

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 الله 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 در صد 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 مننژیوم (۲۳/۷٪) بود. سندرم پلزی-پارزی اندام ها با ۲۱/۸ درصد شایعترین تظاهر بیماری بود. تومورهای ناحیه توراسیک و سرویکال همواره با علائم عصبی-پلزی-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 یا بهبودی ناقص بیماران میگردد.

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

* استادیار گروه جراحی مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی چهار محال 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:

فقرات علائم عصبی پیشرونده علائم اصلی در تشخیص زودرس بیماری بوده است (۲ و ۴). بندرت دردهای شکمی که هیچ توجیهی برای آن وجود ندارد نیز ناشی از تومورهای نخاعی است (۳، ۹). با توجه به اینکه اکثریت تومورهای داخلی نخاعی (Intramedullary) بدون درد بوده و با علائم عصبی پیشرونده ظاهر میشوند (۵)، معاینه دقیق اولیه و توجه به علامت Babinski و Lhermitte به تشخیص زودرس کمک می کند (۵ و ۷ و 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 میبرد. 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

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 میشود (۵ و ۸ و 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 بیماریها از جمله MS (Multiple Sclerosis) نیز دیده میشود 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 نهایتا با بقای بالاتری همراه است (۱).

در مطالعه ائی روی ۳۰ بیمار مبتلا به تومور نخاعی شایعترین 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

شایعترین تومورها به ترتیب منژیوم (۳۰٪)، نوروفیروما (۱۶/۷٪)، کندروسارکوم و لیوم هر کدام ۱۰٪ بود. محل تومورها از نظر قرار گیری نسبت به پرده های منژ 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 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.

بحث:

تشخیص زودرس تومورهای نخاعی به بهبود کاملتر و سریعتر 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. بنابراین 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 شایعترین 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٪

گرفت. برای این منظور پرونده بیماران از بایگانی بیمارستان استخراج و اطلاعات لازم آن شامل شرح حال، معاینات و نتایج تصویر نگاری تکمیل شد. تاثیر جراحی در زمان مرخص شدن بیماران (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 و ثبت گردید.

نتایج:

در این مطالعه مجموعاً ۳۰ بیمار که از ابتدای سال ۱۳۷۶ تا فروردین ۱۳۸۰ در بیمارستان آیت ا... 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، ۲۰-۱۱، ۳۰-۲۱، ۴۰-۳۱، ۵۰-۴۱ و ۶۰-۵۱ 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. شایعترین محل تومورها با ۵۰٪ در ناحیه توراسیک بود. شیوع تومورها در سایر موارد شامل سرویکال (۶مورد) تورا کولومبار (۲مورد) و لومبوساکرال (۷مورد) بود. درد با ۶۶/۶٪ شایعترین نشانه های بالینی و پارزی - پلژی با ۲۱/۸٪ شایعترین 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.

لومبوساکرال درد بصورت 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 میشود، این در حالیست 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 ب فکر تشخیص تومور نخاعی هدایت کند.

تشخیص و درمان زودرس در مرحله ائی 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٪)، کوادری 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 (۰/۰۵ > p). بنابراین در گروهی که علائم زمان مراجعه بیماران پارزی-پلژی باشد شانس بهبودی

بصورت ناقص و ۱۰٪ عدم بهبودی بود. در حالیکه 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 ۱۰۰٪ بود. توجه به دردهای کمربندی باعث شده است که درخواست MRI زودتر از حد معمول درخواست شود که تشخیص زودتر و مداخله سریعتری را بهمراه 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 میکرد. این علامت هشدار دهنده، خود معیار با ارزشی است که باید معاینه کننده را در اولین مراجعه بیمار ب فکر 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 صدی و شکم انتشار داشت و در ۲ بیمار تومور ناحیه

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، درد های کمر بندی در مسیر ریشه های عصبی توراسیک و اندام ها، تشدید درد در طول شب بصورتیکه بیمار را بارها در طول 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 بثمر نشانند و سرکار خانم دریس بدلیل انجام مطالعات آماری قدردانی می گردد.

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 بانسکی مثبت بود و رفلکس های وتری از ۱+ تا ۳+ افزایش یافته بود. در بین علائم نرون محرکه فوقانی علامت بانسکی سریعتر از افزایش رفلکس های وتری ظاهر میشود و بنابراین توجه به این علامت هشدار دهنده میتواند به تشخیص زودرس کمک کند.

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;PackerRJ;RorkeLB;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 Hospital ,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.