

## متلازمة ذيل الفرس من منشأ فقري

الدكتور رشيد مسرة\*

### □ ملخص □

تمت دراسة متلازمة ذيل الفرس من منشأ فقري قطبي عند 23 مريضاً من المرضى المصابين بفتق النواة اللبية القطنية.

هذا التناذر يملك عدة نماذج للتطور وتسببه عدة عوامل إمرضية. التظاهرات السريرية تحصل بعد إصابة الجذور العصبية في مكان الانضغاط الذي يؤدي إلى نقص في تروية الجذور العصبية وتغيرات النهائية وخلل في دوران السائل الدماغي الشوكي. التطور السريع والحاد لتناذر ذيل الفرس يتطلب المعالجة الجراحية السريعة، وأما التطور البطيء فيتطلب العمل الجراحي المبكر ولا يستطب أي نوع من أنواع المعالجة المحافظة التي تؤخر المعالجة الجراحية.

المعالجة الفيزيائية والرياضية بالإضافة إلى المعالجة الدوائية الطويلة الأمد بعد اجراء العمل الجراحي تخلق الظروف الملائمة لتراجع الاصابة العصبية.

\* الدكتور رشيد مسرة أستاذ مساعد في قسم الجراحة بكلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

- انزلاق الفقار Takeep, Mazo .
  - تضيق القناة الشوكية Sarpyener .
  - ضخامة الرباط الأصفر Gelderen .
  - التهابية العنكبوتية French, payne .
- ويعزو بعضهم متلازمة ذيل الفرس لاقفار في تروية المخروط النخاعي Shustin bortman ولكن Lazorthes يرجع ذلك لإقفار في تروية الجذور العصبية.
- ومما سبق نؤكد أن لدراسة إمرضية متلازمة الفرس والصورة السريرية والمعالجة الجراحية أهمية عملية ونظرية كبيرة.
- تمت الدراسة على 23 مريضاً أصيبوا بمتلازمة ذيل الفرس من مجموع 103 مريض عولجوا جراحياً بسبب فتق النواة اللبية القطنية في الأعوام 1987-1992 في مشفى الأسد الجامعي وفي الوحدة المهنية للجراحة العصبية.
- توزع المرضى حسب الجنس 18 رجلاً وخمس نساء أما حسب العمر فتوزعوا

تعتبر متلازمة ذيل الفرس من العقابيل الشديدة للإصابات في الناحية القطنية، ويجب أن يترافق تطور هذه المتلازمة بشكل سريع بتشخيص سريع وعمل جراحي عاجل وتبين الخبرة العلمية أن أي تباطؤ في العلاج يمكن أن يؤدي إلى إصابة لا تراجعية في الجذور العصبية لذيل الفرس وبالتالي إقعاد المريض.

تعود دراسة ذيل الفرس لعام 1910 عندما قدم الجراح كنيدي لمؤتمر الجمعية العصبية في نيويورك دراسة بعنوان "خلع القرص بين الفقرات القطنية المترافق بانضغاط ونزف في ذيل الفرس" وبذلك يكون أول من اعتبر أن فتق النواة اللبية هو السبب الرئيسي في تطور متلازمة الفرس وأثبتت لاحقاً الدراسة المستمرة والاهتمام المتزايد من قبل العلماء بمتلازمة ذيل الفرس وجود أسباب أخرى أهمها:

- القسط الفقاري Teny, Ehni .
- .Spondylosis

#### حسب الجدول (1)

العمر	حتى سن 30 سنة	30-50 سنة	51-60 سنة	أكثر من 60 سنة	المجموع
عدد المرضى	1	19	2	1	23

الجزرية العصبية والجدول (2) و (3) يبينان أهم خصائصها:

تميزت الصورة السريرية عند جميع المرضى قبل ظهور متلازمة ذيل الفرس بظهور الآلام القطنية العجزية ولاحقاً بظهور الآلام

الجدول رقم (2)

الآلام القطنية العجزية	واضحة لمدة 5 سنوات	ترافقت بالآلام جذرية	ترافقت بعرج متقطع
	18 مريضاً	مريض واحد	مريض واحد

الجدول (3)

عدد المرضى	لمدة سنة	لمدة 5 سنوات	أكثر من 5 سنوات	ثنائية الجانب	أحادية الجانب
	12	6	3	14	7

