

دراسة وذمة حليلة العصب البصري ثنائية الجانب الأسباب والتدبير

منى عماد الدين عباس¹، أ.د. غسان حمزة²، أ.د. يسرى حدة³

¹طالبة دراسات عليا - قسم الامراض الباطنة (الامراض العصبية) - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

²أستاذ - قسم الامراض الباطنة (الامراض العصبية) - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

³أستاذة - قسم الامراض العينية - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

الملخص:

خلفية البحث وهدفه: إن التشخيص التفريقي لوذمة حليلة العصب البصري يختلف تبعاً لوجود وذمة أحادية أو ثنائية الجانب ويختلف أيضاً تبعاً لوجود تدني قدرة بصرية أو قدرة بصرية سليمة.

هدفت هذه الدراسة لمعرفة أسباب وذمة حليلة العصب البصري ثنائية الجانب وشيوعها عند المرضى المراجعين لمشفي الأسد والمواساة الجامعيين في سوريا وتديبرهم إسعافياً ومراقبة مدى استجابة الوذمة للعلاج بما فيه الجراحي خلال شهر مواد **البحث وطرقه:** أجريت هذه الدراسة المقطعية المستعرضة في مشفي الأسد والمواساة الجامعيين في دمشق في الفترة الزمنية الممتدة من تشرين الاول 2020 حتى بداية شباط 2022. شملت الدراسة 50 مريضاً راجعوا شعبة الامراض العصبية وتزيد اعمارهم عن 18 سنة وتبين وجود وذمة حليلة عصب بصري ثنائية لديهم ثم تم فحصهم بشكل دقيق في قسم العينية لاستبعاد الوذمة الكاذبة وتحديد القدرة البصرية ثم اجراء دراسة كاملة وصولاً للتشخيص وتديبرهم بشكل مناسب ثم مراقبة مدى نجاعة العلاج المحافظ في تراجع الوذمة خلال شهر ومن منهم احتاج لتداخل جراحي.

النتائج: شملت الدراسة 50 مريضاً 13 ذكراً و37 أنثى، كان التشخيص الاكثر شيوعاً هو خثار الجيوب الوريدية (12 حالة بنسبة 24%) يليه ارتفاع التوتر داخل القحف السليم والاورام (10 حالات لكل مرض بنسبة 20%) والتهاب السحايا الانتاني (8 حالات بنسبة 16%) والارتشاح السحائي الورمي (5 حالات بنسبة 10%) وارتفاع التوتر الشرياني (3 حالات بنسبة 6%) والتهابي مناعي (2 بنسبة 4%).

تحسنت الوذمة بعد التدبير خلال شهر عند معظم المرضى (37 مريضاً بنسبة 74%) بينما ساءت او بقيت كماهي عند 13 مريضاً (بنسبة 26%) وقد ترافقت الوذمة بتدني القدرة البصرية عند 21 مريضاً (42%). تحسن 30 مريضاً (60%) على العلاج المحافظ بينما احتاج 20 مريضاً (40%) للتدخل الجراحي. هنالك 10 مرضى (20%) تدنت القدرة البصرية لديهم رغم كل العلاجات بما فيها العلاج الجراحي.

الخلاصة: إن خثار الجيوب الوريدية هو اشيع سبب لوذمة حليلة العصب البصري ثنائية الجانب يليه ارتفاع التوتر السليم والاورام وبالرغم من تقديم جميع العلاجات تدنت القدرة البصرية لدى 20% من المرضى.

الكلمات المفتاحية: تدني قدرة بصرية، اورام، خثار الجيوب الوريدية، التهاب السحايا، ارتفاع توتر سليم، جراحة، ارتشاح سحائي.

تاريخ القبول: 2022/6/30

تاريخ الإيداع: 2022/2/22

حقوق النشر: جامعة دمشق - سورية، يحتفظ المؤلفون بحقوق النشر بموجب CC BY-NC-SA

ISSN: 2789-7214 (online)

<http://journal.damascusuniversity.edu.sy>



Bilateral swollen optic nerve head etiology and management

Mona Abbas¹, Prof. Ghassan Hamzeh², Prof. Yusra Haddeh³

¹M.D. Department of Internal Medicine - Faculty of Medicine – Damascus University.

²PHD - Department of Internal Medicine (neurology) - Faculty of Medicine – Damascus University.

³PHD – Department of Ophthalmology - Faculty of Medicine – Damascus University.

Abstract:

Background & Aim: The differential diagnosis of bilateral swollen optic nerve head varies according to the presence of unilateral or bilateral edema and also varies according to the presence of reduced visual acuity or normal visual acuity.

