

درمانهای پزشکی و جراحی بیماری منیر

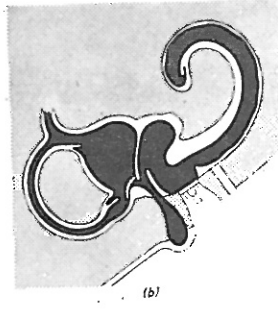
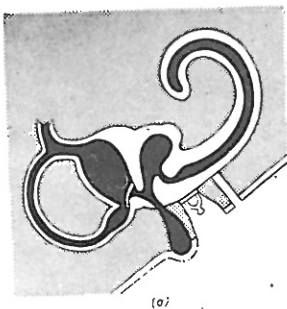
دکتر جواد هدایتی *

بعداً به ثبوت نرسید .

۲- نقطه عطف و تحول دوم بتوسط Caerns, Hallpike دو دانشمند انگلیسی در ۱۹۳۶ انجام گرفت و آن مشاهده اتساع فضاهای آندولنفاتیك (Endolymphatic Hydrops) در استخوان تامپورال در دو بیمار بود که به بیماری منیر مبتلا بوده و بعد از قطع عصب هشتم از طریق جراحی داخل جمجمه در گذشته واتوپسی شده بودند . ولی این فرضیه آنان که کیسه آندولنفاتیك منشاء اتساع و Hydrops فضاها بوده است بعداً مورد تأیید قرار نگرفت .

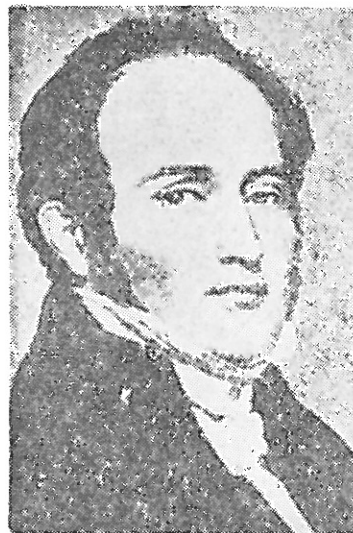
۳- نقطه عطف و تحول سوم بامشاهدات Schuknecht آمریکائی در ۱۹۶۲ بوقوع پیوست . مشارالیه مشاهده کرد که در بسیاری از بیماران مبتلا به منیر کیسه Saccule خود بخود پاره میشود ولی در این موضوع که پاره شدن کیسه ساکول خود تولید حمله و یا بهبود بیماری را باعث میشود اختلاف نظر موجود است .

هرچند اکنون کشف و تحولات مذکور در فوق بر همه محرز شده است ولی در مفهوم آنها نتایجی که به آنان مترتب میشود اختلاف نظرهای زیادی وجود دارد که اختلاف نظر در درمانها نیز از آنان ناشی میشود .



نمایش شماتیک لایرنٹ (a) در وضع طبیعی و (b) در بیماری منیر . در اینجا تغییرات لایرنٹ غشائی وسیستم آندولنفاتیك شامل اتساع اوتریکول و ساکول و تمام اسکلامدیا وبعضی قسمتهای دیگر مشاهده میشوند .

امروزه متجاوز از يك قرن بعد از اینکه Prosper Meniere (۱۸۶۲ - ۱۷۹۹) این بیماری را شرح داده و علائم آن نام وی را در بردارد هنوز هم علت تولید و درمان قاطع بیماری منیر روشن نیست .



پروسیر منیر (۱۸۶۲ - ۱۷۹۹)

درمانهای پزشکی و جراحی زیادی در گذشته بر مبنای تجربیات و فرضیاتی که از نظر علمی کاملاً به ثبوت نرسیده اند انجام شده و میشود و هر سال هم درمانهای جدیدی پیشنهاد میشوند ولی بطور کلی سیر تکاملی درمان این بیماری درازمنه مختلف تابع تحولات و کشفیاتی بوده است که در پیشرفت اطلاعات فیزیوپاتولوژیک بیماری ظاهر شده و از این جهت است که در مطالعه این بیماری سه نقطه عطف مهم در پیشرفت درمان آن مشاهده میکنیم .

