

گزارش يك مورد كورى كورتیکال

دکتر مجید فروغ * دکتر محسن محسن زاده ** دکتر منصور دارا

کوری کورتیکال (Cecité Corticale) يك بیماری نادری است که ممکن است بعضی از همکاران در دوران چندین سال طبابت خود با بیمار مبتلا بآن مواجه نشده باشند از طرفی احتمال دارد که این مرض با تمارض Simulation اشتباه شود و مبتلای به کوری کورتیکال را بعلت سالم بودن قسمت های قدامی و ته چشم ، بیمار تصور نکرده و فقدان دیدش را بحساب تمارض بگذارند چنانکه کسالت بیمار مامدتها در شهرستانها و تهران تمارض تشخیص داده شده است و همین قسمت مارا بر آن داشت که ضمن تهیه شرح بیماری کوری کورتیکال، تشخیص افتراقی آن را باهیستری و مخصوصاً تمارض مورد بررسی قرار دهیم .

ابتدا لازم میدانیم که کوری کورتیکال را بطور اختصار شرح داده و سپس به شرح حال بیمار پردازیم :

کوری کورتیکال عبارتست از فقدان هر گونه احساس و درك بینائی . این عارضه نتیجه خرابی و ضایعه کورتکس بینائی در لوب پشت سری است ولى معمولاً کوری هائی که در عقب جسم زانوئی خارجی Corps jenuillé enterne تولید می شوند به این اسم می نامند . پس از نظر بالینی بین حالاتی که کورتکس خراب می شود و مواردی که تنها رابطه کورتکس با جسم زانوئی خارجی قطع می گردد فرقی نمی گذارند و تا حدودی در کلینیک تشخیص این دو حالت از همدیگر غیر ممکن است .

* استاد رئیس بخش چشم پزشکی بیمارستان امیراعلم

** استادیار بخش چشم پزشکی بیمارستان امیراعلم

كورى كورتیکال سندرم نادریست و تاكنون بیش از ۲۰۰ مورد از آن گزارش نشده است. البته آنچه نادراست كورى های كورتیکال نهائی است که در اثر خرابی نسجی دیده می شود ولی طبعاً كورى های كورتیکال موقت مربوط به اختلالات عروقی خیلی نادر نبوده و گاه بگانه دیده می شود منتهی آمار دقیق تاكنون از قبیل كورى ها داده نشده است .

علائم كورى كورتیکال : ازین رفتن كامل دید وحتی از ین رفتن درك نور در دو چشم .

- باقی ماندن رفلکس های مردمک

- سالم بودن ته چشم ها

- سالم بودن حرکات چشم ها وحرکت ارادی تقارب

- یکی از علائم مهم اینست که اگر شبی را به قرینه چشم نزدیک نمایند سبب پلك زدن نخواهد شد لذا بازتاب پلك بهم زدن بر اثر تهدید (Reflexe de Clignement à la menace) ازین رفته است.

- ازین رفتن رفلکس های فیکساسیون و فوزیون .

علائم فرعی دیگر وجود دارد که اذکر آنها خودداری میکنیم و فقط باید متذکر شویم که گاهی اختلالات روانی و توهمات بینائی بسا علائم فوق الذکر همراه است .

علل كورى كورتیکال :

- تروماتیسیم جمجمه : ضربه شدید مخصوصاً در ناحیه اکسی پیتال .

- کوموسیون سربرال : اختلال وازوموتور - خیز و خونریزی .

- ضایعات رگها : رامولیسمان ناحیه کونئوس یا خرابی فیبرهای بینائی در رادیاسیون اوپتیک در اثر اختلالات عروقی مخصوصاً سرخرگهای مغزی خلفی و انشعابات آنها .

- ندرتاً خونریزی مغزی

- آنژیواسپاسم : در فشارخونی ها و مسمومیت ها

- سرطان : تومورهای لوب پشت سری در مراحل آخر ممکن است به كورى

كورتیکال منجر شود .

