

بررسی موارد ترومبوز عروق مغزی در کرمانشاه (۸۶-۱۳۸۰)*

نازنین رزازیان^{۱*}؛ مینو محمدی^۲؛ سعیده طهماسبی^۱؛ امیداسماعیلی^۱

چکیده

ترومبوز وریدی مغزی، عارضه‌ای نادر، اما بالقوه خطرناک است، به خصوص که اغلب در افراد جوان رخ می‌دهد. مطالعه حاضر با هدف بررسی خصوصیات جمعیت‌شناختی، علل زمینه‌ای جمعیت در معرض خطر و یافته‌های پاراکلینیک در مبتلایان به ترومبوز سینوس وریدی در شهر کرمانشاه انجام شد. در این مطالعه توصیفی، پرونده‌های بیماران مبتلا در ۶ بیمارستان شهر کرمانشاه در سال‌های ۸۶-۱۳۸۰ مورد بررسی قرار گرفت. حدود ۷۵ درصد بیماران را زنان با متوسط سنی $40/2 \pm 17/22$ سال تشکیل می‌دادند. بیشترین آمار مراجعین در ماه‌های آذر و بهمن بود. سینوس ساژیتال فوقانی، شایع‌ترین مکان ترومبوز بود. سی‌تی‌اسکن در ۴۷/۵ درصد موارد نرمال گزارش شد.

کلید واژه‌ها: ورید مغزی، ترومبوز

«دریافت: ۱۳۹۱/۳/۱۱ پذیرش: ۱۳۹۱/۸/۳۰»

۱. گروه نورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۲. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

* عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، بلوار پرستار، بیمارستان امام رضا(ع)، گروه نورولوژی، تلفن: ۴۲۷۶۳۰۳-۰۸۳۱

Email: nrزازian@kums.ac.ir

* این مقاله منتج از پایان‌نامه دانشجویی خانم مینو محمدی جهت اخذ درجه دکترای حرفه‌ای پزشکی از دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه می‌باشد.

مقدمه

اساس پرونده‌های موجود در بایگانی این بیماران و با اجازه مسئولین بیمارستان صورت گرفته و در تمام مراحل، اطلاعات بیمار محرمانه نگه‌داشته شد. متغیرهای مورد بررسی شامل سن، جنس، فاکتورهای خطر ساز، شایع‌ترین زمان مراجعه، وجود سابقه ترومبوز، محل ترومبوز، عوارض حین بستری و یافته‌های رادیولوژیک بودند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ترومبوز عروق مغزی، رخدادی نادر، اما بالقوه مرگ‌بار می‌باشد که شیوع واقعی آن ناشناخته است و عامل کم‌تر از یک درصد استروک‌ها در بالغین تخمین زده شده است (۱).

این بررسی با هدف افزایش آگاهی نسبت به جمعیت در معرض خطر و عوامل زمینه‌ساز این بیماری در شهر کرمانشاه انجام گرفت.

یافته‌ها

بر اساس نتایج مطالعه ۲۵ درصد (۱۰) بیماران را مردان و ۷۵ درصد (۳۰) آن‌ها را زنان تشکیل می‌دادند. میانگین سنی نمونه‌ها $40/2 \pm 17/22$ سال بود، حداکثر سن بیماران ۸۵ سال و حداقل سن آنان نیز ۱۵ سال بود. بیشترین زمان مراجعه در ماه‌های آذر و بهمن با ۲۷/۵

مواد و روش‌ها

در این مطالعه، پرونده بیماران مبتلا به ترومبوز سینوس وریدی مغز که در ۶ بیمارستان فارابی، طالقانی، شهدا، بیستون، امام رضا و امام حسین طی سال‌های ۸۶-۱۳۸۰ بستری شده بودند مورد بررسی قرار گرفت. تعداد کلی بیماران ۴۰ مورد گزارش گردید. این مطالعه گذشته‌نگر بر

طول بستری نداشتند. یک نفر از بیماران نیز فوت کرده بود.

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که بیشترین میزان ابتلا در خانم‌ها و در میانگین سنی $40/2 \pm 17/22$ سال بود که با مطالعات جهانی مطابقت دارد (۲).

از طرفی میزان مصرف قرص پیشگیری از بارداری در خانم‌های مبتلا در این مطالعه و مطالعات دیگری که در ایران انجام شده است نزدیک به هم می‌باشد، به طوری که این میزان در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۶ توسط پاشاپور و همکاران در تبریز انجام شد ۵۱ درصد بود (۳).

نتایج فوق این مسأله را تأیید می‌کند که ترومبوز عروق مغزی، بیشتر خانم‌های جوان در سنین باروری را گرفتار می‌کند و مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری به‌عنوان یکی از فاکتورهای خطر در این بیماری مطرح می‌باشد. از نظر شیوع علل، میزان به‌دست‌آمده در این مطالعه با مطالعات جهانی همخوانی دارد (۲).

