

التظاهرات التصويرية والسرييرية وتقييم الإنذار لخثار الجيوب الوريدية الدماغية من خلال استخدام مشعر سريري

نهال وليد جابر¹، أ.د. غسان نايف حمزة²

¹ طالبة ماجستير في قسم الباطنة العصبية - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

² أستاذ دكتور في قسم الباطنة العصبية - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

المخلص:

خلفية البحث وهدفه: يعد خثار الجيوب الوريدية الدماغية مرضاً قليل الشيوع؛ إذ يشكل نسبة تقل عن 1% من كل أنواع الحوادث الوعائية الدماغية؛ ونظراً لتعدد تظاهراته السريرية والتشخيص التفريقية الواسعة فإن تشخيصه يعد تحدياً وبحاجة للتدبير الإسعافي. ويعد توفر الرنين الدماغى وزيادة التوجه السريري أصبح تشخيصه أسهل من ذي قبل، ولذا سنتطرق للتظاهرات التصويرية والسرييرية المختلفة والمتعددة لخثار الجيوب الوريدية الدماغية ونسب انتشارها في المجتمع، كذلك سيستخدم مشعر رانكين المعدل ومشعر CVT-GS عند القبول لتقييم الإنذار خلال أول ثلاثة أشهر.

مواد البحث وطرائقه: هذه الدراسة هي دراسة حشدية مستقبلية شملت 60 مريضاً مثبتاً لديه الإصابة بخثار الجيوب الوريدية الدماغية في كل من مشفى الأسد الجامعي ومشفى المواساة الجامعي بين عامي 2020-2021.

النتائج: الخثار الوريدي الدماغى يصيب كل الفئات العمرية ولكن بالأخص فئة الشباب بمتوسط عمر (33) سنة، وهو أشيع لدى الإناث. وإن العرض السريري الأكثر شيوعاً هو الصداع (90% من مجموع المرضى). وأن الجيب السهمي الطولاني العلوي هو الأكثر إصابة (61.7%). كما أن الإنذار لمرضى الخثار الوريدي الدماغى جيد في حال التدبير السريع، ولكن لوحظ أن المرضى الذين تكون قيم مشعر رانكين المعدل mRS أو مشعر CVT-GS < 2 لديهم انذار أسوأ من غيرهم.

الاستنتاج: يظهر الخثار الوريدي الدماغى بأشكال سريرية وشعاعية متعددة، ويمكن تأكيد التشخيص بإجراء رنين دماغ ومرنان جيوب وريدية. كما أنه في حال كانت قيمة أحد المشعرين (مشعر رانكين المعدل mRS أو مشعر CVT-GS) < 2 عند القبول فهي علامة تنذر بالسوء.

الكلمات المفتاحية: الخثار الوريدي الدماغى، التظاهرات السرييرية، التظاهرات الشعاعية، مشعر رانكين المعدل mRS، مشعر CVT-GS والإنذار.

تاريخ القبول: 2022/3/14

تاريخ النشر: 2023/3/5



حقوق النشر: جامعة دمشق -
سورية، يحتفظ المؤلفون بحقوق
النشر بموجب الترخيص CC
BY-NC-SA 04

Radiolo -clinical features, and outcomes of cerebral venous sinus thrombosis with using a practical score.

Nihal Walid Jaber¹, Prof. Gassan Naief Hamza²

¹ Postgraduated Student in Neurology Department - Faculty of Medicine - Damascus University.

² Prof. Doctor in Neurology Department - Faculty of Medicine - Damascus University.

Abstract:

Background & Aim: Cerebral venous sinus thrombosis is a low-prevalence disease, it constitutes a percentage of less than 1% of all types of cerebral vascular accidents, and due to its many clinical manifestations and extensive differential diagnosis its diagnosis is a challenge and need to emergency management.

After the availability of brain MRI and increased clinical orientation, it became easier to diagnose than before, so the various radiological and clinical manifestations of cerebral venous sinus thrombosis and their prevalence in society will be addressed.

The practical scores (mRS and CVT-GS) will be used upon admission to assess the prognosis within the first three months.

- **Materials and Methods:** A Prospective Cohort Study, included 60 patients with cerebral venous sinus thrombosis, accepted at Damascus University Hospitals (Al-Mowasat University Hospital, Al-Assad University Hospital) from 1/1/2020 to 1/1/2021

- **Results:** Cerebral venous sinus thrombosis affects all age groups, but especially the youth group with an average (33 years), and it is more common among females. The most common symptom is headache(90%) and the most affected sinus is the superior longitudinal sagittal(61.7%) . The prognosis is good in the case of rapid management, but it was noted that patients who had mRS >2 or CVT-GS> 2 had worse outcome.

Conclusions: We conclude that cerebral venous sinus thrombosis has many clinical and radiological manifestations, and the diagnosis can be confirmed using brain MRI and MRV.

A value of mRS >2 or CVT-GS> 2 has a bad prognostic sign .

Key words: Cerebral venous thrombosis , Clinical and radiological manifestations, mRS, CVT-GS and prognosis.

