

گزارش یک مورد مانیا ناشی از اختلال پسودوهیپوپاراتیروئیدی

دکتر پیمان هاشمیان^{۱*}، دکتر تقی اسماعیلی^۲، دکتر یوسف فکور^۲

۱. دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام

۲. دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تاریخ پذیرش: ۸۶/۴/۵

تاریخ دریافت: ۸۵/۷/۱۸

چکیده

بیماری پسودوهیپوپاراتیروئیدی یک اختلال نادر مربوط به متابولیسم کلسیم و فسفر می باشد که در آن کلیه ها به هورمون پاراتیروئید پاسخ نمی دهند. این بیماری دارای انواع بالینی مختلفی می باشد که تا کنون تنها یک گزارش از توأم بودن آن با اختلال مانیا که مربوط به یک دختر ۱۳ ساله می باشد به چاپ رسیده است. بیمار مورد بحث پسر ۱۶ ساله ای است که با علایم خلق بالا و پرخاشگری و بیقراری و توهم بینایی و هذیان بدبینی و بزرگ منشی در یک بیمارستان روانپزشکی با تشخیص اختلال دو قطبی نوع I بستری می شود. نامبرده بجز دو نوبت حملات سرگیجه و اختلال جهت یابی و پرخاشگری که هر کدام حدود یک ساعت و نیم طول می کشیده است علایم دیگر طبی نداشته است. بیمار در ابتدا با تشخیص اختلال دو قطبی نوع I تحت درمان با ۹۰۰ میلی گرم لیتیوم قرار میگیرد که علایم وی کمی کاهش می یابد ولی بهبود کامل حاصل نمی شود. پس از تایید و تشخیص آزمایشگاهی سودوهیپوپاراتیروئیدی با استفاده از تست های کلسیم و فسفر و آلكالن فسفاتاز و هورمون پاراتیروئید، دو قرص روکاترول و دو قرص کلسیم به درمان وی اضافه می شود که در نتیجه بیمار کاملاً بدون علامت می گردد. در پیگیری های دو ماهه در طول مدت ۶ سال هیچگونه علایم بارز خلقی و یا سایر علایم رفتاری از قبیل بیش فعالی و بیقراری و تحریک پذیری و پرخاشگری که بیمار از دوران کودکی آنها را داشت مشاهده نشد. بیمار در حال حاضر مشغول به کار می باشد و از روحیه خوبی برخوردار است.

واژه های کلیدی: پسودوهیپوپاراتیروئیدی، اختلال دو قطبی I، هورمون پاراتیروئید، متابولیسم کلسیم و فسفر

مقدمه

یک مورد دمانس نوجوانی همراه با پسودوهیپوپاراتیروئیدی نیز در منابع پزشکی ذکر شده است (۸). همزمانی پسودوهیپوپاراتیروئیدی با استئودیسستروفی ارثی آلبرایت نیز وجود دارد (۹). یک مورد اشتباه تشخیصی این بیماری با تشنج در افرادی که تحت درمان تشنج بودند در مقالات گزارش شده است (۱۰). همچنین گزارشی از دیسکینزی حمله ای با تشنج تونیک-کلونیک نیز وجود دارد (۱۱). همراهی این بیماری با بیماری بازدو^۳ نیز در مقالات گزارش شده است (۱۲).

