

FANTASTİK KONFABÜLASYON :Bir Olgu Nedeniyle (Post-travmatik amnestik sendromun bir üyesi olarak)

Dr. Oğuz TANRIDAĞ*, Dr. Mehmet SARAÇOĞLU**,
Dr. Ahmet ÖZÇUBUKÇUOĞLU***, Dr. Kadri KAHRAMANTÜRK****,
Dr. Kamuran TUNCAN****, Dr. Nevzat AKYATAN*

ÖZET

Kafa travmaları, tüm travmalar içinde en fazla önem taşıyanlardan birisidir. Minör travma kapsamına sokulabilecek travmalardan sonra bile travmaya uğrayan kişinin ve yakın çevresinin yaşamını hemen tümüyle etkileyen bir değişim süreci ortaya çıkabilmektedir. Bu kişisel işlevlere ilişkin gerek klinik, gerekse de nörofizyolojik ve nöropsikolojik değerlendirmelerin giderek gelişiyor oluşu da, bu tabloların daha iyi tanınıp, izlenmesinde önemli bir etmen olmaktadır. Bu yazımızda kafa travması geçiren ve ardından gelişen son derece renkli bir tabloya sahip bir olguda gerçekleştirilen klinik ve laboratuvar değerlendirmeler ile uzun dönem izlem sonucu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler : Kafa travması, Amnestik Sendromlar, Konfabulasyon.
Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 5:(1-4) (72-74),1995.

SUMMARY

A Case Report : Phanthastic Confabulation; As an Element of Post-Traumatic Amnestic Syndrome

Head injuries are one of the most important injuries among the head traumas. Even minor traumas can initiate a process by which lives of an individual and his/her family are almost completely changed. Graduate development of clinical, neurophysiological and neuropsychological assessment is an important factor for identifying and following up these cases. In this article clinical and laboratory evaluations and long-term follow up results of a patient, who was referred to our clinic because of having a head injury and then developing a very colorfull picture, were presented.

Key Words : Head Injury , Amnestic Syndrome, Confabulations.
Bull.Clin. Psychopharmacol., 5:(1-4) (72-74),1995

* Nöroloji Profesörü, **Nöroloji Doçenti, ****Nöroloji Asistanı, ***Psikiyatri Yrd. Doçenti
GATA Haydarpaşa Eğitim Hast. Nöroloji ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servisleri

GİRİŞ

Amnestik sendromların etyolojisinde en başta gelen nedenlerden birisi de kafa travmalarıdır. (1). Majör kafa travmasının erken dönemindeki kliniğinde akut konfüzyon egemen tablodur (2,3), ardından amnestik-konfabülatur sendrom ön plana çıkar. Amnezi globaldir, ancak düzelme sürecinde öncelik taşıyan anterograd bellektir, retrograd amnezi zaman içinde azalmaya eğilimlidir. Kafa travması şiddeti ile amnestik sendromun süresi arasında doğrudan ilişki vardır, ancak bu ilişki anterograd amnezide bu denli yoğun

olmamasına karşın, minör bir kafa travmasında bile çok kısa süreli retrograd amnezi eşlik edebilir. Özellikle kafa travmasına bağlı gelişen bu sendromun önem taşıyan özelliği ise konfabülasyonun amnestik sendromun bir ögesi olmasına karşın klinik tablonun değerlendirilmesinde ön planda rol oynayıp, farklı değerlendirmelere gidilebileceği olasılığıdır. Bu olgu sunumunda kafa travmasına bağlı amnestik sendromu olduğu düşünülen bir olgunun konfabülasyon tipi ile klinik izlem süreci arasındaki ilişkisi araştırılmıştır.

