

Παθήσεις του τραχήλου

(πλην θυρεοειδούς και παραθυρεοειδών αδένων)

Μάθημα στο 7^ο εξάμηνο από Β. Κατεργιαννάκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κεφάλι και ο λαιμός αποτελεί πολύπλοκη ανατομική περιοχή, και πολλές από τις δομές τους έχουν ιδιαίτερες σύνθετες και σημαντικές φυσιολογικές λειτουργίες. Οι παθήσεις που συνήθως ενδιαφέρουν το γενικό χειρουργό είναι οι φλεγμονές, καλοήθειες διογκώσεις, οι όγκοι του τραχήλου και τα τραύματα.

Λόγω της ιδιαίτερα σύνθετης ανατομίας και φυσιολογίας αυτής της περιοχής, διαφορετικές ειδικότητες έχουν αναπτυχθεί για να εξετάσουν τα διάφορα προβλήματα, δεδομένου ότι κανένας γιατρός δεν μπορεί μόνος του να ασχοληθεί αποτελεσματικά με όλες τις ασθένειες της περιοχής. Η αντιμετώπιση πολλών διαταραχών του κεφαλιού και του λαιμού συνεπάγεται τη συλλογική προσπάθεια διαφόρων ειδικών.

Οι παθήσεις του κεφαλιού και του λαιμού απασχολούν πολλές ιατρικές ειδικότητες, έχουν όμως και ορισμένα κοινά σημεία, όπως είναι η διαταραχή της αναπνοής, της κατάποσης, οι δυσμορφίες στην εμφάνιση και η ανάγκη για μια ικανοποιητική αποκατάσταση, δεδομένου ότι οι περισσότερες από τις παθήσεις αυτές αφορούν ένα ιδιαίτερα εμφανές μέρος του σώματος. Η επανορθωτική χειρουργική για τους παραπάνω λόγους παίζει βασικό ρόλο στη χειρουργική της περιοχής αυτής.

Η διερεύνηση ενός ασθενούς με πάθηση του τραχήλου περιλαμβάνει τη λήψη καλού ιστορικού και σωστής κλινικής εξέτασης του αρρώστου, την έρευνα για αιματολογικές διαταραχές, τον ακτινολογικό και τον ενδοσκοπικό έλεγχο. Η αντικειμενική εξέταση είναι ακριβής μέθοδος και πολύ σημαντική στην προεγχειρητική έρευνα του ασθενή.

Ο ακτινολογικός έλεγχος, μπορεί να δώσει πληροφορίες για τα κόκαλα, τούς χόνδρους του κεφαλιού και του λαιμού, σε παθήσεις της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και του τραχηλικού οισοφάγου (βοηθά στην επιβεβαίωση της διάγνωσης στο εκκόλπωμα του Zenker). Η ακτινολογία συμβάλλει επίσης σημαντικά στη διευκρίνιση της διαταραχής της φυσιολογίας της κατάποσης, αλλά και της κινητικότητας του λάρυγγα, όπου με κατάλληλες τεχνικές, μπορούμε να καταδείξουν την απώλεια κινητικότητας του λάρυγγα, η οποία έχει επιπτώσεις στη θεραπεία και στη μακροπρόθεσμη πρόγνωση των όγκων του λάρυγγα.

Η ενδοσκόπηση αποτελεί επίσης ένα σημαντικό μέρος διερεύνησης πολλών ασθενών με παθήσεις του τραχήλου. Η λαρυγγοσκόπηση αναπτύχθηκε προς το τέλος του 19ου αιώνα και καθιερώθηκε στη δεκαετία του 30. Βρογχοσκόπηση και οισοφαγοσκόπηση εισήχθησαν στην κλινική πράξη συγχρόνως. Παραμένουν ακόμα πολύτιμες εξεταστικές μέθοδοι, ιδιαίτερα για την έρευνα ασθενών με όγκους της περιοχής. Μπορεί να αξιολογήσει την έκταση του όγκου και επιτρέπει στη λήψη βιοψίας. Τα πιο πρόσφατα

αναπτυγμένα εύκαμπτα ενδοσκόπια, έχουν αντικαταστήσει πλέον την άκαμπτη ενδοσκόπηση της περιοχής αυτής. Τα εύκαμπτα ενδοσκόπια επιτρέπουν την εξέταση ειδικότερα του ρινοφάρυγγα, της ρινικής κοιλότητας και του εσωτερικού των ιγμόρειων. Η ρίνο-ενδοσκόπηση χρησιμοποιείται επίσης για την αξιολόγηση της φαρυγγικής κοιλότητας στους ασθενείς με λυκόστομα. Η μικρολαρυγγοσκόπηση μας επιτρέπει τον ακριβέστερο καθορισμό ενός όγκου του λάρυγγα και σήμερα είναι απαραίτητη για την ακριβή διάγνωση και σταδιοποίηση των.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Οι παθήσεις του τραχήλου πλην του θυρεοειδούς και των παραθυρεοειδών, διακρίνονται σε διογκώσεις (κυστικές και συμπαγείς), σε συρίγγια και φλεγμονές και τραύματα.

Στις διογκώσεις του τραχήλου για τη διαφορική διάγνωση μεγάλη σημασία έχει ο ακριβής προσδιορισμός της θέσης και των χαρακτηρισμών της διόγκωσης. Διογκώσεις στη μέση γραμμή {πάνω από το μήλο του Αδάμ είναι κύστη του θυρεογλωσσικού πόρου, κύστη του υπογλωσσίου σιελογόνου αδένου (βατράχι), διόγκωση υπογενίδιων λεμφαδένων ή λεμφαδένων της μέσης τραχηλικής χώρας. Κάτω από το μήλο του Αδάμ στη μέση γραμμή οφείλονται σε διογκώσεις του θυρεοειδούς, σε λαρυγγοκίλη, ή λεμφαδένες}. Μάζες στη πλάγια τραχηλική χώρα συνήθως οφείλονται σε διογκώσεις ομάδων λεμφαδένων του τραχήλου, σε δερμοειδείς κύστες, σε κυστικό ύγρωμα του τραχήλου, εκκόλπωμα του Zenker, όγκοι των μυών του τραχήλου, όγκος του καρωτιδικού σωματίου, όγκος της παρωτίδας, και του υπογνάθιου σιελογόνου αδένου, παραισοφαγικό απόστημα και διογκώσεις θυρεοειδούς ή παραθυρεοειδών αδένων.

Ι) ΚΥΣΤΙΚΕΣ ΔΙΟΓΚΩΣΕΙΣ

Οι κυστικές διογκώσεις παρουσιάζονται σαν μάζες μαλθακές, ανώδυνες, ελαστικής σύστασης, που παρουσιάζουν το κλινικό σημείο του κλυδασμού. Αυτός οφείλεται στο φυσικό νόμο που λέει ότι τα υγρά είναι ασυμπίεστα, οπότε εάν πιέσουμε την κυστική διόγκωση με το δάκτυλο προς μια κατεύθυνση και έχουμε το άλλο χέρι σε άλλη κατεύθυνση αισθανόμαστε την πίεση που ασκήσαμε.

Πολλές κυστικές διογκώσεις παρουσιάζουν και το σημείο της διαύγασης. Σε σκοτεινό δωμάτιο τοποθετούμε ένα φακό πίσω από την διόγκωση και παρατηρούμε εάν διέρχονται οι φωτεινές ακτίνες δια μέσου της μάζας.

α) Κύστη του θυρεογλωσσικού πόρου

Είναι η πιο κοινή κύστη του λαιμού στη μέση γραμμή και προέρχεται από ένα υπόλοιπο του θυρεογλωσσικού πόρου. Μπορεί να εμφανιστεί οπουδήποτε στη περιοχή μεταξύ του τυφλού τρήματος της γλώσσας και του θυρεοειδούς αδένου.

Από την εμβρυολογία είναι γνωστό, ότι ο θυρεοειδής αδένος δημιουργείται από το έδαφος του πρωτόγονου φάρυγγα μεταξύ του πρώτου και δεύτερου φαρυγγικού θυλάκου. Δημιουργείται ένας κοίλος σωλήνας, που χάνει σύντομα τον αυλό του, γίνεται συμπαγής και μεταναστεύει στη μέση γραμμή στη κάτω τραχηλική χώρα. Το ακραίο τμήμα του διαρείται σε δύο τμήματα που γίνονται οι δύο λοβοί του θυρεοειδούς αδένου. Ο μίσχος εάν παραμείνει γίνεται ο θυρεογλωσσικός πόρος και ο πυραμοειδής λοβός. Ο αγωγός ατροφεί την έκτη εμβρυϊκή εβδομάδα, αλλά παραμένει στο κορυφαίο τέλος του, ως τυφλό τρήμα της γλώσσας. Εάν δεν ατροφήσει παραμένει ως επίμονος θυρεογλωσσικός πόρος ή εάν α-

τροφήσει στα άκρα και παραμένει στο κέντρο δημιουργείται η κύστη του θυρεογλωσσικού πόρου. Η γλώσσα αναπτύσσεται αργότερα από το θυρεοειδή και για το λόγο αυτό ο θυρεογλωσσικός πόρος θάβεται βαθιά στο τυφλό τρήμα. Το υοειδές οστού αναπτύσσεται ακόμα αργότερα, έτσι ο πόρος μπορεί να περνά μπροστά, πίσω και ακόμη και μέσω του σώματος του υοειδούς οστού.

Εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα στους άνδρες και στις γυναίκες. Η ηλικία εμφάνισης κυμαίνεται από 4 μήνες έως 70 έτη με μέσο όρο τα 51 έτη. Στο 90% βρίσκεται στη μέση γραμμή και στο 10% είναι σε μια πλευρά της μέσης γραμμής. Στην ετερόπλευρη θέση στο 95% βρίσκεται στην αριστερά και στο 5% στη δεξιά τραχηλική χώρα.

