

Tardieve dyskinesie: het klinisch beeld bij de volwassene

door H. K. Kief

Inleiding

De kennis van de symptomatologie van tardieve dyskinesie is belangrijk voor tijdige herkenning en behandeling van dit ernstige ziektebeeld. Dit moge triviaal schijnen, de ervaring heeft geleerd dat veel psychiaters het beeld niet of onvoldoende kenden, waardoor kansen op preventie, behandeling of symptoomvermindering gemist werden.

Hulpverleners denken vaak dat tardieve dyskinesie een vorm is van 'schizofreen grimassen' en zoeken de stoornis in de psychologische sfeer in plaats van de somatische sfeer. Dit wordt nog versterkt door het feit dat vooral chronische patiënten zich van de bewegingen vaak bewust zijn en er zich weinig aan lijken te storen. Jongere mensen kunnen zich de bewegingen wel degelijk bewust zijn en zoeken dan voor zichzelf een redelijke verklaring om de ziekte 'weg te redeneren'. Ik kom daar nog op terug.

Een tardieve-dyskinesiepatiënte (Kief, 1979) die haar ziekte had ontwikkeld gedurende het driejarige gebruik van een phenothiazine-derivaat – voorgeschreven in verband met onduidelijke duizeligheid – schaamde zich zo sterk voor haar grimassen, dat zij bij opname op de neurologische afdeling verzocht om op een kamertje alleen te mogen liggen. Zij was bereid van haar kleine pensioentje de extra kosten bij te betalen (!). Op dit aanbod werd uiteraard niet ingegaan.

Definitie en onderzoek

Zuivere tardieve dyskinesie is een hyperkinetisch hyper- of normotoon syndroom, dat kan uitbreken na maandenlange neurolepticabehandeling, soms aansluitend aan het stoppen met of verlaging van de

Schrijver is als psychiater verbonden aan het psychiatrisch ziekenhuis Vogelzang te Bennebroek.

dosis van neuroleptica of bij (of ten gevolge van!) neurolepticatherapie frequent verstrekte anticholinerge medicatie (Gerlach, 1974; Faurbye, 1964; Good, 1981). Het bekendst en meest in het oog lopend is het buccolinguo-masticatoire syndroom (BLM-syndroom) (Sigwald, 1959). (Dit is bij de volwassene, bij kinderen is het meer een aandoening van de extremiteiten, vlg. Gobin, elders in dit nummer.)

De symptomen van tardieve dyskinesie kan men vaststellen met behulp van het AIMS-onderzoek (AIMS = Abnormal Involuntary Movement Scale). Dit onderzoek is een gestandaardiseerd lichamelijk onderzoek dat op geregelde tijden bij neuroleptica gebruikende patiënten dient te worden uitgevoerd en werd ontwikkeld door het Nationaal Institute of Mental Health in de Verenigde Staten. De hierbij behoren-

Tabel I: Symptomatologie van tardieve dyskinesie (deze behoeven niet alle tegelijk voor te komen)

I.	Mimische musculatuur	VI.	Rompspieren
	- knippen met de oogleden		- schouderophalen
	- ooglidkrampen		- rotatie of kanteling van het
	- tics (rond ogen en mond)		bekken
	- grimasseren		- rocking = schommelen met
	- smakken met de lippen		het gehele lichaam
	- 'tabakszakblazen'		- abnormale bewegingen van
	- zuigen		het diafragma waardoor ook
	- lippen tuiten		een vreemde, explosieve
	- lippen rimpelen (packering)		spraak kan ontstaan.
II.	Kauwspieren	VII.	Spieren van de ledematen
	- kauwbewegingen		- chorea-athetotische vinger-
	- laterale kaakbewegingen		bewegingen
	- op en neer bewegen van de		- buigen of verdraaien van de
	onderkaak		pols
III.	Tongspieren		- ballistische bewegingen
	- uitsteken van de tong, rit-		- buiging en rotatie van de en-
	misch		kel
	- lippen lekken, ritmisch		- teenbewegingen
	- tong in de wang steken (bon-		- met de voet op de vloer tik-
	bon-teken) ritmisch		ken
	- chorea-athetotische myo-		- langs gelaat of dijbenen
	kymia		wrijven met de hand
IV.	Keelspieren	VIII.	Diversen
	- klonische bewegingen van		- algehele rigiditeit (hyperto-
	het palatum molle		nie)
	- onwillekeurige slikbewe-		- myoclone trekkingen
	gingen		- ademhalingsverandering
	- abnormale geluiden		tijdens de slaap (de pauze
V.	Nekspieren		tussen in- en expiratie ver-
	- torticollis		dwijnt)
	- retrocollis		

