

# بررسی موارد Case Reports

## گزارش نتایج روش‌های جراحی کلستاتوم گوش

دکتر قدرت محمدی \* دکتر داود اکبری \*\* دکتر میررحیم سیاح ملی \*\*\*

### Report on the results of surgical techniques for ear cholesteatoma

G. Mohammadi

D. Akbari

R. Siah Melli

#### □ Abstract

**Background :** Cholesteatoma defined as the epidermal inclusion cyst of the middle ear includes 36% of pathologies of the patients suffering from chronic otomastoid. Choosing an appropriate surgical technique to eradicate cholesteatoma seems to be necessary.

**Objective :** To evaluate the results of surgical techniques for ear cholesteatoma.

**Methods :** The study was carried out on 34 patients (Tabriz, 1998-2000). Using symptoms, physical visit and schuller and town graphy before operation cholesteatoma was diagnosed. While during the operation, it was seen in 80% of the cases & there was no diagnosis in other cases (20%).

**Findings:** All the patients had ear stench secretion and guidance auditory reduction and the most prevalent clinical finding was ear polyp along with cholesteatoma (14 cases). In 79.4% of the cases, tympanomastoidectomy canal wall down technique was suggested which regarding during- operation findings was applied. While in 5.8% the suggested technique was tympanomastoidectomy canal wall up and it was applied in 20.5% of the patients.

**Conclusion :** The extent of disease can be diagnosed definitely during the surgical operation on the basis of which the appropriate technique is choosed.

**Keywords:** Cholesteatoma , Tympanomastoidectomy, Ear Polyp

#### □ چکیده

**زمینه:** کلستاتوما حدود ۳۶ درصد پاتولوژی‌های بیماران مبتلا به اتوماستوئید مزمن را تشکیل می‌دهد و انتخاب روش جراحی مناسب برای ریشه کن کردن آن ضروری به نظر می‌رسد.

**هدف:** مطالعه به منظور ارزیابی نتایج روش‌های مختلف جراحی کلستاتوم گوش انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه موارد از آذر ماه ۱۳۷۷ به مدت ۱۸ ماه بر روی ۳۴ بیمار مراجعه کننده به مرکز پزشکی امام خمینی تبریز انجام شد. تشخیص کلستاتوم گوش با علائم بالینی، معاینه فیزیکی و تصویرنگاری شولر و تاون قبل از عمل گذاشته شد. هنگام عمل فقط در ۸۰ درصد بیماران کلستاتوم به درجه‌های متفاوت دیده شد.

**یافته‌ها:** تمام بیماران نشانه‌های ترشح بدبوی گوش و کاهش شنوایی هدایتی را داشتند. شایع‌ترین یافته کلینیکی بیماری (۱۴ مورد) پولیپ گوش همراه با کلستاتوم بود. روش عمل پیشنهادی در ۷۹/۴ درصد بیماران انجام شد. در حالی که در ۵/۸

تیمپانوماستوئیدکتومی بود که با توجه به یافته‌های حین عمل در ۶۴/۷ درصد بیماران انجام شد. در حالی که در ۵/۸ درصد موارد *Canal Wall Up* تیمپانوستوئیدکتومی پیشنهاد شده بود اما در ۲۰/۵ درصد موارد این روش انجام شد.

**نتیجه‌گیری:** در واقع فقط حین عمل جراحی می‌توان وسعت گرفتاری با کلستاتوما را به طور قطع تشخیص داد و براساس آن روش جراحی مطلوب را انجام داد.

**کلید واژه‌ها:** کلستاتوما، تیمپانوماستوئیدکتومی، پولیپ گوش

\* استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز

\*\* استادیار دانشگاه علوم پزشکی قزوین

\*\*\* دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز

## □ مقدمه:

کلستاتوما یکی از پاتولوژی‌های اوتیت میانی مزمن است که در ۳۶ درصد بیماران دیده می‌شود و درمان آن جراحی است. (۱) در مواردی که افراد از نظر طبی قادر به جراحی نیستند یا مزایای عمل نسبت به عواقب و عوارض آن کمتر است، عمل جراحی پیشنهاد نمی‌شود. (۲)

تحقیقات اخیر در مورد درمان اندوسکوپیک کلستاتوم نشان می‌دهد که تظاهرات بیماری بسیار متنوع است. بیماران بیشتر با علائم اتوره بدبو و کاهش شنوایی مراجعه می‌کنند، ولی گاهی کاملاً آسمپتوماتیک است یا به صورت عوارض کلستاتوما تظاهر می‌کند. (۷)

تشخیص بیماری به طور اولیه با اتوسکوپ، میکروسکوپ و تصویربرداری است که در این موارد سی تی اسکن با ارزش است. (۶) البته تشخیص نهایی، هنگام عمل جراحی داده می‌شود و روش جراحی کانال-وال-دان (CWD) یا کانال-وال-آپ (CWU) براساس وسعت گرفتاری، تخریب استخوانچه‌ای و تخریب جدار خلفی کانال انجام می‌شود. (۵)

