
Alkol Kullanımına Bağlı Gelişen Bir Uzun Süreli Yoksunluk Sendromu ve Delirium Tremens Tablosu

A Case of Alcohol-Related Prolonged Withdrawal and Delirium Tremens

Ceyhan Balcı Şengül¹, Cem Şengül²

ÖZET

Alkol yoksunluk sendromu kişinin uzun süre alkol kullanımını takiben alkol alımının azaltılması ya da bırakılması sonucu ortaya çıkan belirtileri içeren bir tablodur. Alkol yoksunluk sendromu kliniği basit bir tremordan, nadiren ortaya çıkan taktil, işitsel ve görsel halüsinasyon, dezoryantasyon, konfüzyon gibi bilinç bozukluğuyla ortaya çıkan delirium tremens tablosuna dek değişebilir. Genelde bu klinik durum son alkol alımından 48-72 saat sonra başlayıp, 1 hafta içinde belirgin şekilde düzelir. Biz bu yazıda bir uzun süreli alkol yoksunluk sendromu ve delirium tremens olgusunu sunmayı amaçladık. 42 yaşındaki 25 yıllık alkol kullanım öyküsü olan hasta alkolü kestikten 5 hafta sonra delirium tremens tanısı ile hospitalize edildi.

Anahtar Kelimeler: uzun süreli yoksunluk sendromu, alkol, delirium

ABSTRACT

Alcohol withdrawal syndrome is a set of symptoms that can occur when an individual reduces or stops alcohol consumption after long periods of alcohol use. Symptoms may differ from benign tremor to transient hallucinations (auditory, visual or tactile), disorientation, confusion and delirium tremens. Withdrawal usually begins one to three days after the last drink and can last for up to one week. In this paper, we presented a case of prolonged alcohol withdrawal and delirium tremens. 42 year old male patient with a history of 25 years of alcohol use was hospitalized for delirium tremens 5 weeks after cessation of alcohol.

Key words: prolonged alcohol withdrawal, alcohol, delirium

¹ Uzm. Dr., Pamukkale Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı

² Doç. Dr., Pamukkale Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Address reprint requests to:
Uzm. Dr. Ceyhan Balcı Şengül,
Çamlaraltı Mh. 20070 Denizli -
TURKEY

E-mail address:
acemsen@gmail.com

Phone:
+90 (258) 213 4812

Date of submission:
December 19, 2013

Date of acceptance:
January 21, 2014

GİRİŞ

Alkol yoksunluk sendromu aşırı ve sık alkol alımını takiben alkol alımının azaltılması ya da bırakılması sonucu ortaya çıkan klinik durumdur. Alkol yoksunluk sendromu genellikle en son alkol alımından 6-24 saat sonra ortaya çıkar. Alkol yoksunluk sendromunun semptomları 3 basamakta incelenebilir. İlk belirtiler genellikle 6-24 saat içinde ortaya çıkan tremor, terleme, bulantı, kusma anksiyete ve ajitasyon gibi belirtilerle ortaya çıkan otonomik hiperaktivite bulgularıdır. İkinci aşama bulguları ise 12-48 saatte ortaya çıkan epileptiform nöbetleri de içeren artmış nöronal uyarılma bulgularıdır. Üçüncü basamak ise nadiren ortaya çıkan işitsel ve görsel halusinasyon, dezoryantasyon, konfüzyon gibi bilinç bozukluğuyla ortaya çıkan deliryum tremens tablosudur (1-3). Genelde bu klinik durum son alkol alımından 48-72 saat sonra başlayıp, 5-7 gün içinde belirgin şekilde düzelir (1-4). Deliryum tremens, hastaneye başvuran alkol bağımlılarının %5-20'sinde görülmekle birlikte refrakter ve/veya uzamış deliryum daha nadir görülür. Deliryum tremens yaklaşık %15 mortalite ile seyretmekte olup yoğun bakım gerektirebilir (1,2). Bazı hastalarda ise akut yoksunluk sendromu sonlandıktan sonra ortaya çıkabilen ani öznel sıkıntı yakınması, sebepsiz durgunluk dönemleri ve hatta geçici psikotik atakların uzamış yoksunluk sendromu ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (2,3). Genelde bu durum 5-7 gün içinde belirgin şekilde düzelmesine karşın bazı durumlarda tablonun birkaç ayla birkaç yıl sürebileceği bildirilmiştir (4). Uzamış yoksunluk sendromu ve deliryum tremens nadir görülen bir durum olup, genellikle altta yatan medikal durumlar olabilmektedir. Literatürde genellikle olgu sunumları şeklinde yer almaktadır (4-8). Uzamış yoksunluk sendromu ve deliryum tremens, aynı klinik tablonun devamı olabileceği gibi akut yoksunluk tablosunun sona ermesinden bir süre sonra ortaya çıkan anksiyete, irritabilite ve psikotik ataklar şeklinde de gözlenebilir (4,9).

