

Charles Bonnet Sendromu: Bir Olgu Sunumu

Charles Bonnet Syndrome: A Case Report

Ayşe Çakır¹, Demet Sağlam Aykut², Filiz Civil Arslan², Ahmet Taner Uysal³

¹Dr., ²Yard. Doç.Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Trabzon

³Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Trabzon

ÖZET

Charles Bonnet Sendromu; bilişsel yetileri sağlam olan ve psikiyatrik bozukluk veya nörolojik lezyon/anormallik bulgusu olmayan görme engelli bireylerde gelişen görme varsanıları olarak tanımlanmıştır. Bu sunumda; bilateral primer optik atrofiye ikincil gelişmiş görme varsanıları olan ve Charles Bonnet Sendromu olarak değerlendirilen bir olgu tartışılmıştır. 74 yaşında erkek, okur-yazar, evli, emekli. Otuz yıl önce geçirdiği araç dışı trafik kazasına bağlı olarak hastada bilateral optik sinir hasarı gelişmiş. Yıllar içerisinde hastanın görme kaybı artmış. 5 yıl önce glokom tanısı alan hasta, son 2 yıldır gündelik gereksinimlerini karşılayamaz hale gelmiş. Hasta son 3 aydır, özellikle akşamları artan, diğer insanların görmediği farklı boyutlarda fareler görmeye başlamış. Bu şikayetler ile kliniğimize başvuran hastanın gerekli psikiyatrik, nörolojik ve oftalmik değerlendirilmeleri yapıldı. Oftalmik muayenede "her iki gözde ışık hissinin negatif olduğu" tespit edildi. Hasta Charles Bonnet Sendromu olarak değerlendirilip tedavisi düzenlendi. Daha önceki çalışmalarda, Charles Bonnet Sendromuna sahip çoğu hastanın, psikiyatrik hastalık ile damgalanmamak için, belirtilerini aile bireylerine veya hekimlerine bildirmedikleri belirtilmiştir. Bu olgu sunumu ile özellikle hekimler arasında bilgi eksikliği olabilen ve yanlış tanı alabilme ihtimali yüksek olan bu gibi olgulara uygun yaklaşımlarda bulunabilmenin önemi vurgulanmaya çalışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Charles Bonnet Sendromu, görme kaybı, ileri yaş

(*Klinik Psikiyatri 2018;21:98-101*)

DOI: 10.5505/kpd.2018.02986

SUMMARY

Charles Bonnet Syndrome is defined as visual hallucination in visually impaired individuals who have intact cognitive skills and who have no psychiatric disorder or neurological lesion/abnormality finding. In this presentation; a case with bilateral primary optic atrophy secondary visual hallucination has been evaluated as Charles Bonnet Syndrome and has been discussed this case. A 74-year-old male, literate, married, retired. Bilateral optic nerve damage has developed in the patient due to a car accident that occurred 30 years ago. The patient who has been diagnosed with glaucoma 5 years ago has been unable to meet his daily needs for the last 2 years. The patient has begun to see mice that other people have not seen in the last 3 months. Necessary psychiatric, neurological and ophthalmic evaluations of the patient who applied to our clinic with these complaints were performed. In the ophthalmic examination performed; light sensation was reported as negative in both eyes. The patient was treated as Charles Bonnet Syndrome and the out patient clinic was treated. Previous studies have indicated that most patients with Charles Bonnet Syndrome didn't report their symptoms to family members or physicians in order not to be stigmatized by psychiatric illness. This case report emphasizes the importance of being able to find appropriate approaches to such cases, which may be lack of information between physicians and which are likely to be misdiagnosed.

Key Words: Charles Bonnet Syndrome, vision loss, advanced age

GİRİŞ

Görme varsanıları; psikiyatrik hastalıklar, deliryum, nörodejeneratif hastalıklar, serebrovaskülopatiler, epilepsi, madde kullanımı, metabolik ve endokrin bozukluklar gibi çeşitli durumlarda görülebilmektedir (1,2). Ayrıca oftalmik hastalıklar duyu sisteminde yetersiz uyarıma neden olarak, özellikle yaşlı hastalarda görme varsanıları oluşturabilirler (3). Charles Bonnet Sendromu (CBS); bilişsel yetileri sağlam olan ve psikiyatrik bozukluk veya nörolojik lezyon/anormallik bulgusu olmayan görme engelli bireylerde görme varsanıları tespit edilmesi ile ilk kez 1769 yılında tanımlanmıştır. CBS prevalansı literatürde% 0.4-15 arasında değişmektedir (4,5,6,). Yayınlanmış olgu sunumları, sendromun klinisyenler tarafından iyi tanınmadığını ve sıklıkla psikoz veya erken başlangıçlı demans olarak yanlış tanı aldığını düşündürmektedir (7,8).

