

نتایج کاربرد روش استئوتومی لفرت I در هشت مورد تومور آنژیوفیبروما با گسترش وسیع به قاعده جمجمه

سید عبدالحسین معصومی^{*}، محمد تقی خرسندی^{**} محسن نراقی^{**}

چکیده

هدف: آنژیوفیبرومای نازو فارنگس تومورست شدیداً از نسج فیبرووازکولار که در مراحل پیشرفته تومور بصورت تهاجم موضعی به قاعده جمجمه و حتی بصورت استپاله‌هایی بداخل کرانیال از طریق سوراخهای طبیعی وارد شده هدف از این مطالعه به صورت گذشته‌نگر با مقایسه نتایج حاصل ۸ مورد با گسترش تومور آنژیوفیبروما به قاعده جمجمه از طریق روش استئوتومی لفرت I به تنهایی یا بصورت الحاقی با آندوسکوپی از این روش با روشهای متداول دیگر به منظور کنترل و جلوگیری از عود بیماری می‌باشد. استفاده از این روش به وفور در اعمال جراحی اورتوگناتیک و اورتودنتیست و سهولت دسترسی به قاعده جمجمه و کلايوس و مهره‌های اولیه گردن مورد توجه می‌باشد. با توجه به تغییر ماهیت تومور خصوصاً بعد از عمل جراحی و دستکاری تا به حال هیچ روش جراحی واحد و مشترکی از طرف منابع ارائه نشده است تا بتواند بقایای تومور را در اعماق محیط عمل شناسایی و تخلیه نماید. تا به حال ۶۵ روش مختلف درمانی تومور مورد مطالعه قرار گرفته در حال حاضر ۸ روش جراحی مورد توجه و عنایت متخصصین مربوطه قرار گرفته که از همه متداولتر و منطقی‌تر عبارتند از: ترانس نازال، پالاتال، هیوئید، آنتروم، ماگزیلاری، زا یگوما، کرانیوفرونتال و لترال رینوتومی می‌باشد.

روش بررسی: این مطالعه بصورت گذشته‌نگر و با استفاده از کاربرد عملی روش استئوتومی لفرت I در بیماران مبتلا به تومور آنژیوفیبروما با گسترش آن به قاعده جمجمه و یا تهاجم محدود و بصورت استپاله بداخل کرانیال از طریق سوراخهای طبیعی قاعده جمجمه بصورت اولیه و یا بصورت عمل مجدد بعلت عود بیماری و استفاده از روش‌های جراحی سنتی مجدداً با شکست در درمان مواجه می‌شدند. در روش مورد بحث توانستیم استئوتومی لفرت I تومور آنژیوفیبروما پیشرفته قاعده جمجمه را بدون عارضه مهم و بدون مرگ و میر تا ۸۷/۵ درصد بیماری را کنترل کنیم. **یافته‌ها:** از طریق استئوتومی لفرت I در این مقاله با بررسی و پیگیری بیماران تا زمان تدوین مقاله ۸ بیمار به صورت اولیه و یا عود بیماری به دنبال این عمل در مقایسه با روشهای متداول دیگر تفاوت معنی داری را به دست آورده ایم. **نتیجه‌گیری:** نتایج حاصل از تجربیات در این مقاله و امار به دست آمده نشان می‌دهد که با مقایسه با روش‌های دیگر متداول درصد موفقیت بیشتری داشته است این عمل ۸۷/۵ درصد بیماری را توانستیم کنترل و از عود بیماری جلوگیری نمائیم.

کلید واژه‌گان: استئوتومی لفرت I، تومور آنژیوفیبروما، تهاجم تومور به قاعده جمجمه، کنترل عود بیماری

مقدمه

در گذشته نه چندان دور استفاده از روش استئوتومی لفرت I در رشته گوش و حلق و بینی و سرو گردن کمتر مورد توجه و عنایت همکاران این رشته قرار داشته و نهایتاً با عدم استفاده از این روش جراحی مواجه می‌شدند در صورتیکه شرح و بیان تفصیلی این طریق جراحی که می‌تواند حتی اهداف چند منظوره‌ای را به همراه داشته باشد، از جمله: اعمال جراحی اورتوگناتیک و اورتودنتیست و سهولت و دسترسی به قاعده جمجمه و کلايوس و مهره‌های اولیه گردن C₁ , C₂ در غالب کتب معتبر علمی این رشته بوضوح یادآوری شده است (۲).