Uzamış yoksunluk sendromu ve deliryum tremens önemli sorunlardan birisi de tedavisi üzerinde henüz bir fikir birliğinin olmayışıdır. Deliryum tremens, kullanılan ilaçların daha yüksek doz kullanımının yanı sıra donepezil, atipik antipsikotiklerin faydalı olduğunu bildiren yayınlar da bulunmaktadır (5,6). Biz bu sunumda kronik alkol kullanımına bağlı gelişen geç başlayan bir uzamış alkol yoksunluk sendromu ve deliryum tremens olgusu sunmayı amaçladık.

OLGU

ST 42 yaşında, erkek, ortaokul mezunu, evli, eşinden ayrı olarak yalnız yaşıyor, işsiz. Hasta

yakınları tarafından terleme, titreme, sinirlilik, baş dönmesi, dengesizlik, saçma konuşmalar, hayal görme, vücudunda böcekler gezindiğini düşünüp toplamaya çalışma, sesler işitme, bayılma nöbetleri yakınmalarıyla acil servise getirildi. Alınan öyküye göre yaklaşık 25 yıldır alkol kullanımı olan hastanın son 10 yıldır alkol kullanım sıklığı ve miktarı artmış. Son 3-4 aydır her gün sabah uyanır uyanmaz alkol alımına başlayormuş, ortalama günde bir buçuk büyük rakı tüketiyor, alkol almadığı dönemlerde titreme, terleme, sinirlilik, bulantı, uyuyamama, kollarında karıncalanma, ses ve ışıktan rahatsız olma durumları oluyormuş. Hastanın daha önce 2000 ve 2002 yılında yatarak tedavi görmüş en uzun 6 ay alkol almamış. Hasta en son 1,5 ay önce alkolü bıraktıktan hemen sonra başlayan titreme, terleme, sinirlilik, bulantı, uyuyamama yakınmalarıyla yatarak tedavi görmüş. Yakınlarından alınan bilgiye göre en son yatışında 4 hafta süreyle Denizli AMATEM kliniğinde "alkol yoksunluk sendromu" tanısı ile yatarak tedavi gören hasta 2 hafta diazepam tedavisi ve vitamin B kompleksi içeren ilaçlar, mirtazapin 30mg/gün ile 2 haftadan sonra ise diazepam kesilerek takip edilmiş. Hasta vitamin B kompleksi içeren ilaçlar, mirtazapin 30mg/gün önerileriyle taburcu edilmiş, hastanın çıkış sonrası alkol alımı olmamış. Son 1 haftadır (alkol kesiminden 5 hafta sonra) terleme, titreme, sinirlilik, baş dönmesi, dengesizlik, saçma konuşmalar, hayal görme, bayılma nöbetleri başlamış, en son iki günde 3 kez epileptik nöbet geçirmesi üzerine acil servise getirilmiş. Hastanın daha önceden epilepsi, deliryum, alkol yoksunluğa bağlı nöbet öyküsü yokmuş. Soy geçmişinde; dedesi alkol bağımlısı olan hastanın, 4 çocuklu bir ailenin en küçüğü olduğu, ailede bilinen başka bir fiziksel ve ruhsal hastalık öyküsü verilmedi. Ancak hasta son 6 aydır alkol kullanımının artışı nedeniyle eşiyle yaşadığı sorunlar nedeniyle evinde ayrı olarak yalnız yaşamakta ve kız kardeşinden destek almakta idi. Hastanın acil serviste yapılan ilk muayenesinde TA 130/85 mmHg nabızı 89/dk yüzde kızarıklık, ellerde belirgin tremor ve ataksisi mevcut idi. Ruhsal muayenesinde öz bakımı azalmış, yaşından büyük gösteriyor, bilinci açık, yer zaman kişiye yönelimi zaman zaman bozuluyor, istemli ve istemsiz dikkati, konsantrasyonu azalmış, yargılaması kısmi bozuk, konuşma hızı yavaş, düşünce akışında görsel, işitsel ve taktıl varsanı, düşünce içeriğinde persekuatuar düşünceler, affektinde kaygı, gerilimin motor bulguları, psikomotor ajitasyon mevcut idi. Hasta "alkol yoksunluğuna bağlı uzamış yoksunluk sendromu ve deliryum tremens" tanısı ile Denizli AMATEM kliniğine yatırıldı. Hastanın yapılan rutin tetkikleri (hemogram, biyokimya, troid fonksiyon testleri(TFT), B12 ve folik asit, tam idrar tetkiki) yapıldı, tetkikler Gama Glutamil Transferaz (GGT 88 mg/dl

