

Bilişsel Bozukluk ve Hipomani Belirtileriyle Başvuran Bir Araknoid Kist Olgusu



Bahadır GENİŞ¹, Behcet COŞAR²

ÖZET

Araknoid kistler araknoidin benign konjenital malformasyonlarıdır. Araknoid kistler kafa içi lezyonlarının yaklaşık %1,4'ünü oluşturur. Genellikle asemptomatik olmalarına rağmen baş ağrısı, hidrosefali ve nöbet eşlik edebilir. Araknoid kistlerle ilişkili psikiyatrik bozukluklar nadirdir. Bu makalede, hipomani semptomları ve belirgin bilişsel bozukluğu olan dev bir araknoid kist sunuyoruz. Kırk dört yaşında kadın hasta polikliniğimize baş ağrısı, sinirlilik ve dikkat problemleri ile başvurdu. Dört yıldır devam eden baş ağrısı şikâyeti için manyetik rezonans görüntüleme yapıldı. Hastanın sol hemisferinde 5,5x10,5x12,5 cm boyutlarında dev bir araknoid kist bulundu. Hastadaki sinirlilik, konuşma artışı, fikir uçuşması, uyku bozukluğu ve dikkat bozuklukları birlikte değerlendirildiğinde hipomani tanısı kondu. Nöropsikolojik testler, bilgi işlem hızının, zihinsel esnekliğin ve dikkat işlevlerinin azaldığını ve yürütücü işlevlerin bozulmakta olduğunu gösterdi. Bu bulgular ile hasta beyin cerrahisi bölümüne danışıldı. Beyin cerrahisi, cerrahi tedavi planlamadı ve semptomatik tedavi önerdi. Hipomanik semptomlar ve bilişsel bozulma için ilaç tedavisini başlatmayı planladık, fakat hasta ile iletişim kuramadığımız için tedaviye başlayamadık. Bu durum çalışmamız için ciddi bir sınırlamadır. Bununla birlikte, kistin büyüklüğü, bilişsel işlevlerin önemli derecede bozulması ve hipomani semptomlarının varlığı literatüre önemli ölçüde katkıda bulunacaktır. Bilişsel bozukluğu olan araknoid kist olguları makalemizde özetlendi.

Anahtar Sözcükler: Bipolar bozukluk, araknoid kist, bellek bozuklukları, bilişsel bozukluklar, hipomani, afektif belirtiler

SUMMARY

A Case of Arachnoid Cyst Presenting with Cognitive Impairment and Hypomania Symptoms

Arachnoid cysts are benign congenital malformations of the arachnoid which account for approximately 1.4% of the intracranial lesions. Although it is usually asymptomatic, it may be accompanied by headache, hydrocephalus and seizure. Psychiatric disorders associated with arachnoid cysts are rare. In this article, we present a giant arachnoid cyst with hypomania symptoms and marked cognitive impairment. A 44-year-old female patient was admitted to our outpatient clinic with a 4-year history of headache, nervousness and attention problems. Magnetic resonance imaging revealed a giant arachnoid cyst with a size of 5.5x10.5x12.5 cm was found in the left hemisphere of the patient. Considering the patient's irritability, increase in the amount of speech, flight of ideas, sleep disturbance and attention disorders, the diagnosis of hypomania was made. The neuropsychological tests showed that the speed of information processing, mental flexibility and attention functions decreased, and executive functions were impaired. The patient was consulted to the neurosurgery department. But no surgical treatment was offered. Drug therapy for hypomanic symptoms and cognitive impairment was planned, but could not be started since the patient did not attend to the follow-up exams. Albeit the lack of follow-up constitutes a limitation for our report, we believe that the size of the cyst, significant impairment of cognitive functions and the presence of hypomania symptoms might contribute significantly to the literature. Other cases with arachnoid cyst displaying cognitive impairment were summarized in our article.

Keywords: Bipolar disorder, arachnoid cyst, memory disorders, cognitive disorders, hypomania, affective symptoms

Geliş Tarihi/Received: 27.03.2019, **Kabul Tarihi/Accepted:** 23.07.2019, **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Published Online:** 10.10.2019

¹Uzm., Çaycuma Devlet Hastanesi, Psikiyatri Bl., Zonguldak, ²Prof., Gazi Üniv. Hastanesi, Psikiyatri Bl., Ankara.

BG: 0000-0001-8541-7670, **BC:** 0000-0002-6422-499X

Dr. Bahadır Geniş, e-posta: bahadirgenis06@gmail.com

GİRİŞ

Araknoid kist (AK), araknoidin benign konjenital malformasyonudur. Genellikle gelişimsel defektlerden veya travmadan kaynaklanır. AK, nöral tüpü çevreleyen araknoid membran tabakaları arasında beyin-omurilik sıvısının birikmesiyle oluşur (Helland ve Wester 2007). Erişkinlerde yaygınlığının %1,4 olduğu bildirilmektedir (Al-Holou ve ark. 2013).