۱- نقطه عطف اول همان کشفی بوده که خود منیر برای اولین بار آنرا در ۱۸۶۱ شرح داد و آن اتساع علائم بیماری یعنی سرگیجه - صدا و سنگینی در شنوائی که منشاء آن در گوش داخلی بود ولی حدس وی که علائم مربوط به خونریزی و یا وجود اکزودا در گوش داخلی است

* استاد و رئیس بخش گوش و حلق و بینی دانشکده پزشکی دانشگاه منی ایران .

این مقاله توسط مؤلف در سمینار سرگیجه دانشکده پزشکی دانشگاه منی ایران در دیماه ۱۳۵۱ ارائه شده است .

هر نوع درمان طبی و شاید بدون هیچ درمانی بهبودی نسبی یافته و پزشکان بهبودی را به مداوای خود نسبت میدهند .

ولی بعقیده William House این دو ثابت بیماران آنهایی هستند که طبق مشاهدات Schuknecht کیسه ساکول در آنها پاره شده و تعادل فشار بین مایع آندولف و پری لنت مجدداً خودبخود برقرار میشود .

بهر صورت درمانهای طبی متداول که از سالها قبل متداول بوده ولی نتایج واقعی آنها هنوز کاملاً به ثبوت نرسیده و بطوریکه فوقاً گذشت مورد بحث میباشند عبارتند از :

۱- مواظبتهای عمومی و بهداشتی : استراحت - هوای آزاد - حمامهای آرام کننده و ورزشهای سبک و احتراز از خستگی عمومی و مخصوصاً از کارهاییکه خستگی چشمان را تولید کرده و یا نور زیاد که خستگی چشمی بوجود میآورد . استعمال داروهای آرام کننده عمومی (Sedatives) و داروهای مسکن اعصاب (Tranquillizers) مخصوصاً در بیمارانی که میدانند که حمله بیماری بهنگام Stress و ناراحتی عمومی بیشتر ظاهر میشود و بالاخره گاهگاهی داروهای خواب آور Hypnotics .

یکی از مسائل بسیار مهمی که باید مورد توجه قرار گیرد اطمینان دادن به بیماران (Reassurance) و برطرف کردن اضطراب و ترس و وحشت بیمارانی است که هر دقیقه نگران برگشت حمله های وحشت زای سرگیجه و استفراغ - صدای غرش گوش و ترس از سنگینی شنوایی و کری میباشند که در صورت مزمن شدن هیچ درمانی نداشته و غیرقابل علاج است . باین بیماران باید فهمانید که هر چند این حمله ها ناراحتی های زیادی دارند ولی خوشبختانه زود گذر بوده و هیچ نوع خطر جانی دربر نداشته و بیمار را بمرگ تهدید نمیکند .

۲- رژیم غذایی : که بتوسط Furstenberg و بعضی دیگر پیشنهاد شده براین اساس است که علائم بیماری بعلت احتباس سدیم در بدن تولید میشوند . ولی خود این دانشمندان معترفند که دلائل علمی کافی برای اثبات نظریه خود ندارند .

رژیم غذایی این بیماران باید کاملاً ساده و کم آب و کم نمک بوده ولی کالری کافی داشته باشد . بعضی ها نوشیدن آبهای اضافی را بقدری ممنوع میکنند که بآن عطش درمانی (Dehydration) یا (Thirst cure) نام نهاده اند .

در رفع احتباس سدیم از بدن باید دو مطلب رعایت شود :

الف - هرچه ممکنست باید غذاها تا مدت دو تا سه ماه کم نمک و یا بکلی بی نمک بوده و مخصوصاً دقت کرد که در داروهای استعمال شده نیز سدیم وجود نداشته باشد .
ب - از اجتماع سدیم در بدن باید جلوگیری کرد و برای این منظور باید داروهای تجویز شوند که املاح

اصول فیزیوپاتولوژیکی که اکنون مورد قبول اکثر متخصصین و دانشمندان قرار گرفته اند بقرار ذیلند :

۱- بیماری منیر موقعی تولید میشود که فشار مایع آندولف در فضاهای مربوط بآن زیاد میشود و این مربوط باز دیاد ترشح ویا کم جذب شدن آنست .

