

Newest Targets for Anticonvulsant Agents: An Overview

Mehdi Valipour¹,
Hamid Irannejad²

¹ PhD Student in Medicinal Chemistry, Student Research Committee, Faculty of Pharmacy, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Associate Professor, Department of Medicinal Chemistry, Faculty of Pharmacy, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received October 7, 2018 ; Accepted March 6, 2018)

Abstract

Epilepsy is a neurological condition characterized by recurrent seizures influencing about 1% of the worldwide population. Despite much progress in understanding the pathogenesis of epilepsy, the molecular basis of human epilepsy still remains unclear. Common approaches for pharmacotherapy of epilepsy are still directed towards controlling the symptoms and suppression of seizures. Clinical use of Antiepileptic Drugs (AEDs) is currently limited due to their resistance and central nervous system (CNS)-related adverse effects. Therefore, a major goal in novel antiepileptic drug development is introducing AEDs that act through new molecular targets and those that could also improve seizure control and lower drug-resistance. So, it is necessary to find novel targets with different mechanisms of actions in seizure occurrence. Usually, studies on epilepsy focus on the mechanisms that control neuronal excitatory process in brain but recent attentions almost focus on finding novel targets. This review summarizes several experimental and clinical findings about new targets for epilepsy treatment.

Keywords: epilepsy, new targets, refractory seizure, drug resistance

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29 (172):188- 206 (Persian).

* Corresponding Author: Hamid Irannejad - Faculty of Pharmacy, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
(E-mail: irannejadhamid@gmail.com)

جدیدترین هدف ها برای عوامل ضد تشنج: یک مطالعه مروری

مهدی ولی پور^۱
حمید ایران نژاد^۲

چکیده

صرع، یک اختلال نورولوژیک است که با بروز تشنجات مکرر همراه است و حدود ۱ درصد از افراد جامعه را درگیر می کند. علی رغم پیشرفت های صورت پذیرفته در فهم و شناخت این بیماری، اساس سلولی آن همچنان ناشناخته است. غالب درمان های رایجی که برای مقابله با این بیماری انجام می شود، به صورت درمان دارویی به منظور کنترل علائم و فرونشاندن تشنج های ناشی از این اختلال است. استفاده بالینی از داروهای ضد تشنج به دلیل وجود مقاومت های دارویی و همین طور بروز عوارض جانبی این داروها طی فرایند درمان همواره با مشکل مواجه بوده است. از این رو تحقیقات بیش تری جهت یافتن داروهایی با اثرات بهتر و همین طور عوارض جانبی و مقاومت های دارویی کم تر ضروری به نظر می رسد. جهت یافتن ویژگی های مذکور، لازم است تارگت های داروی جدیدتر با مکانیسم های متفاوت مورد بررسی قرار گیرند. تاکنون تحقیقات صورت پذیرفته برای درمان صرع، عموماً روی کنترل و کاهش فرایندهای تحریکی نورون ها در مغز تمرکز داشته است. اما تحقیقات جدیدتر غالباً روی یافتن تارگت های دارویی جدیدتر تمرکز دارند. در این مطالعه، به دلیل اهمیت پژوهش جهت یافتن داروهایی با اثرات بهتر و عوارض کم تر، جدیدترین یافته های آزمایشگاهی و درمانی در مورد هدف های جدید ترکیبات ضد صرع بحث خواهد شد.

واژه های کلیدی: صرع، هدف های جدید، تشنج مقاوم به درمان، مقاومت دارویی

مقدمه

الکتریکی شدید نورون ها در قسمت قشر مخ رخ می دهد. این تخلیه الکتریکی غیر نرمال بسته به این که در بخش کوچکی از قشر مخ رخ دهد و یا این که نقاط گسترده تری را تحت تاثیر قرار دهد، به انواع صرع کوچک (Partial) و صرع بزرگ (Generalized) تقسیم بندی می شوند (۴). فاکتورها و عوامل مختلفی می توانند روی ابتلا به صرع و بروز تشنج تاثیر داشته باشد. اصلی ترین و مهم ترین عامل ابتلا به بیماری صرع، داشتن زمینه های ژنتیکی در افراد است (۵). علی رغم پیشرفت های گسترده

صرع، یک اختلال نورولوژیک است که از طریق بروز تشنجات مکرر شناخته می شود و حدود یک درصد از افراد جوامع مختلف را درگیر می کند (۱، ۲). این اختلال می تواند برای همه افراد جامعه در هر سنی اتفاق بیافتد. عدم توازن و تعادل طبیعی بین انتقال دهنده های عصبی گلو تامات به عنوان انتقال دهنده تحریکی و گاما آمینو بوتیریک اسید (GABA) به عنوان انتقال دهنده مهار اصلی مغز، در بسیاری از مواقع سبب بروز تشنج می شود (۳). تشنج به دلیل تخلیه

E-mail: irannejadhamid@gmail.com

مؤلف مسئول: حمید ایران نژاد- ساری: کیلومتر ۱۷ جاده فرح آباد، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم، دانشکده داروسازی

۱. دانشجوی دکتری تخصصی شیمی دارویی، گروه شیمی دارویی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. دانشیار، گروه شیمی دارویی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۷/۱۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۷/۷/۳۰ تاریخ تصویب: ۱۳۹۷/۱۲/۱۵

در زمینه تولید داروهای جدید جهت درمان صرع، فقط حدود ۷۰ درصد بیماران می توانند از اثرات مفید این داروها جهت درمان بیماری خود بهره ببرند و بیماری حدود ۳۰ درصد از افراد مبتلا با روش های کنونی و داروهای موجود قابل درمان نیست (۶). از این رو انجام تحقیقات و بررسی های بیش تر در این زمینه جهت یافتن داروهای موثرتر ضروری به نظر می رسد. عمده ترین استراتژی های درمان صرع تاکنون حول سه هدف کلی بوده است: الف) محدود سازی فرایندهای تحریکی مغز از طریق بلاک گیرنده های آمینو اسیدهای تحریکی (آسپاراتات و گلو تامات) و همین طور مسدود سازی کانال های سدیمی وابسته به ولتاژ، ب) تقویت فرآیندهای مهارتی از طریق تقویت جریان گابا به عنوان انتقال دهنده عصبی اصلی مهارتی مغز، ج) تثبیت نورون های بخش تالاموس مغز از طریق مسدود کردن کانال های کلسیمی نوع T^۱ (۷). به دلیل عدم کارایی کافی داروهای موجود در پوشش دادن همه نیازهای بیماران مبتلا به صرع و از طرفی وجود مقاومت های دارویی نسبت به داروهای ضد تشنج، دانشمندان در تحقیقات جدیدتر به دنبال یافتن هدف های دارویی جدیدتر جهت درمان بهتر بیماری صرع هستند. به دلیل اهمیت تحقیق جهت یافتن داروهای موثرتر با عوارض جانبی کم تر، در این تحقیق خلاصه ای از مهم ترین پژوهش های اخیر در جهت یافتن تارگت های بالقوه ترکیبات ضد تشنجی بررسی شده است.

بحث

تاثیرات رژیم غذایی بر روی صرع

از رژیم های غذایی و مکمل های سالم به طور گسترده برای پیشگیری و درمان بیماری های مختلف مربوط به سیستم عصبی مرکزی استفاده می شود (۸-۱۱). شواهد کافی مربوط به تاثیر مکمل های غذایی مانند ویتامین ها (۱۲-۱۵) و اسیدهای چرب امگا ۳ (۱۶-۱۸) برای پیشگیری یا بهبود بیماری های عصبی وجود دارد.

همچنین ثابت شده است که مکمل های خوراکی غنی از ریبولایون (۱۹) و منیزیم (۲۱،۲۰) در پیشگیری یا درمان برخی بیماری های سیستم عصبی مرکزی مثل میگرن موثر هستند. برخی از مطالعات دیگر از تاثیر برخی از رژیم های خاص غذایی مانند رژیم غذایی کتوژنیک^۲ در کاهش میزان بروز تشنج در افراد صرعی حکایت دارند (۲۲-۲۴). رژیم غذایی کتوژنیک از دهه ۱۹۲۰ به عنوان درمان برای صرع به صورت جدی استفاده می شود (۲۵). این رژیم غذایی حاوی مقدار بالای چربی (۹۰ درصد) و مقادیر کم پروتئین و کربوهیدرات است.

کاربرد گیاهان دارویی در درمان بیماری صرع

داروهای ضد صرعی که به صورت کاملاً شیمیایی تولید می شوند، گاهی می توانند سبب بروز عوارض جانبی شدید شوند و زندگی بیمار را تهدید کنند. در طب سنتی از جمله طب سنتی ایران، داروهای گیاهی برای قرن ها برای درمان تشنج استفاده شده است. در سالیان اخیر نیز اثرات ضد صرعی برخی از گیاهان دارویی از جمله گیاه شویده (۲۶)، گل بنفشه (۲۷)، آویشن (۲۸)، گیاه تاتوره (۲۹)، رازک (۳۰)، مشکک (۳۱) و پونه کوهی (۳۲) مورد بررسی قرار گرفته است که نتایج این تحقیقات حاکی از اثرات قابل توجه گیاهان مورد بررسی بوده است.

