

Prudent Management of the Mid-Cheek Mass: Revisiting the Accessory Parotid Gland Tumor

Dr. Arige Alassaf*

(Received 18 / 4 / 2017. Accepted 25 / 5 / 2017)

□ ABSTRACT □

Objective: A mass arising in the mid-cheek region may often be overlooked as a rare accessory lobe parotid neoplasm> this report serves to revisit the topic of accessory parotid gland neoplasms to emphasize proper management, particularly the surgical aspects, so that consequences of salivary fistula, facial nerve paralysis, and recurrence are avoided.

Methods: this is a retrospective review of four accessory parotid gland neoplasms and five other masses mimicking this lesion.

Results: over a 6 year period, we have encountered four true accessory lobe tumors, all pleomorphic adenomas. All were removed through a wide parotidectomy-style approach modified by extending incisions anterosuperiorly and inferoanteriorly. The only complication was a minor salivary fistula in one patient. There were no permanent facial paralyses.

Conclusions: accessory parotid gland neoplasms are rare and may present as innocuous extraparotid mid-cheek masses. A high index of suspicion, prudent diagnostic skills, including (FNA) followed by computed tomography (CT), and meticulous surgical approach (extended parotidectomy-style incision and limited peripheral nerve dissection when possible) are the keys to successful management of these lesions.

Key Words: accessory parotid gland, parotid neoplasms, cheek masses, preauricular tumors.

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

التدبير الصحيح لكتلة في القسم المتوسط للوجه: إعادة النظر في ورم الفص الإضافي (الملحق) للغدة النكفية

الدكتورة أريج العساف*

(تاريخ الإيداع 18 / 4 / 2017. قُبِلَ للنشر في 25 / 5 / 2017)

□ ملخّص □

الموضوع: يمكن لكتلة ناشئة في القسم المتوسط من الخد أن يحدث خطأ في تشخيصها ككتلة على حساب الفصّ الملحق (الإضافي) للغدة النكفية، وذلك بسبب ندرة هذه الحالة. تهدف هذه الدراسة إلى إعادة وضع نقاط علام لتموضع ورم الفص الملحق للغدة النكفية، بهدف تدبيره بشكل صحيح وتجنب تشكل النواسير اللعابية وشلل العصب الوجهي والنكس الورمي.

الطرق: دراسة راجعة شملت أربع كتل ناشئة على حساب فص النكفة الملحق، ومقارنتها بخمس حالات مماثلة لكتل ناشئة في القسم المتوسط للخد.

النتائج: خلال مدة الدراسة (ست سنوات) تم تشخيص أربع حالات لورم ناشئ على حساب فص النكفة الملحق، جميعها كانت ورماً غدياً مختلطاً، تم استئصالها جراحياً بمدخل جراحة النكفة التقليدي مع تمديد الشق الجراحي نحو الأعلى والأمام ونحو الأسفل والأمام. الاختلاط الوحيد الذي تطور هو ناسور لعابي صغير عند مريض واحد، ولم تحدث أية حالة لشلل عصب وجهي دائم.

