

کیست‌های شکافهای برانشیال و بقایای تیرئو گلووس

مجله علمی نظام پزشکی

سال سوم، شماره ۲، صفحه ۱۱۵، ۱۳۵۲

دکتر شمس شریعت * دکتر عنایت‌الله روحانیان ** دکتر کاظم اسکوئی - دکتر یوسف فضل‌علیزاده *

علت اینکه کیست‌های برانشیال و بقایای تیرئو گلووس یکجادر این مقاله مورد مطالعه قرار گرفته این است که گرچه علی‌الظاهر میتوان کیست‌های منشعب از بقایای تیرئو گلووس یا تیموس را، در صورتیکه در ناحیه قاعده گردن وجود داشته باشد، به‌سادگی از کیست‌های طرفی گردن مجزا نمود اما عملاً این کار آسان نیست، زیرا دیده میشود که بعضی از کیست‌های قوس‌ها یا شکافهای برانشیال در طرف داخل تقسمت وسط گردن کشیده میشوند، به‌علاوه بطوریکه شرح داده خواهد شد ساختمان بافت این دو دسته کیست هم نمیتواند راهنمای کاملی برای تفکیک آنها از یکدیگر باشد. اشکال عملی و مهم دیگر عدم توجه بعضی از جراحان در تعیین دقیق محل تشریحی کیست است، چون کلیه دیز آمبریوپلازیهای این ناحیه از بدن در نتیجه اختلالات و ناهنجاریهای جنینی ناحیه Facio-branchial بوجود می‌آیند و ناهنجاریهای ناحیه مذکور به سه دسته مهم تقسیم میشود. دسته اول آن یعنی آنچه از Vestiges dermiodes faciaux منشعب میگردد در گردن قرار ندارد و دو دسته دیگر یعنی کیست‌های تیرئو گلووس و کیست‌ها و فیستولهای برانشیال در گردن قرار دارند، از این جهت مجموع کیست‌ها و فیستولهای ناحیه گردن یکجا مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته‌اند.

در بین ۸۰۷۰۰ موارد بیوپسی و قطعات جراحی که طی ۱۷ سال به آزمایشگاه مرکز آسیب‌شناسی انستیتو تاج‌پهلوی رسیده است، مجموعاً ۶۳ مورد کیست‌ها و فیستولهای ناحیه گردن در بایگانی

مطالعه و بررسی کیستهای مادرزادی گردن به علت خصوصیات تشریحی و جنین‌شناسی خاص این ناحیه از بدن همیشه دارای اهمیت بوده و مؤلفان مختلف بدان توجه فراوان مبذول داشته‌اند. علت این اهمیت وجود عناصر تشریحی مختلف این ناحیه و از جمله تیروئید و عقده‌های لنفاوی است که در بررسی بیماریهای گردن مقام خاصی را دارا هستند، زیرا تومورهای بدخیم تیروئید نسبتاً شایع است و ضایعات عقده‌های لنفاوی اعم از لنفوم‌ها یا لنفادنیت‌ها بخصوص سل عقده‌های لنفاوی در زمره اولین ضایعات گردنی قرار دارند. معه‌ذا در ناحیه گردن ضایعات دیز آمبریوپلازی که فوق‌العاده شایع است (۲)، بهمین جهت هر زمان عارضه‌ای در گردن دیده شود با وجود اهمیت ضایعات بدخیم تیروئید و عقده‌های لنفاوی همیشه باید به کیست‌های مادرزادی این ناحیه از بدن نیز توجه داشت. نکته دیگری که بررسی کیستهای گردن را جالب می‌کند اختلاف در نامگذاری کیست‌های این قسمت از بدن میباشد، بطوریکه در نوشته‌های پزشکی اسامی متعددی برای این گروه از ضایعات ذکر شده است فی‌المثل کیست برانشیال Branchial cyst، کیست‌های شکاف برانشیال Branchial cleft cyst، کیست طرفی گردن Lateral cervical cyst، کیست آنکلوژیونی جنینی Embryonal inclusion cyst، کیست اپیدرموئید Epidermoid cyst، نامهایی است که به ضایعات مادرزادی گردن داده شده است.

