

اختلالات شناوی در کودکان مبتلا به شکاف لب و کام بستری در بیمارستان کودکان تبریز

دکتر شهین عبداللهی فخیم: استادیار جراحی گوش و حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر یلدا جباری مقدم: استادیار جراحی گوش و حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز؛ نویسنده رابط
E-mail:YJ-Moghaddam@yahoo.com

دریافت: ۸۶/۳/۹ پذیرش: ۸۶/۱۲/۲۰

چکیده

زمینه و اهداف: شکاف لب و کام یکی از بیماریهای شایع مادرزادی بوده و در بسیاری از کودکان مبتلا با سایر اختلالات همراهی دارد. از جمله اختلالات شایع مشکلات شناوی بوده و کاهش شناوی هدایتی بدنای اوتیت سروز در پیش از ۹۰ درصد کودکان مبتلا به شکاف رویت می شود. فراوانی کم شناوی حسی عصبی نیز در کودکان دچار اختلالات کرaniوفاسیال ۳-۵ درصد است. تاخیر در تشخیص و درمان کاهش شناوی متأسفانه عوارض غیر قابل جبرانی را برای کودکان بهمراه دارد. هدف از این مطالعه تعیین علل و فراوانی کاهش شناوی در بیماران شکاف می باشد.

روش بررسی: تعداد ۱۰۱ کودک مبتلا به شکاف لب و کام بستری شده در بیمارستان کودکان در بین سالهای ۱۳۸۳-۱۳۸۵ طی یک مطالعه مقطعی تحلیلی تحت معاینه بالینی و انجام تست های شناوی سنجی جهت غربالگری از نظر تعیین آستانه شناوی قرار گرفتند. کلیه اطلاعات در نرم افزار اطلاعاتی SPSS وارد و آنالیز شدند.

یافته ها: ۱۰۱ کودک مبتلا به شکاف لب و کام و یا لب تحت بررسی قرار گرفتند. (۵۷ پسر و ۴۴ دختر) میانگین سنی پسران و ۲۹/۳۴ ماه میانگین سنی دختران بود ($P < 0.05$). ۳۴ بیمار شکاف/کام ایزوله (۱۱ پسر و ۲۳ دختر)، ۷ بیمار شکاف لب ایزوله (۲ پسر، ۵ دختر) و ۶۰ بیمار شکاف کام (۲۳ پسر و ۱۷ دختر) داشتند. ۲۵ نفر از بیماران مبتلا به شکاف کام ایزوله و ۲ نفر از بیماران شکاف ایزوله و ۴۳ بیمار شکاف لب و کام دچار اوتیت سروز بودند.

دو نفر مبتلا به کاهش شناوی حسی عصبی بودند که کودک دچار کاهش شناوی نوع عمیق جهت کاشت حلزون و کودک دچار کاهش شناوی متوسط جهت استفاده از سمعک ارجاع شدند.

نتیجه گیری: با توجه به فراوانی افت یا فقدان شناوی در کودکان مبتلا به شکاف لب و کام و اهمیت تشخیص زودرس این اختلال در سنین رشد و تکامل، غربالگری شناوی سنجی همه کودکان مبتلا به شکاف ضروری است.

کلید واژه ها: شکاف کام، کاهش شناوی، اوتیت سروز

مقدمه

مواد شیمیایی را میتوان نام برد. معاینه والدین برای این نوع اختلال از انواع دیگر مهمتر است چرا که حدود ۵۰ درصد احتمال عود وجود دارد (۱و۲). توان بخشی کامل بچه دچار شکاف لب یا کام نیازمند سالها درمان اختصاصی تیمی مشکل از جراح شکاف، جراح پلاستیک، متخصص اطفال، متخصص گوش و حلق و بینی، جراح فک و صورت، دندانپزشک اطفال، متخصص طب اجتماعی، روان شناسی و پرستار بهداشت عمومی می باشد. پر واضح است

بروز شکاف لب با یا بدون شکاف کام حدود یک در ۷۵۰ نوزاد سفید پوست و بروز شکاف کام به تنها یک در حدود یک در ۲۵۰ نوزاد سفید پوست می باشد. شکاف لب در میان نوزادان پسر شایعتر است. بیماری شکاف یک بیماری مولتی فاکتوریال می باشد، یعنی علل محیطی در حضور عوامل ارشی باعث ایجاد شکاف می شوند. از علل محیطی شناخته شده مصرف برخی داروها توسط مادر، مصرف سیگار، الکل، سوء تغذیه، کمبود ویتامینها، مشکلات روحی و روانی مادر، مواجهه با برخی سموم یا

