

بررسی فراوانی نورالژی تری ژمینال در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به انجمن MS ایران در سال ۸۳-۸۴

دکتر فرهاد اسفندیاری* - دکتر مسعود رضایی** - دکتر محمد امین توکلی*** - دکتر طناز ولی زاده**** - نیلوفر امین توکلی*****

*- استادیار گروه آموزشی بیماریهای دهان و تشخیص دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

** - دانشیار و مدیر گروه آموزشی بیماریهای دهان و تشخیص دانشکده دندانپزشکی دانشگاه آزاد اسلامی.

*** - استاد و مدیر گروه آموزشی رادیولوژی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

**** - دندانپزشک.

***** - دانشجوی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

چکیده

زمینه و هدف: برخی از بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (Multiple Sclerosis: MS) دچار درد نورالژی تری ژمینال (Trigeminal neuralgia: TN) نیز می باشند که در صورت تشخیص غلط از طرف دندانپزشک ممکن است منجر به خارج ساختن دندان سالم بیمار شود. به همین جهت هدف از این مطالعه بررسی فراوانی TN در بیماران مبتلا به MS مراجعه کننده به انجمن MS ایران در سال ۸۳-۸۴ می باشد.

روش بررسی: مطالعه به صورت توصیفی - مقطعی بر روی ۱۷۹ بیمار با تشخیص قطعی MS (براساس روش MRI) که به صورت تصادفی ساده از میان مراجعان به انجمن MS ایران شرکت کننده در کلاس های آموزشی انجمن انتخاب شده بودند انجام شد. داده ها براساس پرسشنامه، مصاحبه و معاینه بالینی بدست آمد. بیماران در مورد سوالات مطالعه پرسش و جوابهای آنان در پرسشنامه ثبت و مورد بررسی قرار گرفتند. داده های بدست آمده توسط آزمون t student و Fisher exact بررسی شدند.

یافته ها: مطالعه نشان داد ۷/۸٪ از بیماران MS به طور قطعی و ۲/۸٪ نیز به صورت مشکوک به TN مبتلا بودند. ابتلای ۲/۸٪ آنان به TN به صورت مشکوک گزارش شد. ۷۶/۵٪ کل بیماران مورد بررسی زن و ۲۳/۵٪ آنان نیز مرد بودند. ۱/۱٪ از کل بیماران مبتلا به TN مرد و ۹/۵٪ آنان زن بودند که تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود نداشت. سن مبتلایان به TN برابر ۶/۴، ۳۲/۶، ۶۱/۱ سال و غیرمبتلایان به TN برابر ۳۵/۶، ۸/۲ و مدت ابتلا به بیماری MS در بیماران مبتلا به TN برابر ۷/۶، ۵/۵ و در بیماران غیرمبتلا به TN برابر ۷/۶، ۵/۸ بود. از نظر درمان تمام مبتلا به NT، فک بالا با ۳۶/۸٪ بیشترین فراوانی را داشته و اطراف چشم با ۳۱/۶٪ و فک پایین با ۲۱/۱٪ در رتبه های بعدی قرار داشتند. بروز TN در درمان تمام مبتلا در ۱۰/۵٪ در طرف راست و در ۴۷/۴٪ در طرف چپ و نیز در ۴۲/۱٪ به صورت دوطرفه بود. همچنین در میان مبتلایان به TN، هفت نفر معادل ۳۶/۸٪ دارای Trigger zone بودند.

نتیجه گیری: در مجموع ۱۰/۶٪ از بیماران به TN مبتلا بوده و تفاوت معنی داری بین بروز آن در بیماران مبتلا از نظر سن، جنس، اولین علامت بیماری MS و مدت زمان شروع بیماری بدست نیامد. البته بیمارانی که از داروی بکلوفن استفاده می کردند کمتر از سایرین در معرض ابتلا به TN بودند.

