

تدبير 75 حالة التهاب أذن وسطى انخماصي وورم كولسترييني في مشفى المواساة في دمشق

محمد أبو قاسم*

الملخص

أجريت في مشفى المواساة في جامعة دمشق (في الفترة من عام 1994 حتى عام 2003) 75 عملية جراحية لمرضى لديهم التهاب أذن وسطى انخماصي وورم كولسترييني. هدف البحث: قُدِّمَتْ في هذا البحث النتائج الاحصائية لدراسة مرضى التهاب الأذن الانخماصي والورم الكولسترييني من حيث الأعراض والعلامات والمضاعفات والعمليات الجراحية المجرىة في مشفى المواساة الجامعي.

النتائج: يبدأ الورم الكولسترييني بشكل جيب انخماصي (انسحابي) في جزء من غشاء الطبل أو في أكمله (انخماص غشاء شراينل 12%- انخماص الربع الخلفي العلوي 61.4%- انخماص كامل غشاء الطبل 26.6%).

يُستأصل الجيب الانخماصي والورم الكولسترييني بعملية حج الخشاء وتصنيع الأذن الوسطى بالتداخل المغلق (دون إنزال الجسر والحيد الوجهي) ثلاثخماصات الجزئية في شراينل وفي الربع الخلفي العلوي، إذا أمكن استئصال الورم الكولسترييني بالكامل.

ويفضل التداخل المفتوح (بانزال الجسر والحيد الوجهي) في حالات الورم الكولسترييني الكبير الذي لا نضمن استئصاله التام ويحتاج إلى تفجير واسع. أكثر أذيات العظيومات الحاصلة شيوعاً هي: غياب النتوء الطويل للسندان إذ يحصل في 85.4% من الحالات.

هناك غالباً بقايا من جسم السندان يمكن الاستفادة منها في تصنيع العظيومات بوضع جسم السندان بين قبضة المطرقة ورأس الركابة أو قاعدتها أو بين قطعة غضروف و الركابة. الكلمات المفتاحية: التهاب الأذن الانخماصي- الجيب الانسحابي- الورم الكولسترييني.

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

Manegement of 75 cases of Atelectatic Otitis Media and Cholesteatoma in Al-Moassat Hospital in Damascus

Mohamed Abou Kassem *

Abstract

I performed 75 operations on patients suffering from atelectatic otitis media and cholesteatoma . I did these surgeries in AL-Moassat Hospital, affiliated to Damascus Medical College, during the period from 1994 to 2003 .

This study presents the statistics of symptoms and signs, complications, and treatments of atelectatic otitis media and cholesteatoma in AL-Moassat Hospital.

Results: The cholesteatoma starts to form from a partial retraction pocket in the upper posterior quadrant(61.4%) and in the pars flaccida (12%) or from a complete retraction of the tympanic membrane (26.6%).

It is preferable to perform canal wall up mastoidectomy with tympanoplasty for partial retraction pocket of tympan if it was possible to completely excise the cholesteatoma.

It is preferable to perform canal wall down approach in cases where there is a large cholesteatoma that can not be excised completely using the canal wall up approach.

Most of the ossicular injuries were: Absence of the long process of the incus which exists in 85.4% .

These findings point to the presence of the body of the incus most of the times which can be used in ossicular reconstruction by placing the body of the incus in between the long process of the malleus and the stapedial superstructure or its footplate, or between a cartilage and the stapes.

Key words: Atelectatic otitis media – Retraction pocket – Cholesteatoma.

* Ass. Professor. Department of Otorhinolaryngology. Faculty of Medicine. Damascus University

مقدمة:

شراينل، أما الانسداد بين العلية وصندوق

الطبيل فيسبب انخماصاً في الربع الخلفي

العلوي من غشاء الطبيل [1-2]

يُسببُ انخماص غشاء الطبيل أو جزء منه

تشكيل جيب انخماصي Retraction

pocket. يمتد ويتوسع هذا الجيب في

العية والأذن الوسطى. تتفرح المخاطية

تحت الجيب الانخماصي فتلتصق بشرة

الجيب على العظم المجاور تحتها مما

يمنع تحسن الانخماص واستئصاله دون

تسليخ جراحي. إن وضع أنبوب تهوية

في غشاء الطبيل Tympanostomy قد

يحسن الجيب الانخماصي إذا لم يلتصق ،

لكنه لا يفيد بعد حصول الالتصاق [8-9]