This study aimed to find out the causes of bilateral swollen optic nerve head and their prevalence among patients attending Al-Assad and Al-Mouawast University Hospitals in Syria, emergency management, Observing the extent of edema response to treatment within a month.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted in Al-Assad and Al-Mowast Hospitals in Damascus during the time period from October 2020 to the beginning of February 2022. It included 50 patients who visited the neurological department in the two hospitals, aged over 18 years, and it was found that they had bilateral optic nerve head edema, then they were carefully examined in the ophthalmological department to exclude pseudoedema (Drusen) and determine the visual acuity. Then a full study was carried out to reach the diagnosis and management appropriately and to monitor the extent of The efficacy of conservative measure in reducing edema, and how many of them needed surgical intervention.

Results: the study included 50 patients, 13 males and 37 females, the most common diagnosis was venous sinus thrombosis (12 cases with 24%), followed by idiopathic intracranial hypertension and tumors (10 cases each by 20%), infectious meningitis (8 cases by 16%), leptomenigeal metastasis (5 cases by 10%), arterial hypertension (3 cases by 6%) and autoimmune meningitis (2 by 4%). Edema improved after management within a month in most patients (37 patients by 74%) while it worsened or remained the same in 13 patients (by 26%) and edema was accompanied by low visual acuity in 21 patients (4%). 30 patients (60%) improved with conservative treatment, while 20 patients (40%) needed surgical intervention. Visual acuity reduced in 10 patients (20%) despite all treatments, including surgical treatment.

Conclusion: venous sinus thrombosis is the most common cause of bilateral optic nerve head edema then idiopathic intracranial hypertension and tumors, and despite the provision of all treatments, the visual acuity of 20% of patients has decreased.

Keywords: Low Visual Acuity, Tumors, Venous Sinus Thrombosis, Meningitis, Idiopathic Intracranial Hypertension, Surgery, Leptomeningeal Metastasis.



Submitted: 22/2/2022

Accepted: 30/6/2022

Copyright: Damascus University Syria.

The authors retain copyright under CC BY-NC-SA

المقدمة:

تعرف وذمة حليلة العصب البصري بأنها المظهر الغير طبيعي لجزء العصب البصري الموجود داخل المقلة والذي يكون مرتفعا وحدوده غير واضحة مع غياب الحدود الواضحة للأوعية.⁽¹⁾ يقسم العصب البصري تشريحيا إلى اربعة اجزاء اولها الحزء داخل المقلة ثم الجزء داخل الحجاج ثم الجزء داخل القناة التي تمر في العظم الوتدي واخيرا الجزء داخل القحف.

يمكن ان تحدث الوذمة في الجزء داخل المقلة تبعا لعدة اليات هي: انضغاطية، ووعائية، وارتشاحية والتهابية الخطوة الاهم عند مقارنة وذمة حليلة العصب البصري ثنائية الجانب هي معرفة أنها ثانوية لارتفاع التوتر داخل القحف (papilledema) او اعتلال عصب بصري ثنائي الجانب (papillitis) وذلك لان الاستقصاءات والتدبير اللاحق يختلف كلياً بينهما.

إن الوذمة التالية لارتفاع التوتر داخل القحف غالبا ماتكون القدرة البصرية فيها سليمة بحال راجع المريض في المرحلة الحادة لكن قد تؤدي لضمور ودرجات مختلفة من تدني القدرة البصرية في حال استمرت لفترة طويلة.

إن الالية المؤدية الى الوذمة بسبب ارتفاع التوتر داخل القحف إما ان تكون بسبب نقص تصريف السائل الدماغي الشوكي أي وجود ما يعيق جريانه أو بسبب زيادة انتاج هذا السائل وقد يكون ارتفاع التوتر داخل القحف سليما بعد نفي كل ما سبق.

بحال وجود ما يعيق الجريان كما في أورام الحفرة الخلفية التي تضغط البطين الثالث أو الرابع أو بحال وجود خثار جيوب وريدية، يكون المرنان هو الاداة التشخيصية ويساهم بالتدبير الاسعافي بحال معرفة السبب مباشرة.⁽²⁾

قد يكون السبب زيادة في انتاج السائل الدماغي الشوكي كما في ورم الضفائر المشيمية.⁽³⁾

إن السبب الثالث والشائع نسبيا هو وجود نقص في عود امتصاص السائل الدماغي الشوكي كما في الانتان أو ارتشاح سحائي وبالتالي ارتفاع البروتين وزيادة اللزوجة.⁽²⁾ باستبعاد كل ماسبق ويعد إجراء بزل للسائل الدماغي الشوكي وقياس ضغط الانفتاح قد يكون السبب هو ارتفاع التوتر داخل القحف السليم مجهول السبب.⁽³⁾

