



جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY

الاستاذ الدكتور مصطفى ابراهيم

المحاضرة الثانية

أمراض الأذن الوسطى والداخلية

Diseases of the middle ear أمراض الأذن الوسطى

1- أمراض غشاء الطبل disease of tympanic membrane

- رضوض غشاء الطبل trauma of tympanic membrane

- الاسباب:

- الأجسام الاجنبية
- الرضوض الصوتية
- الرضوض الميكانيكية

- الاعراض السريرية:

- الألم
- نقص السمع التوصيلي
- سيلان اذني مدمى
- الطنين

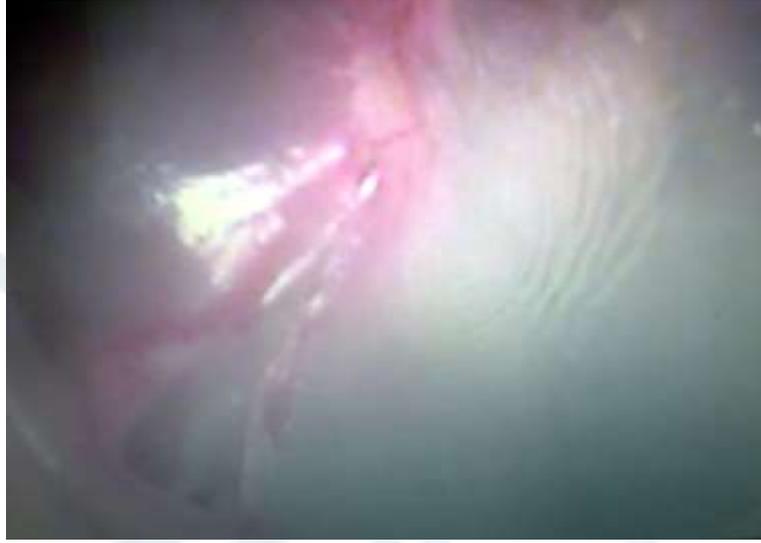
الفحص السريري:

- حواف الثقب مشرشرة ومدماة

المعالجة : الثقبة الصغيرة قد تشفى تلقائيا , كما يجب حماية الاذن من السوائل وعدم استخدام القطرات الاذنية .

أما في حال وجود انثقاب كبير فإنه يمكن اجراء مداخله جراحية

MANARA UNIVERSITY



رضوض غشاء الطبل

التهاب الطبلة الفقاعي Myringitis Bullosa

الاسباب: إصابة بالأنفلونزا وسببه حمة راشحة

الفحص السريري: يتظاهر في الجدار الوحشي من غشاء الطبل بفقااعات مملوءة بسائل مصلي مدمى وتشفى الحالة تلقائياً خلال بضعة ايام.

الأعراض: الألم الشديد , وحس ثقل بالاذن ونقص سمع

المعالجة: المسكنات وإذا كان الألم شديداً فيجري ثقب الفقاعة بإبرة معقمة رفيعة.



فقاعة في غشاء الطبل

داء المنطقة الأذني أوتناذررامسي هانت: Ramsy Hant syndrome

الاسباب: فيروسي

الفحص السريري : حويصلات مملوؤه بسائل مدمى مصلي في مجرى السمع الظاهر وتمتد حتى القوقعة وقد تتواجد أحياناً على غشاء الطبل.

الاعراض السريرية : ألم شديد , وقد يحدث شلل عصب وجهي محيطي بسبب التهاب العقدة الركبية بالفيروس كما قد يشكو المريض من اضطرابات سمعية حسية عصبية وتوازنية ناجمة عن إصابة الاذن الباطنة.

المعالجة: اعطاء الكورتيزون ومضادات الفيروسات مثل الأسيكلوفير خاصة في 48 ساعة الأولى وتعطى صادات حيوية للوقاية من الإنتان بالضافة الى المسكنات. ويتم الشفاء في أغلب الحالات خلال 3.2 أسابيع ولكنه قد يترك أماً دائماً بعد الإصابة.



تنازر رامسي هانت والحويصلات و تنازر رامسي هانت وشلل العصب الوجهي

اضطرابات نفيروأوستاش:

-انسداد النفير: وأهم الاسباب هي:

- ضخامة الناميات في الأطفال
- التهابات الطرق التنفسية العليا
- الامراض التحسسية في الانف
- انشقاق شرع الحنك
- أورام البلعوم وخاصة اورام حفرة روزنموللر

التهاب الأذن الوسطى المصلي أو الانصبابي Serous otitis media

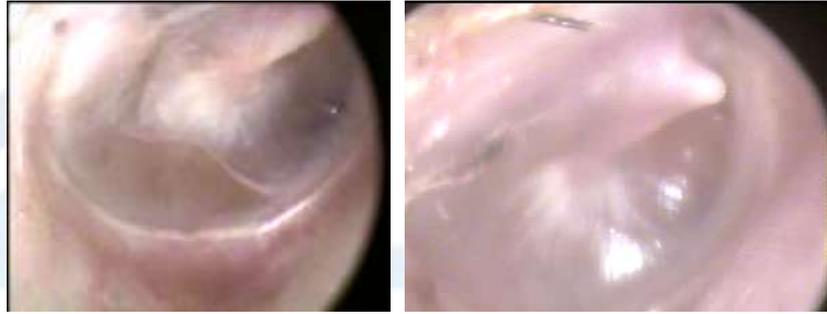
الأسباب: كل العوامل التي تؤدي الى اضطراب في وظيفة نفير اوستاش والتي تم ذكرها في الفقرة السابقة

الفحص السريري: يلاحظ تحدد بحركة غشاء الطبل

ويكون الغشاء كامداً يميل لونه إلى الاصفرار أو مائلاً للرمادي. وقد تظهر سوية سائلة في الأذن كخط منحني.

غشاء الطبل منسحب إلى الداخل وقبضة المطرقة تظهر قصيرة، وقد يصل الغشاء إلى الخيشوم (الطنف) promontory. خاصة في الحالات (المزمنة) المتقدمة .

وعند إجراء تخطيط السمع الكهربائي فيظهر نقصاً في السمع من النوع التوصيلي، وتظهر المعاوقة السمعية مخططاً منبسطةً مع انعدام المنعس الركابي بالشدات العالية.



