# هماتوم‌های اپیدورال خود به خودی (اسپونتانه) نخاع: گزارش یک مورد و بررسی متون

دکتر امیرعباس قاسمی[1]

تاریخ دریافت ۸۹/۱۰/۱۷، تاریخ پذیرش ۸۹/۱۲/۵

## چکیده

هماتوم اپیدورال خود به خودی (اسپونتانه) نخاع یک اختلال نادرولی به شدت ناتوان کننده است. تشخیص سریع وفوری برای اقدام عاجل بسیار ضروری است، چرا که تاخیر در تشخیص می‌تواند باعث افزایش مرگ و میر گردد. مورد گزارش یک مرد ۵۶ساله است که متعاقب احساس درد شدید و ناگهانی در ناحیه گردن و بین دو کتف دچار ضعف اندام‌های تحتانی و احتباس ادرارمی گردد، بیمار سابقه عمل جراحی قلب جهت تعویض دریچه و مصرف طولانی وارفارین داشته است. MRI در (تصویر برداری مغناطیسی تقویت شده) شواهد یک ضایعه اپیدورال در خلف نخاع توراسیک (سینه‌ای) در تراز T1 تا T7 مشاهده شد. در یافته‌های آزمایشگاهی نکته قابل ذکر نسبت طبیعی شده بین‌المللی (INR=5) بوده است. بیمار بلافاصله تحت عمل جراحی لامینکتومی دکمپرسیوتوراسیک قرار گرفت، که هماتوم اپیدورال تخلیه شد و ضایعه دیگری مشاهده نشد. ۴ماه بعد از عمل جراحی بیماری کمک عصا قادر به راه رفتن بود. هماتوم اپیدورال خود به خودی (اسپونتانه) نخاع به عنوان یک علت نادر در بین ضایعات دارای افشاری بر روی نخاع مطرح است که نیاز به تشخیص فوری و اقدام سریع جراحی دارد تا عوارض ناشی از آن به حداقل برسد. پیش آگهی نورولوژیک (عصبی) در بیماران به شدت درگیری عصبی قبل از عمل جراحی و نیز مدت زمان بین شروع علائم و زمان جراحی، اندازه هماتوم و وجود ادم (ورم) در نخاع دارد.

**کلید واژه‌ها**: هماتوم، خود به خودی، نخاع، اپیدورال، مرور متون

**مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و دوم، شماره اول، ص ۷۴-۷۱، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۰**

**آدرس مکاتبه:** ارومیه، مرکز آموزشی درمانی امام خمینی(ره)، بخش جراحی اعصاب، تلفن:۰۴۴۱۳۴۵۷۲۸۶

Email: dr.amirghasemi@ymail.com

### مقدمه

هماتوم‌های اپیدورال خود به خودی (اسپونتانه) نخاع یک اختلال نادرولی بالقوه ناتوان کننده است. میزان بروز آن براساس هولتاس و همکارانش یک مورد به ازای هر یک میلیون نفر است (۱). از زمانی کهBlauby اولین مورد این بیماری را در سال ۱۸۰۸ معرفی کرد تاکنون۴۰۰ مورد از آن در منابع مختلف گزارش گردیده است (۲). به واسطه نادر بودن و علایم غیرمعمول تشخیص فوری موارد آن مشکل است. شروع علائم به صورت درد گردن و کمر است که اغلب گنگ و مبهم ظاهرمی گردد تا این‌که علایم و نشانه‌های فشار بر روی نخاع خود را نشان دهد. اگرچه برخی از مؤلفین بادرمان غیرجراحی نتایج رضایت بخشی را در برخی از بیماران مشاهده کرده‌اند، اما اکثریت درمان فوری با جراحی را توصیه می‌نمایند (۱). علت وقوع این هماتوم دقیقاً روشن نیست ولی مواردی از قبیل اختلالات انعقادی، ناهنجاری‌های عروقی و داروها مطرح می‌باشند (۳).