de schaal is door de auteur in het Nederlands vertaald (Kief, 1980), Itoh (1976) et al. menen dat het onderzoek ook geschikt is voor andere nationaliteiten. Over de merites van het gebruik van beoordelings-schalen bij tardieve dyskinesie zij verwezen naar het artikel van Roos et al.

Na het volledige onderzoek (en niet eerder!) mag de AIMS-schaal worden ingevuld. Indien de patiënt 3 of meer punten scoort is volgens de AIMS sprake van tardieve dyskinesie.

Vanaf de eerste beschrijving door Schönecker in 1957 zijn de bekendste symptomen van tardieve dyskinesie de merkwaardige bewegingen van het gelaat: Kauw-, smak- en zuigbewegingen, het uitsteken van de tong, etc. Tabel 1 geeft een opsomming van de symptomen die zich bij TD kunnen voordoen. Beschouwen we het buccolinguo-masticatoire (BLM) syndroom wat nader. Sommige patiënten lijken voortdurend te kauwen, alsof zij kauwgom in de mond hebben, anderen openen en sluiten de mond ritmisch, al dan niet gepaard gaande met het uitsteken van de tong, een handeling welke heel beeldend de 'fly-catchers-tongue' genoemd wordt.

Voorbeeld: een 54-jarige zwakbegaafde vrouw met gedragsanomalieën en epilepsie, stak haar tong 'tot aan de wortel' gemiddeld 35 keer per minuut uit en leek hem daarbij als het ware nog een duwtje na te geven. Soms glijdt de tong van de ene mondhoek over de lippen naar de andere mondhoek. Soms wordt de tong in de wang gedrukt en lijkt het of de patiënt een snoepje eet (bonbon-teken). De Deense onderzoeker Gerlach (1974) heeft een scoringslijst ontwikkeld om dit bewegen in maat en getal vast te leggen, waarbij frequentie, amplitude en duur van de bewegingen worden gescoord. (Zie Roos, Buruma, Kemp in dit nummer.)

Dikwijls vallen de bewegingen bij oppervlakkige beschouwing niet op. Dit gebeurt pas wanneer de patiënt op verzoek van de onderzoeker afleidingsmanoeuvres uitvoert. Een goede methode is bijvoorbeeld de patiënt te vragen afwisselend de verschillende vingers naar de duim te brengen: de gelaatsbewegingen worden dan vaak duidelijker.

Het BLM-syndroom dient onderscheiden te worden van het 'schizofreen grimassen', en ook van de door Kahlbaum (1874) al in de vorige eeuw beschreven 'Schnauzkrampf'. Deze laatste heeft een geheel andere bewegingsafloop, heeft een expressief karakter en duurt veel langer dan tardieve dyskinesie. Bij de tardieve dyskinesie ziet men wel dikwijls dat de lippen ritmisch getuit worden gedurende ± 1 seconde. In het gelaat kunnen voorts de voorhoofdsspieren en de oogspieren aangedaan zijn. Men ziet dan dat de ogen steeds omhoog worden gedraaid; dit is oculogyre dystonie (Nasrallah, 1980). Ook frequent knipperen van de ogen komt voor. In ernstige gevallen doen de slikspieren mee (onwillekeurige slikbewegingen) en kunnen we bewegingen van het strottehoofd en klonische bewegingen van het palatum molle waarnemen.

Ten gevolge hiervan kunnen gemakkelijk verslikpneumonieën ont-

staan. De betrokken patiënten hebben vrijwel altijd gebitsklachten, met name als zij een prothese dragen. Het ondergebit kan door de voortdurende hyperactiviteit van de kaak, te zamen met de zuigbewegingen van de bovenlip, niet op de plaats blijven. Op de lange duur is de prothese daar niet tegen bestand. Door instabiliteit van de kaak is het maken van een nieuwe prothese vrijwel onmogelijk (Koel, pers. med.).