Accepted: 14/3/2022

Published: 5/3/2023



Copyright: Damascus University- Syria, The authors retain the copyright under a CC BY- NC-SA

أولاً: مقدمة:

يُعدُّ خثار الجيوب الوريدية الدماغية مرض غير شائع حيث يشكل 0.5-1% من كل الحوادث الوعائية الدماغية.

[P.Saposnik G, Barinagarrementeria F, Brown RD Jr, Bushnell CD, Cucchiara B, Cushman M, deVeber [G, Ferro JM, Tsai FY, (2011) 42:1158-1192.

وهو يصيب فئة الشباب والبالغين الصغار لذا يجب وضعه في عين الاعتبار عند مراجعة مريض صغير السن بأعراض حادث وعائي دماغي دون وجود عامل خطر للإصابة الشريانية.

تزداد نسبة الحدوث في فترة الحمل والولادة وفي حال استخدام مانعات الحمل وهذا مايفسر شيوعه عند الإناث أكثر من

الذكور [Zuurbier SM, Hiltunen S, Tatlisumak T, Peters GM, Silvis SM, Haapaniemi E, Kruyt ND, [Putaal J, Coutinho JM (2016)47:390-396

يقدر معدل الحدوث ما بين 0.22-1.57 لكل 100000 نسمة.

وبسبب وجود الرنين المغناطيسي وانتشار استخدامه مع ارتفاع التوجه السريري أصبح معدل تكرار خثار الجيوب الوريدية الدماغية أعلى من ذي قبل، إضافةً إلى أن التظاهرات السريرية أصبحت متنوعاً ومتعدداً لما كان معروف مسبقاً.

ويسبب تعدد أسبابه وتظاهراته أصبح تشخيصه لا يقتصر على أطباء الباطنة العصبية أو الجراحة العصبية بل أصبح يشمل أطباء الإسعاف و الطوارئ ، وأطباء الدم، وأطباء الأورام، وأطباء الباطنة العامة، وأطباء النسائية والتوليد، وأطباء الأطفال، وأطباء الأسرة.

[Ferro JM, Correia M, Pontes C, et al. 2001; 11:17] Coutinho JM, Zuurbier SM, Aramideh M, Stam J]

[2012; 43:3375

Devasagayam S, Wyatt B, Leyden J, Kleinig T]

[2016; 47:2180

وهو أكثر شيوعاً عند النساء منه عند الرجال بنسبة تصل إلى 1:3، وعدم التساوي أو التوازن، هذا يعود إلى وجود فترة الحمل وما حولها وتناول مانعات الحمل التي تتميز بها النساء عن الرجال، والتي تعتبر عامل خطر لزيادة الأهبه الخثارية.

ينتشر حدوث خثار الجيوب الوريدية الدماغية عند البالغين بعمر أصغر من حدوث الحوادث الوعائية الدماغية الإقفارية، حيث يكون الوسط العمري 39 سنة بينما توجد نسبة 8% من هم فوق 65 سنة .

[Ferro JM, Canhão P, Stam J, et al. 2004; 35:664]

.Ferro JM, Canhão P, Bousser MG, et al. 2005;] [36:1927

ثانياً: أهمية وهدف البحث:

يعد خثار الجيوب الوريدية الدماغية أقل شيوعاً من باقي أنماط الحوادث الوعائية الدماغية، لكن يعد تشخيصه تحدياً طبياً نظراً لتعدد التظاهرات السريرية لدى المرضى وللحاجة لتدبير الحالة بشكل إسعافي .

عند التوجه للإصابة فإنه يتم طلب اجراء طبقي دماغي بدون حقن بشكل أولي والذي قد يظهر وجود(علامة دلتا- نرف برانشيمي..) والذي يعد إجراء أولي أسرع ، وحالياً بسبب توفر الرنين المغناطيسي فإن تشخيص الحالات أصبح أسهل من ذي قبل، حيث يتم طلب إجراء رنين MRI دماغ مع حقن بالإضافة لإجراء رنين زمن وريدي MRV.

كما سيتم استخدام الموجودات السريرية والشعاعية في تقييم الإنذار و ذلك من خلال استخدام كل من [مشعر رانكين المعدل (MRS) - ومشعر مقياس الدرجات لختار الجيوب الوريدية الدماغية (CVT-GS)].

وتهدف هذه الدراسة إلى:

حيث:

1- لتحديد انتشار كل من التظاهرات السريية والشعاعية لمرضى الخثار الوريدي الدماغية.
 2- البحث عن وجود ارتباط بين مشعر رانكين المعدل عند القبول والإنذار خلال أول 3 أشهر.
 3- البحث عن وجود ارتباط بين كل العمر والجنس والتظاهر الشعاعي مع قيمة رانكين المعدل عند القبول وكذلك الإنذار خلال أول 3 أشهر.

