

چهار مورد سندرم دم اسب

دکتر عبدالوهاب زرین جام *
دکتر مجتبی رفیع **

سطح خلفی ساق پا و بطور پراکنده تر در ناحیه ران .
— هیپوتونی ماهیچه ای بطور واضح و شدید خصوصاً در طرف چپ .

— امیوتروفی اندامهای پائین نیز پیشرفته بوده خصوصاً در لژ قدامی خارجی در طرف راست و بطور خفیف تر در لژ خلفی ساق پا وجود داشته که بعلت چاق بودن بیمار برآورد آن کمی مشکل بود .

— انعکاسهای وتری : اشیل در دو طرف بدون جواب ، روتول در دو طرف بسیار خفیف و تقریباً از بین رفته .
بررسی حرکتی در این موقع نشان میداد که علاوه بر اسپاژ دو طرفه ، ضعف عضلانی در ماهیچه سه ساق پا وجود داشته .
در قسمت ران نیز ضعف ماهیچه ای در ماهیچه های سطح خلفی و چهار سر بطور خفیف تر جلب توجه میکرد .

— اختلالاتی در اندامهای بالا و پائین و علائمی در اعصاب جمجمه نداشت .
— سایر معاینات نورولوژیک و عمومی نکته دیگری را نشان نمیداد .

نشانه های فوق معلوم داشت که دردهای بیمار از نوع درد ریشه ای سیاتیک معمولی که فقط یک ریشه گرفتار باشد نبوده بلکه عارضه مربوط به لاقل دو یا سه ریشه بطور متفاوت و دو طرفه میشده و از طرف دیگر علاوه بر نشانه های حسی علائم حرکتی از نوع سیاتیک پارالیزانت وجود داشت .
بررسیهای فوق لزوم آزمایش میلوگرافی را ثابت نمود ولی بیمار حاضر بانجام آن نگردید و با اصرار خود مرخص گردید .

بار دیگر در تاریخ ۱۲/۶/۵۲ بیمار بدرمانگاه اعصاب بیمارستان جرجانی مراجعه و در بخش بستری گردید .
در این هنگام اختلالات حرکتی دو طرف شدیدتر و یک پارزی فلاسک نسبتاً پیشرفته در اندامهای پائین دو طرف وجود داشت .

درد های سیاتیک یکی از علل عمده مراجعه بیماران بدرمانگاه های اعصاب میباشد . اغلب بیماران خواه نشانه ها ناچیز و یا شدید باشد ، پس از مدتی بمتخصص اعصاب مراجعه میکنند . این بیماران معمولاً مدتها تحت نظر پزشکان عمومی قرار دارند .

در مورد عده ای از آنان چون بررسیهای لازم بعمل نیامده ، عارضه نامعلوم و تدریجاً وضع آنان وخیم میگردد و در این شرایط بمتخصص اعصاب مراجعه میشود .

در این جا مناسب بنظر رسید چهار مورد مختلف را که قبل از مراجعه بدرمانگاه اعصاب بیمارستان جرجانی مدتی بدون نتیجه تحت درمان بوده اند معرفی نمائیم .
مورد اول خانم ب — ج ، ۳۸ ساله :

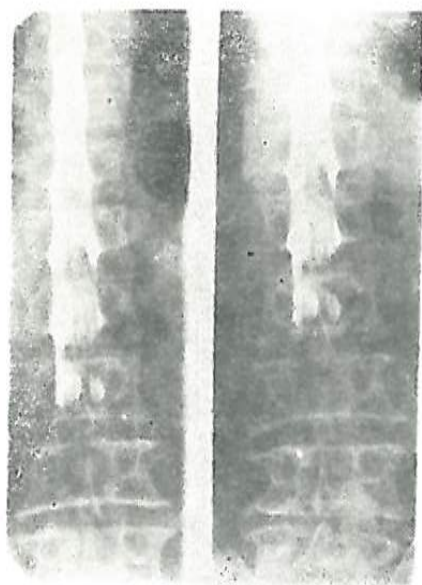
اولین بار در مهرماه ۱۳۵۰ بدرمانگاه اعصاب بیمارستان جرجانی مراجعه نموده .

سابقه بیماری : علائم از حدود سه سال پیش با دیزستری و درد اندامهای پائین شروع ولی توجه بیمار به آن جلب نشده تدریجاً از حدود دوسال پیش دردها و دیزستری شدیدتر و خصوصاً دردهای کمری باندامهای پائین انتشار پیدا کرده تا آنکه منجر به بستری شدن بیمار در یکی از بیمارستانها گردید . در آنجا تشخیص دردهای لومبوسیاتیک داده شد ولی تحقیقات لازم در خصوص علت آن بعمل نیامد .
هنگام مراجعه بدرمانگاه اعصاب جستجوی بالینی بطور دقیق انجام گرفت و نکات زیر روشن شد :

— دردهای منتشر با مسیر ریشه ای S1 , L5 دو طرفه و در طرف چپ شدیدتر .

