

اسکولیوز همراه با سیرنگومیلی

دکتر ابراهیم عامری^۱، دکتر بهرام مبینی^۲، دکتر حمید بهتاش^۳، دکتر قاسم فتحی^{۴*}

چکیده

مقدمه: همراه بودن مواردی از اسکولیوز با سیرنگومیلی در مطالعات مختلف نشان داده شده است، افتراق این نوع اسکولیوز از انواع ایدیوپاتیک مهم است زیرا در صورت نیاز ابتدا باید سیرنگومیلی را درمان کرد و در صورت عدم تشخیص سیرنگومیلی و درمان اصلاحی اسکولیوز، احتمال عوارض عصبی وجود دارد شواهد کلینیکی و رادیولوژیک مختلفی در جهت افتراق اسکولیوز ایدیوپاتیک از اسکولیوز همراه با سیرنگومیلی وجود دارد این مطالعه بعضی از این شواهد رادیولوژیک را مورد بررسی قرار داده است.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی و به روش گذشته نگر بر روی ۳۸ بیمار که اسکولیوز همراه با سیرنگومیلی داشتند صورت گرفت. نمونه های پژوهش تمام بیماران مراجعه کننده به بیمارستان شفا یحیانیان از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۳ با تشخیص سیرنگومیلی و اسکولیوز بودند و برای همه بیماران رادیوگرافی روبرو و نیمرخ ایستاده (در بیمارانی که قادر به ایستادن بودند) و رادیوگرافی نشسته و یا خوابیده در بیمارانی که قادر به ایستادن نبودند انجام شد MRI بیماران نیز مطالعه شد، نوع اسکولیوز از نظر علت، محل دفورمیتی، اندازه اسکولیوز، دفورمیتی کیفوز و یا لوردوز در نمای نیمرخ محل و اندازه سیرنکس مورد مطالعه قرار گرفت.

نتایج: ۵۲٪ بیماران دختر و ۴۸٪ پسر بودند ۲۱٪ اسکولیوز مادرزادی و ۳۱/۵٪ مننگو میلوسل و ۲/۷٪ اسکولیوز مادرزادی و مننگومیلوسل و بقیه بیماران اسکولیوز بدون علت خاصی همراه با سیرنگومیلی داشتند سن متوسط بیماران ۱۴/۱ سال بود ۹۴/۷٪ بیماران کیفوز در ناحیه توراسیک داشتند در ۳۷٪ بیماران که اسکولیوز توراسیک داشتند تحذب منحنی به طرف چپ و در ۶۳٪ به طرف راست بود ۳۶٪ بیماران سندروم ارنولد کیاری و ۲۱٪ چسبندگی نخاع داشتند در ۴۷/۴٪ سیرنکس در ناحیه گردن و ۴۴/۶٪ در ناحیه توراسیک و ۲/۷٪ در لومبار و در ۵/۳٪ در تمام نخاع بود.

نتیجه گیری: همراهی سیرنگومیلی با ضایعات سیستم عصبی مانند سندرم ارنولد کیاری شایع است در بیمارانی که با تشخیص اسکولیوز ایدیوپاتیک مراجعه می کنند و در رادیوگرافی نیمرخ هیپوکیفوز و یا لوردوز ناحیه توراسیک ندارند و یا اسکولیوز پیشرونده و یا منحنی با تحذب به طرف چپ در ناحیه توراسیک دارند باید به تشخیص اسکولیوز ایدیوپاتیک شک کرد و اقدامات لازم در جهت تشخیص ضایعات احتمالی سیستم عصبی را انجام داد زیرا در صورت عدم تشخیص سیرنگومیلی و درمان جراحی احتمال عوارض عصبی وجود دارد.

واژه های کلیدی: اسکولیوز، سیرنگومیلی، مننگومیلوسل، سندروم ارنولد کیاری، چسبندگی نخاع

مقدمه

حاوی مایع در نخاع توصیف شد (Tethered cord). سیرنکس اغلب در ناحیه سرویکال و توراسیک دیده می شود و از نظر علت ایجاد بیماری می تواند ایدیوپاتیک و یا اکتسابی باشد تقریباً تمام بیماران با سیرنگومیلی ایدیوپاتیک مالفورماسیون ارنولد کیاری دارند علت سیرنگومیلی اکتسابی تروما و یا تنبلاسم های نخاع است سیرنگومیلی در ۱-۳٪ بیماران با تروماهای نخاع ایجاد می شود و

سیرنگومیلی اولین بار در سال ۱۸۳۷ میلادی به صورت حفره ای

۱،۲،۳- استادیار گروه ارتوپدی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

*۴- نویسنده مسئول: استادیار گروه ارتوپدی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

تلفن ۸۲۲۴۰۰۰، تلفن همراه ۰۹۱۲۲۲۵۰۱۱۳

E mail : fathi937@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۵/۶/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۳۸۵/۱۰/۱۳