

هل يعد تجريف المستوى الخامس ضرورياً في جراحة سرطان النكفة؟

الدكتورة أريج العساف*

(تاريخ الإيداع 4 / 11 / 2015. قُبل للنشر في 6 / 12 / 2015)

□ ملخص □

الهدف من الدراسة: تفيد هذه الدراسة في تحديد نمط الانتقالات العقدية إلى المستوى الخامس في سرطان النكفة، وفي تحديد أهمية تجريف المستوى الخامس من الناحية السريرية.
نمط الدراسة: دراسة راجعة.

الطرق: دراسة راجعة شملت 43 مريضاً (23 منهم ليس لديهم انتقالات عقدية سريرية و 20 منهم لديهم انتقالات عقدية رقبية سريرية)، أجري لجميع المرضى استئصال نكفة مع تجريف عنق. أجريت دراسة نسيجية للعقد المجزفة في المستوى الخامس الرقبي وقورنت مع النكس الموضعي.
النتائج: أجري تجريف المستوى الخامس عند 10.6% من المرضى سلبية عقد العنق، وعند 28.2% من المرضى إيجابي عقد العنق، أظهرت الدراسة النسيجية أن نسبة العقد المصابة عند سلبية عقد العنق سريراً هي 0% في حين كانت 81.6% عند إيجابي عقد العنق. عند المرضى سلبية عقد العنق كانت نسبة النكس في المستوى الخامس 6%.

الخلاصة: في دراستنا تبين أن تجريف المستوى الخامس ضروري إذا وجدت نقائل عقدية رقبية بسبب الاحتمال العالي لوجود انتقالات مجهرية نسيجية إلى العقد الرقبية. أما عند المرضى سلبية عقد العنق فإن نسبة النكس العقدي في المستوى الخامس ضئيلة لا تستوجب إجراء تجريف المستوى الخامس بشكل روتيني.

الكلمات المفتاحية: انتقالات عقدية، سرطان نكفة بدئي، تجريف العنق، المستوى الخامس.

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

Is Level V Neck Dissection Necessary in Primary Parotid Cancer?

Dr. Arige Alassaf*

(Received 4 / 11 / 2015. Accepted 6 / 12 / 2015)

□ ABSTRACT □

Objectives: This study aims to evaluate the pattern of nodal metastasis to level V in parotid cancer and to examine the clinical value of level V neck dissection (LVND).

Study Design: Retrospective study.

Methods: LVND was performed in 10.6% and 28.2% of patients with clinical N0 (cN0) and cN+ neck disease, respectively. The prevalence of pathological positive nodal metastasis was 0% (cN0) and 81.8% (cN+). In patients with cN0 neck, the rate of recurrence in level V was 6%.

Conclusion: in our patient cohort, LVND was necessary in patients with cN+ neck because there was a high likelihood for pathologically positive nodal metastasis. In patients with cN0 neck, the rate of recurrence in level V was low enough not to warrant a routine inclusion of LVND.

Keywords: Nodal metastasis, primary parotid cancer, neck dissection, level V.

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

مقدمة:

رغم أن النقائل العقدية الرقبية تحمل إنذاراً سلبياً في سرطان النكفة البدئي، يبقى تدبير العنق مترافقاً بكثير من الجدل والخلاف بسبب التباين الكبير في أنماط سرطانات النكفة النسيجية، واختلاف درجة خباثة الورم النسيجية، وضعف المعطيات السريرية في أورام النكفة نسبياً. [1]

تبقى المستويات الواجب شملها في تجريف العنق موضع خلاف سواء عند المرضى إيجابياً عقد العنق أو سلبياً [2]، خاصة فيما يتعلق بالحاجة لتجريف المستوى الخامس. [4]

رغم أن المستوى الخامس قريب جداً من الغدة النكفية [3]، لكن يتجنب الكثير من الجراحين تجريفه بسبب احتمال أذية العصب الشوكي والاضطراب الوظيفي المرافق في الكتف [5]. كما أن السيطرة السريرية على النكس العقدي في المستوى الخامس غير مدروسة [6]، لذا تهدف هذه الدراسة إلى معرفة مدى حصول الانتقالات العقدية إلى المستوى الخامس في سرطانات النكفة البدئية ودور تجريف المستوى الخامس في تحسين الاستجابة السريرية.

