

# Kırkdört Yıllık İyileşme Dönemi Sonrası Tekrarlayan Mani: Bir Olgu Sunumu

Ceyhan Balcı Şengül<sup>1</sup>, Cem Şengül<sup>2</sup>

## ÖZET:

Kırkdört yıllık iyileşme dönemi sonrası tekrarlayan mani: Bir olgu sunumu

İki uçlu bozukluk, geçen yıllar ve artan dönem sayısı ile aradaki iyilik dönemlerinin ve hecmeler arası sürenin kısaldığına inanılan ilerleyici bir hastalıktır. Bununla birlikte birçok iki uçlu hastada hastalık istikrasız ve tahmin edilemez bir seyir izlemektedir. Bazı iki uçlu hastalar koruyucu tedavi almamalarına karşın yeni bir atak yaşamakta ya da dönemler arası süre onlarca yılı bulabilmektedir. Biz bu yazıda, koruyucu tedavi olmaksızın 44 yıl düzelmede olan bir mani vakasını sunmayı ve koruyucu tedavinin gerekliliğini ve süresini tartışmayı amaçladık.

**Anahtar sözcükler:** iki uçlu bozukluk, mani, yineleme, koruma

Journal of Mood Disorders 2012;2(2):66-9

## ABSTRACT:

Recurrence of mania after fortyfour year remission: a case report

It is widely believed that bipolar disorder is typically a progressive condition, marked by shortening of stable mood periods and of inter-episode cycles over time and increasing number of episodes. However, in many bipolar patients an erratic and unpredictable course of illness may occur. Experienced clinicians are familiar with some patients, whom have not suffered from a relapse of illness for years despite lack of prophylactic treatment. In this report we present a case of mania with 44 years of remission without prophylactic treatment and discuss the preventive therapy in bipolar disorder.

**Key words:** bipolar disorder, mania, recurrence, prophylaxis

Journal of Mood Disorders 2012;2(2):66-9

<sup>1</sup>MD, Denizli Devlet Hastanesi, Denizli-Türkiye  
<sup>2</sup>MD, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Denizli-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Ceyhan Balcı Şengül, Murat Dede Mahallesi Şehit Albay Karaoğlu Caddesi No:1 Denizli-Türkiye

Telefon / Phone: +90-258-263-9311

Elektronik posta adresi / E-mail address: acemsen@gmail.com

Kabul tarihi / Date of acceptance: 26 Şubat 2012 / February 26, 2012

## Bağıntı beyanı:

C.B.Ş., C.Ş.: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

## Declaration of interest:

C.B.Ş., C.Ş.: The authors reported no conflict of interest related to this article.

## GİRİŞ

İki uçlu mizaç bozukluğu, süreğenlik gösteren, tekrarlayan manik depresif dönemlerle seyreden ve yaşam boyu süren bir hastalıktır. Hastalık genellikle genç erişkinlik döneminde başlamakta ve bir hasta hayatı boyunca ortalama 9 hastalık dönemi geçirmektedir (1). Hastalık dönemleri arası ortalama süre 2.2 yıl olup, hastaların %40'ı yaşam boyu 10'dan daha fazla hastalık dönemi geçirirken bazı hastalarda ise dönemler arası süre giderek uzamakta ve hastalık daha iyi bir seyir göstermektedir (2,3).

İki uçlu mizaç bozukluğunda hastalığın tekrarlamasını ölçen araştırmalar hastalığın 1 yıl içinde yineleme oranının %37.5 yıl içinde ise bu oranın %87 olduğunu, hatta lityum korumasında olan hastaların bile %50'sinde hastalığın 2 yıl içinde tekrarladığını bildirilmiştir (4,5). Angst ve arkadaşları iki uçlu mizaç bozukluğunda yaşam boyu yineleme riskini değerlendirdikleri çalışmalarında, hastalarda yılda 0.40 yeni hastalık dönemi görüldüğünü ve has-

talığın başlangıcından 40 sene sonra dahi yineleme riskinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir (6). İki uçlu mizaç bozukluğuyla ilgili yaygın kabullerden birisi de geçen süreye ve artan hastalık dönemi sayısına bağlı olarak giderek hastanın iyilik dönemlerinin kısalmasıdır (7). Bununla birlikte iki uçlu mizaç bozukluğunun seyrinin kestirilemez olduğu, ilerleyici kötüleşme ve hastalık dönemleri arası sürede kısalmanın hastaların çoğunluğu için geçerli olmadığı şeklinde görüş belirtenler de bulunmaktadır (8). Uzun süreli takip çalışmalarında bazı hastalarda hastalık dönemleri arası sürenin uzadığı hatta 10 yılı geçebileceği belirtilmiştir (9).

