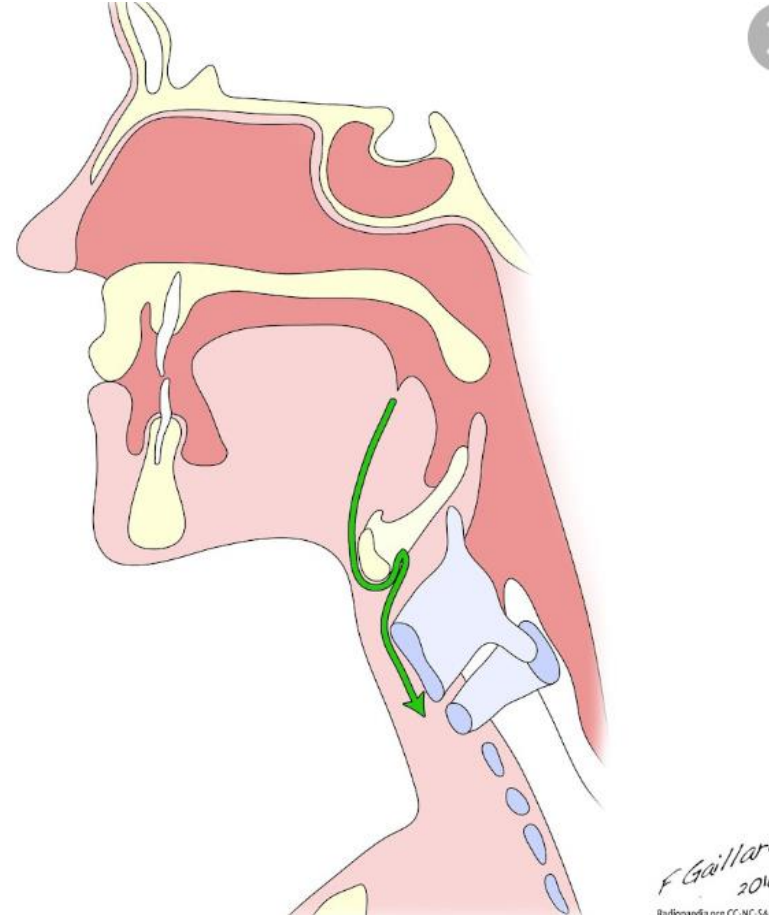


المقررات التي تدرّسها الأستاذة الدكتورة
أريج يعقوب العساف لطلاب السنة الرابعة

الغدة الدرقية

أ.د. أريج يعقوب العساف

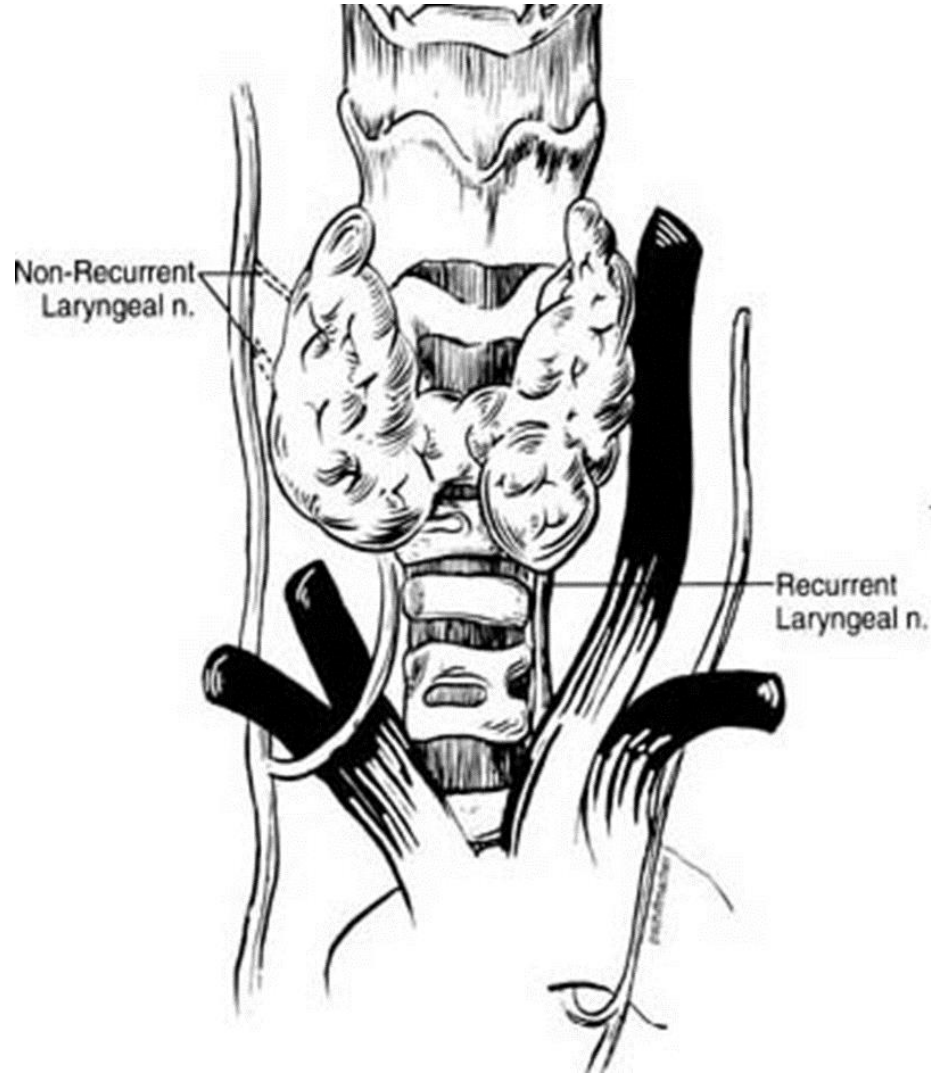
منشأ الغدة الدرقية:



تشريح الغدة الدرقية:

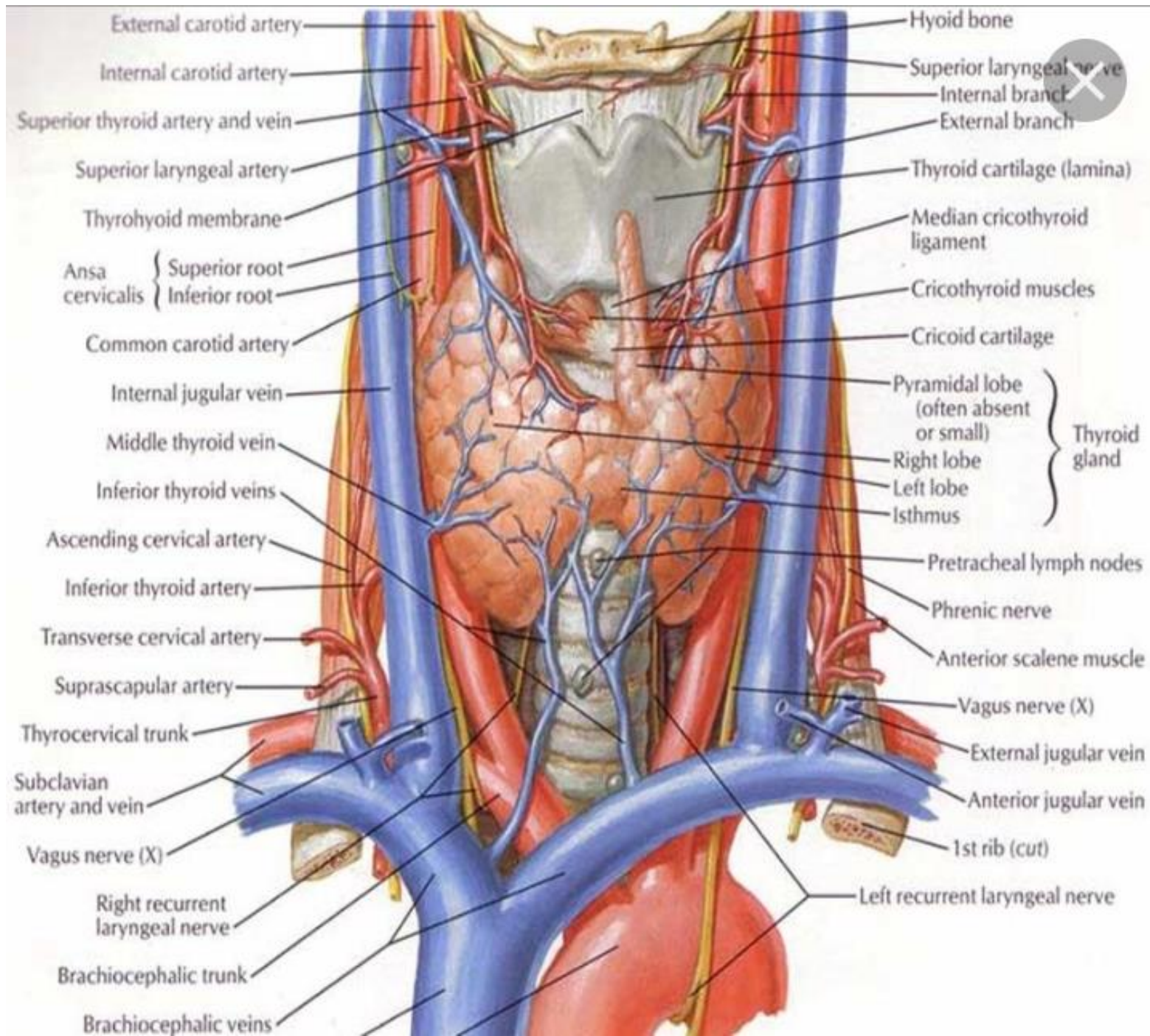
- إن الغدة الدرقية تتشكل من فصين درقيين يمتد كل منهما من جانب الغضروف الدرقي إلى الحلقة الرغامية السادسة، يتصلان معاً بالبرزخ الدرقي الذي يغطي الحلقات الرغامية من الثانية إلى الرابعة.
- - تُغلف الغدة باللفافة أمام الرغامى لذا ترتفع نحو الأعلى مع ارتفاع الحنجرة والرغامى خلال البلع.
- - وتغطي بالعضلات الشريطية ثم بالقترائية.
- - إن النسيج الدرقي غزير التوعية لذا تعد جراحة الدرق ورضوضها من الجراحات النازفة.

العصبان الحنجريان الراجعان:



تروية الدرق:

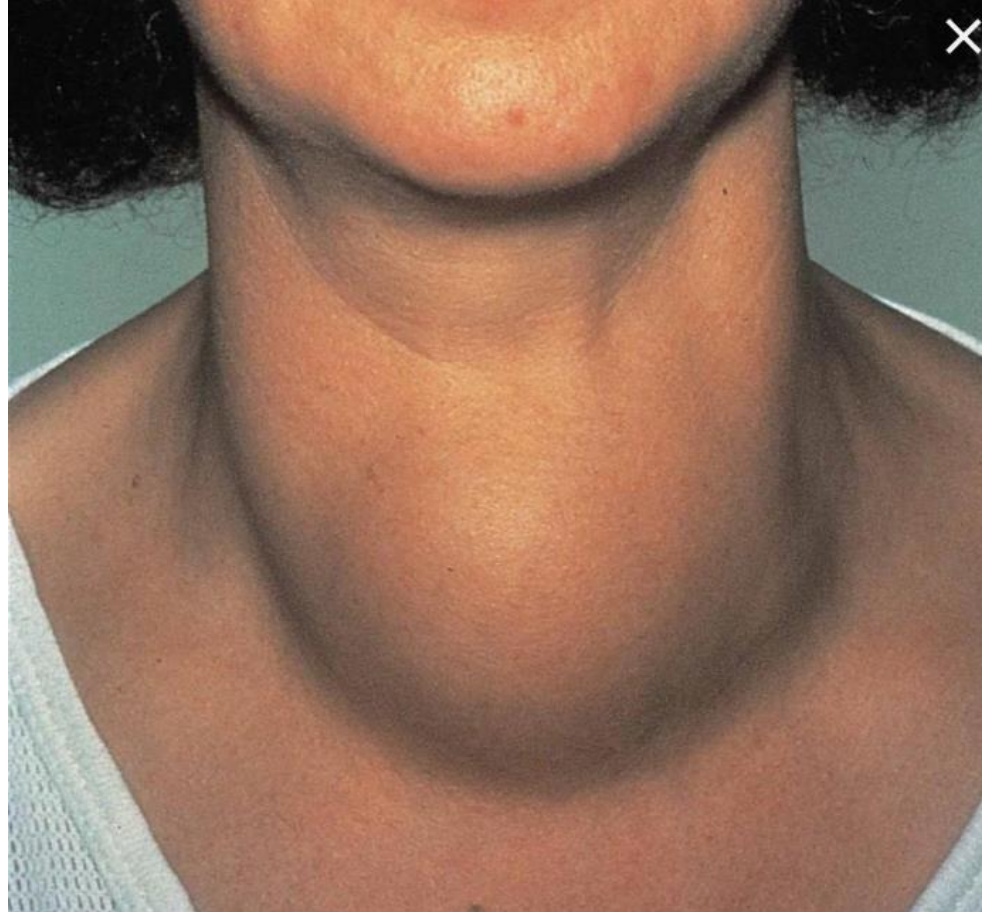
- من الشريان الدرقى العلوي وهو فرع من السباتي الظاهر
- من الشريان الدرقى السفلي وهو فرع من الجذع الدرقى الرقبى.



السلعة الدرقية:

- السلعة هي أي ضخامة في الغدة الدرقية
- قد تكون سلعة بسيطة ناتجة عن عوز اليود
- وقد تكون فيزيولوجية كما هي السلعة التي تتطور خلال الحمل
- أو مرضية كما في داء غريف (أضداد مشابهة لهرمون TSH مما يؤدي إلى فرط تحريض للغدة).

سلعة درقية



الضخامة العقدية للدرق:

- تكون الغدة متضخمة مع وجود عقد عديدة فيها.
- العقدة الوحيدة مثيرة للشبهة بخباثة أكثر من الدرق عديدة العقد.
- تتشكل العقد الدرقية نتيجة عوز الهرمون الدرقي وفرط إفراز TSH الذي يؤدي إلى فرط تصنع الغدة.
- تنتج السلعة المعقدة عن عوز اليود في الغذاء لفترات طويلة.
- يستطب استئصال الغدة لغايات تجميلية وعند الشك بالخبائثة وللتخفيف من الأعراض الانضغاطية.

سلعة درقية عديدة العقد مستأصلة:



أورام الغدة الدرقية:

- - إن الأشخاص القاطنين في مناطق يكون فيها النمط الغذائي ضعيف المحتوى من اليود تجد الدرق صعوبة في إنتاج كمية كافية من الهرمون الدرقي مما يقود إلى قصور درقي أو على الأقل درق قاصرة معاوضة وفي كلتا الحالتين يزداد إفراز الهرمون النخامي المحرض للدرق من الفص الأمامي للنخامي مما يؤدي إلى ضخامة الغدة الدرقية وسلعة درقية، كما أن التحريض المستمر للهرمون النخامي للغدة الدرقية يمكن أن يؤدي إلى تحول خبيث في النسيج الدرقي.

مؤهبات خباثات الدرق:

- ١- التحريض الشديد بال- TSH
- ٢- العقدة الدرقية المفردة
- ٣- التعرض السابق للأشعة
- ٤- العوامل المورثية
- ٥- التهاب الدرق اللمفوي المزمن (يؤهب للمفوما الدرق).

الورم الغدي:

- يعد الورم الغدي أشيع أورام الدرق السليمة يظهر كعقدة وحيدة أو كعقدة كبرى مسيطرة في درق معقدة، أشيع عند النساء متوسطات الأعمار وهو لا يعد آفة قبل سرطانية ونادراً ما يصبح مفرزاً بشكل سمي، يفرق عن السلعة بوجود محفظة محيطية بالورم الغدي، نسيجياً يكون الورم الغدي من النمط الجريبي في غالبية الحالات.
- لا يمكن الجزم بسلامته عن طريق الرشفة الخلوية لذا لا بد من إجراء استئصال فص درقي دون الحاجة إلى معالجة هرمونية معيضة بعده.

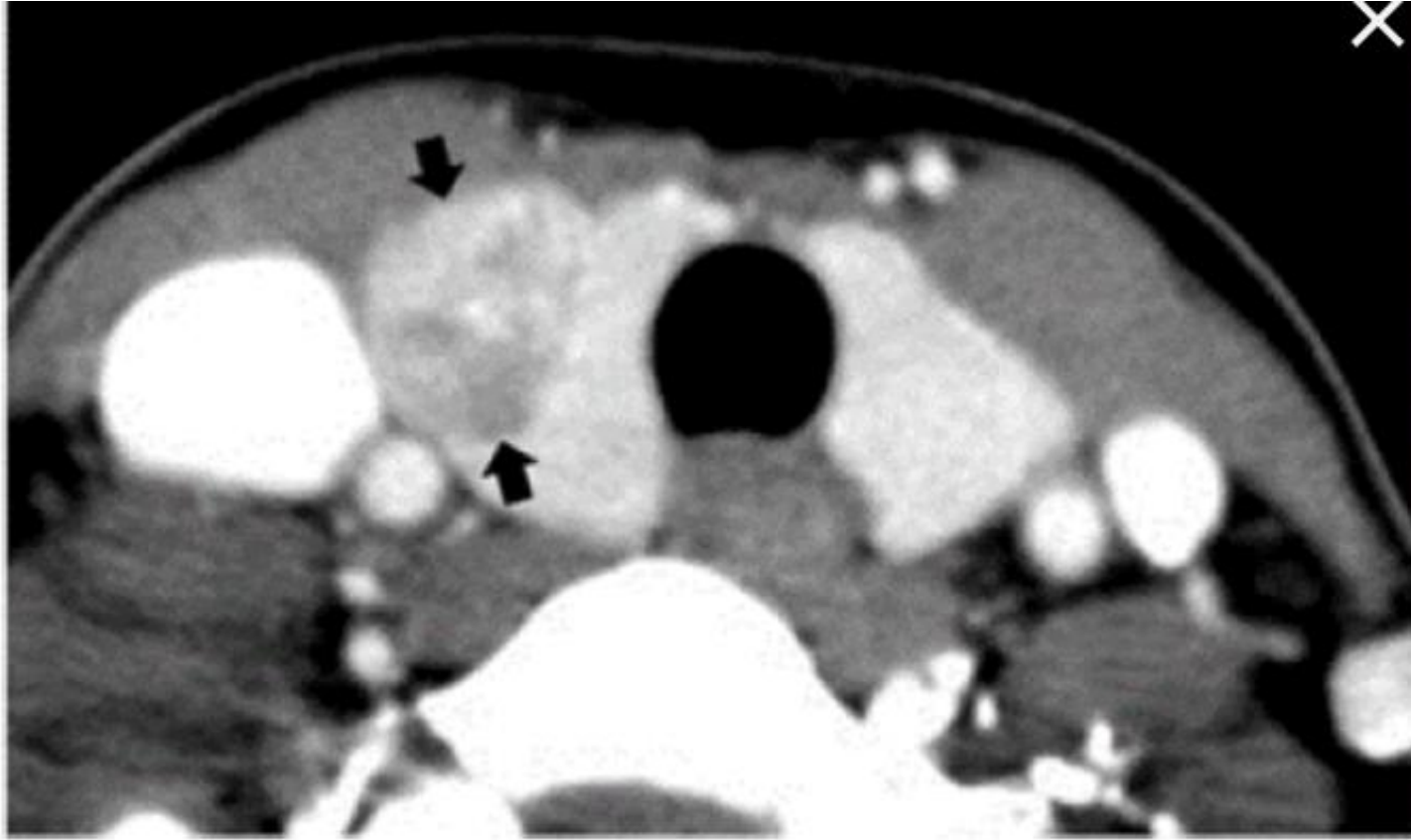


Figure 2B: Enhanced (B) axial CT images, follicular thyroid adenoma (arrows) in the right lobe shows homogeneous and low attenuation, exophytic configuration, lobulated margin, taller-than-wide shape, absence of calcifications, and inhomogeneous and decreased enhancement.

سرطانات الدرق

- الأورام الخبيثة قد تنشأ على حساب أي من خلايا الدرق وهي: خلايا الجريب، خلايا جانب الجريب، الخلايا اللمفوية وخلايا اللحمية.
- سرطانات خلايا الجريب قد تكون حليمية أو جريبية أو غير مصنعة (غير متميزة)، أما سرطانات خلايا جانب الجريب فتتمثل بالكارسينوما اللبية، بينما تعد لمفوما الدرق نادرة وكذلك الأغران شديدة الندرة.

الكارسينوما الغدية الحليمية:

- تشكل ٨٠% من خباثات الدرق
- هي الخباثة الوحيدة تقريباً عند الأطفال
- تغلب عند الأعمار بين ٤٠ و ٤٩ سنة مع رجحان لإصابة النساء
- ٨٠% متعددة البؤر ومن الشائع أن تصيب فصّي الدرق
- تصنف إلى كارسينوما صغرى عندما يقل قطرها عن ١,٥ سم
- و كارسينوما داخل الغدة عندما تزيد عن ١,٥ سم وتبقى محصورة في الغدة وكارسينوما خارج الغدة عندما تخترق محفظة الغدة لتصيب النسيج الرخوة في العنق.
- تترافق بنسبة عالية بانتقال عقدي
- يمكن أن يكون الورم البدئي غير مجسوس ويتجلى بعقدة رقبية انتقالية
- تكون أكثر عدوانية في الأعمار المتقدمة
- إنذارها جيد إذا كانت من النمط داخل الدرق.

الكارسينوما الغدية الجريبية:

- تصيب الأعمار الأكبر من السابقة
- أقل شيوعاً من الحليمية
- تتجلى غالباً كعقدة وحيدة ويغلب أن تكون محاطة بمحفظة
- وقد تتجلى بأعراض الانتقالات خاصة العظمية والرئوية
- انتقالاتها البعيدة أشيع من انتقالاتها العقدية
- تلتبس مع الورم الغدي السليم عند إجراء الرشافة بالإبرة
- يُعتمد على التشريح المرضي لتمييز السليم عن الخبيث خاصة فيما يتعلق بالغزو الوعائي.

الكارسينوما اللامصنعة:

- نسبة الوفيات ٩٢% خلال عام من تشخيص الورم
- أرجح عن النساء المسنات
- تتجلى بكتلة درقية سريعة النمو مع ألم أذن انعكاسي، وصعوبة تنفس أو صرير، وعسرة بلع.
- تعالج غالبا بالمشاركة بين الجراحة والتشعيع الخارجي والعلاج الكيماوي، تبقى نسبة عالية من المرضى الذين لا يمكن مساعدتهم.

الكارسينوما اللبية:

- تشكل ٥% من كل سرطانات الدرق
- قد تكون جزءاً من متلازمة الأورام الصموية المتعددة وفي هذه الحالة تكون ثنائية الجانب وعديدة البؤر
- أما في الحالات الفردية فتكون وحيدة البؤرة عادة
- تختلف نسبة الانتقالات العقدية بين ٢٥ إلى ٥٠%
- تنشأ من الخلايا نظيرة الجريب التي تفرز الكالسيتونين الذي يعد مشعراً ورمياً لها فيرتفع مستواه عند النكس وينخفض عند هجوع الورم.

الأعراض البدئية لأورام الدرق:

- عقدة درقية مفردة
- عقدة رقية انتقالية
- سلعة درقية أبدت نمواً سريعاً
- ألم عنقي
- صرير ناجم عن انضغاط الرغامى
- عسرة بلع بسبب انضغاط المري
- بحة بسبب شلل الحبل الصوتي
- انتقال بعيد

استقصاءات آفات الدرق:

- الفحوص الدموية المخبرية:

• FT3

• FT4

• TSH

• TG

• CEA يرتفع في عدة سرطانات منها الكارسينوما اللبية، وكارسينوما البنكرياس، والرئة والثدي.

• الكالسيتونين

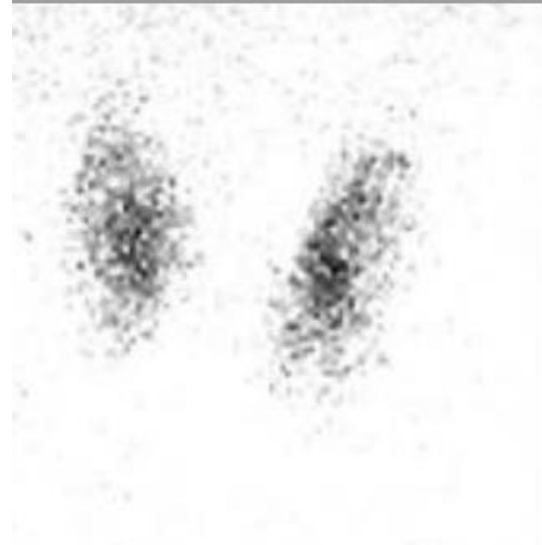
• أضداد الدرق الذاتية

- الومضان الدرقي:

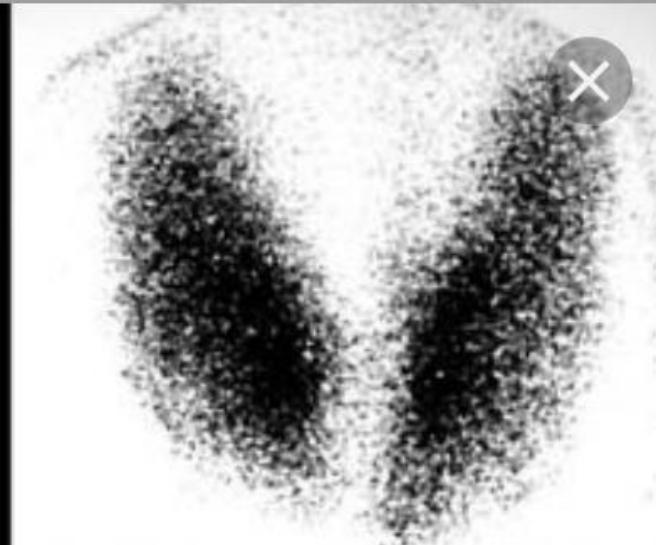
- ٨٠% من الآفات المكتشفة لا تلتقط المُشع النووي أي أنها عقد باردة
- هذه العقد غير الوظيفية أو الباردة قد تمثل ورماً غدياً أو كارسينوما أو
كيسة

- إن احتمال أن تكون العقدة الباردة خبيثة هو ٢٠% وإذا تم نفي
طبيعتها الكيسية بواسطة الإيكو فإن احتمال خبائثتها يرتفع مباشرة إلى
٥٠%

- العقدة الوظيفية أو الحارة يصعب أن تكون خبيثة



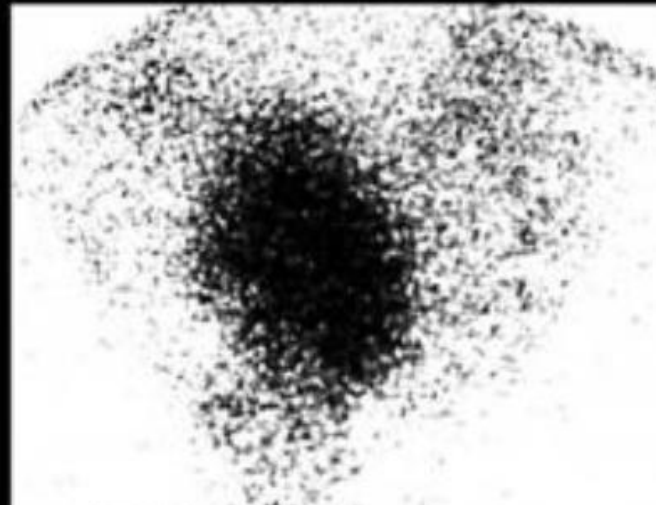
A. Normal



B. Graves' disease



C. Toxic mna



D. Toxic adenoma

عقدة باردة

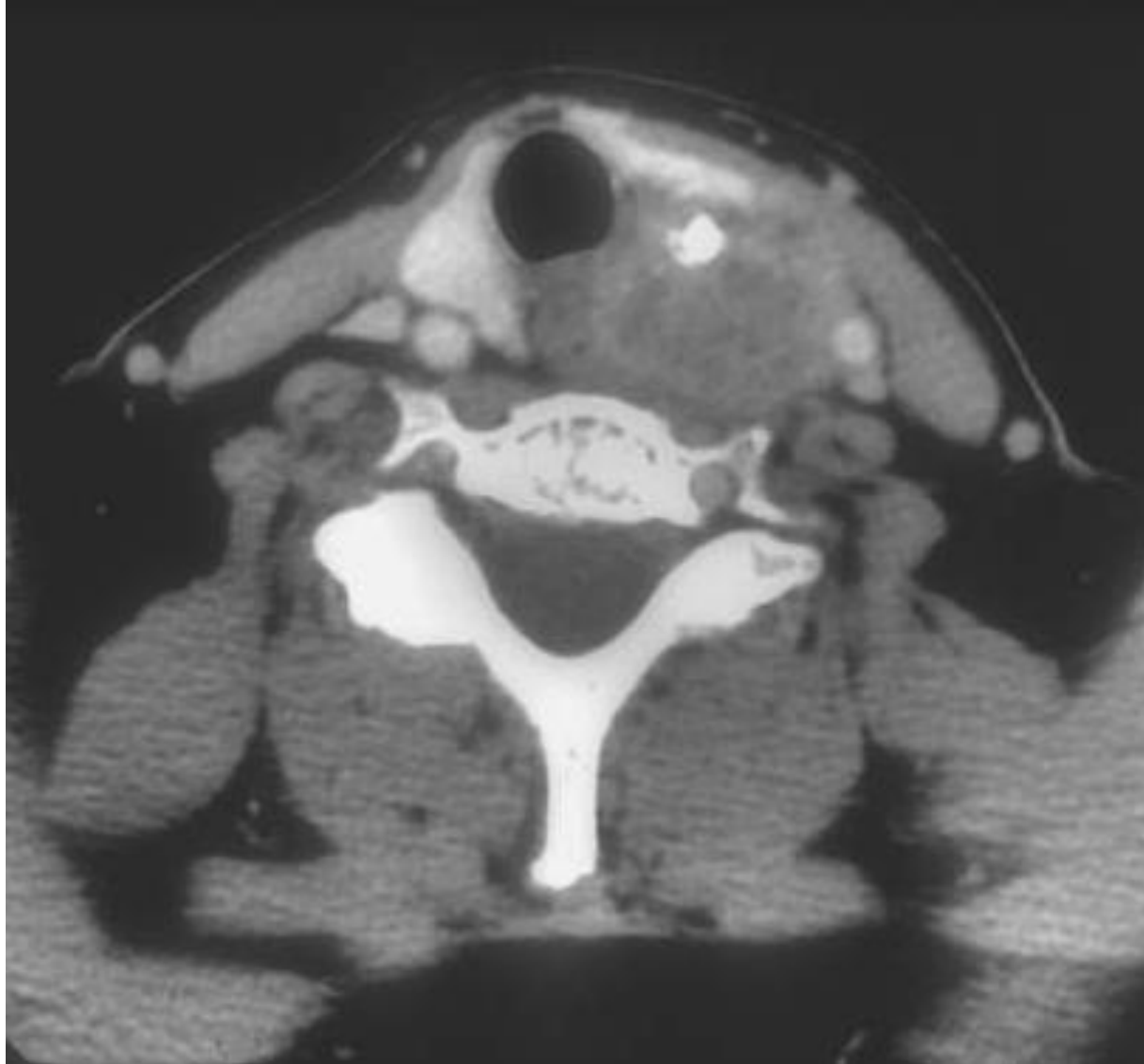


إيكو الدرق:

- ممتاز للتمييز بين الكيسة والكتل الصلبة.
- يكشف وجود عدة عقد في الدرق المتضخمة.
- مشاركة مع FNA



- التصوير الطبقي والرنين لكشف الامتدادات إلى البنى المجاورة



• ورم درق غازٍ للمري

FNA

- إذا كانت إيجابية فهي مؤكدة، وإذا كانت سلبية فإنها لا تنفي
- لا يمكنها التمييز بين الأدينوما والكارسينوما الجريبية.

علاج أمراض الدرق:

- - تعديل الهرمونات:
- يعطى التيروكسين لعلاج قصور الدرق
- وبعد استئصال الدرق
- ولتنشيط TSH كجزء من علاج بعض سرطانات الدرق المعتمدة على الهرمون المحرض الدريقي.
- تُعطى مُثَبِّطات تشكّل التيروكسين لعلاج فرط نشاط الدرق.

العلاج باليود المشع:

- بعد استئصال الدرق التام يمكن تطبيق العلاج باليود المشع ١٣١ مباشرة بعد الجراحة قبل البدء بإعطاء التيروكسين
- الهدف من العلاج باليود المشع هو استئصال ما تبقى من نسيج درقي في الغدة نفسها أو في أي مكان انتقالي آخر



THYROID LOBECTOMY



NEAR-TOTAL THYROIDECTOMY



SUBTOTAL THYROIDECTOMY



ISTHMYSECTOMY



TOTAL THYROIDECTOMY

جراحة الدرق

أنماط جراحات
الدرق

اختلاطات جراحة الدرق

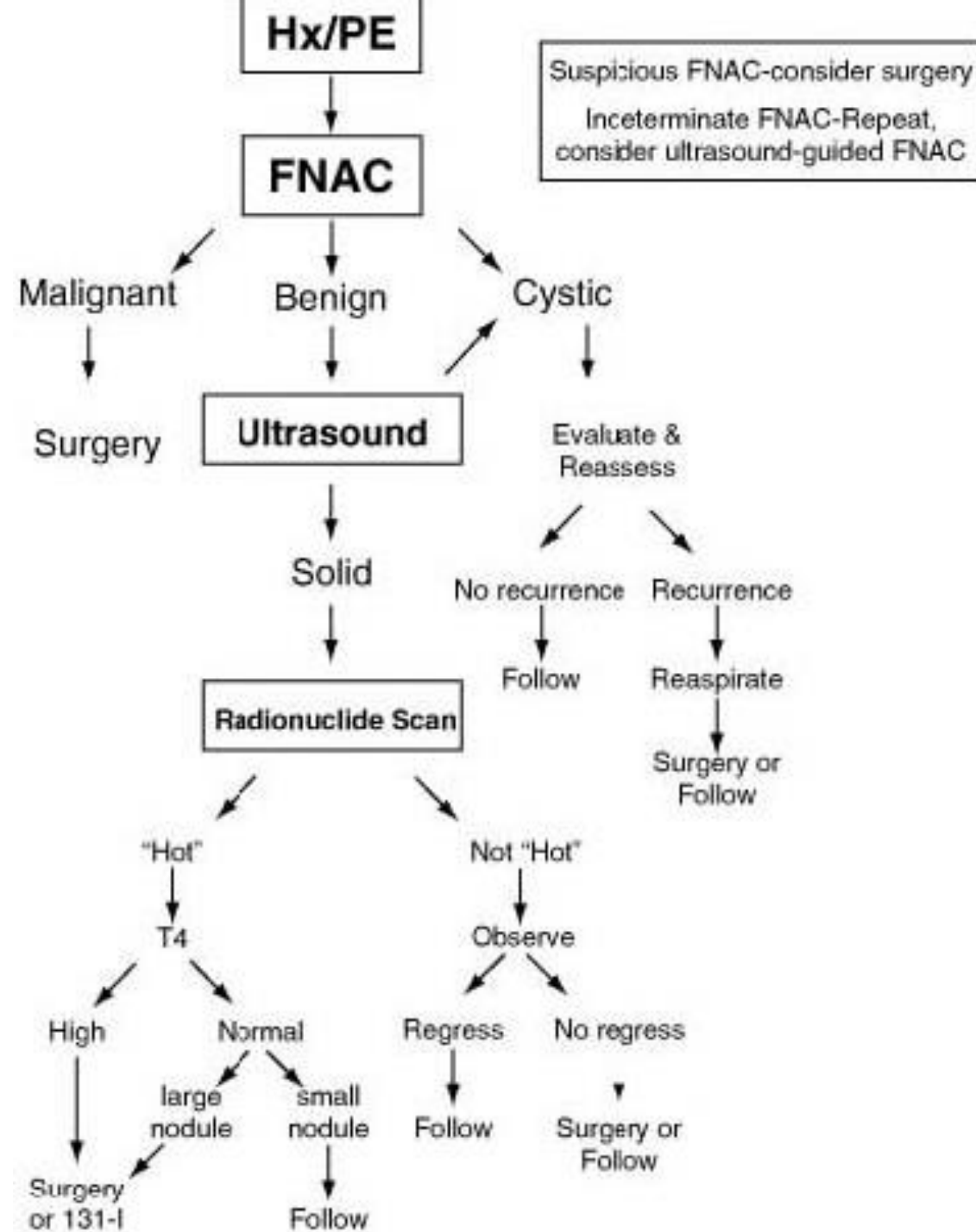
- ١- النزف: إن خطورة النزف المتلقي تعود إلى تشكل ورم دموي ضاغط على الرغامى مسبباً عسرة تنفسية وفي هذه الحالة يجب أن يفتح الشق الجراحي مباشرة لتفريغ التجمع الدموي ثم يعاد المريض إلى غرفة العمليات للتفتيش عن مكان النزف لإرقائه أصولاً.
- ٢- أذية العصب الراجع:
 - إن أذيته في جهة وحيدة يؤدي إلى أن يأخذ الحبل الصوتي وضع التباعد مما يسبب بحة صوت، إذا كانت أذية الراجع عابرة (ضغط) فإن الصوت يعود طبيعياً خلال ٦ إلى ١٢ شهراً، ويفيد في هذه الحال تطبيق العلاج الصوتي كما يتحسن الصوت بفعل معاوضة الحبل المقابل، وفي حال عدم تحسن الصوت يمكن اللجوء إلى عمليات تقريب الحبل الصوتي
 - أذية الراجعين معاً تؤدي إلى صرير وزلة تنفسية بعد الجراحة مباشرة تحتاج إلى إعادة تنبيب وربما إلى خزع رغامى لاحقاً من ثم توسيع المزمار باستئصال الطرجحال أو قطع الحبل الصوتي.

• ٣- نقص كلس الدم:

• يحدث نقص الكالسيوم إذا تمت إزالة جارات الدرق

• - نقص الكالسيوم الشاردي يسبب خدرًا حول الفم وفي نهايات الأطراف وإذا استمر هبوط الكلس قد يعاني المريض من تكرر وتشنج قصبي ورجفان وتشنج حنجري واضطراب نظم قلبي كما تظهر علامتا شفوستك وتروسو إذا هبط الكلس عن ٨مغ/دل.

• - يجب أن يعاير كلس الدم مباشرة بعد الجراحة وفي الصباح التالي للجراحة يجب البدء بالعلاج إذا نقص الكلس عن ٧مغ/دل كما يعالج الكالسيوم فمويًا مع الفيتامين د وفق استشارة طبيب غدد صم.



