

کیست‌های شکافهای برانشیال و بقایای تیرئو گلموس

مجله علمی نظام پزشکی

سال سوم ، شماره ۲ ، صفحه ۱۱۵۲ ، ۱۳۵۲

دکتر شمس شریعت * دکتر عنايت الله روحانیان ** دکتر کاظم اسکوئی - دکتر یوسف فضل علیزاده *

عملت اینکه کیست‌های برانشیال و بقایای تیرئو گلموس یک‌جاذراً این مقاالت مورد مطالعه قرار گرفته این است که گرچه علی‌الظاهر می‌توان کیست‌های منشعب از بقایای تیرئو گلموس یا تیموس را، در صورتیکه در ناحیه قاعده گردن وجود داشته باشد، بدسان‌گی از کیست‌های طرفی گردن مجزا نمود اما عملاً این کار آسان نیست، زیرا دیده نیشود که بعضی از کیست‌های قوس‌ها یا شکافهای برانشیال در طرف داخل تاقسست و سط گردن کشیده می‌شوند، بعلاوه بطوریکه شرح داده خواهد شد ساختهای بافت این دودسته کیست‌هم نمی‌توانند راهنمای کاملی برای تفکیک آنها از یکدیگر باشند. اشکال عملی و مهم دیگر عدم توجه بعضی از جراحان در تعیین دقیق محل تشریحی کیست است، چون کلیه دیزامپ پلازیهای این ناحیه از بدن در نتیجه اختلالات و ناهنجاریهای جنبی ناحیه Facio-branchial ایجاد می‌باشد و ناهنجاریهای ناحیه اذکور به سه دسته‌های تقسیم می‌شود. دسته اول آن یعنی آنچه از vestiges dermiodes faciaux منشعب می‌گردد در گردن قرار ندارد و دو دسته دیگر یعنی کیست‌های تیرئو گلموس 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 انتیتو تاج پهلوی رسیده است، مجموعاً ۶۳ مورد کیست‌ها و فیستولهای ناحیه گردن در بایگانی

مطالعه و بررسی کیست‌های مادرزادی گردن به عمل خصوصیات تشریحی و جنبی شناسی خاص این ناحیه از بدن همیشه دارای اهمیت بوده و مؤلفان مختلف بدان توجه فرآوان مبذول داشته‌اند. عمل 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 در زمرة اولین لنفوهم‌ها بالغ‌نایت‌ها بخصوص سل عقده‌های لنفاوی در زمرة اولین ضایعات گردنی قرار دارند. معهدها در ناحیه گردن ضایعات دیزامپ پلازیک‌هم فوق العاده شایع است (۲)، بهمن 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 نوشته‌های پزشکی اسامی این قسم از بدن می‌باشد، بطوریکه در نوشته‌های پزشکی اسامی متعددی برای این گروه از ضایعات ذکر شده است فی المثل کیست برانشیال Branchial cyst، کیست‌های شکاف برانشیال Branchial clef cyst، کیست طرفی گردن Lateral cervical cyst، کیست انکلوزیونی جنبی Embryonal inclusion cyst، کیست اپیدرمیوئید Epidermoid cyst، نامهای 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 مر بوط به جنس مذکور بوده و در ناحیه قدامی گردن قرارداشته است. از حیث سن، بیماران مبتلا به فیستول دردهای اول و دوم قرار دارند و تنها یک مورد مر بوط به مردی ۳۲ ساله است. صرفنظر از مبتلایان به فیستول، بقیه بیماران بعلت تورم ناحیه گردن به بیمه ارستان مراجعت کرده‌اند. مدت ناخوشی بیماران به تفاوت از دو ماه تا هفت سال بوده است ولی اکثر بیماران مدت شکایت خود را از ناخوشی خویش کمتر از یک سال شرح میدهند. تشخیص‌هایی که قبل از آزمایش بافت شناسی طرح شده است غیر از کبست‌های برانشیال یا کبست‌های جنبی ناحیه گردن، شامل سل ناحیه گردن، آدنیت توپر کولوز، کبست سیاسه و دمل بوده است. در موقع معاینه مشاهده شده است که در تعدادی از موارد کبست‌ها متحرک و آزاد وفاقد چسبندگی به نسوج اطراف بوده، درحالیکه در مواد دیگری به نسوج اطراف چسبندگی داشته است. از نظر ماکرو‌سکوپی بزرگترین کبست پهاندازه یک پرتقال و مر بوط به پسر بعده‌ای ۷ ساله بوده است. محتوی کبست‌ها مایع روشن یا غلیظ مشابه چرک‌گاهی هم مایع لرج و سفید رنگ یا مایع شیری وبالاخره در موادی محتوی کبست‌ها ماده شاخی یا خمیری آهکی بوده است.

