

"Konversiyonu Atlamak" Ayıp mı?

Is it a Shame "To Miss the Diagnosis of Conversion Disorder"?

Sinan GÜLÖKSÜZ, Esat Timuçin ORAL*, Latif Ruhsat ALPKAN

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. ve *5. Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Konversiyon bozukluğu (KB) fiziksel bir hastalıktan kaynaklandığı düşünülen, ancak aslında psikolojik çatışma veya gereksinimin ifadesi olarak ortaya çıkan bir fiziksel işlev bozukluğudur. Konversif belirtilerin hatalı olarak KB tanısı alması, bu hastalarda var olan/alta yatan diğer tıbbi hastalıkları örtebilir. Bu olgu bildiriminde, belirtileri, babasını kalp krizi geçirirken gördükten sonra başlayan, dizartirisi, sol tarafında yüzü de içeren hemianestezisi, sağ taraf ekstremitelelerinde hafif güçsüzlüğü, solda ptosis, uykuya dalmak güçlüğü ve irritabilitesi olan 39 yaşında bir kadın hasta tartışılmaktadır. Başlangıçta psikiyatri ayaktan tedavi merkezinde KB tanısı almış ve altı ay boyunca antidepresan tedavi ile izlenmiştir. Altı ay boyunca yukarıda söz edilen belirtilerle göz hastalıkları, ortopedi ve nöroloji uzmanları tarafından değerlendirilmiş, migren tanısıyla nörolojide de takip edilmiştir. İkinci basamak ayakta tedavi birimindeki psikiyatrik değerlendirmesinde major depresyon tanısı konulan ve daha öncesinde ayrıntılı görüntüleme tetkikleri uygulanmamış olan hastada BT ve MR ile sol pons yarısında infarkt saptandı. Konversiyon bozukluğu hatalı tanısı tüm takip ve tedavi sürecini etkiler, bu yüzden KB tanısı tam bir değerlendirilmenin ve konversif belirtilerle ilişkili olabilecek diğer tüm hastalıkların dışlanması sonrası konulmalıdır. (*Nöropsikiyatri Arşivi* 2008; 45: 97-9)

Anahtar kelimeler: Konversiyon bozukluğu, pons infarktı, hatalı tanı

ABSTRACT

Conversion disorder (CD) is defined as "alteration in physical functioning that suggests physical disease but is apparently an expression of a psychological conflict or need". Misdiagnosis of conversion symptoms as CD, may hide the existing and/or underlying medical illness in these patients. In this case report, a 39 year old female patient with dysarthria, left sided hemianesthesia including the face, slight weakness on the right side of the body, left sided ptosis, irritability, and difficulty in falling asleep was presented. These symptoms had appeared after witnessing her father's heart attack. She was initially diagnosed as CD in the psychiatry outpatient unit and followed up for six months with antidepressant treatment. Previously, she had also been examined by an ophthalmologist, an orthopedist and a neurologist and followed up by the neurology department for her migraine. She was diagnosed with major depressive disorder according to DSM-IV-TR in her psychiatric evaluation in this unit. It was then realized that no computerized tomography (CT) and/or EEG had been ordered previously. Both CT and brain magnetic resonance imaging revealed left side pontine infarction. As misdiagnosis of CD may affect the whole management and treatment procedure, CD ought to be diagnosed after a complete evaluation and by excluding all other possible underlying illnesses. (*Archives of Neuropsychiatry* 2008; 45: 97-9)

Key words: Conversion disorder, pontine infarction, misdiagnosis

Giriş

Konversiyon bozukluğu (KB), nörolojik ya da başka bir tıbbi durumu düşündüren istemli motor veya duyu işlevlerini etkileyen bir ya da birden fazla belirti ve eksikliğin olması ile bu belirtilerin eşlik eden psikolojik çatışma ile ilişkili bulunması şeklinde tanımlanır (1). Klasik KB belirtileri arasında koordinasyon bozukluğu, paralizisi, afoni, nöbetler, diskinezi, körlük, anosmi, parestezi ve anestezi bulunur; bu belirtiler nörolojik bir hastalığı düşündürürler (1). Konversiyon bozukluğu tanısı alan hastaların izlemleri sırasında belirtilerinin aslında tıbbi bir durumdan kaynaklandığı saptananların oranı günümüzde oldukça azalmıştır. Yapılan sistematik bir derlemede KB tanısı alanlarda hatalı tanı konulma oranı 1950'lerde %29, 1960'larda %17 iken sonraki yıllarda gö-

rece daha da düşerek %4'e kadar gerilemiştir (2). Hatalı tanı tüm sağaltım sürecini etkiler ve hastanın ölümü ile sonuçlanabilir. Bu olgu sunumunda Bakırköy Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel psikiyatri polikliniğinde takip edilen ve tedaviye dirençli kabul edilerek ikinci basamak ayaktan tedavi ünitesine terapi gereksinimi ile sevk edilen ancak izleminde major depresyon ve geçirilmiş pontin infarkt tanısı konulan bir KB hastası tartışılmaktadır.