التهاب اذن وسطى مصلي مزمن سوية سائلة خلف غشاء الطبل

العلاج: معالجة السبب الذي ادى الى اضطراب في وظيفة النفير. (النميات عند الاطفال, الامراض التحسسية والتهابات الانف والجيوب , الاورام في البلعوم عند الكبار الخ)

المعالجة الجراحية يمكن ان تترافق مع خزع غشاء الطبل وامتصاص السائل لتفريغ جوف الاذن الوسطى وتهويته وذلك بوضع (أنبوب التهوية). بعد الخزع نترك أنبوب التهوية حتى يطرح ذاتياً او استئصاله خلال 12.6 شهراً.



أنبوب تهوية T أنبوب تهوية عادي

التهاب الأذن الوسطى القيحي Purulent Otitis Media

وله شكلان:- التهاب أذن وسطى قيحي حاد

- التهاب اذن وسطى قيحي مزمن.

1- التهاب الأذن الوسطى القيحي الحاد: Acute purulent otitis media

الجراثيم المسببة للالتهاب هي: العقديات الرئوية، والمستدميات النزلية (عند الاطفال خصوصا) " والعقديات الحالة للدم نمط آ، والعنقوديات المذهبة. وغالباً ما يسبق هذا التهاب إنتان حاد بالحماة الراشحة في الطرق التنفسية العليا حيث يتلوها إنتان ثانوي بالجراثيم المذكورة أعلاه، والتي تصل إلى الأذن الوسطى عن طريق نفيير أوستاش وهو أهم طرق انتقال الجراثيم إلى الأذن الوسطى، ونادراً عن طريق الدم وأحياناً عن طريق خارجي كما في انثقابات غشاء الطبل الرضية.

ومن العوامل المؤهبة لالتهاب الاذن الوسطى القيحي الحاد، التهاب الجيوب، التهاب البلعوم واللوزات، الأنفلونزا أورام البلعوم الأنفي وتقرحاته.

الأعراض:

الألم: وهو أهم الأعراض والذي يزداد بالتدرج

الحرارة: قد تكون شديدة في الأطفال الصغار، وقد تكون مفقودة في ثلث الحالات، الغثيان والقيء والإسهال عند الأطفال وجميع هذه الأعراض ناجمة عن الاحتقان والضغط ضمن الاذن الوسطى حيث تغيب جميع هذه الأعراض عند حدوث الانتقاب وخروج القيح المدمى من الأذن الوسطى أما عند الكبار فيشكو المريض إضافة للألم والحرارة من نقص السمع .

بالفحص: يختلف منظر غشاء الطبل حسب المرحلة التي يمر فيها الالتهاب، ففي المرحلة الأولى الاحتقانية يكون غشاء الطبل أحمر محتقناً عليه أوعية دموية متسعة، أما بعد ذلك فتكون مرحلة التقيح حيث يتشكل القيح ويجمع في الأذن الوسطى فيبدو غشاء الطبل كامداً أما المرحلة الثالثة وهي مرحلة الانتقاب بسبب تنخر غشاء الطبل.

وفيها يسيل القيح المدمى من الأذن، حيث يزول عندئذ الألم فوراً وتنخفض الحرارة. فهناك إذن مرحلة الاحتقان ثم مرحلة التقيح ثم مرحلة الانتقاب ويختلف تطور المراحل المذكورة حسب المرحلة التي تبدأ فيها المعالجة وكذلك حسب حالة المريض ومقاومته.

يجب الأخذ بعين الاعتبار أن تحريك الصيوان أو الضغط على الوتدة عند الأطفال يكون مؤلماً لعدم وجود مجرى سمع عظمي وذلك بعكس البالغين مما يجعل مجالاً للالتباس مع التهاب الاذن الخارجي الحاد.

العلاج الدوائي: ويشمل الصادات الحيوية لمدة 10-14 يوم مع اعطاء المسكنات، وخافضات الحرارة، وقد تستعمل القطرات الاذنية المسكنة للألم

أما العلاج الجراحي فيكون بخزع غشاء الطبل وإفراغ القيح اذا كان غشاء الطبل محتقناً ومنشفياً للظاهر.

2- التهاب الأذن الوسطى المزمن chronic otitis media

له شكلان حسب مكان الثقبية في غشاء الطبل والتي تكون مركزية او هامشية

- التهاب الاذن الوسطى القيجي المزمن مع ثقبية مركزية

حيث يكون فيه الانتقاب مركزياً (اي ان الانتقاب لا يشمل حوية غشاء الطبل حتى ولو شمل معظم الغشاء ولم يبق إلا حافة ضيقة).

الأعراض السريرية: يشكو المريض عادة من

-نقص سمع من النوع التوصيلي غالباً.

- النز القيجي بين فترة وأخرى.

بالفحص: نلاحظ وجود ثقبية في غشاء الطبل مختلفة الحجم وذلك بعد تنظيف المجرى.



العلاج: يكون دوائياً باستخدام الصادات الحيوية ويفضل ذلك بعد إجراء الزرع والتحصن الجرثومي بالاضافة الى معالجة الأمراض المرافقة في الأنف والجيوب وجراحياً بترقيع غشاء الطبل وذلك إذا لم يكن هناك أي تبدلات في الأذن الوسطى أو العظيمات ووظيفة نفير طبيعية.

التهاب الأذن الوسطى القيحي المزمن مع ثقبه هامشية:

حيث يكون فيه الانتقاب هامشياً Marginal (ويعد الانتقاب هامشياً إذا شمل الحوية في إحدى مناطقتها) أو يكون الانتقاب في غشاء شرانبل. ويترافق بسيلان قل أن يجف رغم المعالجة الدوائية. وهو سيلان قيحي نتن الرائحة بسبب الجراثيم سلبية الغرام كالعصيات الزرق، واللاهوائيات، وقد يكون القيح كثيفاً وغالباً ما يترافق هذا الانتقاب الهامشي بالورم الكولسترولي Cholesteatoma والمعالجة دوماً جراحية.



بالفحص: نلاحظ وجود انتقاب في غشاء الطبل هامشي قد يكون مترافقاً مع وجود سلية في مجرى السمع متدلّية من الانتقاب أو قد يكون هناك تشكلات كولسترولية في المجرى أو تملأ الانتقاب وغالباً ما نلاحظ وجود نخر عظمي باستخدام المسبار عند تحري الانتقاب. مختلف الانتقابات الهامشية مع نخر عظمي وتشكلات كولسترولية كما في الشكل اعلاه.

التشخيص:

الاستقصاءات الشعاعية والاختبارات السمعية:

1. التصوير الشعاعي البسيط للخشائين بوضعية شوللروهو حالياً قليل الاستخدام.