در گذشته نه چندان دور استفاده از روش استئوتومی لفرت I در رشته گوش و حلق و بینی و سرو گردن کمتر مورد توجه و عنایت همکاران این رشته قرار داشته و نهایتاً با عدم استفاده از این روش جراحی مواجه می‌شدند در صورتیکه شرح و بیان تفصیلی این طریق جراحی که

*استادیار، گروه گوش و حلق و بینی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

**دانشیار، گروه گوش و حلق و بینی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۱- نویسنده مسؤل

آنژیوفیبروما به قاعده جمجمه و بطور محدود به داخل جمجمه که سابقه عمل جراحی را در مراکز مختلف درمانی ایران و یا کشور های دیگر همجوار را داشته اند و یا در مرکز امیر اعلم از طریق روشهای جراحی سنتی تحت عمل جراحی قرار گرفته اند. محدوده زمانی اعمال جراحی گروه ب آغاز سال ۷۵ لغایت شهریور ۸۰ بمدت ۵/۵ سال بوده است.

معیارهای انتخاب بیماران گروه الف) که کاندید برای روش استئوتومی لفرت I بوده اند. ۱- داشتن علائم بالینی مثبت ابتلاء به تومور آنژیوفیبروما تعدادی از بیماران با داشتن سابقه مثبت اعمال جراحی قبلی بروشهای سنتی با علائم عود تومور پاتولوژی مثبت اندوسکوپی مثبت بینی یا نازوفارنگس دال بر وجود توده‌ای در بینی و نازوفارنگس

۲- علائم مثبت پاراکلینیکی حاصل از تصویربرداری با گسترش به قاعده جمجمه با تهاجم محدود به اینتراکرانیا ل حصول اطمینان در استفاده از روش استئوتومی لفرت I جهت تخلیه کامل تومور در مقایسه استفاده محدود از روش های متداول دیگر. تکمیل و تهیه پرونده ۸ بیمار که بروش جراحی استئوتومی لفرت I درمان شده‌اند جهت کسب اطلاعات بیشتر از طریق ذیل مورد بررسی قرار گرفته اند.

- مطالعه جامع پرونده و شرح عمل قبلی بیمار و توجه خاص به نوع روش عمل

- گرفتن شرح حال کامل و معاینات بالینی عمومی اختصاصی اتولارنگوفارنگولوژی و سرو گردن

- نازوفارنگوسکوپی مستقیم و یا غیرمستقیم

- رادیوگرافی و تصویر برداری ساده یا اختصاصی با یا بدون تزریق و در بعضی از بیماران بصورت انتخابی آمبولیزاسیون انجام می شد.

- انجام طبقه بندی بیماری در بیماران بر حسب طبقه بندی آقای Chandler و همکاران وی بصورت مقایسه ای

- آزمایشات روتین خونی و ادراری کامل و اختصاصی بیمار

با توجه به پیش آگهی و رفتار پاتوبیولوژیکی و گسترش تومورهای وسیع قاعده جمجمه و آنالیز فاکتورهای آناتومیکی وابسته به این تومور صرفاً برای تسهیل کار و موفقیت بیشتر قطع و تخلیه ناگزیر برای تصمیم‌گیری درمان این تومور، روش های مختلف جراحی بخصوصی را به تنهایی و یا ترکیبی طلب می‌کند اهداف مقاله توصیف و بیان نکات کلیدی و مهم در تشریح تومور آنژیوفیبروما و درمان آن است. و بطور مختصر عبارتند از:

۱- معرفی و ارزیابی عوارض و کاربرد بموقع و مناسب و امکان استفاده از روش لفرت I برای دستیابی به تومورهای گسترده به قاعده جمجمه و یا بطور محدود بداخل جمجمه در بیماران مبتلا به تومور آنژیوفیبروما
۲- بدست آوردن نتایج مطلوب و موفقیت آمیز در کنترل و عود بیماری با استفاده از این روش در افراد با عمل مجدد و عود بیماری .

۳- نمودار مقایسه ای نتایج حاصل از کاربرد روش استئوتومی لفرت I با روش های متداول دیگر

۴- معرفی چند نمونه از بیماران مبتلا به آنژیوفیبروما با گسترش تومور به قاعده جمجمه که از طریق روش استئوتومی لفرت I تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند.