مخطط تدبير عقدة درقية

تشرح وفيزيولوجيا المري

إعداد الدكتور أريج العساف

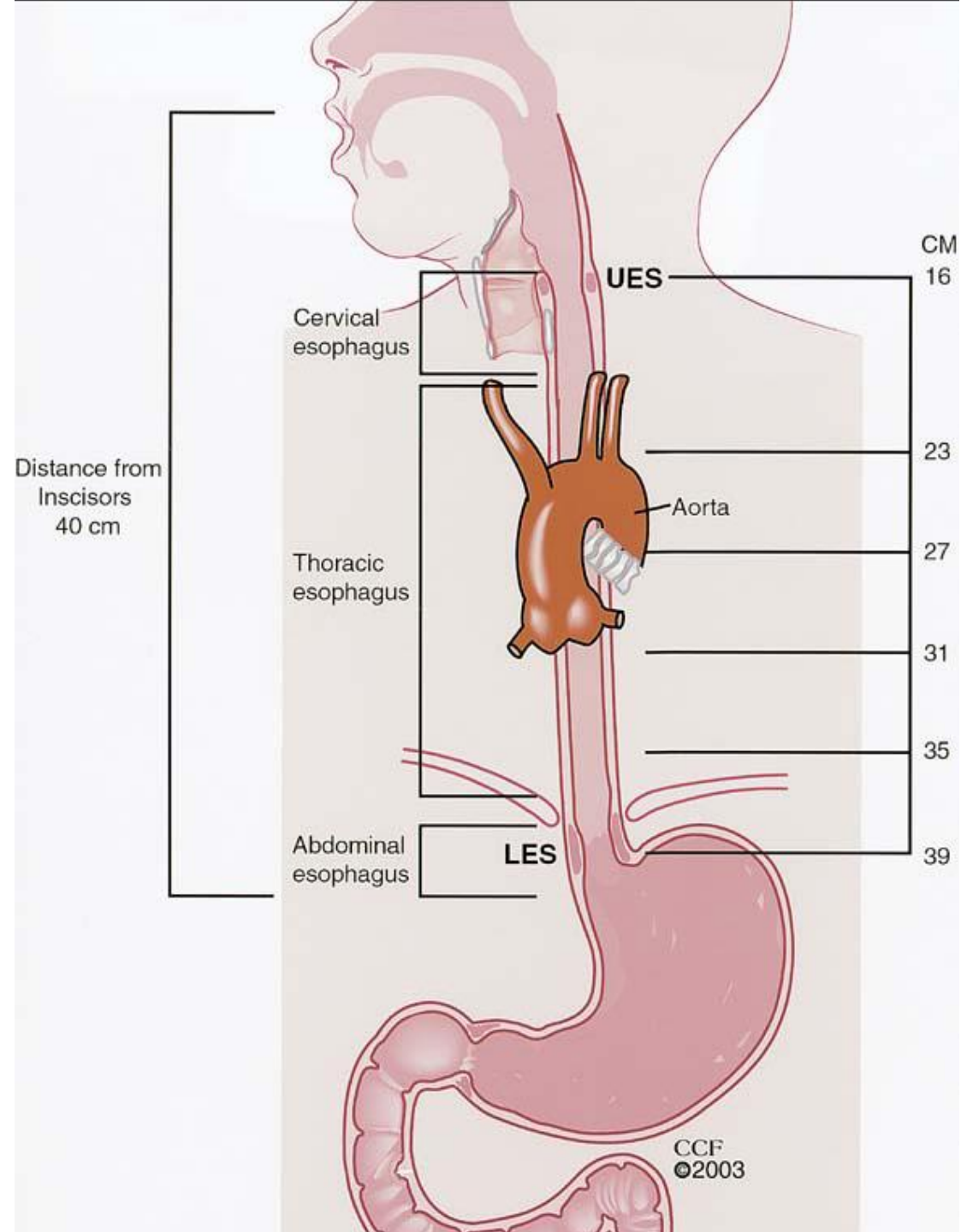
تشرح المري:

هو أنبوب ليفي عضلي طوله حوالي ٢٥ سم عند البالغين يمتد من نهاية البلعوم الحنجري بمستوى الفقرة الرقبية السادسة إلى فؤاد المعدة يسير عمودياً إلا أنه يميل نحو اليسار من بدايته حتى المدخل الصدري له، يبدي المري ثلاثة تضيقات من المهم معرفة مكانها عند تنظير المري:

١- عند الوصل البلعومي المريئي الذي يبعد مسافة ١٥ سم عن الأسنان القاطعة العلوية

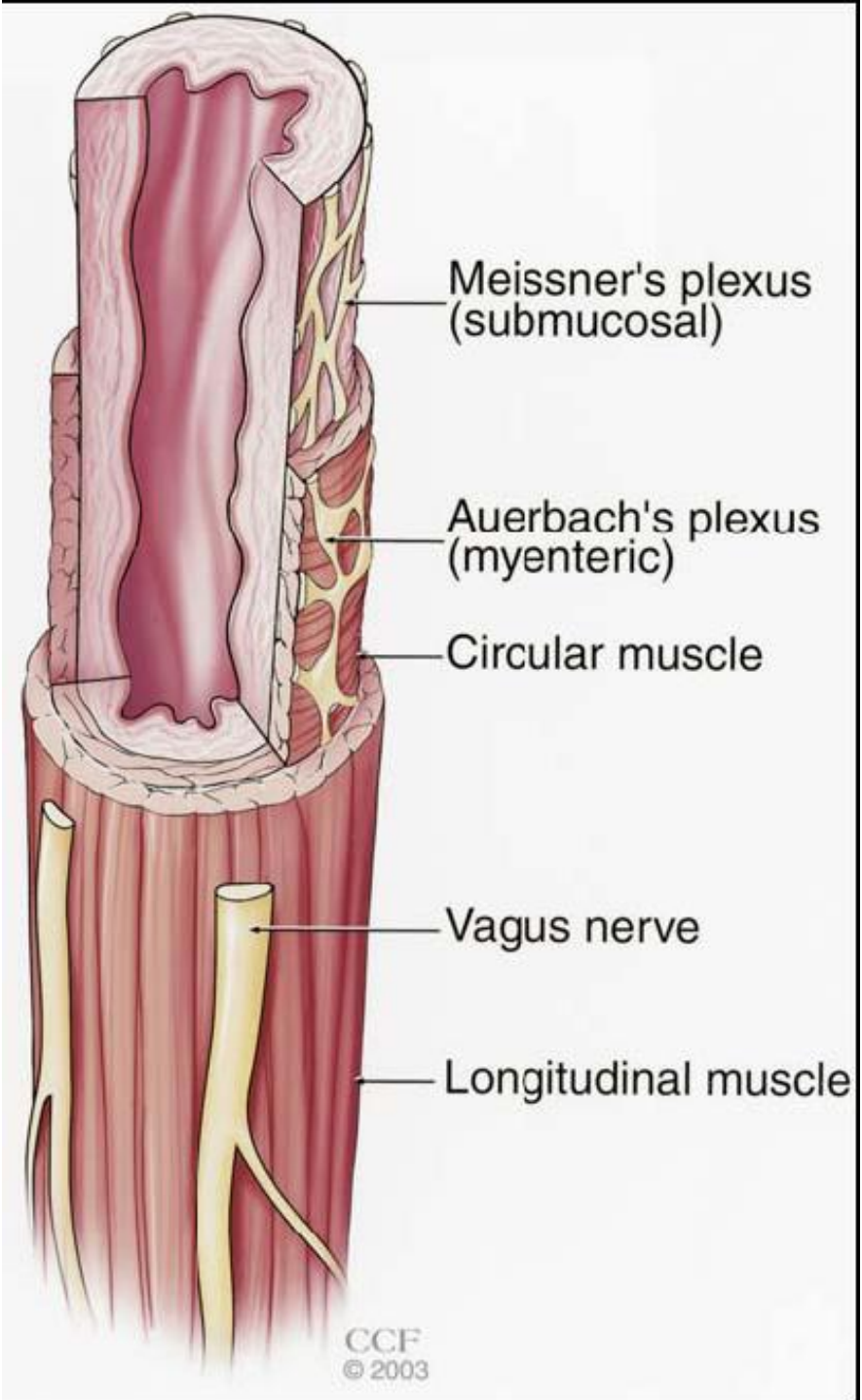
٢- عند تقاطعه مع قوس الأبهر والقصبة اليسرى على بعد ٢٥ سم عن القواطع العلوية

٣- عند عبوره الحجاب الحاجز على بعد ٤٠ سم عن القواطع العلوية من الممكن أن يتوقف الجسم الأجنبي داخل المري في إحدى هذه التضيقات



يتألف جدار المري من أربع طبقات : المخاطية، تحت المخاطية، العضلية الداخلية الحلقية والعضلية الخارجية الطولانية.

إن المري ليس لديه طبقة ليفية تغلفه وبالتالي لا يوجد حاجز لمنع الانتشارين الالتهابي والورمي



تعصيب المري:

يتعصب من ألياف المبهمة نظيرة الودية ومن الجذع الودي

فيزيولوجيا البلع:

تقسم عملية البلع إلى ثلاثة أقسام: فموية وبلعومية ومريئية

١- الطور الفموي:

وهو مضغ الطعام داخل الفم وتليينه باللعاب وتكويره ودفعه إلى البلعوم بواسطة رفع اللسان مقابل الحنك

٢- الطور البلعومي:

عندما تلامس اللقمة الطعامية مخاطية البلعوم تحدث عدة منعكسات:

أ - انغلاق البلعوم الأنفي حيث يغلق شراع الحنك الممر بين البلعومين الأنفي والفموي

ب - انغلاق مضيق البلعوم الفموي: حيث يؤدي تقلص اللسان وإطباقه مع الحنك وتقلص العضلتين الحنكيتين اللسانييتين إلى منع عودة الطعام إلى الفم

ج - انغلاق الحنجرة: حيث ينغلق مدخل الحنجرة لمنع حدوث الاستنشاق

د- تقلص عضلات البلعوم التي تدفع اللقمة الطعامية إلى المري

٣- الطور المريئي:

تنقل الحركات الحوية اللقمة إلى المعدة

ترتخي معصرة المري السفلية قبل أن تصل إليها الموجة الحوية سامحة بعبور السوائل بشكل منفعل، على حين تمرر الحركات الحوية الطعام إلى المعدة ثم تنغلق المعصرة

اختبار الانتباه

أجب بصح أو خطأ:

- ١- يحافظ المري على قطر لمعته ثابتاً في كامل مساره
- ٢- يحاط المري بالطبقة المصلية التي تؤمن له حماية كافية أثناء التنظير
- ٣- يبعد الوصل البلعومي المريئي مسافة ١٥ سم عن الأسنان القاطعة العلوية
- ٤- يبعد المري عند عبوره الحجاب الحاجز مسافة ٦٠ سم عن القواطع العلوية
- ٥- تنغلق مداخل البلعوم الأنفي والبلعوم الفموي والحنجرة أثناء الطور البلعومي للبلع
- ٦- تمر السوائل والمواد الغذائية عبر المعصرة السفلية للمري بواسطة الحركات الحوية

الأجسام الغريبة في المري

الأجسام الأجنبية في المري:

أشيع الأجسام المبتلعة عند البالغين هي: حسك السمك والجسور السنية المتحركة أما عند الأطفال فإن أشيع الأجسام الغريبة هي القطع النقدية

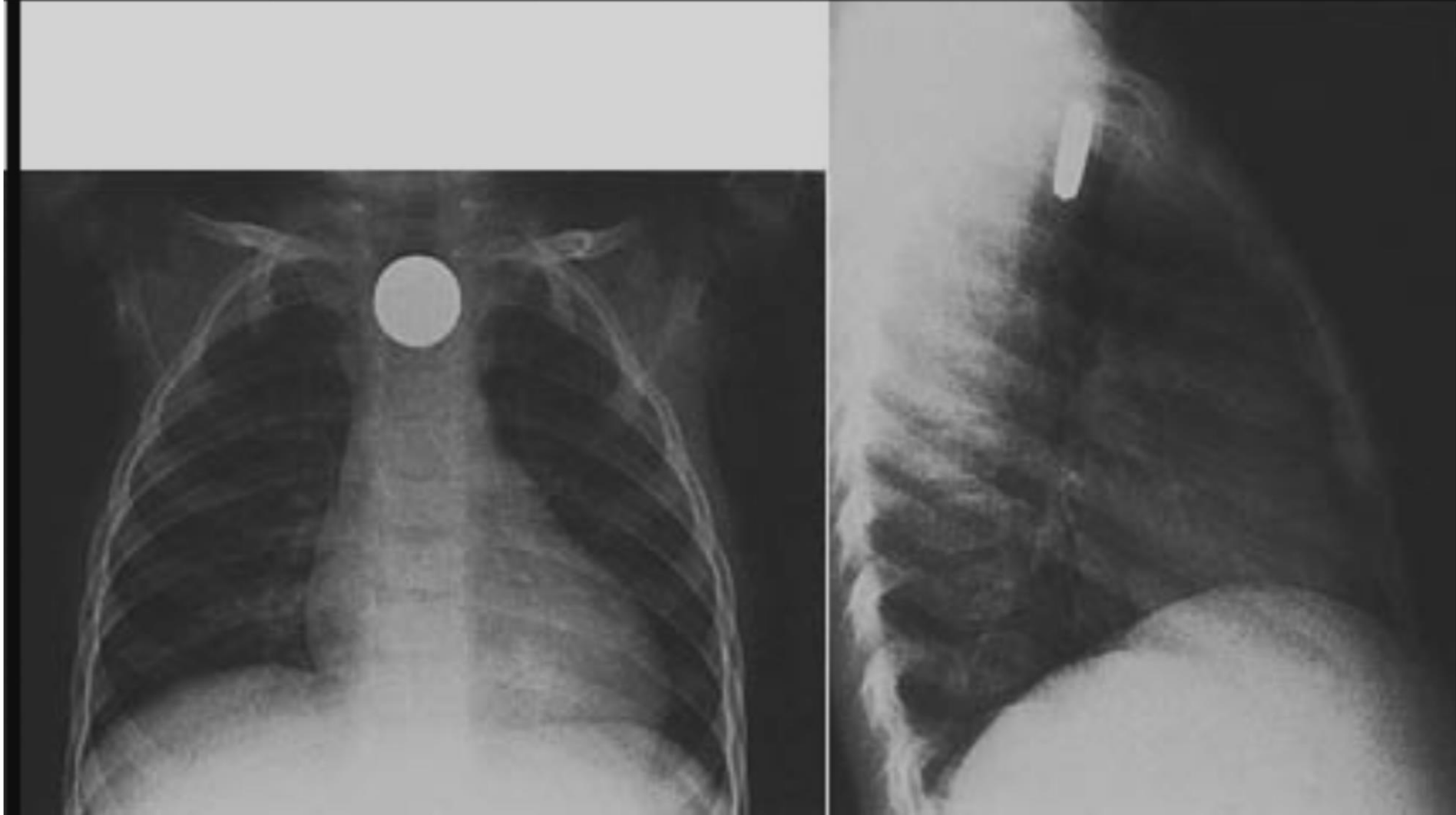
وتعتبر الأجسام الغريبة غير النباتية في المري أخطر من النباتية (عكس ما شاهدناه في الطرق التنفسية) خاصة القطع ذات الرؤوس الحادة والشنزة

مكان توضع الجسم الغريب:

٩٥% من الأجسام الغريبة تتوضع في أسفل المصرة الحلقية البلعومية خاصة القطع النقدية ويندر أن تتحبس في الفؤاد

إذا مر الجسم الغريب بسهولة من المري فإنه عادة يتجاوز السبيل الهضمي من دون عقابيل

قطعة نقدية في المكان الوصفي لانحباسها مباشرة أسفل المصرة الحلقية البلعومية



الأعراض والعلامات:

ألم خلف القص

عسرة بلع حتى للعب

إلّعب

زلة تنفسية عند ضغط الجسم الغريب على الرغامى

التشخيص:

يجب إجراء صورة صدر خلفية أمامية وجانبية لأن النقود المعدنية ظليلة على الأشعة وتظهر أكبر من حجمها

بينما عظام السمك قد تكون غير ظليلة على الأشعة

يجب تجنب تصوير المري الظليل لأنه يشوش ساحة الرؤية عند إجراء تنظير مري

التدبير:

تنظير مري صلب تحت التخدير العام واستخراج الجسم الغريب خاصة إذا كان كبيراً أو
بطارية (خطر حرق كيماوي للمري)

إذا تعذر إخراج الجسم الغريب بسبب كبر حجمه فمن المفضل قصه قبل استخراجه (جسر
أسنان عند كهل)

الاختلاطات:

- انتقاب المري
- التهاب المنصف
- خراج جانب وخلف البلعوم
- ریح صدرية
- ریح منصفية
- تضيق المري
- ناسور رغامي مريئي
- انتقاب الأبهـر

ريح منصفية وريح تحت الجلد، تبدي صورة الصدر تجمع الغاز الكثيف تحت
الجلد (الأسهم) وتجمع الغاز الذي يحيط ببني المنصف (رؤوس الأسهم)



اختبار الانتباه

أجب بصح أو خطأ:

- ١- الأجسام النباتية خطيرة في المري
- ٢- الأجسام الشئزة خطيرة في المري
- ٣- أشيع الأجسام المبتلعة عند البالغين هي القطع النقدية
- ٤- ٩٥% من الأجسام الغريبة تتوضع في الفؤاد
- ٥- إذا تجاوز الجسم الغريب المصرة الحلقية البلعومية فإنه يعلق في البواب
- ٦- لا يؤدي الجسم الغريب المبتلع إلى أعراض تنفسية لأنه محشور في المري فقط
- ٧- قد يسبب الجسم الغريب المبتلع إلعاباً
- ٨- إذا كانت صورة الصدر طبيعية فإن ذلك ينفي ابتلاع الجسم الغريب
- ٩- إذا كانت صورة الصدر طبيعية فيجب إجراء تصوير مري ظليل للتأكد من وجود جسم غريب مبتلع

١٠- إذا كان الجسم الغريب المبتلع بطارية فيفضل الانتظار لأنها سوف تعبر الجهاز الهضمي على الغالب

١١- اختلاطات تنظير المري الصلب أقل من اختلاطات تنظير القصبات

١٢- إذا حصل التهاب منصف بعد تنظير المري الصلب فيعطى المريض الصادات الفموية ويوضع على حمية سائلة

١٣- انثقاب المري كاختلاط لتنظير المري الصلب حالة ذات شفاء عفوي وسريع

القلس المعدي المريئي

إعداد الدكتورة أريج العساف

لا يحدث في الحالة الطبيعية قلس للطعام من المعدة إلى المري بسبب:

١- مقوية المصرّة المعدية المريئية

٢- تأثير شكل الحجاب الحاجز المشابه للصنبور

٣- الزاوية المريئية المعدية

٤- الضغط الإيجابي الخفيف داخل البطن

الآلية الإمراضية لحدوث القلس المعدي المريئي:

١- ضعف مقوية المعصرة السفلية للمري

٢- تأخر في إفراغ المري

٣- تأخر في إفراغ المعدة

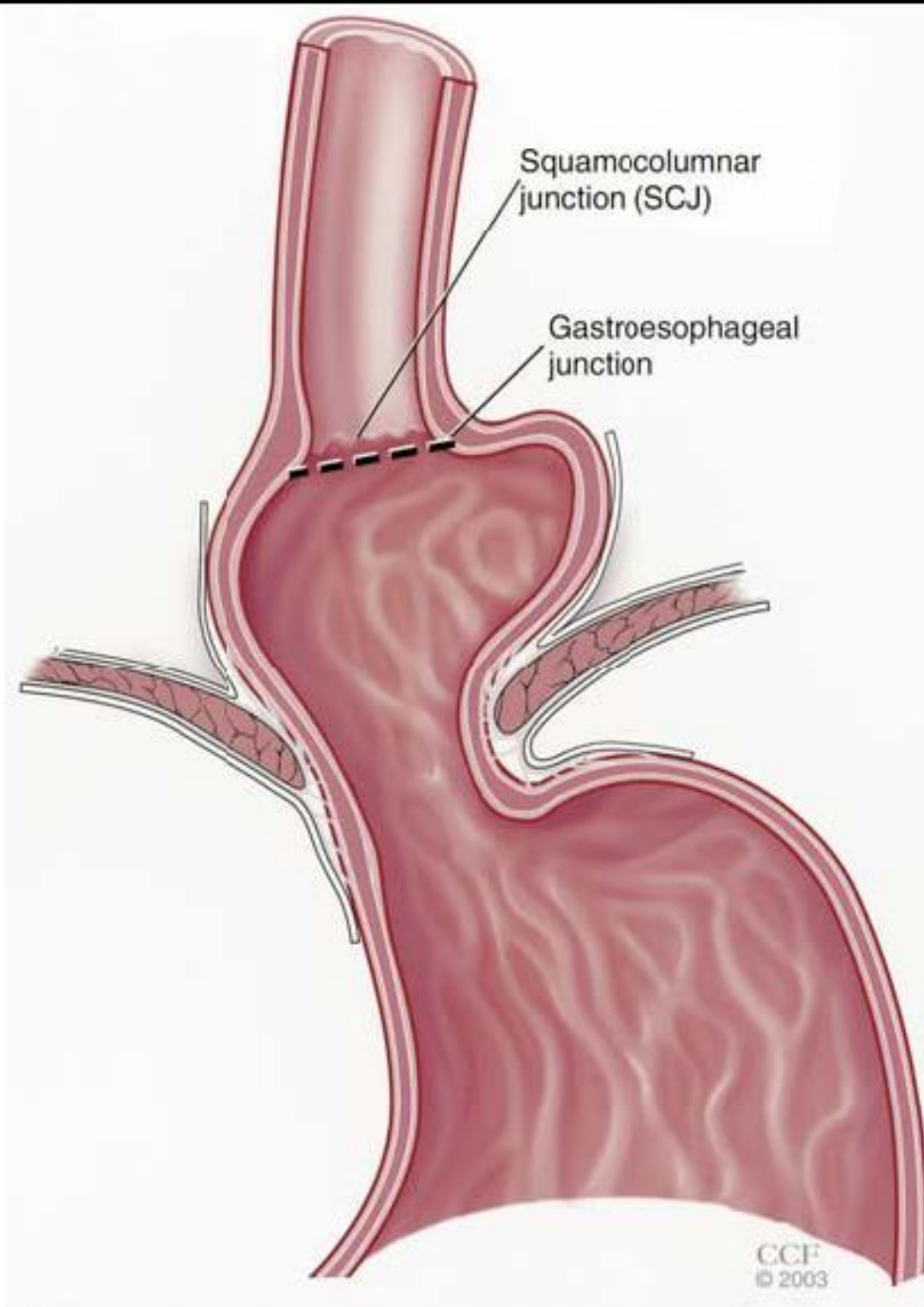
عوامل الخطورة:

البدانة

الكحولية

الفتق الحجابي

الحمل



C

فتق حجابي
الوصل المعدي
المرئي أعلى
من مستوى
فتحة الحجاب
الحاجز

الأعراض والعلامات:

حرق خلف القص

تجشؤ

بحة صوت

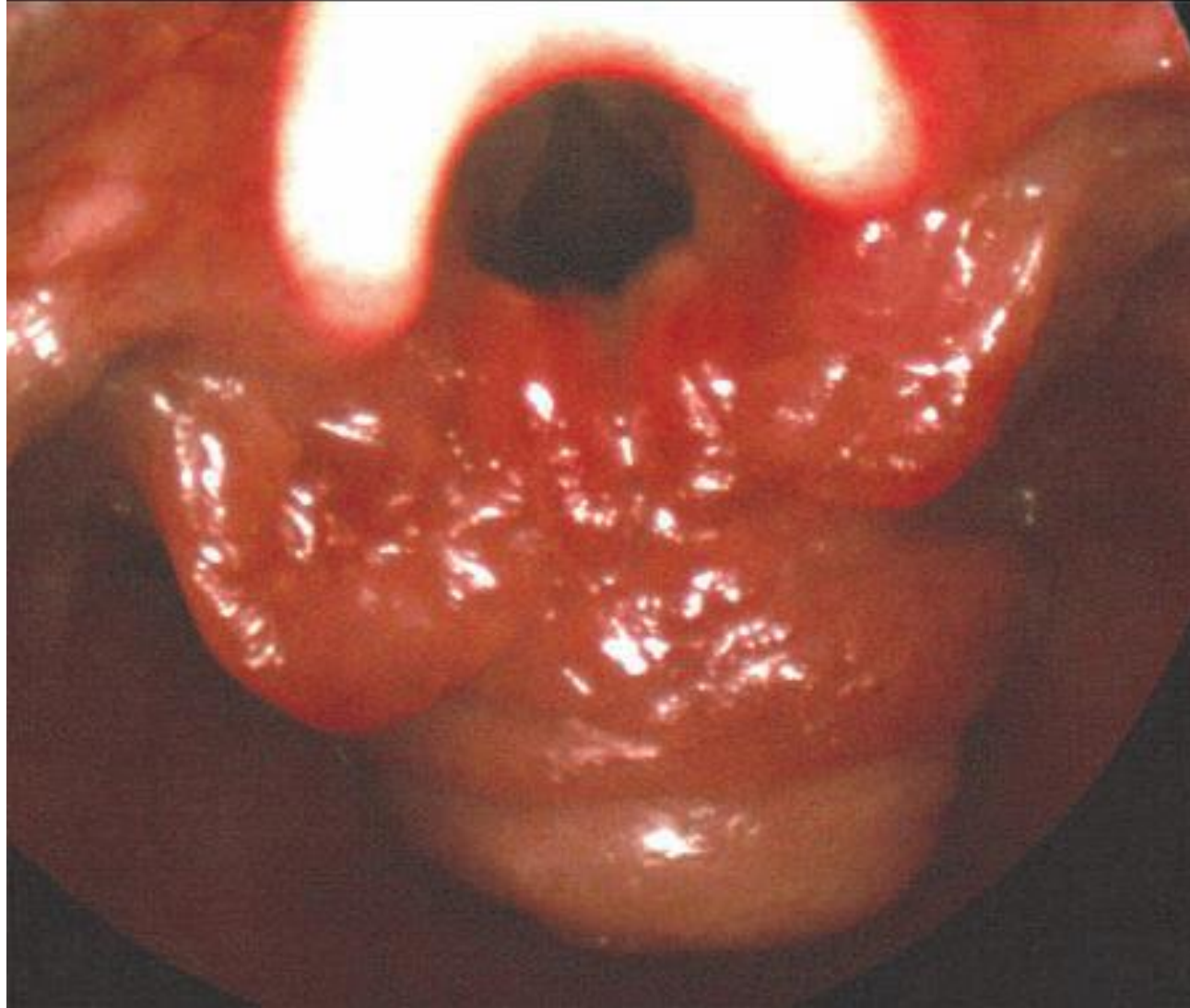
غثيان

طعم مر في الفم

سعال

تنظيف حلق دائم

التهاب حنجرة قلسي
لاحظ الوذمة الالتهابية الشديدة في القسم الخلفي للحنجرة



الاختلاطات:

التهاب مري قلبي

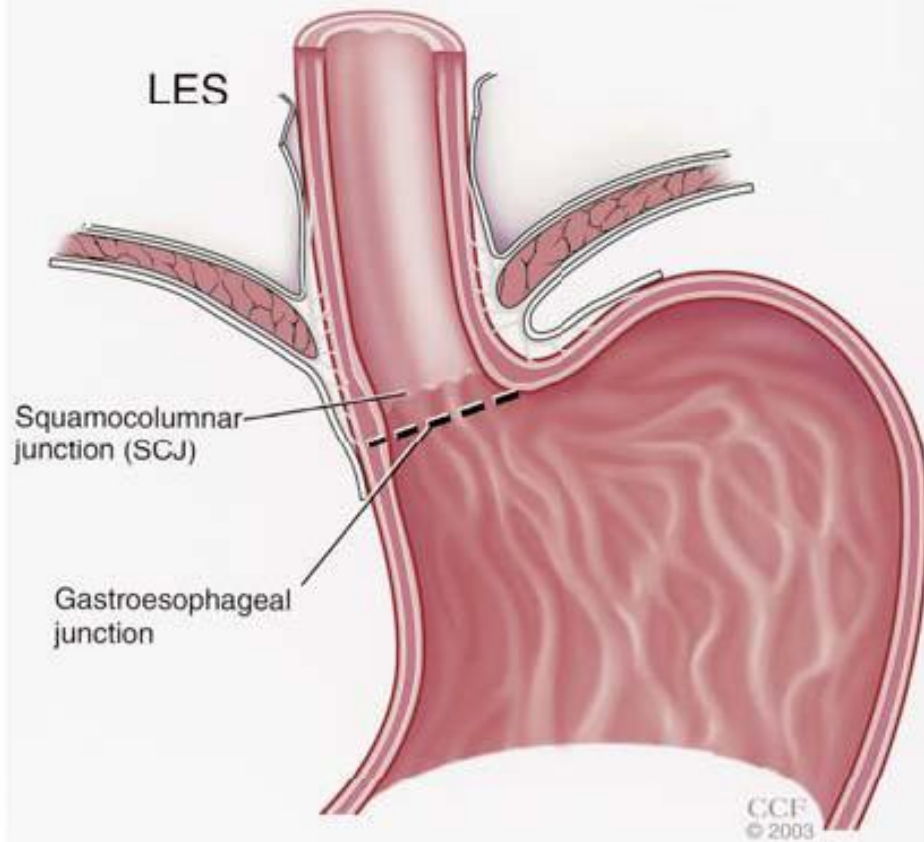
مري باريت

تضييق مري

تقرحات في المري والمعدة

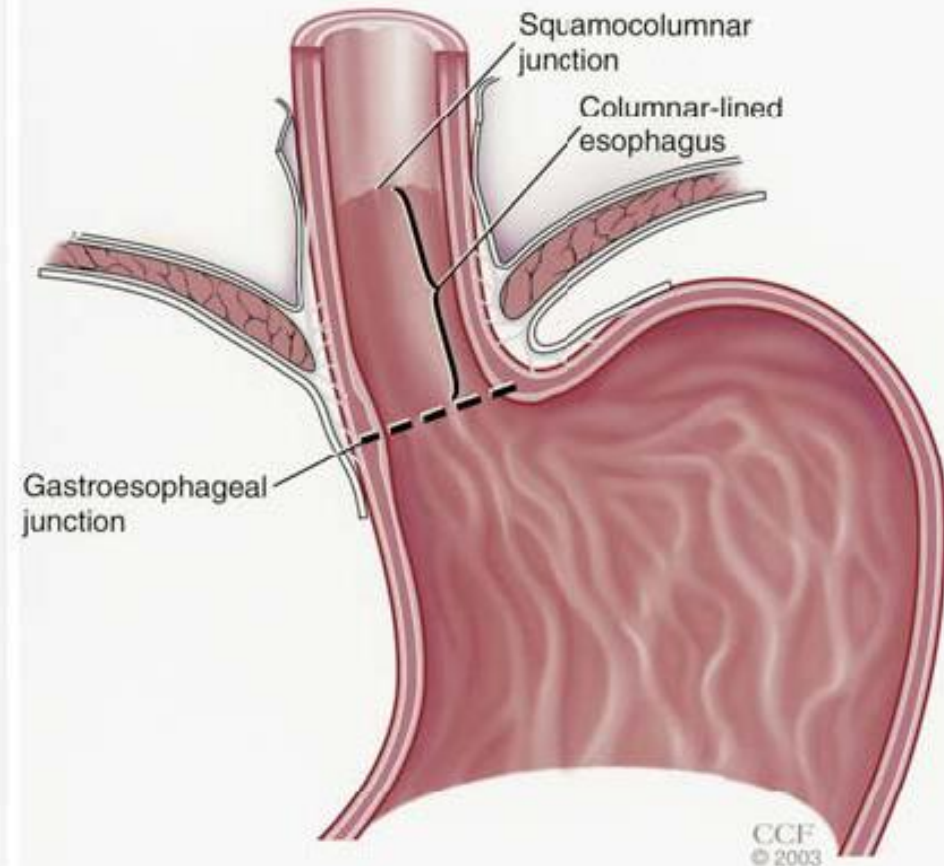
ذات رئة استنشاقية

Normal Esophagus



A

Barrett's Esophagus



B

التشخيص:

بالاعتماد على القصة السريرية، وتصوير المري الظليل بالباريوم، وقياس درجة حموضة المري على مدار الـ ٢٤ ساعة يمكن الوصول إلى التشخيص

التدبير:

١- التدبير السلوكي:

إيقاف التدخين

رفع رأس السرير خلال النوم

تجنب لبس الثياب الضاغطة على البطن

تجنب تناول الوجبات الكبيرة والعشاء المتأخر قبل النوم

تجنب الأطعمة المحرصة على القلس مثل: الكافئين والطعام الدسم والكحول والشوكولا

تجنب الأدوية المخرشة للمعدة مثل مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية

٢- التدبير الدوائي:

معدلات حموضة المعدة

مضادات الهستامين مثل: الرانيتيدين والفاموتيدين

مثبطات مضخة البروتون مثل: الأوميبرازول والانسوبرازول

مقويات معصرة الفؤاد مثل: الميتوكلوبراميد

٣- التدبير الجراحي:

عند فشل المعالجة الدوائية مثال عليها: عملية إصلاح الفتق الحجابي

اختبار الانتباه

أجب بصح أو خطأ:

- ١- يمكن أن يحدث القلس المعدي المريئي بشكل متكرر في الحالات الطبيعية لأن ضغط البطن أعلى من ضغط الصدر
- ٢- لا تؤهب البدانة للقلس المعدي المريئي
- ٣- يترافق الحمل بقلس معدي مريئي
- ٤- في الفتق الحجابي يكون الوصل المعدي المريئي بمستوى فتحة الحجاب الحاجز
- ٥- قد تتشابه أعراضه مع أعراض الألم القلبي
- ٦- تزداد شدة الأعراض عند الاستيقاظ من النوم
- ٧- قد يترافق بأعراض حنجرية
- ٨- لا يؤهب لسرطان المري
- ٩- لا يؤدي إلى اضطرابات تنفسية
- ١٠- تعتمد الخطوة الأولى في العلاج على التدبير السلوكي
- ١١- ينصح بالإكثار من تناول الشوكولا لأنها تعدل مزاج المريض

١٢- ينصح بتجنب الوجبات الكبيرة والمتأخرة

١٣- لا تفيد مضادات الهستامين في علاج القلس المعدي المريئي

١٤- قد نضطر إلى التداخل الجراحي لعلاج بعض الحالات الخاصة.

حروق المري بالكاويات

إعداد الدكتورة أريج العساف

- تسبب المواد القلوية نخرًا تمييعاً في المري أي أنه أشد أذية للمري وهذه المواد تكون عادة قليلة الرائحة وخفيفة الطعم لذا يكون تقبلها من قبل المريض أطول

- في حين تسبب المواد الحامضية نخرًا تخثرياً ثم تمر بسرعة إلى المعدة مؤدية إلى أذية أشد فيها مع منطقة سليمة من مخاطية المري (أذية قافزة)

- السوائل تسبب حرقاً أبعد في حين أن المواد الصلبة تسبب حرقاً أقرب وألماً أسرع لذا فهي تكشف بشكل أبكر

- شدة الأذية الخارجية وأذية البلعوم الفموي لا تتناسب بالضرورة مع أذية المري والمعدة

- الأعراض والعلامات:

إلحاح

ألم في الفم

صري

عسرة بلع

ألم صدري وبطني

حرق فموي

الاختلاطات:

تضييق المري في حال حرق بشكل حلقي
ذات رئة

ناسور رغامي مريئي

وذمة حنجرية

التهاب منصف

انتقاب المري

زيادة خطر نشوء كارسينوما في المري

مراحل حرق المري بالكاويات:

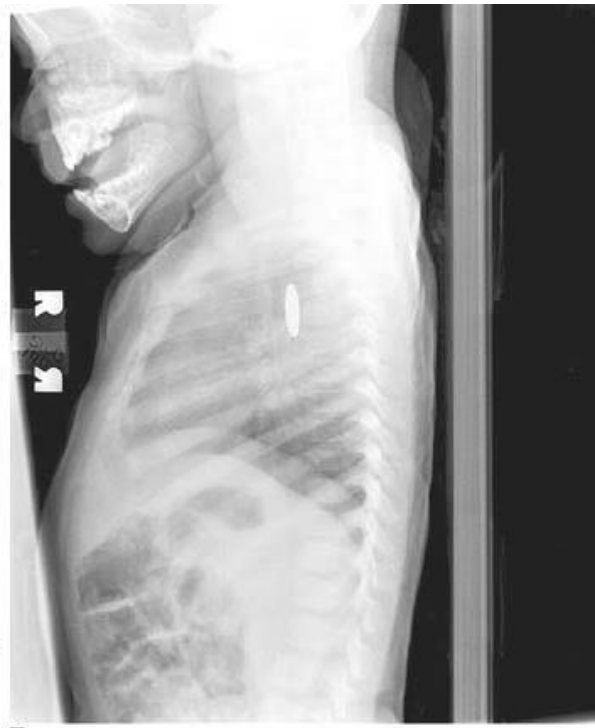
- وذمة في تحت المخاطية خلال أول ٢٤ ساعة
- قد يظهر تقرح المخاطية خلال ٢٤ ساعة
- نخر وتخر خلال ٢ إلى ٥ أيام
- سقوط الطبقة السطحية خلال ٥ إلى ٧ أيام
- تندب الطبقة العميقة وتطور التضيقات بعد أسبوعين ويستمر لشهرين أو أكثر

تقييم حالة المريض:

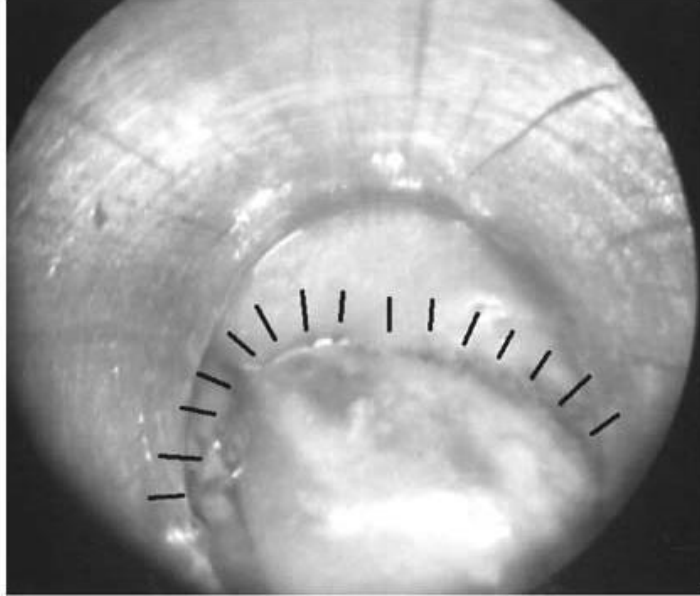
- تقييم حالة الطرق الهوائية (الحاجة إلى خزع رغامي أحياناً)
- تمييز نوع المادة (حامضة أم قلووية) والكمية المبتلعة وتركيزها



A



B



C



D

صورة صدر لطفل
استنشاق بطارية
بشكل عملة نقدية
(مادة قلووية)، تشير
الخطوط في
الصورة في أسفل
اليسار إلى الحرق
الحلقي الذي أحدثته
حافة البطارية

وتقارن الصورة في
أسفل اليمين بين
حجم البطارية
وحجم بعض القطع
النقدية المعدنية

(أهمية التأكد من
طبيعة الجسم
الغريب المبتلع)

التدبير:

- إخراج باقي الحبيبات أو البودرة المتبقية بالماء
- إعطاء الجرعة المبدئية من الستيروئيدات القشرية (ويجب الانتباه إلى عدم إعطائها عند الشك بحرق شديد في المري لأنها تزيد من خطر الانتقاب)
- إعطاء الصادات الوريدية، حمية مطلقة مع إمالة وريدية كافية
- مراقبة الشوارد الدموية والتوازن الحمضي والنتاج البولي
- تثبيط الإقياء

تتمة التدبير

- يجب عدم إجراء التعديل مطلقاً (أي إعطاء المواد الحامضة عند استنشاق القلويات أو بالعكس) لأن ذلك يسبب ارتكاساً سيئاً
- تنظير مري خلال ٨ ٤ ساعة الأولى لتقييم شدة الأذية
- تصوير مري ظليل بعد شهر من الأذية، ثم في الحالات الشديدة كل ثلاثة أشهر للبحث عن تضيق مري



تصوير مري ظليل
يبدى تضيقاً في
القسم المتوسط
للمري

تطور بعد ابتلاع
مادة كاوية

علاج تضيق المري:

- التوسيع المتكرر

- استئصال المري وتعويضه بالكولون لحالات التضيق الشديد أو عند تطور كارسينوما مري

اختبار الانتباه

أجب بصح أو خطأ:

- ١- المواد القلوية تسبب أذية أشد من الحامضية في المري
- ٢- أذية السوائل أقل من المواد الصلبة لأنها تطرح بسرعة
- ٣- الأذية القافزة مميزة للمواد الحامضية
- ٤- تتناسب شدة الأذية الفموية مع الأذية في المري
- ٥- إن ابتلاع المواد الكاوية لا يؤثر على الطرق التنفسية لأنها تمر عبر المري
- ٦- قد نضطر لإجراء خزع رغامى في بعض حالات ابتلاع المواد الكاوية
- ٧- يعتبر تضيق المري من علامات الطور الباكر لابتلاع المواد الكاوية
- ٨- عند وجود قصة ابتلاع مادة كاوية يجب التأكد من طبيعتها
- ٩- في حال الحرق الشديد في المري يجب إعطاء الستيروئيدات
- ١٠- يجب عدم إعطاء المريض السوائل الوريدية خوفاً من فرط إمائه لديه

- ١١- نجري تصوير المري بالباريوم مباشرة بعد الابتلاع لنفي أي تضيق فيه
- ١٢- لا يفيد إعطاء الصادات الوريدية في ابتلاع المواد الكاوية
- ١٣- قد نضطر لجراحات معقدة وكبيرة في علاج بعض عقابيل ابتلاع المواد الكاوية

أمراض وقتل المري

أ. د. أريج يعقوب العساف

عسرة البلع عصبية المنشأ:

- البلع الطبيعي:

- منعكس: طريقه الوارد حسي من ألياف الضفيرة البلعومية المتشكلة من تفرعات العصبين التاسع والعاشر، مركزه في جذع الدماغ، طريقه الصادر: ألياف من العصب الحادي عشر، والعاشر.

