

تشخیص شما؟

مورد ۱:

بیمار خانم ۴۵ ساله که به دلیل سردرد، سرگیجه، تاری دید و دوبینی به مدت ۴ ماه مراجعه کرده است که در معاینه ادم پایی دوطرفه داشته و با شک به ترمبوز سینوس وریدی برای انجام MRI و MRV از مغز مراجعه کرده است.

پرتو دانش

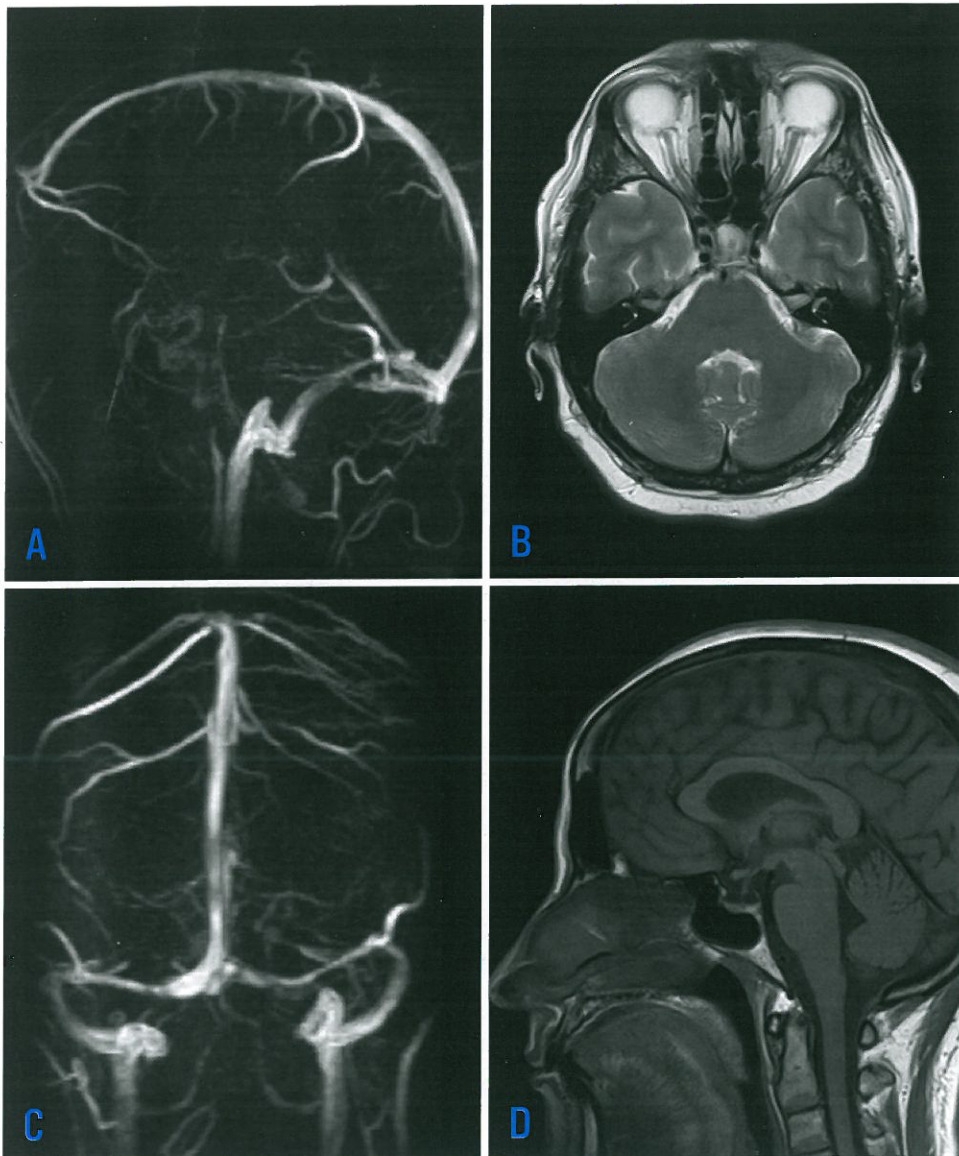
فصلنامه تخصصی پزشکی و پیرا پزشکی

■ دکتر مریم مشایخی

رادیولوژیست، مسئول فنی

مرکز تصویربرداری پرتو طب آزما

و تابش پرتو



شکل A و شکل C: تصاویر MRV

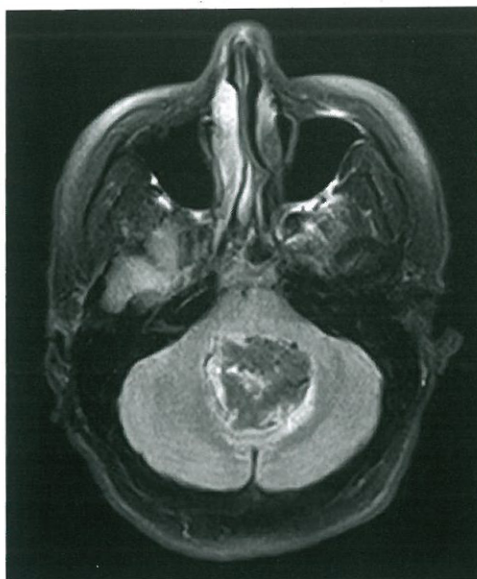
شکل B و شکل D: آگزینال T2WI و سائیتال T1WI

تشخیص شما چیست؟

تشخیص در صفحه ۵۱

مورد ۲:

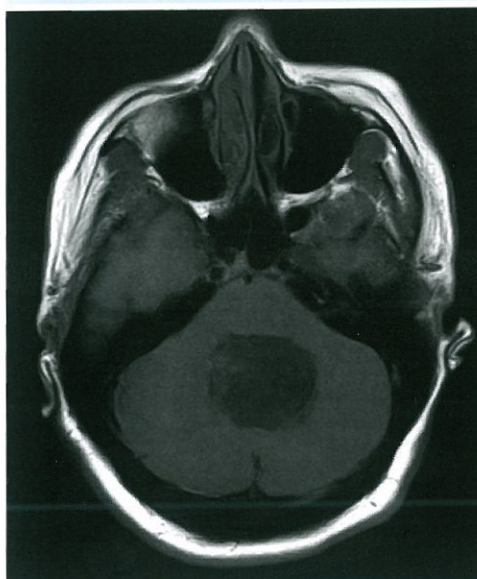
بیمار خانم ۳۸ ساله که با سردرد، سرگیجه، تاری دید، دو بینی، تهوع و عدم تعادل مراجعه کرده است.



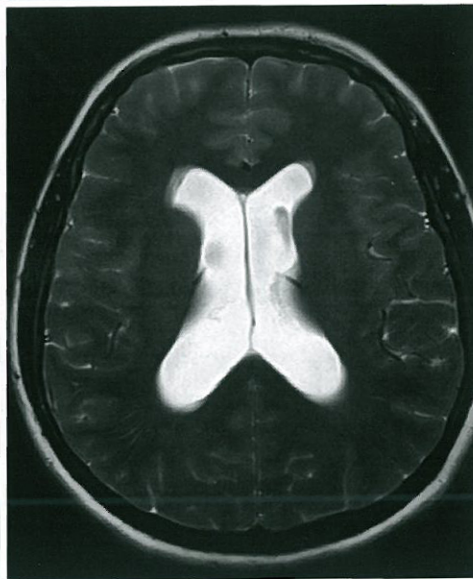
آگزینال FLAIR



آگزینال T2W



آگزینال T1WI



آگزینال T2W

تشخیص شما چیست؟

تشخیص در صفحه ۵۲

پاسخ تشخیص شما

تشخیص مورد ۱:

Idiopathic Intracranial hypertension

