

تقييم نتائج الكي الكيماوي لضخامة القرينات الأنفية

الدكتور مصطفى إبراهيم*

الدكتور يوسف يوسف**

عهد ياسين***

(قبل للنشر في 2006/6/21)

□ الملخص □

استخدم محلول نترات الفضة في كي القرينات الأنفية المتضخمة بتركيزين 10%، 20% للمقارنة بين الفعالية في الحالتين. طبق تركيز 10% على 45 مريضاً وتركيز 20% على 45 مريضاً من كلا الجنسين ممن تتراوح أعمارهم بين 15 - 50 سنة.

تمت مراقبة المرضى سريرياً بعد 4 أيام، 10 أيام، 3 أشهر، 6 أشهر من الكي فتم الحصول على النتائج

التالية:

1- استعمال محلول نترات الفضة في الكي الكيماوي للقرينات الأنفية المتضخمة أعطى نتائج جيدة من حيث الفعالية، خاصة بالنسبة للتركيز 20%.

2- تشكل القشور، النزف الخفيف، الالتصاقات مع الوتيرة بعد الكي حدثوا بالنسب: 33.33%، 22.22%، 14.44% على التوالي.

3- نسبة النكس بعد 6 أشهر بالتركيز 10% هي 47.22% في حين تبلغ 35% بالتركيز 20%.

كلمات مفتاحية: القرينات الأنفية المتضخمة، الكي الكيماوي، نترات الفضة.

* أستاذ - قسم الأذن، الأنف، الحنجرة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا.

** أستاذ - قسم الأذن، الأنف، الحنجرة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا.

*** طالب دراسات عليا - قسم الأذن، الأنف، الحنجرة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا.

Assessment of the Results of Chemical Cautery of Nasal Hypertrophic Turbinates

Dr. Mustafa Ibraheem *
Dr. Yosef Yosef **
Ahed Yaseen ***

(Accepted 21/6/2006)

□ ABSTRACT □

A solution of silver nitrate of two concentrations 10% and 20% was used in the cautery of nasal hypertrophic turbinates to compare the efficiency in the two cases. The concentration 10% was performed on 45 patients, and 20% was also performed on 45 patients of both sexes, whose ages range between 15-50 years. A clinical follow -up of the patients was performed after 4 days, 10 days, 3 months, and 6 months of the cautery.

The results obtained were as follows:

1. The use of silver nitrate solution in the chemical cautery of the nasal hypertrophic turbinates gave good results of efficiency especially for the concentration 20%.
2. Production of crusts, little bleeding, and adhesion with the nasal septum after the cautery happened at the rates: 33.33%, 22.22%, 14, 44%.
3. The average of recurrence after 6 months was 47.22% in the concentration 10%; whereas it was 35% in the concentration 20%.

Keywords: Nasal hypertrophic turbinates, chemical cautery, silver nitrate.

* Professor, Department of Otolaryngology, Faculty of medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

** Professor, Department of Otolaryngology, Faculty of medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

*** Postgraduate Student, Department of Otolaryngology, Faculty of medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

مقدمة:

تعتبر ضخامة القرينات الأنفية من الأمراض واسعة الانتشار في جميع البلدان ففي دراسة إحصائية أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية تبين أن 80 مليون مواطن أمريكي لديه اضطراب ضخامي في القرينات ونصفهم لديهم التهاب أنف تحسسي. (Gerald, 1997). كما يتميز هذا المرض بصعوبة العلاج وسرعة النكس بسبب التداخل الكبير في المسببات واختلاف الاستعداد الشخصي للمرضى، مما جعل الكثير من مراكز البحث في العالم تنفق الأموال الطائلة لوضع معايير علاجية متنوعة للوصول إلى بروتوكول علاجي أفضل.

هدف البحث وأهميته:

الوصول إلى طريقة علاج ناجحة في معالجة ضخامة القرينات الأنفية واسعة الانتشار من خلال تقييم نتائج الكي الكيماوي للقرينات المتضخمة.

مادة وطريقة البحث:

لقد تمت هذه الدراسة على مجموعة من المرضى مؤلفة من (90) مريضاً لديهم ضخامة في القرينات الأنفية لأسباب مختلفة غير مستجيبة على العلاج الطبي المحافظ، وذلك في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية ما بين 1/10/2004م و 1/10/2005م.

