

PSİKOTİK BELİRTİLERDEN SONRA MRI İLE CHİARI-I MALFORMASYONU SAPTANAN VE CERRAHİ DEKOMPRESYON UYGULANAN BİR OLGU (x)

Dr. Ömer PARLAK (xxxxx)
Dr. Erkan ÖZCAN (xxx)
Dr. Arif ÖNDER (xxxx)
Dr. Ramiz BANOĞLU (xx)
Dr. Nazan AYDIN (xxx)

ÖZET:

Bu yazıda kronik şizofreni tanısı konmuş ve beş yıldır nöroleptik tedavisi almış olan 21 yaşındaki kadın hasta sunulmaktadır. MRI (Magnetic Resonance Imaging) ile Chiari-I malformasyonu saptanarak, posterior fossa dekompresyonu uygulanan olgu literatür ışığında tartışılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Psikoz, Chirai-I Malformasyonu, MRI, Dekompresyon.

GİRİŞ :

Tip I Chiari malformasyonu serebellar tonsillerin adeta bir dil şeklinde aşağıya doğru uzanmasından ibarettir. Tonsiller foramen magnumun altında üst servikal kanala kadar uzayabilmektedir. Hastalar genellikle büyük çocuklar ve erişkinlerdir ve hastalık sıklıkla asemptomatik seyretmektedir. Bu tipe adult tip de denildi, olguların % 60'ında tonsillerin en sık rastlanılan düzeyinin birinci servikal vertebra düzeyi olduğu bildirilmektedir (1).

Chiari malformasyonunda birçok nörolojik belirti ve bulguların olabileceği bildirilmiş olmakla birlikte, ruhsal bozuklular yapabileceğine literatürde rastlanılmadığı için bu olguyu sunduk.

OLGU SUNUMU:

21 yaşında, okur-yazar, bekâr, işsiz bayan hasta; saldırganlık, acayip davranışlar, annesine ve kardeşine düşmanlık etme gibi nedenlerle ailesi tarafından

(x) 28. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Ankara'da poster bildirisi olarak sunulmuştur.

(xx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri A.B.D. Prof Dr.

(xxx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri A.B.D. Arş. Görevlisi

(xxxx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroşirürji A.B.D. Yard. Doç Dr.

(xxxxx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji A.B.D. Yard. Doç. Dr.

zorla getirildi.

Hastalığı ilk olarak yedi yıl önce (1985 yılında) kendi kendine gülme, saşma sapan konuşma, aşırı hareketlilik, yerinde duramama, kulağına sesler gelmesi ile başlamış. Şizofreni tanısıyla kliniğimizde 26 gün yatırılarak, nöroleptikler ile tedavi edilmiş, iyilik halinin görülmesi sonucu idame dozda nöroleptige devam önerisiyle taburcu edilmiş. Tekrar müracaatla 8.11.1990-4.1.1991 tarihleri arasında yatırılan ve nöroleptikler ile tedavi edilen hasta aynı şekilde taburcu edilmiş. Bu yatışlarında herhangi bir nörolojik belirti veya bulgu saptanamamış.

19.9. 1991 tarihinde 12190 protokol numarasıyla Kronik Şizofreni tanısı konarak üçüncü kez kliniğimize yatırıldı. Fiziki inceleme ve rutin laboratuvar bulguları normaldi. Psikiyatrik incelemesinde affektivitesi labil, anksiyete, insomina, psikomotor huzursuzluk, loglore, ajitasyon ve eksitasyon, referans düşünceler, grandiozite, megalomanyak ve perseküsyon hezeyanları mevcuttu.

Hastaya 10 mg/gün dozunda haloperidol başlandı. Ancak nöroleptiğe ait yan etkiler ve kas zaafına bağlı semptomlar gözlenmesi ve nöroleptikten yarar görmemesi nedeniyle ilaç kesildi. Bu arada disfaji ortaya çıktı. Yatışının 15. gününde EKT (Elektro Konvulzif Terapi) yapılmasına başlandı. İlk iki seansta uzun süre apne dönemleri oldu. Üçüncü seansta da apne uzun sürdüğü v eanestezist tarafından entubasyonu gerektiği için EKT uygulamasına son verildi. Kulak-Boğaz Hastalıkları Kliniği ile yapılan konsültasyonda hastada septum deviasyonu olduğu, ancak bunun apneye neden olmayacağı belirtildi.

