

## یک مورد همانژیوم ستون فقرات

### نگارش

دکتر حکیمی

رئیس درمانگاه بخش اعصاب

دانشکده پزشکی

دکتر ابراهیم چهرازی

استاد کرسی و رئیس بخش

اعصاب بیمارستان بهلوی

ر. ت. ۵۵ ساله دارای شوهر و ۵ اولاد سالم است که بعادت فلج هر دو پا ببخش اعصاب مراجعه و در تاریخ ۳۶/۱۱/۱۶ بستری گردیده است .  
سابقه شخصی : در ۱۵ سالگی شوهر کرد و هشت شکم زائیده است یک طفل دو ماهه هم سقط کرده سه تا از اولادهايش بامراض نامعلومی فوت کرده‌اند و ۵ اولاد دیگر سالم دارد سابقه بیماری عفونی و مقاربتی را منکر است  
طرز شروع بیماری - از ۵ سال قبل احساس کزگز و ناراحتی و خواب رفتگی در پای راست شروع شده و پس از یکسال

پای چپ را هم فرا گرفته است و چون فشارخونش ۱۹ بوده در مراجعات مکرر خود پزشکان این ناراحتی‌ها را بحساب فشارخون می‌گذاشته ولی با درمانهای زیاد نتیجه نگرفته بلکه علائم فوق بتدریج زیادتر گردیده و از پنج ماه قبل قوه حرکتی پاهای کم شده و این کاهش بتدریج شدت یافته است تا اینکه ناگزیر بطهران مراجعه و بستری گردیده است .

حالت عمومی - بیماری است با حالت عمومی خوب . قیافه طبیعی - در روی شکم لکه‌های قرمز و پراکنده بصورت خال با برآمدگی وجود دارد که اندازه آنها از یک ارزن تا یک نخود میباشد .

دو خال بزرگ گوشتهی باندازه یک فندق یکی در خارج پستان راست و دیگری در بالای تاج خاصره چپ مشاهده میشود . پوست بدن کمتر از معمول است .

امتحانات عصبی : ۱ حرکتی - در حال خوابیده حرکت ارادی در دو طرف

عالیه محفوظ و میتواند دستهای خود را بخوبی بالا برده و حرکت دهد ولی قادر بحرکت و بلند کردن پاها نمیشد بیمار قادر بخم کردن زانوهای خود نیست و حرکات ارادی انگشتهای پا هم در دو طرف از بین رفته است .

بیمار نمیتواند در حال خوابیده از روی تخت بلند شده و بشیند و بکمرک پرستار هم قادر بایستادن و راه رفتن نیست . تنوس عضلات در هر دو پا افزایش یافته است

۲ حسی- الف: حس ایژ کتینومانند فشار، لمس، درد، سرما و گرما در دو طرف از نوک پا تا منطقه D6 از بین رفته است . حس عمقی در انگشتهای پا نیز مختل است .

ب: حسی سوپز کتینو - در ناحیه کمر و در اطراف سافله از کشاله ران پایین حس مور مور و گزگز بیمار را ناراحت میکند ولی بطوریکه اظهار میدارد نسبت بسابق این ناراحتی نقصان پیدا کرده است .

۳- انعکاس - انعکاس های زهی وسط پا، آشیل، کشککی در دو طرف تند و با کلنوس توام است

انعکاسهای زهی در دستها طبیعی است . انعکاسهای پوستی شکمی در دو طرف از بین رفته اند . بابنسکی و معادلات آن اپنهایم و شفر و گردن در دو طرف مثبت است . انعکاس نورو موسکولر در دو طرف طبیعی است .

۴- تعادل- تعیین اختلال تعادلی بعلت فالج در پاها غیر مقدور است. تعادل دستها طبیعی است

۵- ضمور عضلانی- در دستها و پاها ضمور عضلانی مشاهده نمیشود پرش عضلانی ندارد.

۶- اعصاب جمجمه - اعصاب جمجمه بظاهر طبیعی است . قوه بینائی و شنوائی خوب است .

۷- دستگاه ادراری - از چند ماه قبل اختلال ادراری پیدا کرده است و بطوریکه اظهار میدارد بافشار و سختی ادرار خارج میشود و اخیراً هم گاهی بی اختیاری پیدا کرده است .

امتحانات دستگاه های دیگر - ۱ قلب و تنفس طبیعی است فشار خون  $\frac{11}{9}$  نبض ۸۴ و حرارت طبیعی است .

۲ - گوارش - اشتهای بیمار خوب و زبان قدری باردار و ترك خورده است گاهی از بیوست شکایت دارد .

۳- تناسلی- ۱۲ سال است که قاعدگی بیمار قطع شده است. ناراحتی دیگری ندارد  
 ۴- ته چشم - عروق ته چشم کمی نازکتر از طبیعی است اطراف پایی مشخص و ضایعه عروقی در رتین دیده نمیشود .

