

Case report / Olgu sunumu**Lewy cisimcikli demansın önündeki sis bulutu: Deliryum***Nermin YÜCEL,¹ Atakan YÜCEL,² Nazan AYDIN³**ÖZET**

Lewy cisimcikli demans (LCD) Alzheimerdan sonra en sık görülen demans türüdür, demansa eşlik eden akut başlangıçlı bilişsel dalgalanmalar, yönelim bozukluğu, görsel varsanılar ve uyku bozuklukları ön planda deliryum tanısını akla getirir. Deliryum tedavisinde yeğlenen antipsikotik tedaviler LCD'da karşılaşılan morbidite ve mortalite ile ilişkili nöroleptik duyarlılığı nedeniyle tabloyu kötüleştirir. Literatürde deliryum bulguları ile görülmesi nedeniyle LCD tanısı gözden kaçan nadir olgu sunumları vardır. Ayrıca LCD tedavisinde tek başına ketiyapin veya kolinesteraz inhibitörleri ile etkinlik elde edildiği bildirilmiştir. Bu yazıda deliryum tablosu nedeniyle tanısında güçlük yaşanan ve çeşitli tedavileri tolere edemeyen bir kadın hastanın ketiyapin ve rivastigmin kombinasyonu ile tedavisi sunulmuştur. (*Anadolu Psikiyatri Derg* 2015; 16(6):451-453)

Anahtar sözcükler: Lewy cisimcikli demans, deliryum, ketiyapin, kolinesteraz inhibitörleri

Fog cloud in front of the lewy bodies dementia: delirium**ABSTRACT**

Lewy body dementia (LBD) is the second most common form of dementia after Alzheimer disease. Clinical symptoms include acute onset of cognitive fluctuations accompanied by dementia, visual hallucinations, disorientation and sleep disorders that suggest initially the diagnosis of delirium. Antipsychotic medication for the treatment of delirium worsens the symptoms due to neuroleptic sensitivity associated with increased morbidity and mortality patients with LBD. In literature, there are rare case reports with overlooked LBD that presented like delirium symptoms. Additionally, it was declared that quetiapine and cholinesterase inhibitors have individually efficacy on treatment of LBD. In this case, we present a woman who had difficulty for diagnosis due to misdiagnosis of LCD and treatment with quetiapine and rivastigmine. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2015; 16(6):451-453)

Key words: Lewy bodies dementia, delirium, quetiapine, cholinesterase inhibitors

GİRİŞ

Demans, bilişin ilerleyen kaybı ile giden kronik nörodejeneratif bir hastalıktır.¹ Genel popülasyonda yaygınlığının %0-5 arasında değiştiği tahmin edilmektedir.² Lewy cisimcikli demans (LCD) ise, Alzheimer hastalığından sonra ikinci sıklıkta görülen bir demans tipidir.^{1,3-5} Temel klinik belirtileri demans ile birlikte bilişsel dalga-

lanmalar, yineleyen görsel varsanılar ve spontan parkinsonizmdir.^{3,6} Deliryum, ani bilişsel değişikliklerin ve bilinç bozukluğunun görüldüğü morbiditesi ve mortalitesi yüksek bir psikiyatrik tablodur.⁷ Deliryum klinikte ajitasyon, uyuklama, çekilme ve psikoz ile ortaya çıkabilir. Genel tıbbi bir duruma bağlı olarak yatarak tedavi gören hastaların %10-30'unda,⁵ yoğun bakım biriminde tedavi gerektiren ciddi hastalığı olan hastalarda

* 12. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

¹ Atatürk üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri ABD; ² Psikiyatri ABD, Erzurum, Türkiye

³ Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

Yazışma adresi / Correspondence address:

Dr. Atakan YÜCEL, Atatürk üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD, Erzurum, Türkiye

E-mail: dr_atakanyucel@hotmail.com

Geliş tarihi: 30.10.2014, Kabul tarihi: 15.12.2014, doi: 10.5455/apd.1418797828

%80 oranında deliryum görüldüğü bildirilmiştir.⁸ Hastanın öyküsü, fizik muayenesi ve laboratuvar tetkiklerinde altta yatan tıbbi durumla ilgili bulgular saptanarak deliryum tanısı kesinleştirilmelidir. Deliryum ve demans birbiriyle ilişkilidir, patofizyolojik düzenekler, kolinerjik işlev bozukluğu ve genetik olarak ortak özellikler bildirilmiştir.⁹ Deliryum ve LCD bilişsel bozulma, dikkatte dalgalanmalar ve algısal anormallikler gibi klinik benzerlikler taşımaktadır. Deliryum demans hastalarının günlük yaşam etkinliklerini azaltır, davranışsal ve psikolojik belirtilerini abartır.¹⁰ Nöroleptik ilaç kullanımı LCD hastalarının artmış morbidite ve mortalite ile ilişkilendirilen nöroleptik duyarlılığı göstermesi nedeniyle dikkatle seçilmelidir. Antiparkinson tedavi psikotik belirtileri şiddetlendirebileceği için etkin bir seçenek değildir. Son yıllarda kolinesteraz inhibitörlerinin biliş ve nöropsikiyatrik bulgular üzerine semptomatik düzeltme sağlayan güvenli ilaçlar olduğu bildirilmiştir.^{11,12} Olgumuzda akut başlayan uzun süren bilişsel dalgalanmalara eşlik ederek tanı konmasında zorluklara neden olan deliryum tablosunun LCD tanısı kesinleştirilerek ketiyapin ve rivastigmin ile tedavisi sunulmuştur.