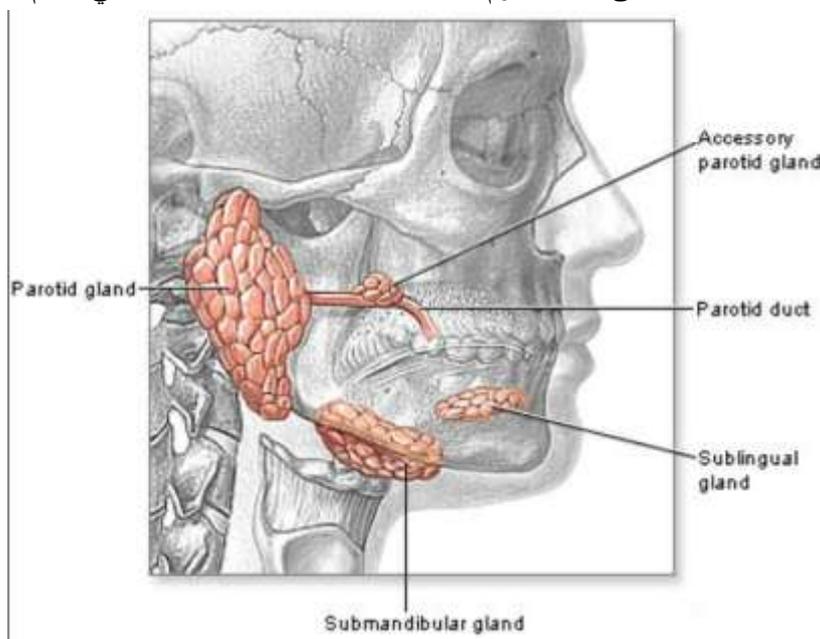
الخلاصة: أورام فص النكفة الملحق نادرة جداً ويمكن أن تشبه ورماً خبيثاً خارج النكفة. يعد كلّ من التشخيص اعتماداً على الاشتباه، والخبرة التشخيصية الماهرة، وعلى خزعة الخلايا بالإبرة (FNA)، وعلى التصوير الطبقي المحوري، وتطبيق المدخل المعتمد لجراحة النكفة مع توسيعه وتقليل التسليخ على العصب الوجهي في المحيط قدر الإمكان، عوامل هامة للتدبير الجيد لتلك الآفات.

الكلمات المفتاحية: الفص الملحق بالنكفة، أورام النكفة، كتل الخد، أورام أمام الأذن.

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

مقدمة:

يعد تشخيص كتلة ناشئة في القسم المتوسط للخد هدفاً صعباً. يمكن لعدة أورام سليمة أو خبيثة أن تنشأ على حساب عدة أنسجة في القسم المتوسط للخد، هي الجلد، والنسيج اللمفوي، والنسيج العصبي، والنسيج اللعابي. ويبقى تشخيص ورم ناشئ على حساب فص ملحق للغدة النكفية بعيداً عن ذهن العديد من أطباء الأذن والأنف والحنجرة. وذلك بسبب ندرة تواجد نسيج ملحق أو هاجر للغدة النكفية رغم ذكر هذه الحالات في الأدب الطبي منها في الفك السفلي، والعنق، والأذن الوسطى، وحالات قليلة لنسيج نكفة مجاور للغدة لكنه منفصل عنها وعلى امتداد قناة ستينون. ينشأ هذا النسيج الهاجر عادة على الثلث المتوسط لخط وهمي مستقيم يمتد من الوتدة إلى نقطة منصف المسافة بين جناح الأنف والخط الأبيض للشفة العليا. يملك هذا النسيج الغدي الهاجر عدة اتصالات مع قناة ستينون، ويقع بين فرعي العصب الوجهي والشدقي. تُقدَّر نسبة وجوده 21% عند البشر، لكنه يبقى غير واضح في الفحص السريري. يمكن أن تنشأ على حسابه أورام سليمة أو خبيثة، مسببة تشكلاً كتلياً في القسم المتوسط للخد. [1، 2، 3، 5]



الصورة رقم (1): توضع فص النكفة الملحق. [6]

تشكل أورام الفص الملحق للنكفة 1% إلى 8% من مجموع أورام النكفة، تتباين نسيجياً كما هي الحال في أورام النكفة التقليدية. أي أن الورم المختلط هو الأشيع في الفص الملحق. تشكل الأورام الخبيثة للفص الملحق نسبة 26% إلى 50% ويتباين النمط النسيجي لهذه الخباثات بشكل مشابه لأورام الغدة النكفية الخبيثة. [4، 9]

الجدول رقم (1): التشخيص التفريقي لكتلة في القسم المتوسط الأمامي للخد. [10]

التشخيص التفريقي لكتلة في القسم المتوسط الأمامي للخد
. كيسة في الغدة النكفية.
. تشوه شرياني وريدي في النكفة.
. حصاة في قناة ستينون أو ورم أو كيسة.

