



چکیده

دیستونی از عوارض جدی داروهای ضدجنون است که به دو شکل حاد و مزمن دیده می‌شود. بیمار مردی ۲۳ ساله است که اولین بار در سال ۸۱ با علائم بیماری اسکیزوفرنی پارانوئید بستری گردید. در همان زمان تحت درمان با داروهای ضدجنون (ریسپریدون و پرفنازین) قرار گرفته و پس از ترخیص، درمان فقط با پرفنازین ۱۶ میلی‌گرم روزانه ادامه یافت. از فروردین سال ۸۲ به تدریج دچار کجی پیشرونده گردن به یک طرف شد که به شدت مزاحم و ناراحت کننده بود و با تشخیص دیستونی دیررس بستری شد. درمان‌های دارویی پیشنهادی بهبودی به همراه نداشت. نهایتاً تحت درمان با الکتروشوک به مدت ۶ جلسه قرار گرفت که پس از گذشت چند جلسه بهبودی جالب توجهی نشان داد. پس از ترخیص و شروع مجدد داروی ضدجنون کلوزاپین نیز عود (پس از دو سال) مشاهده نشد. این گزارش با هدف پیشنهاد یک روش درمانی موثر برای دیستونی دیررس انجام شد.

کلید واژه‌ها: دیستونی دیررس - الکتروشوک

دکتر علی منطقی

استادیار گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر سید کاوه حجت

دستیار روان‌پزشکی مرکز ابن سینا مشهد

نویسنده مسؤول: دکتر علی منطقی

پست الکترونیکی: manteghiy@yahoo.com

نشانی: مشهد، بلوار حر عاملی، جنب نقلیه آستان قدس

رضوی، بیمارستان روان‌پزشکی ابن سینا، کدپستی ۹۱۹۵۱

تلفن: ۰۵۱۱-۷۱۱۲۷۲۱-۲

نمابر: ۷۱۱۲۷۲۳

وصول مقاله: ۸۴/۵/۱۵

اصلاح نهایی: ۸۵/۶/۱۰

پذیرش مقاله: ۸۵/۶/۲۸

مقدمه

عوارض حرکتی حاد ناشی از مصرف ضدجنون‌ها فراوان است که برخی مانند پارکینسونیسم، دیستونی حاد و آکاتزیا با درمان‌های مناسب بهبودی نسبتاً سریعی نشان می‌دهد. دیستونی حاد شکلی از اختلال حرکتی است که به شکل انقباضات آرام، غیرارادی و دردناک عمدتاً در سر و گردن و اندام‌های فوقانی ظاهر شده و برای بیمار ترساننده و گاهاً خطرناک می‌باشد. معمولاً چند روز پس از دریافت داروی ضدجنون و عمدتاً در مردان جوان اتفاق می‌افتد و به شکل کج شدن گردن، باز شدن بیش از حد دهان و خروج زبان، تورم زبان و گاهی انسداد حنجره و احتمال خفگی می‌باشد. درمان‌های مرسوم شامل کاهش دوز یا حذف داروی اولیه همراه با تجویز داروهای آنتی کولینرژیک، ضدپارکینسون، بنزودیازپین‌ها، دیفن‌هیدرامین می‌باشند (۱).

اما عوارض دیررس ناشی از تداوم مصرف ضدجنون‌ها، از جمله دیسکینزی دیررس یا دیستونی دیررس و انواع دیگر سندرم‌های حرکتی دیررس در دسر بزرگی برای بیمار و درمانگر ایجاد می‌کنند. هیچ فاصله زمانی امنی بین مصرف ضدجنون‌ها و ایجاد عوارض دیررس آنها وجود ندارد (۲). این عوارض معمولاً چند ماه پس از شروع ضدجنون (حدافل ۳ ماه) آغاز می‌شود. عوامل مستعد کننده ابتلاء به آن عبارتند از: بیماری موثر بر CNS، دریافت قبلی الکتروشوک (ECT)، دوز بالای داروی ضدجنون (به ویژه انواع نوعی)، عقب‌ماندگی ذهنی و مصرف همزمان ضدپارکینسون و غیره. دیستونی دیررس اختلالی است بسیار مزاحم که اغلب نواحی سر و گردن و ستون فقرات را مبتلا می‌کند و باعث کج شدن این نواحی به طرفین یا جلو و یا عقب می‌شود و در غالب موارد در طرف راست دیده می‌شود. سیر اختلال ثابت یا پیش‌رونده است و تا به حال درمان قطعی برای آن پیشنهاد نشده است. هدف این مطالعه معرفی یک مورد دیستونی دیررس است که درمان موفقیت‌آمیزی به همراه داشت.