normal değer 10-44 mg/dl dışında) normal olarak geldi. Hastaya destekleyici tedavi (sıvı, lorezepam 2,5mg 4x1, B vitamin kompleksi), risperidon 2x1mg/gün başlandı. Kullanmakta olduğu mirtazapin kesildi. Hastanın elektroensefalografi, kranial tomografi tetkikleri yapıldı, patolojik bulgu saptanmadı. Hasta nöroloji ile konsulte edildi ve önerilen betahistine dihidroklorür 16 mg 2x1, karbamezapin uzun salınımlı tablet 2x400mg tedaviye ilave edildi. Hastanın insomnia yakınmaları üzerine ketiapin 200mg eklendi. Hastanın tedaviyle birlikte 3. günden itibaren bilinç, yönelim, tremor, işitsel görsel varsanıları, persekuatuar düşünceleri gerilemeye başladı. Tedavi seyrinde klinikle birlikte 1. haftadan itibaren lorezapam dozu tedrici olarak azaltılmaya başlandı, sıvı desteği durduruldu. Tedavinin 2. haftasında hastanın ataksi dışındaki bulguları oldukça geriledi. Lorezepam 5mg/güne inildi Hasta grup ve bireysel psikoterapi programına alındı. Genel durumu kararlı hale gelmesi üzerine 4. haftada lorezepam kesilerek betahistine dihidroklorür 3x1 karbamezapin 800mg, risperidon 2mg, ketiapin 200mg, B vitamin kompleksi önerileriyle taburcu edildi. Ayaktan izleme alınan hastanın takip sürecinde 3. ayda ataksisi tamamıyla düzelen hastanın betahistine dihidroklorürü kesildi, ketiapin dozu 100mg, risperidon 1mg inildi ve akamprosate 333mg 3x2 eklendi. Taburcu olduktan sonra tedavinin 6. ayında ketiapin kesildi. Hasta 1,5 yıldır ayık olup, aile birliğini yeniden sağlamıştır ve son 1 yıldır işlevselliği iyi seyretmiştir.

TARTIŞMA

Burada sunduğumuz olguyu bir uzamış alkol yoksunluk sendromu ve deliryum tremens olarak değerlendirdik. Bizim hastamız alkol bağımlılığı olan, 4 hafta süreyle AMATEM kliniğinde alkol yoksunluk sendromu tanısıyla yatarak tedavi protokolü uygulandıktan sonra taburcu edilmişti. Taburculuktan 1 hafta sonrası ise terleme, titreme, sinirlilik, baş dönmesi, dengesizlik, saçma konuşmalar, hayal görme, ve en son iki günde 3 kez epileptik nöbet geçirmesi üzerine acil servise getirilmişti. Hastanın daha öncesinden deliryum tremens ve alkol yoksunluğuna bağlı epileptik nöbet öyküsü bulunmuyordu. Hastanın epileptik nöbeti, bilinç, yönelim bozukluğu, tremor, işitsel görsel taktıl varsanıları, persekuatuar düşünceleri tedaviyle birlikte 3.günden itibaren gerilemeye başlayıp. 2 hafta içinde tamamıyla düzeldi. Hastamızın rutin alkol detoksifikasyon programı tamamlandıktan 1 hafta sonrası, yeniden alkol alımı olmadığı halde, alkol yoksunluk sendromu, nöbet ve deliryum kliniğini ortaya çıkmış olması oldukça ilginçti.

Uzamış yoksunluk sendromu ve deliryum

tremens tabloları DSM-IV'te tanımlanmamış olmakla birlikte literatürde vaka sunumları şeklinde yer almaktadır. Literatürde uzamış alkol yoksunluğuyla ilişkili deliryumla ilgili yayınlar genellikle vakasunumları şeklindedir. Hori ve arkadaşları donepezil ile kliniği düzlen 2 olgu sunmuştur (5). Birinci olgu 63 yaşında, erkek, 45 yıldır alkol alımı olan alkolü bıraktıktan 3 gün sonra, psikotik belirtiler, deliryum ve exitasyon tablosuyla psikiyatri kliniğine yatırılan haloperidol, brotizolam diazepam tedavine yanıt vermeyen donepezil eklenmesi ile kliniği rahatlatan 2 ay yatan hastadır. İkinci hasta ise 76 yaşında alkol bağımlısı 3 yıl önce deliryum ile yatan taburculuk sonrası alkol alımını sürdüren hepatotoksiste nedeniye tetkik için hastaneye yatırıldıktan 2 hafta sonra deliryum gelişen donepezil ve destekleyici tedavi ile CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised) skoru 1 ayda 34 den 3'e inen bir olgudur.

