

Antidepresan Tedaviye İyi Yanıt Veren Bir Psikojenik Distoni Olgusu

A psychogenic dystonia case perfect responsive to antidepressant treatment

Volkan Solmaz¹, Dürdane Aksoy¹, Betül Çevik¹, Semiha Gülsüm Kurt¹,
Elmas Bektaş², Sema İnandır²

¹Gaziosmanpaşa University,
Faculty of Medicine,
Department of Neurology,
Tokat.

² Gaziosmanpaşa University,
Faculty of Medicine,
Department of Psychiatry,
Tokat.

Corresponding Author:

Dr ErVolkan Solmaz,
Gaziosmanpaşa Üniversitesi,
Tıp Fakültesi, Nöroloji
Anabilim Dalı, Tokat,
TURKEY.

E-mail:

solmaz.volkan@yahoo.com

Telephone number:

+90 356 2129500

Başvuru Tarihi/Received :

23-01-2013

Kabul Tarihi/Accepted:

25-07-2013

ÖZET

Organik nedenler dışlandıktan sonra herhangi bir nedene bağlanamayan hareket bozuklukları Psikojen hareket bozuklukları olarak adlandırılır, organik hareket bozukluklarını mükemmel bir şekilde taklit edebileceği gibi bunlardan ayırt etmeye yarayacak kilit noktalarda mevcuttur, iyi bir anamnez, klinik gözlem ve detaylı muayene bu hastalığın tanısını koymaya çok yardımcı olur. Burada 15 yaşında 5 yıldır ellerinde özellikle kalabalık ortamlarda, yemek yerken, iş yaparken ortaya çıkan distonik postür ve geceleri idrar kaçırma şikayetiyle başvuran erkek bir hasta sunulacaktır. Öz ve soy geçmişlerinde özellik olmayan hastanın Fizik ve Nörolojik muayenesinde ellerde özellikle yazı yazarken ve beceri gerektiren işleri yaparken belirginleşen distonik postür haricinde anormallik saptanmadı. Ayırıcı tanıları yönelik yapılan tüm tetkikler normal olarak sonuçlandı. Yapılan tetkikler ve hastanın klinik bulguları göz önüne alınarak hastaya psikojen distoni tanısı konuldu. Verilen antidepresan ve yoğun telkin tedavisine çok iyi yanıt alındı.

Sonuç olarak klinik pratikte hem tanı hem de tedavi zorlukları bulunan psikojen hareket bozuklukları önemli bir problemdir ve gereksiz tanı ve tedavilerin olumsuz etkilerinden kurtulmak için bu tanıyı akılda tutmak gerekir.

Anahtar Kelimeler: Distoni, Hareket bozukluğu, Antidepresan ilaç

ABSTRACT

After ruling out of organic causes, movement disorders are named as psychogenic movement disorders, it can mimic perfectly Organic movement disorders, but with a good history, clinical observations and detailed examination is very helpful in the diagnosis of this disease. In here we will present a 15 years old male patient, he was complaining of urinary incontinence at night, emerging dystonic posture especially in crowded environments, eating, and during activities that require attention, for 5 years. Self and family history was unremarkable. His physical and neurological examination was normal except for dystonic posture especially writing and when doing skilled jobs. All the tests were normal for the differential diagnosis. Taking into account the patient's clinical findings and clinical test, the patient was diagnosed as psychogenic dystonia. He gave a very good response to treatment with antidepressants and psychotherapy.

As a result, in clinical practice both the diagnostic and therapeutic challenges the psychogenic movement disorders is an important problem, and to get rid of the negative effects of unnecessary diagnostic test and side effects of treatment, you need to keep in mind this diagnosis.

Keywords: Dystonia, movement disorder, antidepressant medication

Giriş

Psikojen hareket bozuklukları (PHB) tanısı temelde organik sebepleri ekarte ettikten sonra konulan, klinikte hekimlerin tanı koymakta çok zorlandıkları hastalıklar arasında gelmektedir. Hareket bozuklukları sınıflaması içerisinde psikojen kökenli olanlar yaklaşık olarak bu grubun %2-3' ünü oluşturur, PHB hiperkinetik, hipokinetik ve paroksizmal olabilir, bu üç grup içerisinde en sık görüleni hiperkinetik olanlardır (1). PHB çok çeşitli kliniklerle başvurabilir ve vücudun herhangi bir bölgesini tutabilir, ayrıca organik hareket bozukluklarının tüm tiplerini taklit edebilirken tümüyle bu tablolardan farklı kliniklerle de prezente olabilir (2). Psikojenik distoniler tüm distoni vakalarının %5'inden daha azını oluştururlar, sırasıyla PHB görülme sıklıkları tremor, distoni, miyoklonus, parkinsonizm ve yürüme bozuklukları şeklindedir (3).

