

آفات الجيب الوتدي المعزولة

محمد نبيل دندشلي*

المخلص

خلفية البحث وهدفه: هدف هذا البحث لدراسة حالات الإصابة المعزولة بالجيب الوتدي من حيث الأعراض، وأسباب الإصابة، وطريقة تدبيرها، وفعالية هذه الطريقة.

مواد البحث وطرائقه: درست ملفات الحالات المقبولة بالشعبة الأذنية في مستشفى الموساة الجامعي في دمشق بين 2000/9 - 2008/9 جميعها بتشخيص آفة الجيب الوتدي، إذ بلغ عدد الحالات 31 حالة. توزعت الأعراض الرئيسية كالتالي: صداع عند 17 مريض (54.83%)، أعراض عينية عند 6 مرضى (19.35%)، انسداد أنفي عند 5 مرضى (16.12%)، سيلان أنفي رائق من جانب واحد عند 5 مرضى (16.12%) فضلاً عن أعراض أخرى. أجري للمرضى كلهم جراحة جيوب تنظيرية عبر الرذب الوتدي الغربالي أو عبر الغربال الخلفي.

النتائج: كان التشخيص النهائي التهاب جيب وتدي عند 8 مرضى (25.8%)، التهاب جيب وتدي فطرياً عند 8 مرضى (25.8%)، ناسوراً سحائياً جيبياً وتدياً عند 5 مرضى (16.12%)، قيلة سحائية عند مريض واحد (3.22%)، قيلة جيب وتدي عند 6 مرضى (19.35%)، بوليباً وتدياً عند مريضين (6.45%) في حين كان التشخيص كارسينوما غير مميزة عند مريض واحد (3.22%). راوحت المتابعة بين 9 - 110 أشهر. حدث نكس عند مريضين فقط.

الاستنتاج: إن آفات الجيب الوتدي المعزولة هي آفات غير شائعة؛ إلا أنها قد تدل على آفات خطيرة وقد تكون السبب لاختلالات عصبية وعينية مهمة.

الكلمات المفتاحية: الجيب الوتدي، آفة معزولة، جراحة الجيوب التنظيرية الوظيفية.

* أستاذ مساعد - قسم الأذن والأنف والحنجرة - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

Isolated Sphenoid Sinus Diseases

Mohammad Nabil Dandachli*

Abstract

Background & Objective: To evaluate the symptoms, causes, methods of management and efficacy of this methods of isolated sphenoid sinus disease.

Materials & Methods: Retrograde study on 31 cases of isolated sphenoid sinus disease which had been operated in Al Moassate university hospital between 9.2000 - 9.2008 .The main complaint was headache in 17 patients (54.83%), ocular symptoms in 6 patients (19.35%), nasal obstruction in 5 patients(16.12%) ,unilateral watery rhinorrhea in 5 patients (16.12%), in addition to other symptoms. All patients had been operated by endoscopic sinus surgery (ESS) trance sphenoethmoidal recess approach or trance posterior ehtmoid approach) .

Results: The final diagnosis was : 8 patients with (25.8%)sphenoid sinusitis , 8 patients (25.8%) fungal sinusitis, 5 patients (16.12%) CSF leak trance sphenoid, one patient (3.22%) meningoencephalocele, 6 patients (19.35%) mucoccele , 2 patients (6.45%) sphenoid polyp and one patient undifferentiated carcinoma. Follow-up was 9-110 months. Recurrence occurred in tow patients.

Conclusion: Isolated sphenoid sinus disease is uncommon, but it may be critical and a cause of important ocular and neurological complications.

Key words: sphenoid sinus, isolated disease, functional endoscopic sinus surgery.

* Assistant Professor- ENT Department - Faculty of Medicine, Damascus University.

مقدمة:

موجودة بالحبيب الوتدي خلال (2000/9 - 2008/9) من حيث الأعراض وأسباب الإصابة وطريقة تدبيرها وفعاليتها هذه الطريقة.

مواد البحث وطرقه:

درست (دراسة راجعة) ملفات جميع المرضى المشخص لهم إصابة معزولة في الحبيب الوتدي (على التصوير الطبقي المحوري) الذين قبلوا بالشعبة الأذنية في مشفى المواساة لإجراء عمل جراحي من أجل هذه الإصابة بين (2000/9 - 2008/9)، وذلك بعد أن خضع جزء منهم لعلاج دوائي مدة أسبوعين، وأبدى الطبقي المعاد (بعد العلاج الدوائي) استمرار وجود الكثافة نفسها بالحبيب الوتدي.

كان عدد المرضى 31 مريض 16 ذكر (51.61%) و15 أنثى (48.38%). كانت الإصابة وحيدة الجانب عند 27 مريض (87.09%) { 14 مريضاً بالجانب الأيسر و13 بالجانب الأيمن } وثنائية الجانب عند 4 مرضى (12.9%). راوحت الأعمار بين 4-77 سنة بوسطي العمر 33.22 سنة.

