

بررسی ارزش علائم و نشانه های بالینی هشدار دهنده در تشخیص زودرس و بهبودی مبتلایان به تومورهای نخاعی

دکتر سعید ابریشمکار*، دکتر جعفر مهوری**، دکتر حمیدرضا آرتی***

چکیده:

تومورهای نخاعی از علل نادر ولی در عین حال جدی پیدایش علائم عصبی در اندام ها هستند. نحوه بروز علائم در این بیماریها به حدی متغیر است که بعضا تشخیص تومورهای نخاعی را مشکل می سازد. امروزه از روشهای تصویرنگاری پیشرفته برای تشخیص بیماری استفاده میشود، ولی عدم توجه به پاره ای از علائم بالینی هشدار دهنده باعث میشود تا تشخیص با تاخیر انجام شود که این خود شانس برگشت علائم عصبی را کمتر میسازد. هدف از این مطالعه بررسی ارزش بالینی علائم هشدار دهنده در تشخیص زودرس و تاثیر آن در بهبود مبتلایان به تومورهای نخاعی است.

این مطالعه یک مطالعه توصیفی و مقطعی بوده که بر روی تمام بیماران مبتلا به تومور نخاعی انجام شده و سعی شده تا ارزش بالینی پاره ای از علائم و نشانه های کلیدی در افزایش شانس تشخیص زودرس بالینی و افزایش شانس بهبود بیماران مبتلا به تومورهای نخاعی نشان داده شود. در مجموع کلیه ۳۰ تومور نخاعی عمل شده طی چهار سال در بیمارستان آیت ا... کاشانی شهرکرد مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج از معاینه مستقیم بیماران و یافته های قبل و بعد از عمل جراحی در مراجعه های بعدی بیماران به کلینیک تخصصی در فرم جمع آوری اطلاعات ثبت گردید.

۵۳ درصد بیماران مورد مطالعه زن و ۴۷ درصد آنها مرد بودند. ۲۶/۸ درصد بیماران در گروه سنی ۶۰-۵۱ سال قرار داشتند. یافته ها نشان داد شایعترین محل تومور با ۵۰ درصد در ناحیه توراسیک و شایعترین پاتولوژی منتزویوم (۲۳/۷٪) بود. سندرم پلژی-پارزی اندام ها با ۲۱/۸ درصد شایعترین تظاهر بیماری بود. تومورهای ناحیه توراسیک و سرویکال همواره با علائم عصبی پلژی-پارزی و اختلال حسی و اسفنکتری تشخیص داده شدند، در حالیکه در ناحیه لومبار و لومبوساکرال درد و پارسستی علامت برجسته بیماری بود. بدلیل تاخیر در تشخیص و عدم توجه به پاره ای از علائم بالینی کلیدی در ۱۰ درصد بیماران متعاقب عمل جراحی تفاوتی در علائم بالینی ظاهر نشد و در ۶۰ درصد بیماران نیز به همین دلیل بعد از حدود سه ماه فقط یک درجه بهبود در معیار FRANKEL ظاهر شد. یافته نشان داد دقت در معاینه اولیه شامل توجه به نحوه انتشار درد و کیفیت درد در طول شبانه روز، وجود علائم BABENSKI & LHERMITTE و دفورمیتی ستون فقرات پزشک معالج را بطرف تشخیص اولیه هدایت کرده و معیار بسیار مناسبی برای کاندید کردن بیماران جهت انجام روش های تصویرنگاری گرانقیمت است. از طرفی تشخیص تاخیری خود به تنهایی باعث عدم بهبودی و یا بهبودی ناقص بیماران میگردد.

واژه های کلیدی: تومورهای نخاعی، علائم بالینی، پیش آگهی

* استادیار گروه جراحی مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی چهارمحال و بختیاری (مؤلف مسئول)

** استادیار گروه داخلی مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی چهارمحال و بختیاری

*** استادیار گروه اورتوپدی دانشگاه علوم پزشکی چهارمحال و بختیاری

مقدمه:

وجود ندارد نیز ناشی از تومورهای نخاعی است (۳)، (۹). با توجه به اینکه اکثریت تومورهای داخل نخاعی (Intramedullary) بدون درد بوده و با علائم عصبی پیشرونده ظاهر می شوند (۵)، معاینه دقیق اولیه و توجه به علامت Babenski و Lhermitte به تشخیص زودرس کمک می کند (۵، ۷، ۹).

خونریزی تومور که بیشتر در اپاندیموم دیده می شود ممکن است با تشدید علائم عصبی اولیه همراه شود (۶). دقت در تشخیص اولیه و برداشت تومور خطر این عارضه را کاهش می دهد (۶، ۷). در مجموع تمام تومورها، مننژیوم شایعترین تومور نخاعی است (۹).

