

المظاهر النفسية للحمل والوضع والنفاس

الدكتور أحمد عبد الرحمن*

المظاهر النفسية للحمل:

من المعروف بأن الصلات الوظيفية أو النفسية بين الأم وجنينها لا تبدأ في لحظة الولادة وإنما قبل ذلك بكثير إذ بينما يتابع الجنين نموه داخل الرحم فإن جميع الأهل بشكل عام والأم بشكل خاص يتأهبون نفسياً لتطوير إدراكهم الحسي للطفل المنتظر.

ورغم الصفة المستمرة والمتطورة لهذا الشعور إلا أنه وكإجراء عملي يفضل أن يقسم الحمل لعدة مراحل لكل منها مظاهرها النفسية النوعية الخاصة بها.

أ- مرحلة ما قبل الحمل:

إن التجارب السابقة للمرأة الحامل ستكون حتمية في تحديد دورها المستقبلي كأم ومن المستغرب دائماً أن نرى لأي حد يقلد الأطفال ذويهم، ويكون هذا جلياً عند الطفل وحتى البالغ في نشاطه وفي خياله وفي عاداته في العمل وفي علاقاته مع الآخرين بل وأكثر من ذلك فإن احتكاك كل فرد مع الأطفال من خلال اللعب والعناية أو الملاحظة اليومية تؤثر بشكل كبير على موقفه نحو الأطفال وهكذا يستخلص كل فرد من هذه التجارب شعوراً بالنزاع أو عدم الراحة، بالتفاؤل أو بالتشاؤم وجهاً لوجه أمام رغبته ومقدرته على كونه نوبياً متكاملًا.

ب- بداية الحمل (الأشهر الثلاثة الأولى):

1. هناك تغيرات مبكرة تجعل الأم تشتهبه بحدوث الحمل منها:

- غياب الدورات الطمثية.
- غثيانات وقياءات صباحية (الأعراض الودية).
- تغيرات مبهمة كالتقل البطنى والتعب.
- زيادة اصطبغ ما حول حلمة الثدي.

1. إن غالبية النساء سيكون لديهن اختبار حمل مناعي أو فحص نسائي وذلك بعد فترة وجيزة من ظهور هذه

العلامات. وإذا ما تأكد الحمل فإن بعض التغيرات الملحوظة ستحدث في الأسابيع التالية ومنها:

- تغير التقديرات الشخصية (المهنة، الوظيفة، الحرية الشخصية، بداية الأنوثة الحقيقية).

* مدرس في قسم التوليد وأمراض النساء - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

• تغير المظهر الجسدي (إدراك المظهر الخارجي، هجوم التبدلات التي لا تعوض كالبداية أو الفرز الجلدية العملية).

• تغير العلاقات مع المحيط (تطراً تغيرات هامة خلال الحمل).

1. إن تعلم التكيف مع هذه الأوضاع يتطلب تقريباً وبشكل دائم هدر كبير للطاقة، ومن المحتمل أن يكون من الأسهل على الطبيب السريري اعتبار كل من هذه التغيرات كصعوبة يتوجب على كل حامل أن تتخطاها خلال فترة حملها.

عندما يشخص الحمل تركز اهتمام الحامل على نفسها وعلى معنى هذه التغيرات بالنسبة لها وهنا يجب التأكيد على أن تعلم التكيف مع التغيرات الملازمة للحمل هو عبارة عن مجهود يجب أن يشرع به منذ بداية الحمل حيث يتوجب على الأم منذ بداية الحمل أن تبدأ بالتفكير وبشكل فعال بالتغيرات الطارئة على طريقة حياتها.

ج- الحركات الأولى للجنين:

مع التحركات الأولى للجنين (والتي تحدث حوالي الشهر الرابع للحمل تقريباً) تبدأ المرأة الحامل بالشعور بالوجود الخاص لطفلها، وتميل العلاقة بين الأم والطفل خلالها لمفهوم الأحداث داخل البطن لتصبح الحدث الواضح الذي يتطور فيه فرد مميز، وفي هذا الوقت يقوم جميع الأهل برهانات حول شخصية الطفل القادم.

