

درمان کری بوسیله حرکت دادن مستقیم استخوان رکابی

نگارش

دکتر مرتضوی
دستیار بخش گوش و حلق و بینی

دکتر هروستی
رئیس بخش گوش و حلق و بینی
بیمارستان پهلوی

حرکت دادن استخوان رکابی که امروزه جانشین عمل پنجره سازی شده است موفقیت بزرگی است که نصیب روزن دانشمند بزرگ آمریکائی گردیده است. مزایای این عمل نسبت به پنجره سازی عبارتند از :

- ۱- این عمل ساده تر از پنجره سازی است.
 - ۲- مراقبت های بعد از عمل ساده است.
 - ۳- موارد استعمال آن بیش از پنجره سازی است.
- چون در شروع اتواسپونژیوز نتیجه عمل بسیار خوب بوده و در موارد پیشرفته هم موجب بهبود نسبی شنوایی میشود.

طریقۀ عمل :

اصولاً در این عمل دو موضوع مهم را بایستی در نظر گرفت :

- ۱- وسعت میدان عمل.
 - ۲- رعایت ظرافت در عمل بوسیله اسباب های مجهز.
- عمل را از دوراه میتوان انجام داد :
- یکی از راه مجرای گوش خارجی .
- دیگری از راه پشت گوش که طرز عمل بدین قرار خواهد بود .

برای تهیه میدان وسیع عمل علاوه بر جدا کردن پرده تمپان بکمک فرز زاویه خلفی فوقانی مجرا را نیز بر میداریم تا قسمتهای داخل صندوق شنوائی مخصوصاً پلاتین استخوان رکابی و محل اتصال شاخه خلفی استخوان بآن بوضوح دیده شود آنگاه بحرکت دادن مستقیم پلاتین رکابی میپردازیم .
(حرکت دادن غیرمستقیم پلاتین که از ناحیه گردن استخوان انجام میشود بعلت شکستگی شاخه‌ها درحین عمل بیش از ۳۰ الی ۴۰٪ نتیجه نمیدهد درصورتیکه نتیجه حرکت دادن مستقیم در حدود ۷۰ تا ۸۰٪ است.)

اصول عمل :

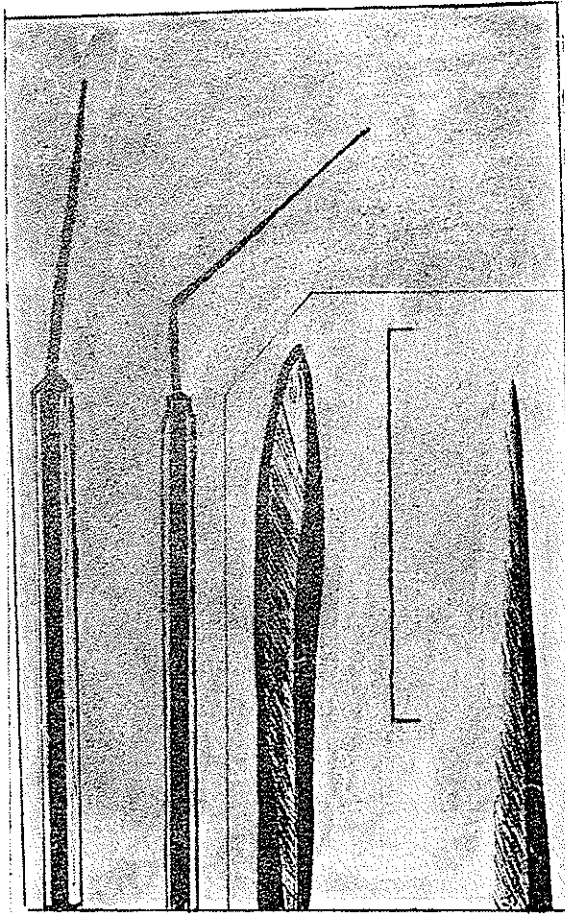
اصل مهم آزاد کردن پلاتین استخوان رکابی است از قسمتهای اطراف . برای این کار از چاقوهای مخصوصی استفاده میکنیم که انتهای صاف و نازک بوده و کاملاً تیز است ضمناً ضخامت آنها کم و دسته‌شان خمیده است تا جلو دید را نگیرد (شکل ۱) بعلاوه به آسپیراتور باریکی نیز احتیاج داریم .

طریقۀ عمل :

طریقۀ عمل برحسب موقعیت تشریحی و نوع ضایعات تا حدی متفاوت است ولی در بیشتر موارد بترتیب زیر خواهد بود .