1- لتحديد انتشار كل من التظاهرات السريية والشعاعية لمرضى الخثار الوريدي الدماغية.
 2- البحث عن وجود ارتباط بين مشعر رانكين المعدل عند القبول والإنذار خلال أول 3 أشهر.
 3- البحث عن وجود ارتباط بين كل العمر والجنس والتظاهر الشعاعي مع قيمة رانكين المعدل عند القبول وكذلك الإنذار خلال أول 3 أشهر.

ثالثاً: فرضيات البحث:

وبتطبيق المعادلة يكون حجم العينة المطلوب 60 مريضاً. تكوّنت عينة الدراسة من 60 مريضاً مثبتاً لديه خثار جيوب وريدية دماغية متوسط أعمارهم 32.5 سنة تراوحت أعمارهم بين 14 و 64 سنة، منهم 15 ذكراً متوسط أعمارهم 29.33 سنة و45 أنثى متوسط أعمارهن 34.22 سنة. تم متابعة حالتهم ثلاثة أشهر حيث جمعت البيانات المتعلقة بالجيوب الوريدية المصابة وعددها ووجود نزف داخل القحف ومدة بدء الأعراض والعلامات والأعراض الموصوفة وقياس مشعري CVT-GS ورانكين لكل مريض، حيث تم قياس قيم رانكين لهم عند قبولهم، وبعد شهر من قبولهم، وبعد ثلاثة أشهر وجرى خلال الفترات الثلاث جمع المعلومات اللازمة وتقييم الإنذار.

يوجد فرق بين كلا الجنسين وكذلك بين الفئات العمرية من الناحية الإنذارية ونسبة الانتشار . يوجد ارتباط بين قيمة مشعر رانكين المعدل عند القبول و مشعر مقياس الدرجات للخثار الوريدي الدماغية عند القبول و الإنذار خلال أول 3 أشهر.

رابعاً: مواد البحث وطرائقه:

تصميم الدراسة: دراسة حشدية مستقبلية (Prospective cohort study) تمت في مستشفى الأسد والمواساة الجامعيين بدمشق في الفترة الواقعة من (1-1-2020) ولغاية (1-1-2021) وفق المعايير الآتية:

خامساً: مواد وطرائق البحث:

تمت مراجعة ملفات المرضى المقبولين في الشعبة العصبية وشعب الإسعاف والعناية المشددة في كل من مشفى الأسد الجامعي والمواساة الجامعي والمثبت لديهم الإصابة بخثار الجيوب الوريدية الدماغية شعاعياً "وسريياً"، وذلك ابتداءً من تاريخ 1\1\2020 ولغاية 1\1\2021. تم توزيع المرضى حسب العمر وحسب الجنس مع دراسة التظاهرات السريية والشعاعية. تمت متابعة المرضى لمدة ثلاثة أشهر من القبول لتقييم الإنذار لديهم .

- معايير الاشتمال: مرضى خثار الجيوب الوريدية الدماغية و الأكبر من 14 سنة المقبولين في مشفى الأسد والمواساة الجامعيين بدمشق.
 - معايير الاستبعاد: المرضى الذين هم أصغر سناً من 14 سنة.
 - عينة الدراسة :

تم حساب حجم عينة البحث باستخدام معادلة ستيفن ثومبسون Steven Simpson على الشكل الآتي:

$$n = \frac{N \times p(1-p)}{\left[\left[N - 1 \times (d^2 \div z^2) \right] + p(1-p) \right]}$$

سادسا: نتائج البحث:

في نهاية البحث اكتملت لدينا بيانات 60 مصابا بالخثار الوريدي الدماغى، وبدراسة هذه البيانات إحصائياً باستخدام برنامج SPSS، ووصلنا للنتائج الآتية:

1- توزيع عينة البحث بحسب الجنس الفئات العمرية:

الجدول (1): وصف المتغيرات الديموغرافية لمرضى خثار الجيوب الوريدية الدماغية

المتغير	الفئة	عدد المرضى	النسبة %
الجنس	ذكر	15	25.0
	أنثى	45	75.0
الفئات العمرية	دون 20 سنة	15	25.0
	من 20 إلى 29 سنة	13	21.7
	من 30 إلى 39 سنة	17	28.3
	من 40 إلى 49 سنة	11	18.3
	50 وما فوق	4	6.7

- من الجدول (1) نلاحظ أن نسبة الإناث أكبر من نسبة الذكور حيث أن نسبة الإناث 3 أضعاف نسبة الذكور.
- كما نلاحظ أن تراوحت أعمار المرضى ما بين 14-60 عاماً، وبلغ متوسط العمر 33 عاماً.

- 28.3% من المرضى بعمر 30-39 سنة، 25% بعمر 14-20 عاماً، 21.7% بعمر 20-29 عاماً، و18% بعمر 30-40 عاماً، و6.7% بعمر أكبر من 50 عاماً.

