گزارش یک مورد شوامن ریشه قدامی C در نمودار سندرم فورامن مگنوم

*دکتر شاهرخ یوسفزاده (MD) 1 - دکتر افشین دلیل (MD) 1 - دکتر محمد صفاپی (MD) 1

1 دکتر مسعود انتقی

نویسنده مسئول: رشت، خیابان نظام، مرکز فوقالعاده، دانشگاه تهران، مرکز تحقیقات ترموم

پست الکترونیک: Yousefzadeh@gums.ac.ir

تاریخ دریافت طلا: 1387/11/20

چکیده

مقیده: شوامن نوعی نومور غلاف عصبی متنی که از سهولهای شوامن با رشد آهسته و معمولاً "خوش خیم" است. شوامن‌های نمودار تقریباً در تمام بیماران روند خفی (حسی) منتهی می‌گیرند. شوامن‌های قدامی C در تورم مناسب ترین می‌باشند. این شوامن‌ها عمدتاً با گردش به فورامن مگنوم سبب شدیدتر شوامن مگنوم می‌شوند.

مورد مورد: این گزارش به مرغی خانم 60 ساله‌یی می‌پردازد که با درد گردن و ناحیه پش سری، کندوری‌باری احساس می‌کند. در عکس MRI از ناحیه گردن، نمودار استخوانی و ارتباط در کانال فعلی فورامن مگنوم (Cg و C8) سطح دارد و با اسکالر و با زیرک نمودارهای فانتزی در محل تازه‌ازبین نشان داده شده است. کمک به معنی فاصله گذاری و ارتباط بین ناحیه گردن و ناحیه فوقالعاده است. در مرحله بیمارستان همبستگی قابل توجه بیماران را بدون دلیل دارد.

کلید واژه‌ها: شوامن؛ ریشه قدامی؛ فورامن مگنوم؛ کنترول می‌باشد

مقدمه

شوانی نوعی نومور غلاف عصبی مشتق از سالولهای عصبی با رشد سریع و معمولاً خوش خیم است. بیشترین شوامن‌های قدامی C در دهه ۴ عمر اسکالر و نوعی از ناحیه گردن دارد (1). شوانی‌های نمودار هستند. این ناحیه می‌تواند از ریشه‌های مختلف در سایر تغییرات باشد. گاه در کانال نو و گاه در بالاتر اطراف ناحیه مشکل در این اپارتمان‌ها می‌شود. می‌تواند یک همبستگی بین شوامن‌های قدامی و سایر ریشه‌های مختلف در این بخش باشد. گاه در کانال نو و گاه در بالاتر اطراف ناحیه مشکل در این اپارتمان‌ها می‌شود. می‌تواند یک همبستگی بین شوامن‌های قدامی و سایر ریشه‌های مختلف در این بخش باشد. گاه در کانال نو و گاه در بالاتر اطراف ناحیه مشکل در این اپارتمان‌ها می‌شود. می‌تواند یک همبستگی بین شوامن‌های قدامی و سایر ریشه‌های مختلف در این بخش باشد.

حرکت (یک‌باره اپاپسی‌کیدک، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختلال حرکت)، اختلال حسی (اختال...
پس از جراحی، بدیل دستکاری‌های انجام شده ابتدا دیسکوینی بیمار تشخیص شد ولی ممکن است بهبودی در علامت حسی حرکتی بیمار نیز بهبهانی نکند. با انجام فیزیوتراپی بعدی بهبودی چشمگیری حاصل شد.

تشخیص می‌شد. در معاونت کاملاً هوشیار بود و در بررسی اعصاب کرانیال، به اکستروتوپی، مدوزادای چشمی راست نکته دیگری وجود نداشت. در معاونت حرکتی کوادری پارایزی اسپیستیک بر نکشید، بیمار داشت. گزارش‌های MRI هیپرفلكسی واضح، بایپاسیکی مثبت و با طرفه و اکستروتوپی مداوم در پای چپ وجود داشت. در معاونت حرکتی، احتمال حس درد و حرارت (با حفظ حس عمیق و لمس سطحی) و احتمال حس در درمان‌های تزریق داشت.

وجود داشت. بیمار قادر به راه رفتن نبود. ناحیه گردش توخه‌ای اینترادورال در موقعیت MRI در قدمی فرموده مگنوکه در تصاویر T1 و در T2 هایپر سمیکال بوده شد (شکل 1). این توخه سیب فشرده شدن نخاع به خلف و ایجاد هیدرومیلی دیستنال شده بود. براساس گزارش MRI تشخیص مطرح شده، منزیم بود.

شکل 2: تصوری از شواعن مورد گزارش به عمل جراحی است. 

