

بررسی مشخصات بالینی و پاراکلینیک تومورهای مغزی جراحی شده در بیمارستان آیت‌اله کاشانی شهرکرد از مهر ماه ۱۳۷۶ تا اردیبهشت ۱۳۷۹

دکتر جعفر مهوری*، دکتر سعید ابریشم کار**

چکیده:

سومین علت مراجعه بیماران با مشکلات عصبی تومورهای مغزی است. با توجه به تأخیر در تشخیص تومورها و شدید بودن علائم و نشانه‌ها در زمان تشخیص و درمان در بروز گروهی از تومورها انجام مطالعه بالینی و پاراکلینیک تومورهای مغزی ضروری به نظر می‌رسد. در این مطالعه ۵۵ تومور مغزی بر اساس معاینه بالینی سی تی اسکن و آسیب شناسی بعد از عمل از نظر علائم بالینی و یافته‌های تصویری نتایج درمان مورد مطالعه قرار گرفتند. اطلاعات بالینی و تصویری و پاتولوژی از طریق فرم اطلاعاتی از پرونده بیماران استخراج شد. شایع‌ترین علائم و نشانه‌ها به ترتیب سر درد (۷۶٪)، تهوع و استفراغ (۴۷٪)، پارزی اندامها (۴۳٪) و تشنج (۲۸٪) بودند. در یافته‌های تصویری سی تی اسکن ۸۲٪ تومورها بالای جادربنه و ۱۸٪ زیر جادربنه قرار داشتند. اکثریت بیماران در گروه سنی ۲۰ تا ۶۰ سالگی قرار داشتند. شایع‌ترین تومورها مننژیوم (۳۲٪) و در رده بعدی گلیوم (۳۰٪) و سایر تومورها از ۲-۹٪ بوده‌اند. شیوع بالای مننژیوم به ویژه با نسبت بسیار بیشتر در زنان و شدیدتر بودن علائم بالینی در بیماران مبتلا به انواع گلیوم نکات قابل توجه هستند که می‌تواند ناشی از تأخیر در تشخیص به علت مسائل خاص جغرافیایی و اجتماعی و درمانی در استان باشد.

واژه‌های کلیدی: تومورهای مغزی، گلیوم، مننژیوم، تومورهای متاستاتیک مغزی.

مقدمه:

در صورتی که نورینوما، آنژیوما، سارکوما و کوردوما و لمفوما شیوع کمتری دارند. تومورهای متاستاتیک هم ۲۰ تا ۴۰٪ تومورهای مغزی را شامل می‌شوند که به نظر می‌رسد با مطالعات دقیق‌تر افراد مبتلا به کانسر، این میزان بالاتر هم خواهد رفت.

تومورهای مغزی ۲۰٪ از تومورهای بدخیم قبل از ۱۵ سالگی را تشکیل می‌دهند. حداکثر شیوع در کودکی و سپس افزایش ثابت از ۲۰ تا ۷۰ سالگی و کاهش در

میزان بروز تومورهای مغزی ۴ تا ۵ مورد در ۱۰۰/۰۰۰ نفر در سال است و بعد از سکته‌های مغزی شایع‌ترین علت مرگ و میر در بیماران با مشکلات عصبی به شمار می‌آید (۸،۷،۲).

در تقسیم بندی WHO تومورهای مغزی به سه گروه اولیه، پارانشیم مغزی و ثانویه یا متاستاتیک تقسیم بندی شده است (۱). اکثریت تومورهای مغزی در گروه گلیال و در رده بعدی مننژیوم و آدنوم هیپوفیز قرار دارند (۷).

*استادبار گروه مغز و اعصاب - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد (مؤلف مسؤل)

**استادبار گروه جراحی اعصاب - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

نتایج:

در ۵۵ بیمار مورد مطالعه ۵۵٪ مذکر و ۴۵٪ مؤنث بودند. بیماران در سه گروه کمتر از ۲۰ سال، ۳۰ تا ۶۰ سال و بالاتر از ۶۰ سال قرار گرفتند. تومورها اکثراً در جنس مذکر و در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی قرار داشتند.

