

یک مورد افتالموپلژی حاد یک طرفه

دکتر سوزان امیرسالاری*، دکتر منیژه خلیلی**

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بقیه ا. (عج)، دانشکده پزشکی، گروه بیماری‌های اطفال و نوزادان
** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پزشکی، گروه بیماری‌های اطفال و نوزادان
تاریخ دریافت مقاله: ۸۴/۱/۲۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۸۴/۸/۷

چکیده

افتالموپلژی حاد عبارت است از فلج چشمی که در مدت یک هفته از شروع به حداکثر شدت خود برسد و می‌تواند به صورت کامل یا ناقص باشد. در این گزارش دختر ۴/۵ ساله‌ای معرفی می‌شود که به علت دو بینی، درد چشم چپ و کج نگه داشتن سر (head tilt) مورد بررسی قرار گرفته و در نهایت با تشخیص شکستگی کف حفره چشم (orbital floor fracture) در اثر ترومای خفیف و به دام افتادن عضله رکتوس تحتانی چپ، تحت عمل جراحی قرار گرفته و در پیگیری بعد از عمل بهبودی کامل در حرکات چشمی حاصل شده است. (مجله طبیب شرق، سال هفتم، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۴، ص ۱۵۹ تا ۱۶۳)

کلواژه‌ها: کج نگه داشتن سر، افتالموپلژی، حفره چشم، ضربه

مقدمه

ایدیوپاتیک اعصاب کرانیال، افزایش فشار داخل جمجمه، مولتیپل اسکروز، میاستنی گراو^(۴)، میگرن افتالموپلژیک، بیماری‌های التهابی و تومورهای حفره چشم، افتالموپلژی فامیلی راجعه، سندرم تولوسا هانت^(۵) و صدمات جمجمه یا حفره چشم از علل افتالموپلژی حاد یک طرفه هستند.

گزارش مورد

بیمار دختر ۴/۵ ساله ای است که با شکایت درد چشم چپ، دو بینی و انحراف سر به سمت چپ مراجعه نمود. کودک پس از زمین خوردن در حین بازی، دچار درد چشم چپ شده متعاقب آن، نیم ساعت بعد دچار استفراغ مکرر و عرق سرد گردیده که به همین علت به اورژانس مراجعه و در اورژانس بستری و توسط جراح مغز و اعصاب ویزیت شده ولی به دلیل معاینه عصبی و سی تی اسکن طبیعی مغز ترخیص گردید. بعد از ترخیص کودک دچار انحراف سر (head tilt) به سمت چپ شد و به علت دو بینی و درد شدید چشم، به چشم پزشک مراجعه کرد. در بررسی‌ها چشم پزشک متوجه اختلال در نگاه به بالا و

حفظ دید دو چشمی به وسیله حرکات کونژوگه چشم‌ها از ظریف‌ترین شا هکارهای هماهنگی عضلانی است که توسط سیستم عصبی هدایت می‌شود. اختلال در سیستم حس بینائی، عضلات چشم، اعصاب حرکتی چشم، انتقال عصبی عضلانی یا مراکز نگاه (gaze centers) در سیستم عصبی مرکزی ممکن است سبب اختلال در حرکت چشم شوند.^(۱)

در افتالموپلژی حاد یعنی فلج چشم که در مدت یک هفته از شروع به حداکثر شدت خود برسد (کامل یا ناقص)، چشم در مسیری برخلاف میدان عمل عضله فلج منحرف می‌شود. وقتی کودک در مسیر عمل عضله فلج نگاه کند، استرابیسم و دو بینی تشدید می‌شود، افزایش ژنرالیزه فشار داخل جمجمه اغلب یک عامل مهم در بیماران با فلج یکطرفه و یا دوطرفه ابدوسنس است. وجود آنوریسم‌های شریانی، تومورهای ساقه مغز شامل گلیوم ساقه مغز، تومورهای پاراسلار و ناحیه پینه آل^(۲)، حادثه عروقی در ناحیه ساقه مغز (Brain stem)، فیستول سینوس کاورنو^(۳)، ترومبوز سینوس کاورنو، سندرم گرادنیکو، فلج

شش ماه و یکسال بعد از عمل، بهبودی کامل در حرکات چشمی کودک حاصل شد.

