بسم الله الرحمن الرحیم

درسنامه استارت

گوش و حلق و بینی

تیم تالیف گروه مدمشاور

توجه: در کنار این درسنامه، اطلس تمام تصاویر با کیفیت بالا به صورت یک فایل pdf در اختیارتون قرار خواهد گرفت. برای دریافت این اطلس کد زیر را اسکن کنید و یا به کانال تلگرامی مدمشاور مراجعه کنید.

فصل ۱

گوش و حلق و بینی عمومی

رویکرد به بیمار گوش و حلق و بینی و جراحی سر و گردن

معاینه آندوسکوپی

- اگر معاینه با آینه، اطلاعات کافی از نازوفارنکس، هیپوفارنکس یا حنجره را ارائه ندهد، نازولارینگوسکوپی فیبر اپتیک انعطاف پذیر انجام می‌شود.
- معمولاً احتقان بینی با اکسی متازولین یا فنیل افرین رفع می‌شود.
- اسپری پونتوکائین یا لیدوکائین موضعی برای بیهوشی استفاده می‌شود.
- ژل Surgilube برای کاهش تحریک مخاطات بیمار مفید است.
- بهتر است بیمار در حالت نشسته معاینه شود.
- ابتدا نازوفارنکس از نظر توده یا عدم تقارن، هیپرتروفی آدنوئید و عفونت ارزیابی می‌شود. (در آپنه خواب، وجود کلاپس قدامی خلفی یا جانبی ناحیه رتروپالاتال مشاهده می‌شود). سپس قاعده زبان، والکولا، اپی گلوت، سینوس‌های پیریفورم، آریتنوئیدها و تارهای صوتی بررسی می‌شود.

نکته: درخواست از بیمار برای سرفه کردن، استشمام کردن و صدا زدن، ناهنجاری‌های حرکتی تارهای صوتی را آشکار می‌کند همچنین اگر بیمار گونه‌ها را پف کند (بازدم با لب‌ها و کام بسته) سینوس‌های پیریفورم ممکن است بهتر دیده شوند.

تصویربرداری تشخیصی از سر و گردن

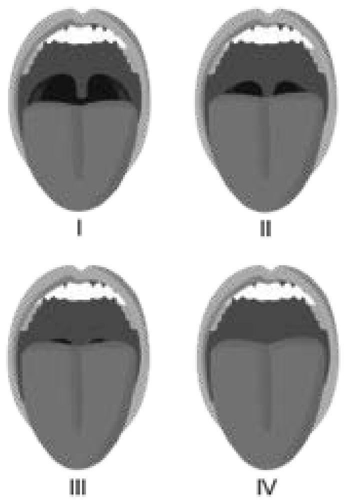
سی تی اسکن

- سی تی اسکن یک روش عالی برای مرحله بندی تومورها و شناسایی لنفادنوپاتی است.
- سی تی اسکن با وضوح بالا ممکن است در موارد ضربه به سر، گردن، ساختارهای حنجره، استخوان‌های صورت و استخوان تمپورال استفاده شود.
- CT استخوان تمپورال برای ارزیابی بیماری گوش میانی و ماستوئید استفاده می‌شود.

نکته: CT سینوس پارانازال تست استاندارد طلایی برای ارزیابی وجود و میزان رینوسینوزیت و بسیاری از عوارض آن است.

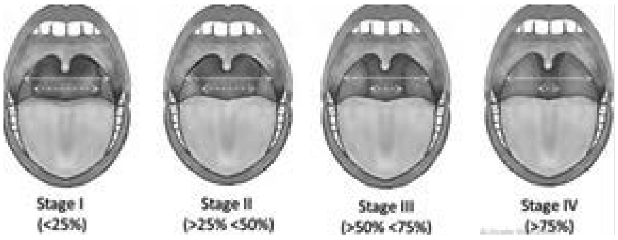
بیشتر از ۱۱ ممکن است با OSA مرتبط باشد.

- دور گردن در مردان ≤ ۱۷ اینچ (≤ ۴۳ سانتی متر) و در زنان ≤ ۱۵/۵ اینچ (≤ ۳۹ سانتی متر) پیش بینی کننده OSA است.
- در این بیماران امتیاز Mallampati باید محاسبه شود:



کلاس ۱	کام نرم، اوولا، قوس faucialو ستون‌ها قابل مشاهده است
کلاس ۲	کام نرم، قسمتی از اوولا و قوس faucial قابل مشاهده است
کلاس ۳	کام نرم و قاعده اوولا قابل مشاهده است
کلاس ٤	فقط کام سخت قابل مشاهده است

- در این بیماران grading تونسیل‌ها باید انجام گیرد:



صفر	لوزه‌ها وجود ندارد
یک	لوزه‌ها کمتر از ۲۵ درصد فضای بین ستونی را اشغال‌می‌کنند
دو	لوزه‌ها ۲۶ تا ۵۰ درصد فضای بین ستونی را اشغال‌می‌کنند
سه	لوزه‌ها ۵۱ تا ۷۵ درصد فضای بین ستونی را اشغال‌می‌کنند
چهار	لوزه‌ها بیش از ۷۵ درصد فضای بین ستونی را اشغال می‌کنند

برای رد نارسایی قلبی سمت راست، عکس رادیوگرافی قفسه سینه باید انجام شود.

- تست آزمایشگاهی ضروری نیست.
- نازوفارنگوسکوپی فیبر اپتیک انعطاف‌پذیر می‌تواند برای ارزیابی فضاهای رتروپالتال و خلف زبان برای باریک شدن یا کلاپس دینامیک مفید باشد. مانور مولر (دم با دهان و بینی بسته) برای ارزیابی کلاپس احتمالی مفید است.
- آندوسکوپی با سدیشن دارویی (DISE) پیش بینی کننده بهتری برای مکان‌های آناتومیک احتمالی انسداد است.
- پلی سومنوگرافی شبانه (PSG) یا مطالعه خواب، استاندارد طلایی برای تشخیص و تعیین کمیت آپنه انسدادی خواب است.
- پارامترهای معمول در یک مطالعه خواب شامل مشاهدات حرکت چشم برای تشخیص خواب REM، EEG، مانیتور دیواره قفسه سینه و شکم، اندازه‌گیری جریان هوای بینی و دهان، ECG، الکترومیوگرام و اکسیمتری است.

نکته: آپنه انسدادی به عنوان یک رویداد آپنه همراه با افزایش تلاش تنفسی در سراسر بدن تعریف می‌شود. آپنه مرکزی، آپنه بدون تلاش تنفسی مرتبط است. آپنه مختلط به صورت مرکزی شروع می‌شود، اما سپس تلاش تنفسی از سر گرفته می‌شود.

(اگر ترومای مکرر به دلیل اندازه ضایعه ایجاد شود) انجام گردد.

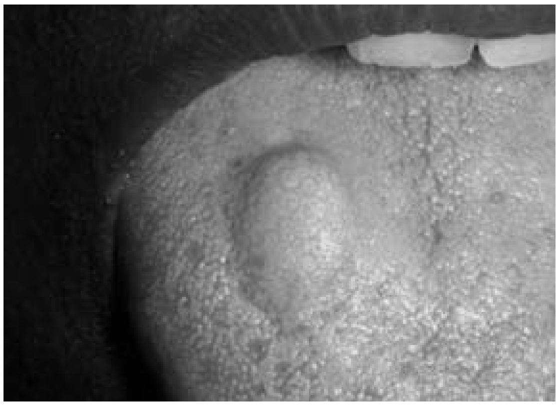
۳. اپولیس مادرزادی (Congenital epulis)

- یک ضایعه خوش‌خیم است که در امتداد ناحیه آلوئولار در نوزادان دختر ایجاد می‌شود.
- اکسیزیون ساده ممکن است برای راحتی بیمار یا برای مقاصد تشخیصی انجام شود.

٤. همانژیوم مویرگی لوبولار (گرانولوم پیوژنیک)

- به عنوان یک نئوپلاسم عروقی خوش‌خیم طبقه بندی می‌شود. ممکن است در هر سطح مخاطی دیده شود.
- ارتباط با بارداری وجود دارد.
- برداشتن ساده ضایعه درمان انتخابی است، اما عود شایع می‌باشد.

۵. تومور سلول گرانولار



- یک نئوپلاسم خوش‌خیم است که منشا آن سلول‌های شوان است.
- آنها اغلب در قسمت پشتی زبان تشکیل می‌شوند و ممکن است اندوراسیون خفیفی در اطراف داشته باشند.
- برداشتن ساده ضایعه معمولاً درمانی است.

٦. لکوپلاکی مویی دهان

- روی زبان، اغلب در قسمت جانبی رخ می‌دهد و به صورت پلاک‌های سفید خشن ظاهر می‌شود.
- این بیماری توسط EBV ایجاد می‌شود و اغلب در بیماران دچار نقص ایمنی رخ می‌دهد.
- به طور معمول بدون علامت است، اما گاهی اوقات ممکن است ناراحتی خفیف یا تغییر مزه غذا وجود داشته باشد.
- درمان خاصی مورد نیاز نیست.

- پنج درصد از بیماران مبتلا به سندرم شوگرن به یک بدخیمی لنفوئیدی مبتلا خواهند شد که معمولاً لنفوم غیر هوچکین است.

نکته: در اختلالات خوش‌خیم ادنتوژنیک و دهان، در صورت وجود نگرانی در مورد عمق ضایعه، درگیری ساختارهای عمیق تر، یا نزدیکی به ساختارهای حیاتی یا اگر نگرانی از بیماری زیرمخاطی وجود داشته باشد، CT و MRI کمک کننده هستند.
نکته: پاپیلوم سنگفرشی شایع ترین ضایعه پاپیلری مخاط دهان است.

اختلالات مفصل تمپورومندیبولار (TMJ)

اپیدمیولوژی

- بیماری‌های TMJ در زنان شایع تر است.
- بیشترین میزان بروز در بین جوانان ۲۰ تا ۴۰ ساله است.

تشخیص

- علائم و نشانه‌ها شامل درد مفصل، درد گوش، قفل شدن مفصل، کرپیتوس، حساسیت و اسپاسم عضلات جونده است. سردرد، گردن درد و حساسیت دندان و سابقه کم خوابی یا سایر اختلالات خواب نیز شایع است.
- در تشخیص افتراقی، اوتیت خارجی، اوتیت میانی، و درد گوش ارجاعی مانند بدخیمی حنجره یا حلق باید مدنظر باشد همچنین اختلالات TMJ ممکن است با میگرن اشتباه گرفته شود، یا ممکن است این اختلالات همزمان وجود داشته باشند.
- حرکت فک ممکن است در بیماری TMJ کاهش یابد. دامنه حرکت طبیعی برای باز کردن ۵ سانتی متر است.
- تصویربرداری (CT و MRI) قبل از جراحی توصیه می‌شود.

