

تشخیص دردهای ناحیه صورت

دکتر جلال کاظمی *

دردهای ناحیه صورت یکدسته از تظاهرات دردناک ناحیه سر میباشند که از نقطه نظر بالینی، پاتوژنی و درمانی بدو دسته متمایز دردهای پاروکسیستیک و دردهای مداوم تقسیم میشوند:

اول - نورالژی صورتی یا نورالژی عصب پنجم یا پروزوپالژی که چون اولین مرتبه فوترژیل آنرا شرح داده است بان بیماری فوترژیل هم میگویند و بالاخره تروسو آنرا تیک دردناک صورت نامیده است.

تعریف:

دردی است معمولا شدید و پاروکسیستیک که در مسیر محیطی عصب تری ژونو ظاهر میگردد و بدو نوع اصلی و ثانوی تقسیم میشود:

۱- نوع اصلی

اتیولوژی: تاکنون علتی برای آن شناخته نشده معمولا در سنین متوسط بیشتر نزد خانمها ظاهر میشود به ندرت نزد افراد بالغ دیده شده است این افراد اغلب دچار زمینه ارثی نوروآرتریک و حالت تحریک پذیری عصبی زیاد میباشند که در اثر رسیدن کوچکترین تحریکی از محیط خارج حملات درد برانگیخته میشود. در سوابق این افراد گاهی میگرن - آسم - افزایش قند خون یافت میشود.

فیزیوپاتولوژی: فیزیوپاتولوژی نورالژی تری ژونو را مربوط به یک کیفیت رفلکس میداند که جریان عصبی حسی طبیعی از منطقه رفلکسیون سبداه گرفته و پس از رسیدن به سلول هائیکه بطور غیر عادی عمل میکنند تبدیل به یک دشارژ شدید میشود و پس از این یک مرحله ضعف و ناتوانی سلولی فرا میرسد و برای متوقف کردن این کیفیت غیر عادی میتوان بوسیله شیمی درمانی پیدایش این دشارژهای شدید را مهار کرد و یا راههای آوران عصب پنجم را بوسیله عمل جراحی قطع نمود و مانع از رسیدن تأثیرات محیطی به سلولهایی که آنها را به کیفیت درد شدید تبدیل میکند گردید. از این مختصر میتوان دریافت که ضایعاتی که سجاور

با رشته ها یا هسته عصب پنجم باشند میتوانند بدون آنکه سبب تخریب گردند اعمال آنها را مختل سازند.

علائم بالینی:

شروع حمله درد متفاوت میباشد گاهی شروع ناگهانی با درد شدید و محدود به یکی از شاخه های عصب پنجم گاهی مقدم بر حمله دردهای تیر کشنده کوتاه و با شدت کمتر وجود دارد.

حمله اولیه بدون علت ظاهر میشود گاهی عواملی بنام عوامل ایجاد کننده از قبیل باز کردن دهان، جویدن، تکلم، سرفه، عطسه، خستگی و خوشحالی، ورزش نسیم، آبستی، رگل، سرماخوردگی فعالیت های جسمی شدید سبب تسهیل در برانگیخته شدن حمله های درد میشوند.

محل درد معمولا در یکی از شاخه های عصب پنجم می باشد و شاخه چشمی کمتر گرفتار میشود. ختم حمله ممکن است ناگهان یا تدریجی باشد و در پایان حمله علائم سمپاتییک بشکل قرمزی، گرمی، تعریق موضعی، اشک ریزش جلب توجه مینماید. پس از قطع حمله بیمار آرام بوده و فواصل حملات متغیر، اغلب طولانی حتی ممکن است بیست سال باشد یا کوتاه و چند روز یا چند ساعت یا چند دقیقه باشد و حمله ها تکرار میشود و بیمار در حال اضطراب میباشد.

در سعاینه بیمار آنستزی یا هیپواستزی در قلمرو عصب یافت نمیشود و رفلکس کورنه سالم است که از نظر تشخیص نوع اصلی مهم میباشد.

در فواصل حملات در بعضی نقاط مناطق هیپراستزیک در صورت، لبها، و لثه یافت میشود که در اثر کوچکترین تحریکی سبب پیدایش حمله های دردناک میشود و آنها را مناطق آلوژون یارفلکسوژن (Allogene ou Reflexogene) گویند.

بالاخره در فواصل حملات فشردن محل هائی مانند نقطه فوق کاسه چشمی، تحت کاسه چشمی و نقطه چانه دردناک میباشد که آنها را نقاط دردناک والکس (Valix) مینامند.

