

دراسة وظيفة العصب الوجهي بعد عمليات استئصال الغدة النكفية

الدكتورة أريج العساف*

(تاريخ الإيداع 5 / 7 / 2015. قُبل للنشر في 12 / 10 / 2015)

□ ملخص □

الأهداف: من أجل تحليل نسبة حدوث اضطراب في وظيفة العصب الوجهي بعد عمليات استئصال الغدة النكفية، ولربط النتائج مع اتساع الاستئصال الجراحي المجرى على الغدة النكفية، ومع التشريح المرضي. بين عامي 2010 و 2014، خضع 35 مريضاً لـ 35 عملية استئصال غدة نكفية، أُجريت جميع تلك العمليات من قبل الجراح نفسه وهو الطبيبة مُعدّة البحث.

النتائج: نسبة حدوث اضطراب في وظيفة العصب الوجهي بعد الجراحة كانت 37,14% بشكل عام، وعند ربط النتائج مع التشخيص واتساع الجراحة، نجد أن نسبة اضطراب وظيفة العصب الوجهي كانت 23,1%، 30,8%، و 46,1% لكل من استئصال الفص السطحي للنكفة، استئصال النكفة التام، واستئصال النكفة التام المترافق مع تجريف عنق بالترتيب.

حدثت أذية دائمة في وظيفة العصب الوجهي عند 7,7% من المرضى، وعادت وظيفة العصب الوجهي إلى طبيعتها خلال ستة أشهر من الجراحة عند المرضى ذوي الإصابة المؤقتة.

الكلمات المفتاحية: استئصال الغدة النكفية، العصب الوجهي.

*مدرسة قسم أمراض الأذن والأنف والحنجرة وجراحاتها. كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية، سورية .

Facial nerve function after parotidectomy

Dr. Arige Alassaf*

(Received 5 / 7 / 2015. Accepted 12 / 10 / 2015)

□ ABSTRACT □

Objectives: to analyse the incidence of facial nerve dysfunction following parotidectomy and to correlate this with the extent of parotid gland resection, and the pathological diagnosis.

Between 2010 – 2014, 35 patients underwent 35 parotidectomies performed by the same surgeon.

Results: the incidence of initial postoperative facial weakness was 37,14%, based on the diagnosis and extent of surgery, rates of facial weakness were 23,1%, 30,8% and 46,1% for superficial parotidectomy, total parotidectomy and total parotidectomy associated with a neck dissection respectively.

Permanent weakness occurred in 7,7% of patients, recovery of normal facial movements occurred within 6 months in all patients with initial temporary facial weakness.

Keywords: parotidectomy, facial nerve.

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

مقدمة:

إن المشكلة الأساسية في جراحة أي كتلة نكفية هي عدم وجود معرفة مسبقة حول طبيعة هذه الكتلة. في 90% من الحالات يكون التشخيص السريري صحيحاً إلا أنه في بعض الحالات يمكن لورم خبيث أن يتظاهر ككتلة وحيدة من دون ألم أو إصابة عصب وجهي أو إصابة جلدية. [1،8،9] يمكن أن يوضع التشخيص بشكل مبدئي خلال الجراحة إلا أن التشخيص النهائي يوضع بواسطة التشريح المرضي. [2]

تعد الخزعة الخلوية وسيلة تشخيصية هامة في تشخيص أورام الغدد اللعابية لكن لا يعتمد عليها في التشخيص النهائي للورم رغم أنها يمكن أن توجه لطبيعة الورم عند إجرائها قبل الجراحة. عند الشك بأن الكتلة عبارة عن ورم سليم يجب إجراء استئصال فص سطحي للنكفة، ويجب عدم توليد الورم نهائياً، بسبب احتمالية النكس العالية المرافقة لذلك. [3] لا تستطب الخزعة المفتوحة أبداً في أورام النكفة لما تحمله من خطورة انزراع الخلايا الورمية عند إجرائها حتى بالنسبة للأورام السليمة. [1،10]