تشخیص زودرس بالینی و تصویر نگاری شانس بهبود را تا ۹۷٪ بالا می برد. در مجموع تمام تومورها توجه به علائم بالینی و معاینه دقیق اولیه امکان تشخیص زودرس و بهبودی را تا ۹۰٪ بالا می برد. هدف از این مطالعه بررسی ارزش بالینی علائم هشدار دهنده در تشخیص زودرس و تاثیر آن در بهبود مبتلایان به تومورهای نخاعی است.

مواد و روش ها :

این مطالعه توصیفی، مقطعی و بر روی کلیه بیمارانی که از ابتدای سال ۱۳۷۶ لغایت فروردین ۱۳۸۰ در بیمارستان آیت ا... کاشانی شهرکرد با تشخیص تومور نخاعی جراحی شدند، انجام گرفت. برای این منظور پرونده بیمارانی از بایگانی بیمارستان استخراج و اطلاعات لازم آن شامل شرح حال، معاینات و نتایج تصویر نگاری تکمیل شد.

تاثیر جراحی در زمان مرخص شدن بیمارانی

علائم و نشانه های بالینی در تومورهای نخاعی یکی از بهترین شاخص های اولیه در تشخیص بیماری است. اگر چه امروزه با MRI (Magnetic Resonance Imaging) تشخیص این تومورها کار چندان مشکلی نیست، ولی هزینه بالا و محدود بودن امکان انجام MRI که به ترتیب در ۶۰٪ و ۱۰٪ موارد باعث تاخیر در تشخیص تومورهای نخاعی می شود (۵، ۸، ۹).

در شوانوم های نخاعی درد اصلی ترین علامت در تشخیص اولیه بیماری است، چرا که در ۸۱٪ بیماران شوانوم نخاعی درد بروز می کند (۵). علامت Lhermitte اولین یافته بالینی در بعضی از تومورهای نخاعی است.

اگر چه این علامت در بعضی از بیماری ها از جمله (Multiple Sclerosis) MS نیز دیده می شود ولی وجود آن معاینه کننده را به احتمال وجود پاتولوژی نخاعی راهنمایی می کند (۳).

دفورمیتی ستون فقرات در اطفال همواره معاینه کننده را به وجود تومورهای نخاعی راهنمایی می کند و تشخیص زودرس این تومورها در اطفال نهایتاً با بقای بالاتری همراه است (۱).

در مطالعه ائی روی ۳۰ بیمار مبتلا به تومور نخاعی شایع ترین تومور، تومورهای اولیه به ترتیب مننژیوم ۲۳/۷٪ و نروفیبروم ۱۵/۸٪ بود. در همین بررسی تومورهای متاستاتیک ۳۴٪ کل تومورها را تشکیل داده بود. وجود درد و دفورمیتی ستون فقرات علائم عصبی پیشرونده علائم اصلی در تشخیص زودرس بیماری بوده است (۲، ۴).

بندرت دردهای شکمی که هیچ توجیهی برای آن

تفاوتی در علائم بالینی بعد از حداقل ۳ ماه از عمل مشاهده نشد ($p > 0/05$)، در ۶۰٪ بیماران حداقل یک درجه بهبود داشتند و ۲۶/۷٪ بیماران بهبودی کامل داشتند ($p < 0/05$) یک بیمار (۳/۳٪) قابل پیگیری نبود.

(حداکثر هفت روز) و تا حدود یکسال بعد با مراجعه سرپائی بیماران به کلینیک تخصصی برای پیگیری و با در نظر گرفتن معیار Frankle ارزیابی مثبت گردید.

نتایج:

در این مطالعه مجموعاً ۳۰ بیمار که از ابتدای سال ۱۳۷۶ تا فروردین ۱۳۸۰ در بیمارستان آیت... کاشانی شهرکرد مورد عمل جراحی قرار گرفتند، بررسی شدند. ۱۶ بیمار زن و ۱۴ بیمار مرد بودند. بیماران در هفت گروه سنی کمتر از ۱۰، ۱۱-۲۰، ۲۱-۳۰، ۳۱-۴۰، ۴۱-۵۰ و ۵۱-۶۰ و بالاتر از ۶۰ سال تقسیم شدند.

