

## مقاله اصلی

# ترومبوز سینوس های وریدی مغزی

تاریخ دریافت: ۸۷/۱/۲۱ - تاریخ پذیرش: ۸۷/۷/۱۸

### خلاصه

#### مقدمه

ترومبوز وریدهای مغزی برای اولین بار در سال ۱۸۲۵ گزارش شد. اهمیت تشخیص به موقع آن این است که با درمان زودهنگام، می توان از مرگ بسیاری از بیماران جلوگیری کرد. همچنین شناخت علت زمینه ای، پیشگیری این کسالت را میسر و ممکن می سازد. میزان بروز واقعی ترومبوز وریدی به طور دقیق مشخص نیست.

#### روش کار

این مطالعه توصیفی از آذر ۱۳۸۴ تا آذر ماه ۱۳۸۵ در بیماران مراجعه کننده به اورژانس اعصاب بیمارستان قائم (عج)، انجام شد. تمام بیمارانی که با علائم بالینی وجود افزایش فشار داخل جمجمه و علائم عصبی روانی مبهم همراه با ادم پایی مراجعه کردند، بررسی شده و سی تی اسکن و ام آر آی مغزی برای آنان درخواست گردید. در صورت شک به ترومبوز سینوسهای وریدی، به وسیله ام آر ونوگرافی مغز تشخیص قطعی داده شده و بیماران تحت بررسیهای تکمیلی و درمان قرار می گرفتند. اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. بیماران بعد از ترخیص به مدت ۳ هفته متوالی در درمانگاه اعصاب بیمارستان قائم (عج) ویزیت می شدند.

#### نتایج

از مجموع ۲۰ بیمار مورد بررسی، ۷۰ درصد مونث و ۳۰ درصد مذکر بود که نسبت زن به مرد ۲/۳ به ۱ بوده است. میانگین سنی بیماران ۳۰ سال بود. شایعترین تابلوی بالینی بیماران، سردرد بوده است. علل زمینه ای ایجاد ترومبوز سینوسهای وریدی در بیماران فوق به ترتیب فراوانی عبارتند از: مصرف قرصهای ضد بارداری، دوران نفاس بعد از زایمان، عفونت گوش میانی، سندروم نفروتیک و سوء مصرف کریستال. در بررسی ام آر آی و ام آر ونوگرافی بیماران مورد مطالعه، در ۲۰ درصد درگیری سینوس ساژیتال فوقانی به تنهایی، در ۱۰ درصد درگیری سینوس لترال به تنهایی، در ۵ درصد درگیری سینوس سیگموئید و در ۶۵ درصد درگیری سینوسهای ساژیتال فوقانی و لترال همزمان وجود داشت.

#### نتیجه گیری

ترومبوز سینوسهای وریدی را می توان از موارد مهم اورژانس در نورولوژی دانست. در هر بیمار که با علائم افزایش فشار داخل جمجمه و یا علائم عصبی روانی مبهم به ویژه همراه با ادم پایی مراجعه نماید، باید به فکر ترومبوز سینوسهای وریدی بود و با روشهای تشخیصی فرا بالینی از جمله ام آر آی و ام آر ونوگرافی به تشخیص بهنگام رسید و با عنایت به قابل درمان بودن بیماری، از بروز عوارض عصبی پایدار، غیر قابل برگشت و چه بسا کشنده بیماری جلوگیری نمود.

**کلمات کلیدی:** ترومبوز سینوسهای وریدی، سینوس ساژیتال فوقانی، سینوس لترال

- ۱ کریم نیکخواه \*
- ۲ پیام ساسان نژاد
- ۳ محمودرضا آذرپژوه
- ۴ مرتضی سعیدی
- ۵ لیلا افشار

- ۱- دانشیار گروه اعصاب دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ۲- نورولوژیست گروه اعصاب دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ۳- استادیار گروه اعصاب دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ۴- استادیار گروه اعصاب دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ۵- دستیار تخصصی گروه اعصاب دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

