

دور تجريف العنق الانتخابي في تدبير العنق سلبي العقد سريريا

الدكتورة أريج العساف*

(تاريخ الإيداع 18 / 9 / 2016. قُبِلَ للنشر في 17 / 11 / 2016)

□ ملخص □

الهدف من البحث: تقييم فعالية تجريف العنق الانتخابي في تدبير العنق سلبي العقد سريريا.

الطرق: نتائج 75 عملية تجريف عنق أجريت على 52 مريضاً.

النتائج: المواقع البدئية كانت: جوف الفم 20، البلعوم الفموي 7، البلعوم الحنجري 4، الحنجرة 21. 14 عنق خضع لتجريف عنق أظهر عقداً إيجابية في الدراسة النسيجية، تراوح عدد العقد اللمفية الإيجابية من 1 إلى 9 في الجهة الواحدة، في العنق إيجابي العقد تبين وجود 4 حالات (24%) تبدي انتشاراً خارج المحفظة. تطورت حالتان من النكس العقدي خارج مكان التجريف المجري، كما أن نسبة النكس الناحي مشابهة للمرضى الذين كانت لديهم العقد سلبية في الدراسة النسيجية وهي 3%، مقارنة مع حالة المرضى إيجابي عقد العنق دون وجود انتشار خارج المحفظة 4%. في حين ارتفعت نسبة النكس الناحي إلى 18% من الحالات التي أبدت فيها الإصابة العقدية انتشاراً خارج المحفظة. المرضى الذين لديهم أكثر من عقدتين إيجابيتين لديهم نسبة أعلى من النكس الورمي مقارنة مع المرضى الذين لديهم إصابة في عقدتين أو أقل.

الخلاصة: تجريف العنق الانتخابي فعال في السيطرة على النكس الورمي في العنق، ويساهم في كشف

المرضى المحتاجين لعلاج متم بعد الجراحة.

الكلمات المفتاحية: تجريف العنق الانتخابي، العنق سلبي العقد سريريا، سرطان الرأس والعنق.

* أستاذ مساعد . قسم الأذن والأنف والحنجرة . كلية الطب . جامعة تشرين . اللاذقية . سورية.

Selective Neck Dissection in the Management of the Clinically Node-Negative Neck.

Dr. Arige Alassaf*

(Received 18 / 9 / 2016. Accepted 17 / 11 / 2016)

□ ABSTRACT □

Objective: to evaluate the efficacy of the selective neck dissection in the management of the clinically node-negative neck>

Study Design case histories were evaluated retrospectively.

Methods the results of 75 neck dissections performed on 52 patients were studied.

Results the primary sites were oral cavity 20, oropharynx 7, hypopharynx 4, and larynx 21.

14 necks (23%) were node positive on pathological examination. The number of positive nodes varied from 1 to 9 per side. Of necks with positive 4 (24%) had extracapsular spread. The median follow up was 24 months. Two recurrences developed outside the dissected field. The incidence of regional recurrences was similar in patients in whom nodes were negative on histological examination 3% when compared with patients with positive nodes without extracapsular spread 4%. In contrast regional recurrence developed in 18% of necks with extracapsular spread. This observation was statistically significant. Patients having more than two metastatic lymph nodes had a higher incidence of recurrent disease than the patients with carcinoma limited to one or two nodes.

Conclusion SND is effective for controlling neck disease and serves to detect patients who require adjuvant therapy.

Key Words: selective neck dissection, Clinically Node-Negative Neck, head and neck cancer.

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

مقدمة:

إن النقائل المحتملة من سرطانات السبيل الهضمي التنفسي العلوي إلى العقد اللمفية الرقبية تمثل الهاجس الأول في تدبير سرطانات الرأس والعنق. أكثر من 20% من هذه السرطانات تعطي انتقالات عقدية رقبية، وتختلف نسبة الخطر بحسب موقع وامتداد الورم البدئي، تمثل النقائل تحت السريرية إلى العقد الرقبية مشكلة كبيرة في تدبير سرطانات الرأس والعنق. يعد كل من كشف المرضى العاليي الخطورة للنكس، والسيطرة على النقائل الناحية، هما هدف الجراحة الناجحة. [1]