مستويات عقد العنق:

. المستوى الأول: يتكون من العقد تحت الذقن ضمن المثلث المحدود بالبطنين الأماميين لذات البطنين والعظم اللامي ومن العقد تحت الفك ضمن المثلث المحدود بالبطن الخلفي لذات البطنين وجسم الفك السفلي. [7]

تتضح العقد تحت الفك: الشفة العليا والسفلى، الخد، الأنف، المآق الأنسي، اللثة الأمامية، السويقة اللوزية الأمامية، الحنك الرخو، الثلثين الأماميين للسان، والغدة اللعابية. [8]

تتضح العقد تحت الذقن: الذقن، القسم المتوسط للشفة السفلى، اللثة الأمامية، والثلث الأمامي للسان. [8]

. المستوى الثاني: أو العقد الوداجية العلوية

تشمل العقد حول الثلث العلوي من الوداجي الباطن والعقد حول اللاحق المجاورة، تمتد من قاعدة القحف إلى مستوى تفرع السباتي عند التقاء ذات البطنين مع الوداجي الباطن، توافق مستوى العظم اللامي على الأشعة.

تتضح: البلعوم الأنفي، جوف الأنف والجيوب، الفم والبلعوم الفموي، من المنطقة تحت الفك، منطقة فوق المزمار الحنجرية، الغدة النكفية والبلعوم الحنجري. [9]

. المستوى الثالث: العقد الوداجية المتوسطة

تمتد من مستوى تفرع السباتي حتى الحافة العلوية للغضروف الحلقى وتوافق التقاء الكتلامية مع الوداجي الباطن.

تتضح: الأنف والجيوب عبر العقد خلف البلعوم، الفم والبلعوم الفموي، منطقة المزمار وتحت المزمار، العقد ضمن النكفة والغدتين تحت الفك وتحت اللسان. [8]

. المستوى الرابع: العقد الوداجية السفلية

من الغضروف الحلقى بالأعلى حتى الترقوة

تتضح: القسم السفلي من الحنجرة، البلعوم الحنجري، الدرق.

. المستوى الخامس: العقد في المثلث الخلفي

يشمل العقد المتوضعة حول النصف السفلي من العصب اللاحق والشريان الرقبى المعترض حدودها الخلفية هي شبه المنحرفة وحدودها الأمامية هي القترائية.

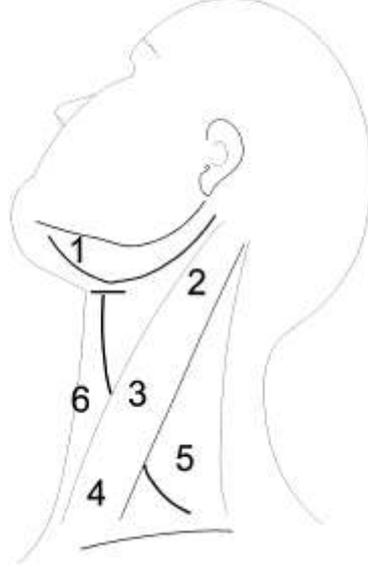
تتضح: الناحية القفوية، خلف الأذن، فوق الكتف، القسم الخلفي من فروة الرأس، القسم الوحشي من العنق والكتف. [10]

. المستوى السادس: العقد الأمامية أو الحشوية

من العظم اللامي حتى الثلثة فوق القص بين الحافتين الأماميتين للعضلتين القترائيتين. تشمل العقد جانب الدرق، جانب الرغامى وأمام الرغامى وأمام الحلقي.

تتضح: كل الحنجرة (نسبة قليلة جداً للحبل الصوتي)، البلعوم الحنجري والدرق.

لا يوجد فصل بين الجانبين على الخط الناصف لذا فالانتشار سهل للجانبين. [10]



الشكل رقم 1: مستويات عقد العنق.

طرائق البحث ومواده:

أجريت الدراسة على مرضى مصابين بسرطان غدة نكفية بدئي، أجري لهم جميعاً استئصال نكفة مع تجريف عنق وذلك في الفترة الواقعة بين 2010/1/1 و 2013/12/31، وقد خضع جميع المرضى لتقييم دقيق لتحديد حجم الورم والنقائل العقدية والبعيدة. وقد استبعد من الدراسة المرضى الذين لم يخضعوا لجراحة النكفة والذين لم يُجرَ لهم تجريف عنق.