در معاینه بیمار فقدان انعکاس قرنیه و هیپوستزی یا آنستزی در قلمرو عصب بوجود میآید که از نظر تشخیص نوع اصلی بانوع ثانوی بهم است و در صورتیکه آسیب عصب شدید باشد پارزی یا پارالیزی عضلات ماضغه یکطرفی مشاهده میگردد. نوع اصلی هرگز با علائم تحریک یا فلج سایر اعصاب مغزی نیست ولی در نوع علامتی ممکن است آسیب سایر اعصاب مغزی موجود باشند.

سیر: سیر نوع علامتی بستگی به علت آن دارد.

دوم - نورالژی‌های صورتی مداوم

۱- دردهای سلولی مداوم - یک نوع دردی است که در جریان سیرنگوسیلی در اثر ضایعه اولین نورون مرکزی حسی حاصل میشود و بیمار در صورت احساس سوختگی - سردی - گرمی - بینماید که همیشگی بوده و در روی این زمینه گاهگاهی سرحال اشتداد ظاهر میشود. هیجان - صدا باعث تشدید آن میگردد نسبت به درمان مقاوم بوده ولی معمولاً خود بخود پس از چندماه یا چندسال از بین میرود.

۲- دردهای زونائی - بیمار درد دائمی بصورت احساس گرمی و پارستزی و اضطراب بینمساید که خود بخود یا در اثر عوامل خارجی تشدید یافته و بصورت سوختگی یا کشیدگی ظاهر می‌گردد که پس از چند ساعت ساکت میشود و بیمار همان درد همیشگی اول را احساس بینماید و از خصوصیات آن دائمی بودن است. محل درد معمولاً در یک شاخه و بستگی به محل بیورات دارد حس سطحی اغلب مختل و حتی ممکن است همراه آنستزی باشد.

۳- دردهای صورتی مداوم لوکالیزه - این دردها در نواحی دندان - سینوس‌ها و چشم متمرکز بوده معمولاً در اثر یک ضایعه موضعی حاصل میشوند (که حتی ممکن است این ضایعه خیلی جزئی و واضح نباشد).

و عبارتند از: دردهای صورتی باسبب دندان (در اثر کرم خوردگی دندان - پولیپیت). درد مداوم و بصورت احساس کشیدگی میباشد.

ممکن است در اثر برخورد دندان با یک ماده سرد و یا گرم یا شیرین یا ترش درد خیلی شدید و پاروکسیسم هائی ایجاد نماید درد ممکن است بطرف دندانهای دیگر - بطرف گوش - ناحیه تالمپورال چشم انتشار یابد. با درمان علت درد برطرف میشود در جریان پیدایش دندان عقل که بیرون نیامده ممکن است درد شدید با پاروکسیسم - هائی ظاهر شود و نباید انعکاسهای دندانانی نورالژی تری ژومو اصلی را با این دردهای دندانانی اشتباه نمود و بکشیدن دندانها اقدام نمود.

گاهی در صورت کنتراکسیونهای کلونیک سبب ایجاد شکلک میشود از اینجهت آنرا تیک دردناک صورت میگویند.

سیر بیماری: در شکلهای جدی حملات بطور نا اسیدکننده تکرار شده بیمار دچار بیخوابی، بی غذایی و کاهشسی اضطراب میشود که حتی ممکن است خودکشی نماید.

ممکن است حمله درد خفیف باشد و برای چند ماه یا چند سال خاموش گردد تا اینکه مجدداً ظاهر شود، ممکن است کاملاً معالجه شود و ممکن است که بتدریج شدیدتر شده نسبت به درمان مقاوم گردد.

۲- نوع ثانوی یا علامتی

اتیولوژی: با وجود آنکه عصب پنجم ممکن است در قلمرو خود بعلا بختللی تحریک یا تحت فشار قرار گیرد و ایجاد نورالژی نماید معذک نورالژیهای علامتی کمتر از نوع اصلی میباشد. علل نورالژی‌های ثانوی بدو دسته تقسیم میشود علل عمومی و علل موضعی. علل عمومی شامل دو قسمت عفونت‌ها: مانند گریپ و سیفلیس، تب‌سالت و غیره و سمومیت‌ها مانند سمومیت جیوه، سرب و دیابت است.

علل موضعی: علل موضعی را از ناحیه بولبو پروتوبرانس بطرف محیط بشرح زیر مطالعه بینمائیم:

در ناحیه بولب و پروتوبرانس ممکن است عصب در اثر عارضه سیرنگوبولی و ضایعات عروقی، اسکروز آن پلاک، تابس، آنسفالیت آسیب بیند.

