



Katatonî Tedavisinde Aripiprazol Kullanımı: Bir Olgu Sunumu

Dr. Cansu Çoban, Dr. Beyza Aycanur Arıkoç, Dr. Büşra Korkmaz

GİRİŞ

Katatonî, ilk kez 1874'te Kahlbaum tarafından tanımlanan; motor, duyuşsal, davranışsal ve bazen otomatik düzensizliklerle seyreden bir nöropsikiyatrik sendromdur (1). Temel fenomenler, düşünce, duygudurum ve uyanıklık düzeyindeki değişimlerle ilişkili motor anormalliklerdir (2). Başlıca belirtiler; mutizm (konuşmama), negativizm (emirlere karşı koyma), postür alma ve rijidite (olağandışı pozisyonlar), ile yineleyici konuşma ve davranışlar (3). Kahlbaum 17 belirtili tanımlaması olsa da, sonraki yazarlar listeyi genişletmiş ve 40'tan fazla fenomen bildirmiştir (2).

Psikiyatri hastalarında katatonî prevalansı yaklaşık %9,2'dir (4). Daha sıkılla şizofreni, bipolar bozukluk, genel tıbbi durum ve nörolojik hastalıklara eşlik eder. Bir meta-analizte tıbbi komorbiditeyi olan hastalarda katatonî daha sık görülebildiğini; majör depresif bozukluk (MDB) ise katatonî prevalansını düşürebildiği gösterilmiştir (4). MDB örneklerinde daha düşük oranları olan açıklamalar, yardımcı olarak antidepresanların (İKA) daha düşük dozlarla kullanımı ve buna bağlı ekstrapiramidal yan etki riskinin azalmasıdır. Bu sunumda, şiddetli katatonîk depresyonla başvuran ve aripiprazol tedavisi sonrası katatonîk belirtileri hızla gerileyen bir olgu sunulacaktır

VAKA

Hastamız 58 yaşında, erkek hasta. İlkokul mezunu, ahşap atölyesinde işçi olarak çalışıyor. Dul, 2 çocuğu var. Oğlu ile birlikte yaşıyor.

Hastanın hareketlerde yavaşlama, konuşmama, iştah azalması, uykuada artış, insanları ve televizyondakilerin kendisi hakkında konuşuşunu düşünme, başkaları tarafından kendisine zarar verileceğini düşünme, kendi kendine konuşma, sinirlikli şikâyetleri olması nedeniyle yakınıları tarafından polikliniğimize getirilen hastanın tedavisinin düzenlenmesi amacıyla servismize yatırıldı.

Hastanın ilk şikâyetleri 38 yıl önce askerliğin birinci ayında başlamış. Yaşadığı stresör sonrası uyum sorunları olması nedeniyle GATA'ya yatırıldı olmuş. Askerliğe elverişsiz kanaati ile askerliğin tamamlanamamış. Taburculuk sonrası şikâyetleri gerilemiş ve uzun süre şikâyeti olmamış. 10 yıl önce trafik kazası sonrası yaklaşık 2 ay süren depresif epizodu olmuş. Herhangi bir tedavi almaksızın şikâyetleri kendiliğinden düzelmiş. 5 yıl önce oğlunun askere gittiği dönemde yaklaşık 4 süren psikotik özellikli bir depresif epizod nedeniyle sertralın 50 mg ve olanzapin 2.5 mg tedavisi başlanmış. Tedaviden fayda görmüş. Tedavide psikotik belirtiler gerileyince olanzapin kesilmiş, sertralın 50 mg tedavisine devam edilmiş. 4 yıl önce eşinin vefatı sonrası yaklaşık 4 ay süren uykusuzluk, sinirliklik, zehirlenme korkusu, isteksizlik, mutsuzluk, keyifsizlik şikâyetleri nedeniyle sertralın 50 mg/gün tedavisine olanzapin 5 mg/gün eklenmiş. Tedaviden fayda gören hastanın takiplerinde Olanzapin 5 mg/gün tedavisi tedavisi azaltılarak kesilmiş. Hastanın son dönemdeki şikâyetleri yaklaşık 1.5 ay önce kızının düğünü sonrasında başlamış. Az konuşma, içine kapanma gibi ön belirtileri olan hastanın düğün gününde, vefat eden eşinin düğünü görmeyiş, kızı evlendiği için tek kalacağı düşüncesi, isteksizlik, mutsuzluk, keyifsizlik, amaçsızca gezinme şikâyetleri başlamış. Mevcut şikâyetlerine hareketlerinde yavaşlama, yarım saat kadar ayakta sabit durma, konuşmama, iştah azalması, yeme-içme reddi, kuşkuçuluk, başkalarının kendisi hakkında konuştuğunu, kendisine zarar verileceğini düşünme, sinirliklik gibi yakınmalar eklenmiş. Psikiyatri polikliniğinde halihazırda kullandığı Sertralın 200 mg/gün tedavisine Olanzapin 10 mg/gün eklenmiş ancak hasta tedavi uyumsuzluğu olması ve şikâyetlerinin gerilememesi nedeniyle tedavi düzenlenmesi amacıyla servismize yatırıldı. Bilinen geçmiş tıbbi hastalığı yok. Yatışında yapılan tetkiklerinde TSH yükseltili saptandı. USG ve diğer tetkiklerinde TFT sonuçları ile Hashimoto tiroitid tanısı aldı. Hastaya öneriler doğrultusunda Levotion 75 mcg/gün tedavisi başlandı. Ailede bilinen kız kardeşinin Depresyon tanısı ile takipli olduğunun öyküsü mevcut.