ابتدا عمل را از قطب خلفی پلاتین شروع میکنیم در این قسمت نوک چاقو را در سه نقطه وارد میکنیم (عقب بالا و پائین محل اتصال شاخه خلفی) تا قسمت خلفی پلاتین از اطراف مجزا بشود سپس همین کار را در قسمت جلو انجام میدهیم یعنی بکمک چاقو قسمت قدامی پلاتین را از اطراف مجزا میکنیم آنگاه بجدا کردن کناره فوقانی پلاتین میپردازیم (برای جدا کردن کناره فوقانی پلاتین از چاقوهاییکه بشکل نیمه لانس است استفاده میشود تا بتوان براحتی از عقب شاخه نزولی سندان را بدون آسیب رساندن بمفصل سندان رکابی گذشت.)

در حین عمل بایستی به نکات زیر توجه داشت :
 اولاً جهت چاقوبر حسب جهت وانحناء شاخه ها که گاهی بطور مرضی تغییر

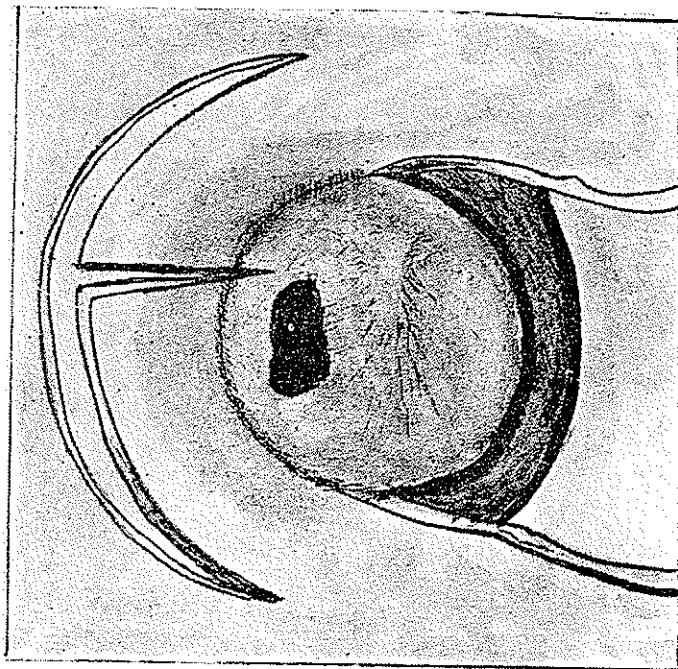


شکل ۱

شکل یافته اند متفاوت است (شکل ۲) .

ثانیاً عمقی که بیستوری بایستی داخل شود (بدون اینکه خطری متوجه لایبرنت شود) بر حسب ضخامت قسمت های اطراف پلاتین متفاوت است البته ضخامت این قسمت ها را میتوان از منظره پلاتین و احساسی که از تماس اسباب بانسج حاصل میشود حدس زد .

گاهی با وجود این عملیات پلاتین از محل خود کاملاً جدا نمیشود .
 در این موارد میتوان بوسیله حرکت دادن غیر مستقیم پلاتین از ناحیه گردن
 رکابی عمل را کامل کرد که البته این حرکت دادن غیر مستقیم پلاتین خطری متوجه
 شاخه‌ها نخواهد کرد (از نظر شکستگی آنها) .



شکل ۲

ارزش عمل

حرکت دادن پلاتین رکابی ارزش غیر قابل انکاری داشته و تغییر محل برده پنجره گرد پس از عمل نشانه مسلمی است بر صحت عمل .

البته با امتحان شنوایی صوتی (قبل و بعد از عمل) میتوان نتیجه حاصله را کنترل کرد ولی يك عامل ممکن است سبب اشتباه شود و آن تجمع خون روی پنجره گرد و یا محازات پلاتین رکابی است که باعث تسهیل انتقال ارتعاشات صوتی میشود

ولی بعد از قرار دادن پرده تمپان بحال اولیه دیگر این عامل در انتقال ارتعاشات تأثیری نداشته و بالنتیجه مانع اشتباه خواهد شد.
موارد اختصاصی عبارتند از :

۱- وجود اکروستوز در ناحیه استخوان رکابی - در این مورد لازم است که از بیستوری های خیلی مقاوم یا از میکروفرزی که بشکل سوزن نوک تیزی است استفاده کرد (میکروفرز پورتمن) .

۲- برداشتن مفصل سندانی رکابی - بعضیها برای اینکه بهتر به رکابی دسترسی پیدا کنند باین کار دست میزنند ولی این کار فقط در صورتیکه شاخه نزولی سندانی تغییر محل داده باشد ممکن است موردی داشته باشد .

۳- سوراخ کردن پلاتین - خودروزن در مواردی که روشهای دیگر با عدم موفقیت روبرو شده است باین کار دست زده است و عده ای نیز بطور سیستماتیک از آن استفاده کرده اند بهر صورت مسلماً سوراخ کردن مجرای نیمه هلالی نسبت باینکار مزیت بیشتری داشته و با وجود نگاهداری استخوانهای رکابی و سندانی نتیجه عمل از نظر فیزیولوژیک بعید بنظر میرسد مگر اینکه استخوانها را برداشته و تمپان را روی پنجره بیضی بگذاریم .