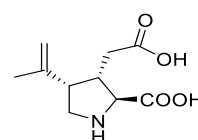
برخی مکانیسم های کلی دخیل در بیماری صرع

برخی مطالعات گزارش داده اند که آسیب دیدن سد خونی مغزی^۳ (BBB) می تواند احتمال بروز تشنج را افزایش دهد (۳۳). از عواملی که می توانند سبب تخریب سد خونی مغزی شوند، لکوسیت ها^۴ هستند (۳۴،۳۵). لکوسیت ها در واقع گلبول های سفید خون دارای هسته و میتوکندری هستند که می توانند به روش آمیبی حرکت کنند. لکوسیت ها می توانند با فشار از منافذ موجود در دیواره مویرگ ها عبور کرده و به سمت کانون های عفونی بدن بروند (۳۶). همچنین مشخص شده است که

2. Ketogenic Diet
3. Blood-Brain Barrier (BBB)
4. leukocyte

1. T-type calcium channels

برخی موتاسیون‌های ژنتیکی می‌توانند از طریق اثر روی کانال‌های یونی وابسته به ولتاژ^۱ سبب بروز برخی از تشنج‌های فامیلی^۲ شوند (۳۷). کانال‌های یونی وابسته به ولتاژ از طریق تنظیم پتانسیل غشایی نوروها، می‌توانند باعث کنترل فرایندهای تحریکی نرمال در مغز شوند. بروز برخی از موتاسیون‌ها در این کانال‌ها می‌تواند باعث اختلال در عملکرد طبیعی آن‌ها شده، از این رو ممکن است تشدید فرایندهای تحریکی و به دنبال آن تشنج اتفاق بیافتد (۴۰-۳۸). مطالعات دیگری نشان داده‌اند که استرس اکسیداتیو^۳ می‌تواند یکی از عوامل مهم کمک‌کننده به بروز تشنج باشد (۴۳-۴۱). حد واسط‌های رادیکالی که در فرآیند استرس اکسیداتیو تولید می‌شوند، می‌توانند نقش به‌سزایی در بروز تشنج داشته باشند (۴۲). مطالعات صورت گرفته در این رابطه نشان داده‌اند ترکیبات آنتی‌اکسیدان می‌توانند دارای اثرات مفید در درمان برخی از تشنج‌ها به خصوص تشنج‌های ناشی از کاینیک اسید^۴ باشند (۴۴). کاینیک اسید (تصویر شماره ۱) آنالوگ انتقال‌دهنده عصبی تحریکی گلوتامات و آگونیست قوی گیرنده‌های گلوتاماتی است (۴۵).



تصویر شماره ۱: ساختمان شیمیایی کاینیک اسید

کاینیک اسید برای القای تشنج‌های لیمبیک مورد استفاده قرار می‌گیرد (۴۶). این ترکیب در دوزهای کم منجر به ایجاد فعالیت تشنجی در هیپوکمپ می‌شود (۴۷). شاید مهم‌ترین دسته هدف‌های دارویی ترکیبات ضد تشنج و ضد صرع که از دیرباز تحقیقات مختلفی روی آن‌ها شده است، کانال‌های یونی باشند (۴۸). این هدف‌های معروف، خود به دو دسته کانال‌های یونی وابسته به ولتاژ

(کانال‌های سدیمی، کلسیمی، پتاسیمی، کلری) و کانال‌های یونی وابسته به لیگاند تقسیم‌بندی می‌شوند. کانال‌های یونی وابسته به لیگاند خود به دو زیر دسته طبقه‌بندی می‌شوند: زیر دسته اول گیرنده‌های سیس لوپ^۵ هستند که شامل گیرنده‌های GABA_A، گلايسین^۶، گیرنده‌های نیکوتینی^۷، کولینرژیک^۸ و سروتونینی^۹ می‌باشند. زیر دسته دوم گیرنده‌های یونوتروپیک گلوتامات^{۱۰} هستند که خود شامل گیرنده‌های AMPA^{۱۱}، NMDA^{۱۲} و کاینیت^{۱۳} می‌باشند (۴۹). با وجود همه پیشرفت‌هایی که در رابطه با شناخت مکانیسم‌های دخیل در بروز تشنج صورت گرفته است، به دلیل عدم کارایی کافی داروها و همچنین بروز مقاومت‌های دارویی در بسیاری از بیماران مبتلا به صرع نسبت به داروهای موجود، دانشمندان به دنبال یافتن هدف‌های دارویی جدیدتر جهت درمان بهتر بیماری صرع هستند. برای مثال تحقیقات جدید نشان می‌دهند که التهابات مغزی یکی از فاکتورهای مهم در بروز تشنج است (۵۳-۵۰). از این رو هدف‌های مرتبط با التهاب مانند IL-1β^{۱۴} و TGF-α^{۱۵} می‌توانند گزینه‌های جذابی جهت یافتن داروهای موثر جدید در اختلال صرع باشند. از دیگر هدف‌های جدید در بیماری صرع، mTOR^{۱۶} است. mTOR یک آنزیم کینازی از خانواده پروتئین کینازها است که در بسیاری از فرایندهای سلولی از جمله فعالیت‌های مرتبط با بروز تشنج نقش دارد (۵۴). کوترانسپورترهای دو کاتیونی-کلری^{۱۷} (NKCC) نیز به دلیل اثراتی که روی جریان انتقال دهنده عصبی GABA دارند، می‌توانند به عنوان یکی از هدف‌های بالقوه در درمان صرع مطرح باشند. یکی از مهم‌ترین مشکلات در درمان صرع، بروز مقاومت دارویی در افراد مبتلا

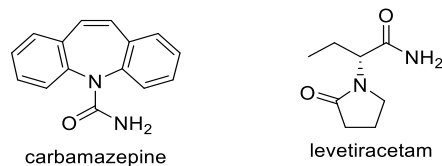
5. Cysloop receptors
6. Glycine receptors
7. Nicotinic receptors
8. Cholinergic receptors
9. 5-HT₃ receptors
10. Glutamate ionotropic receptors
11. α-amino-3-hydroxy-5-methyl-4-isoxazolepropionic acid receptor
12. N-methyl-D-aspartate receptor
13. Kainite receptors
14. Interleukin-1β
15. Transforming Growth Factor β
16. Mammalian Target of Rapamycin
17. Na-K-2Cl cotransporter

1. Voltage gated ion channels
2. Familial seizures
3. Oxidative stress
4. Kainic acid

است (۵۵). از این رو شناخت عواملی که مرتبط با بروز مقاومت‌های دارویی هستند مثل P-gp^۱ به عنوان یک هدف ضرورت دارد. هدف‌های جدید دیگری مثل HCN^۲ و کانال‌های یونی وابسته به لیگاند نوع Kv7 نیز وجود دارند که سعی داریم در این مقاله مطالعات انجام شده پیرامون هر کدام از آن‌ها را به صورت خلاصه مورد بررسی قرار دهیم.

هدف‌های مرتبط با التهاب

اخیراً برخی از ترکیبات با مکانیسم اثر ضد التهابی در درمان صرع مورد بررسی قرار گرفته اند (۵۸-۵۶). البته در گذشته نیز مشخص شده بود که برخی از داروهای معروف ضد تشنج مثل کاربامازپین^۳ و لوتیراستام^۴ (تصویر شماره ۲) دارای اثرات ضد التهابی هستند (۶۲-۵۹).

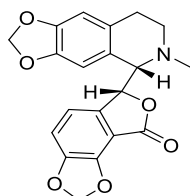


تصویر شماره ۲: ساختار شیمیایی کاربامازپین و لوتیراستام

از آنجایی که مشخص شده است، التهابات مغزی می‌توانند سبب افزایش بروز تشنج شوند، واسطه‌های التهابی می‌توانند به عنوان تارگت‌های بالقوه در درمان تشنج مورد توجه قرار بگیرد. یکی از واسطه‌های التهابی مهم در التهاب اینترلوکین-۱β (IL-1β)^۵ است. در برخی از پژوهش‌های صورت پذیرفته در مورد تشنج، مشاهده شده در هنگام بروز تشنج در آستروسیت‌ها و میکروگلیا^۶ IL-1β تولید و آزاد می‌شود (۶۳). آستروسیت، یاخته‌ای گلیایی و ستاره‌ای شکل بوده و وظیفه آن حفاظت و تغذیه یاخته‌های عصبی است (۶۴). میکروگلیاها نیز یاخته‌هایی کوچک غیر عصبی و میان بافتی با منشأ میان

1. P-glycoprotein
2. Hyperpolarization-activated cyclic nucleotide gated channels
3. carbamazepine
4. levetiracetam
5. Interleukin-1β
6. astrocyte
7. microglia

پوستی هستند که بخشی از ساختار حمایتی دستگاه عصبی مرکزی را تشکیل می‌دهد (۶۵). به دلیل آزادسازی IL-1β، سلول‌های اندوتلیال سد خونی مغزی دچار التهاب می‌شوند. از این رو فعال‌سازی گیرنده‌های IL-1β در گلیا و نورون‌ها، در التهاب مغز دخیل هستند (۶۶). فعال شدن سیگنالینگ این گیرنده‌ها باعث تشدید تشنج‌های القا شده توسط کاینیک اسید و بیکوکولین^۸ می‌شود (۶۷). بیکوکولین (تصویر شماره ۳) یک آلکالوئید است که فقط برای مطالعات آزمایشگاهی کاربرد دارد. این ترکیب آنتاگونیست GABA است و از طریق مسدود کردن گیرنده GABA_A باعث ایجاد فعالیت تشنجی می‌شود (۶۸).



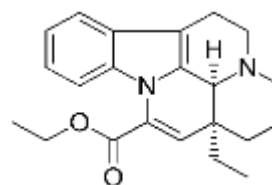
تصویر شماره ۳: ساختار شیمیایی بیکوکولین

در مطالعات گذشته مشخص شده که آنزیم‌های موثر بر روی IL-1β یعنی آنزیم‌های ICE^۹ و Caspase1 می‌توانند سبب تغییر IL-1β از حالت فعال به غیر فعال شوند (۶۹). بنابراین مهارکننده‌های آنزیم‌های ICE و Caspase1 به دلیل اثراتی که روی کاهش فرایندهای التهابی در مغز دارند، می‌توانند به عنوان هدف‌های بیماری صرع مورد توجه قرار گیرند. بر همین اساس برخی از مطالعات نشان داده‌اند که مهارکننده‌های اختصاصی آنزیم‌های ICE و Caspase1 اثرات خوبی در مهار تشنج دارند (۷۰، ۷۱).