Mevcut semptomlara daha sonra ataksinin de eklenmesiyle hastada organik bir beyin patolojisi olabileceği düşünüldü, ancak nöroloji kliniği ile yapılan konsültasyonda hasta normal olarak değerlendirildi. 15.10.1991 tarihinde çekilen EEG (Elektroensefalografi) normaldi. 17.10.1991 tarihli BBT (Bilgisayarlı Beyin Tomografisi)'de posterior fossa oluşumları ve dördüncü ventrikülün normal olduğu üçüncü ventrikül ve lateral ventriküllerde minimal dilatasyon olduğu rapor edildi. Yapılan Nörolojik ve Nöroşirürji kliniği konsültasyonlarında hastanın tablosunu açıklayabilecek bir patoloji düşünülmeydi.

EKT'ye son verilmesinden sonra tekrar başlanmış olan nöroleptik tedavisine devam edildi ve yatışının ikinci ayının içnide psikotik semptomlarda iyileşme gözlemlendi. Ancak hastada ataksi, hipotoni, nöbetleri, disfaji ve apati devam ediyordu. Daha sonra nazal regurgitasyonun ortaya çıkması ile hasta yemek yiyemez hale geldi. Hatta zaman zaman parenteral besleme gerekli oldu.

Nöroloji kliniği ile tekrar konsülte edildi. Hastada ataksi, bilateral horizontal nistagmus, dismetri, disartri ve kas zaafı saptandı. Bu bulgularla Multipl Skleroz düşünüldükten MRI önerildi.

30.12.1991 tarihinde yapılan Kranial MRI incelenmesinde: Serebellar tonsillerin, foramen magnumda posterior spinal kanal boyunca C3 (üçüncü servikal vertebra) üst düzeyine kadar uzanan herniasyon gösterdiği, odontoid sürecin inferior medullayı anteriordan komprese ettiği ve serviko-medüller bileşkede açılan-

maya neden olduğu ve bulguların Chiari-I malformasyonuna uyduğu, diğer beyin alanlarının tümünün normal olduğu rapor edildi.

6.1.1992 tarihinde 192 protokol numarası ile hasta Nöroşirürji kiliniğine yatırıldı. Yapılan EMG (elektromyografi) de motor nöron hastalığı lehine bulgular vardı. (4-5 mV'luk motor ünitler, fasikülasyon saptandı).

11.1.1992 tarihinde yapılan operasyonda, foramen mağnumun arka kenarına hilal şeklinde kraniektomi, C₁-2'ye tak laminektomi yapıldı. C₁ seviyesindeki, posterior ve extradural yerleşimli, durayı manşon gibi sıkıca saran band eksize edildi ve duranın aniden ekspanse olduğu görüldü.

Operasyondan sonra hastanın düşme nöbetleri, ataksi, disfaji, hipotoni gib semptomlarında iyileşme gözlemlendi ve taburcu edildi.

Chiari tanısı konmadan önce, nöroleptik tedavisi ile yatışmış olan psikotik semptomlar, yayının hazırladığı döneme kadar bir alevlenme göstermedi.

TARTIŞMA:

Syringomyeli ile birlikte olan veya olmayan semptomatik Chiari malformasyonlarının kesin tanısında genellikle gecikir. Gecikmenin nedeni geç bulgu veremeleridir. Olguların önemli bir bölümünde Multipl Skleroz, Müsküler Distrofi veya diğer dejeneratif hastalıklarla ilgili tanılar konulur (1).

Adult Chiari malformasyonunda sıklıkla hidrosefalinin olmaması, dördüncü ventrikülde herhangi bir anormalliğin görülmemesi ve foramen magnumun iyi bir şekilde demonstre edilmemesi nedeniyle olguların çoğunda konvansiyonel BBT olumsuz sonuç verir (1). Tonsiller herniasyonun demonstrasyonunda MRI'nın BBT'ye göre daha üstün olduğu bildirilmektedir (2). Ayrıca yayınlarda intratekal veya hatta intravenöz kontrast madde uygulanmasının risklerini taşımadığı için de, infratentorial yapıların görüntülenmesinde MRI'nın ideal olduğu bildirilmektedir (3).

