# کیست‌های شکافهای برانشیال و بقایای تیروگلوس

مجله علمی نظام پزشکی
سال سوم ، شماره۲ ، صفحه۱۱۵ ، ۱۳۵۲

دکترشمس شریعت * دکترعنایت‌الله روحانیان ** دکترکاظم اسکوئی - دکتر یوسف فضل‌علیزاده *

مطالعه وبررسی کیستهای مادرزادی گردن به علت خصوصیات تشریحی و جنین شناسی خاص این ناحیه از بدن همیشه دارای اهمیت بوده و مؤلفان مختلف بدان توجه فراوان مبذول داشته‌اند . علت این اهمیت وجود عناصر تشریحی‌مختلف این ناحیه وازجمله تیروئید وعقده‌های لنفاوی است که‌دربررسی بیماریهای گردن مقام خاصی را دارا هستند ، زیرا تومورهای بدخیم تیروئید نسبتاً شایع است وضایعات عقده‌های لنفاوی اعم‌از لنفوم‌ها یالنفادنیت‌ها بخصوص سل عقده‌های لنفاوی درزمره‌اولین ضایعات گردنی قرار دارند . معهذا در ناحیه گردن ضایعات دیزامبریوپلازیک‌هم فوق‌العاده شایع است (۲)، بهمین جهت هر زمان عارضه‌ای درگردن دیده شود باوجود اهمیت ضایعات‌بدخیم تیروئید و عقده‌های لنفاوی همیشه باید به کیست‌های مادرزادی این ناحیه از بدن نیز توجه داشت . نکته دیگری که بررسی کیستهای گردن‌را جالب می‌کند اختلاف درنامگذاری کیست‌های این قسمت ازبدن میباشد ، بطوریکه درنوشته‌های پزشکی‌اسامی متعددی برای این گروه از ضایعات ذکرشده است فی المثل کیست برانشیال Branchial cyst ، کیست‌های‌شکاف برانشیال Branchial cleft cyst ، کیست‌طرفی گردن‌Lateral cervical cyst ، کیست‌انکلوزیونی‌جنینی‌Embryonal inclusion cyst، کیست‌اپیدرموئید Epidermoid cyst ، نامهائی‌است که‌به‌ضایعات مادرزادی گردن داده شده‌است.

علت اینکه کیست‌های‌برانشیال وبقایای تیروگلوس یکجادراین مقاله مورد مطالعه قرارگرفته این است که گرچه علی‌الظاهر میتوان‌کیست‌های منشعب ازبقایای تیروگلوس یاتیموس را، در صورتیکه در ناحیه قاعده گردن وجود داشته باشد، به‌سادگی از کیست‌های طرفی گردن مجزا نمود اما عملا این‌کار آسان نیست، زیرا دیده میشود که‌بعضی‌از کیست‌های‌قوس‌ها یاشکافهای‌برانشیال درطرف‌داخل‌تاقسمت وسط گردن کشیده میشوند، بعلاوه بطوریکه شرح داده‌خواهد شد ساختمان‌بافت این‌دودسته کیست‌هم نمیتواند راهنمای‌کاملی‌برای تفکیک‌آنها ازیکدیگر باشد. اشکال‌عملی‌ومهم دیگر عدم توجه بعضی از جراحان درتعیین دقیق محل تشریحی کیست است ، چون‌کلیه دیزآمبریوپلازیهای این ناحیه از بدن درنتیجه اختلالات وناهنجاریهای‌جنینی‌ناحیه Facio-branchial بوجود میآیند وناهنجاریهای ناحیه مذکور به‌سه دسته‌مهم تقسیم میشود . دسته اول آن یعنی آنچه از Vestiges dermiodes faciaux منشعب میگردد درگردن قرار ندارد و دو دسته دیگر یعنی‌کیست‌های تیروگلوس وکیست‌ها وفیستولهای برانشیال در گردن قراردارند، از این جهت مجموع کیست‌ها وفیستولهای ناحیه‌گردن یکجا مورد مطالعه وبررسی قرارگرفته‌اند .

دربین ۸۰۷۰۰ موارد بیوپسی وقطعات جراحی‌که طی ۱۷ سال به‌آزمایشگاه مرکز آسیب‌شناسی انستیتو تاج‌پهلوی رسیده است، مجموعاً ۶۳ موردکیست‌ها وفیستولهای ناحیه‌گردن در بایگانی

* مرکز پزشکی پهلوی - دانشکده پزشکی ، دانشگاه تهران.
** گروه‌کالبد شناسی، دانشکده‌پزشکی،دانشگاه تهران.

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07 ]

انستیتو تاج پهلوی ثبت وضبط گردیده است که از این عده ۴۱ مورد مرد و ۲۲ مورد آن بیماران زن بوده‌اند. توزیع موارد فوق در دهه‌های سنی درمرد وزن به‌ترتیبی است که جدول شماره ۱ نشان میدهد.