گزارش مورد

بیمار مورد گزارش ما آقای ۲۲ ساله و اهل تهران و با تحصیلات سوم راهنمایی است که در سال ۱۳۷۸ در سن شانزده سالگی با علائم خلق بالا و پرخاشگری، کاهش خواب، پر تحرکی و همچنین هذیان بدبینی و توهم بینایی که از حدود یک ماه قبل از بستری شروع شده بود در بیمارستانی در تهران بستری می شود. در حین بستری، بیمار دچار اسپاسم عضلانی و سرگیجه و اختلال جهت یابی شده بود که ظرف مدت یک ساعت و نیم خود به خود بهتری می شود. بنا به گزارش مادر وی، بیمار قبلاً نیز دچار چنین حملاتی شده است که سریعاً رفع می شد. در طی یکسال قبل از بستری یعنی در سن ۱۵ سالگی بخاطر نوسانات خلقی و پرخاشگری و درگیری با دیگران و افت تحصیلی، تحت درمان با هالوپریدول (۱۵ میلی گرم)، کاربامازپین (۶۰۰ میلی گرم) و ایمپرامین (۲۵ میلی گرم) بوده است که بهبود نیافته است. در طول بستری در بخش، برای بیمار با تشخیص اختلال دو قطبی I، لیتیوم (۹۰۰ میلی گرم) شروع شد. بیمار در طول مدت بستری، پرخاشگری و خلق متغیر و بالا که مرتب سر به سر دیگران می گذاشته داشته است. در بررسی آزمایشگاهی، فسفر و آلکان فسفاتاز و PTH بالا و کلسیفیکاسیون در هسته های عدسی مغز مشاهده شد لذا فکر علل ارگانیک بودن آن باعث شد مشاوره داخلی و غدد خواسته شود که با توجه به طبیعی بودن کلسیم تشخیص پسودوهیپوپاراتیروئید داده شد.

در سابقه قبلی بیمار، تولدش واژینال و در بدو تولد سیانوزه بوده است که یک روز در انکوباتور قرار گرفته بود. رشد جسمی و تکلم و شناختی - هیجانی طبیعی بوده است. مادرش علائم بیش فعالی و بی توجهی و بی انضباطی و آزار و اذیت همکلاسی ها و

پسودوهیپوپاراتیروئیدی یک بیماری ارثی است که با علائم هیپوپاراتیروئیدی در زمینه رشدی و اسکلتی خود را نشان می دهد (۳، ۲، ۱ و ۴). اشکال اصلی در پیدایش بیماری، عدم پاسخ بافت های هدف از جمله کلیه و دستگاه گوارش و اسکلتی به هورمون پاراتیروئید می باشد که باعث هیپرپلازی غدد پاراتیروئید می گردد. این اختلال چهار نوع اصلی دارد که شامل I_a، I_b، II و PPHP^۱ می باشد و اخیراً نیز نوع I_c گزارش شده است.

در نوع I_a بیماری، کمبود پروتئین Gsα و عدم پاسخ بافت ها به PTH وجود دارد. در نوع I_b بیماری، پروتئین Gsα طبیعی است ولی عدم پاسخ بافت ها به PTH وجود دارد. در نوع I_c بیماری، مربوط به پروتئین NAS1 می باشد که نوعی پروتئین Gsα است که از طرف پدر به ارث می رسد و شامل اشکال در فعالیت آنزیم آدنیلات سیکلاز می باشد. در نوع II فنوتیپ و قیافه بیمار آلبرایت یا AHO^۲، برخلاف نوع I_a دیده می شود که شامل قد و گردن کوتاه، صورت گرد، کوتاهی متاتارس و متاکارپ و پهن و کوتاه بودن بند های انتهایی انگشتان می باشد.

در نوع PPHP فنوتیپ AHO وجود دارد ولی PTH طبیعی است و در اکثر موارد هیپوکلسمی و هیپرفسفاتی و آلکان فسفاتاز بالا دیده می شود و گاهی هیپوتیروئیدی و هیپوگنادی و براکی داکتیلی و استخوانی شدن کاسه چشم و در مواردی اُستئیت فیروزا سیستیکا دیده می شود (۳، ۴، ۵ و ۶). در رادیوگرافی کامپیوتری سر، کلسیفیکاسیون در عقده های قاعده ای دیده می شود (۳، ۲، ۱ و ۴). علائم روانپزشکی توأم به صورت علائم پارکینسون و آتوز و تتانی و اضطراب و بیش فعالی و بی قراری و افسردگی و گیجی و عدم جهت یابی در منابع پزشکی گزارش شده است (۲). مواردی از عقب ماندگی ذهنی خفیف تا متوسط نیز گزارش شده است (۵ و ۶). در منابع و مقالات تنها به یک مورد همراهی اختلال دو قطبی نوع I با پسودوهیپوپاراتیروئیدی نوع II اشاره شده است که در آن دختر ۱۳ ساله آسیایی با حملات تند چرخشی اختلال دو قطبی I تحت درمان با مشتقات ویتامین D بهبود کامل پیدا کرده است (۷).

