مجله گوش، گلو، بینی و حنجره ایران
شماره سی و نهم
The Iranian Journal of Oto rhinolaryngology
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

نورینوم زوج IX (گلوسوفارنژیال)
جنبه‌های تشخیصی و درمانی آن

دکتر محمد فرجی،[1] دکتر نعمت الله مختاری[2]
دانشیار گروه جراحی مغز و اعصاب، استاد گروه گوش و حلق و بینی - دانشگاه علوم پزشکی مشهد

Glossopharyngeal Neurinoma; diagnostical and therapeutical aspects

FARAJI. M, MD. MOKHTARI. N MD.

Department of Neurosurgery and ORL, Ghaem hospital, Mashhad University of Medical Sciences

Abstract:

Among posterior fossa tumors, neurinoma arising from glossopharyngeal nerve are rare; only about 46 cases of glossopharyngel neurinoma have been reported. Though a typical jugular foramen syndrome has been described for tumors of this region, the clinical onset may often closely resemble that of acoustic neurinoma thus misleading the diagnosis.

Although this tumor shares with the far more common acoustic norinoma the presenting symptom of hearing loss, it may be distinguished by an elicitable history of hoarseness, demonstration of abnormal palatal function and absence of expected findings upons standard radiographic examination of the petrous bones and internal auditory canal.

This is the report of our experience with five such cases treated successfully and we have found that identification of this tumor may be accomplished with currently available diagnostic techniques, including computerized tomography and MRI. Because of its different surgical implication, such a rare condition must be clearly recongnised. Our aim is to emphasize the importance of particular focus on clinical symptoms, imaging findings and surgical management of this tumor.

Kay Words: Neurinoma, Glossopharyngel neurinoma, CPA tumors, Hearing loss

۱- دکتر محمد فرجی و همکار
۲ - آدرس: مشهد، بیمارستان قائم (عج) گروه جراحی مغز و اعصاب .

عنوان مقاله:
نورینوم زوج IX (گلوسوفارنژیال)
جنبه‌های تشخیصی و درمانی آن

نویسندگان:
دکتر محمد فرجی، دکتر نعمت الله مختاری
دانشیار گروه جراحی مغز و اعصاب، استاد گروه گوش و حلق و بینی
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مقدمه

تومورهای با منشای غلاف عصبی از نظر فراوانی در درجه دوم بعد از گلیوما قرار دارد(۱).

از بین تومورهای غلاف عصبی در حفره خلفی بعد از نورینوم آکوستیک، نورینوم عصب زوج V و نورینومهای سایر اعصاب را باید نامبرد که شیوع آنها در عصب زوج V ۱ ٪ تا ۳۶٪ تومورهای داخل جمجمه بوده و در مورد سایر اعصاب تاکنون ۱۲۰ مورد گزارش شده وجود دارد که از این تعداد حدود ۳۰٪ مربوط به عصب زوج ۹ می‌باشد (۲-۱۲-۱۰-۳).

علائم کلینیکی نورینوم زوج ۹ بر حسب محل و اندازه تومور متفاوت بوده ولی در اکثر موارد شبی به تومورهای CPA بوده و کاهش شنوایی مشخص‌ترین علائم کلینیکی می‌باشد(۱۴-۸-۷-۱).

و سندرم فورامن ژیگولر (گرفتاری IX – X – XI) فقط در چند مورد از ۱۲۰ مورد گزارش شده وجود دارد (۱۴-۱۲-۱۰).

علائم کلینیکی معمول در نورینوم عصب زوج ۹ عبارتند از کاهش شنوایی، وزو گوش، سرگیجه آتاکسی، سردرد، نیستاگموس، خشونت صدا، هیپوستزی در پالاتوفارنژیال، و بندرت ادم پاپی می‌باشد(۲ و ۷).

با توجه به علائم کلینیکی متغیر و مشابه سایر تومورهای زاویه مخچه‌ای پل مغزی (CPA) که تشخیص قبل از عمل نورینوم زوج ۹ را تقریبا غیر ممکن ساخته و در اکثر موارد در موقع عمل جراحی به آن پی برده می‌شود، بر آن شدیم که ۵ مورد از آن را که در ۲۰ سال گذشته در سرویس جراحی اعصاب و گوش و حلق و بینی تحت درمان قرار داده‌ایم با تاکید بر جنبه‌های تشخیصی و درمانی آن گزارش کنیم.

روش مطالعه و بیماران

از سال ۱۳۶۴ تا سال ۱۳۸۳ در عرض ۲۰ سال تعداد ۵ مورد تومور نورینوم عصب زوج ۹ در بخش جراحی مغز و اعصاب و گوش و حلق و بینی بیمارستان قائم تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند تشخیص قبل از عمل جراحی در ۳ مورد نورینوم آکوستیک یک مورد گلوموس ژیگولر و در یک مورد نورینوم سایر اعصاب کرانیال بوده است از این تعداد ۳ مورد زن و ۲ مورد مرد بوده و از نظر محل قرارگیری ۴ مورد راست و ۱ مورد در طرف چپ بود. سن بیماران از ۲۴ سال تا ۴۵ سال و خصوصیات بالینی بیماران در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. از نظر محل قرارگیری تومور در ۳ مورد دمبل شکل بوده (توام - انتراکستراکرانیال) کاهش شنوایی در ۴ مورد خشونت صدا در ۳ مورد و اختلال رفلکس gag در ۲ مورد و اختلال حس چشایی در ۲ مورد وجود داشته است.

