

**Olgu Sunumu / Case Report**

# Erken Başlangıçlı Parkinson Hastalığında Psikojenik Disfoni: Olgu Sunumu

## Psychogenic Dysphonia on Early-Onset Parkinson's Disease: A Case Report

Burcu UĞUREL,<sup>1</sup> Özlem ERANIL,<sup>1</sup> Berrin AKTEKİN,<sup>1</sup> Müzeyyen DOĞAN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Parkinson hastalığı motor, psikiyatrik ve kognitif bozukluklar gibi çeşitli klinik bulgular ile karakterize ilerleyici bir nörodejeneratif hastalıktır. Parkinson hastalığı olan birçok kişi konuşma bozukluklarından yakınmaktadır. Somatoform bozukluklar son zamanlarda bu hastalığın seyrinde tanımlanmıştır. Bu yazıda yanlış tanı konulmuş ve yanlış tedavi edilmiş, psikojenik konuşma bozukluğu olan 37 yaşında bir kadın Parkinson olgusu sunuldu.

**Anahtar Sözcükler:** Konversiyon bozukluğu; disfoni; Parkinson hastalığı.

Parkinson's disease is a progressive neurodegenerative disease characterized by several clinical findings including motor, psychiatric and cognitive dysfunctions. Many people with Parkinson's disease suffer from speech disorders. Somatoform disorders have been recently described in the course of the disease. In this article, we present a 37-years-old female case with psychogenic speech disorder in Parkinson's disease who was misdiagnosed and mistreated.

**Key Words:** Conversion disorder; dysphonia; Parkinson's disease.

Parkinson hastalarının büyük çoğunluğunda motor belirtilere eşlik eden veya motor belirtilerin ortaya çıkmasından çok daha önce başlayabilen motor olmayan belirtiler de vardır ve bunlar idiyopatik Parkinson hastalığı patolojisinin dopaminerjik nigrostriyatal sistem dışındaki sinir sistemi yapılarını tutmasıyla ilişkilidir. Motor olmayan belirtiler arasında olfaktör bozukluklar, ağrı, hızlı göz hareketleri (REM) uyku davranış bozuklukları, otonomik bozukluklar (ortostatik hipotansiyon, inkontinans, cinsel işlev bozuklukları vb.) ve psikiyatrik

bozukluklar sayılabilir ve motor semptomlardan daha fazla sorun oluşturabilir.<sup>[1,2]</sup>

Parkinson hastalığı olan birçok kişide çeşitli konuşma bozuklukları görülmektedir. En sık bildirilen konuşma bozuklukları sesin zayıf, boğuk, nazone veya monoton çıkması, bozulmuş artikülasyon, yavaş veya hızlı konuşma, konuşmayı başlatmada zorlanma, seslerin vurgu ve ritminin bozulması, kekemelik ve seste titreme olarak sayılabilir. Ayrıca yüz ifadesinin ve vücut jestlerinin de daha az sergilenmesi nedeniyle konuşma daha az anlaşılır hale gelmektedir.

Bu tür sorunlar hastalığın seyri boyunca ilerlemekte ve hastaların iletişimlerinde ciddi zorluklar oluşturabilmektedir. Parkinson hastalarında görülen konuşma bozukluklarının tedavisi için kullanılan dopaminerjik ilaçlar, fonksiyonel nörocerrahiler ve davranışsal konuşma terapilerinin, ses ve konuşma kalitesi üzerine oldukça değişken etkileri vardır. Konuşma bozukluklarında, çoğunlukla motor bulgular için verilen dopaminerjik tedaviler ve fonksiyonel cerrahi uygulamalarına ek fayda sağlayan en önemli yöntem ise konuşma terapileridir ve yapılan çalışmalarda ve günlük pratikte Parkinson hastalığının neden olduğu konuşma bozukluklarının tedavisinde oldukça başarılı sonuçlar elde edilmiştir.<sup>[3]</sup>

Bu yazıda, motor bulgularından kısa süre önce akut olarak başlayan ve tüm dopaminerjik tedavilere rağmen konuşma bozukluğu düzeltilmeyen ve spazmodik disfoni ön tanısı ile ileri inceleme ve tedavi amaçlı yurt dışından ülkemize yönlendirilen bir olguyu ve tedavi sürecini sunmayı amaçladık.