- أدت دراسة تطور متلازمة ذيل الفرس إلى فرز الأنماط التالية:
- 1- تطور حاد وسريع عند 9 مرضى.
  - 2- تطور بطيء متقدم باستمرار عند 12 مريضاً.
  - 3- تطور حاد تراجعى عند مريض واحد.
  - 4- ظهور متلازمة ذيل الفرس بعد العرج المتقطع عند مريض واحد فقط.
- أما بالنسبة لدرجة إصابة الجذور العصبية لذيل الفرس فكانت كاملة عند 4 مرضى، إصابة شديدة غير كاملة عند 10 مرضى، إصابة جزئية عند 9 مرضى.
- الصورة السريرية لمتلازمة ذيل الفرس تبينها الجداول التالية:

الجدول (4) خزل العضلات

العضلات المصابة	المرضى
خزل العضلات الباسطة والقابضة للقدم	12
خزل العضلات الباسطة للقدم	6
خزل العضلات القابضة للقدم	1
خزل العضلات القابضة والباسطة للساق	3
خزل العضلات القابضة للساق	1

الجدول (5) المنعكسات

عدد المرضى	المنعكس
4	انعدام منعكس الرضفة
21	الانعدام منعكس أشيل من الجانبين
22	انعدام المنعكس الشرجي

الجدول (6) علامة لازيك

علامة لازيك	إيجابية بشدة	إيجابية بشكل متوسط
عدد المرضى	5	16

تميزت الصورة السريرية بوجود إصابة المصبرات حسب الجدول (7):

الجدول (7)

نوع الإصابة	اسر بولي	صعوبة التبول	التبول اللاإرادي أثناء السعال والعطاس
	8 مرضى	8 مرضى	4 مرضى

غاب الحس الألمي أو انعدم عند جميع المرضى حسب درجة الإصابة الجدول (8)

-L5	-S2	-S1	-L5	-L4	L2-	نقص حس الألم في
S5	S5	S5	S5	S5	S5	
5	2	3	10	2	1	

التصوير الطبقي المحوري للأقراص القطنية  
لعشرة مرضى الأمر الذي ساعد على تحديد  
مكان الانضغاط حسب الجدول (9):

أجري التصوير الظليل للقناة الشوكية  
لجميع المرضى باستخدام مادة ظليلة مائية من  
نوع سولوتراست أو يوباميران وأجري

L5-S1	L4-L5	L3-L4	L2-L3	مستوى الانضغاط
7	11	3	2	عدد المرضى

أجريت المعالجة الجراحية لجميع

المرضى والموجودات المرضية أثناء العمل

الجراحي بينها الجدول (10):

الجدول (10)

عدد المرضى	العامل المرضي
30	• فتق النواة اللبية
13	• تدلي النواة اللبية فوق الجافية
3	• تدلي النواة اللبية تحت الغشاء العنكبوتي
16	• تبدلات التهابية في الأم الجافية والانسجة فوق الجافية
8	• ضخامة الرباط الأصغر
3	• التهاب العنكبوت الزمن
3	• مناقير خلفية
1	• انزلاق الفقرات القطنية
3	• تضيق القناة الشوكية
2	• أورام الجذور العصبية

الخلفي الطولاني عند 3/2 المرضى. تم اجراء

العلاج الجراحي لجميع المرضى ويُحدد حجم

العمل الجراحي بنوع العامل الانضغاطي

وتوضعه حسب الجدول (11)

يلاحظ مما تقدم في الجدول (10)

ترافق عدة عوامل امراضية مسببة انضغاط ذيل

الفرس عند أغلب المرضى ولوحظ انبثاق النواة

اللبية في المسافة فوق الجافية بعد تمزق الرباط

عدد المرضى	حجم العمل الجراحي
14	استئصال صفيحة فقرية واحدة
6	استئصال صفيحتين فقريتين
3	استئصال 3 صفائح فقرية

وتميزت المرحلة بعد العمل الجراحي  
بإجراء المعالجة الدوائية والفيزيائية.  
كانت النتائج للعمل الجراحي كما  
يلي الجدول (12)

عند 3 مرضى تم استئصال النواة اللبية  
المتدلية في القناة الفقرية عن طريق فتح الأم  
الجافية. وعند 13 مريضاً أُجري فك  
الالتصاقات الضامة على الأم الجافية وذيل  
الفرس.

