الجمهورية العربية السورية

وزارة التعليم العالي

جامعة دمشق

كلية الطب البشري

مشفى المواساة الجامعي

دور تجريف العنق في علاج السرطانة شائكة الخلايا في الشفة

Role of neck dissection in the management of the squamous cell carcinoma of the lip

بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا (الماجيستير) في قسم

أمراض الأذن والأنف والحنجرة والرأس والعنق وجراحتها

بإشراف ورئاسة

الأستاذ الدكتور

عصام الأمين

إعداد الدكتور

كنان مهنا علي

الفهرس

مقدمة	**صفحة ٦**
الفصل الأول :التطور الجنيني للرأس والعنق	صفحة ٧
الفصل الثاني :تشريح الوجه والعنق	صفحة ١١
الفصل الثالث : النزح اللمفي للرأس والعنق	صفحة ٢٣
الفصل الرابع :تجريف العنق أنواعه واستطباباته	صفحة ٢٦
الفصل الخامس :الآفات التي تصيب الشفتين	صفحة ٣٦
الفصل السادس : تشخيص وتدبير أورام الشفتين	صفحة ٤٠
الفصل السابع :طرق ترميم الشفتين	صفحة ٤٧
الفصل الثامن : العلاج الشعاعي والكيماوي لسرطان الشفتين	صفحة ٥٦
الفصل التاسع : الدراسة العملية	صفحة ٦٠

فهرس الجداول والمخططات :

الدراسة النظرية

الجدول	العنوان	الصفحة
الجدول (١-١)	التطور الجنيني للأقواس الغلصمية	٨
الجدول (١-٢)	التطور الجنيني للوجه	٩
الجدول (١-٣)	مثلثات العنق	١٨-١٩
الجدول (١-٤)	عضلات العنق	٢٠
الجدول (١-٥)	النزح اللمفي للوجه والعنق	٢٣-٢٤-٢٥
الجدول (١-٦)	التصنيف المرحلي لأورام الشفة	٤١
المخطط (١-٧)	ترميم الشفة العلوية	٤٧
المخطط (١-٨)	ترميم الشفة السفلية	٤٨
	الدراسة العملية	
الجدول (٢-١)	التوزع حسب جنس المريض	٦٣
المخطط (٢-٢)	التوزع حسب جنس المريض	٦٣
الجدول (٢-٣)	التوزع العمري	٦٤
الجدول (٢-٤)	التوزع العمري	٦٤
المخطط (٢-٥)	التوزع الديموغرافي	٦٥
الجدول (٢-٦)	التوزع الديموغرافي	٦٥
الجدول (٢-٧)	العوامل المؤهبة	٦٦
الجدول (٢-٨)	التوزع حسب المهنة	٦٦
الجدول (٢-٩)	التوزع حسب زمن المراجعة الأولية	٦٧
المخطط(٢-١٠)	التوزع حسب مرحلة الورم	٦٧
الجدول (٢-١١)	التوزع حسب مرحلة الورم	٦٧
المخطط (٢-١٢)	التوزع حسب الدرجة النسيجية	٦٨
الجدول (٢-١٣)	التوزع حسب الدرجة النسيجية	٦٨
الجدول (٢-١٤)	التظاهر العقدي البدئي حسب حجم الورم	٦٨
الجدول (٢-١٥)	الدراسة الإحصائية للتظاهر البدئي	٦٩
الجدول (٢-١٦)	أماكن توزع العقد البدئية	٦٩
الجدول (٢-١٧)	التظاهر العقدي البدئي حسب درجة الورم	٧٠
الجدول (٢-١٨)	الإجراءات الجراحية المتبعة	٧٠
الجدول (٢-١٩)	مرضى التجريف الانتقائي	٧١
الجدول (٢-٢٠)	توزع مرضى النكس حسب حجم الورم	٧٢
الجدول (٢-٢١)	توزع مرضى النكس حسب درجة الورم	٧٢
الجدول (٢-٢٢)	دراسة إحصائية لنسب النكس	٧٢
الجدول (٢-٢٣)	المقارنة مع الدراسات العالمية	٧٧

فهرس الأشكال التوضيحية :

الشكل	العنوان	الصفحة
الشكل ١	تطور الوجه والعنق الجنيني	٧
الشكل ٢	بنية الأقواس االغلصمية	٧
الشكل ٣	تطور الوجه الجنيني	١٠
الشكل ٤	عضلات الوجه التعبيرية	١٢
الشكل ٥	التعصيب الحركي للوجه	١٣
الشكل ٦	التعصيب الحسي للوجه	١٤
الشكل ٧	التروية الشريانية للوجه	١٥
الشكل ٨	العود الوريدي للوجه	١٦
الشكل ٩	النقاط التشريحية للشفة	١٧
الشكل ١٠	مثلثات العنق	١٩
الشكل ١١	العصب الهامشي	٢١
الشكل ١٢	مسار العصب اللاحق	٢١
الشكل ١٣	مسار العصب تحت اللسان	٢١
الشكل ١٤	أوعية العنق	٢٢
الشكل ١٥	توزع العقد اللمفية للوجه والعنق	٢٣
الشكل ١٦	تجريف العنق الجذري والجذري المعدل	٢٧
الشكل ١٧	الشقوق المجراة لتجريف العنق	٢٨
الشكل ١٨	حدود تجريف العنق الجذري	٣١
الشكل ١٩	مسار العصب اللاحق	٣١
الشكل ٢٠	العصب اللاحق	٣٢
الشكل ٢١	الشقوق المجراة لإجراء تجريف عنق فوق لامي	٣٣
الشكل ٢٢	تجريف فوق لامي	٣٥
الشكل ٢٣	الحلأ الوجهي الفموي	٣٦
الشكل ٢٤	القرحات القلاعية	٣٦
الشكل ٢٥	الثآليل الشائعة	٣٧
الشكل ٢٦	القيلات المخاطية	٣٧
الشكل ٢٧	التهاب الشفة السفعي	٣٧
الشكل ٢٨	التهاب الشفتين الزاوي	٣٧
الشكل ٢٩	اللطخة الميلانينية	٣٨
الشكل ٣٠	الحبيبوم المقيح	٣٨
الشكل ٣١	السرطانة قاعدية الخلايا	٣٨
الشكل ٣٢	السرطانة شائكة الخلايا	٣٩
الشكل ٣٣	السرطانة شائكة الخلايا	٤٠
الشكل ٣٤	السرطانة قاعدية الخلايا	٤٢
الشكل ٣٥	سرطانة الغدد اللعابية الصغيرة	٤٢
الشكل ٣٦	ترميم ضياع الحافة الأرجوانية	٤٩
الشكل ٣٧	ترميم الضياعات أقل من ثلث حجم الشفة	٤٩
الشكل ٣٨	ترميم ضياع على الخط الناصف للشفة العلوية	٥٠
الشكل ٣٩	شريحة Karapandzic	٥١

الشكل ٤٠	شريحة Abbe-Estlander	٥٢
الشكل ٤١	طريقة Bernard-Webster	٥٣
الشكل ٤٢	الشريحة الخدية الشفوية	٥٤
الشكل ٤٣	الشريحة الكعبرية	٥٤
الشكل ٤٤	شريحة العضلة الصدرية الكبيرة	٥٥

• مقدمة :

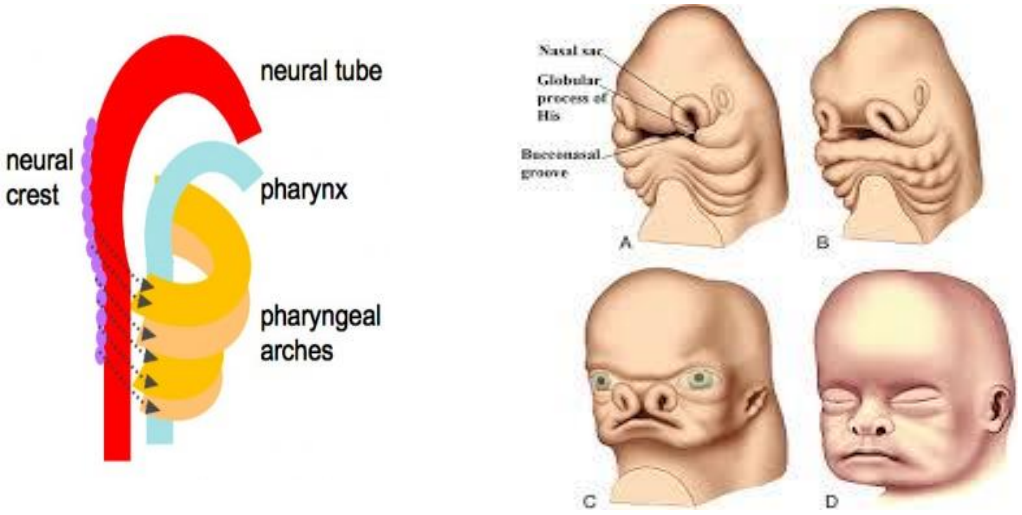
يعتبر سرطان الشفة أشيع سرطانات منطقة الفم وجوف الفم ، حيث يشكل نسبة ٠,٦% من مجموع السرطانات بشكل عام ، و يعتبر من السرطانات التي يمكن كشفها وعلاجها في المراحل الباكرة لكونها ظاهرة للعيان ، . وتعتبر الجراحة خط العلاج الأول بالإضافة لوجود خيارات علاجية أخرى تشمل العلاج الشعاعي أو المعالجة القرية .

ويلاحظ أن أغلب أورام الشفة تصيب الشفة السفلية ، وأن حوالي ٩٥ % من أورام الشفة السفلية هي السرطانة شائكة الخلايا ، ويعتبر التدخين والكحول والتعرض لأشعة الشمس ومرضى سوء الحالة المناعية من عوامل الخطورة للإصابة .

و نسبة الشفاء حوالي ١٠٠% في الآفات المبكرة وبالرغم من أن هذه السرطانات لها معدل ضئيل للانتقال إلى العقد اللمفية المجاورة وندرة الانتقالات البعيدة ، لكن يبقى معدل النكس بعد الاستئصال البدئي بين ٥-٣٥% . ومعدل الوفيات التي تتلو السرطانات الكبيرة أو الناكسة يبلغ ١٥ % في بعض الدراسات العالمية .

وإن انتقال هذه السرطانات إلى العقد اللمفية المجاورة يخفض معدل البقيا بنسبة ٥٠%.

• الفصل الأول :التطور الجنيني للرأس والعنق



الشكل (١) :تطور الوجه والعنق الجنيني

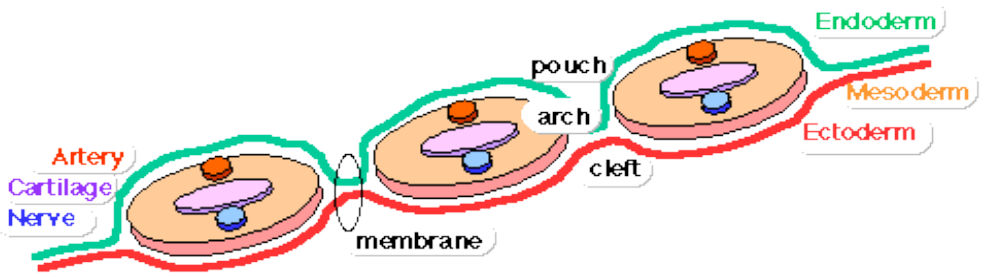
يتطور الوجه والعنق من مجموعة من النواتئ الجنينية والأقواس الغلصمية التي تتشكل خلال الأسبوع الرابع الجنيني ، حيث تتكون كل قوس غلصمية من الوريقات الجنينية الثلاثة : الخارجية والمتوسطة والداخلية .

وتتألف كل قوس من :

١. ميزابة أو ثلم : تفصل خارجيا الأقواس الغلصمية عن بعضها ،الثلم الأول يشكل مجرى السمع الظاهر.
٢. جيب بلعومي : وهو يفصل الأقواس عن بعضها داخليا ويكون على تماس مع جوف البلعوم .
٣. غشاء غلصمي : وهو منطقة التماس بين الوريقة الخارجية والداخلية .

وتضم كل قوس : شريان ، غضروف ، عصب بالإضافة إلى المكونة العضلية [١-٢].

ويوجد ٦ أقواس غلصمية ، ولكن القوس الخامس يتلاشى ويزول سريعا ، وتعتبر القوسان الأولى والثانية ، القوسان الرئيسيتان في تطور الوجه ، بينما يساهم في تطور العنق القوسين الثالثة والرابعة .



الشكل (٢) بنية الأقواس االغلصمية

وتمتلك القوس الغلصمية الاولى (قوس الفك السفلي) :

١. النتوء الفكي العلوي : الذي يشكل الفك العلوي – العظم الوجني –وصدفة العظم الصدغي
٢. النتوء الفكي السفلي : الذي يشكل الفك السفلي

بينما تشكل القوس الغلصمية الثانية معظم العظم اللامي .

ويوضح الجدول (١-١) العناصر المتشكلة عن التطور الجنيني للأقواس الغلصمية [١-٣]:

القوس الغلصمية الأولى				القوس الغلصمية الثانية				القوس الغلصمية الثالثة				القوس الغلصمية الرابعة				القوس الغلصمية السادسة			
الشريان	العصب	العضلات	الغضروف (ميكل)	الشريان	العصب	العضلات	الغضروف (رينشرت)	الشريان	العصب	العضلات	الغضروف	الشريان	العصب	العضلات	الغضروف	الشريان	العصب	العضلات	الغضروف
الشريان الفكي الباطن	مثلث التوائم يفرعيه الفكي العلوي والفكي السفلي	العضلة الضرسية اللامية ، البطن الأمامي لذات البطنين ،موتر الطبلة	المطرقة والسندان ا لرباط المطرقي الأمامي ، الرباط الوتدي الفكي السفلي ، لويحة الفك السفلي	الشريان الركابي (بزول)	العصب الوجهي	عضلات التعبير الوجهية ،الإبرية اللامية ،البطن الخلفي لذات البطنين،الركابية	الناتئ الإبري ،الجزء العلوي لجسم العظم اللامي والقرن الصغير له	الشريان السباتي الأصلي والباطن في الطرفين	العصب اللساني	الإبرية اللعومية	القرن الكبير والقسم السفلي من جسم العظم اللامي	الشريان: قوس الأبهر الأيسر: قوس الأبهر الأيمن : تحت الترقوة الأيمن	العصب الحنجري العلوي	المعضلات العاصرة البلعومية ، رافعة شراع الحنك ، العضلة الحلقية الدرقية	غضاريف الحنجرة (الغضروف الدرقي ، لسان المزمار)	الشريان الأيسر :ش. الرئوي الأيسر الأيمن : ش.الرئوي الأيمن	العصب الحنجري الراجع	جميع عضلات الحنجرة الداخلية باستثناء العضلة الحلقية الدرقية	غضاريف الحنجرة (الحلقي ،الطرجهالي ،الغضاريف القرنية والإسفينية)

أما الجيوب البلعومية فتكون مشتقاتها كما يلي :

- الجيب البلعومي الأول :جوف الطبل – الخشاء –الغار –نفير أوستاش
- الجيب البلعومي الثاني : الحفرة اللوزية
- الجيب البلعومي الثالث :الغدد جارات الدرق السفلية –التيموس
- الجيب البلعومي الرابع : الغدد جارات الدرق العلوية – الخلايا جانب الجرابية c في الدرق .

بينما يبدأ التطور الجنيني للشفتين في نهاية الأسبوع الرابع من عمر الجنين على هيئة حفيرة ظهارية تسمى الفم الابتدائي ، وعندما تبلغ المضغة عمر ٤,٥ أسبوع تظهر خمس حدبات تحيط بالفم الابتدائي وهذه الحدبات هي [٤]:

١. الناتئ الفكي السفلي الأيمن والأيسر (من ميزانشيم القوس الغلصمية الأولى)
٢. الناتئ الفكي العلوي الأيمن والأيسر (من ميزانشيم القوس الغلصمية الأولى)
٣. الناتئ الجبهي الأنفي بنية على الخط الناصف للوجه تشتق من ميزانشيم العرف العصبي القحفي .

تتطور الوهدتان الأنفيتان في الوجه البطني الوحشي للناتئ الجبهي الأنفي في الأسبوع الخامس من الحياة الجنينية لذلك تتشكل النواتئ الأنفية الوحشية والأنسية في الجهتين ويتطور الوجه من خلال نمو والتحام هذه النواتئ .

يتشكل الفك السفلي من خلال التحام النواتئ الفكية السفلية في الجهتين ،و يبدأ تشكل الشفة السفلية ما بين الأسبوعين الخامس والسادس ولكن لا تتشكل بشكل نهائي حتى الأسبوع السابع بينما تنمو النواتئ الفكية العلوية باتجاه الخط الناصف وتلتحم بالنواتئ الأنفية الوحشية ، وتتشكل ميزابة هي ميزابة القناة الأنفية الدمعية بين الناتئ الفكي العلوي والناتئ الأنفي الوحشي خلال الأسبوع السابع من الحيا ة الجنينية وذلك في الجانبين و يتم طمس جزء كبير منها خلال عملية الالتحام السابقة ويبقى جزء صغير ليشكل القناة الأنفية الدمعية وكيس الدمع.

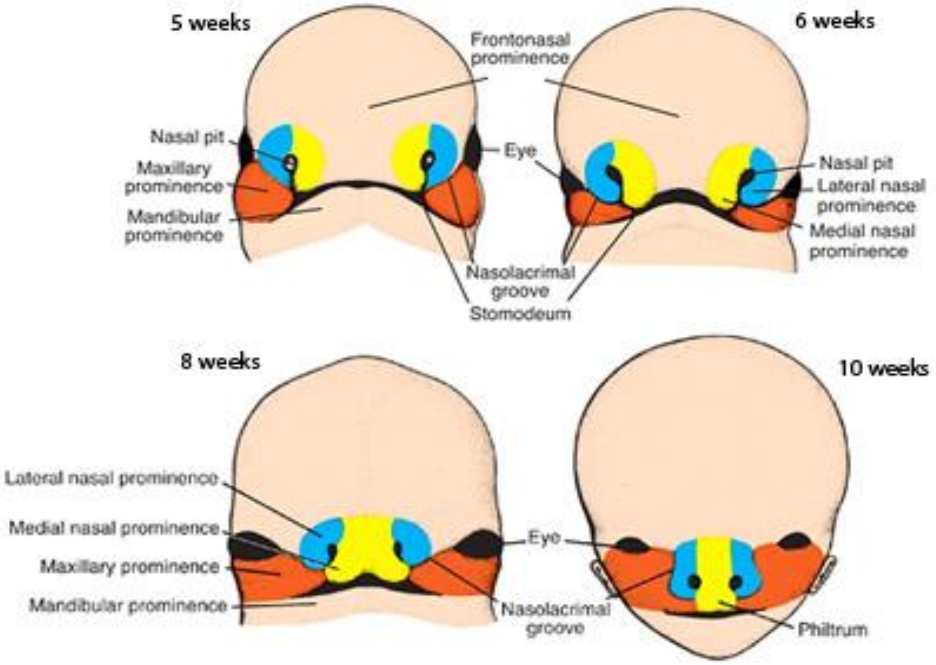
تلتحم النواتئ الفكية العلوية الوحشية مع النواتئ الأنفية الأنسية التي تلتحم مع بعضها ما بين الأسبوع ٦-٧ من الحياة الجنينية لتشكل القطعة بين الفكين التي تعطي منشأ للنثرة ، مقدم الفك ، الحنك الابتدائي ، ذروة الأنف .

يكتمل تشكل الشفة العلوية في نهاية الأسبوع التاسع .

يلخص الجدول (١-٢) التطور الجنيني للوجه :

البنية الجنينية	البنية الناتجة عنها
الناتئ الجبهي الأنفي	الجبهة ،جذر الأنف
الناتئ الأنفي الأنسي	القسم الناصف من الأنف ، نثرة الشفة العليا
الناتئ الأنفي الوحشي	جناح الأنف
الميزابة الأنفية الدمعية	القناة الأنفية الدمعية ، كيس الدمع
الناتئ الفكي العلوي	الوجنتان ، القسم الوحشي من الشفة العليا
الناتئ الفكي السفلي	الشفة السفلى ، الفك السفلي

تشكل النواتئ الفكية الوحشية : القسم الوحشي للشفة العليا ، القسم الوحشي للفك ، الحنك الثانوي ، القسم الوحشي من جناح الأنف .



الشكل (٣) : تطور الوجه الجنيني

• الفصل الثاني : تشريح الوجه والعنق :

عضلا ت التعبير الوجهية [٥-١١-١٤]:

تساهم هذه العضلات في إظهار الحركات التعبيرية في الوجه من خلال وظائفها الحركية كمعصرة أو موسعة أو من خلال وظيفة الرفع والتخفيض كباقي العضلات . وتقسم إلى :

- **عضلات جوف الحجاج** : الجبهية (رافعة للحاجب)، المغضنة للحاجب (تخفض الحاجب ولها دور في حركة العبوس) ، الخافضة للحاجب ، الناحلة (تخفض القسم السفلي للجبهة) ، والدويرية العينية (إغلاق العين ، الرمش).
- **عضلات جوف الفم [٨]:** الوجنية الكبيرة والصغيرة (رافعة لزاوية الفم)، ، الضاحكة ، الدويرية الفموية (معصرة فموية) ، خافضة زاوية الفم ، خافضة الشفة السفلى ، الذقنية .

i) **العضلات الوجنية الكبيرة والصغيرة** :تنشأ من جسم عظم الوجنة، وترتكز على زاوية الفم ،والشفة العليا .

ii) **العضلة الرافعة للشفة العليا** : وتنشأ من جسم عظم الفك ، وترتكز على الشفة العلوية ، والدويرية الفموية .

iii) **العضلة رافعة الشفة العلوية وجناح الأنف** : وهي تتوضع إلى الأنسي من العضلة السابقة .

iv) . **العضلة الرافعة لزاوية الفم** :وتنشأ من عظم الفك العلوي للأسفل من الثقبة تحت الحجاج .

v) . **العضلة الضاحكة** : وتنشأ كتسمك من العضلة المبطحة على القسم الوحشي للوجنة ، وترتكز على زاوية الفم .

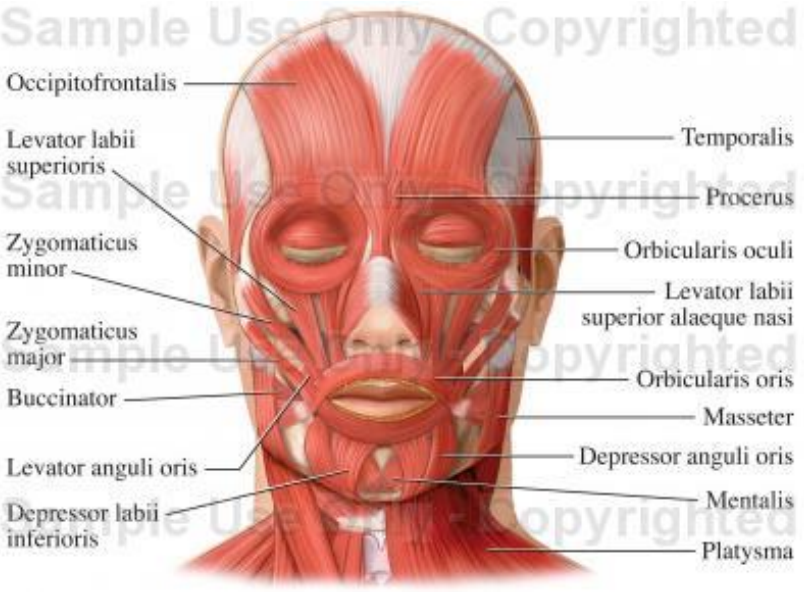
vi) . **العضلة الدويرية الفموية** :وتلعب دور المعصرة الفموية .

vii) . **العضلة خافضة زاوية الفم** : تنشأ من سمحاق الفك السفلي وحشي العضلة خافضة الشفة السفلية

viii) **العضلة خافضة الشفة السفلية** : وتنشأ من الخط المائل لعظم الفك السفلي ، إلى الأمام من الثقبة الذقنية ، حيث تغطيها ألياف العضلة خافضة زاوية الفم ، حيث تتجه أليافها للأعلى والأنسي لترتكز على جلد ومخاطية الشفة السفلية .

ix) . **العضلة الذقنية** : وتنشأ من الحفرة القاطعة لعظم الفك السفلي ، وتقلص هذه العضلة يساهم في رفع وبروز الشفة السفلية .

- **العضلات الأنفية :** مضيقة جوف الأنف ، العضلة الموسعة لجوف الأنف ، خافضة حاجز الأنف .



الشكل (٤) عضلات الوجه التعبيرية

التعصيب الحركي للوجه [٧-١٢] :

يعد العصب الوجهي العصب المحرك الرئيسي لعضلات الوجه التعبيرية .

يعطي العصب الوجهي قبل دخوله الغدة النكفية العصب الأذني الخلفي ، وفرع للبطن الخلفي للعضلة ذات البطنين وفرع للعضلة الإبرية اللامية .

وداخل الغدة النكفية يتفرع العصب الوجهي إلى الفروع الخمسة التالية :

- **الفرع الصدغي :**

ويخرج من الحافة العلوية للغدة النكفية على شكل ٣-٤ فروع ، وتكون سطحية بالنسبة للفافة الصدغية العميقة ، و يدخل العضلة الجبهية للأسفل من الفرع الأمامي للشريان الصدغي السطحي حيث يقوم بتعصيبها .

- **الفرع الوجنى :**

يوجد حوالي ٣ فروع وجنية ، تعصب العضلات التالية : الجبهية -الدويرية العينية - الوجنية الكبيرة - رافعة الشفة -العضلات الخافضة للحاجب .

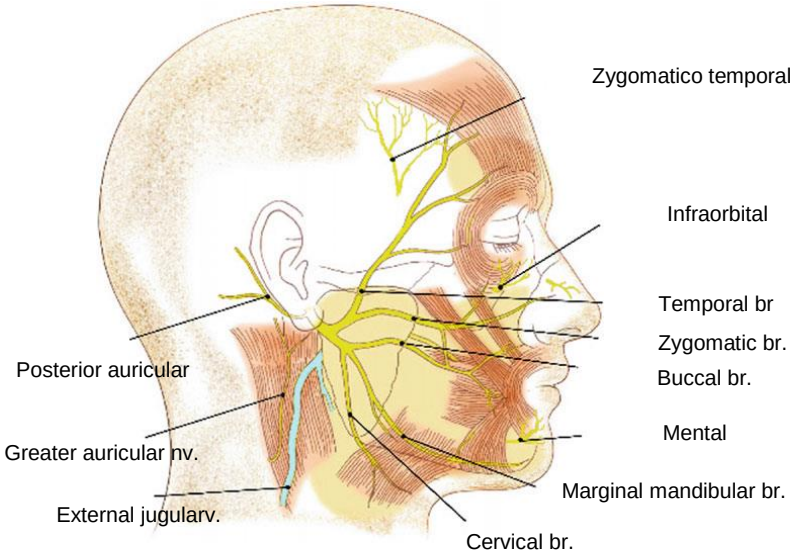
- **الفرع الشدقي :**

وينبثق من الغدة النكفية ويتوضع ضمن اللفافة النكفية الماضغة ، ويستمر موازيا لقناة الغدة النكفية ، ليعصب العضلة المبوقة وعضلات الشفة العلوية والأنف . ومن الممكن مشاهدة فرع آخر يوجد للأعلى من قناة الغدة النكفية .

- **الفرع الهامشي (١٢-١٣):**

وهو ينبثق من القسم السفلي للغدة النكفية ، ويمر أعلى الحافة السفلية لعظم الفك السفلي ، أو للأسفل منها حتى مسافة ٤ سم . وعلى بعد ٢سم للخلف من زاوية الفك ، و يعصب العضلات خافضة الشفة ولكن يبقى إلى العمق من العضلة المبطحة .

- **الفرع الرقبي :** ويعصب العضلة المبطحة ويكون على مستوى العظم اللامي .