* مرکز پزشکی پهلوی - دانشکده پزشکی، دانشگاه تهران.

** گروه کالبد شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تهران.

هر ۷ مورد فیستول مربوط به جنس مذکر بوده و در ناحیه قدامی گردن قرار داشته‌است. از حیث سن، بیماران مبتلا به فیستول در دهه‌های اول و دوم قرار دارند و تنها یک مورد مربوط به مردی ۳۲ ساله است. صرف نظر از مبتلایان به فیستول، بقیه بیماران به علت تورم ناحیه گردن به بیمارستان مراجعه کرده‌اند. مدت ناخوشی بیماران به تفاوت از دوماه تا هفت سال بوده است ولی اکثر بیماران مدت شکایت خود را از ناخوشی خویش کمتر از یکسال شرح می‌دهند. تشخیص‌هایی که قبل از آزمایش بافت‌شناسی مطرح شده است غیر از کیست‌های برانشیال یا کیست‌های جنینی ناحیه گردن، شامل سل ناحیه گردن، آدنیت توبرکولوز، کیست سپاسه و دمل بوده‌است. در موقع معاینه مشاهده شده است که در تعدادی از موارد کیست‌ها متحرک و آزاد و فاقد چسبندگی به نسوج اطراف بوده، در حالیکه در موارد دیگری به نسوج اطراف چسبندگی داشته است. از نظر ماکروسکوپی بزرگترین کیست به اندازه یک پرتقال و مربوط به پسر بچه‌ای ۷ ساله بوده است. محتوی کیست‌ها مایع روشن یا غلیظ مشابه چرک گاهی هم مایع لزج و سفید رنگ یا مایع شیری و بالاخره در مواردی محتوی کیست‌ها ماده شاخی یا خمیری آهکی بوده است.

میکروسکوپی: مطالعه میکروسکوپی گروه‌های مختلف کیست‌های گردن چه آنهایی که در طرفین و چه آنهایی که در قسمت قدامی این قسمت از بدن قرار داشته‌اند نشان می‌دهد که از نظر بافت‌شناسی اختلافی میان این دودسته از کیست‌ها وجود ندارد. عبارت دیگر اعم از آنکه کیست منشأ شکاف‌ها یا جیب‌های برانشیال را داشته‌و یا آنکه از بقایای مجرای تیروگلووس برخاسته باشد، ساختمان بافت آنها بایکدیگر فرقی ندارد و در هر صورت جدار کیست را پوشش استوانه‌ای ساده، یا طبق، یا اختلاطی از هر دو نوع پوشش و با پوشش مالپیگی و بالاخره اختلاطی از پوشش مالپیگی و سیلندریک تشکیل می‌دهد. فی‌المثل در ۱۸ مورد کیست‌هایی که در طرفین گردن قرار داشته‌اند جدار یک مورد از نوع ساده و در ۳ مورد پوشش از نوع استوانه‌ای ساده و مطابق توأم با پوشش مالپیگی و در بقیه موارد پوشش کیست‌ها از نوع مالپیگی است (جدول شماره ۳). فیستول‌ها و کیست‌های ناحیه وسطای گردن نیز به تفاوت جدارشان از نوع سیلندریک ساده یا طبق یا سیلندریک توأم با پوشش مالپیگی و یا بالاخره از نوع مالپیگی است (شکل ۱ و ۲ و ۳).

بطوریکه جدول شماره ۳ نشان می‌دهد اکثر فیستول‌ها و کیست‌هایی که در قسمت وسطای گردن قرار دارند جدارشان از نوع پوشش مالپیگی میباشد.

در یک مورد هم که کیست دو طرفه بوده ساختمان بافت آن مشابه بالوزه است.

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

جدول شماره ۱- توزیع ۶۳ مورد کیست‌ها و فیستول‌های گردن در دهه‌های مختلف سنی در مردان و زنان.

