

İki olgu nedeniyle frontal lob sendromu

Aytül GÜRSU HARİRİ,¹ Fatih ÖNCÜ,¹ Figen KARADAĞ¹

ÖZET

Nöro-psikiyatrik alanda değişik tipte hastalıkları taklit edebilen ve bu nedenle ayırıcı tanısı güç olan rahatsızlıklardan biri de, özellikle kafa travmasının ardından ortaya çıkabilen frontal lob sendromudur (FLS). Klinikte organik kişilik bozukluğu tablosu sergileyen bu rahatsızlık, hem süregelen olması, hem de klasik tedavi yöntemlerinden yeterince fayda görmemesi nedeniyle klinisyenler ve hasta yakınları tarafından baş edilmesi güç bir sorun olarak kabul edilir. Bu çalışmada, iki olgu nedeniyle FLS'nun oluşumu, klinik görünümleri, ayırıcı tanısı ve tedavisi tartışılmıştır. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2004; 5:179-187)

Anahtar sözcükler: Frontal lob sendromu, kafa travması, organik kişilik bozukluğu

Frontal lobe syndrome: two case reports

ABSTRACT

One of the entities in neuropsychiatry that can mimic various disorders and thus cause confusion in differential diagnosis is Frontal Lobe Syndrome, which also can follow head traumas. The manifestation of the illness is organic personality disorder. Chronic nature of this disorder and its resistance to traditional treatment methods are troublesome both for clinicians and the care-givers. In this review, two cases are presented and the causes, the clinical characteristics, differential diagnosis and treatment of frontal Lobe Syndrome are discussed. (Anatolian Journal of Psychiatry 2004; 5:179-187)

Key words: Frontal lobe syndrome, head trauma, organic personality disorder

GİRİŞ

Psikiyatri, nöroloji ve nöroşirürji, günümüzde ayrı tıp dalları olmasına karşın, her üç tıp dalını da ilgilendiren durumlar söz konusudur. Çeşitli nedenlerle beynin özgül bir bölgesinin etkilenmesi sonucunda kalıcı ve karışık nöropsikiyatrik klinik tablolar görülebilir ve bunlar bazen nörolojik defisitlerin, bazen de psikiyatrik bulguların kliniğe

hakim olduğu semptomatoloji ile hekimin karşısına çıkabilir.¹⁻²

Nörolojik defisitler olmaksızın, psikiyatrik bir hastalık gibi karşımıza çıkan ve atipik semptomatoloji gösteren olguların ayırıcı tanısında organik bir etyoloji ayırt edilmesi son derece önemlidir. Bu tür klinik karmaşaya yol açan olgulardan biri de; çeşitli nedenlerle doğrudan beyin hasarı gelişmesi-

¹Uzm. Dr., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

İletişim adresi: Dr. Aytül GÜRSU HARİRİ, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi K 4 Blok Kat 2 Bakırköy/İSTANBUL
E-posta: agursu@yahoo.com

nin ardından ortaya çıkan, yaygın olarak "organik kişilik bozukluğu" olarak adlandırılan, ICD-10 (Dünya Sağlık Örgütü: Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların 10. Gözden Geçirilmiş Uluslararası Sınıflandırılması) tanı ölçütlerine³ göre "frontal lob sendromu" (FLS) ve DSM-IV (Amerikan Psiki-

yatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 4. basımı) tanı ölçütlerine⁴ göre "genel tıbbi duruma bağlı kişilik değişimi" olarak adlandırılan ve klinikte travma ya da beyin hastalığına bağlı olarak kişilik ve davranış değişiklikleri ve bozuklukları şeklinde görülen tablodur (Tablo1).

Tablo 1. Sınıflandırma

ICD-10

F.07.0: Beyin hastalığı, hasarı ve beyin işlev bozukluğuna bağlı kişilik ve davranış bozuklukları

İçerdikleri: * Frontal lob sendromu
* Limbik epileptik kişilik sendromu
* Lobotomi sendromu
* Organik yalancı psikopatik kişilik
* Organik yalancı Geri kişilik
* Lökotomi sonrası sendrom

F.07.9: Beyin hastalığı, hasarı ve beyin işlev bozukluğuna bağlı belirlenmemiş kişilik ve davranış bozuklukları

İçerdikleri: * Organik psikosendrom

DSM-IV:

310.1: Genel medikal duruma bağlı kişilik değişimi

Alt Tipleri: * Labil * Disinhibe
* Agresif * Apatik
* Paranoid * Diğer
* Kombine * Belirlenmemiş

Bu çalışmamızda aşağıda sunulacak iki olgu nedeniyle FLS'nun oluşumu, klinik tabloları, ayırıcı tanısı ve tedavisinin tartışılması, psikiyatrik bulguların oluşumunda organik temelin öneminin hatırlatılması amaçlanmıştır.

OLGU 1

Kırk beş yaşında, lise mezunu, evli, 2 çocuk babası, bir devlet dairesinde hizmetli olarak görev yapan erkek hasta, kendi kendine ve yüksek sesle bağırarak kopolalilik konuşma, ev halkına fiziksel saldırganlık, nedensiz tehditkar davranışlar ve sokakta çıplak dolaşma biçiminde absürd davranış değişiklikleri nedeniyle ailesi tarafından hastane-

mize getirildi ve 'eksitasyon sendromu' ön tanısı ile yatırıldı.

