



Neurosurgery

الجراحة العصبية



كلية الطب البشرية / حماة - السنة الخامسة

P:7

أورام النخاع الشوكي وتجوف النخاع

د. عماد الروح

## أورام النخاع الشوكي

### هناك أورام:

- تنشأ على **حساب العمود الفقري** مثل Osteoma
- تنشأ على **حساب النخاع الشوكي** مثل الاورام ذات المنشأ العصبي

### أورام النخاع الشوكي:

- تشكل **١٥%** من مجموع الاورام **الاولية** للجملة العصبية المركزية
- الاورام **الثانوية** تتواجد بشكل **اكبر** هنا
- و **١٠%** من المرضى المصابين بالاورام بشكل عام يصابون **بنقائل على النخاع الشوكي**.
- **نادر** الحدوث ويشكل **١%** من جملة اورام الجسم
- وحوالي **سنة ونصف** يحتاج في كثير من الاحيان **لكشف الاورام الاولى** للنخاع الشوكي
- وتتميز عن اورام الدماغ **بطابع السلامة** تقريبا **٧٥-٨٠%** سليم وحوالي **٢٥%** خبيث.
- قد تكون **وحيدة (الأغلب)** او متعددة ، قد تكون بدئية او انتقالية .
- **الأشيع** بالناحية الظهرية **ثم القطنية ثم الرقبية ثم العجزية**
- الفئة العمرية **المتقدمه بالسن** تتميز بالاورام **الانتقالية** التي تصيب منطقة العمود الفقري اكثر من الاورام الاولى هنا
- الذروة العمرية تلاحظ بين **٤٠-٥٠ سنة** .





▪ اورام خارج الجافية ( Metastases –Multiple Myeloma)



Abb. 26.2 Zervikale Metastase im T1-gewichteten Bild mit Kontrastmittel; Myelonkompression. [6218]

"هذه صورة توضح ورم انتقالي على العمود الفقري الرقبي"

❖ **تصنيف اورام النخاع حسب نسبة الحدوث**

الطفولة	الكهولة
1-الأورام الدبقية "هاالم"	1-الأورام السحائية "هاالم"
2-الأورام الغرنية	2-الأورام الليفية العصبية
3-الأورام الليفية العصبية	3-الأورام الغرنية
4-الأورام السحائية	4-الأورام الإنتقالية
5-أورام العروق الدموية	5-أورام العروق الدموية

بشكل عام تكثر الاورام الدبقية ،الغروانية والليفية العصبية عند الاطفال بينما تكثر الاورام السحائية والليفية العصبية لدى الكهول.

ملاحظة

**الأعراض والعلامات في أورام الحبل الشوكي :**

تكون الأعراض تدريجية وتعتمد على مكان تواضع الورم .

**❖ الأعراض والعلامات في الاورام داخل النخاع****- في البدء:**

- ✓ اضطراب الحس (خدر وألم) في الطرفين السفليين عادة يتطور الى فقد الحس.
- ✓ الالم يأخذ هنا شكل قطعي Segmental.
- ✓ خزل يتطور بشكل بطيء ومترقى الى شلل رخو نصفي سفلي تحت مستوى الإصابة .
- ✓ خفة او غياب المنعكسات الوترية والجلدية الموافقة .

**- في المرحلة المتقدمة :**

- ✓ نقص اوزوال انماط الحس بشكل محدد اسفل موقع الورم.
- ✓ قد يتحول الشلل الرخو الى شلل تشنجي.
- ✓ اشتداد المنعكسات الوترية ووضوح المنعكسات المرضية.
- ✓ اضطراب المصرتين (احتباس بول وامساك).

قاعده سريرية:

اي الم ظهري ليلي يخف بالحركة ويزداد بالراحة هو الم ناتج عن كتلة شاغلة للحيز في العمود الفقري حتى يثبت العكس.