تم إجراء كي كيماوي بمحلول نترات الفضة للقرين السفلي، وقد تراوحت أعمار المرضى حسب الجدول رقم

(1):

جدول رقم (1) تصنيف المرضى حسب العمر

عمر المرضى	19 -15	29 -20	39 -30	50 -40
عدد المرضى	18	36	23	13
النسبة المئوية	%20	%40	%25.7	%14.4

من الجدول نلاحظ أن النسبة الأكبر من المرضى هم في العقد الثالث من العمر وأقلهم في العقد الخامس.

أجري للمرضى:

- قصة سريرية مفصلة.

- فحص سريري شامل للأنف.

- فحص شعاعي.

تم تقسيم المرضى حسب الجنس حسب الجدول رقم (2):

الجدول رقم (2) تصنيف المرضى حسب الجنس

جنس المرضى	ذكور	إناث
عدد المرضى	38	52
النسبة المئوية	%42.2	%57.8

يلاحظ من الجدول أن عدد الإناث يفوق عدد الذكور.

- الأعراض السريرية لضخامة القرينات الأنفية:

- انسداد الأنف (وهو العرض الرئيس).
 - سيلان أنفي (عندما يكون السبب التهاب أنف وعائي حركي أو تحسسي).
 - عطاس (عندما يكون السبب التهاب أنف وعائي حركي أو تحسسي)
 - نقص حاسة الشم.
 - حكة أنفية.
 - صداع.
 - شخير.
- (الحجار، 1998).

تم تصنيف المرضى حسب الأعراض السريرية كما هو في الجدول رقم (3):

الجدول رقم (3) تصنيف المرضى حسب الأعراض السريرية

النسبة المئوية	عدد المرضى	الشكوى
100%	90	انسداد الأنف
-	-	سيلان أنفي قيحي
83.33%	75	سيلان أنفي مائي
11.11%	10	صداع
83.33%	75	عطاس
27.78%	25	شخير
2.22%	2	رعاف
42.22%	38	نقص حاسة الشم
37.78%	34	حكة أنفية

من الجدول نلاحظ أن كل المرضى لديهم انسداد أنفي وحوال 83.33% لديهم سيلان أنفي مائي.

تصنيف المرضى حسب طول الفترة الزمنية للإصابة حسب الجدول رقم (4):

الجدول رقم (4) تصنيف المرضى حسب الفترة الزمنية للإصابة

عدد سنوات	عدد أشهر	الفترة الزمنية
55	35	عدد المرضى
61.11%	38.89%	النسبة المئوية

نلاحظ من الجدول أن النسبة الأكبر هي للإصابة المزمنة.

- أسباب ضخامة القرينات الأنفية:
- انحراف وتيرة (ضخامة معاوضة).
- تحسس أنفي.
- التهاب أنف وعائي حركي.
- التهاب أنف وجيوب حاد متكرر.
- التهاب مزمن مجاور للأنف. (الحجار، 1998) .

تم تصنيف المرضى حسب العوامل المؤهبة للضخامة كما في الجدول رقم (5):

الجدول رقم (5) تصنيف المرضى حسب العوامل المؤهبة للضخامة

النسبة المئوية	عدد المرضى	العوامل المؤهبة
3.33%	3	عوامل وراثية
44.44%	40	عوامل مخرشة
7.78%	7	قطرات أنفية مقبضة
5.56%	5	عامل نفسي
4.44%	4	أدوية متناولة

مثال عن الأدوية: خافضات الضغط. (John , 1998).

تم تصنيف المرضى حسب أسباب الضخامة كما في الجدول رقم (6):

الجدول رقم (6) تصنيف المرضى حسب أسباب الضخامة

النسبة المئوية	عدد المرضى	الأسباب
37.78%	34	تحسس أنفي
62.22%	56	التهاب أنف وعائي حركي

الجدير بالذكر أن العوامل المخرشة والقطرات الأنفية المقبضة والعامل النفسي و الأدوية هي عوامل مؤهبة لالتهاب أنف وعائي حركي و أن العوامل الوراثية كانت عوامل مؤهبة للتحسس. (Lan , 1997).
يلاحظ أن النسبة الأكبر هي العوامل المخرشة والتهاب الأنف الوعائي الحركي يليها التهاب الأنف التحسسي.
تم تصنيف المرضى حسب نوع الضخامة للقرينات السفلية كما في الجدول رقم (7):

الجدول رقم (7) تصنيف المرضى حسب نوع الضخامة

نوع الضخامة	احتقانية	ليفية	تحسسية
عدد المرضى	55	1	34
النسبة المئوية	61.11%	1.11%	37.78%

يلاحظ أن النسبة الأكبر من المرضى كان لديهم ضخامة احتقانية.
ملاحظة:

الضخامة اللبغية غير قابلة للتراجع بالفطرات الأنفية المقبضة على عكس الضخامة الاحتقانية.
(إبراهيم، 1999).