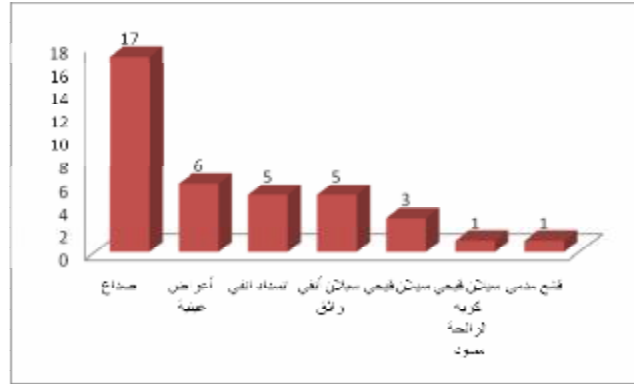
كانت الشكوى الرئيسية صداعاً عند 17 مريض (54.83%) 12 مريض منهم (38.7% من الكل) أصيب بصداع قفوي أو قفوي قمي، وأعراضاً عينية عند 6 مرضى (19.35%)، وانسداداً أنفياً عند 5 مرضى (16.12%)، وسيلان سائل رائق من جانب واحد عند 5 مرضى (16.12%)، سيلاناً قيحياً عند 3 مرضى (9.67%) وسيلاناً قيحياً مسوداً كريه الرائحة عند مريض واحد (3.22%)، وكذلك قشعاً مدمى عند مريض واحد (3.22%). (الشكل 1).

مع أن آفات الجيوب شائعة نسبياً إلا أن إصابات الحبيب الوتدي المعزولة قليلة إلى حد ما (الشكل 1) و تشكل تقريباً 2-3% من إصابات الجيوب عامة¹، إلا إنها قد تكون مصدراً لاختلالات خطيرة ومهمة خاصة على العصب البصري والحجاج، إذ إنَّ الحبيب الوتدي له مجاورات مع بنى مهمة هي العصب البصري، والحبيب الكهفي والأعصاب القحفية³،⁴،⁶، والسحايا، والنخامي والشریان السباتي الباطن فضلاً عن نزوة الحجاج².

في كثير من الحالات تكون الأعراض التي يراجع بسببها المريض غير محددة ومبهمة وهو ما قد يؤخر التشخيص، ومن ثمَّ العلاج أو التداخل الجراحي في الوقت المناسب، وعلى الرغم من ذلك فإن الصداع القفوي أو القمي القفوي يعدُّ من الأعراض الرئيسة التي يشكو منها المرضى عند وجود إصابة بالحبيب الوتدي، وتأتي الأعراض العينية (اضطراب أو ضعف بالرؤية، جحوظ، حول ----) في المرتبة الثانية بعد الصداع، فضلاً عن أعراض أخرى كالانسداد الأنفي والسيلان القيحي الذي قد يكون كريه الرائحة بوجود إصابة فطرية مثلاً، وسيلان سائل رائق من الأنف (عادة من طرف واحد) عند وجود ناسور سحائي أنفي عبر سقف الحبيب الوتدي.

أحياناً تكتشف هذه الآفات مصادفة عند إجراء تصوير بالطبقي المحوري أو بالمرنان المغناطيسي للرأس أو للدماغ، وهنا قد لا يوجد أي عرض يتعلق بهذه الآفة عند المريض.

هدف هذا البحث إلى دراسة الحالات التي تم التداخل الجراحي عليه بالشعبة الأذنية بمشفى المواساة بسبب آفة