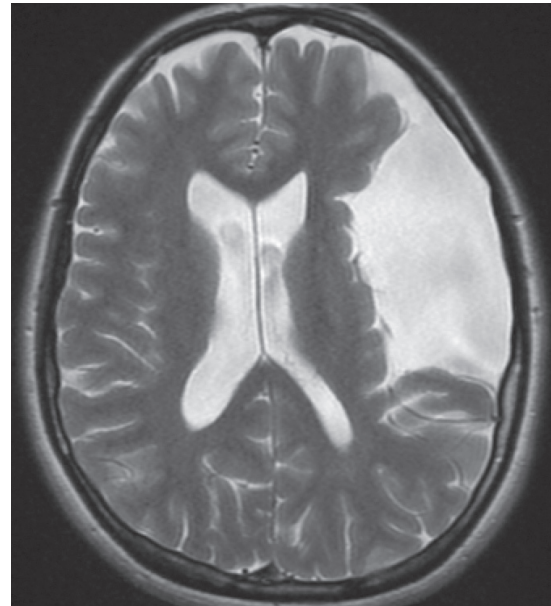
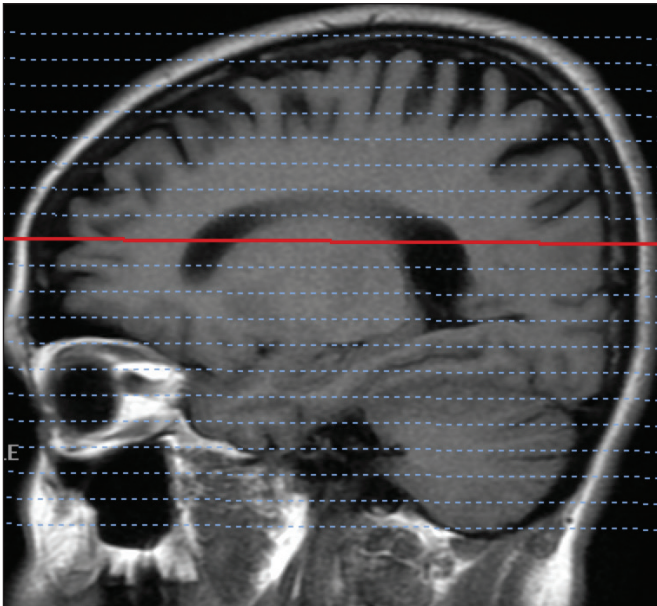
Şekil 1. Sol hemisferde yer alan dev araknoid kist ve kiste bitişik frontal, temporal ve parietal lob hipoplazisi (T2 ağırlıklı koronal kesit).

AK, sıklıkla orta kranial fossa (çoğunlukla sol) (%34) ve retroserebellar bölgede (%33) yer alır. Sadece %5'inin semptomatik olduğu bildirilmektedir. AK'ye bağlı en sık görülen belirtiler ise baş ağrısı, hidrosefali, ataksi, nöbet ve baş dönmesidir (Al-Holou ve ark. 2013).

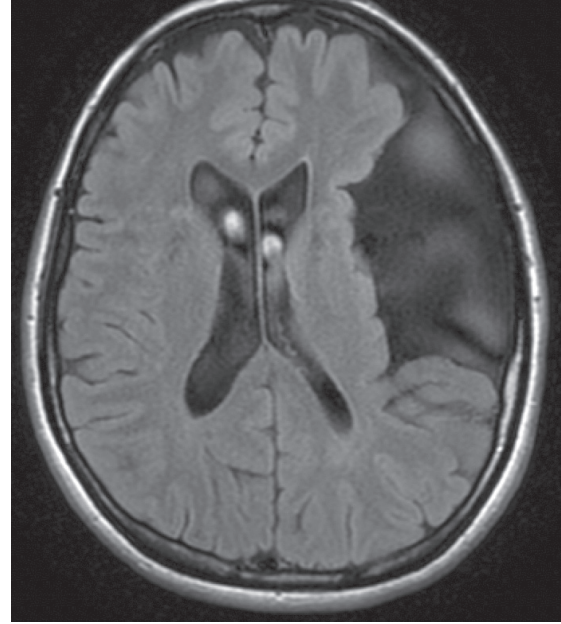
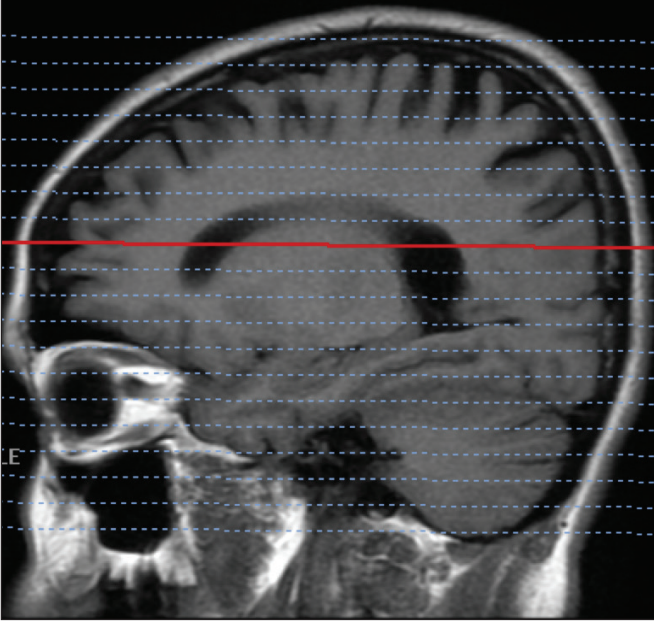
AK'ye eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ile ilgili literatür oldukça sınırlı olup olgu sunumları temellidir. AK'ye başta psikotik bozukluklar ve depresyon olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozuklukların eşlik ettiği bildirilmektedir (Kuloglu ve ark. 2008, Boomkens ve ark. 2010, Miskey ve Gross 2016, Mormont ve ark. 2017) Biz de bu makalede belirgin bilişsel bozulmanın eşlik ettiği ve hipomani belirtilerinin gözlemlendiği dev bir AK olgusu sunuyoruz.

