

معرفی یک مورد درد غیر معمول صورت در یک دختر ۱۶ ساله

دکتر مصطفی هاشمی*، دکتر زهرا دانش**، دکتر مریم کریم***

*استادیار گروه جراحی گوش و حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

**دستیار گوش و حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

***دستیار گوش و حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

تاریخ دریافت: ۸۶/۷/۶

تاریخ پذیرش: ۸۷/۴/۱۶

چکیده

در این مقاله یک مورد درد غیر تیپیک صورت معرفی می‌شود.

مقدمه:

بیمار، خانم ۱۶ ساله‌ای بود که به دلیل درد در نیمه‌ی چپ صورت، کاهش وزن و افسردگی طی ۶ ماه گذشته به درمانگاه بیمارستان کاشانی مراجعه کرد. در معاینه‌ی بالینی، حفره‌ی بینی در سمت چپ بسیار وسیع بود، توربینیت تحتانی چپ دیده نمی‌شد و مقدار زیادی CRUST در سمت چپ بینی داشت. Brain MRI طبیعی بود. در سی‌تی اسکن کرونال از سینوس‌های پارانازال، آثار جراحی سینوس مشاهده می‌شد. توربینیت تحتانی سمت چپ به میزان مختصر وجود داشت. توربینیت میانی وجود نداشت و حفره‌ی بینی در سمت چپ وسیع به نظر می‌رسید. بیمار با تشخیص Empty nose syndrome تحت عمل جراحی قرار گرفت.

گزارش مورد:

درد صورت، Empty nose syndrome.

واژگان کلیدی:

تعداد صفحات: ۷

تعداد جدول‌ها: -

تعداد نمودارها: ۲

تعداد منابع: ۱۴

دکتر مصطفی هاشمی، بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان کاشانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

آدرس نویسنده مسئول:

E-mail: mostafa_hashemi.med.mui.ac.ir

معرفی مورد

خانمی ۱۶ ساله به دلیل درد صورت در کلینیک ویزیت گردید. وضعیت کلی سلامت وی تا ۲ سال پیش طبیعی بود. از ۲ سال پیش، مبتلا به ترشح و گرفتگی بینی شده، تحت درمان طبی با کوآموکسی کلاو قرار گرفته بود و به دلیل عدم پاسخ به درمان طبی، حدود ۶ ماه پیش عمل جراحی اندوسکپی سینوس شده و از آن پس مبتلا به درد صورت در سمت چپ شده بود؛ ضمن آن که علائم وی نیز بهبود چندانی پیدا نکرده بود. درد به صورت ثابت در نیمه‌ی چپ متمرکز بود، با غذا خوردن، صحبت کردن و خندیدن تشدید می‌شد، کیفیت مبهم و سوزاننده داشت و گاهی با اپی‌زودهای درد خنجری همراه بود که حدود ۱۰ دقیقه تا نیم ساعت طول می‌کشیدند. درد در پشت گوش چپ و نیمه‌ی چپ متمرکز بوده، در ناحیه‌ی گونه‌ی چپ بارزتر بود.

در ویزیت بیمار توسط سرویس‌های نورولوژی و نوروسرجری، برای بیمار MRI و Brain CT-Scan در خواست شده بود که همگی طبیعی بودند. بیمار تحت درمان با کاربامازپین (۴۰۰ mg-TDS) و گاباپنتین (۳۰۰ mg-BID) قرار گرفته بود که تأثیری بر بهبود درد نداشتند. بیمار سابقه‌ای از ترومای سر، tinnitus، ورتیگو و کاهش شنوایی نداشت. طی ۶ ماه گذشته کاهش وزنی به اندازه‌ی ۱۵ کیلوگرم داشت که به دلیل بی‌اشتهایی و درد بود. خلق بیمار بسیار پایین آمده بود، احساس افسردگی و خفگی داشت و وضعیت خواب وی بسیار آشفته بود. همچنین در این مدت فشار خون وی مقداری افزایش یافته بود.

