مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية _ سلسلة العلوم الطبية المجلد (26) العدد (1) 2004
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research- Medical Science Series Vol (26) No (1) 2004

تدبير بعض كتل العنق الخلقية في محافظة اللاذقية التي أجري لها عمل جراحي

الدكتور عزيز محمود*

(قبل للنشر في 2004/5/30)

□ الملخّص □

الكتل والنواسير الناشئة على حساب شذوذات في الأقواس الغلصمية في مدينة اللاذقية تعالج من قبل اختصاصات متعددة (الجراحة العامة، أطباء الأنف والأذن والحنجرة، أطباء الجراحة التجميلية). هناك الكثير من النقاط غير المتفق عليها بالإضافة إلى النسبة العالية من النكس بعد العمل الجراحي بشكل خاص الناسور الدرقي اللساني نتيجة الاستئصال المحدود لمجرى الناسور الممتد حتى قاعدة اللسان أضف إلى ذلك ترك قسم من الناسور خلف العظم اللامي، الكيسة الغلصمية ليس لها اتصال مع البلعوم ولا داعي إلى تسليخ خارج حدود الكيسة في حين الناسور الغلصمي له فوهة داخلية لا بد من استئصال الناسور مع المجرى حتى الفوهة في المسكن اللوزى مع استئصال اللوزة الكامل.

هذا المقال يقدم خبرة طويلة الأمد في معالجة هذه الشذوذات ويلخص الدروس المستقاة من الدراسة وتوضيح خطة الباحث في معالجة العديد من هذه الكتل والنواسير.

يخلص البحث إلى أن هناك حاجة إلى تدريب خاص لإجراء هذه الجراحات وذلك عن طريق اختصاص مستقل متفرع من الجراحة العامة أو الأذن والأنف والحنجرة.

* أستاذ مساعد في كلية الطب البشري – جامعة تشرين – اللاذقية – سوريا.

مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية _ سلسلة العلوم الطبية المجلد (26) العدد (1) 2004
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research- Medical Science Series Vol (26) No (1) 2004

The Management of Congenital Neck Masses Which Had a Surgery in Lattakia

Dr. Aziz Mahmoud*

(Accepted 30/5/2004)

□ ABSTRACT □

Although anomalies of branchial apparatus and congenital neck masses in Lattakia have been treated by many specialties ,general surgeon, ENT, plastic surgeon ; certain points controversy still exit; particularly with respect to high rate of limited removal of the fistula tract witch extend to the base of the tongue, and leaving some of the fistula the body of hyoid bone, branchial cyst has no tract has no tract connecting it to the pharyngeal wall and no need to waist time during looking for it, how ever in second branchial fistula it is essential to trace the tract to upper tonsillar pole and remove the tonsil. This article provides review of long period of experience in dealing with this anomalies area of controversy are high lighted and clarified, conclusion drawn to the need for special training as separate specialty after basic general surgical training or training or E.N.T .

* **Associate Professor - faculty of Medicine - Tishreen University – Lattakia – Syria.**

مقدمة:

الغالبية العظمى لكتل العنق عند الأطفال سليمة (التهابية) تشفى بشكل عفوي أو بعد معالجة دوائية أما الكتل من منشأ خلقي فهي لا تستجيب للمعالجة الدوائية ولا بد من إجراء عمل جراحي الغاية منه الاستئصال التام مع المحافظة على الناحية الجمالية للعنق بقدر الإمكان وتأمين طريق هوائي.

كتل العنق الخلقية تصنف حسب مصدرها:

1- كتل ناشئة على حساب الأقواس الغلصمية.
2- كتل ناشئة على حساب شذوذات نشوء الغدة الدرقية.
3- على حساب التيموس.
4- كيسات جلدانية وكيسات عجائبية.
5- البطينات في الحنجرة (قيلة مخاطية).
6- الجهاز اللمفاوي.
7- شذوذات وعائية بالرغم من أن عددها ليس بالكثير ولكنها تشكل تحدياً حقيقياً للطبيب المعالج.

الدراسة:

خلال الفترة الواقعة ما بين 1977 – 2000 شاهدت العديد من هذه الكتل الخلقية عند الأطفال والكبار ولكن استبق الحديث لأقول أن ما سيرد من إحصائيات وجداول لا يعبر بالضرورة عن نسبة تواجد هذه الكتل لأنني أعترف أن لدي اهتمام شديد ببعض هذه الكتل (الكيسة الغلصمية – الناسور الغلصمي – الكيسة الدرقية اللسانية – الناسور الدرقي اللساني – الكيسة الدرقية اللسانية الناكسة – القيلة الحنجرية) مما دفع كثيرين من الزملاء للتعاون معي في تحويل معظم هذه الحالات.