OLGU

44 yaşında kadın hasta, üniversite mezunu, boşanmış ve iki çocuğuyla birlikte yaşıyor. Baş ağrısı, sinirlilik ve dikkat dağınıklığı şikâyetleri ile polikliniğimize başvurdu. Baş ağrısı şikâyetinin dört yıl önce başladığı, intermittant (aralıklı) bir seyir izlediği, bir bölgeye lokalize olmadığı ve son bir yılda şiddetinin arttığı öğrenildi. Sinirliliği son bir aydır artış göstermişti. Benzer dönemde dikkat ve odaklanma sorunları da artmıştı. Günlük hayatında isimleri karıştırma, kitap okumakta zorlanma ve konuşulanlara odaklanamama şikâyetleri başlamıştı. Zihninin çok karışık olduğu, başladığı işi sürdürmekte zorlandığı ve sürekli yeni fikirlerinin olduğu öğrenildi. Uykuya dalmakta zorlanması ve uyku miktarında azalması vardı. Konuşma miktarında ise artış saptandı. Bu şikâyetlerinden dolayı arkadaş çevresinin azaldığını ve sosyal ilişkilerinin bozulduğunu belirtti. Riskli davranışlar, hedefe yönelik hareketlerde artış, enerji artışı, cinsel istekte artış veya



Şekil 2. T1 flair ağırlıklı sagittal kesitte ve T2 ağırlıklı aksiyal kesitte eş görünüm olarak gösterilen dev araknoid kist.



Şekil 3. T1 flair ağırlıklı sagittal kesitte ve T2 flair aksiyal kesitte eş görünüm olarak gösterilen dev araknoid kist.

aşırı para harcama gibi diğer mani belirtileri yoktu. Bununla birlikte hastanın duygudurumunun irritabl olduğu gözlemlendi.

Hastanın geçmiş öyküsünde; on yıl önce babasının ölümünden sonra, yoğun bir karamsarlık dönemi vardı. Bu dönemde öz bakımda azalma, uykululuk, iştahsızlık ve isteksizlik belirtileri olduğu öğrenildi. Ayrıca suçluluk ve pişmanlık gibi belirtileri neredeyse sanrı boyutuna ulaşmıştı. Bu depresif dönemin yaklaşık bir yıl sürdüğü, tıbbi bir destek almadığı ve ilaçsız bir şekilde ilkbahar aylarında kendiliğinden iyileştiği öğrenildi. Hastanın alkol / madde kötüye kullanımı veya geçmişte yaşadığı herhangi bir kafa travması yoktu. 17 yıldır günde yaklaşık bir paket sigara kullanıyordu. Aile bireylerinde psikiyatrik bir hastalık öyküsü olmadığı öğrenildi.

Geçmişte yaşadığı baş ağrısı için herhangi bir nöroloji başvurusu olmayan hastanın, artan baş ağrısı şikâyeti ve psikiyatrik belirtileri için manyetik rezonans (MR) görüntülemesi yapıldı. Hastanın MR görüntülemesinde; sol serebral hemisferde inferiordan başlayıp verteks düzeyine kadar uzanana yaklaşık 5,5x10,5x12,5 cm boyutlarında dev bir AK saptandı. Kist komşuluğundaki temporal, parietal ve frontal lobda hipoplazik değişiklikler vardı. Kortikal sulkus ve fissürler diğer kesimlerde doğal olarak saptandı. 4. ventrikül orta hatta olup lateral ventriküller normal konum ve boyuttaydı. Beyin sapı ve serebelluma ait intensite ise homojendi (Görüntü 1, 2 ve 3).

Ruhsal durum muayenesinde yaş ve sosyoekonomik durumu dış görünümüyle uyumluydu. Psikomotor aktivitesi kısmen artan hastanın yönelimi tamdı. Anlık bellek ve uzak bellek normal olup yakın belleği kısmen azalmıştı. Spontan ve istemli dikkati azalmıştı. Konuşma miktarı ve hızı belirgin olarak artmıştı. Duygudurumu irritabl, duygulanım aralığı kısmen artmıştı. Algı kusuru saptanmadı. Düşünce hızı

artmıştı. Düşünce içeriğinde sanrı saptanmadı. Yargılaması ve gerçeği değerlendirme yetisi normaldi. İmpuls kontrolü kısmen azalmıştı.

