

KONVERSİF BOZUKLUK VE HİPOPARATROİDİZM (BİR VAKA NEDENİYLE)

Dr.Rahim KUCUR *, Dr. Ahmet KAYA **, Dr. İshak ÖZKAN ***,
Dr. Nazmiye KAYA ****, Dr. M. Kemal AKTAN *****

ÖZET

8 yıldanberi konversif şikayetleri olan ve bu nedenle kliniğimize başvurarak yatırılan ve ileri tetkiklerinde bu olayın hipoparatroidizme bağlı hipokalsemi olduğu anlaşılan, Ca^{++} ve vit-D₂ tedavisinden başarılı sonuç alınan vaka sunularak, konversif bozukluk ve hipoparatroidizm tartışıldı.

SUMMARY

Conversive Disorder and Hypoparathyroidism (Case Report)

A case came to the clinic showing conversive symptoms and she was under treatment accordingly for 8 years. Later it was found that the patient was actually suffering from hypoparathyroidism related hypocalcemia. Her treatment with vit-D₂ containing Ca^{++} improved her condition considerably, further discussion on this case has been presented in this paper.

GİRİŞ

İnsanı "ruh-beden bütünlüğü" içinde ele alan yaklaşımlar organizmanın bir biriminde olan bozukluğun diğer sistemleri de etkilediği tarzındadır (1). Endokrinolojik bozukluklarda da çeşitli psişik belirtilerin eşlik ettiği bilinmektedir (1, 2, 3, 4).

Reverdin ve Kochler (1882) tiroidektomi sonrası gelişen tablo nedeniyle ilk defa hipoparatroidizm belirtileri üzerine dikkat çektiler (5). Hipoparatroidizm çoğunlukla radikal boyun cerrahisi ve tiroidektomi sonucu paratroidlerin çıkarılması veya zedelenmesi, nadiren de tümör metaztazi ve amiloid depolanması gibi sebeplerle ortaya çıkar (6). Hastalarda hipokalsemi ve hiperfosfatemiye bağlı nöromuskuler irritabilite belirtileri yanında hiperaktivite, anksiete, depresyon, apati, sosyal geri çekilme, delüzyon ve delirium durumları görülmektedir (7).

VAKA TAKDİMİ

39 yaşında, kadın, yüksek okul mezunu, meslek dersleri öğretmeni, eşinden ayrı yaşıyor.

Şikayeti: sıkıntı, ellerinde kollarında uyuşma, boğazında tıkanma hissi, bayılacak gibi olma, ateşbasması, yerinde duramama.

Hikâyesi: İlk defa 8 yıl önce sıkıntı hissi, uykusuzluk, zaman zaman ellerinde uyuşma ve karıncalanma şikayetleri ile başlamış. O zaman kız sanat yüksek okulu öğrencisi olan hastanın ailevi ve okul problemleri varmış. Bu şikayetlerle hastaneye götürülen hastanın şikayetleri psişik olarak değerlendirilmiş ve amitriptilin 30 mg/gün verilmiş. Bir süre sonra şikayetleri düzelmiş. Bu arada okulunu bitirmiş, bir yıl sonra da evlenmiş. Evlendikten bir ay sonra şikayetleri tekrar başlamış, eşi ile sık sık münakaşa ediyorlarmış, eşi

* S.Ü. Tıp Fak. Psikiyatri A.B.D. Öğr. Üyesi, Yrd. Doç.

** S. Ü. Tıp Fak. İç hastalıkları A.B.D. , Öğretim Üyesi Yrd. Doç.

*** S.Ü. Tıp Fak. Psikiyatri A.B.D. Araştırma Gör.

**** S.Ü. Tıp Fak. Psikiyatri A.B.D. Öğretim Üyesi Prof.

kendisini psikiyatrik hasta olmakla suçluyormuş. Bir yıldan beri eşi ile ayrı yaşıyorlarmış. Bir ay önce eşinin başka biri ile yaşadığını öğrenince ders arasında birden bayılma ve kasılması olmuş. Kaldırıldığı hastanede hem dahiliye, hemde psikiyatri uzmanı muayene etmiş ve konversiyon olarak değerlendirmişler.

İlk şikayetlerinin olduğu sekiz yıl öncesinden buyana amitriptilin, diazepam, tioridazin, biperiden, halloperidol gibi ilaçları kullanan hasta, kendisine son verilen ilaçlardan da fayda sağlamayınca 23.2.1989 tarihinde polikliniğimize başvurmuş ve konversif bozukluk ön tanısı ile psikiyatri kliniğine yatırılmış

Öz ve soy geçmişi: Önemli bir özellik saptanmadı. Ailenin ilk çocuğu, kötü alışkanlığı yok, ailede benzer hastalık tarif edilmiyor.

