



أمراض الأنف

د. محمود العبد الله

2018/9/20

RB Medicine

أمراض الأذن والأنف والحنجرة | ENT Diseases

تعرفنا في المحاضرة السابقة على تشريح وفيزيولوجية الأنف

وسنتكلم في هذه المحاضرة عن بعض أمراض الأنف

نتمنى لكم دراسة ممتعة 😊

الرعاف Epistaxis

- سيلان دموي من الأنف وحيد الجانب (الأشيع) أو ثنائي الجانب.
- شائع عند الأطفال وأسبابه سليمة غالباً.
- إن أوعية الأنف وخاصة الوترية قليلة الحماية ومستورة بغشاء مخاطي، لذلك تكون عرضة للنزف والتمزق عند أقل رض.
- من الممكن أن يخرج الدم من تجويف الأنفي نحو البلعوم ويصقه المريض من الفم بدلاً من الأنف وعند التحري نجد مصدر الدم من الأنف.

أسباب الرعاف

تقسم إلى أسباب موضعية وأسباب عامة.

أسباب موضعية:

- 1- **مجهول السبب** كما في النزف العفوي الذي يحصل في منطقة هيسلباخ، هذا النوع من النزف يظهر لأقل رض أو نتيجة جفاف الجو الذي يؤدي إلى تشكل قشور في الأنف (غالباً ما يكون وحيد الجانب وشائع عند الأطفال نتيجة العبث بالأنف).
- 2- **رضيا:** كما في سحجات الغشاء المخاطي وتمزقه بسبب ضربة مباشرة على الأنف أو في كسور الأنف وغضروف حجاب الأنف، وغالباً ما يكون ثنائي الجانب.
- أما كسور قاعدة الجمجمة فتؤدي إلى نزف قد يكون شديد وقد يختلط الدم مع السائل الدماغي الشوكي.

كما ملاحظة: عند الشك بوجود سائل دماغي شوكي نقوم بعدة إجراءات أهمها فحص السكر في الدم النازف، إذ يعتبر وجود السكر فيه دليل على وجود السائل الدماغي الشوكي.

- ومن الأسباب الرضية الأخرى: انثقاب حجاب الأنف الرضي أو المرضي، الأجسام الأجنبية، نزف بعد عمل جراحي للأنف.

3- **التهابي:** تالي لالتهاب أنف حاد أو مزمن بسبب إنتاني أو بالفيروسات الراشحة.

ويندر أن يحدث الرعاف بسبب التهاب الجيوب أو التهاب الأنف الضموري.

4- **ورمي:** الأورام السليمة والخبيثة في الأنف والبلعوم الأنفي والجيوب، مثال على ذلك:

الورم الليفي النازف عند اليفعان: وهو ورم سليم ينشأ من البلعوم الأنفي ويتظاهر غالباً بنزف قد يكون شديد ومتكرر من الأنف.

5- **البيئة والمحيط:** الارتفاع الشديد في الجو له تأثير جاف من جهة وخافض للضغط الجوي من جهة.

6- **غدية:** حصول رعاف في بعض الحالات أثناء الطمث.

وقد ينجم الرعاف عن انحراف الوتر (بسبب اضطراب جريان الهواء والجفاف الناجم عنه).

الأسباب العامة:

1- ارتفاع الضغط (الشرياني): يكون الرعاف خلفي عادةً، خاصة عند المرضى الكبار في السن ويكون الرعاف شديد ومزعج.

كما ملاحظة: عند الكبار في العمر فوق الـ 65 سنة نضطر أحيانا لوضع دكات أمامية أو خلفية لضبط النزف وخاصة عند الأشخاص الذين يتناولون المميعات.

2- (زيادة الضغط الوريدي في الأمراض القلبية والرئوية).

3- أمراض الدم والأوعية¹: ابيضاض الدم، اضطرابات تخثر الدم، عوز فيتامين C & K.

ومرض **أوسلر ويبر أو التوسع الوعائي النزفي** الوراثي الذي يتظاهر بعيب في المركبة التقلصية في جدار الأوعية الدموية (الطبقة العضلية والمرنة) وتوسع الشعريات والشريينات في الأنف والوجه (توهج)، حيث تتشكل أورام وعائية صغيرة في مختلف أقسام الجسم وخاصة في مخاطية الأنف والفم وهي تنزف لأقل رض. هذه الحالات يمكن تشخيصها بفحص الأنف وفحص الدم الكامل وعيار البروترومبين وزمن النزف.

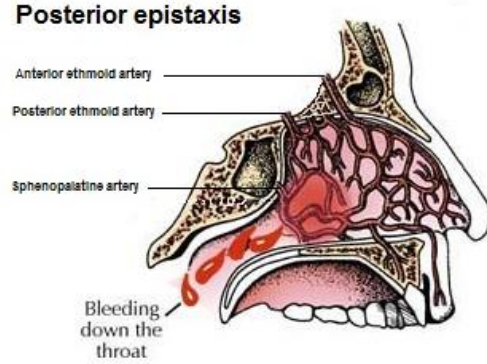
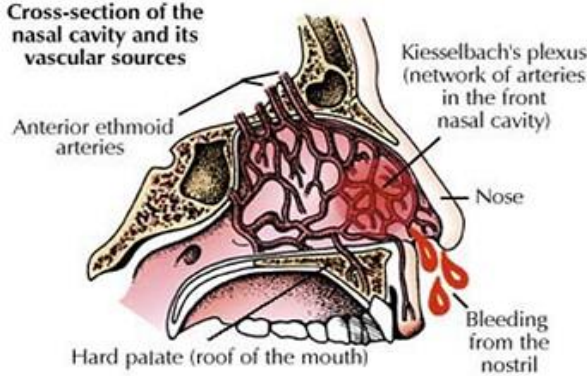
مكان النزف من الأنف (أنواع الرعاف)

1- **الرعاف الأمامي**²: 90٪ من حالات الرعاف تتوضع في منطقة هيسلباخ في القسم الأمامي السفلي من حجاب الأنف.

1 كل الأمراض التي تسبب نقص في صفيحات الدم
2 يحدث عادة لأسباب موضعية.

2- **الرعاف الخلفيا:** أكثر غزارة ويحدث غالباً على حساب **الشريان الوتدي الحنكي** وغالباً ما يترافق مع ارتفاع الضغط الشرياني (أسباب جهازية).

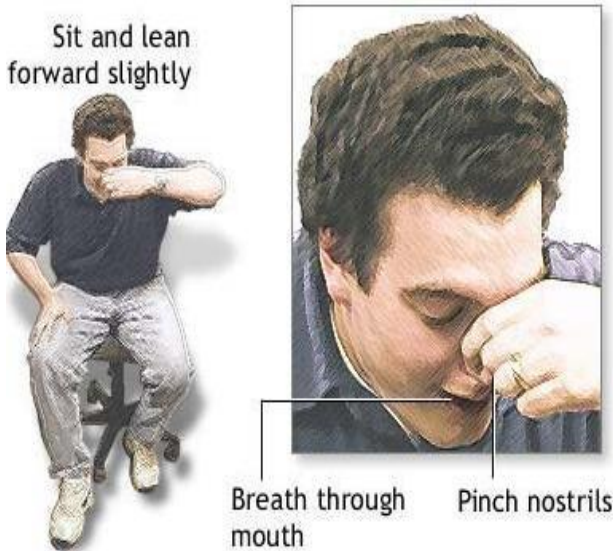
والنزف من الأنف قد يتراوح بين نزف بسيط إلى نزف غزير مهدد للحياة وأحياناً لا يظهر الدم إلا من البلعوم.