Nicholas ve arkadaşları 35 yaşında, erkek, 17 yıldır alkol kullanan, 35 gün süren yüksek doz IV diazepam ve haloperidole izlenen bir olgu sunmuşlardır (8). Majahan ve arkadaşları da 32 yaşında, son 8 yıldır ağır içici, IV diazepam ve lorezepama yanıt vermeyen yüksek doz propofol ve midazolam eklenen refrakter bir deliryum olgusu sunmuşlardır (10). Matoo ve arkadaşları da 30 yaşında 15 yaşından beri alkol alan yüksek doz lorezepam, midazolam ve fenitoinle tedavi edilen nöbet ve pankreatitle gelen 49 gün hastanede kalan bir refrakter deliryum tremens olgusu sunmuşlardır (12).

Erdoğan ve arkadaşları 58 yaşında erkek mükerer bağımlılık kliniği yatışları olan, B1 vitamin, diazepam ve haloperidol ile takip edilen uzamış alkol yoksunluk sendromu olan bir olgu sunmuşlardır (4). Yine ülkemizden İlnem ve arkadaşları 37 yaşında erkek 15 yıldır alkol bağımlılığı olan alkolü bıraktıktan 2 hafta sonra uykusuzluk, sıkıntı, titreme ve terleme, evin içinde sürekli dolaşma, kendi kendine konuşma, çevresindekileri tanımama hayaller görme, sesler duyma yakınmalarıyla başvuran benzodiazepin başlanan, sıvı ve B vitamini ile tedavisi başlanan iyilik hali 1-2 günden 5-6 güne dek süren ancak bilinci tekrar bozulan alkol bağımlılığı+alkole bağlı uzamış yoksunluk deliryumu+alkole bağlı kalıcı amnestik bozukluk tanısı konan bir olgu sunmuşlardır (13). Narumoto ve arkadaşları 69 yaşında erkek tipik alkol yoksunluk sendromu bulgularıyla (tremor, dezoryantasyon, deliryum, görsel halüsinasyon) başvuran hipertroidi saptanan 1 ay süreyle bulguları süren, TFTsi normale döndükten sonra kliniği düzelen bir olgu sunmuşlardır (7). Bourgeois ve arkadaşları 57 yaşında alkol bağımlısı, 3 hafta süren multifaktoriyel deliryumu (alkol yoksunluk sendromu ve akciğer kontüzyonu, kot kırığının eşlik ettiği) olan haloperidol, midazolam, opioidler ve lorezepama yeterli yanıt vermeyen risperidona yanıt veren bir olgu sunmuşlardır (6).

Uzamış yoksunluk sendromu tanısı DSM-IV ve ICD-10'da bu şekilde yer almamakla birlikte, DSM-IV'te bulunan "başka türlü adlandırılmayan alkolle ilişkili bozukluklar" ve ICD-10'da F10.8 kodu ile belirtilen "alkol kullanımına bağlı başka ruhsal ve davranışsal bozukluklar" başlığı altında değerlendirilebilir (15,16) Belirsizlik sadece uzamış yoksunluk sendromu ve ilişkili deliryum tanısı konması aşamasında değil, aynı zamanda tedavi konusunda da bulunmaktadır. Risperidon, propofol, donepezil ile tedavi edilen uzamış ve refrakter deliryum olgu bildirimleri bulunmaktadır (1,5,6,11). Uzamış yoksunluk sendromu, uzun süreli alkol alımıyla birlikte, azalmış merkezi inhibisyon (azalmış gama aminobutirik asit (GABA) ve magnezyuma bağlı) ve artmış eksitasyona (artmış glutamat, dopamin ve noradrenaline (NE) bağlı olarak karşımıza çıkar (14).

