

بررسی شیوع نورالژی تری ژمینال در بیماران Multiple Sclerosis مراجعه کننده به

انجمن MS ایران در سال ۱۳۸۴

دکتر آذر دربندی*، دکتر شادی رضایی**

چکیده

سابقه و هدف: نورالژی تری ژمو (TN) یکی از علائم بیماری MS می‌باشد که در ۱/۹٪ افراد مبتلا دیده می‌شود و در ۰/۳٪ از موارد می‌تواند علامت شروع بیماری باشد. چون مطالعه مستندی در این زمینه در کشور ما وجود ندارد، این مطالعه با هدف تعیین فراوانی TN در بیماران مبتلا به MS صورت گرفت.

مواد و روشها: در مطالعه توصیفی حاضر از میان بیماران MS مراجعه کننده به انجمن MS ایران ۱۲۵ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. با مصاحبه حضوری اطلاعاتی شامل سن شروع بیماری، اولین علامت بیماری، زمان و پزشک تشخیص دهنده بیماری، همچنین تظاهرات ماگزیلوفاسیال بیماری بدست آمد. توسط پرونده آنان اطلاعات تکمیلی استخراج گردید. نتایج بوسیله نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای تعیین ارتباط بین شیوع TN با سن از آزمون T داده‌های مستقل استفاده شد.

یافته‌ها: بیماران مورد مطالعه شامل ۷۲ زن و ۵۳ مرد با متوسط سن شروع بیماری ۲۶/۵ سالگی بودند. شایع‌ترین علامت شروع بیماری اختلالات بینایی بود (۳۶٪). در رابطه با تظاهرات ماگزیلوفاسیال، ۱۱/۲٪ بیماران TN، ۴۰/۸٪ بیماران نورپاتی حسی تری ژمو و ۲۰٪ بیماران فلج صورتی داشتند. وقوع نورالژی تری ژمینال در ۵۰٪ موارد ۲ طرفه بوده و در ۲ بیمار اولین علامت بیماری بود. شاخه ماگزیلاری و مندیبولار عصب به ترتیب بیشترین درگیری را داشتند. TN در زنان مبتلا به MS شایع‌تر بود و بیماران گروه TN متوسط سنی پائین‌تری داشتند ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: دندانپزشکان باید آشنایی کافی با این نوع درد صورتی داشته باشند تا از درمانهای غیرضروری اجتناب کنند و در مواجهه با بیمار جوان مبتلا به TN بیماری MS را در ذهن داشته باشند تا با بروز آن به عنوان اولین علامت بیماری MS شروع به موقع درمان را ارتقا دهند.

کلید واژگان: مولتیپل اسکلروزیس (MS)، نورالژی تری ژمینال (TN)، نوروپاتی تری ژمینال

تاریخ تأیید مقاله: ۱۳۸۵/۳/۱۶

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۸۵/۲/۳۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۱۰/۱۱

مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ویژه‌نامه (تشخیص - پاتولوژی) ۱۳۸۶، ۵۶۷-۵۶۱

مقدمه

و اتوایمیون نقش مهمی در بروز آن دارند، به طوری که قسمتهای شمال اروپا و جنوب کانادا، شمال ایالات متحده و جنوب استرالیا جز مناطق پرخطر محسوب می‌شوند (۳). این بیماری در نژاد زرد کمتر از نژاد سیاه و سفید دیده می‌شود. در بیماران مبتلا، وجود HLA خاص به عنوان عامل مستعد کننده بیماری شناخته شده و بیشترین حساسیت در HLAII دیده می‌شود (۴). در مورد مکانیسم ایمنی، فعالیت لنفوسیت‌های

اسکلروز متعدد را می‌توان از شایع‌ترین بیماری‌های سیستم عصبی مرکزی در انسان به شمار آورد. این بیماری عصبی که اغلب بالغین جوان را مبتلا می‌سازد با تخریب میلین راه‌های عصبی همراه است (۱). بیماری در زنان شایع‌تر می‌باشد. زمان ایجاد حمله اولیه به طور متوسط در طول دهه چهارم زندگی است ولی در هر سنی می‌تواند ایجاد شود (۲). علت بیماری MS مشخص نیست اما آنچه مسلم است عوامل محیطی و ژنتیکی

دندانپزشک باید از علائم دهانی بیماری اطلاع کافی داشته باشد زیرا ممکن است وی اولین فرد تشخیص دهنده بیماری باشد، بنابراین این تحقیق با هدف بررسی فراوانی نورالژی تری ژمینال در بیماران MS صورت پذیرفت.