Η θέση τους είναι:

- Προ του υοειδούς οστού : 75%
- Επίπεδο χόνδρου θυρεοειδή : 15%
- Κάτω του υοειδούς : 5%
- Επίπεδο κρικοειδούς : 4%
- Βάση της γλώσσας : 1%

Ο πόρος είναι πάντα υποδόριος και ο αυτόματος σχηματισμός συριγγίων είναι σπάνιος. Ένα συρίγγιο είναι συνήθως αποτέλεσμα μόλυνσης, ή μετά από απόπειρα παροχέτευσης ενός αποστήματος, ή ανεπαρκούς αφαίρεσης. Η κύστη και ο πόρος σχηματίζονται από ακανθοκυτταρικό επιθήλιο, αλλά θυρεοειδικός ιστός βρίσκεται σπάνια στο τοίχωμα του πόρου.

Στο 95% παρουσιάζεται ως ανώδυνο κυστικό μόρφωμα που κινείται στην κατάποση ή με την έξοδο της γλώσσας εισέλκεται. Η κύστη είναι κινητή σε όλες τις κατευθύνσεις και συνήθως διαυγάζει. Εάν είναι χαμηλά στο λαιμό το υποδόριο συχνά φαίνεται. Στο 5% παρουσιάζεται ως μαλακή διόγκωση με γρήγορη αύξηση λόγω μόλυνσης. Συρίγγιο παρουσιάζεται στο 15% των περιπτώσεων και είναι συνήθως αποτέλεσμα μιας προηγούμενης παροχέτευσης ή ατελούς εγχείρησης, ή μόλυνσης.

Οι κάτω του υοειδούς οστού κύστεις μπορούν να μπερδευτούν με αδενίτιδα ή με δερμοειδή κύστη. Οι προ του υοειδούς κύστεις μπορούν να ωθήσουν τη βάση της γλώσσας προς τα άνω και να προκαλέσουν δυσαρθρία. Εάν η κύστη είναι κοντά στην επιφάνεια της βάσης της γλώσσας πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση από ένα γλωσσικό θυρεοειδή ή ένα καρκίνωμα. Οι χαμηλές κύστεις στο λαιμό πρέπει να διαφοροποιηθούν από ένα αδένωμα του θυρεοειδή. Άλλες διαγνώσεις που εξετάζονται είναι σημηματογόνος κύστη και το λίπωμα.

Η κύστη του θυρεογλωσσικού πόρου πρέπει να αφαιρείται, συμπεριλαμβανομένης συνήθως και της κεντρικής μοίρας του υοειδούς οστού.

β) Καρκίνωμα του θυρεογλωσσικού πόρου

Έχουν περιγραφεί 66 περιπτώσεις καρκινώματος θυρεογλωσσικού πόρου. Ο όγκος είναι πάντα ένα θηλώδες καρκίνωμα. Οι περισσότερες περιπτώσεις παρουσιάστηκαν ως καλοήθεις κύστεις, και η διάγνωση έγινε μόνο από την ιστολογική εξέταση.

Υπάρχει μια μικρή υπεροχή στις γυναίκες (4:3) και η ηλικία επίπτωσης για τις γυναίκες είναι 30-40 και για τους άνδρες 50-60 έτη. Μόνο το 10% είχαν μεταστάσεις, σε αντίθεση με το καρκίνωμα σε έκτοπο θυρεοειδή αδένωμα που εμφανίζονται σε ποσοστό 40-50%.

Η θεραπεία είναι τοπική εκτομή και συμπληρώνεται με χορήγηση θυροξίνης σε δόση καταστολής.

γ) Δερμοειδείς κύστεις

Υπάρχουν τρεις ποικιλίες δερμοειδών κύστεων στο κεφάλι και το λαιμό:

1. Η επιδερμοειδής κύστη που δεν έχει καμία δομή, προέρχεται από το ακανθοκυτταρικό επιθήλιο και μπορεί να περιέχει τυροειδές ή κερατινώδες υλικό. Αυτή είναι η πιο κοινή ποικιλία.
2. Η αληθινή δερμοειδής κύστη που προέρχεται από το ακανθοκυτταρικό επιθήλιο και περιέχει τα προσαρτήματα δέρματος όπως τρίχες, θυλάκια τρίχας, σημηματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες. Αυτές είναι συγγενείς ή επίκτητες. Ο συγγενής τύπος προέρχεται από τις εξωδερμικές διαφοροποιήσεις των πολυδύναμων κυττάρων που εμφυτεύονται μακριά κατά την διάρκεια της περάτωσης του εμβρύου. Επομένως εμφανίζεται σύμφωνα με τις γραμμές τήξης. Ο επίκτητος τύπος οφείλεται στην εμφύτευση της επιδερμίδας κατά την διάρκεια ενός τραυματισμού. Είναι συχνά στερεό με κυστικά διαστήματα που περιέχουν σμήγμα.
3. Η τερατοειδής κύστη μπορεί να προέρχεται από ακανθοκυτταρικό επιθήλιο και περιλαμβάνει στοιχεία από ενδόδερμα, εξώδερμα και μεσόδερμα (τρίχες, δόντια, εγκέφαλο, αδένες, κ.λπ.). Είναι η σπανιότερη ποικιλία στο λαιμό και σχεδόν πάντα εντοπίζεται στο πρώτο έτος ζωής.

Το 20% όλων των δερμοειδών κύστεων βρίσκονται στο λαιμό, και το 30% στο κεφάλι και το πρόσωπο. Το 30% όλων των δερμοειδών κύστεων βρίσκονται στη πλάγια τραχηλική χώρα και δεν υπάρχει καμία υπεροχή μεταξύ των δύο φύλων.

Παρουσιάζονται ως κυστικές μάζες στη μέση και πλάγια τραχηλική χώρα. Μπορούν επίσης να εμφανιστούν με πλευρική επέκταση στο υπογνάθιο αδένα. Η ανώδυνη διόγκωση είναι το μόνο σύμπτωμα, αλλά εάν η κύστη είναι μεγάλη, μπορεί να εμφανιστούν δευτερεύοντα παρεμποδιστικά συμπτώματα. Περίπου το 20% των δερμοειδών κύστεων εμφανίζονται στο στόμα, είτε βαθιά υπογλώσσια είτε επιφανειακά. Παρουσιάζονται τη δεύτερη και τρίτη δεκαετία της ζωής, αλλά πιθανό είναι παρούσες από τη γέννηση.

Η χειρουργική εκτομή είναι η πλήρης εκτομή. Είναι συνήθως εύκολη και πρέπει να γίνεται σε όλες τις περιπτώσεις.

δ) Λεμφαγγειώματα

Τα λεμφαγγειώματα μπορούν να συνδυαστούν με αιμαγγειώματα και διακρίνονται στα απλά και στα σπαραγγώδη ή σπηλαιώδη. Το κυστικό ύγρωμα του τραχήλου είναι ένας κυστικός όγκος της ομάδας των λεμφαγγειωμάτων.

Το 35% των λεμφαγγειωμάτων όλων των τύπων εμφανίζονται στα μάγουλα, τη γλώσσα και το έδαφος του στόματος, το 25% στο λαιμό και το 15% στη μασχάλη. Είναι σπάνιοι όγκοι και αποτελούν το 0,5% σε μεγάλη σειρά παθήσεων του τραχήλου. Δεν υπάρχει καμία υπεροχή στο φύλο. Τα 2/3 εμφανίζονται κατά τη γέννηση, και 9 στα 10 πριν από το τέλος του δεύτερου έτους.

Το σύστημα των λεμφικών αγγείων προκύπτει από πέντε πρωτόγονους σάκους (δύο τραχηλικούς, δύο ισχιακούς και ένα ενιαίο οπισθοπεριτοναϊκό) που αναπτύσσονται από το φλεβικό σύστημα. Οι ενδοθηλιακοί βλάστες από αυτούς τους σάκους επεκτείνονται φυγόκεντρα για να διαμορφώσουν το περιφερικό λεμφικό σύστημα. Υπάρχουν δύο θεωρίες προέλευσης των λεμφαγγειωμάτων:

1. Είναι κομμάτια του λεμφικού ιστού που προέρχονται από εμβρυϊκά υπολείμματα (τμήματα των πρωτόγονων σάκων), οι οποίοι διατηρούν το γρήγορο πολλαπλασιασμό τους και δεν έχουν καμία σύνδεση στο κανονικό σύστημα των λεμφι-

κών αγγείων ή

2. Προκύπτουν από ενδοθηλιακές μεμβράνες που βλαστάνουν από το τοίχωμα της κύστης, διαπερνούν τον περιβάλλοντα ιστό και παράγουν περισσότερες κύστεις.

Παθολογοανατοικά τα λεμφαγγειώματα ταξινομούνται σε τρεις ομάδες:

1. Απλά λεμφαγγειώματα, που αποτελούνται από λεπτά τριχοειδή λεμφικά κανάλια.
2. Κυστικό ύγρωμα, που αποτελείται από κύστεις που ποικίλλουν σε διάμετρο από μερικά mm μέχρι αρκετά cm και
3. Σηραγγώδη ή σπηλαιώδη λεμφαγγειώματα, που αποτελούνται από διαταμένα λεμφαγγεία συχνά με ινώδεις ταινίες.

Τα απλά λεμφαγγειώματα, εμφανίζονται στα χείλια, τη γλώσσα και το μάγουλο, που είναι περιοχές με πιο συμπαγείς ιστούς, ενώ το κυστικό ύγρωμα αναπτύσσεται περισσότερο σε πιο χαλαρούς ιστούς και επεκτείνεται στη περιοχή του λαιμού. Τα απλά λεμφαγγειώματα μπορούν να εμφανιστούν οπουδήποτε ως ωχρές, μαλακές, αυξομειούμενες διογκώσεις και αποτελούν το ένα τρίτο όλων των λεμφαγγειωμάτων. Πιο κοινά είναι τα σπηλαιώδη λεμφαγγειώματα που αποτελούν το 40% και εμφανίζονται κυρίως στη γλώσσα. Όταν εντοπίζονται στη βάση της γλώσσας πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση από το γλωσσικό θυρεοειδή, το γλωσσικό καρκίνωμα και την εσωτερική λαρυγγοκήλη. Εμφανίζονται επίσης στις παρειές. Μερικά λεμφαγγειώματα στα μάγουλα φθάνουν σε τεράστιο μέγεθος, εμφανίζονται ως διογκώσεις της κεφαλής-τραχήλου και είναι πολύ δύσκολο να αφαιρεθούν, δεδομένου ότι η συνολική αφαίρεση τους αφήνει απαράδεκτη δυσμορφία από αισθητικής πλευράς.