تدبير الرعاف (المعالجة)

- يجب الانتباه إلى:
- القصة المرضية: نسال المريض عن وجود رض أو تناول مميعات وعن عدد مرات الرعاف وتكرارها، والسؤال عن مكان العمل (عمال المخابز والأفران أكثر عرضة للرعاف بسبب الحرارة المرتفعة)
- السوابق المرضية: ارتفاع ضغط الدم؟
- العادات: مدخن، كحولي...
- وتقسم المعالجة إلى معالجة فورية إسعافية وتدبير علاجي شافي.

المعالجة الفورية:



لا بد قبل إيقاف النزيف من تعيين مكان النزف³ ويجب لذلك أن يكون العمل في مكان حسن التجهيز فالمريض على كرسي أو مستلقي ولدى الطبيب ضوء رأس وممص كهربائي ومساعد، فيمص الدم النازف، ويعين مصدر النزف هل هو أمامي أو خلفي حيث تختلف المعالجة في الحالتين:

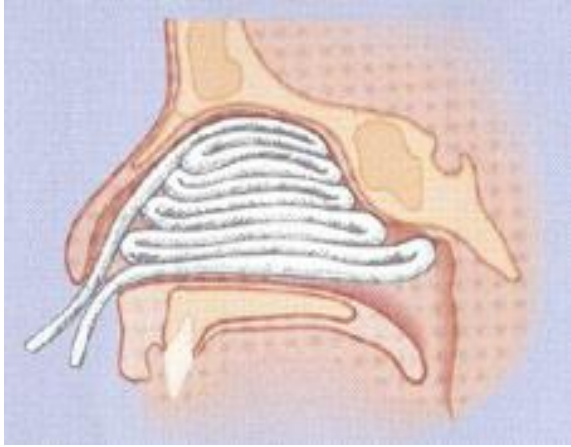
- فإذا كان **النزف أمامي** من منطقة هيسلباخ (وهو الحالة الغالبة) يكون الإيقاف سهل والعلاج كما يلي:
- الضغط على جناحي الأنف من الخارج.

3 في بعض الحالات يصعب تحديد منطقة النزف في البداية، نحاول تجفيف الأنف لتتحري مكان النزف وإذا لم يتوقف نستعين بدكات لمدة 48 ساعة عندئذ نستطيع اكتشاف المنطقة النازفة.

الكدمات الباردة على جذر الأنف (تساعد على تقبض الأوعية).

- إذا لم يتوقف الرعاف نبيل قطعة من القطن بمحلول **الأدرينالين ومخدر موضعي** (2% كسيلوكائين) وتوضع فوق المنطقة النازفة وتضغط لفترة 10 دقائق ترفع بعد ذلك و يغلب عندها أن يكون النزف قد تتوقف فيجري **كي كيميائي** المنطقة إما بلؤلؤة نترات الفضة أو حمض الكروم وتجفف الوتره بعد الكي الكيميائي كي لا يسيل المحلول الكاوي إلى مناطق أخرى يوصف للمريض بعد ذلك مرهم مطري لمدة كافية.
- أما إذا لم يتوقف النزف الأمامي بعد تطبيق الضغط عليه فعندئذ نلجأ للكي الكهربائي بكي النقطة النازفة، حيث لا يجوز تطبيق الكي الكيماوي إذا لم يتوقف النزف⁴.
- قد نلجأ إلى الدك الأمامي وتكه لمدة 24-48 ساعة إذا لم يتوفر الكي الكهربائي.
- أما إذا كان **النزف خلفي** فيعين مصدره هل هو سفلي تحت القرين السفلي أم في الأعلى، ولا بد لإيقاف النزف من إجراء الدك الأمامي ونادرا ما يلزم إجراء الدك الخلفي.

الدك الأنفي الأمامي:



- ويجرى بقطعة ضيقة وطويلة من شاش مبلى بمادة زيتية أو دهنية قد تحتوي مواد مضادة للجراثيم.
- ويجرى الدك بإدخال الشاش على طبقات فوق بعضها البعض بدءا من قاع الأنف ويترك الدك في مكانه مدة 24-48 ساعة⁵ يعطى أثناءها **مضاد حيوي** منعا لحدوث الإنتان ويرفع بعدها وغالبا ما يكون النزف قد توقف ونادرا ما يلزم إعادة دك مرة أخرى نظرا لعدم توقف الرعاف.
- يوجد دكات قابلة للانتباج عند التعرض للماء (مثل الاسفنج طولها 1 سم وعرضها (6-8-10-12) سم، تبلل بسيروم وتنتجج في تجويف الأنف) أو قابلة للنفخ.

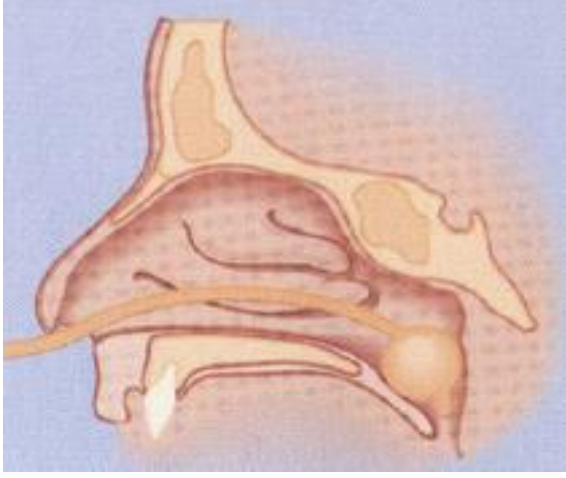
الدك الأنفي الخلفي:

- يتم اللجوء إليه في حالة **النزف الخلفي الشديد** (قد يكون نزف مهدد للحياة).

4 يطبق على منطقة صغيرة وبجهد واحدة فقط ولا يجوز استخدامه بالطرفين.

5 أغلب النزوف وحيدة الجانب لكن مع العطاس والإقياء قد يسيل الدم من الجانبين، لذلك يفضل دك الطرفين إذا لم يحدد المريض جهة النزف بالبداية.

