

یک مورد نادر درد مزمن پهلوی چپ در کودک ۳۳ ماهه

دکتر احمد علی نیکی‌بخش^۱، دکتر جلال عباس‌زاده^۲، دکتر هاشم محمودزاده^۳، دکتر محمد کریمی‌یار^۴

تاریخ دریافت ۸۴/۰۳/۱۰، تاریخ پذیرش ۸۴/۰۶/۱۷

چکیده

مقدمه: کیست اپیدرموئید کانال نخاعی، کمتر از یک درصد تومورهای داخل نخاعی را تشکیل می‌دهد. بر حسب مکان قرارگیری و آنومالی همراه با عوارض جدی از قبیل آسیب فشاری به سیستم اعصاب مجاور و عفونت راجعه در سیستم عصبی مرکزی می‌شود. شرح بیماری: مورد معرفی شده کودک ۳۳ ماهه، یک دوره ۱۲ ماهه در ناحیه چپ کمر ارجاع داده شد. وی دچار کیست اپیدرموئید در *Counus Medullaris* و در سطح L1-T12 مهره‌ها می‌باشد که تابلوی بالینی با مشخصات تصویری MRI نحوه برخورد جراحی به تومور خوش خیم شرح داده می‌شود. بحث: کیست اپیدرموئید ممکن است مادرزادی و یا اکتسابی باشد. به خصوص بعد از پونکسیون مایع مغزی نخاعی امکان بروز دارد. از آنجائی که رشد تدریجی و کند دارد ممکن است از تشخیص زودرس غفلت شده و یکی از علل درد مزمن کمر محسوب شود لذا لازم است که در کمردرد کودکان به آن توجه خاص شود.

کل واژگان: کیست اپیدرموئید، تومور کانال نخاعی، کمر درد دوران کودکی

مجله پزشکی ارومیه، سال شانزدهم، شماره چهارم، ص ۲۵۰-۲۴۸، زمستان ۱۳۸۴

آدرس مکاتبه: ارومیه- خیابان ارشاد، مرکز آموزشی- درمانی امام خمینی(ره)، گروه کودکان، دکتر احمدعلی نیکی‌بخش، تلفن: ۳۴۶۹۹۳۱
E-mail: anikibakhsh@yahoo.com

گزارش مورد بیماری

بیمار پسر، ۳۳ ماهه ساکن شهرستان مهاباد از حدود یک سال قبل، مبتلا به درد پهلوی چپ و تشدید آن به هنگام شب بوده است. بیمار ۲ تا ۳ ساعت بعد از خواب با گریه بیدار می‌شد و محل درد را در پهلوی چپ مشخص می‌کرد. در طول یکسال از شروع مشکل، مراجعات پزشکی متعددی در شهرستان مهاباد و ارومیه داشته است و بارها تحت آزمایش ESR-CBC-اوره-کراتینین-ادرار-مدفوع قرار گرفته است، از نظر گزارش تصویرنگاری، گرافی لگن، قفسه سینه، سونوگرافی کامل شکم (کلیه‌ها و مثانه....) همگی طبیعی بودند. با توجه به محل شکایت درد در پهلوی چپ به درمانگاه نفرولوژی ارجاع و با معاینه مجدد و ملاحظه آزمایش‌های انجام گرفته، جهت بررسی تکمیلی، رادیوگرافی از ستون فقرات کمری درخواست می‌شود که افزایش قطر کانال نخاعی در ناحیه کمری با استئوپنی

مقدمه

کیست اپیدرموئید کانال نخاعی یکی از تومورهای نادر محسوب می‌شود. بخصوص همراه با Spinal Disraphism می‌باشد که به تنهایی کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. (۱، ۲، ۳، ۴) معمولاً کیست فوق رشد کند و تدریجی دارد و گاهی اوقات بر حسب مکان قرارگیری و آنومالی همراه با عوارض جدی (از قبیل آسیب فشاری به سیستم اعصاب مجاور و عفونت راجعه و مننژیت‌های راجعه در سیستم عصبی مرکزی) توام می‌باشد. (۱-۲-۳) به رغم پیشرفت در تکنولوژی تصویربرداری هنوز تشخیص قبل از عمل جراحی و روش‌های درمان جراحی بحث و بررسی بیشتری را می‌طلبد. (۶، ۵، ۴) یک مورد از کیست اپی درموئید در کانال نخاعی با تصویر MRI در یک کودک ۳۳ ماهه با درد پهلوی چپ با معاینه فیزیکی و نورولوژیک طبیعی به همراه مروری بر گزارش‌های دیگران ارائه می‌شود.

