

أمراض الجيوب الأنفية 1

د. محمود العبد الله 03

27/9/2018

RB Medicine

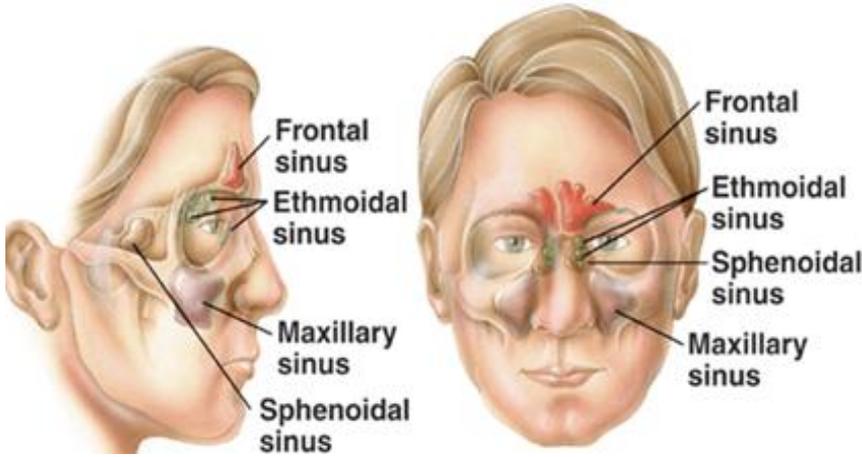
أمراض الأذن والأنف والحنجرة | ENT Diseases

سنحدث في هذه المحاضرة عن الجيوب الأنفية وتشرحها مع بعض

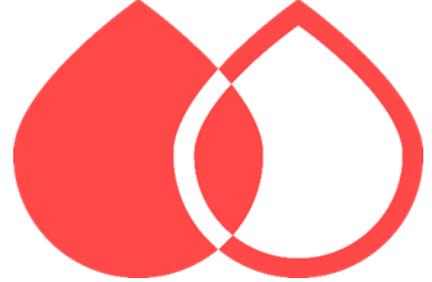
الأمراض التي ممكن أن تصاب بها... فلنبدأ *_*

رقم الصفحة	العنوان
2	الجيوب الأنفية
7	أمراض الجيوب
9	التهاب الجيوب
13	التهاب النسيج الخلوي داخل الجحاج
15	خثرة الجيب الكهفي
15	الناصور الفموي الغاري
16	القيلة المخاطية والقيلة القيحية
17	ورم بوت المنتفخ
17	سيلان السائل الدماغي الشوكي من الأنف
18	التهاب الجيوب النوعية
19	التهاب الجيوب الفطري التحسسي
20	أورام الأنف والجيوب

الجيوب الأنفية Nasal Sinuses



وهي عبارة عن أربعة أزواج من أجواف متوضعة ضمن عظام الوجه وقاعدة القحف في كل جانب من الأنف.



وتوضع بشكل فراغات ضمن العظام التالية:

- ◀ **الفك العلوي:** ويتشكل لدينا الجيبان الفكيان Maxillary Sinus (أكبر الجيوب).
- ◀ **العظم الغربالي:** وتتشكل لدينا الخلايا الغربالية الأمامية والخلفية (الجيب الغربالي) Ethmoidal Sinus (وأكبر خلية غربالية هي الفقاعة الغربالية).
- ◀ **العظم الجبهي:** ويتشكل لدينا الجيبان الجبهيان Frontal Sinus.
- ◀ **العظم الوتدي:** ويتشكل لدينا الجيبان الوتديان Sphenoidal Sinus.

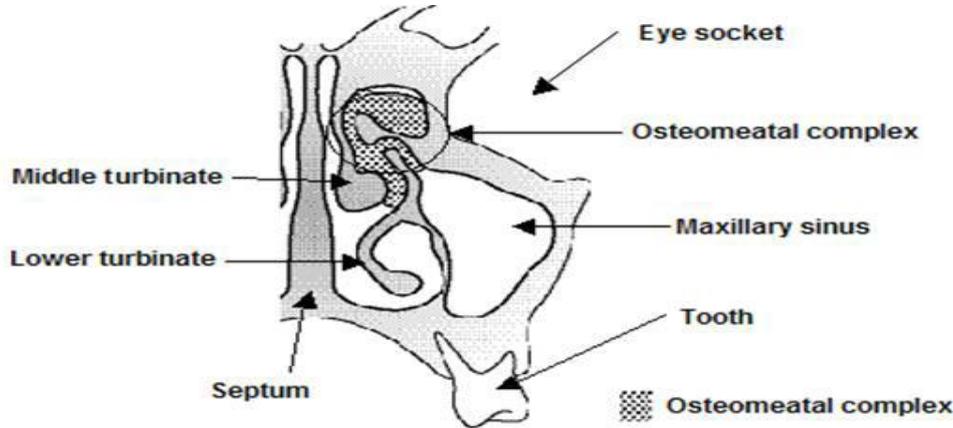
وتقسم إلى مجموعتين:

المجموعة الأمامية: وتتألف من الجيب الفكي والجيب الجبهي والخلايا الغربالية الأمامية وتفتح على الصماخ الأوسط.

المجموعة الخلفية: تتألف من الجيب الوتدي¹ والخلايا الغربالية الخلفية وتفتح على الصماخ العلوي.

(المعقد الصماخي osteomeatal complex)

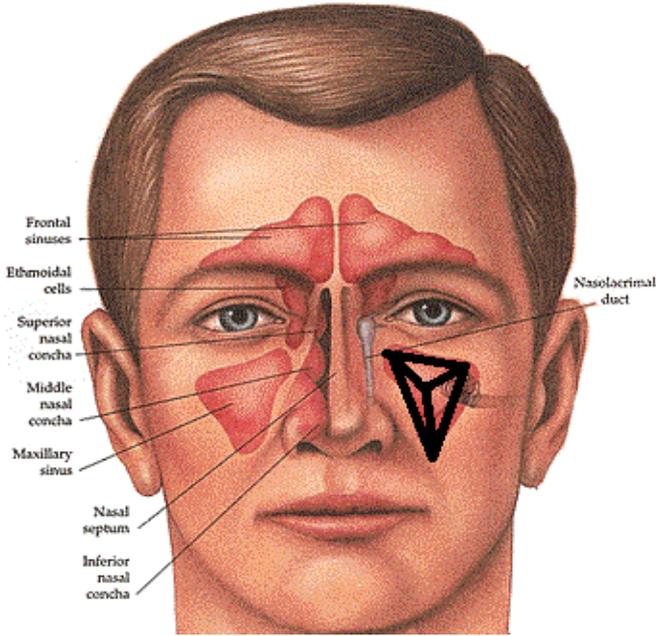
وهو المنطقة تحت القرين الأوسط، وهي مفتاح جراحة الجيوب التنظيرية الوظيفية وذو أهمية بالغة سريرياً، فقد يحصل أحيانا تهوي في القرين الأوسط² concha bullosa مما يؤدي إلى تضيق في الصماخ الأوسط و المعقد الصماخي.



1 يفتح على الرقب الوتدي الغربالي حسب مصادر أخرى.

2 الفقاعة القرينية: هي وجود تهوية (فقاعة) بالقرين المتوسط قد تغلق فوهة الجيب فتسبب التهاباً فيه وقد تضغط على الوتيرة مسببة انحرافها أو قد تلتهب الفقاعة ذاتها مؤهبةً للتهاب جيوب في نفس الجهة.

أولاً: الجيب الفكي maxillary sinus



♥ له شكل هرمي ويشغل قسم كبير من العظم الفكي.

♥ وهو أكبر الجيوب وتقدر مساحته ب 15مل.

♥ يمتد من الحجاج في الأعلى إلى قمة الأسنان في الأسفل.

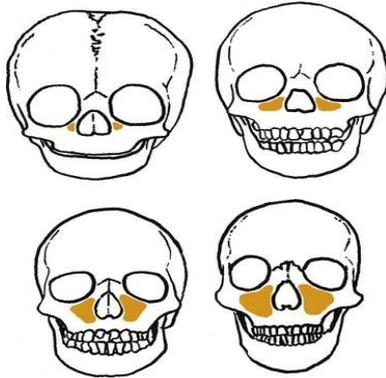
♥ قد يتبازر قسم من الأسنان داخل الجيب، وعادة يكون الضاحك الثاني والرحى الأولى هي الأسنان التي لها علاقة مباشرة مع الجيب.

♥ حدوده:

الجدار الخلفي يجاور الحفرة الجناحية الفكية التي يمر فيها الشريان الفكي الباطن والعصب الفكي العلوي.

الجدار العلوي جدار رقيق عظمي يشكل الجدار السفلي للحجاج وفيه ميزابة يمر فيها العصب تحت الحجاج.