1. pseudopseudohypoparathyroidism
2. Albright's Hereditary Osteodystrophy
3. Basdow

Lithium=۰/۵۵، P=۶/۳، Ca=۸/۳

Alkalinephosphatase=۱۰۲۰، PTH=۲۹۰ و فسفر روزانه ادرار برابر ۵۷۹ و کلسیم ۲۴ ساعته ادرار برابر ۵/۵ (۰/۶) میلی گرم به ازای وزن در روز) در طول یک ماه بستری علایم بیمار با لیتیوم (۹۰۰ میلیگرم) تا حدی کاهش یافت ولی بهبود کامل پیدا نکرد ولی با اضافه کردن روزانه دو قرص روکاترول و کلسیم علایم بیماری کاملاً کنترل شد.

در ادامه درمان و مشاوره غدد، میزان کلسیم و فسفر و آلكالین فسفاتاز و هورمون پاراتیروئید بعد از چند ماه به میزان طبیعی برگشت و تا کنون که ۶ سال از بستری وی می گذرد هیچگونه علایم خلقی و یا سایر علایم روانپزشکی از قبیل اختلال جهت یابی در پیگیری هر دو ماه یکبار در وی مشاهده نشد و در حال حاضر با حال و روحیه طبیعی مشغول کار می باشد.

بحث

هدف از معرفی این مورد نادر که ابتدا با علایم خلقی و روانپزشکی مراجعه کرده بود و بدنبال آن مشکل پسودوهیپوپاراتیروئید بدون وجود علایم جسمی تشخیص داده شد اینست که گاهی علایم روانپزشکی بدنبال و یا توأم با مشکلات جسمی تظاهر می کند و باید روانپزشکان به آن توجه داشته باشند. علایم بیش فعالی و بیقراری و پرخاشگری و آزار و اذیت دیگران در این بیمار از کودکی وجود داشته است و پس از درمان با قرص های روکاترول و کلسیم و لیتیوم کلیه علایم وی کاملاً بهبود یافتند و پس از شش سال پیگیری تا کنون بیماری که با انواع مختلف داروهای روانپزشکی بهبود پیدا نکرده بود کاملاً بهبود پیدا کرد و هیچگونه عودی در مدت شش سال پیگیری مشاهده نشد. شاید بنظر میرسد علایم رفتاری بیمار که شبیه ADHD در دوران کودکی است نیز بعلت پسودوهیپوپاراتیروئیدی بیمار باشد. لذا روانپزشکان و سایر رشته های پزشکی لازم است ضمن توجه به علایم جسمی به علایم روانپزشکی بیماری های داخلی نیز توجه داشته باشند و علاوه بر آزمایش های روتین، تست های متابولیسم کلسیم را نیز درخواست کنند.

رفتار های خلق الساعه در مدرسه و منزل را در دوران کودکی وی ذکر می کند. از نظر درسی در حد متوسط بوده است که در دوم راهنمایی دچار افت تحصیلی می گردد و در آن کلاس یک بار مردود می شود و در نهایت تا سوم راهنمایی ادامه تحصیل می دهد. یک بار بخاطر نزاع با افراد توسط پلیس دستگیر می شود. سابقه مشکلات جسمی که نیاز به درمان پزشکی داشته باشد و همچنین سابقه تشنج و ضربه به سر را نیز نمی دهد.

نامبرده فرزند هفتم خانواده است؛ شش خواهر و یک برادر دارد. عمه و دایی وی سابقه افسردگی داشتند که در حال حاضر تحت درمان می باشند. یکی از خواهرها سابقه یک بار حمله افسردگی در گذشته داشته است که در حال حاضر پس از چهارده سال بدون درمان وضعیت مناسبی دارد. پدر و مادر از نظر بالینی مشکل خاصی نداشتند.