### OLGU SUNUMU

Otuz yedi yaşında kadın hasta, ev hanımı ve beş gebelikten beş çocuk sahibi. Hasta kliniğimize ses kısıklığı, sağ kol ve bacakta daha belirgin olan dört yanlı güçsüzlük (hareket ettirmede zorluk) ve yürüme zorluğu yakınmaları ile başvurdu. Hastanın öyküsünden, üç yıl önce psikolojik stres sonrası ses kısıklığı şeklinde başlayan konuşma bozukluğuna kısa bir süre sonra sağ kolunda ve bacağına yavaşlık ve yürüme zorluğu yakınmasının eklendiği, son bir yıldır sol kol ve bacağına da benzer güçsüzlük başladığı, yürümek için daha fazla zorlandığı ve kendi ülkesinde Parkinson hastalığı tanısı konulduğu öğrenildi. Ayrıca uygulanan tedavilerden (klo-nazepam 0.5 mg/gün/2 ay, karbidopa-levodopa 275 mg 3x1, pramipeksol 0.18 mg 3x1) motor yakınmalarında kısmi düzelme olan hastanın zaman içerisinde konuşmasının anlaşılacak kadar bozulduğu, ses terapisi uygulandığı fakat bu tedaviden fayda görmediği, bunun üzerine larengeal botulinum toksin uygulaması planlandığı, ancak bu uygulamanın yapılamadığı öğrenildi. Öz geçmiş ve soy geçmişinde özelliği olmayan hastanın nörolojik muayenesinde ses

oldukça hipofonikti, konuşma için aşırı zorlanma, çene ve dudaklarda zorlanmaya bağlı istem dışı hareketler gözlemlendi. Belirgin hipomimisi ve göz kırpmaya refleksinde azalma vardı, sağda daha belirgin iki taraflı rijidite, yürürken sağ tarafta kol hareketlerinde belirgin azalma, sağda belirgin iki taraflı bradikinezi ve küçük adımlı ve yavaş yürüyüş şeklinde ekstrapiramidal bulgular saptandı. Diğer tüm nörolojik muayeneleri normaldi. Rutin hematolojik incelemeleri (kan sayımı, ayrıntılı kan biyokimyası, rutin idrar tahlili, tiroid fonksiyon testleri ve tiroid antikoları, B12-folik asit düzeyleri) normal saptanan hastanın ileri laboratuvar incelemelerinde de (serum bakır, seruloplazmin düzeyi, 24 saatlik idrarda bakır düzeyi, E vitamini düzeyi, periferik yaymada akantositoz, serum amonyak ve amilaz düzeyleri) anormallik saptanmadı. Kranial ve servikal manyetik rezonans görüntüleme ve kranial pozitron emisyon tomografisi incelemeleri normal olarak değerlendirildi. Hastada erken başlangıçlı Parkinson hastalığı tanısı düşünüldü. Ancak ses kısıklığı Parkinson hastalığında sıklıkla gözlenen disfoniler ile uyumlu bulunmadı. Spazmodik abdüktör veya addüktör disfoniler açısından da değerlendirilen hastada mevcut konuşma bozukluğu bu disfoniler ile uyumlu değildi. Ses kısıklığı açısından kulak burun boğaz konsültasyonu istendi, larengoskopik incelemesinde sağ vokal kordlarda çok ilımlı kapanma defekti ve gastroözofageal reflüyü düşündüren sekonder bulgular gözlemlendi. Üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapılan hastada gastroözofageal reflü ve helicobakter pylori enfeksiyonu saptandı ve tedavisine başlandı. Hastanın daha önceden kullanmakta olduğu tüm tedavileri kesilerek apomorfine testi uygulandı. Apomorfine 7 mg dozunda motor bulguları tama yakın düzelen hastanın konuşma bulguları düzelmedi ancak konuşma bozukluğunun şekli değişti, biraz daha yüksek sesli ancak patlayıcı, kesik kesik ve yine anlaşılabilir şekilde konuşma bozukluğu gözlemlendi. Test sonunda motor bulguların fayda görmesi nedeniyle hastaya pramipeksol 3x0.250 mg başlandı ve artırılarak 3x1 mg dozuna çıkıldı. Tedaviye rasagiline 1 mg/gün eklendi. Motor fonksiyonlar tama yakın derecede düzeldi ancak ses kısıklığında düzelme olmadı. Hasta Parkinson hastalığı için uzmanlaşmış bir

ses terapistine yönlendirildi. İlk değerlendirmeden sonra mevcut ses bozukluğunun Parkinson hastalığında görülen özelliklerde olmadığı ve hastanın bu konuda Parkinson hastalarına uygulanan ses terapisinden fayda göremeyeceği görüşü bildirildi.

