

## میر نگو پلاستی با آپونوروز عضله تامپورال

مجله نظام پزشکی

سال پنجم، شماره ۲، صفحه ۱۲۳، ۱۹۳۵

\*دکتر هورچیتر ا فریدونی\*

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

در همین زمان مقاله‌ای توسط Storrs (۵) درباره بکاربردن غلاف عضله تامپورال برای پیوند پرده صماخ منتشر شد و بالا‌فصله این روش در مردم گوش‌های چرکی و گوش‌هایی که احتیاج به عمل ماستوئید داشتند بکار برده شد و نتایج حاصل بیشتر از پیوند پوست بود. بررسی نتایج درمانی تا اواسط سال ۱۹۶۲ نشان داد که پیوند با پوست مجرای گوش در مورد سوراخ کامل پرده فقط در ۲۰٪ از موارد موفقیت آمیز بوده در صورتیکه نتایج پیوند با غلاف 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 شناوائی نتایج بسیار رضایت‌بخشی بین «۹۰٪ تا ۱۰۰٪» بدست آمده است (۶).

با این ترتیب در اواسط سال ۱۹۶۳ دوروش مختلف برای پیوند صماخ بکار میرفت (۳).

۱- پیوند آزاد پوست مجرای گوش برای سوراخ شدگی‌هایی (پروفراسیونها) که کمتر از  $\frac{3}{4}$  Pars tensa را فراگرفته 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 میر نگو پلاستی ترمیم سوراخ پرده صماخ است که عموماً در نتیجه غفوتها 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 همیند بجای پوست برای پیوند می‌باشد.

تاریخچه پیوند پرده صماخ: Zollner (۷) تمبانو پلاستی را با پیوند پوست ناحیه پشت گوش آغاز کرد ولی بتدریج تغییرات زیادی در نوع بافتی که برای پیوند بکار برد پرده می‌شد داده شد از قبیل انتخاب پوست نواحی دیگر بدن (بازو، مجرای گوش و غیره) و بافت همیند (غلاف عضلانی، جدار درید، پر پوست و پریکندر). چنانچه ذکر شده آغاز از پوست ناحیه پشت گوش برای پیوند استفاده می‌شد ولی به سبب عوارضی که پیش آمد (مانند اگزما 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 بعلت اختلاف قطر پوست افراد مختلف عوارض متعددی ظاهر گردید و با وجود دیگر یک نوع درماتوم بکاربرده می‌شود قطر پوست مورد نظر برای پیوند همیشه یکنواخت نیست و بهمین دلیل گاهی اسکار نامناسب در ناحیه ایکه پوست برداشته شده است، ایجاد می‌گردد. بعلاوه نتایج حاصل از نظر موفقیت پیوند رضایت‌بخش نبود حتی در میر نگو پلاستی ساده که بهترین مورد انتخابی برای عمل می‌باشد هر گز ترمیم پرده بیش از ۷۱٪ از موارد موفقیت آمیز نبود.

در سالهای ۱۹۵۶ تا ۱۹۶۰ Plester (۱) و دیگران از پیوند پوست مجرای گوش خارجی برای ترمیم سوراخ پرده صماخ استفاده کردند. گواینکه تجارب اولیه با این نوع پیوند

\* مرکز پژوهشی داریوش کبیر - تهران.

### احتیاطات بعد از عمل

پانسمان را معمولاً پس از یک هفته از گوش خارج مینماییم و در این مدت بیمار تخت 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 وجودی که 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 بطری مجر امیگردد. گاهی نیز غلاف عضله ضخامت زیاد دارد و با مرور زمان هم نازک نمی‌شود (بطور استثنائی ممکن است پرده پیوند شده از نسج فیبر و زپوشیده شود). هر چند که بیشتر این اشکالات امر وژه مرفوع شده است ولی گاهی این عوارض سبب می‌شود که شناختی 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 ینکه دسته چکشی دارای زاویه خیلی تنداست و اگر در این موارد پیوند در زیر دسته چکشی قرار گیرد این عارضه بوجود نخواهد آمد. برای انجام این کار بر شی در حدود  $\frac{3}{4}$  سانتیمتر در طول بلند غلاف پیوندی داده می‌شود و در موقع جـاگـذارـنـ پـیـونـدـ اـبـتـدـ آـنـ رـاـ در زـیرـ دـستـهـ استـخـوانـ چـکـشـیـ قـرـارـمـیدـهـیـمـ سـپـسـ دولـبـهـ بـرـیـدهـ شـدهـ پـیـونـدـ رـاطـوـرـیـ خـارـجـ مـیـکـنـیـمـ کـهـ زـیـرـ زـائـدـ کـوـتـاهـ آـنـ قـرـارـگـیرـدـ درـایـنـ حـالـ یـکـیـ اـلـبـهـ رـوـیـ دـستـهـ چـکـشـیـ قـرـارـگـیرـهـ،ـ وـبـاـيـنـطـرـیـقـ اـزـجـدـاـ شـدـنـ آـنـ جـلـوـگـیرـیـ شـدهـ وـپـرـدـهـ بـخـوبـیـ جـوـشـ مـیـخـورـدـ.

