# جراحی ترانس اسفنوئیدال

La Chirurgie Trans-Sphénoïdale

دکتر گیو Dr_Guiot ـ دکترغلامرضا امیر شیبانی*

مجله علمی نظام پزشکی
سال دوم ، شماره ۶ ، صفحه۴۱۳ ، ۱۳۵۱

این راه جراحی اولین راهی بود که برای دسترسی به هیپوفیز بنظرجراحان رسید، Kanavel در سال ۱۹۰۹ (۱۵)وHirsch درسال ۱۹۱۰(۱۴) ، کوشینگ H.Cushing (۲) درسال۱۹۱۴ اولین کسانی بودند که برای جراحی هیپوفیز این راه را مورد استفاده قرار دادند.

Lecene (۱۸)-(۱۷) و A-Toupet(۲۲)این‌جراحی‌راموضوع تزخوددرسال۱۹۱۲قراردادندو Leriche، (۱۹) Wertheimer، (۱۶) Lacouture فقط از تاریخچه این طریق جراحی صحبت کرده‌اند .

پس از توسعه جراحی از راه داخـل جمجمه ایـن روش تقریباً فراموش شد و تنها یکی از شاگردان کوشینگ بنام دت Dott بطورمخفیانه بااین راه‌عمل وفادارماند و او بودکه سادگی ومؤثر بودن این راه جراحی را برای سایر همکاران آشکارکرد(۴). ازسال ۱۹۵۷ این جراحی بوسیله دکتر گیو در فرانسه معمول شد (۵).

بعداز سال ۱۹۵۷ ، خصوصاً بانصب دستگاههای رادیوگرافی و رادیوسکپی‌ورادیوتلویزیون(L'amplificateur de brillance) در اطاقهای عمل که اجازه کنترل دقیق حرکات دست جراح را میدهد این جراحی تکمیل شد (۶) ، همچنین اندوسکپی (۷) و استفـاده از میکرسکـب بـا کانول طویل که اجـازه تشریح ظریف نسوج را میدهـد ( مثلاً در یك آدنوم هیپوفیز خیلی‌کوچکی میتوان نسج تومرال را خارج ونسج سالم هیپوفیز راحفظ ونگهداری‌کرد) راه پیشرفت وتکامل این روش را هموار ساخت (۱۲) ، وباعث اشاعه این روش در سایر مراکز جراحی اعصاب گردید .

تعداد بیمارانیکه‌دربخش‌جراحی اعصاب‌بیمارستان‌فوش(Foche) پاریس‌به‌ریاست Dr.Guiot بااین روش مورد عمل قرارگرفته‌اند در سـالهای اخیر بین ۸۰ تـا ۹۰ عمل جراحی در سال بوده است (۲۰) .

این روش را برای عمل تومورهای هیپوفیز (۹) بکار می‌برند . ولی درسایر بیماریهای جراحی لژهیپوفیز ، اسفنوئید ،وسینوس اسفنوئیدال نیز مورد استفاده قرارگرفته است .

**ادنوم هیپوفیزی**

این ادعا که راه ترانس اسفنوئیدال در جراحی آدنوم هیپوفیز به‌راه داخل جمجمه رجحان دارد درست نیست زیرا انتخاب راه عمل بستگی باطلاعات دقیق مـا از شکل و حدود تومور دارد . بزرگی تومور اهمیت‌کمتری در تعیین روش عمل خواهد داشت. برای مشخص‌کردن شکل تومور و حدود آن هیچ چیزی باندازه توموانسفالوگرافی‌گازوز - La tomo _ encéphalographie gazeuse ارزنده نیست وباین وسیله‌است‌که‌آدنومهای هیپوفیزرا بدو دسته تقسیم میکنند.

**۱ـ آدنومهای‌محدودبه‌لژهیپوفیز باحدودمرتب** ۱:(رادیوگرافی‌های‌شماره۱و۲). این‌آدنومهاکه‌کاملا درمحفظه‌ای بسته ازپوشش دورمری درلژهیپوفیزقراردارندعالیترین‌اندیکاسیون‌برای‌انتخاب راه جراحی ترانس اسفنوئیدال میباشند.

آدنوم در حال بزرگ شدن و انبساط سوراخ دیـافراگم زین ترکی‌را می‌بندد وتیژپی‌تویتر (La tige pituitaire) که‌از یك پوشش‌آراکنوئیدی احاطه‌شده دریك محوطه‌کاملا بسته وجدا

* Hôpital Foche Suresnes 92. Paris.

