

گزارش مورد

اختلال وسواسی جبری به دنبال تروما به سر : گزارش سه مورد

دکتر مریم رضاپور^۱، دکتر بابک معصوم^۲، دکتر الهام بنی مصطفوی^۳، دکتر سیدحمزه حسینی^{۴*}

۱- استادیار روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران. ۲- روانپزشک، فلوشیپ طب روان تنی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران. ۳- رادیولوژیست، استادیار رادیولوژی، بیمارستان امام خمینی ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران. ۴- استاد روانپزشکی، بیمارستان امام خمینی، بخش روان تنی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

چکیده

اختلال وسواسی جبری با گروهی از علائم شامل افکار مزاحم، آیین‌ها، مشغله‌های ذهنی و اجبارها تظاهر می‌یابد. این وسواس‌ها و اجبارها ناراحتی زیادی برای فرد ایجاد می‌کند. تروما به سر و آسیب مغزی به عنوان یکی از دلایل نادر این اختلال شناخته شده است. در این مقاله سه بیمار مرد مبتلا به اختلال وسواسی - جبری پس از تروما به سر معرفی شده است. بیماران به دنبال ضربه به سر و کاهش سطح هوشیاری دچار اختلال وسواسی جبری شدند و این اختلال در آنان قبل از تروما به سر وجود نداشت. محل‌های آسیب‌دیده مغزی این بیماران که همگی ضربه‌های شدید به سر داشتند؛ توسط تصویربرداری مغزی ارزیابی شد. در بیمار اول ضایعه در تمپورال راست، در بیمار دوم ضایعه در تمپورال راست و فرونتال دوطرف و در بیمار سوم ضایعه ناحیه اسپلینوم کورپوس کالوزوم و پایک مغزی راست و آسیب اکسونی منتشر و همتومای خارج محوری در منطقه تمپورال چپ مشاهده گردید. با مشاهده یافته‌های تصویربرداری می‌توان نتیجه‌گیری نمود که بین آسیب ایجاد شده در مغز و وقوع علائم اختلال وسواسی - جبری ارتباط وجود دارد.

کلید واژه‌ها: تروما به سر، اختلال وسواسی جبری، تصویربرداری

* نویسنده مسؤول: دکتر سیدحمزه حسینی، پست الکترونیکی hosseinish20@gmail.com

نشانی: ساری، کیلومتر ۵ جاده ساری نکا، بیمارستان روانپزشکی و سوختگی زارع، کدپستی ۴۸۴۳۱۸۵۷۷۴، تلفن ۰۱۱-۳۳۲۷۳۰۲۴-۳۳۲۸۵۱۰۹

وصول مقاله: ۱۳۹۵/۱۱/۱۰، اصلاح نهایی: ۱۳۹۶/۲/۱۹، پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۳/۱۶

دکتر مریم رضاپور: <https://orcid.org/0000-0003-4478-9130>، دکتر سیدحمزه حسینی: <https://orcid.org/0000-0002-0987-4295>

مقدمه

اختلال وسواسی جبری (OCD: obsessive-compulsive disorder) با گروهی از علائم شامل افکار مزاحم، آیین‌ها، مشغله‌های ذهنی و اجبارها تظاهر می‌یابد. این وسواس‌ها و اجبارها ناراحتی زیادی برای فرد ایجاد می‌کنند. OCD در جمعیت عمومی و در طول عمر ۲-۳ درصد تخمین زده می‌شود (۱). OCD چهارمین بیماری روانپزشکی پس از فوبیا (هراس)، اختلالات مرتبط با مواد و اختلال افسردگی اساسی است (۲). تئوری‌های مطرح شده در مورد علت این بیماری، مربوط به اختلال در تنظیم سروتونین است (۱). در عین حال در برخی مطالعات شواهد اندکی از کژکاری دستگاه نورآدرنژیک در OCD به دست آمده است (۲). در بررسی‌های تصویربرداری عصبی، اختلال عملکرد در جریان عصبی بین قشر اریتوفرونتال، هسته دمدار و تالاموس دیده شده است. در مطالعات انجام شده توسط PET scan، افزایش متابولیسم و جریان خون در لوب فرونتال، هسته‌های قاعده‌ای (به خصوص هسته دمدار) و سینگولوم بیماران دیده شده است (۱). در مطالعات انجام شده به روش CT scan و MRI مشخص شده اندازه هسته دمدار مغز در بیماران دچار OCD با علت ناشناخته به صورت دوطرفه کاهش می‌یابد (۲). احتمال بروز OCD در بستگان افراد مبتلا به این بیماری ۳ تا ۵ برابر

بیشتر از خانواده‌های گروه شاهد است (۲).