– آنسفالیت‌ها که بیشتر نوع Schilder Foix دخالت دارد. این بیماری به دمیلینی‌زاسیون Demyélinisation مخصوصاً در لوب پشت‌سری مربوط است و در تمام سنین عمر دیده میشود خصوصاً قبل از ۵۰ سالگی.

– مسمومیت‌ها: مسمومیت با سرب که بطور ناگهانی کوری میدهد ولی این کوری گذرانتست و علت آنرا بعضی‌ها اسپاسم عروقی و بعضی‌ها خیز کورتکس می‌دانند.

هارتمن و ماژیتو علل کوری کورتیکال را در ۱۹۰ مورد بترتیب زیر شرح داده‌اند:

۷۷ مورد اختلالات رگها در کار بوده است (۴۶ مورد رامولیسمان – ۶ مورد خونریزی و ۲۵ مورد آنژیواسپاسم)

۲۷ مورد مسمومیت (اورمی - حاملگی)

۲۸ مورد ضربه ناحیه پشت‌سری

۳۲ مورد آنسفالیت‌ها

علت رامولیسمان بطور کلی آرتریواسکلروز، ترومبوز و سیفلیس می باشد.

تشخیص افتراقی: در تشخیص افتراقی باید همی آنوپسی مضاعف - کوری

روحي- هیستری و تمارض در نظر گرفته شود. البته توجه به علائم اصلی ما را بطرف

تشخیص واقعی راهنمایی می کند فقط باید متذکر شویم که در تمارض بیمار میخواهد

خود را بیشتر از حد کور نشان دهد ولی اگر در این موقع شیئی را به قرینه چشم نزدیک

نمائیم فوراً سبب بسته شدن پلك می شود لذا بازتاب پلك بهم زدن بر اثر تهدید وجود

دارد. در کوری روحی بیمار اشیاء را می بیند ولی آنها را نمی شناسد و در حقیقت

پلك آگنوزی بینائی در کار است.

اینک شرح حال بیمار ما: آقای ج - د اهل کرمان را که ۵۰ سال دارد در تاریخ

۲۸/۸/۴۶ بعلت کوری ناگهانی دو چشم تحت معاینه قرار دادیم. بیمار يك ماه قبل

دچار سردرد شده و در شهرستان تحت معالجه قرار میگيرد ضمن درمان‌های مختلف

آمپول کلرامفنیکول نیز دررگ بیمار تزریق میگردد و در حین تزریق این آنتی بیوتیک

بیمار دچار شوک شدید شده و فوراً از این نظر معالجه می شود. بعد از چند روز بیمار

در هر دو چشم احساس تاری می کند و این اختلال دید را به تزریق آمپول آنتی بیوتیک

در رگک مربوط میداند . بالاخره بیمار برای معالجه سردرد به تهران عزیمت مینماید ولی در بین راه دچار کوری کامل دو چشم میشود و چون در تهران در معاینات بالینی علامتی که کوری بیمار را توجیه نماید پیدا نمی کنند، آنرا بحساب تمارض میگذارند.

نتیجه معاینات :

ته چشم ها کاملاً سالم ، رفلکس مردمکها و رفلکس کونساوئل ، حس قرنیه و حرکت عضلات دو چشم طبیعی بود .

علامت مهمی که در این بیمار ما را بطرف تشخیص کوری کورتیکال هدایت کرد از بین رفتن بازتاب پلک بهم زدن بر اثر تهدید بود. بامشاهده این علامت موضوع تمارض منتفی گردید .

بیمار را از نظر هیستری تحت معاینات دقیق قرار دادیم : a) باید متذکر شویم که عارضه هیستری غالباً بعد از هیجان شدید مثلاً درزنهای جوان در تعقیب شکست عشقی و یا در اطفال در اثر بی توجهی والدین ظاهر می شود در صورتیکه بیمار ما مردیست پنجاه ساله و از زندگی خانوادگی خود راضی بوده و هیچ عاملی برای پیدایش هیجان و بروز هیستری نداشته است . از طرف دیگر در کوری هیستریک معمولاً بلفاروسپاسم و لرزش پلکها و فوتوفوبی یکی از مشخصات عارضه است در صورتیکه بیمار ما چنین علائمی نداشت .

