

میرنگوپلاستی با آپونوروز عضله تامپورال

مجله نظام پزشکی

سال پنجم، شماره ۲، صفحه ۱۲۳، ۲۵۳۵

دکتر هورچیترا فریدونی*

از نظر مؤلفین بسیار رضایتبخش قید شده است، معذک از سال ۱۹۶۱ به بعد معتقد شدند که نتایج حاصل در پیوند سوراخهای پرده صماخ که عاری از هرگونه عفونتی باشد بیش از ۷۷٪ موفقیت آمیز نیست. در صورتیکه پیوند روی گوش عفونی انجام گیرد به ۵۷٪ تنزل میکنند.

در همین زمان مقاله‌ای توسط Storrs (۵) درباره بکاربردن غلاف عضله تامپورال برای پیوند پرده صماخ منتشر شد و بلافاصله این روش در مورد گوشهای چرکی و گوشهائی که احتیاج بعمل ماستوئید داشتند بکار برده شد و نتایج حاصل بیشتر از پیوند پوست بود. بررسی نتایج درمانی تا اواسط سال ۱۹۶۲ نشان داده که پیوند با پوست مجرای گوش در مورد سوراخ کامل پرده فقط در ۲۰٪ از موارد موفقیت آمیز بوده در صورتیکه نتایج پیوند باغلاف عضله تامپورال خیلی خوب بوده است و در نتیجه از آن پس از غلاف عضله تامپورال برای ترمیم سوراخ کامل پرده صماخ استفاده شده که از نظر شنوائی نتایج بسیار رضایت بخشی بین «۹۰٪ تا ۱۰۰٪» بدست آمده است (۶).

باین ترتیب در اواسط سال ۱۹۶۳ در روش مختلف برای پیوند صماخ بکار میرفت (۳).

۱- پیوند آزاد پوست مجرای گوش برای سوراخ شدگی هائی (پرفوراسیونها) که کمتر از $\frac{3}{4}$ Pars tensa را فرا گرفته و گوش خشک بوده باشد.

۲- پیوند غلاف عضله تامپورال برای گوشهای چرکی و سوراخ شدگیهای وسیع.

بررسی نتایج حاصله نشان داد که بهتر است از پیوند پوست صرف نظر کرده و در تمام موارد از غلاف عضله تامپورال استفاده شود زیرا:

منظور از میرنگوپلاستی ترمیم سوراخ پرده صماخ است که معمولاً در نتیجه عفونتهای گوش میانی یا ضربه ایجاد میشود.

نتایج حاصل از پیوند پرده صماخ در چند سال اخیر روز بروز بهتر شده و بنظر میرسد که این پیشرفت به سبب بکاربردن بافت همبند بجای پوست برای پیوند میباشد.

تاریخچه پیوند پرده صماخ: Zollner (۷) تمپانوپلاستی را با پیوند پوست ناحیه پشت گوش آغاز کرد ولی بتدریج تغییرات زیادی در نوع بافتی که برای پیوند بکار برده میشد داده شد از قبیل انتخاب پوست نواحی دیگر بدن (بازو، مجرای گوش و غیره) و بافت همبند (غلاف عضلانی، جدار ورید، پر پوست و پریکندر). چنانچه ذکر شد در آغاز از پوست ناحیه پشت گوش برای پیوند استفاده میشد ولی به سبب عوارضی که پیش آمد (مانند اگزمای پوست پیوند شده، پوسته پوسته شدن و سوراخ شدن مجدد پوست پیوندی) از پوست قسمت داخلی بازو استفاده شد و در این نوع پیوند نیز بعد از اختلاف قطر پوست افراد مختلف عوارض متعددی ظاهر گردید و با وجودیکه یک نوع درماتوم بکار برده میشود قطر پوست مورد نظر برای پیوند همیشه یکنواخت نیست و بهمین دلیل گاهگاهی اسکار نامناسب در ناحیه ایکه پوست برداشته شده است، ایجاد میگردد. بعلاوه نتایج حاصل از نظر موفقیت پیوند رضایتبخش نبود حتی در میرنگوپلاستی ساده که بهترین مورد انتخابی برای عمل میباشد هرگز ترمیم پرده بیش از ۷۱٪ از موارد موفقیت آمیز نبود.

در سالهای ۱۹۵۶ تا ۱۹۶۰ House (۸) و Plester (۲) و دیگران از پیوند پوست مجرای گوش خارجی برای ترمیم سوراخ پرده صماخ استفاده کردند. گوا اینکه تجارب اولیه با این نوع پیوند

* مرکز پزشکی داریوش کبیر - تهران.

احتیاطات بعد از عمل

پانسمان را معمولاً پس از یک هفته از گوش خارج مینمائیم و در این مدت بیمار تحت درمان با آنتی بیوتیک قرار خواهد گرفت و در حدود ۴ تا ۶ هفته بعد معمولاً باید گوش خوب شده باشد.