Jack ve arkadaşları ise hem Chiari hem de Syringomyeli'nin tanı ve izleme değerlendirmelerinde MRI'nın optimal tanı yöntemi olduğunu bildirmektedirler (4).

Pillay ve arkadaşlarının görüşü ise MRI'nın hem operasyon öncesi hem de sonrasında mükemmel, noninvaziv bir çalışma yöntemi olduğudur (5).

Lim ve arkadaşları da dört olguluk serilerinde, MRI'nın tanı için en yararlı işlem olduğunu bildirmektedirler (6).

Sagittal kesitler yapılabilmesi ve kemikle ilgili artefaktların olmaması nedeniyle, MRI'nın Arnold-Chiari malformasyonu gibi serviko-medüller bileşke ve

posterior fossa patolojilerinin tanısında tercih edilen yöntem haline geldiği bildirilmektedir (7).

Bizim olgumuzda da tanının gecikmiş olması, daha sonra Multipl Skleroz ön tanısı konulması ve BBT bulguları ile değil, MRI ile tanının konulmuş olması yukarıda belirtilen yayınlar desteklenmektedir.

Bizim olgumuzda Syringomyeli mevcut olmadığı halde, Chiari-I malformasyonu ile Syringomyelinin % 25-75 oranında birlikte görüldüğü literatürde bildirilmektedir (1,4,8,9,10).

Literatürde şizofreni ile birlikte Chiari malformasyonu olduğuna rastlanmadık. Ancak Chiari-I malformasyonu ile birlikte uyku apneleri ve sol frontal bölgede meninjiomu olan bir olguda depresyon geliştiği rapor edilmiştir (2,11,12,13).

Chiari malformasyonunda düşme nöbetleri, bayılma, disfaji, nazal regurgitasyon, başdönmesi, diplopi, nistagmus, damak hareketlerinin yokluğu ve öğürme refleksinin kaybolması, ataksi, uyku apneleri, horlama, boyun ve kolda ağrı, ekstremitelerde uyuşma, ağrı ve güçsüzlük, başağrısı, işitme kaybı ve tinnitus, dengesizlik, solunum yetersizliği, tansiyon arteriyel değişiklikleri, konvulziv senkoplar, müsküler hipotoni, alt ekstremitelerde birinci motor nöron belirtileri, vokal kord paralizisi, stridor, hemiparezi, kuadriparezi, yürüyüş bozuklukları gibi semptom ve bulgular saptanmıştır (3,6,8,11,12,14,15,16,17).

Bizim olgumuzda da şizofreniye özgü psikiyatrik belirtilerinin yanında düşme nöbetleri, dengesizlik, disfaji, EKT sonrasında uzun apne nöbetleri olması, ataksi, hipotoni, bilateral horizontal nistagmus, dismetri, dizatri saptanmıştır.

Chiari malformasyonunun tedavisinde, bizim olgumuzda da olduğu üzere serviko-medüller bölgede dekompresyon amacıyla suboksipital kraniektomi ve üst servikal laminektomi uygulandığı ifade edilmektedir (1,5,8,13,14,15,16,17).

Opyerasyondan sonra semptomların % 45'inin iyileştiği, % 35'inin stabil hale geldiği % 20'sinde ise kötüleştiği, operatif mortalitenin % 3 olduğu bildirilmektedir (3).

Bu olgu sunumunda amacımız şizofreni etyolojisini Chiari malformasyonu na dayandırmak olmamıştır. Olgunun izlendiği ilk altı yıl boyunca hiçbir nörolojik belirti veya bulgunun ortaya çıkmamış veya saptanmamış olması olguyu ilginç kılan noktalardan birisidir. Diğer önemli noktalar altı yıl önce gözlenen ilk belirtilerin şizofreniye özgü olması, BBT ile bir patoloji saptanamadığı halde, MRI ile Chiari tanısının kolayca konulmuş olmasıdır.

