

# Nörobehçet Hastalığı ve İlk Atak Psikoz: Bir Olgu Sunumu

Samet Verim<sup>1</sup>, Murat Gülsün<sup>2</sup>, Ilker Taşçı<sup>3</sup>

## ÖZET:

Nörobehçet hastalığı ve ilk atak psikoz: Bir olgu sunumu

Literatürde Behçet hastalığı ve psikotik bozukluk birlikteliğine işaret eden az sayıda çalışma vardır. Bu iki hastalığın birlikte ailesel geçiş göstermesi ise oldukça nadir görülen bir durumdur. Bu yazıda psikotik bozukluk tablosuyla müracaat eden ve eş zamanlı nörolojik tutulumlu Behçet hastalığı tanısı konan, aynı zamanda aile öyküsünde her iki hastalığın bulunduğu genç bir bayan hasta tartışılmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Behçet hastalığı, psikotik bozukluk, ailesel geçiş

**Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2006;16:114-117**

## ABSTRACT:

Neuro-Behçet's disease and first-episode psychotic disorder: A case report.

There are a few reports in the literature indicating concurrent presentation of Behçet's disease and psychotic disorders. Concurrent familial transmission of these two disorders is a quite rare condition as well. In this report, a young female patient who presented with psychotic disorder accompanied by newly diagnosed Neuro-Behçet's disease, and had a family history of both diseases was discussed.

**Key words:** Behçet's disease, psychotic disorders, familial transmission

**Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2006;16:114-117**

## GİRİŞ

Behçet hastalığı, nökslerle seyreden, inflamatuvar, tekrarlayan oral aftlarla beraber genital ülser, göz ve cilt lezyonları, nörovasküler bulgular ve artrit gibi sistemik belirtilerin eşlik ettiği kronik bir hastalıktır (1). Türk dermatolog Hulusi Behçet tarafından 1937'de tanımlanmıştır. Patognomonik bir laboratuvar bulgusu olmadığından tanı, klinik ölçütlere göre konulmaktadır. Aftöz stomatite ek olarak genital ülseler, göz bulguları (üveit), cilt bulguları ve paterji testi pozitifliğinin herhangi ikisinin bulunması Behçet hastalığı tanısı için gerekli ölçütlerdir (2,3).

Behçet hastalığı uzakdoğu ve orta-doğu ülkeleri ile Türkiye'de daha sık olmak üzere tüm dünyada görülebilen ve etiyojisi bilinmeyen bir hastalıktır (4). Genellikle otuzlu yaşlarda başlasa da yaşam boyunca herhangi bir dönemde görülebilir (5).

Behçet hastalığında santral tutulum hastaların yaklaşık üçte birinde tespit edilebilir (2,6). Erkeklerde daha sık mey-

dana gelir. Santral tutulumu olanların yaklaşık %12'si bulgu vermemektedir. Ailesel geçiş gösteren olgular bildirilmekle birlikte Behçet hastalığında kalıtımın ne şekilde olduğu açık değildir. Bu hastaların %86'sında psikosomatik hastalık ve depresyon tablosu bildirilmektedir (7). Şizofreni ile birlikteliği üzerine yapılan araştırmalar ise nadirdir (8).

Bu yazıda psikotik bozukluk ve Behçet hastalığı yönünde aile yükünlüğü gösteren bir olguda aynı dönemde ortaya çıkan, santral nörolojik tutulumlu Behçet hastalığı ve psikotik bozukluk incelenmektedir.

