

نتایج درمانی و رضایت از بهبودی در جراحی آندوسکوپی

بینی و سینوسها

بیمارستان امام، ۸۱ - ۱۳۷۷

دکتر علیرضا کریمی یزدی (دانشیار)، دکتر محمد صادقی حسن آبادی (استادیار)، دکتر عباس ندیمی تهرانی (استادیار)، دکتر مهناز محمدی (دستیار)، دکتر حمیدرضا ابراهیمیان (پزشک عمومی)، دکتر احمد رضا باقی (پزشک عمومی)
بخش گوش و حلق و بینی، بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

مقدمه: با گسترش روزافزون دانش پزشکی، روشهای نوینی برای درمان بیماریها ابداع میشوند. از این جمله میتوان عمل آندوسکوپی سینوسها (Functional Endoscopic Sinus Surgery (FESS را نام برد. با توجه به اهمیت آندوسکوپی در تشخیص و درمان بیماریهای بینی و سینوس، ارزیابی نتایج حاصله از اینگونه اعمال جراحی و میزان رضایت بیماران عمل شده مورد توجه قرار گرفت.

مواد و روشها: در این مطالعه گذشته نگر پرونده بیماران که در پنج ساله اخیر در مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) جهت FESS بستری شده و تحت عمل جراحی قرار گرفتهاند را مورد بررسی قرار داده ایم. در این پژوهش مشخصات بیماران، شکایت موقع مراجعه، طول مدت بیماری قبل از عمل جراحی آندوسکوپی، عوامل زمینه ساز، علائم بالینی موقع مراجعه، اقدامات جراحی، عوارض بعد از عمل و میزان رضایت بعد از عمل جراحی آندوسکوپی سینوس مورد ارزیابی قرار گرفته است. در این طرح میزان رضایت براساس پیگیری بیماران در مدت ۱ ساله بعد از عمل جراحی می باشد و اطلاعات آن براساس بهبود علائم بیماری و رضایت بیماران و یا عدم بهبود کامل و شکایت از باقی ماندن برخی از علائم و همچنین معاینه بیماران تنظیم شده است.

یافته ها: در این مطالعه از ۹۳ پرونده موجود ۷۰ پرونده از لحاظ اطلاعات مورد نیاز قابل بررسی بود که نتایج زیر بدست آمده است: بهبودی کامل در ۶۶٪ بیماران، بهبودی نسبی در ۲۷/۵٪ و عدم بهبودی در ۶/۵٪ مشاهده گردید و هیچکدام از بیماران بدتر شدن علائم بیماری را نسبت به علائم موقع مراجعه ذکر نکردند.

نتیجه گیری و توصیه ها: با توجه به نتایج بالا میتوان بیان نمود که عمل جراحی آندوسکوپی سینوس روش مؤثر در درمان بیماریهای مزمن سینوسی می باشد، که نسبت به روشهای پیشین کارآمدتر بوده و در عین حال بیمار پس از عمل جراحی ناراحتی کمتری دارد. لذا توصیه می شود با توسعه امکانات در مراکز دانشگاهی و درمانی موجبات گسترش و ارتقاء این روش درمانی مفید، هرچه بیشتر فراهم گردد.

مقدمه

با گسترش روزافزون دانش پزشکی، به سرعت روشهای نوینی برای درمان بیماریها ابداع می‌شوند. از این جمله آندوسکوپی بینی و سینوس است که هم از جنبه‌های تشخیصی و هم از جنبه‌های درمانی افق نوینی را به جهان پزشکی گشوده است.

روشهای آندوسکوپی بینی، پیشرفتهای چشمگیری در تشخیص، درمان صحیح و پیگیری بیماران بوجود آورده است و موجب شده طول مدت بستری و هزینه روشهای تشخیصی و درمانی به میزان فراوانی کاهش یابد (۱).

درناژ سینوسهای اتموئید فرونتال و ماگزیلاری از طریق مسیری مشترک صورت گرفته و وابستگی این اجزاء موجب می‌شود که با درگیری هریک از سینوسها و گسترش بیماری سایر سینوسها نیز درگیر شود بخصوص با درگیری سینوس اتموئید قدامی با توجه به آناتومی منطقه سایر سینوسها نیز به طبع درگیر می‌شود. بنابراین فیزیوپاتولوژی آنها وابسته به سلامت سینوس اتموئید قدامی است و هر گونه انسداد و عفونت در اتموئید قدامی می‌تواند سینوسهای اتموئید خلفی، فرونتال و ماگزیلاری را دچار مشکل نماید. از طرفی با رفع انسداد اتموئید قدامی، احتمال دارد که درناژ سایر سینوسها برقرار شده و به حالت طبیعی برگردند.

بنابراین نتیجه مهم جراحی آندوسکوپی بینی و سینوس، رفع انسداد و پاتولوژی از اتموئید قدامی و برگرداندن درناژ سینوسهای فرونتال و ماگزیلاری به داخل بینی از طریق این سینوس می‌باشد.

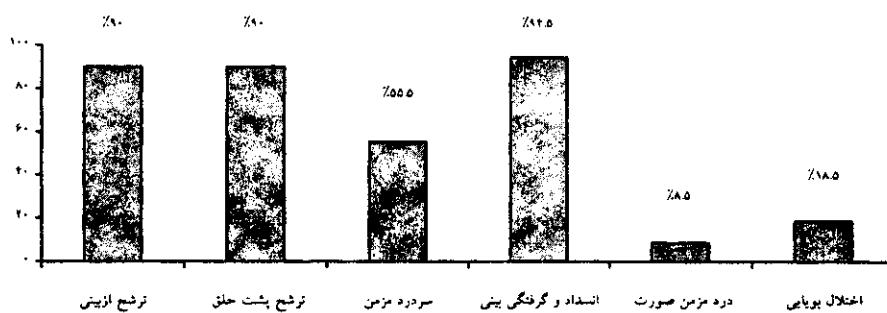
اگرچه همراهی پولیپوز آسم و حساسیت به آسپرین (Samter s Triad) میزان موفقیت عمل جراحی را در مقایسه با بیمارانی که این تریاد را ندارند کمتر می‌نماید لیکن بر اساس مطالعات انجام شده جراحی آندوسکوپی سینوس در اینگونه بیماران نیز مفید بوده و علاوه بر کاهش علائم سینونازال در بهبودی نسبی آسم نیز مؤثر است

این نوع عمل جراحی موفقیت بالا و عوارض ناچیزی دارد، بطوریکه در مطالعات انجام شده نتایج بهبودی بعد از عمل بیانگر میزان موفقیت در حدود ۹۳-۶۹٪ بیماران می‌باشد (۲،۳،۴). عوارض بعد از عمل حدود ۱٪ موارد را شامل می‌شود و بطور شایع شامل چسبندگی، استنوز منفذ سینوس ماگزیلاری، نشت CSF، عفونت، خونریزی در حین و بعد از عمل جراحی می‌باشد (۴، ۵، ۶).

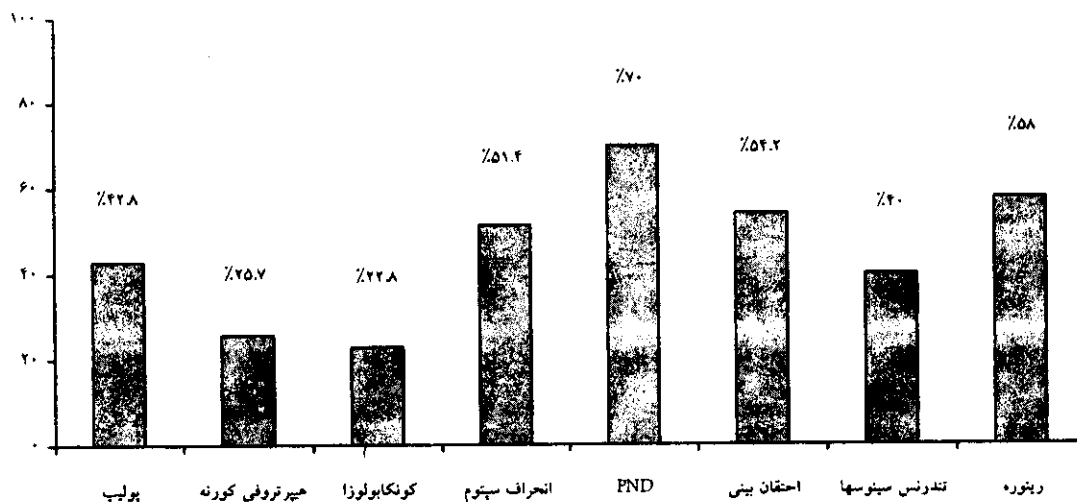
مواد و روشها

این مطالعه به صورت Cross- Sectional صورت گرفته است. جمعیت مورد مطالعه بیماران مبتلا به سینوزیت مزمن هستند که در طی سالهای ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۱ در مجتمع بیمارستانی امام تحت عمل جراحی آندوسکوپی بینی و سینوس قرار گرفته اند و پرونده و کارت Follow up بعد از عمل آنها موجود است (Follow up ۱ ساله).

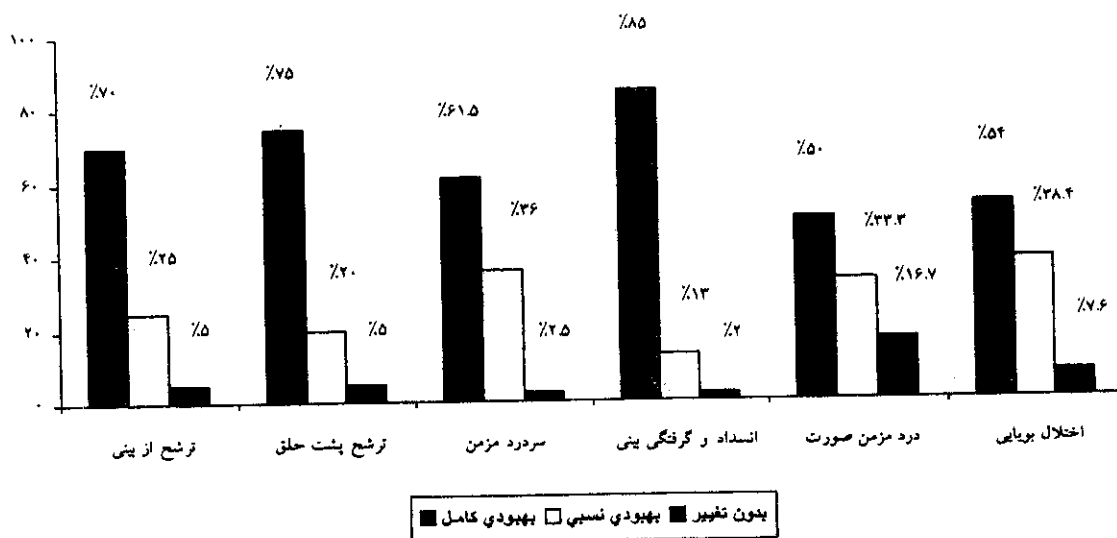
در این مطالعه ۹۳ پرونده وجود داشته که از این موارد ۷۰ پرونده که اطلاعات کاملتری داشتند مورد بررسی قرار گرفتند و پرونده‌هایی که نقصی در اطلاعات داشتند از مطالعه خارج شدند. متغیرهای مورد مطالعه عبارتند از: شکایت موقع مراجعه که شامل ترشح از بینی، ترشح از پشت حلق، سردرد مزمن، انسداد و گرفتگی بینی، درد مزمن صورت و اختلال بویایی می‌باشد. مدت زمان وجود علائم قبل از عمل جراحی که بر ۴ دسته تقسیم شدند: کمتر از ۲ سال، ۲-۴ سال، ۴-۸ سال و بالاتر از ۸ سال. علائم بالینی موقع مراجعه شامل پولیپ، هیپرتروفی کورنه‌ها، کونکابولوزا، انحراف سپتوم، PND، احتقان بینی، تندرنس سینوسها و رینوره می‌باشد. اقدامات جراحی انجام شده در بیماران شامل آسینکتومی، آنتروستومی، اتموئیدکتومی، باز کردن اسفنوئید، رزکسیون کونکابولوزا، سپتوپلاستی و پولیپکتومی می‌باشد. عوارض بعد از عمل که شامل نشت CSF، آسیب‌های چشمی، هماتوم



نمودار شماره ۱- فراوانی شکایت موقع مراجعه در بیماران مبتلا به سینوزیت



نمودار شماره ۲- فراوانی علائم بالینی موقع مراجعه در بیماران مبتلا به سینوزیت



نمودار شماره ۳- فراوانی رضایت از بهبودی شکایت موقع مراجعه در بیماران مبتلا به سینوزیت

در ۶۴ بیمار (۹۱/۴٪) که عمدتاً تحت درمان آنتی بیوتیکی بوده‌اند و درمان جراحی در ۱۲ بیمار (۲۰٪) که در ۴ مورد عمل FESS صورت گرفته بود، وجود داشت.

در ۳ مورد عمل پولیپکتومی، ۳ مورد عمل جراحی انحراف بینی (سپتوپلاستی)، ۲ مورد عمل کالدول - لوک، یک مورد عمل تانسلیکتومی و یک مورد نیز اطلاعاتی از نوع عمل موجود نبود.

علائم بالینی موقع مراجعه به صورت پولپ در ۳۰ بیمار (۴۲/۸٪)، هیپرتروفی کورنه‌ها در ۱۸ بیمار (۲۵/۷٪)، کونکابولوزا در ۱۶ بیمار (۲۲/۸٪)، انحراف سپتوم در ۳۶ بیمار (۵۱/۴٪)، PND در ۴۹ بیمار (۷۰٪)، احتقان بینی در ۳۸ بیمار (۵۴/۲٪)، تندرنس سینوسها در ۲۸ بیمار (۴۰٪) و رینوره در ۵۸ بیمار (۸۳٪) وجود داشت (نمودار شماره ۲).

اقدامات جراحی به صورت آنسینکتومی و آنتروستومی در ۴۹ بیمار (۷۰٪)، اتمونیدکتومی در ۵۰ بیمار (۷۱/۴٪)، باز کردن اسفنوئید در ۲۲ بیمار (۳۱/۴٪)، رزکسیون کونکابولوزا در ۱۶ بیمار (۲۲/۸٪)، سپتوپلاستی در ۱۱ بیمار (۱۵/۷٪) و پولپکتومی در ۳۰ بیمار (۴۲/۸٪) انجام شده است.

عوارض بعد از عمل در این بیماران فقط پنج مورد چسبندگی بود و عوارضی از قبیل نشت CSF، آسیب چشم، خونریزی و مننژیت در هیچ بیماری مشاهده نشد. رضایت از عمل جراحی و رفع شکایت موقع مراجعه که بر اساس گفته‌های بیمار در مدت پیگیری ۱ ساله بدست آمده به صورت زیر بود:

ترشح از بینی در ۶۳ بیمار (۹۰٪) قبل از عمل جراحی اندوسکوپیک بینی و سینوسها وجود داشت که بعد از عمل جراحی در ۴۴ نفر (۷۰٪) بهبودی کامل، ۱۶ نفر (۲۵٪) بهبودی نسبی و در ۳ نفر (۵٪) بدون تغییر مانده بود.

ترشح از پشت حلق در ۶۳ بیمار (۹۰٪) قبل از عمل وجود داشت که بعد از عمل در ۴۷ بیمار (۷۵٪) بهبودی کامل، در ۱۳ بیمار (۲۰٪) بهبودی نسبی و در ۳ بیمار (۵٪) بدون تغییر مانده بود.

سردرد مزمن در ۳۹ بیمار (۵۵/۵٪) قبل از عمل وجود داشت که بعد از عمل در ۲۴ بیمار (۶۱/۵٪) بهبودی کامل، در

پری اربیتال، خونریزی، چسبندگی و مننژیت در نظر گرفته شد. رضایت از بهبودی شکایت موقع مراجعه که هدف اصلی این مطالعه بود بر اساس گفته‌های بیمار بعد از عمل جراحی و معاینه بیمار بوده است که بر ۴ دسته تقسیم شده است: ۱- بهبودی کامل شکایت نسبت به موقع مراجعه ۲- بهبودی نسبی شکایت نسبت به زمان مراجعه ۳- بدون تغییر ماندن شکایت نسبت به موقع مراجعه. ۴- بدتر شدن شکایت نسبت به زمان مراجعه.

مجموعه اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار Spss آنالیز شدند و سطح معنی داری $P < 0/001$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

براساس این مطالعه تعداد موارد ۴۶ مرد (۶۲٪) و ۲۶ زن (۳۸٪) بودند. بیشترین سن مربوط به آقای ۵۵ ساله و کمترین سن مربوط به یک پسر ۱۵ ساله می‌باشد. میانگین سنی بیماران ۳۴ سال گزارش شده است.

شکایت موقع مراجعه در بیماران مورد مطالعه مشتمل بر، ترشح از بینی در ۶۳ بیمار (۹۰٪)، ترشح از پشت حلق در ۶۳ بیمار (۹۰٪)، سردرد مزمن در ۳۹ بیمار (۵۵/۵٪)، انسداد و گرفتگی بینی در ۶۶ بیمار (۹۴/۵٪)، درد مزمن صورت در ۶ بیمار (۸/۵٪) و اختلال بویایی در ۱۳ بیمار (۱۸/۵٪) بود (نمودار شماره ۱).

مدت زمان وجود علائم قبل از عمل جراحی اندوسکوپیک بینی و سینوسها، کمتر از ۲ سال در ۲۰ بیمار (۲۸/۵٪)، ۲-۴ سال در ۲۴ بیمار (۳۴/۲٪)، ۴-۸ سال در ۱۶ بیمار (۲۲/۸٪) و بیشتر از ۸ سال در ۱۴ بیمار (۲۰٪) بود.

عوامل زمینه ساز شامل سابقه آسم در ۸ بیمار (۱۱/۴٪)، سابقه آلرژی در ۱۸ بیمار (۲۵/۷٪)، سیگار کشیدن در ۸ بیمار (۱۱/۴٪) و سابقه آلرژی در خانواده در ۱۲ بیمار (۲۰٪) می‌شد.

درمانهایی که بیماران قبل از عمل جراحی اندوسکوپیک بینی و سینوسها انجام داده بودند به صورت درمان دارویی

بیمار انجام گرفت میزان موفقیت کلی در بهبودی ۹۳-۷۰٪ گزارش شده است (۲).

در مطالعه دیگری که آقای Nass و همکارانش انجام دادند میزان موفقیت را در مطالعه آینده‌نگر خود حدود ۸۹٪ بیان داشتند. آقای Rayan و همکارانش، در یک مطالعه آینده‌نگر بر روی ۱۲۰ بیمار در یک دوره Follow up ۱۸ ماهه، میزان بهبودی را ۷۸٪ ذکر کرده اند (۳).

در مورد نتایج بهبودی بعد از عمل آقای Swife بیان می‌دارد که نتایج عمل بی نهایت خوب است و بطور کلی نتایجی را که گزارش کرده بیانگر میزان موفقیت در ۹۰-۸۰٪ بیماران می‌باشد. در مطالعه Swife عوارض بعد از عمل تنها به صورت خونریزی ۰/۵۹٪ وجود داشت (۴).

در مطالعه Sobol و همکارانش که بر روی ۳۹۳ نفر انجام دادند عوارض در ۴ بیمار دیده شد که حدود ۱٪ موارد است (۵).

در مطالعه آقای Stamberger عوارض عمل به صورت چسبندگی، استنوز منفذ سینوس ماگزیلاری و خونریزی در حین و بعد از عمل می‌باشد (۶).

در جراحی‌های مجدد (رویزن) نیز، میزان موفقیت تا حدود ۸۰ درصد ذکر شده است و در ۱۱۲ مورد جراحی رویزن، یک مورد نشت CSF، چهار مورد هماتوم اربیت، افزایش اشکریزش در سه مورد و خونریزی نسبتاً زیاد در ۶ بیمار گزارش شده است. (۷)

در مطالعات مروری میزان موفقیت ESS در بهبودی علائم ۷۸ تا ۸۸ درصد ذکر شده و میزان عود نیز در حدود ۸ درصد گزارش شده که نسبت به روشهای جراحی غیراندوسکوپی کمتر می‌باشد. (۸، ۹)

در جدیدترین مطالعات انجام شده میزان مؤثر بودن جراحی اندوسکوپی سینوس در بیمارانی که دچار سینوزیت بودند حدود (۹۷/۵٪) گزارش شده است با توجه به محاسبه میانگینی از میزان بهبود هر یک از علائم مشاهده می‌شود که موفقیت در بررسی حاضر نیز قابل مقایسه با مطالعات مذکور بوده و در برخی جهات موفقیت بالاتری حاصل شده است (۱۰). در مطالعه حاضر با در نظر گرفتن این مطلب که

۱۴ بیمار (۳۶٪) بهبودی نسبی و در ۱ بیمار (۲/۵٪) بدون تغییر مانده بود. انسداد و گرفتگی بینی در ۶۶ بیمار (۹۴/۵٪) قبل از عمل وجود داشت که بعد از عمل جراحی در ۵۶ بیمار (۸۵٪) بهبودی کامل، در ۹ بیمار (۱۳٪) بهبودی نسبی و در ۱ بیمار (۲٪) بدون تغییر مانده بود. درد مزمن صورت در ۶ بیمار (۸/۵٪) قبل از عمل وجود داشت که بعد از عمل جراحی در ۳ بیمار (۵۰٪) بهبودی کامل، در ۲ بیمار (۳۳/۳٪) بهبودی نسبی و در ۱ بیمار (۱۶/۷٪) بدون تغییر مانده بود.

جدول شماره ۱- نتایج موفقیت عمل جراحی اندوسکوپی در مطالعات قلبی (۲، ۳، ۴، ۵، ۶)

محقق	طول دوره پیگیری	میزان موفقیت کلی
Wigand / Hosemann	۳-۵ ساله	۸۲٪
Vleming / Devris	۲-۲۴ ماه	۷۳٪
Mathew	۱۰-۱۲ ماه	۸۵٪
Frish	-	۸۲٪
Sobol	۱۲ ماه	۶۹٪
May	-	۷۶٪
King	-	۸۰٪
Nass	-	۸۹٪
Rice	-	۸۵٪

اختلال بویائی در ۱۳ بیمار (۱۸/۵٪) قبل از عمل وجود داشت که بعد از عمل جراحی در ۷ بیمار (۵۴٪) بهبودی کامل، در ۵ بیمار (۳۸/۴٪) بهبودی نسبی و در ۱ بیمار (۷/۶٪) بدون تغییر مانده بود (نمودار شماره ۳).

هیچیک از بیماران فوق شکایت از بدتر شدن علائم موقع مراجعه نداشتند.

بحث

با توجه به نتایج حاصل از آنالیز آماری در گروه‌های مختلف بیماران در این پژوهش و همچنین نتایج مطالعات سایر مراکز می‌توان گفت که این روش درمانی روشی مؤثر با عوارض کم و موفقیت بالا در درمان بیماری‌های سینوس می‌باشد. در مطالعه آقای ویگان و هوسمن که بر روی ۲۲۰

از مزایای این روش درمانی حفظ آناتومی طبیعی سینوس‌های بینی در حد امکان است که با روش‌های سنتی این مسئله امکان پذیر نیست.

براساس این پژوهش، جراحی اندوسکوپیک سینوس روشی مؤثر در درمان بیماری‌های مزمن سینوس می‌باشد. راحتی بیماران حین و پس از عمل جراحی، امکان انجام این روش با بیحسی موضعی و کوتاهی مدت بستری در بیمارستان بر مقبولیت این روش افزوده است.

نظر به فراوانی قابل توجه بیماری‌های مزمن سینوس و پولیپوز، در جامعه ما و رنج و ناتوانی حاصل از آن برای بیماران، پیشنهاد می‌گردد که با تأسیس مراکز تشریح اندوسکوپیک و فراهم نمودن امکانات بیشتر در مراکز دانشگاهی امکان گسترده شدن این روش جهت ارتقاء کیفی درمان این بیماران فراهم آید.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از حمایت‌های اساتید ارجمند آقایان دکتر کاظم خلخالی، دکتر امیر آروین سازگار و دکتر سید موسی صدرحسینی تشکر می‌نمایم.

شکایات بیماران از چند سال قبل از ورود به مطالعه در آنها وجود داشته و بیماران از مجموعه متنوعی از علائم شاکی بوده اند، تخفیف قابل ملاحظه علائم متعاقب درمان که به کمک آنالیز آماری معنی دار بودن آن به اثبات رسیده و جزئیات این بهبودی در قسمت نتایج ذکر شده است دال بر اثر بخشی این روش درمانی است.

آنچه در پژوهش ما به عنوان معیار بهبودی در یک بیماری مزمن در نظر گرفته شده و در مطالعات دیگر نیز مورد قبول قرار گرفته است تغییر شدت نشانه‌های بیماری است. این کاهش قابل ملاحظه نشانه‌های بیماری در تمامی گروه‌های مورد مطالعه ایجاد شده و نتایجی مشابه با مطالعات محققین دیگر حاصل گردیده است (نمودار شماره ۳).

در مورد عوارض حاصل از جراحی آندوسکوپیک، در پژوهش ما هیچ عارضه ماژوری وجود نداشته است و از عوارض مینور نیز ۵ مورد چسبندگی مشاهده شده است.

6. Stanberger. H-Hawoke. Essential of functional Endoscopic paranasal sinus surgery. 1th Edition. Mosby 1993.

7. Lin Chuang Erh Pi Yen Hou Ko Tsa Chih Revision endoscopic sinus surg. Journal of Clinical Otorhinolaryngology 15(8): 344-5, 347, 2001 Aug.

8. Dalziel K. Stein K. Round A. Garside R. Royle P. Systematic review of endoscopic sinus surgery for nasal polyps. Hesth Technology Assessment (Winchester , England). 7(17): iii, 1-159, 2003.

9. Catalano P. Roffman E. Outcome in patients with chronic sinusitis after the minimally invasive sinus technique. American Journal of Rhinology. 17(1): 17-22, 2003 Jan-Feb.

10. Di yi jun yi Da Xue. Bao Different treatments of The Middle turbinate and maxillary endoscopic sinus surgery and the Curative effect, 2004 Sep; 24 (9): 10 82- 3.

منابع

1. Fakhri s, Manoukian JJ, Souaid J-P FESS in the pediatric population. J OTOLARYNGOL. Journal of otolaryngology 2001, 30(1): 15-18.

2. Wigand. ME. Transnasal ethmoidectomy under endoscopic control- Rhinology. 1981.19: 7-12.

3. Rayan RM, Whittet HB, Norvol, Marks NJ, Minimal follow up after FESS [Abstract]. Rinology 1996 May 1; pp: 44-46.

4. Swif-Ac. functional Endoscopic sinus surgery. Br-J-Hospital 1996 May.9.pp:554-558.

5. Sobol-SE, Wright ED, Frankiel-S. one year outcome analysis of FESS for chronic sinusits. J-oto laryngol. 2000 Oct.5.pp: 252-256.