### پرشدن سولکوس قدامی

با بکار بردن روش بالا قسمتی از این عارضه نیز بهبود می‌یابد منتها برای جلوگیری کامل از این عارضه، لازم است با قرار دادن پوست مجرأ 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 می‌شود مثل ضخیم بودن خود غلاف عضله، پیدا شدن عفونت، بسته بودن شبپور اوستاش و تأخیر در جوش خوردن پرده. شکی نیست که ضخامت پرده پیوندی از ابتداء اهمیت بسزایی در ضخامت آن پس از عمل دارد و در اینورد کار مهمی نمی‌توان انجام داد بهتر است که غلاف را از قسمت بالاتر عضله برداشت و تمام نسوج اضافی آنرا گرفته تاهر چه

در صد هوقیت پیوند با غلاف عضله بمراتب بیشتر است.

نکروز ثانوی دیررس پیوند بعلت اشکال تقدیمه که در پوست دیده می‌شود درمورد آپونوروز پیش نمی‌آید.

پوسته پوسته شدن و عوارض پوستی که بعد از پیوند با پوست دیده شده در پیوند آپونوروز دیده نمی‌شود.

کولستاتوم ثانوی حاصل از پیوند فقط پس از پیوند با پوست دیده می‌شود.

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

### روش عمل شامل مرحله زیر است:

۱- برش پشت گوش و بآندورال: در صورتی که عمل بهمیر نگوپلاستی ساده محدود باشد میتوان با پرداز درناحیه عضله تامپورال دور از لاله گوش برای برداشت پیوند اقدام کرد.

۲- برداشت آپونوروز با ععادکافی و گستردن آن بمنظور برداشتن الیاف عضلانی باقیمانده و خشک کردن پیوند که این خشک کردن موجب سهولت دستکاری و بکار بردن پیوند می‌شود و بر احتیمیتوان آنرا با ععاد مورد نظر بردید و پس از آنکه در محل خود قرار گرفت مجدداً مربوط شده و خطر دفع آن وجود ندارد.

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

۴- گاهی اوقات دیدن قسمت قدامی حاشیه پرده و مدخل شبپور اوستاش محدود نیست. درینجا با برداشتن برآمدگی جدار قدامی میتوان این اشکال را رفع نمود و چنانچه کنترول آتروآتیک از نظر وجود کولستاتوم ضرورت داشت باشد این عمل با آتیکو آتروتومی همراه با حفظ جدار خلفی مجرای کاملاً عملی می‌شود (۴).

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

۶- پوست جدا شده مجرأ را در جای خود قرار داده و مجرأ را با قطعه‌ای ژلوفم آغشته به آنتی بیوتیک و کورتیزون پانسمان و پر مینماییم.

- اگزما وغیره مصون است .
- ۳- بعلت عدم وجود ضمائم پوستی در آپونوروز خطر کولستاتوم پوستی وجود ندارد .
- ۴- تهیه آن براحتی و بهر میزان عملی است .
- ۵- دستکاری واستفاده از آن بسیار ساده است .
- ۶- نمای دیررس پیوند فوق العاده رضایت بخش است و گامی 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 باعوارض آن آشنا نی شد و میتوان آنرا از یک پرده صماخ (تمپان) طبیعی تشخیص داد .
- 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، معدّل نتایج درخشنانیکه پیوند آپونوروز تا با مرور داشته است میتوان استفاده از آنرا رایج ترین روش عمل پیوند پرده صماخ دانست .

**REFERENCES :**

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

بیشتر نازک شود. گاهی بمنظور میرسد که غلاف ضخامتی زیاد است ولی پس از ۳ تا ۴ ماه پرده پیوند شده دارای ضخامت رضایت‌بخشی می‌شود و بر عکس گاهی ضخامت پرده در ابتدای کار کم بمنظور میرسد ولی رفته رفته ضخیمت می‌گردد که هر بوط 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 مجرأ روی پرده پیوند شده این عامل تأخیر ازین می‌ورد .

**Epithelial Pearls** – این دانه‌های اپی‌تلیومی گاهی ۴ تا ۶ ماه بعد از پیوند روی پرده دیده می‌شود و بمنظور میرسد عمل آن قرار گرفتن پوست مجرأ در زیر پرده پیوندی باشد . برای ازین بردن آن لازم است در زیر میکر سکپ آنها را شکافته و خارج کرد .

**نتیجه**

استفاده از غلاف عضله تامپورال بدلاً لذیر 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 مانند