

نازنین رزازیان*

چکیده :

مقدمه : خونریزی ساب آراکنوئید چهارمین علت شایع حوادث عروقی مغز است . این اختلال در کودکان نادر است و بیشترین شیوع آن در سنین ۶۵-۳۵ سالگی است. شایع ترین علت خونریزی ساب آراکنوئید غیر تروماتیک آنوریسم ساکولار است. خونریزی ساب آراکنوئید طیف وسیعی از علایم بالینی، از سردرد خفیف تا مرگ ناگهانی دارد و به عنوان یک اختلال بالقوه کشنده حایز اهمیت است. آنوریسم های اینتراکرنیال با بعضی بیماری های دیگر از جمله کوآرکتاسیون آئورت می تواند همراهی داشته باشد. هدف از معرفی این بیمار توجه به امکان این همراهی خصوصاً در سنین پایین می باشد. معرفی بیمار: بیمار کودک دوازده ساله ای است که بدون سابقه بیماری قبلی در مهرماه ۱۳۸۲ دچار سردرد شدید و ناگهانی و اختلال هوشیاری گذرا شد. در معاینه علایم مننژه وجود داشت و بیمار تب نداشت. بر اساس علایم بالینی و سی تی اسکن مغز خونریزی ساب آراکنوئید با منشأ آنوریسم در شریان رابط قدامی تشخیص داده شد. بیمار در هنگام بستری فشار خون بالا داشت، نبض اندام های تحتانی لمس نمی شد و در سمع قلب سوفل سیستولیک III/VI شنیده می شد. در بررسی اکوکاردیوگرافی کوآرکتاسیون آئورت تشخیص داده شد.

بحث: خونریزی ساب آراکنوئید غیر تروماتیک در ۸۰ درصد موارد مربوط به آنوریسم ساکولار است و در بیست درصد بقیه ناشی از مالفورماسیون شریانی وریدی و یا آنوریسم مایکوتیک می باشد. آنوریسم معمولاً در محل دو شاخه شدن شریان های مغزی اتفاق می افتد. در ۹۵-۹۰ درصد موارد، در گردش خون قدامی حلقه ویلیس دیده می شود که شایع ترین محل آن شریان رابط قدامی است. آنوریسم های اینتراکرنیال با برخی بیماری ها از جمله کلیه پلی کیستیک ، سندرم اهلر دانلس ، سندرم اسلروبرراندو ، دیسپلازی فیبروماسکولار و کوآرکتاسیون آئورت همراهی دارند. احتمال می رود منشأ مشترک این بیماری ها، اختلالات تیغه عصبی در مرحله امبریون باشد که منجر به ضایعاتی در بافت های منشأ گرفته از آن می شود، لذا توصیه می شود در بیماران مبتلا به خونریزی ساب آراکنوئید به احتمال وجود بیماری های همراه توجه شود.

کلیدواژه ها: خونریزی ساب آراکنوئید، آنوریسم ساکولار، کوآرکتاسیون آئورت.

* استادیار گروه نورولوژی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه .

* عهده دار مکاتبات : کرمانشاه، خیابان دولت آباد، مرکز آموزشی درمانی

فارابی، تلفن: ۰۸۳۱-۸۲۶۱۰۴۶.

E-Mail: NRazazian@Yahoo.Com

به نظر می‌رسد عوامل ژنتیک در بروز آن دخیل هستند (۳).
بروز سالیانه کوآرکتاسیون آئورت در ایالات متحده ۱/۵۰۰۰ در کودکان می‌باشد (۵). بروز وقوع همزمان این دو عارضه ذکر نشده، ولی گزارش‌های جداگانه‌ای از وجود همزمان هر دو اختلال در بیماران وجود دارد (۶و۵).
تصور می‌شود آنوریسم ناشی از یک نقص تکاملی در لایه‌های میا و الاستیک است. یک نظریه دیگر پدیده ایجاد آنوریسم را مربوط به تخریب موضعی ناشی از نیروهای همودینامیک در رأس محل دوشاخه شدن عروق می‌داند. در نتیجه این ضعف موضعی در جدار رگ، لایه اینتیما به سمت خارج برجستگی پیدا می‌کند و تنها توسط آدوانتیس رگ پوشیده می‌شود. این برجستگی تدریجاً بزرگتر می‌شود و در نهایت پارگی اتفاق می‌افتد. اندازه آنوریسم ساکولار از دو میلی‌متر تا سه سانتیمتر متغیر است، ولی به طور متوسط هفت و نیم میلی‌متر می‌باشد. آن دسته از