الجدار السفلي يتشكل من الحافة السنخية وقبة الحنك وجذور الأسنان. يفتح على الصماخ المتوسط.



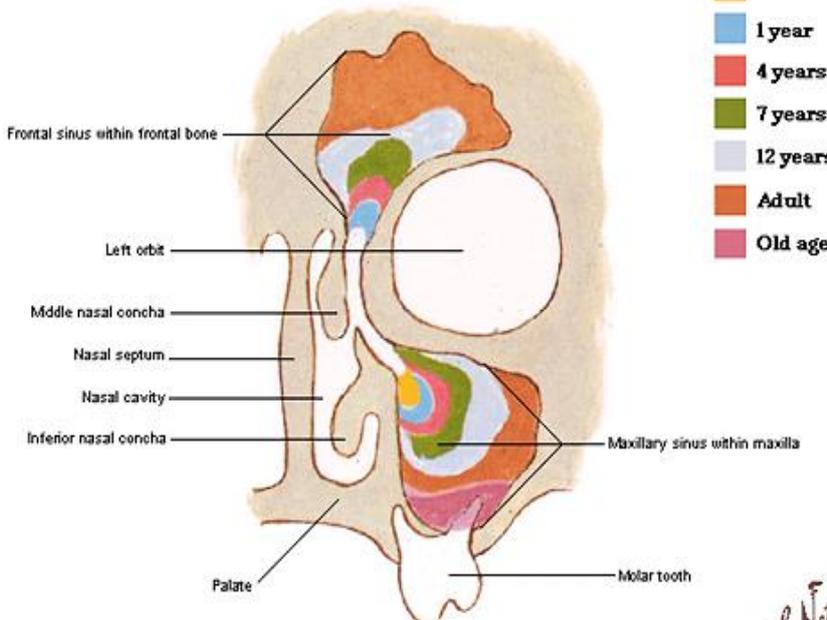
تبدلات مستوى الجيب الفكي:

بعمر < 12 سنة أرضية الجيب الفكي اعلى من أرض الأنف.

بعمر 12-13 ارضية الجيب الفكي بهستوى ارض الأنف.

بعمر متقدم (بالغ) ارضية الجيب الفكي أدنى من ارض الأنف.

Paranasal Sinuses Growth throughout Life

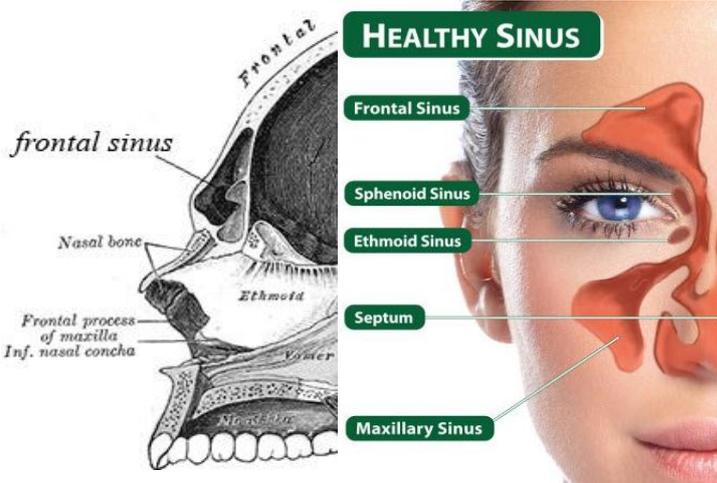


ملاحظة: تفيد معرفة تبدلات مستوى

الجيب الفكي في تمييز الصور الشعاعية بين الأطفال والبالغين.

لاحظ تطور الجيوب وكيف كانت صغيرة وكبرت (محددة على الصور بألوان أو بحدود منقطة حسب السنوات).

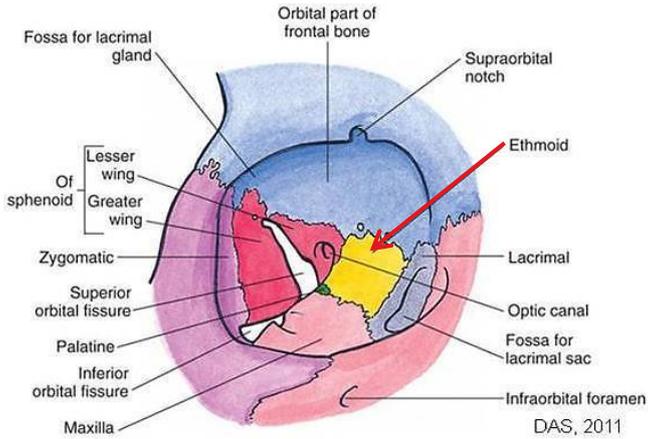
ثانياً: الجيب الجبهي Frontal Sinus



يتوضع بين الصفيحة الخارجية والصفيحة الداخلية للعظم الجبهي. قسمه السفلي يمتد في القطعة الأفقية من العظم الجبهي تحت جوف القحف إلى مسافة قصيرة. قاع الجيب الجبهي يشكل قسماً من سقف الحجاج. وغالباً ما يكون الجيبان الجبهيان غير متناظران. يفتح الجيب الجبهي على الصماخ المتوسط.



ثالثاً: الخلايا الغربالية (الجيب الغربالي Ethmoidal Sinus)



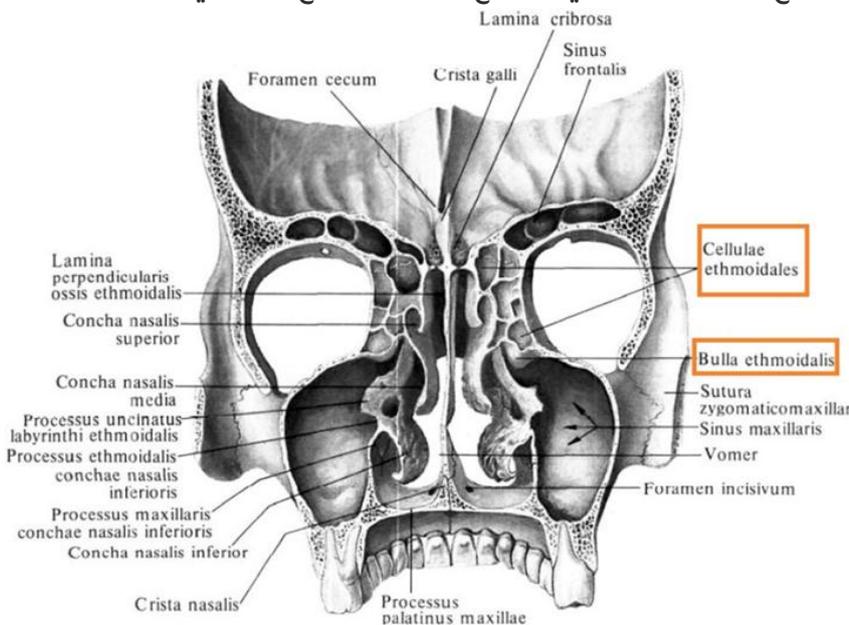
▲ تتوضع الخلايا الغربالية خلف بعضها البعض، وتشكل قسم كبير من العظم الغربالي.
▲ تقع إنسي الحجاج وتكون على علاقة صميمية معه، وهي:

■ الخلايا الغربالية الامامية:

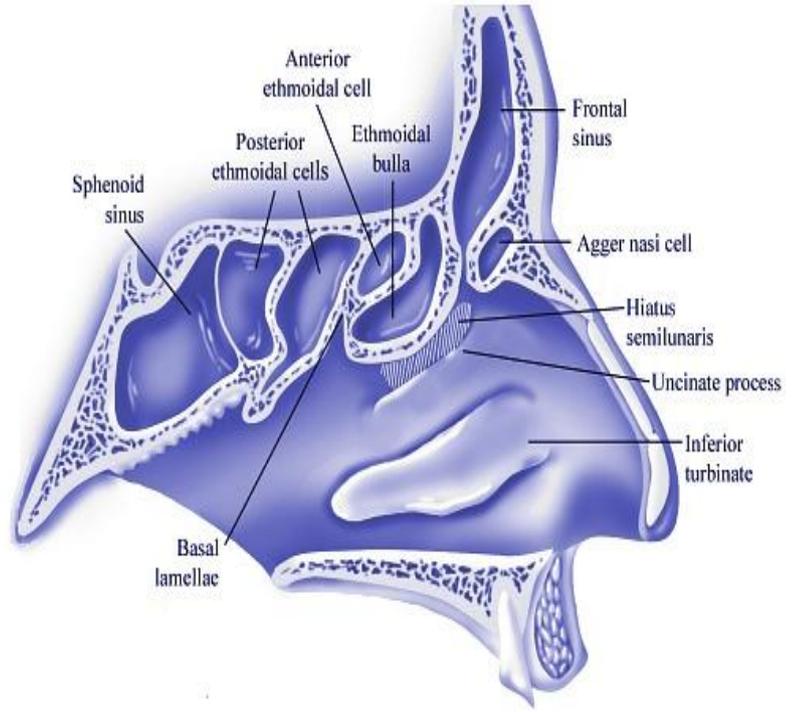
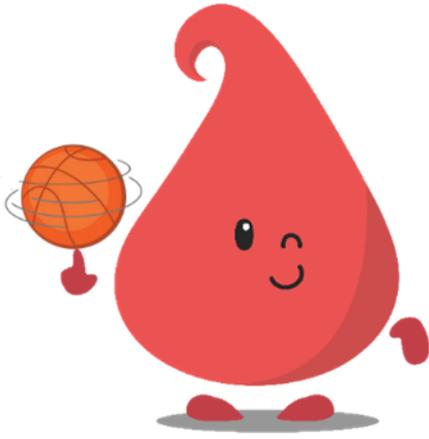
كثيرة العدد صغيرة الحجم وتعد الفقاعة الغربالية أكبرها حجماً وتفتح على الصماخ المتوسط.

