A Young Woman Presented with Recurrent Multifocal Ischemic Stroke and Systemic Autoimmune Disease: A Case Report

Apiluk Wesanonthawech, MD*, Sombat Muengtaweepongs, MD*
*Division of Neurology, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat Hospital, Thammasat University

Abstract

We report a case of ischemic stroke coexisted with the systemic autoimmune disease in a 35-year-old woman presented with left hemiparesis and right hemiparesthesia for 2 months without headache or prior head injury. Next month later, she presented with hair loss, malar and skin rash in sun exposed area. The brain imaging study detected chronic infarction of left posterior inferior cerebellar artery (PICA) territory involving inferior aspect of left cerebellar hemisphere and left posterolateral aspect of medulla, and the vessel wall imaging demonstrated multifocal eccentric and concentric wall thickening and enhancement at left intradural vertebral artery and V3 of left extraspinal vertebral artery. The laboratory test was found that high level of antinuclear antibody (ANA). Systemic lupus erythematosus (SLE) with CNS vasculitis was diagnosed after clinical symptoms, laboratory results and vascular studies were excluded other differential diagnosis, such as reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS) and vertebral artery dissection (VAD).

Keywords: ischemic stroke, systemic autoimmune disease, CNS vasculitis, vessel wall imaging

(J Thai Stroke Soc. 2019;18(1):75–86)

Corresponding author: Sombat Muengtaweepongs, MD (E-mail: sombatm@hotmail.com)

Received 7 February 2019 Revised 29 March 2019 Accepted 13 April 2019
รายงานกรณีศึกษา: ผู้ป่วยหญิงอายุน้อยมีอาการสมองขาดเลือดร่วมกับโรคภูมิต้านทานต่อเนื้อเยื่อของตนเอง

นพ.อภิลักษณ์ เวศานนทเวช*, รศ. นพ.สมบัติ มุ่งทวีพงษา*
*หน่วยประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทคัดย่อ
ผู้นิพนธ์ได้รายงานการเกิดภาวะ ischemic stroke ร่วมกับมี systemic autoimmune disease ในผู้หญิงอายุ 35 ปี ซึ่งมีอาการแขนขาอ่อนแรงซ้ายมากว่าขวา และแขนขาซ้ายชา 2 เดือน ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ โดยมีผลตรวจภาพทางรังสีพบมี chronic infarction ตรงบริเวณที่เลี้ยงโดยเส้นเลือด posterior inferior cerebellar artery ร่วมกับมีภาพพิสูจน์ vessel wall มี dilatation, พบ multifocal eccentric and concentric wall thickening และ enhancement at left intradural vertebral artery และ V3 of left extraspinal vertebral artery ผลตรวจทางห้องปฏิบัติพบ antinuclear antibody สูงผิดปกติ ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยเป็น Systemic lupus erythematosus ร่วมกับ CNS vasculitis จากอาการทางคลินิก และผลตรวจทางห้องปฏิบัติ การและผลตรวจทางหลอดเลือดสมองเพื่อวินิจฉัยโรคที่ทำให้อาชีพการด้ายคลึงกัน อาทิเช่น reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS) และ vertebral artery dissection (VAD)

คำสำคัญ: สมองขาดเลือด, systemic autoimmune disease, CNS vasculitis, ภาพรังสีผนังหลอดเลือด

