

تشنج غیر قابل کنترل به عنوان اولین علامت تب مالت و ترومبوز سینوس وریدی مغزی. معرفی یک مورد

فردین فرجی¹، فرشیده دیدگر²، افسون طلایی زنجانی^{3*}

1- استادیار، گروه نورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

2- استادیار، گروه عفونی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

3- مربی، کارشناس ارشد تغذیه، گروه تغذیه، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران

تاریخ دریافت: 90/9/9 تاریخ پذیرش: 91/3/3

چکیده

زمینه و هدف: انسداد سینوس‌های وریدی مغزی فرم نادری از سکنه مغزی ناشی از ایجاد ترومبوز در سینوس‌های مذکور است. در این مطالعه به معرفی یک بیمار مبتلا به ترومبوز سینوس وریدی و بروسلوز اشاره می‌شود که با افزایش دفعات تشنج علیرغم درمان با دوز بالای داروهای ضد تشنج همراه بود.

مورد: بیمار خانم 33 ساله‌ای با سابقه تشنج کنترل شده از دوران نوجوانی بود که از یک ماه قبل دچار سردرد، ضعف و بی‌حالی و تشنج غیرقابل کنترل شده بود. بیمار به هنگام بستری تب داشت و در CT Scan مغزی ضایعه هموراژیک در نواحی پوسترئوپریتال و تمپورال چپ و MRI, MRV مغزی ترومبوز سینوس وریدی در سینوس ترنسورس چپ را اثبات نمودند. در آزمایشات نیز ابتلای بیمار به بروسلوز اثبات گردید. بیمار تحت درمان با آنتی‌کواگولانت، درمان ضد بروسلوز و داروی ضد تشنج قرار گرفت و با حال عمومی خوب و دستورات دارویی ترخیص شد.

نتیجه‌گیری: شک بالینی و توجه دقیق به شرح حال بیمار مهم‌ترین عامل در تشخیص بروسلوز و ترومبوز سینوس وریدی به خصوص در تشنج غیر قابل کنترل در بیماری است که قبلاً تحت کنترل بوده است.

واژگان کلیدی: بروسلوز، ترومبوز سینوس وریدی مغزی، تشنج

*نویسنده مسئول: اراک، دانشگاه آزاد اسلامی اراک. اراک، ایران

Email: a-talaie@iau-arak.ac.ir

مقدمه

انسداد سینوس‌های وریدی مغزی فرم نادری از سکتة مغزی ناشی از ایجاد ترومبوز در سینوس‌های وریدی دورا است. علل گوناگون عفونی یا غیر عفونی می‌تواند سبب ایجاد بیماری شود. این بیماری با علائم گوناگونی چون سردرد، دید غیر طبیعی، علائم گوناگون سکتة‌های مغزی و تشنج بروز می‌کند و به طور کل علائم بیماری مختص آن نبوده و مهم‌ترین عامل در تشخیص آن شک بالینی است (1، 2). این بیماری در همه سنین بروز کرده و 75 درصد بیماران را زنان تشکیل می‌دهند (3).

بروسلوز نیز یک بیماری عفونی شایع منتقله از راه آب و غذا با منشأ حیوانی است که با تب، تعریق، ضعف و بی‌حالی، سردرد، کم‌خونی، افسردگی و درد عضلانی بروز می‌کند. علائم شایع این بیماری شبیه بسیاری از بیماری‌های تبادار بوده و نکته مهم درد عضلانی و افزایش تعریق است (4). اما در کل همه ارگان‌ها ممکن است آلوده شده و گستره بزرگی از علائم بالینی را پدید آورند. از این رو تشخیص این بیماری نیز نیازمند توجه دقیق به شرح حال بیمار و شک بالینی است. یکی از تظاهرات نادر بروسلوز نوروبروسلوز است که با درگیری سیستم اعصاب مرکزی و خطر مرگ و میر بالا می‌باشد.

در این مطالعه به معرفی یک مورد ابتلا به ترومبوز سینوس وریدی به همراه بروسلوز پرداخته‌ایم که با افزایش دفعات تشنج بروز نموده است.