ایزوله (۲ پسر، ۵ دختر)، ۶۰ بیمار شکاف کام و لب (۴۳ پسر و ۱۷ دختر) داشتند. ۲۵ نفر از بیماران مبتلا به شکاف کام ایزوله و ۲ نفر از بیماران شکاف لب ایزوله و ۴۳ بیمار شکاف کام و لب چجار اویت سروز بودند. یک نفر مبتلا به کاهش شنوایی حسی عصبی شدید بود که جهت کاشت حلزون ارجاع شد.

فراوانی شکاف کام بصورت معنی داری در دختران بیش از پسران ($P = 0.000$) و فراوانی شکاف لب و کام بصورت معنی داری در پسران بیش از دختران بود ($P = 0.000$).

۴ نفر از بیماران (۲ پسر و ۲ دختر) از درد گوش شاکی بودند، کاهش شنوایی در هفت نفر از دختران وجود داشت، ۲ نفر از بیماران پسر از ترشح از گوش شاکی بودند و التهاب راجعه گوش نیز در ۲ بیمار پسر وجود داشت. هیچکدام از بیماران از سرگیجه و ترشح بینی و سینوسها شاکی نبودند. در ۶۷ نفر در اوتوسکوپی گوش راست و در ۶۵ نفر در اوتوسکوپی گوش چپ پرده صماخ کدورت واضح غیر طبیعی داشت و لی بین راست و چپ تفاوت معنی دار وجود نداشت. در ۶۹ نفر (۴۰ پسر و ۲۹ دختر) در اوتوسکوپی پرده تمپانومتری انجام راست و در ۶۵ نفر (۳۹ پسر و ۲۹ دختر) پرده تمپان چپ رتراتکه بود. تفاوت معنی داری بین رتراسکیویون پرده صماخ و جنسیت و یا سمت راست و چپ وجود نداشت. در تمپانومتری انجام شده در گوش راست ۱۹ نفر (۱۶ پسر و ۳ دختر) تیپ A ۵۸ نفر (۳۰ پسر و ۲۸ دختر) تیپ (B)، ۶ نفر (۲ پسر و ۳ دختر) تیپ C و ۱۶ نفر (۸ پسر و ۸ دختر) تیپ As بودند. فراوانی تمپانومتری تیپ A در گوش راست بصورت معنی داری در پسران بیشتر از دختران بود. در تمپانومتری گوش چپ در ۱۶ نفر (۱۳ پسر و ۳ دختر) تیپ A و در ۲۳ نفر (۱۱ پسر و ۱۲ دختر) تیپ As و در ۴۹ نفر (۲۶ پسر و ۲۳ دختر) تیپ B و در ۱۱ نفر تیپ C بودند. تفاوت معناداری در نتایج تمپانومتری گوش چپ در دو جنس وجود نداشت ($P = 0.146$).

از نظر مقایسه نتایج تمپانومتری با نوع شکاف بیماران تیپ A در ۳ نفر از بیماران دارای شکاف کام ایزوله و ۳ نفر از بیماران دارای شکاف لب ایزوله ۱۳ نفر از بیماران با شکاف کام و لب مختلط وجود داشت. تیپ B در ۲۲ نفر از بیماران شکاف کام ایزوله، ۲ نفر از بیماران با شکاف لب ایزوله و ۳۵ نفر از بیماران با شکاف کام و لب مختلط وجود داشت. تیپ C در ۲ نفر از بیماران با شکاف کام ایزوله، ۲ نفر از بیماران با شکاف لب ایزوله و ۷ نفر از بیماران با شکاف کام و لب مختلط وجود داشت. تیپ D در ۲۵ نفر از بیماران با شکاف کام و لب ایزوله و ۲ نفر از بیماران با شکاف کام

