

OLGU SUNUMU

Emel Koçer

Bezmialem Vakıf Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD.
İstanbul

Yazışma Adresi:

Doç. Dr. Emel Koçer
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Psikiyatri AD, İstanbul.
Telefon: +90 505 426 28 28
E-mail: dremelkocer@yahoo.com

Konuralp Tıp Dergisi

e-ISSN1309-3878
konuralptipdergi@duzce.edu.tr
konuralpgeneltip@gmail.com
www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

Panik Atakla Başlayan Cotard Sendromu

ÖZET

Cotard sendromu (CS) vücudunun olmadığı ya da ölü olduğu şeklindeki nihilistik hezeyanların varlığı ile karakterizedir. Ölümsüzlük hezeyanıyla da birliktedir. Bu sendrom çoğunlukla orta yaş kadınlarda görülmektedir. CS, pek çok psikiyatrik ve organik hastalıkla ilişkilidir. Bizim bu olgumuzda panik atakla başlayan CS'lu sendromlu bir genç erkek hasta sunulmuştur. Bu olguyu değerli yapan şey sadece nadir bir vaka olması dışında panik atakla başlamış olmasıdır.

Anahtar kelimeler: Cotard sendromu, Panik atak, Delüzyonlar, İmmortalite/Ölümsüzlük

Cotard's Syndrome Presented with Panic Attack

ABSTRACT

Cotard's Syndrome is characterized by the presence of nihilistic delusions that one is dead or the world no longer exists. It is also with immortality. This syndrome was mostly seen in middle-aged women. CS is related to lots of psychiatric or organic disorders. In this report, we present a young man case of a CS in which panic attack was the first diagnosis. What makes this case noteworthy, apart from the rarity of the clinical syndrome, is to be starting with panic attack.

Key words: Cotard's syndrome, Panic attack, Delusions, Immortality

GİRİŞ

Cotard Sendromu nihilistik hezeyanlar, derealizasyon ve depersonalizasyon, ölümsüzlük (immortalite) hezeyanları, halüsinasyonlar, negativizm ve intihar düşünceleri ile karakterize bir sendromdur. DSM 4- TR de tanımlanmamıştır. Semptomların tamamı hastalık tablosu olarak ilk kez 1880 yılında Jules Cotard tarafından tanımlanmıştır (1). Literatür bilgisi o zamandan beri çoğunlukla vaka bildirimlerine dayanmaktadır. Hastalar çoğunlukla kadın ve orta ve ileri yaşlıdır (1). Erkek ve genç /erişkin vakalar nadir de olsa bildirilmiştir (2,3). Psikiyatrik ve organik kökenli pek çok hastalıkla birlikte görülmesi nedeniyle etiolojisinde birçok faktörün rol oynayabileceği düşünülmektedir. Birlikte görüldüğü rapor edilen psikiyatrik hastalıklar arasında psikotik özellikli depresyon, şizofreni, bipolar bozukluk, Capgras sendromu bulunmaktadır (5-7). Organik hastalıklardan ise demans, nörosifilis, viral ansefalitler, arterio-venöz malformasyonlar, migren, epilepsi ve beyin tümörleri gibi hastalıklarla birlikte (2,8-10). Sendrom hastalarda depresif duygulanım, ağlama, yoğun anksiyete, işitsel halüsinasyonlar, psikomotor ajitasyon gibi psikiyatrik belirtilerle başlamaktadır (11). Sendromun karakteristik belirtileri olan nihilistik hezeyanlar ve inmortalite (ölümsüzlük) hezeyanlarının birkaç hafta ile aya kadar olan süreçte yerleştiği bildirilmiştir (12). Bizim olgumuz panik atakla başlangıcı ile değişiklik göstermektedir. Yazıda panik atak sonrası yaklaşık 3 hafta içinde Cotard sendromu ortaya çıkmış genç erişkin bir erkek hasta sunulmuştur.