■ الخلايا الغربالية الخلفية:

قليلة العدد كبيرة الحجم تتجاور من الخلف مع العصب البصري وتفتح على الصماخ العلوي.

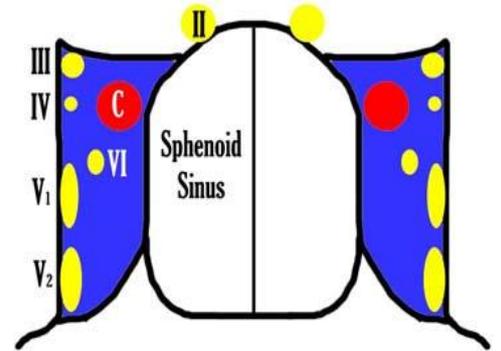
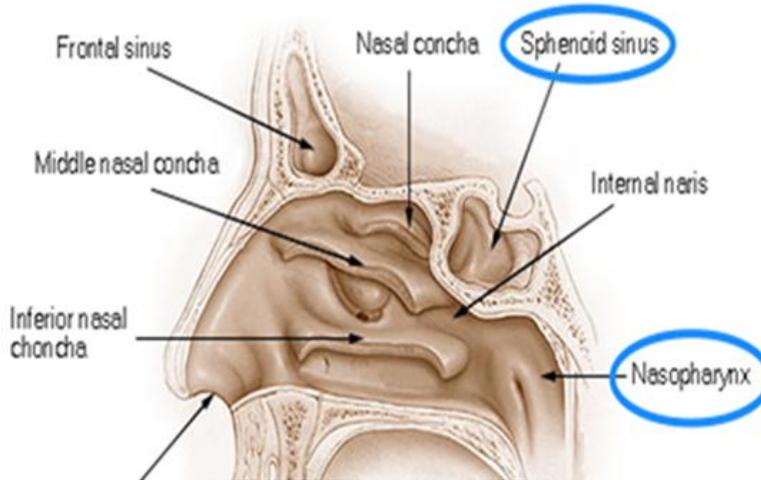


خلية اوندي: وهي خلية غربالية خلفية لا توجد عند جميع الناس تنتأ باتجاه العصب البصري



رابعاً: الجيب الوتدي Sphenoid Sinus

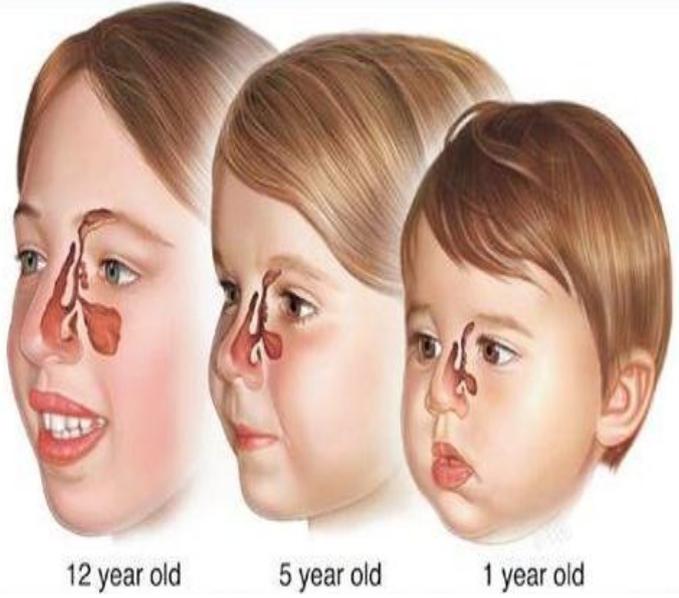
- يشغل الجيب جسم العظم الوتدي، وقد يمتد في الجناحين.
- يجاور الجيب الكهفي وفيه الأعصاب القحفية 3,4,6 التي تقع إلى جانبه.
- كما يقع أعلى الجيب الوتدي الغدة النخامية، وتصاب العصب البصري، والسبيل الشمي، والفص الجبهي للدماغ.
- وغالباً ما يكون الجيبان الوتديين غير متناظرين.



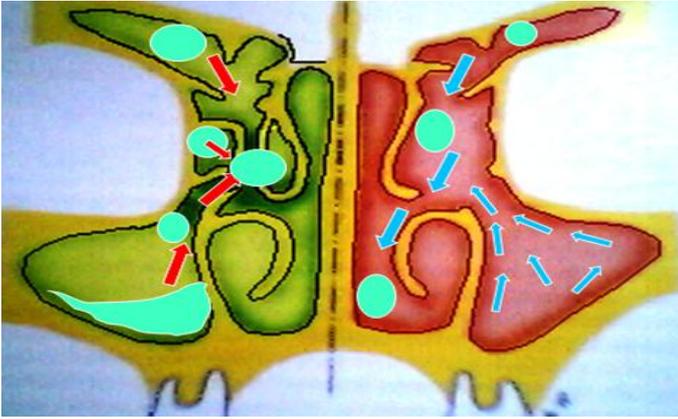
تطور الجيوب الأنفية



- ✓ تتشكل الجيوب من استطلاات للحمرة الأنفية والغشاء المخاطي للأنف في العظام المجاورة.
- ✓ **عند الولادة:** يكون الجيب الفكي موجود وبعض الخلايا الغربالية.
- ✓ **بعمر 3 سنوات:** يظهر برعم الجيب الوتدي.
- ✓ **بعمر 5-6 سنوات:** يظهر برعم الجيب الجبهي.
- ✓ **بعمر 18-20:** يكتمل تطور الجيوب.



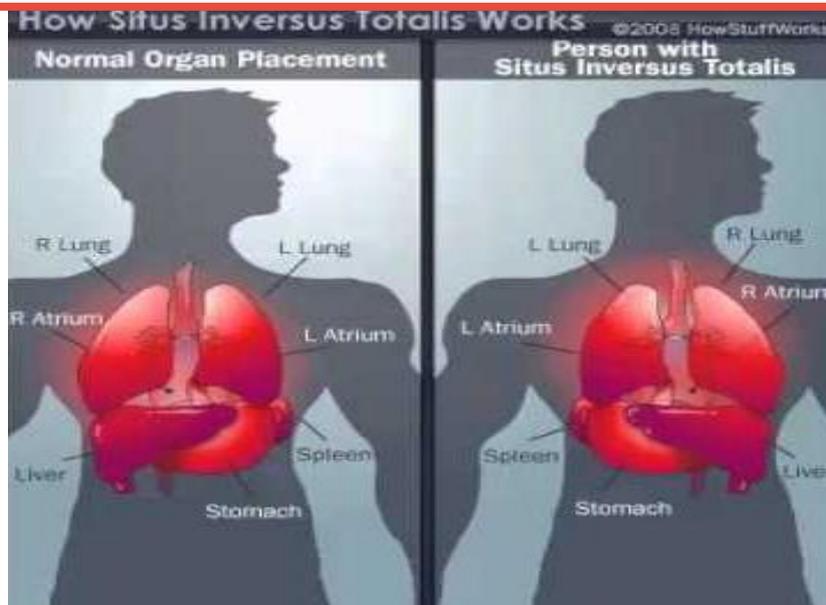
حركة أهداب الجيوب



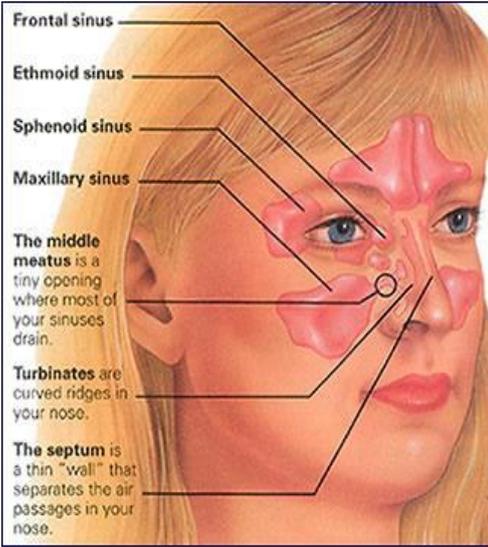
تبطن الجيوب بمخاطية مشابهة لمخاطية الأنف والسبيل التنفسي - أي بظهارة تنفسية أسطوانية مهدبة - تقوم أهداب الخلايا في هذه المخاطية بكنس المفرزات من الجيوب باتجاه الأنف عبر أقنية صغيرة تدعى **فوهة الجيب (Ostia)**. يمكن للتهاب الجيوب ان يؤدي إلى سوء وظيفة هذه الأهداب والعكس بالعكس.