1- Adénomes encols et reguliers.

ازفضای مننژ قرار می گیرد یعنی درحقیقت ایجادیك دیورتیکول خارج دورمری می کند و ازاین رو خطر آلودگی و عفونت مننژ وریشه مایع سفالوراشیدین (L.C.R) پس ازعمل دربین نیست. این عوارض برعکس درهیپوفیز کتومی فونکسیونل (مثلا در درمان سرطان پستان یارتینوپاتی دیابتیك) ویاهنگام برداشتن آدنومهای خیلی کوچك که پس ازعمل اجازه عبور L.C.R بداخل لژهیپوفیز داده میشود ایجاد خطر میکند. البته میتوان بوسیله پر کردن لژ هیپوفیز با عضله پس ازعمل و یا بستن لژهیپوفیز به کمك قطعه‌ای استخوان واحتمالاً درناژ کمری، L.C.R حتی اگر تومور بطرف بالای زین ترکی انبساط پیدا کرده باشد بمدت چند روز ازاین خطرات جلوگیری کرد.

ولی اگریك چنین توموری باحدود مرتب و درمحفظه بسته باشد شاید بتوان از راه ترانس اسفنوئیدال آنرا ریشه کن کرد چون تومور معمولا قوامش نرم است و این قوام نرم بهریشه کن کردن تومور بوسیله کورتاژ و اسپیراسیون کمك میکند. از این گذشته آدنومها نیمه سیال هستند وبه‌محض باز کردن ورقه تحتانی دورمر در ناحیه زین ترکی ، آدنوم بطرف سینوس اسفنوئیدال جریان پیدا میکند . بعضی از آدنومها کیستیك هستند و بعضی دیگر له شده وتغییر یافته وبشکل یك جوشانده قرمز رنگ تغییرشکل داده‌اند وگاهی بشکل یك هماتوم درمیایند که درموقع عمل خیلی به‌آسانی تخلیه میگردند.

نیك فرجامی این عمل اجازه میدهد که حتی بیماران خیلی مسن و یا بیمارانی راکه حال عمومی آنها از نظر ترشح غدد داخلی ومتابولیکی ناپایدار است مورد عمل قرار دهیم. مادربخش خود یك پیرمرد ۸۳ ساله را بهمین دلیل نیك فرجامی عمل کردیم . این راه جراحی ترانس اسفنوئیدال همچنین درمورد هیپرتانسیون‌های شدید وناگهانی داخل زین ترکی (که گاهی بواسطه معالجه با استروژن تظاهر میکند) مورد استفاده قرار میگیرد :

بیمار بطور ناگهانی وبشدت ازسقوط بینائی ، سردرد شدید، فلج اکولوموتور ، وعلائم سه گانه سمپاتیك که گاهی هم تحریك مننژ و نارسائی حاد سورنال به آن اضافه میشود رنج میبرد . اگر یك آمنوره قبل از تظاهر این علائم وجود داشته و یابوسیله رادیوگرافی بزرگ‌شدن زین ترکی محقق‌شده باشد تشخیص آسان میگردد.

**۲- آدنومهای باحدود نامرتب ومهاجم**[1] (رادیوگرافی‌های شماره ۳و۴). این آدنومها دارای دوقسمت هستند، یك قسمت درداخل زین ترکی وقسمت دیگر درخارج زین ترکی ودرفضای جمجمه قرار دارد . این دو قسمت بوسیله یك گردنه باریك به‌یکدیگر متصل میشوند (Collet) واین شکل خاص تومور ایجاب میکند که حتماً بیمار ازراه بالاعمل بشود.

تعدادی از همین نوع آدنومها سرپوش دورمری زین ترکی را خراب وازآن عبور کرده‌اند. آدنومهای باحدود نامرتب ومهاجم در حدود ۱۰-۱۲٪ آدنومهای هیپوفیزی است که ما ملاحظه کرده‌ایم.