يمتلئ الجيب الانخماصي بتوسفات

بشروية ليكوّن كيسة جلدية بشروية

تسمى الورم الكولستريني

Cholesteatoma الذي يكبر ببطء شديد

آكلاً للعظم ومخرباً محتويات الأذن

الوسطى والخشاء حتى يكشف السحايا

أو العصب الوجهي...

فالورم الكولستريني هو المرحلة النهائية

لالتهاب الأذن الانخماصي.

التهاب الأذن الوسطى الانخماصي هو

انسحاب أو انخماص في غشاء الطبيل أو

في جزء منه باتجاه جوف الأذن الوسطى

(وهو ما يسمى بانتقاب غشاء الطبيل

الهامشي) ناتج عن سوء وظيفة نفير

أوستاش أو انسداد بين العلية Attic

وصندوق الطبيل بالخاصة

Hypotympanum. يحصل الانخماص

في غشاء الطبيل كتطور متأخر لالتهاب

الأذن الوسطى المصلي ، بسبب تشكل

جوف مخاطي مسدود في الأذن الوسطى

ويكون فيه غشاء الطبيل (كاملاً أو جزئياً)

جزءاً من جدار هذا الجوف المسدود.

[8 - 9]

يكون الانسداد على مستوى نفير أوستاش

أو انسداد بين العلية وصندوق الطبيل

بالخاصة أو بين العلية الداخلية و العلية

الخارجية. فإذا كان الانسداد في نفير

اوستاش يكون الانخماص في كل غشاء

الطبيل وخاصة في أقسامه الأمامية ، وإذا

كان الانسداد في العلية الخارجية (جيب

بروساك) يكون الانخماص في غشاء

الانخماص الصغير لا يسبب في بدايته أعراضاً أما إذا كبر وتجمعت فيه توسفات بشروية فيتكون حينئذٍ ورماً كولسترينياً صغيراً يسبب سيلاناً أذن قحياً صرفاً لا يحوي مخاطاً ذا رائحة كريهة وقليل الكمية، مُعنداً على الشفاء دوائياً، وعندما يؤثر في العظيما يسبب نقص سمع نقلياً.

المواد والطرائق:

قد يترافق الورم الكولسترييني بارتكاس التهابي حبيبي Granuloma في الغشاء المخاطي للأذن الوسطى حول محفظة الورم الكولسترييني Matrex، وقد يطفح النسيج الحبيبي على جوف الأذن الوسطى فيتقرب غشاء الطبل ليخرج إلى مجرى السمع بشكل بوليبي مجرى السمع Polyp فيترافق حينئذٍ السيلان القححي الصرف بمفرزات مخاطية دموية.

يضغط الجيب الانخماصي على العظيما وخاصة المفصل السندانى الركابي مسبباً نقصاً في تروية هذه المنطقة الهشة من العظيما فيحصل انحلالها، ومن ثم تفرق اتصال المفصل

السندانى الركابي على حساب انحلال النهاية البعيدة للنتوء الطويل للسندان وقد ينحل بشكل تال رأس الركابة وسويقتيها كما قد تتأذى المطرفة. أما قاعدة الركابة فلا تتأذى أبداً. تتطور الإصابة حتماً في مرحلة متقدمة نحو إحدى المضاعفات الكثيرة لذلك تجب المعالجة بأسرع ما يمكن.

أجريت بين عامي (1994_2003) 75 عملية جراحية لمرضى لديهم التهاب أذن وسطى انخماصي وورم كولسترييني. أجري لكل مريض قبل العملية استجواب وفحص سريري دقيق للأذن مع إجراء تخطيط سمع كهربي Audiogram، وتصوير طبقي محوري لتحديد حجم الورم الكولسترييني وامتداده.