### گزارش مورد

مرد ۵۶ ساله‌ای به واسطه احساس درد شدید در ناحیه گردن و بین دو کتف ابتدا به اورژانس مراجعه می‌کند که پس از اقدامات اولیه با تجویز مسکن مرخص می‌شود، اما چند ساعت بعد بیمار با ضعف اندام‌های تحتانی و احتباس ادرار مجدداً به بیمارستان مراجعه می‌نماید که در شرح حال تنها نکته مثبت سابقه عمل جراحی قلب جهت تعویض دریچه و مصرف وارفارین بوده است. معاینه اندام‌های فوقانی مشکلی نداشت، ولی اندام‌های تحتانی فلج شل[2] داشت و بیمار قادر به ایستادن و راه رفتن نبود و ضعف در پای راست از پای چپ

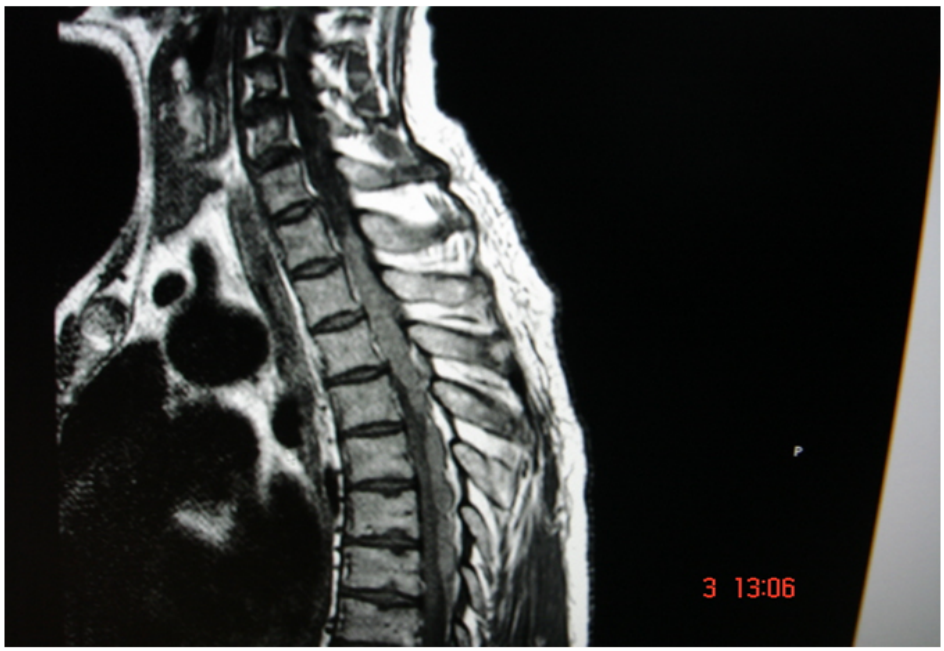
[1] استادیار جراحی اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

[2] flaccid paraparesis



[ Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-19 ]

شدیدتر بود به صورتی که قدرت عضلانی در پای راست در عضلات پروگزیمال۵ (ابتدائی) /۲ و عضلات دیستال (انتهایی) ۱/۵ و در پای چپ در عضلات پروگزیمال (ابتدایی) ۳/۵ و در عضلات دیستال (انتهایی) ۲/۵ ثبت گردید. معاینه حسی یک کاهش حس (هیپوستزی) را در اندام‌های تحتانی تا تراز T6 نشان می‌داد. MRI توراسیک در مورد بیمار انجام شد که یک ضایعه اپیدورال در تراز T1 تاT7با حداکثر اثر فشاری در تراز T1 تا T4 را آشکار کرد (شکل ۱تا۳).



