

Nöroleptik Kullanımına Bağlı Tardif Diskinezi Gelişen Bir Hasta: Olgu Sunumu

A Case of Tardive Dyskinesia Due to Neuroleptic Use: Case Report

Orhan Polat Örs¹, Mustafa Tokdemir², İpek Perçinel³, Sercan Belirgan⁴, Ceren Gökdağ⁵, Kurtuluş Öngel⁶, Saffet Gönül⁷

¹ Yrd.Doç.Dr., İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

² Uzm.Dr., Karşıyaka 16 No.lu Aile Sağlığı Merkezi, İzmir, Türkiye

³ Yrd.Doç.Dr., Fırat Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

⁴ Uzm.Dr., Van Erciş Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servisi, Van, Türkiye

⁵ Arş.Gör., Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İzmir, Türkiye

⁶ Prof.Dr., İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

⁷ Prof.Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Özet

İlaça bağlı geç diskinezi, ilk defa 1950’li yıllarda antipsikotik ilaçların tedaviye eklenmesi ile tanımlanmıştır. Bu olgu ile de, nöroleptik kullanımına bağlı gelişen tardif diskinezi üzerinde durulmaya çalışılmıştır. 32 yaşında, lise mezunu, bekar, erkek hastanın 1996 yılında annesinin meme kanseri nedeni ile vefatının ardından belirginleşen içine kapanma, sosyal yaşamdan kopma, okul başarısında düşme, uyku bozukluğu ve yorgunluk yakınmalarına rağmen uzun bir süreçte psikiyatrik destek almadığı öğrenildi. Yaklaşık iki yıl önce hiçbir şeyden zevk almama, öz bakımında azalma, iş yerindeki arkadaşlarının kendisi hakkında konuştuklarına dair düşüncelerinin başlaması üzerine psikiyatri poliklinik başvurusu yaptığı ve mevcut bulguları ile antipsikotik ilaç başlandığı öğrenildi. Bu ilaçları 6-7 ay süreyle kullanan, sonrasında gözlerini açamama, dilde istemsiz hareketler, yutkunma güçlüğü gibi yakınmalarının ortaya çıktığı öğrenilen olgu; yakınmaları nedeniyle tekrar psikiyatri poliklinik başvurusu yaptığını belirtti. Olgunun yatışının ardından tedavisi düzenlendi; nörolojik defisitlerin dışlanması amacıyla uyanık ve uyku elektroensefalogramları çekildi; radyolojik görüntülemeleri yapıldı; düzenli ilaç kullanımı ile tardif diskinezik bulguları ve psikotik bulguları gerileyen hasta eksterne edildi. Hekimlerin antipsikotik ilaç kullanımlarına bağlı gelişebilecek komplikasyonlarla ilgili farkındalıklarının artması ile tardif diskinezi gibi düzelme olasılığı düşük komplikasyonların önlenmesinde önemli fayda sağlanabileceği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Antipsikotik, psikiyatri, tardif diskinezi

Abstract

Flaccid tardive dyskinesia was first described in 1950 with the addition of antipsychotic drugs to treatment regimens. In this case, tardive dyskinesia due to neuroleptic use was tried to be discussed. A 32-year-old high school graduate, a single male patient, who had lost his mother because of breast cancer in 1996, had not received psychiatric support for a long time despite her complaints of closure, social break, school drop, sleep disturbance and fatigue. Approximately two years ago; he came to psychiatry polyclinic with the complaints of not enjoying anything, decreased self-care, thoughts that his friends at work are talking about himself and started antipsychotic medication. Patient who has been using these medicines for 6 to 7 months and had the complaints of can not opening his eyes, unintentional movements on the cheeks, and swallowing difficulties had an application to the psychiatric outpatient clinic, one more time. Following the hospitalization of the case, the treatment was regulated; awake and sleep electroencephalograms were withdrawn to exclude neurological deficits; radiologic imaging was performed; patients with regressed tardive dyskinesia and psychotic symptoms with regular drug use were excluded. Increased awareness of complications of physicians due to antipsychotic drug use is thought to be of great benefit in preventing complications that are unlikely to recover, such as tardive dyskinesia.

Key words: Antipsychotic, psychiatric, tardive dyskinesia

Kabul Tarihi: 29.12.2017

Giriş

Beynin en önemli işlevleri olan duygu, düşünce ve bunların doğrultusunda olan davranışlarımızda görülebilecek en ufak bozukluk; yaşam kalitemiz, insan ilişkileri ve yaşantımızda son derece etkili olmaktadır. Eski çağlardan beri akıl rahatsızlıkları, toplumların çok büyük sorunlarından olmuştur. Bunların içerisinde şizofrenik hastalar son derece önemli bir yer tutmuşlardır. Bu rahatsızlığı kimi zaman doğa üstü varlıklara bağlayıp insanlara akıl almaz işkenceler uygulanmış ya da cadı denilip yakılmışlardır. Yakın zamanlara kadar da bu duruma yaklaşım neredeyse tıpatıp aynı şekilde devam etmiştir.

