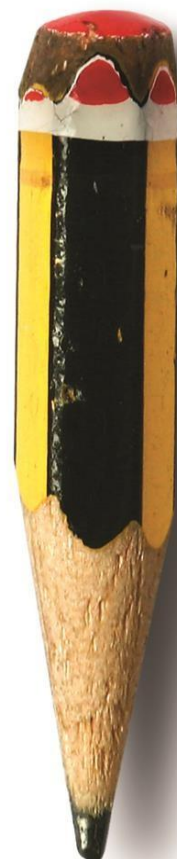


خلاصه نکات morning

1404/4/21



گرد آورندگان:

دکتر امید آزاد مهر
دکتر وحید نوفرستی
دکتر هومان شریفیان
دکتر رسام مشعوفی

در این جزوه سعی شده
تا مطالبی که کاربردی تر
هستند آورده شود

اولین بیماری که در این بخش معرفی شد دختر بچه 13 ساله که به دنبال سقوط از پله به همراه دوچرخه بود که دید چشم راست 10/5 و دید چشم چپ 10/10 بود فشار بیمار در محدوده ی نرمال بود و حرکات چشم راست در تمامی جهات محدود بود همچنین مارکوس گان بیمار مشکوک بود معاینه سگمان قدامی به جز لسراسیون پلک فوقانی چپ و میکروهایفما نکته دیگری نداشت و سگمان خلفی نیز نرمال بود

جهت بیمار CT اسکن درخواست شد

Superior Orbital Fissure Syndrome (SOFS):

◊ تعریف:

سندرم فشاری ناحیه SOF بدون درگیری CN II ← افتالموپلژی، پتوز، مردمک گشاد، اختلالات حسی V1

(SOF) آناتومی:

شکافی استخوانی بین سقف و دیواره خارجی اربیت، در ارتباط با حفره میانی مجمله

بین بال بزرگ، بال کوچک، و تنه استخوان اسفنوئید

طول: ۲۲ میلی متر، عرض: ۲-۸ میلی متر (فرم گلابی با قاعده در سمت نازل)

بدون تفاوت قابل توجه بین جنسیت یا نوع بدن

(Annulus of Zinn) ارتباط با حلقه زین:

به سه بخش تقسیم می شود SOF

اعصاب لاکریمال، فرونتال، تروکلنار + ورید چشمی فوقانی: (lateral) بخش خارجی

، عصب نازوسیلیاری، عصب (CN III sup & inf) بخش مرکزی (درون حلقه): شاخه های عصب حرکتی چشم ، (CN VI) ابدوسنس

بخش تحتانی: ورید چشمی تحتانی

درگیری نورولوژیک ناشی از فشردگی یا التهاب:

مسیر طولانی و موقعیت مرکزی → (VI) شایع ترین آسیب: عصب ابدوسنس

در موقعیت محافظت شده در بالا → (IV) نادرترین آسیب: عصب تروکلنار

◊ شایع ترین علل:

ضربه (موتور، شکستگی اربیت)

تومور (لنفوما، RMS)

عفونت (سیفلیس، زوستر)

التهاب (THS، لوپوس)

عروقی (CCF، آنوریسم)

◇ علائم مهم:
افتالموپلژی

پتوز دو مکانیسمی

مردمک دیلاته

بی‌حسی پلک و کاهش اشک

نبود رفلکس قرنیه

◇ تشخیص افتراقی:

وجه تمایز

بیماری

درگیری عصب بینایی (CN II)

Syndrome apex orbit

Cavernous sinus syndrome درد + CN V-2 درگیر + احتمال سندرم هورنر

بروی، صدا در سر، پروپتوز ضربانی، وریدهای اپی‌اسکلرال پیچ‌خورده

CCF

درد ثابت در CN V1، سندرم هورنر بدون آنهیدروز

Raeder syndrome

◆ درمان:

- ضربه: جراحی فوری در موارد شکستگی جابه‌جا شده یا فشار بر فورامن
- علل عروقی: آنژیوگرافی و آمبولیزاسیون
- تومور/عفونت: جراحی ± کورتون
- برخی موارد: فقط پایش

یشتترین تشخیصی که برای بیمار ترومایی که با مردمک dilaté مراجعه می‌کند، مطرح می‌شود، راپچر اسفنکتر آیریس است که البته این بیمار نداشت. TON مردمک dilaté نمی‌دهد چون چشم مقابل مردمک را می‌بندد. در این بیمار علت مردمک dilaté احتمالاً فلج عصب پاراسمپاتیک است. شاید نشود برای بیمار به طور قطعی تشخیص superior orbital fissure syndrome را مطرح کرد چون مریض شکستگی کف و دیواره‌ی لترال را دارد. بیمار رتروبولبار هموراز هم دارد. البته این تشخیص حتماً باید مدنظر باشد. مریض دید نرمال دارد ولی از طرفی اعصاب ۳، ۴ و ۶ از طرف دیگر به علت فشاری که به superior orbital vein وارد می‌شود، اختلال درناژ هم دارد. البته بستگی دارد که شکستگی در چه حدی باشد و چقدر بخواهد فشار بر اعصاب و عروق وارد کند؛ تشخیص اول به نظرم همان رتروبولبار است. TON هم ندارد چون مارکوس‌گان هم منفی بود. علت کاهش دیدش هم تورم و التهاب و اختلال درناژ است ولی سندرم کمپارتمان نبود چون فراکچر کف اربیت به سمت پایین رفته بود و اجازه افزایش حجم را داده بود. مریض رتروبولبار داشت ولی فشار نسبتاً خوب بود. تشخیص superior orbital fissure syndrome همچنان باید مدنظر باشد چون احتمال آن کاملاً منتفی نیست. در تمامی بیمار ان اربیت، پوزیشن مریض حتماً نشسته باشد. این مورد خیلی روی ادم و اکیموز بیمار تأثیر دارد. حتماً دقت شود که مریض دراز نکشد. وقتی مریض دراز می‌کشد التهاب و عفونت به سمت ماکولا می‌رود. برای رتین کاری نداریم ولی برای بیمار ان اربیت حتماً یکی از orderها باشد.