

Tardieve dyskinesieën bij kinderen

door A. Gobin

Inleiding

Tardieve dyskinesie bij kinderen blijft vaak onopgemerkt of wordt gediagnostiseerd als 'psychotische stereotypie'. Hiervoor zijn twee redenen: 1) Naar mijn ervaring worden neuroleptica als propericiazine (Neuleptil), thioridazine (Melleril) en haloperidol (Haldol) bij kinderen vaker voorgeschreven bij gedragsstoornissen zoals onhandelbaarheid, slapeloosheid, overbeweeglijkheid, agressiviteit en dergelijke dan voor psychotische verschijnselen. Dus meer om de sederende werking dan om hun antipsychotische eigenschap. Zij worden ook voorgeschreven door kinderartsen en huisartsen. Daardoor kunnen nevenverschijnselen gemakkelijk buiten het gezichtsveld van de psychiater blijven. 2) De symptomen van tardieve dyskinesie gedurende de schoolleeftijd verschillen meestal van die van volwassenen.

Terwijl bij volwassenen de buccolinguo-faciale vorm het meest frequent aangetroffen wordt, vindt men deze bij kinderen jonger dan 12 jaar zelden beschreven (Polizos, 1978). Wel worden in het gelaat grimasserende trekkingen en ook wegdraaien van de ogen, evenals opensperren van de mond beschreven. De verschijnselen treden bij de kinderen meestal minder in het gelaat op dan in de ledematen en de romp. Zij zijn vaker van een polymorf type en gelijken op chorea, myoclonieën, ballismus en athetose. De symptomen treden geleidelijk op en beginnen vaak in het gelaat; zij breiden dan uit naar de ledematen en de romp (Gerlach, 1980; Gualtieri, 1981). Zij verschijnen niet alle tegelijk: soms ziet men choreatische bewegingen of myoclonieën, dan weer ballistische of athetotische bewegingen. De rukkende bewegingen zijn minder sterk uitgesproken en vertonen meer herhalingen dan

Schrijver is als kinderpsychiater werkzaam bij de RIAGG te Ede-Veenendaal, privé-adres: Livingstonelaan 862, 3526 JL Utrecht. De casuïstische studie werd gemaakt van een patiënt van de observatiekliniek 'De Ederhorst' te Ede.

bij chorea; de athetotische bewegingen zijn meer distaal gelokaliseerd. Het al dan niet optreden van de symptomen is ook veranderlijk: deze variatie zou verband hebben met alertheid (afwezig bij slaap en bij ingespannen activiteit), met de emotionele spanning (toename bij onprettige emoties), met de opgerichte houding (toename) en met het ontbreken van willekeurige activiteit (toename).

Dyskinesieën bij kinderen als gevolg van neuroleptica

	symptomen	periode	kind tot 12 jaar	puberteit
acute torsiedystonie	hypertonie in mond, nek, rug tongprotrusie	na 1-5 dgn	++	++
parkinsonisme	hypokinesie rigiditeit tremor kwijlen gebogen houding	na 5-30 dgn	±	+
akathisie	rusteloos veranderen van stand van zithouding	na 5-60 dgn	--	+
initiële hyperkinesie	hyperkinesie tasikinesie dyskinesieën	5-10 dgn na verhogen van dosis	++	+
tardieve dyskinesie	buccolinguo- faciaal	na maand of jaren	±	+
	chorea-athetose ballisme		++	+
WES withdrawal emergence symptoms	hyperkinesie dyskinesieën nausea braken	14 dgn na staken	+++	++

Aangevuld en gewijzigd uit Tardive Dyskinesia, 1980

Er is een verband met de wijziging van dosis: een verhoging kan verschijnselen uitlokken van bewegingsonrust en onwillekeurige dyskinesieën, door Gerlach (1979) 'initiële hyperkinesie' genoemd. Er is eveneens verband gelegd tussen het staken van neuroleptica en het verschijnen, enkele weken later, van hyperkinetische dyskinesieën, door sommige auteurs 'withdrawal dyskinesia of WES (withdrawal emergence symptoms) genoemd (Polizos, 1973); zij gelijken op de

boven beschreven tardieve dyskinesie en gaan meestal gepaard met ataxie, nausea en braken. Zij treden zeer vaak op bij kinderen en verdwijnen weer in de helft van de gevallen binnen 2 tot 5 weken na het staken van het neurolepticum.