C1-2 Posterior midline suboccipital laminectomy

بحث و نتیجه‌گیری

در این گزارش بیماری معرفی شد که بهبودی شواعن ریشه قدامی C1-2 یا سندروم فرموده مگنوکه نظاهر جمعیتی. بهبود و غیر اختصاصی بودن علامات بالینی این سندروم غالب است. شدت و تشخیص را به دست بیماری‌های دیپتیریان یا دیسکوینی تمعین می‌کند. در حالی که علامات اکثر ناشی از تومورهای خوش خیم بوده و تن بالینی مبتنی بر مراحل اولیه می‌تواند با بروز توخه نمایشی کمکی قابل توجهی در بهبود بیماران داشته باشد. سبب شد تومور بدون بروز علامات بالینی می‌شود و معمولاً زمان شروع علامات تا تشخیص نمایشی طولانی بوده و تومورها در هنگام درمان اغلب برگشته‌اند.

MRI است. در گزارش بیمار معرفی شده، تشخیص بهترین روش تشخیص تومورهای این ناحیه انجام است. در گزارش MRI مورد معرفی شده، تشخیص پیشنهادی منزیم بود که علاوه به انکه به مورد غفلت قرار گرفتن شواعن این ناحیه بدلیل نادر بودن آن اشاره نکرد. نخاع را تحت فشار قرار داده توجه نمایند.

شیمار مورد کارایی‌پذیری سبک‌پذیری خلفی و لامینکومی C1-2 همراه دکمپرسیون قوسی خلفی قرار گرفته. دوراً از نقطه پایانی قاره P5 از بز کردن و با حفظ عصب XI ليگامان چپ مشخص شد (شکل 2). ابتدا حجم توخه را کاسته و سپس آن را بهتر کامل برداشتی بررسی هیستوپاتولوژی شواعن گزارش شد.

شکل 1: MRI سازنده ناخستین قاره به شواعن قدامی (پیکان) که نخاع را تحت فشار قرار داده توجه نمایند.
غارش یک مورد شوانوم رشته قدامی C1 با نظاهر سندروم فورامین مگنوم

دارد. ناشی از شیب‌های این دو نوع تومور در MRI است به گونه‌ای که در T1-weighted اندازه‌گیری می‌شوند. هر دو نوع نیز با Hypointense نشان می‌دهند. منتیبیا تومورهای T2-weighted در زیری گادولینیوم، الگل ناحیه مشابه مورد مطرح شده بود که جراحی با Approach برداشته شد (4).

در گزارش دیگری تومور در موقعیت قدامی- جانین راست قرار داشت و مانند مورد گزارش شده به Posterior midline suboccipital laminectomy بروز برداشته شد (11). نوع دستیابی جراحی به ترکیب جراحی، اندازه جهت استخوان‌برداری و همچنین گسترش تومور ابتذال‌بردارال بستگی دارد (9).

پس از برداشته کامل عود نادر و پس از نوع تومور آن، 50% از عوارض جانبی طولانی مدت و شدت بدن‌ال جراحی شوانوم بسیار نادر و امید به زنگی در بیماران معادل جمعیت عمومی است (12). پیش‌آگهی بیماران نیز در صورت برداشته کامل در مرحله اولیه علیه بوده و به‌طور قابل توجه بیماران را، بدن‌ال دارد (8). این امر ضرورت تشخیص مبهم و درمان جراحی هرچه سریع‌تر را ایجاد می‌کند.

نمونه

7. Ueda R, Yoshida K, Kawase T. Intradural C-1 Ventral Root Schwannomas Treated by Surgical Resection via the Lateral Suboccipital


A Case Report of C₁ Ventral Root Schwannoma Manifesting as Foramen Magnum Syndrome

Yousefzadeh Chabok Sh (MD)¹ - Dalili A. (MD)¹ - Ebrahimi Sh. (MD)¹ - Safai M. (MD)¹ - Enshaei M. (MD)¹
* Corresponding Author: Trauma Research Center, Poorsina Hospital, Namjoo St, Rasht, IRAN
E-mail: falahatkar_s@yahoo.com

Received: 19 Aug/ 2008   Accepted: 27 Aug/ 2008

Abstract

Introduction: Schwannoma is a nerve sheath tumor originates from Schwann cells, with slow growth and usually benign. Spinal schwannomas almost arises from dorsal (sensory) root. C₁ ventral root schwannomas which limited to the anterior part of medullospinal junction is extremely rare. These tumors may extend to foramen magnum and manifest as foramen magnum syndrome.

Case History: This report is presented a 60-years old female with cervical and occipital pain, spastic quadripareysis and dissipative sensory loss. Cervical MRI demonstrated an extramedullary intradural tumor in anterior part of foramen magnum. C₁₂ Posterior midline suboccipital laminectomy with spinal cord decompression was performed. After surgery, her symptoms improved. Histopathological evaluation revealed schwannoma.

Symptoms of foramen magnum syndrome are various and

Conclusion: Nonspecific, so diagnosis requires a high suspicious in early stages, when tumor resection may lead to significant improvement of the patients.

Key words: Schwannoma/ Ventral Root / Foramen Magnum/ Suboccipital Cranietomy

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 68, Pages: 75-79

1. Trauma Research Center, Poorsina Hospital, Namjoo St, Rasht, IRAN