الجمهورية العربية السورية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

الجامعة السورية الخاصة

كلية الطب البشري

دراسة حالات كتل العنق للمرضى المراجعين لمشفى المواساة الجامعي

Case study of neck masses in patients attending Al-Mowasat University Hospital

بحث علمي أُعد لنيل درجة دكتور في الطب البشري M.D

إعداد الطالب

محمد علي عاشور

بإشراف

الأُستاذ الدكتور لؤي نحاس

2026-2025

كلمة الشكر والتقدير والعرفان

أتقدم بأسمى عبارات الشكر والامتنان للأستاذ الدكتور لؤي نحاس، مشرفي الكريم، على دعمه المستمر وإشرافه العلمي القيّم، وإرشاداته القيمة التي كانت الركيزة الأساسية لإتمام هذا البحث بنجاح. كما أعبر عن امتناني للجامعة السورية الخاصة على توفير البيئة الأكاديمية المناسبة والموارد الضرورية التي ساعدت في إنجاز هذا العمل.

كما أشكر كل من ساهم في جمع البيانات وتحليلها، والزملاء الذين قدموا الدعم الفني والمشورة طوال فترة إعداد الدراسة.

إن هذا العمل ما كان ليكتمل بدون إشرافكم وتشجيعكم المستمر، فلكم جزيل الشكر والعرفان

الدكتور محمد علي عاشور

المحتويات:

قائمة الجداول: VII

قائمة الأشكال: VIII

قائمة الاختصارات X

الملخص: XI

Abstract: XII

الدراسة النظرية 1

تشريح العنق 2

الحدود التشريحية للعنق 2

تقسيمات العنق التشريحية (Neck Levels I–VI) 3

محتويات العنق حسب المناطق 4

العضلات 4

الأوعية الدموية 4

الأعصاب 5

الغدد (الدرقية واللعابية) 5

الجهاز اللمفي والعقد اللمفية 5

التصريف اللمفي للعنق وأهميته السريرية 6

مستويات العقد اللمفاوية في العنق 6

الفيزيولوجيا المرضية لتشكّل كتل العنق 7

الآليات الالتهابية 7

الاضطرابات التطورية (الكتل الخَلقية) 8

التكاثر الحميد 9

التحول الخبيث والانتقالات الورمية 9

تصنيف كتل العنق 10

الكتل الالتهابية 10

التهاب العقد اللمفية الجرثومي 10

السل العقدي 11

الإنتانات الفيروسية 11

الخراجات العنقية 12

كتل خَلقية 12

الكيسة الدرقية اللسانية 12
الكيسة الغلصمية 13
التشوهات اللمفاوية 16
التشوهات الوعائية 16
الكيسات الجلدانية 17
كتل ورمية حميدة 17
أورام الغدد اللعابية الحميدة 17
الأورام الشحمية 17
الأورام الليفية العصبية 18
كتل ورمية خبيثة 18
انتقالات سرطانات الرأس والعنق 18
اللمفوما 18
سرطانات الغدة الدرقية 19
أورام النسج الرخوة الخبيثة 19
التظاهر السريري لكتل العنق 19
القصة المرضية وأهميتها التشخيصية 20
خصائص الكتلة بالفحص السريري 20
الموقع 20
الحجم 21
القوام 21
الحركة والثبات 21
الألم 21
الأعراض المرافقة 22
أعراض إنتانية 22
أعراض جهازية (نقص وزن، تعرق ليلي) 22
أعراض ضغط موضعي (عسرة بلع، بحة صوت) 22
الاستقصاءات التشخيصية لكتل العنق 23
الفحوص المخبرية 23

التصوير الشعاعي 24
الإيكو دوبلر 24
الطبقي المحوري CT 24
الرنين المغناطيسي MRI 24
PET-CT في الحالات المنتقاة 25
الخزعة والتشخيص النسيجي 26
FNAC (الرشف بالإبرة الرفيعة) 26
الخزعة الجراحية 26
الفحوص المناعية والوراثية 26
المبادئ العامة في تدبير كتل العنق 27
متى نراقب ومتى نتدخل 27
التدبير الدوائي 28
التدخل الجراحي 28
تجريف العنق 29
التدبير متعدد الاختصاصات في الحالات الخبيثة 31
اختلاطات كتل العنق 32
الاختلاطات الإنتانية 32
تشكل الخراج 32
الانتشار الموضعي للإنتان 32
تجرثم الدم 32
الاختلاطات الضاغطة 33
انسداد الطرق الهوائية 33
اضطرابات البلع 33
ضغط الأوعية الدموية 33
الاختلاطات العصبية 33
أذية العصب الراجع 33
أذية الأعصاب القحفية الأخرى 33
الاختلاطات الخبيثة 34

الانتقالات الموضعية 34
الانتقالات البعيدة 34
النكس بعد العلاج 34
الاختلاطات العلاجية 34
اختلاطات الجراحة 34
اختلاطات العلاج الشعاعي 34
اختلاطات العلاج الكيميائي 35
الدراسة العملية 36
أهمية الدراسة 37
أهداف الدراسة: 37
الطرائق والمواد 38
نوع الدراسة: 38
مكان الدراسة: 38
مدة الدراسة: 38
عينة الدراسة: 38
معايير الاشتمال: 38
معايير الاستبعاد: 38
مصادر البيانات: 39
التحليل الإحصائي: 39
الموافقة الأخلاقية: 39
النتائج 40
الخصائص الديموغرافية للعينة (العدد=100) 40
السوابق المرضية لدى مرضى العينة (العدد=100) 42
عوامل الخطورة المرافقة لدى مرضى كتل العنق 43
عدد عوامل الخطورة لدى كل مريض (العدد=100) 44
الخصائص السريرية لكتل العنق (العدد=100) 45
الأعراض المرافقة لكتل العنق (العدد=100) 46
توزع موقع الكتلة في العنق (العدد=100) 47
وسائل التصوير الشعاعية المستخدمة (العدد=100) 48

الموجودات الشعاعية الرئيسية (العدد=100)..... 49
نوع الخزعة المستخدمة للتشخيص (العدد=100)..... 50
نتائج التشخيص النسيجي (العدد=100)..... 51
توزع كتل العنق الخبيثة (العدد=21)..... 55
الانتقالات الورمية لدى المرضى المصابين بكتل خبيثة غير انتقالية (العدد=10)..... 56
موقع الانتقالات البعيدة حسب الموقع (العدد=4)..... 57
نمط التدبير العلاجي (العدد=100)..... 58
توزع المرضى حسب نمط التداخل الجراحي (العدد=52)..... 59
توزع الاختلاطات لدى المرضى (العدد=100)..... 60
تفصيل الاختلاطات لدى المرضى حسب النوع (العدد=100)..... 61
الإنذار حسب طبيعة الكتلة (العدد=100)..... 63
معدل الوفياة الكلي خلال فترة المتابعة (العدد=100)..... 64
المناقشة: 65
الاستنتاجات: 68
التوصيات: 69
المراجع: 70

قائمة الجداول:

الجدول 1 الخصائص الديموغرافية للعينة (العدد=100) 40
الجدول 2 السوابق المرضية لدى مرضى العينة (العدد=100) 42
الجدول 3 التوزع النسبي للمرضى حسب عوامل الخطورة لديهم (العدد=100) 43
الجدول 4 عدد عوامل الخطورة لدى كل مريض (العدد=100) 44
الجدول 5 الخصائص السريرية لكتل العنق (العدد=100) 45
الجدول 6 الأعراض المرافقة لكتل العنق (العدد=100) 46
الجدول 7 توزع موقع الكتلة في العنق (العدد=100) 47
الجدول 8 وسائل التصوير الشعاعية المستخدمة (العدد=100) 48
الجدول 9 الموجودات الشعاعية الرئيسية (العدد=100) 49
الجدول 10 نوع الخزعة المستخدمة للتشخيص (العدد=100) 50
الجدول 11 نتائج التشخيص النسيجي (العدد=100) 51
الجدول 12 توزع كتل العنق الالتهابية (العدد=36) 52
الجدول 13 توزع كتل العنق الخلقية (العدد=14) 53
الجدول 14 توزع كتل العنق الحميدة (العدد=29) 54
الجدول 15 توزع كتل العنق الخبيثة (العدد=21) 55
الجدول 16 الانتقالات الورمية لدى المرضى المصابين بكتل خبيثة غير انتقالية (العدد=10) 56
الجدول 17 موقع الانتقالات البعيدة حسب الموقع (العدد=4) 57
الجدول 18 نمط التدبير العلاجي (العدد=100) 58
الجدول 19 توزع المرضى حسب نمط التداخل الجراحي (العدد=52) 59
الجدول 20 توزع الاختلاطات لدى المرضى (العدد=100) 60
الجدول 21 تفصيل الاختلاطات لدى المرضى حسب النوع (العدد=100) 61
الجدول 22 الإنذار حسب طبيعة الكتلة (العدد=100) 63
الجدول 23 معدل الوفياة الكلي خلال فترة المتابعة (العدد=100) 64

قائمة الأشكال:

الشكل 1 الحدود التشريحية للعنق 2
الشكل 2 مستويات العقد اللمفاوية في العنق..... 7
الشكل 3 كيسة درقية لسانية 13
الشكل 4 كيسة شق غلصمي أول..... 14
الشكل 5 كيسة شق غلصمي ثاني..... 15
الشكل 6 ورم كيسي لمفاوي 16
الشكل 7 ورم الجسم السباتي..... 16
الشكل 8 الصعر الخلقي..... 17
الشكل 9 اللمفوما..... 18
الشكل 10 ورم جانب البلعوم..... 19
الشكل 11 PET Scan تظهر ورم بدئي في قاعدة اللسان - نقائل لمفاوية 25
الشكل 12 استئصال كيسة درقية لسانية مع العظم اللامي..... 29
الشكل 13 أنواع تجريف العنق..... 31
الشكل 14 التوزع النسبي للمرضى حسب الجنس 40
الشكل 15 التوزع النسبي للمرضى حسب الفئة العمرية (العدد=100) 41
الشكل 16 التوزع النسبي للمرضى حسب السوابق المرضية (العدد=100)..... 42
الشكل 17 التوزع النسبي للمرضى حسب عوامل الخطورة لديهم (العدد=100)..... 43
الشكل 18 الخصائص السريرية لكتل العنق (العدد=100) 45
الشكل 19 الأعراض المرافقة لكتل العنق (العدد=100)..... 46
الشكل 20 توزع موقع الكتلة في العنق (العدد=100)..... 47
الشكل 21 وسائل التصوير الشعاعية المستخدمة (العدد=100)..... 48
الشكل 22 الموجودات الشعاعية الرئيسية (العدد=100) 49
الشكل 23 نوع الخزعة المستخدمة للتشخيص (العدد=100) 50
الشكل 24 نتائج التشخيص النسيجي (العدد=100) 51
الشكل 25 توزع كتل العنق الالتهابية (العدد=36)..... 52
الشكل 26 توزع كتل العنق الخلقية (العدد=14) 53
الشكل 27 توزع كتل العنق الحميدة (العدد=29)..... 54
الشكل 28 توزع كتل العنق الخبيثة (العدد=21) 55
الشكل 29 الانتقالات الورمية لدى المرضى المصابين بكتل خبيثة غير انتقالية (العدد=10) 56
الشكل 30 موقع الانتقالات البعيدة حسب الموقع (العدد=4) 57

الشكل 31 نمط التدبير العلاجي (العدد=100) 58
الشكل 32 توزع المرضى حسب نمط التداخل الجراحي (العدد=52) 59
الشكل 33 توزع الاختلاطات لدى المرضى (العدد=100) 60
الشكل 34 تفصيل الاختلاطات لدى المرضى حسب النوع (العدد=100) 62
الشكل 35 الإنذار حسب طبيعة الكتلة (العدد=100) 63
الشكل 36 معدل الوفياة الكلي خلال فترة المتابعة (العدد=100) 64

قائمة الاختصارات

FNAC: Fine-Needle Aspiration Cytology (الرشف بالإبرة الرفيعة)

CT: Computed Tomography (الطبقي المحوري)

MRI: Magnetic Resonance Imaging (الرنين المغناطيسي)

PET-CT: Positron Emission Tomography – Computed Tomography (التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني)

EBV: Epstein-Barr Virus (فيروس إبشتاين بار)

HPV: Human Papillomavirus (فيروس الورم الحليمي البشري)

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences (برنامج التحليل الإحصائي)

الملخص:

مقدمة: كتل العنق تمثل مجموعة واسعة من الحالات تشمل الالتهابات، التشوهات الخلقية، والأورام الحميدة والخبيثة، وتشكل تحديًا تشخيصيًا وعلاجيًا في الممارسة السريرية. تحديد الخصائص الديموغرافية، السريرية، الشعاعية، والنسيجية لهذه الكتل يسهم في تحسين التشخيص المبكر واختيار التدبير العلاجي الأمثل.

طرائق ومواد: أُجريت دراسة تراجعية مقطعية مستعرضة في مشفى المواساة الجامعي، دمشق، شملت 100 مريض بكتل عنق تم مراجعة ملفاتهم بين 2018/8/1 و2026/1/1. تم جمع البيانات من الأضابير الطبية الرسمية بما يشمل الخصائص الديموغرافية، السوابق المرضية، عوامل الخطورة، الخصائص السريرية، الوسائل الشعاعية، نتائج الخزعات والتشخيص النسيجي، التدبير العلاجي، الاختلاطات، الإنذار والوفيات. تم إدخال البيانات وتحليلها باستخدام SPSS نسخة 26، واعتمد التحليل الوصفي فقط. حصلت الدراسة على موافقة أخلاقية من لجنة مشفى المواساة الجامعي.

النتائج: كان توزيع الجنس 56% ذكور و44% إناث، مع متوسط عمر 41.6 سنة. الكتل الالتهابية شكلت 36%، الكتل الخلقية 14%، الأورام الحميدة 29%، والخبيثة 21%. كانت الكتل غير مؤلمة وغالبًا مطاطية، والمستوى الثاني الأكثر شيوعًا في العنق. أظهرت الوسائل الشعاعية فائدة عالية، بينما كانت FNAC الطريقة التشخيصية الأكثر استخدامًا. تركز التدبير على الجراحة والعلاج الدوائي، مع معدل اختلاطات منخفض (32%). سجل الإنذار الجيد لدى 61%، ومتوسط وقياسي منخفض، فيما بلغ معدل الوفيات 4%، FNAC مناسبة للكتل غير الخبيثة، والخزعة الجراحية ضرورية للكتل المشبوهة أو الخبيثة، وهو ما يعكس استراتيجية مدروسة لتقييم كتل العنق بكفاءة وأمان.

خلاصة: توفر الدراسة قاعدة وصفية شاملة لكتل العنق، مؤكدًة أهمية التشخيص المبكر، تقييم عوامل الخطورة، واستخدام أساليب متعددة للتصوير والخزعة لضبط التدبير العلاجي وتقليل المضاعفات.

كلمات مفتاحية: كتل العنق، FNAC، أورام عنقية، التشخيص الشعاعي، التدبير الجراحي، الانتقالات الورمية.

ABSTRACT:

Background: Neck masses represent a wide spectrum of conditions, including inflammatory, congenital, benign, and malignant lesions, posing diagnostic and therapeutic challenges in clinical practice. Identifying the demographic, clinical, radiological, and histopathological characteristics of these masses helps improve early diagnosis and guide optimal management.

Materials and Methods: A retrospective cross-sectional study was conducted at Al-Mouwasat University Hospital, Damascus, including 100 patients with neck masses whose medical records were reviewed between August 1, 2018, and January 1, 2026. Data were collected from official patient files, including demographic characteristics, medical history, risk factors, clinical features, radiological findings, biopsy results, treatment modalities, complications, prognosis, and mortality. Data were analyzed descriptively using SPSS version 26. Ethical approval was obtained from the hospital ethics committee.

Results: The study population included 56% males and 44% females, with a mean age of 41.6 years. Inflammatory masses accounted for 36%, congenital 14%, benign tumors 29%, and malignant lesions 21%. Most masses were painless and soft, with level II lymph nodes being the most frequently involved. Radiological imaging proved highly useful, and fine-needle aspiration cytology (FNAC) was the most commonly used diagnostic method. Management primarily involved surgery and medical treatment, with a low complication rate (32%). Good prognosis was observed in 61% of patients, while mortality was 4%, FNAC is suitable for non-malignant masses, while surgical biopsy is necessary for suspicious or malignant masses, reflecting a well-thought-out strategy for evaluating neck masses efficiently and safely.

Conclusion: This study provides a comprehensive descriptive overview of neck masses, emphasizing the importance of early diagnosis, risk factor assessment, and the use of combined imaging and biopsy techniques to guide management and reduce complications.

Keywords: Neck masses, FNAC, cervical tumors, radiological diagnosis, surgical management, tumor metastasis.

الدراسة النظرية

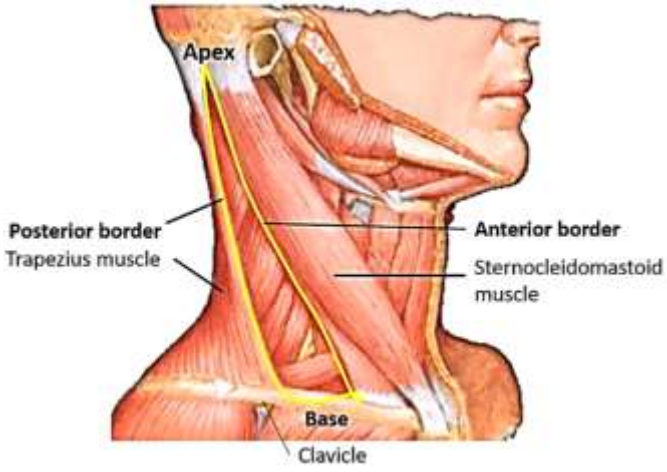
تشريح العنق

الحدود التشريحية للعنق

يُعرَّف العنق تشريحيًا بأنه الجزء الواصل بين الرأس والجذع، ويُعد منطقة انتقالية تحتوي على تراكيب حيوية تعبر بين القحف والصدر. يمتد الحد العلوي للعنق من الحافة السفلية للفك السفلي مرورًا بالناتئ الخشائي للعظم الصدغي وصولًا إلى الخط القفوي العلوي للعظم القذالي، وهو الحد الذي يفصل العنق عن قاعدة الجمجمة، حيث تمر عبره أعصاب قحفية متعددة والأوعية الدموية الكبرى من خلال الثقوب القاعدية، مما يفسر الأهمية السريرية لهذه المنطقة في انتشار الإنتانات أو الأورام نحو القحف [1].

أما الحد السفلي للعنق فيمتد من الثلمة الوداجية لعظم القص إلى الحافة العلوية للترقوتين ثم إلى الناتئ الشوكي للفقرة العنقية السابعة، ويشكّل هذا الحد منطقة اتصال مباشرة مع المنصف العلوي، ما يجعل بعض أمراض العنق قابلة للامتداد إلى الصدر، مثل الخراجات العميقة أو الأورام المتقدمة [2].

من الناحية السطحية، يُقسَّم العنق تقليديًا إلى مثلثين رئيسيين يفصل بينهما مسار العضلة القصية الترقوية الخشائية، حيث يُسمى الجزء الأمامي بالمثلث الأمامي ويحتوي على معظم التراكيب الغدية والوعائية، في حين يُسمى الجزء الخلفي بالمثلث الخلفي ويحتوي على الضفيرة العضدية وأجزاء من الأعصاب القحفية والعضلات الوضعية. ورغم أهمية هذا التقسيم في الفحص السريري والتعليم التشريحي، إلا أن الاعتماد الجراحي الحديث في أورام الرأس والعنق أصبح يرتكز أكثر على تقسيم مستويات العقد اللمفية بدلًا من المثلثات التشريحية التقليدية [3].



الشكل 1 الحدود التشريحية للعنق

تقسيمات العنق التشريحية (NECK LEVELS I–VI)

أُنشئ نظام تقسيم مستويات العنق اللمفية بهدف توحيد توصيف انتشار الأورام وتخطيط الاستئصال الجراحي، ويُعد اليوم معيارًا عالميًا في جراحة أورام الرأس والعنق. يشمل المستوى الأول المنطقة تحت الذقن وتحت الفك السفلي، وهو مرتبط بشكل خاص بتصريف الشفة السفلية وأرضية الفم والجزء الأمامي من اللسان، ولذلك فإن إصابة هذه العقد تُعد شائعة في سرطانات الفم الأمامية [4].

أما المستوى الثاني فيمتد من قاعدة الجمجمة حتى مستوى العظم اللامي على طول الوريد الوداجي الداخلي، ويُعد أكثر المستويات عرضة للنقائل اللمفية في أورام البلعوم واللوزتين والبلعوم الأنفي، كما أن تقسيمه إلى IIA وIIB له أهمية جراحية بسبب علاقة العقد بالعصب الإضافي الشوكي ومسار استئصاله دون إحداث أذية وظيفية للكتف [3].

يمتد المستوى الثالث من العظم اللامي حتى الحافة السفلية للغضروف الحلقي، ويحتوي على عقد منتصف الوريد الوداجي، ويُعد موقعًا شائعًا لانتشار أورام الحنجرة فوق المزمارية وبعض أورام البلعوم. في حين يمتد المستوى الرابع من الغضروف الحلقي حتى الترقوة، وتُعد إصابة هذا المستوى علامة على انتشار سفلي متقدم وقد تترافق مع انتقالات نحو المنصف، خاصة في أورام الدرق والمريء العلوي [4].

أما المستوى الخامس فيشمل المثلث الخلفي للعنق ويضم العقد اللمفية المجاورة للضفيرة العضدية والعصب الإضافي، وترتبط إصابته غالبًا بأورام الجلد الخلفي للرأس والبلعوم الأنفي وبعض أورام الغدة الدرقية المتقدمة. في حين يُعد المستوى السادس الحيز المركزي الأمامي للعنق ويضم العقد أمام الرغامى وحول الدرق، وهو ذو أهمية خاصة في أورام الغدة الدرقية، حيث يكون أول موقع للانتشار اللمفي في السرطانات الحليمية والجريبية [5].

محتويات العنق حسب المناطق

العضلات

تتميز عضلات العنق بتعقيدها الوظيفي وتنوع أدوارها بين دعم الرأس، والمشاركة في البلع والنطق، والمساهمة في الحركات التنفسية. تغطي العضلة الجلدية السطحية معظم العنق الأمامي والجانبي، وتُعد جزءًا من عضلات التعابير الوجهية، كما تلعب دورًا في حماية التراكيب العميقة وتوجيه انتشار الإنتانات السطحية [1]. في الطبقات الأعمق، تشكّل العضلات تحت اللامية منظومة وظيفية مسؤولة عن تثبيت وخفض العظم اللامي والحنجرة أثناء البلع والكلام، وهي ضرورية لتناسق حركة البلع وحماية الطرق التنفسية [2].

أما العضلات فوق اللامية فتسهم في رفع اللامي وأرضية الفم وتشارك في المراحل الأولى للبلع والمضغ، كما أن خلل توازن هذه العضلات قد يؤدي إلى اضطرابات بلع ملحوظة سريريًا. في العمق، تلعب عضلات الرقبة العميقة وعضلات الثني الأمامي للفقرات دورًا محوريًا في ثبات العمود الفقري العنقي والمشاركة في التنفس القسري من خلال رفع الضلع الأول، كما أن تضخمها أو تشنجها قد يؤدي إلى متلازمات انضغاط عصبي وعائي مثل متلازمة مخرج الصدر [3].

الأوعية الدموية

يمر عبر العنق عدد من أهم الأوعية المغذية للدماغ والوجه، ويُعد الشريان السباتي العام المحور الشرياني الرئيسي، حيث ينقسم عند مستوى الغضروف الدرقي إلى السباتي الداخلي الذي يتجه مباشرة نحو القحف دون إعطاء فروع عنقية، والسباتي الخارجي الذي يتفرع لتغذية الوجه وفروة الرأس والغدد والحنجرة. هذا التوزع الوظيفي يفسر خطورة إصابة السباتي الداخلي حتى بآفات صغيرة بسبب تأثيرها المباشر على التروية الدماغية [4].

