

بررسی شیوع آندوسکوپی و تصویر برداری نقطه تماس مخاطی دیواره خارجی و تیغه بینی و ارتباط آن با علائم سینوزال

محمد نعیمی*، نازنین ابدالی**

خلاصه

هدف: بررسی ارتباط یافته های رادیولوژیک و آندوسکوپی در بیمارانی که سپتوم و دیواره لترال بینی شان با هم تماس دارند و علائم سینوزال بیمار. **روش بررسی:** در ۵۹ بیمار که با شکایات رینولوژیک مراجعه نمودند علائم کلینیکی ثبت شده و وجود نقطه تماس در سیتی اسکن بینی و سینوسهای پارانازال بررسی و ثبت گردید و وجود ارتباط بین نقطه تماس شکایات و علائم بالینی سینوزال توسط آزمونهای آماری محاسبه و با منابع و مقالات دیگر مقایسه گردید. بیمارانی که انحراف شدید تیغه بینی داشتند و یا کورنه هیپرتروفی یا بول اتموئید بزرگ و یا کورنه هیپرتروفی پارادوکس داشتند از مطالعه خارج شد. **یافته ها:** در این مطالعه شیوع نقطه تماس مخاط بینی در وضعیت فیزیولوژیک بینی ۱۳/۶ درصد بود و بین علائم بیمار از قبیل سردرد، درد صورت، گرفتگی بینی و وجود نقطه تماس هیچ ارتباط معنی داری وجود نداشت. **نتیجه گیری:** نقطه تماس مخاط بینی نقطه تماس توسط آندوسکوپی و یا سیتی اسکن تشخیص داده می شود. تشخیص نقطه تماس در وضعیت فیزیولوژیک بینی توسط سی تی اسکن بینی و سینوسهای پارانازال بدست می آید. با توجه به عدم وجود ارتباط معنی دار بین وجود نقطه تماس و علائم بیمار از جمله سردرد، درد صورت و گرفتگی بینی به نظر می رسد امکان بهبود علائم به طور پایدار، با رفع نقطه تماس توسط جراحی نامحتمل است. م ع پ ۱۳۸۸؛ ۱(۱): ۱۲۳-۱۱۷

کلید واژه گان: نقطه تماس بینی، سی تی اسکن پارانازال، علائم سینوزال، آندوسکوپی

مقدمه

و سینوس های پارا نازال مشخص نمود که هم لمس و هم تحریک مکرر آن می توانست باعث درد روی ناحیه ای از صورت بشود (۲). آقای Stamberger و Wolf معتقد بودند که واریاسیون در آناتومی حفره بینی باعث استاز مخاطی، عفونت و نهایتاً درد صورت می گردد (۳).

نقطه تماس مخاط بینی (contact point) به صورت تماس مخاط سپتوم با ساختمان های دیواره لترال بینی شامل یکی یا بیشتر از توربینیت ها رخ می دهد (۱). تئوری ایجاد درد صورت و سردرد سینوسی بدلیل وجود نقطه تماس، اولین بار توسط آقای Mc Auliffe بیان شد، به این صورت که او نقاط متعددی را در حفره بینی

*دانشیار گروه گوش و حلق و بینی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

**متخصص گوش و حلق و بینی

۱- نویسنده مسول: Email: dr.naeimi@gmail.com

دریافت مقاله ۱۳۸۶/۱۰/۱ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۷/۱۱/۲۱ اعلام قبولی: ۱۳۸۸/۲/۲

گردید. نقطه تماس مخاط بینی به سه حالت تقسیم بندی گردید:

۱-سپتوم با توربینیت میانی

۲-سپتوم با توربینیت فوقانی

۳-سپتوم با سینوس اتموئید

روش تعیین نقطه تماس به دو صورت بررسی شد:

۱- آندوسکوپی

۲- وجود نقطه تماس مخاطی در نمای رادیولوژیک (سیتی اسکن)

تشخیص آندوسکوپی نقطه تماس معمولا در بینی دکونژسته و با بی حسی موضعی انجام شد و بنابراین فقط نقطه تماس شدید تر را مشخص می شود مگر اینکه دکونژستان بینی به طور ناکامل از بین رفته باشد

اپاستیسیته و کدورت سینوس بر اساس Mackay score - lund در جه بندی گردید. در این روش بر حسب

