

DIAGNOZA DHE KIRURGJIA ENDONAZALE NËPËRMJET ENDOSKOPISË

XHEVAIR HOXHALLARI, GJERGJI BIZHGA*

Summary

DIAGNOSIS AND ENDONASAL SURGERY WITH ENDOSCOPY

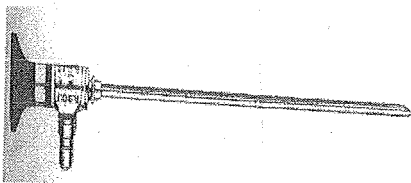
The use of the endoscopes in endonasal surgery has brought about enthusiasm and has made the spread of these techniques indispensable.

The endonasal surgery maintains the bony borders to the maximum and avoids the unnecessary damages. This kind of surgery makes possible the localized treatment of the lesion keeping the mucous healthy and easing the cicatrization.

The development of this surgery has included the inventing of several instruments appropriate for the manipulation in nasal and sinus cavity.

The simplicity of this surgery eases the post-operation care and reduces the staying time in hospital.

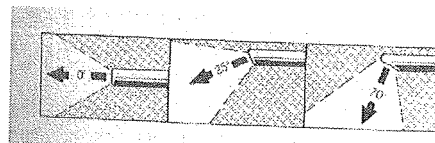
Videokirurgjia endoskopike ka disa vite që në vendet e zhvilluara aplikohet me sukses edhe në specialitetin e O.R.L-së. Ky lloj manipulimi siguron një sërë avantazhesh që lidhen me ndriçimin më të mirë të kavitetëve nazale dhe të sinuseve, duke siguruar kështu një diagnostikim më të sigurt të sëmundjes dhe nga ana tjetër, ndërhyrja kirurgjikale nëpërmjet endoskopëve lejon trajtimin e lezionit në mënyrë të lokalizuar duke siguruar një kirurgji më efikase dhe më pak traumatike.



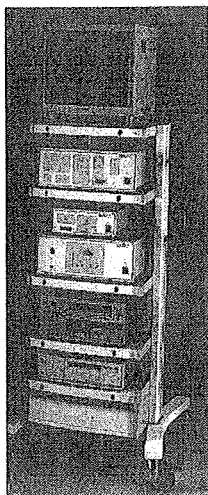
- Endoskopët rigidë (optikët) të cilët janë me kënde të ndryshme fushëpamje. Më të rëndësishëm janë optikët 0, 30, 70 dhe 120 gradë. Diametrat e optikëve që përdoren janë 4 dhe 2.7mm.

- Burimi dritës, i cili lidhet me optikun nëpërmjet një kablli me fibra optike. Burimet e dritës janë dy tipe: - burime të ashtuquajtura me dritë të ftohtë (llampë xenon) dhe burime drite halogjene. Burimet me xenon japin dritë më të mirë dhe janë më të përdorshëm.

- Kamera, e cila nga njëra anë lidhet me monitorin dhe nga ana tjetër me optikun.



Kjo lloj kirurgjie kërkon një seri instrumentash:
(Figura nr.1).



- Si dhe një sërë pincash dhe instrumentash për manipulim.

Për të aplikuar kirurgjinë nëpërmjet endoskopisë është e domozdoshme një njohje perfekte e anatomisë së kavititetit nasal dhe sinuseve. Nuk është qëllimi i këtij artikulli përshkrimi i anatomisë, por e quajmë të domozdoshme dhënien e disa pikave orientuese pa të cilat nuk është e mundur aplikimi i kësaj kirurgjie.

Anatomia

Kaviteti nazal përbëhet nga disa mure:

1- Muri medial - septumi.