2. تصوير CT

3. التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)

4. تخطيط السمع

العلاج اجراء عملية حج الخشاء بمختلف درجاته وترميم الاذن الوسطى والعظيمات السمعيه بمختلف درجاتها

اختلاطات التهاب الأذن الوسطى القيحي

أولاً: الاختلاطات خارج القحف:

1-التهاب الخشاء الحاد acute mastoidit

يحصل تخرب للخلايا الخشائية وهو يصيب الأطفال أكثر من الكبار

الأعراض: هي الألم العفوي والمستمر والنابض، مترافق مع سيلان قيحي غزير ولزج

العلامات: حمى وتسرع النبض، والم محدث بالضغط على الغار (خاصة عند الأطفال أقل من عمر 3 سنوات بسبب عدم تشكل النتوء الخشائي) والنتوء الخشائي، وقد يحدث هبوط بالجدار العلوي لمجرى السمع، وقد

يتطور هذا الالتهاب محدثاً وذمة أو خراجاً. تحت سمحاق الخشاء مؤدياً لاندفاع الصيوان نحو الأمام مع تموج فوق الخشاء بالجس، أو محدثاً خراجاً في ناحية النتوء العذاري أو يمتد الخراج عبر صفاق العضلة القصية الترقوية الخشائية (القترائية) مشكلاً خراجاً في العنق أنسي القترائية يسمى خراج بيزولد Bezold's Abscess.



التهابات الخشاء

ومن أهم الفحوصات هي الفحوصات الشعاعية خاصة CT حيث يلاحظ وجود تغير في النتوء الخشائي مع زوال الحجب الفاصلة بين الخلايا الخشائية. ويجدر بالذكر ان ارتفاع الحرارة هنا أكثر من 38.5 م يجب أن يوجهنا للشك باختلاطات لهذا المرض كتجرثم الدم مثلاً كذلك النبض في حال عدم توافقه مع الحرارة العالية حيث أن حدوث تناقص بالنبض مع ازدياد بدرجة الحرارة يجعلنا يشك باختلاطات داخل القحف والتي سيأتي ذكرها لاحقاً.

العلاج: ويكون علاج دوائي وجراحي.

2- شلل العصب الوجهي

3- التهاب التيه Labyrinthitis

4- التهاب الصخرة Petrositis.

ثانياً: الاختلاطات داخل القحف:

1- التهاب السحايا Meningitis:

2- التهاب الجيب الجانبي الخثري Lateral Sinus Thrombosis:

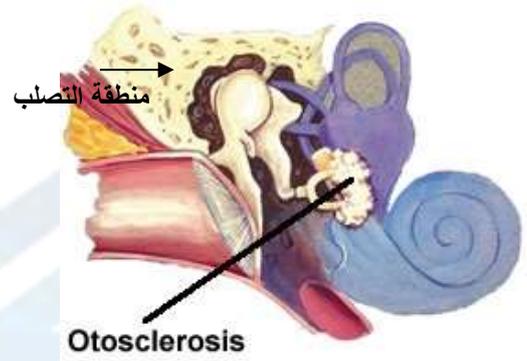
3- الخراجات داخل القحف

Otospongiosis

Otosclerosis او (الاستحالة الأسفنجية)

تصلب الاذن هو داء موضع بدئي يسبب إصابة الصفيحة القاعدية للركابة إما يؤدي الى تثبيتها وينتج عن ذلك نقص سمع توصيلي، وقد تؤدي إصابة الأجزاء الأخرى للمحافظة الأذنية إلى نقص سمع حسي عصبي وأعراض دهليزية.

و يشاهد تصلب الأذن على الإغلب في النساء أكثر منه في الرجال بنسبة حوالي 2 : 1 وإن التأثيرات الهرمونية خلال الحمل وسن الضهي قد تسبب ترقى أسرع في النساء، وغالبا ما تتظاهر الاعراض بين أعمار 20 و 45 سنة.



منظر التصلب الركابي

. تلعب الوراثة دوراً في الآلية الإراضية لتصلب الاذن حيث لوحظ جيداً وجود مجموعات عائلية من أشخاص مصابين بتصلب الأذن.

A. الأعراض والعلامات

-نقص سمع مترقي ببطء والذي يكون ثنائي الجانب عادة لكنه غير متناظر. ويصبح نقص السمع واضحاً عادة عندما يصل النقص 30.25 ديسيبل ولدى المريض صعوبة في فهم الكلام.

B. الفحص الفيزيائي:

في تصلب الأذن يكون غشاء الطبل طبيعياً، جوف الأذن الوسطى مهوى، ويجب أن تتحرك المطرقة بتنظير الاذن الهوائي في الداء الفعال قد يلاحظ الطبيب الخبير وجود تورد محمر (علامة شوارتز Schwartz) فوق كل من الطنّف وتلمة النافذة البيضية نتيجة لتوعية البارزة المترافقة مع بؤرة استحالة اسفنجية أذنية.

C. الدراسات الشعاعية:

1. تصوير الطبقي المحوري المحوسب (CT)..

D. اختبارات خاصة:

1. اختبارات الرنانات لرنييه وويبر وجيليه:
 2. تخطيط الطبلية: فانه لدى مرضى الداء المبكر يكون مخطط طبلية من نمط A طبيعي. ومع تقدم الاصابه يؤدي تثبت الركابة المترقي غالباً إلى مخطط طبلية من النمط (A - short)
 3. المنعكس الركابي السمي: يشاهد نقص في سعة المنعكس يتلوه ارتفاع العتبات الموافقة، ومن ثم المقابلة وأخيراً اختفاء الاستجابة الموجودة الأشيع عند التظاهر هي غياب المنعكس.
 4. تخطيط السمع بالنغمة الصافية: في تخطيط السمع بالنغمة الصافية، يتظاهر تصلب الاذن الباكر بنقص سمع منخفض التواتر مترقي، مع شكل مميز صاعد لمخطط السمع.
- العلامة المميزة لعتبات النقل العظمي في تصلب الأذن هي ثلمة كارهارت Carhart notch وهذه الحالة تتميز بارتفاع عتبات النقل العظمي بحوالي 5 و 10 و 15 ديسيبيل في التواترات 500 ، 1000 ، و 2000 هرتز على الترتيب ويعتقد أن ثلمة كارهارت تنتج عن اضطراب الرنين الطبيعي للعظيمات والذي يعادل تقريباً 2000 هرتز لذلك فهي ظاهرة ميكانيكية وليست انعكاس حقيقي لإعاضة الحلزون.
- التشخيص التفريقي: قد يتم الاشتباه بتشخيص تصلب الاذن بقوة اعتماداً على القصة الفحص الفيزيائي وموجودات تخطيط السمع على كل يمكن إثبات التشخيص فقط أثناء الجراحة أو عند دراسة العظم الصدغي نسيجياً.