روش جراحی بر اساس وسعت بیماری انتخاب می‌شود و بیشتر هنگام جراحی می‌توان تصمیم نهایی را جهت نوع عمل جراحی اتخاذ نمود. البته وضعیت اجتماعی و فرهنگی بیمار نیز در تعیین نوع عمل جراحی مؤثر است و باید نیاز به چند مرحله‌ای بودن جراحی به بیمار گفته شود و در صورتی که بیمار همکاری خوبی نداشته باشد بهتر است از جراحی‌های چند مرحله‌ای استفاده نشود.

این مطالعه به منظور ارزیابی روش‌های مختلف

جراحی کلستاتوم انجام شد.

## □ مواد و روش‌ها:

این مطالعه موارد از اول آذر ۱۳۷۷ تا اردیبهشت ۱۳۷۹ در مرکز پزشکی امام خمینی تبریز بر روی ۳۴ بیمار با تشخیص اولیه کلستاتوم انجام شد. تمام بیماران قبل از عمل توسط دستیار و استاد مربوطه با اتوسکوپ و میکروسکوپ در درمانگاه معاینه شدند. بعد از این که تشخیص بالینی کلستاتوم گذاشته شد از همه بیماران تصویرنگاری با نمای شولر و تاون از گوش مبتلا انجام شد که تصویر برداری نیز کلستاتوم را تأیید کرد. قبل از عمل وسعت کلستاتوم و روش جراحی کانال-وال-داون یا کانال-وال-آپ پیشنهاد گردید. بعد از جراحی نتایج حاصله و روش به کار رفته با تشخیص و حدس قبل از عمل مقایسه شد.

## □ یافته‌ها:

از ۳۴ بیمار مورد مطالعه ۶۴/۷ درصد مذکر و ۳۵/۳ درصد مؤنث بودند. بیشترین بروز در سنین ۲۰ تا ۳۰ سال بود (حداکثر ۵۷ سال و حداقل ۱۵ سال) بود. ۳۵/۳ درصد موارد پولیپ گوش همراه با کلستاتوما، ۲۰/۵ درصد کلستاتوم ثانویه و ۲۳/۵ درصد رتراکشن پاکت (کلستاتومای اولیه) بود. در ۲۰/۵ درصد موارد کلستاتوما در حین جراحی مشاهده نشد.

نوع عمل جراحی توصیه شده قبل از عمل، در ۷۹/۴ درصد بیماران کانال-وال-دان (CWD) تمپانوماستوئیدکتومی بود که در ۶۴/۷ درصد موارد انجام شد (جدول شماره ۱).

جدول ۱ :

مقایسه عمل جراحی پیشنهادی و انجام شده در بیماران مورد مطالعه

عمل جراحی انجام شده		عمل جراحی پیشنهادی		نوع عمل جراحی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۶۴/۷	۲۲	۷۹/۴	۲۷	CWD تمپانوماستوئیدکتومی
۲۰/۷	۷	۵/۸	۲	CWU تمپانوماستوئیدکتومی
۱۱/۷	۴	۱۴/۷	۵	تمپانوپلاستی
۲/۹	۱	۰	۰	بیوپسی از توده
۱۰۰	۳۴	۱۰۰	۳۴	جمع

جدول ۲ :

محل کلستاتوم حین عمل جراحی

درصد	تعداد	محل کلستاتوم
۴۶/۶	۱۴	کلستاتوم ناحیه آنیکوانترال با خوردگی استخوانچه‌ای
۴۰	۱۲	کلستاتوم ناحیه سینوس تمپانیک
۱۳/۳	۴	کلستاتوم‌های کوچک ناحیه آتیک
۱۰۰	۳۰	جمع

### بحث و نتیجه‌گیری :

در این مطالعه قبل از عمل جراحی، بیشترین عمل پیشنهادی CWD تمپانوماستوئیدکتومی بود که این مقدار بعد از باز کردن گوش و بررسی آن حدود ۱۵ درصد کاهش یافت و تقریباً همین میزان به CWU تمپانوماستوئیدکتومی افزوده شد، یعنی در زمان عمل بیشترین سعی بر این بود که دیواره خلفی کانال حفظ گردد.