برخی از مطالعات دیگر از ارتباط بین گیرنده‌های NMDA^{۱۰} با اثرات تشنج‌زای IL-1β حکایت دارند (۷۲). مشاهده شده است که نوعی از گیرنده‌های NMDA که دارای زیر واحد NR2B هستند، هدف اصلی برای

8. bicuculline
9. IL-1 beta-converting enzyme
10. N-methyl-D-aspartate

گلو تامات آزاد شده از آستروسیت های فعال هستند (۷۳). در نتیجه منجر به بروز وقایعی آهسته در نورون ها می شوند که این وقایع خود سبب بروز فرایندهای طبیعی و در نهایت بروز تشنج می شوند. این وقایع در مدل های حیوانی تشنج بیش تر اتفاق می افتد و می توانند سبب تحریک شروع پتانسیل عمل در نورون ها شوند. این وقایع می توانند به عنوان وقایع مولکولی مهمی باشند که متاثر از IL-1 β هستند و سبب شروع و تشدید بروز تشنج می شوند (۷۴). در مطالعات دیگری نیز مشاهده شده است که ترکیب وینپوستین^۱ (تصویر شماره ۴) که یک ترکیب ضد التهاب مغزی است، از طریق کاهش بیان IL-1 β در هیپوکامپ می تواند اثرات مفیدی در مهار تشنج های القاء شده توسط پنتیلن تترازول^۲ (Ptz) و ۴-آمینو پیریدین^۳ (4-AP) داشته باشد (۵۹).



تصویر شماره ۴: ساختار شیمیایی وینپوستین

همچنین در برخی از مطالعات دیگر گزارش شده است که IL-1 β از طریق مهار باز برداشت^۴ گلو تامات در آستروسیت ها باعث افزایش رهاسازی گلو تامات توسط TGF- α از گلیا می شود که این فرایند خود سبب تشدید فرایندهای تحریکی در مغز می شوند (۷۵). البته مکانیسم دقیق باز برداشت گلو تامات توسط سایتو کاین های پیش التهابی مثل IL-1 β و TGF- α هنوز ناشناخته است. از یافته های مطالعات فوق می توان نتیجه گرفت که IL-1 β می تواند به عنوان یک هدف ویژه برای درمان صرع مورد توجه قرار گیرد. از دیگر واسطه های مهم در فرایند التهاب، واسطه TGF- β است.

برخی از مطالعات جدید صورت پذیرفته بیانگر نقش TGF- β در فرایند تشنج است (۷۶-۷۸). در مطالعات گذشته ثابت شده بود که آسیب به سد خونی مغزی می تواند منجر به تشدید تشنج شود که در بروز این اتفاق آلبومین نقش اساسی دارد (۷۹،۷۰). پس از تشنج های صرعی، آلبومین وارد مغز شده و باعث از بین رفتن سلول های عصبی مغز می شود. آلبومین با گیرنده های TGF- β در آستروسیت ها برهم کنش کرده و باعث فعال سازی مسیر سیگنالینگ TGF- β می شود که نهایتاً منجر به غیر فعال شدن آستروسیت ها و بروز تشنج می شود (۷۷). در نتیجه می توان انتظار داشت آنتاگونیست های TGF- β از طریق مسدود کردن مسیر فوق، اثرات مهاري روی بروز تشنج داشته باشند. بنابراین گیرنده های TGF- β را می توان به عنوان یکی از هدف های مناسب جهت درمان صرع مورد توجه قرار داد. در پژوهشی دیگر در این زمینه، اثر داروی لوزارتان بر روی تشنج القاء شده توسط آلبومین (از طریق بلاک مسیر TGF- β) بررسی شده است. نتیجه این تحقیق نیز این بود که مهار مسیر TGF- β می تواند اثرات مفید در جلوگیری از بروز تشنج داشته باشد (۸۰). در نتیجه گیرنده های TGF- β می توانند به عنوان یک هدف جدید برای بیماری صرع مورد توجه قرار بگیرند.

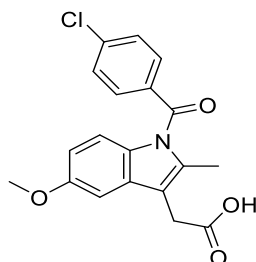
هدف های مربوط به P-گلايکوپروتئين

بروز مقاومت دارویی در برخی از بیماران صرعی، یکی از مهم ترین چالش های درمان این بیماران است. برخی از مشاهدات در مطالعات حیوانی بیانگر ارتباط بین P-گلايکوپروتئين (P-gp) و صرع هستند (۸۱-۸۳). P-gp ها در مقادیر فراوان در سلول های اندوتلیال در سد خونی مغزی (BBB) بیان می شود و به عنوان انتقال دهنده های بسیاری از ترکیبات از دیواره BBB عمل می کنند (۸۴). همچنین در بعضی مطالعات مربوط به مدل های تشنجی مربوط به لوب گیجگاهی (TLE)،^۵ مشاهده شده است که بیان P-gp در ناحیه لیمبیک مغز

1. Vinpocetin
2. Pentylentetrazol
3. 4-Aminopyridine
4. Reuptake

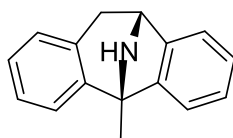
5. Temporal lobe epilepsy

بیماران مبتلا به صرع مقاوم^۶ می تواند یک رویکرد سودمند باشد.



تصویر شماره ۵: ساختار شیمیایی ایندومتاسین

یکی دیگر از استراتژی های مرتبط با P-gp در درمان صرع، مهار آن از طریق تنظیم گیرنده های NMDA و COX-2 است (۹۷). افزایش بیان P-gp در پی آزادسازی گلوتامات در تشنج توسط گیرنده های NMDA و COX-2 انجام می شود. در برخی از مطالعات نشان داده شده است که بیان P-gp توسط آنتاگونیست های NMDA مثل دیزوکیلپین^۷ (تصویر شماره ۶) کاهش پیدا می کند (۹۸).



تصویر شماره ۶: ساختار شیمیایی دیزوکیلپین

دیزوکیلپین آنتاگونیست غیر رقابتی گیرنده های NMDA است که به قسمت داخلی کانال یونی این گیرنده متصل می شود (۹۹، ۱۰۰). در مطالعات دیگر گزارش شده است که بین واسطه التهابی COX-2 و P-gp ارتباط وجود دارد. در واقع فعال سازی COX-2 منجر به افزایش بیان P-gp می شود (۹۲). در نتیجه این یافته ها، این فرضیه مطرح می شود که تاثیر COX-2 در مسیر گیرنده NMDA/Glutamate می تواند منجر به افزایش بیان P-gp شود. در برخی مطالعات دیگر مشخص شده

حیوانات مورد آزمایش افزایش یافته است (۸۶، ۸۵). این موضوع در بافت های جدا شده از مغز بیماران مبتلا به تشنج ناحیه گیجگاهی (TLE) نیز مشاهده می شود (۸۸، ۸۷). دلیل قطعی بروز مقاومت دارویی در بیماران صرعی هنوز به طور کامل مشخص نشده است. یکی از نظریه هایی که در این رابطه مطرح است، این است که سطوح mRNA مربوط به ژن P-gp در BBB بیماران مقاوم به درمان تشنج افزایش می یابد. افزایش بیان P-gp در BBB، باعث محدود شدن عبور بسیاری از داروها می شود (۸۹، ۹۰). از این رو عبور داروهای ضد تشنج از BBB کاهش می یابد. برخی از مطالعات درون تنی^۱ نیز این موضوع را تایید کرده اند (۹۰). در این مطالعات گزارش شده است که میزان P-gp به دلیل انتشار گلوتامات طی بروز تشنج افزایش می یابد که این اتفاق از طریق گیرنده های NMDA و COX-2 صورت می پذیرد (۹۱، ۹۲). از این رو P-gp را می توان به عنوان یک هدف در درمان صرع مقاوم به درمان مورد بررسی های بیش تر قرار داد. همچنین در برخی مطالعات دیگر گزارش شده است که عملکرد P-gp توسط مسدود کننده های کانال های کلسیمی^۲ (CCBs) می تواند مهار شود (۹۳، ۹۴). از این یافته در بالین برای درمان صرع مقاوم استفاده می شود. بر اساس برخی از گزارش ها، برخی از بیماران صرعی مقاوم به درمان هنگامی که همراه با داروهای ضد تشنجی خود، داروی وراپامیل^۳ را نیز مصرف می کنند، تعداد دفعات بروز تشنج در آن ها به نحو چشمگیری کاهش پیدا می کند (۹۵). در مطالعات دیگر گزارش شده است که این اثر وراپامیل به دلیل مهار P-gp است. همچنین مشخص شده است که داروی ایندومتاسین^۴ (تصویر شماره ۵) یک مهارکننده غیر اختصاصی آنزیم سیکلواکسیژناز^۵ (COX)، می تواند باعث مهار P-gp در برخی از مدل های حیوانی شود (۹۶، ۹۷). از این رو مهار مستقیم P-gp به عنوان یک هدف در

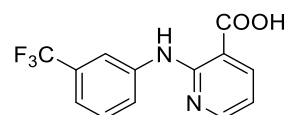
1. Invivo
2. alcium channel blockersC
3. Verapamil
4. Indometacine
5. Cyclooxygenase

6. Refractory Epilepsy
7. Dizocilpine

است که داروی سلکو کسپب^۱ که مهارکننده انتخابی COX-2 است، می تواند باعث جلوگیری از بیان P-gp شود (۱۰۱). در نتیجه ایجاد اختلال در مسیر تولید و بیان P-gp می تواند یک رویکرد مفید در درمان صرع مقاوم باشد.