مقدمه :

خونریزی ساب‌آراکنوئید چهارمین علت شایع حوادث عروقی مغز پس از اتروترومبوز، آمبولی و خونریزی اولیه پارانشیم است (۱). شایع‌ترین علت خونریزی ساب‌آراکنوئید، خونریزی از آنوریسم ساکولار است (۲و۳). آنوریسم‌های ساکولار که آنوریسم بری هم خوانده می‌شوند برجستگی‌هایی با جدار نازک هستند که از شریان‌های حلقه ویلیس و شاخه‌های اصلی آن منشأ می‌گیرند. به‌عنوان یک قانون، آنوریسم‌ها در محل دو شاخه شدن شریان‌ها قرار دارند (۱). پارگی آنوریسم در کودکی نادر است (۲و۱) و به ندرت در اتوپسی‌ها دیده می‌شود، ولی فرکانس آنوریسم با افزایش سن بیشتر می‌شود و حداکثر وقوع آن در سن ۳۵ تا ۶۵ سالگی است. بروز اختلالات دیگری مانند کلیه پلی‌کیستیک، دیسپلازی فیبروماسکولار در عروق خارج مغزی، مویامویا و کوآرکتاسیون آئورت در بیماران مبتلا به آنوریسم ساکولار بالاتر است (۴-۱).

خونریزی ساب‌آراکنوئید یک اختلال بالقوه کشنده است. بروز آن در کشورهای مختلف متفاوت است. فنلاند، ایالات متحده و ژاپن مناطق با بروز بالا هستند و نیوزیلند و خاور میانه بروز پایین دارند، لذا

كرانيال فلج اعصاب چشمي شايعتر است و از همه شايعتر فلج عصب شش است كه بيشتر به علت افزايش فشار داخل جمجمه است، تا يك علامت موضعي واقعي . فقدان ديد يك چشمي ميتواند با آنوريسم شريان افتالميك ديده شود (۳-۱). خونريزي ساب آراكنوئيد از علل مرگ ناگهاني است و ده درصد از مبتليان قبل از هر اقدام درماني مييرند(۳).

تنگي مجري شريان آئورت در هر جايي از مسير آن ميتواند اتفاق افتد، اما شايعترين محل آن بعد از انشعاب شريان ساب كلاوين چپ و نزديك محل ليگامنت آرتريوزوم ميباشد. كواركتاسيون آئورت تقريباً" در هفت درصد اشخاص مبتلا به بيماري مادرزادي قلب اتفاق ميافتد. در مردها دو برابر شايعتر از زنان است. اتساع آنوريسمال شرياني در حلقه ويليس اين بيماران همراه با خطر بالاي پارگي ناگهاني و مرگ است. عروق كولاترال بزرگ ممكن است در فضاي بين دندهاي در قدام، در آگزيلا و در فضاي

آنوريسمها كه پاره ميشوند، معمولاً ده ميليتر يا بزرگتر هستند، اما پارگي آنوريسم در اندازههاي كوچكتر نيز اتفاق ميافتد(۱).

۹۰-۹۵ درصد آنوريسمهاي ساكولار در قسمت قدامي حلقه ويليس ديده ميشوند. چهار محل شايع آن عبارتند از: شريان رابط قدامي، محل اتصال شريان رابط خلفي به كاروتيد داخلي، اولين محل دوشاخه شدن شريان مغزي مياني و محل دوشاخه شدن كاروتيد داخلي به شريانهاي كاروتيد قدامي و مياني.

علايم باليني در خونريزي ساب آراكنوئيد معمولاً به صورت سردرد شديد و ناگهاني است كه ممكن است با کاهش سطح هوشياري همراه باشد. سردرد معمولاً به عنوان بدترين سردرد زندگي توصيف ميشود. سفتي گردن، فوتوفوبي، علايم تحريك مننژ، تهوع و استفراغ كه نشان دهنده افزايش فشار داخل جمجمه و تحريك مننژ است، وجود دارند. معمولاً" علايم نورولوژيك فوكال ديده نميشود، ولي ميتواند اتفاق بيفتد. در بين اعصاب

گزارش جهت توجه بیشتر همکاران به احتمال وجود کوارکتاسیون آئورت و یا سایر بیماری‌ها در مبتلایان به خونریزی ساب آراکنوئید و احتمال بیشتر وجود آنوریسم اینتراکرانیا ل در مبتلایان به کوارکتاسیون آئورت تهیه شده است. ذکر این نکته لازم است که در زمان وجود این همراهی پارگی آنوریسم در سنین پایین‌تر اتفاق می‌افتد (۵).

