ناهنجاری‌های تشريحي عصبصوری

و اهمیت آن در اعمال جراحی میکروفسکوپیک گوش پروفور جمشید اعلم و دکتر ناصر مین زاده و دکتر محمد حسن خالصی

گرچه حالات غیرطبیعی تشريحي در مسير دور خارجی عصبصوری تادر است مقاذا  اهمیت زیادی آن اجبار می کند که جراح گوش با مکان این ناهنجاریها توجه داشته باشد و اشکال مختلف آن را باز شناسد.

در اعمال جراحی که در سابق بعلت بیماری چرک گوش در روی ماستوئید انجام گرفته بوجود حالات غیر عادی در مسير قسمت عمود ی عصب صورتی توجه شده و گزارشاتی در این زمینه در تاریخچه جراحی گوش وجود دارد اما مطالعه اساسی در این زمینه در رساله‌ای اختصار گرفته است زیرا افزایش موارد اعمال جراحی گریزی میکروفسکوپیک بر گوش میانی بسیاری گوش میانی که بعدها در مورد زیادی از ناهنجاریها برخورد گردیده و اشکال مختلف آن باز می‌شانسته شود بدین‌گونه که عدم آشنایی و توجه بوجود این حالات ممکن است جراح را با اعضا ناگواری مواجه سازد.

ما در این بحث ابتدا به معرفی مختصری از تشريحي و مشاهده جنبی عصبصوری میراژیم سپس اشکال مختلفی تغيیر شکل‌های مسير آن راموردو مطالعه حرارت ميدهيم.

تشريحي طبیعي قسمت داخل خارجی عصب صورتي - عصب واسطه‌ای وریسبرگ هموار با ريشه محرک عصب صورتي در مجري مجري گوش داخلی وارد مجري گوش داخلی گوش مياني پيش ميروز سپس طور ناگهانی بطرف عقبخم شده روی اين مجري قسمت برنجسته ای را بوجود مي‌آورد و اين همان قسمت نسبتلیع عصب مياباد (Geniculum) نامیده شده است.

* استاد و رئیس تکمیل‌های گوش و حلق و بینی بیمارستان امیر اعلم
** دانشیار و رئیس بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان امیر اعلم
*** استادیار بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان امیر اعلم
در اینجا دو قسمت عصب با هم بکی می‌شوند. عصب صورتی بعد از عبور از بالای دریچه بیضی بطرف پایین خم شده از داخل استخوان هیپوئید بطرف قله آن سر نموده از سوراخ استیلو ماستورین بلافاصله در عقب زائده استوریوید خارج می‌گردد. تبدیل قسمت افقي عصب به قسمت عمودی در محل اتصال دیواره داخلی و خلفی صندوق صماخ صورت میگردد. این عصب بنام سگمان پرامیدال نامیده می‌شود.

تکاتی چند از نظرنگ جنین شناسی: مشاهده دقیق استخوان‌های چکشی و سندانی از اولین دوره و دومین دوره غضروف از بنشان دارد که در اینجا نظریه Räke مقبلیت بیشتری را به است Anson ذکر می‌کند:

سر استخوان‌انچه چکشی زائده کوتاه سندانی از غضروف اوایل قوس سر از بیشتری مشتق می‌شود. غضروف (Meckel) چکشی که بطور جداگانه از استخوان‌های غشای بینی بوده است می‌باشد و دومین دوره جهت استخوان‌های انگشتان چکشی را به است Rechert قسمت عمده استخوان‌های راخی است دومین دوره غضروف تشكل می‌شود.

