

معرفی یک مورد بیمار مبتلا به سندرم تروفیک تری ژمینال

دکتر جواد گل‌چای* - دکتر کامبیز کیانی فر** - دکتر کبارش کیانی فر*** - دکتر حامی شمشیری**

*دانشیار گروه پوست دانشگاه علوم پزشکی گیلان

**دستیار پوست دانشگاه علوم پزشکی گیلان

***متخصص پوست

تاریخ دریافت مقاله: ۸۵/۵/۱۰

تاریخ پذیرش: ۸۵/۹/۵

چکیده

سندرم تروفیک تری ژمینال (T.T.S)، نوعی اولسراسیون ناشایع بدنبال تروماهای خفیف و مکرر به پوست بدون حس ناحیه عصب‌دهی شده توسط عصب تری ژمینال است. علل اصلی این اختلال عبارتند از: آسیب‌های عصبی - حسی تری ژمینال، نوریت بدنبال عفونت‌های ویروس هرپس زوستر و هرپس سیمپلکس، و بندرت آسیب پس از جراحی‌های دیگر مثل برداشتن مننژیم زاویه (Cerebello Pontine).

معرفی مورد: گزارش اخیر، به معرفی زن ۵۴ ساله می‌پردازد که از ۷ ماه پس از جراحی تومور پاروتید، دچار فلج فاسیال و سپس اولسری در ناحیه چین نازولیبیال و آلانازی راست شد. اولسر مذکور بدون درد بوده ولی به صورت متناوب دچار خونروی و ترشح چرکی می‌شد. به دنبال بهبود نیافتن بیمار با داروهای موضعی و آنتی بیوتیک‌های خوراکی، سرانجام بیمار به بیمارستان رازی رشت مراجعه کرد و با شک به سندرم تروفیک تری ژمینال، برای افتراق از سایر پاتولوژی‌های مشخص، مورد بیوپسی پوستی قرار گرفت. نتیجه بیوپسی با تشخیص مذکور منطبق بود.

کلید واژه‌ها: بیماری‌های عصب سه قلو / درد عصب سه قلو / عصب سه قلو / فلج صورت

مقدمه

ممکن است تا حد تخریب غضروف بینی پیش روند. بیمار در تلاش برای رهایی از این احساس ناخوشایند و ناراحتی، به تروماتیزه کردن ناحیه مبتلا می‌پردازد. اولسرها معمولاً روی ناحیه آلانازی آغاز شده و بتدریج به طرف گونه و لب بالا گسترش می‌یابند و به طور مشخص حلقه آالار (alar rim) مبتلا می‌شود (۵).

معرفی بیمار

بیمار خانمی، ۵۴ ساله، متأهل، کشاورز، اهل و ساکن گیلان است که از ۳ ماه قبل دچار اولسری در ناحیه چین نازولیبیال خود شده بود. اولسر مذکور بدون درد بود ولی خونروی و ترشح چرکی به صورت متناوب داشت.

وی یک سال قبل از مراجعه، به دنبال بروز توده‌ای

سندرم تروفیک تری ژمینال اختلالی ناشایع است که در آن متعاقب تروماهای جزئی و مکرر به پوست فاقد حس ناحیه عصب‌دهی شده توسط عصب تری ژمینال اولسراسیون تروفیک پوست رخ می‌دهد (۱).

از نظر بالینی، تظاهر خاص سندرم به صورت یک یا چند اولسر هلالی شکل است که اغلب روی یکی از دو طرف بینی آغاز می‌شود (۲).

بیماران مبتلا به T.T.S معمولاً از پارستزی بر آلانازی، شکایت دارند (۳). احساس‌هایی نظیر سوزش، خارش، احساس مورمور و یا قلقلک باعث می‌شود که بیمار آن ناحیه را به طور مکرر دستکاری کند (۴).

