

صرع چاکسونی در اثر ضایعه دور دست

* دکتر حسین صالح

موضوع حمله صرع جاکسونی و اهمیت آن در لوکالیزاسیون تومورهای مغزی موضوعی است شناخته شده و حتی برای بعضی از متخصصین بیماریهای اعصاب ارزش آن بیش از سایر وسائل تشخیصی مانند الکتروآنفالوگرافی و آنژیوگرافی است.

صرع جاکسونی هنگامی بوجود می‌آید که بعلت ناحیه حرکتی قشر مغز تحریک شود. اکثراً شروع آن با حرکات کلوئیک بوده و بندرت اسپاسم تونیک در شروع حمله دیده می‌شود. معمولاً حرکات کلوئیک از انگشت شست و نشان دست - گوشه لب - و یا انگشت بزرگ پا شروع می‌شود و علت آن وسیع تر بودن ناحیه حرکتی کورتیکس مختص نواحی ذکر شده در بالا و همچنین پائین بودن حد تحریک پذیری آن نواحی می‌باشد. پس از اینکه حمله شروع شد ممکن است بهمان محل شروع ختم شود و با سایر قسمتهای همانطرف بدن را نیز کرفته و یا بطرف مقابل نیز منتشر شود.

بنابراین تومور موقعي میتواند باعث تولید حمله صرع جاکسونی شود که مستقیماً بر سلول های پیرامیدال ناحیه حرکتی کورتیکس فشار آورد.

از طرف دیگر صرع جاکسونی هنگامی درمان می‌شود که علاوه بر برداشتن محل ضایعه قسمی از نسیج مغز که در مجاورت محل ضایعه است نیز برداشته شود (بعلت وجود آتروفی مغز در مجاورت ضایعه) و اگر علت تومور باشد تومور برداشته شود.

ولی مشاهدات و تجربیات متخصصین در سالهای اخیر نشان داده که ممکن است که محل ضایعه خیلی دور ناز محلی باشد که حملات صرع جاکسونی را تولید کرده است. (گاستو- فیشر و بیلامز م - ۱ - فالکنر) (۲) (۳) در تأیید نظریه فوق شرح حال دو بیمار ذکر می‌شود.

بیمار اول - ۱ - ک مرد ۳۹ ساله اهل اصفهان بعلت سر درد وضعیت پای چپ با معرفی آفای

دکتر نفیسی در تاریخ ۱۲/۹/۴۲ مراجعته نمود.

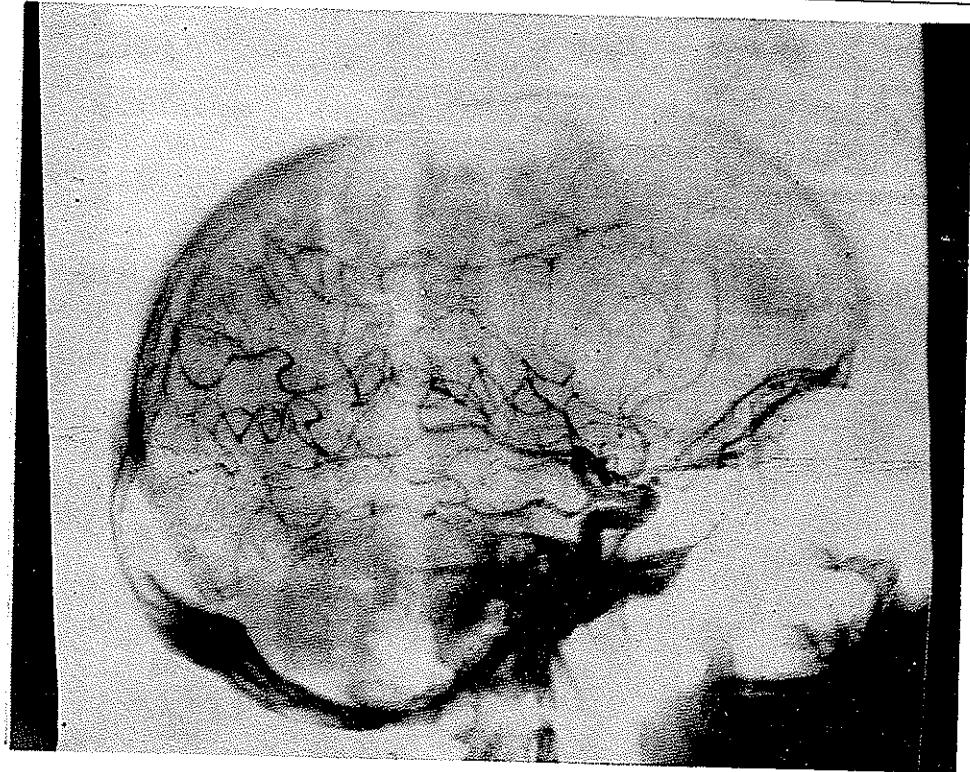
* رئیس درمانگاه چراحتی مغروبه بیمارستان یهلوی



