النقائل العقدية تحت السريرية للسرطانة شائكة الخلايا في الحنجرة T3.T4 لدى المرضى المشععين وغير المشععين في مشفى المواساة الجامعي

حسين علي الزامل*

الملخص

خلفية البحث وهدفه: إن سرطانات الحنجرة المتقدمة T3-T4 تملك نسبة عالية لحدوث نقائل للعقد اللمفاوية في العنق. ولكن عندما لا تُجس ضخامة عقد لمفاوية في العنق بالفحص السريري لدى المرضى غير المشععين أو الناكسين على الأشعة فإنَّ نسبة وجود نقائل تحت سريرية للعقد اللمفاوية في العنق غير محدد تماماً. وهناك خلاف في علاج هؤلاء المرضى.

معرفة نسبة حدوث النقائل العقدية تحت السريرية في العنق لدى مرضى سرطان الحنجرة T3-T4مع فحص عنق سلبي العقد سريرياً، المجرى لهم تجريف عنق وظيفي مع استئصال حنجرة. ومعرفة نسبة النقائل تحت السريرية لعقد العنق لدى هؤلاء المرضى الذين أخفقت لديهم المعالجة الشعاعية .وهل هناك فوائد للطبقي المحوري لدى هؤلاء المرضى؟. من ثَمَّ رسم خطة العلاج المناسبة.

مواد البحث وطرائقه: أجريت دراسة استباقية على 48 مريضاً بين 1\1\2010 و1\1\2012 أجري لهم استئصال حنجرة تام وتجريف عنق وظيفي في مشفى المواساة بسبب سرطان حنجرة متقدم مع فحص عنق سلبي العقد سريرياً، وأرسلت عينة التجريف إلى التشريح المرضي.

النتائج: كانت نسبة إصابة الرجال إلى النساء بسرطان الحنجرة 9\1، ومتوسط عمر المرضى 62 سنة (47-92 سنة). كانت نسبة النقائل تحت السريرية بحسب حجم الورم كالأتي: T3 4 من 27 مريضاً أي 14.82% و T4 6 من 21 مريضاً أي 28.6 %، وتبعاً للمرضى المعالجين شعاعياً سابقاً كانت نسبة النقائل تحت السريرية كالأتي: المعالجون شعاعياً سابقاً كانت 5 من 27 مريضاً أي 18%، وغير المعالجين شعاعياً 5 من 21 مريضاً أي 24 %. كانت نسبة إيجابية العقد على صورة الطبقي المحوري للعنق 6 من 10 أي 37% للمرضى غير المعالجين شعاعياً، وكانت نسبة النقائل العقدية تحت السريرية لهؤلاء المرضى 3 من 16 مريضاً أي 18.75%، وكانت نسبة إيجابية العقد على الطبقي المحوري للعنق 7 من 7 مرضى للمعالجين شعاعياً، وكانت نسبة النقائل تحت السريرية 5 من 7 مرضى أي71.44%.

الاستنتاج: تظهر النقائل تحت السريرية للعنق في مرضى سرطان الحنجرة T3 بنسبة 14.82%، ولدى T4بنسبة 28.6%. إن للأشعة تأثيراً ولكنه قليل في تخفيض نسبة النقائل تحت السريرية لهؤلاء المرضى.

إن علاج هؤلاء المرضى الذين أخفقت لديهم المعالجة الشعاعية إذا ظهر عقد في العنق على التصوير الطبقي المحوري هو استئصال حنجرة تام مع تجريف عنق وظيفي. ويجرى استئصال حنجرة تام مع تجريف عنق وظيفي وقائي لدى المرضى كلّهم غير المعالجين شعاعياً لوجود نسبة لا بأس بها من النقائل تحت السريرية للعقد.

كلمات مفتاحية: سرطان الحنجرة، استئصال الحنجرة، تجريف العنق،فحص عقد العنق السلبي.

* مدرس - كلية الطب البشري- جامعة دمشق.