2- Muri lateral është një strukturë më komplekse dhe më e rëndësishmja në kirurgjinë endoskopike. Ky mur përbëhet nga disa regione: (Figura nr.2)

a. Konka nazale inferiore, e cila luan një rol të rëndësishëm në termo-rregulacionin respirator, është konka më e madhe dhe ka formë elipsoide.

b. Konka e mesme është vendosur mbi konkën inferiore dhe është konka më e zhvilluar e labirintit ethmoidal, duke e kufizuar atë në të gjithë gjatësinë. Është konka më e pneumatizuar, përbën pjesën më kryesore të celulave të labirintit ethmoidal dhe ka rëndësinë më të madhe në kirurgjinë e mehatutit dhe të ethmoidit.

c. Konka superiore është pjesë përbërse e labirintit ethmoidal dhe më pak e zhvilluar se konka e mesme.

d. Konka supreme (santorini) është një konkë e pa zhvilluar dhe shpesh herë mungon

Çdo konkë kufizon një kavitete që quhet meatus.

Jane tri meatus kryesore:

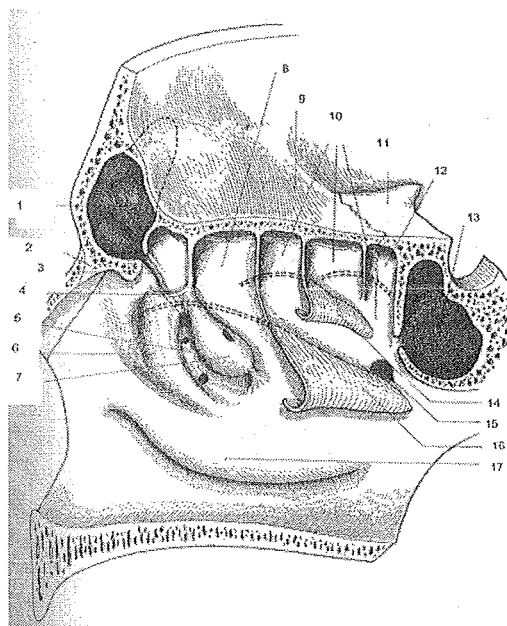
1-Mehatus naziinferior. Në pjesën anteriore të këtij mehatuti derdhet kanali nazolakrimal.

2- Mehatus nazimedia. Ky përbën një kryqëzim të vërtetë të sinuseve paranasale sepse këtu hapet sinusi maksillar, sinusi frontal dhe celulat ethmoidale anterior.

Në këtë meatus dallohen dy relieve: processus unciform nga përpara dhe bula ethmoidale nga mbrapa. Midis këtyre dy relieveve ka një ulluk në formë gjysëm hëne (hiatus semilunaris), ku derdhet ostiumi i sinusit maksillar, i sinusit frontal dhe i celulave ethmoidale anteriore.

3- Meatus nazisuperior, i cili është jo gjithmonë i pranishëm. Në pjesën e pasme të këtij mehatuti gjendet hapësira presphenoidale që përmban celulën Onodi ose celulën tampon të sinusit sphenoidal. Pneumatizimi i kësaj celule është i ndryshëm dhe në kontakt me nervin optik dhe kaviteten sphenoidal.

Figura nr.2



1. Sinusi frontal
2. Spina nasale e frontalit.
3. Kanali nazo frontal
4. Rrenja e procesit uncinat
5. Hiatusi semilinar
6. Procesi unciform.
7. Bula etmoidale
8. Sistemi i bules
9. Kocka frontale
10. Etmoidi posterior

- 11.Sfenoidi
- 12.Celula Onodi
- 13.Sinusi sfenoidal.
- 14.Konka superiore
- 15.Ostiumi sfenoidal.
- 16.Konka e mesme
- 17.Konka inferiore.

Sinusi sfenoidal

Ky kavitë është në raport me pjesën posteriore të labirintit etmoidal, kavitëtit nasal dhe pjesën posteriore të septum nazi. Lateralisht ka dy raporte të rëndësishme: Nervin optik dhe arterien carotica interna.

Disa nga manipulimet më të rëndësishme që aplikohen nëpërmjet endoskopisë.