شکل ۱

تاریخچه بیماری وی از این قرار بود: از چهار سال قبل در دنبال یک عفونت موضعی پوست سر کاهکاهی دچار سرکجه میشده ضمناً بعضی اوقات (بنაصله یک تا دو ماه) در دنبال لرزش مختصری در انگشت شست پای چپ برای مدتی کوتاه احساس ضعفی در همین پامینوده است. از سه ماه قبل با نظر دچار سردردی میشود که دائمی نبوده وزیاد ناراحتش نمیکرده و اغلب با خوردن یک قرص مسکن راحت میشده است.

از بیست روز قبل درد سردائی شده و بمالوه لرزش شست پای چپ شدیدتر و در دنبال آن ابتدای پا وسیس دست چپ ضعیف میشود. در مدت بیست روز اخیر پنج بار چنین حالتی (صرع جاکسونی) که همیشه از انگشت شست پای چپ شروع میشده به بیمار دست داده است. در



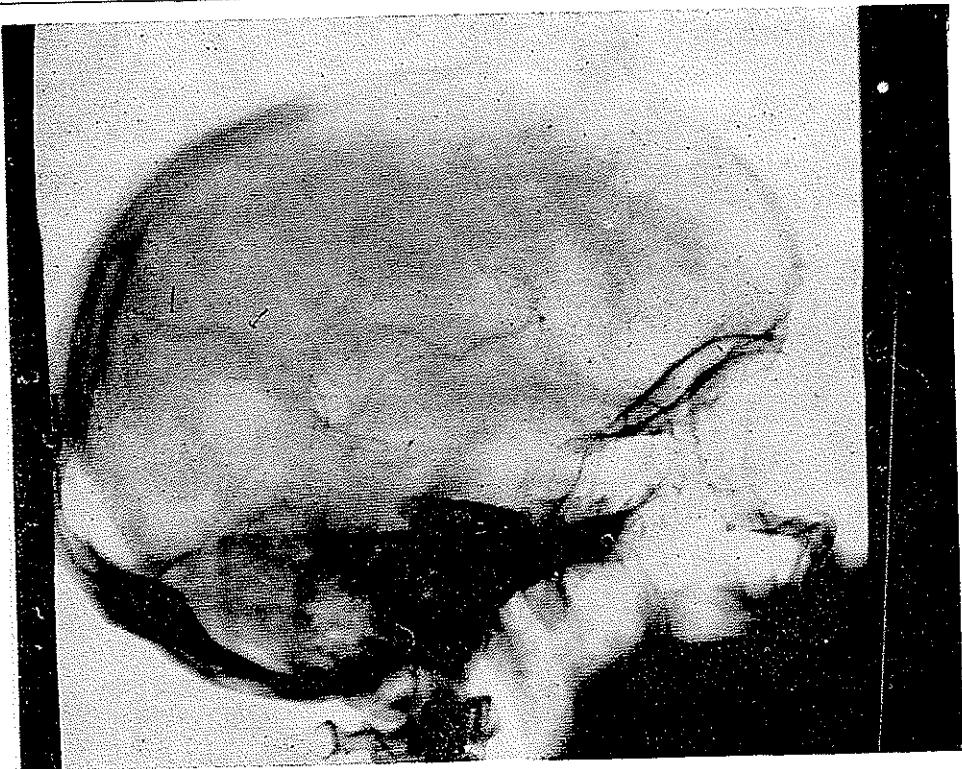
شکل ۲

معاینه غیر از خفظ مختصری در پایی چپ هیچگونه علامت مثبت دیگری بدست نیامد. ته‌چشمها سالم. اعصاب جمجمه تمام‌اً سالم، هیچگونه اختلال روانی و یا خلفی وجود نداشت.

رادیوگرافی جمجمه سالم در آنژیوگرافی راست که از بیمار بعمل آمد تغییر مسیر عروق

بشرح زیر دیده می‌شد.

