

## گزارش یک مورد درمان دیستونی دیررس با الکترو شوک

### چکیده

دیستونی از عوارض جدی داروهای ضدچنون 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 ضدچنون (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 ضدچنون 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 مسئول: دکتر علی منطقی

پست الکترونیکی: [manteghi@yahoo.com](mailto:manteghi@yahoo.com)

نشانی: مشهد، بلوار حر عاملی، جنب نقیبه 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

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 دارویی) 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)، بی‌پردن (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

حرکتی حاد ناشی از مصرف ضدجنون‌ها فراوان می‌مانند پارکینسونیسم، دیستونی حاد و آکاتزیا با ناسب بهبودی نسبتاً سریعی نشان می‌دهد. دیستونی ز اختلال حرکتی است که به شکل انقباضات بی و دردناک عمدتاً در سر و گردن و اندام‌های ر شده و برای بیمار ترساننده و گاهاً خطرناک است. معمولاً چند روز پس از دریافت داروی ضدجنون و دان جوان اتفاق می‌افتد و به شکل کج شدن بدن بیش از حد دهان و خروج زبان، تورم زبان و : حنجره و احتمال خفگی می‌باشد. درمان‌های کاهش دوز یا حذف داروی اولیه همراه با تجویز ی کولینرژیک، ضدپارکینسون، بنزودیازپین‌ها، بن می‌باشند (۱).

س دیررس ناشی از تداوم مصرف ضدجنون‌ها، از تجویز دیررس یا دیستونی دیررس و انواع دیگر حرکتی دیررس در دسر بزرگی برای بیمار و اد می‌کنند. هیچ فاصله زمانی امنی بین مصرف و ایجاد عوارض دیررس آنها وجود ندارد (۲). معمولاً چند ماه پس از شروع ضدجنون (حداقل می‌شود. عوامل مستعد کننده ابتلاء به آن عبارتند موثر بر CNS، دریافت قبلی الکتروشوک (ECT)، داروی ضدجنون (به ویژه انواع نوعی)، ذهنی و مصرف همزمان ضدپارکینسون و غیره. دیررس اختلالی است بسیار مزاحم که اغلب گردن و ستون فقرات را مبتلا می‌کند و باعث نواحی به طرفین یا جلو و یا عقب می‌شود و در طرف راست دیده می‌شود. سیر اختلال ثابت یا ست و تا به حال درمان قطعی برای آن پیشنهاد هدف این مطالعه معرفی یک مورد دیستونی که درمان موفقیت آمیزی به همراه داشت.

### بیمار

ی ۲۳ ساله است که برای اولین بار در سال ۱۳۸۱ بالگی، در مرکز روان پزشکی با علائم زیر بستری میب و گزند (اعتقاد به همدستی خواهرش با یک می برای مسموم کردن وی)، توهم شنوایی، بینایی

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، TdI 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 ارایه 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 کره‌اتونید 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 ارایه 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

بدین‌وسیله 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

زی‌های اولیه درمان با ECT آغاز شد. نلسات اول تا سوم پیشرفتی مشاهده نمی‌شد اما در بعدی به طور ناگهانی بهبود در کج‌بودن گردن شد و این بهبود تا جلسه ششم کامل شد. از قطع ECT وضعیت بهبود یافته، پایدار ماند. بیمار با دارویی لپونکس برای کنترل علائم سایکوتیک شد و تا زمان نگارش مقاله نیز عودی در دیستونی وی نشده است.

دهه اخیر پژوهش‌های زیادی در مورد درمان نای تاردیو انجام گرفته و داروهای مختلفی مورد قرار گرفته است. از جمله داروهای مورد آزمایش E و B6، همچنین دوز بالای داروهای ضدکلینریژیک سای ضدجنون جدید است. به عنوان مثال اخیراً ن مورد توجه قرار گرفته، اما نتایج به دست آمده بوده است (۳و۴). همچنین تزریق سم بوتولینوم به درگیر دیستونی نیز مورد آزمایش قرار گرفته و نتایج اارش شده است (۵و۶).

اده از الکتروشوک نیز تاکنون در سه پژوهش در ۱۹۹۱ و ۱۹۹۵ مورد ارزیابی قرار گرفته است. در این که همگی به صورت گزارش مورد بوده، بهبود کامل مأ موقت در علائم دیستونی دیررس مشاهده شده است مار ما سابقه مصرف یک ضدجنون نوعی، ایجاد

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

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

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

8) Postolache TT, Londono JH, Halem RG, Newma *Electroconvulsive therapy in tardive dystonia*. Convuls Th 11(4):275-9.

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