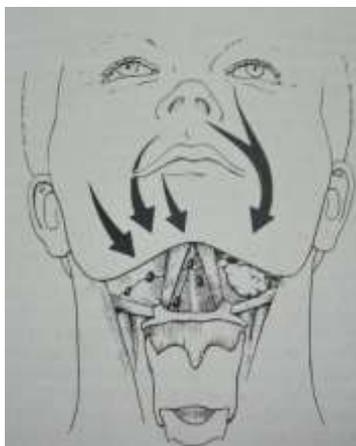
كان تجريف العنق الانتخابي سابقاً يمثل وسيلة تشخيصية لتحديد المرحلة الورمية للمريض، أما حالياً فإن إجراء تجريف العنق يحمل نسبة بقيا أعلى للمرضى الذين لديهم نقائل تحت سريرية. [3] عند إجراء تجريف العنق الانتخابي يجب انتقاء المستويات العقدية المتوقع إصابتها بحسب النضح اللمفوي لموقع الورم البدئي. وذلك وفق ما يلي:

. المستوى الأول: يتكون من العقد تحت الذقن ضمن المثلث المحدود بالبطنين الأماميين لذات البطنين والعظم اللامي. [2]

ومن العقد تحت الفك ضمن المثلث المحدود بذات البطنين وجسم الفك السفلي.

تنضح العقد تحت الفك: الشفة العليا والسفلى، الخد، الأنف، المآق الأنسي، اللثة الأمامية، السويقة اللوزية الأمامية، الحنك الرخو، الثلثين الأماميين للسان، والغدة اللعابية. [9]

تنضح العقد تحت الذقن: الذقن، القسم المتوسط للشفة السفلى، اللثة الأمامية، والثلث الأمامي للسان. [4]



صورة رقم (1) المستوى العقدي الأول.

. 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. [10] تنضح: البلعوم الأنفي، جوف الأنف والجيوب، الفم والبلعوم الفموي، من المنطقة تحت الفك، منطقة فوق المزمار الحنجرية، الغدة النكفية والبلعوم الحنجري. [3]

. المستوى الثالث: العقد الوداجية المتوسطة

تمتد من مستوى تفرع السباتي حتى الحافة العلوية للغضروف الحلقي 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. [5]

. المستوى الرابع: العقد الوداجية السفلية

من الغضروف الحلقي بالأعلى حتى الترقوة

تتضح: القسم السفلي من الحنجرة، البلعوم الحنجري، الدرق. [8]

. المستوى الخامس: العقد في المثلث الخلفي

يشمل العقد المتوضعة حول النصف السفلي من العصب اللاحق والشريان الرقيبي 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. [5]



الصورة رقم (2) المستويات العقدية الثاني والثالث والرابع والخامس.

. المستوى السادس: العقد الأمامية أو الحشوية.

من العظم اللامي حتى التلمة 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. [9]

لا يوجد فصل بين الجانبين على الخط الناصف لذا فالانتشار سهل للجانبين. [6]



الصورة رقم (3) المستوى السادس.

. المستوى السابع: في المنصف العلوي

تتضح خلف الحلقي والدرق. [7]

مقارنة مع الدراسات العالمية:

في دراسة أجراها بيتمان Pitman أظهرت أن نسبة النكس العقدي الرقبي بعد تجريف العنق الانتخابي مماثلة لنظيرتها عند إجراء تجريف العنق الجذري أو الجذري المعدل، وأظهرت دراسته أن تجريف العنق الانتخابي أعطى نتيجة نسيجية جيدة عن حالة العقد ومرحلة الورم وبالتالي تحديد الحاجة لعلاجات أخرى متممة بعد الجراحة. في حال وجود انتشار ورمي خارج العقد، أو إصابة عدة مستويات عقدية فإن المريض بحاجة لعلاج آخر متمم بعد الجراحة. وتعد الدراسة التشريحية المرضية هي الأدق من حيث إعطاء المعلومات الدقيقة حول خطة العلاج المتمم اللاحق للجراحة.

وقد أظهرت دراسته أن تجريف العنق الانتخابي يعطي نفس فعالية التجريف الجذري في السيطرة الورمية في حال سلبية العقد سريريا.

ومنذ عام 1990 أصبح تجريف العنق الانتخابي إجراءً روتينياً يُجرى لكل حالة سلبية العقد السريرية.

طرائق البحث ومواده:

تمت الدراسة على مرضى مشفيي الأسد وتشيرين الجامعيين في اللاذقية، وذلك بين عامي 2010 و2014. تتوّع موقع الورم البدئي بين: جوف الفم، والبلعوم الفموي، والبلعوم الحنجري، والحنجرة. حيث لم يبد العنق أية انتقالات سريرية عند جميع المرضى. تم وضع المرحلة الورمية قبل الجراحة اعتماداً على الفحص السريري والتصوير الطبقي المحوري، العقد الأصغر من 1 سم اعتبرت N0، شملت الدراسة المرضى غير المتعرضين لجراحة سابقة أو لعلاج شعاعي سابق، والذين أظهرت حواف القطع الورمي لديهم سلامتها من الإصابة خلال الجراحة المجراة لهم، والذين استنعنا متابعتهم 24 شهراً على الأقل بعد الجراحة.