Ook de spraak kan worden aangetast, en wel zo dat er een hortende, explosieve wijze van spreken ontstaat. Dit laatste kan nog worden versterkt door dyskinetische bewegingen van het middenrif. In dergelijke gevallen kan er levensgevaar optreden (Casey, 1978) en in sommige gevallen moet dan met neuroleptica, middelen die de ziekte hebben veroorzaakt, worden behandeld (Diamant, 1980).

Bij tardieve dyskinesie kunnen romp en ledematen eveneens zijn aangedaan. Soms zijn er chorea-athetotische bewegingen van de nek, zich uitende in retrocollis of torticollis. Soms ook ziet men het optrekken van de schouders, het kantelen van het bekken en zogenaamde rocking movements van het onderlichaam, dat wil zeggen het bekken wordt op ritmische wijze naar voren en naar achteren bewogen. Dit laatste wordt nog weleens gemisinterpreteerd als coïtusbewegingen. Bij één van de verblijfpatiënten, een 57-jarige vrouw die al meer dan 25 jaar opgenomen was, leidde dit tot vermanende opmerkingen van de verpleging.

Wat de dyskinesieën van de extremiteiten betreft ziet men nogal eens chorea-athetotische bewegingen van handen en vingers, vooral als de armen in rust zijn. De bewegingen zijn wat trager dan de 'gewone' choreatische bewegingen. Verder ziet men buigen en draaien van de pols, etc. Al dit soort bewegingen kunnen goed geobserveerd worden wanneer de patiënt voor de onderzoeker heen en weer loopt. Soms kan men dan ook pas goed de ballistische slingerbewegingen van de armen waarnemen.

Bij de zittende patiënt kan men zien of de voet, eventueel de tenen bewegingen maken, de zogenaamde 'tapping movements'. Naar de ervaring van de auteur komt akathisie vaak voor bij patiënten met tardieve dyskinesie, zij het soms alleen anamnestic.

Het is goed nog eens te benadrukken dat de patiënt bij navraag dikwijls zegt zich de bewegingen niet bewust te zijn, of er niet door geteisterd te worden. Soms ook wordt de mondbeweging door de patiënt anders benoemd: 'Ik heb wat zenuwtrekkingen in m'n mond', of 'Dat is alleen maar nervositeit'. Bij een 30-jarige vrouw, opgenomen onder de diagnose 'schizo-affectieve psychose', ging dit zo ver, dat zij objectieve verbeteringen in stemming en gedrag ontkende, omdat de mondbewegingen voor haar betekenden, dat zij nog zenuwachtig was; van verbetering kon dus geen sprake zijn.

Spontaan beloop en prognose

In zuivere vorm wordt tardieve dyskinesie meestal manifest na neurolepticagebruik van enkele maanden tot 2 jaar (Kief, 1980). Opvallend is dat tardieve dyskinesie zich vaak manifesteert bij staken of dosisverlaging van het 'ziekmakende' medicament (Van Praag, 1977). Indien het ziektebeeld optreedt na het staken van deze middelen en de symptomen in de loop van enkele dagen tot weken verdwijnen, spreekt men van 'withdrawal dyskinesieën'. Bij mensen jonger dan 30 jaar verdwijnen de bewegingen nogal eens binnen enkele weken tot maanden (Van Praag, 1977), terwijl ze bij ouderen aanwezig kunnen blijven, of eerst langzaam, in de loop van maanden tot 1 à 2 jaar verdwijnen (Kief, 1980). Een extra moeilijkheid bij de beoordeling zijn de fluctuaties in het ziektebeeld in de loop van de dag. Sommige onderzoekers menen dan ook dat scoringen bij tardieve-dyskinesieonderzoek voor iedere patiënt op hetzelfde tijdstip van de dag moeten worden uitgevoerd.

