

هیپوفیز کتومی از راه بینی و سینوس اسفنوئید در بیماریهای غده تناسلی و شرح حال دو بیمار

دکتر محمد یوسف تکشیان *

خلاصه : هیپوفیز کتومی در سرطانهای غده مترشحه داخلی که از نظر تروفیک بگده هیپوفیز بستگی دارند و علت رجوع آن بر آدرنالکتومی ذکر گردیده است. برتریها و خطرات عمل از راه بینی و سینوس اسفنوئید بر راههای داخل مغزی ذکر شده و همچنین روش عمل از راه تیغه بینی Trans septal sphenoidal ذکر شده است.

دو مریض مبتلا به متاستاز متون فقرات، یکی زن مبتلا به سرطان پستان دیگری مرد مبتلا به سرطان پروستات که با وجود درمانهای ممکنه از درد زیاد رنج میبردند شرح داده شد و نتیجه هیپوفیز کتومی در آنها بررسی گردیده است.

هیپوفیز کتومی در بیماریهای پیشرفته سرطان غده تناسلی (پستان و پروستات) از مدتها قبل مرسوم بوده است و علت ترجیح این عمل بر آدرنالکتومی این است که مهمترین هرمون مؤثر در متابولیسم الکترولیت بدن و تنظیم فشار اسمزی خون که از دسته مینرالوکورتیکوئیدهاست یعنی آلدوسترون تحت تأثیر هیپوفیز نیست یعنی ترشح آن از کورتکس سورنال تقریباً بدون دخالت هیپوفیز انجام میگیرد بنابراین برداشتن هیپوفیز چندان تأثیری روی تعادل الکترولیت بخصوص سدیم و کلر ندارد و همانطور که بعداً در شرح حال بیماران خواهد آمد برداشتن هیپوفیز ضایعه مهم و غیر قابل جبرانی در نزد بیماران ایجاد نمیکند. در صورتیکه آدرنالکتومی باعث میشود که برای تعادل الکترولیت دقت بیشتر و آزمایشگاه مجهزی برای تیتراژ الکترولیت های

* گروه گوش و حلق و بینی دانشکده پزشکی - دانشگاه تهران.

خون و حسابهای دقیق برای ترمیم تغییرات آن و حفظ آن در وضعیت طبیعی انجام بگیرد .

مدتی است که جراحان گوش و حلق و بینی از راه سینوس اسفنوئید اقدام بدرآوردن غده هیپوفیز میکنند که در مقابل یک یا دو خطر مزایای بیشتری بر راههایی که جراحان اعصاب از راه استخوان پیشانی و یا تامپرال و بطور کلی راههای داخل مغزی انجام میدهند دارد . مهمترین خطر رسیدن به غده از این راه باز کردن کاویته مغزی بمحیطی است که عملاً عفونی است و خطر سرایت عفونت از این راه خیلی بیشتر از راههای داخل مغزی است ولی در مقابل عمل را تا حد یک عمل معمولی گوش و حلق و بینی ساده میکند و دیگر عوارض مختلف زودرس و یا دیررس که معمولاً در هر عمل مغزی بزرگ بروز میکند دیده نمیشود .

خوشبختانه خطر عفونت را هم با در دست داشتن آنتی بیوتیک های قوی کنونی و چند پیش بینی ساده بحداقل میتوان تقلیل داد . مثل آزمایش کامل گوش و حلق و بینی، آزمایش کامل رادیولوژیک از سینوس ها از دو نقطه نظر: یکی اطمینان بتشکیل کامل سینوس اسفنوئید و دوم عدم وجود عفونت فعال و همچنین کشت و تعیین فلور میکروبی بینی .

تنها در دو مورد است که درآوردن هیپوفیز از راه سینوسهای اسفنوئید صلاح نیست:

- ۱ - وجود عفونت فعال در سینوس ها و بینی .
- ۲ - عدم تشکیل کامل سینوس اسفنوئید و با سینوسی که بطور نا کامل پنوماتیزه شده باشد .

