مجله گوش، گلو، بینی و حنجره ایران
شماره سی و نهم
The Iranian Journal of Oto rhinolaryngology
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مقایسه میزان بهبودی و عوارض روش جراحی داکریوسیستورینوستومی اکسترنال با روش جراحی داکریوسیستو رینوستومی اندوسکپیک

A Comparision of Success Rate Between Ext. D.C.R and End D.C.R

Hashemi S.M, MD. - Atai Naini M., MD.
Fazel Najafabadi F., MD. - Omrani MR., MD.
Esfahan university Medical sciences

Abstract

Background : Currently, many patients are refered to our department because of continuous or inflammatory tearing; and the diagnosis is Dacriocystitis.

Dacriocystitis is an infection of the lacrymal sac and is treated with External Dacriocystorhinostomy (Ext. D.C.R), an operative approach that has a failure rate ranging from 3% to 15%. Most of the failures are related to the incomplete inspection of the intranasal cavity during the operation.

Endoscopic D.C.R. is another approach that has two advantages

1) avoid incision and prevent scar formation. 2) According to the perfect inspection of the intranasal cavity, the success rate is expected to increase.

Object: The aim of this study is to compare the success rates of End. D.C.R and Ext. D.C.R. This study tries to complete the previous studies that introuduced End. D.C.R as a new approach to surgeons. In the previous studies, End. D.C.R was performed by using of YAG Laser that is expensive and unaccessable; whereas, we performed the procedure by using of suction cautery and punch forceps.

For collecting the data, we designed a check list that was filled by one physician. Then the data was analized. Each of the groups included 43 patients.

Results: According to the statistical analysis, overall 28 males and 58 females underwent one of the operational

approaches. The difference between the two groups in the duration of the disease and the patient complaints were not statistically significant On the other hand, the difference between the two groups in the duration of surgical approaches, presentation of tearing, regurgitation and bleeding one week after surgery were not statistically significant. But the presentation of the pain in End. D.C.R was less than in Ext. D.C.R.

Three months after surgery, the difference between the two groups in presentation of tearing and open ducts were not statistically significant, but the regurgitation in End D.C.R. was less than Ext. D.C.R.

Patient satisfaction of elimination of symptoms is not different, but satisfaction of scar in End.D. C.R is signi ficantly less than Ext.D.C.R.

Discussion: The endoscopic approach appears to have two major benefits against the Ext. D.C.R; first, it avoids an external incision; and second, it allows a perfect view of intranasal cavity at the time of surgery so that a common cause of D.C.R. failure could be avoided.

With this approach YAG laser is replaced with suction cautery and punch forceps.

Key words: Endoscopic Dacryocystorhinostomy (End. D.C.R), External Dacryocystorhinostomy (Ext.D.C.R).

عنوان مقاله:

مقایسه میزان بهبودی و عوارض روش جراحی داکریوسیستورینوستومی اکسترنال با روش جراحی داکریوسیستو رینوستومی اندوسکپیک

مؤلفین

۱. دکتر سیدمصطفی هاشمی استادیار دانشکده پزشکی اصفهان

۲. دکتر مهرناز عطایی نائینی رزیدنت گوش و حلق و بینی اصفهان

۳. دکتر فرهاد فاضل نجف‌آبادی استادیار دانشکده پزشکی اصفهان

۴. دکتر محمدرضا عمرانی رزیدنت گوش و حلق و بینی اصفهان

خلاصه

هرساله تعداد زیادی از بیماران با مشکل اشک‌ریزش مزمن یا حاد به پزشکان مراجعه می‌نمایند که تعدادی از اینها تحت عمل جراحی داکروسیستورینوستومی (DCR) اکسترنال قرار می‌گیرند. این عمل با یک برش پوستی در ناحیه کانتوس داخلی و آناستوموز مخاط بینی و ساک لاکریمال انجام می‌شود(۳ و ۲) میزان شکست این روش حدود ۱۵-۳٪ می‌باشد(۱) که قسمت اعظم آن ناشی از عدم دید کافی آناتومی داخل بینی توسط جراح در حین عمل است(۱).

استفاده از آندوسکپ در عمل D.C.R دو مزیت دارد:

۱. از برش پوستی و اسکار آن جلوگیری می‌شود.

۲. دید کافی برای آناتومی داخلی بینی می‌دهد (۵ و ۱)

احتمال موفقیت روش اندوسکپیک DCR را ۸۶-۸۲٪ درنظر گرفته‌اند(۳).

هدف از مطالعه مقایسه موفقیت (شامل عوارض و بهبودی) دو روش اندوسکپی DCR و اکسترنال DCR است که علاوه بر تکمیل مطالعات قبلی، یک روش جدید را که به خصوص در شهر اصفهان ناشناخته مانده است، به جراحان معرفی می‌کند و راه را برای بررسیهای بیشتر در این مورد خواهد گشود، چرا که عمل اندوسکپی DCR در اذهان پزشکان به‌عنوان روشی غیرقابل دسترسی و گران‌قیمت (به‌علت استفاده از لیزر YAG) درنظر گرفته می‌شود درحالی‌که در این مطالعه به جای استفاده از لیزر گران‌تر، از ساکشن کوتری و فورسپس استفاده شده است.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از چک لیست‌هایی استفاده شد که توسط پزشک معالج تکمیل می‌شد.

مجریان طرح تعداد ۴۳ نفر در هر یک از گروهها (کلاً ۸۶ مریض) را تحت عمل DCR به طریق اندوسکپیک و اکسترنال قرار دادند. روش نمونه گیری غیراحتمالی و آسان بود.

طبق نتایج به‌دست آمده، مشخصات دموگرافیک، طول مدت علائم، شکایات بیمار و طول مدت خونریزی حین عمل و عوارض حین عمل درکنار اشک‌ریزش و رگورژیتاسیون و خونریزی یک هفته پس از عمل بین دو گروه مقایسه شد که تفاوت معناداری در موارد مذکور وجود نداشت، درحالی‌که مقایسه درد یک هفته پس از عمل در دو گروه نشان دادکه در جراحی آندوسکپی به طرزی معنادار، درد کمتری نسبت به‌روش اکسترنال گزارش شده است ($P<0.001$). در بررسی سه ماه پس از عمل از نظر بازماندن مجرای اشکی و اشک‌ریزش تفاوت بین دو گروه معنادار نبود ولی رگورژیتاسیون در روش اندوسکوپی به‌طورمعناداری کمتر از روش اکسترنال بود ($pv<0.013$).

رضایت بیمار در روش اندوسکپی ۸۹٪ و در روش اکسترنال ۸۴٪

برآورد شد که اختلاف از لحاظ آماری معنادار نبود ولی پیرامون وجود اسکار در صورت، ۹۵/۸٪ از بیماران تحت جراحی اندوسکپی و تنها ۱۲/۳٪ از بیماران تحت جراحی اکسترنال از اسکار رضایت داشتند که اختلاف موجود از لحاظ آماری معنادار بود ($Pv<0.001$).

هیچ یک از بیماران دچار عارضه کوتاه مدت یا دراز مدت آشکاری نشدند.

لذا می‌توان درنظر گرفت که میزان بهبودی عمل DCR به‌روش اندوسکپی نه تنها کمتر از روش جراحی اکسترنال نیست بلکه با توجه به نبود اسکار در بسیاری از موارد که بیمار ترجیح دهد، مناسبتر خواهد بود.

کلید واژه‌ها

دا کریوسیستورینوستومی خارجی Ext. D.C.R

دا کریوسیستورینوستومی داخلی End. D.C.R

مقدمه

تاکنون مطالعات زیادی در مورد انواع روشهای جراحی روی ساک اشکی به‌منظور رفع مشکل دا کریوسیستیت یا انسداد مجرای اشکی انجام شده است. دو روش بسیار مشهور در این زمینه عبارت‌اند از روش جراحی دا کریوسیستورینوستومی (DCR) اکسترنال و اخیراً، جراحی DCR آندوسکوپی. میزان موفقیت گزارش شده برای DCR آندوسکپی ۸۶-۸۲٪ و برای DCR اکسترنال ۹۷-۹۰٪ بیان شده است (۱و ۳).

باتوجه به مطالعات قبلی، در روش جراحی DCR آندوسکپی افزایش مدت عمل و افزایش هزینه (به‌دلیل استفاده از لیزر) به‌عنوان دو عامل کنترل‌کننده درنظر گرفته شده‌اند(۱). درحالی‌که DCR آندوسکپی دو مزیت بر روش اکسترنال دارد:

۱) عدم وجود اسکار روی صورت

۲) ملاحظه آناتومی داخل بینی حین عمل(۵ و ۱).

مطالعات قبلی اکثراً توصیفی می‌باشند و تحلیلی و مقایسه گر نیستند. تضادهای موجود در نتایج تحقیق حتی در کشورهای پیشرفته و با استفاده از متدهای استاندارد عمل جراحی نیز بسیار واضحند و نکته مهم استفاده از لیزر در اکثر این مطالعات است ولی روش انجام کار در این تحقیق بدین‌گونه بوده است. با استفاده از پروبینگ پونکتوم و ورود به ساک، سرپروب را به طرف داخل متمایل نموده وارد حفره بینی می‌شویم و سپس با آندوسکپ ریجید جراحی سینوس، محل خروج پروب را در جدار لترال بینی مشخص کرده، کورنه میانی را به سمت مدیال منتقل می‌کنیم و با استفاده از ساکشن کوتری مخاط اطراف پروب را بدون تماس با پروب کوتر می‌نماییم و استخوان مجاور ساک را با کورت خارج می‌کنیم تا حفره‌ای به قطر ۱۰mm-۵ به‌دست آید سپس جدار ساک را با پانچ فور سپس برداشته، سیلاستیک اینتوباسیون را به انجام می‌رسانیم و به‌مدت ۳ ماه سیلاستیک را در محل نگه می‌داریم.

مواد و روشها

نمونه گیری به‌روش غیراحتمالی آسان از بیماران مبتلا به انسداد مجرای اشکی که به بیمارستان فیض یا کاشانی اصفهان مراجعه کرده بودند انجام شد. تعداد نمونه‌ها در هر گروه ۴۳ نفر بود. مدت زمان مطالعه از بهمن ماه ۱۳۸۱ لغایت مهرماه ۱۳۸۲ به طول انجامید و داده‌ها در چک لیستی که توسط پزشک معالج تکمیل می‌شد، گردآوری و با استفاده از آزمون chi-square آنالیز شدند.

نتایج

در گروه تحت DCR به‌روش اندوسکوپی ۲۷/۹٪ بیماران، مرد و ۷۲/۱٪ زن بودند میانگین سنی ۱۱/۲±۳۸/۷ سال محاسبه شد. در گروه تحت DCR به‌روش اکسترنال مردان، ۳۷/۲٪ و زنان ۶۲/۸٪ گروه را تشکیل می‌دادند. میانگین سنی ۱۸/۴±۴۴/۵ در این گروه به‌دست آمد، این دو از نظر آماری اختلاف معنادار نداشتند.

مدت علائم در گروه تحت اندوسکپی ۱/۶±۱/۸۵ سال و در گروه DCR اکسترنال ۳/۱±۲/۱۶ سال بود که بازهم اختلاف میان دو گروه معنادار نبود.

از نظر شکایات بیمار، در گروه تحت اندوسکپی ۴۴/۲٪ بیماران از اشک‌ریزش به‌عنوان شکایت غالب ذکر کردند و ۳۹/۵٪ بیماران گروه DCR اکسترنال از دا کریوسیستیت مزمن به‌عنوان شکایت غالب نام بردند.

پیرامون طول مدت عمل، ۹۵٪ موارد اندوسکوپی و ۸۳/۳٪ موارد DCR اکسترنال، عمل کمتر از ۴۵ دقیقه به طول انجامید که از نظر آماری اختلاف بین دو گروه معنادار نبود.

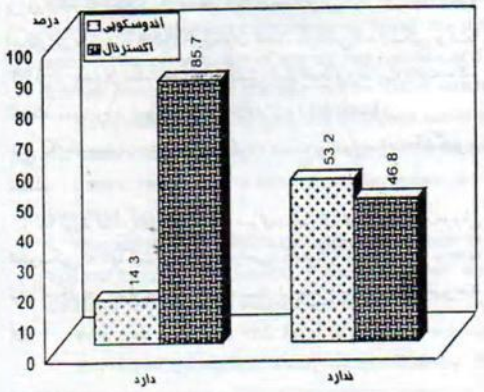
با بررسی مقدار خونریزی حین عمل، در ۷۹٪ موارد اندوسکوپی و ۶۰/۵٪ موارد DCR اکسترنال، میزان خونریزی کم‌ارزیابی شد که اختلاف بین دو گروه از لحاظ آماری معنادار نبود.

یک هفته پس از عمل، ۹۳٪ موارد اندوسکپی و ۹۷/۷٪ موارد DCR اکسترنال رگورژیتاسیون یافت نشد که اختلاف بین دو گروه از لحاظ آماری معنادار نبود. از نظر وجود درد یک هفته پس از عمل ۹۰/۵٪ موارد اندوسکپی و ۶۰/۵٪ موارد DCR اکسترنال از درد خفیف و بقیه از درد متوسط شکایت داشتند که با مقایسه آماری، اختلاف بین دو گروه

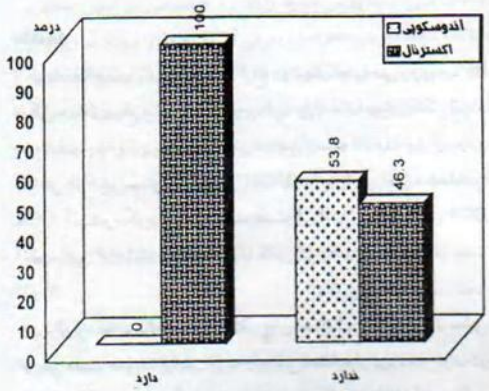
معنی‌دار بود (pv<0.001).

سه ماه بعد از عمل با شستشوی مجرای اشکی باز یا بسته‌بودن مجرا بررسی شد که در ۹۷/۷٪ موارد اندوسکپی و ۸۶٪ موارد DCR اکسترنال کانال باز بود، به‌علاوه ۹۷/۷٪ موارد اندوسکپی و ۸۶٪ موارد DCR اکسترنال کانال باز بود، به‌علاوه ۹۷/۷٪ موارد اندوسکپی و ۸۶٪ موارد DCR اکسترنال اشک‌ریزش نداشتند که در هر دو این موارد اختلاف از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. بااین‌حال، ۰٪ موارد اندوسکپی و ۱۴٪ موارد DCR اکسترنال رگورژیتاسیون داشتند که اختلاف از لحاظ آماری معنادار بود (pv<0.001).

پیرامون رضایت بیماران، ۸۹٪ موارد اندوسکپی و ۸۴٪ موارد DCR اکسترنال از بهبود علائم رضایت داشتند و از نظر وجود یا عدم اسکار، ۹۵٪ موارد اندوسکپی و ۱۲٪ موارد DCR اکسترنال در این زمینه خوشنود بودند که اختلاف از لحاظ آماری معنادار به‌نظر می‌رسید، سایر بیماران تحت آندوسکپی از بود یا نبود اسکار اظهار بی‌تفاوتی کردند ولی بقیه بیماران DCR اکسترنال از وجود اسکار ناراضی بودند.



نمودار ۱-۱ مقایسه درصد فراوانی وجود اشک‌ریزش سه ماه بعد از عمل بین دو گروه.



نمودار ۲-۱ مقایسه درصد فراوانی وجود رگورژیتاسیون بین دو گروه سه ماه بعد از عمل.

در بررسی سه ماه بعد از عمل، بازبودن مجرا و اشک‌ریزش در دو گروه مشابه بودند ولی رگورژیتاسیون در گروه تحت اندوسکپی به طرز معناداری کمتر از DCR اکسترنال بود. در کل از نظر رضایت بیماران از بهبود علائم تفاوت معنادار نبود، ولی از نظر وجود اسکار اکثر بیماران تحت عمل اکسترنال از وجود اسکار ناراضی بودند.

همان‌طور که پیشتر بحث شد، در این تحقیق به جای استفاده از لیزر YAG و یا پروب نوری و چاقوی داسی شکل، از ساکشن کوتری و پانچ فورسپس (که هر دو این وسایل به‌طور روتین در دسترس جراحان اندوسکپیست می‌باشد) استفاده شده است. در مطالعه‌ای که در سال

بحث

از آن‌جاکه در حال حاضر DCR اکسترنال به‌طور روتین برای بیماران مبتلا به دا کریوسیستیت در حال انجام است و DCR اندوسکپیک پیش از این تحقیق حداقل در شهر اصفهان جایگاهی نداشته، و از آن‌جایی که در DCR اکسترنال محل عمل به‌صورت اسکار مشهود است (۴). لذا بر آن شدیم تا با انجام این تحقیق ضمن مقایسه هر دو روش، عمل جراحی اندوسکپی را به‌طور گسترده‌تری معرفی کرده و لوازم و وسایل ارزان‌تر و در دسترس‌تری را نسبت به وسایل قبلی معرفی کنیم.

در این تحقیق از نظر مشخصات دموگرافیک و دفعات عمل (دفعه اول یا مجدد) تفاوت معناداری مشاهده نشد که این مسئله مورد انتظار نیز بود چرا که مشابهت دو گروه از این لحاظ بیشتر بوده و خطای مطالعه را کمتر می‌کند. طول مدت عمل نیز یکی دیگر از فاکتورهای کیفی است که برای جراحان مهم می‌باشد که از این نظر نیز تفاوتی باهم نداشتند. همین‌طور خونریزی حین عمل نیز که مورد توجه جراحان است در هر دو گروه مشابهت داشته است.

یک هفته بعد از عمل نیز بیماران مورد بررسی قرار گرفتند که از نظر اشک‌ریزش و رگورژیتاسیون (که بیانگر میزان بهبودی است) و همین‌طور شدت درد و خونریزی که درواقع بیانگر عوارض یک هفته بعد از عمل هستند، تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت و این درحالی است که تقریباً تمام مطالعات قبلی میزان موفقیت را در نوع DCR اکسترنال بالاتر از آندوسکپی گزارش کرده بودند.