

Paraşemazinin Fenomenolojik ve Tanısal Kapsamı: Bir Olgu Sunumu



Dr. Urvakhsh Meherwan MEHTA¹, Dr. Harish THIPPESWAMY², Rose Dawn BHARATH³,
Parthasarathy SATISHCANDRA⁴

ÖZET

Paraşemazi, beden algısının bozulması ile tanımlanmakta ve nörolojik bozukluklar (epilepsi, migren, baskın olmayan korteks lezyonları), retina hasarı ve halüsinojenik ilaç kullanımında gözlenmektedir. Bu öznel ve nesnel algısal anormalliklerin karmaşık belirti kümesi, Todd'un Alis Harikalar Diyarında sendromunun temel özelliğini oluşturmaktadır. Bu nöropsikiyatrik görünüm; varsanı, yanılısma ve agnoziden fenomenolojik olarak ayrılmalıdır. Bu yazıda, temporal lob epilepsisinin ictal döneminde ortaya çıkan, geçici yoğun korku ve anormal algılar nedeniyle psikiyatri bölümüne yönlendirilen paraşemazili bir olgu sunuyoruz. Ayrıca tanı koymadaki zorluk ve bu nadir durumla ilişkili fenomenolojik kapsamı tartışacağız.

Kırk beş yaşındaki kadın hasta 30-45 saniyelik, kendisinin ve diğer insanların yüzlerinin, kol ve bacaklarının çarpıtılmış görüldüğü (ör. fırlayan gözler, uzamış burun, oval veya kare şeklinde kafa) kısa ataklarla baş vurmuştu. Algısal bozulma atakları yoğun korku ile ilişkiliydi ve sonrasında 5 dakikalık bilinç kaybı oluyordu. On iki yaşından beri geçirdiği bu ataklar çoklu antiepileptik tedaviye kısmen yanıt vermişti. Kompleks parsiyel nöbet protokolüne göre yapılan 3-Tesla MRI, sağ mezial temporal sklerozu düşündürecek şekilde sağ hipokampüste sinyal yoğunluğunda değişme ve hacim kaybı gösterdi. Nörofizyolojik değerlendirmede dikkati sürdürme, işlem belleği, sözel ve görsel öğrenme ve bellekte bozulma saptandı ki bu da bilateral dorsolateral prefrontal ve temporal lob bozukluklarını akla getirmektedir. Olgu, levitirasetam ve klobazamın birlikte kullanımı ile iyileşti ve 2 yıllık izlemi boyunca nöbet geçirmedi.

Anahtar Sözcükler: Görsel algı, psikopatoloji, temporal lob epilepsisi, nöropsikiyatri, Alis Harikalar Diyarında sendromu

SUMMARY

Phenomenological and Diagnostic Implications of Paraschemazia: A Case Report

Paraschemazia is characterized by distortions of body image, and has been observed in neurological disorders (epilepsies, migraine, and non-dominant cortical lesions), retinal damage, and hallucinogenic drug use. This complex symptom cluster of subjective and objective perceptual abnormalities forms an essential feature of Todd's Alice in Wonderland syndrome. This neuropsychiatric manifestation must be phenomenologically differentiated from hallucinations, illusions, and agnosias. Herein we report a patient with paraschemazia that occurred during the ictal phase of temporal lobe epilepsy; the patient was referred to the department of psychiatry due to symptoms of transient intense fear and abnormal perceptions. We also discuss the diagnostic difficulty and phenomenological implications associated with this rare phenomenon.

A 45-year-old female presented with brief episodes (30-45 s) of sensory distortion, during which the faces and limbs of other people and her own appeared distorted (e.g. protruding eyes, elongated nose, and oval or square head). The episodes of sensory distortion were associated with intense fear and were followed by loss of consciousness for 5 min. She had been experiencing these episodes since the age of 12 years and responded poorly to several antiepileptic medications. 3-Tesla MRI performed using a complex partial seizure protocol showed altered signal intensity and volume loss in the right hippocampus, suggestive of right mesial temporal sclerosis. Neuropsychological assessment showed impaired sustained attention, working memory, and verbal and visual learning and memory, suggestive of bilateral dorsolateral prefrontal and temporal lobe deficits. She improved in response to a combination of levitiracetam and clobazam, and was seizure free at the 2-year follow-up.