- . ورم سليم على حساب فص النكفة الملحق.
- . ورم خبيث على حساب فص النكفة الملحق.
- . ورم وعائي.
- . ورم على حساب ملحقات الجلد (ورم شحمي، كيسة بشرانية، ورم ليفي، كيسة زهمية)
- . ورم عصبي (ورم ليفي عصبي، شوانوم)
- . ورم دموي.
- . ضخامة سليمة في النسيج اللمفوي (فرط تصنع عقد لمفوية، التهاب عقد لمفوية).
- . ضخامة خبيثة في النسيج اللمفوي (غر، كارسينوما انتقالية، لمفوما).

طرائق البحث ومواده:

شملت الدراسة تسع مرضى راجعوا بكتلة في القسم المتوسط للخد. تم تقييمهم جميعاً من قبل طبيب جراح واحد، لم يعانِ أي من المرضى من وجود كتل أخرى، وجميعاً كانوا غير عرضيين. لم يشترك أي منهم من ممرض أو صعوبة مضغ، أو غيرها من الشكاوى في الرأس والعنق. أجري لجميع المرضى خزعة خلايا بالإبرة (FNA) وتصويراً طبقياً محورياً. أربعة مرضى (ثلاثة رجال وامرأة واحدة) كان لديهم ورم مختلط على حساب فص النكفة الملحق، ومرض واحد لديه فرط تصنع طبيعي في الفص الملحق بالنكفة (وهو المريض رقم 5). لم يخضع المريض رقم 5 لجراحة، بل تمت مراقبته بشكل وثيق لملاحظة أية تغيرات في حجم أو مواصفات هذه الضخامة. لدى مريضين (المريضان 6 و7) انتقالات عقدية لكارسينوما شائكة الخلايا من موقع بدئي معروف في الرأس والعنق، ولدى مريض واحد فرط تصنع لمفوي سليم في عقدة لمفوية (المريض رقم 8)، ومريض واحد (رقم 9) لديه ضخامة في العضلة الماضغة. الاختلاط الوحيد الذي تطور عند المرضى هو ناسور لعابي حدث بعد الاستئصال الجراحي لورم كبير في الفص الملحق للنكفة. لم يحدث أي شلل عصب وجهي دائم لدى جميع المرضى الذين خضعوا لجراحة استئصالية لورم الفص الملحق بالنكفة. تطور شلل العصب الوجهي الدائم عند مريض واحد لديه انتقالات لكارسينوما شائكة الخلايا إلى العقد اللمفوية وذلك بهدف الحصول على هامش أمان كافٍ للسيطرة الورمية. ولم يحدث أي نكس حتى هذا التاريخ.

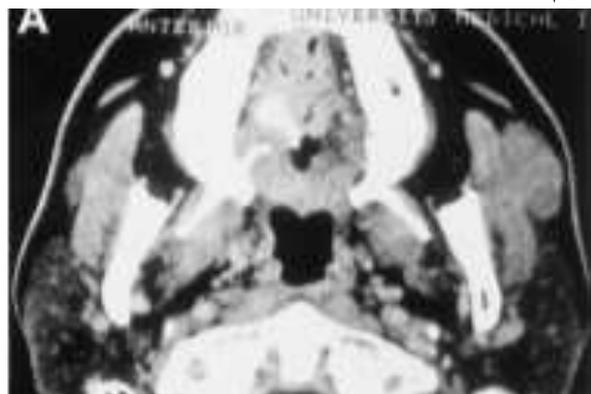
الجدول رقم (2): يظهر توزع المرضى.

رقم المريض	العمر بالسنوات	الجنس	مدة ظهور الكتلة بالأشهر	أبعاد الكتلة بالسنتيمتر	FNA	التشخيص النهائي	التدبير
1	28	رجل	2	2×1.5	ورم مختلط	ورم مختلط	استئصال الورم فقط
2	45	رجل	8	2.5×2	ورم مختلط	ورم مختلط	استئصال الورم فقط
3	43	امرأة	6	2.5×3	ورم مختلط	ورم مختلط	استئصال الورم مع الفص السطحي للنكفة
4	67	رجل	4	3.5×4	ورم مختلط	ورم مختلط	استئصال الورم مع الفص السطحي للنكفة
5	66	امرأة	3	0.5×1	نسيج غدة لعابية	نسيج لعابي طبيعي ملحق	مراقبة
6	72	رجل	مجهول	1×1	نسيج لمفوي	كارسينوما شائكة	علاج شعاعي