Bu değerlendirmelerden sonra hastaya Rorschach testi, Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) ve nöropsikolojik testler yapıldı. Rorschach testinde, hastanın gerçeklik testi ve ego gücü normal bulundu. Stres yaratan durumlardan uzaklaştırma yoluyla başa çıkmaya çalıştığı tespit edildi. Test protokolünde afektif belirtiler ön plandaydı. MMPI profilinin geçerli olan hastanın sözel saldırganlık ve engellenme durumunda öfke patlamaları ve somatik yakınmalar oluşturabileceği öngörüldü. Stroop testinde hastanın bilgi işleme hızı ve dikkat işlevleri norm değerlerin altında saptandı. Rey İşitsel Sözel Öğrenme testi uygulaması sonucunda hasta kısa süreli ve uzun süreli bellek işlevlerinde (hatırlama ve tanıma işlevleri) de normal performans gösterdi. Bu da hastada bilginin kaydı, öğrenilmesi ve geri çağrılmasıyla ilgili bir sorun olmadığını düşündürdü. Wisconsin kart eşleme testinde hastanın zihinsel stratejisinde değişiklik yapamama, perseveratif tepki gösterme eğiliminde olma, uyarıcının seçici yönüne dikkat edememe, kritik özelliklerini ayırt edememe ve ortak özelliklerini sınıflandıramama gibi bozukluklarının olduğu belirlendi. Tüm test bulguları birlikte değerlendirildiğinde hastada afektif özelliklerin baskın olduğu, kısa süreli bellek ve uzun süreli bellek işlevlerinin normal olmakla birlikte, dikkatini toplama ve sürdürebilme yeteneği ile yürütücü işlevlerinin bozuk olduğu saptandı.

Oluşan psikiyatrik belirtilerin ve bilişsel bozuklukların nede-nini saptamak için yapılan rutin kan tetkikleri (tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, vitamin B12, folik asit, kan şekeri vb.) normal aralıktaydı. Hasta son bir aydır