روش بررسی

این تحقیق بر اساس مطالعه گذشته نگر با بررسی ۱۰۸ پرونده از بیماران مبتلا به تومور آنژیوفیبروما به استناد مدارک موجود در اطاق عمل و بایگانی مرکز پزشکی بیمارستان امیر اعلم تهران که از سال ۱۳۷۵ لغایت شهریور ۸۰ به مدت ۵/۵ سال در بخش گوش و حلق و بینی بعلت ابتلا به همین تومور تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند. یک گروه ۲۳ نفری با توجه به معیارهای انتخاب و یا حذف بیماران مندرج در مقاله جدا شده این گروه به دو گروه کوچکتر الف و ب تقسیم می‌شوند. (گروه الف): از ۱۵ بهمن ۷۸ لغایت شهریور ۸۰ بمدت ۱/۵ سال بوده است. (گروه ب) : شامل ۱۵ بیمار مبتلا به تهاجم تومور

- تومورهایی که در سی تی اسکن انجام شده بیماران حالت دمبلی شکل در خارج و داخل جمجمه پیدا کرده بود.

یافته‌ها

با توجه به تهاجم تومور به نواحی آناتومیکی، تمپورال و اینفراتمپورال، سینوس اسفنوئید و قاعده پتریگوئیدها، کلايوس، قسمت مدیال سینوس کاورنوس و پاراسلار، و فورامن لسروم، عود بیماری در اغلب اوقات در این مناطق رابطه تنگاتنگی با فاکتورهای زیر دارد: قضاوت جراح نسبت به انتخاب و تصمیم‌گیری مناسب روش جراحی نوع روش عمل جراحی با یا بدون روشهای الحاقی همراه با توجه به طبقه بندی و تصویربرداری تومور است. سمپتومهای مقاوم همراه با عود بیماری پس از عمل جراحی در بیماران غیر قابل عمل توسط رادیوتراپی درمان می‌شوند چرا که نتیجه درمان در مقایسه نسبت به روشهای وسیع جراحی و یا ترکیبی بهتر و مفید تر واقع خواهد شد (۸). در تجربه ما در گروه الف یکی از بیماران که عود تومور وی طبق گزارش رادیولوژی با تهاجم به قاعده جمجمه و داخل جمجمه همراه بوده پس از استئوتومی لفرت I موفق به تخلیه کامل آن نشده ایم. در گروه (ب) دو نفر بیمار به علت خونگیری تومور توسط شریان کاروتید داخلی و خارجی یکطرف در سمت چپ و تهاجم تومور بصورت نسبتاً وسیع بداخل جمجمه نهایتاً از انجام اعمال جراحی خودداری شده است همچنین در بقیه بیماران گروه الف (به تعداد ۷ نفر که دو نفر آنها تومورشان اولیه و ۵ نفر بقیه بدنبال عود بیماری و بطور ثانویه با تشخیص گسترش تومور به قاعده جمجمه و در ۲ مورد از آنها نفوذ تومور با حالتی استتاله و انگشت مانند بداخل سوراخ لسروم و کانال و آپکس اپتیک و پاراسلار لاترال و نزدیک به سینوس کاورنوس بوده که از طریق روش استئوتومی لفرت I همراه با یا بدون روشهای الحاقی جراحی اندوسکوپي مانیپولیشن و

-نهایتاً در مورد تصمیم‌گیری به عمل جراحی و انتخاب نوع (روش) عمل برای کلیه بیماران علاوه بر فاکتورهای بالا با توجه به شرایط عمومی بیمار و تعیین مرحله پیش رفته تومور استفاده شده است

انجام مشاورات تخصصی دیگر بر حسب نیاز.

روش پیگیری و کنترل بیماری بیماران از طریق معاینات مجدد بالینی در کلینک بیمارستان پس از عمل وجود علائم بالینی و یا عوارض اورژانسی بعد از عمل لفرت I با انجام تصویر برداری و مشاورات تخصصی دیگر بر روی بیماران انجام شده است. دو روش پیگیری برای کنترل بیماران وجود دارد

-روش آقایان Kaplan , Meir پیگیری بیماری در افراد بدون علامت می‌باشد

- روش طبقه بندی با تعیین تصویر برداری بیماران قبل و بعد از عمل که در تحقیق ما از دو روش فوق استفاده شده است.

حذف بیماران مورد تحقیق در گروه الف از قرار زیر است.

- تومورهای محدود در حفره بینی و نازوفارنگس و مراحل محدود در طبقه بندی گسترش تومور

- بیمارانی که امکان استفاده برای تخلیه تومور به روشهای متداول دیگر مقدور و ساده تر بوده و با عوارض کمتری همراه بوده اند

- تومورهای غیر قابل رزکسیون و تهاجم وسیع به داخل جمجمه و تهاجم به ارگانهای حیاتی و حساس که احتمال وقوع عارضه و مرگ و میر بالایی را به همراه می‌داشت.