الشكل (٥) التعصيب الحركي للوجه

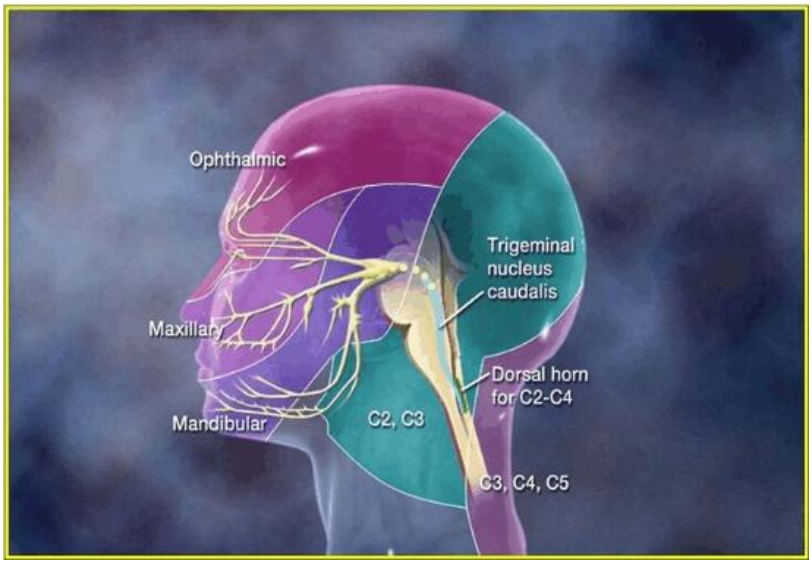
التعصيب الحسي للوجه :

ويتم من خلال الفروع الثلاثة للعصب مثلث التوائم (الفرع العيني ، الفرع الفكي العلوي ، الفرع الفكي السفلي).

ويكون **الفرع العيني** مسؤولا عن تعصيب الجبهة ، الجفن العلوي ، وظهر الأنف ، عن طريق الفروع فوق الحجاج ، فوق البكرة ، تحت البكرة ، الدمعي ، والأعصاب الأنفية الخارجية .

أما **العصب الفكي العلوي** فيعصب الجفن السفلي ، الوجنة ، الشفة العليا ، جناح الأنف ، جوف الأنف ، أسنان الفك العلوي وجزء من منطقة الصدغ من خلال الفرع تحت الحجاج ، والفرع الوجني الصدغي ، والفرع الوجني الوجهي .

بينما يملك **العصب الفكي السفلي** أليافا حركية وأليافا حسية ، وتتضمن فروعه العصب السنخي السفلي ، العصب اللساني ، العصب المبوق ، والعصب الأذني الصدغي ، وتقوم هذه الفروع بتعصيب الجلد فوق الفك السفلي ، الوجنة السفلية ، جزء من منطقة الصدغ والأذن ، الأسنان السفلية ، مخاطية اللثة ، والشفة السفلية .



الشكل (٦) التعصيب الحسي للوجه

ويمكن إجمال التعصيب الحسي للشفتين كما يلي :

١. الشفة العلوية :من خلال العصب تحت الحجاج فرع الفكي العلوي للعصب مثلث التوائم

٢. منطقة الصوار : تتعصب من الفرع المبوق للفكي السفلي للعصب المثلث التوائم

٣. الشفة السفلى : الفرع الذقني للعصب الفكي السفلي

التروية الشريانية للوجه [٩] :

وتتم من خلال :

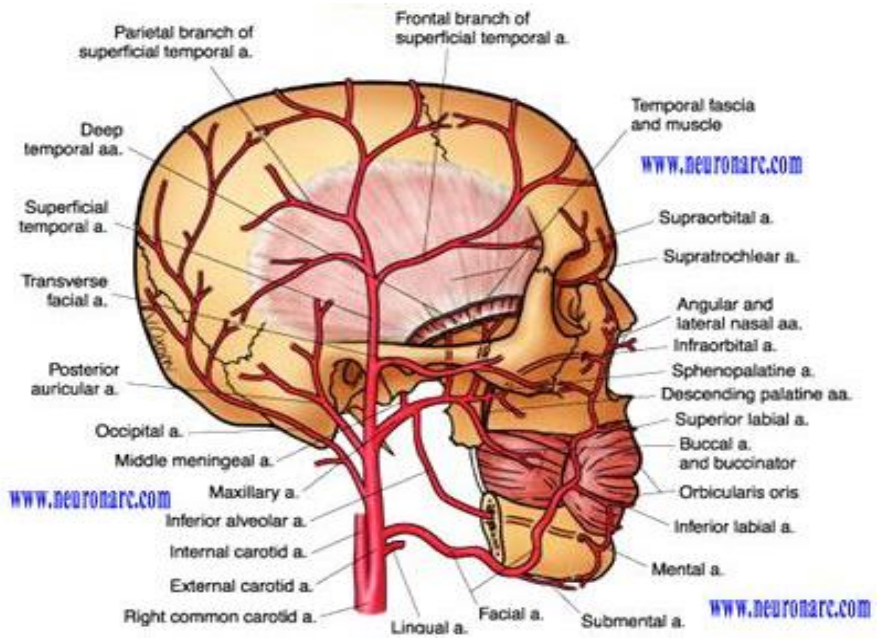
- **الشريان السباتي الظاهر :** الذي يغذي جلد الوجه والأنسجة الرخوة من خلال فروع من الشريان الوجهي ، والفكي الباطن ، و الصدغي السطحي .
- **الشريان السباتي الباطن :** الذي يغذي القسم المركزي للجبهة ، والأجفان والقسم العلوي من الأنف ، عن طريق الشرايين العينية .

١. ينشأ **الشريان الوجهي** من الشريان السباتي الظاهر ويقوم بتشكيل عروة حول الحافة السفلية والأمامية للفك السفلي ، للأمام من العضلة الماضغة ، وهو يخترق اللفافة الماضغة ويصعد للأعلى والأنسي باتجاه العين ، ويتوضع للعمق من العضلات الوجنية وسطحي بالنسبة للعضلة المبوقة ورافعة زاوية الفم . ويعطي **عند مستوى الفم الشريان الشفوي العلوي والشريان الشفوي السفلي** والذين يجتازوا الشفة إلى **العمق من العضلة الدويرية الفموية** . وإن امتداد الشريان الوجهي قرب المآق الأنسي بالقرب من الأنف يسمى الشريان الزاوي .

٢. أما **الشريان الفكي الباطن** يعتبر كامتداد نهائي للشريان السباتي الظاهر مع ثلاث فروع رئيسية هي السنخي السفلي ، المبوق ، وتحت الحجاج .

يكون الشريان **الذقني** هو فرع انتهائي للشريان السنخي السفلي والذي يخرج عبر الثقبة الذقنية ليغذي جلد الذقن والشفة السفلية .

أما الشريان **المبوق** يجتاز العضلات المبوقة ليغذي جلد الخد . أما الشريان تحت الحجاج ، يغذي الجفن السفلي ، الوجنة ، والقسم الوحشي من الأنف . ويتفاغر مع فروع من الشريان الوجهي المعترض (فرع الصدغي السطحي)، الشريان العيني ، الشريان المبوق والشريان الوجهي .



الشكل (٧) التروية الشريانية للوجه :

وبذلك تكون التروية الدموية للشفتين [١٠] تتم من خلال الأوعية التالية :

١. فروع الشريان الوجهي حيث يعطي الشريان تحت الذقن ليغذي الشفة السفلية ثم يسير للأمام وعلى مسافة ١,٥سم من الصوار ليعطي فرعيه الشفوي العلوي والشفوي السفلي . تشكل هذه الفروع مع شرايين الطرف المقابل حلقة تحيط بفتحة الفم وتتوضع بين الطبقة العضلية وتحت المخاطية .

٢. الشريان الوجهي المعترض : فرع الشريان الصدغي السطحي (يغذي الأجزاء الوحشية من الشفتين العلوية والسفلية)

٣. فروع من الشريان الفكي الباطن ترافق فروع العصب الخامس الحسية .

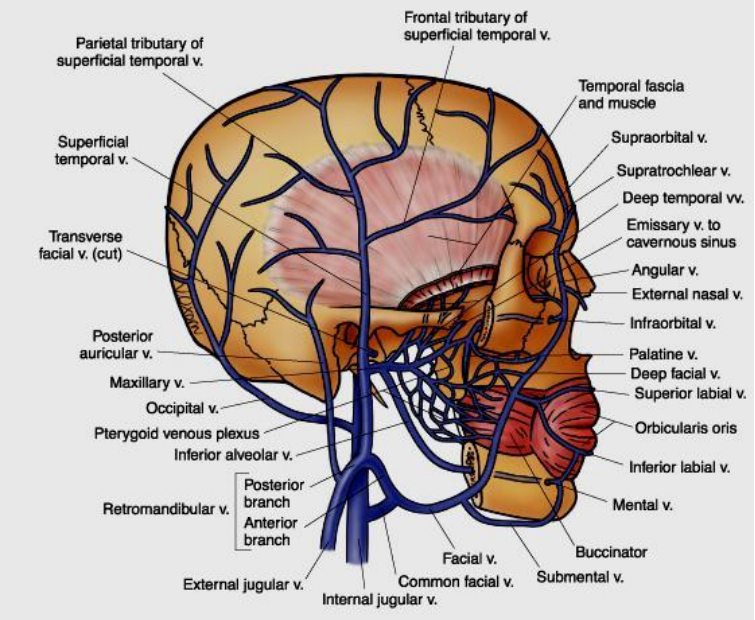
أما **العود الوريدي للوجه** فيتم بشكل رئيسي من خلال :

- **<u>الوريد الوجهي :</u>**

ويتشكل من اتحاد الوريد فوق البكرة وفوق الحجاج لتشكيل الوريد الزاوي والذي ينزل على الوجه خلف الشريان الوجهي إلى الحافة السفلية للفك السفلي لتتحد مع الانقسام الأمامي للوريد خلف الفك السفلي .

- **<u>الوريد خلف الفك السفلي :</u>**

ويتشكل من اتحاد الوريد الصدغي السطحي والوريد الفكي ويعبر ضمن الغدة النكفية ليعطي عند حافتها السفلية انقسام أمامي ينضم للوريد الوجهي وانقسام خلفي ينضم للوريد الأذني الخلفي لتشكيل الوريد الوداجي الظاهر .



الشكل (٨) العود الوريدي للوجه

ويكون **النزح الوريدي للشفتين** إلى :

- الوريد الوجهي الأمامي الذي يعطي فروع تتماشى مع فروع الشريان الوجهي وهذه الفروع مسؤولة عن النزح الوريدي للشفتين ولها تفاغرات مع الضفيرة الجناحية ، الجيب الكهفي .

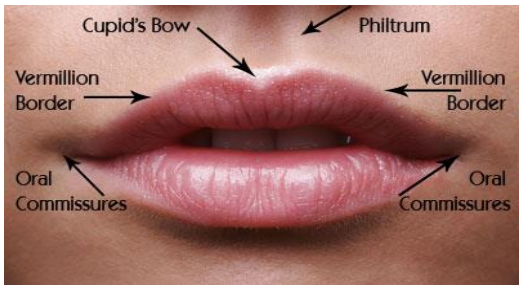
- الوريد الوداجي الأمامي : النزح الوريدي للشفة السفلى والقسم المتوسط للذقن .

- الوريدان الوجهيان العميق والمعترض يرافقان الشريان الشدقي وينزحان من الصوار والشفة العلوية .

لمحة عن بنية الشفة [٥]:

تشكل الحافة الأرجوانية منطقة الاتصال بين جلد الشفة والغشاء المخاطي لها ، وتكون الحافة الأرجوانية للشفة السفلية في حالة الراحة أكثر انقلابا للخارج من الشفة العليا ، ويشكل الغشاء المخاطي على الخط المتوسط في المكان الذي ينعكس فيه على السنخ ثنية مخاطية تدعى لجام الشفة وهي أكثر وضوحا في الشفة العليا .

تتحدد الشفة العليا بالأعلى بقاعدة العميد وفي الوحشي بالثلم الخدي الشفوي ، ويحد الشفة السفلية الثلم الذقني الشفوي من الأسفل ، يشاهد على الخط المتوسط للشفة العلوية حفيرة تدعى النثرة Philtrum يحدها في الجانبين خطين عموديين مرتفعين يدعى كل منهما عمود النثرة . ويسمى الخط المنحني المقعر للأعلى الموجود بأسفل النثرة بقوس كيوبيد ويتصل طرف القوس مع عمود النثرة في كلا الجانبين بمرتفع يدعى القمة Apex .



الشكل (٩) النقاط التشريحية للشفة

يبلغ الطول المعترض للشفة العليا حوالي ٨ سم أطول قليلا من الشفة السفلى ٧.٥ سم . تحيط العضلة الدويرية الفموية بفتحة الفم وتلعب دور المعصرة الفموية ، وتمتد هذه العضلة باتجاه العميد وترتبط بشوك الأنف الأمامي وفي الأسفل تتشابك ألياف العضلة مع العضلة الذقنية لتشكل الثلم الذقني .

تلتحم العديد من عضلات التعبير الوجهية على الوجه الوحشي العميق للعضلة الدويرية الفموية وتساهم في تعزيز حركة وكفاءة الشفتين .يبطن الوجه العميق للعضلة بغشاء مخاطي يرتبط به بشكل ضعيف يحوي العديد من الغدد اللعابية الصغيرة ، كما ترتبط بشكل ضعيف مع الجلد المغطي لها.

يقوم العصب الوجهي بتعصيب الشفة حركيا ، حيث تتعصب عضلات الشفة العلوية من الفرع المبوق ، بينما يقوم العصب الهامشي بتعصيب عضلات الشفة السفلى .

• النزح اللمفي للشفتين :

تنزح الأوعية اللمفية من الشفة العلوية والصوار: إلى العقد اللمفاوية أمام الأذن ، أسفل النكفة ،تحت الفك و تحت الذقن . لايحصل نزح لمفي إلى الاتجاه المقابل لأن صفيحة الالتحام الجنيني للناتئ الأنفي الجبهي تفصل النواتئ الفكية العلوية وسويقتها الوعائية العصبية ونزحها اللمفي .

بينما يكون النزح اللمفي للشفة السفلية باتجاه العقد تحت الذقن وتحت الفك وبسبب التحام النواتئ الفكية السفلية على الخط الناصف تحصل العديد من المفاغرات بين الأوعية اللمفية التي تجتاز الخط الناصف لتنزح لكلا الطرفين .

في ٢٢% من الناس تدخل الأوعية اللمفية الثقبة الذقنية ، وتكون العقدة الوداجية العلوية العميقة (مستوى ٢) هي المحطة اللمفية الثانية وأحيانا العقدة الوداجية المتوسطة (مستوى٣).

▪ التشريح الجراحي للعنق [١٥] :

تقسم العضلة القترائية -والتي تنشأ من الناتئ الخشائي وتنقسم إلى رأسين قصي وترقوي -العنق إلى مثلثين :**أمامي** (حدوده : العضلة القترائية في الخلف ، الحافة السفلية لعظم الفك في الأعلى ، الخط الناصف) .

و**خلفي** (حدوده العضلة القترائية في الأمام ، الحافة الأمامية لشبه المنحرفة في الخلف ، الترقوة في الأسفل)

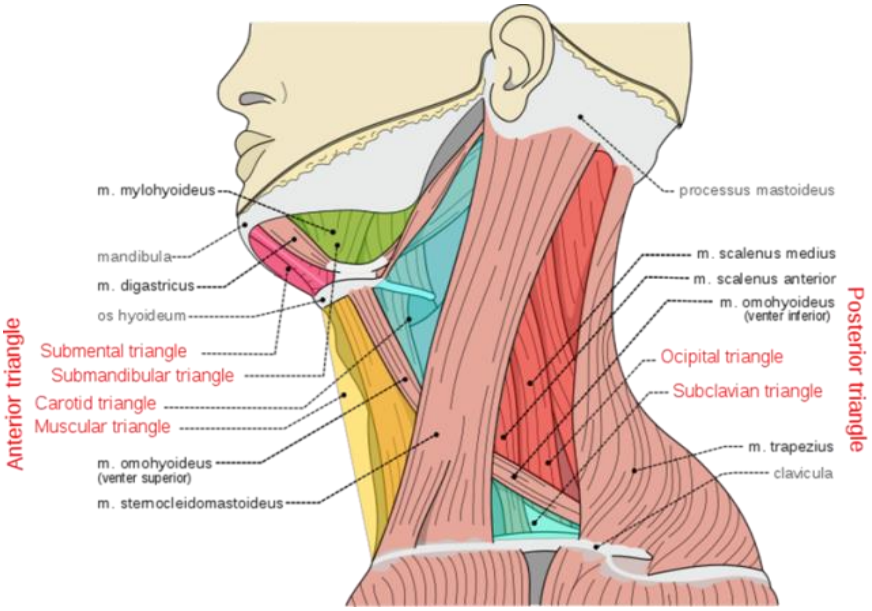
ويضم **المثلث الأمامي** المثلثات التالية : **تحت الذقن** ، **تحت الفك** ، **السباتي** ، **العضلي**

أما **المثلث الخلفي** فيضم : **المثلث القذالي** ، **وفوق الترقوة**

ويوضح الجدول (١-٣) مثلثات العنق وحدودها التشريحية :

مثلثات العنق	حدود المثلث	محتويات المثلث
المثلث تحت الذقن	البطن الأمامي للعضلة ذات البطنين ، الخط الناصف ، جسم العظم اللامي	العقد اللمفية تحت الذقن ، روافد للوريد الوداجي الأمامي

المثلث تحت الفك	الحافة السفلية لعظم الفك السفلي ، البطن الأمامي والبطن الخلفي للعضلة ذات البطنين	الغدة والعقد اللمفية تحت الفك ، العصب تحت اللساني واللساني ،الشريان والوريد الوجهي
المثلث السباتي	البطن الخلفي لذات البطنين ، البطن العلوي للكتلامية ،الحافة الأمامية للقترائية	الشريان السباتي الأصلي والباطن والسباتي الظاهر مع فروعه الدرقي العلوي ،البلعومي الصاعد ،اللساني ، الوجهي ، الوريد الوداجي الباطن ، المبهم ،العصب اللاحق ، الضفيرة الرقبية
المثلث العضلي	الخط الناصف ، البطن العلوي للكتلامية ،الحافة الأمامية للقترائية بقسمها السفلي	العضلات الشريطية ، الغدة الدرقية وجارات الدرق ،البلعوم
المثلث القذالي	الحافة الخلفية للقترائية ، الحافة الامامية لشبه المنحرفة ، البطن السفلي للكتلامية	نسيج شحمي ، العصب اللاحق ، الضفيرة الرقبية
مثلث فوق الترقوة	الحافة السفلية للبطن السفلي للكتلامية ، الترقوة ، الحافة الخلفية للقترائية	العضلات الأخمعية ، الضفيرة العضدية ، النسيج الشحمي ، الجذع الدرقي الرقبي

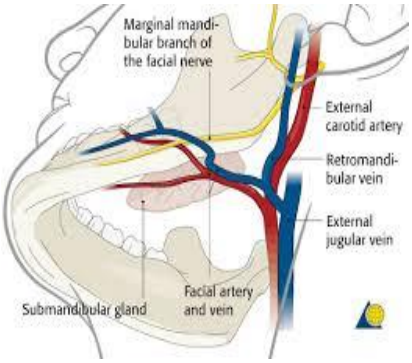


الشكل (١٠) مثلثات العنق

يوضح الجدول (١-٤) منشأ ومرتكز بعض العضلات في العنق :

العضلة	المنشأ	المرتكز	التعصيب
ذات البطنين (البطن الامامي)	حفرة ذات البطنين على الوجه الداخلي لعظم الفك السفلي	جسم العظم اللامي	الضرسي اللامي من السنخي السفلي فرع الفكي السفلي V3
ذات البطنين (البطن الخلفي)	القسم الأنسي من الناتئ الخشائي للعظم الصدغي	جسم العظم اللامي	العصب الوجهي
القصية اللامية	الوجه الخلفي لقبضة القص والمفصل القصي الترقوي	جسم العظم اللامي أنسي ارتكاز العضلة الكتفية اللامية	العروة الرقبية (C1-C3)
الكتفية اللامية	الحافة العلوية للوح الكتف أنسي الثلمة فوق الكتف	الحافة السفلية لجسم العظم اللامي وحشي ارتكاز القصية اللامية	العروة الرقبية (C1-C3)
القصية الدرقية	الوجه الخلفي لقبضة القص	الخط المائل لصفيحة للغضروف الدرقي	العروة الرقبية (C1-C3)
الدرقية اللامية	الخط المائل لصفيحة الغضروف الدرقي	القرن الكبير وجسم العظم اللامي	C1
القترائية	من قبضة القص والثلث المتوسط للترقوة	الناتئ الخشائي	العصب اللاحق ،C1-C2
شبه المنحرفة	الثلث الأنسي للخط القفوي العلوي الناشزة القذالية الظاهرة ،والرباط القفوي	الثلث الوحشي للترقوة الناتئ الأخرمي ،لوح الكتف	العصب اللاحق

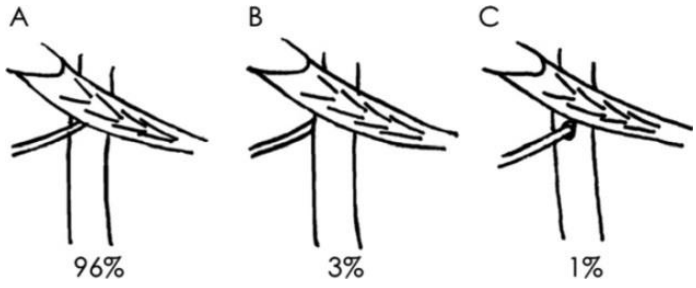
أما بقية العناصر الهامة خلال تجريف العنق فهي :



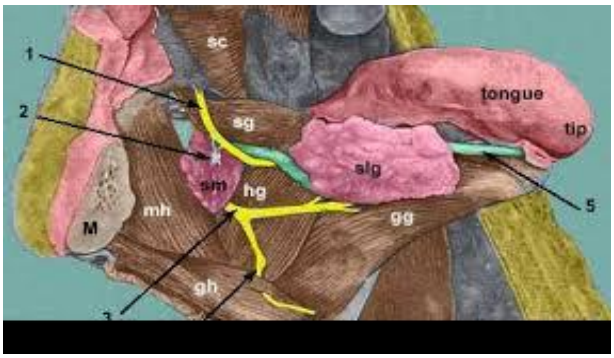
الشكل (١١) العصب الهامشي

١- **العصب الهامشي :** ويوجد عادة للأمام والأسفل من زاوية الفك ب ١ سم ويكون إلى العمق من العضلة المبطحة ، وسطحي بالنسبة للوريد الوجهي .

٢- **العصب اللاحق** [١٦]**:** وهو يمر عبر العضلة القترائية وخلال هذا الجزء يكون العصب محمي بشكل جيد ، ويخرج من الحافة الخلفية للعضلة القترائية عند اتصال الثلث العلوي والمتوسط حوالي ١سم أعلى نقطة إرب -(نقطة على الحافة الخلفية للقترائية منتصف المسافة بين الناتئ الخشائي والقص ،عندها تظهر الفروع الجلدية للضفيرة الرقبية)- ليدخل العضلة شبه المنحرفة عند التقاء ثلثها المتوسط والسفلي . ويكون إما أمام أو خلف أو يعبر ضمن الوريد الوداجي الباطن في حالات قليلة .



الشكل (١٢) مسار العصب اللاحق



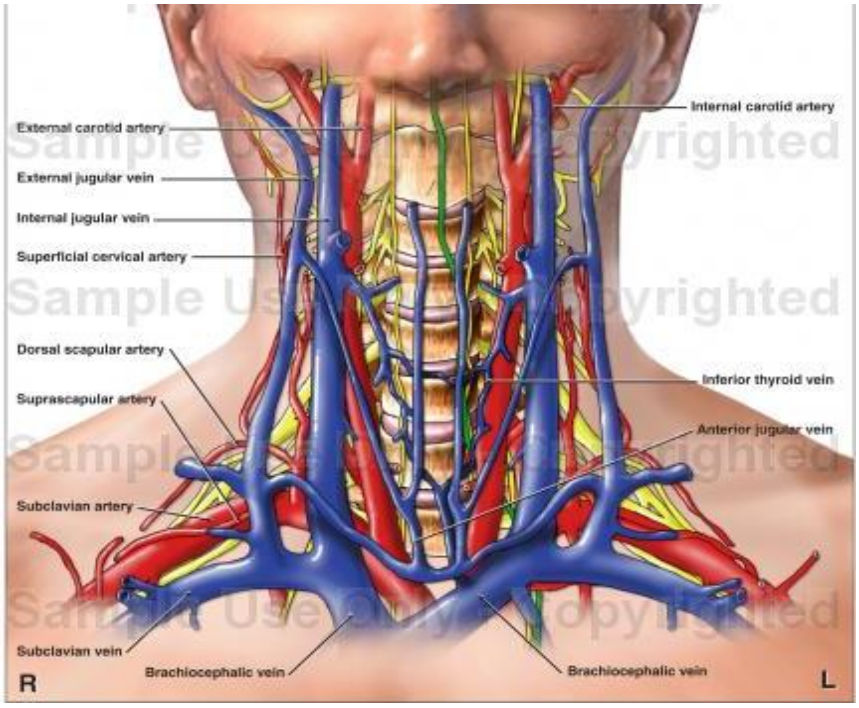
الشكل (١٣) مسار العصب تحت اللسان

٣- **العصب تحت اللساني :** العصب المحرك للسان ، يتوضع للعمق من الشريان السباتي الباطن ،

والوريد الوداجي الباطن ومن العصب اللاحق ، أشيع مكان للإصابة هو أرض المثلث تحت الفك .

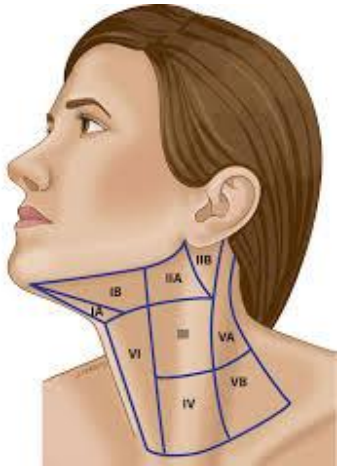
٤- **الوريد الوداجي الباطن** :ويمثل استمرارا للجيب السيني ، ويخرج من القسم الخلفي للثقبة الوداجية ، لينزل ضمن الغمد السباتي ، ويتحد مع الوريد تحت الترقوة ليشكل الجذع العضدي الرأسي ، وأثناء مسيره في العنق يتلقى الروافد التالية :الوجهي ، اللساني ، البلعومي ، الوريد الدرقي العلوي والمتوسط

.وفي الجهة اليسرى تصب **القناة الصدرية** عند نقطة التقاء الوريد الوداجي الباطن مع الوريد تحت الترقوة .



الشكل (١٤): أوعية العنق

٥- **الشريان السباتي الباطن والظاهر** [١٧] : عادة ما يحصل انقسام الشريان السباتي الأصلي إلى فرعيه عند مستوى الحافة العلوية للغضروف الدرقي . ويصعد **الشريان السباتي الباطن** دون أن يعطي فروع عادة ضمن العنق باتجاه القناة السباتية في عظم الصخرة ، إلى العمق من البطن الخلفي للعضلة ذات البطنين. أما **الشريان السباتي الظاهر** فيعطي خلال مسيره في العنق الفروع التالية :
(الدرقي العلوي –الوجهي –اللساني) من الوجه الأمامي ، ومن الوجه الخلفي :الأذني الخلفي ، والقذالي .
أما الشريان البلعومي الصاعد فينشأ من الوجه العميق للشريان أعلى مكان تفرع الشريان السباتي الأصلي .



