulundu ancak ihtiyaç duyulmadı. Olanzapin ilk hafta tedricen 15 mg/gün'e çıkarıldı. Lityum düzeyi 0.36 mmol/L saptanması üzerine lityum dozu 900 mg/gün'e titre edildi.

Yatışının ikini haftasında yapılan YMDÖ 18 puan elde edildi. Bu süreçte servis uyumunda artma, uyku düzeninin sağlanması, öfke, ajitasyon, konuşma hızı ve miktarında artış ile kafa karışıklığında gerileme gözlemlendi. İzlemde, zaman zaman servis kuralları konusunda talepkâr davranışlara bağlı ajitasyon ve eleve duygudurum gözlenen olguya "lüzum halinde" diazepam 5 mg/gün eklendi.

Olguya son haftasında YMDÖ uygulandı ve puan 7 olarak saptandı. Klinik semptomlarda belirgin gerileme ve duygudurumda stabilizasyon sağlanması üzerine içgörü temelli görüşmeler üzerine hastanın tedavi uyumunun olacağı öngörüsüyle olgu iyilik hali ile poliklinik kontrolleri planlanarak 06.11.2024 tarihinde taburcu edildi.

#### TARTIŞMA:

Literatürde, postpartum psikoz ve mani insidansının 1000 doğumda 0.25–0.6 arasında değişmekte olup nüks oranı %31-42'dir, genellikle doğumdan sonraki ilk günlerde ya da altı hafta içinde ortaya çıktığı bildirilmiştir (7). İlk epizodun ardından olguların %20–50'si izole postpartum psikoz olarak seyrederken, geri kalanlarında ise perinatal dönem dışında da bipolar spektrum içinde epizodların devam ettiği belirtilmektedir (8).

BB tanılı kadınlarda postpartum dönemin nüks açısından yüksek risk taşıdığı bilinmektedir ve bu dönemde herhangi bir duygudurum epizodu yaşama olasılığı yaklaşık %37'dir (1,4). Bu epizodların önemli bir bölümü psikotik belirtilerin eşlik ettiği manik veya karma özelliklidir (9). Bununla birlikte doğum, bipolar depresyon için de bir tetikleyici olabilir. Özellikle duygudurum dalgalanmaları, hipersomni, hiperfaji, dikkat dağınıklığı ve irritabilite gibi atipik depresif semptomları olan, BB aile öyküsü bulunan veya antidepresan tedaviye yanıtızlık gösteren kadınlarda BB depresyonu mutlaka akılda tutulmalıdır (6).

Postpartum psikoz ve maninin karmaşık ve çok faktörlü bir kökene sahip olduğu düşünülmektedir. Risk faktörleri arasında BB öyküsü, önceki gebelikte doğum sonrası psikoz yaşanması, psikotik bozukluk ya da BB aile öyküsü, şizoaftaktif bozukluk veya şizofreni tanısı ile gebelik sırasında psikiyatrik ilaçların kesilmesi sayılmaktadır. Genel prevalansın, özellikle bipolar tip 1 ve tip 2 bozukluğu olanlarda daha yüksek olduğu da gösterilmiştir (7). Muhtemel mekanizmalar arasında doğum sonrası östrojen ve progesteron düzeylerinde ani düşüş, tiroid fonksiyonlarındaki değişiklikler, kortizol ritmindeki bozulmalar gibi hormonal faktörler ile immünolojik ve sirkadiyen değişiklikler yer almaktadır(12,13). Ayrıca otoimmün tiroidit, enfeksiyonlar veya N-metil-D-aspartat-ensefaliti gibi tedavi edilebilir nedenler de postpartum dönemde psikotik tabloların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir (8). Psikososyal düzeyde ise annelik rolüne adaptasyon güçlüğü, sosyal destek yetersizliği, olumsuz gebelik ve

doğum deneyimleri, ekonomik sorunlar ve stresli yaşam olayları risk faktörleri arasında yer almaktadır (12,14). Bu tür faktörler, hastanın daha önceki doğumlarından sonra da benzer klinik tablolar yaşamasına katkıda bulunabilir (9).Sunulan olguda epizodların yalnızca postpartum dönemde ortaya çıkması ve son epizotta psikotik özelliklerin eklenmiş olması, BB’da postpartum dönemin yüksek riskini ve klinik tablonun zamanla ağırlaşabileceğini göstermektedir.

Postpartum mani vakalarında tanının doğru konulması, tedavi ve prognoz açısından kritik öneme sahiptir. Psikotik özellikli postpartum mani, hem mani hem de postpartum psikozun klinik özelliklerini taşıyan, acil tedavi gerektiren bir durumdur. Tedavide ilk basamak duyudurum düzenleyiciler ve antipsikotik ajanların hızlı biçimde başlanmasıdır (9, 10, 11). Lityum, postpartum dönemde nüksü önlemede ve akut manik epizodların tedavisinde en güçlü kanıtı sahip ilaçlardan biridir; psikotik belirtilerin eşlik ettiği manide de etkili olduğu gösterilmiştir (6,9). Ancak lityumun terapötik etkisi birkaç gün içinde ortaya çıktığından, özellikle şiddetli ajitasyon ve psikotik belirtiler varlığında atipik antipsikotikler (ör. olanzapin, risperidon,ketiapin) tedaviye sıklıkla eklenmektedir (9, 10).