میکرو‌سکوپی: مطالعه میکروسکوپی گروههای مختلف کبست‌های گردن چه آنهایی که در طرقین و چه آنهاییکه در قسمت قدامی این قسمت از بدن قرار داشته‌اند نشان میدهد که از نظر بافت‌شناسی اختلافی میان این دوسته از کبست‌ها وجود ندارد. بعیارت دیگر اعم از آنکه کبست منشاء شکافها یا جیب‌های برانشیال را داشته‌ویا آنکه از بقایای مجرای تیره‌و گلوس برخاسته باشد، ساختمان بافت آنها با یکدیگر فرقی ندارد و در هر صورت جدار کبست را پوشش استوانه‌ای ساده، یا مطبق، یا اخلاقی از هر دو نوع پوشش و یا پوشش مالپیگی و بالاخره اختلاطی از پوشش مالپیگی و سیلندریک تشکیل میدهد. فی المثل در ۱۸ مورد کبست‌هایی که در طرقین گردن قرار داشته‌اند جدار یک مورد از نوع ساده و در ۳ مورد پوشش از نوع استوانه‌ای ساده و مطبق توأم با پوشش مالپیگی و در بقیه موارد پوشش کبست‌ها از نوع مالپیگی است (جدول شماره ۳). فیستولها و کبست‌های ناحیه وسطی گردن نیز به تفاوت جدارشان از نوع سیلندریک ساده یا مطبق یا سیلندریک توأم با پوشش مالپیگی و یا بالاخره از نوع مالپیگی است (شکل ۱ و ۲).

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

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

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

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

سنی	۰-۱۱	۱۰-۱۱	۹-۱۱	۸-۱۱	۷-۱۱	۶-۱۱	۵-۱۱	۴-۱۱	۳-۱۱	۲-۱۱	۱-۱۱
مرد	-	۸	۱۵	۷	۶	۲	۲	-	۲	۵	۱
زن	-	۲	۹	۵	۲	-	-	۱	-	۱	۱
جمع	۱۰	۲۶	۴۱	۲۱	۱۱	۶	۴	۱	۱	۱۲	۱

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 پنج ساله، و بزرگترین آنها مرد ۷۳ ساله است. با آنکه همیشه سعی شده است که شرح حال کاملی از بیماران در دسترس آزمایشگاه باشد متأسفانه بعلت 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).

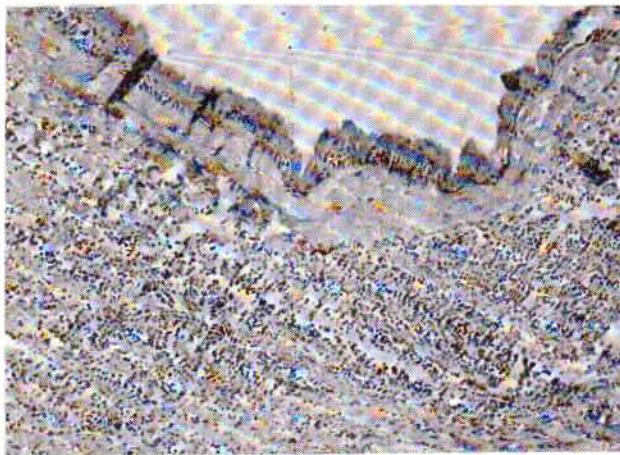
جدول شماره ۲- توزیع تشریحی ۶۳ مورد کبست‌ها و فیستولهای گردن در مردان و زنان.