هفتمین عصب جمجمه‌ای عصب دومین دوره سر از بیشتری است که از غضروف آن قسمتی از چکشی و سندانی قسمت عمده قسمتی از دیواره عصب صورتی قسمت زائده نیز دارد و قسمتی از استخوان لامی مشتق می‌شود. ترتیب معمولی این است که عصب وارد قوس مربوط به شده در رقب غضروف این قوس قرار میگیرد آنگاه بطرف جلو می‌چرخد تا در قسمت قدامی قوس واقع شود. در این زمان عصب این مجاورات را دارا می‌باشد و در قسمت بازی و قسمت از اکانال فاسیال یک مشتق از غضروف قوس دوم است واقع می‌شود و بعد از گیشت آن ابدا در رقب استیلوئید و بعد در جلو و بالای آن قرار می‌گیرد.

کانال فالسیال اولیه بهصورت بخشایی درکسول اوتیک غضروف بوجود می‌آید. غضروف دومین دوره سر از بیشتری که به‌کلی لینک اتصال بیا می‌کند و تقیباً در تشکیل ۱/۴ از محیط کانال فاسیال سرکت می‌کند این قسمت وضع غضروفی خود را نا اولین سال بعد از تولد حفظ می‌کند و نگاه استخوان می‌شود. غضروف دومین دوره قوس (Reichert) در جریان رشد توسط استخوان غشای احاطه می‌شود و این قسمت خود در تشکیل و تکمیل کانال فالسیال نهایی سرکت می‌شود و بعضی موارد
بسته شدن این کانال ناقص انجام می‌گیرد و عصب فقط بوسیله مخاط و نسج زیر مخاطی به خارج مروبط می‌شود. این نقص ممکن است مختص و تنها منحصر به شکاف کوچک Kaplanx باقیمانند نباشد. 

سوراخ شریان رگ‌پی را علت بازماندن کانال فاسیال میداند (این شریان در سومین ماه زندگی جنینی از بین می‌روید) بايد دانست این مستطیل میتواند برای نارسایی‌های مخصوص کوچک کانال باشد و لیمیتواند تهیه‌یا به وسیع را توجه کند.

عدم اتصال یا تأخیر در اتصال قسمت برانشیال صفحه رگ‌پی و کسیول اوتیک و یا نارسایی اضافه‌ای است به صفحه رگ‌پی که مشتق از قوس دوم است باعث یک حالت پیش آمدن عصب به جلو می‌شود در جوین کیفیتی شاخه‌های رگ‌پی یا متصل به صفحه رگ‌پی و یا بدون اتصال بدان در ارائه عصب قرار می‌گیرد و عصب در ارتفاع رگ‌پی دو شاخه می‌شوی و یا اینکه از زیر دریچه وروی دماغه پایدار می‌گردد.

نارسایی رشد و تکامل در یکی از مشتق‌های یک قوس برانشیال اغلب همراه با آنومالی در سایر تشکیلات مشتق از آن قوس بوده و گاهی حتی با آنومالی‌های غیر برانشیال تومور می‌باشد. برای آسان شدن توصیف این ناهنجاری‌ها حالات مختلف آن را بطور جداگانه مورد بحث قرار می‌دهیم:

حالت اول: در اینجا قسمتی از کانال عصب یک‌تیکه‌که از غضروف قوس دوم و یا از استخوان عضلانی مشتق می‌شود، ناقص است و اجازه میدهد که عصب بطرف باج و جلو پیش آمدگی پیدا کند اما پس از آن بجلو توسط مشتق دقیق‌ریز غضروف قوس دوم (استخوان رگ‌پی) محصور می‌شود. بخش آمدگی مشخص کانال استخوان سالم بطرف دریچه بپیش بطوریکه قسمتی از رگ‌پی را پوشاند نیز خود نیست در این مورد، قطعی‌سیتم که از کانال ناقص است معداً وجود یافته نقص بهره‌یافته که سیب بروپاپوس عصب گردید بسیار نادر است. Dietyal

حالت دوم: در مطالعه 111 استخوان تامپورال 57 مورد از مورد عصب گردید بسیار نادر است. Kaplan

