

گزارش یک مورد فیستول تروماتیک شریانی وریدی دورمر

دکتر جواد میرزا آقازاده^۱

تاریخ دریافت 85/11/7 - تاریخ پذیرش 85/12/9

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 تظاهر می کنند. تشخیص آنها توسط CT آنژیوگرافی مغز یک روش انتخابی است. درمان زودرس و مناسب مانع از بروز عوارض کامل و پیشرونده می گردد. شرح حال: در این مقاله مرد جوانی در پی تصادف رانندگی دچار فیستول شریانی وریدی دورمر مابین شریان مننژه 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 پیشرونده و کامل می گردد.

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

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

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

E-mail: jaghazadeh@umsu.ac.ir

مقدمه

مالفورماسیون های شریانی وریدی دورال^۲ یا مالفورماسیون های فیستولی شریانی وریدی دورال^۳ بیشتر به نظر مادرزادی می رسند. درحالیکه این مالفورماسیون ها بیشتر ایدئوپاتیک یا اکتسابی هستند (۱). این فیستول ها (DAVFS) نشئت 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 تنهایی یا بصورت متعدد می توانند شریان های تغذیه کننده DAVFS باشند،

شریان های اکسی پتال و مننژال شایع ترین عروق تغذیه کننده هستند (۲). درناز وریدی از طریق سینوس های دورال یا سایر کانال های وریدی دورمر یا لیتومننژال 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 مالفورماسیون های شریانی وریدی است (۴) تقریباً ۱۵-۱۰ درصد مالفورماسیون های عروقی ایتراکراینال را تشکیل می دهند (۷، ۶، ۵، ۴ و ۲).

^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 کرایکتومی 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 سופل با شدت بیشتر در ناحیه تمپورال چپ و با شدت کم در بقیه قسمت های سر شنیده می شد. بیمار فاقد علائم نرولوژیک بود. از بیمار CT آنژیوگرافی مغزی انجام شد که DAVFS در قاعده فوسای میانی سمت چپ گزارش شد. که شاخه شریان میدل منتزآل 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 دچار 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 ضریان دار در دورمر قاعده فوسای میانی مواجه شدیم که از دو شریان منتزه 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 فاسیبای عضله تمپورال ترمیم شد. بیمار با $GCS=15$ و بهبودی سردرد و تاری دید و از بین رفتن سופل مرخص شد و پس از یک ماه مجدداً جهت معاینه مراجعه نمود که بیمار کاملاً سالم بود.

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 (۹، ۸ و ۴).

این فیستول ها عموماً کوچک و نزدیک ناحیه اکسی پوت هستند (۱۰). بقیه موارد رفتارهای آگرسو و فاجعه آمیزتری از خود نشان می دهند. جریان معکوس خون و بالا رفتن فشار در داخل وردی های درنه کننده و سینوس های تخلیه کننده خون توجه کننده اکثریت تظاهرات عصبی در این بیماران می باشند. تی نی توس 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) فلج اعصاب کراینال (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 ماند. گزارش حاضر اشاره به یکی از DAVFS های تروماتیک یافت شده در بیمار دچار 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 آژیته توام با سائیدگی پوست صورت و تورم در ناحیه پاریتو تمپورال 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



شکل شماره ۲

