

مجله دانشکده پزشکی  
دانشگاه علوم پزشکی تهران  
سال ۶۰، شماره ۱، صفحات ۹ تا ۱۴، (بهار ۱۳۸۱)

## بررسی شیوع عوارض خطرناک آیت میانی مزمن پس از عمل جراحی تمپانوماستوئید کتومی

۷۷ - ۱۳۷۰

دکتر مسعود متصدی زرنندی\* (استادیار گروه گوش و حلق و بینی)، دکتر مهرداد امیرآبادی\* (فلوشیپ اتولوژی و نورواتولوژی)، دکتر حمیده رضانی\*  
دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان امیراعلم

### چکیده

**مقدمه:** آیت میانی مزمن (C.O.M) و ماستوئیدیت، عارضه ای شایع در میان بیماریهای گوش است. اگر چه شیوع آن به اندازه آیت میانی حاد نمی باشد اما هنوز هم به عنوان یک مشکل دائمی و پیچیده مطرح میباشد. امروزه، هرچند که با بهبود سیستم های دسترسی به مراقبتهای بهداشتی درمانی، تکنولوژی پیشرفته روشهای تصویربرداری و ورود داروهای جدید و قوی ضد میکروبی، عوارض خطرناک و مرگبار عفونت های مزمن گوش میانی و ماستوئید به طور قابل توجهی کاهش پیدا کرده است اما متأسفانه هنوز هم کمابیش عوارض خطرناک و جدی این بیماری دیده می شود.

**مواد و روشها:** در یک مطالعه گذشته نگر، تعداد ۱۵۰۰ بیمار مبتلا به آیت میانی مزمن که طی سالهای ۷۷-۱۳۷۰ در بیمارستان امیراعلم تحت جراحی قرار گرفته اند، بررسی شده اند.

**نتایج:** سن بیماران بین ۸ ماه تا ۷۸ سال و اوج قله سنی آنان دهه سوم عمر بوده است. از میان این بیماران ۵۶ بیمار (۳/۷ درصد) مبتلا به یکی از عوارض عمده و خطرناک عفونت های مزمن گوش بوده اند که شیوع این عوارض بترتیب چنین بوده است:

فلج عصب فاسیال ۲۷ بیمار (۱/۸ درصد کل) (۴۸/۲ عوارض)

لابیرنتیت و فیسچول پری لنفی ۱۶ بیمار (۱/۰۶ درصد) (۲۸/۶ درصد عوارض)

آبسه داخل جمجمه ای ۵ مورد (۰/۳۳ درصد کل) (۸/۹ درصد عوارض)

ترومبوز سینوس لاترال - سیگموتید ۴ بیمار (۰/۲۶ درصد کل) (۷/۱ درصد عوارض)

منزیت ۲ بیمار (۰/۱۳ درصد کل) (۳/۶ درصد عوارض)

آبسه بزولد ۲ بیمار (۰/۱۳ درصد کل) (۳/۶ درصد عوارض)

اوج قله سنی بروز این عوارض نیز در دهه سوم عمر و نسبت جنسی مرد به زن به نسبت ۳ به ۲ بوده است.

**نتیجه گیری و توصیه ها:** عوارض خطرناک عفونت مزمن گوش میانی بخصوص عوارض اینتراکرانیاال هنوز وجود دارند و توجه خاص به این عوارض از اهمیت خاص برخوردار است. تشخیص زودرس هنگامی امکان پذیر است که به فکر وجود این عوارض باشیم.

## مقدمه

گوش بیمارستان امیراعلم وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بستری و تحت عمل جراحی تمپانوماستوئیدکتومی قرار گرفته اند انجام گردیده است. اطلاعات مربوط به بیماران با مراجعه به پرونده های موجود اخذ شده سپس وارد Master sheet گردیده به نرم افزار داده شده و بعد تجزیه و تحلیل آماری توسط رایانه انجام گردیده است. متغیرهای مورد بررسی، سن، جنس و عوارض مهم بیماری میباشند. مقایسه آماری تأثیر آنتی بیوتیک ها با استفاده از آزمون آماری Chi-Square انجام شده است.