به‌خاطر نداشتن درد بتدریج اندازه آروزیون و اولسرهای حاصل از دستکاری افزایش یافته و حتی

تومورال در ناحیه غده پاروتید سمت راست، مورد جراحی قرار گرفته و تومور وی را برداشته بودند که در بررسی پاتولوژی، Adenoid cystic carcinoma پاروتید گزارش شده بود. بیمار به جز سابقه پاروتیدکتومی، انجام نوعی جراحی نامشخص بر چشم راست خود را نیز در ۲ سال قبل از آن ذکر می کرد ولی سابقه مشکل دیگری نداشت. بیمار با بروز اولسر در ناحیه گونه، و مراجعه به پزشکان مختلف با پنی سیلین تزریقی و برخی داروهای موضعی درمان شده ولی بهبود حاصل نکرده بود.



شکل ۱: سندروم تروفیک تری ژمینال: اولسراسیون تیبیک در ناحیه آلانازی سمت راست



شکل ۲: سندروم تروفیک تری ژمینال: خوردگی و تخریب دیواره بینی، مشهود است

در معاینه، اولسری، با حدود مشخص به شکل Punched-out در ناحیه آلانازی سمت راست (شکل ۱) همراه با خوردگی و تخریب دیواره بینی در همان طرف (شکل ۲) به چشم می خورد که بدون درد، حساسیت در لمس و ترشح بود. همچنین ناقربینی صورت ناشی از فلج عصب ۷ (facial palsy) در نیمه راست دیده می شد. بررسی آسیب شناسی نمونه، یک اولسراسیون غیر اختصاصی همراه با ارتشاح سلول های التهابی اگزودای فیبرینو-لکوسیته و بافت گرانولاسیون نشان داد. در معاینه حسی، بیمار دچار فلج حرکتی نیمه راست صورت بود و قادر به اعمالی مثل سوت زدن نبود. در معاینه حسی، حس های لمس سطحی و درد نیمه راست صورت، بوضوح کاهش یافته، ولی حس حرارت و لمس عمقی نسبتاً سالم بود. رفلکس قرین طرف راست مانند سمت چپ و طبیعی به نظر می رسید.

بحث و نتیجه گیری

T.T.S نوعی اولسراسیون نوروتروفیک و اغلب یکطرفه و هلالی شکل در صورت است که متعاقب آسیب عصب تری ژمینال رخ می دهد (۱). معمولاً بیماری بالغان است (۸) ولی موارد آن در محدوده سنی ۱۴ ماهگی تا ۹۳ سالگی با میانگین ۶۳ سال است (۱۳). تغیر نوروتروفیک در ناحیه تری ژمینال ممکن است متعاقب تخریب الیاف حامل حس های درد و حرارت بوجود آید (۱). تشخیص های افتراقی بیماری عبارتند از: BCC، SCC، گرانولوم کشنده خط میانی، سیفلیس، لیشمانیاز، نوریت لپر، یاز (Yaws) بلاستومایکوز، پاراکوکسیدئومایکوز، پیودرما گانگرونوزوم، گرانولوماتوز وگنر، و سایر عفونت ها یا درماتیت های صورت (۶). در بیمار گزارش شده ما هم اولسر، یکطرفه و هلالی شکل بود و نمای ظاهری خاص

T.T.S را نشان می داد. از سوی دیگر گاهی الگوی اولسراسیون در T.T.S شبیه درماتیت آرتفکت می شود. T.T.S به طور تیپیک حلقه آلا (alar rim) را مبتلا کرده ولی نوک بینی را سالم و دست نخورده باقی می گذارد (۷) که در مورد بیمار ما نیز چنین بود. سالم ماندن نوک بینی بدلیل عصب گیری آن توسط شاخه اتموئید عصب تری ژمینال است. اولسرها معمولاً یکطرفه و بدون درد هستند.

علل اصلی T.T.S عبارتند از: آسیب های عصبی حسی- مرکزی (۲و۳)، نوریت ناشی از لپر (۴) آسیب ایاتروژنیک تری ژمینال (جراحی یا تزریق الکل برای درمان نورالژی سرکش تری ژمینال) (۵)، نوریت های مربوط به عفونت های هرپس زوستر (۶) و هرپس سیمپلکس (۷) و بندرت عارضه ای از آتروفی پیشرونده همی- فاسیال (سندرم Parry-Romberg) (۱۷).