Ένα σπηλαιώδες λεμφαγγείωμα του εδάφους του στόματος μπορεί να είναι μέρος ενός κυστικού υγρώματος του τραχήλου ή μπορεί να είναι μια κύστη κάτω από τη γλώσσα. Η μακροχειλία συνήθως εμφανίζεται μόνο στο άνω χείλος.

Το κυστικό ύγρωμα αποτελεί το 30% του συνόλου των λεμφαγγειωμάτων. Αποτελείται από μεγάλες, πολυοζιδιακές κυστικές μάζες που επικοινωνούν ή όχι μεταξύ τους. Το τοίχωμα είναι λεπτό και το περιλαμβανόμενο υγρό διαναγάζει και κλυδαίνει. Ένα ύγρωμα εμφανίζεται στο τράχηλο και επεκτείνεται στο πρόσωπο στη περιοχή του μάγουλου, στο στόμα, τη γλώσσα, τη παρωτίδα και ακόμη και στον ακουστικό πόρο. Ιστολογικά η κύστη επενδύεται από ένα στρώμα επίπεδου ενδοθηλίου (εικόνα ?).

Τα περισσότερα από αυτά εμφανίζονται κατά τη γέννηση ή στα δύο πρώτα χρόνια. Το λεμφαγγείωμα στο στόμα μπορεί να εμφανιστεί στην ενήλικη ζωή, όπως και οι υποτροπές των κυστικών υγρωμάτων μετά από χειρουργική επέμβαση στην παιδική ηλικία. Οι υποτροπές εμφανίζονται συνήθως στην περιφέρεια της περιοχής του προσώπου όπου αρχικά παρουσίασε τη κύρια μάζα, όπως το αυτί, τη παρωτίδα.

Το μέγεθος της διογκωσης είναι το μόνο σύμπτωμα και το σημάδι της προηγηθείσας εκτομής. Εάν η κύστη είναι αρκετά μεγάλη μπορεί να προκαλέσει προβλήματα από πίεση των πέριξ ιστών. Στις πολύ μεγάλες κύστεις μια πλευρική μετατόπιση της τραχείας ή διεύρυνση του μεσοθωρακίου μπορεί να φανεί στην ακτινογραφία. Η ξαφνική αύξηση στο μέγεθος λόγω αιμορραγίας μπορεί να είναι μοιραία. Η πίεση του βραχιόνιου πλέγματος μπορεί να εμφανιστεί με πόνο και υπερευαισθησία στο άνω άκρο.

Η θεραπεία στο κυστικό ύγρωμα είναι η χειρουργική αφαίρεση. Οι άλλες θεραπείες εκτός της χειρουργικής που έχουν προταθεί, αλλά σπάνια εφαρμόζονται, περιλαμβάνουν τη παροχέτευση, την έγχυση σκληρυντικών ουσιών και την ακτινοθεραπεία. Η παροχέτευση πρέπει να γίνεται μόνο όταν υπάρχει μόλυνση που σπάνια βρίσκεται. Η έγχυση με σκληρυντικές ουσίες πρέπει να αποφεύγεται λόγω γειννί-

ασης με σημαντικά αγγεία και νεύρα. Επίσης αντικαθιστά το τοίχωμα της κύστης με ινώδη ιστό και η χειρουργική επέμβαση γίνεται δυσκολότερη. Οι νέοι ασθενείς δεν πρέπει να ακτινοβοληθούν λόγω των κινδύνων της καθυστερημένης αύξησης των οστών και της ανάπτυξης νεοπλασίας του θυρεοειδή. Η χειρουργική επέμβαση πρέπει να καθυστερήσει στο πρόωρο νήπιο. Η καθυστέρηση στα υγιή νήπια οδηγεί μόνο σε συνεχιζόμενη νοσηρότητα και αυξανόμενη θνησιμότητα. Έχει προταθεί ότι πλήρης υποχώρηση εμφανίζεται στο 15% αλλά άλλοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι ποτέ δεν το έχουν δει αυτό.

Καμία χειρουργική επέμβαση δεν πρέπει να γίνει χωρίς προεγχειρητικό έλεγχο του μεσοθωρακίου με ακτινογραφία θώρακος ή αξονική τομογραφία θώρακα, για πιθανή επέκταση στο μεσοθωράκιο. Η βλάβη στα νεύρα του προσώπου, υπογλώσσια και πνευμονογαστρικά πρέπει να αποφευχθεί. Είναι δύσκολο να αποκτηθεί ένα καλαισθητικό αποτέλεσμα στις τεράστιες κύστεις λόγω της μετατόπισης ιστού και το μεγάλο ποσό δέρματος που πρέπει να αφαιρεθεί.

Τα ενδοστοματικά λεμφαγγείωματα πρέπει να αφαιρεθούν από μια εξωτερική προσέγγιση δεδομένου ότι είναι σχεδόν βέβαιο ότι είναι πιο εκτενή από το αναμενόμενο. Το λεμφαγγείωμα της βάσης της γλώσσας μπορεί συχνά να αφαιρεθεί με διαθερμία και να επαναληφθεί εάν είναι απαραίτητο. Η κρυοπληξία μπορεί επίσης να είναι χρήσιμη. Το λεμφαγγείωμα του άνω χείλους πρέπει να αφαιρεθεί με αποκοπή τμήματος μυός για να παραγάγει ένα χείλος αποδεκτού μεγέθους. Οι υποτροπές εμφανίζονται συνήθως μέσα στους πρώτους 9 μήνες σε περίπου 10-15% των ασθενών. Το ποσοστό υποτροπής είναι υψηλότερο στο σπληναιώδες λεμφαγγείωμα απ' ό,τι στο κυστικό ύγρωμα.

ε) Βραγχιακές κύστεις

Υπάρχουν τέσσερις θεωρίες προέλευσης της βραγχιακής κύστης αλλά λόγω της περίπλοκης ανάπτυξης του λαιμού, καμία δεν έχει αποδειχθεί από την εμβρυολογική έρευνα. Οι περισσότερες από τις θεωρίες έχουν προσπαθήσει να συσχετίσουν τα κλινικά συμπεράσματα με τα γνωστά εμβρυολογικά γεγονότα αλλά κανένα δεν μπορεί να σταθεί απόλυτα.

1. *Θεωρία των βραγχιακών θυλάκων.* Οι κύστεις αντιπροσωπεύουν υπολείμματα των φαρυγγικών θυλάκων ή των βραγχιακών σχισμών ή μιας τήξης αυτών των δύο στοιχείων. Ένα έμβryo 2 εβδομάδων έχει 6 βραγχιακές αψίδες, 5 βραγχιακές σχισμές και 5 φαρυγγικούς θυλάκους. Η κατανομή των στοιχείων δεν είναι παράλληλη, αλλά τείνει να ενωθεί στην έκτη αψίδα. Οι πρώτες και δεύτερες αψίδες είναι σημαντικές, η τρίτη και τέταρτη λιγότερο και η πέμπτη και έκτη είναι υπολειμματικές. Ο δεύτερος φαρυγγικός θύλακας διαμορφώνει τις υπερώριες αμυγδαλές η δεύτερη αψίδα αυξάνεται προς τα κάτω στην πλευρική πλευρά της για να συναντήσει την πέμπτη αψίδα, εσωκλείοντας κατά συνέπεια τη δεύτερη, το τρίτο και την τέταρτη σχισμή διαμορφώνοντας τον αυχενικό κόλπο. Μέχρι την έκτη εβδομάδα η βραγχιακή συσκευή έχει εξαφανιστεί, διαμορφώνοντας το αυτί, τη γλώσσα, το υοειδές οστό, το λάρυγγα, τις αμυγδαλές και τα παραθυρεοειδή. Η προέλευση από τον τρίτο ή τέταρτο θύλακα είναι απίθανη, δεδομένου ότι θα έπρεπε να περάσουν πέρα από το υπογλώσσιο νεύρο για να φθάσουν στο δέρμα και θα χωρίζονταν από την ανοδική μετακίνηση του νεύρου κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης. Από το τέταρτο θύλακο θα έπρεπε επίσης να περάσει κάτω από τη δεξιά υποκλείδια αρτηρία και το αορτικό τόξο. Ο τρίτος θύλακος έχει το εσωτερικό άνοιγμά του στον απιοειδή βόθρο και ο τέταρτος θύλακος αψίδων κάτω από αυτό. Αυτό δεν έχει περιγραφεί ποτέ, έτσι ώστε η προέλευση από αυτούς τους θυλάκους μπορεί να απορριφθεί. Η προέλευση από το πρώτο θύλακα είναι δυνατή επειδή οι υψηλές βραγχιακές κύστεις έχουν περιγραφεί κάτω από το παρωτιδικό αδένα με ένα εσωτερικό άνοιγμα μεταξύ του οστεώδους και χόνδρινου ανοίγματος. Εάν η βραγχιακή θεωρία των θυλάκων ευσταθεί θα ανέμενε κάποιος οι περισσότερες κύστεις να έχουν εσωτερικές επικοινωνίες. Είναι όμως παρερμηνεία ότι πολλές βραγχιακές κύστεις έχουν ένα εσωτερικό άνοιγμα. Κάποιος θα ανέμενε επίσης πε-

ρισσότερες κύστεις να είναι παρούσες κατά τη γέννηση. Αυτό μόνο μία φορά έχει περιγραφεί. Αντίθετα η μέγιστη επίπτωση ηλικίας είναι στις τρίτη και τέταρτη δεκαετία που είναι αργά για να είναι συγγενείς (βλ. κύστεις του θυρεογλωσσικού πόρου).