ابتلای سینوسها در سیتی اسکن (پونوماتیزاسیون کامل، ابتلای کامل سینوس، ابتلای نسبی سینوس) و بر حسب اینکه اتموئید قدامی یا اتموئید خلفی، فرونتال، ماگزیلر، سینوس اسفنوئید و کمپلکس استئومئاتال مبتلا باشد امتیاز

دهی می شود به امتیاز 0-1-2 که این امتیازات در دوطرف حفره بینی محاسبه می شود که ماکسیمم امتیاز برای یک طرف ۱۲ است. جهت بررسی ارتباط بین نقطه

تماس و علائم سینونازال از مون chi-square و Fisher exact انجام شد. همچنین ارتباط بین Lund-

Mackay score و نقطه تماس توسط از مون Mann-Whitney تعیین گردید.

یافته ها

در بررسی سیتی اسکن ۵۹ بیمار، ۸ مورد نقطه تماس مشهود بود که نشان دهنده شیوع ۱۳/۶ درصد می باشد. در جدول ۱ به نتایج حاصل از ارتباط بین علائم سینونازال بانقطه تماس اشاره شده است. شایعترین علامت در بیماران، درد صورت بود با شیوع ۶۱ درصد (نمودار ۱)،

آنان همچنین نشان دادند که نقطه تماس مخاطی می تواند باعث آزاد شدن نیرو ترانسمیتر substance P شده که یک نیرو ترانسمیتر شناخته شده در شاخه های آوران عصب تریژمینال و همچنین یک وازودیلاتور است می گردد. مولفین معتقدند که تماس مخاط بینی باعث ترشح substance P شده و در نتیجه منجر به احساس درد می گردد(۴). این یافته در واریاسیون های آناتومیک دیگر از جمله کونکابولوزا و انحراف بینی شدید نیز صدق می کند. هدف از این مطالعه بررسی شیوع نقطه تماس در بیماران مراجعه کننده با شکایات رینولوژیک است. و اینکه آیا بین علائم سینونازال و ابنورمالیته های CT و وجود نقطه تماس ارتباطی وجود دارد؟

هدف اصلی وکلی ما بررسی ارتباط نقطه تماس مخاطی (contact point) با علائم سینونازال بود و اهداف جزئی بیشتر بررسی نقطه تماس مخاط بینی در بیماران با شکایات رینولوژیک بر اساس علائم سینونازال بررسی نقطه تماس مخاط بینی در بیماران با شکایات رینولوژیک بر اساس یافته های رادیولوژیک بود.

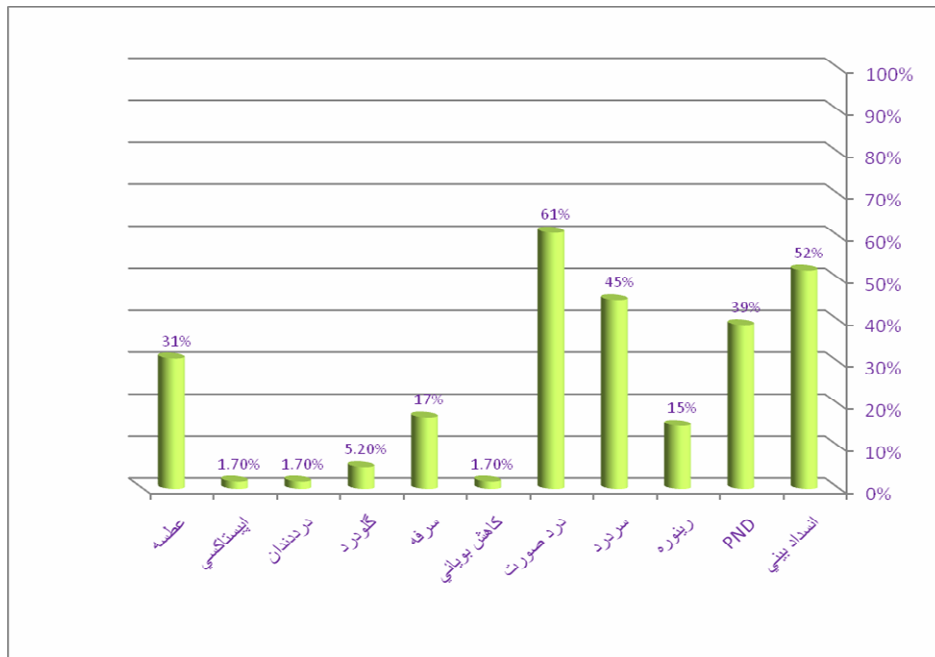
روش بررسی

با روش نمونه برداری آسان و در دسترس ۵۹ بیمار که با شکایات رینولوژی که از ابتدای دی ماه سال ۱۳۸۵ تا آخر دی ماه سال ۱۳۸۶ به کلینیک ENT بیمارستان قائم و امام رضا (ع) مراجعه نموده بودند انتخاب شدند.