Subclinical Lymph Nodes Metastasis in Laryngeal (T3,T4) SCC for Irradiation and None Irradiation Patients in Al Moassat University Hospital

Hussein Ali Alzamel*

Abstract

Background& Objective: Late – Stage Laryngeal Carcinoma (T3-T4) Has A High Incidence Of Cervical Metastasis . The Incidence Of Subclinical Metastasis Is Not Well Described In None Irradiation And Irradiation Patients Initially Clinically T3,T4) With Negative Nodes Of The Neck ,And The Treatment Of These Patients Is Contraversal.

Identify The Incidence Of Subclinical Metastatic Disease In (T3,T4)) With Negative Nodes Of The Neck Undergoing Functional Neck Dissections With Laryngectomy. And Identify The Incidence Of Subclinical Metastatic Disease In Those Patients Who Faild Radiotherapy. Are There Any Benefits Of Cts In Those Patients? .And What Is The Most Aproprait Therapy?.

Materials & Methods: 48 (T3,T4)) With Negative Nodes Of The Neck Patients Underwent Laryngectomy With Neck Dissection In Al Mowasat Hospital Between 1/1/2010-1/1/2012 . .Pathologic Study Of The Neck Dissection Specimens As Undertaken.

Results: The Male To Female Ratio Was 9/1, With A Mean Age Of 62 Years (Range ,47 To 92 Years). ,Presence Of Subclinical Metastatic Disease In The Neck According To Stage Was As Follows : T3; 4 Out Of 27 (14.82 %), T4; 6 Out Of 21(28.6 %). And According To Radiation Was 5 Out Of 27 (18 %), None Radiation Patients 5 Outof 21 (24 %). The Incidence Of Positive Node On Cts Was 6 Out Of 10(37 %) In None Radiatin Patients , Subclinical Metastasis Was 3 Out Of 16 (18.75 %) . The Incidence Of Positive Node On Cts Was 7 Out 0f 7 In Radiation Patients , Subclinical Metastasis Was 5 Out Of 7 (71.44 %).

Conclusions: Subclinical Cervical Metastasis Present In T3,T4 With Negative Nodes Of The Neck Laryngeal Scc Patients Consequantly, (14.82 %-28.6%). Radiation Has Small Affect On The Incedanse Subclinical Cervical Metastasis To Be Less.The Aproprait Therapy Of Patients Who Failed Radiotherapy And There Is Node On Cts .The Functional Neck Dissection Should Be Done..

The Apropriat Therapy Of Those Patients Is Laryngectomy With Functional Neck Dissection Because There Are Subclinical Cervical Metastasis,

Keywords: Laryngeal Cancer, Laryngectomy, Neck Dissection,N0 Neck.

* Lecturer and consultant ENT surgeon ,faculty of medicine, Damascus university.

هدف الدراسة وأهميته:

معرفة نسبة حدوث نقائل العنق العقدية تحت السريرية في فحص عقد العنق السلبي، في سرطان الحنجرة **scc** المتقدم T3.T4 لدى مرضى إخفاق علاج سرطان الحنجرة بالأشعة والمرضى غير المشععين. من ثَمَّ رسم خطة تدبير العنق في سرطانات الحنجرة المتقدمة لدى كلتا المجموعتين. وهل للطبقي المحوري أهمية في معرفة توقع نسبة النقائل تحت السريرية ؟

مقدمة:

يشكل سرطان الحنجرة ما نسبته 1% تقريباً من مجمل السرطانات الجديدة المشخصة. أغلب سرطانات الحنجرة هي من النوع شائك الخلايا SCC (أكثر من 90%)، وتقع ذروة الحدوث في العقد السادس والسابع من العمر [1،2،3،4].