گردنه باریك بین دوقسمت حجیم تومور گاهی بین کیاسما اپتیك وتکمه زین ترکی واقع میشود وآدنوم دربالای زین ترکی وزیر لب‌های فرونتال منبسط شده بشکل یك مننژیوم بویائی تظاهر میکند. وگاهی یکطرفی است وبین عصب بینائی وکاروتید و یابین کاروتید وسینوس کاورنو قرار می گیرد، وتومور درلژ فرونتال (راست یا چپ) انبساط یافته‌یك حجم بزرگ وباورنکردنی را بدست میآورد. موضوع عجیب اینکه این تومورهای حجیم که بشکل Ballon Montgolfier است کمتر درترشح اندوکرینی نقصان ایجادمیکند. بنظر میرسد که خروج تومور ازگودال زین ترکی باعث میشود که فشار کمتری به‌نسج سالم غده هیپوفیز وارد بیاید و در نتیجه این شکل کمبود ترشح اندوکرینی کمتر جلب‌توجه میکند، برعکس اشکالیکه در محوطه بسته زین ترکی قرار دارند ، فقدان ترشح خیلی بیشتر ملاحظه میگردد.

بالاخره ممکن است گردنه تومور در فضای پشت کیاسما اپتیك قرار بگیرد و تومور بطرف کف بطن سوم پیشرفت کند ، ویابین سقف سینوس کاورنو وباندلت اپتیك قرار بگیرد (نتیجه‌اش بیشتر یك اهمی انوپسی هومونیم است تایك همی انوپسی بی‌تامپورال) که دراین شکل تومور درگودال تامپورال منبسط میشود واین شکل اخیر بوده که مارا مجبور کرده است چندین بیمار را از دو راه عمل کنیم: در مرحله اول از راه ترانس اسفنوئیدال و در مرحله دوم ازراه تامپورال.

این آدنومها را ازآن روی مهاجم می‌نامیم که کاملا از نظر شکل وپیشرفت بانوع آدنومهای محدود (Encloses) مغایرت دارند. آدنومهای مهاجم (Envahissants) که از یك یاچند نقطه‌پوشش دورمری جایگاه هیپوفیز عبورمیکنند درمرحله‌اول تنهایك ندول ساده درضخامت دورمر ودرحقیقت یك فورنکل تومرال می‌باشند واین فورنکل ازمراحل بعدی انتشار تومور خبرمیدهد.

این فورنکل پس‌ازپاره و گشادکردن پوشش دورمری زین ترکی به‌ساختمانهای مجاور تجاوز میکند : از طرف پایین به سینوس اسفنوئیدال وکلیوس از طرفین به‌سینوس‌های کاورنو ازطرف بالا به‌فضای اطراف مغزی زیردورمر وخارج دورمر.

1-Adénomes irreguliers et envahissants.

آسیب شناسان هرگز نتوانسته‌اند اختلافی بین آدنوم هیپوفیز کاملامحدود ونوع مهاجم پیدا کنند. بعضی آدنومهای کاملامحدود یك منظره آسیب شناسی اضطراب آوری دارند در حالیکه بعضی آدنومهای مهاجم میتوانند از نظر منظره آسیب شناسی اطمینان بخش‌باشند، پس‌موضوع مهاجم و غیرمهاجم بودن آدنوم هیپوفیز مربوط به‌ساختمان آسیب شناسی آن نمیباشد بلکه نوع مهاجم بمعنای‌مرحله پیشرفته‌تر آدنوم هیپوفیزاست وهرآدنومی‌میتواند یك روز بشکل آدنوم مهاجم در بیاید . ما در حقیقت از وفور آدنومهای مهاجم غافل مانده‌ایم . اگر تنها حالاتیرا که تهاجم بطرف سینوس اسفنوئیدال وکلیوس باشد مورد نظر قراردهیم، توموگرافی آنها را کاملا مشخص میکند ، مشاهده می کنیم که وفورآن ۱۵٪ بیماران‌را تشکیل میدهد واگر آنهائیراکه گریز تومور بطرف بالا است ، و توموانسفالوگرافی گازوز آنها را مشخص میکند ، مورد توجه قرار دهیم دیده می‌شودکه وفور آن ۸٪ بیماران را فرامی گیرد ولی اگر تنها یك فورنکل تومورال که انتشارش به‌دورمر ناحیه زین‌ترکی محقق‌شده در نظربگیریم میتوانیم‌بگوئیم ۲۵ـ۳۰٪ بیماران ماراآدنومهای مجاهم تشکیل داده‌اند.

وقتیکه یك آدنوم بطور کامل برداشته نشود باقیمانده تومور به ازدیاد خودش ادامه میدهد و این دلیلی است برای عود تومور (Recidive).

