

KARBAMAZEPİN İLE TEDAVİ EDİLEN OKUL ÖNCESİ DÖNEMDE BİR MANİ ATAĞI OLGUSU

S. Salih Zoroğlu*, Dilara Ümran Tüzün**

ÖZET

Çocukluk döneminde başlayan bipolar bozukluk ve mani ile ilgili literatür, sıklık ve komorbid bozukluklarla ilgili yeni kavramlar temelinde son beş yılda hızla genişlemiştir. Aşağıda, aşırı hareketlilik, öforik duygudurum, irritabilite, tehlikeli ve riskli davranışlar, uyku gereksiniminin azalması, yaşıyla uyumsuz cinsel davranışlar gösterme gibi klasik mani atağı belirtileriyle kliniğimize başvuran ve iki uçlu duygudurum bozukluğu, mani atağı tanısı konulan, 5 yaş 4 aylık erkek çocuğu sunulmuştur. Hasta karbamazepinle etkin ve güvenilir bir şekilde tedavi edilmiş ve önemli bir yan etki gözlenmemiştir. Olgunun klinik görünümü ve tedavisi ilgili literatür ışığında tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Mani, bipolar, çocuk, karbamazepin

SUMMARY: A CASE OF MANIA IN PRESCHOOL AGE TREATED WITH CARBAMAZEPINE

The literature devoted to juvenile-onset bipolar disorder and mania has rapidly expanded in the past five years with an emphasis on new concepts of prevalence and comorbid conditions. The following is the presentation of a 5 year and 4 month old child diagnosed with mania attack, who applied the clinic with symptoms of classical mania such as hyperactivity, euphoria, irritability, dangerous and risky behaviors, decreased sleep, age inappropriate sexual behaviors. The patient was treated with carbamazepine safely and effectively without any considerable side effects. Clinical phenomenology and treatment of the patient was discussed in relation with literature.

Key words: Mania, bipolar, child, carbamazepine

GİRİŞ

20. yüzyılın başında Kraepelin, 900 erişkin manik-depresif hastanın öykülerinden yola çıkarak, hastaların %0.4'ünde ilk atağın 10 yaşın altında olduğunu belirtmiş ve 5 yaşındaki bir erkek çocukta 6 ay süren bir mani atağı tanımlamıştır. Daha sonraki uzun bir dönem boyunca "gelişmiş kişilik yapısına sahip oldukları" teorisinin etkisiyle, depresyon ya da mani gibi duygudurumun uç bozukluklarının çocuklarda görülmeyeceği düşüncesi egemen olmuştur. Daha sonra bu görüşün doğru olmadığı ortaya çıkmış, tanı ve tedavide kaydedilen ilerlemeler ve özellikle lityumun bipolar bozuklukta tedavi edici etkisi, küçük yaşlardaki çocuklarda bu tanının tekrar düşünülmesi gerektiğini ortaya koymuştur (Hanna 1992).

Son 40 yıldır, çocukluk çağında maninin görülebileceği kabul edilse de, tanı koymada sorunlar yaşandığı özellikle vurgulanmaktadır. Çoğu kli-

nisyenin bipolar bozukluğu bir yetişkinlik hastalığı olarak görmesi, gelişimsel dönemin altta yatan psikopatolojiyi maskeleyebilmesi ya da değiştirebilmesi ve çocukların klinik görünümünün daha geç ortaya çıkan bipolar hastalıktan farklı olması çocukluk döneminde tanı zorluğuna neden olmaktadır (Cantwell 1992). 1960'dan günümüze kadar, çocukluk çağı bipolar bozukluğu için, bir çok kez tanısız bir yapı oluşturma girişimi olmuş, klinisyenler az sayıdaki olgudan oluşan kendi deneyimleri doğrultusunda tanı ölçütleri getirmeye çalışmışlardır. Bunlardan Antony ve Scott, (1) anormal bir ruhsal durum, (2) pozitif aile öyküsü, (3) siklotimik mizaç özellikleri ya da mani ve depresyonu andıran aşırı duygudurum oynamaları gibi bipolar bozukluğa yatkınlık oluşturan bir mizaç özelliği, (4) iki ya da daha fazla tekrarlayan atak bulunması, (5) ataklarda çift uçluluk, (6) endojen hastalık atağı, (7) şiddetli hastalık atağı, (8) dışa dönük kişilik yapısı, (9) şizofreni ve organik bir bozukluk gibi başkaca bir hastalığın bulunmaması, (10) belirtilerin tanı konulduğunda devam ediyor olmasın-

* Yrd. Doç. Dr., Gaziantep Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Psikiyatristi Anabilim Dalı, Gaziantep.