2- دراسة مدة بدء الأعراض عند مرضى الخثار الوريدي الدماغى:

الجدول (2): وصف مدة بدء الأعراض لدى المرضى

مدة بدء الأعراض	عدد المرضى	النسبة %
حاد (أقل من 48 ساعة)	14	23.3
تحت حاد (من 48 ساعة حتى 30 يوماً)	41	68.3
مزمن (> 30 يوماً)	5	8.3

من الجدول (2) نلاحظ الآتي أن التظاهرات السريرية غالباً تكون تحت حادة أي من 48 ساعة حتى 30 يوماً.

2- دراسة نسبة انتشار الأعراض السريرية عند مرضى الخثار الوريدي الدماغى:

الجدول (3): وصف الأعراض والعلامات المشاهدة لدى المرضى

العرض/العلامة	عدد المرضى	النسبة %
صداع	54	90.0
اختلاجات	35	58.3
إقياءات	37	61.7
اضطراب حسي	13	21.6
اضطراب كلام	3	5.0
دوار	4	6.7
ظنين	8	13.3
دوخة	1	1.7
اضطراب رؤية	34	56.7
شفع	7	11.7
وذمة حليلة	38	63.3
ترفع حروري	9	15.0
اضطراب وعي	19	31.6
اضطراب حركي	20	33.3
شلول أعصاب قحفية	2	3.3

من الجدول (3) نلاحظ الآتي:

- تنوعت الأعراض والعلامات الموجودة عند المرضى إلا أن أبرزها نسبة المرضى الذين اشتكوا من عرض الصداع 90% من أفراد العينة، كما تبين أن نسبة المرضى الذين لديهم وذمة حليلة عصب بصري هي 63.3%، تليها الإقياءات بنسبة 61.7%، ثم الاختلاجات بنسبة 58.3% .

تبين نتائج الجدول السابق أن 61.7% من المرضى لديهم إصابة في الجيب الوريدي السهمي الطولاني العلوي يليه 45% من المرضى لديهم إصابة في الجيب المعترض الأيمن، ثم 38.3% من المرضى لديهم إصابة في الجيب الوريدي المعترض الأيسر.

7- الدراسة الاحصائية للإنذار لدى مرضى خثار الجيوب الوريدية الدماغية:

الجدول(7):

قيمة مشعر رانكين		0	1	2	3	4	5	6
عند القبول	العدد	1	21	17	3	8	10	0
عند القبول	النسبة	1.7	35.0	28.3	5.0	13.3	16.7	0
بعد شهر	العدد	22	21	5	0	2	0	3
بعد شهر	النسبة	41.5	39.6	9.4	0	3.7	0	5.6
بعد 3 أشهر	العدد	37	12	1	0	2	0	0
بعد 3 أشهر	النسبة	71.1	23.1	1.9	0	3.8	0	0

تبين نتائج الجدول السابق أن 35% من المرضى كانت قيم رانكين لديهم عند القبول فوق القيمة 2، في حين أن 65% من المرضى كانت قيم رانكين لديهم (2 وما دون)، وبعد شهر من القبول تبين أن 9.3% من المرضى لديهم قيم رانكين (أكبر من 2)، وبعد ثلاثة أشهر من القبول تبين أن 3.8% من المرضى لديهم قيم رانكين (أكبر من 2)، و (90.7- 96.2) من المرضى كانت قيم رانكين لديهم (2 وما دون) بعد شهر من القبول، وبعد ثلاثة أشهر من القبول على التوالي.

4- دراسة نسبة انتشار التظاهرات الشعاعية عند المرضى:

الجدول (4): يصف التظاهرات الشعاعية المشاهدة على الطبقي المحوري

الدماغي

النسبة%	العدد	التظاهر الشعاعي على CT
5	3	وذمة دماغية معممة
36.6	22	نزف داخل القحف

من الجدول (4) نلاحظ أن 36.7% من مرضى خثار الجيوب الوريدية الدماغية يعانون من نزف داخل القحف.

الجدول (5): توزع النزف داخل القحف عند المرضى الذكور والإناث

وجود النزف داخل القحف	عدد الذكور	النسبة	عدد الإناث	النسبة %
نعم	6	40.0	16	35.6
لا	9	60.0	29	64.4
المجموع الكلي	15	100.0	45	100.0

من الجدول (5) نلاحظ أن 40% من المرضى الذكور لديهم نزف داخل القحف، و 35.6% من المريضات لديهن نزف داخل القحف.

- التظاهرات الشعاعية على الرنين الدماغي:

الجدول (6): وصف الأوردة أو الجيوب الوريدية المصابة لعينة الدراسة

N=60

النسبة %	عدد المرضى المصابين	الجيب الوريدي أو الوريد المصاب
61.7	37	الجيب السهمي الطولاني العلوي
6.7	4	الجيب السهمي الطولاني السفلي
38.3	23	الجيب المعترض الأيسر
45.0	27	الجيب المعترض الأيمن
-	-	الجيب الكهفي الأيمن
15.0	9	الأوردة القشرية الدماغية
8.3	5	الجيب السيني الأيمن
-	-	الجيب الكهفي الأيسر
6.7	4	الجيب السيني الأيسر
8.3	5	الأوردة العميقة
1.7	1	الوريد الوداجي الأيمن
5.0	3	الوريد الوداجي الأيسر

