

بررسی اتونومیک دیس رفلکسی (Autonomic Dysreflexia) در ۵۰ مورد از بیماران ضایعه نخاعی

(۱) دکتر شاهرخ ابراهیمی - (۲) دکتر سهیلا اکبری نیا - (۳) دکتر شهریار علی اکبرنیا

خلاصه:

اتونومیک دیس رفلکسی سندرم حادی است که بعلت افزایش فعالیت سمپاتیکی بدن در افراد مبتلا به ضایعات نخاعی ایجاد میگردد. این مطالعه به منظور شناخت اپیدمیولوژی، عوامل مستعد کننده و ارتباط این سندرم با شدت و سطح ضایعه نخاعی انجام گرفته است.

این بررسی به روش گذشته نگر بر روی ۵۰ مورد از جانبازان جنگ تحمیلی در مرکز ضایعات نخاعی استان گیلان صورت گرفته و از پرسش نامه های اختصاصی استفاده شده است. از ۵۰ مورد مطالعه شده تعداد ۱۸ مورد (۳۶٪) دچار این سندرم بوده اند. شایعترین عامل مستعد کننده به این سندرم اتساع مثانه سونداژ و عفونت های ادراری بوده و شایعترین علامت کلینیکی سه گانه، سردرد، تعریق و برافروختگی صورت بوده است. اکثریت بیماران دچار ضایعه نخاعی پشتی و گردنی بوده و تعداد بیماران پلژیک (فلج کامل) بیشتر از بیماران پارٹیک (فلج ناقص) بوده است.

مقدمه:

اتونومیک دیس رفلکسی تحت عناوین دیگری مثل هیپر رفلکسی سمپاتیک هیپرتانسیون حمله ای نوروژنیک و اتونومیک هیپر رفلکسی نیز خوانده میشود.

اتونومیک دیس رفلکسی یک اورژانس تهدید کننده حیات بیماران با ضایعه نخاعی است که اغلب عامل تسریع کننده آن اورولوژیک میباشد. بنابراین تشخیص سریع و درمان آن نیز اغلب توسط ارولوژیست ها انجام میگردد.

شناخت عوامل تسریع کننده و مراقبت پروفیلاکتیک مناسب در این بیماران برای عوارض خطرناکی چون تشنج، آریتمی های قلبی و خونریزی مغزی فوق العاده اهمیت دارد (۲-۸).

با توجه به افزایش تعداد بیماران ضایعه نخاعی بعد از انقلاب اسلامی و جنگ تحمیلی و عارضه نسبتاً خطرناک اتونومیک دیس رفلکسی در پیش اینگونه بیماران شناخت و تشخیص و درمان چنین عارضه ای بر هر پزشک ایرانی ضرورت خواهد داشت.

مواد و روش مطالعه:

برای بررسی اتونومیک دیس رفلکسی به مرکز ضایعات نخاعی جانبازان استان گیلان مراجعه و تعداد ۵۰ بیمار با ضایعه نخاعی که تحت درمانهای طبی بودند انتخاب و پس از انجام معاینات کلینیکی و پاراکلینیکی و

۱ - استادیار گروه مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان، دانشکده پزشکی - رشت (nsmg)

مطالعات مطابقت دارد .

کلیه بیمارانیکه علائمی از اتونومیک دیس رفلکسی راتجربه نکردند به غیر از دومورد بقیه دچار ضایعه نخاعی پائین تر از سگمان T6 بوده‌اند . در دو مورد فوق ضایعه نخاعی بصورت ناقص بوده است .

شدت ضایعه نخاعی در موارد مثبت بصورت قطع کامل آناتومیک ویافیزیولوژیک (Plegic) در ۱۴ نفر و بصورت قطع ناقص (Paretic) در ۴ نفر بوده است . بنابراین این سندرم عمدتاً در افراد پاراپلژیک و کوادری پلژیک دیده میشود . شایعترین علامت این سندرم درپیش بیماران مـاراست شدن مـوها (Piloerection) در ۹۴٪، برافروختگی پوست صورت ۸۴٪، تعریق ۷۵٪، سردرد ۷۲٪، هیپرتانسیون ۱۶٪، وانسداد بینی ۵٪ بوده است . تریاد سردرد، تعریق، برافروختگی پوست صورت ۴۴٪ بوده است . شایعترین علل ایجادکننده این سندرم دربین بیماران ما، اتساع مثانه، سونداژ و عفونت های ادراری بوده که در حدود ۹۴٪ میباشد . اتساع یادستکاری رکتوم ۸۸٪ عامل ایجادکننده این سندرم بوده است .

