

گزارش يك مورد پارگی دریچه گرد در اثر ترومای ناشی از جسم خارجی

دکتر رحمت اله بنان

خلاصه:

امکان پارگی دریچه گرد، ایجاد فیستول پری لنت و ضایعه در لایبرنت غشایی در اثر تروما معمولاً در تغییر ناگهانی فشار هوا و به تبع آن تغییر ناگهانی در فشار C.S.F و نیز بدنبال شکستگی در استخوان پتروس و وجود دارد. در این مقاله يك مورد نادر پارگی پرده صماخ و دریچه گرد (پرده صماخ ثانویه) به علت ترومای ناشی از جسم خارجی نفوذ کننده (میل کامو ابافی) که در اثر سهل انگاری بیمار ایجاد شده است، مورد بحث قرار می گیرد.

مقدمه:

در لایبرنت غشایی است، مورد قبول همه اتولوژیست - هاست (۲).

فیستول پری لنت اولین بار در سال ۱۹۶۷ توسط House و بعنوان عارضه عمل جراحی بر روی دریچه بیضی "Stapedectomy" تشخیص داده شد. از آن تاریخ به بعد موارد متعدد فیستول پری لنت در اثر تروما توسط اتولوژیست ها گزارش شده است. مطالعه منابع و ماخذ در این مورد نشان می دهد که شایعترین محل ایجاد فیستول دریچه بیضی است و دریچه گرد، در صد کمتری را تشکیل می دهد. در ۴۷ مورد فیستول پری لنت که در سال ۱۹۷۶ توسط "گود هیل" گزارش شده است، فقط ۴ مورد فیستول دریچه گرد - البته به تنهایی - دیده می شود (۲).

علل پارگی دریچه گرد:

۱ - تغییر ناگهانی فشار که ممکن است: الف: Implosive باشد مانند: فرورفتن در عمق زیاد آب یا صعود به ارتفاعات ب: Explosive مانند: خندیدن و آواز خواندن، سرفه، عطسه، زور زدن هنگام دفع مدفوع و...
اکثراً و یا همه موارد ذکر شده در بالا، باعث افزایش فشار

در قسمت خلفی تحتانی دیواره میانی گوش میانی، فرورفتگی است که به آن Round window niche می گویند و در عمق آن دریچه گرد وجود دارد.

این دریچه در مجرای حلزونی استخوانی Bony Labyrinth تعبیه شده و در وراء آن Scala Tympani قرار دارد که مملو از پری لنت است.

دریچه گرد بوسیله پرده تمپان ثانویه Secondary T.M بسته شده است. (G.M.E) این پرده که بطرف گوش میانی به حالت مقعر و در داخل Scala Tympani کمی محدب است، شکل خمیده دارد، بصورتیکه يك سوم فوقانی - خلفی یا دو سوم قدامی تحتانی زاویه دارد و از سه لایه تشکیل شده است (۱).

فیستول پری لنت:

نشست پری لنت از فیستول های ایجاد شده در دریچه بیضی و دریچه گرد به داخل گوش میانی، در بیماران که بدنبال تروما دچار کاهش شنوایی عصبی - حسی و علائم و سستیبولر شده و به همین دلیل مورد عمل جراحی نفتیشی گوش میانی قرار گرفته است. این اصل که فیستول پری لنت علاوه بر پارگی دیواره بین گوش میانی و داخلی، نشانه ضایعه

داخل جمعجمه (C.S.F) می شوند. (۲) در صورتی که این افزایش فشار C.S.F، به هر دلیل که ایجاد شده باشد ممکن است به پری لنف منتقل شده باعث پارگی در بجه گردد شود. راه انتقال این افزایش فشار از C.S.F به پری لنف به احتمال قریب به یقین از طریق Cochlear aqueduct به Scala Tympani است (۲).

۲- تروماهای مختلف مانند جراحات ناشی از گلوله، تصادفات، سقوط از بلندی، ضربه محکم به جمجمه در ناحیه استخوان گیجگاهی می تواند با ایجاد شکستگی در ناحیه پتروس و اتیک کپسول موجب پارگی در بجه گردد و به دفع پری لنف منجر گردد (۳).

