

گزارش یک مورد فیستول تروماتیک شریانی وریدی دورمر

دکتر جواد میرزا آقازاده^۱

تاریخ دریافت ۸۵/۱۱/۷ - تاریخ پذیرش ۸۵/۱۲/۹

چکیده

پیش زمینه و هدف: فیستول های شریانی وریدی تروماتیک دورمر از عوارض نادر ضربه های مغزی است که اغلب با شنیدن سوفل داخل مغز ظاهر می کند. تشخیص آنها توسط CT آنژیوگرافی مغز یک روش انتخابی است. درمان زودرس و مناسب مانع از بروز عوارض کامل و پیشروندۀ می گردد.

شرح حال: در این مقاله مرد جوانی در پی تصادف رانندگی دچار فیستول شریانی وریدی دورمر مایین شریان منتهی میانی و وریدهای تخلیه شونده به سینوس پتروزال شده است، گزارش می شود، پس از بررسی بیمار به خوبی درمان شده و با نتیجه عالی مرخص شده است.

نتیجه گیری: تشخیص فیستول های شریانی وریدی تروماتیک دورمر با CT آنژیوگرافی در صورت شنیدن سوفل داخل مغز امکان پذیر می باشد. تشخیص زودرس و درمان مناسب و به موقع در چنین بیمارانی مانع از بروز عوارض پیشروندۀ و کامل می گردد.

گل واژگان: فیستول شریانی وریدی تروماتیک، شریان منتهی میانی، سینوس پتروزال

مجله پزشکی ارومیه، سال هجدهم شماره اول، ص ۴۴۲-۴۴۴، بهار ۱۳۸۶

آدرس مکاتبه: ارومیه، بیمارستان شهید مطهری، بخش جراحی مغز و اعصاب - تلفن: ۰۹۱۴۱۴۱۹۲۸۴

E-mail: jaghazadeh@umsu.ac.ir

شریان های اکسی پتیال و منتزال شایع ترین عروق تغذیه کننده هستند (۲). درناز وریدی از طریق سینوس های دورال یا سایر کanal های وریدی دورمر یا لپتومنتزال صورت می گیرد (۱). این فیستول ها ممکن است تا سال ها بدون علامت باقی بمانند، لذا شیوع آنها ناشناخته است در برخی گزارش ها شیوع آن ۰/۱۷ درصد هزار نفر گزارش شده است (۳). براساس بررسی های تصویربرداری در ۱/۱ درصد آنژیوگرافی ها دیده می شوند و تقریباً شیوع آنها یک پنجم مalfورماسیون های شریانی وریدی است (۴) تقریباً ۱۵-۱۰ درصد مalfورماسیون های عروقی ایترکاریانال را تشکیل می دهند (۷، ۶، ۵، ۴ و ۲).

مقدمه

مالفورماسیون های شریانی وریدی دورال^۲ یا مالفورماسیون های فیستولی شریانی وریدی دورال^۳ بیشتر به نظر مادرزادی می رستند. در حالیکه این مalfورماسیون ها بیشتر ایدئوپاتیک یا اکتسابی هستند (۱).

این فیستول ها (DAVFS) نشست های شریانی وریدی هستند که از یک رگ پرده مغز به داخل یک ورید یا سینوس تخلیه کننده جدار دورمر بوجود می آیند (۱). هر یک از شریان های دورمر به تنها یا بصورت متعدد می توانند شریان های تغذیه کننده DAVFS باشند،

^۱ استادیار جراحی مغز و اعصاب. فلوشیپ نوروواسکولار بیمارستان شهید مطهری ارومیه

^۲ Dural Arteriovenous Malformation

^۳ Dural Arteriovenous Fistulas Malformation (DAVFS)

اپیدورال تحت عمل جراحی کرانیکتومی تمپورال چپ و تخلیه هماتوم قرار گرفت.