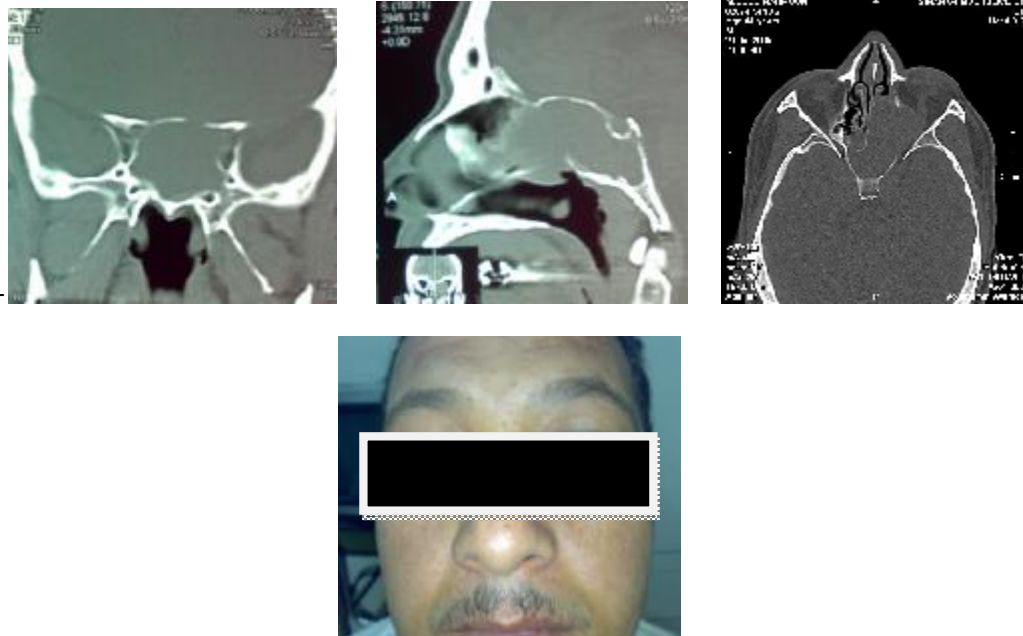


الشكل (1) يشير إلى توزيع الأعراض عند مرضى الدراسة

وضع تشخيص ناسور سحائي أنفي عندهم (وذلك بعد إجراء الطبقي المحوري) ثلاثة منهم رضي و اثنان بعد عمليات استئصال ورم نخامى عبر الجيب الوتدي. أبدى التنظير الليفي المرن وجود كتلة بوليبيدية المظهر في القسم الخلفي للأنف عند أربعة مرضى (12.9 %)، في حين لم يبد معلومات إضافية عن الفحص السريري عند بقية المرضى .

راوحت الأعراض العينية من تدهور رؤية (خفيف إلى تام) عند 3 مرضى (اثنان منهم بشكل حاد خلال ساعات والثالث بشكل مزمن خلال عدة شهور)، وجحوظ عند مريضين (أحدهما ترافق الجحوظ عنده مع تدهور الرؤية المزمن سابق الذكر، الشكل 2)، وحول إنسي عند مريض واحد، وأعراض التهاب نسيج خلوي حول الحجاج عند مريض.

أبدى فحص سكر السائل عند مرضى السيلان الرائق من جانب واحد إيجابيته (بين 55 - 81 ملغ / 100 مل) حيث



الشكل (2)

كثافة شاملة للجيب الوتدي تؤدي إلى جحوظ أيسر مع تدهور مزمن بالرؤية بسبب انضغاط صريح للعصب البصري

أجري التداخل الجراحي للمرضى دراستنا كلهم بواسطة جراحة الجيوب التنظيرية، وذلك عبر الرذب الغربالي الوندي sphenothmoidal recess (عبر الفوهة الطبيعية للجيب الوندي) عند 25 مريض (80.64%) وعبر الغربال الخلفي posterior ethmoid عند 6 مرضى (19.3%). كان التداخل إسعافياً عند المريضين اللذين تدهورت القدرة البصرية عندهم بشكل سريع، وعند مريض المصاب بالتهاب نسيج خلوي حول الحجاج، وذلك مع تغطية بصادات واسعة الطيف.

عند التداخل على الجيب الوندي عبر فوهته كان يستعمل المقرض الخاص بالجيب الوندي لتوسيع الفوهة عند الحاجة .

عند الشك بوجود فطور بالجيب الوندي كان يجرى توسيع كبيرلفوهته مع غسل الجيب عدة مرات باليوفيدون الممدد، وذلك للتأكد من تنظيفه بشكل تام من أي بقايا فطرية.

عند المرضى الخمسة المصابين بناسور سحائي أنفي أغلق الناسور السحائي على الجيب الوندي باستعمال صفاق الـ Facia latta مع استعمال اللاصق الحيوي Fibrin glue، وذلك بعد كشف الناسور وتعرية الغشاء المخاطي لباطن الجيب الوندي حوله.

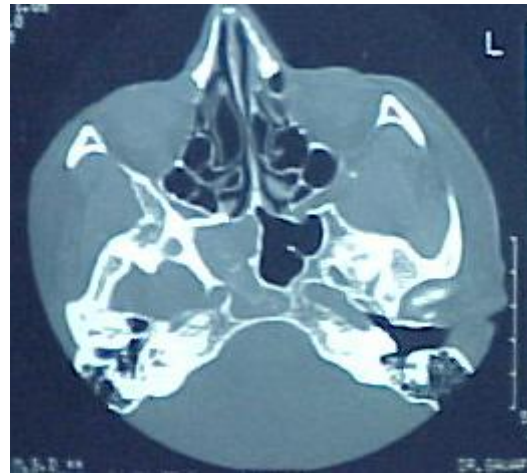
وضع تشخيص قيلة سحائية عند المريض الذي كانت عنده الكثافة ممتدة إلى الحفرة تحت الصدغي و الحفرة الجناحية الحنكية عبر الجناح الكبير للوندي، ومن ثم أحدثت تخريباً بالجدار الوحشي السفلي للجيب الوندي الأيسر (شكل 4). أجري عند هذا المريض فتح الجيب الوندي عبر فوهته الطبيعية ووسعت توسيعاً كافياً لكشف القيلة حيث خرج سائل دماغي شوكي غزير جداً عند فتحها وطمر الجيب الوندي والجوف المتشكل ضمن الناتئ الجناحي بشكل تام