Ondokuzuncu yüzyılın ortalarında Avrupalı psikiyatristler hastalığı bilinmeyen nedenlerle ortaya çıkan, özellikle gençlerde görülen ve kronik bir seyir izleyen bir klinik durum olarak yorumlamaya başlamışlardır. Fransa’da Morel, bazı olguları dementia precox olarak tanımlamıştır; Almanya’da ise Kahlbaum katotonik sendrom olarak isimlendirmiştir. Onun disiplinden gelen Hecker ise rahatsızlığı hebefreni olarak tanımlamıştır. Ancak Kraepelin tüm bu çeşitli kliniksel resimleri, paranoid ve basit tiplerini de ekleyerek dementia precox tanısıyla entegre etmiştir. Bleuler ise bu durumun gerçek bir demans hali olmadığını belirterek, bu klinik duruma akıl yarılması anlamına gelen şizofreni terimini ortaya koymuştur (1).

Yirminci yüzyılın başlarında tanımlanmış olan bu rahatsızlık ile ilgili yıllar içinde tanımsal anlamda pek çok gelişmeler yaşanmış; hastalığın anlaşılmasına başlamasıyla da modern tedavi yöntemleri geliştirilmeye başlanmıştır. Şizofrenik bozuklukların tedavisinde hemen her hastada ilk seçenek ilaç tedavisi olmaktadır. Son 30 yılda şizofreninin nörobiyolojisiyle ilgili araştırmalar çok artmıştır. Yan etkileri ve diğer ilaçlarla etkileşimi görece daha az olan ilaçların bulunması ve gün geçtikçe daha çok kullanılmaları ile birlikte biyolojik tedavi yöntemlerinin kullanılması da artmıştır. İlaçların şizofrenik bozuklukların belirtilerinin çoğunu azalttığı ya da ortadan kaldırdığı, uzun süreli kullanılmalarıyla relaps oranlarını düşürdüğü çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur (2). 1950’li yılların başlarında klasik antipsikotiklerin keşfi ile ruhsal bozuklukların tedavisinde yeni bir dönem başlamıştır. Klasik antipsikotiklerin kullanılmaya başlanmasından kısa bir süre sonra

ortaya çıkan ekstrapiramidal yan etkiler ve antipsikotik kullanımına bağlı hareket bozuklukları hekimler için yeni bir sorun olarak ortaya çıkmıştır. 1950’li yıllardan şimdiye kadar yapılan pek çok çalışmada hareket bozukluklarının psikotik sürecin parçası mı, yoksa ilaç etkisi ile ortaya çıkan durumlar mı olduğu halen tartışılmaktadır (3).

Kraepelin 1907’de koreiform ataksiyi tanımlamış; Eugen Bleuler psikotik hastalarda tremorun sık olduğunu vurgulamıştır. İlaça bağlı geç diskinezi ise ilk defa 1950’li yıllarda antipsikotik ilaçların tedaviye eklenmesi ile tanımlanmıştır (4). Tardif Diskinezi predispoze bireylerde uzun süreli nöroleptik kullanımı sırasında veya nöroleptik kesilir yahut azaltılırsa ortaya çıkan, irade dışı hiperkinetik anormal hareketlerle karakterize bir sendromdur. Orofasiyal belirtileri arasında çiğneme, dilin dışarı çıkması ve vermiküler hareketler göstermesi, ağız şapırdatma, yalanma, yüz buruşturma, dudak bükme, sık göz kırpması ve blefarospazm sayılabilir. Ayrıca ekstremitelerde koreoatetoz, görünmez bir piyanoyu veya gitarı çalması gibi tekrarlayıcı el kol hareketleri, pelvisin ileri geri oynatılması veya aralıklı rotatuar kalça hareketleri de görülebilir. Nadiren, nefes alma ve yutma diskinezileri yüzünden, düzensiz solunum ve homurtu sesleri de duyulabilir. Bu durum hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte, tedaviye devamı konusunda güçlükler neden olmaktadır (5).

Bu makalede; şizofreni tanısı aldıktan sonra uzun süre düzenli tedavi görmeyen, nöroleptik kullanımına başlamasının ardından tardif diskinezi gelişen bir hasta ele alınmıştır.