از نظر مکان‌های شایع ترومبوز در این مطالعه، سینوس لترال و سینوس ساژیتال فوقانی، شایع‌ترین مکان‌های درگیر بودند که این امر با مطالعات جهانی همسو بود (۴).

درگیری بیش از یک سینوس در این مطالعه ۴۷/۵ درصد بود، این یافته در مطالعه‌ای که توسط Biousse و همکاران انجام شد ۵۰ درصد گزارش شد (۵).

از طرفی سی‌تی‌اسکن مغزی در ۴۷ درصد بیماران نرمال بود که این میزان تقریباً با مطالعه‌ای که توسط Biousse و همکارانش انجام شده بود مطابقت داشت (۵) و گویای این مطلب مهم است که در مواردی که شک بالینی قوی به ترومبوز عروق مغزی وجود دارد، نرمال بودن سی‌تی‌اسکن که در موارد اورژانس اولین اقدام می‌باشد، ردکننده تشخیص نیست و برای تشخیص باید از MRI و MRV (ام آر ونوگرافی) استفاده شود. در واقع MRI روش طلایی تشخیصی در ترومبوز عروق مغزی است (۶).

(۱۱ نفر) و ۲۰ درصد (۱۰ نفر) و کم‌ترین تعداد مراجعین در ماه تیر با ۲/۵ درصد (۱ نفر) بود.

حدود ۲/۵ درصد (۱ نفر) از بیماران، سابقه ترومبوز وریدی عمقی داشتند و ۹۷/۵ درصد (۳۹ نفر) هم سابقه‌ای از DVT نداشتند. در خصوص توزیع مکانی ترومبوز، نتایج نشان داد که بیشترین میزان به‌ترتیب مربوط به سینوس ساژیتال فوقانی ۲۰ درصد (۸ نفر)، سینوس لترال راست با ۱۷/۵ درصد (۷ نفر) و سپس سینوس سیگموئید با ۵ درصد (۲ نفر) بود.

کم‌ترین میزان مربوط به درگیری همزمان سینوس لترال راست و سینوس سیگموئید با ۲/۵ درصد بود. در حدود ۴۷/۵ درصد (۱۹ نفر) از بیماران، بیش از یک سینوس درگیر بود.

حدود ۵۳/۳ درصد خانم‌ها نیز تحت درمان جایگزینی هورمون قرار داشتند.

۵۷/۵ درصد از کل بیماران، سابقه مصرف هیچ‌گونه دارویی را نداشتند. سابقه مصرف هیچ‌گونه دارویی در مردان گزارش نشد. ۲/۵ درصد (۱ نفر) از بیماران دچار عفونت ساب‌مندیولار و ۲/۵ درصد (۱ نفر) دچار ماستوییدیت بودند و در ۹۵ درصد بیماران نیز علل عفونی وجود نداشت.

میانگین فاصله زمانی مراجعه تا تشخیص $5/59 \pm 5/2$ روز بود.

از لحاظ نوع درمان، ۹۵ درصد (۳۸ نفر) از بیماران تحت درمان با هپارین و سپس وارفارین قرار گرفته بودند.

از نظر یافته‌های تصویربرداری در سی‌تی‌اسکن مغزی، ۴۷/۵ درصد (۱۹ نفر) موارد نرمال گزارش شد. در ۳۵ درصد (۱۴ نفر) موارد انفارکت، در ۱۵ درصد (۶ نفر) موارد خونریزی و تنها در ۳۵ درصد (۱۴ نفر) موارد شواهد ترومبوز مشاهده شد.

در حین بستری، ۱۷/۵ درصد (۷ نفر) بیماران دچار تشنج و ۱۰ درصد (۴ نفر) دچار کاهش سطح هوشیاری شدند و ۷۵/۵ درصد (۳۰ نفر) نیز هیچ‌گونه عارضه‌ای در

به MRI و MRV امکان تشخیص سریع تر ترومبوز سینوس وریدی فراهم شده است. گرچه این امر یکی از عوامل تشخیص موارد بیشتری از ترومبوز سینوس وریدی است ولی در بررسی دیگری که در سال ۸۹-۱۳۸۸ در سطح بیمارستان‌های شهر کرمانشاه انجام گرفته تنها در فاصله یک سال، ۲۱ مورد ترومبوز سینوس وریدی تشخیص داده شده است (۹). این موضوع، اهمیت در نظر داشتن این تشخیص را در سردردهای حاد و تحت حاد خصوصاً در این منطقه جغرافیایی نشان می‌دهد. گرچه در همین سال‌ها تظاهرات نادری از ترومبوز سینوس وریدی نیز در کرمانشاه گزارش شده (۱۰) که در نظر داشتن این تشخیص را در چهره‌های بالینی دیگر ضروری می‌سازد. از سوی دیگر کنترل عوامل خطر ساز به‌عنوان یک اقدام پیشگیرانه توصیه می‌شود.

