

گزارش یک مورد نادر سندرم لوب فرونتال

چکیده

هدف: سندرم لوب فرونتال، اختلال دائم شخصیتی بانمای بالینی خاص است که ناشی از آسیب لوب‌های فرونتال است. در این سندرم ناپایداری خلقی، حملات تکراری خشونت، قضاوت اجتماعی مختل، آپاتی، بی‌تفاوتی، یا شک و افکار پارانوییدی دیده می‌شود. در حال حاضر طبق طبقه بندی *DSM-IV* به عنوان یک اختلال شخصیتی ناشی از حالت طبی خاص در محور ۱ طبقه بندی می‌شود.

روش: آقای ۴۶ ساله‌ای است که ۱۰ سال پیش به دنبال ضربه مغزی دچار بی‌تفاوتی، بی‌انگیزگی و آپاتی به صورت گوشه‌گیری، کم‌حرفی، زندگی در پارک و خیابان شده است. تابلوی بالینی در طی ۱۰ سال گذشته ثابت بوده است.

یافته‌ها: براساس شرح حال اخذ شده از خانواده، معاینه روانی و عصبی بیمار، تصویربرداری از مغز، بررسی اعمال شناختی و آزمون‌های سرشناسی و نوروسیکولوژیک عمده با هدف ارزیابی عملکرد لوب فرونتال بوده است.

نتیجه: با توجه به شایع نبودن این اختلال و این که به ندرت در تشخیص‌های نهایی روان‌پزشک منعکس می‌گردد، شباهت زیاد علائم آن با سایر بیماری‌های روانی و تأکید بر این نکته که کلید تشخیص در این اختلال، تغییر شخصیت از سطح قبلی است و نه نوع علائم، و تطابق این تغییر با یافته‌های تصویربرداری مغزی، بیمار فوق معرفی گردیده است.

واژگان کلیدی: سندرم لوب فرونتال / دمانس ساب کورتیکال / تغییرات شفصیتی

وابسته به *GMC* / ضربه به سر

دکتر مرتضی نوری خواجوی
استادیار دانشگاه علوم بهزیستی
و توانبخشی

دکتر منصوره اردشیرزاده

مقدمه

سندرم‌های تغییرات شخصیتی لوب فرونتال (۶)

Orbitofrontal	Frontopolar
عدم مهار رفتاری	آپاتی
شوخی‌های نامناسب	بی‌تفاوتی
ناپایداری خلقی	کاهش فعالیت روانی - حرکتی
عدم کنترل تکانه‌ای	تنبلی

معرفی بیمار

علائم بالینی: بیمار مرد ۴۶ ساله، مجرد و بیکاری است که حدود ۱۰ سال قبل در سن ۳۶ سالگی به دنبال ضربه‌ی مغزی ناشی از تصادف، به مدت سه روز دچار بیهوشی و به مدت یک ماه در بیمارستان بستری گردیده است. یک سال بعد از تصادف دچار علایمی مثل عدم رسیدگی به نظافت شخصی، زندگی کردن در پارک و خیابان، کم‌حرفی، بی‌انگیزگی، بی‌هدفی و آپاتی گردیده است. حمله‌های پرخاشگری، خشونت و شوخی نابه‌جا نداشته اما هذیان یا توهم هم دیده نشده است و طی ۱۰ سال گذشته تابلوی بالینی ثابت بوده است. سابقه‌ی مصرف دارو، مواد مخدر، بستری در مراکز روان‌پزشکی ذکر نمی‌گردد. بستری اخیر به علت سرگردانی در خیابان و پارک بوده که توسط نیروهای انتظامی به این مرکز ارجاع شده است. مراحل رشد حسی - حرکتی طبیعی بوده است. دوران کودکی، نوجوانی، فعال، پر سر و صدا و اهل درگیری با همسالان بوده است. دیپلم خود را با نمره‌های خوب کسب می‌کند و در زمینه‌های هنری (خطاطی - نویسندگی) فعال بوده است. ۸ سال حضور مداوم در جبهه داشته و تا قبل از تصادف به مدت دو سال معلم بوده است. خانواده، وی را تا قبل از تصادف فردی فعال، اهل جر و بحث و درگیری، بدبین و پرخاشگر (۵) می‌دانسته‌اند. در معاینه روانی به عمل آمده: ظاهری ژولیده، تون صدای پایین، خلق بی‌تفاوت، effect محدود، بدون توهم یا هذیان خاص، آگاهی به زمان، مکان شخص، حافظه‌ی خوب، تمرکز حواس و قضاوت مختل و بینش به بیماری خود می‌باشد. در معاینه‌ی عصبی یافته‌ها شامل کاهش رفلکس‌های تاندونی عمقی (+۱) و رفلکس شدیداً مثبت دو طرفه‌ی پالموتال دارد. آزمایش‌های بیوشیمیایی نرمال بوده است. در طی سی تی اسکن مغزی به عمل آمده، ضایعه‌ی Attenuative در کورتکس فرونتال چپ و آتروفی کورتکس فرونتال در هر دو لوب گزارش گردیده است.