Yirmi yıllık hastalık öyküsü bulunan hastanın, 6 yaşında geçirmiş olduğu trafik kazasında ciddi kafa travması öyküsü ve alın bölgesinde çökme kırığına ait belirgin sekel bulunmaktaydı. Öyküsünden, 6 yaşına kadar son derece uyumlu bir çocukluk dönemi ve tamamen sağlıklı bir psikomotor gelişim sürdürdüğü, ancak geçirdiği kafa travmasının ardından gelişiminde belirgin duraklama olduğu; huzursuzluk, irritabilite, çabuk öfkelenme, söylenenin tersini yapma, başına buyruk davranışlar sergileme, arkadaşlarıyla sağlıklı ilişki kurmada ve sürdürmede güçlük, geçimsizlik gibi davranış bozuklukları gösterdiği ve uyum sağlaya-

madığı için okula 9 yaşında başladığı, yaklaşık 20 yıldır süreklilik gösteren aşırı sinirlilik, zaman zaman saldırganlık, nedensiz yere bağırma, çevresiyle ve iş arkadaşlarıyla geçimsizlik ve kavga çıkarma, 20-30 kez mahkemelik olma, kendi kendine saçma sapan konuşma, çöp toplama, devlet yetkililerinin, üst kademe subayların ve meyvelerin adlarını not etme, iş yerine ait eşyaları evine getirip saklama, resmi izin ve tatillerde evine kapanıp ailesi dışında kimseyle görüşmeme, çok sık işyeri değiştirme ve senede birkaç kez çırılçıplak soyunup sokaklarda dolaşma şeklinde davranış bozuklukları gösterdiği; bunlara karşın hiç tedavi girişiminde bulunmadığı öğrenildi. Alkol, madde, sigara kullanımı olmayan hastanın soy geçişinde de bir özellik saptanmadı.

Psikiyatrik değerlendirme

Bilinci açık, koopere, yönelimi tam, kendine bakımı hafif azalmış, yaşında gösteren, göz ilişkisi kuran, psikomotor aktivitesi (PMA) artmış, yüksek sesle ve bağırarak konuşan, ses tonu sık değişen, aniden nedensiz olarak öfkelenen, duygulanımı oynak ve uygunsuz olan hastanın dikkat, bellek, yapıp-çatma ve hesaplaması yeterli, düşüncesi amaca yönelik, çağrışımları düzgün, soyutlaması yeterli, fakat yargılaması bozuk ve bilgi dağarcığı yüzeysel bulundu. Belli başlı bir zihinsel aşırı uğraş ve/veya sanrı, varsanı saptanmadı. Hastalığına ilişkin içgörüsü yoktu.

Nörolojik, dahili muayene ve konsültasyonlarında, rutin tetkik ve yaşamsal bulgularında bir patoloji saptanmadı. Tiroid işlevleri normal sınırlarda, Anti-HIV ve VDRL, kanda alkol ve idrarda madde metabolitleri negatif bulundu. Kontrastlı bilgisayarlı beyin tomografisinde (BBT) frontal bölgede atrofi, nöropsikolojik testlerde sol hemisfer ağırlıkta olmak üzere basit dikkati sürdürmede bozukluk, akıcılıkta azalma, uygunsuz yanıt eğilimini inhibe etmede güçlük, perseverasyonlar, konfabülasyonlar, frontal tipte bellek bozukluğuna ait bulgular ile planlama ve organizasyon hataları gibi FLS'nu destekleyici bulgular saptandı. Elektroensefalografik (EEG) incelemesi ise, normal sınırlarda değerlendirildi.

Başlangıçta haloperidol verilen hastada ciddi ekstrapiramidal sendrom (EPS) bulgularının gelişmesi üzerine, tiyoridazin ve karbamazepin kombinasyonu uygulandı. Bu tedaviden belirgin fayda gören hasta, yatışının 21. günü kısmi iyileşme ile

taburcu edildi.

OLGU 2

Yirmi sekiz yaşında, bekar, lise mezunu ve işsiz erkek hasta. Yaklaşık iki buçuk yıldır devam eden ve son 15-20 gündür gittikçe şiddetlenen çevreye karşı saldırgan davranışlar, küfür etme, uykusuzluk, kendi kendine konuşma ve gülme, temizliğine ve kendine bakımına dikkat etmeme, ilaç kullanmayı reddetme yakınmaları ile hastanemize ailesi tarafından getirildi ve kafa travması öyküsü nedeniyle 'genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk' ön tanısı ile yatırıldı.

Yakınlarından alınan bilgiye göre, 3 yıl önce geçirdiği bir trafik kazasında kafa travmasına bağlı olarak 18 gün komada kaldığı ve 3 ay süreyle nöroşirürji servisinde yatarak tedavi gördüğü, kaza öncesinde psikiyatrik yönden tamamen normal ve sağlıklı olduğu, ancak travma sonrasında son iki buçuk yıldır sürekli olarak toplumdaki soyutlanma, temizliğine dikkat etmeme, kendi kendine konuşup gülme, yüksek sesle, çok fazla ve küfürlü konuşma, nedensiz ani bağırma ve öfke patlamaları, ciddi fiziksel saldırganlık, aşırı hareketlilik, nedensiz koşma ve uygunsuz koşullarda aleni olarak soyunma davranışları, uykusuzluk ve ilaç kullanmayı reddetme gibi yakınmalarının olduğu ve rahatsızlığından beri hiçbir işte çalışmadığı, saldırgan davranışları dışında ailesiyle bile herhangi bir iletişime girmekten kaçındığı öğrenildi.