۳- ترومای جسم خارجی:

پرده صماخ و گوش میانی بوسیله يك کانال تقریباً بلند و پیچ و خم دار که در داخل استخوان گیجگاهی جاسازی شده (مجرای گوش خارجی)، از صدمات ناشی از اجسام خارجی، حفاظت شده است. علاوه بر این مجرای گوش خارجی یکی از اعضای است که بیشترین اعصاب حسی آنرا عصب می دهد و این حساسیت فوق العاده مانعی است برای وارد کردن جسم خارجی، ناجایی که بتواند به پرده صماخ - بویژه دیواره میانی گوش میانی - دسترسی یافته و باعث آزار آن شود (۳).

بهر حال، علیرغم این مکانیسم های حفاظتی، گوش هدفی است که به کرات مورد اصابت ضربانی توسط جسم خارجی قرار می گیرد. مضمون "چیزی که چکتر از آن نجات رادر گوش فرو نکن" به علت شیوع این مسئله، ساخته شده است (۳). لیست اجسام خارجی که می تواند بگوش آسیب برساند بی پایان است. این فهرست شامل همه اجسامی است که آن قدر باریک باشند که بتوان آن ها را وارد مجرای گوش خارجی نمود.

جسم خارجی، همچنانکه متصور است، ابتدائاً مشکل کو دکان است. در افراد بالغ که به مراتب کمتر جسم خارجی را در گوش خود فرو می کنند، صدمات ایجاد شده معمولاً تصادفی و اغلب در اثر تکان شدید و غیر منتظره دست هنگام

تمیز کردن یا خاراندن مجرای گوش می باشد. (۳) پارگی در بجه گرد (ایجاد فیستول پری لنف) به هر علتی که باشد به تنهایی عامل بروز اختلالات گوش داخلی نیست. بلکه همراه شدن با پارگی، لایبرنت غشایی مانند پارگی مامبران قاعده ای و پرده ریسنری باعث اختلال در فونکسیون گوش داخلی می شود. این اصل مهم روشنگر این نکته است که ترمیم فیستول و قطع خروج پری لنف کاهش شنوایی حسی - عصبی ایجاد شده را بهبود نمی بخشد. (۲)

علائم کلینیکی:

علائم کو کثر ممکنست بصورت کاهش شنوایی ناگهانی عصبی - حسی (که غالباً شدید است) و یا کاهش شنوایی موج مانند آنچه در بیماری مینیر (Meniere) وجود دارد، و Tinnitus دیده شود. سرگیجه، تهوع، استفراغ و عدم تعادل از علائم شایع است. نسبتاً کموس در بیش از پنجاه درصد موارد دیده می شود (۲).

در معاینه اتوسکوپیك، متناسب با علت ضایعه پارگی پرده صماخ، دفع C.S.F همو تمپانوم و یا يك ظاهر طبیعی ممکن است دیده شود. یافته های اودیولوژیک شامل: کاهش شنوایی حسی - عصبی در فرکانس های پایین (که معمولاً شدید است). به کسی "Bekesy" تیپ دو و Poor speech Discrimination می باشد (۲).

تشخیص:

در همه مواردی که کاهش ناگهانی شنوایی حسی - عصبی، با یا بدون سرگیجه به همراه و یا بدون تروما ایجاد می گردد، باید به پارگی لایبرنت غشایی و فیستول پری لنف مشکوک شد. تشخیص نهایی و دقیق پارگی در بجه گرد وقتی مسجل می شود که نشست پری لنف بدخل گوش میانی از طریق عمل جراحی نشی ثبیت گردد. (۲)

درمان:

در درمان پارگی در بجه گرد (فیستول پری لنف) باید به نکات زیر توجه خاص مبذول داشت:

۱- اگر چه جراحی تنها راه تشخیص نهایی است ولی تشخیص دقیق وجود یا عدم وجود فیستول پری لنف از این

سابقه: بیمار در تاریخ ۱۲/۱۰/۷۱ مشغول خواراندن گوش چپ با مایل کامو با سافی بوده که ظاهراً در اثر سهل انگاری دفعتاً جسم مزبور با شدت وارد عمق مجرا شده و بیمار بطور ناگهانی دچار سرگیجه و استفراغ شد بد شده و مایعی آبکی از گوش چپ به خارج جریان پیدا می کند. نامبرده به علت دفع زیاد و مداوم آب از گوش چپ، بطور اورژانس از تالش به بیمارستان تونکاران منتقل می شود در ساعت ۱۱ شب (۱۲/۱۰/۷۱) به علت سرگیجه، استفراغ، نیستاکموس و دفع شدید آب از گوش چپ بستری می شود. اقدامات درمانی ابتدایی شامل: استراحت مطلق، بالانگه داشتن سروانتری - بسپوتیک برای بیمارسر شروع شد و برای کاهش فشار C.S.F استازولا مید نیز به دستور دارویی اضافه گردید.