## OLGU

Hastamız 19 yaşında, bekâr, lise mezunu, kadın, orta gelirli bir ailenin üçüncü çocuğu idi. İki hafta önce başlayan içe çekilme, uykusuzluk, yemek yemeyi reddetme, çevresinde olup bitenlere duyarlılık başlaması nedeniyle ailesi tarafından yerel devlet hastanesinin acil servisine başvurulmuş. Yapılan değerlendirme sonucunda psikiyatrist ol-

Radyoloji Servisi, Psikiyatri Servisi, Asker Hastanesi, 13200 Tatvan, Bitlis-Türkiye  
İç Hastalıkları B.D., <sup>3</sup>Gülhane Tıp Fakültesi, Etik 06018 Ankara-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:  
Dr. Murat Gülsün, Asker Hastanesi, Psikiyatri Servisi, 13200 Tatvan, Bitlis-Türkiye

Telefon / Phone: +90-434-827-5614

Elektronik posta adresi / E-mail address:  
mgulsun@yahoo.com

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
28 Haziran 2005 / June 28, 2005

mayan bir hekim tarafından depresyon tanısı ile sertralin 50 mg/gün tedavisi başlanmışsa da hasta bu tedaviyi kullanmamış. İki gün sonra tedirginlik, çevresindeki insanların kendisine zarar vereceği, babasının başının kesilerek bir başka insanla değiştirildiği, ağabeyinin, annesinin ve kardeşlerinin yüzlerinin değiştirildiği düşünceleri, öfke, irritabilite ve huzursuzluk tablosu ile ailesi tarafından psikiyatri servisine getirildiği sırada değerlendirilmiştir. İlk görüşmede; göz teması kurmama, sorulara net yanıt vermeme, stereotipik olarak bacağına kesilmesi gerektiğini söyleme, kendi kendine konuşma, görsel varsanılar ve cehennem, cin, peri gibi mistik öğelerin ön planda olduğu dikkati çekmiştir.

Olgunun aile öyküsünde erkek kardeşinin Behçet hastalığı tanısı ile takip edildiği, teyzesinin obsesif kompulsif bozukluk tanısı ile tedavi gördüğü, iki kuzeninin (dayısının kızları) 20'li yaşlarda absürd konuşma ve davranışlarla seyreden bir hastalık geçirdikleri ve tedavi görmeksizin birkaç haftada düzeldikleri öğrenilmiştir. Ayrıca hastanın dayısı da şizofreni tanısı ile takip edilmektedir.

Anamnezle oral aft, genital ülser ve özellikle sırt bölgesinde ortaya çıkan papülopüstüler lezyonların sık sık tekrarladığı öğrenilmiştir. Fizik muayenede; sırtta geçirilmiş akne izleri, bilateral gode bırakmayan pretibial ödem ve iyileşmekte olan eritema nodozumlar tespit edilmiştir.

Nörolojik muayenede kuvvet kaybı saptanmamıştır. Duyu kaybı ve lateralizasyon kusuru belirlenmemiştir. Derin tendon reflekslerinin hiperaktif, Babinski testinin pozitif ve alt ekstremitelerde klonusların olduğu gözlenmiştir.

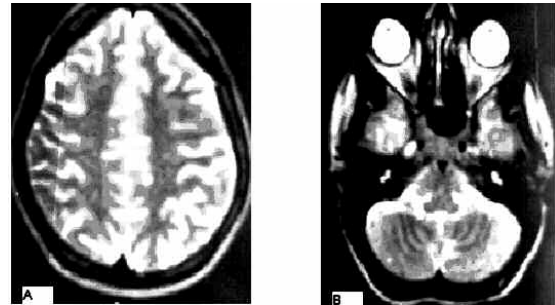
Ruhsal muayenede; şaşkın görünümde, yürüyüşünün ataksik, giyiniş ve tuvaletine özeninin bozuk olduğu dikkati çekmiştir. Görüşme sırasında sözel iletişim kurulamamıştır. Alçak bir ses tonu ile dizartrik tarzda konuştuğu göze çarpmıştır. Zaman ve mekana yönelimi tam, kişiye yönelimi bozulmuş gibi görünmekle birlikte, bunun kognitif alanda bir bozulma değil, sanrılar doğrultusunda ortaya çıkan bir yanlış algılama olduğu sonucuna varılmıştır. Olgu, yakınlarının kimliklerini biliyor, ancak onların asılları ile değiştirilmiş olduklarına inanıyordu. Dikkat distraktibilite tarzında bozulmuş, bellek hipomnezi tarzında azalmış, algı görsel ve işitsel varsanılar, depersonalizasyon ve derealizasyon yaşantıları tarzında bozulmuştur. Öznel ve nesnel yargı bo-

