

درمان دارویی فیستول‌های حلقی - پوستی پس از عمل لارنژکتومی با ترکیب فنی توئین، کلیندامایسین، اسید استیک و دگزامتازون در بیماران مبتلا به کانسر لارنکس

در بیمارستان امام خمینی اهواز طی سال‌های 1380 - 1387

عبدالحسین معصومی^{1*}، اعظم فضلی پور²

چکیده

۱- استادیار گروه گوش، گلو و بینی.

۲- دستیار گوش، گلو و بینی.

زمینه و هدف: فیستول حلقی - پوستی شایع‌ترین عارضه (۸/۷-۲۲ درصد) عمل لارنژکتومی می‌باشد. علی‌رغم درمان‌های مختلف شامل فلپ‌های لوکال، ناحیه‌ای و دوردست، روش ایده‌آل برای بستن فیستول فارنگوکوتانوس، همچنان مورد بحث می‌باشد.

روش بررسی: در این مطالعه، گروه مورد (۸ نفر) به صورت آینده‌نگر از میان ۵۰ بیمار طی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۷ و گروه کنترل (۱۹ نفر) به صورت گذشته‌نگر از میان ۱۳۰ پرونده طی سال‌های ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۹ که به علت کانسر لارنکس در بیمارستان امام‌خمینی اهواز تحت عمل توتال لارنژکتومی قرار گرفته بودند، انتخاب شدند. همه بیماران گروه مورد تحت درمان آنتی بیوتیکی، شستشوی روزانه زخم با محلولی از کلیندامایسین، اسیداستیک، دگزامتازون و فنی توئین و تعویض پانسمان ۴ بار در روز تا کنترل و بهبودی فیستول قرار گرفتند.

یافته‌ها: در گروه مورد و بیمار به ترتیب، ۸ (۱۶ درصد) و ۱۹ بیمار (۴ درصد) دچار فیستول حلقی - پوستی گردیدند. در گروه مورد، ۶ نفر قبل از عمل تحت رادیوتراپی قرار گرفته بودند (۱۲ درصد). متوسط زمانی شروع فیستول در گروه مورد ۶/۵ روز و در گروه کنترل ۹/۶ روز بود. و متوسط زمانی بهبود در گروه مورد ۲۷ روز و در گروه شاهد ۲۴ روز بود. در گروه مورد همه بیماران به این روش درمانی پاسخ دادند و در گروه کنترل ۲ بیمار نیازمند عمل جراحی برای ترمیم فیستول گردیدند.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه نشان داده شد که فیستول‌های بزرگ در بیماران با رادیوتراپی قبلی را هم می‌توان با درمان‌های غیرجراحی و با انجام مراقبت‌های ویژه درمان نمود.

کلید واژگان: فیستول حلقی - پوستی، لارنژکتومی، فنی توئین، دگزامتازون، کلیندامایسین و اسید استیک.

۱- گروه گوش، گلو و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، ایران.

۲- گروه گوش، گلو و بینی، بیمارستان امام خمینی اهواز، ایران.

* نویسنده مسؤل:

عبدالحسین معصومی؛ گروه گوش، گلو و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، ایران.

