



جراحی موکوسل سینوسهای اطراف بینی باروش آندوسکوپی (گزارش ۲۲ مورد)

دکتر سهیلا نیک اخلاق^۱، دکتر نادر صاکی^۲
استادیار^۱، استادیار^۲، دانشگاه علوم پزشکی اهواز

خلاصه

موکوسل‌های سینوسهای اطراف بینی بک بیماری نسبتاً ناشایع بوده که در گذشته با کمک روشهای خارجی (External) درمان می‌شده‌اند. ۲۲ بیمار مبتلا به موکوسل در بیمارستان آپادانای اهواز که شامل ۶ مورد فرونتوآتموئیدال، ۵ مورد سینوس فکی، ۴ مورد اسفنواتموئیدال، ۳ مورد سینوس اسفنوئید، ۲ مورد سینوس فرونتال و ۲ مورد موکوسل شاخک میانی بود، در مدت سه سال با روش جراحی آندوسکوپی بینی و سینوس تحت درمان جراحی قرار گرفته‌اند و به مدت متوسط ۲۶ ماه پیگیری شده‌اند. در این مدت هیچ‌گونه عودی مشاهده نشده است. لذا اگر امکان مارتوپلیازسیون کامل با روش آندوسکوپی میسر باشد با توجه به این که اسکاری بر روی صورت باقی نمی‌گذارد و مدت بستری در این‌گونه عملها کوتاهتر است درمان انتخابی جراحی باروش آندوسکوپی است.

مقدمه

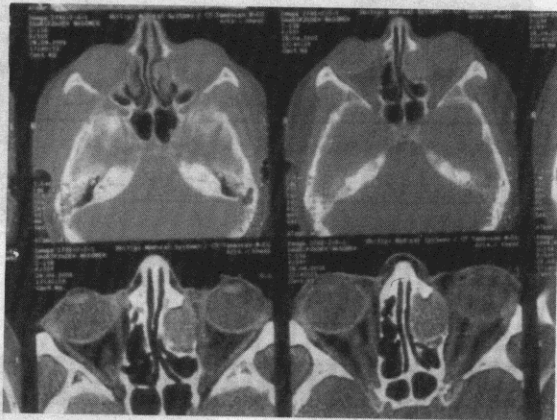
موکوسل یک کیسه با پوشش اپی‌تلیالی است که انباشته از موکوس بوده و تمام حفره سینوس مبتلا را اشغال می‌نماید (۸، ۱). علت اصلی ایجاد موکوسل را انسداد دهانه سینوس به دلیل تروما، عفونت مزمن، دستکاری جراحی و آلرژی می‌دانند (۱۳). اولین فردی که در سال ۱۸۹۶ اصطلاح موکوسل را به کار برد رولت Rollet بود (۳). اولین تشریح بافتی موکوسل توسط Onodi در سال ۱۹۰۱ گزارش شد. اعتقاد اولیه در درمان جراحی موکوسل حذف کامل مخاط پوشاننده جدار موکوسل از طریق روشهای خارجی External Approach نظیر استئوپلاستیک فلاپ، لینچ و اتموئیدکتومی خارجی و کالدول لوک بود (۱۱). در سال ۱۹۲۱ Howarth روش داخل بینی و مارتوپلیازسیون موکوسل را مطرح

کرد (۵). پیشرفت دانش آندوسکوپی بینی و سینوسها تحولی در درمان موکوسل ایجاد نموده است. با توجه به اهمیت استفاده از روش آندوسکوپی یک مطالعه سه ساله در بیمارستان آپادانای اهواز بر روی ۲۲ بیمار مبتلا به موکوسل سینوسهای اطراف بینی انجام شده است و نتایج درمان مورد بررسی و تحقیق قرار گرفته‌اند.

