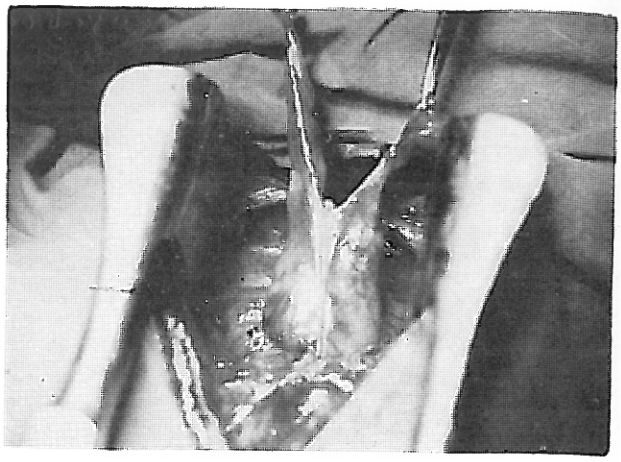
مجله دانشکده پزشکی — دانشگاه ملی ایران
سال اول — شماره چهارم صفحه ۳۱۰ — ۳۱۲

تیمکتومی در نزد بیماران مبتلی به میاستنی گراو

دکتر اکبر مهربان سمیعی * دکتر شهین‌دخت ناصری ** دکتر امان‌الله جهانشاهی ***



وآتروپین داخل وریدی وداخل عضلانی تزریق شد و پس از بازگشت تنفس بیمار بحال طبیعی لوله تراشه برداشته شد .

بیمار بعد ازعمل تحت مراقبت شدید بوده و از همان ساعتهای اول اورا وادار به تنفس عمیق وسرفه‌کرده واز داروهائی که اثر تضعیف‌کننده تنفسی داشت چه‌بعنوان پرمدیکاسیون یا بعداز عمل بهیچوجه استفاده نشد وبیمار احتیاج به‌تراکیاتومی ویا تنفس مصنوعی پیدا نکرد .

در دوران بعد از عمل به‌بیمار لینکوسین تزریق شد و دوره نقاهت کاملا طبیعی بوده است وبیمار دچارعارضه‌ای نگردید . فعلا دوزپروستیگمین بیمار بروزی دو قرص تقلیل داده شده است وبرای پی‌گیری بدرمانگاه مراجعه مینماید .

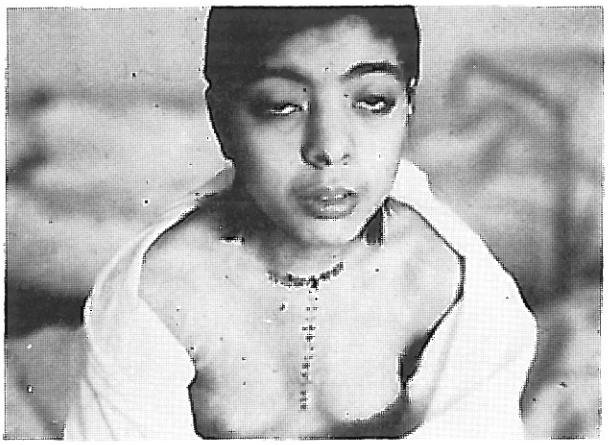
بحث :

همانطور که میدانیم در عضلات بیماران مبتلا به‌میاستنی گراو یك نوع فلج‌که شبیه به‌فلج حاصله ازتزریق شل‌کننده‌های عضلانی غیردپلاریزان میباشد وجود دارد البته محل ضایعه درصفحات عصبی عضلانی میباشد مسائل مهم از نظر بیهوشی این بیماران یکی حساسیت فوق‌العاده زیاد آنها نسبت بشل‌کننده‌های عضلانی بخصوص نوع‌غیردپلاریزان (البته اثر نوع دپلاریزان هم دراینها تبدیل به اثر غیر دپلاریزان میشود) و دیگر عدم حساسیت آنها به‌آنتی‌کلین استرازهاست که بعلت مصرف طولانی وزیاد این داروها انتهای عصبی عضلانی این بیماران حساسیت خود را نسبت باین داروها از دست میدهد یا خیلی کم میشود وبهمین‌دلیل بناچار دوز این داروها را زیاد میکنند که حتی گاهی باعث ایجاد کریزهای کلی نرژیك میشود . با درنظرگرفتن دو مسئله فوق بهتر است داروهای آنتی‌کلین استراز را قبل‌از عمل کاملا از درمان این بیماران حذف کنند ودرصورت پیشرفته‌بودن بیماری عده‌ای معتقدند بیمار را بعداز عمل تراکیاتومی نموده ودر زیر رسپیراتور قرار بدهند (۲، ۳، ٤، ٥) و عده‌ای معتقدند که باین‌ترتیب حساسیت‌این بیماران به‌داروهای آنتی‌کلین استراز زیاد میشود و بعداز عمل ازمصرف مقدار زیاد آن جلوگیری میگردد .

مسئله دیگری‌که ما بآن برخورد میکنیم نارسائی تنفسی واتلکتازی بعداز عمل تیمکتومی است که باعث‌مرگ ومیر دراین بیماران میشود وامروزه با انجام تراکیاتومی بعداز عمل واستفاده از رسپیراتور تقریباً نسبت مرگ ومیر باین علل به‌صفر رسیده است .