معرفی بیمار

بیمار مردی ۲۳ ساله است که برای اولین بار در سال ۱۳۸۱ در سن ۲۰ سالگی، در مرکز روان‌پزشکی با علائم زیر بستری شد:

هذیان آسیب و گزند (اعتقاد به همدستی خواهرش با یک پزشک عمومی برای مسموم کردن وی)، توهم شنوایی، بینایی

و بویائی (استشمام بوی گاز)، اعتقاد به این که در اثر استشمام گاز مغز و نخاعش از یکدیگر جدا شده‌اند، اعتقاد به این که جمعیت جهان را باید به طریقی کم کند، سستی تداعی، احساس ویرانی قریب الوقوع جهان، حرف زدن با خود و آینه، و فقدان ارتباط اجتماعی.

وی یک ضربه به سر در هشت سالگی داشت که پیگیری نشده بود. در بررسی بالینی و آزمایشگاهی برای رد اختلالات طبی یافته‌های شیمی خون و تصویرنگاری مغز طبیعی بود. بهره هوشی وی هشتاد گزارش شد و نوار مغز یافته‌های غیراختصاصی داشت و معاینات نورولوژی کاملاً طبیعی بود. بیمار با تشخیص اسکیزوفرنی نوع پارانوئید تحت درمان با پرفنازین و ریسپریدون قرار گرفت و با پاسخ نسبتاً خوب (بدون عارضه داروئی) ترخیص گردید.

در مراجعات بعدی ریسپریدون قطع شد و پرفنازین ۱۶ میلی گرم روزانه ادامه یافت. علائم مثبت اختلال به طور قابل توجهی کنترل شد، اما علائم منفی تغییر چندانی نداشت.

تا فروردین سال ۸۲ مشکل جدی وجود نداشت تا این که اولین علائم به صورت کج شدن گاه بگناه گردن به طرف راست مشاهده شد. درمان قبلی قطع شد و تحت درمان با تیوریدازین قرار گرفت.

در مراجعات بعدی دیستونی بدتر شده و در تمام اوقات روز ادامه می‌یافت و در تمام ویزیت‌های بعدی نیز ادامه داشت. این علامت بسیار مزاحم و ناراحت کننده بود و بیمار فقط با تلاش فراوان می‌توانست مدتی سرش را صاف نگه دارد و یا این که در خلال خواب شبانه مدتی آسوده باشد.

در معاینه نورولوژی و بررسی‌های آزمایشگاهی در سومین بستری نکته مثبت دیگری به جز دیستونی نداشت. دیستونی فقط در گردن مشاهده می‌شد و اختلال حرکتی دیگری در سایر نقاط دیده نمی‌شد.

تیوریدازین قطع شد و پس از ۴ هفته که بهبودی دیده نشد داروهای پیشنهاد شده در منابع به ترتیب زیر برای وی تجویز شد:

کلوزاپین ۳۰۰ میلی گرم، ویتامین E (۳۰۰ واحد)، ریسپریدون (۶ میلی گرم)، ویتامین B6 (۲۴۰ میلی گرم)، لورازپام (۴ میلی گرم)، بی‌پریدن (۱۲ میلی گرم) و سدیم والپروات (۱۲۰۰ میلی گرم) روزانه، هر کدام برای ۶-۴ هفته و با فاصله دو هفته از یکدیگر که هیچکدام موثر نبود. لذا پس از

دیررس دیستونی در ناحیه گردن، فقدان سابقه قبلی در خود بیمار و بستگانش، تداوم دیستونی و وجود عوامل مستعد کننده (سابقه ضربه سر و بهره‌هوشی کمتر از طبیعی) و سایر یافته‌ها در بیمار، TDT را به عنوان محتمل‌ترین تشخیص برای وی مطرح می‌کند. از سوی دیگر پس از قطع ضدجنون از رژیم درمانی بیمار در یک فاصله زمانی مناسب بهبودی که لزوم درمان اضافی را منتفی کند، حاصل نشد. تا به حال گزارشی از بهبودی سندرم‌های تاردیو پس از اعمال جراحی نیز ارائه نشده است. رژیم‌های درمانی مورد استفاده (به جز ECT) همگی فاقد اثربخشی در رفع علائم بودند.

