

# כי רק במדנס מבינים רופאים!



## בלעדי במדנס פוליסת אובדן כושר עבודה ייחודית לרופאים

### הפוליסה כוללת:

הגדרת עיסוק מורחבת המכסה את כל העיסוקים הרפואיים. פיצוי כפול, במקרה של אי יכולת הפעלת הקליניקה הפרטית. כיסוי עד גיל 70! פרמיה קבועה ומוכרת לצרכי מס. ועוד ועוד....



לפרטים צור קשר בטל: 03-6380387 או במייל: odedg@madan.es.com

תחיה את החיים, אנחנו איתך. בית מדנס, רח' השלושה 2 ת"א | טל: 03-6380000 www.madan.es.com | info@madan.es.com



\* המידע והתנאים המפורטים בפרסום זה כוללים תמצית של תנאי פוליסת הביטוח התקפות במועד הפרסום, כפופים לנוסח המלא של הפוליסה וניתנים לשינויים לפי שיקול דעת המבטחים.

(טבלה 2). ההבדל בין שתי קבוצות אלו מתבטא ביכולת לשחזר את האוזן בצורה מלאה, בצורך להימנע ממים ובשכיחות הישנות רקמת הכולסטאטומה. בחולים שעברו ניתוח נשנה עם שחזור של הדופן האחורית בחלקי עצם ממקורות שונים, נמצא כי עצם זו נוטה להיספג, כפי שאירע בשלושה מנותחים בסדרה שלנו.

שיקום השמיעה מבוצע בניתוח שחזור שרשרת עצמות השמיעה (ניתוח אוטיקולופלסטיקה), באמצעות תותבת, באותם חולים שעצם הארכוף שלהם נמצאה שמורה ולא אוכלה על ידי רקמת הכולסטאטומה. כאשר עצם הארכוף לא קיימת, מתבצע ניתוח שיקום השמיעה שנתיים מאוחר יותר, עם סיום תהליך ההחלמה. למעקב אחר הצלחת הניתוח, מתבצעת בדיקה מיקרוסקופית מדי שלושה חודשים ובדיקת MRI שנה וחצי לאחר הניתוח.

שכיחות ההישנות של כולסטאטומה בסדרה זו היא 10.3% בקבוצה שנותחה ראשונית ו-25% בקבוצה שנותחה שניונית. תוצאה זו נמצאת בהתאמה לתוצאות המדווחות בספרות בביצוע ניתוח דומה [3,5], והיא טובה יותר מהתוצאות המתקבלות כאשר מתבצע ניתוח שמרני MCWU ללא שחזור. שכיחות הופעת כולסטאטומה נשנית בחולים אלו גבוהה יותר בשיעור של 27% [11].

טבלה 1: ניתוח MAPRO - תוצאות

ניחוח ראשוני 29	ניחוח שניוני 16	סיכום 45	אוזן יבשה	עור תוף שמור	אוזן תיכונה	אוזן תיכונה	הישנות כולסטאטומה
24 (82.8%)	11 (68.8%)	35 (77.8%)	27 (93%)	28 (69%)	3 (10.3%)	4 (25%)	7 (15.6%)

טבלה 2: ניתוח MAPRO - תוצאות שמיעה (33 נבדקים)

אוזן מתה 0 (0%)	הרעה בשמיעה* 6 (19.4%)	שמיעה ללא שינוי 21 (67.7%)	הטבה בשמיעה* 4 (12.9%)
-----------------	------------------------	----------------------------	------------------------

\* 10 < דציבל

מהמנותחים החלים עור התוף בצורה מלאה וב-70% ניתן היה להרטיב את האוזן ללא חשש.