کلید واژه ها: مالتیپل اسکلروزیس - نورالژی تری ژمینال

پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۳/۲۴

اصلاح نهایی: ۱۳۸۵/۱۰/۱۶

وصول مقاله: ۱۳۸۵/۳/۴

نویسنده مسئول: گروه آموزشی بیماریهای دهان و تشخیص دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی e-mail: Dr_Farhadesfandiari@yahoo.com

مقدمه

و گردن محدود می باشد. بیماری MS یکی از علل نورالژی نوع سمپتوماتیک محسوب می شود که اولین علامت بالینی آن

به طور کلی عبارت نورالژی به دردهای پاروکسیمال شدید و منظمی اطلاق می گردد که اغلب به شاخه های اعصاب سر

همچنین از آنجا که بیماران MS همانند سایر اقشار جامعه از مراجعان مطبهای دندانپزشکی به شمار می‌روند و درد یک یافته کلینیکی معمول در آنهاست، لذا امکان تشخیص غلط از سوی دندانپزشک و حتی خارج ساختن دندان سالم بیماران نیز وجود دارد. بنابراین شناخت جنبه‌های مهم بیماری MS برای دندانپزشکان اهمیت خاصی دارد. در این میان، براساس گزارشهای ۱-۴/۵٪ مبتلایان به MS دچار درد TN نیز می‌باشند که لازم است در این زمینه دقت گردد. همچنین از آنجا که بیماری MS از شخصی به شخص دیگر متنوع بوده و تاکنون تحقیق جامعی در جمعیت ایرانی گزارش نگردیده است نیاز به تحقیق در این زمینه در جهت شناسایی الگوی اپیدمیولوژیک بیماری در جامعه ایرانی کاملاً مشهود بود.

این مطالعه با هدف بررسی فراوانی نورالژی تری ژمینال در بیماران مبتلا به MS مراجعه کننده به انجمن MS ایران در سال ۸۳-۱۳۸۴ انجام شد.

روش بررسی

در یک مطالعه توصیفی - مقطعی، ۱۷۹ نفر از بیماران مبتلا به MS که در سال ۸۳-۱۳۸۴ به انجمن MS ایران مراجعه و در کلاس‌های آموزشی توجیهی انجمن شرکت کرده بودند در صورت علاقه‌مندی برای شرکت در مطالعه انتخاب و با استفاده از مصاحبه حضوری و معاینات بالینی بررسی شدند. علامتی که برای نخستین بار سبب مراجعه بیمار به پزشک شده و در نهایت به تشخیص بیماری MS منجر شده بود به عنوان اولین نشانه بیماری از بیماران پرسیده شد. تشخیص قطعی بیماری MS در بیماران مورد بررسی در کلیه موارد مستدل بر نظر پزشک متخصص نورولوژی و مبتنی بر تهیه MRI صورت گرفته بود، به طوری که به دنبال علایم بالینی دال بر بیماری، پلاک‌های دمیالینه نیز در تصویر تهیه شده وجود داشت.

برای تشخیص TN از بیمار سوالاتی به شرح زیر مطرح و با توجه به پاسخهای بیماری تشخیص نهایی TN توسط متخصص بیماریهای دهان و تشخیص صورت گرفت:
- آیا تا به حال در صورت خود دردی احساس کرده‌اید؟

ممکن است به صورت درد بروز نماید. هرچند که معمولاً سایر علایم و اختلالات حسی حرکتی همراه آن وجود دارد. تحقیقها نشان داده است که در حدود ۱-۴/۵٪ از بیماران مبتلا به MS دچار TN بوده و در اتوپسی آنها پلاک‌های اسکروتیک در محل ورود ریشه خلفی عصب سه‌قلو به پل مشاهده شده است. (۱)، در بررسیهایی که در سال ۱۹۶۱ بر روی ۱۳۵ نفر مبتلا به نورالژی تری ژمو صورت گرفت، TN در ۲۲ نفر معادل ۱۶٪ به عنوان اولین علامت MS ثبت شده بود. (۲)

بیماری MS دارای دوره بهبودی و بازگشت بوده و به مرور صدمات نورولوژیکی غیرقابل برگشتی بر جای می‌گذارد. (۳)، در صورت تشخیص اولیه و زود هنگام بیماری مخصوصاً در زنان زیر چهل سال و محدود بودن تظاهرات بیماری، پیش‌آگهی بهتری در مورد آن وجود دارد. (۴)