Olgu

Otuziki yaşında, lise mezunu, bekar, erkek hasta. Hayattan zevk alamama, mutsuzluk, unutkanlık, içine kapanıklık gibi yakınmalarına eşlik eden özellikle de ağız ve göz çevresindeki kaslarda yoğun şekilde görülen istemsiz kas hareketleri ile poliklinik başvurusu ardından kapalı erkek servisine yatırıldı.

Olgu ergenlik döneminin başlangıcında annesinin meme kanseri olması ancak kanser tedavisini reddetmesi ve birkaç yıl içinde hastalığın ilerlemesi sonucu vefat etmesi ile birlikte içine kapanma, sosyal yaşamdan kopma, okul başarısında düşme, uyku bozukluğu ve yorgunluk

yakınmaları yaşadığını ve bu süreçte hiçbir psikiyatrik destek almadığı belirtti. Günümüze gelinceye kadar bu yakınmalarının şiddetinin giderek arttığı, yaklaşık iki yıl önce hiçbir şeyden zevk almama, özbakımda azalma, iş yerindeki arkadaşlarının kendisi hakkında konuştukları ve ona güldüklerine dair alınganlıkları başlaması üzerine, psikiyatri poliklinik başvurusu yaptığı ve mevcut bulguları ile risperidon 1 mg/g ve venlafaksin 75 mg/g başlanıp, daha sonrasında risperidone 3 mg/g ve venlafaksin 225 mg/g'e çıkıldığı öğrenildi. Tedavisi için verilen bu ilaçları 6-7 ay süreyle kullanan, sonrasında gözlerini açamama, dilde istemsiz hareketler, yutkunma güçlüğü gibi yakınmalarının ortaya çıktığı öğrenilen olgu; yakınmaları nedeniyle tekrar psikiyatri poliklinik başvurusu yaptığında tedavisi, venlafaksin 25 mg/g ve quetiapin XR 50 mg/g olarak değiştirilmiş. Hastanın tardif diskineziye yönelik verilen ilaçları düzenli kullanmayıp, ilaç kullanımını da yarıda bıraktığı öğrenildi.

Özgeçmişinde bilinen tıbbi hastalık öyküsü olmadığı belirtilen olgunun günde 7-8 adet sigara içtiği, nadir alkol aldığı ve madde kullanım öyküsünün olmadığı öğrenildi. Soygeçmişinde babanın psikotik bozukluklarının bulunduğu, annenin meme kanseri nedeniyle 1996 yılında vefat ettiği, kız kardeşinin de mental retarde olduğu bilgisi alındı. Olguda; yaşam kalitesini düşüren ve sosyal izolasyona yol açan istemsiz kas hareketleri, son bir kaç aydır çevresine yoğunlaştığı bildirilen alınganlıkta artış, ani sinirlenmeler, küfürlü konuşma ve pasif suicidal düşünceler gelişmeye başladığının öğrenilmesi üzerine psikotik bulgularının yatıştırılması ve istemsiz yüz hareketlerine yönelik tedavi düzenlenmesi amacıyla, psikiyatri kapalı erkek servisinde yatırılarak takip edilmeye başlandı.

Hastanın ruhsal durum muayenesinde; bilincinin açık, koopere ve oryante olduğu, giyiminin yaşı ve sosyokültürel düzeyi ile uyumlu olduğu, kişisel hijyenin olağan olduğu, psikomotor hareketliliğinde, konuşma hızı ve miktarında azalma olduğu gözlemlendi. Mimikleri ise istemsiz yüz hareketleri nedeni ile tam olarak değerlendirilemedi. Uyku ve beslenmesinin son dönemde iyi olduğunu ifade eden; hekimle işbirliğinin tam, iç görünümün kısmi, impuls denetiminin hafif bozuk, dikkatinin hafif dağınık olduğu gözlenen, algı bozukluğu tariflemeyen, duygu durumunun disforik, affektinin normal sınırlarda ve duygu durumu ile uyumlu olduğu

görülen, düşünce hızında yavaşlama ve bloklar gözlenen olguda dil bozukluğu saptanmadı. İş arkadaşlarının kendisi hakkında konuştukları ve ona güldükleri yönünde referans sanrıları olan olgunun, anhedonik olduğu gözlemlendi.