Özgeçmişinde, psikomotor gelişiminin normal, okulda başarılı olduğu, trafik kazası dışında herhangi bir fiziksel hastalık öyküsünün bulunmadığı, alkol ve madde kullanmadığı, kazadan önceki dönemde neşeli, dışa dönük, uyumlu bir kişiliğe sahip olduğu öğrenildi. Soygeçmişinde bir özellik saptanmadı.

Psikiyatrik değerlendirme

Bilinci açık, kısmen koopere olabilen, yönelimi tam, kendine bakımı azalmış, yaşında gösteren, göz ilişkisinden kaçınan, olumsuz (negativist) ve paranoid tutum içinde iletişime isteksiz, PMA'si artmış, duygulanımı oynak/uygunsuz ve zaman zaman öfkeli, aniden nedensiz bağırması olan, yüksek sesle konuşan hastanın spontan ve iradi dikkatinin kısmen yeterli; sözel bellek, kavrama, tekrarlama ve isimlendirmede hafif güçlüğünün olduğu, buna karşılık yapıp-çatma ve hesaplamasının oldukça iyi

olduğu; düşüncesinin zamanla amacından saptığı, mantıksızlaştığı, çağrışımlarının hızlı ve gevşek olduğu, düşünce içeriğinde megalomani, persekütif, paranoid, referans, nihilistik, bedensel ve tuhaf (bizar) sanrılarının bulunduğu; halusine izlenimi vermediği; yargılamasının bozuk, fakat soyutlamasının ve bilgi dağılcığının görece yeterli olduğu, hastalığına yönelik içgörüyü sahip olmadığı belirlendi.

Nörolojik, dahili muayene ve konsültasyonlarında, rutin tetkik ve yaşamsal bulgularında bir patoloji saptanmadı. Tiroid işlevleri normal sınırlarda, Anti-HIV ve VDRL, kanda alkol ve idrarda madde metabolitleri negatif bulundu. EEG normal sınırlarda değerlendirildi. BBT'de üst nazal ve sağ orbita duvarında eski kırık sekelleri ve frontal polüste atrofik alan belirlendi. Psikometrik ve nöropsikolojik incelemelerde sağ hemisfer ağırlıkta olmak üzere, doğrudan frontal sistem patolojisini gösteren basit dikkati sürdürmede bozukluk, acııcılıkta azalma, uygunsuz yanıt eğilimini inhibe etmede güçlük, perseverasyonlar, konfabulasyonlar, frontal tipte bellek bozukluğuna ait bulgular, planlama ve organizasyon hataları biçiminde bulgular saptandı ve tüm bunlar FLS lehine değerlendirildi.

Bu bulgularla hasta haloperidol, diazepam ve karbamazepin kombinasyonu ile tedaviye alındı. Başlangıçta huzursuz, sıkıntılı ve iletişimsiz bir tutum sergileyen ve zaman zaman ciddi saldırganlık atakları geçiren hasta, tedaviden belirgin fayda göyerek yatışının 41. gününde kısmi iyileşme ile taburcu edildi.

Sunulan her iki olguda da frontal bölgeyi ilgilendiren ciddi bir kafa travmasının ardından gelişen, özellikle hastalık öncesindeki döneme göre davranışlarda belirgin bozulma, topluma uygunsuz davranım, kişilik özelliklerinde değişimler, patlayıcı biçimde öfke nöbetleri, saldırganlık, yüksek sesle konuşma, nedensiz bağırma, oynak/yüzeysel/uygunsuz duygulanım, paranoid düşünce içeriği, zaman zaman psikoz benzeri tablo ile giden bir bozukluk söz konusudur. Bu bulguların yanısıra yapıp-çatma, hesaplama, soyutlama, güncel olaylardan haberdar olma gibi entellektüel yetilerin görece korunmuş olduğu da görülmektedir.

Böyle bir durumda kafa travması öyküsünü bir yana bırakırsak, birinci olguda daha çok duygulanım

bozuklukları ve dürtüsel (impulsif) davranım bozukluğu (dürtü kontrol bozukluğu), ikinci olguda ise psikotik bir süreç klinik görünümüne egemendi. Birinci olguda klinik sürecin ataklar biçiminde seyretmemesi, daha çok davranım bozukluğunun ön planda olması, hipomaniyi andıran duruma belirgin bir mutluluk halinin eşlik etmemesi, öykünün 6 yaşındaki travmanın ardından başlamış ve gittikçe süreklilik kazanmış olması nedenleriyle duygudurum bozukluğu tanısından uzaklaşıldı. Ayrıca DSM-IV ve ICD-10 tanı ölçütlerini doldurmaması, psikometrik incelemelerde de gerek duygulanım bozukluğu, gerek psikotik süreç ve dürtü kontrol bozukluğu lehine bulgu saptanmaması, beraberinde DSM-IV'ün II. eksenini için tipik bir tanımlamanın yapılamaması nedeniyle geçmiş öykü ve şimdiki tablo da göz önüne alınarak, geçirilmiş kafa travmasına bağlı organik bir bozukluk açısından incelendi. İkinci olgu tuhaf düşünce ve davranış bozuklukları ile giden ve süreklilik kazanmış bir psikoz tablosunu andırırsa da, premorbid kişilik özellikleri bu tanıyı desteklemediği gibi, psikometrik incelemelerde de organizite yönünde belirgin bulguların saptanması, bizi yine 3 yıl öncesinde geçirilmiş olan kafa travmasına ikincil mental bir bozukluğu düşünmeye yöneltti.