وهكذا تصبح اهتمامات الأم (التي كانت متركزة في بداية الحمل على نفسها) متجهة أكثر نحو الطفل المرتقب. وغالباً ما يعد الأهل رأياً حول الشخصية المستقبلية لطفلهم قائماً على إدراكهم الخاص. ويعيش غالبية الأهل هذه الفترة كحدث محبب إلى قلوبهم وهذا ما يساعد الأم كثيراً على أن تفهم أن طفلها هو فرد مميز.

إن هذا التطور يمكن أن يتأخر من جراء مرض طارئ أو مضاعفات.

د- نهاية الحمل:

إن الشهر الأخير من الحمل يمر عادة على الأم كفترة صعبة فالجنين ينمو بسرعة، والحامل تشكو من تعب وعدم راحة، وفي هذه الفترة فغن عدد كبير من الحوامل يكن قلقات جداً ويصلن إلى مستوى من القلق لم يعرفنه سابقاً ويعانين كثيراً من أجل التكيف معه، وقد يود هذا القلق لأسباب تعتبر كاستجابات وظيفية ونفسية طبيعية أثناء الحمل وهي:

1- ترايد تبدلات المزاج الذي تعجز الأم عن تفسيره.

2- ترايد عام للهيجان الذي يخلق غالباً توترات مع محيطها.

3- ترايد الهموم بخصوص التفاصيل الدقيقة للحامل والجنين والتي لا معنى لها.

4- قلق يتعلق بصحة ومصحة الجنين والأسئلة الاعتيادية تكون: هل سيكون الرضيع طبيعياً؟ هل ساكون أمأ صالحة كي أربي طفلي بشكل صحيح؟ هل سأتجح بأن أضع طفلي بسهولة؟ هل سأجد الوقت الكافي لتربية طفلي والعناية به؟.

5- قلة النشاط وكبت عدم المقدرة على تخطيط نشاطاتها بسبب وشك حدوث الوضع (عملية الولادة).

و- الوضع (الولادة):

بعد الوضع فإن غالبية الأمهات لا يرهقن من جراء الألم الحاصل لهن خلال الوضع، بل وفي أغلب الأحيان لا يحتفظن في ذاكرتهن إلا بعلاقتهم مع الأشخاص المحيطين بهن وبحالة القلق بخصوص صحة المولود الجديد. إن التحضير التام للوضع هو هام جداً لتأمين الراحة وتحسين التعاون بين الماخص والجهاز الطبي المولد، ويجب على الطبيب أن يأخذ جانباً في تنظيم هذا التحضير حيث تشترك عدة عناصر فيه. ويمكن القول أن التربية والدعم الترابطي هما الأكثر تحقيقاً في العمل السريري.

1- التربية: إن الهدف الرئيسي للإجراءات التربوية هو تطوير تفهم وتوقع أحداث الوضع وبيان أهمية رباطة الجأش، وهذا بدوره سيخفف من رهبة الوضع وسيزيد من وضوح التجربة الذاتية للأم. ويكون مفيداً هنا اتباع استراتيجية موجهة في هذه التربية.

2- الدعم الترابطي: يبحث لمعرفة من يمكن أن يكون دعماً خلال الحمل والوضع. هذا ولا يمكن تجاهل المساعدة التي يمكن أن يحملها أحد أعضاء الأسرة أو شخص ما في قاعة الولادة بل يجب أن يشرح دور كل منهم للماخص.