تکانشگری، بی‌ثباتی خلق و مهار گسیختگی شایع‌ترین علامت نروسیکیاتریک بعد از ضربه به سر است (۳). افسردگی (۳)، مانیا (۴)، سایکوز شبه‌اسکیزوفرنیا (۷۶) و اختلال شخصیت (۸) کمتر شایع هستند. اختلالات اضطرابی (اختلال اضطرابی منتشر، پانیک و فوبیا) و اختلال ناشی از استرس بعد از ضربه به سر شایع هستند. به‌طوری که ۳۰ درصد بیماران آسیب‌دیده از نظر بالینی اضطراب واضح دارند (۹). در مطالعه‌ای نالترکسون به اندازه فلوئوکستین در کاهش علائم اختلال وسواسی - جبری موثر ارزیابی شد (۱۰). تروما به سر و آسیب مغزی به عنوان یکی از دلایل نادر OCD شناخته شده است که از شیوعی نزدیک به ۳ درصد در مطالعات مختلف بر روی افراد دچار تروما به سر تخمین زده شده است (۱۱). متغیرهایی نظیر وسعت آسیب مغزی، محل ضایعه، وجود صرع به دنبال تروما، عوامل اتیولوژیک مهم در تعیین نوع و طول مدت سندرم روانپزشکی محسوب می‌شوند. در ضایعات کورتکس فرونتو تمپورال و هسته دمدار OCD بیشتر دیده می‌شود (۱). علی‌رغم این واقعیت که مطالعات اولیه بروز OCD در افراد دچار ضربه به سر ۷/۸-۵ درصد گزارش شده؛ اما OCD به‌صورت کامل بعد از ضربه به سر به ندرت توصیف شده است (۹ و ۱۲).

۵ میلی گرم سه بار در روز قرار گرفت. در MRI انجام شده سیگنال غیرطبیعی در تمپورال راست که مطرح کننده گلیوز بود؛ گزارش گردید.

بیمار سوم

پسری ۱۸ ساله، با تحصیلات دیپلم، بیکار و مجرد بود که حدود ۲ سال قبل به دنبال سانحه رانندگی دچار ضربه شدید به سر گردید. بیمار ۱۹ روز در کما بود و پس از ترخیص از بیمارستان به تدریج دچار پرخاشگری و افکار وسواسی تکراری با محتوی جنسی گردید. وی قبل از سانحه سابقه افکار وسواسی نداشت و در مصاحبه‌های انجام گرفته غیر از OCD اختلال روانپزشکی دیگری نداشت. همچنین طبق شرح حال خانوادگی اخذ شده هیچ‌گونه سابقه‌ای از این اختلال در خانواده وجود نداشت. بیمار تحت درمان باکپسول فلوکستین ۶۰ میلی گرم روزانه قرار گرفت. در MRI به عمل آمده بعد از ضربه به سر کانون‌هایی با سیگنال بالا در هر دو ناحیه ستروم سمی اوال، در قسمت اسپلنیوم کورپوس کالوزوم و پایک‌های مغزی راست مشاهده گردید که آسیب اکسونی منتشر برای بیمار مطرح گردید. همچنین همتومای خارج محوری در منطقه تمپورال چپ مشاهده شد.

بحث

در گزارش سه مورد فعلی محل‌های آسیب‌دیده مغزی بیماران که همگی ضربه‌های شدید مغزی داشتند؛ توسط تصویربرداری مغزی ارزیابی شد. در یک بیمار ضایعه در تمپورال راست، در یک بیمار ضایعه در تمپورال راست و فرونتال دوطرف و در یک بیمار ضایعه ناحیه اسپلنیوم کورپوس کالوزوم و پایک مغزی راست و آسیب اکسونی منتشر و همتومای خارج محوری در منطقه تمپورال چپ مشاهده شد. به نظر می‌رسد اختلال در مدار کورتیکو-استریاتال - تالامیک - کورتیکال نقش مهمی در ایجاد OCD دارد. این مدار در کورتکس فرونتال، عقده‌های قاعده‌ای و ارتباطات بین این دو قسمت قرار دارد (۱۱).