الشكل (١٥) توزع العقد اللمفية للوجه والعنق

• الفصل الثالث :النزح اللمفي للوجه والعنق :[١٨-١٩-٢٤]

يوجد في العنق ٦ مستويات عقدية :

يوضح الجدول (١-٥) المجموعات العقدية والأماكن التي تنزح إلى كل مجموعة عقدية :

المجموعة العقدية	حدودها	أماكن النزح اللمفي الشائعة
تحت الذقن Ia	العقد الموجودة بين البطن الأمامي لذات البطنين في الطرفين والعظم اللامي	أرض الفم ، مقدم اللسان ، القوس السنخية ،الشفة السفلية
تحت الفك Ib	العقد التي تتوضع بين البطن الأمامي والخلفي لذات البطنين وجسم الفك السفلي متضمنة العقد أمام وخلف الغدة تحت الفك والعقد أمام وخلف الشريان الوجهي	جوف الفم ، جوف الأنف الأمامي ، والأنسجة الرخوة في منتصف الوجه ، ومنطقة الغدة تحت الفك
العقد الوداجية العلوية II	تتوضع العقد حول الثلث العلوي للوريد الوداجي الباطن والعصب اللاحق ويمتد من قاعدة الجمجمة في الأعلى إلى مستوى الحافة السفلية للعظم اللامي (كعلامة سريرية) أو تفرع السباتي الباطن (كعلامة جراحية) الحد الأنسي هو العضلة الإبرية اللامية والحد الوحشي هو الحافة الخلفية للعضلة القترائية ويقسم إلى مستويين A أمام العصب اللاحق وB خلف العصب اللاحق	جوف الفم ، جوف الأنف ، البلعوم الأنفي البلعوم الفموي ، البلعوم الحنجري ، الحنجرة ، الغدة النكفية
العقد الوداجية	تتوضع العقد اللمفية حول الثلث المتوسط للوريد	جوف الفم ، البلعوم الأنفي ،

المتوسطة III	الوداجي الباطن . يمتد من الحافة السفلية للعظم اللامي (علامة سريرية وشعاعية) إلى الحافة السفلية للغضروف الحلقي (علامة سريرية وشعاعية) أو من تفرع السباتي في الأعلى إلى منطقة اتصال الكتلامية مع الوريد الوداجي الباطن (كعلامات جراحية) يشكل الحد الأنسي الحافة الوحشية للعضلة القصية اللامية والحد الوحشي هو الحافة الخلفية للعضلة القترائية	البلعوم الفموي ، البلعوم الحنجري ، الحنجرة
العقد الوداجية السفلية IV	. تتوضع العقد اللمفية حول الثلث السفلي للوريد الوداجي الباطن . تمتد من الحافة السفلية للغضروف الحلقي (سريريا) أو تقاطع الكتلامية مع الوريد الوداجي الباطن (جراحيا) باتجاه الترقوة في الأسفل . تشكل الحافة الوحشية للعضلة القصية اللامية حده الأنسي والحافة الخلفية للقترائية حده الوحشي .	البلعوم الحنجري ، الدرق ، المري الرقبي ، الحنجرة
عقد المثلث الخلفي أو المستوى الخامس V	تتشكل من العقد التي تتوضع حول القسم السفلي من العصب اللاحق والشريان الرقبي المعترض . وكذلك يضم العقد فوق الترقوة . يتشكل الحد العلوي من التقاء العضلة القترائية والعضلة شبه المنحرفة . والحد السفلي يتشكل من الترقوة ، الحد الأنسي هو الحافة الخلفية للقترائية الحد الوحشي هو الحافة الأمامية للعضلة شبه المنحرفة . يقسم هذا المستوى من خلال مستوى أفقي على مستوى الغضروف الحلقي ليكون مستوى A هو	البلعوم الأنفي ، البلعوم الفموي ، القسم الخلفي للفروة والعنق

	العقد حول العصب اللاحق . بينما يضم المستوى الخامس B العقد حول الشريان الرقبي المعترض والعقد فوق الترقوة .	
عقد القسم الأمامي (المستوى السادس) VI	يضم العقد أمام وحول الرغامى ، عقدة دلفيان (أمام الحلقي) والعقد حول الدرق متضمنة العقد حول العصب الراجع ، ويكون الحد العلوي هو العظم اللامي ، الحد السفلي هو ثلمة القص والحد الوحشي هو الشريان السباتي المشترك	الغدة الدرقية ، منطقة المزمار وتحت المزمار في الحنجرة ، قمة الجيب الكمثري ، المري الرقبي
عقد المستوى السابع VII	تمثل هذه العقد امتدادا للعقد حول الرغامى وتمتد إلى الأسفل من ثلمة القص على امتداد الرغامى الرقبية حتى مستوى الشريان اللاسم له .	

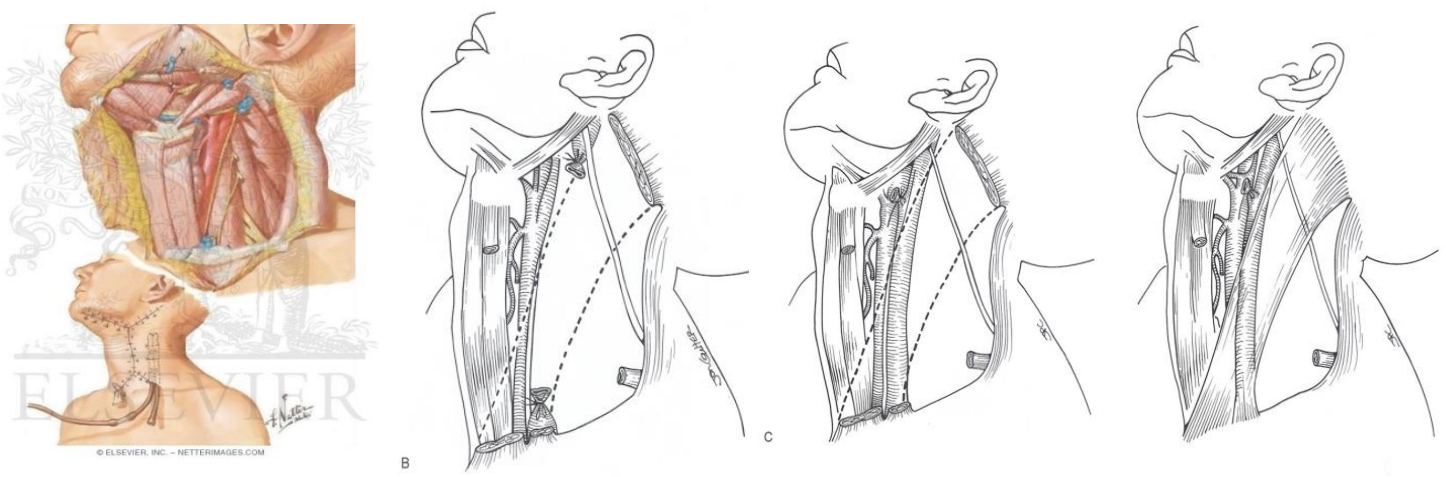
الفصل الرابع : تجريف العنق أنواعه واستطباباته (٢٥-٢٦-٢٧)

- يعتبر تجريف العنق الجذري Radical neck dissection هو الإجراء المعياري لاستئصال العقد اللمفية ، وتعتبر بقية الإجراءات كتعديلات عليه .
- عندما يكون التعديل بالحفاظ على واحد أو أكثر من التراكيب غير اللمفية يدعى التجريف بالتجريف المعدل Modified radical neck dissection .
- عندما يكون التعديل بالحفاظ على مجموعة لمفية أو أكثر التي يتم استئصالها عادة في التجريف الجذري يسمى التجريف بالتجريف الانتقائي SND (Selective neck dissection) .
- عندما يتضمن الاستئصال استئصال مجموعات عقدية إضافية أو تراكيب غير لمفية لاتعود إلى العناصر الاعتيادية في تجريف العنق الجذري يسمى عندئذ بالتجريف الموسع Extended neck dissection .

ويجرى تجريف عنق إنقاذي Salvage neck dissection عندما يحصل مرض انتقالي في العنق بعد أن يكون قد تم علاجه سابقا باستخدام العلاج الشعاعي – الكيماوي .
ويصنف **<u>تجريف العنق الإنقاذي</u>** إلى **باكر** عندما يجرى بسبب مرض مستمر بعد العلاج الشعاعي –الكيماوي أو **متأخر** عندما يجرى لأجل مرض ناكس .

١. تجريف العنق الجذري والجذري المعدل (Radical and modified radical neck dissection):

ويتضمن استئصال جميع المجموعات العقدية اللمفية الموجودة في نفس الجهة والممتدة من جسم الفك السفلي في الأعلى إلى مستوى الترقوة في الأسفل ومن الحافة الخلفية للعضلة القترائية ، العظم اللامي ، ومن البطن الأمامي للعضلة ذات البطنين في الجانب المقابل في الأمام إلى الحافة الامامية للعضلة شبه المنحرفة خلفيا متضمنة المستويات العقدية الخمسة ، والعصب اللاحق ، والوريد الوداجي الباطن ، والعضلة القترائية ويكون التجريف معدلا بالحفاظ على أحد العناصر الثلاثة الأخيرة.
ويستطب التجريف الجذري عند وجود نقائل عقدية واسعة في العنق أو وجود غزو خارج المحفظة العقدية .



الشكل (١٦) : تجريف العنق الجذري والجذري المعدل

٢. تجريف العنق الانتقائي (فوق الكتلامية) supraomohyoid neck dissection:

هو استئصال المجموعات العقدية 3-1 وهي العقد الموجودة في منطقة تحت الذقن ، تحت الفك (المستوى الأول) ، العقد الوداجية العلوية والمتوسطة (المستوى الثاني والثالث) .
تشكل الفروع الجلدية للضفيرة الرقبية والحافة الخلفية للعضلة القترائية الحد الخلفي لهذا التجريف .بينما يكون الاتصال بين البطن العلوي للعضلة الكتلامية والوريد الوداجي الباطن هو الحد السفلي . ويستطب إجراء هذا التجريف عند مرضى سرطانات جوف الفم خاصة في منطقة اللسان الفموي وأرض الفم والشفتين التي تملك معدل عالي للنقائل الخفية لتلك المناطق .

٣. تجريف العنق الانتقائي (الجانبي) Lateral neck dissection:

وهو التجريف المجرى في حالات أورام البلعوم الفموي ، والبلعوم الحنجري ، والحنجرة ويتضمن استئصال المجموعات العقدية في المناطق (4-2) ، أي العقد الوداجية العلوية والمتوسطة والسفلية .
ويكون الحد العلوي للتجريف قاعدة الجمجمة ، بينما الحد السفلي هو الترقوة . والحد الأنسي هو الحافة الوحشية للعضلة القصية اللامية والإبرية اللامية . ويتشكل الحد الوحشي من الفروع الجلدية من الضفيرة الرقبية والحافة الخلفية للقترائية .

٤. تجريف العنق الانتقائي (الأمامي) Anterior neck dissection:

هو استئصال المجموعات العقدية في المستوى السادس ويدعى تجريف العنق الأمامي أو المركزي ، ويجرى في حالات سرطانات الدرق ، سرطانات المزمار وتحت المزمار المتقدمة ، أورام الجيب الكمثري المتقدمة وأورام المري الرقبي والرغامى ويشمل استئصال العقد حول الرغامى ، أمام الحلقي ، وحول

العصب الحنجري الراجع . والحد العلوي لهذا التجريف هو العظم اللامي والسفلي هو الثلمة فوق القص والحد الوحشي هو الشريان السباتي المشترك من الطرفين .

استطبابات تجريف العنق الجذري :

يستطب هذا الإجراء عند المرضى الذي لديهم نقائل عقدية متعددة في العنق ، مع امتداد خارج محفظة العقدة ، مع إصابة في العصب اللاحق والوريد الباجي الباطن .

التكنيك الجراحي :

يوضع المريض بوضعية فرط بسط للعنق من خلال وضع وسادة أسفل الكتفين ، ويجب أن تكشف لنا ساحة العمل الجراحي جانبي العنق مع العناصر التالية : البارزة الذقنية ، الناتئين الخشائيين ، فصيصي الأذن ، الترقوة والثلمة فوق القص في الأسفل .

يعتمد في اختيار الشق الجراحي على إمكانية الكشف الواسع لجميع المستويات العقدية والمحافظة على التروية الدموية للشرائح قدر الإمكان وذلك برفع الشرائح تحت مستوى العضلة المبطحة ويجب قدر الإمكان تجنب أن تكون نقطة التقاء الشرائح فوق الشريان السباتي الباطن .

وبالاعتماد على المعايير السابقة يعتبر الشق بشكل عصا الهوكي ، ونموذج اال Boomerang وشق مكافيه أفضل هذه الشقوق . وفي حال ضرورة إجراء تجريف ثنائي الجانب نلجأ لاستعمال شق أبرون .

بالرغم من أن شق Boomerang غير جيد من الناحية التجميلية ، لكنه يعتبر خيار مقبول في حال المقاربة على الورم البدئي المتواجد في منطقة البلعوم الفموي وجوف الفم .

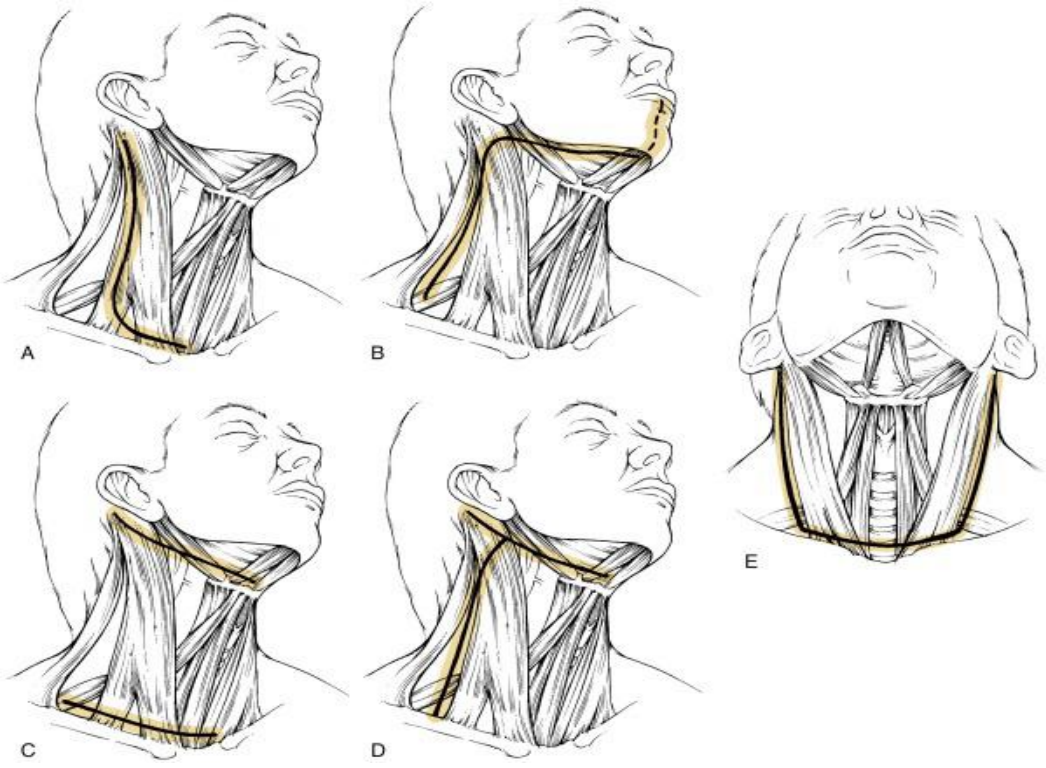


Figure (17) Incisions for radical and modified radical neck dissections. A, Hockey stick

.B, Boomerang. C, McFee. D, Modified Schobinger. E, Apron or bilateral hockey stick

يتم رفع الشريحة تحت مستوى العضلة المبطحة ، بحيث لايكون الوريد الوداجي الظاهر أو العصب الأذني الكبير ضمن الشريحة ، بالرغم من أن هذه العناصر يمكن التضحية بها في تجريف العنق الجذري ولكن يتم الحفاظ عليها عادة .

كما يتم استئصال العضلة المبطحة مع الجلد المغطي لها عندما يكون هناك غزو عياني واضح لها.

ويتم كشف العصب الهامشي الفكي السفلي بعد رفع الشرائح بشكل كامل علويا وسفليا لكشف كامل المستويات العقدية في العنق . وينصح عادة بربط الوريد الوجهي الأمامي ويرفع عادة للأعلى لحماية العصب الهامشي ، وهذا يسمح بتقييم دقيق للعقد اللمفية أمام وخلف الوعاء السابق في مثلث تحت الفك .

عادة نحتاج لاستئصال الغدة تحت الفك لذلك نقوم بقص اللفافة المغطية لها ورفعها عن الغدة إلى مستوى حافة الفك عندها يمكن ملاحظة الفرع الهامشي عادة .

أما تراتبية الخطوات التالية في إجراء التجريف فهي عادة للجراح ، بالرغم من أن هناك بعض التفضيل لإجراء التجريف من الأسفل باتجاه الأعلى أكثر من الاتجاه المعاكس من الأعلى للأسفل . ولذلك تكون الخطوة التالية هي كشف الحافة الأمامية للعضلة شبه المنحرفة من وجهها العلوي ، في مكان تقاربها مع العضلة القترائية إلى ارتكازها السفلي على الترقوة .

ويتم بعدها استئصال النسيج الشحمي على طول حافة العضلة السابقة لكشف الأرضية العضلية للمثلث الخلفي .

في هذه المرحلة من الممكن أن يتعرض العصب اللاحق للأذية في نقطة دخوله للعضلة شبه المنحرفة في المستوى السفلي للمثلث الخلفي . وبعد كشف اللاحق فإن أرضية المثلث الخلفي في حدها السفلي يمكن كشفها من خلال استئصال النسيج الشحمي مباشرة أعلى الحافة العلوية للترقوة ، وهذا يتطلب القطع من خلال البطن السفلي للعضلة الكتلامية والنسيج الشحمي المغطي للضفيرة العضدية . وفي هذه المنطقة يمكن مشاهدة الشريان الرقبي المعترض مباشرة فوق الأرضية العضلية لهذا المثلث والذي يجب الحفاظ عليه مالم يكن هناك مرض عياني يصيب المنطقة .

وخلال ذلك يتم رفع النسيج الشحمي للأعلى بعيدا عن أرضية العنق ، والتي تتشكل من العضلات الطحالية الرأسية ، رافعة الكتف ، والأخمعيات ، ولا بد من البقاء بمستوى سطحي بالنسبة للفافة أمام الفقار لمنع أذية العصب الحجابي ، والضفيرة العضدية . وعندما يتم تحريك النسيج الشحمي من الوحشي للأنسي ، تلاحظ الفروع الحسية للضفيرة الرقبية وتقطع .

وعندما يحرك النسيج الشحمي المستأصل باتجاه الأنسي نحو الغمد السباتي ، يكون من الضروري عندها فصل العضلة القترائية عن ارتكازها الخشائي والترقوي ، ولابد من الانتباه للحفاظ على الجذع الودي الذي يقع للخلف من الغمد السباتي متاخم للفافة أمام الفقار ، ويكون مستوى التسليخ بين العصب المبهم والشريان السباتي في الأسفل والوريد الوداجي الباطن في الأعلى . ولذلك يمكن تحريك من قاعدة الجمجمة في الأعلى إلى مستواه السفلي قرب الترقوة ، وعندها يمكن ربطه وتحريكه بالكامل .

وعند التسليخ في القسم السفلي الأنسي من العنق ، يمكن ملاحظة القنوات اللمفية ، خصوصا في الجهة اليسرى ، ولابد من كشفهم وربطهم بشكل دقيق في حال الأذية .

تتوضع القناة الصدرية للأيمن والخلف من الشريان السباتي المشترك والعصب المبهم ، ثم تنحني للخلف من الوريد الوداجي الباطن وللأمام من العضلة الأخمعية والعصب الحجابي بعدها تفتح في منطقة اتصال الوريد الوداجي الباطن والوريد تحت الترقوة وهي أمام الجذع الدرقي الرقبي والشريان الرقبي المعترض . وتلافيا لحصول ناسور كيلوسي يجب أن يضع الجراح في حسبانه أن القناة الصدرية يمكن أن تكون متعددة في نهايتها العلوية في جذر العنق .

بعد ربط القسم السفلي للوريد الوداجي الباطن ، تسحب مكونات التجريف للأعلى والأنسي ، ويتابع التسليخ على طول الشريان السباتي المشترك وأنسيا على طول العضلة القصية اللامية .

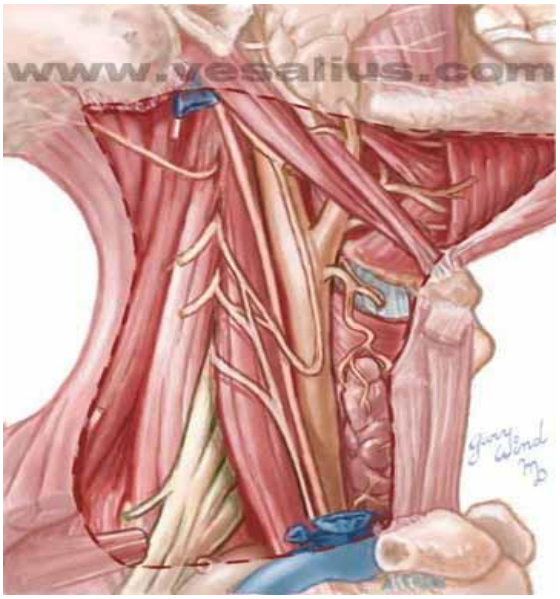
عندما يتم كشف تفرع الشريان السباتي ، عندها يمكن كشف روافد الوريد الوداجي الباطن وربطها ، خصوصا الوريد الدرقي العلوي والمتوسط وكذلك الوريد خلف الفك السفلي . وباستمرار تسليخ كتلة التجريف للأعلى بعيدا عن الجزء العلوي للغمد السباتي عندها يمكن كشف العصب تحت اللساني وحشيا بالنسبة للشريان السباتي الظاهر .

عند هذه النقطة يمكن كشف البطن الخلفي للعضلة ذات البطنين ، ويتم بذلك فصل جميع مكونات العنق التي تقع للوحشي من هذه العضلة بما في ذلك القترائية بارتباطها مع الناتئ الخشائي ، ذيل الغدة النكفية والأنسجة المرتبطة مع زاوية الفك السفلي.

ويبدأ تجريف المستوى العقدي الأول باستئصال النسيج العقدي المغطي لجسم الفك السفلي متضمنا الشريان والوريد الوجهي عندما يظهران فوق الغدة تحت الفك ووحشي جسم الفك السفلي . يتم كشف البطن الأمامي للعضلة ذات البطنين في الطرفين ، اللذان يشكلان حدود المثلث تحت الذقن وبعد استئصال النسيج الشحمي من هذه المنطقة ، يتم استئصال باقي النسيج الشحمي الواقع إلى الوحشي من العضلة الضرسية اللامية بما فيها الغدة ' بعدها يتم تبعيد العضلة الضرسية اللامية حتى يتم كشف حافتها الوحشية ، لتكشف المكونات العميقة لمنطقة المثلث تحت الفك والتي تضم : العصب اللساني ، قناة الغدة تحت الفك ، العصب تحت اللساني ، كما يتم عزل قناة الغدة وربطها . بعدها يجب فصل العقدة تحت الفك عن العصب اللساني وبذلك يرتفع العصب باتجاه الأعلى .

كما يجب الانتباه للعصب تحت اللساني والفروع الوريدية الصغيرة المرافقة له في القسم العميق من المثلث . ويجب الحرص على استئصال كافة محتويات المثلث تحت الفك وليس فقط الغدة .

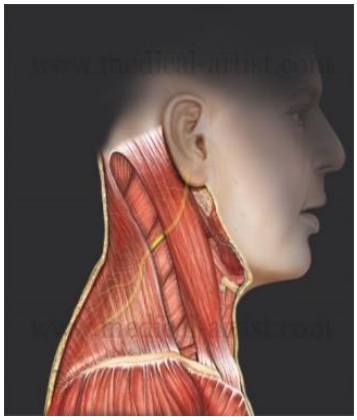
الشكل (١٨) يوضح حدود تجريف العنق الجذري :



استطبابات تجريف العنق الجذري المعدل :

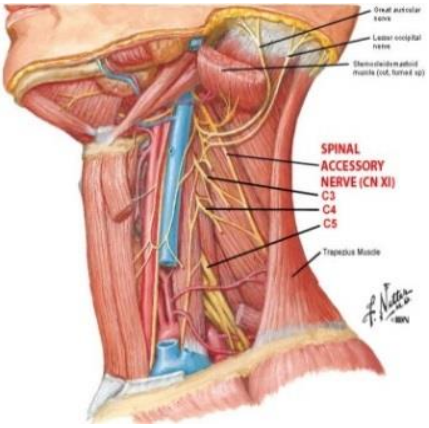
ويعتبر الاستطباب الرئيسي لتجريف العنق الجذري المعدل هو استئصال العقد اللمفية الورمية المصابة ، خصوصا عند إصابة عدة مستويات عقدية ، والتي لا ترتشح أو تصيب الأعضاء غير اللمفية وخصوصا العصب اللاحق .

التكنيك الجراحي :



الشكل (١٩) مسار العصب اللاحق

إلى الأسفل من الثقبة الوداجية ، نلاحظ العصب اللاحق إلى العمق من العضلتين ذات البطنين والإبرية اللامية ووحشي أو خلف الوريد الوداجي الباطن ، وينحني بشكل مائل للأسفل والخلف ليصل إلى الوجه الأنسي للعضلة القترائية قرب اتصال ثلثها العلوي والمتوسط . وبعد أن يعصب العضلة يخرج من حافتها الخلفية عند نقطة تدعى نقطة إرب (نقطة خروج الأعصاب الجلدية الأربعة التي تتفرع من الضفيرة الرقبية من الحافة الخلفية للعضلة) . وهذه الفروع هي العصب الأذني الكبير ، القذالي الصغير ، الرقبي المعترض والأعصاب فوق الترقوة .



وبعد خروجه من نقطة إرب يدخل العضلة شبه المنحرفة عند نقطة التقاء الثلث المتوسط مع السفلي للعضلة شبه المنحرفة .

الشكل (٢٠) العصب اللاحق

ويكون التكنيك الجراحي مشابه للسابق من ناحية الشقوق ورفع الشرائح ثم حماية العصب الهامشي ، لكن تكون الخطوة التالية هي كشف العصب اللاحق عند نقطة انبثاقه أي نقطة إرب ، ويكون العصب سطحيا بالنسبة للنسيج الشحمي في المثلث الخلفي

.ويتم عزل العصب في ثلثه العلوي ، والذي يتم بتبعيد العضلة القترائية للوحشي ، وخاصة في قسمها العلوي يمكن مشاهدة العصب اللاحق يدخل الجزء العميق من العضلة . يتم تحرير النسيج الشحمي عن العصب في الأعلى حتى يتم كشف البطن الخلفي للعضلة ذات البطنين والتي يتم تبعيدها للأعلى لمشاهدة القسم العلوي للوداجي الباطن ، بذلك يتحقق كشف كامل العصب من نقطة خروجه من قاعدة الجمجمة إلى الحافة الأمامية لشبه المنحرفة .

يتم فصل النسيج الشحمي في المثلث الخلفي عن الحافة الأمامية للعضلة شبه المنحرفة ويحرك النسيج من الوحشي باتجاه الأنسي ، كما يتم عزل النسيج الشحمي عن العصب اللاحق .

بعد أن يتم تسليخ كتلة التجريف عن الغمد السباتي ، يتم تبعيد العضلة القترائية للوحشي ويتم تحريك كتلة التجريف أسفل العضلة التي تم تبعيدها . ونستمر في التجريف إلى حدود العضلة القصية اللامية . كما يتم ربط روافد الوداجي الباطن وإزالة النسيج الشحمي المغطي له وصولا إلى قاعدة الجمجمة .

غالبا ما يتم الحفاظ على الوريد خلف الفك ، بينما يتم ربط الوريد الوجهي الأمامي ، ثم يتابع التجريف لاستئصال محتويات مثلثي تحت الذقن وتحت الفك .

في هذا التجريف يتم التضحية بواحد أو اثنين من العناصر غير اللمفية مثل العضلة القترائية ، الوريد الوداجي ، أو العصب اللاحق .

تجريف العنق فوق الكتلامية :

يستطب هذا التجريف عند المرضى المصابين بسرطانات جوف الفم ، والذين يكونون معرضين لخطورة النقائل العقدية الخفية ، ويمكن أن يجرى هذا التجريف عند المرضى ذوي المرض العقدي N1 الصغير الحجم المتوضع في القسم العلوي للعنق والذي يمكن علاجه عن طريق العلاج الشعاعي .