لذا سأركز على التشخيص والمعالجة مع الإشارة إلى الطريقة الجراحية التي اتبعها والتي ليست بالضرورة هي الأفضل وكيف النكس بأقل معدلاته بعد العمل الجراحي.

الجدول رقم (1): يبين عدد الحالات وعدد المرضى المعالجين جراحياً ونسبة النكس والعمر عند إجراء العمل الجراحي

التشخيص	العدد	عدد المرضى المعالجين جراحياً	عدد الحالات الناكسة	نسبة النكس	متوسط العمر عند العمل الجراحي	الاختلاطات
الكيسة الدرقية اللسانية	55	50	1	%2	7 سنوات	–
الناسور الدرقي اللساني	65	60	3	%5	10 سنوات	–
الكيسة الغلصمية	25	20	–	–	25 سنة	–
الناسور الغلصمي	20	15	1	%6.6	12 سنة	–
القيلة الحنجرية	3	3	–	–	35 سنة	–

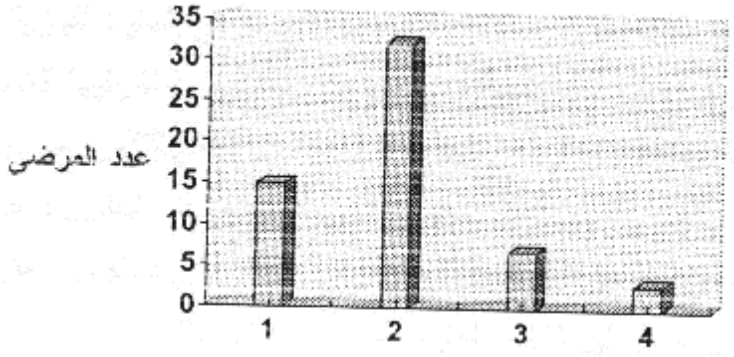
القيلة المائية	25	10	2	%20	3 سنوات	–
كتـــل علـــى حساب الأوعية	6	5	–	–	45 سنة	–

كما ذكرت العدد لا يعبر بالضرورة عن نسبة الحدوث لأن الموضوع انتقائي لكن المهم في هذا الجدول هو عدد الحالات العديدة من الناسور الدرقي اللساني الناكس وهي كلها مكتسبة .

الجدول رقم (2): يبين أسباب الناسور الدرقي اللساني .

أسباب الناسور الناكس	العدد	النسبة المئوي (%)
بعد شق جراحي	10	16.6
بعد انتان عفوي	8	13.4
بعد استئصال جراحي	42	70

الملاحظ هنا أن 42 حالة ناسور لساني أي 70% من مجموع حالات الناسور الدرقي اللساني السبب يعود إلى فشل جراحي وهي نسبة عالية مع الأسف .



مخطط بياني رقم (1):عدد العمليات الجراحية

في المخطط البياني رقم (1) نرى تعدد الجراحات في الناسور الدرقي اللساني حيث أن 32 مريضاً تعرض لعمليتين و7 مرضى لثلاث عمليات و3 مرضى لأربع عمليات وهذا أمر مؤسف حقاً .

الجدول رقم (3): ملخص أهم أسباب النكس في الكيسة الدرقية اللسانية .

ملخص أهم أسباب النكس في الكيسة الدرقية اللسانية :

عدم استئصال العظم اللامي .

الاكتفاء باستئصال الكيسة أو الناسور وترك القناة الدرقية اللسانية معظم العمل الجراحي على مستوى العظم اللامي دون الوصول إلى قاعدة اللسان لأن المنطقة عميقة ونازفة .

عدم وجود أخصائي متفرغ لجراحي العنق في سورية بشكل عام وفي اللاذقية بشكل خاص ونحن لا نستثني أنفسنا من هذا فإنا تشكلت لدي خبرة كهواية دون أن يكون هناك التدريب الأكاديمي الذي أطمح أن يبدأ في سورية .