Olgu

İkinci basamak ayaktan tedavi ünitesine başvurusundan önce, altı ay boyunca KB tanısı ile genel psikiyatri polikliniğinde izlenen 39 yaşındaki kadın hasta tedaviye dirençli kabul edilerek psikote-

rapi gereksinimi nedeniyle yönlendirilmişti. Hastanın başlıca yakınmaları altı ay önce erkek kardeşinin ağır major depresyon tanısıyla izlendiği genel psikiyatri polikliniğinde babasının kalp krizi geçirmesi sonrasında bilincini yitirmeksizin aniden yere düşmesi, ağzının sola kayması, tüm vücudunda titreme olması ile başlamıştı. Orada bulunan psikiyatri asistanı tarafından konuşularak, iyileşeceği telkini ile rahatlatılan hastanın şikayetleri kısmen gerilemiş ve babasının yatırıldığı hastaneye gönderilebilmişti. Orada da iki kez tekrarlayan benzer tablo ile bu kez acil serviste yarım gün gözlem altına alınmıştı. Sonrasında bu tablo tekrarlamamış fakat, hastanın konuşması kalıcı olarak bozulmuş, sol göz kapağı hafifçe düşmüş ve özellikle sol yüz yarısında belirgin olmak üzere, vücudunun sol tarafında hissizlik oluşmuştu. Ayrıca vücudunun sağ tarafında hafif bir güçsüzlük ve eskiye göre yürümesinde hafif bir aksama gözlenmişti. Bu şikayetleri ile daha sonra genel psikiyatri polikliniğine başvuran hastaya konversiyon bozukluğu tanısı ile mirtazepin 15 mg/gün başlanılmıştı. Hasta aynı zamanda 15 yıldır migren tanısı ile takip edildiği nöroloji polikliniğinde de migren atağı sırasında uygulanmak üzere naproksen sodyum 275 mg tedavisi ile izlenmeye devam edilmişti. Göz kapağı düşüklüğü nedeniyle başvurduğu poliklinikte ise göz hastalıkları uzmanı tarafından tobramisin damla ve krem başlanmış, gözü bandajla kapatılmıştı. İkinci basamak ünitesine yönlendirilmeden önceki altı aylık izleminde, psikiyatrik tedavisine paroksetin eklenerek kademeli olarak 30 mg'a kadar çıkartılmış, mirtazepin dozu da 30 mg'a yükseltilmişti. Hastanın konuşmasındaki bozulma başlangıca göre kısmen düzelse de devam etmişti. Yürümesindeki bozulma nedeniyle özel ortopedi uzmanına giden hasta kendisine 'kalçada pıhtı var' denildiğini ifade ediyordu.

İkinci basamaktaki değerlendirmesinde başlıca yakınmasının konuşmasındaki yavaşlama, duraksama ve kekeleme olduğu görüldü. Bu yakınma ile beraber hasta gerginlik, irritabilite, uykuya dalma güçlüğü, vücudun sol yarısında uyuşma da tarifliyordu. İlk başvurudan sonra hastanın mevcut yakınmaları kısmen gerilemiş olsa da idrar tutamama dışında sürmekteydi.

Öyküsünde birçok bayılma tablosu bulunduğu, bunlardan ilkinin 18 yıl önce ilk eşini trafik kazasında kaybettiği gün, bir diğerinin de ikinci eşini serebrovasküler hastalık nedeniyle kaybetmesinden sonra olduğu saptandı. Kendi ifadesine göre bu bayılmalar bu sefer olanlardan farklıydı. İlk eşini kaybettiği gün içinde, iki kez bayılan hastaya başvurduğu nöroloji kliniğinde adını hatırlamadığı bir ilaç başlanmıştı ve bu ilacı yaklaşık altı ay kullanmıştı. İkinci eşini kaybedene kadar geçen sonraki 12 yıl boyunca hiç bayılması olmamıştı. İkinci eşinin kaybından hemen sonraki iki günde, benzer şekilde, birkaç kez bayılması olmuş ve normale dönmüştü. Aile öyküsünde kendisinden üç yaş küçük erkek kardeşindeki major depresyon tanısı dışında konversiyon bozukluğu veya herhangi bir ruhsal hastalık tanısı yer almıyordu.