جدول شماره ۱ـ توزیع ۶۳ مورد کیست‌ها وفیستولهای گردن در دهه‌های مختلف سنی درمردان وزنان.

| دهه‌های سنی | تا ۱۰ سال | ۱۱ـ۲۰ | ۲۱ـ۳۰ | ۳۱ـ۴۰ | ۴۱ـ۵۰ | ۵۱ـ۶۰ | ۶۱ـ۷۰ | ۷۱ـ۸۰ | جمع |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| مرد | ۸ | ۱۵ | ۷ | ۶ | ۲ | ۲ | — | ۱ | ۴۱ |
| زن | ۲ | ۹ | ۵ | ۳ | ۲ | — | ۱ | — | ۲۲ |
| جمع | ۱۰ | ۲۴ | ۱۲ | ۹ | ۴ | ۲ | ۱ | ۱ | ۶۳ |

بطوریکه درجدول نشان داده شده‌است، تعداد بیماران مرد تقریباً دو برابر زنها است. از نظر سنی حداکثر بیماران در دهه‌های دوم وسوم سنی قرار دارند. کوچکترین بیمار پسر بچه پنج‌ساله، و بزرگترین آنها مرد ۷۳ ساله است. با آنکه همیشه سعی شده است که شرح حال کاملی از بیماران در دسترس آزمایشگاه باشد متأسفانه به‌علت ناقص بودن بعضی از گزارش‌های جراحی محل دقیق کلیه موارد معلوم نیست، بدین‌معنی که از ۶۳ مورد، ۹ مورد ضایعه درطرف راست و۸ مورد درطرف چپ و۲۴ مورد درخط وسط، یك مورد ضایعه در گردن، بی‌آنکه راست یاچپ آن مشخص شده باشد، گزارش شده است. (جدول شماره۲).

جدول شماره ۲ـ توزیع تشریحی ۶۳ مورد کیست‌ها وفیستولهای گردن درمردان وزنان.

| محل تشریحی | مرد | زن | جمع |
|---|---|---|---|
| طرف راست گردن | ۶ | ۳ | ۹ |
| طرف چپ گردن | ۴ | ۴ | ۸ |
| قسمت وسط گردن | ۱۹ | ۵ | ۲۴ |
| طرفی گردن (نامشخص) | — | ۱ | ۱ |
| گردن (بطورعموم) | ۱۱ | ۹ | ۲۰ |
| هردوطرف باهم | ۱ | — | ۱ |
| جمع | ۴۱ | ۲۲ | ۶۳ |

دربین۶۳ مورد، ۷ مورد، بصورت‌فیستول و۵۶ مورد دیگرضایعه بصورت کیست بوده است.

هر ۷ مورد فیستول مربوط به‌جنس مذکر بوده ودرناحیه قدامی گردن‌قرارداشته‌است. ازحیث‌سن، بیماران‌مبتلا به‌فیستول‌دردهه‌های اول ودوم قرار دارند وتنها یك مورد مربوط به مردی ۳۲ ساله است. صرفنظر از مبتلایان به‌فیستول، بقیه بیماران به‌علت‌تورم ناحیه گردن‌به بیمارستان مراجعه کرده‌اند. مدت ناخوشی بیماران به‌تفاوت از دوماه تا هفت سال بوده است ولی اکثر بیماران‌مدت شکایت خود را از ناخوشی خویش کمتر از یکسال شرح میدهند. تشخیص‌هائی که قبل‌ازآزمایش بافت شناسی ،طرح شده است غیر ازکیست‌های برانشیال یاکیست‌های جنینی ناحیه گردن، شامل‌سل ناحیه گردن، آدنیت توبرکولوز، کیست سباسه ودمل بوده‌است. درموقع معاینه مشاهده شده است که در تعدادی از موارد کیست‌ها متحرك وآزاد وفاقد چسبندگی به‌نسوج اطراف بوده، درحالیکه درموارد دیگری به‌نسوج اطراف چسبندگی داشته است. ازنظر ماکروسکوپی بزرگترین کیست به‌اندازه یك پرتقال و مربوط به‌پسر بچه‌ای ۷ ساله بوده است. محتوی کیست‌ها مایع روشن‌یا غلیظ مشابه چرك گاهی هم مایع لزج وسفید رنگ یامایع شیری وبالاخره درمواردی،محتوی کیست‌ها ماده شاخی یاخمیری‌آهکی بوده است.