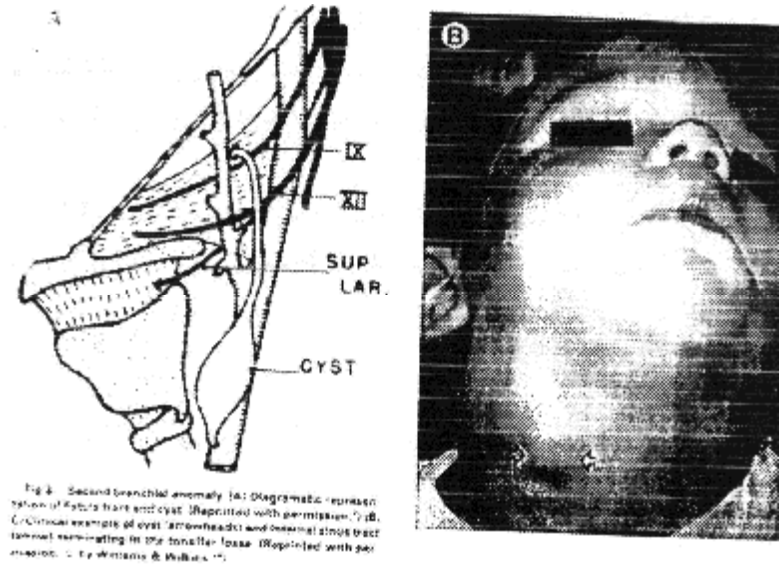
تردد الأهل لقبول المعالجة منذ الوهلة الأولى للتشخيص مما يعرض الكيسة للإنتان المتكرر وبالتالي الناسور وكلنا يعرف أن استئصال الكيسة أسهل من الناسور .

بعد هذا العرض لمجموع الحالات سأحاول أن أتناول بالمناقشة معظم الحالات المهمة مع التركيز على الملاحظات العملية .

تشوهات القوس الغلصمي الثاني Second Branchial Cleft Anomalies :

تعتبر الأكثر شيوعاً من بين تشوهات العنق الخلقية حوالي 85%، الفتحة الخارجية إن وجدت تقع على مسار الحافة الأمامية للعضلة القصية الترقوية الخشائية قرب اتصال الثلث العلوي مع الثلثين السفليين ، (1) وعندما يكون هناك فتحة داخلية تتوضع في الحفرة اللوزية مجرى الناسور يبدأ من الفتحة الخارجية على مسار الحافة الأمامية للعضلة القصية الترقوية الخشائية يخترق عضلة العنق الجلدية ويتجه للأعلى حتى يصل إلى مستوى العظم اللامي بعدها يتجه نحو الأنسي فوق العصب تحت اللسان أسفل البطن الخلفي للعضلة ذات البطنين وبعدها يتجه نحو تفرع السباتين الباطن والظاهر فوق العصب البلعومي اللساني في مستوى أعمق من الرباط الأبري اللامي إلى أن يصل إلى القطب العلوي من الحفرة اللوزية .

الكيسة تقع على الأغلب على الحافة الأمامية للعضلة القصبية الترقوية الخشائية أسفل مستوى العظم اللامي .



الصورة رقم (1) تبين صورة المريض وتشوهات القوس الغلصمي الثاني لديه

بعد هذه اللمحة الجنينية التشريحية السريعة سوف أحاول أن أناقش كل حالة على انفراد على الشكل التالي :

- الصورة السريرية .
- المعالجة الجراحية المتبعة .
- بعض الملاحظات الجراحية المستقاة من الدراسة والممارسة .

الكيسة الغلصمية :

الكيسة الغلصمية في غياب الانتان تنمو ببطء ولا تصبح واضحة حتى العقد الثاني أو الثالث وإذا ظهرت قبل هذا السن فهذا يعود إلى إنتان متكرر في الطرق التنفسية العليا يفسر على أنه ضخامة في الأنسجة اللمفاوية المرتشحة بجدار الكيسة أو بالنسيج اللمفاوي العام في العنق والبلعوم. (2 و3) .

هذا الالتهاب يمكن أن يتطور إلى خراج ينفتح على الجلد حيث تنقلب الكيسة إلى جيب Sinus مكتسب تمييزاً له عن فتحة الجيب أو الناسور الخلقيين التي تكتشف عند الولادة العامل الممرض هو العنقوديات المذهبة (Staphylococcus aureus).

من المهم أن نذكر أن بعض الخراجات المعاودة الناكسة في العنق يكون منشأها الجيب الغلصمي المفتوح على مسكن اللوزة أو الحفرة الزورقية حيث يعاود الخراج بالرغم من المعالجة أو الشق الجراحي .