مواد و روشها

این مطالعه توصیفی بر روی ۱۲۵ بیمار مبتلا به MS مراجعه کننده به انجمن MS ایران در سال ۱۳۸۴ انجام پذیرفت. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی بود. اطلاعات مربوط به سن شروع بیماری، اولین علامت بیماری، زمان تشخیص و پزشک تشخیص دهنده بیماری، تظاهرات ماگزیلوفاشیال بیماری MS شامل نورالژی تری ژمو، نوروپاتی تری ژمو و فلج صورتی از طریق مصاحبه حضوری با بیماران جمع‌آوری و در پرسشنامه مربوطه ثبت گردید. لازم به ذکر است که نورالژی تری ژمو به طور کامل شرح داده شده، از افتراق آن با دردهای دندانی اطمینان حاصل شده بود. از پرونده‌های این بیماران برای استخراج اطلاعات تکمیلی استفاده شد.

در پایان، داده‌ها به وسیله نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای تعیین وجود ارتباط بین شیوع نورالژی تری ژمینال با سن، متوسط سن بیماران مبتلا به MS در دو گروه واجد و فاقد نورالژی تری ژمینال با استفاده از آزمون Independent sample t و با در نظر گرفتن خطای نوع اول آماري برابر ۰/۰۵ مقایسه گردیدند.

یافته‌ها

با بررسی پرسشنامه‌ها، نتایج زیر به دست آمد:

الف - اطلاعات دموگرافیک

سن شروع بیماری در ۲۷ بیمار (۲۱/۶٪) در دهه دوم، در ۵۸ بیمار (۴۶/۴٪) در دهه سوم، در ۳۲ بیمار (۲۵/۶٪) در دهه چهارم، در ۷ بیمار (۵/۶٪) در دهه پنجم و در یک بیمار (۰/۸٪) در دهه ششم زندگی بود. متوسط سن شروع بیماری MS ۲۶/۵ بدست آمد (نمودار ۱).

T بر علیه پروتئین میلین اعصاب، همچنین افزایش ایمنوگلوبولین‌ها در مایع مغزی نخاعی به چشم می‌خورد، که همه موارد فوق عوامل اتیولوژیک مطرح شده را تأیید می‌نمایند(۵).

مشخصه بیماری، متعدد بودن ضایعات از نظر زمانی و مکانی و رخداد علائم به صورت رفت و برگشتی است یعنی یک علامت عصبی پس از مدتی بهبود یافته و در زمان دیگر همان علامت یا علائم دیگر مجدداً رخ می‌دهند. گرچه بهبودی می‌تواند کامل باشد اما ممکن است علائم عصبی به تدریج بیمار را ناتوان سازند. علائم شایعی که به دنبال حمله M.S ایجاد می‌شوند شامل نقص در بینایی، ناهماهنگی عضلانی، اختلالات مثانه، عدم تعادل و سرگیجه می‌باشند(۱). تظاهرات کلینیکی مشخص M.S نواحی دهانی - صورتی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. از جمله مواردی که دندانپزشک باید به آن توجه داشته باشد نورالژی عصب سه قلو است(۲). نورالژی تری ژمینال شایع‌ترین نورالژی مغزی می‌باشد که به طور وسیع تری افراد بالای ۵۰ سال را مبتلا می‌سازد. علت اصلی نورالژی ژمینال مورد بحث است اما در نزدیک به ۱۰٪ موارد بیماری‌های پاتوژنیک مشخصی از قبیل تومورهای زاویه مخچه، M.S یا یک مالفورماسیون عروقی از علل ایجاد آن به شمار می‌آیند. درصد باقیمانده، موارد نورالژی ژمینال ایدیوپاتیک هستند(۲). درد عصب سه قلو به صورت ناگهانی با ماهیتی همانند شوک الکتریکی آغاز می‌گردد. این در ممکن است با لمس چانه، مسواک زدن یا عمل جویدن آغاز شود. این درد معمولاً بسیار شدید بوده، زمان آن کوتاه و در حد چند ثانیه می‌باشد اما می‌تواند به دفعات متعدد در روز تکرار شود(۲).