يعدُّ سرطان الحنجرة مرض الرجال إذْ تكون نسبة الذكور إلى الإناث (1|5). يسجل حديثاً هبوط صغير ولكن مهم في حدوث هذا السرطان خاصة عند الرجال[1،2] وعلى الرغم من أن SCC أكثر سرطانات الحنجرة شيوعاً إلا أنّ أنماط الخلايا الموجودة جميعها ضمن الحنجرة يمكنها أن تعطي خباثات، ومن ضمنها السرطانة الغدية وأورام الغدد اللعابية الصغيرة والسرطانة غير المتمايزة. [2،3،9]

تعدُّ التأثيرات المطفرة للتبغ، خاصة عند تدخين السجائر، أهم العوامل المسببة لسرطان الحنجرة إذْ إنَّ هناك علاقة خطية بين عدد السجائر المدخنة من جهة وخطر تشكل SCC في الحنجرة من جهة أخرى. تترافق أنواع تناول الكحول جميعها مع زيادة نسبية بالخطورة تبلع (2.2) ضعفاً مقارنة بالذين لا يتناولون الكحول ومع استعداد خاص لحدوث سرطانات فوق المزمار في هذه الحالة (تناول الكحول). يزيد ترافق التدخين مع فرط تناول الكحول عند المريض نفسه من خطر حدوث السرطان بنسبة 50% فوق المعدلات التجميعية المتوقعة، وقد أمكن أيضاً تحديد التأثيرات المسرطنة للعديد من العوامل البيئية (غير التدخين والكحول) مثل التشعيع والـ asbestos وغبار الخشب وغاز الخردل ومنتجات المصافي. [1،2،3،4،5]

توضع مرحلة الورم بعد تمام الدراسة السريرية والإشعاعية اعتماداً على معايير الـ UICC أو الـ AJCC (الجمعية الأمريكية للسرطان). [9،11،7]

تميل سرطانات فوق المزمار للانتشار إلى الجانبين باتجاه المنطقتين II و III من العنق، ويعود ذلك إلى غزارة التروية اللمفاوية التي تنزح من خلال الغشاء الدرقي اللامي وعبر الأوعية الدرقية العلوية. تبلغ نسبة خطورة حدوث نقائل خفية أو تحت سريرية أو فعلية من سرطانات فوق المزمار 20، 40، 60، 80 % بما يقابل المراحل T1 T2 T3 T4 بالترتيب. [1،8،12،13]

تخلو منطقة المزمار عملياً من الأوعية اللمفاوية،ومن ثَمَّ تحدث النقائل العقدية بنسبة أقل من 8 % من المرضى المصابين بسرطانات مراحلها T1 , T2 في منطقة المزمار، في حين تصاب العقد بنسبة 20 إلى 40 % في المراحل الأكثر تقدماً. يسهل انغراس العضلة الصوتية في الغضروف الدرقي (تدعى هذه المنطقة برباط Broyl) غزو الورم للغضروف في هذه المنطقة .[11]

تقيم وجود نقائل عقدية للعنق بالفحص السريري وباستخدام الـ CT أو الـ MRI؛ علماً أن الـ MRI أكثر حساسية في تحديد غزو الغضروف من الـCT، تساعد دراسة الخلايا المأخوذة برشافة الإبرة الرفيعة على تقييم النقائل الناحية المشكوك بها. [2،3،4،6،9]

كانت المعالجة الشعاعية خياراً شائعاً لعلاج أورام الحنجرة في النصف الأول من القرن العشرين، وبعد أن تحسنت طرق التخدير والجراحة والتعرف إلى محدوديات العلاج الشعاعي احتلت الجراحة مكانة مرموقة في النصف الثاني من القرن العشرين. أمَّا في العقدين الماضيين فقد كان التركيز على الجراحة المحافظة على العضو.

أصبح العلاج المتزامن الكيماوي والشعاعي للأورام متوسطة ومتقدمة المرحلة خياراً مقبولاً عند المرضى غير المناسبين للجراحة المحافظة أو الجذرية [11،15]

على أي حال يبقى استئصال الحنجرة التام الخيار الأولي المناسب للعلاج عند العديد من المرضى.[2،3،4]

مع تجريف عنق ومعالجة شعاعية وكيميائية، وذلك بحسب استطباب كل حالة.