دهه‌های سنی	تا ۱۰ سال	۱۱-۲۰	۲۱-۳۰	۳۱-۴۰	۴۱-۵۰	۵۱-۶۰	۶۱-۷۰	۷۱-۸۰	بزرگتر
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 در جدول نشان داده شده است، تعداد بیماران مرد تقریباً دو برابر زن‌ها است. از نظر سنی حداکثر بیماران در دهه‌های دوم و سوم 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 به علت ناقص بودن بعضی از گزارش‌های جراحی محل دقیق کلیه موارد معلوم نیست، بدین معنی که از ۶۳ مورد، ۹ مورد ضایعه در طرف راست و ۸ مورد در طرف چپ و ۲۴ مورد در خط وسط، یک مورد ضایعه در گردن، بی آنکه راست یا چپ آن مشخص شده باشد، گزارش شده است. (جدول شماره ۲).

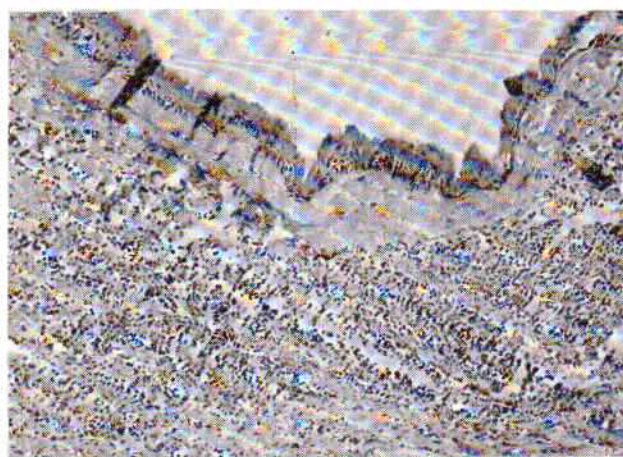
جدول شماره ۲- توزیع تشریحی ۶۳ مورد کیست‌ها و فیستول‌های گردن در مردان و زنان.

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 (بطور عموماً)	۱۱	۹	۲۰
هر دو طرف با هم	۱	-	۱
جمع	۴۱	۲۲	۶۳

در بین ۶۳ مورد، ۷ مورد، بصورت فیستول و ۵۶ مورد دیگر ضایعه بصورت کیست بوده است.

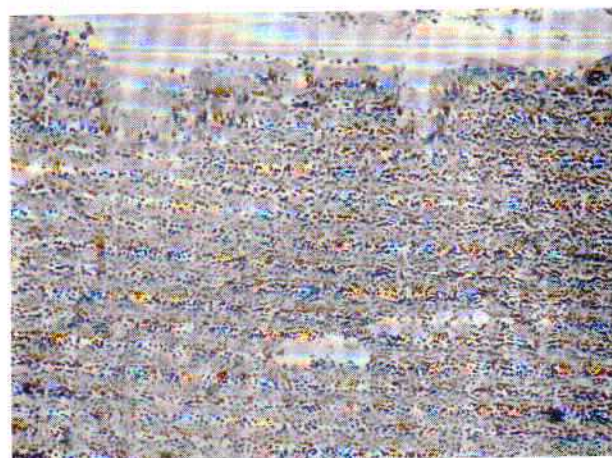
جدول شماره ۳- انواع مختلف پوشش کیست‌ها و توزیع آنها در قسمت‌های مختلف گردن

نوع پوشش	طرف راست گردن	طرف چپ گردن	طرفین گردن (بدون تعیین سمت)	دو طرفه	وسط گردن	گردن بطور عموم	جمع
پوشش استوانه‌ای یا مکعبی ساده بدون سازمان لنفاوی	-	۱	-	-	۶	۱	۸
پوشش استوانه‌ای ساده با سازمانهای لنفاوی	-	-	-	-	-	۱	۱
پوشش استوانه‌ای ساده و مطابق توام با پوشش مالپیگی بدون سازمان لنفاوی	۳	-	-	-	۸	۴	۱۵
استوانه‌ای ساده و مطابق توام با پوشش مالپیگی بدون سازمان لنفاوی	-	-	-	-	-	۵	۵
پوشش مالپیگی بدون سازمان لنفاوی	۱	-	-	-	۶	۳	۱۰
پوشش مالپیگی با انوار لنفاوی بدون مراکز زایگر	-	۲	-	۱	۳	-	۶
پوشش مالپیگی با سازمانهای لنفاوی و مراکز زایگر	۵	۵	۱	-	۱	۶	۱۸
جمع	۹	۸	۱	۱	۲۴	۲۰	۶۳



شکل ۲

در حالیکه در تعدادی از آنها عناصر لنفاوی شرکت ندارد در برخی دیگر سازمانهای لنفاوی به اشکال و انواع مختلف پخش هستند. کازال (Cazal) معتقد است که عناصر لنفاوی در جدار کیست‌های گردن به سه شکل اصلی دیده میشوند.