از نظر فراوانی علائم بالینی سر درد به میزان ۷۶٪، ۴۷٪ تهوع و استفراغ، ۴۳٪ فلج اندامها و تشنج به میزان ۲۸/۵٪ به دست آمد. سایر علائم که شامل منگی (dizziness)، ادم پایی، آناکسی و سرگیجه بین ۱۵٪ تا ۲۵٪ بودند. علائم روانی، اختلالات بینایی، اختلال تکلم، کما، بی اختیاری ادراری، نیستگموس و فلج صورت هر کدام شیوع بین ۱/۸٪ تا ۹٪ داشتند. در تصاویر سی تی اسکن: ۸۲٪ ضایعات بالای چادرینه و ۱۸٪ زیر چادرینه قرار داشتند. شایع ترین تومورها مننژیومها، مدروبلاستوم، PNET (Primitive Neuroectodermal Tumor)، کرانیوفارنژیوم، لنفوم اولیه، موئید در تومور، کیست کولوئید و شوانوم عصب پنجم و هشتم هر کدام بین ۱/۸ تا ۳/۶٪ بود.

۵۰٪ از ضایعات زیر چادرینه در داخل بطن چهارم، ۲۰٪ در مخچه و بطن چهارم، ۲۰٪ در مخچه و زاویه مخچه و پل مغزی (پونز) قرار داشتند. تومورهای گلیال آستروسیتوم و گلیوبلاستوم ۷۶٪، آپاندیموم ۱۱/۸٪ و الیگودندروگلیوم ۵/۹٪ و تومورهای کوروئید پلکسوس ۵/۹٪ از تومورها را تشکیل می دادند.

مننژیومها ۷۲٪ در زنان و ۱۸٪ در مردان و از نظر محل ۵۵٪ در پاراسازیتال و فالکس، ۲۲٪ نیمکره ای و ۱۱٪ در بال اسفنوئید قرار داشتند. در شیار بویایی مغزی و بالای سلا (Sella) هر کدام ۵/۶٪ بود. منشأ تومورهای متاستاتیک از ریه، پستان، ملانوم، کلیه و تیروئید بوده است.

میزان مرگ و میر بعد از عمل جراحی ۹٪، عوارض شایع بعد از عمل دیابت بی مزه ۳/۸٪ و ترشح

افراد پیر مشخصه این تومورها در کودکان است. در کودکان ۷۰٪ تومورها زیر چادرینه (Tentorium) قرار دارند که این نسبت در بزرگسالان به ۳۰٪ کاهش می یابد (۵).

در طی چند سال گذشته که مرکز تشخیصی درمانی آیت اله کاشانی شهرکرد (تنها مرکز تشخیصی درمانی بیماران با مشکلات مغزی در استان) فعال شده است، مشاهده شد که بعضی از تومورها شیوع زیادی دارند و بسیاری از بیماران مبتلا با علائم شدید پیشرفته مراجعه می کنند و به نظر می رسد که تومورهای متاستاتیک در استان چهارمحال و بختیاری نادر باشد. لذا ما را بر آن داشت تا یک بررسی آماری از تومورهای مغزی در این استان به عمل آوریم. تشخیص زود هنگام، تأکید بیشتر بر روی معاینه بالینی و آگاهی بیشتر همکاران پزشک در استفاده مناسب از روشهای تشخیصی می تواند باعث به دست آمدن نتایج مفیدی در صورت درمان شود. لذا این تحقیق با هدف بررسی میزان شیوع نسبی انواع تومورهای مغزی و علائم بالینی پاراکلینیک تومورهای مغزی جراحی شده در بیمارستان آیت اله کاشانی شهرکرد صورت گرفته است.

مواد و روشها:

نوع مطالعه توصیفی - مقطعی به صورت سرشماری که از طریق نمونه گیری غیر احتمالی انجام گرفته است. در این بررسی اسامی ۵۵ بیمار مبتلا به تومور مغزی جراحی شده از مهر ۱۳۷۶ تا اردیبهشت ۱۳۷۹ از پرونده ها استخراج شد. اطلاعات بالینی، تصویری و پاتولوژی از پرونده ها جمع آوری و با برنامه رایانه ای SPSS و توسط آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. تعدادی از تومورهای مغزی که مورد عمل جراحی قرار نگرفته اند از این مطالعه حذف شدند.