ز- النفاس (مرحلة ما بعد الولادة):

ويقسم إلى:

1- النفاس المبكر: إن الصلة العاطفية بين الأهل ووليدهم الجديد يمكن أن تبدأ مبكرة بعد الوضع، وحينئذٍ كتب كثيراً حول أهمية العلاقات المبكرة بين الأم أو الأهل والوليد الجديد وبين التطور اللاحق للعلاقة المتبادلة. إن الترابط الأمومي ليس ظاهرة كل أو لا شيء، وشيء ذاته بالنسبة لطريقة قيادة الطفل حيث تتغير دائماً وباستمرار مع التطور والتجربة. أضف لذلك أن طبيعة الشحنة العاطفية تتغير مع الزمن فبعض الباحثين يعتقدون أن الولادة هي فترة عصبية لبداية الترابط. فالانطباعات المتطورة الأولية في حينها يمكن أن تكون الأكثر أهمية والأكثر قوة ويشيرون إلى عدة مبادئ رئيسية لهذه الفترة:

آ- التطور الأفضل للعلاقة بين الأهل والمولود الجديد:

1- الاحتكاك الجسدي خلال الساعات الأولى يكون هاماً جداً لتطوير العلاقة بين الأهل والمولود الجديد. فإذا صدرت مخاوف حول الصحة الجيدة للطفل فإن هذه المخاوف لن تزول طالما أن الأم لا تملك إثباتات حسية ملموسة أي برؤيتها ويلمسها لوليدها، وهذه المخاوف تتلاشى تدريجياً مع الوقت، وأنداك يتوجب على الطبيب السريري أن يبدها بوضوح ويتكرر لعدة مرات.

2- بديهية استجابات الطفل لجهود أمه المبذولة كالمداعبات، والتغذية، والتماس النظري هو مؤشر ذاتي هام كحالة صحة المولود الجيد وهو بالمقابل استعلام هام عن قبول الأم من قبل وليدها. ويمكن القول أن كل الأمهات تقريباً يكن حساسات للاستباعات (أي للاستجابات الخاطئة) أو لعيوب الاستجابة لوليدهن.

ب- المضاعفات:

1- إن نقص الاستعلام من جهة الطبيب عن حالة صحة المولود الجديد يمكن أن يخلق همّاً عند الأم بخصوص الحالة الجيدة للطفل مع حدوث اضطراب مؤقت في بعض الأحيان وهذا القلق يمكن أن يؤدي بالمدى البعيد لنتائج يمكن أن تؤثر سلبياً على تطور الطفل.

2- عدم التوازن (الاضطرابات): إن حدوث مرض طارئ أو فترة نقاهة طويلة الأمد، أو تغيير مفاجئ في الحياة كفقْدان قريب أو تغيير في الوضع والموقف الزوجي، أو بيئة فوضوية مشوشة هي عبارة عن اضطرابات بمقدورها تعقيد العلاقات بين الأهل والمولود الجديد.

3- أمراض الوليد الجديد: وهي من بين الصعوبات التي تصادف بشكل شائع من قبل الطبيب النسائي ويجب اعتبارها دائماً كأزمة نسبية بالنسبة للأهل والعناصر المساهم بهذه الأزمة الانفعالية هي:

- نقص اليقين بالمولود المحتمل.
 - انفصال المستمر أو التباعد المديد للأهل والطفل.
 - الشك بالذات، الشعور بالذنب والمسؤولية.
 - أدوار مزدوجة ومتناقضة للطبيب النسائي وطبيب الأطفال.
- 4- التغيرات العاطفية: كحدوث انهيار وهو متعدد الأشكال. والتعبير السريري لأعراض الانهيار ينطلق من تغيير عابر للمزاج إلى أن يصل لنفاس انهيار.
- 2- النفاس المتأخر:

بعد الخروج من المشفى فإن غالبية الأهل يكون لديهم صعوبات على صعيدين:

أ- التكيف مع تواقيت المولود الجديد: فالمواليد الجديد يبدون اختلافات فردية في العديد من المجالات فتطور تنظيم الوظائف الحيوية (فترة النوم، الاستيقاظ، الجوع، إخراج الفضلات، درجة الهيجان، شدة ردات الفعل والمقدرة على المواساة) هذا التطور يكون هاماً خلال فترة ما بعد الولادة.

ب- أدوار جديدة يمكن أن تحتاج وتتطلب تغييرات في العلاقات: الأهل (أي الأبوين) يمكن أن يجدوا أن مسؤولياتهم الجديدة تزعج من يحيط بهم وتزعج صلاتهم، كما أن التعب والهيجان يعقدان أيضاً بالموقف.