وبهذا السياق نذكر أن شلل العصب السادس ليس علامة توضع ويمكن أن يترافق مع ارتفاع التوتر داخل القحف السليم ولا يساهم في تفرقة السبب البدئي مجهول السبب عن السبب الثانوي.⁽⁴⁾

علما أن مرضى ارتفاع التوتر داخل القحف السليم يمكن تدبيرهم بشكل محافظ بالاسيتازولاميد مع خسارة الوزن وستراجع الوذمة سريعا في معظم الحالات وحالات قليلة فقط قد تحتاج تحويلة جراحية.⁽⁵⁾

الحالة الثانية هي ترافق هذه الوذمة مع تدني القدرة البصرية وعيب حدقي وارد نسبي مع عتمة مركزية وهنا السبب غالبا التهاب عصب بصري ثنائي الجانب وقد يكون بسبب التهاب نخاع مستعرض أو التهاب العصب البصري المرافق لاضداد MOG ومن العلامات الموجهة والتي تقترح التشخيص :

- أن يكون التهاب ثنائي الجانب
 - وجد تدني قدرة بصرية شديد جدا (عد اصابع او حركة يد)
 - عدم الاستجابة على جرعة عالية من الستيروئيدات
 - آفات طولانية معززة بالعصب البصري على المرنان.⁽⁶⁾
- اما الخصائص التي تقترح وجود اضرار البروتين السكري المياليني للخلية الدبقية قليلة التغصن (anti-MOG) هي:
- التهاب عصب بصري متكرر او غير نموذجي
 - وجود وذمة حليلة عصب بصري في ثلثي الحالات
 - الاستجابة للستيروئيدات

وهناك العديد من الاسباب الالتهابية التي يجب نفيها بعد القيام بالدراسة المطلوبة.⁽⁷⁾

بالاجراء وتم اخذ موافقتهم المستتيرة او موافقة ذويهم على المشاركة في البحث
بداية تم اخذ قصة سريرية مفصلة واجراء فحص عصبي شامل وتحري عوامل الخطورة (كوجود أهبة للخثار او وجود ورم معالج سابقا وغيرها)

كما تم إجراء قياس للضغط الشرياني عدة مرات باعتباره من الاسباب لوذمة حليلة العصب البصري ثنائية الجانب وبحال وجد تم البحث عن وجود سبب ثانوي لارتفاع التوتر الشرياني باجراء تحاليل مثل كرياتينين وايكو دوبرلر اوعية كلينتين وتحاليل غدية.
ثم تم إجراء مرنان دماغ مع حقن مع إجراء مرنان جيوب وريدية (لنفي للخثار)
بحال لم يحدد السبب تم استكمال الدراسة بإجراء الفحوص اللازمة على السائل الدماغي الشوكي والدم المحيطي.

وعند الوصول للتشخيص الصحيح تم تقديم العلاج المناسب ومراقبة تحسن الوذمة خلال شهر والقدرة البصرية بحال كانت متدنية
كما تم اجراء الجراحة اما بتحويله بحال عدم تحسن الوذمة على التدبير المحافظ او لاستئصال ورم ووضع تحويله بحال كان السبب هو ورم.

المعالجة الإحصائية:

تمت الاستفادة من برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS-23 في تحليل البيانات التي جمعت وتم استخدام العديد من الأساليب الإحصائية:

الإحصاء الوصفي: يتمثل في دراسة التوزيع النسبي لمتغيرات الدراسة النوعية (الوصفية) مع إضافة أشكال بيانية لإغناء النتائج.
الإحصاء التحليلي (الاستدلالي): لدراسة العلاقة بين متغيرات الدراسة تم الاعتماد على الأدوات الإحصائية المناسبة لطبيعة ونوع البيانات المتاحة التي كانت في الآتي:

- اختبار الاستقلال (Test for Independence) لدراسة معنوية الارتباط بين أي متغيرين وصفين (دراسة فيما إذا وجدت

ان ارتفاع التوتر الشرياني الخبيث يسبب ايضا وذمة حليلة عصب بصري ثنائية الجانب لكنها عادة ما تكون خفيفة الدرجة لذلك يكون قياس الضغط الشرائني خطوة اساسية في التقييم.⁽⁸⁾
من المهم جدا الوصول للتشخيص بالسرعة القصوى بالحالات السابقة وذلك للقيام بالتدبير المناسب وإنقاذ الحياة في حال ارتفاع توتر ضمن القحف والقدرة البصرية خاصة أننا نتحدث عن وذمة ثنائية الجانب وبالتالي نتائج كارثية في حال تأخر التشخيص والعلاج.