والفحص السريري مهم لنفي أية تشوهات أخرى مرافقة ، في الكيسة الغلصمية الأيكو (Ultrasound) مستحب لكن نحن لا نجري تصوير ظليل للناسور (Fistulogram) في الناسور الغلصمي ولا نعتقد أن له أية أهمية .

المعالجة :

تتلخص باستئصال كامل للكيسة أو الناسور أو الجيب حسب الحالة مع المجرى بالكامل. العمل الجراحي يجري بعيدا عن الانتان .

توقيت العمل الجراحي :

فيما يخص الكيسة كما أسلفنا لا تتظاهر في سن مبكر إلا ما ندر ونحن اضطررنا لاستئصال كيستين في 3 سنوات 3.9 سنة وهذا اصغر سن .

أما فيما يخص الناسور الغلصمي: لا يسبب للمريض أية مضاعفات انسدادية أو حتى التهابية وتحديد العمل الجراحي يعتمد على وضع الطفل الصحي العام ويستحسن في سن مبكرة نحن نفضل الانتظار حيث الحقل الجراحي يكون أوسع وأسهل منالا وأصغر سن في مجموعتنا كان 3,5 سنة ، بعد سن الثالثة من العمر لا ننتظر على هذه الحالات إنما نجري العمل الجراحي عند التشخيص ظنا منا أن تكرار الالتهاب يجعل المجرى محاط بنسيج ندبي ملتصق ويعقد من العمل الجراحي ويحد من إمكانية الاستئصال الكامل في دراسة (208) حالة من الكيسات الغلصمية في mayo clinic نسبة النكس 21% عندما يكون هناك عمل جراحي سابق أو إنتان وتهبط لتصل إلى 3%عندما لا يكون هناك جراحة مسبقة أو إنتان. ليس لدينا نكس من استئصال الكيسة الغلصمية ولكن هناك 6,6% نكس في استئصال الناسور الغلصمي على حساب القوس الثاني .

العمل الجراحي:

يجرى من خلال شق معترض على مستوى الحافة السفلية للكيسة طبعا ضمن الثنيات الجلدية للعنق إن أمكن ونستأصل الكيسه ضمن محفظه سليمة ولا داعي لتتبع المجرى (tract) لأنه غير موجود علما إن هناك اغلب الدراسات توافق هذا الرأي (13,12,4,3) فيما يخص الناسور أو الجيب الغلصمي على حساب القوس الثاني لا نعتقد أن هناك حاجة إلى شقين أفقيين علما أن هناك من يفضل شقين (3) ، كذلك لا نرى ضرورة لحقن زرقة الميتلين بالعكس نعتقد أن ذلك يسيء إلى الاستئصال الكامل. في حال وجود ناسور أو جيب نجري استئصال اللوزتين بشكل روتيني للتأكد من الاستئصال الكامل للفتحة الداخلية لذا نركز على أهمية شرح ذلك للأهل. عند استئصال الناسور نبتعد قدر الإمكان عن الطريق (tract) وذلك باستئصال كمية كبيرة من الأنسجة المحيطة به ونتابعه حتى دخوله بين السباتيين بعد ذلك نستأصل اللوزة ونحاول أن نمرر قثطرة معدنية قاسية من الخارج مسبار (probe) ضمن الناسور ونراقبها من الفتحة من داخل الفم بوضع المريض بوضعية استئصال اللوزات مع استخدام

فاتح الفم ، وعند رؤية المسار نربط به خيط كتان ونسحبه من العنق عنده نربط القسم المستأصل من الناسو حول الخيط من المسكن االلوزي محاولين بذلك قلب الناسور نحو الداخل كما يفعل أحدنا بكم الجاكيت أو القميص هذة المحاولة سهلة وآمنة لان السباتيين أمام أعين الجراح في حين إذا حاول الجراح أن يمرر مسبار من مسكن اللوزة حتى ولو تأكد من وجود فتحة وهو لن يتأكد بهذه السهولة في معظم الحالات قد يحدث ضرر في إحدى السباتين وتكون كارثة .

عند سحب الناسور نحو الداخل نقوم بتسليخه تماما من المسكن اللوزي ونغلق فتحته الداخلية بغرزة جراحية. بهذه الطريقة كانت لدينا نسبة قليلة جداً من النكس فيما يخص الكيسة الغلصمية لم نلحظ أي نكس. فيما يخص الناسور هناك (15 حالة) واحدة نكست فقط أي نسبة النكس 6.6% .