معرفی بیمار:

بیمار پسر دوازده ساله‌ای است که در تاریخ ۸۲/۷/۹ در مدرسه دچار سردرد شدید و ناگهانی شده است که بلافاصله دچار بیهوشی شده است. اختلال هوشیاری به مدت یک دقیقه طول کشیده است. حرکات تونیک کلونیک، بی‌اختیاری ادرار و شرح حالی از وضعیت پست ایکتال نمی‌دهد. سردرد بسیار شدید بوده و حالت انفجاری داشته و همراه با تهوع و استفراغ بوده است. بیمار سابقه‌ای از سردرد، فشار خون بالا، بیماری کلیوی یا قلبی نداشت. سابقه

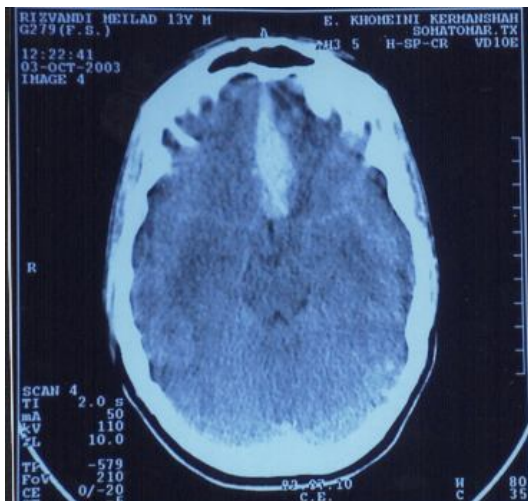
بین دو استخوان کتف لمس شوند. نوار قلب معمولاً " نشان‌دهنده بزرگی بطن چپ است. در رادیوگرافی قفسه سینه نشانه‌۳ که بر اثر اتساع قبل و بعد از محل کوارکتاسیون می‌باشد، پاتو گنومونیک است. اکوکاردیوگرافی از ناحیه پارا و سوپرااسترنال محل و طول کوارکتاسیون را نشان می‌دهد.

کوارکتاسیون ایزوله آئورت اغلب فاقد علامت است. سردرد، خونریزی از بینی، انتهاهای سرد، فشار خون‌های بالا در اندام‌های فوقانی، تأخیر نبض در اندام‌های تحتانی نسبت به اندام‌های فوقانی یا عدم وجود نبض در شریان‌های اندام‌های تحتانی و لنگش در زمان فعالیت شک به آن بر می‌انگیزد. صدمات اصلی ناشی از آن به علت فشار خون بالا است که می‌تواند منجر به خونریزی مغزی پارگی آئورت و آترواسکلروز کرونر شود (۴).

هر یک از دو بیماری فوق می‌توانند تهدیدکننده زندگی باشند. با توجه به احتمال همراهی این دو بیماری این

اسكن مغز انجام شد. خونريزي ساب آراكنوئيد با تجمع خون در فضاي بين دو لب فرونتال خصوصاً در محل شريان رابط قدامي ديده شد. (تصوير ۱ و ۲).
 طي چند روز اول بستري بيمار از شدت سردرد قادر به بازکردن چشم ها و حرکات سر نبود.

بیمار تحت درمان طبي با آنالژزيك

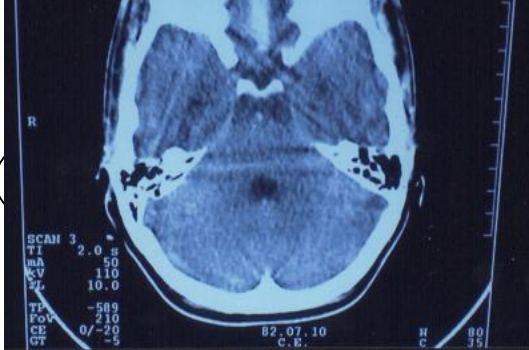


e- سي تي اسكن مغز بيمار مبتلا به كوآركتاسيون آئورت: خونريزي با منشأ شريان رابط قدامي، خون در فضاي بين دو هي سفر.
 داروي كورتيكواستروئيد، ضدشنج و کاپتوپریل و نیمودیپین قرار گرفت. با تداوم سردرد بيمار، سي تي اسكن مجدد براي ارزيابي وجود