حالت سوم: در مورد عمل مولیزاسیون 7 مورد نقص دیواره فاسیال در ناحیه بالای پنجره بیشتری گزارش داده اما در مورد 4 مورد از موارد ذکر عصب بروپاپوس بیضا کرده و در بالای صفحه رگ‌پی متعلق بوده است.
در موارد عصب فاسیال در دوطرف دریچه بیضی

حقایق دوم - منشی عصب فاسیال در دوطرف دریچه بیضی

در اینجا به چند منشی از دوطرف دریچه بیضی میانی و قرار گرفته‌اند مشاهده شده است. آن‌ها در هر دو طرف و صورت‌های زیادی درپوشش عصب فاسیال قرار دارند. در نمونه‌هایی که بدیده می‌باشد، این عصب در پانزده دریچه بیضی و Caparosan گزارش این نوع ناهنجاری در كتیب طی نادر است. اما اخیراً Klassen چنین وضعی را در بیمار دریچه بیضی دو طرف مشاهده نموده و گزارش داده‌اند در کنارش قرار گرفته‌اند. در هر دو طرف و صورت نوار غضروفی در دریچه بیضی است. در هر دو طرف و صورت نوار بیضی عصب درپوشان را را در دو طرف و دهان هر یک گزارش شده که می‌توان آن‌ها را در این دسته کنید Pou در این دوم عصب از روزی صفحه را عصب عبور می‌نموده است. حالت سوم - عصب عبور صورتی از روزی دماغه بین دریچه بیضی و دو طرف

در مواردی که گروه محسوب می‌شوند، می‌توان این فرض را قبول کرد که با اتصال بین کیسول اوتیک و عناصر بین‌رشال صورت نمی‌گیرد و یا در صورتی که این اتصال آشکارا مشاهده شود، انجام آن ناشی از آن اندازه که بتواند از پیشروی عصب فاسیال بجائی جلوگیری نماید طول کشیده است. اگرچه این حقایق بسیار نادر است، اما وجود آن در لیتراتور ذکر شده است.

موردی را شرح داده‌که در آن این آنی‌آگال دریچه دو طرف و چند Henner داشته است این مورد در این عمل تامپوزال ملاحظه گردیده است و در این بیمار
تشکیلات رکابی منحصر به روش‌های کوچک و بدون صفحه رکابی بوده است بعلاوه عصب بصورة توده سیاه رنگی که قطر آن از معمول بیشتر بوده بنظر رسیده است، در تجربیات و همگان نیز بزرگی قطر عصب منتبا با قوام طبیعی گزارش شده است.

موردنی را شرح میدهد که در آن عصب بین دربه بیضی و گرد Fowler عبور میکند. علاوه بر این، میزان شریان کایی و فیکسیون هم از زاویه صفحه رکابی در ظاهری مورد وجود داشته است.

موردنی را گزارش میدهد که بنظر میرسد حد واسط بین گروه ۲ و ۳ Altman باشد در اینجا عصب از بین دو شاخه رکابی عبور میکند.

حالت چهار-نامه‌گزاری‌های طبیعی صماخی قبل از اینکه راجع باین ناهنجاری‌ها بحث کنی مختصراً به آناتوی نرمال و جنین شناسی این عصب بحث آثار میکنم.

تشخیص طبیعی عصب طناب صماخی - این عصب در حدود ۶ میلیمتر بالاتر از محل خروج عصب فاسیال از سوراخ استیلو مستحیل در آن جدا می‌شود (بين شاخه عضله رکابی وشاخه حسی مجراي گوش خارجی) بعد كانون فالوپ را ترک كرده و در كانونی بطرف بالا و جلو میرود. از اینجا وارد صندوق صماخ میشود و در بالای به بين شاخه بازگر سندانی در داخل و از داخل قسمت فوقانی دسته چکشی در خارج عبور می‌ماید ازرا سوراخی واقع در چپره قدمی صندوق صماخ از این محوطه خارج میشود.

نکاتی درباره جنین شناسی - عصب طناب صماخی از عصب قوس دوم مشتق شده و اپی تیلویم زبان و غدد تحت فکی و زیر زبانی را که از مشتقی قوس اول استنده تحقیق می‌شوند. 