تنه عصب: تومور مجاور عصب مخصوصاً تومور ناحیه پونتوسریلو و آرا کنوئیدیت و منتزیت سلی یا سیفیلیس و یا بطور نادر تومور عصب پنجم (مثل شوانوم)

عقد گاسر ممکن است در اثر منتزیم قسمت پائین تالمپورال یا سارکوم قاعده جمجمه تحت فشار قرار گیرد یا آنکه دچار زونا شود بالاخره اخیراً برای اختلال جریان خون عقده گاسر اهمیت خاصی قائل اند.

شاخه‌های محیطی عصب پنجم: تومور کاسه چشم - ایریدو-سیکلیت - تومور بال کوچک اسفنوئید یا آسیب سینوس کاورنو- (ترسوفلیت) فاسد بودن دندان، سینوزیت فکی، پیشانی، اتموئید اسفنوئید که معمولاً نورالژی‌های مداوم ایجاد نمایند ولی ممکن است نوع پاروکسیستیک هم ایجاد کنند.

علائم بالینی:

در فواصل حملات درد کاملاً برطرف نشده بلکه بیمار احساس درد خفیفی بینماید و روی این زمینه درد خفیف حملات درد که از لحاظ شدت شبیه به نورالژی اصلی هستند ظاهر میشوند.

۸- سندرم من بران بنیستی (Monbran Benisty): با دردهائی در ناحیه پشت چشم که بطرف پشت سر انتشار یافته همراه با وزودیلاتسیون صورت و تعریق زیاد و هیپر استزی جلدی که ماهها بعد زخمهائی در ناحیه چشم ظاهر میگردد مشخص میشود.

۹- تری ژومفانتوم (Trijumeau Fantome): این درد پس از قطع عصب تری ژومو در هر نوروتومی حاصل میشود درد در نیمه صورت که عصب آن قطع شده و دچار آنستزی است ظاهر میگردد و گاهی یک حالت اسپاسم و وزودیلایون نیمه زبان در موقع حمله درد ظاهر میگردد.

۱۰- دردهای ناحیه صورت بعد از ضربه: که هفته ها یا ماهها بعد از تروما تبسم صورت ظاهر میشود گاهی بعد از زخم کوچک گاهی بعد از ضربه که بدون زخم است پیدا میگردد درد بشکل احساس گرمی سوختگی و حالت اضطراب از همان محل تروما تبسم ظاهر میشود سیر آن طولانی و نسبت بدرمان مقاوم میباشد.

۱۱- دردهای عروقی یک دسته تظاهرات پاروکسیستیک میباشد که در آن حملات درد همراه با واکنش وازوموتوریس شدید میباشد و به سه نوع تقسیم میشوند:

الف - درد شریان گیجگاهی سطحی: بشکل حمله متناوب در ناحیه تاسپورال ظاهر میشود شروع تدریجی بوده کم کم درد شدت یافته به حد اعلاء میرسد و همزمان با ضربان شریان گیجگاهی است. لمس خفیف شریان دردناک ولی فشردن شدید ممکن است بطور موقت سبب برطرف شدن درد گردد مدت حمله درد ممکن است چند ساعت باشد و بتدریج درد تقلیل یابد.

ب - آلژی پری کاروتیدین: شبیه به نوع قبلی است منتهای منطقه درد وسیع تر میباشد درد از ناحیه عمقی گردن شروع میشود و به ناحیه گیجگاهی و گاهی به نیمه صورت مربوط انتشار مییابد این درد دارای خاصیت ضربانی است و با انفیتراسیون پروکائین در اطراف عروق آرام میشود.

ج - سندرم اریتروسلاژی سنالیک (Erythromelalgie cephalique): بصورت یک حمله وازودیلایون سنالیک همراه با قرمزی و برآمدگی قسمت مربوط و احساس درد ضربانی و تشدید ضربان شریانها میباشد این تظاهرات نادر و شناسائی آنها کامل نیست. بنظر نمیرسد رابطه با میگرن داشته باشد گاهی با عارضه شریان تاسپورال شرح داده شده است.

شروع عارضه با یک مرحله مقدماتی میباشد که در آن حالت عمومی بیمار خراب و بیمار دچار لاغری - بی اشتها - ضعف و تب میشود. در مرحله استقرار بیمار دچار دردی است که ابتدا منتشر

درد های صورتی با سبده سینوسی - در اثر سینوزیت فرونتال - ماکزیلر - اتموئیدال درد شدید دائمی و در اثر سرفه - عطسه و انحراف سر بجلویا کریزا تشدید میشود و معاینات کلینیکی و رادیو-لوژیکی تشخیص را مسجل مینماید.

* دردهای صورتی با سبدهای چشمی - در جریان گلوکوم - ایریس ظاهر میشود. درد در ناحیه کره چشم و بطرف عقب - پیشانی ممکن است انتشار یابد درد دائمی و بصورت احساس کشیدگی که ممکن است پاروکسیسم هائی ایجاد نماید - یکتونوع دردی هم بعد از بیرون آوردن چشم ظاهر میشود که با قطع عصب تری ژومو برطرف میگردد.