هدف های HCN و Kv7

کانال های HCN و Kv7 هر دو جزء کانال های یونی وابسته به ولتاژ هستند (۱۰۳، ۱۰۲). کانال های HCN به صورت گسترده در نواحی هیپوکمپ، تالاموس و قشر مخ بیان می شوند (۱۰۴). این نواحی در تولید و ایجاد تشنج های مربوط به صرع بزرگ و کوچک نقش دارند. کانال های Kv7 هم در بروز فرایندهای تحریکی شدید در مغز نقش دارند. مشخص شده که حذف ژنتیکی زیرواحدهای کانال های HCN1 منجر به تقویت فرایندهای موثر در بروز تشنج می شود. حال آن که حذف ژنتیکی زیرواحدهای HCN2 منجر به کاهش بروز تشنج می شود (۱۰۴، ۱۰۵). در حالت کلی مسدود کردن یا حذف کانال های HCN منجر به بروز فرایندهای شدید تحریکی می شود که می تواند در ایجاد تشنج نقش داشته باشد (۳۷). در یکی دیگر از مطالعات انجام شده، مشاهده شد که نیفلومیک اسید^۲ (تصویر شماره ۷) که از دسته داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی^۳ (NSAIDs) است، می تواند باعث ایجاد تغییر در دروازه کانال های ضربان ساز HCN2 شود (۱۰۶).



تصویر شماره ۷: ساختار شیمیایی نیفلومیک اسید

نیفلومیک اسید مهارکننده اختصاصی COX-2 است و برای کاهش دردهای مفصلی و عضلانی استفاده می شود. این دارو همچنین باعث افزایش اثر GABA

می شود (۱۰۷). همچنین مشخص شده است که برخی از داروهای معروف ضد تشنج مانند لاموتریزین^۴ و گاباپنتین^۵ نیز روی کانال های HCN تاثیر دارند (۱۰۸، ۱۰۹). از این رو کانال های HCN می تواند یکی از هدف های مناسب برای داروهای ضد تشنج باشد.

در برخی مطالعات دیگر مشخص شده است که موتاسیون در ژن های HCN و Kv7 در بروز تشنج موثر است (۱۱۰، ۱۱۱). در برخی از مطالعات حیوانی مشاهده شده است که در موش هایی که فاقد کانال های Kv7 هستند و یا این که کانال های آنها متحمل موتاسیون شده است، تشنج بیش تر بروز پیدا می کند (۱۱۲). مشاهده شده است رتیگابین^۶ که یک ترکیب بازکننده کانال های Kv7 است، در چندین مدل حیوانی تشنج باعث کاهش بروز تشنج می شود (۱۱۳-۱۱۵). این ترکیب از طریق فعال سازی کانال های پتاسیمی وابسته به ولتاژ عمل می کند، بنابراین باعث کاهش فرایندهای تحریکی در مغز شده و در تخفیف تشنج موثر است (۱۱۶، ۱۱۷). در برخی دیگر از مطالعات مشاهده شده است که کانال های Kv7 باعث خاموش شدن و سرکوب شروع پتانسیل عمل می شوند (۱۱۷، ۱۱۸). در نتیجه ترکیباتی که توانایی باز کردن کانال های Kv7 را داشته باشند، می توانند به صورت بالقوه دارای اثرات ضد تشنج و ضد صرع باشند.

هدف های مربوط به تنظیم مسیر mTOR

mTOR یک آنزیم کینازی از خانواده پروتئین کینازها است که در بسیاری از فرایندهای سلولی نقش دارد. به دلیل اثرات مهاری که ترکیب راپامایسین روی این آنزیم دارد، به آن Mammalian Target of Rapamycin می گویند که به صورت خلاصه mTOR نوشته می شود. راپامایسین (تصویر شماره ۸) که اسم دیگر آن سیرولیموس است، نوعی داروی سرکوب کننده سیستم ایمنی است که توسط نوعی باکتری ساخته می شود (۱۱۹).

4. Lamotrigine
5. Gabapentin
6. Retigabine

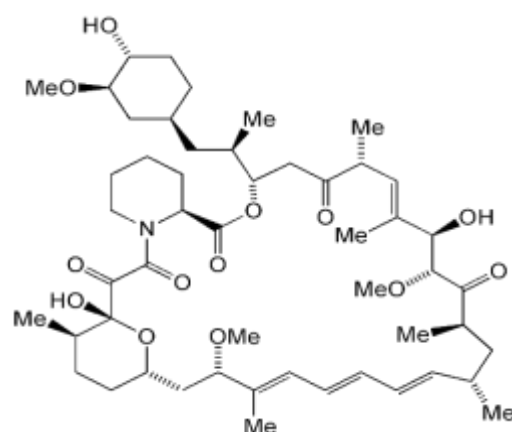
1. Celecoxib
2. Niflumic acid
3. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs

هدف های مرتبط با Nrf2

استرس اکسیداتیو، یک وضعیت یوشیمیایی در بدن است که طی آن عدم تعادل در تولید گونه های اکسیژن و نیتروژن فعال (ROS و NOS) و دفاع آنتی اکسیدانی ایجاد می شود (۱۲۸). در سالان اخیر، به طور فزاینده ای تحقیق روی مسیرهای مولکولی مرتبط با استرس اکسیداتیو از قبیل Nrf2^۲ که نقش مهمی در تنظیم پاسخ آنتی اکسیدانی بدن دارد متمرکز شده است (۱۲۹-۱۳۱). شواهد تجربی متعددی در انسان و حیوانات حاکی از دخالت استرس اکسیداتیو در فیزیوپاتولوژی بیماری های تخریب کننده و مزمن عصبی مانند صرع است (۱۲۸). حاصل شواهد تجربی این است که فعال شدن مسیر Nrf2 می تواند یک رویکرد درمانی نویدبخش برای بازگرداندن تعادل بازدارنده سیستمیک و نورونی با کاهش آسیب های عصبی ناشی از ROS و RNS باشد. مطالعات جدیدی وجود دارد که این مسیر را به عنوان یک هدف درمانی در تشنج های صرعی ارزیابی کرده اند (۱۲۸). تنظیم مسیر Nrf2 برای درمان صرع با توجه به تاثیر استرس اکسیداتیو از تغییرات سطح گلووتاتیون طی فرایندهایی که به بروز صرع منتهی می شوند، مورد توجه قرار گرفته است (۱۳۲). علاوه بر این، رژیم غذایی کتوژنیک با افزایش سطح گلووتاتیون سلولی از طریق فعال سازی مسیر Nrf2 فرآیندهای مخرب منتج به تشنج را تغییر می دهد (۱۳۳). از این رو، ارتباط واضحی بین فعال سازی مسیر Nrf2 و کنترل صرع وجود دارد. در نهایت دانشمندان به این نتیجه رسیدند که فعال شدن مسیر سیگنال Nrf2-ARE می تواند مغز را از آسیب های ناشی از تشنج و استرس های اکسیداتیو ناشی از تشنج های صرعی محافظت کند.

هدف های سیگنالینگ سیستم پورینریک

سیگنالینگ پورینریک یک شکل سیگنالینگ خارج سلولی است که به وسیله نوکلئوتیدهای پورین و



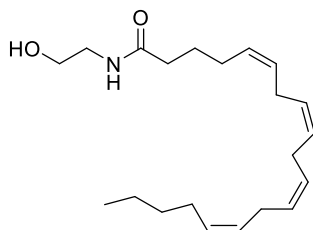
تصویر شماره ۸: ساختار شیمیایی راپامایسین

مسیر سیگنالینگ mTOR در فرایندهای مختلفی در سلول از جمله فرایندهای تحرکی در نورون ها دخالت دارد (۱۲۰). برخی از مطالعات بالینی و پیش بالینی از ارتباط سیگنالینگ mTOR با انواع مختلف تشنج حکایت دارد (۱۲۱-۱۲۳). در هنگام بروز تشنج، افزایش شدید سیگنالینگ mTOR مشاهده می شود (۱۲۴). در نتیجه این مسیر می تواند به عنوان یک هدف بالقوه برای تحقیق در مطالعات مربوط به تشنج مورد توجه قرار بگیرد. مسیر mTOR در مدل های حیوانی مربوط به تشنج لوب گیجگاهی مورد مطالعه قرار گرفته است (۱۲۴). در برخی از مطالعات در مدل های حیوانی تشنج مربوط به کاینیک اسید و پیلوکارپین^۱ مشاهده شده است که استفاده از مهارکننده های mTOR باعث کاهش قابل توجه بروز تشنج می شوند (۶). همچنین مشخص شده است که مسیر mTOR باعث تنظیم بیان ژن های گیرنده های گلوتامات که در بروز فرایندهای تحرکی در مغز نقش دارند، می شود. بنابراین مهارکننده های mTOR می توانند از طریق کاهش دادن فرایندهای تحرکی توسط اثر روی کانال های یونی وابسته به لیگاند و وابسته به ولتاژ و همین طور مسیرهای سیگنالینگ و انتقال دهنده های عصبی تحرکی، اثرات ضد تشنجی داشته باشند (۱۲۷-۱۲۵).