عولج جميع هؤلاء المرضى جراحياً باستئصال الجيب الانخماصي والورم الكولسترييني عبر حج العلية Atticotomy أو عبر حج الخشاء Mastoidectomy أو كليهما Attico-mastoidectomy مع تصنيع الأذن

الوسطي Tympanoplasty- إن أمكن ذلك- بإجراء تصنيع عظيمات Ossiculoplasty وترقيع غشاء الطبل Myringoplasty . لم تُستخدَم في كل العمليات أية بدائل صناعية prosthesis لعدم توافرها بل كان الاعتماد دوماً على البدائل الذاتية autograft، حيث استعملت بقايا السندان المستأصل من أذن المريض بعد تنظيفه مجهرياً وقطع بقايا نتوءه الطويل لوضعه بين المطرقة والركابة. في حال غياب المطرقة أو الاضطراب

لاستئصالها مع السندان من أجل ضمان الاستئصال التام للورم الكولستريني استعمل طعم غضروفي من وتدة الأذن Tragus لوضعه فوق السندان المستخدم في التصنيع وتحت صفاق العضلة الصدغية المستخدم لترقيع غشاء الطبل. توبعت الحالات سريرياً وبإجراء تخطيط السمع الكهربي بعد فترة تتراوح بين (1-3) سنوات من العمل الجراحي

النتائج:
العمر:

دون 10 سنوات	10 مرضى
11 - 20	28
21 - 30	16
31 - 40	6
41 - 50	4
فوق 50 سنة	11

الجنس:

الذكور	46 مريضاً
الإناث	29 مريضة

الأعراض والعلامات: تراوحت الفترة بين بداية الأعراض والموافقة على العلاج الجراحي بين سنتين- أكثر من 10 سنوات في بعض الحالات.

- سيلان الأذن:

54 حالة	سيلان قيحي صرف كريبه الرائحة
13 حالة (مترافقة كلها ببوليب مجرى السمع)	سيلان قيحي مخاطي مدمى كريبه الرائحة
8 حالات	لا يوجد سيلان

- نقص السمع: وهو من النوع التوصيلي.

17 حالة	فجوة دون 30 ديسبل
21 حالة	فجوة 30-40 ديسبل
37 حالة	فجوة 40 ديسبل فما فوق

- جيب انخماصي في غشاء الطبل: الجدول الآتي يبين مكان الجيب الانخماصي:

9 حالات	انسحاب شراينل
46 حالة	انسحاب خلفي علوي
20 حالة	انسحاب في كامل غشاء الطبل

فالانخماص في الربع الخلفي العلوي من غشاء الطبل هو الأكثر شيوعاً بنسبة 61,3% يليه انخماص كامل غشاء الطبل بنسبة 26,6% وأقلها انخماص شراينل بنسبة 12%.

- حالة السمع والعظيما: الجدول الآتي يبين حالة العظيما كما وجدت في أثناء العمل الجراحي و شدة نقص السمع قبل الجراحة:

عظيما كلها سليمة	غياب التنوء الطويل للسندان فقط	غياب التنوء الطويل للسندان وسويقتي الركابة	غياب كامل العظيما عدا جسم السندان	
7 حالات	7 حالات	3 حالات		فجوة دون 30 ديسبل
4 حالات	7 حالات	7 حالة	3 حالة	فجوة 30-40 ديسبل
	20 حالة	13 حالات	4 حالات	فجوة فوق 40 ديسبل فما فوق
المجموع 11 حالة	المجموع 34 حالة	المجموع 23 حالة	المجموع 7 حالات	

المضاعفات: 16 مريضاً (21.3%) راجعوا المشفى إسعافياً بسبب حدوث إحدى

المضاعفات وفق الجدول الآتي:

3 مرضى	خراج الخشاء
6 مرضى	ناسور التيه
2 مريضان	التهاب التيه القيحي
مريض واحد	لقوة
2 مريضان	خراج بيزولد
-	تناذر غرادينيغو
-	التهاب جيب جانبي خثري
مريض واحد	التهاب سحايا حاد أذني
مريض واحد	خراج دماغ

النتائج العلاجية:

وظيفة سمعية جيدة بتصنيع الأذن
الوسطى والعظيمات.
الجدول الآتي يبين طرائق التداخل التي
أجريت لاستئصال الورم الكولسترييني
والأنسجة الالتهابية، ثم المحافظة على