أظهر الطبقي المحوري وجود كثافة شاملة بالجيب الوندي عند 23 مريض (74.19%) وكثافة جزئية مع ظل معدني عند مريض واحد (3.22%) وكسر (أو ضياع عظمي) بسقف الوندي مع امتلاء جزئي أو تام بسائل عند 5 مرضى (16.12%)، في حين أبدى الطبقي عند أحد المرضى امتداد الكثافة إلى الحفرة تحت الصدغي والحفرة الجناحية الحنكية، وامتدادها بين الوندي و البلعوم الأنفي عبر أرض الجيب الوندي عند آخر.

كانت الكثافة عند 5 مرضى (من مرضى الكثافة الشاملة) غير متجانسة مع وجود ظل معدني أحياناً. تشير العلامتان الأخيرتان إلى الاحتمال الكبير لوجود إصابة فطرية. الشكل (3).

أجري المرنان عند خمسة مرضى لتحديد امتداد كتلة الوندي إلى السحايا أو الحجاج .

في السوابق المرضية قصة تداخل جراحي لاستئصال ورم نخامي عبر الوندي مع استمرار سيلان رائق من الأنف عند مريضين، وقصة تصنيع وثيرة عند مريض واحد.



الشكل (3)

كثافة غير متجانسة في الجيب الوندي الأيسر، أثبت التشريح المرضي بعد العمل الجراحي وجود إصابة بالرشاشيات



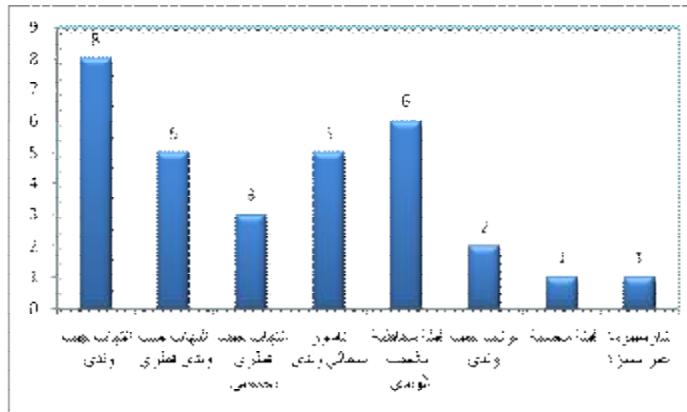
شكل (5)

كارسينوما غير مميزة تتظاهر بشكل كثافة شاملة بالجيب الوتدي و ممتدة إلى الغربال الخلفي .

النتائج:

كان التشخيص النهائي التهاب جيب وتدي عند 8 مرضى (25.8%)، والتهاب جيب وتدي فطري عند 8 مرضى (25.8%) أيضاً، ناسوراً سحائياً جيبياً وتدياً عند 5 مرضى (16.12%)، وقيلة سحائية عند مريض واحد (3.22%)، قيلة جيب وتدي عند 6 مرضى (19.35%)، وبوليب وتدياً عند مريضين (6.45%) في حين كان التشخيص كارسينوما غير مميزة عند مريض واحد (3.22%) (الشكل 6).

توزع مرضى التهاب الجيب الفطري الثمانية كالاتي: التهاب جيب وتدي فطري تحسسي (Allergic fungal sinusitis) عند 3 مرضى، كرة فطرية (fungal Ball) عند 3 مرضى، و التهاب جيب فطري مزمن عند مريضين.



الشكل (6) يشير إلى توزع المرضى بحسب التشخيص النهائي

باستعمال شحم من الجدار الأمامي للبطن بعد تنظيف كامل مخاطيته.



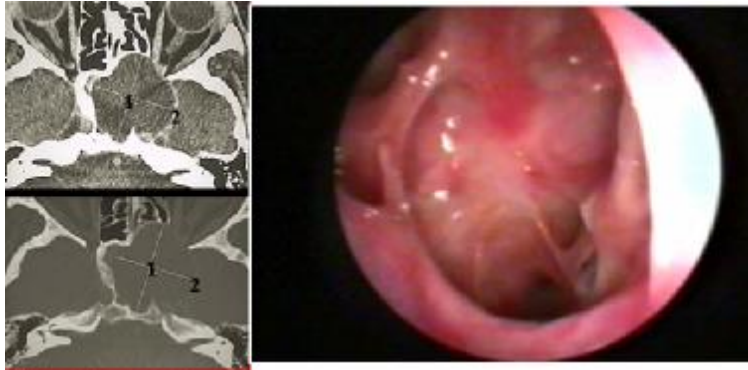
الشكل (4)

قيلة سحائية تتظاهر بشكل كثافة جيب وتدي أيسر جزئية مخربة بالوحشي للنتائ الجناحي الأيسر.