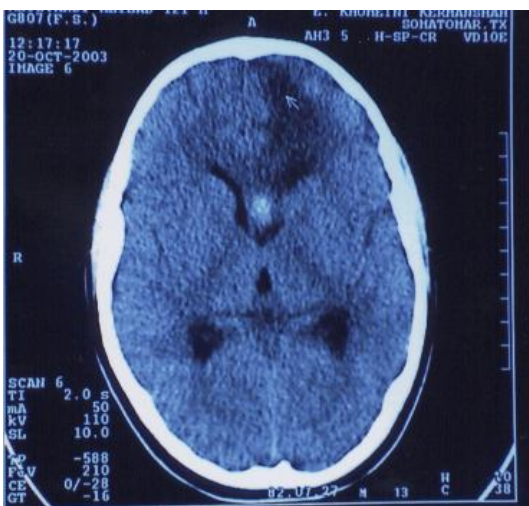
خانوادگي از نظر بيماري قلبي يا حوادث عروقي مغز منفي بود. در معاینه بيمار هوشيار بود، به شدت از سردرد رنج مي برد و فتوفوبي داشت. علام تحريك مننژ شامل سفتي گردن و كرنيك ديده شد. در فوندوسكوبي ادم پايي دو طرفه وجود داشت. در معاینه حرکات چشم محدوديت در حرکت به سمت خارج در هر دو چشم ديده شد كه مؤيد فلج عصب زوج ششم دو طرف بود. در معاینه حسي و حرکتي مشكلي نداشت. رفلکسها قرينه و دو مثبت بودند. علام حياتي بيمار به صورت زير بود:

T=37c PR=80/min RR=12/min BP=170/100

در سمع قلب سوفل سيستوليک ۳/۶ وجود داشت. نبضهاي اندامهاي فوقاني لمس ميشد، ولي نبض تيدياليس آنتريور، پوپليدته آل و فمورال دو طرف لمس نمي شد. با توجه به شرح حال شروع ناگهاني سردرد و وجود علام مننژه، ظهور برق آساي علام و اختلال هوشياري اوليه، احتمال خونريزي ساب آراكنوئيد مطرح شد و سي تي



e- سی‌تی‌اسکن مغز بیمار مبتلا به کوآرکتاسیون آئورت: مقطع پایین‌تری از محل خونریزی، ضایعه در فضای بین دو همی‌سفر در حوزه قدامی دیده می‌شود.



e- سی‌تی‌اسکن مغز بیمار مبتلا به کوآرکتاسیون آئورت (۱۷ روز بعد): ناحیه هیپودانس در لب فرونتال همی‌سفر چپ که دال بر ایسکمی می‌باشد.

تدریجاً از شدت سردرد بیمار کاسته شد و فلج عصب ششم دو طرف از بین رفت و بیمار با حال عمومی خوب برای آنژیوگرافی فرستاده شد که کوآرکتاسیون آئورت تأیید شد. بیمار تحت عمل جراحی قرار

عوارض خونریزی ساب آراکنوئید انجام شد. در سی‌تی‌اسکن مجدد علایم وازواسپاسم به صورت ایسکمی در فرونتال چپ همراه با درجاتی از هیدروسفالی دیده شد (تصویر ۳ و ۴).

در مشاوره با همکاران جراح اعصاب توصیه به ادامه درمان طی شد. با توجه به عدم وجود نبض‌های اندام‌های تحتانی و هیپرتانسیون اکوکاردیوگرافی از نظر وجود کوآرکتاسیون آئورت انجام شد و وجود کوآرکتاسیون آئورت با تنگی شدید پس از شریان ساب‌کلاوین همراه با کلسیفیکاسیون گزارش شد. هیچ اختلال دریچه‌ای دیده نشد. در گرافی ساده ریه نشانه ۳ وجود نداشت. در آنژیوگرافی MR مالفورماسیون شریانی وریدی و آنوریسم دیگری دیده نشد.