THE SURGICAL TREATMENT OF CHOLESTEATOMA

Dr. Jamal SHALLA*

(Accepted 10/1/1996)

□ ABSTRACT □

In the last few years the endoscopic surgery has become very important in different medical fields. This technique is also important in the interference surgery where careful attention should be given to the vital element mainly in the middle-ear-surgery field where (30%) of the cholesteatoma widely expands in different ways. The importance of endoscopic surgery appears in the discovery of these expansions with less damage to the tissue and surgical opening, also with recurrent rate less than in using only surgery.

In our study we had (60) patients. 25% of them had been treated surgically before and the others were untreated. The method which we used with our patients is the radical mastoidectomy without the endoscopic technique. The results showed that 15% of them were recurrent.

In other studies [thomassin, 1994] it was showed that using the endoscopic technique with the surgery decreased the percentage of recurrence significantly, where they used a special tele-Otoscope provided with lenses of different angles (0°-30°-70°). Also the importance of this method appears in that the cholesteatoma complication comes without any previous warning. In using this technique, the percentage of recurrent rate, will be reduced and therefore we could control that kind of illness. This proves that we should follow that technique with full confidence in the very near future in our middle-ear treatments.

* Lecturer at the Department of Head and Neck Diseases, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

يعتبر الورم الكولسترولي Cholesteatoma من أمراض الأذن الوسطى الشائعة وتكمن أهمية هذا المرض من خلال كونه مرضاً خطيراً جداً إذا لم يعالج معالجة جراحية ناجحة وشفافية خاصة إذا وصل بنا الأمر إلى حصول الاختلاطات التي قد تأتي عاجلاً أم آجلاً حيث لا يمكن التنبؤ بزمن حدوثها، فالحالات غير المعالجة من الورم الكولسترولي يمكن أن تتطور فجأة بدون سابق إنذار إلى حدوث الاختلاطات، وقيل حدوثها مباشرة يكون المريض عادة في أحسن حالاته الصحية، وهذه الاختلاطات تهدد حياة المريض حيث يمكن أن يحدث التهاب التيه والسحايا، أو خثرة الجيب والانتان الدموي Sepsis، أو خراج فوق أو تحت السحايا، ويمكن حتى حدوث خراج الفص الصدغي، أو حتى خراج في المخيخ، ورغم أن آلية حدوث المرض هي معروفة من حيث كونها:

1- بنية Primary أو ما يسمى بورم القسم الرخو من غشاء الطبل.

2- ثانوية أو ورم القسم الممتدود من غشاء الطبل.

3- الورم الكولسترولي الخلقى أو ما يسمى بالورم المتوضع خلف غشاء طبل سليم.

إلا أن الأسباب الحقيقية Etiology الموجبة لتشكل الورم مازالت لغزاً، ومازالت الدراسات تتابع في هذا المجال، فعلى سبيل المثال أجرى [Hellström S. & Schmidt S-H] دراسة حول تحريض تشكيل الورم الكولسترولي لدى الفئران بمادة Dimethyl-benzanthracene، ودرس [Rockly and Hawke] وجود مستقبلات ضغط على غشاء الطبل حيث تكون هذه المستقبلات حساسة جداً في الأذن الطبيعية بينما تكون ضعيفة الحساسية لدى وجود ضغط منخفض ضمن الأذن الوسطى مهياً لورم كولسترولي.