پاتولوژی

بیماری TMJ به ۲ دسته تقسیم می‌شود:

۱. Myogenous

- بیش فعالی و اختلال در عملکرد عضلانی ناشی از بسته نشدن کامل دندان‌ها روی هم.
- عوامل روانی ممکن است نقش داشته باشند، مانند اضطراب.

۲. Articular

- اختلال عملکرد مفصل مربوط به (الف) جابجایی دیسک منیسک یا (ب) بیماری هایی که باعث تغییرات دژنراتیو در آناتومی مفصل می‌شوند.
- جابجایی منیسک شایع ترین علت است.
- جابجایی غیر طبیعی قدامی نوار خلفی بین کندیل و برجستگی استخوان، منجر به علائم می‌شود.
- بیش فعالی و اسپاسم عضلانی در این شرایط، ثانویه به اختلال مفصلی است.
- شرایطی که باعث تغییرات دژنراتیو در آناتومی مفصل می‌شود شامل آرتریت روماتوئید، بیماری دژنراتیو مفصل، آنکیلوز، دررفتگی، عفونت، تروما، ناهنجاری‌های مادرزادی و نئوپلاسم است.

درمان مدیکال

- استراحت مفاصل، ضد التهاب‌ها، شل کننده‌های عضلانی، اسپلینت‌های دندانی / محافظهای شبانه.
- فیزیوتراپی که باعث تثبیت مفصل و بازگرداندن تحرک، قدرت، استقامت و عملکرد آن می‌شود.
- داروی ضد التهابی مثل ایبوپروفن و ناپروکسن به مدت ٤ هفته، سپس taper آن ها.
- شل‌کننده‌های‌عضلانی‌مثل‌دیازپام‌وسیکلوبنزاپرین
- اونابوتولینوم توکسین A (بوتاکس)

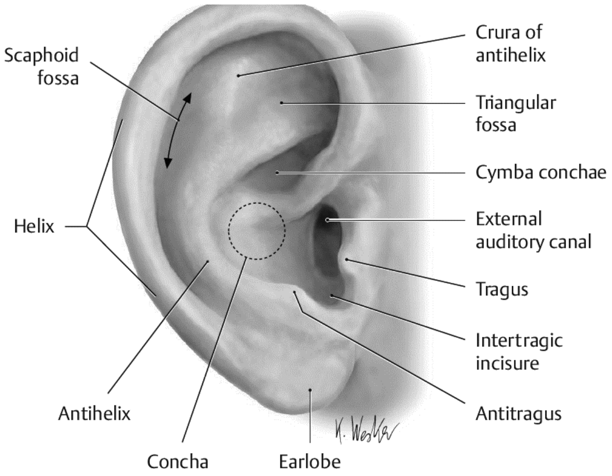
فصل دوم

گوش

آناتومی گوش

گوش خارجی

- اوریکل و مجرای شنوایی خارجی (EAC) به عنوان گوش خارجی شناخته می‌شوند.
- قسمت‌های مختلف اوریکل را مشاهده می‌فرمایید:



- EAC در یک سوم لترال، غضروفی و دو سوم مدیال، استخوانی است.

> نکته: EAC حاوی غضروف فیبرو است، نه غضروف الاستیک.

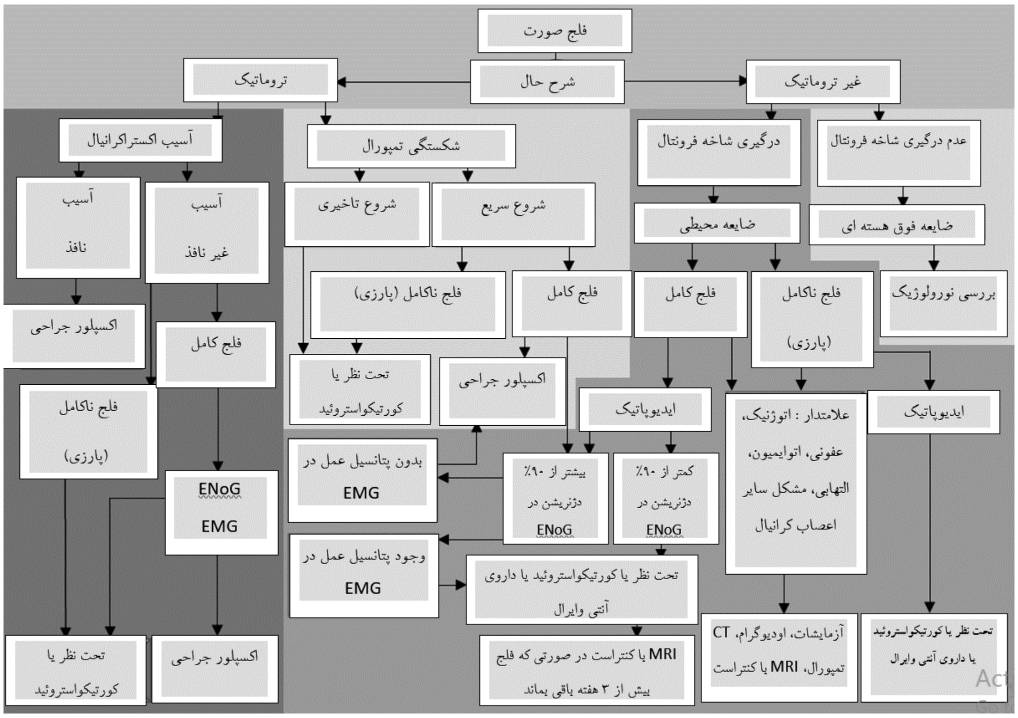
- پوست پوشش غضروفی EAC ضخیم با فولیکول‌های مو و غدد سباسه و سروموسینوس است. پوست میانی نازک و بدون هیچ گونه ساختار آدنکس یا بافت زیر جلدی و بسیار حساس به درد است و تنها محل در کل بدن است که پوست مستقیماً روی پریوست قرار دارد.
- EAC توسط عصب تری ژمینال، شبکه گردنی (عصب گریتر اوریکولار)، عصب واگ و عصب فاسیال، عصب دهی می‌شود.

> نکته: ۲ تعریف زیر را بخاطر بسپارید:
>
> - رفلکس آرنولد زمانی رخ می‌دهد که دستکاری کانال گوش باعث سرفه شود.
> - علامت Hitzelberger بی حسی در قسمت خلفی EAC به دلیل اختلال در عملکرد عصب صورتی ناشی از تومور زاویه cerebellopontine است.

- TM (پرده تیمپان) دارای یک لایه میانی فیبری منظم است و به عنوان pars tensa شناخته می‌شود. در سطح شکاف تمپان و بالاتر، لایه فیبری میانی کمتر سازمان یافته است و به pars flaccida معروف می‌باشد. فضای Prussak در سطح pars flaccida است که از طرف جانبی توسط TM و از وسط توسط گردن مالئوس محدود شده است و محل رتراکسیون و تشکیل کلستئاتوم است.

تشخیص

- بیماران اغلب درد و بی حسی اطراف گوش، هیپراکوزیس و دیسژئوزی را گزارش می‌کنند. ۷۰ درصد از بیماران یک بیماری ویروسی قبلی دارند.
- اگر قسمت فوقانی صورت درگیر نباشد، باید به علل مرکزی مشکوک شد.
- به الگوریتم اپروچ به فلج صورت دقت فرمایید (بسیار مهم):



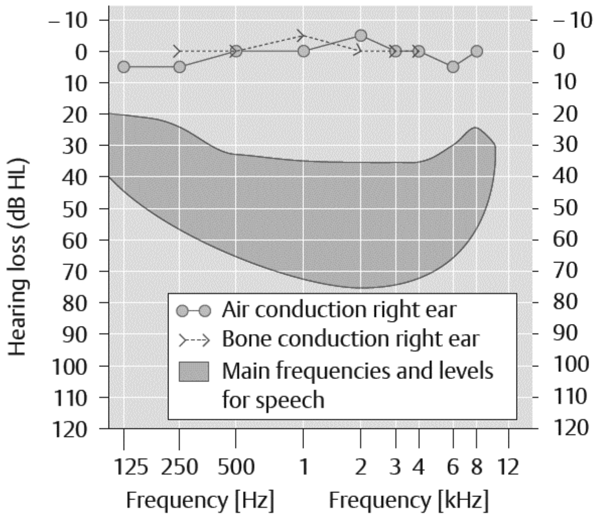
نکته: فلج عصب فاشیال ایدیوپاتیک با رد سایر علل تشخیص داده می‌شود:
هرپس زوستر اوتیکوس (سندروم رمسی هانت) با درد شدید گوش، درگیری عصب ۸ و وزیکول مشخص می‌شود.

- سندرم ملکرسون-روزنتال شامل حملات مکرر فلج فاشیال یک طرفه همراه با ادم صورت و شکاف زبان است.
- فلج فاشیال در بیماری لایم رخ می‌دهد و ممکن است دو طرفه باشد.
- اوتیت میانی حاد و مزمن با یا بدون کلستئاتوم و اوتیت خارجی نکروزان یا بدخیم نیز می‌تواند باعث فلج حاد فاشیال شود
- اگر بعد از ۲ تا ۳ ماه هیچ بهبودی علامتی وجود نداشته باشد یا فلج با شروع آهسته یا عود مشخص شود، باید نئوپلاسم را رد کرد.