أجريت 75 عملية تجريف عنق انتخابي على 52 مريضاً، نمط التجريف حُدّد حسب موقع الورم البدئي، حيث أجري تجريف فوق الكتلامية يشمل المستويات من الأول إلى الثالث أو من الأول إلى الرابع لأورام جوف الفم والبلعوم الفموي، في حين أجري تجريف العنق الوحشي الذي يشمل المستويات من الثاني إلى الرابع لأورام الحنجرة والبلعوم

الحنجري، أجري تجريف عنق ثنائي الجانب لأورام فوق المزمار، والجدار الأنسي للجيب الكمثري ولأورام الخط الناصف في جوف الفم والبلعوم الفموي. العمر الوسطي لأغلب المرضى 60 سنة، (تراوح بين 35 سنة و78 سنة)، كان المرضى 14 امرأة و38 رجلاً، وكان الموقع البدئي للورم كما يلي:

الجدول رقم (1): الموقع البدئي للورم.

موقع الورم	عدد الحالات	النسبة المئوية
جوف الفم	20	38.5%
بلعوم فموي	7	13.5%
بلعوم حنجري	4	7%
حنجرة	21	41%

وكانت مرحلة الورم كما يلي:

الجدول رقم (2): مرحلة الورم.

مرحلة الورم	عدد الحالات	النسبة المئوية
T1	4	8%
T2	21	39.5%
T3	21	39.5%
T4	6	13%

تلقي 17 مريضاً (33%) علاجاً شعاعياً متمماً بعد الجراحة، وذلك اعتماداً على الدراسة النسيجية التي أظهرت وجود انتشار ورمي خارج محفظة العقدة أو بوجود ورم متقدم في الموقع البدئي.

النتائج والمناقشة:

النتائج: أجريت الدراسة النسيجية لجميع حالات تجريف العنق. العدد الوسطي للعقد المجرفة 20 عقدة في كل تجريف، كشف وجود إصابة تحت سريرية في 13 حالة (23%)، لم تلاحظ أية علاقة بين مرحلة الورم البدئي وإيجابية العقد اللمفية النسيجية ($p > 0,5$) كما في الجدول التالي:

الجدول رقم (3): حالة العقد النسيجية.

مرحلة الورم البدئي	العقد الإيجابية نسيجياً	العقد السلبية نسيجياً
T1	1	3
T2	7	14
T3	5	16
T4	1	5

تراوح عدد العقد الإيجابية في التجريف من عقدة إلى تسع عقد، خمس حالات من الحالات الأربع عشرة الإيجابية (32%) أظهرت إصابة أكثر من عقدة لمفوية واحدة، وُجد انتشار خارج المحفظة في 4 حالات (24%). صنّف النكس إلى: نكس موضعي وناحي وبعيد (نقائل)، نسبة النكس عموماً كانت 21% (11 حالة)، كانت المدة الوسطية بين الجراحة البديئة وتطور النكس 11 شهراً. اعتُبر النكس ناحياً إذا كُشفت كارسينوما شائكة في العنق المجزّف رغم السيطرة على الموقع البدئي للورم.

الجدول رقم (4): نسبة النكس.

نوع النكس	العدد	النسبة المئوية
موضعي	4	36.5%
ناحي	6	53.5%
بعيد	1	10%

نسبة النكس الناحي في حال سلبية العقد 3%، وفي حال إيجابية العقد دون انتشار خارج المحفظة 4%، في حين ارتفعت هذه النسبة إلى 18% في حال وجود انتشار خارج المحفظة. أظهرت هذه النتائج أن نسبة النكس الناحي أعلى بكثير في حال وجود انتشار خارج محفظة العقدة مقارنة مع العقد السلبية أو العقد الإيجابية دون وجود انتشار خارج محفظتها ($P=0,02$).

