

Bir Çocuktaki Çoğul Etiyolojiye Bağlı, Hipoaktif - Karışık Görünümlü Deliryum ve Risperidon İle Tedavisi: Vak'a Takdimi

Ali Evren Tufan*, İbrahim Durukan**, Ayhan Cöngöloğlu***, Tümer Türkbay****

* Uzm. Dr., Elâzığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği

** Uzm. Dr., Gülhâne Askerî Tıp Akademisi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

*** Yard. Doç. Dr., Gülhâne Askerî Tıp Akademisi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

**** Doç. Dr., Gülhâne Askerî Tıp Akademisi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Yazışma Adresi: Dr. A. Evren Tufan, Elâzığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği, Rızaiye Mah., Mehmet Güçlü Cad., No: 71, Elazığ

Telefon: +904242181083

Faks: +904242127831

E posta: tevrenus@yahoo.com

ÖZET

Çocuklarda deliryum çeşitli nedenlerden kaynaklanabilmekte ve klinik bulguları erişkinlerden farklılar gösterebilmektedir. Çocuk ve ergenlik dönemindeki deliryum vak'alarının gözden kaçırılma olasılığının yüksek olması ve ülkemizdeki yazının sınırlılığı nedeniyle bu vak'a takdiminin önemli olabileceği düşünülmüştür. 11 yaşındaki erkek hastada, geçirdiği operasyon sonrası aniden başlayan, uykuda azalma, sinirlilik, görsel hallüsinasyonlar, dikkatini odaklayamama ve sürdürmemeye şikâyetleri tesbit edilmiştir. Hasta, başvuru sırasında amoksisilin trihidrat 1000 mg/ gün, potasyum klavulonat 250 mg/gün, indometasin 50 mg/gün, valproat 400 mg/gün kullanmaktadır. Hastanın geçmişte medulloblastom, ensefalit ve heterotopik ossifikasyon tanıları ile tedavi edildiği öğrenilmiştir.

Laboratuvar tetkiklerinde eritrositler, hemoglobin, hematokrit ve trombositlerde azalma, laktat dehidrojenazda artma, elektroensefalografide zemin ritminde genel yavaşlama tesbit edilmiş, manyetik rezonans görüntülemesinde ise sol serebellar hemisferde ve oksipital bölgede geçirilmiş operasyona bağlı değişiklikler gözlenmiştir.

Hasta çoğul etiyolojiye bağlı, hipoaktif-karışık deliryum olarak değerlendirilerek, risperidon 0.25 mg/gün başlanmış ve tedricen 0.50 mg/güne çıkılmış, altta yatabilecek nedenlere yönelik tedavi düzenlenmiştir.

Pediyatrik deliryum tanısı için klinisyenlerin çocuk ve ergenlerdeki akut mental durum değişikliklerine karşı dikkatli olmalarının gerektiği ve risperidonun özellikle hipoaktif ve karışık tip deliryum vak'aları için uygun bir tedavi seçeneği olabileceği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: deliryum, risperidon, pediatrik hastalar

ABSTRACT

Hypoactive - Mixed Delirium and its Treatment with Risperidone in a Child: Case Presentation

Delirium in children can be due to various etiologies and its clinical signs can differ from those of adults. Because of the increased prevalence of missed cases of delirium in children and adolescents and the limitation of literature from our country, this case presentation may be deemed important. A male patient of 11 years was found to have reduced sleep, irritability, visual hallucinations, and inability to focus and maintain attention after his operation. The complaints had an abrupt onset. He was using amoxicilline trihydrate 1000 mg/day, potassium clavulonate 250 mg/day, indomethacine 50 mg/day and valproate 400 mg/day, at the time of presentation. It was learned that he was diagnosed with and received treatment for medulloblastoma, encephalitis and heterotopic ossification in the past.

Laboratory investigations demonstrated reduced erythrocytes, hemoglobin, hematocrite and thrombocytes, elevated lactate dehydrogenase, generalized slowing in the baseline rythm, and changes secondary to the operation in the left cerebellar and occipital areas in the magnetic resonance imaging.

The patient was thought to have Hypoactive-Mixed Delirium due to multiple etiologies and rispe-

ridone was started at 0.25 mg/day and titrated to 0.50 mg/day. Treatment directed at the underlying etiologies was initiated. It can be said that clinicians should pay attention to acute mental status changes in children and adults and that risperidone may be a viable treatment alternative for patients with hypoactive and mixed delirium.