**میکروسکوپی:** مطالعه‌میکروسکوپی گروههای‌مختلف کیست‌های گردن چه‌آنهائی که درطرفین وچه‌آنهائیکه درقسمت قدامی این قسمت از بدن قرار داشته‌اند نشان میدهدکه از نظر بافت‌شناسی اختلافی‌میان این دودسته ازکیست‌ها وجود ندارد. بعبارت‌دیگر اعم ازآنکه کیست منشاء شکافها یاجیب‌های برانشیال را داشته‌ویا آنکه از بقایای مجرای تیروگلوس برخاسته باشد، ساختمان بافت آنها بایکدیگر فرقی ندارد ودر هرصورت جدارکیست را پوشش استوانه‌ای ساده، یامطبق، یااختلاطی از هردو نوع پوشش ویاپوشش‌مالپیگی وبالاخره اختلاطی‌ازپوشش‌مالپیگی‌وسیلندریك تشکیل میدهد. فی‌المثل در ۱۸ مورد کیست‌هائی که در طرفین گردن قرار داشته‌اند جدار یك مورد از نوع ساده ودر ۳ مورد پوشش از نوع استوانه‌ای ساده ومطبق توام باپوشش مالپیگی‌ودر بقیه‌موارد پوشش کیست‌ها ازنوع مالپیگی‌است (جدول شماره۳). فیستولها وکیست‌های ناحیه وسطای گردن نیز به‌تفاوت‌جدارشان از نوع‌سیلندریك ساده یامطبق یاسیلندریك‌توأم باپوشش‌مالپیگی ویا بالاخره از نوع مالپیگی است (شکل ۱و۲و۳).

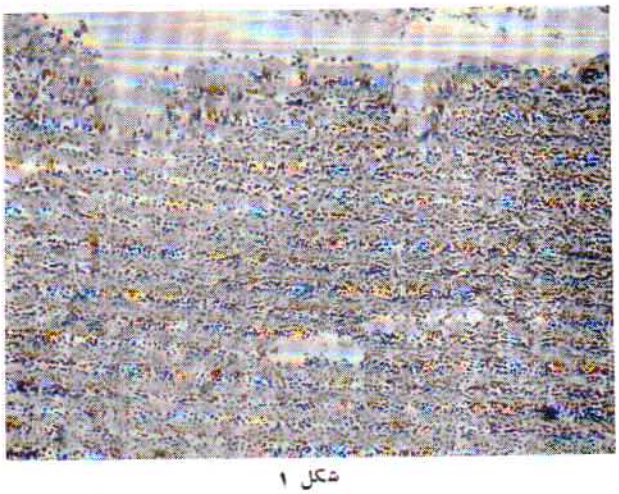
بطوریکه جدول‌شماره ۳ نشان میدهد اکثر فیستولهاو کیست‌هائی که در قسمت وسطای گردن قرار دارند جدارشان از نوع پوشش مالپیگی میباشد.

در یك مورد هم‌که کیست دو طرفه بوده ساختمان بافت‌آن مشابه بالوزه است.

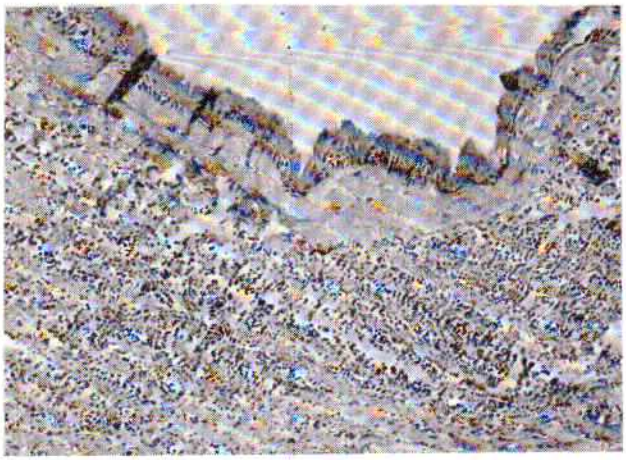
[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07 ]

جدول شماره ۳ـ انواع مختلف پوشش کیست‌ها وتوزیع آنها در قسمت‌های مختلف گردن

| نوع پوشش | طرف‌راست گردن | طرف‌چپ گردن | طرفین گردن (بدون تعیین سمت) | دوطرفه | وسط گردن | گردن بطور عموم | جمع |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| پوشش استوانه‌ای یامکعبی ساده بدون سازمان لنفاوی | – | ۱ | – | – | ۶ | ۱ | ۸ |
| پوشش استوانه‌ای ساده بـاسازمانهای لنفاوی | – | – | – | – | – | ۱ | ۱ |
| پوشش استوانه‌ای ساده ومطبق توام با پوشش مالپیگی بدون سازمان لنفاوی | ۳ | – | – | – | ۸ | ۴ | ۱۵ |
| استوانه‌ای ساده ومطبق توام‌با پوشش مالپیگی بدون سازمان لنفاوی | – | – | – | – | – | ۵ | ۵ |
| پوشش مالپیگی بدون سازمان لنفاوی | ۱ | – | – | – | ۶ | ۳ | ۱۰ |
| پوشش مالپیگی بـانوار لنفاوی بدون مراکز زایگر | – | ۲ | – | ۱ | ۳ | – | ۶ |
| پوشش مالپیگی بـا سازمانهای لنفاوی ومراکز زایگر | ۵ | ۵ | ۱ | – | ۱ | ۶ | ۱۸ |
| جمع | ۹ | ۸ | ۱ | ۱ | ۲۴ | ۲۰ | ۶۳ |