(۲۸٪) و مطالعات دیگر وجود دارد (۹،۵). این مسئله می‌تواند نشانه ناتوانی ما در تشخیص صرعها به خصوص صرعهای فوکال و صرع لوب تمپورال (TLE) باشد. امروزه توصیه شده که اگر فردی میان سال با صرع فوکال مراجعه کرد اولین تشخیص، تومور مغز باشد تا خلاف آن ثابت شود (۹). از علل دیگر کاهش صرع در تومورهای مغزی وجود تومورهای دیگر است که صرع را نمی‌باشند مانند تومورهای حفره خلفی.

به طور معمول در مراکزی که بیماران تومورال بستری هستند ۲۰٪ آنان با مشکلات سایکولوژیک خفیف و شدید روبرو هستند. این علائم از افسردگی، توهم، هذیان تا دلیریوم و پارانوئید متفاوت است (۹). ۹٪ از بیماران عمل شده با علائم فوق مراجعه کرده‌اند که ۵۰٪ کمتر از مقدار گزارش شده در مطالعات مشابه می‌باشد (۱۱،۹،۳).

تومورهایی که منشأ لوب تمپورال، فروتال و کورپوس کالوزوم دارند با دمانس، دلیریوم و اختلالات ذهنی شدیدتری همراه هستند (۱۰). این تومورها می‌تواند منجر به افسردگی، ترس، هذیان شود و بسیاری از پزشکان و بیماران ممکن است این علائم را به سایکوز یا اختلالات عصبی نسبت دهند در صورتی که ضایعه فوکال باعث ایجاد این علائم شده است.

در این مطالعه تومورهای متاستاتیک درصد کمتری را اختصاص داده‌اند که چند عامل می‌تواند در آن دخیل باشد. عدم وجود مرکزی برای درمان و پیگیری بیماران مبتلا به کانسر (به طوری که اکثریت این بیماران جهت شیمی درمانی و رادیوتراپی به سایر استانها ارجاع داده می‌شدند) و نیز عدم وجود روشهای تشخیص دقیق تر در مورد مهم تر از این عوامل هستند. در این مطالعه مننژیوم ۳۲٪ از تومورها را تشکیل می‌دهد در صورتی که این درصد در گلیوم ۳۰٪ است. آمار فوق تفاوت بارزی با دیگر مطالعات دارد (۵). در مطالعات آینده به فاکتورهای مساعد کننده که می‌توانند شانس بروز

نامتناسب هورمون آنتی دیورتیک و هیدروسفالی و خونریزی داخل مغزی (ICH) هر کدام به میزان ۵٪ به دست آمد.

بحث:

در این مطالعه شایع ترین علائم کلینیک تومورها به ترتیب سر درد، استفراغ و علائم عصبی یک طرفه بودند. تومورها اکثراً در جنس مذکر و در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی قرار داشتند. شایع ترین تومورها مننژیوم به میزان ۳۲٪ و گلیوم با ۳۰٪ می‌باشند. متاستاز ۹٪ تومورها را تشکیل می‌دهد. در مطالعات مشابه شیوع علائم یک طرفه بسیار کمتر از مطالعات فعلی است (۱). همیشه علائم فوکال و یک طرفه در اوایل بیماری اندک و خفیف است. وجود مراکز مجهز با وسایل تشخیص دقیق تر نظیر (MRI) بسیاری از تومورهایی که قابل تشخیص در CTscan نیستند را مشخص می‌کند (۹). بنابراین احتمالاً عدم امکانات تشخیص و ارجاع با تأخیر بیماران باعث بروز علائم شدیدتر یک طرفه شده است.

شایع ترین علائم مشاهده شده در این بیماران سر درد، تهوع و استفراغ بود که در کتب مرجع (۹) نیز نتایج مشابهی ذکر شده است. ادم پایی به عنوان اولین تظاهر تومورها نادر است، اما در سیر بیماری می‌تواند دیده شود. در این مطالعه شیوع ادم پایی ۱۹/۸٪ است که در مقایسه با نتایج دیگران (۹،۵) نسبتاً قابل قبول است. در صورتی که بتوان از ابزارهای دقیق تر استفاده کرد و بخشهای آموزشی چشم و نورولوژی را فعال تر نمود و در دوره های بازآموزی و تکمیلی به جایگاه این معاینه تأکید بیشتر شود، درصد شیوع ادم پایی بالاتر خواهد رفت و موارد تشخیص داده نشده کمتر خواهد شد. البته درمانهای قبل از تشخیص (کورتون تراپی) می‌تواند از شدت علائم افزایش فشار داخل مغزی بکاهد (۷،۱).