Psikiyatrik değerlendirmesinde hüzünlü duygulanıma karşın uyarılmış duygudurumu olan hastanın uykuya dalmakta güçlük, hayattan keyif alamama, belli bir konu üzerinde yoğunlaşmada güçlük gibi ajite depresif belirtileri mevcuttu. Nörolojik değerlendirmesinde ise dizartrik konuşma, yüzün sol yarısını kapsayan hipostezi, pitotik sol göz kapağı, sol gözde dışa bakışta hafif kısıtlılık, sağ taraf kol ve bacakta global olarak -5/5 olmak üzere kas

gücü yetersizliği mevcuttu. Konversiyon bozukluklarında görülen aksine, hastanın belirtileri telkin ile değiştirilemez özellikteydi; duyu kaybı lokalizasyonu dermatomlarla uyumluydu ve bacaklardaki güç kaybının tutarsızlığını değerlendiren Hoover belirtisi negatifti. Şikayetlerinin başlangıcından bu yana istenilmemiş olan kan biyokimyası, elektroensefalografi (EEG), bilgisayarlı beyin tomografi (BBT) görüntülemesi, hemogramı, tiroid fonksiyon testleri ve vitamin B12 düzeyini içeren kan incelemeleri istendi. Kan incelemeleri ve EEG'si normal sınırlar içinde bulunan hastanın BBT görüntülemesinde pons sol yarısında infarkt düşündürülen şüpheli hipodens alan saptandı. Sonrasında istenen beyin manyetik rezonans görüntülemesiyle pons sol yarısında geçirilmiş infarkt alanı teyid edilen hastanın mevcut yakınmalarının pontin enfarkta bağlı olabileceği düşünüldü. Öte yandan, depresif belirtileri değerlendirilen hastaya DSM-IV TR tanı ölçütlerine göre Major Depresyon tanısı konuldu. Hastanın mevcut depresif belirtilerinin gerilememiş olması nedeniyle almakta olduğu paroksetin dozu 50 mg'a çıkarılarak genel psikiyatri polikliniğinde takibine devam edildi. Ayrıca, bilinen bir risk faktörü olmadığı halde görece genç yaşta serebrovasküler hastalık geçirdiği için, etiyojolojiye yönelik araştırmanın derinleştirilmesi ve tedavisinin düzenlenmesi için hasta nöroloji kliniği ile yeniden konsülte edildi.

Tartışma

Burada olasılıkla geçirilmiş pontin infarkta bağlı belirtileri nedeniyle KB tanısı almış ve uzun süre hatalı tanı ile izlenmiş bir hasta ele alınmıştır. Hastanın belirtilerinin babasının kalp krizi geçirmesinin hemen sonrası başlaması, daha önceki eş kayıpları gibi yaşam olayları sonrasında da benzer şekilde konversif bayılmaları olması hastaya doğrudan KB tanısı konulmasına neden olmuş olabilir. İzleminde belirtileri gerilememiş olan hastanın psikiyatri dışındaki hekimlerce de takibi olmuş, fakat geçirmiş olduğu beyin sapı infarktı saptanamamıştı. Bunun sebebinin daha önce konulmuş olan KB tanısı nedeniyle muayene belirtilerinin KB'na bağlı olduğunun düşünülmesi ve bu önyargıyla tanıya yönelik değerlendirme araçlarının kullanılmaması, tanının atlanmasına neden olmuş olabilir. Ayrıca izlem sırasında disiplinler arası yeterli iletişimin olmaması da tanıyı geciktirmiş olabilir ve önceki konversif belirtilerin öyküdeki varlığı nedeniyle psikiyatriden nörolojiye sevki sırasında kolayca KB tanısı konulmuş olması mümkündür.