**❖ الاعراض والعلامات في الاورام خارج النخاع**

- ايضا تضغط هذه الاورام على النخاع الشوكي لكن معظم اعراضها تأتي من ضغطها على الجذور العصبية
- نفس اعراض الاورام داخل النخاع **ويضاف اليها :**
  - ✓ الم في الظهر مكان الإصابة والام جذرية في الطرفين السفليين.
  - ✓ ظهور ضعف عضلي مترقى.
  - ✓ يتطور ضعف حس تحت مستوى الإصابة.
  - ✓ يحدث ايضا احتباس بول او امساك.

واهم شي ان تعرف ان الاورام داخل النخاع لاتسبب الام جذرية اما الاورام خارج النخاع فانها تسبب الام جذرية

- **تختلف الاعراض** السابقة حسب مقر الورم وسرعه نموه واتساعه ونسبة ماتلف او تخرش من النسيج العصبي.

## علامات الخطر او مايسمى Red Flags

- علامات ذيل الفرس
- اضطراب بالمصرات
- ضعف عضلي مترق
- ضمورات عضلية

## التشخيص

## اولاً: القصة السريرية والفحص السريري

- القصة السريرية : تشير القصة الى ظهور علامات عصبية مترقية
- الفحص السريري : اضطراب منعكسات - ضمور عضلي - نقص الحس او غيابه

## ثانياً: شعاعياً

- صور بسيطة : تظهر التخرب الموضعي - توسع القناة الفقرية او الثقبية بين الفقرات - وجود تكلسات - أي آفة رئوية قد تكون وربما اعطى نقائل الى العمود الفقري
- ولكن الرنين: هو اساس تشخيص الاورام وخصوصا صورة **T1** مع الحقن
- ويفيد ايضا الطبقي في التخريب العظمي ، والصورة **مع الحقن الظليلي** احيانا
- في الاورام الليلية العصبية يجب اجراء استقصاء لكامل العمود الفقري و الدماغ والنخاع الشوكي

## ثالثا مخبريا

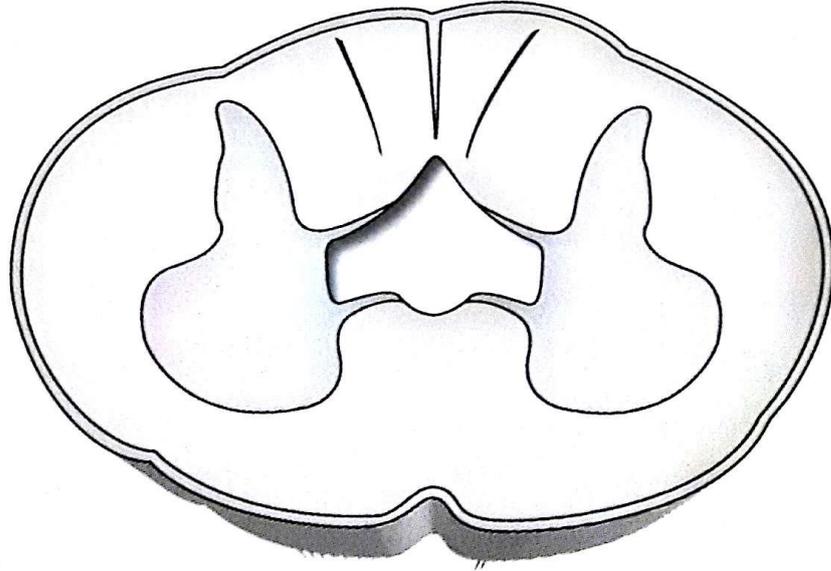
- كالورم النقوي المتعدد (فقر دم - ارتفاع تركيز البروتين في المصل - خزعه نقي العظم - بروتين بنزجونز في البول )
- الانتقالات تؤدي لارتفاع خميرة الفوسفاتز في المصل

## العلاج :

- مرضى النقائل تعالج بشكل اولي بالعلاج الشعاعي وفي **حال انضغاط النخاع** تعالج اولاً جراحياً ومن البدائل هنا استئصال الورم او اكبر جزء منه واجراء تثبيت عمود فقري.
- وكثيرا من الاحيان يجرى العمل الجراحي بشكل اسعافي خلال ساعات او ايام عندما يترقى الضغط على النخاع ويتشكل **ضعف نصفي غير كامل**
- المعالجة الهرمونية** تطبق في الانتقالات الورمية مثل الثدي
- المعالجة الكيماوية** تقتصر على المفومات او اللوكيميايات خصوصا عند الاطفال
- ويمكن اللجوء **للعلاج الداعم الشعاعي** عندما يكون استئصال الورم كاملا شبه مستحيل وتستخدم ايضا كخطوة لاحقة وداعمه للجراحة خاصة بعد التأكد من طبيعه الورم نسيجيا ومدى تأثيره بالاشعه.