- أية آفة قد تصيب الأعصاب القحفية السفلية أو جذع الدماغ قد تقود إلى مشاكل في البلع.

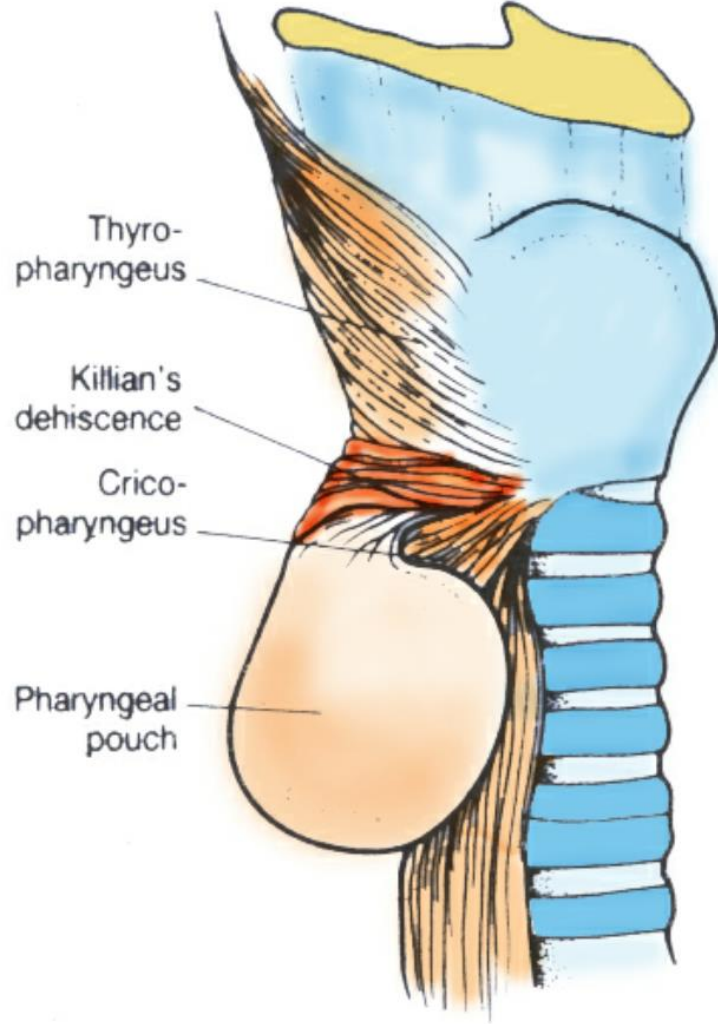
- أهم الأسباب هي الحوادث الوعائية الدماغية، الأورام، التصلب العدي، التهاب الدماغ، شلل الأطفال.

- أسباب في الأعصاب المحيطية: ورم على حساب المبهم، أو مرض عصبي جهازى كالوهن العضلي الوخيم.

التشخيص والعلاج:

- القصة السريرية، وتصوير المري الظليل، والتصوير السينمائي الحركي للبلع.
- العلاج:
- العديد من الحالات غير قابلة للعلاج
- التدريب على البلع
- وضع أنبوب أنفي معدي
- تفميم المعدة
- خزع الحلقية البلعومية
- إجراءات تقاوم الاستنشاق (تقريب الحبلين الصوتيين، تثبيت لسان المزمار، خزع رغامي واستخدام قنية ببالون)

الرتوج البلعومية:



- فتق أو اندفاع يصيب جدار البلعوم في مكان اتصاله بالمرى
- الرجال فوق ال ٥٠ سنة
- ارتفاع الضغط ضمن البلعوم فوق مستوى المعصرة المريئية المغلقة
- تنفتق مخاطية البلعوم في الخلف في مستوى مسافة كيليان
- يتطور الرتج غالبا في الجهة اليسرى

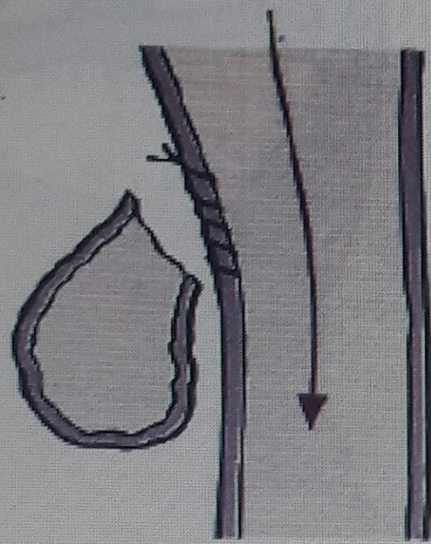
التظاهرات السريرية والتشخيص:



- عسرة البلع المترقية
- ارتجاع المواد الغذائية غير المهضومة
- رائحة الفم الكريهة
- التشخيص:
- تصوير المري الظليل
- التنظير الصلب وفحص الرتج
- ونفي وجود كارسينوما ضمنه

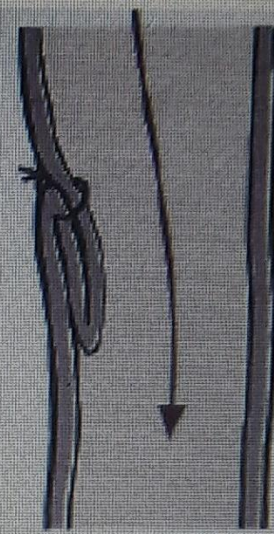
العلاج:

- تُعالج الحالات العرضية فقط
- الجراحة تُجرى بعدة أساليب ويجب دوما خزع المعصرة الحلقية البلعومية.



Excision

استئصال



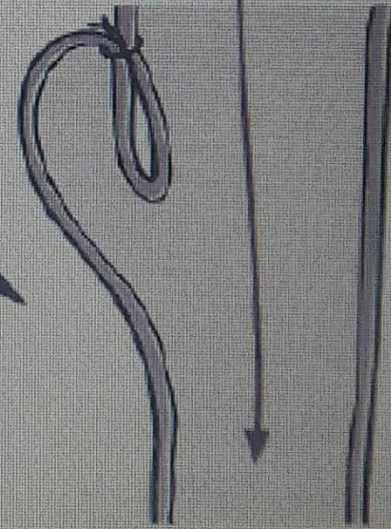
Inversion

قلب للداخل



باستخدام stapler بالتنظير
(عملية دولمان)

Endoscopic stapling
Dohman's operation



Suspension

تعليق

شكل (٦-٨) الخيارات العلاجية للجيب البلعومي

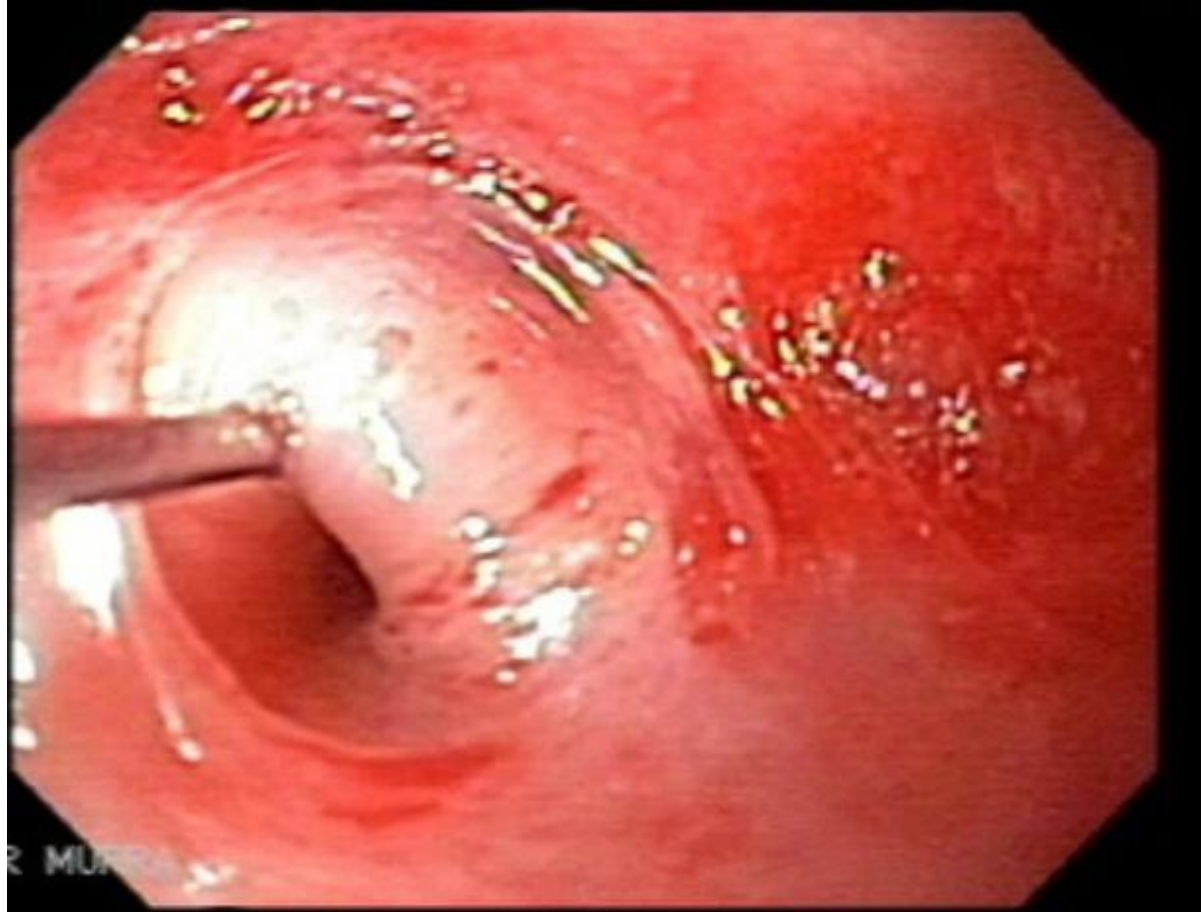
متلازمة بلومر فنسون أو متلازمة باترسون براون كيلي:

- رف مريئي أو عنش خلف الحلقي
- فقر الدم بعوز الحديد والفيتامين ب ١ ٢
- تسطح الأظافر والتهاب اللسان الضموري
- خطورة نشوء كارسينوما خلف الحلقي (ضرورة المتابعة بالتنظير وعلاج فقر الدم)

تسطح أو تملعق الأظافر



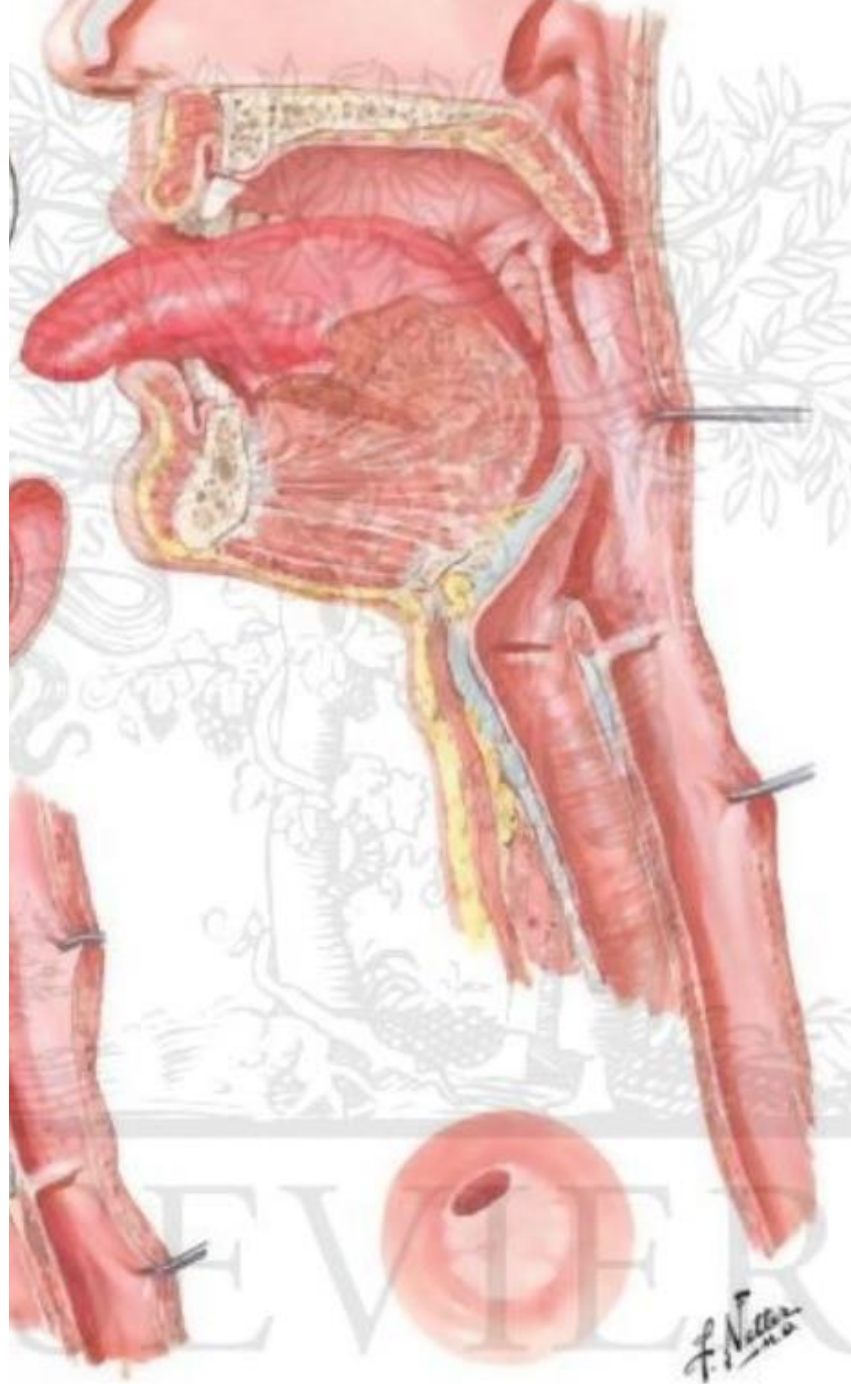
رف مريئي



بلو مر
ففسون:

رف مريئي

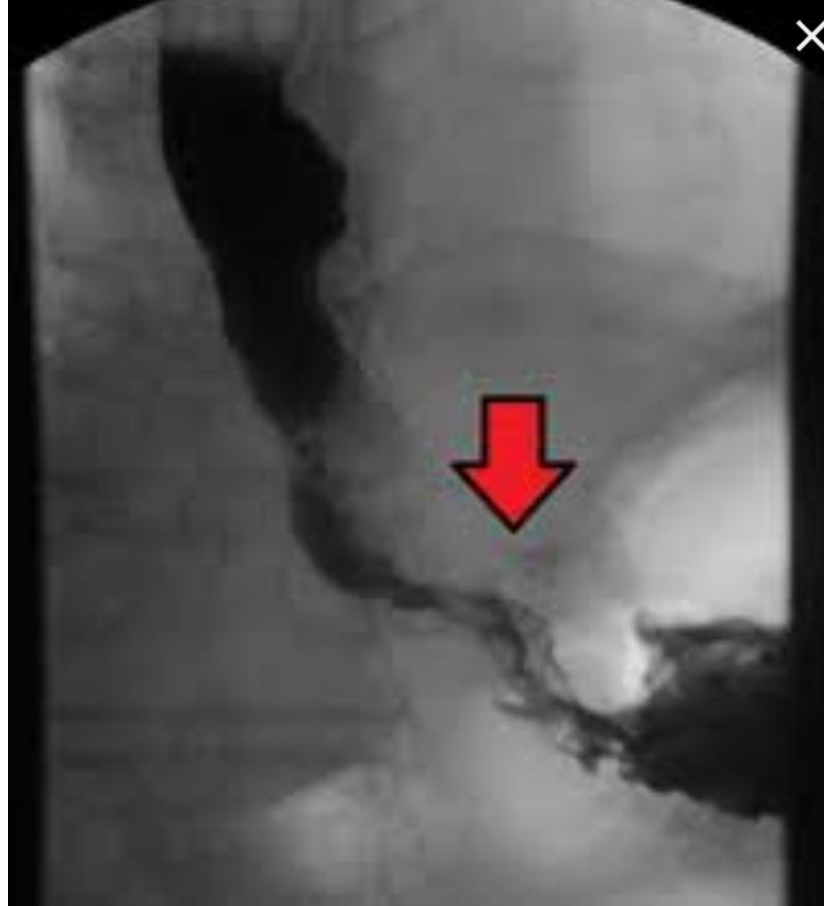
وضمور
حليمات
اللسان



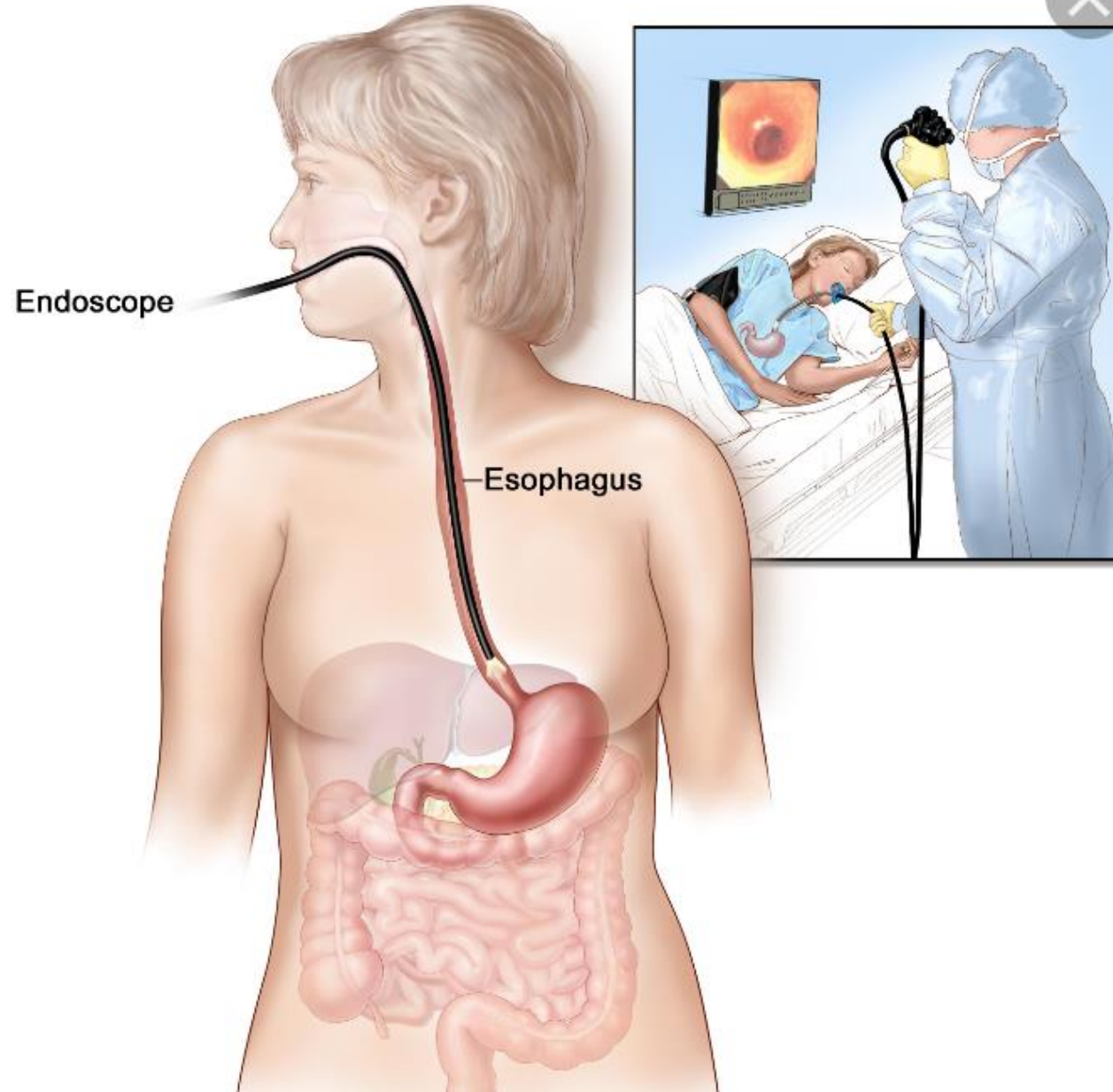
كارسينوما المري :

- شائكة وغدية
- الغدية في القسم السفلي مكان اتصاله بالمعدة
- ٥٠% من كارسينوما المري تنشأ في الثلث المتوسط
- رجحان عند الرجال
- المؤهبات: التدخين والكحولية وفقر الدم ومتلازمة بلومر فنسون
- قد يكون الورم ناجماً عن امتداد مباشر إلى المري من القصبات أو الدرق أو المعدة
- الأعراض مبهمّة: عسرة بلع متروقية، نقص وزن، إعياء، عدم ارتياح في البلعوم، الغصة
- التشخيص بالصورة الظليلة والتنظير المباشر مع أخذ خزعات.

تصوير مري ظليل

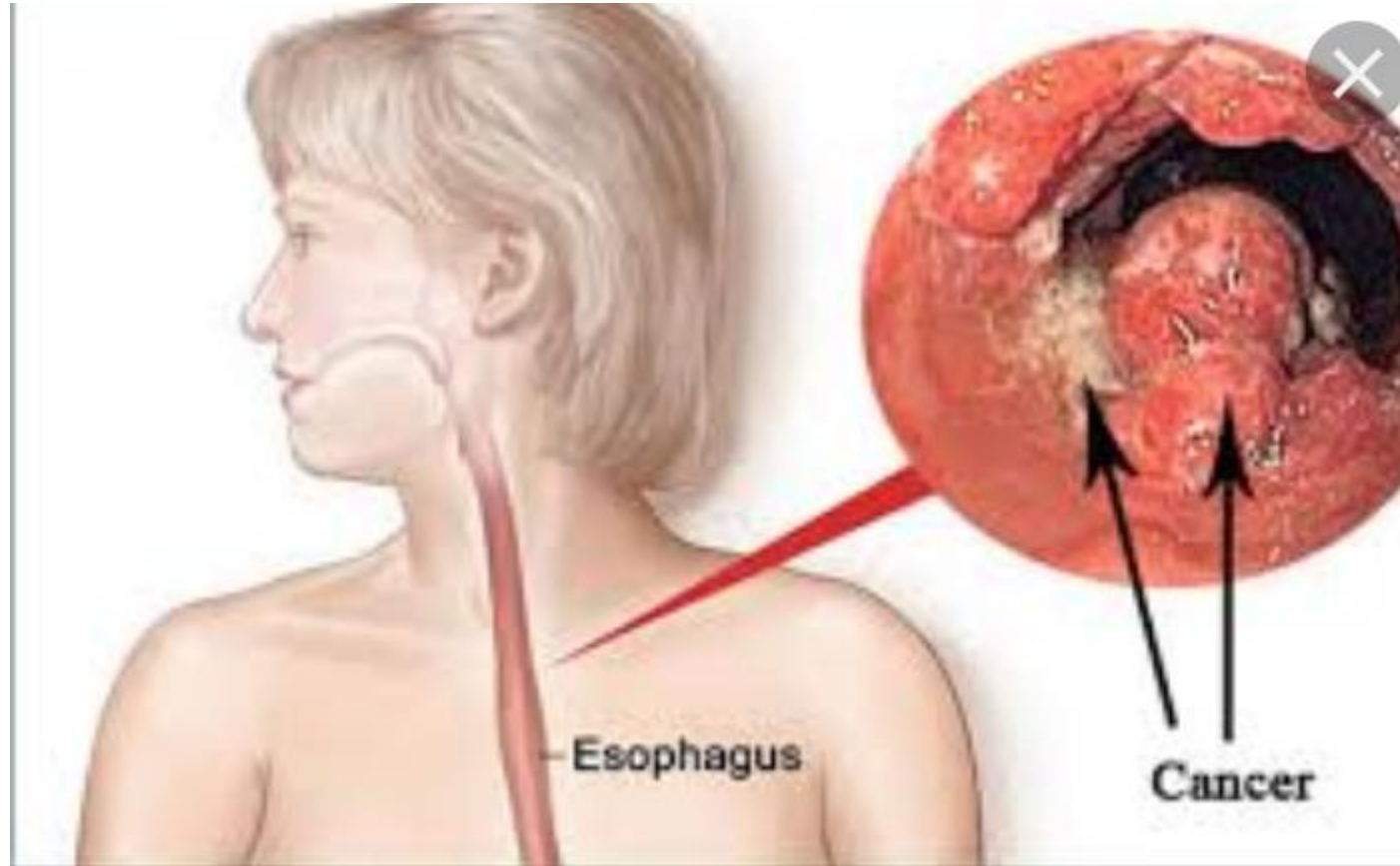


Esophagoscopy



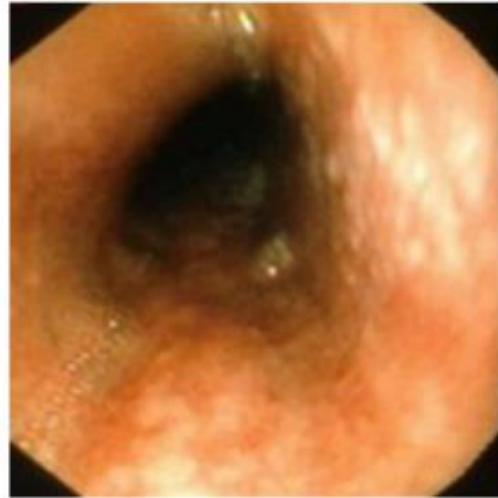
تنظير هضمي
علوي

كارسينوما مري



مظهر تنظيري

Esophageal Squamous Cell Carcinoma Five Year Survival



Early stage

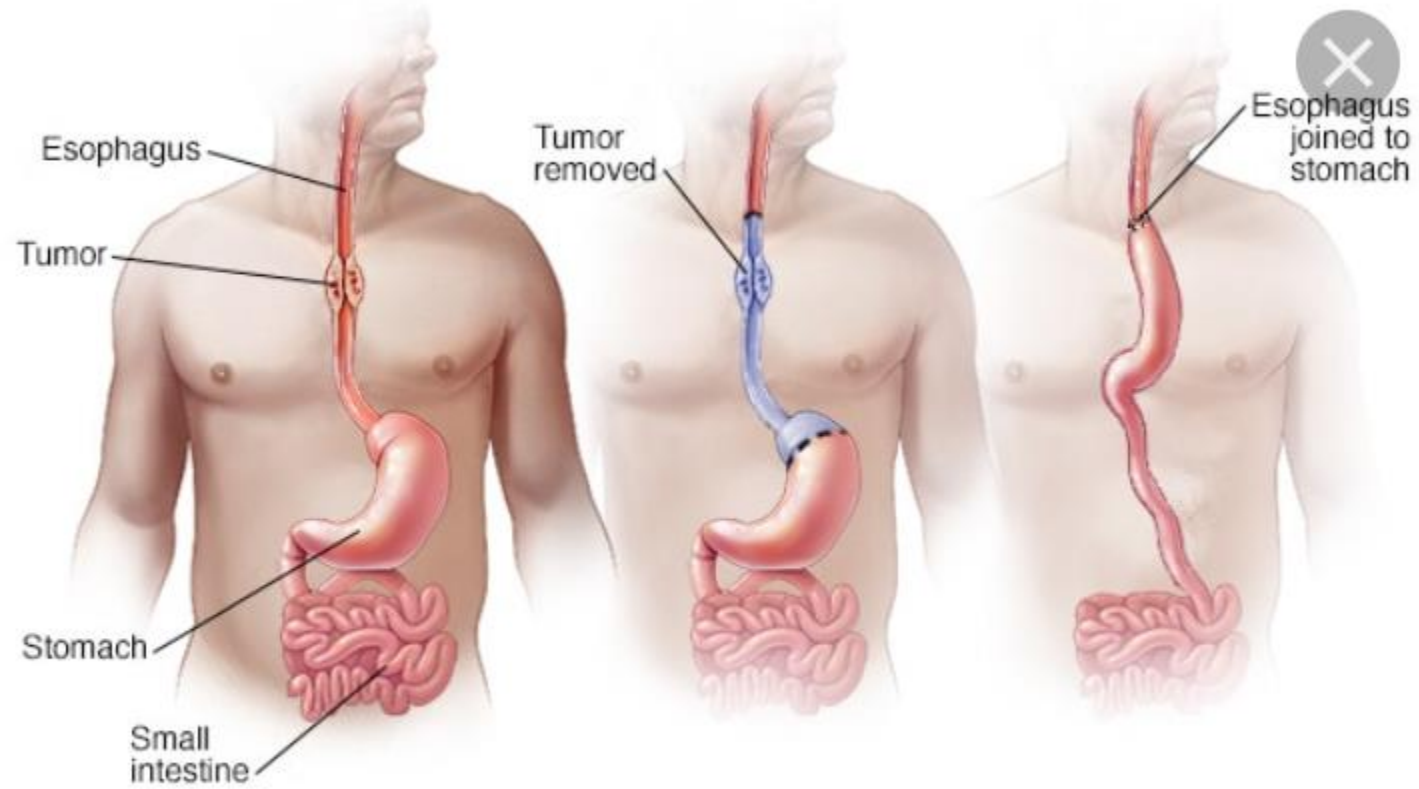
> 90%



Advanced stage

< 10%

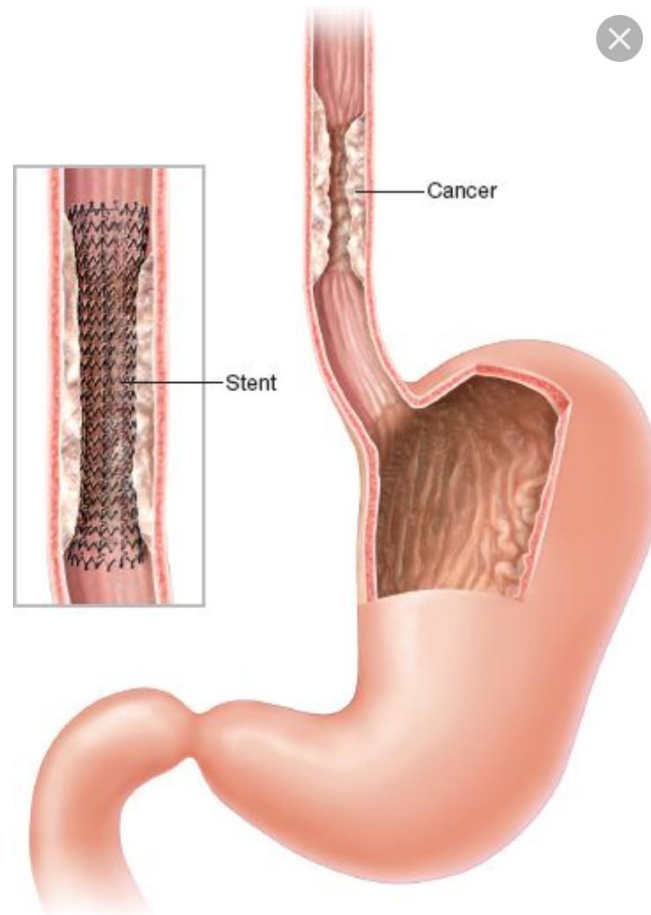
رفع المعدة



العلاجات التلطيفية لكارسينوما المري:

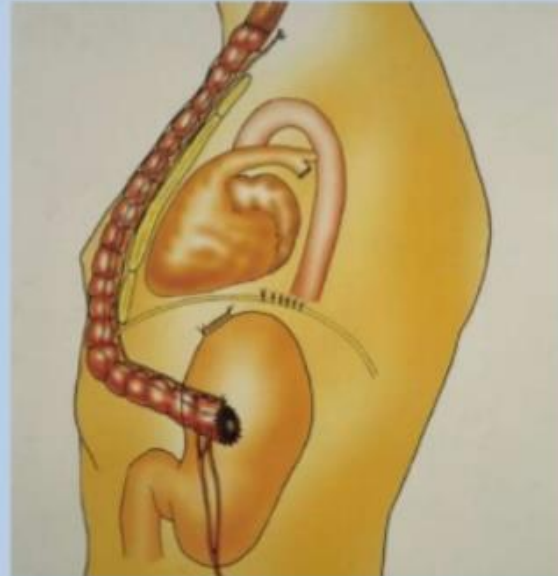
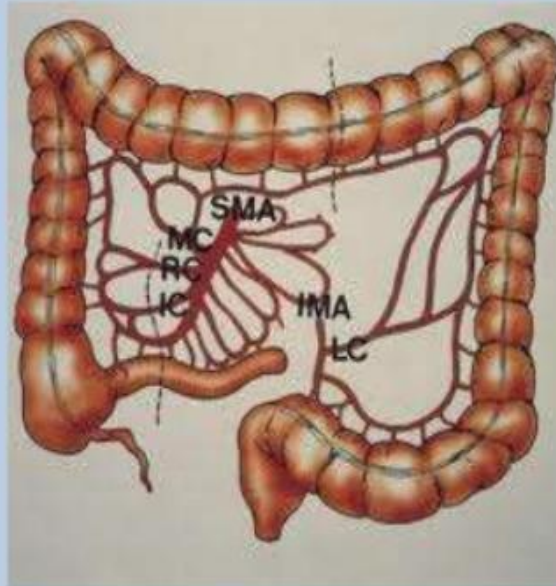
- العلاج الشعاعي
- إنقاص حجم الورم بالليزر
- وضع Stent في مكان التضيق
- مجازات لتجاوز منطقة الانسداد
- تفميم معدة.