ریشه‌کن‌کردن‌کامل تومور از نظر تکنیك امکان پذیر نیست مگر درآدنوم‌های محدود. میتوانیم‌تصورکنیم که تماس‌طولانی تومور با دورمر باعث‌فرورفتن‌قطعاتی‌ازتومور درضخامت جایگاه هیپوفیزی وایجاد جزایرتوموری درنسج دورمرمی‌شود پس ریشه‌کن‌کردن کامل تومور خصوصاً درآدنومهای مهاجم، ممکن‌نخواهدبودزیرا برداشتن‌کامل‌پوشش‌دورمری جایگاه(دیافراگم‌زینی،جدارداخلی سینوس‌کاورنو، وورقه تحتانی) غیرممکن است.

ضمناً یادآوری‌کنیم که یك آدنوم هیپوفیز کپسول ندارد و یك فشردگی سلولهای حاشیه‌ای نسج تومور آنرا محدود میکند . وقتیکه‌آدنوم‌فاصله جایگاه‌هیپوفیزرا پرمیکند پوشش‌دورمری‌این جایگاه‌ظاهراً بشکل کپسول تومور جلوه گرمی‌شودو وقتیکه‌آدنوم ازاین سد عبورکردکپسولی راکه قبلا درجایگاه هیپوفیز داشت دیگرندارد.

خوشبختانه درآدنومهای هیپوفیز رادیوتراپی قادر است پیشرفت تومورراموقف‌کند پس‌لازم و واجب‌است که در هرآدنوم هیپوفیز مهاجم رادیوتراپی پس‌ازعمل انجام شود. همچنین در آدنومهای محدود بهتراست جهت امنیت عمل رادیوتراپی پس ازعمل‌صورت پذیرد . ما برای رادیوتراپی بطور اصولی از همکارمان A. Ennuyer استفاده میکنیم‌که تجربیات و تکنیك کارش باعث شده‌که عود بیماری خیلی‌کم داشته باشیم.

حالاتی‌راکه تومور خود بخود خراب شده و بشکل یك هماتوم تغییر شکل پیداکرده و یابصورت یك هماتوم کامل درآمده از تومورهایی‌که تااینجا مورد بحث قرار داده‌ایم باید مستثنی‌کرد. ضمناً رادیوتراپی نباید نارسائی هیپوفیز را از آنچه هست بدتر بکند ولی باید گفت‌که اگر رادیوتراپی بتواند پیشرفت تومور را متوقف سازد هیچگاه قادر نخواهد بود زیادی ترشح هورمون را درمان‌کند.

**آدنومهای ترشحی** Adénomes Secretants

تجربه نشان میدهدکه دراگرومگالی بالابودن میزان هورمون سرماتوتروپ درخون هرگز باراديوتراپی خارجی به‌حدطبیعی برنمیگردد (5 Mgr>) حتی‌اگر باراديوتراپی پیشرفت تومور متوقف بشود وعوارض مکانیکی فشار تومور به نواحی اطراف برطرف‌گردد برای بیمار تمام خطرات بیماری قند و عوارض کاردیوواسکولر، استئوآرتیکولروروحی‌ودردهاکه مولودبیماری اندوکرینو متابولیکی میباشد، باقی خواهند ماند.

اگر دربعضی موارد تغییر شکل ظاهری بیمار خیلی‌کند باشد وظاهراً تصور شودکه معالجه مؤثر واقع شده همین بیمار پس از ۱۰ـ۱۵ سال دچار حالت غول‌آسایی (Monstre) خواهد شد . همچنین تجربه نشان میدهد که کوچکترین قطعه‌ای از نسج ائوزینوفیل میتواند یك هیپرهورمونی وخیم را بوجود بیاورد . پس مسئله معالجه آدنومهای ترشحی شامل دو موضوع میشود : ۱ـ معالجه تومور ۲ـ معالجه زیادی ترشح هورمون.

معالجه تومور بجز برداشتن‌کامل‌تومور باعمل‌جراحی ویاتخریب کامل آن بوسیله تشعشع بین نسجی امکان پذیر نیست . اما برای توضیح‌لازمست گفته‌شوددرموردآدنومهای‌کوچك ویاآدنومهائیکه بدلائل قوی از سد دورمری نگذشته‌اند تصمیم بعمل جراحی یاکاشتن رادیواکتیو هردو بجا می‌باشد ولی در مقام مقایسه ایندو باهم میتوانیم سؤال‌کنیم‌که چگونه تشعشع بین نسجی تومور را خراب میکند ولی به نسوج سالم آسیب نمی‌رساند . جواب این سئوال درآینده روشن خواهد شد. ولی درموردآدنومهای حجیم که حدودآنها به‌ساختمانهای بینائی ، اکلولوموتو وهیپوتالامیك نزدیك شده تنهاراه چاره عمل جراحی‌است.