تلفن: ۰۰۹۸۹۱۲۱۴۸۶۱۴۷

Email: drmasoomi@yahoo.com

مقدمه

فیستول حلقی - پوستی شایع‌ترین عارضه (۸/۷-۲۲ درصد) پس از عمل لارنژکتومی می‌باشد (۱). فیستول حلقی - پوستی پس از لارنژکتومی زمانی اتفاق می‌افتد که ترمیم فارنکس منجر به شکست گردیده و سبب نشئت بزاق از محل فیستول گردد (۲). این امر منجر به افزایش ناتوانی، تاخیر در شروع درمان کمکی، اقامت طولانی مدت در بیمارستان و افزایش هزینه بیمارستان می‌شود (۳، ۲). فاکتورهای متفاوتی، بویژه رادیوتراپی قبلی با عوارض پس از لارنژکتومی همراهی دارند (۴). سن، کلاسیفیکاسیون، دوز اشعه و زمان بین تشخیص تا عمل جراحی در میزان فیستول تأثیری ندارند (۳). در لارنژکتومی اولیه معمولاً "به میزان ۲-۳ درصد احتمال خطر تشکیل فیستول وجود دارد در حالی که این میزان پس از انجام رادیوتراپی به ۱۰-۱۲ درصد می‌رسد. این میزان با جراحی قبلی گردن و یا وسعت جراحی افزایش می‌یابد (۳). علیرغم استراتژی‌های درمانی که در مقالات گوناگون شرح داده شده است، روش مناسب برای بسته شدن فیستول‌های حلقی - پوستی همچنان مورد بحث می‌باشد (۵). از آنجا که این بیماران دارای مشکلات زیادی بوده و انجام عمل جراحی سبب مشکلات و عوارض خاصی در این بیماران می‌شود، هدف از این مطالعه درمان فیستول در بیماران لارنژکتومی شده بوسیله درمان دارویی و جلوگیری از عوارض اعمال جراحی می‌باشد. در بررسی‌های انجام شده هیچ مطالعه مشابهی که فقط از درمان دارویی جهت درمان فیستول حلقی - پوستی استفاده شده باشد، یافت نگردید. در این مطالعه نشان داده شده است که استفاده از درمان دارویی با فنی توئین، کلیندامایسن، اسیداستیک و دگزامتازون در درمان بیماران مبتلا به فیستول حلقی - پوستی پس از لارنژکتومی می‌تواند سبب بهبودی فیستول، بدون

ایجاد عوارض ناشی از جراحی در این بیماران گردد.

روش بررسی

در این تحقیق ۵۰ بیمار که به علت کانسر لارنکس، اسکواموس سل کارسینوما، در بیمارستان امام خمینی اهواز طی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۷ تحت توتال لارنژکتومی قرار گرفته بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. ۸ نفر از این بیماران پس از عمل دچار فیستول حلقی - پوستی گردیدند. این بیماران علاوه بر گرفتن آنتی بیوتیک‌های مختلف شامل پنی‌سیلین و سفتریاکسون، تحت درمان موضعی با چهار دارو شامل محلول اسید استیک ۱۰ درصد، آمپول کلیندامایسن ۳۰۰ میلی‌گرمی، آمپول فنی - توئین ۲۵۰ میلی‌گرمی و آمپول دگزامتازون ۸ میلی‌گرمی به صورت شستشوی محل فیستول پوستی روزانه ۴ بار و تعویض پانسمان قرار می‌گرفتند. از لوله نازوگاستریک تا زمان بهبودی فیستول جهت تغذیه بیماران استفاده گردید. با توجه به این که تغذیه مناسب و کافی در بهبودی دوران نقاهت بسیار مؤثر است، در این بیماران از مواد مکمل تغذیه‌ای درون رگی استفاده گردید. جهت بررسی تأثیر روش درمان دارویی در بهبود فیستول پوستی - حلقی و مقایسه با دیگر روش‌ها از جمله روش جراحی، از اطلاعات درج در ۱۳۰ پرونده بیماران مبتلا به کانسر لارنکس از سال‌های ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۰ و به صورت گذشته‌نگر استفاده گردید. اطلاعات براساس برنامه SPSS 11 مورد آنالیز قرار گرفت.

یافته‌ها

از میان ۵۰ بیمار مورد مطالعه، ۸ (۱۶ درصد) بیمار (گروه مورد) دچار فیستول حلقی - پوستی گردیدند. از پرونده ۱۳۰ بیمار که به صورت گذشته‌نگر

بیمارستان در گروه مورد ۳۹ روز و در گروه کنترل ۲۹ روز بود. متوسط زمانی بهبود در گروه مورد ۲۷ روز و در گروه کنترل ۲۴ روز بود. البته این امر بدان معناست که با اینکه زمان بهبودی در گروه کنترل طولانی تر است، اما تمامی بیماران در گروه مورد به روش درمانی پاسخ دادند. در گروه کنترل، از ۱۹ بیمار ۱۷ بیمار به درمان محافظه کارانه پاسخ داده و ۲ بیمار نیاز به عمل جراحی میکروتانوس فلپ پیدا کردند. بین دو گروه از نظر پاسخ به درمان اختلاف معناداری مشاهده نشد ($p=0/34$).

