

رینوسینوزیت: تشخیص و درمان

Rhinosinusitis; Diagnosis and Treatment

Anoosh Ghahramani, MD.
E-mail: anoosh_ghahramani@yahoo.com

نویسنده مسئول:
دکتر انوش قهرمانی

متخصص جراحی گوش، گلو و بینی



کمتر است. نوع با منشأ دندانی ARS خاستگاه زمون برای تشخیص می‌بایست مبتنی ابتدایی در سینوس ماگزیلر دارد. در هر حال تظاهرات بالینی ARS ویرال و باکتریال ظرف ۴ هفته یا با بدون درمان (بسته به علت) بهبود می‌یابند. گاه افتراق ARS باکتریال از ویرال مشکل است، چون در تظاهرات بالینی با هم همپوشانی دارند. رینوسینوزیت ویرال وقتی تشخیص داده می‌شود که علائم و نشانه‌های ARS کمتر از ۱۰ روز طول کشیده و علائم بدتر نشوند که در این صورت نیاز به تجویز آنتی‌بیوتیک نیست. در صورت بروز علائم زیر لازم است بیمار برای ارزیابی تخصصی‌تر به متخصص ارجاع شود:

پایداری علائم و نشانه‌ها بیش از ۱۰ روز، چنانچه پس از بهبودی در روزهای اول علائم و نشانه‌ها در طی ۱۰ روز بدتر شوند، دهیدراتاسیون، تب بیش از ۳۸/۹، درد و یا تورم چشم و تغییر بینایی، درد شدید سر و صورت، بیماری‌های زمینهای که فرد را در معرض عوارض قرار می‌دهند مانند ضعف سیستم دفاعی^۱.

ب) رینوسینوزیت قارچی مهاجم حاد یا فولمینانت (ATFRS): این حالت نتیجه تهاجم سریع ارگانیزم قارچی به بافت است. تقریباً منحصر به بیماران با ضعف سیستم دفاعی (مثل دیابتی‌ها، پیوند عضو، HIV مثبت‌ها) است. تظاهرات آن از ARS متفاوت بوده و بروز آن می‌تواند تا زمان پیشرفت زیاد به تأخیر افتد. ظهور ATFRS می‌تواند با انسداد بینی، درد صورت و سردرد، دوبینی، پروپتوز، از دست دادن بینایی، بی‌حسی یا بدحسی صورت و کام می‌باشد. در معاینه دبری‌های سفید یا سیاه قارچی در بینی (به ترتیب غیرموکور و موکور) یا در مسیر تخلیه سینوسها دیده می‌شود. تشخیص با بیوپسی بافتی و مشاهده تهاجم قارچی است. تهاجم عروقی و نکروز رایج می‌باشد.

پ) رینوسینوزیت حاد راجعه:

این حالت با بروز حمله سینوزیت ۴ بار یا بیشتر در سال تشخیص داده می‌شود. با همان علائم ARS ظاهر می‌یابد ولی طول دوره آن ۱۰ روزه تا چهار هفته‌ای در هر حمله بوده و در بین حملات علامتی وجود ندارد. تشخیص آن معمولاً در شرایط تماس مکرر با ویروس نظیر تماس کودکان در مهدکودک یا مدرسه تا ۱۰ سالگی، سفرهای هوایی متعدد، دست دادن زیاد بدون شستن دست، تماس با افراد آلوده مانند کارکنان بهداشتی درمانی، هر عاملی که منجر به اختلال در سیرکولاسیون طبیعی مخاط شود، تماس مکرر با محرکهای استنشاقی و ضعف ایمنی مطرح می‌شود. در تشخیص افتراقی ARS راجعه، رینیت

رینوسینوزیت یک بیماری التهابی با اشکال بالینی متفاوت است که پوشش مخاطی سینوسها و حفره بینی را درگیر می‌کند. این مطلب بر معرفی رینوسینوزیت بزرگسالان متمرکز است. تظاهرات بالینی عمومی این بیماری شامل احتقان یا گرفتگی بینی، خروج ترشحات بینی، چرک در بینی، ترشحات پشت بینی، درد یا فشار در صورت، سردرد، دندان درد، تغییر حس بویایی، سرفه، تب، بوی بد دهان، خستگی‌پذیری، التهاب گلو و نشانه‌های گوشه‌مانند پری گوش است. سرفه شبانه می‌تواند علامتی مهم در کودکان باشد. علل این بیماری شامل ویروس‌ها، محرکهای محیطی، آلرژی، تریاد حساسیت به آسپیرین و ایکوزانوئیدها، سوپرآنتی‌ژنها، ریفلاکس معده- مری، غلظت نیتریک اکساید در سینوسها و باکتریها می‌شود.^۲

تقسیم‌بندی رینوسینوزیت:

با توجه به دلایل ذیل تقسیم‌بندی این بیماری ضروری به نظر می‌رسد:

۱. تفاوت در استراتژی‌های درمانی و پیش‌آگهی ۲. شیوع بالا و نحوه بروز بالینی متغیر آن، که باعث اشتباه تشخیصی با اختلالات شایع دیگر همچون سندرمهای سردرد، آلرژی‌ها و گاه تومورها می‌شود ۳. درک ارتباط بین پیچیدگی، طول دوره، اتیولوژی و درنهایت ارتقای درک کلی از اختلال. در این تقسیم‌بندی معیارهای تشخیصی از قبل تعیین شده و به درمانگر در تشخیص آن کمک می‌کند، اما در تمام انواع، گرفتن شرح حال دقیق پزشکی و انجام معاینه بالینی در اولویت هستند.