Tablo 1. Bilşsel Bozukluğun Eşlik Ettiği Araknoit Kisti Olgular

Yazar/Yılı [Kaynak]	Yaş/ Cinsiyet	Başyuru semptomu	Boyut	Yerleşim	Psikiyatrik değerlendirme	Nöropsikolojik test sonuçları	Cerrahi tedavi	İlaç tedavisi	Cerrahi/İlaç tedavisi sonrası belirtilerin durumu
Geniş ve Coşar / 2019	44/K	Baş ağrısı, sinirlilik ve dikkat sorunları	55x105x125 mm	Sol serebral hemisfer	BAB-Hipomani ve Bilşsel Bozukluk	- Tepkiyi değiştirilme becerisi, bilgi işleme hızı ve dikkat işlevleri azalmış - Bilginin kodlanması (kayır), öğrenilmesi ve geri çağırılması normal - Zihinsel esneklikte bozulma - Yürütücü işlevlerde bozulma	Hayır	Hayır	-
Shettar ve ark. / 2018	56/K	Sağ taraf yüzücü ve yüzde zayıflık, bellek bozuklukları ve depresif belirtiler	-	Sol frontal lob	Bilşsel Bozukluk ve Depresyon	-Temporal, frontal ve parietal lob nörokognitif fonksiyonlarında bozulma -Fonemik ve semantik sözel akıcılıkta azalma	Evet	Serralin 100 mg/gün	-Tüm nörokognitif fonksiyonlar ve depresyonda iyileşme
Mormont ve ark. / 2017	75/K	Parkinson belirtileri ve bilşsel bozulma	95x65x58 mm	Sağ frontal lob	İkincil Parkinsonizm ve Bilşsel Bozukluk	-Zihinsel esneklikte bozulma ve bilşsel inhibisyon -Selektif dikkat alanında zayıflık -Epizodik hafızada serbest hatırlama eksikliği	Evet	Levodopa 600 mg/gün	-Parkinsonizm belirtilerinde kısmi iyileşme -Sözel akıcılıkta önemli iyileşme
Miskey ve ark. / 2016	65/E	Bellek bozukluğu	164x77 mm	Sol frontotemporal	TSSB ve Depresyon	-Görsel öğrenme ve bellekte azalma	Hayır	-	-
Zwagerman ve ark. / 2016	49/K	Baş ağrısı, çift görme, yüzde uyuşma, bellek bozukluğu	30x25x17 mm	Sol orbital	Bilşsel Bozukluk ve Depresyon	-İfade edici dilde bozulma, dikkat ve bilşsel esneklikte azalma, psikomotor yavaşlama	Evet	-	- Bellek ve sözel akıcılıkta devam eden hafif bozukluk - Diğer bilşsel işlevlerde ve depresif belirtilerde belirgin iyileşme
Sugimoto ve ark. / 2016	72/E	Baş dönmesi, yürütme güçlüğü ve bilşsel bozulma	-	Dördüncü ventrikül	Ciddi Bunama	HDÖR=6/30	Evet	-	- Yürütme ve bilşsel kapasitede iyileşme - Gövde araknoitide düzleme - HDÖR=21/30
B Gjerdve ve ark. / 2013	46-4/E (12) 37-8/K (10)	13 hasta sadece baş ağrısı 1 hasta sadece bilşsel bozulma 1 hasta sadece baş dönmesi 1 hasta sadece epilepsi 4 hasta baş ağrısı ve bilşsel bozulma 1 hasta baş ağrısı ve epilepsi 1 hasta baş ağrısı ve baş dönmesi	-	2 hasta sol frontal lob 1 hasta sol frontal lob 7 hasta sol temporal lob 12 hasta sol temporal lob	Bilşsel Bozukluk	Renk-Kelime Bozucu testi; STC Renk adlandırma=33,6+6,9 Kelime okuma=25,8+12,9 Inhibisyon=69,1+23,4 Inhibisyon /değiştirme=81,6+25,3 Sözel akıcılık testi; NWP Harf akıcılığı=36,7+10,6 Kategori akıcılığı=37,1+8,0 Kategori değiştirme=13,2+2,8 Toplam değiştirme doğruluğu=12,5+2,9 Kütle testi; TAS Toplam başarı skoru=16,7+2,6	Evet	-	Renk-Kelime Bozucu testi; STC Renk adlandırma=29,4+4,5 Kelime okuma=25,8+12,9 Inhibisyon=56,4+14,5 Inhibisyon /değiştirme=68,9+14,7 Sözel akıcılık testi; NWP Harf akıcılığı=55,0+10,3 Kategori akıcılığı=48,8+8,6 Kategori değiştirme=18,5+3,2 Toplam değiştirme doğruluğu=17,4+3,1 Kütle testi; TAS Toplam başarı skoru=20,7+3,5
Boonkens ve ark. / 2010	81/K	Baş dönmesi, kısa bellek sorunları, kelime bulmakta zorlanma, hafif depresif belirtiler	62x43 mm	Sol frontotemporal	Depresyon	-Kısa bellek sorunları, dikkatte azalma ve yürütücü işlev anomalilikleri	Evet	-	-Baş dönmesi, kısa süreli bellek sorunları ve Depresif belirtilerde iyileşme
Kuloglu ve ark. / 2008	22/K	Sanni, varsama, bellek ve dikkat eksiklikleri, negatif belirtiler	50x50x40 mm	Sol temporal lob	Şizofreni benzeri psikoz	- Dikkat ve bellek sorunları - KPÖÖ:69	Hayır	Olanzapin 20 mg / gün	- Halüsinasyonlarda tam iyileşme, psikomotor ajitasyon, ağsesyon ve ambivalan davranışlarda azalma - Sanrılar, dikkat ve hafıza işlevlerinde değişiklik yok - KPÖÖ:41
Koril ve ark. / 2007	70/K	Baş ağrısı, baş dönmesi, bellek ve davranış bozuklukları	61x65x69 mm	Sol frontal lob	Bilşsel Bozukluk	-VEM skoru = 45 puan -VIM skoru = 55 puan -GM skoru = 100 puan -DR skoru = 85 puan	Evet	-	-VEM skoru = 75 puan -VIM skoru = 85 puan -GM skoru = 155 puan -DR skoru = 98 puan -Davranış bozukluklarında düzelme
Lebowitz ve ark. / 2006	33/E	Frontal baş ağrısı	-	Sol frontotemporo-parietal	Yok*	-İnce motor beceri ve d gücünde azalma -Kelime üretiminde kısmi bozulma -Mekansal düşünmede (Spatial Thinking) bozulma -Mekansal yönelim yağlamasında (Judgment of Spatial Orientation) bozulma	Hayır	-	-
Soukoun ve ark. / 1998	20/E	Baş ağrısı	150x35x25 mm	Sol temporal fossa	Bilşsel Bozukluk	-Yüzleştirme adlandırması ve sözel akıcılığı içeren ifade edici dilde anomaliler -PIQ = 90	Evet	-	- Görsel-algsal yeteneklerde, yapısal becerilerde, sözel öğrenme / bellekte, kavramsal değişken (Conceptual Shifting) ve psikomotor hızda önemli gelişme -PIQ = 117

* 20'li yaşlarında depresyon geçirdiği bildirildi.
VEM: Sözel bellek, VIM: Görsel bellek, GM: Genel bellek, DR: Geçmiş geri çağırma, KPÖÖ: Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği, PIQ: Performans Zekası Bölümü, HDSR: Hasegawa Demans Ölçeği, Revise, STC: Denemeyi tamamlamak için saniye, NWP: 60 saniyede üretilen kelime sayısı, TAS: Toplam başarı puanı

dalgalı seyir gösteren ancak bir haftayı geçmeyen irritabilite, konuşmasında belirgin artış, düşünce akışında hızlanma ve dikkat bozuklukları olması gibi mani belirtileri gözlenirse de hedefe yönelik hareketlerinde artış, psikotik belirti ve hastaneye yatacak kadar ağır psikopatolojisi göstermemesi nedeniyle DSM-5 tanı kriterlerine göre iki uçlu bozukluk hipomanik dönem tanısı kondu.