مورد

بیمار خانم 33 ساله‌ای بود که به علت سردرد، ضعف و بی‌حالی، کاهش اشتها، تب و تعریق و افزایش دفعات تشنج تا 3-4 بار در روز به کلینیک نورولوژی بیمارستان ولی عصر (عج) مراجعه نموده بود. در سابقه بیمار ابتلا به حملات تشنج از یک سالگی به صورت آئورا (احساس ضعف و دیدن نقاط نورانی)، خیره شدن، خشکی مفرط دهان و لب‌ها، پرخاشگری و بی‌اختیاری ادراری و تشنج کمپلکس پارشیال (Complex Partial Seizure- CPS) و سابقه انتقال خون وجود داشت. از یک ماه قبل از مراجعه، تشنج بیمار از کنترل خارج شده و علیرغم مراجعه مکرر وی و افزایش دوز داروهای بیمار، بهبودی حاصل

نشده بود. بیمار در بدو مراجعه با قرص لاموتریزین 50 میلی‌گرم در روز، قرص کاربامازپین 400 میلی‌گرم سه بار در روز و فولیک اسید 1 میلی‌گرم در روز تحت درمان بود. در معاینه اولیه، درجه حرارت 37/8 درجه سانتی‌گراد بود و بیمار در معاینات عمومی مشکلی نداشت. در معاینه اعصاب نیز بیمار کاملاً بیدار و هشیار بوده و ردور گردنی نداشت.

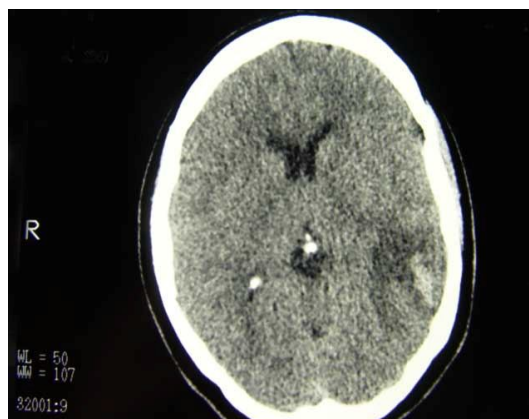
در ارزیابی‌های معمول آزمایشگاهی، افزایش آنزیم‌های کبدی و شمارش گلبول‌های خون (Complete blood count-CBC) طبیعی گزارش شد. با توجه به تب و تعریق شبانه بیمار و وجود شرح حال مشکوکی از میالژی و هم‌چنین زندگی در روستا و ارتباط با دام، برای بیمار مشاوره عفونی و ارزیابی از نظر ابتلا به بروسلوز و هیپاتیت B و هیپاتیت C درخواست گردید که ارزیابی‌های ابتلا به بروسلوز با نتایج تست آگلوتیناسیون رایت (1/640) و کومیس رایت (1/640) و تومرکاپتواتانول (2ME) رایت (1/320) مثبت و ابتلا به هیپاتیت منفی گزارش شد. با تایید بروسلوز بیمار، درمان بروسلوز با تجویز ریفامپین (600 میلی‌گرم در روز)، داکسی‌سیکلین (100 میلی‌گرم دو بار روز) و یک گرم استریتومایسین انجام شد.

به صورت هم‌زمان بررسی علت افزایش ناگهانی دفعات تشنج علیرغم درمان با دوز بالای داروهای ضد تشنج نیز ادامه یافت. در سی تی اسکن مغز بیمار ناحیه هایپردنس در نواحی پوسترئوپرییتال و تمپورال چپ همراه به هایپودنسیته اطراف به نفع فوکوس هموراژیک و ادم اطراف آن گزارش شد (شکل 1). در MRI (Magnetic Resonance Imaging) همراه با تزریق ماده حاجب نیز یک ضایعه مشکوک به انفارکتوس هموراژیک و یا همتوما در لوب تمپوروپرییتال چپ و یک سیگنال غیرطبیعی در سینوس ترنسورس چپ گزارش گردید (شکل 2). بدین ترتیب با شک به ترومبوز سینوس وریدی برای بیمار انجام MRV (Magnetic Resonance Venography) درخواست شد که ترومبوز سینوس وریدی تایید شد (شکل 3). برای بیمار وارفارین و هپارین شروع شده و در نهایت تشنج‌های بیمار کنترل شد و بیمار با حال عمومی خوب بدون تب و علائم عفونی با دارودرمانی بروسلوز،