انتخاب سریش :

همانطور که در شرح حال بیماران خواهد آمد و در بالا هم بان اشاره شد این عمل کاملاً جنبه تسکینی و یا پالیاتیو دارد و فقط بمنظور کند کردن پیشرفت مرض بخصوص در متاستازهایی که در دسترس کامل رادیوتراپی نیست و یا اثر رادیوتراپی بعلت استعمال کامل آن از بین رفته است انجام میگردد . یعنی در مریضی که تمام

درمانهای ممکن برای او انجام شده و حالا از درد شدید بعلت متاستاز ستون فقرات رنج میبرد انجام میشود بنابراین مریض از نقطه نظر عمومی مثل قلب و کلیه ، بوسیله طبیب متخصص داخلی امتحان میشود که آیا از نظر بیماری های داخلی ، مریض میتواند از نظر عمومی تحمل یک عمل متوسط در حدود ۱ تا ۱٫۵ ساعت را داشته باشد و همینطور متخصص غدد مترشحه مریض را از نظر تخصص خود کاملاً از نظر بالینی و آزمایشگاهی امتحان میکند و بعد زیر نظر او مریض آماده عمل شده و توصیه های او از نظر هر موثری قبل و بعد از عمل بکار برده میشود .

از نظر گوش و حلق و بینی هم همانطور که گفته شد مریض کاملاً از نظر رادیولوژی و باکتریولوژی و کلینیکی آزمایش میشود تا از عدم وجود عفونت فعال در سینوس ها و همینطور وجود سینوس اسفنوئید کاملاً پنوماتیزه مطمئن شویم .

بیهوشی :

برای اینکه متابولیسم بدن پائین آید در این دو بیمار از روش هیپوترمی استفاده شده بود و بیمار روی تشک مخصوصی که درجه حرارت آن بطور اتوماتیک بوسیله حرارت سنج (در مقعد مریض) کنترل می گردید خوابیده بود .

راه های عمل از راه بینی :

جراحان گوش و حلق و بینی هم از راه های مختلفی سعی بر رسیدن بسل تورسیک میکنند . یکی از معمولیترین طرق از راه سینوس اتموئید بوسیله شکاف کنار بینی شبیه عمل سینوس اتموئید بطریقه خارجی است .

بعد از ورود بسینوس اتموئید و باز کردن سلول های مختلف آن و برداشتن دیواره های بین آنها جهت دید بهتر و بعد از برداشتن کرشه میانی و یا عقب زدن آن برای بهتر دیدن، وارد قسمت خلفی بینی شده و از آنجا بنازوفارنکس و بعد از آن بسینوس اسفنوئید وارد میشویم و از این راه به سل تورسیک میرسیم .

ولی بدو علت طریقه ای که ما در مورد دو بیماریکه شرح آن خواهد آمد بکار بردیم

ترجیح دارد :

۱ - با باز کردن سینوس اتموئید خطر سرایت عفونت و آلوده کردن محیط عمل را بخصوص اگر یادآور شویم که سینوس اتموئید بیشتر از همه سینوسها در معرض خطر عفونت است، بیشتر میکنیم.

۲- انحراف از خط وسط چون محور محل عمل و محل باز کردن سینوس اسفنوئید در یک جهت نیست و این خطر انحراف از خط وسط ممکن است اشکالی در باز کردن سینوس اسفنوئید و با در سوزن بیرون آوردن هیپوفیز ایجاد نماید، بخصوص اگر بخاطر بیاوریم که طرفین سل تورسیک را سینوسهای کاورنو تشکیل داده و جدار ظریف و ریذی آنها زیاد مقاوم نیست، دید و فضای سانور اسبابهای جراحی در مورد عمل از طریق تیغه بینی بسیار کمتر است و بعلاوه عمق زخم خیلی زیاد تر میباشد که با استفاده از میکروسکپ تا حدی این اشکال را برطرف میکنند.