به این بیماری پسودوتومور سربری و benign intracranial hypertension نیز گفته می‌شود که بیمار با علائم و شواهد افزایش فشار داخل جمجمه مراجعه می‌کند بدون اینکه توده فضاگیر یا هیدروسفالی وجود داشته باشد. بیمار اغلب با سردرد و اختلالات بینایی مثل تاری دید و دوبینی مراجعه می‌کند.

در معاینه ادم پایی یک یا دو طرفه دیده می‌شود و معاینه نورولوژیک معمولاً نرمال است اما ممکن است شواهد فلج عصب ۶ کرانیال دیده شود.

اغلب در خانم‌های میانسال و چاق دیده می‌شود و ممکن است با بعضی از بیماری‌های اندوکراین مثل هیپوتیروئیدی، هیپوپاراتیروئیدی، کوشینگ و یا نارسایی آدرنال همراه باشد.

انجام تصویربرداری در بیمارانی مشکوک به IIH از نظر رد احتمال تومور مغز، هیدروسفالی و نیز ترومبوز سینوس‌های وریدی ضروری است.

یافته‌های مهم:

یافته‌های مهم تصویربرداری که در این بیمار نیز ملاحظه می‌شود عبارتند از:

۱. Paratotal empty sella که در این بیمار نیز در تصویر سائیتال T1W دیده می‌شود. بصورت بزرگی سلا تورسیکا و flattening هیپوفیز روی کف سلا.

