

اتواسکلروز

اتواسکلروز بیماری است که در آن رشد غیرطبیعی استخوان در اطراف یکی از سه استخوان کوچک در فضای گوش میانی، به نام استخوان رکابی (استاپس)، رخ می‌دهد. هنگامی که استخوان اطراف استاپس سفت می‌شود، این استخوان نمی‌تواند آزادانه حرکت کند، که این امر توانایی انتقال صحیح صدا را محدود می‌کند. این وضعیت منجر به کاهش شنوایی می‌شود؛ هرچه حرکت استخوان کمتر باشد، میزان کاهش شنوایی بیشتر خواهد بود.

اتواسکلروز معمولاً باعث کاهش شنوایی هدایتی می‌شود، به این معنا که مشکلی در نحوه انتقال ارتعاشات صوتی توسط گوش وجود دارد. در گوش سالم، ارتعاشات صوتی توسط گوش خارجی به پرده گوش یا "غشای تمپان" هدایت می‌شوند. پرده گوش این ارتعاشات را به استخوان‌های کوچک در گوش میانی منتقل می‌کند: استخوان چکشی (مالئوس)، استخوان سندان (اینکوس) و استخوان رکابی (استاپس). هنگامی که استخوان رکابی حرکت می‌کند، مایع در گوش داخلی حرکت کرده و سلول‌های مویی در گوش داخلی را تحریک می‌کند. این سلول‌ها ارتعاشات صوتی را به سیگنال‌های الکتریکی تبدیل می‌کنند که به مغز ارسال می‌شوند. اگر هر بخشی از این فرآیند آسیب ببیند، کاهش شنوایی ممکن است رخ دهد.

علائم اتواسکلروز چیست؟

علائم اتواسکلروز شامل موارد زیر است:

- کاهش شنوایی پیش‌رونده شونده
- مشکل در شنیدن صداهای با فرکانس پایین یا زمزمه‌ها
- زنگ زدن، غرش، وزوز یا هیس در گوش‌ها یا سر، که به عنوان تینیٹوس شناخته می‌شود

چه چیزی باعث اتواسکلروز می‌شود؟

تخمین زده می‌شود که ۲/۵ تا ۱۰ درصد از بزرگسالان نوعی اتواسکلروز در گوش میانی خود دارند. کاهش شنوایی ممکن است در هر زمانی رخ دهد، اما اغلب در بزرگسالان جوان، یعنی در دهه‌های دوم یا سوم زندگی، شروع می‌شود. این وضعیت ممکن است در زنان و مردان رخ دهد، اگرچه در زنان شیوع بیشتری دارد و با شروع سریع در دوران بارداری مرتبط بوده است.

اتواسکلروز در حدود ۷۰ درصد موارد هر دو گوش را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ با این حال، میزان کاهش شنوایی در هر گوش ممکن است یکسان نباشد.

اتواسکلروز

تقریباً ۶۰ درصد از موارد اتواسکلروز دارای علت ژنتیکی است. انتقال ژن مسئول اتواسکلروز پیچیده است و همه افرادی که این ژن را دارند، لزوماً به این بیماری مبتلا نمی‌شوند.

از آنجا که بسیاری از علائم اتواسکلروز ممکن است به دلیل سایر بیماری‌های پزشکی یا مشکلات مرتبط با گوش ایجاد شوند، مهم است که توسط یک متخصص گوش، حلق و بینی (ENT) یا اتولارنگولوژیست معاینه شوید. پس از معاینه، متخصص ENT ممکن است آزمایش شنوایی یا ادیوگرام را تجویز کند. یافته شایع، کاهش شنوایی هدایتی است که در صداها با فرکانس پایین شدیدتر است. بیماران مبتلا به اتواسکلروز همچنین ممکن است کاهش شنوایی گوش داخلی، به نام کاهش شنوایی حس عصبی، داشته باشند.

آزمایش شنوایی همچنین می‌تواند مشخص کند که آیا استخوان رکابی به درستی ارتعاش نمی‌کند و متخصص ENT ممکن است اسکن‌های تصویربرداری از گوش را درخواست کند. بر اساس یافته‌های معاینه و نتایج آزمایش، پزشک می‌تواند تشخیص دقیق داده و گزینه‌های درمانی مناسب را توصیه کند.

گزینه‌های درمانی چیست؟

گزینه‌های اصلی درمانی برای اتواسکلروز شامل تحت نظر گرفتن با آزمایش‌های شنوایی مکرر، استفاده از سمعک یا جراحی است. تحت نظر گرفتن فقط برای کاهش شنوایی خفیف توصیه می‌شود. گزارش شده است که برخی داروها مانند سدیم فلوراید یا مکمل‌های بیس‌فسفونات ممکن است پیشرفت اتواسکلروز را محدود کنند، اما شواهد قطعی برای پیشگیری از بیماری با این داروها وجود ندارد.