— اختلالات حرکتی : هنگام راه رفتن اسپاژ واضح بعلت پارزی پیشرفته لژ قدامی خارجی در دو طرف ، با وجود این بیمار هنوز میتواند بکمک عصا راه برود .

— اختلالات حسی ابرکتیف بصورت قطعات هیپواستری منتشر در سطح قدامی پا در دو طرف و همچنین در



شکل (۲)

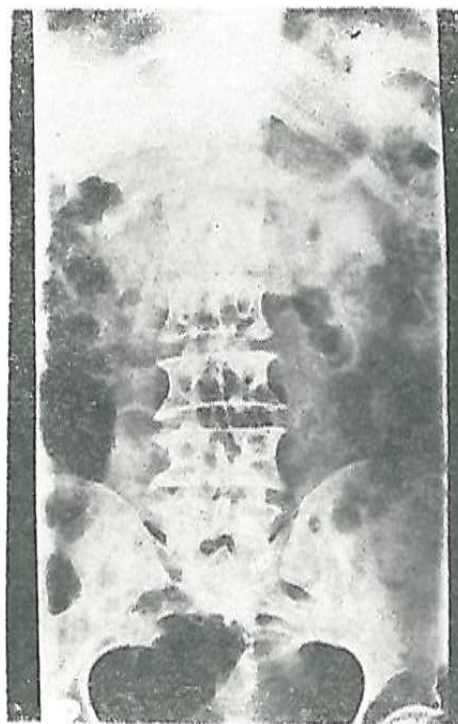
برای اولین بار دو سال قبل از بستری شدن بطور ناگهانی، طی دوران حاملگی، بمدت بیست روز دچار درد کمر (لومباگو) گردیده این درد در ناحیه لومبوساکره، متمرکز و انتشار نداشته است.

پس از سقط جنین (سه ماهگی) درد بتدریج تخفیف یافته و از بین میرود.

در اوائل اردیبهشت ۱۳۵۱ ظهور درد در ناحیه خلفی ساق پای راست و پیشرفت و انتشار درد رویا صورت میگيرد. مسیر درد در قسمت خلفی ساق پا و زانو و قسمت خلفی ران راست به پهنای تقریبی ۴ تا ۵ سانتیمتر و روی کپل همین قسمت و بالاخره در ناحیه تقریبی S1 - L5 متمرکز میشود. از طرف دیگر درد رو به پائین نیز انتشار پیدا نموده و تا وتر اشیل ادامه داشته ولی در کف پا دردی حس نمیکرد. برقراری این تابو و مسیر درد حدود ۱۰ روز طول میکشد. بهمین علت بیمار در بیمارستانی در اواخر اردیبهشت ۵۱ بمدت دو هفته بستری و وی را تحت درمان قرار میدهند. طبق گفته بیمار از معالجه هیچگونه نتیجه نگرفته و به منزل منتقل میشود. به پزشکان خصوصی مراجعه و از وی رادیوگرافی بعمل میاورند و به وی میگویند که احتیاج

در معاینه آن روز بیمار به تنهایی قادر به حرکت نبوده با عصا و گرفتن دستها بکنار تخت قدم برمیداشت. ضعف حرکتی بصورت استپاژ دو طرفه پا خصوصاً طرف راست جلب توجه میکرد.

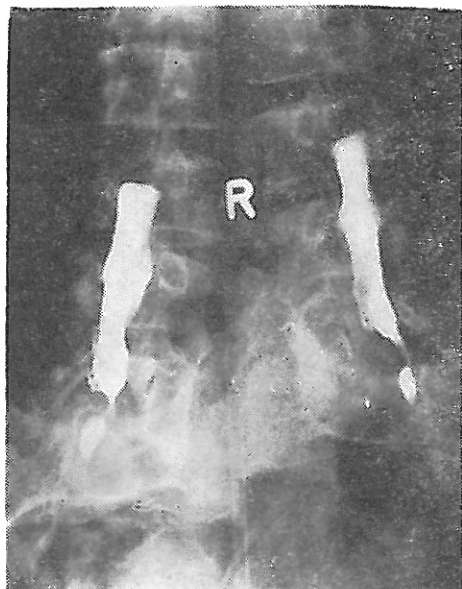
قدرت ماهیچه‌های لژ قدامی خارجی: طرف راست دارای فلج کامل و در طرف چپ پارالیزی پیشرفته داشت. انعکاسهای وتری اشیل و رتول درد و طرف از بین رفته. در کلیشه‌های رادیوگرافی ساده تصاویر استئوفیتیگ متعدد در مهره‌های L3-L4-L5 (شکل ۱) دیده میشد این تصاویر گول‌زننده ارتباطی با نشانه‌های بالینی بیمار نداشت.