Stent

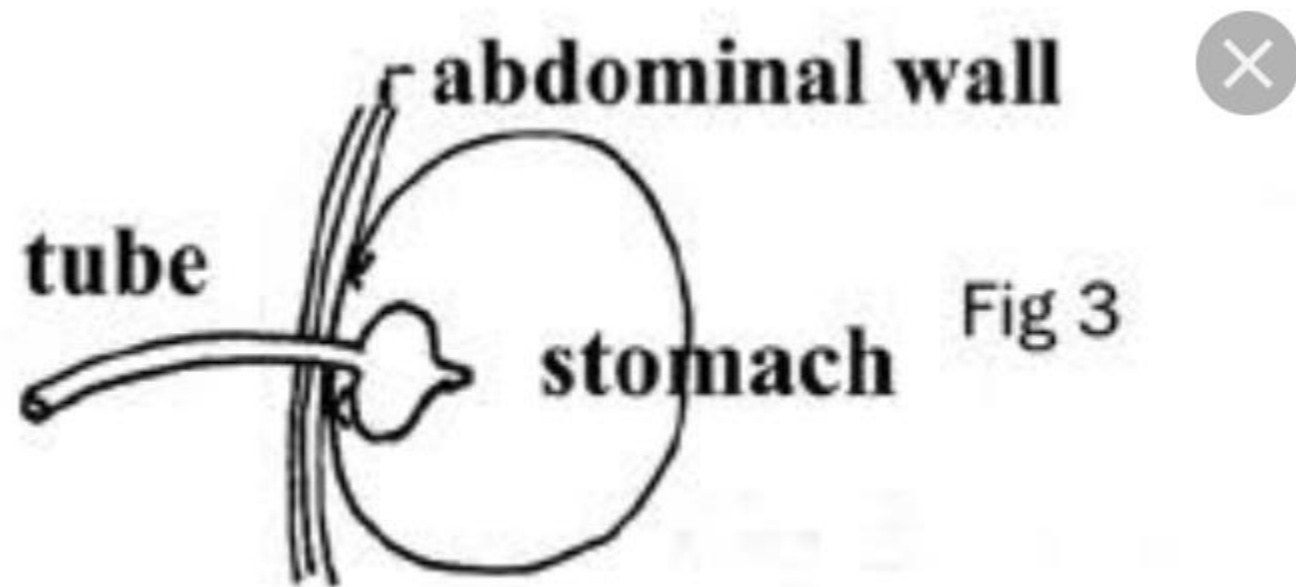


مجازة كولونية

Esophageal bypass with Colon



تفميم معدة:

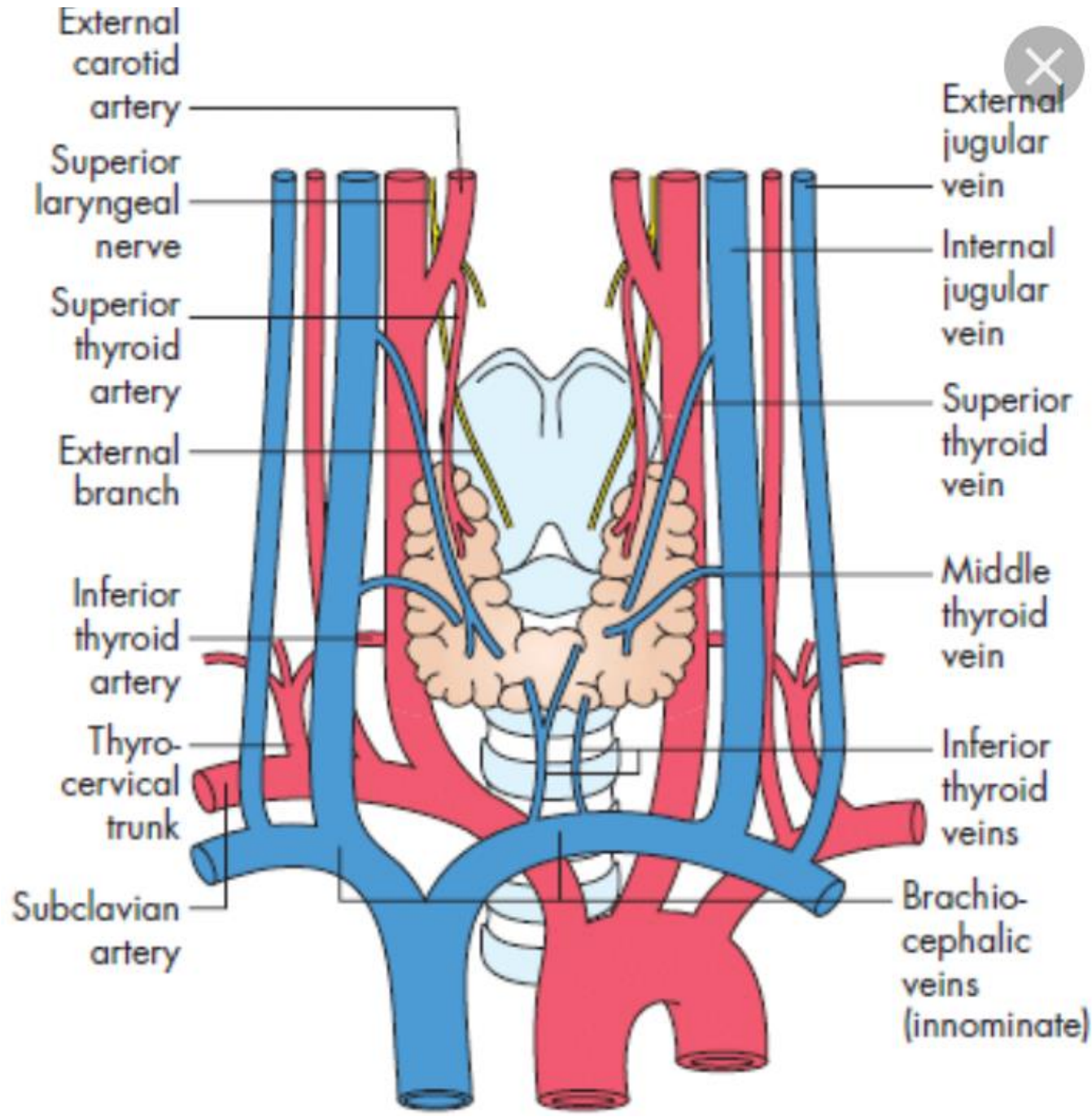


استقصاءات عشرة البلع:

- القصة السريرية
- البحث عن شلول الأعصاب القحفية
- تصوير المري الظليل
- التنظير المباشر
- تعداد وصيغة
- التصوير الطبقي المحوري
- الرنين المغناطيسي

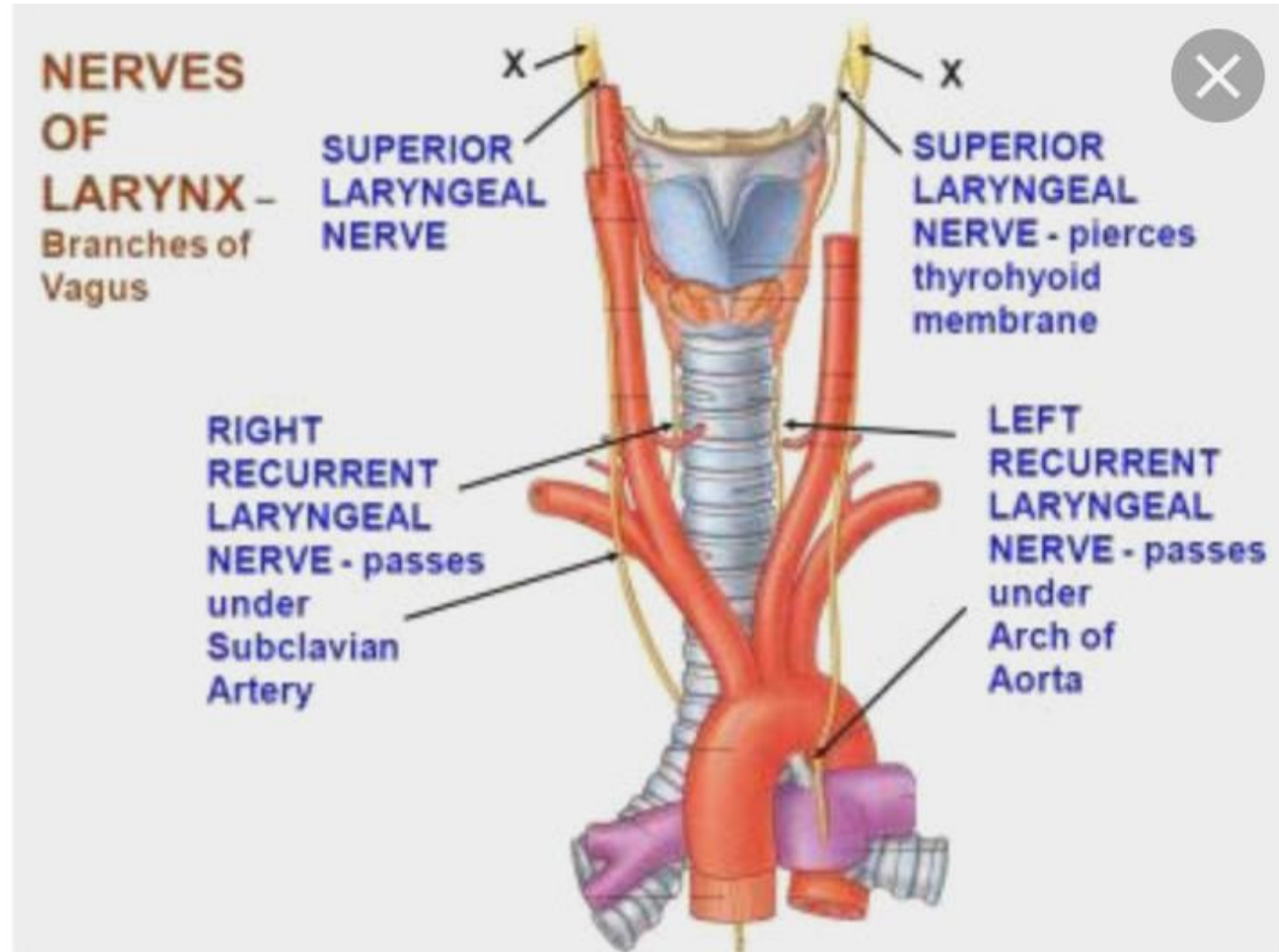
مذاكرة

إعداد أ.د. أريج العساف

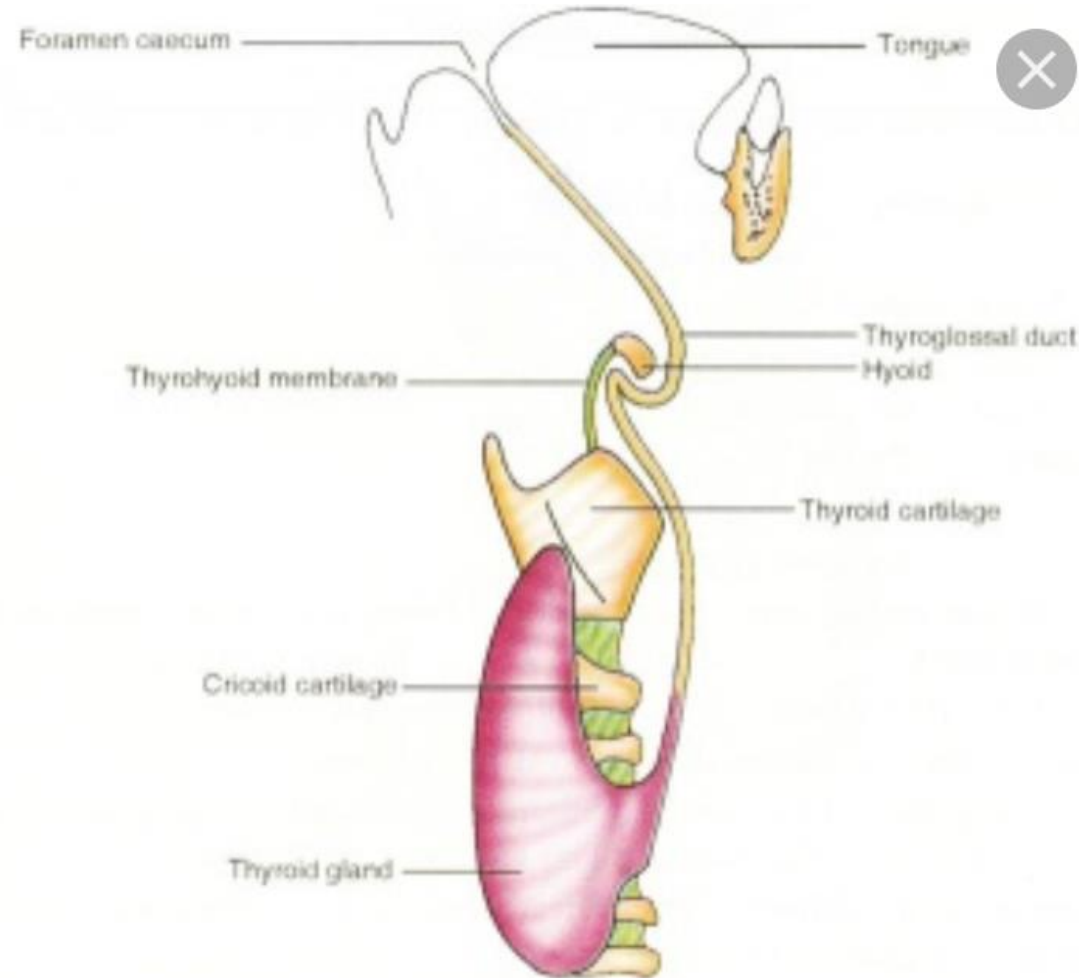


- ١- لماذا ترتفع الغدة الدرقية إلى الأعلى خلال البلع؟
- ٢- اذكر تروية الغدة الدرقية.

٣- اشرح مسار العصب الراجع، والعضلات التي يعصبها.



٤- اشرح مسار ومكان نشوء الغدة الدرقية.



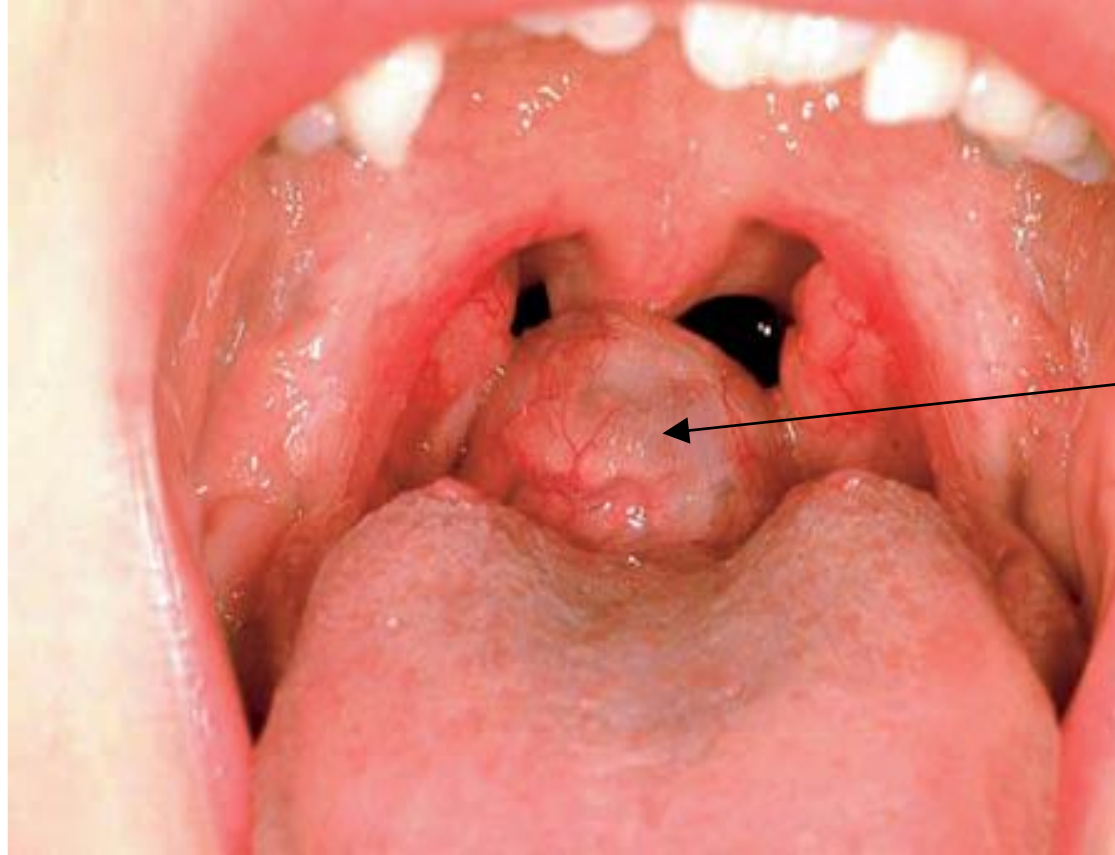
۵- ماذا ترى؟



٦- ماذا ترى؟



٧- إلامَ يثير السهم؟

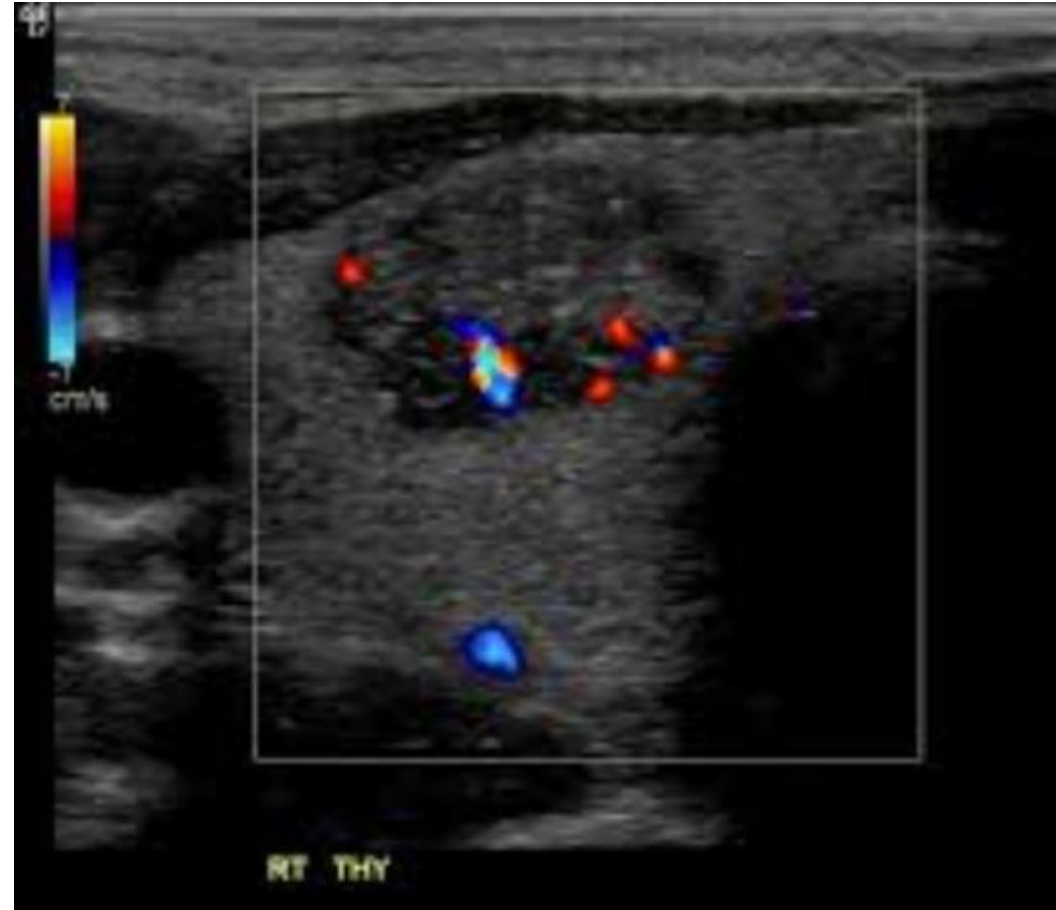


٨- إلامَ يثير السهمان؟



Figure 2A: A follicular thyroid adenoma (largest diameter, 2 mm) in a 46-year-old woman. In non-enhanced A images.

٩- ماذا تشاهد؟



- صل كل بند في العمود الأيمن مع ما يلائمه في الأيسر:

أ- أشيع سرطانات الدرق	١٠- الكارسينوما اللبية
ب- تترافق بارتفاع الكالسيتونين	١١- الكارسينوما الحليمية
ج- سوابق داء هاشيموتو	١٢- الكارسينوما الجريبية
د- تلتبس مع الورم السليم بالرشافة الخلوية	١٣- لمفوما الدرق

- ١٤ - عدد خمسة أعراض لسرطانات الدرق
- ١٥ - ماذا تعني مصطلحات عقدة حارة وعقدة باردة؟
- ١٦ - ما هي أنماط العلاجات المتاحة لسرطانات الدرق؟
- ١٧ - أنماط الجراحات التي يمكن إجراؤها للدرق
- ١٨ - علاج الكيسة الدرقية
- ١٩ - ما الهدف من العلاج باليود المشع بعد استئصال الدرق التام؟
- ٢٠ - ما الهدف من علاج المريض بالتيروكسين بعد الجراحة؟ وكيف تتم متابعة النكس الورمي بالدرجة الأولى؟
- ٢١ - عدد اختلاطات جراحة الدرق

٢٢- إذا كان الورم البدئي في الدرق وعلى حساب خلايا الجريب، ماذا تتوقع أن يكون التشريح المرضي الغالب؟



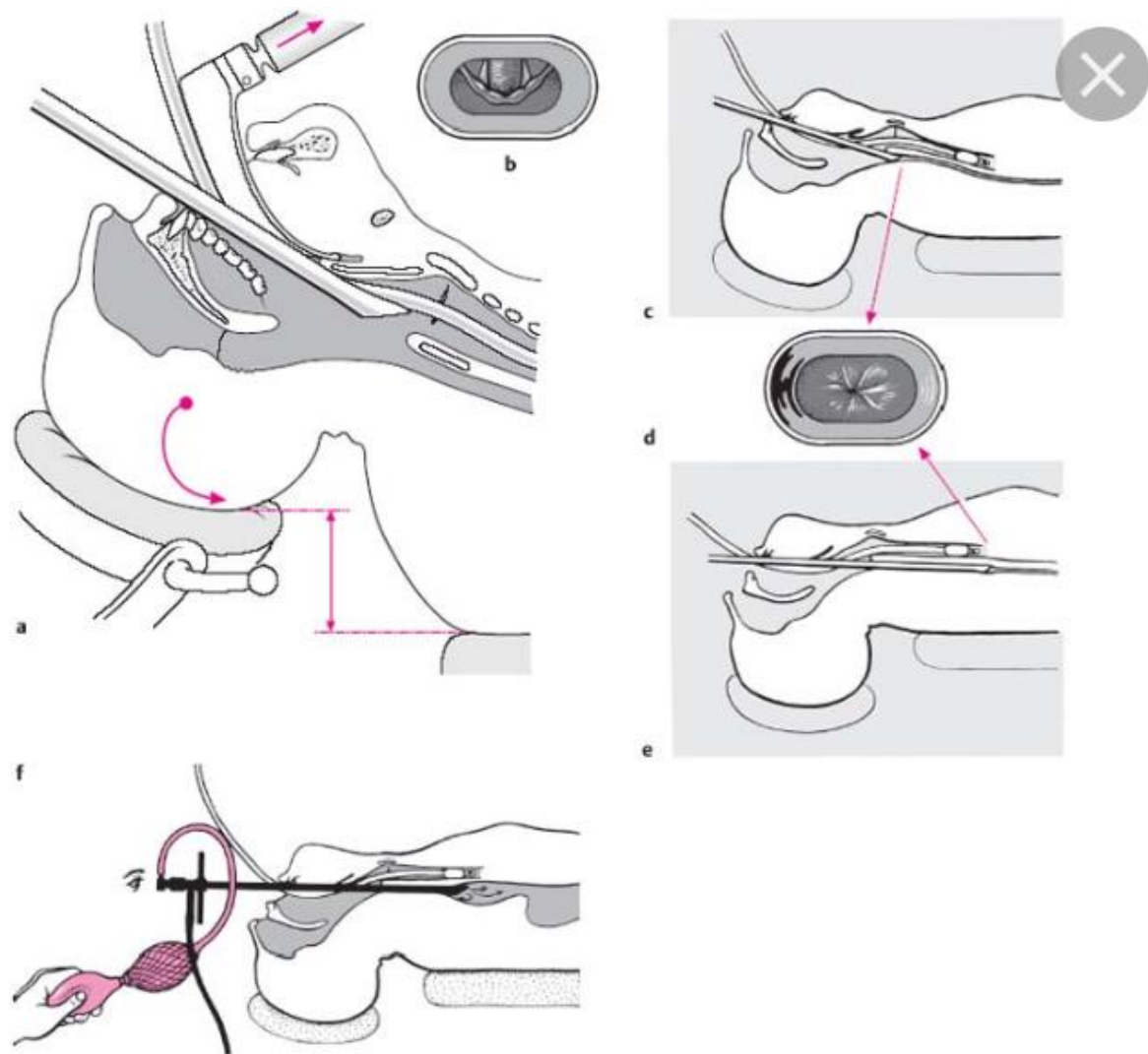
- ٢٣- ما هو طول المري؟
- ٢٤- اذكر تضيقات المري
- ٢٥- ما هي طبقات جدار المري؟
- ٢٦- ما هي المضائق الثلاثة التي تنغلق في الطور البلعومي للبلع؟
- ٢٧- ما هي أشيع الأجسام المبتلعة عند البالغين؟
- ٢٨- ما هي أشيع الأجسام المبتلعة عند الأطفال؟
- ٢٩- أي الأجسام الأجنبية أخطر في المري؟
- ٣٠- ما هو المكان الأشيع لانهيار الجسم الغريب في المري؟

- ٣١- اذكر بعض المواد الظليلة على الأشعة في صورة الصدر؟
- ٣٢- اذكر اختلاطات تنظير المري الصلب.
- ٣٣- قارن بين السوائل والمواد الصلبة الحارقة، من ناحية حرق المري بالكاويات.
- ٣٤- عدد أعراض ابتلاع المواد الكاوية.
- ٣٥- أعراض القلس المعدي المريئي
- ٣٦- ما هي الأمراض التي تصيب القسم الخلفي للحنجرة؟
- ٣٧- عدد مقومات العلاج السلوكي للقلس المعدي المريئي.

٣٨- ماذا يمثل الشكل؟



٣٩- اشرح الشكل



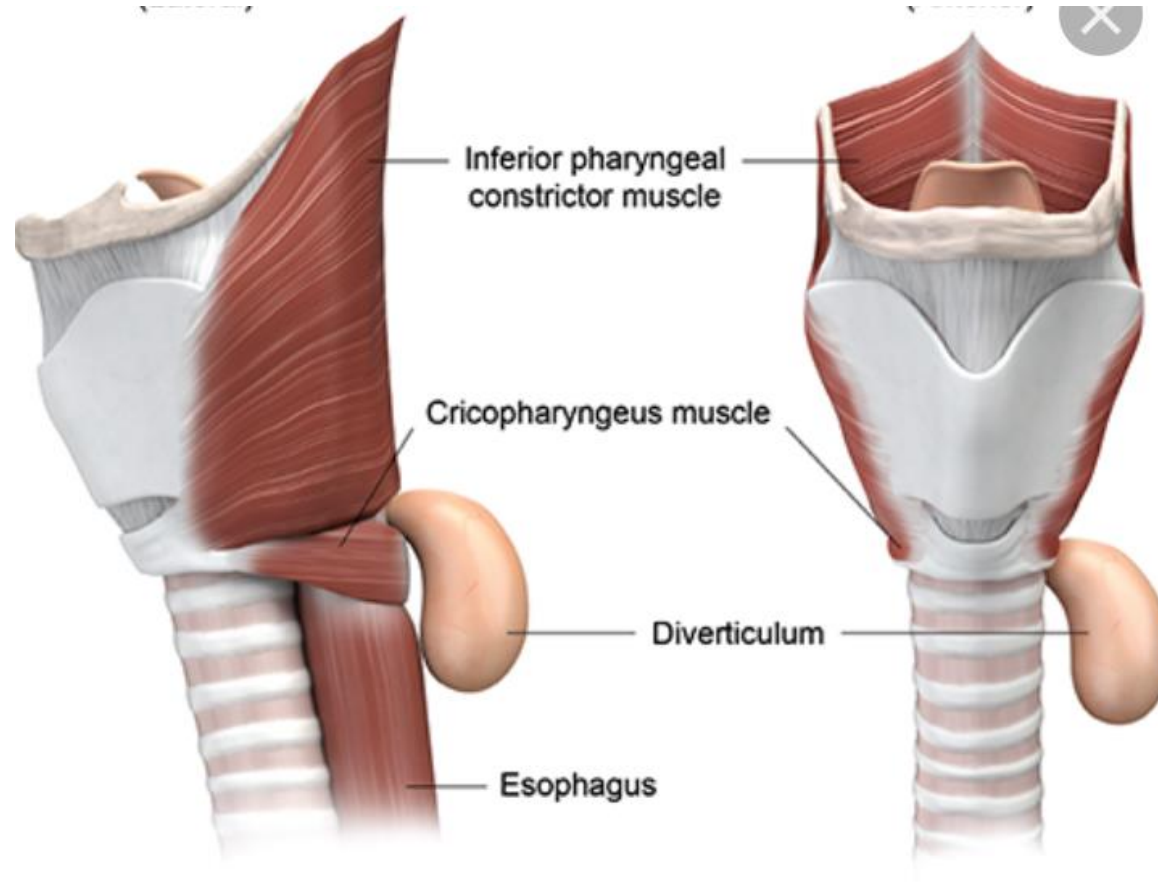
٤٠- اشرح الشكل



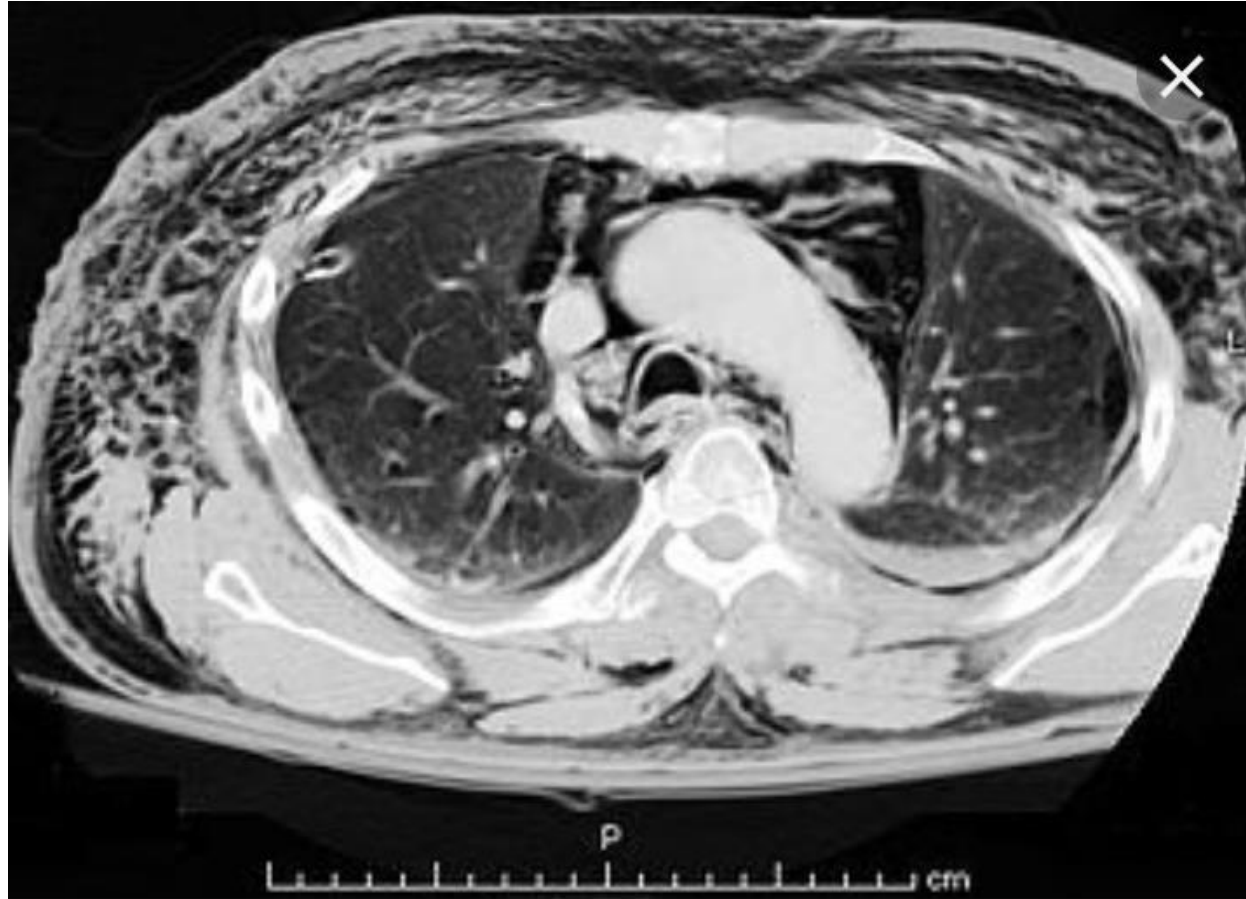
١٤- اشرح الشكل



٤٣- ماذا تشاهد؟



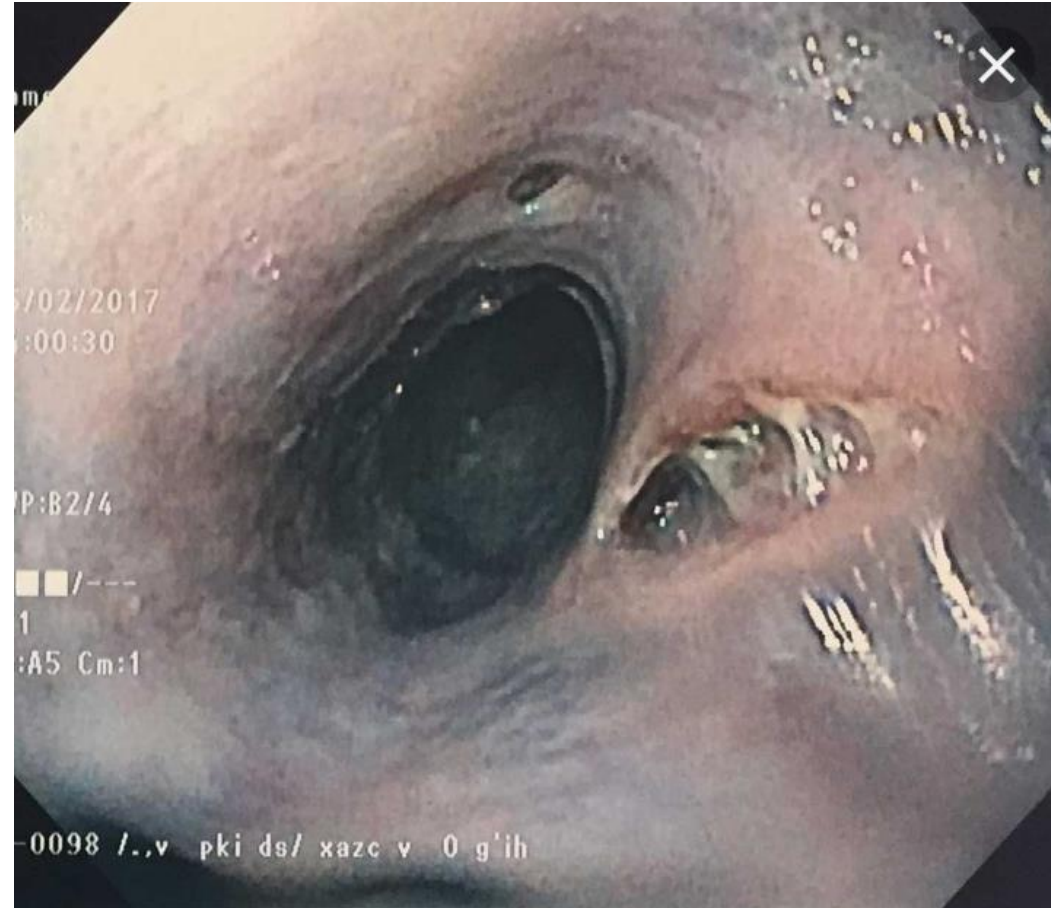
٤٤- ماذا تلاحظ في المقطع الصدري هذا؟



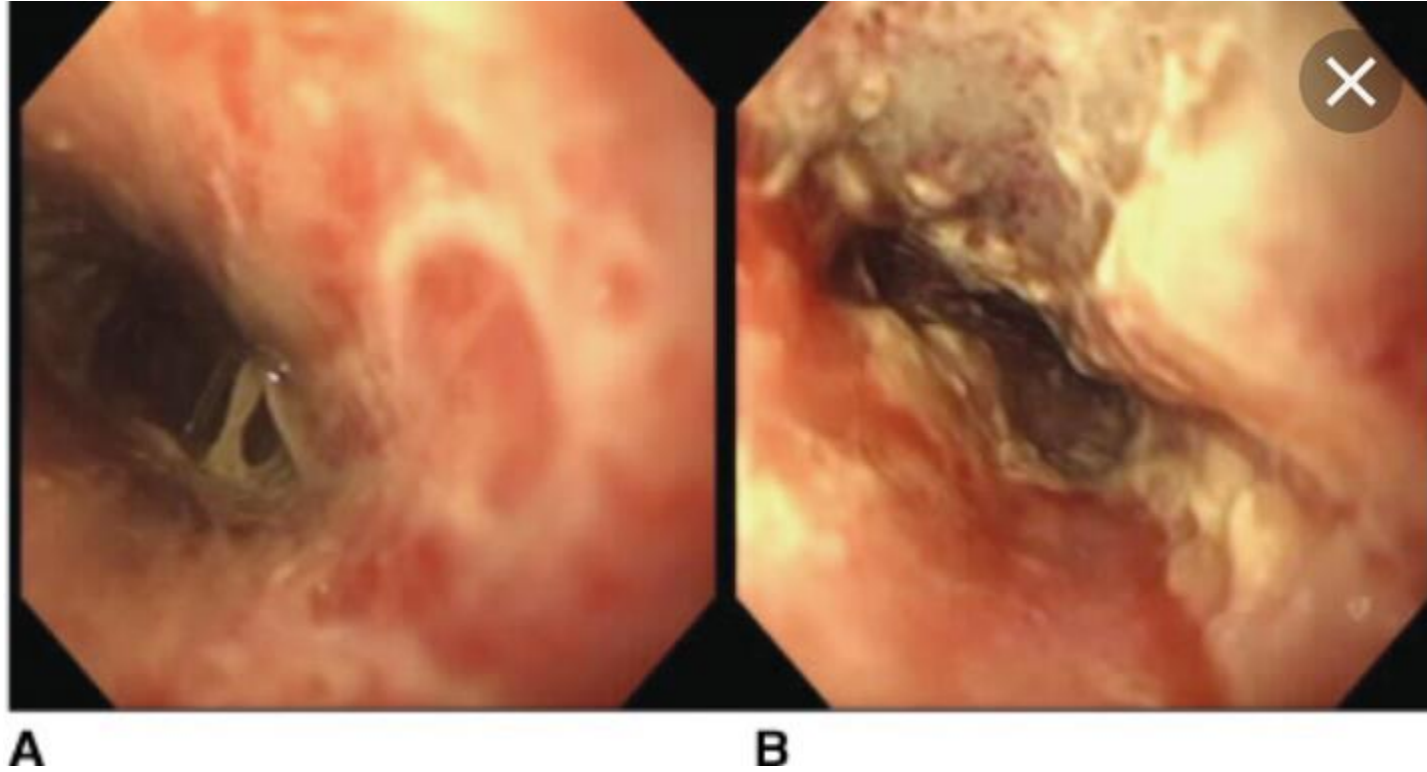
٤٥- ماذا يظهر في صورة الصدر هذه التي أجريت لطفل
تعرض لتنظير مري صلب



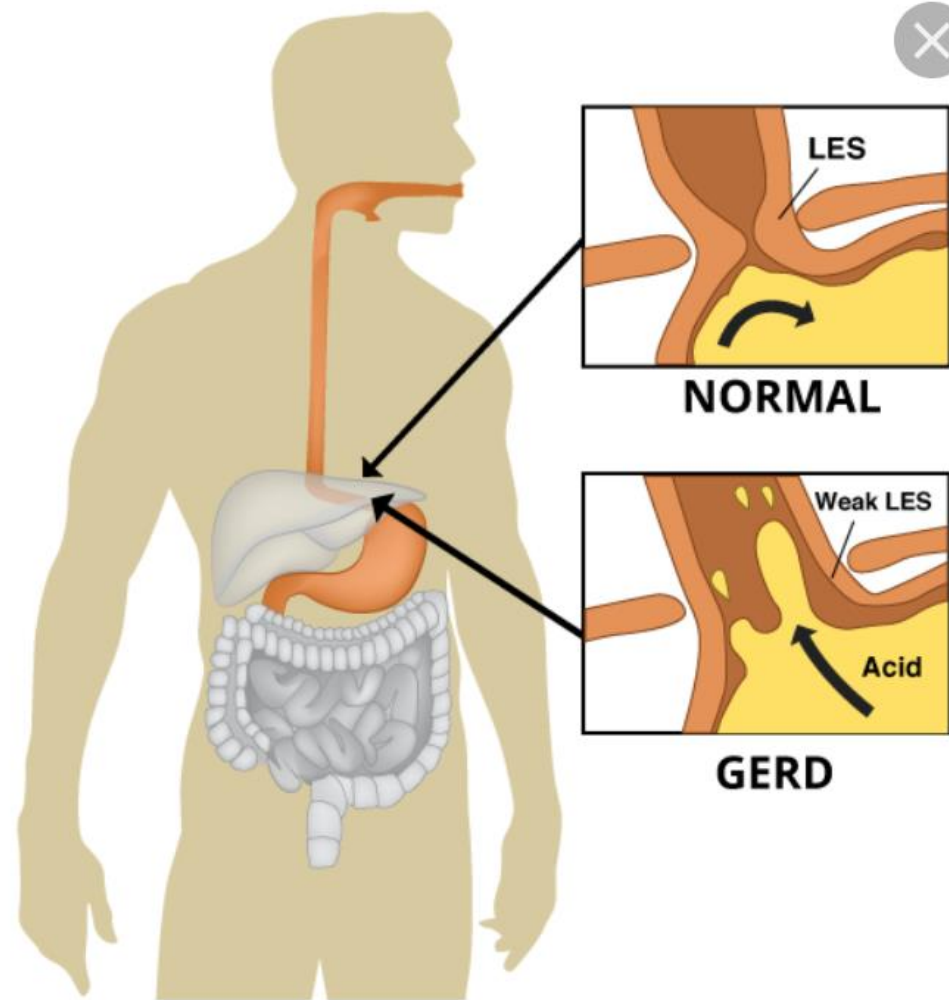
٤٦- ماذا يظهر في تنظير المري المرن هذا؟



٤٧- ماذا يبدو في تنظير المري المرن هذا؟



٤٨ - اشرح الشكل.



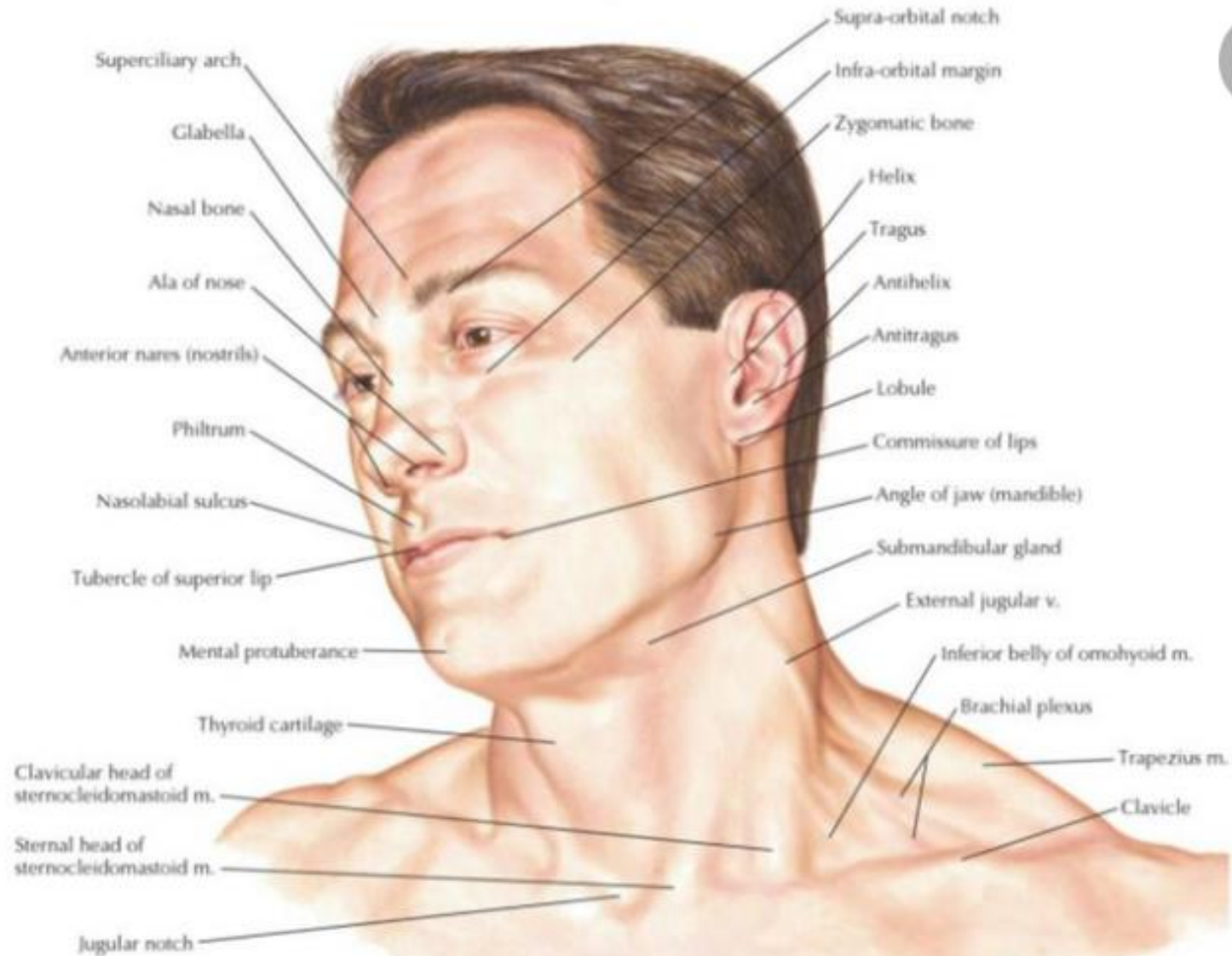
تَشْرِيحُ العنق

إعداد الدكتور: أريج يعقوب العساف

التشريح السطحي:

- تقسم العضلة القترائية العنق إلى مثلثين تشريحيين أساسيين هما المثلث الرقبي الأمامي والمثلث الرقبي الخلفي.
- ينقسم كل من هذين المثلثين إلى عدة مثلثات
- إن هذه المثلثات افتراضية ولم يتم اختيارها لأسباب سريرية أو جنينية وإنما تساعد في التحديد الطبوغرافي لبعض كتل العنق.