- بیمارانی که استفاده از روش استئوتومی لفرت I به منظور اورتوگناتیک و زیبایی بوده است در تجربه ما دو بیمار از روش استئوتومی لفرت I بمنظور زیبایی بوده که قبلاً از آمار تحقیق حذف شده‌اند مجموعاً ۱۰ بیمار تحت عمل استئوتومی لفرت I قرار گرفته‌اند.

- تومورهای وسیعی که در آنژیوگرافی عروق تغذیه دهنده آنها از شریان کاروتید دو طرف بوده است

بحث

در این تحقیق تجربه اولیه با همکاری اساتید محترم گروه جراحی بخش فک صورت و ترمیمی بیمارستان امام خمینی (ره) تهران با انتخاب دو بیمار مبتلا به تومور آنژیوفیروما با گسترش به قاعده جمجمه و یا بطور محدود به صورت استتاله تهاجم به داخل کرانیال بصورت اولیه و یا ثانویه از طریق روش استئوتومی لفرت I توانستیم تومورهای نسبتاً وسیع این ناحیه را تا ۸۷/۵ درصد مشخص و قطع و تخلیه کامل نمائیم یکی از بیماران گروه الف) مورد تحقیق این مقاله ضمن انجام عمل از طریق این روش متوجه شدیم که تومور بعلت تهاجم و گسترش به داخل کرانیال وبهم خوردن آناتومی قاعده جمجمه بدنبال سوابق اعمال جراحی تکراری و اسکارهای موجود در مناطق حساس پاراسلار و عدم دسترسی کافی به تمامی تومور و خونریزی زیاد از حد ضمن عمل برای جلوگیری از وقوع هر گونه عارضه احتمالی و تشدید علائم بالینی چشمی بیمار بدون دستکاریهای تهاجمی در این مرحله به عمل خاتمه داده و بیمار را جهت ادامه درمان و انجام مشاورات جراحی اعصاب و چشم پزشکی و رادیوتراپیست به بیمارستان امام خمینی تهران به بخش‌های مربوطه معرفی گردیده است. در این مطالعه بعضی از بیماران برای دسترسی به تومور و دید بهتر و کنترل خونریزی محل عمل در ۵ مورد از ۸ بیمار از روشهای الحاقی مثل جراحی اندوسکوپی و یا از میکروسکوپ نوروسرجری بعلت تهاجم تومور از خط میانی قاعده جمجمه به خارج بوده است بهر حال با مداخله روشهای ضمیمه ای ذکر شده بدین طریق موفق به تقلیل محدودیت‌های این روش شده ایم در یک مورد از این بیماران برای کنترل خونریزی از CO₂ لیزر استفاده شده است با توجه به رفتار پاتوبیولوژیکی تومور بخصوص با گسترش به قاعده جمجمه همیشه نمی توان با اطمینان کامل تمام تومور را قطع و تخلیه نمائیم (۷) میزان عود بیماری در بیشتر ضایعات وسیع بخصوص

یا میکروسکوپ جراحی اعصاب با بزرگنمایی ۱۶ و ۴۰ توانستیم با موفقیت تومور را تماماً آزاد و تخلیه نمائیم. این امر نه تنها به جراح امکان نمای بهتر بلکه دسترسی راحت تر به بقایای تومورهای قاعده جمجمه می دهد و آزاد سازی آنها را آسان تر می نماید و سبب پیدا کردن محل‌های مخفی خونریزیهای حین عمل و حتی ضایعات پاتولوژیکی مناطق دیگر این ناحیه از جمله کلایوس و حداقل C₁, C₂ مهره‌های اولیه گردن را قابل رویت ساخته و با توجه به حساس بودن منطقه آناتومیکی این ناحیه جراح می تواند آگاهانه با حداقل آسیب به مراکز حیاتی و ساختمانهای مجاور در زمان رزکسیون اقدام نماید با الهام گرفتن از این مزایا و استفاده از روش استئوتومی لفرت I در هفت بیمار عمل شده با موفقیت از ۸ بیمار گروه الف ۸۷/۵ درصد توانستیم با حداقل عارضه‌ای که همیشه برای بیمار به یادگار بماند و همچنین نداشتن مرگ و میر موفق به خارج کردن تومور بطور کامل شده ایم و تا این زمان در گروه الف) عود بیماری وجود نداشته است. نتیجه: یک نفر از بیماران گروه الف غیره قابل عمل یعنی ۱۲/۵ درصد از بیماران، بیماریشان کنترل نشده و ۷ نفر بیمار از عمل جراحی انجام شده بیماریشان تحت کنترل در آمده یعنی ۸۷/۵ درصد نتیجه مثبت عاید شده است. در حالی که گروه ب پیگیری بیماران برای ارزیابی بیماران و یا عود بیماری و یا اعمال جراحی متداول نشان داد که طیف زمانی بررسی نتیجه عمل برای دو گروه حدود ۶ تا ۸ سال بوده است و انتظار عود بیماری تا زمان تدوین مقاله پیگیری شده است. در گروه ب(۳۳/۳) درصد بیماری کنترل شده و ۸ بیمار (۶۶/۷) درصد عدم کنترل بیماری وجود داشته است (جدول ۱)