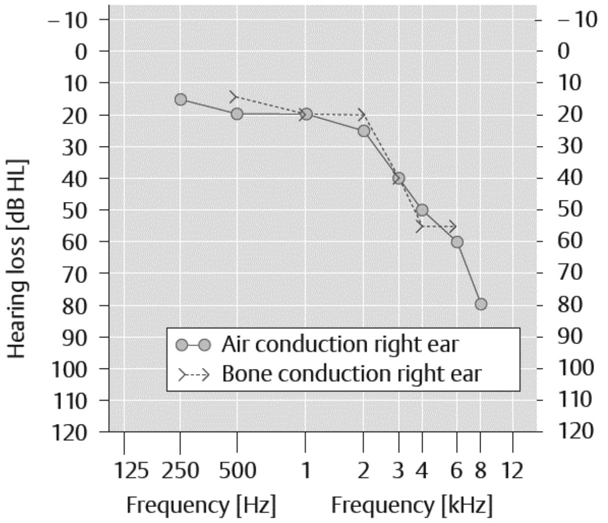
تست‌ها و آزمایشات

- در صورت وجود شکایات گوش و یا فلج طولانی فاشیال، ادیوگرافی توصیه می‌شود.
- عدم تقارن در شنوایی ممکن است حاکی از آن باشد که حلزون، رتروکوکلئار یا زاویه cerebellopontine درگیر است.
- تصویربرداری به طور معمول در ابتدا انجام نمی‌شود مگر در موارد شک به بدخیمی که MRI با و بدون کنتراست انجام می‌گیرد.
- اگر انهنسمنت در طول مسیر داخل گیجگاهی عصب وجود داشته باشد، سی تی اسکن استخوان تمپورال بدون کنتراست کمک کننده است.
- اگر فلج طی ۳ ماه هیچ نشانه ای از بهبودی نشان نداد، تصویربرداری توصیه می‌شود.

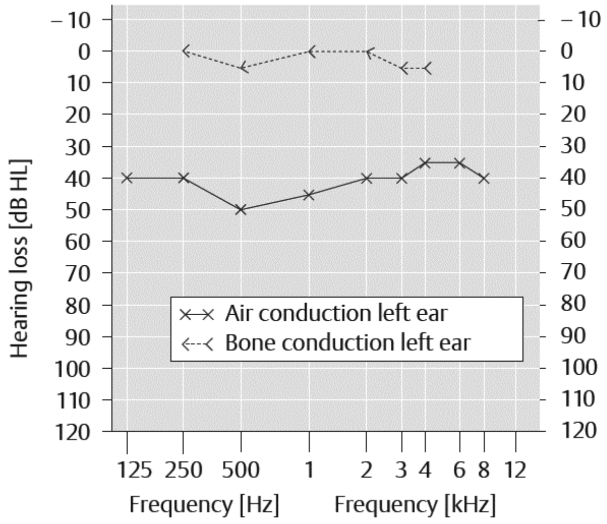
ادیوگرام puretone نرمال:



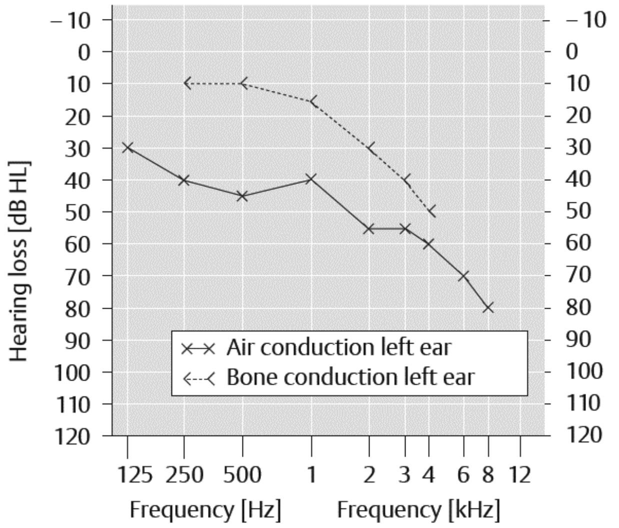
ادیوگرام در اختلال حسی عصبی:



ادیوگرام در اختلال هدایتی:



ادیوگرام در اختلال مختلط (mixed):



- در نوع حسی عصبی، آستانه‌های هدایت استخوانی معمولاً با هوا برابر است و این از دست دادن ممکن است به دلیل اختلال عملکرد در حلزون گوش، CN VIII یا مسیرهای مرکزی باشد.
- نمره تشخیص کلمه پایین (Speech)، به خصوص در همراهی با عدم تناسب با آستانه pure tone، پاتولوژی احتمالی رتروکوکلر، مانند تومور آکوستیک را مطرح می‌کند.

- بیماران کاهش شنوایی، مشکل در درک گفتار در محیط‌های پر سر و صدا و گاهی اوقات وزوز گوش را گزارش خواهند کرد.

نکته: در بزرگسالان با افیوژن مداوم و یک طرفه گوش میانی، نازوفارنگوسکوپی برای رد توده نازوفارنکس که باعث اختلال عملکرد لوله شنوایی می‌شود باید انجام گیرد.

- اتوسکوپی پنوماتیک می‌تواند در تعیین تحرک TM کمک کند.

نکته: سی تی اسکن زمانی انجام می‌شود که ترشح مزمن از گوش وجود دارد (مثلاً اوتیت میانی مزمن)، شواهدی از کلستئاتوم یا ضایعه توده ای در EAC یا گوش میانی وجود داشته باشد یا علت CHL نامشخص باشد. سی تی را می‌توان برای برنامه ریزی جراحی نیز انجام داد (به عنوان مثال، ترمیم آترزی)

- تست وبر به سمت گوش با CHL لترالیزه می‌شود.
- بسته به درجه CHL، تست رینه هدایت استخوان را بیشتر از هدایت هوا نشان می‌دهد («رینه منفی»).

نکته: در این بیماران، رفلکس‌های صوتی نباید وجود داشته باشد. اگر رفلکس‌های صوتی در بیمار مبتلا به کم شنوایی هدایتی وجود داشته باشد، باید به از هم گسیختگی کانال نیم‌دایره‌ای فوقانی (superior semicircular canal dehiscence) مشکوک شد. در این مورد، آزمایش cVEMP می‌تواند مفید باشد.

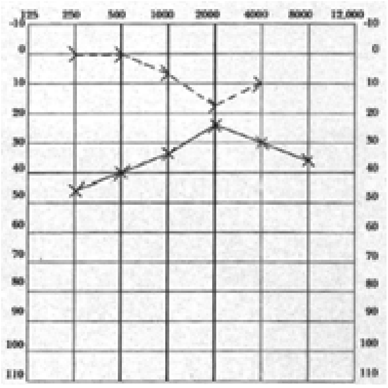
درمان

- بسته به علت ایجاد کاهش شنوایی هدایتی، میتواند متنوع باشد.
- مداخله جراحی به طور بالقوه می‌تواند شنوایی را در صورت وجود ABG قابل توجه، بهبود بخشد.

اتواسکلروز

- اتواسکلروز فرآیندی است که در آن استخوان رکابی با رشد بیش از حد، تحرک خود را از دست می‌دهد.
- معمولاً در اوایل دهه بیست یا بعد از دهه پنجاه خود را نشان می‌دهد.

نکته: اتواسکلروز معمولاً باعث ایجاد کم شنوایی هدایتی (CHL) با افت مشخص در سطوح حسی عصبی در فرکانس ۲ کیلوهرتز می‌شود که به نام بریدگی Carhart شناخته می‌شود.



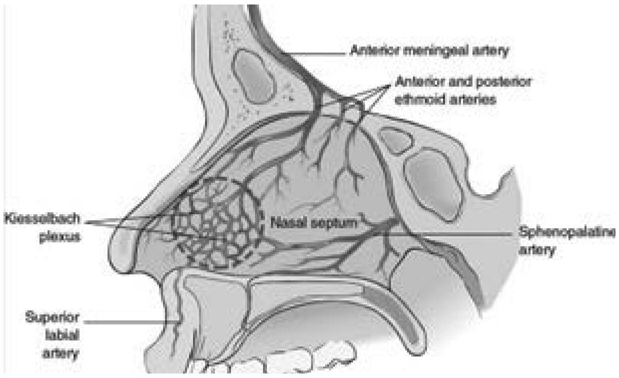
- بیماران ممکن است وزوز گوش و کاهش شنوایی پیشرونده در یک یا هر دو گوش داشته باشند.
- اتواسکلروز اولیه را می‌توان با مکمل فلوراید مدیریت کرد، اما اغلب CHL پیشرفت می‌کند و استاپدکتومی یا استاپدوتومی در این موارد مفید است.

فصل سوم

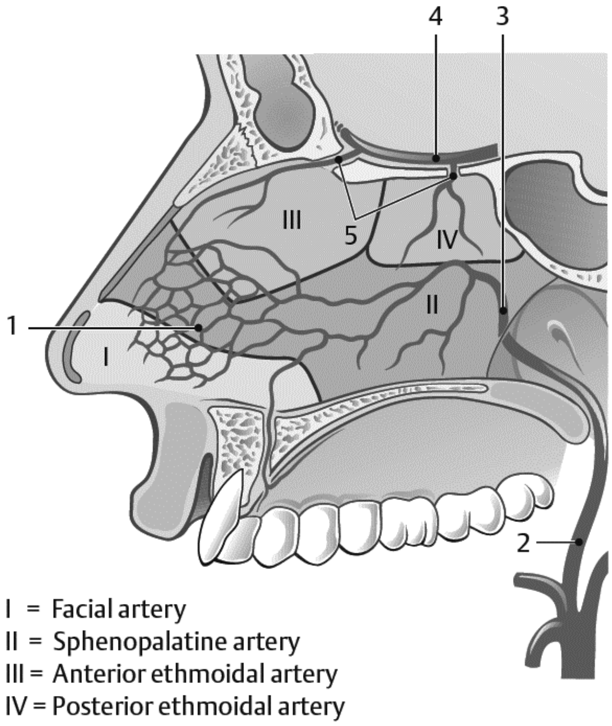
بینی

آناتومی و فیزیولوژی بینی و سینوس‌های پارانازال

- مجرای نازولاکریمال به داخل مئاتوس تحتانی باز می‌شود.
- سینوس‌های فرونتال و ماگزیلاری و سلول‌های هوای اتموئیدی قدامی از طریق مئاتوس میانی تخلیه می‌شوند.
- سلول‌های هوای اتموئیدی خلفی از طریق مئاتوس فوقانی تخلیه می‌شوند.
- ناحیه کسلباخ (لیتل) در سپتوم قدامی، آناستوموزهای سطحی عروق را تشکیل می‌دهد.



- شاخه‌های کاروتید خارجی، بینی را از خارج (از طریق شریان فاشیال) خونرسانی می‌کنند و شریان ماگزیلاری از جمله شریان اسفنوپالاتین از داخل این کار را انجام می‌دهد.
- شاخه‌های کاروتید داخلی از طریق شریان افتالمیک به شریان‌های اتموئیدی قدامی و خلفی می‌رسد.
- در عکس زیر: ۱. منطقه کیسلباخ. ۲. شریان ماگزیلاری داخلی. ۳. شریان اسفنوپالاتین. ٤. شریان چشمی. ۵. شریان‌های اتموئید قدامی و خلفی است.