بیمار پس از یک هفته با $GCS=15$ مرخص شد. یک ماه بعد بیمار به علت وجود صدا در گوش و داخل سر به بیمارستان مراجعه نمود. بیمار اظهار می داشت مدت یک هفته است صدایی داخل مغز مانع از خواب بیمار می شود و در معاینه سوافل باشد بیشتر در ناحیه تمپورال چپ و باشد کم در بقیه قسمت های سر شنیده می شد. بیمار قادر علاطم نروولژیک دارد. از بیمار CT آنژیوگرافی مغزی انجام شد که DAVFS در قاعده فوسای میانی سمت چپ گزارش شد. که شاخه شریان میدل منژآل رگ تغذیه کننده و دیلاتاسیون آنوریسمال تشکیل شده توسط ورید درنه کننده به سینوس تپروزال چپ تخلیه می شد. بیمار به مدت پانزده روز تحت کنترل قرار گرفت ولی پس از این مدت بیمار به علت بی خوابی و اضافه شدن سردرد و تاری دید مراجعه نمود و اطرافیان اظهار می داشتند از نظر رفتاری چهار حالت عصبانیت و سردرد شده است که برای اطرافیان آزار دهنده است.

بیمار با تشخیص فوق الذکر تحت عمل جراحی قرار گرفت و در حین عمل جراحی با یک توده سیاه رنگ ضربان دار در دورمر قاعده فوسای میانی مواجه شدیم که از دو شریان منژله میانی (شاخه اصلی و فرعی) خون دریافت می کرد توده مذکور بطور کامل برداشته شد و شریان های تغذیه کننده و ورید تخلیه کننده کلیپ و کوتر شد سپس دفکت دورمر توسط فاسیای عضله تمپورال ترمیم شد. بیمار با $GCS=15$ و بهبودی سردرد و تاری دید و از بین رفتن سوافل مرخص شد و پس از یک ماه مجدداً جهت معاینه مراجعه نمود که بیمار کاملاً سالم بود.



شکل شماره ۲

از نظر کلینیکی برخی بیماران بدون نشان هستند یا اینکه نشانه های خوش خیم برای چندین سال دارند و بصورت اتفاقی در آنژیوگرافی برای بررسی سایر بیماری ها یافت می شوند (۴، ۸ و ۹).

این فیستول ها عموماً کوچک و نزدیک ناحیه اکسی پوت هستند (۱۰). بقیه موارد رفتارهای اگرسیو و فاجعه آمیزتری از خود نشان می دهند. جریان مکوس خون و بالا رفتن فشار در داخل ورده های درنه کننده و سینوس های تخلیه کننده خون توجیه کننده اکثریت تظاهرات عصبی در این بیماران می باشند. تی نی توسر ضربان دار و سردرد نشانه های شایع می باشند و سایر تظاهرات از قبیل نقض عصبی فوکال یا گلوبال ممکن است بصورت گذرا یا پیشرونده بروز بکنند. تشنج، سودوتومور و به ندرت هیدروسفالوس، دمانس (۱۱) فلچ اعصاب کرایبال (۱۲) و میلوپاتی سرویکال در این بیماران گزارش شده است. با توجه به اینکه امروزه CT اسکن جایگزین آنژیوگرافی در تشخیص ضایعات تروماتیک شده است غالباً این ضایعات ناشناخته باقی می مانند. گزارش حاضر اشاره به یکی از DAVFS های تروماتیک یافت شده در بیمار چهار ضربه های مغزی است.



شکل شماره ۱

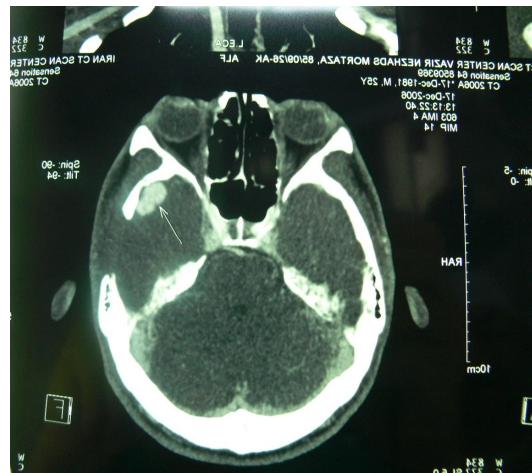
گزارش بیمار

بیمار مردی ۲۱ ساله می باشد که به علت تصادف با موتور سیکلت به اورژانس بیمارستان مطهری ارومیه آورده شده است. در معاینه عمومی $GCS=9$ و شدیداً آریته توان با سائیدگی پوست صورت و تورم در ناحیه پارتبیوتیپورال سمت چپ بود. در عکس ساده جمجمه شکستگی خطی در ناحیه تمپورال چپ و در CT اسکن مغزی انجام شده هماتوم اپی دورال ناحیه تمپورال سمت چپ وجود داشت. بیمار به علت هماتوم