الجدول (12)

عدد المرضى	عملية التبول
10	طبيعية بعد يومين من العمل الجراحي
5	قنطرة بولية لمدة أسبوع
3	قنطرة بولية لمدة اسبوعين
2	قنطرة بولية لمدة 3 أسابيع
2	قنطرة بولية لمدة شهر

- درست النتائج البعيدة من 1-4 سنوات  
عند 22 مريضاً ووجد مايلي:

تراجع الخزل بشكل ملحوظ عند 16  
مريضاً وبقي عند 3 مرضى أما باحة انعدام  
الحس فتراجعت بشكل واسع عند 14 مريضاً.

نتائج ممتازة	نتائج جيدة	نتائج مقبولة
مريض واحد	15 مريضاً	6 مرضى

فوق الأم الجافية Epiduritis. وهي تظهر  
كارتكاس على تدلي النواة اللبية وتخريش  
محتويات القناة الشوكية نتيجة الحركة الزائدة  
في الناحية القطنية.

يلعب انبثاق أجزاء النواة اللبية  
وتدليها في المسافة فوق الجافية دوراً أساسياً في  
أغلب حالات التطور الحاد لمتلازمة ذيل  
الفرس عند ثلثي المرضى.

مناقشة المعطيات والنتائج:

تبين بعد إجراء المداخلات الجراحية  
أن الآلية الإمراضية الأساسية لظهور وتطور  
تناذر ذيل الفرس هي الآلية الانضغاطية.

تتمثل هذه الآلية بتجمع معقد لعدة  
عوامل إمراضية تسبب تضيقاً في لمعة القناة  
الشوكية العاملان الإمراضيان الأكثر توافقاً  
كانا فتق النواة اللبية المتدلي المترافق بتبدلات  
التهابية لاحمجية في الأم الجافية والأنسجة

هنا يطرح نفسه موضوع الاضطرابات الوعائية الناتجة عن انضغاط الجذور العصبية لذيل الفرس وتفريقها عن التغيرات الوعائية التي تؤدي لإصابة المخروط النخاعي في مكان بعيد عن مكان الانضغاط. ظهر نقص التروية الموضعي في جذور ذيل الفرس بعد انضغاط الأوعية الجذرية وتضييقها وأدت ازالة الانضغاط في الوقت المناسب إلى إعادة التروية وتراجع الأعراض العصبية الجذرية. إن تحليل التظاهرات العصبية السريرية التي أثبتت تطابق مستوى الإصابة مع العضلات المصابة وعدم تناظر الإصابة الحسية والحركية، بالإضافة للاضطرابات البولية التي لم تبلغ السلس الحقيقي (العلامة الأساسية لإصابة المخروط النخاعي) يؤكد الصفات

الجذرية، ولهذا السبب من الواجب عند الظهور السريع لمتلازمة ذيل الفرس اللجوء لتحديد مكان الانضغاط وإجراء العمل الجراحي في اليوم الأول لوضع التشخيص وعدم اضاءة الوقت بالمعالجة المحافظة.

أما التطور البطيء لتناذر ذيل الفرس فيقود إلى التفكير باحتمال الإصابة الورمية لذيل الفرس.

إن المعالجة الجراحية هي الطريقة الوحيدة لمعالجة المرضى المصابين بانضغاط ذيل الفرس. وتعتمد نزع الصفائح الخلفية وفتح القناة الشوكية بشكل واسع وازالة كل أسباب انضغاط الكيس السحائي والجذور العصبية وبالتالي تعطى الامكانية لتراجع الأعراض وتحسين حالة المرض.

## المراجع

- Adson A.W. Arch. Neurol. 1992. V. 8. p. 520-537.
- Bradford F.K. the intervertebral Disc Springfield 1945
- Dandy W.E. Arch. swg 1992. V. 19 p. 660-671.
- Ehni G- J. Neurosing 1969. V. 31 p. 490-494.
- Lazorthes G- Bull. Acad. nat. Med Paris 1957 V. 41 p. 464-467.
- Bolagodatsry Neur. Mosco 1982 p. 48-49.
- Lifchits A.B. Chir of Spinal corol 1990 p. 250-255.



## ABSTRACT

*The clinical material and operative findings in 23 patients with the Vertebrogeous Caudal Syndrome are analysed. The role of the vascular and inflammatory reactions in the development and course of the disease is discussed. The author emphasises the role of factor reducing the width of the spinal canal in the origin of caudal disorders consequent upon circulatory disorders at the site of the compression and inflammatory reactions.*

*The author recommends early operation and long-term restorative therapy as the basis for the patients rehabilitation.*