من خلال الفحص السريري للأنف:

تضمن الفحص السريري للأنف:

- تنظير الأنف الأمامي.

- تنظير الأنف الخلفي (تم استخدام المرآة البلعومية الأنفية و المنظار الليفي المرن).

1- تنظير الأنف الأمامي:

تم تقييم الموجودات السريرية كما في الجدول رقم (8):

الجدول رقم (8) تقييم الموجودات السريرية حسب تنظير الأنف الأمامي.

النسبة المئوية	عدد المرضى	الموجودات التنظيرية
37.78%	34	شحوب مخاطية القرنيات
62.22%	56	احمرار القرنيات
100%	90	وذمة القرنين السفلي
-	-	ضمور المخاطية
6.67%	6	بوليبات أنفية
-	-	انحراف وتيرة
-	-	قشور أنفية
83.33%	75	مفرزات أنفية مائية

من الجدول نلاحظ أن كل المرضى لديهم وذمة في القرنين السفلي، 37.78% منهم لديهم شحوب في مخاطية القرنيات، 62.22% منهم لديهم احمرار في مخاطية القرنيات.

2- تنظير الأنف الخلفي:

تم تقييم الموجودات السريرية كما في الجدول رقم (9):

الجدول رقم (9) تقييم الموجودات السريرية حسب تنظير الأنف الخلفي.

النسبة المئوية	عدد المرضى	الموجودات التنظيرية
12.22%	11	ضخامة ذنب القرنين
3.33%	3	بوليبات أنفية

بالفحص السريري كانت الضخامة إما شاملة للقرين أو موضوعة كما في الجدول رقم (10):

الجدول رقم (10) تصنيف الضخامة حسب توضعها في القرين

النسبة المئوية	عدد المرضى	مكان الإصابة
16.67%	15	موضوعة (الرأس)
83.33%	75	شاملة للقرين السفلي

يلاحظ أن النسبة الأكبر من الإصابات شاملة للقرين السفلي.

ملاحظة:

ضخامة ذنب القرين كانت مترافقة مع ضخامة شاملة للقرين أي أن 11 مريضاً من المرضى الذين كان لديهم ضخامة شاملة للقرين وعددهم كما رأينا 75 كانت لديهم الضخامة على أشدها في ذنب القرين. بإجراء الفحص الشعاعي للمرضى تم تصنيف الموجودات الشعاعية كما في الجدول رقم (11):

الجدول رقم (11) تصنيف المرضى حسب الموجودات الشعاعية

النسبة المئوية	عدد المرضى	الموجودات الشعاعية
100%	90	تسمك مخاطية القرنيات
7.78%	7	ضخامة ذنب القرين
-	-	انحراف وتيرة

من الجدول نلاحظ أن كل المرضى لديهم تسمك في مخاطية القرنيات.

العلاج:

تم إجراء الكي الكيماوي للقرين السفلي بمحلول نترات الفضة، وقد تم تقسيم المرضى إلى مجموعتين: مجموعة مؤلفة من 45 مريضاً تم علاجها بمحلول تركيزه 10% وأخرى مؤلفة أيضاً من 45 مريضاً تم علاجها بمحلول تركيزه 20% وذلك للمقارنة بين الفعالية في الحالتين.

طريقة العلاج بالكي الكيماوي:

- يتم أولاً تنظيف جوف الأنف جيداً ثم يطبق بخاخ ليذوكائين على جوف الأنف أو يتم وضع قطنة مبللة بمحلول الليذوكائين داخل جوف الأنف.
- بعد ذلك توضع قطنة على حامل قطن وتبلل بمحلول نترات الفضة.
- يفتح المنخر بمفتاح الأنف ثم تطبق القطنة المبللة بمحلول نترات الفضة على مقدمة القرين السفلي وعند وجود ضخامة شاملة للقرين تدخل القطنة إلى مسافة أعمق داخل جوف الأنف على طول القرين.

ملاحظة:

يمكن كي القرينات المتضخمة ببؤورات نترات الفضة أي تركيز 100% بدلا من المحاليل ولكن هذه الطريقة لم تتبع في هذه الدراسة.