متلازمة كارتاجنر

هي متلازمة يحدث فيها انقلاب للأعضاء بالإضافة إلى خلل بمستوى الأهداب على طول الجسم ومنها أهداب الجيوب والقصبات لذلك تكثر عندهم التهاب القصبات والجيوب والتهاب الأذن الوسطى المصلى.



وظيفة الجيوب



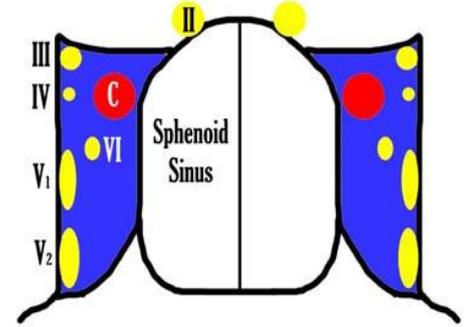
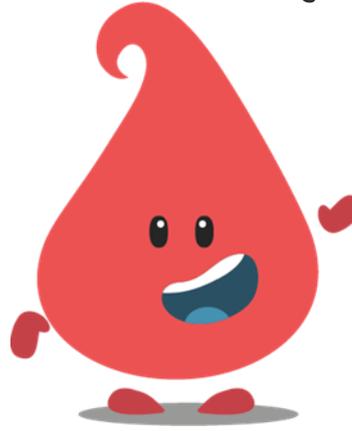
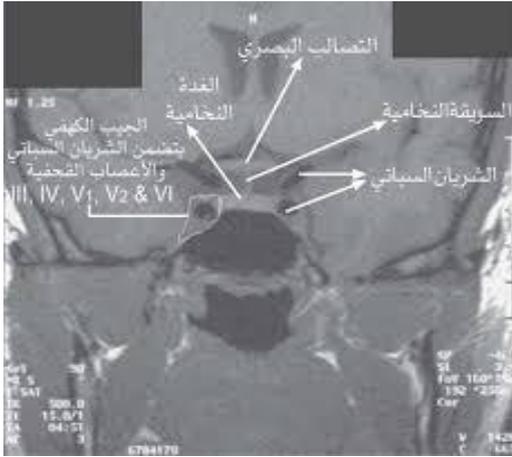
ليس هناك وظيفة واضحة للجيوب وأهميتها تأتي من حيث تعرضها للالتهاب والاختلالات.

ولكن هناك عدة نظريات في وظيفتها:

- إعطاء الصوت رنين خاص.
- تخفيف وزن عظام الوجه.
- تدفئة الهواء وترطيبه.
- حاجز يفصل الأنف عن الدماغ يحمي محتويات القحف من البرودة الناجمة عن تدفق الهواء من الأنف.
- حماية العين والدماغ من الرضوض الفيزيائية عن طريق قيامها بدور ماص للصدمات.

علاقة الجيوب مع البنى المجاورة

لكل جيب من الجيوب علاقة مع بنى هامة (جوف الحجاج - كرة العين - العصب البصري - السحايا - الشريان السباتي الباطن - النخامس - كيس الدمع والقناة الأنفية الدمعية) وبالتالي قد تصاب هذه البنى بالأمراض التي تصيب الجيوب.



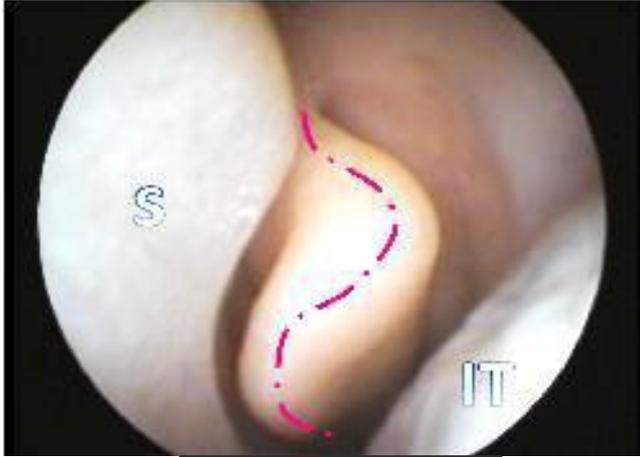
أمراض الجيوب

الآلية المرضية :

إن الغشاء المخاطي للجيوب هو استمرار للغشاء المخاطي الأنفي، وهناك عوامل تشريحية موضعية تهيئ لإصابة هذا الغشاء بالالتهاب وتكرار الالتهاب واستمراره، مثل:

(1) العوامل المختلفة التي قد أن تؤدي إلى إعاقة السير الطبيعي للهواء أثناء التنفس أو سد الطريق الهوائي سد كامل مثل (انحراف الوتر - البوليبيات الأنفية - التهاب الأنف التحسسي)، بالإضافة للشذوذات التشريحية

- (الصماخ المتوسط التناقضي³ - خلية هالر⁴ - تهوي القرين المتوسط)، إذ أن إعاقة أو منع مرور الهواء يؤدي إلى ركودة في المفرزات وسهولة سطوة الإنتان.
- (2) كل ما يؤثر على نشاط الأهداب لما لعملها من أهمية في تنظيف الجيوب والأنف (التدخين - متلازمة كارتاجنر - الأدوية الموضعية - الرشح والأنفلونزا).
- (3) إلتان جذر أحد الأسنان التي تجاور الجيب الفكّي.
- (4) السباحة والغطس.
- (5) كسور الجيوب.
- (6) أمراض ضعف المناعة والسكري.
- (7) أمراض تؤثر على لزوجة المخاط مثل الداء الليفي الكيسي.



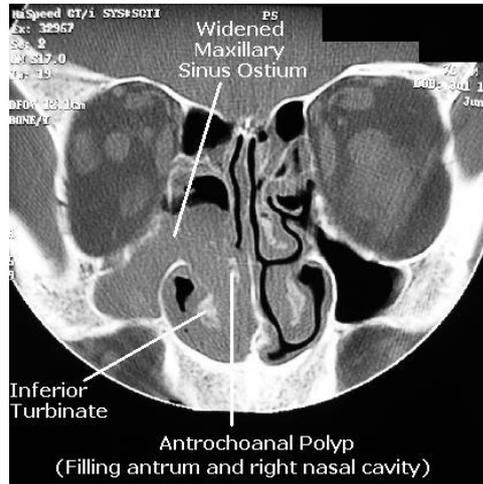
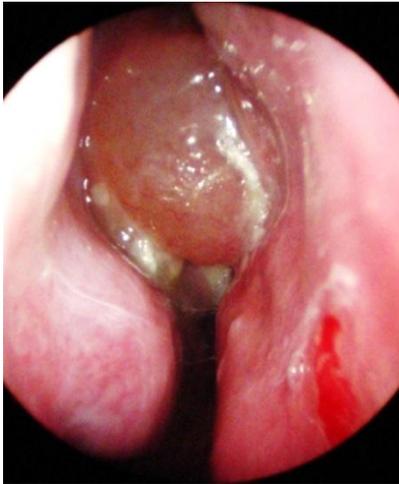
صماخ متوسط نقائضي



فقاعة قرينية



نفس الفقاعة قرينية مملوءة بمفرزات نتيجة التهاب جيوب حادة



بوليب أحادي الجانب يؤدي إلى انسداد فوهة الجيب وبالتالي ضعف جريان الهواء، كما يؤدي إلى توذم فوهة الجيب وخروج المفرزات مما يؤدي لحدوث التهاب.

3 بدلاً من أن يتحدب القرين باتجاه الوتيرة، يصبح التحدب باتجاه الصماخ المتوسط.

