

تشخیص شما؟

مورد ۱:

بیمار خانم ۴۰ ساله که مبتلا به صرع مزمن از سن ۱۸ سالگی می‌باشد. ضمناً بیمار دچار Short stature و اختلال بینایی نیز هست.



تشخیص شما چیست؟

تشخیص در صفحه ۴۸

پرتو دانش

فصلنامه‌ی تخصصی پزشکی و پیراپزشکی

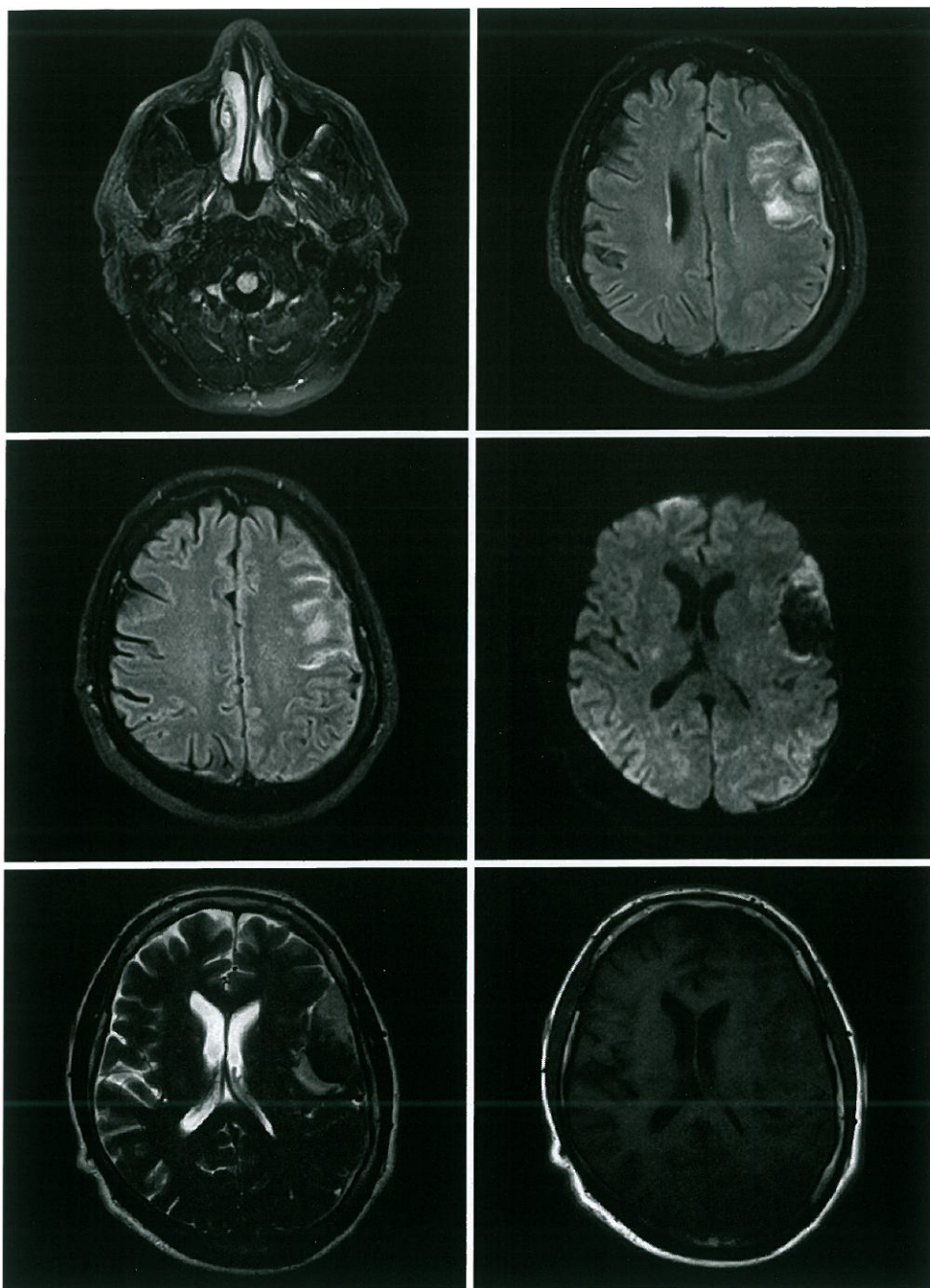
■ دکتر مریم مشایخی

رادیولوژیست، مسئول فنی
مرکز تصویربرداری پرتوطلب آزما
و تابش پرتو

مورد ۲:

قبل مراجعه کرده است و با احتمال CVA برای انجام MRI اورژانس
مغز همراه با سکانس دیفیوژن معرفی شده است.

بیمار آقای ۵۷ ساله که با پارزی سمت چپ صورت و آفازی از دو روز



تشخیص شما چیست؟

تشخیص در صفحه ۴۹

پاسخ تشخیص شما

تشخیص مورد ۱:

سپتو اپتیک دیسپلازی همراه با دیسپلازی کورتیکال فوکال در لوب فرونتال راست. همانطور که در تصاویر دیده می شود فقدان سپتوم پلاسیدوم بین بطن های جانبی در تصاویر آگزیتال و کورونال دیده می شود. به علاوه شاخ فرونتال بطن های جانبی نمای box-like پیدا کرده اند و این علائم همراه با هیپوپلازی کیاسمای اپتیک و نیز انفاندیبولوم هیپوفیز است که در تصاویر ساژیتال به خوبی قابل مشاهده هستند. سپتو اپتیک دیسپلازی (SOD) در سال ۱۹۵۶ توسط Morsier توصیف شد. تشخیص SOD یک تشخیص کلینیکال است و چنانچه دو یا بیشتر از تریاد کلاسیک زیر وجود داشته باشد مطرح می شود که شامل:

۱. هیپوپلازی عصب بینایی

۲. اختلالات هورمونال مربوط به غده هیپوفیز

۳. اختلالات میدلین مغز (میدلین برین اینورمالیتی)

شیوع آن حدود یک در ۵۰۰۰ است. فقط ۱/۳ بیماران تمام علائم کاردینال SOD را دارند. اختلالات بینایی (نیستاگموس، کاهش بینایی، کوررنگی) ناشی از هیپوپلازی عصب بینایی معمولاً علل مراجعه بیمار هستند و اختلالات اندوکرین مربوط به هیپوفیز دیرتر ظاهر می کند. (Hypothalamic-pituitary dysfunction)

یافته های تصویربرداری در MRI:

۱. هیپوپلازی یا فقدان کامل سپتوم پلاسیدوم. فقدان سپتوم پلاسیدوم در تصاویر ساژیتال هم قابل تشخیص است که در این تصاویر فورنیکس پوزیشن پایین تر از نرمال دارد. به علاوه در تصاویر آگزیتال و کورنال هم عدم وجود سپتوم پلاسیدوم به راحتی قابل تشخیص است.

۲. شاخ فرونتال بطن های جانبی در تصاویر کورنال نمای Point down دارند و سقف بطن های جانبی در این نما flat است.

۳. هیپوپلازی انفاندیبولوم هیپوفیز

۴. هیپوپلازی اعصاب اپتیک/کیاسمای اپتیک البته تشخیص آن با نوروایمیجینگ در موارد خفیف خیلی سخت است.

