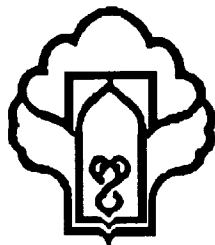


۱۰ / ۹ / ۱۳۸۰



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی

شهید صدوقی یزد

دانشکده پزشکی

پایان نامه

برای اخذ درجه دکترا در تخصصی گوش، گلو و بینی و جراحی سر و گردن

موضوع:

بررسی شیوع کلستاتوم در اوتیت مدیای مزمن و مقایسه نتایج بعد از عمل

در دو گروه با و بدون کلستاتوم

014836

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر قاسم کریمی

نگارش:

دکتر محمد حسین دادگر نیا

سال تحصیلی ۸۰-۱۳۷۹

شماره ثبت: ۶۵۶

۷۵۷۴۸۱

تقدیم به پدر بزرگوار و مادر مهربانم

**که نخستین آموزگار و الگوی زندگی و نمونه
انسانیت و ایمان برایم بوده‌اند. مهربانانی که در
لحظه لحظه زندگیم گرمای وجودشان را احساس
کرده‌ام، هر آنچه دارم، فرش قدوم پرمهرشان باد.
تقدیم به برادران و خواهران عزیزم که همواره یار و
یاور من بوده‌اند.**

تقدیم به همسر مهربانم

**که در نهایت بردباری امکان تلاش علمی در میان انبوه
کاستی‌ها را برایم فراهم ساخت و آرامش حیات و
جلوه‌های امیدبخش زندگی من مرهون صبر و
محبت‌های بی‌دریغ اوست.**

و تقدیم به فرزندان عزیزم عرفان و علیرضا

«من علمنی حرفاً فقد صیرنی عبداً

در آغاز این پایان نامه بر خود فرض می‌دانم از
زحمات بیدریغ استاد گرامی جناب آقای دکتر
قاسم کریمی به عنوان استاد راهنما و جناب آقای
دکتر محمدحسین برادران فر به عنوان استاد مشاور
تشکر و سپاسگزاری نمایم.

فهرست مطالب

<u>صفحه</u>	<u>عنوان</u>
۱	خلاصه.....
	فصل اول - کلیات
۵	آناتومی گوش میانی.....
۵	انتقال صوت در گوش میانی.....
۶	معرفی بیماری.....
۹	اتیولوژی.....
۹	کلستاتوم مادرزادی.....
۹	کلستاتوم اکتسابی.....
۱۰	پاتوژنز.....
۱۱	تظاهرات بالینی.....
۱۳	معاینه فیزیکی.....
۱۴	ارزیابی رادیوگرافیک.....
۱۴	تستهای حساسیت شنوایی.....
۱۵	بررسی هدایت هوایی صوت.....
۱۵	بررسی هدایت استخوانی صوت.....

۱۵	ارزیابی فانکشن گوش میانی
۱۶	کلاسیفیکاسیون انواع منحنی تمپانوگرام
۱۷	ارزیابی ادیومتریک
۱۸	تمپانوپلاستی
۱۹	ماستوئیدکتومی
۲۱	ماستوئیدکتومی رادیکال
۲۱	بازسازی زنجیره استخوانچه‌ای
۲۳	بیان مسئله
۲۴	اهمیت موضوع
۲۵	بررسی متون
۲۹	اهداف
۲۹	اهداف کلی
۲۹	اهداف ویژه
۲۹	هدف کاربردی
۲۹	تعریف واژه‌ها
فصل دوم - روش کار	
۳۲	مواد و روشها

فصل سوم - نتایج

نتایج	۳۴
جداول	۳۷

فصل چهارم - بحث

بحث	۵۳
نتیجه گیری نهائی و پیشنهادات	۶۰
خلاصه انگلیسی	۶۱
رفرانس	۶۴

خلاصه

در یک مطالعه آینده نگر باهدف تعیین شیوع کلستاتوم و همچنین مقایسه نتایج بعد از عمل در موارد اوتیت مدیای مزمن (COM) با کلستاتوم و بدون کلستاتوم، ۸۰ بیمار که بعلت COM در بخش ENT بیمارستان شهید رهنمون تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند، بررسی شدند.

