

Psikotik Belirtilerle Başlayan Multipl Skleroz: Bir Olgu Sunumu

Emine Gizem Olcar¹ , Irmak Ürgen¹ , Efruz Pirdoğan Aydın¹ , Ömer Akil Özer¹

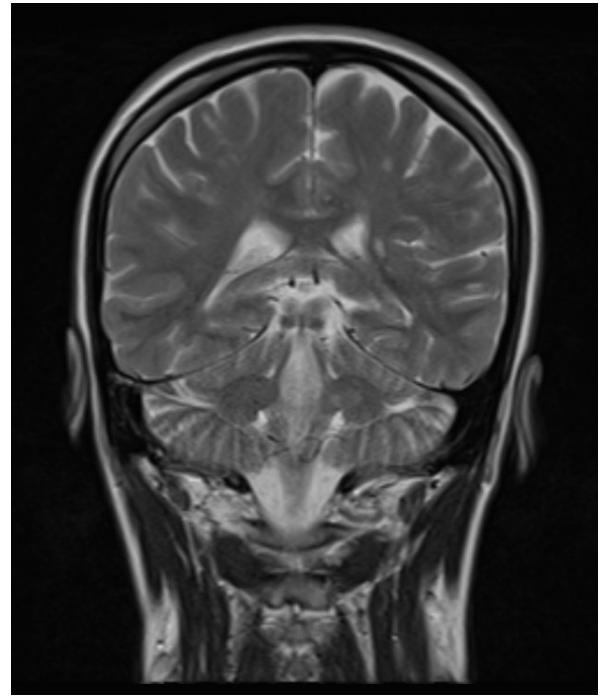
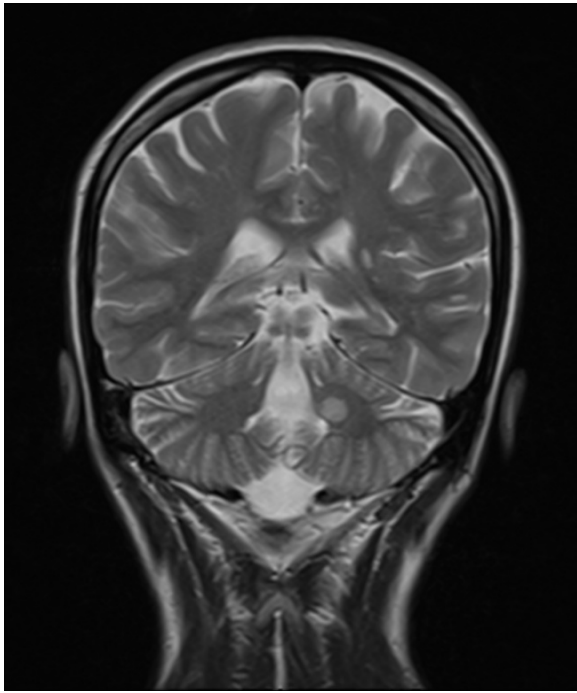
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Multipl Skleroz (MS), merkezi sinir sisteminin kronik, inflamatuvar, demiyelinizan ve nörodejeneratif bir hastalığıdır. Tipik olarak nörolojik belirtilerle seyreden MS'te psikotik özellikler nadiren görülse de bu belirtiler klinik açıdan önemlidir. Psikozun MS hastalarında görülme oranı, genel popülasyona göre yaklaşık iki ila üç kat daha fazladır. Bu sunumda, psikotik belirtilerle başvuran ve ileri tetkikler sonucu 24 yaşında MS tanısı alan bir olgu ele alınmış olup hasta ve yakınından yazılı onam alınmıştır.

