

آترزی کوآن دو طرفه در یک نوزاد: گزارش موردی

چکیده

آترزی کوآن شایعترین ناهنجاری مادرزادی بینی است که با شیوع تقریبی ۱ در ۷۰۰۰ تولد اتفاق می‌افتد. این ناهنجاری می‌تواند یکطرفه یا دو طرفه باشد. همچنین این عارضه در ۲۹٪ موارد استخوانی و در ۷۱٪ موارد غشایی - استخوانی (مخلوط) می‌باشد. تقریباً ۵۰٪ نوزادان گرفتار، ناهنجاریهای مادرزادی دیگری را بصورت همراه دارند که از آن جمله می‌توان به سندرم CHARGE که شامل کولوبوم - ناهنجاری قلبی - آترزی کوآن - عقب ماندگی رشد و تکامل - ناهنجاری سیستم عصبی - مرکزی، ناهنجاری ژنیتال یا هیپوگنادیسم و یا هر دو، ناهنجاری گوش و یا کری می‌باشد، اشاره نمود. در آترزی یک طرفه بینی، نوزاد معمولاً در بدو تولد علائم واضحی ندارد و ممکن است برای مدت طولانی، اغلب تا زمان اولین عفونت تنفسی بدون علامت باشد. در انسداد دوطرفه اغلب نوزادان مشکل تنفسی دارند، هنگام مکیدن دچار سیانوز می‌شوند ولی هنگام گریه کردن سیانوز برطرف می‌شود. تشخیص بوسیله عدم عبور کاتتر شماره ۶ به میزان بیشتر از ۳-۴cm بداخل نازوفارنکس می‌باشد. با استفاده از رینوسکوپ فیبراپتیک صفحه آرتیک ممکن است بطور مستقیم مشاهده شود. نیز بوسیله CT اسکن آناتومی منطقه بهتر دیده می‌شود. درمان براساس شدت انسداد و تظاهرات کلینیکی نوزاد می‌باشد. آترزی یک طرفه بندرت در دوران نوزادی نیاز به مداخله جراحی دارد و معمولاً قبل از سنین مدرسه (۵-۴ سالگی) تصحیح می‌شود. در آترزی دو طرفه بهتر است جراحی تا سن ۶-۴ هفتگی یا وزن بیشتر از ۴kg به تاخیر بیافتد. در سندرم CHARGE، براساس شدت ناهنجاری همراه ممکن است تراکتوستومی نسبت به ترمیم زودرس ارجح باشد. در این مقاله یک نوزاد با آترزی کوآن دو طرفه معرفی می‌شود که پس از تولد دچار سیانوز شد. در معاینه عمومی، قلب و ریه طبیعی بود. در معاینه بینی کاتتر ورودی به سوراخهای بینی بمیزان بیشتر از ۳cm رد نشد. نوزاد با تشخیص آترزی کوآن دو طرفه تحت عمل جراحی قرار گرفت و پس از عمل جراحی در بخش مراقبت ویژه تحت درمان حمایتی قرار گرفت. وی پس از سه هفته با حال عمومی خوب مرخص شد.

دکتر نسترن خسروی I

کلیدواژه‌ها: ۱- آترزی کوآن ۲- دیسترس تنفسی ۳- سیانوز

مقدمه

انسداد بینی دو طرفه سبب افزایش فعالیت تنفسی و در نتیجه ایجاد دیسترس تنفسی می‌شود و این مساله تا زمانی که نوزاد گریه کند و انسداد بینی بطور موقت برطرف شود، ادامه می‌یابد. همچنین نوزاد هنگام شیرخوردن دچار سیانوز و دیسترس تنفسی می‌شود. تشخیص بوسیله عدم عبور کاتتر شماره ۶ از سوراخهای بینی پس از ورود به فاصله ۳-۴ سانتیمتری نازوفارنکس می‌باشد. صفحه آرتیک با استفاده از نازوفارنگوسکوپ فیبراپتیک قابل

آترزی کوآن شایعترین ناهنجاری مادرزادی بینی با میزان شیوع تقریبی ۱/۸۰۰-۱/۵۰۰۰ تولد زنده می‌باشد و نسبت ابتلا دختر به پسر ۲/۱ است (۱-۳). در مواردی ممکن است بیمار برای مدت طولانی - تا زمان اولین عفونت تنفسی - بدون علامت باشد و ترشح موکویید یکطرفه از بینی تنها علامت بالینی باشد. دیسترس تنفسی معمولاً بطور واضح و مشخص دیده نمی‌شود. از مشخصات آترزی کوآن دو طرفه، انسداد تنفسی بصورت دوره‌ای می‌باشد.