Hasta konuşma bozukluğu açısından tekrar değerlendirildi, mevcut bozukluğun psikojenik stres sonrası akut olarak başlaması, Parkinson hastalığı ile ilişkili motor bulguların daha sonra ortaya çıkması, motor bulguların dopaminerjik tedavi ile belirgin fayda görmesine rağmen konuşma bozukluğunun hiç fayda görmemesi, yatışı boyunca her değerlendirmede konuşma bozukluğunun şeklinin değişmesi nedeni ile hastada psikojen konuşma bozukluğu olabileceği düşünüldü. Hastaya larengeal reflü bulgularında düzelme olup olmadığının takibi amaçlı ikinci larengoskopi incelemesi yapıldı ve inceleme sonunda provokasyon amaçlı, plasebo serum fizyolojik enjeksiyonu çene altından subkütan olarak uygulandı. Uygulamadan hemen sonra ses şiddetinde artma ve daha anlaşılır konuşma gözlenmesi üzerine psikiyatri konsültasyonu istendi. Essitalopram başlandı ve 20 mg/gün dozuna kadar çıkıldı, ek olarak psikoterapi ve ses terapisi başlatıldı. Ses terapisi, Parkinson hastalığında görülen ses bozukluklarına yönelik değil, psikojen ses bozukluklarında uygulanan çıkarılabilen seslerin desteklenmesi ve çıkarılamayan seslerin çıkarılabilmesi açısından özel teknikler uygulanması şeklinde yapıldı. Üç ay sonraki kontrolünde hastanın motor bulguları tedavi ile gayet iyi olarak değerlendirildi. Ses tonu yüksekti, konuşmanın artikülasyonu ve prosodisi normal olarak gözlenen hastanın konuşması kendisi ve yakınları tarafından normale yakın olarak değerlendirildi.

### TARTIŞMA

Psikojenik disfoni, yapısal veya nörolojik sorunlar ile açıklanamayan, sesin yapısı ve şiddetinde ortaya çıkan kayıp olarak tanımlanır ve fonasyondaki bu kayıp anksiyete bozukluğu, depresyon, kişilik bozukluğu ve konversiyon bozuklukları gibi psikojenik süreçler ile ilişkilidir. Tüm konversiyon bozuklukları içinde konversif disfoni prevalansı %4-5 oranındadır.<sup>[4]</sup> Konversif disfoniler genellikle psikojenik trav-

maya yakın gelişmiş olan ve viral enfeksiyonlara bağlı farenjit gibi ses kısıklığı oluşturabilen durumlardan sonra ortaya çıkmaktadır. Ancak daha nadir olarak oldukça ciddi ve inatçı konversif disfoniler belirsiz veya ilgisiz koşullar altında ortaya çıkabilir ve stres faktörü disfoni başlangıcından aylar veya yıllar önce olmuş olabilir.<sup>[4]</sup> Bizim olgumuzda ses bozukluğu hemen stres faktörü sonrasında akut olarak başlamıştı ve Parkinson hastalığında görülen ve hastalığın ilerlemesi ile ilerleme gösteren ses bozukluklarından bu yönü ile farklıdır.

İdiyopatik Parkinson hastalığında psikiyatrik yakınmalar hastaların yaklaşık %60'ında mevcuttur.<sup>[5]</sup> Hastalığın motor yakınmalarına psikiyatrik yakınmaların da eklenmesi hastaların yaşam kalitesini kötü yönde etkilemektedir. İdiyopatik Parkinson hastalığının seyri sırasında her evrede görülebilen psikiyatrik bozukluklar sıklıkla depresyon, anksiyete, apati ve psikozdur ancak son yıllarda farkındalığı daha da artan konversiyon bozuklukları da görülebilmektedir.<sup>[6,7]</sup> Bazı araştırmalarda, depresyon ve anksiyete semptomlarının hastalık başlamadan yaklaşık beş yıl öncesinde var olduğu gösterilmiştir. Anksiyete bozukluğu içinde incelenen yaygın anksiyete bozukluğu, agorafobi, panik bozukluk ve sosyal fobi, Parkinson hastalarının yaklaşık %20 ila %40'ında bulunmaktadır ve sıklıkla depresyona eşlik etmektedir.<sup>[8]</sup>