Kistin tedavisi için nöroşirurji bölümüyle iletişime geçildi. Kistin oldukça büyük olmasından dolayı cerrahi tedavi öncesinde semptomatik ilaç tedavi ile takip edilmesi planlandı. Hastanın hipomani belirtileri ve bilişsel bozukluğu için ilaç tedavisine başlamayı planladık. Ancak, hasta bir sonraki randevusuna gelmediği için tedaviye başlayamadık. Hastayla telefonla veya postayla iletişim kurmak istesek de yanıt alamadık.

TARTIŞMA

Kafa içi görüntülemenin yaygın kullanımı ile daha fazla AK tespit edilmektedir. AK'nin saptanmasındaki artışa rağmen, erişkinlerde prevalans ve prognoz hala iyi anlaşılmamıştır. Bunda kistlerin önemli bir kısmının asemptomatik olması etkili olabilir.

AK'lere psikiyatrik bozukluklar nadiren eşlik etmekte olup tanısı genellikle rastlantısal olarak konmaktadır. Psikiyatrik bozuklukların içinde ise sıklıkla psikotik bozukluklar bildirilmektedir (Kuloğlu ve ark. 2008, Das ve ark. 2017, Khan ve Ahmed 2017). Bunda psikotik bozukluklarda daha sık görüntüleme yöntemlerinin kullanılması ve AK'lerin genellikle sol temporal bölge yerleşimli olması etkili olabilir (Al-Holou ve ark. 2013). Temporal lob yapısal anormallikleri ve psikotik belirtiler arasında açık bir ilişki olduğunu gösteren pek çok kanıt vardır (Shenton ve ark. 1992). Bu nedenle, AK'ler psikotik bozukluklarla birlikte daha sık görülebilir. Bizim olgumuzun sol serebral yarı küresinde dev bir AK vardı. Hastanın son muayenesinde psikotik belirti olmamasına rağmen geçmişte psikotik sınıra dayanan belirtilerin olduğu majör depresyon dönemi yaşamıştı. Şu an ise hipomani dönemindeydi.

Literatürde psikotik bozukluklar dışında AK'ye eşlik eden depresyon (Boomkens ve ark. 2010), katatoni (Kastenholz ve ark. 2014), panik bozukluk (de-Melo-Neto ve ark. 2009) ve obsesif kompulsif bozukluk (Hegde ve ark. 2014 vb.) gibi psikiyatrik bozukluklarda bildirilmiştir. AK'ye eşlik eden bipolar afektif bozukluk (BAB) olguları ise oldukça nadir olup bildirilen dört olgu vardır (Harmancı ve Gökbakan 2013, Khan ve Ahmed 2017, Bakım ve ark. 2012, Hanretta ve ark. 2007). Bu olguların ikisinde AK sağ ön temporal lob, birisi sol frontal lob, diğerinde ise oksipital lob yerleşimlidir. Oksipital lob yerleşimli olan olguda ise sağ hemisfere bası olduğu belirtilmiştir. Bu olgularla uyumlu olarak literatürde de mani belirtilerinin sağ hemisfer lezyonlarıyla özellikle de talamus, temporal lob ve frontal lob etkilenmesiyle ilişkili olduğu görülmektedir

(Schmid-Ghika ve Bogousslavsky 2000). Bizim takip ettiğimiz olguda ise sol serebral yarı küreyi neredeyse kaplayan bir AK vardı. Lezyona komşu olan frontal, temporal ve parietal loblarda belirgin hipoplazi vardı. Ancak sağ hemisfer normal olarak gözlendi. Psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkışını sadece lezyon lokalizasyonu ile ilişkilendirmek mümkün değildir. Çünkü lezyonun bası yaptığı beyin bölgesindeki nöral ağların etkileşimleri de belirtilerin oluşumunda oldukça önemlidir.