Her iki olguda da kafa travmasının yerleşimi aynıdır: Frontal lob. Her ikisinde de BBT'de frontal bölgede atrofi, kemik yapıda ciddi kırık sekelleri bulunmakta ve özellikle beyin nazal ve orbital bölgelerinde belirgin yaranama ve klinikte de bu bölgelerin zedelenmelerinde görülen özel semptomatoloji mevcuttur.

KAFA TRAVMASI

Frontal lob sendromunun etiolojisinde en çok üzerinde durulan neden kafa travmaları olup travma şekilleri şunlardır:

1. Direkt darbeye bağlı kapalı kafa travması,
2. Trafik kazası v.b. durumlarda görülen açık kafa travması,
3. Travma sonrasında gelişen hipoksi gibi sistemik değişikliklere ikincil durumlar.

Açık/kapalı kafa travması, saçlı deri (scalp) üzerindeki yüzeysel zedelenmelerden, çoklu kemik kırıklarına, çökme kırıklarına, ekstradural ve/veya subdural, subaraknoid ve/veya intrakranyal kanamalara kadar çok çeşitli zararlar oluşturabilir.

Özellikle kapalı kafa travmaları ve çökme kırıkları en zararlı olanlardır. Menenjit, posttravmatik epilepsi gibi hastalıklara ve kalıcı psikiyatrik/nörolojik tablolara neden olurlar. Kontüzyonel (ezilmeye bağlı) zararlar sıklıkla kapalı direkt kafa travması sonrası tipik olarak frontal lobda, özellikle de frontal lobun inferior-orbital yüzünde, ikincil olarak da temporal ve oksipital loblarda ortaya çıkar. Özellikle başın üstüne düşmelerde frontal polüsde çok ağır hasar meydana gelir ve bu tür travmalar, başlangıçta ağır ve uzun süreli bilinç bozukluklarına, ileri dönemde de kalıcı ruhsal bozukluklara neden olur. Bazı hastalarda travmanın şiddetine göre ortaya çıkan bilinç değişimi, motor ve duygusal işlev bozukluğu ve genel bilişsel kayıp hem şiddetli, hem de kalıcı seyrederken, bazılarında bu durum gittikçe azalarak yerini sadece organik kişilik bozukluğuna bırakır. Kalıcı lezyon frontal veya temporal lobda ise, bu sendrom daha belirgin olarak kendini gösterir.⁵⁻⁷

FRONTAL LOB SENDROMU/ORGANİK KİŞİLİK BOZUKLUĞUNUN KLİNİĞİ

FLS tümör, travma, serebrovasküler hastalık, Huntington koresi, epilepsi, merkezi sinir sistemini tutan AIDS ve sifiliz gibi enfeksiyonlar, hipotiroidizm ve hipo- hiperadrenokortisizm gibi endokrin hastalıklar, sistemik lupus eritematozus (SLE) gibi sistemik otoimmün durumların varlığında ortaya çıkan, belirgin ve kalıcı kişilik ve davranış değişiklikleri ile belirli bir sendromdur. Eğer bu değişiklikler diğer herhangi bir özgül organik beyin sendromunun belirtilerinden sadece biriye, bu tanı konulamaz. Bu sendromda sözü edilen kişilik değişikliği, hastanın hastalık öncesindeki kişiliğine göre olan değişikliktir.⁴

Klinik tablonun şiddeti beyin lezyonunun lokalizasyonuna ve boyutlarına bağlıdır. Organik kişilik bozukluğu, çoğunlukla birincil olarak frontal ya da temporal lobları etkilenmiş hastalarda görülür. Eğer bu bölgelerin dışında lezyon varsa, bu durum daha çok bilişsel bozukluklara ve entellektüel kayıplara neden olur. Lezyon frontal lobun özellikle frontobaziller ve prefrontal korteks bölgelerinde ise, yargılama yetisinde kayıp, disinhibisyon, saldırganlık, şakacılık ve öfori belirtileri görülür.^{5,6,8,9} FLS diye adlandırılan bu durumda semptomatoloji oldukça çeşitlilik gösterir. En sık görülen bozukluklar duygusal oynaklık, dürtü kontrol zayıflığı, sosyal yönden uygunsuz davranışlar,