امتحانات پاراکلینیک - ۱ خون - الف فرمول و شمارش - گلبول قرمز  
 ۳۹۸۰۰۰ و گلبول سفید ۸۲۰۰ در میلیمتر مکعب است .

سگمانته ۶۰ . باتونه ۲ ائوزینوفیل ۶ مونوسیت ۴ لنفوسیت ۲۸ درصد میباشد .  
 ب- اوره ۰۴۰ گرم در لیتر است .

ج- سدیماتناسیون ۱۰ میلیمتر در ساعت اول میباشد .

د - واسرمن منفی است .

۲- ادرار - البومین تراش و قند ندارد . ۱۵ الی ۲۰ عدد لکوسیت و گلبول قرمز بندرت دیده میشود سلول اپی تلیال بندرت وجود دارد .

۳- آب نخاع - آلبومین ۰۶۰ گرم در لیتر - لنفوسیت ۲۴ عدد و پلی نوکلئر ۱۲ در میلیمتر مکعب است واسرمن منفی و بنزوان طبیعی است .

از جهت بالینی ابتلای بیمار بفالج سخت هر دو پا مسلم گردید و از جهت تشخیص جاشناسی با توجه باختلالات حسی تا منطقه D5 سطح ضایعه در این محل تشخیص داده شد ولی از لحاظ علت با توجه پیشرفت وسیر بیماری و پیدایش علائم حسی مدتها قبل از علائم حرکتی فشار نخاع مطرح گردید و با بودن لکه های روی شکم مظنون بعارضه همانژیوم فقره ششم و برای رادیوگرافی اعزام گردید که نتیجه آن بشرح زیر است رادیوگرافی ساده - در اندام فقره ششم ظهری در میان رشته های استخوانی قسمت های روشن دیده میشود این رشتهها بطور عمودی قرار گرفته اند این تغییرات نشانه همانژیوم ششمین فقره ظهری است در کنار اندام فقرات ظهری در این ناحیه تشکیل استئوفیت های کوچکی نمایان است در اطراف فقره ششم ظهری تیرگی دوکی شکل دیده میشود که شبیه بیک آسه اسپیلون میباشد. صفحه تحتانی فقره چهارم ظهری نیز فرو رفتگی نشان میدهد و توموگرافی نیمرخ از فقرات مزبور توصیه میشود.  
 در تاریخ ۱۲/۱۱/۱۳۸۱ توموگرافی بعمل آمد : در توموگرافی همانژیوم فقره D6

در مقاطع ۱۱۹۱۰ و ۱۲۰ بخوبی نمایان است قسمت قدامی فقره D5 کمی غیر منظم و تصویر تیره‌ای در این ناحیه براندام فقره منطبق می‌باشد که در مقاطع ۸ و ۹ بخوبی نمایان است.

برای تعیین میزان فشار از بیمار میلوگرافی بعمل آمد (تزریق از منطقه گردنی) که در ناحیه D6 انسداد مشاهده گردید و شش روز بعد از میلوگرافی هم مقدار خیلی کمی از ماده حاجب عبور کرد و پائین آمده بود.

با وجود تشخیص همان‌تزیوم به بیوپسی خالهای روی شکم پرداختیم: محل برداشت، پوست روی شکم - شرح ماکروسکوپی قطعه ارسالی يك عدد و بشکل يك د کمه بابعاد تقریبی ۱۰ × ۸ × ۴ دارای دو سطح یکی محدب و دیگری مقعر و يك کنار مدوری است رنگ آن قرمز گوشت و سطوح آن صاف مقاومت بافت نرم و سطح مقطع مرطوب است.

شرح میکروسکوپی: در آزمایش ریز بینی برش تهیه شده از بافت ارسالی ساختمان پوششی پوستی مالپیگی مشاهده می‌گردد که ضخامت اپیدرم کم و پوست اتروفی پیدا کرده است ممبران بازال سالم و در قسمتی پوشش کشیده و در اثر فشار طبقه زیرین کراتها از بین رفته است هیپرپیگمانتاسیون نسبی وجود دارد. عروق فراوان و مستعلا کونر بوده و به هم مربوط می‌باشند و فاقد خاصیت آندوتلیوزاند. وجود سلولهای آماسی در لابلائی کاپیلرهای فراوان مشهود است.