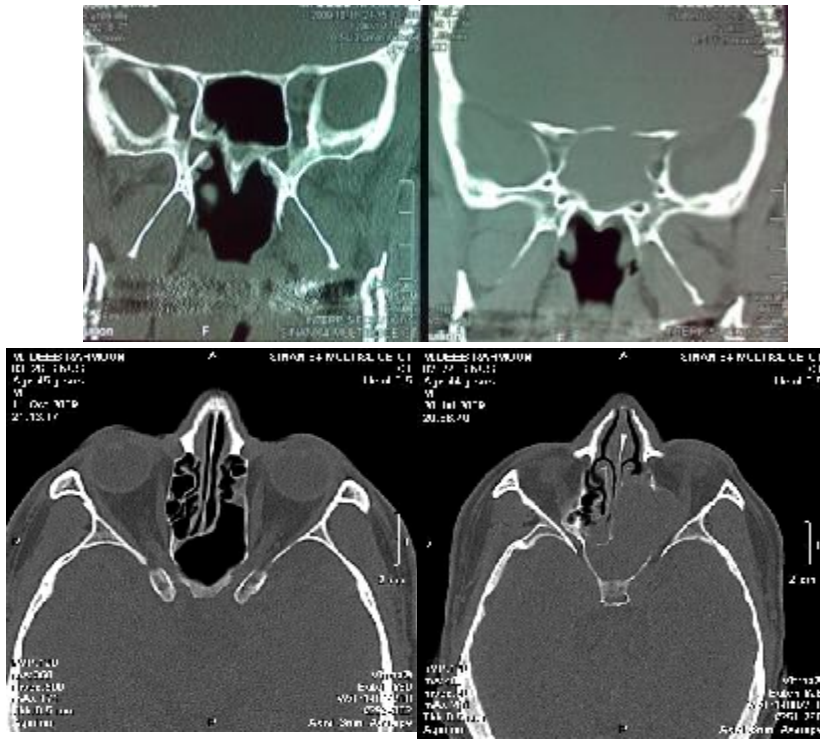
أمّا المريض التي كانت الكثافة عنده شاملة للجيب الوتدي و ممتدة عبر أرضه إلى البلعوم الأنفي (بشكل كثافة بسيطة في سقفه) فأجري له تفريغ كامل الجيب الوتدي من نسيج هش مع أخذ خزعات من سقف البلعوم الأنفي. أبدى التشريح المرضي وجود كارسينوما شائكة الخلايا غير مميزة (شكل 5).

أبدى التشريح المرضي عند مرضى الإصابة الفطرية أنها كانت بالرشاشيات عند 6 مرضى وبالميكورميكوز عند مريضين، مع العلم أنه لا يوجد أي نقص مناعة عند أي من هؤلاء المرضى.

جرت متابعة المرضى مدة راوحت بين 9-110 شهر بوسطي متابعة 39.7 شهر، وذلك بالتنظير الليفي المرن أو القاسي (شكل 7) وبإجراء تصوير طبقي محوري (شكل 8).

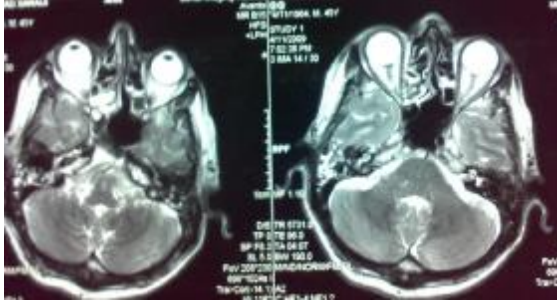


الشكل (7) منظر بالمنظار الصلب لجوف الجيب الوتدي الأيمن بعد العمل الجراحي بسنة (الصورة اليمنى) عند مريضة مصابة بالتهاب جيب فطري بالميكورميكوز (الصورة اليسرى)



الشكل (8) تبدي الصور بالأيمن مقاطع لمرضى مصاب بكثافة مألنة للجيب الوتدي مع تآكل جزئي في سقفه. يلاحظ انضغاط صريح للعصب البصري وتبدي الصور بالأيسر مقاطع للمريض نفسه بعد 9 أشهر من العمل الجراحي

تحسنت الأعراض عند المرضى كلهم بعد العمل أشهر حيث شكا من صداع نابض شقيقي مع سلامة الجراحي. عاود الصداع عند ثلاثة مرضى. الأول بعد 9 الجيب الوتدي على صورة الطبقي المحوري. الثاني كان



شكل (9)

صورة مرتنان لمرضى ورم الجيب الوتدي الشانك الخلايا وغير المميز بعد الجراحة والعلاج الشعاعي الكيماوي.