در مطالعه Berthier و همکاران ۱۰ بیمار دچار OCD به دنبال ضربه به سر دچار بررسی و یافته‌های رفتاری، شناختی و تصویربرداری مغزی بیماران ارزیابی شد. ضربه سر در ۶ بیمار خفیف، در ۲ بیمار متوسط و در ۲ بیمار شدید بود. MRI بیماران با سابقه ضربه به سر خفیف، طبیعی بود. در بیماران با ضربه به سر متوسط و شدید کانتورن‌های کانونی در قشر فرونتوتیمپورال و ساختمان‌های زیرقشری (هسته دمدار) گزارش شد (۱۳). در مطالعه Kunt و همکاران ۴ بیمار مبتلا به OCD به دنبال ضربه به سر بررسی شدند. در بررسی‌های تصویربرداری مغزی، یافته غیرطبیعی یافت نشد (۱۴). در مطالعه McKeon و همکاران ۴ بیمار دچار ضربه به سر (در ۳ بیمار ضربه خفیف) بعد از ۲۴ ساعت دچار علائم OCD شدند و آسیب‌شناسی موضعی در مغز یافت نشد (۱۵). نتایج مطالعه حاضر

در این مقاله سه بیمار با سابقه ضربه به سر معرفی می‌شوند که هیچ‌کدام قبل از ضربه به سر به OCD مبتلا نبودند و پس از ضربه به سر به OCD مبتلا شدند. هیچ‌کدام از سه بیمار سابقه خانوادگی OCD نداشتند. بیماران با آگاهی و رضایت کامل در این مطالعه شرکت کردند و هویت آنان ناشناس و محفوظ باقی ماند.

معرفی بیماران

بیمار اول

مردی ۲۹ ساله، متاهل، دارای تحصیلات دیپلم، صاحب یک فرزند و دارای شغل آزاد بود که حدود چهار ماه قبل از این گزارش طی یک حادثه رانندگی دچار آسیب شدید در ناحیه سر شد. بیمار حدود ۱۳ روز در وضعیت کما بود و پس از خارج شدن از حالت کوما، به مدت یک هفته دیگر نیز در بیمارستان بستری و سپس مرخص گردید. پس از ترخیص شواهدی دال بر رفتارهای تکراری به صورت شستشو توجه اطرافیان را جلب کرد. بیمار زمان طولانی (حداقل ۲ ساعت) را صرف شستشو می‌نمود. پس از استفاده از هر وسیله‌ای، زمانی حدود ده دقیقه صرف شستشو و میکروب‌زدایی می‌نمود. در مصاحبه‌های انجام گرفته غیر از OCD اختلال روانپزشکی دیگری در وی دیده نشد. بیمار قبل از تروما هیچ‌گونه علایمی از این اختلال نداشت. همچنین در بررسی سابقه خانوادگی علایمی دال بر وجود این اختلال در بستگان درجه یک و دو وجود نداشت. بیمار تحت درمان با کپسول فلوکستین ۶۰ میلی گرم روزانه قرار گرفت. در سی‌تی اسکن بدون تزریق ماده حاجب انجام شده بعد از تروما، نواحی هایپردنس در تمپورال راست و فرونتال دوطرف به همراه ادم که مطرح کننده کانتورن هموراژیک بود؛ مشاهده شد. همچنین همتوم اکسترا‌دورال در ناحیه تمپوروپاریتال راست و شکستگی - فرورفتگی در اکسی‌پیتال چپ گزارش گردید.

بیمار دوم

مردی ۵۷ ساله، متاهل، بیسواد، بدون فرزند و بیکار بود که ۳۵ سال قبل به دنبال سانحه رانندگی دچار ضربه شدید به سر و وضعیت کما سه ماهه شده بود. پس از آن دچار علائم OCD به شکل وسواس شستشو شده بود. بیمار قبل از سانحه علائم وسواسی نداشت. بیمار در کنار این علائم از تحریک‌پذیری پرخاشگری و افسردگی نیز رنج برده و از ۲۰ سال قبل به علت مشکلات ذکر شده توسط روانپزشک تحت درمان قرار گرفته بود. دو نوبت به دنبال قطع درمان اقدام به خودکشی نمود که هر دو مرتبه از اقدام وی توسط همسرش جلوگیری به عمل آمده بود. ۱/۵ سال قبل به علت تشدید افسردگی و وسواس در بخش روانپزشکی بستری شد و تحت درمان با شش جلسه ECT قرار گرفت. شش ماه قبل مجدداً به دلیل تشدید افسردگی، وسواس و بی‌خوابی بستری گردید و تحت درمان با قرص ونلافاکسین ۷۵ میلی گرم دو بار در روز و قرص بوسپیرون