- تخلیه وریدی از طریق وریدهای فاشیال و همچنین وریدهای افتالمیک اتفاق می‌افتد و به گسترش هماتوژن داخل جمجمه‌ای عفونت مربوط می‌شوند.

عوارض داخل جمجمه ای سینوزیت

مقدمه

- گسترش ممکن است از طریق استئومیلیت، تروما، یا وریدها رخ دهد و شامل مننژیت، ترومبوز سینوس دورال و آبسه داخل جمجمه است.
- معمولاً منشا آن سینوس فرونتال است، اگرچه سینوزیت اتموئید یا اسفنوئید نیز می‌تواند منجر به گسترش داخل جمجمه شود.

تشخیص

- بیمار مبتلا به مننژیت با منشا بینی، علائم و نشانه‌های معمول مننژیت باکتریایی را نشان می‌دهد. که عبارتست از تب بالا، فتوفوبیا، حالت تهوع و استفراغ، تغییر وضعیت ذهنی، سفتی گردن، و تغییرات نبض و فشار خون.
- علائم آبسه اپیدورال یا ساب دورال بدون مننژیت ممکن است خفیف تر باشد. تب و سردرد ممکن است وجود داشته باشد اما غیر اختصاصی است. معمولاً علائم کانونی وجود ندارد. علائم تحریک مننژ ممکن است به تدریج ایجاد شود.
- آبسه پارانشیمی مغز با منشاء راینولوژیک (آبسه لوب فرونتال) ممکن است در ابتدا علائم کمی داشته باشد. با این حال، ممکن است از سردرد به علائم افزایش فشار داخل جمجمه، استفراغ، ادم پاپی، گیجی، خواب آلودگی، برادی کاردی، و کما تبدیل شود.
- ترومبوفلبیت سینوس کاورنوس منجر به تب‌های شدید، لرز، پروپتوز، کموز، کاهش حدت بینایی و کوری و فلج عضلانی خارج چشمی می‌شود.
- هر دوی CT و MRI معمولا انجام می‌شوند.
- LP در بیمار مبتلا به مننژیت احتمالی، پس از گرفتن سی تی اسکن، باید انجام گیرد.
- هرنییشن تونسیلار معمولا در بیمارانی دیده می‌شود که علائم موضعی و ادم پاپی ناشی از یک پروسه غیر عفونی اینتراکرانیال دارند.

> نکته: علاوه بر بررسیCSF، سایر آزمایشات مفید شامل CBC با diff، آزمایشات بیوشیمی، PT و PTT است.

درمان

- آنتی بیوتیک‌های IV با دوز بالا (سفتریاکسون و سفپیم) به صورت تجربی پس از LP شروع می‌شوند و بر اساس نتایج کشت تنظیم می‌شوند.
- وانکومایسین اغلب برای مقاومت احتمالی به متی سیلین اضافه می‌شود.
- نقش آنتی کوآگولان برای ترومبوفلبیت سینوس کاورنوس کنتراورسی است.
- عفونت سینوس زمینه ای با آندوسکوپی یا با روش باز تخلیه می‌شود.

رینوره مایع مغزی نخاعی (CSF)

مقدمه

- رینوره CSF ممکن است به دلیل آسیب ایاتروژنیک به سقف اتموئید یا کریبریفورم در طی جراحی سینوس رخ دهد.
- همچنین رینوره CSF می‌تواند به صورت «لیک خود به خود» به دلیل افزایش فشار داخل جمجمه یا در افراد چاق وجود داشته باشد.

تشخیص

- بیماران با رینوره watery و شفاف مراجعه می‌کنند.
- اغلب، درناژ را می‌توان با خم کردن بیمار به سمت جلو با سر پایین تحریک کرد.
- به طور معمول، مایع خارج شده طعم نمکی یا فلزی دارد.
- سردرد، آنوسمی و احتقان بینی ممکن است همراه با آسیب ایاتروژنیک قاعده جمجمه همراه با آنسفالوسل وجود باشد.

فصل چهارم

حنجره و راه هوایی و گوارشی فوقانی

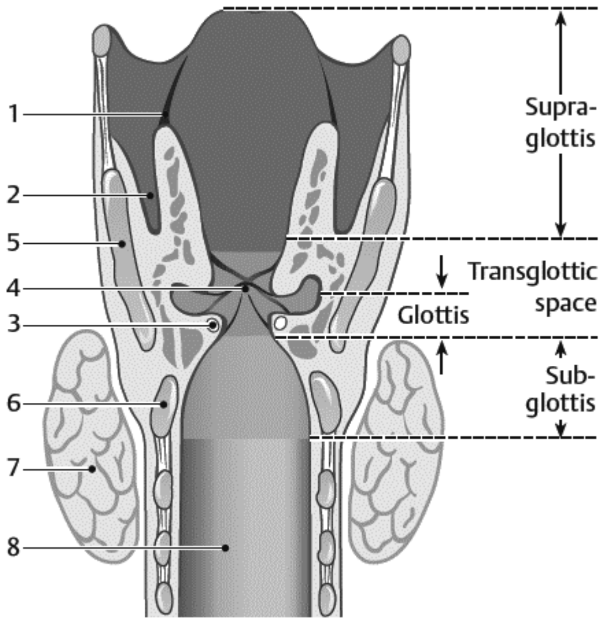
آناتومی و فیزیولوژی

- راه هوایی-گوارشی فوقانی از حفره بینی، نازوفارنکس، حفره دهان، اوروفارنکس، هیپوفارنکس، حنجره، نای و مری تشکیل شده است.
- عصب هیپوگلوسال (عصب جمجمه ای XII)، عصب حرکتی زبان است.
- عصب لینگوال (شاخه ای از عصب مندیبولار) حس چشایی را در دو سوم قدامی زبان فراهم می‌کند.
- اعصاب IX و X به ترتیب جوانه‌های چشایی خلفی زبان و پایه اپی گلوت را عصب دهی می‌کنند.
- حس مخاط بوکال از طریق بخش دوم عصب تریژمینال (عصب ماگزیلازی) تامین می‌شود.

نکته: حلقه Waldeyer شامل آدنوئیدها (لوزه حلقی)، لوزه‌های پالاتین اوروفارنکس و لوزه زبانی است.

- لوله‌های شنوایی (استاش) در نازوفارنکس جانبی باز می‌شوند.

نکته: لارنکس به سه قسمت تقسیم می‌شود:
۱. سوپراگلوت: شامل اپی گلوت، آریتنوئیدها، چین‌های آری اپی گلوت، تارهای صوتی false و ventricle می‌شود.
۲. گلوت: شامل ۱ سانتی متر پایین تر از ورودی حنجره و چین‌های صوتی واقعی است.
۳. ساب گلوت: از گلوت تا مرز تحتانی حلقه غضروف کریکوئید.



ساختار حنجره: ۱. چین اری اپی گلوت که مرز بین حنجره و هیپوفارنکس را تشکیل می‌دهد. ۲. فرورفتگی پیریفورم که به هیپوفارنکس تعلق دارد. ۳. لیگامان صوتی. ٤. کمیسور قدامی. ٥. غضروف تیروئید. ٦. غضروف کریکوئید. ۷. غده تیروئید. ۸. نای.

تشخیص

- کودکان ممکن است با علائم انسداد راه هوایی مراجعه کنند، به خصوص اگر بیماری در سنین پایین ظاهر شود.
- کودکان همچنین ممکن است گریه هاسکی یا دیسفونی داشته باشند. علائم به طور متوسط ۱ سال قبل از تشخیص وجود دارد.
- بزرگسالان معمولاً با دیسفونی و به ندرت با اختلال حاد راه هوایی مراجعه می‌کنند. علائم به طور متوسط ٦ ماه قبل از تشخیص وجود دارد.
- لارنگوسکوپی غیرمستقیم در بیماران بالغ قابل انجام است.
- لارنگوسکوپی انعطاف پذیر ممکن است در بزرگسالان و کودکان بدون دیسترس برای ارزیابی مکان، وسعت و محدودیت‌های عملکردی پاپیلوما انجام شود.

نکته: تصویربرداری و تست‌های آزمایشگاهی نقشی در تشخیص پاپیلوماتوز ندارد.

- پاپیلوم‌ها حاوی یک هسته فیبروزه، واسکولار و پدانکوله با پوشش اپیتلیوم سنگفرشی غیرکراتینه شده هستند. برآمدگی‌های متعدد از هسته مرکزی بیرون می‌آیند و شکل وارت را می‌سازند.

درمان

- برداشتن جراحی از طریق میکرولارنگوسکوپی اصلی ترین روش درمانی است. عود شایع است.
- لیزر CO_2 و laryngeal microdébrider دو روش دیگر درمان هستند. (روش دوم آسیب پریفرال کمتری دارد.)
- پاپیلوماتوز تنفسی مکرر (RRP) نوجوانان، تهاجمی تر بوده و نیاز به جراحی‌های بیشتری دارد.
- اگرچه هیچ درمان مدیکال اولیه برای پاپیلوماتوز تنفسی مکرر (RRP) وجود ندارد، درمان ادجوان بعد از جراحی ممکن است ضروری باشد.

نکته: اندیکاسیون‌های درمان ادجوان:

- بیش از چهار عمل در سال
- عود سریع یا به خطر افتادن راه هوایی
- گسترش بیماری

درمان‌های ادجوان شامل:

- رایج ترین درمان مورد استفاده اینترفرون آلفا است. عوارض جانبی شامل علائم شبه آنفولانزا، آلوپسی، لکوپنی، کوآگولوپاتی و عوارض عصبی است.
- ایندول-۳-کاربینول
- سیدوفوویر

کیست، ندول و پولیپ‌های تار صوتی

تشخیص

- تغییرات غیرنئوپلاستیکی که بر روی تارهای صوتی تأثیر می‌گذارد، از علل شایع گرفتگی صدا هستند.
- ندول‌های صوتی تقریباً همیشه در زنان جوان یا کودکان خردسال با سابقه voice abuse دیده می‌شود.
- ندول‌های صوتی به صورت یک ضایعه متقارن دو طرفه ضخیم دیده می‌شوند که محل تماس تار صوتی midmembranous را درگیر می‌کند.
- پولیپ تار صوتی در مردان شایع تر است. استریدور گاهی اوقات با پولیپ‌های صوتی بزرگ همراه است.
- پولیپ‌های تار صوتی ممکن است تکی یا چندتایی باشند. و معمولا در نزدیکی حاشیه ارتعاشی تار صوتی ایجاد می‌شوند. شواهدی از خونریزی نیز ممکن است آشکار باشد.
- گاهی اوقات پولیپ‌های پایه دار بزرگ دیده می‌شوند که از سطح بالایی یا پایینی تار صوتی بیرون زده اند.
- کیست‌های تار صوتی نیز با تغییرات قابل توجهی در صدا ظاهر می‌شوند و معمولاً بزرگسالان را

فصل پنجم

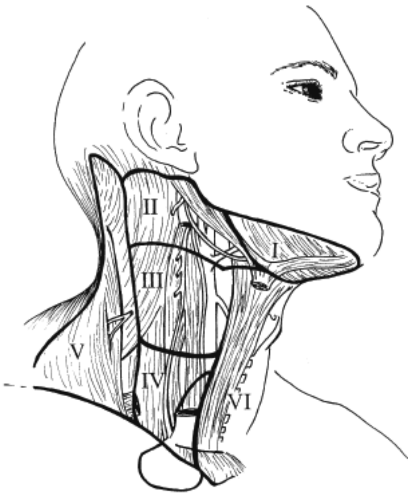
جراحی سر و گردن

آناتومی گردن

- گردن را می‌توان به طور کلی به قسمت قدامی و خلفی تقسیم کرد. در پوستریور، ستون فقرات گردنی و عضلات پارااسپاینال قرار دارند. در آنتریور، محتویات گردن از نظر سطوح گره‌های لنفی، از I تا VI تقسیم می‌شود.