قد نحتاج لاعطاء تمييع علاجي اوكتبطات المناعة لفترة طويلة أو غيرها من الاجراءات العلاجية لإنقاذ القدرة البصرية، بالمقابل هناك عدد من المرضى احتاجوا تحويله جراحية ولم يجدي التدبير المحافظ لديهم.⁽⁹⁾

مواد البحث وطرائقه:

تصميم الدراسة: مقطعية عرضية CROSS –SECTIONAL
مكان الدراسة: الشعبة العصبية في مشفى الاسد والمواساة الجامعي

زمان الدراسة: من بداية تشرين الاول 2020 حتى بداية شباط 2022

عينة الدراسة: شملت الدراسة 50 مريض (ذكورا وإناثا) الذين تزيد اعمارهم عن 18 عام ممن وجد لديهم وذمة حليلة عصب بصري ثنائية الجانب وتم الاعتماد على فحص اخصائي العينية لتشخيص الوذمة ونفي الوذمة الكاذبة وتحديد وجود تدني قدرة بصرية لكل المرضى الذين سيدخلون بالدراسة بالمشفين.

معايير الادخال Inclusion Criteria:

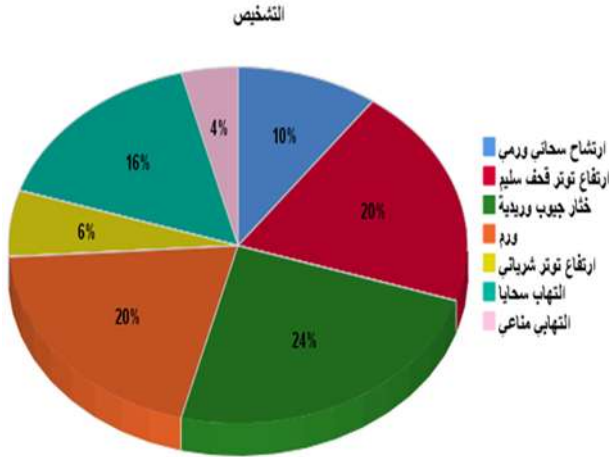
كل المرضى الذين تزيد اعمارهم عن 18 ولديهم وذمة حليلة عصب بصري ثنائية الجانب

معايير الاستبعاد Exclusion Criteria:

الوذمة الكاذبة Drusen

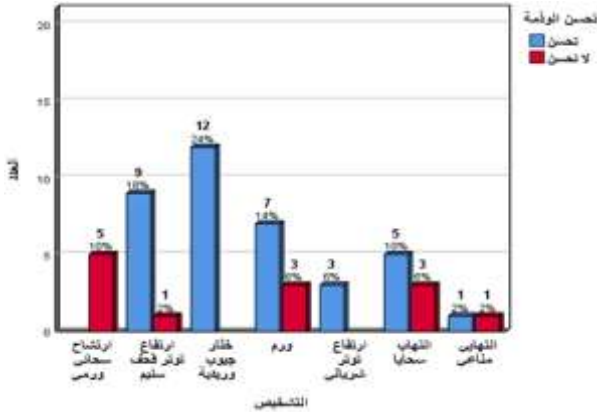
طريقة الدراسة: نم جمع البيانات بطريقة الدراسة المستقبلية (prospective) وكان جميع المشاركين على دراية تامة

يوضح الجدول رقم (2) التوزع النسبي لحالات الدراسة حسب تدني القدرة البصرية والتشخيص.



الشكل (1): نسبة توزع المرضى حسب التشخيص

كان التدبير المحافظ (الدوائي وبزل السائل الدماغي الشوكي الإفراعي) كافياً لتحسن الوذمة عند 30 مريضاً (60%) في حين احتاج 20 مريضاً (40%) إلى تدخل جراحي مع العلاج المحافظ وقد تحسنت القدرة البصرية عند معظم المرضى ما عدا 10 مرضى (20%) استمرت القدرة البصرية بالتدني رغم كل العلاجات كما هو موضح بالشكل رقم (2).



الشكل (2): تحسن الوذمة عند المرضى حسب كل تشخيص بعد التدبير سواء كان محافظ او محافظ وجراحي

علاقة ذات دلالة إحصائية بين متغيرين وصفيين) وذلك من خلال تطبيق إحصائية كاي تربيع (Chi Square).

تم الاعتماد في تقدير الفروقات الإحصائية عند مستوى دلالة إحصائية 0.05 وهو المستوى المعتمد في الدراسات، وبالتالي يمكن إعطاء القرار الإحصائي من خلال قيمة P-value كما يلي: في حال كانت قيمة الدلالة الإحصائية P-Value أكبر من 0.05 فلا يوجد فروق جوهرية في تقييم الفروق والعلاقات، أما في حال قيمة الدلالة الإحصائية أصغر من 0.05 يوجد فروق جوهرية إحصائية في تقييم الفروق والعلاقات.