شناختی و نقایص عملکردی از علل متعدد ایجاد کننده OCD پس از ضربه به سر هستند (۱۶). علاوه بر محل ضایعه مغزی، استرسورهای محیطی و مراحل بازتوانی نیز پاتولوژی‌های روانی بعد از ضربه به سر مانند OCD را تحت تاثیر قرار می‌دهند (۱۷). برخلاف موارد گزارش شده در سه مورد از بیماران که به دنبال ضربه به سر علایم وسواس جبری بروز نمود؛ در گزارش قبلی ما بهبود علایم بالینی اختلال وسواسی جبر به دنبال ضربه به سر در زنی ۴۴ ساله مشاهده شد که مکانیسم احتمالی آن می‌تواند به دلیل تعدیل ضایعه مغزی در اثر برقراری مجدد ارتباط بین هسته‌های قاعده‌ای و منطقه پره‌فرونتال مغز باشد (۱۸).

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد علی‌رغم بروز نادر OCD در بیماران با سابقه ضربه به سر، در صورت بروز علایم روانپزشکی درمان مناسب صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از شرکت کنندگان در مطالعه و خانواده‌های محترم آنان که با نویسندگان نهایت همکاری را داشتند؛ سپاسگزاری می‌گردد.

References

1. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Kaplan and Sadock's concise textbook of child and adolescent psychiatry. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2008; pp:463-80.
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. 15th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer. 2015; pp: 418-26.
3. McAllister TW. Neuropsychiatric sequelae of head injuries. Psychiatr Clin North Am. 1992 Jun;15(2):395-413.
4. Starkstein SE, Mayberg HS, Berthier ML, Fedoroff P, Price TR, Dannals RF, et al. Mania after brain injury: neuroradiological and metabolic findings. Ann Neurol. 1990 Jun; 27(6):652-9. doi:10.1002/ana.410270612
5. Jorge RE, Robinson RG, Starkstein SE, Arndt SV, Forrester AW, Geisler FH. Secondary mania following traumatic brain injury. Am J Psychiatry. 1993 Jun;150(6):916-21. doi:10.1176/ajp.150.6.916
6. Buckley P, Stack JP, Madigan C, O'Callaghan E, Larkin C, Redmond O, et al. Magnetic resonance imaging of schizophrenia-like psychoses associated with cerebral trauma: clinicopathological correlates. Am J Psychiatry. 1993 Jan; 150(1):146-8. doi:10.1176/ajp.150.1.146
7. Fujii D, Ahmed I. Psychotic disorder following traumatic brain injury: a conceptual framework. Cogn Neuropsychiatry. 2002 Feb;7(1):41-62. doi:10.1080/135468000143000131
8. Oder W, Goldenberg G, Spatt J, Podreka I, Binder H, Deecke L. Behavioural and psychosocial sequelae of severe closed head injury and regional cerebral blood flow: a SPECT study. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1992 Jun;55(6):475-80.
9. Hibbard MR, Uysal S, Kepler K, Bogdany J, Silver J. Axis I psychopathology in individuals with traumatic brain injury. J Head Trauma Rehabil. 1998 Aug;13(4):24-39.
10. Masoudzadeh A. [The comparison therapeutic effect of

همراستا و قابل مقایسه با مطالعه Berthier و همکاران (۱۳) در قسمت بیماران با ضربه به سر متوسط و شدید بوده و برخلاف مطالعه Kunt و همکاران (۱۴) و مطالعه McKeon و همکاران (۱۵) است. در مطالعه ما هر سه بیمار دچار ضربه شدید به سر شده و دارای ضایعات مشخص و بارز در تصویربرداری مغزی بودند؛ اما در مطالعات فوق الذکر (۱۴ و ۱۵) تعداد قابل ملاحظه‌ای از بیماران دچار ضربه خفیف به سر شده بودند و نتایج ارزیابی تصویربرداری مغزی آنان طبیعی بود. در مطالعه ما محل این ضایعات از نظر آناتومیک نیز مشابهت‌هایی با مناطقی داشت که در OCD ایدیوپاتیک درگیر می‌شوند (۲۰) و این موضوع می‌تواند دلیلی برای بروز علایم ذکر شده در این بیماران باشد. انجام مطالعات بیشتر بر روی موارد مشابهی از بیماران دچار OCD متعاقب ضربه به سر می‌تواند به شناخت بیشتر پاتوفیزیولوژی و روند درمان کمک نماید.