\*مشهد - بیمارستان قائم (عج)، گروه مغز و اعصاب

تلفن: ۹-۸۴۰۰۰۱-۹۸+

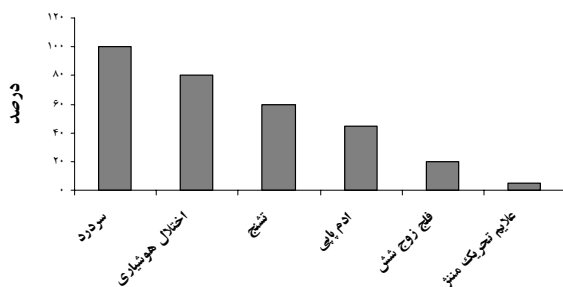
email: nikkhahk@mums.ac.ir

## مقدمه

درخواست گردید. در صورت شک به ترومبوز سینوسهای وریدی، به وسیله ام آر ونوگرافی مغز تشخیص قطعی داده شده و بیماران تحت بررسیهای تکمیلی و درمان قرار می گرفتند. برای بیماران آزمایشات CBC، بیوشیمی، تستهای عملکرد تیروئید، تستهای واسکولیتی، انعقادی، بررسی CSF، ESR، CRP، بررسی هورمون ها، سونوگرافی شکم، بررسی از نظر متاستاز و کانسر و مشاوره گوش و حلق و بینی از جهت بررسی عفونت های ماستوئید و سینوسهای پارانازال انجام شد. کلیه این اطلاعات از طریق پرسشنامه جمع آوری شد. این اطلاعات از طریق نرم افزار آماری SPSS مورد پردازش قرار گرفت. بیماران بعد از ترخیص یک بار در هفته به مدت ۳ هفته در درمانگاه اعصاب بیمارستان قائم (عج) ویزیت می شدند.

## نتایج

از مجموع ۲۰ بیمار بررسی شده ۶ نفر (۳۰٪) مذکر و ۱۴ نفر (۷۰٪) مونث بودند. میانگین سنی ۳۰ سال بود. شایع ترین تابلوی بالینی (سوپرکتیو) در بیماران، سردرد بود که در ۱۰۰ درصد بیماران وجود داشت. یک بیمار با تابلوی بالینی خونریزی ساب آراکنوئید مغزی مراجعه کرده بود. سایر علائم بالینی عبارتند از: کاهش سطح هوشیاری (۸۰ درصد)، حمله تشنجی (۶۰ درصد)، علائم تحریک منژ (۵ درصد)، ادم پایی (۴۵ درصد) و پارزی عصب زوج شش (۲۰ درصد) (نمودار ۱).



علائم و نشانه های بالینی

## نمودار ۱ - نمودار فراوانی علائم و نشانه های بالینی بیماران

مبتلا به ترومبوز سینوسهای وریدی مغز مراجعه کننده به اورژانس اعصاب بیمارستان قائم (عج) ۹ نفر (۴۵ درصد) از بیماران سابقه مصرف قرصهای ضدبارداری داشته اند که ۶ بیمار (۳۰٪) قرص LD<sup>۲</sup> و ۳ بیمار (۱۵٪) قرص

ترومبوز وریدهای مغزی برای اولین بار در سال ۱۸۲۵ گزارش شد (۱). میزان بروز واقعی آن به طور دقیق مشخص نیست. به نظر می رسد که شیوع آن از آنچه در گذشته حدس زده می شد، بیشتر باشد. این عارضه تمام گروه های سنی را می تواند مبتلا کند، لذا بیماری از سن ۶ روزگی تا ۷۷ سال گزارش گردیده است. میانگین سن ابتلا ۳۳ سال می باشد و میزان بروز آن در خانمها بالاتر است. طیف علائم بالینی ناشی از این کسالت وسیع است و نحوه شروع علائم بسیار متفاوت می باشد. اما به طور کلی سیر آن از انسداد شریانی آهسته تر است. علائم بالینی برجسته شامل سردرد، تشنج، علائم فوکال عصبی و کاهش هوشیاری می باشد.

در ۷۰ درصد موارد سینوس ساژیتال که درناژ قسمت اعظم کورتکس مغز و جذب CSF<sup>۱</sup> را برعهده دارد، گرفتار می شود (۱-۴). ترومبوز سینوس لترال در ۶۰-۷۰ درصد موارد مشاهده شده و درگیری آن به تنهایی شایع نیست و اغلب به علت اوتیت میانی بوجود می آید (۱). ترومبوز سینوس کاورنو در ۵ درصد موارد رخ می دهد که همراه با مرگ و میر بالا است.

