

یک مورد تر و مہبوز سینوس کاورنو در تعقیب گل مرزہ

غالباً تر و مہبوز سینوس کاورنو در تعقیب عفونت‌ها ظاهر میشود و بندرت ممکن است مربوط بہ ضربه باشد.

اتیولوژی: در اکثر موارد عفونت از راه خون وارد سینوس کاورنو میشود. کانون عفونی کہ از آنجا عفونت بہ سینوس کاورنو راه پیدا می‌کند ممکن است مربوط بہ یکی از این نقاط باشد (قداسی - میانی - خلفی) عفونتهای قداسی مربوط بہ صورت - حفرہ‌های بینی و دہان می‌باشند. کانون‌های عفونی میانی مربوط بہ سینوس اسفنوئیدال و حلق بوده و بالاخرہ کانونهای عفونی خلفی از گوش بحرکت درمیآیند. عفونت کانونهای خلفی ممکن است از راه سینوس‌های پتروسال (Petrosal Sinuses) و یا از راه سینوس کاروتید و نکروز شدن رأس استخوان تامپورال بہ سینوس کاورنو راه یابند.

میکروبیائی کہ ایجاد تر و مہبوز سینوس کاورنو میکنند عبارتند از: استرپتوکوک - استافیلوکوک - باسیل پروتئوس (B. Proteus) و پیوسیپانیک (B. Pyocyanus) - پنوموکوک - مننگوکوک و غیرہ.

وقوع بیماری: این بیماری در هر دو جنس و در هر سنی ممکن است پیدا شود.

پاتولوژی: در چند مورد کہ اتوپسی بعمل آمده نتیجہ زیر بعمل آمده است.

- ۱- عفونت نسوج اوربیت
- ۲- انفیلتره شدن عضلات چشم بوسیله سلولهای انفلاماتوار
- ۳- وجود سلولهای انفلاماتوار در کورویئید (منونوکلئر - لنفوسیت - پلی مرفونوکلئر)
- ۴- پیدایش ادم باپی در تمام حالات.
- ۵- در بعضی از حالات تغییرات انفلاماسیون در اعصاب و گانگلیون گاسر.
- ۶- در تمام حالات در هیپوفیز انفلاماسیون دیده شده و در بعضی از موارد تر و مہبوز سینوس کاورنو همراه با مننژیت بوده است.

علائم: علائم عمومی عبارتند از: سردرد، سرگیجہ، حالت استفراغ، استفراغ، بیخوابی، تب و لرز، عرق زیاد، نبض تند، ازدیاد لکوسیتها. کشت خون در بعضی موارد

مثبت است ممکن است علائم دیگری با این بیماری همراه شوند مثل سینوزیت ، اوتیت ژنژیویت چرکی (Suppurative gingivitis) ، گل سژه وغیره . در پیشرفت بیماری ممکن است علائم مننژیت یا آبسه مغزی اضافه شود . چنانچه سینوس لاترال دچار ترومبوز شود امتحان Queckenstedt در طرف سینوس از بین می رود .

علائم چشمی : متغیر بوده ارتباط به کانونهای عفونی دارد در مواردیکه عفونت از کانونهای قدیمی باشد عبارتند از : احساس درد در اطراف چشم ، اشک ریزش ، ادم پلک و افتادگی پلک فوقانی (Ptosis) ادم ملتحمه Chémosis ، اگزوفتالمی .

بنابعقیده ویلسون (Wilson) وقتیکه عفونت مربوط به اسفنوئید و گلوبا شد بیماری شکل تحت حاد را بخود میگیرد چنانچه کانون عفونی مربوط به گوش باشد علائم بیماری به تأخیر افتاده و شکل سزمن را بخود میگیرد . والش در چند مورد علائم را بترتیب زیر دیده است : اگزوفتالمی - کموزیس : در غالب موارد اگزوفتالمی دوطرفی بوده ولی یکطرفی هم دیده شده است . در بعضی از حالات که بتوسط Ash و Kengan شرح داده شده اگزوفتالمی وجود نداشته است .