## نتایج

در این مطالعه کل بیماران در محدوده سنی ۸ ماهه تا ۷۸ سال بوده اند. از این میان ۷۶۵ بیمار (۵۱ درصد) مذکر و ۷۳۵ بیمار (۴۹ درصد) مؤنث بوده اند. متوسط سنی بیماران ۲۷/۷۵ سال و میان سنی ۴۵ و نمای سنی ۲۲ سال بدست آمده است. (نمودار شماره ۱ توزیع سنی موارد COM در بیماران مورد مطالعه). در کل ۵۶ بیمار (۳/۷ درصد کل بیماران COM) مبتلا به یکی از عوارض مهم مورد مطالعه شده اند. جدول ۱ شیوع نسبی عوارض را نشان می دهد. براساس نتایج بدست آمده در این مطالعه شایعترین عارضه عمده بدنبال COM در بیماران، فلج عصب فاسیال (۴۸/۲ درصد) و بدنبال آن لایبرنتیت و فیسچول پری لنفی (۲۸/۶ درصد) آبه داخل جمجمه ای (۸/۹ درصد) ترومبوز سینوس لاترال (۷/۱ درصد) منژیت (۳/۶ درصد) و آبه بزولد (۳/۶ درصد) بوده است بیشترین تعداد بیماران مبتلا به عوارض فوق در گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال (۳۷/۵ درصد) و کمترین آن در رده سنی زیر ۱۰ سال (۸/۹ درصد) بوده است. همچنین از لحاظ توزیع جنسی (۵۸/۹ درصد) بیماران مذکر و (۴۱/۱ درصد) مؤنث بوده است. این غالبیت جنسی مذکر در تک تک عوارض نیز موجود بوده است. همچنین تعداد بیمارانی که علیزغم مصرف آنتی بیوتیک دچار این عوارض شده اند (۲۶/۸ درصد) بوده است در حالی که گروهی که آنتی بیوتیک مصرف نکرده بوده اند (۷۳/۲ درصد) بیماران را تشکیل می دهد. تفاوت میان شیوع عوارض با مصرف آنتی بیوتیک یا عدم مصرف آن خصوصاً در پارالیز عصب فاسیال بیشترین مقدار را داشته است (۴ بیمار از ۲۷ بیمار = ۱۴/۸ درصد با مصرف آنتی بیوتیک و ۲۳ بیمار از ۲۷ بیمار = ۸۵/۲ درصد بدون مصرف آنتی بیوتیک)

اتیت میانی مزمن یکی از بیماریهای نسبتاً شایع است که گاهی می تواند منجر به بروز عوارض خطرناک و حتی کشنده گردد از آنجا که در صورت تشخیص زودرس و درمان صحیح و به موقع آن می توان از عوارض این بیماری جلوگیری کرد، توجه به این بیماری و شناخت عوارض آن بسیار ضروری به نظر می رسد. براساس پانل اتیت میانی و تقسیم بندی آن که در سال ۱۹۸۵ انجام شده است (۱) اتیت میانی مزمن عبارتست از عفونت مزمن گوش میانی و ماستوئید همراه با اتوره که از طریق سوراخ پرده گوش خارج شود. عوارض ناشی از این بیماری را به سه گروه تقسیم بندی می کنند (۱) عوارض خارج جمجمه ای و خارج تمپورال (۲) عوارض داخل تمپورال (۳) عوارض داخل جمجمه ای. این عوارض هنگامی به وجود می آیند که به نحوی ساختمانهای مقاوم به نفوذ عفونت در گوش میانی دچار مشکل شده عفونت از طریق آنها به نسوج مجاور سرایت نماید (۲) از میان عوارض فوق مهمترین و خطرناکترین گروه را عوارض داخل جمجمه ای تشکیل می دهند. قبل از آمدن آنتی بیوتیک ها ۲ تا ۶ درصد بیماران مبتلا به COM دچار این گونه عوارض می شدند (۳) خوشبختانه امروزه با ورود آنتی بیوتیک های جدید به بازار داروئی میزان عوارض داخل جمجمه ای این بیماری به ۰/۱۵ درصد کاهش پیدا کرده است (۴) اختلاف آماری فوق اهمیت و ضرورت تشخیص زودرس و درمان صحیح را نشان می دهد فلج عصب فاسیال نیز از دیگر عوارض مهم این بیماری است که پیامد روحی - روانی و جسمی شدیدی را بدنبال خواهد داشت. عصب فوق بدلیل داشتن مسیر طولانی در استخوان تمپورال معمولاً توسط فرآیندهای بیماری زای استخوان فوق درگیر شده دچار فلج می شود حدود ۶ تا ۸ درصد موارد فلج های محیطی عصب فاسیال بدنبال COM اتفاق می افتد (۵) با توجه به شیوع بالای همگی این عوارض در بیماران ما لزوم بازنگری در تشخیص و درمان این بیماری بدلیل قابل پیشگیری و درمان پذیر بودن آن بسیار ضروری بنظر می رسد.