در زمان بستری، نوجوانی چاق با وزن ۸۰ کیلو گرم و قد ۱۶۸ سانتیمتر و با ظاهری متناسب با سن که با بی قراری و بیش فعالی و پر حرفی و خلق بالا و عاطفه متناسب با افکار همراه هذیان، بد بینی و بزرگ منشی و بدون افکار خودکشی و دگر کشی و با توهم بینایی و همچنین قضاوت اجتماعی و بینش مختل در بخش روانپزشکی بستری می شود. در مدت یک ماه بستری علایم سرگیجه و اختلال جهت یابی مشاهده نشد. علایم حیاتی و تست های نورولوژیک طبیعی بودند. تست هوش ۹۸ گزارش شد. در تست MMPI، اضطراب بالا، سازگاری اجتماعی پایین و نارضایتی جسمی و توجه طلبی و بدبینی به دیگران و خلق بالا گزارش شده بود.

در تست تکمیل جمله، آینده نا معلوم و دودلی نسبت به خانواده و بدبینی به اطرافیان ذکر شده بود.

در نوار مغز و سونوگرافی سیستم ادراری، اختلالی مشاهده نشد. درعکس کامپیوتری مغز (C.T-SCAN)، کلسیفیکاسیون هسته های دو طرفه مغز که در طرف چپ واضح تر بود مشاهده شد.

تست های تیروئید و ادراری، C.B.C، قند، اسید اوریک، رایب و ویدال، کلسترول و تری گلیسرید، سدیم و پتاسیم، کورتیزول سرم، A.S.O و ESR طبیعی بودند. تست های کبدی بجز آلكالین فسفاتاز طبیعی بودند. سایر نتایج آزمایشگاهی به شرح زیر بود.

References

1. Kaplan H. Sadoc BJ. Comprehensive textbook of psychiatry; 7th edition; Vol3;1928
2. Kaplan H. Sadoc BJ. Synopsis of psychiatry; 9th edition; Oll2;846
3. Cecil textbook of medicine;W.B.; 22th edition; Saunders; 1569-1571
4. Fauci;Kasper;Hauser;Longo;Petersdorf;Adams;Brauanward;Isselbacher; Martin;Wilson; Principle of intenal medicine;16th edition
- 5.Leslie J DeGroot j. Lory jameson;Endocrinology 4th edition; Vol2; W.B sandescompany;1140-1145
- 6) P.Reed Larson;Henry Kronenberg; sholmomelmed; Keneths.Polonsky; Williams Textbook of Endocrinology; 10th edition;W.B Sanders2003;1342-1345
- 7) Arch Dis Child. 1994 Feb;70:99-102.
- 8) Psychiatry Clin Neurosci. 2005 Feb;59:111.
- 9) J Assoc Physicians India. 2004 Jan;52:46.
- 10) Zhonghua Er Ke Za Zhi. 2003 Sep; 41: 714
- 11) Epilepsia. 2005 Jan; 46:164-5.
- 12) Clin Calcium. 2004 Jul; 14:122-6.

A Case Report of Mania Due to Pseudohypoparathyroidistic Disorder

Hashemian P^{1*}, Esmacili T², Fakur Y².

1) Medical Faculty, Ilam Medical University.

2) Medical Faculty, Shahid Beheshti Medical University

Abstract

Introduction: Pseudohypoparathyroidism is an uncommon disorder related to Calcium and phosphorous metabolism with peripheral resistance to PTH. There are many clinical types of such disorders. Pseudohypoparathyroidism with maniacal disorder has just been reported only once in a 13-year-old girl. This case was 16- year- old boy who presented an elevated mood along with aggression, irritability, visual hallucination, paranoid and grandiose delusion. Thus, he was admitted in a mental with diagnosis of bipolar disorder. Except for a 1.5 hours history of dizziness, disorientation and aggression, The patient complained of no other physical signs. Then, he underwent a treatment with 900mg lithium for one month. Accordingly, the disorder symptoms reduced but a complete remission was not achieved after ward. Having done more typical investigations, Pseudohypoparathyroidism was diagnosed and confirmed with laboratory tests such as Calcium and phosphorous and PTH and alkaline Phosphatase levels

Conclusion: After taking two tablets of Rocatrol and two tablets of calcium as well as lithium. The patient regained his complete recovery. He, then, followed up the treatment for 6 years and has showed no signs of hyperactivity, impulsivity or emotional disorders from which he had been suffering since childhood.

Key words: Pseudo hypoparathyroidism, bipolar I disorder, Calcium and Phosphorous metabolism.

* Corresponding Author: Medical Faculty, Ilam Medical University.