De tabel geeft een samenvatting van de symptomatologie van enige extrapiramidale syndromen ten gevolge van neurolepticagebruik bij kinderen en bij volwassenen.

Casuïstiek: de ziektegeschiedenis van Paul

In de literatuur zijn mededelingen over tardieve dyskinesie bij kinderen betrekkelijk zeldzaam. Onderstaande casuïstiek wil illustreren hoe gecompliceerd de verschijnselen en hoe gevarieerd de waarschijnlijke oorzaken bij kinderen kunnen zijn.

Paul is geboren in 1964. Zwangerschap en partus verliepen normaal. Als baby reageerde hij weinig op de omgeving, overigens verliep zijn ontwikkeling normaal tot omstreeks 18 maanden. Het begin van praten verdween geheel, zijn gedrag werd stereotiep, hij zocht weinig contact en weerde aanhalen af. Op kleuterleeftijd toonde hij negativistisch, onhandelbaar en soms agressief gedrag. Paul kreeg propericiazine (neuleptil) voorgeschreven, waarop hij rustiger werd. Hij gebruikte dit 5 jaar lang, tot zijn 9e jaar. In 1970 werd bij hem de diagnose autisme gesteld. In september 1973 werd Paul voor het eerst opgenomen wegens niet te beïnvloeden drift- en gilbuien, agressiviteit en automutilatie.

De toestand bij opname is als volgt samen te vatten: Paul zondert zich af en is opvallend traag. Hij wordt driftig als men hem stoort. Zijn taalgebruik is armoedig, er komt veel echolalie voor. Hij toont ticachtige trekkingen in zijn gezicht en soms krampachtige bewegingen in het hele lichaam met spreiden van de vingers. Deze symptomen werden als stereotypieën opgevat, passend bij de kinderpsychose.

Verloop van de symptomatologie – Kort na opname nemen de bewegingsstoornissen toe. Paul vertoonde geen buccolinguo-faciale symptomen. Wel zagen wij een half jaar na opname motorische agitatie en knaagstereotypieën optreden, die zes maanden later veranderden in ticachtige en choreatische trekkingen in gelaat, schouders en ledematen en ook rukkende ballistische bewegingen van de romp. Pas toen vermoedden wij de diagnose tardieve dyskinesie, zoals die in een later verschenen literatuuroverzicht van Gualtieri (1981) werd beschreven.

Naast de symptomen van tardieve dyskinesie zagen wij verschijnselen van motorische overbeweeglijkheid, opwinding en op katalepsie en tasikinesie gelijkende verschijnselen. De choreatische en ballistische verschijnselen traden abrupt op en repeteerden zich meestal tweedriemaal kort na elkaar; hoewel discontinu konden zij een frequentie bereiken van ongeveer tienmaal per minuut. Er traden ook lange tus-

Tabel 1: Schematisch overzicht symptomen-medicatie

data	symptomen/ indicatie	medicatie	effect	nevenwerking
sept. 74	diagnose psychose + stereotypieën	propericiazine <i>stop</i> start pimozide 1 mg	↑	
nov. 74	optimale dosis 0,1 mg/kg	pimozide 2,75 mg	↑ ↑	
febr. 75	bijt-knaagstereo- typieën	pimozide 3 mg	↓	motorische agitatie toename stereotyp. concentratieverlies inslaapstoornis
		pimozide 2,75 mg	↑	
juni 75	nog stereotypieën	start orphenadrine 75 mg start haloperidol 1,5 mg	↓ ↓	
juli 75	tics choreatische en ballistische dyskinesieën	haloperidol <i>stop</i> pimozide <i>stop</i> start levomepromazine → 50 mg	↓ ↓	toename dyskinesieën eet-slaapstoornis psychischedesintegratie
aug. 75	diagnose: TD + effect medicatie wisseling	orphenadrine <i>stop</i> levomepromazine <i>stop</i> start pimozide	↑ ↑	
sept. 75	bewegingsstoorn.	diazepam 5 mg I.V.	↑	
nov. 75	waterpokken + jeuk! na 3 dagen nog dyskinesieën	start promethazine promethazine <i>stop</i> start diazepam	↓ ↑ 4 mg - 9 mg ↑ ↑ 4 mg ↓ 9 mg ↑	verlaagd bewustzijn dyskinesieën
mrt. 76	nog lichte TD is er een anti- psychoticum zonder TD?	start thioridazine 100 mg-		
juni 76	idem	thioridazine <i>stop</i> start sulpiride 150 mg	-	
okt. 76	idem	sulpiride <i>stop</i> start clozapine 75 mg diazepam 2 mg	-	
jan. 77	idem nog steeds TD	clozapine <i>stop</i> start pimozide opt. dosis 0,07 mg/kg	↑ ↑	