OLGU

Kırk beş yaşındaki kadın hasta böcekler görme, elleriyle kovma hareketi yapma, korku, yakınlarını tanıyamama, aldatıldığını düşünme, nefes darlığı ve bayılma yakınmalarıyla kliniğimize başvurdu. Hastanın daha önce benzer yakınması olmamış. Hipoksisine yönelik ileri tetkik ve konsültasyonları sonucu subakut akciğer tromboembolisi saptandı. Hipoksiye bağlı deliryum düşünüldü ve emboli tedavisi ile kısmi klinik düzeltme gözlemlendi. Bir ay sonra benzer yakınmalarla yeniden başvurdu. Laboratuvar testleri, radyoloji görüntülemeleri sonuçları ile göğüs hastalıkları tarafından değerlendirildi. Klinik durumunu açıklayacak patoloji saptanmadı. Deliryum Derecelendirme Ölçeği (DDÖ) 24/30, Mini Mental Test (MMT) 12/30, Ekstrapiramidal Belirtileri Derecelendirme Ölçeği (EBDÖ) 46/105 puan olarak saptandı. Tedavide sırayla norodol 2.5 mg/gün, risperidon 3 mg/gün, olanzapin 10 mg/gün uygulandı. Parkinson benzeri belirtiler çıkması nedeniyle ketiyapin 25 mg/gün yeğlendi. Bradikinezi, rijidite nedeniyle istenen nöroloji konsültasyonu sonucunda parkinsonizm belirtileri, görsel varsanılar, nöroleptik duyarlılığı, bilişsel dalgalanmalar, bilişsel gerileme, kıskançlık sanrısı bulguları ile LCD tanısı konuldu. Ketiyapin 25 mg/gün ve rivastigmin transdermal flaster 5mg/gün başlandı ve hastanın 15 gün sonra

EBDÖ 23/105, MMT 18/30, DDÖ 12/30; bir ay sonrasında EBDÖ 17/105, MMT 19/30, DDÖ 10/30 puan ile kliniğinde iyileşme gözlemlendi.

TARTIŞMA

Demans tanısı konan beş hastadan biri LCD olup, ikinci en sık görülen demans türlerindedir.¹³ LCD histopatolojisinde beyin sapı, serebral korteks ve limbik sistemde alfa-synuclein proteininin birikimi ile oluşan ve eozinofilik sitoplazmik inklüzyonlar olan Lewy cisimcikleri görülür.¹⁴⁻¹⁶ Klinikte dalgalanma gösteren bilişsel bozukluk, kalıcı görsel varsanılar ve parkinsonizm benzeri ekstrapiramidal motor belirtiler ana bulgulardır. Diğer yaygın belirtiler bayılma, yineleyen düşmeler, geçici bilinç kayıpları/deliryum, uyku bozuklukları, depresyon, sanrı, disotonomi ve nöroleptik duyarlılığıdır. Psikotik bulgular LCD hastalarının %80'inde görülen tamamen görsel, canlı, renkli, üç boyutlu hayvan veya insan varsanılarıdır. Olguların %50-75'inde görülen bilişsel dalgalanmalar deliryumu taklit eder. Deliryum, önceden var olan bir demans tanısının ortaya çıkmasında risk etkeni olan bir akut beyin işlev bozukluğudur. Tersine, deliryum da artmış demans gelişme riski ile ilişkilidir.¹⁷ Bu iki yönlü ilişkinin nedenleri tam olarak anlaşılmış değildir.⁹ LCD'de demansa eşlik eden deliryum (bilişsel dalgalanmalar) tablosu hastalığın diğer belirtilerini gölgeleyip tanının gecikmesine yol açabilir. Literatürde bizim olgumuzda olduğu gibi, ani başlangıçlı uzun süreli konfüzyon ve varsanılar ile giden LCD olgularının nadiren görüldüğü bildirilmiş ve tanısız zorluklardan söz edilmiştir.¹⁸ LCD hızla ilerleyen demansın olası bir nedenidir ve nedeni belirlenemeyen konfüzyonel durumların ayırıcı tanısında yer almalıdır. Tedavide kullanılacak antipsikotik ilaçlar nöroleptik duyarlılığı nedeniyle dikkatle seçilmelidir.¹⁹ Antiparkinson ilaçlar ise psikotik belirtileri şiddetlendirebilme potansiyeline sahiptir.¹⁹ Kolinesteraz inhibitörleri genellikle varsanıları ortadan kaldırmış, bilişi iyileştirmiş ve davranış bozukluklarını azaltmıştır.¹⁹