2. *Αυχενική θεωρία των κόλπων.* Αυτή είναι μια επέκταση της προηγούμενης θεωρίας και θεωρεί ότι οι βραγχιακές κύστεις αντιπροσωπεύουν τα υπολείμματα του αυχενικού κόλπου, που διαμορφώνεται με τη δεύτερη ανάπτυξη αυτίδων για να συναντήσει κάτω το πέμπτο θύλακο. Είναι απίθανο ότι αυτό ισχύει για εκείνους με εσωτερικό κομμάτι, δεδομένου ότι αυτό από μια τήξη της εκτοδερμικής επένδυσή του κλείνει από μέσα προς την επιφάνεια. Αυτό καθιστά ένα εσωτερικό άνοιγμα δύσκολο να επιτύχει.
3. *Θεωρία θυρεογλωσσικού πόρου.* Οι κύστεις μπορούν να είναι ένα υπόλοιπο της αρχικής σύνδεσης μεταξύ του θύμου αδένου και του τρίτου βραγχιακού θύλακου από τους οποίους παίρνει την προέλευση. Ο δημιουργός αυτής της θεωρίας θεώρησε ότι το υοειδές οστό αποτέλεσε το χαμηλότερο επίπεδο βραγχιακών παραγώγων. Όχι μόνο είναι αυτό ψευδές, αλλά δεν έχει περιγραφεί ποτέ ένας παραμένον πόρος του θύμου. Επιπλέον, καμία βραγχιακή κύστη δεν έχει περιγραφεί πάνω βαθιά στο θυρεοειδή αδένου ούτε είναι εκεί οποιαδήποτε υπολείμματα κομματιών μεταξύ του φάρυγγα και του θύμου αδένου.
4. *Θεωρία των εγκλείστων.* Έχει προταθεί ότι το επιθήλιο των κύστεων προκύπτει από το επιθήλιο λεμφαδένων ή ότι οι κύστεις είναι το αποτέλεσμα του επιθηλιακών εγκλείστων στους λεμφαδένες. Τα ακόλουθα γεγονότα υποστηρίζουν τη θεωρία αυτή:
 - a) Οι περισσότερες βραγχιακές κύστεις έχουν λεμφικό ιστό στο τοίχωμα τους και βρίσκονται κοντά στη παρωτίδα και στο φάρυγγα.
 - b) Η μέγιστη επίπτωση ηλικίας είναι πιο αργά από το αναμενόμενο για συγγενή πάθηση.
 - c) Βραγχιακή κύστη σε νεογνό είναι σπάνια.
 - d) Αυτή η θεωρία εξηγεί επίσης γιατί μια βραγχιακή κύστη έχει σπάνια ένα εσωτερικό άνοιγμα ή στην καλύτερη περίπτωση ένα κομμάτι με μια λάθος καθορισμένη απόληξη. Εντούτοις, ένα κοίλωμα δέρματος, που βρίσκεται συνήθως στο χαμηλότερο λαιμό, έχει ένα μεγάλο μέγεθος, χωρίς κύστεις και κανένα εσωτερικό άνοιγμα. Αυτά τα κοιλώματα είναι πιθανώς αποσυνδεδεμένα με τις βραγχιακές κύστεις και οφείλονται πιθανώς σε βλάβη στην ανάπτυξη του δέρματος του λαιμού.

Επομένως, οι κύστεις με ένα αποδεδειγμένο εσωτερικό άνοιγμα προέρχονται πιθανώς από το δεύτερο ή πρώτο βραγχιακό θύλακα, αλλά η πλειοψηφία χωρίς ένα εσωτερικό άνοιγμα, οφείλεται πιθανώς σε επιθηλιακά υπόλοιπα από τους λεμφαδένες.

Στο 60% εμφανίζονται σε άνδρες και στο 40% στις γυναίκες. Η μέγιστη επίπτωση ηλικίας είναι η τρίτη δεκαετία, ακραίες ηλικίες είναι από 1 έως 70 έτη. Δύο στις τρεις είναι στην αριστερή πλευρά και 2% είναι αμφοτερόπλευρες. Τα δύο τρίτα είναι μπροστά από το στερνοκλειδομαστοειδή στο ανώτερο τρίτο του λαιμού και το υπόλοιπο είναι στο μέσο και χαμηλότερο τρίτο.

Τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα είναι:

- Συνεχής διόγκωση: 80%
- Διαλείπουσα διόγκωση: 20%
- Πόνος: 30%
- Μόλυνση: 15%
- Συμπτώματα πίεσης: 5%

Κατά την ψηλάφηση στο 70% έχουν κυστική και στο 30% συμπαγή υφή.

Οι κύστεις αποτελούνται συνήθως από ακανθοκυτταρικό επιθήλιο, αλλά μπορούν να εμφανιστούν και με κυλινδρικό επιθήλιο. Περισσότερες από το 80% έχουν λεμφικό ιστό στον τοίχωμα τους και μπο-

ρεί να οφείλεται στη χρόνια μόλυνση, ή μπορεί να δείχνει την προέλευση της από έναν λεμφαδένα. Η κύστη περιέχει αχρρόχρου υγρό, στο οποίο βρίσκονται κρύσταλλοι χοληστερόλης.

Οι βραγχιακές κύστες πρέπει να αφαιρούνται. Ένα καρωτιδικό αγγειογράφημα πρέπει να γίνεται πριν την εγχείρηση για να αποκλεισθεί ένα χημοδέκτομα. Τα συρίγγια και οι βραγχιακές κύστες πρέπει να αφαιρεθούν μαζί, με μια αρχική τομή σε ένα όσο το δυνατόν πιο υψηλό επίπεδο. Μια δεύτερη τομή δέρματος πρέπει έπειτα να γίνει στο πιο υψηλό επίπεδο ανατομής για να ολοκληρωθεί η αφαίρεση (η αποκαλούμενη μέθοδος "βήμα-σκαλιών").

στ) Λαρυγγοκήλη

Μια λαρυγγοκήλη είναι ένας μεγάλος σάκος που περιέχει αέρα και προβάλλει από το θυρεοειδή υμένα. Στην Αγγλία η επίπτωση είναι περίπου 1 περιπτώση/εκατομμύριο πληθυσμού ετησίως. Η επίπτωση στα δύο φύλα είναι 5:1 υπέρ των ανδρών και η μεγαλύτερη επίπτωση βρίσκεται στις ηλικίες των 50-60 χρόνων. Στο 82% εμφανίζεται στους Καυκάσιους. Στο 85% είναι μονομερή και στο 15% αμφοτερόπλευρη. Διακρίνονται σε εξωτερικές (30%) όπου ο σάκος προπίπτει από τη λαρυγγική κοιλία και επεκτείνεται στο λαιμό μέσω της θυρεοειδούς μεμβράνης, σε εσωτερικές (20%) όπου προπίπτει από τη λαρυγγική κοιλία και μένει μέσα στο λάρυγγα και παρουσιάζονται στο ανατομικό βαθούλωμα, και σε μικτές ή συνδυασμένες (50%). Οι λαρυγγοκήλες έχουν κυλινδρικό επιθήλιο ενώ οι απλές λαρυγγικές κύστες έχουν ακανθοκυτταρικό επιθήλιο.

Έχει υποστηριχθεί ότι οι λαρυγγοκήλες είναι επαγγελματική νόσος σε άτομα που από χόμπι ή επάγγελμα ασχολούνται με το φύσημα, όπως το παίξιμο πνευστών μουσικών οργάνων ή το φύσημα γυαλιού. Μια προσεκτική ανασκόπηση των δημοσιευμένων περιπτώσεων, αποκαλύπτει ότι το πολύ 4 ασθενείς υπόκειντο σε αυτές τις συνθήκες, έτσι ώστε αυτή η θεωρία εμφανίζεται να είναι αναληθής. Στους περισσότερους, σημασία έχει η συνύπαρξη ενός καρκινώματος του λάρυγγα που ενεργεί ως βαλβίδα επιστρέφοντας τον αέρα με πίεση στη κοιλία.

Τα κατώτερα ζώα έχουν τους σάκους αέρα, π.χ. η σακούλα μάγουλα των πιθήκων, η σακούλα ψαριών, των πελεκάνων, οι τραχειακοί σάκοι του emus, το φωνητικό όργανο των αρσενικών κραζόντων πουλιών, οι πλευρικοί λαρυγγικοί σάκοι κ.λπ. αναπτύσσονται καλά σε ορισμένους ανθρωποειδείς πίθηκους. Η λαρυγγοκήλη επομένως στον άνθρωπο, είναι σχεδόν βέβαιο ότι είναι αταβιστικά υπόλοιπα που αντιστοιχούν σε αυτούς τους πλευρικούς σάκους αέρα. Οι λαρυγγοκήλες γίνονται πιο εμφανείς με την αύξηση της διαλαρυγγικής πίεσης αέρα με το φύσημα ή το βήξιμο.

Τα πιο κοινά κλινικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα είναι η βραχνάδα και η διόγκωση στο λαιμό. Το τρίτο πιο κοινό σύμπτωμα είναι στριγκός ήχος που μπορεί να έρθει πολύ ξαφνικά για μία περίοδο μερικών ημερών ή ακόμα και ωρών σε έναν ασθενή που είχε προηγουμένως μόνο ήπια συμπτώματα για μήνες ή έτη. Άλλα συμπτώματα είναι η δυσφαγία, ο επώδυνος λαιμός, ή ο βήχας. Στο 10% παρουσιάζεται μόλυνση (pyoceles) και λόγω του συνδυασμού μόλυνσης και αέρα στην ακτινογραφία τίθεται μερικές φορές κατά λάθος η διάγνωση της αεριογόνου γάγγραινας. Στην ψηλάφηση η διόγκωση, που είναι συνήθως μεγάλη και πέρα από τη θυρεοειδή μεμβράνη, μπορεί να αδειάσει εύκολα.