Key Words: Visual perception; psychopathology; epilepsy, temporal lobe; neuropsychiatry; Alice in Wonderland syndrome

Geliş Tarihi: 10.02.2013 - **Kabul Tarihi:** 12.08.2013

¹Araş. Gör., ²Doç., Ulusal Ruh Sağlığı ve Nörobilim Enstitüsü (NIMHANS), Psikiyatri Bl., ³DM. Doç., NIMHANS Nörogörüntüleme ve Girişimsel Radyoloji Bl., ⁴DM. Prof., NIMHANS Nöroloji Bl., Hindistan.

Dr. Urvakhsh Meherwan Mehta, e-posta: urvakhsh@gmail.com

GİRİŞ

Duyusal çarpıtmalar (Sims 2002); yoğunluk, nitelik, uzamsal form ve duygulanımın algısal anomalileridir. Paraşemazi, beden parçalarının boyutlarında ve şeklinde düzensiz değişimler ve bozulmalar olarak tarif edilen nadir bir duyuşal çarpıtma olarak tanımlanır. Paraşemazi, halüsinojenik ilaç kullanımı, epilepsi, migren ve baskın olmayan beyin yarısındaki kortikal enfarktlarla ilişkili olarak ortaya çıkmaktadır (Casey ve Kelly 2007) ve ayrıca Todd'un Alis Harikalar Diyarında sendromunun temel bir özelliğidir (Podoll ve ark. 2002, Todd 1955). Klinik olarak çarpıtmalar, fenomenolojik olarak yanılama, varsanı ve görsel agnozilerden ayrılmalıdır. Bu yazıda, temporal lob epilepsisi ile ilişkili olarak paraşemazisi olan ve görsel varsanılar nedeniyle yanlılıkla psikiyatri bölümüne yönlendirilen bir olgu sunulmuş ve bu nadir durumun tanısı ve fenomenolojik kapsamı tartışılmıştır.