Chiari malformasyonu ile şizofreninin bir arada görülmesi arasındaki ilişki ise bir rastlantıdan öte anlam ifade etmeyebilir. Bu gerek sunulan olgunun izlenmesi, gerekse MRI'nın günlük kullanıma girmesi ile daha çok açıklığa kavuşacaktır.

SUMMARY

A CASE CHRONIC PSYCHOSIS WITH CHIARI-I MALFORMATION A CASE REPORT

In this article a patient with chronic schizophrenia and Chiari-I malformation is presented. The importance of MRI in diagnosis of Chiari-I malformation and decompression is discussed as a treatment method.

Key Words: Psychosis, Chiari-I malformation, MRI, Decompression.

1. Gökalp HZ, Erongun U: Nöroşirürji Ders Kitabı, 1'nci baskı. Mars Matbaacılık, Ankara, 1988.

2. Ishikawa M, Kikuchi H, Fujisawa I ve ark.: Tonsillar herniation on magnetic resonance imaging. *Neurosurgery*, 22 (1 Pt 1): 77-81, 1988.

3. Sclafani AP, DeDio RM, Hendrix RA: The Chiari-I malformation. *Ear Nose Throat J*. 70 (4): 208-12, 1991.

4. Jack CR, Jr, Kokmen E, Onofrio BM: Spontaneous decompression of syringomyelia: magnetic resonance imaging findings. Case report. *J Neurosurgery*, 74 (2): 283-6, 1991.

5. Pillay PK, Awad IA, Little JR ve ark.: Symptomatic Chiari malformation in adults: a new classification based on magnetic resonance imaging with clinical and prognostic significance. *Neurosurgery*, 28 (5): 639-45, 1991.

6. Lim SH, Wong MC, Puvan K: Syringomyelia with arnold Chiari-I malformation: a report of four cases. *Singapore Med J*, 30 (4): 376-9, 1989.

7. Solomon S, Masdeu JC: *Neurology*. Kaplan HI, Sadock BJ (Ed.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*'de 5'ince baskı. Williams and Wilkins, Baltimore, 1989.

8. Lazarreff JA, Valencia-mayoral P: Chiari malformation. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 47 (10): 719-24, 1990.

9. Yamanaka M, Uozumi T, Sakoda K ve ark.: Magnetic resonance imaging of Chiari malformations. *Neurol Med Chir (Tokyo)*. 30 (4): 246-50, 1990.

10. Susman J, Jones C, Wheatley D: Arnold-Chiari malformation: a diagnostic challenge *Am Fam Physician*, 39 (3): 207-11, 1989.

11. Girignotta F, Coccagna G, Zucconi M ve ark.: Sleep apneas, convulsive syncopes and autonomic impairment in type 1 Arnold-Chiari malformation. *Eur Neurol*, 31 (1): 36-40, 1991.

12. Ruff ME, Oakes WJ, Fisher SR ve ark.: Sleep apnea and vocal cord paralysis secondary to type 1 Chiari malformation. *Pediatrics*, 80 (2): 231-4, 1987.
13. Sakaki T, Tsunoda S, Morimoto T ve ark.: Is Chiari-I malformation in the aged initiated by mechanical factors? Report of three cases. *Neurol Med Chir (Tokyo)*, 30 (5): 324-8, 1990.
14. Halpin DM, Trend P, Symon L ve ark.: Type 1 Arnold-Chiari malformation in a 77 year old woman. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 53 (1): 88-9, 1990.
15. Levitt P, Cohn MA: Sleep apnea and the Chiari-I malformation: case report. *Neurosurgery*, 23 (4): 508-10, 1988.
16. Tsao TC, Juang YC, Chiang YC ve ark.: Pneumonia preceding respiratory failure. A rare, easily misleading clinical manifestation in adult Arnold-Chiari malformation. *Chest*, 99 (5): 1294-5, 1991.
17. Bell WO, Charney EB, Bruce DA ve ark.: Symptomatic Arnold-Chiari malformation: review of experience with 22 cases. *J Neurosurg*, 66 (6): 812-6, 1987.