روش جراحی

روش جراحی برای درمان بیماران رتروماستویئد کرانیکتومی بوده و در هر ۵ مورد انجام گرفته است و در دو مورد دمبل شکل ادامه انسریون به طرف گردن و بازکردن فورامن ژیگولر و حذف کامل تومور امکان‌پذیر شده است حذف کامل در هر ۵ مورد انجام شده و عوارض قابل توجهی بعد از عمل جراحی نداشتیم خشونت صدا در ۲ مورد

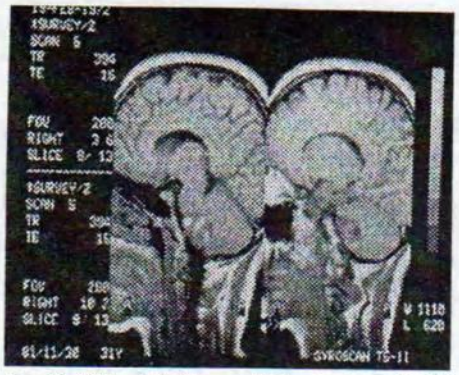
از بیماران وجود داشت که بعد عمل به تدریج در عرض ۳ ماه در یک بیمار و ۶ ماه در بیمار دوم بهبود پیدا کردند که در بیمار اخیر به علت عدم بهبودی دیسفونی تزریق تفلون در طناب صوتی انجام گرفت و نارسایی صوتی بهبود یافت.

جدول ۱- خصوصیات بالینی بیماران

مورد	جنس	سن	محل تومور	اختلال شنوایی	خشونت صدا	اختلال رفلکس gag	اختلال چشایی
۱	زن	۲۴	داخل جمجمه	+	+	-	-
۲	زن	۳۰	داخل جمجمه	+	-	-	-
۳	مرد	۳۵	دمبل شکل	-	-	+	-
۴	زن	۴۱	داخل جمجمه	+	+	-	+
۵	مرد	۴۵	دمبل شکل	+	+	+	+



شکل ۱ـ سی‌تی‌اسکن بدون تزریق ماده حاجب تومور به صورت هیپودانس در طرف چپ دیده می‌شود.



شکل ۳ـ در وضعیت سازیتال تومور با اثر فشاری MRI، T1 برروی مخچه



شکل ۲ـ سی‌تی‌اسکن با تزریق ماده حاجب تومور به صورت هیپردانس در طرف چپ دیده می‌شود.



شکل ۴ـ در وضعیت آگزیال با اثر فشاری برروی T2، MRI مخچه و تنه مغزی

بحث

نورینومهای اعصاب کرانیال تحتانی نادر بوده در مورد عصب زوج ۹ نادرترین بطوریکه تاکنون ۴۶ مورد در مقالات پزشکی گزارش شده است (۱۱-۹-۴-۲-۱) در مجموع گزارش شده نسبت زن به مرد ۱/۵ بوده و گرفتاری طرف راست بعد از طرف چپ و شایعترین علامت کاهش شنوایی بوده است علائم کلینیکی بیماران در جدول شماره ۲ آورده شده است.

در بیماران ما نیز نسبت زن به مرد ۳ به ۲ بوده و گرفتاری طرف راست بیشتر از طرف چپ بود اگر تک‌تک علائم بیماران خودمان را با موارد گزارش شده مقایسه کنیم به صورت جدول شماره (۲) خواهد بود.

جدول ۲ـ مقایسه فراوانی علائم کلینیکی در بیماران گزارش شده در مقالات پزشکی (۴۶ بیمار) با بیماران ما (۵ بیمار)

علائم	موارد گزارش شده	بیماران ما
کاهش شنوایی	۴۱ (٪۹۰)	۴
تغییر صدا	۱۵ (٪۲۹)	۳
کاهش رفلکس gag	۹ (٪۱۹)	۲
اختلال حس چشایی	۳ (٪۶/۵)	۲

همانطوریکه در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود شایعترین علامت این بیماران کاهش شنوایی بوده و بطور کلی علائم واضحی که قبل از عمل مشخص کننده گرفتاری عصب زوج ۹ باشد وجود نداشته و در هیچ یک از موارد گزارش شده قبل از عمل گمان نورینوم عصب زوج ۹ نمی‌رفته است در ۵ مورد گزارش شده ما نیز تشخیص قبل از عمل نورینوم زوج ۹ نبوده است.