جدول ۱: مقایسه نتایج بیماران در دو گروه الف و ب

گروه	طبقه بندی	تعداد بیمار	غیر قابل عمل	عود بیماری	کنترل بیماری
الف	III	۸	۱	۰	۷
ب	III	۱۵	۲	۸	۵

وقتی با گرفتاری اینفراتمپورال و کرانیال همراه باشد میزان عود تا ۵۵ درصد همراه بوده است (در اعمال جراحی سستی) و در یک مطالعه دیگر میزان عود بیماری را پس از عمل تا ۱۵ درصد گزارش داده (۱) که در مقایسه این کاهش را وابسته به تشخیص زودرس و انتخاب روش مناسب جراحی (در یک گروه ۱۴ نفری) ۷ نفر آنها که تهاجم به قاعده جمجمه وجود داشته است را تا ۸۵ درصد موارد کنترل کرده و تنها ۱۵ درصد از بیماران عود را به همراه داشته اند (۱). در این تحقیق تهاجم تومور به قاعده جمجمه تا ۸۷/۵ درصد پس از عمل بیماری قابل کنترل بوده است. همچنین وسعت تومورهای پیشرفته با تهاجم به داخل جمجمه بخصوص وقتی عمل مجدد و بدنال عود بیماری باشد همیشه نمی توان از طریق پاراکلینیک بطور قطع تخمین و تشخیص داد (۸). در تجربه ما گروه الف) در بیمار قبلی که غیرقابل تخلیه کامل بود با توجه به اینکه پاراکلینیک و تصویر برداری قبل از عمل وجود تومور را در قاعده جمجمه و سوراخهای قاعده جمجمه گزارش و تأیید کرده بود ضمن عمل مشاهده گردید که دسترسی کامل به این تومور وجود نداشته و بعلت حساس بودن منطقه و خونریزی شدید ادامه عمل را با مشکل مواجه کرده بود که ناچاراً در این مرحله به عمل خاتمه داده شد. مدت زمان پیگیری بیماران گروه الف) از زمان عمل تا زمان تدوین و تهیه و ارائه مقاله بوده است. سیرعود بیماری و امکان وجود مقداری از بقایای تومور پس از اعمال جراحی محتملاً ارتباط تنگاتنگی با گرفتاری مناطق مختلفی از جمله حفره اینفراتمپورال - اسفنوئید، قاعده پتریگوئیدها، کلايوس، میانی و خارجی سینوس کاورنوس، سوراخ لسروم، حفره قدامی جمجمه دارد معهداً در تصویربرداری متداول در پیگیری بیمارانی که مقداری از بقایای تومور مشخص شده ولی از سمپتومهای بیماری عاری هستند ممکن است خودبخود بطور کامل در آینده علائم رادیولوژیکی آنها محو و ناپدید شوند (۸) در گروه الف و ب مورد تحقیق محو شدن خودبخود وجود نداشته است از طرفی استفاده

