

Cotard Sendromu: Ender Rastlanan Bir Vak'a

Mehmet Mustafa Özköse*, Nedim Havle**, İhsan Saygın Sarı***, Güliz Özgen****

* Dr., Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 9. Psikiyatri kliniği, Psikiyatri Asistanı

** Dr., Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 7. Psikiyatri kliniği, Psikiyatri Asistanı

*** Dr., Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Nöroloji kliniği, Nöroloji Asistanı

**** Doç. Dr., Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 13. Psikiyatri kliniği, Psikiyatri Doçenti

ÖZET

Cotard Sendromu ilk defa 1880 yılında Jules Cotard tarafından tanımlanmıştır. Ender rastlanan bu sendromda nihilistik hezeyanlar, kendisine ve dış dünyaya yabancılaşma, ölümsüzlük düşünceleri, hallüsinasyonlar, intihar düşünceleri ve negativizm görülür. Kadınlarda daha sık rastlanır. Başlangıç yaşı ortalama 52'dir. Hastalık nadir olarak ergenlik döneminde de ortaya çıkabilir. Çalışmalarda Cotard Sendromu'nun birçok psikiyatrik ve organik hastalıkla birlikte olabileceği gösterilmiştir. Etiyolojisinde birçok faktörün rol oynadığı düşünülen bu sendromun psikiyatrik sınıflandırma sisteminde yerini bulabilmesi için daha fazla araştırmaya gerek vardır.

Bu yazıda 14 yaşında Cotard Sendromu tanısı alan ve ender görülen bir vak'a sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Cotard Sendromu, ergen, nihilistik hezeyan

ABSTRACT

COTARD'S SYNDROME: A CASE OF RARITY

Cotard's Syndrome is first described by Jules Cotard in 1880. Nihilistic delusions, depersonalization, derealization, thoughts of immortality, hallucinations, suicidal ideation, and negativism can be seen in this rare syndrome. It is seen in women more frequently. Average age of onset is 52. The syndrome very rarely begins with adolescence. Co-existence of psychiatric and organic diseases with Cotard's Syndrome is reported in various studies. There is still requirement of more research to establish a position in diagnostic classification systems for this syndrome which is thought to have a multifactorial etiology. In this article an adolescent 14 years old with diagnosis of Cotard's syndrome is presented.

Keywords: Cotard's syndrome, adolescent, nihilistic delusion

GİRİŞ

Cotard Sendromu ilk defa 1880 yılında bir tıp toplantısında Jules Cotard tarafından beyni, sinirleri, göğsü ve iç organlarının olmadığına ve kendisinin ölümsüz olduğuna inanan bir vak'a ile tanımlanmıştır. Cotard bu durumu "delire de negation (yok sayma hezeyanı)" olarak adlandırmıştır (Cotard 1880). Ender rastlanan bu sendromda karakteristik olarak bedeniyle ilgili nihilistik hezeyanlar, kendisinin ve dış dünyanın varlığını inkâr etme, ölümsüzlük düşünceleri, hallüsinasyonlar, intihar düşünceleri ve negativizm görülür. Hastaların bedenlerinin veya organlarının bir parçasının veya bütünüünün öldüğüne inanmaları ile aynı süreçte "ölümsüz" olduklarına dâir büyüklük hezeyanlarının olması hayli ilginçtir (Enoch ve Ball 2002).

Bu sendrom, psikiyatrik ve organik kökenli birçok hastalıkla birlikte görülmesi nedeniyle, DSM-IV-TR'de ayrı bir hastalık olarak adlandırılmamıştır (Debruyn ve ark. 2009). Ancak, günümüzde bu durumun ayrı bir hastalık olarak değerlendirilmesi gerektiği düşüncesi ağırlık kazanmaktadır (Enoch ve Ball 2002).

VAK'A

NH, 14 yaşında, erkek, ilköğretim 7. sınıf öğrencisi, ailesiyle birlikte Kocaeli ilinde yaşıyor. Babası tarafından hastanemiz acil psikiyatri birimine 1 aydır süren okula gitmeye isteksizlik, içe kapanma, okul başarısında düşme, son 7 gündür gelişen yeme ve içme reddi ve kilo kaybı şikâyetiyle getirilmişti. "Psikotik süreç" düşünülerek yatışı yapılmıştı.

Hastayla yapılan görüşmede, kendisiyle konuşan insan sesleri duyduğunu, "beynim çürüdü, tüm iç organlarım çürümüş durumda, aslında ben yaşamıyorum, bu âile benim âilem değil" gibi düşünceleri olduğu anlaşıldı. Babasıyla yapılan görüşmede de yaklaşık 1 ay önce şikâyetlerinin başladığı, önce içine kapandığı, okula gitmek istemediği, son 7 gündür de yemek yemeği reddettiği, bu nedenle 5 kg zayıfladığı, kendi kendine konuştuğu ve mantıksız şeyler söylediğini ifade etti.