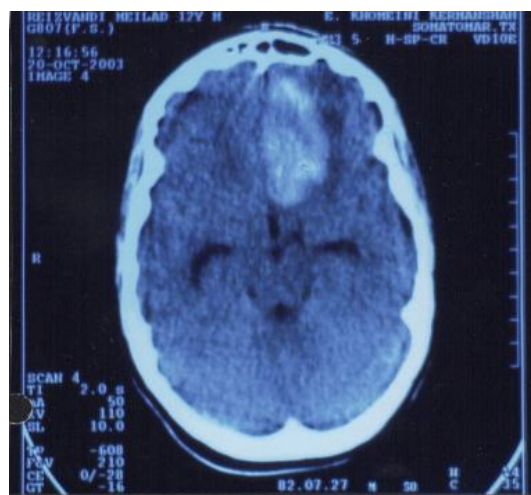
با اتساع شاخ تمپورال بطنهاي جاني ديده ميشود. خونريزي به داخل نسج نيز گسترش يافته است.

زمان خونريزي ممكن است ساير اختلالاتي را كه منجر به فشار خون بالا ميشود، از نظر دور دارد. خصوصاً در مورد افراي كه سابقه اي از فشار خون را نمي دهند يا موارد شبیه به بيمار ما كه قبلاً فاقد علامت بوده، بررسي كافي نشده و تحت معاينه كامل قرار نگرفته است، وقتي فشارخون بالا در بيمار تشخيص داده ميشود، معاينه نبضهاي محيطي جهت رد كوآركتاسيون اهميت دارد و شايد چنين معاينه ساده اي بتواند منجر به تشخيص زودرس و جلوگیری از عوارض وخيم بعدي گردد. اندازه گيري فشار خون در بيماراني كه با سردرد مراجعه مي كنند، جزو معاينات ضروري است. اين امر در كساني كه دچار سردردهاي ناگهاني ميشوند، از اهميت بيشتري برخوردار است. آنوريسمها در بيست درصد بيماران متعدد هستند و ميتوانند يك طرفه يا

گرفت و كوآركتاسيون با عمل جراحي اصلاح گرديد.

بحث:

هيپرتانسيون در بيماران مبتلا به آنوريسم شايع تر از جمعيت عمومي است، اما آنوريسم اغلب در اشخاص با فشار خون نرمال اتفاق ميشود. بروز فشار خون بالا در زمان وقوع خونريزي پديده شايعي است، لذا توصيه ميشود با توجه به اختلال خونرساني بافتي از پايين آوردن زياد از حد فشار خون در بيمار مبتلا به خونريزي ساب آراكنوئيد خودداري شود (٢١). وجود فشار خون بالا در



سي تي اسكن مغز بيمار مبتلا به كوآركتاسيون (١٧ روز بعد): درجاتي از هيدروسفالي

Trenauny-Weber syndrome می‌باشند (۳-۱ و ۹-۵). این همراهی بیشتر با فرم اتوزومال غالب کلیه پلی‌کیستیک دیده شده است و آنوریسم‌های اینتراکرانیال در ده تا پانزده درصد افراد مبتلا به کلیه پلی‌کیستیک دیده شده است، لذا غربالگری بیماران مبتلا به کلیه پلی‌کیستیک از این نظر به وسیله MR Angiography توصیه شده است (۷).

مطالعه‌ای آنوریسم‌های اینتراکرانیال و دیسکسیون عروق سرویکوسفالیک در بیماران که بیماری مادرزادی قلبی داشته‌اند، بررسی شده است. در سه درصد کودکانی که آنوریسم‌های اینتراکرانیال داشته‌اند، بیماری مادرزادی قلب وجود داشت. در پنج درصد بالغینی که آنوریسم‌های اینتراکرانیال داشتند، وجود بیماری مادرزادی قلبی ثابت شد. همراهی کوآرکتاسیون آئورت و آنوریسم تنها در یک بیمار دیده شد. نتیجه این تحقیق نشان می‌دهد که اشخاص مبتلا به اختلالات مادرزادی قلب خصوصاً