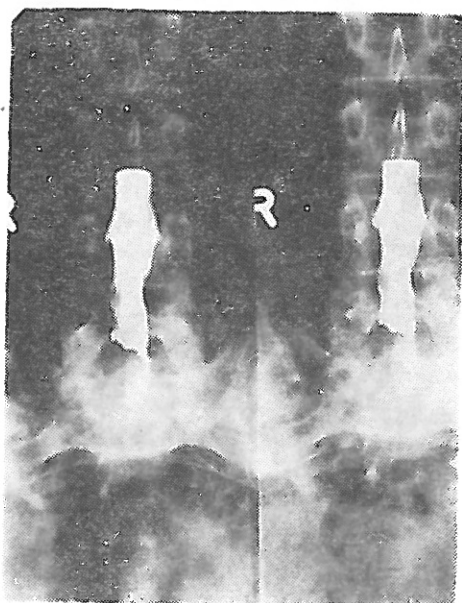
شکل (۱)

میلوگرافی با ماده حاجب وجود عارضه فشار دهنده‌ای را در حدود مهره‌های D11-D12 نشان میداد. ماده حاجب از حدود مهره‌های D11-D12 با اشکال بطرف پائین میامد، عبور آن تا L1 امکان‌پذیر ولی از حدود مهره L2 مانع متوقف و امکان عدم آن، بطرف پائین موجود نبود

فاصله S1 - L5 دیده شده که باعث انسداد نیمه تمام گردیده و ماده حاجب آنرا دور زده و نشان میدهد که در طرف راست بعث فشار وارده عبور ماده حاجب غیر ممکن و ناگیر از طرف چپ مختصراً جریان برقرار میشود (شکل های ۳ و ۴ و ۵ و ۶)



شکل (۳)



شکل (۴)

علاوه بر این در فاصله L4 - L5 نیز فشار مختصری بدون علائم انسدادی جلب توجه نموده است . در خصوص این بیمار تظاهرات اولیه بصورت درد سیاتیک مدتی (بدون بررسی نورولوژیک لازم) ظاهراً درمان میشده تا آنکه وجود سندرم کمپرسیف با نشانه های بالینی سیاتیک پارالیزانت (ریشه های L5-S1) تشخیص داده شد. بیمار جهت درمان های ممکن به بخش جراحی اعصاب منتقل گردید .

و پس از گذشت سه روز ، به کیل راست و سپس به قسمت خلفی ران و ادا ۴ آن به قسمت خلفی ساق پا تا تاندون اشیل بدون آنکه به کف یا روی پا ادامه پیدا نماید انتشار پیدا میکند . این درد ، بخصوص لومباگو ، با سرفه و عطسه شدت پیدا مینماید . و بیمار در این شرائط در بخش اعصاب بیمارستان بستری میگردد .

در آزمایش عصبی که نزد بیمار انجام گرفت نکات زیر مشاهده گردید :

علامت لاسگ (Lasègue) در طرف راست از حدود ۴۵ درجه و در طرف چپ از حدود ۷۵ درجه وجود داشت . پارزی در اندام تحتانی طرف راست برای حرکات اکستنسین شست پا و همچنین اکستنسین مشترک و با درجه کمتری برای اکستنسین پا مشاهده گردید و حرکات فلیکسیون بدون اختلال انجام میگرفت . حرکات نزدیک کننده و دور کننده دوبا (Adduction) و (Abduction) انجام میگرفت ولی در مقابل مقاومت کم شدن نیروی عضلانی در طرف راست بخوبی مشاهده میگردد .

هنگام راه رفتن بیمار کمر خود را بطرف راست خم میکرد و با هستگی راه میرفت روی پای راست نمیتوانست بایستد . روی پاشنه پا بخوبی راه رفته ولی روی پنجه پا قادر به راه رفتن نبود .

در معاینه انعکاسها : رتول در دوطرف تند و رفلکس اشیل در طرف چپ طبیعی و در طرف راست بدست نیامد . امیوتروفی نزد بیمار وجود داشته و اندازه دور ران و ساق پا بصورت زیر بدست آمد :

دور ران راست ۱۸ سانتیمتر بالای روتول ۵۱ سانتیمتر و دور ران چپ ۱۸ سانتیمتر بالای روتول ۵۳ سانتیمتر . دور ساق پا طرف راست ۳۲ سانتیمتر و در طرف چپ ۳۴ سانتیمتر .

اختلال حسی نزد بیمار بصورت هیپواستزی از نیمه ران راست ، قسمت خلفی برای درد و لمس به پهنای حدود ۴ سانتیمتر رو به پائین تا تاندون اشیل ملاحظه گردید .

در مورد این بیمار بطوریکه از علائم و سیر بیماری برمیاید سندرم ریشه ای S1 پس از سه بار لومباگوی حاد بصورت واضحی تظاهر کرده است .

نشانه های حسی با مسیر معین - و نشانه های حرکتی بصورت ضعف ماهیچه های سهر و امیوتروفی تدریجی کاملاً مشخص گردیده است .

علاوه بر ریشه S1 تظاهرات بالینی در ریشه L5 نیز وجود داشته که بطور خفیف تر بصورت پارزی ماهیچه های لژقدامی ساق پا کشف گردیده است .