Keywords: delirium, risperidon, pediatric patients

GİRİŞ

Deliryum dikkati odaklama ve yönlendirmede bozulma, bilinç değişiklikleri, yönelim bozukluğu, afektif bozukluklar, davranış değişiklikleri ve uyku uyanıklık döngüsünde bozulma ile seyreden bir sendromdur (Işık 1999). Çocukluk çağındaki deliryumun insidansı hakkında güvenilir veriler olmamasına rağmen yaşam boyu sıklığının yüksek olduğu düşünülmektedir (Durukan ve ark. 2008).

Deliryumun klinik bulguları çocuklar ve erişkinler arasında belirgin farklar gösterebilmektedir. Klinik görünüm büyük çocuklarda erişkinlerle benzer olabilirken küçük çocuklarda gelişimsel düzey klinik tabloyu etkileyebilmektedir. Küçük çocuklarda tedavi ekibinin gözlemi ve bakım verenin vereceği bilgiler tanıda daha önemli rol oynayabilmektedir (Stoddard ve Wilens 1995).

Çocukluk çağında da deliryum birçok farklı nedenden kaynaklanabilmektedir (Durukan ve ark. 2008). Klinik pratikte deliryum tanısı koymadaki güçlüklerin yanında çocuk ve ergenlik dönemindeki deliryum vak'alarının gözden kaçırılma olasılığının yüksek olması ve ülkemizde çocuk ve ergenlik dönemi deliryumu ile ilgili yazının iki derleme yazısı (Rezaki 1996, Durukan ve ark. 2008), bir vak'a takdimi (Ağın ve ark. 2008) ve poster bildirileri (Anık ve ark. 2006, Bayram ve ark. 2007) ile sınırlı olması bu bildiriye teşvik eden nedenlerdir.

VAK'A

11 yaşındaki erkek hasta, "heterotopik ossifikasyon" nedeniyle geçirdiği operasyon sonrası yatırılarak tedavi edildiği rehabilitasyon merkezinden "huzursuzluk ve kontrolsüz davranışlar" nedeni ile polikliniğimize yönlendirilmişti. Uyku azalma, sinirlilik, elleriyle duvarda görünmeyen bir takım şeyleri alıp atıyormuş gibi yapma, yönergelere dikkatini verememe şikâyetlerinin polikliniğimize yönlendirilmesinden iki hafta önceki ameliyatının ardından, aniden başladığı öğrenildi. Hasta, başvuru sırasında amoksisilin trihidrat 1000 mg/ gün, potasyum klavulonat 250 mg/gün, indometasin 50 mg/gün, valproat 400 mg/gün kullanıyordu. Ruh-sal durum muayenesinde bedensel gelişimi normal seviye-

deki, tekerlekli sandalyeye bağlı; erkek çocuğun, görüşme-ciyile ilişki kurma düzeyi yetersizdi. Göz temâsı azalmış, uykuya meyilliydi. Mekân ve zaman yönelimi bozuktu. Dikkat ve konsantrasyon azalmıştı. Algı muayenesinde görsel hal-lüsinasyonlar tesbit edildi. Spontan konuşma yoktu, konuş-ma miktarı azalmıştı, düşünce miktar ve içeriği fakirleşmiş olarak değerlendirildi. Uyku-uyanıklık döngüsü bozulmuş ve uyku miktarı azalmıştı.

Fizik muayenede tekerlekli sandalyeye bağımlı olduğu, sadece yemek yiyip, su içebildiği, geri kalan günlük işlevle-rinde bakım verenlerin yardımına ihtiyaç duyduğu müşahe-de edildi.

Nörolojik muayenede bilinç bulanık ve uykuya meyilliy-di; kooperasyon yetersiz olarak değerlendirildi. Konuşma azalmış ve dizartrik, kas gücü tüm ekstremitelerde azalmış-tı. Her iki üst ekstremitelerde tremor şeklinde istemsiz hareket-ler saptanıyordu. Derin tendon refleksleri alt ekstremiteler-de artmış olarak bulundu. Her iki alt ekstremitelerde Babinski bulgusu pozitif. Duyu sistemi yeterli işbirliği sağlanamadı-ğı için değerlendirilemedi. Serebellar muayenede, üst ekst-remitelerde dismetri ve disdiadokokinezi tesbit edildi. Has-tanın 2005 yılında geçirdiği ilk operasyondan beri sfinkter kusuru nedeniyle bezlendiği öğrenildi.

Geçmiş tıbbî öyküsünden hastaya 2005 yılında medul-loblastom tanısı konarak opere edildiği ve radyoterapi gör-düğü öğrenildi. Hastada radyoterapi sonrası ensefalit geliş-miş ve bu nedenle ayrıca tedavi edilmişti. Heterotopik ossi-fikasyon nedeniyle 2005 ve 2008'de iki kere yatırılarak ame-liyat edilmişti.