Η ακτινογραφία τραχήλου είναι διαγνωστική καθώς παρουσιάζεται σαν σάκος γεμάτος αέρα. Για να εντοπισθούν οι μικρότερες λαρυγγοκήλες πρέπει να γίνεται ακτινογραφία τραχήλου σε κάθε ασθενή με βραχνάδα, δεδομένου ότι αυτό είναι το πιο κοινό σύμπτωμα. Η ακτινογραφία πρέπει να γίνει με τη γλωττίδα ανοικτή, δεδομένου ότι το ποσοστό ανίχνευσης πέφτει εμφανώς όταν είναι ο λάρυγγας κάτω από ένταση. Σ' όλους τους ασθενείς με λαρυγγοκήλη πρέπει να γίνεται προσεκτική λαρυγγοσκόπηση για να αποκλεισθεί το καρκίνωμα.

Η θεραπεία σε όλες τις λαρυγγοκήλες πρέπει να είναι η χειρουργική διόρθωση των, λόγω του κινδύνου λαρυγγικής παρεμπόδισης. Η πιο σωστή μέθοδος είναι να αφαιρεθεί το ανώτερο μισό του θυρεοειδή αδένου και απολίνωση στο λαιμό του σάκου. Η κοιλία κλίνεται και ενισχύεται από το περιχονδρικό ιστό. Εάν ο ασθενής παρουσιάζει μόλυνση, πρέπει να χορηγηθεί αντιβίωση πριν από τη χειρουργική επέμβαση.

II) ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Οι φλεγμονώδεις παθήσεις του τραχήλου διακρίνονται σε ειδικές και μη ειδικές φλεγμονές. Σαν ειδικές φλεγμονές χαρακτηρίζονται οι φλεγμονές που γίνονται από ένα συγκεκριμένο μικρόβιο και παρουσιάζουν μια συγκεκριμένη παθολογοανατομική βλάβη που την χαρακτηρίζει. Στις ειδικές φλεγμονές του τραχήλου περιλαμβάνονται η φυματίωση του τραχήλου, η ακτινομυκητίαση, η λοιμώδης μονοπυρήνωση. Μη ειδικές φλεγμονές χαρακτηρίζονται εκείνες που παρουσιάζουν τα κοινά σημεία της φλεγμονής, μπορεί να οφείλονται σε πολλά μικρόβια και δεν παρουσιάζουν χαρακτηριστική παθολογοανατομική βλάβη. Μη ειδικές φλεγμονές είναι η θηλακίτιδα, ο ψευδάνθρακας, και διάφορες άλλες φλεγμονές όπως οι διαπυήσεις κύστεων του τραχήλου.

Παρακάτω θα περιγράψουμε τις σπουδαιότερες φλεγμονές του τραχήλου.

α) Αυχενική φυματιώδης λεμφαδενίτιδα

Δεν είναι συχνή στις ΗΠΑ και την Ευρώπη, αλλά είναι ακόμα συχνή στην Ασία και την Αφρική. Στις ΗΠΑ παρουσιάζονται 32.000 νέες περιπτώσεις φυματίωσης (TB) κατ' έτος και το 5% αυτών (1600) παρουσιάζουν αυχενική φυματιώδη λεμφαδενίτιδα. Όπου η επίπτωση της φυματίωσης είναι χαμηλή, οι αρχικές μολύνσεις αποκτιούνται αργότερα. Η φυματιώδης λεμφαδενίτιδα εμφανίζεται σε ενήλικους νέους. Στην Αγγλία η μεγαλύτερη επίπτωση εμφανίζεται στις ηλικίες 5-9 χρόνων, αλλά 1 στους 3 την εμφανίζει μετά την ηλικία των 25 χρόνων.

Ο βάκιλος είναι συνήθως της ανθρώπινης ποικιλίας (τύπα μυκοβακτήρια), σε σχέση με πριν 40 χρόνια, που ο βοοειδής τύπος ήταν ο πιο συχνός και προκαλούσε λεμφαδενίτιδα. Ο βάκιλος φθάνει στους λεμφαδένες από την άμεση λεμφική αποχέτευση ή με την αιματική οδό. Συνυπάρχουσα πνευμονική φυματίωση βρίσκεται σε ποσοστό <5%. Σε μια σειρά, σχεδόν οι μισές από τις χειρουργημένες αμυγδαλές, παρουσίασαν στοιχεία φυματίωσης και έτσι φάνηκε ότι η αμυγδαλή ήταν η πύλη εισόδου και η αυχενική αδενίτιδα εμφανίστηκε μετά από μια οξεία αμυγδαλίτιδα. Μόλις μπει ο βάκιλος στον οικοδεσπότη η περαιτέρω έκθεση δεν είναι απαραίτητη για να προκαλέσει αδενοπάθεια.

Τα χαρακτηριστικά κλινικά γνωρίσματα στους περισσότερους ασθενείς έχουν μια αρκετά μακροχρό-

νια πορεία και επιδιώκουν συνήθως τις ιατρικές συμβουλές επειδή οι διογκώσεις έχουν γίνει επίπονες. Στην Ασία η παρουσίαση είναι διαφορετική: στο 20% έχουμε διογκωση λεμφαδένων, στο 10% ένα ψυχρό απόστημα και στο 10% είναι συμφιώμενοι με το δέρμα. Οι ασθενείς αυτοί έχουν συνήθως μια αρνητική ακτινογραφία θώρακα. Στο 90% είναι μονόπλευρη και στο 90% περιλαμβάνουν μόνο μια ομάδα αδένων. Η πιο κοινή εντόπιση είναι στα εν τω βάθη τραχηλικά λεμφογάγγλια και ακολουθούν τα άλλα λεμφογάγγλια.

Η διάγνωση τίθεται με τη θετική δερματική δοκιμή φυματίνης, την ανάδειξη των οξεόφιλων βακίλων του Koch στη βιοψία και με τη καλλιέργεια του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης. Η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνεται μεταξύ του λεμφώματος και του μεταστατικού καρκίνου. Η απουσία ενός αρχικού όγκου σε ένα νέο ενήλικα και το μακρή ιστορικό νόσησης, καθιστά συνήθως την τελευταία διάγνωση απίθανη. Για την διάγνωση αναγκαία είναι η βιοψία λεμφαδένα και ακολουθεί αντιφυματική χημειοθεραπεία για 9-12 μήνες. Εάν οι αδένες είναι πολύ μεγάλοι, η τοπική αφαίρεση είναι επικίνδυνη δεδομένου ότι οι αδένες είναι συχνά συμφιώμενοι με την έσω σφαγίτιδα φλέβα. Λεμφαδενικός καθαρισμός του τραχήλου πρέπει να γίνεται, διατηρώντας το στερνοκλειδομαστοειδή μυ, το πνευμονογαστρικό νεύρο, και τη σφαγίτιδα φλέβα εάν είναι δυνατό. Σε ένα παιδί είναι συνήθως σοφό να αφαιρεθούν και να εξεταστούν ιστολογικά οι αμυγδαλές πριν αφαιρεθούν οι λεμφαδένες. Εάν η αφαίρεση δεν ακολουθείται αμέσως από τη χημειοθεραπεία διαμορφώνονται με τη παροχέτευση φυματιώδη συρίγγια που αφήνουν δύσμορφες ουλές.

β) Φλεγμονές διαστημάτων του λαιμού

Οι μολύνσεις διαστημάτων του λαιμού είναι πολύ σπάνιες και υπάρχει σύγχυση για πόσα διαστήματα υπάρχουν. Οι εκτιμήσεις ποικίλλουν από 13 έως 20. Ένα ταινιοειδές διάστημα είναι μια περιοχή χαλαρού συνδετικού ιστού οριακού από τον πυκνό συνδετικό ιστό που αποκαλείται περιτονία. Είναι ένα θέμα άποψης πόσο παχύς συνδετικός ιστός πρέπει να είναι, για να κληθεί περιτονία και σ' αυτό οφείλεται η διαφωνία ως προς τον αριθμό των διαστημάτων. Η γνώση της ανατομίας των περιοχών στις οποίες η μόλυνση έτεινε να δημιουργήσει συλλογή, ήταν σημαντική στις προ-αντιβιοτικές ημέρες από την άποψη των διαδρομών της διάδοσης, των επιπλοκών, και της χειρουργικής παροχέτευσης, αλλά σήμερα η γνώση τριών διαστημάτων μας επιτρέπει την αντιμετώπιση του 90% των ασθενών.

α) Οπισθοφαρυγγικό διάστημα: Βρίσκεται μεταξύ του φάρυγγα και του οπισθίου πετάλου της εν τω βάθη τραχηλικής περιτονίας. Χωρίζει το φάρυγγα από τη σπονδυλική στήλη και επεκτείνεται από τη βάση του κρανίου στο ανώτερο μεσοθωράκιο, μέχρι τη διακλάδωση της τραχείας. Το ανώτερο μεσοθωράκιο συνδέεται με το κατώτερο, με το προτραχειακό διάστημα. Έτσι οι μολύνσεις του οπισθοφαρυγγικού διαστήματος μπορούν να εξαπλωθούν μέσω του τελευταίου διαστήματος στο κατώτερο μεσοθωράκιο. Εντούτοις η μεσοθωρακίτιδα λόγω ενός οπισθοφαρυγγικού αποστήματος είναι σπάνια. Στα νήπια το διάστημα αυτό περιέχει έναν ή δύο λεμφαδένες.

β) Το πλάγιο φαρυγγικό διάστημα είναι συχνότερα γνωστό σαν *παραοισοφαγικό διάστημα* και βρίσκεται πλάι στο φάρυγγα και συνδέεται με το οπισθοφαρυγγικό διάστημα πίσω. Πλευρικά είναι οριακό από

τους πλευρικούς πτερυγοειδείς μυς και τη θήκη του παρωτιδικού αδένου. Επεκτείνεται από τη βάση του κρανίου στο επίπεδο του υοειδούς οστού, όπου περιορίζεται από τη θήκη του υπογνάθιου αδένου. Αυτή η θήκη συνδέεται επίσης με τις θήκες του στηλοειδούς μυός και τη μεταγενέστερη γαστέρα του διγαστρομυός. Η καρωτιδική θήκη συνορεύει με τα μπροστινά διαστήματα γύρω από τη βάση του στόματος. Αυτό το διάστημα είναι επιρρεπές σε μόλυνση λόγω της στενής επαφής του με τη γλώσσα, τα δόντια, τη παρωτίδα, τον υπογνάθιο αδένου και τις αμυγδαλές.