إعادة استئصال فك علوي	كارسينوما شائكة	كارسينوما شائكة	1×2	0.5	رجل	57	7
مراقبة	عقدة لمفية مفرطة التصنع	نسيج لمفوي	1×1	1	رجل	52	8
مراقبة	ضخامة الماضغة	نسيج عضلي	2.5×1	24	رجل	42	9

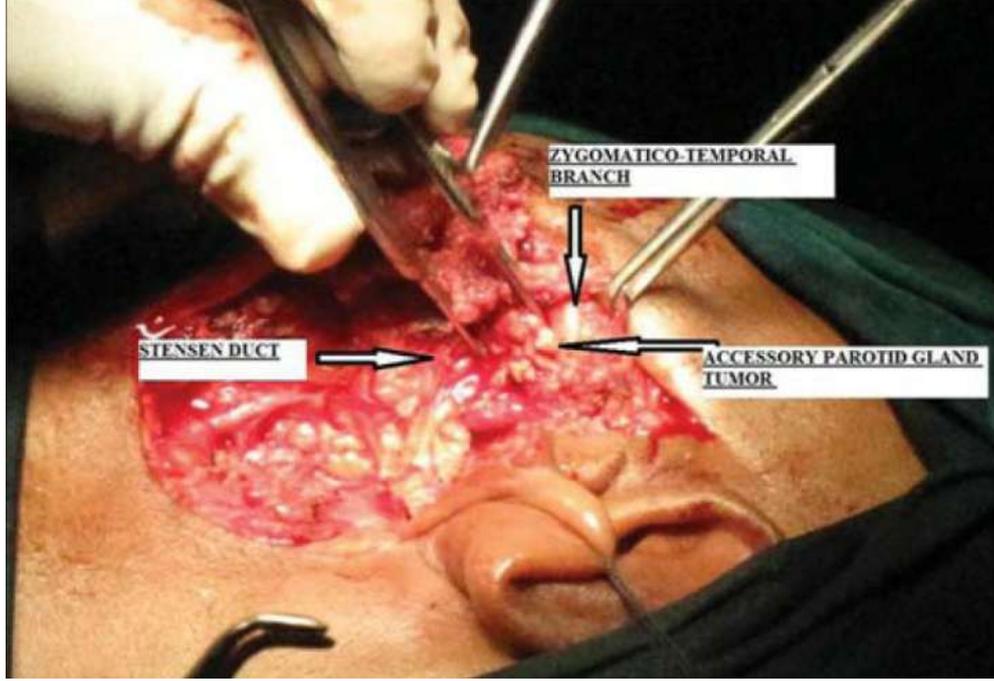
استئصال الفص الملحق بالنكفة لوحده:

خضع مريضان من أصل الأربعة الذين يعانون من ورم على حساب الفص الملحق بالنكفة لاستئصال الفص الملحق والورم فقط، دون استئصال الفص السطحي للنكفة، وذلك بمدخل جراحي مماثل لجراحة النكفة التقليدية. كان لدى كل من المريضين (1 و2) كتلة صغيرة مجسوسة متحركة وغير مؤلمة. توافقت الخزعة الخلوية (FNA) مع ورم مختلط، كما أظهر التصوير الطبقي المحوري الورم الوحيد المجاور والمنفصل عن الغدة النكفية مما يشير بقوة إلى أنه ورم ناشئ على حساب الفص الملحق بالنكفة. تُظهر الصورة رقم (2) التصوير الطبقي المحوري المُعزَّز بالحقن الوريدي للورم الناشئ عند المريض رقم 2.



الصورة رقم (2): التصوير الطبقي المحوري للمريض رقم 2.