- يعتمد على دك البلعوم الأنفي بواسطة قثطرة ذات بالون أو بالونين (قثطرة فولبي) تدخل عن طريق الأنف إلى البلعوم الأنفي بحيث يضغط البالون الشريان الوتدي الحنكي فيتوقف النزف.
- تترك في مكانها 48 - 72 ساعة ويعالج في هذه الأثناء السبب الرئيسي لحدوث الرعاف (ضبط الضغط الشرياني، تعديل الجرعات المميعة...)
- وفي هذه الحالة يجري دك أمامي لتأمين ثبات القثطرة الخلفي.
- وقد تستخدم قطعة من الشاش بدل البالون بشكل كتلة يتناسب حجمها مع حجم البلعوم الأنفي المراد دكه
- إجراء الدك الخلفي مؤلم للمريض إذا لم يجري تحت التخدير العام وكذلك هو مزعج طيلة بقاءه في البلعوم الأنفي لذلك لا يتم اللجوء إليه إلا عند الضرورة وتحديد الحالات التي يمكن أن يفيد بها.
- يجب إعطاء الصادات الحيوية لمنع حدوث إنتان ثانوي.



التدبير الوقائي الشافي:

- وتطبق هذه المعالجة عندما تفضل الوسائل الفورية في إيقاف الرعاف أو عند تكرره وهي:
- **كبي الأوعية النازفة:** نترات الفضة.
- **الربط الشرياني (الأهم):** في حال النزف الشديد المتكرر حيث يتم ربط الشريان السباتي الظاهر أو الفكي الباطن أو الشرايين الغربالية حسب الوعاء النازف.
- **نقل الدم:** وهو ضروري في حالات نقص الدم الشديد الذي يؤدي إلى أعراض صدمة نزفية وفي داء أوسلر ويبر يفيد استئصال الغشاء المخاطي ووضع طعم جلدي رقيق بدل منه.
- إذا فشلت كل الحلول السابقة نلجأ إلى **تصميم الأوعية** (تشكيل صمات داخل الأوعية) وهي الحل النهائي لإنقاذ المريض على الرغم من مساوئه واختلاطاته (صمه رئوية أو دماغية، أذية المنطقة التي يغذيها الوعاء المصمم...)

الأجسام الأجنبية في الأنف Nasal foreign body

- هي إما أحياء كالذباب يدخل الأنوف المهملة، أو أي جسم آخر يلج الأنف صلب أو نباتي.
- شائعة عند الأطفال (البطاريات قد تحدث تخريش بالغشاء المخاطي لذلك من الضروري إخراجها بسرعة).

الأعراض:

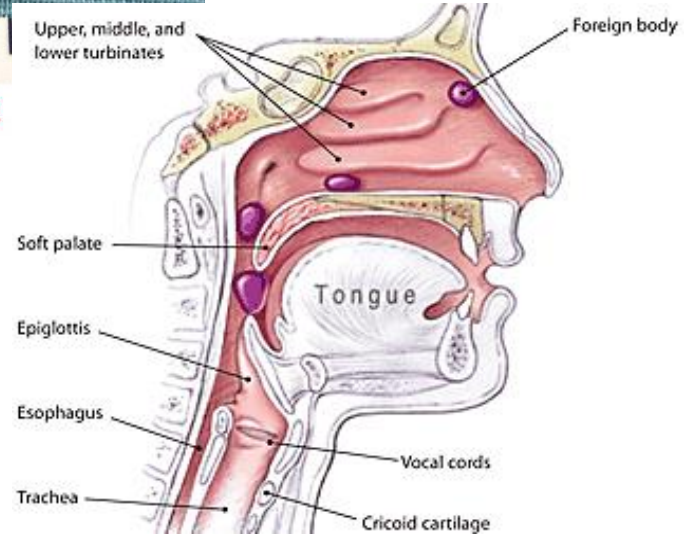
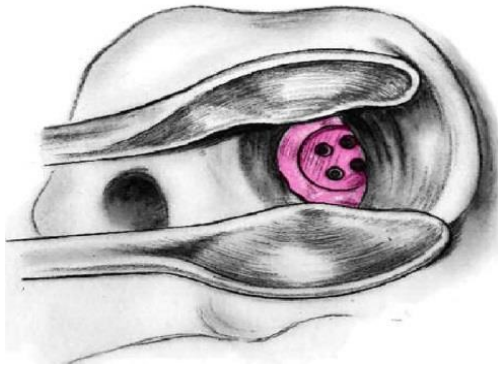
سيلان قيحي -قد يكون مدمى- كريه الرائحة، وحيد الجانب مع انسداد جزئي أو كلي في ذلك المنخر.

المعالجة:

استخراج الجسم الأجنبي



Nasal foreign body removal



حصيات الأنف RHINOLITH

نادرة وتتكون من ترسب أملاح الكالسيوم حول نواة من مفرزات قيحية أو جسم أجنبي، ويهيئ الانسداد الجزئي للمنخر بما يسببه من ركود لتشكل هذه الحصيات.

تغلب في الكهول من النساء والرجال وغالبا ما تكون وحيدة الجانب في القسم السفلي من الأنف.

الأعراض:

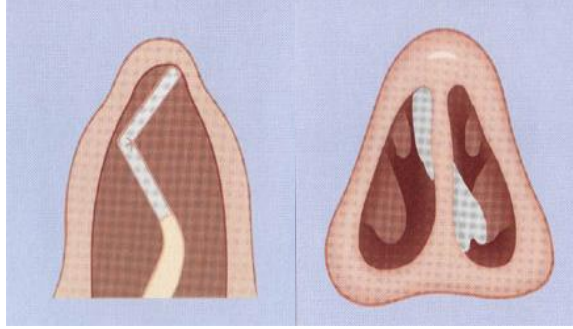
■ سيلان قيحي تنن الرائحة مع انسداد جزئي أو كلي في الجهة المصابة.

تعالج باستخراجها (في حال كانت كبيرة قد نحتاج إلى تفتيتها قبل استخراجها)

⚠ ملاحظة: في كلا حالتي الأجسام الأجنبية والحصيات يكون الانسداد ثنائي الجانب.

انحراف الوتر⁶ Septal deviation

ميلان الوتر عن الخط الناصف إلى اليمين أو اليسار ويسمى بحسب شكله (مهماز - S - C - تحذب - قدم وتر).⁷



أسبابه:

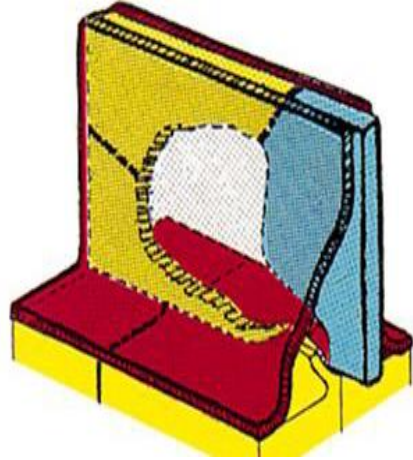
3. رضي

2. عامل النمو

1. خلقي

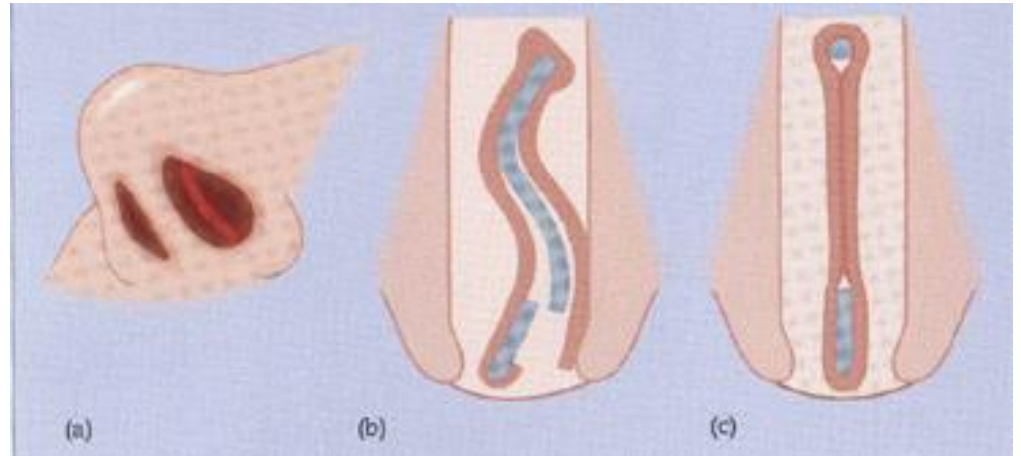
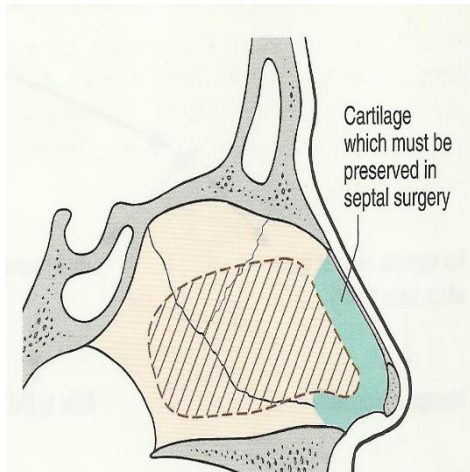
الأعراض:

1. **انسداد الأنف:** إذا كان الانحراف كافي لحدوث الانسداد
2. **صداع:** قد ينجم من انحراف شديد في الوتر بحيث تصطدم وتضغط على القرين السفلي.⁷
3. **رعاف:** وذلك بسبب انقطاع الهواء عن جدار الوتر المنحرفة فيجف ويحدث الرعاف.



التدبير:

جراحي، يهدف إلى تصحيح أي انحراف في حاجز الأنف إما بإزالة القسم العظمي الغضروفي المنحرف أو بإعادة توضع الحاجز الغضروفي المنحرف. يجب الانتباه إلى عدم استئصال القسم الأمامي أو الظهري من الحاجز الأنفي.



6 حوالي 90-95٪ انحراف الوتر يكون خفيفاً بدون أعراض ولا يحتاج جراحة.

7 وقد يحدث بسبب خمج في الجيوب بسبب سوء تهويتها الناجم عن انحراف الوتر، وينجم عنه صداع جبهي.

كسور الأنف

كسور عظام الأنف هي أشيع كسور عظام الوجه، تنتج من صدمة تصيب الأنف أو من حادثة سقوط أو سيارة. وقد يصيب الكسر عظام الأنف لوحده أو الغضروف لوحده أو الاثنين معاً، وغالباً ما يكون مفتتاً ونادراً ما يكون مفتوحاً مترافقاً بتمزق الجلد.

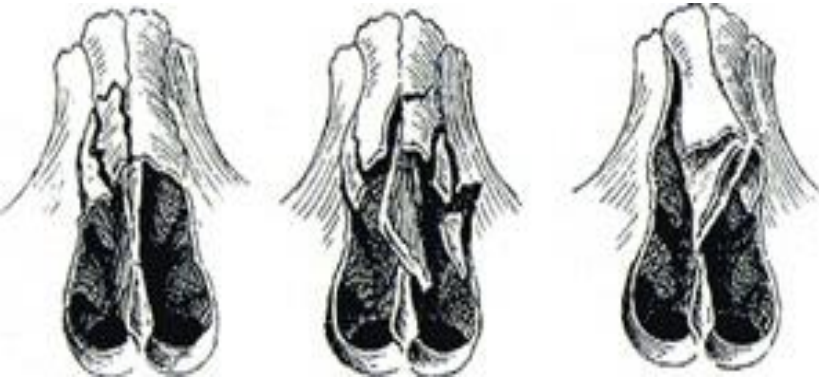
الأعراض:

1. تشوه في هيكل الأنف
2. انسداد في الأنف
3. مضض ورعاف
4. فرقة عظمية بالجبس
5. توذم وتغير لون الجلد والنسيج تحت الجلد المغطي لعظام الأنف والمناطق المجاورة.

ينجم عن:

(الرض (الأمامي): (بوكس مباشر 3) أذية في الذروة - تسطح في ظهر الأنف - تحطم عظام الأنف - تشوهات في الوتر (انخلاع أو ورم دموي على الوتر).

(الرض (الجانبية): انخساف في الجدار الجانبي للأنف - تشوهات في ظهر الأنف والوتر - كسور في الجدار الأنسي للجيب الفك.



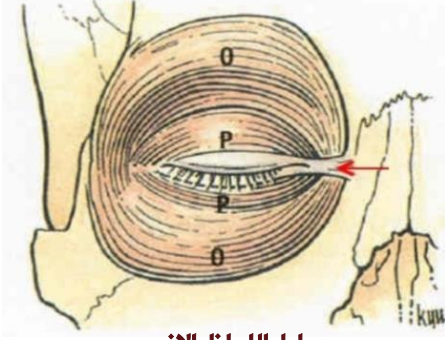
- انخلاع الغضروف المربع للحاجز الأنفي هو أكثر تشوهات الوتر مشاهدة.
- عادة ما نشاهد انخلاع في الوتر وكسور الغصن النصير عند الأطفال، ومعدل خطورة أعلى للورم الدموي على الوتر.

اختلاطات كسور الأنف:

- أذية الرباط الأنسي للحاظ.
- أذية القناة الدماغية
- ورم دموي على الوتر
- رعاف متكرر
- كسور في الصفيحة المصفوية (سيلان سائل دماغي شوكي وفقد الشم)

ك ملاحظة: عند كسور الصفيحة المصفوية: يجب تحري السائل الدماغي الشوكي في السيلان الأنفي عند أي شكوى لسيلان أنفي شفاف بعد فترة أشهر أو سنوات من التعرض لكسور بقاعدة الجمجمة وذلك بتحليل السكر وبيتا ترانسفيريز.

التشخيص:



رباط اللعاب الإنسي

- بالفحص السريري: التأمل والجس
 - التصوير الشعاعي من أجل الطب الشرعي
 - يمكن إجراء CT عند الشك بوجود كسور مرافقة في الوجه
- غالباً يكون الاعتماد الأساسي في التشخيص هو الفحص السريري، أما التصوير الشعاعي لتفريق الكسر المتبدل عن غير المتبدل.