که حضور چنین تیمی عامل اصلی در شناسایی سایر اختلالات همراه شکاف و تلاش در جهت درمان آنها می باشد (۳ و ۴). فقدان چنین تیم های فعال در کشور ما اهمیت نگرش همه جانبی نگر پزشکان در برخورد با کودکان مبتلا به شکاف را نشان می دهد. یکی از اختلالات شایع در بین بیماران مبتلا به شکاف کام مشکلات شنوایی استکه که متوافقانه اغلب موقعی شناسایی شده که کودک زمان طلایی آموزش شنیداری در طی روند تکاملی اش را از دست داده و در سنین بالاتر به علت عدم توانایی در تکلم ارجاع می شود. شایعترین عارضه شکاف کام اویت مکرر گوش میانی و کاهش شنوایی هدایتی است که در مطالعه Xuuh و همکاران در دانشگاه Sichuan در درصد کودکان مبتلا به شکاف تمپانوگرام تیپ C یا B گزارش شده است (۵).

در مطالعه Ethem شیع اویت سروز در بیماران مبتلا به شکاف کام و لب ۶۹ درصد گزارش شده است (۶). در مطالعه sheehan که بر روی ۱۰۴ بیمار مبتلا به شکاف انجام شده است در یک پیگیری ۹/۶ ساله در ۱۹ درصد بیماران اویت میانی مزمن و ۱/۹ درصد کلستانوم گزارش شده است (۷) Muntz اعلام کرده که ۹۶ درصد کودکان مبتلا به شکاف کام نیازمند تعییه لوله و نتیلاسیون می باشند. عوارض رویت شده در این گروه شامل پرفوراسیون مزمن پرده تمپان در ۱۳ درصد، اویت چرکی مزمن در ۶ درصد و کلستانوم در یک درصد می باشد (۸). Dhkllon نشان داد که فونکسیون شیپوراستاش در عرض ۲ سال بعد از پالاتوپلاستی در ۸۰ درصد بیماران بر می گردد (۹). وجود تعداد فراوان کودکان مبتلا به شکاف ارجاعی به بیمارستان کودکان و اهمیت بسزا غربالگری و شناسایی مشکلات شنوایی و فقدان مطالعه جامع در این خصوص انگیزه طراحی و انجام مطالعه اخیر گردید.

مواد و روش ها

در این مطالعه ابتدا کلیه بیمارانی که به علت شکاف کام و یا لب در بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان کودکان بستره و تحت درمان قرار گرفتند تمپانومتری شدند. اطلاعات لازم مثل شکایت های بالینی بیماران شامل درد گوش، کاهش شنوایی، سرگیجه، ترشح از گوش، التهاب راجعه گوش و ترشح از بینی یا سینوسها و معاینه بالینی بیماران که شامل: رنگ پرده موقعیت پرده، کدورت پرده، داشتن اویت سروز و نتایج تمپانومتری، رفلکس آکسستیک، ساقبه عمل جراحی کام، نوع شکاف، سمت و کامل یا ناکامل بودن شکاف کام و یا لب یادداشت و نتایج بدست آمده در نرم افزار SPSS و آنالیز گردیده و سطح معنی دار ($P < 0.05$) در نظر گرفته شد.

یافته ها

مطالعه ۵۷ پسر و ۴۴ دختر را شامل می شود که میانگین سنی پسران ۴۱/۶۶ ماه و میانگین سنی دختران ۲۹/۳۴ ماه بود. بیمار شکاف کام ایزوله (۱۱ پسر، ۲۳ دختر)، ۷ بیمار شکاف لب

تیپ C یا B رویت شده بود که نشانگر شیوع بالای تمپانوگرام غیر طبیعی در بیماران مبتلا به شکاف منطقه ما مشابه سایر مناطق بود. در مطالعه ای که توسط Ethem Gumech در دانشگاه Ondokuz Mayis Niigate میانگین فشار گوش میانی در بیماران مبتلا به اوتیت سروز گوش راست ۱۷۳/۶۲ و گوش چپ ۱۱۰/۲ بود در حالیکه میانگین فشار گوش میانی در بیماران غیر اوتیت سروز ۲۲۳/۶ در گوش راست و ۲۹/۷۶ در گوش چپ بود. تفاوت معنی داری بین فشار گوش میانی دو گوش وجود داشت جدول (P = ۰/۰۰).

