

AKUT LENFOBLASTİK LÖSEMİLİ BİR OLGUDA TEDAVİ SÜRECİNDE GELİŞEN PSİKİYATRİK BELİRTİLER VE AKUT ORGANİK BEYİN SENDROMU

Şermin Yalın*, Fatma Varol Taş**, Aynur Akay***, Şebnem Yılmaz****

ÖZET

Çocukluk çağı kanserleri ciddi pediatrik hastalıklar içinde yer almaktadır. Hem çocuk hem de aile üzerinde belirgin ruhsal etkileri olmaktadır. Kanser tanısına ve tedavisine bağlı olarak psikiyatrik sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bu makalede, akut lenfoblastik lösemi tanısı olan, yüksek doz kemoterapi ve radyoterapi alırken tekrarlayan şekilde psikiyatrik belirtileri ortaya çıkan ve psikiyatrik tedaviye iyi yanıt veren bir olgu tanımlanacaktır.

Anahtar Sözcükler: Akut lenfoblastik lösemi, çocuk, psikiyatrik belirtiler, akut organik beyin sendromu.
SUMMARY: PSYCHIATRIC SYMPTOMS AND ACUTE ORGANIC BRAIN SYNDROME IN A CASE WITH ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA DURING THE TREATMENT

Childhood cancers are severe pediatric illnesses. The children and their families with cancer usually experience psychiatric symptoms because of diagnosis and treatment. In this article we reported a boy-child who was twelve years old with acute lymphoblastic leukemia on high dose chemotherapy and radiotherapy. His symptoms were recurrent and responded psychiatric treatment during follow-up period.

Key Words: Acute lymphoblastic leukemia, child, psychiatric symptoms, acute organic brain syndrome.

GİRİŞ

Çocukluk çağı kanserleri ciddi pediatrik hastalıklar içinde yer alır. En sık ölüm nedenleri arasında kazalardan sonra ikinci sıklıkta görülmektedir. Çocukluk çağı kanserleri içinde de en sık görülen kanser türünün lösemi olduğu belirtilmektedir (Lederberg ve Holland 2000, Mrazek 2002). Her yıl Amerika Birleşik Devletleri’de 2000–2500 çocuğa lösemi tanısı konmaktadır. 15 yaş altında, bu tanıyı alan çocukların oranı milyonda 40 olarak belirtilmektedir. Bu çocukların dörtte üçünde tanı akut lenfoblastik lösemi (ALL)’dir. Hastalığın sık olarak ortaya çıkan belirtileri, ateş, solukluk, ekimoz, peteşi gibi kanama belirtileri, halsizlik, iştahsızlık, eklem ağrılarıdır. Tanı, laboratuvar bulguları ile konmaktadır (Abelson 1994). □

Lösemi tedavisinin yoğunluğunu ve hastalığın gidişini etkileyen etmenler vardır. Bu etmenlerden

* Araş. Gör. Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir.

** Uzm. Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir.

*** Yrd.Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir.

**** Yrd.Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Çocuk Hastalıkları Hematoloji Anabilim Dalı, İzmir.

en önemlileri, başlangıç lökosit sayısı ve çocuğun yaşıdır. T hücre lösemisi ve santral sinir sistemi (SSS) tutulumu da gidişte önemli etmenlerdendir. ALL tedavisi, 4 aşamadan oluşmaktadır; indüksiyon tedavisi, konsolidasyon (pekiştirme) tedavisi, SSS profilaksisi ve idame tedavisi (Abelson 1994).

Kanser tanısı ve tedavi sürecinin hem hastalar hem de aileleri üzerinde belirgin ruhsal etkileri olmaktadır. Kanser tanısı alan hastaların yaklaşık % 50’sinde psikiyatrik belirtiler saptanmaktadır. Genellikle de uyum bozukluğu, depresyon, anksiyete bozukluğu ve deliryum görülmektedir (Aass ve Foss 1997, Akechi ve Nakono 2001, Grassi ve Gritti 2000).

20 çocuk ve 36 ebeveyn üzerinde yapılan bir çalışmada, kanser tanısı ile izlenen çocukların % 53’ünde, tanıdan hemen sonra travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtileri, depresyon ve anksiyete belirtileri görülmüştür. Ebeveynlerin % 20’sinde de TSSB belirtileri dikkati çekmiştir (Magal-vardi ve ark. 2004).