دفع مداوم و شدید آب مانع از معاینه او توسط کویک پیک بود. مایع مورد آزمایش قرار گرفت و C.S.F گزارش گردید. تداوم بسی و قفه دفع C.S.F باعث شد که بیمار جهت تمپانو تومی نفیسی در برنامه اطاق عمل گذاشته شود.

بیمار در تاریخ ۱۵/۱۰/۷۱ مورد عمل جراحی تمپانو تومی نفیسی قرار گرفت. C.S.F همچنان به شدت خارج می شد. پرده تمپان در قسمت خلفی تحتانی پارگی داشت. در یچه گرد نیز پاره بود و C.S.F از آن خارج می شد. نسج چربی از لوبول برداشته و در محل فیستول گذاشته شد.

بعد از عمل خروج C.S.F قطع و به تدریج علائم وستیبولر کاملاً برطرف شد. پانزده روز بعد از عمل او دیومتری شد. کاهش شنوایی عصبی - حسی حدود ۶۰ دسی بل وجود داشت.

نتیجه:

در مطالعه و بررسی منابع و ماخذ موجود به موردی که پارگی در یچه گرد به دنبال ترومای ناشی از جسم نیز از طریق میجرای گوش خارجی گزارش شده باشد، برخورد نشد. قطع دفع برفی لثف C.S.F و سهبود علائم وستیبولر (سرگیجه، نیستاکموس، استفراغ و تهوع) از طرفی و باقی ماندن کاهش شنوایی عصبی - حسی و Tinnitus از دیگر سو موید اختلال در لایبرنت غشایی بدنبال ترومای نفوذ کننده است.

طریق، ممکن است همیشه امکان پذیر نباشد.
۲- تعدادی (و شاید اکثر فیستول ها) بطور خود به خودی ترمیم می شود.

۳- نتایج عمل جراحی در بهبود علائم وستیبولر عالی ولی در تصحیح شنوایی نو می دکننده بوده و گاهی موجب خسارت بیشتر به حلزون گوش داخلی می شود.

در آغاز، استراحت کامل در بستر، بالانگه داشتن سر، اجتناب بیمار از سرفه، زور زدن، پاماتور و السالو ابرای جلوگیری از افزایش فشار C.S.F توصیه می شود. مدت زمان درمان کنسرواتو (آنتی بیوتیک با دوز بالا + داروهای جهت کاهش فشار داخل جمجمه) فرصتی فراهم می کند تا تست های اودیولوژیک انجام شود و نیز امکان ترمیم خود بخودی فیستول فراهم گردد.

در صورتیکه علائم بر طرف نشده و بر عکس کاهش شنوایی تشدید شود، عمل جراحی ضرورت پیدا می کند، زمان دقیق تمپانو تومی معین نیست ولی برخی اوتولوژیست ها انتظار بیش از ۱۲-۱۰ روز را صلاح نمی دانند.

تکنیک عمل (۲)

تجسس گوش میانی از طریق تمپانو تومی استاندارد صورت می گیرد. بررسی هر دو دریچه به دقت بسیار و فرصت کافی نیاز دارد. با این وجود ممکن است محل فیستول مشخص نشود.

وقتی پارگی در یچه گرد مسجل شد باید توسط بافت مزانشیم (چربی، فاسیا، پری کندر...) پوشانده و بسته شود.

نتیجه اینکه در اکثر قریب به اتفاق موارد بهبود کامل علائم وستیبولر صورت می پذیرد ولی شنوایی همچنان بد، می ماند.

گزارش مورد:

بیمار خانم توران ج - ۲۱ ساله - مجرد - اهل وساکن تالش - تاریخ مراجعه: ۱۲/۱۰/۷۱ علت مراجعه: سرگیجه، استفراغ و خروج آب به مقدار زیاد از گوش چپ به دنبال تروما.

REFERENCES:

- 1- GRAY.H. GRAY'S ANATOMY 37TH ED, NEW YORK, CHURCHILL LIVINGSTONE, 1989.
- 2- BROWN.S.OTOLARYNGOLOGY, 5TH ED, VOL 3, LONDON, BUTTERWORTH AND CO 1988.
- 3- PAPARELLA. M.M, OTOLARYNGOLOGY, 3rd ED VOL 2, PHILADELPHIA, W.B. SAUNDERS. CO, 1991.