abartılı kavgacılık, sözel ve fiziksel saldırganlık ya da basit olaylar karşısında veya nedensiz olarak bağırıp çağırma ataklarıdır. Ayrıca, düşünmeye sanrı boyutunda da olabilen belirgin kuşkuculuk ya da paranoid düşünce egemendir. Bu hastaların davranışları uygunsuz, saçma ve çocuksudur. Tepkileri abartılı, şakacı ve hatta komiktir. Görünümleri hipomaniyi andırabilir, fakat bu öforik duruma gerçek anlamda bir mutluluk duygusu eşlik etmez. İlgisi, içgörüsü, kontrol ve inhibisyon eksikliği nedeniyle teşhircilik, müstehcen ve küfürlü konuşma, aleni soyunma, cinsel organı ile oynama ve sürtünme gibi erotik davranışlar sergileyebilirler. Beklenmedik bir anda irritabilite ortaya çıkabilir ve bu bazen öyle patlayıcı bir biçimde olur ki, ciddi fiziksel saldırganlığa dönüşebilir. Tüm bu değişiklikler hastanın yakınları tarafından "sanki bambaşka biri oldu, bu davranışlar onun yapacağı şey değil" gibi sözlerle anlatılır. FLS'nun bu tipi, kısmen sosyopatik-antisosyal kişilik özelliklerini andırdığından, "psödopsikopatik sendrom" diye de adlandırılır ve lezyon özellikle prefrontal lobun orbital bölgesindedir.⁸⁻¹⁰ Birinci olgumuzda yukarıda sözü edilen psödopsikopatik sendromu düşündürülen koprolalık konuşma, uyumsuzluk, geçimsizlik, kavgaya çıkarma, mahkemelik olma, irritabilite, söylenenin tersini yapma, soyunma gibi psikopatik davranış bozuklukları ve çalıştığı kurumdan eşya ve evrakları evde saklama ve isimleri not ederek bunların kendisine yönelik bir tehdit unsuru olduğunu iddia etme, bunlardan çıkardığı özel anlamlar ile sık sık dava açma gibi paranoid tutumlar mevcuttu.

Diğer bir formunda ise, bu sendrom kendini daha çok depresyon gibi gösterir ve çoğunlukla lezyon frontal lobun konveksitesindedir. Bu tipteki hastalar apatik ve abulik olurlar. Çevreye ve hastalık öncesindeki dönemde alışkın olduğu etkinliklere karşı zevk ve ilgi kaybı, kayıtsızlık, umursamazlık, tepkisizlik mevcuttur. Görünüş depresyon gibi olsa da, bu tabloya mutsuzluk duygusu ya da diğer depresyon bulguları eşlik etmez. Bu form, "psödodepresif sendrom" olarak adlandırılır.^{5,8,9} İkinci olgumuzda ise, premorbid kişiliğindeki sosyalliğin ortadan kalktığı ve çevreyle iletişimsiz olduğu, toplumdaki soyutlandığı, herhangi bir işte çalışmadığı ve travma bölgesinin de konveksiteye yakın olduğu göz önüne alındığında, sözü edilen FLS'nun ikinci tipine daha fazla uyduğu düşünüldü. Birinci olgumuzda da sık iş yeri değiştirme, tatillerde eve

kapanma gibi sosyal ve mesleksi gerileme olarak değerlendirilebilecek öykünün bulunmasına karşın, kişinin halen devlet memuru olarak görevini sürdürüyor olması, bu geri çekilmelerin geçici süreleri kapsamı, saldırgan dönemleri dışında da diğer aile üyeleri ve iş yerindeki kişilerle iletişimini belirli düzeyde korumuş olması gibi özellikler nedeniyle ikinci olgudan farklıdır. Çünkü, ikinci olguda travmanın ardından işlevsellik tamamen bozulmuş ve kişi saldırgan davranışlar gösterdiği dönemler dışında ailesel ve diğer sosyal ilişkilerinden soyutlanmıştır.

Ancak aralarında yukarıda sözü edilen özellikler yönünden bazı farklılıklar olmakla birlikte, her iki olguda da uygun duygulanım tepkileri azalmıştır. Spontanlıkta ve inisiyatif gösterebilmede kayıp, belirgin bir ilgi azlığı ve uyumlu bir sosyallikten yoksunluk ortak özellikleridir. Bu hastalar ortam ve durum değişimlerine de kolayca uyum sağlayamazlar; günlük rutin aktivitelerinde ve kendilerine bakımınlarında yeterli kişisel beceri gösteremezler. Nedensiz eşya toplama, biriktirme, aynı şeyleri tekrar tekrar sorma ve söyleme gibi perseverasyonlar ve seksüel otomatizm beklenen diğer ortak davranışlardır. Bilateral/unilateral 9. ve 10. alanların lezyonlarında dürtüsel davranışlar ve perseverasyonlar ön planda iken, dorsolateral kortekse uyan bilateral/unilateral 44., 45., 46. ve 47. alanların ve orbitofrontal kortekse uyan 11. ve 12. alanların lezyonlarında ise, kişilik değişiklikleri ve sosyal-seksüel davranış bozuklukları daha belirgin olup major kişilik değişikliği sıklıkla bilateral lezyonlarda görülür.^{8,9} Sunduğumuz her iki olguda da bu tür ortak davranış biçimleri mevcut olup her ikisinin de hastaneye yatış nedenleri major kişilik değişiklikleri, uyumsuzluk, aleni seksüel davranışlar, perseverasyonlar ve saldırganlıktır.