محل تشریحی	مرد	زن	جمع
طرف راست گردن	۶	۲	۸
طرف چپ گردن	۴	۴	۸
قسمت وسط گردن	۱۹	۵	۲۴
طرف گردن (ناشخص)	-	۱	۱
گردن (بطور عدوم)	۱۱	۹	۲۰
هر دو طرف باهم	۱	-	۱
جمع	۴۱	۲۲	۶۳

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

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

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



شکل ۲

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



شکل ۱

وجود یا عدم سازمانهای لنفاوی در بافت همبندی زیر اپی اتلیوم جدار کبست‌های 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 داردی مرآکز ذایگر شخص باشند از جمله نکات دیگری است که در خور توجه است. زیرا

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

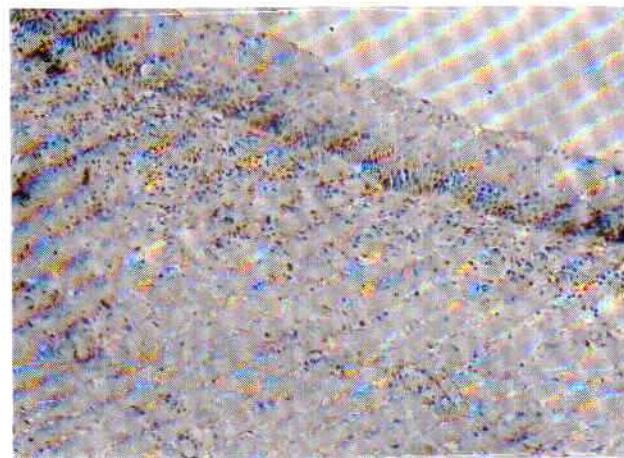
پ: سومین شکل سازمانهای لنفاوی وجود گانکلیومنهای لنفاوی حقیقی و کامل است که اطراف کیست‌های اپی‌تیالی را احاطه میکند. در این حالت پوشش کیست‌ها در غالب اوقات از نوع مالپیگی و در موارد نادر از سلولهای استوانه‌ای است. در ۶۳ موردیکه تحت مطالعه قرار گرفته‌اند غالب موارد دارای سازمانهای لنفاوی با هراکز زایگر مشخص میباشند (جدول شماره ۳). پوشش کیست در اینکونه موارد اکثر از نوع مالپیگی بوده است. کازال نیز معتقد است که سازمانهای لنفاوی وسیع با مرکز زایگر مشخص

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

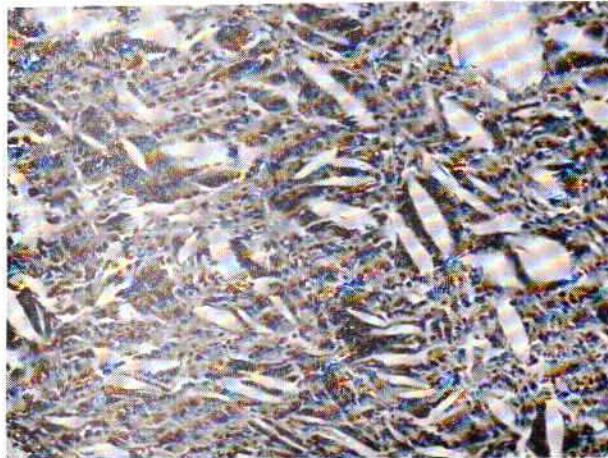
ب: ساختمانهای لنفوئیدی که در آنها کریپت‌های اپی‌تیالی نفوذ کرده است در اینصورت کیست‌های شابه‌ی بالوزه و تیموس باکپولهای هاسال را دارد. در بین کلیه مواردیکه مورد مطالعه قرار گرفته است تنها یک مورد دیده شد که ساختمانی عیناً مشابه بالوزه را داشت. این مورد مر بوط به عمر ۷۳ ساله‌ای است که با تشخیص تومور دو 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 توموی 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 کریپت‌های مشابه لوزه دیده میشود که در خارج بوسیله سازمانهای لنفاوی با مرکز زایگر مشخص می‌شود میگردد