Bir kanser merkezinde yapılan çalışmada, 53 çocuğun % 52’sinde DSM III’e göre uyum bozukluğu olduğu ve yaş büyüdükçe depresif

yakınmaların arttığı belirtilmiştir (Rait ve ark. 1988). ALL tanılı 30 çocukta yapılan bir diğer değerlendirmede de, çocukların üçte biri ICD 9'a göre psikiyatrik tanı almıştır. Bu çocukların % 90'ının organik tanılarını bilmediği saptanmış ve hastalığı ile ilgili konuşabilen çocukların uyum sorunlarının azaldığı tespit edilmiştir (Sharan ve ark. 1999a). ALL tanısı alan çocukların ailelerinde yapılan bir değerlendirmede ise ebeveynlerin % 50'sinde psikiyatrik bozukluk saptanmış olup % 36.7'sinde depresyon, % 13.3'ünde ise uyum bozukluğu tanısı konmuştur (Sharan ve ark. 1999b).

Kanser tedavisine bağlı psikiyatrik sorunlar da görülebilmektedir. Kemoterapi ve radyoterapinin ciddi yan etkileri olabilmektedir. Bazı hastalarda alopesi gibi tedavinin yan etkilerine bağlı ciddi ruhsal sorunlar olabileceği gibi ilaçların doğrudan etkilerine bağlı psikiyatrik bozukluklar da görülebilmektedir (Lederberg ve Holland 2000).

Kemoterapötik ilaçlar, metabolik anormallikler yaparak, organ işlevlerini bozarak ya da doğrudan toksisite ile nöropsikiyatrik sorunlara neden olabilirler. Birçok ilaç genelde iyi tolere edilmektedir ve SSS toksisitesi düşüktür. Fakat çok çeşitli nörolojik komplikasyonları olabilmektedir. Akut ve kronik ensefalopati, görme kaybı, serebellar işlev bozukluğu, aseptik menenjit, baş ağrısı, nöbet, myelopati bunlardan bazılarıdır. Toksisite, akut, kalıcı ya da geçici olabilir. Radyoterapi ile kombinasyon, intratekal dozlar ve yüksek dozlar sorunların sıklığını artırır (Shuper ve ark. 2002).

Radyoterapi uygulanan hastalarda, ensefalopati en sık görülen nöropsikiyatrik komplikasyondur. Radyasyonla artış gösteren bilişsel işlev sorunları da önemlidir. Kısa süreli bellek kayıpları olabildiği gibi uzun sürede akademik başarıda azalma görülebilmektedir (Kingma ve Rammeloo 2000, Lederberg ve Holland 2000).

Bu makalede, ALL tanısı olan, yüksek doz kemoterapi, radyoterapi tedavisi alırken tekrarlayan şekilde psikiyatrik belirtileri ortaya çıkan ve psikiyatrik tedaviye iyi yanıt veren bir olgu tanımlanacaktır.

OLGU

ŞÜ, 12 yaşında erkek çocuk, 6. sınıfa devam etmesi gerekirken tedavisi sürdüğü için 6. sınıfa başlayamamıştır.

Hasta, 2004 ağustos ayının ilk haftası başlayan halsizlik, iştahsızlık, solukluk, bayılma, idrarından kan gelmesi yakınmaları ile Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) acil servisine başvurmuştur. Yapılan tetkiklerde lökosit sayısının yüksek bulunması sonucu lösemi ön tanısıyla pediatri servisine yatırılmıştır. Kemik iliği incelemesi sonucu ALL T hücreli lösemi tanısı almıştır.

Olgunun çocuk psikiyatrisi tarafından ilk değerlendirmesi, yatıştan 40 gün sonra çocuk hematoloji servisinden konsültasyon istemi ile olmuştur. Konsültasyon istenme nedeni ise, 'serviste kemoterapi almakta olan hastanın içine kapanması ve sürekli hastalığı hakkında soru sorması' olarak tanımlanmıştır.

Çocuk psikiyatrisi konsültasyon ve liyezon birimince yapılan değerlendirmede, 40 gündür hastanede yatmakta olduğu, son 1-2 haftadır televizyon izleme, yataktan kalkma, oyun oynama gibi günlük etkinliklerini yapmak istemediği, daha az konuştuğu öğrenilmiştir. İlk değerlendirmedeki ruhsal durum muayenesinde, yaşında gösteren, alopesik görünümde hafif kilolu erkek çocuk olduğu, kendiliğinden ve bol konuştuğu, kendini iyi ifade ettiği, duygulanımının hafif depresif, bilişsel yetilerinin olağan olduğu, düşünce içeriğinde hastalığı ile ilgili meraklarının olduğu, dışa vuran davranış özelliklerinde, etkinliklere karşı isteksizliğinin bulunduğu belirlenmiştir.