Başlangıçta IQ düzeyi hemen hepsinde normal sınırlarda kalır. Özellikle psödodepresif formda mental durum muayenesinde yetersizlik saptanabilir (ikinci olgumuzda olduğu gibi). Fakat bu durum, hastanın entellektüel ve bilişsel kaybından değil, ilgisizliği ve dikkatini sürdürmemesindedir. Ancak çok ileri dönemlerde bilişsel yetilerde azalma olabilir. Bu durumda ise, ilk etkilenenler soyutlama ve bellek yetileridir. Aynı şekilde, ileri dönemlerde yavaş yavaş zamana ve yere yönelim bozulabilir. Ancak bütün bu kayıplar lezyonun yerine, kapladığı alanın genişliğine, travmanın şiddetine ve zamana göre değişebilir. Örneğin,

çocukluk çağına geçirilen travma sonrasında bu sendrom, çocukta henüz kişilik yapılanması tamamlanmamış olduğundan (birinci olgumuzda olduğu gibi), kişilik değişikliğinden daha çok hem tutum ve davranışlarında değişikliklerin, hem de genel psikomotor gelişiminde duraklamanın ortaya çıkması ile kendini gösterir.^{4,5,8} DSM-IV'te çocuklara bu tanının konulabilmesi için, en az bir yıl süreyle önceden gözlenen tutum ve davranışlarda belirgin değişim ve uyumsuzluk görülmesi koşulunun yanı sıra, normal psikomotor gelişiminde de gerileme ya da değişim olması koşulu konmuştur ki, ilk olgumuzda 6 yaşında geçirdiği travma sonrası psikomotor gelişiminde duraklamaya bağlı olarak okula geç başladığı bilinmektedir.

AYIRICI TANI

FLS'nun diğer mental bozukluklardan ayırıcı tanısında en çok üzerinde durulanlar, I. ekseninde dürtü kontrol bozukluğu ve II. ekseninde kişilik bozukluklarıdır.^{3,4} Dürtü kontrol bozuklukları içinde DSM-IV'te tanımlanan "impulsif eksplosif bozukluk" (dürtüsel patlayıcı bozukluk), FLS'nun psödopsikopatik tipiyle karışabilir. Dürtüsel patlayıcı bozuklukta ciddi saldırganlık ve topluma zarar verici davranışlar, bir psikososyal stresörün hemen ardından ataklar halinde ortaya çıkar. Bu bozukluk da iş kaybına, okul başarısızlığına, kişilerarası ilişki güçlüklerine, kaza ve yaralanmalara ve hatta ölümlere neden olabilir. Biyoelektrik yavaşlama gibi özgül olmayan EEG bulguları ve nöropsikolojik testlerde bozukluklar saptanabilirse de, bunlar hiç bir zaman beynin belirli bir alanını gösterebilecek nitelikte değildir. Ayrıca bu dürtüsel patlayıcı ataklar dışındaki dönemlerde kişilik değişikliği ve uygunsuz davranışlar süreklilik göstermez. Dürtüsel patlayıcı bozuklukta başlangıç, geç ergenlik dönemi ile yirmili yaşların başına kadar olan bir dönemdedir. Oysa FLS'nda, yaşamın herhangi bir döneminde travmanın ardından ortaya çıkar.^{4,5} Sunduğumuz olgularda dürtüsel nitelikteki davranışlar herhangi bir stresöre bağlı olmaksızın ortaya çıkmakta ve süreklilik göstermekte olup, nöropsikolojik testlerde doğrudan frontal loba ait kesin bulgular vermiştir.

Kişilik bozukluklarının saldırganlık gösterme riski taşıyan grubu daha çok B sınıfı kişilik bozuklukları olup bunları hem dürtüsel saldırganlıktan, hem de organik kişilik bozukluklarındaki saldırganlıktan ayıran en önemli özellik, şiddet davranışının önce-

sinde sıklıkla önemli bir psikososyal stresörün bulunmasıdır. Oysa, olgularımızda olduğu gibi, FLS'nda görülen saldırgan davranışlar nedensiz olabilmektedir. Yine burada hastalık öncesindeki kişiliğin ani değişimi söz konusuysen, kişilik bozukluklarında bozuk olarak nitelenen davranış modeli erken erişkinlikten itibaren süreklilik kazanmıştır. Üstelik, hemen hepsinde şimdiki kişilik bozukluğuna ait özelliklerin hastalık öncesindeki dönemde de olduğuna ilişkin öykü mevcuttur^{5,6} ki, birinci olgunun hastalık öncesindeki kişiliğini küçük yaş nedeniyle tam olarak değerlendiremesek de, ikinci olgunun hastalık öncesindeki kişiliğinin son derece uyumlu ve sosyal olduğunu bildiğimizden kişilik bozukluğundan uzaklaştık.

Organik kişilik değişiminin demans ve deliryumdan ayrımı ise, bilişsel defisitler yerine davranış ve kişilik değişiminin belirgin olması ile yapılır: Tabloya düşünce akımı bozuklukları ve sanrılar dışında, başka bir psikotik bulgunun egemen olmaması, organizite araştırmasında patolojinin lokalizasyonu ile saptanabilmesi, psikotik sürece göre genel yaşam kalitesinin ve sosyal yeti yitiminin daha düşük düzeyde olması gibi nedenler. Birinci olgumuz halen bir devlet dairesinde memur olarak görev yapmaktaydı. Bu da şizofreni ve benzeri psikozlardan ayırmada önemlidir.^{4,6}

Özellikle psödopsikopatik tipte görülen hipomani, öfori hali ve psödodepresif tipte görülen apatik, abulik ve depresif tablo duyulanım bozuklukları ile karışabilirse de; ataklar şeklinde seyretmemesi, atak izlenimi vermesine karşın arada tam iyilik dönemlerinin bulunmaması, öfori görüntüsüne mutluluk, depresyon görüntüsüne mutsuzluk duygularının eşlik etmemesi ve daha çok sosyal ilgisizliğin belirgin olması, en önemlisi de laboratuvar tetkiklerinde fiziksel bir etkenin saptanması duyulanım bozukluklarından ayrılmasını kolaylaştırır.⁴ Bizim her iki olgumuzda da arada tam iyileşme dönemleri bulunmadığı gibi, öfori ya da apati hali de duygudurum bozukluğu ölçütlerini karşılayacak nitelikte değildi.

