

## UZUN SÜRE DEPRESYON VE ANKSİYETE İLE SEYREDEN CADASIL SENDROMU

**Selma Ertürk<sup>1</sup>, Vildan Çakır Kardeş<sup>1</sup>, Mustafa Açıköz<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Zonguldak

<sup>2</sup>Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Zonguldak

**GİRİŞ VE AMAÇ:** CADASIL sendromu: Subkortikal enfarktlar ve lökoensefalopati ile birlikte serebral otozomal dominant arteriyopati, klinik olarak migren, tekrarlayan geçici iskemik atak (TIA) veya laküner inme, bilişsel gerileme ve duygudurum bozukluklarının değişken bir kombinasyonu ile karakterize kalıtsal bir serebrovasküler hastalıktır. Burada depresyon ve anksiyete bozukluğu belirtileri ile uzun süre takip edilen bir CADASIL sendromu olgusu sunulacaktır.

**OLGU:** 50 yaşında kadın, evli, 2 çocuklu, ev hanımı olan hastanın 5 yıl önce başlayan mutsuzluk, keyifsizlik, iş yapamama, isteksizlik ve çökkünlük şikâyetleri mevcuttu. Dış merkezde başlanan duloksetin 60 mg 1x1 ile şikâyetlerinde 2 yıl kadar gerileme olduktan sonra hastanın ailesi bir iki yıl sonra ciddi düzeyde kaygı artışı olduğunu belirtti. Hasta yiyeceklerle zam gelse telaşlanıyor, hiç borçları olmadığı sürekli maddi kayıplar yaşayacağından endişeleniyordu. Sonrasındaysa hastanın depresif belirtilerinde ciddi artış meydana geldi. Ev işi yapmadığı banyo yapmadığı ve özbakımını gerçekleştirmediği, içine kapandığı konuşmadığı ve günün büyük bir bölümünü yatakta uyuyarak geçirdiği öğrenildi. Bu şikâyetlerle son bir yıldır tedavisi dış merkezde duloksetin 60mg/gün aripiprazol 2.5mg/gün bupropion 150 mg/gün şeklinde düzenlenmişti. Fakat tedaviye yanıt alınamıyordu. Hastanın 3ay önce 2 kez 3-4 gün ara ile dengesini kaybedip düşmesi, hareketlerinin yavaşlaması, yürüyüşünde dengesizlik oluşması üzerine hasta üniversitemizde nöroloji ve psikiyatriye yönlendirildi. Alınan öyküde kardeşlerde inme öyküsü olduğu ve CADASIL sendromu tanısı olduğu öğrenildi. Yapılan nörolojik muayene, ruhsal durum muayenesi, kontrastlı beyin Manyetik Rezonans(MR) ve nöropsikolojik testlerin sonucu CADASIL sendromu ile uyumluydu.

**TARTIŞMA:** Cadasil sendromu 100 binde 2-4 oranlarında bildirilmektedir. Bu bozukluğun, beyne ait herediter küçükdamar hastalıklarının en sık formu olduğu, sıklıkla gözden kaçtığı ya da yanlış tanılandığı düşünülmemektedir. Özellikle dirençli seyreden ya da ek nörolojik patolojilerin eşlik ettiği duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarında CADASIL sendromu da akla gelmeli ve bu konuda farkındalık sağlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** CADASIL, depresyon, anksiyete

## ANOREKSİYA NERVOSA'YA EKLENEN SANRIYA İKİNCİL GELİŞEN İMMOBİLİZASYON – DEKÜBİT YARALARI: BİR OLGU SUNUMU

**Emine Ebru Halici, Ayşe Nur İnci Kenar**

Pamukkale Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Denizli

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Yeme bozukluklarına psikotik belirtilerin eşlik etmesi, kliniğin anlaşılması ve tedavinin planlanması bakımından önemlidir. Bu sunumda anoreksiya nervosa (AN) üzerine eklenen psikotik bulgular nedeniyle kliniğin şiddetlenmesi ve olgunun Elektrokonvülsif Tedavi (EKT) ile tedavisinin tartışılması amaçlanmıştır.

**OLGU:** 35 yaş kadın hasta, kilo alma korkusu, fizikini beğenmeme şikâyetiyle başvurdu. Hastanın kendisinden onay alındı. Ruhsal durum muayenesinde; AN bulguları, somatik ve nihilistik sanrılar mevcuttu. Hastanın ilk şikâyetlerinin lise yıllarında başlamış olmasına rağmen psikiyatriye ilk kez başvurduğu, lise sonda 25 kiloya kadar düştüğü, 3 yıl önce düşme nedeniyle kalça protezi operasyonu olduğu, sonrasında ise 'Kilo alırsam kemiklerim taşımaz.' diye yakınmalarının daha da arttığı öğrenildi.

Klinik süreçte; "Bütün kemiklerim kırık her yerimin röntgenini çektirin. Röntgen çekilmezsem yemek yemem." Sanrısı nedeniyle bütün kemiklerim kırık diye sürekli yatmaya, sanrısız immobilizasyona bağlı yatak yarası oluşmaya başladı. Akşam haplarını aldığı anda, kapı çarpması, kapı gıcırdaması, rüzgar sesleri gibi sesler duyduğunu ifade etti. Tedavisi olanzapin 10 mg/gün, aripiprazol 5 mg/gün olarak düzenlendi. Süreçte olanzapin 20 mg/gün'a aripiprazol 30 mg/gün'e kadar çıkıldı. Adet görmeyen hastaya kadın doğum hastalıklarının önerisi ile hormon tedavisi başlandı. Kilo alımı ve diyeti için diyetisyen görüşü alındı. Tedaviden belirgin faydalanım görmemesi, immobilizasyonu ve yemek yememesi devam etmesi üzerine EKT planlandı. 8 seans EKT'den sonra psikotik içeriği gerileyip mobilize oldu, kilo almaya başladı.

**TARTIŞMA:** Bu olguda, önce anoreksiya nervosa kliniği başlamış olup sonrasında oluşan kalça kırığı sonrasında psikotik bulguları ortaya çıkmıştır. 'Kilo alırsam kemiklerim beni taşımaz kırılır.' diye düşünen olguda, yemek yeme davranışından kaçınma giderek artmış, 'Kemiklerim kırılır.' diye yatağa bağımlı, immobilize hale gelmiştir. Süreçte sanrılar doğrutusunda gelişen immobilizasyon nedeniyle dekübit yaraları oluşmuştur. Farmakolojik tedaviye yanıt vermeyen olguda EKT planlanmış olup, hastanın önce mobilize olması sağlanmış, sonrasında yemek yemesi düzene girmiş kilo almıştır. Hastanın genel tıbbi durumunu tehlikeye sokacak boyutta ağır psikotik bulguların AN kliniğine eşlik etmesinin hem AN kliniğinin şiddetlenmesine hem de tedaviye direnç oluşturmaya neden olabileceği düşünülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Anoreksiya nervosa, elektrokonvülsif tedavi, somatik sanrı