وقد بقي علاج العنق سلبي العقد سريرياً موضوعاً خلافياً في سرطانات الحنجرة المتقدمة بين المراقبة أو العلاج الشعاعي للعنق أو تجريف العنق.

تصميم الدراسة:

أجريت دراسة استباقية في مشفى المواساة الجامعي على مرضى لديهم سرطان حنجرة متقدم T4-T3 (مرضى غير معالجين بالأشعة ومرضى إخفاق المعالجة الشعاعية) مع عدم وجود ضخامات عقدية بفحص العنق السريري فقط، وقد جرى الفحص من قبلي مع ملاحظة أنّه تم تمييز T على الفحص السريري لمعرفة مدى دقة الفحص السريري، ويجري تأكيد ذلك بالفتح الجراحي في أثناء استئصال الحنجرة وعلى ونتيجة التشريح المرضي للحنجرة المستأصلة.

وأجريت الدراسة من تاريخ 1\1\2010 حتى تاريخ 1\1\2012 .أجري للمرضى جميعها استئصال حنجرة تام مع تجريف وظيفي وحيد أو ثنائي الجانب بحسب جهة الورم، ودرست عينة التجريف لمعرفة وجود نقائل تحت سريرية وأجري لعدد منهم تصوير طبقي محوري للمقارنة و لمعرفة فائدة الطبقي المحوري في كشف النقائل تحت السريرية في هؤلاء المرضى ولتقرير خطة العلاج اللاحق .

الطرائق:

أجري استئصال حنجرة تام مع تجريف عنق وظيفي ل 49 مريضاً لديهم سرطان حنجرة متقدم T4- T3 مع فحص عنق سلبي، واستبعد مريض واحد لإصابته بسرطانSPINDLE CELL CARCINOMA فبقي 48 مريضاً وأخذت النتائج النسيجية لتجريف العنق، وقسم المرضى بحسب تصنيف T3 أو T4 وللمرضى غير المعالجين شعاعياً والمعالجين شعاعياً، وأجري تصوير طبقي محوري ل 23 مريضاً من هؤلاء المرضى (16 مريضاً غير مشعع و7 مرضى مشععون) لمعرفة هل للطبقي المحوري أهمية في معرفة توقع نسبة النقائل تحت السريرية .ومن ثم جمعت النتائج ودرست.

النتائج:

درست نسبة إصابة الذكور والإناث بسرطان الحنجرة ويظهر ذلك في الجدول (1):

الجدول (1) نسبة إصابة الذكور والإناث بسرطان الحنجرة

الجنس	إناث	ذكور
العدد	5	43
النسبة	%10.4	%89.6

وبدراسة أعمار المرضى التي راوحت بين عمر 47و 92 سنة ومتوسط الأعمار 62 سنة

وكان السرطان الشائع هو السرطانة شائكة الخلايا ففي 48 حالة كانت سرطانة شائكة الخلايا SCC وحالة واحدة فقط SPINDEL CELL CARCINOMA أي بنسبة 98%

ولدى دراسة نسبة النقائل تحت السريرية بحسب T كانت النتائج كالأتي الجدول (2):

الجدول (2) نسبة النقائل تحت السريرية للعنق بحسب T3وT4

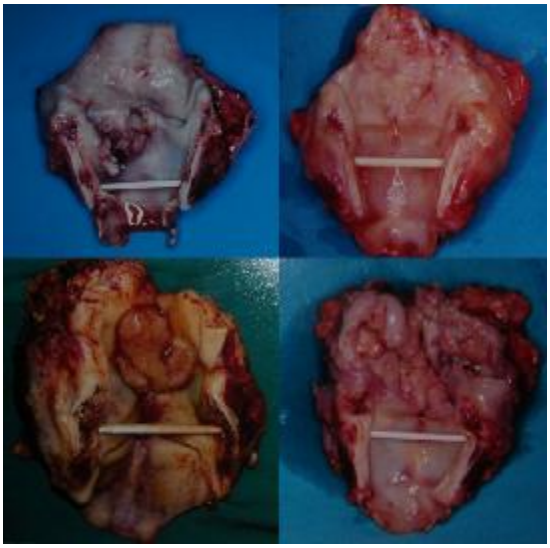
النمط	T3		T4	
العدد	لا نقائل	نقائل	لا نقائل	نقائل
	23	4	15	6
النسبة	%85.18	%14.82	%71.4	%28.6