روش عمل، درست مانند عمل Submucos Resection است. سریش به پشت خوابیده و بدن برای کم بودن فشار خون در بینی با پاها زاویه ای در حدود ۱۵ درجه تشکیل میدهد. بدون اینکه شکافی در خارج از بینی داده شود، همانطور که گفته شد، مانند عمل انحراف بینی که مخاط دو طرف بینی را از اسکلت استخوانی آن جدا میکنند و از جلو بعقب غضروف کوادریلاترال و تیغه عمودی اتموئید را برداشته و در حقیقت تونل وسیعی در بین دو لایه مخاط بینی ایجاد میکنیم و تا حد امکان آنرا بزرگ نموده و از راه این تونل بناروفارنکس میرویم. درست در مقابل دهانه عمقی تونل دیواره قدامی سینوس اسفنوئید قرار گرفته است که بعد از ایجاد سوراخ در سینوس تمام دیواره قدامی برداشته میشود و در صورتیکه تیغه ای سینوس اسفنوئید را بدو قسمت کرده باشد آنرا هم بر میداریم و دو حفره و یا دو سینوس اسفنوئید را کاملاً بهم مربوط میکنیم.

از اینجا بعد اگر تا کنون از میکروسکپ استفاده نمیشده باید از آن برای دید کافی استفاده شود و در صورتیکه شکی در پیدا شدن خط وسط موجود بود با گذاردن استیله فلزی و گرفتن عکس نیمرخ و یا جلو بعقب بوسیله دستگاه پرتابل رادیولوژی

موقعیت تشخیص داده میشود و بعد با دقت کامل باسته و یا قلم و چکش، با هستگی سقف سینوس برداشته میشود و به سل تورسیک وارد میشوند. در اینجا برای کنترل خونریزی خفیفی که پیدا میشود از پنبه آغشته به آدرنالین استفاده میشود. این مرحله یعنی باز کردن سل تورسیک حساسترین مرحله عمل است و با اندکی انحراف بطرفین ممکن است یکی از سینوس های کاورنو منحرف شده و با خونریزی شدید مانع از اتمام عمل شویم بعد از ورود به سل تورسیک غده را آهسته آهسته از نسوج اطراف بخصوص سینوس کاورنو جدا میکنیم و سعی میشود غده را با سرنوی ظریف مخصوص عمل پولیپ بینی از ساقه و از زیر دیافراگمی که از لبه زائده کلنوئید قداسی بخلفی کشیده شده و غده را از ناحیه انفوندیبول جدا میکند قطع نمائیم. بعضی اوقات مایع نخاع از سوراخهای این دیافراگم نشت میکند و باعث ناراحتی بعد از عمل میشود ولی در صورتیکه عفونت از این راه سرایت نکند بزودی خود بخود قطع خواهد شد. در صورتیکه نتوان بوسیله سرنو غده را بطور کامل خارج نمود الزاماً با فرسپس های حلقه (Ring Forceps) کوچک و بلند غده را تکه تکه نموده خارج میکنیم و بهر صورت حاصل عمل را جهت بافت شناسی به آسیب شناس میسپاریم چون برای نتیجه خوب برداشت کامل غده بخصوص لب قداسی ضروری است و بهمین جهت است که بعضی از مصنفین عقیده دارند که در صورتیکه غده را با فرسپس در آوریم باید کاویته سل تورسیک را با محلول زنکر (Zenker) که یک ماده سوزان است بسوزانیم ولی با در نظر گرفتن جدا رنازک سینوس کاورنو در طرفین سل تورسیک این عمل بنظر خطرناک میآید. بعد از تمیز کردن سل تورسیک سینوس اسفنوئید و سل تورسیک را با گازهای قابل جذب خیس شده بوسیله محلول یا کرم آنتی بیوتیک تامپون میکنیم و بعد دولایه مخاط بینی را روی هم گذارده و در صورتیکه خونریزی داشته باشد بینی را تامپون ساده دو طرفه میکنیم و مریض را تحت درمان آنتی بیوتیک که معمولاً پنی سیلین وریدی، سولفامید و کلرآسفنیکول است میگذاریم.