Klawans (1980) wijst er in een recent artikel op dat tardieve dyskinesie, indien onbehandeld, een progressieve ziekte is en dat de kans dat de ziekte nog omkeerbaar is afhangt van de vroege opsporing en van de ernst van de aandoening. Regelmatige controle, bijvoorbeeld aan de hand van de AIMS bij neuroleptica gebruikende patiënten, is derhalve noodzakelijk. Eerst twee jaar na het stoppen met neuroleptica kan de arts en definitieve uitspraak doen over de eindtoestand.

Indien de patiënt na het staken van de medicatie opnieuw psychotisch wordt, ontstaat er een moeilijk behandelprobleem. Daar komt het volgende nog bij: Menta (1978) suggereert dat tardieve dyskinesie de levensduur van de patiënten met enkele jaren verkort. Tardieve dyskinesie zou derhalve een nog groter probleem vormen dan men tot voor kort aannam.

Onderzoek ter ondersteuning van de diagnose tardieve dyskinesie

Weiss (1980) beschrijft een methode om tardieve dyskinesie te onderscheiden van enkele andere extrapiramidale syndromen. Physostigmine zou de symptomen van tardieve dyskinesie doen verbeteren en Parkinsonsymptomen verslechteren, benzotropine zou het omgekeerde effect hebben. Het zogenaamde rabbit-syndroom zou men aldus van de tardieve dyskinesie kunnen onderscheiden. Dit rabbit-syndroom is een merkwaardige extrapiramidale bewegingsanomalie, die bestaat uit een snelle (5 per seconde), fijne tremor van de lippen (Villeneuve, 1972). Werkwijze: men spuit 1 mg physostigmine intraveneus in, eventueel na 5 minuten nog eens 1 mg. Nadelige effecten van physostigmine kunnen geantagoneerd worden met atropine of 1 mg methylscopolamine. Van benzotropine (Cogentin) geve men eveneens 1 mg intraveneus. De uitkomsten van dergelijk onderzoek worden samengevat in tabel II.

Tabel II tardieve dyskinesie Parkinson rabbit-syndroom

Physostigmine	verbetert	verslechtert	verslechtert
Benztropine	verslechtert	verbetert	verbetert

De waarde van dit onderzoek is omstreden: het dient klinisch te worden uitgevoerd.

Laboratoriumonderzoek bij tardieve dyskinesie

Het klinisch-chemisch onderzoek geeft geen steun aan de diagnose 'tardieve dyskinesie'. In bloed en urine van tardieve-dyskinesiepatiënten zijn tot op heden geen specifieke afwijkingen gevonden. Glazer (1981) beweert dat bij vrouwen in de menopauze het serum-prolactinegehalte de ernst van de tardieve dyskinesie zou bepalen. De auteur heeft getracht een en ander in een onderzoek van 11 patiënten te repliceren, maar kon de bevinding van Glazer niet bevestigen. In het artikel van Pelckmans, Lucieer en Leynse-Ybema wordt uitvoeriger aandacht besteed aan mogelijke chemische parameters voor de diagnostiek in tardieve dyskinesie.

Enkele slotopmerkingen

Naast de eerder vermelde symptomen zijn de volgende ernstige complicaties het afzonderlijk vermelden waard:

- letsels van het tempo-mandibulaire gewricht door voortdurende kauw- en maalbewegingen;
- slijmvliesulcera in de mond;
- ten gevolge van het bovenstaande eetproblemen met soms ernstige vermagering;
- uiteenlopende handicaps die het normale functioneren aanzienlijk kunnen belemmeren. De houdings- en bewegingsafwijkingen geven de patiënt het stempel ernstig gestoord te zijn. Het liefdesleven kan nadelig beïnvloed worden, iets waarover de literatuur zwijgt. De echtgenoot van een patiënte: 'Wat zoen jij raar de laatste tijd'. Bovenstaand kan leiden tot reacties van schaamte, neerslachtigheid en depressie.