شکل ۱



شکل ۲

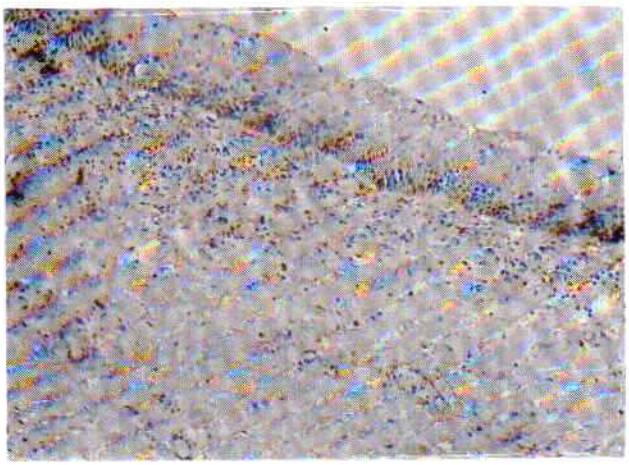
وجود یاعدم سازمانهای لنفاوی در بافت همبندی زیر اپی‌اتلیوم جدار کیست‌های جنینی گردن اعم از آنکه عناصر لنفاوی بصورت نواری از سلولهای لنفوئید بـاشدکه در زیر پوشش قرار گرفته است یاآنکه سازمان‌لنفاوی موجود دارای مراکز زایگرمشخص باشند از جمله نکات دیگری است‌که در خور توجه است . زیرا درحالیکه درتعدادی ازآنها عناصرلنفاوی شرکت نداردد‌ر برخی دیگر سازمانهای لنفاوی به‌اشکال وانواع مختلف پخش هستند . کازال (Cazal) معتقد است‌که عناصر لنفاوی درجدار کیست‌های گردن به‌سه‌شکل اصلی دیده میشوند .

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07 ]

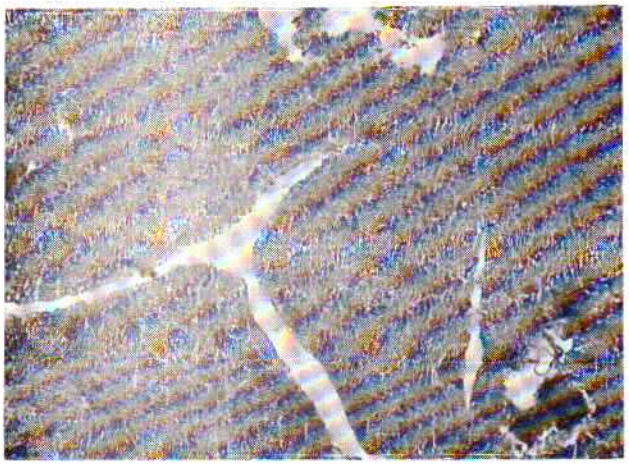
الف : فولیکولهای بسته Follicules clos که دربافت همبندی زیر پوشش واقع شده‌اند و منظره‌ای مشابه مخاط بـاکوریون لنفوئیدی را دارند .

ب: ساختمانهای لنفوئیدی که در آنها کریپت‌های اپی‌تلیالی نفوذ کرده‌است دراینصورت کیست‌مشابهتی بالوزه وتیموس باکپسولهای هاسال را دارد . در بین کلیه مواردیکه مورد مطالعه قرار گرفته است تنها یك مورد دیده شد که ساختمانی عیناً مشابه بالوزه را داشت . این مورد مربوط بمرد ۷۳ ساله‌ای است که باتشخیص تومور دوطرفی پاروتید که از چهارده سال قبل از مراجعه مبتلا بوده تحت عمل جراحی قرار میگیرد . سیر بیماری بدین‌طریق بوده است که از چهارده سال قبل ابتدا در طرف راست گردن در ناحیه پاروتید تورمی ایجادمیشود، ازسه‌ماه پیش‌عین همان‌تومور درطرف چپ گردن بیمار بوجود میآید . جراح باتشخیص‌تومور پاروتید عارضه‌طرف راست‌را برمیدارددودر امتحان‌میکروسکوپی پوشش مالپیگی وکریپت‌های مشابه لوزه دیده میشود که‌درخارج بوسیله سازمانهای‌لنفاوی بامراکز زایگر مشخص محدودمیگردد (شکل ۴). دومورد هم جدار کیست‌ها مشابه باتیموس میباشد که اولی مربوط به‌دختر هشت ساله‌ای است که باتشخیص نوروفیبروم طرف راست گردن تحت عمل جراحی قرار میگیرد و مورد دوم مربوط بهزن بیست وهشت ساله‌ای است که با تشخیص آدنوپاتی گردن ضایعه برداشته میشود. درامتحان میکروسکوپی هردومورد صرفنظر از پوشش که از نوع سیلندریك توأم باپوشش مالپیگی است ، ساختمانهای‌بافتی تیموس‌هم دیده میشود. رویهمرفته کیست از نوع کیست‌های تیموسی است (شکل۵).