**Prof. Dr., İstanbul Üniv. İstanbul Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Psikiyatristi Anabilim Dalı, İstanbul.

dan oluşan 10 maddelik; Weinberg ve Brumback, (1) öfori, (2) iritabilite, (3) aşırı hareketlilik, (4) basınçlı konuşma, (5) düşüncelerin uçuşması, (6) grandiyözite, (7) uyku bozuklukları, (8) dikkat dağınıklığından oluşan 8 maddelik ve Davis, (1) çok hızlı tekrarlayan ataklar (duygudurum fırtınası), (2) aile öyküsü, (3) aşırı hareketlilik, (4) kişiler arası ilişkilerde sürekli bozukluk bulunması, (5) psikotik düşünce bulunmaması, (6) uyku bozuklukları, (7) minimal beyin hasarı, (8) anormal EEG, (9) enürezis ve (10) nöropatolojik bozuklukların bulunmasından oluşan 10 maddelik, çocukluk çağı bipolar bozukluğu tanı ölçütleri oluşturmuşlardır. Görüldüğü gibi bu ölçütler çocukluk çağı bipolar bozukluğunun klinik belirtilerini anlamamıza yardım etmekle birlikte, tanı koyma aralığını ileri düzeyde kısıtlamıştır. DSM sistemi çocuk ve ergenler için ayrı tanı ölçütleri getirmemiş, esas olarak erişkinlere özgü ölçütlerin (birkaç tanesinin uyarlanarak) kullanılması önerilmiş ve dolayısıyla aktarılan bu ölçütlerden hiçbirini kullanmamıştır. Fakat DSM sisteminin de hiç duyarlı olmadığı ve maniye çocuklarda hiperaktiviteden, ergenlerde de davranım bozukluğu, şizofreni ve uyum bozukluğundan ayırdederken önemli tanı yanlışlıklarının yapıldığı belirtilmektedir (Fristad ve ark.1992).

Ergenlik öncesi çocuklarda bipolar bozukluğu araştıran epidemiyolojik bir çalışma yoktur. İkinci dünya savaşından bu yana tüm yaş gruplarında duygudurum bozukluklarında bir artış görüldüğü, çocuk ve ergen yaş grubunda da depresyon, distimi ve bipolar bozukluk sıklığının arttığı belirtilmektedir. Bu artış, kısmen aile ve çevrede meydana gelen değişikliklere, kısmen yeni gelişen yaşam tarzına bağlı olmakla birlikte, esas olarak genetik etkenlerin ilerleyen her kuşakta daha çok etki gücü kazanmasıyla ilgili olduğu düşünülmektedir (Pataki 2000).

Son beş yıla kadar çocukluk dönemi bipolar bozukluğu ile ilgili çalışmalar genellikle tek ya da küçük sayılardan oluşan olgu sunumları ile sınırlı kalmıştır. Son beş yıldır ortaya çıkan daha geniş olgu serileri ve zenginleşen deneyim hastalığın klinik özellikleri, gidişi ve tedaviyle ilgili iki farklı yaklaşımın oluşmasına yol açmıştır. Bir

grup uzman, hastaların bebeklik döneminden beri yoğun sorunlarının bulunduğunu ve hastalık öncesi işlevselliklerinin kötü olduğunu belirtmişlerdir. Bunlara göre çocukluk dönemi bipolar bozukluğu alışlagelen öforik duygudurumdan çok iritabilite ile karakterize, çok hızlı dönüşüm gösteren şiddetli manik ataklar bulunan (duygudurum fırtınası), kronik ve düzelmeyen gidiş gösteren bir bozukluktur. Dolayısıyla erişkin bipolar bozukluğundan oldukça farklıdır (Biederman ve ark 1996, Faraone ve ark. 1997). Buna karşın diğer bir grup uzman bozukluğun erişkinlikte benzer bir görünüme sahip olduğunu, gidiş ve tedavi açısından da benzerlikler gösterdiğini, yalnızca bazı klinik belirtilerin gelişimsel bir modifikasyonunun gerekli olduğunu belirtmektedirler (Geller ve Lundby 1997, Woolston 1999).