شکل ۱

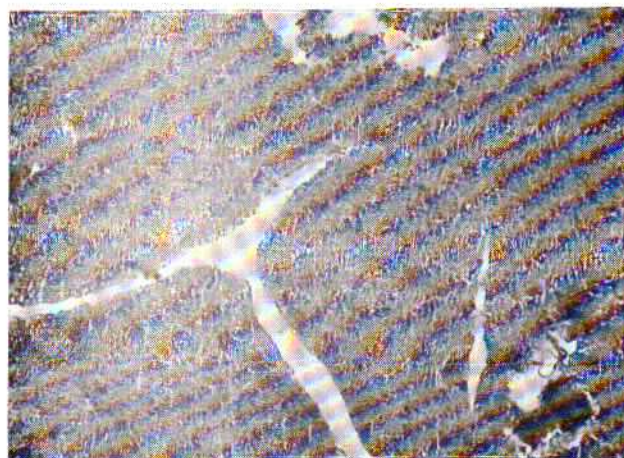
وجود یا عدم سازمانهای لنفاوی در بافت همبندی زیر اپی‌اتلیوم جدار کیست‌های جنینی گردن اعم از آنکه عناصر لنفاوی بصورت نواری از سلولهای لنفوئید باشد که در زیر پوشش قرار گرفته است یا آنکه سازمان لنفاوی موجود دارای مراکز زایگر مشخص باشند از جمله نکات دیگری است که در خور توجه است.

(شکل ۴). دومورد هم جدار کیست‌ها مشابه با تیموس می‌باشد که اولی مربوط به دختر هشت ساله‌ای است که با تشخیص نوروفیبروم طرف راست گردن تحت عمل جراحی قرار می‌گیرد و مورد دوم مربوط به زن بیست و هشت ساله‌ای است که با تشخیص آدنوپاتی گردن ضایعه برداشته می‌شود. در امتحان میکروسکوپی هر دو مورد صرف نظر از پوشش که از نوع سیلندریک توأم با پوشش مالپیگی است، ساختمانهای بافتی تیموس هم دیده می‌شود. روی هم رفته کیست از نوع کیست‌های تیموسی است (شکل ۵).

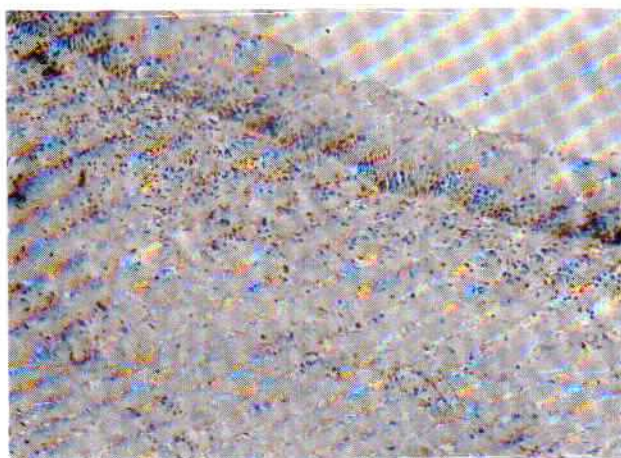
پ: سومین شکل سازمانهای لنفاوی وجود گانگلیونهای لنفاوی حقیقی و کامل است که اطراف کیست‌های اپی تلیال را احاطه می‌کند. در این حالت پوشش کیست‌ها در غالب اوقات از نوع مالپیگی و در موارد نادر از سلولهای استوانه‌ای است. در ۶۳ مورد یک تکت مطالعه قرار گرفته‌اند غالب موارد دارای سازمانهای لنفاوی با مراکز زایگر مشخص می‌باشند (جدول شماره ۳). پوشش کیست در اینگونه موارد اکثراً از نوع مالپیگی بوده است. کازال نیز معتقد است که سازمانهای لنفاوی وسیع با مراکز زایگر مشخص

