

Nörolojik Bozuklukları Taklit Eden Konversiyon Bozukluğu: Olgu Sunumu

Conversion Disorder Mimicking Neurologic Disorders: Case Report

Şebnem KOLDAŞ DOĞAN¹, Saime AY², Deniz EVCİK²

¹*Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Antalya*

²*Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD, Ankara*

Geliş Tarihi / Received: 19.10.2011

Kabul Tarihi / Accepted: 17.04.2012

ÖZET

Konversiyon bozukluğu (KB) herhangi bir organik bir sebep olmadan bireyin motor ve/veya duyu fonksiyonlarında kayıp ile karakterizedir. Burada sol alt ekstremitede kuvvetsizlik, yürümede zorluk ve parestezi şikayetleri olan 39 yaşında bir erkek hasta sunulmuştur. Nörolojik bulgularını açıklayacak olası hastalıklar dışlandıktan sonra KB tanısı konmuştur. Sitalopram 20 mg/gün dozunda başlanmış ve psikiyatri kliniğinde takibe alınmıştır. Üç ay sonraki takibinde, hastanın şikayetleri düzelmiştir. Bu yazıda, tanıda ayrıntılı bir fizik ve nörolojik muayene ile laboratuvar değerlendirmenin yapılması gerektiği vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Konversiyon bozukluğu; kuvvetsizlik; parestezi.

ABSTRACT

Conversion disorder (CD) is characterized by deficit in motor and/or sensory functions of an individual without any organic reason. Herein, a 39 years old male patient who had symptoms of weakness in left lower extremity, difficulty in walking and paresthesia is presented. CD is diagnosed after the exclusion of the possible disorders that explain the neurologic signs. Twenty mg/day citalopram is started and taken to follow up in psychiatry clinic. After 3 months follow-up, complaints of patients is improved. In this paper, the necessity of a detailed physical and neurologic examination with laboratory evaluation during diagnose is emphasized.

Keywords: Conversion disorder; weakness; paresthesia.

GİRİŞ

Konversiyon bozukluğu (KB), psikolojik çatışma ya da gereksinim nedeniyle nörolojik veya organik başka bir hastalığı düşündürecek şekilde motor ve/veya duyu fonksiyonlarında kayıp olarak tanımlanmaktadır (1). Psikolojik sıkıntının fiziksel ifadesi olarak da kabul edilebilir. Baş dönmesi, denge bozukluğu, bayılma, bilinç kaybı, epileptik olmayan nöbetler, yutma güçlüğü, afoni, anosmi, görme kaybı, çift görme, parestezi, anestezi, paralizi gibi motor ve duyu kayıpları şeklinde belirtiler görülebilir (2-7). Etiyolojisi bilinmemekle

birlikte cinsiyet, psikolojik stres, aile içi çatışmalar, çocukluk çağı travması, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, sosyal çevrede karşılaşılan sorunlar hastalığın ortaya çıkışında rol oynamaktadır. Genellikle belirtilerin ortaya çıkmasında önce bir stres öyküsü yada çocuklukta yaşanan bir travma öyküsü tariflenmektedir (2).

Burada, alt ekstremitede kuvvetsizlik, yürümede zorluk, parestezi gibi nörolojik şikayetlerle başvuran ancak yapılan incelemeler sonucu konversiyon bozukluğu saptanan bir olgu sunulmuştur.

Yazışma ve tıpkı basım için iletişim:

Uzm Dr. Şebnem KOLDAŞ DOĞAN

Adres:Antalya Eğitim ve araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Antalya

Telefon: 05323935662

e-posta: sebnemkoldas@yahoo.com

OLGU SUNUMU

DÜ, 39 yaşında, evli, 3 çocuklu erkek hasta, polikliniğe 10 gün önce başlayan bacaklarda ağrı, güçsüzlük ve yürümede zorluk yakınması ile başvurdu. Şikayetleri sağ bacakta ağrı ile başlamış ve 3-4 gün sonra bu şikayetine sol bacakta ağrı eklenmiş. Çömeliş

kalkmakta, parmak ucunda durmakta, merdiven inip çıkmakta zorlandığını ifade ediyordu. Her iki bacakta geceleri daha fazla olan uyuşma, karıncalanma da tarifliyordu. Belde ve her iki bacakta da aktivite ile artan, istirahatle azalan ağrısı olan hastanın kollarında da ağrı ve halsizlik şikayetleri vardı. Mevcut şikayetleri öncesinde travma, infeksiyon gibi bir öykü yoktu. Hasta ileri tetkik amacıyla kliniğimize yatırıldı.

