

## درمان کلستاتوم های آتیکو آنترال

پرفسور ج. شید اعلم\* دکتر علی میراحمدی\*\*

کلستاتوم های آتیکو آنترال (Cholestéatomes Attico - antrale) اشکال گوناگون دارد.

بدین معنی که ممکن است از ورقه های خیلی خیلی نازک و ظریف کلستاتوم آتیک قدامی (Attique Antérieur) تا تشکیلات بزرگ و مفصل کلستاتوم که ممکن است حتی تمام ناحیه آتیک را فراگیرد و همینطور ناحیه آنتر (Antre) و ماستوئید (Mastoïde) را دچار سازد دیده شود.

در این جا جدار Tensa کاملاً سالم مانده است و در واقع در این جا یک سوراخ Perforation آتیکال و معمولاً در ناحیه خلف تمپان وجود دارد.

گاهی در اثر عفونت ممکن است سوراخ دومی در جدار Tensa ایجاد گردد. این پارگی بایستی بوسیله پیوند پوشانیده شود بشرطیکه ایمن اطمینان وجود داشته باشد که کلستاتوم بطرف صندوق صماخ هجوم نبرده و رخنه نکرده است (ملاحظه وضع حال بیمار - معاینه گوش - بالاخره رادیوگرافی معلوم میدارد که آیا کلستاتوم بطرف صندوق صماخ پیش رفته است یا خیر)

بنابراین مسئله اساسی در واقع آنگهی از وضع و گسترش کلستاتوم بطرف صندوق صماخ می باشد و ما در اینجا درمان کلستاتوم را آنطور توضیح میدهیم که در واقع صندوق صماخ از آسیب کلستاتوم در امان مانده است و هیچگونه علائم وجود کلستاتوم در صندوق صماخ وجود ندارد.

الف - پیشرفت کلستاتوم بطرف ناحیه ماستوئید جهت انجام عمل جراحی

\* استاد و مدیر گروه آموزشی بیمارهای گوش و گلو و بینی

\*\* استادیار بیمارهای گوش و گلو و بینی

تمپانوپلاستی (Tympanoplastie) کمتر اندیکه (Contre-indiqué) نیست البته به این شرط که کلستاتوم پنجره بیضی (fenêtre - ovale) و صندوق صماخ (Gaisse de Tympan) را فرانگرفته باشد و نیز به این شرط که درد نباله این کلستاتوم و بعلت آن ضایعات استخوان های کوچک گوش ایجاد نشده باشد .

در مورد اخیر اگر کلستاتوم بطرف صندوق صماخ پیشرفت نکرده است در این صورت با انجام دادن عمل تمپانوپلاستی تیپ چهار (Tympanoplastie type IV) می توان بمریض با اندازه کافی مساعدت نمود .

در مورد کلستاتوم های آتیکو-آنتروماستوئیدین (Cholostéatomes attico - antromastoidienne) صلاح است که حفره ماستوئید را از راه شیار پشت گوش تفحص نمود و بایستی ضایعات را بطور کامل و از ریشه تمیز نمود .

بنابراین انجام عمل جراحی از طریق آن دورال (Endaurale) در این مورد ناکافی است .

اگر ماستوئید عاجی شکل باشد (Eburnè) از بین بردن کامل تمام ضایعات موجود در حفره ماستوئید کار ساده ایست و حفره عمل بوسیله کلستاتوم مشخص می شود .

اگر در ماستوئید پس از تفحص وجود علائم التهاب سلولی مشهود گردید بایستی بطور دقیق و درزیر میکروسکپ و در تمام طول حفره ماستوئید این حفره را بطور وسیع باز نموده و سعی نمود که کوچکترین عفونتی اگر مشهود است پاک و منزه گردد .

با کمک کورت (Curette) بسیار ظریف و نازک رامادیر (Ramadier) و با کمک فرز نازک (Fräise) باید تمام نواحی آلوده را پاک نمود .