Koruyucu tedavi kullanmamasına rağmen uzun süre yeni hastalık dönemi gözlenmeyen hastalara klinik pratikte rastlanmaktadır. Bu vakalarda bazen yıllar sonra bir psikososyal stres etmenine veya bir genel tıbbi duruma bağlı olarak hastalık tekrarlayabilmektedir. Bazen de bu hastalık döneminin açıklanmasında içsel ya da dışsal bir etmen saptanamamaktadır (10,11). Biz de bu yazımızda kendisi ve yakınlarının rızası ile ilk manik dönemini 21 yaşında

geçiren, sonraki 44 yıl boyunca hastalık öyküsü olmayan ve psikososyal işlevselliği iyi olan ve 65 yaşında ikinci manik dönemini geçiren bir olguyu sunmayı amaçladık.

## OLGU SUNUMU

S.Ö., 65 yaşında erkek, emekli avukat, eşi ile yaşıyor, üniversite mezunu. İki hafta önce başlayan çok konuşma, yüksek sesle şarkı söyleme, sürekli alışveriş yapıp hediyeler alma, uyumama, kendini çok genç dinamik “bomba” gibi hissetme, artan cinsel istek, engellendiği durumlarda saldırganlık yakınmalarıyla eşi ve kızı eşliğinde psikiyatri polikliniğine getirildi. Alınan öyküde yakınmalarının iki hafta önce başladığı giderek arttığı bir hafta önce görüştükleri bir psikiyatrist tarafından ketiapin 100 mg/gün başladığı ancak yakınmalarının artması üzerine tekrar getirildiği belirtildi. Yakınlarınca herhangi psikososyal stres etmeni tanımlanmadı. Özgeçmişinde 1967 yılında 21 yaşındayken; uyumama, çok konuşma, çok enerjik hissetme, çok para harcayıp, sürekli yeni projeler üretme ve aşırı sinirlilik ile seyreden benzer şekilde yakınmalarının olduğu belirtildi. Bu belirtilerin 2-3 hafta devam ettiği ve o dönemde 2-3 hafta bir ruh sağlığı hastanesinde yatarak tedavi gördüğü öğrenildi. Hasta tedavi ile belirtilerinin düzeldiğini ve hastaneden taburcu olduktan sonra 1-2 ay kadar klorpromazin ve haloperidol kullandığını ancak daha sonra ilaç kullanımına devam etmediğini söyledi. Hasta hastalanmadan önceki yaşantısında zeki, çalışkan ve dışa dönük biri olarak bilindiğini ifade etti. Hasta 1966 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesini kazandığını ancak hastalanması sebebi ile devam edemediğini ve sağlık memurluğuna başladığını belirtti. Hastanın 1968 yılında Ankara Hukuk Fakültesi’ni kazandığı, sağlık memuru olarak çalışırken dışarıdan okulunu bitirdiği öğrenildi. Hasta, mezuniyet sonrası askerlik görevini sorunsuz tamamladığını ve askerlik dönüşü evlendiğini belirtti. 1967 yılındaki manik dönemi sonrası herhangi psikopatoloji tarif etmeyen hasta ve yakınları olası depresyon, hipomani atakları açısından ayrıntılı olarak sorgulandı ve olası başka hastalık dönemi tespit edilemeyen hastanın 44 yıl boyunca psikososyal işlevselliğinin çok iyi olduğu bilgisine ulaşıldı. Herhangi bir genel tıbbi hastalık (diyabet, hipertansiyon, guatr, serebrovasküler olay, v.b...), kaza, travma, sürekli ilaç, alkol ve madde kullanım öyküsü tanımlanmadı. Soy geçmişinde ruhsal bozukluk öyküsü yoktu. Yapılan ruhsal muayenede özbakımı abartılı (renk

tercihi canlı), yönelimi tam, işbirliğine açık, istemsiz dik-kati, konuşma hızı ve miktarı artmıştı, düşünce içeriğinde büyülenme, duygulanımında oynaklık, mizacında öfori zaman zaman irritabilite, psikomotor aktivite artışı, uyku gereksinimi azalması saptandı. Hastanın fiziksel muayenesinde patolojik bulgu tespit edilmedi.