أما التصريف الوريدي فيتم بشكل رئيسي عبر الوريد الوداجي الداخلي الذي يجمع الدم من الدماغ والوجه العميق ويصب في الوريد العضدي الرأسي، ويُعد هذا الوريد مرجعًا تشريحيًا أساسيًا في تحديد مستويات العقد اللمفية. كما تشارك الأوردة السطحية مثل الوداجي الخارجي في تصريف فروة الرأس والوجه السطحي، وتُستخدم أحيانًا كمدخل وريدي في الحالات الإسعافية، ما يبرز أهميتها العملية في الممارسة السريرية [2].

الأعصاب

يحتوي العنق على شبكة معقدة من الأعصاب القحفية والمحيطية، حيث تمر الأعصاب القحفية السفلية عبر قاعدة الجمجمة إلى العنق لتعصيب عضلات البلع والنطق، مثل العصب المبهم الذي يعطي فروعًا حنجرية مسؤولة عن حركة الأحبال الصوتية، وأي أذية له قد تؤدي إلى بحة صوتية أو اضطراب بلع خطير [1]. كما يشكّل العصب الإضافي الشوكي عنصرًا جراحيًا بالغ الأهمية في استئصالات العنق، إذ إن أذيته تؤدي إلى ضعف عضلات الكتف واضطراب وظيفي دائم، ما يفرض الحفاظ عليه في الاستئصالات الانتقائية [3].

إضافة إلى ذلك، تتشكل الضفيرة العنقية من الفروع الأمامية للأعصاب العنقية العلوية وتغذي عضلات تحت اللامية وتعطي فروعًا حسية لجلد العنق، في حين تشكّل الضفيرة العضدية في الجزء السفلي الجانبي من العنق المصدر الرئيسي لتعصيب الطرف العلوي، ما يجعل أورام هذه المنطقة قادرة على إحداث أعراض عصبية شديدة مثل الألم المنتشر وضعف الطرف العلوي [5].

الغدد (الدرقية واللعابية)

تُعد الغدة الدرقية أكبر غدة صماء في العنق، وتقع أمام الرغامى وتتكون من فصين يصل بينهما برزخ، وتتميز بغزارة ترويتها الدموية، ما يجعل أي تدخل جراحي عليها معرضًا للنزف ما لم يتم ضبط الفروع الشريانية بدقة. وتكتسب الدرق أهمية سريرية خاصة بسبب ارتفاع معدل أورامها وانتشارها اللمفي المبكر نحو العقد المركزية ثم الجانبية [4].

أما الغدد اللعابية الكبرى فتشمل النكفية وتحت الفك السفلي وتحت اللسان، وتختلف في خصائص الإفراز ومواقع فتحتها في الفم، وتُعد الغدة النكفية ذات أهمية جراحية خاصة بسبب مرور العصب الوجهي عبر نسيجها، ما يجعل أي استئصال غير دقيق مهددًا بإحداث شلل وجهي دائم. كما أن أورام هذه الغدد قد تكون حميدة أو خبيثة، ويختلف نمط الانتشار اللمفي بحسب نوع الورم وموقعه [2].

الجهاز اللمفي والعقد اللمفية

يمتلك العنق واحدة من أكثر الشبكات اللمفية كثافة في الجسم، نظرًا لكونه منطقة تصريف للوجه والفم والبلعوم والحنجرة والدرق. تتوضع العقد اللمفية على طول الوريد الوداجي وفي المثلثات الأمامية والخلفية، وتشكل خط الدفاع الأول ضد الإنتانات وانتشار الخلايا الورمية. وتُعد ضخامة

العقد في العنق علامة سريرية شائعة قد تشير إلى التهاب بسيط أو إلى خباثة كامنة، ما يفرض تقييمًا دقيقًا يعتمد على الحجم والقساوة والتثبت [3].

تكمن الأهمية الكبرى للجهاز اللمفي في كونه المسار الأساسي لانتشار أورام الرأس والعنق، ولذلك فإن تحديد مستوى العقد المصابة بدقة يوجّه القرار العلاجي بين الجراحة والأشعة والمعالجة الجهازية، كما أن نمط الانتشار المتسلسل يفسر سبب اعتماد الاستئصال العنقي الانتقائي بدل الاستئصال الجذري في كثير من الحالات الحادة [5].

التصريف اللمفي للعنق وأهميته السريرية

يُعد التصريف اللمفي في العنق منظم ذو مسارات شبه ثابتة، حيث ينتقل اللمف من المناطق السطحية والعميقة نحو العقد المحيطة بالوريد الوداجي ثم إلى القناة الصدرية أو القناة اللمفية اليمنى. هذا التنظيم يسمح بالتنبؤ بمناطق الانتقال الورمي بحسب موقع الورم الأولي، وهو أساس ما يُعرف بخريطة الانتشار اللمفي للأورام [4].

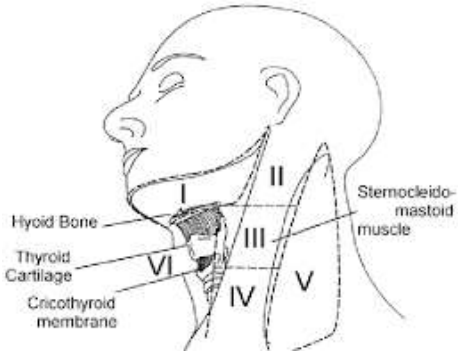
سريريًا، يُستخدم هذا المفهوم في تحديد مدى الجراحة والمعالجة الشعاعية، كما أن وجود نقائل لمفية يُعد من أهم عوامل الإنذار في أورام الرأس والعنق، إذ يرتبط بانخفاض البقيا وازدياد احتمال النكس الموضعي والبعيد. إضافة إلى ذلك، قد تؤدي انسدادات التصريف اللمفي بعد الجراحة أو الأشعة إلى وذمات مزمنة وتشوهات وظيفية تؤثر بشكل كبير على نوعية حياة المرضى، ما يجعل الحفاظ على المسارات اللمفية السليمة هدفًا علاجيًا مهمًا عند الإمكان [5].

كما يلعب التصريف اللمفي دورًا في انتشار الإنتانات العميقة للعنق، حيث قد تنتقل الجراثيم عبر المسافات اللفافية إلى المنصف، محدثة حالات خطيرة مثل التهاب المنصف النازل، وهو من الاختلاطات المهددة للحياة التي تتطلب تدخلاً جراحيًا عاجلًا، ما يبرز الترابط الوثيق بين تشريح العنق وقرارات التدبير السريري [1].

مستويات العقد اللمفاوية في العنق

- **المستوى الأول :**تحت الذقن وتحت الفك السفلي.(Submental & Submandibular)
- **المستوى الثاني :**العقد الوداجية العلوية.(Upper Jugular)
- **المستوى الثالث :**العقد الوداجية الوسطى.(Middle Jugular)
- **المستوى الرابع :**العقد الوداجية السفلية.(Lower Jugular)

- **المستوى الخامس :** عقد المثلث الخلفي.(Posterior Triangle)
- **المستوى السادس :** الحجرة الأمامية .(Anterior Compartment)



الشكل 2 مستويات العقد اللمفاوية في العنق

الفيزيولوجيا المرضية لتشكّل كتل العنق

تُعد كتل العنق تظاهرًا سريريًا شائعًا ناتجًا عن طيف واسع من العمليات المرضية التي تتراوح بين الالتهابات العابرة والاضطرابات التطورية والآفات التكاثرية الحميدة وصولًا إلى الأورام الخبيثة والنقائل. ويعتمد الشكل السريري للكتلة من حيث الحجم والقوام وسرعة النمو والأعراض المرافقة على الآلية الفيزيولوجية المرضية المسيطرة، ما يجعل فهم هذه الآليات أساسًا لتوجيه التشخيص والتدبير العلاجي.

الآليات الالتهابية

تنشأ الكتل الالتهابية في العنق بشكل رئيسي نتيجة استجابة الجهاز المناعي للإنتانات الجرثومية أو الفيروسية أو الفطرية، وتتمثل غالبًا بتضخم العقد اللمفية أو بتشكّل خراجات في المسافات العميقة. تبدأ العملية المرضية بتنشيط الخلايا المقدِّمة للمستضد ضمن العقد اللمفية، ما يؤدي إلى تكاثر الخلايا اللمفاوية وزيادة الجريان الدموي والنفاذية الوعائية، وهو ما يترجم سريريًا بتضخم مؤلم وسريع الظهور في العقد المصابة [6]. وفي حال استمرار العامل الممرض أو ضعف الاستجابة المناعية، قد يحدث تموّت نسيجي داخل العقدة مع تشكّل خراج لمفي يتطلب تصريفًا جراحيًا.

تلعب طبيعة العامل الممرض دورًا مهمًا في نمط التضخم، حيث تميل الإنتانات الفيروسية إلى إحداث ضخامة عقدية معمّمة ومؤلمة خفيفة مع قوام مطاطي، بينما تُحدث الإنتانات الجرثومية الموضعية ضخامة عقدية شديدة الإيلام مع علامات التهاب موضعي وارتفاع مؤشرات الالتهاب.

أما الإنتانات المزمنة مثل السل، فتؤدي إلى التهاب عقدي حبيبومي يتميز بتكاثر الخلايا الظهارية وتشكّل مناطق تنخّر جبني، ما يعطي العقد قوامًا قاسيًا نسبيًا وقد يترافق مع ناسور جلدي في المراحل المتقدمة [7].

إضافة إلى العقد اللمفية، قد تنشأ الكتل الالتهابية من التهاب الغدد اللعابية أو من الإنتانات العميقة للمسافات اللفافية في العنق، حيث يؤدي انتشار الجراثيم ضمن هذه المسافات إلى تجمع قيحي سريع قد يسبب ضغطًا على الطرق الهوائية أو الأوعية، ما يجعل هذه الحالات إسعافية. ويُعد التفاعل الالتهابي هنا ناتجًا عن إطلاق وسائط التهابية مثل الإنترلوكينات وعامل نخر الورم، التي تزيد النفاذية الوعائية وتؤدي إلى وذمة نسيجية وتجمع السوائل، وهو ما يفسر الزيادة السريعة في حجم الكتلة وخطورتها السريرية [6].

الاضطرابات التطورية (الكتل الخَلقية)

تنشأ الكتل الخلقية في العنق نتيجة فشل في اندثار أو انغلاق بقايا جنينية خلال التطور الجنيني المبكر، وتبقى هذه البقايا كامنة حتى تُكتشف في الطفولة أو حتى في البلوغ عند حدوث التهاب ثانوي أو ازدياد تدريجي في الحجم. تُعد كيسات القناة الدرقية اللسانية من أكثر هذه الكتل شيوعًا، وتنشأ بسبب بقاء جزء من المسار الجنيني لهجرة الغدة الدرقية من قاعدة اللسان إلى موقعها النهائي في العنق، ما يؤدي إلى تشكّل كيسة متوسطة الخط تتحرك مع البلع أو إخراج اللسان بسبب ارتباطها بالعظم اللامي [8].

أما كيسات الشقوق الغلصمية فتنشأ نتيجة اضطراب في تطور الأقواس الغلصمية، وغالبًا ما تتوضع على الجانب الوحشي للعنق، وقد تبقى صامتة لسنوات قبل أن تظهر ككتلة غير مؤلمة أو تتحول إلى خراج متكرر نتيجة الإنتان. من الناحية الفيزيولوجية المرضية، تُبطن هذه الكيسات بظهارة حرشفية أو عمودية مهدبة مع نسيج لمفي مجاور، ما يفسر قابليتها للالتهاب المتكرر واستمرار الإفرازات في حال تشكّل ناسور جلدي [7].

تلعب الاضطرابات اللمفية التطورية دورًا في تشكّل الأورام اللمفية الكيسية، والتي تنجم عن خلل في اتصال الأوعية اللمفية الجنينية مع الجهاز اللمفي المركزي، ما يؤدي إلى تجمعات لمفية كيسية متعددة قد تتوسع تدريجيًا وتغزو المسافات العميقة للعنق. تتميز هذه الآفات ببطء النمو وقوام لين،

إلا أنها قد تسبب اختلاطات خطيرة عند ضغطها على الطرق التنفسية أو عند حدوث نزف داخل الكيس، وهو ما يعكس الطبيعة الديناميكية لتوازن السوائل ضمن الجهاز اللمفي [8].

التكاثر الحميد

تنتج الكتل الحميدة في العنق عن تكاثر موضعي لخلايا ناضجة دون وجود صفات خلوية خبيثة أو قدرة على الانتقال، وتشمل الأورام الليفية والدهنية والوعائية وأورام الغدد اللعابية الحميدة. تنجم هذه الآفات عن اضطراب في تنظيم دورة الخلية أو عن تحفيز موضعي طويل الأمد لعوامل النمو، ما يؤدي إلى تضاعف الخلايا ضمن حدود المحفظة النسيجية دون غزو الأنسجة المجاورة [6].

في الغدد اللعابية، يُعد الورم الغدي متعدد الأشكال مثالًا نموذجيًا للتكاثر الحميد، حيث يحدث نتيجة تكاثر مزدوج للخلايا الظهارية والعضلية الظهارية مع تشكّل بنية مختلطة ضمن محفظة واضحة. ورغم طبيعته الحميدة، إلا أن استمراره لفترات طويلة قد يعرّضه لتحول خبيث، ما يبرز أهمية الاستئصال الكامل لتجنّب النكس أو التحول السرطاني [8].

أما الأورام الوعائية مثل الأورام الدموية والتشوهات الشريانية الوريدية، فتنشأ عن خلل في تنظيم التكوّن الوعائي خلال التطور أو نتيجة توسع مرضي في الأوعية القائمة، وتتميز بامتلاء دموي قابل للزيادة مع الجهد أو البكاء عند الأطفال، ما يعكس طبيعة الجريان الديناميكي داخل هذه الآفات. وتكمن خطورتها في قابلية النزف أو في الضغط الموضعي على الأعصاب والطرق الهوائية رغم كونها غير خبيثة [7].

التحول الخبيث والانتقالات الورمية

يمثل التحول الخبيث المرحلة الأكثر خطورة في تشكّل كتل العنق، وينجم عن تراكم طفرات جينية تؤدي إلى فقدان السيطرة على دورة الخلية، وتثبيط آليات الموت الخلوي المبرمج، وزيادة القدرة على الغزو والانتقال. تبدأ العملية عادة بمرحلة خلل تنسج ثم تتحول إلى سرطان موضعي قبل أن تكتسب الخلايا القدرة على اختراق الغشاء القاعدي والانتشار عبر الأوعية اللمفية أو الدموية [6].

في أورام الرأس والعنق، يُعد الانتقال اللمفي هو الطريق الأساسي لتشكّل كتل عنقية ثانوية، حيث تدخل الخلايا الورمية إلى الأوعية اللمفية وتستقر في العقد الناحية التي تشكّل بيئة مناسبة لنموها بسبب غناها بالعوامل المناعية والوعائية. ومع تطور المرض، قد تخترق الخلايا الورمية محفظة

العقدة وتغزو النسج المجاورة، ما يؤدي إلى تشكّل كتل ثابتة قاسية مرتبطة بالجلد أو العضلات، وهي علامة إنذارية سيئة ترتبط بانخفاض معدلات البقيا [7].

تلعب الخصائص الجزيئية للورم دورًا في ميله للانتقال، مثل التعبير عن جزيئات الالتصاق والإنزيمات الحالّة للمطرق خارج الخلوي، التي تسهّل اختراق الأنسجة والهجرة الخلوية. كما أن بعض الأورام مثل سرطان الدرق الحليمي تمتلك ميلًا خاصًا للانتقال اللمفي المبكر حتى في الأورام الصغيرة، ما يفسر وجود كتل عنقية كأول عرض سريري في بعض المرضى [8].

إضافة إلى النقائل اللمفية، قد تنشأ كتل عنقية نتيجة أورام أولية في الأنسجة الرخوة أو الغدد أو الأعصاب، وتتميز هذه الأورام بقدرتها على الغزو الموضعي والانتشار الدموي في المراحل المتقدمة. ويُعد التمييز بين الكتلة الأولية والنقيلة أمرًا بالغ الأهمية في تحديد الخطة العلاجية، حيث يختلف التدبير الجراحي والشعاعي والجهازي بشكل كبير بحسب مصدر الورم وامتداده [6].

تصنيف كتل العنق

يمثّل تصنيف كتل العنق خطوة محورية في التقييم السريري، إذ يتيح الربط بين الخصائص السريرية للكتلة وبين الآليات المرضية المحتملة، كما يساعد في تحديد الاستقصاءات المطلوبة وخيارات التدبير العلاجي. ويُعتمد تصنيف كتل العنق عادة إلى أربع مجموعات رئيسية تشمل الكتل الالتهابية، والكتل الخَلقية، والكتل الورمية الحميدة، والكتل الورمية الخبيثة، مع إدراك أن بعض الآفات قد تتداخل سريريًا بين هذه الفئات، ما يستدعي تأكيد التشخيص بوسائل تصويرية وخلوية أو نسيجية.

الكتل الالتهابية

التهاب العقد اللمفية الجرثومي

يُعد التهاب العقد اللمفية الجرثومي من أكثر أسباب كتل العنق شيوعًا، لا سيما عند الأطفال واليافعين، وينجم غالبًا عن إنتانات في الطرق التنفسية العلوية أو في جوف الفم والأسنان. يتميز هذا النوع من الكتل ببداية حادة نسبيًا مع ألم موضعي، وارتفاع في حرارة الجلد المغطي أحيانًا، وقد يترافق مع أعراض جهازية مثل الحمى والتعب.

من الناحية المرضية، يحدث تضخم العقد نتيجة تكاثر الخلايا المناعية وارتشاح العدلات وتوسع الأوعية، ومع استمرار الإنتان قد يتطور الأمر إلى تشكّل خراج ضمن العقدة، ما يؤدي إلى تميع مركزي وزيادة في التوتر الموضعي [9].

يُعد التمييز بين التضخم الالتهابي البسيط وبين الخراج العقدي ذا أهمية علاجية، إذ إن الحالة الأولى غالبًا ما تستجيب للمضادات الحيوية، بينما تتطلب الثانية تدخلًا تصريفيًا. كما أن عدم الاستجابة للعلاج المحافظ يثير الشك بوجود سبب غير جرثومي أو بوجود آفة خبيثة كامنة، ما يستدعي استقصاءات إضافية.

السل العقدي

يمثل السل العقدي أحد أكثر أشكال السل خارج الرئة شيوعًا، ويتظاهر عادة بكتل عنقية غير مؤلمة ذات نمو بطيء، وقد تكون متعددة ومتلاصقة، ما يعطي مظهر ما يُعرف بالعقد المتكتلة. من الناحية المرضية، يتميز السل بتشكّل حبيبات التهابية مع مناطق تنخر جبني، ما يؤدي تدريجيًا إلى تليّن العقد وتمزقها نحو الجلد مع تشكّل ناسور مزمن في الحالات المتقدمة [10].

تكمن أهمية السل العقدي في كونه قد يحاكي أورامًا خبيثة من حيث القساوة والتثبت في المراحل المتأخرة، كما أن التشخيص المتأخر يؤدي إلى تشوهات جلدية دائمة وصعوبة في العلاج. ويُعد الفحص الخلوي بالإبرة الدقيقة مع اختبارات الجراثيم والـPCR من الوسائل المهمة لتأكيد التشخيص دون الحاجة إلى استئصال جراحي واسع.

الإنتانات الفيروسية

تترافق الإنتانات الفيروسية غالبًا مع ضخامة عقدية معممة أو ثنائية الجانب، كما في داء وحيدات النوى الإنتاني أو بعض الفيروسات التنفسية. تتميز هذه الكتل بقوام مطاطي وألم خفيف أو معدوم، وغالبًا ما تتراجع تلقائيًا مع زوال الإنتان. من الناحية الفيزيولوجية، ينجم التضخم عن فرط تنسج الجريبات اللمفية وزيادة النشاط المناعي الخلطي والخلوّي، دون حدوث تخرب نسيجي حقيقي [9].

تكمن الأهمية السريرية لهذه الفئة من الكتل في تجنب الإفراط في الاستقصاءات أو التدخلات الجراحية، مع ضرورة المتابعة في حال استمرار التضخم أكثر من المتوقع، لأن بعض اللمفومات قد تبدأ بصورة مشابهة سريريًا لإنتان فيروسي بسيط.

الخراجات العنقية

تنشأ الخراجات العنقية نتيجة انتشار الإنتان إلى المسافات العميقة للعنق، وغالبًا ما تكون امتدادًا لإنتانات سنية أو بلعومية. تتظاهر هذه الخراجات بكتلة مؤلمة متزايدة الحجم مع علامات جهازية واضحة، وقد تترافق مع صعوبة بلع أو تنفس عند ضغط الطرق الهوائية. تكمن خطورة هذه الحالات في إمكانية امتداد الإنتان إلى المنصف أو إحداث إنتان دموي، ما يجعل التدخل السريع ضروريًا [10].

يعتمد التدبير على التصوير الشعاعي لتحديد موقع الخراج بدقة ثم التصريف الجراحي مع المعالجة بالمضادات الحيوية واسعة الطيف، ويُعد التأخير في التشخيص أحد أهم أسباب الاختلاطات المهددة للحياة في هذه الفئة من كتل العنق.

كتل خَلقية

الكيسة الدرقية اللسانية

تُعد الكيسة الدرقية اللسانية أكثر الكتل الخلقية شيوعًا في الخط المتوسط للعنق، وغالبًا ما تُكتشف في الطفولة أو الشباب. تتميز هذه الكيسة بحركتها مع البلع أو مع إخراج اللسان، ما يعكس ارتباطها بالعظم اللامي وبقايا المسار الجنيني لهجرة الدرق. غالبًا ما تكون غير مؤلمة، إلا أنها قد تصبح مؤلمة ومتورمة عند حدوث التهاب ثانوي [11].

تكمن أهمية التشخيص الدقيق في ضرورة استئصال الكيسة مع الجزء الأوسط من العظم اللامي وفق إجراء Sistrunk لتقليل معدل النكس، إذ إن الاستئصال البسيط للكيسة دون إزالة المسار المتبقي يؤدي إلى عودة الآفة في نسبة كبيرة من الحالات.



الشكل 3 كيسة درقية لسانية

الكيسة الغلصمية

تتظاهر الكيسة الغلصمية عادة ككتل جانبية غير مؤلمة في العنق، وقد تُشخّص في مرحلة المراهقة أو البلوغ بعد أن تبقى كامنة لسنوات. وقد تترافق مع ناسور جلدي أو إفرازات متكررة عند وجود اتصال مع الجلد أو البلعوم. من الناحية السريرية، قد يُساء تشخيص هذه الكتل كنقائل ورمية عند البالغين، ما يجعل الاستقصاء الخلوي والتصوير ضروريين قبل اتخاذ قرار جراحي [10].

العلاج المعياري هو الاستئصال الجراحي الكامل للمسار الكيسي أو الناسوري، إذ إن المعالجة المحافظة لا تمنع النكس أو الإنتان المتكرر.

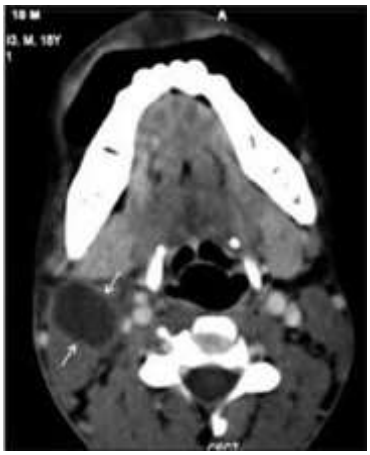
الأنواع

أولًا: كيسات الشق الغلصمي الأول

تنشأ هذه الكيسات من بقايا الشق الغلصمي الأول، وهي نادرة نسبيًا مقارنة ببقية الأنواع. تتوضع عادة في المنطقة أمام الأذن أو أسفلها، وقد تمتد نحو القناة السمعية الخارجية أو الغدة النكفية. من الناحية السريرية، قد تتظاهر على شكل كتلة حول الأذن، ناسور جلدي، أو إفرازات مزمنة من القناة السمعية. تكتسب أهميتها السريرية من علاقتها التشريحية الوثيقة بالعصب الوجهي، ما يجعل الاستئصال الجراحي أكثر تعقيدًا ويتطلب دقة عالية لتجنب الأذية العصبية.