Slater ve arkadaşları 1965 yılında tamamladıkları izlem çalışmasında belirtileri organik bir nedenden kaynaklanan ancak hatalı olarak KB tanısı konulan hastaların oranını %33 olarak saptamışlar ve KB tanısının umursamazlık için bir özür, klinik hata için de çok verimli bir kaynak oluşturduğunu bildirmişlerdir (3,4). Günümüzde bu çalışmayı teyid eden yeni çalışmalar, değerlendirme araçları ile çalışma yöntemlerinin gelişmiş olması nedeniyle bu oranın oldukça düşük bir seviyeye gerilediğini (%5) göstermektedir (5). Kuşkusuz ki değerlendirme araçları yanında yıllar içinde tıp alanında bilgilerin çoğalması ve daha iyi bir eğitim sunulması da bu oranın düşmesinde rol oynamış olabilir. Konversiyon bozukluğu belirtileri pek çok psikiyatrik veya somatik hastalıkla karışabileceği için, aslında tanı koymak oldukça zorlu bir süreçtir (6).

Nitekim ülkemizde acil serviste çalışan doktorlar arasında yapılan bir çalışmada, diğerlerine kıyasla psikiyatri rotasyonu yapan hekimlerin KB ayırıcı tanısına giderken daha fazla seçeneği gözönünde bulundurduğu gösterilmiştir (7).

Ülkemizde psikiyatri konsültasyonlarının %25,1'inde KB tanısı konulduğu Canpolat ve arkadaşları tarafından bildirilmiştir (8). Bu çalışmada konversif belirtiler sergileyen hastalar için konsültasyon istenmesinin en sık nedeninin KB tanısının doğrulanması amacıyla olduğu görülmektedir. Konversif belirtileri değerlendirirken bu belirtileri açıklaması olası psikososyal bir olayın eşlik edip etmemesine bakılmaksızın yeterli tıbbi değerlendirmenin yapıldığından emin olunmalıdır (9). Nitekim bizim olgumuzda da iki eşin kaybı ve babasının kalp krizi geçirmesi gibi yaşam olayları vardı ve olasılıkla tanı konulurken belirtiler bu yaşam olayları ile ilişkilendirilerek yeterli değerlendirme yapılmamıştı. Nöroloji kliniğine başvuran hastalarda psikiyatrik bir hastalık bulunuyor olmasının nörolojik hastalık tanısı alma olasılığını azalttığı bildirilmiştir (10). Bizim hastamız da nöroloji tarafından izleniyor olmasına karşın, önceden var olan KB tanısının yarattığı önyargı nedeniyle olsa gerektir ki, pons infarktı saptanamamış, mevcut tablo psikiyatrik hastalık içinde değerlendirilmiş olabilir. Oysa KB tanısı konulurken önceden var olan nörolojik hastalık, geç yaşta başvuru, belirtilerin ileri yaşta başlamış olması, belirtilerin uzun sürmesi ve ilaç kullanımı gibi değişkenlerin nörolojik bir hastalığı öncelikle akla getirmesi önerilmektedir (11). Nitekim bizim olgumuzun da özgeçmişinde konversif nöbetleri olmasına karşın son belirtilerinin başlangıcı 39 gibi ileri bir yaşta ve altı ay gibi uzun bir süredir devam etmekteydi.

Günümüzde geçerliliği tartışılmakla beraber (12) "güzel aldırma" halinin varlığı, mevcut duyu kaybının dermatomlarla uyum göstermemesi ya da duyu kaybının yer değişikliği göstermesi, telkin ile duyu ve motor belirtilerin değiştirilebilmesi, orta hattı geçen hemianestezi varlığı, alın ve sternum bölgesinin ardışık bir şekilde uyarılması sonrası tek taraflı titreşim hissinin kaybı daha önceleri nörolojik değerlendirmede KB lehine değerlendirilen belirtilerdi (13). Hastamızda bu belirtilerin hiçbiri yoktu, ayrıca kontrollü çalışmalarda KB tanısı koyarken yüksek düzeyde geçerliliği ve güvenilirliği olan bacaklardaki kas güçsüzlüğündeki tutarsızlığın bir ölçütü olan, hastadan bir bacağını kaldırması istendiğinde diğerini istemsiz bir şekilde yatağa bastırması ile değerlendirilen Hoover belirtisi de negatifti (14).