جدول: نتایج سن و فشار گوش میانی گوش راست و چپ بیماران بر اساس انواع شکاف لب و کام

متغیر	نوع شکاف	میانگین	انحراف معیار
سن	فقط شکاف کام	۲۷/۹۴	۲۸/۰۳
	فقط شکاف لب	۲۹	۳۲/۹۸
	شکاف لب و کام	۴۲/۱	۴۶/۲۳
(گوش راست)	فقط شکاف کام	-۸۷/۴۱	۷۱/۴۱
	فقط شکاف لب	-۴۹/۲	۱۳/۶۹
	شکاف لب و کام	-۱۸/۴۱	۳۷/۰۳
(گوش میانی)	فقط شکاف کام	-۷۸/۷۷	۹۲/۱۵
	فقط شکاف تب	-۸۹/۷۱	۱۴۴/۹۵
	شکاف تب و کام	۶۶/۰۹	۶۴/۲۵

بر اوتیت سروز برسی شده بود، شناسایی دو مورد کاهش شنوازی حسی عصبی بود که یک مورد بدليل عمیق بودن جهت کاشت حلزون و مورد دوم چون آستانه شنوازی در حدود متوسط بود جهت استفاده از سمعک ارجاع شد. در مطالعات انجام شده گزارش شده است که اختلالات کرaniو فاسیال ده برابر بیشتر از افراد عادی فرد را در ریسک ابتلاء به کاهش شنوازی حسی عصبی قرار می دهند (۱۵). شناسایی دو مورد کم شنوازی مادرزادی حسی عصبی از ۱۰۱ بیمار برسی شده نیز نشانگر ضرورت غربالگری تمام کودکان بویژه نوزادان مبتلا به شکاف لب و کام می باشد.

نتیجه گیری

باتوجه به شیوع بالای انواع مختلف کم شنوازی در کودکان مبتلا به شکاف کام و شکاف لب در مقایسه با کودکان سالم، کمک به کسب و ارتقاء مهارتهای گفتاری و ایجاد روابط اجتماعی که بصورت بالقوه وابسته به توانایی شنوازی است ضروری بوده و لازم است پزشکان متخصص کودکان و گوش حلق بینی توجه ویژه به غربالگری اولیه شنوازی از جهت کری حسی عصبی مادرزادی وسیس پیگیری این کودکان از جهت اوتیت سروز و عوارض مربوطه با انجام معاینات سالیانه گوش داشته باشند. تا مبتلایان به شکاف همانند همسالان خود توانایی تحصیل و اموزش اکادمیک و کسب موقعیت مناسب اجتماعی را داشته باشد.

ایزوله و ۴۲ نفر از بیماران با شکاف کام و لب مختلط مبتلا به اوتیت سروز بودند تفاوت معنی داری بین ابتلاء به اوتیت سروز در انواع مختلف بیماران با شکاف لب/کام وجود نداشت. میانگین فشار گوش میانی در بیماران مبتلا به اوتیت سروز گوش راست ۱۷۳/۶۲ و گوش چپ ۱۱۰/۲ بود در حالیکه میانگین فشار گوش میانی در بیماران غیر اوتیت سروز ۲۲۳/۶ در گوش راست و ۲۹/۷۶ در گوش چپ بود. تفاوت معنی داری بین فشار گوش میانی دو گوش وجود داشت جدول (P = ۰/۰۰).

جدول: نتایج سن و فشار گوش میانی گوش راست و چپ بیماران بر اساس انواع شکاف لب و کام

بحث

دیسfonکسیون شیپور استاس به دلایل متعدد در بیماران مبتلا به شکاف اتفاق می افتد که زمینه ساز ایجاد فشار منفی در گوش میانی و اوتیت سروز می شود اوتیت سروز، هم باعث کاهش شنوازی کودک شده و هم بستر ایجاد اوتیت مزمن گوش میانی را فراهم می کند. تغییرات ایجاد شده در اوتیت مزمن گوش میانی غیر قابل برگشت و عوارض متعدد ایتراکرانیال واکسترا کرانیال به همراه دارد. مطالعه sheahan در ۱۰۴ بیمار مبتلا به شکاف در یک پیگیری ۹/۶ ساله در ۱۹ درصد بیماران اوتیت میانی مزمن و در ۱/۹ درصد بیماران کلستاتوم را نشان داده است (۷).