Bir atipik antipsikotik ilaç olan ketiyapinin LCD'de davranışsal belirtileri azalttığı, deliryum, varsanılar, saldırganlık ve uyku bozukluklarında etkin olduğu gösterilmiştir. Ketiyapinin klinik olarak önemli tek yan etkisi daha yavaş bir ilaç titrasyonu ile kısmen önlenebilen ortostatik hipotansiyondur, bunun dışında iyi tolere edilir.¹⁹⁻²¹ LCD hastalarında olgumuzda olduğu gibi, ketiyapin ve rivastigmin kombinasyonu etkin ve güvenli bir seçenek olarak düşünülebilir.

KAYNAKLAR

1. Li X, Rastogi P, Gibbons JA, Chaudhury S. Visuo-cognitive skill deficits in Alzheimer's disease and Lewy body disease: A comparative analysis. *Ann Indian Acad Neurol* 2014; 17:12-18.
2. Zaccai J, McCracken C, Brayne C. A systematic review of prevalence and incidence studies of dementia with Lewy bodies. *Age Ageing* 2005; 34:561-566.
3. Ghika J. [Diffuse Lewy body disease]. *Rev Med Suisse Romande* 2000; 120:843-846.
4. Kosaka K. Lewy body disease and dementia with Lewy bodies. *Proc Jpn Acad Ser B Phys Biol Sci* 2014; 90:301-306.
5. Zweig YR, Galvin JE. Lewy body dementia: the impact on patients and caregivers. *Alzheimers Res Ther* 2014; 6:21.
6. Fujishiro H, Iseki E, Nakamura S, Kasanuki K, Chiba Y, Ota K, et al. Dementia with Lewy bodies: early diagnostic challenges. *Psychogeriatrics* 2013; 13:128-138.
7. Gleason OC. Delirium. *Am Fam Physician* 2003;1027-1034.
8. Vasilevskis EE, Han JH, Hughes CG, Ely EW. Epidemiology and risk factors for delirium across hospital settings. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2012; 26:277-287.
9. Gore RL, Vardy ER, O'Brien JT. Delirium and dementia with Lewy bodies: distinct diagnoses or part of the same spectrum? *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2015; 86:50-59.
10. Hasegawa N, Hashimoto M, Yuuki S, Honda K, Yatabe Y, Araki K, et al. Prevalence of delirium among outpatients with dementia. *Int Psychogeriatr* 2013; 25:1877-1883.
11. Wang HF, Yu JT, Tang SW, Jiang T, Tan CC, Meng XF, et al. Efficacy and safety of cholinesterase inhibitors and memantine in cognitive impairment in Parkinson's disease, Parkinson's disease dementia, and dementia with Lewy bodies: systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2014; 86:135-143.
12. Mosimann UP, McKeith IG. Dementia with lewy bodies--diagnosis and treatment. *Swiss Med Wkly* 2003; 133:131-142.
13. McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, Emre M, O'Brien JT, Feldman H, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology* 2005; 65:1863-1872.
14. Bourdenx M, Bezard E, Dehay B. Lysosomes and alpha-synuclein form a dangerous duet leading to neuronal cell death. *Front Neuroanat* 2014; 8:83.
15. Kovari E, Horvath J, Bouras C. Neuropathology of Lewy body disorders. *Brain Res Bull* 2009; 80:203-210.
16. Spillantini MG, Schmidt ML, Lee VM, Trojanowski JQ, Jakes R, Goedert M. Alpha-synuclein in Lewy bodies. *Nature* 1997; 388:839-840.
17. Vardy E, Holt R, Gerhard A, Richardson A, Snowden J, Neary D. History of a suspected delirium is more common in dementia with Lewy bodies than Alzheimer's disease: a retrospective study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014; 29:178-181.
18. Bahat G, Tufan F, Akin S, Erten N, Karan MA. Probable dementia associated with Lewy body pathology as a cause of prolonged acute confusional state in a 79-year-old patient. *Aging Clin Exp Res* 2012; 24:200-202.
19. Rice T, Dobry Y, Wang E, Novakovic V, Sher L. Cognitive effects of quetiapine in a patient with dementia with Lewy bodies. *Psychogeriatrics* 2013; 13:52-57.
20. Takahashi H, Yoshida K, Sugita T, Higuchi H, Shimizu T. Quetiapine treatment of psychotic symptoms and aggressive behavior in patients with dementia with Lewy bodies: a case series. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2003; 27:549-553.
21. Drach LM. [Drug treatment of dementia with Lewy bodies and Parkinson's disease dementia--common features and differences]. *Med Monatsschr Pharm* 2011; 34:47-52.