ICD-10'da yer alan ensefalit sonrası sendrom, psödodepresif tip ile karışabilir. Ensefalit sonrası sendromda mutlaka öğrenme güçlükleri, diğer bilişsel yeti yitimleri ve nörolojik işlev yetersizlikleri beklenmelidir.³ Oysa, her iki olgumuzda da ne belirgin bir bilişsel defisit, ne de nörolojik defisit saptanmıştır.

TANI KOYMADA KULLANILAN TETKİKLER

FLS tanısı koymak için kullanılan BBT, MRI, EEG gibi görüntüleme ve elektrofizyolojik tetkikler kadar, çeşitli psikometrik incelemeler ve nöropsikolojik testlerin de önemi büyüktür (Tablo 2). Görüntüleme tetkiklerinde lezyon ya da hasarın yeri, büyüklüğü ve derecesi saptanabilmektedir. Fakat bu tetkiklerle elde edilen verilerin şimdiki klinik tablo ile doğrudan ilintili olup olmadığı belirlenemez. Beynin o andaki işlevsel değişikliklerini ortaya koyabilen tetkikler doğrudan nöropsikolojik testlerdir.

EEG'de ise, -ister travma, ister başka bir nedenle olsun- organik kişilik değişikliğine özgü bir bulgu gözlenmez. Günümüze kadar geliştirilmiş olan çeşitli nöropsikolojik testler içinde FLS için en özgül bulunan test, Wisconsin Card Sorting Test'tir (WCST). Çeşitli çalışmalarda hem sağ, hem de sol frontal lobektomiden sonra kategorize etme, sınıflandırma, benzerlik kurma, planlama gibi yetilerde bozulmaların olduğu ve disinhibisyon, perseverasyon gibi patolojilerin ortaya çıktığı gösterilmiştir.^{5,6,8,9} Sunduğumuz hastalara WCST, Stroop Test (ST), Wechsler Memory Scala (WMS) görsel bellek, WMS sayı dizileri, WMS mental kontrol, Luria el skansları, Alternon grafik testleri ve Kategori (adlandırma) testleri uygulanmıştır (Tablo 2). Her iki olguda da frontal sistem patolojisini işaret eden, basit dikkati sürdürmede bozukluk, akıcılıkta azalma, uygunsuz yanıt eğilimini inhibe etmede güçlük, perseverasyonlar, konfabulasyonlar, frontal tipte bellek bozukluğuna ait bulgular, planlama ve organizasyon hataları saptanmıştır. Birinci olguda daha çok sol hemisfer, ikinci olguda ise daha çok sağ hemisfer ağırlıklı bulgular elde edilmiştir. Daha önce de sözü edildiği gibi, frontal lobun dorso-lateral, fronto-baziller ve fronto-optikal bölgelerinin özellikle sağ hemisferde tutulumlarında tabloya psikoz benzeri bulguların eklendiği bilinmektedir. Nitekim ikinci olgumuzda saldırganlık ve davranış bozukluğuna eşlik eden megalomanik, perseküsyon, paranoid, referans, nihilistik, bedensel ve tuhaf sanrılarının varlığı saptanmıştır.

TEDAVİ

Kalıcı beyin hasarına bağlı süregelen bir sendrom olması nedeniyle, FLS için yüz güldürücü bir tedavi yöntemi henüz oluşturulamamıştır. Çeşitli yayın-

Tablo 2. Frontal lob sendromunda tanı koydurucu tetkikler

1. Görüntüleme tetkikleri:	* Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BBT) * Manyetik Resonans Imaging (MRI)
2. Elektrofizyolojik tetkikler:	* Elektroensefalografi (EEG)
3. Psikometrik tetkikler:	* Rorschach Kişilik Testi * Zeka testleri * Bender-Gestalt Organisme Testi
4. Nöropsikolojik tetkikler:	* Wisconsin Card Sorting Test (kart eşleme) * Trail Making Test * Stroop Test * Wechsler Memory Scala * Luria El Skansları * Alternon Grafik Testi * Kategori (adlandırma) Testleri

larda bu tür hastaların öfke patlamalarının, bağırma ve saldırganlık atakları şeklindeki psikomotor aktivite artışının özellikle haloperidol gibi tipik ve güçlü antipsikotiklerle kontrol altına alınabileceği; dürtü kontrolündeki bozukluğun ve cinsel otomatizm gibi uygunsuz davranışların da lityum karbonat gibi duygudurum dengeleyicileri, karbamazepin ve valproat gibi antikonvülsanlar, propranolol (420 mg/g), pindolol (100mg/g) gibi beta-blokerlerle bir miktar düzeltilebileceği bildirilmektedir. Özellikle, frontal lob zedelenmelerinde davranış kontrolünü sağlama ve bozuk davranışları düzeltmede ilk sırada önerilen ilaç karbamazepindir.^{6,11-14} Bizim olgularımız da bu tedaviye olumlu yanıt vermiştir.