## مواد و روشها

این مطالعه به روش توصیفی گذشته نگر (retrospective) بر روی ۱۵۰۰ بیمار که طی سالهای ۷۷-۱۳۷۰ در بخش جراحی

جدول شماره ۱- میزان شیوع عوارض مهم COM در بیماران مورد مطالعه

عارضه	آبسه بزولد	مننژیت	ترومبوز سینوس لاترال	آبسه داخل جمعیه ای	لایبرنتیت و فیسچول پری لنفی	فلج عصب فاسیال
تعداد	۲	۲	۴	۵	۱۶	۲۷
درصد کل	%۰/۱۳	%۰/۱۳	%۰/۲۶	%۰/۳۳	%۱/۰۶	%۱/۸
درصد عوارض	%۳/۸	%۳/۸	%۷/۱	%۸/۹	%۲۸/۶	%۴۸/۲

جدول شماره ۲- توزیع سنی عوارض فوق را نشان می دهد

گروه سنی	FNP	L,PLF	I.C.A	T.L.S	مننژیت	B.A	جمع	درصد
سال ۰-۹	۲	-	۲	-	-	۱	۵	%۸/۹
سال ۱۰-۱۹	۵	۲	-	-	-	-	۷	%۱۲/۵
سال ۲۰-۲۹	۸	۸	۱	۳	-	۱	۲۱	%۳۷/۵

FNP = فلج عصب فاسیال

L,PLF = لایبرنتیت و فیسچول پری لنفی

I.C.A = آبسه داخل جمعیه

T.L.S = ترومبوز سینوس لاترال

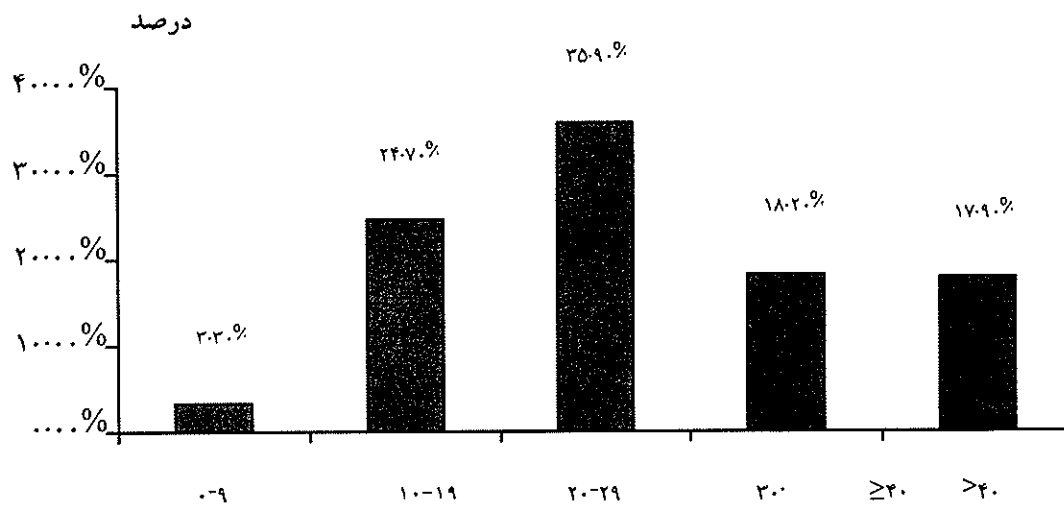
B.A = آبسه بزولد

جدول شماره ۳- توزیع جنسی عوارض را نشان می دهد

عارضه	FNP	Lab,PLE	I.C.A	T.L.S	مننژیت	B.A	جمع	درصد
مذکر	۱۴	۹	۳	۳	۲	۲	۳۳	%۵۸/۹
مؤنث	۱۳	۷	۲	۱	-	-	۲۳	%۴۱/۱
جمع	۲۷	۱۶	۵	۴	۲	۲	۵۶	%۱۰۰