با توجه به این که ۳۷ تا ۹۵٪ تومورهای مغزی با تشنج تظاهر می‌کنند تفاوت آشکاری در این مطالعه

پزشک به این علایم او را در تشخیص به موقع کمک خواهد کرد. ما باید با نگاه دقیق‌تری به صرعهای فوکال TLE (Temporal Lobe Epilepsy) امروزه این صرعها شایع‌ترین صرعهای بزرگسالان را تشکیل می‌دهد و وجود آن علامت خوبی برای تشخیص تومور است. اگر چه معاینه بالینی در تشخیص تومورها حرف اول را می‌زند اما وجود ابزارهای پیشرفته همراه با قدرت و تفکر، توانمندی پزشک را در تشخیص تومورها چندین برابر می‌کند.

تشکر و قدردانی:

از جناب آقای دکتر اصغر بیانی که در اجرای این پروژه ما را یاری نموده‌اند تشکر و قدردانی می‌شود.

مننژیوما را افزایش دهند به خصوص ارتباطات فامیلی و اشعه درمانی بایستی تأکید بیشتری صورت گیرد.

پیشنهادات:

شایع‌ترین علامت مراجعه بیماران با تومورهای مغزی به کلینیکهای اعصاب می‌باشد. لذا سر دردها را بایستی جدی بگیریم به خصوص سر دردهایی که در طول شب و یا صبحگاهی باشند. توصیه می‌شود که مطالعات تحقیقی در مورد میزان Radiation چهارمحال و بختیاری انجام شود و نیز مرکزی جهت درمان بیماران کانسری و پیگیری آنان در استان ایجاد گردد. علایم روانی مانند ترس و توهم می‌تواند راهنمای خوبی برای تشخیص تومورها باشد و نگاه زیرکانه

References:

- 1- Adams (eds.). Tumor. In: Adams (eds.). Principle of neurology: From McGraw Hill Company. New York: USA, 554-98, 1997.
- 2- Andrew H. Brain tumors. In: Andrew H. Esntial neurosurgery. New York: USA, 93-163, 1996.
- 3- Astephan MS.; Mark AL. Tumors of the nervous system. In: Anthony SF. Principle of internal medicine: From McGraw Hill Company. New York: USA, vol 2. 2398-409, 1997.
- 4- Bandione M.; Afidja A. Diagnostic X-ray coumputed tomography of craniocerebral tumors. Dankar Med, 43(1): 34-6, 1998.
- 5- Casida M. Balmaceoa tumor. In: Lewis P.; Rowlands MO. Merritt's neurology: From Willams & Wilkins Company. Philadelphia: USA, 10th ed. 267-302, 2000.
- 6- Comi AM.; Back Stroin JW.; Burger PC.; Duffner PK. Clinical neuroradiologic findings with intracranial ependymomas. Pediatra Neural, 18(1): 23-9, 1998.
- 7- Fetell MR.; Stein BM. Tumors. In: Lewis PR (eds.). Merritt's textbook of neurology: From Lea & Febiger. New York: USA, 9th ed. 273-530, 1995.
- 8- Fuller G.; Burger PC. Classification and biology of brain tumors. In: Julian RY.; Donald PB. Youman's neurological surgery: From WB Saunders Company. Philadelphia: USA, vol 4. 2495-520, 1996.
- 9- Maurice VI.; Allan RH. Tumor. In: Maurice VI.; Allan RH. Principles of neurology: From McGraw Hill Company. New York: USA, 7th ed. 680-7, 2001.
- 10- Simon RP. Disorder of consciousness. In: Simon RP.; Aminoff MG.; Greenberg DA. Clinical neurology: From Appleton & Lange Company. Stumford: USA, 4th ed. 62-3, 1999.
- 11- Vazina LG.; Diagnostic imaging in neuro oncology. Pediatra Clin North Am, 44(3): 701-19, 1997.