عند إجراء جراحة النكفة وتبين أن شكل الورم يوحي بالخباثة يمكن إجراء خزعة مجمدة خلال الجراحة ويمكن في أغلب الحالات تسليخ الورم عن العصب الوجهي. [4]

يعد وجود العصب الوجهي ضمن كتلة النكفة العامل الذي يجعل جراحة النكفة معقدة. [5] طرق كشف العصب الوجهي:

1. المؤشر: هو النهاية الأنسية لغضروف الوتدة [1،2،3]

2. الارتكاز العلوي للبطن الخلفي لذات البطنين [1،2،3]

3. الدرز الطبلي الخشائي [1،2،3]

4. كشف فرع محيطي للعصب الوجهي [6]

5. كشف العصب الوجهي في قطعه الخشائية [7].

أهمية البحث وأهدافه:

تأتي أهمية هذا البحث أنه يقدم دراسة تحليلية لوظيفة العصب الوجهي بعد عمليات استئصال الغدة النكفية، وربط وظيفة العصب الوجهي مع كل من نمط الاستئصال الجراحي والتشريح المرضي لآفة النكفية والسوابق الجراحية على النكفة.

طرائق البحث ومواده:

الدراسة راجعة بين عامي 2010 و 2014، تشمل جميع المرضى الذين أجريت لهم جراحة على الغدة النكفية من قبل الجراح نفسه في مشفى الأسد باللاذقية وعددهم 35 مريضاً، حيث تمت مراجعة أضايرهم وسجلات العمليات ثم تمت متابعة المرضى لمراقبة وظيفة العصب الوجهي حتى ستة أشهر بعد الجراحة، واعتبار الأذية التي استمرت بعد الست أشهر أذية دائمة بالعصب الوجهي أو بأحد فروعه. علماً أنه استبعد من الدراسة كل مريض لديه أذية سابقة في العصب الوجهي قبل الجراحة.

النتائج:

تتألف العينة المدروسة من 35 مريضاً أُجريت لهم جراحة على الغدة النكفية خلال مدة الدراسة. بلغ عدد المرضى الذكور 17 مريضاً بنسبة 48,57% من مجمل المرضى، وعدد الإناث 18 مريضة بنسبة 51,43%.

تراوحت أعمار المرضى بين 21 سنة و75 سنة وكان العمر الوسطي 39,7 سنة، توزع المرضى حسب الفئات العمرية كما هو موضح في الجدول (1)

الجدول (1): توزع المرضى حسب الفئات العمرية.

النسبة المئوية	عدد المرضى	الفئة العمرية
11,42%	4	20 إلى 30
34,28%	12	31 إلى 40
25,71%	9	41 إلى 50
17,14%	6	51 إلى 60
5,71%	2	61 إلى 70
5,71%	2	أكبر من 70 عاماً
100%	35	المجموع

موقع الآفة في الغدة النكفية وفق الجدول (2)

الجدول (2) موقع الآفة في الغدة النكفية.

النسبة المئوية	عدد المرضى	موقع الآفة
68,6%	24	الفص السطحي
11,4%	4	الفص العميق
20%	7	كلا الفصين
100%	35	المجموع

يوضح الجدول (3) الاستئصال الجراحي المجري.

الجدول (3) نمط الاستئصال الجراحي.

النسبة المئوية	عدد المرضى	نمط الجراحة
68,6%	24	استئصال فص سطحي للنكفة
31,4%	11	استئصال كامل النكفة
100%	35	المجموع

ترافقت الجراحة مع تجريف العنق وفق الجدول (4)

الجدول (4) توزع المرضى حسب إجراء تجريف عنق مرافق.

النسبة المئوية	عدد المرضى	إجراء تجريف عنق
17,1%	6	نعم
82,9%	29	لا
100%	35	المجموع

يوضح الجدول (5) توزع المرضى حسب التشريح المرضي للآفة.

