

Giriş ve Amaç:

Güçlü anti-inflamatuar ve immünoşüpresif etkileriyle bilinen kortikosteroidler, otoimmün bozukluklardan alerjik reaksiyonlara kadar çok çeşitli rahatsızlıkların tedavisinde önemlidir (1). Yetişkin popülasyonda daha önce belgelenen kortikosteroid kaynaklı mani vakaları, kortikosteroidin kesilmesinden sonra düzelen hafif semptomlardan yoğun psikiyatrik müdahale gerektiren şiddetli ataklara kadar uzanan bir sunum yelpazesi ortaya koymaktadır. Bu raporlardan birkaç önemli sonuç ortaya çıkmaktadır: steroid kaynaklı mani, risk faktörlerinden bağımsız olarak ortaya çıkabilir, semptomlar genellikle hızla gelişir, uygulama yolundan (inhalasyon, oral veya intravenöz) bağımsız olarak genellikle tedavinin ilk haftası içinde semptomlarda gerileme olması beklenmektedir (1). Steroidle tedavi edilen hastaların yaklaşık %5'inde mani, psikoz ve deliryum dahil olmak üzere bir çok psikiyatrik bozukluk görülebilmektedir. (%28, %14 ve %10 hasta) (2). Bu semptomlar işlevselliği belirgin etkileyen gürültülü bir klinik görünüm ile seyretse de , tipik olarak kısa sürelidir ve psikiyatrik semptomların ortalama süresi yaklaşık 21-22 gündür (2). Psikiyatrik bozukluklar genellikle steroid tedavisinin erken döneminde ortaya çıkar ; Kadın cinsiyet, ileri yaş, yüksek doz ve uzun süreli steroid kullanımı, hızlı doz artışı yapılması, steroid kaynaklı psikiyatrik sendrom gelişimi için risk faktörleri olabilir (2). Psikiyatrik semptomların başlangıcının prednizolon dozuyla ilişkili olduğu öne sürülmüş olsa da, psikiyatrik semptomlar düşük dozlarda bile ortaya çıkabilir, kortikosteroidlerin önceden var olan duygudurum bozukluklarının tekrarlama riskini artırdığı bildirilmiştir (3). Bu vakada, prednizolon kullanımı sonrası manik belirtiler gösteren bir vaka sunumu yapılacaktır.

Olgu:

Daha önce psikiyatri başvurusu olmayan 58 yaşında kadın hasta, 30 nisan tarihinde başlayan ve giderek artan hareketlilik, uykusuzluk, özgüvende artış, konuşma miktarı ve hızında artış, şüphecilik şikayetleri ile hastanemiz polikliniğine başvurdu. Kendisinden ve yakınından alınan anamneze göre; nefes almakta zorlanma şikayetinde artış olmasının ardından hasta Göğüs Hastalıkları Birimince değerlendirilmiş, 26 nisan tarihinde Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ön tanısı ile oral prednizolon başlanmış olduğu, 1. Gün 40 mg, 2.gün 35 mg, 3. Gün 30 mg kullanımı sonrası uyku miktarında azalma, enerji artışı, konuşma hızı ve miktarında artış, şüphecilik, hareketlilik artışı olduğu öğrenildi. Yapılan poliklinik ruhsal durum muayenesinde hareketlilik nedeni ile görüme yapmakta zorlandığı, hastanın yer zaman kişi yöneliminin tam olduğu, basınçlı ve yüksek sesle konuştuğu, konuşmanın dağınık ve çevresel olduğu, duygudurumun taşkın ve duygulanımı artmış olduğu, düşünce sürecinde çağrışımları hızlanmış