Laboratuar tetkiklerinde eritrositler, hemoglobin, hema-tokrit, ve trombositler azalmış, laktat dehidrojenaz artmıştı. Valproat seviyesi normâl sınırlar içerisindeydi (38.72 µg/ml). Elektroensefalografi (EEG) ile zemin ritminde genel yavaşlama saptandı. Manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) sol serebellar hemisfer ve oksipital bölgede operas-yona bağlı değişiklikler gözlemlendi. Hasta ilk görüşmede uy-gulanan Standardize Mini Mental Testten (SMMT) 11 puan, Deliryum Derecelendirme Ölçeği'nden (DDÖ) ise 23 puan almıştı (Aydemir ve ark. 1998, Güngen ve ark. 2002).

Bulgular değerlendirildiğinde klinik tablonun çoğul eti-yolojiye bağlı, hipoaktif-karışık deliryuma uyabileceği dü-şünüldü. Hasta anemi tedavisi, enfeksiyon profilaksisinin ve analjezinin değerlendirilmesi için pediatri polikliniğine yön-

lendirildi. Pediatri polikliniğindeki değerlendirmenin ardından antibiyotik dozu azaltıldı ve indometazin kesildi. Aileye tanı ve tedavi hakkında bilgi verilerek yönelimi kolaylaştıracak önlemler alındı. Tedavide risperidon 0.25 mg/gün başlanarak, bir hafta içerisinde 0.50 mg/güne titre edildi. Hasta ile haftada iki kere görüşme yapılarak tedavi yanıtı takip edildi. Bir hafta sonraki kontrol değerlendirmesinde yakınmaların azaldığı tesbit edildi. İki hafta sonraki değerlendirmede hasta SMMT'den 17, DDÖ'den ise 9 puan almıştı.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, hasta bir çocukta ki çoğul etiyolojiye bağlı, hipoaktif-karışık deliryum olarak değerlendirilen tablonun risperidon ile tedavisi sunulmuştur. Deliryum tanısında geçmiş psikiyatrik öykünün olmaması, yakınmaların akut başlaması ve gün içerisinde değişim göstermesi, işlevsellik düzeyini bozması, görsel var sanıların varlığı, EEG ve MRG bulguları, SMMT ve DDÖ'den alınan puanlar göz önüne alınmıştır. SMMT yaşlılarda demans tanısı için geliştirilmesine rağmen vakamızda bellek, dikkat ve yönelimin yapılandırılmış bir biçimde değerlendirilmesine ve tedavi yanıtının ölçülmesine olanak sağlamıştır. Hastada tesbit edilen deliryuma geçirilen operasyon, subklinik anemi, indometasin'in beyindeki valproik asid konsantrasyonunu artırması veya kullanılan ilaçların etkileşimi neden olmuş olabilir (Gibbs ve ark. 2004). Geçirilmiş hastalık ve tedaviler nedeniyle azalmış olan bilişsel rezerv bu duruma yatkınlık oluşturabilir. Hastada deliryum tablosunun operasyonun ve indometasin tedavisinin ardından aniden gelişimi, yakınmaların indometasin'in kesilmesi ve amoksisilin dozunun azaltılması ile gerilemesi de bu önermeleri destekleyebilir. Türkçe literatürde daha önce bildirilen tek pediatrik deliryum vakasında, Ağın ve arkadaşları (2008) 6 yaşında, sağlıklı bir erkek çocukta topikal siklopentolat kullanımının ardından deliryum tablosunun aniden geliştiğini ve destekleyici tedavinin ardından 5 saat içerisinde gerilediğini bildirmiştir. Bu vakanın akut ve dramatik gelişimi, bildirilen çocuğun öncesinde yakınmalarının olmamasına ve entoksikasyona bağlı olabilir.

Çocuk ve ergenlik çağında deliryum vakalarının gözden kaçırılma ihtimalinin yüksek olduğu, ancak tanı konduğunda tedaviye yanıt oranının da fazla olduğu bildirilmiştir (Schieveld ve ark. 2007). Hastamızın tedaviye yanıtı da bu önermeleri desteklemektedir. Deliryum tedavisinde öncelikli olarak deliryuma neden olan etkenin tesbit edilmesi ve ortadan kaldırılmasına odaklanmalıdır. Deliryum tablosunu karıştırabileceği ve kötüleştirebileceği için ilaçlardan sakınmak, kullanımı zorunlu olan ilaçları mümkün olan en düşük dozda kullanmak gerekmektedir (Durukan ve ark. 2008). Küçük

çocuklarda deliryum tedavisi hem psikososyal hem de farmakolojik girişimleri içermelidir. Hastamızda da bu bilgilere uygun olarak subklinik aneminin tedavisi plânlanmış, analjezik ilaç kesilmiş, antibiyotik dozu azaltılmış, risperidon tedavisi başlanmış ve yönelimi kolaylaştıracak önlemler alınmıştır.