Bunların dışında, kafa travmasına bağlı sendromlarda görülen saldırgan davranışlarda psikostimülanlardan metilfenidat (30 mg/gün), serotonerjik ajanlardan 5-HT1A parsiyel agonisti olan buspiron, 5-HT2 antagonisti olan trazodon (150-500 mg/gün), 5-HT2 ve dopamin antagonisti olan klozapin (250-750 mg/gün) önerilmektedir. Fakat ilaç seçimi ve medikal tedavi kararı organisme varlığı nedeniyle oldukça güçtür ve sonuçlar tatmin edici değildir.¹⁴⁻¹⁷

Anatolian Journal of Psychiatry 2004; 5:179-187

Böyle bir hasta, ailesine de büyük bir yük olmaktadır. Aile üyeleri kafa travması geçirmiş olan hastanın bir daha eski işlevselliğini gösteremeyeceği ve kişilik özelliklerine kavuşamayacağı konusunda bilgilendirilmeli, hastadan beklentilerini en aza indirebilmeleri için eğitilmeli ve hastaya nasıl davranmaları gerektiği öğretilmelidir. Saldırgan ve aile içinde müdahale edilmesi güç olan hastalar evlerinden uzaklaştırılmalı ve gerektiğinde hastaneye yatırılarak akut tedavileri yapılmalıdır.

Psikiyatri, nöroloji ve nöroşirürji tıp dallarını ortak olarak ilgilendiren bu gibi durumlarda klinisyen olarak hastayı daha yakından tanımak, doğru tanıyı koyabilmek, doğru tedavi planı oluşturabilmek için ayrıntılı inceleme yapmak ve gerektiğinde her üç tıp dalıyla birlikte çalışmak uygun olacaktır. Yukarıda sunduğumuz olgularda, ayrıntılı alınan öykülerin ışığında nöroloji ve nöroşirürji klinikleriyle konsültasyonlar yapılarak organisme araştırılmış ve bu yolla ayırıcı tanı yapılabilmektedir. Sürdürülen tedavi planından beklenen ölçüde yanıt alınabilmiş olması da, doğru bir karar olduğunu göstermiştir.

Klinikte nadir görülse de, frontal lob sendromu gibi hastanın ve ailesinin yaşam standartlarını zorlayan, mevcut tedavi yaklaşımlarından yeterince faydalanamayan, ilerleyiciliği ve ciddi süregenleşme olasılığı olan ve tekrarlayan yatışlara neden olarak

tedavi ekibini de güç durumlara sokabilen bu tür hastalıklarda, daha etkin ve radikal tedavi türlerinin ve uyumlandırma (rehabilitasyon) olanaklarının araştırılması gerektiği düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Fleming S, Burns A. The delusional misidentification syndromes in patients with and without evidence of organic cerebral disorder: a structured review of case reports. *Biol Psychiatry* 1993; 33:22-32.
2. Fricchione GL, Carbone L, Bennet WI. Psychotic disorder caused by a general medical conditions with delusions: secondary organic delusional syndromes. *Psychiatr Clin North Am* 1995; 18:363-378.
3. World Health Organization: *The ICD-10: Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, Geneva: Oxford University Press, 1992, s.65-69.
4. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*. Fourth ed., Washington, DC: APA, 1994, s.210-214.
5. Işık E: *Organik Psikiyatri*. Ankara: Tayf Matbaası, 1999, s.33, 39-52, 327-337.
6. Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Seventh ed., Baltimore: Williams and Wilkins, 2000, vol. 1, s.697-702, 861-876, 878, 880, 911, vol. 2, s.1709-1711, 2286.
7. Rosenbaum A, Hoge S. Head injury and marital aggression. *Am J Psychiatry* 1989; 146:1048-1051.
8. Mesulam M. *Principles of Behavioral Neurology*. İkinci baskı, Philadelphia: F.A. Davis Company, 2000, s. 44-49, 125-127.
9. Morgan G, Butler S. *Seminars in Basic Neurosciences: College Seminars Series*. London: Royal College of Psychiatrists by American Psychiatric Press, 1993, s.1-3, 28-30, 143-146, 154-158, 164-172, 218-220, 264, 308-312.
10. Cornelius JR, Day NL, Fabrega H Jr, Mezzich J, Cornelius MD, Ulrich RF. Characterizing organic delusional syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:749-753.
11. Dunner DL. *Current Psychiatric Therapy*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1993, s.482-489.
12. Greendyke RM, Kanter DR. Therapeutic effects of pindolol on behavioral disturbances associated with organic brain diseases: a double-blind study. *J Clin Psychiatry* 1986; 47:423-426.
13. Williams KH, Goldstein G. Cognitive and affective responses to lithium in patients with organic brain syndromes. *Am J Psychiatry* 1979; 136:800-803.
14. Sinclair DB, Wheatley M, Snyder T. Frontal lobe epilepsy in childhood. *Pediatr Neurol* 2004; 30:169-176.
15. Gualtieri C. Buspirone for the behavioral problems of patients with organic brain disorders. *J Clin Psychopharmacol* 1991; 11:280-281.
16. Michals M, Crismon M, Roberts S, Childs A. Clozapine response and adverse effects in nine brain-injured patients. *J Clin Psychopharmacol* 1993; 13:198-203.
17. Pinner E, Rich C. Effects of trazodone on aggressive behavior in seven patients with organic mental disorders. *Am J Psychiatry* 1988; 145:1295-1296.
18. Stanislav SW, Farbe T, Crismon M, Childs A. Buspirone's efficacy in organic-induced aggression. *J Clin Psychopharmacol* 1994; 14:126-130.