میرنگوپلاستی با آپونوروز عضله تامپورال

مجله نظام پزشکی
سال پنجم ، شماره ۲، صفحه ۱۲۳ ، ۲۵۳۵

دکتر هورچیترا فریدونی*

منظور از میرنگوپلاستی ترمیم سوراخ‌پرده صماخ است که معمولا در نتیجهٔ عفونتهای گوش میانی یاضربه ایجاد میشود.
نتایج حاصل ازپیوند پرده صماخ درچند سال‌اخیر روزبروز 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 باپیوند پوست ناحیه پشت گوش آغازکرد 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) وبافت همبند (غلاف عضلانی، جدار ورید، پریوست و پریکندر). چنانچه‌ذکرشددرآغاز ازپوست ناحیه‌پشت گوش برای پیونداستفاده میشد ولی به‌سبب عوارضی که پیش‌آمد (مانندا گزمای پوست‌پیوند شده، پوسته‌پوسته شدن وسوراخ شدن مجددپوست پیوندی) ازپوست قسمت داخلی‌بازو استفاده شد و دراین‌نوع پیوند نیز بعلت اختلاف قطرپوست افراد مختلف عوارض‌متعددی ظاهر گردید وباوجودیکه یك نوع درماتوم بکاربرده میشود قطرپوست موردنظر برای پیوند همیشه یکنواخت نیست و بهمین‌دلیل گاهگاهی اسکار نامناسب در ناحیه‌ایکه پوست برداشته شده‌است، ایجاد میگردید. بعلاوه نتایج حاصل‌ازنظرموفقیت پیوند رضایتبخش‌نبود حتی در میرنگوپلاستی ساده‌که بهترین مورد انتخابی‌برای عمل میباشد هرگزترمیم پرده بیش‌از ۷۱٪ از موارد موفقیت‌آمیز نبود .
درسالهای۱۹۵۶تا۱۹۶۰ House (۱) و Plester (۲)ودیگران از پیوندپوست مجرای گوش خارجی برای ترمیم سوراخ پرده صماخ استفاده کردند . گواینکه تجارب اولیه با این نوع پیوند از نظرمؤلفین بسیاررضایتبخش‌قید شده‌است، معذلك‌ازسال۱۹۶۱ به‌بعد معتقد شدندکه نتایج حاصل‌درپیوند سوراخهای پرده صماخ که عاری از هرگونه عفونتی باشد بیش از ۷۷٪ موفقیت آمیز نیست. درصورتیکه پیوند روی گوش عفونی انجام گیرد به ۵۷٪ تنزل میکند.
درهمین زمان مقاله‌ای توسط Storrs (۵) درباره بکاربردن غلاف عضله تامپورال برای پیوند پرده صماخ منتشر شد و بلافاصله این روش درمورد گوشهای چرکی و گوشهائی که احتیاج بعمل ماستوئید داشتند بکاربرده‌شد ونتایج‌حاصل‌بیشترازپیوندپوست‌بود. بررسی نتایج درمانی تا اواسط سال ۱۹۶۲ نشان داده که پیوند با پوست مجرای گوش در مورد سوراخ کامل پرده فقط در۲۰٪ از موارد موفقیت‌آمیزبوده درصورتیکه نتایج پیوند باغلاف عضله تامپورال خیلی‌خوب بوده‌است ودرنتیجه ازآن پس از غلاف عضله تامپورال برای ترمیم سوراخ کامل پرده صماخ استفاده شده که ازنظرشنوائی‌نتایج بسیاررضایت‌بخشی بین«۹۰٪ تا۱۰۰٪» بدست آمده‌است(۶).
باین‌ترتیب دراواسط سال۱۹۶۳دوروش مختلف برای‌پیوند صماخ بکارمیرفت(۳).

۱ــ پیوند آزاد پوست مجرای گوش برای سوراخ شدگی‌هائی (پرفوراسیونها) که‌کمتراز $\frac{۳}{۴}$ Pars tensa را فراگرفته وگوش خشك بوده باشد .

۲ــ پیوند غلاف عضله تامپورال برای‌گوشهای چرکی و سوراخ‌شدگی‌های وسیع.

بررسی نتایج‌حاصله‌نشان دادکه بهتراست ازپیوند پوست صرفنظر کرده ودرتمام موارد ازغلاف عضله تامپورال استفاده شود زیرا :

* مرکز پزشکی داریوش کبیر ــ تهران .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

ـ درصد موفقیت پیوند باغلاف عضله بمراتب بیشتر است.
ـ نکروز ثانوی دیررس پیوند بعلت اشکال تغذیه که درپوست دیده میشود درمورد آپونوروز پیش نمیآید.
ـ پوسته پوسته شدن و عوارض پوستی که بعد از پیوند بـاپوست دیده شده درپیوند آپونوروز دیده نمیشود.
ـ کولستئاتوم ثانوی حاصل از پیوند فقط پس از پیوند با پوست دیده میشود.