والجهود الآن مكثفة لاكتشاف أحدث التقنيات التي يمكن من خلالها معالجة هذا المرض جراحياً، مع التقليل من نسبة النكس، التي هي عالية في معظم الأحيان رغم وجود الأيدي الخبيرة التي تجري هذه العمليات، بسبب امتداد الورم الكولسترولي بشكل متشعب شديد أحياناً في العظم الخشائي. خاصة وأن العلاج الجراحي الناجع هو استئصال الورم بامتداداته البشرية المختلفة بالكامل، لأن أي نسيج بشري باق يمكن أن يؤدي إلى النكس خاصة في المناطق التي لا يمكن رؤيتها أحياناً بمجهر العمليات الضوئي المستعمل، نظراً لعدم إمكانية أخذ الزاوية المناسبة للرؤية في بعض الأحيان. ولا بد من الإشارة إلى أن التسمية العربية غير دقيقة فالـ Cholesteatoma ليس ورماً بحد ذاته بينما هو التهاب مزمن قيحي في الأذن الوسطى يؤدي إلى تخريب العظام المجاورة، ومن هنا جاءت التسمية بالورم الكولسترولي أي ان سلوكه شبيه بسلوك الأورام.

وقد عمدنا في هذه الدراسة إلى إلقاء الضوء على 60/ حالة عولجت جراحياً في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية، وفي بعض المشافي الأخرى في المدينة، وقد تراوحت أعمار المرضى بين 10/ سنوات و63/ عاماً ذكوراً وإناثاً خلال العامين المنصرمين وقد تبين لنا من متابعة هؤلاء المرضى الحقائق التالية:

1- كان عدد المرضى الذين راجعوا العيادة الأذنية بورم كولسترولي ناكس بعد عمل جراحي سابق قبل دراستنا 16/ مريضاً أي 25% من المرضى المراجعين. وقد تبين بعد إعادة إجراء العمل الجراحي على هؤلاء المرضى، أن العمل الجراحي لم يكن مكتملاً لدى بعض المرضى وعددهم ثمانية، حيث اقتصر العمل الجراحي هنا على عملية حج خشاء بسيط Mastoideltonic. أما لدى المرضى الآخرين فقد كان هناك نكساً واضحاً، وهذا يعني أن العملية الأولى لم يكن التجريف فيها واسعاً، أو بالأحرى غير ممكن لتشعب الورم الكولسترولي بشكل واسع.

2- أجري العمل الجراحي لمريضة واحدة إسماعياً وعمرها /30/ سنة حيث راجعت بعد أن دخلت في اختلاطات دماغية (التهاب سحايا مع بداية تشكل خراجة دماغية) وتمت معالجة المريضة جراحياً وشفاءها.

وكانت العمليات قد أجريت بالطريقة الكلاسيكية، أي حج الخشاء الجذري Radikale Mastoidektomic وبدون الاعتماد على الجراحة التنظيرية. حيث كان المدخل في /52/ حالة من شق خلف الأذن Retroauricular. وفي ثماني حالات كان المدخل من شق أمام الأذن أي Enaural. حيث كان الورم الكولسترولي في الحالات الأخيرة بدني، بينما كان في الحالات الأولى ثانوي. وجدير بالذكر أن الشكل البدني يعد فترة من تطوره يختلط مع الشكل الثانوي.

وقد عمدنا في العمل الجراحي إلى إعادة بناء الجدار الخلفي لمجرى السمع بعد أن تم تهديم الجزء الخلفي منه.

بعد إجراء العمل الجراحي تمت المراقبة خلال سنة، وتبين أن هنالك تسع حالات ناكمة أي أن نسبة النكس كانت 15%، حيث كانت الإفرازات لدى هؤلاء المرضى قد عادت قيحية ننتة الرائحة، وعانى هؤلاء المرضى من حس صداع وانضغاط في الرأس والأذن الموافقة.

وإذا استعرضنا المراحل التاريخية لعلاج هذا المرض، نلاحظ أنه في البداية كان هدف العمل الجراحي تجنب المريض الاختلاطات الخطيرة التي قد ترافق المرض لذلك كان الإجراء الجراحي جذري ولا يراعي وظيفة الأذن.

في عام 1873 أدخل Schwarze and Eysel عملية حج الخشاء البسيط في علاج التهابات الخشاء الحادة Mastoiditis وكذلك عمد Troeltsch إلى تخريب هذه العمليات في معالجة التهابات الأذن الوسطى المزمنة.