الف) رینوسینوزیت حاد (ARS):

رینوسینوزیت حاد در تعریف، التهاب بینی و سینوس با دوره حداکثر ۴ هفته با تظاهرات اصلی شامل (۱) درناژچرکی یا موکوپورولانت بینی و پشت بینی (۲) انسداد بینی (۳) فشار یا درد صورت است. یافته‌های بالینی قابل مشاهده شامل (۱) وجود و جریان ترشحات دهانه سینوس، بینی و گلو (۲) یافته‌های تورم و التهاب سینوس در تصویربرداری می‌باشد. اکثر موارد ARS، ثانویه به یک میکروب اصلی هستند که می‌تواند ویرال، باکتریال و یا قارچی باشد. استنشاق مواد محرک شیمیایی، دود و آلرژنها هم با ARS می‌توانند همراهی کنند. شایعترین نوع ARS ناشی از عفونت‌های ویرال مانند سرماخوردگی معمولی است (و نیز عفونت ثانویه سینوسها در حضور عفونت ویرال احتمالاً در اثر هوایی متعدد، دست دادن زیاد بدون شستن دست، تماس با افراد فین کردن شدید) که منجر به علائم تنفسی فوقانی خودمحدود (ترشح بینی، احتقان بینی و سرفه) می‌شود. بدون عفونت ویرال زمینه‌های شیوع ARS

اقدامات پاراکلینیک

اندوسکوپ بینی: برخلاف رینوسکوپ قدامی، اندوسکوپ بینی روشی عالی را تأمین کرده و امکان مشاهده مستقیم توأم با بزرگنمایی حفره بینی، شاخکها، تیغه، مسیرهای تخلیه سینوسها و نیز ارزیابی پس از عمل در حفرات سینوسها را فراهم می‌کند.

تصویربرداری: در حال حاضر CT اسکن، روش استاندارد بررسی سینوسها است و جایگزین رادیوگرافی سنتی شده است. اندیکاسیون انجام آن مانند اندوسکوپ است و در واقع مکمل یکدیگر هستند. CT اسکن سینوسها در برشهای کرونال، اگزیتال و الگوریتم bone window، اطلاعات ارزشمندی از ساختار استخوانی بینی و سینوسها و ضخامت مخاطی بدست می‌دهد. MRI توأم با CT اسکن و برای بررسی تومورهای بافت نرم یا عوارض داخل اربیت - داخل مغزی رینوسینوزیت کاربرد دارد.

بررسی‌های آزمایشگاهی:

CBC، بررسی انوزینوفیل در بافت و ترشحات سینوسها (در CRS)، تستهای پوستی آلرژی، اندازه‌گیری ایمونوگلوبولین‌ها، تست عرق، باید مورد توجه قرار گیرند. اقداماتی همچون بررسی عملکردی بینی شامل تست الفکتوری و روشهای اندازه‌گیری باز بودن بینی فقط در موارد خاص لازم هستند.

درمان

در CRS تأییدشده بوسیله تصویربرداری یا کشت ترشحات سینوس، آموکسی‌سیلین با یا بدون کلواولاتان - در کسانی که حساسیت به پنی سیلین‌ها ندارند و در موارد بدون عارضه اولین خط درمان است. در CRS با یا بدون پولپ شواهد قوی در مقالات و مطالعات دال بر تأثیر الف) مصرف طولانی‌مدت ماکرولیدها مانند کلاریترومایسین، اریترومایسین و روکسیترومایسین با دوره ۳ ماهه و بیشتر و یا ب) استروئیدهای موضعی مانند بودزوناید، فلوتیکازون و مومتازون و یا پ) شستشو با محلول سالین مطرح شده است. استروئیدهای خوراکی نیز در CRS با پولپ مؤثر هستند. حساسیت‌زدایی نسبت به آسپیرین در موارد خاص، ضدویروسها برای ARS ویرال و آنتی هیستامینها مانند ستیریزین و لوراتادین هم مفید هستند.

موردی از درمان دارویی که هنوز سودمندی آنها اثبات نشده شامل این موارد می‌باشد: آنتی‌بیوتیک موضعی و تزریقی، ضدقارچ موضعی و تزریقی، leukotriene modifier مانند مونته‌لوکاست، درمان ضد ریفلاکس (در صورتی که ریفلاکس محرز نشده باشد)، ضداحتقان، روان‌کننده ترشحات، آنتی‌ایمونوگلوبولین E (مانند آمالیزوماب) در پولپ، ایمونوگلوبولین وریدی، ویتامین C، روی و اِکیناسه که همگی بیشتر برای CRS مورد مطالعه و استفاده قرار گرفته‌اند.^۲

رعایت سلسله مراتب درمان از درمانهای ساده‌تر و کم‌خطرتر به سمت انتخاب درمان قوی‌تر (فقط پس از شکست درمان اولیه)، لازم است. جراحی در CRS باید پس از به‌نتیجه‌نرسیدن درمان دارویی در نظر گرفته شود.