4 خلية هالر: عبارة عن خلية كبيرة في أرضية الدجاج (سقف الفكّي)، تؤدي إلى تخيق في فوهة الجيب الفكّي، مما يسبب إلتاناً فيه.



انحراف وتيرة علوي يصبح من السهل أن ينسد الجيب ويلتهب وهذا يؤدي لحدوث الانتان في الجهة اليمنى عند صاحب هذه الصورة أكثر من الجهة اليسرى.



التهاب الجيوب

عادة ما يكون الالتهاب فيروسي بالـ Rhinoviruses & Adenovirus. وقد يختلط الالتهاب بإنتان جرثومي (المقيحات عادة):

3-المستديمات النزلية:
الأشيع عند الأطفال
دون 5 سنوات

2-العقديات
والعنقوديات

1- المكورات الرئوية

كما تشاهد الكولونيات والعقديات اللاهوائية في الإنتانات السنية المنشأ. قد يكون فطري ناجم عن نقص مناعة ويسمى بالتهاب الجيوب الفطري الصاعق⁵، ومن الممكن أن يؤدي إلى عمى وحيد الجانب أو إصابة دماغية مميتة.

الإمراضية

وذمة الغشاء المخاطي في الجيب تؤدي إلى زيادة المفرزات.
وذمة بفوهة الجيب تؤدي إلى احتباس المفرزات.

تصنف التهابات الجيوب إلى

الالتهاب الحاد الاحتقاني – الالتهاب الحاد القيحي – الالتهاب المزمن القيحي

5 يغزو الفطر باطن الأوعية الصغيرة ضمن المخاطية محدثاً صفات فطرية تؤدي إلى نخر تطوري سريع أسود في المخاطية.

7. أعراض التهاب الجيوب الحادة:

- ✓ الألم العفوي والمحدث فوق منطقة الجيب.
- ✓ الصداع.
- ✓ سيلان المفرزات الأنفية.
- ✓ انعدام الشم Anosmia أو شم روائح كريهة.
- ✓ ونادراً ما يتوذم الجلد فوق الجيب المصاب انسداد أنفي.
- ✓ قد يترافق التهاب الجيوب الحاد بألم قد يكون شديد جداً، ويتوضع الألم فوق منطقة الجيب الملتهب، كما يكون الألم المحدث بالضغط شديداً أيضاً.

العلامات:

1. احتقان أنفي.
2. مفرزات قيحية من الصماخ المتوسط أو العلوي.
3. مضمض فوق الجيب المصاب.

2. التهاب الجيوب المزمن

فقد يترافق مع صداع أو لا يترافق، ولا يحدث الصداع إلا إذا انحبس القيح أو امتنعت تهوية الجيب لانسداده فوهته - كما أن سيلان المفرزات الأنفية هي عرض هام له.

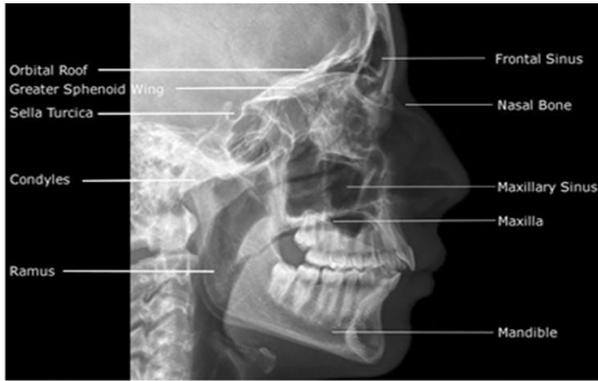


التشخيص

يعتمد على القصة السريرية والفحص السريري وتصوير الجيوب. ويمكن اللجوء إلى البزل الاستقصائي، وقد نلجأ لزراعة المفرزات القيحية. الصور البسيطة بالوضعيات الثلاث^{هلم}: (ووترز، كالدويل، جانبية)، وتبدي الصورة البسيطة للجيوب عادةً غيمية أو سوية سائلة في الجيب المطاب.

وضعية ووترز (الوضعية الأنفية (الذقنية) كشف (الجيب (لفكي بشكل أساسي
وضعية كالدويل (الوضعية الجبهية (الأنفية) كشف (الجيب (الجبهية بشكل أساسي

الوضعية الجانبية: كشف الجيب الوتدي بشكل أساسي



صورة جانبية



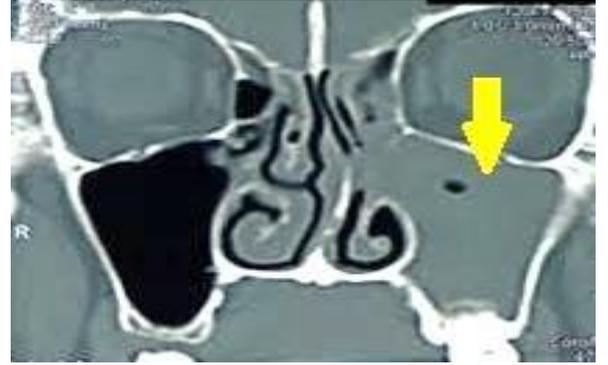
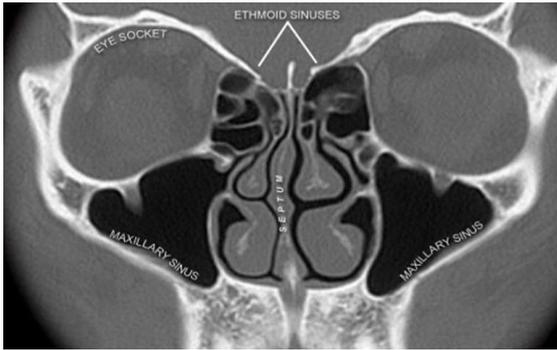
كالدويل



ووترز

يعطي الطبقي المحوري CT معلومات أدق عن الحدثية الإمبراضية وامتدادها لذلك يجب طلب صورة طبقي محوري للتهاب الجيوب المزمن.

يستخدم المرنان لتقييم امتداد أفة ما إلى الجاج أو الدماغ.



صورة طبقي محوري لالتهاب جيب

التشخيص التفريقي

يجب تفريق الأمراض الآتية عن التهاب الجيوب الحاد هام:

الصداع:

- ♣ الصداع الشقيقي (صداع نصفي أو معمم، يزداد بالصوت أو الإضاءة).
- ♣ التهاب الشريان الصدغي: يتظاهر بصداع جانبي، وتورم في الشريان الصدغي مع قساوة مطاطية، ويكون غالباً عند الرجال المتقدمين بالعمر.
- ♣ ألم مثلث التوائم: يتميز بألم برقي مستمر لعدة ثوانٍ، يتحرض غالباً بالضحك والأكل، وهو صداع مزمن.
- ♣ الصداع الناجم عن انحراف وتيرة علوي (ألم بين العينين).

♣ قيلة مخاطية غربالية أو/وجبهية: الصداع فيها أخف من التهاب الجيوب، ويغلب عليه حس الثقل والضغط أكثر من الألم.

الألم سني المنشأ.

أورام الجيوب.

العلاج

لابد من تصحيح العوامل التشريحية التي يمكن أن تهيئ للتهاب الجيوب لمنع تكراره.

يعالج الالتهاب الحاد والهجمات الحادة في الالتهابات المزمنة بـ :

- ♣ مضادات حيوية واسعة الطيف.
- ♣ مخففات الاحتقان الأنفي بالطريق العام أو بالقطرات أو الإريذاذ الموضعي.
- ♣ المسكنات.

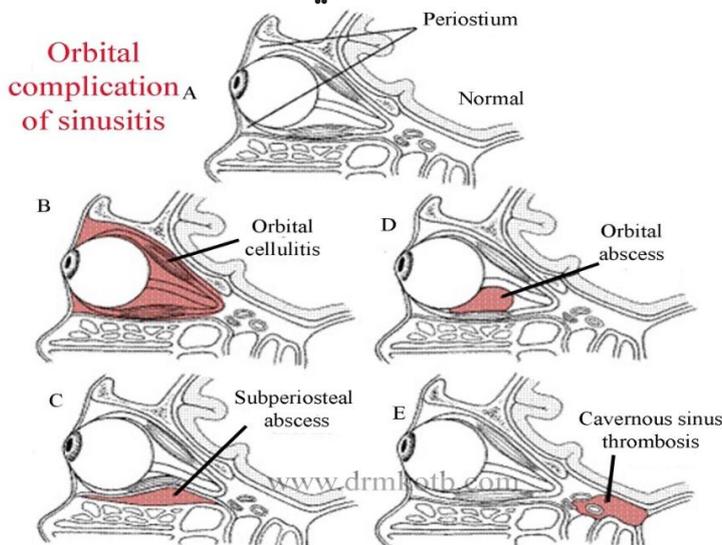
عندما تظهر اختلاطات، أو في الحالات التي لا تستجيب للمعالجات السابقة، وفي الحالات المزمنة التي تترافق بانحباس قيحي في الجيب نلجأ إلى:

- فتح وتوسيع الفوهة الطبيعية للجيب بالتنظير.
- بزل الجيب: أصبح نادر الاستعمال لكونه إجراء عنيف راض.
- عملية كالدويل لوك: فتح الجيب عن طريق الحفرة النابية مع فتح جيب على الصماخ السفلي.