zulmuş, zekasının öyküye göre normal düzeyde olduğu değerlendirilmiştir. İştahı ve uykusu azalmış, genel vücut terlemesinde artış olduğu gözlenmiştir. Duygulanımının küntlük tarzında azalmıştır. Düşünce akışı fikir uçuşmaları tarzında bozulmuş olup amaca varmamaktadır. Düşünce içeriğinde cennet, cehennem, cin, peri gibi mistik temanın ve kötülük görme sanrılarının belirgin olduğu kaotik bir desen hakimdir. Davranışları huzursuzluk ve tedirginlik ifade etmektedir. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ) puanı 62 olarak belirlenmiştir (9).

E'nin doğum ve gelişim süreci incelendiğinde; normal vajinal yolla miadında, hastanede doğduğu, doğum komplikasyonu meydana gelmediği, sağ elini kullandığı, büyüme-gelişme ve okul döneminde bilinen bir sorun yaşamadığı anlaşılmıştır. Premorbid dönemde sosyal, çevresi tarafından sevilen, yardım sever ve dışa dönük biri olduğu, okul yaşamında ise başarılı öğrenciler arasında yer aldığı öğrenilmiştir.

## LABORATUVAR BULGULARI

Tam kan sayımı, rutin biyokimya analizi, tiroit fonksiyon testleri (T3, T4, TSH), vitamin B<sub>12</sub> ve kortizol düzeyleri normal sınırlardadır. Hepatit belirteçleri, anti-HIV1-2 ve VDRL testinin negatif olduğu saptanmıştır. Eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) 60 mm/saat düzeyindedir. Lomber ponksiyon incelemesi normal sınırlardadır. EEG'de sağ temporal yavaş dalga aktivitesi izlenmiştir. Bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT) normaldir. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) T2 ağırlıklı aksiyal kesitlerde solda daha belirgin serebral kortikal atrofi ve sağ serebellar hemisfer posteriorunda 1 cm çapında gliozisle uyumlu hiperintens lezyon alanı izlenmiştir (Şekil 1).



Şekil 1: A. Solda daha belirgin serebral kortikal atrofi, B. Sağ serebellar hemisfer posteriorunda 1 cm çapında hiperintens lezyon.

## TANI

Ön tanıda psikotik bozukluk, deliryum, duygudurum bozukluğu ve madde intoksikasyonu düşünülmüştür. Madde kullanım öyküsü yoktur. Lomber ponksiyon sonucu ansefalit veya menenjit ile uyumlu bulunmamış, ayrıca metabolik bir bozukluk da saptanmamıştır. Öykü ve EEG bulguları epilepsi ile ilişkili bir klinik tabloya işaret etmemektedir. Hastalığın klinik seyrinde bir değişkenlik yoktur. Bilişsel alanda dalgalanma gözlenmemektedir. Bu bulgular doğrultusunda deliryum tanısından uzaklaşmıştır. Psikiyatrik değerlendirmede DSM IV tanı ölçütleri temel alınmıştır (10). Hastanın geçmişinde duygudurum bozukluğuna ilişkin özellik bulunmamaktadır. En az 4 gündür gün boyu süren sürekli, kabarmış ve/veya iritabl duygudurum döneminin olmaması ve duygulanımındaki küntlük nedeniyle duygudurum bozukluğu tanısından uzaklaştırılmıştır. Hastalığın başlangıcında gözlenen içe çekilme, uykusuzluk, yemek yemeyi reddetme, çevresinde olup bitenlere duyarsızlık, aloji ve avölüsyon gibi belirtiler psikotik yaşantının başlangıç dönemi olarak değerlendirilmiştir. Mistik ve kötülük görme sanrıları, düşünce içeriğiyle uyumlu görsel ve işitsel varsanılar, dezorganize konuşmalar, yargılama ve içgöründe bozulma, fikir uçuşmaları, stereotipik konuşmalar, duygulanımdaki küntlük ve belirtilerin santral nörolojik tutulumlu Behçet hastalığı ile birlikte ortaya çıkması nedeniyle tanı; "Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikotik Bozukluk" olarak konmuştur.