أجري الشق الجراحي التقليدي أمام الأذن مع تمديده إلى المنطقة الحاملة للشعر في الفروة، وإلى ثلم رقبتي في العنق، بهدف الحصول على كشف واسع للكنتل ذات التوضع الأكثر أمامية. كما تُظهر الصورة رقم (3).



الصورة رقم (3): تظهر تمديد الشق الجراحي للنكفة إلى العنق وفروة الرأس للحصول على كشف أكثر أمامية.

يتم كشف الورم بسهولة بعد رفع شريحة إلى العمق من المبطحة في العنق وفوق (SMAS) في الوجه أمام الصيوان. في كلتا الحالتين كان الورم إلى الأعلى من قناة ستينون، وعلى صلة وثيقة بالصفيرة العصبية الوجهية الوجيهة الشدية. تمت متابعة فروع العصب الوجهي والحفاظ عليها. تم قطع أية صلة بين الورم وقناة ستينون وربطها. نظراً لصغر حجم الورم في هاتين الحالتين، وانفصالهما بشكل واضح عن نسيج الغدة النكفية، لم يستوجب علاجهما إجراء استئصال كامل الفص السطحي للغدة النكفية.

النتيجة النهائية للتشريح المرضي فيهما كانت ورماً مختلطاً.

استئصال الورم مع الفص السطحي للنكفة:

خضع المريضان 3 و 4 لاستئصال الورم والفص الملحق إضافة لاستئصال الفص السطحي للنكفة. استخدم المدخل ذاته الموسع، لكن تم كشف الجذع الرئيس للعصب الوجهي في البداية، ثم أجري استئصال الفص السطحي للنكفة بشكل اعتيادي، وذلك من أجل كشف أفضل لفرعي العصب الوجهي الشدي والوجيه، لضمان سلامتهما. أجري ذلك بسبب القرب الشديد للورم مع الحافة الأمامية للغدة النكفية. تم تحرير هذين الفرعين بنعومة وحذر عن الوجه العميق للورم.

النتيجة النهائية للتشريح المرضي هي ورم مختلط سليم.

تطور لدى المريض رقم 4 ناسور لعابي بعد الجراحة. حيث كان ورمه هو الأكبر (4×3.5 سم)، حدث الناسور اللعابي نتيجة عدم ربط جميع اتصالات الورم مع قناة ستينون. شُفي الناسور بعد ثلاثة أسابيع من العلاج المحافظ بالصادات الحيوية والضامد الضاغطة، والبزل المتكرر.

الضخامات العقدية السليمة والخبيثة:

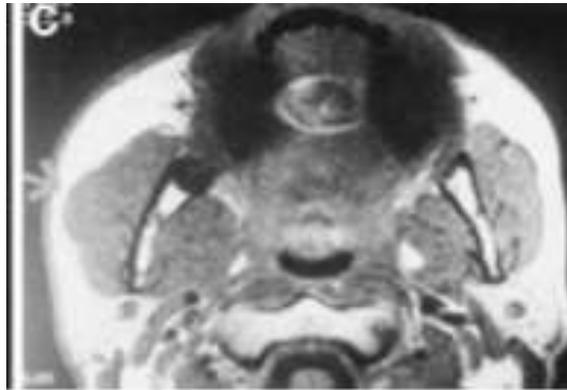
لدى المريضين 6 و7 انتقالات لكارسينوما شائكة الخلايا إلى العقد اللمفية الشذقية. لدى المريض 6 عدة مواقع بدئية معروفة لكارسينوما شائكة جلدية في الرأس والعنق، أعطت نقائل عقدية إلى العقد الشذقية اللمفية. عولج بالأشعة كي تشمل المعالجة جميع الآفات الجلدية المحتملة إلا أنه توفي خلال فترة قصيرة بعد العلاج.