سابقه‌ای از آلرژی و نیز جراحی در دوران کودکی نداشت. اگرچه دانش آموز بود ولی به دلیل درد،

افسردگی و عدم تمرکز، طی ۶ ماه گذشته ترک تحصیل کرده بود. سابقه‌ی مصرف سیگار نداشت و به جز کاربامازپین و گاباپنتین با مقادیر پیش گفته داروی دیگری مصرف نمی‌کرد. ۶ ماه پیش تحت عمل جراحی اندوسکپی سینوس قرار گرفته بود. در معاینه‌ی بالینی، بیمار هوشیار، alert و oriented بود ولی افسرده، بی‌حال و pale به نظر می‌رسید. RR = ۷۸، PR = ۸۶ و ۱۴۰/۷۰ و BP = ۱۰۰/۷۰. معاینه‌ی گردن، ریه‌ها، دهان، اوروفارنکس و گوشه‌های دو طرف طبیعی بودند. تعداد ضربان و ریتم قلب منظم بود. شکم نرم بود و تندرینس نداشت. PND نداشت. در معاینه‌ی بینی، مخاط طبیعی بود، بینی سمت چپ بسیار وسیع (wide) به نظر می‌رسید، توربینیت تحتانی آن دیده نمی‌شد و crust بسیاری در آن وجود داشت. در معاینات نورولوژیک، اعصاب کرانیال ۱-۱۲، gait، بالانس، هماهنگی و قدرت حرکتی عضلات، و رفلکس‌های دو طرفه طبیعی بودند. در سی‌تی اسکن کرونال از سینوس‌های پارانازال، آثار جراحی سینوس مشاهده می‌شد. توربینیت تحتانی سمت چپ به میزان مختصر وجود داشت ولی توربینیت میانی اصلاً وجود نداشت. حفره‌ی بینی سمت چپ نیز وسیع به نظر می‌رسید. آثار جراحی سینوس مشاهده می‌شد. توربینیت تحتانی سمت چپ به میزان مختصر وجود داشت ولی توربینیت میانی اصلاً وجود نداشت. حفره‌ی بینی سمت چپ نیز وسیع به نظر می‌رسید (شکل ۱ و ۲).

تشخیص‌های افتراقی: تشخیص‌های افتراقی شامل پروسه‌های التهابی، عفونی، و نئوپلاستیک هستند. یکی از علل شایع درد صورت، نورالژی تری‌جیمینال است که در بیمارانی که در اواخر دهه‌ی ۵ هستند دیده می‌شود.

نورالژی تری‌جمینال است، کیفیت درنده و الکتریکی درد تری‌جمینال را ندارد و حمله‌ی درد در آن طولانی‌تر است. آغازگر درد می‌تواند بلع غذا باشد. در این سندرم، درد اغلب با حس این‌که چیزی در گلو گیر می‌کند شروع می‌شود. نورالژی ژنیکولیت یا نورالژی عصب اینترمدیت با درد عمیق در گوش یا pinna شروع می‌شود (۱). به ندرت بیماران یک مزه‌ی متالیک را حس می‌کنند. علایم بیمار با این سندرم‌ها نیز مطابقت نداشت.

علت عروقی درد صورت، آرتریت سلول ژانت است که با تندرns روی شریان تمپورال مشخص می‌گردد. اختلالات اتوایمیون، و شایعترین آنها لوپوس، می‌توانند سبب درد در بخش میانی صورت شوند که اغلب ثابت بوده، به راحتی با نورالژی تری‌جمینال افتراق داده می‌شوند (۱).

علت دیگر درد صورت نورالژی post herpetic است. بیمار سابقه‌ای از ابتلا به هرپس در همان سمت صورت دارد (۴-۶).

سندرم مفصل تمپورو-مندیبولار (TMJ) یکی دیگر از علل درد صورت است که با تندرns کانونی روی یک یا هر دو TMJ مشخص می‌گردد و با جویدن، صحبت کردن، و حرکت فک ایجاد می‌شود (۴-۶).

"سندرم درد تالامیک" با درد و dysesthesia یک طرف صورت همراه است و مربوط به ضایعه در هسته‌های وینترال مدیال تالامیک است. درد، شدید و سوزاننده و در سمت مقابل صورت است. تشخیص بر اساس علایم موجود در تنه و اندام‌ها و به کمک روش‌های تصویربرداری حاصل می‌شود.

میگرن یکی دیگر از علل شایع درد صورت است و در زنان ۳ برابر شایعتر است. این درد یک طرفه بوده،



شکل ۱. سی‌تی اسکن کروئال از سینوس‌های پاراناژال پیش از استفاده از الودرم



شکل ۲. سی‌تی اسکن کروئال از سینوس‌های پاراناژال یک ماه پس از استفاده از الودرم

نورالژی تری‌جمینال با دردی ناگهانی که چند ثانیه تا ۲ دقیقه طول می‌کشد شروع می‌شود. اغلب، عامل آغازگر درد در صورت یا دهان، هنگام لمس دهان وجود دارد. درد همیشه محدود به محدوده‌ی عصب تری‌جمینال است و فقط در یک طرف صورت دیده می‌شود. مهمترین اقدام در نورالژی تری‌جمینال، رد احتمال علل ثانویه‌ی نورالژی از جمله MS، اکوستیک نروما، تومور و سیست در CPA است (۱-۳). علایم و یافته‌های بیمار با نورالژی تری‌جمینال همخوانی نداشت. سایر اعصابی که به صورت عصب‌دهی می‌کنند، می‌توانند سبب درد صورت شوند. شایعترین آنها نورالژی گلو-سوفارنژیال است. شیوع آن یک-دوم