olduğu, fikir uçuşmaları olduğu, düşünce içeriğinde persekúsyon sanrılarının yer aldığı, dikkatinin dağılmaya meyilli olduğu, psikomotor aktivitesinin arttığı gözlemlendi. Hastaya ait tıbbi kayıtlar incelendi, aile görüşmesi yapıldı. Daha önce psikiyatrik tanı ve tedavi öyküsü olmadığı, yakınlarından alınan bilgidен daha önce psikiyatrik hastalık bulgusu olmadığı anlaşıldı. Ayırıcı tanı açısından; hastaya yapılan Mini Mental Test 26/30 (oryantasyon: 10/10 kayıt hafızası: 3/3 dikkat ve hesap:2/5 hatırlama:2/3 lisan: 9/9) olarak saptandı. Beyin Manyetik Rezonans (MRI), Beyin Bilgisayarlı Tomografi (BT) tetkikleri yapıldı. Nörolojik muayenesinde patoloji saptanmayan, akut faz reaktanları olağan olan, lökositozu olmayan, kan, gayta ve idrar kültürlerinde üreme olmayan, ateşi olmayan hasta için organik etyoloji düşünülmedi. Hastanın ilk muayenede Young Mani Ölçek (YMÖ) skoru 28 idi. Ön tanı olarak ilacın yol açtığı mani ve ilişkili bozukluk düşünöldü. Hastaya olanzapin 5 mg başladı ve yakın dönem poliklinik takibine çağrıldı, göğüs hastalıkları ile iletişime geçilerek oral prednizolonu kesildi. Hasta kontrole geldiğinde 2 gündür steroid kullanımının olmadığı öğrenildi. Yapılan ruhsal durum muayenesi iki gün önceki muayenesi ile benzer olarak değerlendirildi. Hastanın yakınlarının beyanına göre hastanın son 2 gündür dini uğraşlarında artış olduğu öğrenildi. Hastanın mevcut kullandığı olanzapinin dozu sabah 5 mg, akşam 10 mg olarak düzenlendi, diazepam 3*5 mg olarak eklendi ve 3 gün sonra kontrole çağrıldı, kontrole geldiğinde yapılan ruhsal durum muayenesinde; hastanın yer zaman kişi yöneliminin tam olduğu, konuşma hızı ve miktarının önceki muayeneye göre azalığı , duygudurumun ötimik ve duygulanımın uyumlu olduğu, düşünce sürecinde çağrışımları hızlanmış olduğu, düşünce içeriğinde sanrı tariflemeydiği, dikkatinin dağılmaya meyilli olduğu, psikomotor aktivitesinin önceki muayeneye göre azalığı gözlemlendi. Hastanın uykuya dalma ve sürdürmede güçlük yaşamadığı öğrenildi. Young mani ölçeği 15 olarak skorlandı. Mevcut tedavisinde olan olanzapin 15 mg devam edildi, diazepam dozu 2*5 mg düşüröldü, 1 hafta sonra kontrole çağrıldı. Kontrole geldiğinde yapılan ruhsal durum muayenesinde aktif duygudurum belirtisi yer almadığı ,düşünce içeriğinde yaşamsal stresörleri ile ilgili temaların yer aldığı, dikkatin doğal olduğu gözlemlendi. Young mani skoru 5 olarak skorlandı. Mevcut tedavisi olan olanzapinin 10 mg düşürölmesi, diazepamın önce 5 mg'a sonrasında 2.5 mg'a düşürölerek kesilmesi planlandı, 2 hafta sonra kontrole çağrıldı. Sonraki kontrollerde aktif ruhsal yakınması olmayan hastanın olanzapin 10 mg kullanımı ile sedasyon yan etkisi olmaya başladığı neredeyse gün boyu uykulu olduğu ayrıca bu süreçte 7 kilo aldığı öğrenilmesi üzerine olanzapin yavaş yavaş azaltılarak totalde 3 aylık takip sonucunda kesildi.

Tartışma ve Sonuç :