بیمار ما هم احتمالاً به علت تهاجم تومور پاروتید دچار این سندرم شده بود. بیماران معمولاً قبول می کنند که در ناحیه اولسر، دچار نوعی پارستزی بوده و به کندن، مالش یا خاراندن آن ناحیه می پردازند (۹و۱۰). شباهت بالینی اولسره های T.T.S و B.C.C بسیار زیاد است تا حدی که اغلب برای افتراق قطعی آنها بیوپسی ضرورت می یابد (۹). آسیب شناسی تنها یک واکنش التهابی ساده را نشان می دهد (۱۰). گاهی خونریزی از اولسرها ممکن است در درساز باشد تا حدی که گاهی حتی به آنمی فقر آهن نیز منجر شده است (۳). به جز مشکلات مربوط به عفونت های ثانویه، تشکیل نهایی اسکار در ناحیه آلا، می تواند باعث بالا کشیده شدن لب بشود (۹). افتراق T.T.S از بدخیمی، عفونت یا واسکولیت، بر اساس شرح حال بالینی، بیوپسی جلدی و بررسی های سرولوژی است (۱۴).

در معاینه عصبی کاهش حس لمس سطحی و درد ناحیه درگیر و گاهی نبود رفلکس قرنیه در همان طرف، دیده می شود (۱۱). بندرت نوروپاتی تری ژمینال همراه نوروپاتی اتونوم وجود دارد (۱۶). فاصله زمانی بین آسیب عصب تری ژمینال و ایجاد اولسر بین ۲ هفته تا ۳۰ سال گزارش شده است. از ۶۰ مورد گزارش شده بین سال های ۱۹۸۲ تا ۲۰۰۲، در حدود ۵۶٪ آنها زن بوده اند (۱۳). اساساً این سندرم، در زنان با میانگین سنی ۵۷ سال رخ می دهد (۱۵). در ۶۲٪ بیماران مذکور اولسر در نیمه راست صورت قرار داشت (۱۳). اولسرها، به شدت پایدار هستند (۱۵). سیاست های درمانی اتخاذ شده متنوعند، که از جمله آنها می توان به روان درمانی، درمان های طبی و بالاخره جراحی ترمیمی اشاره کرد.

حفاظت از ناحیه اولسر با بکارگیری پوشش های حفاظتی بسته (occlusive) یا پانسمان های ترموپلاستیک تا حدودی سودمند است (۱۸). از درمان های طبی مؤثر می توان به آمی تریپتیلین (۵)، دیازپام (۵)، کلرپرورمازین (۱)، پیموزید (۱)، مکمل های ویتامین B (۱۲)، کاربامازپین (۹)، آسیکلوویر (۱۳) و تزریق تریامیسنولون به درون ضایعه (۱۳) اشاره کرد. روش های جراحی شامل سمپانکتومی (۱۰)، تحریک الکتریکی ترانس کوتانه (۱۱) و گرافت جلدی (۱۲) هستند.

اهمیت T.T.S در آن است، که با توجه به ناشایع بودن بیماری ممکن است تشخیص آن به عنوان یکی از علل اولسراسیون صورت نادیده گرفته شود. به عنوان مثال، یک بیمار مبتلا به T.T.S کلاسیک، ناشی از ریزوتومی تری ژمینال، به دلیل تشخیص ندادن توسط پزشکان، مورد بررسی های گسترده برای یافتن علت اولسراسیون بینی قرار گرفت و قبل از تشخیص سندرم تروفیک

این سندرم در تشخیص زود هنگام و درست این بیماری و نیز پرهیز از اقدام تشخیصی - درمانی اضافی و نابجا ضروری به نظر می رسد.