وفي عام 1885 كان اقتراح Kessel بوصل أجواف الأذن الوسطى والخصاء ببعضها وجعلها جوفاً واحداً أثناء العمليات على التهابات المزمنة. وأضاف Kuster اقتراح إبعاد الجدار الخلفي لمجرى السمع في التهابات العظم القيحية. وفي المرحلة التالية كان عظم المطرقة والسندان يستأصلان بشكل دائم. وحسب الإمكانية كانوا يعتمدون على تجريف نفير أوستاش بشكل كامل. وهكذا توصلوا إلى مبدأ جعل أجواف الأذن الوسطى والخصاء مغطاة بطبقة مطبقة حرشفية على شكل جوف واحد خال من الالتهابات، ويكون الوضع في أحسن حالاته عندما يكون عظم الركابة سليماً، والنتيجة كانت نقص سمع توصيلي عال جداً بحدود 50 ديسيبل، وفي حال وجود نقص في وظيفة الأذن الداخلية فإن الحالة كانت تقريباً صمماً، هذا وقد أخفقت في ذلك الوقت المحاولات التي كانت تعتمد على الحفاظ على وظيفة الأذن مع التخلص من الالتهاب بسبب عدم وجود التقنية الكافية وفيما بعد في عام 1952 و1953 أدخل Wulstein مبدأ تصنيع الطبل Tympanoplastik بأطواره المختلفة، وكان الهدف منه إعادة بناء الأذن الوسطى وظيفياً وبدأ استخدام المجهر الضوئي والأدوات المجهرية الدقيقة، ومنذ ذلك الحين وحتى يومنا هذا يوجد كل يوم جديد في هذا المجال.

ومن أهم تطورات جراحة الأذن المجهرية اعتمادها على التنظير كعامل مدعم في كافة عمليات الأذن الوسطى في السنوات الأخيرة. فقد ثبت بالخبرة أن الاعتماد على التنظير Endoscopie هو عملية متممة لاستعمال المجهر، لا بد منها في العمليات التي يعاد فيها بناء جدار مجرى السمع الظاهر، وذلك في سبيل التأكد من أن التخلص من الكيس البشري الذي يحوي الورم الكولسترولي خلال العملية البدئية قد تم

بشكل كامل. وقد لوحظ أن حوالي 30% من العمليات التي أجريت بالطريقة المغلقة على مرضى الورم الكولسترولي منذ عام 1987 كان فيها امتداد الورم الكولسترولي بشكل متداخل، بحيث أن كافة أجزاء الورم غير مرئية باستعمال المجهر فقط، مما استدعى استعمال المنظار Endoscope للتخلص من الورم بشكل أكيد [Thomassin, 1994].

ويمكن فيما بعد من خلال عملية استطلاعية أخرى Second-Look Operation على نفس الأذن بتقنية التنظير هذه التداخل من خلال جرح صغير، وبأقصر الطرق، بحيث أن الرض لدى المرض يكون في الحدود الدنيا. ويمكن هنا فحص جوف الطبل والأجزاء الملحقة به بشكل دقيق وممتن [Thomassin, 1994].

إن طريقة التأمل التنظيري هذه بالطريقة المغلقة بعد عمليات استئصال الورم الكولسترولي تستند إلى مبررات عدة وهي:

- 1- التقليل من الأذى الحاصل من تجمع المخاط في الأجواف الخلفية.
- 2- يمكن الدخول إلى جوف الطبل بأقل رض ممكن.
- 3- يمكن بهذه الطريقة اكتشاف إن كان هناك مازال موجودات مرضية.
- 4- وفي هذه الحال يمكن أن يكون بقاء المريض في المستشفى لمدة أقل.