المناقشة:

نلاحظ من العرض السابق أن معظم المرضى شكوا من صداع (17 مريض 54.83%) 12 منهم شكوا من صداع محدد بالمنطقة القفوية يمكن أن يربط مع الإصابة بالجيب الوتدي، في حين أن الباقين (5 مرضى) كان الصداع عندهم غير محدد وغير وصفي لإصابة جيب وتدي فضلاً عن أن 14 مريضاً لم يشتكوا من صداع قطّ و من ثمّ فإن الصداع ليس بالضرورة أن يكون موجوداً دائماً عند وجود مثل هذه الإصابة.

أتت الأعراض العينية بالمرتبة الثانية بعد الصداع (حدثت عند 6 مرضى) واستجبت إجراء الطبقي المحوري، الذي كشف الإصابة بالجيب الوتدي. كان التداخل الجراحي إسعافياً عند اثنين منهم بسبب تدهور رؤية فجائي، كما ذكرنا فإن الأعراض كلّها تراجعت عند هؤلاء المرضى عدا المريض المصاب بقلية جيب وتدي كبيرة (شكل 3) فإن تحسن الرؤية عنده بقي غير تام بعد 8 أشهر من العمل الجراحي، وذلك بسبب التأخر في كشف الإصابة؛ و من ثمّ التأخر في التداخل الجراحي. أورد Hu³ وزملاؤه حالتين من ضعف الرؤية مع إصابة العصب الثالث عند أحد المرضى بسبب إصابة فطرية حبيبية (الكرة الفطرية Fungal ball) وقد تراجعت الأعراض عندهما بعد تفريغ الجيب الوتدي بالجراحة

قد شخص عنده التهاب جيب فطري بالرشاشيات حيث عاود الصداع بعد سنتين وأثبت الطبقي عودة الكثافة للجيب الوتدي المصاب سابقاً، أعيد العمل الجراحي ونظف الجيب بشكل تام من الفطور دون نكس آخر مع تحسن الصداع بعد العمل الجراحي الثاني. المريض الثالث هو مريض القيلة السحائية حيث عاود الصداع بعد 13 شهر، وأبدي الطبقي عودة امتلاء الجيب الوتدي بالقلية، لذلك حول المريض إلى الجراحة العصبية حيث جرى استئصال القيلة عبر مدخل خاص بالحفرة القحفية المتوسطة مع استئصال كامل القيلة مع حدوث شلل بالعصب القحفي السادس الأيسر.

تحسنت الأعراض العينية عند كل المرضى الذين راجعوا بشكوى عينية بشكل تام ماعدا أحد المرضى الذي كان يعاني من جحوظ مع ضعف بالرؤية بالعين اليسرى قبل عدة أشهر من التداخل الجراحي على القيلة الموجودة بالجيب الوتدي الأيسر، حيث تراجع الجحوظ مباشرة بعد العمل الجراحي، في حين أن تحسن الرؤية بقي جزئياً بعد 8 أشهر من العمل الجراحي، ويبيدي الشكل (9) الطبقي المحوري قبل العمل الجراحي وبعده.

توقف السيلان الرائق من الأنف عند مرضى الناسور السحائي الأنفي كلّهم ولم يعاود عند أي منهم خلال مدة المتابعة.

عولج مريض كارسينوما الجيب الوتدي الممتد إلى البلعوم الأنفي معالجة شعاعية كيماوية، وأبدي التنظير الليفي المرن والتصوير بالمرنان المغناطيسي (شكل 9) عدم وجود أي نكس، وللتأكيد أخذت خزعات للمراقبة من البلعوم الأنفي والجيب الوتدي بعد العلاج بسنة ونصف وكانت سلبية.

التهابية. كما أورد Marco و زملاؤه⁴ حالة تدهور الرؤية عند طفل عمره 11 سنة بسبب التهاب جيب وتدي. لاحظنا في دراستنا إصابة العصب القحفي السادس عند أحد المرضى فقط، وقد تراجعت الإصابة بعد العمل الجراحي وكان التشخيص التهاب جيب وتدياً. ذكر Lawson وزميله⁵ في دراسة على 132 حالة حدوث إصابة عصب قحفي عند 12% من الحالات الالتهابية و 60% من الأورام السليمة و 57% من الأورام الخبيثة بالجيب التودي.

كان الطبقي المحوري حجر الأساس في التشخيص (مع مساعدة المرنان عند شك امتداد الإصابة إلى الحجاج أو الدماغ). أبدى التنظير الليفي المرن إيجابية عند 4 مرضى فقط (12.9%)، وهو ما يؤكد محدوديته في كشف الآفات المحصورة ضمن الجيب التودي و ضرورة اللجوء إلى الطبقي المحوري عند الشك بالتشخيص.