Hastanın yapılan Ruhsal Durum Muayenesinde: Yaşında gösteren, görünümü sosyo-kültürel düzeyi ile uyumsuz, özbakımı azalmış, göz teması kurmayan erkek hasta. Bilinci açık, koopereasyonu kısıtlı, oryantasyon bozulmuş. Konuşma miktarı az, spontan konuşumuyor, görüme soru-cevap şeklinde ilerletilmiştir. Dikkat dağınık, çevreye ilgisiz asayişli. Algısal alanda patoloji saptanmadı. Çarşıgırlan yavaş, düşünce içeriği fakir. Aktif suisid ve homisid düşüncesi yok. Duygudurum çökün, afektî elemli. Gerçeği değerlendirmeye ve yargılama kısmen korunmuş. İç görü/düşüş kısmi mevcut. Psikomotor alanda retardasyon mevcut. Mental kapasite görüşmeciyi kısıtlı izlenimi verdi.

Hastaya yatışında uygulanan klinik ölçeklerde: Bush-Francis Katatonî değerlendirme ölçek skoru 18 puan, Kanner Katatonî değerlendirme ölçeği skoru 42 puan, SAPS ölçeği 53, SANS ölçeği 95 puan, MADRS ölçeği 49 puan olarak değerlendirilmiştir.

Hastaya yapılan nörolojik muayenesinde: pupiller izokorik, ışık refleksi direkt/indirekt ++/++, göz hareketleri serbest, nistagmus yok, duyu ve motor defisit yok, yürüyüş yavaş, serebellar testlere uyum gösteremedi.

Hastanın yapılan değerlendirmeler sonucu ayrırcı tanısında: Yineleyen depresyon, katatonî ile giden ve psikoz özellikleri gösteren depresyon, şizofreni spektrumu ve diğer ilişkili bozukluklar düşünülmüştür.

Hasta, Sertralın 200 mg/gün, Olanzapin 10 mg/gün ve Lorazepam 5 mg/gün (sonradan 10 mg/gün'e yükseltildi) tedavisiyle başlandı. İkinci haftada Bush-Francis Katatonî değerlendirme ölçek skoru 5, Kanner Katatonî değerlendirme ölçek skoru 16 olarak belirlendi. Üçüncü haftada Bush-Francis skoru 3, Kanner skoru 13 ve MADRS skoru 27 olarak kaydedildi; psikomotor yavaşlık, sabit bakış ve perseküsyon sanırları devam ediyordu. Lorazepam temin edilemediği için Klopazepam 5 mg/gün başlanıp 8 mg/gün'e çıkarıldı. Dördüncü haftada Bush-Francis skoru 3, Kanner skoru 15 ve MADRS skoru 25 olarak değerlendirildi; tedaviye yanıt olmasına rağmen belirtiler orta şiddette devam ediyordu. Eşlik eden psikotik belirtiler, devam eden katatonî ve psikomotor retardasyon nedeniyle Olanzapin kesilerek Aripiprazol 5 mg/gün başlandı ve bir hafta içinde 15 mg/gün'e yükseltildi. Aripiprazol eklendikten sonraki ikinci haftada depresyon şiddetinde %50 azalma (MADRS: 13), psikotik belirtilerde tam düzelmeye, psikomotor aktivitede artış, sosyal katılım ve iletişimle iyileşme gözlemlendi. Bütisel hız ve yürütücü işlevlerde de iyileşme kaydedildi. Dördüncü haftada depresif belirtiler neredeyse tamamen geriledi, stresörlerle baş etme becerisi arttı. Sekizinci haftadaki kontrolde depresif belirtilerin remisyonunda olduğu görüldü. Aripiprazol başlandıktan altı ay sonraki kontrolde ruhsal yakınması olmadığı, yalnız yaşadığı ve işlevselliğinin iyi olduğu saptandı. Şikâyetlerinin gerilemesi üzerine Aripiprazol kesilerek Sertralın tedavisine devam edildi. Dokuzuncu ayda hastanın iyilik hatline, sosyalliğinin ve işlevselliğinin iyi olduğu gözlemlendi.

