

# نامه ماژانه دانشکده پزشکی بهیت تحریریه:

دکتر محمد حسن مانی  
دکتر محمد علی ملکی  
دکتر حسن میردامادی  
دکتر ابوالقاسم نجم آبادی

دکتر محمود سیاسی  
دکتر جهان شاه صاحب  
دکتر صادق عزیزی  
دکتر محمد قریب  
رئیس بهیت تحریریه - دکتر جهان شاه صاحب  
مدیر داخلی - دکتر محمد بهشتی

دکتر محمد حسین ادیب  
دکتر ناصر انصاری  
دکتر محمد بهشتی  
دکتر حسین سهراب

شماره نهم

خرداد ماه ۱۳۴۴

سال دوازدهم

## تومورهای نخاع و اهمیت تشخیص سریع آنها

نگارش

دکتر حکیمی

رئیس درمانگاه بخش اعصاب

دکتر چهارازی

استاد کرسی بیماریهای اعصاب

رئیس بخش بیماریهای مغز و پی بیمارستان بهلولی  
مجموعه دو عالم - کارورز بخش اعصاب  
تا قبل از تأسیس جراحی اعصاب غالباً مبتلایان به تومورهای نخاع که در بخش اعصاب بستری میشدند پس از تشخیص ناگزیر مرخص میگرددند، چه در بخش های جراحی عمومی این قبیل بیماران پذیرفته نمیشدند و بالنتیجه بیمار محکوم به تحمل رنج و مشقت تا پایان زندگی خود میبود.

از چهار سال قبل که جراحی اعصاب تأسیس و ضمیمه کرسی اعصاب گردید تدریجاً مبتلایان باین قبیل عوارض تحت عمل جراحی قرار گرفتند و نتایج عمل جراحی در مبتلایان بر حسب قدمت بیماری و نوع تومور متفاوت بود ولی مسلم گردید که مبتلایان به تومورهای نخاع هر چه زودتر مراجعه و تحت عمل قرار گیرند شفای کاملتری

بدست خواهند آورد و بیمارانیکه دوره بیماری آنها از چند ماه و سال گذشته و فلج پاها به مرحله نهائی رسیده است پس از عمل و در آوردن تومور فقط بهبودی نسبی پیدا خواهند کرد.

منظور ما از انتشار این مقاله جلب توجه همکاران برای تشخیص سریع تومورهای نخاع میباشد تا در نتیجه هر چه زودتر مبتلا تحت عمل قرار گرفته شفای کامل بدست آورد و نه اینکه پس از عمل معلول گشته و سر بار جامعه بشود.

در این گزارش بدو خلاصه از تشریح و بافت شناسی و فیزیوپاتولوژی تومورهای نخاع در امتداد کر شده سپس بدرج شرح حال سه بیمار که تحت عمل قرار گرفته اند میپردازیم:

**تشریح و بافت شناسی تومورهای نخاع - تومورهای نخاع که موجب فشار به نخاع میشوند ممکن است از بافت مننژ (۱) و یا مجرای اپاندیم (۲) و یا از نسج نخاع و یا از نسج عروقی باشند، علاوه بر این جدار استخوانی تیره پشت و یا نسج فیبری و غضروفی مجرای نخاع نیز ممکن است موجب تومورهای مختلف شده فشار به نخاع را سبب گردد. مسام شده که تومورهای ناشی از نسج نخاع غالباً از نوع گلیوم (۳) و تومورهای ناشی از مجرای اپاندیم که در وسط نخاع جای دارد از نوع اپاندیموم (۴) و تومورهای ناشی از ریشه ها از جنس نوروفیبروم (۵) و تومورهائی که از مننژ بوجود میآیند از نوع مننژیوم (۶) میباشد. کلیه تومورهای مذکور داخل نخاعی بوده فقط تومورهای مننژ ممکن است مابین سخت شامه و نخاع و یا مابین سخت شامه و مجرای راشی تولید شود که بالنتیجه خارج نخاعی بشمارد بیرون. تومورهای ناشی از بافت عروقی از نوع آنژیوم (۷) و یا همانژیوم (۸) بوده ممکن است داخل نخاعی و یا خارج نخاعی باشد و بالاخره باید دانست که تومورهای خارج نخاعی ممکن است بوسیله یکی از**