بیشترین بیماران (۲۶/۸٪) در گروه سنی ۵۱-۶۰ سال و کمترین (۳/۳٪) در گروه سنی ۱۱-۲۰ سال قرار داشتند. شایع ترین محل تومورها با ۵۰٪ در ناحیه توراسیک بود. شیوع تومورها در سایر موارد شامل سرویکال (۶ مورد) توراکولومبار (۲ مورد) و لومبوساکرال (۷ مورد) بود. درد با ۶۶/۶٪ شایع ترین نشانه های بالینی و پارزی -پلژی با ۲۱/۸٪ شایع ترین علامت بود.

در ناحیه توراسیک بیشترین علائم بصورت پارزی -پلژی، در حالیکه در ناحیه لومبار پارستزی و درد اندام ها معمولی ترین یافته های بالینی بودند. شایع ترین تومورها به ترتیب مننژیوم (۳۰٪)، نوروفیبروما (۱۶/۷٪)، کندروسارکوم و لیپوم هر کدام ۱۰٪ بود.

محل تومورها از نظر قرار گیری نسبت به پرده های مننژ در ۱۷ مورد داخل دورا و خارج نخاع، ۱۲ مورد خارج دورا و یک مورد داخل نخاعی بود. بعد از عمل جراحی در ۱۰٪ بیماران هیچ

بحث:

تشخیص زودرس تومورهای نخاعی به بهبود کامل تر و سریع تر بیماران کمک قابل توجهی می کند (۱،۳،۴). در بسیاری از مراکز درمانی که بیماران با درد یا پارستزی اندام و یا علائم عصبی جزئی مراجعه می کنند امکان استفاده از تکنیک تصویر نگاری پیشرفته وجود ندارد. بنابر این سعی در یافتن پاره ای از علائم خاص و کلیدی در بیماران سرپائی و مراجعه کننده به کلینیک ها امکان تشخیص زودرس و کاندید کردن بیماران برای استفاده از روش های تصویربرداری پیشرفته مثل MRI را فراهم می کند.

در ۳۰ بیمار مورد مطالعه شایع ترین نشانه بالینی پارزی (۴۳٪) بود، که در این مرحله از بیماری بهبودی در علائم بالینی از حدود سه ماه تا یک سال بعد از عمل و در ۲۶٪ بصورت کامل، ۶۰٪ بصورت ناقص و ۱۰٪ عدم بهبودی بود. در حالی که ۱۱ بیمار که با علائم بالینی اولیه درد بصورت کمربندی شکل اطراف شکم و قفسه سینه و یا اندام تحتانی مراجعه کرده بودند بهبود علائم بعد از ۳ ماه تا یکسال ۱۰٪ بود.

توجه به دردهای کمربندی باعث شده است که درخواست MRI زودتر از حد معمول درخواست شود که تشخیص زودتر و مداخله سریع تری را به همراه داشت.

در مطالعه سایر مراکز نشان داده شده است که توجه به علائم درد Lhermitte و عدم بهبود آن با روش های معمول درمان با شانس بالاتری از وجود تومورهای نخاعی همراه است (۵). ارزش علامت هشدار دهنده Lhermitte بویژه در تومورهای نخاعی ناحیه سرویکال به تشخیص زودرس کمک می کند.

از ۲۰ بیماری که با علامت اولیه درد مراجعه کرده بودند در ۷۵٪ موارد درد شبانه بوده و بیمار را در طول شب از خواب بیدار می کرد. این علامت هشدار دهنده، خود معیار با ارزشی است که باید معاینه کننده را در اولین مراجعه بیمار بفرکر تومور نخاعی هدایت کند.

احتقان وریدی، اشکال در گردش مایع مغزی نخاعی در طول فضای ساب آراکنوئید و احتمالاً افزایش حجم تومور از علل اصلی افزایش درد شبانه بیماران است.

در ۱۵ بیمار با تومور در ناحیه توراسیک در ۵۰ درصد درد بصورت کمربندی در اطراف قفسه صدری و شکم انتشار داشت و در ۲ بیمار تومور ناحیه لومبوساکرال درد به صورت رادیکولر در مسیر ریشه L5 و S1 انتشار داشته است و از این نظر شبیه به درد های ناشی از فتق دیسک کمری بود.

دردهای کمربندی در مسیر ریشه های عصبی در قفسه سینه و اندام ناشی از افزایش تحریک پذیری ریشه های عصبی است، که باز در طول شب تشدید و غالباً با استراحت بیشتر می شود، این در حالی است که دردهای ریشه ای ناشی از فتق دیسک معمولاً با استراحت بهبودی نسبی دارند.

در ۵ بیمار با سن کمتر از ۲۰ سال در ۳ مورد دفورمیتی پیشرونده ستون فقرات همراه با درد در

ستون فقرات بیماری بود. در گروه سنی اطفال و نوجوانان دفورمیتی پیشرونده ستون فقرات علامت کلیدی بوده و باید معاینه کننده را بفرکر تشخیص تومور نخاعی هدایت کند.