تلقى جميع المرضى الذين ظهر لديهم انتشار خارج محفظة العقدة علاجاً شعاعياً متماً. نسبة النكس في الحالات التي كانت فيها الإصابة أقل من عقدتين هي 3%، في حين ارتفعت النسبة إلى 50% في الحالات التي كانت فيها الإصابة العقدية أكثر من عقدتين. وهذه لها قيمة إحصائية ($P=0.03$). نسبة النكس في العنق الإيجابي العقد والمشع 7%، ونسبة النكس في العنق الإيجابي العقد والغير مشع 6%، وهذا يشير إلى عدم جدوى العلاج الشعاعي في السيطرة على النكس العقدي بعد تجريف العنق الانتخابي ($p=0.6$). تطورت حالتان من النكس خارج حدود تجريف العنق واحدة في المستوى الرابع، وواحدة في المستوى الخامس وقد أُجري لهما تجريف عنق جذري ولم يتطور لديهما أي نكس آخر. أغلب حالات النكس الأخرى حصلت في المستوى العقدي الثاني عند تفرّع السباتي الأصلي، وكانت غير قابلة للجراحة وأودت بحياة المرضى.

المناقشة:

أظهرت هذه الدراسة أن تجريف العنق الانتخابي إجراء علاجي فعال في حال سلبية عقد العنق بغض النظر عن موقع ومرحلة الورم البدئي في سرطانات السبيل الهضمي التنفسي العلوي. نسبة السيطرة الورمية على عقد العنق 97% في حال سلبية العقد و 96% في حال إيجابية العقد الرقبية من دون وجود انتشار ورمي خارج محفظة العقدة، نتائج هذه الدراسة مشابهة للنتائج العالمية، التي أظهرت أن نسبة النكس تتراوح بين 3 و 10% في حال سلبية العقد، وبين 7 و 14% في حال إيجابية العقد. إن كشف النقائل المجهرية الرقبية هام من أجل تحديد المرحلة الورمية والإنذار ومن أجل تطبيق العلاج المتمم للجراحة. لكن تبقى جراحة العنق الوقائية في سرطانات الرأس والعنق موضع نقاش رغم

أن العديد من الدراسات أظهرت ارتفاع نسبة البقيا عند المرضى الخاضعين لتجريف عنق انتخابي مقارنة مع هؤلاء الذين خضعوا لطريقة المراقبة والانتظار .
استطاع تجريف العنق في هذه الدراسة أن يكشف 23% من النقائل العقدية الرقبية وبالتالي فإن تجريف العنق الانتخابي وسيلة هامة لتحديد المرحلة الورمية في حال سلبية العقد سريريا ومحدد جيد لضرورة تطبيق العلاج المتمم .
والأهمية الأخرى لهذه الدراسة أن حالتين فقط من النكس العقدي تطورتا خارج مجال تجريف العنق المجرى وهذا يشير إلى أن تجريف العنق الانتخابي إجراء فعال في السيطرة على النكس العقدي الرقبى .

الاستنتاجات والتوصيات:

تجريف العنق الانتخابي فعال في السيطرة على العنق في 97% من حالات سلبية العقد النسيجية وفي 96% من حالات إيجابية العقد النسيجية التي لا تبدي انتشاراً خارج المحفظة. يمكن تطبيق هذا النمط من تجريف العنق على حالات سلبية العقد السريرية .
يترافق الانتشار خارج المحفظة وإصابة عدة عقد لمفوية مع نسبة نكس أعلى مما يستدعي تطبيق العلاج المتمم بعد الجراحة عند هؤلاء المرضى .

المراجع:

1. CUMMING, Ch. W. *OTOLARYNGOLOGY HEAD & NECK SURGERY*. 4th ed, mosby, USA, 2005, 2816.
2. STELL & MARAN, J. C. *HEAD and NECK SURGERY*. 5thed, Butterworth, London, 2013, 520.
3. LORE, J. M. *HEAD & NECK SURGERY*. 4thed, Elsevier, Pennsylvania, 1988,1491.
4. SCOTT- BROWN'S, G. M. *OTOLARYNGOLOGY HEAD & NECK SURGERY*. 7thed, Hodder Arnold, London, 2008, 1702.
5. BAILEY, B. B. *OTOLARYNGOLOGY HEAD & NECK SURGERY*. 4thed, Lippincott, USA, 2007, 2830.
6. MYERS, E. N., *CANCER of HEAD AND NECK*. 4thed, Elsevier, USA, 2003, 1579.
- 7- PASHA, R. P. *OTOLARYNGOLOGY HEAD & NECK SURGERY*. 2thed, Singular, USA, 2003, 566
- 8- MYERS, E. N., *CANCER of the lip*. 3thed, Elsevier, USA, 2003, 657
- 9- EVANS, P. R. *HEAD and NECK ONCOLOGY*. 1thed, Martin Dunitz, USA, 2003, 1156.
- 10-MARCO, S. E. *Practical Guide to Neck Dissection*. 3thed, Springer, Italy, 2007, 870.