- ۱- فاز شریانی - در کلیشه رو برو شریان مغزی قدامی بطراف مقابل رانده شده و قسمتی از شریان که در خط وسط مستقیماً بالا می‌رود زاویه ساخته که رأس آن در حدود ۲ سانتیمتر تا خط وسط فاصله دارد . (ع-۱)
- در کلیشه نیم خوالاقوس شریان مغزی قدامی باز شده و در تانی در قسمت جلو (ناحیه فرونتال) عروق باریک غیر عادی دیده می‌شد که نشان وجود تومور در این ناحیه می‌باشد. (ع-۲)
- در فاز وریدی - در کلیشه نیم خوالاقوس که روی تومور کشیده شده و خون وریدی تومور را بسینوس سازیتال می‌برد بخوبی دیده می‌شد و همین ورید حد داخلی تومور را نیز نشان می‌دهد. (ع-۳ و ۴)



شکل ۳

با توجه به لامت عروق داخل تومور سابقه بیماری تشخیص منژریوم ناحیه فرونتال داده شد.
شرح عمل - بیمار در تاریخ ۱۴/۹/۴۲ تحت بیهوشی عمومی بافلوانتان عمل شد . قبل از شروع عمل ۴ کرم اوره (یورووفدکارخانه ابوت) محلول در ۱۵۰ سانتیمتر مکعب سروم کلوکرمه ۰.۱٪ با سرعت ۶۰ قطره در دقیقه از راه وریدی تزریق گردید. تزریق اوره داخل وریدی فشار داخل جمجمه را بمقدار قابل توجهی پائین میاورد و برداشتن تومور را سهل مینماید)

ناحیه فرونتال راست باز و بعد از باز کردن دورمر تومور که در خارج مغز و در جلوترین قسمت لوب فرونتال قرار داشت تکه تکه برداشته شد اندازه تومور تقریباً نصف یک پرتفال و آزمایش بافت شناسی تشخیص منژریوم را که قبل از عمل داده شده بود تأیید کرد .

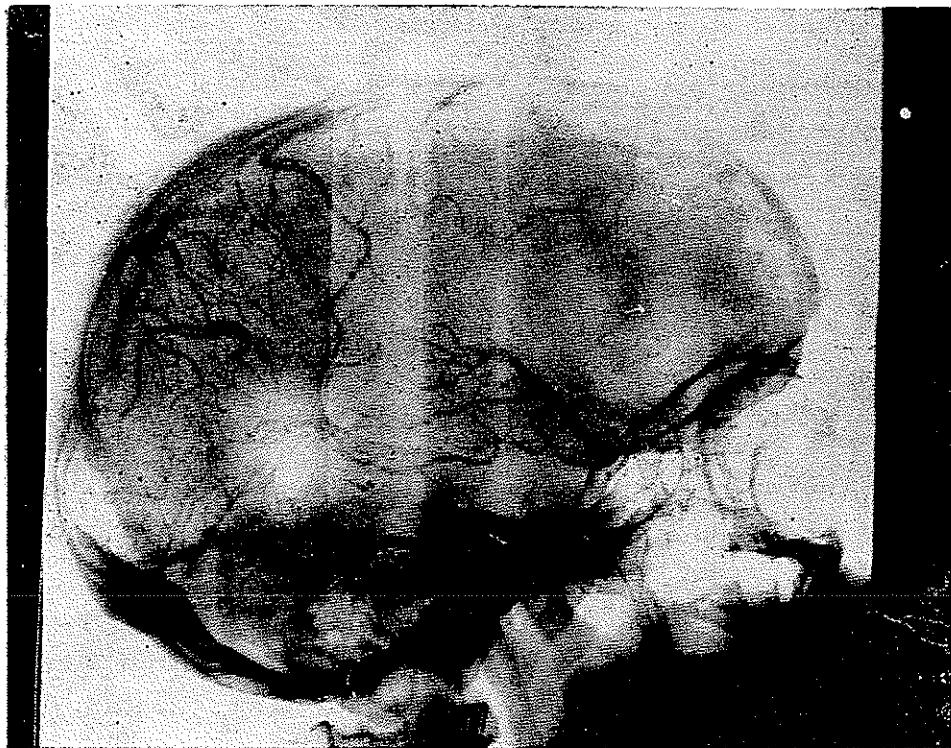
بیمار دوم - ۱ - ۱ مرد ۲۱ ساله اهل تبریز در تاریخ ۸/۱/۴۱ در بیمارستان پهلوی پیستری گردید .

شکایت بیمار عبارت بود از حملات غش که با پرش ناکهانی دستها شروع میشد .
بطوریکه از سابقه بیمار بدست میآمد در ۹ سال قبل موقعیکه بیمار ۱۲ ساله بوده مورد

اصابت لکد الاغی از ناحیه سر واقع می‌شود . پوست سر در ناحیه پاریتال پاراسائزیتال راست تقریباً یک سانتیمتر عقب‌تر از ناحیه حرکتی زخم می‌شود که در مدت یک‌چهارم تمام می‌باید . در موقع دارد شدن ضربه بیماری‌پوش نشده و بعداً هم هیچ‌گونه ناراحتی نداشته است .