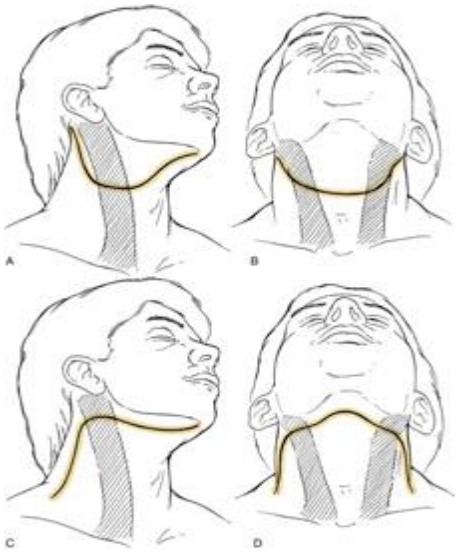
وتملك السرطانات التي تنشأ في مناطق اللسان الفموي ، وأرض الفم بغض النظر عن الحجم والتمايز قابلية عالية للانتقال إلى المناطق العقدية 3-1 لذلك يستطب هذا النوع من التجريف عند هؤلاء المرضى .

التكنيك الجراحي :

يجرى شق ابرون المعدل لتأمين كشف كافي للمستويات العقدية الأول والثاني والثالث ، وعند الحاجة لإجراء تجريف عنق مزدوج ، يتم تمديد الحافة الأفقية من شق أبرون على الخط الناصف إلى الجهة الأخرى .

كما تعتبر هذه الشقوق وسيلة أيضا لمقاربة الورم البدئي .

عندما يكون من الضروري شطر الشفة للوصول إلى الورم البدئي ، يمكن عندها تمديد الحافة الأنسية للشق من أجل هذا الغرض . وعندما نحتاج لتجريف عنق مزدوج بالإضافة إلى شطر الشفة ، عندها يمكن إجراء شق Boomerang المزدوج ، والذي يفضل إجراؤه أيضا في حالات المرض العقدي المتقدم المترافق مع ورم بدئي في جوف الفم ، وكذلك في حالات المرض العقدي نمط N2c لأنه يمكن تمديد الشق باتجاه الخط الناصف لكشف كافة أنماط العقد في الجانب المقابل .



الشكل (٢١) الشقوق المجراة لإجراء تجريف عنق فوق لامي

A –شق أبرون المعدل

B –شق أبرون

C –شق Boomerang

D –شق Boomerang المزدوج

من أجل تجريف المستويات العقدية 1-3 ، يجرى شق أبرون المعدل وترفع الشريحة تحت مستوى العضلة المبطحة حتى يتم كشف الثلثين العلويين للحافة الأمامية للعضلة القترائية ، الناتئ الخشائي ، جسم الفك السفلي ، والارتفاق الذقني .

ويفضل عدم رفع اللفافة عن الغدة حتى يتم رفع الشريحة الجلدية إلى مستوى جسم الفك السفلي وبالتالي إمكانية كشف أفضل للمثلث تحت الفك . يتم رفع اللفافة عن سطح الغدة بعناية كطبقة معزولة لتجنب أذية العصب الهامشي .

بعدها يجرى شق على اللفافة المطوقة على الحافة الأمامية للقترائية ، ويجب التأكد من عدم إصابة الوريد الوداجي الظاهر ، وفروع العصب الأذني الكبير والتي تتوضع إلى الوحشي من العضلة القترائية و إلى الخلف من الشق اللفافي السابق .

يتم تسليخ النسيج الشحمي بالبداية عن الحافة الأمامية ثم الوجه الأنسي للعضلة القترائية من نقطة قريبة للناتئ الخشائي في الأعلى إلى مستوى العضلة الكتفية اللامية في الأسفل .

يتم تسليخ العصب اللاحق عن النسيج الشحمي المحيط به من مستوى قاعدة الجمجمة عند ملاصقته للوريد الوداجي الباطن إلى نقطة دخوله إلى العضلة القترائية ، ومن الضروري إجراء التسليخ على طول الحافة السفلية للبطن الخلفي للعضلة ذات البطنين ورفعها باتجاه الأعلى لضمان كشف كافي للقسم العلوي للغمد السباتي بالقرب من قاعدة الجمجمة .

كما يتم تسليخ النسيج الشحمي عن الحافة السفلية للبطن الخلفي لذات البطنين لحد ارتكاز العضلة السابقة على الناتئ الخشائي .

ويضم المثلث المتشكل من العضلة ذات البطنين ، العصب اللاحق ، والعضلة القترائية العقد اللمفية التي تعود للمستوى الثاني .

ويستمر التسليخ باتجاه الأسفل بفصل كتلة التجريف عن الحافة الخلفية للعضلة القترائية إلى مستوى العضلة الكتلامية .

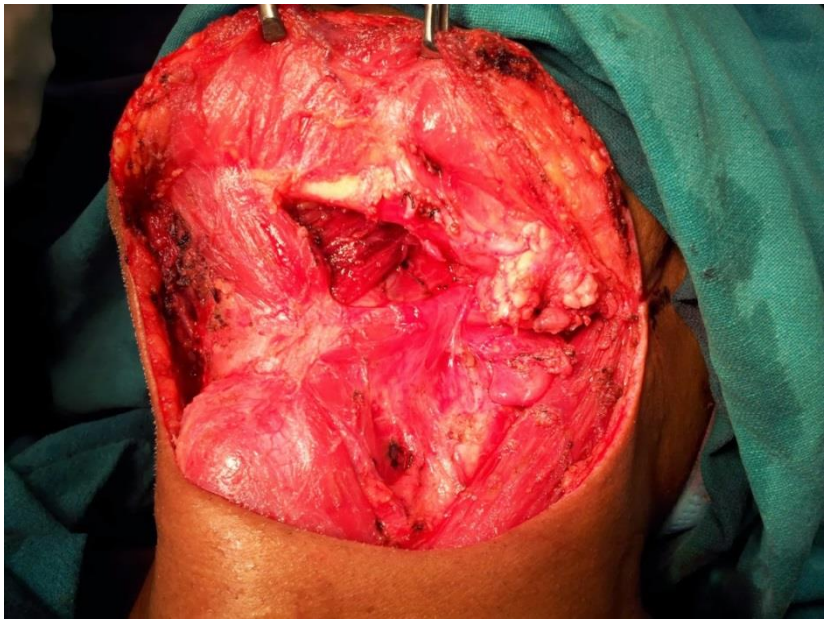
عندما نصادف الفروع الحسية للضفيرة الرقبية ، عندها يتم تسليخ كتلة التجريف سطحيا بالنسبة لهذه الأعصاب .

وبعد الانتهاء من التجريف في الناحية الوحشية ، تحرك كتلة التجريف باتجاه الأنسي في مستوى أعلى لفافة العضلات أمام الفقار ، ويتم الحفاظ على الفروع الحسية للضفيرة الرقبية عندما لانكون بحاجة لتجريف المستوى الخامس . وتسمح هذه المناورة بتحريك كتلة التجريف فوق الغمد السباتي . ويستخدم التسليخ الحاد لإزالة اللفافة المغطية للغمد ، والتي تضمن الحفاظ على الوريد الوداجي الباطن ، ويتم كشف البطن العلوي للعضلة الكتلامية على طول حافته العلوية إلى مستوى العظم اللامي ، كما يتم كشف العظم اللامي في الأنسي ، حتى مستوى البطن الأمامي المقابل لذات البطنين ، وبذلك ينتهي الحد الأنسي للتجريف .

بعد ذلك يتم تسليخ كتلة التجريف من الأسفل على مستوى العضلة الكتلامية باتجاه الأعلى باتجاه مثلث تحت الفك .

بعد استئصال النسيج اللمفي من منطقة المثلث تحت الذقن ، يتم إزالة باقي مكونات المثلث تحت الفك وبذلك نكون أكملنا التجريف . ولضمان تجريف كافة المستويات العقدية ، من الضروري التسليخ على طول المستويات اللفافية للعضلات الموجودة في المثلث المذكور وليس فقط استئصال الغدة تحت الفك ، والذي يتضمن استئصال العقد أمام الغدة ، أسفل البطن الأمامي للعضلة ذات البطنين والعقد أمام وخلف الشريان الوجهي على طول الحافة السفلية لجسم الفك السفلي .

ليس من الضروري إزالة العقد حول الشريان الوجهي المتوضعة وحشي جسم الفك السفلي ، ما لم يكن الورم متوضعا في الشدق ، اللثة العلوية ، أو الشفة العلوية . لأن تسليخ هذه المجموعات العقدية يزيد خطورة إصابة العصب الهامشي .



الشكل (٢٢) : تجريف عنق فوق لامي

الفصل الخامس :الآفات التي تصيب الشفتين .[٢٨-٢٩]

١. **الحلأ الوجهي الفموي Orofacial Herpes:** وهو اضطراب شائع معد وناكس يسببه فيروس الحلأ نمط ١ ، والذي يتظاهر بشكل إما حويصل أو عدة حويصلات صغيرة أو قرحات حول مناطق مثل الفم ، الأنف الشفتين ، أو الوجه ، ومن الشائع نكسها في نفس المكان ، وتترك هذه الفقاعات قشرة خلال مرحلة التراجع التي تستمر من ١-٣ أسابيع .

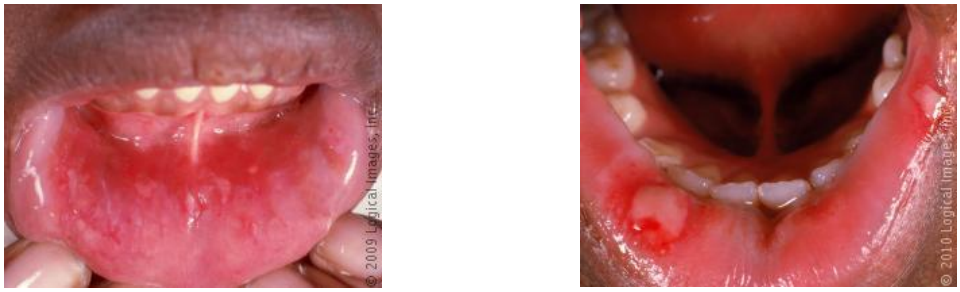
الشكل (٢٣) : الحلأ الوجهي الفموي

٢. **القرحات القلاعية Aphthous Ulcer:** وتعتبر أشيع مسبب للقرحات التي تصيب منطقة الفم والشفتين وهي مجهولة السبب ، ويعتقد أن الشدة النفسية ، وقلة النوم ، والرض بالإضافة لعوز بعض الفيتامينات من العوامل المؤهبة .وهي ٣ أنواع

i) صغيرة : وهي الأشيع حوالي ٨٠% وتشفى عادة خلال ١-٢ أسبوع .

ii) كبيرة : حوالي ١٠% (قرحة ساتون) وهي مؤلمة جدا ، وتشفى خلال ٢-٤ أسابيع تاركة ندبات

iii) حلئية الشكل : حوالي ١٠ % ولها سير مشابه للقرحات الصغيرة



الشكل (٢٤) : القرحات القلاعية

٣- الثآليل الشائعة Common Wart:

وتنتج هذه الآفات عن الفيروس الحليمومي البشري (HPV) والذي يسبب تسمك في الطبقة الخارجية للجلد أو الغشاء المخاطي ، وعادة ما تتواجد في أماكن معرضة للرض ، وهي أشيع خلال سن المدرسة لكن من الممكن أن تصيب كل الأعمار وهي غير مؤلمة وعادة تتراجع تلقائيا خلال فترة تتراوح ما بين عدة أشهر وقد تستمر سنتين .

الشكل (٢٥): الثآليل الشائعة

٤- القيلات المخاطية Oral Mucocele: وهي عبارة عن كيسات غير مؤلمة تصيب الشفتين أو الأغشية المخاطية ، نتيجة انسداد أو أذية إحدى قنوات تصريف الغدد اللعابية الصغيرة الموجودة على الشفتين أو داخل جوف الفم .

الشكل (٢٦): القيلات المخاطية

٦- **التهاب الشفتين الضيائي Actinic Cheilitis:** ويعرف بشفة المزارع أو البحار ، وينتج عن التأثير التراكمي لأشعة الشمس ، وغالبا ما يصيب الشفة السفلى ، ويعتبر حالة قبل سرطانية حيث يتطور لسرطانة شائكة الخلايا في ٦-١٠ % من الحالات ، وغالبا ما يشتكي المرضى من جفاف مستمر وتشقق في منطقة الشفتين .

الشكل (٢٧) : التهاب الشفة السفعي

٧- التهاب الشفتين الزاوي Angular Cheilitis: وهي التهاب مزمن يصيب زوايا الفم ، غالبا ما يترافق مع إنتان فطري بالمبيضات أو إنتان جرثومي بالعنقوديات ، وغالبا ما يكون مؤلما وقد يستمر من أيام حتى أشهر في إهمال المريض للمعالجة . وغالبا ما يكون لدى هؤلاء المرضى مشكلة بالإطباق تسبب سيلان اللعاب المستمر ، أو عوز الحديد أو فيتامينات B9-B12 .

الشكل (٢٨) : التهاب الشفتين الزاوي

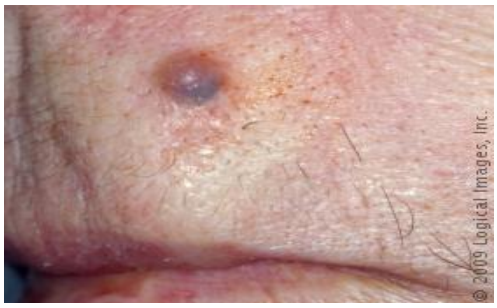
٨- **اللطخة الميلانينية الشفوية Oral Melanotic Macule:** وهي آفة سليمة تتظاهر على شكل بقعة داكنة تكون إما على منطقة الشفة ، أو داخل الفم ، وتكون أشيع عند أصحاب البشرة الداكنة ، والنساء ،وعادة لا يتراوح قطرها أكثر من ٧مم ، ولا تحتاج لأي تداخل إلا في حالات زيادة الحجم ، أو تغير اللون .

الشكل (٢٩) اللطخة الميلانينية

٩- **الحبيبوم المقيح Pyogenic Granuloma:** وهو آفة سليمة نازفة يتراوح قطرها ما بين ٥-١٠ مم تتميز بنموها السريع ويمكن أن تتوضع على الجلد أو المخاطيات وهي تظهر في أماكن الرض غالبا وتكون بنيتها عبارة عن أوعية دموية . أشيع عند النساء .

الشكل (٣٠) الحبيبوم المقيح

١٠-**السرطانة قاعدية الخلايا Basal Cell Carcinoma :** وهي أشيع سرطان جلدي وتحدث في المناطق المعرضة للضياء ، عند أصحاب البشرة البيضاء ، وغالبا ما يكون هناك قصة تعرض مديد لأشعة الشمس ، وغالبا لا تنتقل هذه السرطانة إلى العقد المجاورة ولها عدة أنماط هي : العقيدي – السطحي – المصطبغ – المرتشح . وغالبا ما تصيب الشفة العليا .



الشكل (٣١) السرطانة قاعدية الخلايا

١١-السرطانة شائكة الخلايا Squamous Cell Carcinoma : وأكثر ما تشاهد على الشفة السفلية ، وعادة تظهر في الأعمار المتقدمة وذوي البشرة الفاتحة خصوصا عند وجود قصة تعرض زائد لأشعة الشمس ، كما يعتبر كل من التدخين والتعرض للأشعة والمواد الكيميائية أيضا من العوامل المؤهبة .

غالبا ما تبدأ بقصة آفة صغيرة ذات قشور ثم تكبر تدريجيا وغالبا ما يتقرح مركز هذه الآفات وتصبح متجلبة و نازفة .

الشكل (٣٢) السرطانة شائكة الخلايا

الفصل السادس : تشخيص وتدبير أورام الشفتين [٣٠-٣١]

تعتبر أورام الشفة أشيع خباثات جوف الفم حيث تشكل 25-30% منها . وتصيب حوالي 1.8 شخص من بين كل 100.000 شخص ، وحوالي 90% من خباثات الشفة هي SCC ، و90% منها في الشفة السفلية . بينما ينشأ الورم في صوار الفم في حوالي 0.7-6.1% من الحالات .

تكون أورام الشفة أكثر شيوعا عند الذكور البيض المدخنين ذوي البشرة الشقراء في حوالي العقد السادس من العمر .

أما الأسباب فهي متعددة :

- يعتبر التعرض المديد لضوء الشمس [٤٠-٤٢] كعامل رئيسي في حدوث هذه الأورام .كما تلاحظ التأثيرات المؤذية لأشعة الشمس في المناطق المتاخمة مثل الطلاوة ، فرط التصنع ، والتهاب الشفة السفعي بالترافق مع ورم الشفة .
- التدخين والكحول
- العناية الفموية السيئة

معظم الأورام تنشأ على حساب الحافة الأرجوانية للشفة السفلية ، وغالبا ما تترافق هذه الأورام مع ورم جلدي بدئي ثانوي .

التشخيص : [٣٤]

مما لاشك به أنه يفضل تشخيص آفات الشفة بشكل باكر ، حيث أنها تكون بطيئة النمو في المراحل الباكرة . ومن الملاحظ غالبا قصة جلبات أو تقرحات غير شافية لعدة أشهر أو سنوات كتظاهر يدعو للشك الكبير بخباثة الآفة .وبالفحص يظهر هناك منطقة متجلبة جاسئة في منطقة طلاوة سابقة غالبا على الشفة السفلية . وفي المراحل المتقدمة ، من الممكن أن تظهر كتلة كبيرة نازفة والتي قد تشمل جلد الذقن ، الصوار الأمامي ، الشفة العليا ، أو الفك السفلي .

الشكل (٣٣) السرطانة شائكة الخلايا

ومن الممكن ملاحظة إصابة العقد تحت الذقن أو تحت الفك في 10% من الحالات .
يجب تقييم سلامة العصب الذقني حتى في الآفات الباكرة ، وذلك من خلال تقييم الحس في المنطقة الذقنية ، وذلك لأن الورم من الممكن أن يسلك مسار انتقال على طول العصب ويصيب الفك السفلي من خلال الغزو المباشر ، أو الغزو حول غمد العصب ، أو الانتقال اللمفي إلى الثقبة الذقنية .

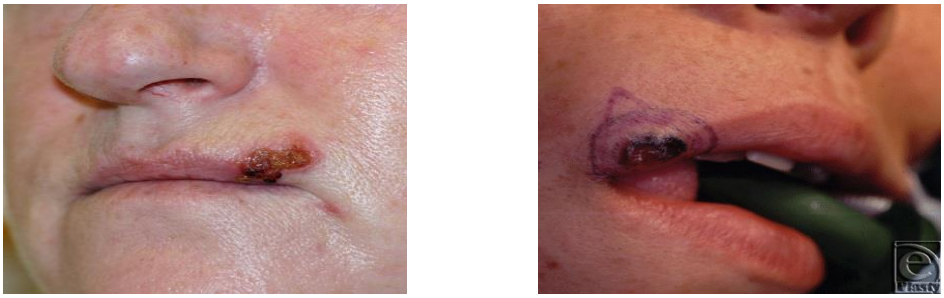
ويمكن تأكيد التشخيص بإجراء خزعة شقية والتي يجب أن تشمل جزء من الحافة العميقة أو الوحشية للورم .
يعتمد طلب صورة بانورامية أو طبقي محوري في حال تثبت الورم إلى الفك السفلي أو امتداده إلى اللثة إلى جذر السن ، في حال حصول رخاوة في منطقة السن ، أو نقص في الحس في منطقة توزع العصب الذقني .
ويعتبر التوسع الموافق في منطقة الثقبة الذقنية علامة على غزو الفك عبر العصب الذقني .
كما يعتبر غياب الشحم في الحيز الماضغي ،أو في الحفرة الجناحية الحنكية ، أو على طول قناة الفك السفلي يجب اعتباره كعلامة شك لانتشار الورم ، حتى في غياب تغيرات عظمية مرئية .
هذا وبسبب ندرة الانتقالات البعيدة أقل من 2% وقت التشخيص لا يعد ضروريا طلب مسح شامل للجسم بحثا عن النقائل قبل علاج الورم البدئي في الشفة .

التصنيف المرحلي : يوضح الجدول (١-٦) التصنيف المرحلي لأورام الشفة

المرحلة	TNM	ملاحظات
I	T1 N0 Mo	T1 : الورم لا يتجاوز ٢ سم بالحجم
II	T2 N0 M0	T2 : الورم ما بين ٢-٤ سم بالحجم
III	T3 N0 M0	T3 : الورم أكبر من ٤ سم بالحجم
	T(1-3) N1 M0	N1 : ضخامة عقدة لمفية في جهة الورم لا تتجاوز ٣ سم بالحجم
IVA	T4 N(0-1) M0	T4:الورم يغزو إما (الفك السفلي ، جلد الذقن ، أرض الفم ، اللسان ، الجيب الفكي)
	T(1-4) N2a M0	N2a : ضخامة عقدة لمفية في جهة الورم مابين ٣-٦ سم بالحجم
	T(1-4) N2b M0	N2b : عدة عقد لمفية في نفس جهة الورم بحجم ما بين ٣-٦ سم
	T(1-4) N2c M0	N2c : وجود عقد لمفية في الجانب المقابل ما بين ٣- ٦ سم بالحجم
IVB	Any T N3 M0	N3 : عقدة أو عدة عقد يتجاوز حجمها ٦ سم
IVC	Any T Any N M1	M1 : وجود نقائل بعيدة

التشخيص التفريقي : (٣٠)

- **السرطانة قاعدية الخلايا** Basal cell carcinoma: وتعتبر ثاني أشيع خباثة في المنطقة حول الفموية . وتحدث بشكل أشيع من السرطانة الشائكة على الشفة العليا . ونادرا ما تحدث السرطانة القاعدية على حساب مخاطية الشفة والتي تكون عادة من النوع المصلب .



الشكل (٣٤) السرطانة قاعدية الخلايا

وعادة ما تتظاهر بشكل عقيدة بيضاء لؤلؤية مع انخفاض مركزي ،وهي تنمو ببطء ، ونادرا ما تنتقل إلى العقد اللمفية الرقبية ، وعندما تتوضع بالقرب من أماكن التحام الصفائح الجنينية تميل لأن تمتد بالعمق في الأنسجة الرخوة .

- **ورم الغدد اللعابية الصغيرة Minor salivary glands tumor:** نادرة الحدوث ، وعادة بين عمر ١٤ -٨٧ سنة .

تتظاهر عادة على شكل كتلة صلبة غير متقرحة ، وعادة على حساب الشفة العلوية في ٨٥% من الحالات وعلى عكس بقية سرطانات الغدد اللعابية الصغيرة الأخرى في بقية المناطق تكون هذه الأورام فقط في ١٧%من الحالات خبيثة ، وفي ٦٧%من الحالات يكون لدينا ورم غدي مختلط .

الشكل (٣٥) سرطانة الغدد اللعابية الصغيرة

- **من الخباثات النادرة الأخرى :** الميلانوما ، سرطانة الغدد الملحقة الصغيرة ، سرطانة خلية ميركل ،الورم الليفي الناسج الخبيث ، وورم الخلايا الحبيبية .

- **الشوكوم القرني Keratoacanthoma:** وهو ورم ظهاري سليم محدد لذاته ويشبه السرطانة الشائكة .وغالبا ما يشاهد بين أعمار ٦٠-٨٠ سنة وهو يملك طور نمو سريع (خلال عدة أسابيع) ليصل لحجم ١-٢ سم بالقطر ثم يثبت بالحجم ثم يتراجع عفويا خلال عدة أسابيع إلى أشهر .
ويتظاهر على شكل آفة متقرحة مع حواف مرتفعة ، ومركز متقرن وقاعدة جاسئة ويمكن للمركز المتقرن تاركا تقرحا . ويتم التشخيص بالخزعة الشقية والتي من المحتمل أنها تسرع تراجعه .
وعند إجراء خزعة استئصالية لابد من ترك نسيج طبيعي قدر الإمكان ويستطب إجراءها للآفات المستمرة أو التي تكبر بالحجم خلال أشهر .

التدبير : (٣٤)

تعتبر أورام الشفة واحدة من أكثر الخباثات قابلية للشفاء في منطقة الرأس والعنق ،حيث أن نسبة البقيا ل ٥ سنوات هي ٨٩% ، ويساعد مكان الشفتين الواضح في الكشف والعلاج المبكر للآفة .
وعندما تترك بدون علاج تتطور الآفة لتصيب جلد الذقن ومخاطية السنخ . وفي الحالات المتقدمة ، يمكن أن تصاب مناطق مثل عظم الفك السفلي ، أرض الفم ، واللسان ،وقد تترافق مع نقائل عقدية ونقائل بعيدة ناحية في مثل هذه الحالات .
نهدف من علاج أورام الشفة إلى ما يلي :

- استئصال كافة النسج المصابة ، في منطقة الشفة وكذلك العقد المصابة .
- المحافظة على وظيفة الفم في الكلام ،والبلع ، وحبس اللعاب .
- والمحافظة على وظيفة تجميلية مقبولة للشفة
- المساعدة في التأهيل المبكر والعودة إلى النشاط اليومي

العوامل الإنذارية :

يمكن تلخيص العوامل التي تدل على سوء الإنذار (معايير كلاي –كارول –راو) بمايلي :

١. حجم الورم (وهو أهم مشعر) : عندما يكون أكبر من٢ سم ، غالبا نسبة البقيا في هذه الحالة ل ٥سنوات بحدود ٦٤%.
٢. الغزو أسفل الأدمة الشبكية
٣. الورم الناكس وغالبا له علاقة بحجم الورم ، حيث تزداد نسبة النكس بازدياد حجم الورم
٤. المريض المثبط مناعيا

٥. غزو حول غمد العصب
٦. تشريح مرضي سيء التمايز
٧. الموضع (الأذن –الشفة)
٨. السرطانة الناشئة على ندبة ، أو قصة تشعيع سابق
٩. النمو السريع

- وقد بينت الدراسات الحديثة أن ثخانة نسيج الورم هي عامل هام في تحديد إنذار المرض حيث أن ثخانة أكبر من ٥ مم تترافق بشكل أكبر مع احتمال وجود نقائل عقدية في العنق ، ويمكن اعتبارها كعامل إنذاري لتقييم ضرورة إجراء تجريف عنق انتقائي في حال سلبية العقد .
- وإن وجود نقائل عقدية هو عامل إنذاري سيء مع معدل بقيا بين ٢٥-٥٠% .
- لوحظ في بعض الدراسات وجود ترابط بين درجة الورم والإنذار حيث أن الأورام جيدة التمايز ترافقت مع معدل بقيا بين ٨٦-٩٥% بالمقارنة مع الأورام سيئة التمايز التي تراوحت نسبة البقيا فيها بين ٣٨-٧١% .
- وغالبا ما تسلك الأورام في منطقة الصوار سلوكا أكثر عدوانية .

العلاج : [٣٤]

- تعتمد طريقة المقاربة المثلى على استئصال الورم البدئي ، مع تدبير النقائل العقدية ، و الترميم الناجح .
- وتمتلك الجراحة والأشعة نفس نسبة الفعالية تقريبا للآفات الباكرة حيث تبلغ نسبة البقيا للآفات أقل من ٣ سم حوالي ٩٠ % . بينما تكون نسبة البقيا للأورام في المراحل المتقدمة T3 –T4 وفي حال وجود نقائل عقدية حوالي ٤٠ % .
- تمتاز الجراحة عن الأشعة أنه يمكن من خلالها تقييم سماكة الورم وتحديد درجته النسيجية .

- بينما تعتبر **الأشعة** كإجراء أقل غزوا يمكن من خلاله تجنب اختلاطات التخدير العام . والتي تؤجل عادة إلى بعد ٥-٦ أسابيع بعد الجراحة ، ومن الممكن ملاحظة بعض الاختلاطات التالية للأشعة مثل تشوه الصفارة الذي ينتج عن الضياع النسيجي وانكماش الجرح وذلك في حالة الأورام الكبيرة ، كما يمكن ملاحظة حصول نخر عظمي شعاعي في عظم الفك السفلي وبالتالي محدودية الترميم اللاحق .
- يفضل التشارك بين الجراحة والأشعة التالية لها للمراحل ٣ و٤ وللمرض الناكس .