تشخیص و درمان زودرس در مرحله ای که بیمار با درد و پارستزی مراجعه کند، شانس بهبودی را بالاتر می برد. در بیماران مبتلا به تومورهای نخاعی ناحیه سرویکال (۱۳/۶٪) و سرویکوتوراسیک (۶/۶٪)، کoadری پارزی-پلژی (۸۳٪) علامت اصلی مراجعه بیماران بوده است و به این ترتیب شانس بهبودی برای حداقل یک درجه در معیار Frankle در این گروه از حدود سه ماه تا یک سال بعد (۳۳/۲٪) بود، که تفاوت معنی داری در بهبود بیماران ظاهر نشد ($p > 0/05$).

بنابر این در گروهی که علائم زمان مراجعه بیماران پارزی-پلژی باشد شانس بهبودی بسیار کمتر است.

در تومورهای سرویکال و سرویکوتوراسیک حساسیت به فشارهای مزمن و تدریجی، تاخیر در تشخیص، نبودن علائم هشدار دهنده بالینی یاد شده و پاتولوژی های بدخیم تر عامل عدم بهبودی بیماران بود.

در ۴ بیمار سابقه ای از علامت Lhermitte وجود داشت. توجه به این علامت هشدار دهنده در مراحل اولیه و قبل از ظهور سایر علائم به کاهش علائم عصبی پایدار کمک می کند.

در بیماران مبتلا به تومور نخاعی بالای لومبار در ۱۷ بیمار (۵۵/۶٪) علامت بانبسکی مثبت بود و رفلکس های وتری از ۱+ تا ۳+ افزایش یافته بود.

در بین علائم نرون محرکه فوقانی علامت بانبسکی سریع تر از افزایش رفلکس های وتری ظاهر

شب بیدار کند، دفورمیتی در ستون فقرات بویژه در اطفال و نوجوانان و علائمی از قبیل Lhermitte یا Babenski مثبت است.

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از زحمات سرکار خانم دکتر آناهیتا یدالهی که این تحقیق را در قالب پایان نامه خود به ثمر رساندند و سرکار خانم دریس بدلیل انجام مطالعات آماری قدردانی می گردد.

می شود و بنابراین توجه به این علامت هشدار دهنده می تواند به تشخیص زودرس کمک کند.

در مجموع توجه به علائم هشدار دهنده در معاینه اولیه امکان تشخیص زودرس بالینی و ارجاع بیمار برای انجام MRI برای تشخیص نهائی کمک کننده است.

علائم هشدار دهنده در تشخیص تومورهای نخاعی شامل، دردهای کمربندی در مسیر ریشه های عصبی توراسیک و اندام ها، تشدید درد در طول شب به صورتی که بیمار را بارها در طول

References:

- 1-Clemenceau S; lopez M. Intramedullary tumors. Rev Prat , 51(11): 1206-10, 2001.
- 2- Cox JM; Alter M. Schwannoma:Challenging diagnosis. J Manipulative physiolthe , 24(8): 526-8, 2001.
- 3- Hardison HH; Packer RJ; Rorke LB; Schut L; Sutton LN; Bruce DA. Outcome of children with primary intramedullary spinal cord tumors .J. Neuro. syst, 3(2): 89-92, 1987, 1987.
- 4- Gezen F;Kahraman S; Canakci Z; Beduk A. Reviews of 36 cases of spinal cord meningioma. Spine , 15; 25(6): 727-31, 2000.
- 5-J. Kaunal. Early diagnosis of spinal cord schwannoma : The significance of the pain syndrome. Medicine , 38(11): 1086-8, 2002.
- 6- Lagares A; Rival JJ; Lobato RD; Pomas A; Alday R; Boto GR. Sinal cord ependymoma presenting with acute paraplegia due to tumora bleeding. J Neurosurg Sci , 2000 Jun;44(2): 95-7,2000.
- 7- Mwangombe NJ; Ouma MB.Spinal cord compression due to tumors at Kenytta National Hopital , Nairobi. J. East Afr Med, 77(7): 374-6, 2000.

8-Newton HB; Rea GL. Lhermitte's sign as a presenting symptom of primary spinal cord tumor. J Neurooncol, Aug: 29(2): 183-8, 1996.

9-Zh Vopr Neurokhir Im N.Burdenko; Spinal deformation as a cause for the clinical signs of spinal cord neoplasm J. Neurosurgery Apr-Jun ,(20):28-9: 29-30, 2003.