บทนิพนธ์
โรค SLE (systemic lupus erythematosus) เป็นโรคซึ่งเกิดจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่ทำงานผิดปกติ มีผลทำให้เกิดภาวะที่ทำให้เกิดอาการเลือดให้ร่างกายต่างๆ ได้รับรังสีสมองขาดเลือด (ischemic stroke) มากกว่า 2 เท่า และการเกิด hemorrhagic stroke มากกว่า 2-3 เท่า ตามลำดับ เมื่อเทียบกับประชากรปกติ การเกิดภาวะ ischemic stroke ในผู้ป่วย SLE มีพบมากกว่าจัดที่ทำให้เกิดได้หลากหลายแบบ เช่น cerebral small vessel disease, accelerated atherosclerosis, cerebral vasculitis, antiphospholipid syndrome, vessel dissection และ cardioembolic thromboemboli in Libman–Sacks disease ภาวะ cerebral vasculitis ในโรค SLE พบได้ไม่บ่อย แต่มีรายงานการเกิดภาวะนี้ประมาณ 10%
เมื่อเทียบกับอาการแสดงที่มีผลต่ออวัยวะอื่นๆ อาการแสดงของภาวะ cerebral vasculitis นั้นมักมีต่ำจาก หลายแบบ จากข้อมูลโรค SLE ที่มีภาวะ cerebral vasculitis พบการเกิดการเคลื่อนไหวที่ส่งผลต่อหลอดเลือด ขนาดใหญ่นั้นพบได้ไม่บ่อย ถ้าเกิดโรคที่หลอดเลือด ขนาดใหญ่ อาการที่พบจะมีความรุนแรง โดยปกติ ความผิดปกติที่หลอดเลือดเกิดจากการที่มี immune complex ไปจับที่หนึ่งหลอดเลือดและมี antibodies ต่อ endothelial cell ของหลอดเลือดเกิดขึ้น

รายงานผู้ป่วย
ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 35 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดสระบุรี อายุ 2 แล้ว อาชีพค้าขาย
ประวัติโรคโดยผู้ป่วย มารดาและพี่เลี้ยง
อาการลำบาก อ่อนแรงแขนขาด้านซ้ายมา 2 เดือน

ประวัติดิบและปัญหาปัจจุบัน
2 เดือนก่อนมารดาโรงพยาบาล มาจากผู้ป่วยให้
ประวัติว่า ผู้ป่วยมีอาการหัว dolor เบื้องต้นบ้าหมู่
และเลือดในห้องนอน ไม่มีอาการหลอดสติ พบมีปาก
เบี้ยวด้านซ้าย มีคลื่นไส้อาเจียน แขนข้างอ่อนแรง
มีอาการปวดนวดแขนขวาและใบหน้าด้านขวา มาตรา
จึงนำส่งโรงพยาบาลใกล้บ้าน ทนนานมีประวิดฉา
บ้าหมู่บ่อยเป็นประจำ
1 เดือนก่อนมารดาโรงพยาบาล มาตรีมักจะมี
กว่าผู้ป่วยมีอาการรวมมากขึ้น มีฝีมือตามด้านตัว
มีผ้าไปตรวจที่โรงพยาบาลใกล้บ้านและที่คลินิกแพทย์
มีอาการเป็นอื่นๆ หลังจากการรักษา อาการหัว
อาการหลอดเลือดผักตม ปอดมีแผ่นเดินที่หน้า
ผ้าห่มบ่อยขึ้นมีการ obrin ไม่มีอาการปวดตามข้อ ไม่มี
เขตในปาก
2 สัปดาห์ก่อนมารดาโรงพยาบาล ไปพบแพทย์ที่
โรงพยาบาลประจักษ์จําหวัด อ้างอาการไม่ดีขึ้น ย้อมอาการ
ผ่าแผลในรูจมูก หลังกลับมา และพูดไม่ชัด จึงได้รับ
การสั่งผู้ป่วยให้พบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล
ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ประวัติติชิต
2 เดือนก่อนมารดาโรงพยาบาลได้รับการรักษาด้วย
acute left cerebellar infraction ตรวจ electrocardiogram ไม่พบ atrial fibrillation และได้ส่งตรวจ
MRI (Magnetic Resonance Imaging) และ MRA
(Magnetic Resonance Angiography) brain เพิ่ม
เดิมพบ acute cerebellar infraction along left side
at Inferior to half part of cerebellar hemisphere
caused by occlusion of left vertebral artery (total
occlusion of left vertebral artery 3.5 cm)

