CASE REPORT

A Case Report of Citalopram Induced Acute Mandibular Dystonia

Seyed Hamzeh Hosseini[1],
Mehrdad Taghipour Gorji Kolaee[2]

[1] Department of Psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Student Medical, Thalassemia Research Center, Student Research Committee, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received September 10, 2011 ; Accepted December 19, 2011)

Abstract

Acute mandibular dystonia is a dystonic reaction that usually occurs due to antipsychotic drugs and rarely after selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs). In this study we reported a case of acute mandibular dystonia following administration of citalopram.

Key words: Acute mandibular dystonia, sertraline, citalopram

J Mazand Univ Med Sci 2012; 22(86): 293-296 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-13]

گزارش مورد

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و یکم شماره ۸۶ بهمن سال ۱۳۹۰ (۲۹۶-۲۹۳)

گزارش یک مورد نادر
دیستونی حاد مندیبولار به دنبال مصرف سیتالوپرام

سید حمزه حسینی[۱]
مهرداد تقی پور گرجی کلایی[۲]

چکیده

دیستونی حاد مندیبولار یک واکنش دیستونیک است که اغلب در پی مصرف داروهای ضد روان پریشی و در موارد بسیار نادر به دنبال مصرف داروهای مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین رخ می‌دهد. در این مقاله یک مورد دیستونی حاد مندیبولار در پی تجویز داروی سیتالوپرام گزارش می‌شود.

واژه‌های کلیدی: دیستونی حاد مندیبولار، سرترالین، سیتالوپرام

مقدمه

دیستونی سندرم انقباض‌های مداوم عضلات می‌باشد که به‌طور مکرراً موجب ایجاد حرکات پیچشی، تکراری و وضعیت‌های غیرعادی می‌شود. طبقه‌بندی دیستونی بر اساس وجود علائم مختلف بالینی و عوامل متعدد ایجادکننده این سندرم صورت می‌گیرد(۱). واکنش‌های دیستونیک و انقباضی عضلات شامل قفل شدن فک، اسپاسم زبان، بیرون زدگی زبان، دیستونی حلقی- حنجره‌ای، اسپاسم پلک، کج شدن گردن و کشیده شدن سر به سمت پشت می‌باشد. این واکنش‌ها شامل انقباضات تونیک طولانی مدتی هستند که در ۱۰ درصد افرادی که از داروهای ضدروان‌پریشی استفاده می‌کنند به سرعت و معمولاً طی روزهای اول تا چهارم پس از شروع مصرف اتفاق می‌افتند(۴-۲). افراد تحت درمان با داروهای ضدروان پریشی با قدرت بالا، خصوصاً آقایان بیشتر در معرض خطر واکنش‌های دیستونیک قرار دارند. بروز کلی این عارضه در سال‌های اخیر افزایش یافته که به مصرف وسیع داروهای ضدروان پریشی با قدرت بالا نسبت داده شده است(۲). بروز واکنش‌های دیستونیک خصوصاً دیستونی مندیبولار در پی مصرف داروی سیتالوپرام بسیار نادر است و در مروری که در مطالعات انجام شده صورت گرفت هیچ مورد مشابهی یافت نشد. تنها موارد موجود از این اختلال به دنبال مصرف فلوکستین و آن هم ۴۴ مورد گزارش شده است. در این مقاله بیماری که در پی مصرف سیتالوپرام دچار دیستونی مندیبولار شده و به طور موفقیت‌آمیز با سرترالین درمان شده است گزارش می‌شود.

شرح مورد

بیمار خانم ۶۳ ساله‌ای است که سال گذشته با سابقه افسردگی (بر اساس معیارهای DSMIV-TR) به بیمارستان روانپزشکی زارع مراجعه و بستری شده است. در زمان پذیرش دچار علائمی از قبیل افسردگی، اضطراب و ناامیدی بوده است. قبل از مراجعه بیمار

مولف مسئول: مهرداد تقی پور گرجی کلایی- ساری: کیلومتر ۱۸ جاده خزر آباد، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم، دانشکده پزشکی E-mail:taghipour.m@mazums.ac.ir
۱. گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۲. دانشجوی پزشکی، مرکز تحقیقات سرطان و مرکز تحقیقات تالاسمی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
تاریخ دریافت : ۹۰/۶/۱۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۸۹۰۰/۵ تاریخ تصویب : ۹۰/۹/۲۸

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-13]

سابقه‌ای از بیماری خاص مانند اختلالات روان حرکتی و مصرف داروی خاصی مانند داروهای آنتی‌دوپامینرژیک و سروتونرژیک را نداشت. برای درمان بیمار قرص سیتالوپرام به میزان ۲۰ میلی‌گرم در روز تجویز شد. در مدت درمان بیمار از داروی آنتی‌سایکوتیک دیگری استفاده نمی‌کرد. بیمار در پی مصرف این دارو از حملات مکرر دیستونیک مندیبولار شکایت داشته است. طی این مدت چندین بار دوز دارو تغییر داده شد تا شاید این عارضه ایجاد نگردد اما این حملات دیستونیک همچنان رخ می‌دادند. برای رد سایر علل که ممکن بود سبب ایجاد این عارضه شوند، معاینات کامل فیزیکی خصوصاً معاینات عصبی انجام شد که علائم پاتولوژیکی بیمار چندین بار بررسی شد و مورد خاصی یافت نشد. به‌همین دلیل تجویز قرص سیتالوپرام قطع شد و برای بیمار قرص سرترالین با دوز ۵۰ میلی‌گرم در روز شروع شد. پس از مصرف این دارو بیمار دیگر شکایتی از حملات دیستونیک نداشت و مشکل او با موفقیت برطرف گردید.