Sinusoskopia maksillare

Realizon qyrrjen direkte të sinusit maksillar. Kjo bëhet me dy rrugë: (Figura nr.3)

1. Rruga mehatale inferiore dhe
2. Rruga e fosa kanina.

Rruga e zgjedhur varet nga patollogjia ose nga domozdoshmëria e vendosjes së një drenazhi në sinusin maksillar.

1- Sinusoskopia mehatale inferior

Indikacionet: Kist endosinusal, tumor i sinusit, trup i huaj në sinus, sinuzite kronike.

Mbas aplikimit të anestezisë lokale, bëhet punksoni i sinusit me një trokar 5mm diametër dhe nëpërmjet kanulës së trokarit kalohet optiku sinusal. Optikët e nevojshëm janë: Optiku 25 ose

30 gradë, i cili shikon çatinë e sinusit, reesusin zigomatik dhe murin posterior.

Optiku 70 ose 120 gradë, i cili shikon zonën ostiale dhe dyshemënë e sinusit.

Nëpërmjet pincave që mund të futen në kanulë realizohet marrja e biopsisë, shpëlarja e sinusit, vendosja e një dreni etj.

2- Punksioni në fosa kanina

Ka të njëjtat indikacione. Punksion në fosa kanina me trokar 5mm.

Optiku 25 ose 30 gradë ekzaminon:

- Zonën ostiale,
- Murin posterior,
- Çatinë e sinusit,
- Recesusin zigomatiko-molar.

Optiku 70 ose 120 gradë ekzaminon: Dyshemënë e sinusit.

Në të njëjtën mënyrë mund të veprojmë për të futur pincat për manipulim.

3- Rruga bimehatale: Mehatale inferior dhe fosa kanina

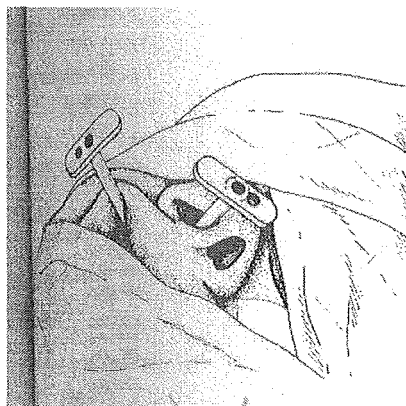
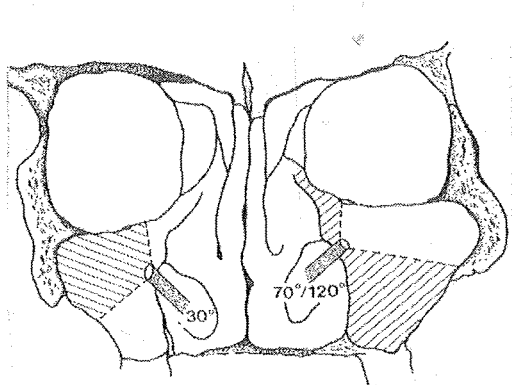
Indikacionet: Biopsi e drejtuar nëpërmjet shikimit, heqja e një trupi të huaj, aspergiloza etj.

Të dy trokaret vendosen përkatësisht në mehatus nazi inferior dhe në fosa kanina njëkohësisht.

Ky lloj ekzaminimi lejon të manipulohet nëpërmjet njërës optik, duke shikuar tek tjetri.

Mund të realizohen lavazhe të sinusit duke injektuar solucione antiseptike nga njëri optik dhe duke i aspiruar nga tjetri.

Figura nr.3



Sinusoskopia sphenoidale

Simbas madhësisë së kavitetit të sinusit veprohet me dy teknika:

1- Në qoftë se recesusi etmoido-sfenoidal është i gjërë orificiumi i sinusit është lehtësisht i identifikueshëm. Futet trokari në të dhe më pas, optiku për të ekzaminuar hapësirën sinusale.