Özgeçmiş: Prenatal-natal-postnatal dönemde annenin aşırı sıkıntılı olduğu, gebelik sırasında ŞÜ'nün amcasının akciğer kanseri nedeni ile vefat ettiği ve ŞÜ'ye de bu amcanın isminin verildiği öğrenilmiştir. Doğumdan sonraki 6-8 ay süresince ŞÜ'nün devamlı huzursuz olduğu ve ağladığı çok zor geçen bir dönem tarif edilmektedir. Hastalık öncesinde neşeli, hareketli, dışa dönük bir çocuk olduğu belirtilen ŞÜ'nün hem sosyal hem de akademik işlevselliğinde sorun tanımlanamamaktadır.

Aile öyküsü: Anne 32 yaşında, ortaokul mezunu, ev hanımıdır. Annenin hareketli, dışa dönük ve iyi ilişkiler kuran kişilik özellikleri gözlenmektedir. Baba 37 yaşında, yüksek okul mezunu, polis memurudur. Rahat, sessiz ve yalnız kalmayı seven bir kişi olarak tanımlanmaktadır. ŞÜ'nün hastalanması ile anne-babanın ilişkisinde sorunlar oluştuğu bildirilmektedir. Babanın ortamdan kendini uzak tutma çabası, annenin her şeyle ilgilenmek zorunda kalması nedeniyle sorunların ortaya çıktığı öğrenilmiştir.

Klinik izlem: İlk değerlendirmeden sonra, depresif duygudurumlu uyum bozukluğu tanısı düşünülen olguya essitalopram 5 mg/gün başlanarak, konsültasyon ve liyezon birimi tarafından izleme alınmıştır.

İzlem sırasında, ilk değerlendirmeden 10 gün sonra, yüksek riskli ALL tanısı olan olgular için belirlenen kemoterapi protokolü uygulanırken, olguda geçici görme ve işitme kaybı ortaya çıkmıştır. Olgu ilaçlarını almayı reddetmiştir. Olgunun yapılan beyin görüntülemeleri (difüzyonel manyetik rezonans görüntüleme (MRG), orbita MRG), lomber ponksiyon (LP), elektroensefalografi (EEG) ile göz hastalıkları ve kulak burun boğaz hastalıkları bölümlerinin yaptıkları değerlendirmeleri olağan olarak saptanmıştır ve organik patoloji düşünülmemiştir. Aynı gün olgunun, 2-3 saat süren, çevresindekileri yaratık olarak görme, ellerinde bıçakla kendine saldıracaklarını düşünme, yorganı annesinin ölüsü olarak tanımlama şeklinde belirtileri başlamıştır ve giderek ajitasyonu artmıştır. Bu sıradaki ruhsal durum değerlendirmesinde, duygulanımının irritable olduğu, bilincinin konfü olduğu, distraktibilitesinin, görsel ve işitsel varsanılar şeklinde algı bozukluğunun ortaya çıktığı, yer, kişi ve zaman yöneliminin bozulduğu, bellek işlevlerinde ve gerçeği değerlendirmesinde bozukluğun olduğu saptanmıştır. Düşünce sürecinde çağrışımlarının kopuk olduğu ve düşünce içeriğinde paranoid-persekütif sanrılarının bulunduğu, tedavi ekibine yönelik saldırganlık ve ajitasyonun olduğu belirlenmiştir. Konsültasyon ve liyezon birimi tarafından olguda organik beyin sendromu (deliryum) tanısı düşünülerek risperidon 0,5 mg/gün başlanmıştır. Günlük izleme alınan olguda belirtiler değerlendirilerek tedavi dozu 2 mg/gün dozuna

kadar yükseltilmiştir. Bu arada baş dönmeleri, geçici görme kayıpları, değişik süreler devam eden senkop atakları olması nedeniyle tekrar çekilen EEG'sinde fronto-pariyetal alanda şüpheli bir anormallik saptanmıştır. Ancak bu sonuç çocuk nörolojisi hekimlerince epilepsi lehine düşünülmemiştir. Olgu bu sırada ikinci yüksek doz metotreksat tedavisini sorunsuz almıştır.

İzlemde hastanın psikotik belirtilerinin düzelmesi ve depresif belirtilerinin artması üzerine risperidon tedavisinin azaltılarak kesilmesine ve essitaloprama yeniden başlanmasına karar verilmiştir. Risperidonun kesilmesinden sonra alınan intratekal metotreksat tedavisi ardından ajitasyon, çevreye saldırma, küfürlü konuşmalar, doktorların kendine zarar vereceği sanrıları, bıçaklı insanlar görme şeklinde görsel varsanılar gibi belirtiler tekrar ortaya çıkmıştır. Bu sırada olgu ile karşılıklı ilişki kurulamamıştır. Yeniden organik beyin sendromu tanısı ile daha önce yararlanmış olduğu risperidon tedavisine başlanmış ve doz 2 mg/gün'e kadar çıkılmıştır.

