

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ НА ПАЦИЕНТ С МОЗЪЧНА ВЕНОЗНА ТРОМБОЗА ПРИ КЛИНИЧНО СИГУРНА МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА

С. Гуленова, К. Генов, Н. Самарджиева

Отделение “Нервни болести” – Втора МБАЛ София- ЕАД, гр. София, България



X I X НАЦИОНАЛЕН КОНГРЕС ПО
НЕВРОЛОГИЯ
С М Е Ж Д У Н А Р О Д Н О У Ч А С Т И Е



Въведение: Тромбозите на мозъчните вени и синуси представляват около 1% от мозъчните исхемии. Честотата на заболяването е около 3-4/1000000 души, с пик в третата декада. Най-често засегнати са sinus sagittalis superior и lateralis (transversus) , по- рядко sinus rectus и cavernosus и кортикалните вени. При пациенти с множествена склероза рядко се съобщава за мозъчна венозна тромбоза. Церебралната венозна тромбоза е описана в няколко случая на клинично сигурна множествена склероза (МС). В по-голямата част от тях, като причина за това се подозира лумбална пункция и използването на високи дози кортикостероиди при пациенти с МС при рецидив.

Използвани методи: Детайлен соматичен и неврологичен статус, КТ на главен мозък, МРТ на главен мозък , стандартни кръвни изследвания.

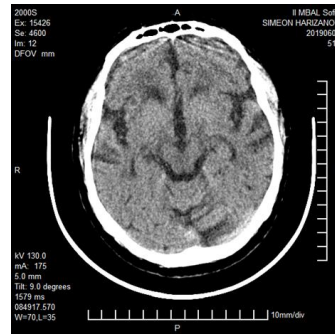
Резултати: Касае се за пациент на 55 год, който постъпва в клиниката, поради невъзможни движения в долни крайници, скованост, залитане, нестабилна походка. Оплакванията били обострени в последните 2-3 дни, като няколко пъти падал. Пациентът е диагностициран с МС, вторичнопрогредиентна форма, преди 20 г. Без данни за придружаващи ССЗ, свързани с ритъмна патология, без анамнестични данни за вродена тромбофилия или други заболявания, свързани с коагулационния статус

Неврологичен статус: Квадрипирамиден с-м, тежка долна спастична парапареза, по - изразена за десен крак. Мускулен тонус-спастично повишен за 4те крайника. СНР - умерено живи с разширени рефлексогенни зони, патологични рефлкси от групата на Бабински + двустранно. Дискоординационен синдром с дисметрия при НПП и туловищна атаксия. ВКФ- изразен когнитивен дефицит с промяна на личността. Тежка дизартрия, на моменти до анартрия. 6,5 по EDSS.

Стандартни кръвни изследвания- б.о.

Нативна КТ на главен мозък: На фона на мултиинфарктна енцефалопатия и фронтална левкоарайоза, в областта на сигмоидния, левия трансверзален и горния сагитален венозни синуси се скенират хиперденсни зони, суспектни за венозна тромбоза. Вентрикулна система- леко дилатрана, но симетрична спрямо сагитала. Разширени субарахнодни пространства фронтално и париетално както при корова атрофия. Не личат травматични промени по обхванатите костни структури.

МРТ на главен мозък -находката кореспондира с демиелинизиращ процес и паренхимна мозъчна атрофия. Редукция на кръвотока в десния трансверзален венозен синус.





XIX НАЦИОНАЛЕН КОНГРЕС ПО НЕВРОЛОГИЯ

С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ



Заклучение: Комбинацията от церебрална венозна тромбоза и МС вече е докладвана при повече от няколко пациенти. Някои от тях са приковани на легло, други са пациенти на терапия с орални контрацептиви или с други хиперкоагулируеми състояния. При пациенти без тези рискови фактори се предполага, че възпалителната инфилтрация в МС плаки, разположени близо до малки или средни вените също могат да играят роля. Разбира се, този възпалителен процес не е ограничен само до демиелиниращи плаки, но също така засяга нормално появяващите се в бяло и сиво мозъчно вещество и менинги.

Интравенозният кортикостероид е добре дефинирано лечение за рецидиви на множествена склероза (МС) и високи дози Метилпреднизолон (болус от 500-1000 mg и.в. дневно в продължение на 3 до 5 дни, последван или не от оралния Преднизолон). Високодозовата терапия с кортикостероиди при МС е с повишен риск от развитие на церебрална венозна тромбоза (CVT). Поради съмнението за нов пристъп на МС, пациентът е лекуван два дни с високи дози метилпреднизолон. В хода на лечението се отчете тежка промяна в поведението му. Поради анамнестичните данни за чести падания се наблюдава субдурален хематом. Проведе се КТ на главен мозък по спешност. От данни за суспектна тромбоза на десен трансверзален синус, се проведе МРТ на главен мозък. Доказа се редуциран кръвоток в десния трансверзален синус. Започна се антикоагулантно лечение с Fraxiparine 0,6ml sc, т.к. хепарин може да спре прогресията на тромбозата и да предотврати по-нататъшния инфаркт. Допълнително предимство е, че хепарин с ниско молекулно тегло може да бъде даван във фиксирани дози, коригиран само за телесно тегло, без лабораторно наблюдение.