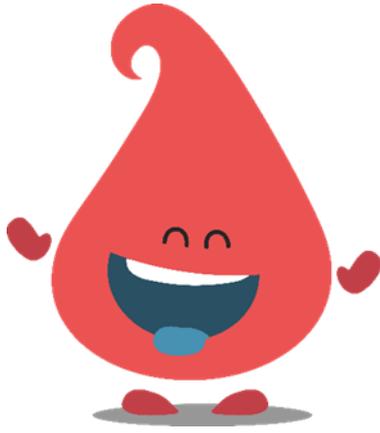
اختلاطات التهاب الجيوب هام

- قد ينتشر الالتهاب إلى مناطق أخرى قد تكون حيوية.
- تعرّض التهابات الجيب الجبهي والخلايا الغربالية لاختلاطات خطيرة أكثر من الجيب الفكّي.
- حدوث عرض أو أكثر من الأعراض والعلامات الآتية لمريض بدأ بالتحسن من التهاب الجيوب الحاد يجب أن يلفت النظر إلى احتمال حدوث أحد الاختلاطات، **هذه الأعراض والعلامات هي:**

صداع مستمر - اختلاجات - حرارة - عرواءات - إقياء -
وذمة متزايدة في الجبهة والأجفان - اضطراب
رؤية - علامات ارتفاع الضغط داخل القحف.



أهم الاختلاطات:



- التهاب النسيج الخلوي داخل الحجاج.
- خراج ما حول الحجاج (تحت السمحاق).
- خثرة الجيب الكهفي.
- اختلاطات دماغية: التهاب سحايا - خراج دماغ - خراج تحت وفوق الجافية.
- ذات عظم ونقي.
- القيلات المخاطية.
- هناك اختلاط خاص بالجيب الفكّي هو الناسور الفكّي الغاري.

التهاب النسيج الخلوي داخل الحجاج peri-orbital cellulitis

- ✋ يمتد فيه الالتهاب من الخلايا الغربالية أو الجيب الجبهي إلى داخل الحجاج.
- ✋ ويحدث التهاب خلوي منتشر في النسيج المحيطة بالعين.
- ✋ يصاب المريض بعد هجمة حادة للتهاب الجيوب بـ:

عرواء-ترفع حروري - ألم عميق في العين -وتحدث وذمة في الأجفان قد ترافق باحمرار -يتلو ذلك جحوظ تبرز فيه العين على الخط المتوسط وتصبح حركتها مؤلمة ثم تفقد هذه الحركة في مرحلة متقدمة وتصاب الملتحمة بوذمة واحمرار.

✋ قد يتطور نحو **خراج تحت السمحاق**، مما يؤدي إلى **جحوظ واضح**.

العلاج:

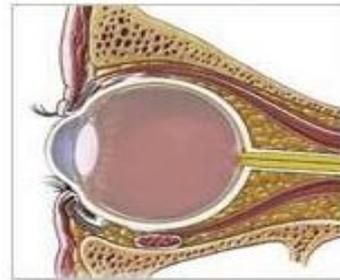
معالجة وريدية بالصادات (إشراك عدة أنواع من المضادات الحيوية بكميات كبيرة).



Normal eye



Periorbital cellulitis



لأنك بتهمينا , أنتي الأقوى *-*

شهر التوعية بسرطان الثدي , الفحص المبكر يحدث فرقا ☺.



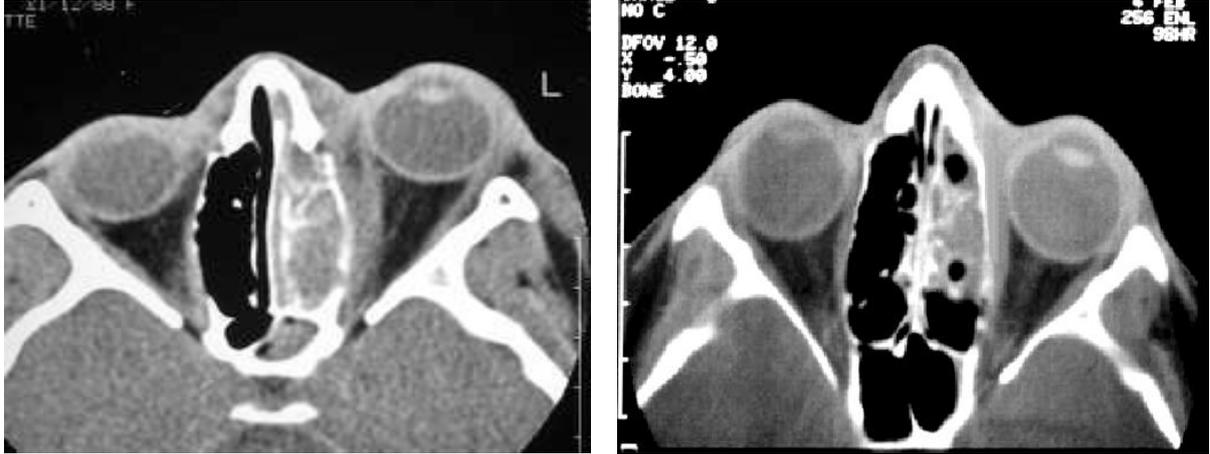
خراج ما حول الحجاج (تحت السمحاق)

يحدث في مجمع قيحي بين الصفاق حول الحجاج والصفيحة الغربالية الجانبية، ولا تكون الأعراض شديدة كما في الحالة السابقة.

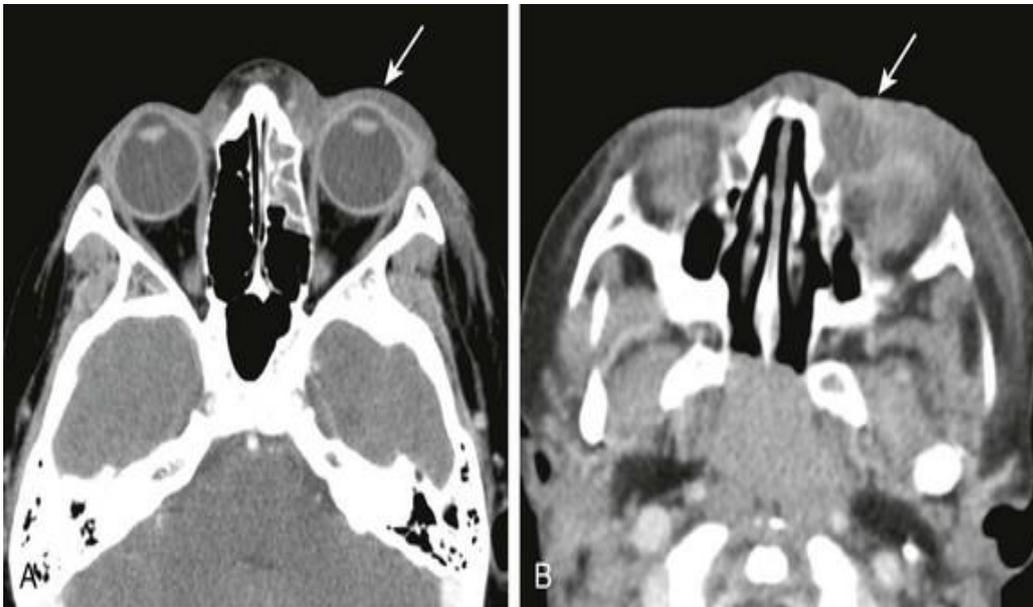
تندفع الكرة العينية للوحشي والاسفل ويكون الضغط أنسي الحجاج مؤلم.

العلاج

تفجير الخراج من خلال شق أنسي العين - معالجة كافية بالمضادات الحيوية



نلاحظ في الصورتين: وجود خراج تحت السمحاق، ناجم عن التهاب جيب فكي حاد بعد علاج سني، تطور لالتهاب غربال، أدى لالتهاب نسيج حول الحجاج ثم تطور لخراج تحت السمحاق فضغط كرة العين ولوحظ خلال يومين جحوظ العين. ومن خلال صورة الطبقي المحوري تبين لنا الخراج، في هذه الحالة يكون التداخل الجراحي إسعافي لأن الخراج بدأ يضغط على العصب البصري.