تشريح العنق الخارجي



المثلثات الأمامية

- يتحدد المثلث الأمامي بالخط الناصف للعنق وبالحافة الأمامية للقترائية وبحافة الفك السفلي

يحتوي هذا المثلث عدة مثلثات هي

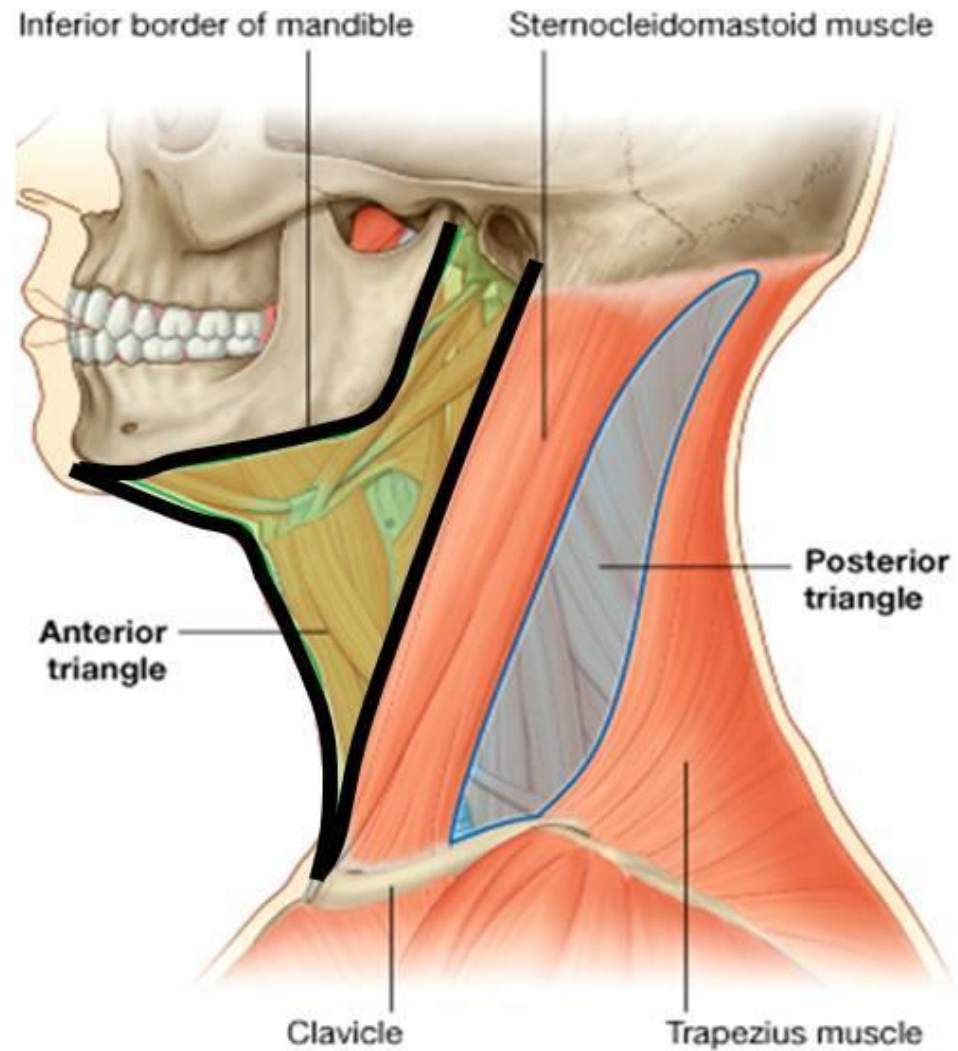
١- المثلث تحت الفك يتحدد بحافة الفك السفلي وبالبطنين الأمامي والخلفي لذات البطنين

٢- المثلث تحت الذقن يتحدد بالبطن الأمامي لذات البطنين وبالعظم اللامي وبالخط الناصف

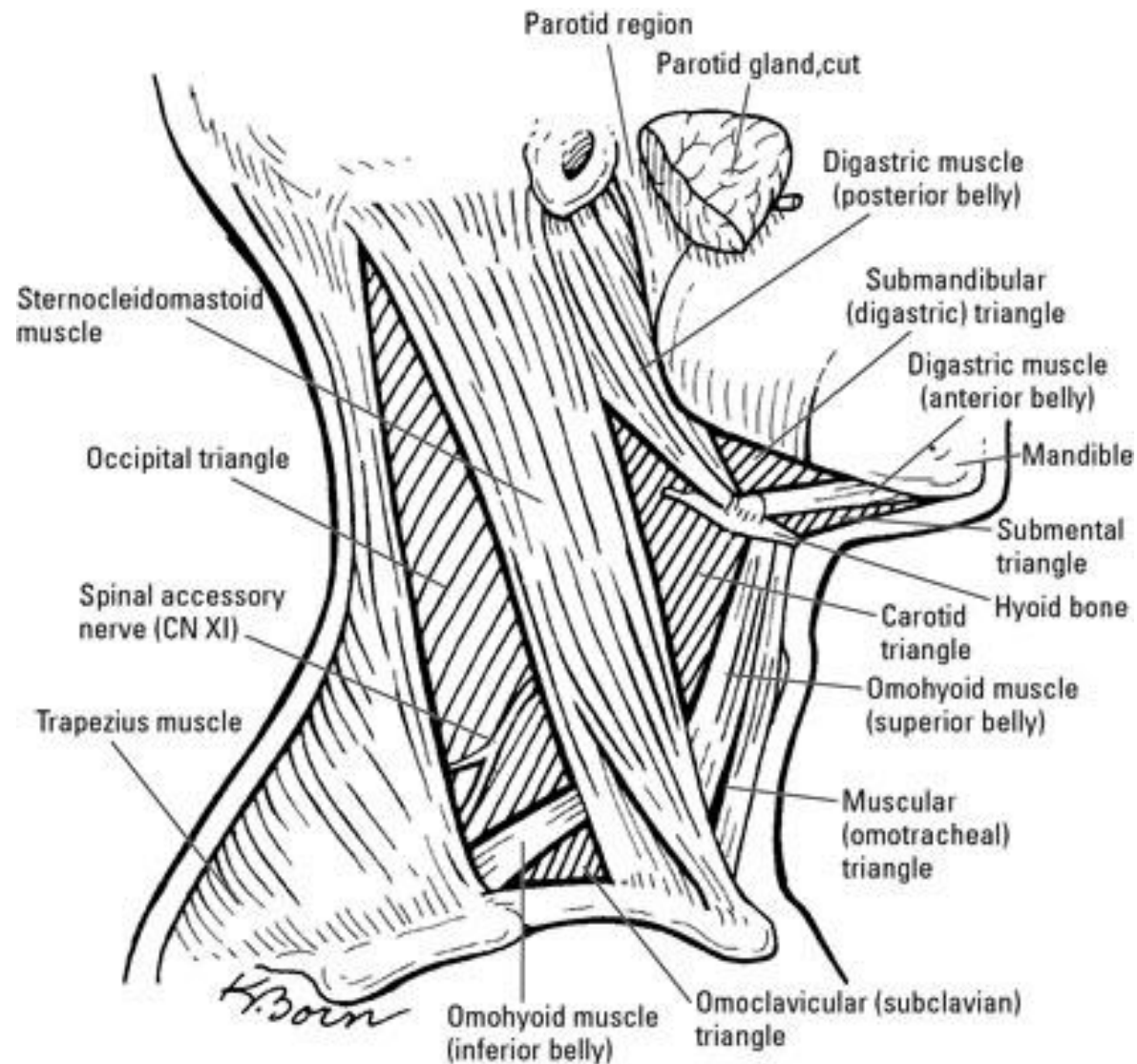
٣- المثلث السباتي يتحدد بالعضلة الكتلامية و بالبطن الخلفي لذات البطنين وبالحافة الأمامية للقترائية

٤- المثلث العضلي يتحدد بالعضلة الكتلامية وبالخط الناصف وبالحافة الأمامية للقترائية

مثلثات العنق



مثلثات العنق



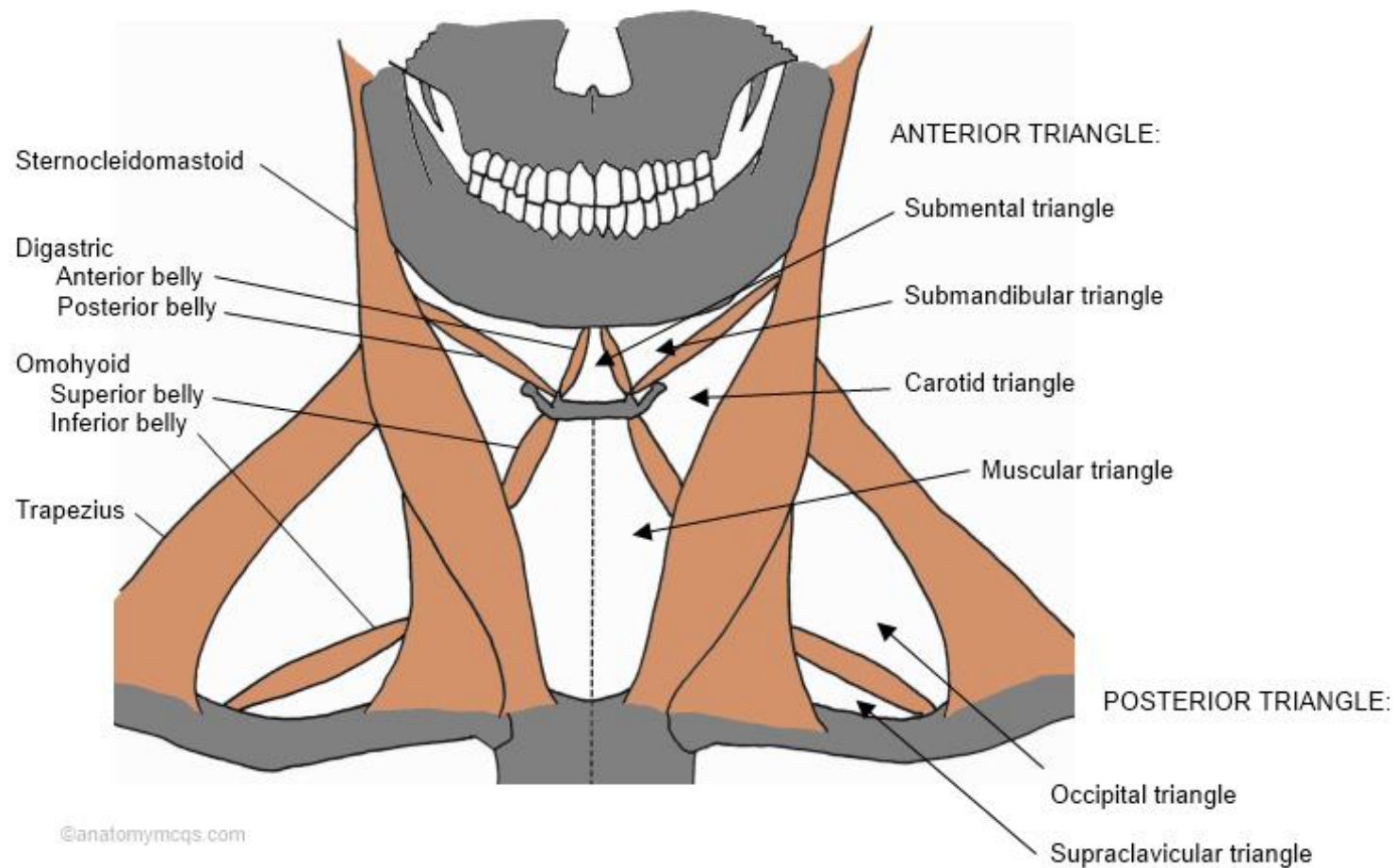
المثلثات الخلفية

يتحدد المثلث الخلفي الكبير أو الرئيس بالترقوة وبالحافة الخلفية للقتراية وبالحافة الأمامية لشبه المنحرفة ويتكون من المثلثات التالية:

- ١ - المثلث القفوي يتحدد بالحافة الخلفية للقتراية وبالحافة الأمامية لشبه المنحرفة وبالكلامية
- ٢ - المثلث فوق الترقوة يتحدد بالحافة الخلفية للقتراية وبالترقوة وبالكلامية.

مثلثات العنق

NECK TRIANGLES

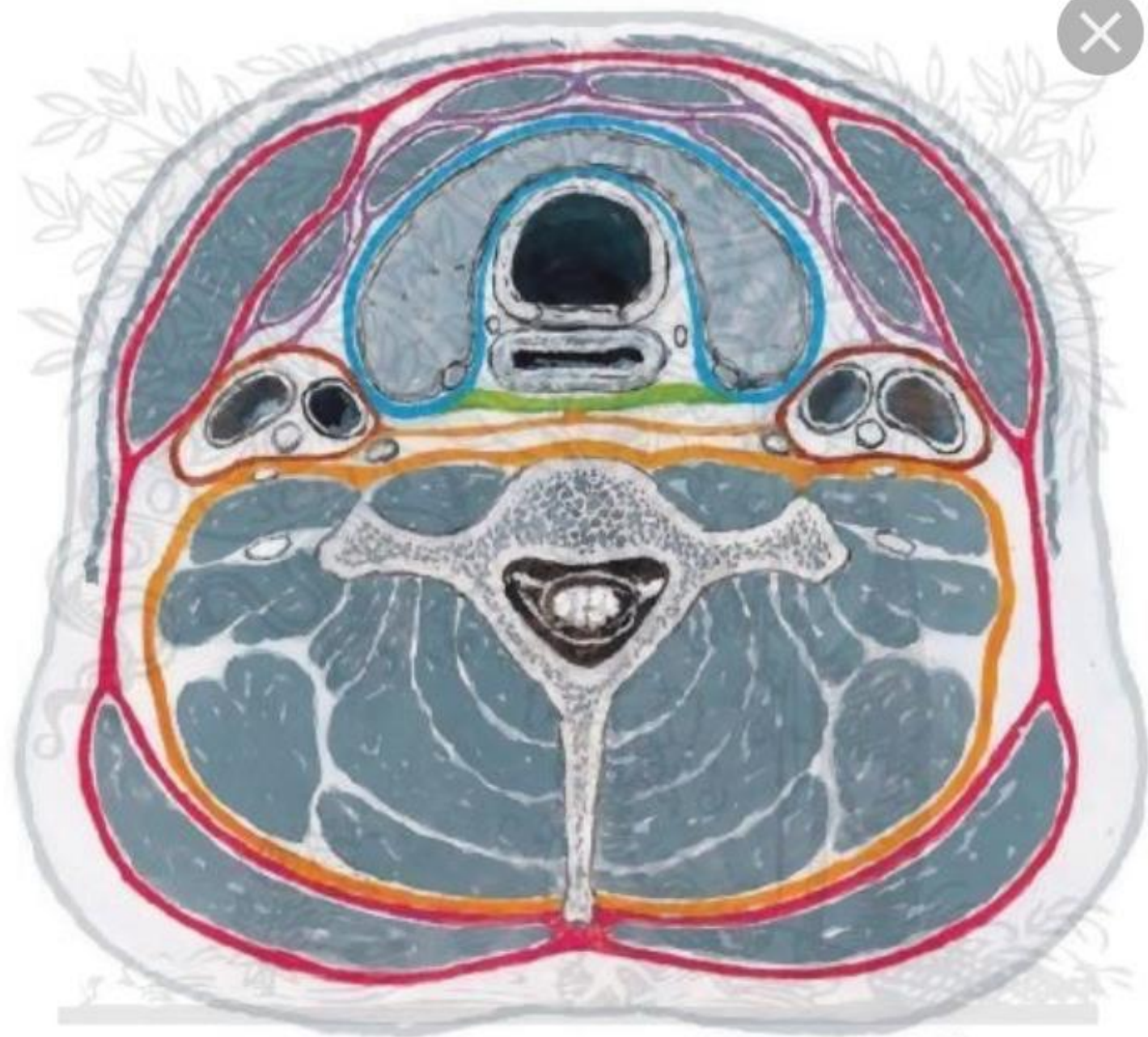


التشريح العميق للعنق:

- يُقسم العنق إلى أحياء تشريحية بواسطة لفافة قوية تتألف من عدة طبقات
- تشكل هذه الأحياء تقسيمات تشريحية هامة وحقيقية تساعد في فهم انتشار أخماج العنق العميقة
- تنقسم لفافات العنق إلى عدة طبقات هي اللفافة الرقبية المطوقة، واللفافة أمام الرغامى، واللفافة أمام الفقار، والغمد السباتي

اللفافة الرقبيّة المطوقة:

- تغلف جميع طبقات العنق
- ترتبط في الأعلى بالفك السفلي وقاعدة القحف، وفي الأسفل بالترقوتين، وفي الخلف بالعمود الرقبي.

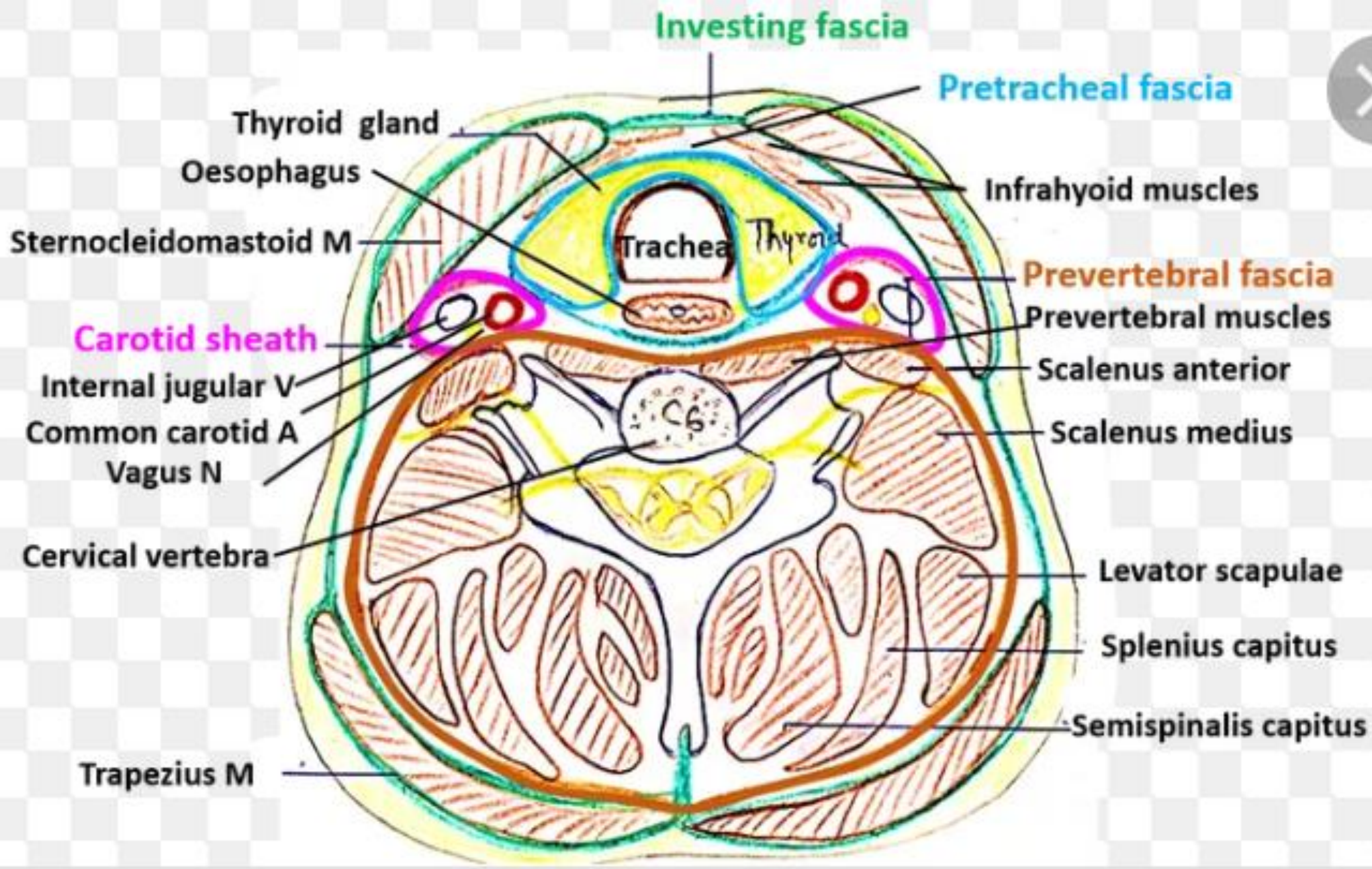


اللفافة أمام الرغامى:

• تغلف الغدة الدرقية وتربطها بالرغامى خلفها

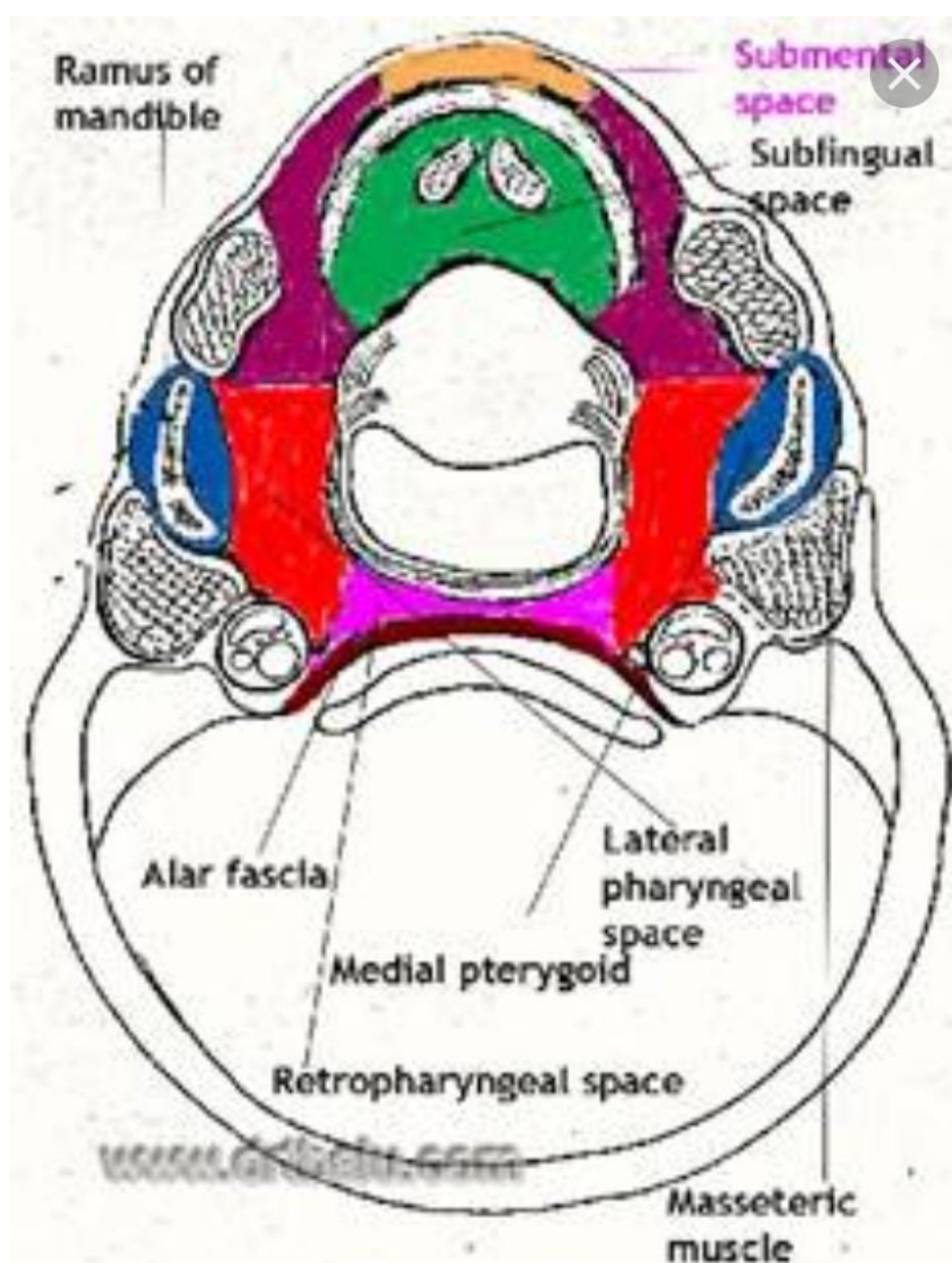
اللفافة أمام الفقار:

- تغلف العمود الرقبي والعضلات المرتبطة به.
- تقسم اللفافة أمام الفقار العنق إلى حيزين أساسيين:
- أ- خلفي يشمل العمود الرقبي والعضلات المرتبطة به.
- ب- أمامي: يشمل المكونات الحشوية وتكون البنى في هذا الحيز محاطة بأغلفة لفافية، وهي اللفافة أمام الرغامى (وصفت سابقاً)
- الغمد السباتي: وهو حزمة لفافية تغلف الشريان السباتي والوريد الوداجي الباطن والعصب المبهم.



فراغات العنق:

- تحصر اللقافات الموصوفة سابقاً مسافات فيما بينها تسمى فراغات (مسافات) العنق العميقة
- لهذه الفراغات أهمية سريرية لأن أخماج العنق تنتشر عبرها وتهدد العناصر الحيوية الهامة في هذه الفراغات.
- أهم هذه الفراغات: الفراغ جانب البلعوم، والفراغ خلف البلعوم، والفراغ تحت الفك السفلي.



فراغات العنق العميقة

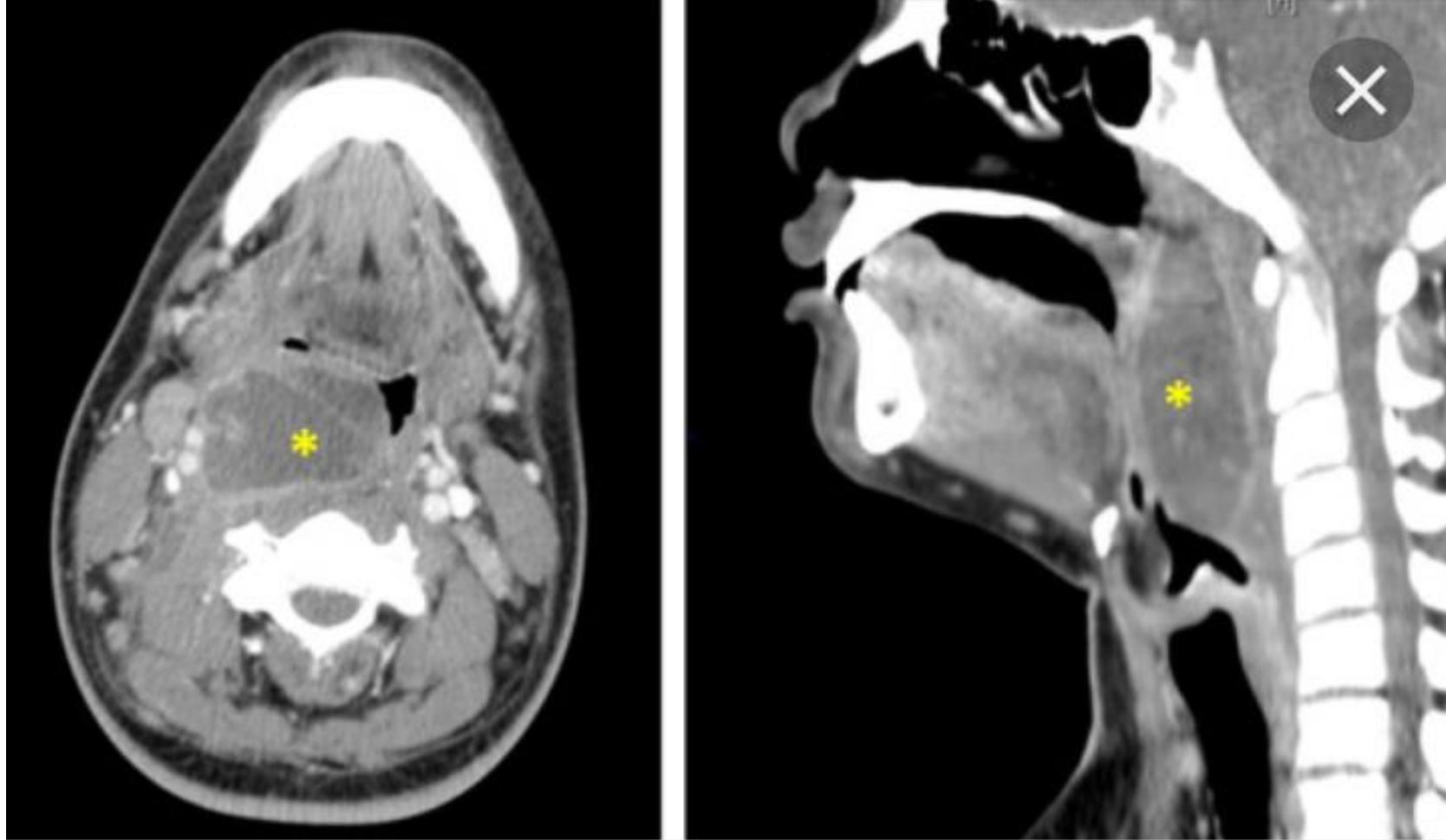
خراج في الفراغ تحت الفك السفلي



خراج في الفراغ جانب البلعوم

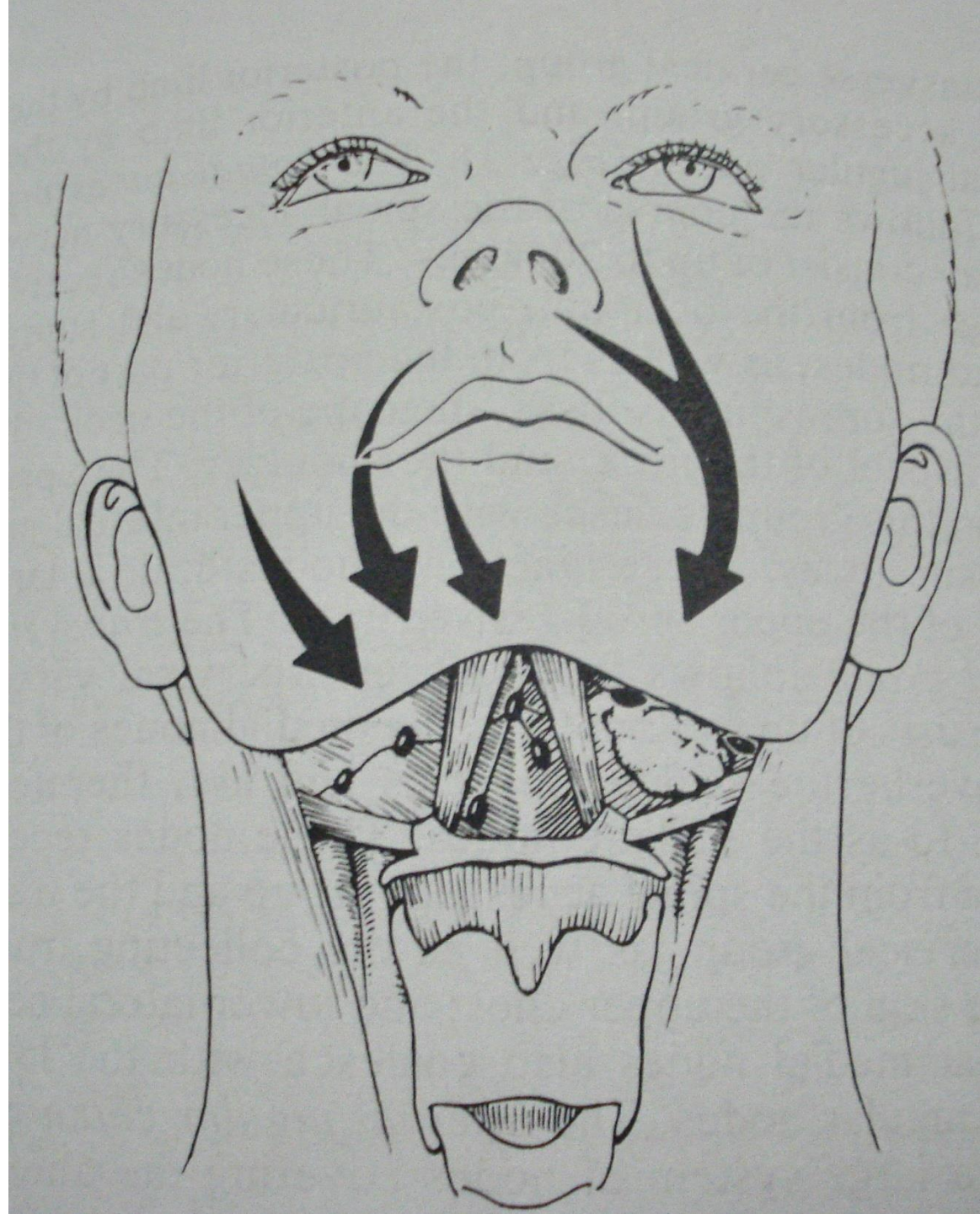


خراج في الفراغ خلف البلعوم



مستويات العقد:

- المستوى الأول: يتكون من العقد تحت الذقن ضمن المثلث المحدود بالبطنين الأماميين لذات البطنين و العظم اللامي
- ومن العقد تحت الفك ضمن المثلث المحدود بالبطن الخلفي والبطن الأمامي لذات البطنين وجسم الفك السفلي.



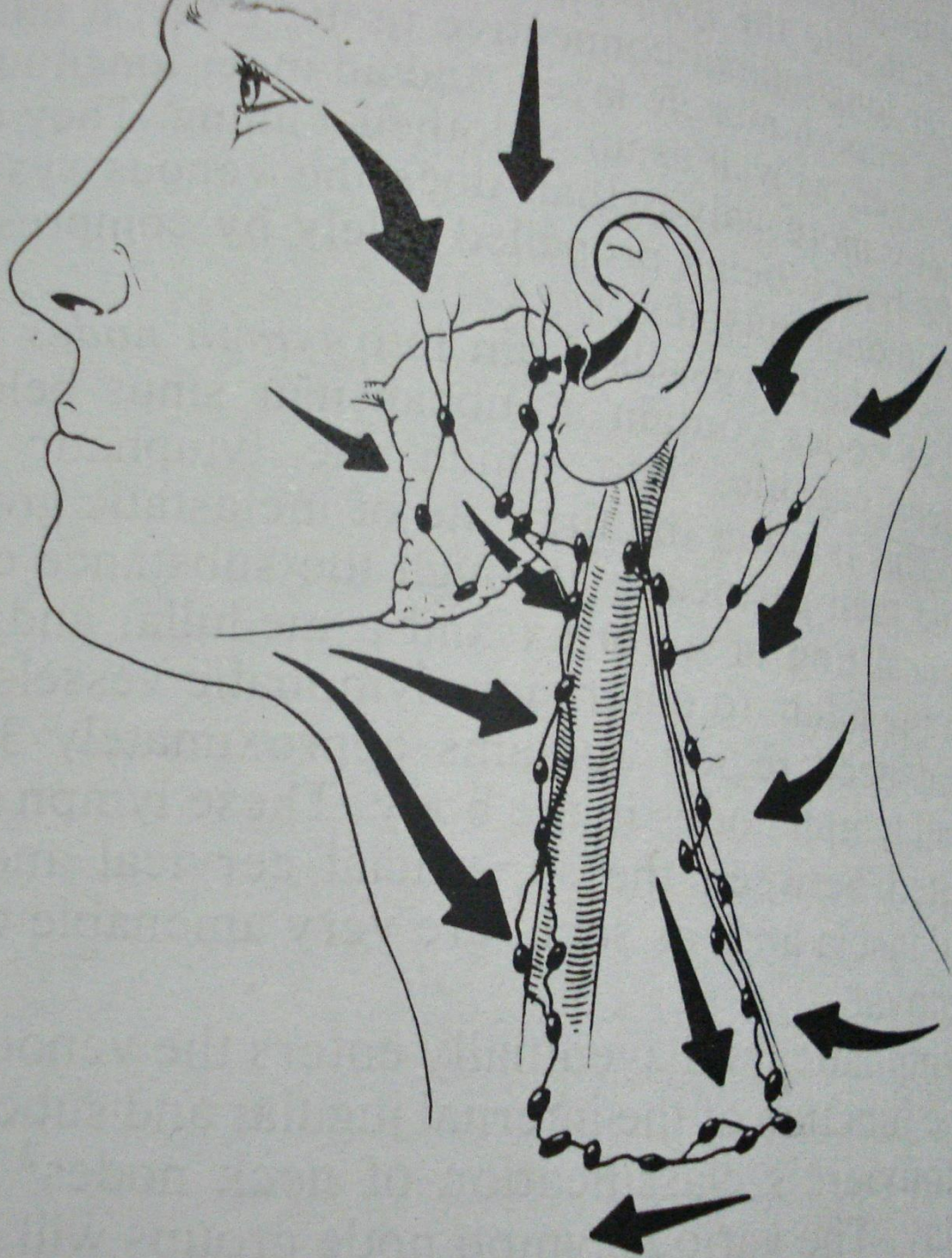
- المستوى الثاني: أو العقد الوداجية العلوية

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.

- المستوى الثالث: العقد الوداجية المتوسطة
تمتد من مستوى تفرع السباتي حتى الحافة العلوية
للغضروف الحلقي وتوافق التقاء الكتلامية مع
الوداجي الباطن.

- المستوى الرابع: العقد الوداجية السفلية
من الغضروف الحلقي بالأعلى حتى الترقوة
تنضح: القسم السفلي من الحنجرة، البلعوم الحنجري، الدرق
- المستوى الخامس: العقد في المثلث الخلفي
يشمل العقد المتوضعة حول النصف السفلي من العصب اللاحق
والشريان الرقبي المعترض
حدودها الخلفية هي شبه المنحرفة و حدودها الأمامية هي القترائية.