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

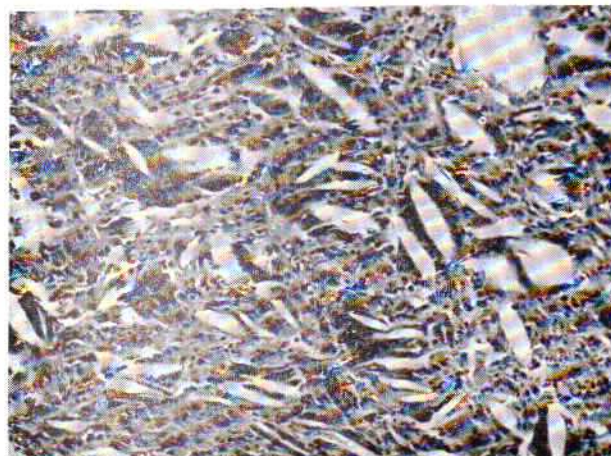
ب: ساختمانهای لنفوئیدی که در آنها کریبت‌های اپی تلیالی نفوذ کرده است در این صورت کیست مشابهی بالوزه و تیموس با کیسولهای هاسال را دارد. در بین کلیه مواردیکه مورد مطالعه قرار گرفته است تنها یک مورد دیده شد که ساختمانی عیناً مشابه بالوزه را داشت. این مورد مربوط به مرد ۷۳ ساله‌ای است که با تشخیص تومور دو طرفی پاروتید که از چهارده سال قبل از مراجعه مبتلا بوده تحت عمل جراحی قرار می‌گیرد. سیر بیماری بدین طریق بوده است که از چهارده سال قبل ابتدا در طرف راست گردن در ناحیه پاروتید تورمی ایجاد می‌شود، از سه ماه پیش عین همان تومور در طرف چپ گردن بیمار بوجود می‌آید. جراح با تشخیص تومور پاروتید عارضه طرف راست را بر می‌دارد و در امتحان میکروسکوپی پوشش مالپیگی و کریبت‌های مشابه لوزه دیده می‌شود که در خارج بوسیله سازمانهای لنفاوی با مراکز زایگر مشخص محدود می‌گردد



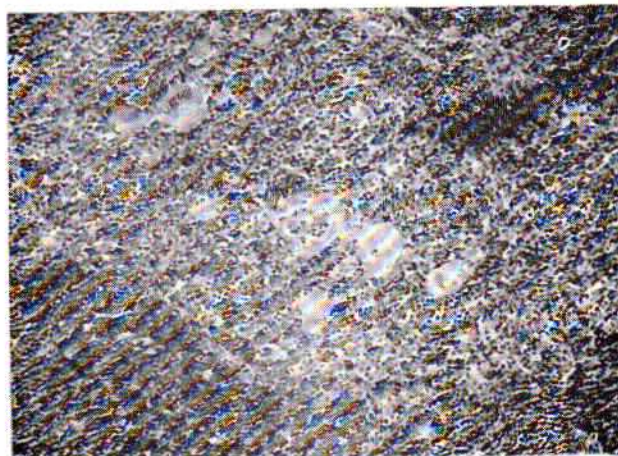
شکل ۴



شکل ۳



شکل ۶



شکل ۵

در موقع معاینه بیمار و امتحانات بالینی تشخیص‌های مخملقی مطرح میشود که اهم این تشخیص‌ها شامل لنفادنیت سلی، بیماری هوچکین، لنفوسارکوم، تومور پاروتید (۱۳) هیگروما، همانژیوم (۱۱) میباشد.