Bu yazıda bir süre primer distoni ön tanısı ile izlenen, ayrıca tanıya yönelik yapılan tetkik ve takipleri sonucunda psikojenik distoni tanısı konulan bir çocuk hasta sunulmuştur.

Olgu:

15 yaşında erkek hasta kliniğimize yaklaşık 5 yıldır ellerinde özellikle kalabalık ortamlarda, yemek yerken, iş yaparken ortaya çıkan distonik postür ve geceleri idrar kaçırma şikayetiyle başvurdu. Fizik ve Nörolojik muayenesinde ellerde özellikle yazı yazarken ve beceri gerektiren işleri yaparken belirginleşen distonik postür haricinde anormallik saptanmadı. Özgeçmişinde herhangi bir ilaç kullanımı, hipoksik doğum, geçirilmiş hastalık öyküsü yoktu, soygeçmişinde özellik saptanmadı.

Tanı amaçlı yapılan, rutin biyokimya, ESR değerleri, 24 saatlik idrarda bakır, serum bakır ve seruloplazmin düzeyleri normal sınırlarda idi. Hastanın istenen göz konsültasyonu sonucu göz dibi muayenesi, optik sinir ve retina muayenelerinde, slit-lamp testinde özellik saptanmadı. üroflowmetri, üriner USG ve batin USG tetkikleri normal

sınırlardaydı. Yapılan beyin MR görüntülemesi ve EEG'si normal sınırlarda idi. Levodopa yanıtı distoni tanısına yönelik olarak başlanan ve 375mg/gün' e kadar çıkılan levodopaya yanıt alınamadı. Bunun üzerine psikojen distoni düşünülen hastaya istenen psikiyatri konsültasyonu sonucunda fluoksetin ve yoğun telkin tedavisi başlandı. Takiplerinde Hastanın üst ekstremitesindeki distoninin ve idrar inkontinansının düzeldiği gözlemlendi.

Tartışma

Distoniler koreye göre daha yavaş ve uzun süreli, bükücü ve genelde tekrarlayıcı nitelikte, anormal postürlere yol açan hareketlerle karakterize istemsiz kasılmalardır(4). Distonilerin majör nedenleri arasında perinatal asfiksi, kernik terus, primer jeneralize distoni, ilaçlar, Wilson hastalığı, Haller Vorden-Spatz hastalığı ve diğer mutasyonlar sayılabilirken distoni, glutarik asidüri gibi metabolik bir hastalığın sonucu da olabilir (5,6) Segawa tarafından tanımlanan dopa yanıtı distoni genellikle çocukluk ve ergenlik döneminde rastlanır ve uykuyla düzelir, ayrıca levodopaya çok iyi yanıt verir (7), bizim vakamızda bu tanıyı ekarte etmek için başlanan levodopa tedavisinden yanıt alınamadı. Klinik pratikte ilaca bağlı çok sık distoni görülmektedir, bu ilaçlardan en sık distoni yapanlar; fenotiyazinler, haloperidol gibi nöroleptikler, metoklopiramid, metilfenidat, karbamazepin gibi anti epileptiklerdir(8). Bizim hastamız bu yönden sorgulandığında özgeçmişinde ilaç kullanım öyküsü yoktu. Bakırın beyinde, karaciğerde ve bazal ganglionlarda biriktiği Wilson hastalığı da distoniye sebep olan nedenlerden bir tanesidir, bu tablonun erken teşhis ve tedaviyle düzeltilebilir olması nedeniyle hastalığın erken tanısı çok önemlidir, hastamızın 24 saatlik idrarında bakırın ayrıca serum bakır ve seruloplazmin düzeylerinin normal sınırlarda olması nedeniyle bu tanıdan uzaklaşmıştır. PHB hastaları, hareket bozuklukları kliniklerine başvuranların yaklaşık olarak %2-3 lük kısmını oluşturmaktadır (1),