روش بررسی

مطالعه به صورت Case series و بر روی ۲۲ بیمار با تشخیص موکوسل سینوسهای اطراف بینی انجام شده است. این مطالعه از نیمه دوم سال ۱۳۷۷ تا پایان سال ۱۳۸۰ در بیمارستان آپادانای اهواز بر روی بیماران فوق انجام و کلیه بیماران تحت عمل

موکوسل ناحیه فرونتوآمویید (شکل ۱)، ۵ مورد سینوس فکی (شکل ۲ و ۳)، ۴ مورد اسفنوآمویید (شکل ۴، ۵ و ۶)، ۲ مورد سینوس فرونتال (شکل ۷ و ۸)، ۳ مورد سینوس اسفنوآمویید و ۲ مورد موکوسل شاخک میانی (کونکا بولوزا) (شکل ۹) بوده است (جدول ۲).



شکل ۱- موکوسل فرونتوآمویید



شکل ۲- موکوسل سینوس فکی



شکل ۳- موکوسل سینوس فکی

جراحی آندوسکوپیک بینی و سینوسها قرار گرفته‌اند. در این روش درناژ وسیع موکوسل به داخل حنجره بینی انجام شده است.

تمام بیماران قبل از عمل جراحی تحت معاینه دقیق آندوسکوپیک تجسسی بینی و سینوسها قرار گرفته و از تمامی بیماران CT اسکن با مقاطع کروئال و آگزیکال تهیه شده است. در موارد موکوسل وسیع با احتمال انتشار داخل مغزی MRI نیز انجام شده است. برای تمامی بیماران به جز یک مورد که به علت مشکلات قلبی امکان بیهوشی عمومی نداشت عمل جراحی زیر بیهوشی عمومی انجام گردید. تکنیک عمل جراحی بسته به محل موکوسل متفاوت بوده است. کشت میکروبی و قارچی برای ترشحات تمام موکوسلها انجام شد.

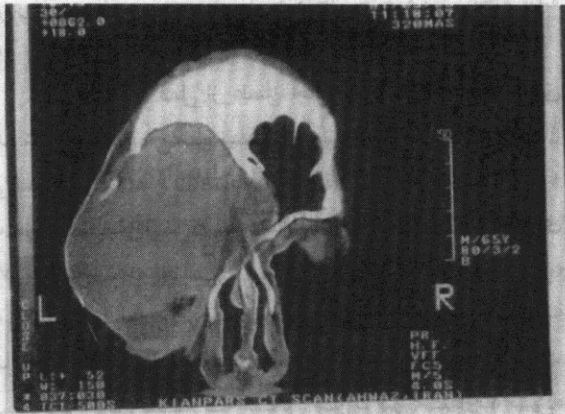
نتایج

از ۲۲ بیمار عمل شده ۱۲ مورد مرد (۵۴/۵٪) و ۱۰ مورد زن (۴۵/۵٪) بوده‌اند. متوسط سن بیماران ۴۳ سال با طیف سنی ۱۰ تا ۸۴ سال مراجعه کرده‌اند. از تمامی بیماران در مقاطع کروئال و آگزیکال CT اسکن تهیه شده و در چهار بیمار با توجه به وسعت ضایعه MRI نیز انجام شد. تظاهرات اولیه بیماران در جدول ۱ نمایش داده شده‌است. با توجه به جدول شایعترین تظاهر بیماران علائم چشمی (دیپلویی و جابه‌جایی کره چشم، کاهش قدرت دید)، سردرد و گرفتگی بینی می‌باشد.

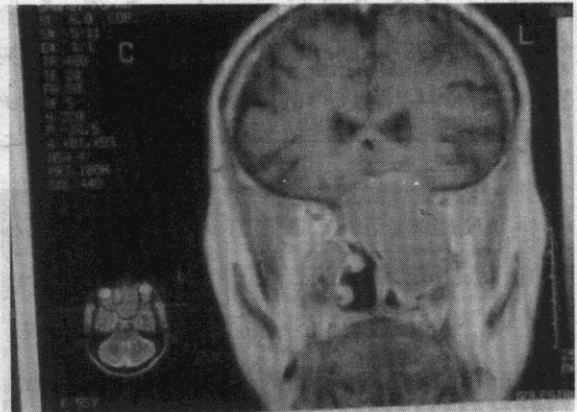
جدول ۱- تظاهرات بیماران موکوسلی

علائم	تعداد بیماران
سردرد	۱۱
گرفتگی بینی و ترشح از بینی	۱۰
دیپلویی	۸
جابه‌جایی کره چشم	۶
تورم کنار چشم	۵
تورم گونه	۳
دندان درد	۳
کاهش دید	۲
تورم پیشانی	۲