معمولاً کموزیس نسبت مستقیم با اگزوفتالمی دارد هر چه قدر اگزوفتالمی شدیدتر باشد بهمان نسبت کموزیس هم زیاد میشود . نظر باینکه اگزوفتالمی یکی از علائم مهم ترومبوز سینوس کاورنوی غیر عفونی می باشد لذا بنظر می آید که گرفتگی ورید هانتش مهمی را در پیدایش اگزوفتالمی دارند . درجه اگزوفتالمی متغیر است در مواردی که عفونت از راه سینوس لاترال به سینوس کاورنورا راه یابد درجه اگزوفتالمی خیلی کمتر از حالاتی است که عفونت از کانونهای قدیمی به سینوس برسد . بنابه عقیده Macewen در مواقعی که چشم دیگر نیز مبتلا به - اگزوفتالمی میگردد معمولاً در اگزوفتالمی چشم طرف ضایعه بهبودی ملاحظه میشود .

ادم پلکها : در تمام مواردی که علت عارضه به عفونت کانونهای قدیمی مربوط باشد ادم پلکها مخصوصاً پلک فوقانی زیاد است . ادم پلکها ممکنست به اندازه ای باشد که فلج عضله بالا برنده پلک فوقانی از نظر مخفی بماند . علت ادم پلکها بیشتر بعفونت مربوط بوده و گرفتگی عروق تأثیری در پیدایش آن ندارد . بعضی از مصنفین ادم پلک پائین را به ترومبوسینوس کاورنو مربوط دانسته و برخی دیگر عفونت Antrume و سینوسهای اتموئید را در پیدایش آن دخیل میدانند .

فلج عضلات چشم - یکی از علائم مهم و زودرس ، فلج عضلات خارجی چشم در طرف ضایعه میباشد . در بین عضلات چشم عضله بالا برنده پلک زودتر دچار فلج شده و پتوزیس پیدا میشود . علت این فلج ممکن است به گرفتگی اعصاب در سینوس کاورنو مربوط

بوده و یامکانیکال باشد. تفکیک این دواز یکدیگر بسیار مشکل است.

بنابعدیه Behr و والش، بتوزیس به گرفتگی اعصاب در سینوس کاورنو مربوط است. در مراحل اولیه بیماری فلج عضلات داخلی چشم مشاهده نمیشود ولی در مراحل آخر بیشتر اوقات میدریاز جلب توجه میکند. Parson عقیده دارد اولین علامت ابتلاء چشم دیگر فلج عضلات خارجی آن چشم است. علت پیدایش فلج های عضلانی در چشم طرف دیگر به مننژیت قاعده مغز و ازدیاد فشار داخل مغز مربوط میباشد. در بعضی موارد ترومبوز سینوس کاورنو در طرف مخالف کانون عفونی پیدا میشود باید خاطر نشان ساخت که در ترومبوز سینوس کاورنو امتحان عضلات چشم مشکل است.

نیستاهوس: بطور نادر در بعضی از حالات نیستاهوس دیده میشود ولی این علامت پاساژ است.

تغییرات قرنیه: در بعضی از موارد در ابتدای بیماری حساسیت قرنیه زیاد میشود ولی این مرحله طولانی نبوده و بزودی بیحسی در قرنیه پیدا میشود و چنانچه بسته نشدن چشمها مدتی طول بکشد قرنیه کدورت پیدا می کند ولی این عارضه خیلی نادر است.