erken tanı ve tedaviyle gereksiz uygulamaların önlenmesi, hem hasta hem de toplum açısından maddi ve manevi yıkıntıların önüne geçebilir (9). Psikojen hareket bozukluğunun tanısı sırasında göz önünde bulundurulması gereken faktörler şöyle sıralanabilir; ani başlangıç, hızlı ilerleyiş, tetikleyici bir olayın varlığı, organik bir nedenle uyumlu olmayan atipik bulgular, birden fazla sayıda anormal hareketler, dikkat dağıtılınca belirtilerin kaybolması, belirtilerde değişkenlik, vücut bölgesine dikkat edildiğinde hareket bozukluğunun artması, kendiliğinden olan düzelmeler, telkin ve plaseboya iyi yanıt (10). Bizim hastamızda özellikle kalabalık ortamlarda şikayetlerin belirginleşmesi, yemek yerken, dikkat ve beceri gerektiren işleri yaparken distoninin ortaya çıkması, geceleri idrar kaçırma şikayeti, gibi psikojen hareket bozukluğunu destekleyen bulgular vardı. Psikojen hareket bozukluklarıyla beraber konversiyon, somatizasyon, simülasyon ve temaruz gibi psikiyatrik hastalıklar bulunabileceği gibi bu hastalıkların hiçbiriside saptanmayabilir (11), Psikiyatri kliniğine konsülte edilen hastamızda bu tanılardan herhangi biri tespit edilmedi. Psikojenik hareket bozuklarının Türkiye'deki sıklığı konusunda net veriler olmamakla birlikte ABD'de hareket bozuklukları konusunda uzmanlaşmış bir klinikte yapılan çalışmada bu kliniğe başvuran 842 hastanın 28'i (%3.3) PHB tanısı almıştır (1) psikiyatrik distoni hareket bozuklukları arasında görülme sıklığı açısından psikojen parkinsondan sonra ikinci sırada yer alır (3) Herhangi bir tedavinin diğerlerine üstünlüğü henüz kesin olarak gösterilmemiş olmakla birlikte tedavide çoğunlukla psikoterapi ve antidepressanların çeşitli kombinasyonları kullanılmaktadır (12) bizim hastamızda başlanan fluoksetin ve telkin tedavisine çok iyi yanıt verdi

Sonuç

Tanımlanan pek çok çeşidine rağmen psikojen hareket bozuklukları içerisinde 'psikojenik distoniler' nadirdir, klinisyenler tarafından rahatlıkla göz ardı edilebilir ve bu durum gereksiz yere yapılan birçok tetkiklere,

hasta ve toplum açısından son derece zararlı tedavi uygulamalarına neden olabilir. Tüm bu nedenlerden dolayı özellikle çocuk ve genç erişkinlerde distoni gibi hareket bozuklukları ayırıcı tanısında psikojen distoni akıldan tutulması gerekli bir tanıdır.

Kaynaklar

1. Factor S, Podskalny G, Molho E. Psychogenic movement disorders: frequency, clinical profile, and characteristics. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1995; 59: 406-12.
2. Marjama J, Troester AI, Koller WC. Psychogenic Movement Disorders. *Neurologic Clinics* 1995; 13:283-297.
3. Ray L, Watts, William C. Koller, *Movement Disorder*, second edition, McGraw-Hill Medical Publishing 2004; s 891-910.
4. Berardelli A, Rothwell JC, Halperin M, Thompson PD, Manfredi M, Marsden CD. The pathophysiology of primary dystonia. *Brain* 1998; 121(Pt 7):1195-212.
5. Güner YKY, Yüksel D. [Childhood dystonia]. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2006; 2(8):16-23.
6. Behrman RE. Movement disorders. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 16th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2000. p.1839-43.
7. Dooley JM, Furey S, Gordon KE, Wood EP. Fever-induced dystonia. *Pediatr Neurol* 2003; 28(2):149-50.
8. Senecky Y, Lobel D, Diamond GW, Weitz R, Inbar D. Isolated orofacial dyskinesia: a methylphenidate-induced movement disorder. *Pediatr Neurol* 2002; 27(3):224-6.
9. Couprie W, Wijdicks EF, Rooijmans HG ve ark.. Outcome in conversion disorder: a follow up study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1995; 58: 750-752.
10. Vanessa K Hinson, W Blake Haren Psychogenic movement disorders *Lancet Neurol* 2006; 5: 695-700
11. Williams DT, Ford B, Fahn S. Phenomenology and psychopathology related to psychogenic movement disorders. *Adv Neurol* 1995; 65: 233-57.
12. Voon V, Lang A. Antidepressant outcomes of psychogenic movement disorders. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 1529-34.