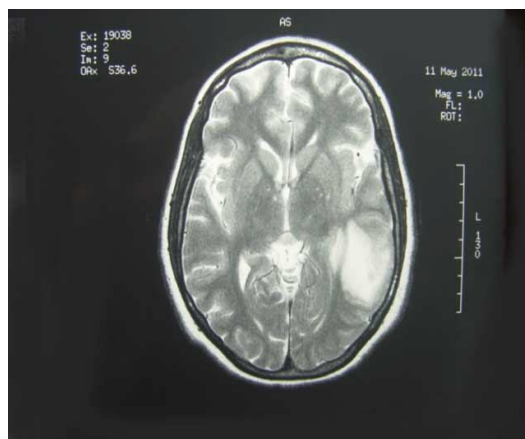
کاربامازین 200 میلی گرم سه بار در روز و وارفارین ترخیص گردید.



شکل 3. نمای MRV بیمار. ترومبوز سینوس عرضی چپ



شکل 1. نمای سی تی اسکن مغزی بیمار. انفارکتوس هموراژیک و ادم همراه آن (با تاثیر فشاری پیرامونی) در نواحی بوستریوپرییتال و تمپورال چپ



شکل 2. نمای MRI (T2 و T1) مغزی بیمار. انفارکتوس هموراژیک لوب پریتوتمپورال چپ

بحث

تشخیص بروسلوز و ترومبوز سینوس وریدی با توجه به طیف وسیع علائم بالینی هر دو بیماری مشکل بوده و توجه دقیق به شرح حال بیمار و شک بالینی مهم ترین نکته در دستیابی به تشخیص می باشد. در این مطالعه هم زمانی بروز این دو بیماری سبب افزایش دفعات تشنج در بیمار شده بود.

در بیمار معرفی شده افزایش دفعات بروز تشنج علیرغم دوز بالای داروهای دریافتی بیمار ممکن است به علت ابتلا به بروسلوز به عنوان یک بیماری عفونی تبادار بوده باشد و یا ترومبوز سینوس وریدی به همراه ضایعه هموراژیک و ادم پیرامونی آن که در بررسی های تصویربرداری گزارش شده بود عاملی برای غیر قابل کنترل بودن تشنجات در نظر گرفته شود. از طرفی افزایش آنزیم های کبدی در این بیمار می تواند ناشی از دوز بالای داروها (Drug induced Hepatitis) و یا درگیری کبد با بیماری عفونی بروسلوز باشد. در مطالعه کران و همکاران تظاهرات نادر نوروبروسلوز آمده است که از آن جمله می توان به سودوتومورسری، سندرم دمیلیتیزاسیون، گرانولومای مغزی، ترومبوز سینوس ساژیتال، منژیت و گیلن باره اشاره نمود (5، 6). در بررسی یک مورد، به ترومبوز سینوس وریدی به عنوان تظاهراتی از ابتلا به بروسلوز اشاره شده است ولی گزارشی از موارد مشابه دیگر وجود

در ثبت و تکمیل داده‌های این مطالعه کمال همکاری را مبدول فرمودند اعمال می‌دارند.