بالنسبة إلى التشخيص يلاحظ أن ربع الحالات تقريباً هي التهابية في حين أن الربع الآخر تقريباً هو إصابة فطرية، والتشخيص الثالث من حيث التواتر هو القيلة المخاطية (19.35%)، في حين أتى الناسور السحائي الجيبي التودي (16.12%) كتشخيص رابع. لاحظنا حالة واحدة لورم خبيث بالجيب التودي (ربما كان ممتداً من إصابة خفية تحت مخاطية بالبلعوم الأنفي)، في حين لم نلاحظ أي حالة لورم سليم (بعكس بعض الدراسات العالمية التي سنذكرها لاحقاً)، وكذلك أي اختلاط داخل القحف.

عند مرضى الإصابة الفطرية (8 حالات) لوحظ وجود 6 حالات إصابة بالرشاشيات وحالتين بالميكورميكوز. وثلاث حالات منهم بسبب فرط الحساسية (التهاب جيب فطري تحسسي مع تشكل بوليبي) أمّا الباقيون (5 مرضى) فعندهم سواء مناعي ثلاثة منهم لديهم كرة فطرية Fungal ball، في حين لم تظهر أي حالة من الشكل الصاعق

التنظيرية. كما أورد Marco و زملاؤه⁴ حالة تدهور الرؤية عند طفل عمره 11 سنة بسبب التهاب جيب وتدي. لاحظنا في دراستنا إصابة العصب القحفي السادس عند أحد المرضى فقط، وقد تراجعت الإصابة بعد العمل الجراحي وكان التشخيص التهاب جيب وتدياً. ذكر Lawson وزميله⁵ في دراسة على 132 حالة حدوث إصابة عصب قحفي عند 12% من الحالات الالتهابية و 60% من الأورام السليمة و 57% من الأورام الخبيثة بالجيب التودي.

كان الطبقي المحوري حجر الأساس في التشخيص (مع مساعدة المرنان عند شك امتداد الإصابة إلى الحجاج أو الدماغ). أبدى التنظير الليفي المرن إيجابية عند 4 مرضى فقط (12.9%)، وهو ما يؤكد محدوديته في كشف الآفات المحصورة ضمن الجيب التودي و ضرورة اللجوء إلى الطبقي المحوري عند الشك بالتشخيص.

بالنسبة إلى التشخيص يلاحظ أن ربع الحالات تقريباً هي التهابية في حين أن الربع الآخر تقريباً هو إصابة فطرية، والتشخيص الثالث من حيث التواتر هو القيلة المخاطية (19.35%)، في حين أتى الناسور السحائي الجيبي التودي (16.12%) كتشخيص رابع. لاحظنا حالة واحدة لورم خبيث بالجيب التودي (ربما كان ممتداً من إصابة خفية تحت مخاطية بالبلعوم الأنفي)، في حين لم نلاحظ أي حالة لورم سليم (بعكس بعض الدراسات العالمية التي سنذكرها لاحقاً)، وكذلك أي اختلاط داخل القحف.

عند مرضى الإصابة الفطرية (8 حالات) لوحظ وجود 6 حالات إصابة بالرشاشيات وحالتين بالميكورميكوز. وثلاث حالات منهم بسبب فرط الحساسية (التهاب جيب فطري تحسسي مع تشكل بوليبي) أمّا الباقيون (5 مرضى) فعندهم سواء مناعي ثلاثة منهم لديهم كرة فطرية Fungal ball، في حين لم تظهر أي حالة من الشكل الصاعق

معاودة الصداع بعد تحسنه مدة 13 شهراً. لذلك حول المريض إلى الجراحة العصبية كما ذكرنا سابقاً.

في دراسة على 96 مريض مصاباً بأفة معزولة بالجيب الوتدي قام بها Hongmeng Yu وزملائه⁷ قسم المرضى إلى مجموعتين الأولى أجري التداخل فيها على الجيب الوتدي باستعمال الأدوات ذات الطاقة Powered instruments (مفتت جراحي)، والثانية جرى التداخل فيها باستعمال الأدوات الروتينية لجراحة الجيوب. استنتج الدارسون أن المفتت الجراحي هو أكثر فعالية و أكثر أماناً في تدبير مثل هذه الآفات.

نورد فيما يأتي جدول مقارنة (جدول 1) بين دراستينا ودراستين عالميتين الأولى برازيلية⁸ أوردت 109 حالة أجريت في مركز ساو باولو الجامعي في البرازيل ونشرت عام 2008، والأخرى صينية⁹ درست 122 حالة أجريت في جامعة شنغهاي الطبية في الصين مدة تجاوزت 25 سنة ونشرت عام 2002.

السيلان الذاتي بل كانت ثلاث حالات رضية واثنتان طبية المنشأ وجميعها شفيت بشكل كامل.