در مطالعه ترابچی - ام بر روی کلستاتوم، ۴۱ نفر با روش CWU عمل شدند که در ۱۹ درصد عود

از ۳۴ بیمار مورد مطالعه، ۱۴ مورد پولیپ داشتند که در ۱۲ مورد آنها کلستاتوما در زمان عمل دیده شد؛ یک مورد SCC و یک مورد نسج گرانوله بدون کلستاتوم بود. در ۸ موردی که تشخیص اولیه کلستاتوما به صورت رتراکشن پاکت گذاشته شده بود، کلستاتوم در تمام موارد دیده شد. در تمام بیماران مورد مطالعه کلستاتوما قبل از عمل با عکس‌های شولر و تاون نیز تأیید شده بود که در حین عمل در ۴ مورد کلستاتوم دیده نشد، در حالی که در پرتونگاری کانون‌های کم تراکم به نفع کلستاتوما گزارش شده بود. از نظر علائم بالینی، ترشح گوش و کاهش شنوایی در ۱۰۰ درصد موارد، عوارض داخل جمجمه‌ای در یک مورد (۲/۹ درصد)، آبسه زیر ضریعی و درد گوش هر کدام در ۳ مورد (۸/۸ درصد)، فلج عصب فاسیال و سرگیجه هر کدام در ۲ مورد (۵/۸ درصد) و وزوز گوش در ۷ مورد (۲۰/۵ درصد) وجود داشت.

در هنگام عمل، بیشتر کلستاتوماها در ناحیه آتیک و آنتر قرار داشتند که خوردگی استخوانچه‌ای در ۴۶/۶ درصد دیده شد (جدول شماره ۲).

کلستاتوم گوش بیشتر جراحان قبل از عمل، CWD تمپانوماستونیدکتومی را پیشنهاد می‌کنند ولی در حین عمل می‌شود این روش را به تمپانوپلاستی یا CWU تمپانوستونیدکتومی تعدیل نمود.

#### ▣ سپاسگزاران:

بدین وسیله از همکاری آقای دکتر بهاری تشکر می‌نماید.

#### ▣ مراجع:

1. Charles W. Cumming otolaryngology. Head & Neck surgery. 3rd ed, London, Mosby year book, 1998, 3026-47
2. Dodson Edsard E et al. Intact canal wall mastoidectomy with tympanoplasty for cholesteatoma. Children Laryngoscopy. 1998 July; 977-83
3. Maruyama J, Gyo K, Hinohira Y, Nishiharaos N. Staged intact canal wall tympanoplasty for treatment of middle ear cholesteatoma. Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho 1998 Feb; 236-42
4. Paul J, Govaerts MD et al. Use of Antibiotic prophylaxis in ear surgery. Laryngoscopy 1998 Jan; 107-10
5. Prim Espada MP. Surgical treatment of cholestsatoma: are wall down techniques superior to wall- Up techniques. Acta otorhinolaryngol ESP 1998 Mar; 119-24

کلستاتوم دیده شد و نیاز به جراحی مرحله دوم پیدا کردند و از ۱۷ بیمار که CWD عمل شده بودند فقط در ۱۲ درصد عود کلستاتوم دیده شد. (۷)

در یک بررسی جراحی کلستاتوم که روی ۲۰۲ بیمار انجام شد، در ۱۹۷ مورد با بازبینی مجدد در اطاق عمل عود کلستاتوم به صورت رتراکشن پاکت دیده شد که برای جلوگیری از آن اسکوتوم پلاستی و اوبیلتراسیون ماستونید پیشنهاد شد. با این روش نیاز به جراحی مرحله دوم به میزان ۴ درصد کاهش می‌یابد. (۶)

نوع عمل پیشنهادی قبل از انجام جراحی در ۲۷ مورد CWD تمپانوماستونیدکتومی بود که فقط در ۲۲ مورد این روش جراحی انجام گرفت در حالی که CWU تمپانوماستونیدکتومی در ۲ مورد قبل از جراحی پیشنهاد شده بود ولی در ۷ مورد این عمل انجام شد. برای تشخیص کلستاتوما معاینه با اتوسکوپ و میکروسکوپ و گرافی شولر و تاون در حدود ۸۰ درصد موارد کمک کننده است. عکس برداری تنها حدود ۵۰ درصد می‌تواند قدرت تشخیصی داشته باشد، ولی تشخیص نهایی و انتخاب روش جراحی ضمن عمل جراحی تعیین می‌شود. برای درمان جراحی کلستاتوم اکثراً روش CWD را پیشنهاد می‌کنند، ولی در مواردی که کلستاتوم محدود و تخریب گوش میانی زیاد نباشد می‌توان روش عمل را به CWU و یا تمپاتوپلاستی تغییر داد و آناتومی گوش میانی را تا حد امکان حفظ نمود.

اتوره و کاهش شنوایی هدایتی از علائم شایع کلستاتوم هستند که در ۱۰۰ درصد بیماران ما دیده شد. پولیپ گوش می‌تواند نشان‌گری قوی برای کلستاتوم باشد. به هر حال با وجود این که در

6. Scott J, Stern. *Cholesteatoma in the pediatric population: Prognostic indicators for surgical decision making. Laryngoscope* 1992 Dec; 1349-52

7. Tarabichi M. *Endoscopic management of acquired cholesteoma. Am J Otol* 1997 Sep; 544-9