الملاحظات المستقاة من الدراسة :

1- من المهم ألا يقدم كل طبيب أذن أنف حنجرة على هكذا عمل جراحي ما لم يكن لديه اهتمام وإلمام وتدريب كاف يمكنه من إجراء الجراحة بثقة وإلا ستكون هناك اختلاطات ونكس لحالات كثيرة والأمر نفسه ينطبق على الزملاء من الاختصاصات الأخرى .

2- فيما يخص الكيسة الغلصمية هناك من يقول بأن هناك مجرى يمر بين السباتيين (3 و4 و13 و7) نحن لم نلحظ ذلك ولقد أرسلنا مرار للفحص التشريحي المرضي الألياف النسجية التي يخيل أنها متصلة مع الكيسة وقريبة من السباتيين ولم نعثر على أي مجرى حقيقي لأن النسيج المبطن للمجرى لا يخفى على المشرح المرضي (5) .

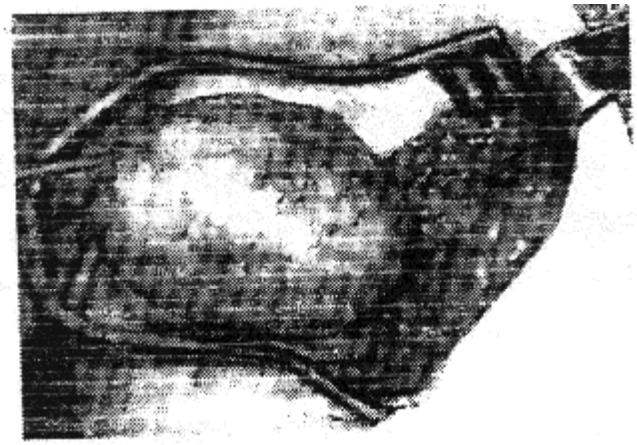


Figure 2. A large second branchial cleft cyst in the typical location in the lateral neck. Note no incision has been made directly over the cyst. As is frequently the case with cysts (as opposed to fistulas), no epithelialized tract was found extending medially from the lesion, which instead remained attached with possible through a single incision.

صورة رقم (2) كيسة غلصمية كبيرة في موضعها الوصفي

لذا ننصح في حال وجود كيسة بعدم إضاعة الوقت للتسليخ بين السباتيين فقط استئصال كامل وشامل للكيسة وتنتهي المشكلة. وهذا الرأي فيما يخص عدم وجود traet في الكيسة الغلصمية ورد حديثاً في دراسة نشرتها مجلة شمال أمريكا بالأذن والأنف والحنجرة. بالمقابل نصر في حالة الناسور والجيب الغلصمي على تتبع الفتحة

الداخلية وكما أسلفنا نستأصل اللوزتين حيثما كان هناك ناسور أو جيب غلصمي على حساب القوس الغلصمي الثاني .

الكيسات والنواسير على حساب القوس الغلصمي الثالث والرابع :

الناسور المتوضع عادة في القسم السفلي من العنق نادر الحدوث كما أشرنا ونحن في دراستنا شاهدنا فقط حالتين بعد عمل جراحي سابق غير مدون لذا كان مصير أحدهم النكس حتى بعد العمل الجراحي الثاني من قبلنا .

الكيسة الدرقية اللسانية :

الكيسة الدرقية اللسانية تنشأ على حساب القناة الدرقية اللسانية التي تصل بين قاعدة اللسان اتصال الثلث الخلفي مع الثلثين الأماميين والمكان الطبيعي للغدة الدرقية هذه القناة تتلاشى والقسم المتصل باللسان يعطي (formen cecum) الثقبة العوراء .

إذا بقيت أجزاء من هذه القناة الدرقية تعطي الكيسة الدرقية اللسانية تتظاهر على شكل كيسة على الخط المتوسط على مستوى العظم اللامي

لا يوجد ناسور خلقي وأي ناسور نراه على هذا المسار هو ناسور محدث نتيجة شق جراحي أو خراج انفتح على الجلد أو نكس بعد عمل جراحي

بالرغم من أن جدار هذه الكيسة لا يحتوي على أنسجة لمفاوية كما هو الحال بالكيسة الغلصمية ولكن هناك نسبة عالية من الانتان المكتسب لهذه الكيسات الدرقية اللسانية التشخيص عادة سهل ولا يحتاج إلا لخبرة الجراح فهناك كيسة أو ناسور على الخط المتوسط في مستوى تحت اللامي في معظم الحالات ، الجدول رقم (5) .