(I) استادیار و فوق تخصص بیماریهای نوزادان، زایشگاه شهید اکبرآبادی، خیابان مولوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.

نهادن راه هوایی (air way) گردید و نوزاد تحت درمان با اکسیژن (5L/min، زیر هود) قرار گرفت. در رادیوگرافی قفسه سینه، قلب و ریه‌ها طبیعی بود. علی‌رغم عبور کاتتر دهانی - معدی، جهت رد آترزی مری و ناهنجاریهای دستگاه گوارش آزمایش بلع باریم انجام شد که گزارش آن طبیعی بود. سپس جهت بررسی از نظر آترزی کوآن دو طرفه، مشاوره گوش و حلق و بینی انجام شد. نوزاد تحت آندوسکوپی بینی قرار گرفت و آترزی دوطرفه بینی تأیید شد. جهت تشخیص قطعی، بیمار تحت سی‌تی‌اسکن قرار گرفت. پس از آن نوزاد تحت عمل آندوسکوپی و عمل جراحی با لیزر قرار گرفت و جهت تداوم باز بودن راههای هوایی، داخل هر دو منفذ بینی کاتتر گذاشته شد. علی‌رغم فقدان ناهنجاری داخلی، مشاوره قلب و چشم برای نوزاد انجام شد که نتایج آنها طبیعی بود. سونوگرافی دستگاه ادراری نیز طبیعی بود. نوزاد پس از عمل جراحی مجدداً در بخش مراقبت ویژه نوزادان بستری گردید. در این مدت آنتی‌بیوتیک و ریدی دریافت نمود و قطره کلرور سریم داخل کاتترهای بینی ریخته شد. پس از سه هفته مجدداً مشاوره گوش و حلق و بینی انجام شد و خوشبختانه بعلت عدم تشکیل بافت گرانولاسیون و یا تنگی، نیازی به عمل جراحی مجدد وجود نداشت. بیمار با حال عمومی خوب مرخص شد.

بحث

آترزی کوآن، یکی از ناهنجاریهای مادرزادی بینی با میزان تقریبی ۱ در ۱۰۰۰۰ تولد می‌باشد(۶). براساس مقالات موجود این ناهنجاری (صفحه آترتیک) در ۲۹٪ موارد بطور خالص استخوانی و در ۷۱٪ موارد، بصورت مخلوط غشایی - استخوانی می‌باشد(۶). شیوع آترزی کوآن یکطرفه و دوطرفه را مساوی گزارش می‌نمایند(۶). این مطالعات براساس ارزیابی جدید مانند CT اسکن و آندوسکوپی بینی می‌باشد. پاتوژنز آترزی کوآن مشخص نمی‌باشد. تقریباً در ۷۰-۵۰ درصد موارد ممکن است آترزی کوآن همراه با ناهنجاریهای دیگر (سندرم CHARGE) باشد که شامل

مشاهده است. بهترین روش تشخیصی CT می‌باشد. Toriello-HV و همکاران پسر بچه ۳ ساله‌ای که دچار عفونتهای مکرر تنفسی بود را گزارش نمودند که پس از بررسیهای انجام شده، متوجه آترزی کوآن یکطرفه و همچنین وجود VSD کوچک (نقص بین دیواره طنی) در او شدند(۴). در مطالعه دیگری نیز ۵ نوزاد با آترزی کوآن متوسط تا شدید (۲ مورد دو طرفه و ۳ مورد یک طرفه) همراه با ناهنجاریهای مادرزادی صورت، قلب، گوش و ژنیتالیا گزارش شدند(۵).

معرفی بیمار

مورد معرفی نوزاد دختری است که با سن حاملگی ۳۸ هفته در بیمارستان شهیداکبرآبادی بطریقه زایمان واژینال متولد شد. نوزاد حاصل حاملگی دوم و فرزند دوم خانواده بود. فرزند اول سالم و مشکلی نداشت. مادر نوزاد ۳۲ ساله، سالم و در زمان بارداری سابقه پلی‌هیدرآمنیوس، داشت. پدر و مادر نسبت فامیلی نداشتند. آپگار دقیقه ۱ و ۵ نوزاد به ترتیب ۷ و ۸ بود. نوزاد پس از تولد دچار سیانوز شد که با ساکشن، آمو و اکسیژن با فشار مثبت بهبود یافت. در معاینه عمومی، وزن نوزاد ۳۴۰۰ گرم، قد ۴۹ سانتیمتر، دور سر ۳۷ سانتیمتر، درجه حرارت 36.2°C ، ضربان قلب $140/\text{min}$ ، تنفس $90/\text{min}$ و فشار خون 55mmHg با روش فلاشینگ بود. سرنورموسفال و گوش و چشم در معینه طبیعی بودند. در معاینه بینی، کاتتر شماره ۶ پس از عبور از منافذ بینی در فاصله ۳ سانتیمتری متوقف شد و همین امر ظن به آترزی کوآن دو طرفه را برانگیخت. معاینه گردن طبیعی بود و در معاینه قفسه سینه، دیسترس خفیف تنفسی وجود داشت. سمع قلب و ریه طبیعی و شکم نرم بود. کبد ۲ سانتیمتر زیر لبه دنده لمس شد ولی طحال قابل لمس نبود. معاینه سایر ارگانها طبیعی بود. ژنیتالیا دخترانه و سالم بود. کاتتر دهانی معدی شماره ۸ برای نوزاد گذاشته شد که براحتی عبور کرد و وارد معده شد. سیانوز نوزاد هنگام گریه برطرف می‌شد و این امر نیز تأییدی بر تشخیص آترزی کوآن دو طرفه بود. به همین دلیل اقدام به