الشكل 4 كيسة شق غلصمي أول





ثانيًا: كيسات الشق الغلصمي الثاني

تُعد الأكثر شيوعًا وتمثل النسبة الأكبر من الكيسات الغلصمية. تتوضع غالبًا على الجانب الوحشي للعنق، أمام الحافة الأمامية للعضلة القصية الترقوية الخشائية، بالقرب من زاوية الفك السفلي. قد تمتد المسالك الناسورية عميقًا بين الشريانين السباتيين الداخلي والخارجي باتجاه اللوزة الحنكية. سريريًا، تظهر عادة ككتلة غير مؤلمة، مطاطية القوام، وقد تلتهب بشكل متكرر. يشكل هذا النوع النمط النموذجي الذي يُدرّس في المراجع السريرية لكتل العنق الخلقية.



الشكل 5 كيسة شق غلصمي ثاني

ثالثًا: كيسات الشق الغلصمي الثالث

وهي أقل شيوعًا بكثير من النوع الثاني، وتنشأ من بقايا الشق الغلصمي الثالث. تتموضع عادة في الجزء السفلي من العنق، خلف الشريان السباتي المشترك، وقد تمتد المسالك الناسورية باتجاه الجيب الكمثري في البلعوم. تتظاهر سريريًا على شكل كتل عميقة في العنق، وغالبًا ما تُشخّص بشكل خاطئ على أنها خراجات أو كتل التهابية متكررة، خصوصًا عند الأطفال.

رابعًا: كيسات الشق الغلصمي الرابع

تُعد الأندر بين جميع الأنواع، وتنشأ من بقايا الشق الغلصمي الرابع. تتموضع غالبًا في الجهة اليسرى من العنق السفلي، وقد تكون على تماس وثيق مع الغدة الدرقية أو تمتد نحو المنصف العلوي. سريريًا، قد تتظاهر بخراجات عنقية متكررة أو إنتانات درقية، ويُلاحظ ميل واضح للإصابة المتكررة، مما يجعل التشخيص صعبًا ويتطلب درجة عالية من الشك السريري.

الأهمية السريرية والتشخيصية

تكمن أهمية التفريق بين أنواع الكيسات الغلصمية في اختلاف توضعها التشريحي، علاقاتها مع البنى الوعائية والعصبية، وتأثير ذلك على الخطة الجراحية. يعتمد التشخيص على القصة السريرية، الفحص السريري، والتصوير الشعاعي وخاصة الإيكو وCT وMRI، مع تأكيد التشخيص بعد الاستئصال الجراحي والفحص النسيجي. يبقى الاستئصال الجراحي الكامل هو العلاج المعياري لتجنب النكس والاختلاطات الإنتانية.

التشوهات اللمفاوية

التشوهات اللمفاوية، هي آفات خلقية ناتجة عن خلل في تطور الجهاز اللمفي، وتظهر غالبًا في الطفولة المبكرة ككتل لينة قابلة للانضغاط وقد تزداد حجمًا مع الإنتان أو النزف داخل الكيس. تتميز هذه الآفات بامتدادها عبر المسافات التشريحية دون حدود واضحة، ما يجعل الاستئصال الجراحي الكامل صعبًا في بعض الحالات [11].

يعتمد التدبير على حجم الآفة وموقعها وتأثيرها الوظيفي، وقد يشمل المعالجة بالتصليب أو الجراحة أو الجمع بينهما، خاصة عند وجود خطر على الطرق الهوائية.



الشكل 6 ورم كيسي لمفاوي

التشوهات الوعائية

تشمل التشوهات الوعائية الأورام الوعائية والتشوهات الشريانية الوريدية، وتتميّز بكونها موجودة منذ الولادة وإن لم تُكتشف إلا لاحقًا. تتظاهر عادة بكتل نابضة أو متغيرة الحجم مع الجهد، وقد تترافق بتغير لون الجلد أو إحساس بالحرارة الموضعية. تكمن خطورتها في قابلية النزف وفي تأثيرها التجميلي والوظيفي [9].

يتطلب التدبير تقييمًا دقيقًا بالدوبلر والتصوير الطبقي أو الرنين لتحديد طبيعة الجريان، ويختلف العلاج بين المراقبة والتصليب والتداخل الوعائي أو الجراحة.



الشكل 7 ورم الجسم السباتي

الكيسات الجلدانية

هي كتل حميدة تحت الجلد غالباً ما تكون دهنية أو كيراتينية، وتظهر ككتل ناعمة متحركة وتحدث بسبب انسداد الغدد الدهنية أو تكون غير طبيعي للخلايا الجنينية، وقد تظهر في الوجه والعنق (شائعة في المثلث أسفل الدقن) والجذع وتعتبر حميدة بشكل عام، ولكنها قد تلتهب وتسبب الألم وتتطلب إزالة جراحية في حال نموها أو التهابها، وهناك أنواع أخرى نادرة مثل الكيس الدرقي اللساني الذي يتشكل في منتصف العنق .



الشكل 8 الصعر الخلقي

كتل ورمية حميدة

أورام الغدد اللعابية الحميدة

تشكل أورام الغدد اللعابية الحميدة نسبة كبيرة من الكتل الورمية في العنق، خاصة في الغدة النكفية. تتظاهر غالبًا بكتلة بطيئة النمو غير مؤلمة ومتحركة نسبيًا. ورغم طبيعتها الحميدة، إلا أن استمرارها لفترات طويلة قد يؤدي إلى تحول خبيث في بعض الأنواع، ما يجعل الاستئصال الجراحي المعياري هو الخيار العلاجي المفضل [11].

تكمن التحديات الجراحية في الحفاظ على الأعصاب المجاورة، خاصة العصب الوجهي في جراحة النكفة، لتجنب اختلاطات وظيفية دائمة.

الأورام الشحمية

تُعد الأورام الشحمية من أكثر أورام النسج الرخوة الحميدة شيوعًا، وتتظاهر ككتل لينة غير مؤلمة وبطيئة النمو. غالبًا ما تكون محددة جيدًا وقابلة للحركة، ولا تسبب أعراضًا إلا عند وصولها إلى حجم كبير يؤدي إلى ضغط موضعي. التشخيص غالبًا سريري وتصويري، والعلاج يكون جراحيًا لأسباب تشخيصية أو تجميلية [9].

الأورام الليفية العصبية

تنشأ الأورام الليفية العصبية من أغمدة الأعصاب المحيطية، وقد تكون معزولة أو جزءًا من متلازمة وراثية. تتظاهر عادة ككتل بطيئة النمو وقد تترافق بأعراض عصبية عند ضغط العصب المصاب. من الناحية السريرية، يتطلب استئصالها حذرًا شديدًا لتجنب إحداث عجز عصبي دائم [10].

كتل ورمية خبيثة

انتقالات سرطانات الرأس والعنق

تُعد النقائل اللمفية السبب الأكثر شيوعًا للكتل الخبيثة في العنق لدى البالغين، وغالبًا ما تكون ناجمة عن سرطانات الفم والبلعوم والحنجرة. تتظاهر هذه الكتل بقوام قاسٍ وتثبت على الأنسجة المجاورة، وقد تكون العرض الأول للمرض قبل ظهور الورم الأولي. تكمن خطورة هذه الحالة في أن وجود النقائل اللمفية يُعد عامل إنذار سيئًا ويتطلب تدبيرًا متعدد الاختصاصات [11].

اللمفوما

تتظاهر اللمفوما عادة بكتل عقدية غير مؤلمة ومتعددة، وقد تترافق بأعراض جهازية مثل الحمى والتعرق الليلي ونقص الوزن. تختلف الصورة السريرية بين لمفوما هودجكين ولا هودجكين، ويُعد التشخيص النسيجي الكامل ضروريًا لتحديد النوع والخطة العلاجية المناسبة، إذ لا يكفي الفحص الخلوي وحده في كثير من الحالات [10].



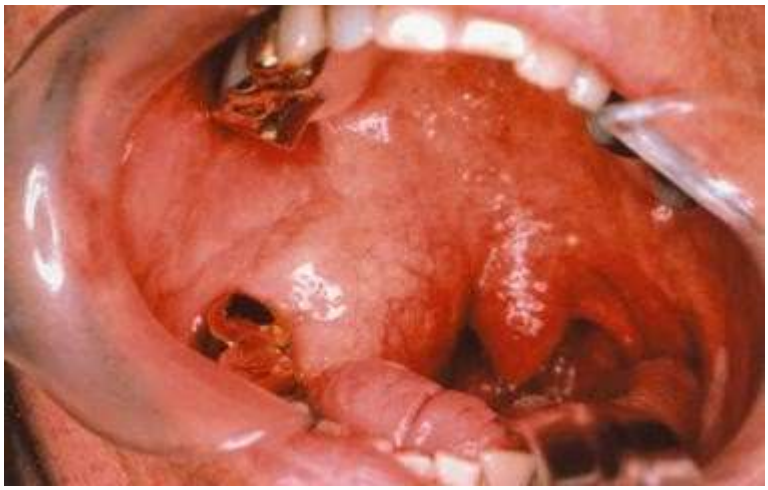
الشكل 9 اللمفوما

سرطانات الغدة الدرقية

قد تتظاهر سرطانات الدرق إما كعقدة درقية أو ككتلة عنقية ناتجة عن انتقالات لمفية. يتميز بعضها، مثل السرطان الحليمي، بميل مرتفع للانتقال اللمفي حتى في المراحل المبكرة، ما يفسر اكتشاف المرض أحيانًا عبر كتل عنقية جانبية. يعتمد التدبير على الجراحة مع أو بدون معالجة شعاعية يودية بحسب النوع النسيجي ومرحلة المرض [11].

أورام النسج الرخوة الخبيثة

تشمل هذه الفئة الساركومات وأورام الأعصاب الخبيثة، وهي نادرة نسبيًا لكنها عدوانية وتميل إلى الغزو الموضعي والانتشار الدموي. تتظاهر غالبًا بكتل سريعة النمو وقد تكون مؤلمة أو متقرحة في المراحل المتقدمة. يعتمد العلاج على الاستئصال الواسع مع المعالجة الشعاعية أو الكيميائية حسب النوع النسيجي ومرحلة الورم [9].



الشكل 10 ورم جانب البلعوم

التظاهر السريري لكتل العنق

يمثّل التظاهر السريري حجر الأساس في تقييم كتل العنق، إذ إن القصة المرضية والفحص السريري الدقيقين يوجّهان بشكل كبير نحو التشخيص التفريقي ويحددان الحاجة إلى الاستقصاءات الإضافية. وعلى الرغم من التطور الكبير في وسائل التصوير والخزعات، يبقى التقييم السريري الأولي ذا قيمة تشخيصية عالية، خاصة في التمييز بين الكتل الحميدة والآفات التي تستدعي الشك بالخباثة.

القصة المرضية وأهميتها التشخيصية

تلعب القصة المرضية دورًا محوريًا في توجيه التشخيص، إذ إن مدة ظهور الكتلة وسرعة نموها تُعد من أهم المؤشرات على طبيعتها. فالكتل التي تظهر بشكل حاد خلال أيام وتميل للتراجع مع المعالجة غالبًا ما تكون ذات منشأ التهابي، في حين أن الكتل التي تنمو ببطء على مدى أسابيع أو أشهر دون ألم تُثير الشك بآفة ورمية، خاصة عند البالغين. كما أن النمو السريع غير المؤلم قد يكون علامة على آفات خبيثة عالية الدرجة أو على خراجات عميقة في مراحلها المبكرة [12].

تُعد السوابق المرضية عنصرًا أساسيًا في القصة السريرية، مثل وجود إنتانات متكررة في الطرق التنفسية العلوية أو مشكلات سنية، ما يرجح منشأ التهابيًا، في حين أن وجود قصة تدخين أو تعاطي كحول طويل الأمد يرفع احتمال الأورام الخبيثة في الرأس والعنق. كما أن القصة العائلية لبعض الأورام أو المتلازمات الوراثية قد تكون مفتاحًا لتشخيص آفات نادرة مثل الأورام الليفية العصبية أو بعض سرطانات الغدة الدرقية [13].

إضافة إلى ذلك، يُعد السؤال عن التعرض لعوامل خطورة مهنية أو بيئية، مثل المواد الكيميائية أو الإشعاع، مهمًا في بعض الحالات، خاصة في الكتل التي تترافق مع أعراض جهازية أو لا تستجيب للعلاج المحافظ. كما أن الاستفسار عن وجود أعراض مرافقة مثل الحمى أو نقص الوزن أو التعرق الليلي قد يشير إلى أمراض جهازية مثل اللمفوما أو الإنتانات المزمنة، ما يوسّع نطاق التشخيص التفريقي ويستدعي تقييمًا شاملاً يتجاوز العنق وحده [12].

خصائص الكتلة بالفحص السريري

الموقع

يُعد موقع الكتلة من أهم المؤشرات التشخيصية، إذ إن توضعها في الخط المتوسط غالبًا ما يشير إلى آفات خلقية أو درقية، بينما توضعها في الجوانب قد يرجح منشأ عقديًا أو غديًا أو عصبيًا. كما أن الكتل في الجزء العلوي الجانبي من العنق ترتبط غالبًا بآفات منشؤها الفم أو البلعوم، في حين أن الكتل في الجزء السفلي قد تكون مرتبطة بالدرق أو بالنقائل المتقدمة. ويساعد تحديد المستوى التشريحي للكتلة على توقع مصدرها المحتمل وتوجيه الاستقصاءات نحو المنطقة الأولية المشتبه بها [14].

الحجم

يمثل حجم الكتلة عاملًا مهمًا في التقييم، إذ إن الكتل الصغيرة التي تبقى مستقرة أو تتراجع غالبًا ما تكون حميدة أو التهابية عابرة، بينما الكتل التي يتجاوز قطرها عدة سنتيمترات أو التي تستمر في الازدياد رغم المعالجة المحافظة تثير القلق من آفة خبيثة. كما أن ازدياد الحجم السريع قد يشير إلى نزف داخل كيسة أو إلى خراج متطور، في حين أن النمو البطيء التدريجي يتماشى أكثر مع الأورام الحميدة أو الخبيثة منخفضة الدرجة [12].

القوام

يوفر قوام الكتلة معلومات مهمة حول طبيعتها، فالكتل اللينة القابلة للانضغاط غالبًا ما تكون كيسية أو وعائية، في حين أن القوام المطاطي قد يشير إلى ضخامة عقدية التهابية أو لمفومية. أما القوام القاسي الحجري فيُعد علامة إنذارية قوية لاحتمال الخباثة، خاصة إذا ترافق مع تثبت على الأنسجة العميقة. ومع ذلك، يجب تفسير القوام ضمن السياق السريري الكامل، إذ قد تكون بعض الخراجات المتوترة شديدة القساوة في الفحص الأولي [13].

الحركة والثبات

تُعد حركة الكتلة بالنسبة للجلد والأنسجة العميقة مؤشرًا مهمًا على طبيعتها، فالكتل المتحركة بحرية غالبًا ما تكون حميدة أو سطحية، في حين أن التثبت على الطبقات العميقة أو الجلد قد يدل على غزو موضعي كما في الأورام الخبيثة أو في الالتهابات المتقدمة. كما أن حركة الكتلة مع البلع قد تشير إلى ارتباطها بالدرق أو بالبنى المجاورة للحنجرة، ما يوجّه نحو منشأ محدد يستدعي تقييمًا موجّهًا [14].

الألم

يُعد الألم من العلامات المهمة في التقييم السريري، إذ إن الكتل المؤلمة غالبًا ما تكون التهابية أو إنتانية، بينما تميل الكتل الورمية، خاصة الخبيثة، لأن تكون غير مؤلمة في المراحل الأولى. ومع ذلك، قد يظهر الألم في الأورام عند حدوث نزف داخل الورم أو عند غزو الأعصاب المجاورة، ما يجعل غياب الألم غير كافٍ لنفي الخباثة. كما أن الألم المترافق مع أعراض عامة يوحي بعملية التهابية جهازية أو بخراج عميق يستوجب تدخلاً عاجلاً [12].

الأعراض المرافقة

أعراض إنتانية

تشمل الأعراض الإنتانية الحمى، والتعب العام، وارتفاع مؤشرات الالتهاب، وقد تترافق مع ألم موضعي واحمرار في الجلد المغطي للكتلة. وجود هذه الأعراض يدعم بشدة التشخيص الالتهابي، إلا أن استمرارها رغم العلاج المناسب قد يشير إلى إنتان مزمن أو إلى وجود آفة أخرى مرافقة. كما أن الإنتانات العميقة قد تتظاهر بأعراض جهازية شديدة مع خطر تطور إنتان دموي، ما يجعل التقييم السريع ضروريًا في هذه الحالات [13].

أعراض جهازية (نقص وزن، تعرق ليلي)

تُعد الأعراض الجهازية المعروفة باسم أعراض B ذات أهمية خاصة في الاشتباه بالأمراض الخبيثة أو الجهازية، مثل اللمفوما أو بعض الإنتانات المزمنة. ويُعد نقص الوزن غير المفسر والتعرق الليلي الغزير من العلامات التي تستدعي استقصاءً عاجلاً حتى في حال كانت الكتلة صغيرة أو غير مؤلمة. كما أن وجود هذه الأعراض قد يؤثر على مرحلة المرض وتحديد الخطة العلاجية لاحقًا [14].

أعراض ضغط موضعي (عسرة بلع، بحة صوت)

تنجم أعراض الضغط الموضعي عن تأثير الكتلة على البنى المجاورة، مثل المريء أو الحنجرة أو الأعصاب، وتُعد من العلامات المهمة على تقدم الآفة أو على تموضعها في مناطق حرجة. قد تشير عسرة البلع إلى ضغط على البلعوم أو المريء، في حين أن بحة الصوت قد تدل على تأثر العصب الحنجري الراجع، وهو مؤشر مهم لاحتمال وجود ورم في الدرق أو في المنصف العلوي. كما أن ضيق النفس أو الشخير الليلي قد يكونان علامة على انضغاط الطرق الهوائية، ما يستوجب تقييمًا عاجلاً لتجنب الاختلاطات التنفسية [12].

تكمن أهمية هذه الأعراض في أنها لا تعكس فقط طبيعة الكتلة، بل أيضًا تأثيرها الوظيفي وخطورتها الآنية، وبالتالي تلعب دورًا رئيسيًا في تحديد أولوية التدخل التشخيصي والعلاجي.

الاستقصاءات التشخيصية لكتل العنق

يُعد اختيار الاستقصاءات المناسبة في تقييم كتل العنق خطوة حاسمة للوصول إلى التشخيص الدقيق بأقل قدر ممكن من التداخل الجراحي غير الضروري. ويعتمد تسلسل هذه الاستقصاءات على المعطيات السريرية والعمر والعوامل المرافقة، مع ضرورة تحقيق توازن بين سرعة التشخيص ودقته وبين تجنّب الإجراءات الغازية ما أمكن. ويهدف النهج الحديث إلى الجمع بين الفحوص المخبرية والتصوير المتقدم والتشخيص الخلوي أو النسيجي ضمن خوارزمية متكاملة تضمن تحديد طبيعة الكتلة ومصدرها ومرحلة المرض في حال وجود خباثة.

الفحوص المخبرية

تلعب الفحوص المخبرية دورًا داعمًا في تقييم كتل العنق، إذ تساعد في كشف وجود عملية التهابية أو مرض جهازي مرافِق قد يفسر التظاهر السريري. يُعد تعداد الدم الكامل من الفحوص الأساسية، حيث قد يُظهر ارتفاع الكريات البيض في الإنتانات الجرثومية، أو فقر دم ونقص صفائح في بعض الأمراض الخبيثة أو اللمفوما. كما أن ارتفاع سرعة التثفل والبروتين المتفاعل C يدعم وجود التهاب نشط أو إنتان مزمن، إلا أن هذه المؤشرات تفتقر للنوعية ولا تكفي وحدها لتحديد طبيعة الكتلة [15].

تكتسب بعض الفحوص النوعية أهمية خاصة بحسب السياق السريري، مثل اختبارات السل عند الاشتباه بالتهاب عقدي مزمن، أو الفحوص المصلية لبعض الفيروسات في حال وجود ضخامة عقدية معممة. كما أن تقييم وظائف الغدة الدرقية يُعد ضروريًا عند وجود كتل في الخط المتوسط أو عند الشك بآفات درقية، إذ قد يوجّه نحو أمراض وظيفية مرافقة تؤثر على الخطة العلاجية. وفي حالات الاشتباه بالأمراض المناعية أو الجهازية، قد تُطلب فحوص إضافية مثل الرحلان البروتيني أو الواسمات المناعية لتقييم أوسع للحالة العامة للمريض [16].

رغم أهمية هذه الفحوص، إلا أنها نادرًا ما تكون حاسمة في تشخيص السبب المباشر للكتلة، ولذلك يُنظر إليها كجزء من التقييم الشامل الذي يوجّه نحو الاستقصاءات التصويرية والخلوية اللاحقة.

التصوير الشعاعي

الإيكو دوبلر

يُعد الإيكو من الخطوات الأولى في تقييم كثير من كتل العنق، خاصة عند الأطفال والحوامل أو عند الاشتباه بآفات درقية أو كيسية. يتيح الإيكو تمييز الطبيعة الصلبة من الكيسية، وتحديد حدود الكتلة وعلاقتها بالبنى المجاورة، كما أن استخدام الدوبلر يوفّر معلومات عن التروية الدموية، ما يساعد في التفريق بين الآفات الالتهابية والورمية والتشوهات الوعائية. يتميز هذا الفحص بكونه غير غازٍ وسريع وقليل الكلفة، إلا أن دقته تعتمد بشكل كبير على خبرة الفاحص ولا يوفّر تقييمًا كافيًا للمسافات العميقة أو للامتداد داخل الصدر [15].

كما يُستخدم الإيكو لتوجيه إجراءات الرشف بالإبرة الرفيعة، ما يزيد من دقة أخذ العينات ويقلل من نسبة النتائج غير التشخيصية، خاصة في الكتل الصغيرة أو العميقة.

الطبقي المحوري CT

يُعد التصوير الطبقي المحوري مع حقن المادة الظليلة حجر الأساس في تقييم كتل العنق عند البالغين، خاصة عند الاشتباه بآفات خبيثة أو خراجات عميقة. يوفّر CT معلومات دقيقة عن حجم الكتلة وحدودها وامتدادها إلى المسافات المجاورة، كما يسمح بتقييم العظم والغضاريف والطرق الهوائية. وتُعد هذه المعلومات ضرورية لتخطيط التدخل الجراحي وتحديد قابلية الاستئصال [16].

كما يساعد CT في كشف الآفات الأولية في البلعوم أو الحنجرة التي قد تكون مسؤولة عن النقائل اللمفية، وفي تمييز الخراجات عن التضخم الالتهابي البسيط من خلال إظهار الانحلال المركزي وتعزز المحيط بالمادة الظليلة. ومع ذلك، يجب مراعاة التعرض للإشعاع واستخدام المادة الظليلة بحذر لدى المرضى المصابين بقصور كلوي أو تحسس معروف.

الرنين المغناطيسي MRI

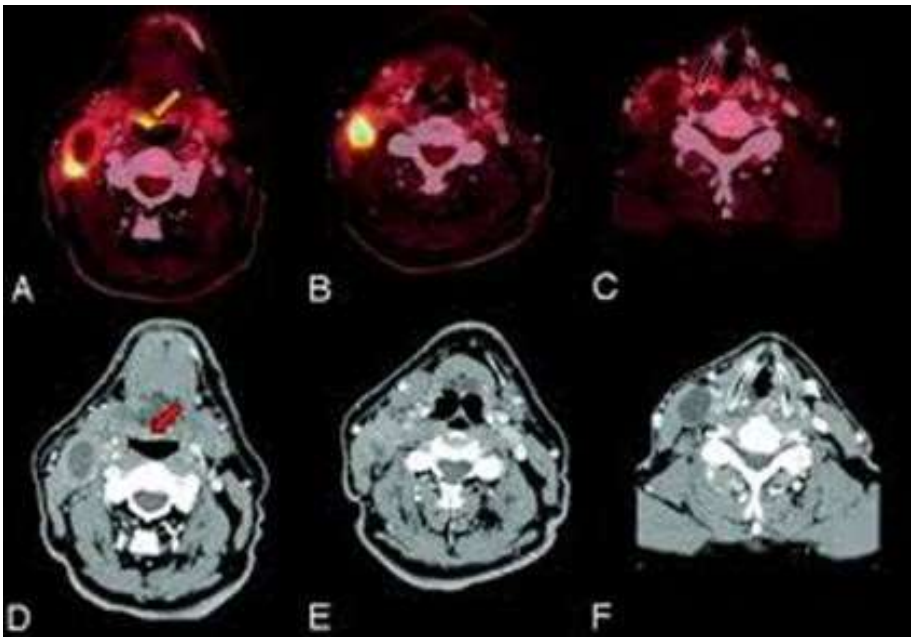
يُستخدم الرنين المغناطيسي بشكل خاص في تقييم آفات النسج الرخوة، والتشوهات الوعائية، وانتشار الأورام على طول الأعصاب أو ضمن قاعدة الجمجمة. يتميز MRI بقدرته العالية على تمييز النسج المختلفة دون تعرّض المريض للإشعاع، ما يجعله خيارًا مفضلاً في بعض الحالات المعقدة أو عند الحاجة لتقييم الامتداد داخل القحف أو نحو العمود الفقري [15].