در مطالعه Hooze و همکاران در سال ۱۹۹۵ که بر روی ۱۸۸۲ بیمار با تشخیص کلینیکی MS صورت گرفت شیوع TN برابر ۲/۲٪ گزارش شد. همچنین این بیماری به طور میانگین ۱۱/۸ سال بعد از اولین علامت بیماری MS روی داده و در پنج نفر نیز خود به عنوان اولین علامت MS شناخته شد. (۵،۲)، در مطالعه دیگری در سال ۲۰۰۰، جوانان بالغ نیمکره شمالی و کشور کانادا بیشترین شیوع MS را داشتند. (۶)، در یک مطالعه دیگر که بر روی ۱۵۹ بیمار MS مراجعه کننده به یک کلینیک دانشگاهی MS در لندن و Ontario کانادا در طی سالهای ۱۹۷۳-۱۹۸۵ صورت گرفته بود، درد مبهم کلینیکی مرتبط با بیماری در ۵۵٪ افراد روی داده بود. (۷)، در مقایسه دو گروه بادرد و بی‌درد، تفاوت معنی‌داری از نظر میانگین سن شروع بیماری، میانگین مدت بیماری و میزان ناتوانی افراد وجود نداشته است. نسبت ابتلای زنان به مردان نیز ۲/۱ در برابر یک گزارش گردید. (۷)، در تحقیق دیگری در سال ۱۹۹۴ میزان شیوع درد در افراد مبتلا به MS، ۵۳٪ بدست آمده بود. (۸)

از آنجا که ممکن است دندانپزشک اولین فردی باشد که با بیمار مبتلا به MS تماس پیدا می‌کند، لذا می‌تواند با تشخیص صحیح و معرفی به موقع فرد به متخصص مغز و اعصاب نقش عمده‌ای در زندگی بهتر و طولانیتر بیمار ایفا نماید.

در میان مردان، دو نفر معادل ۱/۱٪ کل بیماران و در میان زنان، ۱۷ نفر برابر ۹/۵٪ مبتلا به TN بودند که آزمون Fisher exact تفاوت معنی‌داری از نظر شیوع ابتلا به TN برحسب جنس نشان نداد. ($P > ۰/۱۳$)، سن مبتلایان به TN برابر $۳۵/۶ \pm ۸/۲$ سال و غیرمبتلایان به TN برابر $۳۲/۶ \pm ۶/۴$ سال و آزمون student t تفاوت موجود را معنی‌دار نشان نداد. ($P > ۰/۱۳$)، این یافته همچنین در مورد مدت زمان بروز بیماری MS در افراد مبتلا به TN و نمونه‌های غیرمبتلا گزارش شد به طوری که مدت ابتلا به MS در بیماران مبتلا به TN برابر $۷/۶ \pm ۵/۵$ و در بیماران غیرمبتلا به TN برابر $۷/۶ \pm ۵/۸$ بوده است. در جدول ۱ تظاهرات ناشی از درگیری اعصاب صورتی در میان بیماران مبتلا و غیرمبتلا به TN آورده شده است.

جدول ۱: فراوانی علایم صورتی در میان مبتلایان و نمونه‌های غیرمبتلا به TN در بیماران MS مراجعه کننده به انجمن MS ایران در سال ۸۳-۱۳۸۴ (درصد از کل ۴۵ نفر محاسبه شده است)

علایم صورتی	ابتلا به TN	
	مبتلا	غیرمبتلا
بی‌حسی نیمه چپ صورت	۰٪	۱۶٪ (۳۵/۶٪)
بی‌حسی نیمه راست صورت	۱٪ (۲/۲٪)	۹٪ (۲۰٪)
بی‌حسی دوطرفه صورت	۰٪	۵٪ (۱۱/۱٪)
بی‌حسی چپ صورت و فلج بل	۰٪	۱٪ (۲/۲٪)
بی‌حسی راست صورت و فلج بل	۰٪	۲٪ (۴/۴٪)
فلج بل	۰٪	۷٪ (۱۵/۶٪)
بی‌حسی زبان	۰٪	۴٪ (۸/۹٪)

در بررسی درماتوم مبتلا به NT، فک بالا با ۳۶/۸٪، اطراف چشم با ۳۱/۶٪ و فک پایین با ۲۱/۱٪ در رتبه‌های بعدی قرار داشتند. بروز TN در درماتوم مبتلا در ۱۰/۵٪ موارد در طرف راست و در ۴۷/۴٪ موارد در طرف چپ و نیز در ۴۲/۱٪ موارد به صورت دوطرفه بود. در میان مبتلایان به TN، هفت نفر برابر ۳۶/۸٪ دارای Trigger zone و ۱۲ نفر معادل ۶۳/۲٪ فاقد آن بودند. هفت نفر معادل ۳۶/۸٪ از