Özgeçmişinde sigara içme öyküsü vardı. Soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde bilinci açık, koopere ve oryente idi. Vücut ısısı: 36°C, kan basıncı: 110/80 mmHg, nabız: 80/dakika idi. Hareket sistemi muayenesinde üst ve alt ekstremitede tüm eklemlerde eklem hareket açıklığı tam ve ağrısızdı. Belde paravertebral kas spazmı vardı. Bel hareket açıklığı tam ve ağrısızdı. Siyatik sinir germe testi negatifti. Nörolojik muayenede sol üst ekstremitede hemihipoestezi vardı. Hastada seviye veren duyu kaybı saptanmadı. Üst ekstremitede kas kuvveti tamdı. Alt ekstremitede sol ayak baş parmak ekstansiyonu 4/5, sol diz fleksiyon ve ekstansiyonu 4/5 idi. Derin tendon refleksleri normoaktifti. Rhomberg testi negatifti. Patolojik refleks yoktu.

Hastanın tam kan, biyokimya, tam idrar tetkiki, sedimentasyon, C-reaktif protein düzeyleri, ön-arka akciğer grafisi ve elektrokardiyogramı normal sınırlarda idi. Kreatinin fosfokinaz ve miyogloblin seviyeleri ile tümör belirteçlerinde anormallik yoktu. Brucella agglutinasyon testi negatifti. Serebrovasküler hastalık, Guillain-Barre Sendromu (GBS) ön tanılarıyla nöroloji bölümüne danışıldı. Ayrıntılı nörolojik muayenenin ardından difüzyon ve kontrastlı kraniyel magnetik rezonans görüntüleme (MRG), servikal torakal MRG, lumbosakral MRG, kemik sintigrafisi, viral belirteçler, VDRL istendi. Difüzyon ve kontrastlı kraniyel MRG'de akut iskemi bulguları saptanmadı. Servikal torakal MRG'de C6-7 düzeyinde spinal korda hafif bası oluşturan santral disk protrüzyonu, T7-8 düzeyinde minimal santral disk protrüzyonu, T11-12 düzeyinde schmorl nodülleri saptandı. Lumbosakral MRG'de L4-5 düzeyinde disk dejenerasyonu, anüler fissür, L5-S1 düzeyinde disk dejenerasyonu, anüler fissür ve sağ parasantral disk protrüzyonu mevcuttu.

Alt ve üst ekstremitede sinir iletim çalışması ve iğne elektromiyografisi (EMG) normaldi. Nöropati veya miyopati ile ilişkili bulguya rastlanmadı. Kemik sintigrafisinde ise sol asetabular bölgede hipoaktif alan mevcuttu. Bu sonuçlarla tekrar nöroloji değerlendirdiğinde durumunu açıklayacak nörolojik olarak patolojik

bulguya rastlanmadığı belirtildi. Kemik sintigrafisinde ki şüpheli alan nedeniyle pelvis grafisi ve sol kalça bilgisayarlı tomografi (BT) istendi. Pelvis grafisi normaldi. Sol kalça BT'de asetabulum, eklem yüzeyleri ve eklem çevresi yumuşak dokular doğaldı. Hastanın 20 senedir sigara içme öyküsü nedeniyle göğüs hastalıklarına da danışıldı. Ön-arka akciğer grafisi ve solunum fonksiyon testinin normal olması nedeniyle akciğer patolojisi düşünülmedi. Hastanın takibi süresince diklofenak sodyum intramüsküler enjeksiyon 1x1 olarak başlandı. Zaman zaman ağrısı hafifleyen hastaya alt ekstremitede kaslarına 13 seans elektrik stimülasyonu uygulandı. Hastanın aralıklı olarak yapılan nörolojik muayenelerinde kas kuvveti ve duyu muayenesi normal veya azalmış olarak değişkenlik gösteriyordu. EMG sonucunda da patolojik bulgu olmaması nedeniyle psikiyatri bölümüne konsülte edilen hastanın psikiyatrik muayenesi sonucunda aleksitimik (duygularını tam olarak ifade edememe) ve hafif obsesif yapısı olduğu belirtilmiştir. Öncesinde bir stres faktörü belirlenemeyen hastanın psikiyatrik değerlendirimi sonrasında konversiyon bozukluğu saptanarak sitalopram 20 mg/gün başlanarak psikiyatri polikliniğinde takibi önerildi. 3 ay sonraki kontrolünde alt ekstremitedeki uyuşma şikayeti gerilemiş, nörolojik muayenede sol alt ekstremitedeki kas kuvveti düzelmişti.