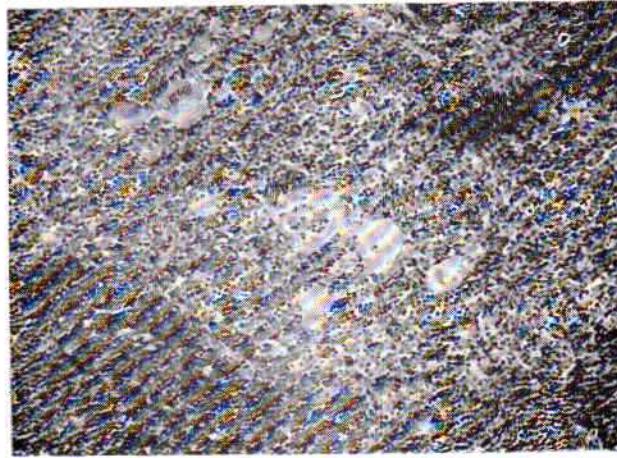
شکل ۴



شکل ۳



شکل ۶



شکل ۵

درموقع معاینه بیمار و امتحانات بالینی تشخیص‌های مختلفی مطرح می‌شود که اهم این تشخیص‌ها شامل لغفادنیت سلی، بیماری هوچکین، لنفوسارکوم، تومود پاروتید (۱۳) هیگرومما، همانژیوم (۱۱) می‌باشد.

رادیولوژی: در رادیو گرافی کیست‌های گردن معمولاً یک ناحیه روشن باسطح مشخص‌هوا و مایع در غالب موارد دیده می‌شود، معهدها بعضی اوقات از نظر رادیولوژی علامت واضحی وجود ندارد. نکته عملی این است که در همه حال قبل از اقدام به عمل جراحی می‌باید توموگرافی حنجره‌وستیگر گرافی (Syntigraphie) از اعضاء گردن و بخصوص تیروئید بعمل آورد. بخلاف کنترل مجاری هوائی فوقانی و عاضمه‌ای ضرور است (۴). همچنین امتحانات این‌توپیک نیز لازم است زیرا با این طریقه می‌توان تیروئیدهای اکتوپیک را که در خط وسط گردن قرار دارند از کیست‌های خط وسط گردن تمیز داد (۱).

امتحان سیتو‌لوری: 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 سیتو‌لوری 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 کوناگون می‌باشدند و از نظر وجود یا عدم سازمان‌های لغفاوی نیز بایکدیگر فرق دارند. نکته مهم در مطالعه میکرو‌سکوپی کیست‌ها این است که در انواعی که جدار کیست دارای ساختمانهای لغفاوی 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 تعبیر و تبدیل کیست‌های برانشیال به کارسینوم است، با آنکه چنین ضایعه‌ای فوق العاده نادر می‌باشد معهدها درباره آن بحث‌های زیادی شده است. اولین دفعه چنین کارسینومی را Volkman (1882) در گزارش کرد وهم اونظر داد که این سرطان از بقایایی چنینی گردن ایجاد می‌شود. از آن پس موارد دیگری بوسیله مؤلفان مختلف گزارش شده است و نامهای کوناگونی از قبیل قوعوراپی تلیال بدخیم گردن با منشاء نامعلوم، کارسینوم با منشاء برانشیوئیک به این نوع تومور دادند (۱۵).