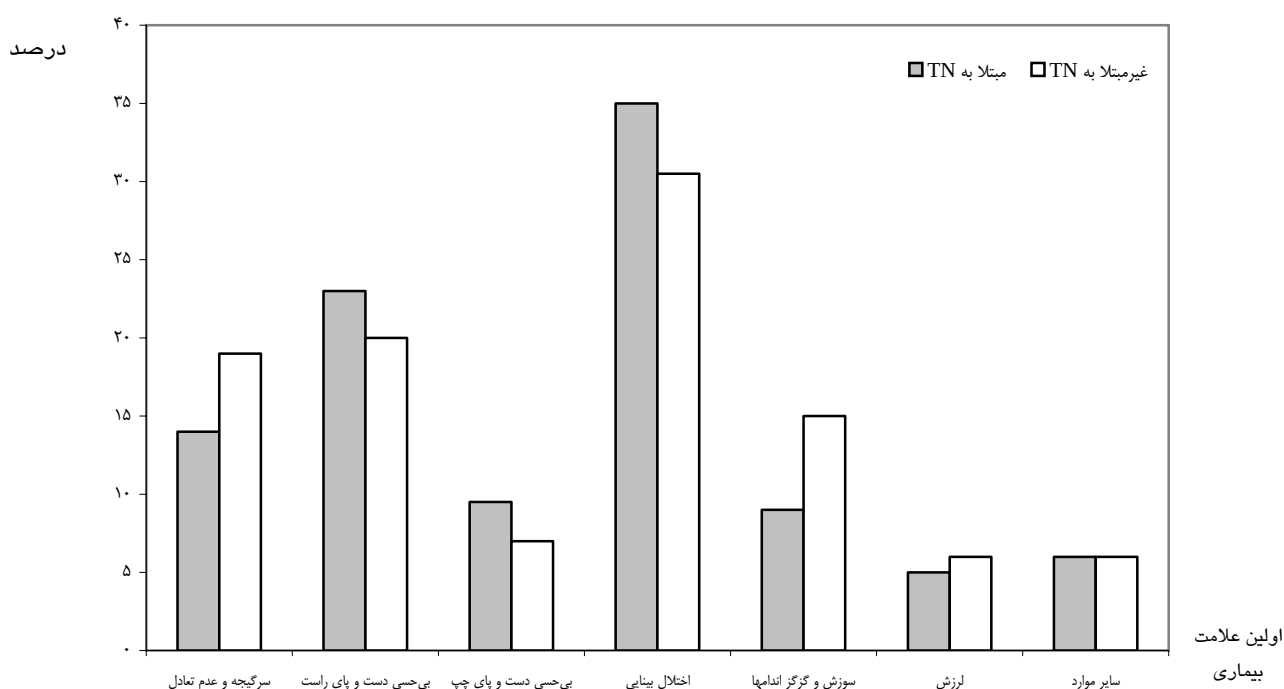
خصوصیات آن (به صورت تیرکشنده و شبیه شوک الکتریکی)، زمان بروز درد (بین چند ثانیه تا ۱-۲ دقیقه)، نواحی بروز درد (یک طرفه یا دو طرفه)، محل بروز درد (فک بالا، فک پایین، اطراف چشم)، شروع درد توسط اعمال دیگر (لمس کردن ناحیه گونه و گوشه لب، پره بینی و گوشه ابرو، زبان، لثه و دندانها و اعمالی نظیر اصلاح صورت، مسواک کردن و...) چیست؟

- آیا بیماری دیگر همراه MS دارد؟ (مثل تومورهای مغزی بررسی شده توسط متخصص مربوطه)، آیا برای درد صورتی خود تاکنون به دندانپزشک یا پزشک متخصص مراجعه کرده‌اید؟ این سوال جهت آگاهی از وجود درد به علل دندان، سینوسی و فکی طرح شده بود به طوری که در صورت تشخیص TN توسط نورولوژیست مصرف داروهایی نظیر فنی‌توئین و کاربامازپین توسط بیمار مشخص می‌گردید. البته در غیر این صورت این کار طی معاینه دندان کامل بررسی می‌شد.

وجود هرگونه درد مشابه با خصوصیات TN همراه با علل دندان، عدم ذکر محل مشخص برای درد توسط بیمار و یا شروع درد بدون علت خاص و همزمان با حمله MS به عنوان درد مشکوک ثبت می‌گردید. در این موارد، بیماران جهت بررسیهای بیشتر نظیر مشاوره گوش، حلق و بینی و تهیه رادیوگرافی دندان ارجاع می‌گردیدند. در صورت وجود هرگونه عامل دیگر نظیر درد دندان یا درد در ناحیه گوش، حلق و بینی و یا سایر موارد اقدام به برطرف شدن عوامل فوق می‌شد. در صورتی که بعد از این کار درد همچنان توسط فرد گزارش می‌گردید که با تعریف کلینیکی TN، ۱۰۰٪ همگن نبود به عنوان موارد مشکوک ارائه می‌شد. برای مقایسه‌های آماری از آزمونهای Student t و Fisher exact استفاده شد.