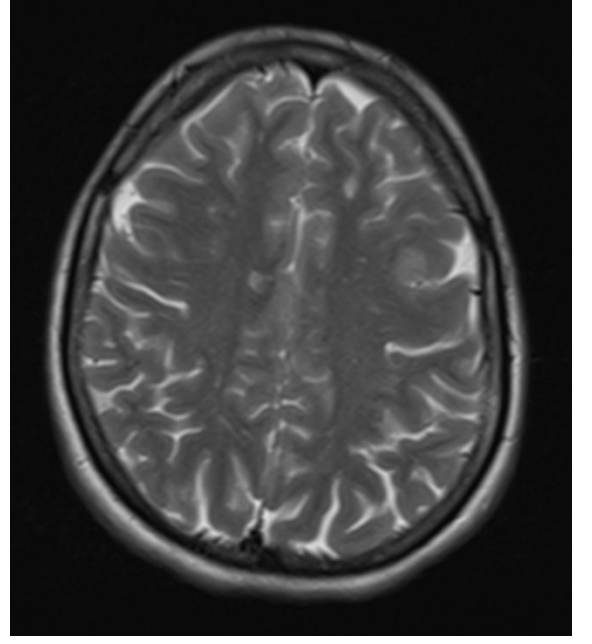
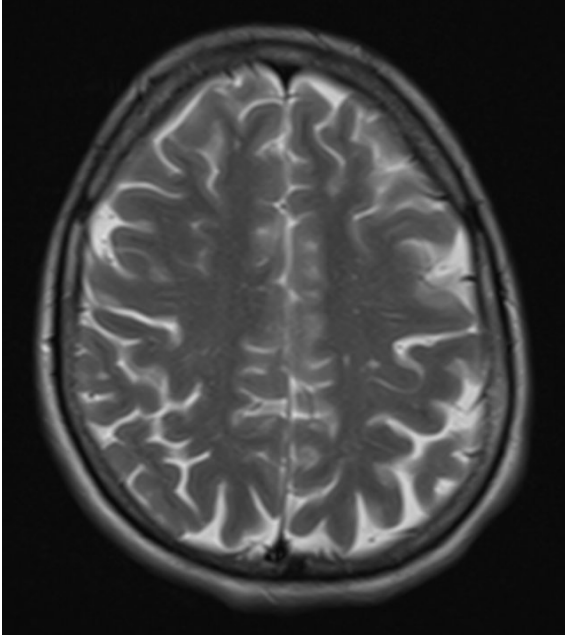
Olgu: 24 yaşında, kadın, bekar, ön lisans mezunu, son 6 aydır olan, perseküsyon, misidentifikasyon temalı hezeyan (ailesinin kendisine zarar vereceği ve gerçek ailesi olmadığı inancı) ve olası işitsel varsanı bulgularıyla ilk psikiyatrik muayenesinde yatırılarak ileri tetkik edilmiştir. Alkol ve psikoaktif madde kullanımı olmayan hastanın soygeçmişinde özellik tariflenmedi. Takiplerinde organik etyolojileri dışlamak amacıyla Kranial MR, EEG'si çekilen hastanın Kranial MR sonucunda *T2A ve FLAIR sekanslarda hiperintens karakterde multipl sayıda demiyelinizan plaklar* lehine yorulanmış olup hasta nöroloji bölümüne konsülte edilmiştir. Nöroloji bölümü tarafından MR Anjiyografi, vaskülit markerları (ANA, ANTİDSA-DNA, ENA PANELİ) istenmesi önerilen hastada MR Anjiyografisi ve vaskült markerlarında herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastanın yapılan Kranial MR'ında multipl hiperintens demiyelinizan plaklar saptanması ve psikiyatrik görüşmeleri sonucunda organik nedenli psikoz ön tanısı konulmuş olup, risperidon 4mg/g, biperiden 2mg/g ile taburcu edildi, 7.gün kontrolünde uykuya dalmakta güçlük yaşadığı öğrenilen hastada RDM'sinde psikotik bulgu olmayan hastanın risperidon dozu 3mg/g, akineton 1mg/g, ketiyapin 25mg/g şeklinde düzenlendi. Bir ay sonraki kontrolünde anhedoni ve perseküsyon hezeyanı tarifleyen hastada risperidon 3mg/g, biperiden 1mg/g, aripiprazol 5mg/g, sertralinin 50mg/g şeklinde tedavisi düzenlendi. Sonraki kontrol muayenesinde ilaçların kendisine kötü geldiğini düşünerek ilaçlarını kesmesi, uyku ve iştahının azaldığı bir dönem olması üzerine olanzapin 2.5mg/g tedavisine geçildi. Bu süreçte takiplerini aksatan ve dış merkez psikiyatriye başvuran hastada olanzapin 2.5mg/g tedavisine ketiyapin 100mg eklenmiş olup son kullanımında bacaklarından başlayıp üst gövdeye doğru kasılma ve uyuşma olduğunu, sonrasında el ve ayaklarda uyuşmanın devam ettiğini ifade eden hasta nörolojiye yönlendirildi. Nörolojik muayenesinde sekel ve progresyon görülen hastanın GÖDÖ (Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği) skoru 2.5 hesaplanmış olup Kranial MR'ı istendi, 1 yıl önceki Kranial MR'ına göre **karşılaştırmalı değerlendirildiğinde belirgin progresyon izlendi.** Kranial MR sonucuna göre hastaya ileri tetkik amacıyla lomber ponksiyon önerilmiş olup, görsel uyarılmış potansiyel (VEP) tetkiki istenmiştir. Nöroloji tarafından MS teşhisi alan hastanın, 1.5 yıl psikiyatri kontrolünde kilo artışı kaynaklı olanzapin 2.5mg tedavisi kesilerek, aripiprazol 2,5mg başlandı. Sonrasında sağ kolda uyuşma şikayetiyle nörolojiye başvuran hastada MS akut atak düşünüldü ve 5 gün süren hidrokortizon tedavisi alan hastanın 6 ay kadar aripiprazol 2.5mg tedavisine devam ettiği öğrenildi. Sonrasında tedavi uyumu ve psikotrop kullanımı bozulan hastanın son psikiyatrik muayenesi yatışından 2.5 yıl sonrasında yapılmış olup RDM'sinde aktif psikopatoloji görülmemiştir. Hastaya MS teşhisi sonrasında dimetil fumarat 240mg 2x1 şeklinde tedavisi ve kontrolleri devam etmekte olup 3 yıllık takipte psikotik belirtiler remisyona girmiştir ve nörolojik muayenede yalnızca hafif düzeyde sekeller izlenmiş olup GÖDÖ (Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği) skoru 1.5 olarak değerlendirilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: MS bağlamındaki psikotik özellikler nadiren ortaya çıkar ancak önemsiz olmaktan çok uzaktır; bildirilen yaygınlık oranları genel popülasyonda bulunanlardan iki ila üç kat daha fazladır (1). Psikiyatrik semptomlar, nörolojik bir otoimmün hastalık sırasında herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir, ancak aynı zamanda bir başlangıç klinik belirtisi olabilir ve tipik nörolojik semptomların başlangıcından önce gelebilir. Bu semptomların başlangıçta veya erken dönemde ortaya çıkması, doğru tanının konulmasını zorlaştırabilir (2). Özellikle ilk başvuruda gözlenen misidentifikasyon hezeyanları, altta yatan organik nörolojik süreçlerin bir göstergesi olabileceğinden, dikkatle değerlendirilmelidir. Misidentifikasyon belirtileri, psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan hastalarda özellikle önem kazanır ve ayırıcı tanıda organik nedenlerin dışlanması kritik bir adımdır. Bizim vakamızda olduğu gibi, yalnızca psikiyatrik semptomlarla başvuran hastalarda organik etiyolojilerin göz önünde bulundurulması ve gerekli tetkiklerin yapılması, tanı ve tedavi sürecini hızlandırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Misidentifikasyon, Multipl Skleroz, Psikotik Bozukluk