ประวิติโรคประจำตัวและประวิติส่วนตัว
ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการพบแพทย์และยา
ปฏิเสธการใช้สารเสพติด ปฏิเสธการที่มีสุรา ปฏิเสธการ
สูบบุหรี่
ประวิติยาเดิม: รับประทานยา aspirin 325 มิลลิกรัม
1 เม็ด หลังอาหารเช้า และ simvastatin 20 มิลลิกรัม
1 เม็ด ก่อนนอน

การตรวจร่างกาย
Vital signs: temperature 37 องศา C, RR 18/min, PR
74/min (regular), BP 125/80 mmHg, O2 saturation
98% (room air)
General appearance: a Thai female, good
consciousness, orientation to time-place-person
HEENT: no pale conjunctivae, anicteric sclera,
normal thyroid gland
Heart: regular pulse, PMI at 5th ICS, MCL,
normal S1, S2, no murmurs
Lungs: equal breath sounds, no adventitious
sounds
Abdomen: soft, not tender, normoactive bowel
sounds, no hepatosplenomegaly
Extremities: no edema, no deformity, no rash
Skin: malar rash
Neurological examination: alert, follow to
command
Cortical signs: no neglect, no aphasia, no
eye deviation
Speech: dysarthria
Cranial nerves examination:
CN II: right pupil 3 mm, left pupil 2 mm (miosis); both reactive to lights, no RAPD, visual field is intact, no papilledema
CN III, IV, VI: full EOM, no nystagmus, ptosis left eye
CN V: decreased facial sensation with anhydrosis left side of the face, normal mastication muscle
CN VII: mild left facial weakness (upper motor neuron type)
CN VIII: Weber test no lateralization, Rinne test air conduction is better than bone conduction of both ears
CN IX, X: uvular in deviation to the right, impaired left side palatal elevation, impaired gag reflex left side
CN XII: no tongue deviation, no tongue atrophy and fasciculation

Motor system: no evidence of muscle atrophy or fasciculation

Muscle tone: normal muscle tone right side and increase muscle tone left side

Motor strength: Right Left
Upper extremities: 5 4
Lower extremities: 5 4

Sensory: decreased pinprick sensation right side of body, intact proprioception

Cerebellar signs: impaired finger-to-nose, heel-to-knee test and dysdiadochokinesia left side

Deep tendon reflexes: 2+ right side, 3+ left side

Babinski sign: present left side

Chemistry: BUN 14 mg/dl, creatinine 0.67 mg/dl, sodium 134 mmol/L, potassium 3.8 mmol/L, chloride 100 mmol/L, bicarbonate 28 mmol/L

Erythrocyte sediment rate 62 mm/hr

Chest x-ray: no cardiomegaly

Electrocardiogram: normal sinus rhythm, heart rate 86/min

การส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อวินิจฉัยโรค

ผลการตรวจ VDRL, TPHA และ Anti-HIV ให้ผลเป็นลบ

ผลการตรวจ ANA (antinuclear antibodies) ให้ผลเป็นบวก: 1:1,280 (homogeneous), 1:640 (fine speckled)

ผลการตรวจ Anti-dsDNA ให้ผลเป็นบวก

ผลการตรวจ Anticardiolipin, Lupus anticoagulant, Anti Beta-2 glycoprotein ให้ผลเป็นลบ

ผลการตรวจภาพถ่ายเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทางสมอง (Non-contrast Computed Tomography, NCCT) พบ hypodense lesions at left cerebellar hemisphere, no adjacent brain swelling (figure 1)

ผลการตรวจภาพถ่ายการตรวจด้วยเครื่องสร้างภาพด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้าทางสมอง (MRI brain, angiography and vessels wall) พบ hyperintensity signal lesion involving left posterolateral medulla, inferior aspect of left cerebellar hemisphere (figure 2), mild irregular luminogram at right cavernous and clinoid part of ICA, severe stenosis at left intradural vertebral artery (figure 3), multifocal eccentric and concentric wall thickening and enhancement at left intradural vertebral and V3 of left extraspinal vertebral artery (figure 4)
Figure 1: Non-contrast Computed Tomography (NCCT) of the brain showed hypodense lesions at left cerebellar hemisphere, no adjacent brain swelling.