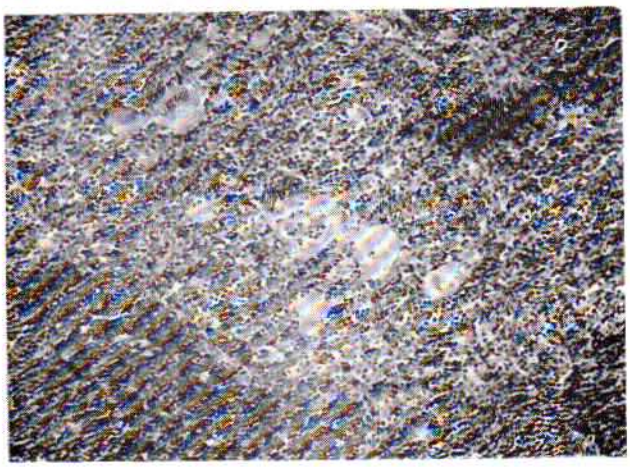
پ : سومین شکل سازمانهای لنفاوی وجود گانگلیونهای لنفاوی حقیقی و کامل‌است که اطراف کیست‌های اپی‌تلیال‌را احاطه میکند. دراین حالت پوشش کیست‌ها درغالب اوقات از نوع مالپیگی‌ودر موارد نادر از سلولهای استوانه‌ای است. در۶۳ موردیکه تحت مطالعه قرار گرفته‌اند غالب موارد دارای سازمانهای لنفاوی با مراکز زایگر مشخص میباشند (جدول شماره ۳). پوشش کیست دراینگونه موارد اکثراً از نوع مالپیگی بوده است . کازال نیز معتقد است که سازمانهای لنفاوی وسیع بامراکز زایگر مشخص



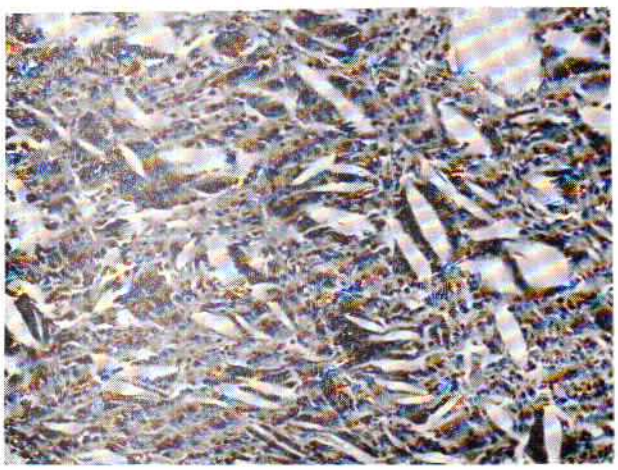
شکل۳



شکل ۴



شکل ۵



شکل ۶

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07 ]

بیشتر در کیست‌هائی دیده میشود که درجدار آنها پوشش مالپیگی شرکت دارد بعلاوه همین مؤلف خاطر نشان میسازد که کیست‌هائی که ازجیبهای برانشیال یعنی از آنتودرم سرچشمه میگیرند معمولا دارای سازمانهای لنفوئیدی میباشند . گاهی در اطراف کیست‌ها وبخصوص فیستولها به‌علت اضافه‌شدن عفونت به‌ضایعه اصلی، عناصر آماسی دیده میشود . در دو مورد از ۶۳ موردیکه تحت مطالعه واقع شده است ، صرفنظر ازعناصر آماسی تك هسته‌ای و چند هسته‌ای واکنش گرانولومی از نوع گرانولوم جسم خارجی نیز دیده شده است (شکل ۶).

**بحث :**

کیست‌های مادرزادی ناحیه گردن که اول دفعه در سال ۱۷۸۹ بوسیله مارسیوفسکی (Marcyowski) گزارش شده است ازجمله ضایعاتی هستند که باوجود نادر بودن به‌دلیل موقعیت خاص اعضایی که در گردن قراردارند می‌باید بیشتر مورد توجه قرار گیرند . سن بیماران در گزارش گروهی از مؤلفان بین ۲۱ تا ۳۰ سال (۱۳)، ودر گزارش دیگری بین ۱۰ تا ۴۰ سال قراردارد(۱۱)، منتهی همه مؤلفان معتقدند که در هرسنی این ضایعه دیده میشود بطوریکه از نوزاد پنج روزه گرفته تا بیمار ۸۰ ساله کیست‌های برانشیال مشاهده شده است . در آمار نویسندگان این مقاله چنانکه جدول شماره ۱ نشان میدهد حداکثر بیماران در سنین ۱۰ تا ۳۰ سال قرار دارند . در مورد جنس بیماران اتفاق نظر وجودندارد بدین‌معنی که‌دربعضی از گزارش‌ها تعداد بیماران مرد بیشتر از زنها است درحالیکه در گزارش‌های دیگری تعداد زنان‌فزونتر از مردان‌است. درآمارما حداکثر بیماران را مردها تشکیل میدهند (جدول شماره ۲).