نکته: سطوح گردن:

- سطح I: ناحیه ساب مندیبولار
- سطح II: ناحیه گره‌های لنفاوی upper jugular
- سطح III: زنجیره middle jugular
- سطح IV: زنجیره inferior jugular
- سطح V: مثلث خلفی از مرز قدامی تراپزیوس تا مرز خلفی عضله استرنوکلیدوماستوئید
- سطح VI: بافت حاوی گره لنفاوی در قسمت مرکزی

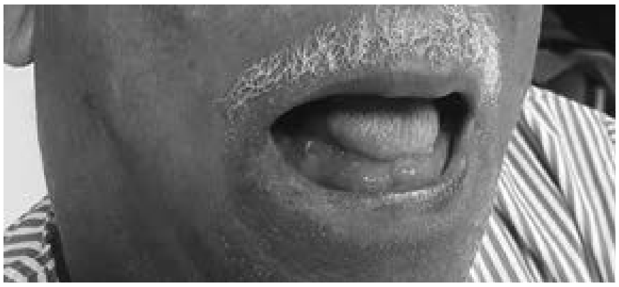


- گردن توسط یک لایه فاسیای سطحی پوشیده شده است و فاسیای عمقی گردن را می‌توان به لایه‌های سطحی، میانی و عمقی تقسیم کرد.
- کاروتید داخلی هیچ شاخه ای در گردن ندارد. کاروتید خارجی ساختارهای سر و گردن را از طریق شاخه‌های متعدد تامین می‌کند.
- درناژ وریدی گردن: شاخه‌های ژوگولار قدامی و خارجی به صورت سطحی و ورید common facial به ورید ژوگولار داخلی می‌پیوندد و در نهایت به ورید ساب کلاوین تخلیه می‌شود.
- غلاف کاروتید (carotid sheath) شامل شریان کاروتید، ورید ژوگولار و عصب واگ است.
- عصب واگ (XI) در داخل غلاف کاروتید قرار دارد و شاخه‌های ریکارنت لارنژیال در شیار تراکئوازوفاژیال برای عصبدهی چین صوتی از آن خارج می‌شود.

درمان

- آنتی بیوتیک‌های وسیع الطیف داخل وریدی با دوز بالا توصیه می‌شود. گاهی اوقات از اکسیژن درمانی هایپرباریک علاوه بر درمان جراحی و آنتی باکتریال استفاده می‌شود.
- دبریدمان جراحی تهاجمی تا مرز بافت زنده خونریزی دهنده،ضروری است.
- در ابتدا، به دلیل ماهیت پیشرونده روند بیماری، مهم است که زخم‌های با نقص بزرگ بسته نشود.
- اگر فرآیند نکروزه، گردن را درگیر کرد، از تراکئوتومی در ناحیه عفونی خودداری کنید.

آنژین لوودویگ (Ludwig’s angina)



تشخیص

- آنژین لودویگ یک التهاب گسترش یابنده و منتشر در فضاهای ساب مندیبولار و ساب لینگوال است.

> نکته: این عارضه اغلب در اثر عفونت‌های دندانی ایجاد می‌شود و اغلب در بیماران دچار نقص ایمنی، مانند افراد مبتلا به دیابت یا ایدز یا مصرف کنندگان مواد مخدر، دیده می‌شود.

- به طور معمول، بزرگسالان جوان را درگیر میکند و در کودکان غیر معمول است.
- علائم عبارتند از: ناتوانی در بستن دهان، تریسموس، drooling، نشستن upright، ناتوانی در بلع و دیسفونی، تنگی نفس، استریدور، تب، لرز، تاکی کاردی، درد و حساسیت شدید گردن، تورم، malaise و دیسفاژی.

> نکته: توجه داشته باشید که استریدور، تنگی نفس، کاهش حرکات تنفسی، یا سیانوز حاکی از اختلال قریب الوقوع تنفسی است.

- در معاینه فیزیکی، بیمار اغلب با پوسیدگی دندان‌های مولار، سفتی گردن و drooling مراجعه می‌کند.
- ایندوراسیون «چوبی» یا « brawny» در فضاهای درگیر با fluctuance کم یا بدون آن وجود دارد.
- کف دهان بیمار متورم است و زبان ممکن است متورم یا بالا رفته، شده باشد.
- سی تی اسکن مفیدترین ابزار تشخیصی است.
- کشت خون معمولا منفی است.

> تست ۱: زن ۲۴ ساله ای با تورم و محدودیت حرکتی زبان، درد فزاینده، دشواری در ادای کلمات و سفتی کف دهان به همراه علائم سیستمیک شدید مراجعه کرده است. محتملترین تشخیص کدام است ؟ (پرانترنی- شهریور۹۹)
> الف)آنژین لودویگ
> ب)هماتوم کف دهان
> ج) گلوسیت
> د) بدخیمی قاعده زبان
> پاسخ: گزینه الف

درمان

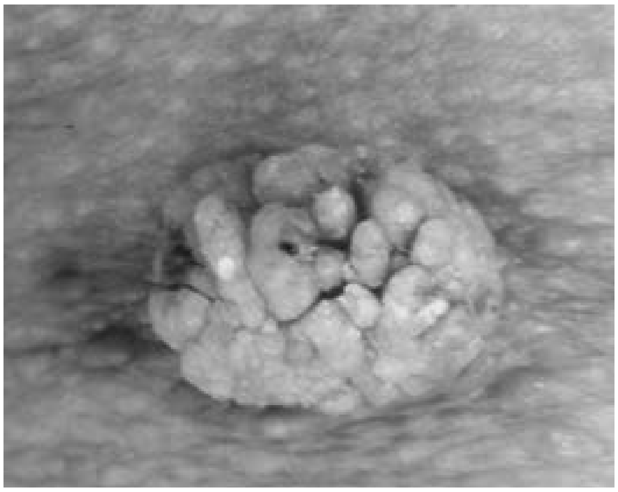
- برقراری راه هوایی (معمولا با تراکئوتومی) اولویت اول درمان است و به دنبال آن آنتی بیوتیک IV (سفوروکسیم به علاوه مترونیدازول) و درناژ جراحی (بخصوص در صورت عدم پاسخ به آنتی بیوتیک) انجام می‌شود.

> نکته: اگر بیمار به پنی سیلین حساسیت دارد، کلیندامایسین به همراه یک کینولون تجویز کنید.
> نکته: اینتوباسیون blind یا همراه با فلج عصبی عضلانی در آنژین لودویگ کنترااندیکه است.

- سرطان‌های دهان غیر SCC ممکن است شامل تومورهای غدد بزاقی مینور نیز باشند.

نکته: بین درجه تمایز سنگفرشی و رفتار بیولوژیکی سرطان دهان ارتباط معنی داری وجود ندارد. ضخامت تهاجم عروقی و پری نورال و عمق تهاجم تومور از عوامل پیش آگهی منفی هستند.

کارسینوم Verrucous (VC) دهان



- یک SCC موضعی تهاجمی، از نظر بالینی اگزوفیتیک، درجه پایین و به خوبی تمایز یافته با حداقل پتانسیل متاستاز است. به عنوان تومور آکرمن (Ackerman) نیز شناخته می‌شود.
- تصور می‌شود که عفونت HPV باعث تسهیل یا ایجاد کارسینوم وروکوس می‌شود. در بیمارانی که تنباکو می‌جوند، ارتباط با کارسینوم وروکوس مشاهده شده است.

نکته: ضایعات VC کاملاً developed به صورت پاپیلوم‌های سفید گل کلمی (cauliflowerlike) با سطح سنگریزه ای (pebbly) هستند که ممکن است در نواحی وسیعی از مخاط دهان گسترش یافته و با هم ترکیب شوند.

- به طور کلی، بیماران مبتلا به کارسینوم وروکوس پیش آگهی مطلوبی دارند. سیر ضایعات کارسینومای وروکوس با رشد موضعی آهسته و مداوم مشخص می‌شود.

لکوپلاکی وروکوز پرولیفراتیو (PVL)

- یک نوع تهاجمی خاص از لکوپلاکی دهانی است که با هیپرکراتوز شروع می‌شود، گسترش می‌یابد و در ظاهر چند کانونی و وروسیفرم و در ادامه بدخیم می‌شود.
- نرخ عود بالایی دارد و در ٦٠ تا ٧٠ درصد بیماران، به سرطان وروکوس یا SCC تبدیل می‌شود.
- PVL بیشتر در زنان مسن دیده می‌شود و در ٣٠ تا ٥٠ درصد بیماران با مصرف دخانیات یا سوء مصرف الکل همراه است.
- علت PVL ناشناخته است. ارتباط با عفونت HPV، به ویژه سویه‌های ١٦ و ١٨، در برخی موارد دخیل است.
- شایع ترین محل‌ها لثه یا برجستگی آلوئولی، زبان و مخاط بوکال است.

نکته: لثه محتمل ترین محل برای بدخیم شدن PVL است.

درمان کنسرهای دهان

- رزکشن جراحی و رادیوتراپی درمان‌های انتخابی فعلی هستند. جراحی به عنوان روش اولیه و ارجح

- بر خلاف غده پاروتید، غدد لنفاوی تخلیه کننده غده ساب مندیبولار بین غده و فاسیای آن قرار دارند اما در خود بافت غده قرار نگرفتند.