النتائج:

بلغ عدد المرضى 50 مريض توزعوا حسب الجنس إلى 13 ذكر (26%) و37 أنثى (74%) وتراوح أعمار معظم المرضى بين 18 و35 سنة ما نسبته (70%) و11 حالة تراوحت أعمارهم بين 40 و50 سنة ما نسبته (22%) و4 حالات تراوحت أعمارهم بين 51 و60 سنة ما نسبته (8%). توافقت الوذمة مع تدني القدرة البصرية منذ البدء عند 21 مريض ما نسبته (42%) و29 مريض لم تتوافق الوذمة عندهم مع تدني القدرة البصرية ما نسبته (58%) وكان التشخيص الأكثر شيوعاً هو خثار الجيوب الوريدية (12 حالة، 24%) يليه ارتفاع التوتر السليم ضمن القحف والأورام (10 حالات لكل منها، 20% لكل منها) ثم التهاب سحايا (8 حالات، 16%) والارتشاح السحائي الورمي (5 حالات، 10%) وارتفاع التوتر الشرياني (3 حالات، 6%) وأخيراً التهابي مناعي ذاتي (حالتين، 4%) كما يلخص الشكل رقم (1).

كان العرض الأساسي الذي استدعى المرضى للمجيء إلى المشفى هو الصداع عند (90%) من المرضى (45 حالة) في حين راجع (10%) من المرضى بسبب تدني القدرة البصرية (5 حالات).

يوضح الجدول رقم (1) التوزع النسبي لحالات الدراسة حسب الفئات العمرية والتشخيص.

الجدول (1): التوزيع النسبي لحالات الدراسة حسب الفئات العمرية والتشخيص

التشخيص		الفئات العمرية			المجموع
		18-35	40-50	51-60	
ارتشاح سحائي ورمي	العدد	3	1	1	5
	%من التشخيص	60%	20%	20%	100%
	%من العمر	8.6%	9.1%	25%	10%
	% من المجموع	6%	2%	2%	10%
ارتفاع توتر قحف سليم	العدد	10	0	0	10
	%من التشخيص	100%	0%	0%	100%
	%من العمر	28.6%	0%	0%	20%
	% من المجموع	20.0%	0%	0%	20%
خثار جيوب وريدية	العدد	9	3	0	12
	%من التشخيص	75%	25%	0%	100%
	%من العمر	25.7%	27.3%	0%	24%
	% من المجموع	18%	6%	0%	24%
ورم	العدد	5	3	2	10
	%من التشخيص	50%	30%	20%	100%
	%من العمر	14.3%	27.3%	50%	20%
	% من المجموع	10%	6%	4%	20%
ارتفاع توتر شرياني	العدد	2	1	0	3
	%من التشخيص	66.7%	33.3%	0%	100%
	%من العمر	5.7%	9.1%	0%	6%
	% من المجموع	4%	2%	0%	6%
التهاب سحايا	العدد	5	2	1	8
	%من التشخيص	62.5%	25.0%	12.5%	100%
	%من العمر	14.3%	18.2%	25%	16%
	% من المجموع	10%	4%	2%	16%
التهابي مناعي	العدد	1	1	0	2
	%من التشخيص	50%	50%	0%	100%
	%من العمر	2.9%	9.1%	0%	4%
	% من المجموع	2.0%	2.0%	0%	4%
المجموع	العدد	35	11	4	50
	%من التشخيص	70%	22%	8.0%	100%
	%من العمر	100%	100%	100%	100%
	% من المجموع	70%	22%	8.0%	100%

الجدول (2): التوزع النسبي لحالات الدراسة حسب تدني القدرة البصرية والتشخيص

التشخيص		تدني القدرة البصرية		المجموع
		تدني	لا تدني	
ارتشاح سحائي ورمي	العدد	2	3	5
	%من التشخيص	40%	60%	100%
	%من تدني القدرة البصرية	9.5%	10.3%	10%
	%من المجموع	4%	6%	10%
ارتفاع توتر قحف سليم	العدد	4	6	10
	%من التشخيص	40%	60%	100%
	%من تدني القدرة البصرية	19.0%	20.7%	20%
	%من المجموع	8%	12%	20%
ختار جيوب وريدية	العدد	3	9	12
	%من التشخيص	25%	75%	100%
	%من تدني القدرة البصرية	14.3%	31%	24%
	%من المجموع	6%	18%	24%
ورم	العدد	4	6	10
	%من التشخيص	40%	60%	100%
	%من تدني القدرة البصرية	19%	20.7%	20%
	%من المجموع	8%	12%	20%
ارتفاع توتر شرياني	العدد	3	0	3
	%من التشخيص	100%	0%	100%
	%من تدني القدرة البصرية	14.3%	0%	6%
	%من المجموع	6.0%	0%	6%
التهاب سحايا	العدد	3	5	8
	%من التشخيص	37.5%	62.5%	100%
	%من تدني القدرة البصرية	14.3%	17.2%	16%
	%من المجموع	6%	10%	16%
التهابي مناعي	العدد	2	0	2
	%من التشخيص	100%	0%	100%
	%من تدني القدرة البصرية	9.5%	0%	4%
	%من المجموع	4.0%	0%	4%
المجموع	العدد	21	29	50
	%من التشخيص	42%	58%	100%
	%من تدني القدرة البصرية	100%	100%	100%
	%من المجموع	42.0%	58.0%	100%