از روشهای جراحی الحاقی خصوصاً روشهای جراحی تهاجمی کرانیال و قاعده جمجمه احتمال امکان ضربه زدن و صدمه به عروق و اعصاب و ارگانهای حساس و حیاتی این ناحیه وجود داشته ناگزیر در این موارد با افزایش عارضه و مرگ و میر اعمال جراحی همراه خواهیم بود در زمانیکه تومور آنژیوفیبروم آنقدر رشد کرده باشد که علاوه بر نواحی اوربیتال و پاراسلار به اینتراکرانیال گسترش یابد در بین مکاتب مختلف نظریات مشترکی جهت تخلیه کامل تومور ارائه داده نشده که این امر احتمالاً وابسته به رفتار پاتوبیولوژیکی تومور می باشد (۸) تجربه و دانش جراح در انتخاب و استفاده صحیح از روش عمل و با استفاده از امکانات تصویر برداری قبل از عمل امری ضروری محسوب می شود. با توجه به نادر بودن این تومور که ۵٪ درصد از تومورهای سر و گردن را شامل می شود (۶). در مطالعه پرونده های بیماران مرجوعی به این مرکز بدلیل عدم توجه به تشخیص های افتراقی با این تومور و عدم استفاده از امکانات پاراکلینیک نهایتاً کاربرد استفاده غیر ضروری عمل جراحی با بیاریهایی مانند انحراف سپتوم، سینوزیت، پولیپ بینی، آتروکوانال پولیپ، لوزه سوم این تومور اشتباه شده یا بررسی تومور در هنگام عود بیماری و تعیین منشأ اولیه محل تومور بطور دقیق امری مشکل و انتخاب روش واحد و مناسب را محدود می سازد دیده شده بقایای تومور پس از انجام اعمال جراحی مختلف در عرض چند ماه چنان بزرگ شده که به قاعده جمجمه و داخل کرانیال تهاجم گسترده داشته بطوری که انجام اعمال جراحی تکراری برای پزشک جراح و بیمار مشکل تر کرده است (۸). تعریف تومور آنژیوفیبروما: آنژیوفیبروما تومور نیست نادر که ۵٪ درصد تومورهای سر و گردن را تشکیل می دهد با قوام سفت از گروه تومورهای وازکولارو نسج همبندی فیبرومترکم نواحی سینوسهای پارانازال و حفره بینی و نازوفارنگس در بررسی ۸۱ مورد تومور عروقی شایعترین آنها تومور آنژیوفیبروما بوده است (۶). ارزیابی تصویربرداری در تومور آنژیوفیبروما: معمولاً پس از

آنژیوگرافی دوطرفه ضرورت دارد (۱). می‌تواند علامت پاتوگنومونیک کلافه عروقی خونی فراوان درناژ شریانی که متعاقباً با افزایش نمای درناژ کاپیلاری بوجود می‌آید را سبب می‌شود (۶). بصورت انتخابی از کاروتید داخلی و خارجی (۴). قبل از انجام آمبولیزاسیون عروق تغذیه دهنده تومور ضرورت دارد (۵). انجام تست بالون خصوصاً در افرادی که احتمال بستن کاروتید داخلی ضمن عمل مطرح باشد (۶). آنژیوگرافی انجام بیوپسی را مرتفع می‌سازد.

- پس از مطالعه ۱۰۸ پرونده در ۸ درصد از بیماران بصورت انتخابی آنژیوگرافی با یا بدون آمبولیزاسیون انجام شده است. تصویربرداری کامپیوتری غیر تهاجمی، جهت تعیین جریان خونی تومورهای عروقی، افتراق تومور عروقی از غیر عروقی، تهاجم تومور عروقی به فضای داخلی شریان کاروتید، تعیین محل آناتومیکی با تصویر ۳ بعدی از تومور.

- MRI¹ اطلاعات مشابهی با آنژیوگرافی متداول دارد با این اختلاف که بدون خطرات آنست در حالیکه تصویربرداری آنژیوگرافی دو بعدی و وابسته به جهت تصویر برداری می‌باشد (۶).

- ارزیابی عروق نابجا و آنوریسم شریانی و میزان ارتباط با ارگانهای آناتومیکی مجاور بعنوان انتخاب روشی مناسب و جایگزین در مواردیکه امکان استفاده از سونوگرافی وجود نداشته باشد. نمونه برداری در آنژیوفیروما مادامیکه علائم کلینیکی با یافته‌های تصویری برداری متفاوت است ضرورت دارد با کنترل راه هوایی بیهوشی و آمادگی عمل وسیع و رادیکال شک در رابدومیوسارکوما- نوروبلاستوما اولفاکتوری و یا تومورهای عروقی دیگر

- در بررسی تحقیقاتی روی ۱۴ بیمار مبتلا به این تومور گزارش شده که تمامی بیماران قبل از عمل بدون استثناء بیوپسی از تومور انجام گردیده بدون اینکه برای بیمار عارضه ای خاص اتفاق بیافتد (۱).

معاینات کامل بالینی انجام می‌شود این آزمایشات می‌تواند گسترش تومور را به مناطقی مثل قاعده جمجمه و داخل جمجمه که معاینات کلینیکی آنها مشکل است و همچنین طبقه بندی و برنامه ریزی صحیح درمان و بررسی های بعدی پیگیری بیمار را به ما نشان داده و راهنمایی نماید. تفسیر در ارزیابی تصویر برداری: کامپیوتری می‌تواند در تشخیص افتراقی بافتی که دانسیته بسیار متفاوتی دارند مثل استخوان و بافت نرم کمک کرده و تصاویر استخوانی بصورت فضاهای استخوانی آناتومی استخوانها را بهتر نمایان می‌سازد.