Daha önceki çalışmalarda, CBS'ye sahip çoğu hastaların, psikiyatrik hastalık ile damgalanmamak için, belirtilerini aile bireylerine veya hekimlerine bildirmedikleri belirtilmiştir. Bu sunumda bilateral primer optik atrofiye ikincil gelişmiş görme varsanıları olan ve CBS olarak değerlendirilen bir olgu tartışılarak; özellikle hekimler arasında bilgi eksikliği olabilen ve yanlış tanı alabilme ihtimali yüksek olan bu gibi olgulara uygun yaklaşımlarda bulunabilmenin önemi vurgulanmaya çalışılmıştır.

Olgu Sunumu: 74 yaşında erkek hasta, okur-yazar, evli, emekli. Otuz yıl önce geçirdiği araç dışı trafik kazası nedeniyle hastada bilateral optik atrofi gelişmiş. 5 yıl önce glokom tanısı alan hastanın son 2 yıl içerisinde görme kaybı giderek artmış.

Hasta son 3 aydır diğer insanların görmediği farklı boyutlarda fareler görmeye başlamış. Fareleri özellikle akşam saatlerinde daha çok görüyor, farelerin hareket ettiğini ve kendisini ısırabileceklerine ilişkin korku yaşıyor ve bu nedenle gece uykuya dalmakta güçlük çekiyormuş. Çocuklarına kızıyor ve onlara evi ilaçlatmaları gerektiğini söylüyormuş. Hastaya yapılan oftalmik muayenede "her iki gözde total görme kaybı olduğu, sağ ve sol gözde ışık hissinin negatif olduğu" tespit edildi. Nörolojik muayene, standardize minimental test değer-

lendirmesi, beyin manyetik rezonans görüntüleme ve çekilen elektroensafalografide organik patoloji tespit edilmedi. Yapılan ruhsal durum muayenesinde; kendine bakımı iyi, yaşında gösteren, görme engeli olan erkek hasta, konuşma açık, anlaşılır, amaca yönelik, duygulanım; bunaltı yönünde artmış, duygudurumu disforik, bilinç açık, oryante, koopere, algıda görme varsanıları tarif ediyor. Çağrışımlarının amaca uygun ve olağan düzeyde, düşünce içeriğinde varsanılara ikincil kaygılı düşünceler hakimdi.

CBS olarak değerlendirilen hastaya risperidon 1mg/gün tedavisi ve poliklinik takibi önerildi. 1 ay sonraki poliklinik kontrolünde hastanın görme varsanılarının kaybolduğu, bu varsanılarla ilişkili kaygı belirtilerinin gerilediği, uykusunun düzeldiği gözlemlendi.

Tartışma: Görme varsanılarının; görme bozukluğu olan yaşlı hastalarda %11-15 oranında görülmekte olduğu belirtilmiş olmakla birlikte, psikiyatrik hastalığı simgelemesinden korkulduğu için, hastalar tarafından çoğu kez bildirilmediği düşünülmektedir (4,9,10). Psikiyatrik bozukluk veya nörolojik lezyon/anormallik bulgusu olmayan görme engelli bireylerde sürekli veya periyodik kompleks görme varsanıları; CBS olarak tanımlanmıştır (11). CBS'li hastalar tarafından tariflenen görme varsanıları; basit veya karmaşık olabilir veya basit başlayıp karmaşık hale dönebilir (12). Bu olguda da görüldüğü gibi CBS'de varsanılar iyi organizeledir, net olarak ayırt edilebilirler. Bu varsanılar hastanın bilinci açık iken ve kontrolü dışında gelişir. Klinik tablo genellikle edinsel olarak oluşan görme bozukluklarında ortaya çıkar. Varsanılar renkli, sabit, hareketli veya görme alanı içinde hareket ediyor olabilir; bazı hastalarda her zaman aynı varsanı görülebilir (13).

