

العلاج الجراحي لسرطانات الوجه والرأس وجراحتها التجميلية

الدكتور مروان الناطور

أخصائي أنف أذن حنجرة

الأفات قبيل السرطانية للجلد:

التقرن الضيائي:

ويسمى أيضاً التقرن الشمسي ويكثر حدوثه عند الذين يتعرضون لأشعة الشمس بكثرة ، وتحدث الأفات عادة بشكل متعدد وعند نفس الشخص في الأماكن المكشوفة والمعرضة للشمس ، والأفات عادة سطوح منبسطة لونها يتراوح بين الزهري والبيني القاتم ، وهي عبارة عن تقرنات مفرطة النمو تتوافق أحياناً بعقيدات مع ثخانة واضحة في البشرة هناك نموذج خاص منها يصيب الجزء الأحمر (vermilion) للشفة السفلى ويسمى التهاب الشفة الضيائي ، هناك نسبة أقل من ٠.١ % يتحول إلى الكارسينوما الشائكة الخلايا.

المعالجة:

الكي بالأزوت السائل

الكي بالتبريد ويمكن للأفات الصغيرة أن تعالج بالتجريف الجراحي وعندما تكون الأفات عديدة فإنها يمكن أن تعالج بـ ٥ فلوريوراسيل كريم لمدة (٣-٤ أسابيع)

الكارسينوما قاعدية الخلايا:

وهي الأشيع في سرطانات الجلد الخارجي للوجه وهي تحدث عادة عند الكهول الذين يتعرضون بكثرة لأشعة الشمس وهو أكثر ما يصيب العرق الأبيض ونادر عند الزوج تحدث هذه الأورام في الأماكن المكشوفة ولذلك فهي الأشيع حدوثاً في الرأس والعنق العامل الآخر في حدوثها : ندبات الحروق - التعرض المزمن للأرسين ، يكثر حدوثها عند المصابين بالكارسينوما الشائكة المتعددة والميلانومات العديدة والأورام الجلدية الأخرى.

الأشكال السريرية:

النموذج العقيدي:

وهي الشكل الأشيع يتألف من عقيدة ورمية مفردة يلاحظ على سطحها العديد من الأوعية الدموية الصغيرة الواضحة لونها يشبه لون الجلد عادة مع وجود بؤرة رمادية متصبغة ضمن مادة الورم تبدأ عادة بحجم (١-٣ ملم) وبعد أن تتجاوز قطرها سنتمتر واحد يبدأ مركز العقيدة بالتقرح بسبب نقص ترويته المركزية.

المعالجة : الجراحة هي المعالجة المختارة وعندما تكون الأفة أقل من (١ سم) يمكن معالجتها بالكي البارد يمكن لهذه الأورام أن تنشأ في أماكن تجعلها قابلة للنكس بشدة وذلك لوقوعها فوق العظم أو الغضروف مباشرة.

الكارسينوما القاعدية السطحية:

وهي النموذج الثاني من حيث الشيوخ وينشأ في الجذع والأطراف أكثر من غيره يظهر بشكل لطاخات رقيقة عليها عقيدات وهذه اللطخات غير منتظمة الحواف وهي تغزو عميقاً في الأدمة وتتفرح وتصل لعدة سنتمترات.

الجراحة : هي المعالجة النوعية ، وعندما تكون الآفات واسعة ويصعب ترميم أماكن الاستئصال يمكن استخدام الكي البارد أو استخدام (٥ فلورويوراسيل)

الكارسينوما القاعدية التصليبية:

وهي الشكل الثالث من حيث الشيوخ معظمها يتوضع في الرأس والعنق وهي سريريا تشبه الندبة القاسية الليفية ، سطح الورم يكون ناعم وقد يكون أكثر شفافية من الجلد المحيط به.

إن هذا النوع من الورم يسلك سلوك أكثر هجومية من النموذج العقيدي والسطحي ويغزو الحزم العصبية الوعائية وهذا النوع من السلوك الخبيث عرف حديثاً بالكارسينوما القاعدية الشائكة الخلايا حيث أنه يشبه سلوك الكارسينوما الشائكة لذلك يجب أن يتم الاستئصال في هذه الحالة بالاستعانة بالتشريح المرضي أي الخزعة المبردة وذلك لضمان استئصال الورم كاملاً.

الكارسينوما شائكة الخلايا:

وهي أورام خبيثة تأتي من حيث الشيوخ بعد الكارسينوما قاعدية الخلايا وهي الأشيع حدوثاً بعد التقرن المزمن ، وهي أشيع حدوثاً من السطوح المخاطية الجلدية بسبب التدخين أو على الأورام الحليمية الفيروسية المنشأ ، أو في المناطق التشيع السابق أوندبات الحروق أو التقرحات المزمنة في مناطق الالتهابات المزمنة تحدث كارسينومات شائكة ، داكنة متصبغة وبالرغم أنها نادرة الانتقال إلى البعيد إلا أن التي تصيب منها السطوح المخاطية الجلدية تكون هجومية السلوك وقابلة للانتقال .. أن حدوث وانتقال الأورام يحدث بسرعة أكبر عند المرضى المتبطين مناعياً خصوصاً بعد زرع الأعضاء إن المنظر السريري للكارسينوما الشائكة مختلف فهو عقيدي أو متفرح بلون زهري أو لامع ويكون شديد أو ناقص التصبغ مع تقرن ظاهر أحياناً قد يسبق الكارسينوما الشائكة حالة تسمى الكارسينوما داخل البشرة أو داء بوف.