علائم بیماری دراکثر موارد برآمدگی گردنی است . در بعضی مواردتورم و برآمدگی گردن‌بطور متناوب کم‌وزیادمیشود (۱۳). در اکثر نزدیك به‌تمام مواردیکه درنوشته‌های پزشکی دیده شده ضایعه‌یك طرفی‌بوده وتنهادرچهل موردیکه بوسیله مایکل کارلان (Michel Karlan) وهمکارانش‌معرفی شده‌اند، فقط دریك مورد ضایعه دوطرفی بوده است. محل عارضه بیشتر ثلث فوقانی گردن است. مواردی هم دیده شده که‌ضایعه درخلف عضله جناغی‌چنبری پستانی قرار داشته است . مدت بیماری یعنی از پیدایش اولین علامت بالینی تازمان عمل جراحی وتشخیص آسیب‌شناسی‌ازچند ماه تاچند سال گزارش شده است . در بعضی از بیماران حملات متناوب عفونت دیده میشود، حتی گاهی اضافه شدن عفونت باعث کشف‌ضایعه اصلی‌میگردد(۴). علائم ناشی از فشار کیست براعضاء گردن بخصوص دیسفاژی نیز دیده شده است (۱۳).

درموقع معاینه‌بیمار وامتحانات بالینی تشخیص‌های مختلفی‌مطرح میشود که اهم این تشخیص‌ها شامل لنفادنیت سلی ، بیماری هوچکین، لنفوسارکوم، تومور پاروتید(۱۳) هیگروما، همانژیوم (۱۱) میباشد .

**رادیولوژی:** در رادیوگرافی کیست‌های گردن معمولا یك ناحیه روشن باسطح مشخص‌هوا ومایع درغالب موارد دیده میشود، معهذا بعضی اوقات از نظر رادیولوژی علامت واضحی وجود ندارد . نکته عملی این است که درهمه حال قبل از اقدام به‌عمل جراحی می‌بایدتوموگرافی‌حنجره‌وسنتیگرافی (Syntigraphie) ازاعضاء گردن وبخصوص‌تیروئید بعمل‌آورد. بعلاوه کنترل مجاری‌هوائی فوقانی‌وعاضمه‌ای ضرور است(۴). همچنین امتحانات‌ایزوتوپیك نیز لازم است زیرا بااین طریقه میتوان تیروئیدهای اکتوپیك‌را که درخط وسط گردن قرار دارند ازکیست‌های خط وسط گردن تمیز داد (۱).

**امتحان سیتولوژی:** بسیاری از مؤلفان معتقدند بهتر است قبل ازعمل کیست محتوی آنرا پونکسیون کرد وازآن نه‌تنها آزمایش باکتریولوژی بعمل آورد بلکه از نظر سیتولوژی مایع داخل کیست را مورد امتحان قرار داد .

**هیستوپاتولوژی:** امتحان‌بافت قطعی‌ترین‌وسیله‌تشخیص کیست‌ها میباشد. بطوریکه درگزارش بیماران دیده شد جدارکیست‌های مادرزادی گردن دارای پوشش گوناگون میباشند واز نظر وجود یاعدم سازمان‌های لنفاوی نیز بایکدیگر فرق دارند . نکته مهم درمطالعه میکروسکوپی کیست‌ها این است‌که درانواعی‌که جدار کیست دارای ساختمانهای لنفاوی کامل میباشد نباید آنرا با کارسینوم اشتباه‌کرد زیرا در بعضی موارد حقیقتاً تشخیص جدار چنین کیستی از متاستاز گانگلیونی کارسینوم مشکل میباشد . از جمله نکات دیگر تغییر و تبدیل کیست‌های برانشیال به‌کارسینوم است، باآنکه چنین‌ضایعه‌ای فوق‌العاده نادر میباشد معهذادرباره آن بحث‌های زیادی شده است . اولین دفعه چنین کارسینومی را ولکمن (Volkman) در ۱۸۸۲ گزارش‌کرد وهم اونظر دادکه این سرطان از بقایای جنینی گردن ایجاد میشود . از آن پس موارد دیگری بوسیله مؤلفان مختلف گزارش شده است و نامهای گوناگونی ازقبیل تومورا پی‌تلیال بدخیم گردن‌بامنشاء نامعلوم، کارسینوم بامنشاء برانشیوژنیك به‌این نوع تومور دادند (۱۵) . مارتین(Martin) این دسته از تومورها را که منشاء آنها از کیست‌های‌برانشیال‌میباشد، برانشیوم بدخیم-Malignant branc hioma نامیده‌است ومینویسد درصورتی‌میتوان ادعا کرد کارسینوم ناحیه گردن از منشاء بقایای برانشیال خواهد بود که واجد خصوصیات زیر باشد (۱۵):

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07 ]

۱ـ محل تومور باید درروی خطی باشد که از تراگوس Tragus درامتداد لبه قدامی عضله‌جناقی چنبری پستانی تا استخوان‌چنبر کشیده شده باشد .