۶۳/۳٪ بیماران مرد و ۳۳/۷٪ آنها زن بودند. بیشترین فراوانی COM مربوط به گروه سنی ۱۹-۰ سال با ۳۰٪ بود. در این مطالعه شیوع کلستاتوم ۲۲/۵٪ بود که در مردان (۲۶/۴٪) نسبت به زنان (۱۴/۸٪) شیوع بالاتری داشت. بیشترین فراوانی COM با کلستاتوم با ۳۷/۵٪ در گروه سنی ۱۹-۰ سال مشاهده گردید. ۸۵/۵٪ بیماران بدون کلستاتوم تحت عمل جراحی ماستوئیدکتومی ساده + تمپانوپلاستی و ۱۴/۵٪ آنها تحت عمل میرنگوپلاستی قرار گرفتند. در بیماران با کلستاتوم در تمامی موارد عمل رادیکال ماستوئیدکتومی + تمپانوپلاستی انجام شد. زائده بلند اینکوس در همه موارد COM با کلستاتوم و در ۲۳/۸٪ موارد بدون کلستاتوم دچار خوردگی شده و معضل I.S (اینکوس - مالتوس) جدا شده بود. در هیچ موردی بازسازی زنجیره استخوانی انجام نشد.

۲۴-۶ ماه بعد از عمل جراحی نتایج عمل مورد ارزیابی قرار گرفت که در ۸۵/۵٪

بیماران بدون کلستاتوم گرافت پرده تمپان سالم و گوش بیماران خشک بود و در موارد با

کلستاتوم در ۱۰۰٪ بیماران گرافت سالم بود و ترشح چرکی از گوش وجود نداشت. گرافت پرده تمپان در تمامی موارد با تکنیک underlay گذاشته شده بود. در موارد COM با کلستاتوم وضعیت مخاط گوش میانی، محل و اندازه پرفوراسیون و وضعیت دهانه شیپور استاش تأثیری در موفقیت گذاشتن گرافت پرده تمپان نداشت، ولی در بیماران COM بدون کلستاتوم در موارد پرفوراسیونهای small، بازبودن دهانه شیپور استاش و پرفوراسیونهای Ant پرده تمپان گذاشتن گرافت با موفقیت بیشتری همراه بود.

میانگین بهبود آستانه شنوائی بعد از عمل در بیماران بدون کلستاتوم $+7/9$ و در موارد با کلستاتوم $-1/1$ بود. مقایسه میانگین air-bone gap قبل و بعد از عمل نشاندهنده افزایش gap بعد از عمل در بیماران با کلستاتوم و کاهش gap در بیماران بدون کلستاتوم بود. این میانگین در موارد با کلستاتوم $-6/4$ و در موارد بدون کلستاتوم $+5/3$ بود. (dB)

بحث: کنترل وضعیت پاتولوژیک و میزان نتایج فانکشنال بعد از عمل بطور معکوس متناسب با وسعت بیماری می باشد. بطوریکه در بیماران دچار COM با کلستاتوم که پروسه بیماری پیشرفته تر است، میانگین بهبود آستانه شنوائی بعد از عمل جراحی پائین تر بوده و مقایسه میانگین air-bone gap قبل و بعد از عمل نشانگر افزایش gap بعد از عمل در این بیماران خواهد بود. از طرفی در بیماران دچار COM بدون کلستاتوم در صورتیکه زنجیره استخوانی طبیعی باشد نتایج فانکشنال بعد از عمل بطور قابل ملاحظه ای بهبود

خواهد یافت. علیرغم حصول نتایج فانکشنال بهتر در بیماران بدون کلستاتوم ، موفقیت گذاشتن گرافت پرده تمپان در بیماران با کلستاتوم بالاتر بود که میتواند ناشی از کنترل بهتر پروسه بیماری در این بیماران باشد.

فصل اول

مقدمه و کلیات

آناتومی گوش میانی

Cleft گوش میانی شامل حفره تمپان ، شیپور استاش و سلولهای هوایی ماستوئید می باشد. حفره تمپان بین لابیرنت استخوانی در قسمت مدیال و پرده تمپان در قسمت لترال قرار گرفته است. دهانه شیپور استاش در دیواره قدامی حفره تمپان واقع شده است و از سوی دیگر در دیواره لترال نازوفارنکس ختم میشود. بنابراین شیپور استاش حفره تمپان را به نازوفارنکس مرتبط کرده و از این راه تهویه گوش میانی را برقرار می نماید. حفره تمپان در ناحیه خلفی فوقانی از طریق آدیتوس با سلولهای هوایی ماستوئید ارتباط دارد و از همین طریق کلاستاتوم از حفره تمپان بداخل حفره ماستوئید گسترش پیدا می کند. در داخل حفره تمپان استخوانچه های شنوایی قرار دارند که شامل مالئوس ، اینکوس و Stapes می باشد. مالئوس خارجی ترین استخوانچه است و به پرده تمپان (TM) متصل می باشد. استخوان مالئوس با اینکوس و استخوان اینکوس نیز با Stapes مفصل شده و نهایتاً Stapes روی دریچه بیضی که با گوش داخلی ارتباط دارد ، قرار می گیرد و لذا بدینوسیله صوت از گوش خارجی به گوش داخلی منتقل میشود. (۱۴۶)