کلیشه های رادیوگرافی ساده : کم شدن قابل ملاحظه فاصله مهره های L5 - S1 را با از بین رفتن نسبی انحاء مهره های کمری نشان میدهد .

در میلوگرافی سایه مشخص و نسبتاً بزرگی بمحازات

توسط پزشکانی که به بالین بیمار آمدند ، درد ، بدون آنکه برطرف شود ، تخفیف پیدا میکند بطوریکه پس از یکماه بیمار میتواند ، ولی بزحمت وبا کمک دیگران ، راهبرود ... نظر بوضع عمومی و سن و همچنین داشتن طبیب خانوادگی ، بیمار در منزل تحت درمان بوده و برای آنکه زحمتی برایش ایجاد نشود از انجام رادیوگرافی خودداری میشود وبدون آنکه درد وی را ترك كند ، با شدت و ضعفش مریض خوی میگیرد تا حدود یک هفته قبل از بستری شدن در بخش که با زصبیگاه بهنگام ترك بستر چنان احساس دردی از نوع لومباسیالژی طرف راست مینماید که قادر به برخاستن نمیشود ونظر به ادامه درد با شدت روزافزون وی اثر بودن داروهای تجویز شده وی را به بیمارستان آورده ، در بخش بستری میشود .

در معاینه عصبی بیمار يك امیوتروفی پیشرفته ماهیچه های چهارسر ران بخوبی مشهود و نیز کم شدن قدرت عضلانی بخصوص برای انجام خم کردن ساق پا روی ران و ران روی شکم در طرف راست با شدت بیشتری در قسمت ریشهای اندام بخوبی قابل ملاحظه بود . در قسمت انتهائی اندام تحتانی همین طرف پارزی با شدت کمتری بخصوص برای اکستانسیون شست پا به چشم میخورد . در آزمونهای باره و گراسه و مینگازینی پائین آمدن ساق پای راست دیده میشود . بعلت درد شدید بیمار قادر بایستادن نبود لذا راه رفتن بیمار قابل برآورد نبود . علامت لاسک (Lasègue) طرف راست حدود ۴۵ درجه و در طرف چپ حدود ۷۰ درجه وجود داشت واختلال تروفیک و پارزی در طرف چپ و یا اندام فوقانی مشاهده نشد . بیمار بطور کلی هیپوتون و این هیپوتونی بیشتر در پای راست به چشم میخورد .

اختلال انعکاسها در اندام تحتانی بصورت زیر قابل ملاحظه بود :

انعکاس رتول پای راست از بین رفته و در طرف چپ بصورت خفیفی ملاحظه میشود و انعکاس اشیل در دو طرف در حدود طبیعی مشاهده میشود .

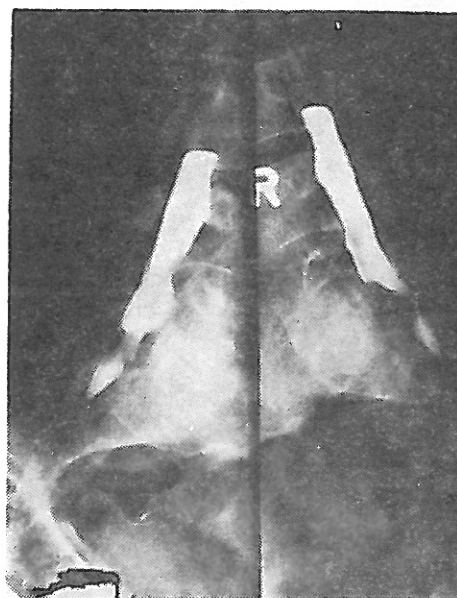
در معاینه حسی از نظر درد ولمس يك هیپواستری روی قسمت خارجی ران راست بعرض سه سانتیمتر تا قوزك پای بیمار دیده میشود . اختلال دیگری از نظر عصبی نزد بیمار مشاهده نشد .

در رادیوگرافی که از فقرات پشتی بیمار بعمل آمد استئوپروز متوسط مهره ها به چشم میخورد واستئوفیتھائی در لبه اغلب مهره های پشتی دال بر ارتروز مشهود بود .

در رادیوگرافی ستون فقرات کمری استئوپروز نسبتاً شدید مهره ها وسا کرا لیزاسیون مهره پنجم کمری مشاهده و ارتفاع مهره دوم ونیز مهره سوم کمری بعلت استئوپروز کاسته شده (شکل ۷ و ۸ و ۹) .