İlk şekil 2022'de, ikinci şekil 2024'de çekilen Kranial MR'larında, T2A koronal kesitte bilateral parietotemporal bölgede, jukstakortikal ve periventriküler yerleşimli, yer yer ventriküle dik uzanımlı, T2A hiperintens demiyelinizan plak formasyonları izlendi. Korpus kallosum gövde kesiminde de ince silik T2A hiperintens plak görünümüleri mevcuttur. Ayrıca kesite dahil olduğu kadarıyla infratentorial alanda, sol serebellar hemisferde yerleşimli yuvarlak birkaç adet plak formasyonu da dikkat çekmiştir. İkinci şekilde birinci şekile göre belirgin fark gözlemlenmemiştir.



İlk şekil 2022’de,ikinci şekil 2024’de çekilen Kranial MR’larında T2A aksiyel kesitlerde,bilateral frontoparietal bölgelerde ve sentrum semiovalede jukstakortikal ve periventriküler yerleşimli multipl T2A hiperintens demiyelinizan plak formasyonu izlendi.

Referanslar:

1. Vesic K, Gavrilovic A, Mijailović NR, Borovcanin MM. Neuroimmune, clinical and treatment challenges in multiple sclerosis-related psychoses. World J Psychiatry. 2023 Apr 19;13(4):161-170.
2. Gilberthorpe TG, O'Connell KE, Carolan A, Silber E, Brex PA, Sibtain NA, David AS. The spectrum of psychosis in multiple sclerosis: a clinical case series. Neuropsychiatr Dis Treat. 2017 Feb 1;13:303-318.