

الأورام الخبيثة الفموية (السرطانات) Oral Malignant Tumors (Cancers)

Dr. Alí Khalíl
PhD in Oral and Maxillofacial Surgery
Professor and Chairman, Department
of Oral and Maxillofacial Surgery
Faculty of Dentistry
Manara University



مقدمة Introduction

- **الورم tumor (Neoplasm)** هو نمو غير طبيعي لخلايا أحد الأنسجة في الجسم والذي يترافق مع تكاثر مُفرط للخلايا المُكونة للورم، مما يؤدي إلى زيادة عدد الخلايا وحجم النسيج وتشكّل الكتلة الورمية.
- في الحالة الطبيعية فإن تكاثر خلايا الجسم يكون مُسيطر عليه عن طريق عدة آليات، وأهمها **الجينات المُوقفة لتكاثر الخلايا والكابحة لتشكّل الورم.**
- عند اختلال هذه الآلية الكابحة لتكاثر الخلايا فإنها سوف تبدأ بالتكاثر والنمو بشكل غير طبيعي وغير مضبوط مُشكلة الورم.
- تختلف الأورام حسب طبيعة النسيج المُتشكّلة منها وكذلك تُقسم إلى أورام حميدة وأورام خبيثة.
- الأورام الحميدة Benign Tumor: هو تكاثر مُفرط وبطيء **للخلايا الطبيعية**، والخلايا الجديدة تُشبه الخلايا التي نشأت منها.
- الأورام الخبيثة (السرطانات) Malignant Tumors (Cancers): هو تكاثر **لخلايا شاذة** وغير طبيعية ومختلفة عن الخلايا الاصل التي نشأت منها.

الأورام الفموية الخبيثة Oral Malignant Tumors

- الأورام الخبيثة في الحفرة الفموية تتطور في أي جزء من جوف الفم (الشفيتين، اللثة، اللسان، بطانة الخد، قبة الحنك، قاع الفم).
- أكثر من 90% من الأورام الفموية هي كارسينوما الخلايا الحرشفية **Squamous cell Carcinomas** والتي تنشأ من سطح المخاطية.
- تصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة 2:1.
- الأورام الأخرى التي يمكن مشاهدتها في الحفرة الفموية، ولكنها تعتبر نادرة (sarcoma, minor salivary gland tumors, mucosal melanoma, lymphoma, or metastatic disease from nearly any site in the body)
- يعتبر من كلٍ التخریش المزمن والتدخين وتناول الكحول من عوامل الخطورة وأيضاً وجود الفيروس الحليمي البشري (HPV) human papilloma virus يزيد من خطورة حدوث هذه الأورام.

الأورام الفموية الخبيثة Oral Malignant Tumors

• تتصف الأورام الخبيثة بما يلي:

✓ سريعة النمو.

✓ قد تنتشر إلى الأنسجة والأعضاء المجاورة.

✓ قد تنتشر إلى الأعضاء البعيدة مُشكِّلةً انتقالات
Metastasis.

✓ عادةً، شكله غير مُنتظم.

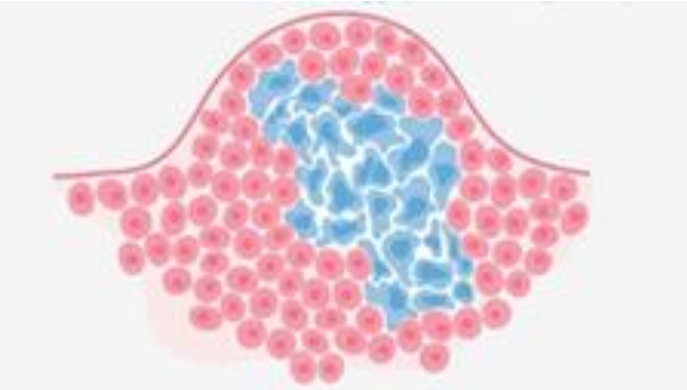
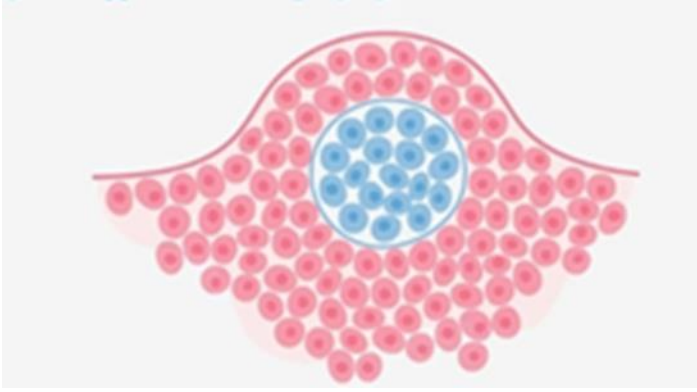
✓ غير مُتحرك.

✓ يُصبح مؤلماً في المراحل المُتقدمة.

✓ يتطلب العلاج دائماً.

✓ هناك احتمال عودة الورم (النكس) بعد المُعالجة.

✓ قد يتطور من الآفات ما قبل السرطانية Premalignant Disease مثل الطلاوة البيضاء، الطلاوة الحمراء، التهاب الشفة السعفي (التقرني) actinic cheilitis .



تصنيف الأورام الخبيثة Classification

- يتم تصنيف الأورام الخبيثة وفق نظام **TNM**
- يُساعد هذا التصنيف في تحديد حجم الورم وانتشاره إلى العقد اللمفية أو أعضاء الجسم الأخرى.
- **T الورم Tumor** مُضافاً إليها رقم من 0-4 ويُعبر عن حجم الورم ويختلف حسب نوع ومكان الورم.
- **N العقد اللمفية Node** مُضافاً إليها رقم من 0-3 يدل على انتشار أو عدم انتشار الورم في العقد اللمفاوية.
- **M الانتقالات Metastasis** مُضافاً إليها رقم من 0-1 انتقال الورم إلى أعضاء الجسم الأخرى.

لتوضيح هذا التصنيف نُعطي مثلاً، سرطان اللسان **T1N1M0**:

T1 تعني أن الورم صغير أقل من 2 سم في أكبر قطر.

N1 تعني وجود انتقالات في العقد اللمفية القريبة.

M0 تعني لا توجد انتقالات إلى أعضاء الجسم الأخرى.



TNM Staging

Tx	no available information on primary tumour
T0	no evidence of primary tumour
TIS	only carcinoma <i>in-situ</i> on primary sites
T1	<2 cm
T2	2 to 4 cm
T3	>4 cm
T4	>4 cm, involvement of maxilla, pterygoid muscles, base of tongue or skin

Mx	Not assessed
M0	No evidence
M1	Distant metastasis present

Nx	Cannot be assessed
N0	No clinical positive nodes
N1	Single, ipsilateral, <3 cm
N2a	Single, ipsilateral, 3-6 cm
N2b	Multiple, ipsilateral, <6 cm
N3	Massive ipsilateral/bilateral/contralateral
N3a	Ipsilateral node(s), one more than 6 cm
N3b	bilateral
N3c	contralateral

للتقييم الدقيق
والأكاديمي لحجم
وانتشار الورم إلى
العقد اللمفية أو إلى
الأعضاء الأخرى في
الجسم، يُستخدم
تصنيف TNM
الموسّع.