Olgumuzun AK'nin eşlik ettiği diğer BAB olgularından önemli farklarından birisi de bilişsel bozuklukların belirgin olarak gözlenmesidir. Khan ve Ahmed (2017) ile Bakım ve arkadaşlarının (2012) takip ettikleri olgularda dikkat, odaklanma ve bellek işlevleri normal olarak değerlendirilmiştir. Harmancı ve Gökbakan (2013) ile Hanretta ve arkadaşlarının (2007) takip ettiği olgularda ise bilişsel belirtilerin değerlendirilmesine dair herhangi bir içerik verilmemiştir. Bilişsel işlevlerde bozulma detaylı bir nöropsikolojik değerlendirme olmadan gözden kaçabilir. Beynin farklı bölgelerinde yer alan AK'ye sahip on hastanın değerlendirildiği bir çalışmada, dokuz hastanın yaşadığı bilişsel bozuklukların nöropsikolojik testler yapılana kadar net bir şekilde saptanamadığını belirtmiştir (Lang ve ark. 1985). Literatürde AK'ye eşlik eden bilişsel bozukluklar oldukça çeşitlilik göstermektedir. Bellek fonksiyonlarında azalma (Miskey ve Gross 2016), kısa süreli ve uzun süreli hafıza kaybı (Boomkens ve ark. 2010), sözel akıcılıkta azalma (Mormont ve ark. 2017) ve atandırımda bozulma (Soukup ve ark. 1998) bunlardan bazılarıdır. Dev AK boyutlarına rağmen bilişsel fonksiyonların önemli bir kısmının korunduğu olgular da vardır (Lebowitz ve ark. 2006). Bizim takip ettiğimiz olguda kısa süreli ve uzun süreli hafıza fonksiyonları normal olmasına rağmen, odaklanma, dikkati sürdürülebilirlik ve yürütme işlevlerinin bozulduğunu saptadık. Hastamızdaki bilişsel bozulmanın temel nedenlerinden birisi AK olabileceği gibi hastalığın (hipomani) kendisi de olabilir. Atak döneminde olmayan ötmik hastalarda bile sözel bellek ve yürütücü işlevlerle ilgili defisitlerin olduğu bildirilmektedir (Demirel ve ark. 2012). Atak döneminde ise başta bir tanı kriteri olarak değerlendirilen distraktibilite olmak üzere diğer nörobilişsel defisitlerinde arttığı bildirilmektedir. Bilişsel bozukluk belirtilerinin özellikle son bir ayda artması, belirtilerin hipomani dönemiyle daha fazla ilişkili olabileceğini düşündürse de dev bir AK'nin bilişsel işlevler üzerine önemli bozucu etkiler oluşturduğu göz ardı edilemez. Literatürdeki AK'ye eşlik eden bilişsel bozukluk olguları Tablo 1'de gösterilmiştir (Kotil ve ark. 2007, Kuloğlu ve ark. 2008, Boomkens ve ark. 2010, Gjerde ve ark. 2013, Miskey ve Gross 2016, Sugimoto ve ark. 2016, Zwagerman ve ark. 2016, Mormont ve ark. 2017, Shettar ve ark. 2018). Bildirilen olguların çoğunda AK beynin sol bölgesinde yer almaktadır. Bu durum kist pozisyonu ile bilişsel bozulma arasında bir ilişki olabileceği düşündürse de bu durum net değildir. Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme ile kesitsel olarak yapılmış

bir çalışma, sağ hemisferin dikkat fonksiyonu üzerinde daha önemli olduğu ileri sürmüştür (Rosen ve ark. 1999). Bununla birlikte prospektif bir çalışma ise; AK'li olguların zeka ve bellek testlerinde normal popülasyona benzer puanlar aldığı ve sonuçların kist lokalizasyonu ile ilişkili olmadığını belirtmiştir (Kunz ve ark. 1988).

Olgu sunumları temelinde değerlendirildiğinde, AK'li bireylerde bilişsel bozukluk riskinin arttığı görülmektedir (Tablo 1). Bilişsel işlevdeki rahatsızlıkların önemli bir kısmı, cerrahi tedavi sonrası geri dönüşlü gibi görünmektedir (Soukup ve ark. 1998, Kotil ve ark. 2007, Boomkens ve ark. 2010, Gjerde ve ark. 2013, Sugimoto ve ark. 2016, Zwagerman ve ark. 2016, Mormont ve ark. 2017, Shettar ve ark. 2018). AK'lerin cerrahi tedavisi sadece klinik semptom ve şikâyetleri değil, aynı zamanda bilişsel bozuklukları da iyileştirebilir. Ancak ortaya konan sonuçların olgu sunumları temelli olduğu ve cerrahi tedavilerin önemli komplikasyonlara sebep olabileceği unutulmamalıdır. Olgumuzun takibini yapamamış olmamız önemli bir kısıtlılıktır. Ancak hastadaki kist boyutunun büyüklüğü, hipomani tanısının olması ve detaylı nöropsikolojik değerlendirmeye sahip olması gibi özellikleriyle literatüre önemli katkı sağlayacaktır.

SONUÇ

AK'ler ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki nedensellik ilişkisi her zaman açık değildir. Az sayıda bildirim bu belirsizliği artırmaktadır. AK'ler ciddi psikiyatrik bozukluklara ve bilişsel eksikliklere neden olabilir. Tedavinin tüm aşamalarında multidisipliner bir yaklaşım benimsenmelidir. Ayrıca, AK'leri olan bireylerde bilişsel işlevlerin prospektif olarak değerlendirildiği çalışmalar bu ilişkiyi daha da netleştirecektir.