اشکالاتی که با پیوند غلافی حاصل میشود.

با وجودیکه نتایج حاصل از پیوند غلاف عضله بهتر از پیوند پوستی است اشکالاتی نیز وجود دارد مثلاً در بعضی موارد پیوند غلافی خود را از روی دسته استخوان چکشی کنار میکشد یا در سولکوس قدامی جمع شده و باعث کشیده شدن استخوان چکشی بطرف مجرای میگردد. گاهی نیز غلاف عضله ضخامت زیاد دارد و با مرور زمان هم نازک نمیشود (بطور استثنائی ممکن است پرده پیوند شده از نسج فیبروز پوشیده شود). هر چند که بیشتر این اشکالات امروزه مرتفع شده است ولی گاهی این عوارض سبب میشود که شنوایی آنطور که باید بهبود نیابد.

جدا شدن پیوند از دسته استخوان چکشی :

این عارضه گاهی دیده میشود و آن موقعی است که در اطراف استخوان چکشی، پرده صماخی وجود نداشته و یا اینکه دسته چکشی دارای زاویه خیلی تند است و اگر در این موارد پیوند در زیر دسته چکشی قرار گیرد این عارضه بوجود نخواهد آمد. برای انجام این کار برشی در حدود $\frac{1}{4}$ سانتیمتر در طول بلند غلاف پیوندی داده میشود و در موقع جدا کردن پیوند ابتدا آنرا در زیر دسته استخوان چکشی قرار میدهیم سپس دولبه بریده شده پیوند را طوری خارج میکنیم که زیر زائده کوتاه آن قرار گیرد در این حال یکی از لبه‌ها روی دسته چکشی قرار گرفته و باین طریق از جدا شدن آن جلوگیری شده و پرده بخوبی جوش میخورد.

پرشیدن سولکوس قدامی

با بکار بردن روش بالا قسمتی از این عارضه نیز بهبود مییابد منتها برای جلوگیری کامل از این عارضه، لازمست با قرار دادن پوست مجرای چند میلیمتری روی پرده پیوند شده در قسمت قدامی از این عارضه جلوگیری کرد.

ضخامت بیش از حد پرده :

این اشکال هنوز هم وجود دارد علل متعددی سبب آن می شود مثل ضخیم بودن خود غلاف عضله، پیدایش عفونت، بسته بودن شیپور اوستاش و تأخیر در جوش خوردن پرده. شکی نیست که ضخامت پرده پیوندی از ابتدا اهمیت بسزائی در ضخامت آن پس از عمل دارد و در این مورد کار مهمی نمی توان انجام داد بهتر است که غلاف را از قسمت بالاتر عضله برداشت و تمام نسوج اضافی آنرا گرفته تا هر چه

درصد موفقیت پیوند با غلاف عضله به مراتب بیشتر است.
- نکر و ژانوی دیررس پیوند بعلت اشکال تغذیه که در پوست دیده میشود در مورد آپونوروز پیش نمیايد.

- پوسته پوسته شدن و عوارض پوستی که بعد از پیوند با پوست دیده شده در پیوند آپونوروز دیده نمیشود.
- کولستئاتوم ثانوی حاصل از پیوند فقط پس از پیوند با پوست دیده میشود.

باین ترتیب از اواسط سال ۱۹۶۳ استفاده از آپونوروز برای پیوند پرده صماخ کاملاً جایگزین پوست گردید.

روش عمل شامل مراحل زیر است:

۱- برش پشت گوش و یا آندورال: در صورتیکه عمل به میرنگوپلاستی ساده محدود باشد میتوان بابرش در ناحیه عضله تامپورال و دور از لاله گوش برای برداشت پیوند اقدام کرد.

۲- برداشت آپونوروز به بعد کافی و گسترده آن بمنظور برداشتن الیاف عضلانی باقیمانده و خشک کردن پیوند که این خشک کردن موجب سهولت دستکاری و بکار بردن پیوند میشود و بر احتی می توان آنرا با بعد مورد نظر برید و پس از آنکه در محل خود قرار گرفت مجدداً مرطوب شده و خطر دفع آن وجود ندارد.

۳- قرار دادن پیوند در زیر حاشیه سوراخ پرده: در سوراخهای کوچک میتوان مستقیماً از داخل مجرای پیوند را در محل خود (پس از خراش دادن جدار داخلی باقیمانده پرده) قرار داد و در صورتیکه سوراخ بزرگ باشد جدا کردن حاشیه خلفی پرده ضرورت خواهد داشت.