OLGU SUNUMU

25 yaşında polis memuru, Mayıs 1995 tarihinde bellek kaybı, dengesizlik, zaman zaman idrar kaçırma, anlamsız konuşma nedeniyle servisimize yatırıldı. Yakınlarından öğrenildiğine göre, askerlik görevi için temei eğitimini tamamlayan hasta, servise yatırılışından 18 gün önce, evine gitmek üzere iken trafik kazası geçirmişti ve bir sağlık merkezinde 4 gün komada kaldıktan sonra açılmıştı. İki hafta süre ile ilgili serviste gözlem altında tutulan hasta, posttravmatik sendrom tanısı ile evine gönderilmişti. Ancak, yakınları tarafından rahatsız edici boyutlarda olduğu belirtilen anlamsız konuşmaları nedeniyle yeniden incelenmesi istenildi. daha önce yatırıldığı sağlık merkezinde yapılan incelemelerde ilk BBT'sinde serebral ödem, kontrol BBT'sinde ise normal bulgular olduğu belirtilmekteydi. Özgeçmişinden, polis akademisi mezunu, görevini başarıyla yapan bir memur olduğu öğrenildi. Son 7-8 aydır zaman zaman tansiyon yüksekliğinden yakınıyordu ancak ilaç kullanmıyordu ve araştırma yapılmamıştı. Yatırıldığında yapılan muayenesinde; sağ elini kullanıyordu, bilinci açık, yönelim yere ve zamana bozulmuştu. Ancak yakınlarının tümünü tanıyordu. Konuşma ve anlama normaldi. Kranyal alanda sol nazolabial oluk hafif silikti, kuvvet muayenesi normaldi. Derin tendon reflekslerinde alt ekstremitelerde canlılık, iki yanlı birkaç atımlık aşıl klonusu vardı, patolojik refleks gözlenmedi. Hasta ile konuşulduğunda neden hastaneye getirildiğini bilmiyordu. Kendisinin özel bir istihbarat görevlisi olduğunu ve Türkiye adına görevli olarak CIA yetkililerinin de bulunduğu özel bir uçakta yolculuk yaparken uçağın düştüğünü ve bu nedenle bizim servisimize getirildiğini belirtiyordu. Nasıl

anlaştığı sorulduğunda, görevinin gizli olduğunu, daha fazla bilgi veremeyeceğini, kolunu bacağını rahat kullandığını, hastanede yatmasının gereksiz olduğunu, bir an önce görevine dönmek zorunlu olduğunu söylüyordu. Rutin kan ve idrar tetkikleri normal bulunan hastanın BBT incelemesinde her iki hemisferde frontal bölümlerde kronik süreçte tanımlanan subdural higroma izlendi (Şekil 1). EEG'de zemin aktivitesinde teta tarzında yavaşlama izlendi. Servisimize yatırıldığında Haloperidol 3 mg/gün başlanan hastanın mental durum testlerinde bellek işlevlerinde hafif düzeyde etkilenme dışında performanslar normal bulundu. Yatırıldıktan altı gün sonra hastaya anlattığı öyküsüne ilişkin ayrıntılar sorulduğunda böyle anlamsız birşey olmadığını, kendisinin anımsayamadığını, ancak ailesinin kendisine olanları anlattığını, evine gitmek üzere iken trafik kazası geçirmiş olduğunu, bu nedenle uzun süre hastanede yatırılmış olduğunu bildiğini belirtmekteydi. Haloperidol tedvisi düzenlenerek evine gönderilen olgu aylık kontrollara çağrıldı. İzlem sürecinde klinik tablosunda belirgin değişim gözlenmedi. Kaza ve yatırılışına ilişkin bellek kayıptı. Ancak ayrıntıları bildiğini, anımsamak istediğini, başaramadığını belirtiyordu. Üç ay sonra yeniden yatırılan hastanın klinik tablosunun aynı olduğu izlendi. BBT tetkiki yinelenerek normal bulundu. MRI tetkikinde de frontal subdural koleksiyona ilişkin bulgu yoktu, korpus kallosum gövdeden ön bölümünde fokal (küçük) hiperintens odak ile sağ frontal horn ön bölümünde superolaterale uzanan venöz tübüler yapı gözlenmekteydi.

TARTIŞMA

Amnestik Sendromlar, kısaca yaygın kognitif etkilenmenin olmadığı koşulda ortaya çıkan seçici bellek yitimlerini içerir (2). Bellek bozukluğu yakın geçmişe aittir ve hem anterograd hem de retrograd özelliği vardır, motor beceri öğrenimi korunmuş, uzak geçmişe ait bellekte ise yine belirgin etkilenme yoktur. Ancak amnestik sendromun belirleyici iki özelliği daha söz konusudur:

1. Oryantasyon bozukluğu: Bölümlü bir bozulma vardır. Yere ve zamana bozuk olmasına karşın, kişiye-yakına karşı hiçbir zaman bozulma olmaz.
2. Konfabülasyon: Bellekteki boşluğun hasta tarafından kendi içinde anlamlı-mantıklı cümle ya da öykü türetilmesi ile ortaya çıkar.