Uzamış alkol yoksunluk sendromu ve ilişkili deliryum tablosu klinikte nadir görülen bir durum olup literatürde bildirilen vakalarda subdural hematoma, hipertiroidizm, pankreatit, travma, wernicke-korsakoff gibi ek patolojilerin varlığından bahsedilmiştir. Bu komorbid hastalıkların bilişsel işlevlerde gözlenen bozukluğu artırarak ve psikotik belirtilerin ortaya çıkmasında etken olarak tabloyu kötüleştirdiği bildirilmiştir (7,17). Bizim hastamızda ilk 4 haftası alkol detoksifikasyon tedavisini de içeren 5 haftalık alkolsüz bir süreçten sonra nöbet ve psikotik belirtilerin eşlik ettiği uzamış yoksunluk sendromu ve ilişkili deliryum tablosu ortaya çıkmıştı. Hastada yakın takip ve yoğun bir tedavi ile 3. günden itibaren klinik düzelme başladı ve 2. haftanın sonunda psikotik belirtiler de dahil olmak üzere ataksi dışındaki tüm belirtiler tamamen düzeldi. Bizim olgumuzda laboratuvar bulgularında, nörogörüntüleme bulguları saptanmaması, bilişsel belirtilerin sürmemesi, bellek bozukluğunun olmaması, tablonun tedaviyle düzelmesi, organik mental bozukluğu, demansı, yine tiaminsiz kalmaması, okulomotor belirtilerin olmaması, ataksi ve konfüzyonun tedaviyle düzelmesi nedeniyle Wernicke Ensefalopatisi ve Korsakoff Sendromu dışlanmıştır.

Uzamış yoksunluk sendromu ve ilişkili deliryum tablosu nadir olup sıklıkla eşlik eden tıbbi durumlar mutlaka araştırılmalıdır. Uzun süre alkol kullananlarda yoksunluk ve deliryum gibi tabloların daha karmaşık bir seyir izleyebileceği, uzamış yoksunluk sendromu ve uzamış deliryum tremens tablolarının akılda tutulması önemlidir.

KAYNAKLAR

- 1- Mayo-Smith MF, Beecher LH, Fischer TL, et al. Management of alcohol withdrawal delirium: an evidence-based practice guideline. Arch Intern Med 2004; 164: 1405-1412.
- 2- Stehman CR, Mycyk MB. A rational approach to the treatment of alcohol withdrawal in the ED. American Journal of Emergency Medicine 2013; 31(4): 734-742.
- 3- Hall W, Zador D. The alcohol withdrawal syndrome. The Lancet 1997; 349: 1897-1900.
- 4- Erdoğan E, Eren N, Arıkan Z. Kronik alkol kullanımına bağlı uzamış yoksunluk sendromu: bir olgu sunumu. Bağımlılık Dergisi, 2006; 7: 98-103.
- 5- Hori K, Tominaga I, Inada T, et al. Donepezil-responsive alcohol-related prolonged delirium. Psychiatry Clin Neurosci 2003; 57: 603-604.
- 6- Bourgeois JA, Hilty DM. Prolonged delirium managed with risperidone. Psychosomatics 2005; 46: 90-91.
- 7- Narumoto J, Oka S, Shimizu H, et al. Case of prolonged alcohol withdrawal syndrome accompanied with hyperthyroidism. Nihon Arukoruyakubutsu Igakkai Zasshi 2005; 40: 57-59.
- 8- Nicholas J, Jacob R, Kinson R. A case of prolonged delirium tremens. Singapore Med J 2013; 54(8): 152-153.
- 9- Coşkunol H, Çelikkol A. Alkol kullanım bozuklukları ve tedavisi. 2. Baskı, İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, Cilt I, 1996: 157-206.
- 10- Mahajan R, Singh R, Bansal PD, Bala R. Use of Propofol as adjuvant therapy in refractory delirium tremens. Ind Psychiatry J 2010; 19: 58-59.
- 11- Carlson RW, Kumar NN, Wong-Mckinsty E, et al. Alcohol withdrawal syndrome. Crit Care Clin 2012; 28 (4): 549-585.
- 12- Matto SK, Kate N, Verma AK. Refractor delirium tremens: a case report and brief review. Innov Clin Neurosci 2012; 9(3): 19-22.
- 13- İlnem C, Güvenç C, Şahin E, et al. Bir olgu nedeniyle uzamış alkol yoksunluk deliryumu ve kalıcı amnestik bozukluk. Düşünen Adam 1999; 12(1): 17-23.
- 14- Eşel E. Alkol yoksunluğunun nörobiyolojisi: ödül ve strese cevap sistemlerindeki değişiklikler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2005; 15: 31-44.
- 15- Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-IV (1994). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Köroğlu E (Çeviren). 4. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1995.
- 16- Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 (1992). Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması, Çuhadaroglu F, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk MO, Rezaki M, Uluğ B (Çevirenler). Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993.
- 17- Miller FT. Protracted alcohol withdrawal delirium. J Subst Abuse Treat 1994; 11: 127-130.