وهي لطاخة محددة بحواف غير منتظمة وهي من حيث التشريح المرضي كارسينوما شائكة الخلايا لا تتجاوز الأدمة.

المعالجة : جراحية وذلك باستئصال الأفة مع هامش أمان حولها حوالي اسم من جميع الحواف.

الورم القرني الشائك:

وهو عبارة عن كارسينوما منخفضة الدرجة وهو يحدث في المناطق المتأذية بأشعة الشمس ويكثر حدوثه عند المرضى المتبطين مناعياً وهو يظهر بسرعة وينمو بسرعة عدة سنتمترات خلال أسابيع وهو عبارة عن تورم مدور أو مخروطي مع مركز مليئ بمادة قرنية ، معدل القطر من ١ سم إلى ٢ سم معظم الحالات يكون مفرد أما المتعدد فهو نادر ويحدث عند مرضى لديهم قصة عائلية لحدوثه ويجب إجراء الاستئصال باكراً ما أمكن.

الورم الصباغي الخبيث:

وهو أخيب الأورام الجلدية ونسبة حدوثه هي الأقل لحسن الحظ ينشأ هذا الورم سواء على جلد طبيعي على حساب الخلايا المولدة للصبغ أو على حساب وحة صباغية تبدأ الأفة خلصة يظهر سطح مصطبغ قليلاً أو محمر محدود ثم يأخذ بالارتشاح دون أعراض شخصية ثم يأخذ شكل عقدي أو ورمي وقد يكون ظهور هذه التبدل على وحة سابقة لذلك نحذر عند حدوث أي تبدل على وحة بشكل زيادة أو نقص اللون أو اتساع أو ارتشاح يستوجب استئصال الوحة.

الأشكال السريرية:

الميلانوما العقيدية : تمتد عميقاً وهي الأسوء انذار.

الميلانومات السطحية : وهي تتسع بشكل سطحي.

الميلانوم الاصباغي أو قليل الصباغ

الانذار:

إن التشخيص الباكر والمعالجة مهمين في تحديد إنذار الأفة وكذلك شكل الأفة مهم في تحديد الإنذار حيث أن الأفات السطحية أفضل انذاراً ينتقل الورم الميلاني الخبيث إلى الرئة والكبد والدماغ وكافة الأجهزة.

المعالجة : الاستئصال الجراحي الواسع والباكر ويضيف البعض المعالجات الكيماوية

الاستئصال الجراحي والترميم:

يتم استئصال الكارسينوما القاعدية الخلايا مع هامش أمان نصف سنتمتر من جميع الحواف ويتم استئصال الكارسينوما الشائكة على بعد (١ سم) من جميع الحواف أما العمق فيكون حسب مكان الاستئصال ففي فروة الرأس يتم الاستئصال حتى السمحاق الذي يترك إن أمكن لاستقبال الطعم الجلدي.

وفي الشفة يتم استئصال الورم مع حافة أمان للطرفين على (٣ طبقات) (جلد وعضلات ومخاطية) وفي الوجه يتم الاستئصال حتى سمحاق الوجه ويتم الترميم بالتقريب المباشر إن أمكن بعد التسليخ أو يستخدم الطعم الجلدي أو الشريحة من أجل ترميم مكان الضياع.

الشرائح الجلدية:

وهي قطع جلدية متصلة بالمكان الذي أخذت منه يتم نقلها لتغطية ضياع مادي قريب أو بعيد وتبقى متصلة بسويق يؤمن ترويتها حتى يتم تغذية الشريحة من المكان الذي نقلت إليه ، ويجب أن تحقق هذه الشريحة القاعدة التالية:

يجب أن لا يزيد طول هذه الشريحة عن ضعفي عرضها وذلك كي لا تنموت ويجب أن تكون الشروط جيدة من حيث:

الارقاء الجيد وذلك كي لا يتشكل ورم دموي تحت الشريحة مما يعرضها للانتان ونقص التروية.

التعقيم الجيد وذلك لأن الانتان يساهم مساهمة كبيرة في تموت الشريحة.

الطعوم الجلدية:

وهي قطع جلدية منفصلة تماماً من مكانها تنقل لتغطية ضياع مادي وهي تتطلب الشروط نفسها من حيث الارتقاء والتعقيم الجيدين.