حجم نمونه بر اساس آزمون برآورد یک نسبت در جامعه با توجه به درصد $p=65$ (نسبت افراد با نقطه تماس مخاط بینی نقطه تماس در بیماران با شکایات رینولوژیک بر گرفته از بررسی متون) درصد $\alpha=0.05$ و $d=1.5$ محاسبه گردیده است که معادل ۴۸ نفر خواهد بود و با احتساب ۱۰ درصد ریزش معادل ۵۵ در نظر گرفته خواهد شد.

پرسشنامه ای شامل بررسی علائم رینولوژی و رادیولوژیک (سیتی اسکن) تکمیل گردید. همچنین وجود نقطه تماس در سیتی اسکن بیماران بررسی و ثبت

اما درد صورت ارتباط معنی داری با وجود نقطه تماس نداشت.



نمودار ۱: فراوانی علائم سینوزال در بیماران

($P=0/۳$)، سردرد ($P=0/۱$)، گل‌درد ($P=0/۳$)، درد دندان ($P=0/۸$) و اپی ستاکسی ($P=0/۸$) بین وجود CP با هیچکدام از علائم سینوزال ارتباط معنی داری وجود نداشت. (جدول ۱).

ارتباط بین علائم سینوزال و نقطه تماس توسط آزمون Fisher s exact و Chi-square بررسی شد. بین وجود CP با وجود سردرد ($P=0/8$) و گرفتگی بینی ($P=0/۱$)، ترشح پشت حلق ($P=0/۱$)، درد صورت ($P=0/۳$)، کاهش حس بویایی ($P=0/۸$)، عطسه ($P=0/۱$)

جدول ۱: ارتباط علائم سینوزال با cp

| با علائم | تعداد بیماران | Contact point | No contact point | P |
|-----------------------|---------------|---------------|------------------|-------|
| با سر درد | ۳۶ | ۶ | ۳۰ | ۰/۸ |
| با گرفتگی بینی | ۳۱ | ۶ | ۲۵ | ۰/۱۶۲ |
| با PND (ترشح پشت حلق) | ۲۳ | ۵ | ۱۸ | ۰/۱۴۱ |
| با درد صورت | ۲۷ | ۸ | ۱۹ | ۰/۳۷۶ |
| با درد دندان | ۱ | ۰ | ۱ | ۰/۸۶۲ |

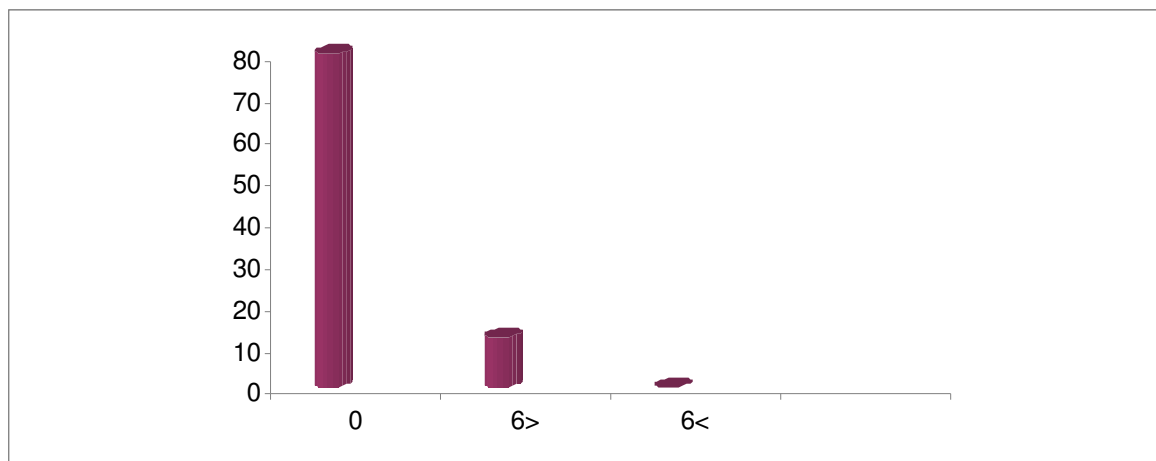
تفاوت طبق آزمون Mann – Whitney تا حدی معنی دار بود. (جدول ۲)