منابع

1. Stam J. Thrombosis of the cerebral veins and sinuses. *New England Journal of Medicine*. 2005; 352(17):1791-8.
2. Cumurciuc R, Crassard I, Sarov M, Valade D, Boussier M. Headache as the only neurological sign of cerebral venous thrombosis: a series of 17 cases. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2005; 76(8):1084-7.
3. Einhäupl K, Boussier MG, De Bruijn S, Ferro J, Martinelli I, Masuhr F, et al. EFNS guideline on the treatment of cerebral venous and sinus thrombosis. *European journal of neurology*. 2006;13(6):553-9.
4. Rightdiagnosis.Com [homepage on the Internet]. Maltese Fever. [updated 25 February 2009]. Available from: http://www.rightdiagnosis.com/medical/malta_fever.htm.
5. Ceran N, Turkoglu R, Erdem I, Inan A, Engin D, Tireli H, et al. Neurobrucellosis: clinical, diagnostic, therapeutic features and outcome. Unusual clinical presentations in an endemic region. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*. 2011; 15(1):52-9.
6. Sharafadinzadeh N, Keyhanifard M. A case of Neurobrucellosis Mimicking Guillan-Barre Syndrome. *Jornal of Isfahan Medical School*. 2007; 25(84). [persian]
7. Inan AS, Ceran N, Erdem I, Engin DO, Senbayrak S, Ozyurek SC, et al. Neurobrucellosis with transient ischemic attack, vasculopathic changes, intracerebral granulomas and basal ganglia infarction: a case report. *Journal of Medical Case Reports*. 2010; 4:340.
8. Alvin W, Elveen MC, Gonzalez R. Cerebral vein thrombosis. 2006. Available from: <http://WWW.emedicine.com/NERO/topic642.htm>.
9. Gates P, Barnett H. Venous disease: cortical veins and sinuses. *Stroke: pathophysiology*,

ندارد(7). در مطالعه حاضر نیز از آنجا که به دلیل وجود ضایعه هموراژیک برای بیمار نمونه‌ای از مایع مغزی نخاعی (LP) تهیه نشده است قادر به اثبات نوروبرسلوز نیستیم.

ترومبوز سینوس‌های وریدی نادر بوده و کمتر از 2 درصد تمام سکتها را تشکیل می‌دهد(8). این بیماری با علائم گوناگونی چون سردرد پیشرونده، اختلال بینایی و ادم پایی، تشنج و کاهش هوشیاری، علائم شبیه خونریزی فضای ساب آراکنوئید و در مورد ترومبوز سینوس کاورنوس با پروپتوز، افتالموپلژی دردناک، فلج اعصاب کرانیال متعدد و نیستگموس بروز می‌کند(1). از عوامل خطر ساز بروز این بیماری می‌توان به افزایش انعقادپذیری ارثی یا اکتسابی، عفونت‌ها، دهیدراتاسیون، کتواسیدوز، پلی سایتمی و هایپرویسکوزیته، بارداری و مصرف قرص‌های ضدبارداری، درمان جایگزین هورمونی، بدخیمی‌ها و غیره اشاره نمود(9).

در مطالعات گوناگونی به لزوم و اهمیت شک بالینی به بروسلوز به عنوان عاملی در انواع تظاهرات نورولوژیک علیرغم آزمون‌های سرولوژی منفی بیماری اشاره شده است(10، 11) که نشان از طیف وسیع تظاهرات بیماری و اهمیت تشخیص علت بروز علائم نورولوژیک با توجه به میزان مرگ و میر بالای آن می‌باشد.

پیش آگهی ترومبوز سینوس وریدی به عوامل گوناگونی وابسته است. در مطالعه برویین و همکاران، 59 بیمار مبتلا به این بیماری بررسی و نشان داده شد که ادم پایی، اختلالات سطح هوشیاری، کوما، سن بالای 33 سال، خونریزی‌های داخل جمجمه‌ای و درگیری سینوس straight با پیش آگهی ضعیف همراه بوده و افزایش فشار داخل مغزی و علامت دلتا در سی تی اسکن با پیش آگهی خوب همراه می‌باشد. در این مطالعه خونریزی داخل جمجمه‌ای با $OR: 8/2$ با پیش آگهی ضعیف ارتباط معنی‌داری داشت(12).

تشکر و قدردانی

نویسندگان این اثر سپاسگزاری خویش را از همکاری بیمار و پرسنل محترم بیمارستان ولی عصر(عج) که

diagnosis and management New York: Churchill-Livingstone. 1986:731-46.

10. Zaidan R, Al Tahan AR. Cerebral venous thrombosis: a new manifestation of neurobrucellosis. Clinical infectious diseases. 1999; 28(2):399-400.

11. Niclot P, Bousser MG. Cerebral Venous Thrombosis. Curr Treat Options Neurol. 2000; 2(4): 343-52.

12. De Bruijn S, De Haan R, Stam J. Clinical features and prognostic factors of cerebral venous sinus thrombosis in a prospective series of 59 patients. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 2001;70(1):105-8.

Archive of SID