

Olgu sunumu / Case report**Travmatik beyin yaralanmasına bağlı nörobilişsel bozukluk ve depresyon: Bir olgu sunumu**İbrahim YAĞCI,¹ Yüksel KIVRAK²**ÖZ**

Travmatik beyin yaralanması (TBY), fiziksel, bilişsel ve ruhsal-toplumsal işlevlerde bozulma ile sonlanan bir yaralanmadır. Baş ağrısı, bilinç kaybı, bulantı, motor ve bilişsel etkilenmeler yanında depresyon, duygusal ve davranışsal değişiklikler yaygın olarak görülmektedir. Bu hastalarda öğrenme, anlama, iletişim, hareket, günlük aktiviteler, kişisel bakım, toplumsal davranışlar gibi günlük rutin aktiviteleri içeren fiziksel ve zihinsel işlevler etkilenmektedir. Ortaya çıkan bulgular, yaralanma şiddeti ve kişilik özelliklerine göre değişiklik göstermektedir. Olgumuzun kaza öncesi işlevselliği iyi olup, travma sonrasında entelektüel işlevlerinde bozulma, kişilik değişiklikleri olması nedeni ile travmatik beyin yaralanmasına bağlı yeğin nörobilişsel bozukluğun eşlik ettiği depresyon olduğu düşünüldü. Biz TBY ve depresyon birlikteliği olan, klinisyenler tarafından sonradan depresif bozukluğun fark edildiği ve depresyonun tanı ve tedavisi ile işlevselliğinde düzelme olan hastayı sunmayı amaçladık. (*Anadolu Psikiyatri Derg 2017; 18(Ek.1):19-22*)

Anahtar sözcükler: Depresyon, travmatik beyin hasarı, bilişsel bozukluklar

Neurocognitive disorder due to traumatic brain injury and depression: a case report**ABSTRACT**

Traumatic brain injury (TBI) is an injury that results in physical, cognitive and psychosocial dysfunctions. Depression, behavioral and emotional changes are usually present as well as other typical symptoms such as headache, loss of consciousness, nausea, motor and cognitive impairments. Physical and mental conditions including learning, the ability to understand and communicate, movement skills and maintaining daily activities, self-care and social behaviors are usually affected in these patients. These symptoms may vary in accordance with the severity of the injury or due to personal changes. Our case was reported to have a good functionality before the accident, and showed personality changes and impairment in intellectual functions, therefore depression with neurocognitive impairment due to traumatic brain injury seemed to be the most possible diagnosis. In this study, we aimed to present a case of traumatic brain injury with concurrent depression and improvements in patient's functionality after successful diagnosis and treatment processes. (*Anatolian Journal of Psychiatry 2017; 18(Suppl.1):19-22*)

Keywords: Depression, traumatic brain injury, cognitive disorders

GİRİŞ

Travmatik beyin yaralanması (TBY), fiziksel, bilişsel ve ruhsal-toplumsal işlevlerde bozulmanın görüldüğü bir yaralanmadır.¹ En sık trafik kazaları ve düşmeler olmak üzere kafa travmasına neden olabilen her olay TBY etiyolojisi içinde yer alabilir.² Türkiye'de Kaya ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada TBY sıklığı erkeklerde

%79.1 olarak saptanmıştır. TBY'nin en sık nedeni %58 oranında trafik kazaları olup bunu sırasıyla %21, %12 ve %9 oranlarında şiddet, düşme ve diğer etkenlere bağlı TBY izlemektedir.³

TBY sonrası baş ağrısı, bilinç kaybı, bulantı, motor ve bilişsel etkilenmelerin yanında depresyon, duygusal ve davranışsal değişiklikler sık olarak görülmektedir.⁴ Bu hastalarda öğrenme,

¹ Kars Harakani Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Kars

² Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD, Kars

Yazışma adresi / Correspondence address:

Uzm. Dr. İbrahim YAĞCI, Kars Harakani Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Kars, Türkiye

E-mail: ibrahimyagci53@hotmail.com

Geliş tarihi: 09.10.2016, Kabul tarihi: 06.12.2016, doi: 10.5455/apd.245070

anlama, iletişim, hareket, günlük aktiviteler, kişisel bakım, sosyal davranışlar gibi rutin aktiviteleri içeren fiziksel ve zihinsel işlevler etkilenmektedir.⁵ TBY sonrası görülen bulgular, yaralanma şiddeti ve kişilik özelliklerine göre değişiklik göstermektedir.