Figure 2: MRI brain, fluid-attenuated inversion recovery (FLAIR) showed hyperintensity signal lesion involving left posterolateral medulla, inferior aspect of left cerebellar hemisphere.
Figure 3: MRA brain showed mild irregular luminogram at right cavernous and clinoid part of ICA, severe stenosis at left intradural vertebral artery.

Figure 4: MRI of the vessel wall: multifocal eccentric and concentric wall thickening and enhancement at left intradural vertebral and V3 of left extraspinal vertebral artery.
สรุปปัญหาสำคัญของผู้ป่วย
1. มีอาการอ่อนแรงแขนขาด้านซ้าย ปากเบี้ยวซ้าย ชาแขนขาด้านขวาและหน้าด้านซ้าย 2 เดือน
2. มีอาการผดผันกลับซ้ําระดับที่ 5 ลงมาในข้างตัวมีการฝีมือและเนื้อเยื่อกระดูกท้องม้าและภายนอกกว่า 1 เดือน
3. มีอาการของภาวะฮอร์เนอร์ (Horner’s syndrome) ที่ผ่านหน้าช้าร่วมกับอาการเสียการทรงตัวด้านซ้าย

วิจารณ์และทบทวนวรรณกรรม
ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 35 ปี ด้วยอาการอ่อนแรงแขนขาด้านซ้ายกับมีอาการกลืนลำบาก เดินเซ และเวียนศีรษะบ้านหมุน ผลการตรวจร่างกายทางระบบประสาทพบ hemisensory loss on left side of the face and right extremities, มี left motor weakness, impaired cranial nerves V, IX, X on the left, Horner’s syndrome on the left side of the face และตรวจพบ impaired finger-to-nose and dysdiadochokinesia left side ร่วมด้วย ทำให้คิดถึงรอยโรคที่ระบบประสาทส่วนกลางที่บริเวณของ infratentorial ในส่วนของ brainstem เนื่องจากโรคส่งผลต่อเส้นประสาทที่เกี่ยวข้องกับการสัญญานความรู้สึกในมือและแขนซ้ายมีอาการอ่อนแรงและเสียการทรงตัวร่วมด้วย สาเหตุที่สามารถเกิดขึ้นได้แก่ vasculopathy ที่เกิดขึ้นตามชนิด inflammation และ non-inflammation เช่น atherosclerosis, CNS vasculitis หรือ systemic vasculitis, vertebral artery dissection, reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS), การ hypercoagulable state ซึ่งเป็นได้ทั้งชนิด acquired และ hereditary และสาเหตุอื่นที่อาจเป็นไปได้เช่น cardiac cause จาก structural และ arrhythmia จากประวัติและตรวจร่างกายพบเห็นในผู้ป่วยพบว่ามีอาการร่วมที่สำคัญได้แก่ ประวัติผ่านกลับซ้ําระดับที่ 5 มีการแพ้แสง (photosensitivity) ตามใบหน้า ตรวจร่างกายพบ malar rash ซึ่งเป็นอาการที่ตรงกับกลุ่มของ systemic autoimmune disease จึงได้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยาเพิ่มเติม พบมีความผิดปกติ ANA (antinuclear antibodies) ให้ผลเป็นบวกที่ค่า 1:1,280 (homogeneous), 1:640 (fine speckled) และ Anti–dsDNA ให้ผลเป็นบวก การถ่ายภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทางสมองพบว่าผู้ป่วยมี acute left cerebellar infarction อาการและการตรวจสัดของผู้ป่วยที่พบยังไม่สอดคล้องกับโรคร้ายเป็น NCCT จึงได้รับการตรวจเพิ่มเติมทางรังสีวิทยา ได้แก่ MRI and MRA brain, high–resolution vessel wall MRI เป็นดัง MRA พบ hyperintensity signal lesion involving left posterolateral medulla, inferior aspect of left cerebellar hemisphere, mild irregular luminogram at right cavernous and clinoid part of ICA, severe stenosis at left intradural vertebral artery ส่งตรวจภาพผ่านผ่านทางอกและเข้มข้นที่ผ่านทาง v3 of left extraspinal vertebral artery มีลักษณะของหลอดเลือดจากสภาพทำอย่างรังสีขึ้นได้เกิดความผิดปกติแบบ vasculitis ส่งผลให้เกิดความผิดปกติในเส้นเลือดvertebral artery ปัจจุบันมีที่เกิดทาง autoimmunity disease ซึ่งเข้าได้แก่ SLE โรค SLE ซึ่งมีผลต่อระบบประสาทมากกว่าจากการ CNS vasculitis จะส่งผลทำให้เกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองตามอย่างสาเหตุอื่น ๆ ที่สามารถเกิดในผู้ป่วยรายนี้ได้แก่