Deliryum, psikomotor ajitasyon veya retardasyon varlığına göre hiperaktif, hipoaktif ve karışık tip olmak üzere üç gruba ayrılabilir (Martini 2004). Hastamızda hem psikomotor ajitasyon hem de retardasyonun varlığı nedeniyle hipoaktif-karışık tip deliryumdan şüphelenilmiştir.

Karnik ve arkadaşları (2007) hiperaktif deliryumun dopaminerjik aşırı aktiviteden köken alabileceğini ve haloperidol tedavisine yanıt verebileceğini, hipoaktif ve karışık tip deliryumun ise düşük veya normal dopamin seviyeleri ile beraber, kolinerjik sistemde bozulma ile oluşabileceğini ve risperidon tedavisine daha iyi yanıt verebileceğini öne sürmüşlerdir. Hastamızın risperidon tedavisine olumlu yanıt vermesi de bu iddiayı destekleyebilir.

Deliryumun mortaliteyi ve morbiditeyi arttırması nedeniyle çocuk psikiyatrlarının, pediatriğin ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin çocuk ve ergenlerdeki akut mental durum değişikliklerine karşı dikkatli olmalarının gerektiği söylenebilir. Vakamızın risperidon'a olumlu yanıt vermesine rağmen hâlen bu yaş grubunda da haloperidol, özellikle ajite deliryum için ilk seçenek olmaya devam etmektedir.

Vak'a takdimimizin en önemli kısıtlılığının SMMT ve DDÖ'nin bu yaş grubunda geçerlik ve güvenilirliklerin araştırılmamış olmasına rağmen kullanılmış olması olduğu söylenebilir.

KAYNAKLAR

- Ağın H, Gerçek H, Kutlu A, Gülez N, Atlıhan F (2008) Topikal siklopentolat kullanımına bağlı gelişen deliryum tablosu: bir vaka takdimi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi; 51: 39-42.
- Anık ve ark. (2006) Herbisid intoksikasyonuna bağlı deliryum ve rabdomiyoliz: bir olgu sunumu. 50. Millî Pediatri Kongresi, 8-12 Kasım. Antalya: WOW Kremlin Palace Otel. (<http://www.millipediatri.org.tr/bildiriler/PP-421.htm> adresinden 22.07.09 tarihinde erişilmiştir).
- Aydemir Ö, Noyan A, Gülseren AŞ, Kayahan B, Bodur Z, Elbi H, Kültür S (1998) Deliryum Derecelendirme Ölçeği'nin geliştirilmesi, güvenilirliği ve geçerliliği. Psikiyatri Psikoloji Psiko-farmakoloji Dergisi; 6: 21-27.
- Bayram N, Tekgüç H, Özbaran B, Vardar F (2007) Meningoensefalit ile birlikte deliryum olgusu. Çocuk Enfeksiyon Dergisi; 1(Suppl.1): 84-105.
- Durukan I, Türkbay T, Cöngöloğlu A, Erdem M (2008) Çocuk ve ergenlerde deliryum ve tedavisi: gözden geçirme. Çocuk ve

-
- Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi; 15: 177-186.
- Gibbs JP, Adeyeye MC, Yang Z, Shen DD (2004) Valproic acid uptake by bovine brain microvessel endothelial cells: role of active efflux transport. *Epilepsy Res*; 58: 53-66.
- Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F (2002) Standardize Mini Mental Test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg*; 13: 273-281.
- Işık E (1999) *Organik Psikiyatri*. Işık E, editör. İstanbul: Tayf Matbaası, 167.
- Karnik NS, Joshi SV, Paterno C, Shaw R (2007) Subtypes of pediatric delirium: A treatment algorithm. *Psychosomatics*; 48: 3: 253-257.
- Martini DR (2004) Delirium in the pediatric emergency department. *Clin Ped Emerg Med*; 5: 173-180.
- Rezaki BG (1996) Deliryum: bir gözden geçirme. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi*; 3: 161-169.
- Schieveld JN, Leroy PL, van Os J, Nicolai J, Vos GD, Leentjens AF (2007) Pediatric delirium in critical illness: phenomenology, clinical correlates and treatment response in 40 cases in the pediatric intensive care unit. *Intensive Care Med*; 33: 1033-1040.
- Stoddard FJ, Wilens TE (1995) *Delirium. Psychiatric aspects of General Hospital Pediatrics*, Jellinek MS, Herzog DB, editors. Chicago: Year Book Medical Publishers, 254-259.