

کیست هیداتیک نخاع و گزارش یک مورد نادر

(۱) دکتر شاهرخ ابراهیمی

مقدمه:

عضلات دلتوئید، دوسر و سه سر بازوی چپ، کاهش حس در سطح خارجی بازو و ساعد چپ و کاهش رفلکس عضله سه سر در طرف چپ وجود داشت. در اندام تحتانی اختلالات حسی، حرکتی و یا سفنکتری وجود نداشت.

آزمایشات پاراکلینیک:

آزمایشات روتین خون، عکس ریه، رادیوگرافی ساده مهره‌های گردنی و نیز آزمایش مایع مغزی نخاعی طبیعی گزارش شد. میلوگرافی در همان زمان انجام شد که یک ضایعه داخل دورمر و خارج مدولری (Intradural extramedullary) در سطح مهره C6-C7 همراه با جابجایی نخاع از چپ به راست را نشان می‌دهد (شکل ۱).

اکمی نوکوکوسیسی (Echinococcosis) یک بیماری عفونی پارازیتی است که توسط لارو (Encysted larvae) اکمی نوکوکوس گرانولوزا (E.granulosa) باعث آلودگی نسوج مختلف بدن می‌شود (۶). میزبان اصلی این پارازیت روده سگ است. راه سرایت به انسان از طریق بلع غذای آلوده به تخم این انگل بوده که پس از ورود به دستگاه گوارش از جدار دئودنوم گذشته و از راه وریدی به کبد وریه و سپس از راه شریانی به سایر قسمت‌های بدن از جمله مغز و نخاع می‌رسد. لارو پس از جایگزینی در نسج شروع به رشد نموده و بصورت کیست هیداتیک در عضو نمایان می‌شود. اولین مورد کیست هیداتیک در انسان (Hydatidosis) در سال ۱۸۰۷ توسط کوزیر (Chaussier) گزارش شد.

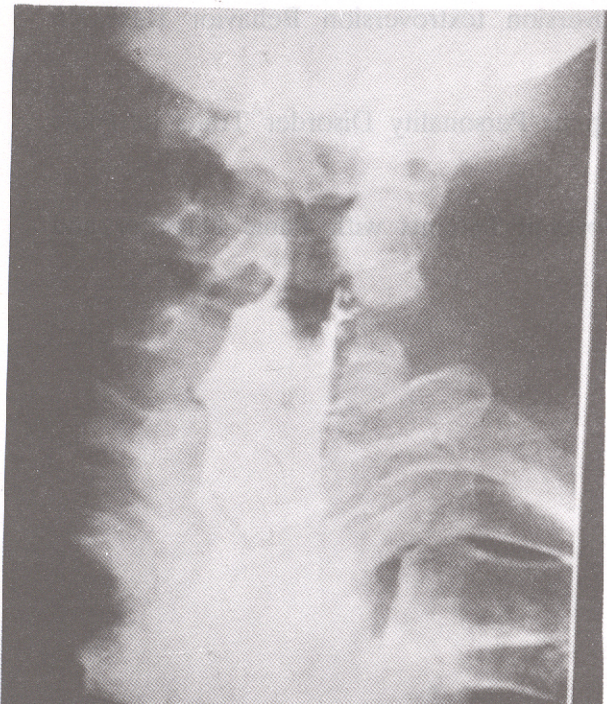
شیوع این بیماری در کشورهای در حال توسعه بالاست. در این بیماری از کیست هیداتیک معرفی می‌شود که از حیث اندازه، جایگاه و نحوه بروز علائم غیر عادی بوده و تشخیص آن بعد از عمل مسجل شده و با برداشتن کیست بطور سالم بیمار بهبودی کامل بدست آورده است.

معرفی بیمار:

بیمار مردی است ۲۵ ساله که بادر گردن و انتشار آن به بازوی چپ مراجعه نموده است. این علائم از پنج ماه قبل از بستری در بیمارستان شروع شده و بادرمانهای دارویی و فیزیوتراپی در خلال این مدت برطرف نشده است.

