

## ΠΑΡΕΣΗ ΚΟΙΝΟΥ ΚΙΝΗΤΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΛΟΓΩ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΟΠΙΣΘΙΑΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Μπιρμπιλής Θ.<sup>1</sup>, Νίκου Α.<sup>1</sup>, Κράκερς Ρ.<sup>2</sup>, Θεοδωροπούλου Ε.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική Κλινική Δ.Π.Θ., Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

<sup>2</sup> Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Radboud, Nijmegen, Ολλανδία

## THIRD NERVE PALSY CAUSED BY A POSTERIOR COMMUNICATING ARTERY ANEURYSM

Birbilis Th.<sup>1</sup>, Nikova A.<sup>1</sup>, Krakera R.<sup>2</sup>, Theodoropoulou E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Neurosurgery, University Hospital of Alexandroupolis, Greece

<sup>2</sup> Radboud University Medical School, Nijmegen, the Netherlands

Ασθενής 64 χρονών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, εισήχθη με ξαφνική πτώση του δεξιού βλεφάρου από 10ημέρου. Η κλινική εξέταση ανέδειξε επιπλέον, πλήρη πάρεση του έσω, άνω, κάτω ορθού καθώς και του κάτω λοξού μυός. Επίσης, μυδρίαση και κατάργηση του φωτοκινητικού αντανακλαστικού (Εικ. 1α & 1β). Στα πλαίσια της ακτινολογικής διερεύνησης, τόσο στην Αξονική όσο και στην Μαγνητική Τομογραφία εγκεφάλου, τα ευρήματα ήταν φυσιολογικά. Η Ψηφιακή Αφαιρετική Αγγειογραφία Εγκεφάλου (D.S.A.), ανέδειξε ένα ευμέγεθες σακοειδές ανεύρυσμα με διαστάσεις 5x8mm της οπίσθιας αναστομωτικής αρτηρίας, το οποίο ασκούσε άμεση πίεση στο οφθαλμοκινητικό νεύρο δεξιά (Εικ. 2).

Ο ενδοαγγειακός εμβολισμός με coils δεν προκρίθηκε, διότι θεωρήθηκε ότι δε θα οδηγούσε σε μείωση της χωροκατακτητικής δράσης του ανευρύσματος. Ο ασθενής υπεβλήθη σε κλασσική πτεριονική κраниοτομία και χειρουργικό αποκλεισμό (clipping) του ανευρύσματος. Διεχειρητικά, επιβεβαιωθήκαν τα πιεστικά φαινόμενα επί του κοινού κινητικού νεύρου. Μετά από βραχεία παραμονή στη Μ.Ε.Θ. και ο ασθενής εξήλθε της κλινικής σε διάστημα 2 εβδομάδων. Ένα έτος μετά,

το μέγεθος της κόρης και η λειτουργία των οφθαλμικών μυών επανήλθαν σταδιακά, ενώ παρατηρήθηκε ήπια υπολειμματική πτώση βλεφάρου. Η Αγγειογραφία ελέγχου ανέδειξε τον πλήρη αποκλεισμό του ανευρύσματος (Εικ. 3).

Τα συνηθέστερα αίτια μεμονωμένης πάρεσης του κοινού κινητικού νεύρου είναι τα ανευρύσματα (30%). Αυτό συμβαίνει γιατί το νεύρο, μετά την έξοδο του από το στέλεχος και πορευόμενο προς τον σπραγγώδη κόλπο, διέρχεται από την μεσοσκελιαία δεξαμενή, πολύ κοντά στην οπίσθια αναστομωτική αρτηρία (Εικ. 4). Θεωρούμε ότι καλύτερη πρόγνωση, όσον αφορά την αποκατάσταση της λειτουργικότητας του νεύρου, παρουσιάζουν: οι ασθενείς κάτω των 50 ετών με μικρό σχετικά ανεύρυσμα, που έχουν άμεση αντιμετώπιση (βέλτιστο όριο τις τρεις ημέρες από την εμφάνιση των συμπτωμάτων)<sup>1</sup>.

### Βιβλιογραφία

1. G. Matis, Th. Birbilis. Posterior communicating artery aneurysm – induced third nerve palsy: clipping or coiling?. Folia Medica (2006),48: 90-92.



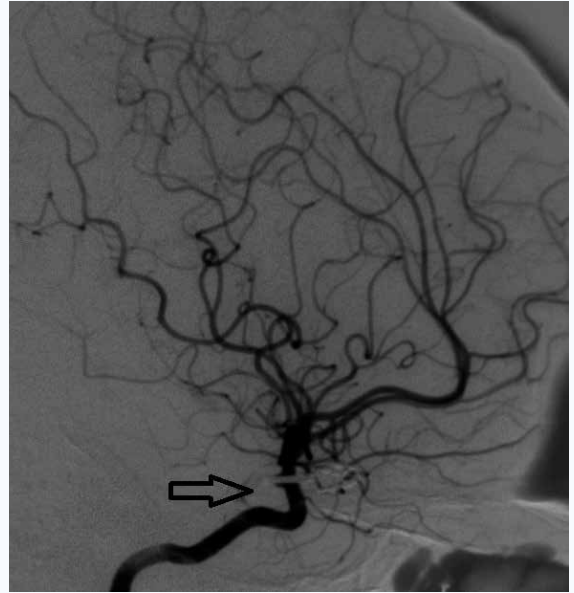
Εικόνα 1α



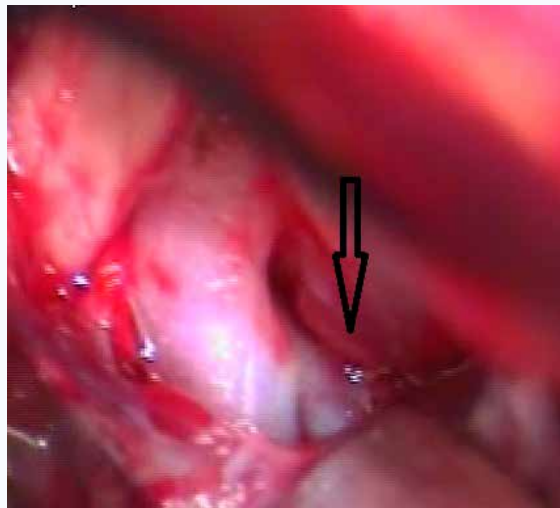
Εικόνα 1β



**Εικόνα 2.** Προεγχειρητική αγγειογραφία εγκεφάλου. Το ανεύρυσμα (βέλος)



**Εικόνα 3.** Μετεγχειρητική αγγειογραφία εγκεφάλου. Αποκλεισμός με clip (βέλος).



**Εικόνα 4.** Διεγχειρητική λήψη μετά την διάνοιξη της πλάγιας σχισμής.

Διακρίνεται: το δεξιό οπτικό νεύρο, η δεξιά έσω κωρωτίδα, το οφθαλμοκινητικό νεύρο πιεζόμενο από το ανεύρυσμα (βέλος)