- تصویر برداری کامپیوتری در افتراق تومور از نسوج نرم کمتر کمک می‌کند.

- طبق گزارش Holman, Miller یافتن های رادیولوژیکی آنژیوفیروما وجود انحناء و برجستگی دیواره خلفی سینوس ماگزیلاری به جلو اتساع شیار فوقانی اوربیت مرحله دوم (ب) از طبقه بندی تومور این علامت پاتوگنومونیک بیماری می‌باشد (۱).

- آنژیوگرافی روش متداول که کمک به تعیین موقعیت آناتومیکی پاتولوژیکی عروق تغذیه دهنده تومور می‌نماید. اجازه مداخله جراحی و یا عدم اندیکاسیون عمل را بما می‌دهد و در مقایسه با تصویر برداری شریانی جزئیات عروق ریزتر را بهتر و روشن تر به ما نشان می‌دهد.

- آنژیوگرافی ۷ درصد عارضه و ۷ درصد مرگ و میر گزارش شده (۱).

در مطالعه گروه الف و ب مورد تحقیق ما که شامل ۲۳ نفر می‌باشند ۱۹ بیمار آنژیوگرافی انتخابی همراه با آمبولیزاسیون شده که ۲ نفر از این بیماران یعنی ۲۲ درصد موربیدیه بصورت تازی دید و بعد کوری دائم پیدا کرده و یکی از بیماران هم علائم بیحسی اندامها یکطرفه (مقابل) داشته که موقت بوده، مشاهده گردید.

ضرورت آنژیوگرافی در تومورهای عروقی طبق نظریه آقایان Berner, Jones ۱۹۸۶ در سال ۱۹۸۶ میلادی بیشتر بیماران غیر ضروری است ولی توصیه می‌شود چنانچه تومور از خط وسط عبور کرده باشد انجام

- در بیماران گروه الف و ب مورد مطالعه ضرورتی برای انجام بیوپسی قبل از عمل وجود نداشته و بصورت کلینیکی و پاراکلینیکی وسوابق قلبی از بیمارانبا عمل مجدد تشخیص آنژیوفیروما قطعاً داده شده است. اهداف تومور آنژیوفیروما درمان تخلیه و جلوگیری از عود تومور و کنترل خونریزی، کاهش عوارض بیماری و برقراری تنفس از طریق بینی پس از رفع انسداد است. چنانچه عود بیماری همراه با علائم چشمی باشد دلایلی برای تأکید بیشتر به درمان بیمار می باشد رمز موفقیت در کنترل بیماری و جلوگیری از عود تومور پیدا کردن ساده ترین روش جراحی و دستیابی به تومور و تخلیه کامل تومور همراه با استپاله های متعدد آن است. در صورت شک داشتن بوجود بقایایی از تومور با استفاده از اندوسکوپ و یا میکروسکوپ جراحی اعصاب ضمن عمل می توان پس از کنترل خونریزی آنها را کشف و تخلیه نمود (۶). مطالعات گسترده نشان می دهد که تکرار اعمال جراحی برای برداشتن تومور بیماران هم عود بیماری را بیشتر و هم از عارضه مرگ و میر بیشتری برخوردارند و در بعضی از بیماران تکرار عمل جراحی هم عود بیماری را افزون و هم بدخیمی را گزارش داده اند (۱). در یکی از بیماران مورد مطالعه جواب پاتولوژی وجود سلولهای مهاجم بدخیم سارکوم را در نمونه گزارش کرده اند. معرفی یک بیمار عمل شده در مرکز پزشکی امیر اعلم تهران بخش گوش و حلق و بینی.

بیماری بنام: الف.ع ۱۴ ساله اهل تهران محصل شرح حال بیمار علت مراجعه عود بیماری آنژیوفیروما علائم بالینی انسداد بینی دو طرفه خصوصاً سمت راست در ۶ ماه قبل در این مدت خونریزی شدید بینی ۲ بار داشته که پس از اقدامات درمانی سرپایی کنترل شده عمل قبل در بهمن سال ۱۳۷۸ در بیمارستان ایرانمهر تهران با تشخیص آنژیوفیروما از طریق ترانس پالاتال علائم بیماری. ترشحات موکوسی بینی دو طرفه وجود توده در بینی انحراف سپتوم بینی بطرف چپ در معاینه دهان آثار اسکار