سینوس ارگانیزه شده و در ادامه قسمت پازسینوس با شریان های تغذیه کننده دورمر ارتباط برقرار می کند. هیپرتروفی تدریجی این عروق در نهایت DAVFS را بوجود می آورد. در حین عمل جراحی ما با توده سیاه رنگ داخل لایه های دورمر که ارگانیزه بود مواجه شدیم که شریان های تغذیه کننده با قسمت باز توده ارتباط داشتند و این نظریه را تایید می کند. براساس این تئوری در اکثریت این موارد انجام جراحی ضروری است زیرا افزایش فشار وریدی ایتراکراینال ایجاد نشانه های کلینیکی می کند خونریزی ساب آرکنوئید شایع نیست اما اگر علائم افزایش فشار ایتراکراینال بروز بکند انجام عمل جراحی ضروری است در این بیمار پروسه تشکیل کاملاً طی شده است و علی رغم وجود سوفل در بیمار درمان کنسرواتیو شروع شده اما بیمار با علائم افزایش فشار ایتراکراینال بصورت سردد، تاری دید و تهوع مراجعة نموده است که پس از عمل جراحی تمام این علائم برطرف شده است. امروزه با توجه به پیشرفت های انجام شده در زمینه تصویربرداری CT اسکن آنتیوگرافی به عنوان یک وسیله غیر تهاجمی روش مناسبی جهت تشخیص زود هنگام این ضایعه ها می باشد.

References:

01. Winn RH. Youmans Neurological Surgery. 5th Ed. New York: Sanders; 2004. P. 2171.
02. Osborn A. Diagnostic Radiology. Chicago: Mosby; 1994.
03. Brown RJ, Dodw, Dorn r J, O Fallon W. Neurosurg 1996; 85:29-32.
04. Awad IA, Little JR, Akraw WP, AhI J. Intracranial Dural Arteriovenous malformations: Factors predisposing to an aggressive neueological cours. Neurosurg 1990; 72: 839-850.
05. KumalA, Fox M, Vinulla F, Rosenbaum. Revisited old and new finding in unruptured larger AVMs of brain. J Comput Assist Tomogr 8: 648-655, 1984
06. Grady M, Poberskin L. AVMs of the duramater. Surg Neural 1984; 28:135-140.
07. Aminoff M, Vascular anomalies in the intracranial duramater. Brain 96:601-612, 1973.
08. Chaud H M, Sachdev VC. Dural arteriovenous malformation of the major venous sinuses An aquired lesion. Mayoclin 54: 651-661, 1979
09. Fermand M, Reizine D, Melki JP, Rich CM, Merland JJ. Long term follow up of 43 pour dural (AVF) of the lateral sinus. Neuroradiol 29: 348-353, 1987.
10. Malek AM, Halbach V, Dowd CF, Higashida RT. Diagnosis and treatment of dural AVF. Neuroimaging Clin N Am 1998; 8:445-468.
11. Zeidman S, Monsein L, Arosaena O, Aletich V, Biafore JA, Dawson RC, et al. Reversibility of white matter changes and dementia after treatment of dural fistulus. AJNR Am Neurological 1995; 16:1080-1083.
12. Imamura H, Kobayashi K. Dural AVM of the base of the anterior cranial fossa. Neuroradiol 1983; 24: 149-153.
13. Schmidek HH, Sweet WH. Operative neurosurgical techniques. 5th Ed. New York: W.B Saunders; 2000. P. 860.



شکل شماره ۳

بحث

براساس فرضیه آقای Houser و همکارانش این ضایعه ها اکتسابی هستند و از ارگانیزاسیون و واسکولا ریزاسیون سینوس های وریدی قبلاً ترومبوze شده بوجود می آیند (۱۲). براساس این نظریه ابتداء سینوس وریدی در اثر ترومما یا بصورت خود به خودی ترومبوze می شود سپس لخته داخل