كما يُعد مفيدًا في التفريق بين التليف والورم المتبقي بعد المعالجة الشعاعية، وهو أمر بالغ الأهمية في متابعة مرضى أورام الرأس والعنق. إلا أن كلفته المرتفعة وطول زمن الفحص يجعلان استخدامه محصورًا في الحالات المنتقاة التي تتطلب دقة عالية في توصيف النسج.

PET-CT في الحالات المنتقاة

يُستخدم التصوير المدمج PET–CT بشكل أساسي في تقييم انتشار الأورام الخبيثة وتحديد المرحلة المرضية، وكذلك في كشف الورم الأولي في الحالات التي تتظاهر فقط بنقائل عنقية مجهولة المصدر. يعتمد هذا الفحص على التقاط النسج ذات النشاط الاستقلابي المرتفع، ما يسمح بتمييز الآفات الفعالة ورميًا عن التبدلات الليفية أو الالتهابية في بعض الحالات [16].

تكمن أهميته أيضًا في تقييم الاستجابة للعلاج وكشف النكس المبكر، إلا أن محدودية نوعيته في بعض الإنتانات والآفات الالتهابية، إضافة إلى كلفته العالية، تجعل استخدامه مقتصرًا على سيناريوهات محددة ضمن بروتوكولات الأورام.



الشكل 11 PET Scan تظهر ورم بدئي في قاعدة اللسان - نقائل لمفاوية

الخزعة والتشخيص النسيجي

FNAC (الرشف بالإبرة الرفيعة)

يُعد الرشف بالإبرة الرفيعة الخطوة التشخيصية الأولى في معظم كتل العنق المشبوهة، نظرًا لكونه إجراءً بسيطًا وقليل الاختلاطات وقادرًا على تقديم معلومات خلوية مهمة خلال وقت قصير. يسمح FNAC بالتمييز بين الآفات الالتهابية والحميدة والخبيثة في نسبة كبيرة من الحالات، كما يمكن أن يوجّه نحو نوع الورم أو طبيعة الإنتان [15].

تزداد دقة هذا الإجراء عند استخدام التوجيه بالإيكو، خاصة في الكتل الصغيرة أو العميقة، إلا أن محدوديته تكمن في عدم قدرته على تقييم البنية النسيجية الكاملة، ما يجعل نتائجه غير كافية في بعض الحالات مثل اللمفوما، حيث تكون الحاجة لتقييم المعمار العقدي ضرورية للتصنيف الدقيق.

الخزعة الجراحية

تُستخدم الخزعة الجراحية عندما يكون FNAC غير حاسم أو عند الاشتباه بأمراض تتطلب تقييمًا نسيجيًا كاملاً، مثل اللمفوما أو بعض أورام النسج الرخوة. تُجرى الخزعة إما بشكل استئصالي كامل للكتلة أو بشكل أخذ عينة ممثلة منها، مع ضرورة التخطيط الجيد لموضع الشق لتجنب تعقيد الجراحة النهائية لاحقًا في حال ثبتت الخباثة [16].

رغم أن الخزعة الجراحية أكثر دقة تشخيصيًا، إلا أنها أكثر غزوًا وتحمل خطر النزف أو الإنتان أو تشويه المسارات اللمفية، ما قد يؤثر على التدبير اللاحق، ولذلك يُفضَّل تأجيلها إلى ما بعد استكمال التقييم التصويري كلما أمكن.

الفحوص المناعية والوراثية

أصبحت الفحوص المناعية والوراثية جزءًا لا يتجزأ من التشخيص الحديث، خاصة في أمراض الدم والأورام الخبيثة، حيث تتيح تقنيات مثل المناعة النسيجية والتوصيف الجزيئي تحديد نوع الورم بدقة والتنبؤ بسلوكه واستجابته للعلاج. تُعد هذه الفحوص أساسية في تصنيف اللمفوما وتحديد المؤشرات العلاجية الموجهة [15].

كما أن التحاليل الجينية تُستخدم في بعض أورام الدرق والنسج الرخوة لتحديد طفرات نوعية تؤثر على القرار العلاجي، ما يعكس التحول نحو الطب الشخصي في تدبير أمراض العنق الورمية.

ويؤدي هذا التكامل بين التشخيص النسيجي والجزيئي إلى تحسين دقة التشخيص وتخطيط العلاج بشكل أكثر فعالية.

المبادئ العامة في تدبير كتل العنق

يعتمد تدبير كتل العنق على مبدأ أساسي يتمثل في مواءمة شدة التدخل مع خطورة السبب الكامن، بحيث يُتجنّب الإفراط في الإجراءات الغازية في الحالات الحميدة أو العابرة، وفي الوقت نفسه لا يُؤخّر التشخيص والعلاج في الحالات الخبيثة أو المهدِّدة للوظيفة والحياة. ويتطلب ذلك دمج المعطيات السريرية والتصويرية والخلوية ضمن خوارزمية مرنة تتيح اتخاذ القرار العلاجي الأمثل لكل مريض على حدة.

متى نراقب ومتى نتدخل

تُعد المراقبة خيارًا مقبولًا في الحالات التي تشير المعطيات السريرية فيها إلى سبب التهابي عابر أو آفة حميدة مستقرة، خاصة عند الأطفال واليافعين، بشرط وجود تحسّن تدريجي أو استجابة واضحة للعلاج المحافظ خلال فترة زمنية محددة. تشمل هذه الحالات ضخامة العقد اللمفية التفاعلية بعد الإنتانات الفيروسية أو الجرثومية الخفيفة، حيث يُتوقع تراجع الحجم خلال أسابيع قليلة دون الحاجة إلى تدخل إضافي [18].

في المقابل، يُعد التدخل ضروريًا عندما تستمر الكتلة دون تحسّن، أو تزداد حجمًا، أو تترافق بعلامات إنذارية مثل التثبت على الأنسجة العميقة أو الأعراض الجهازية أو اضطرابات البلع والتنفس. كما يُوصى بعدم اعتماد سياسة الانتظار لدى البالغين الذين يعانون من كتل عنقية غير مؤلمة ومستمرة لأكثر من بضعة أسابيع، نظرًا لارتفاع احتمال الخباثة في هذه الفئة العمرية. ويُعد عدم الاستجابة للعلاج التجريبي بالمضادات الحيوية مؤشرًا إضافيًا لضرورة الانتقال السريع إلى الاستقصاءات المتقدمة والتشخيص النسيجي [19].

تكتسب سرعة اتخاذ القرار أهمية خاصة في الحالات التي قد تهدد الطرق الهوائية أو الأوعية، حيث يُقدّم التدخل الإسعافي على استكمال الاستقصاءات الروتينية، مع الاعتماد على الحد الأدنى الضروري من الفحوص لتأمين السلامة الفورية للمريض.

التدبير الدوائي

يرتكز التدبير الدوائي بشكل رئيسي على معالجة الأسباب الالتهابية والإنتانية، حيث تُستخدم المضادات الحيوية واسعة الطيف في حالات التهاب العقد الجرثومي أو الخراجات الصغيرة غير المعقدة، مع تعديل العلاج لاحقًا وفق نتائج الزرع والحساسية الجرثومية عند توفرها. ويُعد الالتزام بالجرعات والمدة العلاجية المناسبة ضروريًا لتجنّب الانتكاس أو تطور المقاومة الجرثومية [18].

في حالات الإنتانات المزمنة مثل السل العقدي، يعتمد العلاج على بروتوكولات علاجية مطوّلة متعددة الأدوية وفق الإرشادات العالمية، ويؤدي الالتزام الصارم بالعلاج إلى تراجع تدريجي في حجم الكتل ومنع تشكّل النواسير والتشوهات الدائمة. كما قد يُستخدم العلاج الداعم بمضادات الالتهاب أو خافضات الحرارة لتحسين الحالة العامة للمريض دون أن يكون بديلاً عن العلاج السببي [19].

أما في الكتل الورمية، فلا يملك التدبير الدوائي دورًا علاجيًا أوليًا في الآفات الحميدة، في حين يشكّل العلاج الكيميائي أو الموجه جزءًا من الخطة الشاملة في الأورام الخبيثة، وغالبًا ما يُستخدم بالتكامل مع الجراحة أو العلاج الشعاعي. ويُحدَّد نوع النظام الدوائي بناءً على نوع الورم ومرحلته والخصائص الجزيئية، ما يعكس التحول نحو المعالجة الموجهة والشخصية في أورام الرأس والعنق [20].

التدخل الجراحي

يشكّل التدخل الجراحي حجر الأساس في تدبير كثير من كتل العنق، سواء لأهداف تشخيصية أو علاجية. ففي الآفات الخَلقية والحميدة، يُعد الاستئصال الكامل الخيار المفضل لتجنّب النكس والاختلاطات الالتهابية المتكررة، كما يحقق غالبًا شفاءً تامًا دون الحاجة لمعالجات إضافية. ويُراعى في هذه الحالات التخطيط الجراحي الدقيق لتجنّب أذية الأعصاب والأوعية المجاورة، خاصة في المناطق الغنية بالتراكيب الحيوية [18].

في الحالات الإنتانية، يُستخدم التدخل الجراحي لتصريف الخراجات العميقة أو المعندة على العلاج الدوائي، ويُعد هذا الإجراء ضروريًا لمنع انتشار الإنتان إلى المسافات المجاورة أو إلى المنصف. ويُجرى التصريف عادة تحت توجيه تصويري أو جراحي مباشر بحسب موقع الخراج وشدته، مع متابعة العلاج بالمضادات الحيوية بعد الإجراء [19].

أما في الأورام الخبيثة، فيهدف التدخل الجراحي إلى الاستئصال الكامل للورم الأولي والعقد اللمفية المصابة ضمن حدود أمان مناسبة، مع المحافظة قدر الإمكان على الوظائف الحيوية كالنطق والبلع وحركة الكتف. وقد تتطلب بعض الحالات إجراءات ترميمية متقدمة باستخدام شرائح نسيجية حرة أو موضعية لتحسين النتائج الوظيفية والتجميلية، ما يبرز الطابع المعقّد للجراحة في هذا المجال [20].



الشكل 12 استئصال كيسة درقية لسانية مع العظم اللامي

تجريف العنق

تصنيفات تجريف العنق (NECK DISSECTION)

تجريف العنق الجذري (RADICAL NECK DISSECTION)

هو استئصال شامل لكل مستويات العقد اللمفاوية الرقبية I–V، ويُعرف أيضًا باسم التجريف الاستيعابي (Comprehensive)، ويشمل استئصال العضلة القترائية، الوريد الوداجي الباطن، العصب اللاحق الشوكي، والغدة اللعابية تحت الفك السفلي.

الاستطبابات: تُجرى عند وجود عقد لمفاوية إيجابية سريريًا مع ورم بدئي ذو خطر عالي للنقائل الخفية، أو عند إصابة العضلة القترائية، الوريد الوداجي الباطن، العصب اللاحق الشوكي، أو في حالات النكس أو فشل المعالجة الشعاعية.

التقنية: تشمل استئصال الغدة تحت الفك، ذيل النكفة، العضلة القترائية، الوريد الوداجي الباطن، العصب اللاحق الشوكي، بالإضافة إلى العقد اللمفاوية الرقبية I–V.

الميزات: أسهل من الناحية التقنية، وخطر منخفض لبقاء جزء من الورم.

المساوئ: تشوه العنق، هبوط الكتف، خطر تطور وذمة وجهية، نقص الحس في العنق والمنطقة حول الصيوان.

تجريف العنق الجذري المعدل (MODIFIED RADICAL NECK DISSECTION)

هو استئصال شامل لكامل مستويات العقد اللمفاوية مع المحافظة على بعض البنى التشريحية لتقليل المراضة. ويُصنف إلى أنماط حسب الأنسجة التي يتم الحفاظ عليها:

النمط I: يحافظ على العصب اللاحق الشوكي.

النمط II: يحافظ على العصب اللاحق والوريد الوداجي الباطن.

النمط III (Functional / تجريف Bocca): يحافظ على العصب اللاحق، الوريد الوداجي الباطن، والعضلة القترائية.

الاستطبابات: العقد الإيجابية سريريًا مع ورم بدئي ذو خطر منخفض للنقائل الخفية، شرط عدم إصابة العضلة القترائية، الوريد الوداجي الباطن، أو العصب اللاحق الشوكي.

الميزات: مراضة أقل بفضل الحفاظ على العضلة القترائية والعصب اللاحق الشوكي والوريد الوداجي الباطن.

المساوئ: أصعب من الناحية التقنية، مع معدل أعلى لبقاء جزء من الورم.

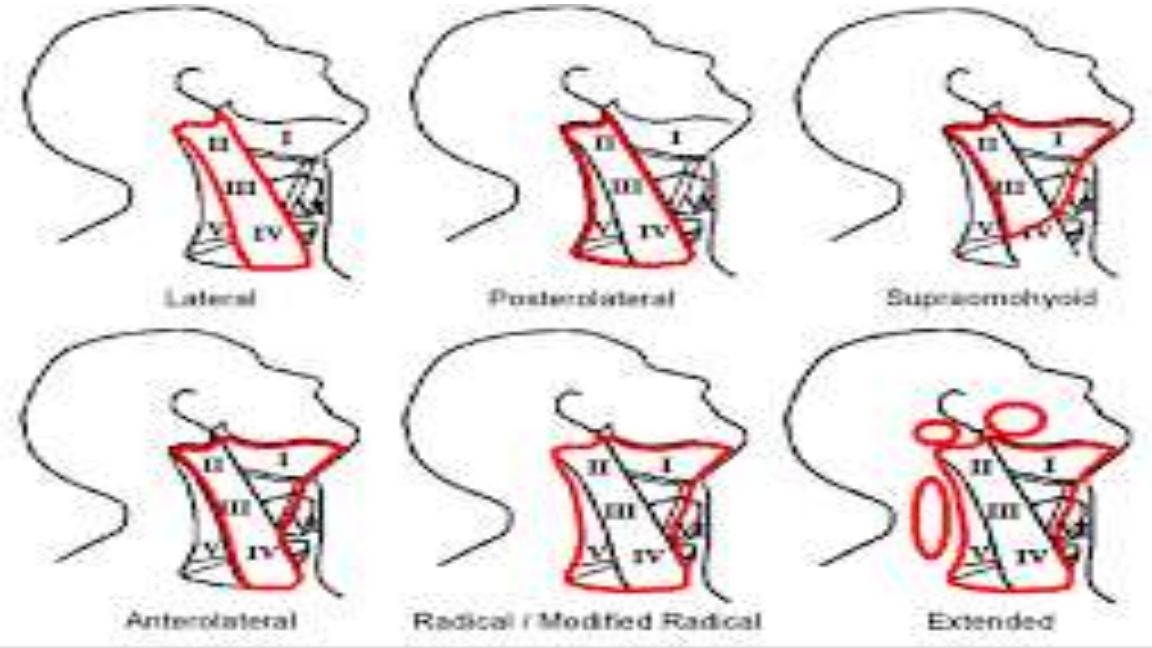
تجريف العنق الانتقائي (SELECTIVE NECK DISSECTION)

هو تجريف يقتصر على إزالة مستويات العقد ذات الخطر العالي للإصابة فقط، دون استئصال كامل مستويات العنق.

Supraomohyoid Neck Dissection (تجريف فوق العظم الترقوي): يستأصل المستويات العقدية III–I، ويُستطب في سرطانات جوف الفم مع عنق سلبي سريريًا (N0) مع احتمال للنقائل الخفية >15% حسب موقع الورم ومرحلته. يُجرى عادة في المراحل المبكرة T1 وما فوق لسرطانات اللسان وأرض الفم، وفي المراحل المتقدمة T3 وما فوق لبقية سرطانات جوف الفم.

Lateral Neck Dissection (تجريف العنق الجانبي): يشمل المستويات العقدية IV–II، ويُستطب في سرطانات الحنجرة، البلعوم الفموي، والبلعوم الحنجري مع عنق سلبي سريريًا (N0) واحتمال للنقائل الخفية >15%، وفقًا لموقع الورم ومرحلته.

Posterior Lateral Neck Dissection (تجريف العنق الجانبي الخلفي): يشمل المستويات العقدية II–V، بما في ذلك العقد خلف الصيوان والعقد القذالية، ويُجرى في حالات معينة حسب انتشار الورم.



الشكل 13 أنواع تجريف العنق

التدبير متعدد الاختصاصات في الحالات الخبيثة

يُعد التدبير متعدد الاختصاصات حجر الزاوية في علاج كتل العنق الخبيثة، حيث يشارك في اتخاذ القرار فريق يضم جراح الرأس والعنق، وأخصائي الأورام، وأخصائي الأشعة، وأخصائي التشريح المرضي، وأحيانًا اختصاصيي التأهيل والنطق. يتيح هذا النهج تقييم الحالة من جوانب متعددة وتحديد الخطة المثلى التي توازن بين السيطرة على الورم والحفاظ على نوعية حياة المريض [19].

يعتمد اختيار الخطة العلاجية على مرحلة الورم، وموقعه، ووجود انتقالات، والحالة العامة للمريض، وقد يشمل مزيجًا من الجراحة والعلاج الشعاعي والعلاج الكيميائي أو الموجه. كما يُعد التوقيت والتسلسل بين هذه العلاجات عنصرًا حاسمًا في تحقيق أفضل النتائج، إذ قد يُستخدم العلاج الشعاعي أو الكيميائي قبل الجراحة لتصغير حجم الورم، أو بعدها لتقليل خطر النكس [20].

إضافة إلى ذلك، يُعد الدعم النفسي وإعادة التأهيل الوظيفي جزءًا لا يتجزأ من التدبير الشامل، خاصة في المرضى الذين يعانون من اضطرابات في البلع أو النطق بعد العلاج. وتُظهر الدراسات

أن المتابعة طويلة الأمد ضمن إطار متعدد الاختصاصات تساهم في الكشف المبكر عن النكس، ومعالجة الاختلاطات المتأخرة، وتحسين البقيا ونوعية الحياة على المدى الطويل [18].

اختلاطات كتل العنق

تمثل اختلاطات كتل العنق جزءاً هاماً من تقييم المريض ومتابعته، إذ تؤثر على القرار العلاجي، وتحدد مدى تعقيد التدبير الطبي والجراحي، وقد تشكل تهديداً مباشراً على الحياة أو الوظائف الحيوية في بعض الحالات. يمكن تصنيف هذه الاختلاطات إلى إنتانية، وضاغطة، وعصبية، وخبيثة، وعلاجية، ويجب أن يكون الطبيب متيقظاً لها في جميع مراحل التقييم والعلاج.

الاختلاطات الإنتانية

تشكل الخراج

تمثل الخراجات الناتجة عن الإنتانات العميقة أبرز الاختلاطات الإنتانية للكتل العنقية، حيث يحدث تجمع صديدي داخل العقدة أو المسافات العميقة للعنق نتيجة تفاقم الإنتان الجرثومي أو الإهمال في العلاج المبكر. قد يؤدي الخراج إلى ألم شديد، احمرار موضعي، وارتفاع الحرارة، ويُعد التدخل الفوري لتصريفه شرطاً لتجنب المضاعفات [21].

الانتشار الموضعي للإنتان

قد يمتد الإنتان من الكتلة العنقية إلى المسافات العميقة للعنق، مثل الفراغ ما تحت الفك والعقد اللمفية الخلفية، ويشكل تهديداً مباشراً على الأوعية الهوائية والمجاورة للمنصف العلوي. الانتشار الموضعي يزيد من تعقيد التدخل الجراحي ويستدعي غالباً استخدام مضادات حيوية واسعة الطيف مع مراقبة دقيقة للعلامات الحيوية [22].

تجرثم الدم

في حالات الإنتانات العنقية الشديدة أو الخراجات الكبيرة، قد ينتشر الإنتان إلى الدورة الدموية مسبّباً تجرثم الدم، ما يرفع خطر الصدمة الإنتانية وقصور الأعضاء المتعدد. هذا الاختلاط يستدعي تدخل إسعافي عاجل مع دعم الجهاز الدموي والعلاج بالمضادات الحيوية الوريدية المكثفة [21].

الاختلاطات الضاغطة

انسداد الطرق الهوائية

تحدث اضطرابات التنفس عندما تضغط الكتلة العنقية على البلعوم أو القصبة الهوائية، خاصة في الحالات الكبيرة أو الكيسية، ما قد يؤدي إلى ضيق النفس أو الاختناق. هذه الحالة تشكل حالة طبية اسعافية يتطلب تقييم سريع والتدخل التنفسي أو الجراحي لتأمين مجرى هوائي مفتوح [22].

اضطرابات البلع

قد تسبب الكتل العنقية ضغطاً على المريء أو العضلات المساعدة على البلع، ما يؤدي إلى عسرة بلع أو شعور بالانسداد. يمكن أن يؤثر ذلك على التغذية ونوعية الحياة، ويستدعي التدخل المبكر سواء دوائياً لتقليل الالتهاب أو جراحياً لإزالة الآفة الضاغطة [23].

ضغط الأوعية الدموية

قد تسبب بعض الكتل الكبيرة أو الأورام الخبيثة ضغطاً على الوريد الوداجي أو الشريان السباتي، ما قد يؤدي إلى وذمة، ضعف الدورة الدماغية، أو اضطرابات تدفق الدم. تقييم هذا الاختلاط يعتمد على تصوير دوبلر أو CT لتحديد مدى الضغط، مع التخطيط الجراحي الدقيق لتجنب النزف أو مضاعفات نقص التروية [22].

الاختلاطات العصبية

أذية العصب الراجع

قد تؤدي الكتل العنقية، خاصة الأورام أو التدخلات الجراحية، إلى إصابة العصب الحنجري الراجع، مما ينتج عنه بحة صوت أو شلل نصفي للحبال الصوتية. هذه الاختلاطات تؤثر على النطق والبلع، وقد تحتاج إلى تدخل علاجي إضافي كالعلاج الصوتي أو الجراحة التصحيحية [23].

أذية الأعصاب القحفية الأخرى

قد تتأثر الأعصاب القحفية الأخرى نتيجة ضغط الكتلة أو استئصالها، مثل العصب الوجهي أو العصب الإضافي، ما يؤدي إلى ضعف عضلات الوجه أو الكتف. تعتبر مراقبة هذه الأعصاب قبل وأثناء وبعد الجراحة جزءاً أساسياً من التدبير لتقليل الضرر الدائم وتحسين النتائج الوظيفية [21].

الاختلاطات الخبيثة

الانتقالات الموضعية

تشمل الانتقالات الموضعية امتداد الورم إلى العقد المجاورة أو النسج الرخوة المحيطة، ما يزيد صعوبة الاستئصال ويؤثر على المرحلة العلاجية. الكشف المبكر لهذه الانتقالات يعتمد على التصوير المتقدم والفحوص النسيجية الدقيقة [22].

الانتقالات البعيدة

قد تنتشر الأورام العنقية الخبيثة إلى الرئة أو الكبد أو العظام، وتعتبر هذه الانتقالات عامل إنذار سيء ويغير خطة العلاج من جراحة موضعية إلى معالجة شاملة تشمل العلاج الكيميائي أو الشعاعي [23].