مادتین (Martin) این دسته از تومورها را که منشاء آنها از کیست‌های برانشیال می‌باشد، برانشیوم بدخیم Malignant branc hioma نامیده است و مینویسد در صورتی می‌توان ادعا کرد کارسینوم ناحیه گردن از منشاء بقایایی برانشیال خواهد بود که وجود خصوصیات زیر باشد (۱۵):

بیشتر در کیست‌های دیده می‌شود که در جدار آنها پوشش مالپیگی شرکت دارد بعلاوه همین مؤلف خاطر نشان می‌سازد که کیست‌هایی که از جیجیهای برانشیال یعنی از آنتودرم سرچشم می‌گیرند معمولاً دارای سازمان‌های لنفوئیدی می‌باشند. گاهی در اطراف کیست‌ها و بخصوص فیستولهای اعلیٰ اضافه شدن عفونت به ضایعه اصلی، عناصر آماسی دیده می‌شود. در دو مورد از ۶۳ موردیکه تحت مطالعه واقع شده است، صرفنظر از عناصر آماسی تک 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 مارسیووفسکی (Marcyowski) گزارش شده است از جمله ضایعاتی هستند که با وجود نادر بودن به لیل موقیت خاص اعصابی که در گردن قرار دارند می‌باشد پوشش مورد توجه قرار گیرند. سن بیماران در گزارش گروهی از مؤلفان بین ۲۱ تا ۳۰ سال (۱۲)، و در گزارش دیگری بین ۱۰ تا ۴۰ سال قرارداد (۱۱)، متفاوت همه مؤلفان معتقدند که در هر سی این ضایعه دیده می‌شود بطوریکه از نوزاد پنج روزه گرفته تا بیمار ۸۰ ساله کیست‌های برانشیال مشاهده شده است. در آمار تویسندگان این مقاله چنانکه جدول شماره ۱ نشان میدهد حداقل 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 زنها است درحالیکه در گزارش‌های دیگری تعداد زنان فرودنتر از مردان است. در آمار محدود کثر بیماران را مردها تشکیل میدهند (جدول شماره ۲).

علاوه 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 نوشتۀای پزشکی دیده شده ضایعه‌یک طرفی بوده و تنها در چهل مورد: یکه بوسیله مایکل کارلان (Michel Karlan) و هم‌کارانش معرفی شده‌اند، فقط در یک مورد ضایعه دوطرفی بوده است. محل عرضه بیشتر ثلث فوقانی گردن است. مواردی هم دیده شده که ضایعه در خلاف عضله جناغی چنبری پستانی قرار داشته است. مدت بیماری یعنی از پیدایش اولین علامت بالینی تازمان 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). علاوه ناشی از فشار کیست بر اعضاء گردن بخصوص دیسفاری نیز دیده شده است (۱۳).

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

اول: بهتر است برای کیست‌های طرفی گردن برش جراحی بطور عرضی در روی خطوط طبیعی گردن داده شود تا رعایت زیائی بیمار بشود. برای کیست‌ها و فیستولهای تیرئو گلوس باید برش در خط وسط داده شود و کیست را بطور کامل تعقیب کرد. گاهی دیده می‌شود که دنباله کیست تاق‌اعده زبان‌ادامه می‌باشد. گاهی حتی لازم می‌شود که قسمت وسط استخوان هیپوگلیم براحته شود باحداقل این استخوان در محل کیست تراشیده شود. این عمل در سال ۱۹۲۸ بوسیله سیسترانک (Sistrunk) پیشنهاد شده و بهترین نوع درمان در کیست‌های تیرئو گلوس می‌باشد.

دوم: همان‌طور دیگر بسیاری از مؤلفان واژه‌جمله (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 وایجاد فیستول پس از عمل تقریباً مسلم و قطعی است. در مواردی هم که دنباله‌ای از کیست به فارنکس متصل است باید آن را در محل اتصال بست تا زایجاد فیستول جلو گیری بعمل آید.