۲- غشاء بازبیلر Basillary Membrane در کوهله فقط موقعی میتواند بطور طبیعی ارتعاش کند که فشار مایع در دو طرف آن یکسان باشند . بهمین طریق عمل طبیعی دستگاه وستیبولر منوط به وجود فشار مساوی بین مایع آندولف و پری لنت است .

۳- غشاء Stria Vascularis در کوهله اهمیت اولیه در تولید و در جذب مایع آندولف دارد و کیسه آندولنفاتیکی در جذب مایع آندولف رل خیلی مهمی بازی نمیکند (در صحت مطلب اخیر تاحدی اختلاف نظر وجود دارد) .

۴- محل تولید اولیه پری لنت مایع نخاعی مغزی است . (Cerebrospinal Fluid)

۵- مایع پری لنت و مایع نخاعی مغزی فشار یکسان دارند و این فشار بر حسب وضع قرار گرفتن شخص و بعضی فاکتورهای دیگر که فشار داخل جمجمه را تغییر میدهند فرق میکند .

۶- فشار داخل فضاهای آندولف نیز با تغییر فشار مایع پری لنت تغییر میکند بطوریکه فشار آنها یکسان نگاهداشته میشود و کیسه آندولنفاتیکی احتمالاً تا حدودی در این یکسان نگاهداشتن فشارها دخالت دارد .

۷- هر موقع که اختلاف فشار بین مایع آندولف و مایع پری لنت بوجود آید علائم سرگیجه و وزوز گوش و سنگینی در شنوایی بطور گاهگاهی (Episodic) ظاهر میشود و این همان حملات بیماری منیر است .

۸- برقرار مجدد فشار بین مایع آندولف و پری لنت حمله ها را متوقف میسازد و این مسئله کم و زیاد شدن علائم (Fluctuation) و گاهگاهی بودن (Episodic) آن خصلت و ذات حمله های بیماری منیر را روشن میسازد .

۹- بهنگامیکه بیماری منیر مزمن شود تغییرات دائمی و غیر قابل برگشتی (Irreversible changes) در دستگاههای شنوایی و تعادل بوجود میآیند که مربوط به آتروفی تمام یا قسمتی از غشاء بازبیلر کوهله و یا اورگانهای حساسه دستگاه وستیبولر میباشند .

۱۰- بمنظور درمان بیماری منیر باید علت از دیاد فشار مایع آندولف را دریافته و مانع اجتماع آن شد و هدف اصلی درمانهای طبی بیماری منیر نیز هر چند بر اساس کم کردن فشار مایع آندولف میباشند ولی مادامیکه علت اصلی از دیاد فشار روشن نشود این درمانها تماماً جنبه تجربی و احتمالی (Empirical) دارند .

در درمان این بیماری باید متذکر شد که خوشبختانه در حدود دو ثلث بیماران مبتلابه منیر خود بخود و تحت

۵- کنترل فعالیت سیستم خودکار بدن

:Control of Autonomic Activity

بعضی‌ها معتقدند که برای برقراری تعادل سیستم اوتونوم بدن استعمال داروهائی از قبیل Banthine و Bellerгал مفیدند .

۶- درمان با داروهای متسع کننده عروق

:Vasodilator Therapy

جزو این سری داروهای مفید یکی هیستامین قرار دارد که ذکر آن گذشت و دیگر اسید نیکوتینیک - (Nicotinic acid) که باید بر حسب اشخاص بمقداری تجویز شود که روزی چندبار صورت را برافروخته کند و این مقدار بین روزی ۵۰ تا ۱۵۰ میلی گرم تفاوت میکند و موقع استعمال آن قبل از غذاها است که معده خالی باشد . استعمال این دارو بر این اساس است که اثر ضد Ischemia در لایبرنت دارد .

۷- درمان با ویتامینها **:Vitamine Therapy**

سابقاً فکر میکردند که استعمال ویتامینها مفید است ولی با احتمال زیاد اثر اسید نیکوتینیک مربوط با اثر متسع کننده عروقی آنست که در فوق ذکر شد نه مربوط به اثر احتمالی ضد آویتامینوزی آن . اثر داروی جدیدی با اسم Lemon Bioflavanoid که بوسیله Williams تجویز شده و معتقد است که ۹۰٪ بیماران را درمان میکند نیز هنوز با ثبات نرسیده است .