دو طرفه باشند (۱)، لذا انجام آنژیوگرافی به روش Digital Subtractional و یا MR Angiography در بیماران توصیه می‌شود (۳-۱ و ۷). یک آنژیوگرام منفی رد کننده آنوریسم نیست. در ده تا بیست درصد بیماران که از نظر بالینی خونریزی ساب آراکنوئید تشخیص داده می‌شود (با سی‌تی‌اسکن یا پونکسیون لومبر)، آنژیوگرام منفی است (۱ و ۳). در کسانی که آنژیوگرام از نظر آنوریسم و مالفورماسیون شریانی وریدی منفی است، پیش‌آگهی بهتر است. مواردی از همراهی آنوریسم‌های اینتراکرانیال با سایر بیماری‌ها گزارش شده است که شامل دیسپلازی فیبروماسکولار، پلی‌کیستیک، کوآرکتاسیون آئورت، مویامویا، آنژیوت گرانولوماتوز، مالفورماسیون‌های شریانی‌وریدی، آناستوموز کاروتید-بازیلر، سندرم اهلر دانلس، سندرم اوسلر وبر راندو،

سودوگزانوما الاستیکوم، Kipple-

در سنين نوجواني در خطر بالاتري از آنوريسم اينتراكرانيال و ديسكسيون شريانهاي سرويكو سفاليك قرار دارند. در بيمار ما خونريزي ساب آراكنوئيد در سن كمترى نسبت به سن حداكثر شيوع خونريزي كه در ۳۵ تا ۶۵ سالگي است، رخ داده است. خود اين امر نياز به ارزيابي بيشتر را در بيماران با سنين كمتر نشان ميدهد. با توجه به منشا مشترك شريانهاي سر و گردن از تيغه عصي پيشنهاده ميشود كه پاتوژنز مشترك، توضيحدهنده همراهي اختلالات قلي و عروق مغزي ضايعات تيغه عصي است (۸). تيغه عصي در مراحل اوليه امبريوژنز ظاهر ميشود و منحصربهفرد است، چون سلولهاي آن به همه قسمتهاي جنين مهاجرت

ميکنند و به تيپهاي سلولي متعددي مانند سلولهاي شوان، ملانوسيتها و اكثر ساختمانهاي مزانشيمال سر و گردن شامل تونيكامدياي قوس آئورت و عروق سرويكوسربرال ديفرانسيه ميشوند؛ لذا اختلالات تيغه عصي ميتواند توضيحدهنده بيماريهاي نسوج منشأ گرفته از آن باشد(۹).

گرچه پاتوژنز قطعي اين همراهيها مورد بحث و بررسي است، ولي احتمال وجود آنها قطعي است؛ لذا ضروري است كه در مواجهه با بيمار مبتلا به خونريزي ساب آراكنوئيد به اين احتمالات فكر كرد و آنها را بررسي نمود. شايد با بررسي بيشتر بيمار در مقابل خطرهاي بعدي بهتر حفظ شود.

References:

1. Adams R, Victor M, Ropper AH. Spontaneous subarachnoid hemorrhage: In: Wonsiewicz MJ, Navrozov M, editors. Principle of neurology. 6th ed. New york: McGraw-Hill ; 1997, P.841-848.
2. Mayer SA, Brnardiri GL, Brust JCH, Solomon R. Subarachnoid hemorrhage: In: Rouland LP, editor . Merritt's neurology. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins ; 2000, P.260-267.
3. Becske T, Jallo G, Berman S, Talavera F, Krishner H, Benbodis S, Lutsep H. Subarachnoid hemorrhage. E Med J 2002; 3:3.

4. Friedman WF, Child JS. Congenital heart disease: In: Braunwald E, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo DL, Jameson JL, editors. Principles of internal medicine. 15th ed. New York: McGraw-Hill ; 2002, P.1337-1338.
5. Mercado L, Cantu C, Sanches A , Revuelta R, Lata G, Bouffael JA. Intracranial aneurysms associated with unsuspected aortic coarctation. J Neurosurg 2002 Nov;97(5):1221-5.
6. [http:// oac.med.jhmi.edu/cpc 6/html](http://oac.med.jhmi.edu/cpc6/html)
7. Vega C, Kwoon J, Lavine S. Intracranial aneurysms: current evidence and clinical practice. Am Fam Physician 2002; 66:601-8.
8. Schievink WI, Mari B ,Piepgras DG, Gittenberger G. Intracranial aneurysms and cervicocephalic atrial dissection with congenital heart disease. Neurosurg 1996 Oct; 30(4):685-9.
9. Schivink WI, Michels VV, Morki B, Piepgras DG, Perry HO. A familial syndrome of arterial dissection with lentiginosis. N Engl J Med 1995 ; 332:576-579.