المريض رقم 7 لديه عدة أورام خبيثة في الرأس والعنق، حيث خضع لاستئصال حنجرة سابق لعلاج كارسينوما فوق المزمار قبل أربع سنوات، كما خضع لاستئصال فك علوي أيسر قسماً لعلاج ورم حليمي منقلب متحول إلى كارسينوما شائكة الخلايا قبل سنتين، راجع خلال أسبوعين من ظهور كتلة غير عرضية في المنطقة الشذقية اليسرى. تلقى المريض علاجاً شعاعياً لكلا الورمين بعد الجراحة، ولم يظهر لديه أي نكس ورمي في كلتا المرتين حتى مراجعته الأخيرة. بالفحص السريري بدت الكتلة متوضعة في منطقة الخد تملأ مكان الجيب الفكي، الكتلة غير مؤلمة، غير متحركة، قاسية، تقيس 2×2 سم، أكدت الخزعة الخلوية بالإبرة منها أنها كارسينوما شائكة الخلايا. أجري للمريض إعادة استئصال فك علوي أيسر تام واستئصال الفص السطحي للنكفة اليسرى، وتمت التضحية بالفرعين الشذقي والوجني للعصب الوجهي. تم الترميم بالشريحة الصدرية الكبيرة.

المريض رقم 8 تشخصت لديه ضخامة عقدية ناتجة عن فرط تصنع لمفوي دون وجود أي عوامل خطيرة، عولج بالمراقبة الدقيقة دون الحاجة لأي تدخل آخر حتى تاريخه.

ضخامة العضلة الماضغة:

المريض رقم 9 عمره 42 عاماً، غير مدخن، راجع بقصة كتلة في الجانب الأيمن للخد غير مؤلمة لم يتغير حجمها منذ عامين. ولا توجد أية معطيات أخرى بفحص الرأس والعنق. يزداد حجم الكتلة عند الطلب منه الكرز على أسنانه. أظهر التصوير الطبقي المحوري لديه عدة كتل ناشئة من الحافة الأمامية للعضلة الماضغة تلامس الغدة النكفية. أبدت (FNA) منها نسيجاً عضلياً سليماً مفرط التصنع. للتأكد من صحة الخزعة الخلوية أجري للمريض تصوير بالرنين المغناطيسي المعزز بحقن الغادولينيوم، أكد هذا التصوير أن الكتلة عبارة عن ضخامة سليمة في العضلة الماضغة. لم يتطلب المريض أي علاج لأنه لا يعاني من أية صعوبة في المضغ، واستمرت مراقبته بشكل دقيق دون أن تحدث أية تغيرات فيها لمدة سنتين.



الصورة رقم (4): ضخامة سليمة في العضلة الماضغة اليمنى.

المناقشة:**التشخيص:**

تعد (FNA) وسيلة تشخيصية مساعدة وهامة، وقد أجريت لجميع المرضى. تجرى عبر الدخول بإبرة قياس 25 لثلاث مرات في مكان الورم، عند المرضى الذين خضعوا لجراحة لاحقة، كانت نتائجها مطابقة للتشريح المرضي النهائي. مما يجعلها وسيلة موجهة للجراحة. [4، 7]

يعد رخص ثمنها، وكونها إجراءً غير غازٍ، وودقة نتائجها أسباب هامة لجعلها وسيلة تشخيص روتينية لكل حالة ورم في الرأس والعنق. [8]

يعد التصوير الطبقي المحوري وسيلة تشخيصية هامة من حيث تحديد موقع نشوء الكتلة المدروسة وعلاقتها بالبنى المجاورة، يمكن الحصول على تمايز أفضل للأنسجة بالاجوء إلى المرنان مع حقن الغادولينيوم. لكن غلاء ثمنه وطول مدة الاختبار يحددان من انتشار استعماله الواسع، في حين يعد التصوير الطبقي المعزز بحقن المادة الظليلة وسيلة تشخيصية هامة مساعدة للجراح في تحديد امتداد وساحة الاستئصال الجراحي. [9]

التدبير الجراحي:

يعد المدخل الفموي لأورام الفص الملحق بالنكفة مدخلاً خطراً نظراً لضيقه وصعوبة التوجّه التشريحي من خلاله، وصعوبة الوصول إلى الاستئصال الكامل له، والأهم من ذلك خطورة أذية العصب الوجهي. [1]