2. Nuclear factor E2-related factor-2

1. Pilocarpine

موثر باشد (۱۳۸). اندوکannabinoid آناندامید^۳ (تصویر شماره ۹) یکی از آگونیست‌های درون‌زاد کانال‌های TRPV1 است که می‌تواند سبب تحریک فعال‌سازی آن شود (۱۳۷). ثابت شده است که در طول صرع، سطح AEA به شکل چشمگیری افزایش پیدا می‌کند. در قسمت‌های هیپوکامپ و قشر مخ انسان، گیرنده‌های TRPV1 در مقادیر فراوانی وجود دارند. یافته‌های علمی حاکی از فعالیت گیرنده‌های TRPV1 در طی بروز تشنج است (۱۳۹). استراتژی‌های متعددی برای اثر روی کانال‌های TRPV1 برای درمان بیماری صرع وجود دارد، از جمله: استفاده از آنتاگونیست‌های کانال‌های TRPV1، مسدود کننده‌های این هدف‌ها و همین‌طور ترکیب‌های موثر جهت حساس کردن گیرنده‌های TRPV1. از این رو می‌توان از این هدف به عنوان یک هدف موثر جهت تولید داروهای ضد تشنج جدید استفاده کرد.



تصویر شماره ۹: ساختار شیمیایی آناندامید

در پایان می‌توان نتیجه‌گیری کرد که علی‌رغم پیشرفت‌های صورت پذیرفته در درمان بیماری صرع و وجود داروهای مفید در این زمینه، هنوز حدود ۳۰ درصد از بیماران مبتلا به درمان‌های رایج پاسخ نمی‌دهند (۷). علاوه بر آن بسیاری از داروهای ضد صرع دارای عوارض دارویی متعدد هستند. این موضوعات بیانگر نیاز مبرم تحقیق جهت یافتن داروهای جدید برای درمان این بیماران است. از این‌رو ما در این مقاله مروری، پس از نگاه اجمالی و کوتاه به هدف‌های دارویی قدیمی‌تر بیماری صرع که عموماً کانال‌های

نوکلتوزیدها مانند آدنوزین و ATP تأمین می‌شود (۱۳۴). نوکلئوتیدهای آدنینی و آدنوزین، مولکول‌هایی هستند باعث فعال‌سازی گیرنده‌های P2 و P2 می‌شوند. تحقیقات نشان داده است که تحریک و فعال‌سازی گیرنده‌های آدنوزین A1 سبب اعمال ضد تشنجی می‌شود، در حالی که فعال شدن گیرنده‌های A2A ممکن در بروز تشنج دخیل باشد. بنابراین، محدودیت قابل توجهی در استفاده از آگونیست‌های گیرنده A1 به عنوان دارو در داروهای موثر روی سیستم CNS وجود دارد که می‌تواند به عنوان عارضه، سبب تحریک بروز تشنج شوند (۱۳۴). مطالعات مربوطه نشان داده‌اند که فعالیت ضد صرعی آدنوزین با افزایش غلظت آن در خارج از سلول ارتباط دارد. مهار انتقال دهنده‌های تعادلی نوکلئوزید^۱ (ENTs) می‌تواند سبب افزایش غلظت خارج سلولی نوکلئوزید شود. نقش آدنوزین در مهار صرع با این یافته‌های علمی تأیید شده است که در بیماران صرعی، بیان آنزیم آدنوزین کیناز (ADK) موجود در آستروسیت‌ها که آنزیم متابولیزه‌کننده پورین هست، به صورت چشمگیری افزایش می‌یابد. افزایش فعالیت ADK موجب می‌شود سطح آدنوزین را در فضاهای خارج سلولی پایین آید. این تغییرات می‌توانند از عوامل بروز صرع باشند. از این‌رو مهار عوامل سرکوب‌کننده گیرنده‌های آدنوزینی می‌تواند به عنوان یک استراتژی جدید در درمان تشنج مورد توجه قرار گیرد (۱۳۶-۱۳۴).

هدف‌های مربوط به گیرنده‌های TRPV1

اخیراً مطالعات قابل توجهی در مورد گیرنده‌های TRPV1^۲ نشان می‌دهد که این گیرنده‌ها می‌توانند به عنوان هدف‌های ویژه برای ترکیبات ضد صرع مورد توجه قرار گیرند (۱۳۷). فعال‌سازی گیرنده‌های TRPV1 کارایی سیناپسی وابسته به فعالیت را تنظیم می‌کند. فاکتور رشد عصبی (NGF) می‌تواند از طریق تنظیم گیرنده‌های TRPV1 روی فرایندهای مرتبط با تشنج

3. AEA (Endocannabinoid anandamide)

1. Equilibrative nucleoside transporters

2. Transient receptor potential vanilloid receptor 1

بررسی شد. سپس در مورد برخی از موارد صرع که به دلیل بروز موتاسیون در کانال‌های یونی وابسته به ولتاژ ایجاد می شوند، از جمله کانال‌های HCN و Kv7، راهکارها و استراتژی‌های لازم بررسی گردید. علاوه بر آن، برخی هدف‌های دارویی جدید دیگری از جمله Nrf2¹، گیرنده‌های پورینرژیک² و کانال‌های TRPV1³ نیز مورد بررسی قرار گرفتند. از آنجایی که هدف‌های مربوط به داروهای ضد صرع موجود در بازار، عموماً در دهه‌های گذشته شناسایی شده‌اند، هدف‌های ذکر شده در مقاله، جدیدترین هدف‌های موجود می‌باشند که هنوز هیچ دارویی مرتبط با آن‌ها تولید و روانه بازار نشده است و به نظر می‌رسد کماکان نیازمند بررسی‌های بیش تر هستند.

یونی هستند، برخی از جدیدترین هدف های مورد توجه در زمینه تولید داروهای ضد صرع جدید را مورد بررسی قرار دادیم. در ابتدا برخی از مکانیسم‌های مرتبط با بروز صرع و استراتژی‌های مقابله با آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت. از آنجایی که طی بیماری صرع، التهابات مغزی ایجاد می شود، هدف های مرتبط با التهاب مغز مانند IL-1 β و TGF-B و همین طور استراتژی‌های مناسب جهت استفاده مناسب از مهارکننده‌های این هدف‌ها را مورد بحث قرار دادیم. به دلیل اهمیت مسیر سیگنالینگ mTOR که اهمیت به سزایی در فرایندهای موثر در تشنج دارد، در مورد مهارکننده‌های این مسیر و استراتژی‌های لازم بحث شد. همچنین به دلیل اثبات نقش P-gp در بروز مقاومت دارویی در افراد مبتلا به صرع مقاوم به درمان، راهکارهای موثر مرتبط با P-gp در درمان تشنج

References

1. Niedermeyer E, Froescher W, Fisher R. Epileptic seizure disorders. *J Neurol* 1985; 232(1): 1-12.
2. Scheffer IE. A new classification and class 1 evidence transform clinical practice in epilepsy. *Lancet Neurol*. 2018; 17(1): 7-8.
3. Petroff OA. Book review: GABA and glutamate in the human brain. *Neuroscientist* 2002; 8(6): 562-573.
4. Abou-Khalil B, Ge Q, Desai R, Ryther R, Bazyk A, Bailey R, et al. Partial and generalized epilepsy with febrile seizures plus and a novel SCN1A mutation. *Neurology* 2001; 57(12): 2265-2272.
5. Powell EM, Campbell DB, Stanwood GD, Davis C, Noebels JL, Levitt P. Genetic disruption of cortical interneuron development causes region-and GABA cell type-specific deficits, epilepsy, and behavioral dysfunction. *J Neurosci* 2003; 23(2): 622-631.
6. Cho CH. Frontier of epilepsy research-mTOR signaling pathway. *Exp Mol Med* 2011; 43(5): 231-274.
7. Ayati AS, EmamiS, Foroumadi A. The importance of triazole scaffold in the development of anticonvulsant agents. *Eur J Med Chem* 2016; 109: 380-392.
8. Gabbianelli R, Damiani E. Epigenetics and neurodegeneration: role of early-life nutrition. *J Nutr Biochem* 2018; 57: 1-13.
9. Tsagalioti E, Trifonos C, Morari A, Vadikolias K, Giaginis C. Clinical value of nutritional status in neurodegenerative diseases: What is its impact and how it affects disease progression and management? *Nutr Neurosci* 2018; 21(3): 162-175.