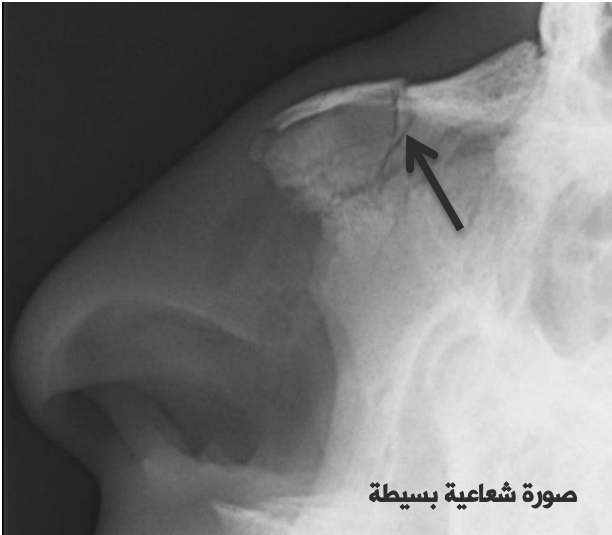
المعالجة:



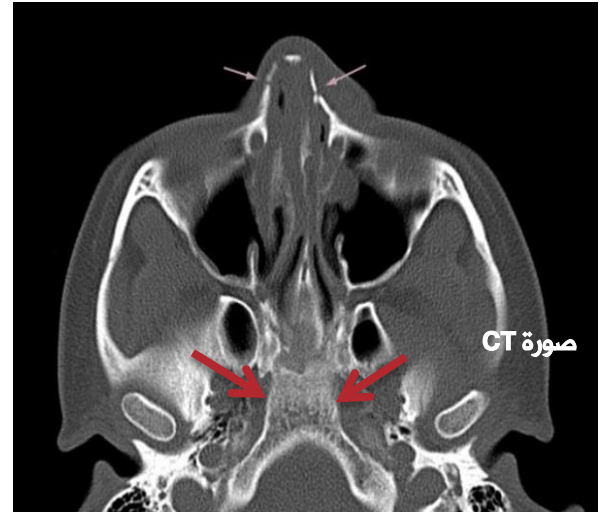
الجبيرة الأنفية

- غالباً سهولة برد الكسر وتثبيتته بدك خفيف للأنف وجبس من الظاهر.
 - ترد كسور الأنف خلال الساعات الأولى قبل تشكل الوذمة⁸.
 - في حال تشكل الوذمة يتم الرد بعد زوال الوذمة 3-10 أيام.
- في الكسور المفتوحة نرى عظم الأنف بالخاصة، نحاول إرجاعه وخياطة الجلد مع وضع جبس ودك أمامي.

⚠ ملاحظة: رد الكسر عند الأطفال يجب أن يتم قبل مضي مضي 10 أيام على الكسر، أما عند الكبار قبل مضي 8 أيام وأي كسر بعد 10 أيام نضطر إلى كسره ثم رده.



صورة شعاعية بسيطة



صورة CT

8 التدخل في حال وجود وذمة طعب وخطير فقد يتسبب بصمة رئوية للمريض

الورم الدموي في الوترة Septal haematoma

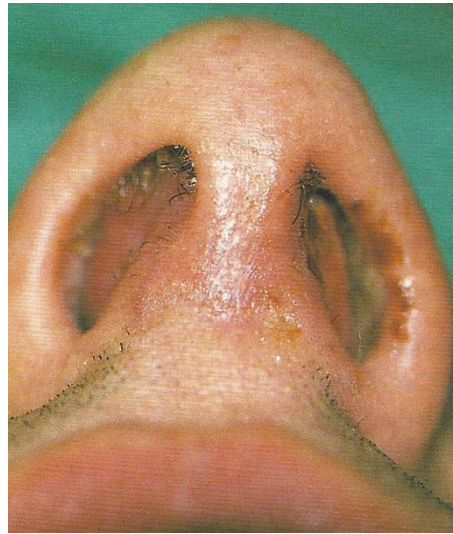
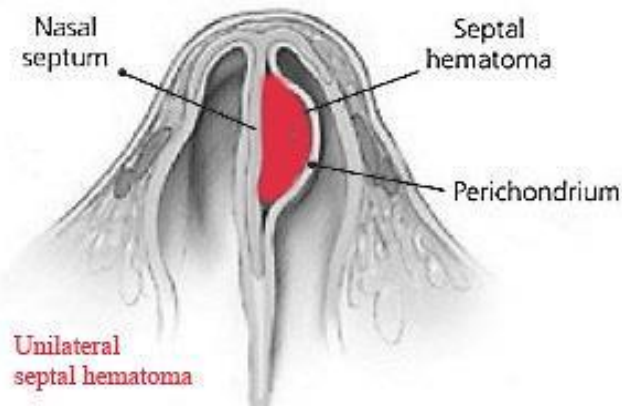
- تجمع دموي بين السمحاق والغضروف على الحاجز الأنفي.
- ويكون إما برض كليل على الأنف أو ثانوي لجراحة الحاجز الأنفي.
- شائع عند الأطفال لأنهم يتعرضون للوقوع على الأنف كثيراً.

الأعراض:

- انسداد أنف وحيد الجانب وقد يكون ثنائي الجانب.

المعالجة:

- تفجير الورم وتغطية بالمضادات الحيوية.
- الشق والتفجير والتغطية بالصادات ودك الأنف لمدة يوم أو صفائح لمدة 10 أيام، لضمان التحام الغشاء المخاطي للأنف عالوترة.



خراج الوترة

- يحدث نتيجة تقيح الورم الدموي في الوترة.
- يجتمع القيح بين الغضروف والسمحاق فتنتفخ الوترة ويمكن أن تسد الأنف مع ألم وترفع حروري.

المعالجة:

تكون بشق الغشاء المخاطي والسمحاق شفا كافيا حتى يتفجر القيح مع المضادات الحيوية.

التهاب دهليز الأنف

- **دهليز الأنف:** هو القسم المستور بالجلد من مدخل الأنف ويحتوي على أشعار.
- قد تلتهب أجربة الأشعار في هذه المنطقة وتشكل قشور ملتصقة تزعج المريض وتؤلمه عند قلعها.
- هذه الحالة تستمر فترة طويلة جداً إذا لم تعالج جيداً.

المعالجة:

مراهم المضادات الحيوية.

دمل الأنف

- قد يصاب دهليز الأنف أو ذروة الأنف بدمل نتيجة اقتلاع الأشعار أو التنظيف بظفر الأصبع،
- مما يسبب تسحج يكون مدخل للمكورات العنقودية فيحمر ويتورم القسم المصاب وقد تمتد علامات الالتهاب إلى المنطقة المجاورة (أجفان العين) ثم تتوضع ويبدو مكان التقيح.

المعالجة:

- يجب تجنب عصر الدمل أو محاولة شقه باكراً وذلك لأن أوردة هذه المنطقة تصب في الوريد الزاوي الذي يرفد الجيب الكهفي ومنه ينشأ خطر حدوث التهاب الجيب الكهفي الخثري وهو اختلاط غالباً ما يكون مميت
- يعالج دمل الأنف بالمضادات الحيوية وبالانتظار حتى يصبح القيح واضح التشكل حيث يفجر.
- يميل دمل الأنف إلى النكس.