تحسنت الوذمة عندهم وهذا الفرق كان لصالح المرضى بتشخيص "خثار جيوب وريدية" (100% مقابل 65.8%) ولم يلاحظ وجود فروق ذات دلالة هامة إحصائياً بين نسبة المرضى بتشخيص "خثار جيوب وريدية" مع نسبة المرضى بتشخيصات أخرى عند كل من عينات المرضى (الإناث، المرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و35 سنة، المرضى الذين تدنت عندهم القدرة البصرية، المرضى الذين لديهم علامات توضع عصبي مرافقة).

يوضح الجدول رقم (3) التوزيع النسبي لحالات الدراسة لكل من (الإناث، الفئة العمرية [18-35]، تحسن الوذمة، تدني القدرة البصرية، علامات توضع عصب مرافقة) حسب التشخيص.

يوضح الجدول رقم (4) التوزيع النسبي لحالات الدراسة لكل من (الإناث، الفئة العمرية [18-35]، تحسن الوذمة، تدني القدرة البصرية، علامات توضع عصب مرافقة) حسب التشخيص (خثار جيوب وريدية، تشخيصات أخرى) مع نتائج اختبار Chi-Square

ترافقت الوذمة مع علامات عصبية موضعة عند 14 مريضاً (6 خثار جيوب وريدية، 4 أورام، 3 ارتشاح سحائي ورمي وحالة مناعي ذاتي).

كانت الاعراض الموضعة المرافقة للخثار والأورام هي الاختلاجات والخزل، ورافق الارتشاح السحائي الورمي إصابات الاعصاب القحفية، في حين كان نقص السمع هو العرض المرافق لحالة المناعي الذاتي (فوجي كويانا جي هاردا).

التحليل الاستدلالي:

تم دراسة علاقة التشخيص (خثار جيوب وريدية، تشخيصات أخرى) مع كل من المتغيرات (الجنس، العمر، تحسن الوذمة خلال شهر، تدني القدرة البصرية، علامات توضع عصبي مرافقة) وتم استخدام اختبار Chi-Square لتساوي نسبة المرضى بتشخيص "خثار جيوب وريدية" مع نسبة المرضى بتشخيصات أخرى عند العوامل (الإناث، الفئة العمرية [18-35]، تحسن الوذمة خلال شهر، تدني القدرة البصرية، علامات توضع عصبي مرافقة) حيث تبين وجود فروق ذات دلالة هامة إحصائياً بين نسبة المرضى بتشخيص "خثار جيوب وريدية" مع نسبة المرضى بتشخيصات أخرى عند عينة المرضى الذين

الجدول (3): التوزيع النسبي لحالات الدراسة لكل من (الإناث، الفئة العمرية [18-35]، تحسن الوذمة، تدني القدرة البصرية، علامات توضع عصب مرافقة) حسب التشخيص

التشخيص							المتغيرات	المجموع (%) N
التهابي مناعي	ارتفاع توتر شرياني	التهاب سحايا	ارتشاح سحائي ورمي	أورام	ارتفاع توتر قحف سليم	خثار جيوب وريدية		
2 (4)	3 (6)	8 (16)	5 (10)	10 (20)	10 (20)	12 (24)		
1 (50)	1 (33.3)	6 (75)	4 (80)	7 (70)	10 (100)	8 (66.7)	الجنس (الإناث)	
1 (50)	2 (66.7)	5 (62.5)	3 (60)	5 (50)	10 (100)	9 (75)	العمر (18—35)	
1 (50)	3 (100)	5 (62.5)	0 (0)	7 (70)	9 (90)	12 (100)	تراجع الوذمة (تحسن) خلال شهر من المراقبة	
2 (100)	3 (100)	3 (37.5)	2 (40)	4 (40)	4 (40)	3 (25)	تدني القدرة منذ البدء البصرية	
1 (50)	0 (0)	0 (0)	3 (60)	4 (40)	0 (0)	6 (50)	علامات عصبية مرافقة (نعم)	