رادیولوژی: در رادیوگرافی کیست‌های گردن معمولاً يك ناحیه روشن با سطح مشخص هوا و مایع در غالب موارد دیده میشود، معیذاً بعضی اوقات از نظر رادیولوژی علامت واضحی وجود ندارد. نکته عملی این است که در همه حال قبل از اقدام به عمل جراحی می‌باید تومور گرافی حنجره و سنتیگرافی (Syntigraphie) از اعضاء گردن و بخصوص تیروئید بعمل آورد. به علاوه کنترل مجاری هوایی فوقانی و عاضه‌ای ضرور است (۴). همچنین امتحانات ایزوتوپیک نیز لازم است زیرا با این طریق میتوان تیروئیدهای اکتو پیک را که در خط وسط گردن قرار دارند از کیست‌های خط وسط گردن تمیز داد (۱).

امتحان سیتولوژی: بسیاری از مؤلفان معتقدند بهتر است قبل از عمل کیست محتوی آنرا پونکسیون کرد و از آن نه تنها آزمایش باکتریولوژی بعمل آورد بلکه از نظر سیتولوژی مایع داخل کیست را مورد امتحان قرار داد.

هیستوپاتولوژی: امتحان بافت قطعی ترین وسیله تشخیص کیست‌ها میباشد. بطوریکه در گزارش بیماران دیده شد جدار کیست‌های مادرزادی گردن دارای پوشش گوناگون میباشد و از نظر وجود یا عدم سازمان‌های لنفاوی نیز بایکدیگر فرق دارند. نکته مهم در مطالعه میکروسکوپی کیست‌ها این است که در انواعی که جدار کیست دارای ساختمانهای لنفاوی کامل میباشد نباید آنرا با کارسینوم اشتباه کرد زیرا در بعضی موارد حقیقتاً تشخیص جدار چنین کیستی از متاستاز گانگلیونی کارسینوم مشکل میباشد. از جمله نکات دیگر تغییر و تبدیل کیست‌های برانشیال به کارسینوم است، با آنکه چنین ضایعه‌ای فوق‌العاده نادر میباشد معیذاً در باره آن بحث‌های زیادی شده است. اولین دفعه چنین کارسینومی را ولکمن (Volkman) در ۱۸۸۲ گزارش کرد و هم اوتنر داد که این سرطان از بقایای جنینی گردن ایجاد میشود. از آن پس موارد دیگری بوسیله مؤلفان مختلف گزارش شده است و نامهای گوناگونی از قبیل تومور اپی‌تلیال بدخیم گردن بامشاء نامعلوم، کارسینوم باه‌مشاء برانشیوژنیک به این نوع تومور دادند (۱۵). مارتین (Martin) این دسته از تومورها را که منشاء آنها از کیست‌های برانشیال میباشد، برانشیوم بدخیم - Malignant branchioma نامیده است و میتوان در صورتی میتوان ادعا کرد کارسینوم ناحیه گردن از منشاء بقایای برانشیال خواهد بود که واجد خصوصیات زیر باشد (۱۵):

بیشتر در کیست‌هایی دیده میشود که در جدار آنها پوشش مالپیگی شرکت دارد به علاوه همین مؤلف خاطر نشان می‌سازد که کیست‌هایی که از جیب‌های برانشیال یعنی از آن تودرم سرچشمه میگیرند معمولاً دارای سازمانهای لنفوئیدی میباشد. گاهی در اطراف کیست‌ها و بخصوص فیستول‌ها به علت اضافه شدن عفونت به ضایعه اصلی، عناصر آماسی دیده میشود. در دو مورد از ۶۳ موردیکه تحت مطالعه واقع شده است، صرف نظر از عناصر 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 مارسو فسکی (Marcyowski) گزارش شده است از جمله ضایعاتی هستند که با وجود نادر بودن به دلیل موقعیت خاص اعضایی که در گردن قرار دارند می‌باید بیشتر مورد توجه قرار گیرند. سن بیماران در گزارش گروهی از مؤلفان بین ۲۱ تا ۳۰ سال (۱۳)، و در گزارش دیگری بین ۱۰ تا ۴۰ سال قرار دارد (۱۱)، منتهی همه مؤلفان معتقدند که در هر سنی 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 وجود ندارد بدین معنی که در بعضی از گزارش‌ها تعداد بیماران مرد بیشتر از زنان است در حالیکه در گزارش‌های دیگری تعداد زنان فزونتر از مردان است. در آمار ما حداکثر بیماران را مردها تشکیل میدهند (جدول شماره ۲).