## TEDAVİ VE SEYİR

Yatırılarak tedavi altına alınan hastanın vital bulguları takip edilerek ketiyapin 400 mg/gün başlanmıştır. Doz artırılarak 2 haftada 600 mg/gün'e yükseltmiştir. Dahiliye konsültasyonu sonucunda Behçet hastalığı yönünden tedavi başlanmamıştır. İki hafta içinde olgunun genel tıbbi durumunda belirgin düzelme görülmüştür. Bununla birlikte sanrı ve varsanılar 2 hafta daha devam etmiştir. Bu dönemde iletişim kuruyor, yakınlarını tanıyor, ancak onlarla ilgili persekütif sanrıları devam ediyordu. KPDÖ puanı 1 aylık tedaviden sonra 7 olarak değerlendirilmiş ve taburcu edilmiştir. Başta psikotik bozukluk olmak üzere psikiyatrik bozukluklar yönünde aile yükünlüğünün bulunması, erken başlangıç ve has-

tanın bekâr oluşu olumsuz prognostik belirteçler olarak değerlendirilmiş ve ketiyapin tedavisine 400 mg/gün dozunda devam edilmiştir. Olgu, hâlen tedavinin 7'nci ayında olup ayaktan izlenmektedir.

## TARTIŞMA

Olguda şizofreni ve Behçet hastalığı yönünde aile yükünlüğü dikkati çekmektedir. Psikotik tablonun başlangıcından 2 hafta önce üst solunum yolu enfeksiyonunu geçirmesi ve sonrasında iştahsızlık, içe kapanma, yemek yemeyi reddetme, uykusuzluk tarzında başlayan psikiyatrik belirtiler, nörolojik bulgularla birlikte seyretmiştir. Behçet hastalığı dışında sedimantasyon yüksekliğini açıklayacak sistemik bir durum tespit edilmemiştir. Nörolojik muayenede Babinski pozitifliği, alt ekstremitede klonus ve derin tendon reflekslerinde hiperaktivite görülmesi, birinci motor nöron tutulumuna işaret etmektedir. Bu dönemde ortaya çıkan oral ve genital aftlar ve Behçet hastalığı yönünde aile yükünlüğünün bulunması, beyin MRG (Manyetik Rezonans Görüntüleme) incelemesinde de lezyonların izlenmesi birinci motor nöron tutulumu olasılığını ve nörolojik tutulumlu Behçet hastalığı tanısını desteklemektedir. Koç ve arkadaşları, 14 hastalık bir seride olguların %66.6'sında anormal MRG bulguları (3 olguda periventriküler, 1 olguda kortikal ve periventriküler, 2 olguda periventriküler ve beyin sapı, 1 olguda beyin sapına lokalize daha çok lakün formasyonunda iskemik değişiklikler, 6 olguda kortikal ve 1 olguda serebellar atrofi) saptamıştır (11). Buna göre Behçet hastalığında santral tutulumun değişkenlikler gösterdiği anlaşılmaktadır.

Hastanın yakınlarının başlarının kesilerek bir başkasının başının yerleştirildiği, yakınlarının yüzlerinin değiştirildiği yönündeki sanrıları Capgras sendromu ile uyumlu bulgulardır. Capgras sendromu, hastanın yakınlarının ya da nesnelere ikizleri ile değiştirildikleri biçiminde sanrılarla karakterizedir (12). Literatürde sıklıkla paranoid şizofrenide, nadiren depresyon ve manide görüldüğü bildirilmiştir. Capgras sendromunun sıklıkla nörolojik, nöropsikiyatrik ve organik durumlar ile birlikte görüldüğü bilinmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda olgunun Capgras sendromu kapsamı içinde değerlendirilmesi mümkündür (12-15).