تفسير دلالات الحرف T

الرمز	(الدلالة) الورم البدئي
TX	لا يمكن تقدير وجود الورم البدئي
T0	لا يوجد دليل لوجود الورم
Tis	ورم موضع
T1	ورم بقطر أقل من 2 cm وأقل من علامتي خطورة
T2	ورم بقطر أكبر من 2 cm أو ورم بأي حجم كان مع علامتين أو أكثر من علامات الخطورة
T3	ورم مع غزو للفاك العلوي أو للحجاج أو للعظم الصدغي
T4	ورم مع غزو عظمي عمودي أو زائدي أو غزو لقاعدة الجمجمة

تفسير دلالات الحرف N

الرمز	الدلالة (إصابة العقد اللمفية في المنطقة)
NX	لا يمكن تقييم حالة العقد اللمفية في المنطقة
N0	العقد اللمفية لا تحوي انتقالات
N1	انتقال إلى عقدة لمفية واحدة في نفس الجهة وحجم العقدة أصغر أو يساوي 3 cm كحد أقصى
N2a	انتقال إلى عقدة لمفية واحدة في نفس الجهة وحجم العقدة أكبر من 3 cm ولكن أصغر أو يساوي 6 cm
N2b	انتقالات إلى عدة عقد في نفس الجهة وحجم العقدة لا يتجاوز 6 cm
N2c	انتقالات إلى عقد ثنائية الجانب وحجم العقدة لا يتجاوز 6 cm
N3	انتقالات إلى عقدة يتجاوز حجمها 6 cm

تفسير دلالات الحرف M

الرمز	الدلالة (الانتقالات البعيدة)
Mx	لا يمكن تقييم وجود الانتقالات البعيدة
M0	لا يوجد انتقالات
M1	وجود انتقالات بعيدة

تصنيف الأورام الخبيثة Classification

- كما يتم دمج تصنيف TNM مع نظام تصنيف درجة الورم بالأرقام Number staging systems من 5 درجات، والذي يُعبر عنه بالأرقام من 0-4 على الشكل التالي:
- **Stage 0** الورم صغير وفي موضعه، ضمن الطبقة الخارجية (البشرة)، ولم يرتشح عميقاً في النسيج (قد يكون الورم ما قبل سرطاني).
- **Stage 1** الورم صغير أقل من 2 سم وموجود في المكان الذي بدأ منه ولم ينمو بعمق في النسيج ولم ينتقل إلى العقد اللمفية.
- **Stage 2** الورم أكبر من 2 سم ومُنتشر بشكل متفاوت في الأنسجة المحيطة به، لكنه لم ينتشر إلى العقد اللمفية المجاورة أو إلى الأعضاء الأخرى.
- **Stage 3** السرطان انتشر إلى العظم الوجهي المجاور أو إلى عقدة لمفاوية واحدة لكن دون ان يشمل أي عضو آخر.
- **Stage 4** يمكن أن يكون السرطان بأي حجم وانتقل إلى واحدة أو أكثر من العقد اللمفاوية والتي تكون متضخمة أكثر من 3 cm وقد ينتشر إلى العظام أو الأعضاء الأخرى في الجسم.
- يُطلق على الدرجة 4 المتقدمة **Advanced stage** أو السرطان الانتشاري **Metastatic cancer**.

مستويات العُقَد اللمفية Cervical Lymph Node Levels

• تم تقسيم العُقَد اللمفية في العنق إلى مستويات وذلك لتسهيل تشخيص انتشار السرطان إلى العُقَد اللمفية.

• كذلك لتسهيل وضع خطة المعالجة.

➤ المستوى الأول: العُقَد اللمفية تحت الذقنية و تحت الفك.

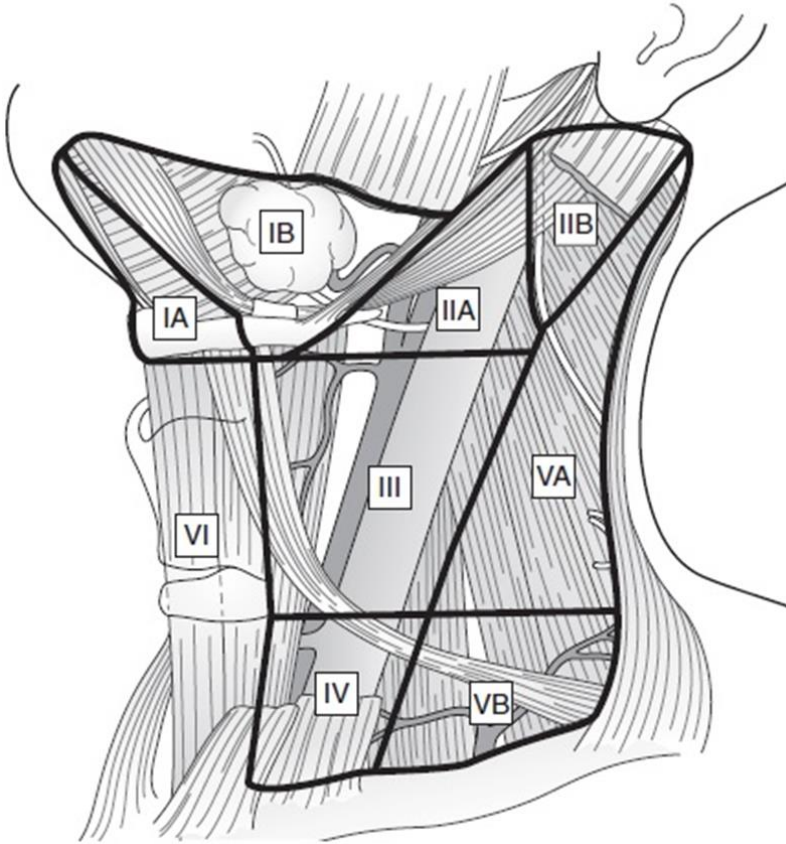
➤ المستوى الثاني: العُقَد اللمفية العلوية المحيطة بالوريد الأجوف العلوي الباطن.

➤ المستوى الثالث: العُقَد اللمفية المتوسطة المحيطة بالوريد الأجوف العلوي الباطن في منطقة العظم اللامي.

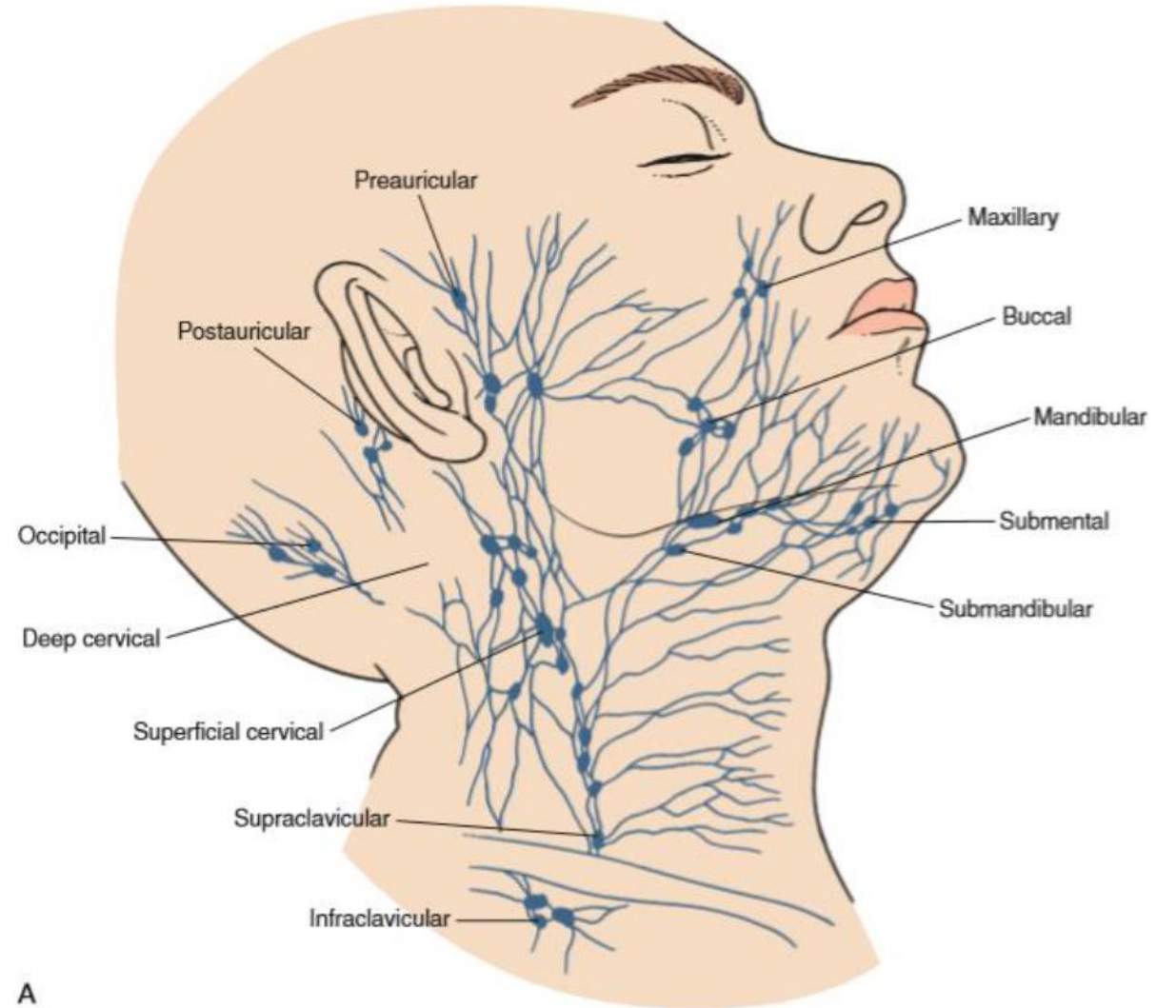
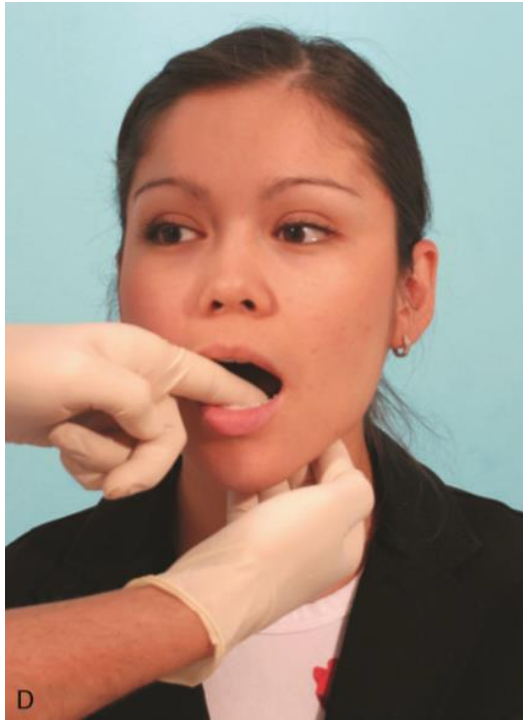
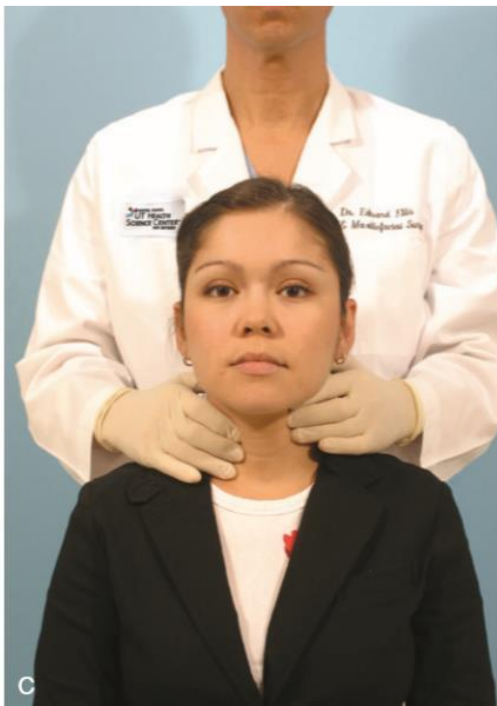
➤ المستوى الرابع: العُقَد اللمفية السفلية المحيطة بالوريد الأجوف العلوي الباطن أسفل عظم الترقوة.