Fizik ve laboratuvar muayeneleri: boy 163 cm, ağırlık 58 kg, cilt kuru, saçlarda aşırı dökülme, aşırı tırnak kırılması, ses kısıklığı ve seste kalınlaşma mevcut. T.A. 120/80 mmHg, N: 78/dak. solunum dakikada 20 ve ritmik. Sistem muayenelerinde troid palpe edilmedi. Chovestek, Trousseau (Resim-I) müsbet bulundu. solunum sisteminde dinlemekle yer yer kaba raller dışında belirgin patoloji tesbit edilmedi. Kalp sesleri normal. Batın muayenesinde karaciğer, dalak ele gelmiyor.



RESİM-I

Trousseau eli görünümü.

Laboratuvar muayeneleri: tam kan, tam idrar, AKŞ, Üre, Kreatinin Ürik asit değerleri günlük kontrollerde normal bulundu. Periferik yaymada eritrositler normokron, normositer, trombosit sayısı yeterli bulundu.

Alkalen fosfataz: tedaviden önce 211 Ü., tedavide 256 Ü.

Na⁺⁺: 145; 144; 139.5 mEq/L

K: 4.3; 4.3; 4; 3.8 mEq/L

Ca⁺⁺: 4.1; 4.2; 5.6; 8.9 mg/dl (N: 7.3-10.1) Tedaviyle yükselme.

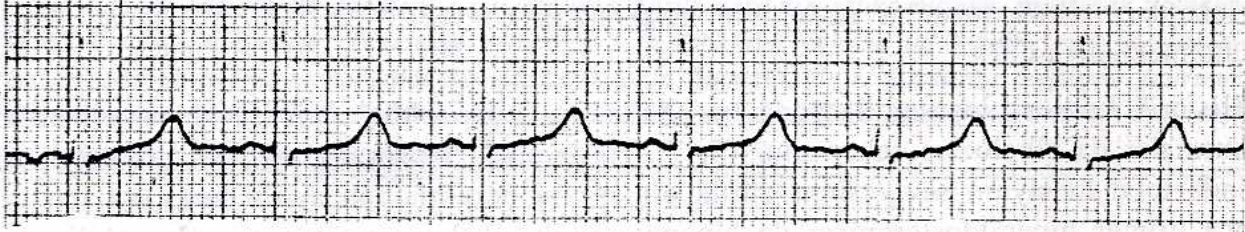
İyonize Ca⁺⁺: 0.41 mMol/L (N:0.9-1 mMol/L)

P: 8.3; 6.2; 4 mg/dl (N.2.2-4 mg/dl)

Cl: 107 mEq/L Kan PH: 7.41 total T₃: 83.7 ng/dl; Total T₄: 8.29 ug/dl

Serbest T₃: 2.37 pg/ml; Serbest T₄: 0.90 ng/dl (normal değerler)

EKG: QT süresi kalp hızına göre uzun, hipokalsemiyi doğrulamaktadır (Resim-2).



RESİM-2

EKG'de QT süresi uzun

EEG: Patolojik potansiyel tesbit edilemedi. Direkt kemik gragilerinde patolojik bulgu bulunmadı. Aşağı ve yukarı batın ultrasonografisi normal bulundu. Ayrıntılı göz muayenesinde patolojik bulgu görülmedi. KBB muayenesinde kronik farenjit bulundu.

Psikiyatrik Muayene ve Gözlem: Yaşında gösteriyor, giyim ve tuvaleti sosyal durumuna uygun, rahat, girişken, konuşkan biri, şuur açık, oriyantasyon tam, dikkat, hafıza normal, düşünce akışı normal, düşünce içeriğinde iyileşme isteği var, patolojik düşünce yok, duygulanım labil, akatizi ve bayılma tarzında davranış bozukluğu tesbit edildi.

Hastada Chovestek ve Trousseau belirtilerinin müsbet oluşu, kan kalsium düzeyinin yüksek, fosfat düzeyinin düşük oluşu, EKG de QT süresinin uzaması göz önüne alınarak hipoparatroidizme bağlı hipokalsemi düşünülerek Vitamin-D2 ve Kalsium verildi. tedavi ile önce psikiyatrik şikayetler olmak üzere tüm belirtiler kısa süre içinde kayboldu.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Hastamız geç gelişen ve oldukça dramatik ailevi, sosyal öykü veren bir hipoparatroidizm vakası olduğu için iç hastalıkları uzmanlarımızın bile gözünden kaçarak psikiyatrik olgu olarak değerlendirilmiş, psikiyatrik ilaçlarla yada hastanın kendi kendine aldığı önlemlerle subklinik seyretmiştir.

Hipoparatroidizm parathormonun ya sekresyonunun azlığı, biyolojik inaktifliği yada organın duyarlılığının azlığına bağlı gelişen hipokalsemi ve hiperfosfotemi ile karakterli bir tablodur (5). Hastamızda da azalmış iyonize kalsiuma bağlı nöromusküler irritabilite belirtilerinin hemen tamamı vardır. Chovestek, Trousseau, cilt kuruluğu, saçlarda yer yer dökülme ve seyrekleşmeler, tırnaklarda atrofi, tetani ve kasılmalar, seste kalınlaşma ve kısıklık belirtileri saptandı. EKG'de QT mesafesinin uzamış olduğu görüldü.