Okul öncesi dönemde bipolar bozukluğun görünümü ve tedavisi daha özel bir alan olup, konuyla ilgili bilgi birikimi de oldukça az sayıdaki olgu sunumlarına dayanmaktadır. 4 yaşındayken mani atağı tanısı alan ve duygusal oynaklık, küçük bir uyarıya şiddetli ve uzamış duygusal yanıt, sinirlilik, aşırı hareketlilik, saldırgan davranışlar ve silik depresif belirtiler gösteren bir hasta bildirilen en küçük yaşta ki olgudur. 5.5 yaşında başarılı bir şekilde lityum tedavisine yanıt veren başka bir olgunun, 3.5 yaşından itibaren aşırı hareketlilik, düşük engellenme toleransı, dürtüsellik, yıkıcı davranışlar ve konsantrasyon güçlüğü gösterdiği belirtilmiştir (Fristad ve ark.1992). Carlson (1983) 8 yaşından küçük çocuklardaki bipolar bozuklukta gerçek grandiyözite ve perseküsyon sanrılarının bulunmadığını, klasik manideki öfori yerine, duyguduruma iritabilite ve duygusal oynaklığın egemen olduğunu belirtmiş, 9 yaşından sonra ise klasik mani tablosuna uyan belirtilerin görülebileceğini ifade etmiştir. Dikkat Eksikliği Aşırı Hareketlilik Bozukluğu belirtileri ile karıştırılan durumlarda; ailede manik depresif hastalık öyküsünün, işlevsellikte epizodik değişkenlik bulunmasının, epizodik agresif davranış ve irritabl mizaç görülmesinin, iyi işlevsellikle birlikte bifazik mizaç değişikliklerinin ve premorbid olarak enerjik ve iyi giden bir kişiliğe sahip olunmasının önemli ol-

duğunu savunmuşlardır. Olgu tabanlı bu araştırmalarda ortak ölçütler mizaç dalgalanmaları, aşırı hareketlilik, dikkat problemleri, uyku bozuklukları ve ailede bipolar hastalık öyküsü olarak ortaya çıkmaktadır (Fristad ve ark.1992).

Çocukluk dönemi bipolar bozukluğunun klinik görünümü ve komorbid durumlarla ilgili geniş bir literatür bilgisi oluşmasına karşın, bozukluğun farmakoterapisi ile ilgili bilgi çok kısıtlıdır. En fazla çalışılan ilaç lityumdur ve etkinliği gösterilmiştir (Alessi ve ark.1994). Fakat akut mani-deki kullanımı ve uzun süreli kullanımında oluşabilecek yan etkilerle ilgili yeterli bilgi yoktur (McCracken ve Cantwell 1992, Kafantaris 1995). Sodyum-valproat ve karbamazepin gibi duygudurum düzenleyici diğer ilaçlarla ilgili çalışmalar çok azdır. Klasik kontrollü bir ilaç çalışması bulunmamaktadır. Sodyum-valproat'ın erişkinlikte başlayan bipolar bozukluğun tedavisinde etkin olduğu gösterilmiştir. Fakat çocuklarda duygudurum bozukluklarında kullanımı ile ilgili bir yayın ya da vaka sunumu bulunmadığı gibi, çok sık kullanıldığı pediatrik epilepsi alanında da uzun süreli kullanımda oluşabilecek yan etkilerle ilgili hiçbir yayın yoktur. (Ryan ve ark.1999, Woolston 1999). Karbamazepin'in erişkinlerde akut manik atağın tedavisinde etkin olduğu, devam tedavisinde kullanılabileceği ve lityum ile kombine edilebileceği gösterilmiştir (American Psychiatric Association 1994, Ryan ve ark.1999, Woolston 1999). Bununla birlikte karbamazepinin bipolar bozukluk tedavisinde herhangi bir şekilde rol aldığı çocuk ve ergen olgular, iki olgu sunumu (Himmelhoch ve Garfinkel 1986, Hsu ve Starzynski 1989) ve 3 ergen olgudan oluşan bir seri (Woolston 1999) ile sınırlıdır. Bu sunumlar karbamazepin'in akut mani atağında da etkin bir ilaç olduğunu, korunma tedavisinde kullanımının başarılı sonuçlar verdiğini ve düşük bir yan etki profili ortaya koyduğunu göstermektedir. Sunacağımız olgu, ulaşılabildiğimiz literatür içinde, akut mani atağı karbamazepin ile tedavi edilen en genç hastadır.