میانگین Lund – Mackay score در بیماران با نقطه تماس بیشتر از بیماران بدون نقطه تماس بود. که این

جدول ۲: بررسی ارتباط Lund – Mackay score با وجود نقطه تماس

| P | تعداد | Mean lund Mackey score | |
|-------|-------|------------------------|------------------------|
| . /۵۸ | ۵۱ | . / ۳۳۳ | سیتی اسکن بدون وجود CP |
| . /۵۸ | ۸ | ۱/۷۵۰۰ | سیتی اسکن با وجود CP |

در ۸۳ درصد از بیماران Lund – Mackey score صفر بوده است و در هیچ کدام از بیماران بالا تر از ۶ نبوده است. (نمودار ۲)



نمودار ۲: توزیع فراوانی Lund – Mackey score در بیماران

بحث

مگر اینکه دکونژستان بینی به طور ناکامل از بین رفته باشد.

برخلاف روش آندوسکوپی سیتی اسکن معمولاً در وضعیت فیزیولوژیک غیر دکونژسته بینی انجام می شود و در نتیجه درصد بالاتری از نواحی نقطه تماس مشخص می گردد (۵).

در این مطالعه ما سی تی اسکن را برای تعیین وجود نقطه تماس انتخاب کردیم تا از تغییر احتمالی روی مخاط بینی ناشی از معاینه آندوسکوپی مستقیم پیشگیری شود.

همچنین این احتمال وجود دارد که کاربرد وازو کانستریکتورها که در آندوسکوپی کاربرد دارد و تاثیر

در حقیقت تماس بین سپتوم بینی و یکی یا بیشتر از توربینیت ها می باشد که توسط آندوسکوپی بینی یا CT تشخیص داده می شود (۱). بعضی مطالعات نقطه تماس را به عنوان تماسی که پس از انجام دکونژستان باقی می ماند در نظر می گیرند اما سایر مولفین نقطه تماس را بصورت نقطه تماس مخاط بینی در وضعیت فیزیولوژیک که می تواند پس از دکونژستان یا حتی در سیکل بعدی بینی از بین برود تعریف می کنند (۲،۳)

تشخیص آندوسکوپی نقطه تماس معمولاً در بینی دکونژسته و یا بی حس شده گذاشته می شود و بنابراین فقط نقطه تماس شدید تر را مشخص می کند

آمد و این نتیجه طی پیگیری ۵۰ ماهه بیماران پایدار مانده بود(۸).

در این مطالعه نیز هیچ ارتباط معنی داری بین درد صورت، سر درد و وجود نقطه تماس نبود در نتیجه به نظر نمی رسد اصلاح جراحی مثل لترالیزاسیون کورنه یا اصلاح انحراف تیغه بینی و ... نقطه تماس بتواند علائم بیمار را بطور پایدار از بین ببرد. در عوض، جراحی می تواند با یک روش کاملاً متفاوت باعث بهبود موقت درد شود به این صورت که با ایجاد تحریک نورولوژیک می تواند جریان ورودی را به هسته های کودال عصب تریژمینال بطور موقت تغییر داده و در نتیجه علائم را در تعدادی از بیماران برای مدت کوتاهی کاهش دهد(۹) و(۱۰). این سوال می تواند با یک مطالعه بعدی و بررسی بهبود علائم بعد از جراحی در بیماران با درد صورت و سر درد همراه با نقطه تماس در مقایسه با بیماران علامت دار بدون نقطه تماس، پاسخ داده شود.

نتیجه گیری

شیوع نقطه تماس نسبت به سایر اینرمالیتیه های سیتی اسکن در بیماران با شکایت نورو لوژیک بیشتر است اما ارتباط معنی داری بین علائم سینو نازال از قبیل گرفتگی بینی، سر درد، درد صورت، PND و نقطه تماس مخاط بینی یا نقطه تماس وجود ندارد.

مستقیم یا غیر مستقیم روی عروق اینتراکرنیال داشته و در نتیجه سردرد را طی تستهای تشخیصی کاهش می دهد(۶). بعلاوه آقای sluder معتقد بود بی حسی لوکال با تاثیر روی گانگلیون اسفنو پالاتین می تواند درد نورولوژیک را بر طرف کند(۷).