8- دراسة نتائج ارتباط سبيرمان بين قيم رانكين في لحظات الدراسة الثلاث والجيوب الوريدية المصابة:

الجدول (8):

	m_RS0	m_RS1	m_RS3	
الجيوب السهمي الطولاني العلوي	معامل الارتباط	-0.146	-0.050	-0.012
	Sig. (2-tailed)	.265	.723	.934
	N	60	53	53
الجيوب السهمي الطولاني السفلي	معامل الارتباط	-0.092	-0.228	-0.017
	Sig. (2-tailed)	.484	.101	.904
	N	60	53	53
المعرض الأيسر	معامل الارتباط	-0.010	-0.108	.003
	Sig. (2-tailed)	.938	.443	.982
	N	60	53	53
المعرض الأيمن	معامل الارتباط	.208	-0.089	.125
	Sig. (2-tailed)	.111	.529	.373
	N	60	53	53
الكهفي الأيمن	معامل الارتباط	.	.	.
	Sig. (2-tailed)	.	.	.
	N	60	53	53
الأوردة القشرية	معامل الارتباط	-0.118	.130	-0.104
	Sig. (2-tailed)	.371	.355	.458
	N	60	53	53
السيني الأيمن	معامل الارتباط	.210	-0.174	-0.119
	Sig. (2-tailed)	.108	.213	.398
	N	60	53	53
الكهفي الأيسر	معامل الارتباط	.	.	.
	N	60	53	53
	N	60	53	53
السيني الأيسر	معامل الارتباط	.122	-0.056	-0.119
	Sig. (2-tailed)	.352	.689	.398
	N	60	53	53
الأوردة العميقة	معامل الارتباط	.197	.122	.201
	Sig. (2-tailed)	.131	.383	.149
	N	60	53	53
الوداجي الأيمن	معامل الارتباط	.144	-0.084	-0.201
	Sig. (2-tailed)	.271	.548	.148
	N	60	53	53
الوداجي الأيسر	معامل الارتباط	-0.103	-0.216	-0.341*
	Sig. (2-tailed)	.433	.120	.012
	N	60	53	53

تبين نتائج الجدول السابق أن معنوية الاختبار لدراسة العلاقة بين قيم رانكين في لحظات الدراسة والجيوب الوريدية المصابة

على وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين قيم رانكين بعد ثلاثة أشهر من القبول والإصابة بالوريد الوداجي الأيسر $V_{jugular}$ Left؛ إذ كانت احصائية الاختبار 0.012 أصغر من مستوى الدلالة 0.05، وتبين وجود علاقة متوسطة عكسية بين المتغيرين بلغت 0.341- وتعني أنه كلما انخفضت قيمة رانكين بعد ثلاثة أشهر من القبول كلما ازدادت إمكانية عدم الإصابة بالوريد الوداجي الأيسر $V_{jugular}$ Left.

سابعاً: المقارنة مع الدراسات العالمية المشابهة ومناقشتها:

1- لمحة عن دراسات المقارنة:

الجدول (10):

الإناث	العدد	السنة	الدولة	
75%	60	2021	سورية	دراستنا
-	49	2011	البرتغال	الدراسات العالمية
76%	25	2014	دراسة عالمية	
72.5%	51	2016	التشيك	
-	69	2017	الصين	
81.4%	467	2018	أسبانيا	
56.6%	30	2020	الهند	
56.5%	563	2021	فينلندا	

قمنا بمراجعة سبع دراسات واستخلاص أهم نتائجها ومقارنتها مع نتائج دراستنا، وفيما يأتي أهم نقاط المقارنة مع نتائج دراستنا:

- تراوح حجم عينة البحث ما بين 25-563 مريضاً.
- في كافة الدراسات كانت نسبة الإناث أكبر من نسبة الذكور.
- تراوح عمر المرضى في كافة الدراسات ما بين 14-70 عاماً.

2- مقارنة مدة بدء التظاهرات السريية:

من الجدول (10) نلاحظ الآتي:

- أن النسب كانت نتائج دراستنا مقارنة نسبيا" مع نتائج الدراسة الهندية 2020 ، بينما كان هناك فرق بين دراستنا والدراسة العالمية عام 2014 إذ إن كانت النسبة جاءت متساوية لكل من التظاهرات السريية الحادة وتحت الحادة.