Olgu sunumu

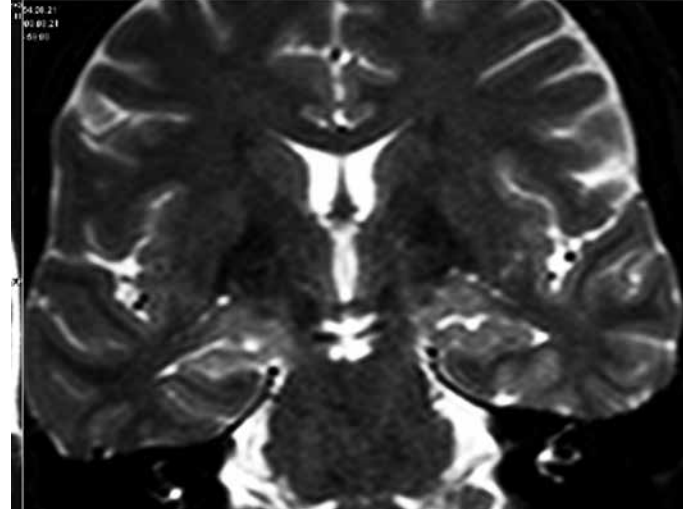
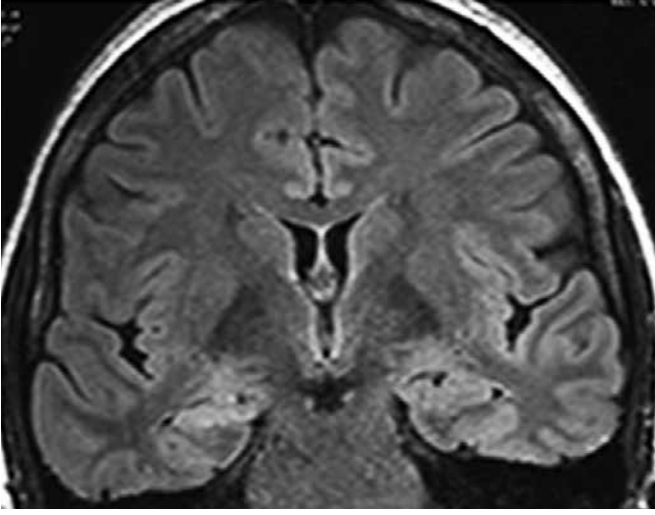
Kırk beş yaşında, sağ elini kullanan ve kuzey Hindistan'lı kadın hasta, nöroloji bölümünden olası panik nöbetleri ve görme varsanılarının değerlendirilmesi için psikiyatri bölümüne yönlendirilmişti; otonomik uyarılma ve algısal anormalliklerle birlikte olan kısa, yoğun korku ve anksiyete belirtileri vardı. Değerlendirmede, 12 yaşında başlayan, -aşağıda anlatıldığı gibi- sonrasında bilinç kaybı gelişen anormal davranış dönemleri ve antipsikotik, anksiyolitik ve çoklu antiepileptik ilaçlara zayıf tedavi yanıtı olduğu öğrenildi. Her ataktan önceki iki gün boyunca artmış tehdit algısı, referans düşünceleri ve kapı çalması, yaklaşan ayak sesleri ve saat tik takları gibi basit işitme varsanıları; ardından birden başlayan göğsüne doğru yükselen gaz hissi ile karında rahatsızlık, ağız kuruması, susama, çarpıntı, elde titreme, terleme oluyor, -başkaları alamazken- tütsü ve gül kokusu alıyormuş (koku varsanısı). Bu belirtiler genellikle 2 dakika sürmekte ve sonrasında yanındaki insanların yüzlerinde çarpıtmalar (fırlayan gözler, uzamış ve biçimsiz burun, oval ya da kare kafa) ve çarpık kol ve bacaklar (düzensiz şekil ve değişen büyüklükte) gördüğü 30-45 saniyelik bir süre ile devam etmekteymiş. Bu arada kendi kol ve bacaklarının da çarpıldığını ve biçimsizleştiğini hissediyormuş. Bu görüngüler bir araya geldiğinde paraşemaziye düşündürmekteydi. Olgu bu sırada çok korktuğunu ve ona yaklaşan herkesten uzaklaşmaya çalıştığını, korku ile çılgınlık attığını ve ağladığını, gitmek için aile bireylerine yalvardığını, bununla birlikte canlı olmayan nesnelere ona büyüklük ve şekil olarak normal göründüğünü anlattı. Bu durumdan sonra yaklaşık 5 dakikalık bilinç kaybı, 15-30 dakika süren baş ağrısı ve sonrasında tamamen düzelmeye oluyormuş. Olgu, paraşemazi atağından önceki olayları hatırlayabilirken, sonraki olayları hatırlamıyormuş. Ailesinde epilepsi öyküsü (2 kardeşinde) vardı ve herhangi bir ilaç veya uyuşturucu kullanmamıştı.