نتیجه گیری

در موارد وجود سردرد حاد، خصوصاً در خانم‌هایی که در سنین باروری به‌سر می‌برند و سابقه‌ای از مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری دارند باید به ترومبوز سینوس وریدی فکر کرد. از سوی دیگر با توجه به این که در موارد متعددی، مصرف این دارو عامل خطر ساز بوده است، شاید لازم باشد در مورد بهداشت تجویز و مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری در کشور ما بازنگری صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از مسئولین محترم دانشکده پزشکی و معاونت پژوهشی دانشگاه کمال تشکر و قدردانی را دارند.

References

1. Busser MG, Ferro JM. Cerebral Venous Thrombosis: an update. *Lancet Neurol*. 2007;6(2):162-7.
2. Gosk-Bierska I, Wysokinski W, Brown RD Jr, Karnicki K, Grill D, Wiste H, et al. Cerebral venous sinus thrombosis: Incidence of venous thrombosis recurrence and survival. *Neurology*. 2006;67(5):814-9.
3. Pashapoor A, Arami MA, Valaee A. Cerebral venous thrombosis in adults: A clinical study of 64 Iranian cases. *Internet Journal of Neurology*. 2007; 6(2):3.
4. Bruin SF, Haan RJ. Clinical features and prognostic factors of cerebral venous sinus thrombosis in a prospective series of 59 patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2001;70(1):105-8.

از نظر نوع درمان فقط ۵ درصد بیماران در این مطالعه تحت درمان با داروهای ضدانعقادی قرار نگرفته بودند که این امر نیز به دلیل وجود شواهدی از خونریزی وسیع در تصویربرداری بود.

میزان مرگ و میر و عوارض حین بستری شامل تشنج نیز با مطالعات جهانی همخوانی داشت. میزان بروز فصلی در این مطالعه با توجه به بروز بالای آن در فصل پاییز و زمستان و همزمان با ماه رمضان در این بازه زمانی با مطالعه‌ای که توسط جانقریبانی و همکارانش در اصفهان انجام شد، مطابقت داشت (۷).

از نظر شیوع اختلالات انعقادی، نتایج حاصل از این مطالعه، کم‌تر از مطالعات جهانی برآورد شد (۲) که این امر می‌تواند ناشی از عدم بررسی نظام‌مند کمبود پروتئین C و S، آنتی فسفولیپید آنتی‌بادی و فاکتور پنچ لیدن و سایر کوآگولوپاتی‌ها در طول بستری و پس از تأیید تشخیص و عدم ثبت در پرونده‌ها باشد. چنان‌که در یک مطالعه آینده‌نگر توسط رحیمی و همکاران، در فاصله سال ۸۷-۱۳۸۶ تعداد ۲۴ بیمار مبتلا به ترومبوز سینوس وریدی مغز در کرمانشاه مورد بررسی قرار گرفتند و نشان داده شد که موتاسیون در فاکتور پنچ لیدن در بیماران بیش از افراد سالم بوده است (۱۶/۷٪ در بیماران در مقایسه با ۲/۲٪ در افراد سالم) و این امر به علت افزایش سطح سرمی هموسیستین می‌تواند علتی برای ترومبوز سینوس‌های وریدی باشد (۸).

در مطالعه حاضر فاصله زمانی مراجعه تا تشخیص قطعی، $5/95 \pm 2/5$ روز بود. این مدت تا حدودی تحت تأثیر سیستم نوبت‌دهی جهت MRI و MRV است. در سال‌های اخیر با افزایش توجه پزشکان و دسترسی بیشتر

5. Biousse V, Ameri A, Bosser MG. Isolated intracranial hypertension as the only sign of cerebral vein thrombosis. *Neurology*. 1999;53(7):1537-42.
6. Renowden S. Cerebral venous sinus thrombosis. *Eur Radiol*. 2004;14(2):215-26
7. Janghorbani M, Zare M, Saadatnia M, Mousavi SA, Mojarrad M, Asgari E. Cerebral vein and dural sinus thrombosis in adults in Isfahan, Iran: frequency and seasonal variation. *Acta Neurol Scand*. 2008;117(2):117-21.
8. Rahimi Z, Mozafari H, Bigvand AH, Doulabi RM, Vaisi-Raygani A, Afshari D, et al. Cerebral venous and sinus thrombosis and thrombophilic mutations in Western Iran: association with factor V Leiden. *Clin Appl Thromb Hemost*. 2010;16(4):430-4.
9. Shobeiri E, Razazian N, Rezaee M, Sheikhesmaeili M. [The study of incidence rate of cerebral venous thrombosis and some of the relative factors in Kermanshah city in 1388-1389. (Persian)]. *Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2010;15(2):64-9.
10. Razazian N, Tahmasebi S, Afshari D, Gharebaghian H, Hamedani M. [The case report of an unusual presentation of cerebral venous thrombosis (Persian)]. *Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2012;17(1):114-19.