## تجوف النخاع Syringomyely

هو توسع قطعي ( Segmental ) للقناة السيسانية للنخاع الشوكي.



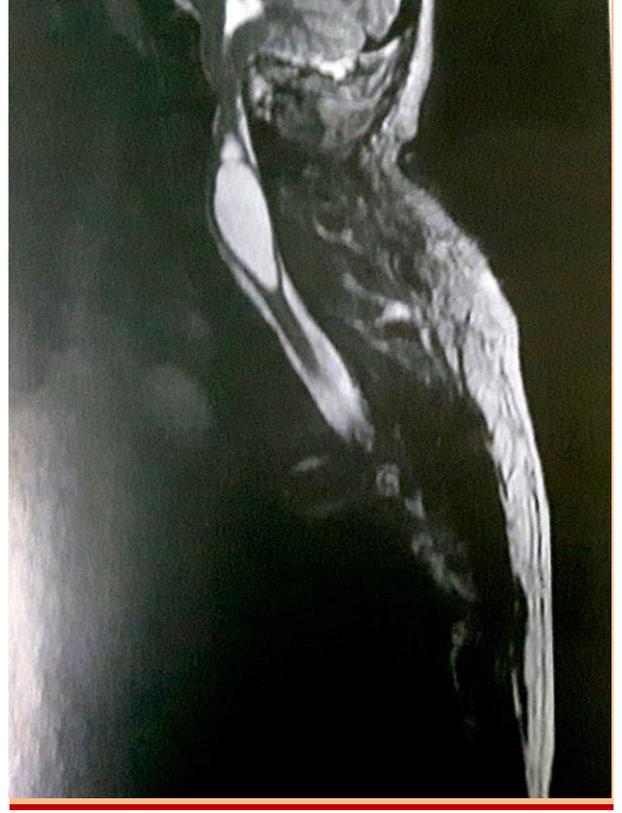
مقطع عرضي من النخاع الشوكي يوضح التكيف والتوسع بالقناة السيسانية حيث يكون ال CSF

الحدوث 8/100000 ، 80% من الحالات تترافق مع التشوه آرنولد كيارى النوع الأول والتي تكون في النخاع الرقبي .

1/100000 يوجد لديهم سوابق رض الذي يعيق مرور ال-CSF الى الاسفل . هذا ممكن ايضا نتيجة التصاقات التي تصيب العنكبوتية مثل حالات بعد التهاب سحايا.

### المظاهر السريرية :

- جدا متباينة حسب المقطع المصاب من النخاع الشوكي
- ممكن يوجد غياب انماط الحس والالم
- بشكل مبدئي معاناة من الم او ضعف ،شواش حسي و اضطراب مشية
- قد يصيب الاطراف العلوية او السفلية



"رنين يظهر تكهف في النخاع الرقبي الزمن الثاني سهمي"

### العلاج:

- بشكل عام الاستطباب الجراحي يستطب في حال تقدم الاعراض ،ويتم مثلاً
- باجراء **توسيع وخزاع** للقسم الخلفي من الجمجمة لتمكين ال CSF من الجريان.
- او يتم **ازالة الالتصاقات** في العنكبوتية مثلاً من الخلف.
- ممكن ايضا **استخدام شنت** من فوق مكان التضيق الموجود للبريتوان.
- ولكن يبقى الاختيار **الأفضل** هو **التوسيع والخزاع** مكان التجوف.

### الإنذار:

- حوالي **نصف المرضى** يعانون من **نكس**.
- **أفضل النتائج** عندما يكون **التكهف ناتج عن أرنولد كيارى نوع اول** حيث يجرى هنا خزاع وتوسيع.