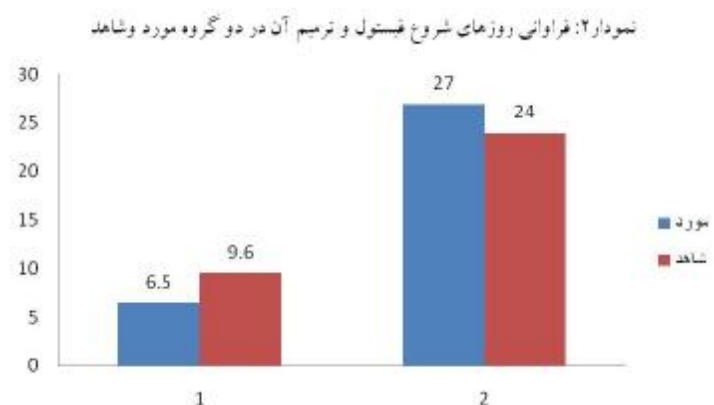
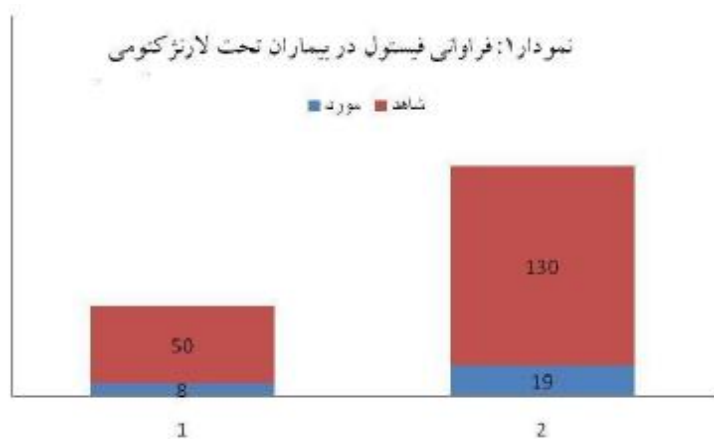
بررسی گردیدند، ۱۹ بیمار مبتلا به فیستول حلقی-پوستی (۱۴ درصد) به عنوان گروه کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین سنی گروه مورد ۶۴/۵ سال و گروه کنترل ۵۸ سال بود. از نظر سن اختلاف معناداری بین دو گروه مشاهده شد ($P=0/02$). در گروه مورد، ۵ نفر قبل از عمل تحت یک دوره رادیوتراپی و ۱ نفر از آنان تحت دو دوره رادیوتراپی قرار گرفته بودند (۱۲ درصد). در گروه کنترل ۶ مورد تحت رادیوتراپی قرار گرفته بودند. متوسط زمانی شروع فیستول در گروه مورد ۶/۵ روز و در گروه کنترل ۹/۶ روز بود. بیشترین زمان اقامت در



تصویر ۱: بیمار ۷۲ ساله با گرفتن دو دوره رادیوتراپی که ۶ روز پس از لازرنژکتومی مبتلا به فیستول حلقی-پوستی گردید. ترشحات بزاقی در قسمت فوقانی فیستول مشاهده می شود.



تصویر ۲: بهبودی همان بیمار پس از دو ماه



بحث

تشکیل فیستول مشاهده نشد. در مطالعه ما در گروه مورد ۱۶ درصد و در گروه کنترل ۱۴ درصد از بیماران دچار فیستول حلقی - پوستی شدند. در مقالات مختلف، میزان‌های متفاوتی از بروز فیستول از ۸/۷ درصد تا ۲۲ درصد ذکر گردیده است (۲،۷،۱۰،۹،۱). در مطالعه‌ای که توسط دکتر ساکی و همکاران صورت گرفت، نشان داده شد که بین تشکیل فیستول در بیماران با رادیوتراپی قبلی، وجود مارژین جراحی مثبت و وجود بیماری سیستمیک، ارتباط معناداری وجود دارد (۱۱). استفاده از لوله نازوگاستریک جهت تغذیه و عدم تغذیه خوراکی، ۱۰-۱۴ روز پس از عمل توصیه شده است. چرا که بسیاری از جراحان باور دارند که تغذیه زود هنگام پس از عمل می‌تواند سبب فیستول