بحث

افتالموپلژی حاد عبارتست از فلج چشمی که در مدت یک هفته از شروع به حداکثر شدت خود برسد و ممکن است کامل (Complete) یا ناقص (Partial) باشد. افتالموپلژی می تواند ناشی از اختلالات اعصاب حرکتی چشم، عضلات چشم یا انتقال عصبی عضلانی باشد.

تروما عامل ۴۰ درصد از فلج های ایزوله اکتسابی عصب حرکتی چشم و ۵۵ درصد از فلج های متعدد اعصاب در کودکان است.^(۶) در بیماری که گزارش شد ترومای خفیف به حفره چشم علت افتالموپلژی حاد یک طرف بود. در اثر ضربه بسته به سر، حتی در غیاب آسیب مستقیم به حفره چشم ممکنست خونریزی و ادم در داخل اعصاب یا عضلات چشم رخ دهد. در شکستگی حفره چشم، اعصاب و عضلات ممکنست پاره یا کنده شوند یا در بین قسمتهای شکسته استخوان به دام بیافتند. فلج عضله مایل فوقانی (سوپریور ابلیک) در اثر آسیب عصب تروکلئار در آسیبهای بسته جمجمه نسبتاً شایع است، در این حالت معمولاً تروما شدید است و باعث از دست رفتن هوشیاری می شود و فلج اغلب یک طرفه است.^(۷) بیماران با فلج یک طرفه عضله مایل فوقانی دارای یک هیپرتروپیای واضح هستند و برای حفظ دید دو چشمی (fusion) مجبور به کج کردن جبرانی سر (head tilt) هستند.^(۸)

عارضه دیگری که گاه مشاهده می شود، فلج گذرای عضله راست خارجی (lateral rectus) در نوزادان در اثر ترومای زایمانی است. این فلج یک طرفه است و در مدت ۶ هفته کاملاً بر طرف می شود.

آسیب های مستقیم به حفره چشم همراه با خونریزی و تورم، یک معضل تشخیصی نیستند، انجام CT-Scan مغزی با نمای ارییتال وسعت شکستگی را نشان می دهد. گاهی ممکن است

داخل و دویینی عمودی شد ولی اختلالات فوق را به مسائل چشم پزشکی مرتبط ندانسته و کودک را به جراح اعصاب ارجاع داد.

جراح اعصاب بعد از معاینه بیمار و ملاحظه جواب MRI طبیعی مغز، وجود مشکل جراحی اعصاب را نیز مردود دانسته و کودک را با احتمال آنسفالیت به نورولوژیست اطفال ارجاع داد. در معاینه توسط نورولوژیست به جز اختلال در نگاه به سمت بالا در چشم چپ نکته غیر طبیعی دیگری مشاهده نشد ولی چون در MRI مغزی، سینوزیت فکی چپ گزارش شده بود، بعد از انجام بررسی های پاراکلینیک دو هفته رژیم آنتی بیوتیک کوآموکسی کلاو خوراکی جهت بیمار تجویز شد. در طی این مدت درد و دویینی بر طرف شده اما انحراف سر کودک ادامه یافت لذا مجدداً مشاوره با فوق تخصص چشم پزشکی اطفال و استراییسم درخواست شد. در این مشاوره تشخیص فلج عضله رکتوس فوقانی چشم چپ ناشی از آنسفالیت مطرح گردید و درمان وریدی با آسیکلوویر و دگزامتازون جهت بیمار آغاز شد. آزمایش های بیمار شامل شمارش سلولی، سرعت سدیماتاسیون، آزمون های کبدی، عملکرد کلیه ها، میزان گلوکز، کلسیم، الکترولیت ها، CRP، LDH، CPK، کشت و کامل ادرار همه طبیعی بودند. همچنین آنالیز مایع مغزی نخاعی و کشت آن نیز طبیعی بود. آنتی بادی بر علیه روبلا، سیتومگالوویروس، هرپس سیمپلکس منفی بودند. PCR برای هرپس و انتروویروس های مایع مغزی نخاعی منفی بود.