وبشكل عام كانت نسبة النقائل تحت السريرية لسرطان الحنجرة المتقدم كما في الجدول (3)

الجدول (3) نسبة النقائل تحت السريرية للعنق في T3وT معاً

النمط	(T3-T4)	
	نقائل	لا نقائل
العدد	10	38
النسبة	%20.8	%79.2

يبدي الشكل (1) سرطان شائك الخلايا لدى أربع حناجر مستأصلة.



الشكل (1)

وبدراسة نسبة النقائل تحت السريرية لدى المرضى المعالجين شعاعياً وغير المعالجين شعاعياً وجدت النتائج الآتية:

27مشععاً 21 غير مشعع، وكانت نسبة النقائل تحت السريرية كما هي في الجدول (4) الآتي:

الجدول (4) نسبة النقائل تحت السريرية للعنق لدى المرضى المشععين وغير المشععين

النمط	المرضى المشععون		المرضى غير المشععين	
العدد	لا نقائل	نقائل	لا نقائل	نقائل
	22	5	16	5
النسبة	%82	%18	76	%24

ولمعرفة فائدة الطبقي المحوري في اكتشاف ضخامات عقد لمفاوية غير سريرية في العنق كانت النتائج كما هي في الجدول (5) إذْ أجري ل 23 مريضاً تصوير طبقي محوري قبل الجراحة:

الجدول (5) فائدة الطبقي المحوري في كشف النقائل تحت السريرية للعنق لدى المرضى المشععين وغير المشععين

مرضى المجموعة N0 (وعددها 23 مريض)		طبقي محوري للعنق		نتيجة تجريف العنق	
		سلبي-	إيجابي+	لا نقائل -	نقائل +
غير مشعع	عدد	10	6	13	3
	نسبة مئوية	%62.5	%37.5	%81.25	%18.75
مشعع	عدد	0	7	2	5
	نسبة مئوية	%0	%100	%28.56	%71.44
قيمة P		0.003500		0.01374	

المناقشة:

لوحظ من الجدول (1) أنَّ نسبة إصابة الرجال بسرطان الحنجرة اكبر من نسبة إصابة النساء، إذْ بلغت نسبة إصابة الرجال 89.6 % والنساء 10.4%، وهي نسبة أعلى من الدراسات العالمية التي هي 5\1 [1،2] ويفسر ذلك بشيوع عادة التدخين لدى الرجال عنها لدى النساء في سورية.

وبدراسة أعمار المرضى التي راوحت بين عمر 47و 92 سنة ومتوسط الأعمار 62 سنة، وهي مشابهة كذلك للدراسات العالمية إذْ تشيع الإصابة بسرطان الحنجرة في الأعمار المتقدمة [16]. رغم أنّه قد يصيب الشباب بشكل نادر.

وكذلك لوحظ أن السرطانة شائكة الخلايا SCC هو الشكل الشائع في سرطانات الحنجرة إذْ شكل ما نسبته 98%، وهي نسبة واقعية ومتطابقة مع الدراسات العالمية [1،2]. وعلى الرغم من أن SCC أكثر سرطانات الحنجرة شيوعاً إلاَّ أنَّ أنماط الخلايا الموجودة ضمن الحنجرة جميعها يمكنها أن تعطي خباثات ومن ضمنها السرطانة الغدية وأورام الغدد اللعابية الصغيرة والسرطانة غير المتمايزة. [2،3،9]