بحث

در بررسی مقاله‌ها و متون، عارضه حمله حاد دیستونی مندیبولار به عنوان یک عارضه جانبی سیتالوپرام در جایی گزارش نشده است. پاتوفیزیولوژی دقیق دیستونی حاد مشخص نشده است اما دو نظریه در این زمینه وجود دارد : ۱. افزایش دوپامین پیش سیناپسی به عنوان پاسخ جبرانی به بلوک شدن گیرنده‌های دوپامین و ۲. حساسیت بیش از حد گیرنده‌های دوپامین پس سیناپسی (وقتی که غلظت داروی آنتی‌سایکوتیک در فواصل تجویز دارو افت می‌کند).

افزایش یا کاهش ناگهانی غلظت داروهای آنتی‌سایکوتیک نیز می‌تواند باعث ایجاد این عارضه شود(۵). واکنش شدید دیستونی می‌تواند به‌طور موثر با آنتی‌کولینرژیک‌ها مثل بی پریدن، تری‌هگزی فنیدیل، بنزوتروپین و بنزودیازپین‌ها و آنتی‌هیستامین‌ها درمان شود(۲). بسیاری ازجنبه‌های پاتوفیزیولوژی اختلالات حرکتی مرتبط با داروها، به علت خواص ضدگیرند. D 2 آنتی‌سایکوتیک‌ها است(۵). مهارکننده‌های انتخابی باز جذب سروتونین (SSRI) به ندرت ممکن است موجب ایجاد عوارض جانبی اکستراپیرامیدال شوند. این رخداد ممکن است در پی مهار واسطه‌ای سروتونرژیکی سیستم دوپامین باشد.

از داروهای SSRI برای درمان افسردگی، فوبیا، اختلالات پانیک و اختلالات استرسی بعد تصادف استفاده می‌شود. در مطالعه حاضر نیز برای درمان بیمار مورد نظر از همین نوع داروها استفاده شد. این داروها امروزه به علت عوارض جانبی کمتر و تحمل‌پذیری بیشتر از جانب بیمار، نسبت به داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای و مونوآمین‌اکسیدازها بیشتر مورد توجه قرار گرفته‌اند(۸). Manny و همکارانش در خود مطالعه نتوانستند به طور دقیق بین عارضه حرکتی ناشی از SSRI و آکاتازی ناشی از اضطراب یا جیترینس افتراق قائل شوند(۹). تظاهرات اثر این داروها در بیماران به عوامل مستعدکننده‌ای از قبیل بیماری ها و اختلالات قبلی عصبی از قبیل صدمه به سر و پارکینسون(۱۰)، وجود سابقه مصرف داروهای القا کننده عوارض جانبی اکستراپیرامیدال(۱۱) یا مصرف همزمان این داروها از قبیل داروهای آنتی دوپامینرژیک و سروتونرژیک(۱۲) و وجود نقص ایزوآنزیم سیتوکروم p450 بستگی دارد. همچنین برخی افراد مبتلا به بیماری‌های افسرده کننده مستعد ایجاد عوارض اکستراپیرامیدال در پی‌مصرف این داروها هستند(۶). در مطالعه حاضر نیز فرد مورد نظر سابقه یک ساله از افسردگی را می‌دهد که تاییدی بر صحت مطلب فوق می‌باشد. اما در مطالعه حاضر فرد بیمار هیچ دارویی به صورت همزمان مصرف نکرده و سابقه‌ای از عارضه حرکتی مثل دیستونی ناشی از مصرف را نداشت. نتایج حاصل از مطالعه Magnuson و همکارانش در این مورد همسو با مطالعه ما نمی‌باشند(۷).

معاینات فیزیکی کامل از جمله معاینات عصبی برای رد سایر علل که ممکن است سبب ایجاد این

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-13]