A computed tomography (CT) image of periorbital cellulitis from adjacent sinusitis demonstrates preseptal soft tissue swelling (arrow).

خثرة الجيب الكهفي

يمتد الالتهاب عادة عبر الوريد الزاوي إلى الجيب الكهفي.

الأعراض:

- ✱ مفاجئة وشديدة، حيث يصاب المريض بعرواء وحرارة عالية جداً وألم عميق في العينين وحالة عامة سيئة جداً قد تقرب من السبات.
- ✱ تصاب الأعصاب 3 4 6 وتصاب العينان بجحوظ مع وذمة في الأجفان والملتحمة.
- ✱ لا يشخص البعض خثرة الجيب الكهفي إلا إذا أصيبت العينان معاً وقد لا يكتفون بإصابة عين واحدة.
- ✱ تحدث الوفاة عادة خلال 48 ل 72 ساعة إذا لم تطبق المعالجة الكافية السريعة، التي تتألف من: كميات كبيرة من المضادات الحيوية تعطى بالوريد مع مضادات تخثر.
- ✱ رغم كل ذلك تنتهي 50٪ من الحالات بالوفاة.

الناسور الفموي الغاري

- عادةً ما يتلو اقتلاع أحد الأضراس، حيث يمتد جذر الضرس ضمن غار الجيب الفكوي أو لا يفصله عنه إلا قشرة رقيقة من العظم، تكسر أثناء القلع فيحدث اتصال بين الجيب الفكوي وجوف الفم.
- أكثر الأسنان علاقة مع الجيب هي جذر الضاحكتين والرحى 1 و 2 .
- جراحة الجيب الفكوي (عملية كالدويل لوك) أو بعد استئصال كيسة من الجيب.
- الأورام الفكوية وخاصة الخبيثة في الغار.
- الرض المؤدي لكسور الفك العلوي.
- تكثر النوا سير في الأعمار 30 ل 59 ونادراً، ما تحدث عند الأطفال بسبب صغر حجم الجيب وكثافة جدار العظم من جهة ثانية.
- العوامل المساعدة على بقاء الناسور هو حجم فوهة الناسور ووجود التهاب جيب فكوي سابق للقلع الجراحي.

الأعراض:

- سيلان قيحي من مسكن السن تترافق غالباً مع نتن الرائحة.
- سيلان قيحي أنفي أمامي أو خلفي.
- قد يترافق مع أعراض التهاب الجيب الفكوي.
- خروج الهواء من فوهة الناسور عبر زفير قوي، أو خروج السوائل من الأنف.
- تكون نسيج حبيبي، أو وذمة حول المسكن السني.

التشخيص هام :

1. الأعراض والعلامات السريرية السابقة.
2. زرق فوهة الناسور بمصل فيزيولوجي.

3. تصوير الجيب لنفي وجود جسم أجنبي.
4. حقن مادة ظليلة داخل الجيب لتقدير فوهة الناسور.
5. التصوير البانورامي يفيد بالتشخيص.

العلاج:

إذا كان الناسور ناتج عن اقتلاع ضرس وكان **حديثاً** يعالج بالخياطة المباشرة.
إذا كان **قديم** مع تقطيع في الغار فلا بد من تنظيف الجيب ثم إغلاق الناسور بخياطة مباشرة أو بشريحة من الغشاء المخاطي في الجوار.



صورة بانوراما يعتمد عليها كثيراً أطباء الأسنان وتفيد في معرفة علاقة جذر السن العلوي مع قاعدة الجيب الفكي مما يجنبنا الكثير من المشاكل.

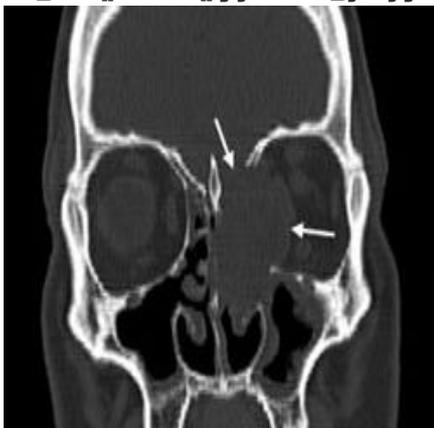
القيلة المخاطية والقيلة القحبية

- ❖ إذا حدث أن انسدت القناة الجبهية الأنفية (فوهة الجيب الجبهي) أو قناة إحدى الخلايا الغربالية وانحسبت المفرزات المخاطية المفرزة من الغشاء المخاطي يحدث ما يسمى القيلة المخاطية، وإذا تقيحت انقلبت إلى قيلة قحبية.
- ❖ تحدث القيلة المخاطية بعد سنوات من التداخل على الأنف وتبدو كتورم مدور مرن عند الزاوية الأنسية من العين يخرب قاع الجيب الجبهي ويدفع الكرة العينية للأسفل والوحشي وقد يسبب رؤية مضعفة.

تظهر الصور الشعاعية CT نخرب الحافة العليا للحاج.

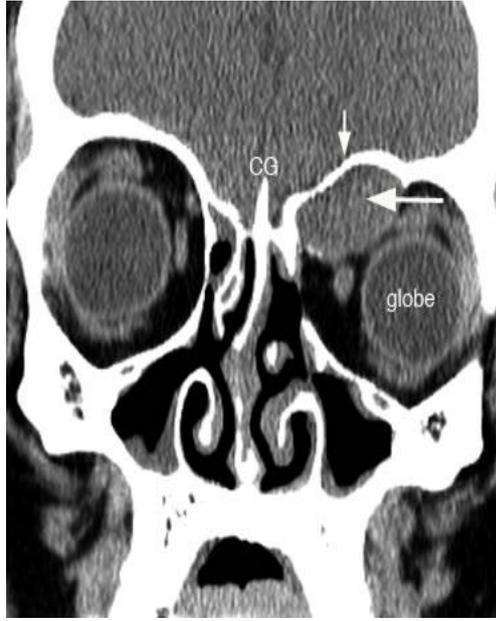
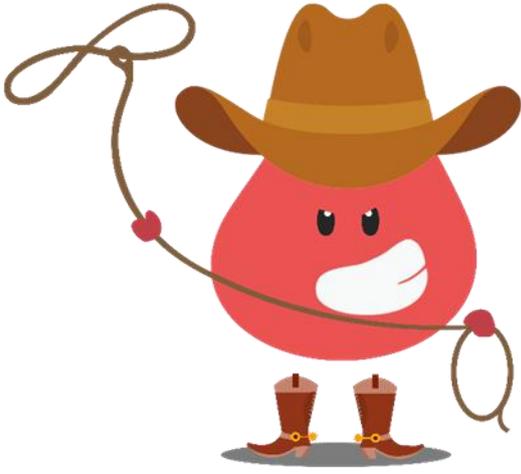
العلاج:

جراحي بالتنظير.



CT scan showing a left ethmoid mucocoele with expansion into the eye and skull base. This was treated with endoscopic sinus surgery.





Coronal image with small arrow pointing to superior orbital roof and large arrow pointing to expansile frontal sinus mucocele extending into the orbit causing inferolateral displacement of the left globe.

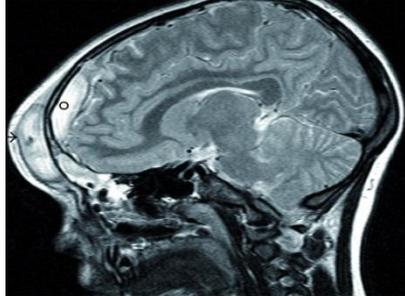
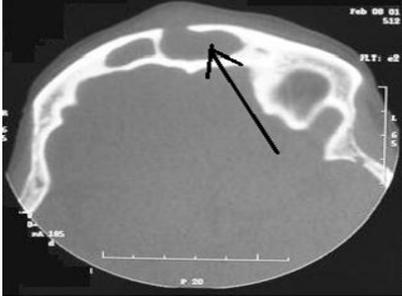
ورم بوت المنتفخ Pott's puffy tumor:

- ❖ **ذات عظم ونقيي** بالعظم الجبهي (أي تخرب بالجدار الأمامي للجيب الجبهي).
- ❖ **اختلاط للتهاب جيب جبهي مزمن**، يحدث **انتباج** بجلد الجيب الجبهي



(عادة غير مؤلم)، ناجم عن **تجمع قيحي** تحته.

- ❖ عند الضغط على الانتباج تتفرغ محتوياته ويخرج القيح من الأنف.



العلاج:

جراحي خارجي:

يستأصل العظم المتنخر، ثم تنزع مخاطية الجيب وتستبدل بشحم البطن (طمر الجيب الجبهي).