1. Nuclear related factor

2. Purinergic receptors

3. Transient receptor potential cation channel subfamily V member 1

10. Hernández JM, Rentero MPZ. Bioactive Compounds Contained in Mediterranean Diet and Their Effects on Neurodegenerative Diseases. Available From: www.imtchoopen.com, 2018.
11. Liu Z, Ren Z, Zhang J, Chuang CC, Kandaswamy E, Zhou T et al. Role of ROS and Nutritional Antioxidants in Human Diseases. *Front Physiol* 2018; 9: 477.
12. Hayes E, Coleen E, Nashold E. Vitamin D and multiple sclerosis, in *Vitamin D*. 4th ed. 2018; p. 989-1024.
13. Moretti R, Morelli ME, Caruso P. Vitamin D in neurological diseases: a rationale for a pathogenic impact. *Int J Mol Sci* 2018; 19(8): 2245.
14. Orsini A, Zara F, Striano P. Recent advances in epilepsy genetics. *Neurosci Lett* 2018; 667: 4-9.
15. Fernandez H, Mohammed HT, Patel T. Vitamin D supplementation for bone health in adults with epilepsy: A systematic review. *Epilepsia* 2018; 59(4): 885-896.
16. Tejada S, Martorell M, Capo X, Tur JA, Pons A. Omega-3 Fatty Acids and Epilepsy, in *The Molecular Nutrition of Fats*. Academic Press. 2019; p. 261-270.
17. Scorza FA, Scorza CA, Finsterer J. Dietary Measures to Prevent Sudden Unexpected Death in Epilepsy. *JAMA Neurol* 2018; 75(9): 1155-1156.
18. Berk BA, Packer RMA, Law TH, Volk HA. Investigating owner use of dietary supplements in dogs with idiopathic epilepsy. *Res Vet Sci* 2018; 119: 276-284.
19. Talebian A, Soltani B, Banafshe HR, Moosavi GA, Talebian M, Soltani S. Prophylactic effect of riboflavin on pediatric migraine :a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Electron Physician* 2018; 10(2): 6279.
20. Von Luckner A, Riederer F. Magnesium in Migraine Prophylaxis—Is There an Evidence-Based Rationale? A Systematic Review. *Headache* 2018; 58(2): 199-209.
21. Kirkland AE, Sarlo GL, Holton KF. The role of magnesium in neurological disorders. *Nutrients* 2018; 10(6): 730.
22. Simeone TA, Simeone KA, Stafstrom CE, Rho JM. Do ketone bodies mediate the anti-seizure effects of the ketogenic diet? *Neuropharmacology* 2018; 133: 233-241.
23. Ata Ko, Jung Da E, Kim SE, Kang HC, Lee ST, Choi JR, et al. The efficacy of ketogenic diet for specific genetic mutation in developmental and epileptic encephalopathy. *Front Neurol* 2018; 9: 530.
24. Wang BH, Hou Q, YQ LU, Jia XH, Zhang ZX, Jiang Y. Ketogenic diet attenuates neuronal injury via autophagy and mitochondrial pathways in pentylenetetrazol-kindled seizures. *Brain Res* 2018; 1678: 106-115.
25. Stocker R, Abury ER, Bally L. Ketogenic diet and its evidence based therapeutic implementation in endocrine diseases: A literature review. *Clin Nutr* 2018; 37: S294-S295.
26. Azhdari Zarmehri, Kamalimanesh B, Abarshi A, Nafisi Fard R, Mohebbi E, Shamizadeh A, et al. The Effect of Hydro-alcoholic Extracts of *Anethum graveolens* L. (Dill) on Amygdala Kindled in Rats. *J Med Plant* 2018; 4(68): 41-48.
27. Modaresi M, Ghorbali F, Sajjadian I. Comparison of Antinociceptive Effect of *Viola Odorata* with Carbamazepine in Animal Seizure Model. *Armaghane Danesh* 2017; 22(4): 431-441.
28. Namvar Aghdash S, Mirzaee R. Study of Anticonvulsant Effects of Aqueous Extract of *Thymus Vulgaris* on Chemical Kindling in

- Male Mice. *J Sabzevar Univ of Med Sci* 2015; 22(5): 902-908.
29. Namvar Aghdash S, Nasirifard N. The Effect of Equeous Datura Stramonium L Seed Extract on Chemical Kindling Induced by Intraperitoneal Injection of Pentylenetetrazole in Mice. *Neurosci J Shefaye Khatam* 2015; 3(2): 35-40.
 30. Namvar Aghdash S, Nasirifard S, Safari F. Chemical Kindling with Pentylenetetrazole and Effects of Equeous Extract of Humulus Lupulus Flowers on the Kindling Process in the Male Mice. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci (JSSU)* 2015; 23(9): 862-869.
 31. Niasati F, Oryan SH, Sofiabad M, Eslimi Esfahani D. Effect of Intraperitoneal Injection of Hydroalcoholic Extract of Ducrosia anethifolia on Pentylenetetrazol-Induced Anticonvulsion in Male Wistar Rats. *Horizon Med Sci* 2017; 23(1): 49-53.
 32. Namvar Aghdash S, Mokhtari M. Study of Anticonvulsive Effects of Equeous Extract of Origanumvulgare on Chemical Kindling in Male Mice. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2016; 24(7): 538-546.
 33. Van Vliet EA, da Costa Araújo S, Redeker S, van Schaik R, Aronica E, Gorter JA. Blood–brain barrier leakage may lead to progression of temporal lobe epilepsy. *Brain* 2006; 130(2): 521-534.
 34. Fabene BF, Navarro Mora G, Marinello M, Rossi B, Merigo F, Ottoboni L, et al. A role for leukocyte-endothelial adhesion mechanisms in epilepsy. *Nat Med* 2008; 14(12): 1377-1383.
 35. Ni G, Qin J, Chen Z, Li H, Zhou J, Huang M, et al. Associations between genetic variation in one-carbon metabolism and leukocyte DNA methylation in valproate-treated patients with epilepsy. *Clin Nutr* 2018; 37(1): 308-312.
 36. Sethi S, Dishit M. Modulation of polymorphonuclear leukocytes function by nitric oxide. *Throm Res* 2000; 100(3): 223-247.
 37. Lerche H, Shah M, Beck H, Noebels J, Johnston D, Vincent A. Ion channels in genetic and acquired forms of epilepsy. *J Physiol* 2013; 591(4): 753-764.
 38. Singh NA, Charlier C, Stauffer D, DuPont BR, Leach RJ, Melis R, et al. A novel potassium channel gene, KCNQ2, is mutated in an inherited epilepsy of newborns. *Nat Genet* 1998; 18(1): 25- 29.
 39. Biervert C, Schroeder BC, Kubisch C, Berkovic SF, Propping P, Jentsch TJ, et al. A potassium channel mutation in neonatal human epilepsy. *Science* 1998; 279(5349): 403-406.
 40. Segura-Aguilar J, Kostrzewa RM. Neurotoxin mechanisms and processes relevant to Parkinson's disease: an update. *Neurotox Res* 2015; 27(3): 328-354.
 41. Sudha K, Rao AV, Rao A. Oxidative stress and antioxidants in epilepsy. *Clin Chim Acta* 2001; 303(1-2): 19-24.
 42. Patel M. Mitochondrial dysfunction and oxidative stress: cause and consequence of epileptic seizures. *Free Radic Biol Med* 2004; 37(12): 1951-1962.
 43. Nazıroğlu M. Role of selenium on calcium signaling and oxidative stress-induced molecular pathways in epilepsy. *Neurochem Res* 2009; 34(12): 2181-2191.
 44. Golechha M, Chaudhry U, Bhatia J, Saluja D, Arya DS. Naringin protects against kainic acid-induced status epilepticus in rats: evidence for an antioxidant, anti-inflammatory and neuroprotective intervention. *Biol Pharm Bull* 2011; 34(3): 360-365.
 45. Gano LB, Liang LP, Ryan K, Michel CR, Gomez J, Vassilopoulos A, et al. Altered mitochondrial acetylation profiles in a kainic

- acid model of temporal lobe epilepsy. *Free Radic Biol Med* 2018; 123: 116-124.
46. Ben-Ari Y. Limbic seizure and brain damage produced by kainic acid: mechanisms and relevance to human temporal lobe epilepsy. *Neuroscience*. 1985; 14(2): 375-403.
 47. Lothman EW, Collins RC. Kainic acid induced limbic seizures: metabolic, behavioral, electroencephalographic and neuropathological correlates. *Brain Res* 1981; 218(1-2): 299-318.
 48. Oyrer J, Maljevic S, Scheffer IE, Berkovic SF, Petrou S, Reid CA. Ion channels in genetic epilepsy: from genes and mechanisms to disease-targeted therapies. *Pharmacol Rev* 2018; 70(1): 142-173.
 49. Meldrum BS, Rogawski MA. Molecular targets for antiepileptic drug development. *Neurotherapeutics* 2007; 4(1): 18-61.
 50. Crespel A, Coubes P, Rousset MC, Brana C, Rougier A, Rondouin G, et al. Inflammatory reactions in human medial temporal lobe epilepsy with hippocampal sclerosis. *Brain Res* 2002; 952(2): 159-169.
 51. Voutsinos-Porche B, Koning E, Kaplan H, Ferrandon A, Guenounou M, Nehlig A, et al. Temporal patterns of the cerebral inflammatory response in the rat lithium-pilocarpine model of temporal lobe epilepsy. *Neurobiol Dis* 2004; 17(3): 385-402.
 52. Bonaz B, Picq C, Sinniger V, Mayol JF, Clarençon D. Vagus nerve stimulation: from epilepsy to the cholinergic anti-inflammatory pathway. *Neurogastroenterol Motil* 2013; 25(3): 208-221.
 53. Vezzani A, French J, Bartfai T, Baram TZ. The role of inflammation in epilepsy. *Nat Rev Neurol* 2011; 7(1): 31-40.
 54. Pun RY, Rolle IJ, Lasarge CL, Hosford BE, Rosen JM, Uhl JD, et al. Excessive activation of mTOR in postnatally generated granule cells is sufficient to cause epilepsy. *Neuron* 2012; 75(6): 1022-1034.
 55. Kwan P, Schachter SC, Brodie MJ. Schachter, and M.J. Brodie, Drug-resistant epilepsy. *New Engl J Med* 2011; 365(10): 919-926.
 56. Pitsch J, Kuehn JC, Gnatkovsky V, Müller JA, van Loo KMJ, de Curtis Met al. Anti-epileptogenic and Anti-convulsive Effects of Fingolimod in Experimental Temporal Lobe Epilepsy. *Mol Neurobiol* 2018; 56(3): 1-16.
 57. Xu KL, Liu XQ, Yao YL, Ye MR, Han YG, Zhang T, et al. Effect of dexmedetomidine on rats with convulsive status epilepticus and association with activation of cholinergic anti-inflammatory pathway. *Biochem Biophys Res Commun* 2018; 495(1): 421-426.
 58. Martin MCR, Guman Sanchez F, Martinez SS, Alivia SS, Munoz JSB, et al. Anti-inflammatory and antiepileptic neuroprotective statin compounds. 2017, United States America: Google Patents.
 59. Gómez CD, Buijs RM, Sitges M. The anti-seizure drugs vinpocetine and carbamazepine, but not valproic acid, reduce inflammatory IL-1 β and TNF- α expression in rat hippocampus. *J Neurochem* 2014; 130(6): 770-779.
 60. Matoth I, Pinto F, Sicsic C, Brenner T. Inhibitory effect of carbamazepine on inflammatory mediators produced by stimulated glial cells. *Neurosci Res* 2000; 38(2): 209-212.
 61. Kim JE, Choi HC, Song HK, Jo SM, Kim DS, Choi SY, et al. Levetiracetam inhibits interleukin-1 β inflammatory responses in the hippocampus and piriform cortex of epileptic rats. *Neurosci Lett* 2010; 471(2): 94-99.
 62. Stienen MN, Haghikia A, Dambach H, Thöne J, Wiemann M, Gold R, et al. Anti-inflammatory effects of the