Klinik olarak DSM-IV TR tanı ölçütlerine göre iki uçlu mizaç bozukluğu manik dönem ön tanısı konan hasta tetkik ve tedavisinin düzenlenmesi amacıyla yakınlarının onayıyla yatırıldı. Yapılan rutin tetkikler (hemogram, üre, kreatinin, karaciğer işlev tetkikleri, elektrolitler, lipid profili, troid işlev tetkikleri, B12, folat) beyin manyetik görüntüleme tetkiki, ve elektroensefalografi sonucunda patolojik bulguya rastlanmadı. Böylece başka bir tıbbi duruma bağlı mani, ayrıca 21 yaşında da geçirilen bir mani öyküsü nedeniyle geç başlangıçlı mani tanısı dışlandı. Hastanın tedavisi ketiapin 400mg/gün, lorezapam 2.5 mg/gün olarak başladı. Tedavinin 3. gününde ketiapin dozu 600 mg/güne çıkıldı. Uykusu ve konuşma hızı, miktarı, ses tonundaki yükseklik oldukça düzeldi ancak büyülenme, öfori, artmış psikomotor aktivitenin devamı üzerine ketiyapin 800 mg/güne çıkılıp valproat 1000 mg/gün eklendi. Üçüncü hafta sonunda klinik olarak mani tablosu yatışan hastanın lorezapamı kesilip, ketiyapin 800mg/gün ve valproat 1000 mg/gün önerisiyle taburcu edildi. Kan valproat dozu bir hafta sonraki kontrolde 87,5 mg/dl olarak geldi. Sedasyon nedeniyle ketiyapin dozu 600 mg/gün’e inildi. İlk bir ay 15 günde bir, sonra her ay kontrol şeklinde 6 aydır ayaktan takipte olan hasta halen ketiyapin 200 mg/gün ve valproat 1000 mg/gün (valproat düzeyi 80.5 mg/dl) kullanımını sürdürmektedir. Hastada bu süreçte herhangi metabolik bozukluk (kilo alımı, karaciğer işlev tetkiklerinde bozukluk) gözlenmedi.

## TARTIŞMA

Bu olgu ikinci manik dönemini 44 yıl aradan sonra tekrarlaması, aradaki dönemde sosyal, kişisel, akademik ve mesleki işlevselliğinin tamamen iyi olması, herhangi bir depresyon, mani veya hipomani belirtisinin olmaması ve herhangi mizaç dengeleyici almamış olmasına karşın bu iyilik halinin devam etmesi açısından ilginçtir. Hastanın tedavisinde hem manik dönemde hem de koruyucu olarak etkisi gösterilmiş olan ketiyapin ve valproat tercih edilmiştir. Mizaç dengeleyici olarak valproatın seçilmesinde özellikle yaşlı hastaların tremor gibi yan etkilere

daha hassas olması göz önüne alınmıştır.

Klinik olarak manik dönem sonrası uzun yıllar yineleme olmayan vakalara sıklıkla rastlanılmaktadır. Bu hastalar mizaç dengeleyici kullansa, bu iyilik hali muhtemelen mizaç dengeleyicilere atfedilecektir. Kime mizaç dengeleyici başlanacağı, bu alanda çalışan araştırmacıların üzerinde önemle durduğu konular arasında gelmektedir. Son yıllarda yayınlanan tedavi kılavuzlarında da bu konu üzerinde özellikle durulmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Uygulama Kılavuzu (APA) ve Kanada Mizaç Bozuklukları ve Anksiyete Bozuklukları Tedavi Kılavuzu (CANMAT) gibi kılavuzlarda ilk hastalık dönemi sonrası koruyucu tedavinin başlanması önerilirken, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) kılavuzunda koruyucu tedavinin 2. manik dönem sonrası başlanması gerekliliği vurgulanmıştır (12,13). Türk Psikiyatri Derneği'nin İki Uçlu Mizaç Bozuklukları Tedavi Kılavuzunda ise ailede iki uçluluk öyküsü olması, hastalık döneminin şiddetli ya da psikotik özellikli olması gibi durumlarda koruyucu tedavinin hemen başlanması önerilmiştir. Hatta hipomani ve hastanın hayatında ciddi yıkıma neden olmayan mani dönemlerinde tedavinin başlanması gerektiği vurgulanırken, ilaca bağlı ya da diğer tıbbi durumlara bağlı mani tablolarında ise ikinci dönemin beklenebileceği belirtilmiştir (14). Her ne kadar hastamızda koruyucu tedavi olmaksızın 44 yıllık iyilik hali olmasına karşın, bu durumun nadiren olduğu akıldan çıkarılmamalıdır. Örneğin, Angst tarafından yapılan bir çalışmada; hastaneye yatırıldıktan sonra 18 yıl süreyle izlenen iki uçlu bozukluk hastalarının %95'nin hastalıklarının yinelediği ve ortalama

dört dönem geçirdikleri saptanmıştır (15). Ayrıca, klinisyen olarak hastalığın yol açtığı maddi ve manevi kayıpların son derece yüksek olduğuna, günlük pratiğimizde sıklıkla rastlamaktayız. Hastalığın gidiş özellikleri, yineleme riski ve koruyucu tedavilerin etkinliği üzerine çalışmalar çok sayıda merkezde devam etmektedir. Bu araştırmalardan elde edilen verilerle iki uçlu mizaç bozuklukları tedavi kılavuzları düzenli aralıklarla güncellenmekte ve koruyucu tedavinin ne zaman, nasıl ve ne ile yapılacağı konusunda klinisyenlere önerilerde bulunmaktadır.