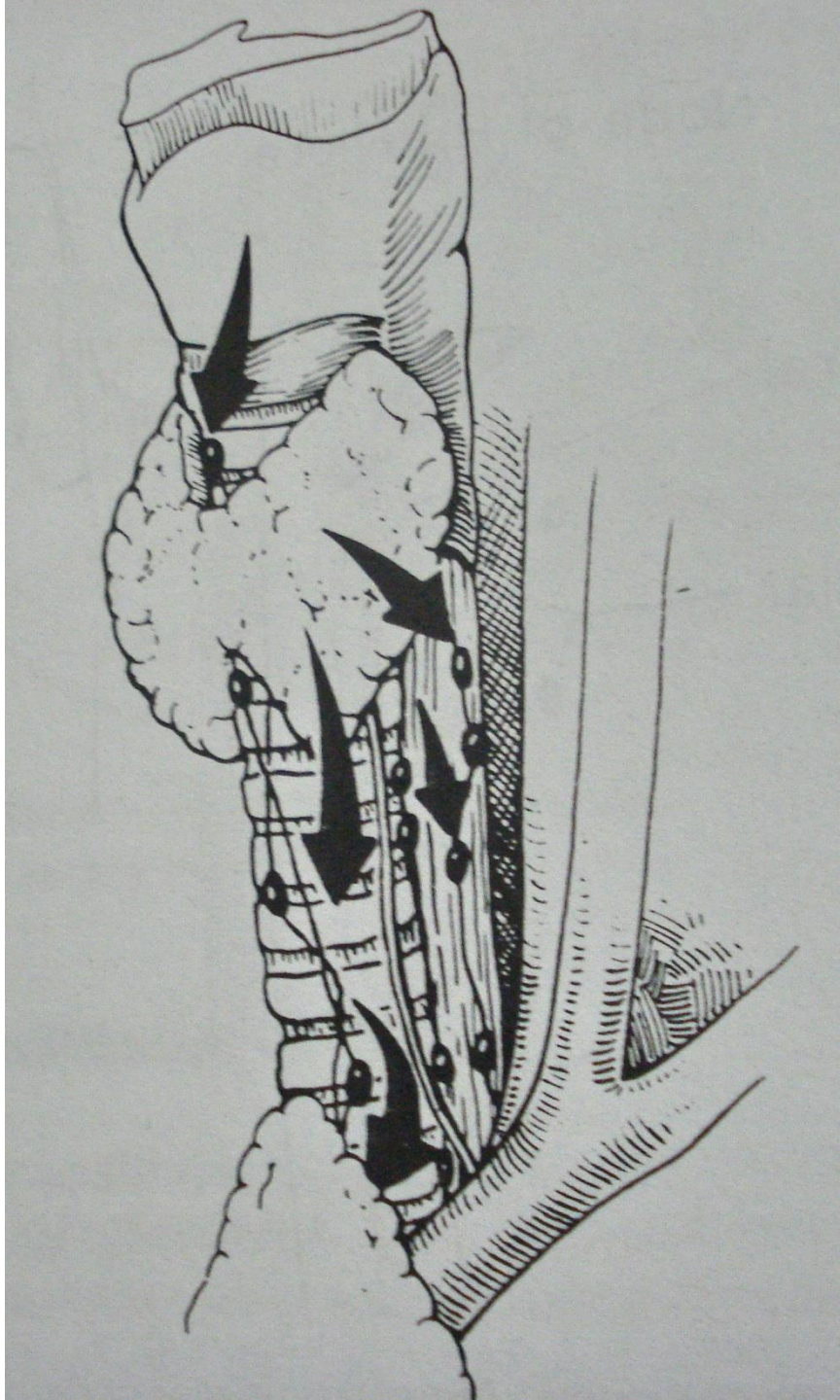


ـ المستوى السادس: العقد الأمامية أو الحشوية

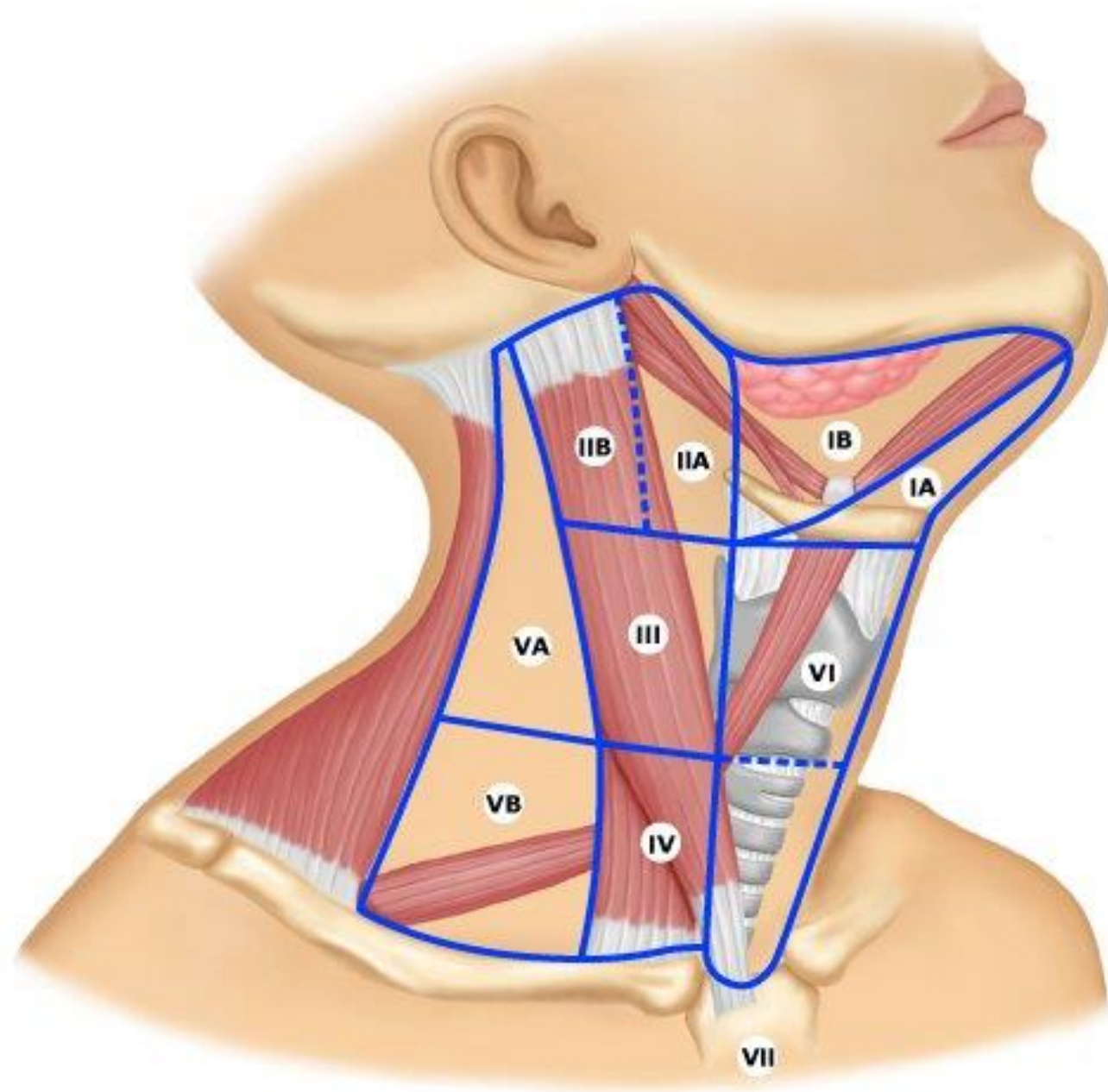
من العظم اللامي حتى الثلثة فوق القص بين الحافتين الأماميتين للعضلتين القترائيتين. تشمل العقد جانب الدرق، جانب الرغامى وأمام الرغامى وأمام الحلقى.

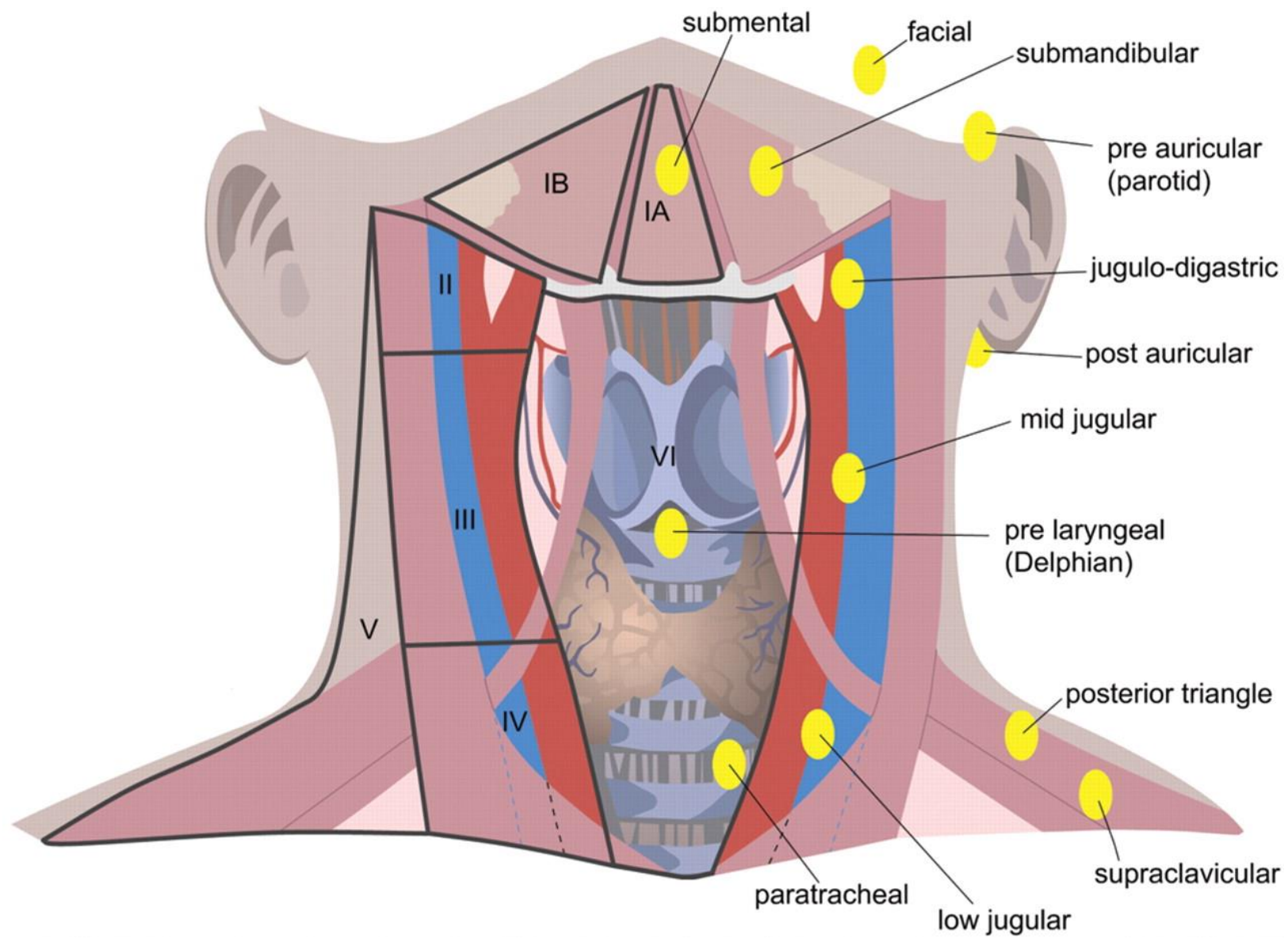
تنضح: كل الحنجرة [نسبة قليلة جداً للحبل الصوتي]، البلعوم الحنجري والدرق.

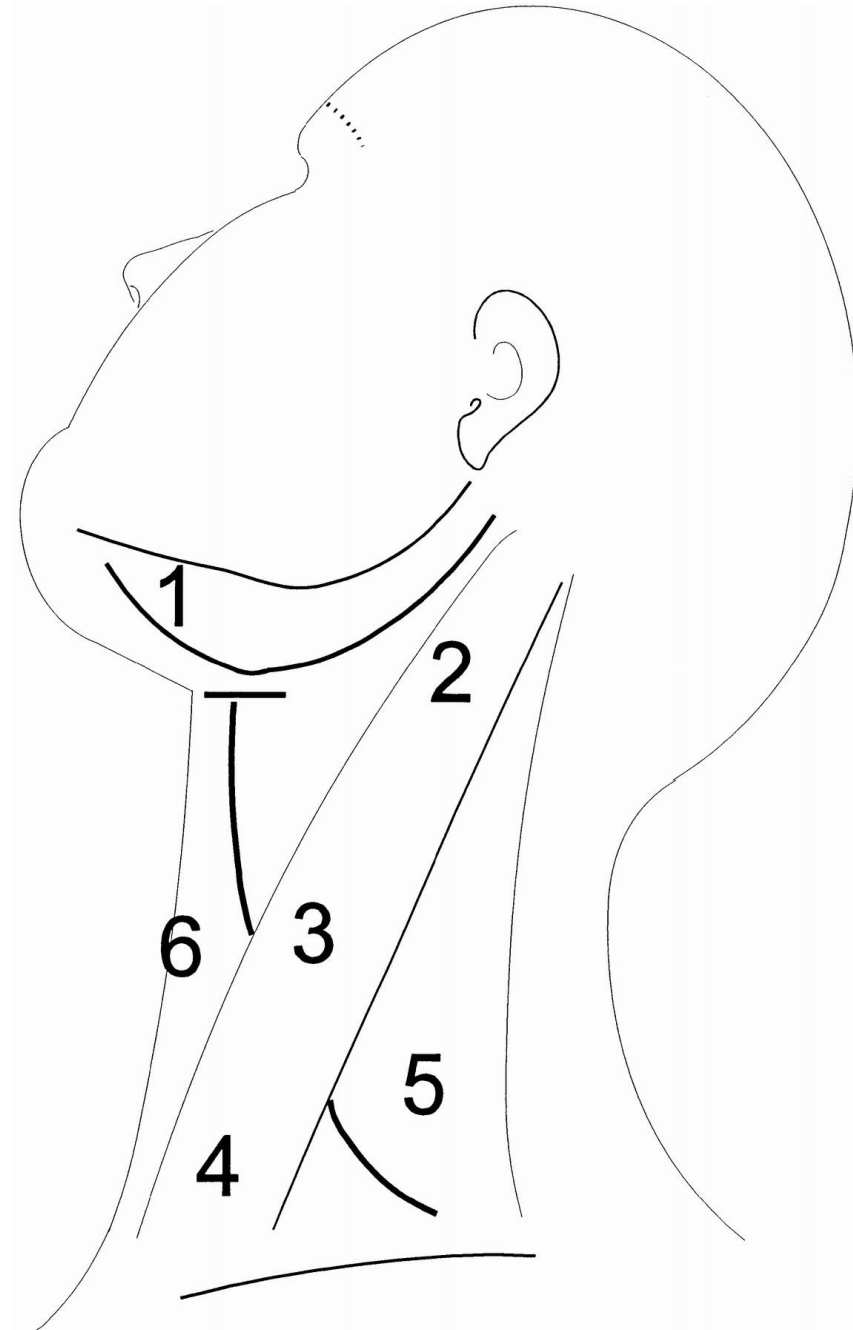
لا يوجد فصل بين الجانبين على الخط الناصف لذا فالانتشار سهل للجانبين.



- المستوى السابع: في المنصف العلوي
تتضح خلف الحلقى والدرق.







ضخامة العقد اللمفية الرقبية

د. أريج يعقوب العساف

ضخامة العقد اللمفوية الرقبية

- وظيفة العقد اللمفوية هي تأمين آلية دفاع موضعي ضد الأخماج والأورام وعندما تصبح هذه العقد فعالة تتضخم وتصبح مجسوسة.
- ١- اعتلال العقد اللمفوية الخمجي:
- الألم عرض مميز فيها.
- أغلب الأسباب التهاب اللوزات
- قد يكون الخمج البدئي غير واضح
- يدخل في التشخيص التفريقي الأخماج النوعية مثل داء وحيدات النوى الخمجي، والتدرن، والإيدز، وداء خرمشة القطّة...

٢- اعتلال العقد اللمفوية الورمي:

- يجب نفي الخباثة في كل عقدة متضخمة مجسوسة وثابتة أو متزايدة الحجم
- اللمفوما هي الأشيع عند المراهقين
- الكارسينوما الشائكة الخلايا البدئية في سرطانات الرأس والعنق هي السبب الأشيع عند كبار السن.
- قد يكون الورم البدئي خفياً
- تشخصها FNA

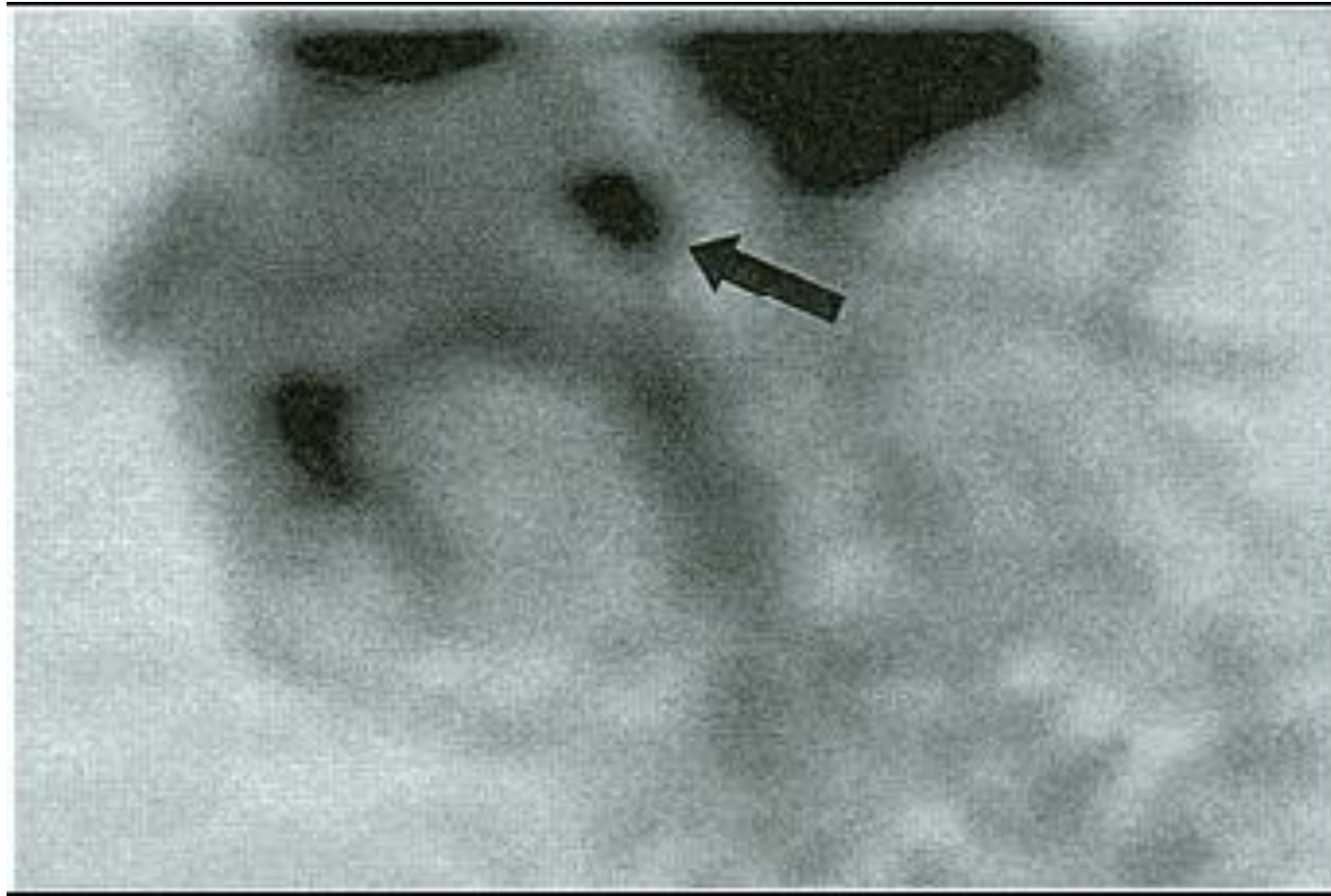
مقاربة عقدة رقبية مجهولة الورم البدئي:

- فحص شامل للرأس والعنق
- تنظير شامل تحت التخدير العام مع أخذ خزعات من الأماكن المشتبهة والأماكن الميالة لإعطاء انتقالات عقدية وبقائها صامته
- - تقدم الخزعة بالإبرة فائدة في تحديد طبيعة العقدة النسيجية لكن إن كانت غير أكيدة فلا بد من إجراء خزعة مفتوحة ويفضل أن تكون استئصالية التي أثبتت الدراسات أنها لا تؤثر في خطة تدبير العنق في حال كانت انتقالية سواء بالجراحة أو بالأشعة
- - يجب نفي انتقال من سرطان رئة بإجراء صورة صدر بسيطة
- - الخطوة التالية هي التصوير الطبقي المحوري مع أو من دون الرنين المغناطيسي للرأس والعنق اللذين يوجهان نحو منطقة مشتبهة يجب إجراء خزعة منها.

التصوير المقطعي بالبت البوزيتروني:

- يقدم هذا الفحص فائدة في التمييز بين نسيج ذي فعالية استقلابية عالية مثل النسيج الورمي أو الالتهابي أو الخمجي وبين نسيج ذي فعالية استقلابية منخفضة مثل النسيج الندبي، لذا يبدو هذا الفحص غير قادر على تمييز عقدة ارتكاسية عن أخرى انتقالية أي أنه يترافق بإيجابية كاذبة عالية.
- إن نتائج الدراسات حول فائدته متضاربة بشدة لكن بعد الفحص السريري الدقيق والتصوير الشعاعي والتنظير تحت التخدير العام مع أخذ خزعات من الأماكن المشتبهة فإن التصوير البوزيتروني يقدم فائدة إضافية محدودة جداً في كشف الورم البدئي بسبب النسبة العالية من الإيجابية الكاذبة المرافقة.
- لا يستخدم في بريطانيا كفحص روتيني لكشف ورم بدئي مجهول لكن إذا رغبتنا بإجرائه فلا بد أن يجرى قبل التنظير وأخذ الخزعة وإلا فلا بد من الانتظار ٦ أسابيع بعد الخزعة لتجنب الإيجابية الكاذبة من مكان الخزعة السابقة وإن انتظار هذه المدة الطويلة أمر غير مقبول عند تدبير مريض مصاب بورم.

showing intense activity in patient with an 'unknown' primary 18FDG-PET scan of a abnormality failed to reveal any mucosal nasopharynx. Nasopharyngoscopy had the returned to the operating room for and the patient was on the PET findings. Histopathologic repeat examination and biopsy based biopsy specimen confirmed the examination of the nasopharyngeal presence of squamous carcinoma.

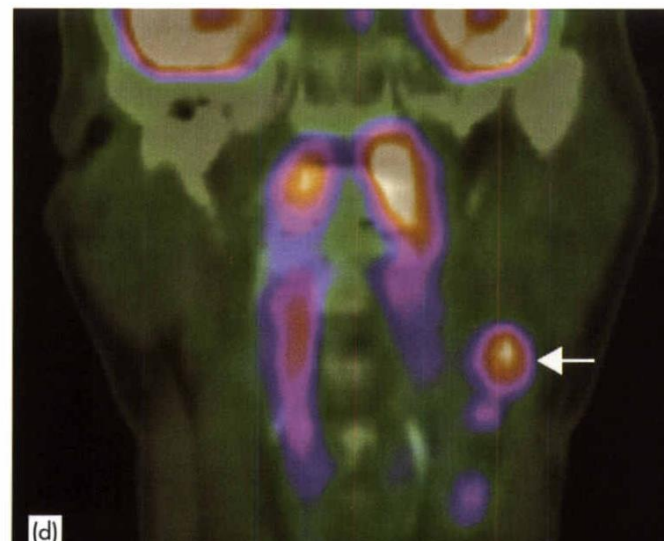
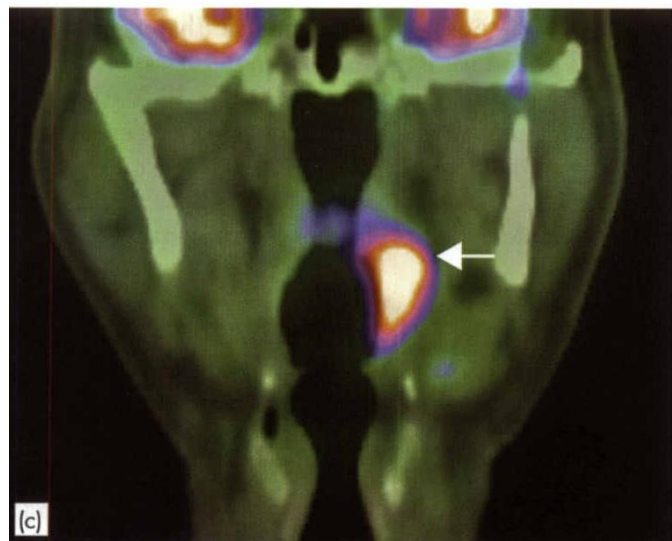
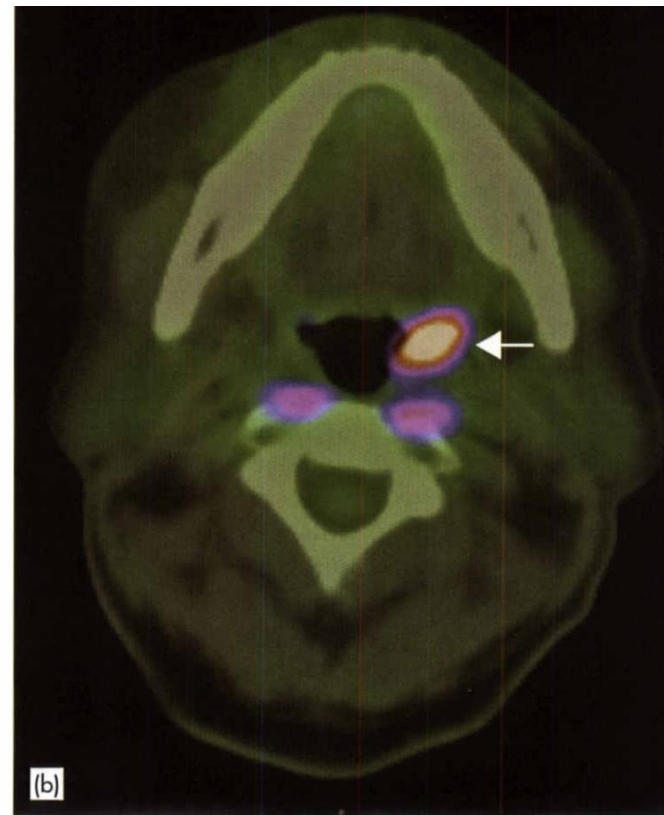
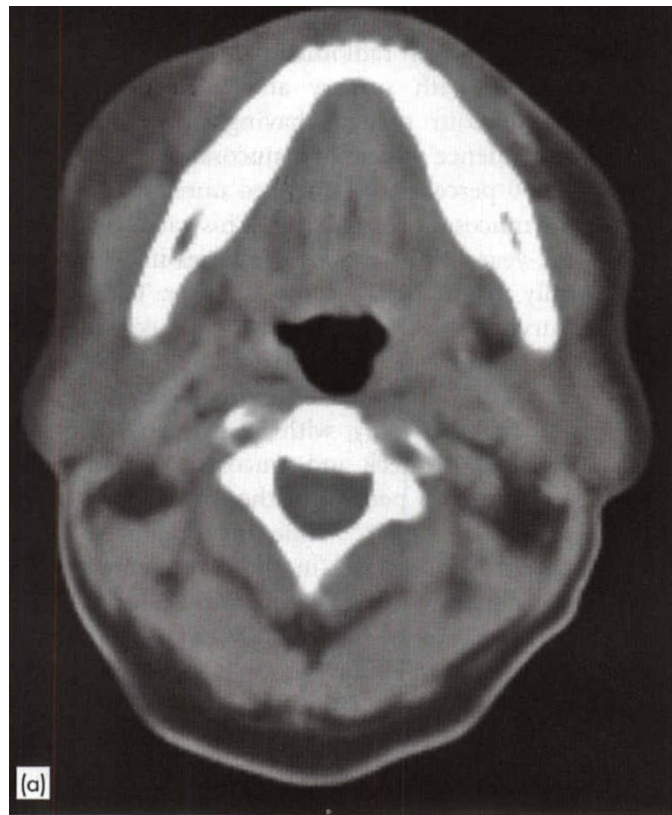


لكنه يبدو مفيداً في كشف النكس الورمي بعد العلاج الشعاعي لأنه يعتمد على مستوى استقلاب الخلايا وبالتالي لابد للخلايا أن تملك فعالية استقلابية أعلى والتقاطاً أعلى للغلوكوز مقارنة مع الأنسجة الطبيعية أو المتوذمة أو الندية وبمعنى آخر فإن الاستجابة السريرية للعلاج الشعاعي أو الكيماوي تتجلى بانخفاض مستوى استقلاب الورم للغلوكوز وبالتالي نقص التثبيت على التصوير البوزيتروني خلال العلاج وبعده.

- كما يمكن استخدامه للبحث عن نقائل عقدية رقبية عند مريض سلبي العنق ومصاب بورم ميل لإعطاء نقائل عقدية بنسبة عالية ومع ذلك يرى العديد من الباحثين أن كلاً من نسبة الإيجابية الكاذبة العالية المرافقة وغلاء سعره يحدان من استخدامه الروتيني.

- كما أن إمكانية الضعيفة في كشف ورم رئوي ثاني بدئي أو انتقالي تجعله غير ضروري عند مريض لا يشكو من أعراض صدرية.

- تطبيق التصوير البوزيتروني الهام في سرطانات الدرق غير المتمايزة التي لا تثبت اليود المشع أي التي يعجز الومضان باليود المشع ومعايرة التيروغلوبولين عن كشف النكس الورمي أو النقائل المرافقة لها، لذلك تُتابع بشكل جيد بالتصوير البوزيتروني الذي يعتمد على مستوى استقلابها العالي للغلوكوز.



The patient had presented with a mass in the left side of the neck that had been present for almost 12 months. FNA

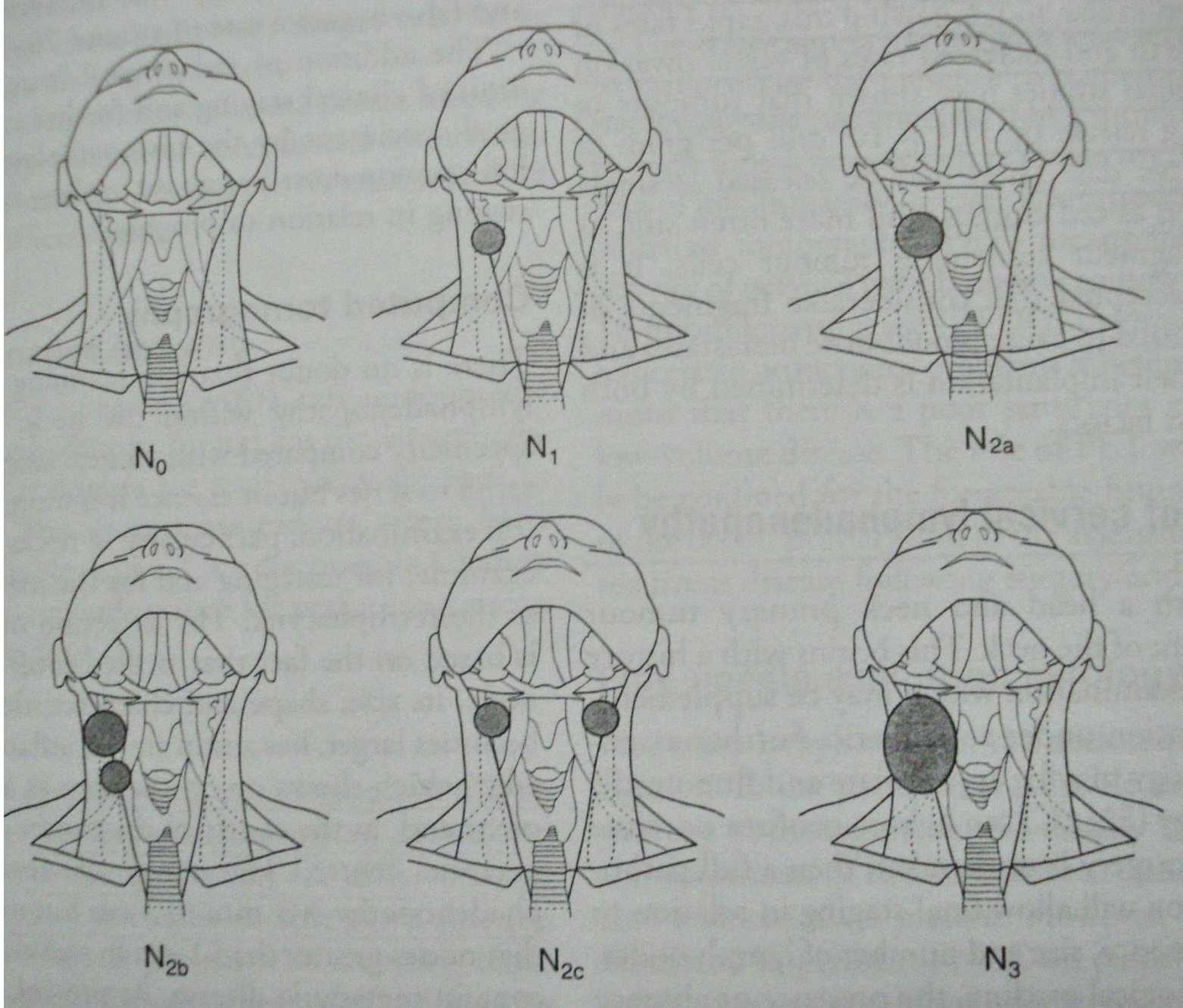
had shown it to be metastatic squamous cell carcinoma. He underwent tonsillectomy as a child and no abnormality was visible on

clinical examination.

(a) The primary was not clearly apparent on the axial C1. (b) Axial and (c) coronal PET-CT show that the site of

the primary was in the tonsil remnant; (d) PET uptake in cervical nodes.

التصنيف السريري للعقد:



فتوق العنق

القبلة الحنجرية

الرتج البلعومي (بحث المري)

القيلة الحنجرية:

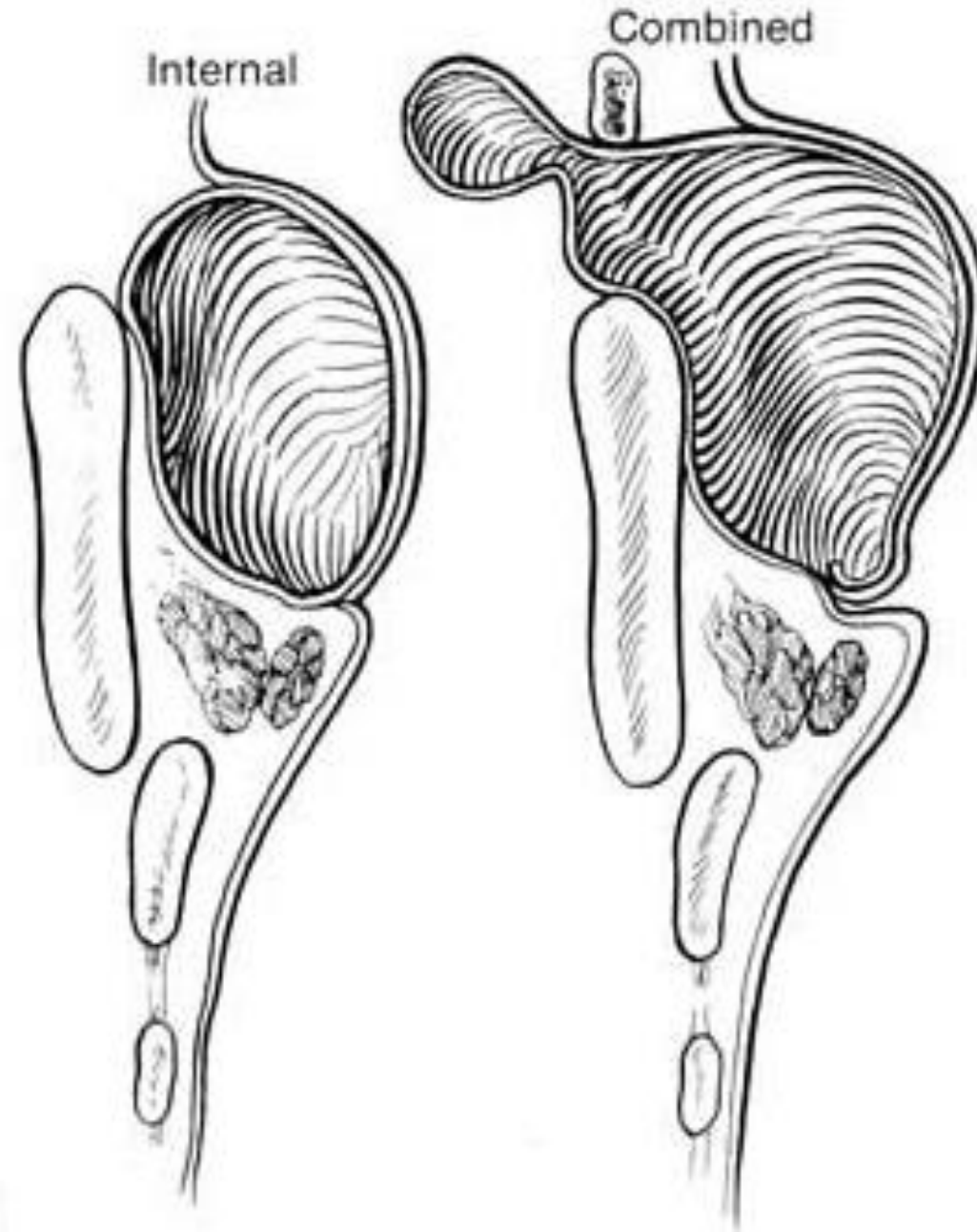
هي توسع غير طبيعي في الكيس وهي مملوءة هواء وهذا ما يجعلها ممرضة وأحياناً عرضية

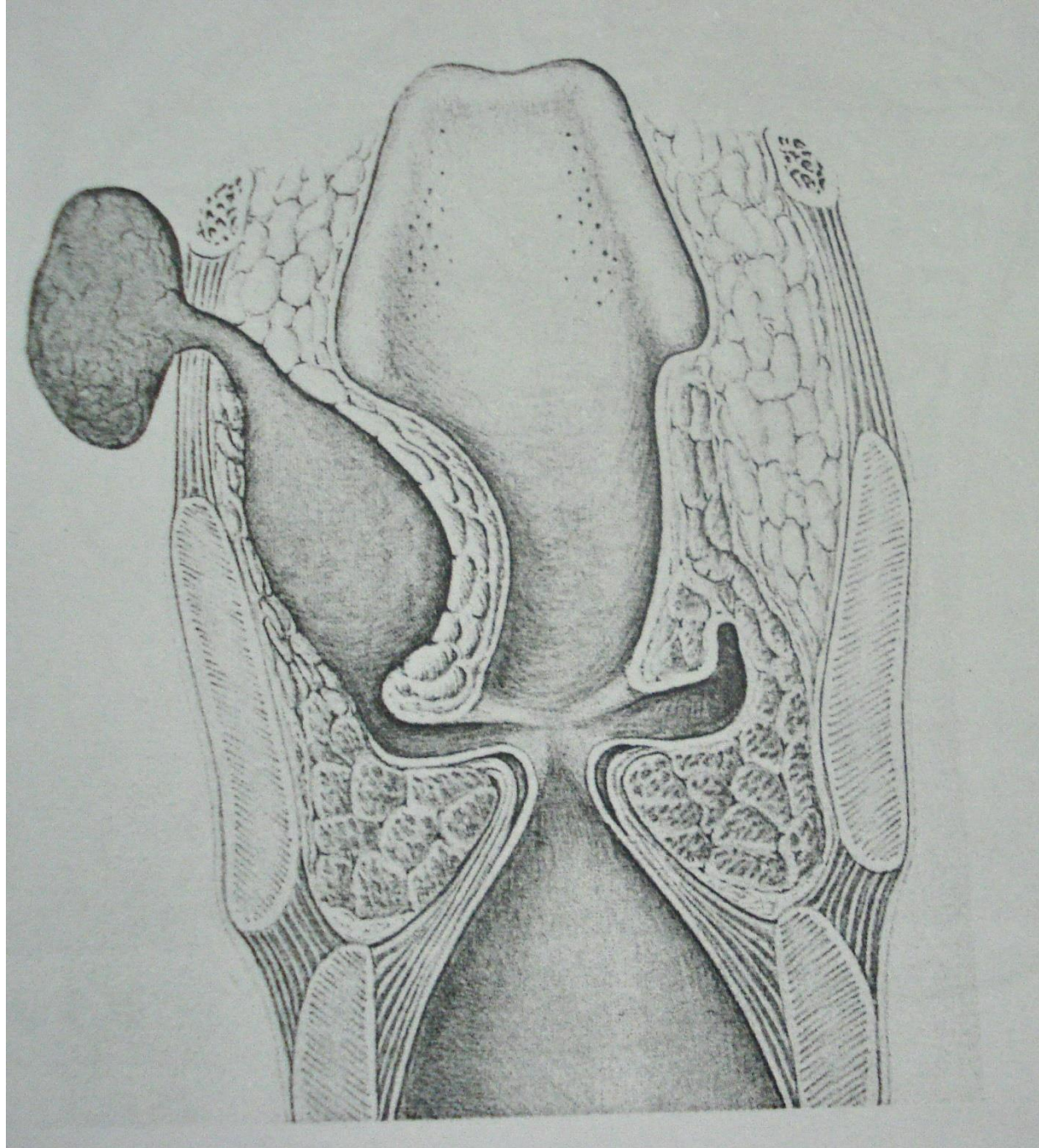
إن آلية تشكلها غير محددة بدقة إلا أنه يعتقد أنها تنتج عن زيادة الضغط داخل لمعة الحنجرة لفترة طويلة مما يؤدي إلى توسع الكيس، لذا فهي أكثر ما تشاهد عند نافخي الزجاج وعازفي البوق، والفرضية الأخرى تعتقد أن القيلة الحنجرية قد تنتج عن عوامل موضعة مثل كارسينوما تؤدي إلى ارتفاع الضغط داخل بطين الحنجرة بفعل تأثيرها الدسامي وتُدعم هذه الفرضية الأخيرة بشيوع ترافق القيلة مع كارسينوما الحنجرة، وهذا يفسر شيوعها عند الرجال في العقد السادس غالباً

تُفرَّق القيلات الحنجرية عن الكيسات أن لمعتها مملوءة هواء وقد تحوي أحياناً على مخاط ينضح إلى لمعة الحنجرة عبر اتصال طبيعي قد تؤدي إلى انسداد مؤقت في الطريق الهوائي.