می‌تواند ۲ طرفه باشد و با فتوفوبی، فنوفوبی، تهوع و استفراغ همراه است (۵، ۶).

از دیگر علل درد صورت، عفونت‌ها و التهابات بینی، سینوس‌ها، دندان و لثه است. آسیب موضعی به عصب تری‌جمینال به دلیل ترومای صورت، شکستگی استخوان‌های صورت و جراحی سینوس می‌تواند سبب درد صورت گردد (۷).

Empty nose Syndrome یکی دیگر از علل درد صورت است که علت آن برداشتن مقدار زیاد از توربینیت‌ها و ایجاد یک حفره‌ی خالی در بینی است (۱۰-۸). در نتیجه قابلیت بینی برای مرطوب سازی و گرم کردن و هدایت هوای دمی برای انتقال به ریه‌ها، به شدت کم می‌شود (۸-۱۲). برداشتن توربینیت‌ها به دلایل مختلفی توسط جراحان ENT یا جراحان پلاستیک انجام می‌شود که شایعترین آنها التهاب طولانی مدت توربینیت‌هاست. در این شرایط حتی با وجودی که حفره‌ی بینی بسیار متسع است، بیمار علائم انسداد بینی دارد. علائم دیگر شامل خشکی و سوزش بینی، درد صورت، crust در بینی، اختلالات خواب، عدم تمرکز و افسردگی است. با توجه به علائم و نشانه‌های بیمار، یافته‌های سی‌تی اسکن سینوس‌ها و یافته‌های طبیعی MRI و سی‌تی اسکن مغز، تشخیص نهایی این بیمار Syndrome Empty nose بود.

Empty nose Syndrome (ENS)

ENS اولین بار توسط Eugen kern در سال ۱۹۹۰ توصیف شد. وی مشاهده کرد که بیشتر بیمارانی که تحت توربینکتومی قرار گرفتند، علائمی از انسداد بینی، حتی وقتی که بینی آنها بسیار وسیع است، دارند. ENS علائم مختلفی دارد که تعدادی از آنها به طور مستقیم با بینی مرتبط بوده، بقیه مرتبط با دیگر بخش‌های بدن

هستند. علائم شامل کوتاهی نفس، تمایل به هیپرونتیلیسیون، اشکال در تنفس عمیق، خشکی بینی، درد بینی، سینوزیت مزمن، احساس آزار دهنده‌ی خالی بودن بینی، فقدان حس عبور هوا از بینی، احساس این‌که بینی تهویه نمی‌شود، کاهش حس بویایی و چشایی - با وجود افزایش حساسیت به بوهای بسیار قوی مثل رنگ تازه و دترژانت‌های تمیز کننده، بنزین، و عطر-، اشکال در صحبت کردن (احساس این‌که کلمات از بینی فرار می‌کنند)، PND غلیظ، افزایش حساسیت به محرک‌های هوا (مثل دود، گرد و خاک، بنزین)، خشکی حنجره و کام زبان، خشکی چشم، احساس فشار در گوش، احساس خشکی در گوش، درد صورت (ناشی از سینوزیت نیست)، فشار سینوس و درد (حتی بدون علائم سینوزیت)، سردرد، میگرن، افزایش فشار خون یا فشار خون ناپایدار، وجود crust در بینی، اپی‌ستاکیسی، احساس بوی بد در بینی، مشکلات خوابیدن (مانند عدم توانایی خوابیدن در طول شب، عدم احساس آرامش هنگام صبح، کابوس شبانه، مشکلات تنفسی مرتبط با خواب، و گاهی آپنه کامل) و علائم سایکوسوشیال (مانند افسردگی، اضطراب، فوبیای سوشیال، و اشکال در تمرکز) (۸).