نورالژی تری ژمینال در ۱/۹٪ از بیماران M.S وجود دارد و معمولاً طی دوره بیماری ظاهر می‌گردد. هر چند که در ۰/۳٪ از موارد، علامت آغاز بیماری است. درد عصب سه‌قلو در مقایسه با نوع ایدیوپاتیک آن، در بیماری M.S در سنین پائین تری ایجاد شده، می‌تواند دوطرفه باشد(۲).

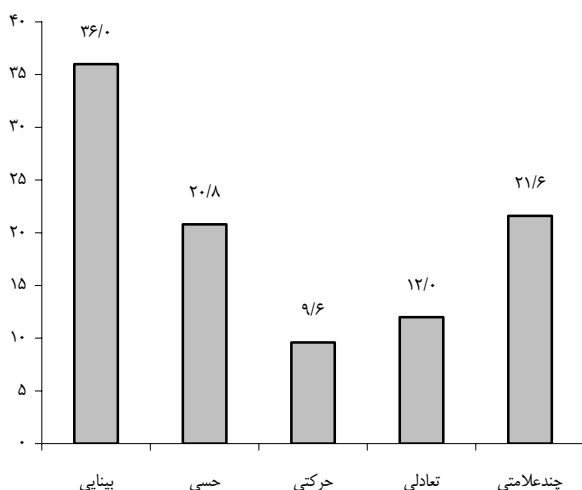
با در نظر گرفتن اینکه نورالژی تری ژمینال یکی از علائم شروع بیماری M.S می‌باشد و با توجه به این مطلب که یک

جهت رفع مشکل به سه دندانپزشک در ایران و یک دندانپزشک در آمریکا مراجعه کرده بود. تشخیص تمامی دندانپزشک‌ها کشیده شدن عصب صورتی به علت جراحی عقل نهفته بود. بی‌حسی صورت بیمار ۲ ماه بعد خود به خود رفع گردید و ۳ ماه بعد از این موضوع درگیری چشمی آغاز شد. در ۵ بیمار (۴٪) فلج صورتی به همراه بی‌حسی‌های نیمه صورت اولین علامت بیماری بود که در یک بیمار همراه با عدم تعادل، تاری دید، تکرر ادرار و در دیگری با بی‌حسی دست و پا همراه بود (نمودار ۲).

زمان تشخیص بیماری پس از بروز اولین علامت در ۲۹ بیمار (۲۳٪) در کمتر از یک ماه، در ۳۳ بیمار (۲۶٪) بین یک ماه تا ۱ سال، در ۱۷ بیمار (۱۳٪) ۱ تا ۲ سال، در ۲۱ بیمار (۱۶٪) ۲ تا ۳ سال، در ۱۴ بیمار (۱۱٪) ۳ تا ۴ سال و در ۱۱ بیمار (۸٪) بیش از ۴ سال (حداکثر تا ۱۰ سال) پس از بروز اولین علامت صورت گرفته بود.

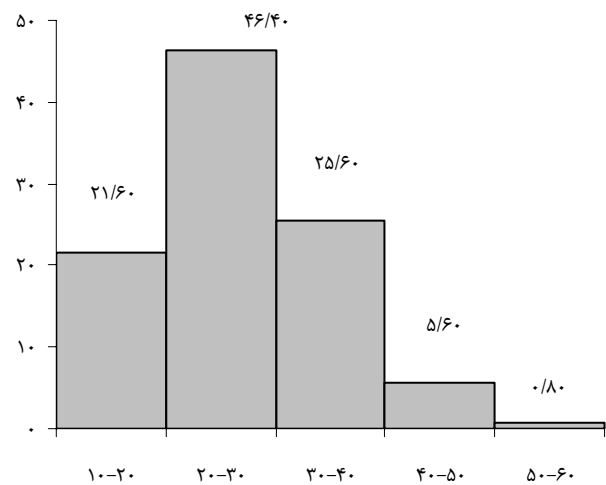
در دو بیماری که دردهای دندانی اولین علامت در آنان بود تشخیص بیماری به ترتیب ۶ ماه و ۱/۵ سال پس از بروز علامت صورت گرفته بود (نمودار ۳).

