

يك حالت كيست هيداتيک نخاعی

و

پاره شدن آن در فضای قفسه صدری

نقارش :

دکتر نصرت الله عاملی

دانشیار جراحی اعصاب

دکتر ابراهیم چهارازی

استاد کرسی و رئیس بخش بیماریهای مغز و بی‌یه در استان بهار

دکتر بنیامین حکیمیه

دستیار بخش اعصاب

حسین فرزند نعمت‌الله ۱۸ ساله اهل قزوین غیر متأهل باغبان بعلت عدم توانائی راه رفتن و احساس سوزش هنگام ادرار کردن مراجعه کرده است . سابقه بیماری مهمی را بخاطر ندارد .

چهل روز قبل هنگامیکه يك گونی برنج روی پشت خود میگذازد ناگهان پاهای او شل شده بزمین می افتد ولی بدون ناراحتی زیاد بلند شده و حرکت میکند اما پس از شش روز متوجه میشود که قادر بحرکت پای راست خود نمی باشد و بعد از پانزده روز دیگر پای چپ بیمار هم بتدریج سست شده و از کار می افتد . در تاریخ ۳۱/۸/۱۷ بواسطه فالج هر دو پا بسرویس اعصاب مراجعه و بستری میگردد . وضع عمومی بیمار نسبتاً خوب ، ستون مهره‌ها طبیعی و جهاز تنفسی طبیعی است و بهیچوجه شکایت و اختلال ریوی ندارد .

قلب طبیعی . فشارخون $\frac{115}{65}$

معاینه جهاز عصبی مطابق جدول زیر است :

| چپ | راست | نوع آزمایش |
|--------------|--------------|--------------------------|
| — | — | انعکاس فوقانی پوست شکم . |
| — | — | » » میانی |
| — | — | » » تحتانی |
| + | + | نشانه بابنسکی |
| + | + | » شفر |
| + | + | » اپنپایم |
| +++ | +++ | انعکاس زهی کشکی |
| +++ | +++ | » » آشیل |
| + | + | » » رادیال |
| + | + | » » کوبیتال |
| + | + | کلنوس پا |
| وجود ندارد | وجود ندارد | حس سطحی از ناف پبائین |
| نقصان یافته | نقصان یافته | حس عمقی در پا |
| احساس نمیشود | احساس نمیشود | حس درد از کمر پبائین |
| از بین رفته | از بین رفته | قوه عضلانی پا |
| طبیعی | طبیعی | قوه عضلانی دست |
| دیده نمیشود | دیده نمیشود | ضمور عضلانی دست و پا |
| وجود ندارد | وجود ندارد | حرکت ارادی در پا |

بیمار بکمک دست های خود میتواند روی تخت خواب بنشیند

ادرار : هنگام ادرار کردن احساس سوزش مینماید بعلاوه حس میکنند که ادرار دارد ولی نمیتواند آنرا خارج نماید و پس از خروج ادرار با فشار و زحمت دو مرتبه قطع میگردد ،

چشم - ته چشم سالم و طبیعی است . انعکاس فوتو موتور در دو طرف طبیعی است .

آزمایشگاهی - خون . واسرمن خون منفی است .
 فرمول و شمارش - گویچه سرخ ۴,۶۰۰,۰۰۰ . گویچه سفید ۸,۸۰۰ - سگمانته
 ۷۰ - ائوزینوفیل ۲ - بزرگ ۲ - لنفوسیت ۲۶ .
 مایع نخاع - واسرمن طبیعی . بنژوان طبیعی . آلبومین ۱۲۰ گرم در لیتر .
 قند ۸۶ ر . گرم در لیتر . سیتولوژی ۳۰۲ عدد در هر میلی متر مکعب .
 ادرار - آلبومین و قند ندارد .

تشخیص بیماری - ابتلای بیمار بفالچ سخت هر دو پا (۱) محرز بود .
 تشخیص موضع - با توجه باختلالات حسی و فقدان انعکاس های پوست شکمی
 محل ضایعه بالاتراز ششمین قطعه ظهری نخاعی (D6) تشخیص داده شد .
 تشخیص علت - نظر باز دیاد آلبومین مایع نخاع متوجه فشار روی نخاع شدیم
 و بیمار را بلزوم عکس برداری و عمل متوجه ساختیم ولی بیمار باصرار زیاد خود در
 ۳۱۰۹۲۲ مرخص گردید و دو مرتبه در ۳۱۰۱۰۱۵ با فالج کامل هر دو پا مراجعه و
 بستری گردید .