ضخامة الأنف الدهنية Rhinophyma



- يعتبر مرحلة أخيرة من العد الوردية.
- يتضخم فيه الجلد الساتر للأنف وخاصة في نصفه السفلي بشكل عقيدات تحصر بينها شقوقاً تحوي مادة دهنية وقد تبلغ هذه الضخامة حجماً كبيراً.
- نسيجياً يشاهد ازدياد في عدد وحجم الغدد الدهنية مع توسعات وعائية.

المعالجة:

تكون بتقشير الجلد الزائد حتى يأخذ الأنف حجم وشكل مقبولين مع مراعاة احترام حواف الفوهة الأنفية.

التهابات الأنف

- هو التهاب المخاطية المبطن للأنف.
- مهما كان سبب التهاب الأنف فإنه يعطي نفس الأعراض تقريباً:
- احتقان أنفي - سيلان أنفي - سيلان أنفي خلفي - عطاس - تخريش أنفي
- القصة السريرية واختبارات التحسس تساعد في معرفة السبب الحقيقي.

التهاب الأنف الفيروسي (الرشح الحاد common cold)

- أكثر الأمراض انتشاراً
- سببه فيروسات راشحة.
- ينتقل بالتماس المباشر وبقطيرات مفرزات الطرق التنفسية العليا.

■ الأعراض:

تبدأ بشعور بالتخريش وحرقة في البلعوم الأنفي، ثم يحدث انسداد في الأنف وسيلان رائق في بدئه، ينقلب بعد ذلك إلى سيلان قيحي بسبب مشاركة جرثومية، كما يشكو المصاب من ارتفاع حروري خفيف ووعكة وصدا.

- من الاختلاطات: التهاب جيوب، التهاب أذن وسطي، التهاب القصبات والرئة.
- يترك المرض مناعة لاتدوم إلا شهر، وقد لا يعطي مناعة أبداً.

■ الوقاية:

تجنب المصابين بالدرجة الأولى أما الوقاية باللقاح فليس هناك لقاح أكيد الفائدة حتى الآن.

■ المعالجة:

- ◎ الراحة والمسكنات وشرب السوائل، كما يفيد إعطاء مضادات الهستامين في بداية المرض،
- ◎ وقد تستعمل القطرات الأنفية ومضادات الاحتقان، ويستحسن أن يكون ذلك بكمية قليلة وفترة قصيرة.
- ◎ لا تعطى المضادات الحيوية إلا في حال ترافق الرشح مع التهاب جيوب.

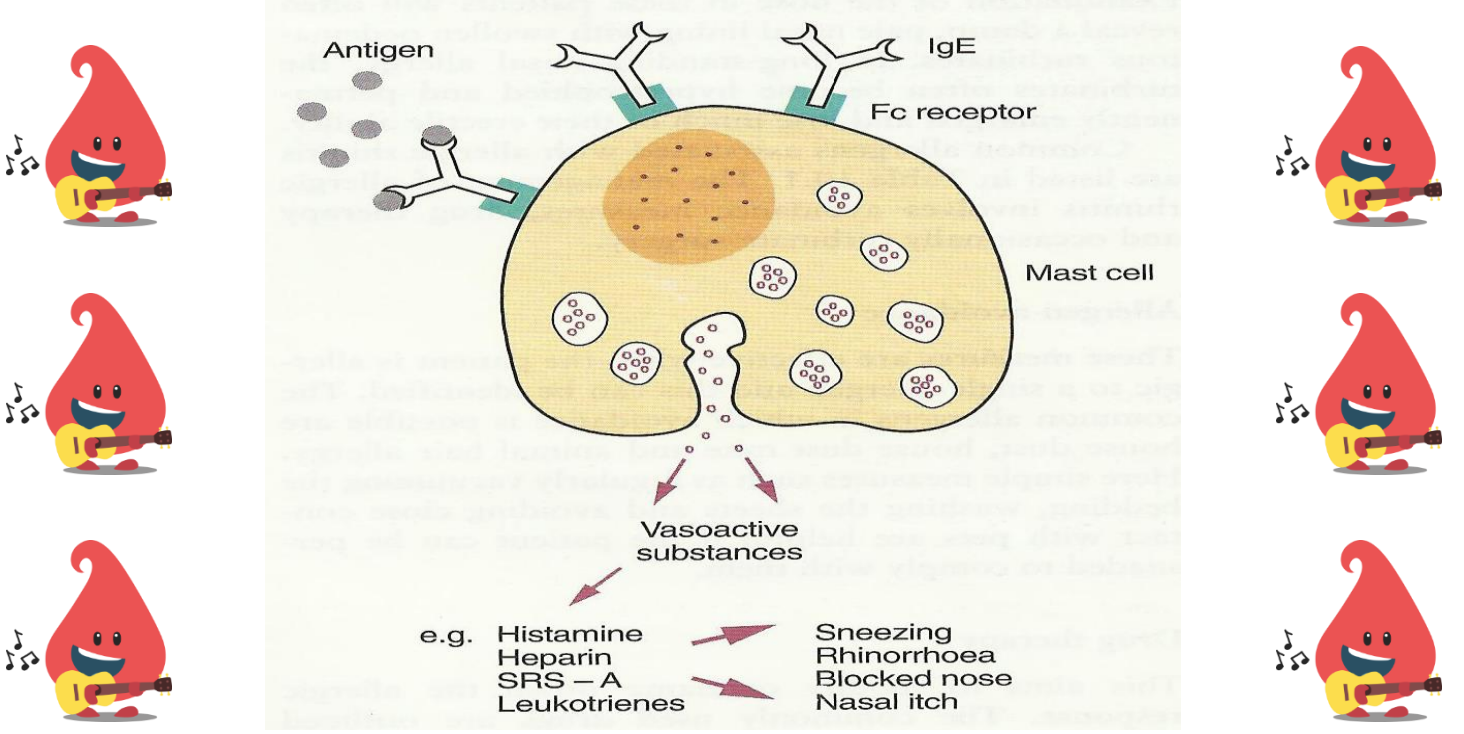
التهاب الأنف التحسسي Allergic Rhinitis

يعتبر ثاني أشيع نمط من التهابات الأنف ويسمى أيضاً زكام العلف. ويكون إما:

- 1- **فصلي:** يحدث في أحد فصول السنة والعامل المحدث للتحسس هو عادة غبار الطلع لأحد النباتات (يدوم لشهر أو شهرين أو أكثر حسب العامل المحدث للتحسس).

2- **سنيوي:** يستمر طيلة أيام السنة بشكل متقطع أو مستمر ويكون العامل المحسس فيه غبار المنزل أو الصوف أو دخان التبغ.

إن الأساس في التهاب الأنف التحسسي سواء كان فصلي أو غير فصلي هو التفاعل بين المواد المؤرجة Allergen مع الغلوبولين المناعي IgE وذلك على الخلايا البدينة فتتحرر عدة مواد فعالة وعائيا مثل الهيستامين تكون مسؤولة عن الأعراض.



الأعراض:

✌ عطاس متكرر ✌ حكة أنفية وعينية وفي شراع الحنك، ✌ انسداد أنفي مع سيلان غزير رائق غني بالإيوزينات والمصورات بشكل كبير.