OLGU

Hasta, 5 yaş 4 aylık bir erkek çocuğudur. 29 ya-

şında ilkökul mezunu temizlikçilik yapan bir anne ile 29 yaşında kapıcılık yapan bir babanın ikinci oğludur.

Olgu, anne ve babası tarafından muayeneye getirilmiştir. Ailenin başvuru yakınmaları; uyku miktarında azalma, uyumak istememe, çok konuşma, aşırı hareketlilik ve yaramazlık, sinirlilik, eşyalara zarar verme, evden kaçma, marketlerden çikolata, şeker çalma, kendisinden büyük kızlara sarkıntılık yapma, bazen kendi kendine hayallere dalma, tehlikeli işlerden korkmama ve eşyalara zarar vermedir.

Daha öncesinde herhangi bir yakınmanın dile getirilmediği hastamızın babası, başvurudan dört ay önce kapıcılık yaptığı binanın bir sakini ile tartışmış. Çocuk bu tartışmanın kendisi yüzünden çıktığını zannetmiş ve babasına sorun oluşturduğu için üzülmüş. Ertesi gün tanımadıkları yetişkin bir kişi çocuğu beklenmedik bir şekilde azarlamış ve korkutmuş. Bu olaylardan sonra çocuk dört-beş gün süren bir içe kapanıklık dönemi geçirmiş. Bunu izleyen biçimde uyku isteksizliği ortaya çıkmış ve uykusu azalmış. Başvurudan önceki son iki aya kadar daha sinirli bir çocuk haline gelmişken son iki aydır sinirlilik- kızgınlık dönemleri ile normalin üzerinde neşeli olduğu dönemler ortaya çıkmış.

Başvurudan önceki son üç ayda bazı davranışsal belirtiler gözlenmeye başlanmış. Daha önce hiç yapmadığı şekilde çevredeki insanların arabalarını çizme, akranı olan çocuklarla sık kavga etme, anne ve babaya karşı gelme davranışları ortaya çıkmış. Evde de eskisine göre çok daha hareketli bir çocuk haline gelmiş. Oynadığı bir çok oyuncaktan bıktığını ifade ediyor, oynarken de çok kısa süreler içinde canı sıkılıyor ve oyundan oyuna atlıyormuş. Dikkatinin çok kısa sürede dağıldığı, söylenen sözleri dinlemediği ve çok konuştuğu gözleniyormuş. Son iki aydır bu davranışsal belirtilere evden kaçmalar eklenmiş. Hatta bir kaç kez evden geceleri de kaçmağa çalışmış. Aşırı hareketlilik ve evden kaçma eğilimi nedeniyle anne ve baba çocuğun başında nöbetleşe beklemeye başlamışlar. Geceleri de mutlaka birisi uyanık olarak çocuğun başında beklemek zorunda kalıyormuş. Yine bu dönemde daha ön-

ce hiç yapmadığı - gittiği market ya da bakkallardan hiç kimseye haber vermeden çikolata ve şeker almak gibi- davranışlar başlamış. Evlerinin önündeki yola çıkıp hareket halindeki araçların arasında durmak, anayolda bisiklet sürmeğe çalışmak gibi tehlikeli davranışlar ortaya çıkmış. Baştan iştahsızlık bulunmasına ve kilo vermesine karşın son zamanlarda sürekli atıştırma tarzında yemek yeme isteği gelişmiş. Son 1 aydır babasına evlenmeğe karar verdiğini belirtiyor, çevrede gördüğü genç kızlara evlenme teklif ediyormuş. Birkaç kez eve gelen bayan misafirlerin açıkta olan vücut kısımlarını ellemeye, öpmeye ya da sürtünmeye çalışmış. Bu nedenle azarlanmış.

Aile çocuğu cin çarptığı ya da nazar değdiği kuşku ile çeşitli hocalara götürmüş. Polikliniğimize apartman sakinlerinin isteği ve desteği ile başvurmışlar. Polikliniğimizde yapılan muayenesinde fazlaca neşeli bir mizaçla çok aşırı konuştuğu, dikkatinin çok çabuk dağıldığı, ilişkinin çocuğun dikkatsizliği ve konudan konuya hızlı geçişleri nedeniyle koptuğu, oyun ya da resim yapma önerisine çok kısa bir süre yaklaştığı sonra vazgeçip odanın içinde dolaştığı, bu sırada babanın engellemeleri nedeniyle hızla sinirlendiği görüldü. Bilişsel işlevlerinde bir bozukluk saptanmadı. Yer, zaman ve kişi yöneliminde bir bozukluk yoktu.