Yazarlar; demans veya görme varsanılarına neden olduğu bilinen diğer koşulların varlığında CBS tanısının konulmaması konusunda hemfikirdir (11). Nitekim bu olguda da, görme varsanılarını açıklayacak herhangi bir nörobilişsel ya da psikiyatrik bozukluk tespit edilememiştir. 1996 yılında Teunisse tarafından tanımlanan tanı ölçütleri arasında "kısmi ya da tam" içgörünün varlığı da belirtilmiştir. CBS hastalarının bilişsel yetilerini

nöropsikolojik batarya ile değerlendiren bir çalışmada; sağlıklı kontrollere kıyasla, CBS hastalarında erken evre demans ile ilişkili yaygın nöropsikolojik değişiklikler tespit edilmiştir (20). Dahası aynı çalışmada, varsanılara karşı içgörüsü olmayan CBS hastalarında, içgörüyü koruyan CBS hastalarına göre daha fazla bilişsel bozukluk gösterdiği saptanmıştır (20). Literatürde CBS ile takip edilen bir hastada Lewy cisimcikli demans tablosu geliştiği bildirilmiştir (14). CBS'nin demans açısından risk faktörü olup olamayacağı sorusuna cevap aranmaya çalışılmış ancak net bir kanaate varılamamıştır. Bu olgudaki hastanın şu anki mevcut klinik tablosunda demans bulguları saptanmamıştır ancak hastanın varsanılarına karşı içgörüsü bulunmamaktadır. Literatürde bu konu ile ilgili daha fazla çalışmaya gereksinim olduğu aşikardır. Yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde varsanılarına içgörüsü olmayan CBS hastalarının takiplerinde demans gelişimi açısından dikkatli olunmalıdır.

Varsanılarına karşı içgörü, tanı ölçütlerinden biri gibi düşünülse de; özellikle varsanıların gerçeklikle uyumsuz olmadığı durumlarda, hastaların varsanılarına yönelik hareket ettikleri de bildirilmiştir (21). CBS hastalarının %80'i, görme varsanısını ilk yaşadıklarında, gerçek olmadıklarının farkına varırlar (21). Gerçek olduğunu düşünen %20'nin bir kısmı ise zamanla gerçek olmadıklarını fark edebilir (21). Ayrıca, bir varsanı ilk kez ortaya çıktığında, hastaların çoğunluğu varsanılardan korkmaz. Olumsuz yanıt gösterenlerde ise zamanla varsanılarına alışabilir ve olumsuz yanıtları gerileyebilir. Olgumuz açısından bakacak olursak; hastanın varsanıları, günlük hayatta karşılaşılabileceği, gerçeklikle uyumlu varsanılardır ve hasta bunlardan korkmaktadır.

CBS'de görme varsanılarını açıklayan nörofizyoloji aydınlatılamamıştır (15). Güncel olarak kabul edilen teori: görme kaybının, görme assosiasyon korteksinde görsel duyuşal deafferentasyonuna yol açtığını ve bunun da disinhibisyon ve daha sonra da görsel kortikal bölgelerin spontan ateşlemesine neden olduğudur (15). Görsel bilgi (input) yokluğundaki beyin aktivitesi, hayali uzuv veya hayali ağrı (phantom) sendromlarına benzetilmiştir (15).

CBS için tanımlanan en önemli risk faktörleri; görme bozukluğu, serebral hasar, sosyal izolasyon ve ileri yaş olup (15) CBS'li hastaların çoğunluğunun yaş ortalaması 70-85 olarak bildirilmiştir (15). Sosyal veya fiziksel izolasyon, loş ışıklı ortamlar, akşam saatleri, uyku veya gevşeme hali; CBS'li hastalarda halüsinasyonların yüksek oranlarda tekrarlaması ile ilişkilendirilmiş olup bu olgudaki hasta da özellikle akşam dinlenme saatlerinde artan varsanılara ikincil olarak ortaya çıkan uyku sorunları tariflemektedir. Literatürde ani gelişen görme kayıplarında görme varsanılarının saatler, günler içerisinde görülebildiği gibi, kronik görme kayıplarında 1 yıl içerisinde de gelişebildiği bildirilmiştir. Kronik görme kaybı olan bu olguda görme kaybı ilerlediği ve total körlük oluştuktan sonra varsanılar ortaya çıkmıştır.

Varsanıların spontan olarak düzelebileceği ve hastalarda rahatsızlık yaratmadığı durumda tedavi gerekmeyeceği (16) önerilmiş olmakla birlikte; bu olgudaki gibi hastanın yaşam kalitesini bozan ve kaygıya yol açan durumlarda; farmakolojik tedavi olarak nöroleptikler, antikonvülzanlar, antidepresanlar, benzodiazepinler ve kognitif iyileştirici ajanlar (kolinesteraz inhibitörleri gibi) kullanılabilirliği belirtilmiştir (4,5,17,18).