İzlemde, değişik süreler devam eden herşeyi unutmama dönemleri, bu dönemlerde evden kaçma, sonra baygınlık veya ajitasyonla kendine gelme, "öldür öldür" diye sesler duyma şeklinde işitsel varsanılar, etrafa saldırma ya da 3-4 yaşında bir çocuk gibi kendine gelme şeklinde yeni belirtiler eklenmiştir. Olgunun tekrar istenen organik tetkiklerinde sorun saptanmamıştır. Risperidon dozu 2.5 mg/gün'e yükseltilmiştir. Olgu bu dönemde yüksek doz steroid kullanmakta iken aşırı kilo alımı, nefes almada güçlük yakınmaları da başlamıştır. Aynı dönemde anksiyetesi ve akatizi benzeri yakınmaları artmış olduğu için tedaviye diazepam 5 mg/gün eklenmiştir. Bu tedaviden yararlanan hastanın belirtilerinde azalma olmuştur. Hastada kemoterapi kürü tamamlandıktan sonra profilaktik kranial radyoterapiye geçilmiştir. Radyoterapi ile birlikte olgunun belirtilerinde yeniden bir artış olmuştur. Bu tedavinin bitiminden yaklaşık bir ay sonra belirtiler yeniden yatışmıştır. Olgunun izlemi sürmektedir.

Tüm izlem sürecinde, hastanın farmakoterapisine ek olarak bireysel görüşmeler ve aile görüşmeleri yapılmıştır. Bireysel görüşmelerde olgu ile hastalık, hasta olma, hastanede yatma ve ölüm konuları ele alınmıştır. Hastalığının tanısını ve

tedavisini net olarak bilmemesi, var olan ruhsal belirtilerin artmasına neden olmuştur. Tedavi ekibi ile liyezon ilişkisi kurularak tanı ve süreçle ilgili bilgilendirmenin önemi belirtilmişse de tam bir bilgilendirme yapılamamıştır. Bu durum olgu ile çalışan konsültasyon-liyezon ekibinin zorluğunu artırmıştır. Süreç boyunca aile ile de görüşmeler yapılmıştır. Aile görüşmelerine daha çok anne katılabilmektedir, babanın her alanda uzak kalma çabası burada da gözlenmiştir. Belirtilerin her ortaya çıkışında annenin endişeleri yoğunlaşmış, olgunun başında kuran okuma, her isteğini yapma, tüm hastane görevlilerine hastalık ve ilaçlarla ilgili sorular sorma şeklinde davranışları olmuştur. Annenin defalarca bilgilendirildiği halde yatıştırılmasının güçleşmesi, giderek psikiyatrik bozukluk düzeyinde belirtilerinin yerleştiğinin gözlenmesi nedeniyle psikiyatrik yardım alması önerilmiştir. Ancak anne ek psikiyatrik yardımı kabul etmemiştir. Anne ve baba ile anksiyetelerini azaltma, çocuklarını ve hastalığını anlama ve tutumlarına yönelik olarak çalışılmıştır.

TARTIŞMA

Olguda ilk değerlendirmede saptanan belirtilerin, depresif duygudurumun eşlik ettiği uyum bozukluğunun belirtileri olduğu düşünülmüştür. O dönemde, olgunun uzun süreli hastane yatışının olması, sosyal ilişkilerinin kısıtlanması, günlük etkinliklerinin sınırlandırılması hafif düzeyde psikiyatrik belirtilere yol açmış olabilir. Hastalık ve hastaneye yatma çocukların yaşamında sık meydana gelen olaylardır. Çocuklar yaşamları boyunca çok defa hasta olurlar ve genelde çoğu geçici hastalıklardır. % 2-3 çocukta ise, büyümeyi, sosyal ilişkileri, okul performansını etkileyen ciddi boyutlara ulaşır. Bu nedenle hastalığın ve hastaneye yatışın çocuk üzerindeki etkilerini bilmek tedavide ve tedaviye uyumda önemlidir (Drell ve White 2000).

