

Antipsikotik Kullanımına Bağlı Ağız ve Yüz Bölgesinde Gelişen Distoni ile İlgili Temporomandibuler Eklem Çıkığı: Bir Olgu Sunumu

Cebrail Kısa¹, Çiğdem Aydemir², Erol Göka²

¹Uz.Dr., ²Doç.Dr., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Psikiyatri Kliniği, Ankara

ÖZET

Klasik antipsikotiklerin 1950'li yıllarda keşfinden sonra bu ilaçları kullanan hastalarda psikotik belirtiler düzelmesine karşın, ekstrapiramidal yan etkiler ve bu ilaçların tetiklediği hareket bozuklukları görülmeye başlamıştır. Yeni antipsikotiklerle bu yan etkiler daha az görülürken, özellikle klasik antipsikotikleri kullanan hastaların bir kısmında tedavinin erken döneminde distoni, parkinsonizm ve akatizi görülürken daha sonraları bunlara uzun dönemde ortaya çıkan "geç" olarak tanımlanan diskinezi, korea, distoni ve tikler eklenmiştir. Bu yan etkiler eklem çıkığı gibi yaşam kalitesini azaltan ve ilaç uyumunu olumsuz etkileyen ikincil sorunlara neden olmaktadır. Bu yazıda klasik bir antipsikotik olan züklopentiksolün intramüsküler enjeksiyonu sonrasında ağızını kapatamama, yutkunmada zorluk, konuşmanın tam olarak anlaşılabilmesi ve yüzde belirgin asimetri gelişen bir olgu sunuldu. Öncelikle ağız ve yüz bölgesinde distoni geliştiği düşünülerek distoniye yönelik biperiden ve diazepam tedavisi başlandı. Distoni tedavisine yanıt olmaması üzerine ayırıcı tanı açısından tetkikleri ve fiziksel muayenesi yapılarak bulgular tekrar değerlendirildi. Fiziksel muayenesinde ağız ve yüz bölgesindeki distoniye bağlı temporomandibuler eklem çıkığı geliştiği saptandı. Temporomandibuler eklem çıkığı tanısı, ancak düşünüldüğünde ve buna yönelik fizik muayene yapıldığında konulabilir. Bu olgu örneğindeki gibi ağız ve yüz bölgesinde akut distoni gelişen ve distoniye yönelik uygulanan ilaç tedavisi ile düzelmeyen hastalarda temporomandibuler eklem çıkığı tanısı öncelikli olarak düşünülmelidir.

Anahtar Sözcükler: Temporomandibuler eklem, çıkık, distoni, antipsikotik ilaçlar.

(*Klinik Psikiyatri 2007;10:102-105*)

SUMMARY

Temporomandibular Joint Dislocation Due To Orofacial Distonia During Antipsychotic Use: A Case Report

Short time after discovering of classical antipsychotics in 1950's, extrapyramidal side effects and movement disorders were observed in many patients, despite improvement of psychotic symptoms. In contrast to new antipsychotic agents, these side effects are occasionally seen in early periods of the treatment by classic antipsychotics; movement disorders occur as dystonia, parkinsonism, and akathisia however in the long term "tardive" dyskinesia, chorea, dystonia and tics may be observed. Furthermore, these extrapyramidal side effects and movement disorders cause secondary problems such as dislocations in joints, low compliance to treatment and decreased quality of life of patients. In this case report, after intramuscular injection of zuclopenthixol, a classical antipsychotic drug, acute dystonia was occurred which is evidenced by pain in temporomandibular joint, inability to close mouth, to swallow saliva, to speak and disproportion in face. To treat this case firstly, we used biperiden and diazepam for treatment of orofacial dystonia. After dystonia did not respond to the treatment, physical examination and clinical symptoms were reevaluated. Temporomandibular joint dislocation was diagnosed following the consultations from the related departments and radiological investigations. We sedated the patient by 15 mg of Diazepam than treat the dislocation by manual reduction. As in this case report, temporomandibular joint dislocation should be considered especially in patients with orofacial dystonia after use of classic antipsychotic agents who do not respond to medical treatment.

Key Words: Temporomandibular joint, dislocation, dystonia, antipsychotic agents.

GİRİŞ

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 (Mc Creddie ve ark. 1996, Aydemir ve ark. 2005).

Antipsikotiklerin kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan hareket bozuklukları ve ekstrapiramidal yan etkiler, ortaya çıkış zamanlarına göre akut ve geç olarak sınıflandırılmaktadır (APA 1994). Özellikle klasik antipsikotikleri kullanan hastaların bir kısmında, tedavinin erken döneminde distoni, parkinsonizm ve akatizi görülürken, daha sonraları bunlara uzun süren tedaviler sonrasında ortaya çıkan "geç" olarak tanımlanan diskinezi, korea, distoni ve tikler eklenmiştir (Ayd 1961, Wirshing ve Cummings 1989, Casey 1991, 1993). Distonik reaksiyonlar antipsikotik ilaçlarla tedavi edilen hastaların %2.5'inde antipsikotik tedavinin başlamasının ilk 48 saati içinde gelişmektedir (Rupniak ve ark. 1986). Antipsikotiklerin yanı sıra antiemetik ve bazı antidepressan ilaçların kullanılmasına bağlı olarak da gelişen akut distoni tedavisinde difenilhidramin 10 mg, diazepam 5-10 mg ya da biperiden 4-5 mg parentral ya da ağızdan kullanılması etkin bulunmuştur (Owens 1999).

Antipsikotik kullanımına bağlı gelişen akut distonik reaksiyon ayrıca eklem çıkığı, hastanın yaşam kalitesi ve tedaviye devamını olumsuz etkilemesi gibi başka sorunlara neden olmaktadır (Undt ve ark. 1996, Owens 1999, Özdemir ve Eryılmaz 1999). Literatürde; distoni nedeniyle acil tanı ve tedavisi gereken temporomandibuler eklem çıkığı ortaya çıkan çok az vaka sunumu bulunmaktadır (O'Connor ve ark. 1992, İbrahim ve Brooks 1996). Temporomandibuler eklem çıkığı, artiküler kenardan kondilin öne doğru çıkarak kas spazmı ile eklemin o pozisyonda kitli kalması sonucu oluşan ve hastanın ağızını kapatamadığı ızdırıp veren bir durumdur. Temporomandibuler eklem çıkığı, çoğunlukla sedatif verilerek eklemin elle manipu-

lasyon ile yerine yerleştirilmesi ile tedavi edilir. Ancak bazı hastalarda sık sık tekrarlaması halinde cerrahi müdahale de yapılmaktadır (Undt ve ark. 1996).

Bu yazıda şizofreni tanısıyla klasik antipsikotik tedavi kullanan, ağız ve yüz bölgesinde akut distoni ve distoniye ikincil olarak temporomandibuler eklem çıkığı gelişen bir olgunun tanı ve tedavi süreci sunuldu.

OLGU

AÇ, 25 yaşında, bekâr, üniversite mezunu, kadın hasta. Kliniğimize başvurmadan iki yıl önce obsesif ruminasyonları, zarar göreceği düşünceleri ve buna bağlı olarak evden çıkmama davranışları başlamıştır. Bu dönemde iki kez psikiyatriste yakınları tarafından götürülmüş, ancak tedavi önerilmesine rağmen herhangi bir tedavi kullanmamıştır. Kliniğimize ilk kez yatışından 12 saat önce psikomotor eksitasyonla acil psikiyatri polikliniğine babası tarafından getirilmiş olan hastanın ruhsal muayenesi yapıldıktan sonra züklopentiksol akufaz intramüsküler yapılmıştır.

Kliniğimize yatırıldığında yapılan ruhsal değerlendirmesinde; öz bakımında ileri derecede azalma, emin olamama obsesif düşünceleri, somatik hezeyanları ve başkaları tarafından yönlendirildiği düşünceleri saptandı. Bu sırada hastanın ağızını kapatamadığı, yutkunmada zorluk nedeniyle tükürüğünü yutamadığı ve konuşmasının tam olarak anlaşılamadığı, dilini çok az olarak oynatabildiği ve yüzünde belirgin asimetri görüldü. Travma sonrası ya da nörolojik bazı hastalıklar sonucu gelişebilme ihtimali olan bu klinik tablonun ayırıcı tanısına yönelik değerlendirmeler yapıldı. Yapılan rutin laboratuvar tetkikleri biyokimyasal parametreler, hemogram, tiroid paneli ve beyin tomografisi normal olarak değerlendirildi. Hastada travmayı ya da nörolojik bir hastalığı düşündürecek bir bulgu saptanmadı.

Bu klinik tablo hastaya yaklaşık 12 saat önce intramüsküler olarak uygulanan züklopentiksol akufazın neden olduğu akut distoni olarak kabul edildi. Ağız ve yüz bölgesinde gelişen distoni tedavisi için biperiden 4 mg/gün ve diazepam 10 mg/gün olarak ağızdan başlandı. 18 saatlik tedavi sonrasında hastanın belirtilerinde bir düzelme

olmaması üzerine, hastanın fiziksel muayenesi yapılarak klinik bulguları değerlendirildi. Yapılan fiziksel muayenesinde iki taraflı temporomandibuler eklem çıkığı olduğu sonucuna varıldı. Tedavi ekibi tarafından sedasyonu 15 mg diazepam ile sağlandıktan sonra elle yapılan müdahale ile eklem yerine konuldu. Sonrasında hastanın ağzını tam olarak kapatabildiği, yüzündeki asimetrisinin ve "distoni" görüntüsünün kaybolduğu, konuşmasının anlaşılır hale geldiği ve hastanın yutkunabildiği görüldü.

Hastaya ekstrapiramidal yan etkileri daha az olduğu için bir atipik antipsikotik ve obsesif belirtileri içinde bir antiobsesif özelliği bulunan bir antidepressan başlandı. Hastanın takibinde iki yıllık tedavi sürecinde distoni ve temporomandibular eklem çıkığı tablosu görülmedi.

TARTIŞMA

Klasik antipsikotik ilaçlarla ruhsal bozukluk belirtileri düzelenken, yan etkiler ve hareket bozuklukları ek bir sorun olarak psikiyatristlerin karşısına çıkmaktadır. Antipsikotik ilaç kullanımına bağlı distoni gelişimi için hasta yaşının genç olması, ruhsal bozukluğun ilk epizodu olması, antipsikotik ilaçla ilk karşılaşma, antipsikotik ilacın yüksek potens olması ve yüksek doz başlanması risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (Owens 1999). Hastamızda sayılan bu risk faktörlerinden iki tanesi, yaşının genç olması ve antipsikotik ilaçla ilk kez karşılaşılıyor olması saptanmıştır.

Akut distoni vakalarının çoğunun nedeni bilinmemektedir. Ancak özellikle klasik antipsikotik ilaçların, metoklopramid, proklorperazin ya da antidepressan ilaçların kullanılması, kafa travması ve ekstrapiramidal sistemi etkileyen durumların olması en önemli nedenler olarak gösterilmektedir

(Burke ve ark. 1980, Owens 1999). Hastamızda ilaç kullanım öyküsünün olması, tetkikler ve muayene bulgularında distoni etiolojisine yönelik başka bir bulgunun olmaması nedeniyle distoninin intramüsküler uygulanan antipsikotiğe bağlı geliştiği düşünülmüştür. Olgumuza benzer hastaları değerlendirirken ilaç kullanım öyküsünün olmaması ya da distoniye yönelik kullanılan ilaç tedavileri sonrasında düzelme olmaması durumunda ayırıcı tanıda distoni nedeni olabilecek diğer faktörler de göz önünde bulundurulmalıdır. Hastamızda antipsikotik kullanımına bağlı gelişen distoni tablosu kullanılan diazepam ve biperidene yanıt vermemiştir. Distoniye neden olabilecek diğer etiolojik faktörler; kafa travması bulgusunun olmaması, kranial CT ve nörolojik muayenenin normal olması nedeniyle dışlandı. Yapılan fiziksel muayene ile distoniye ikincil olarak temporomandibuler eklem çıkığı geliştiği saptanmıştır.

Literatürde, antipsikotik kullanımına bağlı gelişen akut distonik reaksiyonun olumsuz bir sonucu olarak çok az olguda temporomandibuler eklem çıkığı ortaya çıktığı bildirilmiştir (O'Connor ve ark. 1992, İbrahim ve Brooks 1996). Sunduğumuz bu olguda olduğu gibi temporomandibuler eklem çıkığı tanısı ancak bu ihtimalin göz önünde bulundurulması ve buna yönelik fizik muayene yapılması ile konulabilmektedir. Bu olguda ve yayınlarda belirtildiği gibi (İbrahim ve Brooks 1996) ilaç tedavisine yanıt vermeyen ya da yetersiz yanıt veren, ağız yüz bölgesinde akut distoni gelişen hastalarda nadir görülse de temporomandibuler eklem çıkığı tanısı öncelikli olarak düşünülmelidir.

Yazışma adresi: Dr. Cebraail Kısa. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Psikiyatri Kliniği Sıhhiye, Ankara, kisacebrail@yahoo.com.tr

KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV), 4.baskı, (çev. ed: E Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

Ayd FJ (1961) A survey og drug-induced extrapyramidal reactions. JAMA, 175:1054-1060.

Aydemir Ç, Göka E, Kısa C ve ark. (2005) Dyskinesia and soft neurological signs in schizophrenia: A Comparative study. Int J Psychiatr Clin Pract, 9(4):238-243.

Burke RE, Fahn S, Gold AP (1980) Delayed onset dystonia in patients with static encephalopathy. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 43: 789-797.

Casey DE (1991) Neuroleptic drug-induced extrapyramidal syndromes and tardive dyskinesia. Schizoph Res, 4: 109-120.

Casey DE (1993) Neuroleptic-induced acute extrapyramidal syndromes and tardive dyskinesia. Psychiatr Clin North Am, 16: 589-610.

İbrahim ZY, Brooks EF (1996) Neuroleptic-Induced Temporomandibular Joint Dislocation. *Am J Psychiatry*, 153:(2) 293-294.

McCreadie RG, Thara R, Kamath S ve ark. (1996) Abnormal movements in never-medicated Indian patients with schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 168: 221-226.

O'Connor M, Rooney MD, Nienaber CP (1992) Neuroleptic-induced dislocation of the jaw (letter). *Br J Psychiatry*, 161: 28-282.

Owens DGC (1999) *A Guide to the Extrapramidal Side-effects of Antipsychotic Drugs*. Cambridge University Pres.

Özdemir C, Eryılmaz M (1999) Geç distoni, geç diskinezi ve tedavi yaklaşımları. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 9: 152-158.

Rupniak NM, Jenner P, Marsden CD (1986) Acute dystonia induced by neuroleptic drugs. *Psychopharmacology*, 88: 403-419.

Undt G, Weichselbraun A, Wagner A ve ark. (1996) Recurrent mandibular dislocation under neuroleptic drug therapy, treated by bilateral eminectomy. *J Craniomaxillofac Surg*, 24(3):184-8.

Wirshing WC, Cummings JL (1989) Extrapramidal syndromes in elderly: diagnosis and management . *Geriatrics*, 44: 47-51,54.