Bu tablo öncesinde, hastamız "model çocuk" olarak tarif edilen, çevreye uyumlu, yaşına uygun davranışlar sergileyen bir çocuk olarak tanımlanmaktadır. Kişisel özgeçmişinde, normal, spontan doğumla dünyaya geldiği, oniki ay anne sütü aldığı ve gelişim basamaklarını gecikmeden atladığı, travma, epileptik nöbet ve önemli bir enfeksiyon geçirmediği belirtilmektedir. Anne baba arasında akrabalık yoktur. Anne distimik bozukluk tanısı almaktadır ve en az dört yıldır aynı ruh durumu içinde olduğunu belirtmektedir. Dede impulsif bir insan olarak tanınan ve labil mizaca sahip olan bir insandır. Aile çocuğun hastalığı döneminde davranışları açısından dedesine benzediğini belirtmiştir. Aile öyküsünde önemli başka bir özellik bulunmamaktadır.

Hastanın zeka bölümü 107 (Stanford- Binet ile)

bulunmuştur. Yapılan rutin EEG ve Bilgisayarlı Beyin Tomografisi sonuçları fizyolojik sınırlar içinde değerlendirilmiş ve nörolojik muayenesinde bir bozukluk saptanmamıştır. T3, T4, TSH, TRH, Serbest T3 ve Serbest T4 normal sınırlarda bulunmuş, ve diğer biyokimyasal tetkiklerinde (SGOT, SGPT, LDH, GGT, CK, ALP enzimleri, kan sayımı ve tablosu, açlık kan şekeri, elektrolitler, bilirubin, BUN, üre, kreatinin, idrar tahlili) bir bozukluk saptanmamıştır.

Hastaya 100 mg/gün karbamazepin başlanmış ve 1 hafta içinde 200 mg/gün dozuna çıkılmış, belirgin bir düzelmenin görülmemesi üzerine aşamalı olarak 15 gün sonunda 400 mg/gün dozuna çıkılmıştır. Bu dozda çok hızlı bir şekilde tedavi etkisi ortaya çıkmış, takip eden 15 günlük süre sonunda belirtilerin büyük bir çoğunluğu kaybolmuş ve beşinci hafta sonunda hasta semptomsuz hale gelmiştir. Aşamalı olarak ilacın dozu 100 mg/güne inilmiş ve bu dozda kullanması önerilmesine karşın hastanın ailesi düzenli bir şekilde ilacı kullanmadığı için dördüncü ayın sonunda ilaç kesilmiştir. Tedavinin herhangi bir döneminde hastayı rahatsız eden ya da fonksiyon düzeyini bozan bir yan etki ortaya çıkmamıştır.

Tedavi süresince 5 kez kan değerleri incelenmiş, kan sayımında bir değişiklik olmamış, diğer biyokimyasal parametreler de normal sınırlar içinde seyretmiştir. Kan karbamazepin düzeyine üç kez bakılmıştır. Tedavi etkisinin yüksek olduğu ve hastanın 400 mg/gün ilaç kullandığı dönemde kan karbamazepin düzeyi 6.7 mg/L'dir.

TARTIŞMA

Çocukluk dönemi bipolar bozukluğu yanlış tanı konma olasılığı oldukça yüksek olan bir bozukluktur. Çocukluk dönemine özgü bir çok durumla karışabilmektedir. Ayrıcı tanıda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), otizm, zeka geriliği, dürtü kontrol bozukluğu yaratan psikiyatrik bozukluklar, alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılığı, genel tıbbi durumlarda ortaya çıkan organik

mizaç bozukluğu (çocuklarda çok nadirdir), enfeksiyon, ilaç kötüye kullanımı, hipertroidi, B12 vitamini fazlalığı ya da eksikliği, toksinler, kafa travması, multiple skleroz gibi nörodejeneratif hastalıklar araştırılmalıdır. Özellikle adölesanlarda en sık olarak şizofreni ile karışmaktadır (Pataki 2000).