35 حالة	تصنيع أذن وسطى مع حج عليّة بالتكنيك المغلق (دون إنزال الجسر والحيد) Atticotomy and Tympanoplasty (canal wall up)
20 حالة	تصنيع أذن وسطى مع حج عليّة وحج خشاء بسيط (دون إنزال الجسر والحيد) Attico-mastoidectomy and Tympanoplasty (canal wall up)
5 حالات	الاستئصال بالتكنيك المفتوح بإنزال الجسر والحيد (canal wall down) مع تصنيع الأذن الوسطى دون تصنيع مجرى السمع (حج خشاء جذري معدل) Modified radical mastoidectomy
15 حالة	الاستئصال بالتكنيك المفتوح دون تصنيع أذن وسطى (حج خشاء جذري) Radcal mastoidectomy

حالات التكنيك المغلق Canal wall up ال 55 كان الجيب الانخماصي فيها كما يأتي:

7 حالات انخماص غشاء شراينل.
 - 41 حالة انخماص الربع الخلفي العلوي من غشاء الطبل.
 - 7 حالات انخماص كامل غشاء الطبل.
 - 5 حالات انخماص في الربع الخلفي العلوي من غشاء الطبل.
 - 13 حالة انخماص كامل غشاء الطبل.

أجري التكنيك المفتوح Canal wall down بسبب ورم كولستريني كبير جداً أو مسبب لمضاعفة كبيرة وذلك في 20 حالة كان الجيب الانخماصي فيها كما يأتي:

- حالتان انخماص في غشاء شراينل.
 - 5 حالات انخماص في الربع الخلفي العلوي من غشاء الطبل.
 - 13 حالة انخماص كامل غشاء الطبل.

أجري تصنيع العظيومات Ossiculoplasty في العمل الجراحي نفسه بعد استئصال الجيب الانخماصي والورم الكولستريني في 60 حالة. الجدول الآتي يبين عمليات تصنيع العظيومات التي أجريت:

9 حالات	حالة العظيومات جيدة وإجراء ترقيع غشاء الطبل Myringoplasty فقط
24 حالة	تصنيع بالسندان بين المطرقة والركابة
15 حالة	تصنيع بالسندان بين غضروف في غشاء الطبل والركابة
7 حالة	وضع غضروف بين بقايا النتوء الطويل للسندان ورأس الركابة
5 حالات	تصنيع بالسندان بين غضروف وقاعدة الركابة في التداخل المفتوح

توبعت الحالات بإجراء تخطيط سمع كهربى بعد فترة تتراوح بين (1-3) سنوات من العمل الجراحي وكانت النتائج كما يأتي:

فجوة عظمية هوائية 30 dB فما دون:

24/16	للتصنيع بالسندان بين المطرقة والركابة
15/7	للتصنيع بالسندان بين غضروف والركابة

لكن الفجوة كانت فوق 30 dB لباقي أنواع التصنيع بما فيها حالات التصنيع في التداخل المفتوح. الحالات التي كانت كل العظيمات فيها سليمة أُجْرِيَ لها ترقيع غشاء طبل بطعم من الصفاق العميق للعضلة الصدغية وتحسن السمع فيها جميعاً بشكل جيد (فجوة دون 30 ديسبل)؛ علماً أنه تم قطع جزء من قبضة المطرقة لتحرير التصاق المطرقة عن الخرشوم promontory.

المناقشة:

- يشاهد التهاب الأذن الانخماصي في جميع الأعمار حيث يبدأ المرض باكراً كنتيجة لإهمال معالجة التهاب الأذن الوسطى المصلي في العقد الأول، وتفصل بين بداية المرض وعلاجه سنوات طويلة فمعظم الحالات تَمَّت معالجتها في العقد الثاني والثالث بعد عدة سنوات من بداية السيلان.

- يشاهد التهاب الأذن الانخماصي في جميع الأعمار حيث يبدأ المرض باكراً كنتيجة لإهمال معالجة التهاب الأذن الوسطى المصلي في العقد الأول، وتفصل بين بداية المرض وعلاجه سنوات طويلة فمعظم الحالات تَمَّت معالجتها في العقد الثاني والثالث بعد عدة سنوات من بداية السيلان.