Her atak yaklaşık 3 gün sürmekteydi (preiktal, iktal, postiktal dönemler dahil). Diğer günler atakların tekrarlaması konusundaki endişesi dışında belirtisi olmuyordu. Tedavi öyküsü gözden geçirildiğinde, antiepileptik ilaçlara başlangıçta her zaman yanıt verdiği, ancak tedavi sürerken atakların tekrarladığı anlaşıldı. Daha önce yeterli dozda karbamezapin, sodyum valproat ve fenobarbitona iyi yanıt vermeyen hasta, nöroloji hekimine geldiğinde levetirasetam 2g/gün kullanılmaktaymış. BT ve MR (1,5 Tesla) ile değerlendirilmiş, metabolik, endokrinolojik ve hematolojik değerleri ölçülmüş; tüm sonuçlar normal bulunmuştu. Biz beyin MR'ını 3-Tesla makine ile tekrarladık ve enstitümüzde kullanılan kompleks parsiyel nöbet protokolünü uyguladık; sağ hipokampüste hacim kaybı ile sinyal yoğunluğunda değişiklik, iç yapılarda değişiklik ve hipokampus başında pes kavus görünüşünün kaybolduğunu saptadık. Hipokampus başının T2 relaksometri değerleri sağda 90 ms, solda 70-80 ms idi. Bu özellikler sağ mezial temporal sklerozu göstermekteydi (Şekil A ve B). Buna rağmen, interiktal dönemde çekilen elektroensefalografi epileptiform deşarj göstermedi.

Nörofizyolojik değerlendirmeler, Ulusal Ruh Sağlığı ve Nörobilim Enstitüsü Nörofizyolojik Bataryası (Rao ve ark. 20004) uygulanarak yapıldı. Motor hız (parmak vurma testi), sözel kavrama (token test), kategori akıcılığı (hayvan isimleme testi) ve görsel uzamsal diziliş (karmaşık figür testinden kopyalama puanları) performansları yeterli bulundu; ancak dikkati sürdürme (digit vigilance test), işlem belleği (sözel 2 öncesi), sözel (Rey İşitme Sözel Öğrenme Testi) ve görsel (kompleks figür testinden hatırlama puanları) öğrenme ve bellek, eşleştirilmiş ilişkide (sözcük ilişki testi) bozulma (kendisinin yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi standart normlarından 2 standart sapma altında) saptandı. Bu profil bilateral dorsolateral prefrontal ilişkisini ve temporal lob bozukluklarını akla getirmektedir. Hastada kompleks parsiyel nöbet tanısı düşünüldü, 2g/gün levetirasetama 20mg/gün klobazam eklendi ve sonrasında nöbet sıklığı azaldı. Antiepileptik klobazam ve levetirasetamın birlikte tedavisinin 2 yıllık izleminde nöbeti kalmamıştı.

TARTIŞMA

Sunulan hastanın beden algısında yaşadığı duyuşal çarpıtmalar bir fenomenolojik çıkmaza yol açarak görme varsanıları nedeni ile psikiyatri bölümüne yönlendirilmesine yol açmıştır. Olgunun beden algısı ile ilgili iktal deneyimleri duyuşal çarpıtmalardı; öznel olarak çarpıtılmış şekilde algılanan görsel uyarılar (insanların varlığı) vardı. Bu anlamda, bu deneyimler varsanı değildi, çünkü duyuşal uyarılar her zaman mevcuttu. Yanılmalarda da kuşkuluydu, çünkü algı nesnelere (yüzler ve beden bölümleri) kimliklerini korumuşlar ve başka nesne olarak hatalı yorumlanmamışlardı. Olgunun algı nesnelere doğru tanıyabilmesi görsel agnosi olasılığını ortadan



ŞEKİL 1. a) 3-Tesla MRI ile elde edilen su baskılı (FLAIR) koronal görüntüde sağ hipokampus başında yoğunluk artışı gösteriyor. b) T2 koronal görüntü, hipokampus başında pes kavus görünüşünde kayıp ve iç laminasyonda azalma ile görece daha küçük sağ hipokampusü gösteriyor.

TABLO 1. Çeşitli Görsel Algısal Anormalliklerin Kavramlaştırılması.

| | Uyaran | Algı | Farkındalık |
|-----------------|--------|----------------------------------------------------------------------|-------------|
| Varsanı | Yok | Var, yanlış | Var, yanlış |
| Yanılsama | Var | Var ama uyaran yanlış yorumlanmış | Var, yanlış |
| Duyusal bozulma | Var | Var ama yoğunluk, nitelik ya da uzamsal olarak değişmiş | Var, doğru |
| Görme agnozisi | Var | Var, yanlış (apperceptive agnosia) veya normal (associative agnosia) | Yok |

kaldırıyordu. Tablo 1, farklı fenomenolojik durum olarak kabul edilen çeşitli görsel algı anormalliklerinin kavramlaştırılmasını göstermektedir. Paraşemazi, beden bölümlerinin çarpıtılmış görüldüğü algı bozulmalarına örneklerden biridir; bununla birlikte hastalar bunları beden bölümleri olarak tanıyabilmekte ve kendi algılarının bozulmuş olduğunu anlayabilmektedirler.