معاینه فیزیکی:

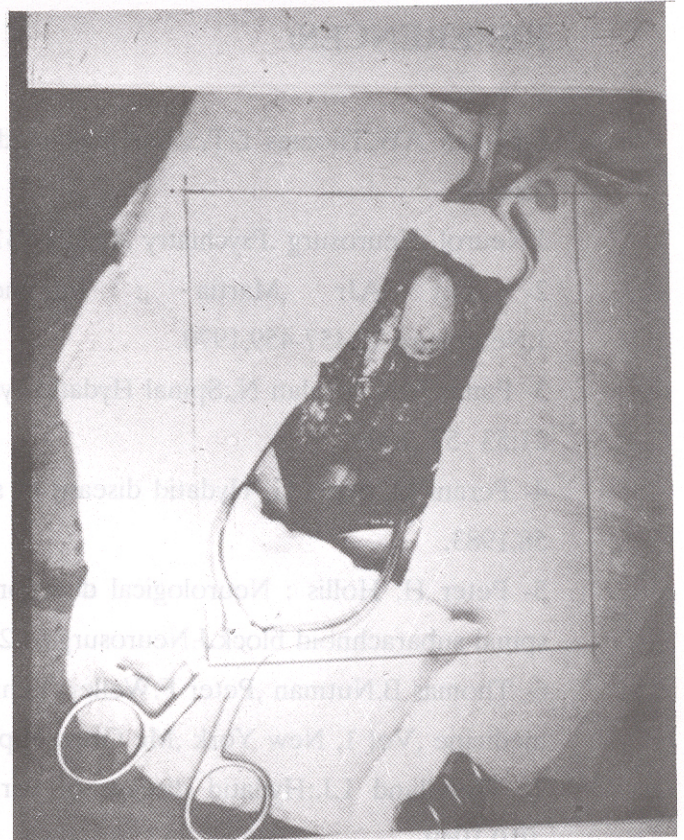
در معاینه محدودیت حرکات گردن، کاهش قدرت



شکل شماره ۱ - میلوگرافی گردن تصویر کلاسیک ضایعه داخل دورمر (Dura Matter) و خارج مدولری با جابجایی نخاع را نشان می‌دهد.

عمل جراحی:

بیمار تحت عمل جراحی لامینکتومی از C3 تا C7 قرار گرفت، دور مرباز شد، نخاع به عقب و یک طرف (Dorsolaterally) رانده شده بود. کیستی با جدار نازک و به رنگ سفید مایل به زرد در خارج از نخاع در فضای زیر عنکبوتیه (Subarachnoid) نمایان بود که از C4 تا C7 کشیده شده بود و ریشه‌های عصبی بخصوص ریشه عصب C6 را بشدت تحت فشار قرار داده بود. با استفاده از محلول سالین نرمال برای شستشو (Irrigation) کیست از جایگاه خود بیرون رانده و بطور سالم بخارج از محل جراحی (Surgical Field) هدایت شد (شکل ۲).



شکل ۲: عکسی از کیست هیداتیک سالم و پاره نشده بعد از برداشتن از جایگاه نخاعی

آزمایش آسیب شناسی از نمونه ارسالی به آزمایشگاه مؤید کیست هیداتیک بود.

دوره بعد از عمل:

دوره بعد از عمل بدون حادثه سپری شد. قدرت بازوی چپ به سرعت برگشت. از نظر حسی نقص تقریباً برطرف شد و بیمار ۸ هفته بعد از عمل جراحی توانست توان خود را باز یابد و به کار فیزیکی خود ادامه دهد.

بحث:

ابتلای مغزو نخاع توسط اکسی نوکوکوس گرانولوزوس در ۲ تا ۳ درصد این بیماری دریدن اتفاق می افتد (۷ و ۸).

ابتلای نخاع تقریباً و همیشه متعاقب ضایعات اولیه در ستون فقرات است (۸ و ۳) بندرت نخاع بطور اولیه گرفتار می شود.

در مناطق اندمیک که شیوع این بیماری بالاست. کیست هیداتیک نخاع یکی از علل عمده اعمال جراحی روی ستون فقرات می باشد (۴).