همچنین در ۵ بیماری که در ابتدای بیماری به دندانپزشک مراجعه کرده بودند، تشخیص صحیح و ارجاع بیمار صورت نگرفته بود.



نمودار ۲- فراوانی اولین علامت بیماری MS در افراد مورد

مطالعه در انجمن MS ایران در سال ۱۳۸۴



نمودار ۱- هیستوگرام سن شروع بیماری MS در افراد مورد

مطالعه در انجمن MS ایران در سال ۱۳۸۴

اولین علامت بیماری در ۴۵ بیمار (۳۶٪) اختلالات بینایی، در ۲۶ بیمار (۲۰٪) مشکلات حسی، در ۱۲ بیمار (۹٪) مشکلات حرکتی و در ۱۵ بیمار (۱۲٪) اختلال تعادلی بود. ۲۷ بیمار (۲۱٪) نیز چندعلامتی بودند. از بین بیمارانی که شروع بیماری آنها با علائم صورتی همراه بود، ۲ بیمار (۱٪) درد شدید دندانی و یک بیمار درد تیرکشنده دندان همراه با تب و تشنج را گزارش کردند. بیمار دوم درد شدیدی در دست و پا احساس می‌کرد. هر دو بیمار به دندانپزشک مراجعه کرده بودند. ولی نوع درد توسط این دندانپزشکان تشخیص داده نشده بود. در ۱۰ بیمار (۸٪) بی‌حسی صورت اولین علامت بیماری بود که در ۸ مورد با بی‌حسی نیمه بدن همراه بود. از این میان تنها یکی از این بیماران برای رفع درد صورتی به دندانپزشک مراجعه کرده بود که دندانپزشک برای حل آن دندان عقل وی را کشیده شده بود. در ۲ مورد دیگر بی‌حسی تنها شامل صورت می‌شد که یکی از این دو بیمار آن را به صورت بی‌حسی در تمام دندانها گزارش می‌کرد. در این مورد نیز با مراجعه به دندانپزشک، برای حل این مشکل دندان عقل بیمار کشیده شده بود. بیمار دیگر گزارش کرد که ۲ تا ۳ روز پس از جراحی دندان عقل نهفته، به بی‌حسی در یک طرف صورت دچار شده،

شروع حملات دردناک صورتی در ۸ بیمار (۵۷/۱٪) بین سنین ۲۰ تا ۳۰ سالگی و در ۶ بیمار (۴۲/۸٪) بین ۳۰ تا ۳۵ سالگی بود. متوسط سن شروع حملات درد صورتی ۲۸ سالگی بود. در صفحه ۹ سن شروع بیماری MS ۲۶/۵ است.

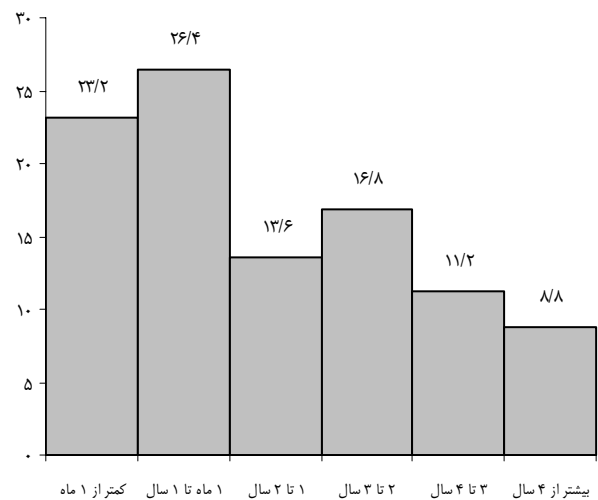
از نظر زمان بروز علامت، در ۱۲ بیمار (۸۵/۷٪) شروع نورالژی تری ژمو بعد از شروع بیماری MS بوده، متوسط فاصله زمانی بین شروع بیماری MS تا شروع این دردها ۵ سال بود. در ۲ بیمار (۱۴/۳٪) نیز اولین علامت شروع بیماری بود.