ولدى دراسة نسبة النقائل تحت السريرية في فحص العنق السلبي سريرياً، وذلك تبعاً ولحجم الورمT بالمراحل المتقدمة أي T3-T4، وجرى التصنيف بحسب الفحص السريري، وتم تأكيد التصنيف بفتح الحنجرة في أثناء

العمل الجراحي وتبعاً للفحص النسيجي لعينة الحنجرة المستأصلة. والملاحظ في الجدول (2)، إذْ وجد أن نسبة النقائل تحت السريرية في المراحل المتقدمة من سرطان الحنجرة كانت نسبتها في T3هي 14.82 % وفي T4 هي 28.6 %، وهذا منطقي أن تكون هناك نقائل للعنق وحتى وان كان فحص العنق سلبياً في المراحل المتقدمة من سرطان الحنجرة وتزداد بازدياد المرحلة فكانت نسبة ظهور النقائل تحت السريرية في T4 أكبر منها في T3.

وبشكل عام كانت نسبة النقائل تحت السريرية لسرطان الحنجرة المتقدم 10 مرضى من أصل 48 مريضاً، أي بنسبة 20.8%، وهذا ما هو ملاحظ في الجدول (3) أي إنَّ هناك نسبة كبيرة لوجود نقائل خفية للعقد اللمفاوية في العنق في المراحل المتقدمة من سرطان الحنجرة رغم الفحص السريري السلبي للعنق.

ولمعرفة هل للمعالجة الشعاعية تأثير في نسبة النقائل تحت السريرية للعنق في المراحل المتقدمة من سرطان الحنجرة:

درست نسبة النقائل تحت السريرية لدى المرضى المعالجين شعاعياً وغير المعالجين شعاعياً في سرطان الحنجرة المتقدم T3-T4 الذين كان فحص العنق لديهم سلبياً، أي لا تجس لديهم ضخامة عقد لمفاوية بالعنق والذين بقوا كذلك بعد المعالجة الشعاعية، وذلك لتبيان هل للمعالجة الشعاعية أثر في نسبة النقائل تحت السريرية لدى هؤلاء المرضى الملاحظ في الجدول (4)، فوجد أن نسبة النقائل تحت السريرية لدى المرضى المعالجين شعاعياً هي 18%، ولدى المرضى غير المعالجين شعاعياً 24%، وقد يدلُّ ذلك على فائدة خفيفة للأشعة بتقليل نسبة النقائل تحت السريرية، ولكن مع أخذ العلم باختلاطات المعالجة الشعاعية.

ولمعرفة هل توجد طريقة لمعرفة توقع وجود النقائل تحت السريرية لدى هؤلاء المرضى قبل الجراحة؟

وللإجابة عن هذا السؤال أجري تصوير طبقي محوري لمجموعة من المرضى المعالجين شعاعياً وغير المعالجين شعاعياً. رغم أنَّه الأجدى أن يجرى تصوير طبقي محوري لكل المرضى، ولكن قسمت العينة إلى مجموعتين لمقارنة فائدة التصوير الطبقي المحوري وأخذ النتيجة، لمعرفة هل يوجد فرق إحصائي من ذلك أم لا؟ أي هل يفيد التصوير الطبقي المحوري بتوقع النقائل تحت السريرية ؟ .

وذلك لرسم خطة لمعالجة هؤلاء المرضى، وهو من أهداف إجراء هذه الدراسة.

وبالاطلاع على الجدول (5) إذْ أجري التصوير الطبقي المحوري ل 23 مريض سرطان حنجرة T3-T4 16 مريضاً غير معالجين شعاعياً و7 مرضى معالجين شعاعياً، وقد وجدت ضخامة عقد لمفاوية في العنق على الطبقي المحوري لدى 6 مرضى من أصل 16 مريضاً غير معالجين شعاعياً، ووجد ضخامة عقد لمفاوية لدى المرضى المشععين جميعهم على التصوير الطبقي المحوري وهم الذين أجري لهم تصوير طبقي محوري (7 من 27 مريضاً أخفقت لديهم المعالجة الشعاعية في شفاء سرطان الحنجرة الجدول (4).

