مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (37) العدد (4) 2015
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (37) No. (4) 2015

النكس العقدي الموافق بالجهة بعد تجريف العنق الانتخابي فوق الكتلامية

الدكتورة أريج العسّاف*

(تاريخ الإيداع 9 / 3 / 2015. قُبِل للنشر في 1 / 7 /2015)

□ ملخّص □

الهدف: لتحديد مستوى النكس العقدي الموافق بالجهة بعد تجريف العنق فوق الكتلامية عند المرضى المصابين بسرطان في الشفة أو الفم أو البلعوم الفموي والمعالَجين في المركز الطبي نفسه.

بين عامي 2010 و2013، أجري لـ 38 مريضاً 38 عملية تجريف عنق فوق الكتلامية.

النتائج: كانت هناك 5 حالات من النكس العقدي الموافق بالجهة (13%)، اثنتان منهما خارج حدود تجريف العنق فوق الكتلامية وثلاث منها داخل حدود التجريف. لم توجد أية علاقة بين النكس العقدي وبين الحالة النسيجية للعقد اللمفية، 4 مرضى من أصل الـ 5 الذين لديهم نكس عقدي تلقوا علاجاً شعاعياً بعد الجراحة.

الكلمات المفتاحية: تجريف العنق فوق الكتلامية، النكس العقدي الرقبي.

* مدرّسة. قسم أمراض الأذن والأنف والحنجرة وجراحتها. كلية الطب . جامعة تشرين . اللاذقية. سورية .

مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (37) العدد (4) 2015
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (37) No. (4) 2015

Ipsilateral Neck Cancer Recurrences After Elective Supraomohyoid Neck Dissection

Dr. Arige Alassaf*

(Received 9 / 3 / 2015. Accepted 1 / 7 / 2015)

□ ABSTRACT □

Objective : to analyze the level (site) of ipsilateral neck recurrences after supraomohyoid neck dissection in patients with lip, oral and oropharyngeal cancer treated in a single institution.

Between 2010 – 2013, 38 patients underwent 38 supraomohyoid neck dissection.

Results: there were 5 cases (13%) of ipsilateral neck recurrences, 2 were beyond the limits of the supraomohyoid neck dissection, and 3 were inside these limits. There was no association of neck recurrences with pathological status of lymph nodes. 4 of the 5 recurrences were in patients who underwent postoperative radiotherapy.

Key words: supraomohyoid neck dissection, Neck recurrences.

* **Assistant professor, ENT Department, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.**

مقدمة:

بقي تدبير العنق في حال سلبية العقد موضع خلاف وجدل لعدة عقود. إن دواعي تجريف العنق الانتخابي عند مرضى سرطانات الرأس والعنق هي:

1. النسبة العالية للنكس العقدي عند اتباع سياسة المراقبة والانتظار. [1]
2. النسبة العالية للنقائل الورمية في العينات النسيجية لعقد العنق عند إجراء تجريف العنق. [2]
3. عدم إمكانية الوصول إلى الشفاء بعد حدوث النكس العقدي الرقبي. [4]

تعد سماكة الورم العامل المنبئ الأهم لحدوث النقائل العقدية [3]، إضافة إلى إصابة أغماد الأعصاب والصمات الوعائية الورمية لكنها عوامل تكشف بعد تجريف العنق وبعد الدراسة النسيجية. [5]

تساعد الوسائل التشخيصية المتممة كالتصوير بالأمواج فوق الصوتية والتصوير الطبقي المحوري للعنق والرشافة الخلوية من العقد على تحديد مرحلة الورم مع أنها تترافق بنسبة عالية من الإيجابية أو السلبية الكاذبتين. [7]

يعد تجريف العنق فوق الكتلامية الوسيلة العلاجية المعتمدة عند سلبية عقد العنق عند المرضى المصابين بسرطان في جوف الفم أو البلعوم الفموي، ومع ذلك تتفاوت نسبة النكس العقدي التالي لهذا الإجراء. [6]

المناطق التشريحية لجوف الفم:

1. الشفة:

. الشفة العليا

. الشفة السفلى

2. جوف الفم:

. المخاطية الفموية وتشمل:

. المخاطية المبطنة للشفتين العليا والسفلى

. المخاطية الشدقية

. منطقة خلف الأرحاء

. الثلم الشدقي السنخي العلوي والسفلي

3. السنخ العلوي واللثة

4. السنخ السفلي واللثة

5. الحنك الصلب

6. اللسان:

. السطح الظهري والحواف الوحشية إلى الأمام من الحليمات الكأسية (الثلثان الأماميان)

7. أرض الفم. [8]

التصريف اللمفوي:

يتم التصريف اللمفوي للشفة السفلى عبر جذع لمفوي متوسط وجذعين وحشيين ينضح الجذع المتوسط الثلث المتوسط للشفة ويصب في العقد تحت الذقن بينما يصب الجذعان الوحشيان في العقد تحت الفك، أورام الخط الناصف تنضح إلى الجهتين. [9]

ذروة اللسان تنضح إلى العقد تحت الذقن والوداجية العميقة مع الانتباه إلى وجود شبكة تصريف لمفوي ثنائية الجانب في ذروة اللسان.

الوجه السفلي له ينضح إلى العقد تحت الفك، باقي الثلثين الأماميين له إلى المستوى الثالث وهذا هام لأن العقد التي تصاب بسرطان الحواف الوحشية للثلثين الأماميين للسان هي فقط الوداجية ذات البطنين والوداجية الكتلامية. [10]

القسم الأمامي من الفم ينضح إلى المستويين الثالث والرابع. [10]

أرض الفم التي تأخذ شكل قوس إلى العقد تحت الفك وإلى المستويات الأول والثاني والثالث مع الانتباه إلى أن القسم الأمامي من أرض الفم ينضح إلى جانبي العنق. [9]

نضح الناتئ السنخي يشبه نضح أرض الفم إلا أنه أقل غزارة. [8]

البلعوم الفموي:

يمتد البلعوم الفموي من مستوى الحنك الصلب حتى مستوى العظم اللامي، حده الأمامي السويقة اللوزية الأمامية، يقسم إلى أربعة أقسام:

1. الجدار الأمامي: يتشكل من قاعدة اللسان خلف الثقبة العوراء ومن الوهدة ومن الوجه اللساني للفلكة ويُحد وحشياً بالطية الفلكية البلعومية.
2. الجدار الوحشي: يتكون من السويقتين اللوزيتين الأمامية والخلفية ومن اللوزة الحنكية.
3. السقف: يتكون من الحنك الرخو بوجهه الفموي بينما يشكل وجهه الأنفي جزءاً من البلعوم الأنفي.
4. الجدار الخلفي: أمام الفقرتين الرقبيتين الثانية والثالثة يتكون من المعصرتين العلوية والمتوسطة. [6]

إن التصريف اللمفوي للبلعوم الفموي يذهب إلى المستويات الثاني والثالث والرابع، كما أنه ينضح أيضاً إلى العقد خلف وجانب البلعوم. [5]

أهمية البحث وأهدافه:

لتحديد مستوى النكس العقدي الموافق لجهة الورم بعد تجريف العنق الانتخابي فوق الكتلامية عند المرضى المصابين بسرطان في الشفة أو الفم أو البلعوم الفموي والمعالَجين جراحياً للورم البدئي، وبتجريف عنق انتخابي فوق الكتلامية أو فوق الكتلامية الموسع.

طرائق البحث ومواده:

دراسة تحليلية راجعة في مشفى الأسد الجامعي في جامعة تشرين في اللاذقية، بين عامي 2010 و 2013 عولج 38 مريضاً مصاباً بكارسينوما في جوف الفم أو البلعوم الفموي ودون وجود عقد رقبية مجسوسة، عولجوا بتجريف عنق فوق الكتلامية أو فوق الكتلامية الموسع موافق لجهة الورم حسب مكان نشوء الورم البدئي.

النتائج والمناقشة:

عدد المرضى 38 مريضاً، جميعهم سلبيو عقد العنق سريرياً، أجري لهم جميعاً تجريف عنق فوق الكتلامية أو فوق الكتلامية الموسع وذلك بحسب موقع الورم البدئي، تضمن تجريف العنق فوق الكتلامية تجريف المستويات تحت الذقن وتحت الفك والعقد الوداجية العلوية والمتوسطة، واعتبرت العضلة الكتلامية أنها الحد السفلي لمستوى التجريف واعتبرت العضلة القترائية أنها الحد الخلفي للتجريف. أما التجريف فوق الكتلامية الموسع فقد شمل إضافة للمستويات السابقة العقد الوداجية السفلية.

عدد الرجال في العينة 31 رجلاً (80%)، تراوحت الأعمار بين 35 سنة إلى 77 سنة (العمر الوسطي 61 سنة).