Amnestik sendromlardaki bellek yitimi özellikleri görece daha nesnel zeminlerde ortaya konabilir ve anlaşılabilir olmasına karşın bu sendromun daha güç anlaşılır ögesi konfabülasyondur. Konfabülasyon iki tipte ortaya çıkar. Anlık ve fantastik konfabülasyon (4). Anlık konfabülasyonda, özel bir soruya karşı üretilen doğru olmayan bir yanıt varken, fantastik konfabülasyonda daha renkli bir tablo egemendir. Sorulan soruların gerektirdiği yanıt çok aşırı, kendiliğinden ve hemen oluşturulan, ilginç, gerçeküstü ve esrarlı unsurlarla zenginleştirilmiş öykü söz konusudur. Her iki tip konfabülasyon da amnestik sendromlarda ve şiddetli bellek yitiminin olduğu demanslı hastalarda görülebilir. Anlık konfabülasyon görece daha sık görülendir, ve fantastik konfabülasyondakine oranla daha az olan bellek boşluğunu doldurma anlamı taşır (5). Doğru belleğin eksik olduğu ve bu bellek içeriğini ilgilendiren sorularla karşılaşıldığında ortaya çıkar, böyle bir soruya karşı düzenlenecek mantık dizgisi kaybolmuştur.

Anlık konfabülasyonda hasta örneğin hastanede yatırıldığını bilmesine karşın, aynı güne ilişkin olanaksız bir durumu nereden geldin sorusuna karşılık olarak verebilir, bellek tiplerine göre ayrımı yapıldığında ise daha çok yakın geçmişi ilgilendiren sorulara karşı türetme olur, uzak geçmiş için söz

konusu değildir. Her iki tip konfabülasyon da amnestik sendromdan sorumlu olan olayın başlangıcından hemen sonra ortaya çıkar ve sıklıkla kısa süre içinde kaybolur. Konfabülasyonun bu farklı içeriğinin amnezilerin özgün etyolojilerini belirlemede ya da çeşitli nedenlere bağlı gelişmiş amnestik sendromu, demansiyel sendromların süreci içinde gelişen bellek bozukluklarını ayırt etmede yararlı olabileceğine ilişkin yeterli veriler de bulunmamaktadır.

Sunduğumuz olgumuzdaki klinik tablo, travmanın 18nci gününde tarafımızca değerlendirilerek klinik görüntüyü oluşturan abartılı tavır ve anlamsız öykünün, işlevsel bir psikoz ya da travma sonrası ilişkin stres bozukluğuna ait olmayıp, amnestik sendromu temsil ettiği düşünülmüştür. Kaza anına ilişkin bellek yitimi, yer ve zamana ilişkin yönelimin bozulması, ancak yakın çevresini iyi tanıması yanında bir önceki gün kendisi ile ilgilenen hekimi tanımaması ve bölümlü yönelim bozukluğunun varlığında kaza ve kendine ilişkin renkli ve geniş uydurma öykünün varlığına dayanılarak fantastik konfabülasyon düşünülmüştür. Bu nedenle amnestik sendromun bir alt unsurunun klinik tablodaki ön planda egemenliği davranış nörolojisinde dikkat edilmesi gereken bir konu olarak gündeme gelmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bradley, G.W., Daroff, R.B., Fenichel, G.M.: Neurology in Clinical Practice, Vol.IIB p849-1941.
2. Cooper, P.R., Head Injury, Newyork University of Medicine, 1982.
3. Kishner H.S, Behavioral Neurology A Practical Approach, Clinical Neurology and Neurosurgery Monographs, 1986, 15, 129-131.
4. Berlyne, N. Confabulation Br.J. Psychiatry, 120; 32-39, 1972.
5. Mercer, B., Wapner W., Gardner H, Benson DF: A study of confabulation. Arc.Neurol, 34:429-433, 1977.