הסרת עצם הדופן האחורית משפרת את היכולת לסילוק מלא של רקמת הכולסטאטומה [4]. החזרת פיסת העצם לאחר ניקוי חלל זיז הפיטמה והאוזן התיכונה מכולסטאטומה, מאפשר לשחזר ולשקם את האוזן. חסימת המעבר בין חלל זיז הפיטמה (מסטואיד) והאטיק עם מילוי וחסימת האטיק עם משחת עצם, מונעים יצירת כיס (Retraction pocket) וכך מונעים היווצרות מחודשת של רקמת כולסטאטומה [6,5]. לחסימת חלל זיז הפיטמה השתמשנו בסדרה זו במשחת עצם. מחברים שונים השתמשו ברקמת שריר, אך זו נוטה להיספג עם הזמן [2]. חומרים אחרים הנמצאים בשימוש הם חיתולית (פסיה), רקמת שומן, פיסות סחוס ורצועות עצם קורטיקלית [7]. מנתחים אחרים השתמשו בחומרים לא אורגניים אינרטיים שונים כגון הידרוקסי אפטיט [8], כדוריות זכוכית ולוחות טיטניום [10,9].

נמצא הבדל בהצלחת הניתוח בין מנותחים שהיה זה ניתוח זיז הפיטמה הראשון שעברו (הקבוצה הראשונית), וניתן היה להשתמש לצורך שחזור בעצם הדופן האחורית המקורית, לבין אלו שעברו ניתוח זיז פיטמה קודם והעצם סולקה כחלק מהניתוח (הקבוצה השניונית)

### לסיכום

ניתוח MAPRO מהווה שלב מתקדם בניתוחי זיז הפיטמה (מסטואיד). הניתוח מאפשר סילוק מלא של הכולסטאטומה יחד עם שחזור מבנה האוזן והשמיעה. לאחר ביצוע הניתוח הוא מאפשר את הרטבת האוזן. התוצאות בסדרה זו מצביעות על יכולת טובה במניעת הישנות כולסטאטומה, והשימוש בעצם המקורית של הדופן האחורית נמצא היעיל ביותר. המחברים ממליצים על ביצוע בדיקת MRI לשלילת הישנות כולסטאטומה שנה וחצי לאחר הניתוח. ●

מחבר מכותב: יונה קרונוברג  
מחלקת א"ג ניתוחי ראש וצוואר  
מרכז רפואי אסף הרופא, צריפין  
טלפון: 08-9779417  
פקס: 09-7405204  
דוא"ל: kro@smile.net.il

### ביבליוגרפיה

- Loh LE, How I do it - post mastoidectomy reconstruction. Singapore Med J, 1989;30:528-29.
- Fisch U & Schmid S, Radical mastoidectomy-epitympanectomy with tympanoplasty and partial obliteration: A new surgical procedure? Ann Acad Med Singapore, 1991;20:614-7.
- Kronenberg J, Shapira Y & Migirov L, Mastoidectomy reconstruction of the posterior wall and obliteration (MAPRO): Preliminary results. Acta Otolaryngol, 2012;132:400-3.
- Gantz BJ, Wilkinson EP & Hansen MR, Canal wall reconstruction tympanomastoidectomy with mastoid obliteration. Laryngoscope, 2005;115:1734-40.
- Lee WS, Choi JY, Song MH & al, Mastoid and epitympanic obliteration in canal wall up mastoidectomy for prevention of retraction pocket. Otol Neurotol, 2005;26:1107-11.
- Vercrucysse JR, De Foer B, Somers T & al, Mastoid and epitympanic bony obliteration in pediatric cholesteatoma. Otol Neurotol, 2008;29:953-60.
- Black B, Mastoidectomy elimination: obliterate, reconstruct, or ablate? Am J Otol, 1998;19:551-7.
- Mahendran S & Yung MW, Mastoid obliteration with hydroxyapatite cement: the Ipswich experience. Otol Neurotol, 2004;25:19-21.
- Della Santina CC & Lee SC, Ceravital reconstruction of canal wall down mastoidectomy. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2006;132:617-23.
- Timothy J & Seong KP, Reconstruction of mastoidectomy defect with titanium mesh. Acta Otolaryngol, 2004;124:440-42.
- Shilder AG, Govaerts PJ & Somers T, Tympano-ossicular allografts for cholesteatoma in children. Int J Pediatr Otolaryngol, 1997;18:31-40.