Olgumuzda, tedavi ekibi tarafından, ancak hastalığı ile ilgili sorular sormaya başladığında bazı açıklamalar yapılmıştır. Ancak bilgilerin hasta için yeterli olmadığı, giderek daha fazla şeyi öğrenmeyi talep ettiği, psikiyatristi tarafından fark edilmiştir. Kanserin aile ve tedavi ekibi tarafından algılanışı ve hastaya ifade edilişi de psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkışını etkilemek-

tedir. Yeterli olamayan bilgiler, hastanın hastalık ve ölümle ilgili fantezilerinin artmasına neden olmuş olabilir. Bu durum psikiyatrik sorunların gelişimini ya da artışını tetiklemiş olabilir. Bu bulgu yazındaki, organik tanılarını bilmeyen çocuklarda daha fazla psikiyatrik bozukluk olduğunu belirten çalışmalar ile de uyumludur (Sharan ve ark. 1999a).

Bu olguda, depresif duygudurumlu uyum bozukluğu ile süreçteki depresif belirtileri için etkinliği kanıtlanmış, ilaç etkileşimi ve yan etkileri daha az olan essitalopram kullanılmıştır. İzlemede olgunun antidepresan tedaviden belirgin bir yararlanımı olmuştur. Yazında, kanser hastalarında ortaya çıkan depresyonun tedavisinde, serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), trisiklik ve atipik antidepresanların kullanılabileceği belirtilmektedir Etkinliğinin iyi ve yan etki riskinin düşük olması sebebiyle SSRI'lar, kanserli hastalarda diğer ilaçlara göre daha az sorun oluşturmaktadırlar. Özellikle sitalopramın ilaç etkileşiminin çok düşük olması nedeniyle, kanser tedavisinde kullanılan ilaçlarla da güvenle kullanılabileceği bildirilmektedir (Roth ve Holland 1994, Pirl ve Roth 1999, Devane 1998).□

Çocuk hematolojisi biriminin çalışanlarına daha önce çocuk ve ailenin kronik ve ölümcül hastalığa tepkileri konusunda, konsültasyon ve liyezon birimizce kuramsal ve olgu tartışma şeklinde uygulamalı eğitimler verildiği için olgumuzda ortaya çıkan depresif belirtileri erken dönemde ayırt edebilmişlerdir. Birçok klinisyen kanser tanısı ile birlikte depresif yakınmaların olmasını normal karşılamakta ve psikiyatrik değerlendirme istememektedir. İngiltere'de 34 merkezde yapılan bir çalışmada, hem hastalar hem de hekimler psikiyatrik belirtiler hakkında bir ölçek doldürmüşlerdir. % 34.7 oranında hekimlerin ve hastaların doldurduğu ölçeklerde farklılık saptanmıştır. Sonuç olarak yanlış değerlendirme yapıldığı, psikiyatrik belirtilerin fark edilmediği ve tedaviye yönlendirilmediği görülmüştür (Fallowfield ve Rattcliffe 2001). Tedavi edilmemiş bir psikiyatrik bozukluk, tıbbi tedaviye uyumsuzluk, hastanede kalışın uzaması, morbidite ve mortalitenin artmasına yol açmaktadır (Pirl ve Roth 1999). Kuramsal ve uygulamalı eğitim almalarına rağmen, tedavi ekibinin ölümcül hastalıklarla çalışmakta yaşadıkları zorluklar, hem hastanın ruhsal

İhtiyaçlarının hem de bilgilenme ihtiyaçlarının fark edilmesini güçleştiriyor olabilir. Olgumuzun izlemi sırasında gözlemlediğimiz kadarıyla, özellikle hastalık konusunda bilgi vermenin gerekliliğini tedavi ekibinin anlaması ve buna yönelik girişimde bulunması oldukça zor olmuştur.

Bizim olgumuz, 10 yaşının üstünde olması, erkek cinsiyet olması, ALL tipinin T hücreli tip olması ve kan sayımında 100000 üzerinde lökosit olması nedeniyle yüksek riskli olarak tanımlanmıştır. Bu nedenle de yüksek risk grubu için uygun görülen bir tedavi protokolü uygulanmaya başlamıştır. Bu tedavi protokolünde (deksametazon, vinkristin, yüksek doz ara-c, yüksek doz metotreksat, siklofosamid, asparajinaz) yer alan yüksek doz kemoterapotik ilaçların kullanımı ile birlikte varsanılar, paranoid-persekütif sanrılar, yönelim bozukluğu, ajitasyon gibi organik beyin sendromunun ana belirtileri ortaya çıkmıştır. Tanı konup uygun tedavi (risperidon) başlandığında olgunun belirtilerinde belirgin düzelme saptanmıştır. Sonrasında her yüksek doz kemoterapi sonrası aynı psikiyatrik belirtiler tekrarlamış ve aynı tedavinin düzenlenmesi ile belirtilerde düzelme olmuştur. İzlemede sadece kemoterapi değil radyoterapinin de benzer psikiyatrik belirtiler oluşturduğu gözlenmiştir.