جدول رقم (5): يبين توضع الكيسة الدرقية اللسانية أو الناسور في الكالات المشاهدة في مدينة اللاذقية

فوق العظم اللامي	24 حالة
على مستوى العظم اللامي	18 حالة
تحت العظم اللامي مباشرة	78 حالة

نحن لا نلجأ إلى النظائر المشعة عند الأطفال بالرغم من أن هناك نظائر سليمة نسبيا هذا الموضوع حوله جدل لم يستقر حتى الآن (2و9). هل نجري ومضان للدرق للتأكد من وجود نسيج درقي في مكان الغدة الدرقية الطبيعي أم أن الكتلة الكيسية التي نحن بصدد استئصالها من النسيج الدرقي الوحيد لدى المريض ؟ هل هناك نسيج درقي في قاعدة اللسان ؟

على امتداد هذه الفترة الطويلة كنا نلجأ إلى إجراء فحص بالأمواج الصوتية ultrasound لان الطبيب الشعاعي يستطيع أن يثبت أن الدرق في مكانها الطبيعي وكذلك يؤكد لك الطبيعة الكيسية للكتلة المزمع استئصالها.

أدخلنا تعديل فيما يخص التأكد من وجود الغدة الدرقية في المكان الطبيعي. إذا كان هناك شك بأن الكتلة الكيسية المزمع استئصالها قد تكون في النسيج الدرقي الوحيد نجري ومضان للدرق باستخدام نظائر سليمة عند الأطفال ومشعرنا في ذلك:

1- عدم التمكن من جس الدرق في مكانها الطبيعي

2- إذا كان هناك شك بعدم كفاية النسيج الدرقي من خلال الأمواج الصوتية (ultrasound)

3- إذا كان هناك أي شك بنقص في وظائف الدرق.

المعالجة – الجراحة:

توقيت العمل الجراحي حالما تشخص الحالة ومن الأفضل قبل أن تتنوسر فكما سبق وأكدنا لا يوجد ناسور درقي لساني خلقي دائما مكتسب بانتان أو جراحة غير موفقة.

الجراحة في مراحلها الأولى كانت هناك نسبة عالية جدا من النكس تصل حسب بعض الدراسات إلى (14%) ، (6و9) والجواب على ذلك هو استئصال غير تام ونحن في اللاذقية لا يزال لدينا نسبة عالية من النكس فهناك 42 حالة ناسور بعد عمل جراحي أضف أن هناك أكثر من عمل جراحي على هذه الكيسات لكن هذا الرقم مرتفع لان معظم الحالات محالة من قبل الزملاء.

يعود الفضل في تطوير الطرق الجراحية لاستئصال الكيسة الدرقية اللسانية إلى الجراح (Sistrunk) وذلك من خلال أمرين أساسيين ركز عليهما :

1- التأكد من استئصال قسم من استئصال القناة الدرقية اللسانية بقاعدة اللسان .

2- استئصال جزء من جسم العظم اللامي.

نحن نتبع هذه الإرشادات ولكن مع تعديل حيث نستأصل كامل جسم العظم اللامي وباتباع هذه الطريقة لا يبقى أي قسم عظمي قد يؤدي إلى ارتكاس جسم أجنبي ونكون متأكدين من أن كامل القناة الدرقية اللسانية استؤصلت.

علما أن اغلب الجراحين يلجأون إلى هذا الأسلوب في حال النكس فقط (6) لكن نحن نتبع هذا الأسلوب سواء في الحالات الناكسة أو غير الناكسة.

وكما هو مبين في جدول الإحصائيات للنكس لدينا فهو قليل جدا في الحالات المعالجة للمرة الأولى ، من قبلنا فقط حالة من اصل 50 حالة أي 2% علما أن الأرقام العالمية حاليا في معظم الإحصائيات هي اكبر قليلا من هذه النسبة (3 – 5%) (6و13 و12) والاهم من ذلك أن تطبيق نفس المبدأ على الحالات الناكسة المجراة في مكان أخر وراجعتنا جعل النكس قليل جدا فقط 3 حالات من اصل 57 حالة وهذا أمر مشجع علما أن هناك بعض الحالات كنا فيها ثالث أو رابع جراح كما هو مبين في جدول الدراسة.