علائم افتالموسکوپی: علائم ته چشمی خیلی کم بوده و ارزش تشخیص ندارد. وریدها متسع و پیچ در پیچ میشوند. در پایی ادم مختصری می بینیم. این علائم در مراحل آخر بیماری جلب توجه میکنند. در بعضی از موارد ته چشم سالم میماند لیکن در تمام موارد یکه اتوپسی بعمل آمده ادم پایی وجود داشته است. بنا بعدیه Crowe وقتیکه ترومبوز یک طرفه باشد اتساع در وریدها وجود ندارد ولی وقتی در طرفی شد اتساع در وریدها ظاهر میشود بنابراین وقتی ترومبوز یک طرفی بوده و طرف دیگر مشکوک باشد چنانچه به ورید ژوگولر داخلی فشار وارد آوریم در وریدهای هر دو چشم اتساع قابل توجهی نمایان میشود این علامت را Crowe's sign میگویند.

در امتحان افتالموسکوپی ممکن است پولسایون در شریانها و ادم در تمام رتین دیده شود. پولسایون شریانهای رتین به فشار یلکها مربوط است. در بعضی موارد فشار چشم بالا است. خونریزیهای رتین نادر بوده و چنانچه پیدا شود به ترومبوز ورید مرکزی رتین مربوط می باشد.

قدرت بینائی: در مراحل حاد بیماری بنظر میرسد که از قدرت بینائی کاسته شده ولی اصولا در این مرحله تعیین قدرت بینائی خیلی مشکل است.

در تمام موارد پس از بهبودی قدرت بینائی بمیزان طبیعی بوده است.

میدان بینائی: تغییرات مهمی در میدان بینائی پیدا نمیشود.

پیش آگهی و معالجه : این بیماری قبل از کشف آنتی بیوتیک ها و سولفامیدها تقریباً همیشه منتهی بمرگ میشد معهداً برحسب تصادف مواردی ذکر شده که بهبودی حاصل گردیده است. در مواردیکه کانونهای عفونی قدامی موجب ترومبوزیسینوس کاورنو بوده در طول مدت ۱ روز و در مورد کانونهای عفونی خلفی بین سه تا چهار هفته مرگ دیده میشده است. از زمانیکه آنتی بیوتیک و سولفامیدها مورد استعمال قرار گرفته پیش آگهی این بیماری بکلی تغییر کرده و آمار بیماران بهبود یافته بالا رفته است. گزارشات Mc. Neal, Frisbee, Blevins و Doyle این موضوع را تأیید می کند.

طبق گزارش Paul Bonnet قبل از کشف آنتی بیوتیک و سولفامیدها تمام مبتلایان به این بیماری از بین میرفتند ولی از ۱۹۴۱ به بعد این چشم پزشکی در ۹ بیماری که داشته تماماً بهبودی کامل را ملاحظه کرده است. معالجه بیماران با سولفامید و پنی سیلین و استرپتو-می سین انجام گرفته ولی مدت معالجه طولانی بوده است بطوریکه در بعضی از آنها بهبودی در مدت چند ماه و در چند بیمار بعد از یکسال دیده شده است.

و اینک شرح حال بیمار ما: در تاریخ ۴۳/۷/۱۰ شخصی بنام احمد (نقاش) سن ۲۸ سال به محکمه شخصی اینجانم با گل مژه پلک بالای چشم راست مراجعه نمود بلافاصله پماد آنتی بیوتیک و کمپرس با آب گرم تجویز شد به مریض گفته شد چنانچه بعد از ۴۸ ساعت گل مژه سرباز نکند مجدداً مراجعه نماید بیمار پس از ۴۸ ساعت در ساعت ۶ بعد از ظهر ۴۳/۷/۱۲ مراجعه کرد در این موقع علائم دیگری به گل مژه اضافه شده بود که مهمترین آنها عبارت بودند از: بیحرکت شدن چشم راست - اگزوفتالمی - کموزیس .