➤ المستوى الخامس: جميع العُقَد اللمفية في المثلث الخلفي للعنق.

➤ المستوى السادس: العُقَد اللمفية أمام وعلى جانبي الرغامى والعُقَد أمام الحنجرة.



فحص العُقَد اللمفية



تشخيص سرطانات الحفرة الفموية

• يتم تشخيص سرطانات الحفرة الفموية اعتماداً على المعطيات التالية:

■ القصة المرضية.

■ الأعراض والعلامات السريرية.

■ التصوير الشعاعي الطبقي المُحوسب (Computerized Tomography (CT-Scan .

✓ يُستخدم في حالة سرطانات النسيج الصلبة (عظام الفكين).

■ التصوير بالرنين المغناطيسي (Magnetic Resonance Imaging (MRI .

✓ يُستخدم في حالة سرطانات النسيج الرخوة.

■ الخزعات Biopsy (الرشف، خزعة استقصائية، خزعة استئصالية).

✓ تُستخدم في جميع حالات السرطان وذلك لوضع أو تأكيد التشخيص وبالتالي وضع خطة المعالجة المناسبة.

الأعراض السريرية لسرطانات الحفرة الفموية



- بقعة بيضاء أو حمراء على المخاطية الفموية.
- قرحة لا تلتئم في المنطقة المصابة.
- تورّم مجسوس في المنطقة المصابة.
- نزيف أو ألم أو خدر غير طبيعي في الفم.
- عدم شفاء الجروح أو الالتهابات.
- صعوبة أو ألم عند المضغ أو البلع.
- انتفاخ في الفك يؤدي إلى سوء الاطباق.
- مكان قلع الأسنان لا يُشفى.



معالجة سرطانات الحفرة الفموية

■ المعالجة الجراحية Surgical Treatment

- يتم فيها الاستئصال الكامل للورم مع حواف أمان، لا تقل عن 2 مم، في النسيج السليمة المجاورة.
- تختلف تقنية الاستئصال بحسب نوع الورم، درجته ومكانه، كما تتضمن الإجراءات الجراحية التالية (تغطية منطقة الاستئصال، الجراحة التعويضية والجراحة التجميلية).

■ المعالجة الإشعاعية

- تُستخدم فيها حزمة شعاعية عالية الطاقة من الأشعة السينية أو البروتونات.
- عادةً يتم استخدامها بعد المعالجة الجراحية، ولكن في حالات السرطانات الغير قابلة للمعالجة الجراحية فقد يتم الجمع بين المعالجة الإشعاعية والمعالجة الكيماوية.

■ المعالجة الكيماوية: تُستخدم فيها الأدوية الكيماوية وذلك من أجل القضاء على الخلايا السرطانية المتبقية والمنتشرة في أماكن أخرى من الجسم.

- يدخل ضمن المعالجة الكيماوية ما يُسمى العلاج المناعي، تُستخدم فيه أدوية مُحفزة للجهاز المناعي وذلك للقضاء على الورم السرطاني.

سرطان الشفة Cancer of the lip



- ينشأ سرطان الشفة من الخلايا الحرشفية في الطبقة المتوسطة والسطحية من جلد الشفة.
- لذلك يُسمى سرطان حرشفي الخلايا **Squamous cell Carcinomas (scc)**
- يُشكل 23.6-30% من سرطانات الحفرة الفموية.
- يمكن أن يصيب أي مكان من الشفاه، لكنه أكثر شيوعاً في المناطق الجانبية من الشفة السفلية.
- يظهر بشكل أكبر عند الرجال البيض الأكبر سناً نتيجة التعرض المزمن لأشعة الشمس.
- غالباً ما يكون التشخيص باكراً نسبياً لأن منطقة الشفة مرئية ومكشوفة باستمرار..
- يترافق الـ SCC غالباً مع طلاوة بيضاء أو فرط التقرن hyperkeratosis للحافة القرمزية للشفة.

العلامات السريرية لسرطان الشفة السفلية



- يظهر على شكل آفة مرتفعة عن مستوى الجلد، مُتبدلة اللون، تميل إلى اللون الأبيض أو متعدد الألوان.
- أو على شكل آفة متقرحة على الحافة القرمزية للشفة، حوافها بيضاء مُرتفعة عن مستوى النسيج المجاورة (وهو الأكثر شيوعاً).