در این موقع از بیمار میلوگرافی بعمل آمد (از راه گردنی (۲)) و ماده حاجب
 در منطقه D6 متوقف گردید و تشخیص را تأیید نمود . شکل (۱) بدین جهت بیمار
 بقسمت جراحی اعصاب منتقل و بوسیله آقای دکتر عاملی تحت عمل قرار گرفت .

اینك شرح عمل :

در ۳۱۰۱۰۲۸ عمل بای حسی موضعی صورت گرفت . شکافی از چهارمین
 تا هشتمین مهره پشتی داده شد پس از باز کردن پوست و جدا کردن عضلات از مهره
 ها از سه مهره لامینکتومی (۳) بعمل آمد در موقع لامینکتومی استخوانهای طرف
 راست فوق العاده نازک شده بودند بطوریکه گوژ يك مرتبه فرورفت و مقدار زیادی
 جسم سفید و کوچک از منطقه سخت شامه نخاع خارج شد که بنظر کیست
 هيداتيك می آمد .

۱ - Paraplegies spastique ۲ - myelographie par voie cervicale
 ۳ - laminectomie



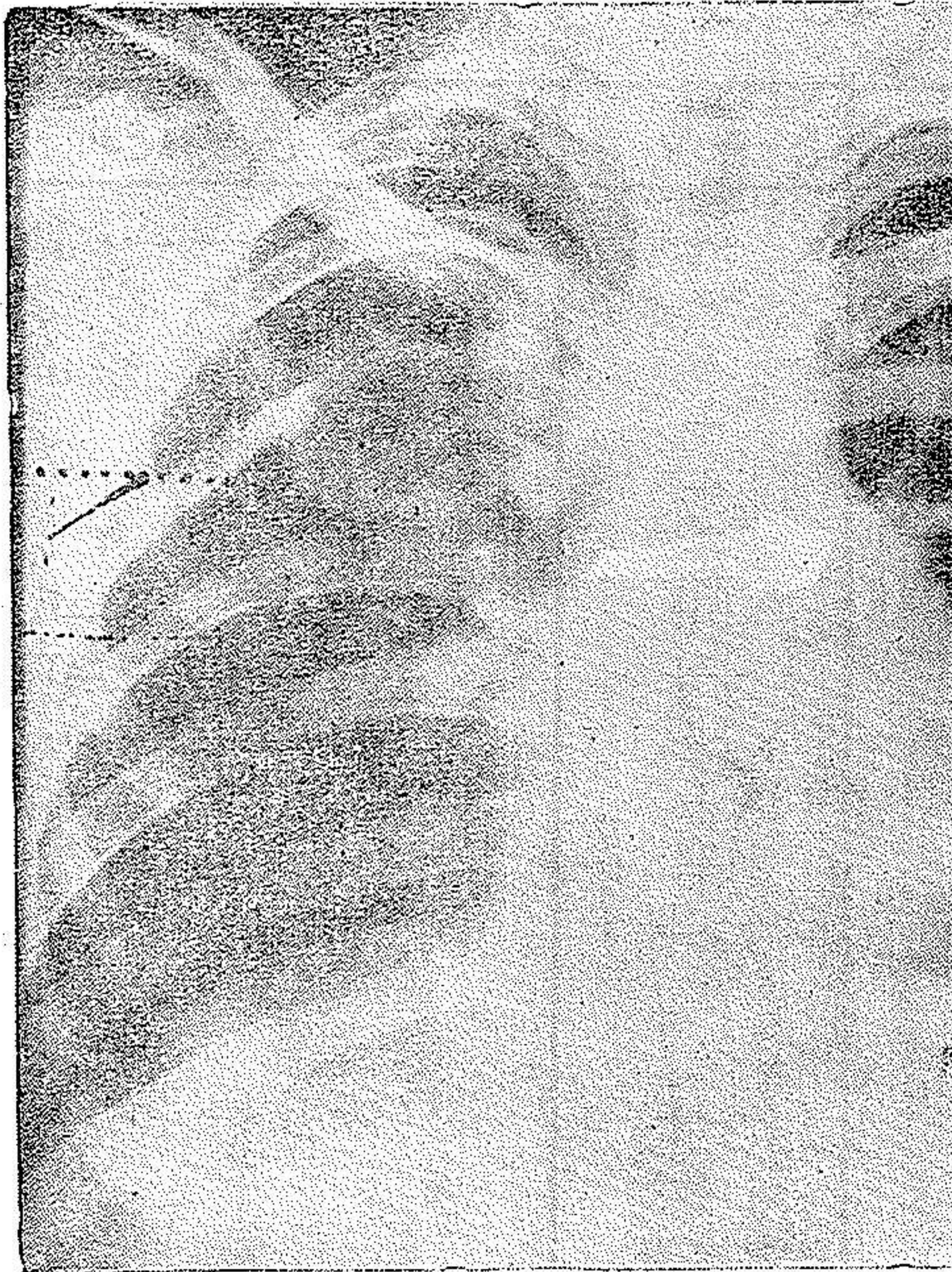
شکل ۱

میلوگرافی که با لیبودول از منطقه گردنی در داخل منژ تزریق شده است و در ناحیه D_c کاملاً متوقف گردیده است

محلول یک درصد فرمل در اطراف زخم ریخته شد و پارچه سفید آغشته از این محلول هم در اطراف زخم گذاشته شد که با نواحی سالم تماسی نباشد و اقدام برداشتن قسمت زیادی از استخوان نموده تا دسترسی بیشتری به کیست‌ها پیدا نمایم ولی این کیست‌ها تنها مربوط به ناحیه اطراف نخاع (۱) نبود بلکه بنظر میرسید

۱ - extradurale

از فضای پشت پرده سر چشمه میگیرد .
 يك شكاف عرضی بطول دو سانتیمتر در فاصله دودنده داده شد از این منطقه
 تعداد بیشماری (بیش از دو یست) کیستهای كوچك و بزرگ باندازه نخود



شكل ۲ - رادیوگرافی پس از عمل که لوله را در داخل محوطه نیز نشان میدهد باضافه محیط نامرتب حفره که هنوز در داخل قفسه صدري دیده میشود .