باین ترتیب از اواسط سال ۱۹۶۳ استفاده از آپونـوروز برای پیوند پرده صماخ کاملا جایگزین پوست گردید.

روش عمل شامل مراحل زیر است:

۱ـ برش پشت گوش ویا آندورال: درصورتیکه عمل به میرنگوپلاستی ساده محدود باشد میتوان بابرش درناحیه عضله تامپورال ودور از لاله گوش برای برداشت پیوند اقدام کرد.

۲ـ برداشت آپونوروز بهابعاد کافی و گستردن آن بمنظور برداشتن الیاف عضلانی بـاقیمانده وخشک کردن پیوند که این خشک کردن موجب سهولت دستکاری وبکار بردن پیوند میشود وبراحتی میتوان آنرا بابعاد مورد نظر بریدو پس از آنکه درمحل خود قرار گرفت مجدداً مرطوب شده وخطر دفع آن وجود ندارد.

۳ـ قرار دادن پیوند در زیرحاشیه سوراخ پرده: درسوراخهای کوچك میتوان مستقیماً از داخـل مجرا پیوند را در محل خود (پس از خراش دادن جدار داخلی باقیمانده پرده) قرار داد ودر صورتیکه سوراخ بزرگ باشد جدا کردن حاشیه خلفی پرده ضرورت خواهد داشت.

۴ـ گاهی اوقات دیدن قسمت قدامی حاشیه پرده و مدخل شیپور اوستاش مقدور نیست. دراینجا بابرداشتن برآمدگی جدار قدامی میتوان این اشکال را رفع نمود وچنانچه کنترول آنتروآتیك از نظر وجود کولستئاتوم ضرورت داشته باشد این عمل باآتیکوآنتروتومی همراه باحفظ جدار خلفی مجرا کاملا عملی میشود (۴).

۵ـ در موقع قراردادن پیوند باید تـوجه داشت که قسمت بالای پیوند چند میلیمتری از Notch of Rivinus تجاوز نمایـد وقسمت قدامی وتحتانی کاملا درزیر حاشیه باقیمانده پرده قرار گیرد ودرصورتیکه از این حاشیه چیزی باقی نمانده باشد، میتوان پیوند را بین پوست مجرا وجدار استخوانی قرارداد تابااین ترتیب تغذیه آن مقدور گردد، بهمین نحو قسمت خلفی پیوند لازم است در زیر حاشیه حلقوی ودرصورتیکه پوست جدار خلفی جدا شده باشد در زیر پوست قرار گیرد.

۶ـ پوست جدا شده مجرا را درجـای خود قرار داده ومجرا را باقطعه‌ای ژلفوم آغشته به آنتی بیوتیك وکورتیزون پانسمان وپر مینمائیم.

احتیاطات بعد ازعمل

پانسمان را معمولا پس از یکهفته از گوش خارج مینمائیم ودراین مدت بیمار تحت درمان باآنتی بیوتیك قرار خواهد گرفت ودرحدود ۴ تا ۶ هفته بعد معمولا باید گوش خوب شده باشد.

اشکالاتی که با پیوند غلافی حاصل میشود.

باوجودیکه نتایج حاصل ازپیوند غلاف عضله بهتر ازپیوند پوستی است اشکالاتی نیزوجود دارد مثلا دربعضی موارد پیوند غلافی خود را ازروی دسته استخوان چکشی کنار میکشد یا درسولکوس قدامی جمع شده وباعث کشیده‌شدن استخوان چکشی بطرف مجرا میگردد. گاهی نیز غلاف عضله ضخامت زیادداردوبامرور زمان هم نازك نمیشود (بطوراستثنائی ممکن است پرده پیوند شده از نسج فیبروزپوشیده شود). هرچند که بیشتر این اشکالات امـروزه مرتفع شده است ولی گاهی این عـوارض سبب میشود که شنوائی آنطور که باید بهبود نیابد.