در مورد محل درگیری سینوسها با موکوسل در ۶ مورد



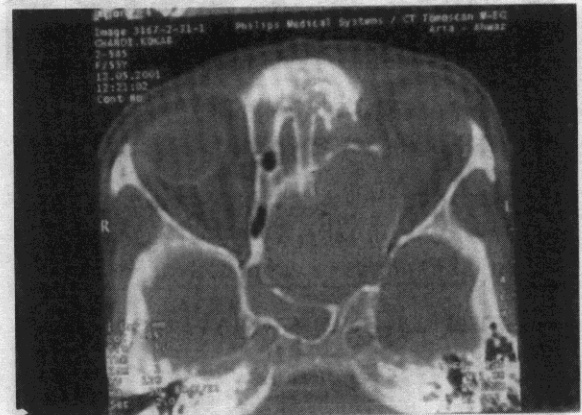
شکل ۷- موکوسل سینوس فرونتال



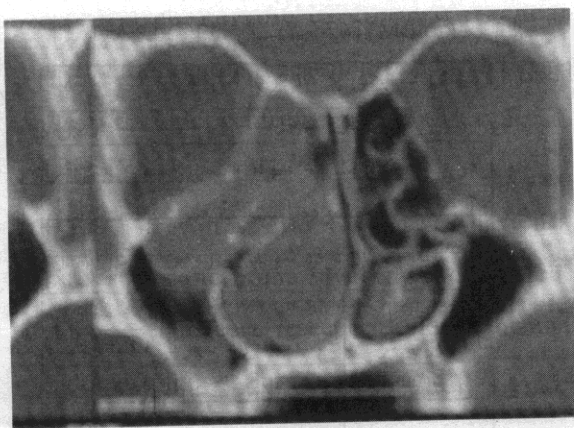
شکل ۴- موکوسل اسفنواتموئیدال



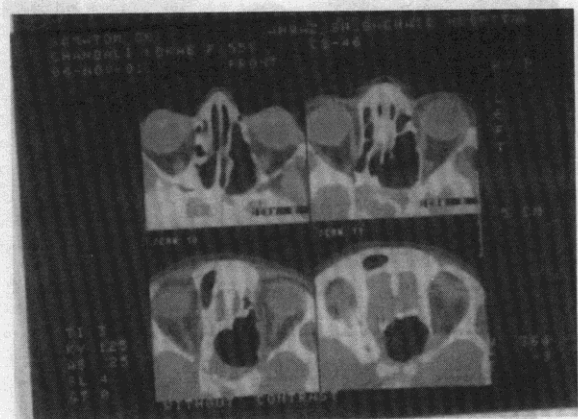
شکل ۸- موکوسل سینوس فرونتال



شکل ۵- موکوسل اتموئید و اسفنوئید قبل از عمل



شکل ۹- موکوسل توربین میانی



شکل ۶- موکوسل اسفنواتموئیدال ۵ ماه بعد از عمل

شرح حال، معاینه فیزیکی و بررسی پاراکلینیکی نظیر CT اسکن و MRI مسجل می‌شود. در CT اسکن به صورت یک ضایعه هیپودانس که سینوس را متسع نموده و Enhance نمی‌شود تشخیص داده می‌شود (۱۴، ۱۳).