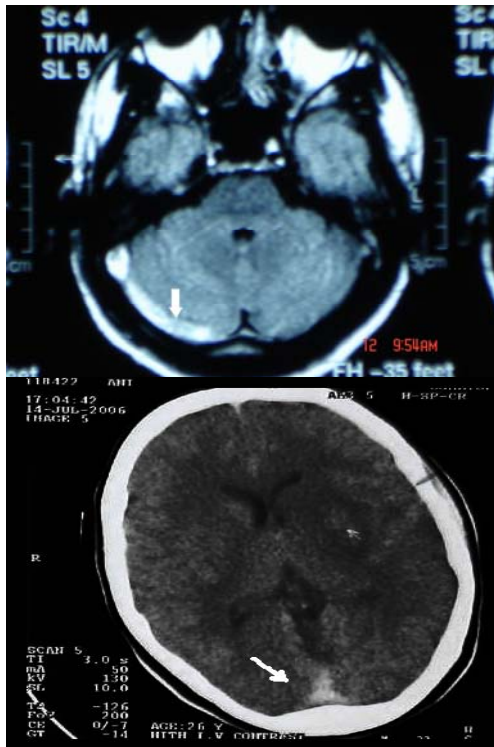
علل مختلفی می تواند زمینه ساز ایجاد ترومبوز سینوس باشد که در راس آن علل عفونی (میکروبی، ویرال، قارچی و انگلی) و سپس علل هورمونی (حاملگی، بعد از زایمان، مصرف قرصهای ضدبارداری، مصرف آندروژن، سقط)، سرطان ها (آدنوکارسینوم پانکراس، ریه، پستان، لنفوم، لوکمی، متاستاز)، اختلالات خونی، بیماریهای سیستمیک (سندروم نفروتیک، پلی آرتريت ندوزا، وگنر، بهجت (Behcet)، کولیت اولسرو)، تروما، داروها، دهیدراتاسیون را می توان نام برد (۱-۶). تشخیص پس از ظن بالینی، با سی تی اسکن، ام آر آی و ام آر ونوگرافی داده می شود. درمان در موارد عفونت شامل آنتی بیوتیک تراپی و در صورت تشنج، داروهای ضد تشنج می باشد. درمان اصلی، استفاده از آنتی کوآگولان می باشد (۱-۵).

## روش کار

این مطالعه به روش توصیفی مقطعی در طی یک دوره یک ساله از آذر ۱۳۸۴ تا پایان آذرماه ۱۳۸۵ در بیماران مراجعه کننده به اورژانس اعصاب بیمارستان قائم (عج) انجام شد. تمام بیمارانی که با علائم بالینی وجود افزایش فشار داخل جمجمه مراجعه کردند، بررسی شده و سی تی اسکن و ام آر آی مغزی

<sup>2</sup> Low dose<sup>1</sup> Cerebrospinal Fluid

بادی و تستهای انعقادی از جمله فاکتور ۵ لیدن، آنتی ترومبین، پروتئین C و پروتئین S طبیعی بود.

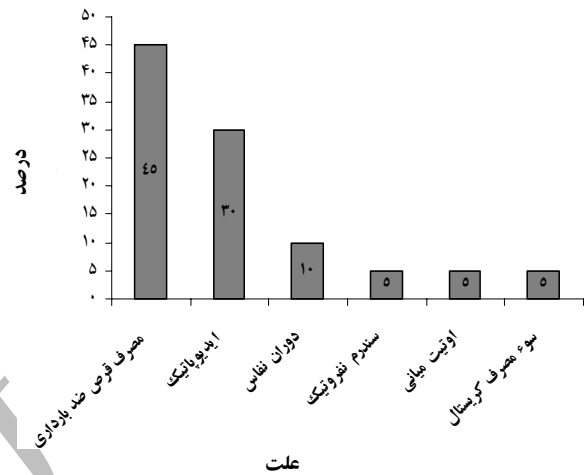


شکل ۱- علامت Triangular Sign در تصویر سی تی اسکن و تصویر ترومبوز سینوس لترال چپ در ام آر آی بیمار مبتلا به ترومبوز سینوس وریدی (جهت فلش)



