

بررسی مجاورات تشریحی تنه اصلی عصب صورتی (Facial) و شاخه های گردنی صورتی (Cervicofacial) و شاخه های دهانی (buccal) و شقیقه ای (Temporal) آن

دکتر شباهنگ محمدی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران - متخصص گوش و حلق و بینی

چکیده

عصب صورتی مهمترین عنصر تشریحی ناحیه صورت بوده و با توجه به آناتومی پیچیده رشته های آن، احتمال وارد آمدن آسیب در جراحی های سر و گردن، همواره از دغدغه های اصلی جراحان می باشد. تعداد ۲۲ مورد تشریح غدد بناگوشی، بر روی اجساد موجود در پزشکی قانونی تهران، انجام شد. ارتباطات عصب صورتی با ورید رترومنڈیبولر و شاخه بوکال آن با مجرای غدد بناگوشی مورد بررسی قرار گرفت.

مقدمه

روش اجرای پژوهش

این مطالعه توصیفی^۱ بر روی جسد های موجود در پزشکی قانونی تهران که با نظر مسئول آن مرکز در اختیار قرار گرفته بود در ۶ ماه اول سال ۷۹ انجام شد. نمونه های زیر ۱۸ سال و دارای تومور، آبسه یا تروما به ناحیه پاروتید از مطالعه حذف شدند.

با توجه به اینکه جامعه نمونه جسد های در دسترس در پزشکی قانونی در آن روز بخصوص بوده اند روش نمونه گیری از نوع در دسترس بوده است.

نحوه انجام کار: برش^۲ کلاسیک پاروتیدکتومی داده شد و بعد از بلند کردن فلاپ^۳ پوستی و *Dissection* در شیار مابین پاروتید از یک سو و اوریکول^۴ و ماستوئید^۵ و عضله استرنوکلید و ماستوئید (*SGM*) از سوی دیگر تنه عصب هفتم پیدا شده

یکی از مهمترین فاکتورهای موثر در تعداد عوارض ناخواسته هر عمل جراحی، میزان آشنائی جراح با تشریح منطقه و عناصر تشریحی موجود در آن می باشد. عصب صورتی، مهمترین عنصر تشریحی ناحیه صورت بوده و با توجه به آناتومی پیچیده رشته های آن، در این ناحیه احتمال وارد آمدن آسیب به این رشته، در جراحی های گوناگون سر و گردن، همواره از دغدغه های اصلی جراحان می باشد. عصب صورتی پس از خروج از ساقه مغز وارد *IAC* شده و بعد از طی مسیر در استخوان گیجگاهی از سوراخ پستانی نیزه ای که در خلف زائده نیزه ای قرار دارد خارج می شود. بعد از ورود عصب به داخل بافت غده بناگوشی به دو شاخه گیجگاهی صورتی و گردنی صورتی تقسیم می شود. بصورت معمول ۲ شاخه گردنی و فک تحتانی، از تنه گردنی صورتی و شاخه های دهانی، گونه ای و گیجگاهی از تنه گیجگاهی صورتی جدا می شوند (۱ و ۲).

۱-Descriptive

۲-Incision

۳-Flap

۴-Uricle

۵-Mastoid

رترومندیبولر در زیر تنه سربیکوفاسیال قرار داشت (۸۲ درصد) و در ۴ مورد نیز ورید روی تنه قرار داشت (۱۸ درصد). فاصله شاخه تمپورالیس^۵ از تراگوس نیز به قرار زیر بوده این فاصله در محدوده ۱۱-۲۶ mm قرار داشت. در ۳ مورد فاصله بین ۱۴-۱۱ mm بود (۱۳ درصد) در ۵ مورد در محدوده ۱۴-۱۷ mm بود (۲۳ درصد) و در ۵ مورد فاصله بین ۲۰-۲۳ mm بود (۲۳ درصد) و در ۴ مورد این فاصله ۲۳-۲۶ mm بود (۱۸ درصد) (جدول شماره ۲). بطور متوسط فاصله شاخه تمپورال از تراگوس ۱۹/۳۱ mm بود.

فاصله	تعداد	درصد
۱۱-۱۴Mm	۳	٪۱۳
۱۴-۱۷Mm	۵	٪۲۳
۱۷-۲۰Mm	۵	٪۲۳
۲۰-۲۳Mm	۵	٪۲۳
۲۳-۲۶Mm	۴	٪۱۸

جدول ۲ - فاصله شاخه تمپورالیس از تراگوس

مجرای پاروتید و شاخه های زبانی^۶ با مجرا ۳ نوع مجاورت داشت. یا عصب در بالای مجرا قرار داشت یا در پائین و یا با آن تقاطع داشت در ۷ مورد (۳۱/۸ درصد) عصب بالای مجرا و بصورت موازی با آن حرکت می کرد. در ۵ مورد (۲۲/۷ درصد) عصب و مجرا با هم تقاطع داشتند. در ۱۰ مورد (۵۴/۴ درصد) نیز عصب در پائین مجرا و بصورت موازی با آن قرار داشت.