الجدول (5) توزع المرضى حسب التشريح المرضي للآفة

النسبة المئوية	عدد المرضى	التشريح المرضي
60%	21	ورم مختلط
20%	7	ورم وارطون
14,2%	5	كارسينوما مخاطية بشرانية
2,85%	1	كارسينوما شائكة الخلايا
2,85%	1	ميلانوما
100%	35	المجموع

يوضح الجدول (6) عدد المرضى الذين خضعوا لجراحة سابقة.

الجدول (6) وجود جراحة سابقة

النسبة المئوية	عدد المرضى	وجود جراحة سابقة
11,43%	4	نعم
88,57%	31	لا
100%	35	المجموع

يوضح الجدول (7) توزع المرضى حسب تطور أذية بالعصب الوجهي بعد الجراحة.

الجدول (7) نسبة تطور أذية العصب الوجهي بعد الجراحة

النسبة المئوية	عدد المرضى	أذية العصب الوجهي
37,14%	13	نعم
62,86%	22	لا
100%	35	المجموع

يوضح الجدول (8) علاقة تطور أذية العصب الوجهي مع نوع الجراحة المجراة.

الجدول (8) علاقة تطور أذية العصب الوجهي مع نوع الجراحة المجراة

النسبة المئوية	عدد المرضى	نوع الجراحة
23,1%	3	استئصال نكفة سطحي
30,8%	4	استئصال تام محافظ على العصب الوجهي
46,1%	6	استئصال تام محافظ على العصب الوجهي مع تجريف عنق
100%	13	المجموع

يوضح الجدول (9) علاقة أذية العصب الوجهي مع وجود سوابق جراحية على النكفة.

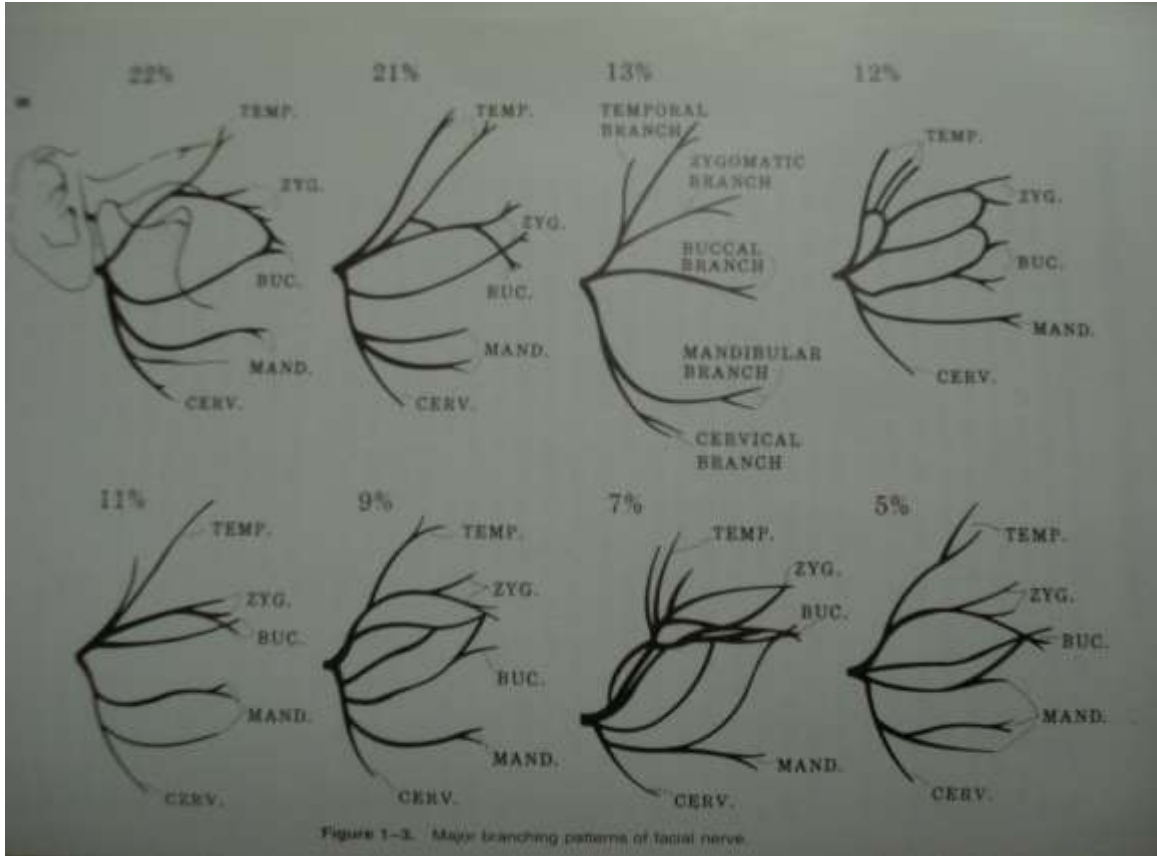
الجدول (9) علاقة أذية العصب الوجهي مع وجود سوابق جراحية على النكفة