العلاج:

✌ تجنب المادة المحسسة ✌ المعالجة الدوائية تكون بمضادات الهيستامين، ✌ مستحضرات الستيروئيدات، ✌ كروموبلكات الصوديوم .
من ممكن استعمال بخاخات مضادات الاحتقان (بشرط ألا يتجاوز استخدامها أكثر من (3-5) أيام، وأحيانا نضطر إلى المعالجة بالكورتيزون إذا كان التحسس مزعج بشكل كبير.

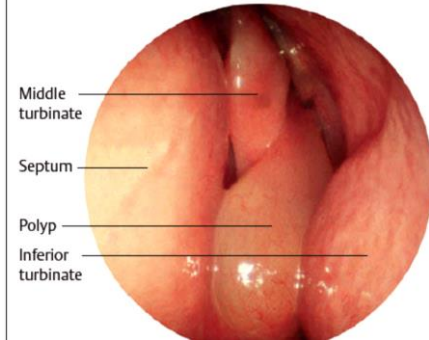
ملاحظات:

يترافق التهاب الأنف التحسسي مع التهاب القصبات التحسسي.
عند حدوث البوليبيات الأنفية عند مرضى التهاب الانف التحسسي نلجأ إلى إدخال الكورتيزون مع أعمال جراحية.

التهاب الأنف التحسسي له نفس أعراض التهاب الأنف الوعائي الحركي، لكن ما يميزه هو وجود الأيوزينات والمصورات.

البوليبيات الأنفية

Fig. 3.41 Nasal polyposis



- ✍ عبارة عن توذم في الغشاء المخاطي الأنفي تشكل كتل مختلفة الحجم شاحبة اللون ناعمة طرية الملمس معنقة قد تكثر وتكبر حتى تسد الأنف.
- ✍ قد تعبر عن حالة سليمة أو خبيثة.
- ✍ وغالبا ما تكون البوليبيات الالتهابية البسيطة ثنائية الجانب.
- ✍ يجب أخذ خزعة من كل بوليب أحادي الجانب لنفي الخباثة.
- ✍ يمكن للقيلات السحائية او الدماغية في الأنف أن تقلد البوليبيات الأنفية لذلك يجب استبعادها قبل إجراء الخزعة.

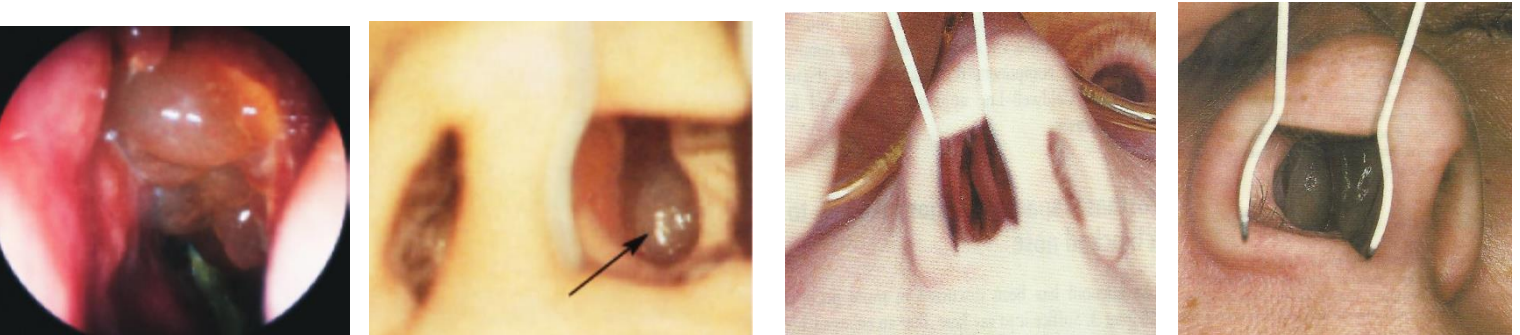
الأعراض:

✍ انسداد أنفي ✍ فقدان الشم⁹ ✍ سيلان أنفي أمامي.

- وتتميز البوليبيات الأنفية عن القرينات في أنها متحركة.
- السبب الدقيق لحدوث البوليبيات غير معروف.
- لكن لوحظ ترافق البوليبيات الأنفية مع أمراض أخرى مثل:
 - ✍ ثلاثية (الحساسية للأسبرين، الربو، البوليبيات الأنفية).
 - ✍ داء البوليبيات الأنفية عند الأطفال يثير الشك بوجود الداء الليفي الكيسي.

العلاج:

دوائي: مضادات الهيستامين، مضادات احتقان، الستيروئيدات.
جراحي: استئصال بسيط للبوليبيات من داخل الأنف إما استئصال بالتنظير أو جراحي.



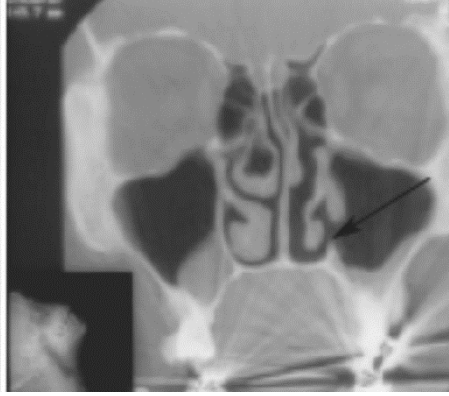
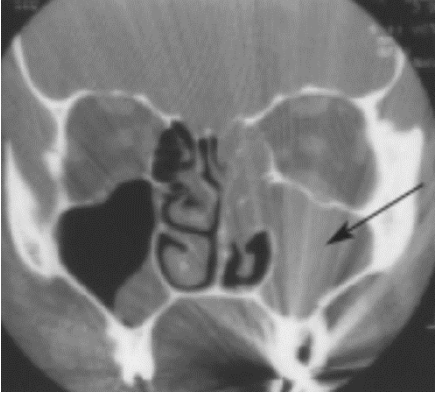
9 لأن البوليب يغطي المنطقة الشمية، يتلوه فقدان حاسة التذوق

البوليب الغاري Antro-Choanal Polyp

- وهي عادة بوليب ضخمة ينشأ من الغار الفكي بعنق ضيق طويل لتتدلى في البلعوم الأنفي وقد تكون من الضخامة بحيث تسد فوهة أنفية واحدة أو الفوهتين الأنفيتين.
- يكون قوامها أصلب من البوليب الأنفي العادي.
- **سببها غير تحسسي، وحيدة الجانب**
- تترافق مع حدوث فرقة عند التكلم.
- الصور الشعاعية للجيوب تظهر كثافة شاملة للجيب الفكي الموافق لفوهة الأنف المسدودة.

العلاج:

استئصالها من جذورها بفتح وتجريف الجيب الفكي أو تستأصل عبر الأنف بواسطة جراحة الجيوب التنظيرية.