العلاج: دوائي

جراحي باستبدال عظم الركابه ببديل صناعي

مرض منيير (داء منيير) Menieres Disease

سعي هذا المرض بداء منيير نسبة إلى العالم الفرنسي بروسير منيير الذي كان أول من وصف هذا المرض وأعراضه بشكل مفصل وربط علاقتها مع الأذن الباطنة.

الأسباب: هناك مجموعة من الأسباب التي يعتقد أنها تلعب دوراً في حدوث هذا المرض ولكن الاسباب الحقيقية غير معروفة منها

. الاضطرابات العصبية الوعائية واضطراب تبادل اللمف الباطن.-اضطراب التوازن الشاردي للسوائل ضمن الأذن الباطنة.-أسباب إنتانية تحسسية.-الاضطرابات الهرمونية.

ومهما كان السبب فان جميع الباحثين متفقين على أن سبب حدوث الأعراض الخاصة بمرض منيير تنجم عن زيادة في توتر اللمف الباطن حيث يحدث تمييه للأذن الداخلية وهذا يؤدي لتبارز أغشية الأذن الداخلية إلى الخارج. ومرض منيير غالباً يصيب اذن واحدة وفي 50% م الحالات يمكن ان يصيب الأذنين.

الأعراض:

يتصف مرض منيير بالثالوث العرضي النوبي التالي:

1. الطنين اول الاعراض ويكون خفيفا
2. دوار دهليزي مع اضطراب بالتوازن وغثيان وإقياء، ورأأة عفوية
3. نقص سمع حسي عصبي على التواترات المنخفضة في البداية ومع تكرر النوب على جميع التواترات.

يزداد الطنين ونقص السمع أثناء النوبة. التي يمكن ن تحدث في أي وقت من اليوم ولكنها غالباً ما تحدث أثناء الليل أو في الصباح الباكر وقد يكون المعرض للنوب ضغط فيزيائي أو نفسي ومريض داء منيير يشعر بقدم النوبة أحياناً قبل أيام أو ساعات من حدوثها حيث يشكو من طنين متزايد مع اضطرابات توازنية بسيطة تسبق النوبة.

التشخيص:

.يعتمد على القصة المرضية.

-تخطيط السمع يلاحظ نقص سمع حسي عصبي منخفض التواتر في البداية.

-اختبارات الدهليز الحرورية تجرى في الفترات بين النوبات حيث يلاحظ نقص في ارتكاس الاذن المصابة.

العلاج: علاج دوائي وعلاج جراحي

ورم العصب السمعي Acoustic Neuroma

إن نسبة إصابة العصب السمعي بالأورام تبلغ حوالي 11 _ 13% من مجموع الأورام داخل القحف وهو يصادف بين عمر 30. 40 عام.

ورم العصب السمعي يكون في البداية بدون أعراض ثم تبدأ أعراض الورم بظهور طنين ونقص سمع مع اضطراب توازن وورم العصب السمعي غالباً وحيد الجانب.

لذلك فان كل نقص سمع استقبالي وحيد الجانب يجب أن نفكر فيه بورم عصب سمعي وخاصة في الأعمار الشابة وأكثر ما يكون على التواترات العاليه في البدايه ومع تطور الحاله يصبح على جميع التواترات. وعادة المرضى يبدوون بمراجعة الطبيب عندما تظهر لديهم الألام الرأسية المزعجة والتي تظهر عندما يضغط الورم على الطرق المفرغة لللمف وحتى يتم تأكيد التشخيص تمر عدة سنوات.

ومن العلامات الهامة المميزة لهذا المرض هو الارتفاع المفاجئ والشديد للبروتينات في السائل الدماغي الشوكي وظهور أعراض الدوار غير النوعية.



MRI لورم عصب سمعي

العلاج:

الجراحة تعطي نتائج جيدة في المراحل المبكرة للاصابة وتكون ملطفة في المراحل المتقدمة من المرض.

جامعة المنارة

التهاب الأذن الداخلية ان التهابات الأذن الداخلية هي دائماً اختلاط لحدث التهابي ما وذلك بسبب وضعها التشريحي وجميع التهابات الأذن الداخلية بغض النظر عن نوعها فهي تؤدي إلى اضطرابات سمعية وأخرى توازنية.

نلاحظ ثلاثة أنواع من التهابات الاذن الداخلية:

1. النوع المصلي. 2-النوع القيحي. 3-النوع النخري.

1. النوع المصلي: ينجم غالباً عن التهاب أذن وسطي قيحي مزمن حيث يحدث توذم للأغشية الموجودة في النوافذ مما يؤدي بالسماح لدخول الزيقات الجرثومية إلى الأذن الباطنة وذلك بدون دخول الجراثيم.

وهذا النوع يتطور على الشكل التالي:

الشفاء الكامل.- توقف الالتهاب مع بقاء اضطرابات سمعية توازنية بدرجات مختلفة.- التهاب أذن داخلية قيحي معمم.

2. النوع القيحي:

وهو ينجم غالباً عن تطور التهاب أذن داخلية معمم مصلي إذ أن ارتفاع التوتر داخل الأذن الباطنة قد يؤدي إلى تمزق الأغشية المغطية للنافذة المدورة والبيضية مما يؤدي لدخول الجراثيم إلى الأذن الباطنة وحدوث التهاب أذن داخلية قيحي. هذا النوع من الالتهاب خطير جداً لأنه يؤدي إلى تموت سريع لجميع مستقبلات الأذن الباطنة وبالتالي تفقد وظيفتها السمعية والتوازنية. وهذا النوع من الالتهاب يتطور نحو التوقف بتشكيل نسيج ليفي داخل الأذن الباطنة مما يؤدي إلى تعظم الأذن وفقد وظيفتها كاملاً أو قد يؤدي لمرور الإنتان داخل القحف وحدوث اختلالات داخل قحفية.