Somatoform bozukluklar ise daha az görülür ve son yıllarda araştırılmaya başlanmıştır. Onofrj ve ark.nın<sup>[9,10]</sup> 2010 ve 2011 yıllarında yaptıkları kohort çalışmalarında Parkinson hastalığında somatoform bozukluk sıklığı %7-7.5 olarak saptanmıştır. Parkinson hastalığında görülen psikiyatrik hastalıklar içinde somatoform bozuklukların sıklığı ise %2 olarak saptanmıştır. Yine aynı çalışmada Parkinson hastalığında görülen somatoform bozuklukların sıklıkla motor ve duysal konversiyon bozuklukları (%55), postural stereotipleri içeren katatonik bulgular ve negativizm ile karakterize olduğu görülmüştür ve bu bulguların Parkinson hastalığının motor bulgularının ortaya çıkmasından altı ay ila beş yıl öncesinde %70 oranında var olduğu görülmüştür.<sup>[9,10]</sup> Bizim hastamızda ortaya çıkmış

olan konuşma bozukluğu somatoform bozukluk olarak değerlendirildi ve Parkinson hastalığına yönelik tedavilerden hiç fayda görmemiş olan hasta, somatoform bozukluğa yönelik yapılan ilaç tedavisi ve psikoterapi yöntemlerinden tam fayda gördü. Ancak idiyopatik Parkinson hastalığında görülen konuşma bozukluklarının dopaminerjik tedavilere motor bulgular kadar iyi yanıt vermemesi sık karşılaşılan bir durumdur. Parkinson hastalığında ortaya çıkan konuşma bozukluklarına yönelik yapılan ses terapileri ise dopaminerjik tedavilerden daha faydalı olabilmektedir. Bu nedenlerle olgunun idiyopatik Parkinson hastalığında görülen konuşma bozukluklarından biri olma ihtimali tamamen dışlanmamalıdır.

Parkinson hastalığında motor bulguların daha çok göz önünde ve fark edilir olması, motor olmayan ve nöropsikiyatrik bulguların hem hasta hem de doktor tarafından daha az değerlendirilir olması nedeniyle çoğu zaman tanıda güçlükler ortaya çıkar ve hastaya uygun ve yeterli tedavi yapılmaz. Ayrıca Parkinson hastasında saptanmış olan her motor bulgunun gerçekten hastalıkla ilişkili olup olmadığı, hastalığa sıklıkla eşlik eden nöropsikiyatrik durumlar nedeni ile ortaya çıkmış veya abartılmış bulgular olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. İdiyopatik Parkinson hastalığında hastaların tedaviden ne kadar yarar gördükleri, özellikle öz geçmişleri ve psikolojik durumları geniş biçimde sorgulanmalı ve ayırıcı tanı dikkatle yapılmalıdır.

#### KAYNAKLAR

1. Aygün D, Türkel Y, Onar M. K. Parkinson hastalığında motor olmayan belirtilerin tanı ve tedavisi. Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi 2009;12:80-90.
2. Poewe W. Non-motor symptoms in Parkinson's disease. In: Jankovic J, Tolosa E, editors. Parkinson's disease and movement disorders. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 67-76.
3. Herd CP, Tomlinson CL, Deane KH, Brady MC, Smith CH, Sackley CM, et al. Comparison of speech and language therapy techniques for speech problems in Parkinson's disease. Cochrane Database Syst Rev 2012;8:CD002814. doi: 10.1002/14651858.CD002814.pub2.
4. Baker J. Psychogenic voice disorders and traumatic stress experience: a discussion paper with two case reports. J Voice 2003;17:308-18.
5. Schrag A. Psychiatric aspects of Parkinson's disease--an update. J Neurol 2004;251:795-804.
6. Rabinstein AA, Shulman LM. Management of behavioral and psychiatric problems in Parkinson's disease. Parkinsonism Relat Disord 2000;7:41-50.
7. Aarsland D, Larsen JP, Lim NG, Janvin C, Karlsen K, Tandberg E, et al. Range of neuropsychiatric disturbances in patients with Parkinson's disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1999;67:492-6.
8. Shiba M, Bower JH, Maraganore DM, McDonnell SK, Peterson BJ, Ahlskog JE, et al. Anxiety disorders and depressive disorders preceding Parkinson's disease: a case-control study. Mov Disord 2000;15:669-77.
9. Onofrj M, Thomas A, Tiraboschi P, Wenning G, Gambi F, Sepede G, et al. Updates on Somatoform Disorders (SFMD) in Parkinson's Disease and Dementia with Lewy Bodies and discussion of phenomenology. J Neurol Sci 2011;310:166-71. doi: 10.1016/j.jns.2011.07.010.
10. Onofrj M, Bonanni L, Manzoli L, Thomas A. Cohort study on somatoform disorders in Parkinson disease and dementia with Lewy bodies. Neurology 2010;74:1598-606. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181df09dd.