عمل قبل در منطقه کام سخت و نرم در لمس قدام توده ای سفت متمایل بطرف راست که سبب آسیمتری کام نرم شده در سی تی اسکن انجام شده بیمار بطریقه آکسیال و کرونال گزارش رادیولوژیست گسترش تومور را در مناطق نازوفارنگس، حفره بینی و قاعده جمجمه حفرات پتریگوئید و سینوس اسفنوئید و پاراسلار و مجاورت تومور با تهاجم به حفره میانی تأیید شده است در تاریخ ۷۹/۲/۸ در بیمارستان امام خمینی برای وی آمبولیزاسیون عروقی شریان ماگزیلاری داخلی پس از تصویر برداری شریانی آنژیوگرافی ۹۰ درصد خونرسانی متوقف و کنترل می شود در اردیبهشت ۱۳۷۹ با تشخیص عود بیماری آنژیوفیروما با تأیید پاتولوژی نمونه از عمل قبل با درگیری قاعده جمجمه و داخل کرانیال تحت عمل جراحی به روش لفرت I قرار گرفته پس از مشخص کردن تومور مشاهده گردید که تومور حفره بینی سمت راست نازوفارنگس حفره پتریگو ماگزیلاری اسفنوئید و مجاورت با سینوس کاورنوس و اعصاب مجاور با نفوذ تومور به حفره میانی پس از آزاد کردن تومور بصورت استپاله های انگشتی از حفره میانی خارج شده، شریان کاروتید داخلی و عصب اوپتیک بعلت دفکت استخوانی مشخص بودند ضمن آزاد سازی تومور شروع به خونریزی شدید شد که توسط کوتر دو قطبی و سرجسل و تامپون خونریزی کنترل شد. توموری با حجم ۶×۵×۵cm خارج شد. پس از تامپون قدامی و خلفی و بازسازی استخوانی محل عمل با پیچ و پلاک کوچک عمل فیکساسیون انجام شده و پس از احیاء به بخش مراقبت منتقل و سپس به بخش عودت داده شده. بیمار در ساعت ۷/۳۰ عصر همان روز در بخش ویزیت شده ادم و اکیموز و هماتوم گونه ها مشاهده گردید چشم راست بیمار در معاینه در قسمت لاترال و مدیال دیپلویا وجود داشت در بررسی بیشتر پتوز چشم راست و میدریاز مشاهده گردید تیز بینی چشم بیمار کاهش پیدا کرده $V/A \downarrow$ بنظر علائم مارکوس و چشم یخی راست همراه با بیحالی وجود داشت پس از مشاوره جراح اعصاب و

شده با احتیاط از اطراف سینوس کاورنوس و رأس اوپتیک خارج شده و خونریزی مجدد با پک های سرجسل ملایم تر قابل کنترل بود بیمار بدون تامپون های سستی (مش) قدامی یا خلفی پس از اتمام عمل به ریکاوری منتقل شد. در عمل اول ۷ واحد خون و هیپوتانسیون و ۲ واحد F.F.P^۱ دریافت داشته ولی در عمل دوم و تجسس مجدد خونی دریافت نکرده است.

چشم پزشک و انجام سی تی اسکن کرونال و اکسیال

1-Visual Accuracy

بدون کنتراست بصورت اورژانسی درخواست شده وجود کدورت در حدود سینوس کاورنوس سمت راست وجود داشته که احتمالاً مربوط به مواد انعقادی پک شده بوده بیمار در ساعت ۱۱ همان شب به اطاق عمل آورده شده و تجسس مجدد همراه با کمک اندوسکوپی بازوایای صفر و ۳۰ و ۷۰ درجه محل عمل بررسی شد. با مواد انعقادی پک

منابع

- 1-The American Laryngological Rhinological and Otological Society. Laryngoscope III. 2001,86(April).
- 2-contemporary oral and Maxillofacial Surgery Petron Ellis, Hupp Tucker P.966-969, 1998.
- 3-Bauche J, Freche CH. Fibrome. In: Nasopharyngeal Encyclopedia Medico Chir Surgicale. p. 20505- 85
- 4-Comprehensive Management of Head and Neck tumors thawley_panye batsukis lindberg 773,776-780,second Edition vol 2. 998.
- 5-Samii M, Droff W. Surgery of the Skull Base;P.196-1201998
- 6-otolaryngology head & neck surgery charles c,w. cummings john M . Fredrickson Lee A, Harker Charles J., Krause,Mark A, Richardson M, david e. schuller Dr.z.co.VOL3 ,P 1512-1517,1998.
- 7-Freihofner H. The Timing of Facial Osteotomies in Children and Adolescents. Clin Plast Surg 1982;9:445- 6.
- 8-The Americal Laryngological Rhinological and Otological Society. Laryngoscope. 1999;109(January).

1- Fresh Frozen Plasma