در هر حال نتیجه عمل روی تخت عمل بسیار خوب است ولی بعد از ۸ روز در ۰/۰۵۰ موارد نتیجه عمل از بین میرود و در ماههای بعد غالباً کری بیمار شدت مییابد (۱۰ تاسی دسی بل) و در موارد بهبود هم هیچوقت شنوایی از دسی بل بهتر نمیشود و گاهی هم بهبود شنوایی منحصر بارتعاشات ۵۰۰ و ۱۰۰۰ و ۲۰۰۰ بوده و روی ارتعاش ۴۰۰۰ شنوایی بدتر شده است .

۴- پنجره سازی و حرکت دادن رکابی - بعضی از کارشناسان حرکت دادن رکابی را بعنوان یک عمل کوچک پیشنهاد کرده و در موارد عدم موفقیت آن به پنجره سازی دست میزنند ولی بسیاری دیگر از کارشناسان در مواردی که پنجره سازی نتیجه نداده است به حرکت دادن رکابی اقدام کرده و نتیجه گرفته اند .

۵- اوتیت چسبنده و حرکت دادن رکابی - در این موارد نیز حرکت رکابی نتیجه بسیار خوبی میدهد بشرطیکه قبل از عمل وضعیت شیپور ارتعاش بررسی شده و تحت درمان قرار گیرد و بعد از عمل هم کورتیزون درمانی بعمل آید .
 ضمناً لازمست که بعد از عمل درن خیلی نازکی داخل صندوق گذارد و آنرا از راه شیپور استاش و بینی (ندرتاً عملی است) و یا از راه شکافی که روی قسمت خلفی مجرای غشائی میدهیم در آورد و از آنراه کورتیزون داخل صندوق تزریق نمود .

نتایج عمل

نتایج عمل را در سه قسمت بررسی میکنیم

- ۱- نتایج فوری - بلافاصله پس از عمل شنوائی بمقدار قابل توجهی بهبود میابد بطوری که با امتحان صوتی فاصله درک صوت به ۲ تا ۳ برابر قبل از عمل میرسد .
- ۲- نتایج ثانوی - نتایج اولیه در ظرف ۱۵ روز بعد از عمل تغییر یافته و نسبت موفقیت عمل به ۸۰٪ تنزل میکند و تقریباً بطور معمول قبل از روز هشتم این اتفاق مییافتد .

علل عود گری بقرار زیر است .

- ۱- نزله شیپور استاش - که معمولاً نتیجه ترماتیسم عمل بوده و موجب تورم مخاط صندوق میشود نتیجه تورم مخاط محدودیت حرکت اوسلهها و بالتیجه جوش خوردن شکافهائی است که در موقع عمل داده ایم چنین پیش آمدی را میتوان با بررسی قبلی وضعیت شیپور استاش پیش بینی نمود و البته در صورت وجود نزله مزمن شیپور استاش لازمست که قبل از عمل درمان اختصاصی بعمل آید .
- ۲- تورم مخاط صندوق بدون نزله شیپور استاش - که گاهی بدون علت وزمانی بسبب وجود زمینه آلرژیک پیش میآید درمان این حالت با کورتیزون-رادیوترابی-انسوفلاسیون-آئروسول و با والسالوا، هپارین و تو بازولیدین میباشد .
- ۳- گاهی عود بیماری بسبب شکستگی یکی از شاخهها که مورد توجه قرار نگرفته و یا انکیلوز و فیروز پلاتین میباشد .

۴- ضایعهٔ کوکلتر- در آماری که اسمیت و ماتئو و ماسپتیول (۱) منتشر کرده اند از ۲۰۰ مورد عمل شده فقط در دو مورد شنوایی هوایی در حدود ۱۰ تا ۲۰ دسی بل در تمام ارتعاشات و شنوایی استخوانی در ارتعاشات زیر نسبت به قبل از عمل کم شده بوده که البته همراه سر گیجه و نیستاگموس بوده است ولی برخلاف پنجره سازی ندرتاً ممکن است شنوایی فوق عادی وجود داشته باشد (نشانه اختلال کوکلتر) که در این حال بیمار چند هفته ای از شنوایی دردناک رنج میبرد.

پیدایش شنوایی فوق عادی بدو علت است از نظر تکنیک عمل نتیجه فیسور - پلاتین بوده و از نقطه نظر بیمار غالباً در سنین پیری (۶۵ بیالا) پیش بیمارانی که اختلال کوکلتر دارند پیش میآید.