لوب‌های فرونتال مغز بیش‌ترین حجم مغز را اشغال می‌نماید، اما اغلب توجهی به آن‌ها نمی‌گردد. در سال ۱۹۶۴ Teuber، لوب‌های فرونتال را به صورت «یک معما» توصیف کرد. از دیدگاه لوریا (۱) کل کورتکس پره فرونتال، فعالیت‌های ذهنی (۲) را تنظیم می‌کند (۵).

لوب‌های فرونتال عملکرد معماگونه‌ای دارند و بسیاری از پزشکان در مورد تست‌های اختصاصی بررسی عملکرد لوب‌های فرونتال اطلاعات کمی دارند، زیرا در این زمینه آموزش‌های کمی صورت گرفته است (۵).

سیستم‌های رایج طبقه‌بندی، لوب‌های فرونتال را به سه قسمت تقسیم می‌کنند: ۱- کورتکس Precentral ۲- کورتکس Prefrontal ۳- کورتکس Orbitofrontal. این نواحی ارتباط وسیعی با قسمت‌های دیگر مغز دارند.

قسمت Dorosolateral کورتکس پره فرونتال و قسمت Orbitofrontal، رشته‌هایی به مناطق مختلف تالاموس و نئوستر یا توم (هسته‌های دمدار و پوتامن) می‌فرستد (۱).

ارتباط‌های دیگر شامل ارتباط بین کورتکس پره فرونتال و هیپوتالاموس، آمیگدال، هیپوکامپ و نواحی سپتال است. ارتباط‌های مهارکنندگی بین کورتکس پره فرونتال و تقریباً تمام مناطق کورتکس وجود دارد (۱).

به دلیل ارتباط ویژه‌ی کورتکس Dorsolateral، Orbitofrontal، ضایعه این نواحی و ارتباط آن‌ها با Basal ganglia، نمای کلینیکی خاصی دارد. کورتکس Dorsolateral، در رابطه با برنامه‌ریزی (۳)، تعیین اهداف (۴) و اعمال اجرایی می‌باشد. بیمارانی که در این منطقه دچار ضایعه شده‌اند، دارای تغییرات شخصیتی، بی‌انگیزگی و آپاتی شده، توانایی برنامه‌ریزی نیز ندارند (۶).

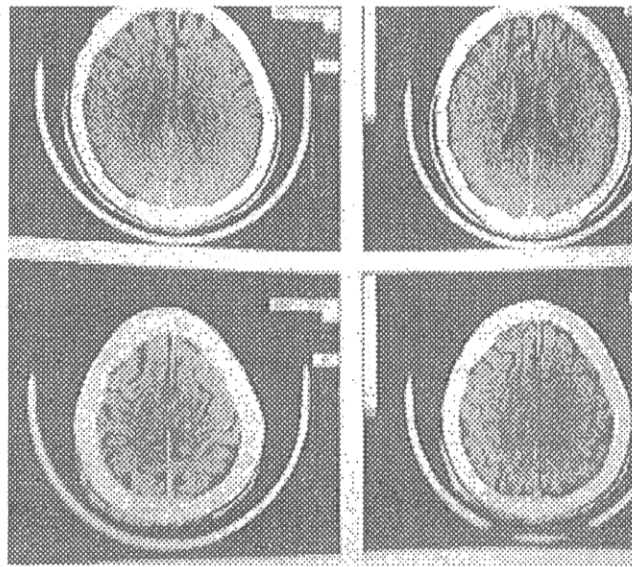
کورتکس Orbitofrontal در ارتباط با پاسخ‌های مهارمی‌باشد و بیماران با ضایعات این ناحیه، دچار مشکلاتی در رابطه با Disinhibition، ناپایداری عاطفی و اختلال‌های حافظه می‌گردند. در ضایعات این منطقه، نقص‌هایی در حافظه‌ی کلامی دیده می‌شود و بیش‌ترین نقص در working memory می‌باشد (۷).