การ RCVS ผู้ป่วยมักมีอาการปวดศีรษะเฉียบเจ้า (thunderclap headache) เป็นอาการที่พบได้ถึง 95–100% สำหรับอาการอื่น ๆ ที่อาจพบรวมได้คือการพัฒนา focal neurological deficit, seizures การตรวจภาพทางรังสีจะพบลักษณะของมีการมี abnormal segmental narrowing and dilatation (string of beads) ของหลอดเลือดแดงในสมองหรือจาก MRI (vessel wall study) และไม่พบลักษณะการเจริญผ่านผ่านผ่านหลอดเลือดมีการพัฒนา (contrast enhancement) โดยการ vertebral artery dissection (VAD) พบได้น้อย พบการพัฒนาของ dissection เกิดจากเนื้อผนังในของหลอดเลือดตุ่น (tunica intima) ของหลอดเลือดแดง เกิดการเกิดกล้ามเนื้อทำให้เส้นเลือดที่ไหลผ่านเขา
เข้าไปในเนื้อหูหลอดเลือดส่วนกลาง (tunica media) แล้วถูกที่ไหนซึมเข้าในเนื้อหูหลอดเลือดที่เกิดโรคนี้ ทำให้หลอดเลือดเกิดการตีบ หรือถ้ามีแรงดันที่บ้าน มากก็อาจจะทำให้ให้เนื้อหูหลอดอยู่สกัดได้ การที่เนื้อหูหลอดเดินในบริเวณนี้เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุอาจเกิดจากการ arteriosclerosis ในเด็กผู้ใหญ่อาจเป็นสาเหตุที่ connective tissue ในเนื้อหูหลอดเดินอยู่ร่วมด้วย 10 ประตูหรืออาการทางคลินิกที่พบ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง การบาดเจ็บที่บริเวณคอ การปวดท้ายทอยหรือปวดต้นคอ และพบอาการที่เปลี่ยนความผิดปกติที่ก้านหน้า บางทีอาจมีอาการด้วยอาการความผิดปกติที่ประสาทไขสันหลังหรืออาการประสาทในเลือดในอก ภาพ MRI และ MRA สามารถช่วยใช้ในการวินิจฉัยได้สำหรับการ intramural hematoma in conventional T1 and T2-weighted images, focal aneurysmal dilatation, intimal flap or double lumen sign on the MRA source image

ภาวะ hypercoagulable state ที่สัมพันธ์กับ SLE เช่นภาวะตรวจหา antiphospholipid Ab (Anticardiolipin, Lupus anticoagulant, Anti Beta-2 glycoprotein) หรือ genetic thrombophilia อื่น ๆ ส่วนสาเหตุอื่น เช่น RCVS, vertebral artery dissection หรือ hypercoagulable state นั้นเนื่องจากไม่มีภาวะที่เป็นทางการทางคลินิกที่คาดว่าจะพบอารมณ์ ถึงผลกระทบทางปฏิบัติการและภาพทางเจ้าสัตว์ที่ชี้ชัดได้กับผู้ป่วยรายนี้ จึงทำให้ติดกึ่งสูญเสียทางสมอง