الجدول (10): مقارنة بدء الأعراض

Indian ^[13]	Zalak darji ^[8]	دراستنا	
%36.7	%20	%23.3	حاد
%53.3	%40	%68.3	تحت حاد
%10	%20	%8.5	مزمن

3- مقارنة شيعوع الأعراض:

الجدول (11):

2020Indian. [12]	[11] Spain 2018.	[8] Zalak darji, et al 2014.	دراستنا	التظاهرات والعلامات السريية
28(93.3%)	396(84.8%)	25(100%)	54(90%)	الصداع
13(43.3%)	60(12.8%)	11(44%)	35(58.3)	الاختلاجات
7(23.3%)			20(33.3%)	الاضطراب الحركي
13(43.3%)			13(21.6%)	الاضطراب الحسي
14(46.7%)	183(39.2%)	13(52%)	38(63.3%)	وذمة حليلة عصب بصري
	293(62.7%)	11(44%)	19(31.6%)	اضطراب وعي
3(10%)			9(15%)	ترفع حروري
2(6.7%)		6(24%)	7(11.7%)	شفع
9(30%)			2(3.3%)	اصابة أعصاب قحفية
3(10%)			37(61.7%)	غثيان وإقياء
		14(56%)	34(56.7%)	اضطراب الرؤية

من الجدول (11) نلاحظ الآتي:

البصري في المرتبة الثانية بما يتوافق مع دراستنا، وفي المرتبة الثانية وجود كل من الاختلاجات والاضطراب الحسي بالنسبة نفسها.

- كانت هناك بعض الفروقات بين دراستنا والأدب العالمي حيث لوحظ أنه في دراستنا كانت نسبة الاختلاج (58.3%) بينما في الدراسة الأسبانية كانت النسبة (12.8%)، بالمقابل كانت نسبة اضطراب الوعي في دراستنا (31.6%) بينما في الدراسة الأسبانية (62.7%)، قد يكون ذلك الاختلاف بسبب اشتمال مرضى الحالة الصرعية أو حتى المرضى الذين حدث

من ناحية الأعراض توافقت جميع الدراسات على أن الصداع هو العرض الرئيسي الأشيع، وكان في المرتبة الثانية من ناحية الشيعوع في دراستنا وجود حليلة العصب البصري، وفي المرتبة الثالثة الغثيان والإقياء، بينما في دراسة عام 2014 كان في المرتبة الثانية اضطراب الرؤية، وفي المرتبة الثالثة وجود وذمة حليلة العصب البصري، وفي الدراسة الأسبانية لعام 2018 كان وجود اضطراب في الوعي في المرتبة الثانية، وفي الدراسة الهندية لعام 2018 كان وجود وذمة حليلة العصب

لديهم اضطراب في الوعي ضمن قائمة اضطراب الوعي دون ذكرها في قائمة الاختلاجات.

- كما أن نسبة إصابة الأعصاب القحفية كانت في دراستنا (3.3%) بينما في الدراسة الهندية (30%) قد يعزى ذلك إلى إضافة مرضى اللقوة المركزية ضمن إصابة الأعصاب القحفية في الدراسة الهندية.

- وكان هناك فرق مهم بين دراستنا والدراسة الهندية من حيث انتشار الغثيان والإقياء، حيث كان في دراستنا بنسبة (61.7%) بينما بنسبة (10%) في الدراسة الهندية، وقد يعود ذلك إلى صغر حجم عينة الدراسة الهندية مقارنة مع حجم عينة دراستنا، أو قد يعود ذلك إلى ارتفاع نسبة الحوامل المصابات في دراستنا، إذ قد يكون الغثيان والإقياء عرضاً مرافقاً للحمل.

- كما كانت نسبة الشفع في دراستنا (11.7%) بينما في الدراسة العالمية لعام 2014 (24%) وفي الدراسة الهندية كانت النسبة (6.7%)، وقد يعزى ذلك إلى اختلاف حجم العينات.

5- مقارنة التظاهرات الشعاعية ومناقشتها:

الجدول (12):

[14] China 2017.	[11] Spain 2018.	2016 Czech. [9]	[8] Zalak darji, et al 2014.	[10] Coimbra. 2011	دراستنا	الجيب أو الوريد المصاب
36(52.2%)	365(78.2%)	25(49%)	18(72%)	30(61%)	40(66.7%)	الجيب السهمي الطولاني العلوي
					4(6.7%)	الجيب السهمي الطولاني السفلي
16(23.2%)		18(35.3%)	15(60%)	36(73%)	27(45%)	الجيب المستعرض الأيمن
		32(62.7%)		23(47%)	23(38.3%)	الأيسر
14(20.3%)		11(21.5%)	4(16%)	7(14%)		الجيب المستقيم
			1(4%)		0	الجيب الكهفي
25(36.2%)		18(35.3%)		26(53%)	5(8.3%)	الجيب السيني الأيمن
		31(60.7%)		14(28%)	4(6.7%)	الأيسر
		15(29.4%)	2(8%)	19(38%)	9(15%)	الأوردة القشرية
		17(3.6%)	7(13.7%)	0	5(8.3%)	الأوردة العميقة
				31(63%)	1(1.7%)	الوريد الوداجي الأيمن
					3(5%)	الأيسر

من الجدول (12) نلاحظ الآتي:

- من ناحية شيوع الإصابة للأوردة أو الجيوب الوريدية الدماغية : كان الجيب السهمي الطولاني العلوي هو الأشيع، يليه الجيب المستعرض الأيمن، بينما في الدراسة البرتغالية لعام 2011 كان الجيب المستعرض الأيمن هو الأشيع، من ناحية الإصابة يليه الوريد الوداجي الأيمن، بينما في الدراسة العالمية لعام 2014 كانت إصابة الجيب السهمي الطولاني هو الأشيع يليه الجيب المستعرض (بشكل يشمل الأيمن والأيسر؛ أي مجموعهما معا)، في الدراسة التشيكية لعام 2016 كان الجيب المستعرض الأيسر هو الأشيع في الإصابة يليه الجيب السيني الأيسر ، وفي الدراسة الصينية المنشورة بعام 2017 كان الجيب السهمي الطولاني العلوي هو الأشيع يليه الجيب السيني - في دراستنا كان الجيب السهمي الطولاني العلوي أشيع إصابة" من الجيب المستعرض، وقد يعود ذلك إلى أن الجيب السهمي الطولاني العلوي يصاب في الحالة المؤهبة للخثار أكثر من الحالة الإنتانية ، بينما تشيع إصابة الجيب المستعرض في حال وجود حالة إنتانية.

- كانت هناك فروقات واضحة من ناحية إصابة الجيب السيني الأيمن والأيسر بين دراستنا والدراسة التشيكية والدراسة البرتغالية، حيث كانت نسبة إصابة الجيب السيني الأيمن في دراستنا (8.3%)، والجيب السيني الأيسر (6.7%)، بينما كانت نسبة الإصابة في الدراسة التشيكية للجيب السيني الأيمن (35.3%) والجيب السيني الأيسر (60.7%)، وكانت النسبة في الدراسة البرتغالية للجيب السيني الأيمن (53%) وللجيب السيني الأيسر (28%)، وقد يعزى ذلك إلى اختلاف دقة المجال المغناطيسي للرنين المستخدم في كلا الدراستين.

- كما لوحظ اختلاف بين دراستنا / الأدب العالمي والدراسة البرتغالية من ناحية إصابة الجيب المستعرض، حيث كانت النسب متقاربة نسبياً بين دراستنا و الأدب العالمي، بينما

كانت النسبة أعلى في الدراسة البرتغالية، وقد يعزى ذلك إلى شيوع الحالات الإنتانية في كويمبرا/البرتغال. 6-مقارنة معدل الوفيات لدى المرضى المصابين بالخثار الوريدي الدماغية بين دراستنا والأدب العالمي أول 30 يوماً" وخلال 90 يوماً"مع مقارنة دقة الاختبار التنبؤية لكلا المشعرين (mRS و CVT-GS):

الجدول (13):

[11] Spain 2018.	دراستنا	
8.7%	6.7%	معدل الوفيات خلال 30 يوماً من القبول
9.2%	8.3%	معدل الوفيات خلال 90 يوماً
85.3%	66.1%	دقة الاختبار التنبؤية للوفيات باستخدام مشعر mRS
91.6%	82.1%	دقة الاختبار التنبؤية للوفيات باستخدام مشعر CVT-GS

- مما سبق نلاحظ أن النسب كانت متقاربة نسبياً في معدل الوفيات بين دراستنا والدراسة الأسبانية 2018 حيث كان معدل الوفيات خلال أول 30 يوماً في دراستنا (6.7%) و كان (8.3%) خلال أول 90 يوماً، بينما كان معدل الوفيات خلال أول 30 يوماً في الدراسة الأسبانية (8.7%) وكان (9.2%) خلال أول 90 يوماً.

- ومن ناحية دقة الاختبار التنبؤية للوفيات كانت في دراستنا باستخدام مشعر mRS هي (66.1%)، بينما كانت في الدراسة الأسبانية (85.3%)، وباستخدام مشعر CVT-GS كانت النسبة في دراستنا هي (82.1%) بينما كانت النسبة في الدراسة الأسبانية هي (91.6%)، وقد يعزى ذلك لكبر حجم عينة الدراسة الأسبانية حيث بلغ حجمها 467 مريضاً.

ثامناً: المحددات والمعوقات:

- تم جمع العينة من مركزين طبيين فقط (مشفى الأسد الجامعي ومشفى المواساة الجامعي).

تاسعاً: الخلاصة والتوصيات:

- الخثار الوريدي الدماغي يصيب كل الفئات العمرية ولكن يكثر لدى فئة الشباب مع متوسط عمر 33 سنة.

- الجنس المؤنث يصاب بشكل أشيع من الجنس المذكر وينسبة تصل إلى 1:3 كما أن الجنس المذكر يحمل إنذاراً أسوأ من الجنس المؤنث.

- العمر < 40 سنة يحمل إنذاراً أسوأ من الأعمار الأصغر سناً.

- إن أشيع التظاهرات السريرية لخثار الجيوب الوريدية الدماغية هو الصداع وتصل نسبته إلى 90%.

- غالباً ما تكون بداية التظاهرات السريرية تحت حادة؛ أي الفترة الممتدة من يومين حتى 30 يوماً.