یافته‌ها

از میان ۱۷۹ نفر مورد مطالعه ۱۳۷ نفر زن معادل ۷۶/۵٪ و ۴۲ نفر برابر ۲۳/۵٪ مرد بودند. ۱۴ بیمار معادل ۷/۸٪ مبتلا به TN، پنج نفر برابر ۲/۸٪ مشکوک و صد و شصت نفر برابر ۸۹/۴٪ به این بیماری مبتلا نبودند.



نمودار ۱: درصد افراد مبتلا به TN و افراد غیرمبتلا برحسب اولین علامت بیماری MS

مطالعه به TN مبتلا بودند که با احتساب موارد مشکوک ۲/۸٪ شیوع کلی آن برابر ۱۰/۶٪ بدست آمد. ۸۹/۵٪ این افراد را زنان و ۱۰/۵٪ آنها را مردان تشکیل می‌دادند. از آنجا که شیوع بیماری MS در میان زنان بیشتر از مردان گزارش گردیده است (۷)، این یافته نیز در تأیید مطالب قبلی می‌باشد. شیوع TN در مطالعه Hooge و همکاران برابر ۱/۹٪ گزارش شده بود که با نتایج این مطالعه تفاوت دارد (۲). مقایسه یافته‌های مطالعه Hooge و همکاران در سال ۱۹۹۵ نشان‌دهنده تفاوت یافته‌های آنان با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد. در مطالعه آنان، TN در ۱۴٪ موارد به صورت دوطرفه و این میزان در مطالعه حاضر برابر ۴/۵٪ بدست آمد. همچنین میانگین سنی نمونه‌های مطالعه آنان ۳۸/۲ سال و در مطالعه حاضر برابر ۳۵/۶ سال بود. البته تنها داروی مورد استفاده توسط نمونه‌های این مطالعه جهت درمان TN کاربامازپین بوده در حالی که نمونه‌های شرکت کننده در مطالعه فوق از داروهای متنوعی نظیر فنی‌توئین، بکلوفن، پردنیزولون، کاربامازپین و ACTH مصرف می‌کردند. تفاوت در جوامع مورد بررسی نیز می‌تواند در این نتایج تأثیرگذار باشد.

مجموع افراد مبتلا به TN و افراد مشکوک به آن داروی کاربامازپین مصرف می‌کردند و ۱۲ نفر دیگر دارویی برای درمان TN مصرف نمی‌کردند.

در نمودار ۱ درصد افراد مبتلا به TN و نیز افراد غیرمبتلا برحسب اولین علامت بیماری MS ارائه شده است. در بررسی شیوع تکتک علائم در دو گروه تفاوت معنی‌داری از نظر آزمون Fisher exact بدست نیامد.

نمونه‌های مبتلا به MS از نظر مصرف داروی بکلوفن در کاهش و کنترل عوارض بیماری MS (به فرض مداخله‌گر بودن در بروز TN) بررسی شدند. بدین ترتیب که نمونه‌ها در دو گروه با سابقه مصرف بکلوفن و بدون مصرف آن قرار گرفتند. نتایج مقایسه دو گروه نشان‌دهنده اختلاف آماری معنی‌دار از نظر بروز TN بود به طوری که افرادی که بکلوفن مصرف می‌کردند یا سابقه مصرف آن را در گذشته داشتند نسبت به گروه دیگر چهار برابر احتمال کمتری برای بروز TN داشتند.

بحث

مطالعه حاضر نشان داد که ۷/۸٪ از بیماران MS مورد

مطالعه حاضر نشان داد بیمارانی که داروی بکوفن را در گذشته و یا در حال حاضر مصرف می‌کردند نسبت به افرادی که این دارو را اصلاً مصرف نکرده بودند، چهار برابر احتمال کمتری برای بروز TN داشتند. این موضوع شاید بتواند فرضیه مداخله‌گر بودن این دارو را در بروز TN تأیید نماید هرچند که این مطلب نیازمند تحقیقات بیشتر می‌باشد.