จากผลประวัติ การตรวจต่าง ๆ เกี่ยวกับภาพทางประสาท และการตรวจทางประสาทปฏิบัติการที่กล่าวมาข้างต้นแสดงถึงการเกิด ischemic stroke ในผู้ป่วยรายนี้ ปรากฏว่าตัดเกิดภาวะ systemic autoimmune disease จากโรค SLE ที่มี CNS vasculitis รวมถึงยาที่สุดสาหรับจากการตรวจภาพและรายละเอียดจากภาพทางการตรวจทางประสาทและรอยโรคที่พบจากภาพทางประสาท รอยโรคที่มีบริเวณ posterolateral aspect of left medulla สามารถอธิบายการหายใจที่ต่ำ ผ่อนคลายกับโรค อาการของร่างกายที่ต่ำขาก็มีความผิดปกติกับการทรงตัวและมีความคล้ายคลึงของ nucleus cranial nerves เลนที่ 9 และ 10 เส้นด้วยรอยโรคสามารถเข้าได้กับบริเวณของ posterior inferior cerebellar artery (PICA) โดยภาพอาการแสดงที่พบได้ก็คือ Horner's syndrome ส่วนมากไม่พบมีอาการอย่างแรงเพราะ motor tract ไม่เสีย เนื่องจากโรคอยู่ที่ส่วน lateral medulla อาการอ่อนแรงรายนี้สามารถอธิบายจากเกิดจากการโรคที่เป็นในแนว midline ที่ถูกเลี้ยงโดย vertebral artery ร่วมด้วยได้ในรายนี้ ส่วนสาเหตุอื่นนั้นเนื่องจากไม่มีประวัติอาการทางคลินิก ผลทางทางปฏิบัติการและภาพทางรังสีที่เข้าได้กับโรคอื่น

ในผู้ป่วยรายนี้หลังจากได้รับการตรวจทางประสาทปฏิบัติการและ MRA (vessel wall study) ผู้ป่วยมีอาการที่แข็งได้เริ่มยา antiplatelet, prednisolone และ hydroxychloroquine จาก rheumatologist (2 เดือนหลังจากเริ่มมีอาการ) ทำลายภาพและฟังการกลิ่นและได้นัดตรวจด้วยอาการเป็นระยะ อารมณ์แวงและพูดไม่ชัดของผู้ป่วยค่อย ๆ ดีขึ้น ไม่มีอาการแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น

Vessel wall-MRI in intracranial vasculitis

Vessel wall magnetic resonance imaging (VW-MRI) ผู้ป่วยเปลี่ยนมาเป็นนายในการตรวจหาความผิดปกติของเส้นเลือดและเนื้อหูหลอดเลือดภายในสมอง การตรวจ VW-MRI สามารถดูรายละเอียดของเนื้อหูหลอดเลือดในผู้ป่วยรายดีและเนื้อหูหลอดเลือดในผู้ป่วย สามารถตรวจทางการลูดิบเช่าวิเคราะห์ในรอยโรคได้ และยังมีประโยชน์ช่วยบอกลักษณะพยาธิสภาพของรอยโรคที่มองไม่เห็นเฉพาะเวลานอนพัก ซึ่ง VW-MRI เช่น atherosclerosis, aneurysm, dissection, and vasculitis รูปแบบลักษณะของหลอดเลือดที่พบจากภาพ VW-MRI17,18 ได้แก่ concentric, eccentric, focal or nodular (figure 5) โดยดูจากการ enhancementของ vessel wall.
Vessel wall-MRI ใน CNS vasculitis มีลักษณะเจาะปะ ได้แก่ multifocal areas of marked vessel wall enhancement ส่วนใหญ่จะพบรูปแบบ concentric pattern แต่สามารถพบeccentric pattern ร่วมด้วย กลไกการเกิด enhancement ของเส้นเลือด ใน CNS vasculitis เกิดจากสารทั้งหนึ่งรั่วออกจากเส้นเลือดชนิด vasa vasorum เข้าสู่ส่วนกลางเนื้อของหลอดเลือด