Bourdeau با به‌عقیده عصب طناب صماخی وقتی که قاعدتاً جمجمه هنوز غضروفی است کاملاً در خارج جمجمه قراردارد. بعداً در نتیجه اتصال رنگکته تیتانیک به توده استخوان خارج و شرکت غضروف دومین قوس براساس در تشکیل دیواره استخوانی فاسیال عصب طناب صماخی توسط استخوان احاطه می‌شود.

در مورد فیزیولوژی عصب طناب صماخی بسیار صحبت شده است و درباره عقیده دارد که Botros ناهنجاری‌های تشريحی آن کمتر سخن بیان آمده است.
فقطان این عصب نادر می‌باشد.

ناهجارپیام‌های حقیقی (بسستنیات تغییرات کوچک و
غیرمهم در مسیر عصب) درصورت عدم وجود مالفورماسیون‌های دیگر گزارش نشده است. این اظهارات را تأیید می‌کند وعقیده دارد طبیعی صاصی ممکن است از لحاظ قطر بزرگ‌تر وکوچک‌تر از معمول باشد ونیز ممکن است مختصر تغییر وضعی در محل سوراخ خلفی عصب (در دیواره خلفی تمبان) بوجود آید.

در مالفورماسیون‌های مادرزادی شدید این تغییرات شایع‌تر می‌باشد دریک مورد آن‌زی مادرزادی مجري گوش خارجی که توسط Altman گزارش شده است عصب طبیعی صاصی بعدها از اینکه عصب فاسیال گوش میانی را ترک نمود از آنجا شده و ازخارجه زائده نیزهای عبور نموده باعصب زبانی مرتبط می‌شود این دانشنامه عقیده دارد که عصب صاصی همویه در خارج غضروف قوس دوم قرار می‌گیرد اما که اظهار می‌دارد دسته استخوان چکشی مشتق از Hanson موضع‌باعقیده، قوس دوم است مغالب‌در دارد.

مورد دیگری را ذکر می‌کند که در آن عصب طبیعی صاصی بعدها ازخارجه Bourdeau عصب صورتی از سوراخ استیلواماسوئیدی از آن جدا می‌شود و آنگاه از راه‌های کانال غیر عادی مخصوص به خود وارد صندوق صاصی می‌شود با توجه به دانش درمورد اخیر مشا جنین عصب توجه و تأیید می‌شود.

یک مورد جالب توجه گزارش داده است که در آن یک چنین ناهنجاری توأم با مالفورماسیون در گوش داخلی بیمار بوده است. پرده نمایه مجري گوش خارجی و زنجیره استخوانی طبیعی بود، به عصب فاسیال یک مسر وغیر عادی داشته و در بعضی قسمت‌ها اکسپوزه ی بوده است. گوش داخلی غیرطبیعی بوده باین و وجود نداشت عضو کور دیاری ساخته طبیعی نبوده است Modiolus ترتیب که باتوجه به اینکه مدل‌الاسازی از استخوان غشایی تشکیل می‌شود و با دنگ گرفتن مورد اخیر نتیجه گرفته می‌شود عيب اساسی در قسمت تمبانیک مجري عصب فاسیال مربوط به قسمت استخوانی ناشی از غشاء است نه آن قسمتی که از غرضی مشتق می‌شود. در خانه‌ام به موردی که توسط Fowler گزارش شده است مختصاً اشاره می‌نماییم که در آن عصب طبیعی صاصی در رحیم عقیده خوان‌گر زانوئی از عصب صورتی جدا
میشود - در این بیمار باقیماندن شریان رگ‌بی - آفزایی کننیتال مجارا تغییر شکل استخوان‌ها در همان طرف و میکروپی درگوش طرف مقابل نیز وجود داشته است.

References


3- Henner, R. Congenital Middle ear Malformations, Arch of otolaryngology 71: 454-461.