میاستنی‌گراو بعقیده عده‌ای یك پدیده خود ایمنی میباشد که در سیر طبیعی آن بهبودی خود بخود نیز مشاهده گردیده است . در گزارش پاپاتستاس و همکارانش (٦) باین مسئله اشاره شده است که فرضیه خود ایمنی با عمل برداشتن غده تیموس مغایرت ندارد چون لنفوسیت هائی‌که دارای خاصیت ایمنی (ایمن‌کننده) میباشد در مراکز تولیدی (جرمینال سنتر) غده تیموس تولید و زیاد میشوند وبرداشتن غده تیموس با از بین بردن این مراکز تولیدی (جرمینال‌ـ سنتر) یك بهبودی دائمی در بیمار ایجاد میکند . همین‌گروه بازهم متذکر میشوندکه درطول دوسال بعد از عمل تیمکتومی ٥٠ درصد بیماران مبتلی به میاستنی گراو نتیجه مطلوب بدست میآورند . همینطور در صد بیمارانیکه نتیجه مطلوب بدست میآورند بتدریج بالاتر میرود بطوریکه در نزد بیمارانیکه طی پنج سال پی‌گیری زنده مانده بودند ۹۰ درصد نتیجه مطلوب از عمل تیمکتومی گرفته بودند . علت اینکه طول زمان زیاد برای بدست آوردن نتیجه مطلوب از برداشتن غده تیموس را وجود لنفوسیت‌هائی‌که برای مدت طولانی در بدن میمانند میدانند . فون کالزرود و همکارانش (۷) در یك سری تیمکتومی که نزد بیماران کمتر از بیست سال انجام دادند نتیجه‌گرفتندکه برداشتن غده تیموس به بهبودی بیماران مبتلی به میاستنی‌گرا و کمك میکند و علت عدم جواب دادن به تیمکتومی را وجود تیموسیت‌ها و لنفوسیت‌هائی که در بدن پراکنده میباشند دانستند . این گروه معتقدند که تا پیداکردن معالجه اساسی برای پدیده خود ایمنی تیمکتومی فعلا بهترین علاج برای درمان بیمارانی میباشد که به دارو جواب نداده و دچار ضعف شدید ، خستگی مفرط محدودیت فعالیت و احتیاج به دوزهای بالا دارو میباشد .

یکی‌از مسائل جراحی در عمل تیمکتومی انتخاب نحوه رسیدن بغده تیموس میباشد که از دو راه امکان پذیر است یکی از راه توراکاتومی استاندارد و دیگری از راه شکافتن استخوان جناغ در خط وسط است (شکل ۳) .



اگر تیمکتومی در مواردی صورت بگیرد که همراه با توموری در مدیاستن باشد که در عکس سینه دیده شود که توده بیك طرف رانده شده است انتخاب شکاف توراکاتومی صلاح است ولی اگر تیمکتومی برای غده اندازه طبیعی صورت میگیرد انتخاب راه استرنوتومی ارجح است چون زوائد فوقانی غده تیموس تا قسمت تحتانی گردن میرسد و کنترل عروقی که وارد قسمت فوقانی میگردند از راه توراکس قدری مشکلتر است .

مسئله‌ایکه در عمل تیمکتومی باید بدان توجه مخصوص داشت نارسائی تنفسی بعد از عمل و احتیاج به تنفس مصنوعی و یا تراکئوتومی میباشد در بعضی از گزارشها بین ۵۰ تا ۷۰ درصد بیماران بعد از عمل احتیاج به تراکئوتومی پیدا کردند که بنظر خیلی زیاد میرسد . درمورد بیماریکه گزارش گردید بعد از عمل تنفس طبیعی بوده و احتیاج به تنفس مصنوعی و یا تراکئوتومی پیدا نشد . گلدستین (۸) در نزد خوکچه هندی با تزریق موادیکه ازعصاره غده تیموس بدست آورد باسم تایمین توانست ضایعات عضلانی ایجادکند . همچنین پیشنهاد شده است که چون میاستنی گراو تغییراتی در غده تیموس ایجاد میکند که باعث صدمه به صفحات عصبی عضلانی میشود و هرچه زمان بیماری طولانی‌تر باشد نتیجه مطلوب از عمل کمتر خواهد شد . در نتیجه در موارد میاستنی گراو تیمکتومی بهتر است هرچه زودتر انجام گیرد .

SUMMARY

A case of myasthenia gravis in a 15 years old girl is presented. The disease was present for 5 years before thymectomy was performed. Indications for thymectomy, preoperative preparation, anesthetic and surgical management is discussed.

REFERENCES

1. Sauerbruch, F. Chirurgie der Brustorgane: Die chirurgie des thymus, Vol. 2. pp. 512-514, Berlin, Springer, 1925.
2. Wylie, W. D. and Churchill-Davidson, H. C. Neurological Disease in relation to anasthesia. A practice of Anesthesia. London, Lloyd-Luke, 1966.
3. Wylie, W. D. and Churchill-Davidson, H. C. Assesment of respiration in muscular weakness. A Practice of Anesthesia. London, Lloyd-Luke, 1966.
4. Barka, A., Afifi, A. and Moalem, M. Neuromuscular effects of halothane and suxamethonium and tubocurarine in a myasthenia undergoing thymectomy. Brit. J. Anaesth. 1971, 43:91.
5. Jenkins, L. C., Chang, J., Graves, H. B. Management of the patient with myasthenia gravis for thymectomy. Survey of Anesthesia, 1966, 10:157.
6. Papatestas, A. E., Alpert, L. I., Osserman, K. E. and others. Studies in myasthenia gravis: Effects of thymectomy; results of 185 patients with nonthymomatous and thymomatous myasthenia gravis 1941-1969. Am. J. Med., 1971, 50:465.
7. Fonkalsrud, E. W., Hermann, C. Jr., and Mulder, D. G. Thymectomy for myasthenia gravis in children. J. Pediat. Surg. 1970, 5:157.
8. Goldstein, G. The thymus and neuromuscular function; a substance in thymus which causes myositis and myasthenic neuromuscular block in guinea pigs. Lancet, 1968, 2:119.