جزئیات شرح علائم سندرم فوق به وسیله‌ی Teuben Stuss, benson, (۱۹۷۵) Albert, Hecaen, (۱۹۶۴)

(۱۹۸۹) بیان گردیده است.

1-Luria
3-Planning
5-Quick-temper

2-mental
4-Strategy formation



شکل ۱

آسیب به لوب فرونتال، نمای شاخص آن، تغییر شخصیت بیمار است که نسب به تغییر در اعمال شناختی فرد، جدی تر و واضح تر است (۷).

هیچ تست اختصاصی منحصر به فردی جهت تشخیص وجود ندارد مگر تاریخچه‌ی مشاهده‌ی دقیق بیمار و تاریخچه‌ی تغییر شخصیت فرد بعد از آسیب، که در تشخیص اهمیت کلیدی دارد. در گرفتن شرح حال، باید از کسی که بیمار را خوب می‌شناسد اطلاعات گرفت و خود بیمار در دادن اطلاعات قابل اعتماد نمی‌باشد. باید شرح حال دقیق تکاملی، ضربه‌های مغزی، ارتباط‌های اجتماعی، تحصیلات، علایق شخصی، شغل و یا مصرف مواد مخدر را سؤال نمود (۷).

این بیماران در تست‌های شناختی نمره‌های خوبی کسب می‌کنند اما قادر به اعمال رفتار مناسب، حفظ شغل، ارتباط بین فردی به مدت طولانی نیستند (۴).

فقدان ابتکار، بی‌اعتنایی و واکنش عاطفی نامناسب دارند، خصوصاً در بیمارانی که ضایعات تروماتیک ضربه‌ای لوب فرونتال دارند. آن‌ها قادر به برنامه‌ریزی نیستند و علی‌رغم انجام اعمال شناختی به طور نسبتاً مناسب، جهت ادامه‌ی زندگی نیاز به مراقبت دائم همه‌جانبه دارند (۴).

در این بیماران نوعی دمانس به نام Fronto subcortical dementia دیده می‌شود که اشکالات عمده شامل Perseveration، آپاتی، اختلال و ضعف در لیست کردن کلمه‌ها، اختلال در Set maintenance، اختلال در Motor Programming و پاسخ‌های تکانه‌ای به وقایع محیطی است (۳).
صدمه‌های مغزی^(۱) شایع‌ترین علت تغییرات شخصیتی

تست‌های نرولوژیک اختصاصی لوب فرونتال: تست Thurnstone مختل، تست Alternating Sequence task (یا تست Fist-Palm-edge) مختل بوده است. تست‌های سایکولوژیک: در تست back، افسردگی خفیف تا متوسط، نمره‌ی MMSE، ۲۸ بوده است. نتایج آزمون‌های سرندشناسی و نروسایکولوژیک با هدف ارزیابی لوب فرونتال: در حوزه‌های توجه (حفظ توجه و Vigilanc) خوب بوده اما در تغییر توجه Attentional setting اختلال جدی نشان داد. در ارزیابی حافظه با آزمون‌های Benton, Bebkok: عمدتاً خطای بیمار Perseveration در باز تولید بوده است. Complex Figural test مختل بوده است که خطاها شامل از دست دادن کلی Configuration، Fragmentation، Omission بوده و Planning نیز مختل بوده است. Sorting test در طی آزمون‌های Wisconcen Sorting card test کاملاً مختل بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

براساس آمار تصادف‌های درون شهری وسایل نقلیه، در سال ۱۳۷۹=۲۱۵۲۶۳ فقره تصادف، که تعداد ۶۴۹ مورد منجر به فوت و ۳۵۵۳۲۶ مورد منجر به جرح گردیده است. (مرکز آمار ایران، سال نامه آماری ایران، سال انتشار ۱۳۸۰ - ص ۴۵۳)