3. النوع النخري: وهو يحدث كنتيجة لتشكيل خثرات في الأوعية ضمن الأذن الباطنة الذي بدوره يؤدي لحدوث اضطرابات اعتدائية وتنخر في الأذن الباطنة حيث يتم تشكيل نسيج ليفي فيها وفقد وظيفتها كاملة.

وهذا ما يشاهد غالباً عند الأطفال كالإصابة بالسل أو الحى القرمزية.

الأعراض السريرية والتشخيص:

الأعراض تقسم إلى نوعين حسب وظيفة الأذن الباطنة:

1. أعراض سمعية. 2-أعراض توازنية.

الأعراض السمعية: وهي الطنين ونقص السمع.

أ. الطنين: وهو سماع المريض لصوت داخل الرأس لا يسمعه غيره وهو طنين شخصي.

والطنين ناجم عن تخريش النهايات العصبية للعصب الحلزوني والذي بدوره يحرض المراكز السمعية في قشرة الدماغ.

ب. نقص السمع: وهو يتصف بأنه نقص سمع استقبالي وأكثر ما يكون واضحاً على التواترات العالية التي تتوافق مع إصابة قاعدة الحلزون ونقص السمع يتدرج من نقص السمع البسيط (مصلي) حتى فقدان الكامل للسمع (النوع القيحي والنخري).

الأعراض التوازنية وهي:

1. الدوار. 2-الرأفة. 3-اضطرابات التوازن. 4-الاضطرابات الإنباتية (الودية).

العلاج:

في التهاب الأذن الداخلية الحاد (مصلية قيحية).

. جرعات عالية من الصادات الحيوية (البنسلينات)- مضادات الوذمة.- المدرات.- الأدوية التي تحسن الدوران منها cinnarizin.- المنيترول.- الفيتامينات مع تحسن الحالة العامة.حمية قليلة الملح مع التقليل الوارد المائي.

آلام الأذن Otalgia

ألم الأذن Otalgia هو الألم الذي يشعر به المريض في منطقة الأذن.

مقدمة تشريحية وفيزيولوجية:

كما نعلم تشارك كل من الأعصاب التالية في تعصيب الأذن:

.العصب الأذني الصدغي وهو شعبة من مثلث التوأم.

.شعبة عصبية حسية من العصب الوجهي.

.الشعبة الطبلية للعصب البلعومي اللساني.

.شعبة أذنية من المهيم (عصب أرنولد).

.العصب القفوي (القذالي) الصغير من العصب الرقيبي 2.

.العصب الأذني الكبير من العصب الرقيبي 3.2.

وبناء على التعصيب يمكن تفسير معظم حالات ألم الأذن الانعكاسي.

3. آليات ألم الأذن:

هناك ثلاث آليات رئيسية لحدوث ألم الأذن:

. ألم الأذن من منشأ أذني.

. ألم الأذن الانعكاسي من منشأ خارجي أذني.

. الألم العصبي الأذني.

أولاً: ألم الأذن من منشأ آفة أذنية:

وفيه تكون الآفة إما في الأذن الظاهرة أو في الأذن الوسطى.

أ. آفات الأذن الظاهرة: وتكون في الصيوان أو في مجرى السمع الظاهر.

آفات الصيوان وأهمها:

. جروح الصيوان وحرقه. - الورم الدموي في الصيوان hematome. - التهاب ما حول الغضروف القبيحي. - العقدة المؤلمة في الصيوان: وهي عبارة عن فرط تقرن موضعي مجهول المنشأ وهو سليم ولكن تقرحه المتكرر قد يؤدي إلى تسرطنه، والعمل الجراحي يزيل الألم ويبقي من الاستحالة الخبيثة.

أورام الصيوان الخبيثة: قد تصادف على مستوى الصيوان سرطاناً شائك الخلايا أو قاعدي الخلايا أو ورماً قتامينياً خبيثاً.

آفات مجرى السمع الظاهر وأهمها: وتشمل الاسباب التالية:

1. التهاب الأذن الظاهرة:).

2--دمل مجرى السمع.

3-التهاب الأذن الظاهرة الفطري وسببه إما Aspergillus أو Candida Algicans.

4-التهاب الأذن الظاهرة بالحمت الراشحة ومثال عنها التهاب الأذن الظاهرة في داء المنطقة (ألم مع وجود حويصلات في مستوى مجرى السمع "منطقة رامزي هانت" وقد يترافق مع شلل وجهي محيطي أو دوار).

5-الجسم الأجنبي في مجرى السمع الظاهر. السدادة الصملاخية الكبيرة والقاسية والجافة.

6-سرطان مجرى السمع.

7- الآفات الرضية.

ب. آفات الأذن الوسطى:

أهم الامراض المسببة لآلم في الاذن:

1. التهاب الطبلة الفقاعي

2- التهاب الأذن الوسطى الحاد

3. التهاب الأذن المصلي:المختلط

4-التهاب الاذن الوسطى المزمن- هجمة التهابية حاده او اختلاطات

5-التهاب الخشاء الحاد.

6-الرضوض

7-انثقاب غشاء الطبل الرضي، حروق غشاء الطبل.8

8-أورام الأذن الوسطى

ثانياً ألم الأذن الانعكاسي من منشأ خارج أذني:

1) آلام تأتي عن طريق الزوج الخامس (مثلث التوائم) من:

1- آفات في الأنف والجيوب:- التهاب الجيوب بخاصة الالتهاب الجيبين الفكي والوتدي.- انحرافات الوتيرة العالية التي تضغط على القرين المتوسط.- سرطان الجيوب: وهو يؤدي لآلم الأذن بالآليات التالية:

- تخريش العصب الخامس.- احتمال وجود بؤرة ورمية ثانية على مستوى الأذن.

- انتشار الالتهاب على مستوى الفوهة البلعومية لنفير أوستاش.- بوليبيات الأنف الخلفية.- آفات في البلعوم الأنفي.- أورام البلعوم الأنفي وتقرحاته، في قسمه العلوي بخاصة.- التهاب البلعوم الأنفي الحاد.- استئصال الناميات.- آفات في الاسنان والفكين وجوف الفم.- انطمار الرحي بخاصة الرحي السفلية.- نخرات سنية.- خراجات جذور الأسنان.

. سوء انطباق الفكين ويشمل تناذر كوستن: وهو تناذر يكثر حدوثه عند المرضى الذين تلقوا حديثاً معالجات سنية، او عند أصحاب عادة المضغ على جانب واحد من الفك، او مضغ الطعام القاسي، أو فتح الفم بشكل واسع اثناء التثاؤب أو الصراخ أو التحدث لفترات طويلة إضافة إلى وجود بنية عصبية خاصة مع قلق.