Olanzapin, postpartum mani olgularında hem psikotik semptomların hem de uykusuzluğun hızlı kontrolünde etkili bulunmuştur (1,10). Akut dönemde kombinasyon tedavisi (ör. lityum + antipsikotik) monoterapiye kıyasla daha hızlı semptom iyileşmesi sağlayabilmektedir (9,11). Sunulan olguda da lityum ve olanzapin kombinasyonunun klinik düzelmede belirgin fayda sağladığı görülmüştür. Şiddetli psikotik belirtiler, tedaviye yanıtızsızlık veya hızlı klinik kötüleşme varlığında elektrokonvülsif tedavi (EKT) güvenli ve etkili bir seçenek olarak değerlendirilmelidir (10).

Postpartum dönemde farmakoterapi planlanırken emzirme durumu önemli bir klinik parametre olarak dikkate alınmalıdır. Olanzapin ve ketiapin gibi bazı atipik antipsikotikler ise düşük ila orta düzeyde süt/plazma oranına sahip olduklarından emzirme döneminde nispeten daha güvenli kabul edilmektedir (10,13). Postpartum mani hastalarında relapsın önlenmesinde lityum idamesinin en faydalı yaklaşımlardan olduğu ve serum düzeylerinin dikkatli takibi ile emzirme sırasında kullanılabileceği bildirilmiş olsa da lityumun; bebekte hipotermi, hipotonisite, siyanoz, T-dalgası inversiyonu ve letarji gibi etkileri gösterilmiş olup genellikle emzirme döneminde önerilmemektedir (10, 13). Tedavi seçiminde; emzirme durumu, bebeğin sağlığı, annenin tedavi yanıtı, ilaç tolerabilitesi, eşlik eden tıbbi durumlar ve potansiyel ilaç-ilâç etkileşimleri göz önünde bulundurulmalıdır (2,6,9).

## SONUÇ:

- BB, özellikle gebelik ve postpartum dönemde nüks riski yüksek olan kronik bir afektif bozukluktur.
- Postpartum dönem; depresyon, mani ve psikoz gibi ciddi psikiyatrik tabloların ortaya çıkması açısından kritik bir risk dönemidir.
- Sunulan olguda epizodların yalnızca postpartum dönemde ortaya çıkması, bu dönemin BB için yüksek riskli olduğunu göstermektedir.

- Psikotik özelliklerin eklenmesi, klinik tablonun zamanla ağırlaşabileceğini ortaya koymaktadır.
- Olası hormonal, immünolojik, sirkadiyen ve psikososyal mekanizmaların postpartum dönemde etkileşerek nüks riskini artırabileceği, bu nedenle klinisyenlerin bu mekanizmaları göz önünde bulundurmasının önemli olduğu düşünülmektedir.
- Lityum postpartum dönemde nüks önleyici ve akut manik epizod tedavisinde en güçlü kanıta sahip ilaçlardan biridir.
- Atipik antipsikotikler (olanzapin, risperidon, ketiapin) özellikle psikotik belirtilerin ve ajitasyonun hızlı kontrolünde etkili seçeneklerdir.
- Olgumuzda lityum + olanzapin kombinasyonu, klinik düzelmede belirgin ve hızlı fayda sağlamıştır.
- Postpartum dönemde farmakoterapi planlanırken emzirme, ilaç seçimi ve olası ilaç-ilaç etkileşimleri mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

## KAYNAK

1. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *Lancet*. 2016;387(10027):1561-72.
2. Malhi GS, Duffy A, Bell E, Berk L, Berk M, Conus P, et al. The 2021 CANMAT and ISBD guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2021;23(7):633-54.
3. Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ, Newport DJ, Stowe Z, Reminick A, et al. Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study. *Am J Psychiatry*. 2007;164(12):1817-24.
4. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA*. 2006;296(21):2582-9.
5. Munk-Olsen T, Laursen TM, Mendelson T, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. Perinatal psychiatric episodes: a population-based study on treatment incidence and prevalence. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;119(6):480-8.
6. Di Florio A, Forty L, Gordon-Smith K, Heron J, Jones L, Craddock N, et al. Bipolar disorder, pregnancy, and postpartum. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20(11):96.
7. Raza SK, Raza S. Postpartum psychosis [updated 2023 Jun 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544304>
8. Di Florio A, Smith S, Jones I. The clinical presentation of postpartum psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(1):36-45. doi:10.1016/S2215-0366(16)30231-7
9. Sharma V, Xie B, Campbell C, Mazmanian D. A closer look at postpartum mania. *Bipolar Disord*. 2022;24(6):582-92.

10. Doucet S, Letourneau N, Blackmore ER. Mania and psychosis in the postpartum period. *J Affect Disord*. 2011;133(3):397-401.
11. Ganjekar S, Desai G, Chandra PS. Clinical profile of postpartum mania: a comparative study. *Psychiatry Res*. 2020;284:112674.
12. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry*. 2000;157(6):924-30.
13. Payne JL, Palmer JT, Joffe H. Postpartum depression: pathophysiology and treatment. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(9):e30.
14. O'Hara MW, Swain AM. Postpartum depression: causes and consequences. New York: Springer; 1995.