۱- meninge                      ۲- ependyme

۳- Gliome                        ۴- Ependimome

۵- Neurofibrome                ۶- Méningiome

۷- angiome                        ۸- hémangiome

سوراخهای ارتباطی بداخل نخاع سرایت نماید. این کیفیت در نوروفیبروم‌های محیطی و تومورهای زنجیر سمپاتیک (سمپاتوم) و تومورهای انگلی مانند کیست هیداتیک اطراف ستون مهره‌ها مشاهده میگردد.

**فیزیوپاتولوژی** - تومورهای نخاع نه فقط بخودی خود مرضی بوده و اختلالاتی را سبب میگردد بلکه بواسطه فشار وارده بعناصر متشکله نخاع سلولها ورشته‌های آنرا آزرده ساخته موجب بیماریها و عوارض گوناگون میگردد. قابلیت تحمل و فشار سلولها ورشته‌های عصبی زیاد نیست و در صورتیکه فشار شدید و آنی باشد و یا ازدیاد فشار تدریجی و طولانی گردد سلولها ورشته‌های عصبی فشرده شده بهراجل در نرسانس و استحاله دچار میشوند.

فشار خفیف بروی نورونهای عصبی بدو اکندی عمل آنها را سبب خواهد گشت ولی با ازدیاد فشار عمل رشته و سلول منقطع و غالباً فقدان اعمال نورون قبل از استحاله آن ظاهر میشود.

بدیهی است تا زمانیکه سلولها ورشته‌های عصبی با استحاله دچار نگردیده‌اند اگر ضایعه مسبب فشار برداشته شود اعمال نخاعی قابل برگشت میباشد ولی چنانکه بر اثر شدت عارضه و با طولانی بودن مدت عارضه نورونهای نخاع با استحاله دچار شده باشند برگشت اعمال نخاعی در مناطق مربوطه امکان ناپذیر خواهد بود و بفرض آنکه تومور مولد فشار در آورده شود بهبودی کامل در نورونهای از بین رفته نخاع بوجود نخواهد آمد بنابراین آینده بیمار مبتلا به تومور نخاع بیشتر وابسته بتغییرات نسج نخاع میباشد تا خود تومور نخاعی و بدین جهت است که اگر قبل از استحاله کامل نسج نخاعی اقدامات لازم صورت گیرد نورونهای نخاع تجدید حیات نموده اعمال اولیه خود را بدست می‌آورند و این موضوع تابع تشخیص سریع و عمل جراحی بموقع خواهد بود.

لازم است در اینجاده نکته را متذکر شویم؛

نکته اول - در ضایعات دستگاه اعصاب غالباً کیفیت جانشینی (۱) مشاهده

میگردد بدین ترتیب که اگر مقداری رشته‌ها و سلول‌های عصبی از بین بروند رشته‌ها و سلول‌های باقیمانده عمل آنها را ممکن است جبران نمایند. از این رو است که بسا اوقات اتفاق می‌افتد در بیمارانی که علائم بالینی خفیف دارند هنگام عمل تومورهای بزرگی کشف میگردد.

**نکته دوم -** آنکه فقدان اعمال فیزیولوژی نورون در مراحل اولیه مستلزم استحاله کامل نورون‌های عصبی نمیباشد و اگر این مدت بیش از میزان تحمل نورون بطول نیا نجامد اعمال فیزیولوژی نورون تجدید پذیر می باشد. بدینجهت است که اگر در معاینه بیمار فقدان اعمال نخاعی مشاهده گردد نباید ناامید شد و بهبودی بیمار را غیر ممکن دانست چه تا زمانیکه استحاله کامل نسج نخاع صورت نگرفته باشد اعمال نخاع پس از درآوردن تومور تدریجاً برگشت نموده و بهبودی فرا میرسد و میزان بهبودی پس از عمل با مدت بیماری تناسب معکوس دارد.