Vakamızla ilgili üzerinde durulması gereken konulardan birisi hastanın ilk manik dönemini 44 yıl önce yaşamasıdır. Bunun dışında bir hastalık dönemi öyküsüne, hasta ve yakınlarının (eşi, kızı ve kardeşi) ayrıntılı olarak sorgulanmasına karşın rastlanmamıştır. Ancak özellikle depresif hecmelerin zaman zaman hasta ve çevresi tarafından tanınamadığı ve bu sebeple kişinin yardım arayışında bulunmadığı ihtimali de akıldan tutulmalıdır. Bu bilgiler ışığında hastamızın iki uçlu mizaç bozukluğu tip 1, tek uçlu mani açısından ayırıcı tanısı yapılamamıştır. Ayırıcı tanı açısından hastanın takibi tarafımızca devam etmektedir.

Mizaç bozukluklarında koruyucu tedavinin mortalite ve morbiditeyi düşürdüğüne ve hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde artırdığına hiç şüphe yoktur. Ancak yine de bizim olgumuzda olduğu gibi koruyucu tedavisi alınmasına karşın 44 yıllık iyilik döneminin olması gibi vaka paylaşımları da göz önüne alınarak her hasta özelinde, o hastaya ait risk etmenlerinin ele alınması ve mevcut bilimsel veriler eşliğinde tedavinin düzenlenmesinin uygun olacağı düşünülmektedir.

## Kaynaklar:

1. Eroğlu MZ, Özpoyraz N. Bipolar Bozuklukta koruyucu tedavi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010;2:206-236.
2. Tütüncü R, Örsel S, Özbay MH. Bipolar bozukluk başlangıç yaşının klinik ve gidiş özellikleriyle ilişkisi. Klinik Psikiyatri 2007;10:63-68.
3. Angst J, Sellaro R. Historical Perspectives and Natural History of Bipolar Disorder. Biol Psychiatry, 2000;48:445-457.
4. Saka MC, Özer S, Uluşahin A. Bipolar bozuklukta bir yıllık izlem çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 2001;12:283-292.
5. Goldberg JF, Harrow M. Poor-outcome bipolar disorders. Bipolar Disorders: Clinical Course and Outcome, Goldberg JF, Harrow M (Ed), Washington DC, American Psychiatric Press Inc, 1999: 1-19.
6. Angst J, Gamma A, Sellaro R, Lavori PW, Zhang H. Recurrence of bipolar disorders and major depression A life long perspective. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 2003;253:236-240.
7. Goodwin FK, Jamison KR. Manic depressive illness, second edition. Oxford Press Newyork.2007.
8. Oopen G, Salvatore P, Baldessarini RJ. On the periodicity of manic depressive insanity by Eliot Slatter: translation and commentary. Journal of affective disorders; 2004;78:1-9.
9. Baldessarini, R.J., Salvatore P, Khalsa HM, Imaz-Etxeberria H, Gonzalez-Pinto A, Tohen M. Episode cycles with increasing recurrences in first-episode bipolar-I disorder patients, J. Affect. Disord. (2011), doi:10.1016/ j.jad.2011.08.037.
10. Hilty DM, Leamon MH, Lim RF, Kelly RH, Hales RE. A review of bipolar disorder in adults. Psychiatry (Edgmont). 2006;3:43-55.
11. Dell'Osso L, Pini S, Tundo A, Sarno N, Musetti L, Casano GB. Clinical characteristics of mania, mixed mania, and bipolar depression with psychotic features. Compr Psychiatry 2000;41:242-7.

12. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). *Am J Psychiatry* 2002;159:1-50.
13. Yatham LN, Kennedy SH, O'Donovan C, Parikh S, MacQueen G, McIntyre R et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder:consensus and controversies. *Bipolar Disorders* 2005;7:5-69.
14. Vahip S, Yazıcı O, Oral T. İki Uçlu Duygudurum Bozuklukları Tedavi Kılavuzu, 1.baskı. İstanbul, Türkiye Psikiyatri Derneği, 2003
15. Angst J. Comorbidity of mood disorders: A longitudinal prospective study. *Br J Psychiatry* 1996;30:31-71.