در مواردی که نخاع بطور اولیه مبتلا می شود (مورد گزارش شده در این مقاله) معمولاً بدن بال یک آمبولی پارازیتی بر روی نخاع و یا زیر آرک نوئید کیست بتدریج بزرگ شده و چون قوام نرم و قابل ارتجاعی دارد. بخوبی توسط نخاع تحمل شده و به اندازه قابل توجهی می رسد. در این زمان چندین سگمان از نخاع را احاطه نموده و چندین ریشه عصبی را تحت کشش قرار می دهد.

برخلاف نوع داخل مغزی که دارای یک کپسول گلیوتیک از جنس بافت مغزی است، در اینجا کیست توسط آرک نوئید ضخیم شده احاطه می شود.

همانطور که انتظار می رود تظاهرات نورولوژیک مثل دردهای رادیکولر و یا سندرم های مختلف نخاعی ناشی از بزرگ شدن کیست و فشار روی نخاع و ریشه های عصبی خواهد بود.

بهترین اقدام درمانی برای چنین ضایعه ای مثل هر ضایعه

یکی از نکات مهم در عمل جراحی کیست هیداتیک نخاع می باشد. بنابراین جهت اطلاع دقیق از محل ضایعه و ارائه بهترین تکنیک عمل جراحی بکارگیری روشهای مختلف رادیولوژیک از اهمیت خاصی برخوردار است (۸). برای بررسی بیماران مشکوک به چنین ضایعه ای توصیه می شود که قبل از انجام میلوگرافی، MRI، (Magnetic Resonance Imaging) از بیمار تهیه شود. و برای تهیه میلوگرافی پونکسیون مایع مغزی نخاعی بایستی از ناحیه C1-C2 باشد چون پونکسیون مایع مغزی نخاعی پائین تر از محل آنا تومیک ضایعه باعث کشیدگی نخاع بطرف پائین (Coning) شده (۵). و احتمال پارگی کیست و عوارض وخیم آن را بدنبال دارد.

فضاگیر دیگر نخاعی برداشتن کیست بطور کامل و سالم (Unruptured) است.

موفقیت عمل جراحی نیز بستگی به توانایی جراح در خارج نمودن کامل کیست بطور سالم دارد، چه بسا پاره شدن کیست و آلودگی مایع مغزی نخاعی علاوه بر انتشار آلودگی به سایر قسمت ها ممکن است باعث آلرژی شدید منجر به مرگ شود.

بکارگیری محلول سالن هیپرتونیک برای شستشوی محل عمل و درمان دارویی قبل و بعد از عمل جراحی با آلبندازول (Albendazole) پیش آگهی بیماران را بهتر خواهد کرد. (۱۰ و ۶)

همانطور که گفته شد جلوگیری از آلودگی و انتشار عفونت

REFERENCES:

1-Fienes AW, Thomas DT,: Combined medical and Surgical treatment of Spinal hydatid disease.

J.Neurol .Neurosurg .Psychiatry ,45:927-931 ,1983.

2- Ley AJr ,Martia ,: Intramedullary hydatid cyst.A Case report. J.Neurosurg.33;457-459,1970.

3- Pamir MN, Alkalan N,: Spinal Hydatid cysts .Surg .Neurol . 21;53 -57 ,1989.

4- Perani D, Scott G, Hydatid disease of spine .A case report. J.Neurosurg .Sci ;27:55 -58,1983.

5- Peter H, Hollis : Neurological deterioration after Lumbar Puncture below complete spinal subarachnoid block.J.Neurosurg.64:253-256 , 1986.

6- Thomas B.Nutman ,Peter F.Weller :Echinococcosis. In Harrison's principles of Internal medicine ,Vol 1, New York ,Mc Graw Hipp ,Inc.1994.

7- Woodland LJ,:Hydatid disease of vertebrae ,Medical journal of Australia ,2 ,904 -910,1949.

8- Youmans JR,: Parasitic and Fungal infection of Spine and Spinal cord .In Youmans ,JR,ed:W.B.Sunders Co.1990.