موقع الورم البدئي في الشفة في حالتين (3.3%)، وفي جوف الفم في 31 حالة (83.1%)، وفي البلعوم الفموي في خمس حالات (13.6%).

الجدول (1) يظهر موقع الورم البدئي.

موقع الورم البدئي	عدد المرضى	النسبة المئوية
الشفة	2	%3.3
جوف الفم	31	%83.1
البلعوم الفموي	5	%13.6

المرحلة السريرية للورم كما يلي:

الجدول (2) يظهر المرحلة السريرية للورم.

المرحلة السريرية	عدد المرضى	النسبة المئوية
أولى	3	%8
ثانية	19	%50
ثالثة	10	%27
رابعة	6	%15

تلقى 16 مريضاً (42%) علاجاً شعاعياً متمماً بعد الجراحة وُجِّه إلى العنق وإلى موقع الورم البدئي. وقد تلقى جميع المرضى ما بين 60 و66 غري.

الجدول (3) يظهر المرضى الذين تلقوا علاجاً شعاعياً بعد الجراحة.

العلاج الشعاعي	عدد المرضى	النسبة المئوية
نعم	16	%42
لا	22	%58

دُرست نسبة النكس العقدي بالتوافق مع الموجودات النسيجية ومع تلقي المريض للعلاج الشعاعي، كما تم تحديد مكان النكس العقدي إما داخل أو خارج حدود التجريف. وقد تم تشخيص النكس العقدي سريرياً وشعاعياً وبإجراء خزعة جراحية للعقد الناكسة.

العدد الوسطي للعقد المجرفة كان 25 عقدة (تراوح بين 10 إلى 40 عقدة)، 9 مرضى (24%) كان لديهم انتقالات عقدية مجهرية في العينات النسيجية.

الجدول (4) يظهر وجود انتقال عقدي نسيجياً.

وجود انتقال عقدي نسيجياً	عدد المرضى	النسبة المئوية
نعم	9	%24
لا	29	%76

عدد العقد المصابة عند نفس المريض تراوحت بين واحدة وخمس عقد، 7 مرضى (77%) من أصل التسعة السابقين لديهم إصابة عقدية وحيدة. لم يمكن تحديد فيما إذا كانت إصابة العقد مترافقة بانتشار خارج المحفظة لأن ذلك لم يُدرس نسيجياً بشكل روتيني.

عولج 7 مرضى من أصل 9 المصابة لديهم العقد نسيجياً بالعلاج الشعاعي المتمم (نسبة 77%)، من أصل المرضى الباقين (29) غير المصابين بنقائل عقدية تلقى 9 منهم علاجاً شعاعياً متمماً بعد الجراحة بسبب إما إصابة حواف القطع أو بسبب المرحلة الورمية المتقدمة (ثالثة أو رابعة).

حصل نكس موضعي للورم عند 8 مرضى (21.3%) ونكس عقدي عند 5 مرضى (13%) وحصل عند مريض واحد نكس عقدي ونكس موضعي في الوقت ذاته.

الجدول (5) يظهر النكس الورمي.

مكان النكس الورمي	عدد المرضى	النسبة المئوية
نكس موضعي	8	%21.3
نكس عقدي	5	%13

حصل النكس العقدي عند مريضين لديهما نقائل عقدية رقبية نسيجياً وعند 3 مرضى ليس لديهم أية انتقالات عقدية.

حصل النكس العقدي خلال فترة تتراوح بين 4 أشهر وسنة بعد الجراحة (معدل وسطي 8 أشهر).

إذاً هناك 5 حالات من النكس العقدي الموافق بالجهة، اثنتان منهما خارج حدود تجريف العنق فوق الكتلامية وثلاث منها داخل حدود التجريف. تم تدبير أربع حالات من حالات النكس العقدي (القابلة للجراحة) بإجراء تجريف عنق جذري أما الحالة الخامسة فكانت غير قابلة للجراحة تم تحويل المريض لتلقي العلاج الكيماوي.

الجدول (6) يظهر مكان النكس العقدي الرقبي.

مكان النكس العقدي الرقبي	عدد المرضى	النسبة المئوية
داخل حدود التجريف	3	%60
خارج حدود التجريف	2	%40

لا توجد أية علاقة بين النكس العقدي الرقبي وبين الحالة النسيجية للعقد اللمفوية المدروسة نسيجياً، إذ أن مريضين فقط ممن لديهم عقد إيجابية نسيجياً حصل لديهما نكس عقدي في حين أن السبعة مرضى الذين لديهم عقد إيجابية نسيجياً لم يتطور لديهم نكس عقدي.