دو سال بعد یکروز بدون مقدمه دچار حمله غش شده بی‌پوش می‌شود ، از آن موقع بعده هر هفته یکبار دچار حمله غش می‌شده است .

بعد از ۳ سال شکل حمله تغییر می‌کند بدین شکل که در شروع حمله پرشی ناگهانی در هر



شکل ۶

دو دست ظاهر می‌شده و بعد بیمار بی‌پوش می‌شده .

در سابقه بیمار هیچ‌گونه موضوع جالبی وجود نداشته . در طفولیت کاملاً سالم و در فاعلیت بیمار غشی وجود ندارد .

از بیمار رادیو-کرافی‌های زیر انجام شد :

در رادیو-کرافی ساده جمجمه شکستگی فرو رفته استخوانی باندازه یک پنچ ریالی در ناحیه پاریتال پارا سائزیتال راست دیده می‌شد . آثریو-کرافی که از دو طرف انجام شد کاملاً طبیعی بود .

در پنوموآسفالوگرافی مقداری هوا در محل فرورفتگی استخوانی دیده میشد که نشان آتروفی مغز در این ناحیه بود. وضع واشریکولها چه از حیث اندازه و چه از حیث محل طبیعی بود. در الکتروآسفالوگرافی بطورکلی تعداد امواج در حدود ۸ در ثانیه ولی و لذت امواج بین ۱۰ تا ۱۲۰ میکرو ولت نوسان میکرد ولی رو به مرتفه و لذت امواج در نیمکره راست بیشتر بود. در هیپرواتئیلایسیون تعداد امواج در تمام نواحی به تأثیر نوسان در ثانیه (امواج دلتا) تقلیل یافته و لذت امواج تا ۲۲۰ میکرو ولت بالا میرفت ولی رو به مرتفه این تغییرات در نیمکره راست بیش از نیمکره چیز بود.

چون غیر از شکستگی فرو رفته استخوانی و آتروفی موضعی مغز در همان ناحیه عیب موضعی دیگری چه در آنژیوگرافی و چه در الکتروآسفالوگرافی بیدا نشد تصمیم گرفته شد که فرو رفته کی استخوانی در محل شکستگی سابق برداشته شده و مغز در همان ناحیه بازدید شود. بیمار در تاریخ ۱۹/۰۲/۱۴ تحت بیهوشی عمومی عمل شد. بعد از برداشتن استخوان فرو رفته که با اندازه یک پنج ریالی بود دورمر را باز کردیم. در محلیکه استخوان فرو رفته داشت دور من شدت بمغز چسبیده بود که با احتیاط کامل این چسبندگیها رفع و دورمر آزاد شد. در این ناحیه کورتکس با اندازه یک دو ریالی صاف بدون چین وزرد رنگ بود. برای اینکه بدانیم برداشتن فرو رفته استخوانی و بر طرف کردن چسبندگی دور من بمغز ناجه اندازه در تولید حملات بیمار مؤثر بوده از برداشتن قسمت آتروفیه مغز خودداری شد.

از روز بعد از عمل روزانه ۳ قرص کاروتانال ۵ سانتیگرم بیمار داده شد و بعد از یک هفته که بیمار من خص شد دستور داده شد که روزی دو قرص کاروتین مصرف نماید. خوشبختانه اخیراً که بیمار مراجعت کرده بود اظهار میداشت که فقط دو بار دچار حمله شده ولی بیهوش نشده است که این نتیجه بینهایت امیدوار کننده بود زیرا قبل از عمل حتی باروزی ۳ قرص کاروتین هم حملات بیمار کنترول نمیشد. بیمار پیشنهاد شد که برای برداشتن قسمت آتروفیه مغز مورد عمل مجدد قرار گیرد ولی چون از حال خود راضی بود حاضر عمل نشد.

بحث - این دو بیمار از نظر ضایعه مغزی کاملاً متفاوت میباشند. بیمار اول دارای توموری از نوع منژریوم در جلوترین ناحیه لوب فرونتال و بیمار دوم دچار آتروفی موضعی مغز در ناحیه پاریتال پاراسازیتال راست در نتیجه شکستگی فرو رفته استخوانی بود.