النكس بعد العلاج

يمثل النكس بعد الجراحة أو العلاج الشعاعي/الكيميائي اختلاطاً شائعاً في الأورام عالية الدرجة، ويستلزم إعادة تقييم مفصلة للتشخيص والتخطيط لعلاج إضافي، سواء كان جراحياً أو علاجياً [21].

الاختلاطات العلاجية

اختلاطات الجراحة

تشمل النزف، العدوى بعد العملية، والأذية العصبية أو الوعائية أثناء الاستئصال. يمكن التقليل من هذه الاختلاطات عبر التخطيط الدقيق، خبرة الجراح، واستخدام تقنيات المراقبة العصبية أثناء العملية [22].

اختلاطات العلاج الشعاعي

قد تسبب المعالجة الشعاعية التهاب الأنسجة المحيطة، تليف العضلات، ضعف الغدد اللعابية، أو تغيرات جلدية مزمنة. تُعد مراقبة المرضى على المدى الطويل ضرورية للتعامل مع هذه الاختلاطات وتحسين جودة الحياة بعد العلاج [23].

اختلاطات العلاج الكيميائي

تشمل الغثيان والإقياء، فقدان الشهية، تثبيط النخاع، واضطرابات الكبد والكلى، وقد تتداخل هذه الاختلاطات مع العلاج الجراحي أو الشعاعي. إدارة هذه الحالات تعتمد على تعديل الجرعات، الدعم الدوائي، والمراقبة المستمرة للوظائف الحيوية [21].

الدراسة العملية

أهمية الدراسة

تلعب كتل العنق دورًا مهمًا في التشخيص التفريقي لمجموعة واسعة من الحالات المرضية التي تشمل الالتهابات، التشوهات الخلقية، والأورام الحميدة والخبيثة. التعرف على الخصائص الديموغرافية والسريرية والشعاعية والنسيجية لهذه الكتل يساعد على تحسين التشخيص المبكر، توجيه التدخل العلاجي، وتقليل المضاعفات المحتملة. كما توفر الدراسة معلومات قيمة حول الانتشار المحلي والبعيد للكتل الخبيثة، نمط التدبير العلاجي المتبع، ونسبة الإنذار والوفيات، مما يسهم في وضع بروتوكولات علاجية ومتابعة دقيقة في الممارسة السريرية اليومية.

أهداف الدراسة:

1. وصف الخصائص الديموغرافية والسريرية للمرضى المصابين بكتل العنق في مشفى المواساة الجامعي.
2. تحديد توزيع الكتل حسب نوعها (التهابية، خلقية، ورمية حميدة، ورمية خبيثة).
3. تحليل الوسائل التشخيصية المستخدمة وأنماط الخزعات والتصوير الشعاعي.
4. تقييم التدبير العلاجي المتبع ونمط التداخل الجراحي.
5. تحديد الاختلاطات السريرية والعلاجية المرتبطة بكتل العنق.
6. دراسة معدل الإنذار والوفيات وفق طبيعة الكتلة.
7. توفير قاعدة بيانات وصفية يمكن الاستفادة منها في الدراسات المستقبلية وتحسين بروتوكولات إدارة المرضى.

الطرائق والمواد

نوع الدراسة:

دراسة تراجعية مقطعية مستعرضة (Retrospective cross-sectional study) تعتمد على مراجعة ملفات المرضى السابقة.

مكان الدراسة:

مشفى المواساة الجامعي، دمشق، سورية.

مدة الدراسة:

تم جمع البيانات من اضابير المرضى بين 2018/8/1 و2026/1/1.

عينة الدراسة:

شملت الدراسة 100 مريض تم تشخيصهم بكتل عنق وفق المعايير السريرية والشعاعية والنسيجية المتاحة في الأضابير.

معايير الاشتمال:

- جميع المرضى الذين راجعوا مشفى المواساة الجامعي خلال الفترة المحددة وتم تشخيصهم بكتل عنق.
- توفر البيانات السريرية، الشعاعية، والتشخيص النسيجي في الملفات.

معايير الاستبعاد:

- مرضى لا تتوفر لديهم بيانات كافية في الملف الطبي.
- مرضى خضعوا لعلاج خارجي قبل مراجعة المشفى دون بيانات واضحة عن نوع الكتلة أو التدبير.

مصادر البيانات:

تم جمع المعلومات من أضابير المرضى الرسمية التي تضمنت:

- البيانات الديموغرافية (العمر، الجنس)
- السوابق المرضية وعوامل الخطورة
- الخصائص السريرية للكتل والأعراض المرافقة
- نتائج الفحوص المخبرية والتصوير الشعاعي (إيكو، CT، MRI، PET-CT)
- نتائج الخزعات والتشخيص النسيجي
- نمط التدبير العلاجي والجراحة المتبعة
- الاختلاطات والإنذار والوفيات

التحليل الإحصائي:

تم إدخال البيانات في برنامج SPSS النسخة 26، واعتمد التحليل الوصفي فقط، شاملاً:

- التوزيع التكراري للأعداد والنسب المئوية للمتغيرات النوعية.
- الحسابات الوصفية للمتغيرات الكمية (متوسط ± انحراف معياري).

الموافقة الأخلاقية:

تم الحصول على موافقة أخلاقية رسمية من لجنة أخلاقيات مشفى المواساة الجامعي قبل البدء في جمع البيانات وتحليلها.

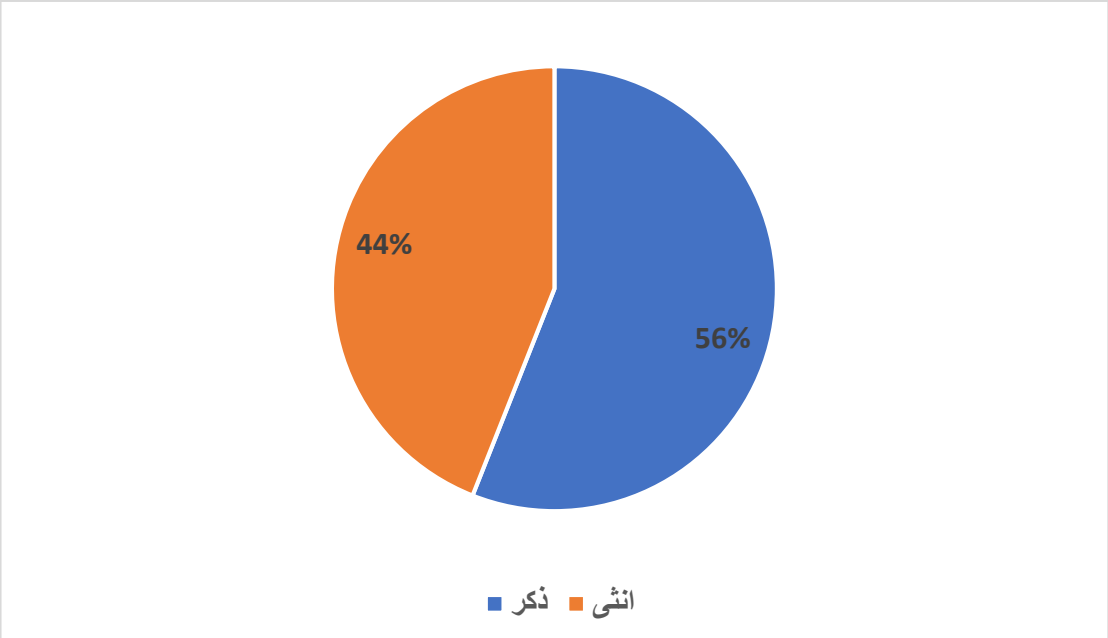
النتائج

الخصائص الديموغرافية للعينة (العدد=100)

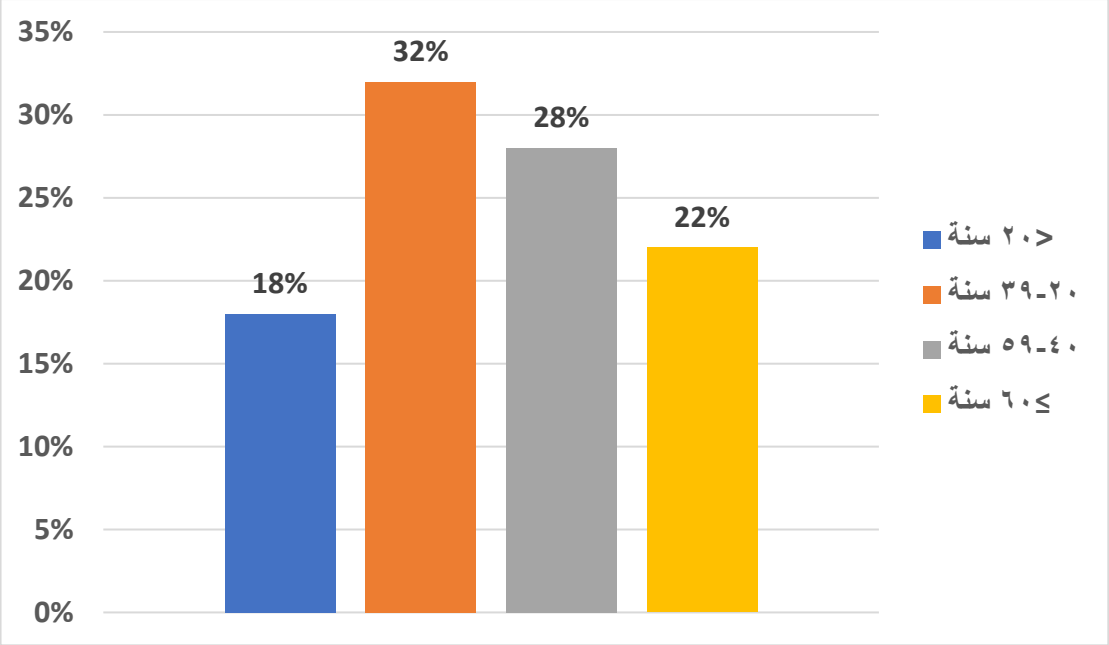
شملت الدراسة عينة مؤلفة من 100 مريض من مرضى كتل العنق، حيث بلغت نسبة الذكور 56% مقابل 44% للإناث. توزعت الأعمار على عدة فئات عمرية، وكانت الفئة العمرية بين 20 و39 سنة هي الأكثر شيوعًا بنسبة 32%، تلتها الفئة بين 40 و59 سنة بنسبة 28%، ثم الفئة بعمر 60 سنة فأكثر بنسبة 22%، في حين شكّلت الفئة دون 20 سنة نسبة 18% من العينة. بلغ متوسط العمر 41.6 سنة مع انحراف معياري قدره 17.8 سنة، مما يدل على وجود تباين عمري واضح يعكس تعدد المسببات المرضية لكتل العنق ضمن العينة المدروسة.

الجدول 1 الخصائص الديموغرافية للعينة (العدد=100)

المتغير	العدد	النسبة المئوية
الجنس		
ذكر	56	%56
انثى	44	%44
الفئة العمرية (بالسنوات)		
20> سنة	18	%18
39-20 سنة	32	%32
59-40 سنة	28	%28
60≤ سنة	22	%22
متوسط العمر	41.6 سنة	
الانحراف المعياري	17.8 سنة	



الشكل 14 التوزع النسبي للمرضى حسب الجنس



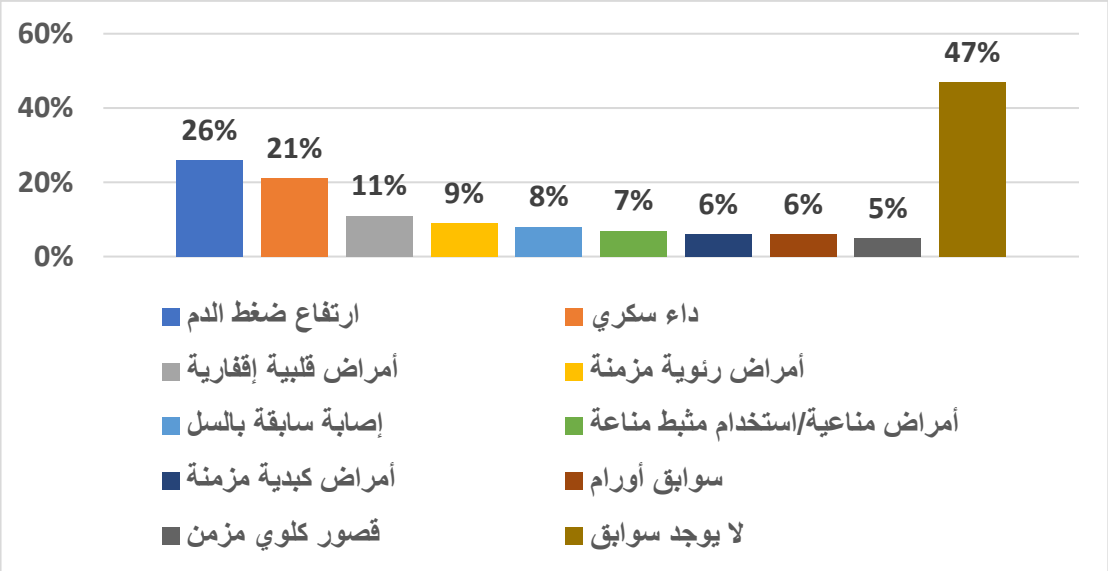
الشكل 15 التوزع النسبي للمرضى حسب الفئة العمرية (العدد=100)

السوابق المرضية لدى مرضى العينة (العدد=100)

أظهرت نتائج الدراسة وجود سوابق مرضية متنوعة لدى مرضى كتل العنق، حيث كان ارتفاع ضغط الدم الأكثر شيوعًا بنسبة 26%، يليه داء السكري بنسبة 21%، ثم الأمراض القلبية الإقفارية بنسبة 11%. كما سُجلت أمراض رئوية مزمنة لدى 9% من المرضى، وسوابق إصابة بالسل لدى 8%، في حين وُجدت أمراض مناعية أو استخدام مثبطات مناعة لدى 7%. بلغت نسبة الأمراض الكبدية المزمنة 6%، وهي مساوية لنسبة المرضى ذوي السوابق الورمية، بينما سُجل القصور الكلوي المزمن لدى 5% من الحالات. في المقابل، لم يكن لدى 47% من المرضى أي سوابق مرضية تُذكر، مما يعكس تباين الخلفية الصحية للمرضى ضمن العينة المدروسة.

الجدول 2 السوابق المرضية لدى مرضى العينة (العدد=100)

السوابق المرضية	العدد	النسبة المئوية
ارتفاع ضغط الدم	26	%26
داء سكري	21	%21
أمراض قلبية إقفارية	11	%11
أمراض رئوية مزمنة	9	%9
إصابة سابقة بالسل	8	%8
سل عقدي نسيجياً	5	%62.5
التهاب سلي غير نوعي	3	%37.5
أمراض مناعية/استخدام مثبط مناعة	7	%7
أمراض كبدية مزمنة	6	%6
سوابق أورام	6	%6
قصور كلوي مزمن	5	%5
لا يوجد سوابق	47	%47



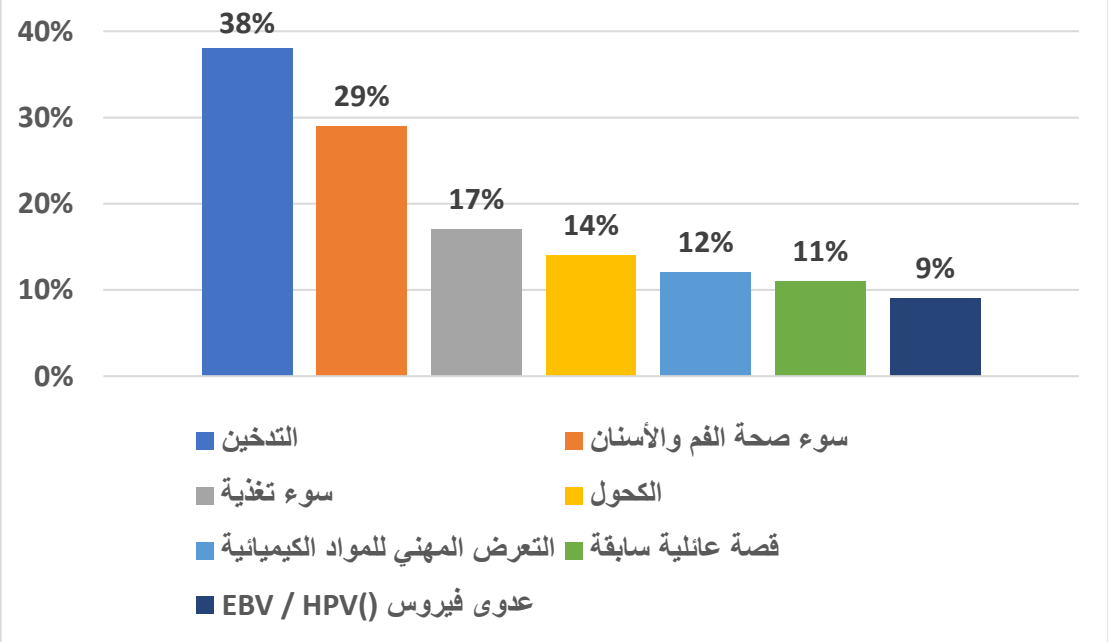
الشكل 16 التوزع النسبي للمرضى حسب السوابق المرضية (العدد=100)

عوامل الخطورة المرافقة لدى مرضى كتل العنق

أظهرت الدراسة وجود عدة عوامل خطورة مرافقة لدى مرضى كتل العنق، وكان التدخين العامل الأكثر شيوعًا بنسبة 38%، يليه سوء صحة الفم والأسنان بنسبة 29%. كما سُجل سوء التغذية لدى 17% من المرضى، في حين بلغت نسبة استهلاك الكحول 14%. لوحظ التعرض المهني للمواد الكيميائية لدى 12% من الحالات، ووجود قصة عائلية سابقة لدى 11% من المرضى، بينما تم توثيق عدوى فيروسية مثل EBV أو HPV لدى 9% من العينة، مما يعكس تعدد عوامل الخطورة المحتملة لدى المرضى المدروسين.

الجدول 3 التوزع النسبي للمرضى حسب عوامل الخطورة لديهم (العدد=100)

عامل الخطورة	العدد	النسبة المئوية
التدخين	38	%38
سوء صحة الفم والأسنان	29	%29
سوء تغذية	17	%17
الكحول	14	%14
التعرض المهني للمواد الكيميائية	12	%12
قصة عائلية سابقة	11	%11
عدوى فيروس (EBV / HPV)	9	%9



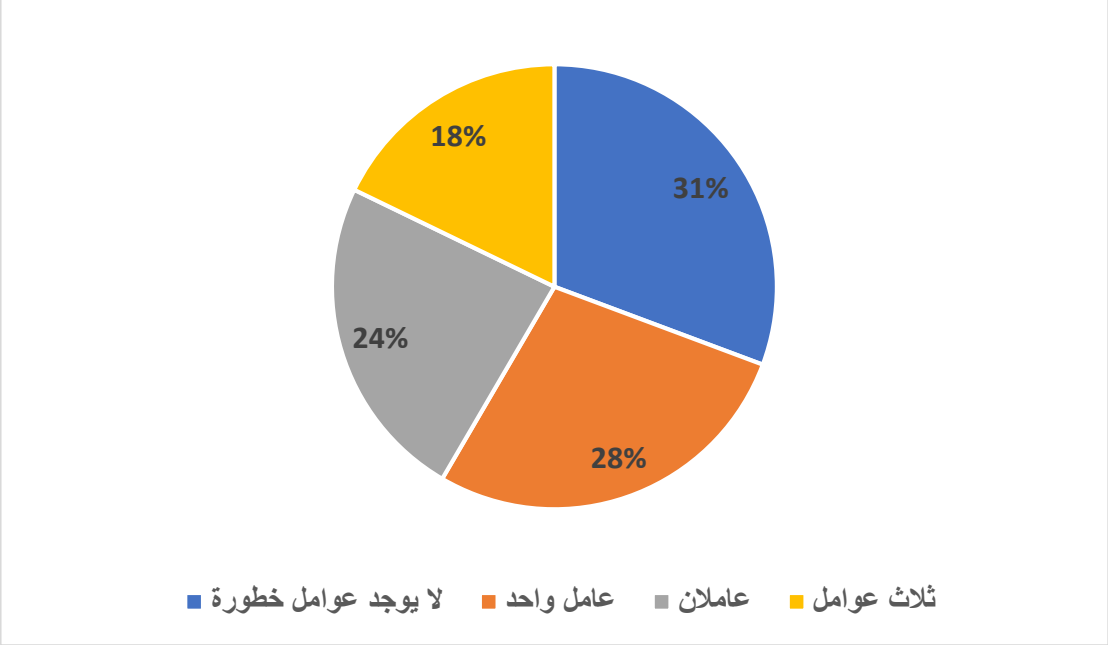
الشكل 17 التوزع النسبي للمرضى حسب عوامل الخطورة لديهم (العدد=100)

عدد عوامل الخطورة لدى كل مريض (العدد=100)

أظهر تحليل عدد عوامل الخطورة لدى المرضى أن 31% من العينة لم يكن لديهم أي عامل خطورة مُسجل، في حين كان لدى 28% من المرضى عامل خطورة واحد. كما وُجد عاملان لدى 24% من الحالات، بينما سُجل وجود ثلاثة عوامل خطورة لدى 18% من المرضى. تعكس هذه النتائج تراكب عوامل الخطورة لدى نسبة غير قليلة من مرضى كتل العنق، الأمر الذي قد يكون ذا أهمية في تفسير نمط التظاهر السريري وطبيعة الكتل المشاهدة.

الجدول 4 عدد عوامل الخطورة لدى كل مريض (العدد=100)

عدد عوامل الخطورة	العدد	النسبة المئوية
لا يوجد عوامل خطورة	31	%31
عامل واحد	28	%28
عاملان	24	%24
ثلاث عوامل	18	%18

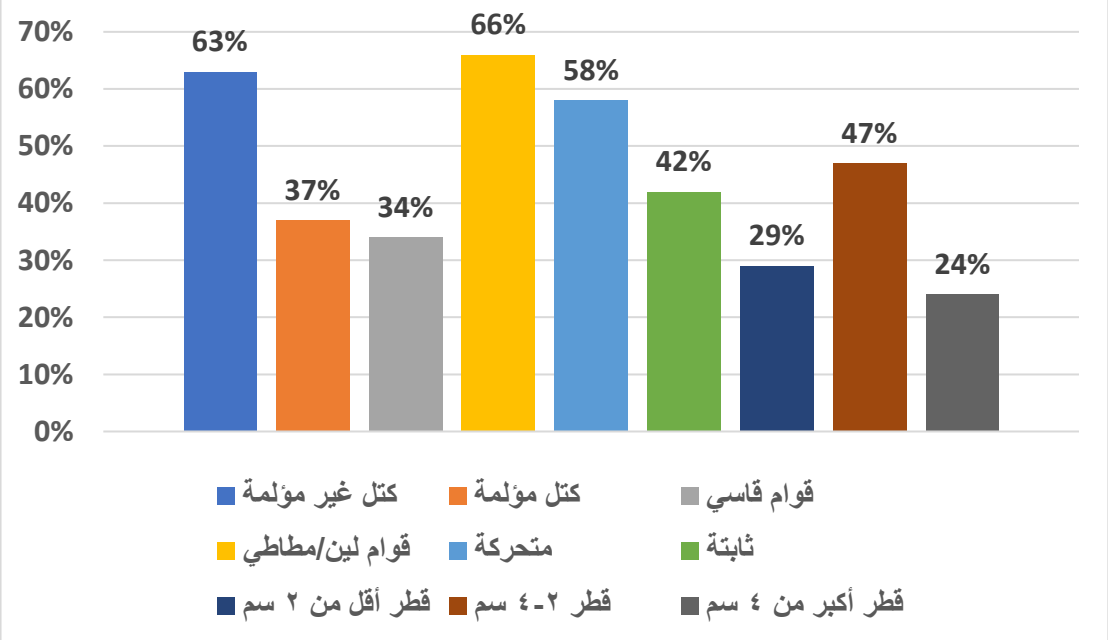


الخصائص السريرية لكتل العنق (العدد=100)

أظهرت النتائج أن الكتل غير المؤلمة كانت الأكثر شيوعًا بنسبة 63% مقارنة بالكتل المؤلمة. من حيث القوام، غلب القوام اللين أو المطاطي بنسبة 66% مقابل 34% للقوام القاسي. كانت الكتل المتحركة أكثر شيوعًا من الكتل الثابتة بنسبة 58% مقابل 42%. فيما يتعلق بالحجم، تركزت معظم الكتل ضمن قطر يتراوح بين 2 و4 سم بنسبة 47%، في حين بلغت نسبة الكتل الأصغر من 2 سم 29%، والكتل الأكبر من 4 سم 24%.