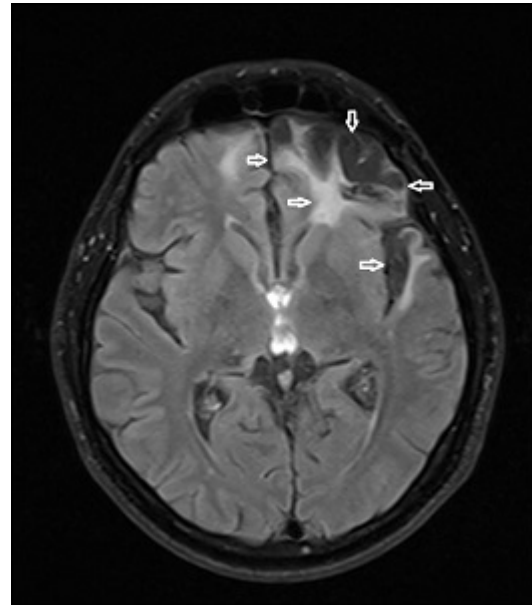
TBY, sağlık sorunlarının yanı sıra ekonomik ve sosyal boyutu ciddi bir sorundur. Hastaların büyük bir kısmı aniden fiziksel ve sosyal özürle hale gelip, toplum yaşamından uzaklaşmak zorunda kalmaktadır. İşlevselliklerindeki azalma sonucu yaşam kalitelerinde de ciddi kayıplar görülmektedir. Travmatik beyin yaralanmasından sonra klinik tabloyu daha da kötüleştiren depresyonla birlikte görülmekle beraber hasta ve hasta yakınları bu durumu geçirilen kazanın olağan sonucu olarak düşünmekte, ikinci bir hastalık olarak göremeyebilmektedirler. Bu nedenle hastaneye başvuruda depresif yakınmalar ön plana çıkmakta, komorbid depresyon olasılığı klinisyenin gözünden kaçabilmektedir. Depresyon ise, azalmış olan sağlıkla ilgili yaşam kalitesini daha da azaltmakta ve var olan tablo daha da kötüleşmektedir.⁶ Biz TBY ve depresyon birlikteliği olan, klinisyenler tarafından sonradan depresif bozukluğun fark edildiği ve depresyonun tanı ve tedavisi ile işlevselliğinde düzelme olan hastayı sunmayı amaçladık.

OLGU

Otuz üç yaşında, evli, lise mezunu başka bir ilde yaşayan erkek olgu 2.5 yıldır süren unutkanlık, sinirlilik, çok küfür etme, öfke kontrolünde güçlük, yorgunluk yakınmaları ile yakınlarıyla beraber kliniğimize başvurdu. Öyküsünden 2.5 yıl önce araç içi trafik kazası geçirdiği, kazadan önce hiçbir psikiyatrik yakınmasının olmadığını ve teknisyen olarak çalıştığı, 2.5 ay yoğun bakımda olmak üzere toplam üç ay hastanede yattığı ve o zamandan beri yakınmalarının sürdüğü öğrenildi. Hastane yatış epikrizlerine bakıldığında kaza sonrası geçici bilinç yitiminin olduğu, hemiparezisinin olduğu görüldü. Ailesinden alınan öyküye göre kazadan sonra kalabalık ortamlara girmediği, sakin yapıda olan kişinin sık sık sinirli davranışlar gösterlediği, sabırsız olduğu, şiddet eylemlerinde bulunabildiği, unutkanlığının olduğu, hesap yapma yetisinin azaldığı, taşıt kullanmadığı ve bu nedenlerden dolayı beyaz eşya servisinde tamirci olarak çalışan olgunun işini kaybettiği, birkaç işe girme denemesinde başarısız olduğu ve işten ayrıldığı öğrenildi. Kaza sonrası hastanın tek başına dışarı çıkamadığı bir kere kaybolduğu ifade edildi. Olgunun cep telefonunu kullanmadığı, kendisi ve ailesi ile ilgili

günlük işleri bile yapamadığı, bu nedenle bu işleri eşinin yaptığı öğrenildi. Hastanın kazadan 2.5 yıl sonra ilk defa yapılan psikiyatrik muayenesinde bilinci açık, yönelimi tam, özbakımında azalma, duygulanımında oynaklık, çökkün duygudurum, zevk alamama, uyku süresinde artma, apatik görünüm, distraktibilite, bellekte (anlık-yakın-uzak) bozulma, okuma-yazma hızında azalma, dikkat ve aritmetik becerilerinde azalma, düşünce içeriğinde yoksullaşma, yargılama ve yorumlamada zayıflık, konuşma içeriğinin fakirleşmesi, konuşma akıcılığında bozulma, sık dil sürçmeleri; nörolojik muayenede üst ekstremitede güçsüzlük saptandı. Olguya Mini Mental test yapıldı.⁷ Test toplam puanı 15 olup, alt ölçeklerine bakıldığında, yönelim 8 puan, kayıt belleği 1 puan, dikkat ve hesap yapma 0 puan, anımsama 0 puan, dil 6 puan, görsel-mekansal işlev 0 puan aldı. Kaza öncesi dönem ile karşılaştırıldığında birçok bilişsel alanda gerileme olan ve Mini Mental Test puanı düşük olan hastada nörobilişsel bozukluk olabileceğini düşündük. Hastadan ek tetkikler istedik. Hastanın rutin kan tetkikleri ve EEG'sinde patoloji saptanmadı. Kontrastlı beyin MR'inde sağ frontal lob bazali paramedian, sol frontal lob bazal ve komşu temporal lob ventrali ve insular kortekste kortikosubkortikal gliozisin de eşlik ettiği sekel ensefalomalazik alanlar, sağ serebellar hemisfer inferior kesimde sekel alanlar izlendi.

