

السيطرة على الانتقالات العقدية المتقدمة: فعالية تجريف العنق والعلاج الشعاعي

الدكتورة أريج العساف*

(تاريخ الإيداع 6 / 12 / 2016. قُبل للنشر في 20 / 2 / 2017)

□ ملخص □

الموضوع: يبقى تجريف العنق الطريقة المعتمدة لتدبير الانتقالات العقدية الرقبية من الكارسينوما شائكة الخلايا في أورام الرأس والعنق.

تسلط هذه الدراسة الضوء على فعالية تجريف العنق الجذري، والجذري المعدل المشترك مع العلاج الشعاعي لتدبير الانتقالات العقدية الرقبية N2،N3 في الكارسينوما الشائكة الخلايا في الرأس والعنق.

الطرق: تمت الدراسة بصورة راجعة من تموز 2010 إلى حزيران 2014 على 43 عنق مجزّف، عند 39 مريضاً مصاباً بانتقال عقدي رقبي مرحلة ثانية أو ثالثة، عولجوا بشكل مبدئي بتجريف عنق متبوع بعلاج شعاعي. جميع المرضى لديهم كارسينوما شائكة الخلايا في الرأس والعنق. استمرت مدة المتابعة سنتين بعد الجراحة.

الخلاصة: إن إشراك تجريف العنق الجذري أو الجذري المعدل مع العلاج الشعاعي فعال بشكل كبير في السيطرة على الانتقال العقدي في حال السيطرة الموضوعية على الورم البدئي، مع المحافظة على العصب الشوكي إذا كانت الحالة الورمية تسمح بذلك.

الكلمات المفتاحية: تجريف العنق الجذري، تجريف العنق الجذري المعدل، العلاج الشعاعي.

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

Controlling Advanced Neck Disease: Efficacy of Neck Dissection and Radiotherapy

Dr. Arige Alassaf*

(Received 6 / 12 / 2016. Accepted 20 / 2 / 2017)

□ ABSTRACT □

Objective: Neck dissection remains the standard method of treating cervical metastasis from head and neck squamous cell carcinoma. We reviewed our experience with radical and modified RND (MRND) plus radiotherapy as treatment for N2/N3 neck disease in head and neck squamous cell carcinoma.

Methods we retrospectively reviewed our clinical records from July 2010 to June 2014 identify 43 neck dissections in 39 patients who were found to have N2 or N3 neck disease treated primarily by neck dissection and postoperative radiotherapy. All patients had head and neck squamous cell carcinoma with a minimum follow up of 24 months.

Conclusions the combination of RND or MRND and radiotherapy is effective in controlling neck disease in the absence of persistent or recurrent local disease. MRND supports preservation of the spinal nerve whenever oncologically feasible.

Key words: RND, MRND, Radiotherapy.

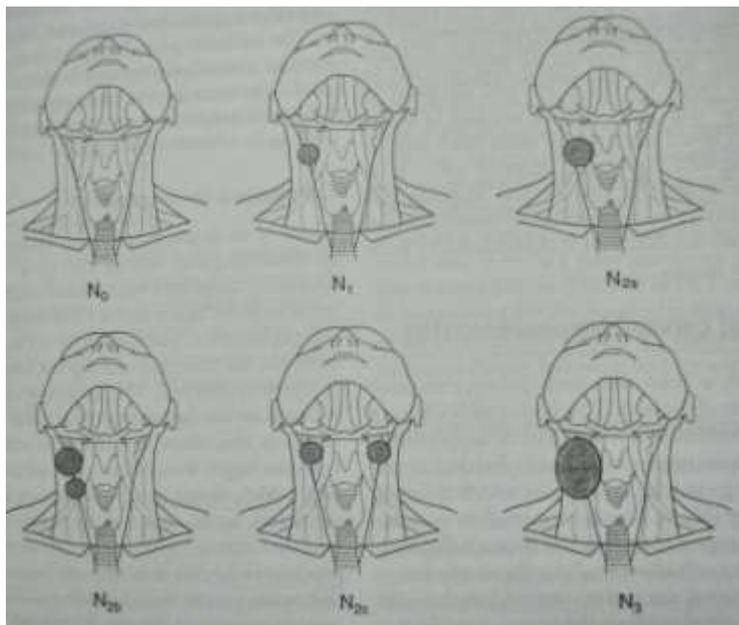
*Assistant professor, ENT Department, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

مقدمة:

يراجع غالبية مرضى سرطانات الرأس والعنق شائكة الخلايا بمراحل ورمية متقدمة. يعد تدبير العنق عند هؤلاء المرضى مشكلة حقيقية. [2]

يتجنب جراحو أورام الرأس والعنق إجراء تجريف العنق الجذري في حالات N0 وN1، ويلجؤون إلى تجريف العنق الجذري المعدل المحافظ على العصب الشوكي بشكل خاص. [1]

التصنيف السريري للعقد:



الصورة رقم (1): التصنيف السريري للعقد الانتقالية في العنق. [3]

أنواع تجريف العنق:

- . الجذري
- . الجذري المعدل
- النمط الأول: يحافظ على اللاحق
- النمط الثاني: يحافظ على اللاحق والوداجي الباطن
- النمط الثالث: يحافظ على اللاحق والوداجي الباطن والقترائية [الوظيفي]
- . الانتقائي
- فوق الكتلامية
- فوق الكتلامية الموسع [الأمامي الوحشي]
- الوحشي
- الوحشي الخلفي
- الأمامي
- . الجذري الموسع. [4]

الطرق والمواد والمرضى:

تمت الدراسة بصورة راجعة من تموز 2010 إلى حزيران 2014 على 43 عنق مجرف، عند 39 مريضاً مصاباً بانتقال عقدي رقبي مرحلة ثانية أو ثالثة، عولجوا بشكل مبدئي بتجريف عنق متبوع بعلاج شعاعي. جميع المرضى لديهم كارسينوما شائكة الخلايا في الرأس والعنق. استمرت مدة المتابعة سنتين بعد الجراحة. كانت الخطة الجراحية إجراء تجريف عنق جذري معدل عند إمكانية إجرائه، عند المرضى المصابين بانتقال عقدي N2 أو N3. خضع جميع المرضى لتجريف عنق يشمل جميع المستويات من الأول حتى الخامس، والوريد الوداجي الباطن والعضلة القترائية، مع الحفاظ على العصب الشوكي اللاحق إذا كانت العقد الانتقالية لا تلتصق بالعصب الشوكي، تمت المحافظة على الوداجي الباطن المقابل في جميع حالات تجريف العنق الجذري، أجري تجريف عنق مزدوج عند المرضى المصابين بانتقال عقدي نمط N2c، أجري تجريف العنق المقابل إما بالتوافق مع التجريف الأول، أو بمرحلة لاحقة بعد أسبوعين أو ثلاثة. خضع جميع المرضى لعلاج شعاعي متمم بعد ستة أسابيع من الجراحة. تلقى جميع المرضى علاجاً شعاعياً مقداره 60 إلى 66 غري.

النتائج:

من أصل 43 تجريف عنق في الدراسة، كان 12 منها تجريفاً جذرياً، و31 منها تجريفاً معدلاً.

9% (43/4) من تجريف العنق كانت N2a

72% (43/31) كانت N2b

7% (43/3) كانت N2c

12% (43/5) كانت N3

توزع موقع الورم البدئي كما في الجدول رقم (1)

الجدول رقم (1): موقع الورم البدئي

النسبة المئوية %	عدد الحالات	موقع الورم البدئي
31	12	فوق المزمار في الحنجرة
15	6	قاعدة اللسان
15	6	جوف الفم
13	5	البلعوم الفموي
10	4	بلعوم حنجري
8	3	غير معروف
5	2	جلد
3	1	الحبيب الفكي

تمت مقارنة التصنيف العقدي السريري بالتصنيف العقدي النسيجي بعد الجراحة، وفق الجدول رقم (2)

الجدول رقم (2): مقارنة بين التصنيف العقدي السريري والنسجي.

التصنيف النسجي	التصنيف السريري	
0	1	N0
0	9	N1
3	17	N2a
26	5	N2b
6	3	N2c
5	5	N3

بعد سنتين من المتابعة، أظهر مريضان من مجموعة تجريف العنق الجذري وثلاثة مرضى من مجموعة تجريف العنق الجذري المعدل، أبدوا نكساً للورم في موقعه البدئي. وأظهروا نسبة سيطرة ناحية على العنق بنسبة 91% (43/39). جميع المرضى الأربعة الذين أبدوا نكساً ورمياً في العنق، وسيطرة على الورم في الموقع البدئي، ظهر لديهم النكس خلال سنتين من الجراحة، وثلاثة من هؤلاء المرضى الأربعة لديهم انتشاراً ورمياً خارج محفظة العقدة. لدى أربعة مرضى آخرين لديهم نكس عقدي ترافق ذلك مع بقاء أو نكس الورم البدئي، يعني هذا أنه تمت السيطرة على الحالة الورمية في 35 عنقاً من أصل 43 مجزئاً (81%)، بغض النظر عن حالة موقع الورم البدئي.

كما أظهر أربعة مرضى انتقالاً عقدياً في الجانب المقابل للعنق، بعد إجراء تجريف عنق موافق بالجهة، وعلاج شعاعي متمم، جميع هؤلاء المرضى كان العنق لديهم سلبياً سريرياً عند إجراء تجريف العنق موافق بالجهة، وخضوعوا جميعاً لتشعيع جانبي العنق بعد الجراحة، لم يُبدِ المرضى هؤلاء أي نكس ورمي في الموقع البدئي للورم، وبالتالي تصبح السيطرة على الحالة الورمية على العنق المقابل المصنف N0 بالعلاج الشعاعي لوحده 88% (34/30).