OLGU

23 yaşında erkek hasta, yüksekokul mezunu olup ailesiyle birlikte yaşamaktaydı. Hastanemiz psikiyatri kliniğine son 10 gündür “Dünya nedir? Hayat nedir? Var mıyım? Yok muyum?” sorgulamaları ile kafasının karıştığı; sevinç, korku, üzüntü gibi hiçbir duyguyu hissedemediği şikayetleri ile başvurdu. “Delirdin, öldür kendini!” diyen sesler işitiyor ve bunlardan dolayı yoğun bir kaygı yaşadığını ifade ediyordu. Eşlik eden halsizlik ve isteksizlik ile birlikte son günlerde intihar etmeyi düşünmeye başlamıştı. Poliklinik başvurusundan 20 gün önce bir gece aniden başında uyuşma ve baş dönmesi ile felç geçirdiği endişesi yaşamış, ardından kalp çarpıntısı ve nefesinde daralma ortaya çıkmış. Başvurduğu hastanede yapılan inceleme ve tetkikler sonrasında kan basıncının yüksek olması (170/100 mmHg) dışında her şeyin normal olduğu söylenmiş. Panik atak geçirdiği söylenerek eve gönderilmiş. Ancak hasta benzer şiddette olmamakla birlikte yoğun kaygı ile takip eden süreçte farklı somatik yakınmalarla defalarca dahiliye polikliniklerine başvurmuş. Her seferinde organik bir sorunu olmadığı söylenerek psikiyatriye yönlendirilmiş. Soy geçimisinde dedesinde beyin tümörü olduğunu bildiren hastamız beyninde kitle olduğuna inanıyordu. Orta sınıf bir ailenin tek çocuğu olan hastamız kendini neşeli,

sosyal, girişken ve sağlıklı bir kişi olarak tanımlıyordu. Çocukluğunda çok sık enfeksiyon geçirdiğini bu yüzden cılız ve çelimsiz büyüdüğünü, büyüme döneminde kendini beğenmediğini, şekilli bir vücuda sahip olmak istediği için spor yapmaya başladığını söyledi. Bu nedenle spor akademisini tercih etmişti. İsmi nedeniyle kendini İsa Mesih’e benzetmek için saçlarını uzatmıştı. Dindar bir aile ortamında büyüyen hastamız sıklıkla İsa Mesih gibi ölümsüz olmayı arzuluyormuş. Yüksekokul döneminde felsefe ile ilgilenmeye başlayan ve varoluşla ilgili sorgulamalar arasında bunalan hastamız alkol (günde 1-2 bira) ve sigara (günde yarım paket) kullanmaya başlamış. Daha önce önemli bir hastalık bildirmemekle birlikte geçmiş dönemlerde en az 3-4 günlük hipomanik dönemler (canlı, kendini çok akıllı ve yakışıklı gördüğü, cinsel olarak çok aktif ve 2 gün üst üste uyumadan ertesi gün müsabakalara katılacak kadar enerjik) tarif etmekteydi.

Psikiyatrik muayenesinde bilinci açık, koopere ve yönelimi yerindeydi. Kişisel bakımı normaldi. Psikomotor aktivitesi artmış, depresif duygudurum (zaman zaman intihar düşüncelerinin eşlik ettiği) ve anksiyetesi vardı. Konuşma hızı normal ve içeriğinde hipokondriyak düşünceler mevcuttu. İşitsel halüsinasyonları olan hastamız derealizasyon, depersonalizasyon tanımlıyordu. Uyku ve iştah azalmıştı. Fizik ve nörolojik muayenesi normal olan hastanın kan biyokimyası, tam kan sayımı, tiroid fonksiyonları, EKG ve EEG incelemeleri de normaldi. Kranial MR incelemesi normal olarak değerlendirildi.

Psikotik özellikli depresyon ön tanısıyla sertralin 100 mg/gün ve risperidon 2 mg/gün başlanarak takibe alındı. Bir ay sonra yapılan kontrol muayenesinde halüsinasyonları ve depresif şikayetleri azalırken anksiyetesi artmıştı. Depresif duygulanımına ümitsizlik ve değersizlik fikirleri eklenmişti. Hipokondriyak düşünceleri yer değiştirerek nihilistik (Ben yokum, ölüyüm) ve inmortalite (ölümsüzlük) hezeyanlarına dönüşmüştü. Giderek kendini ikiye bölünmüş olarak algılamaya başlamıştı. Bir parçasının yok olmuş, yaşamayan, eskiden yaptığı hiçbir şeyi yapamayan ölü İsa olduğunu; diğerinin ise çevresindekilere durumunu belli etmemek için rol yapan İsa olduğunu söylüyordu. Kısa süre içinde kendisinin öldükten sonra dirilerek gökten yere inen ölümsüz İsa Mesih olduğunu düşünmeye başlamıştı. Tedavisi yeniden düzenlenerek venlafaksin 150 mg/gün ve olanzapin 10 mg/gün verildi. Askerlik yoklaması nedeni ile gittiği askeri hastanede yeniden değerlendirilen hastamıza anksiyete bozukluğu tanısı ile aynı ilaçları kullanması önerilmiş. Hezeyanları ve depresif şikayetleri geçmiş, anksiyetesi sürmekle birlikte kısa dönem askerliği tamamlamış. Askerlik sonrası kontrole gelen hastamızın tedavisine olası hipomanik dönemleri göz önüne alınarak Na