بحث :

اتونومیک دیس رفلکسی سندرم حادی است که با پاسخهای شدید سمپاتیک در جواب به یک محرک خاص در بیماران ضایعه نخاعی، عمدتاً بالاتر از محل خروج (Out flow) الیاف سمپاتیک همراه است (۳-۹) . ضایعات نخاعی بایستی بالاتر از قطعه ششم نخاع پشتی (T6) یعنی بالاتر از شبکه احشائی (Splanchnic) باشد، گرچه در ضایعات پائین ترین گزارش شده است (۴) . اولین توصیف این سندرم در سال ۱۸۶۰ میلادی توسط آقای Hilton و فیزیوپاتولوژی آن در سال ۱۹۵۶ توسط آقای Kornic بیان گردید .

از نظر پاتوفیزیولوژی این فنومن بعلت فعالیت شدید و کنترل نشده سلولهای شاخ جانبی نخاع (Intermediolateral) بوده و به لحاظ اینکه این سلولها

مسجل شدن محل و نوع ضایعه نخاعی (کامل یا ناقص) پرسش نامه ای که حاوی دوسری اطلاعات بود در اختیار آنها قرار گرفت .

یک سری اطلاعات مربوط به وجود علائم اتونومیک دیس رفلکسی مثل سردرد، تعریق، برافروختگی صورت، راست شدن موها، افزایش ضربان قلب و بود که در صورت مثبت بودن علائم فوق اطلاعات بعدی مربوط به عوامل مستعدکننده در ایجاد علائم فوق مثل عفونت های ادراری، سونداژ مثانه، سیستوسکپی، رکتوسکپی، بیوست، مقاربت جنسی و ... بود.

پس از جمع آوری اطلاعات نتایج مورد بازنگری قرار گرفت و بصورت نمودارهایی ترسیم گردید . در سه نفر از بیماران فشار خون در هنگام سونداژ اندازه گیری شد و افزایش فشار خون سیستولیک و دیاستولیک ثبت گردید . در چندین مورد بیماران در سالهای اول مجروحیت علائمی را ذکر نمودند که بعد از اسفنکترکتومی مثانه علائم آنها از بین رفته بود .

نتایج :

کلیه بیماران مورد مطالعه در مرکز ضایعات نخاعی از مجروحین جنگ تحمیلی بوده و از نظر جنسیت همگی مرد بوده و سن آنها بین ۲۰ الی ۳۵ سال بوده است . فاصله زمانی بین وقوع حادثه (ضایعات نخاعی) و زمان مطالعه ۶ الی ۱۳ سال بوده است .

از تعداد ۵۰ بیمار مورد مطالعه ۱۸ بیمار (۳۶٪) موارد مثبت یعنی یک یا چند علامت را ذکر کردند و ۳۲ بیمار دیگر (۶۴٪) هیچگونه علائمی را ذکر نکردند . سطح ضایعه نخاعی در موارد مثبت بدین قرار بوده است، ۳۹٪ ناحیه پشتی فوقانی، ۲۷٪ ناحیه گردنی، ۱۶٪ ناحیه پشتی تحتانی، ۱۲٪ ناحیه پشتی گردنی و ۶٪ ناحیه فوقانی و تحتانی پشتی .

در ۷۷٪ موارد مثبت سطح ضایعه نخاعی بالاتر از قطعه ۶ سینه ای (T6 segment) می باشد که این خود با آمار سایر