Hasta normâl doğum ile 40 haftalık iken hastâne-de dünyaya gelmiş. 18 ay kadar anne sütü emmiş, 13 aylıkken yürümeye, 2 yaşında konuşmaya başlamış. Orta hâlli bir âilenin çocuğu olan NH'nin çocukluk döneminde içine kapanık ve sosyal ilişkileri zayıf biri olduğu öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde alkol, sigara ve psikoaktif madde kötüye kullanımı mevcut değildi. Herhangi bir sistemik hastalık öyküsü ve hastâne yatışı yoktu.

Hastanın psikiyatrik muayenesinde bilinci açık, koopere, yönelimi yerindeydi. Yaşında gösteriyordu. Görüşmeye isteksiz ve psikomotor aktivitesi azalmıştı. Duygulanımı depresifti. Nihilistik hezeyanları (beynim çürüdü, tüm iç organlarım çürümüş durumda, aslında ben yaşamıyorum), işitme hallüsinasyonları (benimle konuşan, bana küfreden insan sesleri duyuyorum) mevcuttu.

Hastanın fizik ve nörolojik muayenesi normâldi. Kan biyokimyası, hemogram analizi, tiroid fonksiyon testleri, elektrokardiyografi (EKG), elektroensefalografi (EEG) ve Kraniyal MRI incelemesi normâl olarak tesbit edildi.

Hasta "Psikotik özellikli depresyon ve Cotard Sendromu" tanılarıyla takip edildi. Şikâyetlerine yönelik oral risperidon 1 mg/gün ve sertralin 50 mg/gün tedavisi başlandı. Ancak günler içinde oral ilâç ve gıda alım reddinin devam etmesi üzerine sıvı desteği verildi. Herhangi bir nisbî tıbbî kontrendikasyonu olmayan hastaya âile onayı da alınarak anestezi ile Elektrokonvülsif Terapi (EKT) başlandı. Hastanın klinik izleminde 3. seans EKT'den sonra oral gıda alımının başladığı ve etrafla iletişim kurma çabası gösterdiği görüldü. Ancak nihilistik hezeyanları devam ediyordu. 8 seans EKT sonunda şikâyetlerinde belirgin bir gerileme oldu. Görüşmeye istekli ve görüşmeciye saygılı bir tutum sergiliyordu, yattığı servisteki sosyal etkinliklere kendi isteğiyle katılıyordu. Nihilistik hezeyanları kayboldu. Mantıklı konuşuyordu. Hastalığa yönelik iç görü kazandı. Risperidon 3 mg/güne yükseltildi ve sertralin 50 mg/güne devam edildi. Takipleri sırasında genel durumu düzelen, psikiyatrik yakınması olmayan hasta mevcut tedavisi reçete edilerek taburcu edildi.

TARTIŞMA

Cotard Sendromu nâdir görülen bir durumdur. Özellikle kadınlarda daha yaygındır (Enoch ve Tret-howan 1991). Hastalığın sıklığı ve yaygınlığı ile ilgili veriler yetersiz olmakla birlikte Hong Kong'da psikiyatrik hastalık tanısı almış yaşlılarda yapılan bir çalışmada prevalansının %0.57 olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada yalnızca depresyonu olan hastalar incelendiğinde bu oran %3.2 olarak bulunmuştur (Chiu 1995). Berrios ve Luque'un 1995 yılında 100 vak'a ile yaptıkları başka bir çalışmada ise Cotard Sendromu'nun başlangıç yaşının ortalama 52 olduğu tesbit edilmiştir (Berrios ve Luque 1995). Cotard Sendromu 25 yaşından küçüklerde bipolar duygudurum bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur (Consoli ve ark. 2007). Hastalık çok nâdir olarak genç erişkin döneminde de ortaya çıkabilir (Cohen 1997).

Yapılan çalışmalar Cotard Sendromu'nun birçok psikiyatrik ve organik hastalıkla birlikte olabileceğini göstermiştir. En çok ünipolar depresyon (Chiu 1995, Hamon ve Ginestet 1994), bipolar depresyon (Kondo ve ark. 2003) ve psikotik bozukluklarda (Hansen ve Bowlig 1998, Caliyurt ve ark. 2004) karşımıza çıkmaktadır. Bununla birlikte, ender görülen bazı psikiyatrik hastalıklarda da Cotard Sendromu saptanmıştır: Hidrofobi (Nejad 2002) ve folie à deux (Wolff ve McKenzie 1994).