valproat 1000 mg/gün eklendi. Anksiyetesi de rahatlayan hastamız panik atakla başlayan Cotard Sendromu ve iki uçlu mizaç bozukluğu tanısıyla halen takip edilmektedir.

TARTIŞMA

Cotard sendromu nadir görülen bir sendromdur. Özellikle kadınlarda ve orta ileri yaşta daha yaygındır (4). Hastalığın yaygınlığı ve sıklığı ile ilgili literatürde psikiyatrik hastalığı olan yaşlılarda yapılmış bir çalışmada prevalans %0,57 bulunmuştur (5). 1995'te 100 Cotard vakasının değerlendirildiği bir çalışmada başlangıç yaşı olarak ortalama 52±14,5 yıl olarak saptanmıştır (12). Sendrom nadir de olsa genç erişkin dönemde ortaya çıkabilir (2,3). Cotard sendromu 25 yaşın altındaki kişilerde bipolar bozukluk ile ilişkili bulunmuştur (2). Cotard sendromlu hastalar değişik belirtiler gösterebilirler. Bunlar arasında en fazla depresif duygu durumu (%89), nihilistik hezeyanlar (%86), anksiyete (%65), suçluluk ve günahkârlık düşünceleri (%63), immortalite (ölümsüzlük) düşünceleri (%55), hipokondriyak hezeyanlar (%58) sayılabilir (12). Cotard sendromlu hastalarda psikotik depresyon veya "anksiyöz melankoli" (melankolili majör depresyon ve anksiyöz semptomlar) önemli rol oynar (3-4). Bir çalışmaya göre klasik Cotard vakalarının %89'u depresyon ile %65'i anksiyete ile ortaya çıkmaktadır (4,12). Yüz Cotard sendromu vakasının değerlendirildiği aynı çalışmada 3 altgrup tespit edilmiştir. Birinci grup açıkça psikotik depresyon özellikleri içerir, ikinci alt grup daha saf bir form olup delüzyonel bozukluklarla bağlantılı olması muhtemeldir. Üçüncü alt grup ise karışık gruptur ki anksiyete, depresyon ve işitsel halüsinasyonları içerir (12). Bizim vakamız aslen bir anksiyete şekli olsa da klinik olarak ayrı bir antite olan panik atakla başlamıştır. Şimdiye kadar panik atakla başlangıç gösteren Cotard sendromu olgusu sunulmamıştır. Cotard Sendromu'nun evrelemesi için Yamada ve arkadaşları tarafından 1999'da sunulan bir

çalışmada 3 evre önerilmiştir (13): Birinci evre germinasyon (doğum) evresi hipokondriya, cenesthopati ve depresif duygudurum ile karakterizedir. Cotard sendromu bu evrede tanınamayabilir. İkinci evre gelişme (blooming) evresi olup Cotard Sendromu'nun tüm karakteristiklerini (nihilistik hezeyanlar, anksiyete ve negativizm ile birlikte ölümsüzlük hezeyanları) gösterir. Üçüncü evre kronik evredir ki 2 şekilde faklılaşır; biri dirençli emosyonel bozukluk (depresif tip) ve diğeri depresif belirtilerin daha geride olduğu tip (paranoid tip). Yine de Cotard sendromunun erken gidişinde anksiyete haftalardan yıllara kadar devam edebilir (4). Bu anksiyete giderek artar ve vücudun ya da hayatın inkâr edildiği nihilistik hezeyanlara bir kaynak oluşturabilir ve gerçeklikle ilişki kopar (4). Sendromun süresi altta yatan bozukluğa bağlı olarak günler ya da aylar sürebilir (14). Ölü olma hezeyanlarının ardından hastalarda kendine zarar verme eğilimi veya intihar davranışı ortaya çıkabilir (4). Bizim vakamızda da hasta panik atakla başlayan süreç sonrasında haftalar içinde vücudunu ve yaşadığını inkâr etmeye başlamıştır.