Akiskal ve arkadaşları (1985), bipolar bozukluk tanısı alan preadölesan, adölesan ve genç yetişkinlerin önceki yanlış tanıları inceledikleri çalışmalarında, olguların %35'ine uyum bozukluğu, %15'ine davranım bozukluğu, %15'ine şizofreni, %11'ine aşırı anksiyete bozukluğu, %9'una dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, %9'una ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve %6'sında mental retardasyon tanıları konulduğunu belirtmişlerdir. Weller ve arkadaşları (1986) ergenlik öncesi çocuklarda yanlış tanı olasılığını inceledikleri çalışmalarında, yıkıcı davranışlar ve şiddetli duygusal sorunlar gösteren ve daha önce başka bir tanı almış olan 33 olgunun 16'sında (%48) DSM III ölçütlerine uyan mani atağı saptamışlardır.

Bizim hastamız tanı açısından önemli bir karmaşıklık göstermemiştir. Bir kafa travması öyküsünün olmaması, merkezi sinir sistemi enfeksiyonuna (ensefalit, menenjit) ilişkin bir belirtinin bulunmaması, yapılan biyokimyasal inceleme ve görüntülemelerin herhangi bir anormallik göstermemesi ve çocuk nörolojisi tarafından yapılan muayene ile organik kökenli mizaç bozukluğu dışlanmıştır. Bazı viral kökenli merkezi sinir sistemi enfeksiyonlarında nörolojik bir bulgu gözlenmeyebilir (Fenichel 1993). Bu ayırıcı tanıyı güçleştiren bir olasılık olmakla birlikte, enfeksiyonun nörolojik bulgular dışındaki sistemik bulgularının dikkatlice araştırılması, ayrıntılı görüntüleme ve biyokimyasal çalışmalar ve hepsinden önemlisi uzman tarafından yapılan nörolojik bir muayene tanının doğru konulmasını sağlar. Hastalık öncesi iyi bir premorbid işlevselliğin bulunması, hastalığın tipik bir başlangıç göstermesi, klinik görünümde duygudurumla ilgili belirtilerin ağırlıklı olması, tipik bir tedavi yanıtı gözlenmesi gibi özellikler nedeniyle, ayırıcı tanı da önemli bir yer kaplayan yıkıcı davranış bo-

zuklukları dışlanmıştır. Bizim hastamızda bu atak sırasında yaşa uygun olmayan cinsel ilgi ve davranışlar ortaya çıkmıştır. Bilindiği gibi cinsel istismara bağlı olarak ortaya çıkan travma sonrası stres bozukluğunda çocuklarda cinsel davranışlar sık olarak görülür. Hastanın cinsel istismar öyküsünün bulunmaması, ortaya çıkan belirtiler içinde de bu tipte bir istismarı gösterecek başka duygusal ya da davranışsal özelliklerin bulunmaması ve genel tablo göz önüne alındığında cinsel istismara bağlı oluşan TSSB'de görülmemesi gereken bir çok duygusal ve davranışsal belirtinin bulunması nedeniyle TSSB dışlanmıştır. Son olarak ayırıcı tanıda çok erken başlangıçlı şizofreni düşünülmüştür. Fakat tablonun geneline egemen olan duygudurumla ilgili belirtiler, bir şizofrenik süreçte göre daha organize bir görünüm sergileme, premorbid işlevselliğin oldukça iyi oluşu, pozitif ve negatif semptomlardan çok davranışsal ve duygusal uyarılmışlık hali içinde olma, çağrışım hızının artışı ve öfori gibi tipik bir mani atağına ilişkin bir çok belirtinin bulunması şizofrenin dışlanmasına neden olmuştur.

Giriş bölümünde çocuklarda bipolar bozukluğun klinik özellikler, tedaviye yanıt ve gidiş açısından iki farklı yaklaşımla ele alındığından söz edilmişti. Bizim olgumuz hastalık öncesi iyi bir işlevsellik göstermektedir, hastalık döneminde de klasik bir mani atağına yakın olabilecek belirtiler ortaya koymuştur ve tedaviye de çok iyi yanıt vermiştir. Sonuçta tümüyle hastalık öncesi işlevselliğe geri dönmüştür. Bu özellikleriyle Biederman (1996) ve Faraone (1997)'nin çocukluk dönemi bipolar bozukluğu için öngördükleri modele uymamaktadır.

Stresli yaşam olaylarının hipomanik ve manik epizodun başlamasını kolaylaştırdığı bir çok çalışmada belirtilmiştir (Fristad ve ark.1992) Bizim olgumuzda da belirtilerin ortaya çıkışından kısa süre önce stres yaratan bir yaşam olayı bulunmaktadır.