Özetle; CBS'nin bildirilen sıklıktan daha yaygın görülebileceği ve çoğu hastanın belirtilerini aile bireyleri veya hekimlere bildirmediği ifade edilmiştir. Bu sunumda görme kaybına ikincil ortaya çıkan izole varsanılar ile seyreden CBS'li bir olgu ve uygun tedavi yaklaşımı tartışılmıştır. Hastalar psikiyatrik hastalıklarla damgalanmaktan korktukları için görme varsanılarını belirtmemekte, belirtildiği takdirde ise özellikle hekimlerin bilgi eksikliği nedeniyle demans ve psikoz gibi yanlış tanıları alabilmektedir. Ayrıntılı anamnez ve inceleme yöntemleri ile değerlendirildiğinde ve uygun tedavi düzenlendiğinde semptomlar gerilemekte ve hastaların yaşam kalitesi düzelmektedir.

Yazışma adresi: Dr. Ayşe Çakır, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D., Trabzon
cakiraysece@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Barodawala S, Mulley GP, Visual hallucinations, J R Coll Physicians Lond, 1997; 31:42-48
2. Manford M, Andermann F, Complex visual hallucinations, Brain J Neurol, 1998; 121(Pt 10):1819-40.
3. Vukicevic M, Fitzmaurice K, Butterflies and black lacy patterns: the prevalence and characteristics of Charles Bonnet hallucinations in an Australian population, Clin Exp Ophthalmol, 2008;36(7):659-65
4. Teunisse RJ, Cruysberg JR, Hoefnagels WH, Verbeek AL, Zitman FG, Visual hallucinations in psychologically normal people: Charles Bonnet's syndrome, Lancet, 1996;347:794-797
5. Schadlu AP, Schadlu R, Shepherd JB, Charles Bonnet syndrome: a review, Curr Opin Ophthalmol 2009;20:219-222.
6. Crane WG, Fletcher DC, Schuchard RA, Prevalence of photopsias and Charles Bonnet syndrome in a low vision population. Ophthalmol Clin North Am, 1994;7:143-149.
7. Jacob A, Prasad S, Boggild M, Chandratre S. Charles Bonnet syndrome: elderly people and visual hallucinations, BMJ 2004; 328(7455):1552-4
8. Siatkowski RM, Zimmer B, Rosenberg PR, The Charles Bonnet syndrome. Visual perceptive dysfunction in sensory deprivation, J Clin Neuroophthalmol 1990; 10:215-8
9. Scott IU, Schein OD, Feuer WJ, Folstein MF, Visual hallucinations in patients with retinal disease, Am J Ophthalmol, 2001; 131:590
10. Neshet R, Neshet G, Epstein E, Assia E. Charles Bonnet syndrome in glaucoma patients with low vision, J Glaucoma 2001; 10:396
11. Russell G, Burns A, Charles Bonnet syndrome and cognitive impairment: a systematic review, International Psychogeriatrics, 2014; 26:9, 1431-1443
12. Pang L, Hallucinations Experienced by Visually Impaired: Charles Bonnet Syndrome, Optometry and Vision Science, 2016; 93(12):1466-1478.
13. Özşahin A, Diler Z.Ç.Çelik S, Kenangil G, Domaç F, Charles Bonnet Syndrome: Three Cases, Turk J Neurol, 2016;22: 184-187
14. Walker JD, Keys MA, Dementia with lewy bodies and Charles Bonnet syndrome, Retin Cases Brief Reports, 2008; 2:27-30
15. Vale TC, Fernandes LC, Caramelli P, Charles Bonnet syndrome: characteristics of its visual hallucinations and differential diagnosis, Arq Neuropsiquiatr, 2014; 72(5):333-6.
16. Ozcan H , Yucel A , Ates O, Visual Hallucinations in an Old Patient after Cataract Surgery and Treatment, Eurasian J Med, 2016; 48: 62-4
17. Brucki SMD, Takada LT, Nitrini R, Charles Bonnet syndrome: case series, Demen Neuropsychol, 2009; 3: 61-7
18. Santos-Bueso E, Serrador-García M, Saenz-Frances F, Treatment of Charles Bonnet syndrome, Arch Soc Esp Oftalmol 2013; 88: 244-5
19. Teunisse RJ, Cruysberg JR, Hoefnagels WH, van 't Hof MA, Verbeek AL, Zitman FG., Risk indicators for the Charles Bonnet syndrome, J Nervous Mental Disease, 1998; 186:190-2
20. Pliskin NH, Kiolbasa TA, Towle VL, Pankow L, Ernest T, Noronha A, Luchins DJ, Charles Bonnet Syndrome: An Early Marker for Dementia?, J Am Geriatr Soc. 1996 Sep;44(9):1055-61.
21. Yacoub R, Ferrucci S, Charles Bonnet syndrome, Optometry 2011; 82: 421-427