ذیلاً شرح حال سه بیمار مبتلا به تومور نخاع را یادداشت مینمائیم:

**شرح حال اول -** دزجهان فرزند ع ۲۸ ساله متأهل و دارای اولاد می باشد

در پیشینه شخصی و خانوادگی سابقه مهمی مشاهده نمیگردد.

**بیماری کنونی -** کسالت فعلی از یکسال و نیم پیش هنگامیکه سه ماهه آبستن

بوده شروع شده بدو بیمار احساس کز و سوزن سوزن شدن در پاهای خود نموده

سپس تدریجاً پاهایش بی قوه شده بطوریکه در ماه هشتم آبستنی قادر بحرکت نبوده

است. پس از زایمان قوه پاهای بیمار بهتر میشود ولی بدردهای شدید در پاها دچار

میگردد. شبها زیاد ادرار میکرده و یک حالت زور و بیخ هم داشته است.

**وضع کنونی -** بیمار در تاریخ ۳۳/۹/۲ در سرویس اعصاب بستری گردید

قوای ماهیچه‌ها در پاها خیلی ضعیف شده معذالک در حال خوابیده میتواند پاهای خود

را از سطح تخت بلند نماید. بیمار بکندی بلند میشود و برای ایستادن دستهای خود را

بتخت و دیوار میگیرد. به تنهایی قادر بحرکت نمیباشد. ناچار است برای راه رفتن دست

خود را بدیوار یا شخص دیگری تکیه دهد در حال ایستاده یک پای خود را بنخوبی نمیتواند

از زمین بلند نماید. هنگام راه رفتن نوک پا بزمین کشیده میشود (استپاژ) (۱). قوای عضلانی و حرکت در پای راست شدیدتر از پای چپ میباشد. بیمار نمیتواند پاهای خود را پهلوی هم گذارده بایستد.

آزمایش انعکاسها - انعکاس کشکی در هر دو طرف از بین رفته انعکاس آشیل در هر دو پا تند و پلی سینتیک (۲) میباشد. کلو نوس در هر دو پا مثبت است انعکاس زهی رادیال و کوبیتال دستها طبیعی است علائم بابنسکی (۳)، شفر (۴)، اپنهایم (۵)، گردون (۶) در هر دو پا بطور واضح مشاهده میشود. انعکاسهای پوست شکمی فوقانی، میانی، تحتانی در هر دو طرف مثبت است

آزمایش حس - حس بلمس و حرارت از نوک انگشتان پانازانو مختل میباشد. حس عمقی خاصه در پای راست مختل است. اختلال ادراری وجود ندارد.

آزمایش خون - واسرمن منفی، فرمول خون تقریباً طبیعی است.

آزمایش آب نخاع - در تاریخ ۳۳/۹/۵ آزمایش آب نخاع صورت گرفت آب نخاع برنگ زرد کهربائی (۷) بود و در آزمایش واسرمن منفی، واکنش بنژوان کلوئیدال طبیعی، مقدار لنفوسیت در هر میدان میکروسکوپ دو عددولی آلبومین ۲/۴۰ گرم در لیتر بود.

آزمایش ادرار - آزمایش ادرار طبیعی است.