نکته: ویژگی‌های ترشحات ساب مندیبولار:

- محتوای موسین بالا، ترشح ویسکوز یا سروزی / سرعت ترشح بالاتر / کلسیم بیشتر

غدد ساب لینگوال (شماره ۷ در عکس)

- غدد زیر زبانی، کوچکترین غدد بزاقی اصلی هستند.
- عمدتاً از سلول‌های آسینار موکوسی تشکیل شده‌اند و به صورت ساختاری در یک صفحه زیر مخاطی در قدام کف دهان قرار دارند.
- چندین مجرا از قسمت فوقانی غده زیرزبانی یا مستقیماً در کف دهان ترشح می‌شوند یا به مجرای بارتولین می‌ریزند که به مجرای وارتون تخلیه می‌شود.

نکته: غدد ساب مندیبولار و همچنین غدد ساب لینگوال توسط شریان‌های ساب منتال و ساب لینگوال که شاخه‌های شریان‌های لینگوال و فاشیال هستند، خونرسانی می‌شوند.

- غدد ساب مندیبولار و ساب لینگوال توسط رشته‌های ترشحی حرکتی عصب فاشیال عصب دهی می‌شوند.
- عصب پس سیناپسی از گانگلیون ساب مندیبولار خارج می‌شود تا غدد ساب مندیبولار و ساب لینگوال را عصب دهی کند تا بزاق سروزی (آبکی) ترشح کند.
- عصب سمپاتیک از گانگلیون گردنی فوقانی تولید بزاق موکوسی را تحریک می‌کند.

نکته: ویژگی‌های ترشحات ساب لینگوال:

- محتوای موسین بیشتر از غده ساب مندیبولار

غدد بزاقی مینور

- تقریباً ۱۰۰۰ غده بزاقی کوچک، با اندازه‌های ۱ تا ۵ میلی متر، حفره دهان و حلق را پوشانده اند. بیشترین تعداد این غدد در لب‌ها، زبان، مخاط بوکال و کام است.
- بزاق ترشح شده می‌تواند سروزی، موکوسی یا میکس باشد.

نکته: ویژگی‌های ترشحات غدد مینور بزاقی:

- محتوای موکوسی خالص

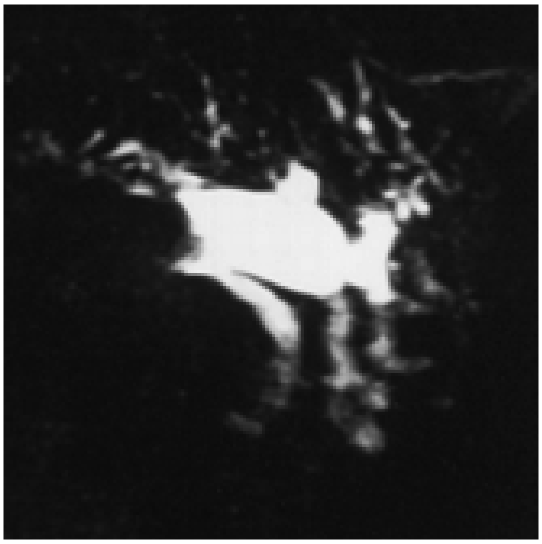
بیماری‌های عفونی غدد بزاقی

سیالادنیت حاد

- سیالادنیت حاد التهاب حاد غدد بزاقی است.

نکته: شایع ترین ویروسی که باعث سیالادنیت می‌شود، ویروس اوریون (Rubulavirus) است. سایر موارد عبارتند از کوکساکی ویروس، اکو ویروس، ویروس آنفولانزا و HIV.

- علائم سیالادنیت حاد شامل تورم حاد دردناک غده بزاقی، تب و تریسموس است. گاهی اوقات فقط یک غده در ابتدا تحت تأثیر قرار می‌گیرد. ممکن است تورم غدد لنفاوی مجاور گردن وجود داشته باشد.
- دهانه مجرا ممکن است اریتماتوز باشد.
- درمان حمایتی است. معمولاً شامل مصرف مایعات، سیالاگوگ‌ها برای تحریک ترشح بزاق (مانند لیموترش) و مسکن‌ها می‌شود



- درمان شامل درمان سرکوب کننده سیستم ایمنی و همچنین درمان علامتی با جایگزین‌های بزاق و اشک مصنوعی و همچنین پیلوکارپین برای افزایش تحریک بزاق است.

تست ۹: در بیماری با خشکی چشم و دهان و تورم دو طرفه پاروتید و SS-A مثبت، محتملترین تشخیص کدام است؟ (پرانترنی شهریور ۹۵- دانشگاه گیلان)

الف)سارکوئیدوز

ب) سیاادنیت حاد

ج) وارتین تومور

د) شوگرن

پاسخ: گزینه د

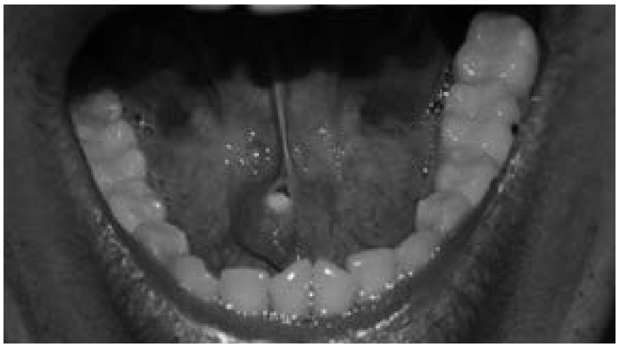
نکته: افزایش بروز لنفوم غیر هوچکین غدد بزاقی در بیماران مبتلا به سندرم شوگرن دیده شده است.

سندرم هیرفورد (Heerfordt)

- نوعی سارکوئیدوز با بزرگ شدن غدد پاروتید، تب خفیف، یووئیت و فلج عصب فاشیال است.

بیماری غیر التهابی غدد بزاقی

سیالولیتیازیس



- سیالولیتیازیس (سنگ‌های بزاقی) تشکیل سنگ در سیستم مجرای دفعی غدد بزاقی است.
- ٦٠ تا ٧٠ درصد از آنها در مجرای اصلی غده قرار دارند.
- ۷۰ تا ۸۰ درصد در غده ساب منديبولار و۲۰٪ در غده پاروتید رخ می‌دهد.
- پاتوژنز آن بهم چسبیدن دبری داکت و فسفات کلسیم به دلیل عفونت، التهاب یا استاز بزاق است.
- سیالولیتیازیس معمولاً بزرگسالان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مردان بیشتر از زنان مبتلا می‌شوند.
- علائم بسته به درجه انسداد متفاوت است و ممکن است شامل درد و تورم اغلب در حین یا بعد از غذا خوردن باشد.
- سونوگرافی ممکن است اتساع داکت را نشان دهد.
- ۷۰ تا ۸۰ درصد از سنگ‌های بزاقی ساب مندیبولار و تنها ۲۰ درصد از سنگ‌های پاروتید رادیواپک هستند و ممکن است در سی تی اسکن دیده شوند.
- سی تی بدون کنتراست برای تشخیص سنگ بزاقی ارجح است.
- به طور معمول، درمان سیالولیتیازیس جراحی است.
- سنگ‌های درون غده ای در غده ساب مندیبولار معمولاً منجر به برداشتن غده می‌شوند.

فصل ششم

تیروئید

ندول‌ها و کیست‌های تیروئید

- ندول تیروئید یک ضایعه مجزا در غده تیروئید است که از نظر رادیولوژیکی از پارانشیم تیروئید اطراف متمایز است.
- ندول‌های تیروئید در زنان بیشتر دیده می‌شود.
- بروز ندول با افزایش سن افزایش می‌یابد و در افراد مبتلا به کمبود ید و پس از قرار گرفتن در معرض اشعه افزایش می‌یابد.

نکته: شیوع سرطان در موارد زیر بیشتر است:

- ندول‌های تیروئید در کودکان
- بزرگسالان کمتر از ۳۰ سال یا > ۶۰ سال
- بیماران با سابقه تشعشعات سر و گردن
- کسانی که سابقه خانوادگی سرطان تیروئید دارند

- شیوع سرطان ممکن است در بیماران مبتلا به گواتر مولتی ندولار و ندول‌های Hot، کمتر باشد.
- تظاهرات معمول ندول تیروئید به صورت توده‌ای در گردن است که توسط بیمار یا به‌عنوان یافته‌ای اتفاقی در طی معاینه فیزیکی معمول، یا در طی سونوگرافی کاروتید یا سی‌تی گردن، شناسایی می‌شود.

نکته: علائم مرتبط با افزایش خطر بدخیمی شامل افزایش سریع سایز، دیسفاژی، خشونت صدا (درگیری عصبی) و درد است.

- سابقه خانوادگی فئوکروموسیتوم، هیپرپاراتیروئیدیسم، یبوست مزمن و اسهال و فشار خون بالا ممکن است نشان دهنده سندرم‌های MEN باشد.
- ندول باید لمس شود تا اندازه، قوام، تحرک و تندرنس مشخص شود. تحرک تارهای صوتی باید با نازوفارنگوسکوپی ارزیابی شود.

نکته: زمانی که ندول‌ها بیش از ۴ سانتی متر هستند، به ساختارهای اطراف فیکس می‌شوند، لنفادنوپاتی همراه دارند یا فلج چین‌های صوتی وجود دارد، باید به کنسر مشکوک شد.

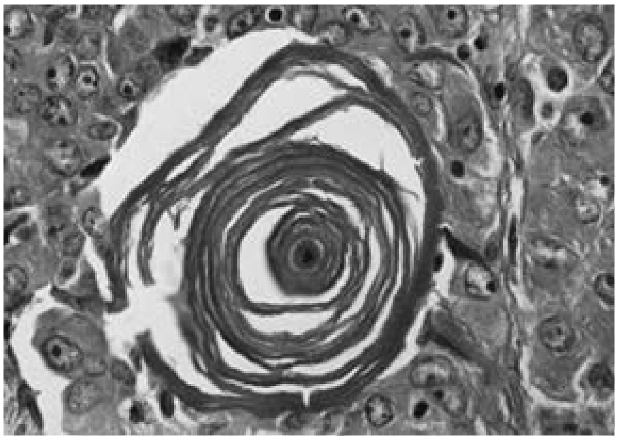
- آزمایش‌های عملکرد تیروئید باید به عنوان بخشی از ارزیابی اولیه یک ندول تیروئید منفرد انجام شود. سطح سرمی تیروگلوبولین (Tg) در ارزیابی ندول تیروئید منفرد ارزشی ندارد.
- تصویربرداری هسته ای نمی‌تواند بین ندول‌های خوش‌خیم و بدخیم تمایز قائل شود. با این حال، در بیماران با سطح سرکوب شده TSH، اسکن تیروئید می‌تواند به عنوان یک مطالعه ثانویه استفاده شود. اگر TSH طبیعی یا بالا باشد، اسکن تیروئید ارزش کمی دارد و نباید انجام شود.