تروما به سر و آسیب مغزی به عنوان یکی از دلایل نادر OCD شناخته شده است که از شیوعی نزدیک به ۳ درصد در مطالعات مختلف تخمین زده شده است (۱۱). متغیرهای از پیش موجود شامل (روش‌های انطباقی و شخصیت پیش مرضی)، نوع و محل ضایعه (مانند منطقه اریتوفرونتال و مدار پیشانی - تحت قشری) و پاسخ روانشناختی به اختلالات مرتبط با ضربه به سر مانند نقایص

Naltrexone and Flouxetine on Obsessive-Compulsive Disorder (O.C.D) A clinical trial study]. J Gorgan Univ Med Sci. 2008; 9(4): 18-24. [Article in Persian]

11. Coetzer BR. Obsessive-compulsive disorder following brain injury: a review. Int J Psychiatry Med. 2004;34(4):363-77. doi:10.2190/XENN-NNWT-7N2K-R26A
12. Bryant RA, Harvey AG. Relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. Am J Psychiatry. 1998 May;155(5):625-9. doi:10.1176/ajp.155.5.625
13. Berthier ML, Kulisevsky JJ, Gironell A, López OL. Obsessivecompulsive disorder and traumatic brain injury: behavioral, cognitive, and neuroimaging findings. Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol. 2001 Jan; 14(1):23-31.
14. Kant R, Smith-Seemiller L, Duffy JD. Obsessive-compulsive disorder after closed head injury: review of literature and report of four cases. Brain Inj. 1996 Jan;10(1):55-63.
15. McKeon J, McGuffin P, Robinson P. Obsessive-compulsive neurosis following head injury. A report of four cases. Br J Psychiatry. 1984 Feb;144:190-2.
16. Rydon-Grange M, Coetzer R. What do we know about obsessive-compulsive disorder following traumatic brain injury? CNS Spectr. 2015 Oct; 20(5):463-5. doi:10.1017/S109285291500053X
17. Grados MA. Obsessive-compulsive disorder after traumatic brain injury. Int Rev Psychiatry. 2003 Nov;15(4):350-8.
18. Hosseini SH, Azari P, Abdi R, Alizadeh-Navaei R. Suppression of Obsessive-Compulsive Symptoms after Head Trauma. Case Reports in Medicine. Volume 2012, Article ID 909614, 3 pages. doi:10.1155/2012/909614

Case Report

Obsessive- compulsive disorder due to traumatic brain injury: report of 3 cases

Maryam Rezapour (M.D)¹, Babak Massoum (M.D)²
Elham Banimostafavi (M.D)³, Seyyed Hamzeh Hosseini (M.D)*⁴

¹Assistant Professor of Psychiatry, Psychiatry and Behavioral Science Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. ²Fellowship of Psychosomatic Medicine, Psychiatry and Behavioral Science Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. ³Assistant Professor, Radiologist, Imam Hospital, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. ⁴Professor, Psychiatrist, Imam Hospital, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

Abstract

Obsessive-compulsive disorder is manifested by a group of symptoms including intrusive thoughts, rituals, mental obsessions and compulsions which creates great distress for the individual. Traumatic brain injury known as one of the rare reasons of obsessive-compulsive disorder. This report is about 3 patients that suffer from obsessive-compulsive disorder after a traumatic brain injury and loss of consciousness. All 3 patients had no sign of obsessive-compulsive disorder before the trauma. Information on these reports, examine the relationship between obsessive-compulsive disorder and traumatic brain injury. Findings from the neuroimaging methods for these patients have been reported. In this study, all the reported cases that had sever traumatic brain injuries were assessed by neuroimaging methods and brain injuries were observed in the right temporal in first case, in the right temporal and both frontal sides in second case, in the splenium corpus callosum and the right brain tegmentums and diffused axonal injury and extra-axial hematoma in the left temporal lobe in the third patient. Based on the findings of this study obsessive-compulsive disorder can rarely be developed after a traumatic brain injury and by assessing the neuroimaging findings, we can conclude that there is a relationship between the brain injuries and the symptoms of obsessive-compulsive.

Keywords: Head trauma, Obsessive-compulsive disorder, Neuroimaging findings

* **Corresponding Author:** Hosseini SH (M.D), E-mail: hosseinish20@gmail.com

Received 29 Jan 2017

Revised 9 May 2017

Accepted 6 Jun 2017

Maryam Rezapour (<https://orcid.org/0000-0003-4478-9130>), Seyyed Hamzeh Hosseini (<https://orcid.org/0000-0002-0987-4295>)