- هذه القرحة لا تتراجع ولا تُشفى، نازفة ومؤلّمة بالجنس.
- وخز أو ألم أو خدر في الجلد المُحيط بالآفة.
- يتم وضع التشخيص بعد أخذ **خزعة نسيجية** تحتوي جزء من الآفة مع الأنسجة السليمة.
- في المراحل المُتقدمة تُعطي **انتقالات إلى العقد اللمفية تحت الفكية وتحت الذقنية.**

المعالجة الجراحية لسرطان الشفة

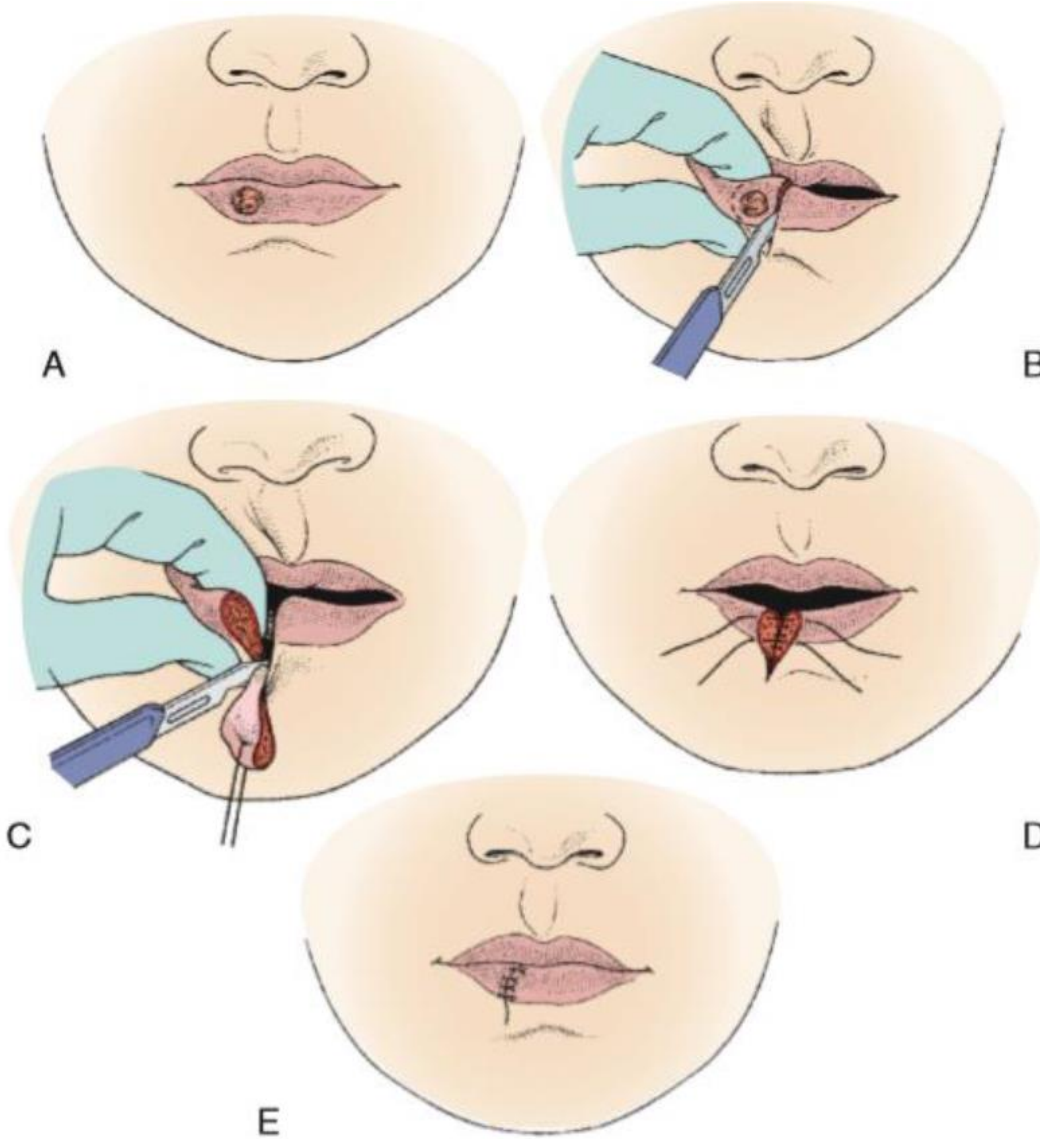
• تُعالج الأورام الصغيرة (أقل من 1سم) بالاستئصال الكامل للورم مع حواف أمان 5 مم.

• يتم الاستئصال عن طريق إجراء قطع للشفة بواسطة شقين جراحيين كاملي الثخانة على شكل حرف **V**.

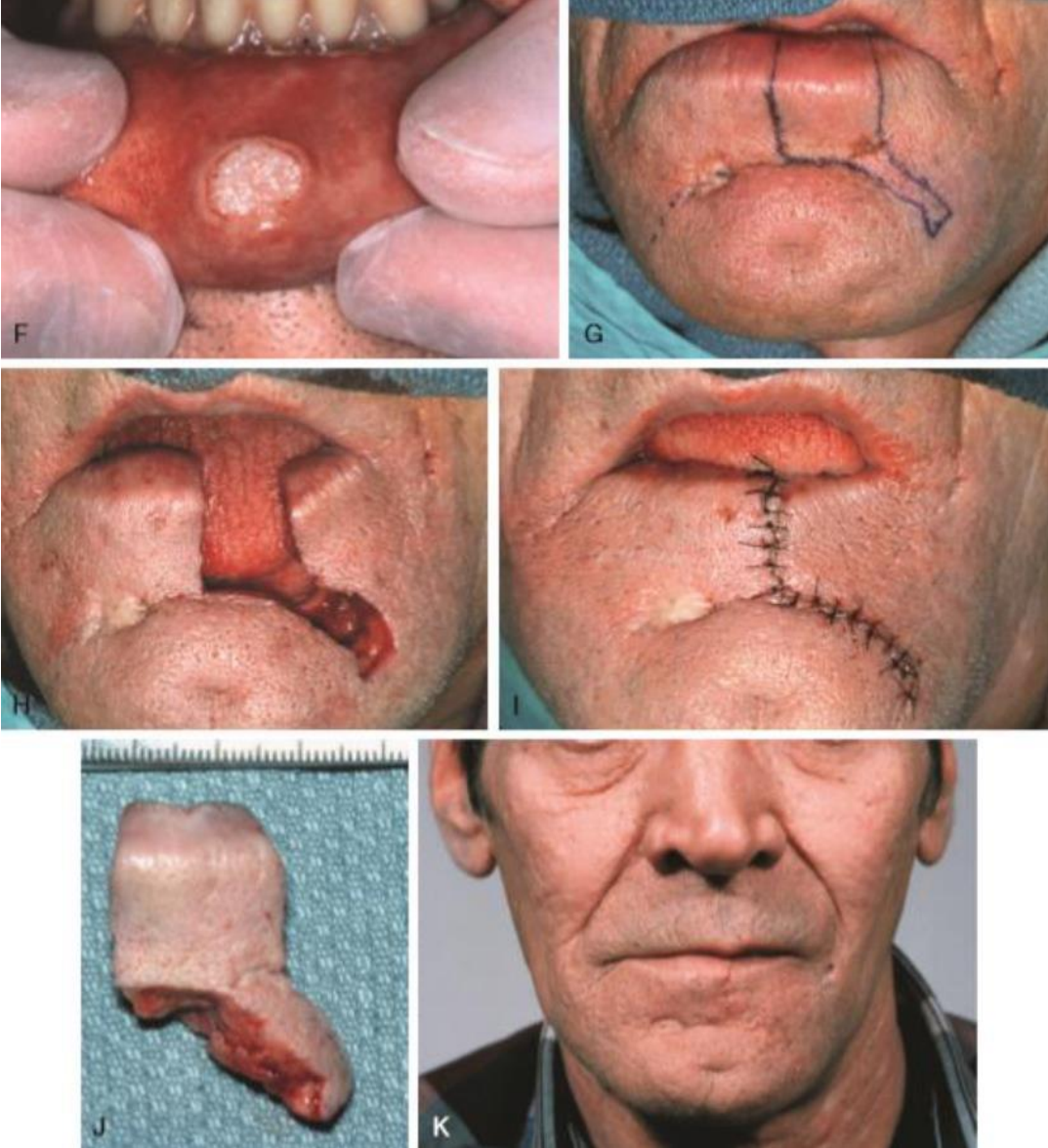
• يلتقي الشقان بزاوية حادة أسفل الورم.

• تتم الخياطة على طبقات: المخاطية، العضلات، الجلد.

• في بعض الحالات، يمكن استخدام المعالجة الشعاعية **external beam irradiation** لعلاج الأورام الصغيرة جداً، لكن يبقى الاستئصال الكامل الجراحي وهو المفضل.



المعالجة الجراحية لسرطان الشفة



- الأورام الكبيرة، تُعالج بالاستئصال الكامل الجراحي مع حواف أمان لا تقل عن 8-10 مم.
- يتم استئصال الورم مع كامل ثخانة الشفة.
- عن طريق إجراء شقوق على شكل أحد الحروف V, W أو على شكل مستطيل مع شقوق تحريرية لتسهيل تقريب طرفي الشفة وخطاتها.
- تتطلب هذه الإجراءات الجراحية الحفاظ على كفاءة وجمالية المنطقة حول الفموية.
- يتم ذلك عن طريق إعادة بناء الشفة بالشرائح الموضعية المَزاحة أو التقدمة من النسيج المجاورة أو من الشفة العلوية.