فیستول حلقی - پوستی شایع‌ترین عارضه پس از عمل لارنژکتومی است (۶). فیستول حلقی - پوستی معمولاً در بالای تراکتوستومی در ضعیف‌ترین نقطه خط بخیه مخاط فارنکس اتفاق می‌افتد. پوست درگیر به رنگ قرمز تیره درآمده و دردناک می‌شود (۷). سن بیمار در زمان جراحی فاکتور مستعد کننده برای تشکیل فیستول نمی‌باشد (۸). در یک مطالعه که توسط ناکامیزو (Nakamizo) و همکاران انجام شد، بیماران مبتلا به فیستول حلقی - پوستی پس از لارنژکتومی بر اساس رادیوتراپی قبل از عمل به دو گروه تقسیم شدند. از گروه رادیوتراپی شده ۱۸ درصد و از گروه بدون رادیوتراپی ۱۲ درصد دچار عارضه فیستول حلقی - پوستی شدند. هیچ ارتباط معناداری بین دو گروه از نظر عامل رادیوتراپی در

فارنگوکوتانئوس بزرگ همچنان مورد بحث بوده و مورد توافق همگانی نمی‌باشد. فیستول‌های کوچک و یا متوسط بویژه در بیمارانی که رادیوتراپی نشده‌اند، معمولاً خودبه‌خود و با درمان‌های محافظه کارانه می‌شوند (۶).

نتیجه‌گیری

از آنجا که اکثر بیماران مبتلا به فیستول فارنگوکوتانئوس پس از توتال لارنژکتومی مشکلات متعددی دارند و انجام عمل جراحی جهت ترمیم فیستول فارنگوکوتانئوس می‌تواند عوارض خاصی را به همراه داشته باشد، در این مطالعه نشان داده شد که حتی فیستول‌های بزرگ در افراد رادیوتراپی شده را هم می‌توان با درمان‌های غیرجراحی و با انجام مراقبت‌های ویژه درمان نمود.

شود (۶). موسز (Moses) و همکاران نشان دادند که میزان بروز فیستول در کسانی که پس از ۷ روز تغذیه دهانی را شروع کردند بیش از کسانی است که طی ۷ روز پس از عمل شروع به تغذیه دهانی نموده‌اند (۱۲). با این حال در مطالعه ما تا بهبودی کامل فیستول، بیماران از طریق لوله نازوگاستریک تغذیه شدند. ترمیم فیستول فارنگوکوتانئوس بعد از رزکسیون کانسر مورد بحث می‌باشد، بویژه اگر فیستول بزرگ باشد و بیش از نیمی از محیط فارنگو-ازوفاجوس را درگیر نموده باشد. خواه این فیستول بزرگ ناشی از باز شدن زخم پس از لارنژکتومی باشد و یا ناشی از نکروز بافت انتقالی باشد که جهت بازسازی نقص فارنگوازوفاز مورد استفاده قرار گرفته است.

علیرغم درمان‌های مختلف شامل فلپ‌های لوکال، ناحیه‌ای و دوردست که در مقالات ذکر شده است، روش ایده‌آل برای بستن فیستول