Frontal ve temporal lob hasarları olmasına rağmen DSM-5'e göre olması gereken B madde-



Resim 1. Kazadan 2.5 yıl sonraki beyin MR'si

sini (Bu bozukluk gizlice ve sessizce başlayan, yavaş yavaş ilerleyen bir gidiş gösterir) karşılamaması nedeni ile frontotemporal nörobilişsel bozukluk tanısı olmadığı kanısına varıldı.⁸ Kaza öncesi işlevselliği iyi olan hastada travma ile ilgili kanıtlar (travma sonrası bilinç yitimi, unutkanlık ve nörogörüntülenmede yaralanma ile ilgili lezyonlar) olması ve bilişsel alanlardaki gerilemelerin kazadan sonra başlaması ve devam etmesi nedeniyle travmatik beyin yaralanmasına bağlı nörobilişsel bozukluk olabileceğini düşündük.⁸ DSM-5'e göre nörobilişsel yetmezliğin majör ve minör olup olmadığının belirlenmesinde hastanın günlük yaşam aktivitelerini kendi başına yapıp yapamadığı önemlidir.⁸ Her ne kadar bize başvurduğunda hastamız günlük yaşam aktivitelerini kendi başına yürütemese de tabloya depresif belirtiler eşlik ettiğinden ve bu durum işlevselliği etkileyebileceğinden nörobilişsel yetmezlik ile ilgili olarak majör-minör ayırımı yapamadık. Depresif bozukluğun eşlik ettiği nörobilişsel bozukluk ön tanısı ile hastaya sertralin 50 mg/gün başladık. Kontrollere çağırdığımız hastanın sertralin dozunu aşamalı olarak 200 mg/güne yükselttik. Depresif belirtilerde ve psikomotor yavaşlamada azalma ve işlevselliğinde düzelmeye görüldü. Olgunun kişilerarası ilişkilerinde düzelmeye üzerine kalabalık ortamlara girebilmeye, kendisinin temel gereksinmelerini yardımsız görebilmesinin yanında evi ile ilgili sorumluluklarını da yerine getirmeye başladı. Mini Mental test tekrar uygulandı.⁷ Test toplam puanı 25 olup, alt ölçeklerine bakıldığında yönelim 10 puan, kayıt belleği 3 puan, dikkat ve hesap yapma 3 puan, anımsama 1 puan, dil 7 puan, görsel-mekansal işlev 1 puan aldı. Daha sonra poliklinik kontrolleri için yaşadığı ilden hastanemizin bulunduğu kente kendi başına gidip gelebilmeyle başladı.

TARTIŞMA

Travmatik beyin yaralanması oluş nedenleri ve şiddetine bağlı olarak değişik klinik tablolara neden olmaktadır. Akut dönemde yaşamsal tehlike görülebilmekle birlikte, bu dönem atlatıldıktan sonra her kişi için farklı olabilen fiziksel, bilişsel ve ruhsal-toplumsal bozukluklarla sonuçlanmaktadır.⁹ Çalışmalarda travmatik beyin

yaralanmaları sonucu gelişen psikiyatrik komplikasyonların yaygınlığının yüksek olduğu ve davranışsal sorunların patogenezinin geçirilen travmaya bağlı olduğu saptanmıştır. Bu davranışsal ve ruhsal-toplumsal sorunlar içinde agresiflik, farkında olmama, cinsel işlev bozukluğu, toplumsal davranış bozukluğu, duygudurum değişiklikleri, apati, mani, akut stres, panik atağı, obsesif kompulsif bozukluklar, depresyon, anksiyete ve travma sonrası unutma görülebilir.¹⁰⁻¹²

Travmatik beyin yaralanmasına bağlı olarak ortaya çıkan ruhsal sorunlar hastanın sosyal yaşamını engellemekte, kazanımlarını azaltmakta, uyumlandırma süresini uzatmakta ve tedavi maliyetini artırmaktadır.⁹ Bu nedenlerden dolayı hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesini azaltabilen psikiyatrik bozuklukların tanı ve tedavisi önemlidir.