المعالجة الجراحية لسرطان الشفة



- في بعض حالات السرطانات السطحية الصغيرة في الشفة أو الآفات ما قبل السرطانية مثل التهاب الشفة التقرّني، الطلاوة البيضاء...، يتم استخدام تقنية Lip shave procedure أو vermilionectomy procedure.

- تعتمد هذه التقنية على القطع السطحي كامل الثخانة للحافة الحمراء على امتداد الآفة.

- بعد ذلك يتم تسليخ الحواف وإجراء جر لمخاطية الشفة السفلية لإغلاق مكان الاستئصال.

- يمكن استخدام الليزر الكربوني Co2 عالي الطاقة أو المُخترّ الكهربائي لاستئصال الآفة.

- في هذه الحالات يُترك مكان الاستئصال ليُشفى بالمقصد الثاني.



اشكال مُختلفة للتقنيات الجراحية في استئصال أورام الشفة



السرطان الثؤلولي Verrucous Carcinoma



- يُعتبر نمط سريري من السرطان شائك الخلايا.
- ورم ذو درجة خباثة منخفضة لأنه جيد التمايز.
- يظهر على شكل ثخانة مجسوسة ذات قاعدة واسعة ومُجعدّة على المخاطية الخديّة، الشفة السفلية، دهليز أو قاع الفم.
- أو على شكل آفة مُسطحة ومُنْتَشِرة بيضاء حلّيمية.
- الآفة واضحة المعالم والحدود.
- ذو نمو ولكنه بطيء.
- يُعالج هذا السرطان حسب موقعه بنفس التقنية المُتبعة في علاج السرطان حُرْشفي الخلايا في هذه المنطقة.

سرطان اللسان Tongue Cancer

- يُشكّل 25-50 % من سرطانات الفم.
- شائع لدى الذكور الكهول.
- أهم المسببات المُحتملة: الرضوض والتخريش المزمن،
الزهري، والطلاوة البيضاء.
- تتطور الإصابة النموذجية على الحافة الجانبية للسان أو
على السطح السفلي له وفي حالات نادرة تصيب ظهره.
- السمة البارزة عدم وجود الألم إلا إذا تعرضت لانتان ثانوي.
- تبدأ الإصابة على شكل قرحة سطحية مع حواف مرتفعة
قليلاً وقد تتطور إما على شكل كتلة متبارزة تشبه الفطر أو
ترتشح إلى الطبقات العميقة للسان مشكلة صلابة دون
ظهور تبدلات كبيرة في السطح.
- يبقى سرطان اللسان طويلاً دون أعراض مالم تتشكل قرحة
البلعوم التي تسبب عسرة البلع.
- تُعتبر سرطانات قاعدة اللسان
شديدة الخباثة والاستعمار
المُبكر.



المعالجة الجراحية لسرطان اللسان



المعالجة الجراحية لسرطان اللسان

- تتم معالجة سرطان اللسان كبير الحجم بالاستئصال الجراحي الكامل والواسع.

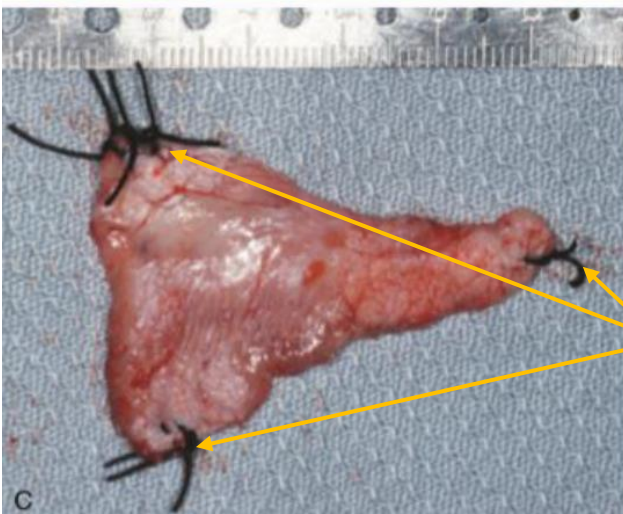
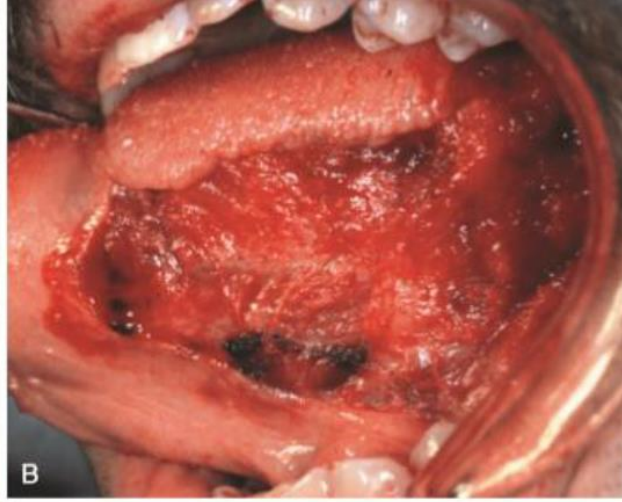
- للتأكد من أن الاستئصال كامل، يتم إجراء التشريح المرضي مباشرة في غرفة العمليات.

- تسمى هذه الطريقة Frozen Surgery أو تقنية Mohs Surgery

- حيث يتم تجميد العينة مباشرة وإجراء التشريح المرضي.

- في حال كانت إحدى حواف العينة غير سليمة (تحتوي على خلايا سرطانية)، يتم توسيع القطع في هذه المنطقة.

- هذا الإجراء يُطبق في الكثير من السرطانات.



يتم تعليم حواف العينة بواسطة قُطب مُختلفة العدد على جوانب الآفة، وذلك لمعرفة اتجاه الحافة لإجراء القطع الإضافي في حال كانت الحواف غير سليمة.

سرطان قاع الفم Floor of the Mouth Cancer

- يشكل 15 % من سرطانات الفم، العمر المتوسط للإصابة 65-75 سنة.

- الطلاوة في هذا الموقع تتحول للخبث بشكل أكبر من طلاوة المواقع الأخرى.

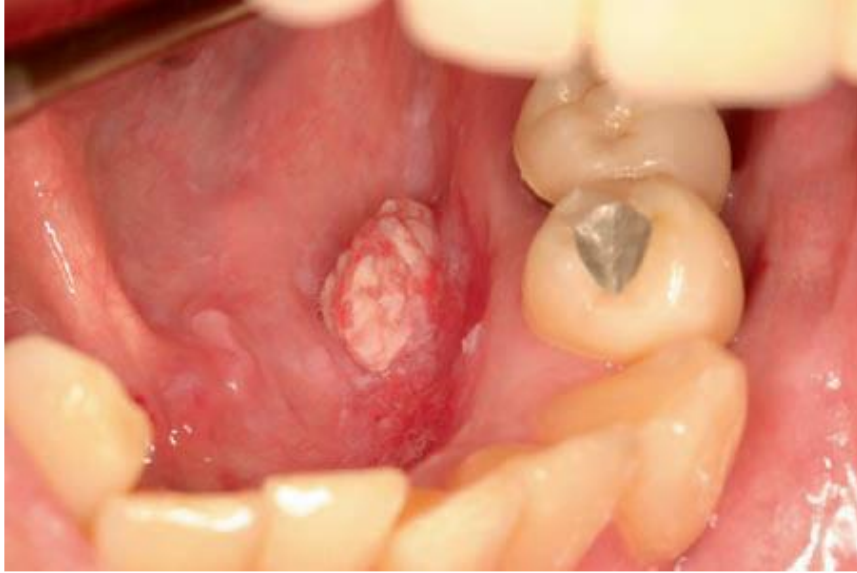
- الشكل النموذجي: على شكل قرحة صلبة بحجوم مختلفة، تتوضع على أحد طرفي الخط المتوسط قد تكون مؤلمة أو لا تكون كذلك.

- أكثر ما تكون الإصابة في الجزء الأمامي لقاع الفم.

- ونظراً لموقعها هذا، يمكن أن يحدث انتشار مبكر إلى المخاطية اللسانية للفك السفلي وإلى الفك السفلي وإلى اللسان بنسبة كبيرة.