Cotard Sendromu'na yol açan organik kökenli hastalıkların araştırıldığı bazı çalışmalarda ise bu durumun mental retardasyon (Kearns 1987), tifo (Campbell ve ark. 1981), serebral enfarktüs (Drake 1988), beyin tümörleri (Bathia 1993), temporal lob epilepsisi (Drake 1988, Greenberg ve ark. 1984), migren (Bathia ve ark. 1993), multipl skleroz (Gardner 2004), Parkinson hastalığı (Cannas ve ark. 2002) ve kafa travması (Young ve ark. 1992) ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Cotard Sendromu tanılı hastalar değişik psikiyatrik semptomlar gösterebilirler. Bunlar arasında en çok depresif duygudurum (%89), vücuduna karşı nihilistik hezeyanlar (%86), dış dünyaya karşı nihilistik hezeyanlar (%69), anksiyete (%65), suçluluk ve günahkârlık düşünceleri (%63) ve ölümsüzlük düşünceleri (%55) sayılabilir (Debruyne ve ark. 2009). Bir yayında ise hastaların kendilerine zarar verici davranışlarının olabileceği ve bunun bazı ergenlerde ölüme yol açabileceği gösterilmiştir (Nejad ve ark. 2007).

Hastalık birçok etiyolojik faktöre bağlıdır. Bu nedenle her hastada ayrıntılı bir organik etiyolojik değerlendirme yapılmalıdır (Kundlur ve ark. 2007).

Cotard Sendromu'nun psikofarmakolojik tedavisi ile ilgili ayrıntılı çalışma sayısı yetersizdir. Ancak, tekli ilâç kullanımının araştırıldığı bazı çalışmalarda amitriptilin

(Soultanian ve ark. 2005), duloksetin (Kozian 2005), fluoksetin (Chiu 1995), paroksetin (Soultanian 2005), olanzapin (Butler 2000), sulpirid (Shiraishi ve ark. 2004) ve lityum (Soultanian 2005) kullanımının etkili olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte, klomipramin/amitriptilin (Enoch ve Trethowan 1991), pimozid/amitriptilin (Soultanian 2005), haloperidol/klomipramin (Soultanian 2005), risperidon/fluoksetin (Christensen 2001), haloperidol/ mirtazapin (Wani ve ark. 2008), risperidon/sertralın (Van den Eynde ve ark. 2008), risperidon/sitalopram (Wallock ve ark. 2007), klozapin/fluvoxamin/imipramin (De Risio ve ark. 2004) birlikte tedavilerinin de etkili olduğu bulunmuştur.

EKT de Cotard Sendromu tanımlı hastalarda uygulanabilecek etkili ve güvenilir bir tedavi yöntemidir (Berrios ve Luque 1995, Madani ve Sabbe 2007), Hem vak'amızda hem de başka bir çalışmada da özellikle psikotik özellikli depresyon tanısı ile takip edilen hastalarda EKT'nin etkili olduğuna dair veriler mevcuttur (Madani ve Sabbe 2007).

SONUÇ

Bütün bu bulgular göstermektedir ki Cotard Sendromu ayrı bir hastalık olarak gruplandırılmamış, nâdir görülen bir durumdur. Vak'amızda olduğu gibi, şikâyetlerin çok erken yaşlarda da başlayabileceği bir gerçektir. Etiyolojisinde birçok faktörün suçlandığı bu sendromun psikiyatrik sınıflandırma sisteminde yerini bulabilmesi için daha fazla araştırmaya gerek vardır.

KAYNAKLAR

- Bathia MS (1993) Cotard's syndrome in parietal lobe tumor. *Indian Pediatr*; 30: 1019-1021.
- Bathia MS, Agrawal P, Malic SC (1993) Cotard's syndrome in migraine (a case report). *Indian J Med Sci*; 47: 152-153.
- Berrios GE, Luque R (1995) Cotard's syndrome: analysis of 100 cases. *Acta Psychiatr Scand*; 91: 185-188.
- Butler PV (2000) Diurnal variation in Cotard's syndrome (co-present with Capgras delusion) following traumatic brain injury. *Aust N Z J Psychiatry*; 34: 684-687.
- Caliyurt O, Vardar E, Tuglu C (2004) Cotard's syndrome with schizophreniform disorder can be successfully treated with electroconvulsive therapy: case report. *J Psychiatry Neurosci*; 29: 138-141.
- Campbell S, Volow MR, Cavenar JO (1981) Cotard's syndrome and the psychiatric manifestations of typhoid fever. *Am J Psychiatry*; 138: 1377-1378.
- Cannas A, Spissu A, Floris GL, et al (2002) Bipolar affective disorder and Parkinson's disease: a rare, insidious and often unrecognized association. *Neurol Sci*; 23(Suppl 2): S67-S68.
- Chiu HFK (1995) Cotard's syndrome in psychogeriatric patients in Hong Kong. *Gen Hosp Psychiatry*; 17: 54-55.
- Christensen RC (2001) Cotard's syndrome in a homeless man. *Psychiatr Serv*; 52: 1256-1257.
- Consoli A, et al (2007) Cotard's syndrome in adolescents and young adults is associated with an increased risk of bipolar disorder. *Bipolar Disorders*; 9: 665-668.