سيلان السائل الدماغى الشوكي من الأنف

- ☺ عفوي تحدث عادةً كاختلاط لرض على الجمجمة، وقد تحدث هذه الآفة بشكل عفوي.
- ☺ يحدث السيلان بعد الرض مباشرة أو يحدث بشكل متأخر (أسابيع - أشهر - سنوات).
- ☺ يحدث السيلان عادة من منطقة سقف الغربال خاصة الصفيحة المثقبة أو الجدار الخلفي للجيب الجبهي أو قد يكون من سقف الجيب الوتدي.

الأعراض:

- ↔ يشكو المريض من سيلان أنفي مائي رائق يترك بقعة على المنديل الورقي (علامة الهالة).
- ↔ يؤكد التشخيص بفحص إيجابي للسكر في السائل الدماغي الشوكي (ثلثي سكر الدم).
- ↔ أما الفحص النوعي فهو تحري وجود **B2 - transferrin**.
- ↔ يكمن الخطر في إمكانية التطور إلى التهاب سحايا.

التشخيص:

يمكن ل CT بالوضعين مع أخذ مقاطع رقيقة لإثبات وجود منطقة الضياع العادي. الطبقي المحوري عديد الشرائح multi slice CT يفيد أكثر في تحديد مكان الناسور كما أن حقن مادة ظليلة في السائل الدماغي الشوكي يمكن أن يفيد أكثر.

العلاج:

إغلاق الناسور عبر جراحة الجيوب التنظيرية.

التهاب الجيوب النوعية

نادرة منها **السلية** و **الإفرنجية** و **الفطرية**.

تصاب الجيوب في **السل** و **الإفرنجي** فقط بامتداد الإنتان إليها من الأنف. أما في **الالتهابات الفطرية** من نوع الرشاشية السوداء فيصاب الجيب الفكي بخاصة في المرضى المثبطين مناعياً بسبب المعالجة الكيميائية أو الشعاعية.

العلاج:

تفريغ وتفجير الجيب المصاب وإجراء الغسولات المتكررة بمحاليل تحوي مضادات الفطور بالإضافة إلى إعطائها بالطريق العام (أمفوترسين - ب) وريديا أمبولتين يومياً.

الإنداز سيب

أما الإصابة بالفطور من نوع الفطورات العفنة فتعتبر إصابة خطيرة واختلاط نهائي في مرضى السكر ومثبتي المناعة.

العلاج:

تفريغ الجيوب (المصابة) - مضادات الفطور.

يوجه الطبقي المحوري أحيانا لوجود إصابة فطرية وذلك بحدوث كثافة معدنية ضمن الغيمية الحادثة في الجيب المصاب.

ملاحظة

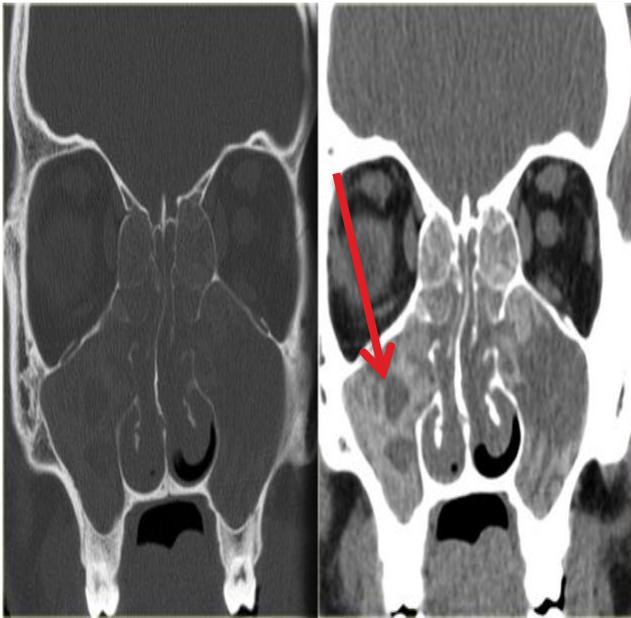
التهاب الجيوب الفطري التحسسي

أكثر أنواع التهاب الجيوب الفطري شيوعاً، ويشيع في الأجواء الرطبة الحارة وفي أفريقيا.

يترافق مع:

- تشكل بوليب قد يكون وحيد أو ثنائي الجانب.
- فرط حساسية⁶ من النمط الأول (متواسط بال IgE) أو النمط الثالث III للفطور المستتشفة مؤدياً إلى تشكل بوليبيات ضمن الأنف.
- كل المرضى تقريباً لديهم بوليبيات أنفية.
- جزء من المرضى لديهم ربو وهم ذو إنذار سيء (نسبة النكس عالية لديهم).
- يتميز بوجود المخاطين Allergic mucin في الجيب المطاب وهو مخاط غني بالبروتينات السكرية ويتوضع ضمنه خيوط الفطر وهو ضروري جداً لتشخيص الآفة (ويكون لزج جداً سحبه صعب يستغرق وقت طويل⁷).

■ أشيع الفطور المسببة هي الرشاشيات Aspergillosis.



الأعراض:

- 1 **انسداد أنفي:** وحيد أو ثنائي الجانب.
- 2 **مفرزات أنفية لزجة:** مخاط لزج بكميات كبيرة (انظر في الصفحة القادمة).
- 3 **غياب أو ضعف حاستي الشم والتذوق:** ميزة مهمة بكل أمراض البوليبيات ماعدا البوليبي الغاري.
- 4 **صداع:** بسبب انسداد فوهات الجيوب.
- 5 **أعراض التهاب أنف تحسسي:** عطاس وحكة وسيلان.
- 6 **أعراض الربو:** ضيق نفس وسعال ليلي.

العلامات:

- ❖ بوليبيات أنفية وحيدة أو ثنائية الجانب.
- ❖ مفرزات لزجة.

العلاج:

- جراحة جيوب تنظيرية.
- كورتيزون موضعي (لفترة طويلة).

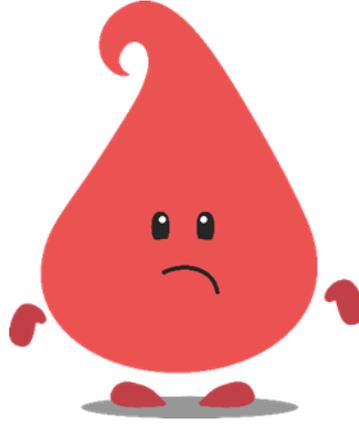
CT بالوضعية الإكليلية بنافذتين عظمية وبرانشيمية (الأوضح) توضح كثافات غير متجانسة داخل الجيب الفكّي.
(الكثافات الغامقة تمثل خيوط الفطر)

6 أي يحدث عند مفرطي المناعة، على عكس التهاب الجيوب الفطري الطاعق الذي يحدث عند مضعفي المناعة.

7 عادة تستغرق عمليات البوليبيات الأنفية بالطرفين 50 دقيقة، وفي التهاب الجيوب الفطري التحسسي قد يستغرق الجيب الواحد 50 دقيقة. (أرشيف)



كمية كبيرة من مخاط لزج.



- ضبط الربو.
- ضبط الحالة التحسسية العامة.

ملاحظة:

تناذر فيدال مكون من 3 عناصر:
بوليبات أنفية - تحسس أسبرين - ربو

أورام الأنف والجيوب

أورام ظاهر الأنف:

يغلب أن تكون من نوع الإبتليوما القاعدية الخلايا أو شائكة الخلايا.

القاعدية الخلايا: أبطأ سيراً ولا تنتقل للعقد الرقبية.

الشائكة الخلايا: أكثر خبثاً سريعة السير و الانتقال.

أورام داخل الأنف:

الورم الحليمي: وهو عادة سليم ولكن في (الأنف قد ينقلب إلى خبيث عند 15% من الحالات).

قد تشاهد **إبتليوما شائكة الخلايا.**

هناك أورام نادرة تنشأ من **خلايا عصبية.**

أورام الجيوب الخبيثة:

● يغلب أن تكون **إبتليوما شائكة الخلايا** وقد تكون من نوع الأورام **الغدية الكيسية.**

● **الجيب الفكّي** أكثر الجيوب إصابة بالأورام الخبيثة.

● لا يبدي الورم أي أعراض في البدء (لا يترافق مع ألم).

● ثم يمتد إلى الأنف أو الحجاج أو الخد أو الحفرة الجناحية الفكّي فتبدو أعراض تتناسب مع المنطقة التي امتد إليها الورم (انسداد في الأنف - رعاف - جحوظ عينيّن - تورم في الخد - آلام وجهة عميقة).

● الإنذار سيء

معالجة سرطان الجيب الفكّي: استئصال الفك العلوي أو العلاج الشعاعي أو كليهما.

الأورام السليمة:

منها الورم العظمي والورم الغضروفي.