جدول شماره ۴- فراوانی عوارض یاد شده براساس درمان با آنتی بیوتیک را نشان می دهد

عارضه	FNP	Lab PLE	I.C.A	T.L.S	مننژیت	B.A	جمع	درصد
با AB	۴	۸	۱	۲	-	-	۱۵	%۲۶/۸
بدون AB	۲۳	۸	۴	۲	۲	۲	۴۱	%۷۳/۲
جمع	۲۷	۱۶	۵	۴	۲	۲	۵۶	%۱۰۰



گروه‌های سنی - سال  
تعداد افراد تحت مطالعه: ۱۵۰۰ نفر

فردار شماره ۱- توزیع سنی موارد عفونت گوش میانی تحت مطالعه

## بحث

ترومبوز سینوس لاترال و مننژیت جزو عوارض داخل جمجمه ای COM می باشند. قبل از آمدن آنتی بیوتیک ها بروز عوارض فوق در ۲ تا ۶ درصد بیماران COM بوده است (۳، ۱۱) در حالی که بر طبق یک گزارش با آمدن آنتی بیوتیک ها میزان این عارضه به ۰/۱۵ درصد کاهش یافته است (۴) در مطالعه ما میزان شیوع مجموعه عوارض داخل جمجمه ای ۱۹/۶۴ درصد کل عوارض و ۰/۷۳ درصد کل بیماران مبتلا به COM بوده است. از میان عوارض داخل جمجمه ای COM شایع ترین آنها مننژیت، سپس آبسه داخل جمجمه ای و ترومبوز سینوس لاترال است. (۱۲، ۱۳) در حالی که در مطالعه ما شیوع این عوارض به ترتیب به صورت آبسه داخل جمجمه ای، ترومبوز سینوس لاترال و مننژیت بوده است در سایر مطالعات عوارض داخل جمجمه ای COM در جنس مذکر بیشتر از جنس مؤنث و شیوع آن در زیر سن ۲۰ سالگی بیشتر بوده است. (۱۴، ۱۵، ۱۳، ۱۲) در حالی که در مطالعه ما اگر چه نسبت جنسی مذکر به مؤنث (۳ به ۲) مشابه سایر مطالعات بوده است اما از لحاظ شیوع سنی عوارض بیشترین سن درگیری در ۲۰ تا ۳۰ سالگی بوده است.

بر اساس آن چه که ذکر گردید نتایج زیر را می توان مورد تاکید قرار داد.

- عفونت مزمن گوش میانی و ماستوئید خصوصاً در کشور ما از بیماریهای شایع است که به دلیل عدم رعایت مسائل بهداشتی

بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعه فوق از میان عوارض مهم COM فلج عصب فاسیال بیشترین درصد را به خود اختصاص داده است (۴۸/۲ درصد) فلج اعصاب فاسیال به دنبال ایتیت میانی ۶ تا ۸ درصد از علل فلج محیطی عصب فاسیال را پس از فرم‌های ایدیوپاتیک، ضربات، تومورها و بیماری هر پس زاستر شامل می شود (۵) هر چند که در اکثر مطالعات این عارضه بیشتر در اطفال شایع است تا بزرگسالان، (۵) در مطالعه ما بیشترین شیوع نسبی این عارضه در دهه سوم و بالاتر از دهه پنجم عمر بوده است فلج عصب فوق بیشتر در COM های همراه با کلستاتوم دیده می شود هر چند که در COM های بدون کلستاتوم نیز ممکن است بوجود آید (۶) شیوع فیسچول لایبرنتی در COM در مطالعات جدید بین ۳/۶ درصد تا ۱۲/۹ درصد گزارش شده است (۷، ۸، ۹) در حالی که در مطالعه ما شیوع این عارضه در کل بیماران (۱/۰۶ درصد) بوده است اکثر فیسچول لایبرنتی همراه با کلستاتوم دیده می شود اما COM به تنهایی نیز می تواند ایجاد فیسچول فوق نماید در حضور کلستاتوم فیسچول لایبرنتی در ۵ تا ۱۰ درصد موارد اتفاق می افتد. (۱۰) بروز این عارضه خطرات زیادی من جمله از بین رفتن تعادل، سرگیجه شدید و کری را به دنبال خواهد داشت. آبسه داخل جمجمه ای،