مطلب دیگر اینکه چون RX در آدنومهای غیر ترشحی مؤثر است برای‌این بیماران میتوان درتصمیم بعمل‌جراحی تردیدداشت

و تنها برای معالجه از RX استفاده کرد ولی در عین حال باید تذکر داده شود که اگر تومور به اعصاب بینائی فشار وارد میآورد در تصمیم به عمل جراحی هیچگونه تردید و درنگی جـایز نیست چون نتیجه RX دیررس می‌باشد و موقع خطرناك اعصاب بینائی یك عمل فوری را ایجاب می‌کند.

عده زیادی از آدنومها بصورت کیستیك لهشده و هموراژیك و یـا بصورت هماتوم درمیایند که فقط درموقع عمل کشف میگردند در این‌ها نیز مسلم است که باید هرچه زودتر به عمل متوسل شد و کیست یاهماتوم را تخلیه کرد.

از این گذشته متخصصین رادیوتراپی علاقه‌مند نیستند بیمارانیرا که نوع آسیب تومور آنها را نمی‌شناسند بااشعه درمان کنند و در این مورد کامل محق میباشند.

اگر بزرگ شدن زین ترکی همراه باهیپراورمونی سوماتوتروپ، کورتیکوسورنالین ، وپرولاکتینك باشد مشخص‌یك آدنوم ترشحی خواهد بود . برعکس بزرگی زین ترکی با یا بدون کم کاری پی‌توی‌تر (Hypopituitarisme ) ممکن است بعلت تـوموری بغیر از آدنوم کروموفوب باشد که ۲ تا ۳٪ بیماران تشکیل میدهند.

### سایر ضایعات زین ترکی

ضایعاتی مثل کرانیوفـارنژیوم که فقط درزین ترکی واقع شده، منتژیوم انتراسلر ، تراتومها ، فیبرومیکزومها. گانگلیونروم‌ها و بعضی تومورهائیکه رده بندی آنها مشکل است و رادیوسانسیبل هم نمیباشند ممکن است درزین‌ترکی قرار داشته باشند. همچنین ممکن است کیست‌های غیر توموری که محتوای آنهـا ژلاتینی ، موکوئید و یایك‌مایع گزانتوکروم ، ویاتنها مایع سفالوراشیدین است درناحیه زیرترکی قرار داشته‌باشند.

بزرگ شدن زین ترکی و تهاجم L.C.R غالباً بعلت Agénesie دیافراگم سلر میباشد که در جریـان انسفالوگرافی گازی هوا جانشین مایع سفالوراشیدین شده زین تـرکی خالی بنظر میرسد (۱).

درچنین بیمارانی بعضی علائم‌مثل سردرد چاقی‌مفرط واختلال بینائی وحتی رینوره موجود است.

عمل جراحی ترانس اسفنوئیدال بعلت دوعارضه رینوره واختلال بینائی باید انجام شود.

### زین‌خالی بااختلال بینائی

وقتیکه یك آدنوم خیلی حجیم است وزین تـرکی خیلی بزرگ وعمیق‌شده پس‌ازعمل‌سقوط پوشش دورمری سیستم‌اپتوکیاسماتیك را به‌عمق زین‌خالی‌میکشد و باین‌دلیل است که بطورثانوی نقصان دید ومحدود شدن میدان بینائی پس‌ازعمل ایجاد میگردد. برای اجتناب از چنین عارضه‌ای، نیمهٔ تحتانی گودال عمل‌را باقطعاتی ازاستخوان ویاعضله پرمی‌کنیم.

دریك مورد ، مجبور شدیم دست بعمل دوم بزنیم زیرا پس‌ازعمل اول بیمار دچار چنین اختلالی شده بود . توضیح آنکه عمل دوم از راه ترانس اسفنوئیدال بمنظور پرکردن فضای خارجی دورمر زین ترکی صورت گرفت.