الجدول 5 الخصائص السريرية لكتل العنق (العدد=100)

الخاصية	العدد	النسبة المئوية
الألم		
كتل غير مؤلمة	63	%63
كتل مؤلمة	37	%37
القوام		
قوام قاسي	34	%34
قوام لين/مطاطي	66	%66
الحركة على الجلد		
متحركة	58	%58
ثابتة	42	%42
القطر		
قطر أقل من 2 سم	29	%29
قطر 2-4 سم	47	%47
قطر أكبر من 4 سم	24	%24



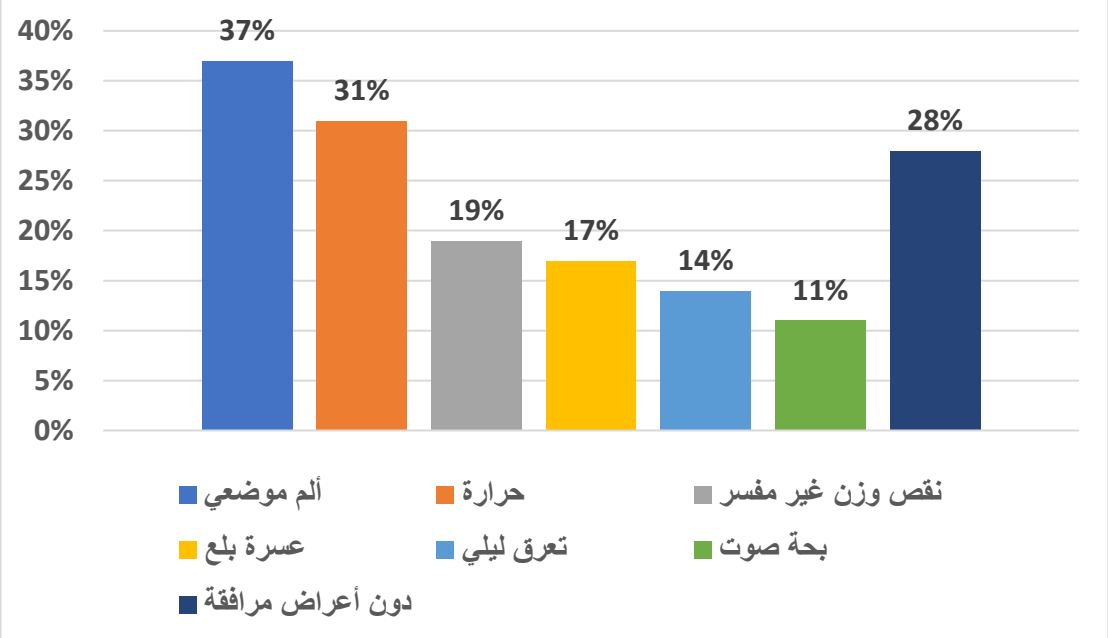
الشكل 18 الخصائص السريرية لكتل العنق (العدد=100)

الأعراض المرافقة لكتل العنق (العدد=100)

بيّنت نتائج الدراسة أن الألم الموضعي كان العرض الأكثر شيوعًا بنسبة 37%، تلاه ارتفاع الحرارة بنسبة 31%. كما لوحظ نقص وزن غير مفسر لدى 19% من المرضى، وعسرة بلع لدى 17%، في حين سُجل التعرق الليلي بنسبة 14% وبحة الصوت بنسبة 11%. في المقابل، لم يُسجل وجود أعراض مرافقة لدى 28% من الحالات، مما يشير إلى أن نسبة معتبرة من كتل العنق قد تكون غير عرضية عند التشخيص.

الجدول 6 الأعراض المرافقة لكتل العنق (العدد=100)

الأعراض المرافقة	العدد	النسبة المئوية
ألم موضعي	37	%37
حرارة	31	%31
نقص وزن غير مفسر	19	%19
عسرة بلع	17	%17
تعرق ليلي	14	%14
بحة صوت	11	%11
دون أعراض مرافقة	28	%28



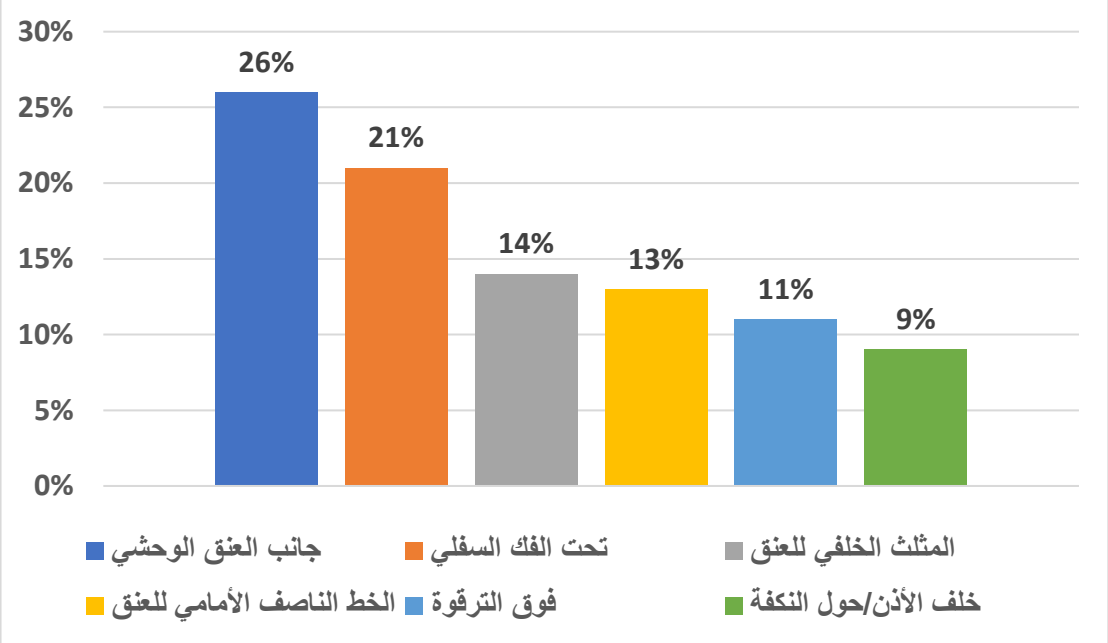
الشكل 19 الأعراض المرافقة لكتل العنق (العدد=100)

توزع موقع الكتلة في العنق (العدد=100)

تركزت كتل العنق بشكل رئيسي في الجانب الوحشي بنسبة 26% وتحت الفك السفلي بنسبة 21%، تلتها الكتل في المثلث الخلفي بنسبة 14% والخط الناصف الأمامي بنسبة 13%، بينما كانت الكتل فوق الترقوة بنسبة 11% وخلف الأذن أو حول النكفة بنسبة 9%، وسجلت أدنى نسبة في منطقة قاعدة اللسان وتحت الذقن بنسبة 6%.

الجدول 7 توزع موقع الكتلة في العنق (العدد=100)

موقع الكتلة	العدد	النسبة المئوية
جانب العنق الوحشي	26	%26
تحت الفك السفلي	21	%21
المثلث الخلفي للعنق	14	%14
الخط الناصف الأمامي للعنق	13	%13
فوق الترقوة	11	%11
خلف الأذن/حول النكفة	9	%9
قاعدة اللسان/تحت الذقن	6	%6



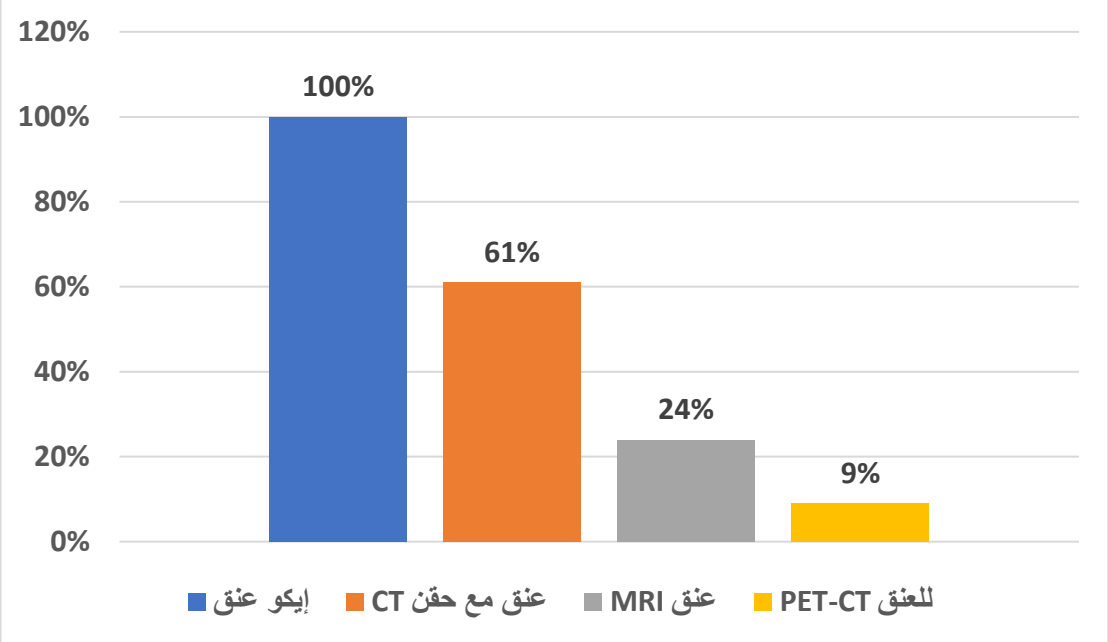
الشكل 20 توزع موقع الكتلة في العنق (العدد=100)

وسائل التصوير الشعاعية المستخدمة (العدد=100)

أظهرت النتائج أن جميع المرضى خضعوا لفحص الإيكو للعنق 100%. كما أُجري التصوير المقطعي المحوسب مع حقن لدى 61% من المرضى، في حين خضع 24% منهم لفحص الرنين المغناطيسي، واقتصر استخدام PET–CT على 9% من الحالات. وتعكس هذه البيانات اعتماد الفحوص الأكثر شيوعًا على الإيكو والـ CT في التشخيص الأولي، مع استخدام وسائل متقدمة في بعض الحالات.

الجدول 8 وسائل التصوير الشعاعية المستخدمة (العدد=100)

وسائل التصوير المستخدمة	العدد	النسبة المئوية
إيكو عنق	100	%100
CT عنق مع حقن	61	%61
MRI عنق	24	%24
PET-CT للعنق	9	%9



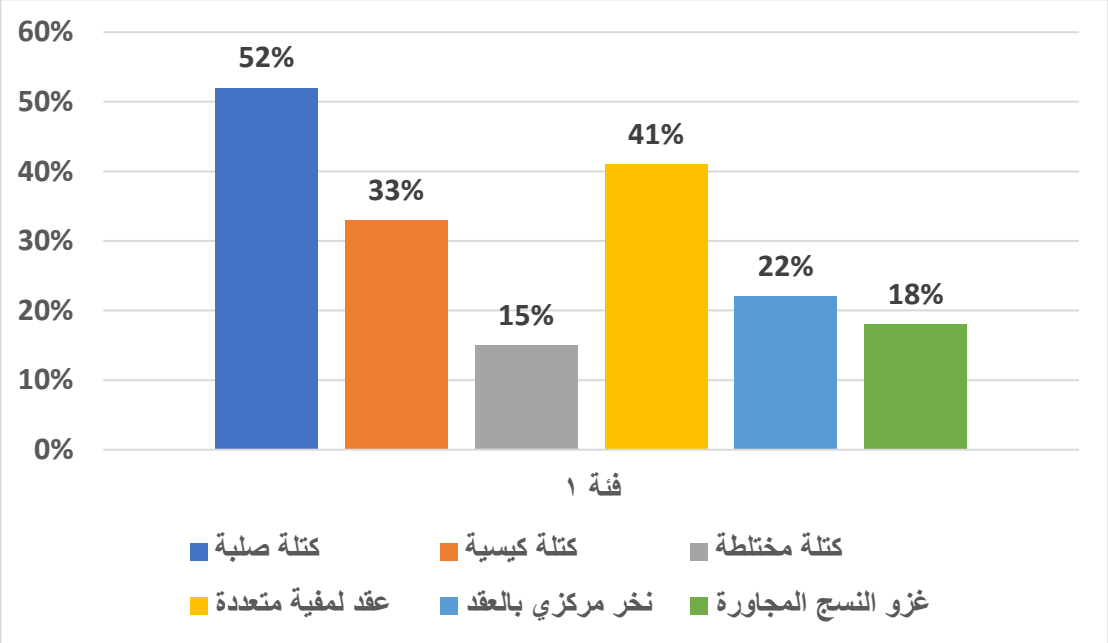
الشكل 21 وسائل التصوير الشعاعية المستخدمة (العدد=100)

الموجودات الشعاعية الرئيسية (العدد=100)

أظهرت النتائج أن 52% من المرضى كانت لديهم كتل صلبة، في حين شُخصت 33% ككتل كيسية، و15% ككتل مختلطة. لوحظ وجود عقد لمفية متعددة لدى 41% من المرضى، بينما تم رصد نخر مركزي بالعقد لدى 22%، وغزو النسج المجاورة لدى 18% من الحالات. وتعكس هذه البيانات تنوع التظاهر الشعاعي لكتل العنق، مع انتشار واضح للكتل الصلبة والعقد المتعددة مقارنة بالأنماط الأخرى.

الجدول 9 الموجودات الشعاعية الرئيسية (العدد=100)

الموجودات الشعاعية	العدد	النسبة المئوية
كتلة صلبة	52	%52
كتلة كيسية	33	%33
كتلة مختلطة	15	%15
عقد لمفية متعددة	41	%41
نخر مركزي بالعقد	22	%22
غزو النسج المجاورة	18	%18



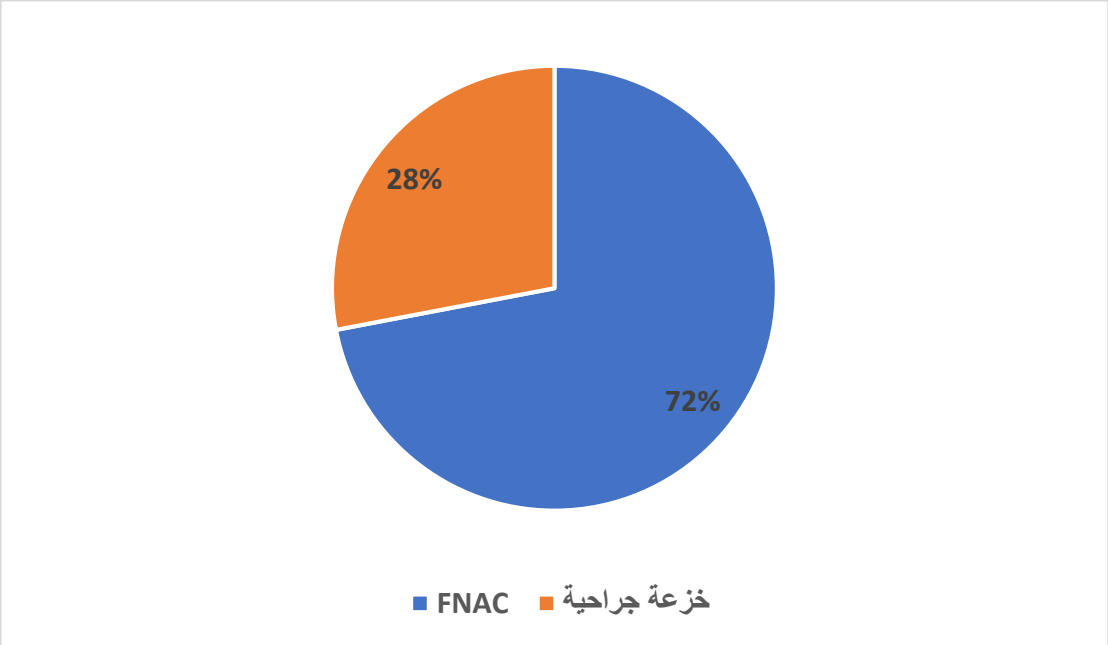
الشكل 22 الموجودات الشعاعية الرئيسية (العدد=100)

نوع الخزعة المستخدمة للتشخيص (العدد=100)

أظهرت النتائج أن الخزعة بالإبرة الرفيعة FNAC كانت الطريقة الأكثر استخدامًا للتشخيص بنسبة 72% من الحالات، بينما أُجريت الخزعة الجراحية لدى 28% من المرضى. وتوضح هذه البيانات اعتماد FNAC كأداة أولية لتشخيص كتل العنق، مع اللجوء للخزعة الجراحية في الحالات المختارة أو عند الحاجة لتأكيد التشخيص النسيجي.

الجدول 10 نوع الخزعة المستخدمة للتشخيص (العدد=100)

نوع الخزعة	العدد	النسبة المئوية
FNAC	72	%72
خزعة جراحية	28	%28



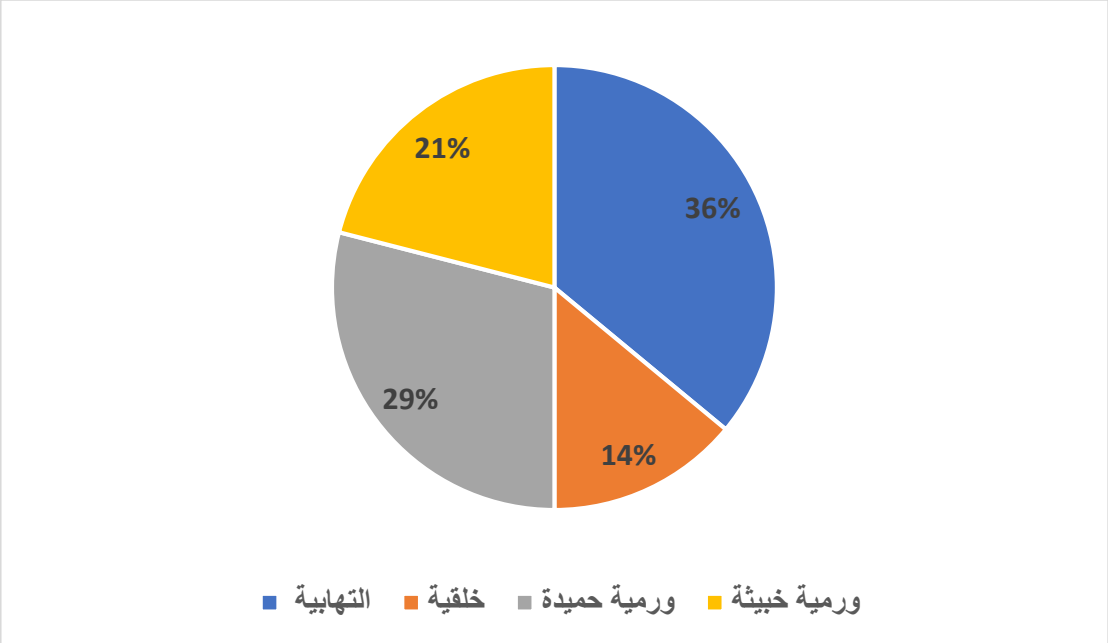
الشكل 23 نوع الخزعة المستخدمة للتشخيص (العدد=100)

نتائج التشخيص النسيجي (العدد=100)

أظهرت النتائج أن 36% من الحالات كانت كتلًا التهابية، في حين شُخصت 14% ككتل خلقية. بلغت نسبة الأورام الحميدة 29%، بينما شكلت الأورام الخبيثة 21% من العينة. وتعكس هذه البيانات تنوع أسباب كتل العنق بين الالتهابية والخلقية والورمية، مع غلبة النمط الالتهابي والأورام الحميدة ضمن العينة المدروسة.

الجدول 11 نتائج التشخيص النسيجي (العدد=100)

نوع الكتلة	العدد	النسبة المئوية
التهابية	36	%36
خلقية	14	%14
ورمية حميدة	29	%29
ورمية خبيثة	21	%21



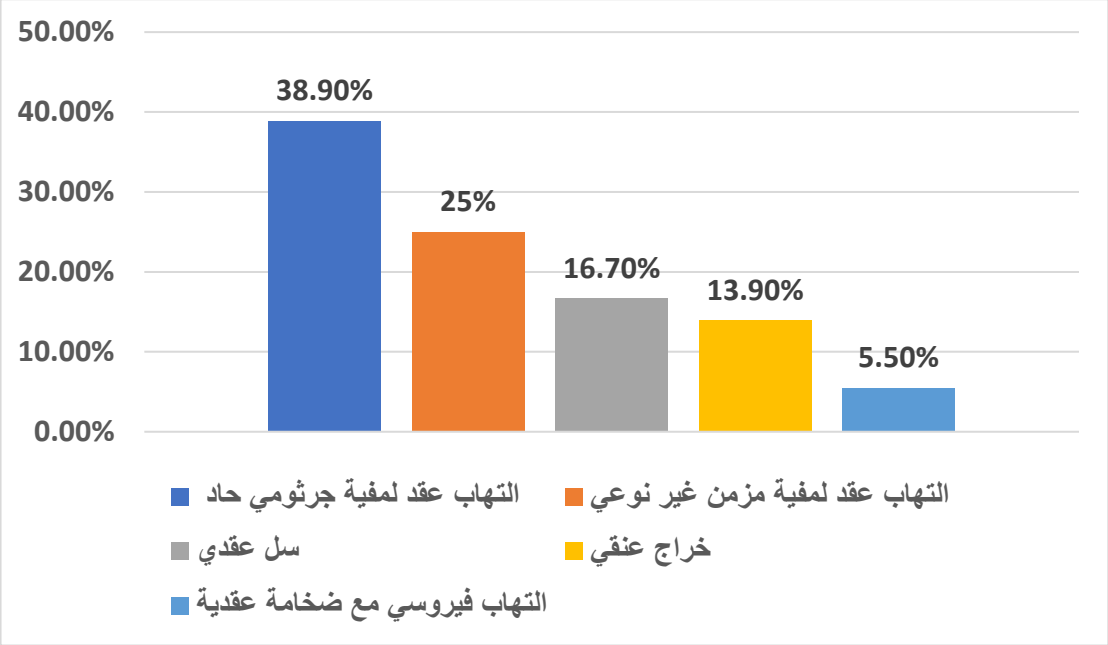
الشكل 24 نتائج التشخيص النسيجي (العدد=100)

توزع كتل العنق الالتهابية (العدد=36)

توزعت الكتل الالتهابية بشكل أساسي على التهاب العقد اللمفية الجرثومي بنسبة 38.9%، يليه الالتهاب المزمن غير النوعي بنسبة 25%، ثم السل العقدي بنسبة 16.7%، في حين شكلت الخراجات العنقية 13.9%، وكانت الإصابات الفيروسية أقلها بنسبة 5.5%.