رادیوگرافی - در رادیوگرافی ساده اندام و ارتفاع مهره های ستون فقرات طبیعی است (شکل ۱)

در آزمایش رادیو لیمپیدول - که از بالا صورت گرفت مایع حاجب به مجازات مهره (۱) متوقف و پس از سه دقیقه دوشاخگی حاصل شد. (شکل ۲)

در ۳۳/۹/۱۶ بیمار با تشخیص تومور نخاعی در منطقه D<sub>۴</sub> بیخس جراحی اعصاب

۱ - steppage      ۲ - Polycinetique

۳ - Babinski      ۴ - Schaeffer

۵ - Oppenheim      ۶ - Gordon

۷ - Xanthochromique

قسمت آقای دکتر سمیعی منتقل گردید و تحت عمل جراحی قرار گرفت که خلاصه آن  
بقرار زیر است :

در ناحیه پشتی کمری برشی در حدود ۱۲ سانتیمتر داده شد و لامینکتومی (۱)  
دو طرفه در مهره های D<sup>۱۱</sup> و D<sup>۱۲</sup> و L<sub>۱</sub> صورت گرفت پس از باز کردن سخت شامه توموری  
با اندازه بادام مشاهده گردید که بتدریج از ریشه های مجاور مجزا و در آورده شد چون  
این چسبندگی خیلی شدید بود بناچار دور ریشه هم قطع گردید.

بیمار دوازده روز پس از عمل دچار حبس البول گردید که بزودی مرتفع شد. از روز  
بعد از عمل قوه پاهای تدریجاً و بهبودی سیر نمود بطوریکه پس از ده روز بخوابی میتوانست  
راه برود و در تاریخ ۳۳/۹/۱۶ بیمار با بهبودی تقریباً کامل مرخص گردید.

آسیب شناسی - تومور در آورده شده با آزمایشگاه آسیب شناسی فرستاده شد  
و تشخیص بخش آسیب شناسی بقرار زیر بود :

آزمایش بافت شناسی تصویر یک نوروفیبروم غیر بدخیمی نشان میدهد.  
شرح حال دوم - نوروز علی فرزند ر ۲۳ ساله غیر متأهل بعلت فالج پاها  
مراجعه کرده است.

در پیشینه شخصی و خانوادگی چیز مهمی ندارد.

شروع بیماری - هفت ماه قبل روزی در بیابان و برف گیر میکند و پس از  
مراجعت بمنزل بدرد شدید پاها مبتلا میشود و سپس بتدریج متوجه میگردد که قوه  
حرکتی پاها کم شده است بدینجهت به بیمارستان رازی مراجعه و در آنجا بستری  
میگردد. نکته جالب توجه اینکه در آنجا بزل قطنی آب نخاع صورت میگیرد  
برای تسکین درد بیمار آجری گرم در موضع پنکسیون میگذارد که بالنتیجه موجب  
سوختگی در آن محل میگردد.

در تاریخ ۳۳/۹/۱ بیمار از بیمارستان رازی ببخش اعصاب منتقل میشود.  
آزمایش بالینی - بیمار بهیچوجه قادر بحرکت نمیشد. روی تخت خود

نمی‌تواند بنشیند. پاهای خود را نمی‌تواند از سطح تخت بلند نماید و بکهک پرستار هم نمی‌تواند روی پاهای خود بایستد. قوه حرکتی دستها طبیعی است.

**انعکاسها** - انعکاسهای رتول و آشیل در هر دو پا تند میباشند. انعکاسهای زهی دستها طبیعی است.

بابنسکی، شفر، اپنهایم، گردون مثبت میباشند.

**آزمایش حس** - اختلال حس لمس و حرارت در هر دو طرف تا زیر دنده ها وجود دارد.

**آزمایش خون و ادرار** - واسرمن منفی است فرمول و شمارش طبیعی است ادرار طبیعی است.

**آزمایش آب نخاع** - آزمایش آب نخاع در بیمارستان رازی بعمل آمده از رنگ و فشار آن اطلاعی در دست نیست ولی واسرمن منفی، کان شدیداً مثبت، بنژوان کلوئیدال طبیعی و آل‌بومین ۶ گرم در لیتر بوده است. لنفوسیت دیده نشد.