۶ نفر از این بیماران (۴۲/۸٪) سابقه مصرف داروی مربوط به نورالژی تری ژمو داشتند. ۴ بیمار کاربامازپین مصرف می‌کردند که در ۲ نفر از آنها تأثیری در کاهش شدت درد نداشت و در یک بیمار باعث کاهش شدت درد و در بیمار آخر باعث حذف کامل درد از یک سال گذشته تا به حال شده بود. ۲ بیمار دیگر گاباپنتین مصرف می‌کردند که در یکی تأثیر بسیار مثبتی در کاهش درد داشته، در دیگری هیچ تأثیری نداشت.

در بررسی حاضر شروع دردهای صورتی در سنین جوانی و متوسط سن شروع ۲۸ سال بود (محدوده سنی ۳۰-۲۵ سال). علاوه بر این بیماران MS در گروه مبتلا به نورالژی متوسط سن پائین تری داشتند ($P < 0.001$).

بحث

این مطالعه بر روی ۱۲۵ بیمار مبتلا به MS مراجعه کننده به انجمن MS ایران در بین سالهای ۸۴-۱۳۸۰ جهت بررسی فراوانی نورالژی تری ژمینال انجام شد. بیماران مورد مطالعه در محدوده سنی ۵۸-۱۸ سال قرار داشته، متوسط سن آنها ۳۴/۴ بود. ۷۲/۸٪ بیماران در گروه سنی ۲۰-۴۰ سالگی قرار داشتند. متوسط سن بیماران MS در مطالعه قربانی و ناصریه (۱۳۸۳) ۳۱/۸ بوده، ۷۰٪ بیماران در محدوده سنی ۲۰-۳۹ قرار داشتند (۶). در مطالعه رسول‌نیا (۱۳۸۲) متوسط سن بیماران ۳۵ سال بود (۷). این نتایج مشابه گزارشات خارج از کشور می‌باشد (۱). در این بررسی ۵۷/۶٪ بیماران زن و ۴۲/۴٪ مرد بودند. نسبت زن به مرد در مطالعه حاضر ۱: ۱/۳۵ بود. در مطالعه قربانی و ناصریه (۱۳۸۳) این نسبت ۱: ۳/۵ و در مطالعه رسول‌نیا



نمودار ۳- فراوانی زمان تشخیص بیماری MS در افراد مورد

مطالعه در انجمن MS ایران در سال ۱۳۸۴

در بررسی‌های انجام شده مشخص شد ۱۴ نفر از بیماران مبتلا به MS (۱۱/۲٪) سابقه نورالژی تری ژمو داشتند، که در ۲ نفر از این بیماران (یکی به علت مصرف داروی کاربامازپین و دیگری به خودی خود و به مرور زمان) این درد حذف شده بود و آخرین سابقه حملات دردناک صورتی در این دو بیمار مربوط به یک سال گذشته بود. ولی در ۱۲ بیمار دیگر (۹/۶٪) نورالژی تری ژمو یکی از علائم بیماری MS در وضعیت فعلی بوده، یعنی علامت اولیه بیماری نبود.

در مطالعه حاضر ۱۲ نفر از بیماران زن (۸۵/۷٪) و ۲ نفر از بیماران مرد (۱۴/۳٪) بودند.

حملات در ۱۰ بیمار (۷۱/۴٪) بین ۱ تا ۳۰ ثانیه و در ۴ بیمار (۲۸/۶٪) بین نیم تا ۲ دقیقه طول می‌کشید.

۸ بیمار (۵۷/۱٪) تعداد حملات در یک روز را بین ۱ تا ۳ بار، ۵ بیمار (۳۵/۷٪) بین ۳ تا ۵ بار و یکی از بیماران (۷/۱٪) بین ۲۰ تا ۳۰ بار گزارش کردند.

در مطالعه فعلی، ۷ نفر از بیماران (۵۰٪) سابقه نورالژی تری ژمو دوطرفه داشتند. از بین ۷ نفر باقیمانده، ۴ بیمار (۲۸/۵٪) درگیری سمت چپ و ۳ بیمار (۲۱/۴٪) درگیری سمت راست صورت را تجربه کرده بودند. در هیچ موردی شاخه افتالمیک عصب سه قلو به تنهایی درگیر نشده بود.

(۱۳۸۲) این نسبت ۱ : ۱/۵ بود (۶،۷).

براساس مطالعات مختلف MS در زنان شایع‌تر از مردان است که هنوز دلیل قطعی برای این تفاوت ذکر نشده اما تداخلات بین عوامل هورمونی و سیستم ایمنی می‌توانند در این زمینه موثر باشند (۱).