الجدول رقم (4): التوزيع النسبي لحالات الدراسة لكل من (الإناث، الفئة العمرية [18-35]، تحسن الوذمة، تدني القدرة البصرية، علامات تواضع عصب مرافقة) حسب التشخيص (خثار جيوب وريدية، تشخيصات أخرى) مع نتائج اختبار Chi-Square

Chi-Square Test		تشخيص المرضى No.(% [95% CI])			
P-value	Chi-Square value	تشخيصات أخرى (N=38)	خثار جيوب وريدية (N=12)	المجموع (N=50)	
0.376	0.441	29 (76.3 [62-90.5])	8 (66.7 [36.4-97])	37 (74 [61.4 – 85.6])	الجنس (الإناث)
0.501	1.384	26 (68.4 [52.9-83.9])	9 (75 [46.3-100])	35 (70 [56.8-83.2])	العمر (18—35)
0.015*	5.548	25 (65.8 [50-81.6])	12 (100 [100-100])	37 (74 [61.4-86.6])	تراجع الوذمة خلال شهر من المراقبة (تحسن)
0.151	1.873	18 (47.4 [30.7-64])	3 (25 [0-53.7])	21 (42 [27.8-56.2])	تدني القدرة البصرية (تدني)
0.060	3.791	8 (21.1 [7.5-34.6])	6 (50 [16.8-83.1])	14 (28 [15-41])	علامات تواضع عصبى مرافقة (نعم)

المناقشة:

الوذمة علامات عصبية اخرى كالاختلاج والخزل عند 14 من 50 مريض في دراستنا مانسبته 28% بينما في دراسة (Crum *et al.*)⁽¹⁰⁾ مريضين فقط من 67 مريض مع علامات اخرى عصبية وفي دراسة (Schadeva *et al.*)⁽¹¹⁾ 5 مرضى من 37 مريض ما نسبته 15%، ويرجع السبب ربما لترافق الخثار والاورام مع هذه العلامات بشكل واضح وهم يشكلون 22 مريض من 50 من مرضى دراستنا بينما ارتفاع التوتر السليم هو الاشيع بالدراستين المذكورتين وهو لا يترافق مع علامات تواضع عصبية.

كان الصداع العرض الاشيع في معظم الدراسات موجود عند 90% من مرضى دراستنا وعند 54% من مرضى دراسة (Schadeva *et al.*)⁽¹¹⁾ بينما كان عند 91% من مرضى دراسة (Crum *et al.*) .

راجع 38% من المرضى في دراسة (Parajuli *et al.*)⁽¹²⁾ بتدني قدرة بصرية بينما راجع 28% منهم بصداع فقط.

وذمة حليلة العصب البصري ثنائية الجانب من الحالات الاسعافية الهامة التي يجب معرفة سببها وتدبيرها بسرعة حسب السبب أظهرت دراستنا أن اشيع سبب لوذمة حليلة العصب البصري ثنائية الجانب هو خثار الجيوب الوريدية الذي يملك طيف واسع من الاعراض السريرية من صداع وتشوش رؤية الى الاختلاج والخزل وعلامات التواضع الاخرى تم تشخيصهم باجراء رنين دماغي مع حقن مع MRV وكان انذارهم جيد اذ تحسن الجميع على العلاج الدوائي دون الحاجة لتحويلة جراحية، بينما تظهت نتائج دراسات (Crum *et al.*)⁽¹⁰⁾

و (Schadeva *et al.*)⁽¹¹⁾ و (Parajuli *et al.*)⁽¹²⁾ أن السبب الاشيع لديهم هو ارتفاع التوتر ضمن القحف السليم وهو تشخيص بالنفي اذ تم اجراء رنين ويزل ثم قياس ضغط الانفتاح وانذاره جيد ايضا ومعظم المرضى المراجعين كانوا من فئة الشباب الاناث في جميع الدراسات لشيوع ارتفاع التوتر السليم وخثار الجيوب لدى الاناث اكثر من الذكور ورافق

غيره، بينما كان ارتفاع التوتر السليم هو السبب الأشيع في باقي دراسات المقارنة. أظهرت الدراسة أيضا شيوع الاورام كسبب هام لوذمة حليلة العصب البصري وهو ايضا عكس باقي الدراسات حيث كان سبب قليل الشيع حيث لم يشكل سوى مريضين فقط من الدراسات الاخرى. كما أظهرت الدراسة أنه وبالرغم من كل التدابير العلاجية بما فيها التحويلة الجراحية، ترافقت الوذمة مع عقابيل على القدرة البصرية بعد المراقبة لمدة شهر ومن هنا يجب معرفة مدى أهمية تقييم سبب الوذمة سريعا والبدء بالتدبير المناسب لتقليل العقابيل على القدرة البصرية.

