

درمان جراحی تومورهای کاروتید بادی از دیدگاه جراحی اعصاب

چکیده

تومورهای کاروتید بادی ممکن است با علائم بالینی مختلفی خود را نشان دهند. به علت وجود طیف بزرگی از علائم، جراحان گوش و گلو و بینی، عروق، مغز و اعصاب در درمان این تومورها نقش دارند. ۴ بیماری که در این مقاله معرفی می‌شوند در بخش جراحی مغز و اعصاب و گوش و گلو و بینی بیمارستان فیروزگر مورد عمل جراحی قرار گرفته و دارای علائمی شامل وجود توده‌ای در گردن، دیسفاژی و سرگیجه بوده‌اند. طی بررسیهای انجام شده مانند سی‌تی‌اسکن گردن و آنژیوگرافی کاروتید، تومور با اندازه متوسط تا بزرگ در گردن مشاهده گردید. درمان اصلی تومورهای کاروتید بادی جراحی و برداشتن کامل تومور است. تصور ما بر این است که تکنیک بی‌پولار در حد کپسولار - ادوانتیس تومور، بدون استفاده از شنت و آمبولیزاسیون و برداشتن کامل تومور بهترین درمان است. در تمام بیماران جراحی شده در بیمارستان فیروزگر همین تکنیک استفاده شد که بر خلاف تکنیکهای رایج در جراحی این تومورها در حد ساب ادوانتیس می‌باشد که بطور معمول توسط همکاران جراح یا گوش و حلق و بینی انجام می‌گردد.

*دکتر سید محمود رمک‌هاشمی I

دکتر همایون الهی II

دکتر فرشاد شالچی III

کلیدواژه‌ها: ۱- تومورهای کاروتید بادی ۲- کیمودکتوما ۳- تومورهای گلو موس

مقدمه

کاروتید بادی با اندازه‌های تقریبی $2 \times 3 \times 5$ میلیمتر در سطح خلفی داخلی (پوستر و مدیال) دو شاخه شدن کاروتید مشترک در لایه ادوانتیس آن قرار دارد و کپسول فیبروزه آن توسط لیگامانی به نام لیگامان Mayer به محل دو شاخه شدن متصل است. خون‌گیری آن از طریق همین لیگامان بوده که عروق خونی از آن رد می‌شود و به کاروتید بادی می‌رسد. از نظر ظاهری به رنگ قرمز قهوه‌ای است و حدود کاملاً مشخص دارد. از نظر جنین شناسی کاروتید بادی از قسمتهای مزودرمال سومین قوس برانشیال و نیز قسمتهای عصبی تیغه عصبی (نورال کرسٹ) منشأ می‌گیرد (۱). سلولهای تیغه عصبی در اثر تکثیر سلولی و تغییر شکل آن بعدها به سمپاتوگونی و سلولهای

پاراگانگلیونیک تبدیل می‌شوند. بنابراین این مطلب که به تومور کیمودکتوما (Chemodetoma) گفته می‌شود مورد سؤال است زیرا منشأ کاروتید بادی از سلولهای پاراگانگلیونیک بوده و سلولهای آن کمورستپور نیست. در مناطق دیگر بدن سلولهای پاراگانگلیونیک در مجاورت آئورت و با تعداد بسیار زیادی در مدولای آدرنال وجود دارند. مقدار جریان خون و نیز مصرف اکسیژن کاروتید بادی با توجه به وزن آن نسبت به مغز، بیشتر است و به نظر می‌رسد که عمل فیزیولوژیک آن تنظیم تنفس ریوی باشد. این عمل از طریق آوران (In put) عصب گلو سوفارنژال که به کاروتید بادی رسیده و از آن به رتیکولار فورماسیون بصل النخاع هدایت می‌شود، صورت

(I) استادیار گروه جراحی اعصاب، بیمارستان فیروزگر، خیابان ولی عصر، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران (*مؤلف مسئول)

(II) استادیار گروه گوش و گلو و بینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.

(III) دستیار جراحی اعصاب، بیمارستان فیروزگر، خیابان ولی عصر، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.