Empty nose syndrome، رینیت آتروفیک نیست ولی می‌تواند سبب آن شود. خطر اصلی ENS طولانی مدت، ایجاد رینیت آتروفیک است که یک بیماری التهابی دژنراتیو حفره‌ی بینی و سینوس‌هاست و با از بین رفتن استخوان بینی و بافت نرم و حفره‌های وسیع بینی مشخص می‌شود. مخاط باقیمانده‌ی بینی کارکرد خود را به طور کامل از دست داده، اغلب با احساس بوی بد (که به آن ozena می‌گویند)، خونریزی و crust در بینی همراه است. مدتها به بیماران مبتلا به ENS،

۱- جریان هوا خیلی توربولانت شده، هوای کمتری به صورت مؤثر از بینی به ریه هدایت می‌گردد و به اندازه‌ی کافی مخاط را تحریک نمی‌کند.

۲- رسپتورهای حرکتی جریان هوا به اندازه‌ی کافی تحریک نمی‌شود و این امر در مراکز تنفس مغز به عنوان انسداد بینی تفسیر می‌گردد.

۳- فقدان قابل توجه در بافت مرطوب کننده، فیلتر کننده و گرم کننده توربینیت‌ها کیفیت هوایی را که به ریه‌ها می‌رسند کاهش داده، سبب کاهش تبادل مؤثر گاز در آلوئول‌های ریه می‌شود.

مخاط برداشته شده‌ی بینی نمی‌تواند بهبود یابد، دوباره رشد کند، یا جایگزین گردد. Donor site نیز با بافت مشابه وجود ندارد (۱۴-۱۲).

درمان غیر جراحی برای رفع خشکی و مرطوب کردن حفره‌ی بینی است. ویتامین‌های A و D می‌تواند کمک کننده باشند. شستشوی بینی برای مرطوب سازی و تمیز کردن crustها مفید است. ژل سالین در فواصل شستشو شاید مفید باشد. احتمالاً قطره‌ی استروژن نیز مفید خواهد بود. در اختلالات خواب از CPAP به همراه مرطوب کننده استفاده می‌شود. ورزش منظم سبب بهبود جریان خون بینی شده، حفظ مخاط باقیمانده را امکان‌پذیر می‌کند. همه‌ی این‌ها سبب بهبود خشکی بینی می‌گردد و سلامت مخاط بینی را حفظ می‌کنند ولی کارکرد از دست رفته را برنمی‌گردانند (۱۳، ۹).

از نظر تئوری، اگر بتوان مقداری مقاومت در جریان هوای بینی ایجاد کرد می‌توان مقداری حس جریان داشتن هوا (air flow) را ایجاد کرد. توربینیت‌ها را نمی‌توانیم دوباره ایجاد کنیم ولی با زیست-مواد (Bio-materials) مانند آواسکولار درم (آلودرم) یا SCS

secondary atrophic rhinitis می‌گفتند (secondary) به دلیل این‌که ثانویه به جراحی ایجاد شده است (ENS یا تروژنیک است)؛ در مقابل primary که آتروفی به دلیل دیگری غیر از مداخله‌ی پزشکی ایجاد شده است. ENS رینیت آتروفیک نیست ولی بسیار شبیه آن است و می‌تواند به سوی آن پیشرفت کند. مهمترین ویژگی در ENS، مشکلات تنفسی پارادوکسیک است. با چشم غیر مسلح، مخاط باقیمانده سالم و طبیعی به نظر می‌رسد (به جز این‌که بخش بزرگی از مخاط بینی به دنبال توربینکتومی وجود ندارد) ولی با گذشت زمان این مخاط باقیمانده می‌تواند خشک و خشک‌تر شده، خطر متاپلازی و آتروفی وجود دارد (۱۴، ۱۳).

تشخیص Empty nose syndrome

بحث تشخیصی

در معاینه، حفره‌ی بینی متسع (wide) بود. مخاط ظاهر طبیعی داشت. توربینیت تحتانی سمت چپ دیده نمی‌شد. در سی‌تی اسکن کرونال از سینوس‌های پارانازال آثار جراحی سینوس مشاهده می‌شد. توربینیت تحتانی سمت چپ به مقدار بسیار مختصر وجود داشت. توربینیت میانی سمت چپ وجود نداشت و حفره‌ی بینی در سمت چپ بسیار وسیع به نظر می‌رسید.