۸- درمان با استرپتومیسین **:Streptomycin Therapy**

درمان با استرپتومیسین ابتداء در ۱۹۴۸ بتوسط Fowler پیشنهاد شد و هر چند چنین تصور میشود که اثر Ototoxic آن بیشتر متوجه دستگاه وستیبولر میشود ولی گزارشهای زیادی رسیده است که بمقدار درمان کننده دستگاه وستیبولر ممکنست غشاء بازیلر را نیز از کار انداخته و بیمار را کر کند . مورد استعمال آن در بیمارانی است که علائم بیماری شدید و آنهم دوطرفه داشته باشند . مقدار استعمال استرپتومیسین برای این منظور روزی ۲ گرم تا موقعی است که آزمایش کالوریک با آب یخ دیگر هیچ تحریکی در دستگاه وستیبولر تولید نکند . این بیماران تا مدت چندین ماه حالت Ataxic داشته و بعلاوه در معرض سنگینی عصبی شدید و دائمی هر دو گوش قرار دارند .

۹- بیحسی کردن گانگلیون ستاره‌ای در گردن

:Stallate Ganglion Block

بیحسی گانگلیون ستاره‌ای سمپاتیک کردن در بعضی موارد در حمله‌های شدید حاد بیماری منیر تجویز شده است .

تولیدکننده اسید در بر داشته باشند از قبیل کلروردامونیوم که بمقدار زیاد یعنی هر بار شش کپسول نیم گرمی و روزی سه بار توام با غذاها تجویز میشوند . این دارو سه روز متوالی استعمال شده و دو روز قطع میشود . این رژیم برای ۲ تا ۳ ماه امتداد یافته و موقعیکه علائم بیماری تخفیف می‌یابند محدودیت‌های غذائی نیز بتدریج کم میشوند .

۳- بر طرف کردن کانونهای عفونی (Focal Infections):

درمانهای سینوزیتهای مزمن - برداشتن لوزتین عفونی و ریشه دندانهای فاسد بر اساس این فرضیه تجویز میشوند که عفونتهای مزمن دوردست و مخصوصاً توکسین‌های میکروبی مربوط با آنها تاثیر زیادی در Hydrops لایبرنت دارند .

۴- درمان آلرژی : این درمان بر اساس این مشاهدات استوار است که آلرژی رل مهمی در ازدیاد قابلیت نفوذ دیواره عروق شعریه

(Increased Permeability of capillary walls)

و پیدایش تورم داخل لایبرنت یعنی Hydrops بازی میکند . تاثیر آلرژی در پیدایش علائم بیماری منیر بقدری است که نه تنها در سابقه این بیماران وجود انواع آلرژی در خود بیمار و یا در فامیل آنها مشاهده شده بلکه بعضی از دانشمندان و مخصوصاً Duke در ۱۹۲۳ نشان دادند که با تزریق بعضی آنتی‌ژنهای غذائی میتوان بطور عملی سرگیجه‌را تولید نمود .

درمان آلرژی بر اساس استعمال داروهای آنتی- هیستامینیک و مصنوعیت بر علیه هیستامین قرار دارد .

۱- درمان با داروهای آنتی هیستامینیک : جزو این سری داروها استفاده از داروهائی مثل Benadryl و Dramamine و Avomine و Phenergen بسیار مفید بنظر میرسند .

۲- رفع حساسیت در مقابل هیستامین یا

Histamine Desensitization بوسیله تزریق تحت جلدی هیستامین و یا داخل وریدی و یا از طریق چکانیدن چند قطره محلول هیستامین در زیر زبان انجام میگردد . Horton و Sheldon مقدار ۱/۹ میلی گرم فسفات اسید هیستامینی را در ۲۰۰ سانتی متر مکعب سرورم فیزیولوژیک ریخته و در ظرف یکساعت و نیم به آهستگی از راه تزریق داخل وریدی تجویز میکنند . در طریق زیرزبانی مقدار ۲/۲۷۵ میلی گرم هیستامین دی فسفات را در یک سانتی متر مکعب آب حل کرده و ۲ تا ۴ قطره از این محلول را با قطره چکان روزی دو مرتبه قبل از غذاها بزیر زبان میچکانند تا جذب شود .