سرطان قاع الفم Floor of the Mouth Cancer



- يمكن لسرطان قاع الفم أن يغزو النسيج العميقة ويمتد إلى الغدد تحت الفك وتحت اللسانية .
- توضع الورم بجانب اللسان يسبب تحديداً في حركة اللسان كما يسبب إعاقة في الكلام .
- ينتشر إلى العقد اللمفاوية تحت الفك 42-85 %
- يمكن أن تحدث انتقالات إلى الجهة المقابلة لوجود الورم.
- ولحسن الحظ فإن الانتقال البعيد يكون نادراً.
- تعتبر معالجة سرطان قاع الفم صعبة وغالباً غير ناجحة لذلك استخدام التشعيع بالراديو يعطي نتائج أفضل من الجراحة.

سرطان دهليز الفم



- يشكل 3 % من سرطانات الفم، تغلب إصابة الرجال وغالباً الكهول.
- لم تُفهم الآلية المسببة ولكن اُثِّمت عوامل عديدة مثل عادة مضغ القات ومضغ جوزة التانبول التي تُعتبر واسعة الانتشار في دول الشرق الأقصى.
- تتطور الآفة على طول خط الإطباق أو أخفض قليلاً قرب الصوار.
- الآفة مؤلمة عادةً ومتقرحة وقد ترتشح عميقاً باتجاه النسيج العميقة.
- في بعض الحالات تبدو سطحية وتنمو باتجاه الخارج (شكل ثؤلولي).
- تنتشر إلى المخاطية الخدية بنسبة 45-50 %
- أكثر المناطق استعماراً هي العقد اللمفاوية تحت الفك.
- تعتبر المعالجة أيضاً مسألة معقدة وفي المراحل المبكرة يمكن استخدام الجراحة والأشعة معاً.

سرطان اللثة Gum Cancer

- يشكل نسبة هامة 10 - 12 %، يُصيب الأعمار المتقدمة لدى الذكور وغالباً الفك السفلي.
- تتشابه الآفات السرطانية المبكرة في اللثة مع الانتانات السنية الشائعة لذلك قد يتأخر التشخيص أو قد يكون خاطئاً.
- يمكن أحيانا أن يتطور سرطان لثوي بعد قلع سن ما مُتقلقلة ويُعتقد أن ذلك بسبب الانتان اللثوي، لكن يكون ذلك ناتج عن الورم بحد ذاته والذي لم يُشخص أو يلاحظ أثناء قلع السن.
- تبدأ الإصابة بشكل أولي على شكل آفة مُتقرحة أو قد تبدو بارزة باتجاه الخارج كنامية حبيبية أو ثُلُولية.
- لا تُظهر سرطانات اللثة شكل الورم الخبيث سريريا وقد تكون مؤلمة أو غير مؤلمة.



سرطان اللثة Gum Cancer



- تكثر الإصابة في المناطق الدرداء ويمكن أن تحدث في مناطق وجود الأسنان.
- كما وتكثر الإصابة في اللثة الملتصقة بالنسبة للثة الحرة.
- التوضع المجاور للسمحاق والعظم يجعل إمكانية الارتشاح والغزو إليهما أسهل.
- غالباً تجتاح سرطانات اللثة في الفك العلوي الجيب الفكي وقد تمتد إلى قبة الحنك والسويقات اللوزية.
- أما في الفك السفلي فيكون الامتداد إلى قاع الفم أو باتجاه الخد وأيضاً العظم لذلك قد تحدث الكسور المرضية في الحالات المتأخرة.
- يُعتبر الانتقال السرطاني اختلاطاً شائعاً لسرطان اللثة وهو في الفك السفلي أكثر قابلية منه في الفك العلوي.

سرطان المثث خلف الرحوي Retromolar Gingiva Cancer



- أورام المثث خلف الرحوي تمثل 2 - 6% من جميع سرطانات تجويف الفم.
- يشبه سرطان اللثة، لكنه يتوضع في المثث خلف الرحوي (خلف الرحي الثالثة السفلية).
- الشكاوى الأعراض الأولية مع هذه الأورام هي التهاب الحلق وألم الأذن والضرر.
- ينتشر إلى البلعوم ومنطقة اللوز.
- يُعطي انتقالات إلى العقد اللمفية الرقبية الأمامية وحول البلعومية.
- تعتبر المعالجة أيضا مسألة معقدة بسبب المنطقة مُعقدة التشريح.

سرطان قبة الحنك الصلبة Hard Palate Cancer



- ليس شائعاً في قبة الحنك، إذ تصادف أورام الغدد اللعابية الثانوية في قبة الحنك الصلبة أكثر ب 3-4 مرات منه.
- تظهر سرطانات الحنك عادة على شكل آفة غير مؤلمة، متقرحة، غير واضحة الحدود على أحد طرفي الخط المتوسط.
- قد تجتاز الخط المتوسط وتمتد جانبياً لتشمل اللثة أو باتجاه الخلف لتشمل السويقات اللوزية وأحياناً اللهاة.
- يمكن أن تمتد سرطانات الحنك الصلب إلى العظم وقد تصل إلى الحفرة الأنفية، بينما ارتشاح آفات الحنك الرخو قد تمتد إلى البلعوم.

سرطان قبة الحنك الصلبة Hard Palate Cancer



- يظهر السرطان شائك الخلايا على شكل آفة مُتقرحة بينما تكون الأورام المتشكلة على حساب الغدد اللعابية الثانوية، وحتى لو كانت خبيثة، لا تكون متقرحة وإنما تكون مغطاة بمخاطية سليمة.

- قد يتشارك مع سرطان الحافة السنخية للفك العلوي.

- يحدث الانتشار إلى العقد اللمفاوية الناحية بنسبة كبيرة.

- استُخدمت طريقتا المعالجة الجراحية والشفاعية في علاج هذا السرطان.

- يشابه هذا السرطان بإنذاره سرطان اللثة فكلاهما سيء الإنذار.



المعالجة الجراحية لسرطان قبة الحنك الصلبة

• تختلف عملية استئصال سرطان الحنك الصلب والحافة السنخية وفقاً لموقع وحجم ونوع الورم وتتراوح من الاستئصال الجزئي إلى الاستئصال الكامل للفك العلوي.

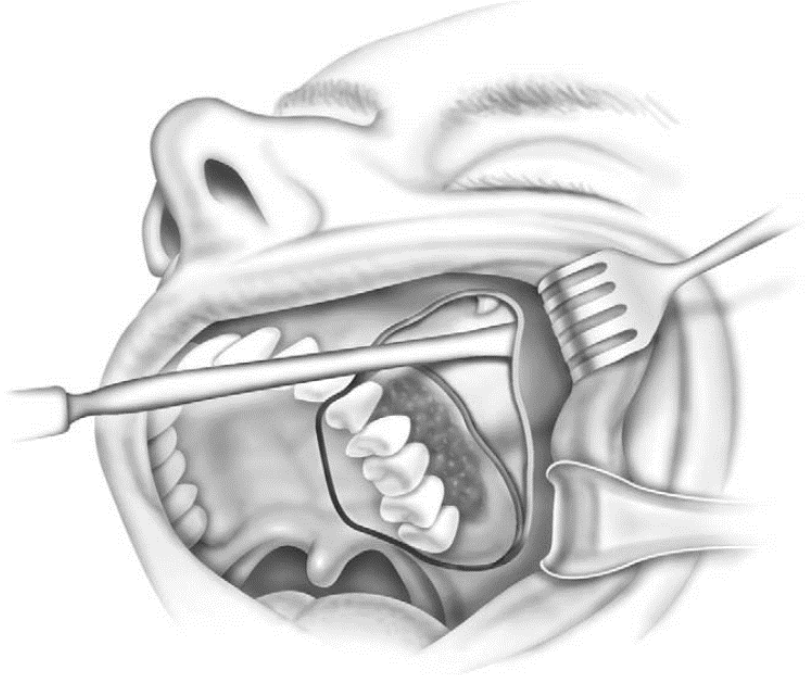
• يتضمن الاجراء الجراحي أحد التداخلات الجراحية التالية:

✓ استئصال الفك العلوي الجزئي (القسم الجانبي).