^۱ استادیار، گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۲ استادیار، گروه جراحی مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۳ استادیار، گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۴ استادیار، گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی ارومیه



شکل شماره ۱: تصویر لام پاتولوژی

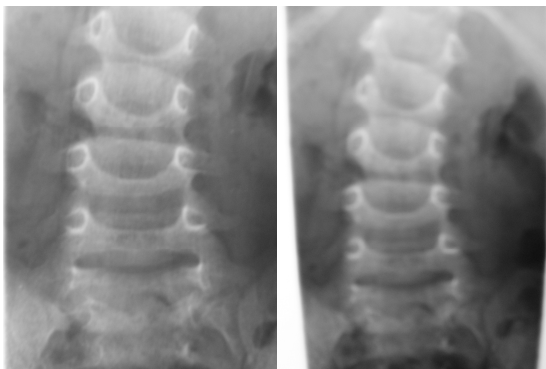
در مهره‌ها گزارش می‌شود (شکل ۲). برای پیگیری بیشتر درخواست MRI از محل ستون مهره‌ها داده می‌شود. گزارش نتیجه MRI رادیوگرافی را تایید می‌کند و توده فضاگیر یکنواخت به قطرهای ۲ در ۴ سانتی‌متر در کونوس مدولاریس دیده می‌شود. (شکل ۳) بیمار با تشخیص تراتودرموئیدو کانگلیوزیس به بخش جراحی مغز و اعصاب معرفی و در بررسی پاتولوژی، توده مشتمل بر کیست که لایه پوشاننده آن سنگفرشی مطبق و محتویات آن کراتین لایه لایه بود، تشخیص کیست اپیدرموئید داده شد. (شکل ۱)

بحث

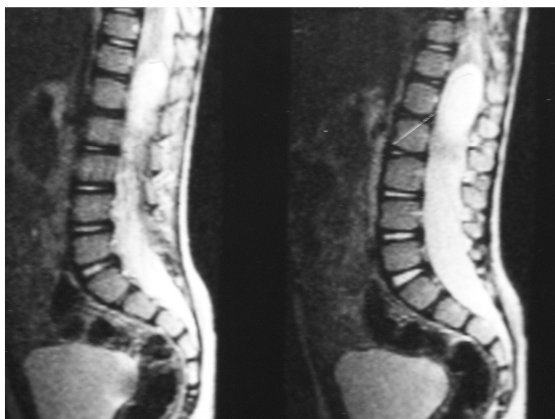
کیست اپیدرموئید یکی از تومورهای نادر کانال نخاعی می‌باشد که ممکن است مادرزادی یا اکتسابی باشد. مانو^۱ و همکاران در گزارش خود ۹۰ مورد کیست اپیدرموئید از منابع مختلف جمع‌آوری کرده‌اند که ۳۶ درصد آنها مادرزادی و ۵۱ درصد آنها اکتسابی بوده است.

کیست‌های اپیدرموئید اکتسابی سال‌ها بعد از انجام LP (پونکسیون لومبار) ممکن است ایجاد شود. بنابراین یکی از علل مهم انواع کیست‌های اپیدرموئید ایتروژنیک^۲ می‌باشد. عموماً عقیده بر این است که انواع مادرزادی کیست‌های اپیدرموئید ناشی از جایگزینی نابجای انکلوژیون‌های اکتودرم در اوایل زندگی دوره جنینی بوده و امکان دارد همراه با نقص در بسته شدن Dural Tube باشد. (۱،۲،۳،۴،۷،۸)

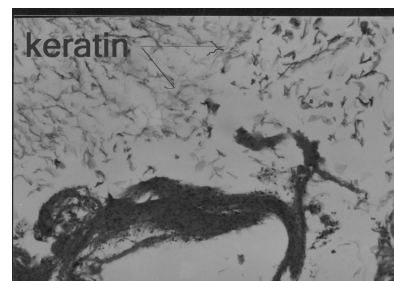
ناحیه توراسیک جایگاه شایع در کیست‌های اپیدرموئید بوده مخصوصاً در سطح D4-D8 و محل بعدی در ناحیه کمری می‌باشد. ارتباط این تومورها با نقص استخوان‌های محل گرفتار ممکن است دیده شود ولی یک پدیده نادر است. (۷)