۴- درد صورتی مداوم اولیه بانورالژیسم فاسیال - این نوع درد صورتی خصوصیات واضح نورالژی اصلی را نداشته دردی است اغلب سبب همیشگی و مداوم و منتشر که چند هفته ادامه داشته بصورت احساس گرمی - سوختگی - سنگینی گاهی بشکل تیر کشیدن و فشردگی میباشد.

گاهی درد بتدریج شدت یافته و راحت و آرامش را از بیمار سلب مینماید تا اینکه بعداً تخفیف یافته و بصورت درد دائمی اولیه باقی میماند این بیماران اغلب دچار حالت اضطراب و هذیان بوده و ممکن است در مراحل اشتداد علائم وازوموتور بشکل قرمزی - تورم صورت - احتقان چشم - اشک ریزش و رینوره جلب توجه نماید محل درد نزد یک بیمار ثابت ولی با تقسیم شاخه های عصب تری ژومو مطابقت نمینماید و ممکن است دو طرفی باشد درد عمقی و بیشتر در ناحیه فکی فوقانی میباشد وقتی در ناحیه فرونتال باشد تشخیص میگرن مطرح میشود این درد حتی بانورولیز و نوروتومی عصب تری ژومو هم از بین نمیرود بیشتر آنرا مربوط به اختلال سمپاتیک صورت میدانند و اعمال روی تری ژومو در آن اثری ندارد.

۵- سندرم اسلودر (Sluder) این سندرم را در جریان سینوزیت اسفنوئیدال شرح داده اند با دردهائی کم و بیش ثابت در ناحیه فک فوقانی که بطرف دندان - بینی - چشم انتشار مییابد مشخص میشود و حتی ممکن است بطرف گردن ناحیه بین دنده ای فوقانی انتشار یابد. ممکن است با راکسیون وازوموتور همراه باشد کوکائینیزاسیون گانگلیون اسفنوپالاتن باعث برطرف شدن کریز درد میگردد.

۶- سندرم شارلن (Charlin): مربوط به ضایعه گانگلیون سیلیر بوده با دردهای ناحیه اوریکولونازال - احتقان ملتحمه - اشک ریزش - ترشح بینی - ادم پلکها و حتی ممکن است زخمهائی در قرنیه مشخص شود.

۷- نورالژی ویدین (Vidienne): بعلت آسیب عصب ویدین در مجاورت سینوس اسفنوئیدال میباشد و مشخص میشود با یک درد عمقی که بطرف گوش - ماستوئید و حتی ناحیه پشت سرو شانه انتشار مییابد پاتوژنی آن قابل بحث بوده شاید مانند سندرم اسلودر باشد.

ولی بعد محدود به ناحیه فرونتال یا تامپورال یا اکسپیتال می باشد. درد بشکل احساس سنگینی - کشیدگی و ممکن است ضربانی باشد با عطسه تشدید می شود. در معاینه شریان گیجگاهی قرمز- پیچ و خم دار- ضخیم - بیحرکت ضربان از بین رفته لمس آن دردناک و ممکن است یک حمله درد شدید را ایجاد نماید. سایر شریانهای پوست مثل شریانهای پشت سری - پاریتال دردناک میباشند.

ممکن است آدنویاتی ناحیه سرویکال مشاهده شود. حالت عمومی بیمار خراب درجه حرارت ۳۸ بیمار آنمیک می باشد. سیر آن خود بخود بطرف بهبود است اما کامل نبوده ممکن است عود نماید. عوارضی نیز مانند دو بینی - کوری- پائین افتادن پلکها - سرگیجه - کوباظا هر شده و حتی ممکن است موجب برگ بیمار شود. این عارضه با پری آرتریت و ترمبوآنژیئیت ابلیرانت ارتباط دارد.

References

- 1- M. Bonduelle et G. Lormeau Encycl- chir neurologie 1967, No 17091 A 10 Paris p. 1-7
- 2- L. Rimbaud precis de Neurologie 1950, G. Doin Paris P. 860-869
- 3- P. Cossa therapeutique neurologique 1958, Masson Paris P. 248-257
- 4- F. Contamin et O. Sabouraud elements de neurologie 1968, Flammarion Paris P. 453-455
- 5- J. Haguenu traité de medecine 1949, Masson Paris P. 633-648
- 6- A. Van Gehuchten maladies nerveuses 1951, Masson Paris P. 216-222
- 7- Claude Gros Manuel de diagnostic neurologique 1969 Masson Paris P. 231-235