۲ـ ساختمان بافت تومور باید مشابه بافت‌هائی باشد که در کیست‌های جنینی برانشیال دیده میشود .

۳ـ بیمار باید حداقل مدت پنجسال دیرزیستی «Survie» داشته باشد ودر تمام طول این مدت مرتب تحت آزمایش‌های مختلف قرار گیرد تامعلوم شودکه تومور گردن‌حقیقتاً اولیه بوده وبیمار تومور دیگری ندارد .

۴ـ بهترین محك تشخیص وقتی است که تومور در جدار کیستی پیداشودکه بوسیله نسج اپی‌تلیال‌مفروش شده باشد وبعلاوه کیست درقسمتهای طرفی گردن قرار گرفته باشد .

**هیستوژنز:** در ژنز کیست‌های گردن و بخصوص کیست‌های طرفی گردن تا این اواخر بحث‌های زیادی میشد. باسکا وبرنیه (Baskag و Bernier) در ۱۹۵۹ نوشتند که کیست‌های طرفی گردن از انکلوزیونهای اپی‌تلیال پاروتید درغدد لنفاوی منشاء میگیرند (۱۳). اگر این نظریه درست باشد علی‌الاصول می‌باید بیشتر کیست‌ها درناحیه پاروتیدباشند درحالیکه‌عملاچنین نیست، بعلاوه باقبول این نظریه توجیه و تفسیر کیست‌هایی که درخلف عضله‌جناقی‌چنبری‌پستانی‌قراردارند مشکل‌میباشد. درسال۱۹۱۲ ورگلوفسکی (Werglowski) ادعا کرد که هیچیك از اعضاء و ساختمانهای گردن‌که درزیر هیپوئید قرار دارند ازساختمانهای برانشیال ایجاد نمیشوند (۱۳) . اما این نظریه‌هم امروز مورد قبول نیست زیرا در حال حاضر جنین شناسی گردن و بخصوص قوس‌ها وجیب‌های برانشیال وهمچنین عناصری‌که ازآنها منشاء میگیرد بخوبی شناخته شده‌اند و اعتقاد همگی برآن است که کیست‌های گردن‌ازعناصر برانشیال‌وبقایای تیروگلوس‌سرچشمه میگیرند . منتهی بیشتر کیست‌های طرفی گردن از دومین شکاف وتعداد کمی ازاولین‌شکاف وبقیه از سومین شکاف برانشیال بوجود میآیند (۱۱). گروهی از مؤلفان معتقدند که تاکنون موردی از کیست‌های برانشیال گزارش نشده است که از چهارمین شکاف ایجاد شده باشد (۱۱ و۱۳) . حتی بعضی معتقدندکه از سومین شکاف نیز کیستی درناحیه گردن بوجود نمیآید زیرا بعقیده آنان کیست‌هائی‌که از سومین وچهارمین وپنجمین شکاف ایجاد شوند باید درکنار عصب زبانی حلقی (Nerf glosso_pharyngien) و شریان سبات (Ar. Carotide) یا زیر قوس آئورت وشریان ترقوه‌ای باشند درحالیکه بیشتر کیست‌ها در نیمه فوقانی گردن ونزدیك محل تقسیم شریان سبات اصلی به‌دوشاخه‌آن‌قراردارند.

**درمان:** تنها راه درمان کیست‌ها و فیستولهای گردن ، جراحی است. گرچه تاکنون تکنیك مشخصی‌برای عمل جراحی کیست‌ها ذکر نشده است معهذا توجه به‌چند نکته عملی ضرور است .

اول : بهتراست برای کیست‌های طرفی گردن برش جراحی‌بطور عرضی در روی خطوط طبیعی گردن داده شود تا رعایت زیبائی بیمار بشود . برای کیست‌ها وفیستولهای تیروگلوس باید برش درخط وسط داده شود و کیست را بطورکامل تعقیب‌کرد . گاهی دیده میشودکه دنباله‌کیست تاقاعده زبان‌ادامه میبابد. گاهی‌حتی لازم میشودکه‌قسمت‌وسط استخوان هیپوئید برداشته شودیاحداقل این استخوان درمحل کیست تراشیده شود. این‌عمل درسال۱۹۲۸ بوسیله سیسترانك (Sistrunk) پیشنهاد شده وبهترین‌نوع‌درمان درکیست‌های تیروگلوس میباشد .

دوم: همانطوریکه‌بسیاری ازمؤلفان وازجمله(Ladd)وهمکارانش تأکید میکنند چون اکثر کیست‌ها دارای دنباله‌ای هستند لذا بایدکاملا بدان توجه داشت وآنرا ضمن عمل جراحی خارج‌کرد زیرا درصورت‌عدم توجه به‌این نکته وبرنداشتن دنباله‌کیست‌عود بیماری وایجاد فیستول پس ازعمل تقریباً مسلم وقطعی است . در مواردی‌هم‌که دنباله‌ای ازکیست به‌فارنکس متصل است بایدآنرا درمحل اتصال بست تااز ایجاد فیستول جلوگیری بعمل آید .