- وتكون المقاربة المثلى باستئصال الآفة مع حواف أمان حوالي ٨-١٠ مم مع تقييم للحواف من خلال الخزعة المجمدة وقد نحتاج في حالة الأورام المتقدمة استئصال جزء من جلد الذقن ، أو عظم الفك ، أو جزء من الأنسجة الرخوة في الفم .
- يجب أن يتم التخطيط لإجراء الشقوق الجراحية للتقليل من الضياع الثانوي ،ولتسهيل الترميم ، ولكن مع مراعاة الاستئصال الكافي للورم خاصة عند حواف الورم وذلك بسبب احتمالية النكس العالية .
- ويستطب استئصال الصوار في الكارسينومات السطحية المتضمنة للمخاطية أو الكارسينومات متعددة المراكز أو الآفات قبل الخبيثة .
- وحديثا ينصح بجراحة موس لتدبير أورام الشفة خاصة في المراحل المتأخرة .

- وتعتبر مقاربة العنق عند مرضى أورام الشفة خاصة السرطانة شائكة الخلايا مثار جدل مقارنة مع غيرها من السرطانات الشائكة في جوف الفم ، حيث أنها من النادر أن تعطي نقائل عقدية للعنق ، بالرغم من أن معظم الوفيات تنتج عن وجود نقائل عقدية في العنق .

- تبين من خلال عدة دراسات ،أن معدل حدوث نقائل عقدية كتظاهر بدئي بين ٥-١٠% ، ومعدل التحول من N0 إلى N1 في العنق غير المعالج كذلك يتراوح بين ٥-١٠% .
- إن خطورة حصول نقائل عقدية مرتبطة بحجم الورم البدئي ، حيث أنها تقارب 5% للأورام T1 ، 5-10% للأورام T2 وحوالي 67% للأورام T3 و T4 .
- وتمتلك السرطانة شائكة الخلايا في الشفة العليا معدل أعلى للنقائل العقدية ومعدل أعلى للنكس الموضعي .
- ويجرى عادة تجريف للمستويات العقدية من ١-٤ عند المرضى الذين يوجد لديهم عقد مجسوسة في المستوى الأول . ويجرى تجريف عنق جذري أو تجريف عنق جذري معدل عند إصابة المستويات العقدية ٢-٥ ، وعند إصابة العقد في الجهتين ' يتم الحفاظ على الوريد الوداجي الباطن في الجهة الأقل إصابة عندما يكون التصنيف N1 .
- عندما يكون التصنيف العقدي هو N2 أو N3 والمستويات المصابة هي 4-2 عندها يتم إجراء تجريف جذري أو جذري معدل في الطرفين بفاصل ٣ أسابيع .
- يجب الحفاظ على الشرايين الوجهية مالم يكون هناك غزو عقدي حولها ، لكن يجب إجراء تجريف العقد حول الشريان الوجهي .
- في حال سلبية العقد ، من النادر أن نحتاج لإجراء تجريف عنق انتقائي باستثناء الآفات الكبيرة الناكسة .

- يستطب إجراء تجريف عنق فوق لامي في حال سلبية العقد N0 في حال وجود احتمال انتقال عقدي خفي أكثر من ٣٠ % وذلك في حالة الأورام T2 (٣-٤سم) وN0 ، الورم الناكس ، أو وجود انتقال عقدي درجته N1 في الجانب الموافق ، ولا يوجد خطة علاج شعاعي .
- تتضمن استطبابات العلاج الشعاعي بعد الجراحة :

i) الأورام الكبيرة T3، T4

ii) الورم الناكس

iii) وجود نقائل عقدية مثبتة

iv) غزو خارج محفظة العقد ، أو غزو حول أغماد الأعصاب .

الفصل السابع : طرق ترميم الشفتين (٤٣-٤٤)

إن الترميم الناجح للشفتين التالي لاستئصال ورم بدئي فيها يتطلب الحصول على نتيجة وظيفية وجمالية جيدة ، أي الحصول على شفة بوظيفة حسية جيدة مع وظيفة معصرة فموية جيدة ، مع فتحة فم كافية من أجل تناول الطعام ،ووضع بدلة الأسنان بالإضافة للحصول على وظيفة جمالية جيدة .وأحيانا يكون من الصعوبة تحقيق هذه المعايير كافة .

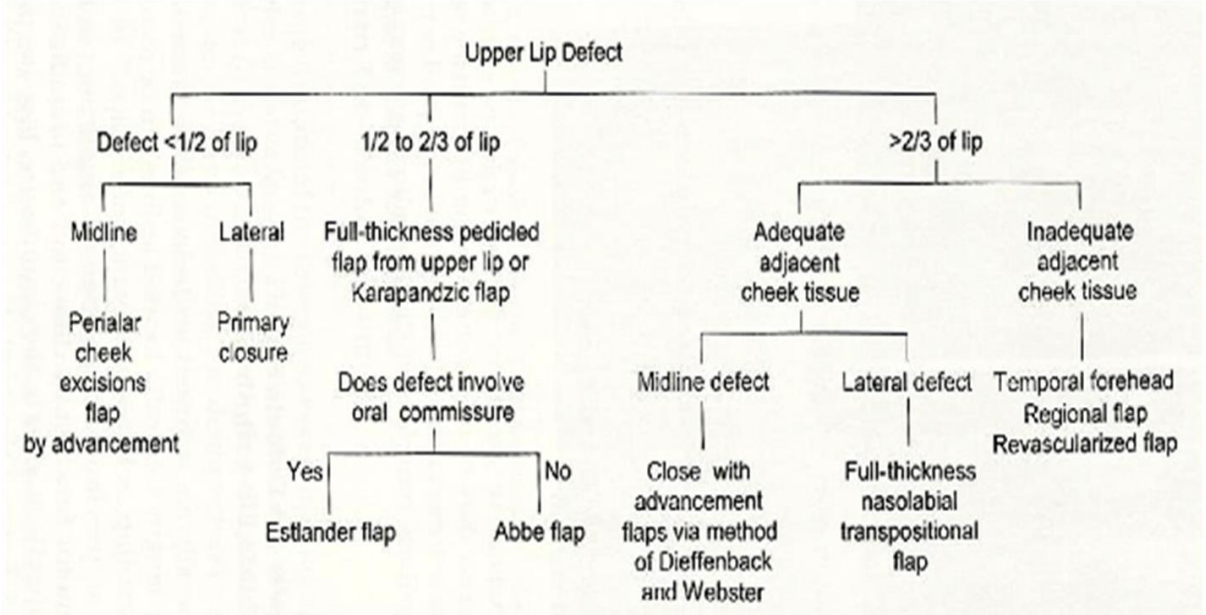
ويعتمد التقييم الدقيق على عدة معايير :

- حجم ومكان الضياع الناجم
- وجود تشعيع سابق على المنطقة
- ومرونة نسيج الشفة ونسيج الخد المتاخم
- وجود بدلة سنية
- وفي حال وجود عقد لمفية قد يكون من المحتمل التضحية بالشريان الوجهي .

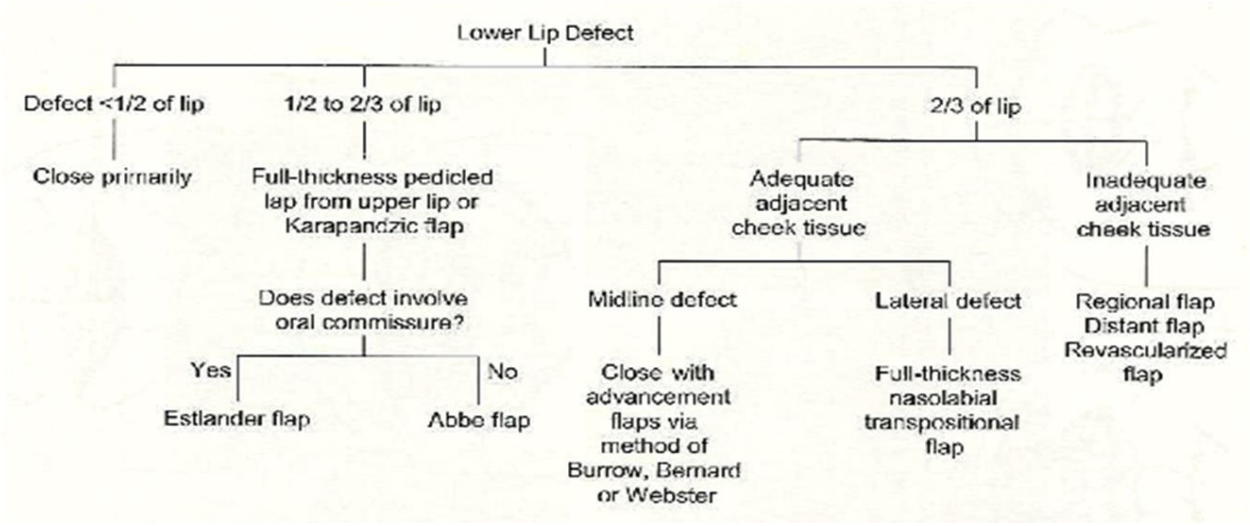
ويمكن تلخيص طرق ترميم الشفة الجراحية بالاعتماد على واحد ممايلي :

- نسيج الشفة المتبقي
- استعارة أنسجة من الشفة المقابلة
- الاعتماد على أنسجة قريبة
- الاعتماد على الشرائح الناحية

ويبين المخطط (١-٧) طريقة الترميم المعتمدة عند استئصال ورم في الشفة العليا :



أما الشفة السفلية فيتم الترميم كما في المخطط (١-٨) :

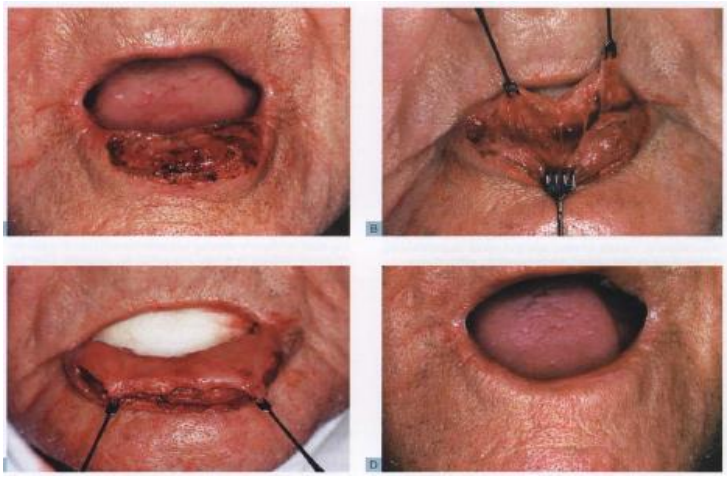


- **عندما يكون الضياع أقل من نصف حجم الشفة :**

يتم ترميم الضياعات التي تشمل الحافة الأرجوانية بشرائح تقدمية مخاطية من داخل الفم وذلك في حالات الطلاوة ، فرط التصنع ، والتهاب الشفة السفعي . ولمنع حافة الشفة الحرة من أن تجر باتجاه اللسان والمحافظة على قوام ممتلئ للشفة السفلية يتم تسليخ المخاطية على شكل شريحة مرتبطة من الطرفين وحشيا وتقدمية أماميا ويترك مكان الضياع في الثلم اللثوي الشفوي ليترمم عبر تشكل نسيج حبيبي و نسيج مخاطي جديد .

كما في الشكل رقم ٣٦

عند حصول ضياع في جسم الشفة بالإضافة إلى المخاطية فمن الممكن إجراء الترميم باستخدام شرائح عضلية مخاطية من الوجه البطني للسان [٥٠-٥١] . وتكون قاعدة هذه الشريحة في الخلف وحافتها الحرة مرتبطة بمنطقة الاتصال الجلدي المخاطي ، وبعد ١٠ إلى ٢٠ يوم يتم فصل السويقة عند ذروة اللسان ، ويتم استعمال عضلية اللسان من أجل ترميم كتلة الشفة والمخاطية لترميم الحافة الأرجوانية ، وهذه العملية لا تحدد من حركة اللسان ، بالرغم من أن الحافة الأرجوانية للشفة تملك سطحا ناشزا .

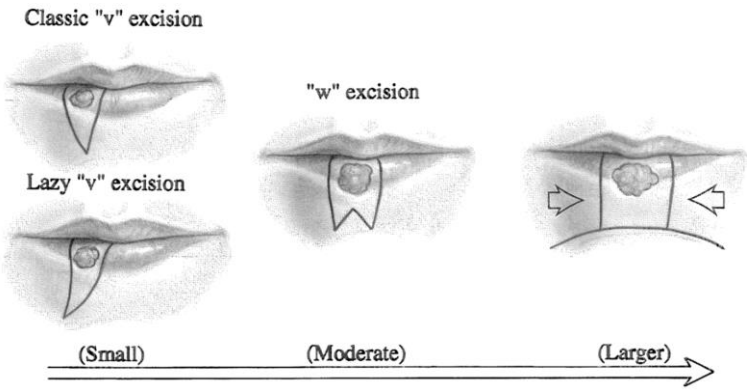


الشكل (٣٦) ترميم ضياع الحافة الأرجوانية

يمكن إغلاق الضياع الذي يقارب حوالي نصف حجم الشفة بالإغلاق المباشر ، خصوصا إذا كانت الأنسجة حول الفموية مرنة وغير معرضة للتشعيع سابقا .

وغالبا ما يكفي الاستئصال بشكل V ، بينما يكون تعديل الشكل السابق بشكل W للحفاظ على التبارز في المنطقة الذقنية . يتم التقريب بشرائح وحشية تقدمية وذلك بوضع الشقوق في منطقة العرف الذقني عندما تكون قاعدة الضياع عريضة . ويجب عدم تجاوز الشقوق لمنطقة العرف الذقني لتجنب تشوه الذقن المتبارز.

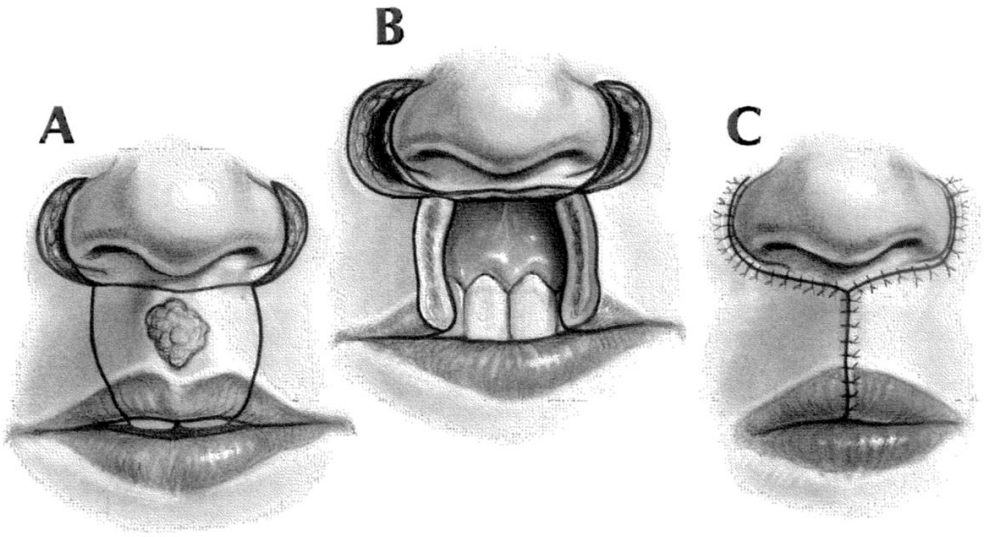
ويتم الترميم على ٣ طبقات (مخاطية ،عضلية ،جلد) مع تقريب دقيق للخط الأبيض للحافة الأرجوانية على جانبي الضياع .



الشكل (٣٧) ترميم الضياعات التي لا تزيد عن ثلث حجم الشفة

ويمكن إغلاق الضياع على الخط المتوسط للشفة العلوية باستئصال هلال جلدي من منطقة جلد الخد حول جناح الأنف [٤٥]، والتي تسمح بإجراء تقديم أجزاء الشفة المتبقية وتخفف من توتر الجرح بعد الإغلاق البدئي .

ويمكن استعمال شريحة Abbe على الخط الناصف في حال حصول شد زائد على الجرح .

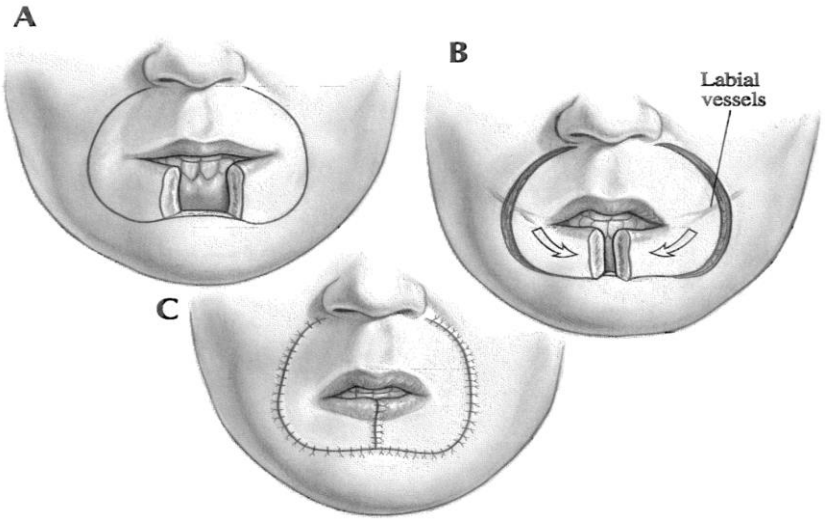


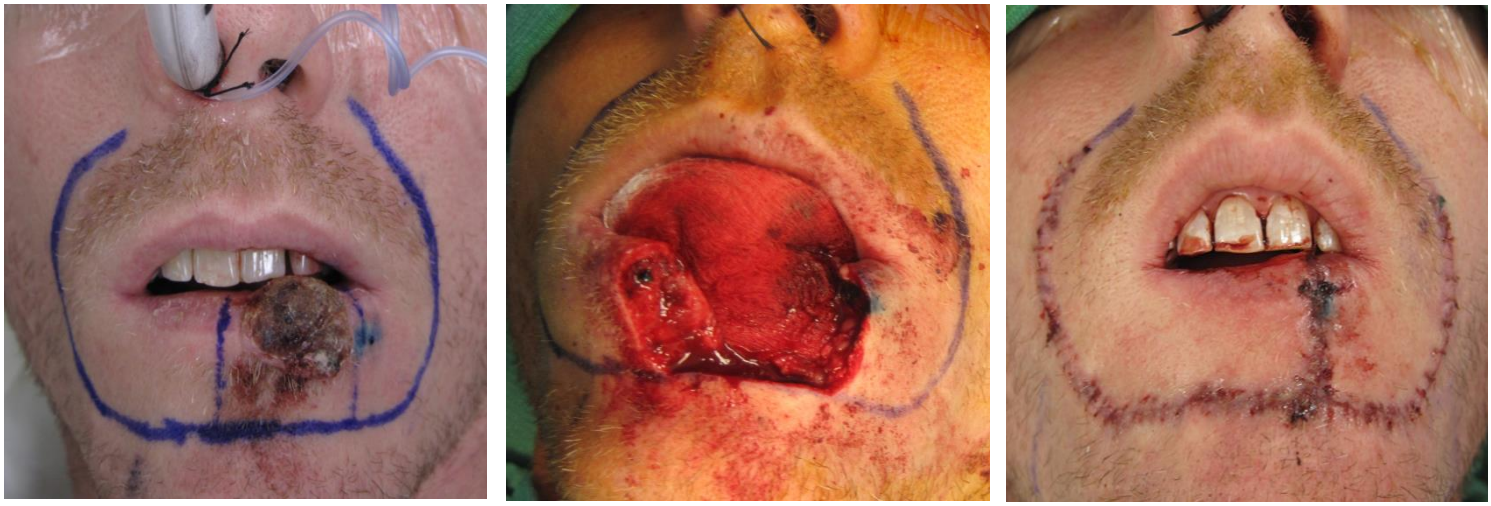
الشكل (٣٨) ترميم ضياع على الخط الناصف للشفة العلوية

الضياع يشمل نصف إلى ثلثي حجم الشفة :

تم وصف تصنيع الشفة بطريقة **Karapandzic** [٤٧-٤٨]عام ١٩٧٤ لمثل هذه الضياعات ، ومن أهم ميزات هذه الطريقة سهولة تصميمها بالإضافة إلى الحفاظ على التعصيب الحسي والحركي للشفة . أما أهم مساوئها هو حصول صغر في فتحة الفم نسبيا ، والتي تعيق استعمال البدائل السنية ، بالإضافة إلى أن الندبة الناجمة يمكن أن تكون مخفية لتوضع الشقوق في الثلم الخدي الشفوي .

ويتم تصميم هذه الشريحة بإجراء شقوق حول فتحة الفم في الغضون الأنفية الشفوية والشفوية الذقنية ، ويتم تحرير العضلة الدويرية الفموية عن بقية العضلات المحيطة بفتحة الفم للسماح بإغلاق دون شد على حواف الجرح . ويسمح إجراء التسليخ الكليل بتحديد والحفاظ على السويقات العصبية الوعائية والشرايين الشفوية العلوية والسفلية التي تدخل العضلة من محيطها .وعادة لا تحتاج المخاطية الفموية لإجراء تسليخ من أجل تحريكها .





الشكل (٣٩) : شريحة Karapandzic

بينما تعتمد شريحة Abbe-Estlander [٤٦] على نقل أنسجة كاملة السماكة من إحدى الشفتين إلى الشفة الأخرى للسماح بالحصول على نسيج شفة موافق في البنية واللون للنسيج المجاور .

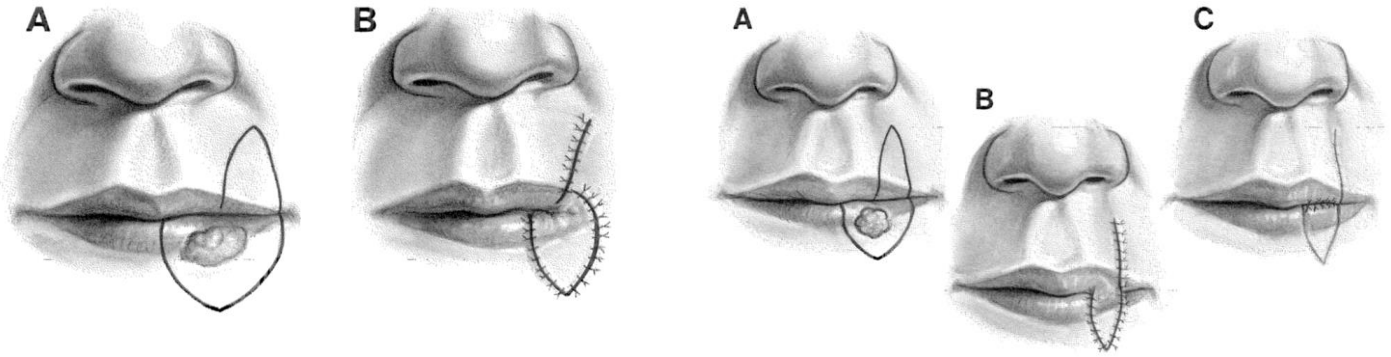
من مساوئ هذا الإجراء أننا بحاجة لإجراء مرحلة لاحقة للعملية وأن النسيج المنقول غير معصب لكن من الممكن حصول عودة التعصيب خلال الوقت .

يكون ارتفاع شريحة Abbe- Estlander مساوي لارتفاع النسيج المستأصل بينما يكون عرض هذه الشريحة مساوي لنصف عرض النسيج المستأصل وذلك للحصول على شفة بمناسب جيدة .

ويجب أن تكون سويقة الشريحة غير عريضة لتسهيل دوران الشريحة ، ولكن يجب الحفاظ على الشريان الشفوي الذي يقع إلى العمق من منطقة الاتصال الجلدي المخاطي ، ويجب إغلاق الضياع الثانوي الناتج على ثلاث طبقات .

يتم الاعتماد على شريحة Abbe لإغلاق الضياعات الأنسية ، ويمكن أن تكون ذات قاعدة إنسية أو وحشية ، بالاعتماد على مكان الضياع . عندما يتم تصميم هذه الشريحة من الشفة العلوية ، يجب أن يتم استعمال نسيج الشفة الوحشي ، وتجتاز سويقة هذه الشريحة فتحة الفم ويتم فصلها خلال ٢-٣ أسابيع .

بينما يتم الاعتماد على شريحة Estlander لترميم الضياعات بالقرب من زاوية الفم . ويجب أن تكون الشرائح ذات القاعدة العلوية في منطقة الثلم الخدي الشفوي . وإن الندبة الناجمة عن إغلاق هذه الشريحة يتم إخفاؤها في منطقة الثلم الخدي الشفوي ، وعندها يمكن تدوير الشريحة بسهولة ، ويمكن تصحيح التشوه الحاصل في منطقة الصوار بإجراء تصنيع صوار عند الضرورة .



الشكل (٤٠) شريحة Abbe-Estlander

الضياع يشمل أكثر من ثلثي حجم الشفة :

يمكن ترميم الضياعات الكبيرة في الشفة العلوية كما وصف في السابق ، كما يمكن إصلاح الضياعات في منطقة الخط المتوسط للشفة السفلية باستعمال أي من التعديلات على شريحة برنارد ، والتي تعتمد على شرائح تقدمية كاملة السماكة من النسيج الخدي المتاخم .

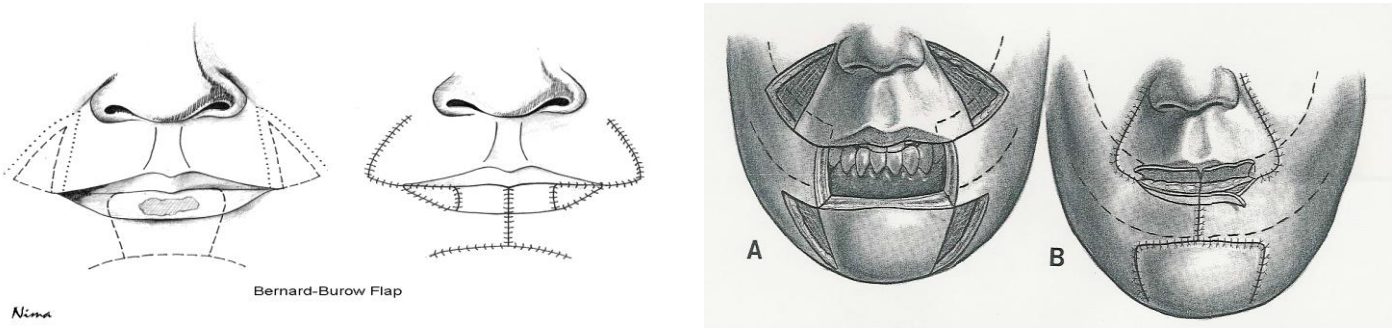
وتتميز هذه الطرائق باستعمال شرائح موضعية ذات تعصيب والترميم بمرحلة واحدة ، ويمكن من خلالها ترميم ضياعات كبيرة في الشفة العلوية وكذلك السفلية .

وتعتبر طريقة Webster كتعديل عن طريقة Bernard [٥٣-٥٤] طريقة عملية حيث يتم استئصال مثلثات Burow حيث يكون ذراعها الأنسي في منطقة الثلم الخدي الشفوي ، أما عرض قاعدة المثلث يحسب على أساس أن المسافة من الصوار إلى الحافة الوحشية لقاعدة هذا المثلث تساوي نصف عرض منطقة الاستئصال .

ويتم استئصال هذه المثلثات فقط (الجلد والنسيج تحت الجلد فقط) ، وعندما يتم تعميق الشقوق المعترضة على طول قاعدة المثلث لابد من الحفاظ على السويقة الوعائية العصبية للعضلة الدويرية الفموية وللعضلة المبوقة .