۴- گاهی اوقات دیدن قسمت قدامی حاشیه پرده و مدخل شیپور اوستاش مقدور نیست. در اینجا بابر داشتن برآمدگی جدار قدامی میتوان این اشکال را رفع نمود و چنانچه کنترل آترو آتیک از نظر وجود کولستئاتوم ضرورت داشته باشد این عمل با آتیکو آترو تومی همراه با حفظ جدار خلفی مجرای کاملاً عملی میشود (۴).

۵- در موقع قراردادن پیوند باید توجه داشت که قسمت بالای پیوند چند میلیمتری از Notch of Rivinus تجاوز نماید و قسمت قدامی و تحتانی کاملاً در زیر حاشیه باقیمانده پرده قرار گیرد و در صورتیکه از این حاشیه چیزی باقی نمانده باشد، میتوان پیوند را بین پوست مجرای و جدار استخوانی قرارداد تا باین ترتیب تغذیه آن مقدور گردد، بهمین نحو قسمت خلفی پیوند لازم است در زیر حاشیه حلقوی و در صورتیکه پوست جدار خلفی جدا شده باشد در زیر پوست قرار گیرد.

۶- پوست جدا شده مجرای را در جای خود قرار داده و مجرای را با قطعه ای ژلغوم آغشته به آنتی بیوتیک و کورتیزون پانسمان و پر مینمائیم.

بیشتر نازک شود. گاهی بنظر میرسد که غلاف ضخامتش زیاد است ولی پس از ۳ تا ۴ ماه پرده پیوند شده دارای ضخامت رضایتبخشی می شود و برعکس گاهی ضخامت پرده در ابتدای کار کم بنظر میرسد ولی رفته رفته ضخیمتر میگردد که مربوط به عوامل بیولوژیک ناشناخته خود بیمار است.

باید دانست که تأخیر در جوش خوردن اثر بسیار زیادی در کلفت شدن پیوند ندارد و با قراردادن قسمتی از پوست مجرا روی پرده پیوند شده این عامل تأخیر از بین میرود.

Epithelial Pearls - این دانه های اپی تلیومی گاهی ۴ تا ۶ ماه بعد از پیوند روی پرده دیده می شود و بنظر میرسد علت آن قرار گرفتن پوست مجرا در زیر پرده پیوندی باشد. برای از بین بردن آن لازم است در زیر میکروسکپ آنها را شکافته و خارج کرد.

نتیجه

استفاده از غلاف عضله تامپورال بدلائل زیر بر پیوند پوستی رجحان داشته و کاملاً جایگزین آن شده است :

۱- غلاف عضله بعلت آنکه از بافت همبند تشکیل شده است براحتی تغذیه شده و خطر نکروز ثانوی ندارد .

۲- پیوند آپونوروز از عوارض پوستی ناشی از پیوند پوست معانند

اگر ما و غیره مصون است .

۳- بعلت عدم وجود ضمائم پوستی در آپونوروز خطر کولستئاتوم پوستی وجود ندارد .

۴- تهیه آن براحتی و بهرمیزان عملی است .

۵- دستکاری و استفاده از آن بسیار ساده است .

۶- نمای دیررس پیوند فوق العاده رضایت بخش است و گاهی از اوقات باشکال میتوان آنرا از یک پرده صماخ (تمپان) طبیعی تشخیص داد.

خلاصه

پیوند پرده صماخ برای اولین بار با پوست ناحیه پشت گوش، بازو و پوست مجرای گوش خارجی انجام گرفت ولی بتدریج که با عوارض آن آشنائی بیشتری حاصل شد ، استفاده از بافت همبند بخصوص آپونوروز عضله تامپورال که معمولاً در میدان عمل قرار دارد جایگزین استفاده از پوست گردید. با وجودیکه در سالهای اخیر استفاده از پرده صماخ نعش (Homograft) برای پیوند مورد مطالعه قرار گرفته است، معذک نتایج درخشانیکه پیوند آپونوروز تا با امروز داشته است میتوان استفاده از آنرا رایج ترین روش عمل پیوند پرده صماخ دانست .

REFERENCES :

- 1- House, W.F., and Sheehy, J.L.: Myringoplasty: Use of Ear Canal Skin Compared with Other Techniques. Arch Otolaryng 73. 407, 1961.
- 2- Plester, D.: Skin and Mucous Membrane Graft in Middle Ear Surgery, Arch Otolaryng 72:718, 1960.
- 3- Plester, D.: Myringoplasty Method, Arch Otolaryng 78:310, 1963.
- 4- Sheehy, J. L.: The intact canal wall technique in management of aural cholesteatoma. J. Laryngology 84: 1-31, 1970.
- 5- Storrs: L.A.: Myringoplasty with the use of Facial Grafts, Arch Otolaryng 74,45, 1961.
- 6- Tos, M. Late Results in Tympanoplasty, Arch Otolaryng 100: 305, 1974.
- 7- Zollner, F.: Panel on Myringoplasty, Arch Otolaryng 78; 301, 1963.