يمر العصب الوجهي ضمن كتلة النكفة، وعندما يغادرها من حافتها الأمامية يصبح مسيره سطحياً جداً. يقع ورم الفص الملحق بالنكفة على تماس وثيق بفروع العصب الوجهي مما يحتم الاستئصال الدقيق للورم المحافظ على فروع العصب الوجهي. [3]

يعد المدخل التقليدي للنكفة مع تمديد الشق الجراحي إلى الفروة والعنق ضرورياً للحصول على كشف كافٍ لحواف الورم وفروع العصب الوجهي السطحية وتجنب أذيتها، وهذا ما لا يمكن تحقيقه عند إجراء شق جراحي مباشر على الورم نفسه لأن الشق سيكون صغيراً لا يسمح بكفاية الكشف التشريحي. كما أن الشق الجراحي التقليدي يعطي ندبة جراحية مخفية أمام خط الشعر. كما أنه من السهل تمديده في العنق إذا تطلب الأمر إجراء تجريف عنق مرافق. [2]

إن الاستئصال غير الكامل للورم المختلط كارثة طبية، لأنه يقود إلى النكس المتعدد البؤر للورم. في ورم الفص الملحق بالنكفة، المنفصل عن الغدة، قد يبدو للوهلة الأولى أن استئصال الورم مع الفص الملحق ليس إلا توليداً للورم، لكن ذلك غير دقيق، فالفص الملحق بالغدة عبارة عن نسيج يشبه جزيرة من نسيج لعابي منفصل عن الغدة النكفية، لذا يعدّ استئصال هذا الفص مع الورم الناشئ عليه بمثابة استئصال الورم مع هامش كافٍ من النسيج الغدي الطبيعي المحيط به. في هذه الحال يتم كشف الفروع المحيطة للعصب الوجهي الناشئة من الحافة الأمامية للورم وتسليخها من المحيط باتجاه الورم. [1]

لكن عندما يكون الورم كبيراً ويلاص الحافة الأمامية للنكفة فالأمر يتطلب استئصال الفص السطحي للنكفة مع الفص الملحق بها كما هو الحال عند المريضين 3 و4. وفي هذه الحال يتم كشف الجذع الرئيس للعصب الوجهي وتسليخ الكتلة المستأصلة من المركز إلى المحيط. [3]

إذا كان الورم الناشئ على حساب الفص الملحق خبيثاً، فيكفي استئصال الفص الملحق بالنكفة للأورام الصغيرة (T1،T2) منخفضة درجة الخباثة، وذلك باعتبار أن الفص الملحق بالنكفة عبارة عن جزيرة نسيجية منعزلة. إذا كان

ورم الفص الملحق، منخفض الدرجة كبيراً، فإنه يحتاج إلى استئصال يشمل الفص السطحي للنكفة والفص الملحق بالغدة، بينما تحتاج باقي الأورام الخبيثة (عالية الدرجة، أو ذات الغزو الموضعي الواضح) إلى استئصال كامل النكفة مع تجريف عنق مرافق. [1]

دور العلاج الشعاعي مماثل لباقي حالات أورام الغدد اللعابية، إذ يبقى ضعيف الفعالية كعلاج بدئي قبل الجراحة، ويستطب للحالات غير القابلة للجراحة. في حين يستطب كعلاج متمم بعد الجراحة للأورام عالية الدرجة، وللأورام المتقدمة سريريا. [2]

لم تحدث أية حالة نكس لورم مختلط في دراستنا هذه، أو شلل في العصب الوجهي. وهذا مشابه للدراسات العالمية.

الخلاصة:

يجب استثمار كامل الخبرة والمهارة الطبية في التعامل مع كتل منتصف الخد. فأورام الفص الملحق بالنكفة النادرة يمكن أن تقلد العديد من غيرها من الآفات غير اللعابية، والخطأ في كشف الطبيعة اللعابية لهذه الأورام قد يقود إلى نتائج كارثية إذا تم اختيار مدخل جراحي غير مناسب لها. فالنكس الورمي، والشلل الوجهي، والناصور اللعابي، هي اختلاطات يمكن تجنبها إذا تم التقييم الصحيح واختيار المدخل الجراحي المناسب.

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.