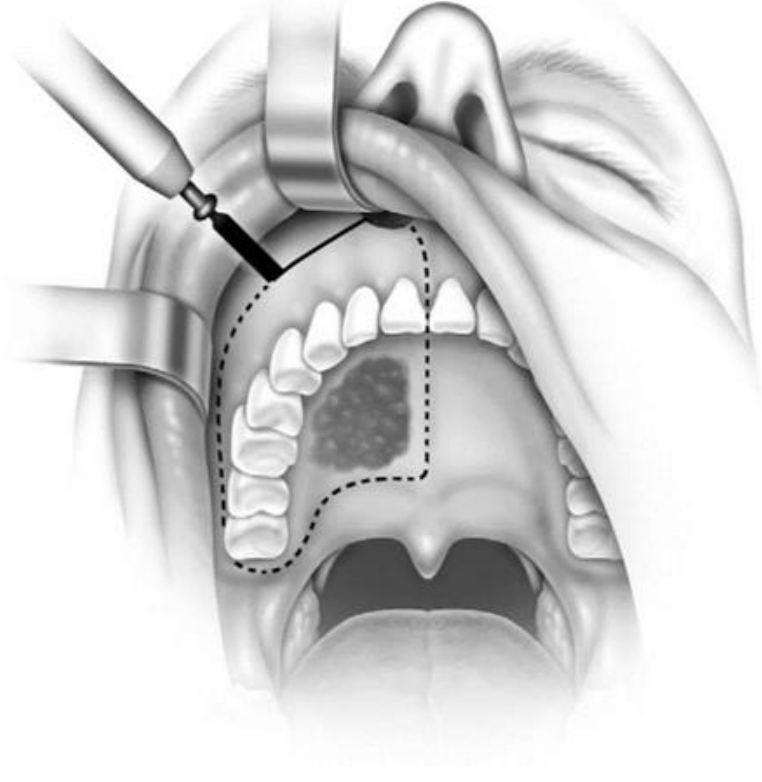
✓ استئصال الفك العلوي الجزئي (القسم السفلي).

✓ استئصال الفك العلوي الكامل.

• قد تكون المعالجة الشعاعية فعالة في السيطرة على نمو الورم قبل العمل الجراحي وكذلك في القضاء الخلايا السرطانية المتبقية بعد الجراحة.



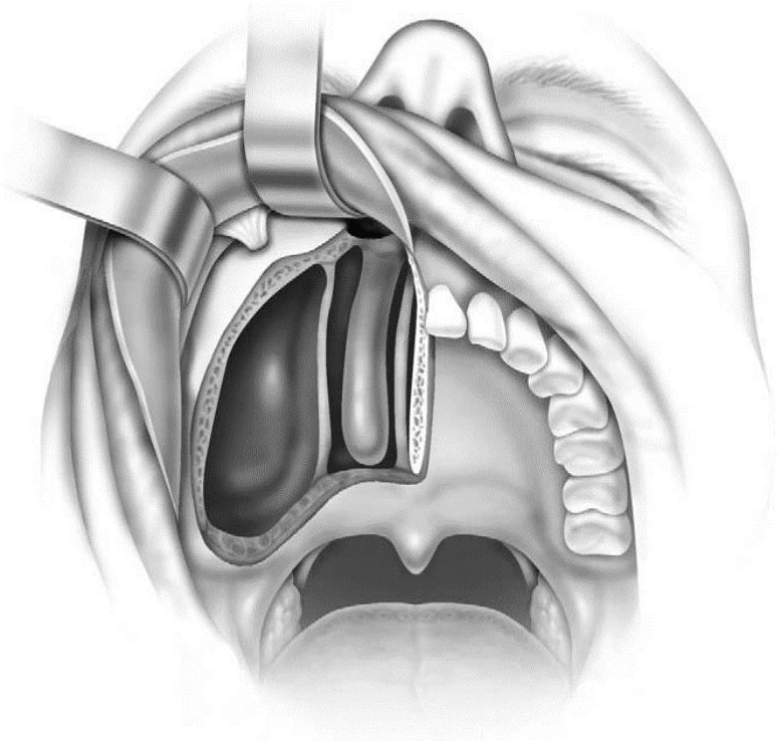
استئصال الفك العلوي الجزئي (القسم السفلي)



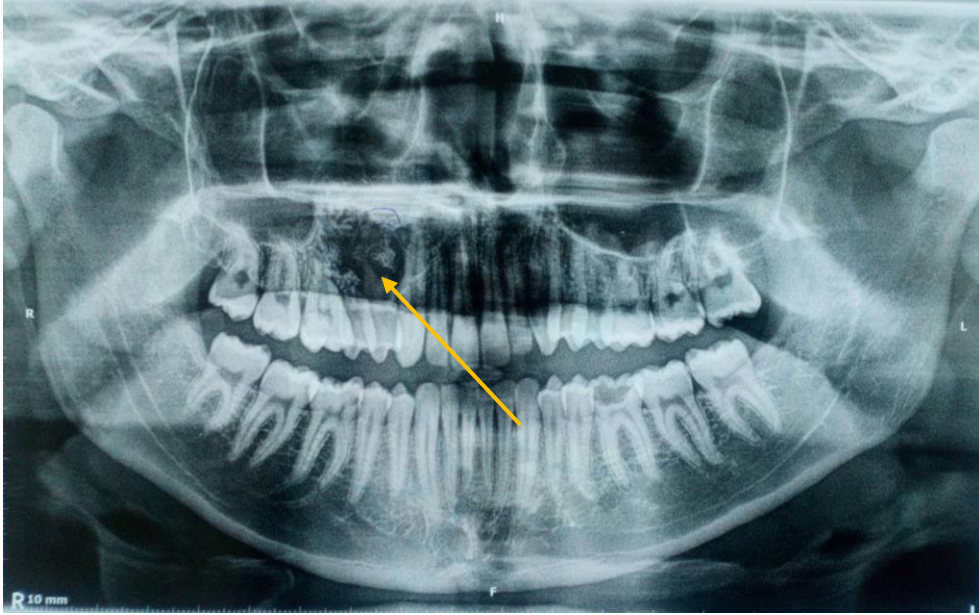
- المدخل الجراحي لأورام الحافة السنخية الجانبية في الفك العلوي والحنك الصلب يكون من داخل الفم.
- يتم إجراء الشقوق المخاطية بهامش لا يقل عن 1 سم بواسطة المشروط العادي أو الكهربائي.
- تُجرى الشقوق أولاً على الحنك الصلب والرخو باتجاه العظم.
- ثم تُجرى الشقوق الدهليزية اللثوية بحيث تكشف الجدار الأمامي والوحيشي لجيب الفك العلوي حتى مستوى العصب تحت الحجاج.
- بشرط أن تكون الجيوب الفكية العلوية غير مصابة.

استئصال الفك العلوي الجزئي (القسم السفلي)

- تشمل الجيوب الفكّية العلوية بالقطع العظمي السابق الذكر مع الحفاظ على العصب تحت الحجاج.
- يتم استخدام الازاميل العظمية والمطرقة الجراحية لإجراء القطع العظمي من أجل فصل القسم السفلي من الفك العلوي بالكامل.
- كما يمكن استخدام المنشار العظمي التبادلي لهذا الغرض.
- القطع العظمي عبر الجدار الوحشي للفك العلوي إلى مستوى الصفائح الجناحية، وأيضاً التجويف الأنفي وقطع الحاجز الأنفي الموافق.



حالة سريرية لاستئصال الفك العلوي الجزئي (القسم السفلي)



- مريض بعمر 21 سنة، لديه شكوى من تورم في الفك العلوي، يظهر على قبة الحنك.

- التورم قاسي الملمس، غير مؤلم، لون المخاطية طبيعي.

- ملاحظة: والد المريض توفي بسرطان الفك العلوي، وعمّه أيضاً مُصاب بسرطان الفك العلوي.

- التشخيص النسيجي للخرعة الاستئصالية **Low grade Ameloblastic Fibrosarcoma**

- وهو نوع نادر من السرطان.

- تم نشر مقالة بهذه الحالة النادرة في مجلة جامعة أكسفورد البريطانية.