الجدول 12 توزع كتل العنق الالتهابية (العدد=36)

نوع الكتلة الالتهابية	العدد	النسبة المئوية
التهاب عقد لمفية جرثومي حاد	14	%38.9
التهاب عقد لمفية مزمن غير نوعي	9	%25
سل عقدي	6	%16.7
خراج عنقي	5	%13.9
التهاب فيروسي مع ضخامة عقدية	2	%5.5



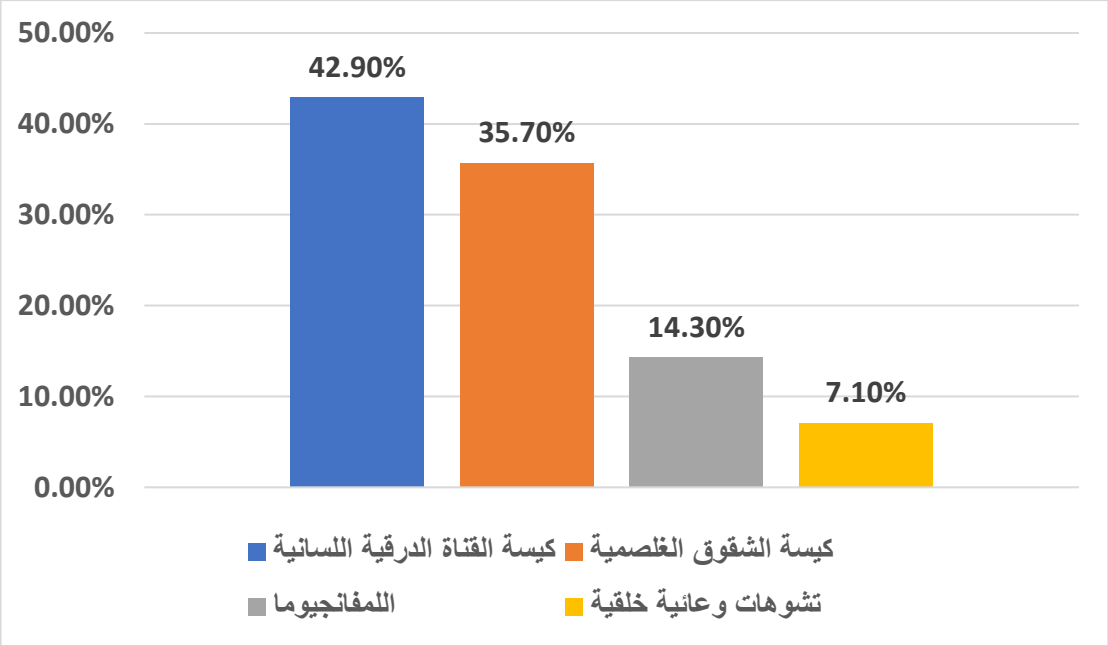
الشكل 25 توزع كتل العنق الالتهابية (العدد=36)

توزع كتل العنق الخلقية (العدد=14)

كانت كيسة القناة الدرقية اللسانية الأكثر شيوعًا بين الكتل الخلقية بنسبة 42.9%، تلتها كيسات الشقوق الغلصمية بنسبة 35.7%.

الجدول 13 توزع كتل العنق الخلقية (العدد=14)

نوع الكتلة الخلقية	العدد	النسبة المئوية
كيسة القناة الدرقية اللسانية	6	%42.9
كيسة الشقوق الغلصمية	5	%35.7
اللمفانجيوما	2	%14.3
تشوهات وعائية خلقية	1	%7.1



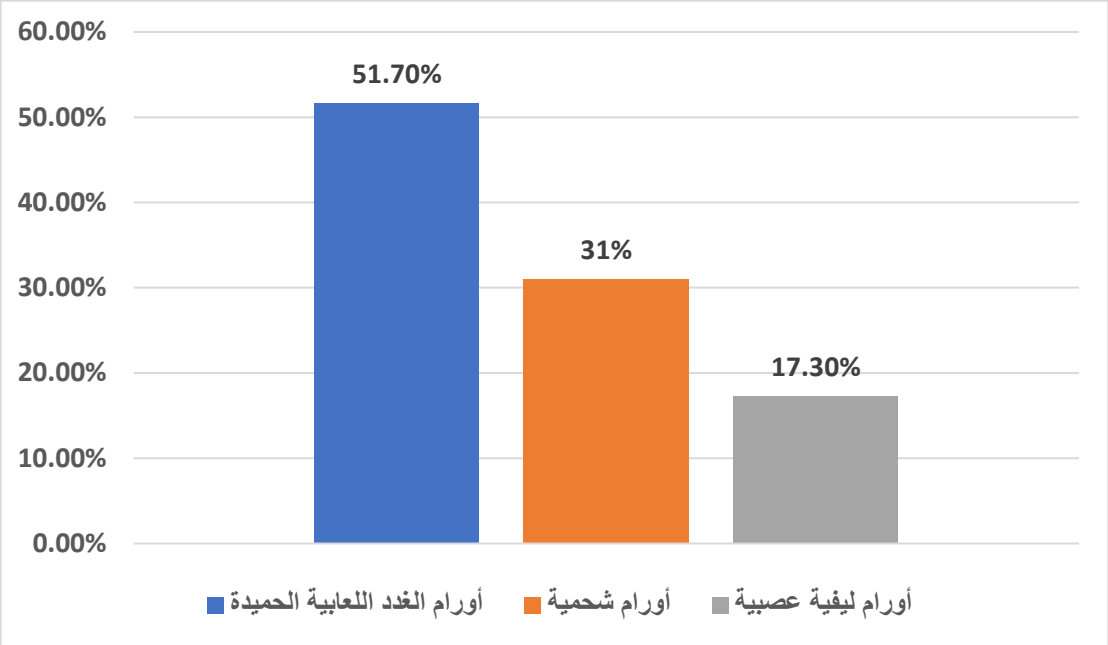
الشكل 26 توزع كتل العنق الخلقية (العدد=14)

توزع كتل العنق الحميدة (العدد=29)

كانت أورام الغدد اللعابية الحميدة هي النمط الأكثر شيوعًا بين الكتل الحميدة بنسبة 51.7%، تلتها الأورام الشحمية بنسبة 31%، في حين شكلت الأورام الليفية العصبية 17.3%.

الجدول 14 توزع كتل العنق الحميدة (العدد=29)

نوع الكتلة الحميدة	العدد	النسبة المئوية
أورام الغدد اللعابية الحميدة	15	%51.7
أورام شحمية	9	%31
أورام ليفية عصبية	5	%17.3



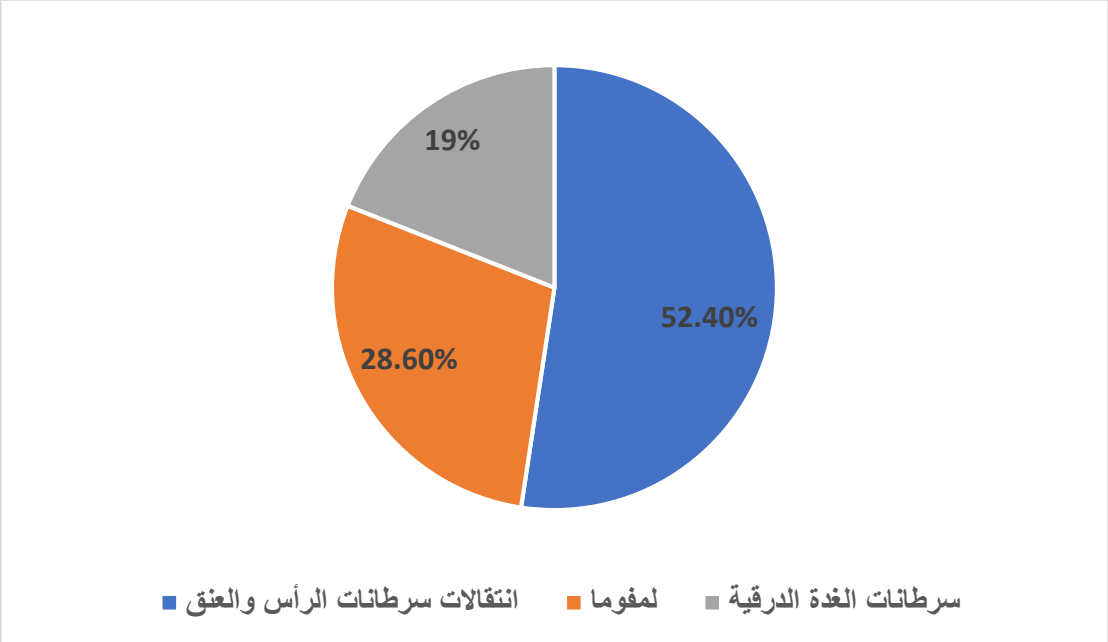
الشكل 27 توزع كتل العنق الحميدة (العدد=29)

توزع كتل العنق الخبيثة (العدد=21)

أظهرت النتائج أن الكتل الناتجة عن انتقالات سرطانات الرأس والعنق كانت الأكثر شيوعًا بنسبة 52.4%، تلتها اللمفوما بنسبة 28.6%، بينما شكلت سرطانات الغدة الدرقية 19% من الحالات الخبيثة. وتعكس هذه البيانات أن أكثر من نصف الكتل الخبيثة كانت ذات منشأ انتقالي، مع تركز باقي الحالات في الأورام اللمفاوية وسرطانات الغدة الدرقية ضمن العينة المدروسة.

الجدول 15 توزع كتل العنق الخبيثة (العدد=21)

النوع	العدد	النسبة المئوية
انتقالات سرطانات الرأس والعنق	11	%52.4
لمفوما	6	%28.6
سرطانات الغدة الدرقية	4	%19



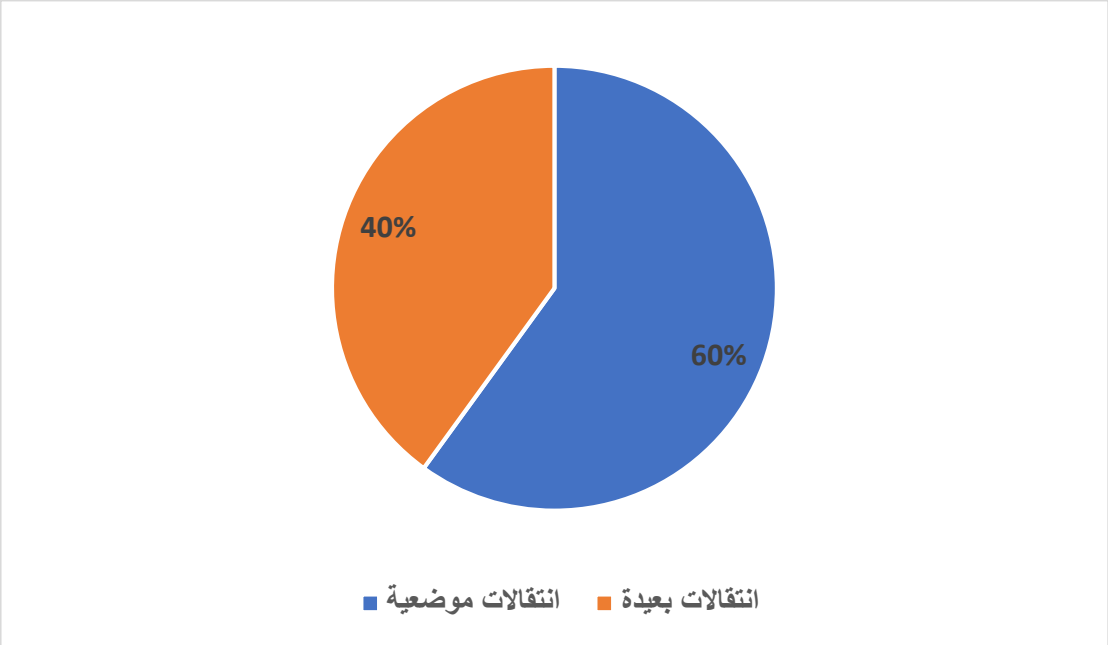
الشكل 28 توزع كتل العنق الخبيثة (العدد=21)

الانتقالات الورمية لدى المرضى المصابين بكتل خبيثة غير انتقالية (العدد=10)

أظهرت النتائج أن 60% من المرضى ذوي الكتل الخبيثة غير الانتقالية أظهروا انتقالات موضعية، في حين سجلت الانتقالات البعيدة لدى 40% منهم. وتشير هذه البيانات إلى أن نسبة كبيرة من هذه الكتل تمتلك قابلية للانتشار، مع ميل أكبر للانتقالات للجوار مقارنة بالبعيدة ضمن العينة المدروسة.

الجدول 16 الانتقالات الورمية لدى المرضى المصابين بكتل خبيثة غير انتقالية (العدد=10)

نمط الانتقال	العدد	النسبة المئوية
انتقالات موضعية	6	%60
انتقالات بعيدة	4	%40



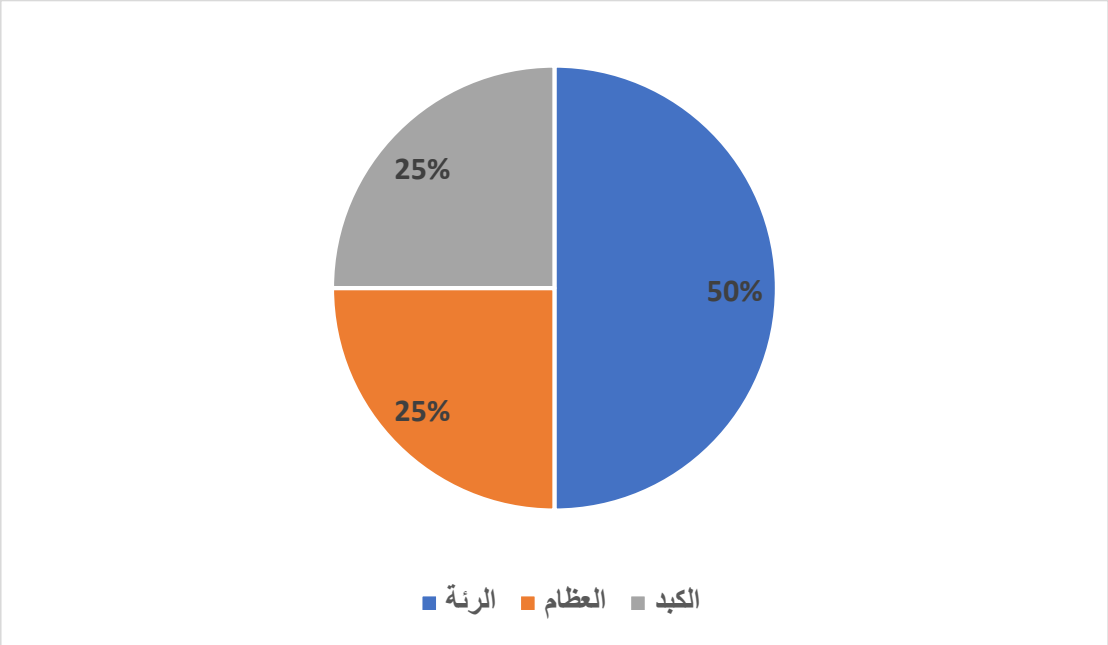
الشكل 29 الانتقالات الورمية لدى المرضى المصابين بكتل خبيثة غير انتقالية (العدد=10)

موقع الانتقالات البعيدة حسب الموقع (العدد=4)

أظهرت النتائج أن موقع الانتقالات البعيدة كان الرئة الأكثر شيوعًا حيث سجلت لدى حالتين بنسبة 50%، تلتها العظام حالة واحدة بنسبة 25%، بينما سجل الكبد حالة واحدة أيضًا بنسبة 25%. وتشير هذه البيانات إلى أن الرئة تمثل الموقع الأكثر تأثرًا بالانتقالات البعيدة لدى مرضى كتل العنق الخبيثة، مع توزع محدود للانتقالات على باقي الأعضاء

الجدول 17 موقع الانتقالات البعيدة حسب الموقع (العدد=4)

موقع الانقال البعيد	العدد	النسبة المئوية
الرئة	2	%50
العظام	1	%25
الكبد	1	%25



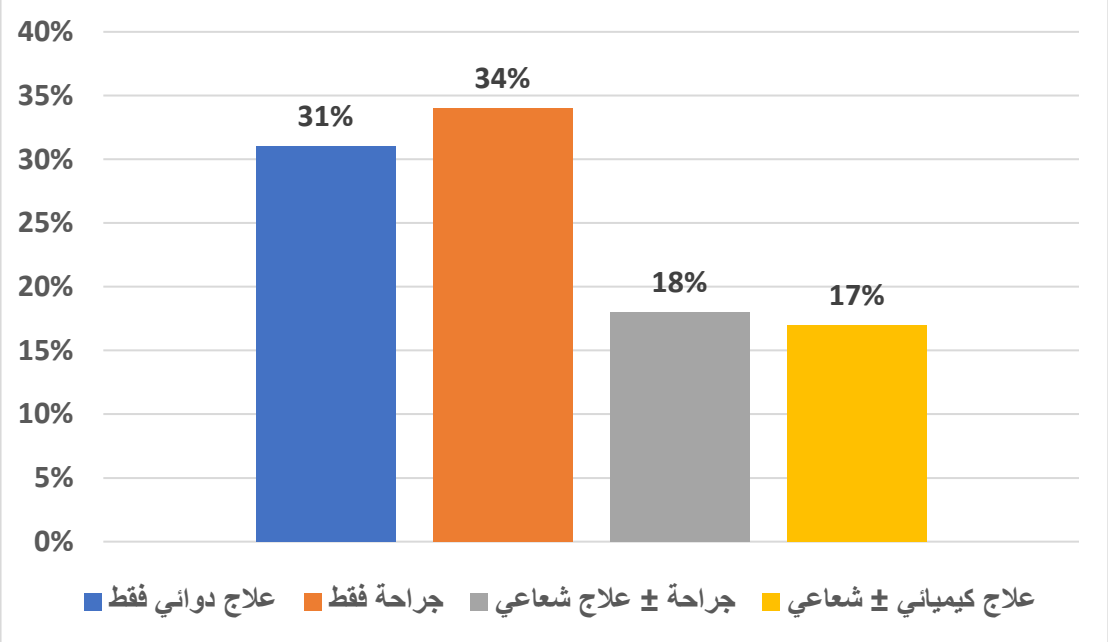
الشكل 30 موقع الانتقالات البعيدة حسب الموقع (العدد=4)

نمط التدبير العلاجي (العدد=100)

أظهرت النتائج أن 31% من المرضى تلقوا علاجًا دوائيًا فقط، بينما خضع 34% منهم للتدخل الجراحي فقط. أُجريت الجراحة مع العلاج الشعاعي أو بدونه لدى 18% من الحالات، في حين خضع 17% للعلاج الكيميائي مع أو بدون العلاج الشعاعي. وتعكس هذه البيانات تنوع استراتيجيات التدبير العلاجي بحسب نوع الكتل وطبيعتها، مع ميل لاستخدام الجراحة كخيار أساسي في العديد من الحالات.

الجدول 18 نمط التدبير العلاجي (العدد=100)

نمط العلاج	العدد	النسبة المئوية
علاج دوائي فقط	31	%31
جراحة فقط	34	%34
جراحة ± علاج شعاعي	18	%18
علاج كيميائي ± شعاعي	17	%17



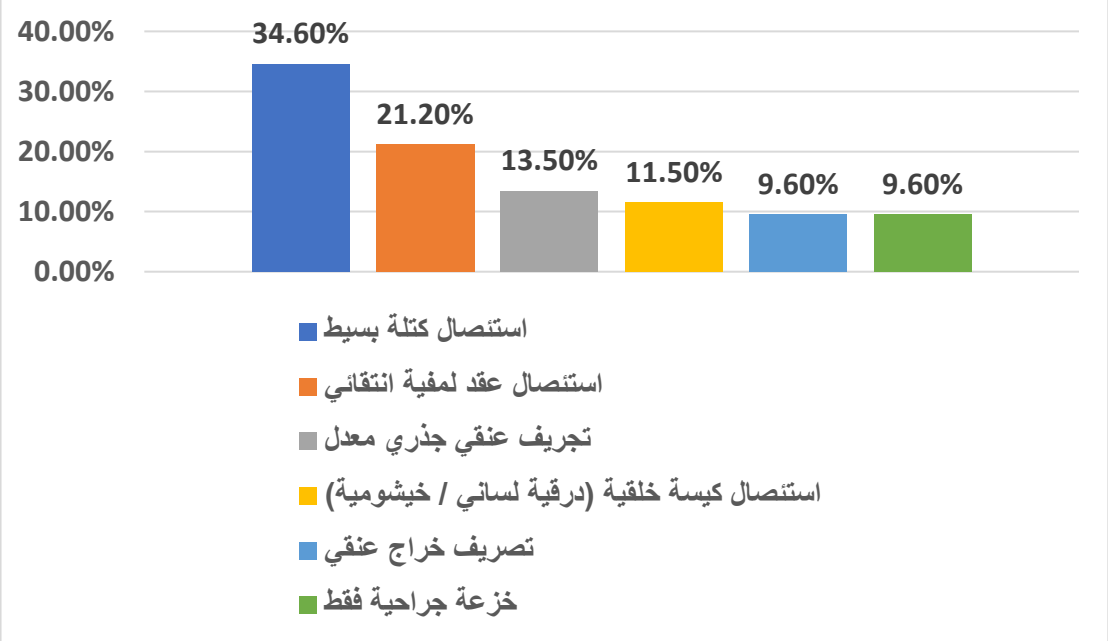
الشكل 31 نمط التدبير العلاجي (العدد=100)

توزع المرضى حسب نمط التداخل الجراحي (العدد=52)

أظهرت النتائج أن استئصال الكتلة البسيط كان الأكثر شيوعًا بين المرضى بنسبة 34.6%، تلاه الاستئصال الانتقائي للعقد اللمفية بنسبة 21.2%، بينما أُجري تجريف العنق الجذري المعدل لدى 13.5% من الحالات. تم استئصال الكيسات الخلقية (الدرقية اللسانية والخيشومية) لدى 11.5% من المرضى، فيما خضع 9.6% لتصريف خراج عنقي، ونفذت الخزعة الجراحية فقط أيضًا لدى 9.6% من الحالات. وتعكس هذه البيانات تنوع الإجراءات الجراحية اعتمادًا على نوع الكتلة وتشخيصها السريري والنسيجي.

الجدول 19 توزع المرضى حسب نمط التداخل الجراحي (العدد=52)

نمط الجراحة	العدد	النسبة المئوية
استئصال كتلة بسيط	18	%34.6
استئصال عقد لمفية انتقائي	11	%21.2
تجريف عنقي جذري معدل	7	%13.5
استئصال كيسة خلقية (درقية لساني / خيشومية)	6	%11.5
تصريف خراج عنقي	5	%9.6
خزعة جراحية فقط	5	%9.6



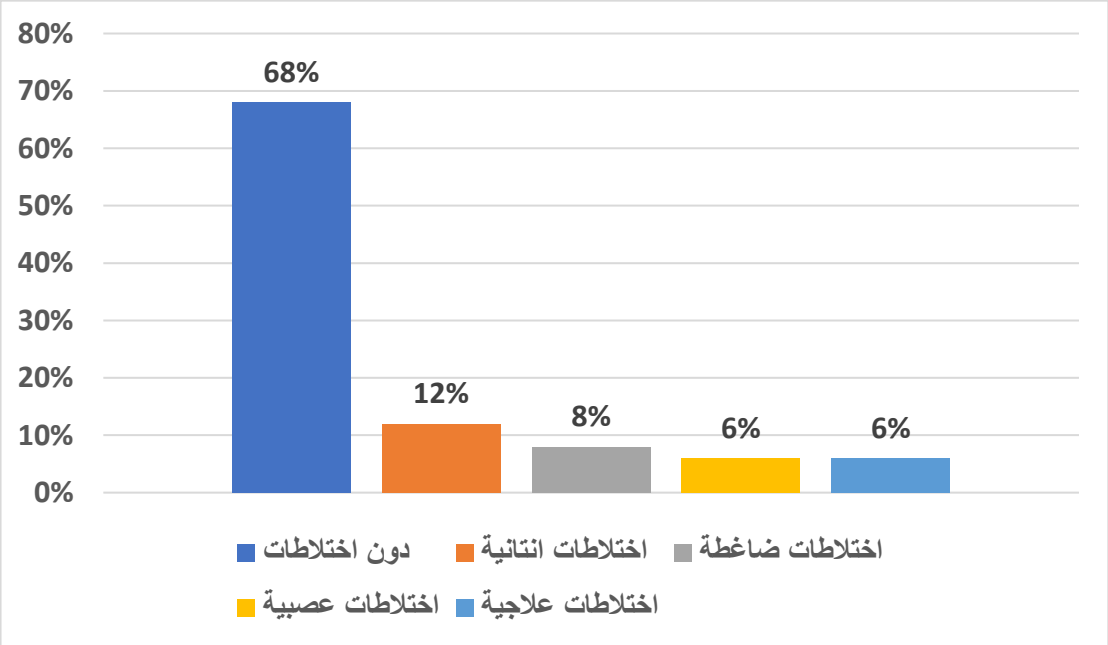
الشكل 32 توزع المرضى حسب نمط التداخل الجراحي (العدد=52)

توزع الاختلاطات لدى المرضى (العدد=100)

أظهرت النتائج أن 68% من المرضى لم يسجل لديهم أي اختلاطات، في حين عانى 12% من اختلاطات انتانية، و8% من اختلاطات ضاغطة على الأعضاء المجاورة. كما سُجلت الاختلاطات العصبية لدى 6% من الحالات، ونفس النسبة للعلاجية المرتبطة بالإجراءات أو العلاجات المتبعة. وتعكس هذه البيانات أن غالبية المرضى لم يواجهوا مضاعفات، مع وجود نسبة محدودة من الاختلاطات التي تتطلب متابعة دقيقة.