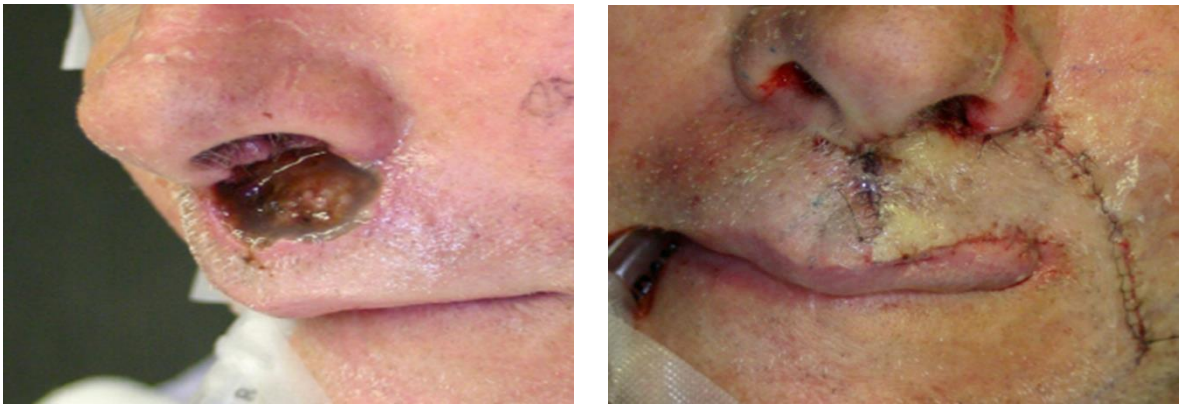
ويتم رفع شريحة مخاطية ترتكز على الحافة العلوية لشريحة الخد لصناعة حافة أرجوانية جديدة .

غالبا ما نحتاج لإجراء شقوق حول العرف الذقني خلال الجلد والطبقة العضلية ، مع استئصال مثلثات Burow من المنطقة تحت الذقنية للسماح بتقدم كاف للشرائح الخدية .



الشكل (٤١) : طريقة Bernard-Webster

ويمكن استخدام الشرائح الأنفية الشفوية ذات القاعدة السفلية لترميم الضياعات في القسم الوحشي من الشفة بما يقارب ثلاث أرباع حجم الشفة ، ومن مساوئ هذه الطريقة بأن الشرائح تكون خالية من التعصيب ، وأثناء رفع الشرائح غالبا ما يتم التضحية بتعصيب الشفة العلوية .



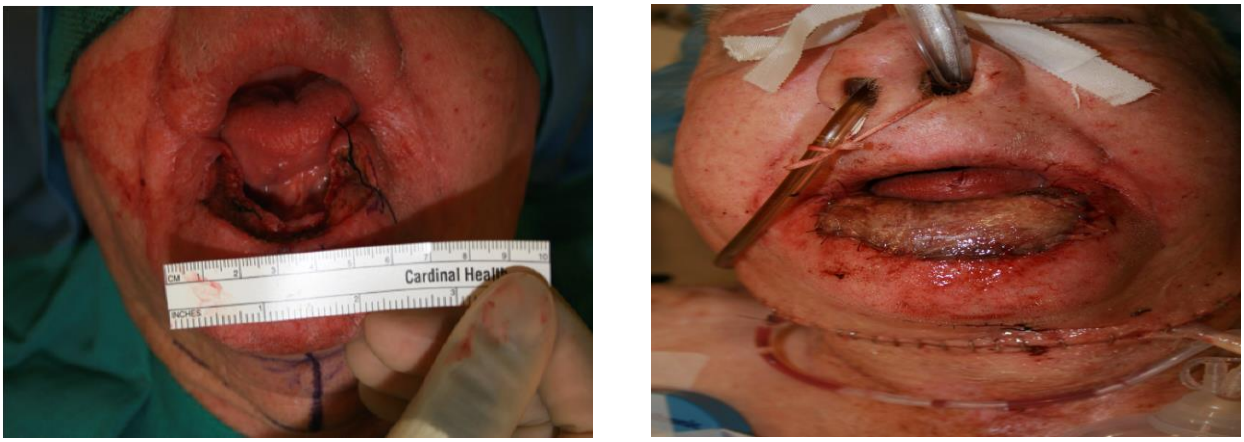
الشكل (٤٢) الشريحة الخدية الشفوية Nasolabial

يتم استعمال الشرائح البعيدة [٥٢] للضياعات التي تشمل كامل الشفة أو الأنسجة المجاورة المتاخمة من الخد أو الذقن أو عندما يكون النسيج الشفوي المتاخم غير كاف للترميم .

وتعد الشريحة الكعبرية الساعدية كبديل جيد للترميم في مثل هذه الحالات ، وهي شريحة جلدية عضلية حيث

يمكن وصل نهايتي وتر العضلة الراحية الطويلة إلى بقايا العضلة الدويرية الفموية لدعم التصنيع ،كما يمكن قطف العصب الجلدي الساعدي الوحشي مع الشريحة ويفاغر مع بقية العصب الذقني .

ويمكن تصنيع الحافة الأرجوانية كمرحلة لاحقة بشريحة مخاطية من اللسان ، الشفة العليا ، أو الخد ، أو قد يعطي الوشم الطبي نتيجة مقبولة .



الشكل (٤٣) : الشريحة الكعبرية

وتوجد من أجل هذا الغرض العديد من الشرائح وتعتبر العضلة الصدروية الكبيرة أهمها والتي تعتمد على نقل شريحة جلدية عضلية كإجراء بمرحلة واحدة لترميم نسيج الشفة .

وهذه الشريحة يمكن أن يتم طيها على نفسها لتغطي الضياع الخارجي وداخل الفم ، ولكن حجم هذه الشريحة مختلف وجلدها منزوع التعصيب ، ومن أجل الحصول على وظيفة فموية جيدة لابد من دعم النسيج بنسيج لفافي لرفع الشفة السفلية إلى بقايا عضلة الشفة العلوية .

الشريحة (٤٤) : شريحة العضلة الصدرية الكبيرة

في حالة الأورام الكبيرة والتي تغزو عظم الفك والتي نحتاج فيها إلى استئصال جزء من عظم الفك عندها قد نحتاج لاستعمال طعوم جلدية عضلية عظمية موعاة لترميم الضياع الناجم في قوس الفك .

وتكفي الشريحة الكعبرية أو شريحة عظمية جلدية شظوية عندما يشمل الضياع الشفة والقسم الأمامي من الفك ، بينما في حالات الضياع الأكبر التي تشمل أرض الفم ، اللسان ، الخد قد نحتاج عندها لشريحة من عظم الحرقفة أو شريحة عظمية جلدية عضلية من الكتف .

الفصل الثامن :العلاج الشعاعي والكيماوي لسرطان الشفتين :[٥٥-٥٦-٥٧]

يمكن استعمال **العلاج الجراحي أو الشعاعي في حالات الأورام ذات المراحل البدئية أي المرحلة 2-1** ، ويعتمد خيار المعالجة على النتائج الوظيفية والجمالية المتوقعة ، وكذلك يعتمد أيضا على وجود المهارة والخبرة عند الجراح أو عند المعالج الشعاعي .

بينما تشكل الأورام ذات المراحل المتقدمة أي المراحل 4-3 تحديا لكل من الجراح وطبيب الأشعة ، وغالبا ما يحتاج هؤلاء المرضى إلى نوعي العلاج السابق .ويمكن استثناء المرضى ذي المراحل T3 مع آفات صغيرة وبدون وجود عقد لمفية في المنطقة أو نقائل بعيدة ، أو المرضى الذين لديهم عقد أقل من ٢ سم والذين تكفي معالجتهم بالاعتماد على إحدى المقاربتين السابقتين .

المعالجة الشعاعية هي عبارة عن استعمال أشعة سينية عالية الطاقة أو غيرها من الجزيئات لتدمير الخلايا السرطانية . والتي يتم إعطاؤها بناء على جدول زمني خلال فترة محددة .

ومن الممكن أن تكون العلاج الرئيسي لسرطانات الرأس والعنق أو أن تكون كعلاج داعم بعد الجراحة لاستئصال بقايا الخلايا السرطانية .

ويعتبر **تطبيق الأشعة الخارجية المصدر هو الشكل الأشيع للتطبيق** ، والتي يتم فيها إعطاء الأشعة من مصدر خارجي ، والتي توجد أنواع محددة منها تتضمن حزمة الأشعة الخارجية المعدلة الشدة والتي تسمى IMRT ، والتي تعتمد مبدأ التوجيه الدقيق لحزمة الأشعة على سرير الورم ، وذلك لتقليل الضرر وأيضا الآثار الجانبية على الأنسجة السليمة المجاورة .

ومن المعالجات الشعاعية الأخرى في سرطانات الرأس والعنق المعالجة باستعمال حزمة البروتون ولكنها ليست المعالجة المفضلة .

وعندما تكون المعالجة الشعاعية عن **طريق تطبيق غرسات داخل سرير الورم ، يطلق عليها المعالجة الشعاعية الكثبية** أو المعالجة الشعاعية عن الطريق الداخلي .

ويتم تلخيص طريقة تشعيع سرطانات الشفتين بالطرق التالية :

- التشعيع الخارجي External irradiation
- التشعيع الخلالي Interstetial irradiation
- التشعيع التماسي Contact irradiation

ولأن المعالجة الشعاعية من الممكن أن تتسبب بنخور في الأسنان ، فيجب إزالة الأسنان المتضررة .

وأحيانا يمكن تلافي النخور السنية بعد استعمال المعالجة المناسبة من قبل طبيب الأسنان قبل البدء بالعلاج الشعاعي .

من الممكن أن يعاني المرضى من ألم مؤقت عابر أو لمدة طويلة ، أو من صعوبات في البلع ، أو تغير في لحن الصوت بسبب التورم والتندب ، ونقص الشهية بسبب تغير حاسة الذوق .

ويعتبر من الضروري أن يبدأ المرضى المعالجة الكلامية والبلع باكرا ، قبل البدء بالمعالجة الشعاعية لمنع الاختلاطات طويلة الامد في الكلام والأكل .

بالإضافة ، يمكن أن تسبب المعالجة الشعاعية للرأس والعنق:

- احمرار أو تهيج للجلد في المنطقة المشعة
- تورم ،جفاف في الفم
- لزوجة في اللعاب
- ألم عظمي ، تعب ، غثيان
- قرحات فموية ، وألم في الحلق .
- من الآثار الجانبية الاخرى : نقص السمع نتيجة تراكم السوائل في الأذن الوسطى ، وحصول التليف والندبات .
- قصور الدرق الشعاعي

يفيد تطبيق الراديوم **بالتشعيع التماسي فقط في الأورام التي يقل عمقها عن ٣ مم** كما أنه من الصعب تحديد جرعة المعالجة اللازمة للعلاج ، كما أن تحديد المسافة التي توضع بها إبر أو بذور الراديوم في التشعيع الخلالي ليس بالأمر السهل وتراكب حقول التشعيع يؤدي لتوزع غير متوازن للأشعة .

بالوقت الحالي قل استعمال التشعيع بالتماس أو التشعيع الخلالي واستبدل بالتشعيع الخارجي لسهولة التحكم به .

فاستعمال التشعيع ذو الفولتاج المنخفض 100 KV أعطى نتائج كافية لمعالجة الآفات السطحية ذات القطر أقل من ١.٥ سم وبجرعة كلية ٣٠٠٠-٤٠٠٠ راد تعطى على دفعات خلال ١-٤ أسابيع ، وفي الآفات الكبيرة أكثر من ١.٥ سم يفضل استعمال طاقة أعلى 200 KV وحقل معالجة أوسع وتعطى جرعة ٤٥٠٠- ٦٠٠٠ راد على دفعات خلال ٤-٦ أسابيع .

حديثا فتح استخدام Electron Beam Irradiation ذو الطاقة العالية 7-18Mev، آفاقا جديدة في تشعيع سرطانات الشفتين ، وتتميز هذه الطاقة بازدياد عمق النفوذية الشعاعية فهي تولد 80-100% من الطاقة على

عمق ٢ سم ، في حال استعمال 7Mev وعلى بعد ٣ سم إذا استعمل 11Mev ، ويتناقص مقدار الطاقة المتولدة بسرعة تحت العمق المذكور ، وبذلك يتلقى الفك السفلي مقدارا ضئيلا من الأشعة .

تتراوح الجرعة العلاجية من الأشعة لسرطان الشفة بين ٢٠٠٠ راد للورم الصغير تولد خلال أسبوعين ، و٧٠٠٠- ٨٠٠٠ راد للورم الكبير تولد خلال ٦-٧ أسابيع على دفعات .

وبغض النظر عن نوع الأشعة المطبقة يجب أخذ الاحتياطات لحماية النسج السليمة باستعمال واقي رصاص لتركيز حزمة الأشعة على المنطقة المقرر معالجتها ، وبالتالي تقليص حصول الأعراض الناتجة عن العلاج الشعاعي إلى تلك الناحية وبعدها يستمر وجود حساسية دائمة في مكان المعالجة الشعاعية إلى التنبيه الحراري والضيائي خاصة عند الذين يتعرضون لفترات طويلة لأشعة الشمس .

من اختلاطات تشعيع أورام الشفة :

١. التهاب المخاطيات ، والتهاب الجلد ، ومن ثم حصول تقرحات مزمنة ثم تندبات بالشفة .
٢. ضياع مادي بالشفة إذا كانت الأورام كبيرة وقد نحتاج لترميمها جراحيا .
٣. التهاب عظم ونقي بالفك السفلي إذا شمل حقل الأشعة عظم الفك السفلي ، أو إذا كان الورم مرتشحا بالعظم .

تطبيق الأدوية الكيماوية في علاج سرطانات الشفتين: [٥٨-٥٩]

إن المعالجة الكيماوية هي استعمال الأدوية السامة لقتل الخلايا السرطانية ، وذلك عن طريق إيقاف قدرة هذه الخلايا على النمو والانقسام . ومن الطرق المستخدمة للعلاج الكيماوي ، إما بالطريق الوريدي أو الفموي ، ومن الممكن أن يتناول المريض دواءا واحدا أو مجموعة من الأدوية في نفس الوقت .

من الآثار الجانبية المحتملة :

- التعب ، خطورة الإنتان
- الغثيان والإقياء
- فقدان الشعر ، فقدان الشهية
- الإسهال

وتزول هذه الأعراض الجانبية عند التوقف عن تناول الدواء .

تؤجل المعالجة الكيماوية في خباثات الرأس والعنق عامة ، وخباثات الشفتين خاصة إلى الحالات المتقدمة جدا باستثناء حالات خاصة لأورام سريعة النمو كالورم العفلي العضلي ، والورم الميلانيني .

إن الأدوية الكيماوية قادرة على الوصول إلى كافة الخلايا الخبيثة ، ما عدا تلك المتوضعة بالجملة العصبية المركزية ، إذا لم تكن تلك الأدوية قادرة على اجتياز الحاجز الدموي الدماغي ، وبذلك فإن الأدوية الكيماوية تعالج الورم البدئي وانتقالاته الخفية .
تختلف الأدوية الكيماوية في المراحل التي تؤثر بها من مراحل حياة الخلايا أكثر من غيرها ، لذلك اقترحت أدوية عديدة في المعالجة بحيث تؤثر على مراحل مختلفة من حياة الخلية .

إن التأثير الجانبي للأدوية الكيماوية يبدو جليا في المجموعات الخلوية ذات التجدد السريع كالنسج الدموية والمخاطية المعدية .

تعمل المركبات والأدوية الكيماوية في كل مرحلة انقسامية بحيث تؤثر على ال DNA أو توقف تركيبه أو توقف تركيب ال RNA .

اقترحت عدة أدوية لعلاج السرطانات الشائكة الخلايا في الشفتين منها :

PLeomycin, Cisplatin, doxorubicin, bleomycin, Methotrexate

كما وضعت عدة بروتوكولات لتطبيق المعالجة بالأدوية الكيماوية لكن أغلب الدارسين يعتقدون بأن الفائدة الأكبر تتحقق إذا سبقت المعالجة الكيماوية استئصال أو تشعيع الورم ، حيث تعمل الأدوية الكيماوية على إنقاص حجم الورم ومن يسهل استئصاله جراحيا ، أو تطبيق العلاج الشعاعي .

من المشاركات الدوائية المطبقة :

- مشاركة cisplatin بجرعة ٢٠ مغ / يوم ، من اليوم الأول حتى الخامس .
  bleomycin بجرعة ١٠ مغ/م٢ تسريب وريدي في اليوم الثالث حتى السابع
  Methotrexate بجرعة ٢٠٠مغ /م٢
  وبعد دورتين علاجيتين يطبق علاج شعاعي ٦٠٠٠ راد بالأورام الكبيرة .

- أو يمكن إعطاء cisplatin ٨٠٠ مغ /م٢ باليوم الأول .
  5 Fu ٦٥٠مغ /م٢ باليوم بالتسريب المتواصل ل ٥ أيام .
  Pleomycin ١٥ مغ بالوريد تتبع بتسريب متواصل ل ١٦مغ /م٢ /يوم لخمسة أيام ويمكن إعادة الشوط العلاجي كل ٢-٣ أسابيع .

الفصل التاسع : الدراسة العملية

الملخص Abstract

الهدف من الدراسة : هو معرفة طريقة مقاربة العنق المثلى عند مرضى السرطانة شائكة الخلايا ، أي الحالات التي تستدعي إجراء تجريف عنق انتقائي للمرضى ، وذلك بناء على أهم معياريين تم اعتمادهما في الدراسة هما حجم الورم ، والدرجة النسيجية ، للوصول إلى أقل معدل نكس ناحي .

التصميم : دراسة إحصائية تراجعية وصفية .

المكان : قسم أمراض الأنف والأذن والحنجرة وجراحة الرأس والعنق في مشفى المواساة الجامعي بدمشق ،ووحدة الرأس والعنق في مشفى البيروني ، مشفى الأمراض الجلدية .

المواد والطرق : تمت الدراسة الإحصائية العملية للورم الشائك الخلايا في منطقة الشفتين العلوية والسفلية على المرضى المقبولين في المشافي الجامعية ومتابعتهم خلال الفترة الممتدة بين ١/١/ ٢٠٠٩ وحتى ٢٠١٤/١٠/٣١ ، وقد حذفت من الدراسة جميع حالات أورام الشفتين المشتبهة والتي أثبت التشريح المرضي وجود أورام سليمة أو السرطانات من نمط غير السرطانة شائكة الخلايا .

بلغ عدد المرضى المصابين بسرطانة شائكة الخلايا على الشفتين ١٢٤ مريضا من مختلف الأعمار ومن الجنسين وهم الذين تمت الدراسة عليهم ، كان من بينهم ٣٥ مريض من مشفى الجلدية ،٣١ مريض من مشفى المواساة ، ٥٨ مريض من مشفى البيروني .، حيث تم دراسة مرضى هذه المجموعة من ناحية مكان الإصابة بالنسبة إلى إحدى الشفتين ، وكذلك التوزع حسب الجنس والعمر والسكن والمهنة ، بالإضافة إلى دراسة بعض العادات الشخصية ، وقسم المرضى إلى مجموعات حسب حجم الورم ، وحسب المرحلة النسيجية .

وقمنا بدراسة التظاهر العقدي - الذي تم تشخيصه بناء على نتيجة ال FNA مبدئيا ، و حسب تقرير التشريح المرضي التالي للتجريف- حسب حجم الورم ثم حسب المرحلة النسيجية ،وقد تم تقسيم المرضى إلى ٣ مجموعات :

١. المجموعة الأولى : وهي مجموعة المرضى التي ترافق الورم البدئي لديها مع عقد مجسوسة وقد بلغوا ٣٦ مريض ، حيث تمت الدراسة الإحصائية بناء على محددات حجم الورم ، والدرجة النسيجية .
٢. المجموعة الثانية : وهي مجموعة المرضى التي أجري لها تجريف انتقائي ، وهي مجموعة المرضى التي كان حجم الورم عندها ٤سم ،أو أكثر والتي أجري لها تجريف عنق انتقائي ، وبيان علاقة وجود عقد إيجابية بتقرير التشريح المرضي مع حجم الورم ودرجته النسيجية .
٣. المجموعة الثالثة : وهي مجموعة المرضى التي راجعت المشفى بقصة تظاهر عقدي ، خاصة في

منطقة المثلث تحت الذقن ، وتحت الفك وكان في سوابقهم استئصال سرطانة شائكة الخلايا في الشفة ، والمرضى الذين تمكنا من الاتصال بهم هاتفيا والذين كان في سوابقهم استئصال سرطانة شائكة الخلايا دون تجريف ، أو مع تجريف خلال فترة ما بين ٦ أشهر – سنتين والذين في غالبيتهم لم يشاهدوا عقد عنقية مجسوسة ، ودراسة هذه المجموعة بناء على حجم الورم والدرجة النسيجية ، حيث تم اعتبار المرضى سلبيي المتابعة أي مجموعة الاتصال الهاتفي كمجموعة شاهد .

النتائج :

كانت إصابة الذكور أشيع من الإناث بحوالي ٣ أضعاف حوالي ٧٧,٤% ،كما كانت الشفة السفلية أكثر إصابة من العلوية بشكل واضح بنسبة ٨٦,٣% ، أشيع المجموعات العمرية إصابة كانت في العقدين السادس والسابع ٦٨,٥٤% ، احتلت دمشق وريفها النسبة الأكبر من مجموع المرضى المراجعين ٤٣,٩% بالنسبة لسرطانات الشفة السفلية ، و٥٨,٨% للعلوية ، وكان التدخين هو العامل المؤهب الأكثر تواردا ويحتل قيمة إحصائية هامة بالنسبة لأورام الشفة السفلية بنسبة ٨١,٣% ، وكان أشيع المهن هي المهن التي تتضمن تعرضا للشمس بنسبة كبيرة ٧١,٧% ، كان أشيع حجم للأورام بالنسبة لتصنيف T هو T3 (٤١,١٢%) ، أما أشيع نمط نسيجي كان جيد التمايز بنسبة ٤٠,٣٢% ، كانت نسبة التظاهر العقدي البدئي هي ٣٦ مريض أي حوالي ٢٩,٠٣% ، بينما كانت نسبة النكس العقدي ١٧ مريض من أصل ٦٢ تمت متابعتهم أي ٢٧,٤% .

الاستنتاج : تظهر هذه الدراسة بأن النقائل العقدية للعنق في أورام الشفة ليست غير شائعة حيث كانت نسبة التظاهر العقدي البدئي حوالي ٢٩,٠٣% ، ونسبة النكس في مرحلة لاحقة هي ٢٧,٤% ، وكان أغلب مرضى التظاهرات العقدية من مجموعة الأورام كبيرة الحجم أكبر من ٤ سم ، ومن الدرجة النسيجية سيئة التمايز ، مما يدل على ضرورة إجراء تجريف عنق انتقائي في حال سلبية العقد ، وكون الورم يحقق أحد المعيارين السابقين .

الكلمات المفتاحية :

السرطانة شائكة الخلايا ، الشفة ، النقائل العقدية ، تجريف العنق .

تم اعتبار أورام الشفة هي الأورام التي تشمل جلد أو مخاطية أو الحاشية الحمراء للشفة .

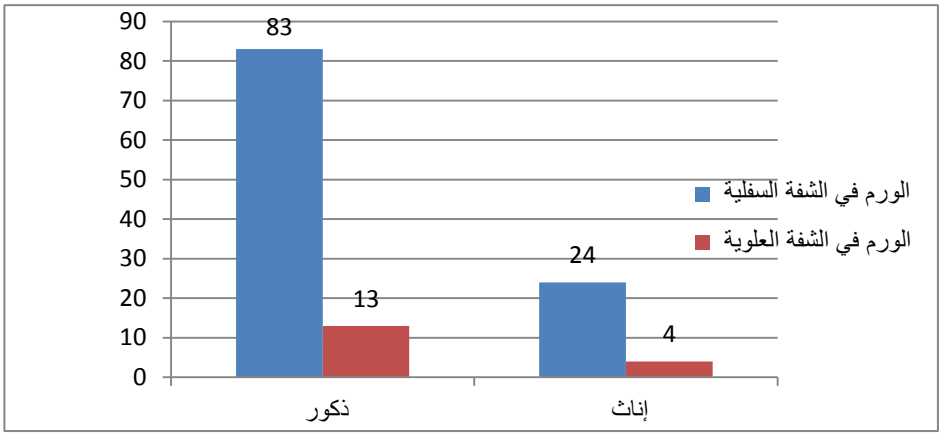
بلغت عدد حالات السرطانة شائكة الخلايا في الشفتين موزعة تبعا للجنس حسب الجدول (٢-١):

	عدد الحالات بالشفتين	عدد الحالات بالشفة السفلية	عدد الحالات بالشفة العلوية
ذكور	٩٦	٨٣	١٣
إناث	٢٨	٢٤	٤
نسبة الذكور إلى الإناث	١: ٣.٤	١: ٣.٥	١: ٣,٢٥
النسبة المئوية للذكور	(%٧٧,٤)	(%٧٧,٥٧)	(%٧٦,٥)

نلاحظ من الجدول السابق أن نسبة الذكور إلى الإناث في سرطان الشفة بشكل عام هي تقريبا ٣ أضعاف أي بنسبة ٧٧,٤% ، وهذا يعود لانتشار التدخين الذي يلعب دورا هاما في سرطان الشفة عند الرجال مقارنة مع النساء بالإضافة إلى التعرض للشمس والذي يعتبر نسبيا أكثر عند الرجال مقارنة مع النساء .

كما نلاحظ أن نسبة إصابة الشفة السفلية بالسرطانة شائكة الخلايا هي ١٠٧ مرضى من أصل ١٢٤ مريض أي حوالي ٨٦,٣% من إجمالي المرضى ، وذلك لأنها السرطانة الأشيع في الشفة السفلية ، مقارنة مع السرطانة قاعدية الخلايا التي تعتبر أشيع في العلوية .

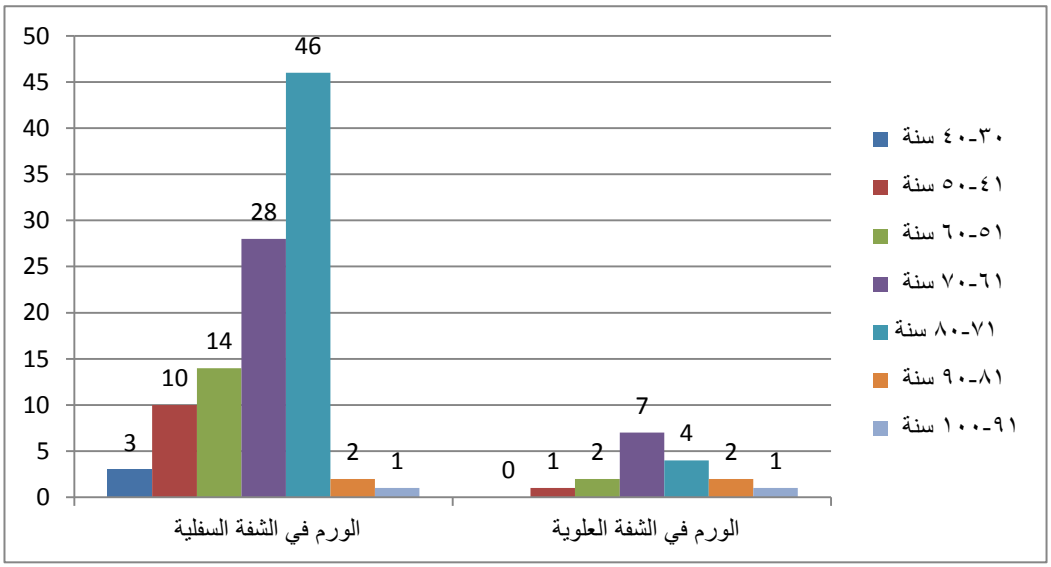
ويوضح المخطط (٢-٢) التوزع المذكور :



وقد توزعت الإصابة حسب السن كالتالي كما في الجدول (٢-٣) والمخطط (٢-٤) :

العمر	الشفة السفلية	النسبة	الشفة العلوية	النسبة
٣٠-٤٠سنة	٣	%٣.٠	٠	%٤
٤١-٥٠سنة	١٠	%١٠.١	١	%٤
٥١-٦٠سنة	١٤	%١٤.١	٢	%١٦
٦١-٧٠سنة	٢٨	%٢٦.٣	٧	%٤٠
٧١-٨٠سنة	٤٦	%٤٠,٤	٤	%٢٤
٨١-٩٠ سنة	٥	%٥.١	٢	%٨
٩١-١٠٠سنة	١	%١.٠	١	%٤

نلاحظ أن قمة الإصابة تحدث في العقدين السادس والسابع حيث بلغ عدد المصابين ٨٥ مريض من إجمالي عدد المصابين البالغ حوالي ١٢٤ حيث كانت أورام الشفة السفلية أشيع في العقد السابع بينما كانت أورام الشفة العلوية أشيع في العقد السادس . وكان عمر أصغر مريض ٣٣ سنة ، وعمر أكبر مريض ٩٢ سنة .