آزمون های تنسیلون، ANA، LE Cell و Cold Agglutinin نیز همه منفی بودند. رادیوگرافی قفسه صدی و MRI مغزی طبیعی بود ولی در CT-Scan Orbital axial and coronal کف حفره چشم سمت چپ شکستگی وجود داشت. پس از آشکار شدن علت افتالموپلژی، درمان جراحی شکستگی کف حفره چشم و آزاد کردن عضله رکتوس تحتانی چپ از داخل شکستگی انجام شد. در پیگیری بیمار طی سه،

درمان صدمات موضعی و شکستگی حفره چشم ممکنست نیازمند ترمیم جراحی باشد، فلج دائمی اعصاب حرکتی چشم متعاقب ضربه به سر گاهی با عمل جراحی متعادل کردن مجدد عضلات خارج چشمی بهبود می یابد.

معرفی این بیمار بهانه‌ای است برای یادآوری علل افتالموپلژی حاد یک طرفه که به اختصار عنوان شد.



CT-scan یک خونریزی در قسمت جانبی میدبرین را به عنوان علت فلج عصب تروکلنار نشان دهد. مشکل تشخیصی زمانی رخ می دهد که بین زمان آسیب و شروع افتالموپلژی فاصله باشد، مکانیسم های این تاخیر عبارتند از ادم موضعی پیشرونده در حفره چشم، ادم پیشرونده ساقه مغز، افزایش پیشرونده فشار داخل جمجمه، ایجاد مننژیت، ماستوئیدیت یا استئومیلیت پتروز، ترومبوز سینوس وریدی یا شریان کاروتید و فیستول کارتید کاورنو.

تصویر شماره (۱): محدودیت در بالا بردن چشم



تصویر شماره (۲): شکستگی کف پاره پپ در سی تی اسکم مفره چشم

References

1. Fenichel G. Disorders of ocular motility. In: Fenichel G. Clinical Pediatric Neurology. 4th ed. W.B. Saunders Company; 2001. PP. 310-22.
2. Maria BL, Rehder K, Eskin TA, et al. Brainstem glioma: I. Pathology, clinical features, and therapy. J Child Neurol 1993; 8:112-28.

3. Berge J, Louail C, Caille JM. Cavernous sinus thrombosis diagnostic approach. *J Neuroradiol* 1994; 21:101-17.
4. Andrews PI, Massey JM, Sanders DB. Acetylcholine receptor antibodies in juvenile myasthenia gravis. *Neurology* 1993; 43: 977-82.
5. Rousseaux P, Peruzzi P, Schaison-Cusin M. Should Tolosa-Hunt syndrome still be an exclusion diagnosis? *Rev Neurol* 1993; 149:315-9.
6. Baker RS, Epstein AD. Ocular motor abnormalities from head trauma. *Surv Ophthalmol* 1991; 35:245-67.
7. Kodsi SR, Younge BR. Acquired oculomotor, trochlear and abducent cranial nerve palsies in pediatric patients. *Am J Ophthalmol* 1992; 114:568-74.
8. Keane JR. Fourth nerve palsy: historical review and study of 215 inpatients. *Neurology* 1993; 43:2439-43.

Archive of SID

Acute unilateral ophthalmoplegia

Amirsalari S., MD* ; Khalili M., MD**

Acute ophthalmoplegia is defined as an ophthalmoplegia which reaches maximum intensity within one week of onset. It may be partial or complete. In this case report we introduce a 4.5 year-old girl with diplopia, pain in left eye and head tilt. After complete evaluation, she has been operated with diagnosis of left orbital floor fracture and entrapment of left inferior rectus muscle due to minor trauma. In follow up visit she achieved complete recovery in eye movements.

KEY WORDS: *Ophtalmoplegia, Head tilt, Orbit, Trauma*

*Pediatric disease Dept, Faculty of Medicine, Bagheyat Ollah University of Medical Sciences and health services, Tehran, Iran.

**Pediatric disease Dept, Faculty of Medicine, Zahedan University of Medical Sciences and health services, Zahedan, Iran.