تراکئوستومی اندیکاسیون داشته باشد. در آترزی دو طرفه، مداخله جراحی زودرس الزامی است ولی این امر ممکن است در موارد وجود ناهنجاریهای خطرناک همراه امکانپذیر نباشد. همچنین بهتر است در صورت عدم وجود ناهنجاریهای خطرناک و تحمل راه هوایی دهانی توسط نوزاد، جراحی تا سن ۶-۴ هفتگی یا زمانی که وزن نوزاد به بیشتر از ۴ کیلوگرم برسد به تعویق بیافتد، ولی اگر گذاشتن لوله تراشه جهت تثبیت وضعیت تنفسی نوزاد اجتناب ناپذیر باشد، بهتر است جراحی هر چه زودتر انجام شود. گاهی ممکن است طی سال اول گشادکردن مجدد (dilatation) منافذ بینی لازم گردد. (اگر چه در اکثر موارد نیاز به عمل مجدد جهت گشاد کردن وجود ندارد). گاهی هم قبل از سن مدرسه (۵-۶ سالگی) این عمل مجدد انجام می‌گیرد (۶ و ۸). بندرت در موارد آترزی یکطرفه، در زمان نوزادی نیاز به عمل جراحی پیدا می‌شود. در بیماران CHARGE بر اساس شدت ناهنجاریهای همراه ممکن است تراکئوستومی به ترمیم زودرس ترجیح داشته باشد (۱، ۲، ۶ و ۸).

منابع

- 1- Arin, Ann, Behrman, RE., Kliegman RM., Nelson text book of pediatrics, 16 th ed, Philadelphia WB.Saunders 2000, PP: 1258-1259.
- 2- Avroy A., Fanaroff, Richard J Martin, Neonatal medicine disease of the fetus and infant, 5 th ed., New York, Mosby 1997, PP: 1062-1066.
- 3- Gordon B., Avery mary Ann fletcher, mahiari G., Macdonal Neonatology. 5 the ed, Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins 1999, PP: 1009-1010.
- 4- Toriello HV., Higgins JV., A boy with choanal atresia. Cardiac defect. Clinical dysmoppol, 1999, Vol 8, N 2, PP: 143-5.
- 5- Garabedian EN., Ducroz V., Reger G., Denoyelle F., Nasal fossa malformations and paramedian facial cleft. J. craniofac-Genetic-Dev-Biol. 1999, Vol 19, N: 1, PP: 9-12.
- 6- Ralph F., Wetmore. Harlan R., Mantz Trevor J. McGill-William P. potsic Gerald B. Healy-Rodeny P. lusk pediatric otolaryngology principles and practice pathways New York, Stuttgart, t 2000 PP: 454-455.
- 7- Behar PM., Todd NW., Paranasal sinus development and choanal atresia Arch-otolaygol-Head-Neck-Surg 2000, vol 126, N: 2, PP: 155-157.
- 8- Friedam NR., Mitchell RB., Bailey CM., Albert DM., Management and outcome of choanal atresia correction. Jnt. J. of pediatric-otorhinolaryngol 2000, Vol 52, N: 1, PP: 45-51.