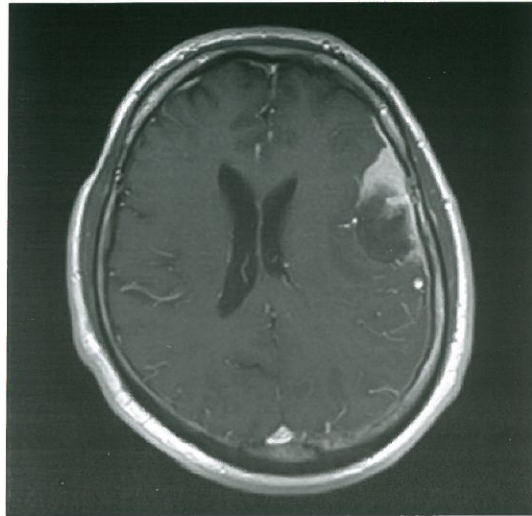
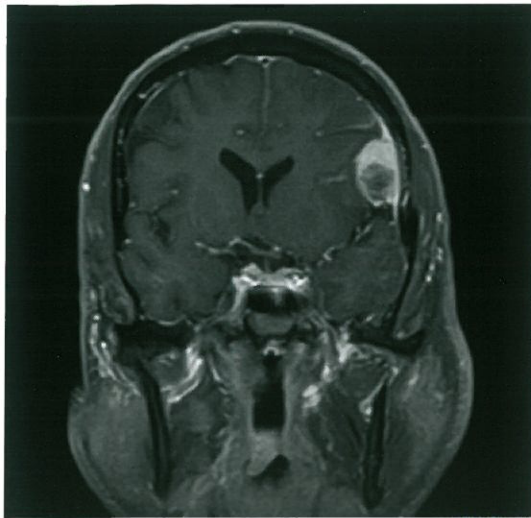
علاوه بر تمام یافته های فوق در MRI این بیمار علائم فوکال کورتیکال دیسپلازی (FCD) در لوب فرونتال راست نیز دیده می شود. فقدان ایزوله سپتوم پلاسیدوم نیز گزارش شده است اما یک اختلال بسیار نادر است که ممکن است تظاهرات نورولوژیکی نداشته باشد. اما در اکثر مواردی که به نظر می رسد فقدان ایزوله سپتوم پلاسیدوم دارند اختلالات نورولوژیک وجود دارد، چرا که در واقع آژنزی سپتال به طور ایزوله نادر است و در این موارد حتما باید بررسی خیلی دقیق مغز از نظر وجود آنومالی های همراه انجام شود.

پرتو دانش

فصلنامه ی تخصصی پزشکی و پیراپزشکی

■ دکتر مریم مشایخی

رادیولوژیست، مسئول فنی
مرکز تصویربرداری پرتوطلب آزما
و تابش پرتو



خونریزی همراه با مننژیوم یک عارضه جدی و مهم است که باید درمان مناسب از جمله تخلیه همتوم و رزکسیون تومور به موقع انجام شود و می تواند منجر به علائم نورولوژیک حاد و شدید گردد که از نظر بالینی با علل دیگر از جمله CVA (مثل این بیمار) اشتباه گردد.

اختلالات همراه با فقدان سپتال عبارتند از:

هولوپروژنسفالی، آزنزی کورپوس کالوزوم، سپتواپتیک دیسپلازی، اسکیزنسفالی و پی میکروژایریای دوطرفه، هیدروسفالی مزمن شدید، کیاری مالفورماسیون نوع II

تشخیص مورد ۲:

مننژیوم همراه با خونریزی داخل تومور و نیز ساب اراکنوئید هموریج (SAH)

همانطور که در تصاویر دیده می شود تصویر یک توده اکسترااکزیال در ناحیه فرونتال چپ و درست بالای سیلوین فیشر دیده می شود که با چند نکته همراهی دارد:

۱. خونریزی داخل خود تومور و یک همتوم در بخش خلفی تومور که در تصاویر T2WI هیپواینتنس و در تصاویر T1WI سیگنال اینترمدیت یا کمی high دارد و به نفع یک همتوم حاد است و بعد از تزریق نیز این قسمت از تومور انهناس نشده است، اما بقیه تومور به خوبی انهناس شده و dural tail هم وجود دارد.

۲. وجود SAH که در تصاویر FLAIR به صورت افزایش سیگنال در سولکوس ها قابل مشاهده است و بعد از تزریق نیز انهناس نشده است.

۳. یک لایه نازک همتوم ساب دورال همراه با ضخامت و انهناسمنت دورال.

۴. نکته مهم برای رد احتمال آنوریسم همراه در بیمار به عنوان شایع ترین علت SAH غیر تروماتیک MRA انجام شد که نرمال بود.