الأدوات المستعملة:

لقد كور لهذه الغاية منظار Tele-Otoscope من نوع Karl-Storz ويمكن استخدام هذه المناظير في الجراحة التنظيرية للأذن الوسطى بسبب كون اتجاهات عدسات الرؤية فيها بزوايا مختلفة فمنها بدرجة الصفر أي الزاوية بشكل مستقيم ومنها درجة 30 أو 70 أما قطرها فهو 3 ملم أو أكثر.. ويمكن إيصال هذه المناظير إلى جهاز فيديو-كاميرا. أما الضوء الصادر بواسطة هذه المناظير فهو ضوء بارد. ويتم العمل الجراحي بواسطة الأدوات الجراحية المجهرية التقليدية لعمليات الأذن الوسطى.

طريقة العمل:

1- استئصال الورم الكولسترولي:

أ- العمل الجراحي البدئي مع إعادة بناء Reconstruction الجدار الخلفي لمجرى السمع:
تجرى العملية بشكل روتيني ويأتي دور المنظار فقط في النهاية وذلك للتحقق من أن الورم الكولسترولي قد استؤصل بالكامل وذلك في الحالات التي يكون فيها امتداد الورم الكولسترولي باتجاه القسم الخلفي من جوف الطبل أو العلية Recessus epitympanum. أو يكون الورم الكولسترولي قد وصل حتى مستوى فوهة نفير أوستاش Tube auditiva، ويمكن في هذه الحال استعمال المنظار ذو الدرجة صفر والمنظار ذي الدرجة 70 وبذلك يمكن للجراح أن يجري استطلاعاً دقيقاً لهذه الأجواف ويتبين بسهولة إن كان هنالك استئصال كامل للورم أو أن هنالك بقايا بشروية ينبغي استئصالها. وفي حال وصل هذا المنظار بواسطة جهاز فيديو-كاميرا يمكن تحت مظلة هذا الفيلم تجريف مناطق معينة من الورم الكولسترولي مثل منطقة الجيب الطبلي Sinus tympani.

ب- العمليات الاستطلاعية التالية بالتقنية المغلقة Second-Look Operation:

تجرى هذه العمليات من خلال هذه الدراسة بشكل روتيني. إذ أن التصوير الطبقي المحوري Computer tomogram المتوفر حالياً لا يمكن من خلاله كشف الأورام الكولسترولية الصغيرة أو

الموجودات البشرية الصغيرة. إلا أن الجراحة التنظيرية هنا تعتبر الاستطباب المثالي لكشف هذه الحالات. ويحدد المرضى الذين هم بحاجة لهذه العملية الاستطلاعية حسب معطيات التصوير الطبقي المحوري CT والذي يجري بالمقاطع التاجية Coronary والمقاطع المحورية Axial للأذن التي سبق أن أجري عليها العمل الجراحي.

في حال ثبت من خلال التصوير الطبقي المحوري وجود تغيم وكثافات واضحة في منطقة الغار Antram فإن الإجراء يكون على الشكل التالي:

يعاد إجراء شق خلف الأذن ويعاد فحص الأجواف الخلفية الناجمة عن العمل الجراحي بواسطة المجهر.

أما في حال كون التصوير الطبقي المحوري طبيعياً فإنه يجري في هذه الحالة شق صغير خلف الأذن بمقدار 1.5 سم، ونعمد هنا إلى إدخال المنظار ذي القطر 4 مم ذو عدسة للرؤية صفر إلى منطقة الغار من خلال الشق الخلفي، ويمكن بهذه الحالة إجراء استطلاع تام ودقيق لمنطقة الغار والناتئ الخشائي، ونبحث عن إمكانية وجود بقايا كولسترولية مرضية في هذه المناطق، وفي حال كون الموجودات المرضية صغيرة ومحدودة يمكن استئصالها بمراقبة عن طريق الفيديو الموصول بالجهاز.

أما بالنسبة إلى استطلاع جوف الطبل فيمكن أن يتم عبر مجرى السمع أو عبر شق أمام الأذن ويمكن للجراح بهذه الحالة فحص المنطقة بدقة عبر إدخال المنظار ذي العدسة بزواوية الرؤية بدرجة صفر أو 70 عبر هذا المدخل، وإجراء فحص إلى جوف الطبل والتحري عن الموجودات المرضية واستئصالها.