Bizim olgumuzun bir özelliği de tedavide karbamazepin kullanılmış olmasıdır. Şimdiye kadar karbamazepin ile tedavi edilen tümü ergen, beş olguda da karbamazepin kolay uygulanmış, iyi bir ilaç uyumu gözlenmiş ve ciddi hiçbir yan et-

ki oluşmamıştır. Tedavi ile ilgili benzer özellikler bizim hastamızda da gözlenmiştir. Karbamazepin kullanımında en sık ortaya çıkan yan etki olarak belirtilen sedasyon, bizim hastamızda tedavinin ilk günlerinde çok ağır olmayarak ortaya çıkmıştır. Bu yan etki hastanın uykusunun düzelmesine ve hareketliliğinin azalmasına yardımcı olarak tedavi etkinliğini arttırmıştır. Literatürde, küçük çocuklarda ilk atakta karbamazepin tedavisinin ne kadar sürdürülmesi gerektiği ile ilgili bir bilgi bulunmamaktadır. Ailenin düzenli kullanmaması nedeniyle ilaç dördüncü ayın sonunda kesilmiş, sonraki sekiz aylık süre içinde herhangi bir yakınma gözlenmemiştir.

Ülkemizde bildirimi yapılan en genç mani atağı olgusu olmasının yanında, bu çalışmaya konu olan hasta ulaşılabilen yabancı literatürde de tedavisinde karbamazepin kullanılan en genç hastadır. Karbamazepin kolay uygulanmış, güçlü bir etki ve çok düşük bir yan etki profili gözlenmiş ve hasta kısa bir sürede eski işlevselliğine dönmüştür. Bu olgu, çocuk ve ergen ruh sağlığı klinisyenlerine özellikle duyulan belirtilerinin yoğun görüldüğü hastaları için, ayırıcı tanıda bipolar bozukluğa da yer vermeleri gerektiğini göstermesi açısından fikir vericidir.

KAYNAKLAR

- Akiskal HS, Downs J, Jordan P ve ark. (1985) Affective disorders in referred children and younger siblings of manic-depressives: mode of onset and prospective course. *Arch Gen Psychiatry* 42:996-1003.
- Alessi N, Naylor MV, Ghaziuddin M ve ark. (1994) Update on lithium carbonate therapy in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33:291-304.
- American Psychiatric Association (1994) American psychiatric association practice guideline for treatment of patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 151(suppl):1-36.
- Biederman J, Faraone S, Mick E ve ark. (1996) Attention deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: an overlooked comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:997-1008.
- Cantwell DP (1992) Clinical phenomenology and nosology. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 1(1):1-11.
- Carlson GA (1983) Bipolar affective disorders in childhood and adolescence. *Affective Disorders in Childhood and Adolescence: An Update* içinde, Cantwell DP, Carlson GA (ed) Spectrum, New York, s:61-88.
- Faraone SV, Biederman J, Wozniak J ve ark. (1997) Is comorbidity with ADHD a marker for juvenile-onset mania? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:1046-1055.
- Fenichel GM (1993) *Clinical Pediatric Neurology: A Signs and Symptoms Approach*. 2. Baskı. W.B. Saunders Company, Philadelphia, Pennsylvania.
- Fristad MA, Weller EB, Weller RA (1992) Bipolar disorders in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1(1):13-29.
- Geller B, Luby J (1997) Child and adolescent bipolar disorders: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:1168-1176.
- Hanna GL (1992) Natural history of mood disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 1(1):169-181.
- Himmelhoch JM, Garfinkel ME (1986) Mixed mania: diagnosis and treatment. *Psychopharmacology Bull* 22:613-620.
- Hsu LKG, Starynski J (1989) Mania in adolescence. *J Clin Psychiatry* 47:596-599.
- Kafantaris V (1995) Treatment of bipolar disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:732-741.
- McCracken JT, Cantwell DP (1992) Management of child and adolescent mood disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1(1):229-255.
- McCracken JT (1992) Etiologic aspects of child and adolescent mood disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1(1):89-109.
- Pataki CS (2000) Mood disorders and suicide in children and adolescents. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* 7. baskı, cilt 2 içinde, BJ Sadock, VA Sadock (ed), Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Ryan ND, Bhatia VS, Perel JM (1999) Mood stabilizers in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38(5):529-536.
- Weller RA, Weller EB, Tucker SA (1986) Mania in prepubertal children: has it been under diagnosed? *J Affective Disord* 11:151-154.