شرح حال بیمار اول:

دختر ۳ ساله‌ای بود که از دو سال قبل از مراجعه بما بعلت نوسر پستان چپ بتدریج رادیکال ماستکتوسی و بلافاصله رادیوتراپی محلی در محل سینه و زیر بغل داشته است و بعد از آن تخمدانهای هر دو طرف عمل شده بود و تحت درمان هرمون آندروژن گذارده شده بود. در موقع مراجعه بما مریضی بود کاملاً پاراپلژیک بعلت متاستاز بستون فقرات. کبده بزرگ و دردناک بود و همچنین از دردهای شدید استخوانی شکایت داشت بطوریکه روزی دوبار هر بار ۵ میلیگرم مرفین صبح و شب موقع خواب باو تزریق میشد و در فواصل آن از سایر مسکن ها چه تزریقی و چه خوراکی استفاده میکرد. بعد از آماده کردن مریض هیپوفیز از طریق تیغه بینی سینوس اسفنوئید درآورده شد. در اطاق عمل مجبوراً برای تعیین جهت و محل از دستگاه پرتابل رادیولوژی و گذاردن استیله فلزی استفاده شد بعد از عمل مریض عارضه مهمی نداشت و داروی مخصوصی غیر از کورتن و به تناوب آنتی بیوتیک استفاده نشد در روز ۲ و ۳ مریض سرخص گردید. در طی شش ماه دنبال کردن مریض دردها بطور محسوس تسکین یافته بود بطوریکه دیگر احتیاج با استفاده از تزریق نداشت و از کپسول های ضد درد روزی سه عدد استفاده میکرد ولی علائم رادیولوژی با مقایسه قبل از عمل تغییر محسوس نکرده بود. کبدهم در لمس تغییر زیادی نشان نمیداد.

شرح حال بیمار دوم:

مرد ۵۰ ساله‌ای بود که بعلت ناراحتی ادراری سه سال قبل به اورولوژیست مراجعه نموده بود وبا تشخیص سرطان پروستات، پروستاتکتوسی شده بود و بعد بتدریج بعد از رادیوتراپی بیضه ها درآورده شده بود و تحت درمان هرمون استروژن گذارده شده بود با این وجود از درد شدید در ستون فقرات و علائم متاستاز بستون فقرات و پاراپلژی رنج میبرد بعد از آماده کردن بیمار هیپوفیزکتوسی از راه سینوس اسفنوئید انجام گرفت و در موقع عمل به عارضه مهمی برنخوردیم و بعد از ورود بسل تورسیکک اجباراً هیپوفیز با فرسپس حلقه دار تکه تکه خارج گردید. از روز دوم تب شدیدی

عارض بیمار شد بطوریکه مجبوراً از تشک هیپوترمی جهت کنترل حرارت استفاده شد و درجه حرارت را در حدود ۳۷ ثابت نگاه داشتیم. مریض در حال نیمه اغما بوده سختی زیادی در گردن نداشت. درته چشم ادم خفیفی پیدا شده بود. ترشح مایع از بینی یا سوجود نبود یا بعلت اینکه مریض ممکن بود آنرا بخورد قابل تشخیص نبود. آنتی بیوتیک مریض دو برابر شد و روزی ۲ میلیون پنی سیلین وریدی اضافه به کلرآمفنیکول و سولفامید داده شد در بزل مایع نخاع فشار قدری بالا و مایع صاف، قند کم و سلول آن زیاد بود و با وجود آنکه بنظر سیامد که مریض مبتلا به آنسفالیت یا مننژیت شده باشد بهر صورت درمانهای معموله در او موثر نیافتاد و روز چهارم فوت شد.

References

1. Ezrin, C., Clin. Symp., 81, 11, 1963.
2. Heck, w., Calif. Med. J., 42, 201, 1960.
3. Hirsch, O., Arch. Oto - Laryng., 55, 268, 1952.
4. Javid, M., J. Neurosurg., 15, 50, 1958.
5. Noguera, J. T., Arch. Oto - Laryng., 74, 652, 1961.
6. Pearson, O. H., Amer. J. Surg., 99, 544, 1960.
7. Scott, M., Arch. Oto - Laryng., 84, 77, 1966.