Kanser gibi kronik bir hastalığa bağlı birçok psikiyatrik belirti görülmesi kadar tedaviye bağlı belirtiler de ortaya çıkmaktadır. SSS toksisitesi, en çok bilinen yan etkilerden biridir. Kemoterapi ya da kemoterapi ile beraber radyoterapi uygulaması sonrasında oluşabilmektedir. Metotreksat, çoğu yan etkilerden sorumlu ajan olarak bilinmektedir (Shuper ve ark. 2002). Metotreksat toksisitesinin nedeni tam olarak anlaşılamamıştır. Ortalama insidansı % 3-11'dir (Shuper ve ark. 2002). Toksik etkiler, hemen tedaviden sonra olabileceği gibi uzun dönemde bilişsel ve nörolojik bozukluklara da sebep olabilmektedirler. En sık nörolojik komplikasyonlar, bilinç değişiklikleri, lökoensefalopati, nöbet, serebral enfarkt, paraliz, nöropati ve ototoksitedir (Reddy ve Witek 2003). Bir çalışmada intra venöz metotreksat tedavisi sonrası olfaktör nöbet ve davranış sorunları gösteren (hiperseksüalite ve hafıza bozuklukları) 15 yaşında bir çocuk bildirilmiştir (Antunes ve

ark. 2002). Yine 2 çocukta yüksek doz metotreksat tedavisi sonrası ölümcül akut nörotoksikite saptanmıştır (Ray ve ark. 2002). 8, 10 ve 12 yaşlarındaki 3 olguda yüksek doz metotreksat, siklofosamid ve daktinomisin tedavisi sonrası, bilinçte ani değişiklik ve kortikal körlük bildirilmiştir (Sanchez ve ark. 2001).

Ekzojen kortikosteroid alımı da çok çeşitli bilişsel bozukluklara ve duygudurum değişikliklerine neden olabilmektedir. Bir çalışmada, yüksek doz deksametazon alan 50 kanser hastası, aynı tanı, deksametazon almayan 50 hasta ile karşılaştırılmış ve nöropsikiyatrik hastalıkların insidansına bakılmıştır. Deksametazon tedavisi alan grupta major depresif bozukluk tanısında anlamlı artış, organik beyin sendromu insidansında da artma saptanmış ancak anlamlı farklılık bulunamamıştır (Breibert ve ark. 1993).

Kanserli hastalarda organik beyin sendromu da sık görülen bir psikiyatrik bozukluktur. Organik beyin sendromu, bilinç ve dikkatte bozulma ile birlikte bilişte ve algıda değişikliklerin görüldüğü bir tablodur. Genellikle ani bir başlangıcı vardır. Bilinç bulanıklığı, dikkatin kolayca dağılması, perseverasyon, yönelim bozukluğu, psikomotor ajitasyon, varsanılar, yanlısamalar ve diğer algısal bozukluklar, sanrılar (genellikle paranoid ve perseküsyon sanrıları), uyku-uyanıklık döngüsünde bozulma şeklinde klinik belirtiler ortaya çıkar (Centeno ve ark. 2004, Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). Tedavisinde, organik beyin sendromuna neden olan etkenin ortadan kaldırılması (örn, ilaçların kesilmesi) ilk adımdır. Hastanın ajitasyonu, algısal bozuklukları varsa mutlaka belirtilere yönelik tedavi uygulanmalıdır. Bu amaçla antipsikotikler ve benzodiazepinler kullanılabilir. Özellikle atipik antipsikotiklerden risperidon ve olanzapinin ekstrapiramidal sistem (EPS) yan etkilerinin az olması nedeniyle daha güvenli kullanılabilecekleri belirtilmektedir. Risperidonun her 12 saatte bir 0.5-1.0 mg, olanzapinin günlük 5-12 mg dozunda kullanılması önerilmektedir (Breibert ve ark. 2002, Davis ve Dickerson 2001, Lee ve ark. 2001, Kiraly ve ark. 1998, Ravona-Springer ve ark. 1998, Passik ve Cooper 1999, Sipahimalani ve Masand 1997).

Olgumuzda kanser tedavisi sırasında saptanan organik beyin sendromu, daha önce yazında bildirilen çalışmalarla da uyumludur. Radyoterapi

ve kemoterapinin SSS üzerinde olumsuz etkilerinin olabileceği daha önceki yayınlarda saptanmıştır. Bu etkilerden bir kısmı psikiyatrik bozukluklar şeklinde kendini göstermektedir. Organik beyin sendromu ve depresif duygudurumlu uyum bozukluğu tanıları olgumuzun tedavisi sırasında saptadığımız bozukluklardır. Bu psikiyatrik bozukluklar, hem tedaviye hem de uzun süreli hastane yatışı ve ölümcül, kronik bir hastalığın varlığına bağlı olarak ortaya çıkmış olabilir.