برای تشخیص فرابالینی MRI بهترین است و اطلاعات زیاد از نظر لوکالیزاسیون تومور در اختیار قرار می‌دهد ولی با وجود آن قبل از عمل به طور دقیق نمی‌توان منشاء تومور را زوج ۹ دانست (۵ و ۶ و ۸ و ۱۳) که در یکی از بیماران ما تشخیص قبل از عمل نورینوم غیر از آکوستیک بود زیرا کانال گوشی داخلی به صورت دست‌نخورده و سالم بوده است.

نتیجه‌گیری

نورینوم عصب زوج ۹ بسیار نادر بوده و تشخیص قبل از عمل به علت نبودن علائم اختصاصی تقریباً غیرممکن است و در همه موارد گزارش شده تشخیص بعد از عمل جراحی امکان‌پذیر شده عمل جراحی از طریق رتروماستوئید کرانیکتومی و در مورد انتشار تومور به خارج، بازکردن کانال ژوگولر و حذف قسمت اکستراکرانیال تومور همزمان با حذف انتراکرانیال آن می‌باشد.

خلاصه

مقدمه:

از تومورهـای حفره خلفی نورینوم با منشاء عصب زوج ۹ نادر بوده و تاکنون ۴۶ مورد از این تومور گزارش شده است. هدف از این مقاله توجه ویژه به علائم و یافته‌های بالینی و درمان این بیماران می‌باشد.

روش مطالعه:

از سـال ۱۳۶۴ تـا سـال ۱۳۸۳ در عرض ۲۰ سال تعداد ۵ مورد تومور نورینوم عصب زوج ۹ در بخش جراحی مغز و اعصاب و گوش و حلق و بینـی بیمارستان قائم تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند تشخیص قبل از عمل جراحی در ۳ مورد نورینوم آکوستیک یک مورد گلوموس ژیگولر و در یک مورد سایر اعصاب کرانیال بوده است.

نتایج:

از ۵ بـیمار فـوق ۳ مـورد زن و ۲ مـورد مـرد بوده و سن آنان بین ۲۴ تا ۴۵ سال و شایع‌ترین یافته بالینی کاهش شنوائی بوده است از نظر لکالیزاسیون تومـور سـه مـورد داخل جمجمه و دو مورد دمبل شکل بوده است. حذف کامل تومور در هر ۵ مورد امکان پذیر شده و مورتالیته وجود نداشته است.

نتیجه‌گیری:

در این مقاله تجربه خودمان را در ۵ مورد از این تومور که با موفقیت تحت درمان قرار داده‌ایم گزارش کرده و بر این مطلب تاکید می‌کنیم که اسـتفاده از روش‌هـای تشخیصـی از قبـیل ام آر ای و سی‌تی‌اسکن و توجه به علائم بالینی می‌تواند در تشخیص قبل از عمل و در نتیجه در اقدامات جراحی کمک کننده باشد.

واژه‌های کلیدی: نورینوم عصب ۹ – تومورهای زاویه سربلو – کاهش شنوایی

References

1- Arenberg IK, mcCreary HS. Neurilemmoma of the jugular foramen.Larygoscope 1971; 81: 544-7.

2- Claesen P, Plets C. Goftfin J, et al. The glossopharyngeal neurrinoma. Clin Neurol Neurosurg 1989; 91:65-9.

3- De Monte F, Al-mefty O.Neoplasms and the cranial nerves of the posterior fossa. In: Barrow DL. (Ed). Surgery of the cranial Nerves of the posterior Fossa. Neurosurgical Topics. AANS Publication Committee, Park Ridge-Illinois 1993; 256-273.

4- Hearly JF, Goff WB, Bishop JW. Pathologic basis of computed tomographic and angiographic findings in a giant ninth nerve neuroma. Comput Radiol 1982; 6: 227-31.

5- Horn KL. House WF, Hitselberger WE, Schwannoma of the jugular foramen. Laryngoscope 1985; 95: 761-5.

6- Kelly DL, Birtton BH, Branch CL. Cooperative neuro – oto – logic management of acoustic neuromas and other cerebellopontine angle tumors. S Med 1988: j 81: 557-61.

7- McEleveen JT, Saunders JE: Tumors of cerebellopontine angle: Neurotologic aspects of diagnosis. In neurosurgery Vol 1 Wilkins RH, Rengachary SE(eds) Second edition. McGraw Hill – 1996; 1039-1048.

8- Tan LC, Bordi L, Symon L. Jugular foramen neuromas: A review of 14 cases. Surg Neural 1990; 35: 205-11.

9- Puzzilli F, Mastronardi L, Agrilli Uet al: Glossopharyngeal nerve schwannoma; report of a case operated on by the far lateral transcondylar approach. Skull Base Surg 1999; 9: 57-63.

10- Samii M. Babu RP, Tatagiba M et al: Surgical treatment of jugular foramen schwannomas. J Neurosurg 1995; 82: 924-932.

11- Samii M, Tatagiba M: tumors of the jugular of the jugular foramen. Neurosurgery Quarterly 1996; 6: 176-193.

12- Sweasey TA, Edelstain SR, Hoff JT: Glossopharyngeal schwannoma: review of five cases and the literature. Surge Neurol 1991; 35: 127-130.