المقترحات:

متابعة المرضى لفترة اطول لمعرفة الانذار الحقيقي للوذمة عند ماسبق حيث ان فترة شهر اعطت فكرة مبدئية ولم تظهر الانذار الحقيقي لذلك نحن بحاجة لمتابعة لفترات اطول لتقييم انذارهم الحقيقي كما انه يجب متابعة دراسة سبب شيوع خثار الجيوب اكثر من غيره كسبب لوذمة الحليلة ثنائية الجانب وهل يعزى ذلك لطفرات جنينية معينة ام لاستخدام موانع الحمل عند عدد كبير من النساء في سن الانجاب.

أظهرت دراسة (Crum et al)⁽¹⁰⁾ أن مرضى خثار الجيوب الوريدية راجعوا باعراض ارتفاع توتر داخل القحف دون اعراض توضع عصبي وتحسنت الوذمة لديهم بالتدبير المحافظ دون عقابيل كما هو الحال في دراستنا حيث تحسنت الوذمة على العلاج المحافظ ولكن كان لدى 6 مرضى علامات توضع عصبي سببها وجود احتشاء وريدي هام وهنا يبرز دور تشخيص هؤلاء المرضى سريعا لتقليل هذه الاختلاطات العصبية وبدء التميع الباكر. بالنسبة للإنذار وبالرغم من كل التدابير العلاجية كان لدى 20% من مرضى دراستنا تدني قدرة بصرية بعد شهر من التدبير ولدى 16% من مرضى (Schadeva et al.)⁽¹¹⁾، وهنا برز دور تقييم مرضى وذمة الحليلة وخاصة ثنائية الجانب بشكل اسعافي لتدبيرهم وتخفيف العقابيل البصرية لديهم قدر الإمكان.

الاستنتاج:

خالفت الدراسة من حيث النتائج الدراسات الاخرى حيث كان الخثار هو اشيع سبب ربما يعود لكثرة استخدام موانع الحمل كوسيلة منع لدى معظم النساء في سن الانجاب وهم يشكلون عدد جيد من مرضى الدراسة وكان انذارهم الافضل وتحسنوا على التميع والاسيتازولاميد دون الحاجة لتحويلة جراحية او

التمويل : هذا البحث ممول من جامعة دمشق وفق رقم التمويل (501100020595).

References:

1. Margolin E. The swollen optic nerve: an approach to diagnosis and management. *Pract Neurol*. 2019;19(4):302-309.
2. Ahmed RM, Khoury B, Wilkinson M, et al. Venous hypertension as the cause of intracranial hypertension in patients with transverse sinus dural arteriovenous fistula. *J Neuroophthalmol* 2013;33:102–5.
3. Talacchi A, De Micheli E, Lombardo C, et al. Choroid plexus papilloma of the cerebellopontine angle: a twelve patient series. *Surg Neurol* 1999;51:621–9.
4. Elder C, Hainline C, Galetta SL, Balcer LJ, Rucker JC. Isolated abducens nerve palsy: update on evaluation and diagnosis. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2016;16(8):69.
5. Wall M, Kupersmith MJ, Thurtell MJ, et al. Nordic idiopathic intracranial Hypertension Study Group. the longitudinal idiopathic intracranial hypertension trial: outcomes from months 6-12. *Am J Ophthalmol* 2017;176:102–7.
6. Lim Y-M, Pyun SY, Lim HT, et al. First-ever optic neuritis: distinguishing subsequent neuromyelitis optica from multiple sclerosis. *Neurol Sci* 2014;35:781–3.
7. Chen JJ, Flanagan EP, Jitrapaikulsan J, et al. Myelin oligodendrocyte glycoprotein antibody-positive optic neuritis: clinical characteristics, radiologic clues, and outcome. *Am J Ophthalmol* 2018;195:8–15.
8. Rigi M, Almarzouqi SJ, Morgan ML, et al. Papilledema: epidemiology, etiology, and clinical management. *Eye Brain* 2015;7:47–57.
9. Mollan SP, Hornby C, Mitchell J, et al. Evaluation and management of adult idiopathic intracranial hypertension. *Pract Neurol* 2018;18:485–8.
10. Crum, Olivia M et al. “Etiology of Papilledema in Patients in the Eye Clinic Setting.” *JAMA network open* vol. 3,6 e206625. 1 jun. 2020
11. Sachedva, Virender et al. “Optic nerve head edema among patients presenting to the emergency department.” *Neurology* vol. 90,5(2018): e373-e379
12. Parajuli A, Sharma AK, Sitaula S. A Clinical Study of Optic Disc Edema in a Tertiary Eye Center of Nepal. *Nepal J Ophthalmol*. 2019;11(22):112-129