طبق بررسی رسول‌نیا (۱۳۸۶) اختلالات بینایی دومین رتبه را (۲۴/۶٪) از نظر شروع علائم بعد از اختلالات حسی - حرکتی (۲۸/۶٪) به خود اختصاص داده بودند (۷)، که این موضوع با بررسی McAlpine (۱۹۷۳) مطابقت دارد. طبق بررسی McAlpine (۱۹۷۳) بیشترین درصد علامت اولیه بیماری در اکثر گزارشات ثبت شده ضعف در یک یا چند اندام بوده و اختلالات بینایی در رتبه دوم قرار داشتند (۸).

در مطالعه حاضر، ۱۴ بیمار (۱۱/۲٪) سابقه نورالژی تری ژمینال داشتند. در مطالعات گذشته ارقام گزارش شده در مورد شیوع نورالژی تری ژمینال در بیماران MS بین ۱٪ تا ۱۸٪ متغیر بوده است.

Clifford و Trotter در سال ۱۹۸۴ درصد شیوع را در سنت لوئیس آمریکا ۱/۶٪، Vermote و همکاران در سال ۱۹۸۶، ۳/۶٪، Kassirer و Osterberg در سال ۱۹۸۷ در شهر بوستون آمریکا با احتساب دردهای آنتیبیک صورتی، ۱۸٪، Moulin و همکاران در سال ۱۹۸۸ در کانادا ۴/۴٪، Stenager و همکاران در سال ۱۹۹۱ در دانمارک ۲/۶٪، Stengar و همکاران در سال ۱۹۹۵ در دانمارک ۱۴٪، Ostenberg و همکاران در سال ۲۰۰۴ در سوئد ۴/۹٪ گزارش کردند. کامل‌ترین و دقیق‌ترین بررسی و آنالیز در این زمینه مربوط به مطالعه Ostenberg و همکاران در سال ۲۰۰۴ و Moulin و همکاران در سال ۱۹۸۸ که درصد شیوع را به ترتیب ۴/۹٪ و ۴/۴٪ گزارش کردند (۹-۱۵).

اختلاف در شیوع نورالژی تری ژمینال در بیماران MS ممکن است به وجود تفاوت در جمعیت بیماران مورد بررسی (از نظر تعداد، نژاد، منطقه جغرافیایی و...) مربوط باشد.

علاوه بر این، نوع مطالعه، روشها و اهداف این مطالعات به طور قابل ملاحظه‌ای متفاوت بوده‌اند. در برخی از این مطالعات

درصد شیوع درد براساس وجود آن در زمان مصاحبه با بیمار، گزارش شده بودند. علاوه بر این، سندرمهای درد حاد و از جمله درد عصب سه قلو، به علت ماهیت زودگذرشان با گذشت زمان از رخداد آن به آسانی فراموش می‌شوند. بنابراین یک تجزیه و تحلیل آینده‌نگر به طور دقیق‌تری سندرمهای درد حاد را مورد بررسی قرار می‌دهد.

در زمینه توزیع جنسی نورالژی تری ژمینال در بیماران MS، یک مطالعه اپیدمیولوژیک در کانادا در سال ۱۹۸۳ نشان داد که شیوع درد چه از نوع دائمی چه موقت و گذرا در زنان بالاتر است (۱۶).

مطالعات اپیدمیولوژیک در زمینه نورالژی تری ژمینال نیز نشان می‌دهند که شیوع این سندرم دردناک در زنان بالاتر است (۱۷). در مطالعه Solaro (۲۰۰۴) شیوع نورالژی تری ژمینال در زنان مبتلا به MS به صورت معنی‌داری بالاتر بود (۱۸). Moulin و همکاران (۱۹۸۸) دریافتند که به طور کلی شیوع سندرمهای درد در زنان مبتلا به MS بالاتر است اما در مطالعه Stenager (۱۹۹۱) تفاوتی از نظر توزیع جنسی سندرمهای درد در بیماران MS مشاهده نشد (۱۳، ۱۲).

در بررسی حاضر از ۱۴ بیمار مورد بررسی ۱۲ بیمار (۸۵/۷٪) زن و ۲ بیمار (۱۴/۳٪) مرد بودند. تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که ارتباط معنی‌دار بین شیوع نورالژی تری ژمینال و جنس وجود دارد ($P=0/002$). این نتیجه با اکثر تحقیقات انجام شده در این زمینه مشابهت دارد (۵، ۱۵).