بعضی از محققین معتقدند که تزریق تدریجی هیستامین بطریقه فوق توام با رژیم فورستنبرگ در حدود ۷۰٪ بیماران را درمان میکند .

درمانهای جراحی

درمانهای جراحی بدو دسته درمانهای تخریبی (Destructive) و درمانهای محافظه کارانه (Conservative) تقسیم میشوند :

اول - درمانهای جراحی تخریبی عبارتند از :

۱- درمان با اولتراسون

: (Ultrasound Therapy)

این درمان ابتداء بوسیله Krejei در ۱۹۵۲ و Arslan در ۱۹۵۳ پیشنهاد شده و سپس بوسیله Angell James تکمیل و در ۱۹۶۹ گزارشی منتشر شده که ۴۱۵ عمل جراحی در ظرف ۱۰ سال بوسیله وی انجام و این عمل مورد مطالعه قرار گرفته است . در این درمان پس از انجام يك ماستوئیدکتومی ساده قله جراحی مجرای نیم حلقوی افقی آزاد و با مته برقی سائیده میشود تا يك سایه آبی رنگی که نمایشگر ظهور لایبرنت غشائی در زیر يك لایه نازک استخوانی است ظاهر شود و سپس جریان اولتراسون بوسیله يك الکتروود مخصوص وارد میشود .

نظر باینکه جریان صدا از داخل مایع بخوبی عبور میکند Neuroepithelium اورگانهای حساسه دستگاه وستیبولر خراب میشوند و چون بین دستگاه وستیبولر و کوکله فاصله وجود دارد ممکنست غشاء بازیلر از خراب شدن محفوظ بماند . بدیهی است که چون خطر صدمه به عصب فاسیال که از نزدیکی آن میگردد وجود دارد باید تراشیدن استخوان مجرای نیمه حلقوی بادقت زیاد تحت جریان آب سرد انجام گیرد .

وبلیام هوس عقیده دارد که هرچند جریان اولتراسون دستگاههای حساسه وستیبولر را خراب میکند ولی اضافه بر آن احتمالاً يك فیستول هم بین قسمتهای آندولنف و وپری لنف درست کرده و بدین طریق بین فشار دومایع تعادل برقرار مینماید .

۲- لایبرنتکتومی غشائی

: (Membranous Labyrinthectomy)

که بوسیله Cawthorn , Day پیشنهاد و تکمیل شده عبارتست از باز کردن استخوان ماستوئید و تخریب لایبرنت غشائی پس از باز کردن مجاری نیمه حلقوی افقی و فوقانی بوسیله آسپیراسیون مایع و با درآوردن غشاء لایبرنت . بدیهی است این عمل موقعی انجام میگردد که شنوائی بیمار نیز از کار افتاده و امیدی بدان مترتب نباشد . این عمل را میتوان از طریق باز کردن گوش میانی Tympanotomy و برداشتن استخوان رکابی و تخریب وستیبول غشائی و بجای گذاشتن مجدد استخوان رکابی انجام داد ولی موفقیت از راه ماستوئید اطمینان بیشتری دارد .

۳- قطع عصب وستیبولر

: Vestibular Nerve Section

این عمل که مطمئنترین طریق قطع علائم بیماری منیر میباشد اکثراً از طریق حفره خلفی داخل جمجمه (Posterior Cranial fossa) انجام میگردد . ولی ضمن سالهای اخیر William House از طریق حفره میانی جمجمه (Middle Cranial fossa) و دسترسی از طریق استخوان ماستوئید و از کنار لایبرنت (Translabrynthine approach) بوسیله میکروسکوپ عمل جراحی عصب وستیبولر را قطع میکند و ضمناً با طریقه دوم تمام مجرای Internal Acoustic meatus را نیز میتوان معاینه کرد .