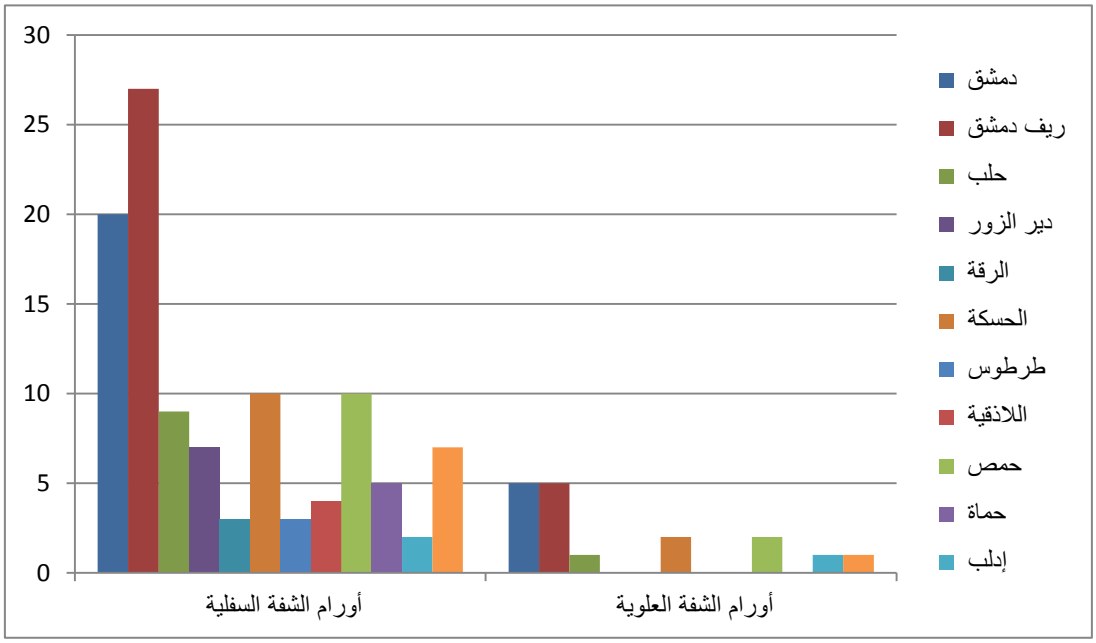


المخطط (٢-٤)

وبالنسبة إلى توزع المرضى بالنسبة إلى المحافظات فكان التوزيع كما في الجدول (٢-٥) :

المرضى	دمشق	ريف دمشق	حلب	دير الزور	الرقة	الحسكة	طرطوس	اللاذقية	حمص	حماة	إدلب	السويداء
أورام الشفة السفلية	٢٠	٢٧	٩	٧	٣	١٠	٣	٤	١٠	٥	٢	٧
النسبة المئوية	١٨.٧ %	٢٥,٢ %	%٨,٤	٦,٥ %	٢,٨ %	٩.٤ %	%٢.٨	٣.٧ %	٩.٤ %	٤.٧ %	١.٩ %	%٦.٥
أورام الشفة العلوية	٥	٥	١	٠	٠	٢	٠	٠	٢	٠	١	١
النسبة المئوية	٢٩,٤ %	٢٩,٤ %	%٥,٩	%٠	%٠	١١,٨ %	%٠	%٠	١١,٨ %	%٠	٥,٩ %	%٥,٩

ويبين المخطط التالي (٢-٦) توزع المرضى بالنسبة إلى المحافظات السورية :



نلاحظ من الجدول أن أعلى نسبة من المرضى كانت من دمشق وريفها بنسبة ٤٣,٩% بالنسبة لأورام الشفة السفلية ، و ٥٨,٨ % بالنسبة لمجموع مرضى أورام الشفة العلوية تليها محافظة الحسكة وهذا مرده غالبا إلى قلة الخبرة في التعامل مع هذا النوع من الأورام في معظم المحافظات وخاصة إذا كان هناك حاجة لإجراء تجريف عنق مرافق .

أما بالنسبة للعوامل المؤهبة كالتدخين والكحول ووجود آفات سابقة مثل التهاب الشفة الضيائي عند المرضى المصابين بالسرطانة شائكة الخلايا في الشفة فكانت كما هي موضحة في الجدول (٢-٧) :

	الشفة السفلية	النسبة	الشفة العلوية	النسبة
مدخن	٨٧	%٨١,٣	١١	%٦٤,٧
كحولي	١٣	%١٢,١	٢	%١١,٧
التهاب شفة ضيائي	٤٧	%٤٣,٩	٠	%٠

نلاحظ من الجدول السابق بأن نسبة المدخنين كانت عالية عند المرضى المصابين بالسرطانة شائكة الخلايا في الشفة السفلية ، والعلوية على التوالي وباستعمال اختبار T أحادي الذيل لبيان القيمة الإحصائية للنسبة السابقة نلاحظ أنها تساوي ٠,٠٠٠٠١ بالنسبة لأورام الشفة السفلية مما يعطي أهمية إحصائية بينما كانت ٠,١١١ بالنسبة لأورام الشفة العلوية أي عديمة القيمة الإحصائية .

وبحساب p value بالنسبة إلى وجود التهاب الشفة الضيائي نلاحظ أنها تساوي ٠,٤٠ وقد يكون مرد ذلك إلى تجاهل أغلب المرضى للشكايات غير الوصفية مثل جفاف أو تشقق الشفتين والتي تعتبر أهم أعراض التهاب الشفتين الضيائي .

أما بالنسبة إلى مهنة المرضى فكانت كما هي موضحة في الجدول (٢-٨) :

المهنة	عدد المصابين	النسبة المئوية
عامل	٢٣	%١٨,٦
موظف	١٢	%٩,٧
مزارع	٥٢	%٤١.٩
راع	٣٧	%٢٩.٨

نلاحظ من الجدول أن أعلى نسبة للإصابة كانت عند أصحاب المهن التي تتضمن تعرض للشمس بنسبة كبيرة تقريبا حوالي ٧١,٧% مما يعطي تصورا حول دور أشعة الشمس كعامل مؤهب للإصابة وبحساب p value وجدنا أنها أقل من ٠,٠٠٠٠١ مما يدل على أهمية إحصائية حول مهنة المرضى والتي لها علاقة بالتعرض للشمس .

كان التوزع حسب الفترة الفاصلة بين الشكاية وطلب الاستشارة الطبية كما في الجدول(٢–٩) :

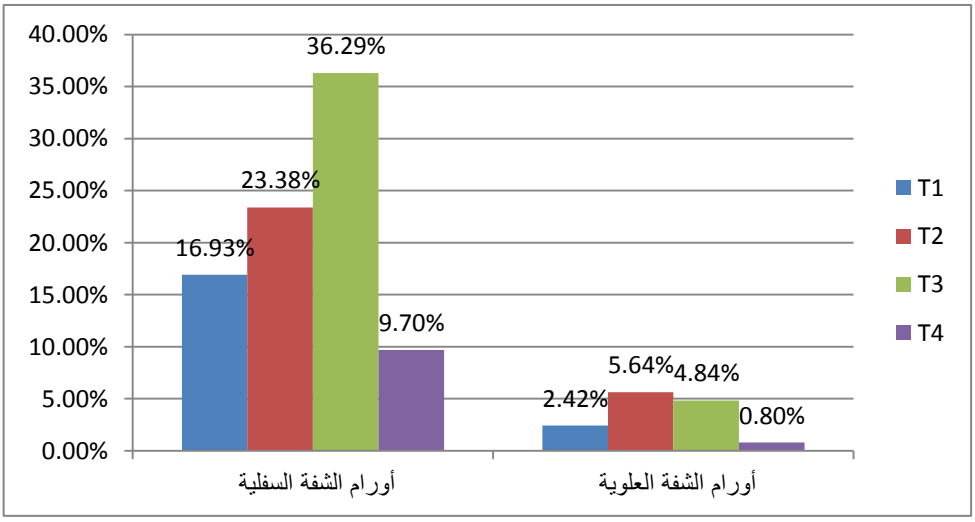
الفترة الفاصلة	أقل من سنة			أكثر من سنة	
	٠-٤ شهور	٤-٨ شهور	٨-١٢ شهر	١-٣ سنة	٣-٥ سنة
مرضى أورام الشفة السفلية	١١	٢٣	٥٢	١٢	٩
النسبة المئوية	%١٠,٢٩	%٢١,٤٩	%٤٨,٦٠	%١١,٢١	%٨,٤١
مرضى أورام الشفة العلوية	١	٣	٧	٤	٢
النسبة المئوية	%٥,٨٨	%١٧,٦٥	%٤١,١٧	%٢٣,٥٤	%١١,٧٦

نلاحظ من الجدول السابق أن أغلب المرضى راجعوا خلال الثلث الأخير من العام الأول لظهور الورم البدئي أي حوالي ٤٨,٦٠ % بالنسبة لأورام الشفة السفلية ، و٤١,١٧% من مجموع أورام الشفة العلوية .

وكان التوزع حسب حجم الورم T كما في الجدول (٢-١٠) :

حجم الورم	عدد الحالات في الشفة السفلية	عدد الحالات في الشفة العلوية	النسبة المئوية
T1 (الورم أقل من ٢ سم)	٢١	٣	%١٩,٣٦
T2 (الورم مابين ٢-٤سم)	٢٩	٧	%٢٩,٠٤
T3 الورم أكبر من ٤سم	٤٥	٦	%٤١,١٢
T4 الورم أكبر من ٤ سم مع غزو عميق	١٢	١	%١٠,٤٨

ويوضح المخطط التالي (٢-١١) توزع الأورام وذلك حسب حجم الورم :

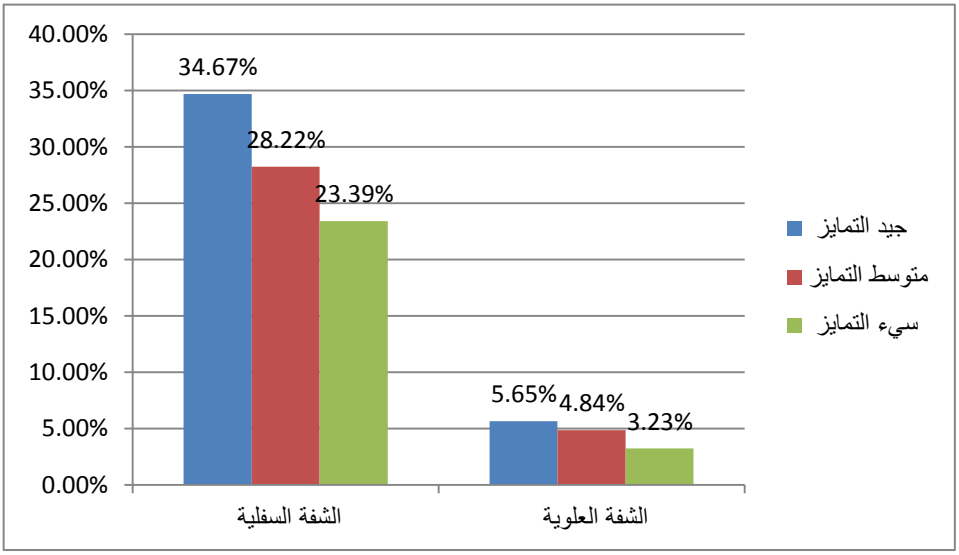


نلاحظ مما سبق أن أغلب الحالات كانت من الدرجة الثالثة T3 وهذا يعود إلى أن أغلب مرضى أورام الشفة المعالجين في الشعبة الأذنية في مشفى المواساة والبيروني تحول بالمراحل المتأخرة أو عند الحاجة لإجراء تجريف عنق بينما المراحل الباكرة غالبا ما يتم تدبيرها في مشفى الجلدية أو من قبل طبيب جراحة عام ، أو أن بعض المرضى يتأخر عن المعالجة نتيجة للمقاربة الخاطئة .

كما تم تصنيف الأورام بناء على الدرجة النسيجية كما هو موضح في الجدول (٢-١٢):

درجة الورم	الشفة السفلية	الشفة العلوية	النسبة المئوية
جيد التمايز	٤٣	٧	%٤٠,٣٢
متوسط التمايز	٣٥	٦	% ٣٣,٠٧
قليل التمايز	٢٩	٤	%٢٦,٦١

ويبين المخطط التالي (٢-١٣) النسبة المئوية لكل درجة من السرطانة شائكة الخلايا وذلك بالنسبة لأورام الشفة السفلية والعلوية :



وكانت نسبة التظاهر العقدي كتظاهر بدئي مرافق للورم الأصلي ٣٦ مريضا (٣٢ مريض ورم شفة سفلية ، ٤ مع ورم في الشفة العلوية) وقد توزع المرضى بالنسبة إلى حجم الورم كما في الجدول (٢-١٤) :

	حجم الورم	التظاهر العقدي			
		N1	N2a	N2b	N2c	N3
ورم في الشفة السفلية	T1 (٢١مريض)	-	-	-	-	-
	T2(٢٩ مريض)	٣	-	-	-	-
	T3 (٤٥مريض)	١٧	٣	٢	-	-
	T4(١٢مريض)	٤	١	٢	-	-
ورم في الشفة العلوية	T1(٣ مريض)	-	-	-	-	-
	T2(٧ مرضى)	١	-	-	-	-
	T3(٦ مرضى)	٢	-	-	-	-
	T4 (١ مرضى)	-	-	١	-	-

وباستخدام اختبار فيشر في حال كانت لدينا إحدى مجموعات المقارنة أقل من ٥ وكاي مربع في خلاف ذلك لتحديد الأهمية الإحصائية لعلاقة التظاهر العقدي البدئي مع حجم الورم وذلك بحساب قيمة p عند المقارنة بين مجموعتين هما التظاهر العقدي عند كل مجموعة فرعية ابتداء من T2 والتظاهر العقدي عند باقي أفراد المجموعة بالنسبة لأورام الشفة السفلية والعلوية كل على حدة نجد ما يلي :

P value =0.008 بالنسبة ل T2=3 وهذا مهم إحصائيا بالنسبة لعدد أفراد مجموعة T2 لأورام الشفة السفلية .

P value = 1 بالنسبة ل T2=1 بمجموعة أورام الشفة العلوية أي أنه غير هام إحصائيا .

P value =0.00025 بالنسبة ل T3=22 في مجموعة أورام الشفة السفلية وذلك باستعمال اختبار كاي مربع لأن عدد أفراد المجموعة أكبر من ٥

P value = 0.58 بالنسبة ل T3=2 في مجموعة أورام الشفة العلوية

P value =0.022 بالنسبة ل T4=7 في مجموعة أورام الشفة السفلى أي أنه هام إحصائيا

P value = 0.23 بالنسبة ل T4=1 في مجموعة أورام الشفة العلوية أي أنه غير هام إحصائيا .

ويوضح الجدول التالي (٢-١٥) قيم p value بالنسبة للمجموعات السابقة :

	الورم في الشفة السفلية			الورم في الشفة العلوية		
	T2	T3	T4	T2	T3	T4
P value	٠,٠٠٨	٠,٠٠٠٢٥	٠,٠٢٢	١	٠,٥٨	٠,٢٣

نلاحظ من الجدول السابق بأن التظاهر العقدي البدئي كان ذو أهمية إحصائية بالنسبة لمرضى أورام الشفة السفلية لحجم الورم (T2-T4) وخاصة الأورام التي يبلغ حجمها ٤ سم أو أكثر ، وهذا يعني ضرورة إجراء تجريف عنق انتقائي لهؤلاء المرضى في حال سلبية العقد ، بينما بالنسبة لمرضى أورام الشفة العلوية ، لم نحصل على نتيجة إحصائية هامة ، وهذا مرده غالبا إلى صغر حجم العينة المدروسة ، بسبب قلة شيوع هذا النوع من الأورام في الشفة العلوية التي تعد السرطانة القاعدية أشيع سرطاناتها .

أما بالنسبة إلى مكان العقد فقد كان توزع العقد موضحا في الجدول التالي (٢-١٦) :

	تحت الذقن	تحت الفك	وداجية علوية
ورم في الشفة السفلية	٢٢	١٥	٢
ورم في الشفة العلوية	-	٣	١

كما كان توزع مرضى التظاهر العقدي بالنسبة إلى الدرجة النسيجية للورم موزعا حسب الجدول (٢-١٧) :

	درجة الورم	التظاهر العقدي			
		N1	N2a	N2b	N2c	N3
الورم في الشفة السفلية	جيد التمايز	-	-	-	-	-
	متوسط التمايز	٩	-	٣	-	-
	سيء التمايز	١٥	١	٤	-	-
الورم في الشفة العلوية	جيد التمايز	-	-	-	-	-
	متوسط التمايز	١	-	١	-	-
	سيء التمايز	٢	-	-	-	-

بحساب قيمة p value باستعمال اختبار كاي مربع نجد أنها تساوي ٠,٤٩ بالنسبة إلى النوع متوسط التمايز بينما كانت صفر لسيء التمايز أي هام إحصائيا فقط بالنسبة للنوع سيء التمايز ، وهذا يعني أهمية إجراء تجريف عنق انتقائي في حال كان النوع النسيجي للسرطانة شائكة الخلايا من النوع سيء التمايز .

أما بالنسبة للإجراءات الجراحية المتبعة بالنسبة للمرضى فكانت كما يوضح الجدول (٢-١٨) :

الإجراء الجراحي	عدد الحالات
استئصال وترميم مباشر	٢١
عملية Karapandzic	٣٣
عملية Abbe-Estlander	١٢
عملية Bernard	١٢
Nasolabial flap	٥
تجريف فوق لامي	٤٠
تجريف جذري	٣٦
علاج داعم (شعاعي –كيماوي)	٣٤

ولقد أجري تجريف انتقائي (فوق لامي) للمرضى للأورام أكبر أو يساوي ٤ سم مع سلبية العقد المجسوسة أي حوالي ٤٠ مريض متوزعة على الشكل التالي (١١ مريض T2 ، ٢٠ مريض T3 ، ٣ مرضى T4) في الشفة السفلية ، (٣ T2 ، ٣ T3) في الشفة العلوية ، (٣ جيد التمايز ، ١٨ متوسط التمايز ، ١٣ سيء التمايز) شفة سفلية ، (١ جيد ، ٣ متوسط ، ٢ سيء التمايز في الشفة العلوية .

وكان لدينا ٢٤ مريض لديهم انتقالات مجهرية إيجابية توزعت على الشكل التالي – الجدول (٢-١٩):

	حجم الورم		الدرجة النسيجية	
النقائل المجهرية لورم في الشفة السفلية	T1			
	T2 (١١)	٦	Scc جيد التمايز(٣)	١
	T3 (٣٠)	١٢	Scc متوسط التمايز(١٨)	١٢
	T4 (٣)	٢	Scc سيء التمايز(١٣)	٧
النقائل المجهرية لورم في الشفة العلوية	T1	-		
	T2 (٣)	١	Scc جيد التمايز (١)	-
	T3 (٣)	٣	Scc متوسط التمايز(٣)	٢
	T4	-	Scc سيء التمايز (٢)	٢

نلاحظ أنه من أصل ٣٤ مريض ورم في الشفة السفلية تم إجراء تجريف له أن ٢٠ مريض كانوا إيجابيي العقد (T2:6-T3:12-T4:2) ، وكان لدينا ٤ مرضى من مرضى أورام الشفة العلوية من أصل ٦ أيضا إيجابيي العقد (T2=3,T3=3) وبحساب p value لكل منها على الترتيب :

تساوي ٠,٥ بالنسبة ل T2 (شفة سفلى) و أيضا ٠,٥٢ بالنسبة للعلوية أي غير هامة إحصائيا .

تساوي ٠,٩ بالنسبة ل T3 (شفة سفلى) و ٠,٥ بالنسبة للعلوية أي غير هامة إحصائيا

تساوي ٠,٢٧ بالنسبة ل T4 (شفة سفلى) أيضا غير هامة إحصائيا .

أما بالنسبة للدرجة النسيجية :

تساوي ٠.٣ بالنسبة لفئة متوسطة التمايز (شفة سفلية) ، و١ بالنسبة للعلوية

تساوي ٠,٠٩ بالنسبة لفئة سيئة التمايز (شفة سفلية) ، و ١ أيضا بالنسبة للعلوية أي غير هام إحصائيا .

كما كان عدد المرضى الذين تمكنا من متابعتهم حوالي ٦٢ مريضا ، كان منهم ١٦ مريض ممن تم إجراء تجريف سابق له،(١٠ مرضى تجريف فوق لامي ، ٦ تجريف عنق جذري) نكس منهم ٤ مرضى حيث تمت المتابعة من خلال الاتصال الهاتفي ، ومراجعة مشفى البيروني في حال كان هناك أي شك بتظاهر عقدي في العنق خاصة في منطقة تحت الذقن أو تحت الفك والذين كان في سوابقهم استئصال سرطانة شائكة الخلايا في إحدى الشفتين وذلك خلال فترة ما بين ٦ أشهر –سنتين من فترة الدراسة وقد تم التقييم المبدئي من خلال أخذ FNa وإثبات تشخيص السرطانة شائكة الخلايا وقد بلغ عدد المرضى حوالي ١٧ مريض من أصل ٦٢ مريض تمت متابعتهم (١٥ مريض مع سوابق إصابة في الشفة السفلية ، و٢ مرضى مع سوابق إصابة في الشفة العلوية .)

وبدراسة هؤلاء المرضى حسب حجم الورم السابق كانت لدينا النتيجة كما هي موضحة في الجدول الآتي (٢-٢٠):

	حجم الورم	التظاهر العقدي				
الورم في الشفة السفلية		N1	N2a	N2b	N2c	N3
	T1 (١٠)	١	-	-	-	-
	T2 (٢٤)	٢	١	-	-	-
	T3 (١٧)	٦	٢	-	-	-
	T4 (٥)	-	٢	١	-	-
الورم في الشفة العلوية	T1(٢)	-	-	-	-	-
	T2(٢)	١	-	-	-	-
	T3(٢)	-	١	-	-	-
	T4(٠)	-	-	-	-	-

كما كان توزع المرضى وذلك بالنسبة إلى الدرجة النسيجية للسرطانة شائكة الخلايا كما يلي الجدول (٢-٢١):

	درجة الورم	التظاهر العقدي				
الورم في الشفة السفلية		N1	N2a	N2b	N2c	N3
	Scc1 (٢٢)	١	-	-	-	-
	Scc2 (١٨)	٣	٢	-	-	-
	Scc3 (١٦)	٥	٣	١	-	-
الورم في الشفة العلوية	Scc1(٠)	-	-	-	-	-
	Scc2(٤)	١	-	-	-	-
	Scc3(٢)	-	١	-	-	-

وبحساب قيمة p value لبيان الأهمية الإحصائية للنتائج السابقة وذلك ضمن مجموعتين هما نكس أورام الشفة السفلية ، نكس أورام الشفة العلوية نلاحظ ما يلي الجدول (٢-٢٢) :

	الورم في الشفة السفلية				الورم في الشفة العلوية							
	T1	T2	T3	T4	Scc 1	Scc 2	Scc 3	T1	T2	T3	T4	Scc 1	Scc 2	Scc 3
P	٠,٤٢	٠,٧٣	٠,٢١	٠,١١	٠,١٥	١	٠,٠٠١	-	١	١	-	-	١	١

حيث استعملنا اختبار فيشر الإحصائي من أجل المجموعات التي أصغر من ٥ وذلك بالمقارنة بين نسبة التظاهر العقدي عند كل مجموعة ورمية (T2-T4) وباقي أفراد المجموعة ، وكذلك هو الحال بالنسبة إلى الدرجة الورمية .

نلاحظ من الجدول السابق بأننا حصلنا على قيمة إحصائية وحيدة مهمة هي بالنسبة للنوع النسيجي سيء التمايز في أورام الشفة السفلية ، أي ضرورة إجراء تجريف عنق انتقائي في حال سلبية العقد عندما يكون النوع النسيجي سيء التمايز .

أما بالنسبة لحجم الورم فلم نجد أهمية إحصائية ومرد ذلك غالبا أننا في المجموعة المدروسة السابقة لم يراجع معظم المرضى إلا الذين كانت لديهم قصة وصفية واضحة لنكس عقدي في العنق ، أما بقية المجموعة فراجع البعض أما البعض الآخر اعتمدنا على المعلومات الهاتفية من المريض بعدم ملاحظته وجود أي تظاهر عقدي

المناقشة :

١. كانت نسبة إصابة الذكور بالسرطانة شائكة الخلايا في الشفة إلى الإناث في دراستنا حوالي ٣ أضعاف نسبتها عند الإناث بنسبة ٧٧,٤% ، وهذا يعود لانتشار التدخين بنسبة أكبر عند الرجال بالمقارنة مع النساء الذي يلعب دورا هاما في سرطان الشفة بالإضافة إلى التعرض للشمس والذي يعتبر نسبيا أكثر عند الرجال مقارنة مع النساء حسب طبيعة المهنة .

٢. إن نسبة إصابة الشفة السفلية بالسرطانة شائكة الخلايا هي ١٠٧ مرضى من أصل ١٢٤ مريض أي حوالي ٨٦,٣% من إجمالي المرضى ، مما يعزز فرضية أنها السرطانة الأشيع في الشفة السفلية ، مقارنة مع السرطانة قاعدية الخلايا التي تعتبر أشيع في العلوية .

٣. إن ذروة حدوث السرطانة شائكة الخلايا تحدث في العقدين السادس والسابع حيث بلغ عدد المصابين ٨٥ مريض من إجمالي عدد المصابين البالغ حوالي ١٢٤ حيث كانت أورام الشفة السفلية أشيع في العقد السابع بينما كانت أورام الشفة العلوية أشيع في العقد السادس . وهذا يتوافق مع أغلب الدراسات العالمية التي تشير إلى أن أعلى ذروة حدوث تحدث خلال الفترة الزمنية المذكورة .

٤. كانت أعلى نسبة من المرضى المراجعين من دمشق وريفها بنسبة ٤٣,٩% بالنسبة لأورام الشفة السفلية ، و ٥٨,٨ % بالنسبة لمجموع مرضى أورام الشفة العلوية ، وهذا منطقي ويعود طبعا إلى العامل الجغرافي تليها محافظة الحسكة وهذا مرده غالبا إلى قلة الخبرة في التعامل مع هذا النوع من الأورام في معظم المحافظات وخاصة إذا كان هناك حاجة لإجراء تجريف عنق مرافق .

٥. كانت نسبة المدخنين عند المرضى المصابين بالسرطانة شائكة الخلايا في الشفة السفلية ٨١,٣% ، و٦٤,٧% في سرطانات الشفة العلوية وباستعمال اختبار T أحادي الذيل لبيان القيمة الإحصائية للنسب السابقة نلاحظ أنها تساوي ٠,٠٠٠٠١ بالنسبة لأورام الشفة السفلية مما يعطي أهمية إحصائية بينما كانت ٠,١١١ بالنسبة لأورام الشفة العلوية أي عديمة القيمة الإحصائية .