أي ليس كل المرضى المدروسين أجري لهم تصوير طبقي محوري، وإن المرضى المشععين جميعهم الذين أجري لهم تصوير طبقي محوري وجدت لديهم ضخامة عقد لمفاوية، ولكن ليس كل المرضى المشععين أجري لهم تصوير طبقي محوري، من ثَمَّ لا يعني ذلك أن المرضى المشععين جميعهم لديهم ضخامة عقد لمفاوية على التصوير الطبقي المحوري.

ولمعرفة هل ضخامة العقد التي ظهرت لدى هؤلاء المرضى على الطبقي المحوري هي نقائل تحت سريرية أم لا، أخذت نتيجة التشريح المرضي لتجريف العنق فوجدت النتائج الواضحة في الجدول (5).

فكانت حصيلة التجريف إيجابية أي وجدت نقائل تحت سريرية أو نقائل خفية في مجموعة المشععين بنسبة 71.44% (وجد لدى 5 من أصل 7 مرضى إيجابي العقد اللمفاوية على الطبقي المحوري) وكانت سلبية عند غير المشععين أي لا توجد نقائل تحت سريرية في 81.25% (13من 16 مريضاً) أي نسبة الإيجابية عند غير المشععين كانت 18,75 % (أي كانت نسبة النقائل للعقد الموجودة على الطبقي المحوري لدى غير المشععين 3 مرضى من أصل 16 من المرضى).

ولدى المقارنة بين الجدول (4) والجدول (5)نجد أن هناك 5 مرضى من المرضى المعالجين شعاعياً الذين عددهم 27 لديهم نقائل تحت سريرية، وهم أنفسهم الذين أجري لهم تصوير طبقي محوري مصادفة من أصل 7 مرضى ووجدت لديهم ضخامة عقد لمفاوية على الطبقي المحوري، كما هو ملاحظ في الجدول (5).

وهذا يعني:

أنَّه يبدو من الثابت إحصائياً وجود موجودات على صورة الطبقي المحوري عند مجموعة المرضى المشععين مع فحص عنق سلبي العقد توحي بنسبة عالية للنقائل تحت السريرية، أي إنَّ هناك أهمية كبيرة للتصوير الطبقي المحوري في توقع النقائل تحت السريرية، أي إنَّه إذا وجدت ضخامة عقد لمفاوية بالتصوير الطبقي المحوري للعنق لدى المرضى المشععين يكون لديهم احتمال النقائل تحت السريرية أو النقائل الخفية كبيراً لدى مرضى سرطان الحنجرة المتقدم.

من ثَمَّ يجب إجراء تصوير طبقي محوري للعنق للمرضى جميعهم فإذا وجدت دلائل على ضخامات عقد لمفاوية بالعنق لدى المرضى الذين فشلت لديهم المعالجة الشعاعية، هنا يجب إجراء تجريف عنق وقائي بسبب النسبة العالية لاحتمال النقائل تحت السريرية وإلاَّ تجرى فقط استئصال الحنجرة مع المراقبة، أمَّا للمرضى غير المشععين فيجرى استئصال حنجرة تام مع تجريف عنق وظيفي وقائي للمرضى جميعهم لوجود نسبة لا بأس بها من النقائل تحت السريرية لدى مرضى سرطان الحنجرة المتقدم رغم سلبية الفحص السريري للعنق.

وبشكل عام إن مجموع حالات فحص العنق سلبي العقد التي تكون فيه حصيلة التجريف إيجابية هو 8 من 23 مريض أي بنسبة 34.7% كما يبدو في الجدول (5)، وهذا الرقم يعبّر عن النقائل الخفية في سرطان الحنجرة المتقدم T3-T4.

الاستنتاج:

نلاحظ من هذه الدراسة وجود نقائل تحت سريرية للعنق في سرطان الحنجرة شائك الخلايا المتقدم T3-T4 فكانت النسبة تبعا لحجم الورم إذْ شكلت 14.8 % في T3 و 28.6 % في T4 . ولوحظ أن هناك فائدة قليلة للأشعة في تقليل نسبة النقائل تحت السريرية للعنق في سرطان الحنجرة المتقدم إذْ شكلت 18 % للمرضى المعالجين شعاعياً، و24 % لدى المرضى غير المعالجين شعاعياً.