النتائج:

تمت مراقبة المرضى بعد إجراء الكي الكيماوي بـ 4 أيام، 10 أيام، 3 أشهر، ثم 6 أشهر. تم جمع المرضى على مدى 6 أشهر ثم مراقبتهم على مدى 6 أشهر كحد أقصى، وذلك لجعل مدة المراقبة موحدة بين جميع المرضى.

جرى تقييم المرضى بالفحص السريري والاستجواب فكانت النتائج كالاتي:
الاختلاطات بعد الكي بـ 4 و 10 أيام حسب الجدول رقم(12):

الجدول رقم(12) يبين اختلاطات الكي الكيماوي

النسبة المئوية	عدد المرضى	الاختلاطات
33.33%	30	تشكل قشور بعد العلاج
23.33%	21	جفاف في مخاطية الأنف
100%	90	وجود ألم وانزعاج خفيف في الأنف بعد العلاج
22.22%	20	حدوث نزف خفيف بعد العلاج
-	-	حدوث وذمة في القرينات بعد العلاج
14.44%	13	تشكل التصاقات مع الوتيرة بعد العلاج

تحسن الأعراض السريرية بعد 10 أيام من الكي الكيماوي بمحلول نترات الفضة ذي التركيز 10% حسب الجدول (13):

الجدول رقم(13) يبين تحسن الأعراض بعد 10 أيام من الكي بمحلول 10%

النسبة المئوية	عدد المرضى	الأعراض
80%	36 (من 45)	تحسن التنفس
72.22%	26 (من 36)	السيلان الأنفي
60%	9 (من 15)	الشخير
66.67%	4 (من 6)	الصداع
72.22%	26 (من 36)	العطاس
70.6%	12 (من 17)	نقص حاسة الشم

من الجدول نرى أنه حدث تحسن في التنفس بنسبة 80% بعد العلاج.

تحسن الأعراض السريرية بعد 10 أيام من الكي بالمحلول ذي التركيز 20% حسب الجدول رقم (14):
الجدول رقم (14) يبين تحسن الأعراض بعد 10 أيام من الكي بمحلول تركيز 20%

الأعراض	عدد المرضى	النسبة المئوية
تحسن التنفس	40 (من 45)	88.89%
السيلان الأنفي	32 (من 39)	82%
الشخير	5 (من 10)	50%
الصداع	3 (من 4)	75%
العطاس	32 (من 39)	82%
نقص حاسة الشم	18 (من 21)	85.7%

من الجدول نرى أنه حدث تحسن في التنفس بنسبة 88.89% بعد الكي.
من الجدولين السابقين نلاحظ أن هناك بشكل عام فرقاً في النتائج لصالح التركيز 20%.
- النكس بعد 3 أشهر:

الجدول رقم (15) يبين النكس بعد 3 أشهر من الكي

النكس بعد 3 أشهر	عدد المرضى	النسبة المئوية
تركيز 10%	10 (من 36)	27.78%
تركيز 20%	8 (من 40)	20%

- النكس بعد 6 أشهر:

الجدول رقم (16) يبين النكس بعد 6 أشهر من الكي

النكس بعد 6 أشهر	عدد المرضى	النسبة المئوية
تركيز 10%	17	47.22%
تركيز 20%	14	35%

في معظم الحالات كان المرضى الناكسون مرضى تحسس أنفي، مدخنين.

المناقشة:

- 1- إن الكي الكيماوي وسيلة آمنة وسهلة الاستخدام في العيادات، وقد أعطى نتائج جيدة، خاصةً للتركيز 20%، وذلك من حيث الفعالية بعد العلاج بـ 10 أيام، 3 أشهر، 6 أشهر على التوالي.
- 2- تشكل القشور، جفاف المخاطية والألم الخفيف بعد الكي حدثوا بالنسب: 33.33%، 23.33%، 100% على التوالي.