من مجمل الحالات الإحدى والثلاثين لاحظنا نكساً لحالتين فقط (6.45%) وهذا يدل على فعالية جراحة الجيوب التنظيرية في تدبير آفات الجيب الوتدي بمختلف أشكالها (سواء تم التداخل عبر فوهته الطبيعية أي عبر الرذب الوتدي الغربالي أو تم عبر الغربال الخلفي) فضلاً عن أمانها إذ لم يحدث لدينا أي اختلاط. حالتا النكس كانتا كالاتي: الأولى بعد سنتين إذا عاود الصداع وعاودت الكثافة على الطبعي، وأكد التداخل الجراحي التنظيري الجديد عودة التهاب الجيب الفطري بالرشاشيات وباعتبار مرت سنتان على العمل الجراحي الأول فمن المعتقد أنها إصابة جديدة بالفطور أكثر منها نكساً حقيقياً. الحالة الثانية هي حالة المريض الذي شخص عنده قبلة سحائية. إذ على الرغم من تفرغ القبلة إلا أن عدم التمكن (عبر هذا المدخل) من الوصول إلى مكان التخرب بالجناح الكبير للوتدي، فإن القبلة نكست وعاودت لتملاً الجيب الوتدي مع

جدول (1) مقارنة بين دراستينا ودراستين برازيلية و صينية

دراستنا	الدراسة الصينية	الدراسة البرازيلية	
31 حالة	122 حالة	109 حالة	
25.80%	25.4%	19(17.43%)	التهاب جيب
25.80%	15.57%	6(5.5%)	التهاب جيب فطري
16.12%	-	10(9.17%)	ناسور سحائي جيب و تدي
3.22%	-	6(5.48%)	قبلة سحائية
19.35%	38.56%	30(27.52%)	قبلة مخاطية
6.45%	0.81%	-	بوليب جيب و تدي
3.22%	6.55%	6(5.48%)	ورم خبيث
0%	3.27%	6(5.48%)	ورم سليم
-	-	0.91%	أم دم سباتية كاذبة
-	6.55%	-	جسم أجنبي
-	-	6(5.48%)	ورم ليفي معظم
-	3.27%	10(9.17%)	أخرى

الوتدي الأكثر توتراً في الدراسة الأخيرة. مع ملاحظة غياب الناسور السحائي والقيلات السحائية على الجيب الوتدي بالدراسة الصينية، وكذلك غياب حالات البوليب

يلاحظ من الجدول السابق أن التهاب الجيب الوتدي شكل ربع حالات دراستنا والدراسة الصينية وخمس حالات الدراسة البرازيلية تقريباً، في حين كانت قيلات الجيب

الوئدي من الدراسة البرازيلية. أمّا في دراستنا فقد غابت حالات الأورام السليمة .

الأعراض العينية، ومن ثمّ ضرورة اللجوء إلى الطبقي المحوري وعدم الاكتفاء بالتنظير الليفي المرن لنفي التشخيص أو تأكيده. إن جراحة الجيوب التنظيرية هي جراحة فعالة وآمنة لهذه الآفات، وتكون الإفادة منها أكبر عند التداخل باكراً خاصة عند وجود أعراض عينية.

مع أن آفات الجيب الوئدي غير شائعة نسبياً إلا أنه يجب التفكير بها عند وجود صداع مزمن غير مفسر خاصة ذو التوضع القفوي أو القمي القفوي أو عند وجود بعض

References

- 1- Giovannetti F, Filiaci F, et al. Isolated sphenoid sinus mucocele: etiology and management. J Craniofac Surg. 2008 Sep;19(5):1381-4.
- 2- Yu-Hsing Lin, Sheen-Yie Fang, et al. Isolated Sphenoid Sinus Disease: Analysis of 11 Cases. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2009 Mar;118(3):211-7.
- 3- Hu L, Wang D, et al. Isolated sphenoid fungal sinusitis and vision loss: the case for early intervention. J Laryngol Otol. 2009 Feb;123(2):115-7.
- 4- Marco Berlucchia, Manuela Rossinia, et al. isolated acute sphenoiditis with visual loss: A rare disorder in pediatric patients. international journal of pediatric otorhinolaryngology, 2008 sept. 3(3) : 132-5 .
- 5- Lawson W, Reino AJ. Isolated sphenoid sinus disease: an analysis of 132 cases. laryngoscope. 1997 Dec;107 (12 Pt 1) : 1590-5.
- 6- Piero Nicolai, Davide Lombardi, Et al. Fungus ball of the paranasal sinuses: Experience in 160 patients treated with endoscopic surgery. The Laryngoscope 2009 Aug, 119 (11): 2275 - 79
- 7- Hongmeng Yu, Huawei Li Et al. Endoscopic Surgery with Powered Instrumentation for Isolated Sphenoid Sinus Disease. ORL 2006;68:129-34.
- 8- Socher JA, Cassano M, Et al. Diagnosis and treatment of isolated sphenoid sinus disease: a review of 109 cases. Acta Otolaryngol. 2008 Sep;128(9):1004-10.
- 9- Wang ZM, Kanoh N, Et al. Isolated sphenoid sinus disease: an analysis of 122 cases. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2002 Apr;111(4):323-7.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2010/2/15.
تاريخ قبوله للنشر 2011/2/27.