### زین‌خالی بارینوره

زین ترکی خالی بـا یك ناهنجاری تکمیلی مثـل منتگوسل اسفنوئیدال‌ممکن‌است علت‌یك رینوره باشد. دراین موردمی‌توان ازراه ترانس اسفنوئیدال برای بستن روزنه استخوانی‌وبرداشتن مخاط سینوس اسفنوئیدال وپرکردن سینوس، بطوریکه‌کاملا‌بدون منفذ بشود، استفاده کرد.

### ضایعات اسفنوئیدال

موارد زیادی‌چه‌تومورهای اسفنوئیدال وچه موکوسل اسفنوئیدال که بعلت علائم عصبی به‌مامعرفی‌کرده بودند بعلت تغییرات‌زیادی که از نظر رادیولژیکی در زین ترکی داده بودند شبیه آدنوم منتشر شده بودند.

عده‌ای ازاین تومورها بدخیم بودند مثل اپیتلوما که درموقع‌عمل فقط بیوپسی کردیم.

۱۲ موردکوردوم بوده‌اندکه عمل شده‌اند . این بیماران تقریباً همیشه بایك تاریخچه ناراحتی چشمی عودکننده و یك بیمار بـا دردهای‌تری‌ژومودوطرفه‌مراجعه‌کردند. کوردومهائیکه‌بااستئولیز استخوان اسفنوئید ومهاجم ومنتشر بودند موارد خیلی نامساعدی بودندکه باوجود برداشتن کامل تومور و تخفیف‌کامل همه علائم پس‌از۱ماه تا۲سال دومرتبه عودکردند.

پس از عود معالجه آنها با کارگذاشتن مواد رادیواکتیو توسط Talairach و Szikla ادامه‌یافت وبعدادیگر بمامراجعه‌نکردند. موکوسل برعکس بیماری‌های ذکر شده در بالا ، عارضه‌ای است که نتایج عمل‌آن موفقیت آمیزاست.

بعلت زیاد شـدن حجم سینوس اسفنوئیـدال و انسداد آن دراثر هیپوفیز فشار طرفی بـه اعصاب اکولوموتور و از جا دررفتگی محتویات زین‌ترکی وفشار به‌اعصاب بینائی علائمی چون‌سردرد طولانی ـ فلج اکولوموتور ـ دردهای صورت واختلالات‌بینائی پیش میآید.

تومو گرافی منظرهٔ مخصوصی را نشان می‌دهدکه معرف‌موکوسل

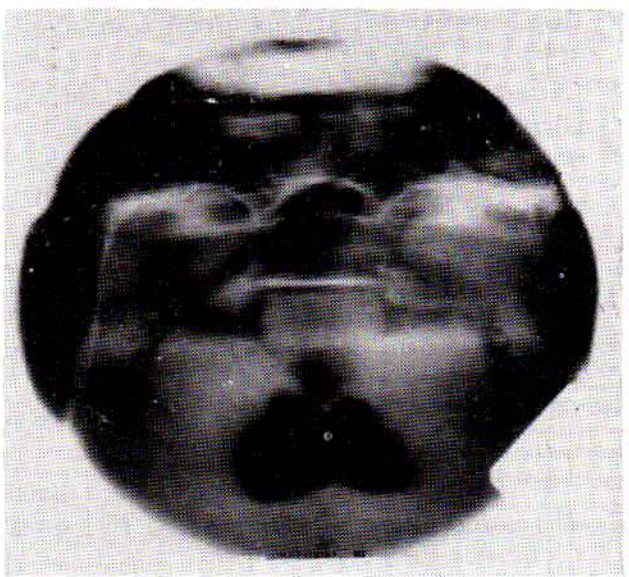
اسفنوئیدال است باین معنا که سینوس متسع و کدر دیده می‌شود. باز کردن سینوس اسفنوئیدال ازراه ترانس اسفنوئیدال عملی است قاطع و ثمر بخش.

**نتیجه**

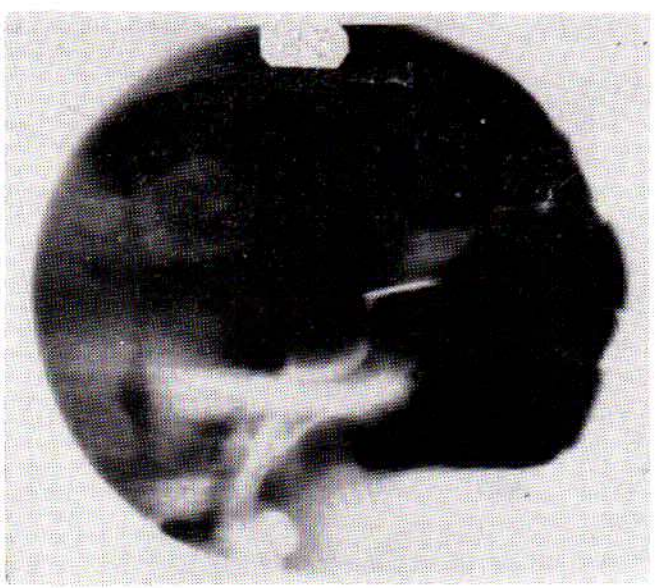
موارد استفاده ازراه ترانس اسفنوئیدال درجراحی اعصاب بسیار متعدد است.