تم تشخيص كارسينوما شائكة الخلايا بدئية في النكفة بعد نفي وجود أي كارسينوما جلدية أو في أماكن أخرى في الرأس والعنق يمكن أن تعطي انتقالات إلى النكفة. تم تحديد إصابة المستوى الخامس بالدراسة النسيجية وأثناء الجراحة، كما تم تحديد المستويات الرقبية المصابة، كما تم ربط النكس العقدي مع عدم أو إصابة المستوى الخامس.

النتائج والمناقشة:

صفات المرضى: شملت الدراسة 43 مريضاً 20 منهم إيجابيو عقد العنق سريرياً في حين أن 23 منهم سلبيو عقد العنق سريرياً. خضع جميع هؤلاء المرضى لاستئصال نكفة مع تجريف عنق في مشفى الأسد.

الجدول رقم 1: حالة عقد العنق عند المرضى.

حالة عقد العنق	عدد المرضى	النسبة المئوية
سلبيو عقد العنق	23	51.4%
إيجابي عقد العنق	20	48.6%

كان العمر الوسطي للمرضى سلبيو عقد العنق 60 سنة ولإيجابي عقد العنق 67 سنة. 12 مريضاً (52.1%) من المرضى سلبيو العقد كانوا رجالاً بالمقارنة مع 15 مريضاً (75%) من إيجابي العقد كانوا رجالاً.

الجدول رقم 2: توزيع جنس المرضى عند سلبيو عقد العنق.

سلبيو عقد العنق	عدد المرضى	النسبة المئوية
الرجال	12	52.1%
النساء	11	47.9%

الجدول رقم 3: توزيع جنس المرضى عند إيجابي عقد العنق.

إيجابي عقد العنق	عدد المرضى	النسبة المئوية
الرجال	15	75%
النساء	5	25%

11 مريضاً من سلبيو عقد العنق (48%) كانت مرحلة الورم لديهم ثالثة أو رابعة، في حين بلغ عدد المرضى 12 مريضاً من المرضى إيجابي عقد العنق (61.5%) ممن كانت لديهم مرحلة الورم ثالثة أو رابعة.

الجدول رقم 4: المرحلة الورمية عند سلبيو عقد العنق.

سلبيو عقد العنق	عدد المرضى	النسبة المئوية
المرحلة الورمية ثالثة أو رابعة	11	48%
المرحلة الورمية أولى أو ثانية	12	52%

الجدول رقم 5: المرحلة الورمية عند إيجابي عقد العنق.

إيجابي عقد العنق	عدد المرضى	النسبة المئوية
المرحلة الورمية ثالثة أو رابعة	13	65%
المرحلة الورمية أولى أو ثانية	7	35%

مدة المتابعة 12 شهراً.

تباينت الأنماط النسيجية للورم البدئي في النكفة بحسب الجدول التالي:

الجدول رقم 6: الأنماط النسيجية للورم البدني.

عدد المرضى من أصل 20 مريضاً إيجابياً عقد العنق	عدد المرضى من أصل 23 مريضاً سلبياً عقد العنق	درجة خباثة السرطان
2	8	منخفض الخباثة:
2	5	كارسينوما الخلايا العنبية
0	3	مخاطية بشرانية منخفضة الدرجة
18	15	عالي الخباثة:
8	6	الغدانية الكيسية
8	6	مخاطية بشرانية عالية الدرجة
1	2	شائكة الخلايا
1	1	كارسينوما ناشئة على ورم مختلط

نمط الانتقال العقدي: اختلف مدى تجريف العنق بين المرضى سلبياً عقد العنق وأولئك إيجابياً عقد العنق. كان المستويان الثاني والثالث الأكثر شمولاً في تجريف العنق، على حين كان المستوى الخامس الأقل تجريفاً في كلتا المجموعتين.

يوضح الجدول التالي المستويات التي شملها تجريف العنق عند كل من سلبياً وإيجابياً عقد العنق:

الجدول رقم 7: المستويات التي شملها تجريف العنق في كلتا المجموعتين.

مجموعة إيجابياً عقد العنق 20 مريضاً		مجموعة سلبياً عقد العنق 23 مريضاً		
عدد المرضى	النسبة المئوية	عدد المرضى	النسبة المئوية	
8	40%	8	34.7%	المستوى الأول
20	100%	23	100%	المستوى الثاني
20	100%	19	82.6%	المستوى الثالث
12	60%	7	30.4%	المستوى الرابع
8	40%	7	30.4%	المستوى الخامس

في مجموعة المرضى سلبياً عقد العنق لم تبتد المستويات الأولى والرابع والخامس أية انتقالات مجهرية بالدراسة النسيجية، في حين أبدى المستوى الثاني نسبة 21.3% من الانتقالات المجهرية والمستوى الثالث نسبة 5% منها. في مجموعة المرضى إيجابياً عقد العنق أبدت جميع المستويات العقدية انتقالات مجهرية ما عدا المستوى الخامس الذي كانت جميع العينات المستأصلة منه سلبية نسيجياً.