تصنّف القيلات الحنجرية إلى داخلية إذا كانت أنسي الغضروف الدرقي وخارجية إذا اخترقت الغشاء الدرقي اللامي ومختلطة إذا كانت أنسي ووحشي الغضروف الدرقي

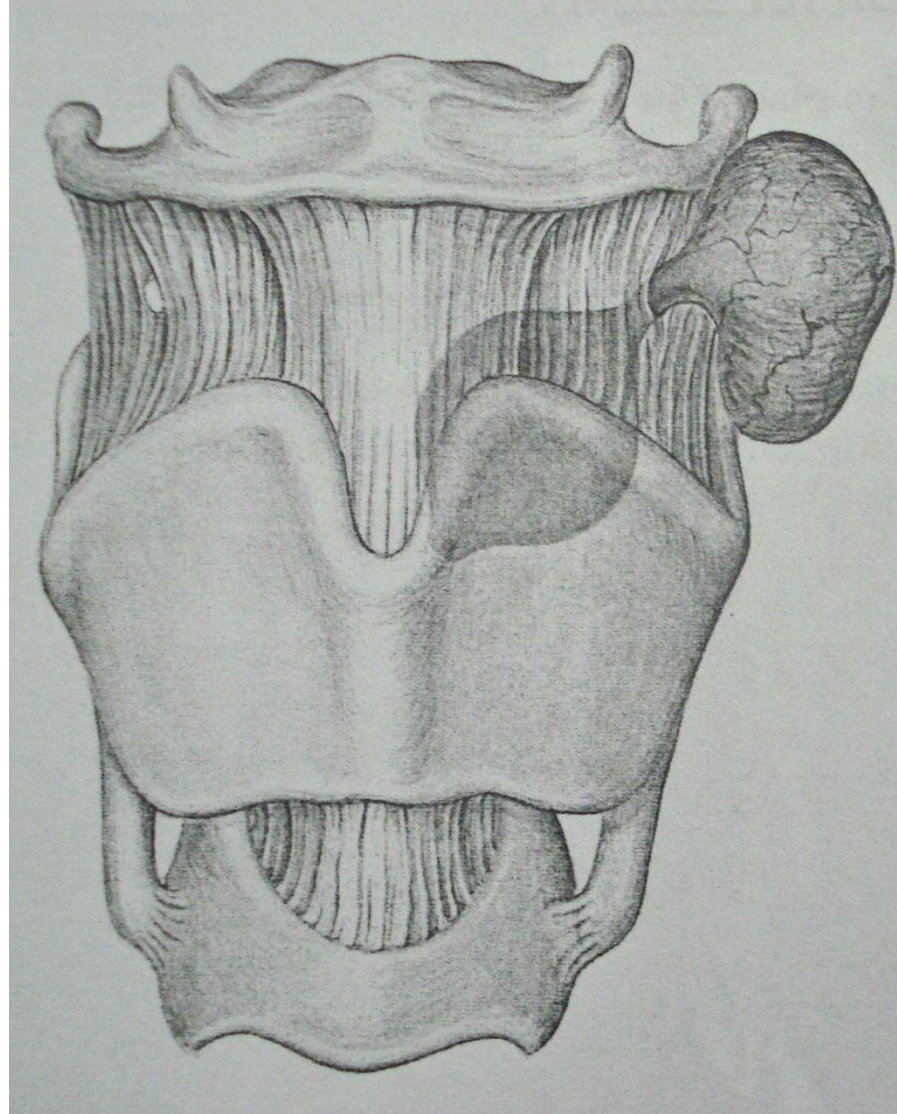
أنماط القيلة الحنجرية





قيلة حنجرية
مختلطة

منظر خارجي للقيلة الحنجرية الخارجية



إن القيلات الحنجرية نادرة عموماً وأعراضها بحة صوت متقطعة وزلة تنفسية تزداد مع البكاء وعسرة بلع إلى جانب وجود الانتفاخ الخارجي في العنق، تشخيصها صعب لأنها يمكن أن تتقلص وتفرغ من الهواء ولا يمكن كشفها بالتنظير تحت التخدير العام. ويساعد التصوير الشعاعي على كشفها.

يختلف علاجها حسب توضعها فالقيلة الداخلية تعالج بشق واستئصال جدارها تحت التنظير، أما الخارجية فتستأصل جراحياً عبر العنق، وأما المشتركة فتعالج بالاستئصال عبر التنظير وعبر العنق معاً

أخماج العنق

أ.د. أريج يعقوب العساف

أخماج العنق

- - خناق لودويغ:
- هو التهاب حاد يصيب نسيج قاع الفم، يبدأ عادةً من جذر رحي متنخر ويكون بشكل فلغمون منتشر أكثر منه خراجاً موضعياً وقد يهبط في أنسجة العنق.
- العامل الممرض هو المكورات العقدية المخضرة.
- بالفحص نجد صلابة خشبية في أرض الفم وهي علامة مبكرة له، وارتفاع قاع الفم واللسان ولا يشعر بتموج (يميزه عن الخراج العادي).
- المعالجة: شق خارجي في العنق، مع الصادات الحيوية، مع الانتباه إلى تنفس المريض لأنه قد يحتاج لخزعة رغامي.



• الخراج جانب البلعوم: Parapharyngeal Abscess

- يحدث تجمع للقيح في المسافة جانب البلعوم، من الأسباب:
- ١- امتداد الإنتان من اللوزات إلى الفراغ جانب البلعوم
- ٢- إنتان في اللثة أو الأسنان
- تحدث الإصابة عند البالغين والأعراض مشابهة لخراج حول اللوزة، لكنها أشد إضافة لوجود انتباج أعلى العنق مع اندفاع الجدار الجانبي للبلعوم خلف اللوزة نحو الخط المتوسط، وقد يتطور الإجل عند بعض المرضى.



- يمكن للخمج أن ينتشر إلى فراغات العنق حيث يتبع القترائية ويهبط للأسفل العنق.
- العلاج: بالتفجير عبر العنق مع التغطية بالصادات الوريدية.



• الخراج خلف البلعوم: Retropharyngeal Abscess

• يقع هذا الخراج في الفراغ الوهمي خلف البلعوم وأمام الفقرات.

• الأشكال: هناك نوعان من هذه الخراجات: حادة وباردة.

• ١- الخراجة الحادة خلف البلعوم:

• تقع على الخط المتوسط لجدار البلعوم الخلفي، سببها تقيح في العقد اللمفية في المسافة خلف البلعوم والتي يأتيها الإنتان من البلعوم الأنفي و/أو الفموي، وقد تحدث الخراجة بسبب جسم أجنبي (قطعة عظم أو حسكة) تثقب الغشاء المخاطي للبلعوم.

- الأعراض: أكثر ما تشاهد عند الأطفال دون الثالثة من العمر، تتظاهر بما يلي:
- - صعوبة التنفس والبلع بسبب ضيق البلعوم
- - السعال
- - تغير لحن الصوت (صوت البطاطا المحروقة)
- - تقفع في النقرة وحدوث الإجل
- - الترفع الحروري
- - انتباج الجدار الخلفي للبلعوم
- - تعالج بالشق الجراحي عبر الفم.



• **الخراجة الباردة خلف البلعوم:**

• سببها سل الفقرات الرقبية أو سل العقد الرقبية في الفراغ خلف البلعوم.

تدرن العقد:

- المدخل الرئيس لسـل العقد الرقبية هو اللوزات
- أغلب العقد تتعضى وتتكلس، أما إذا كان الشفاء غير كامل يحدث الانتشار الدموي إلى الرئة أو العظم أو الكلية بعد عدة أشهر.
- يمتاز بضخامة عقد رقبية مزمنة
- في آسيا ٥٠% خراج بارد أو إصابة جلدية معه
- ٩٠% مجموعة عقدية واحدة: الرقبية العميقة رغم أن عقد المثلث الخلفي تصاب غالباً

تدرن عقد العنق



التشخيص:

- الاختبار الجلدي
- وجود العصية السلية في خزعة عقدة
- رشافة بالإبرة الدقيقة
- خزعة استئصالية للعقدة: نصفها للتشريح المرضي والنصف الآخر للزرع على وسط سلي
- الجراحة بقصد العلاج فقط للحالات المتبقية بعد العلاج الدوائي للتدرن وللحالات المترافقة بناسور.

كُتِلَ العنق السليمة

إعداد الدكتورة أريج العساف

التشخيص التفريقي لكتلة عنق:

أ. على الخط الناصف:

١- كيسة درقية لسانية

٢- بشرانية (ديرموئيد)

٣- كيسة زهمية

٤- عقدة دلفيان

٥- ورم برزخ الدرق

ب. - وحشية:

١- عقدة لمفية

٢- ورم غدة تحت الفك

٣- كيسة غلصمية

٤- ورم الجسم السباتي

٥- ورم شحمي

٦- ورم ليفي عصبي

٧- كيسة زهمية

٨- كيسة جارات الدرق

٩- ورم نسيج ضام بدئي

١٠- خمج (تدرن، إفرنجي)

١١- ورم كيسى لمفوي

تتمة:

ج - متعددة:

١ - غير نوعية

٢ - ضخامة عقد نوعية:

أ - إيدز

ب - إبشتاين بار، حمى الاندخال الخلوي العرطل

ج - توكسوبلازموز

د - جرثومي

هـ - فطري

و - تدرن

ز - لمفوما

ح - انتقالية

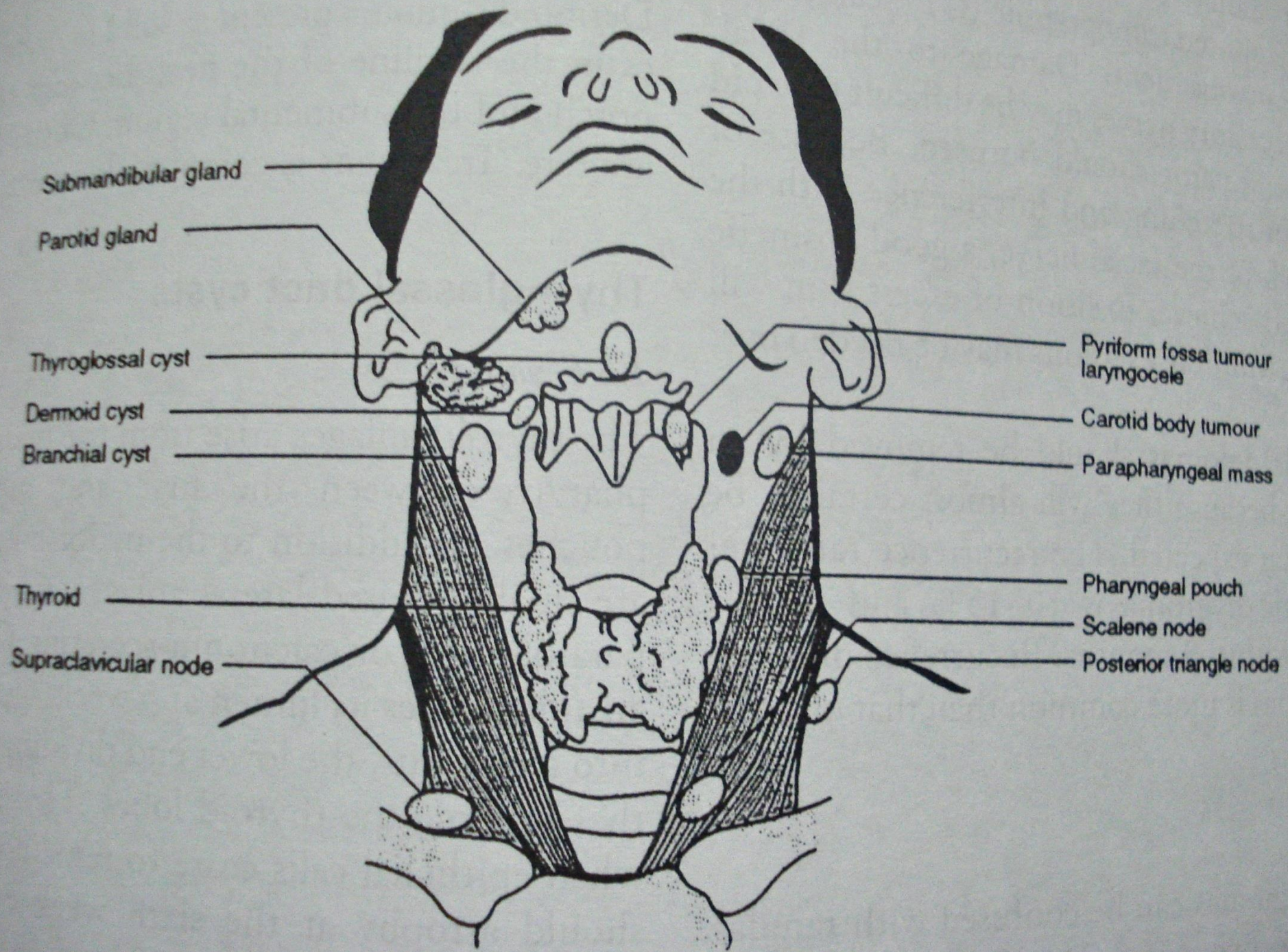
كيسة نظيرة بشرية



- نصف كتل العنق المكتشفة في العيادة هي من منشأ
درقي

قد تكون

- خلقية: لمفانجيوما - ديرموئيد - درقية لسانية -
غلصمية - تيموسية - وعائية
- مكتسبة: ضفيدة - قيلة حنجرية - رتج بلعومي
- خمجية: جرثومية - فيروسية - تدرن
- أورام الفراغ جانب البلعوم
- أورام عصبية المنشأ: باراغانغليوما - أورام أعصاب
محيطية



لمفانجيوما أو الورم الوعائي اللمفوي:

- هي شكل من أشكال الأورام الوعائية تنشأ على حساب الأوعية اللمفية صغيرة الأوعية اللمفية أو كبيرة الأوعية اللمفية قد تكون
- إن ضغط الكيسة يدفع الورم باتجاه المناطق الأضعف في المستويات بين العضلات والأوعية الكبيرة.

التظاهرات السريرية:

- النساء=الذكور
- اليمين=اليسار
- ٣٥%فموية ، ٢٥% رقبية ، ١٥% إبطية
- قد تسبب صريراً مع انزياح رغامي مع أو بدون عرض منصفى شعاعياً
- انضغاط الضفيرة العضدية مع ألم و اضطراب حسي
- قد تبدي زيادة مفاجئة في الحجم بسبب نزف بداخلها وقد تكون قاتلة.

التدبير:

- العلاج هو الاستئصال الجراحي الكامل [رغم استحالته أحياناً]
- يجب إجراء طبقي الصدر دوماً لنفي غزو منصفي
- خطورة عالية في إصابة الوجهي وتحت اللساني واللاحق
- إصابة الهامشي عالية لأن الورم يمتط الجلد ويتداخل مع الهامشي
- الحاجة لاستئصالات عديدة على مدى عدة سنوات





الكيسة الدرقية اللسانية:

- الذكور=النساء

- العمر الوسطي ٥ سنوات [تتراوح من ٤ أشهر إلى ٧٠ سنة]

- من آفات الخط الناصف

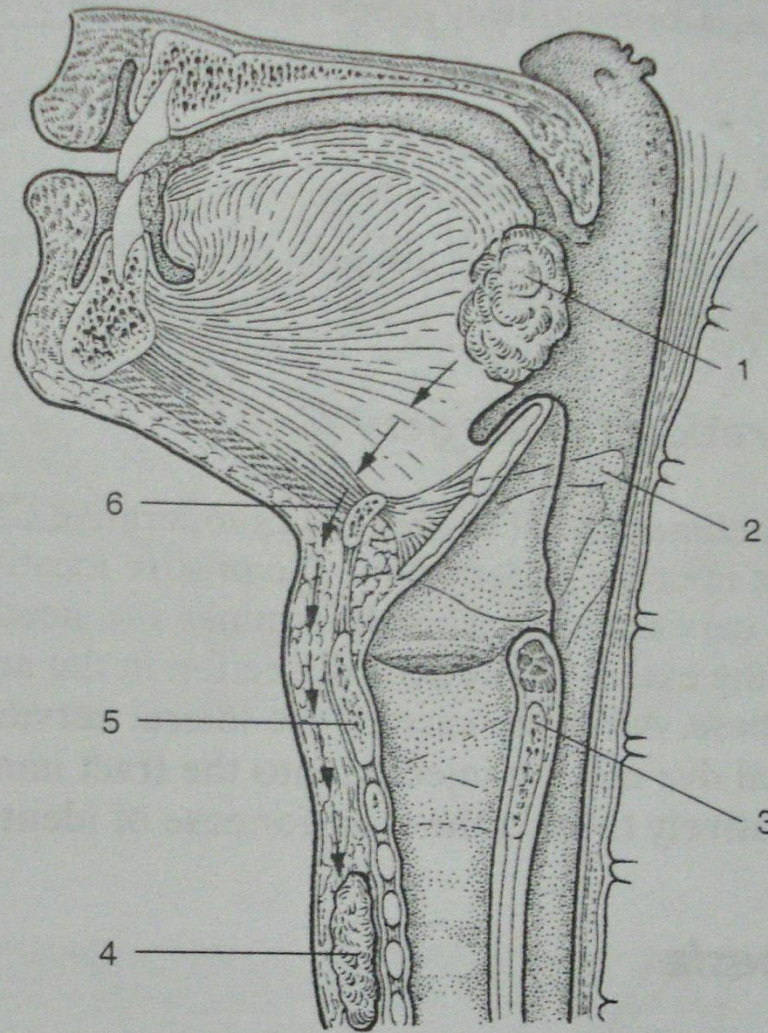
- أشيع ب ٣ مرات من الكيسة الغلصمية

- غالباً غير مؤلمة متحركة عند البلع أو بإخراج اللسان

- ١٥% يوجد ناسور عند المراجعة الأولى

الاستقصاءات:

- يجب إجراء عيار الهرمون المحرض الدرقي مع ومضان درقي بالتكنسيوم ٩٩ لنفي درق لسانية أو إيكو درق للتأكد من وجود درق رقبية في مكانها الطبيعي.
- [لتجنب المريض قصور درق مدى الحياة في حال أجريت الجراحة]
- العلاج جراحي مع الانتباه إلى ضرورة استئصال جزء من اللامي لتجنب نكس الكيسة.



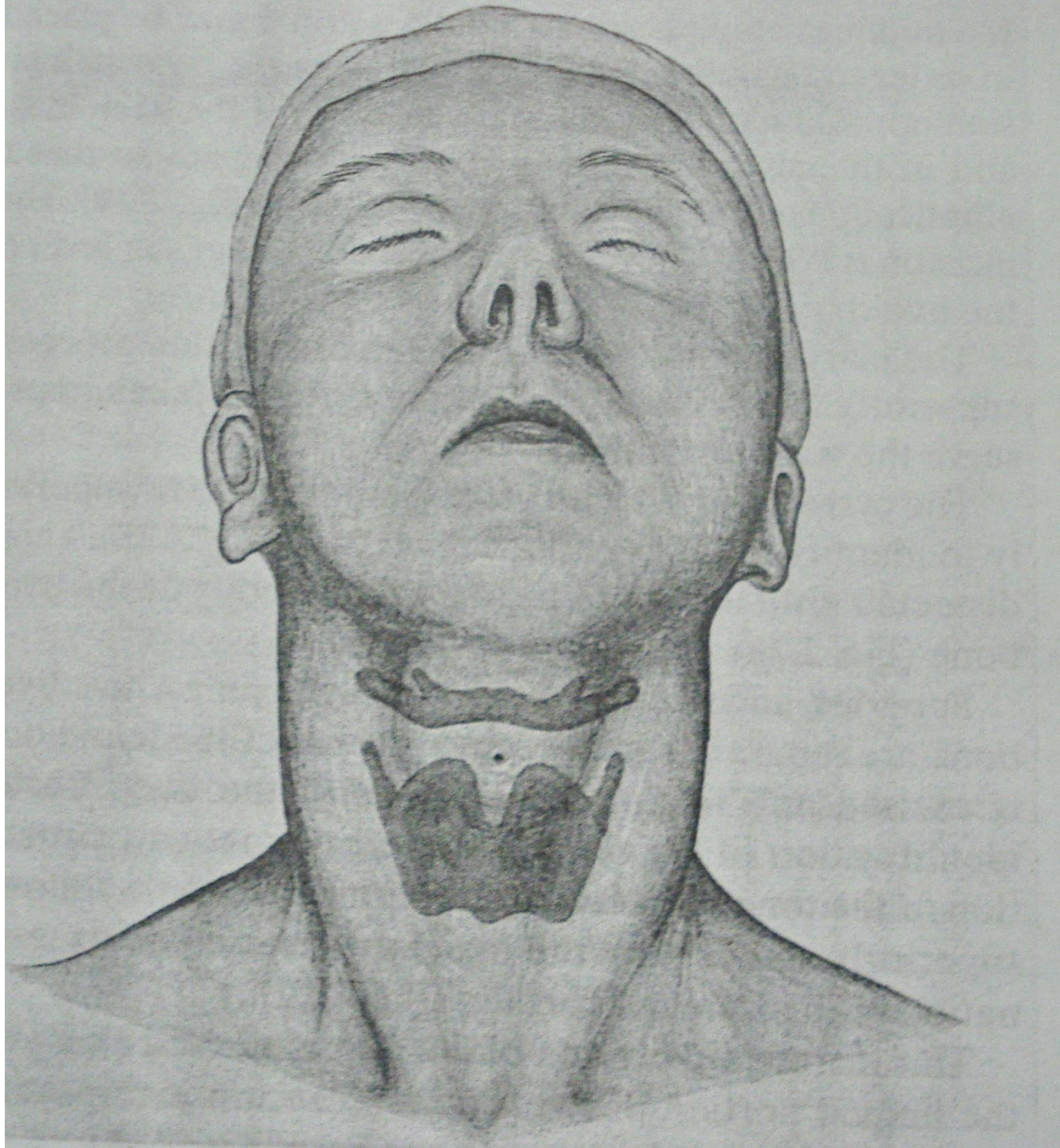
تظهر الأسهم
مسار
الكيسة
المحتمل
وجودها
فيه

Fig. 2.21

- 1 Lingual thyroid
- 2 Lateral wing of hyoid bone
- 3 Cricoid
- 4 Isthmus of thyroid
- 5 Thyroid cartilage
- 6 Path of thyroid descent anterior to hyoid bone

كيسة درقية لسانية





كيسة درقية لسانية متنوسرة



الكيسة الغلصمية:

- ذكور لإناث ٣: ٢
- العمر الوسطي: العقد ٣
- ثلثا الحالات في اليسار ٢ % في الجهتين
- ثلثا الحالات أمام الثلث العلوي للقترائية
- ثلث الحالات في الثلث المتوسط أو السفلي للعنق
- أعراضها:
- كتلة رقبية
- ألم
- خمج
- ٧٠ % قوام كيسبي

كيسة غلصمية



العلاج:

- استئصال جراحي
- الاختلاط الأهم هو النكس ٢٠% ببعض المراجع.

النواسير الغلصمية:

تنتج النواسير الغلصمية عن خلل في التحام الشقوق الغلصمية
يمتد مجرى الناسور من جلد العنق على الحافة الأمامية للقترائية حتى الحفرة اللوزية أو
الجيب الكمثري
يمر الناسور بين الشرايين والأوردة الكبيرة في العنق، وبشكل قريب من الأعصاب القحفية
السفلية
العلاج هو الاستئصال الجراحي الذي يحمل خطورة عالية بسبب قربها من العناصر الهامة
المذكورة سابقاً.

ورم الجسم السباتي:

- شائع في البيرو والكولورادو والمكسيك وفي المدن المرتفعة [بسبب نقص الأكسجة]
 - غالباً في العقد الخامس
 - الذكور = الإناث
 - ١٠% قصة عائلية
 - في غالب الحالات غير فعال هرمونياً، لكنه قد يفرز الكاتيכולامينات مما يؤدي إلى ارتفاع في الضغط وصداع نابض.
- أعراضه:
- كتلة في مستوى بصلة السباتي متحركة أفقياً وغير متحركة عمودياً
 - قاسية ونابضة بالتوافق مع النبض
 - يصغر حجمها عند الضغط على السباتي
 - قد يترافق ببحّة وعسرة بلع

- يتضمن التشخيص تصوير الشرايين السباتية الظليل مع تصميم انتقائي قبل الجراحة

- مظهر قشرة البيضة عند تفرع السباتي

- علامة القيثارة

- التشخيص التفريقي:

١- الكيسة الغلصمية

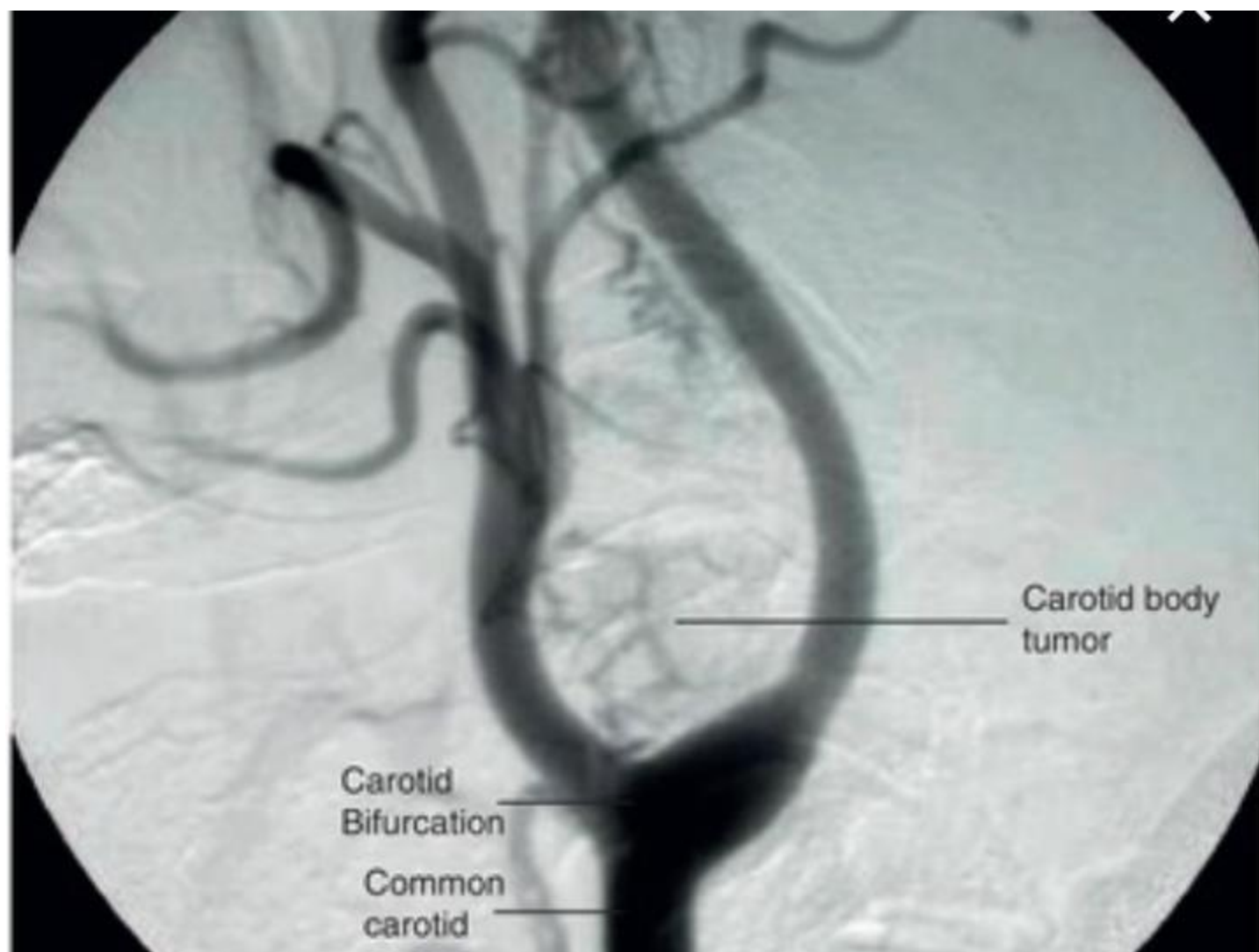
٢- أورام على حساب المبهم وتحت اللساني

٣- النقائل العقدية

٤- اللمفوما

٥- أمهات الدم

٦- التشوهات الوعائية



Before surgery



After surgery





- يعالج بالاستئصال الجراحي عموماً
- وتفضل المراقبة للأورام الصغيرة عند المسنين
- الخبيث منه نادر جداً وهو قاتل مع نقائل بعيدة.

استقصاءات كتل العنق
أ.د. أريج يعقوب العساف

يوجد في الجسم البشري

٥٠٠ عقدة لمفوية

منها في الرأس والعنق

٢٠٠ عقدة لمفوية

استقصاءات كتل العنق:

- القصة السريرية والفحص السريري
- الموقع
- الحجم
- القوام
- التحرك عند البلع
- قاسية أم متحركة
- أعراض مرافقة

الاستقصاءات المؤكدة:

- عند الوصول إلى التشخيص أو إلى التشخيص التفريقي تصبح الحاجة لاستقصاءات إضافية ضرورية:
- التحاليل الدموية: تعداد وصيغة، سرعة تثفل، البروتين الارتكاسي
- تفاعل بول بونيل: لتشخيص داء وحيدات النوى الخمجي
- استقصاءات الإيدز

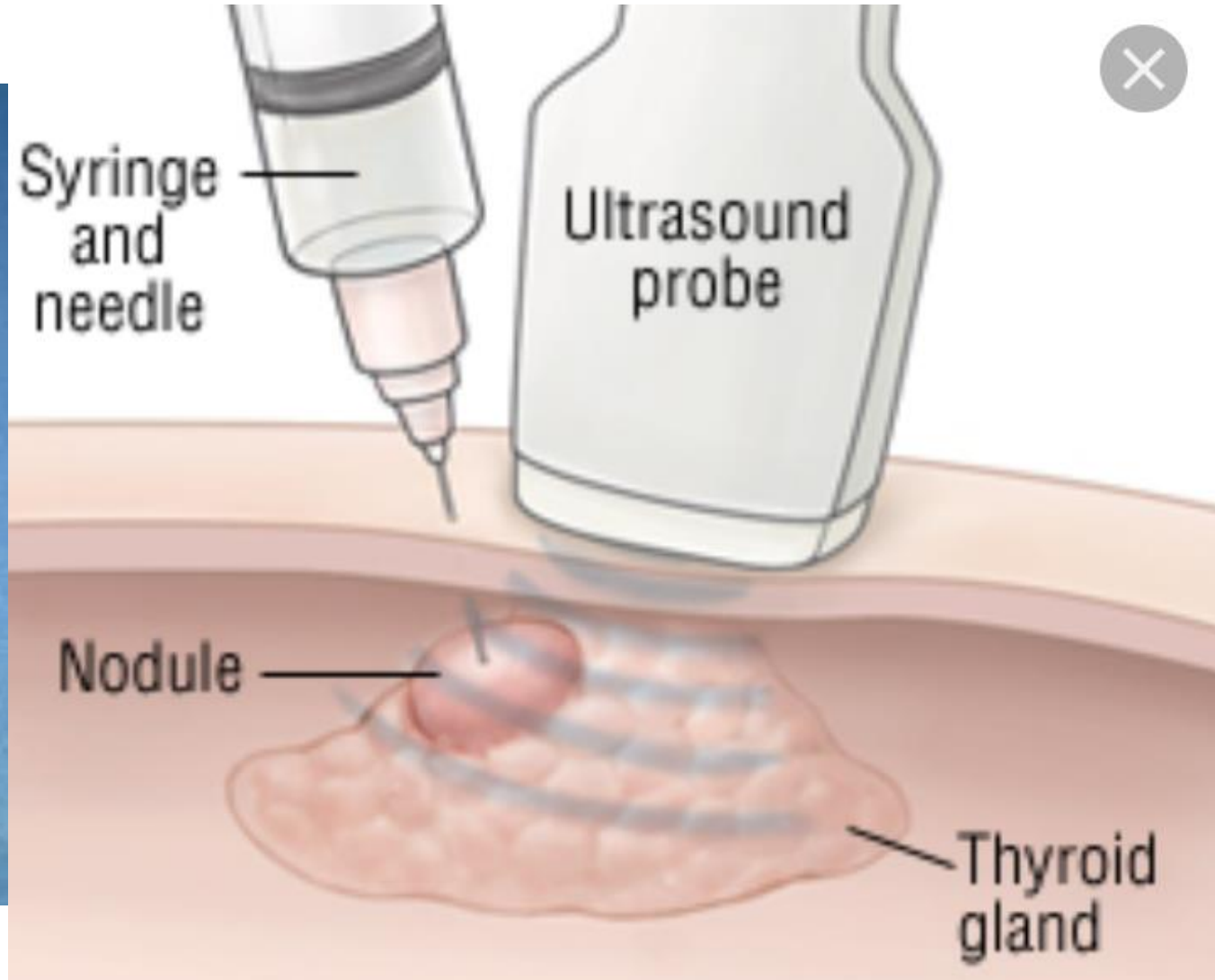
الاستقصاءات الشعاعية:

- صورة صدر
- الإيكو
- التصوير الطبقي المحوري
- الرنين المغناطيسي
- PET Scan
- ومضان الدرق
- المسح الومضاني

المظاهر الشعاعية لعقدة مشتبّهة:

- الحجم أكبر من ١ سم
- تعزيز الحواف بعد الحقن الوريدي
- نخر مركزي
- الشكل كروي

FNA



التنظير الشامل للرأس والعنق:

- أغلب انتقالات الكارسينوما في الرأس والعنق إلى العقد اللمفية الناحية في العنق
- يجب البحث عن مكان الورم البدئي المتوافق مع الانتقال العقدي
- يجرى تنظير شامل تحت التخدير العام
- المناطق التي تميل أورامها لإعطاء نقائل عقدية ويكون الورم البدئي خفياً:

١- البلعوم الأنفي

٢- قاعدة اللسان

٣- اللوزة

٤- الوهدة

٥- الجيب الكمثري

٦- المنطقة خلف الحلقي.