٦. أما بالنسبة إلى وجود التهاب الشفة الضيائي فكانت نسبته حوالي ٤٣,٩% من إجمالي مرضى أورام الشفة السفلية وبحساب قيمة p value نلاحظ أنها تساوي ٠,٤٠ أي غير هامة إحصائيا . وهذا يعود في جزء كبير إلى أن أغلب المعلومات التي جمعناها عن التهاب الشفة الضيائي كانت من تقارير التشريح المرضي ، وذلك في حال ذكر حصول سرطانة شائكة على خلفية التهاب شفة ضيائي ، وعدم توافر بيانات عن أعراض التهاب شفة ضيائي في سجلات المرضى ، أو آفات قديمة مزمنة سابقة .

٧. بينما كانت أعلى نسبة للإصابة عند أصحاب المهن التي تتضمن تعرضا للشمس بنسبة كبيرة تقريبا حوالي ٧١,٧% مما يعطي تصورا حول دور أشعة الشمس كعامل مؤهب للإصابة ويعزز احتمالية نقص البيانات المدونة بالنسبة إلى التهاب الشفتين الضيائي وبحساب p value وجدنا أنها أقل من ٠,٠٠٠٠١ مما يدل على أهمية إحصائية حول مهنة المرضى والتي لها علاقة بالتعرض للشمس ، مما يعزز دور أشعة الشمس كعامل مؤهب للإصابة .

٨. إن أغلب الحالات كانت من الدرجة الثالثة T3 وهذا يعود إلى أن أغلب مرضى أورام الشفة الذين تمت دراستهم كانوا من المرضى المعالجين في الشعبة الأذنية في مشفى المواساة والبيروني والتي يتم تحويلها بالمراحل المتأخرة أو عند الحاجة لإجراء تجريف عنق بينما المراحل الباكرة غالبا ما يراجع المرضى مشفى الجلدية أو من قبل طبيب جراحة عام ، أو تم معاملتها كمرضى خارجيين ، أو أن بعض المرضى يتأخر عن المعالجة نتيجة للمقاربة الخاطئة .

٩. أما بالنسبة للدرجة النسيجية كان أغلب المرضى من النمط جيد التمايز ، ولقد لاحظنا بأنه من العوامل حسنة الإنذار حيث كانت نسبة النكس العقدي عند هذه المجموعة نادرة .

١٠. كانت نسبة التظاهر العقدي كتظاهر بدئي مرافق للورم الأصلي ٣٦ مريضا (٣٢ مريض ورم شفة سفلية ، ٤ مع ورم في الشفة العلوية) ، وكانت (T2=3, T3=22 , T4=7) بالنسبة لمرضى أورام الشفة السفلية و ، (T4=1) T2=1 ,T3=2 وباستعمال الاختبارات الإحصائية المناسبة وجدنا أنها ذات أهمية إحصائية بالنسبة للمجموعات السابقة بالنسبة لمرضى أورام الشفة السفلية ، أي ضرورة إجراء تجريف عنق انتقائي عند هذه المجموعات حتى في حال سلبية العقد . بينما لم تحمل أهمية إحصائية بالنسبة لأورام الشفة العلوية وهذا يعود غالبا إلى صغر حجم العينة المدروسة .

١١. أما بالنسبة لدرجة الورم فقد كانت الدرجة سيئة التمايز هي التي تحمل أهمية إحصائية بالنسبة لأورام الشفة السفلية ، أي ضرورة إجراء تجريف عنق انتقائي في حال كانت نوع السرطانة شائكة الخلايا من النمط سيء التمايز .

١٢. بالنسبة لمجموعة التجريف الانتقائي ٤٠ مريض لم نلاحظ أي فرق إحصائي بالنسبة لحجم الورم ، أو الدرجة النسيجية ،ومرد ذلك غالبا إلى صغر حجم العينات الفرعية ضمن مجموعة التجريف

١٣. كذلك لم نجد فرق إحصائي هام بالنسبة لمجموعة النكس العقدي إلا بالنسبة لمحموعة المرضى من الدرجة النسيجية سيئة التمايز ، مما يدل على ضرورة إجراء تجريف عنق انتقائي عند هؤلاء المرضى بغض النظر عن الدرجة النسيجية ، أما بالنسبة إلى حجم الورم فنحن بحاجة لدراسة أوسع وفترة متابعة أكبر ، خاصة وإن أغلب مرضى مجموعة الشاهد كانت تعتمد على شكوى وملاحظات المرضى الذين تمكنا من التواصل معهم لإهمال قسم كبير من المرضى للمتابعة حاليا ، بالإضافة إلى صعوبات التنقل في الظروف الحالية .

مقارنة مع الدراسات العالمية : تمت المقارنة مع الدراسات الأربعة التالية :

- **دراسة برازيلية وهي بعنوان :**

Neck dissection in the treatment of squamous cell carcinoma of the lip

Ali AmarI, II; Sergio A. FranziI; Otávio A. CurioniI; Abrão RapoportI; Onivaldo CervantesII

IDepartment of Head and Neck Surgery and Otorhinolaryngology, Hospital Heliópolis, Hosphel, Sao Paulo

IIDiscipline of Head and Neck Surgery, Escola Paulista de Medicina UNIFESP, Sao Paulo

- **دراسة عراقية وهي بعنوان :**

Surgical Treatment of Squamous Cell Carcinoma (SCC) of the Lip In Northern Iraq

- **دراسة كرواتية وهي بعنوان :**

Treatment of Squamous Cell Carcinoma of the Lip

Emil Dediol, Ivica Luk{i} and Mi{o Virag

Department of Maxillofacial Surgery, University Hospital »Dubrava«, Zagreb, Croatia

- **دراسة تركية وهي بعنوان :**

Squamous Cell Carcinoma of the Lower Lip and Supra-Omohyoid Neck dissection

A. Kutluhan*, M. Kiris¸*, Z. Kaya*, E. Kisli**, V. Yurttas¸*, M. Içli*, M. Kösem
Yüzüncü Yıl University Medical Faculty, Department of Otorhinolaringology*, General ،***Surgery** and Pathology
Van, Turkey

وكانت نتائج الدراسات مقارنة مع دراستنا موضحة كما في الجدول (٢-٢٣) :

نقاط المقارنة	دراستنا	الدراسة البرازيلية	العراقية	الكرواتية	التركية
أعوام الدراسة	٢٠٠٩-٢٠١٤	١٩٩٠-٢٠٠١	١٩٩٨-٢٠٠٨	١٩٩٠-٢٠٠٧	١٩٩٤-٢٠٠٠
عدد المرضى	١٢٤	٧٨	٦٦	٣٥٧	٣١
توزع الإصابة	١٠٧ شفة سفلية ١٧ شفة علوية	٧٥ ورم شفة سفلية ٣ ورم شفة علوية	٦١ ورم شفة سفلية ٥ ورم شفة علوية	٣٥٧ ورم شفة سفلية	٣١ ورم شفة سفلية
التوزع الجنسي	٧٧,٤ % رجال	٧٩,٤٨% رجال	٧٧,٣%رجال	٧٩% رجال	٨٠,٦ % رجال
التوزع العمري	العقد السابع	العقد السادس	العقد السابع	العقد السادس	العقد السادس
تاريخ المراجعة الوسطي	سنة	سنة (١-٨٤شهر)	١٦,١ شهر	٩ أشهر	١٨ شهرا
توزع المرضى حسب درجة الورم	T1 21 T1 3 T2 29 T2 7 T3 45 T3 6 T4 12 T4 1	T1 40 T2 23 T3 10 T4 5	T1 35 T2 10 T3 9 T4 2	T1 184 T2 103 T3 54 T4 16	T1 19 T2 7 T3 1 T4 4
مرضى التجريف البدئي	٣٦ مريض جذري معدل(٢٩,٠٣%) + ٤٠ مريض انتقائي (٣٢,٢٥%)	١٨ مريض ٢٣% (٥ جذري معدل ٦,٤% ١٣ فوق لامي ١٦,٦٦%)	١٣ مريض (١٩.٧%) ، ٤ جذري معدل ، ٩ فوق لامي	٥٣ مريض ١٤,٨%جذري بسبب وجود N+	٢٠ مريض (١١ انتقائي ٣٥,٤٨% ، ٩ جذري ٢٩%)
العقد المصابة	١٠٠% المستوى 1 ، ٣٣ مريض المستويات (1,2,3) ، ٦ مرضى (1,2,3,4)	١٠٠% المستوى 1 ١٠ مرضى المستويات (1,2,3) ٢ مريض 1,2,3,4	المستوى الأول ٤ جذري المستويات 1,2,3	١٠٠%المستوى ١ ، ٢٩ مريض المستويات 1,2,3 ٤ مرضى 1.2.3.4	الانتقائي (١ مريض لديه نقائل للمستوى الأول) ٦جذري 1,2,3
مدة المتابعة	١٤ شهرا	١٧ شهرا	١٦ شهرا	٢ سنة	٢,٤ سنة
مرضى التجريف اللاحق	١٧ مريض جذري معدل	١٨(٨ تجريف علاجي بسبب العقد ١٠ انتخابي) النتائج :٨/٤ + ١٠/٦ +	١٦ مريض (٢٤.٢%)	١٤ مريض بسبب وجود نكس عقدي	٤ مرضى ١٢,٩%

العقد المصابة	١٠٠% المستوى ١ ، ٤ مريض 1,2,3 ٢ مريض 1,3,4	١٠٠% المستوى 1 ١ مريض 1,2,4 ١ مريض 1,3	١٠٠%المستوى الأول 6 مريض 1,2,3	١٠٠%المستوى ١	١٠٠% المستوى ١

من الجدول نلاحظ **نقاط التوافق** مع دراستي :

- كانت في رجحان نسبة السرطانة شائكة الخلايا في الشفة السفلية مقارنة مع السرطانة شائكة الخلايا في الشفة العلوية وخاصة في الدراستين البرازيلية والعراقية ، وهذا يعود إلى أن أشيع سرطانات الشفة العلوية هي السرطانة قاعدية الخلايا على عكس الشفة السفلية .
- رجحان نسبة إصابة الذكور إلى الإناث في دراستي وفي الدراسات الاربعة السابقة وهذا يعود إلى أن انتشار التدخين عند الرجال والذي يعتبر من العوامل المؤهبة عند الرجال أكثر منه عند النساء كما أن طبيعة عمل الرجل التي تتضمن تعرضا للشمس بنسبة أكبر من النساء يفسر ذلك .
- كان أشيع فترة زمنية للإصابة في دراستنا هي العقد السابع وهي تتوافق مع الدراسة العراقية .
- أشيع مناطق الإصابة كانت هي في المستوى الأول في دراستنا وفي جميع الدراسات الأخرى ، وذلك لأن النزح اللمفي لمنطقة الشفة هو إلى العقد تحت الذقن بشكل رئيسي يليها عقد تحت الفك .
- كانت فترة المراجعة البدئية لأغلب مرضانا هي سنة في دراستنا ، وفي الدراسة البرازيلية ، وهذا يدل على تأخر معظم المرضى للمقاربة الطبية واستعمال العلاجات المحافظة .
- كما كانت أشيع مناطق النكس هي في المستوى الأول ، وهذا يفسر أهمية إجراء تجريف انتقائي لهذا المستوى وذلك عند وجود عوامل خطورة لانتقال الورم مثل حجم الورم أكبر من ٣ سم ، أو الدرجة النسيجية سيئة التمايز ، أو القرب من الصوار ، أو حتى في حال عدم رفض المريض لهذا الإجراء الوقائي .

أما نقاط الاختلاف :

- كانت أغلب الدراسات السابقة تمتد على مرحلة زمنية طويلة ١٠ سنوات أو أكثر ، وهذا يدل على أن حالات سرطان الشفة قليلة بالمقارنة مع الخباثات الأخرى ، بالرغم من أنه أشيع خباثات جوف الفم
وأيضا في دراستنا كانت العينة مأخوذة من عدة مشافي جامعية حتى حصلنا على هذا العدد المقبول من المرضى .
- نلاحظ أن أغلب المرضى في باقي الدراسات كانت من الدرجة الباكرة أي T1 بينما كانت في دراستنا من النمط T3 وهذا يعود إلى أن معظم مرضانا يتأخرون في المراجعة الطبية في المراحل الباكرة أو نتيجة سوء التشخيص والعلاج في المراحل الباكرة ، كما أن العينة المأخوذة كانت بشكل رئيسي من المرضى المراجعين لمشفى البيروني ، وبشكل أقل من الشعبة الأذنية في مشفى المواساة والجلدية .

- كان هناك تفاوت واضح بالنسبة إلى عدد ونسبة المرضى الذين خضعوا لتجريف بدئي أو لاحق بين دراستنا والدراسات الأخرى ، وهذا يعود مثل ما ذكرنا إلى أن معظم مرضانا كانت من مجموعة الأورام ذات التصنيف T3-T4 وإن نسبة العقد كتظاهر بدئي أو ناكس هي أعلى عند هؤلاء المرضى مقارنة مع الدرجات الأقل ، بالإضافة إلى أن هناك اختلاف حيث أننا نقوم بإجراء التجريف الانتقائي فقط عند هذه المجموعة من المرضى ، وأننا لا نقوم بتجريف انتقائي في الأورام T1-T2 على عكس الدراسات السابقة .
- كانت فترة المتابعة في دراستنا مابين ٦ أشهر –سنتين وسطيا ١٤ شهر وهي قريبة نوعا ما من فترة المتابعة في معظم الدراسات السابقة .

الخلاصة :

١. يعتبر سرطان الشفة من السرطانات المهمة في منطقة الرأس والعنق رغم قلة توارده مقارنة بالسرطانات الأخرى ، وتكمن أهميته في قابليته للشفاء في حال التداخل الباكر والمقاربة الصحيحة ، بنسبة مشابهة لشفاء السرطانات الجلدية ، بينما يصبح الإنذار أسوء كلما تقدمت درجة الورم ، وفي حال حصول التظاهر العقدي ، .

٢. لاحظنا أن سرطان الشفة أشيع عند الذكور ، وهذا عائد إلى انتشار التدخين بنسبة أكبر عند الرجال ، والتعرض للشمس أيضا بحكم المهنة .

٣. كانت السرطانة شائكة الخلايا هي المسيطرة في منطقة الشفة السفلية ، بينما كانت نسبتها جدا قليلة في العلوية ، وهذا متوافق مع كل الدراسات العالمية ، حيث أن ٩٠% من سرطانات الشفة السفلية هي Scc .

٤. أشيع عقد للإصابة كان في العقد السابع ، وهذا متوافق مع أغلب الدراسات العالمية .

٥. يتناسب التظاهر العقدي طردا مع زيادة حجم الورم وقد لاحظنا أن أغلب التظاهرات البدئية كانت تعود للأورام ذات الحجم ٣ سم أو أكثر ، وكذلك الدرجة الورمية سيئة التمايز .

٦. لاحظنا أن النكس كان بنسبة أكبر عند المرضى ذوي الدرجات النسيجية العالية ، أ و بحجم أكبر من ٣ سم أي درجة T2 أو أكثر .

٧. إن أشيع أماكن الانتقال كانت إلى المستوى الأول ، وهذا طبيعي لأن المحطة الرئيسية والأولى لمنطقة الشفة بنزحها اللمفي هي المستوى الأول .

التوصيات :

- ضرورة إجراء تنسيق واسع بين أطباء الجلدية ، والجراحة التجميلية ، والأذنية ، والتشريح المرضي في تدبير هذا النوع من الأورام ، خاصة وأن معظم المرضى يراجعون مشفى الجلدية وفي أغلب الحالات الباكرة يتم إجراء الاستئصال البدئي في مشفى الجلدية ويتخرج المريض كمريض خارجي دون أن يكون هناك سجل للمتابعة ، وفي الحالات المتقدمة أكثر يتم التحويل إلى قسم التجميل لإجراء الاستئصال والترميم دون تقييم العنق .

- ضرورة إخبار المريض في حال تشخيص السرطانة شائكة الخلايا في الشفة على أهمية المتابعة خاصة خلال السنتين التاليتين للجراحة البدئية ، وخاصة في حال ملاحظة أي انتباج في العنق في المستوى الأول ، أو أي مستوى آخر .

- كانت دراستنا من النمط الوصفي ، حيث اعتمدت الدراسة على المرضى الذين أجري لهم تجريف عنق إما بسبب تظاهر بدئي ، أو تجريف انتقائي فقط للأورام من التصنيف T3-T4 ، أما الأورام ذات المرحلة الأقل T1-T2 لا يجرى لهم تجريف انتقائي بشكل روتيني ، وأغلب مرضى هذه الدرجات لا تراجع الشعبة الأذنية ، لذلك يجب التنسيق مع باقي الأقسام الأخرى خاصة الجلدية والتجميل لأن هناك حالات من الدرجات السابقة خاصة T2-T3 يتم التعامل معها على مبدأ الاستئصال والترميم دون التقييم الجيد للعنق ولا يراجع المريض في فترات لاحقة إلا في حال حصول نكس واضح في العنق مما يسيء للإنذار والبقيا عند هؤلاء المرضى .

- ويعتبر إجراء فحص دوري منتظم لمن لديهم عوامل خطورة للإصابة بسرطان الشفة الشائك ضروريا (كالتعرض المديد للشمس والتدخين) وخاصة أن هناك ترافق هام بين التهاب الشفة الضيائي والسرطانة الشائكة ، والتي أثبتها تقارير التشريح المرضي .

- ضرورة تقييم إصابة الصوار و التي تعتبر من العوامل التي تزيد من احتمالية انتقال السرطانة الشائكة إلى العنق ، والتي لم تذكر بشكل واضح بالرجوع إلى المشاهدات لذلك لم نتمكن من دراسة هذا العامل كعامل خطورة .

- لاحظنا أن أشيع أماكن النقائل العقدية كانت إلى المستوى الأول عند جميع المرضى في حال النكس ،أو التظاهر البدئي لذلك ننصح بإجراء تجريف لهذا المستوى حتى في حال سلبية العقد ، وخاصة عند المرضى ذوي التصنيف T2 ، حيث أن نسبة النقائل تزداد بشكل كبير عندما يتجاوز حجم الورم ٣ سم .

قائمة المراجع :

1. Anthony Graham, Jo Richardson Developmental and evolutionary origins of the pharyngeal apparatus. Evodevo: 2012, 3(1);24 PMID: 23020903 | Evodevo.
2. Jared Coffin Talbot, Stephen L Johnson, Charles B Kimmel hand2 and Dlx genes specify dorsal, intermediate and ventral domains within zebrafish pharyngeal arches. Development: 2010, 137(15);2507-17 PMID: 20573696
3. Simon D Bamforth, Bill Chaudhry, Michael Bennett, Robert Wilson, Timothy J Mohun, Lodewyk H S Van Mierop, Deborah J Henderson, Robert H Anderson Clarification of the identity of the mammalian fifth pharyngeal arch artery. Clin Anat: 2013, 26(2);173-82 PMID: 22623372
4. Silvia Foppiano, Diane Hu, Ralph S Marcucio Signaling by bone morphogenetic proteins directs formation of an ectodermal signaling center that regulates craniofacial development. Dev. Biol.: 2007, 312(1);103-14 PMID: 18028903
5. Bailey BJ. Head and Neck Surgery-Otolaryngology. 2nd ed. Philadelphia, Pa: Lippincott- Raven; 1998:1510.
6. Joshi D, Bhatia D. Cross-correlation evaluated muscle co-ordination for speech production. J Med Eng Technol. Oct 17 2013;[Medline].
7. Penn JW, James A, Khatib M, Ahmed U, Bella H, Clarke A, et al. Development and validation of a computerized model of smiling: Modeling the percentage movement required for perception of smiling in unilateral facial nerve palsy. J Plast Reconstr Aesthet Surg. Mar 2013;66(3):345-51. [Medline].
8. Rohrich RJ, Pessa JE. The anatomy and clinical implications of perioral submuscular fat. Plast Reconstr Surg. Jul 2009;124(1):266-71. [Medline].
9. Whetzel TP, Mathes SJ. Arterial anatomy of the face: an analysis of vascular territories and perforating cutaneous vessels. Plast Reconstr Surg. Apr 1992;89(4):591-603; discussion 604-5. [Medline].
10. Pinar YA, Bilge O, Govsa F. Anatomic study of the blood supply of perioral region. Clin Anat. Jul 2005;18(5):330-9. [Medline].
11. Skandalakis JE, Skandalakis PN, Skandalakis LJ. Surgical Anatomy and Technique: A Pocket Manual. New York, NY: Springer-Verlag;1995: 21.
12. Dingman RO, Grabb WC. Surgical anatomy of the mandibular ramus of the facial nerve based on the dissection of 100 facial halves. Plast Reconstr Surg. 1962;29:266-272.

13. Nelson DW, Gingrass RP. Anatomy of the mandibular branches of the facial nerve. Plast Reconstr Surg. Oct 1979;64(4):479-82. [Medline].
14. Alfen NV, Gilhuis HJ, Keijzers JP, Pillen S, Van Dijk JP. Quantitative facial muscle ultrasound: Feasibility and reproducibility. Muscle Nerve. Sep 2013;48(3):375-80. [Medline].
15. Agur AMR. Grants atlas of anatomy, 9th edn. Williams and Wilkins, 1991.
16. Kauman PM, 500 KC. Motor innervation of the trapezius muscle: a histochemical study. Head and Neck. 1996; 18: 254-8.
17. Last RJ. Anatomy regional and applied, 8th edn. Edinburgh:Churchill Livingstone, 1990.
18. Lindburg R. Distribution of cervical lymph node metastasesfrom squamous cell carcinoma of the upper respiratory and digestive tracts. Cancer. 1972; 29:

1446-9.

19. Robbins KT. Classification of neck dissection, current concepts and future considerations. Otolaryngologic Clinics of North America. 1998; 31: 639-55.
20. Shah JP. Patterns of lymph node metastases from squamous carcinomas of the upper aerodigestive tract. American Journal of Surgery. 1990; 160: 405-9.
21. Watkinson JC, Gaze MN, Wilson JA. Metastatic neck disease. In: Watkinson JC, Gaze MN, Wilson JA (eds). Stell and Maran's head and neck surgery, 4th edn. London: Arnold, 2000.
22. Watkinson JC, Gaze MN, Wilson JA. Tumours of the thyroid and parathyroid glands. In: Watkinson JC, Gaze MN, Wilson JA (eds). Stell and Maran's head and neck surgery, 4th edn. London: Arnold, 2000.
23. Williams PL, Warwick R. Gray's anatomy, 36th edn. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1985
24. Shah JP, Strong E, Spiro RH, et al: Surgical grand rounds. Neck dissection: current
25. Jesse RH, Ballantyne AJ, Larson D: Radical or modified neck dissection: a therapeutic dilemma. Am J Surg 1978; 136:516-519.
21.. In: Robbins KT, Robbins KT, ed. Pocket Guide to Neck Dissection Classification

and TNM Staging of Head and Neck Cancer, Virginia: American Academy of Otolaryngology, Alexandria; 2001.
26. 22.. Robbins KT, Clayman G, Levine PA, et al: Neck dissection classification update:
revisions proposed by the American Head and Neck Society and the American
27. Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Arch Otolaryngol Head Neck
Surg 2002; 128:751-758
28. Bolognia, Jean L., ed. Dermatology, pp.1235-1241. New York: Mosby, 2003.
29. Freedberg, Irwin M., ed. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 6th ed, pp.1252. New York: McGraw-Hill, 2003
30. Cancer Facts & Figures 2009. In: Society AC, ed. Atlanta; 2009..
31. Young JL, Jr., Percy CL, Asire AJ, et al. Cancer incidence and mortality in the United States, 1973-77. Natl Cancer Inst Monogr 1981:1-187.
32. Abreu L, Kruger E, Tennant M. Lip cancer in Western Australia, 1982-2006: a 25-year retrospective epidemiological study. Aust Dent J 2009; 54:130-5.
33. Molnar L, Ronay P, Tapolcsanyi L. Carcinoma of the lip. Analysis of the material of 25 years. Oncology 1974; 29:101-21.
34. Veness M. Lip cancer: important management issues. Australas J Dermatol 2001; 42:30-2.
35. Mohs FE, Snow SN. Microscopically controlled surgical treatment for squamous cell carcinoma of the lower lip. Surg Gynecol Obstet 1985; 160:37-41.
36. Zitsch RP, 3rd, Park CW, Renner GJ, Rea JL. Outcome analysis for lip carcinoma. Otolaryngol Head Neck Surg 1995; 113:589-96.
37. Grulich AE, van Leeuwen MT, Falster MO, Vajdic CM. Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: a meta-analysis. Lancet 2007; 370:59-67.
38. Holmkvist KA, Roenigk RK. Squamous cell carcinoma of the lip treated with Mohs micrographic surgery: outcome at 5 years. J Am Acad Dermatol 1998; 38:960-6.
39. Pogoda JM, Preston-Martin S. Solar radiation, lip protection, and lip cancer risk in Los Angeles County women (California, United States). Cancer Causes Control 1996; 7:458-63.

40. Busick TL, Uchida T, Wagner RF, Jr. Preventing ultraviolet light lip injury: beachgoer awareness about lip cancer risk factors and lip protection behavior. Dermatol Surg 2005; 31:173-6.
41. Maier H, Schauberger G, Brunnhofer K, Honigsmann H. Assessment of thickness of photoprotective lipsticks and frequency of reapplication: results from a laboratory test and a field experiment. Br J Dermatol 2003; 148:763-9.
42. Maier H, Schauberger G, Martincigh BS, Brunnhofer K, Honigsmann H. Ultraviolet protective performance of photoprotective lipsticks: change of spectral transmittance because of ultraviolet exposure. Photodermatol Photoimmunol Photomed 2005; 21:84-92
43. . Mazzola RF, Lupo G: Evolving concepts in lip reconstruction. *Clin Plast Surg* 11:583,1984.
44 . Zide BM: Deformities of the lips and cheeks. In McCarthy JG (ed) *Plastic Surgery*, vol 3, Philadelphia, W.B. Saunders, 1990.
45 . Park C, Lineaweavere WC, Buncke HJ: New perioral arterial flaps: anatomic study and clinical application. *Plast Reconstr Surg* 94:268, 1994.
46 . Kriet JD, Cupp CL, Sherris DA, Murakami CS: The extended Abbe flap. *Laryngoscope* 105:988, 1995.
47 . Karapandzic M: Reconstruction of lip defects by local arterial flaps. *Br J Plast Surg* 27:93, 1974.
48 . Jabaley ME, Clement RL, Orcutt TW: Muocutaneous flaps in lip reconstruction: application of the Karapandzic principle. *Plast Reconstr Surg* 59:680, 1977.
49 . Reid DAC: A mucosal cross-lip flap. *Br J Plast Surg* 9:106, 1956.
50 . McGregor IA: The tongue flap in lip surgery. *Br J Plast Surg* 19: 253, 1966.
51 . Bakamjian V: Use of tongue flaps in lower lip reconstruction. *Br J Plast Surg* 17:76, 1964.
52 . Goldstein MH: A tissue-expanding vermilion myocutaneous flap for lip repair. *Plast Reconstr Surg* 73:768, 1984.
53 . von Burow CA: *Beschreibung einer Neuen Transplantations-Methode (Method der Seitlichen Dreiecke) sum Wiederersatz Verlorengegangener Teile des Gesichts*, Berlin, Nauck, 1855.
54 . Szlazak J: The application of a Burow triangular flap in reconstruction of the lower lip. *Br J Plast Surg* 11:128-133, 1958.

55 American College of Radiology and the Radiological Society of North America. . Accessed at www.radiologyinfo.org/en/info.cfm?pg=thera-brain&bhcp=1 on November 20, 2013

56 . American College of Radiology and the Radiological Society of North America. Brachytherapy. Accessed at www.radiologyinfo.org/en/info.cfm?pg=brachy1 on November 20, 2013.

57 American College of Radiology and the Radiological Society of North America. External Beam Therapy (EBT). Accessed at www.radiologyinfo.org/en/info.cfm?pg=ebt on November 20, 2013.

58 Ojiri H, Mendenhall WM, Stringer SP, Johnson PL,Mancuso AA. Post-RT CT results as a predictive model for the necessity of planned post-RT neck dissection in patients with cervical metastatic disease from squamous cell carcinoma. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2002; 52:420–428.

59 2. Mukherji SK, O'Brien SM, Gerstle RJ, et al. The ability of tumor volume to predict local control in surgically treated squamous cell carcinoma of the lip cancer . Head and Neck 2000;22:282–287.

.