سوم : چون عروق واعصاب گردن وبخصوص شریان سبات‌ووریدوداج‌داخلی وعصب‌هیپوگلوس‌وزوج دهم اعصاب جمجمه‌ای‌ارتباط نزدیکی بابرانشیالها دارند(۶)، باین‌جهت باید دقت‌کرد که در ضمن‌عمل‌جراحی به‌عروق‌واعصاب گردن‌صدمه‌ای وارد نشود(۱۱).

چهارم : اغلب اوقات کیست‌های بزرگ‌محتوی مقدار زیادی‌مایع هستندکه‌برای‌برداشتن کیستی چنین‌بایدبرش‌وسیعی‌درگردن داد، بعلاوه چنین کیست‌هائی درضمن عمل پاره میشوند ازاینجهت‌بهتر است‌مایع داخل‌کیست را باپونکسیون خارج نمود تاهم‌برداشتن کیست‌آسانتر باشد وهم احتیاج به‌برش بزرگتر نباشد .

پنجم : درمواردیکه فیستول برانشیال وجود داردکه‌هم‌به‌فارنکس وهم به‌خارج راه دارد چون مجرای چنین فیستولی باریك‌وطول آن زیاداست دراینصورت اگر بخواهند بایك برش آنرا بردارند باید برش جراحی خیلی بزرگ‌باشد. برای اجتناب از این کار معمولا دو یاسه برش عرضی طوری درگردن میدهندکه برش‌ها امتداد مجرا را قطع‌کنند و بدین طریق فیستول را بطور کامل برمیدارند. این عمل‌بوسیله‌هامیلتون بایلی (Hamilton Baly) پیشنهاد شده وبنام عمل (Sleplavder) نامیده میشود .

ششم : گاهی اوقات در ضمن عمل‌کیست‌های تیروگلوس ممکن است‌تمامی تیروئید برداشته شود بخصوص اگر تیروئید درمحل خود نباشد وتیروئید بیمار اکتوپیك باشد دراینصورت بایدسعی کرد تاتیروئید برداشته نشود .

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07 ]

REFERENCES:


1- Basil R. Meyerowitz, Robert B. Buchholz; Midline cervical ectopie thyroid tissue; Surgery, 65 No. 2: 358-362, 1969.

2- Cazal P. Pages A. La région facio-branchiale, cours d'anatomie pathologique speciale ler fascecule: 1-11 Monpellier 1958-1959.

3- Delarue J. Laumonier R. Anatomie pathologique, edition medical flammarion: 1951-1952 Paris 1969.

4- Dupas Redon; Tumeurs latero-cervicales apparamment primitives; Mem. Acad. Chir; 92: 651-653,1966.

5- Gerard-Marchand R; Les éctopies thyroidiennes; J. Chir, 93 No. 1:71-82 Janvier 1967.

6- Hollinshead. H. (1968) Anatomy for surgeons, volume I.Sec. edition, Hoeber Medical division, New York 1968.

7- James W. Little, Norman H. Rickles; (1967) The histogenesis of the branchial cyst; Amer. J. Path; 50, No. 3: 533-543, 1967.

8- Jay Fish. Robert M. Moor; Ectopic thyroid tissue and ectopic thyroid carcinoma; Annals of Surg. 157 No. 2: 212-221 Feb. 1963.

9- Johnson T. H; Fioranelli; Laryngeal cyst (filed laryngocele); Radiology, 93: 875-877, 1969.

10- Malcolm B. Dockerty & Coll; Tumors of the oral cavity and pharynx: PP 170 and 277; A.F.I.P; Washington 1968.

11- Michel S. Karlan; Stephen L. Michel; William H. Snyder, Branchiogenic cyst. Congenital or aquired; Amer. J. Surgery 110 No. 4: 615-619, Oct. 1965.

12- Norman H. Rickles, James W. Little; The histogenesis of branchial cyst (II). Amer. J. Path. 50:765 778, 1967.

13- Paley W. G; Keddie N. C; The etiology and management of branchial cysts Br. J. Surgery 57 No. 11: 822-824 Nov. 1970.

14- Pesnel G; Maincon F; & Coll; Nodule median du cou revelateur d'une thyroide éctopique parathyroidienne mediane. Arch. Franc. Ped; 26: 925-935, 1969.

15- Robert H. Stackpole, John M. pearcet; Branchial cleft cyst. AMA. Arch. of surgery, 82: 347-352, 1961.

16- Tuchmann-Duplessis H; Haegel P; Embryologie. Travaux pratique. enseignement dirigé; fasc. 2 Masson & Cie éditeurs Paris 1970.

17- William E. Gelfman & Coll; Branchial cyst; Oral surg; 28 No. 1: 26-31, 1969.


[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07 ]