Hastadan rutin biyokimya, hemogram, tam idrar tetkiki, tiroid fonksiyon testleri, prolaktin düzeyi ve akciğer grafisi istendi. İstenen tetkikler sonucu bir patoloji saptanmadı. Hastanın quetiapin dozu 300 mg/g'e çıkılarak tedavisine E-vit 1200 mg/g eklendi. Olgunun detaylı özgeçmişi için yakınları ile görüşüldü ancak özgeçmiş derinleştirilemedi. Olgunun yaklaşık bir yıl önce askerlik sırasında olan bayılma hikayesi ve mevcut tardif diskinezinin değerlendirilmesi açısından nöroloji konsultasyonu istenmesi uygun görüldü. Hastanın tedavisine ek olarak agomelatin 25 mg/gün eklendi. Nöroloji tarafından değerlendirilen hastada, tardif diskinezi yanında olası tik yada blefarospazmın dışlanamadığı belirtildi; hastaya Akineton tb 2x1/2 başlanması, bir hafta sonra 2x1'e çıkılması önerildi. Olası nöbet açısından elektroensefalografi (EEG) planlandı. Hastaya ek olarak Omega tb 3x2 Klozapin 25 mg/gün başlandı. Serviste uyumlu olan olgunun, istemsiz dil hareketleri yüzünden yaşadığı yutma güçlüğünde ve tiklerinde azalma saptandı. Olgunun çekilen EEG'sinde sol hemisfer parietotemporoooksipital bölgesinde ılımlı zemin ritmi düzensizliği yanında, o bölgede belirgin paroksizmal bir aktivite ve oksipitotemporal fokalite varlığını gözlemlendi. Bu nedenle yapılan uyku EEG'si ve radyolojik incelemelerde patoloji saptanmadı.

Yatışı süresince bulgularında kısmi gerileme izlenen olgu; ayaktan takip edilmek üzere kısmi remisyonda önerilerle taburcu edildi. Taburculuğu sırasında hastaya Ketiapin 300 mg/gün, E-vit 1200 U/gün, Omega tab 3x2, Biperiden 4 mg/gün, Klozapin 50 mg/gün, Agomelatin 25 mg/gün reçete edildi. Haftalık hemogram kontrolü ile birlikte iki haftada bir psikiyatri ve nöroloji polikliniklerinden takip önerildi.

Sonuç

Tardif diskinezide çoğu kez tam remisyona sağlanamamaktadır; sunulmuş olan olguda da taburculuğu sonrasında tam şifa durumu sağlanamamıştır.

Türkiye gibi hızlı gelişen aynı zamanda büyük değişim gösteren genç nüfusun toplam nüfusa oranının hayli yüksek olduğu bir ülkede, önemli sayıda psikotik hasta olduğunu öngörebiliriz. Dolayısıyla da antipsikotik ilaç kullanımının yaygın olduğu doğru bir saptama olacaktır. Bu ilaçların yüksek oranda kullanımı, gerek hastaların takibini zorlaştırmakta gerekse de kontrolsüz ilaç kullanımını beraberinde getirmektedir. Antipsikotik kullanımına bağlı komplikasyon gelişme olasılığı oldukça yüksektir. Hastaların düzenli psikiyatrik destek almamaları ve antipsikotik kullanımına bağlı gelişebilecek yan etkileri yeterince bilmemelerine bağlı komplikasyon gelişme olasılığı yüksek olacaktır. İlgili farkındalıkların artması ile tardif diskinezi gibi düzelme olasılığı düşük komplikasyonların ortaya çıkmadan önlenmesinde önemli fayda sağlanabileceği düşünülmektedir. Tardif diskinezi gelişimi zaten dış dünya bağlantısı zayıf olan hastaların ikili ilişkilerini çok daha zayıflatmaktadır; ayrıca hastalar yemek yemede güçlük, aspirasyon gibi zorlukları da beraberinde yaşamaktadır. Hastaların ve hasta yakınlarının bu gibi durumlarla olan farkındalıklarının artması halinde hem yaşam kalitelerine önemli katkıları olacak hem de ekstra tedavi giderlerinin önüne geçilecektir.

Kaynaklar

1. Jablensky A. The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution and future prospects. Dialogues Clin Neuroscience September 2010;12(3):271-87.
2. Doğan S, Doğan O, Tel H ve ark. Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Ayaktan hastalar. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002;3:69-74.
3. Kısa C, Aydemir Ç, Göka E. Antipsikotik Kullanımına Bağlı Ağız ve Yüz Bölgesinde Gelişen Distoni ile İlgili Temporomandibuler Eklem Çıkığı: Bir Olgu Sunumu. Klinik Psikiyatri 2007;10:102-5.
4. Özdemir C, Eryılmaz M. Geç Distoni, Geç Diskinezi ve Tedavi Yaklaşımları. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 1999;9:152-8.
5. Bayar R, Doksat MK, Kızıltan G ve ark. Meige (Brueghel) Sendromu Benzeri Bir Tardif Distoni Vakası. Düşünen Adam 1993;6(1-2): 67-70.

İletişim:

Yrd.Doç.Dr. Orhan Polat Örs
İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi
Anatomi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
Tel: +90.505.7573146
E-mail: polators@hotmail.com