Olgu, tanısal açıdan değerlendirildiğinde taşkın duygudurum, özgüvende artış, uykuda azalma, konuşkanlık, amaca yönelik aktivitede artış ile bu belirtilerin organik etiyojiden kaynaklanmaması ve ilaç kullanımının hemen ardından başlaması üzerine DSM-V kriterlerine göre ilacın yol açtığı ikiye bölünmüş ve ilişkili bozukluk tanısı almıştır. İleri yaşta ortaya çıkan mani sıklıkla ilaç kullanımı, demans, nörolojik hastalıklar, maligniteler gibi organik nedenlerden kaynaklanmaktadır (4). Olgumuzda nörogörüntüleme ve laboratuvar değerlendirmesiyle malignite ile serebrovasküler hastalık tanısından uzaklaşmıştır. Alzheimer tipi demans ve frontotemporal demans(FTD) klinik görünüm olarak mani ile karışabilmektedir. Özellikle FTD ile takipli hastalarda uygunsuz şakalar, hiperoralite, öfori ve kişilik değişiklikleri sebebi ile manik atak semptomları ile karışabilir (5). FTD görüntülemelerinde frontal ve anterior temporal atrofi karakteristik olarak görülmektedir (6). Olgumuzun şikayetlerinin ilaç kullanımı sonrası hızlı ve keskin başlaması, nöropsikiyatrik testlerinin ve nörogörüntülemesinin normal olması sebebiyle demans düşünülmemiştir.

Bu vaka birkaç önemli klinik sonuç sunmaktadır:

1. Psiko eğitim: Hastalar ve aileleri, kortikosteroidlerin olası nöropsikiyatrik yan etkileri konusunda kapsamlı bir şekilde bilgilendirilmelidir. Eğitim, tedavi başlangıcında, tedavi sırasında ve herhangi bir doz ayarlamasından önce yapılmalıdır.
2. İzleme: Yapılandırılmış psikiyatrik belirti izleme protokolleri ile vakaların değerlendirilmesi, özellikle yüksek doz steroid tedavisi ve doz değişiklikleri sırasında önemlidir. İyileşme gecikebileceğinden, takip kortikosteroid tedavisinin kesilmesinin ötesine de uzatılmalıdır.
3. Risk Değerlendirmesi: Bu vaka, kapsamlı bir risk değerlendirme stratejisinin önemini vurgular niteliktedir. Uzun süreli kortikosteroid kullanımına yönelik güncel izleme kılavuzları kilo, kan şekeri, kan basıncı, kan lipidleri ve kemik yoğunluğu gibi parametrelere vurgu yapmakta, ancak nöropsikiyatrik izlemeyi yeterince ele almamaktadır (7).

Sunulan vaka, oral kortikosteroid kullanımına bağlı gelişebilecek nöropsikiyatrik semptomlara dikkat çekmeyi , steroid kullanımına ilişkin psikiyatrik hastalıkların klinik yönetimi konusunda fikir vermeyi amaçlamaktadır.

Kaynakça:

1. Le V, Abbasy MS, Micaldi SC. Steroid-Induced Mania in a 12-Year-Old Adolescent: A Case Report. *Kans J Med*. 2025 Jun 16;18(3):54-58. doi: 10.17161/kjm.vol18.23221. PMID: 40547495; PMCID: PMC12180525.
2. Lewis DA, Smith RE. Steroid-induced psychiatric syndromes. A report of 14 cases and a review of the literature. *J Affect Disord*. 1983 Nov;5(4):319-32. doi: 10.1016/0165-0327(83)90022-8. PMID: 6319464.
3. Fujii R, Konishi Y, Furusawa R, Okamoto N, Yoshimura R. Mania after long-term treatment with daily 10 mg prednisolone. *PCN Rep*. 2022 Dec 20;1(4):e66. doi: 10.1002/pcn5.66. PMID: 38868647; PMCID: PMC11114336.
4. McDonald WM. Epidemiology, etiology, and treatment of geriatric mania. *J Clin Psychiatry*. 2000;61 Supp 13:3-11. PMID: 11153809.
5. Erkol, G., & Karaali Savrun, F. (2014). FRONTOTEMPORAL DEMANSLAR. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 33(4).
6. Snowden JS, Neary D, Mann DM. Frontotemporal dementia. *Br J Psychiatry*. 2002 Feb;180:140-3. doi: 10.1192/bjp.180.2.140. PMID: 11823324.
7. Mundell L, Lindemann R, Douglas J. Monitoring long-term oral corticosteroids. *BMJ Open Qual*. 2017 Nov 8;6(2):e000209. doi: 10.1136/bmjopen-2017-000209. PMID: 29450303; PMCID: PMC5699140.