المناقشة:

يعد المرضى المراجعون بحالة متقدمة لسرطانات الرأس والعنق هم الأكثر تحدياً لعلاجهم وتديبيرهم، ولا بد من اختيار القرار العلاجي الملائم لهم والذي غالباً ما يكون استئصالاً جراحياً يترافق بمرضاة عالية، بالإضافة لذلك يصنف جميع مرضى N2 و N3 كمرحلة ورمية رابعة، وهم الأسوأ إنذاراً وغالباً ما يبدون نكساً ورمياً سواء في الموقع البدئي للورم أو في العنق. [5]

يعد النكس العقدي في العنق التالي لتجريف العنق قاتلاً في غالبية الحالات، هذا ما يفسر ضرورة المحاولة

السيطرة على الورم منذ المرحلة الجراحية الأولى. [1]

أظهرت هذه الدراسة أن لا فرق بين تجريف العنق الجذري وتجريف العنق الجذري المعدل في السيطرة على العنق في حال أمكن الحفاظ على العصب الشوكي من الناحية الورمية (لا توجد عقد ملتصقة عليه أو محيطية به)، مما يقلل من المرضاة الكبيرة المترافقة بأذية العصب الشوكي وما يرافقه من تحدد بحركة مفصل الكتف. [3]

أظهرت هذه الدراسة أن تجريف العنق المتبوع بالعلاج الشعاعي يقدم سيطرة عالية على العنق موافق، مادامت

السيطرة الموضوعية على الموقع البدئي للورم محققة. [2]

يظهر الجدول رقم (3) بعض الدراسات العالمية المشابهة لهذه الدراسة.

الجدول رقم (3): مقارنة مع الدراسات العالمية.

المتابعة	النسبة المئوية للسيطرة الورمية على العنق	المرحلة الورمية وعدد المرضى	الناشر/السنة
5 سنوات	90.9%	N1/2 251	Leemans2000
	88.7%	N3 101	
18 شهراً	81%	N2 26	Goffined 1994
	62%	N3 21	
5 سنوات	87%	N2 37	Vikram 2004
	76%	N3 13	
4 سنوات	94%	N2 18	Traynor1999
سنتان	74%	N3 23	Stell 1984

يمكن الحصول على سيطرة ناحية رقبية على النقائل العقدية بنسبة 90% عند السيطرة على الموقع البدئي للورم، لكن نجد أن عدة مرضى ماتوا بسبب النقائل غير المسيطر عليها في الجهة المقابلة للعنق، أو بسبب النكس الرقبي عند فشل السيطرة على الموقع البدئي للورم.

من أصل الـ 18 مريضاً الذين قضوا خلال السنتين الأوليين من المتابعة، 13 منهم كان لديهم نقائل عقدية، منهم أربعة حصل لديهم نقائل عقدية مع السيطرة على الورم البدئي، وأربعة حصل لديهم نقائل عقدية مرافقة لورم بدئي غير مسيطر عليه، وأربعة حصل لديهم نقائل إلى الجهة المقابلة من العنق مع سيطرة على الموقع البدئي للورم. أظهرت هذه الدراسة فشل العلاج الشعاعي في السيطرة على العنق المقابل السلبي العقد عند هؤلاء المرضى الأربعة، رغم أن جميع هؤلاء المرضى ظهرت لديهم سيطرة تامة على الموقع البدئي للورم مما لا يفسر النقائل إلى الجهة المقابلة للعنق.

تشير هذه المعطيات إلى ضرورة إجراء تجريف عنق مقابل للورم حتى في حال سلبية العنق المقابل سريرياً، خاصة إذا كان الورم البدئي يتوضع على الخط الناصف لجوف الفم، أو قاعدة اللسان، أو فوق المزمار، أو الجدار الأنسي للجيب الكمثري. وذلك وفق التصريف اللمفوي الخاص بكل موقع تشريحي.

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 المثالث المحدود بالبطنين الأماميين لذات البطنين والعظم

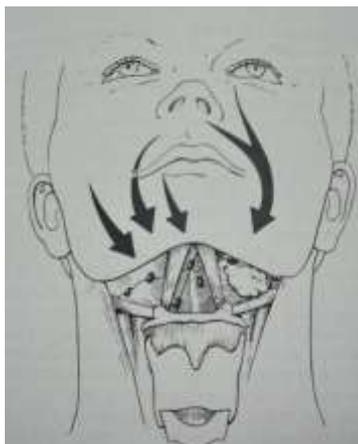
اللامي. [2]

ومن العقد تحت الفك ضمن المثالث 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، والثلاث الأمامي للسان. [4]



صورة رقم (2) المستوى العنقي 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] تتضح: 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 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. [5]



الصورة رقم (3) 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 (4) المستوى السادس.

. المستوى السابع: في المنصف العلوي

تتضح خلف الحلقي والدرق. [7]

الاستنتاجات والتوصيات:

أظهرت هذه الدراسة أن تجريف العنق الجذري والجذري المعدل، والعلاج الشعاعي قادر على السيطرة على العنق المصنف N2 و N3 بنسبة 90% بشرط السيطرة على الموقع البدئي للورم. كما أظهرت هذه الدراسة أن تجريف العنق الجذري المعدل المحافظ على العصب الشوكي اللاحق أعطى نسبة السيطرة الورمية نفسها لتجريف العنق الجذري، مع المحافظة على الوظيفة الطبيعية للكتف، ويفضل دوماً إجراؤه عندما تسمح الحالة الورمية للمريض بذلك.

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.