در گذشته جراحی انتخابی روشهای خارجی نظیر استئوپلاستیک فلاپ، لینچ، کالدول لوک و اتموئیدکتومی خارجی با هدف حذف کامل مخاط پوشاننده موکوسل بود. امروزه معتقدند که نیازی به برداشتن کامل مخاط نبوده و برقراری درناژ وسیع به حفره بینی (مارسویالیزاسیون) و حفظ مخاط با این ایده که ترمیم سریع است و مخاط به حالت طبیعی باز می‌گردد مدنظر قرار گرفت و روش جراحی آندوسکوپي مطرح گردید (۹).

افراد متعددی نظیر Kennedy (۶)، Stankiewicz (۱۲)، Makeif, lund (۱۰) و Beasly (۲). نتایج کار خود را به روش آندوسکوپي ارائه دادند. یکی از مطالعات وسیع کاربرد آندوسکوپي در موکوسلها توسط Gady (۴) بر روی ۱۰۸ بیمار مبتلا به موکوسل سینوس انجام شده که موفقیت و عدم عود نزدیک به ۱۰۰٪ بوده است، چون تنها در یک مورد عود داشته است. نتایج اعمال جراحی انجام شده در این مرکز نیز تأییدی بر ارجح بودن روش آندوسکوپي نسبت به روشهای قبلی است. از نکات قابل توجه در مطالعه ما آمار بالای ابتلا سینوس فکی به موکوسل (۲۳/۳٪) در مقایسه با آمار جهانی است و ابتلا به سینوس فکی کمی کمتر از سینوسهای فرونتال - اتموئیدال (۲۸/۵٪) بوده است. با توجه به پیگیریهای منظم انجام شده در بیماران ما هیچ‌گونه عودی مشاهده نشده است که این خود نشانه اهمیت کاربرد روش جراحی آندوسکوپي در درمان موکوسلهاست. حتی در موارد موکوسلهای وسیع با تخریب قاعده جمجمه که ابتدا کاندید جراحی باز شده بود با روش جراحی آندوسکوپي کاملاً عارضه مرتفع شد و در ۲۶ ماه پیگیری هیچ‌گونه عودی یا فتن مغزی مشاهده نشد (تصویر ۴ و ۵). تکنیک عمل بسته به محل موکوسل متفاوت بود.

در موکوسلهای فرنوتاتموئید آنسینکتومی انجام و سلولهای اتموئید از سمت پایین و داخل برداشته شد و جدار موکوسل باز شد و تا حد امکان با حفظ دیواره لامینا پایراسه و سقف اتموئید و شاخک میانی مارسویالیزاسیون انجام و فرونتال رسس باز شد. در موکوسل سینوس فکی آنتروستومی میانی وسیع با برداشت ۱/۳ خلفی شاخک تحتانی انجام شد و موکوسل سینوس اسفنوئید از طریق دسترسی مستقیم بدون اتموئیدکتومی انجام گردید. Stent جهت موکوسل فرونتال گذاشته نشد.

جدول ۲- محل سینوس مبتلا به موکوسل

محل سینوس مبتلا به موکوسل	تعداد موارد
فرونوتاتموئیدال	۶
سینوس فکی	۰۵
اسفنوتاتموئید	۴
اسفنوئید	۳
فرونال	۲
شاخک میانی	۲

در مورد طرف گرفتار ۱۴ مورد سینوس چپ و ۸ مورد سینوس راست درگیر بوده است. تخریب استخوان قاعده جمجمه در سه مورد مشاهده شده است که در یک مورد تخریب وسیع بوده است (شکل ۴). یک مورد موکوسل سینوس فرونتال با تخریب کامل دیواره قدامی سینوس فرونتال و سقف اوربیت همراه با دفرمیتی وسیع ناحیه پیشانی و پروپتوز چشم مشاهده شد (شکل ۷ و ۸) طول مدت بستری بیماران در بیمارستان یک روز بوده است. عارضه خونریزی بعد از عمل به صورت تأخیری در یک مورد مشاهده شد که با اقدامات محافظه کارانه کنترل شد. در هیچ مورد نشت مایع مغزی نخاعی حادث نگردید.