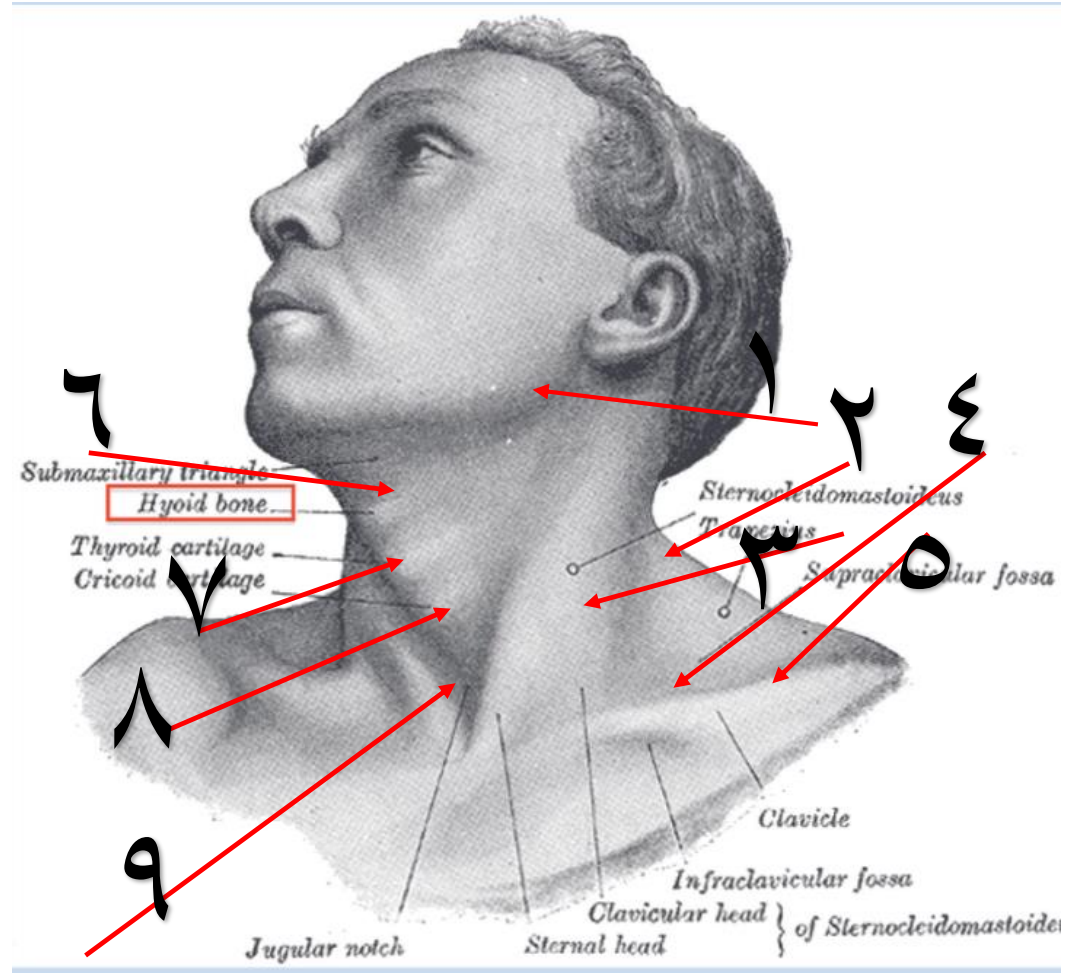
الخرعة المفتوحة:

- تستطب عند عدم القدرة على وضع تشخيص رغم كل الاستقصاءات
- الخرعة الشقية تساعد على انتشار الورم وتعطي تشخيصاً خاطئاً في حال كانت العقدة لمفوما
- الخرعة الاستئصالية هي الشخص الأهم (تدرن - ساركويد، تحديد تحت النمط التشريحي المرضي للمفوما)

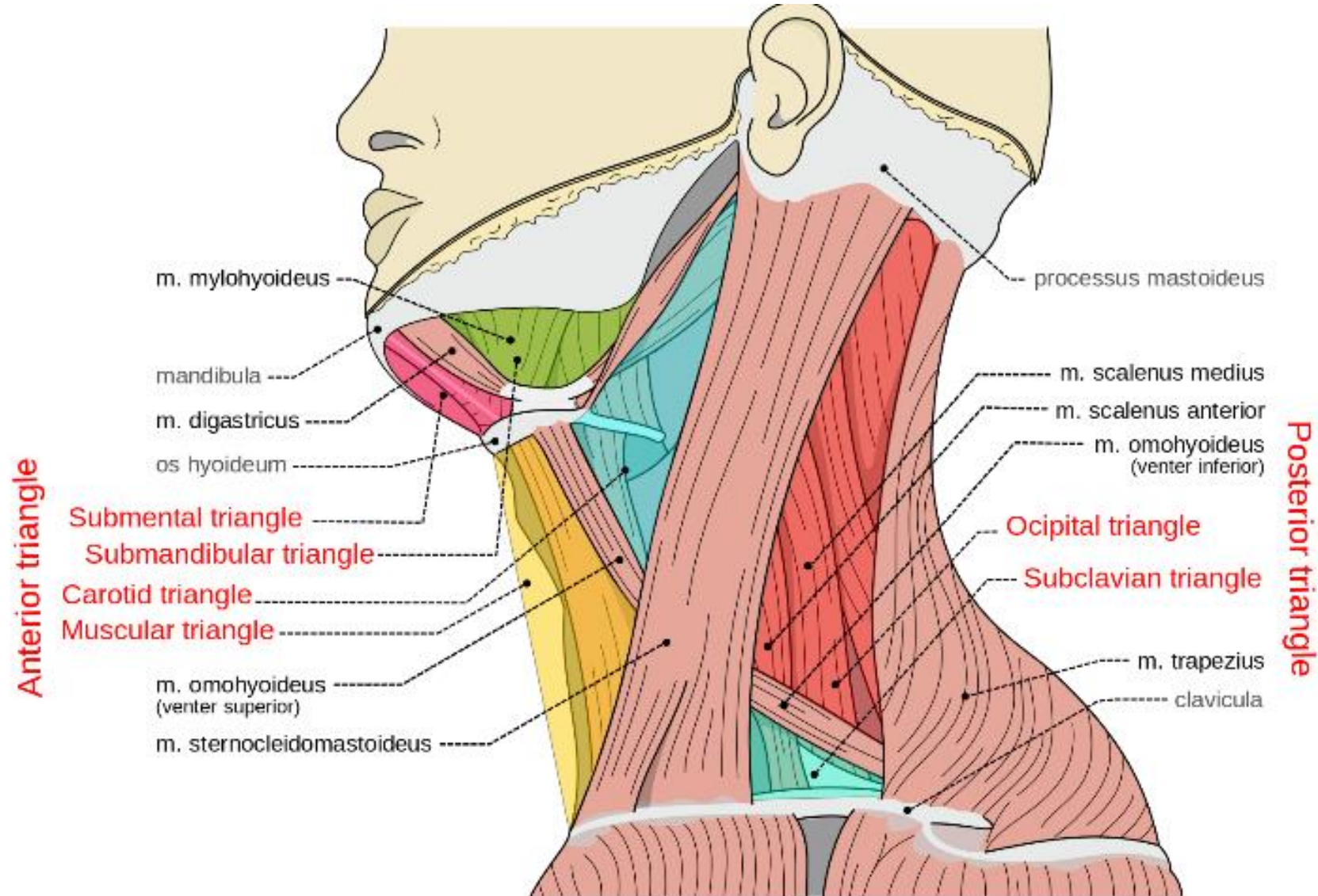
المذاكرة الثانية

إعداد أ.د. أريج العساف

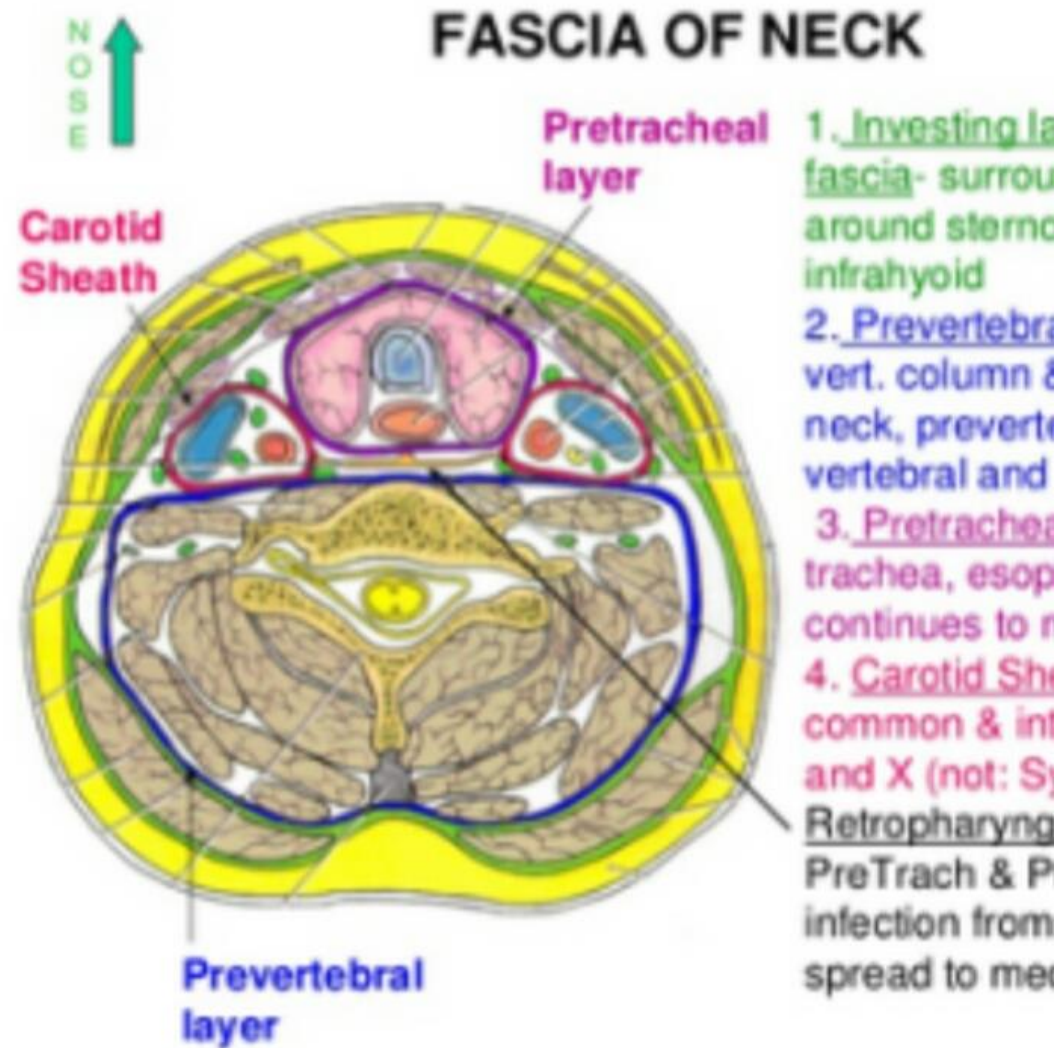
١- سمّ الأرقام في الشكل:



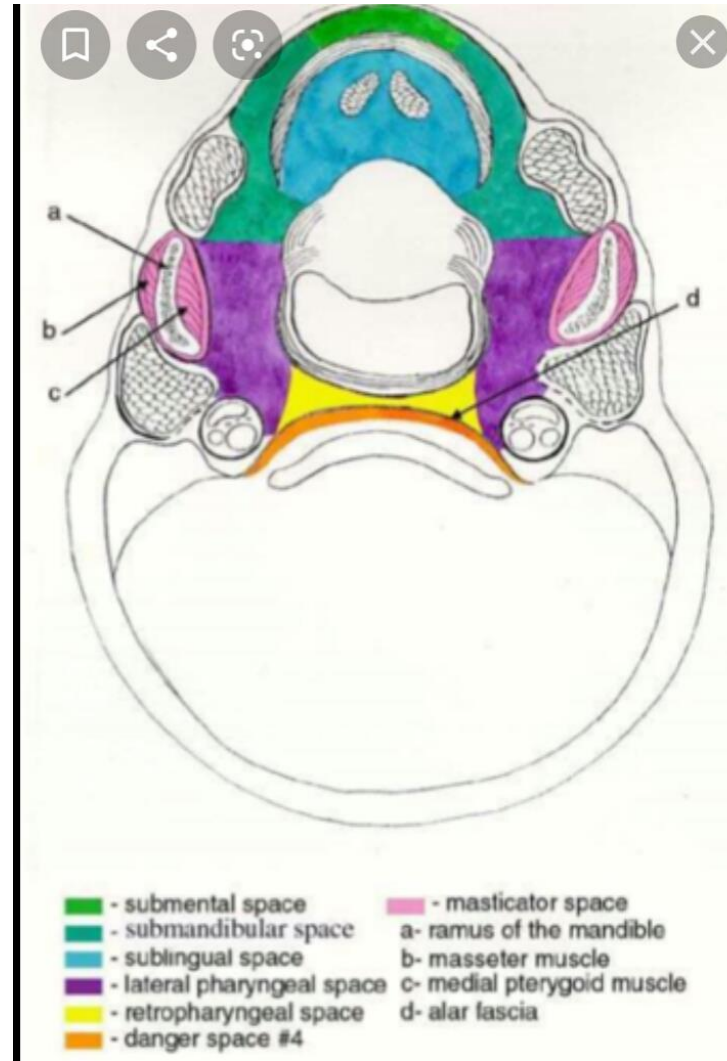
٢- اذكر مثلثات العنق:



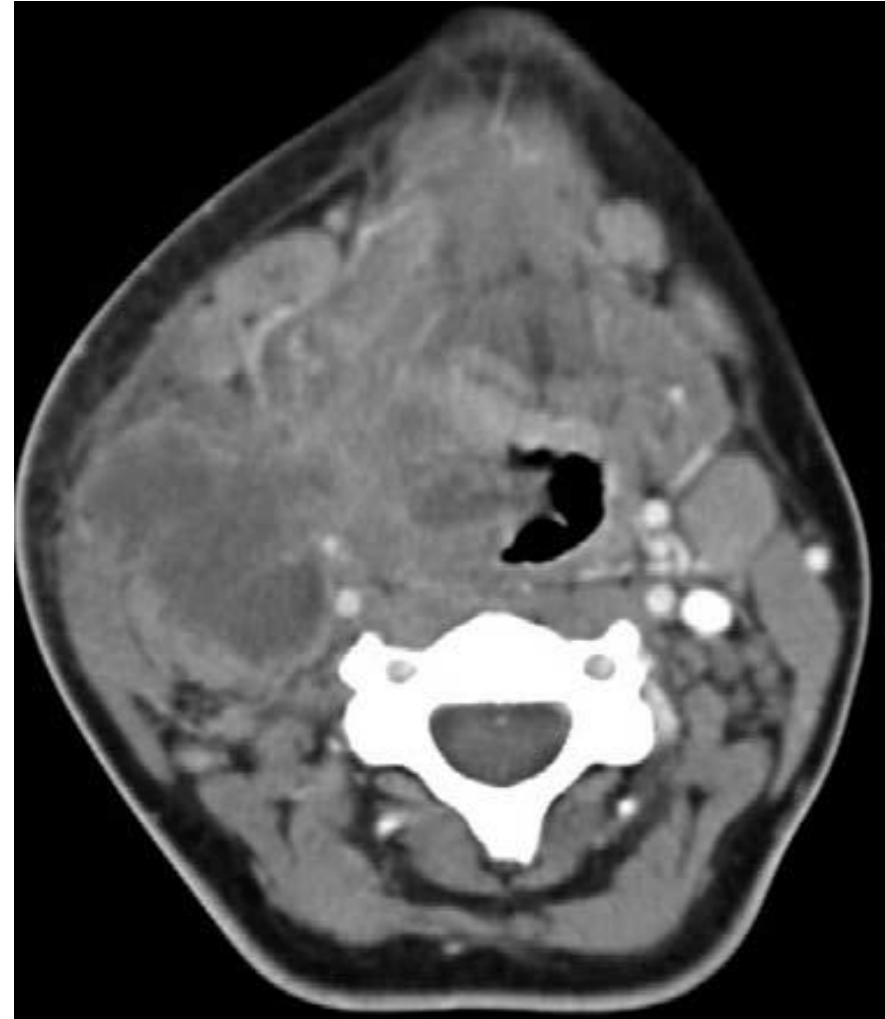
٣- اذكر لفافات العنق:



٤- اذكر فراغات العنق:



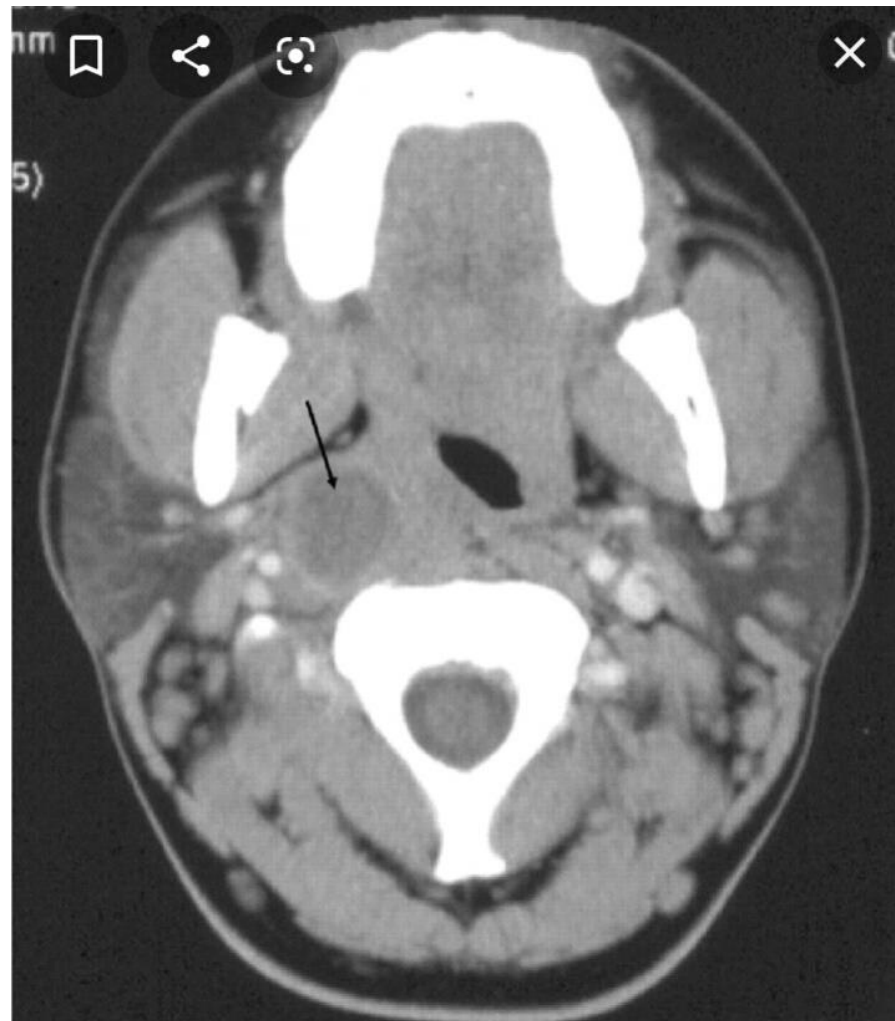
٥- ما هي الحالة المرضية؟



٦- إلامَ يشير الطبقّي المحوري؟



٧- ماذا يظهر في الطبقي المحوري؟



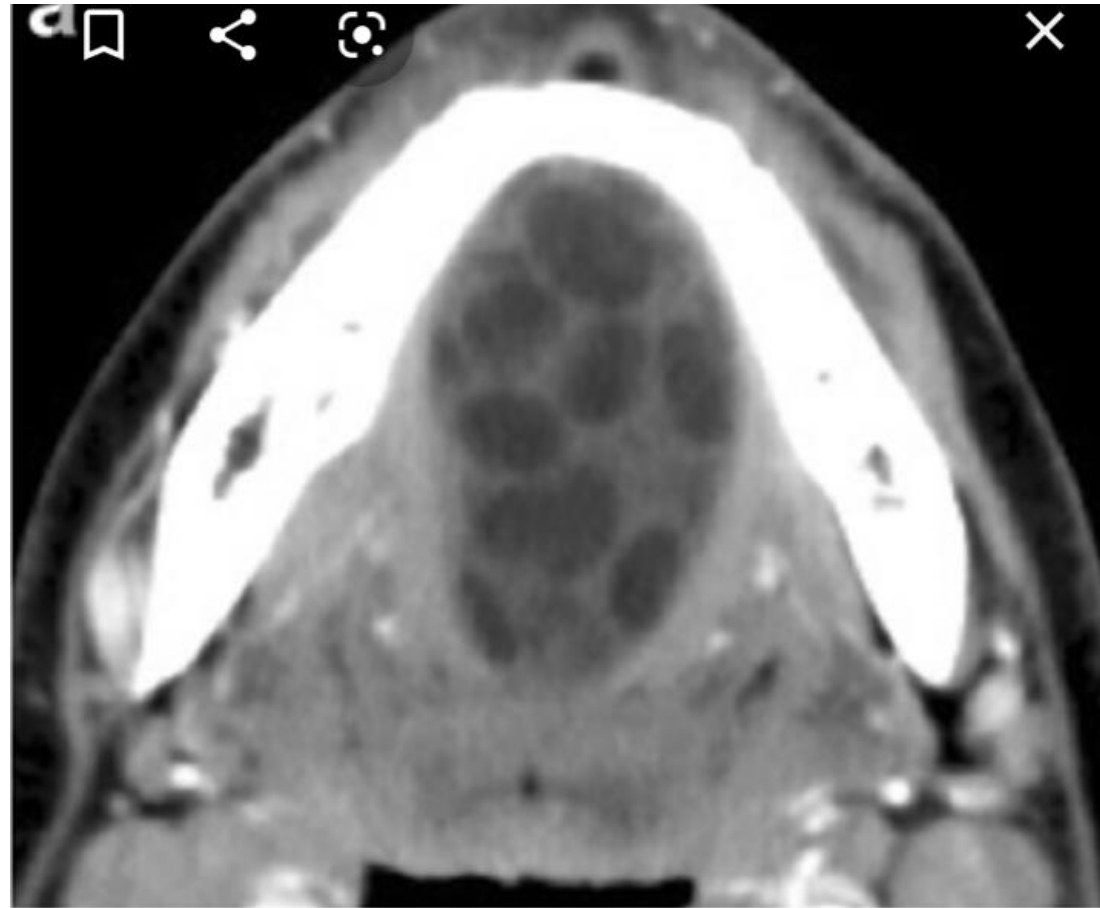
٨- بَمَ تُوحي لك الصورة؟



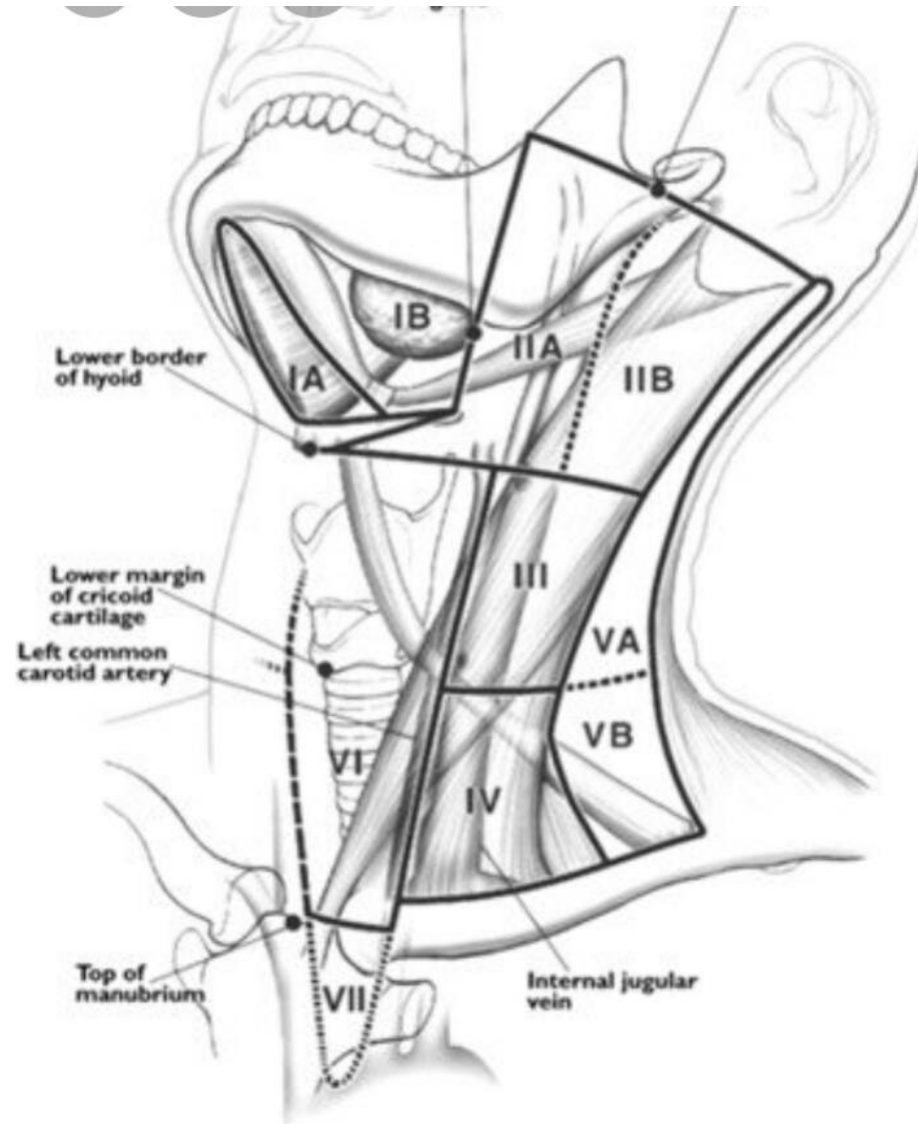
٩- اشرح الشكل:



١٠- ماذا يظهر في الطبقي المحوري؟



١١ - اشرح الشكل:



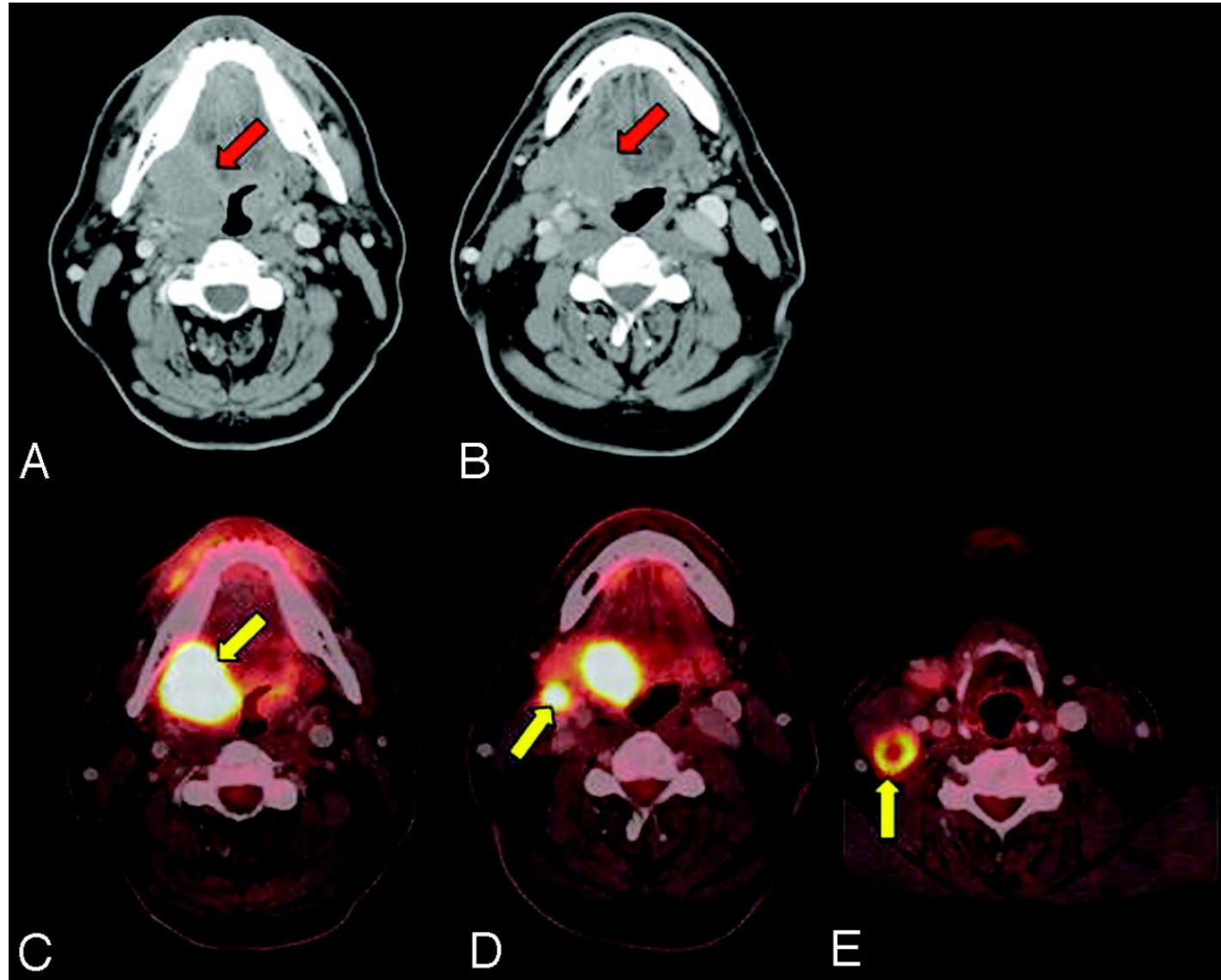
١٢- ماذا تستنتج من الصورة؟



١٣ - اشرح الشكل:



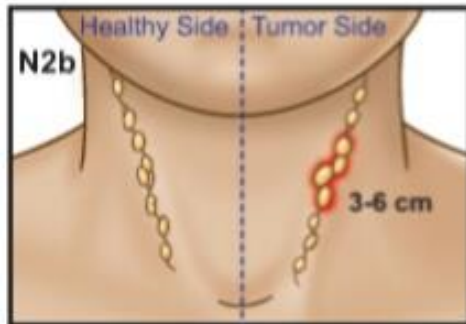
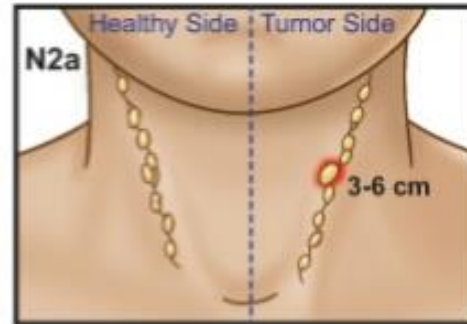
٤١- اشرح الشكل:



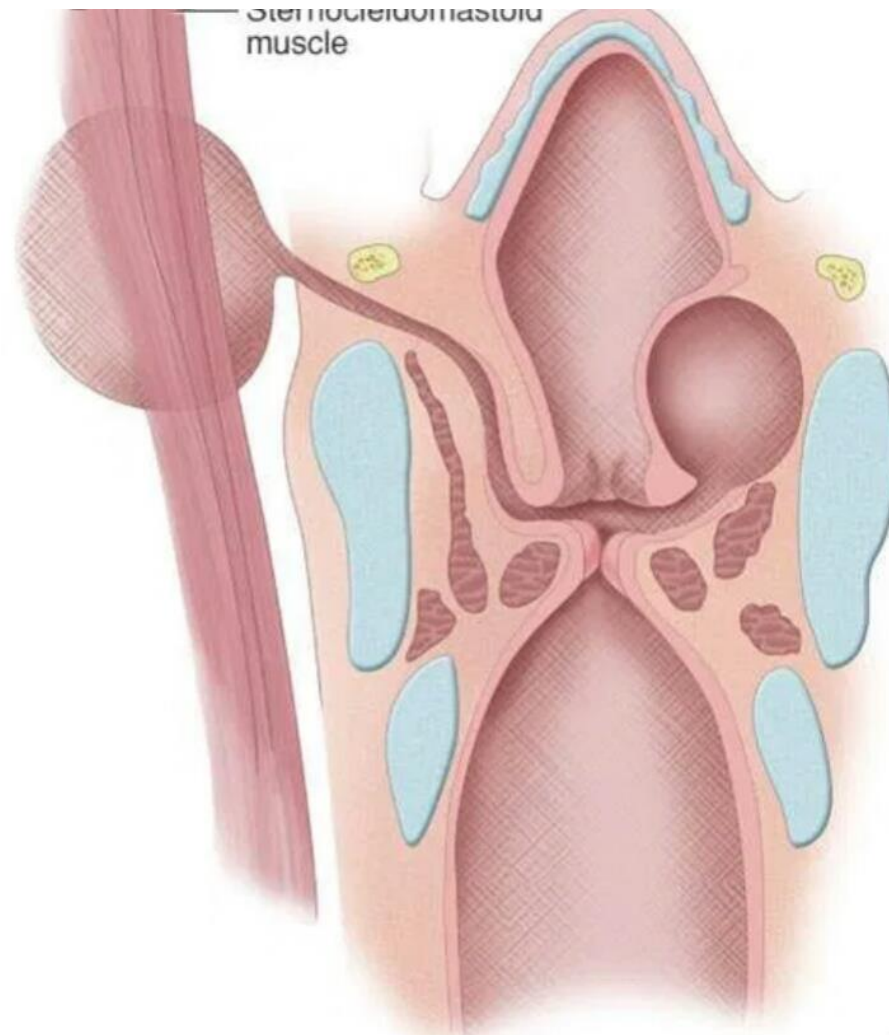
١٥- ما هو دور البيت سكان في سرطانات
الدرق؟

١٦- اذكر ثلاثة استطببات للبيت سكان.

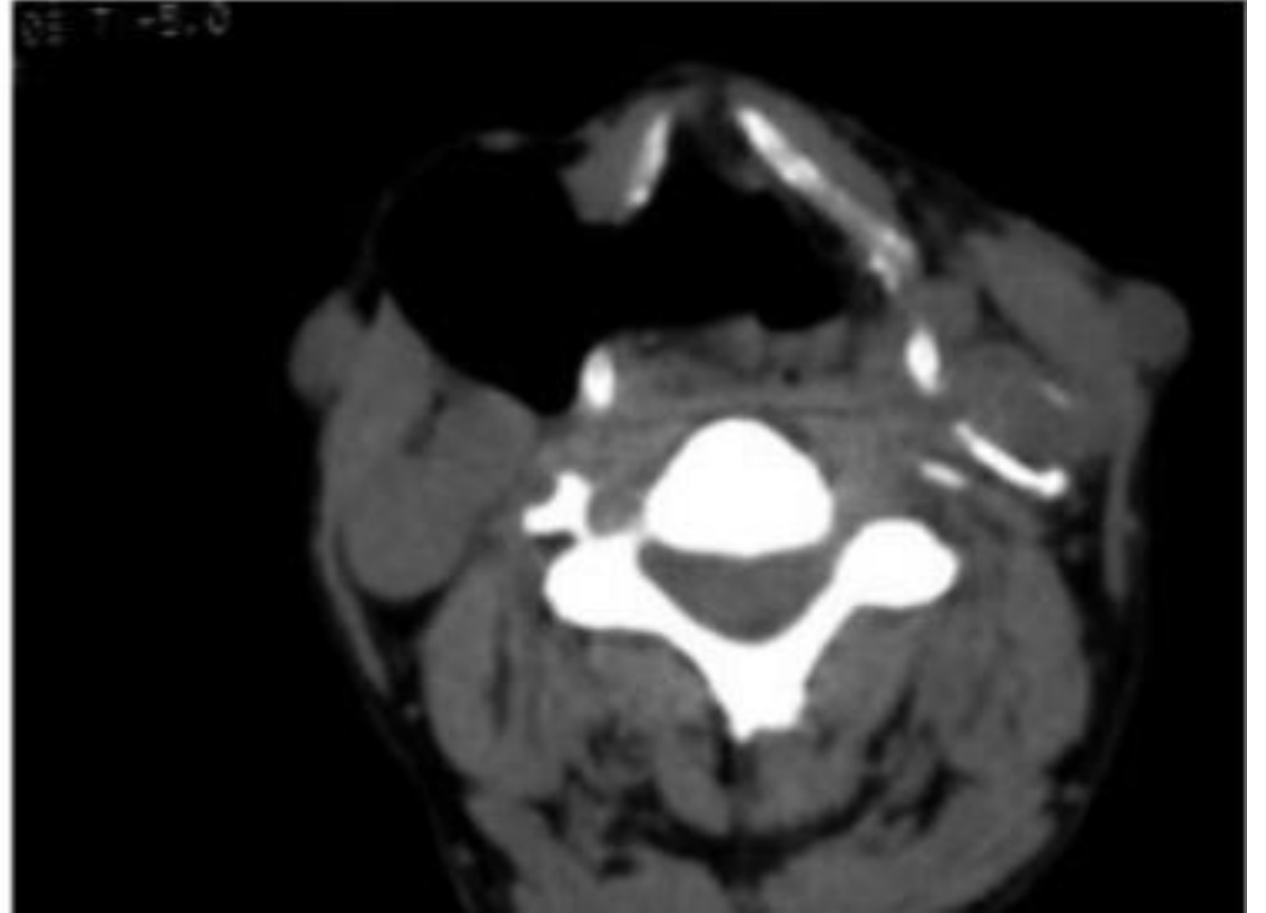
١٧ - اشرح الشكل:



١٨ - اشرح الشكل:



١٩ - اشرح الشكل:



٢٠- ما هي المظاهر الشعاعية لعقدة مشتبهة؟

٢١- اذكر المناطق التي تميل أورامها لإعطاء نقائل عقدية ويكون الورم البدئي خفياً.

٢٢- اذكر نوعي الخزعة المفتوحة من عقدة رقبية، وقارن بينهما.

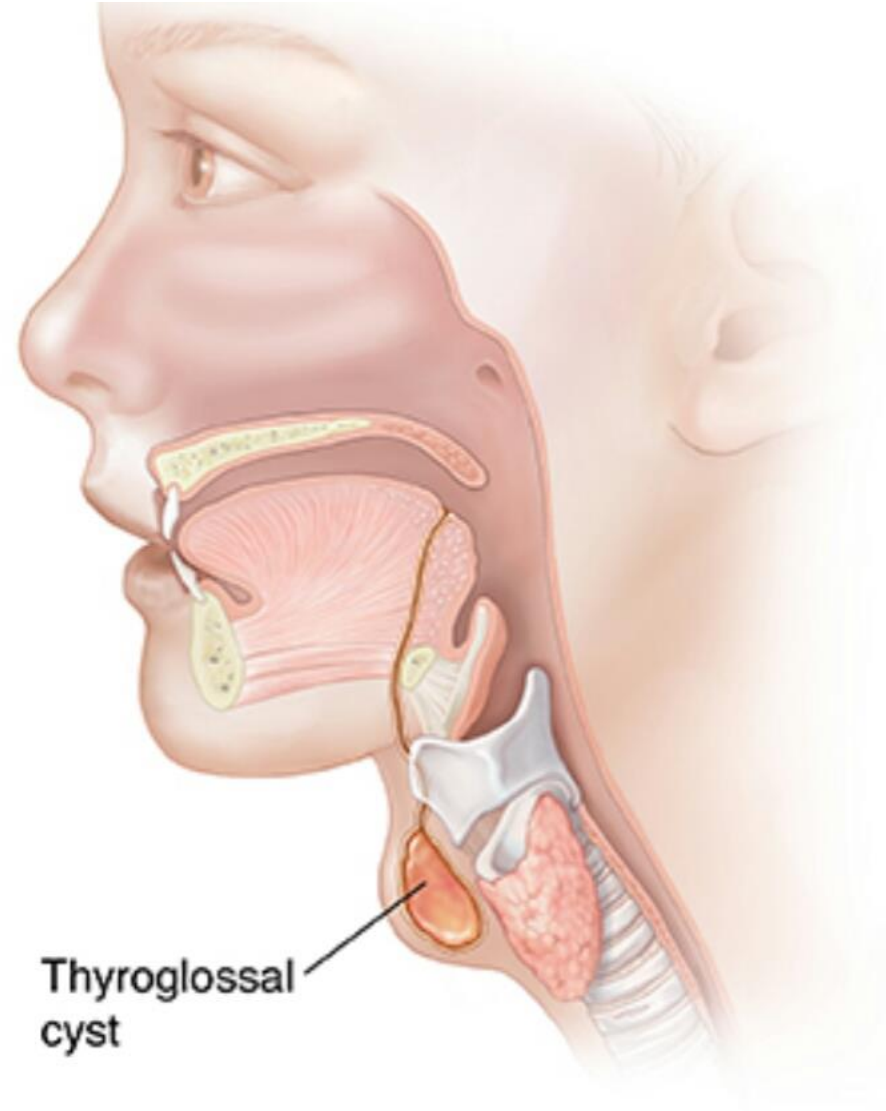
٢٣- اذكر التشخيص التفريقي لكتلة رقبية على الخط الناصف.

٢٤- اذكر التشخيص التفريقي لكتلة رقبية جانبية.

٢٥- بماذا توحى لك الصورة؟



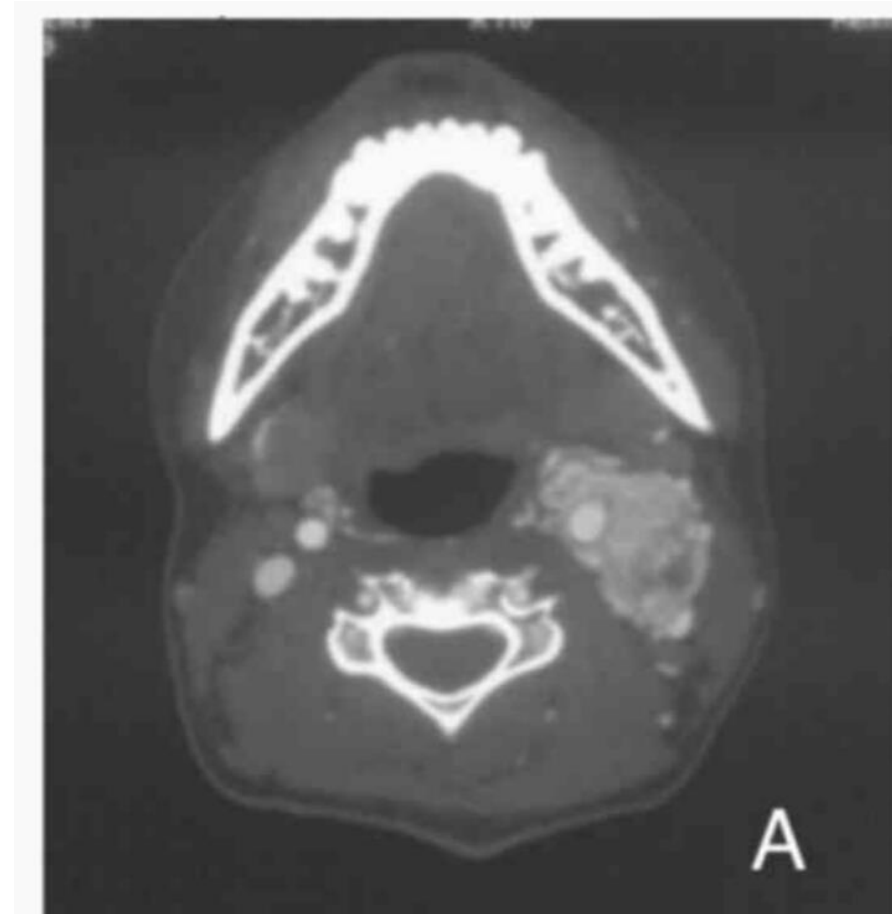
٢٦- اشرح الشكل:



٢٧- اشرح الشكل:



٢٨ - اشرح الشكل:



انتهى مقرر الأستاذة الدكتورة أريج العساف