ایجاد و پیشرفت این سرطان نقش دارند. جهش BRAF با تومورهای تهاجمی تر، گسترش خارج تیروئیدی، متاستاز غدد لنفاوی و عود همراه است.

- PTC معمولاً به صورت یک توده مجزای بدون درد در غده تیروئید ظاهر می‌شود. این توده‌ها ممکن است چند مرکزی باشند.
- تومور به طور کلی به کندی رشد می‌کند و دیر از کپسول غده رد می‌شود.
- متاستازهای نودال به طور کلاسیک در گره‌های پاراتراکئال ظاهر می‌شوند. گسترش دوطرفه در ۸ درصد بیماران یافت می‌شود.
- PTC معمولاً از طریق سیستم لنفاوی گسترش می‌یابد.

نکته: ویژگی‌های سیتوپاتولوژیک مشخصی که در FNAB یا پس از برداشتن جراحی دیده می‌شوند، تشخیصی هستند:

- psammoma bodies (تجمع لایه‌ای کلسیم)
- هسته هایی با مراکز خالی (هسته‌های Orphan Annie)
- تشکیل ساختارهای پاپیلاری.



- ویژگی‌های مرتبط با افزایش خطر عود یا مرگ و میر شامل سن در هنگام تشخیص (سن > ۴۵ سال)، اندازه تومور اولیه (> ۲ سانتی متر)، و وجود تهاجم بافت نرم و غدد لنفاوی گردنی یا متاستازهای دوردست است.
- نوع منتشر فولیکولی، شکل تهاجمی تر PTC است.

تست ۱: کدامیک از جملات زیر در مورد مشخصات شایعترین تومور بدخیم تیروئید صحیح است؟ (پرانترنی میاندوره خرداد ۹۸ – با تغییر)
الف) متاستاز به غدد لنفاوی می‌تواند داشته باشد
ب) تومور رشد بسیار سریعی دارد
ج) از سلول‌های پارافولیکولر c منشا می‌گیرد.
د) پیک سنی بین ٦۰ تا ۷۰ سال دارد
پاسخ: گزینه الف

کنسر فولیکولار تیروئید (FTC)

- FTC در مناطق دارای کمبود ید در جهان، بخصوص در زنان شایع تر است.
- معمولاً در جمعیت مسن‌تر اتفاق می‌افتد و بیشترین میزان بروز آن بین ٤۰ تا ٦۰ سال است.
- FTC هیچ ارتباطی با سندرم‌های خانوادگی ندارد.
- FTC ممکن است با جهش‌های RAS مرتبط باشد.
- FTC معمولاً به صورت یک ندول منفرد بدون درد و عمدتاً محصور در تیروئید ظاهر می‌شود. FTC تهاجمی تر از PTC است و معمولاً از طریق هماتوژن به استخوان یا ریه و کمتر به مغز و کبد گسترش می‌یابد.

نکته: FNAB نمی‌تواند بین آدنوم فولیکولی و کارسینوم تمایز قائل شود، زیرا تشخیص بدخیمی مستلزم شناسایی کپسول تومور و/یا تهاجم عروقی است.

درمان کنسر پاپیلاری و فولیکولار

- درمان اولیه جراحی است
- کارسینوم‌های پاپیلاری که کمتر از ۱ سانتی متر هستند در یک بیمار جوان بدون سابقه قرار گرفتن در معرض رادیاسیون، ممکن است با همی تیروئیدکتومی و ایسمکتومی و پیگیری دقیق درمان شوند. بقیه باید با تیروئیدکتومی near total و برداشتن غدد لنفاوی درگیر در نواحی مرکزی یا جانبی گردن درمان شوند. دایسکشن سلکتیو

فصل هفتم

گوش و حلق و بینی کودکان

ارزیابی و مدیریت راه هوایی کودکان

مقدمه

- راه هوایی کودکان نسبتاً کوچکتر از بزرگسالان است: زبان نسبتاً بزرگتر و جلوتر است، کام نرم پایین تر است، آدنوئید بزرگتر است، اپی گلوت به شکل امگا، بزرگتر و زاویه حادتری به سمت گلوت دارد. حلقه کریکوئید باریک‌تر، تراشه کوتاه‌تر و باریک‌تر، بافت نرم اطراف شل‌تر است و ساختارهای غضروفی سفت‌تر هستند. بنابراین راه هوایی کودکان بیشتر در معرض خطر ابتلا به عفونت، التهاب، نئوپلازی و تنفس طبیعی است.
- آسپیراسیون جسم خارجی یک اورژانس تهدید کننده حیات است. اگر جسم به اندازه‌ای بزرگ باشد که باعث انسداد تقریباً کامل راه هوایی شود، آسیفکسی ممکن است به سرعت باعث مرگ شود.

علائم و نشانه ها

- Stridor: صدای خشن و high-pitched جریان هوای متلاطم پس از انسداد جزئی در راه هوایی فوقانی.

نکته:

- استریدور دمی به معنای انسداد سوپراگلوت است.
- استریدور بای فازیک به معنای انسداد گلوت یا ساب گلوت است.
- استریدور بازدمی به معنای فشرده شدن تراشه یا برونش‌های بزرگ است.

- Stertor: صدای Low-pitched و خرخر مانند ناشی از انسداد جزئی بینی / نازوفارنکس / هیپوفارنکس

ارزیابی Subjective دیسترس تنفسی

دیسترس	استریدور	رتراکشن	رنگ	هوشیاری
خفیف	خفیف	خفیف	نرمال	بی قراری و آشفتگی
متوسط	متوسط و در حال استراحت	متوسط و در حال استراحت	نرمال	مضطرب و آژیته
شدید	شدید در هنگام دم و بازدم یا بدون استریدور با کاهش قابل توجه ورود هوا	شدید و استفاده از عضلات کمکی	سیانوتیک و کبود	لتارژیک

بیماری‌های آدنوئید و لوزه پالاتین
آدنوتونسیلیت

تشخیص

- آدنوتونسیلیت حاد بیشتر در کودکان ۵ تا ۱۰ ساله و بزرگسالان جوان ۱۵ تا ۲۵ ساله ظاهر می‌شود.
- اتیولوژی آدنوتونسیلیت بیشتر ویروسی است.
- علل باکتریایی شبیه به اوتیت میانی حاد است: گروه A استرپتوکوک پنومونیه بتا همولیتیک، موراکسلا کاتارالیس، هموفیلوس آنفولانزا.
- عفونت مزمن معمولاً چند میکروبی است.

نکته: اهمیت تشخیص و درمان دقیق آدنوتونسیلیت، پیشگیری از عوارض ثانویه به ویژه مرتبط با استرپتوکوک پنومونیه بتا همولیتیک، از جمله تب روماتیسمی و گلومرولونفریت پس از عفونی استرپتوکوکی است.

- علائم و نشانه‌ها شامل: لوزه‌های اریترمیک، اگزوداتیو پالاتین، tonsilloliths (خروج مواد سفت از لوزه‌ها با فشار)، تریسموس، آدنوپاتی سرویکال، پتشی پالاتال (مونونوکلئوز عفونی)، هالیتوز، گلودرد، اودینوفاژی، رینوره چرکی، PND، انسداد بینی و تب.
- اگر نگران عفونت رتروفارنکس یا عمقی گردن باشیم باید CT با کنتراست انجام شود.
- سواب گلو را برای کشت و تست حساسیت و آگلوتیناسیون لاتکس برای استرپتوکوک بتا همولیتیک گروه A انجام دهید.

درمان

درمان آنتی بیوتیکی شامل:

- آموکسی سیلین: ۴۵ میلی گرم بر کیلوگرم در روز به مدت ۷ تا ۱۰ روز.
- آموکسی سیلین + کلاوولانات: ۴۵ میلی گرم بر کیلوگرم در روز (جزء آموکسی سیلین) به مدت ۷ تا ۱۰ روز.
- آزیترومایسین: ۱۰ mg/kg برای ۱ دوز، سپس ۵ mg/kg در روز به مدت ۵ روز.
- سفوروکسیم: ۳۰ میلی گرم بر کیلوگرم در روز به مدت ۷ تا ۱۰ روز .

اتوزومال غالب

۱. سندرم واردنبرگ

- جهش کروموزومی در ۲q و ۱٤q

- SNHL یک طرفه یا دوطرفه و یا اختلال عملکرد وستیبولار
- مرتبط با ناهنجاری‌های رنگدانه ای (موی پیشانی سفید، هتروکرومی ایریدوم [عنبیه با رنگ مختلف])، تله کانتوس، سینوفریس (تک ابرو)، ناهنجاری‌های اسکلتی، بیماری هیرشپرونگ

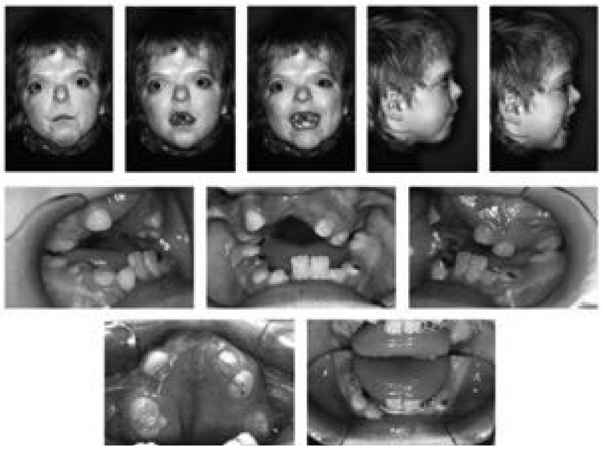
۲. سندرم استیکلر

- آرتروافتالموپاتی پیشرونده
- جهش کروموزومی در ٦p و ۱۲q
- SNHL پیشرونده یا هدایتی(اختلال عملکرد شیپور استاش به دلیل شکاف کام)
- مرتبط با نزدیک بینی و یا جداشدگی شبکیه، کاتاراکت، توالی Pierre Robin، ظاهر مارفانوئید، حرکت بیش از حد مفاصل، و آرتریت زودرس

۳. سندرم تریچر کالینز (Treacher Collins)

- دیس استوز مندیبولوفاشیال
- جهش کروموزومی در کروموزم ۵
- کم شنوایی هدایتی: آترزی EAC، ناهنجاری‌های استخوانی، جایگزینی پرده تمپان با صفحه استخوانی
- کم شنوایی حسی عصبی: cochlear aqueduct پهن
- همراه با ناهنجاری عصب فاشیال، ناهنجاری‌های گوش، فیستول‌های پری اوریکولار، هیپوپلازی مندیبولار، کولوبوما، نقایص کام، و شقاق پلکی.