تم إنجاز العمل الجراحي في شعبة جراحة الفم والوجه والفكين في مشفى تشرين الجامعي

قطع العظم وفصل الجزء السفلي من الفك العلوي
مع كامل الجيب الفكي



الشقوق الجراحية على قبة الحنك وفي دهليز الفم





سرطان المُخاطية الخدية Buccal Mucosa Cancer



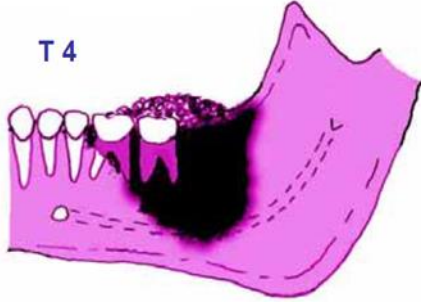
- يمثل سرطان الغشاء المخاطي الشدقي 2- 10% من إجمالي SCC الحفرة الفموية.
- يُعتبر مضغ القات وجوزة التانبول المُسبب الرئيسي.
- تتطور الآفة على طول خط الإطباق أو أخفض قليلاً قرب الصوار.
- الآفة مؤلمة عادة ومُتقرحة وقد ترتشح عميقاً باتجاه النسيج العميقة.
- في بعض الحالات تبدو سطحية وتتمو باتجاه الخارج (شكل ثُولولي).
- ينتقل إلى العقد اللمفاوية تحت الفك.
- تُعتبر المعالجة أيضاً مسألة معقدة وفي المراحل المبكرة يمكن استخدام الجراحة والأشعة معاً.

سرطان الفك السفلي Mandibular Cancer Management

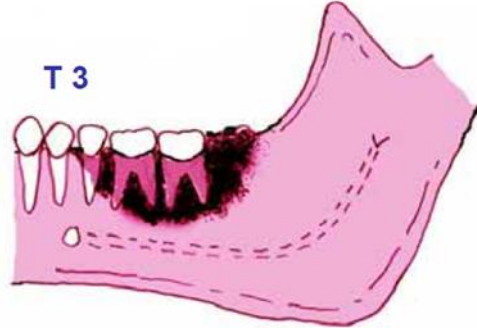


- سرطان الفك السفلي عادةً ما يكون ثانوي، أي أنه عبارة عن انتقال للورم من عضوٍ آخر.
- عادةً ينتقل السرطان إلى الفك السفلي من سرطان اللثة المُلتصقة أو المُخاطية المُغطّية للفك السفلي وكذلك من المناطق المجاورة.
- ينتقل السرطان أولاً إلى الحافة السنخية ثم إلى نقي العظم الإسفنجي (النقيوي).
- كما يمكن أن ينتقل إلى عظم الفك السفلي من خلال الثقبّة الذقنيّة أو ثقبّة الفك السفلي أو عيوب الصفيحة القشرية للفك.

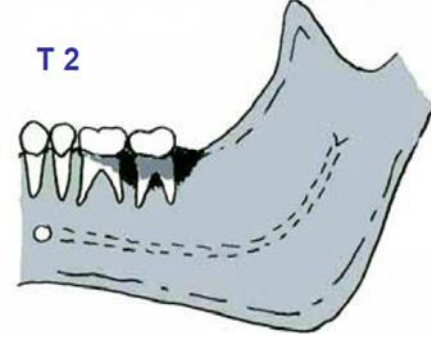
لسرطان الفك السفلي الأشكال التالية



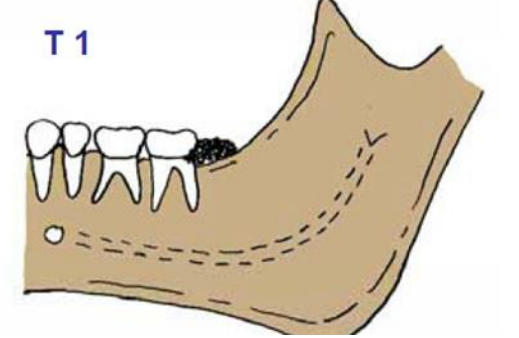
غزو يتضمن القناة السنية
السفلية



غزو يتجاوز النتوء السنخي
لكن فوق مستوى القناة السنية



غزو ضمن النتوء السنخي

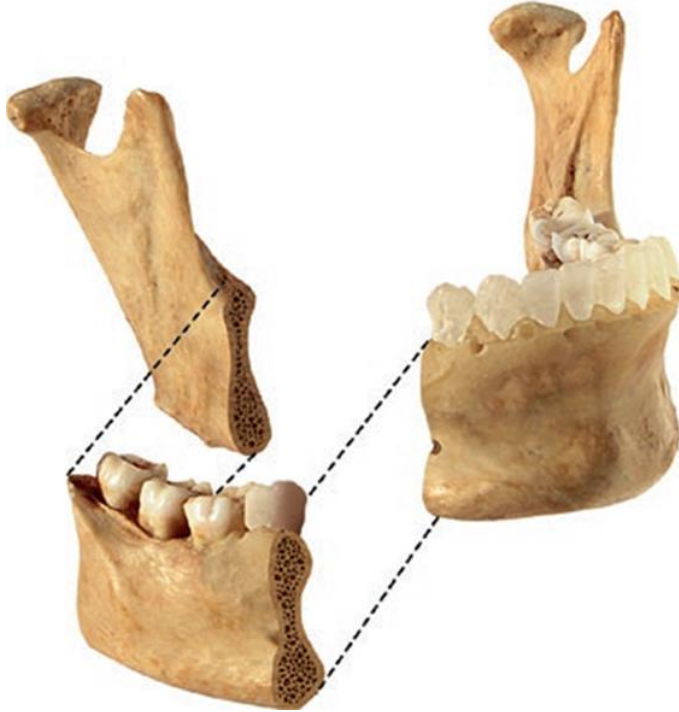


لا يوجد غزو عظمي

الاستئصال الجراحي لسرطان الفك السفلي

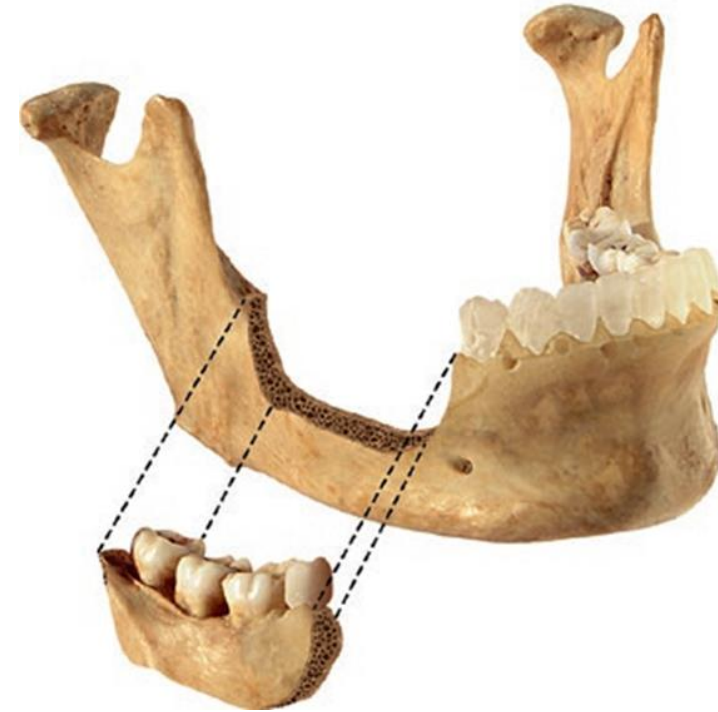
القطع الجزئي للفك السفلي

Segmental mandibulectomy



قطع الحافة السنخية

Marginal mandibulectomy



قطع الحافة السنخية



المُعالجات الجراحية المُرافقة للمعالجة الجراحية للسرطان

- في السرطانات من الدرجة **Stage 3 و Stage 4** أي عند وجود انتقالات إلى العُقد اللمفية يتم إجراء عمل جراحي مُرافق لعملية استئصال الورم.
- يُسمى هذا الإجراء بتجريف العنق **Neck Dissection**، يتم فيه إجراء استئصال للعقد اللمفية التي انتشر إليها الورم.
- هناك عدة أشكال لتجريف العنق وذلك حسب نوع وحجم الورم وكذلك حسب موقع وحجم العُقد اللمفية المصابة:
 - تجريف العنق الانتقائي **Selected Dissection**، يشمل العُقد التي انتشر إليها الورم.
 - تجريف العنق الجذري **Radical Dissection** يشمل كامل العُقد اللمفية في جهة واحدة.
 - تجريف العنق الجذري المُعدّل **Modified Radical Dissection** يشمل كامل العُقد اللمفية في لجهتين.
 - تجريف العنق الموسّع **Expanded Dissection** يشمل العُقد اللمفية وأعضاء أخرى في المنطقة مثل العضلات، الغُد، الأوعية الدموية والأعصاب.



The end