تریژمینال با تشخیص اشتباه یک بیماری اتوایمن، سالها با داروهای ایمنوساپرسیو درمان می شد (۱۴). از همین رو، دانستن عوامل مستعدکننده و نمای بالینی

منابع

1. Kavanagh GM, Tidman NJ, McLaren KM, et al. The Trigeminal Trophic Syndrome: an Under-Recognised Complication. *Clin Exp Dermatol* 1996; 21:299-301.
2. Freeman AG. Neurotrophic Ulceration of the Face with Erosion of the Ala Nasi in Vascular Disorders of the Brain. *Br J Dermatol* 1966;78:322-31.
3. Walton SL, Keczek K. Trigeminal Neurotrophic Ulceration-a Report of Four Patients. *Clin Exp Dermatol* 1985;10:485-90.
4. Ferrara G, Argenziano G, Cicarelli G et al. Post-Apoplectic Trigeminal Trophic Syndrome. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000;15:153-5.
5. Finlay AY. Trigeminal Trophic Syndrom. *Arch Dermatol* 1979;115:1118.
6. Tada J, Ueda M, Abe Y, et al. Trigeminal Trophic Syndrome-a Report of Three Patients. *J Dermatol* 1991;18:613-5.
7. Shea CR, Scott RA, Tompkins SD. Herpetic Trigeminal Trophic Syndrome. Treatment with Acyclovir and Sblesional Triamcinolone. *Arch Dermatol* 1996;132:613-4.
8. Lyon CC, Mughal MZ, Muston HL. Herpetic Trigeminal Trophic Syndrome in an Infant. *J R Soc Med* 2001;94:135-7.
9. Bhushan M, Parry EJ, Telfer NR. Trigeminal Trophic Syndrome: Successful Treatment with Carbamazepine. *Br J Dermatol* 1999;141:758-9.
10. McKenzie KG. Observations on the Operative Treatment of Trigeminal Neuralgia. *Can Med Assoc J* 1933 29:492-6.
11. Westerhof W, Bos JD. Trigeminal Trophic Syndrome: A Successful Treatment with Transcutaneous Electrical Stimulation. *Br J Dermatol* 1983;108:601-4.
12. Abyholm FE, Eskeland G. Defect of the Ala Nasi following Trigeminal Denervation. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1977;11:87-8.
13. Sadeghi P, Papay F, Vidimos AT. Report of Four Cases and Review of the Literature *J Dermatol sur* 2004;2:95-8.
14. Monrad SU, Terrel JE, Aronoff D. The Trigeminal Trophic Syndrome: An unusual Cause of Nasal Ulceration. *J AM Acad Dermatol* 2004; 50(6):949-52.
15. A Elloumi-Jellouli, S Ben Ammar, S Fenniche, et al. Trigeminal Trophic Syndrome: A Report of Two Cases and Review of Literature. *Dermatology Online J.* ; 9(5): 26.
16. Frezzini C, Pabari S, Chaudhry S, et al. Trigeminal Neuropathy and Autonomic Neuropathy- A Rare Combination. *Oral Dis* 2006; 12(5):11.
17. Pinheiro TP, Silva CC, Silveria CS, et al. Progressive Hemifacial Atrophy- A Case Report. *Med oral Patol* 2006; 11(2): E 112-4.
18. Preston PW, Vani B, Amirtha, et al. Successful Use of a Thermoplastic Dressing in the Trigeminal Trophic Syndrome. *British J. Dermatol* 2005; 10 (3):82.

Introduction of a Case with Trigeminal Trophic Syndrome

Golchay J.(MD), Kiyani far K.(MD), Kiyani far K.(MD), Shamschiri H.(MD)

Abstract

Introduction: Trigeminal trophic syndrome, is an uncommon, ulceration which was occurred, follow minor, repetitive trauma to anaesthetic skin within the trigeminal area.

The main causes of this disorder consist of: neuro-sensory damages of trigeminal nerve, herpes zoster and herpes simplex virus neuritis and rarely arrived from post-surgical complication like removal of cerebello pontine angle eningioma.

Case report: This report is dealt with a 54-years old woman who was afflicted by facial palsy, about 7 monthes after a surgery on her parotid gland and then, an ulcer occurred at her right ala nasi and nasolabial furrow. Her ulcer was painless, but had intermittent bleeding and discharge.

Following failure of treatment with topical drugs and oral antibiotics she was eventually referred to Razi hospital in Rasht.

With suspicion to Trigeminal Trophic Syndrome, and for differentiation from other pathologies, she undergone cutaneous biopsy. Its results were corresponding with the mentioned diagnosis.

Key words: Facial paralysis/ Trigeminal Nerve/ Trigeminal Nerve Diseases/ Trigeminal Neruralgia