موجز العمل الجراحي في الكيسة الدرقية اللسانية أو الناسور الدرقي اللساني:

شق معترض على مستوى تحت الكيسة مباشرة ، تسلخ العضلة القصية الدرقية عن الكيسة والعضلات فوق اللامي تفصل عن العظم اللامي بوساطة مشرط جراحي أو مشرط كهربائي نحن نقوم بفصل العضلات فوق اللامي عن جسم العظم اللامي في الثلث الوحشي منه في الجهتين وبعد ذلك نقوم بفصل جسم اللامي عن القرن الكبير في نقطة تمفصله معه مستخدمين مسلخة توضعي تحت المفصل لحماية العناصر القريبة وبالأخص العصب تحت اللسان وبعد ذلك تصبح الكيسة والعظم اللامي كتلة واحدة نتابع التسليخ في المسافة خلف اللامي على الخط المتوسط حيث نستأصل قسم من العضلات فوق اللامي القسم المتوسط منها إلى أن نصل إلى قاعدة

اللسان حيث الوصول إلى قاعدة اللسان شرط أساسي كذلك استئصال قسم من اتصال الطريق الدرقي اللساني مع قاعدة اللسان .

أنا أجد أن ما نقوم به يمكن تعريفه (تجريف العنق المتوسط المحدود فوق اللامي) حيث نحصل على الكيسة أو الناسور الدرقي اللساني مع كامل العظم اللامي والقسم المرتكز على وسط العظم اللامي من عضلات بعرض يتراوح ما بين 2.5 3.5 سم. وكما أسلفنا الجراح يصل إلى المسافة أمام لسان المزمار من خلال جدار البلعوم الأمامي ويتمكن من جس لسان المزمار وما لم يصل إلى هذا المستوى المطلوب فهو حتما قد ترك أنسجة اغلب الظن ستؤدي إلى النكس.

بعد ذلك نقوم بإجراء خياطة بين العضلات فوق وتحت اللامي. فقط الوصول إلى قاعدة اللسان شرط أساسي وكذلك استئصال قسم من ارتكاز الطريق الدرقي اللساني من خلال الحالات التي عالجناها والإحصائيات التي تبين نسبة متدنية من النكس إن هذه الطريقة جيدة ولكن قد يسال البعض:

1- ما هي الحاجة لاستئصال كامل العظم اللامي ؟

2- ولماذا مسار التسليخ عريض بهذا الشكل علما أن الطريق الدرقي اللساني هو في أسوء الحالات لا يتجاوز 3 – 4 مم عرضا ؟

3 – ولماذا استئصال قسم من ارتكاز الطريق الدرقي اللساني على قاعدة اللسان ؟

الإجابة على هذه التساؤلات كالتالي :

1 – هناك نسبة عالية من الحالات الناكسة تستدعي استئصال جذري كذلك الأمر في الحالات الناكسة هناك اتفاق عام على ضرورة الاستئصال الواسع .

2 – لأن الطريق الدرقي اللساني غير واضح كما يظن البعض وليس بالضرورة على الخط المتوسط لذا لا بد من حافة سليمة لاستئصال.

3 – الوصول إلى قاعدة اللسان أمر ضروري لان بقاء جزء بسيط عند الاتصال مع قاعدة اللسان يؤهب للنكس نحن لدينا حالة ناكسة عند العمل الجراحي الثاني ثم نتمكن من الاستئصال الكامل عند قاعدة اللسان. العمل الجراحي الثالث تم في فرنسا واستؤصل قسم واسع من قاعدة اللسان وشفي المريض لكن بعد ندبه بالعنق .

4 – والاهم من ذلك تدني نسبة النكس في الغدة الدرقية اللسانية 2 % ونسبة النكس في الناسور الدرقي اللساني 5 % علما أن معظم الدراسات تشير إلى نسبة نكس في الناسور الدرقي اللساني بحدود 6% أو أكثر كما هو مسجل في الدراسات في مطلع الثمانينيات [2]، [6]، [9].

الملاحظات المستقاة حول الكيسة الدرقية اللسانية:

* الجراحة المبكرة قبل حدوث الناسور .

* الجراحة يجب أن تشمل القسم المتوسط من العظم اللامي ونحن نفضل كامل جسم العظم اللامي.