الجدول (7) يظهر النكس العقدي عند المرضى الذين لديهم عقد مصابة نسيجياً.

النكس العقدي عند إيجابيي العقد نسيجياً	عدد المرضى	النسبة المئوية
نعم	2	%22.2
لا	7	%77.8

لوحظ أن النكس العقدي يرتبط بشكل وثيق بالورم الأكثر عدوانية وذي المرحلة الورمية المتقدمة التي اضطرت الطبيب لإرسال المريض لتلقي العلاج الشعاعي المتمم (مرحلة ورمية رابعة، حواف قطع مصابة، صمات وعائية ورمية مجهرية...).

بعبارة أخرى 4 مرضى من أصل الخمسة الذين حصل ليهم نكس عقدي تلقوا علاجاً شعاعياً بعد الجراحة، في حين أن المريض الخامس الذي حصل لديه نكس عقدي كان ممن لم يتلقوا علاجاً شعاعياً متمماً، أي أن الفرق (4/5 مقابل 1/22) ذو دلالة إحصائية أقل من 0.04 أي أنه ذو قيمة إحصائية.

الاستنتاجات والتوصيات:

الاستنتاجات:

1. يعد تجريف العنق فوق الكتلامية وسيلة تشخيصية وعلاجية لسرطانات الفم والبلعوم الفموي في حال سلبية عقد العنق.
2. تترافق هذه الأورام إحصائياً بنسبة نقائل عقدية رقبية خفية (تحت سريرية) ما بين (15 و31%).
3. في دراستنا وجدنا أن هذه النسبة هي 24% للنقائل المجهرية الخفية.
4. نسبة النكس العقدي الرقبي هي 13% وهي قريبة للنسب العالمية 10%
5. أغلب حالات النكس العقدي حصلت داخل حدود مستوى تجريف العنق فوق الكتلامية (60%)
6. أغلب حالات النكس حصلت عند مرضى تلقوا علاجاً شعاعياً بعد الجراحة مما يعني أن النكس العقدي يرتبط بشدة بسلوك الورم البدئي وعدوانيته التي تستدعي العلاج الشعاعي بعد الجراحة.

التوصيات:

1. محاولة تحديد مرحلة الورم السريرية قبل الجراحة بالاستعانة بالوسائط التشخيصية المساعدة من أجل وضع خطة علاجية دقيقة.

2. إجراء تجريف العنق الجذري أو الجذري المعدل للأورام ذات المرحلة المتقدمة بهدف تخفيض فرصة النكس العقدي، وعدم الاكتفاء بالتجريف فوق الكتلامية.

3. إجراء دراسات مشابهة على أورام بمواقع تشريحية مغايرة في الرأس والعنق لإجراء مقارنات واسعة ووضع خطة علاجية موحدة بحسب المرحلة الورمية لكل موقع ورمي.

4. نشر الوعي الطبي بين المواطنين لضرورة المراجعة المبكرة مما يحسن من فرص السيطرة الموضعية واللمفاوية على الورم.

المراجع:

1. CUMMING, Ch. W. *OTOLARYNGOLOGY HEAD & NECK SURGERY*. 4th ed, mosby, USA, 2005, 2816.

2. STELL & MARAN, J. C. *HEAD and NECK SURGERY*. 5th ed, Butterworth, London, 2013, 520.

3. LORE, J. M. *HEAD & NECK SURGERY*. 4th ed, Elsevier, Pennsylvania, 1988,1491.

4. SCOTT- BROWN'S, G. M. *OTOLARYNGOLOGY HEAD & NECK SURGERY*. 7th ed, Hodder Arnold, London, 2008, 1702.

5. BAILEY, B. B. *OTOLARYNGOLOGY HEAD & NECK SURGERY*. 4th ed, Lippincott, USA, 2007, 2830**.**

6. MYERS, E. N., *CANCER of HEAD AND NECK*. 4th ed, Elsevier, USA, 2003, 1579.

7- PASHA, R. P. *OTOLARYNGOLOGY HEAD & NECK SURGERY*. 2th ed, Singular, USA, 2003, 566

8- MYERS, E. N., *CANCER of the lip*. 3th ed, Elsevier, USA, 2003, 657

9- EVANS, P. R. *HEAD and NECK ONCOLOGY*. 1th ed, Martin Dunitz, USA, 2003, 1156.

10-MARCO, S. E. *Practical Guide to Neck Dissection*. 3th ed, Springer, Italy, 2007, 870.