سوم: چون عروق و اعصاب گردن و بخصوص شریان سبات وورید و دراج داخلی و عصب هیپو گلوس وزوج دهم اعصاب جمجمه‌ای ارتباط نزدیکی با برانشیال‌ها دارد (۶)، باین جویت باید دقت کرد که در ضمن عمل جراحی بعروق و اعصاب گردن صدمه‌ای وارد شود (۱۱). چهارم: اغلب اوقات کیست‌های بزرگ محتوی مقدار زیادی مایع هستند که برای برداشتن کیستی چنین باید برش وسیعی در گردن داد، بعلاوه چنین کیست‌هایی در ضمن عمل پاره می‌شوند از این‌جهت بهتر است مایع داخل کیست را با پونکسیون خارج نمود تا عدم برداشتن کیست آسان‌تر باشد و هم احتیاج به برش بزرگتر نباشد.

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

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

۱- محل تومور باید درروی خطی باشد که از تراکوگ (Tragus) درامتداد لبه قدامی عضله جناغی چنبری پستانی تا استخوان چنبر کشیده شده باشد.

۲- ساختمان بافت تومور باید مشابه بافت عائی باشد که در کیست‌های چنینی برانشیال دیده می‌شود.

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

۴- بهترین محل تشخیص وقni است که تومور در جدار کیست پیدا شود که بوسیله نسج اپی‌تلیال مفروش شده باشد و بعلاوه کیست در قسمت‌های طرفی گردن قرار گرفته باشد.

هیستوژن: در ژنز کیست‌های گردن و بخصوص کیست‌های طرفی گردن تا این اواخر بحث‌های زیادی می‌شد. باسا و برنیر (Baskag Bernier) در ۱۹۵۹ نوشتند که کیست‌های طرفی گردن از انکلوزیونهای اپی‌تلیال پاروتید در غدد لنفاوی منشاء می‌گیرند (۱۲). اگر این نظریه درست باشد علی‌الاصول می‌باید بیشتر کیست‌ها در ناحیه پاروتید باشند در حالیکه علاچنین نیست، بعلاوه باقی این نظریه توجیه و تفسیر کیست‌هایی که درخلف عضله جناغی چنبری پستانی قرار دارند مشکل می‌باشد. در سال ۱۹۱۲ ورگلوفسکی (Werglowksi) ادعا کرد که هیچیک از اعضاء و ساختمانهای گردن که در زیر هیپو گل بودند قرار دارند از ساختمانهای برانشیال ایجاد نمی‌شوند (۱۲). اما این نظریه‌هم امروز مورد قبول نیست زیرا در حال حاضر چنین شناسی گردن 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 گردن از عناصر برانشیال و بقایای تیرئو گلوس سرچشمه می‌گیرند. متفقی بیشتر کیست‌های طرفی گردن از دو مین 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 گردن بوجود نمی‌آید زیرا بعیده آنان کیست‌هایی که از سومین و چهارمین پنجمین شکاف ایجاد شوند باید در کنار عصب زبانی حلقی (Nerf glossopharyngien) و شریان سبات (Ar. Carotide) یا زیر قوس آئورت و شریان ترقه‌ای باشند در حالیکه بیشتر کیست‌ها در نیمه فوقانی گردن و نزدیک محل تقسیم شریان سبات اصلی به دو شاخه آن قرار دارند.

درمان: تنها راه درمان کیست‌ها و فیستولهای گردن، جراحی

REFERENCES:

- 1- Basil R. Meyerowitz, Robert B. Buchholz; Midline cervical ectopic thyroid tissue; *Surgery*, 65 No. 2: 358-362, 1969.
- 2- Cazal P. Pages A. La région facio-brachiale, cours d'anatomie pathologique speciale 1er fascicule, 1-11 Monpellier 1958-1959.
- 3- Delarue J. Laumonier R. *Anatomie pathologique*, édition medical flammarion, 1951-1952 Paris 1969.
- 4- Dupas Redon; Tumeurs latero-cervicales apparemment primitives; *Mem. Acad. Chir.*; 92: 651-653, 1966.
- 5- Gerard-Marchand R; Les ectopies thyroïdiennes; *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 laryngocèle); *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 acquired; *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 révélateur d'une thyroïde ectopique parathyroïdienne médiane. *Arch. Franc. Ped.* 26: 925-935, 1969.
- 15- Robert H. Stackpole, John M. pearce; 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.