۳- نتایج عمل در ماههای بعد - از مطالعه آمارهای منتشره نتیجه میشود که عود دیررس در این عمل کم بوده و تقریباً همیشه قبل از سال اول پیش میآید در آماری که اسمیت، ماتئو و ماسپتیول منتشر کرده اند روی ۲۰۰ مورد فقط ۵ مورد عود دیر رس وجود داشته که از این ۵ مورد اوتیت چسبنده و ۳ مورد اتواسپونژیوز بوده است و البته در این موارد هم فقط ۱ تا ۲ دسی بل از شنوایی کم شده بوده است

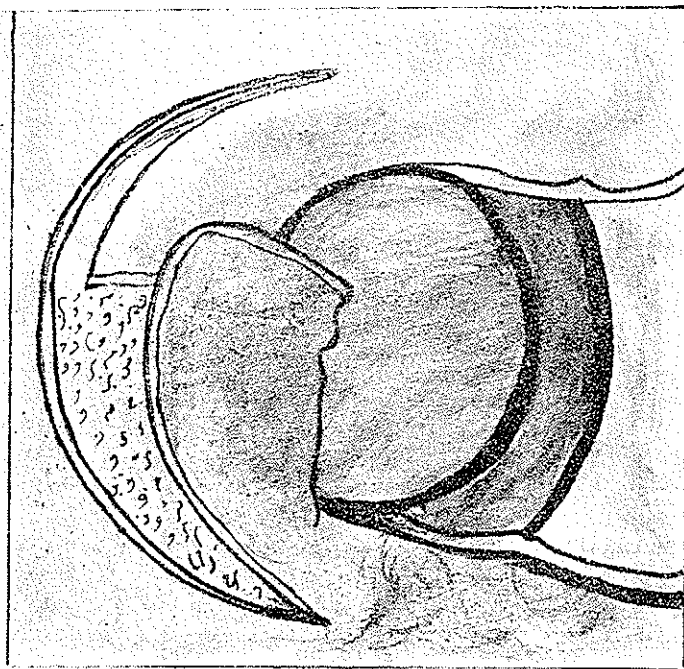
عوارض

۱- شکستگی شاخه‌ها - که غالباً در شاخ قدامی آنهام بعلت ندیدن کامل آن در حین عمل اتفاق میافتد.

در مورد شکستگی هر دو شاخه لازم است سندان را نیز برداشته و پرده تمپان را روی پنجره بیضی قرار داد ولی در شکستگی یکی از شاخه‌ها مخصوصاً موقعی که شاخه دیگر همراه پلاتین بخوبی حرکت کند لازم باین کار است.

۲- فیسور عرضی پلاتین توأم با انهدام قسمتی از آن - که مانع بهبود شنوایی است ولی از نقطه نظر روستیبولر موجب سر گیجه مختصر و نیستاگموس است که در ظرف دو سه روز اصلاح میشود.

- ۳- کنده شدن پلاتین - گاهی با وجودی که عمل خوب انجام شده است ممکن است در حین کشیدن ترشحات داخل صندوق پلاتین رکابی تماماً از جا کنده شود که در این حال لازم است سدانی را نیز برداشته و پرده تمپان را روی پنجره بیضی قرارداد
- ۴- فلج عصب چهره - که نادر بوده و غالباً یک هفته بعد از عمل اتفاق می افتد و معمولاً علت آن اختلالات موضعی گردش خون بعلت فشار پانسمان می باشد .
- ۵- پارگی پرده تمپان - که نادر بوده و معمولاً بصورت شکافی عمودی و ندرتاً بصورت سوراخی روی پرده خواهد بود .
- برای اصلاح آن شکافی افقی که از قطب فوقانی یا تحتانی پارگی بگذرد روی پرده می دهیم و پس از کشیدن پرده به جلو سوراخ اصلاح میشود (شکل ۳) .



شکل ۳

- ۶- سر گیجه - که برخلاف سر گیجه های پس از پنجره سازی ضعیف بوده و پس از ۲۴ الی ۴۸ ساعت برطرف میشود در این حال نیست که گوش هم جزئی است. گاهی در

بیماران مسن (۷۰ ببالا) سر گیجه خفیفی با تغییر وضعیت سر بیمار پیدا میشود که ممکن است تا دوسه ماه طول بکشد .

نتیجه کلی - حرکت دادن مستقیم رکابی روشی است انتخابی با نتایج فوق العاده خوب (۸۰-۰) و بهبود شنوائی در غالب موارد از ۳۰ دسی بل متجاوز بوده و حوادث کوکثر و اختلالات وستیبولر آن خیلی نادر است.

Bibliographi

- 1- R. Maspétiol Mathieu et semette , Mobilisation de l'étrier , Bulletin de la société de laryngologie des hopitaux de Paris . Janvier Fevrier 1959 .