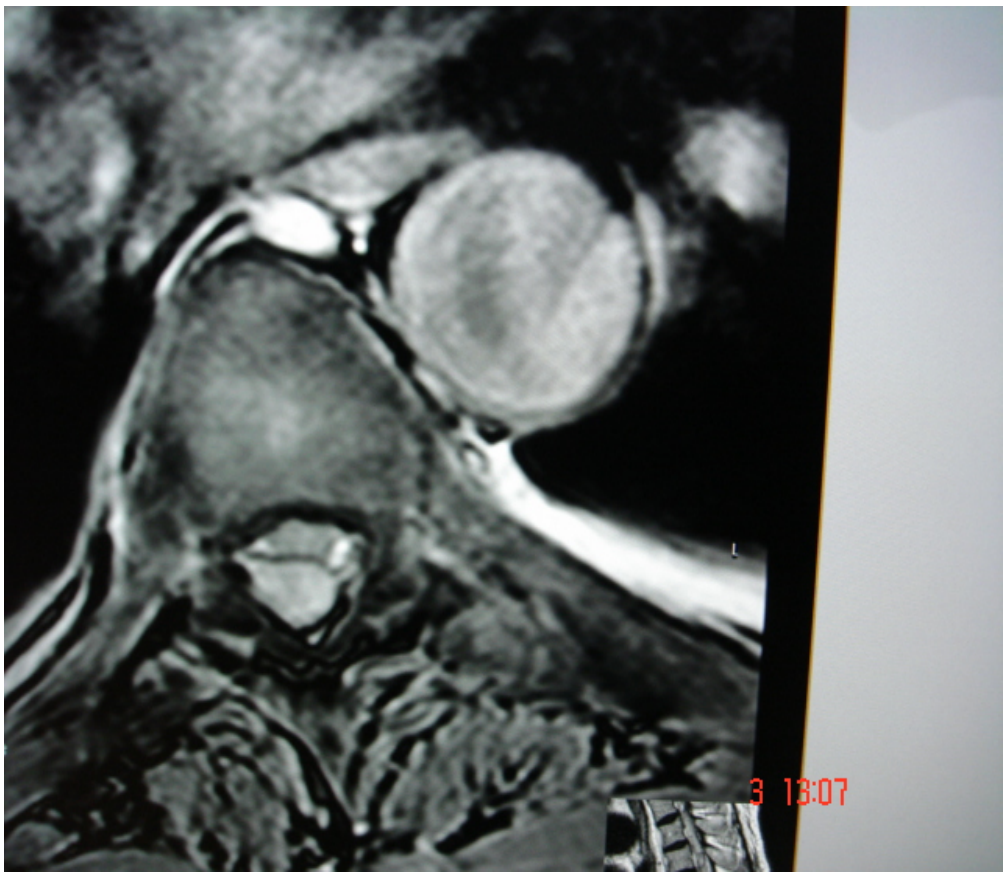

**شکل شماره (۱)**: سکانس T1 از MRI ناحیه سرویکوتوراسیک (گردنی سینه‌ای) ضایعه اپیدورال را در ترازهای T1 تا T7 نشان می‌دهد که ایزوتا هیپرسیگنال است و حداکثر اثر فشاری آن در تراز T1تا T4 است (مقطع ساژیتال).




**شکل شماره (۲)**: سکانس T2 از MRI ناحیه سرویکوتوراسیک (گردنی سینه‌ای) ضایعه اپیدورال را در ترازهای T1تا T7 نشان می‌دهد که هیپرسیگنال است (مقطع ساژیتال).



[ Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-19 ]




**شکل شماره (۳):** مقطع اگزیال از سکانس T2 نشان دهنده ضایعه اپیدورال است که در خلف نخاع قرارگرفته و دارای اثر فشاری واضح بر روی نخاع است.

در بررسی‌های آزمایشگاهی روتین یافته غیرطبیعی INR=5[1] بود که بلافاصله اقدام به اصلاح آن شد، سپس بیمار به اتاق عمل منتقل و تحت عمل جراحی قرار گرفت که در حین عمل جراحی هماتوم اپیدورال با افشاری واضح بر روی نخاع وجود داشت که تخلیه شد و پاتولوژی دیگری یافت نشد. بعد از عمل جراحی در ویزیت‌های فالوآپ (معاینات بعدی) که تا چهار ماه ادامه داشته است بیمار تا حدی که بتواند با عصا بایستد بهبودی نشان داده است.

## بحث

هماتوم‌های اپیدورال خود به خودی نخاع یک اورژانس در رشته جراحی اعصاب محسوب می‌گردد که نیاز به تشخیص سریع و درمان فوری دارد. اغلب بیماران با درد گردن و کمر مراجعه می‌نمایند که بعد از آن علایم عصبی نظیر هر توده فضاگیر که باعث افشاری بر روی نخاع می‌گردد خود را نشان خواهند داد (۵،۴). این اختلال چنانچه به موقع تشخیص داده نشده و درمان نشود می‌تواند باعث نقص عصبی دائمی و حتی مرگ بشود (۶). اکثریت موارد این هماتوم‌ها در تراز توراسیک (سینه‌ای) و بعد سرویکال تحتانی (پایینی گردن) قرار می‌گیرند (۷)، در۸۶درصد موارد در خلف نخاع واقع می‌شوند (۷). به دلیل قرارگیری هماتوم در محل خلفی جانبی (پوسترولترال) نخاع اکثریت مؤلفین شبکه وریدی اپیدورال را منبع خون‌ریزی می‌دانند (۸)، ولی برخی دیگر هم خون‌ریزی شریانی را مطرح می‌نمایند چرا که فشاراینتراتکال (داخل نخاع) از فشار وریدهای اپیدورال بیشتر است (۹). گرچه برخی از مؤلفین نتایج خوبی را با درمان غیرجراحی در گروهی از بیماران مشاهده کرده‌اند، ولی تخلیه هماتوم با جراحی همچنان به عنوان روش انتخابی درمان این ضایعات است (۴،۵). بهترین روش تشخیصی برای این ضایعات MRI است. صرف نظر از موارد ایدیوپاتیک (با علت ناشناخته)، برخی از عوامل زمینه ساز شامل مصرف داروهای ضد انعقاد-ناهنجاری‌های عروقی- اختلالات