TARTIŞMA

Konversiyon, organik bir patoloji saptanmadan hareket ve/veya duyu fonksiyonlarında kayıp ile karakterize bir bozukluktur (8). Genç erişkin kadınlarda, düşük sosyoekonomik seviyesi olanlarda daha sık görülmektedir (5, 9). Ülkemizde yapılan bir çalışmada kadınlarda konversiyon belirtilerinin yaşam boyu prevalansı % 48.7 olarak saptanmıştır (2). Yaş ve sosyoekonomik düzey açısından olgumuzun özellikleri KB'nin görülme sıklığı ile uyumlu idi. Ancak hastamızın erkek olması bu bilgi ile uyumlu olmamakla birlikte erkeklerde de KB sıklığının arttığına dair bulgular bildirilmiştir (10). Konversiyon bozukluğunda belirtiler çok çeşitli olabilir. Astazi (ayakta duramama), abazi (yürüyememe), paralizisi gibi motor bozukluklar, parestezi, anestezi gibi duyu bozuklukları, boğazda düğümlenme, yutma güçlüğü, öğürme, anosmi gibi nörovejetatif belirtiler, epileptik olmayan nöbetler görülebilir (2). Uğuz ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada KB olan hastaların % 40.3'ünde katılma ya da nöbetler, %40.3'ünde duyu kaybı, % 5'inde motor kayıp, % 12.6'sında karışık görünüm saptanmıştır (3). Sunulan olgudada motor

ve duyu belirtileri ön plandaydı. Özellikle motor belirtilerin aralıklı yapılan nörolojik muayenelerde değişkenlik göstermesi KB lehine olarak değerlendirildi.

Konversiyon bozukluğu başka psikiyatrik tablolarla birlikte görülebilmektedir. En sık eşlik eden tablolar majör depresyon, anksiyete ve kişilik bozukluklarıdır (2, 10-12). Olgumuzun psikiyatrik olarak değerlendirildiğinde duygularını tam olarak ifade edemediği (aleksitimi) ve obsesif kişilik yapısı olduğu saptandı.

Belirtileri çok çeşitli olabildiği için KB, birçok nörolojik ve kas iskelet sistemine ait patolojilerle karışabilmektedir. Tanı koymak oldukça güçtür ve genellikle diğer olası organik nedenlerin dışlanması sonucu akla gelmektedir. Bununla birlikte, bulguları organik bir nedenden kaynaklandığı halde hatalı olarak KB tanısı da konabilmektedir (13). Olgunun daha çok alt ekstremitelerde ağrı, karıncalanma, kuvvetsizlik şikayetlerinin olması öncelikle GBS'i düşündürdü. Akut inflamatuvar demiyelinizan polinöropati olarak bilinen GBS'de semptomlar genellikle alt ekstremitelerde distalden başlayıp proksimale doğru yayılır. İlk olarak uyuşma, karıncalanma şikayetlerine kuvvetsizlik eklenir. Nörolojik muayenede eldiven-çorap tarzı hipoestezi, simetrik kuvvet kaybı, derin tendon reflekslerinde (DTR) azalma yada kayıp saptanır (14). Ancak sunulan olguda yapılan nörolojik muayenede kas kuvvet kaybının ve duyu kaybının asimetrik olması ve değişkenlik göstermesi, DTR'lerin normoaktif olması nedeniyle GBS tanısından uzaklaşıldı. Ayrıca yapılan EMG'de nöropati bulgusu yoktu. O nedenle beyin-omurilik incelemesine gerek duyulmadı.

Sol alt ekstremitelerde kuvvetsizlik ve hemihipoestezi olması serebrovasküler olay (SVO) veya multipl skleroz (MS) olasılığını da düşündürmüştür. Ancak nörolojik muayenede birinci motor nöron bulgularının olmayışı ve yapılan MRG'de durumu açıklayacak patolojinin saptanmaması olası tanılardan uzaklaştırdı.

Kas güçsüzlüğüne neden olan polimiyozitte ise ağrısız proksimal simetrik kas güçsüzlüğü, laboratuvar da kas enzimlerinde artış, EMG'de miyopati bulguları görülmektedir (15). Kalça çevresindeki güçsüzlük nedeniyle merdiven inip çıkmakta zorlanma, oturup kalkmakta zorlanma, sık düşmelere neden olabilir. Olgunun çömeli kalkmakta, merdiven inip çıkmakta zorlanması polimiyoziti düşündürse de kas güçsüzlüğünün asimetrik olması, kas enzimlerinin normal

olması, EMG'de miyopati bulgularının olmaması nedeniyle polimiyozit tanısı dışlandı.

Olgunun lomber MRG'sinde L5-S1 sağ parasantral disk protrüzyonu olması sebebiyle lomber kök bozuklukları açısından da değerlendirildi. Bel ağrısının olmaması, bel muayenesinin kas spazmı dışında normal olması, seviye veren duyu kaybının olmaması, kuvvet kaybının solda olması ve değişkenlik göstermesi, DTR'lerin normal olması, EMG'de nörojenik tutulum lehine bulgu saptanmayışı nedeniyle tanıdan uzaklaşıldı.