شکل (۵)



شکل (۶)

مورد سوم خانم ، ص ت ، ۷۰ ساله ، خدمتکار

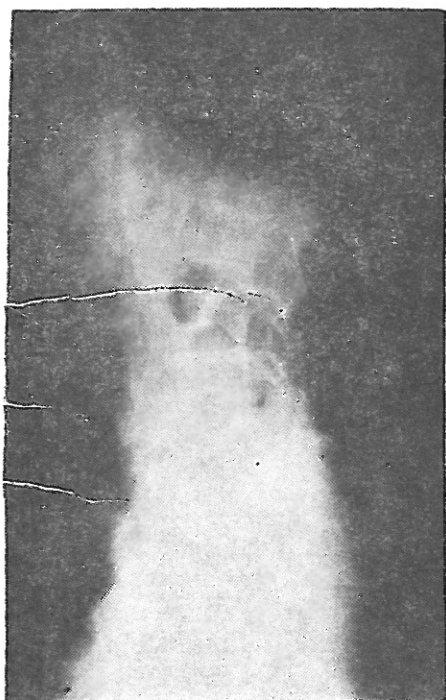
منزل .

سابقه هیچگونه بیماری و یا عمل جراحی را ذکر

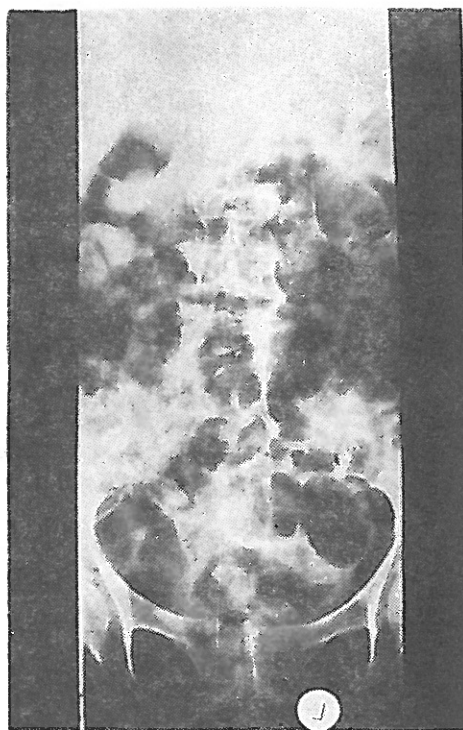
نمینماید .

در تاریخ ۴ دیماه سال ۱۳۵۰ در بخش اعصاب بیمارستان جرجانی بعلت لومبوسیالژی طرف راست بستری میگردد . این درد یکسال قبل از بستری شدن بطور ناگهانی ، صبحگاه که میخواست از بستر بلند شود ، بصورت لومباگو به بیمار دست داده و آنقدر این درد شدید بوده که مانع از برخاستن وی میگردد . فردای آن روز درد بتدریج رو به پائین انتشار پیدا نموده و پس از گذشت از روی کپل راست بقسمت خارجی ران ، وساق ومچ ، بر روی پا انتشار پیدا کرده و روی شست پا خاتمه پیدا مینماید .

پس از گذشت چند روز وتجویز داروهای مسکن



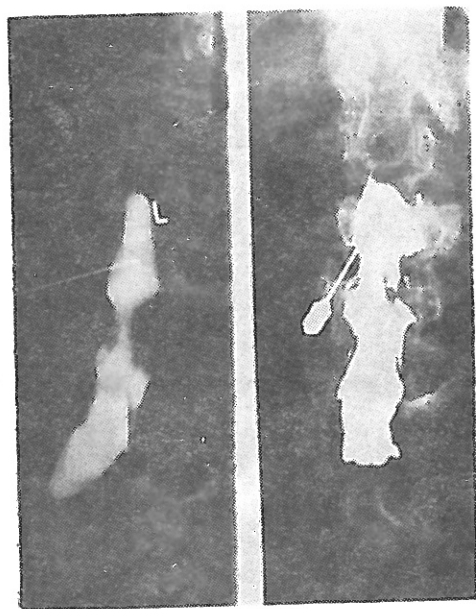
شکل (۹)



شکل (۷)

بعلت استئوپروز قنرات کمری و پس از مشاوره با متخصص روماتولژی جهت معالجات ارتوپدیک به بخش مربوطه انتقال پیدا نمود .

مورد چهارم - آقای غ - ا ، ۵۰ ساله ، کشاورز ، که در تاریخ ۱۰ تیرماه ۵۱ بعثت عدم قدرت در راه رفتن ، در بخش اعصاب بیمارستان جرجانی بستری میگردد . بیمار تا حدود سه ماه قبل از بستری شدن در بخش از سلامتی کامل برخوردار و بکشاورزی مشغول و کارهای خود را شخصاً انجام میداده است.