**رادیوگرافی ساده** - اندام فقرات و فواصل آنها دارای شکل و ارتفاع طبیعی است.

**میلوگرافی** - در آزمایش میلوگرافی ماده حاجب در ناحیه پنجمین فقره پشتی متوقف گردید. (شکل ۳)

بیمار در تاریخ ۳۳/۹/۶ با تشخیص تومور نخاع در منطقه D<sub>5</sub> بخش جراحی قسمت

آقای دکتر عاملی اعزام گردید و در آنجا در تاریخ ۳۳/۹/۸ تحت عمل قرار گرفت. خلاصه عمل - در ناحیه پشتی فوقانی بین D<sub>5</sub> و D<sub>7</sub> شکافی در خط وسط بطول ۱۵

سانتیمتر داده شد سپس لامینکتومی از مهره های D<sub>5</sub>، D<sub>6</sub>، D<sub>7</sub> بعمل آمد سخت شامه در

وسط این شکاف خیلی برجسته و تحت فشار قرار گرفته بود. توموری با اندازه بادام جلب توجه نمود تومور در آورده شد و ابتدا سخت شامه سپس زخم در سطوح مختلفه دوخته شد.

در تاریخ ۳۳/۹/۲۹ بیمار میتواند است تا حدی راه برود و از وضعیت خود راضی

بود. قوه حرکتی پای راست خیلی بهتر از پای چپ شده بود و در تاریخ ۱۳/۱۰/۳۳ مرخص گردید.

آسیب شناسی - تو مورد آورده شده برای آزمایش بیخش آسیب شناسی ارسال گردید و نوروفیبروم تشخیص داده شد.

شرح حال سوم - اصغر فرزند ع ۲۰ ساله غیرمتأهل بعلت درد پاها و اختلال راه رفتن به بیمارستان پهلوی مراجعه و در تاریخ ۳/۹/۳۳ بستری گردیده است. در سابقه شخصی و خانوادگی چیز مهمی ندارد.

شروع و نمو بیماری - سه سال است که از دردهای نامنظم و پراکنده پاها شکایت دارد این درد گاهی شدید و زمانی خفیف میشده و درشش ماه قبل بعد شدت رسیده بطوریکه قادر بحرکت نبوده است. این درد با حرکت و سرفه شدید تر میشده است.

آزمایش بالینی - بیمار فعلا هم از درد پاها ناراحت است درد از ناحیه کمر شروع شده و بپائین تیرمیکشد علامت لاسک در هر دو پا مثبت است. نقاط والکس دردناک میباشد بیمار به اختلال دفع ادرار دچار میباشد فرورفتگی ناحیه کمر از بین رفته و بجای آن سیفوز وجود دارد در هر دو پا ضمه و رعضلانی دیده میشود تنوس عضلات ساق پا کم شده است.

انعکاسها - انعکاسهای زهی دستها طبیعی، انعکاس رتول در هر دو طرف طبیعی انعکاس آشیل در هر دو پا از بین رفته است. بابنسکی، شفر، اینهایم، گردون منفی است.

آزمایش حس - در کنار خارجی هر دو پا تا مجازات قوزک اختلال حسی وجود دارد. در اطراف مقعد کم حسی (۱) بشکل زین اسب دیده میشود.

آزمایش آب نخاع - رنگ آب نخاع کمی زرد رنگ، واسرمن منفی، بنژوان طبیعی، آلبومین ۱/۲ گرم در لیتر، دو لنفوسیت و یک پلی نو کلترو چند گلبول



قرمز در هر میدان میکروسکوپی دیده میشود .

آزمایش خون و ادرار - واسرمن منفی ، فرمول و شمارش طبیعی ، ادرار

طبیعی است .

رادیولوژی - رادیوگرافی ساده طبیعی است .

بیمار با تشخیص سندرم دم اسب بوسیله آقای دکتر عاملی عمل گردید و توموری

در ناحیه  $L_5$  و  $S_1$  وجود داشت که در بخش آسیب شناسی نوع آنرا شواننوم تشخیص

داده اند .