در آدنومهای هیپوفیز بیشتر از سایر موارد این راه عمل مورد استفاده قرار میگیرد . در بعضی حـالات راهی است کاملا صریح وقاطع ولی در بعضی موارد که نتیجه این راه عمل، باراه داخل جمجمه یکسانست بعلت سهولت بیشتر و کم خطر بودنش این روش بهراه داخل جمجمه ترجیح دارد. از ۵۲۱ بیمار عمل شده ازاین راه ۸ مورد مرگ ومیر وجود داشته است که ۵ مورد آنها از ۱۲۲ مورد عمل جراحی بوده که درابتدا انجام شده‌است.

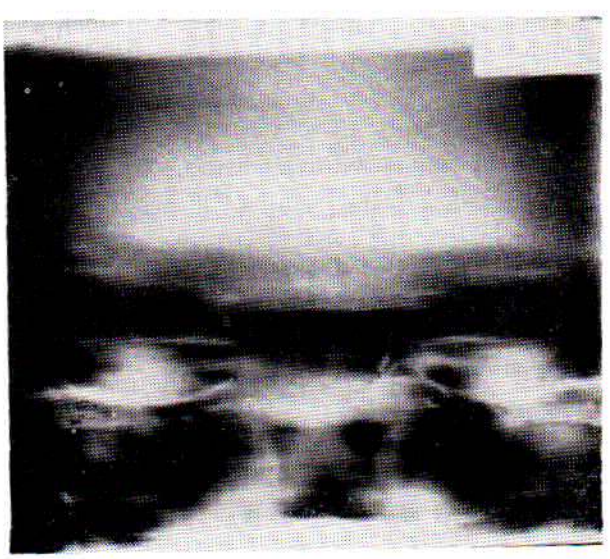
در چهار سال گذشته ۳۹۹ عمل ازاین راه انجام شده است وفقط سه مـورد مرگ و میر دیده شد . از این سه مورد دو مورد آن بهدو بیمار مبتلا به آکرومگالی خیلی پیشرفته مربوط بوده است.



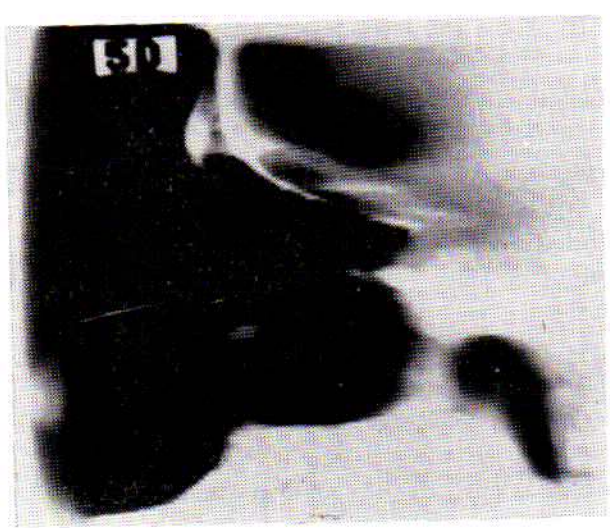
شکل (۱) آدنوم مرتب ــ توموگرافی گازوز دروضعیت روبرو



شکل (۲) آدنوم مرتب ــ توموگرافی گازوز دروضعیت نیمرخ



شکل (۳) آدنوم منتشر ــ توموگرافی گازوز دروضعیت روبرو



شکل (۴) آدنوم منتشر ــ توموگرافی گازوز دروضعیت نیمرخ

CDNCLUSION:

Les indications de l'abord trans-sphénoïdal en neuro-chirurgie sont donc nombreuses et variées, concernant les adénomes hypophysaires, son indication la plus fréquente, l'abord trans_sphénoïdal est formel dans certains cas. Dans d'autres, il est préférable à la voie intracrânienne dans la mesure ou, a cfficacité égale, le procédé le plus simple est le meilleur. Le risque est très réduit. Nous avons perdu 8 malades sur un total de 521 interventions Les 5 premiers décès sont survenus dans les 122 premiers cas. Nous avons eu 3 décès pour les 4 dernières années (399 opérations) dont deux acromégales parvenus à un stade très avancé.