* ولا بد من الشارة إلى أن البعض قد يقول انتم تصبحون اقرب للسباتي هذا صحيح ولكن الجراح المخول لاستئصال هذه الكتل الخلقية يجب أن يكون كفء للاقتراب من السباتي وإلا الأفضل له أن يبتعد عن إجراء العملية بالمطلق.
* نحن نستخدم مسلخة توضع تحت المفصل بين جسم اللامي والقرن الكبير ونقوم بفصلهما عن بعضهما بمشرط القسم الحاد موجه للأعلى ونكمل ذلك بالمسلخة.
* الكيسة الدرقية اللسانية تبدو سطحية ولكن مسار الطريق الدرقي اللساني طويل وعميق في العنق وهناك نزف عند قاعدة اللسان يجعل بعض الجراحين يتوقف قبل أن يصل إلى قاعدة اللسان ((استئصال ناقص = نكس حتما)) كما هو الحال في إحدى الحالات الناكسة لدينا.
* المسافة أمام لسان المزمار يجب أن ترى ومن خلالها يرى الجراح لسان المزمار ويجسه ولا ضرر من ذلك وما لم تشاهد فهناك استئصال غير تام لجسم العظم اللامي .
* نحن لم نلحظ إطلاقا أي ضيق نفس بعد العمل الجراحي لكن عند صغار السن نعطي كورتيزون قبل البدء بالعملية تحسبا لأية وذمة في الحنجرة علما أننا لم نشاهدها .
* هناك بعض التقارير عن وجود سرطان حليمي في الكيسة أو المجرى لذا من الضروري أن ترسل محتويات الاستئصال إلى مشرح مرضى (نحن لم نصادف أي حالة ورم خبيث) ولكن نجري الفحص النسيجي بشكل روتيني .

<u>من خلال هذا العرض لبعض حالات كتل العنق الخلقية التي صادفناها في محافظة اللاذقية اخلص إلى القول :</u>

1- النكس يتناسب عكسا مع خبرة الجراح كلما كان مهتما بهذه الحالات كانت نتائجه أفضل تقريبا.
2- نحن بحاجة إلى أخصائيين للعمل في جراحة الرأس والعنق ، نحن بحاجة إلى هكذا اختصاص.
3- مع تكاثر عدد الأطباء ،عدد الحالات المشاهدة أصبح قليلا وبالتالي من أين لجراح مهما كانت مهاراته أن تتطور عندما يجري عمل جراحي واحد كل ستة اشهر مثلا. أنا مثلا لم أتطرق لموضوع الأورام الناشئة على حساب الأوعية لأنني خلال هذه السنين الطويلة عالجت عدد قليل جدا (حالة كل سنتين أو ثلاث سنوات) لذا اعترف بأنني لا املك خبرة في معالجتها وبالتأكيد لن أقوم بمعالجتها حاليا .
4- ما ذكرته سابقا ينطبق على الطبيب في القطر العربي السوري بشكل عام ، كفانا توسع أفقي نحن بحاجة إلى اتساع عامودي محدد وهذا حتما سينعكس بالخير على صحة وسلامة مرضانا.

المراجع:

.....

1- Agaton-Bonilla FC Gay – Escoda C: Diagnosis and treatrment of branchial cleft cysts and fisulac A retrospective study of 183 patients Int j Oral Maxillofac Surg 25: 449 –452 ,1996
2 - Audroulakis M, Jolmson JT, Wagner RL: Thyrogiossal duct and second branchial cleft anomalies in adults .Ear Nose Throt j 69: 318- 322,1990.
3- Belenky WM, Media JE: Fiast branchial cleft anomalies Laryngoscope 90: 28 – 39 ,1980.
4- Bellucci RJ: Congental aural malformations: Diagosis and trcauncnt Otolaryngol Clin North Am 14: 95 – 124 ,1981 .
5- Bhaskar SN, Bernier JL: Histogenesis of branchial cysts: A report of 468 cases. Am J Pathol 35: 407 – 414 ,1959.
6- Blackwell KE, Calcaterra TC: Functional neck dissection for Neck Surg 120: 417 –421, 1994 .
7- Chandler JR Mitchell B: Branchial eleft cysts ,sinuses ,and fisulas. Otolarynol Clin North Am 14: 175 – 186 ,1981 .
8- Choi SS, Zalzal GH: Branchial anomalies: A review of 52 cases. Laryngoscope 105: 909 –913, 1995 .
9- Deane SA, Telander RL: Surgery for thyroglossal duct branchial cleft anomalies. Am J Surg 136: 348-353, 1978?
10- O' Mara W, Amedee RG: Anomalies of the branchial apparatus. j La State Med Soc 150 :560-573, 1998 .
11- Poswillo D: The pathogenesis if the first and second branchial arch syndrome. Oral Surg 35: 302-328, 1973.
12- Urken m:advavces in head and neck surgry .laryngoscope 2003 .113. 1473-6
13- Tedl TEWFIK cogenital malformations of the neck, reviow, may20002, http, //medicine. com.