ส่วนการวินิจฉัยที่เป็น gold standard ในเรื่อง cerebral vasculitis คือการทำ brain biopsy ซึ่งเป็นวิธีที่ invasive ต่อผู้ป่วยและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

Ischemic stroke in the young

โรคสมองขาดเลือดในผู้ที่มีอายุน้อย หมายถึงโรคสมองขาดเลือดในผู้ที่มีอายุไม่เกิน 45 ปีประมาณ 5% ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดและมีอัตราการเกิดของโรคแตกต่างกันในแต่ละประเทศ13,14 จากการศึกษาในหลาย ๆ งานวิจัย พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดโรคสมองขาดเลือดในผู้ที่มีอายุน้อยอยู่ในกลุ่มไม่ทราบสาเหตุ (stroke of undetermined etiology) เนื่องจากกลุ่มตาม Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST) classification สาเหตุอื่น ๆที่พบบ่อย ได้แก่ สาเหตุจากลิ่มเลือดหัวใจอุดตัน (cardioembolic), หลอดเลือดแดงขนาดใหญ่แข็ง (large artery atherosclerosis) และหลอดเลือดแดงขนาดเล็กอุดตัน (small artery occlusion) เป็นต้น

ส่วนการวินิจฉัยต่าง ๆที่สามารถพบบ่อยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค เช่น การขาดการออกกำลังกาย การมีไขมันในเลือดชนิด HDL ต่ำ การมี early onset ของหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด atrial fibrillation การเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (obstructive sleep apnea) การใช้ยามีผลต่อการพัฒนาเซลล์ไขมัน การพบ antiphospholipid Ab ความผิดปกติของผนังกั้นหัวใจชนิด patent foramen ovale (PFO) ความผิดปกติของหลอดเลือด เช่น arterial dissection, systemic or primary central nervous system vasculitis, reversible cerebral vasoconstriction syndrome, Fabry disease, cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy (CADASIL), mitochondrial encephalopathy with lactic acidosis and stroke–like episode (MELAS), Moyamoya disease, cardiomyopathies เป็นต้น

Figure 5: Comparison of the features of different intracranial arterial imaging.
บทสรุป

ภาวะ autoimmune associated cerebral vasculitis ในโรค SLE พบได้น้อย เกิดภาวะนี้ประมาณ 10% อาการแสดงมีความหลากหลาย ขึ้นกับขนาดหลอดเลือดที่เกิดภาวะอักเสบขึ้น การวินิจฉัยต้องอาศัยประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจทางภาพถ่ายทางรังสีรวมด้วย

เพื่อวินิจฉัยแยกโรคจากโรคอื่น ๆ เช่น VAD, RCVS ภายหลังได้รับการวินิจฉัยควรได้รับการรักษาที่เหมาะสม สมร่วมด้วย

องค์ความรู้ใหม่

จากรายงานผู้ป่วยรายนี้แสดงให้เห็นถึงความสามารถของการใช้ภาพถ่ายทางรังสีชนิด MRI
ในการตรวจหาความผิดปกติของ intracranial artery ที่มีพยาธิสภาพของรูปโลกแตกต่างกันและแสดงออก มาทางภาพถ่ายทางรังสี vessel wall MRI วิธีการนี้ ยังเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคแล้วยังมีผล รุกล้ำต่างกับการตรวจด้วย cerebral angiogram และการทำ brain biopsy

เอกสารอ้างอิง