آلژژیک تشخیص داده‌نشده یا ناقص‌درمان‌شده، رینوسینوزیت مزمن تشخیص داده‌نشده یا ناقص‌درمان‌شده، ریفلاکس معده به گلو (با تورم راجعه سینوس زائل) قرار می‌گیرند.

ت) رینوسینوزیت تحت‌حاد:

در صورت درمان ناکافی ARS و طولانی‌شدن دوره علائم (بیش از ۴ هفته تا حداکثر ۱۲ هفته) علائم رینوسینوزیت معمولاً به‌صورت خفیف‌تر تظاهر می‌یابد که با عنوان رینوسینوزیت تحت حاد شناخته می‌شود و با درمان دارویی مؤثر و کافی بهبود می‌یابد.

ث) رینوسینوزیت مزمن (CRS):

با دوام علائم رینوسینوزیت بیش از ۱۲ هفته تشخیص داده می‌شود و به سه دسته عمده تقسیم می‌شود:

۱. CRS بدون پولپ بینی ۲. CRS با پولپ بینی ۳. رینوسینوزیت قارچی آلژژیک (AFRS)

در نوع بدون پولپ، ترشحات موکوپورولانت قدامی و خلفی بینی، انسداد بینی، فشار و درد صورت و در نوع همراه با پولپ کاهش حس بویایی بجای درد صورت دیده می‌شود. تشخیص تمام موارد CRS باید با معاینه بالینی یا تصویربرداری تأیید شود. در بسیاری از موارد، اندوسکوپ (به دلیل محدودیت رینوسکوپ قدامی) برای ارزیابی دقیق لازم است. سی‌تی‌اسکن نیز می‌تواند به عنوان روشی دیگر برای تشخیص CRS مدنظر باشد. رینوسینوزیت قارچی آلژژیک که زیرمجموعه CRS می‌باشد با پنج ویژگی شناخته می‌شود: ترشحات واضح موسین حاوی انوزینوفیل و هیف قارچ قابل دیدن با اندوسکپی، پولپوز بینی، یافته خاص در رادیوگرافی، ناکارآمدی سیستم ایمنی بیمار، حساسیت به قارچ کشت داده‌شده. در بعضی موارد، ممکن است علائم CRS زمینه‌ای پس از بهبودی نسبی اولیه به دلیل وجود میکروب و قارچ مقاوم به طور حاد تشدید شود. در این شرایط، کشت با هدایت اندوسکوپ برای انتخاب درمان آنتی‌بیوتیکی (آنتی‌میکروبیال) مناسب سودمند است.

شرح حال و معاینه فیزیکی:

تاریخچه علائم، دوره، سیر و شدت آنها، عوامل زمینه‌ساز در محیط و میزبان، سابقه بیماریها یا جراحی‌های قبلی، ارزیابی سایر دستگاههای بدن، آلرژی‌ها، شغل و تاریخچه خانوادگی - اجتماعی بیمار باید مورد توجه قرار گیرد. سابقه پنومونی، اتیت مدیا و یا رینوسینوزیت راجعه در فرد بالغ نشانی از نوعی ضعف سیستم دفاعی بدن است. معاینه بالینی سر و گردن شامل اتوسکوپ، رینوسکوپ قدامی و معاینه گلو و حنجره باید انجام شود. در رینوسکوپ قدامی علل ساختاری انسداد بینی مانند انحراف سپتوم، کلاپس والو بینی و هیپرتروفی توربینه که پس از دکونژ کردن بینی بهتر مشخص می‌شود، مورد بررسی قرار می‌گیرند. چرک در بینی، بارزترین یافته بالینی رینوسینوزیت است و سایر یافته‌ها شامل پولپ، اریتم، تورم، کبره و موکوس چسبناک معروف به موسین انوزینوفیلیک نیز اهمیت دارند.

لطفاً به این مقاله از ۱ تا ۲۰ امتیاز دهید.

کد این مقاله: ۶۳۱۲

شماره پیامک مجله: ۳۰۰۰۷۸۳۸

نحوه امتیازدهی: امتیاز-شماره مقاله

نمونه صحیح امتیازدهی (چنانچه امتیاز شما ۲۰ باشد): ۶۳۱۲-۲۰

References:

1. Epstein VA, Lanza DC. The Diagnosis of Rhinosinusitis. In: Kennedy DW, Hwang PH, editors. Rhinology: Diseases of the Nose, Sinuses, and Skull Base. 1st ed. New York, USA: Thieme; 2012. p.110-23.
2. Manning SC. Medical management of nasosinus infectious and inflammatory disease. In: Flint PW, Haughey BH, Lund VJ, Niparko JK, Richardson MA, Robbins KT, et al., editors. Cummings Otolaryngology: Head & Neck Surgery. 5th ed. Philadelphia, USA: Mosby Elsevier; 2010. p.728-38.