γ) Το υπογνάθιο διάστημα είναι οριακό ανωτέρω από τη βλεννώδη μεμβράνη της βάσης του στόματος και της γλώσσας και κατωτέρω από την εν τω βάθην περιτονία που επεκτείνεται από το υοειδές οστό στην κάτω γνάθο. Διαιρείται στα δύο με το μυλοειδή μυ έτσι ώστε ο υπογνάθιος αδένος, που είναι τυλιγμένος γύρω από το μυλοειδή μυ, επεκτείνεται και στα δύο μέρη του διαστήματος. Το διάστημα πάνω από το μυλοειδή μυ καλείται υπογενίδιο διάστημα και περιέχει τον υπογλώσσιο αδένου. Το διάστημα κατωτέρω από το μυ είναι το υπογνάθιο διάστημα που περιέχει τον υπογνάθιο αδένου. Έμπροσθεν βρίσκεται το υπογνάθιο διάστημα μεταξύ των δύο γαστέρων του διγαστρομυός. Οι μολύνσεις αυτού του διαστήματος είναι γνωστό ως στηθάγχη του Ludwig.

Τα κλινικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα και η αντιμετώπιση των, εξαρτάται από την εντόπιση τους.

α) *Οπισθοφαρυγγικό απόστημα.* Εμφανίζεται στα παιδιά και στους ενήλικες. Στα νήπια οφείλεται σε δευτεροπαθή λεμφαδενίτιδα από μόλυνση των ανώτερων αναπνευστικών οδών. Το παιδί έχει έναν επώδυνο λαιμό η εξέταση παρουσιάζει διόγκωση πίσω από μια κανονική αμυγδαλή. Η θερμοκρασία κυμαίνεται από 38-39° C και το παιδί έχει εικόνα άσχοντος. Η διόγκωση μπορεί να εμποδίσει τα πίσω ρινικά στόμια και να ωθήσει τη μαλακή υπερώα κάτω. Η αναπνευστική παρεμπόδιση υπάρχει πάντα επειδή η σπονδυλική στήλη ενός παιδιού είναι κοντή και ο λάρυγγας του είναι υψηλά (Σε ένα νήπιο 9 μηνών, η επιγλωττίδα είναι στο επίπεδο του άτλαντα.). Οι ακτινογραφίες του λαιμού παρουσιάζουν μεγάλη οπισθοφαρυγγική διόγκωση. Η θεραπεία είναι παροχέτευση στη θέση αμυγδαλών.

Σε έναν ενήλικο, τα οπισθοφαρυγγικά αποστήματα δηλώνουν συνήθως μια φυματιώδη μόλυνση της αυχενικής σπονδυλικής στήλης. Είναι ύπουλα στην αρχή, με χαμηλό πυρετό. Πύο πρέπει να σταλεί για καλλιέργεια για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση και προτείνεται επίσης ακτινογραφία αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης. Χορηγείται αντιφυματική χημειοθεραπεία.

β) *Παραφαρυγγικό απόστημα.* Αυτό είναι πιο κοινό στους ενήλικους από τα παιδιά. Είναι επιπλοκή της αμυγδαλεκτομής ή της αμυγδαλίτιδας σε ποσοστό 60% περίπου και μια επιπλοκή μόλυνσης ή εξαγωγής του τρίτου κάτω τραπεζίτη σε ποσοστό 30%. Η μόλυνση του λιθοειδούς σπάνια μπορεί να σπάσει άμεσα στο διάστημα αυτό, όπως και η μόλυνση της μαστοειδούς.

Υπάρχει υψηλός πυρετός και χαρακτηριστικός τρυσμός, λόγω του ότι η φλεγμονή περιλαμβάνει το πτερυγοειδή μυ. Η αμυγδαλή ωθείται στη μέση γραμμή, αλλά φαίνεται κανονική. Σε κάθε ασθενή πρέπει να δοθεί θεραπεία με αντιβιοτικό για 48 ώρες τουλάχιστον, αλλά οι περισσότεροι ασθενείς με πρησμένο λαιμό χρειάζονται παροχέτευση.

γ) *Στηθάγχη του Ludwig*

Είναι κυτταρίτιδα της βάσης του στόματος και του υπογνάθιου διαστήματος, που γρήγορα εξελίσσεται

σε δευτεροπαθή μόλυνση των μαλακών μορίων της γλώσσας και της κάτω γνάθου. Πάνω από το 80% των ασθενών έχουν μόλυνση στα δόντια. Τα αποστήματα της ρίζας των δοντιών αυτών αποχετεύονται στο υπογνάθιο και υπογλώσσιο διάστημα. Το διάστημα αυτό επηρεάζεται από το δόντι. Ο πόνος προέρχεται από τη τάση μέσα στο οστού και εάν αυτό παροχετευτεί ο οδοντικός πόνος φεύγει. Σε περιπτώσεις οδοντικής προέλευσης οι πιο συνηθισμένοι οργανισμοί είναι *στρεπτόκοκκος viridans* και *Eschenchia coli*.

Όταν η μόλυνση εξαπλώνεται στο υπογλώσσιο διάστημα, στη βάση του στόματος παρουσιάζεται έντονο οίδημα μέχρι το επίπεδο της άκρης των δοντιών. Η γλώσσα είναι ανυψωμένη και η αναπνευστική παρεμπόδιση είναι ένας κίνδυνος. Ο ασθενής είναι πολύ βαριά με θερμοκρασία άνω των 38,2°C, με πόνο, τρυσμό των οδόντων και σιελόρροια. Η θεραπεία είναι χορήγηση αντιβίωσης και η παροχέτευση πρέπει να γίνει επί αποστήματος που αυτό βρίσκεται σπάνια.

δ) Λοιμώδης μονοπυρήνωση

Προκαλείται από τον ιό Epstein-Barr αν και παρόμοια ασθένεια μπορεί να προκληθεί από μόλυνση με μεγαλοκυτταριό. Είναι μολυσματική νόσος, κοινή στους νέους και από την προσωπική επαφή, όπως το φίλημα.

Η ασθένεια εμφανίζεται ως μια άτυπη καλοήθης μορφή λευχαιμίας. Άτυπα μονοπύρηννα κύτταρα σε μορφή λεμφοκυττάρων βρίσκονται στο 10-20% των λευκών στο αίμα και διηθούν το σπλήνα και τους λεμφαδένες και περιστασιακά το συκώτι, τον εγκέφαλο, τα νεφρά και το μυελό των οστών). Τα κύρια σύμπτωμα είναι επώδυνος λαιμός με υψηλό πυρετό, ανορεξία και γενική κακουχία. Οι αμυγδαλές διογκώνονται και καλύπτονται από έκκριμα. Οι αυχενικοί λεμφαδένες διογκωμένοι και ελαστικοί. Αναφυλαξία δέρματος, ήπιος ίκτερος, ιογενής μηνιγγίτιδα και απομακρυσμένη νευροπάθεια μπορούν να εμφανιστούν. Η παρατεταμένη αδυναμία και η κατάθλιψη περιπλέκουν συχνά την αποκατάσταση. Περισσότερα από 10% των μονοπύρηνων κυττάρων βρίσκονται στην εξέταση αίματος. Η δοκιμασία monostest είναι θετική, όπως είναι και η δοκιμασία Paul-Bunnell σε αραιώση μεγαλύτερη του 1:256. Η τελευταία δοκιμή είναι θετική σε λιγότερο από 80% των ασθενών. Η χολερυθρίνη και οι τρανσαμινάσες του ορού μπορούν να αυξηθούν ακόμη και χωρίς ίκτερο.

Η θεραπεία συνίσταται σε χορήγηση αντιβιοτικών, αποφυγή ampicillin που προκαλεί συχνά δερματική αναφυλαξία. Για να αποτρέψουμε την υποτροπή, οι ασθενείς δεν πρέπει να επανέλθουν στη δουλειά εάν υπάρχει επίμονη αδενοπάθεια.

ε) Τοξοπλάσμωση

Σε έναν ασθενή με όλες τις κλινικές εκδηλώσεις λοιμώδους μονοπυρήνωσης και αρνητικών των δοκιμασιών Paul-Bunnell και monostest, η διάγνωση της τοξοπλάσμωσης πρέπει να εξεταστεί. Οφείλεται στη μόλυνση με το μικρό πρωτόζωο *toxoplasma gondii*. Τα παιδιά μπορούν να το αποκτήσουν από τα κατοικίδια ζώα, δεδομένου ότι η μόλυνση είναι διαδεδομένη μεταξύ πολλών εσωτερικών και άγριων ζώων στην Ευρώπη και τη Νότια Αμερική. Οι έγκυες γυναίκες μπορούν να τον μεταφέρουν προς το έμβρυο προκαλώντας το θάνατο στο έμβρυο, την πρόωρη γέννηση ή την αποβολή του. Η διάγνωση γίνεται ορολογικά ή από τη βιοψία λεμφαδένων. Η ασθένεια μπορεί να διαρκέσει μερικές ημέρες ή λιγότερο, συνήθως εβδομάδες ή μήνες.

Η θεραπεία είναι χορήγηση pyrimethamine και σουλφοναμίδης.

στ) Ακτινομυκητίαση

Η μόλυνση οφείλεται στον ακτινομύκητα *Isaëli* και διακρίνουμε τρεις μορφές ανάλογα με την εντόπιση της νόσου: την τραχηλοπροσωπική, την πνευμονική και την γαστρεντερική. Η τραχηλοπροσωπική μορφή είναι συχνότερη στους αγρότες που πολλές φορές καθαρίζουν τα δόντια τους με κομμάτια από ξύλο μετά το φαγητό στο χωράφι ή με στάχτα που είναι μολυσμένα με τον ακτινομύκητα. Η τραχηλοπροσωπική μορφή συνήθως έχει πύλη εισόδου τερηδονισμένα δόντια. Παρουσιάζεται σαν φλεγμονώδης διόγκωση στη περιοχή μεταξύ τραχήλου και κάτω γνάθου που υπερβαίνει σε διάρκεια την εβδομάδα. Τελικά εξελκώνεται και στη καλλιέργεια του εκκρίματος βρίσκουμε τον μύκητα. Η θεραπεία είναι χορήγηση αντιβίωσης (η tetracycline είναι φάρμακο εκλογής) και χειρουργική παροχέτευση του αποστήματος.