Konversiyon bozukluğu özellikle nörolojik ve kas iskelet sistemi hastalıklarının semptomlarını taklit edebildiği için tanı diğer hastalıkların dışlanması sonucu konmaktadır. Tedavide antidepresan, antipsikotik ilaçlar, psikoterapi ve bilişsel-davranış tedavisi, egzersiz, Faradi akım, fonksiyonel elektriksel stimülasyon (FES), biofeedback gibi rehabilitasyon yöntemleri uygulanmaktadır (16,17). Rehabilitasyon programı hastaların fiziksel semptomlarına göre erken dönemde düzenlenmelidir ancak rehabilitasyon yöntemlerinin uzun dönem etkinliği ile ilgili yeterli veri yoktur (18).

Olgumuzda da kas kuvvetsizliği yapabilecek hastalıklar detaylı fizik ve nörolojik muayene, uygun laboratuvar incelemelerle ekarte edilmiş ve psikiyatrik değerlendirme sonucu KB tanısı konmuştur. Antidepresan ilaç başlanarak takip önerilmiştir. 3 aylık takibinde de şikayetlerinde ve bulgularında gerileme sağlanmıştır.

Sonuç olarak, KB tanısı koyarken detaylı değerlendirme ile tüm sistemler gözden geçirilerek olası sebepler dışlanmalı ve organik bir patolojinin atlanarak hatalı olarak KB tanısı da konulabileceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition (DSM IV-TR). Text Revision, Washington DC: American Psychiatric Association, 2000:458-512.
2. Sar V, Akyüz G, Dogan O, Öztü E. The prevalence of conversion symptoms in women from a general Turkish population. *Psychosomatics* 2009;50(1):50-8.
3. Uğuz Ş, Toros F. Konversiyon bozukluğunda sosyodemografik ve klinik özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003;14(1):51-8.

4. Yaluğ İ, Özten E, Tufan AE. Konversiyon bozukluğu ile ilgili literatürün bir olgu nedeni ile gözden geçirilmesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007;27(3):458-62.
5. Tütüncü R, Türkçapar MH. Pseudoepileptik nöbet tanısı alan konversiyon bozukluğu hastalarının bir yıllık izlem sonuçları. Klinik Psikiyatri 2003;6(2):76-9.
6. Karakaya I, Coşkun A, Komsuoğlu S. Konversiyon bozukluğu belirtisi olarak 'Psödoabducens Paralizi': Bir olgu sunumu. Nöropsikiyatri Arşivi 2002;39(1):40-3.
7. Hsieh MK, Chang CN, Hsiao MC, Chen WJ, Chen LH. Conversion paralysis after surgery for lumbar disk herniation. Spine 2010;35(8):308-10.
8. Sayıl I (Editör). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. In: Sungur M. Ruhsal aygıt, savunma mekanizmaları ve psikanaliz. Ankara: Öncü Basımevi, 2000:399-408.
9. Yıldız M, Akyol A. Somatizasyon ve konversiyon bozuklukları: Karşılaştırmalı bir çalışma. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 1995;2(4):343-7.
10. Huang KL, Su TP, Lee YC, et al. Sex distribution and psychiatric features of child and adolescent conversion disorder across 2 decades. J Chin Med 2009;72(9):471-7.
11. Hesapçıoğlu ST, Aktepe E, Göker Z, Kandil ST. Konversiyon bozukluğu tanısı konan çocuk ve ergenlerin sosyodemografik, klinik özellikleri ve eş tanıları. Yeni Symposium Journal 2010;48(3):184-90.
12. Gökteş K, Kaya N, Çilli AŞ. Psikiyatri polikliniğine başvuran konversiyon bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. Genel Tıp Dergisi 2003;13(4):167-70.
13. Stone J, Smyth R, Carson A, et al. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and "hysteria". BMJ 2005;331(7523):989.
14. Oğuz H, Dursun E, Dursun N (Editörler). Tıbbi Rehabilitasyon. In: Hizmetli S. Poliomyelit, Postpolio sendromu, Guillain Barre Sendromu. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2004:975-90.
15. DeLISA JA (Editor). Physical Medicine and rehabilitation principles and practice. In: Hicks JE, Joe GO, Gerber LH. Rehabilitation of the patient with inflammatory arthritis and connective tissue disease. Philadelphia, USA: Lippincott Williams and Wilkins, 2005:721-64.
16. Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomised controlled trials. Psychosom Med 2007;69(9):881-8.
17. Khalil TM, Abdel-Moty E, Asfour SS, et al. Functional electric stimulation in the reversal of conversion disorder paralysis. Arch Phys Med Rehabil 1988;69(7):545-7.
18. Heruti RJ, Levy A, Adunski A, Ohry A. Conversion motor paralysis disorder: overview and rehabilitation model. Spinal Cord 2002;40(7):327-34.