در این مطالعه شیوع نقطه تماس در بیماران با علائم سینونازال ۱۳/۶ درصد بود. وجود نقطه تماس ارتباط معنی داری با علائمی از قبیل گرفتگی بینی، سر درد، درد صورت و PND نداشت. شیوع اینرمالیتیه های سیتی اسکن با توجه به امتیازات Lund Mackey score در بیماران با نقطه تماس بیشتر از بیماران بدون نقطه تماس بوده است. در مطالعه آندوسکوپی بینی که توسط آقای Abu Bakra انجام شده است نیز همین نتیجه به دست آمد و هیچ ارتباط معنی داری بین نقطه تماس و درد صورت در مطالعه مذکور به دست نیامد. و شیوع نقطه تماس در این مطالعه فقط ۴ درصد بود(۱). در سال ۲۰۰۰ آقای Tosun و همکاران گزارش نمودند که بهبودی کامل سر درد در ۹۰ درصد بیمارانی که دارای نقطه تماس هستند پس از انجام جراحی آندوسکوپی بینی به دست می آید(۳). اخیراً در سال ۲۰۰۲ در مطالعه ای که توسط آقای KUNACHAK انجام شد ادعا شد که حذف کامل سر درد در ۸۷ درصد از ۵۵ بیمار با لترالیزاسیون توربینیت میانی تحت بیحسی لوکال بدست

منابع

- 1-Abu-Bakra M, Jones NS. Prevalence of nasal mucosal contact points in patients with facial pain compared with patients without facial pain. J Laryngol Otol 2001; 115(8): 629-32.
- 2-McAuliffe GW, Mueller GC. Experimental studies on headache: Pain from the nasal and paranasal structures. IMJ 1950; 50(9): 1113-6.
- 3- Stammberger H, Wolf G. Headache sinus disease the endoscopic approach. Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl 1988; 134: 230-2.
- 4-Abu-Bakra M, Jones NS. Does stimulation of nasal mucosa cause referred pain to the face? Clin Otolaryngol Allied Sci 2001; 26(5): 430-2.
- 5-Bieger-Farhan AK, Nichani J, Willatt DJ. Nasal septal mucosal contact points associated symptoms and sinus CT scan scoring. Clin Otolaryngol Allied Sci 2004; 29(2): 165-8.
- 6-Clerico DM. Pneumatized superior turbinate as a cause of referred migraine headache. Laryngoscope 1996; 106(7): 874-9.
- 7-Sluder G. The role of the sphenopalatine ganglion in nasal headache. NY Med J 1980; 87: 989-90.
- 8-Kunachak S. Middle turbinate lateralization: a simple treatment for rhinologic headache. Laryngoscope 2002; 112(5): 870-2.

- 9-West B, Jones NS. Endoscopy-negative, computed tomography-negative facial pain in a nasal clinic. *Laryngoscope* 2001; 111:581-6.
- 10-Roger K, Cady MD, Curtis P, Schreiber CD. Sinus headache: a clinical conundrum. *Otolaryngol Clin North Am* 2004; 37(2):267-88.

Endoscopic and imaging prevalence of nasal mucosal contact point and association between contact point and sinonasal symptoms

Naeimi M*, Abdali N

ENT Department, mashhad University of Medical Sciences mashhad

Abstract

Objective: the aim of the present study was to evaluate the prevalence of nasal mucosal contact point in rhinology patients and association between contact point and sinonasal symptoms.

Subjects and Methods: We compare the sinonasal problem and contact point (endoscopic & imaging) in 59 patients without (sever septal deviation, chorneal hypertrophy, large ethmoid bula and paradox turbinate) by fisher aaaaaaaa7 chi square test and review the literature.

Results: The prevalence of nasal mucosal contact point in our study is 13/6 percent, there is no association between contact point and patient's symptom such as headache, facial pain, nasal blockage.

Conclusion: Nasal mucosal contact point occur between the septum and structure of the lateral nasal wall and contact point can be visualized either endoscopically or radiologically on CT scan. The nasal mucosal contact point in the physiological status of the nose is best detected on CT scan of paranasal sinus. As we found no association with headache, facial pain and nasal blockage and contact point, it appears unlikely that surgery is relieving these symptoms permanently by relief of contact points.

Keywords: Nasal contact, paranasal CTscan, Nasal symptom

*Corresponding author: Email: dr. naeimi@gmail.com