تا ۲۰ سال پس از حادثه گزارش شده است (۵). در مطالعه اخیر این زمان به ۱۳ سال می‌رسد. تشخیص این سندرم براساس سیستم‌ترولوگرام بوده که در آن پس از پرشدن مثانه با ایجاد رفلکس بولبوکاورنو (Bulbocaverno Reflex) افزایش فشار خون و برادی کاردی ایجاد می‌گردد. درمان طبی بصورت استفاده از فنوکسی بنزآمین، نفیدپین و تزریق اینتراتیکیال (Intrathecal) بکلوفن (Baclofen) می‌باشد (۲). درمان جراحی بصورت سمپاتکتومی، اسفنکترکتومی، ساکـرال نـورکتومی، Dorsal Root Ganglionectomy, Rhizotomy است. با توجه به عوارض خطرناک و بعضاً مرگ آور این سندرم توصیه می‌شود که به کلیه بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی چه ضایعات جنگی و چه غیر جنگی از نظر علائم و علل مستعدکننده این سندرم توسط رسانه‌های گروهی و یامراکزی که تحت درمان هستند آموزش‌های لازم داده شود. تا بلکه خود بیماران با تعدیل نمودن علل ایجادکننده این پدیده عوارض آن را به حداقل برسانند.

در ضایعات نخاعی توسط پیام‌های (Impulse) بصل النخاع و مراکز بالاتر مهار نمی‌شوند، هر محرک احشائی بخصوص در مثانه و یارکتوم باعث عکس‌العمل خود مختار سمپاتیک در قسمت‌های پائین تر از سطح ضایعه نخاعی می‌گردد (۳). مطالعات انجام شده توسط آقای Bennett در سال ۱۹۹۱ نشان می‌دهد که بیشترین محل آسیب نخاعی در بیماران مبتلا به اتونومیک دیس رفلکسی ناحیه گردنی و سپس ناحیه پستی است (۱). مطالعه اخیر نشان می‌دهد که بیشترین ناحیه مبتلا ناحیه پستی می‌باشد. این اختلاف بارز می‌تواند ناشی از ازدیاد بیماران با ضایعات نخاعی پستی باشد. البته با توجه به نوع مجروحیت جنگی که در آن ضایعات نخاعی بیشتر در ناحیه پشت اتفاق می‌افتد این اختلاف قابل توجیه می‌باشد. در رابطه با علائم و علل ایجادکننده این سندرم ارقام بدست آمده در مطالعه اخیر با سایر مطالعات انجام شده در سایر کشورها مطابقت دارد. زمان حملات اتونومیک دیس رفلکسی در بعضی مقالات

REFERENCES:

- 1-Bennett CJ, Trop CS; Autonomic Dysreflexia and Its Urological Implication. J. Urol. Dec 1991.
- 2-Kurnich NB; Autonomic Hyperreflexia and Its Control in Patients with Spinal Cord Lesion. Ann. Int. Med. 44:678 1956.
- 3-Kewalramani LS; Autonomic Dysreflexia in Traumatic Myelopathy. Amer. J. Phy. Med. 59:1 1980.
- 4- Ballantyne GH. Colorectal Disease in Spinal Cord Patients. Dis. colon, Reclum Feb 1990.
- 5- Sahota PK, Johnson LN. A Variant of Autonomic Dysreflexia. J. Aut, Ner, sys. Feb 1994.
- 6-Finestone HM, Teasell RW. Autonomic Dysreflexia after Brain Stem Tumor Resection. Amer. J. phy, Med. Dec 1993.
- 7-Kabalin JN, Lenon S. Incidence and Management of Autonomic Dysreflexia. J. Urol. May 1993.
- 8-Forrest GP. Atrial Fibrillation Associated with Autonomic Dysreflexia in Patients with Tetraplegia. Arch. phy. Jul 1991.
- 9-Patrick CW, (ed). Campbell's Urology, 1992.

Autonomic Dysreflexia in 50 Spinal Cord Injured Patients .

Shahrokh Ebrahimi ,M.D

Akbari-Nia S.,M.D

Akbar-Nia S.,M.D

ABSTRACT:

Autonomic dysreflexia is a syndrome describing sympathetic overactivity occurring in patients with spinal cord lesions.

This study is based on the determination of epidemiology ,predisposing factors and relation of this syndrome to severity and level of the spinal cord lesion .

Fifty spinal cord injured patients were studied retrospectively in Gilan province,in Center of Spinal Cord Injuries.

Only eighteen patients(36%) had clinical manifestations of autonomic dysreflexia. The highest predisposing factors were distended bladder ,UTI and the most frequent Clinical symptoms were headache ,sweating and flushing of the face In this study, most of the patients had complete thoracic or cervical cord lesions The number of plegic patients (Complete paralysis)was more than the paraplegic patients.