Literatuur

- Casey, D., en Rubins, P. (1980). Tardive dyskinesia as a life threatening illness. *Am. J. Psychiat* 135, 486-488.
- Diamant, J. J., en Brok, L. J. M. (1980). Problemen rondom het meten van tardieve dyskinesie en gedragsveranderingen bij systematische bijstelling van neuroleptische medicatie bij opgenomen chronische psychotici. *Bulle-*

- tin COBO, sectie geestelijke gezondheidszorg van de nationale ziekenhuisraad 80, 52-59.
- Fann, W. E., en Lake, C. R. (1974). On the coexistence of parkinsonism and tardive dyskinesia. *Dis. Nerv. Sys.* 35, 324-326.
- Faurbye, A., Rasch, P. J., Petersen, P. B., Brandborg, G., en Pakkenberg, H. (1964). Neurological symptoms in pharmacotherapy of psychosis. *Acta Psychiat. Scand.* 40, 10-27.
- Gerlach, J. (1974). *Tardive dyskinesia* (thesis). Laegeforeningsforlag, Copenhagen.
- Glazer, W. M., Moore, A. C., Bowers, M. B., en Brown, W. A. (1981). Serum-prolactin and tardive dyskinesia. *Am. J. Psychiat.* 138, 1498-1446.
- Itoh, H., Miura, S., en Yagi, G. (1976). A method for explaining dyskinetic movement. A film presentation. *Psychopharmacology Bulletin* 12, 3-10.
- Kahlbaum, K. L. (1874). *Die Katatonie oder das Spannungsirresein*. Berlin, August, Hirschwald, Berlin.
- Kief, H. K. (1979). Dyskinesia Tarda door langdurige toediening van thiethylperazine (Torecan -); voorgeschreven wegens 'duizeligheid'. *Ned. T. v. Geneesk* 123, 1460-1463.
- Kief, H. K. (1980). Tardieve dyskinesie: als bijwerking hoofdzak wordt. *Bulletin van de coördinatiecommissie biochemisch onderzoek van de sectie geestelijke gezondheidszorg van de nationale ziekenhuisraad*, 80, 47-51.
- Klawans, H. (1980). Tardive dyskinesia, review and update. *Am. J. Psychiat.* 137, 900-908.
- Koel, Dr. E., tandarts, persoonlijke mededeling.
- Menta, D., Mallya, A., en Volavka, J. (1978). Mortality of patients with tardive dyskinesia. *Am. J. Psychiat.* 135, 371-372.
- Nasrallah, H. A., Pappas, N. J., en Crowe, R. R. (1980). Oculogyric Dystonia in Tardive Dyskinesia. *Am. J. Psychiat.* 137, 850-851.
- Schönecker, M. (1957). Ein eigentümliches Syndrom im Oralen Bereich bei megaphenapplication. *Der Nervenarzt* 28, 31.
- Sigwald, J., Bouttier, D., Raymondeaud, C., en Piot, C. (1959). Quartre cas de dyskinésie facio-buccolinguo-masticatrice à evolution prolongé à un traitement par les neuroleptiques. *Rev. Neurol.* 100, 751-755.
- Van Praag, H. M. (1977). *Psychopharmaca*. Van Gorcum, Assen.
- Villeneuve, A. (1972). The rabbit syndrome, a peculiar extrapyramidal reaction. *Canad. Psychiat. Ass. J.* 17, 69-72.
- Weiss, K. J., Ciraulo, D. A., en Smader, R. I. (1980). Physostigmine-test in the rabbit syndrome and tardive dyskinesia. *Am. J. Psychiat.* 137, 627-629.

H. K. Kief

Tardive Dyskinesia in the adult patient.

Although the bucco-lingo-masticatory (BLM) triad is the most common feature of tardive dyskinesia, careful examination shows us that the disease can also express itself in form of involuntary movements of other parts of the body eg. trunk and extremities. Occasionally the involvement of these parts of the body may be the only evidence of tardive dyskinesia and the bucco-lingo-masticatory (BLM) triad may be altogether absent. The diagnosis in such cases may well be missed if this fact is not kept in mind.

A survey of the commonly seen presentations of tardive dyskinesia has been given. A complete listing of the possible presentations is hardly possible since some of the rare presentations are seldom reported or are perhaps yet to be seen. Attention has been drawn to the possibility of co-existence of tardive dyskinesia and syndrome of pseudoparkinsonism.

An outline of the natural history and prognosis of the condition has been given and some of the debilitating aspects of tardive dyskinesia have been commented upon.