- anticonvulsant drug levetiracetam on electrophysiological properties of astroglia are mediated via TGF β 1 regulation. *Br J Pharmacol* 2011; 162(2): 491-507.
63. Maroso M, Balosso S, Ravizza T, Liu J, Bianchi ME, Vezzani A. Interleukin-1 type 1 receptor/Toll-like receptor signalling in epilepsy: the importance of IL-1 β and high-mobility group box 1. *J Intern Med* 2011; 270(4) 319-326.
 64. Blackburn D, Sargsyan S, Monk PN, Shaw PJ. Astrocyte function and role in motor neuron disease: a future therapeutic target? *Glia* 2009; 57(12): 1251-1264.
 65. Mosher KI, Andres RH, Fukuhara T, Bieri G, Hasegawa-Moriyama M, et al. Neural progenitor cells regulate microglia functions and activity. *Nat Neurosci* 2012; 15(11): 1485-1457.
 66. Behmanesh F, Ashrafzadeh F, Varasteh A, Shakeri A, Shahsavand S. Evaluation of interleukin 1 β in febrile convulsion. *Iran J Allergy Asthma Immunol* 2012; 11(4): 336-339.
 67. Walker LE, Frigerio F, Ravizza T, Ricci E, Tse K, Jenkins RE, et al. Molecular isoforms of high-mobility group box 1 are mechanistic biomarkers for epilepsy. *J Clin Invest* 2017; 127(6): 2118-2132.
 68. Mareš P, Bernášková K, Kubová H. Ontogenetic Development of Sensitivity of the Cerebral Cortex to an Antagonist of GABA^A Receptor Bicuculline. *Physiol Res* 2018; 67(1): 149-153.
 69. Schneider KS, Groß CJ, Dreier RF, Saller BS, Mishra R, Gorka O, et al. The Inflammasome Drives GSDMD-Independent Secondary Pyroptosis and IL-1 Release in the Absence of Caspase-1 Protease Activity. *Cell Rep* 2017; 21(13): 3846-3859.
 70. Aronica E, Bauer S, Bozzi Y, Caleo M, Dingledine R, Gorter JA, et al. Neuroinflammatory targets and treatments for epilepsy validated in experimental models. *Epilepsia* 2017; 58(Suppl 3): 27-38.
 71. Shi LM, Chen RJ, Zhang H, Jiang CM, Gong J. Cerebrospinal fluid neuron specific enolase, interleukin-1 β and erythropoietin concentrations in children after seizures. *Child's Nerv Syst* 2017; 33(5): 805-811.
 72. Bertani I, Iori V, Trusel M, Maroso M, Foray C, Mantovani S, et al. Inhibition of IL-1 β signaling normalizes NMDA-dependent neurotransmission and reduces seizure susceptibility in a mouse model of Creutzfeldt-Jakob disease. *J Neurosci*. 2017; 37(43): 1301-1317.
 73. Yi P-L, Chou YJ, Chang FC. IL-1 signal and NMDA receptor in PTZ-induced epilepsy and sleep disruption. *Sleep Med* 2017; 40: e355.
 74. Hoda U, Agarwal NB, Vohora D, Parvez S, Raisuddin S. Resveratrol suppressed seizures by attenuating IL-1 β , IL1-Ra, IL-6, and TNF- α in the hippocampus and cortex of kindled mice. *Nutr Neurosci* 2017; 20(9): 497-504.
 75. Zhang Yang, Jing Wang, Changyin Yu, Ping Xu, Jun Zhang, Yan Peng, et al. Inhibition of p38 MAPK Signaling Regulates the Expression of EAAT2 in the Brains of Epileptic Rats. *Front Neurol* 2018; 9: 925.
 76. Ivens S, Kaufer D, Flores LP, Bechmann I, Zumsteg D, Tomkins O, et al. TGF- β receptor-mediated albumin uptake into astrocytes is involved in neocortical epileptogenesis. *Brain* 2006; 130(Pt 2): 532-547.
 77. Cacheaux LP, Ivens S, David Y, Lakhter AJ, Bar-Klein G, Shapira M, et al. Transcriptome profiling reveals TGF- β signaling involvement

- in epileptogenesis. *J Neurosci* 2009; 29(28): 8927-8935.
78. Khakipoor S, Ophoven C, Schrödl-Häußel M, Feuerstein M, Heimrich B, Deitmer JW, et al. TGF- β signaling directly regulates transcription and functional expression of the electrogenic sodium bicarbonate cotransporter 1, NBCe1 (SLC4A4), via Smad4 in mouse astrocytes. *Glia* 2017; 65(8): 1361-1375.
 79. Morimoto M, Hashimoto T, Kitaoka T, Kyotani S. Impact of oxidative stress and newer antiepileptic drugs on the albumin and cortisol value in severe motor and intellectual disabilities with epilepsy. *J Clin Med Res* 2018; 10(2): 137- 145.
 80. Bar-Klein G, Cacheaux LP, Kamintsky L, Prager O, Weissberg I, Schoknecht K, et al. Losartan prevents acquired epilepsy via OTGF- β signaling suppression. *Ann Neurol* 2014; 75(6): 864-875.
 81. Robey RW, Lazarowski A, Bates SE. P-glycoprotein-a clinical target in drug-refractory epilepsy? *Molecul Pharmacol* 2008; 73(5): 1343-1346.
 82. Feldmann M, Koepp M. P-glycoprotein imaging in temporal lobe epilepsy: In vivo PET experiments with the Pgp substrate [11C]-verapamil. *Epilepsia* 2012; 53(Suppl 6): 60-63.
 83. Van Vliet EA, van Schaik R, Edelbroek PM, Redeker S, Aronica E, Wadman WJ, et al. Inhibition of the multidrug transporter P-glycoprotein improves seizure control in phenytoin-treated chronic epileptic rats. *Epilepsia*. 2006; 47(4): 672-680.
 84. Hartz AM, Pekcec A, Soldner EL, Zhong Y, Schlichtiger J, Bauer B. P-gp protein expression and transport activity in rodent seizure models and human epilepsy. *Mol Pharm* 2017; 14(4): 999-1011.
 85. Volk HA, Burkhardt K, Potschka H, Chen J, Becker A, Löscher W. Neuronal expression of the drug efflux transporter P-glycoprotein in the rat hippocampus after limbic seizures. *Neuroscience* 2004; 123(3): 751-759.
 86. Weidner LD, Kannan P, Mitsios N, Kang SJ, Hall MD, Theodore WH, et al. The expression of inflammatory markers and their potential influence on efflux transporters in drug-resistant mesial temporal lobe epilepsy tissue. *Epilepsia* 2018; 59(8): 1507-1517.
 87. Löscher W, Potschka H. Drug resistance in brain diseases and the role of drug efflux transporters. *Nat Rev Neurosci* 2005; 6(8): 591-602.
 88. Löscher W, Potschka H. Role of drug efflux transporters in the brain for drug disposition and treatment of brain diseases. *Prog Neurobiol* 2005; 76(1): 22-76.
 89. Stasiółek M, Romanowicz H, Potatynska K, Chamielec M, Skalski D, Makowska M, et al. Association between C3435T polymorphism of MDR1 gene and the incidence of drug-resistant epilepsy in the population of Polish children. *Behav Brain Funct* 2016; 12(1): 21.
 90. Hartz AM, Notenboom S, Bauer B. Signaling to P-glycoprotein-A new therapeutic target to treat drug-resistant epilepsy. *Drug News Perspect* 2009; 22(7): 393-397.
 91. Rojas A, Jiang J, Ganesh T, Yang MS, Lelutiu N, Gueorguieva P, et al. Cyclooxygenase-2 in epilepsy. *Epilepsia* 2014; 55(1): 17-25.
 92. van Vliet EA1, Zibell G, Pekcec A, Schlichtiger J, Edelbroek PM, Holtman L, et al. COX-2 inhibition controls P-glycoprotein expression and promotes brain delivery of phenytoin in chronic epileptic rats. *Neuropharmacology* 2010; 58(2): 404-412.
 93. Harmsze AM, Robijns K, van Werkum JW, Breet NJ, Hackeng CM, Ten Berg JM, et al.