2- مجالات الاستعمالات الأخرى لهذا التنظير:

أ- استئصال الجيوب الانسحابية:

تشكل الجيوب الانسحابية الخلفية التي تتشكل تحت الحوية الطبلية الاستطباب المثالي لاستئصالها عبر الجراحة التنظيرية، وفي هذه الحال يتم الاستئصال عبر مجرى السمع بدون التداخل على الخشاء عبر شق خلف الأذن.

وجدير بالذكر أن كل جيب انسحابي يعتبر بمثابة ورم كولسترولي متوقع. فهذه الجيوب تتشأ نتيجة نقص التهوية ابتداءً من ندبة فاقدة لطبقة الكولاجين الداعمة على غشاء الطبل في القسم المشدود، وهذا يؤدي إلى انسحاب هذا القسم الندي نحو داخل جوف الطبل، ونتيجة الالتهاب المزمن في طبقة النسيج الضام تحت مخاطية السمحاق يحدث تخرب في الحوية العظمية، وهذا يؤدي إلى تخرب النسيج الليفي القوي الداعم لغشاء الطبل، ويفسح المجال لأي بؤرة التهابية في الغار أو العلية لكي تتصل مع بشرة غشاء الطبل الداخلة إلى جوف الطبل ويتشكل هكذا الورم الكولسترولي.

ب- في تصنيع أجواف العمليات الخشائية:

ويستعمل التنظير في هذه الحالة للمراقبة أثناء استئصال النسيج البشري خلف أو أمام الطبل.

ج- في تصنيع عظيمات السمع:

ويستعمل التنظير بالمنظار ذي العدسة بزواوية صفر بعد إعادة بناء عظيمات السمع للتأكد من كون هذا التصنيع قد تم بشكل كامل ودقيق، إضافة إلى إلقاء نظرة على النافذة المدورة.

د- في حالات محدودة من التشوهات الولادية في الأذن:

ويمكن في هذه الحالات بعد استعمال المنظار ذي العدسة المزواة بدرجة 30 التأكد من كون سلسلة العظيمات السمعية كاملة أم ناقصة والعلاقة فيما بينها. كما يمكن إعطاء معلومات عن وضع العصب الوجهي، ويتم ذلك التنظير عبر حفر مكان في جوف الطبل العلوي Epitympanum تحت مستوى الفاصل العظمي مع الحفرة الدماغية المتوسطة Tegmen tympani.

هـ- وأخيراً يمكن استعمالها في تنظير النافذة المدورة والبيضية في سياق البحث عن وجود ناسور مع اللحم المحيطي في هذا المكان والاستغناء عن طريقة حفر العظم بغية الوصول إلى ذلك.

النتائج:

إن استعمال المنظار مع الفيديو-كاميرا كوسيلة متممة أثناء العمل الجراحي على الأذن الوسطى بغض النظر عن طريقة العمل الجراحي لا يمكن الاستغناء عنه بغية استئصال الورم الكولمسترولي بشكل كامل عند الكبار والأطفال معاً.

إن استعمال هذه التقنية الحديثة في المستقبل يمكن أن يجعل معدلات النكس بعد العمل الجراحي في المستقبل القريب بالتأكد بشكل أقل.

REFERENCES

المراجع

- [1]- W. Becker. H.H. Naumann. C.R. Pfaltz. Ear-Nose-Throat Disease. 1989. George – Thieme Verlag Stuttgart. New York.
- [2]- Fritz Moser. Oto Rhinolaryngologie band I. VEB gustav Fischer Verlag Jena, 1989.
- [3]- Prof. J.M. Thomassin Marseille. France. Endoskopgetüze chirurgie des Mittle ohres. Endo world HNO. Nr. 17-D, 1994
- [4]- Rockley T.J. Hawke WM. The Middle Ear as a Baroreceptor. Acta Oto laryngol (Stockh) 1992: 112: 816-823. Schmidt S-H, Hellström S.
- [5]- Experimental cholesteatoma in the Rat. Acta Otolaryngol (Stockh) 1994/ 114: 430-434.