

Мозъчна венозна тромбоза, протичаща с клиника на интракраниална хипертензия

И. Александрова^{1,2}, А. Асенова^{1,2}, В. Томов¹, Н. Топалов^{2,3}, З.
Василева⁴, А. Кънева⁴, В. Божинова¹

¹Клиника по нервни болести за деца, УМБАЛНП „Св. Наум“

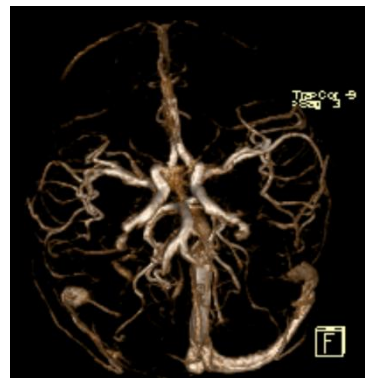
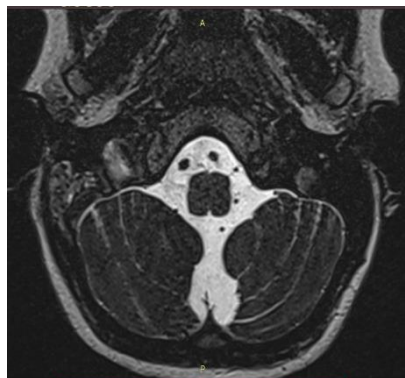
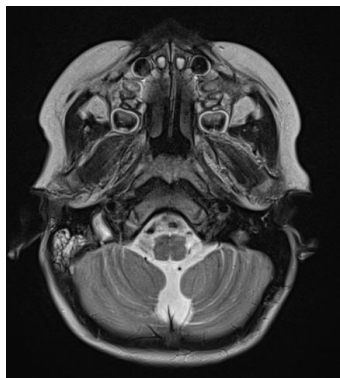
²Катедра по неврология, Медицински факултет, МУ – София

³Отделение по образна диагностика, УМБАЛНП „Св. Наум“

⁴Клиника по детска кардиология, МБАЛ НКБ

Клиничен случай:

- Момче, 6 години;
- на фона гноен отит - изявява на челно главоболие с продължителност 2-3 дни, съпроводено с еднократно повръщане;
- една седмица по-късно - двойно виждане, съпроводено с трайно отклонение назално на двете очи;
- КТ на главен мозък - десностранен мастоидит, без патологични промени в мозъчния паренхим;
- офталмоскопско изследване - хиперемирани папили с воалирани граници, със сиво-белезникав оток, микрохеморагии и проминенция 1,5 D;
- неврологично изследване - двустранна пареза на n.abducens, по-изразена вдясно;
- МРТ на главен мозък - десностранен мастоидит и петрозит с конкомитентно парциално пахименингеално ангажиране, тромбоза на десния трансверзален и сигмоиден синус, и на десния югуларен булб;
- проведени са противооточна терапия с манитол и ацетазоламид, антибиотична терапия, антикоагулантно лечение;
- 3 месеца по-късно: МРТ - възстановяване в значителна степен на проходимостта на дясната югуларна вена и на десния сигмоидален синус, частично възстановяване на проходимостта на десния трансверзален синус; контролна офталмоскопия - без патологични отклонения в очните дъна; детето е без оплаквания и с напълно възстановен обем на движение на очните булби;
- генетично изследване - не се установяват мутация във фактор V Leiden, фактор II, мутация в MTHFR и в инхибитор на плазминогеновия активатор;
- нормални стойности на хемостаза, вкл. нормални стойности на антитромбин III, протеин C, S.



Клинична картина на МВТ:

- от изолирано главоболие до количествени нарушения на съзнанието с мултифокален неврологичен дефицит;
- при по-малките деца - най-чести са епилептичните пристъпи и фокалният неврологичен дефицит (основно хемипареза);
- при по-големите деца - водещи често са главоболието и количествените нарушения в съзнанието, а епилептичните пристъпи са по-редки;
- 4 групи синдроми – синдром на изолирана интракраниална хипертензия, фокален неврологичен дефицит, синдром на sinus cavernosus и на подостра енцефалопатия, или комбинация от тях;
- по-рядко - клиника на мигренозна атака или транзиторна исхемична атака, изолирана психиатрична симптоматика или засягане на черепно-мозъчни нерви;
- тромбоза на sinus cavernosus - челно главоболие, хиперемия и оток на клепачите, симптоматика от страна на очедвигателните нерви;
- изолирана тромбоза на кортикални вени - фокален моторен и сетивен дефицит, изява на епилептични пристъпи;
- оклузия на sinus sagittalis superior - двустранен моторен дефицит и гърчове, синдром на интракраниална хипертензия;
- изолирана тромбоза на sinus sigmoideus и sinus transversus - клиника на интракраниална хипертензия;
- наличие на паренхимни лезии - усложнява протичането с изява на моторен и сетивен дефицит, с количествени нарушения на съзнанието, афазия.

Образна находка:

- КТ обикновено е нормална при пациентите без фокален неврологичен дефицит;
- директни белези в КТ, насочващи към диагнозата МВТ - „string sign“ при КТ без контраст - линейна хиперденсна зона в областта на кортикалните вени и синуси; „empty delta“ – интралуменален дефект на изпълването в задната част на sinus sagittalis superior при КТ с контраст;
- индиректни белези в КТ - наличие на двустранни парасагитални паренхимни хеморагични инфаркти насочва към тромбоза на sinus sagittalis superior; когато трансверзалният синус е засегнат, могат да се визуализират ипсилатерални темпоро-окципитални и церебеларни лезии, хидроцефалия и компресия на четвърти вентрикул;
- други находки в КТ - хиподенсни зони при наличие на едемни участъци, съчетание на хеморагични инфаркти със субарахноидни и субдурални кръвоизливи;
- МРТ в острия период - тромбът е изоинтензен на мозъчните структури на T1, а в подострата фаза е с висок сигнал на T1;
- златен стандарт за диагностика на МВТ са КТ-венографията и МРТ-венографията – визуализира се липса на кръвоток във венозния съд.

Обсъждане:

1. Представеният случай показва случай на МВТ с клинична картина, типична за синдрома на идиопатична интракраниална хипертензия (ИИХ), което създава трудности в диференциалната диагноза. Първоначалната симптоматика – главоболие и повръщане, е на фона на гноен отит. Симптомите са бързопреходни и затова интерпретирани на този етап като симптоми на самата инфекция. Изявата на двустранна лезия на n.abducens при наличие на застойни папили оформят синдрома на повишен вътречерепен натиск.
2. С проведената КТ на главен мозък се отхвърлят други причини за интракраниална хипертензия – тумори, кръвоизливи, хидроцефалия, но изследването не може да изключи МВТ, което налага провеждане на МРТ с МРТ-венография за доказване на диагнозата.
3. Въпреки че МВТ е рядка в детска възраст, поради припокриване на клиничната картина с тази на ИИХ тя трябва да се има предвид в диференциално диагностичен план при тази клиника.
4. Различията в лечението на двете заболявания – ИИХ и МВТ, и потенциалните усложнения налагат внимателна диагностика дори и в типичните случаи на ИИХ, а пропускането на случаи на МВТ е свързано с неправилно лечение и с рискове от закъснение при диагностициране на придружаваща патология.

Литература