توجه و میزان اهمیت بیماران به سلامت دهان و دندانها را نیز باید در نتایج این مطالعه دخیل دانست، چه بسا ممکن بود درد کوتاه و زودگذری در دندانها بروز کرده و نسبت به درد سایر اعضای بدن (که انسان را از فعالیت روزمره باز می‌دارد) نزد بیمار از اهمیت کمتری برخوردار باشد. برخی از بیماران علی‌رغم گذشت سالیان زیاد از ابتلا به بیماری MS بروز یا عدم بروز درد با خصوصیات TN را به یاد نمی‌آوردند. همچنین بیماران مورد مطالعه در مراحل متفاوت این بیماری بوده و همکاری آنان نیز متفاوت بود.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که ۱۰/۶٪ از بیماران MS مورد مطالعه به TN نیز مبتلا بودند. تفاوت معنی‌داری بین بروز TN در بیماران مبتلا از نظر سن، جنس، اولین علامت بیماری MS و مدت زمان شروع بیماری بدست نیامد.

در مطالعه حاضر مهمترین سندرم درد حاد، TN و به میزان ۱۰/۶٪ گزارش گردید. این درصد در مطالعه Dwight و همکاران که بر روی ۱۵۹ نفر انجام شده بود برابر ۹٪ برآورد شد. البته در مطالعه آنان به نتایج تحقیق دیگری در ژاپن اشاره شده که شیوع TN در بیماران MS را برابر ۱۷٪ ذکر کرده است. (۷)، در مطالعه ایشان تفاوت معنی‌داری از نظر سن شروع بیماری، مدت زمان و درجه ناتوانی بیماران در دو گروه دارای درد و فاقد آن دیده نشد. در مطالعه حاضر نیز که بر روی ۱۷۹ نفر انجام شد تفاوتی از نظر سن شروع بیماری و مدت زمان آن در دو گروه مبتلا به TN و افراد غیرمبتلا مشاهده نشد. هرچند ویژگیهای متفاوت افراد جوامع موجب تفاوت در شیوع TN شده و در این زمینه گزارشهای متفاوتی از آن ثبت شده است

در مطالعه دیگری که توسط Archibald و همکاران بر روی ۸۵ بیمار مبتلا به MS انجام شد، شیوع درد برابر ۵۳٪ گزارش شده بود. (۸)، که تفاوت قابل ملاحظه‌ای در دو گروه با درد و فاقد درد از نظر جنس، سن و شرایط کلینیکی دیده نشد. تنوع شیوع درد در تحقیقات مختلف که در محدوده ۱۳٪-۸۰٪ بوده است به تفاوت در متدولوژی تحقیقات مختلف برمی‌گردد که ممکن است به دلیل بیان زمان غیرواقعی، حذف انواع دردها و جمع‌آوری اطلاعات غیرواقعی صورت گیرد. در مطالعات دیگر، بروز TN در ۱/۹٪-۲٪ تا ۳۲٪ موارد گزارش گردیده است. (۶،۳)

REFERENCES

۱. علیزاده شالچی، ه؛ بهاروند، م. تظاهرات دهانی و ملاحظات دندانپزشکی در بیماریهای عصبی. [پایان‌نامه]. تهران: دانشکده دندانپزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران؛ ۷۸-۱۳۷۹.
2. Hooge JP, Redekop WK. Trigeminal neuralgia in multiple sclerosis. *Neurology* 1995 July;45(7):1294-1296.
3. Chemaly D, Lefrancois A, Perusse R. Oral and maxillofacial manifestations of multiple sclerosis. *J Can Dent Assoc.* 2000 Dec;66(11):600-5.
4. Rayer P, Michele J, David AG. *Clinical Neurology Aminofem*. 4th ed. St. Louis: Mosby Co; 1999.
5. National Institute of Neurological disorders and stroke. Last updated, March 04, 2005.
6. Fiske J, Griffiths J, Thompson S. Multiple sclerosis and oral care. *Dent Update.* 2002 Jul-Aug; 29(6):273-83.
7. Dwight EM, Kathleen MF, Gorge CE. Pain syndromes in multiple sclerosis. *Neurology* 1988 Dec; 38(12): 1830-1834.
8. Archibald CY, Grath MC, Kitvo PG, Fisk YD, Bhan V, Maxner CE, Murray TY. Pain prevalence, severity and impact in clinic sample of multiple sclerosis patients. *Pain* 1994 Jul;58(1):89-93.