Cotard sendromunun psikofarmakolojik tedavisinde ayrıntılı çalışmalar bulunmamaktadır. İlaç çalışmalarında farklı antidepresan ve antipsikotikler tek ya da kombine tedavi şeklinde uygulanmış ve iyi sonuçlar alındığı bildirilmiştir (15,16). En olumlu sonuçlar EKT uygulamaları ile elde edilmiş olup bugün için en etkili tedavi yöntemi gibi görünmektedir (17,18). Biz vakamıza hastane koşulları nedeni ile EKT uygulamadık. Ancak hastanın hipomanik özgeçmiş öyküsü göz önüne alınarak tedaviye eklemiş olduğumuz duygudurum düzenleyici(valproat sodyum) ile hastada önemli oranda düzelme kaydedilmiştir. Bu da Soutanian ve arkadaşlarının duygudurum dengeleyicilerin bipolar bozuklukla ilişkilendirilen Cotard olgularıyla ilgili makalesi ile uyumlu gözükmektedir (2).

KAYNAKLAR

1. Cotard J. Studies on cerebral and mental diseases, VI: on nihilistic delusion, In: Anthology of French Language Psychiatric Texts. Eds: Cousin FR, Garrabe' J, Morozov D. Paris: Sanofi-synthelabo, 1982.
2. Soutanian C, Perisse D, Révah-Levy A, Luque R, Mazet P, Cohen D. Cotard's syndrome in adolescents and young adults: a possible onset of bipolar disorder requiring a mood stabilizer? J Child Adolesc Psychopharmacol 2005;15(4):706-11.
3. Cohen D, Cottias C, Basquin M. Cotard's syndrome in a 15-year-old girl. Acta Psychiatr Scand 1997;95(2):164-5.
4. Enoch D, Trethowan W. Cotard's syndrome. In Uncommon Psychiatric Syndromes, 3th ed. Oxford: Butterworth &Heinemann, 1991;162-183.
5. Chiu HFK. Cotard's syndrome in psychogeriatric patientsin Hong Kong. Gen Hosp Psychiatry 1995;17(1):54-5.
6. Wani ZA, Khan AW, Baba AA, et al. Cotard's syndrome and delayed diagnosis in Kashmir, India. Int J Ment Health Syst. 2008;2(1):1-4.
7. Nejad AG, Toofani K. Co-existence of lycanthropy and Cotard's syndrome in a single case. 2005;111(3):250-2.
8. Campbell S, Volow MR, Cavenar JO. Cotard's syndrome and the psychiatric manifestations of typhoid fever. Am J Psychiatry 1981;138(10):1377-8.
9. Drake MEJ: Cotard's syndrome and temporal lobe epilepsy. Psychiatr J Univ Ott 1988;13(1):36-9.

10. Hu WT, Diesing TS, Meissner I. Cotard's syndrome in a patient with superior sagittal sinus thrombosis [abstract]. *Biol Psychiatry* 2006, 56(1):263S.
11. Mendhekar DN, Gupta N. Recurrent postictal depression with Cotard delusion. *Indian J Pediatr* 2005;72(6):529-31.
12. Berrios GE, Luque R. Cotard's syndrome: analysis of 100 cases. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91(3):185-8.
13. Yamada K, Katsuragi S, Fujii I. A case study of Cotard's syndrome: stages and diagnosis. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100(5):396-8.
14. Hansen ES, Bolwig TG. Cotard syndrome: an important manifestation of melancholia. *Nord J Psychiatry* 2004;58(6):459-64.
15. Chan JH, Chen CH, Robson D, et al. Case report: effective treatment of Cotard's syndrome: quetiapine in combination with venlafaxine. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009;63(1):125-6.
16. Van den Eynde F, Debruyne H, Portzky M, et al. The syndrome of Cotard: an overview. *Tijdschr Psychiatr* 2008;50(2):89-98.
17. Madani Y, Sabbe BGC. Cotard's syndrome. Different treatment strategies according to subclassification [in Dutch]. *Tijdschr Psychiatr* 2007;49(1):49-53.
18. Baeza I, Salva J, Bernardo M. Cotard's Syndrome in a Young Male Bipolar Patient. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000;12(1):119-20.