ζ) Βρουκέλλωση

Ο οικοδεσπότης για τη *brucella bonis* είναι η αγελάδα, για τη *brucella suis* ο χοίρος και για τη *brucella melitensis* η αίγα. Ο άνθρωπος μολύνεται με τη βρουκέλλα με την επαφή ή με τη κατανάλωση προϊόντων από τα ζώα αυτά. Είναι πιο κοινή στους αγρότες, τους κτηνιάτρους και τους εργαζομένους σε σφαγεία.

Τα ποικίλα συμπτώματα καθιστούν τη διάγνωση δύσκολη. Τα κοινά συμπτώματα είναι: ένας ανεξήγητος πυρετός του τύπου Ebstein-Barr που συνεχίζεται για μερικές εβδομάδες και υποχωρεί μόνο για να επιστρέψει μερικές εβδομάδες αργότερα, ιδρώτας, αδυναμία, κούραση, ανορεξία, επώδυνος λαιμός, έντονες αρθραλγίες και πονοκέφαλος. Η κλινική εξέταση αποκαλύπτει, ηπατο-σπληνομεγαλία, αρθραλγία και διόγκωση των λεμφαδένων. Η διάγνωση στηρίζεται κατά ένα μεγάλο μέρος στην υποψία και επιβεβαιώνεται από τις δοκιμές συγκόλλησης.

Η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση αντιβιοτικών. Η οξεία μορφή αποκρίνεται στη tetracycline και τη chloramphenicol, αλλά η χρόνια μορφή είναι ανθεκτική.

η) Σαρκοείδωση

Η σαρκοείδωση που παρουσιάζεται σαν αυχενική αδενίτιδα χωρίς άλλη εκδήλωση της ασθένειας είναι εξαιρετικά σπάνια. Οι αδένες του λαιμού δεν περιλαμβάνονται συχνά στη πάθηση αυτή ακόμα και όταν γενικεύεται. Επομένως, είναι σχεδόν αδύνατο να γίνει προεγχειρητικά η διάγνωση και απαιτείται πάντα βιοψία. Το ιστολογικό χαρακτηριστικό είναι η απουσία αποτιτανώσεων. Η διάγνωση μπορεί να επιβεβαιωθεί από τη δερματική δοκιμασία Kveim.

III) ΣΥΜΠΑΓΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

Οι συμπαγείς όγκοι του τραχήλου προέρχονται από τους ιστούς του τραχήλου και είναι καλοήθεις και κακοήθεις. Συχνότεροι είναι οι προερχόμενοι από το λεμφικό και νευρικό ιστό και τους σιελολόγους αδένες.

A) ΟΓΚΟΙ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ

Όγκοι των περιφερικών νεύρων

Η νευρική ακρολοφία διαφοροποιείται στα κύτταρα Schwann και τους συμπαθητικοβλάστες. Τα τελευταία μετατρέπονται σε παραγαγγλιακά κύτταρα από τα οποία προκύπτουν τα χημειοδεκτόματα, οι όγκοι των αρτηριοβλεβιδίων, και τα γαγγλιακά κύτταρα από τα οποία προκύπτει το καλόηθες και κακόηθες γαγγλίωμα. Το κύτταρο Schwann προκαλεί το νευριλίωμα (neurilemoma) και τα νευροϊνώματα που είναι σπάνια. Αποτελούν περίπου το 1% όλων των όγκων της κεφαλής και του λαιμού. Το λεπτό εξωτερικό φύλλο του νεύρου καλείται νευριλίωμα και η εσωτερική θήκη Schwann είναι το νευρείλημα. Οι όγκοι που προκύπτουν από την εσωτερική θήκη των νεύρων καλούνται συχνά νευριλινώματα. Το σωστό όνομα είναι νευρίνωμα και είναι κλινικά διαφορετικοί από το νευροϊνωμα.

Οι περιφερικοί όγκοι των νεύρων είναι πιο κοινοί στο κεφάλι και το λαιμό από το υπόλοιπο σώμα και είναι οι πιο συχνοί στο πλάγιο μέρος του λαιμού. Προέρχονται από το αυχενικό και βραχιόνιο πλέγμα και την ένατη εγκεφαλική συζυγία, αλλά συνηθέστερα από το πνευμονογαστρικό μέσα στην καρωτιδική θήκη. Είναι όλοι πιο συχνοί στις γυναίκες από τους άνδρες.

Ιστολογικά, τα νευρινώματα παρουσιάζονται στις καλά ανεπτυγμένες κυλινδρικές ζώνες των κυττάρων του Schwann και των λεπτών ινών συνδετικού ιστού, με τάση προς τους πυρήνες για μια κεντρική μάζα του κυτταροπλάσματος (οργανισμοί Verocay). Αυτό είναι γνωστό ως ιστός τύπου A του Antoni ενώ ο ιστός B τύπων του Antoni είναι ένα αόριστα τακτοποιημένο stroma, στο οποίο οι ίνες και τα κύτταρα δεν διαμορφώνουν κανένα διακριτικό σχέδιο. Αυτοί οι δύο τύποι μπορούν να αναμιχθούν με τον ένα να υπερισχύει.

Τα νευροϊνώματα παρουσιάζουν συμπαγή σύσταση των κυττάρων. Μπορούν να παρουσιασθούν ως δερματικές ή υποδόριες μάζες ή ως βαθύ πλεγματομορφο νεύρωμα που περιλαμβάνει σημαντικούς κορμούς νεύρων. Άλλοι νευρογαγγλιακοί όγκοι (Schwannoma, glioma, μηνιγγίωμα, paraganglioma, neurophaeni) εμφανίζονται συχνότερα στους ασθενείς με νευροϊνωμάτωση, απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό. Αυτό υποδηλώνει ότι τα νευροϊνώματα προέρχονται από ένα νευροβλάστωμα ή ανώμαλα μεταναστεύοντα νευρικά κύτταρα της ακρολοφίας.

Το γαγγλίωμα καλείται επίσης γαγγλιονεύρωμα και είναι πολύ σπάνιο. Προκύπτουν συνήθως από ένα αυχενικό συμπαθητικό γάγγλιο, είναι σταθερή, ομαλή διόγκωση με κάψα και μικροσκοπικά περιέχει κύτταρα γαγγλιακά και νευρίτες. Στο 25% υπολογίζεται ότι είναι κακοήθη και τα νευροβλαστώματα αυτά αυξάνονται αδυσόπητα.

Τα μετεγχειρητικά νευρινώματα είναι αποτέλεσμα του ακρωτηριασμού ή του τραυματισμού του νεύρου. Δεν είναι αληθινοί όγκοι αλλά αντιπροσωπεύουν τις προσπάθειες από το κομμένο νεύρο να επισκευαστεί ο κυλινδρικός άξονας, οπότε γίνεται μπέρδεμα στα κύτταρα Schwann και τον ινώδη ιστό του τραύματος. Εάν αυτή η διαδικασία γίνεται υπερενεργητική το νευρίνωμα γίνεται κλινικά εμφανές.

Η κακοήθης εξαλλαγή στους όγκους της θήκης των νεύρων στο κεφάλι και το λαιμό είναι πολύ σπάνια: μόνο μια σαρκωματοώδης εξαλλαγή σε μία σειρά 303 όγκων των νεύρων έχει αναφερθεί. Αλλά γενικά τέτοια εξαλλαγή εμφανίζεται στο 10-15% των ασθενών. Το μόνο πράγμα που διαφοροποιεί ένα νευρογενές σάρκωμα από ένα ινοσάρκωμα είναι η προέλευσή του από έναν κορμό νεύρων.

Η χειρουργική επέμβαση στη νευροϊνωμάτωση δεν προδιαθέτει στη σαρκωματοώδη αλλαγή. Η ταχεία ανάπτυξη υποδηλώνει κακοήθη εξαλλαγή. Ο πόνος και η παραισθησία εμφανίζονται όταν περιλαμβάνεται

νεται ένα μεγάλο νεύρο. Αυτοί οι όγκοι δεν δίδουν μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες, αλλά στους πνεύμονες. Δύο στους τρεις υποτροπιάζουν τοπικά και μπορούν να δώσουν μεταστάσεις αργότερα. Οι χαμηλής βαθμίδας όγκοι αυξάνονται αργά και οι αναπλαστικοί γρήγορα. Οι όγκοι αυτοί αυξάνονται αργά για μία περίοδο ετών, χωρίς συμπτώματα σαν μια ανώδυνη μάζα του λαιμού. Όσο ο όγκος παραμένει καλοήθης δεν υπάρχει καμία παρέμβαση στη λειτουργία των νεύρων εκτός από την πίεση στη συμπαθητική αλυσίδα που παρουσιάζεται σύντομα ως σύνδρομο Horner. Ακόμα και όταν ο όγκος γίνεται κακοήθης, το νεύρο μπορεί να λειτουργήσει ακόμα και όταν φθάνει ο όγκος σε μεγάλο μέγεθος. Η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνει από τις άλλες πλάγιες τραχηλικές μάζες και χρειάζεται συνήθως αγγειογράφημα. Εάν ο όγκος παρουσιάζεται ως φαρυγγική μάζα η διαφορική διάγνωση θα γίνει από άλλους παραφαρυγγικούς όγκους, όπως παρωτίδα, όγκοι δευτερευόντων σιελογόνων αδένων, χημιοδέκτωμα, λέμφωμα και *hibernoma*.