Anatomik yeri itibarıyla ponda gerek inen ve çıkan yollar, gerekse kranial sinir nükleusları birbirlerine oldukça yakın lokalizasyonlarda bulunmaktadır. Bu nedenle bazen milimetrik bir pons lezyonu bile gürlütlü bir biçimde ortaya çıkabilir, örneğin "locked-in" ve "internükleer oftalmopleji" sendromları bunlardan bazılarıdır. Hastamızda bulunan ponsun sol yarısındaki infarkt, muhtemelen trigeminal sinirin traktus spinalis nervus trigeminus çekirdeğini etkileyerek sol yüz yarısında hipoesteziye, traktus kortikobulbaris'i etkileyerek göz bulgularına ve traktus kortikospinalis lateralis'i etkileyerek karşı tarafta motor güç kaybına neden olmuştu. Bu bulgular ile hastanın klinik görünümünün

konversiyon bozukluğundan farklı olarak nörolojik çapraz sendroma uymakta olduğunun akla gelmesi beklenirdi (15).

Bu olgu sunumu ile KB tanısı konularak altı ay farklı tıp dallarındaki hekimler tarafından izlenen bir pontin infarkt hastasında tanının hatalı olarak tartışılmadan sürdürülmesine yol açan süreçte dikkat çekmek istedik. Yeterli değerlendirme yapılmadan önyargıyla yaklaşım sonrası konulan tanı sonraki süreci de etkilemekte ve doğru tanıyı geciktirmektedir. Oysa KB tanısı konulurken temel yaklaşım sebep olan başka bir hastalığın varlığının dışlanması olmalıdır. Belirtileri başka bir hastalıktan kaynaklanan bir hastaya KB tanısı konulması tüm tedavi sürecini etkileyerek ciddi ve geri dönüşümsüz sonuçlara yol açabileceği gibi, tersi de gereksiz tetkiklerin yanı sıra gerileyebilecek konversif belirtilerin sürmesine, hatta dirençli hale gelmesine yol açabilir. Yine de öncelik altta yatabilecek diğer bir hastalığın araştırılması olmalı ve konversiyon tanısını atlamının ayıp olmadığı unutulmamalıdır. Bu yüzden tanı koyarken disiplinlerarası uyumlu çalışma ve iki durum arasındaki denge gözetilerek tanının netleştirilmesi önemlidir.

Kaynaklar

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
2. Stone J, Smyth R, Carson A, et al. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and "hysteria." *BMJ* 2005; 331: 989-91.
3. Slater E, Glietheroe E. A follow up of patients diagnosed as suffering from "hysteria." *J Psychosom Res* 1965; 9: 9-13. 3.
4. Slater E. Diagnosis of "Hysteria." *Br Med J* 1965; 1: 1395-9.
5. Crimlisk HL, Bhatia K, Cope H et al. Slater revisited: 6 year follow up study of patients with medically unexplained motor symptoms. *BMJ* 1998; 316: 582-6. 21.
6. Raymond DA, Maurice V, Allan HR. 1993 Principles of Neurology New York. McGraw-Hill Companies, 1291-310.
7. Bediz U, Aydemir Ç, Başterzi AD ve ark. Hekimlerin konversiyon bozukluğuna yaklaşımını etkileyen faktörler *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004; 7: 73-9.
8. Canpolat BI, Göka E, Örsel S ve ark. 1998 Sociocultural Aspects of Emergency Psychiatry in Today's Turkey. 5 th World Congress International Association For Emergency Psychiatry Kongre Kitapçığı.
9. Richtsmeier AJ Jr. Pitfalls in diagnosis of unexplained symptoms. *Psychosomatics* 1984; 25: 253-5.
10. Ekstrand JR, O'Malley PG, Labutta RJ et al. The presence of psychiatric disorders reduces the likelihood of neurologic disease among referrals to a neurology clinic. *J Psychosom Res* 2004; 57: 11-6.
11. Moene FC, Landberg EH, Hoogduin KA et al. Organic syndromes diagnosed as conversion disorder: identification and frequency in a study of 85 patients. *J Psychosom Res* 2000; 49: 7-12.
12. Gould R, Miller BL, Goldberg MA et al. The validity of hysterical signs and symptoms. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174: 593-7.
13. Weintraub MI. Hysterical Conversion Reactions, A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment. New York, SP Medical and Scientific Books, 1983.
14. Ziv I, Djaldetti R, Zoldan Y et al. Diagnosis of "non-organic" limb paresis by a novel objective motor assessment: the quantitative Hoover's test. *J Neurol* 1998; 245: 797-802.
15. Bradley WG, Daroff RB, Fenichel MG, Marsden DC (2000) *Neurology in Clinical Practice*, 3. baskı, cilt 1-2, Massachusetts. Butterworth Heinemann Inc. s. 300-306, 1132-5.