التهاب الأنف الوعائي الحركي Vasomotor Rhinitis

- ⊙ كثيرا ما يختلط مع التهاب الأنف التحسسي.
- ⊙ يشكو المريض من انسداد واحتقان مزمن في الأنف مع ازدياد في مفرزاته.
- ⊙ **ليس السبب أرجحي** بالمعنى الصحيح وإنما خلل في آلية الأنف الوعائية الحركية ينتج من إفراط في التدخين أو استعمال مديد للقطرات الأنفية المقبضة، أو من قصور خفيف في الغدة الدرقية أو أثناء الحمل.

العلاج:

- ⊙ إزالة الأسباب المهيئة.
- ⊙ دوائيا نفس علاج التهاب الأنف التحسسي.

التشخيص

- ⊙ تظهر المسحة المأخوذة من مخاطية الأنف **خلايا حمضة**.
- ⊙ **الاختبارات التحسسية سلبية**.

التهاب الأنف الضموري Atrophic Rhinitis

أو ما يسمى **نتن الأنف**، وهو التهاب مزمن في الغشاء المخاطي للأنف بسبب إصابة الشريينات النهائية بالتليف والالتهاب وهو نوعان:

➤ بدئي ويسمى نتن الأنف وثانوي تالي لعمل جراحي على الأنف.

1- **البدئي**: مجهول السبب¹⁰ يبدأ حوالي سن البلوغ يصيب الإناث أكثر من الذكور تشكو المريضة من تشكل قشور كثيفة مخضرة في الأنف ذات رائحة نتنة وشعور بانسداد الأنف وفقد الشم¹¹.

بالفحص: يبدو المنخر واسع جدا ضمرت عناصره بما فيها القرينات، تستره قشور كثيفة نتنة مخضرة

العلاج:¹² لا يوجد علاج شافي ويعد التنظيف الفيزيولوجي بالمصل الدافئ للأنف أنفع العلاجات ويمكن استعمال قطرات ملينة تمنع التصاق القشور كاستعمال قطرة غليكويز مع الغليسرين وهناك طرق جراحية مفيدة تعتمد على تصغير جوف المنخر.

2- **الثنائي**: تالي لعمل جراحي فيكون بسبب قيام الجراح باستئصال أجزاء حيوية من الأنف كالقرينات مما يؤدي إلى **اتساع جوف الأنف** وحدوث الأعراض السابقة.

انسداد الأنف الخلفي Choanal Atresia

➤ مكتسب أو خلقي

المكتسب: نتيجة لإنتان شديد مخرب كالسيفلس أو الديفتيريا حيث يترك بعده تندب قد يسد الفوهة الأنفية الخلفية، كما أنه قد يكون ناتج عن عمل جراحي عنيف.

الخلقي: يعتقد أنه ناشئ من بقاء الغشاء الأنفي الفموي الموجود عادة في الحياة الجنينية وهذا الانسداد قد يكون غشائيا أو عظميا وهو في الغالب وحيد الجانب وقد يكون ثنائي الجانب.

الأعراض:

➤ إذا كان الانسداد الخلفي الخلقي ثنائي الجانب أدى غالبا إلى موت الوليد إلا إذا انتبه إليه مباشرة حيث أن الوليد لا يحسن التنفس من فمه

➤ أما إذا كان وحيد الجانب فيبدو بانعدام التنفس في الجهة المسدودة ويكون المنخر المسدود مملوء بمادة مخاطية قيحية.

10 قد يحدث بسبب الاستخدام طويل الأمد للقطرات

11 لا يشم المريض الرائحة النتنة بسبب فقدده للشم،

12 ذكر الدكتور يمكن العلاج عن طريق استخدام الصادات مع سد الأنف كل فتحة على مدى 3 أشهر مدى الحياة، ولا يوجد علاج شافي.

غالباً يكون لا عرضي ويكشف صدفة في عمر 18 - 20 سنة بسبب الشعور برائحة كريهة. ويتم **التشخيص** بعدم إمكان إمرار قططرة من المنخر المسدود وبالتصوير الشعاعي.

العلاج: جراحي

سيلان الأنف وحيد الجانب

ينشأ من أحد الأسباب التالية (مهم):

- 1- وجود جسم أجنبي في الأنف خاصة عند الأطفال فإذا انتبه الطبيب لذلك ورفع الجسم الأجنبي زال السيلان.
- 2- انسداد الأنف الخلقي وحيد الجانب.
- 3- الورم الناشئ من حفرة أنفية أو الممتد إليها من الجوار.

ضخامة القرينات

- ⊙ يتسمك فيها الغشاء المخاطي الساتر للقرينات وخاصة القرين السفلي
- ⊙ وتكون الضخامة في بادئ الأمر قابلة للتراجع فينقبض الغشاء بمسه بالأدريينالين ثم يتليف الغشاء المخاطي وتصبح الضخامة دائمة لاتنقبض بالأدريينالين.
- ⊙ قد تكون الضخامة على أشدها في النهاية الخلفية للقرين السفلي حيث يشكل كتلة توتية الشكل (ذنب القرين).

الأسباب:

- ⊙ تكرر هجمات التهابية في الأنف والجيوب.
- ⊙ وجود التهاب جيوب مزمن
- ⊙ حالة تحسسية أو التهاب أنف وعائي حركي

وتتجلى الأعراض بانسداد أنفي

العلاج:

- ⊙ جراحي وتكون باستئصال القسم الخلفي المتضخم من القرين السفلي¹³ (ذنب القرين)، وبكي الغشاء المخاطي المتضخم بخطوط طولانية (كي كهربائي تحت الغشاء المخاطي للقرين).

13 الاستئصال الجائر للقرينات يسبب ضمور.

التهاب الأنف الدوائي Rhinitis Medicamentosa

يعكس هذا النمط من التهابات الأنف التحسسية حساسية المخاطية الأنفية للاستخدام المديد لمضادات الاحتقان الموضعية (مثلاً في حالات التهاب الأنف التحسسي أو الوعائي الحركي أو انحراف الوتر الشديداً).
الآلية (الإمراضية): بعد زوال التأثير المقبض الوعائي لمضادات الاحتقان الموضعية يحدث توسع وعائي ارتكاسي وانسداد أكثر في الأنف، وهذا ما يستدعي العودة إلى استخدام مضادات الاحتقان الموضعية مجدداً. وتقود هذه الآلية لاحقاً إلى فرط تصنع في القرينات مع احتقان أنفي غير مستجيب للعلاج.

العلاج:

تثقيف المريض وإيقاف مضادات الاحتقان الموضعية¹⁴
 تطبيق الستيروئيدات موضعياً.
 قد نلجأ أحياناً إلى جراحة القرينات أو استئصالها.

من التهابات الأنف الأخرى المشاهدة (التهاب الانف أثناء الحمل – التهاب الأنف الشيخخي –
 التهاب الأنف الجاف)

هنا تنتهي محاضرتنا * _ * 3:

دراسة موفقة >3



¹⁴ يجب أن نحاول إيقافها تدريجياً مثلاً إيقاف في الجهة اليمين مع الاستمرار في الجهة اليسار لمدة أسبوعين وثم إيقافها في الجهة اليسار مع تطبيق هيستامين أو كورتيزون