الجدول 20 توزع الاختلاطات لدى المرضى (العدد=100)

نوع الاختلاط	العدد	النسبة المئوية
دون اختلاطات	68	%68
اختلاطات انتانية	12	%12
اختلاطات ضاغطة	8	%8
اختلاطات عصبية	6	%6
اختلاطات علاجية	6	%6



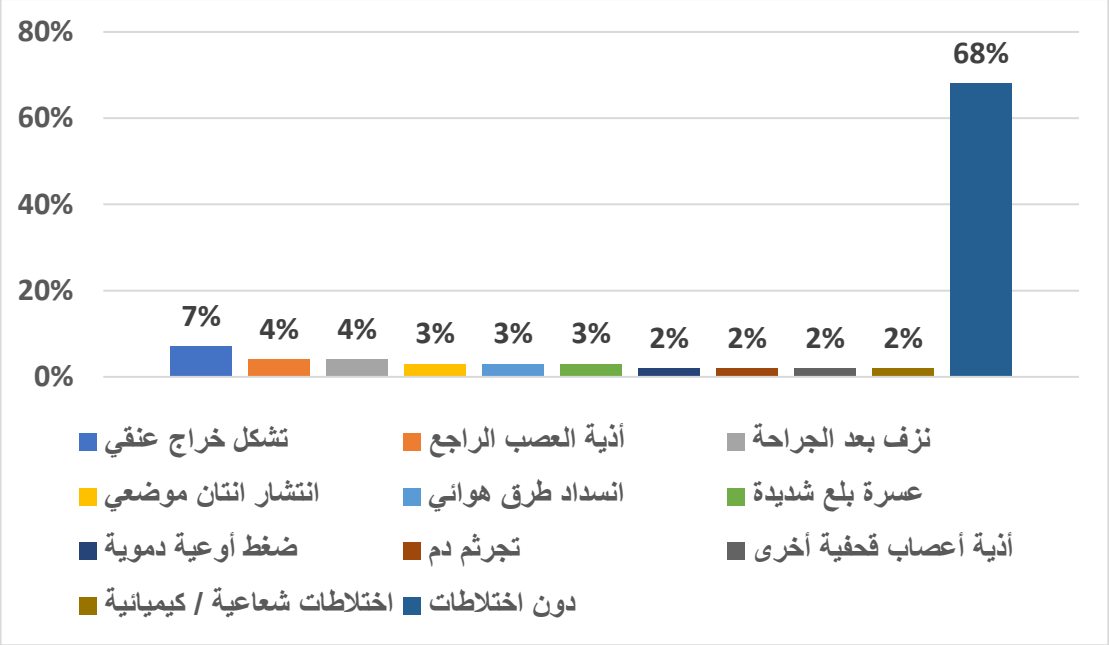
الشكل 33 توزع الاختلاطات لدى المرضى (العدد=100)

تفصيل الاختلاطات لدى المرضى حسب النوع (العدد=100)

أظهرت النتائج أن غالبية المرضى بنسبة 68% لم يسجل لديهم أي اختلاطات. أما الاختلاطات الإنتانية فبرز تشكل الخراج العنقي لدى 7% من المرضى، وانتشار الإنتان الموضعي لدى 3%، وتجرثم الدم لدى 2%. بالنسبة للاختلاطات الجراحية والعصبية، سجل نزف بعد الجراحة لدى 4%، وأذية العصب الراجع لدى 4%، في حين أُصيب 2% بأذية أعصاب قحفية أخرى. لوحظت الاختلاطات الضاغطة مثل انسداد الطرق الهوائية لدى 3% وعسرة البلع الشديدة لدى 3%، كما سُجل ضغط الأوعية الدموية لدى 2%. أما الاختلاطات المرتبطة بالعلاج الإشعاعي والكيميائي فتم تسجيلها لدى 2% من الحالات. وتعكس هذه البيانات تنوع المضاعفات المحتملة لكُتل العنق، مع ميل واضح لغلبة الحالات دون اختلاطات، بينما تتوزع باقي المضاعفات بين الإنتانية والجراحية والعصبية والضاغطة والعلاجية بنسب محدودة.

الجدول 21 تفصيل الاختلاطات لدى المرضى حسب النوع (العدد=100)

نوع الاختلاط	العدد	النسبة المئوية
تشكل خراج عنقي	7	%7
أذية العصب الراجع	4	%4
نزف بعد الجراحة	4	%4
انتشار انتان موضعي	3	%3
انسداد طرق هوائي	3	%3
عسرة بلع شديدة	3	%3
ضغط أوعية دموية	2	%2
تجرثم دم	2	%2
أذية أعصاب قحفية أخرى	2	%2
اختلاطات شعاعية / كيميائية	2	%2
دون اختلاطات	68	%68



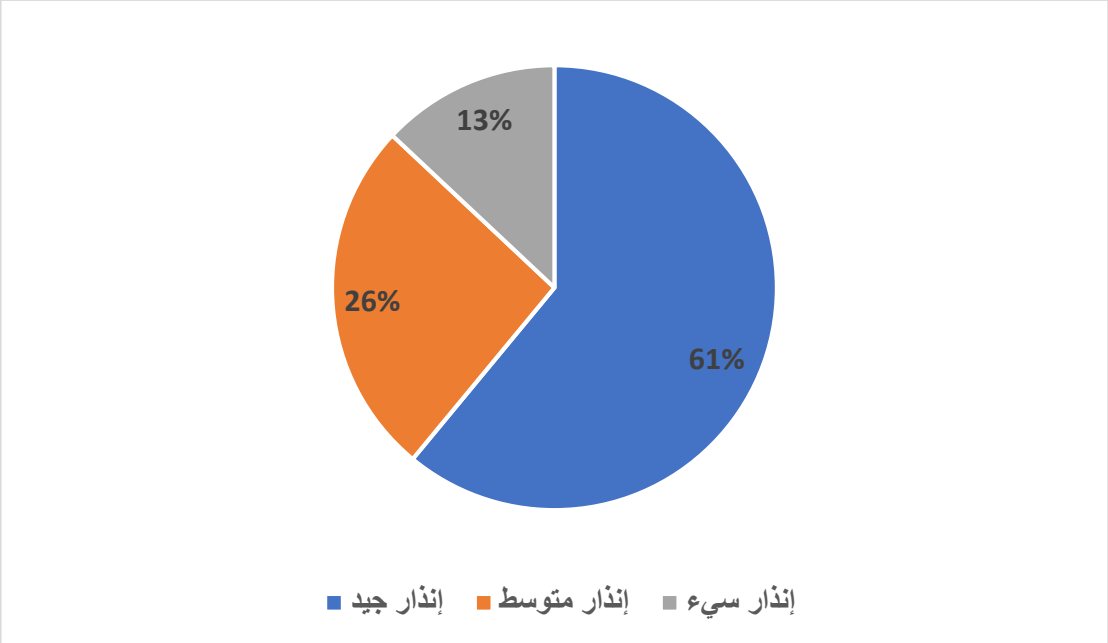
الشكل 34 تفصيل الاختلاطات لدى المرضى حسب النوع (العدد=100)

الإنذار حسب طبيعة الكتلة (العدد=100)

أظهرت النتائج أن 61% من المرضى كان لديهم إنذار جيد، و26% إنذار متوسط، بينما سجل الإنذار السيء لدى 13% من الحالات.

الجدول 22 الإنذار حسب طبيعة الكتلة (العدد=100)

الإنذار السريري	العدد	النسبة المئوية
إنذار جيد	61	%61
إنذار متوسط	26	%26
إنذار سيء	13	%13



الشكل 35 الإنذار حسب طبيعة الكتلة (العدد=100)

معدل الوفياة الكلي خلال فترة المتابعة (العدد=100)

أظهرت النتائج أن 96% من المرضى تعافوا خلال فترة المتابعة، بينما سجلت الوفاة لدى 4% من الحالات.

الجدول 23 معدل الوفياة الكلي خلال فترة المتابعة (العدد=100)

الحالة	العدد	النسبة المئوية
شفاء	96	%96
وفاة	4	%4



الشكل 36 معدل الوفياة الكلي خلال فترة المتابعة (العدد=100)

المناقشة:

أظهرت الدراسة أن توزيع الجنس بين مرضى كتل العنق يميل نحو الذكور بنسبة 56% مقابل 44% للإناث، مما يعكس غلبة الجنس الذكري في هذا النوع من الحالات، وهو ما يتوافق مع نتائج الدراسات العالمية التي أظهرت نسبًا مشابهة بين الذكور والإناث في عينات كتل العنق، حيث أشار Tam et al. إلى أن الذكور يشكلون 54% من حالات كتل العنق لدى البالغين [24]. أما من حيث العمر، تراوحت أعمار المرضى بين أقل من 20 سنة وحتى 60 سنة فأكثر، مع متوسط عمر 41.6 سنة، مما يشير إلى إمكانية إصابة جميع الفئات العمرية مع زيادة الحدوث في منتصف العمر، وهو مشابه لما أظهرت دراسة Gkegkes et al. حيث تقع أغلب الحالات بين العقد الثالث والخامس من العمر [25].

بالنسبة للسوابق المرضية، أظهرت الدراسة انتشار ارتفاع ضغط الدم بنسبة 26% وداء السكري 21%، مما يعكس تأثير الأمراض المزمنة على الخلفية الصحية للمرضى. وقد أظهرت دراسة Jalaly et al. أن الأمراض المزمنة مثل السكري وارتفاع ضغط الدم قد ترتبط بزيادة نسبة التعقيدات بعد التدخلات الجراحية في كتل العنق، خاصة الاختلاطات الإنتانية [26].

أما عوامل الخطورة، فكان التدخين الأكثر شيوعًا بنسبة 38%، يليه سوء صحة الفم والأسنان بنسبة 29%، وسوء التغذية 17%، بينما سجل التعرض المهني للمواد الكيميائية 12% والعدوى الفيروسية 9%. هذه النتائج تتوافق مع ما أظهرته دراسات عالمية، حيث أشار Wong et al. إلى أن التدخين وسوء نظافة الفم يمثلان عوامل خطورة رئيسية لكتل العنق، خاصة الأورام الخبيثة وانتقالات سرطانات الرأس والعنق [27]. تحليل عدد عوامل الخطورة لكل مريض أظهر أن 31% لم يكن لديهم أي عامل خطورة، في حين كان لدى 28% عامل واحد، و24% عاملان، و18% ثلاثة عوامل، مما يوضح أن تراكم عوامل الخطورة يزيد احتمال تطور الكتل المعقدة، وهو ما أشار إليه Karkanevatos et al [28].

في الخصائص السريرية، بينت نتائج الدراسة أن الكتل غير المؤلمة كانت الأكثر شيوعًا بنسبة 63%، والقوام اللين أو المطاطي غلب على 66%، بينما كانت الكتل المتحركة أكثر شيوعًا من الثابتة بنسبة 58% مقابل 42%، وتركزت معظم الكتل ضمن قطر 2–4 سم بنسبة 47%. تتفق

هذه النتائج مع Young et al.، حيث بيّن أن الكتل غير المؤلمة غالبًا تكون حميدة أو التهابية، بينما القوام القاسي أو الثابت يشير لاحتمال وجود أورام خبيثة [29].

أما الأعراض المرافقة، فكان الألم الموضعي 37%، ارتفاع الحرارة 31%، نقص الوزن 19%، عسرة البلع 17%، وبحة الصوت 11%. هذه النتائج مشابهة لما أوردته .Shah et al، حيث أظهرت أن الأعراض الجهازية مثل نقص الوزن والتعرق الليلي غالبًا ما ترتبط بالأورام الخبيثة أو الالتهابات المزمنة [30].

تركزت كتل العنق بشكل رئيسي في الجانب الوحشي بنسبة 26% وتحت الفك السفلي بنسبة 21%، تلتها المثلث الخلفي بنسبة 14% والخط الناصف الأمامي 13%، بينما كانت الكتل فوق الترقوة 11% وخلف الأذن أو حول النكفة 9%، وسجلت أدنى نسبة في قاعدة اللسان وتحت الذقن 6%. هذه النتائج متوافقة مع دراسة Som et al. التي أشارت إلى أن العقد في الجانب الوحشي تمثل الموقع الأكثر شيوعًا للكتل العنقية سواء الالتهابية أو الورمية [31].

بالنسبة للوسائل التصويرية، أظهر التحليل أن جميع المرضى خضعوا للإيكو 100%، بينما أُجري CT للعنق 61%، MRI 24%، و PET–CT 9%، ما يعكس الاعتماد على الإيكو وCT كأدوات أساسية للتقييم الأولي، مع استخدام وسائل متقدمة في الحالات المختارة، وهو ما يتفق مع توصيات Wong et al. حول استراتيجيات التصوير للكتل العنقية [27].

الموجودات الشعاعية بينت أن الكتل الصلبة كانت الأكثر شيوعًا بنسبة 52%، تلتها الكيسية 33% والمختلطة 15%، مع تسجيل عقد لمفية متعددة 41% ونخر مركزي 22% وغزو النسج المجاورة 18%. تتوافق هذه النتائج مع دراسة .King et alالتي بينت أن الكتل الصلبة والعقد المتعددة غالبًا ما تشير إلى أورام أو التهاب مزمن، بينما الكتل الكيسية غالبًا تكون خلقية أو التهابية [32].

نوع الخزعة أظهر أن FNAC كانت الأكثر استخدامًا 72% مقابل 28% للخزعة الجراحية، وهو ما يعكس اعتماد الدراسات الحديثة على FNAC كأداة تشخيص أولية دقيقة وآمنة [33]. كما أظهرت الدراسة أن الكتل الالتهابية شكلت 36%، الأورام الحميدة 29%، الكتل الخلقية 14%، والكتل الخبيثة 21%، وهو توافق مع Lim et al. و Zhang et al. حول شيوع الكتل الالتهابية والعقد اللمفية الإنتانية [27,28]. الكتل الخلقية أظهرت شيوع كيسة القناة الدرقية اللسانية وكيسات الشقوق الغلصمية، متوافق مع Nicoucar et al.[29]

الكتل الالتهابية كان التهاب العقد اللمفية الجرثومي الحاد الأكثر شيوعًا بنسبة 38.9%، يليه الالتهاب المزمن 25%، السل العقدي 16.7%، الخراجات 13.9%، والإصابات الفيروسية 5.5%، متوافق مع Lim et al.[27]

الأورام الحميدة أظهرت أن أورام الغدد اللعابية 51.7%، الشحمية 31%، والأورام الليفية العصبية 17.3%، متوافق مع Wang et al [30]. أما الكتل الخبيثة، فكانت الانتقالات السرطانية 52.4%، اللمفوما 28.6%، وسرطانات الغدة الدرقية 19%، مشابهة لدراسات Cohen et al. و Silver et al [31,32].

وجود ارتباط شديد الدلالة بين نوع الخزعة ونوع الكتلة ($\chi^2 = 33.781$، $p < 0.001$) يوضح أن FNAC مناسبة للكشف عن الالتهابية والخَلقية البسيطة والأورام الحميدة، بينما الخزعة الجراحية ضرورية للكتل الخبيثة [27–32].

نمط التدبير العلاجي أظهر 31% علاج دوائي فقط، 34% جراحة فقط، 18% جراحة ± شعاعي، و17% علاج كيميائي ± شعاعي، متوافق مع Shah et al [30]. التدخل الجراحي توزع بين استئصال كتلة بسيط 34.6%، استئصال عقد انتقائي 21.2%، استئصال جذري معدل 13.5%، وكيسات خلقية 11.5%، متوافق مع Robbins et al [37].

الاختلاطات أظهرت أن 68% دون اختلاطات، الانتانية 12%، الضاغطة 8%، العصبية 6%، والعلاجية 6%، متوافق مع Cohen et al [38].

الإنذار كان جيدًا 61%، متوسط 26%، سيء 13%، بينما معدل الوفيات 4%، مشابه لدراسة Lim et al حول ارتفاع النجاة في حالات التشخيص المبكر [35].

الاستنتاجات:

أظهرت الدراسة أن كتل العنق لدى البالغين تمثل مجموعة متنوعة تشمل الالتهابية، الخلقية، والورمية، مع غلبة النمط الالتهابي والأورام الحميدة ضمن العينة المدروسة. ظهر الميل للجنس الذكري والفئات العمرية من العقد الثالثة حتى الخامسة، مع وجود عوامل خطورة واضحة مثل التدخين وسوء صحة الفم والأسنان. بينت الخصائص السريرية أن معظم الكتل غير مؤلمة وذات قوام لين أو مطاطي، وغالبًا ما تكون متحركة، مع تركيز القطر بين 2–4 سم، مما يعكس أهمية الفحص السريري الدقيق حتى في حالات عدم وجود أعراض جهازية.

أظهرت الوسائل التصويرية، خصوصًا الإيكو وCT، فاعلية عالية في تقييم الكتلة وتوجيه التشخيص. أما الخزعة، فكانت FNAC الأكثر استخدامًا للكشف عن الكتل الالتهابية والخلقية والأورام الحميدة، بينما كانت الخزعة الجراحية ضرورية لتأكيد التشخيص في الكتل الخبيثة. أشارت النتائج إلى أن غالبية المرضى لم يسجل لديهم اختلاطات، مع معدل وفاة منخفض خلال فترة المتابعة، ما يعكس الإنذار الجيد لمعظم الحالات.

كما أظهرت الكتل الخبيثة قابلية للانتشار، مع الرئة كموقع شائع للانتقالات البعيدة، مما يؤكد ضرورة التشخيص المبكر والمتابعة الدقيقة لتقليل المضاعفات وتحسين نتائج العلاج. تشير العلاقة الإحصائية بين نوع الكتلة ونوع الخزعة إلى أن اختيار أسلوب التشخيص يجب أن يُبنى على الاحتمال السريري للخباثة، مع تقليل التدخلات الجراحية غير الضرورية.

التوصيات:

1. التشخيص المبكر لكتل العنق ضروري، خصوصًا للكشف عن الكتل الخبيثة قبل انتشارها، مما يحسن الإنذار والنجاة.
2. استخدام الفحص السريري الدقيق والاعتماد على موقع الكتلة، القوام، والحركة لتوجيه الاستقصاءات الأولية.
3. الاعتماد على الإيكو كخط أول للتقييم، مع استخدام CT وMRI وPET–CT في الحالات المعقدة أو المشبوهة.
4. اعتماد FNAC كخيار تشخيصي أولي للكتل الالتهابية، الخلقية البسيطة، والأورام الحميدة لتقليل التدخل الجراحي غير الضروري.
5. اللجوء إلى الخزعة الجراحية في الكتل المشبوهة أو الخبيثة لتأكيد التشخيص وتخطيط العلاج متعدد الاختصاصات.
6. متابعة المرضى بعناية بعد التدخلات، خصوصًا أولئك المعرضين للاختلاطات الانتانية أو العصبية، مع تسجيل المضاعفات بدقة.
7. تثقيف المرضى حول عوامل الخطورة مثل التدخين وسوء صحة الفم والأسنان، لتقليل احتمالية تطور الكتل المعقدة أو الأورام.

المراجع:

1. Standring S, ed. Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice. 42nd ed. Elsevier; 2021.
2. Moore KL, Dalley AF, Agur AM. Clinically Oriented Anatomy. 8th ed. Wolters Kluwer; 2018.
3. Cummings CW, et al. Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery. 7th ed. Elsevier; 2021.
4. Robbins KT, et al. Neck dissection classification update. Otolaryngol Head Neck Surg. 2002;127(1): S1–S28.
5. Shah JP, Patel SG, Singh B. Jatin Shah's Head and Neck Surgery and Oncology. 5th ed. Elsevier; 2020.
6. Harrison LB, Sessions RB, Hong WK. Head and Neck Cancer: A Multidisciplinary Approach. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
7. Flint PW, et al. Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery. 7th ed. Elsevier; 2021. (Pathophysiology of neck masses).
8. Maran AGD, Mackenzie IJ. Scott-Brown's Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery. 8th ed. CRC Press; 2018.
9. Gaddey HL, Riegel AM. Unexplained lymphadenopathy: evaluation and differential diagnosis. Am Fam Physician. 2016;94(11):896–903.
10. Flint PW, et al. Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery. 7th ed. Elsevier; 2021. (Evaluation and management of neck masses).
11. Shah JP, Patel SG, Singh B. Jatin Shah's Head and Neck Surgery and Oncology. 5th ed. Elsevier; 2020.
12. Pynnonen MA, et al. Clinical practice guideline: evaluation of the neck mass in adults. Otolaryngol Head Neck Surg. 2017;157(2 Suppl): S1–S30.
13. Gaddey HL, Riegel AM. Unexplained lymphadenopathy: evaluation and differential diagnosis. Am Fam Physician. 2016;94(11):896–903.
14. Watkinson JC, et al. Scott-Brown's Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery. 8th ed. CRC Press; 2018.
15. Pynnonen MA, et al. Clinical practice guideline: evaluation of the neck mass in adults. Otolaryngol Head Neck Surg. 2017;157(2 Suppl): S1–S30.
16. Lydiatt WM, et al. Head and neck cancers—major changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. CA Cancer J Clin. 2017;67(2):122–137.
17. Ha EJ, et al. Imaging-based diagnosis and management of neck masses. Radiographics. 2019;39(6):1754–1774.
18. Pynnonen MA, et al. Clinical practice guideline: evaluation of the neck mass in adults. Otolaryngol Head Neck Surg. 2017;157(2 Suppl): S1–S30.
19. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Head and Neck Cancers, Clinical Practice Guidelines in Oncology. Version 2024.
20. Forastiere AA, et al. Head and neck cancer. N Engl J Med. 2001;345(26):1890–1900.

21. Shaha AR. Complications of neck mass surgery and their management. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2001;9(2):82–87.
22. Chernobilsky B, et al. Neck mass complications and emergency management. Otolaryngol Clin North Am. 2018;51(4):683–697.
23. Robbins KT, et al. Management of Head and Neck Cancer: A Multidisciplinary Approach. 3rd ed. Elsevier; 2020.
24. Tam S, et al. Epidemiology of adult neck masses: a multicenter analysis. Head Neck. 2016; 38:1055–1062.
25. Gkegkes ID, et al. Age distribution and characteristics of neck masses in adults. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2017; 274:395–402.
26. Jalaly JB, et al. Impact of chronic diseases on surgical outcomes of neck masses. J Laryngol Otol. 2015; 129:471–478.
27. Wong K, et al. Risk factors and imaging strategies for adult neck masses. Head Neck. 2014; 36:1462–1470.
28. Karkanevatos A, et al. Accumulation of risk factors in malignant neck masses. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2013; 270:1891–1898.
29. Nicoucar K, et al. Branchial cleft cysts: diagnosis and surgical management. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2009; 266:1873–1878.
30. Wang X, et al. FNAC in salivary gland tumors: comparative analysis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2013; 116:695–701.
31. Cohen EG, et al. Core biopsy and FNAC in head and neck malignancies. Cancer. 2012; 118:1706–1712.
32. Silver CE, et al. Neck mass evaluation and management in adults. Lancet Oncol. 2015; 16:165–177.
33. Layfield LJ, et al. Fine needle aspiration cytology in neck masses: clinical utility. Diagn Cytopathol. 2013; 41:515–521.
34. Lim DT, et al. Clinical outcomes in adult neck masses. Head Neck. 2014; 36:1167–1172.
35. Robbins KT, et al. Surgical management of neck masses: guidelines and outcomes. Otolaryngol Head Neck Surg. 2012; 147:192–200.
36. Cohen EG, et al. Complications of surgical interventions in neck masses. Head Neck. 2011; 33:1560–1567.