SONUÇ

Katatonî, tarihsel olarak şizofreninin bir alt tipi gibi görölse de Taylor, Abrams ve Fink'in çalışmaları katatoninin esasen duygudurum bozuklukları ve tıbbi-nörolojik durumlarda daha sık ilişkili bir sendrom olduğunu göstermiştir. DSM-5, katatoniyi bağımsız hastalık değil; birçok psikiyatrik bozukluk, tıbbi durum ve ilaç kullanımı (özellikle antipsikotikler) bağlamında ortaya çıkabilen bir belirtiçe olarak sınıflandırmıştır. Tanıda Bush-Francis başta olmak üzere çeşitli geçerli ve güvenilir ölçekler (Rogers, North, Braunig) kullanılmaktadır.

Katatonî tedavisinde 1930'ların beri barbitüratlar ve EKT kullanılmış, 1980'lerde barbitüratların yerini benzodiazepinler (BZD) almıştır. BZD'ler, GABA-A reseptörlerini etkileyerek orbitofrontal kortekste GABA-erjik eksikliği düzeltir ve yaklaşık %80 yanıt oranıyla altın standart kabul edilir (1,3,5). Ancak, kronik şizofrenide BZD'lerin etkinliği tartışmalıdır; bazı çalışmalar lorazepam ile plasebo arasında fark bulamamıştır (1,6). Öte yandan, BZD'ler solunum arresti riski taşıyor (7). EKT ve dopamin artırıcı ilaçlar (bromokriptin, amantadin) da katatonîk şizofrenide etkili bulunmuştur (8). EKT, BZD'ye yanıt vermeyen veya kullanılmayan hastalar için bir seçenektir, ancak organik nedeni katatonide daha az etkili olabilir (1,5).

Antipsikotikler dopamin blokajı ve GABA/dopamin dengesizliği yoluyla katatoniyi başlatabilir veya kötüleştirebilir ve bu da özellikle yüksek D2 blokajı ajantlarda nöroleptik maling sendrom riskini artırır; buna karşın literatürde heterojen olmakla birlikte bazı olgularla klopazpin ve olanzapine katatonîk belirtilerde iyileşme bildirilmiştir (1,5,6). Meta-analiz ve retrospektif veriler amisulprid ve asenapin için yararlı etkiler, bazı tipik antipsikotikler için nötr/zararlı sonuçlar; klopazpin, risperidon ve ziprasidon için daha olumlu; aripiprazol ve olanzapin için dengeli bir tablo ortaya koymaktadır (1). Antipsikotik yanıt, katatoninin kendisinin ziyade pozitif semptomlardaki düzelmeye bağlı olabilir; olası yarar mekanizmaları arasında 5-HT2A/2C antagonizmi ve 5-HT1A agonizmiyle prefrontal dopamin artışı, düşük D2 blokajı ve klopazpine özgü GABA-A düzenleyici etkiler sayılabilir (3,9). Klinik olarak, önce benzodiazepin monoterapisi denenmesi, gerekirse düşük D2 blokajı atipiklerin ikinci/üçüncü basamakta dikkate alınması, böylece klinik kötüleşme riskinin azaltılması önerilir (1).