ولوحظ أن للتصوير الطبقي المحوري أهمية في تقصي العنق لكشف عقد غير مجسوسة سريرياً وقد توحي بنقائل تحت سريرية خاصة لدى المعالجين شعاعياً، لذلك يجب إجراء تصوير طبقي محوري للعنق لهؤلاء المرضى جميعهم.

إن علاج هؤلاء المرضى الذين أخفقت لديهم المعالجة الشعاعية إذا ظهرت عقد في العنق على التصوير الطبقي المحوري هو استئصال حنجرة تام مع تجريف عنق وظيفي. و يجرى استئصال حنجرة تام مع تجريف عنق وظيفي وقائي لدى المرضى غير المعالجين شعاعياً كلّهم لوجود نسبة لا بأس بها من النقائل تحت السريرية للعقد الرقيبة.

References

1. Essential,K.J.Lee, Cancer of larynx. In: Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 9th edition , McGraw-Hill Companies ; USA, 2010 ,;27(596) .
2. Naumann. Cancer of larynx . In: Ear,Nose,and Throat Diseases,thieme; USA,2009; 474-528.
3. Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA,et,eds. Neck Dissection ,In Otolaryngology- Head and Neck Surgery ,Vol3,5thedition . st.louis,Mosby,UK,, 2011 ;1232.
4. Scott-Brown's ,Tumors of the larynx. In: Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery vol 5, 7th edition, Hodder Arnold.UK , 2008.; 1-42.
5. Bailey, Byron J: neck dissection.In: Head and Neck Surgery-Otolaryngology, 3th edition. Lippincott-Raven, Philadelphia-New York, 2001, 1345-1366.
6. Bruce J. Anne S ,laryngeal cancer, In: ENT Secrets ,mosby,UK,2011;227.
7. John M. Lore, Jr.AN, the neck .In: Atlas of Head and Neck Surgery,4th edition. Elsevier Saunders;USA 2005 ;645-650.
8. Paul Q Montgomery, neck dissection .In: Principles and Practice of Head and Neck Surgery and Oncology, Second edition,mosby,UK, 2009.;312.
9. American Joint Committee on Cancer ,World Health Organization Classification of Tumors.In: Pathology and Genetics of Head and Neck Tumors ,AJCC,Chicago, 2005;534 .
10. Javier Gavila´n, laryngeal carcinoma.In: Functional and Selective Neck Dissection, Thieme, 2002;423-432.
11. Marshall R. Posner,neck dissection. In: Options in the Treatment of Head and Neck Cancer,mosby,UK , 2006; 576.
12. Robbins KT, Clayman G, Levine PA, et al: Neck dissection classification update:revisions proposed by the American Head and Neck Society and the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2002; 128:751-758.
13. Robbins KT, Shaha AR, Medina JE, et al: Consensus statement on the classification and terminology of neck dissection. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2008; 134:536-538.
14. Dias FL, Lima RA, Manfro G, Barbosa MM, Salviano S, Rocha RM, et al. Management of the N0 neck in moderately advanced squamous carcinoma of the larynx.In: Otolaryngol Head Neck Surg. Jul/2009;141:59-65
15. Coskun HH, Erisen L, Basut O: Selective neck dissection for clinically N0 neck in laryngeal cancer: is dissection of level IIb necessary?. Otolaryngol Head Neck Surg 2004; 131:655-659.
16. Hu G, Zhong S, Xiao Q, Li Z, Hong S. Radiolocalization of sentinel lymph nodes in clinically N0 laryngeal and hypopharyngeal cancers., Ann Otol Rhinol Laryngol. May 2011;120(5):345-50.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2012/1/29.
تاريخ قبوله للنشر 2012/9/2.