2- Në qoftë se recesusi është i ngushtë bëhet rezeksioni i bishtit të konka media dhe pastaj punkcioni i sinusit. Në disa raste mund të realizohet sinusoskopia pa qënë nevoja për punkcion. Bëhet një palpacion i lehtë me kanjulën e aspiratorit në vendin e projeksionit të sinusit, gjendet orificiumi i tij, zgjerohet më një pincë Blakesley dhe futet optiku në sinus duke bërë të mundur ekzaminimin e kavitetit sinusal.

- Kirurgjia e epistaksi

Kaviteti nasal eksplorohet me optik 0 ose 25 gradë veçanërisht në zonën e arteries sfenopalatine nën bishtin e konka nazalis media. Për të lokalizuar vendburimin e epistaksit shpesh herë është e nevojshme përdorimi i një pambuku të njomur me vazokonstriktorë.

Mbas lokalizimit bëhet termokauterizimi i vazave të dëmtuara nën vëzhgim nëpërmjet endoskopisë.

- Mehatotomia inferiore

Indikacionet: Heqja e trupave të huaj në sinus, heqja e një kisti të sinusit maksilar etj.

Bëhet punkcioni i sinusit maksilar me një trokar 5mm nën konka inferior. Më pas janë të mundura dy teknika: Koagulimi me bipolar përçark vendit të punkcionit, ose zgjerimi i punkcionit me një pincë Ostrom. Me endoskopin 30 ose 70 gradë futemi në sinus nëpërmjet mehatotomisë dhe në të njëjtën kohë mund të manipulohet me pincë sipas rastit.

- Mehatotomia e mesme

Indikacioni: Aspergiloza, sinuzite kronike rezistente në trajtim, heqja e një kisti, heqja e polipit të Killian-it.

Realizohet me endoskop 25 ose 70 gradë.

Teknika: Incizion para procesit unciform, hiqet porcioni horizontal i tij dhe hapet ostiumi sinusal bëhet zgjerimi dhe manipulimi sipas rastit.

- Ethmoidektomia

Indikacionet: Sinusite kronike ethmoido-maksillare ose ethmoido-frontale, poliposa.

Teknika:

- Heqja e pjesës vertikale të procesit uncinat,

- Hapja e bullës ethmoidale dhe boshatisja e celulave bulare,

- Boshatisja e celulave suprabulare,

- Hapja e kanalit nazo-frontal dhe rivendosja e kalueshmërisë së tij.

- Sfenoidektomia

Prekja e sinusit sfenoidal në fakt është e rrallë edhe në polipoza masive, por megjithatë gjatë kirurgjisë endoskopike është e mundur pa shumë vështirësi të eksplorohet regjioni ostial dhe vetë kaviteti sinusal.

Orientimi për hapjen e ostiumit merret nga koana. Hapja bëhet në zonën inferio-mediale të murit posterior të celulës tampon. Më pas bëhet zgjerimi i hapjes dhe kontrolli i kavitetit sinusal.

- Kirurgjia e sinusit frontal

Indikacionet: Mukocela e sinusit frontal është indikacioni më i zakonshëm.

Objektivi i ndërhyrjes është rivendosja e kalueshmërisë së kanalit nazofrontal që shpesh herë kërkon dhe kateterizmin e tij.

- Septoplastika dhe konkotomia

Mund të realizohen edhe nëpërmjet endoskopisë, por mendoj se nuk ka ndonjë përparësi në krahasim me kirurgjinë e zakonshme.

- Adenoidektomia

Siguron një pamje shume të mire gjatë operacionit duke siguruar rezultatin.

Komplikacionet

Kirurgjia endoskopike si të gjitha ndërhyrjet e tjera ka komplikime. Më të rëndësishmet janë:

1- Dëmtimi i murit orbital

Ndodh nga pakujdesia gjatë manipulimit ose nga dehishienca të mundshme të këtij muri.

Kur operacioni bëhet nën anestezi lokale kontakti i instrumentit me murin orbital jep një dhimbje të fortë e cila parajmëron kirurgun.

Në rastet e dëmtimeve trajtimi është i thjeshtë, duke vendosur një tampon në zonën e dëmtuar. Cikatrizimi arrihet mbas 6-8 ditësh.