الدراسة العملية:

تمت الدراسة على ١٦ مريضاً أجريت لهم استئصال لأورام خبيثة في الوجه والرأس في درعا وتمت متابعتهم لمدة تتراوح من ١-٦ سنوات وذلك بين بداية عام ١٩٩٠ ونهاية عام ١٩٩٦ وكانت النتائج على الشكل التالي:

العمر : أصغر عمر (٤٥) سنة وأكبر عمر (٧٠) سنة والعمر الوسطي للحالات جميعها (٥٥ سنة))

الجنس : ذكور (١٢) إناث (٤) أي ثلاث أرباع الحالات من الذكور

وجد عند عدد من المرضى الورم متعدد وكان عدد الحالات المتعددة الأورام : ٣ حالات.

التشريح المرضي:

الكارسينوما القاعدية ١٣ حالة وهي تشكل ٨١ من الحالات.

الكارسينوما الشائكة الخلايا ٣ حالات وتشكل ١٩% من الحالات

مكان الأفة

فروة الرأس ٣ حالات

الوجنة ٢ حالة

الأنف ٦ حالات

الشفة ٣ حالات

الخد وأمام الأذن ٢

وجدت الأورام المتعددة وهي ثلاث حالات اثنان على فروة الرأس والمريضين قد تعرضا لتشعيع الرأس في الطفولة لمعالجة الفطور والحالة الثالثة وجد الورم المتعدد عند عامل في البناء حيث وجد ورمين على ظهر الأنف والآخر على الجفن السفلي.

طرق ترميم مكان استئصال الأورام:

أورام الشفة : جميع الحالات كان الورم بشكل أقل من ثلث الشفة السفلى ولذلك تم الاستئصال على ثلاث طبقات وتم تقريب الحواف بشكل مباشر وبالمناسبة فإن جميع الحالات الثلاثة في الشفة السفلى وذلك نظراً لتعرضها المباشر لأشعة الشمس أكثر من الشفة العليا

الطعوم الجلدية وقد استخدمت مرتين في ترميم أورام الفروة وقد أخذت هذه الطعوم من الوجه الوحشي للفخذ حيث أخذت ثلاث طعوم الأوليين لترميم ورمين كبيرين في فروة الرأس لنفس المريض والثالث لترميم ورم وحيد في فروة الرأس أيضاً وكانت نتائج الطعوم جيدة ومثالية.

الشرائح وقد استخدمت في الدارسة

7شرائح جلدية كانت على الشكل التالي:

الشريحة التقدمية مرتين : لترميم ورم على ظهور الأنف وتحت الجفن السفلي

الشريحة الجبهية المتوسطة : وقد استخدمت مرتين مرة لتغطية ضياع على ظهر الأنف والأخرى لتغطية ضياع لمكان استئصال ثلاث أورام اثنان على ظهر الأنف والأخرى على الجفن السفلي الشريحة الدوارة : استخدمت مرتين

الشريحة الأنفية الشفوية : استخدمت مرة واحدة لتغطية مكان استئصال ورم على جناح الأنف كانت النتائج التجميلية في جميع الحالات جيدة

النكس:

هناك حالتان:

الحالة الأولى : الكارسينوما قاعدية الخلايا تحت الجفن السفلي - نكست بعد استئصالها بـ (٣ سنوات ونصف) وقد أجريت لها عمل جراحي ثاني وتم الترميم بنفس الطريقة.

الحالة الثانية : لكارسينوما شائكة الخلايا تم إجراء كي سابق لها عدة مرات وعند الاستئصال وجدت عميقة تقارب عظم الفك العلوي دون أن تصيبه وقد أجرى لها استئصال جراحي واسع وعميق وتم إجراء الترميم بطريقة الشريحة التقدمية.

إلا أنها بعد حوالي سنة واحدة شعرت بآلام في الفك العلوي مع ضخامات عقدية أجري لها استشارة في جلسة الأورام في الشعبة الأذنية بالمواساة فأحيلت لتلقي العلاج الشعاعي إذا نسبة النكس ١٢ % من الحالات.

جميع الحالات توبعت لمدة تتراوح من سنة إلى ست سنوات بدون أعراض مرضية.

النتائج:

سرطان الوجه وفروة الرأس يصيب الكهول المعرضين لأشعة الشمس لمدة طويلة والذين تعرضوا سابقاً للأشعة.

الإنذار الحسن والنتائج التجميلية الجيدة في الحالات التي تكشف باكراً

عدم جدوى الكي في الأورام التي تزيد قطرها عن ٢ ملم حيث أن الكي في هذه الحالات يخلق ندبة سطحية بينما يرتشح الورم في العمق مما يسيء لإنذاره وأن الجراحة هي الطريقة المثلى للمعالجة وقد لاحظت في إحدى الحالات التي تم إجراء الكي فيها أن المنظر يوحى بالشفاء بينما كان الورم يرتشح في العمق.

يلاحظ أن ٧٥% من الحالات تصيب الذكور وهو لم يذكر في الكتب ويفسر ذلك من وجهة نظري كون الرجال في مجتمعنا هم الذين يعملون خارج المنزل وبالتالي:
يتعرضون لمدة طويلة لأشعة الشمس ولا حظنا العلاقة المباشرة بين التدخين وسرطان الشفة حيث أن كل الحالات كان من المدخنين بكثرة.