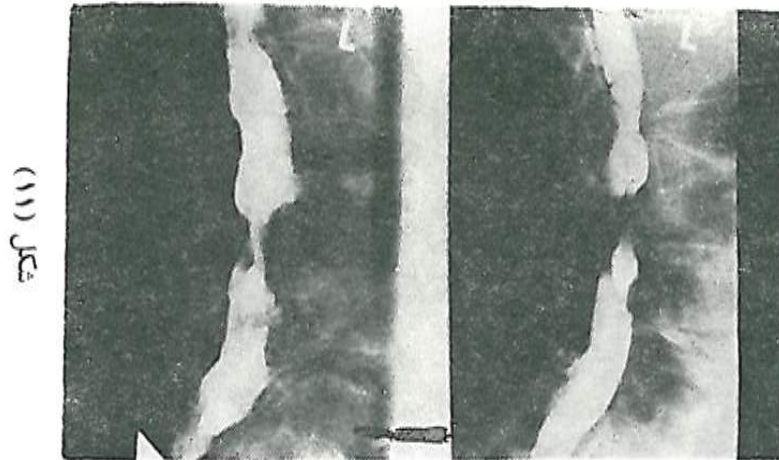


شکل (۱۰)



شکل (۸)

تشخیص بالینی با یک نیمه سندرم دم اسب طرف راست کاملاً مطابقت داشت و در بررسی میلوگرافی با ماده حاجب مانعی در مقابل دیسک L3 - L4 وجود داشت که کاملاً با نشانه‌های بالینی مطابقت میکرد (شکل ۱۰ و ۱۱) .



اندازه گیری دور ران و ساق پا کاهشی حدود دو سانتی متر در ناحیه ران و ساق پا در طرف چپ نسبت به طرف راست نشان میداد و بطور کلی عضلات اندام تحتانی بخصوص در ساق پا هیپوتونی قابل ملاحظه ای داشتند .

انعکاسهای رتول و اشیل در دوطرف از بین رفته و رفلکسها در اندام فوقانی در حد طبیعی و متقارن بود . رفلکس پوستی کف پائی در طرف چپ بعلت پارالیزی قابل برآورد نبود و در طرف راست با وجود پارزی مختصر رفلکسیون انگشتان پا مشاهده میشد .

رفلکس پوستی شکمی بطور متقارن و طبیعی وجود داشت .

در معاینه حس سطحی برای لمس و درد و گرما و سرما یک آنستری از قسمت دیستال اندام تحتانی دوطرف شروع که بتدریج از میانه ساق پا تبدیل به هیپوستری شده و تا کشاله ران ادامه پیدا میکرد .

معاینه حس عمقی (دیابازون و موقعیت فضائی انگشتان) هیچگونه اختلالی نزد بیمار نشان نداد .

بیمار در بدو ورود ، اختلال اسفتگتری نداشته و بخوبی ادرار و مدفوع خود را کنترل مینمود . ولی پس از چند روز ، اختلالات اسفتگتری بصورت بی اختیار پییدا مینماید .

در معاینه اعصاب جمجمه و نیز در معاینه عصبی اندام فوقانی هیچگونه اختلالی مشاهده نگردید . نظر بعدم توانائی در ایستادن ، معاینه تعادل امکان پذیر نبود و بیمار دچار اتاکسی سینتیک در اندامهای فوقانی نیز نبود .

آزمایشهای روتین : فرمول شمارش ، سرعت سدیمانتاسیون ، قند ، اوره ، کنسترول خون همه طبیعی و سرولژی (V.D.R.L.) خون منفی بود .

رادیوگرافی از ریتین سالم و نظر به سابقه ضربه جمجمه رادیوگرافی از جمجمه و فقرات گردنی بعمل آمد که اختلالی نشان نمیداد و علامتی از شکستگی نداشت . در ستون فقرات کمری ضایعات و تغییرات ارتروزیک بسیار شدید و پیشرفته با استئوفیت های بزرگ جلب توجه مینمود خصوصاً بین مهره L3 - L4 یک Syndesmophyte قدامی وجانبی

از آنموقع بتدریج احساس درد در قسمت ریشه ای اندام پائین ابتدا در طرف چپ و سپس در طرف راست نموده که این درد دوطرفه روبه پائین تا قوزک پا انتشار پیدا می نمود .

مسیر درد روی کپل و قسمت خارجی ران و ساق پا را فرامیگرفت . پس از گذشت حدود یک هفته از شروع درد ، احساس پارستری در کف و روی پا سپس در ساق پا تا زانو به بیمار دست میداد که همزمان با آن ، همچنین احساس میکند که راه رفتن برای وی مشکل میشود . این اشکال بصورت کم شدن قدرت عضلانی بوده که پس از گذشت یکماه بیمار میبایست بکمک عصا و یا تکیه بدیوار راه برود . بتدریج با پیشرفت این تابلو پس از سه ماه ، راه رفتن با کمک دوجوب زیر بغل امکان نداشت و بهمین علت بستری میشود .

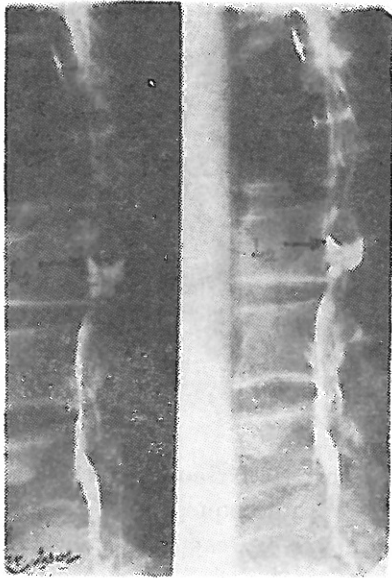
سوابقی که بیمار داشته است عبارت بودند از فشار خون که از حدود شش ماه قبل متوجه آن میگردد (با ماگزیما ۲۲) و نیز یکسال قبل از مراجعه از ارتفاعی بطول سه متر سقوط کرده و پس از وارد شدن ضربه به جمجمه بیمار ده روز دچار کوما و اختلال در کنسیانس (Conscience) بوده و پس از دو ماه بستری بودن بدون عوارض بیمارستان را ترک میکند . در معاینه عصبی که از بیمار انجام گرفت نکات زیر قابل ملاحظه بود :

ایستادن و راه رفتن بیمار بدون تکیه زیر بغل بدو چوب و یا تکیه بدیوار امکان نداشت . پاراپارزی با شدت بیشتر در طرف چپ که بحد پارزی میرسید همراه با امیوتروپی در همین طرف ملاحظه میشد .

هنگام راه رفتن بطریق ذکر شده در بالا ، استپاز در دوطرف باز با شدت بیشتر در طرف چپ دیده میشد .

پارالیزی برای حرکات Flexion , Extension انگشتان پا و همچنین برای Abduction , Adduction پای چپ و در طرف راست برای این حرکات پارزی مشاهده میگردد .

در آزمونهای باره و گراسه و مینگازینی فرود آمدن تدریجی ساق پای چپ دیده شده و در طرف راست اختلالی دیده نمیشد .



شکل (۱۴)

نداشته و جزو نشانه‌های گول زنده محسوب می‌شود. حال آنکه بیمار دچار سندرم دم اسب بعلت کمپرسیون (فشار روی نخاع) بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

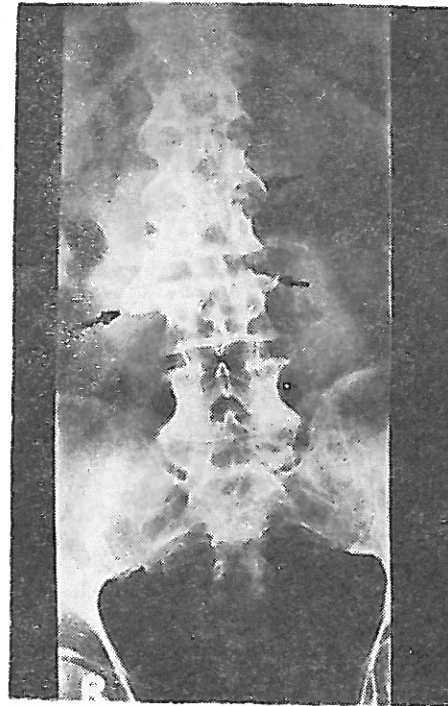
بطوریکه در موارد فوق مشاهده می‌گردد، بیماران هر يك ابتداء با نشانه‌های ریشه‌ای Radiculaire مربوط به يك یا دو ریشه مراجعه نموده و پس از بررسی بالینی و انجام آزمایشهای تکمیلی معلوم گردید که عارضه علتی منتشرتر از آنچه انتظار میرفت داشته است. این چنین موارد فقط در بخشهای تخصصی اعصاب دیده می‌شود و نادر می‌باشد.

باید دانست اغلب بیماران که بعلت دردهای سیاتیک مراجعه مینمایند اکثراً از دردهای ناحیه کمر Lumbago گاهی با انتشار در اندامهای پائین شکایت دارند و در بررسی بالینی، علائم اثرکتیف کمتر می‌آید. اکثراً این نشانه‌ها شامل علامت لاسک (Lasègue) در زوایای تردیک ۷۰ درجه، انقباض ماهیچه‌ها در ناحیه کمری، تغییر وضع راه رفتن بوده در بعضی موارد نقطه دردناک ناحیه پا را ورتبرال بدست می‌آید بدون آنکه نشانه‌های حسی اثرکتیف و اختلالات حرکتی وجود داشته باشد.

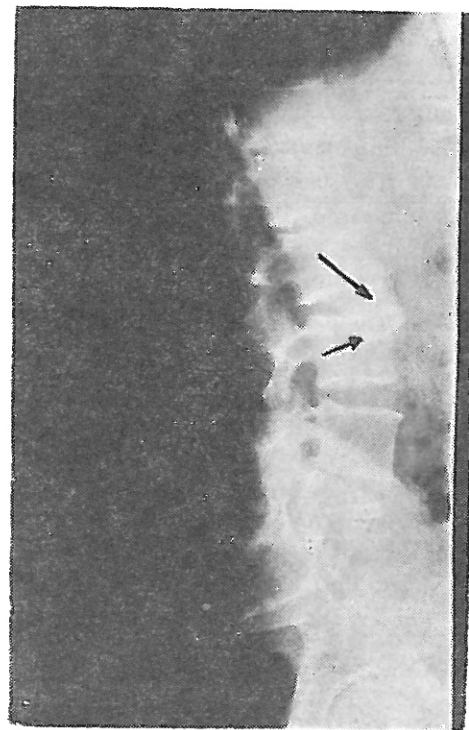
ولی باید بخاطر داشت در مورد عده‌ای از این بیماران که با نشانه‌های دردهای ریشه‌ای مراجعه نموده‌اند بعلت آنکه بررسیهای لازم بعمل نیامده تشخیص دردهای سیاتیک داده شده بدون آنکه علت آن معلوم شده باشد.

در چنین موارد وضع آنان تدریجاً وخیم و پس از آنکه از درمانگاه‌های عمومی و غیرتخصصی مختلف و یا مراجعه به پزشکان عمومی نتیجه‌ای گرفته نشد بمنخصین و بخش اعصاب مراجعه بعمل می‌آید.

طرف راست دیده می‌شد (۱۲ و ۱۳) .
آزمایش میلوگرافی سوزاکسیپیتال ولومبر وجود



شکل (۱۲)



شکل (۱۳)

عارضه فضاگیر را که تمام فاصله حدود مهره‌های L1 , L2 را اشغال نموده (شکل ۱۴) بطور واضح نشان میداد.

بدیهی است در این مورد وجود تغییرات ارتروزیک و استئوفیت‌های Géants ارتباطی با تظاهرات بالینی بیمار

سیاتیک انجام نمایند . یکی از عللی که میباید در جستجوی آن دقت کامل بعمل آید عوارض نوع پولی رادیکولو نوریت خصوصاً در اشکال پیش رونده میباشد که مواردی از آن دیده شده و مورد بررسی قرار گرفته است .

میتوان نتیجه گرفت که در مقابل تظاهرات دردناک که بنام سیاتیک تشخیص داده میشود بهتر است در مرحله اول تشخیص سندرمیک داده شود سپس با بررسی و مطالعات کامل علت آن تعیین گردد تا از اشتباهات احتمالی جلوگیری بعمل آید .

در بخشهای تخصصی اعصاب پس از معاینات بالینی و انجام آزمایشهای تکمیلی وجود عوارض متعددی کشف میگردد و ثابت میشود که نشانههای سیاتیک فقط دردهای ریشه ای است که اغلب بعلت التهاب یا فشار بر روی اعصاب ریشه ای تظاهر نموده ولی تعیین علت عارضه پیش رونده منوط بانجام بررسیهای نورولوژیک دقیق میباشد .

بدیهی است همواره از نظر اتیولوژی تنها فشار وارده بر ریشه ها نیست که چنین تابلوهای بالینی ایجاد میکند بلکه بسیاری عوارض عفونی ، سمی و الرژیک دیگر ممکنست

RESUME

Syndrome de la queue de cheval. A propos de 4 cas.

Les auteurs rapportent quatre observations cliniques concernat des malades dont les premiers symptômes se manifestèrent par des algies longtemps considérées comme "sciatiques".

L'étude neurologique de ces cas démontrait qu'en réalité "les algies sciatiques" n'étaient que des signes mono ou pluri-radiculaires en rapport avec un syndrome de la queue de cheval d'évolution lente.

Des investigations complémentaires (notamment - neuroradiologiques) ont découvert deux cas de tumeurs, un cas de hernie discale et une ostéoporose déformante à l'origine de la compression.

Les auteurs soulignent l'importance de l'examen neurologique devant les Symptômes dits "sciatiques" et la nécessité de considérer tout particulièrement les manifestations radiculaires dans son contexte neurologique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Brügger, A., Les syndromes vertébraux, radiculaires et pseudo-radiculaires, 2 Vol., Acta Rheumatologica, 1961.
2. Cremieux, A., Boudouresques, J. et Billé, J. Syndrome de la queue de cheval; encyclopédie Médicochirurgicale; Neurologie, 1963.
3. Elsberg, C.A. and Dyke, C.G. Tumors of the spinal cord, problems in their diagnosis and localization, procedures for their exposure and removal. Arch. Neurol. Psychiat. Chicago; 22, 949, 1929.
4. Keyes, D.C. and Compere, E.L., the normal and pathological physiology of the nucleus pulposus of the intervertebral disc; anatomical; clinical, and experimental study, J. Bone. Jt. Surg. 14, 897, 1932.
5. Laine. E., compressions radiculaires pures. Encyclopedie Medicochirurgicale, Neurologie tome III, 1954.
6. Lindemann, K., et Kuhlendahl, H., die erkrankungen der Wirbelsäule, Enke. Stuttgart, 1953.
7. Reischauer, F. Untersuchungen über den lumbalen und cervikalen wirbel bandscheiben Vorfall. Thieme. Stuttgart, 1949.
8. Spurling, R.G., et Grantham, E., low back and sciatic pain caused by rupture of intervertebral disc., with or without herniation of nucleus pulposus, Int., Clin., 4, 251, 1940.
9. Wackenheim, A., Braun, J.P. et Babin, E. Myélographie et Radiculosaccographie Avec liquide de contraste. EMC, Neurologie, 1970.