شکل ۲ - ترومبوز در سینوسهای وریدی لترال و ساژیتال فوقانی در یک بیمار مبتلا به ترومبوز سینوس وریدی (جهت فلش)

HD<sup>۱</sup> مصرف نموده اند. یک بیمار دنبال سوء مصرف کریستال دچار ترومبوز سینوسهای وریدی شده است. همچنین یک بیمار به دلیل سندروم نفروتیک، یک نفر به دنبال اوتیت میانی و ۲ بیمار به دنبال تب نفاسی دچار بیماری شده اند. در ۲ بیمار سابقه قبلی ترومبوز وریدهای عمقی و در یک بیمار سابقه ترومبوز مزاتر وجود داشته است. یک بیمار نیز در فاصله ۳ سال دو بار دچار ترومبوز سینوسهای وریدی شده است (نمودار ۲).



نمودار ۲ - نمودار توزیع فراوانی علت ترومبوز سینوسهای وریدی مغز در بیماران مراجعه کننده به اورژانس اعصاب بیمارستان قائم (عج)

یافته های سی تی اسکن مغز در بیماران مورد مطالعه ، علامت Triangular Sign در ۵۰ درصد بیماران، Empty Delta وجود داشت (شکل ۱). در بررسی ام آر آی و ام آر ونوگرافی بیماران مورد مطالعه ، در ۲۰ درصد درگیری سینوس ساژیتال فوقانی به تنهایی، در ۱۰ درصد درگیری سینوس لترال به تنهایی، در ۵ درصد درگیری سینوس سیگموئید و در ۶۵ درصد درگیری سینوسهای ساژیتال فوقانی و لترال همزمان وجود داشت (شکل ۲). در آزمایش پونسکیون مایع مغزی- نخاعی، تنها در ۱۵ درصد بیماران، RBC در نمونه مایع گزارش شد، سایر موارد در حد طبیعی بود. در کلیه بیماران، نتایج آزمایشات شمارش سلولهای خونی، تستهای واسکولیتی از جمله ANA<sup>۲</sup>، ANCA<sup>۳</sup>، آنتی فسفولیپید آنتی بادی و آنتی کاردیولیپین آنتی

<sup>۱</sup> High dose

<sup>۲</sup> Anti nuclear antibody

<sup>۳</sup> Anti-neutrophil cytoplasmic antibodies

## بحث

این بیماری تمام گروه های سنی را درگیر می کند. در این مطالعه، میانگین سنی بیماران ۳۰ سال بود. کمترین سن ۱۷ و بالاترین سن ۴۵ سال بوده است. در مطالعه دکتر موریس<sup>۱</sup> در سال ۱۹۹۶، میانگین سنی ۳۸/۵ سال بوده و کمترین سن ۱۸ و مسن ترین فرد، ۷۷ سال داشته است (۱). در مراجع مختلف، میانگین سنی ۳۰ سال گزارش گردیده است که با نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر، مشابه بوده است (۱، ۴، ۶).

در مطالعه انجام شده، میزان شیوع ترومبوز در خانمها بیشتر از آقایان بوده است (نسبت ۲/۳ به ۱). در سایر مطالعات انجام شده و مراجع متفاوت، میزان شیوع ترومبوز وریدهای مغزی در خانمها بیشتر از آقایان بوده است (۷). لذا نتایج به دست آمده از این مطالعه، مشابه سایر مطالعات انجام گرفته بوده است. شایعترین تظاهر بالینی در مطالعه، سردرد و پس از آن کاهش سطح هوشیاری بوده است. در سایر مطالعات نیز شایعترین تظاهر بالینی، سردرد بوده است (۱-۶). لذا نتایج به دست آمده از این مطالعه، مشابه سایر مطالعات انجام گرفته بوده است. در بررسی فوق، شایعترین عامل خطر، مصرف قرصهای ضد بارداری از نوع LD بود. در سایر مطالعات نیز، شایعترین علت بروز بیماری را مصرف قرصهای ضد بارداری ذکر نموده اند (۱، ۳، ۴، ۶، ۸).