النسبة المئوية	عدد المرضى	وجود جراحة سابقة
30,77%	4	نعم
69,23%	9	لا
100%	13	المجموع

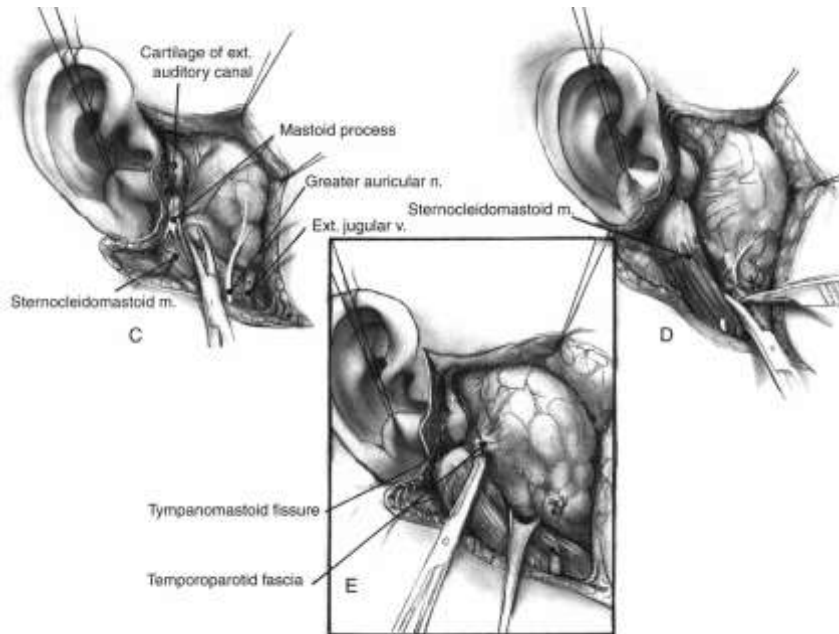
يوضح الجدول (10) نسبة المرضى الذين كانت إصابة العصب الوجهي لديهم عابرة (خزل مؤقت) سريريّاً.