علامت بیماری در اکثر موارد برآمدگی گردنی است. در بعضی موارد تورم و برآمدگی گردن بطور متناوب کم و زیاد میشود (۱۳). در اکثر نزدیک به تمام مواردیکه در نوشته‌های پزشکی دیده شده ضایعه يك طرفی بوده و تنها در چهل موردیکه بوسیله مایکل کارلان (Michel Karlan) و همکارانش معرفی شده‌اند، فقط در یک مورد ضایعه دوطرفی بوده است. محل عارضه بیشتر ثلث فوقانی گردن است. مواردی هم دیده شده که ضایعه در خلف عضله جناغی چنبری پستانی قرار داشته است. مدت بیماری یعنی از پیدایش اولین علامت بالینی تا زمان عمل جراحی و تشخیص آسیب‌شناسی از چند ماه تا چند سال گزارش شده است. در بعضی از بیماران حملات متناوب عفونت دیده میشود، حتی گاهی اضافه شدن عفونت باعث کشف ضایعه اصلی میگردد (۴). علامت ناشی از فشار کیست بر اعضاء گردن بخصوص دیسفاژی نیز دیده شده است (۱۳).

۱- محل تومور باید در روی خطی باشد که از تراگوس Tragus در امتداد لبه قدامی عضله جناقی چنبری پستانی تا استخوان چنبر کشیده شده باشد.

۲- ساختمان بافت تومور باید مشابه بافت‌هایی باشد که در کیست‌های چنبری برانشیال دیده میشود.

۳- بیمار باید حداقل مدت پنج‌سال دیرزستی «Survie» داشته باشد و در تمام طول این مدت مرتب تحت آزمایش‌های مختلف قرار گیرد تا معلوم شود که تومور کردن حقیقتاً اولیه بوده و بیمار تومور دیگری ندارد.

۴- بهترین محک تشخیص وقتی است که تومور در جدار کیستی پیدا شود که بوسیله نسج اپی‌تلیال مفروش شده باشد و بعلاوه کیست در قسمتهای طرفی کردن قرار گرفته باشد.

هیستوژنر: در ژنر کیست‌های کردن و بخصوص کیست‌های طرفی کردن تا این اواخر بحث‌های زیادی میشد. باسکا و برنیه (Baskag & Bernier) در ۱۹۵۹ نوشتند که کیست‌های طرفی کردن از انکلوژیونهای اپی‌تلیال پاروتید در غدد لنفاوی منشاء میگیرند (۱۳). اگر این نظریه درست باشد علی‌الاصول می‌باید بیشتر کیست‌ها در ناحیه پاروتید باشند در حالیکه عمل چنین نیست، بعلاوه با قبول این نظریه توجیه و تفسیر کیست‌هایی که در خلف عضله جناقی چنبری پستانی قرار دارند مشکل می‌باشد. در سال ۱۹۱۲ وِرگلوفسکی (Werglowski) ادعا کرد که هیچیک از اعضاء و ساختمانهای کردن که در زیر هیپوتید قرار دارند از ساختمانهای برانشیال ایجاد نمیشوند (۱۳). اما این نظریه هم امروز مورد قبول نیست زیرا در حال حاضر چنین شناسی کردن و بخصوص قوس‌ها و جیب‌های برانشیال و همچنین عناصری که از آنها منشاء میگیرد بخوبی شناخته شده‌اند و اعتقاد همگی بر آن است که کیست‌های کردن از عناصر برانشیال و بقایای تیرئو گلوئوس سرچشمه میگیرند. منتهی بیشتر کیست‌های طرفی کردن از دومین شکاف و تعداد کمی از اولین شکاف و بقیه 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 و ۱۳). حتی بعضی معتقدند که از سومین شکاف نیز کیستی در ناحیه کردن بوجود نمی‌آید زیرا بعقیده آنان کیست‌هایی که از سومین و چهارمین شکاف ایجاد شوند باید در کنار عصب زبانی حلقی (Nerf glosso-pharyngien) و شریان سیات (Ar. Carotide) یا زیر قوس آئورت و شریان ترقوه‌ای باشند در حالیکه بیشتر کیست‌ها در نیمه فوقانی کردن و نزدیک محل تقسیم شریان سیات اصلی به دو شاخه آن قرار دارند. درمان: تنها راه درمان کیست‌ها و فیستولهای کردن، جراحی

است. گرچه تاکنون تکنیک مشخصی برای عمل جراحی کیست‌ها ذکر نشده است مع هذا توجه به چند نکته عملی ضرور است.