بحث Discussion

تعداد اجسادى که باز شدند از نظر آماری از دقت بالائی برخوردار نیست. ولی می توان این اعداد را که مربوط به نژاد ایرانی می باشد را با اعداد بدست آمده حاصل از مطالعه روی بقیه نژادها مقایسه کرد. همانطور که ذکر شده میانگین فاصله تنه اصلی صورتی با سوتور تمپانوماستوئید (TMS) ۴/۱۸ mm

۵-Temporalis

۶-Buccal

استرونوکلید و ماستوئید (SGM) از سوی دیگر تنه عصب هفتم پیدا شده و سپس با تکنیک کلاسیک پاروئیدکتومی^۱ سطحی رشته ها تا انتها تعقیب شدند (۶). و بعد از پیدا کردن تمام عناصر تشریحی مورد نظر در طرح، پارامترهای مورد نظر با خط کش و پرگار اندازه گیری شدند. از نمونه های تشریح شده عکس و یا فیلم گرفته شد و سپس محل دوخته شد. سپس سمت مقابل صورت به همین ترتیب تشریح شد. متغیرهای کمی بصورت میانگین (حداقل - حداکثر) و متغیرهای کیفی بصورت تعداد (درصد) بیان شده اند.

نتایج

از بین ۲۴ موردی که باز شدند در ۲ مورد و بعلت ترومای شدید و بعلت کالبدشکافی تشخیصی که روی آن انجام شده بود. شاخه های سوتور تمپانوماستوئید^۲ و Tragus جابجا بود و تنه اصلی قطع شده بود که این ۲ نمونه از مطالعه خارج شد و اطلاعات بر اساس Dissection روی ۲۲ مورد می باشد. براساس اندازه گیری های بعمل آمده فاصله تنه اصلی عصب فاسیال از شیار تمپانوماستوئید در محدوده ۰-۸ mm متغیر بوده و در ۳ جسد به Surore قرار داشت (۱۴ درصد) (جدول شماره ۱) بطور متوسط فاصله تنه اصلی عصب از سوتور تمپانوماستوئید ۴/۱۸ mm می باشد.

فاصله	تعداد	درصد
۰-۲ Mm	۲	٪۹
۴-۲ Mm	۶	٪۲۸
۴-۶ Mm	۷	٪۳۲
۶-۸ Mm	۴	٪۱۷

جدول ۱ - فاصله تنه عصب تا سوتور تمپانوماستوئید

مجاورت رترومندیبولر^۳ و تنه تحتانی (سرویکوفاسیال)^۴ عصب فاسیال نیز بدین قرار بود: در ۱۸ مورد ورید

۱- Paroideotomy

۲- Tympanomastoid suture

۳-Retromandibular

۴-Cervicofacial

جسد تنه اصلی عصب چسبیده به سوتور تمپانوماستوئید (TMS) قرار داشت.

در مورد مجاورت تنه سرویکوفاسیال و ورید ترومنندیبولر در کتب مرجع و مقالات در ۹۰ درصد موارد ورید ترومنندیبولر در مدیال تنه سرویکوناسیال و در ۱۰ درصد موارد در لترال این تنه قرار (۵) دارد و در مطالعه ما در ۸۲ درصد موارد ورید در (medial) تنه و در ۱۸ درصد موارد ورید در خارج^۱ تنه قرار داشت که این اختلاف از نظر آماری معنی دار نیست.

متوسط فاصله شاخ تمپورال^۲ از تراگوس^۳ بین ۱-۲ cm است (۴). با توجه به آمارهای موجود در مقالات دیگر و کتابها این فاصله دقیق بوده و در این فاصله از تراگوس براحتی می توان جراحیهای مثل *Face lift Condilectomy* برداشتن کیستهای برانکیال^۴، برشهای *Craniotomy* را بدون نیاز به پیدا کردن عصب انجام داد، البته تنها در یکی از کتب کاینگز ذکر شده است که گاهی شاخه تمپورال چسبیده به تراگوس می باشد و بجز این مورد در بقیه موارد عدد ۱-۲ CM قابل قبول است (۲۶).

در مورد مجاورت شاخه دهانی و مجرای پاروتید نیز در مقالات ذکر شده که عصب و مجرا یا با هم تقاطع دارند یا عصب در پائین مجرا قرار دارد ولی در ۲۳ درصد از اجساد ما عصب از بالای مجرا عبور کرده و هیچگونه تقاطعی نیز نداشته است. در مقالات دیگر ۲۵ درصد ذکر شده عصب و مجرا با هم تقاطع دارند و در این بررسی ۲۳ درصد تقاطع مشاهده شد. مقالات اعلام کرده اند که در ۷۵ درصد موارد عصب در پائین مجرا قرار دارد در بررسی ما تنها در ۵۵ درصد موارد عصب زیر مجرا قرار داشت (۳).

۱-Lateral

۲-Temporal

۳-Tragus

۴-Bronchial

منابع

- ۱ - محمدی، یوسف - تشریح سر و گردن و اعصاب مغزی - چاپ چهارم - ۱۳۶۹ - انتشارات مرکز نشر دانشگاهی.
- 2 - Cummings, W Charles. *Textbook of Otolaryngology*. Mosby. 1998.
- 3 - Pogrel, M.A. Relationship of buccal branch of the facial nerve to parotid duct. *J. Oral Maxillofac surg.* 1996-54 : 71-73.
- 4 - Gosain, A.K. Temporal branch of the facial nerve. How reliably can we predict its path. *Wisconsin Medical Callege*. 1996.
- 5 - Basel, S. A. Morphology of retromandibular vein in relat to facial nerve in parotid gland. *Acta Anat.* 1995, 152 (1): 66-68.
- 6 - Holt, James. The stylomastoid area: Anatomic - Histologic study and surgical approach *Laryngoscope*. 1996, 106: April.