جدا شدن پیوند از دسته استخوان چکشی:

این عارضه گاهی دیده میشود وآن موقعی است که دراطراف استخوان چکشی، پرده صماخی وجود نداشته ویااینکه دسته چکشی دارای زاویه خیلی تنداست واگر دراین موارد پیوند در زیردسته چکشی قرار گیرد این عارضه بوجود نخواهدآمد. برای انجـام این کار برشی درحدود $\frac{3}{4}$ سانتیمتر درطول بلند غلاف پیوندی داده میشود ودر موقع جـاگذاردن پیوند ابتدا آنرا در زیر دسته استخوان چکشی قرارمیدهیم سپس دولبه بریده شده پیوند راطوری خارج میکنیم که زیر زائده کوتاه آن قرار گیرد دراین حال یکی ازلبه‌ها روی دسته چکشی قرار گرفته وباینطریق ازجدا شدن آن جلوگیری شده وپرده بخوبی جوش میخورد.

پرشدن سولکوس قدامی

بابکار بردن روش بالا قسمتی از این عارضه نیز بهبود مییابد منتها برای جلوگیری کامل از این عارضه، لازمست باقرار دادن پوست مجرا چند میلیمتری روی پرده پیوند شده درقسمت قدامی ازاین عارضه جلوگیری کرد.

ضخامت بیش از حد پرده:

این اشکال هنوز هم وجود دارد علل متعددی سبب آن میشود مثل ضخیم بودن خود غلاف عضله، پیدایش عفونت، بسته بودن شیپور اوستاش وتأخیر درجوش‌خوردن پرده. شکی نیست که ضخامت پرده پیوندی از ابتدا اهمیت بسزائی در ضخامت آن پس از عمل دارد ودر اینمورد کارمهمی نمی‌توان انجام داد بهتراست که غلاف را از قسمت بالاترعضله برداشت وتمام نسوج اضافی آنرا گرفته تاهرچه

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

بیشتر نازك شود. گاهی بنظرمیرسد که غلاف ضخامتش زیاد است ولی‌پس‌از ۳ تا ۴ ماه پرده پیوند شده دارای ضخامت رضایتبخشی می‌شود وبرعکس گاهی ضخامت پرده در ابتدای‌کارکم بنظرمیرسد ولی رفته رفته ضخیمتر میگردد که مربوط به عوامل بیولوژیك ناشناختهٔ خود بیماراست.

باید دانست‌که تأخیر درجوش خوردن اثر بسیار زیادی درکلفت شدن پیوند ندارد وبا قراردادن قسمتی از پوست مجرا روی پرده پیوند شده این‌عامل تأخیر ازبین میرود.

Epithelial Pearls ـاین‌دانه‌های اپی‌تلیومی گاهی۴تا۶ ماه‌بعد ازپیوند روی پرده دیده‌می‌شود وبنظرمیرسد علت آن قرارگرفتن پوست مجرا در زیر پرده پیوندی باشد. برای ازبین بردن‌آن‌لازم است در زیرمیکرسکپ‌آنها را شکافته وخارج‌کرد.

نتیجه

استفاده ازغلاف عضله تامپورال بدلائل‌زیر برپیوند پوستی‌رجحان داشته وکاملا جایگزین آن شده است :

۱ـ غلاف عضله بعلت‌آنکه ازبافت همبند تشکیل شده است‌براحتی تغذیه شده وخطر نکروز ثانوی ندارد .

۲ـ پیوند آپونوروز ازعوارض پوستی ناشی از پیوند پوست‌مانند اگزما وغیره مصون است .

۳ـ بعلت عدم وجود ضمائم پوستی درآپونوروز خطر کولستئاتوم پوستی وجود ندارد .

۴ـ تهیه آن براحتی وبهرمیزان عملی است .

۵ـ دستکاری واستفاده ازآن بسیار ساده است .

۶ـ نمای دیررس پیوند فوق‌العاده رضایت بخش است وگاهی از اوقات‌باشکال‌میتوان‌آنرا ازپرده‌صماخ(تمپان)طبیعی‌تشخیص‌داد.

خلاصه

پیوند پرده صماخ برای اولین بار باپوست ناحیه پشت‌گوش، بازو وپوست مجرای گوش‌خارجی‌انجام‌گرفت ولی بتدریج که‌باعوارض آن آشنائی بیشتری حاصل شد ، استفاده از بافت همبند بخصوص آپونوروزعضله‌تامپورال که‌معمولادرمیدان‌عمل‌قراردارد جایگزین استفاده ازپوست‌گردید. باوجودیکه در سالهای اخیر استفاده از پرده صماخ‌نعش (Homograft) برای پیوند مورد مطالعه‌قرار گرفته‌است، معذلك نتایج درخشانیکه پیوندآپونوروز تا بامروز داشته‌است میتوان استفاده ازآنرا رایج‌ترین روش‌عمل 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.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]