Olgunun ailesinde şizofreni yönünde yükünlüğün olması ve buna santral nörolojik tutulumlu Behçet has-

talığı tablosunun eklenmesi homeostazisin bozulmasına ve psikotik tablonun ortaya çıkmasına neden olmuş olabilir. Goolamali ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada, ailesel geçiş gösteren Behçet hastalığının şizofreni bozuklukla ilişkisine dikkat çekilmiştir (8).

Behçet hastalığı ile psikotik bozukluk arasında patofizyolojik bir etkileşim olup olmadığı bilinmemektedir. Bununla birlikte, psikotik bozukluk ve Behçet hastalığının aynı dönemde ortaya çıkıyor olması ve olgunun psikotik bozukluk yönünden genetik yatkınlığı olduğunu düşündüren aile öyküsü, bu iki hastalık arasında ortak patofizyolojik bir sürecin görülebileceğini dü-

şündürmüştür. Behçet hastalığının HLA B5 artışı ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Mercier ve arkadaşlarının şizofrenlerde HLA-B5 sıklığının arttığını gösteren çalışması ise bu düşünceyi desteklemektedir (16).

Literatürde şizofreni ile Behçet hastalığı arasında ilişkiye işaret eden az sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu olguda psikotik bozukluk ve Behçet hastalığı yönünde aile yüklülüğünün bulunması ise bu iki hastalık arasında olası ortak patofizyolojik süreçleri belirlemeye yönelik araştırmalara gereksinim olduğunu göstermektedir. Ayrıca organik psikoz nedenleri araştırılırken Behçet hastalığı da gözönünde bulundurulmalıdır.

### Kaynaklar:

1. Sakane T, Takeno M, Suzuki N, Inaba G. Behcet's disease. *N Engl J Med* 1999;341:1284-1291
2. O'Duffy JD, Goldstein N. Neurologic involvement in seven patients with Behcet's disease. *Am J Med* 1976;61:170-178
3. Criteria for diagnosis of Behcet's disease. International Study Group for Behcet's Disease. *Lancet* 1990;5;335:1078-1080.(Yazarları yoktur)
4. Doğan Avşargil E, Keser G: Behçet Hastalığı. In: Gümüşdiş G, Doğanavşargil E, eds. *Klinik Romatoloji*, İstanbul: Deniz Matbaası, 1999;423-439
5. Zouboulis CC. Epidemiology of Admantiades-Behçet's disease. *Ann Med Interne* 1999;150:488-498
6. Akman-Demir G, Serdaroglu P, Tasci B. Clinical patterns of neurological involvement in Behcet's disease: evaluation of 200 patients. The Neuro-Behcet Study Group. *Brain* 1999;122:2171-2182
7. Calikoglu E, Onder M, Cosar B, Candansayar S. Depression, anxiety levels and general psychological profile in Behcet's disease. *Dermatology* 2001;203:238-240
8. Goolamali SK, Comaish JS, Hassanyeh F, Stephens A. Familial Behcet's syndrome. *Br J Dermatol* 1976;95:637-642
9. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports* 1962;10:799-812
10. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition (DSM-IV)*, published by the American Psychiatric Association, Washington D.C., 1994: 458-462
11. Koç F, Yerdelen D, Bozdemir H, Erken E. EEG findings in Behçet's Syndrome. *Norolojik Bilimler Dergisi* 2005;22-32
12. Edlestyn NMJ, Oyeboode F, Booker E, Humphreys GW. Facial processing and the delusional misidentification syndromes. *Cognitive Neuropsychiatry* 1998;3:299-314
13. Spier SA. Capgras' syndrome and the delusions of misidentification. *Psychiatr Annals* 1992;22:279-285
14. Berson RJ. Capgras' Syndrome *Am J Psychiatry* 1983;140:969-978
15. Huang T, Liu C, Yang Y Capgras' syndrome: analysis of nine cases. *Psychiatr Clin Neurosci* 1999;53:455-460
16. Mercier P, Sutter JM, Julien RA, Kieffer N. Schizophrenia: association of the paranoid form and antigens HLA-A9 and B5. *Encephale* 1977;1:49-53