. التهاب المفاصل الفكي الصدغي: وله علاقة هامة بألم الأذن ليس لأن المفصل مجاور لمجرى السمع الظاهر في الأمام فقط بل لأنه بالإضافة إلى ذلك يتلقى فرعاً مفصلياً من العصب الاذني الصدغي الذي يعصب أيضاً حسيّاً جلد القسم الاعظم من الأذن.

. أورام قاع الفم. التهابات اللثة. آفات الغدد اللعابية واقيتها:

. حصيات النكفة الخاصة.

2. آلام الأذن الانعكاسية عن طريق الزوج القحفي التاسع البلعومي اللساني.

آفات البلعوم الفمي:

. التهاب البلعوم واللوزات الحاد. خراجات حول اللوزة. خراجات البلعوم الجانبية والخلفية. بعد استئصال اللوزات. تقرحات. سرطان اللوزة. الأجسام الأجنبية في جوف الفم والبلعوم الفمي.

. آفات في اللسان:

التقرحات وأورام اللسان، وسرطان اللسان وبخاصة قاعدته إذ تؤدي الى ألم أذن انعكاسي وقد يكون الشكاية الأولى من هذا المرض.

تطاول النتوء الإبري الخشائي الذي يلف حول العصب البلعومي اللساني فيؤدي إلى تمططه (تناذر إيغل Egle) ويتم التشخيص بالاجس عن طريق الفم للمسكن اللوزي، والمعالجة جراحية عن طريق الفم.

3- آلام الأذن الانعكاسية عن طريق الأعصاب الرقبية الثانية والثالثة:

. انفتاق النواة اللبية في العمود الرقي (ديسك) التهاب الفقرات الرثوي. التهاب ألياف العضلة القصية الترقوية الخشائية في قسمها العلوي. الضخامات العقدية الرقبية.

4- آلام الاذن الانعكاسية المنقولة بواسطة العصب السابع:

إن العصب الوجبي حركي بشكل رئيسي، ولكن شعبته الحسية قد تكون مسؤولة عن ألم أذني، واكثر الأسباب مصادفة:

شلل بل: إذ يمكن لألم الأذن أن يسبق ظهور اللقوة.

الأورام التي تغزو العصب الوجبي في مسيره داخل القحف.

سرطان الحنجرة: فألم الأذن قد يكون عرضاً باكراً في مثل هذه الإصابات، ويكون التشخيص بالتنظير (المباشر وغير المباشر) مع الخزعة.

.الالتهابات السلية في الحنجرة.

.سرطان القصبات.

.آفات المري وتشمل:

سرطان المري في قسمه الرقي خاصة_ الأجسام الأجنبية في المري: ويترافق ألم الأذن مع عسرة بلع وزيادة اللعاب.

الآفات القلبية الوعائية:

إذ أن حدوث ألم أذن تال للجهد قد يكون تظاهرة غير نموذجية لخناق الصدر.

إصابات الغدة الدرقية:

إن الآفات المؤلمة في الدرق سوف تسبب ألماً ينعكس في الأذنين، وقد تشخص حالات التهاب الدرق تحت الحاد على أنها التهاب بلعوم وتحول على أخصائي الاذنية حيث لا تستجيب الأعراض للصادات، ويعنو الألم عادة للأسبرين.

وبشكل عام فإن أكثر أسباب ألم الاذن الانعكاسي شيوعاً هي:

.التهاب اللوزتين الحاد_ استئصال اللوزتين_ الأرحاء المنطمرة السفلية.

ثالثاً: الألم العصبي الأذني: قد يكون ألم الأذن انتشاراً لألم عصبي بدئي أو ثانوي، وأهم هذه الالام العصبية:

.الم العصب الخامس:

وخاصة حدوث ألم صدغي في ألم العصب الأذني الصدغي (فرع الفكي السفلي)، وهو يحدث في الأيمن أكثر من الأيسر، وفي النساء أكثر من الرجال وعند المسنين أكثر من الشباب.

.الم العصب السابع: نادر.

.الم العصب التاسع: ألم اشتدادي في البلعوم ينتشر إلى الأذن.

.الألم العصبي القذالي: يظهر خاصة عند الاستيقاظ صباحاً، ويعتمد التشخيص على جس عضلات النقرة والتي يخرج من بينها الفروع الخلفية للأعصاب الرقبية وخاصة العصب القذالي الكبير.

كما يجب إجراء صورة شعاعية للمتفصل القذالي الفقري، وإن كانت الآفات العظمية أو المفصالية أو التشوهات لا تشكل سوى نسبة ضئيلة من اسباب ألم العصب القذالي.

الشقيقة غير النموذجية: حيث تصاب المنطقة الصدغية خلف الأذن، والتي قد تكون مسبوقه بالطين أو بشكل نادر بالأهلاس السمعية، ومما يثبت التشخيص هو الطبيعة النوبية للألم مع التخلص التام منه وفقدان



العلامات بين النوب. ويمكن منع الألم أو الوقاية منه بتناول طرطرات الأيرغوتامين قبل نصف ساعة من البدء المتوقع. وليس من الممكن تناوله كل يوم لأنه يسبب نقص تروية محيطية.

إن تشخيص الألام العصبية الاذنية يعتمد على سلبية فحص الاذن والانف والحنجرة. الصفة الاشتدادية والمتقطعة الألم ووجود منطقة زناد. الاختبار الدوائي بال. Tegretol.

ملاحظات: قد يكون ألم الأذن هو العرض الكاشف في عدة أمراض عصبية مركزية:

- أورام الزوايا الجسرية المخيخية

- تجوف البصلة.

- التصلب اللويحي.

جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY

المحاضرة الرابعة

نقص السمع Hearing Loss

نقص السمع هو الحالة التي يكون فيها السمع عند الشخص أقل من العتبة الطبيعية للسمع.

ولنقص السمع نوعان:

1. توصيلي.

2. واستقبالي (حس عصبي).

فنقص السمع التوصيلي يكون ناجماً عن إصابة الجهاز الناقل للصوت وهو الأذن الخارجية والأذن الوسطى. أما نقص السمع الحسي العصبي يكون ناجماً عن إصابة الأذن الباطنة أو العصب السمعي أو المراكز السمعية الدماغية.

أما النوع المختلط فتكون فيه إصابة للجهازين التوصيلي والاستقبالي.