تا يك نارنگی مشاهده گردید که مجبور شدیم باقاشق آنها را بیرون آورده و پس از برداشتن تمام کیستها حفره بزرگی باندازه يك طالبی در پشت پرده جنب باقی ماند (شكل ۲)

و در محل عمل محلول فرمل ریخته و دودرن یکی داخل حفره کیست و دیگری داخل زخم گذاشتیم و زخم را از عمق بسطح دوختیم.

در ۳۱/۱۲/۱۳۱۵ (۴۵ روز بعد از عمل) معاینه بیمار بقرار زیر بود:

| چپ | راست | نوع آزمایش |
|---------------|---------------|------------------------|
| خفیف | خفیف | انعکاس فوقانی پوست شکم |
| » | » | » » میانی |
| » | » | » » تحتانی |
| + | + | نشانه بابنسکی |
| + | + | » شفر |
| + | + | » اپنپایم |
| ++ | ++ | انعکاس زهی کشکی |
| ++ | ++ | » » آشیل |
| + | + | » » رادیال |
| + | + | » » کوییتال |
| + | + | کلنوس پا |
| طبیعی | طبیعی | حس سطحی از ناف پائین |
| » | » | حس عمقی در پا |
| » | » | حس درد از کمر پائین |
| خفیف | خفیف | قوه عضلانی پا |
| طبیعی | طبیعی | قوه عضلانی دست |
| دیده نمیشود | دیده نمیشود | ضمور عضلانی دست و پا |
| جزئی ظاهر شده | جزئی ظاهر شده | حرکت ارادی در پا |

بیمار میتواند پاهای خود را از سطح تخت بلند نماید و بزحمت قادر بر راه رفتن بود

بعد از عمل آزمایش کازونی منفی بود.

بیمار از وضع خود راضی بود و در تاریخ ۳۱/۱۲/۱۵ با رضایت کامل مرخص

گردید.

آنچه در این بیمار جلب توجه مینماید آنستکه كيسه نخاعي مقدم بر كيسه های حفره جلو ستون مهره ها بود و چنين ميتوان پنداشت كه بر اثر فشار وارد بنخاع بوسيله گوني برنج كه بیمار به پشت گرفته و بگتتاً بزمين خورده است كيسه داخل نخاع تر كیده و از فاصله ميانه تيغه ها به فضاي پشت پرده جنب سرايت نموده است و بر اثر پنخش شدن اسكولكس ها كيسه های متعدد ثانوي بوجود آمده است.