- 3- حدث نزف خفيف والتصاق مع الوتيرة الأنفية بعد العلاج بالنسب: 22.22%، 14.44% على التوالي. إذا الاختلاطات كانت قليلة نسبياً.
- 4- نسبة تحسن التنفس: 80% بالتركيز 10%، 88.89% بالتركيز 20%.
- 5- نسبة تحسن السيلان الأنفي والعطاس 72.22% بالتركيز 10% في حين تبلغ 82% بالتركيز 20%. بالمقارنة مع دراسة عالمية: تم كي 52 مريضاً التهاب أنف وعائي حركي بمحلول نترات الفضة تركيزه 20% في مشفى الأردن الجامعي، عمان. الأعراض الموجودة كانت السيلان الأنفي والعطاس. نسبة التحسن كانت 88.5%. (Al-samarrae, 1991).
- 6- نسبة النكس بعد 3 أشهر: 27.78% بالتركيز 10%، 20% بالتركيز 20%.
- 7- نسبة النكس بعد 6 أشهر: 47.22% بالتركيز 10%، 35% بالتركيز 20%، إن معظم المرضى الناكسين كانوا مرضى تحسس أنفي، مدخنين. بالمقارنة مع طرق أخرى:
- استخدم CO2 ليزر في علاج انسداد الأنف الناجم عن فرط تنسج القرين السفلي، و تم مقارنته مع استخدام الكي الكهربائي: 22 مريضاً ليزر و 20 مريضاً كي كهربائي. تم التقييم الشخصي للمرضى خلال أسبوعين - ثلاثة أشهر - ستة أشهر. في نهاية فترة الدراسة مجموعة الليزر أظهرت تحسن مهم في الجريان الهوائي الأنفي بنسبة 91% مقابل 75% للكي الكهربائي، أما في دراستنا فكانت النسبة بالتركيز 20% (40-14/45)=60% (2001, Sani).
- تم علاج 76 مريضاً لديهم ضخامة قرينات سفلية بـ CO2 ليزر تحت التخدير الموضعي. كل المرضى كانوا معندين على العلاج الطبي، 52% منهم كان لديهم التهاب أنف تحسسي و 48% التهاب أنف وعائي حركي، وقد توبعوا لمدة سنة. بعد ستة أشهر كانت نسبة تحسن جريان الهواء 86% وبعد سنة كانت النسبة 76% (2000, Janda).

استنتاجات وتوصيات:

- 1- ضخامة القرينات الأنفية بمختلف أسبابها مرض واسع الانتشار في جميع البلدان بسبب انسداد أنفي وأعراض أخرى مزعجة للمريض لذا يجب عدم إهمالها.
- 2- اللجوء إلى العلاج الطبي المحافظ الموجه نحو السبب وفي حال فشله نلجأ إلى العلاج بالكي.
- 3- العلاج بالكي الكيماوي آمن و سهل الاستخدام في العيادات تحت التخدير الموضعي، وقد أعطى نتائج جيدة وإن كانت هناك طرق أخرى أفضل.
- 4- العلاج بمحلول نترات الفضة ذي التركيز 20% أبدى أفضلية على العلاج بالمحلول ذي التركيز 10%.
- 5- ضرورة الابتعاد عن العوامل المحسنة بعد كشفها.
- 6- ضرورة الإقلاع عن التدخين لأنه أحد عوامل النكس.

المراجع:

- 1- AL-SAMARRAE, S. - *Treatment of vasomotor rhinitis by the local application of silver nitrate*, Internet, Jordan, 1991, 1p.
- 2- GERALD, M. - *English Otolaryngology*, Revised edition, Lippincott – Raven publishers – Philadelphia, New York, 1997, Volume 2, 543 p.
- 3- JANDA, P. ; SROKA, R. ; TAUBER, S. ; BAUMGARTNER, R. ; GREVERS, G. ; LEUNIG, A. - *CO2 Laser treatment of hyperplastic inferior nasal turbinates*, Internet, Germany, 2000, 1p.
- 4- JOHN, J. BALLENGER - *Diseases of the Nose, Throat, Ear, Head & Neck*, Fourteenth Edition, U.S.A., 1991, 1223 p.
- 5- LAN, S. MACKAY ; T.R. BULL - *Scott-Brown,s Otolaryngolgy*, Sixth dition, Butterworth-Heinemann, U.K., 1997, Volume 4, 451p.
- 6- SANI, A. ; PRIMOHARSA, P. - *Swiftlase assisted CO2 Laser ablation in the treatment of nasal obstruction due to hypertrophy of the inferior turbinates*, Internet, Malaysia, 2001,1p.
- 7- الحجار، محمد أكرم - *أمراض الأذن والأنف والحنجرة والرأس والعنق وجراحاتها*، الطبعة الثانية، جامعة دمشق، سوريا، 1998 ، 535 صفحة.
- 8- ابراهيم، مصطفى ؛ الرستم، محمد ؛ يوسف، يوسف ؛ العلوني، فايز - *أمراض الأذن والأنف والحنجرة وجراحاتها*، الطبعة الأولى، جامعة تشرين، سوريا، 1999، 269 صفحة.