عارضه شوند، (چندین بار بیمار معاینه شد) انجام شد. گزارشات پرستاری و معاینات روانپزشک حاکی از آن بود که حمله حاد دیستونیک مندیبولار نمی‌تواند صرفاً یک واکنش تبدیلی(۲) باشد. اختلال تبدیلی عبارت است از یک یا چند نشانه عصبی که با یک اختلال طبی یا عصبی شناخته شده قابل توجیه نیست. به علاوه، تشخیص این اختلال ایجاب می‌کند که عوامل روان شناختی با شروع یا تشدید علائم ارتباط داشته باشد. این اختلال نوعاً در زمینه استرس رخ می‌دهد(۴)، درحالی‌که بیمار معرفی شده زمینه استرس نداشته است. علت دیگر این عارضه می‌توانست مصرف آنتی‌سایکوتیک‌های معمول باشد که با توجه به گزارش ثبت داروهای موجود، این علت نیز رد شد. در مطالعات مروری سیستماتیک انجام شده ۱۲۷ مقاله یافت شد که عوارض حرکتی ناشی ازمصرف داروهای SSRI را گزارش کرده است. در میان این اختلالات حرکتی تنها ۱۹ مورد مبتلا به دیستونی شده بودند. در این مطالعه درمان‌هایی نیز برای این عوارض ذکر شده است که شامل قطع دارو، کاهش دوز دارو و تغییر نوع داروی ضد افسردگی می‌شود(۱۳). در این مطالعه حاضر نیز اقدام به کاهش دوز مصرفی داروی بیمار شد اما حملات دیستونیک همچنان رخ می‌دادند. بیشتر موارد عوارض حرکتی در پی‌مصرف فلوکستین گزارش شده است(۱۴). مواردی اندکی نیز وجود دارند که از ایجاد این عوارض در پی مصرف سرترالین صحبت کردند. برعکس این دارو در مطالعه حاضر توانسته درمان مناسبی برای دیستونی حاد مندیبولار ناشی از مصرف داروی SSRI باشد. پیرامون این مسئله باید به این موضوع اشاره کرد که استفاده از یک داروی SSRI (سیتالوپرام) و ایجاد عارضه‌ای همچون دیستونی مندیبولار نباید بیمار را از دریافت سایر داروهای این دسته دارویی مثل سرترالین و فواید آن‌ها بی‌بهره سازد. شواهد و مطالعات موجود در مورد عوارض حرکتی ناشی از سیتالوپرام بسیار اندک می‌باشند. Garcia Ruiz (۱۵) یک مورد دستیونی پاروکسیسمال را در پی‌سیتالوپرام گزارش کرده است. Muldoon در سال ۱۹۹۶ ذکر کرد که سیتالوپرام پتانسیل کمی جهت القای عوارض اکستراپیرامیدال دارد(۱۶) و گزارش ما یکی از معدود موارد گزارش شده دیستونی مندیبولار در پی این دارو می‌باشد.

سپاسگزاری

بدینوسیله از جناب آقای مهران تقی‌پور که در امر ویرایش ساختاری این مقاله کمک شایانی نمودند تقدیر و قدردانی می‌نمائیم.

References

1. Fahn S, Marsden CD, Calne DB, Classification and investigation of dystonia. In: Marsden CD, Fahn S, eds: Movement Disorder. London: Butterworths; 1987. p 332-358.
2. Holloman LC, Marder SR. Management of acute extrapyramidal effects induced by antipsychotic drugs. Am J Health-Syst Pharm 1997; 54: 2461-2477.
3. Marder SR. Schizophrenia. Psychiatr Clin North Am 1993; 16: 567.
4. Sadock B, Sadock V. Synopsis of psychiatry. 8th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p 992-999.
5. Casey DE. Neuroleptic-induced acute extrapyramidal syndromes and tardive dyskinesia. Psychiatr Clin North Am 1993; 16: 589.
6. Lane RM. SSRI-Induced extrapyramidal side-effects and akathisia: implications for treatment. J Psychopharmacol. 1998; 12(2): 122-124.
7. Magnuson TM, Roccalorte WH, Wengel SP,

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-13]

Burke WJ. Dystonia in dementia. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2000; 12(2): 225.

8. Leo RJ. Movement Disturbances Associated With SSRI. Available at: http:// www. psychiatrictimes.com/display/article/10168/49691. 2001. 18(5).
9. Maany I, Dhopesh V. Akathisia and fluoxetine. J Clin Psychiatry 1990; 51(5): 210-212.
10. Coulter DM, Pillans PI. Fluoxetine and extrapyramidal side effects. Am J Psychiatry 1995; 152: 122-125.
11. Jimenez-Jimenez FJ, Tejeiro J, Martinez-Junquera G, Gabrera-valdivia P, Alarcon J, Garcia-Albea E, et al. Parkinsonism exacerbated by paroxetine. Neurology 1994; 44(12): 2406.
12. Leo RJ, Lichter DG, Hershey LA. Parkinsonism associated with fluoxetine and cimetidine: a case report. J Geriatr Psychiatry Neurol 1995; 8(4): 231-233.
13. Gerber PE, Lynd LD. Selective serotonin-reuptake inhibitor-induced movement disorders. Ann Pharmacother 1998; 32(6): 692-698.
14. Madhusoodanan S, Alexeenko L, Sanders R, Brenner R. Extrapyramidal symptoms associated with antidepressants—A review of the literature and an analysis of spontaneous reports. Annals of Clinical Psychiatry 2010; 22(3): 148-156.
15. Garcia Ruiz PJ, Cabo I, Bermejo PG, Carnal P. Escitalopram-induced paroxysmal dystonia. Clin Neuropharmacology 2007; 30(2): 124-126.
16. Muldoon C. The safety and tolerability of citalopram. Int Clin Psychopharmacol 1996; 11: 35-40.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-13]