شکل شماره ۲: تصویر گرافی ستون فقرات



شکل شماره ۳: تصویر MRI



¹ Manno
² Iatrogenic

در بیمار مورد معرفی، درد مزمن پهلوی شکایت اصلی به مدت یکسال بوده و به رغم مراجعات متعدد به متخصص کودکان وارولوژیست بیشتر به کلیوی بودن منشا درد توجه شده و احتمال گرفتاری کانال نخاعی فراموش گردیده. در مواردی که یافته‌ای در کلیه وجود ندارد باید درد را در اعضا مجاور با منشا نخاعی جستجو کرد. اگرچه در بعضی از موارد درد پهلوی ناشی از بیماری‌های کلیوی به راحتی قابل تشخیص نبوده و از پیچیدگی خاصی برخوردار می‌باشد، از جمله این موارد انسداد در UPJ گذرا- دفع سنگ کلیوی و انسداد های نسبی در مسیر حالب و پتوز کلیه دردهای گذرا ایجاد کرده که در بررسی‌های اولیه ممکن است در تصویرنگاری و آزمایش‌های کلیوی طبیعی گزارش شود. درد در پهلوها بعد از رد بیماری کلیوی، می‌بایستی به رادیکولوپاتی با منشا نخاعی مد نظر شود و از آنجائی که در کودکان خردسال معاینه عصبی به وقت و حوصله کافی نیاز دارد لازم است که در محل مناسبی با وقت کافی به آن اقدام شود. (۳)

کیست‌های اپیدرموئید عموماً در تصاویر MRI دارای تنوع قابل توجه Signal Intensity در بین بیماران بوده و ممکن است ادم در بافت دربرگیرنده موجود نباشد، علت تنوع در Signal Intensity ناشی از تنوع در ترکیب چربی و پروتئین محتویات کیست می‌باشد. گاهی از اوقات ممکن است اطراف ضایعه تومورال حالت سایه دار پیدا کند که ناشی از التهاب مزمن در پاسخ به بافت Squamos نشست کرده از کپسول و گلیوزیس با درجات مختلف در حاشیه باشد. خصوصیات فوق در MRI در تشخیص ضایعه فوق از ضایعات انترامدولاری دیگر می‌تواند کمک کننده باشد. در مورد درمان در اکثر موارد حتی برداشت کامل کپسول صورت نمی‌گیرد، زیرا که امکان آسیب اعصاب مجاور وجود دارد و در اغلب موارد حتی برداشت پارشیال کیست اپی‌درموئید منجر به رمسیون توتال علائم بیماری می‌شود. امکان عود وجود دارد که باز هم درمان آن برداشت جراحی توده می‌باشد. (۱،۲،۳،۷،۸)

References:

1. Nateghian A R, Mehta J L, Robinston V: Headache fever, and back pain in a 16 year old boy: The Can J infect dis & Med Microbiol, 2004, 15(1); 51-53.
2. Bekar A, Bashkan Z, Aksoy K: Recurrent meningitis due to an epidermoid cyst. J Neurol Sci (Turkish), 1999, 16: 3.
3. Manson D E. Back pain in children. Pediat Ann, 1999, 28; 727-738.
4. Amato VG, Assietti R, Arienta C: Intramedullary epidermoid cyst. J Neurosurg Sci, 2002, Dec; 46(3-4): 122-126.
5. Royx A, Mercier C, Larbrisseau A, Dube LJ, Dupuis C Carpio R: Intramedullary epiermoid cysts of the spinal cord: J Neurosurg, 1992, Mar; 76(3):528-533.
6. Caldarelli M, Massimi L, Konadageski C, Di Rocco C: Intracranial midline dermoid and epidermoid cyst in children. J Neurosurg Spinal, 2004, May; 100(5): 473-480.
7. Chandra PS, Manjari T, Chandramouli BA, et al: Intramedullary Spinal epidermoid cyst. Neurol Ind, 2000, 48(1): 75-77.
8. Halcrow SJ, Crawfordpj, Craft AW: Epidermoid Spinal Cord Tumor after Lumbar puncture. Arch Dis child, 1985, 60: 978-979.