KAYNAKLAR

- Al-Holou WN, Terman S, Kilburg C ve ark. (2013) Prevalence and natural history of arachnoid cysts in adults. *J Neurosurg* 118: 222-31.
- B Gjerde P, Schmid M, Hammar A ve ark. (2013) Intracranial arachnoid cysts: impairment of higher cognitive functions and postoperative improvement. *J Neurodev Disord* 5: 21.
- Bakım B, Karamustafaloğlu KO, Özalp G ve ark. (2012) Arachnoid cyst and bipolar disorder: a case report *JMOOD* 2: 1-4.
- Boomkens HR, van der Cammen TJ, Mattace-Raso FU (2010) Primary arachnoid cyst mimicking depressive symptoms in an elderly woman. *Int Psychogeriatr* 22: 832-3.
- Das S, Kartha A, Purushothaman ST ve ark. (2017) Arachnoid cyst and psychosis: the troublemaker or innocent bystander. *Indian J Psychol Med* 39: 194-5.
- de-Melo-Neto VL, Lopes FL, Magalhaes FV ve ark. (2009) Anterior cingulate cortex activation as a trait of panic disorder in a patient with a temporal arachnoid cyst. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 33: 1565-7.
- Demirel A, Demirel ÖF, Kadak MT ve ark. (2012) bipolar hastalarda nörobilişsel defisitler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 4: 381-95.
- Hanretta AT, Akra I, Malek-Ahmadi P (2007) Electroconvulsive therapy and arachnoid cysts. *J ECT* 23: 126-7.
- Harmancı H, Gökbakan AM (2013) A bipolar disorder patient with arachnoid cysts: a case report. *J Clin Psy* 16: 53-6.
- Hegde A, Ghosh A, Grover S ve ark. (2014) Arachnoid cyst masquerades as late onset obsessive-compulsive disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 36: 127-9.
- Helland CA, Wester K (2007) A population based study of intracranial arachnoid cysts: clinical and neuroimaging outcomes following surgical cyst decompression in adults. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 78: 1129-35.
- Kastenholz KJ, Rosenthal LJ, Dinwiddie SH (2014) Electroconvulsive therapy in a patient with catatonia and an intracranial arachnoid cyst. *J ECT* 30: 53-4.
- Khan AH, Ahmed SE (2017) Arachnoid cyst and psychosis. *Cureus* 9: 1707.
- Kotil K, Balci N, Bilge T (2007) Intracranial symptomatic giant arachnoid cyst of the interhemispheric fissure presenting with frontal lobe syndrome. *Turk Neurosurg* 17: 147-51.
- Kuloglu M, Caykoylu A, Yilmaz E ve ark. (2008) A left temporal lobe arachnoid cyst in a patient with schizophrenia-like psychosis: a case report. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 32: 1353-4.
- Kunz U, Ruckert N, Tagert J ve ark. (1988) Clinical and neuropsychological results after operative and conservative treatment of arachnoid cysts of the perisylvian region. *Acta Neurochir Suppl (Wien)* 42: 216-20.
- Lang W, Lang M, Kornhuber A ve ark. (1985) Neuropsychological and neuroendocrinological disturbances associated with extracerebral cysts of the anterior and middle cranial fossa. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 235: 38-41.
- Lebowitz BK, Scheff BK, Testa SM ve ark. (2006) Neurocognitive sequelae of a giant arachnoid cyst: case study. *Neurocase* 12: 339-45.
- Miskey HM, Gross PL (2016) Neuropsychological assessment of a veteran with a large arachnoid cyst. *Appl Neuropsychol Adult* 23: 464-70.
- Mormont E, Dorban S, Gustin T (2017) Parkinsonism and cognitive impairment due to a giant frontal arachnoid cyst and improving after shunting. *Acta Neurol Belg* 117: 347-9.
- Rosen AC, Rao SM, Caffarra P ve ark. (1999) Neural basis of endogenous and exogenous spatial orienting. A functional MRI study. *J Cogn Neurosci* 11: 135-52.
- Schmid-Ghika F, Bogousslavsky J (2000) Behaviour and Mood Disorders in Focal Brain Lesions. Emotional Behaviour in Acute Brain Lesions, I. Baski, Bogousslavsky J, Cummings JL (Ed), Cambridge, Cambridge University Press 65-94.
- Shenton ME, Kikinis R, Jolesz FA ve ark. (1992) Abnormalities of the left temporal lobe and thought disorder in schizophrenia. A quantitative magnetic resonance imaging study. *N Engl J Med* 327: 604-12.
- Shettar M, Karkal R, Misra R ve ark. (2018) Arachnoid cyst causing depression and neuropsychiatric symptoms: a case report. *East Asian Arch Psychiatry* 28: 64-7.
- Soukup VM, Patterson J, Trier TT ve ark. (1998) Cognitive improvement despite minimal arachnoid cyst decompression. *Brain Dev* 20: 589-93.
- Sugimoto T, Uranishi R, Yamada T (2016) Gradually progressive symptoms of normal pressure hydrocephalus caused by an arachnoid cyst in the fourth ventricle: a case report. *World Neurosurg* 85: 319-22.
- Zwagerman NT, Pardini J, Mousavi SH ve ark. (2016) A refractory arachnoid cyst presenting with tremor, expressive dysphasia, and cognitive decline. *Surg Neurol Int* 7: 431-3.