انتقال صوت در گوش میانی

هنگامیکه امواج صوتی از هوا وارد یک محیط مایع میشوند، ۹۹/۹٪ از انرژی صوتی در سطح هوا - آب منعکس شده و بازگشت پیدا می کند. این اثر در انتقال امواج صوتی از

گوش میانی به گوش داخلی نیز وجود دارد و حاصل آن کاهش ۳۰-۲۰ دسی بل (dB) شدت صوت می‌باشد. با توجه به ایمپدانس پائین هوا و ایمپدانس بالای مایعات کوکلتا، فانکشن گوش میانی ممانعت از بازگشت بیشتر انرژی صوتی است. این فانکشن انتقالی گوش میانی عمدتاً با اثر هیدرولیک اعمال می‌گردد که عبارتست از نسبت بین سطح پرده تمپان و دریچه بیضی که موجب یک افزایش ۱۷ برابر در انرژی صوتی می‌گردد. فعالیت اهرمی زنجیره استخوانی نیز با فانکشن انتقالی گوش میانی مرتبط است ولی نسبت به اثر هیدرولیک تأثیر کمتری در افزایش انرژی صوتی دارد. در گوش سالم صدا با انرژی افزایش یافته و دریک فاز زودتر نسبت به دریچه گرد به دریچه بیضی می‌رسد که باعث ایجاد موج مایع در طول مامبران تکتوریال و در نتیجه تحریک مکانیکال Sensory hair cells می‌شود. در صورتیکه سیستم انتقال صوت گوش میانی برقرار نباشد انرژی صوتی می‌تواند بطور همزمان به دریچه بیضی و دریچه گرد رسیده که باعث ایجاد phase cancellation موج صوتی در مایعات کوکلتا شده و همین امر موجب ۱۲ دسی بل کاهش شنوایی بیشتر میشود. (۶)

معرفی بیماری

اوتیت مدیا یکی از شایعترین بیماریهای دوران کودکی است که میتواند باعث پرفوراسیون دائمی پرده تمپان و تغییرات التهابی غیر قابل برگشت گوش میانی و ماستوئید

گردد و بعنوان اوتیت مدیای مزمن (C.O.M) یا اتوماستوئیدیت مزمن شناخته می شود. (۶)

التهابات مزمن گوش میانی دارای دو فرم است :

الف - فرم خوش خیم که اصطلاحاً Tubotympanitis نامیده میشود و شامل دو نوع است:

۱- سندرم پرفوراسیون دائمی یا Lillie type I که شامل پرفوراسیون سنترال دائمی پرده

تمپان است و ناحیه Pars tensa پرده تمپان را درگیر می کند. گوش ممکن است برای مدت

طولانی کاملاً خشک باشد یا اینکه ترشح متناوب از گوش متعاقب ورود آب از طریق کانال

خارجی گوش یا گسترش عفونت از طریق شیپور استاش به داخل گوش میانی، داشته باشد.

۲- موکوزیتیس توبوتمپانیک مزمن یا Lillie type II که تظاهر آن بصورت عفونت طولانی

با ترشح موکوئید یا موکوپرولانت بدون بو می باشد و با عفونتهای تنفسی فوقانی مرتبط

است. معمولاً یک پرفوراسیون بزرگ در پرده تمپان وجود دارد. ممکن است در نتیجه تورم

مشخص مخاط گوش میانی پولیپ ایجاد شود که میتواند باعث نکروز استخوانچه ها یا

استخوان زیرین گردد.

ب - فرم پیشرونده و خطرناک که به آن attic - Antrum disease اطلاق میگردد و بعلا

کلیستاتوم اولیه اکتسابی یا مادرزادی ایجاد میشود. (۱۵)

اوتیت مدیای مزمن بدون کلیستاتوم را میتوان معادل فرم خوش خیم التهابات مزمن

گوش میانی دانست و معمولاً بصورت ترشح متناوب از گوش به همراه کاهش شنوایی