معمولاً اگر تومور در جلوی لوب فرونتال قرار گرفته باشد و بخصوص اگر در طرف چیز هم باشد بیشتر علائم روانی تولید میکند و اگر هم علائم حرکتی بدهد اول صورت را میکرد نادست و بیا را در حالیکه در بیمار اول که توموری (منژریوم) در جلوی لوب فرونتال داشت اولاً علائم روانی نداشت و در ثانی ضعف حرکتی در پا دیده میشد و بعلاوه حملات صرع زاکسونی ازانگشت

شست پای راست شروع میشد.

در بیمار دوم ضایعه در ناحیه پاریتال پاراسازیتال راست قرار داشت که تقریباً یک سانتیمتر عقب تر از ناحیه حرکتی بود. در این بیمار بهبیچوجه ضعف حرکتی در اندام و صورت وجود نداشت و حملات صرع جاکسونی بیمار بانکان شدید هردو دست شروع میشد.

موضوع قابل توجه دیگر در این بیمار الکتروآنفالوگرافی وی بود که بهبیچوجه کانون موضعی نشان نمیداد بلکه امواج آهسته با ولتاژ زیاد در هردو نیمکره دیده میشد که بیشتر فرم صرع بزرگ دیافسیالیک را داشت.

این فرم تغییرات الکتروآنفالوگرافیک در ضایعات موضعی مغز که بهبیچوجه با آنچه انتظار داریم همانگونه ندارد غالباً دیده میشود و نبایستی باعث کمرآهی پزشک و دلیلی بر رخدایه موضعی در مغز باشد چنانچه واکا و کورنلیوس با تزریق کرم آلومین در ناحیه حسی و حرکتی کربه موفق بتویید حملات صرع عمومی همراه با امواج نامنظم منتشر در تمام مغز کربه شده‌اند و وقتی که ناحیه وسیعی از مغز کربه را که محل تزریق کرم آلومین نیزد بین آن بود برداشتن باز هم حملات صرعی ادامه یافته و امواج نامنظم در الکتروآنفالوگرافی فلک نشد.^۴

این نوع آزمایشات بوسیله دیگران هم شده و بنظر میرسد که از محل تزریق کرم آلومین بمبادرمان الکتریکی شروع میشود که از طریق راههای مخصوصی بساخیر قسمت‌های مغز منتشر میشود. این آزمایشات تجربی ویافته‌های کلینیکی ثابت میکند که:

۱- اگر در الکتروآنفالوگرافی وجود ضایعه موضعی در مغز نفی شد دلیل براین نیست که ضایعه موضعی وجود ندارد و همچنین ممکن است که الکتروآنفالوگرافی محل ضایعه را در مغز جایی نشان دهد که کاملاً از محل ضایعه اصلی دور باشد (م-۱. فالکن).^۳

۲- ممکن است که علائم کلینیکی که بیمار نشان میدهد و فرم صرع جاکسونی بیمار بهبیچوجه با محل اصلی ضایعه مطابقت نداشته باشد چنانکه در بیمار اول تومور که مسلمانًا عامل تویید صرع زاکسونی در نزد بیمار بود در جلوترین قسمت لوب فرونتال قرار داشت و لذا فاصله زیادی بناهیه حرکتی داشت و از این‌گذشته با توجه باینکه صورت اولین قسمتی است که معمولاً در تومور فرونتال دچار ضعف حرکتی میشود قاعده‌ای باستی اگر صرع جاکسونی پیدا میشود از صورت یالاقل ازاندام فوقانی شروع شود در حالیکه در این بیمار هم ضعف حرکتی و هم صرع جاکسونی از پا و انگشت شست یا شروع میشد.

در بیمار دوم محل ضایعه که در ناحیه پاریتال پاراسازیتال قرار داشت فاعدتاً باستی شروع حملات صرع از پاها (اندام تحتانی) باشد در حالیکه شروع حمله از دستها بود و مطلقاً کوچکترین

اثری از حمله دریاها ظاهر نیشد مگر موقعیکه صرع ژنرالیزه میشد که در آنصورت پاهای را هم مانند سایر قسمتهای بدن میگرفت.

درخانمۀ از آقای دکتر نصرت‌الله عاملی استاد و رئیس بخش جراحی مغز و پی که اجازه فرمودند شرح حال یکی از بیماران شخصی ایشان را در اینجا ذکر کنم صمیمانه تشکر مینمایم.

REFERENCES

- 1- Diseases of the nervous system by Sir Russel Brain.
- 2- The physiopathology of epileptic seizures . American physiological Society Handbook of Physiology, Washington. I, Section 1 , ch. 14.
- 3- Brain Vol. 85. Part 111 1962
- 4-A.M.A. Archives of Neurology, 1960-3, 425 .