Bizim olgumuzda da hastalığını merak etme ve öğrenme isteği sonrasında, yeterli cevaplar alamaması ile birlikte belirtiler ortaya çıkmıştır. Çocuklarda özellikle kronik hastalıkları, gelişimsel ve biyopsikososyal açıdan değerlendirmek önemlidir. Gelişimsel değerlendirmede hastanın yaşı önemlidir. Farklı yaş gruplarında hastalık farklı algılanmaktadır. Örneğin, okul öncesi yaş grubu hastalığı bir ceza olarak görebilmektedir. Okul çağında bu şekilde algılama devam edebilir, ancak hastalığı ve nedenlerini daha iyi anlayabilir hale gelir. Bu nedendir ki hastalıkla ilgili bilgi vermek önemlidir. Hastalar, klinik vizitler, kemoterapotiklerin kullanımı, saç kaybı gibi yan etkiler, diğer hastalarla karşılaşma, çevresindeki insanların durumu nedeni ile hastalıklarının farkındadırlar. Bu çocuklarda tanıyı ve süreci konuşmak önemlidir. Hastalıkla ilgili aydınlatıcı ve doğru bilgilerin, çocuğun anksiyete düzeyini ve uyum sorunlarını azaltacağı belirtilmektedir (Sharan ve ark. 1999a).

Bizim olgumuz önce hastalığını bir ceza olarak algılamış, sonrasında ise tanı tarafından sevildiği için bu hastalığın ona verildiğini düşünmüştür. Bununla ilişkili suçluluk duyguları olmuştur. Hastalık süreci ile baş etmede biyolojik, sosyal ve psikolojik etmenler önemli rol oynamaktadır. Biyolojik etmenlerde, çocuğun huy özellikleri, psikiyatrik bozukluğa yatkınlığın olması, tedaviye yanıtı; sosyal etmenlerde, ailenin bilişsel ve coşkusal durumu, savunma mekanizmaları, sosyal destek durumları, dini inanışları; psikolojik etmenlerde savunma mekanizmaları, dayanıklılık etmenleri, hastalığın neden oluştuğunun anlamı, hastalığı ve ciddiyetini algılaması ve kişisel deneyimler önemli öğelerdir (Drell ve White 2000).

Olgunun tanısını bilmediği dönemde, hem depresif yakınmaları hem de anksiyete belirtileri çok yoğun ortaya çıkmıştır. Tanının öğrenilmesinden sonraki görüşmelerde, hastalık nedeni, ölüm, hastalığa bağlı sorunlar, ilaçlar ve yan etkileri gibi konular konuşulabildikçe yakınmalarında belirgin azalma gözlenmiştir. Ailede kanser öyküsünün varlığı, annenin obsesif, babanın çekingen kişilik özellikleri ve buna bağlı olan uyumsuzlukları, ailenin dini görüşleri, ailenin ve çocuğun bu hastalıkla ilgili baş etme becerilerinde sorun yaratmış olabilir.

Bu makalede tanımlanan olgunun yüksek riskli ALL tedavi protokolü uygulanırken her tedavi sonrası, tekrarlayıcı şekilde ortaya çıkan psikiyatrik belirtilerinin olması, belirtilerin uygun psikofarmakolojik ilaçlara yanıt vermesi ve multidisipliner çalışmayı gerektiren özellikte olması nedeniyle önemli olduğunu düşünmekteyiz. Bu olgu bağlamında çocukluk çağı kronik hastalıkları ve bu hastalıkların tedavisi sırasında görülebilecek psikiyatrik sorunların dikkatle ele alınması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Ayrıca konsültasyon-liyezon psikiyatrisinin ve multidisipliner çalışmanın önemini vurgulamaktadır.

KAYNAKLAR

Aass N, Fossa SD (1997) Prevalance of anxiety and depression in cancer patients seen at Norwegian radium hospital. *Eur J Cancer* 3:1597-1604.

Abelson H (1994) *Onkoloji. Nelson Essential of Pediadrics Türkçe Basımı 2. baskı içinde, BR Kleigman (ed), Çeviren: T Sipahi, Nobel Yayın Evi, Ankara, s:549-572.*

Akechi T, Nakano T (2001) Psychiatric disorder in cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 31:188-94.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *DSM-IV Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Çeviren: E Koroğlu, Hekimler yayın birliği, Ankara.*

Antunes NL, Souweidane MM, Lis E (2002) Methotrexate leukoencephalopatı presenting as kluver bucy syndrome and uncinatı seizures. *Pediatr Neurol* 26:305-308.