بسیاری از مطالعات موید این مطلب هستند که نورالژی تری ژمو در بیماران MS به طور واضح در سنین پائین‌تری اتفاق می‌افتد (۳، ۱۲، ۱۹، ۲۰). مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۵ صورت پذیرفت نشان داد که بین سن شروع نورالژی تری ژمو در بیماران MS در فرم ایدیوپاتیک آن اختلاف آماری معنی‌دار وجود دارد و سن شروع در بیماران MS بسیار پائین‌تر می‌باشد (۱۰/۵ ± ۴۳ در برابر ۱۱/۵ ± ۵۹) (۳). در حالی که در مطالعه‌ای که توسط Hooge و Redekop (۱۹۹۵) انجام شد، سن شروع نورالژی تری ژمو در بیماران MS مشابه بیمارانی بود که نورالژی تری ژمو ایدیوپاتیک داشتند مگر زمانی که علامت

اهمیت این موضوع در تشخیص به موقع بیماری جهت شروع درمان و جلوگیری از پیشرفت و کنترل بیماری در مراحل ابتدایی بوده، دندانپزشک در این زمینه نقشی کلیدی دارد. چرا که احتمالاً این بیماران برای درمان ابتدا به دندانپزشک مراجعه می‌کنند.

در این تحقیق ۲۵ بیمار (۲۰٪) فلج صورتی را در طول دوره بیماری تجربه کرده بودند که در ۵ بیمار (۴٪)، علامت شروع کننده بیماری بود. در مطالعه Fukazawa و همکاران (۱۹۹۷) در ژاپن شیوع فلج صورتی در بیماران MS ۱۹/۶٪ گزارش شد. این علامت در ۴/۷٪ به عنوان علامت شروع بیماری بود که با نتایج مطالعه حاضر در این زمینه هماهنگی دارد (۲۳).

نتیجه‌گیری

در این بررسی، ۱۱/۲٪ بیماران مبتلا به MS، سابقه دردهای ناشی از نورالژی تری ژمو داشتند. این دردها در ۲ بیمار (۱/۶٪) علامت شروع بیماری بود. این مسأله لزوم آگاهی دندانپزشکان عمومی از علل ایجاد کننده دردهای آتیپیک صورتی، از جمله درد عصب سه قلو به خصوص در بیماران زیر ۴۰ سال را نشان می‌دهد. آگاهی کافی و تشخیص به موقع نورالژی تری ژمو به عنوان اولین علامت بیماری MS به تشخیص به موقع و در نتیجه درمان سریع بیماری کمک کرده، از بکار بردن راهکارهای درمانی نابجا و غیرضروری پرهیز شود.

شروع بیماری نورالژی تری ژمو بود (۲۱). در مطالعه Solaro و همکاران (۲۰۰۴) نیز بیماران MS با نورالژی تری ژمو، متوسط سن بالاتری داشتند (۱۸).

همچنین بررسی مطالعات گذشته نشان داد که وقوع نورالژی تری ژموی ۲ طرفه در بیماران MS نسبت به فرم ایدیوپاتیک آن شایع‌تر است (۱۳، ۱۹، ۲۰). در مطالعه حاضر ۷ بیمار (۵۰٪) سابقه نورالژی تری ژموی ۲ طرفه داشتند که بیانگر درصد بالای درگیری عصب سه قلو به صورت ۲ طرفه در این بیماران می‌باشد.

بیشترین شاخه درگیر عصب سه قلو در مطالعه حاضر، شاخه ماگزیلاری در ۱۲ بیمار (۸۵/۷٪)، سپس شاخه مندیبولار در ۱۰ بیمار (۷۱/۴٪) و کمترین شاخه درگیر شاخه افتالمیک در دو بیمار (۱۴/۲٪) بود. در مطالعات انجام شده توسط Jensen (۱۹۸۲) و Brisman (۱۹۸۷) ترتیب فراوانی شاخه درگیر عبارت بود از شاخه مندیبولار، شاخه ماگزیلاری و در آخر شاخه افتالمیک (۱۹، ۲۰).