Hipoparatroidi vakalarının geniş bir popülasyonunda sosyal geri çekilme, çabuk sinirlenme, çeşitli obsesyonlar, fobiler, tikler, emosyonel labilite, irritabilite, anksiyete, yorgunluk ve depresyon gibi nörotik semptomlar yanında şiddetli vakalarda delirium,

delüzyon, hatta psikozlar görüldüğü bildirilmektedir (1, 3, 4, 7).

Bizim vakamızda ise klasik bilgilerden farklı olarak konversiyon bozukluğu tanısı almış ve sekiz yıl boyunca dahiliye, nöroloji, psikiyatri gibi değişik disiplinlerce psikofarmakoterapi uygulanmıştır. Hastalığın teşhisinin gecikmesi hastanın yaşantısının yoğun streslerle dolu olmasına bağlanabilir, ancak psişik şikayetlerle başvuran hastaların dikkatli bir fizik muayene yaptıktan sonra laboratuvar tetkiklerinin de yapılması teşhisi ve tedaviyi çabuklaştıracağı bu vaka sebebiyle bir kez daha hatırlatmak istiyoruz. Gerçekten organik zihin sendromlarında belirtiler premorbid kişilik özellikleriyle ilişkili görülmekte, bu sebepler, ailevi sorunlar nedeniyle hastamızda konversif belirtilerin ortaya çıktığı düşünülmektedir (4, 7).

Histerik krizler hipervantilyasyona ve alkolozise sebep olduğu gibi, fazla alkali alımı ve kusmalar da alkolozise sebep olur (5, 7). Hastamızda hipervantilyasyonun görülmemesi yanında total kalsiyum seviyesinin düşük olması bu durumlardan ayırmamızı sağlamıştır. Ayrıca primer hiperaldosteronizm de hipopotasemik alkaloz ve tetaniye yol açabilir, hipertansiyon, hipernatremi ve hipopotasemi söz konusudur (5). Raşitizm, osteomalasi ve steatorea de tetani ve hipokalsemi oluşabilir, klinik ve laboratuvar muayeneleri ile kolayca ayırıcı tanıya varılabilir. Böbrek yetersizliğinde hipokalsemi olduğu halde ionize kalyiyum genellikle normaldir (5).

Hipokalsemi ve hipoparatiroidizmin belirtileri epilepsiyi, beyin tümörlerini ve delirium tremensi taklit edebilir (7). İdiopatik hipoparatiroidi çok nadir rastlanan bir bozukluk olup, kadınlarda ve çocuklarda karşımıza çıkmaktadır, gelişme geriliği ve kliniği tipiktir. Addison, Hashimoto tiroiditi ve pernisiyöz anemi gibi hastalıklarla birarada bulunabilir. Pseudohipoparatiroidizm (Albright'in herediter osteodistrofisi) de parathormona rezistans söz konusu olup kısa metakarp ve metatars kemikleri, deri altında kalsifikasyon bölgeleri ve kan kalsiyum seviyesi normal olan özel bir parathormon yetmezlik tablosudur (5).

Konversiyon bozukluğuna bağlı hipervantilyasyon sonucu ortaya çıkan tetanik durumlar ve diğer kasılmalarda da ayırıcı tanı yönünden dikkatli bir fizik muayene ve yardımcı laboratuvar tetkikleri yapıldıktan sonra tanıya gidilmeli, konversiyon bozukluklarında ayrıca hipoparatiroidizm de ayırıcı tanıda göz önünde tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Balcıoğlu, İ.: Endokrinolojik Hastalıklarda Psikiyatrik Belirtiler. yeni Symposium, 26; 1-2, 39-45, 1988.
2. Koloğlu, S.: Psikoendoktrin İlişkiler. Endokrinoloji Yıllığı 399-433, 1984.
3. Urgancıoğlu, İ., Beğlan, T., Başağoğlu, İ.: Endokrin Sistemi Hastalıklarının Psikolojik Özellikleri. Endokrinoloji Yıllığı 396-397, 1984.
4. Şarman, C., Doğan, Y.: Psikoendokrinoloji, Türkiye Klinikleri. 4; 1, 78-80, 1984.
5. Potts, T.J.Jr.: Diseases of the Parathyroid gland and other hyper and hypocalcemic disorders, in Harrison's Principles of internal Medicine, Eugene, B., Isselbacher, J.K., Petersdorf, G.R. Eds. Eleventh Ed. McGraw-Hill Book Co. New York, 1870-5, 1987.
6. Golden, A., Kervyn D.M.: The Parathyroid Glands, in Bloodworth J.M.B. Jr. ed. Endocrine Pathology, General and Surgical. Second ed., Baltimore, Williams and Wilkins, 205, 1982.
7. Reiser, L.W., Reiser, M.F.: Endocrine Disorders-Hypoparathyroidism hypocalcemia. Kaplan, H.I., Sadeck, B.J. (eds), Comprehensive Textbook of Psychiatry, IV. Ed. 2, Baltimore, Williams-Wilkins 1167-1178, 1985.