بحث درمانی

وقتی مقدار زیادی از توربینیت‌ها برداشته شود، بینی ظرفیت خود را برای تنظیم حرارت، رطوبت، فیلتراسیون، بوییدن، و احساس جریان هوای دمی از دست می‌دهد و در نتیجه سبب مشکلات تنفسی شدید می‌گردد که به آن انسداد پارادوکسیک می‌گویند. این انسداد به دلیل ۳ فاکتور پاتولوژیک است که هنگام برداشت توربینیت‌ها اتفاق می‌افتد:

تزیقی استفاده شده است (۱۴-۱۳، ۹-۸). در بیمار فوق، ما از آلودرم در زیر مخاط دیواره‌ی جانبی و کف بینی استفاده کردیم. علایم بیمار طی یک هفته بهبود یافت. احساس خشکی و درد صورت طبق نظر بیمار بعد از یک هفته به نصف کاهش یافت. وضعیت اشتها و خلق و خواب بهتر شد، و وزن بیمار شروع به افزایش کرد.

می‌توان مخاط بینی را به صورت ساب-موکوزال تقویت کرد. این implantها به طبیعی کردن فشار بینی و آئرویدینامیک جریان هوا کمک می‌کنند، سبب برگشت حس طبیعی بینی شده، رطوبت را بهتر می‌کنند. محل‌های مناسب برای implant، به جز توربینیت، شامل توربینیت سمت مقابل، سپتوم یا کف بینی و دیواره‌ی جانبی بینی است. به تازگی از cymrtra نیز به صورت

References

- White JC, Sweet WH. Pain and the neurosurgeon: A forty-year experience. Springfield: Charles C Thomas; 1969.
- Barker FG, Jannetta PJ, Bissonette DJ, Jho HD. Trigeminal numbness and tic relief after microvascular decompression for typical trigeminal neuralgia. *Neurosurgery* 1997; 40(1): 39-45.
- Barker FG, Jannetta PJ, Babu RP, Pomonis S, Bissonette DJ, Jho HD. Long-term outcome after operation for trigeminal neuralgia in patients with posterior fossa tumors. *J Neurosurg* 1996; 84(5): 818-825.
- Burchiel KJ. A new classification for facial pain. *Neurosurgery* 2003; 53(5): 1164-6.
- Krolczyk SJ, Benes-Cases L. Persistent Idiopathic Facial Pain. [cited March 31 2009] Available from URL: <http://emedicine.medscape.com/article/1142187-print>.
- Facial Neuralgia Resources. [cited 31 March 2009]. Available from URL: <http://facial-neuralgia.org>.
- Eskandar E, Barker FG, Rabinov JD. Case records of the Massachusetts General Hospital. Case 21-2006. A 61-year-old man with left-sided facial pain. *N Engl J Med* 2006; 355(2): 183-8.
- Houser SM. Empty nose syndrome associated with middle turbinate resection. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006; 135(6): 972-3.
- Wang Y, Liu T, Qu Y, Dong Z, Yang Z. [Empty nose syndrome]. *Zhonghua Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi* 2001; 36(3): 203-5.
- Berger G, Balum-Azim M, Ophir D. The normal inferior turbinate: histomorphometric analysis and clinical implications. *Laryngoscope* 2003; 113(7): 1192-8.
- Passali D, Lauriello M, Anselmi M, Bellussi L. Treatment of hypertrophy of the inferior turbinate: long-term results in 382 patients randomly assigned to therapy. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1999; 108(6): 569-75.
- Sulstenti G, Palma P. Tailored nasal surgery for normalization of nasal resistance. *Facial Plast Surg* 1996; 12(4): 333-45.
- Houser SM. Empty Nose Syndrome. [cited 31 March 2009] Available from URL: <http://www.geocities.com/shouser144/empty.html>.
- What is empty nose syndrome. [cited March 31 2009] Available from URL: <http://emplynosesyndrome.org/ens.htm>.

Received: 28.9.2007
Accepted: 6.7.2008

Atypical Facial Pain in a 16-year-old Girl: A Case Report

Mostafi Hashemi MD*, Zahra Danesh MD**, Maryam Karim MD***

*Assistant Professor, Department of Otolaryngology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

**Resident of Otolaryngology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

***Resident of Otolaryngology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Case Report:

Abstract

We report a case of atypical facial pain in a 16-year-old girl who was admitted to the kashani clinic because of pain in the left side of face, weight loss, and depression. In physical examination, left nasal cavity was wide, inferior turbinate was absent, and a large amount of crust was seen. Brain MRI was normal. In coronal CT-scan of Para nasal sinuses, middle turbinate was not seen in the left side, but a small part of inferior turbinate was seen. The diagnosis was empty nose syndrome (ENS) and surgery was done.

Key words:

Facial pain, Empty nose syndrome

Page count:

7

Tables:

-

Figures:

2

References:

14

Address of Correspondence:

Mostafa Hashemi MD, Kashani Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
E-mail: mostafa_hashemi@med.mui.ac.ir