REFERENCES:


1- BUSCH, W. Die morphologie der scIle turcica une ihre beziehungen sur hypofise. Virchows arch. Path. Anat. 1951, 320:437_458.

2- CUSHING, H. Surgical Experiences with pituitary disorders. J.A.M.A. 1914, 63:1515-1525.

3- CUSHING, H. Tumeurs intra-crâniennes. Un vol. 194 P. Masson et Cie, Edit. 1937.

4- DOTT, N. et BAILEY, S. Considérations of the hypophyseal adenomata. Brit, J. Surg. 1925. 13: 314-366.

5- GUIOT, G. Adénomes Hypophysaires; Un vol. Masson et Cie Edit. 1958.

6- GUIOT, G. ROUGERIE, J. et HERTZOG, E. L'utilisation de L'amplificateur de brillance en neurochirurgie. Sem. Hôp. PARIS (Ann. Chir.) 1958, 12: 689-695.

7- GUIOT, G. ROUGERIE, J. FOURESTIER, M. COMOY, C. et VULMIERE, J. Explorations endoscopiques intra_crâniennes. Pres. Méd 1963 (No. 24): 1225-1228.

8- GUIOT, G. BOUCHE, J. et OPROIU, A. Les indications de l'abord trans_sphénoïdal dans les adénomes hypophysaires. Expérience de 165 interventions. Pres. Méd. 1967, No. 30,75:1563_1568.

9- GUIOT, G. HERTZOG, E. et FREDY, D. Adénomes hypophysaires. Encyclop. Méd. chirur. (Syst. nerv.) 1969. 17340. A 10:1-16.

10- GUIOT, OLSON, D. et HERTZOG, E. Kystes arachnoïdiens intra-sellaires. Neurochir. (PARIS) 1971, 17: 539_547,

11- HARDY, J. et WIGSER, S. Trans-sphenoidal surgery of pituitary fossa tumors with televised radi_ ofluoroscopic control. J. Neurosurg. 1965, 23: 612_620.

12- HARDY, J et CIRIC, I. Selective anterior hypophysectomy in the treatment of diabetic retinopathy. A trans-sphenoidal micro-surgical technic. J.A.M.A. 1968, 203: 73-78.

13- HARDY, J. Trans-sphenoidal microsurgery of the normal and pathological pituitary, Clinic. Neurosurg. 1969. 16: 185-217.

14- HIRSCH, O. Hndonasal method of removal of hypophyseal tumors. J.A.M.A. 1910. 55:772-774.

15- KANAVEL. A.B. The removal of tumors of pituitary boby, an infra-nasal route. J.A.M.A. 1909, 53: 1704-1707.

16- LACOUTURE, C. CHARBONNEL, H. et LAPARGUE, L. Recherches anatomiques et état actuel de la chirurgie de l'hypophyse. J. Chir. (PARIS) 1920, 26: 491-504.

17- LECENE, P. Intervention chriugicale sur l'hyôphyse dans un cas d'acromégalie. Pres. Méd. 23 Oct. 1909-

18- LECENE, P. et MORAY, J. Syndrome adiposo-génital avec oedème papillaire. Décompression de la loge hypophysaire par voie trans-sphénoïdale. Guérison complète au bout de 6 ans et demi. Bull. Mém. Soc. Chir. PARIS, 45, (No. 30): 1359.

19- LERICHE, R. et WERTHEIMER, P. Les voies d'accès de la région hypophysaire. J. Chiur. (PARIS) 1923, 21:533-558-

20- REYES OLIVEROS, F. Considérations sur la chirurgie trans-sphénoïdale. Neurochir. (PARIS) 1971, 17: 209-215.

21- TALAIRACH, J. et SEDAN, R. La chirurgie stéréotaxique de l'hypophyse non tumorale par les corps radio-actifs. Neurochir. (PARIS) 1966, 12, 141-302.

22- TOUPET, R. La chirurgie de l'hypophyse. Thèse PARIS 1910.