تشخیص همان‌تزیوم لا کونر

چون کیفیت بائینی همان‌تزیوم فقره بندرت دیده می‌شود و اغلب ضمن آتوپسی تشخیص محرز می‌گردد و در نوشتجات پزشکی نمونه‌های زیادی از آن یادداشت نشده از این لحاظ برای توجه و استحضار همکاران گرام بشرح مختصر آن می‌پردازیم:

۱ - تعریف - همان‌تزیوم مهره‌ها يك نوع تومور اصلی و ابتدائی نيك خیم عروقی است

۲ - تاریخچه اولین بار ژرهارد (۱) در ۱۸۹۵ این بیماری را ذکر کرده است و سپس البرگ (۲) در ۱۹۱۶ و گیان (۳) و آلاژوانین (۴) در ۱۹۲۵ حالاتی مشاهده کرده اند. این موضوع در کنفره سلطنتی لندن در ۱۹۳۱ مورد بررسی کامل قرار

گرفته است .

۳- علت - علت آنرا بیشتر نقص ساختمانی (۵) و کیفیت ارثی وفامیلی میدانند که اغلب در سنين ۴۰ الی ۵۰ سالگی و معمولاً در ناحیه پشتی و خارج سخت شامه بوجود می آید .

۴- بافت شناسی - در حال معمولی توموری است پر خون و غلاف دار برنك قرمز قهوه بعلاوه نسوج اطراف آنهم كم و بیش پر خون است و اغلب يك يا چند فقره را فرا میگیرد .

بنابر عقیده تورنر (۶) و کرانوهان (۷) ممکن است این تومورها بصورت بدخیم درآمده و از کسپول خود خارج شوند و خونریزی شدیدی بدهند و چون يك کیفیت نقص ساختمانی است اغلب میتوان این تومورها را دراعضاء دیگر هم یافت بخصوص در شبکیه و منججه و مخ .

۵ - کیفیات بالینی - این تومورها برخلاف آنچه عقیده دارند فراوان بود ولی کمتر باعث پیدایش علائم بالینی میگردد و باین جهت تاکنون بیش از صد مورد باعلائم عصبی منتشر نگر دیده است. درحالات خفیف ممکن است علائم بالینی وجود نداشته باشد و تشخیص اغلب ضمن اتوپسی معلوم میگردد .

ازعلائم مهم عصبی این تومورها درستون فقرات ههانا دردهای خفیف ریشه ای است ودر موارد پیشرفته علائم فشار نخاع وسخت فالج پاها عارض میگردد . گاهی هم بعلت فشار روی مهره ضایعات استخوانی آنرا سبب گردیده و علائم رادیو گرافی مشخصی بوجود می آورند که عبارتست از کاهش یافتن تراکم نسج استخوانی دريك يا چند فقره بطوریکه تدریجاً بافت مهره حالت اسفنجی پیدا مینماید . گاهی هم ندرتاً ممکن است واکنش پریوست و تراکم بافت استخوانی را سبب گردد ولی نکته مهم آنست که حدود مفصلی مهرهها کاملاً مشخص میباشد در موارد پیشرفته ممکن است در بدنه مهرهها تیغه های عمودی پدیدآید که ارزش تشخیصی فراوانی دارا میباشد .

۶- تشخیص - درحالات خفیف این عارضه که علائم بالینی را سبب نگردد تشخیص ضمن اتوپسی معلوم میشود بطوریکه توفر (۸) و جان کانس (۹) در ۱۰ الی ۱۲۰٪ اتوپسی ها حالات خفیف این تومورها را مشاهده کرده اند .

در حالات متوسط و شدید علائم درد و فشار نخاع جلب توجه مینماید که با علائم رادیوگرافی و نوع ضایعات استخوانی تشخیص امکان پذیر میگردد .

۷- درمان - درمان این تومورها خاصه در مراحل اولیه اشعه X امکان پذیر است چه حساسیت زیادی باشعه مذکور دارند . بدیهی است در موارد پیشرفته که ضایعات عضوی دیگری ایجاد گردیده بهتر است که بقطع تیغه مهره (۱۰) پرداخت و سپس رادیوتراپی را شروع نمود .

البته باید متوجه بود که عمل جراحی این تومورها بعلت امکان خونریزی شدید خالی از اشکال نمیباشد .

اینک توجه خوانندگان محترم را بمقاله تومورهای نخاع و نسبت اختلالات عملی ضایعه ترونی مندرج در شماره ۹ خرداد ۳۴ نامه دانشکده پزشکی جلب مینمائیم و همانطوریکه در آن گزارش تذکر داده ایم شایسته است به محض آشکار شدن علائم فلج ( ولسو خفیف باشد) بدون فوت وقت به تحقیقات کافی برای تعیین علت پرداخت تا بتوان قبل از دژنرسانس نوروئیت را برطرف نموده و بدین ترتیب است که میتوان بیمار را از معلول شدن نجات داد .

۱- Gerhardt.

۳- Gwillaim

۵- Malformation

۷- Kernohan

۹- Junghanns

۲- Elsberg

۴- Allajauanine

۶- Tusner

۸- Toffer

۱۰- Laminectomy