- لا يشترط أن يكون السيلان القيحي العرض الأساسي للجيب الانخماصي والورم الكولستريني فهناك (10.6%) من الحالات ليس هناك سيلان مطلقاً.

- السيلان هو الشكوى الأساسية وهو من النوع القيحي الصرف دون مخاط وذو رائحة كريهة دوماً في (72%).

- نسبة حدوث المضاعفات (21.3%) - النتوء الطويل للسندان وسويقتي الركابة وأكثرها حدوثاً ناسور التيه وخراج الخشاء.
- إن وجود المخاط وأحياناً الدم يدل على تشكل الأنسجة الحبيبية وبوليوب مجرى السمع، وهذا يحصل بنسبة (17.3%).
- هناك نسبة لا بأس بها (22.6%) يكون السمع فيها جيداً حيث لا تتجاوز الفجوة 30 dB وكان هذا ملحوظاً بشكل خاص في انخماصات غشاء شرايبل.
- إن نقصاً في السمع أشد من 40 ديسبل يؤكد وجود أذية عظيما.
- لكن وجود نقص سمع دون 40 ديسبل لا يعني بالتأكيد وجود أذية عظيما.
- إن السمع الجيد لا يفي إمكانية وجود أذية عظيما لأن الورم الكولسترييني بحد ذاته يؤدي دور صلة الوصل بين العظيما لنقل الاهتزازات الصوتية.
- أكثر أذية شيوماً عظيما هي غياب النتوء الطويل للسندان 45%، يليه غياب
- النتوء الطويل للسندان وسويقتي الركابة وأكثرها حدوثاً ناسور التيه وخراج الخشاء.
- في جميع الحالات تبقى قاعدة الركابة سليمة ويبقى جسم السندان.
- يفضل إنزال الجسر والحيد الوجهي Canal wall down في حال انخماص كامل غشاء الطبل أو إذا كان الورم الكولسترييني كبيراً ولا نضمن استئصاله التام.
- أما في الانخماصات الجزئية فيستأصل الجيب الانخماصي والكولستياتوم دون إنزال الجسر والحيد الوجهي Canal wall up. وقد كانت نسبة النكس 55/12 (22%) علماً أن النكس محتمل بنسبة 20 - 40% بسبب سوء وظيفة نفيير أوستاش.^[10]
- يمكن الاعتماد على جسم السندان في تصنيع العظيما بوضعه بين المطرقة وقاعدة الركابة أو بين قطعة غضروف الركابة.

المراجع

- 1 - Legent F, Perlemuter L, Vandenbrouck CL, 1984 - Cahiers d'Anatomie O.R.L. Oreille. Masson, 4 édition, Paris.
- 2 -Sultan A.A, 1988 - Traite de Techniques Chirurgicales de L'Oreille. Maloine, Paris, 397.
- 3 - Byron J. Bailey, 1996 - Atlas of Head and Neck Surgery-otolaryngology. Lippincott-Raven, Philadelphia-New York, 934.
- 4 - Naumman H.H, Jahrsdoerfer R.A, Helms J, 1996 - Head and Neck Surgery Volume II Ear. Thieme Medical Publishers, New York, 402.
- 5 -Paparella MM, Froymovich O, 1994 May - Surgical Advances in Treating Otitis Media. Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl 163,49-53.
- 6 - Dornhoffer JL,2000 May - Surgical Management of the Atelectatic Ear.Am J Otol, 21(3):315-21.
- 7 - Muller CH, Gadre A, 2003 - Tympanoplasty. University of Texas, Galveston.
- 8 - Retraction Pockets .available from:
www.aap.org/otitismedia/www/vc/ear/rvw/rvw19.cfm
- 9 - Tympanic Membrane Retraction Pockets. Available from:
www.medicdirect.co.uk/diseases
- 10 - Mastoidectomy for cholesteatoma
www.entusa.com/mastoid-surgery.htm

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: 2006/1/23.

تاريخ قبوله للنشر: 2006/9/17.