دوم - درمانهای جراحی محافظه کارانه

: (Conservative Surgical Treatments)

۱- سمپاتکتومی گردنی

: Cervical Sympathectomy

در این عمل ابتداء سلسله سمپاتیک گردن در ناحیه گانگلیون ستاره‌ای با محلول گزیلوکائین بیحس شده و سپس از طریق تشریح گردن و کنار زدن عضلات استرنوکلید و ماستوئید از پشت و عضله اسکالنه گانگلیون تحتانی گردن دست یافته و آنرا بر میدارند و بدین طریق از راه Denervate گردن سمپاتیک شریان Vertebral Artery خون به لایبرنت بیشتر میرسد . این عمل بیشتر برای کسانی مفید است که قبلاً نتایج خوب موقتی از درمان با اسیدنیکوتینیک بدست آورده باشند .

۲- ساکولوتومی : Sacculotomy

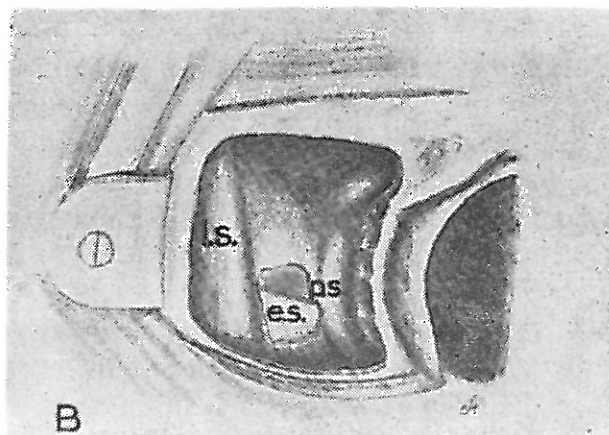
پیشنهاد Von Fick که از طریق سوراخ کردن استخوان رکابی (Stapes Footplate) سعی شود لایبرنت غشائی را سوراخ کرده و از این طریق يك فیستول بین دو مایع لایبرنت ایجاد شود . ولی درست معلوم نیست بجهت علت در این عمل و حتی در درمان با اولتراسون سوراخهایی که در نزدیکی Scala Vestibuli و با در خود وستیبولر و همچنین در عمل Fenestration Operation که سوراخ کوچکی در قله جراحی آمپول مجرای نیمه حلقوی افقی باز میشود اغلب عمل شنوائی نیز از دست میرود .

۳- عمل کودی : Cody Operation

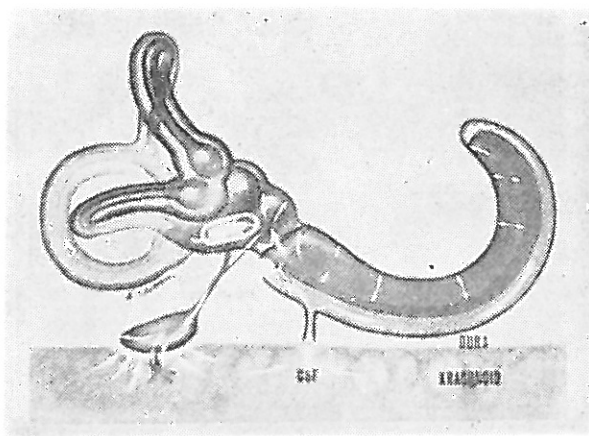
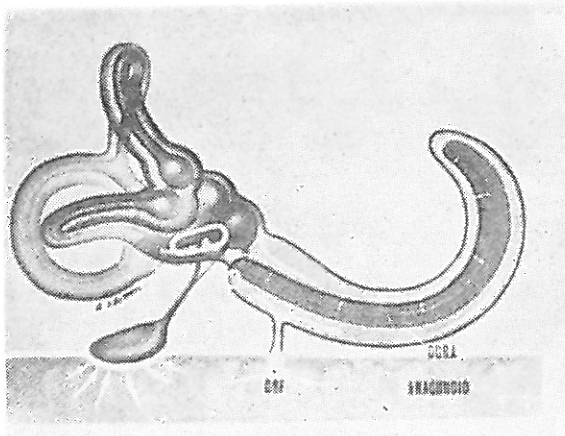
Cody در Mayo clinic اخیراً موفق شده است که از طریق قراردادن يك میخ و یا پونز بسیار ظریف و نازک مخصوصی در کف استخوان رکابی نوك آنرا در مجاورت لایبرنت غشائی قرار دهد که هر وقت فشار آندولنف زیاد شد غشاء در مجاورت نوك میخ قرار گرفته و خودبخود سوراخ میشود و سپس بعد از خروج مقداری مایع آندولنف