Sunulan olgunun belirtilerini açıklayabilecek halüsinogen veya başka bir madde kullanım öyküsü yoktu. Fundoskopiye de içeren göz değerlendirmesinin normal oluşu retinal hasarı dışlamıştı. Boyutların algısal olarak çarpıtılması (mikropsi, makropsi gibi) depersonalizasyon bozukluğu olan hastalarda tanımlanmıştır. Bu olguda olduğu gibi, belirtiler ya da otonomik uyarılma (terleme, çarpıntı, titreme gibi) ile birlikte kısa süreli yoğun korku yanlışlıkla panik bozukluğu ile karıştırılabilir; oysa bu tanı olasılıkları bu hasta için kuşkuluydu çünkü belirtileri nörolojik etiyojolojiyi düşündüren kısa süren

bilinç kaybı dönemleri izliyordu. Dahası, atakların tekrarlayıcı, tutarlı ve stereotipik doğası, belirtilerin tipik oluşu, mezial temporal sklerozun MRI bulguları ve antiepileptik ilaçlara iyi cevap vermesi hep birlikte olası bir parsiyel kompleks nöbet tanısını düşündürmüştür.

Sunulan hastadaki paraşemazi tipik olarak yüz, kol ve bacaklar ile ilgiliydi. Fonksiyonel MRI çalışmaları, sağ temporal korteksteki bölgelerin öncelikli olarak yüz, kol ve bacaklara karşılık geldiğini göstermektedir (Pinsk ve ark. 2005, Kanwisher ve ark. 1997). Striat dışındaki alanlar (the extrastriate body area/EBA) (çoğunlukla sağ hemisferde lateral oksipitotemporal korteksin bir parçası) özellikle işlemci organları etkilemektedir (Downing ve ark. 2001). Diğer yandan fusiform yüz bölümü (fusiform face area/FFA) - yine oksipitotemporal korteksin bir parçası olarak- özellikle yüzle ilgili uyarılara hassastır ve yüzle ilgili olmayan beden bölümlerine duyarsızdır (Grill-Spector ve ark. 2004). Sunulan hastanın nörogörüntüleme ve nörofizyolojik bulgularını temel alarak, hastanın paraşemazi dönemlerinin hipokampo-fusiform yolak yoluyla FFA ve EBA ile yakın ilişkili olan (Smith ve ark. 2009) sağ hipokampustan gelen epileptiform deşarjlara bağlı olduğunu düşündük.