أسباب نقص السمع التوصيلي:

هي كل الأمراض التي تصيب الأذن الخارجية والوسطى وملحقاتها

أسباب نقص السمع الحسي العصبي وهي:

.الاسباب الولادية.

.الاسباب الانسمامية.

.الأسباب الرضية كما هو الحال في كسور عظم الصخرة والرضوض الجراحية ورضوض الانفجارات وكذلك الرضوض الضغطية المختلفة المنشأ.

.الاسباب الالتهابية كالتهاب الأذن الداخلية.

. الأمراض الإنتانية وأهمها النكاف والذي قد يكون سبباً للصمم في أذن واحدة حيث أن من المعتقد ان حتى النكاف تغزو الأذن الداخلية مباشرة.

_ مرض منيير.

.ورم العصب السمعي.

.نقص السمع الشيخي ثنائي الجانب ويعود السبب في هذا النوع من نقص السمع إلى تنكس الخلايا الحساسة في عضو كورتني وقد يكون التنكس في الجملة العصبية المركزية وهو من النوع المترقي بترقي التنكس ويختلف سن حدوثه من مريض لآخر.

الدوار

بالتعريف هو اضطراب العلاقة بين الشخص والوسط المحيط به بحيث أن المريض يشعر بأنه ثابت والأشياء حوله تدور أو العكس حيث يشعر بأنه يدور والأشياء حوله ثابتة وهذا هو الدوار الحقيقي وقد يذكر المريض الذي يعاني من الدوار العديد من الأعراض والتظاهرات السريرية والتي قد لا تكون بالضرورة دهليزية المنشأ وفيما يلي اسباب الدوار بالعموم.

1. ورم العصب السمعي.

2-الإغماء والأسباب القلبية الوعائية

3-متلازمة غوغان.

4-دوار وضعة سليم إنتيابي

5-شلل عضلات العين بين النوى.

6-أورام داخل القحف.

7-داء منيير.

8-دوار استقلابي

9- تصلب لويجي

10-Oscillopsia التآرجح

11-التهاب أذن وسطى

12-الأدوية السامة للآذن

دوار الوضعة السليم الإنتيابي BPPV

تتضمن الأعراض هجمات مفاجئة من الدوار محرضة بالوقوف أو الاضطجاع أو التقلب في الفراش. تحرض هذه الهجمات بالحركة المفاجئة للرأس نحو الأيمن أو الأيسر أو ببسط العنق عند النظر نحو الأعلى. فترة الإحساس بالدوار دائماً قصيرة الامد حتى عند الإبقاء على الوضعية المحرضة. يمكن إثبات التشخيص باختبار الوضعة (Dix - Hallpike) الذي يظهر رأوة محرضة بالوضعة مع فترة كمون ووهن.

تتضمن الآليات الإمراضية التغيرات التنكسية والتهاب الأذن وسطى وارتجاج الدهليز، جراحة سابقة على الأذن وانسداد الشريان الدهليزي. يعتقد أن السبب هو شذوذ في حساسية مجل الاقنية نصف الهلالية خاصة القناة الخلفية، لقوى الجاذبية المحرضة بجزيئات كثيفة طافية (الرمال). يمكن إعادة توضع تلك الجزيئات وإزالة الأعراض بنسبة عالية من الحالات بواسطة عدد من المناورات. ويجب تخيل مسار وتوجه الاقنية نصف الهلالية اثناء إجراء هذه المناورات للحصول على النتيجة المثلى.

المعالجة : المعالجة الفيزيائية ومثبطات الدهليز

العصب الوجهي Facial Nerve

لمحة تشريحية:

العصب الوجهي هو عصب القوس الغلصمية الثانية وهو عصب حسي حركي وله ثلاث نويات:

نواة لعابية علوية Nucleus of superior salivary

نواة الشريط المفردة Nucleus of solitary tract

النواة الحركية Nucleus motor

للنواة الحركية قسمين أساسين:

قسم يعصب العضلة الجبهية والمدورة الجفنية وهذا القسم يتلقى تعصيب قشري مزدوج من الجهة المقابلة والمقابلة.

وقسم يصعب باقي عضلات القسم السفلي للوجه وهذا القسم يتلقى تعصباً قشرياً من الجهة المقابلة فقط.

لذلك فإن الإصابة المركزية فوق النواة تؤدي إلى شلل وجهي في الجهة المقابلة دون إصابة العضلة الجبهية والعضلة المدورة الجفنية أما الإصابة المحيطية تحت النواة فإنها تؤدي إلى شلل وجهي بإصابة جميع عضلات الوجه.

في العصب الوجهي ثلاثة أنواع من الألياف:

1. ألياف صادرة حركية تعصب عضلات التعبير في الوجه والعنق وعضلة الركابة والعضلة الإبرية الخشائية والبطن الخلفي لذات البطنين.

2. ألياف صادرة مفرزة مركزها المغذي في النواة اللعابية العلوية وتشمل الألياف نظيرة الودية إلى الغدة الدمعية عن طريق العصب الصخري الكبير وإلى الغدد تحت الفك وتحت اللسان عن طريق عصب حبل الطبل (أما الغدة النكفية فتتلقى أليافها من النواة اللعابية السفلية عن طريق العصب البلعومي اللساني).

3. ألياف واردة حسية تنقل الحس العميق من العضلات الوجهية وإحساس قسم من غشاء الطبل ومجرى السمع الظاهر مركزها المغذي في النواة الركبية ثم تسير في العصب المتوسط إلى نواة الشريط المفرد.

مسار العصب الوجهي:

يخرج العصب الوجهي من الجملة العصبية المركزية من الحافة السفلية للحدبة الحلقية ويسير في الحفرة القحفية الخلفية متجهاً للأمام والأعلى والوحشي فوق العصب الثامن مسافة 25 مم حتى يدخل مجرى السمع الباطن.

يسير في مجرى السمع الباطن مسافة 7 ملم يكون خلالها متوضعاً في القسم الأمامي العلوي من المجرى ثم يخترق الام الجافية ليدخل القناة الوجهية (قناة فاللوب).

مسيرة في قناة فاللوب يكون على الشكل التالي يسير أولاً في القسم التيبي حيث يتجه نحو الامام والوحشي عمودياً على محور الصخرة مسافة 3 ملم حتى يصل الركبة وبعدها ينعطف زاوية قائمة ليسير إلى الخلف وقليلاً إلى الأسفل موازياً لمحور الصخرة في القسم الطلي وبيغ طوله 12 ملم يسير بعدها عمودياً إلى الأسفل في الجدار

الخليفي لصندوق الطبل مسافة 20.15 ملم حتى يخرج من الثقبة الأبرية الخشائية وبذلك ينتهي مسار العصب الوجهي داخل القحف.