نتایج کشت میکروبی ترشحات در دو مورد مثبت بوده است که در یک مورد استافیلوکوک طلائی و در یک مورد استرپتوکوک پنومونیه گزارش شده است. از نظر قارچ کشت منفی بوده است. روش پیگیری بیماران به صورت معاینات منظم آندوسکوپي بینی و سینوسها در هفته اول و چهارم بعد از عمل و کنترل هر سه تا شش ماه بسته به محل ضایعه و همکاری بیماری بوده است. متوسط زمان پیگیری ۲۶ ماه که بین سه ماه تا ۳۶ ماه متغیر بوده است. در زمان پیگیری علائمی از عود بیماری مشاهده نشده است.

بحث

موکوسل شیوع نسبتاً برابری در بین مردها و زنها دارد (۷). شایعترین سینوس درگیر در مطالعات انجام شده در مراکز مختلف دنیا سینوسهای فرونتال و اتموئید می‌باشد. در مطالعه ما نیز برابری مرد و زن و شیوع سینوس با آمار جهانی مطابقت دارد. بسته به محل موکوسل علائم بالینی می‌تواند شامل علائم چشمی (محدودیت حرکت، پروپتوز، دیلوپی، تورم کنار چشم)، تورم پیشانی، گونه، سردرد، درد دندانها، گرفتگی بینی و ترشح از بینی و در موارد پیشرفته علائم درگیری اعصاب مغزی متغیر باشد. تشخیص براساس

نتیجه گیری

با توجه به این که دسترسی مستقیم به پاتولوژی با این روش میسر است. روش جراحی آندوسکوپی بینی و سینوسها جایگزین مطلوب و مناسب به جای روشهای سنتی در جراحی موکوسلهاست.

با توجه به نتایج رضایت بخش جراحی موکوسل با روش جراحی آندوسکوپی و نظر به این که در این روش مدت بستری بیماران کاهش و اسکار جراحی صورت وجود ندارد و

REFERENCES

1. Busaba NJ., Salman SD. Maxillary sinus mucocele: Clinical presentation & long term results of endoscopic surgical treatment. *Laryngoscopy*; 109: 1446-1449. 1999.
2. Beasley NJP, Jones NS. Paranasal sinus mucoceles: modern management. *Am J Rhinol*; 9: 251-256. 1995.
3. Canalis RF: Frontal mucocele: *Otolaryngology*; 2: 1-11. 1982.
4. Gady Har - El; Endoscopic management of 108 sinus mucoceles, *laryngoscope*; 111: 2113-2134. 2001.
5. Howarth WG. Mucocele & pyocels of nasal accessory sinuses *lancet*; 2: (744-746). 1921.
6. Kennedy DW, Josephson JS, etal. Endoscopic sinus surgery for mucocele: Aviable alternative *laryngoscope*; 99: 885-895. 1999.
7. Laine F, Smoker W: the ostiomeatal unit & endoscopic surgery: Anatomy, variations & imaging finding in inflammatory dis. *Am J. Roentgenol*; 159: 849. 1992.
8. Lund V.J., milo Y. frontho - Ethmoidal mucocele: A histopathological analysis. *Journal of laryngology & otology*; 105: 921-923. 1991.
9. Ikeda K, Takahs C, Ohima T, etal. Endonasal endoscopic marsupialization of paranasal sinus mucocele *Am J rhinology*; 14: 107-111. 2000.
10. Makeif G, Gardiner M etal. maxillary sinus mucocele, 10 cases - 8 treated endoscopically. *Rhinology*; 36: 192-195. 1998.
11. Riedel R. The paranasal sinuses: Surgery & techniques 2d ed.: 136-142. 1978.
12. Stankiewicz JA; sphenoid sinus mucocele. *Arch otolaryngol Head & neck surg*; 115: 735-740. 1997.
13. Valerie J., Lund VJ. Endoscopic management of paranasal sinus mucoceles: the journal of *laryngology & otology*; 112: PP (36-40). 1998.
14. Zinreich SJ. Kennedy DW. Rosenbaum AE. Paranasal sinuses: CT imaging requirements for endoscopic surgery. *Radiology*; 163: 769-775. 1997.