۵- ارتباط کیسه آندولنفاتیک با فضای زیر آراکنوئید :Endolymphatic Subarachnoid Shunt

این عمل ابتداء بوسیله George Portmann پیشنهاد شده و سپس بوسیله William House تکمیل شده است . در این عمل پس از بازکردن ماستوئید و تشریح زیرناحیه سینوس لاترال و عریان کردن مجرای نیمه حلقوی خلفی در کف فضای بین این دو عضو کیسه آندولنفاتیک ظاهر شده و پس از شکافتن جدارهای خارجی و داخلی آن با قرار دادن یک لوله مخصوص بسیار نازکی از جنس سیلیکون (silicone) سرلوله را در داخل کیسه و انتهای آنرا در فضای زیر آراکنوئید حفره خلفی جمجمه قرار داده و بدین طریق یک فیستول دائمی بین کیسه آندولنف و فضای زیر آراکنوئید برقرار میکنند . نتایجی که تاکنون از این عمل بوسیله ویلیام هوس منتشر شده (هرچند لوله بعضی اوقات مسدود میشود) رضایت بخش بوده است .



بهنگام عمل جراحی ارتباط بین کیسه اندولنفاتیک با فضای زیر آراکنوئید پس از تشریح استخوان ماستوئید کیسه آندولنفاتیک در قسمت واسط بین قوس مجرای نیمه حلقوی خلفی و سینوس لاترال مشاهده میشود .



نمایش شماتیک گوش داخلی که در آن آکدوکت کوکله و آکدوکت وستیبول و کیسه آندولنفاتیک و قسمتهای دیگر لایبرنت غشائی در حال طبیعی و در بیماری منیر و همچنین محل قرار گرفتن لوله ارتباطی بین کیسه آندولنفاتیک و فضای زیر آراکنوئید نمایش داده شده اند .

و فروکش کردن Hydrops غشاء لایبرنت بمحل اولیه خود باز میگردد و این عیناً بمنزله یک سویاپ اطمینان کار میکند .

۴- جراحی سرد :Cryosurgery

که اخیراً بتوسط William House بمنظور تولید فیستول در لایبرنت غشائی بدون بازکردن لایبرنت انجام است . در این عمل ناحیه پرومونتوار (Promontory) از طریق Tympanotomy با مته برقی کاملاً تراشیده و نازک شده بود و ناحیه بین Saccule و Scala Media با دستگاه مخصوصی منجمد میشود و بدین طریق ممکنست بدون صدمه زدن به دستگاه شنوایی فیستولی در لایبرنت بوجود آید .

BIBLIOGRAPHY

1. J.J. Ballenger: Diseases of the Nose, Throat and Ear; Lea and Febiger, Philadelphia, 1969.
2. William F. House and William Hitselberger: Endolymphatic Subarachnoid Shunt for Meniere's Disease; Arch of Otolaryngology. Vol. 82, August 1965.
3. William House: A theory of production of symptoms of Meniere's Disease; the Otolaryngologic clinic of North America, October 1968.
4. William House: Cryosurgical Treatment of Meniere's Disease; Journal of Cryosurgery 1:210, October 1968.
5. William House: Shunt and other Operations for Hydrops; Arch. of Otolaryngology, Vol. 89, Jan. 1969.
6. The Dizzy Patient - Allergic Aspect; W. Hugh Powers; Am. Laryngological, Rhinological and Otological Soc. Inc., Feb. 3, 1969.
7. Scott-Brown: Diseases of the Ear, Nose and Throat, 3rd Edition, Vol. 2, Butterworth and Co. Ltd., 1971.
8. Harold F. Schuknecht: Meniere's Disease — A correlation of symptomatology and pathology; Am. Laryngological, Rhinological and Otological Soc. Inc. Jan. 11, 1973.
9. Harold F. Schuknecht and Ronald A. McNeill: Light Microscopic Observations on the pathology of Endolymph; the Journal of Laryngology and Otology; Vol. LXXX, No. 1, Jan. 1966.