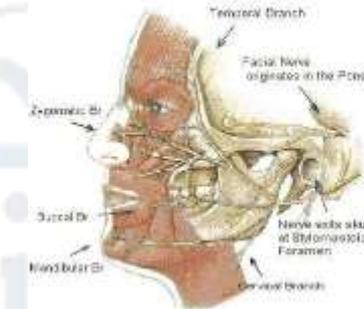
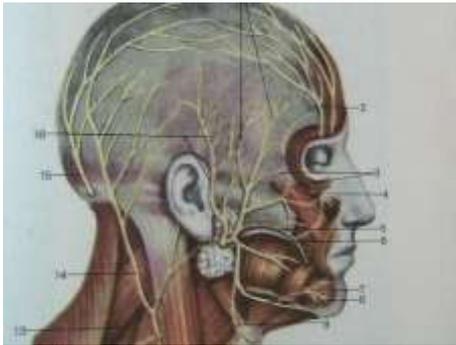
القطعة خارج القحف تبدأ بعد خروجه من الثقبة الأبرية الخشائية فيدخل في الغدة النكفية ويغير مسيره متجهاً نحو الأمام والأسفل مسافة 20.15 ملم حيث يتفرع إلى شعبة الانتهائية.

فروع العصب الوجهي:

1-فروع العصب الوجهي ضمن العظم الصدغي هي:

- 1.العصب الصخري السطحي الكبير يخرج من العقدة الركبية.
- 2.عصب عضلة الركابة ويترك العصب الوجهي في القسم الخشائي على مستوى النتوء الهرمي ليخترق ويعصب عضلة الركابة.
- 3.عصب حبل الطبل ويترك العصب الوجهي في القسم الخشائي قبل خروجه من الثقبة الإبرية الخشائية بحوالي 5 ملم إلى الأعلى والامام ليجتاز الاذن الوسطى على الجدار الأنسي من غشاء الطبل وهو ينقل حس الذوق من الثلثين الامامين للسان.

2-فروع العصب الوجهي خارج العظم الصدغي:



- 1.فرع حلقة هالر التي هي تفاعل بين العصبين السابع والتاسع.-شعبة حسية لمجرى السمع الظاهر.
- 2.شعبة حركية لعضلات صيوان الأذن الخلفية والعلوية.-شعبة حركية للعضلة الأبرية الخشائية.شعبة حركية للبطن الخلفي للعضلة ذات البطنين.

3-فروع العصب الوجهي الانتهائية: وهي شعبتان

اولا: الشعبة الوجهية الصدغية وتعطي:

1- الشعبة الصدغية.

2-- الشعبة الجفنية الجبهة.

3- الشعبة تحت الحجاج الوجنية.

ثانياً: الشعبة الرقبية الوجنية وتعطي:

1- الشعبة الفموية.

2- الشعبة الذقنية.

3- الشعبة الرقبية.

اصابات العصب الوجهي : محيطية ومركزية

الأعراض السريرية التي يشكو منها المريض المصاب بشلل محيطي :

يبدأ خلسة ويترقى بسرعة متفاوتة حيث يبقى جزئياً أو يصبح كاملاً وقد يترافق بالألم في الاذن أو خلفها.



شلل العصب الوجهي

فالمرض يسير بأشكال متفاوتة الشدة ويقدر أن 85% من الحالات يشفى شفاء تاماً بينما 15% تترك أثراً ظاهراً بدرجات مختلفة.

ويشكو المريض من الدماغ بسبب ارتخاء الجفنين وعدم تصريف الدمع عن طريق القناة الدمعية.

الاختبارات التشخيصية وتحديد مكان الآفة في شلل العصب الوجهي:

1. الاختبارات السمعية:

وتشمل تخطيط السمع والمعاوقة السمعية ومنعكس الركابة، تخطيط السمع لتحديد نوع نقص السمع وهل الإصابة في الأذن الوسطى أم قبل الأذن الوسطى ومنعكس الركابة يدل في حالة غيابه على أن الإصابة قبل تفرع عصب الركابة والعكس صحيح.

2. الاختبارات الخاصة:

الدماغ: وذلك بإجراء اختبار شرمر بوضع شريط ورقي خاص في العين بين الملتحمة والجفن السفلي بالطرفين ويتم تخريش الأنف وتقارن درجة تبلل الورقتين فإذا كان الفرق 25% وما فوق يدل على إصابة العقدة الركبة وما قبل في الجهة الأقل دمعاً (أقل تبللاً).

الذوق: وذلك بوضع مواد حامضة أو حلوة على طرفي اللسان ومقارنة الإحساس بها وعدم التناظر يدل على إصابة حبل الطبل في الجهة الأقل إحساساً أي الإصابة في القطعة الخشائية وهناك اختبار الذوق الكهربائي.

الإلعاب: وذلك بقطرة قناة وارتون في الجهتين وقياس كمية الإفراز اللعابي خلال دقيقة فإذا كان الفرق بين الجهتين 25% فما فوق يعني إصابة حبل الطبل الموافق للجهة الأقل إفرازاً.

3. الاختبارات الكهربائية: وهي تفيدنا في تأكيد التشخيص ومعرفة درجة تأذي العصب. كما تفيد في الشلل التام للتفريق بين الشلل التام الوظيفي أو التنكسي كما يفيدنا في الإنذار وتقدير تطور الحالة.

العلاج:

العلاج في شلل بل يكون باستخدام البريديزولون بمقادير عالية 60. 80 ملغ يومياً لمدة 4 أيام ثم توقف بالتدريج خلال 14.5 يوم وهذا العلاج مفيد خاصة إذا طبق في الشلل الحديث.

وتستخدم كذلك موسعات الأوعية كالنيكوتينيك أسيد وكذلك الهستامين وريدياً كما يمكن اللجوء إلى تخصيب العقدة النجمية كما تستخدم الفيتامينات مجموعة فيتامين B.

أما العلاج الجراحي:

فيقوم على كشف العصب وتحريره لمنع الضغط عليه. كما يجب تطمين المريض ورفع معنوياته ومحاولة مقابلته مع مرضى مشاهيرين له تحسنت حالتهم.



جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY



جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY