



Oromandibular distonide yeniden ilaç başlama tedavisi bir risk faktörü müdür; haloperidol sonrası görülen nadir bir olgu sunumu

Cemrenur Uygun, Enis Ademoğlu, Mehmet Muzaffer İslam, Serkan Emre Eroğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği



Giriş

Antipsikotik ilaçlar günümüzde şizofreni, bipolar affektif bozukluk, paranoid bozukluk gibi hastalıkların tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Geleneksel olarak tipik-atipik veya birinci-ikinci nesil olarak sınıflandırılırlar. En yaygın yan etkileri ekstrapiramidal semptomlar, kilo alımı, glukoz disregülasyonu, dislipidemi olarak bildirilmiştir (1).

Haloperidol, tipik antipsikotikler sınıfında olup ekstrapiramidal yan etkilere en sık neden olan antipsikotik ilaçlardan biri olarak bildirilmiştir. Distoni, akatizi, parkinsonizm ve tardiv diskinezi bu ekstrapiramidal yan etkiler arasındadır (2). Distoni terimi, sürekli veya aralıklı kas kasılmalarının neden olduğu anormal hareketler olarak tanımlanmış olup fokal veya jeneralize olabilmektedir. Akut distoni, haloperidolün yaygın bir yan etkisi olarak bildirilmiş olmasına rağmen, fokal bir distoni türü olan oromandibular distoni nadir olarak bildirilmiştir (3,4).

Bu olgu sunumunda, haloperidol tedavisini kesip tekrar başladıktan sonra oromandibular distoni gelişen nadir bir vaka sunulmaktadır.

Olgu sunumu

Otuz yaşında kadın hasta, dilde istemsiz hareketler ve şişlik, konuşmada peltekleşme şikayetleri ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde dört yıl önce yaşadığı kafa travması sonrası ventriküloperitoneal şant takıldığı, ayrıca psikiyatri tarafından haloperidol 10 mg 2x1 peroral (PO) ve biperiden 2 mg 1x1 mg PO tedavisinin başlandığı öğrenildi. Hastanın ilaçlarını son bir ayda tamamen kestiği, fakat son üç gündür tekrar kullanmaya başladığı öğrenildi. Hastanın arteriyel tansiyonu 130/81 mm/Hg, nabızı dakikada 80 atım, oksijen saturasyonu %98 olarak ölçüldü. Fizik muayenesinde dilde hafif ödemle birlikte, istemsiz dil çıkarma hareketleri not edildi. (Şekil 1). Glasgow koma skalası skoru 15olan hastanın nörolojik muayenesinde distoni nedeniyle olan peltek konuşma haricinde patolojik bulgu rastlanmadı. Ayrıca vücudunun diğer bölgelerinde distonik bulgular izlenmedi. Hastanın hava yolu açık, solunum sesleri eşit ve doğal olarak not edildi. Yapılan tetkiklerinde lökosit sayısı $13.28 \cdot 10^3 / \mu\text{L}$, C-reaktif protein 4.21 mg/L, hemogloblin düzeyi 15.8 g/dl, trombosit sayısı $409 \cdot 10^3 / \mu\text{L}$ olarak tespit edildi. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal sınırlarda bulundu. Ayırıcı tanıya yönelik yapılan bilgisayarlı beyin tomografisi ve beyin manyetik rezonans görüntülemelerinde akut patoloji saptanmadı. Ayrıca hastada distoniye yol açabilecek farklı ilaç ve madde kullanımı, travma, dental girişim öyküsü sorgulanarak hiçbirinin olmadığı öğrenildi. Haloperidole bağlı oromandibular distoni düşünülen hastaya, feniramin 45.5 mg 1x1 intravenöz(iv) ve prednizolon 80 mg 1x1 iv tedavi verildi. Hastada 5 saatlik gözlem sonunda distoninin düzeldiği ve konuşmasının tamamen normale döndüğü izlendi. Hasta haloperidol tedavisinin kesilmesi ve psikiyatri poliklinik kontrolü önerisi ile taburcu edildi.



Şekil 1. Hastanın dışa doğru olan istemsiz dil hareketlerinin önden ve yandan görünümü

Tartışma

Oromandibular distoni (OMD), alt yüz ve çenenin kasılmaları ile karakterize bir fokal distoni türüdür. Çene hareketlerine genellikle istemsiz dil hareketleri de eşlik eder. Bizim hastamızda çene hareketlerinde bir patoloji olmaksızın, dilde istemsiz hareketler ve peltek konuşma izlenmiştir. OMD prevalansının coğrafi bölgeye göre milyonda 6.9 ile 74 vaka arasında değiştiği bildirilmiştir (5). Oromandibular distoniler, etiyojilerine göre tipik olarak primer (idiyopatik) ve sekonder olarak sınıflandırılmış olup, sekonder nedenler arasında travma, enfeksiyon, dental girişimler ve ilaçlar bulunmaktadır. İlaça bağlı distoniye neden olan en sık ilaçlar antipsikotikler, antidopaminerjik ve antiemetikler olarak bildirilmiştir (6). Bizim hastamızda da oromandibular distoninin haloperidol kullanımına bağlı olduğu düşünülmüştür. Literatürde ilaçlardan sonra gelişen distonik reaksiyonların saatler veya günler sonra ortaya çıkabileceği bildirilmiş olup, bizim hastamızda da haloperidole tekrar başlamasından üç gün sonra oromandibular distoni gelişmiştir (6,7).

Antipsikotiklere sekonder akut distonik reaksiyonun patofizyolojisi kesin olarak bilinmese de dopaminerjik sistemdeki bir bozukluk sonucu striatal asetilkolin salınımının artmasının neden olabileceği düşünülmüştür. Tedavi yöntemlerinden bir tanesi bu mekanizmayı düzeltmeye yönelik olup, antikolinergik ajan kullanılmasıdır (8). Bizim vakamızda hastanın haloperidol ile birlikte ekstrapiramidal yan etkilere karşı biperiden kullanmasına rağmen distonik reaksiyon gelişmiş olması dikkat çekicidir. Distoni tedavisinde antikolinergik ajanlar dışında, antihistaminik ilaçlar, benzodiazepinler, botulinum toksin enjeksiyonu, antikonvulzan ilaçlar ve çeşitli dental girişimler kullanıldığı bildirilmiştir (9). Antikolinergik veya antihistaminik ilaçların intramusküler uygulanmasından 10-20 dakika sonra distoninin gerilediği bildirilmiştir (10). Bizim hastamızda da tedavi olarak antihistaminik ajan olan iv feniramin verildikten sonra distonik reaksiyonun yavaş yavaş gerilediği izlenmiştir.

Vakamızda bir diğer dikkati çeken nokta hastanın 4 yıldır kullanmakta olduğu haloperidolü kesip tekrar başlamasından sonra distoni gelişmesidir. Bu durumun hastanın özgeçmişindeki ilk distonik reaksiyon olması akla ilaç kesilip tekrar başlanmasının ekstrapiramidal yan etkiler için bir risk faktörü olup olmayacağı sorusunu getirmektedir. Literatürde bu durumla ilişkili bilgiler vaka raporlarına dayanmaktadır (11).

Sonuç

Sonuç olarak antipsikotik ilaçların distonik reaksiyonlara yol açabileceği iyi bilinse de tedavi kesilmesi ve yeniden başlanmasının ekstrapiramidal yan etkiler açısından bir risk faktörü olup olmadığına dair yeni çalışmalara ihtiyaç vardır

Kaynaklar

1. Lally, J., & MacCabe, J. H. (2015). Antipsychotic medication in schizophrenia: a review. *British medical bulletin*, 114(1), 169-179.
2. Shen, Y. Z., Peng, K., Zhang, J., Meng, X. W., & Ji, F. H. (2018). Effects of haloperidol on delirium in adult patients: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 43(2), 250-259.
3. Ostinelli, E. G., Brooke-Powney, M. J., Li, X., & Adams, C. E. (2017). Haloperidol for psychosis-induced aggression or agitation (rapid tranquillisation) reviews, (7).
4. Masiran, R. (2017). Persistent oromandibular dystonia and angioedema secondary to haloperidol. *Case Reports*, 2017, bcr-2017.
5. Fabbrini, G., Defazio, G., Colosimo, C., Thompson, P. D., & Berardelli, A. (2009). *Cranial movement disorders: clinical features, pathophysiology, differential diagnosis and treatment. Nature Clinical Practice Neurology*, 5(2), 93-105.
6. Munhoz RP, Moscovich M, Araujo PD, Teive HA. Movement disorders emergencies: A review. *Arq Neuropsiquiatr*. 2012;70:453-61.
7. Britton, D., Alty, J. E., & Mannion, C. J. (2020). Oromandibular dystonia: a diagnosis not to miss. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 58(5), 520-524.
8. Blanchet, P. J. (2003). Antipsychotic drug-induced movement disorders. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 30(S1), S101-S107.
9. Raoofi, S., Khorshidi, H., & Najafi, M. (2017). Etiology, diagnosis and management of oromandibular dystonia: an update for stomatologists. *Journal of Dentistry*, 18(2), 73.
10. Caroff SN, Hurford I, Lybrand J, Campbell EC. Movement disorders induced by antipsychotic drugs: implications of the CATIE schizophrenia trial. *Neurol Clin*. 2011 Feb;29(1):127-48, viii.
11. Miodownik, C., Vladimir Lerner, M. D., & Witztum, E. (2011). Pisa syndrome and laryngeal dystonia induced by novel antipsychotics. *Israel Journal of Psychiatry*, 48(3), 195.

For detailed information