اول: بهتر است برای کیست‌های طرفی کردن برش جراحی بطور عرضی در روی خطوط طبیعی کردن داده شود تا رعایت زیبایی بیمار بشود. برای کیست‌ها و فیستولهای تیرئو گلوئوس باید برش در خط وسط داده شود و کیست را بطور کامل تعقیب کرد. گاهی دیده میشود که دنباله کیست تا قاعده زبان ادامه می‌یابد. گاهی حتی لازم میشود که قسمت وسط استخوان هیپوتید برداشته شود یا حداقل این استخوان در محل کیست تراشیده شود. این عمل در سال ۱۹۲۸ بوسیله سیسترانک (Sistrunk) پیشنهاد شده و بهترین نوع درمان در کیست‌های تیرئو گلوئوس میباشد.

دوم: همانطوریکه بسیاری از مؤلفان و از جمله (Ladd) و همکارانش تأکید میکنند چون اکثر کیست‌ها دارای دنباله‌ای هستند لذا باید کاملاً بدان توجه داشت و آنرا ضمن عمل جراحی خارج کرد زیرا در صورت عدم توجه به این نکته و برداشتن دنباله کیست عود بیماری و ایجاد فیستول پس از عمل تقریباً مسلم و قطعی است. در مواردی هم که دنباله‌ای از کیست به فوارنکس متصل است باید آنرا در محل اتصال بست تا از ایجاد فیستول جلوگیری بعمل آید.

سوم: چون عروق و اعصاب کردن و بخصوص شریان سیات و ورید و داج داخلی و عصب هیپو گلوئوس و زوج دهم اعصاب مجموعه‌ای ارتباط نزدیکی با برانشیالها دارند (۶)، باین جهت باید دقت کرد که در ضمن عمل جراحی به عروق و اعصاب کردن صدمه‌ای وارد نشود (۱۱).

چهارم: اغلب اوقات کیست‌های بزرگ محتوی مقدار زیادی مایع هستند که برای برداشتن کیستی چنین باید برش وسیعی در کردن داد، بعلاوه چنین کیست‌هایی در ضمن عمل پاره میشوند از این جهت بهتر است مایع داخل کیست را با پونکسیون خارج نمود تا هم برداشتن کیست آسانتر باشد و هم احتیاج به برش بزرگتر نباشد.

پنجم: در مواردیکه فیستول برانشیال وجود دارد که هم به فوارنکس و هم به خارج راه دارد چون مجرای چنین فیستولی باریک و طول آن زیاد است در این صورت اگر بخواهند بایک برش آنرا بردارند باید برش جراحی خیلی بزرگ باشد. برای اجتناب از این کار معمولاً دو یا سه برش عرضی طوری در کردن میدهند که برش‌ها امتداد مجرا را قطع کنند و بدین طریق فیستول را بطور کامل بر میدارند. این عمل بوسیله هامیلتون بایلی (Hamilton Baly) پیشنهاد شده و بنام عمل (Sleplavder) نامیده میشود.

ششم: گاهی اوقات در ضمن عمل کیست‌های تیرئو گلوئوس ممکن است تمامی تیرئوئید برداشته شود بخصوص اگر تیرئوئید در محل خود نباشد و تیرئوئید بیمار اکتوپیک باشد در این صورت باید سعی کرد تا تیرئوئید برداشته نشود.

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 Montpellier 1958-1959.
- 3- Delarue J. Laumonier R. Anatomie pathologique, edition medical flammarrion, 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; Keddle 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 parathyroïdienne mediane. Arch. Franc. Ped; 26: 925-935, 1969.
- 15- Robert H. Stackpol; 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.