- Cohen D, Cottias C, Basquin M (1997) Cotard's syndrome in a 15-year-old girl. *Acta Psychiatr Scand*; 95: 164-165.
- Cotard J (1880) Du delire hypochondraque dans une forme grave de la manie anxieuse. *Ann Med Psycho*; 38: 168-174.
- De Risio S, De Rossi G, Sarchiapone M, et al (2004) A case of Cotard's syndrome: 123I-IBZM SPECT imaging of striatal D2 receptor binding. *Psychiatry Res*; 130: 109-112.
- Drake MEJ (1988) Cotard's syndrome and temporal lobe epilepsy. *Psychiatr J Univ Ott*; 13: 36-39.
- Enoch D ve Ball H (2002) Az Rastlanır Psikiyatrik Sendromlar. Büyükkal B, çeviren. İstanbul: Okuyan Us Yayınları.
- Enoch D, Trethowan W (1991) Cotard's syndrome. *Uncommon Psychiatric Syndromes*, 3rd Edition. Oxford: Butterworth & Heinemann, 162-183.
- Gardner-Thorpe C, Pearn J (2004) The Cotard syndrome. Report of two patients: with a review of the extended spectrum of "délire des négations". *Eur J Neurol*; 11: 563-566.
- Greenberg DB, Hochberg FH, Murray GB (1984) The theme of death in complex partial seizures. *Am J Psychiatry*; 141: 1587-1589.
- Hamon JM, Ginetet D (1994) Delusions of negation: 4 case reports (in French). *Ann Med Psychol (Paris)*; 152: 425-443.
- Hans Debruyne, Michael Portzky, Frédérique Van den Eynde and Kurt Audenaert (2009) Cotard's Syndrome: a review. *Current Psychiatry Reports*; 11: 197-202.
- Hansen ES, Bolwig TG (1998) Cotard's syndrome: an important manifestation of melancholia. *Nord J Psychiatry*; 52: 459-464.
- Kearns A (1987) Cotard's syndrome in a mentally handicapped man. *Br J Psychiatry*; 150: 112-114.
- Kondo S, Hayashi H, Equchi T, et al (2003) Bromocriptine augmentation therapy in a patient with Cotard's syndrome. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*; 27: 719-721.
- Kozian R (2005) Brief case report. Duloxetine in Cotard's syndrome (article in German). *Psychiatr Prax*; 32: 412-413.
- Kundlur SNC, George S, Jaimon M (2007) An overview of the neurological correlates of Cotard's syndrome. *Eur J Psychiatry*; 21: 99-116.
- Madani Y, Sabbe BGC (2007) Cotard's syndrome. Different treatment strategies according to subclassification (in Dutch). *Tijdschr Psychiatr*; 49: 49-53.
- Nejad AG (2002) Hydrophobia as a rare presentation of Cotard's syndrome: a case report. *Acta Psychiatr Scand*; 106: 156-158.
- Nejad AG, Kerdegari M, Kermani HR (2007) Self-mutilation of the nose in a schizophrenic patient with Cotard syndrome. *Arch Iran Med*; 10: 540-542.
- Seglaj S (1987) Le delire des négations. Paris: Masson.
- Shiraishi H, Ito M, Hayashi H, et al (2004) Sulpiride treatment of Cotard's syndrome in schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*; 28: 607-609.
- Soultanian C, Perisse D, Révah-Levy A, et al (2005) Cotard's syndrome in adolescents and young adults: a possible onset of bipolar disorder requiring a mood stabilizer? *J Child Adolesc Psychopharmacol*; 15: 706-711.
- Van den Eynde F, Debruyne H, Portzky M, et al (2008) The syndrome of Cotard's: an overview (in Dutch). *Tijdschr Psychiatr*; 50: 89-98.
- Wallock JE, Klauwer C, Lanczik M, et al (2007) Delusional denial of pregnancy as a special form of Cotard's syndrome: case report and review of the literature. *Psychopathology*; 40: 61-64.
- Wani ZA, Khan AW, Baba AA, et al (2008) Cotard's syndrome and delayed diagnosis in Kashmir, India. *Int J Ment Health Syst*; 2: 1-4.
- Wolff G, McKenzie K (1994) Capgras, Fregoli and Cotard's syndromes and Koro in folie à deux. *Br J Psychiatry*; 165: 842.
- Young AW, Robertson IH, Hellawell DJ, et al (1992) Cotard delusion after brain injury. *Psychol Med*; 22: 799-804.