نکته مهم دیگر اینکه تاکنون دهها حالات هیستریک چشم را با درمانهای تلقینی مخصوص از قبیل تزریق سرم فیزیولوژی در پشت کره چشم معالجه کرده ایم و تا بحال بیمار هیستریک چشم نداشته ایم که با درمان تلقینی معالجه نشده باشد در صورتیکه این بیمار به هیچ نوع درمان تلقینی ما جواب مثبت نداد و مدت چند ماه است که با کوری مطلق دو چشم گوشه انزوا اختیار کرده است .

b) از بیمار آزمایشهای مختلف پاراکلینیکی بعمل آمد ولی در این آزمایشها علامت غیر طبیعی دیده نشد لذا با تشخیص کوری کورتیکال و با حدس ضایعه عروقی ، معاینه الکترو آنسفالوگرافی خواستیم و الکترو آنسفالوگرافی ضایعه مشخص دو طرفه ناحیه پشت سری را نشان داد که احتمالاً مربوط به رامولیسمان رگهای مغزی خلفی بود. به بیمار پیشنهاد شد که تحت معاینه آنژیوگرافی از رگهای ورتبرال هم قرار بگیرد

ولی راضی به این معاینه نشد .

(c) پس ملاحظه می شود که تشخیص کوری کورتیکال در این بیمار علاوه بر اینکه با آزمایش الکتروآنسفالوگرافی تأیید شده از نظر بالینی نیز محرز می باشد چون وقتی قسمت های قدام و ته چشم ها سالم بوده و شخص فاقد بینائی باشد فقط به سه عارضه باید فکر کرد یکی تمارض دوم هیستری و سوم کوری کورتیکال .

(d) این اوبسرواسیون از این لحاظ قابل توجه است که اولاً کوری کورتیکال بیماری نادری بوده و ممکن است بعضی از همکاران بعد از سالها طبابت با چنین بیماری مواجه نشده باشند ثانیاً این عارضه با هیستری و مخصوصاً تمارض ممکن است اشتباه شود چنانچه کوری بیمار ما هم مدتی بحساب تمارض گذاشته شده است و بهمین علت است که نباید در موقع سالم بودن ته چشم ها و طبیعی بودن رفلکس های مردمک در اشخاصی که از کوری کامل دو چشم شکایت دارند تشخیص تمارض مطرح شود بلکه لازم است در این قبیل موارد بیمار از نظر کوری کورتیکال نیز دقیقاً تحت معاینه قرار بگیرد تا بدین ترتیب تشخیص علت کوری برای مدتی از نظر دور نماند .

ماخذ

1- P. V. Morax, cécité corticale, Encyclopedie Medico-chirurgicale, ophtalmologie, vol III P. 21545 A¹⁰

2- L. Guillaumat, P. V. Morax, G. offset, cécité corticale, Neuro-ophtalmologie, vol. I P. 568, 569, 580, 582. vol II 760, 930 1959.

3- Paul Bonnet, cécité corticale, ophtalmologie clinique P. 731 1952.

4- C. Ambrosetto et G. Gentili, les agnosies Visuelles' sémiologie et pathogénie, Annales d'oculistique P. 166 vol 198, 1965 .

5- D. Pisteljic et M. Cuprovic, cécité corticale d'origine vasculaire Annal. d'oculi, P. 1112 vol 199, 1966

6- Charles Steiner, un cas de cécité corticale Annal. d'oculi, P. 396 vol 197, 1964.

7- A. Ricci et G. Maeder, deux cas de cécité fonctionnelle avec récupération progressive, Annal d'oculi, P. 72 vol 193, 1960 .

8- P. Cernea, T. Banu, C. Romanesco, Aspects électro-encéphalographiques dans la cécité corticale. Annal d'oculi. P. 1015 vol 199, 1966 .