فوراً بیمار در بیمارستان شاهرضا بستری شد و روزی یک میلیون واحد پنی سیلین رتارد تزریق گردید. در روز سوم (۴۳/۷/۱۵) حالت بیمار وخیم تر شد و علائم عمومی در این موقع عبارت بودند از: سردرد - سرگیجه - حالت استفراغ - تب (۳۹ درجه) لرز، عرق زیاد و نبض کند و از نظر چشمی پتوزیس و بیحسی قرنیه و میدریاز نیز به علائم اگزوفتالمی و کموزیس و بیحرکتی چشم راست اضافه شده بود. در امتحان ته چشم هیپرامی پایی و اتساع و اعوجاج وریدها جلب توجه میکرد و وریدها متسع و بیچ در بیچ شده بودند. چشم چپ کاملاً سالم بود.

تشخیص : ترومبوزیسینوس کاورنو در تعقیب گل مژه .

معالجه : از روز چهارم پنی سیلین کریستالیزه دوست هزار واحد هر دو ساعت به دو ساعت و آمپول داخل وریدی Reverin دوست و هفتاد و پنج میلی روزی یک مرتبه و قرص ترومگزان Tromexan روزی سه عدد تجویز گردید این معالجه برای مدت ده روز ادامه داشت. بتدریج تب بیمار پائین افتاده و به ۳۷/۵ درجه رسید و حال عمومی بیمار بهبودی قابل توجهی پیدا کرد. نکته مهم اینکه در روز پنجم بستری شدن در ملتحمه چشم چپ ادم پیدا شد (Chémosis)

و سپس اگزوفتالمی بان اضافه گردید در این موقع اگزوفتالمی و کموزیس شدید چشم راست رویکاهش گذاشت بالاخره در روز بیستم بستری شدن تمام علائم بیماری از بین رفته و بهبودی کامل پیدا شد و مریض در تاریخ ۱۴/۸/۴۳ از بیمارستان مرخص گردید.

خلاصه: در یک مورد ۴۸ ساعت بعد از پیدایش گل مژه عارضه ترومبوز سینوس کاورنو با تمام علائم موضعی و عمومی ظاهر شده است و این کسالت که سابقاً پیش آگهی بسیار شوی داشت خوشبختانه در نتیجه تجویز رورین داخل وریدی و پنی سیلین کریستالیزه هر دو ساعت به دو ساعت در عرض ده روز روبه بهبودی کامل گذاشت. ترومبوز سینوس کاورنو یکی از نادرترین عوارض گل مژه میباشد.

References

- Doyle, P. H : A Case of cavernous sinus
Thrombosis with recovery. M. J.
Australia 1943/1 : 393
- Eagleton, W. P. : Cavernous Sinus Thrombophlebitis and Allied
Septique and traumatic lesions of Basal Venous sinuses.
A Clinical study of blood stream infection, PP. 158-169 New York,
Macmillan Co., 1926
- Keegan, J. J, and Ash, W. F Bilateral cavernous sinus thrombo-
phlebitis without involment of the Ophthalmique. Vein. Arch. Ophth .
1934, 12 - 80
- Mc. Neal, W. J., Frisbee, F. C., and Blevins,
A : Bacteriophage therapy of staphilococsis, septic obtraction of the
cavernous sinus.
II report of cases . Arch. Ophth. 1943, 26 341, 368.
- Trevor - Raper , P. D. : A case of cavernous sinus Thrombosis.
British M. J 1944, I : 255
- Walsh, F. B : Ocular signs of thrombosis of intracranial sinuses. Arch.
Ophth. 1937, 17 : 46 - 65.
- Wilson S. A. K (Edited by Bruce) neurology
Vol. II , pp. 1123 - 1139. Baltimore, the Williams and Wilkins Co , 1940
- Turner, A. L., and Reynolds, F. E. : Interacranial Pyogenic Disease
A Pathological and clinical study of the Pathways of infection from the
face, the nasal and paranasal Air cavities, pp. 237 - 239.
London, oliver and Bayd, 1931.
- Paul Bonnet Ophthalmologie clinique 1952.