2- Dëmtimi i nervit optik

Është një aksident i rëndë. Parandalimi i tij arrihet me një njohje perfekte të trajektores së tij.

Nën anestezi lokale prekja e nervit ka një dhimbje jashtëzakonisht të madhe dhe kjo paralajmëron kirurgun.

Në rastet e dëmtimeve prognoza është mjaft e rezervuar.

3- Likuorreja

Kjo mund të ndodhë gjatë pastrimit të çatisë ethmoidale. Në qoftë se likuorreja nuk

konstatohet ose neglizhohet atëhere infeksionet meningeale janë të sigurta.

Kur ndodh dëmtimi duhet marrë një fragment i mukozës nazale nga konka media ose inferiore dhe ngjitet me kolë biologjike në çatinë ethmoido-frontale e shoqëruar me një tamponadë për 3-4 ditë.

4- Hemorragjitë

Plagosjet vaskulare gjatë interventit janë të shpeshta. Këto zgjidhen me termokoagulum ose tamponadë.

5- Sinekita

Këto mund të komplikojnë gjithë kirurgjinë endoskopike.

Parandalohet nëpërmjet manipulimeve të kujdesëshme dhe krijimin e kaviteve të rregullta, (1, 2, 3, 4, 5).

Avantazhet e kësaj kirurgjie:

1- Përdorimi i endoskopisë lejon ndriçim të plotë të kavitetit nasal dhe nazofaringeal duke bërë një diagnozë të saktë të sëmundjes.

2- Endoskopia lejon të trajtohen lezionet të lokalizuara, duke bërë të mundur heqjen në mënyrë të sigurtë të patologjisë, ruajtjen e mukozës së shëndoshë dhe shpejtimin e shërimit.

3- Thjeshtësia e ndërhyrjes operatorie dhe dëmtimi i kufizuar i strukturave anatomike ul ditqëndrimin në spital (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12).

Disavantazhet

1- Kavitetet e ngushta nazale sidomos tek fëmijët të detyrojnë përdorimin e endoskopeve 2,7 mm, gjë që pakëson kualitetin e shikimit gjatë operacionit.

2- Shpesh ka krusta dhe rinite atrofike (kur krijohen kavite të gjëra).

BIBLIOGRAFIA

1. Rice D.: Endoscopic paranasal sinus surgery. 2003. 7-13, 24, 273-292, 301.
2. Silim O.: Rhinology, 1995, Jun, 33 (2), 6, 78-93.
3. Ham S.: Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, 2001. (7) 3-4, 109-127.
4. Cappabianca P, Alfieri A.: Atlas of Endoscopic Anatomy for Endonasal Surgery. 2001. 27-32, 57, 121.
5. Danielsen A., Ologsson J.: Otorhinolaryngology 2006, vol. 263 (12), 126, 132.
6. Dominik MD, Wolfgang D.: Archive of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery. 1996, Vol. 122, (7), 234, 321.
7. Messerklinger W.: Rhinology, 1998, Dec, 36(4), 162-168.
8. Schwartz M, Vijay K, Anand MD.: Minimally Invasive Neurosurgery. 2002. 45, 193, 200.
9. Strong EB, Sykes JM.: Frontal sinus and naso-orbitoethmoid complex fracture. In: Papel ID. Facial plastic reconstructive surgery, 2nd ed. New York: Thieme Publishers. 2002; 747.
10. McGraw-Wall B.: Frontal sinus fracture. Facial Plastic Surg 1998; 14(1): 59-66.
11. Forrest CR.: Application of endoscopic-assisted minimal-access technique in orbitozygomatic complex orbital floor and frontal sinus fractures J Craniomaxillofac Trauma 1999; 5(4): 7-14.
12. Graham HD III, Spring P.: Endoscopic repair of frontal sinus fracture: case report. J Craniomaxillofac Trauma 1996; 2(4): 5-52.