كما تمت دراسة العلاقة بين درجة خباثة الورم نسيجياً وبين وجود انتقالات عقدية رقبية، حيث تبين أن الأورام الأعلى خباثة ترافقت مع نسبة أعلى من الانتقالات العقدية كما يبدو في الجدول التالي:

الجدول رقم 8: علاقة درجة خباثة الورم البدني مع وجود أو غياب النقائل العقدية السريرية.

المرضى إيجابيو عقد العنق		المرضى سلبيو عقد العنق		
النسبة المئوية	عدد المرضى	النسبة المئوية	عدد المرضى	درجة خباثة الورم البدني
10%	2	34.8%	8	منخفض درجة الخباثة
90%	18	65.2%	15	عالي درجة الخباثة

السير السريري: تمت مراقبة المرضى لمدة 12 شهراً بعد الجراحة، وقد اتسمت هذه المدة بحدوث مرضية فيها بنسبة 20/16 (80%) عند المرضى إيجابيو عقد العنق، مقابل 17.4% (23/4) عند المرضى سلبيو عقد العنق، تطور عند 9 مرضى نكس موضعي و/أو عقدي، وتطور نكس عقدي عند خمسة منهم، ثلاثة مرضى من أصل هؤلاء الخمسة تطور لديهم النكس العقدي في المستوى الخامس، ولم يسبق لهؤلاء الثلاثة (الذين تطور لديهم نكس عقدي في المستوى الخامس) أن أجري لهم تجريف للمستوى الخامس خلال الجراحة. لكنهم تلقوا علاجاً شعاعياً متمماً بعد الجراحة، ستة مرضى من أصل التسعة الذين لديهم نكس عقدي أو موضعي كانت مرحلة الورم لديهم متقدمة (ثالثة أو رابعة) وسرطان عالي درجة الخباثة.

يوضح الجدول التالي صفات المرضى الذين حصل لديهم نكس عقدي و/أو موضعي.

الجدول رقم 9: صفات المرضى الذين حصل لديهم نكس عقدي و/أو موضعي.

الرقم	العمر	الجنس	المرحلة	التشريح المرضي	مستويات تجريف العنق	الإصابة العقدية	علاج شعاعي متمم	النكس
1	60	أنثى	T3N0	مخاطي بشراني عالي الدرجة	II-III	N0	نعم	النكفة
2	55	ذكر	T2N0	غداني كيسي	II-III	N0	نعم	مستوى عقدي ثاني
3	70	أنثى	T3N0	غداني كيسي	II-III-IV	N+	نعم	مستوى عقدي خامس
4	68	ذكر	T4N0	مخاطي بشراني منخفض الدرجة	II-III=IV	N+	نعم	مستوى عقدي رابع
5	50	ذكر	T3N0	مخاطي بشراني منخفض الدرجة	I to V	N0	نعم	النكفة
6	50	أنثى	T3N0	مخاطي بشراني عالي الدرجة	I to IV	N0	نعم	مستوى عقدي خامس
7	65	ذكر	T1N0	غداني كيسي	II to IV	N+	نعم	النكفة
8	60	أنثى	T4N0	مخاطي بشراني منخفض الدرجة	II-III	N0	نعم	النكفة
9	70	ذكر	T3N0	كارسينوما ورم مختلط	I to IV	N0	نعم	مستوى عقدي خامس

المناقشة: إن الحاجة لإجراء تجريف عنق مرافق لجراحة النكفة والمستويات التي يجب أن يشملها التجريف، لا تزال موضع خلاف، يعود ذلك إلى ندرة سرطانات النكفة نسبياً (تشكل 3 إلى 5% من سرطانات الرأس والعنق). [2] تنص أغلب المراجع على ضرورة إجراء تجريف العنق في الحالات التالية:

1. سرطان نكفة مرحلة الثالثة أو رابعة
2. سرطان نكفة مترافق بشلل في العصب الوجهي
3. سرطان عالي درجة الخباثة بسبب ترافقه بنسبة عالية من الانتقالات العقدية المجهرية (48%). [3] لكن ينصح عموماً بتجريف المستويين الثاني والثالث على الأقل في تجريف العنق الانتخابي بسبب الاحتمال العالي لإصابة هذين المستويين بالنقائل العقدية. [4]

في هذه الدراسة إن احتمال أن نجد إصابة عقدية نسيجية عند المرضى سلبية عقد العنق متشابهة بين المرضى المصابين بورم مرحلة أولى أو ثانية (16.7%) وبين المرضى المصابين بورم مرحلة ثالثة أو رابعة (26%)، كما نستنتج من هذه الدراسة أن النسبة العالية من الانتقالات الرقبية المجهرية (21.4%) وعدم وجود علاقة قوية بين نسبة هذه الانتقالات وبين مرحلة الورم السريرية، نستنتج ضرورة إجراء تجريف العنق عند جميع مرضى سرطانات النكفة لعدة أسباب:

1. كشف النقائل الرقبية المجهرية يوحي بضرورة تطبيق العلاج الشعاعي المتم بعد الجراحة لتحسين فرصة السيطرة الموضعية والعقدية.
2. قرب ساحة العمل الجراحي في النكفة من العقد الرقبية مما يعني أن تجريف العنق يجرى بمراضة قليلة.
3. ضرورة تجريف المستويين الثاني والثالث اللذين يترافقان بنسبة عالية من النقائل المجهرية خاصة إلى المستوى الثاني. [8]

هذه الدراسة حاولت أن تحدد ضرورة أن يشمل تجريف العنق المستوى الخامس، عند المرضى الذين أجري لهم تجريف للمستوى الخامس ضمن تجريف العنق لم تبد العقد المستأصلة من المستوى الخامس أي انتقالات مجهرية. بتحليل الدراسة: حصل لدينا نكس موضعي و/أو عقدي عند 9 مرضى (21%)، وكانت نسبة النكس العقدي الرقبى (55.6%)، ثلاثة مرضى من أصل الخمسة الذين حصل لديهم النكس العقدي حدث لديهم النكس في المستوى الخامس، في حين حدث النكس عند المرضى الآخرين في المستويين الثالث والرابع. والجدير ذكره أن المرضى الذين حصل لديهم النكس العقدي في المستوى الخامس لم يُجرَ لهم تجريف لهذا المستوى أثناء الجراحة، لكنهم خضعوا لعلاج شعاعي متم بعد الجراحة بسبب درجة الخباثة العالية للورم البدئي لديهم. أي أن المستوى الخامس هو المستوى الذي حدثت فيه أعلى نسبة للنكس العقدي في هذه الدراسة.

في هذه الدراسة أجري لجميع المرضى الذين لديهم إصابة عقدية سريرية تجريف عنق مع علاج شعاعي متم بعد الجراحة، وتبين أن أعلى نسبة للنقائل العقدية كانت في المستويين الثاني والخامس لأن هذين المستويين قريبان جداً من النكفة، كما أظهرت أنه بوجود إصابة عقدية رقبية سريرية لا بد من إجراء تجريف كامل مستويات العنق لأن جميع مستويات العنق معرضة لأن تكون مصابة بنقائل عقدية مجهرية بنسب متفاوتة لكل مستوى.

الخلاصة: يُفضل أن يشمل تجريف العنق المستوى الخامس في الحالات التالية:

1. سرطان عالي درجة الخباثة.
2. إيجابية عقد العنق سريرياً.

3. في حال سلبية عقد العنق يمكن إهمال تجريف المستوى الخامس بسبب الاحتمال الضعيف لإصابته.

الاستنتاجات والتوصيات:

1. الاهتمام بأرشفة المرضى أرشفة الكترونية لتسهيل الحصول على البيانات.
2. إجراء خزعة خلوية (FNA) من ورم النكفة قبل الجراحة لمساعدتها على تحديد درجة خباثة الورم.
3. تشجيع المرضى على المراجعة الباكراة مما يقلل من نسبة حدوث النقائل والنكس.
4. إرسال العينات المستأصلة إلى مخبر التشريح المرضي مع شرح مكان استئصال كل عينة منها لتحديد إمكانية الانتقالات العقدية وأمكانة النكس المستقبلي المحتملة.
5. تجريف جميع مستويات العنق عند وجود عقد سريرياً.

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.