در ایالات متحده آمریکا، میزان بروز ضربه‌ی مغزی ۲۰۰۱۰۰۰۰۰ می‌باشد، که بیش‌تر در جوانان و نوجوانان است، در آقایان ۲-۳ خانم‌ها می‌باشد. آمار دقیقی برای بروز و شیوع اختلالات شخصیتی ثانویه به آسیب‌های مغزی نیست. تغییرات شخصیتی از عوارض دیررس ضربه‌ی مغزی می‌باشد. در مورد

Psychostimulant تجویز نمود (۷). اقدامات حمایتی جهت این بیماران لازم و معمولاً در زمینه‌هایی است که بیمار در انجام آن‌ها ناتوان می‌باشد، مثلاً فقدان توانایی در برنامه ریزی، فقدان کنترل تکانه‌ها می‌باشد (۷).

بیماران نیاز به Supervision، آگاهی خانواده‌ی آن‌ها از ضایعه و ماهیت بیماری و مراقبت دارند. درمان طبی خاصی جهت سندرم وجود ندارد (۲). پیش آگهی بیماری بستگی به پاتولوژی زمینه‌ای دارد.

تشخیص بیمار معرفی شده با توجه به بررسی کامل شرح حال گذشته و فعلی وی و مقایسه شخصیت قبل و بعد از ضربه مغزی، یافته‌های موجود در سی تی اسکن مغزی، بررسی اعمال شناختی و بررسی آزمون‌های سرندشناسی نروسایکولوژیک با هدف ارزیابی لوب فرونتال، که عمده نقایص شناختی وی با اختلال عملکرد لوب فرونتال هم‌خوانی داشته، بوده است.

می‌باشند، سایر علل شامل Strokeها شامل ضایعات عروقی مغزی میانی یا قدامی، آنورسیم عروق ارتباطی قدامی مغز، تومورها و ضایعات دژنراتیو مغز، TLE، بیماری هانتینگتون و ایدز را نام برد (۷).

برای تشخیص‌های افتراقی می‌توان از بیماری آلزایمر، سکنه‌های مغزی عروقی قدامی مغز، AVMها، بیماری کاروتید و سکنه مغزی، آنورسیم‌های مغزی، اختلال‌های خلقی (مانیا - افسردگی) نام برد (۷).

بیماری اسکیزوفرنی خصوصاً در نوعی که با علایم منفی همراه است، به دلیل شباهت علایم می‌تواند در تشخیص افتراقی مد نظر باشد. جهت تشخیص باید تست‌های اختصاصی دمانس شامل دمانس لوب فرونتال انجام گیرد. معمولاً انجام سی تی اسکن مغزی کفایت می‌کند مگر در مواردی که علت تومور یا پاتولوژی‌های عروقی باشد که انجام MRI ارجح است (۳). درمان مدیکال برای این سندرم وجود ندارد. گاهی برای آپاتی می‌توان داروهای



- 1-Benson DF, Miller BL., Frontal lobes, clinical and anatomic aspects. In: Feinberg TE, Farah MJ, eds. Behavioral Neurology and Neuropsychology New York: Mc Graw Hill; 1997: 401-408.
- 2-Damasio AR., The frontal lobes. In: Heilman KM, valenstein E, eds. Clinical Neuropsychology. 3rd ed. New York: Oxford; 1993: 404-460.
- 3-Lezak MD: Neuropsychological assessment. 3rd ed. New York: Oxford university press; 1995.
- 4-Lishman WA, Organic psychiatry, 3rd ed. Great Britain, oxford and northampton alden press, 1998, P.P.:76-80.
- 5-Luria AR, The working brain. An introduction to neuro psychology. Haig B, trans. New York: Basic books; 1973.
- 6-Mesulam M, Principles of behavioral neurology. 2nd ed. New york: Oxford;2000.
- 7-Sadock, B.J. Sadock VA. Comprehensive testbook of psychiatry, 7th ed. Philadelphia, PA 1906-3780 USA, Lippincott wiliams & wilkins, 2000. P.P. 227-8.