[1] International Normalized Ratio



[ Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-19 ]

انعقادی ارثی می‌باشند (۱۰). پیش آگهی نورولوژیک در بیماران به شدت درگیری عصبی قبل از عمل جراحی، اینتروال (دوره زمانی) بین شروع علایم و جراحی، سایز (اندازه) هماتوم و وجود ادم (ورم) در نخاع دارد (۵). در بررسی ۳۳۰مورد هماتوم اپیدورال خود به خودی نخاع برخی ازمؤلفین نتیجه گرفتند بیمارانی که قبل از عمل جراحی دچار فلج کامل باشند احتمال آن‌که بعد از عمل همچنان فلج باقی بمانند بسیار زیاد است (۵). سایر مطالعات بیانگر آن است که چنانچه بیماران قبل از عمل نقص عصبی کامل داشته باشند هیچ‌کدام به حالت طبیعی نمی‌رسند (۷). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بهبودی بیماران بعد از عمل جراحی به شدت درگیری عصبی آن‌ها دارد و هرچه قبل از عمل نقص عصبی شدید تر باشد پیش آگهی هم بدتر خواهد بود. آنچه هم اکنون مشخص است این است که هرچه فاصله شروع علایم تا عمل جراحی کوتاه‌تر باشد، به خصوص اگر ظرف ۲۴ ساعت اول عمل جراحی انجام شود پیش آگهی بهتر خواهد بود (۷). اگرچه برخی به راین باورند که پیدایش سریع نقص عصبی پیش آگهی را بدمی نماید ولی دیگران ارتباطی بین سرعت پیدایش نقص عصبی و پیش آگهی قائل نیستند (۵).

## نتیجه گیری

هماتوم اپیدورال خود به خودی نخاع یک اختلال نادرمی باشد که نیاز به تشخیص و درمان فوری دارد. بیمار ما اگرچه ۴۸ساعت بعد از شروع علایم تحت عمل جراحی قرار گرفت ولی در طی چهار ماه بعد از عمل جراحی بهبودی قابل ملاحظه‌ای نشان داد. پیش آگهی بیماران بعد از عمل جراحی به شدت نقص عصبی قبل از عمل جراحی، اینتروال بین شروع علایم و جراحی، ادم نخاع و سایز هماتوم دارد. هرچه که بیماران قبل از عمل جراحی نقص عصبی کم‌تری داشته باشند پیش آگهی بهتری دارند.

## References


1. Zhan L, Qingfang J, Jianguo X, Xiang W, Sanzhong L, Chao You. Spontaneous spinal epidural hematoma: analysis of 23 cases. Surgical Neurology 2008; 69 (3):253-260.
2. Cohen JE, Ginsberg HJ, Emery D, Schwartz ML. Fatal spontaneous spinal epidural hematoma following thrombolysis for myocardial infarction. Surg neurol 1998;49:520-23.
3. Liao CC, Lee ST, Hsu WC, Chen LR, Lui TN, Lee SC. Experience in the surgical management of spontaneous spinal epidural hematoma. J Neurosurg. 2004;100:38–45.
4. Hussenbocus SM, Wilby MJ, Cain C, Hall D. Spontaneous spinal epidural hematoma: a case report and literature review. J Emerg Med. 2009 Jan 5.
5. Groen RJ, Van Alphen HA. Operative treatment of spontaneous spinal epidural hematomas: a study of the factors determining postoperative outcome. Neurosurgery 1996;39:494-508.
6. Dinsmore AJ, Leonard RB, Manthey D. spontaneous spinal epidural hematoma:a case report. J Emerg Med 2005; 28:423-26.
7. Shin JJ, Kuh SU, Cho YE. Surgical management of spontaneous spinal epidural hematoma. Eur Spine J 2006;15:998-1004.
8. Groen RJ. Non-operative teratment of spontaneous spinal epidural hematomas:a review of the literature and comparison with operative cases. Acta Neurochir (Wien) 2004;146:103-10.
9. Beatty R, Winston K, spontaneous cervical epidural hematoma: a consideration of etiology. J Neurosurg 1984;61:143-48.
10. Baba Y, Tsuboi Y, Fujino Y. Extended spontaneous spinal epidural anterior hematoma over multiple spinal segments:a case report. Rinsho Shinkeigaku 2000; 40:566-70.
11. Shimada N, Sugawara T, Itoh Y. Four cases of spontaneous spinal epidural hematoma (japanese). No shinkei Geka 2005;33:163-68.


[ Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-19 ]