در مطالعات مختلف درصدهای متفاوتی برای بروز نورالژی تری ژمو به عنوان اولین علامت بیماری MS گزارش شده‌اند. این درصد در مطالعه Osterberg و همکاران (۲۰۰۵)، همچنین در مطالعه Clifford و همکاران (۱۹۹۷) ۰/۳٪، در مطالعه Stenger و همکاران (۱۹۹۱) ۰/۹٪، در مطالعه Indaco و همکاران (۱۹۹۴) ۲/۴٪ و در مطالعه حاضر ۱/۶٪ بود (۸، ۱۳، ۱۵، ۲۲).

Reference

1. Miller JR: Merritt's Neurology. 10th Ed. Philadelphia: Wolter Co. 2003;Chap23:733-797.
2. Greenberg MS, Glick M: Burket's oral medicine diagnosis and treatments. 10th Ed. Hamilton, Ontario: BC Decker Inc. 2003;Chap12:327-329,595-596.
3. Munger KL, Zhangsm MJ: Vitamin D intake and incidence of MS. Neurology 2004;62:60-65.
4. Kasper DL: Harrison principles of internal medicine. 16th Ed. New York: McGraw Hill 2005;Chap15:2434-36,2461-76.
5. Kurtzke IF, William F: Epidemiology of multiple sclerosis and risk factors of MS. J Neurol 1977;48:204-213.
۶. قربانی - م، ناصریه - م، نبوی - م: بررسی عوارض جانبی شایع بتافرون در بیماران MS مراجعه کننده به انجمن MS ایران در سال ۸۱-۸۲. پایان‌نامه دکترای عمومی پزشکی، دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد، سال ۱۳۸۳.

۷. رسول نیا - م، نبوی - م: بررسی درجه ناتوانی و میزان پیشرفت آن در بیماران مبتلا به MS. پایان نامه دکترای عمومی پزشکی، دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد، سال ۱۳۸۲.

8. Adams RD, Victor M: Principles of Neurology. 5th Ed. New York Mc Graw-Hill 1997;Chap15:902-921.
9. Clifford DB, Trotter JL: Pain in multiple sclerosis. Arch Neurol 1984;41:1270-1272.
10. Vermote R, Ketelaer P, Carton H: Pain in multiple sclerosis. Clin Neurol Neurosurg 1986;88(2):87-93.
11. Kassirer MR, Osterberg DH: Pain in chronic multiple sclerosis. J Pain Symptom Manage 1987;2:95-7.
12. Moulin DE, Foley KM: Pain in multiple sclorosis. Neurol Clin 1988;38(12):1830-4.
13. Stenager E, Kundsen L, Jensen K: Acute and chronic pain syndroms in multiple sclerosis. Acta Neurol Scand 1991;84:197-200.
14. Stenager E, Knudsen L, Jensen K: Acute and chronic pain syndromes in multiple sclerosis, A Five years follow-up study. Ital J Neurol Sci 1995;16:629-32.
15. Osterberg A, Boivie J, Thuomas KA: Central pain in multiple sclerosis-prevalence and clinical characteristis. Eur J Pain 2005;9:531-42.
16. Crook J, Rideout E: The prevalence of pain complaints in a general population. Pain 1984;18:299-314.
17. Katusic SK, Beard CM, Kurland LT: Incidence and clinical features of Trigeminal Neuralgia, Rochester, Minnesota, 1945-1984. Ann Neurol 1990;27:89-95.
18. Solaro C, Amato MP: The prevalence of pain in multiple sclerosis. Neurology 2004;63:919-921.
19. Jensen TS, Rasmussen P, Reske-Nielsen E: Association of trigeminal neuralgia with multiple sclerosis: clinical and pathological features. Acta Neurol Scand 1982;65:182-189.
20. Brisman R: Trigeminal Neuralgia and Multiple Sclerosis. Arch Neurol 1987;44:379-381.
21. Hooge JP, Redekop WK: Trigeminal neuralgia in multiple sclerosis. Neurology 1995;45:1294-6.
22. Indaco A, Iachetta C, Nappi C: Chronic and acute pain syndromes in patients with multiple Sclerosis. Acta Neurol (Napoli) 1994;16:97-102.
23. Fukazawa T, Moriwaka F: Facial palsy in multiple sclerosis. J Neurol 1997;244:631-633.