Breibert W, Stiefel F, Kornblith AB (1993) Neuropsychiatric disturbance in cancer patients with epidural spinal cord compression receiving high dose corticosteroids. *Psychoncology* 2:233-245.

YALIN VE ARK.

Breitbert W, Tremblay A, Gibson C (2002) An open trial of olanzapine for the treatment of delirium in hospitalized cancer patients. *Psychosomatics* 43:175-182.

Centeno C, Sanz A, Bruera E (2004) Delirium in advanced cancer patients. *Palliative Medicine* 18:184-194.

Davis MP, Dickerson ED (2001) Olanzapine: another psychotropic? *Am J Hosp Palliat Care* 18:129-132.

Devane CL (1998) Differential pharmacology of newer antidepressants. *J Clin Psychiatry* 59(suppl20):85-93.

Drell M, White T (2000) Children's reaction to illness and hospitalization. *Clinical Manifestation of Psychiatric Disorders Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, seventh edition içinde. BJ Sadock ve VA Sadock (ed) Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, s:2889-2896.*

Fallowfield L, Rattcliffe D (2001) Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *BJ Cancer* 84:1011-1015.

Grassi L, Gritti P (2000) Psychosocial problems secondary to cancer: An Italian multicentre survey of consultation-liaison psychiatry in oncology. *Eur J Cancer* 36:556-558.

Kingma A, Rammeloo LA (2000) Academic career after treatment for ALL. *Arch Dis Child* 82:353-357.

Kiraly SJ, Gibson RE, Ancill RJ ve ark. (1998) Risperidone: treatment response in adult and geriatric patients. *Int J Psychiatry Med* 28:255-263.

Lederberg M, Holland J (2000) Psycho-oncology. *Clinical Manifestation of Psychiatric Disorders Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, seventh edition içinde. BJ Sadock ve VA Sadock (ed) Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, s:1850-1875*

Lee MA, Leng ME, Tiernan EJ (2001) Risperidone: a useful adjunct for behavioural disturbance in primary cerebral tumours. *Palliat Med* 15:255-256.

Magal-vardi O, Laor N, Toren A (2004) Psychiatric morbidity and quality of life in with malignancies and their parents. *Journal of Nervous and Mental Disease* 192:872-875.

Mrazek D (2002) Psychiatric aspects of somatic disease and disorders. *Child and Adolescent Psychiatry, fourth edition içinde, M Rutter ve E Taylor (ed) Blacwell Publishing Company, UK, s: 810-823.*

Passik SD, Cooper M. (1999) Complicated delirium in a cancer patient successfully treated with olanzapine. *J Pain Symptom Manage* 17:219-223.

Pirl WF, Roth A (1999) Diagnosis and treatment of depression in cancer patients. *Oncology* 13:1293-1301.

Rait DS, Jacobsen PB, Lederberg MS (1988) Characteristics of psychiatric consultations in pediatric cancer centre-abstract. *Am J Psychiatry* 145:363-364.

Ravona-Springer R, Dolberg OT, Hirschmann S ve ark. (1998) Delirium in elderly patients treated with risperidone: a report of three cases. *J Clin Psychopharmacol* 18:171-172.

Ray M, Marwaha RK, Trehan A (2002) Chemotherapy related fatal neurotoxicity during induction in ALL. *Indian J Pediatr* 69:185-187.

Reddy AT, Witek K (2003) Neurologic complications of chemotherapy for children with cancer. *Curr Neurol Neurosci Rep* 3:137-142.

Roth AJ, Holland JC (1994) Treatment of depression in cancer patients. *Primary Care and Cancer* 14:23-29

Sanchez X, Carpintero R, Narbona J (2001) Transient posterior encephalopathy induced by chemotherapy in children. *Pediatr Neurol* 24:145-148.

Sharan P, Mehta P, Charudhry VP (1999a) Psychiatric morbidity in children suffering from acute lymphoblastic leukemia. *Pediatric Hematology and Oncology* 16:49-54.

Sharan P, Mehta P, Chaudry VP (1999b) Psychiatric disorders among parents of children suffering from acute lymphoblastic leukemia. *Pediatric Hematology and Oncology* 16:43-47.

Shuper A, Stark B, Kornreich L (2002) Methotrexate related neurotoxicity in the treatment of acute lymphoblastic leukemia. *IMAJ* 4:1050-1053.

Sipahimalani A, Masand PS (1997) Use of risperidone in delirium: case reports. *Ann Clin Psychiatry* 9:105-107.