اگر فیستول در مجرای نیمه دایره ای خارجی است تمام اطراف فیستول را باید پاک و تمیز نمود بدون اینکه مستقیماً خود فیستول را کورتاژ (Curettage) کنیم . زیرا احتمال این را دارد که پس از این کورتاژ ایجاد چسبندگی هایی بامجرای مامبرانو (Membraneux) بکند .

حفره آنتر (Antre) و ماستوئید (Mastoide) را بایستی در داخل مجرای گوش خارجی باز گذاشت ولی حتماً بایستی دیواره فاسیال (Faciale) را نازک و باریک نمود .

هیچگونه پیوندی نبایستی روی این جدارهای کلستاتومی گذارد.

این حفره را حداقل هر سال بایستی دوبار تمیز و پاک نمود.

گاهی اوقات و بخصوص وقتی که بیمار جوان باشد و حفره از کلستاتوم بطور

کامل پاک شده باشد از خود تمایل به پر شدن نشان میدهد.

ب - در حدود ناحیه آتیک (Attique) :

کلستاتوم در شروع کار ابتدا بطرف حفره پروساک (Pocke de Prussak)

پیشرفت نموده و بعداً اپی تلیوم قسمت خلفی فوقانی مجرای گوش و نیز قسمت پرده

شراپنل (Schrapnell) را فرامیگیرد .

در موارد وجود کلستاتوم در ناحیه آتیک بایستی اقدام به آتیکوتومی (Atticotomie)

کامل نمود و نیز پل (Pont) مجرای آدیئوس آد آنتروم (Aditus ad antrum)

را بکلی برداشت.

### کلستاتوم ناحیه آتیک خارجی

یکی از ضایعاتیکه باصطلاح کم خطرتر است همان کلستاتوم کوچک آتیک

قدامی است .

این کلستاتوم را می توان با احتیاط و دقت کورتاژ نمود و بایستی توجه بسیار

نمود که این کلستاتوم آیا بطرف عقب و یا خارج و یا بداخل زنجیره استخوانی رخنه

کرده است یا خیر .

بدلیل وجود توده کلستاتوم در سر استخوان چکشی خوشبختانه پیشرفت

کلستاتوم بطرف خارج استخوان های کوچک گوش (Osselets) است و در واقع

استخوان های کوچک سالم می ماند .

اگر بعد از کورتاژ کردن کامل دیده شود که کلستاتوم فقط محدود به ناحیه

آتیک قدامی است بایستی آتیک قدامی را باز گذارد و هیچگونه پیوندی روی آن

نگذاشت .

از سوی دیگر بی فایده است که در این مورد اخیر ناحیه آنتر (Antre) را

باز کنیم . در حدود آتیک خلفی اگر کلستاتوم در ابتدای شروع درمان شده است

ضایعات کلستاتوم باز هم ممکن است خیلی محدود باشند . این ضایعات ممکن است

متوجه قسمت خلفی سندان و زائده کوتاه آن گردند .

مفصل سندان چکشی دست نخورده است .

باید توجه شود که آیا پنجره بیضی (Fenêtre ovale) سالم و در امان مانده است و زنجیره استخوانی هم دست نخورده است یا خیر؟

بایستی دقت نمود که آیا کلستاتوم وارد عقب بدنه استخوان سندانی در توی آتیک داخلی شده است یا نه؟

در این موارد اگر مطمئن شدیم که هیچگونه ضایعه کلستاتومی در آتیک داخلی وجود ندارد بعد از تمیز کردن و تفحص کردن کامل آتیک خارجی - مجرای آدیتوس (Aditus - ad - antrum) و سلول (Antre) میتوان لامبوی تمپانو مئاتال (Lambeau Tympanoméatale) را روی استخوان سندانی و سرچکشی تکیه داد (بطرف جدار داخلی آتیک).