سمعک‌ها می‌توانند با افزایش حجم صدا، مشکل استخوان رکابی ثابت شده را برطرف کنند. هزینه، معایب و مزایای احتمالی سمعک باید با متخصص ENT بحث شود. در برخی مناطق، ممکن است بتوانید قبل از خرید، سمعک را به صورت آزمایشی امتحان کنید. اگر بیمار مستعد سرگیجه باشد یا تشخیص بیماری منبسط شده باشد، ممکن است قبل از جراحی، استفاده از سمعک توصیه شود.

جراحی برای اتواسکلروز استاپیدکتومی یا استاپیدوتومی نامیده می‌شود. به طور کلی، جراحی استاپس یک روش سرپایی است که می‌تواند تحت بی‌حسی موضعی یا عمومی انجام شود. این جراحی از طریق کانال گوش با استفاده از میکروسکوپ جراحی یا آندوسکوپ انجام می‌شود. این جراحی شامل برداشتن بخشی (استاپیدوتومی) یا کل (استاپیدکتومی) استخوان رکابی ثابت و جایگزینی آن با یک پروتز یا ایمپلنت است. دستگاه پروتز اجازه می‌دهد که استخوان‌های گوش میانی دوباره حرکت کنند و کاهش شنوایی هدایتی را اصلاح می‌کند. این جراحی کاهش شنوایی حس-عصبی گوش داخلی را برطرف نمی‌کند. پروتزهای

اتواسکلروز

استاپس بسیار کوچک هستند و باعث فعال شدن دستگاه‌های فلزیاب نمی‌شوند. پروتزهای مدرن همچنین با دستگاه های MRI سازگار هستند.

درد معمولاً حداقل است اما ممکن است متفاوت باشد. برخی بیماران ممکن است چند روز اول پس از جراحی دچار سرگیجه شوند. حس چشایی ممکن است برای چند هفته یا ماه پس از جراحی تغییر کند، اما معمولاً به حالت عادی بازمی‌گردد. خطر آسیب به پرده گوش یا کاهش شنوایی اضافی نادر است اما باید با بیمار مطرح شود. کانال گوش معمولاً در زمان جراحی پانسمان می‌شود تا پرده گوش به درستی بهبود یابد. بهبود شنوایی ممکن است تا زمانی که این پانسمانها برداشته نشود، قابل توجه نباشد. دستورالعمل‌های خاص در مورد قطره‌های گوش و سایر دستورات پس از جراحی را با متخصص ENT خود مطرح کنید.

اگر اتواسکلروز هر دو گوش را تحت تأثیر قرار دهد، جراح معمولاً ابتدا گوش با شنوایی ضعیفتر را عمل می‌کند و هر دو گوش را همزمان عمل نمی‌کند. جراح معمولاً حداقل شش ماه قبل از انجام جراحی روی گوش دوم صبر می‌کند.

پس از جراحی، ممکن است از بیماران خواسته شود که از فین کردن، شنا کردن یا فعالیت‌های دیگری که ممکن است آب را وارد گوش عمل‌شده کند یا باعث فشار در فضای گوش میانی شود، خودداری کنند. فعالیت‌های عادی (از جمله سفر هوایی) معمولاً دو تا چهار هفته پس از جراحی از سر گرفته می‌شوند.

در صورت بروز هر یک از موارد زیر، فوراً به متخصص ENT خود اطلاع دهید:

- کاهش شنوایی ناگهانی
- درد شدید
- ضعف صورت
- سرگیجه طولانی یا شدید، به ویژه احساس چرخش اتاق ورتیگو
- هر علامت جدید مرتبط با گوش عمل‌شده

در موارد پیشرفته اتواسکلروز، که در آن بیماری باعث کاهش شنوایی حس عصبی اضافی در گوش داخلی شده است، ممکن است استاپدکتومی برای بازیابی شنوایی مفید کافی نباشد. در این موقعیت‌ها، ممکن است **کاشت حلزون** در نظر گرفته شود.

اتواسکلروز

چه سوالهایی را باید را از پزشک خود بپرسم:

۱. آیا کاهش شنوایی من هدایتی، حسی- عصبی یا هر دو است؟
۲. مزایا و معایب استفاده از سمعک چیست؟
۳. آیا سمعک‌ها تحت پوشش بیمه هستند؟
۴. مزایا و معایب، از جمله خطرات جراحی، انجام جراحی استاپس چیست؟
۵. چه زمانی می‌توانم انتظار بهبود شنوایی پس از جراحی داشته باشم؟
۶. اگر شنوایی‌ام پس از جراحی بهبود یابد، آیا همچنان به سمعک نیاز دارم؟
۷. اگر هیچ کاری انجام ندهم چه اتفاقی می‌افتد؟