منابع

- 1-Markou KD, Vlachtsis KC, Nikolaou AC, Petridis DG, Kouloulas AI, Daniilidis IC. Incidence and predisposing factors of pharyngocutaneous fistula formation after total laryngectomy. Is there a relationship with tumor recurrence? *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2004;261(2):61-7.
- 2-Celikkanat S, Koç C, Akyol MU, Ozdem C.. Effect of blood transfusion on tumor recurrence and postoperative pharyngocutaneous fistula formation in patients subjected to total laryngectomy. *Acta Otolaryngol* 1995;115(4):566-8.
- 3-Natvig K, Boysen M, Tausjø J. Fistulae following laryngectomy in patients treated with irradiation. *J Laryngol Otol* 1993;107(12):1136-9.
- 4-Venegas MP, León X, Quer M, Matíño E, Montoro V, Burgués J. [Complications of total laryngectomy in relation to the previous radiotherapy]. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1997;48(8):639-46. [Article in Spanish]
- 5-Önder T, Bekir A, Duygu E. Repair of a large Pharyngo-cutaneous fistula with the free dorsalis pedis flap. *Eur J General Med* 2007;4(1):39-43.
- 6-Volling P, Singelmann H, Ebeling O. [Incidence of salivary fistulas in relation to timing of oral nutrition after laryngectomy]. *HNO* 2001 ;49(4):276-82. [Article in German]
- 7-Grau C, Johansen LV, Hansen HS, Andersen E, Godballe C, Andersen LJ, et al. Salvage laryngectomy and pharyngocutaneous fistulae after primary radiotherapy for head and neck cancer: a national survey from DAHANCA. *Head Neck* 2003;25(9):7116.
- 8-Nakamizo M, Kamata S, Kawabata K, Nigauri T, Hoki K. [Pharyngo-cutaneous fistula after total laryngectomy]. *Nihon Jibinkoka Gakkai Kaiho* 1997;100(2):213-9. [Article in Japanese]
- 9-Berry SM, Fischer JE. Classification and pathophysiology of enterocutaneous fistulas. *Surg Clin North Am* 1996;76(5):1009-18.
- 10-Smith TJ, Burrage KJ, Ganguly P, Kirby S, Drover C. Prevention of postlaryngectomy pharyngocutaneous fistula: The Memorial University experience. *J Otolaryngol* 2003;32(4):222-5.
- 11-Saki N, Nikakhlagh S, Kazemi M. Pharyngocutaneous fistula after laryngectomy: incidence, predisposing factors, and outcome. *Arch Iran Med* 2008;11(3):314-7.
- 12-Friedman M, Venkatesan TK, Yakovlev A, Lim JW, Tanyeri HM, Caldarelli DD.. Early detection and treatment of postoperative pharyngocutaneous fistula. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;121(4):378-80. به

Medical Treatment of Pharyngo-Cautaneus Fistula After Laryngectomy with Phenytoin, Clindamycin, Acetic Acid and Dexamethasone Combination in 50 Patients Affected By Laryngeal Cancer in Emam Hospital, Ahvaz, IRAN During 2001-2008

AbdolHossein Masoumi^{1*}, Azam Fazli Poor²

1-Assistant Professor of Otolaryngology.

2-Resident of Otolaryngology.

1,2-Department of Otolaryngology, School of Medicine, Ahvaz Jundishpour University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

*Corresponding author:
AbdolHossein Masoumi;
Department of Otolaryngology, School of Medicine, Ahvaz Jundishpour University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
Tel: +989121486147
Email: drmasoumi@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: pharyngo-cautaneus fistula is the most common complication (8.7%-22%) after laryngectomy. Multiple factors such as radiotherapy are associated with complications after laryngectomy. Spite of the different treatments such as local, regional and advanced flaps, the ideal method for closing larg fistula of pharyngo- cautaneus is stii a mater for debate.

Subjects and Methods: In this investigation, 8 cases from 50 patients between 2001-2008 as prospective and 19 controls from 130 patients between 2001-2008 as retrospective underwent total laryngectomy for laryngeal cancer in Emam Khomeini hospital, Ahvaz, Iran, were chosen. All of the cases underwent antibiotic therapy, irrigation of wound with solution of clindamycin, acetic acid, dexamethasone and phenytoin and change of dressing 4 time in day.

Results: In the case and control groups, 8 (16%) and 19 (14%) patients were affected by pharyngo-cautaneus fistula. In the case group, six patients underwent radiotherapy before operation (12%). The mean time for beginning fistula formation and repair in cases and control group was 6.5, 9.6 and 27, 24 respectively. All of these cases responded well to this medical therapy method and 2 patients from control group needed surgery for fistula repair.

Conclusion: In this study showed that the large fistula in patients with radiotherapy can also be cure with non-surgical treatment and special cares.

Keywords: Pharyngo- cautaneus fistula, Laryngectomy, phenytoin, clindamycin, acetic acid, dexamethasone.

► Please cite this paper as:
Masoumi AH, Fazli Poor A. Medical Treatment of Pharyngo-Cautaneus Fistula After Laryngectomy with Phenytoin, Clindamycin, Acetic Acid and Dexamethasone Combination In 50 Patients Affected By Laryngeal Cancer In Emam Hospital, Ahvaz, During Years 1380-1387. Jundishapur Sci Med J 2012;11(5):559-564

Received: Oct 11, 2010

Revised: May 27, 2012

Accepted: May 29, 2012