کولوبوم - ناهنجاریهای قلبی - آترزی کوآن - عقب ماندگی رشد و تکامل، ناهنجاریهای سیستم عصبی مرکزی - ناهنجاریهای ژنیتال (هیپوگنادیسم)، ناهنجاریهای گوش و یا کری می‌باشد (۳-۱ و ۶). براساس نتایج مطالعات مشابه آترزی کوآن ممکن است با ناهنجاریهای صورت و جمجمه مانند ناهنجاریهای حفره بینی، کولوبوم پلک و چشم، هیپوپلازی اتموئید و ناهنجاریهای قدام قاعده مغز و هیپوپلازی تیغه بینی همراه باشد (۵، ۷ و ۸). همچنین مطالعات دیگر نشان داده‌اند که در آترزی کوآن یکطرفه، سینوسهای ماگزیلاری همانطرف بزرگتر از طرف مقابل است و این مساله سبب عفونتهای مکرر سینوس (سینوزیت) و ایجاد ترشحات یکطرفه می‌گردد (۷). در آترزی دو طرفه کوآن، نوزاد در موقع تولد علایم انسداد راههای تنفسی را نشان می‌دهد. علایم بصورت حملات دیسترس تنفسی و سیانوز می‌باشد که هنگام گریه کردن از بین می‌روند و به همین دلیل به آن سیانوز متناقض (paradox) اطلاق می‌گردد (۲، ۳ و ۶). غالباً آترزی کوآن یکطرفه در موقع تولد بدون علامت است و نوزاد معمولاً برای یک دوره طولانی و اغلب تا اولین عفونت تنفسی - که معمولاً در سن ۵-۲ سالگی است - بدون علامت می‌باشد (۳، ۶ و ۷). تشخیص بوسیله عدم عبور کاتتر شماره ۶ بداخل نازوفارنکس می‌باشد، عبارتی کاتتر بیشتر از ۴-۳ سانتیمتر داخل نمی‌رود. صفحه آرتیک ممکن است بوسیله رینکوسکوپ فیبراپتیک (Fibrotic Rhinoscopy) قابل رویت باشد. سی‌تی‌اسکن جهت افتراق بین تنگی (stenosis) و آترزی، و تعیین اینکه آیا صفحه آرتیک استخوانی است یا غضروفی کمک کننده است (۱، ۲، ۳ و ۶). درمان براساس شدت انسداد و تظاهرات بالینی نوزاد می‌باشد. در موارد آترزی دو طرفه، بازنگهداشتن دهان و گذاشتن راه هوایی دهانی و در صورت لزوم، قرار دادن لوله داخلی تراشه برای بهبود وضعیت تنفس باید انجام شود. باید لوله دهانی - معدی برای نوزاد گذاشته شود و تغذیه نوزاد تا زمانی که نوزاد قادر به تنفس بدون کمک باشد می‌بایست از طریق گاوژ صورت گیرد. گاهی بعلت مشکلات تنفسی شدید در آترزی دو طرفه ممکنست

NEONATAL BILATERAL CHOANAL ATRESIA: A CASE REPORT

I
N. Khosravi, MD

ABSTRACT

Choanal atresia is the most common congenital anomaly of the nose and has a frequency of approximately 1/7000 live births. It consists of a unilateral or bilateral bony (29%) or bony-membranous(71%) wall. Nearly 50% of affected infants have other congenital anomalies or CHARGE syndrome that include: coloboma, heart disease, choanal atresia, growth and development retardation, CNS anomalies, genitalia anomalies, hypogonadism or both, ear anomalies or deafness. Clinical manifestations: When only one side is affected, the infant usually does not have severe symptoms at birth and maybe asymptomatic for a prolonged period, often until the first respiratory infections. In bilateral atresia, they have cyanosis and respiratory problem with sucking that relieved with crying. Diagnosis: inability to pass a firm catheter through each nostril more than 3-4 cm into the nasopharynx. The atresia plate maybe seen directly with fiberoptic rhinoscopy. The anatomy is best visualized by using CTscan of the nasopharynx.

Treatment of choanal atresia depends on the severity of the obstruction and clinical presentation of the infant. Unilateral atresia rarely requires surgical intervention during infancy and is usually corrected before school begins(4-5 years old). In bilateral atresia, if an oral airway is tolerated by the infant, surgical correction is best deferred until the infant reach to the 4th-6th week of age or more than 4kg. In CHARGE syndrome, tracheostomy may preferable to immediate repair, depending on the severity of the associated anomalies. In this article, a newborn present with bilateral choanal atresia, that after birth had cyanosis. General examination, heart and pulmonary examination were normal. In nasal examination a catheter could not pass through each nostril more than 3 cm and with bilateral choanal atresia diagnosis was operated. After operation, the infant hospitalized in intensive care unit and had been under conservative treatment. After 3 weeks, the infant discharged with good condition.

Key Words: 1) Choanal atresia 2) Respiratory distress 3) cyanosis

D) Assistant professor of Neonatology, Shahid Akbar Abadi Maternity hospital, Molavi St., Iran University of Medical Sciences and Health services, Tehran, Iran.