در بین بیماران این مطالعه، یک بیمار با تظاهر خونریزی زیر پرده عنکبوتیه مراجعه نموده است. در سی تی اسکن اولیه بیمار، نمای خونریزی زیر پرده عنکبوتیه مشاهده شد. در بررسی های انجام شده ترومبوز وریدهای مغز و انفارکت خونریزی دهنده ناشی از آن تایید گردید. یک مورد تظاهر

ترومبوز سینوسهای وریدی به صورت خونریزی زیر پرده عنکبوتیه نیز توسط کاپسیدو<sup>۲</sup> گزارش شده است (۹). همچنین در میان بیماران، یک مورد به دنبال مصرف بالای کریستال و یک بیمار به دنبال سندروم نفروتیک دچار ترومبوز سینوسهای وریدی شده اند. موارد مشابه آن به صورت بسیار نادر گزارش شده است (۱۰). در این مطالعه، شایعترین سینوس وریدی درگیر، سینوس سائیتال فوقانی بوده است که نتیجه، مشابه سایر مطالعات انجام شده، بوده است (۱-۶). همچنین در این مطالعه، در ۴ بیمار ترومبوز وریدی به صورت مکرر (به صورت ترومبوز وریدهای مغزی، ترومبوز وریدهای عمقی پا و ترومبوز مزانترا) داشته اند که برای آنها حدس وجود شرایط افزایش انعقادپذیری زده شد اما با توجه به محدودیت های بررسی های آزمایشگاهی در حال حاضر، علت دقیق یافت نگردید.

## نتیجه گیری

در هر بیمار که با سردرد و وجود ادم پایی یا علائم عصبی غیر قابل توجیه مراجعه نماید، باید به فکر ترومبوز سینوسهای وریدی بود و با روشهای تشخیصی دقیق از جمله ام آر آی و ام آرونوگرافی به تشخیص زودرس رسید تا با توجه به قابل درمان بودن بیماری، با درمان به موقع از ایجاد عوارض بسیار شدید، غیر قابل برگشت و کشنده بیماری جلوگیری نمود.

## تشکر و قدردانی

از پرسنل زحمتکش اورژانس و آی سی یو اعصاب بیمارستان قائم (عج) که در انجام این مطالعه همکاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

## References:

- 1- Bousser MG, Barnett HJM. Cerebral venous thrombosis. In: Barnett HJM, Mohr JP, Stein BM. Stroke. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Churghill-Livingstone; 1998.p.623-642.
- 2- Biller J, Love B. Ischemic cerebrovascular Disease. In: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM. Neurology in clinical practice. 4<sup>th</sup>ed. Philadelphia: Butterworth-Heinemann; 2004.p.1243-1246.
- 3- Ropper AH, Brown RH. Adams and Victor's Principle of Neurology. 8<sup>th</sup>ed. New York: McGraw-Hill; 2005.p.734-738.
- 4- Fishman RA. Cerebral veins and sinuses. In: Rowland LP. Merrit Neurology. 11<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.p.338-341.
- 5- Dentali F, Gianni M, Growth MA. Natural history of cerebral vein thrombosis. Blood 2006; 108:1129-1134.
- 6- Black C, Kaye JA. Clinical risk factors for venous thromboembolus in users of the combined oral contraceptive. Br J clin Phamacol 2002; 53: 637-640.
- 7- Raes Mc, Tranhoschulman S. Effect of patient sex on risk of recurrent venous thromboembolism . Ameta - analy. Lancet 2006; 368: 371-378.
- 8 - Koster T, Small R. Oral contraceptive and venous thromboembolies. J Intermed 1995; 238:31-37.
- 9- Kapessidou Y, Vokaer M, Lavreys M, Bier JC, Boogaerts JG. Cases report. Cerebral vein thrombosis after subarachnoid analgesics for labour. Can J Anaesth 2006; 53:1015-1019.
- 10- Wiste E, Sokinska W. Cerebral venous sinus thrombosis. Neurology 2006; 67: 814-819.

<sup>1</sup>Maurice<sup>2</sup>Kapessidou