دهد اگر چه این مسئله زنگ خطری برای ما می باشد اما می توان اظهار داشت که به دلیل عدم مراجعه اولیه بیماران مننژیتی به این مرکز این آمار نمی تواند در کل آمار دقیقی از میزان بروز مننژیت به دست دهد.

از آنجا که بیماری COM و عوارض آن قابل پیشگیری و درمان می باشد لذا بر تشخیص زودرس و درمان آن باید تاکید شود آموزش بهداشت همگانی و آموزش مداوم جامعه پزشکی در شناخت، پیشگیری و درمان این بیماری از اولویت زیادی باید برخوردار باشد.

درمانی، عوارض مهم و خطرناکی را می تواند به دنبال داشته باشد.

- وجود اختلاف آماری بین بیماران مورد مطالعه ما و سایر مطالعات می تواند به دلایل متعدد باشد اهم این دلایل عبارتند از:

الف - اختلاف نژادی

ب - اختلاف سطح فرهنگی - بهداشتی

ج - بیمارستان امیراعلم مرکز ارجاع بیماران گوش و حلق و بینی است لذا به دلیل مرکزیت آمار بیماران بالا می باشد.

در مطالعه ما بر خلاف سایر مطالعات، آبه داخل جمجمه ای اکثریت گروه بیماران با عوارض داخل جمجمه ای را تشکیل می

## منابع

1. Paparella MM, Bluestone CD, Arnold W, et al. Definition and classification. Ann otol Rhinol. Laryngol 1985; 94 [suppl 116]: 8-9
2. Goycoolea MV, Jung TTK: Complications of suppurative otitis media in Paparella MM and others, editors: otolaryngology, philadelphia: WB Saunders 1991: 234-235.
3. Neely JG. Complications of suppurative otitis media part 1: aural complications. Rochester MN: American Academy otol. H and N surgery foundation, 1989: 7 – 59.
4. Jeanes A. otogenic intracranial Suppuration. J laryngol otol 1962; 76: 388-402.
5. Fish U: current Surgical treatment of interment of intratemporal facial palsy. Clin Plast. Surg 1979; 6: 377, 1979.
6. Canalis, Rinaldo F, the Ear comprehensive otology lippincott williams and wilkins, 2000 , 437.
7. Palva T, Karja, J Palva A: opening of the labyrinth during chonic ear surgery. Arch ovol H & N surg, 1971; 93 : 75.
8. Sanna M and others: closed versus open technique in the management of labyrinthin Fistula Am J 1988; otol 9:470.
9. Sheely JL Brachmann DE: Cholseteatoma Surgery: management of labyrinthine fistula. A report of 97 cases laryngoscope 1979; 89: 78.
10. Pules J L, lasbyrinthine fistula from cholesteatoma: Surgical management. ENT, J. 1996; 75: 143 – 148.
11. Kafka MM. Mortality of mastoiditis and cerebral Complications: review of 3225 cases of mastoiditis complications Laryngoscope 1935; 45: 790 – 822.
12. Gower D. Meguirt WF: intracranial Complications: of acute and chronic ear disease: a Problem still with us: Laryngoscope 1983; 93: 1028.
13. Kang sanarak and others: intracranial complications of sup. O. M. 13 years experience. Am J otol 1995; 16: 104.
14. Penny backer J and others: Discussion on intracranial complications of otogenic origin Proc R soc Med 1961; 54: 309.
15. Proctor CA: Intracranial complications of otitic origin laryngoscope 1966; 76: 288.