الجدول (10) نسبة توزع أذية العصب الوجهي بين عابرة ودائمة

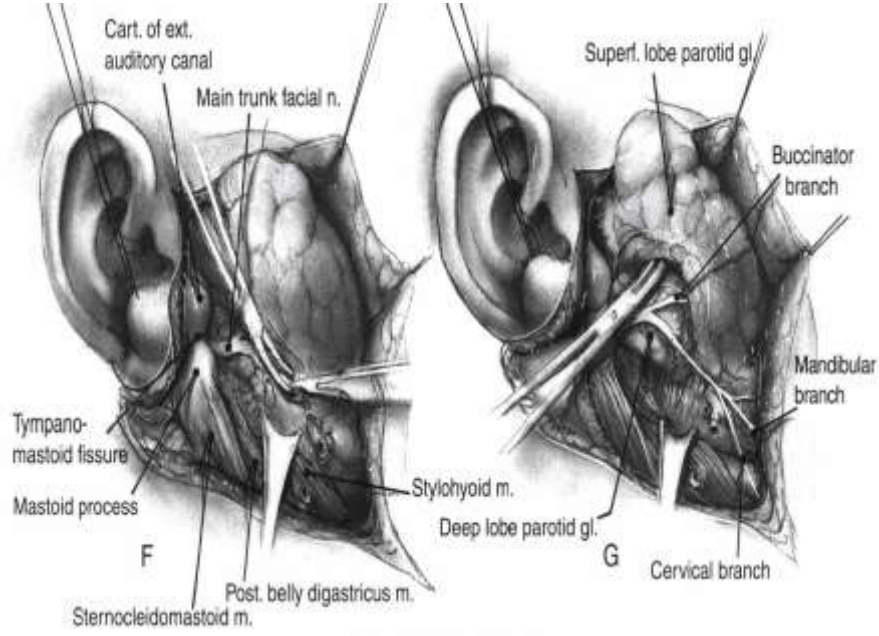
النسبة المئوية	عدد المرضى	إصابة العصب الوجهي
92,3%	12	عابرة
7,7%	1 (الفرع الهامشي فقط)	دائمة
100%	13	المجموع



الشكل رقم 1: تفرعات العصب الوجهي المتباينة بين البشر.



الشكل رقم 2: الخطوات الجراحية لاستئصال النكفة



الشكل رقم 3: الخطوات الجراحية لاستئصال النكفة (تتمة)



الشكل رقم 4: استئصال الفص العميق للنكفة من بين فروع العصب الوجهي

النتائج والمناقشة:

لم تتم التضحية بالعصب الوجهي بشكل مقصود في أي مريض من مرضى الدراسة، كانت وظيفة العصب الوجهي طبيعية سريريًا قبل الجراحة عند جميع المرضى ولم توجد أية إصابة عيانية للعصب الوجهي عند أي مريض من مرضى الدراسة.

إن احتمال حصول خذل عابر بالعصب الوجهي يزداد إذا شملت الجراحة استئصال الفص العميق وإذا ترافقت جراحة النكفة مع تجريف العنق حيث تزداد خطورة إصابة الفرع الهامشي للعصب الوجهي عند إجراء تجريف عنق خاصة أثناء رفع الشريحة الجلدية.

أجريت جميع عمليات استئصال النكفة من دون جهاز تخطيط العصب الوجهي لعدم توفره في المشفى وهو جهاز ضروري لكشف درجة التتسك العصبي في العصب، لكن يمكن دوماً إجراء جراحة النكفة من دون هذا الجهاز، والدليل أنه في المركز الطبي المتخصص في جراحة أورام العنق في فرنسا (والذي تدرّبتُ فيه) لم يعتمد الجراح على هذا الجهاز في عمليات النكفة رغم توفره.

التوصيات:

1. كشف العصب الوجهي وفق نقاط العلام الجراحية الدالة عليه.
2. استئصال الفص السطحي وعدم الاكتفاء بتوليد الورم لأن ذلك يزيد من احتمال النكس والجراحة الثانية تتراشق بنسبة أعلى من احتمال أذية العصب الوجهي.
3. البدء الباكر بالعلاج الفيزيائي إذا تطور خذل في العصب الوجهي.
4. ضرورة توفر جهاز تخطيط العصب الكهربائي لكشف درجة التتسك العصبي الحاصل بعد الجراحة.
5. يساعد جهاز مراقبة العصب أثناء الجراحة على تقليل نسبة أذية العصب الوجهي في كل الجراحات التي تحمل خطورة أذية العصب الوجهي.

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. *SALIVARY GLAND DISORDERS*. 3th ed, Springer, USA, 2007, 519.
- 9- EVANS, P. R. *HEAD and NECK ONCOLOGY*. 1th ed, Martin Dunitz, USA, 2003, 1156.
- 10- JERZY, K. L. *SALIVARY GLAND TUMOURS*. 2th ed, Karger, USA, 2009, 253.