تشخیص‌های دیگر قابل طرح عبارت بودند از دیسکنزی دیررس که با توجه به مرد بودن، سن پایین، فقدان علائم اولیه در لب و دهان بیمار و فقدان حالت کراه‌توتیید در حرکات بیمار و دردناک بودن دیستونی رد شد. آکاتیژیای دیررس و توره دیررس نیز به علت نبودن علائم بارز بی‌قراری یا تیک رد می‌شد سابقه خانوادگی از اختلال حرکتی نیز وجود نداشت.

نتیجه‌گیری

مورد ارائه شده تاییدی بر گزارش اولیه است که در صورت تکرار در سایر موارد گشایش بزرگی در درمان یک اختلال حرکتی فعلاً لاعلاج ایجاد خواهند کرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از زحمات جناب آقای دکتر جوان‌بخت سپاسگزاری می‌گردد.

References

- 1) Janick PG, Beedle D. Biological Therapy. Sadock B, Sadock Virginia A. Kaplan & Sadock Comprehensive textbook of psychiatry. 8th Ed. New York. Williams & Wilkins. 2005; pp:2712-2718.
- 2) Skidmore F, Reich SG. *Tardive dystonia*. Curr Treat Options Neural. 2005;7(3):231-236.
- 3) Bouckaert F, Herman G, Peuskens J. *Rapid remission of severe tardive dyskinesia and tardive dystonia with quetiapine*. Int J Geriatr Psychiatry. 2005;20(3):287-8.
- 4) Sasaki Y, Kusumi I, Koyama T. *A case of tardive dystonia successfully managed with quetiapine*. J Clin Psychiatry. 2004; 65(4):583-4.
- 5) Cardoso F. *Botulinum toxin type B in the management of dystonia non-responsive to botulinum toxin type A*. Arq

آماده‌سازی‌های اولیه درمان با ECT آغاز شد. در جلسات اول تا سوم پیشرفتی مشاهده نمی‌شد اما در جلسات بعدی به طور ناگهانی بهبود در کج‌بودن گردن مشاهده شد و این بهبود تا جلسه ششم کامل شد.

پس از قطع ECT وضعیت بهبود یافته، پایدار ماند. بیمار با دستور دارویی لپونکس برای کنترل علائم سایکوتیک ترخیص شد و تا زمان نگارش مقاله نیز عود در دیستونی وی مشاهده نشده است.

بحث

در دو دهه اخیر پژوهش‌های زیادی در مورد درمان سندرم‌های تاردیو انجام گرفته و داروهای مختلفی مورد آزمایش قرار گرفته است. از جمله داروهای مورد آزمایش ویتامین E و B6، همچنین دوز بالای داروهای ضد کلینرژیک و داروهای ضدجنون جدید است. به عنوان مثال اخیراً کوئتیاپین مورد توجه قرار گرفته، اما نتایج به دست آمده متفاوت بوده است (۳و۴). همچنین تزریق سم بوتولینوم به عضلات در گیر دیستونی نیز مورد آزمایش قرار گرفته و نتایج مثبتی گزارش شده است (۵و۶).

استفاده از الکتروشوک نیز تاکنون در سه پژوهش در سال‌های ۱۹۹۱ و ۱۹۹۵ مورد ارزیابی قرار گرفته است. در این مطالعات که همگی به صورت گزارش مورد بوده، بهبود کامل ولی بعضاً موقت در علائم دیستونی دیررس مشاهده شده است (۷-۹).

در بیمار ما سابقه مصرف یک ضدجنون نوعی، ایجاد

Neuropsychiatr. 2003;61(3A):607-10.

6) Tan EK, Jankovic J. *Tardive and idiopathic oromandibular dystonia: a clinical comparison*. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2000;68(2):186-90.

7) Kaplan Z, Benjamin J, Zohar J. *Remission of Tardive Dystonia with ECT*. Convuls Ther. 1991;7(4):280-283.

8) Postolache TT, Londono JH, Halem RG, Newmark MD. *Electroconvulsive therapy in tardive dystonia*. Convuls Ther. 1995; 11(4):275-9.

9) Hanin B, Lerner Y, Srour N. *An unusual effect of ECT on drug-induced parkinsonism and tardive dystonia*. Convuls Ther. 1995;11(4):271-4.