Muatz هم اعلام کرده است که ۹۶ درصد کودکان مبتلا به شکاف کام نیازمند تعییه لوله و تیلایسیون بوده و تقریباً ۵۰ درصد این کودکان نیازمند تعییه مجدد و تیلایسیون توبوب هستند. وی عوارض متعددی از قبیل پرفوراسیون مزمن پرده تمپان در ۱۳ درصد، اوتیت چرکی مزمن در ۶ درصد و کلستاتوم را در یک درصد گزارش کرده است (۸). مطالعه Liay و XUK در West China Medical University Science طبیعی در ۷۵/۵ درصد بیماران مبتلا به شکاف کام و لب بود که همانند نتایج مطالعه فوق شیوع تمپانوگرام غیر طبیعی در بیماران ما نیز بالا بود. نتایج ما همخوانی با گزارش Xu و همکاران داشت که با برسی بیمارانی که چهار اوتیت سروز شده بودند در ۶۴ درصد از این بیماران تمپانوگرام تیپ C یا B رویت شده بود (۹). در مطالعه ما نیز همانند نتایج مطالعه فوق طی تمپانومتری انجام گرفته در گوش راست ۶۵٪ و در گوش چپ در ۶۰٪ موارد

Reference

1. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. *Nelson textbook of pediatrics*, 16th. Ed. W.B. Saunders company, New York, 2004; 1111-2.
2. Frisina A, Pizza F, Pasanisi E, Bacciu S, Cerasoli G. Cleft palate and dysfunction of the eustachian tube, *Acta Biomed Ateneo Parmense*, 1998; **69**(5-6): 129-32.
3. Gudziol V, Mann WJ. Otological findings in adults with isolated cleft palate or cleft lip, Jaw, and palate, *Mund kiefer Gesicht teschir*, 2004; **8**(6): 356-60.
4. Liu L, Sun YG, Zhao W, WU R: Effect of ventilation tube insertion on otitis media with effusion in cleft palate children, *Zhonghua Er Bi Yan Hou Kezazhi*: 2004; **39**(4), 216-8.
5. Xu HF, Xulr, He Y, Zheng Q, Zheng Y, Liao. XY. Treatment of cleft palate with secretary otitis media. *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue ZaZhi*: 2003; **38**(4): 269-70.
6. Guneren E, Ozsoy A, Ulay M. A Comparision of the effects of veau-wardill-kilner palatoplasty and fur low double – opposing Z- plasty operation 01 eustachion tube function. *Cleft palate –Craniofacial J*, 2003; **37**(3): 266-270.
7. Sheahan P, Miller I, Sheahan JN, Earley MJ, Blayney AW. Long –term otological outcome of hamular fracture during palatoplasty. *Otolaryngol Head Neck Surgery*: 2004; **131**(4): 445-51.
8. Muntz HR. An overview of middle ear disease in cleft palate children, *Facial Plast surg*: 1993; 177.
9. Dhillon RS. The middle ear in cleft palate children pre and post palatal closure, *J. R. Soc. Med*: 1988; **81**: 710.
10. Xu H, Liao X, Xu L, Zheng Q, Sun Y, Wang K, Zheng Y. Study of cleft palate with problems of middle ears and its treatment. *Hua Xi Kou Qiang YiXueZa Zhi*: 1999; **17**(2), 133-5.
11. Guneren E, Ozsoy A, Ulay M. A Comparison of the effects of veau-wardill kilner palatoplasty and fur low double – opposing Z plasty operation on eustachian tube function. *Cleft Palate Craniofacial Journal*: 2000; **37**(3), 266-270.
12. Bluestone CD. Studies in otitis media. children's hospital of Pittsburgh- university of Pittsburgh progress report- 2004, *Laryngoscope*: 114(11pt3suppl 105), 2004; 1-26.
13. Tuncbilek G, Ozgur F, Belgin E. Audiologic and tympanometric findings in children with cleft lip and palate, *Cleft Palate Craniofacial J*: 2003; **40**(3), 304.
14. Sheahan P, Miller I, Sheahan JN, Earley MJ, Blayney AW. long –term otological out come of hamular fracture during palatoplasty. *Otolaryngol head neck surgery*: 2004; **131**(4): 445-51.
15. Cummings C, Flint P, Otolaryngology Head & Neck Surgery Text book, mosby, Philadelphia, 4th ed, 2005; 4387-4397.