- أشيع الجيوب الوريدية الدماغية المصابة هو الجيب السهمي الطولاني العلوي في دراستنا، وقد يعزى ذلك لاصابته في الحالات المؤهبة للخثار بشكل أشيع من وجود إنتان.

- إن الإنذار جيد عموماً للخثار الوريدي الدماغي طالما شخص باكراً مع حسن التدبير.

إصابة الوريد الوداجي يعد مؤشراً إنذارياً سيئاً.

- إن قيم مشعر رانكين المعدل mRS عند القبول < 2 وقيم المشعر CVT-GS عند القبول < 2 تحمل إنذاراً أسوأ من القيم التي تكون > أو = 2 لكلا المشعرين.

- كانت حساسية اختبار مشعر رانكين المعدل mRS 75%، بينما كانت النوعية 65% والقيمة التنبؤية السلبية 97.1%، ودقة الاختبار التنبؤية كانت 66.1%، بينما كانت حساسية اختبار المشعر CVT-GS 50% والنوعية 84% والقيمة التنبؤية السلبية 95.6% ودقة الاختبار التنبؤية 82.1%.

- تقييم المريض وفي حال الشك بخثار الجيوب الوريدية الدماغية علينا أن نقوم بإجراء الطرق التشخيصية السريعة (رنين دماغ مع رنين وريدي) خاصة في حال وجود أعراض تشير لارتفاع التوتر داخل القحف مع التدبير الإسعافي الفوري.

- تستهدف الخطة العلاجية التدبير الفوري للمريض خاصة في الحالات الحرجة التي تترافق مع ارتفاع توتر داخل القحف أو حماية العصب البصري في حال وجود وذمة حليلة عصب بصري، وذلك من خلال تطبيق كل الاجراءات لتقليل الضغط داخل القحف.

- يمكن استخدام كل من المشعرين mRS و CVT-GS لتقييم شدة الحالة، وفي حال كانت قيمة أحدهما أكثر من 2 فإنها تحمل إنذاراً أسوأ ويفضل في هذه الحالة نقل المريض إلى وحدة العناية المشددة.

- نقترح إجراء دراسات مستقبلية يتم خلالها تضمين كل من: مرضى العناية المشددة والحالات الحرجة بشكل خاص - العقابيل المرضية التالية للإصابة على المدى القريب والبعيد - الدراسة الختارية السببية.

References:

1. P.Saposnik G, Barinagarmenteria F, Brown RD Jr, Bushnell CD, Cucchiara B, Cushman M, deVeber G, Ferro JM, Tsai FY, American Heart Association Stroke Council and the Council on Epidemiology and Prevention (2011) Diagnosis and management of cerebral venous thrombosis: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 42:1158–1192.
2. Zuurbier SM, Hiltunen S, Tatlisumak T, Peters GM, Silvis SM, Haapaniemi E, Kruyt ND, Putaala J, Coutinho JM (2016) Admission hyperglycemia and clinical outcome in cerebral venous thrombosis. Stroke 47:390–396
3. Ferro JM, Correia M, Pontes C, et al. Cerebral vein and dural sinus thrombosis in Portugal: 1980-1998. Cerebrovasc Dis 2001; 11:177.
4. Coutinho JM, Zuurbier SM, Aramideh M, Stam J. The incidence of cerebral venous thrombosis: a cross-sectional study. Stroke 2012; 43:3375.
5. Devasagayam S, Wyatt B, Leyden J, Kleinig T. Cerebral Venous Sinus Thrombosis Incidence Is Higher Than Previously Thought: A Retrospective Population-Based Study. Stroke 2016; 47:2180.
6. Ferro JM, Canhão P, Stam J, et al. Prognosis of cerebral vein and dural sinus thrombosis: results of the International Study on Cerebral Vein and Dural Sinus Thrombosis (ISCVT). Stroke 2004; 35:664.
7. 7.Ferro JM, Canhão P, Bousser MG, et al. Cerebral vein and dural sinus thrombosis in elderly patients. Stroke 2005; 36:1927.
8. Zalak Darji, Leena Dabhi, CVT, 12014 | Vol 3 | Issue 5.
9. Czech. Sokolska 581 Department of Neurology, Comprehensive Stroke Center,
10. Charles University and University Hospita CZ-500 05 Hradec
sagepub.com/journalsPermissions.nav2016Kra'love', Czech Republic.
11. Coimbra. Acta Med Port 2011; 24: 021-028.
12. Spain. Cantú-Brito C (2018) A Practical Score for Prediction of Outcome After Cerebral Venous Thrombosis Front. Neurol. 9:882. doi: 10.3389/fneur.2018.00882.
13. Indian Journal of Basic and Applied Medical Research; December 2020: Vol.-10, Issue- 1, P.368 - 373 DOI: 10.36848/IJBAMR/2020/16215.55815.
14. Finland. 2021; 52:00–00. DOI: 10.1161/STROKEAHA.120.031026. Department of Emergency, Nanjing Drum Tower Hospital Affiliated to Nanjing University Medical School, 321 Zhongshan Road, Nanjing 210008, Jiangsu, China 2017.