- The use of amlodipine, but not of P-glycoprotein inhibiting calcium channel blockers is associated with clopidogrel poor-response. *Thromb Haemost* 2010; 104(5): 920-925.
94. Tsuruo T, Iida H, Tsukagoshi S, Sakurai Y. Overcoming of vincristine resistance in P388 leukemia in vivo and in vitro through enhanced cytotoxicity of vincristine and vinblastine by verapamil. *Cancer Res* 1981; 41(5): 1967-1972.
 95. Nicita F, Spalice A, Papetti L, Nikanorova M, Iannetti P, Parisi P. Efficacy of verapamil as an adjunctive treatment in children with drug-resistant epilepsy: a pilot study. *Seizure* 2014; 23(1): 36-40.
 96. Yousif S, Chaves C, Potin S, Margaill I, Scherrmann JM, Declèves X. Induction of P-glycoprotein and Bcrp at the rat blood-brain barrier following a subchronic morphine treatment is mediated through NMDA/COX-2 activation. *J Neurochem* 2012; 123(4): 491-503.
 97. Bauer B, Hartz AM, Pekcec A, Toellner K, Miller DS, Potschka H. Seizure-induced upregulation of P-glycoprotein at the blood-brain barrier through glutamate and COX-2 signaling. *Mol Pharmacol* 2007; 73(5): 1444-1453.
 98. Zhu HJ, Liu GO. Glutamate up-regulates P-glycoprotein expression in rat brain microvessel endothelial cells by an NMDA receptor-mediated mechanism. *Life Sci* 2004; 75(11): 1313-1322.
 99. Rogawski MA. The NMDA receptor, NMDA antagonists and epilepsy therapy. *Drugs* 1992; 44(3): 279-292.
 100. Acerbo MJ, Lee JM, Delius JD. Sensitization to apomorphine, effects of dizocilpine NMDA receptor blockades. *Behav Brain Res* 2004; 151(1-2): 201-208.
 101. Schlichtiger J, Pekcec A, Bartmann H, Winter P, Fuest C, Soerensen J, et al. Celecoxib treatment restores pharmacosensitivity in a rat model of pharmacoresistant epilepsy. *Br J Pharmacol* 2010; 160(5): 1062-1071.
 102. Noam Y, Bernard C, Baram TZ. Towards an integrated view of HCN channel role in epilepsy. *Curr Opin Neurobiol* 2011; 21(6): 873-879.
 103. Brown DA, Passmore GM. Neural KCNQ (kv7) channels. *Br J Pharmacol* 2009; 156(8): 1185-1195.
 104. Benarroch EE. HCN channels Function and clinical implications. *Neurol* 2013; 80(3): 304-310.
 105. Albertson AJ, Yang J, Hablitz JJ. Decreased hyperpolarization-activated currents in layer 5 pyramidal neurons enhances excitability in focal cortical dysplasia. *J Neurophysiol* 2011; 106(5): 2189-2200.
 106. Cheng L, Sanguinetti MC. Niflumic acid alters gating of HCN2 pacemaker channels by interaction with the outer region of S4 voltage sensing domains. *Mol Pharmacol* 2009; 75(5): 1210-1221.
 107. Maleeva G, Peiretti F, Zhorov BS, Bregestovski P. Voltage-dependent inhibition of glycine receptor channels by niflumic acid. *Front Mol Neurosci* 2017; 10: 125.
 108. Postea O, Biel M. Exploring HCN channels as novel drug targets. *Nat Rev Drug Discov* 2011; 10(12): 903-914.
 109. Kuo CC, Lu L. Characterization of lamotrigine inhibition of Na⁺ channels in rat hippocampal neurones. *Br J Pharmacol* 1997; 121(6): 1231-1238.
 110. Reid, CA, Phillips Am, Petrou S. HCN channelopathies: pathophysiology in genetic epilepsy and therapeutic implications. *Br J Pharmacol* 2012; 165(1): 49-56.

111. Miceli F, Soldovieri MV, Ambrosino P, De Maria M, Migliore M, Migliore R, et al. Early-onset epileptic encephalopathy caused by gain-of-function mutations in the voltage sensor of Kv7. 2 and Kv7. 3 potassium channel subunits. *J Neurosci* 2015; 35(9): 3782-3793.
112. Singh NA, Otto JF, Dahle EJ, Pappas C, Leslie JD, Vilaythong A, et al. Mouse models of human KCNQ2 and KCNQ3 mutations for benign familial neonatal convulsions show seizures and neuronal plasticity without synaptic reorganization. *J Physiol* 2008; 586(14): 3405-3423.
113. Czuczwar P, Wojtak A, Cioczek-Czuczwar A, Parada-Turska J, Maciejewski R, Czuczwar SJ. Retigabine: the newer potential antiepileptic drug. *Pharmacol Rep* 2010; 62(2): 211-219.
114. Large CH, Sokal DM, Nehlig A, Gunthorpe MJ, Sankar R, Crean CS, et al. The spectrum of anticonvulsant efficacy of retigabine (ezogabine) in animal models: implications for clinical use. *Epilepsia* 2012; 53(3): 425-436.
115. Gunthorpe MJ, Large CH, Sankar R. The mechanism of action of retigabine (ezogabine), a first-in-class K⁺ channel opener for the treatment of epilepsy. *Epilepsia* 2012; 53(3): 412-424.
116. Orhan G, Wuttke TV, Nies AT, Schwab M, Lerche H. Retigabine/Ezogabine, a KCNQ/KV7 channel opener: pharmacological and clinical data. *Expert Opin Pharmacother* 2012; 13(12): 1807-1816.
117. Chung HJ. Role of calmodulin in neuronal Kv7/KCNQ potassium channels and epilepsy. *Front Biol* 2014; 9(3): 205-215.
118. Lehman A, Thota S, Mancini GM, van Slegtenhorst M. et al., Mutations in Kv7. 5 Channels Associated with Intellectual Disability or Epileptic Encephalopathy. *Biop J* 2018; 114(3): 123a.
119. Talos DM, Jacobs LM, Gourmaud S, Coto CA, Sun H, Lim KC, et al. Mechanistic target of rapamycin complex 1 and 2 in human temporal lobe epilepsy. *Ann Neurol* 2018; 83(2): 311-326.
120. Sarbassov DD, Ali SM, Sabatini DM. Growing roles for the mTOR pathway. *Curr Opin Cell Biol* 2005; 17(6): 596-603.
121. Talos DM, Sun H, Zhou X, Fitzgerald EC, Jackson MC, Klein PM, et al. The interaction between early life epilepsy and autistic-like behavioral consequences: a role for the mammalian target of rapamycin (mTOR) pathway. *PloS One* 2012; 7(5): e35885.
122. Galanopoulou AS, Gorter JA, Cepeda C. Finding a better drug for epilepsy: the mTOR pathway as an antiepileptogenic target. *Epilepsia* 2012; 53(7): 1119-1130.
123. Liu J, Reeves C, Michalak Z, Coppola A, Diehl B, Sisodiya SM, et al. Evidence for mTOR pathway activation in a spectrum of epilepsy-associated pathologies. *Acta Neuropathol Commun* 2014; 2(1): 71.
124. Zeng LH, Rensing NR, Wong M. The mammalian target of rapamycin signaling pathway mediates epileptogenesis in a model of temporal lobe epilepsy. *J Neurosci* 2009; 29(21): 6964-6972.
125. Wong M. Mammalian target of rapamycin (mTOR) inhibition as a potential antiepileptogenic therapy: from tuberous sclerosis to common acquired epilepsies. *Epilepsia* 2010; 51(1): 27-36.
126. Huang X, Zhang H, Yang J, Wu J, McMahon J, Lin Y, et al. Pharmacological inhibition of the mammalian target of rapamycin pathway suppresses acquired epilepsy. *Neurobiol Dis* 2010; 40(1): 193-199.

127. Russo E, Citraro R, Donato G, Camastra C, Iuliano R, Cuzzocrea S, et al. mTOR inhibition modulates epileptogenesis, seizures and depressive behavior in a genetic rat model of absence epilepsy. *Neuropharmacology* 2013; 69: 25-36.
128. Geronzi U, Lotti F, Grosso S. Oxidative stress in epilepsy. *Expert Rev Neurotherapeut* 2018; 18(5): 427-434.
129. Liu Z, Yang C, Meng X, Li Z, Lv C, Cao P. Neuroprotection of edaravone on the hippocampus of kainate-induced epilepsy rats through Nrf2/HO-1 pathway. *Neurochem In* 2018; 112: 159-165.
130. Singh NS, Vijayanti S, Saha L. Targeting crosstalk between Nuclear factor (erythroid-derived 2)-like 2 and Nuclear factor kappa beta pathway by Nrf2 activator dimethyl fumarate in epileptogenesis. *Int J Neurosc* 2018; 128(10): 987-994.
131. Shi Y, Miao W, Teng J, Zhang L. Ginsenoside Rb1 Protects the Brain from Damage Induced by Epileptic Seizure via Nrf2/ARE Signaling. *Cell Physiol Biochem* 2018; 45(1): 212-225.
132. Rowley S, Patel M. Mitochondrial involvement and oxidative stress in temporal lobe epilepsy. *Free Radic Biol Med* 2013; 62: 121-131.
133. Kovac S, Dinkova Kostova AT, Herrmann AM, Melzer N, Meuth SG, Gorji A. Metabolic and homeostatic changes in seizures and acquired epilepsy—mitochondria, calcium dynamics and reactive oxygen species. *Int J Mol Sci* 2017; 18(9): E1935.
134. Cieślak M, Wojtczak A, Komoszyński A. Role of the purinergic signaling in epilepsy. *Pharmacol Rep* 2017; 69(1): 130-138.
135. Burnstock G. Purinergic signalling: therapeutic developments. *Front Pharmacol* 2017; 8: 661.
136. Beamer E, Fischer W, Engel T. The ATP-gated P2X7 receptor as a target for the treatment of drug-resistant epilepsy. *Front Neurosci* 2017; 11: 21.
137. Carletti F, Gambino G, Rizzo V, Ferraro G, Sardo P. Involvement of TRPV1 channels in the activity of the cannabinoid WIN 55,212-2 in an acute rat model of temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Res* 2016; 122: 56-65.
138. Shutov LP, Warwick CA, Shi X, Gnanasekaran A, Shepherd AJ, Mohapatra DP, et al. The complement system component C5a produces thermal hyperalgesia via macrophage-to-nociceptor signaling that requires NGF and TRPV1. *J Neurosci* 2016; 36(18): 5055-5070.
139. Kaur R, Ambwani SR, Singh S. Endocannabinoid system: a multi-facet therapeutic target. *Curr Clin Pharmacol* 2016; 11(2): 110-117.