آنتر (Antre) و ناحیه اطراف آن در داخل مجرای گوش خارجی بازمی ماندند. بهمین طریق توصیه میشود که عمل، هر وقت که کلستاتوم محدود به ناحیه آتیک خارجی است، بهمین نحو انجام گیرد. و همراه با حفظ و تحریک و هم آهنگی زنجیره استخوانی (Chaîne osseculaire) و بدون اینکه کلستاتوم استپاله بطرف پائین یعنی بسوی پنجره بیضی داشته باشد.

اینها موارد بسیار استثنائی هستند که با وجود کلستاتوم معهذا میتوان لامبوی تمپانو مئاتال را روی استخوان های کوچک گوش گذارد.

اگر کمترین شکمی وجود دارد که کلستاتوم بطرف آتیک داخلی رفته است بایستی حفره آتیک را بطور کامل باز گذارد.

### کلستاتوم آتیک داخلی

اگر مفصل سندانی چکشی سالم است و اگر بنظر میرسد که کلستاتوم فقط محدود به جلو و یا عقب بطرف آتیک داخلی تمایل و پیشرفت دارد می توان دست بعمل محافظتی زذبخصوص اگر شنوائی کمی دست خورده است.

بایستی باکروشه (Crochêt) نازک و ظریف و آسپراتور (Aspirateur) بطور کامل این ناحیه را تمیز نمود و آتیک را باز گذارد و هیچگونه پیوندی روی آن نگذاشت.

اگر برعکس کلستاتوم استخوان سندانی و سرچکشی را در بر گرفته است و سندانی را باید برداشت لذا سر استخوان چکشی را قطع نموده و جدارهای آتیکال را بایستی کورتاژ کامل نمود بدون اینکه بقایائی از کلستاتوم باقی بماند.

آنوقت بایستی لامبوی تمپانومثالت (Lambeau tympano - méatale) را روی سر استخوان رکابی (étrier) الصاق نمود (عمل Myringo stapédieo pexie) آنرا طبیعتاً بایستی واریسی نمود و آن را بایستی بداخل مجرای گوش خارجی باز گذارد.

کلیستاتوم بطرف صندوق صماخ رخنه کرده است  
اگر متأسفانه کلیستاتوم بطرف صندوق صماخ نفوذ کرده است پیش آگهی عمل بسیار بد است زیرا این پیشرفت قبل از همه بسوی پنجره بیضی است (Fenêtre ovale) و استخوان رکابی را می خورد (شاخه های آن) و غالب اوقات پلاتین رضایع می سازد بطوریکه جای پلاتین را ورقه ماتریس (Matrice) کلیستاتوم پر میکند.  
در این موارد حتی اگر استخوان های کوچک گوش مختصری گرفتار و مبتلا شده اند بایستی آنها را در آورد و از بین برد زیرا وجود پنجره بیضی کلیستاتوم می در پشت پیوند مانع گرفتن آن می شود.

بنابر این باید با احتیاط فراوان ماتریس کلیستاتوم را از پنجره بیضی از ریشه و از ته تمیز کرد. اگر کلیستاتوم پنجره گرد (Fenêtre ronde) را مبتلا نکرده است تمام ضایعات آتیک و انترال را بایستی پاک و تمیز نمود. ممکن است پنجره بیضی را بدون پوشش باز گذارده و یک تمپانوپلاستی تیب چهارم انجام دهیم و یا بطریقه پیوند آزاد و یا اینکه از قسمت تحتانی پرده تمپان بعنوان پیوند استفاده کنیم اگر برعکس کلیستاتوم پنجره گرد را فرا گرفته است و یا بطرف جلو سوراخ داخلی ترمپ دوستاش (Tubaire) را فرا گرفته است عمل تمپانوپلاستی بی حاصل است بلکه در این جا بایستی دست بعمل کامل اویدمان (Évidement - pétro - mastoïdienne) زد.

### فهرست منابع

- 1- Le Traitement chirurgical des Surdités 1965. par M. Guillon et M. Batisse.
- 2- Annales d'oto - laryngologie Tome 84 N. 10-11 Paris 1967.
- 3- Cahier de Montplier Tome 57. N 9 1965, Montplier.
- 4- La Myringoplastie Thèse Paris 1965.