

گزارش ۲۰ مورد گرانولومای انتوباسیون

دکتر رحمت الله بنان* - روزبه بنان**

*استادیار گروه گوش و حلق و بینی - دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی گیلان
** دانشجوی پزشکی، دانشگاه تهران

مقدمه

دارد سطح میانی زائده صوتی آریتنوئید است جایی که مخاط نازکی غضروف آریتنوئید نسبتاً سخت را می پوشاند (۳). گرانولوما بر روی یکی یا هر دو زائده صوتی غضروف آریتنوئید و بطور تیبیک در انتهای خلفی لبه آزاد تارهای صوتی تشکیل می شود (۲) این گرانولوما معمولاً حدود سه هفته بعد از آسیب داخلی حنجره ظاهر می شود (۳).

بیماران معمولاً از گرفتگی صدا Hoarseness یا Breathy voice ناشی از عدم توانایی در نزدیک کردن تارهای صوتی، احساس جسم خارجی و تلاش برای خارج کردن آن و نیز تنگی نفس در صورت بزرگی بیش از حد گرانولوما شاکی هستند. این علایم ممکن است روزها، هفته ها و حتی ماهها بعد از لوله گذاری تظاهر یابد (۴). بهترین راه معاینه، لارنگوسکپی غیر مستقیم است. در معاینه معمولاً یک توده کروی زرد مایل به قرمز و پدیکوله در لبه داخلی زائده صوتی آریتنوئید دیده می شود (۴ و ۵). از آنجاکه پیروسه پاتولوژیک ماهیتاً التهابی است، استراحت صوتی، درمان با آنتی بیوتیک و استروئید

گرانولومای ناشی از زخم حنجره بطور کلی پدیده نادری است که معمولاً در اثر تحریک شیمیایی مخاط (Chemical irritation) ناشی از رفلاکس گاستر واز و فاژیال است. و گرانولومای بدنبال انتوباسیون بمراتب نادر تر است (۱).

شیوع این عارضه در خانم ها به مراتب بیشتر از آقایان و به نسبت ۱۰ به یک می باشد (۱). داشتن حنجره کوچکتر و ساختمان ظریفتر، حنجره زنان را به این ضایعه مستعدتر می کند (۳). فاکتورهای مؤثر دیگر در ایجاد گرانولوما، بزرگی اندازه لوله و حرکت زیاد آن است. بزرگی بیش از حد دیامتر لوله امکان صدمه مخاطی را تشدید می کند (۲). با وجود آنکه بنظر می رسد هر قدر زمان انتوباسیون طولانی تر باشد، احتمال تشکیل گرانولوما بیشتر است ولی مطالعات مختلف نشان می دهد، ارتباط مستقیمی بین مدت زمان انتوباسیون و ایجاد گرانولوما وجود ندارد (۲). صدمات انتوباسیون ممکن است بصورت حاد و در نتیجه عمل انتوباسیون و یا بصورت تأخیری و ناشی از صرف حضور لوله اندوتراکتال ایجاد گردد (۳ و ۵). نقطه ای که حساسیت ابتلاء بیشتری

انتوباسیون قرار گرفته بود. از نظر نوع عمل : ۲ بیمار رینو پلاستی ۳ بیمار هیستریکتومی ۶ بیمار سزارین ۳ نفر جراحی فک ۱ بیمار شکستگی لگن ۱ بیمار شکستگی استخوان ران و یک نفر گاسترکتومی ۱ بیمار ابدومنوپلاستی، ۱ بیمار عمل جراحی هموروئید و ۱ بیمار نیز بطور اورژانس در بخش C.C.U انتوبه شده بود. ۱۹ بیمار در آغاز تحت درمان با آنتی بیو تیک خوراکی و اسپری و استروئید بمدت یکماه قرار گرفتند. استراحت صوتی به همه آنها توصیه اکید شد. (بیمار بستری در C.C.U بطور سرپائی تحت نظر قرار نگرفت). بعد از یک ماه ۱۶ بیمار مجدداً معاینه شدند. ۴ بیمار دیگر مراجعه نکردند. از دو مورد که گرانولوما دو طرفه بود، یک نفر مراجعه کرد که ضایعه طرف راست کاملاً ناپدید شده بود. به ۱۶ بیمار که پس از یک ماه درمان دارویی معاینه مجدد شده بودند عمل جراحی لارنگوسکوپی مستقیم برای برداشتن ضایعه پیشنهاد شد. ۱۲ بیمار این پیشنهاد را پذیرفتند و ۴ مورد راضی به عمل جراحی نشدند. و هر ۱۲ بیمار با بیهوشی عمومی مورد لارنگوسکوپی سوسپانسیون میکروسکوپی قرار گرفتند. ۸ مورد با Snare و ۴ مورد با فور سپس و قیچی ضایعه آنان برداشته شد. بیماری که در C.C.U انتوبه شده بود، هنگام عمل بای پس عروق کرونر در حالیکه به پمپ قلب وصل بود برای ایجاد شرایط مناسب‌تر و برداشتن گرانولوما، لوله انتوباسیون موقتاً خارج گردید ولی گرانولوما هنگام برداشتن توسط Snare به داخل نای افتاد که با برونکوسکوپ خارج شد.

(بصورت اسپری) تا یک ماه بعد از عمل جراحی، برای از بین رفتن کامل زمینه التهابی و ترمیم زخم ضروری است (۴). ولی اگر پس از Mature شدن باقی بماند، عمل جراحی و برداشتن آن توصیه می شود (۴).