→ geleidelijk stijgende of dalende dosis

↓ verslechtering ↑ verbetering

senpauzes op. De symptomen namen toe bij spanning en emotie; zij verdwenen tijdens de slaap.

Medicatiebeloop – In het schematisch overzicht hieronder zijn de verschillende medicaties weergegeven met hun effect op de verschijnselen.

Commentaar – Wat opvalt is de periode van vier jaren 'trial and error'. Aanvankelijk imponeerden de bewegingsstoornissen als stereotypieën en pas geruime tijd na opname werd als diagnose gesteld: 'dyskinesieën als gevolg van neuroleptica'.

Differentiaaldiagnostisch werd gedacht aan chorea van Huntington, chorea na encefalitis, een familiale choreathetose en aan de Tourette ziekte. Deze konden worden uitgesloten. Het is aannemelijk dat na vier jaar medicatie met propericiazine (neuleptil) een sensibilisering was opgetreden van de dopaminereceptoren. In deze conditie was pimozide (Orap) in een dosis van 0,1 mg/kg/d een relatief hoge dosis en lokte katalepsie en tasikinesie uit, terwijl het middel in een wat lagere dosis juist effectief bleek voor wat betreft de tardieve dyskinesie.

Waargenomen werd dat na de toediening van dexetimide (Tremblex) en orphenadrine (Disipal) een toename optrad van de dyskinesieën. Dit is in de literatuur beschreven (Gerlach, 1974). Een toename van de hyperkinetische dyskinesieën volgde na toediening van een antihistaminicum, dat evenals antiparkinsonmiddelen een anticholinergische werking heeft (Gobin, 1983, dit tijdschrift).

Toen zich eenmaal dyskinesieën hadden ontwikkeld, bleek het toedienen van neuroleptica die erom bekend staan dat ze geen of weinig tardieve dyskinesieën zouden veroorzaken, ook niet effectief om de dyskinesieën te bestrijden (thioridazine, clozapine, sulpiride).

Tenslotte bleek een toediening van levomepromazine de meest dramatische verslechtering tot gevolg te hebben.

Uiteindelijk bleek tot onze verrassing pimozide in een wat lagere dosering 0,07 mg/kg betere resultaten te geven dan eerder beproefde neuroleptica.

Literatuur

- Gerlach, J., et al. (1979). Tardive dyskinesia. *Dan. med. bull.* 46, 209-245.
- Gualtieri, C. Th., et al. (1981). Tardive dyskinesia and other movement disorders in children treated with psychotropic drugs. *J. Am. Child Psychiat.*, 491-510.
- Polizos, P., et al. (1978). Dyskinetic phenomena in children treated with psychotropic medications. *Psychopharm. Bull.* 14, 65-68.
- Polizos, P., et al. (1973). *Neurological consequences of psychotropic drug withdrawal in schizophrenic children.*
- Tardive dyskinesia: Summary of a Task Force Report of the American Psychiatric Association, (1980). *Am. J. Psychiat.* 137, 1163-1172.

A. Gobin

Tardive dyskinesia in children

In a short exposition we are given a description of different dyskinetic phenomena among children following the prolonged usage of neuroleptic drugs. They are

compared with those ascertained in adults. Attention is given to the criteria for discrimination: the specific symptoms, the time of onset and the age in which they occur.