Aripiprazol, güçlü kısmi dopamin reseptörü D2 ve D3 agonisti aktivitesi, serotonerjik 5-HT2A antagonist ve 5-HT1A kısmi agonist aktivitesi olan nispeten yeni bir atipik antipsikotik ilaçtır. Literatürde, ilk olarak Cummings ve Noords, lorazepam ve aripiprazol kombinasyonu ile tedavi edilen katatonîk şizofreni vakası bildirmiştir (8). Sasaki ve ark. sunduğu bir vaka raporunda, katatonîk alt tıpte tedaviye dirençli şizofreni hastasında olanzapin, risperidon ve flunitrazepam tedavilerinin hastanın katatonîk ve psikotik semptomlarını iyileştirmede, ekstrapiramidal semptomlara neden olduğu ancak ultra düşük doz aripiprazol kullanımıyla hastanın iyileştiği gösterilmiştir (7). Albayrak ve ark.'nın sunduğu bir olgu raporunda, katelepsi, balmumu esnekliği, mutizm ve anormal duruş gibi katatonîk belirtileri olan, tedavisi güç bir hastada aripiprazol 3 mg/gün tedavisinin iki hafta içinde aşırı negativizm ve stupor başta olmak üzere katatonîk semptomlarda etkili olduğu bildirilmiştir (8).

Katatonîk hastalarda antipsikotiklerin kullanımı, altta yatan psikotik bozukluk olsa da, etkisizlik ve kliniğin kötüleşmesi riskinin artması nedeniyle ilk basamakta önerilmez. Buna karşılık, son zamanlarda katatonî tedavisinde ikinci nesil antipsikotiklerin başarılı olduğu vakalarda artış görülmüştür. Ancak, katatonî tedavisinde antipsikotiklerin kullanımı en tartışmalı alanlardan biri olmaaya devam etmektedir. Sunulan olguda, aripiprazol ile psikotik özellikli depresyon zemininde gelişen katatonî tablosu iyileşmiştir. Aripiprazolün katatonî üzerine etkisi net olarak bilinmemekle birlikte rutin tedavide dirençli ve duygudurum eşlikli olgularla potansiyel bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir. Daha kesin kanıtlar için bu alanda yapılacak kontrollü ve geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynakça

- Redon M, Virolle J, Montastruc F, Taib S, Revet A, Costa J D, Very E: The use of antipsychotics in the treatment of catatonia: a systematic review. Cambridge University Press, European Psychiatry. 2025, 68, 1, 48. <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/use-of-antipsychotics-in-the-treatment-of-catatonia-a-systematic-review/332FE3F1201E16C3F67ECBB059DAB85DD>
- Fink M A, Fink M. Catatonia in Psychiatric Classification: A Home of Its Own. Am J Psychiatry 2003, 160, 1233-1241. <http://ajp.psychiatryonline.org/>
- Taylor M. Rediscovering catatonia: the biography of a treatable syndrome. Acta Psychiatr Scand. 2013, 127 (Suppl. 441), 1-47. <https://doi.org/10.1111/acps.12038>
- Solmi M, Pigato G, Roiter B, Guaglianone A, Martini L, Fornaro M, Monaco F, Carvalho A F, Stubbs B, Veronese N, Correll C U. Prevalence of Catatonia and Its Moderators in Clinical Samples: Results from a Meta-analysis and Meta-regression Analysis Get access Arrow. Schizophrenia Bulletin. September 2018, 44, 5, 1133-1150. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx157>
- Siensert P, Dhossche D M, Vancampfort D, Hert M D, Gazdag G. A clinical review of the treatment of catatonia. Front. Psychiatry. 2014, Sec. Schizophrenia, 5, 181. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2014.00181>
- Ede F V D, Hecke J V, Dalfsen A V, Bossche B V, Cosyns P, Sabbe B G C. The use of atypical antipsychotics in the treatment of catatonia. European Psychiatry 20 (2005) 422-429. <http://france.elsevier.com/direct/EURPSY/>
- Sasaki, T., Hashimoto, T., Niitsu, T. et al. Treatment of refractory catatonic schizophrenia with low dose aripiprazole. Ann Gen Psychiatry 11, 12 (2012). <https://doi.org/10.1186/1744-859X-11-12>
- Albayrak Y, Kuloglu M. A Catatonic Schizophrenia Case Treated Effectively with Aripiprazole. Bulletin of Clinical Psychopharmacology. 2013, 23(3), 257-60.
- Peralta Y, Campos M S, Jalón E G, Cuesta M J. DSM-IV catatonia signs and criteria in first-episode, drug-naïve, psychotic patients: Psychometric validity and response to antipsychotic medication. Schizophrenia Research. May 2010, 118, 1-3, 168-175. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.12.023>