معرفی بیماران

از سال ۱۳۶۸ لغایت ۱۳۸۰ بیست بیمار، نوزده زن و یک مرد با میانگین سنی $9/56 \pm 34/53$ (در طیف سنی ۲۲ تا ۶۱ سالگی) به اینجانب مراجعه کردند که شکایت مشترک آنها گرفتگی صدا و احساس جسم خارجی در حنجره و سابقه همه آنها عمل جراحی با بیهوشی و انتوباسیون حدود - بطور متوسط - دو ماه قبل از مراجعه بود. گرفتگی صدا در ۱۷ مورد همیشگی نبود بلکه در لحظاتی صدا خیلی ضعیف و در لحظاتی دیگر صدا تقریباً طبیعی بود، که نشانه‌ای از پدیکوله بودن ضایعه بود. در سه مورد دیگر، گرفتگی صدا دائم بود که در این نمونه‌ها، بیماران از تنگی نفس مختصری هم شاکی بودند. در لارنگوسکوپی غیر مستقیم: توده ای بزرگ به رنگ صورتی تا قرمز دیده می شد. این توده در ۱۸ بیمار یکطرفه و در دو بیمار دو طرفه بود. در سه بیمار توده نقطه اتصال پهن داشت و پدیکوله نبود. ۱۳ گرانولوما در طرف چپ و ۵ مورد در طرف راست اتصال داشت در دو مورد دو طرفه (طرف چپ بزرگتر) بود. دو بیمار در قزوین، دو بیمار در تهران و پانزده بیمار در بیمارستانهای رشت مورد عمل جراحی متنوع قرار گرفته بودند. یک بیمار نیز در C.C.U و در شرایط اورژانس مورد

جنس و ظرافت حنجره خانم ها مهمترین عامل در پیدایش این عارضه است و آمار بیماران مورد مطالعه اینجانب یعنی پنج درصد مرد (یک نفر) و نود و پنج درصد زن (۱۹ نفر) مؤید شیوع بسیار بالای گرانولومای انتوباسیون در زنان است. این در حالیست که در مطالعه Collins در صد بروز این عارضه در مردان ۱۰٪ یعنی دو برابر بیماران مورد مطالعه اینجانب است که می تواند احتمالاً بعثت تعداد کم نمونه و تفاوت در مدت پیگیری بیماران Collins و یا اینجانب باشد لذا بررسی بیشتر در این زمینه توصیه می گردد.

با توجه به شیوع بسیار بالای این نوع از گرانولوما در خانم ها، مهمترین فاکتور، ساختمان حنجره و ظرافت مخاط حنجره و احتمال صدمه دیدن آن در هنگام انتوباسیون در خانم ها می باشد، که ضرورت احتیاط های لازم از نظر ساینز لوله، استریل بودن آن، انجام انتوباسیون بعد از آمادگی کامل بیمار (استفاده از داروهای i.v و گاز و شل بودن کامل بیمار) ورزیدگی و تجربه کافی انتوبه کننده و نیز دقت و ظرافت در انجام انتوباسیون اهمیت فوق العاده دارد.

در هیچ مورد خونریزی آزاردهنده و مزاحم وجود نداشت. همه بیماران (بجز بیمار قلبی) با دستورات دارویی و توصیه های لازم بعد از ۲۴ ساعت مرخص شدند. اولین بیمار حدود ۱۲ سال پیش و آخرین بیمار در تیرماه ۸۰ مورد جراحی برداشتن گرانولوم ناشی از انتوباسیون قرار گرفتند. در هیچ یک از بیماران عود مشاهده نشد.

بحث و نتیجه گیری

گرانولومای ناشی از انتوباسیون پدیده نادری است و بروز آن در مطالعات مختلف متفاوت است. این آمار در یک منبع از یک در هزار تا یک در ده هزار (۱) و در ماخذ دیگر از یک در صد تا یک در بیست هزار عمل جراحی گزارش شده است (۲). در بیماران اینجانب، فقط یک مورد بطور اورژانس در C.C.U انتوبه شده بود که عامل ترومای مستقیم و حاد را مطرح می کند. با توجه به اینکه در اکثر اعمال جراحی انجام شده، سرو گردن میدان عمل نبوده است، حرکت سرو گردن نمی تواند فاکتور مؤثر باشد. جنس لوله با عنایت به استفاده از لوله های مختلف، عامل عمده در ایجاد گرانولومای انتوباسیون بشمار نمی رود.

منابع

1. Collins VJ. Principles of Anesthesiology (General and Regional Anesthesia). 3 rd ed. Philadelphia: Lea and Febiger, 1993:583.
2. Fried MP, Shapiro J. Acute and Chronic Laryngeal Infection. In: Paparella. Otolaryngology. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders, 1999: 2252 – 3.
3. Sanders I, Biller H. Diseases of the Nose, Throat, Ear. In: Ballenger JJ. Head and Neck. 14 th ed. Pennsylvania: Lea and Febiger, 1999: 598.
4. Jamin BB, Bastian RW. Otolaryngology Head and Neck Surgery. 2 nd ed. Boston: Mosby, 1997: 1879 – 1886, 1914 – 15.
5. Byrony BJ. Head and Neck Surgery. In: Cumings. Otolaryngology. 2 nd ed. Philadelphia: Lippincott, 1997: 16.