۴. سندرم Apert



- آکروسفالوسینداکتیلی
- جهش کروموزومی در ۱۰
- CHL به دلیل فیکساسیون استخوان رکابی
- CT: قنات حلزونی باز، حفره بزرگ subarcuate

نکته: کودکانی که کاشت حلزون انجام دادند باید واکسن پنوموکوک و مننژیت را به عنوان پیشگیری قبل از کاشت دریافت کنند.

توده‌های عفونی گردن در کودکان

مقدمه

- لنفادنیت گردنی شایع ترین توده عفونی گردن در کودکان است، اما احتمال آبسه نیز وجود دارد.
- لنفادنیت گردنی معمولاً با بزرگ شدن حاد یک طرفه یا دو طرفه (بیش از ۳ سانتی متر) و غدد لنفاوی حساس در ناحیه ژوگولودیگاستریک ظاهر می‌شود.
- بیشتر غدد لنفاوی از ناحیه سر و گردن به غدد لنفاوی ساب ماگزیلاری و عمقی سرویکال تخلیه می‌شوند.
- در غیاب آدنوپاتی گردنی، بزرگ شدن گره‌های لنفاوی سوپراکلاویکولار می‌تواند نشان دهنده بیماری قفسه سینه یا شکم باشد.

نکته: شایع ترین علل بزرگ شدن مجزای گره سوپراکلاویکولار راست، لنفوم هوچکین و غیر هوچکین است.
نکته: بزرگ شدن مجزای گره‌های سوپراکلاویکولار چپ بیشتر با تومور داخل شکمی یا التهاب (علامت Troisier) همراه است.

اتیولوژی

- در نوزادان، استرپتوکوک‌های گروه B شایع ترین علت لنفادنیت هستند.
- استافیلوکوکوس اورئوس معمولاً عامل بیماری در بیماران ۲ ماهه تا ۱ ساله است.
- همراه با بیماری خراش گربه (Bartonella henselae) و مایکوباکتریوم غیر سلی، استافیلوکوکوس اورئوس نیز یک علت شایع در بیماران ۱ تا ٤ ساله است.
- این ارگانیسم‌ها می‌توانند عامل آدنیت سرویکال در بیماران مسن همراه با سل، باکتری‌های بی هوازی و توکسوپلاسموز باشند.

نکته: بیماری حاد دو طرفه معمولاً پاسخی به فارنژیت حاد است اما می‌تواند با ویروس اپشتین بار، سیتومگالوویروس، ویروس هرپس سیمپلکس، روزئولا و انتروویروس‌ها نیز رخ دهد. لنفادنیت حاد یک طرفه معمولاً همراه با سلولیت ظاهر می‌شود و به طور معمول توسط استافیلوکوکوس اورئوس، استرپتوکوکوس پیوژنز و استرپتوکوک‌های گروه B ایجاد می‌شود.

- لنفادنیت یک طرفه تحت حاد یا مزمن بسیار کمتر شایع است و می‌تواند به دلیل بیماری خراش گربه، عفونت مایکوباکتریایی یا توکسوپلاسموز باشد.
- عفونت مایکوباکتریال آتیپیک معمولاً با یک توده منفرد اریتماتوز بزرگ شده، متمایز از آدنوپاتی واکنشی یا آبسه fluctuant ظاهر می‌شود.

تشخیص

- در صورت مشکوک شدن به لنفادنیت گردنی بر اساس شرح حال و یافته‌های معاینه فیزیکی، تصویربرداری ضروری نیست.
- در صورت وجود نگرانی در مورد سل یا آبسه، می‌توان سونوگرافی یا سی تی گردن انجام داد.

نکته: غدد لنفاوی آلوده به سل در CT با کنتراست، attenuation مرکزی پایین، کمبود نسبی fat stranding، افزایش انهنسمنت محیطی و کلسیفیکاسیون دارند.

- FNAB می‌تواند هم تشخیصی و هم درمانی باشد.
- در صورتی که گره لنفاوی سفت و ثابت باشد، پس از آسپیراسیون یا مصرف آنتی بیوتیک پسرفت نکند، بزرگ شود یا با تب یا کاهش وزن همراه

تشخیص

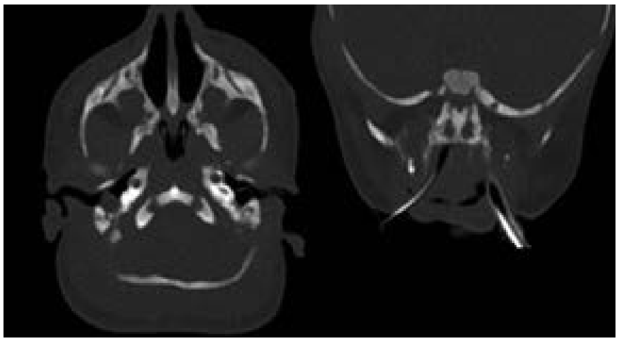
نکته: توده‌های خط وسط بینی هرگز نباید در محیط سرپایی یا بدون مطالعات تصویربرداری قبلی، بیوپسی شوند.

- سی تی با کنتراست انتخابی است.
- اگر احتمال ارتباط توده با CNS وجود داشته باشد، MRI نیز لازم است.

درمان

- درموئیدهای سطحی کوچک از طریق یک برش پشت بینی برداشته می‌شوند.
- گلیوماهای خارجی نیاز به برش پوست elliptic یا رینوپلاستی خارجی دارند.
- گلیوم‌های داخلی معمولاً در قسمت لترال هستند و می‌توان آنها را از طریق برش رینوتومی جانبی برداشت.
- انسفالوسل‌ها به همکاری جراحی مغز و اعصاب و احتمالا کرانیوتومی نیاز دارند.

آترزی کوان (Choanal)



مقدمه و تشخیص

- آترزی Choanal یک بیماری مادرزادی است که در آن یک یا هر دو choanae با یک دیواره استخوانی (۳۰ درصد موارد) یا مختلط استخوانی و غشایی (۷۰ درصد موارد) جایگزین می‌شود.
- آترزی یک طرفه معمولاً در اواخر زندگی خود را نشان می‌دهد، در حالی که آترزی دو طرفه در بدو تولد تشخیص داده می‌شود.
- در زنان تقریباً دو برابر مردان شایع است و ٦۵ تا ۷۵ درصد موارد یک طرفه است.

نکته: choana سمت راست بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرد.
نزدیک به ۷۵ درصد از آترزی‌های دو طرفه با سایر اختلالات همراه است(سندرم تریچر کالینز، دی جورج، سندرم آپرت، تریزومی ۱۸ و CHARGE).

- آترزی دو طرفه اغلب در نوزادان با حملات سیانوتیک که با گریه تسکین یافته و با تغذیه بدتر می‌شود، ظاهر می‌گردد.
- آترزی یک طرفه ممکن است بعداً در دوران کودکی با ترشحات غلیظ بینی یک طرفه مشابه سینوزیت ظاهر شود.
- معمولاً این تشخیص پس از عدم عبور کاتتر ساکشن نرم به داخل نازوفارنکس انجام می‌شود. می‌توان از یک آندوسکوپ انعطاف‌پذیر برای ارزیابی باز بودن کانال نیز استفاده کرد.

نکته: سی تی مطمئن ترین روش تشخیص است.
تصاویر آگزیال باریک شدن روزنه ی choanal یا گشاد شدن vomer خلفی را نشان می‌دهد.

تشخیص‌های افتراقی آترزی کوان

یکطرفه	دوطرفه
• سینوزیت • جسم خارجی بینی • انحراف تیغه بینی • تنگی کوآن	• تنگی مادرزادی پیریفورم بینی • NOWCA (انسداد بینی بدون انسداد کوآن) • تنگی Midnasal • تنگی کوآن

فصل هشتم

جراحی پلاستیک صورت

شکستگی‌های بینی

مقدمه و اپروچ به بیمار

- شکستگی بینی شایع ترین شکستگی سر و گردن است.
- شایع ترین مکانیسم ترومای بلانت است (به عنوان مثال، تصادف، نزاع، ورزش)
- در فرد با ترومای بلانت به صورت، پس از یک معاینه متمرکز برای رد آسیب‌های مرتبط، بینی باید معاینه شود.
- یکپارچگی پوست بینی باید ارزیابی شود. اغلب، ادم بینی معاینه بصری را محدود می‌کند.
- لمس بینی برای تشخیص صحیح بسیار مهم است. تمام جنبه‌های بینی باید ارزیابی شود. معاینه‌کننده باید مشخص کند که آیا بینی صاف است، آیا انحراف یا ناهنجاری وجود دارد (مانند تغییر C شکل، تغییر زینی شکل و غیره).
- لمس استخوان‌های بینی، به شناسایی شکستگی هرم استخوانی کمک می‌کند.

نکته: برای ارزیابی وضعیت سپتوم باید رینوسکوپی قدامی انجام شود. معاینه کننده باید وجود یا عدم وجود هماتوم سپتوم بینی را مستند کند. در صورت وجود هماتوم، باید به سرعت و به طور مناسب مدیریت شود.

- تصویربرداری برای تشخیص شکستگی بینی ضروری نیست، اما ممکن است برای رد سایر آسیب‌ها اندیکاسیون داشته باشد.

درمان

- اگر کمترین جابجایی استخوان‌های بینی، حداقل آسیب بافت نرم و کمترین آسیب در راه هوایی بینی وجود داشته باشد، بیمار باید در عرض ۱ تا ۲ هفته پس از رفع ادم پیگیری شوند تا تأیید شود که تغییر شکل پس از سانحه وجود ندارد.
- در مورد انحراف آشکار استخوان یا آسیب شدیدتر استخوان بینی یا سپتوم، ممکن است جااندازی بسته، با یا بدون اسپلینت، ضروری باشد.

نکته: مانیپولاسیون و جااندازی معمولاً در عرض ۲ تا ۳ روز پس از آسیب، قبل از بهبودی استخوان شکسته انجام می‌شود.