۲. دیلاتاسیون فضای ساب آراکنوئید اطراف عصب‌های اپتیک دو طرف که در این بیمار در تصویر اگزیتال T2W در اربیت بصورت high signal در اطراف عصب اپتیک دو طرف مشهود است.

۳. نکته مهم رد وجود تومور مغز، هیدروسفالی و ترومبوز سینوس وریدی است که همانطور که ملاحظه می‌شود MRV مغز نیز نرمال است.

در مورد پاتوفیزیولوژی این بیماری اطلاعات دقیقی در دسترس نیست و احتمالاتی مثل کاهش جذب CSF و یا افزایش تولید آن، افزایش حجم داخل عروقی و نیز افزایش فشار وریدی اینتراکرانیال مطرح می‌شود.

درمان:

شامل درمان‌های مدیکال مثل کاهش وزن یا استفاده از Carbonic anhydrase inhibitors و یا درمان‌های جراحی مثل انجام LP و یا گذاشتن شانت و... است. در این بیمار در مرحله اول LP انجام شد.

پرتو دانش

فصلنامه‌ی تخصصی پزشکی و پیراپزشکی

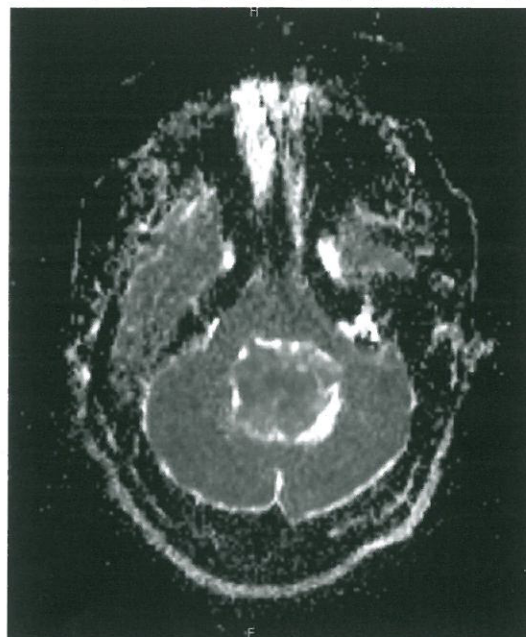
■ دکتر مریم مشایخی

رادیولوژیست، مسئول فنی
مرکز تصویربرداری پرتو طب آزما
و تابش پرتو

تشخیص مورد ۲:

اپیدروموییدسیت

ضایعه‌ای که در بطن ۴ دیده می‌شود و نشانگر یک اپیدروموییدسیت است که در تصاویر T1WI و T2WI نمای کاملاً مشابه سیست دارد یعنی به ترتیب سیگنال پایین و بالا دارد و ممکن است بر اساس این سکانس‌ها قابل افتراق از ضایعات کیستیک دیگر مغز مثل آراکنوئیدسیست نباشد.



ADC map



DWI

آنچه به تشخیص کمک می‌کند تصاویر FLAIR است که برخلاف سایر کیست‌ها سیگنال بیشتر از CSF و تا حدی dirty دارد اما از آن بهتر

سکانس DWI است، همانطور که در تصاویر زیر ملاحظه می‌شود به دلیل محتوای غلیظ و چسبنده کیست restricted diffusion ایجاد می‌شود که باعث افزایش سیگنال در DWI و کاهش در ADC map می‌گردد.

در این بیمار علائم هیدروسفالی انسدادی با اتساع بطن‌های طرفی و سوم نیز قابل مشاهده است.

کیست اپیدرومویید یک ضایعه کونژنیتال است اما به دلیل رشد بسیار آهسته سال‌ها طول می‌کشد که علائم آن ظاهر کند و اغلب بیماران در زمان مراجعه در سن ۲۰ تا ۴۰ سالگی هستند.

علائم آن معمولاً به دلیل رشد تدریجی و mass effect بوده

و شامل موارد زیر است:

- سردرد (شایع‌ترین علت)
- درگیری اعصاب کرانیال
- سیزر
- علائم ناشی از افزایش فشار داخل جمجمه (مثل این بیمار)
- سمپتوم‌های مخچه‌ای

محل‌های شایع آن در جمجمه عبارتند از:

- سیسترن سربلوپونتاین (CPA)
- سیسترن سوپراسلار
- بطن ۴
- میدل کرانیال فوسا
- ناحیه اینترهمیسفریک