Sonuç olarak, paraşemazi varsa kompleks parsiyel nöbet ve migren ile ilişkisinden dolayı titiz bir nörolojik çalışma yapılmalıdır. İnce fenomenolojik farklılıklara dikkat edilmesi, paraşemazinin diğer daha sık görülen görme varsanıları, yanılsamalar ve agnozi nedenlerinden ayrılmasını ve böylece yanlış tanıların önlenmesini sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Casey P, Kelly B (2007) Fish's Clinical Psychopathology: Signs and Symptoms in Psychiatry. London, Gaskell.
- Downing PE, Jiang Y, Shuman M ve ark. (2001) A cortical area selective for visual processing of the human body. Science 293:2470-3.
- Grill-Spector K, Knouf N, Kanwisher N (2004) The fusiform face area subserves face perception, not generic within-category identification. Nat Neurosci 7:555-62.
- Kanwisher N, McDermott J, Chun MM (1997) The fusiform face area: a module in human extrastriate cortex specialized for face perception. J Neurosci 17:4302-11.
- Pinsk MA, DeSimone K, Moore T ve ark. (2005) Representations of faces and body parts in macaque temporal cortex: a functional MRI study. Proc Natl Acad Sci U S A 102:6996-7001.
- Podoll K, Ebel H, Robinson D ve ark. (2002) Obligatory and facultative symptoms of the Alice in wonderland syndrome. Minerva Med 93:287-93.
- Rao SL, Subbakrishnan DK, Gopulkumar K (2004) NIMHANS Neuropsychological Battery. Bangalore, NIMHANS Publications.
- Sims A (2002) Symptoms in the Mind. An Introduction to Descriptive Psychopathology. London, Elsevier.
- Smith CD, Lori NF, Akbudak E ve ark. (2009) MRI diffusion tensor tracking of a new amygdalo-fusiform and hippocampo-fusiform pathway system in humans. J Magn Reson Imaging 29:1248-61.
- Todd J (1955) The syndrome of Alice in Wonderland. Can Med Assoc J 73:701-4.

TÜRKİYE SİNİR VE RUH SAĞLIĞI DERNEĞİ PROF. DR. MUALLA ÖZTÜRK ÇOCUK RUH SAĞLIĞI ARAŞTIRMA ÖDÜLÜ 2016

“Prof. Dr. Mualla Öztürk Çocuk Ruh Sağlığı Araştırma Ödülü” 1990’dan bu yana çocuk ruh sağlığı alanındaki özgün araştırmaları desteklemek amacıyla verilmektedir.

BAŞVURU KOŞULLARI

1. Araştırma, Türkiye’de yapılan özgün bir araştırma olmalıdır. Ödüle başvuran birincil araştırmacı Türk vatandaşı olmalıdır.
2. Araştırma, yayımlanmamış ya da son üç yıl içinde yayımlanmış olabilir.
3. Araştırmalar 10 alanda değerlendirilmektedir: 1) Özgünlük; 2) Araştırma sorusunun çocuk ruh sağlığı için önemi; 3) Hipotezlerin soruyu yanıtlamaya uygunluğu; 4) Araştırma deseninin hipotezleri yanıtlamaya uygunluğu; 5) Örneklemin uygunluğu; 6) Uygulamaların ve ölçeklerin uygunluğu; 7) İstatistiksel değerlendirmenin uygunluğu; 8) Bulguların aktarılmasının uygunluğu; 9) Tartışmanın yeterliliği; 10) Yazım dilinin kurallara uygunluğu ve anlaşılabilirliği.
4. Ödüle başvuru dili Türkçe’dir. Araştırma yabancı dilde yayımlanmış ise başvuru için Türkçesi yazılmalıdır. Yabancı dildeki yazım eklenmelidir.
5. Araştırma yayımlanmamış ise başvuru Türk Psikiyatri Dergisi yazım koşullarına uygun bir makale biçiminde hazırlanarak yapılmalıdır.
6. Başvuruda yazarların ad, soyad, ünvan, görev ve çalışma adreslerini, telefon-faks numaralarını, e-posta adreslerini, çalışmanın yapıldığı yeri içeren ayrı bir kapak yazısı yer almalıdır.
7. Başvuru en geç 15 OCAK 2016 tarihine kadar tsrcsdernegi@gmail.com adresine e-posta ile yapılmalıdır.
8. Başvurular aşağıda belirtilen seçici kurul tarafından değerlendirilecektir.
9. Ödül 2000 TL ve ödül belgesi olarak Şubat ayında Prof. Dr. Mualla Öztürk anısına Ankara’da düzenlenmekte olan Çocuk Ruh Sağlığı Sempozyumu’nda verilecektir.

SEÇİCİ KURUL

Prof. Dr. Efser Kerimoğlu, Prof. Dr. Ayşe Yalın, Prof. Dr. Runa Uslu, Prof. Dr. Fatih Ünal, Prof. Dr. İlgi Ertem