TBY sonrası depresyon yaygındır ve hastaların işlevsel ve ruhsal-toplumsal son durumlarını etkilemektedir.¹³ TBY'li hastalarda yapılan ileriye dönük bir çalışmada hastaların %33'ü ilk yıl içinde majör depresif bozukluk ölçütlerini karşılamışlardır.¹¹ Depresyon oranı zamanla artar, yaralanma sonrası 1-3 yılda tepe noktasına ulaşır ve 30 yıla kadar yüksek kalır.¹⁴

Literatürde psikiyatrik komplikasyonların hastaların rehabilitasyona katılma çabalarını ve iyileşme döneminin erken evresinde sosyal etkileşimlerini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiş olup psikiyatrik komplikasyonlar sonlansa bile hastalar bu erken kayıpları düzeltmemektedir.¹⁵

Travmatik beyin yaralanmasına bağlı nörobilişsel bozukluk ve depresyon birlikteliği olabilir. Hem hastanın, hem yakınlarının, hem de polikliniğe kontrole gittiği hekimlerin gözünden kaçabilir. DSM-5 el kitabında da hafif nörobilişsel bozukluk ile nörobilişsel bozukluk ile birlikte ortaya çıkabilen majör depresyon bozukluğunun ayırıcı tanısının güç olabileceği belirtilmektedir.⁸ Hatta tanı için depresyon bozukluklarının tedavisinin şart olabileceği vurgulanmıştır.⁸ Depresyonun tedavi edilmesi hastaların yakınmalarını azaltabilir. Bu nedenle travmatik beyin yaralanmasına bağlı nörobilişsel bozuklukta ayrıntılı psikiyatrik muayene, gerekirse psikiyatri kliniği ile işbirliği yararlı olabilir.

Yazarların katkıları: İ.Y.: Literatür tarama, planlama, makaleyi yazma, revizyon; Y.K.: Literatür tarama, planlama, makaleyi yazma, revizyon.

KAYNAKLAR

1. Consensus conference. Rehabilitation of persons with traumatic brain injury. NIH Consensus Dev-

elopment Panel on Rehabilitation of Persons With Traumatic Brain Injury. JAMA 1999; 282:974-983.

Anadolu Psikiyatri Derg 2017; 18(Ek.1):19-22

2. Kraus JF, McArthur DI. Incidence and prevalence of, and costs associated with traumatic brain injury. M Rosenthal, ER Griffith, MR Bond (Eds.), *Rehabilitation of the Adult and Child with Traumatic Brain Injury*, second ed., Philadelphia: FA Davis, 1999, p.3-18.
3. Kaya A, Dalyan M, Ülker H, Akyüz M, Çakıcı A. Travmatik beyin yaralanmasında rehabilitasyon sonuçları: Kognitif fonksiyonların rehabilitasyon sonuçlarına etkisi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2001; 47:7-14.
4. Gökalp HZ, Erongun U. *Nöroşirurji Ders Kitabı*. Ankara: Mars Matbaası, 1988, s.202-251.
5. Corrigan JD, Deming R. Psychometric characteristics of The Community Integration Questionnaire: replication and extension. *J Head Trauma Rehabil* 1995; 10:41-53.
6. Kıvrak Y, Karademir B, Aygun H, Ersan Y, Arı M, Karahmet E, et al. The effect of agomelatine on the nociceptive system. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2014; 24:220-225.
7. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaflar R, Engin F. Standardize Mini Mental Test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg* 2002; 13:273-281.
8. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5)*. Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan Çeviren E Köroğlu, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2013.
9. Mesulam MM. Davranışsal kognitif nörolojinin ilkeleri. Hİ Gürvit (Ed.), *Mental Durumun Nöropsikolojik Değerlendirmesi*, ikinci baskı, İstanbul: Yelkovan Yayıncılık, 2004, s.160-164.
10. Gentilini M, Nichelli P, Schoenhuber R, Bortolotti P, Tonelli L, Falasca A, et al. Neurophysiological evaluation of mild head injury. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1985; 48:137-140.
11. Jorge RE, Robinson RG, Moser D, Tateno A, Crespo-Facorro B, Arndt S. Majör depression following traumatic brain injury. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:42-50.
12. Brooks N. Personality change after severe head injury. *Acta Neurochir* 1988; 44:59-64.
13. Whelan-Goodinson R, Ponsford J, Schönberger M. Association between psychiatric state and outcome following traumatic brain injury. *J Rehabil Med* 2008; 40:850-857.
14. Ashman TA, Spielman LA, Hibbard MR, Silver JM, Chandna T, Gordon WA. Psychiatric challenges in the first 6 years after traumatic brain injury: cross-sectional analyses of axis I disorders. *Arch Phys Med Rehabil* 2004; 85:32-42.
15. Mohr WK, Mohr BD. Brain, behaviour, connections and implications: psychodynamics no more. *Arch Psychiatr Nurs* 2001; 15:171-181.