Η διάγνωση ενός όγκου των νεύρων γίνεται με βιοψία. Το νεύρο από το οποίο εμφανίζεται ο όγκος παρουσιάζει εμφανή διαταραχή της λειτουργία του, μόνο στο 1/4 των ασθενών. Το νεύρο μπορεί να τενωθεί πέρα από την κάψα του όγκου. Συνήθως ο όγκος μπορεί να βρεθεί στον κεντρικό πυρήνα του νεύρου. Κάθε προσπάθεια πρέπει να καταβληθεί να διατηρηθεί το νεύρο. Τα μετεγχειρητικά νευρινώματα πρέπει να αφαιρεθούν για βιοψία, ώστε να διακριθούν από την υποτροπή του όγκου.

Η καλύτερη θεραπεία για τους κακοήθεις όγκους των νεύρων είναι η συνολική αφαίρεση της περιοχής. Το ποσοστό θεραπείας κυμαίνεται από 80% για τα καλά διαφοροποιημένα κακοήθη νευρινώματα, σε μόνο 20% για τον αδιαφοροποίητο τύπο.

Χημιοδέκτομα

Είναι όγκοι που προέρχονται από τους χημειοϋποδοχείς. Αυτοί είναι φωλιές μη-χρωμόφιλων παραγαγγλιακών κυττάρων που προέρχονται από τη νευρική ακρολοφία και βρίσκονται στο καρωτιδικό σωματίο, στην κοιλότητα του μέσου αυτιού, στο τόξο της ανιούσης αορτής, στην αορτή, στην έκφυση των πνευμονικών αρτηριών και στο βλεφαρικό γάγγλιο. Τα κύτταρα του καρωτιδικού σωματίου ενεργούν ως χημειοϋποδοχείς και οι όγκοι των ονομάστηκαν χημιοδεκτόματα. Υπάρχει μια υψηλή συχνότητα του χημιοδεκτομάτων στο Περού, όπου το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού ζει σε ύψη 2000-5000 μέτρα. Αυτό οφείλεται πιθανώς στο γεγονός ότι η χρόνια υποξία στα μεγάλα ύψη οδηγεί στην υπερπλασία του καρωτιδικού σωματίου. Ένα αυξημένο ποσοστό έχει σημειωθεί επίσης και σε άλλες περιοχές μεγάλου ύψους όπως το Κολοράντο και η Πόλη του Μεξικού.

Σε άλλες περιοχές αυτός ο όγκος είναι σπάνιος: έχουν περιγραφεί μόλις 500 περιπτώσεις στη βιβλιογραφία. Η μέση ηλικία εμφάνισης του κυμαίνεται από 35 έως 50 έτη. Η νεώτερη αναφερθείσα περίπτωση είναι 12 έτη. Η επίπτωση στα δύο φύλα είναι κατά προσέγγιση ίση. Υπάρχει στο 10% των περιπτώσεων μια εντυπωσιακή οικογενειακή επιβάρυνση. Υπάρχει μια τάση αμφοτερόπλευρης ανάπτυξης και ταυτόχρονη ανάπτυξη φαιοχρωμοκύττωματος. Στο 25% είναι αμφοτερόπλευρος χωρίς οικογενειακό ιστορικό.

Παρουσιάζεται σαν ωοειδής όγκος, σταθερά προσκολλημένος στη διακλάδωση της κοινής καρωτιδικής αρτηρίας, αλλά σπάνια αυξάνεται σε περισσότερα από 4-5cm. Η επιφάνεια είναι ομοιογενής, στερεά και έχει χρώμα γκρίζο-καφετί.

Ιστολογικά παρουσιάζει χαρακτηριστική ομοιότητα στην αρχιτεκτονική του κανονικού καρωτιδικού σωματίου, με μεγάλα ομοιόμορφα επιθηλιοειδή κύτταρα που περιβάλλονται από ένα αγγειακό στρώμα. Υπάρχουν τριχοειδή αγγεία στα ινώδη διαφράγματα μεταξύ των φολιών των κυττάρων.

Οι αποδεδειγμένες μεταστάσεις είναι πολύ σπάνιες. Έχουν αναφερθεί μόνο 30 περιπτώσεις. Δεν έχει υπάρξει καμία έκθεση νεκρωσίας στην οποία ο θάνατος του ασθενή να αποδόθηκε σε χημειοδέκτομα του καρωτιδικού σωματίου. Πολλές από τις περιπτώσεις που θεωρήθηκαν κακοήθεις έχουν αποδειχθεί στην πραγματικότητα ότι οφείλονται σε μεταστάσεις από ένα θηλώδες καρκίνωμα του θυρεοειδή.

Χαρακτηρίζεται σαν ανώδυνη διόγκωση στο λαιμό που είναι προφανής στην περιοχή του καρωτιδικού βολβού. Η διόγκωση κινείται από τη μία πλευρά στην άλλη αλλά όχι πάνω-κάτω. (αυτό δεν είναι πολύ χρήσιμο διαγνωστικό σημείο, επειδή σχεδόν όλες οι διογκώσεις του λαιμού σε αυτή τη περιοχή παρουσιάζουν την ίδια κινητικότητα). Υπάρχει πάντα μια μακροχρόνια ιστορία που ποικίλλει από 4-5 μέχρι 7 χρόνια. Αυτό είναι χρήσιμο στη διαφοροποίηση μιας διόγκωσης στη περιοχή αυτή από ένα λέμφωμα ή έναν μεταστατικό αδένα, αλλά είναι συμβατό με ένα φυματιώδη αδένα ή μια βραγχιακή κύστη. Περίπου το 30% των ασθενών έχουν μια φαρυγγική μάζα που ωθεί την αμυγδαλή στο κέντρο και μπροστά. Η κανονική περιοχή της αύξησης του όγκου είναι από την εσωτερική πτυχή της εγκοπής της διακλάδωσης της καρωτιδικής αρτηρίας που προκαλεί τη μετατόπιση και το χωρισμό της σε έσω και έξω καρωτιδικών αρτηριών. Εάν η αύξηση εμφανίζεται κυρίως στη διάμεση πλευρά (που είναι η συνηθισμένη πλευρά προέλευσης) μια φαρυγγική διόγκωση εμφανίζεται χωρίς την πλευρική διόγκωση του λαιμού. Ο όγκος μπορεί να μεγαλώσει προς στη βάση του κρανίου.

Η μάζα είναι σκληρή και ελαστική και καταδεικνύει συνήθως επέκταση του παλμού. Ένα φύσημα μπορεί να είναι παρόν και η μάζα μπορεί να μειωθεί στο μέγεθος με την καρωτιδική συμπίεση και ξαναγεμίζει σταδιακά με κάθε παλμό. Σπάνια, οι ασθενείς παραπονιούνται για ήπια δυσφαγία ή ταλαιπωρία. Οι μεγάλοι όγκοι μπορούν να περιλάβουν την ένατη, δέκατη, ενδέκατη και δωδέκατη εγκεφαλική σύζυγία και περιστασιακά τη συμπαθητική αλυσίδα. Επίσης κατά την ψηλάφηση της μάζας μπορεί να προκληθεί βραδυκαρδία μέχρι και ανακοπή.

Η διάγνωση συνήθως λανθασμένα γίνεται με βιοψία της μάζας του λαιμού. Η διάγνωση μπορεί να γίνει από το ιστορικό μιας από μακρού υφιστάμενης μάζας του λαιμού σε νέο ασθενή και με τη φυσική εξέταση. Όποτε υπάρχει υποψία ένα καρωτιδικό αγγειογράφημα πρέπει να γίνει για τους παρακάτω λόγους:

1. Για να εξετάσουμε εάν υπάρχει χωρισμός της έσω και έξω καρωτιδικών αρτηριών και την αιματική κυκλοφορία στη μάζα. Το αγγείο σίτισης προκύπτει από την έξω καρωτιδική ή σπονδυλική αρτηρία.
2. Για να καθορισθεί η έκταση του όγκου.
3. Για να δει εάν υπάρχει διαγόνια κυκλοφορία. Εάν ο όγκος πρόκειται να εξαιρεθεί είναι ουσιαστικό να ξέρουμε τη διαγόνια κυκλοφορία, έτσι ώστε ο ασθενής και ο χειρουργός να μπορούν να ισορροπήσουν τον κίνδυνο της εγχείρησης ενάντια στα πιθανά οφέλη.

Ένα αγγειογράφημα των καρωτιδίων στους νέους εγκυμονεί πολύ λίγο κίνδυνο. Ο ακτινολόγος πρέπει να χρησιμοποιήσει γρήγορη έγχυση και τη γρήγορη τμηματική μαγνητοσκόπηση. Στη τριχοειδή φάση οι

φλέβες αποχέτευσης είναι συνήθως διευρισμένες. Η διαφοροποίηση μεταξύ του χημειοδεκτώματος και του όγκου *glomus vagale* στηρίζεται μόνο στη θέση του όγκου. Η τεχνική μπορεί να ενισχυθεί με την χρήση των τεχνικών αφαίρεσης. Πρέπει να αποφεύγουμε τη διαδεσμική βιοψία που είναι επικίνδυνη και συχνά άχρηστη.

Από το 1930 ως το 1950 οι διάφορες αναφερόμενες σειρές ανέβαζαν το ποσοστό θνησιμότητας περίπου στο 35% και το ποσοστό νοσηρότητας στο 45% συμπεριλαμβανομένης της συχνής ημιπληγίας. Με τις προόδους της αγγειακής χειρουργικής, τη καρωτιδική παράκαμψη, την υποθερμία και τη καλύτερη κατανόηση της φυσιολογίας της εγκεφαλικής ροής αίματος, η θνησιμότητα από την εγχείρηση έχει πέσει εντυπωσιακά. Οι περισσότεροι σήμερα συμφωνούν ότι μόνη η παρουσία ενός καρωτιδικού όγκου δεν δικαιολογεί μια προσπάθεια αφαίρεσης του, αλλά η αφαίρεση πρέπει να γίνεται σε:

1. Όγκους εξαιρεσίμους που ιστολογικά και κλινικά είναι κακοήθεις.
2. Όγκους που αυξάνονται ταχέως.
3. Ασθενείς σε καλή γενική κατάσταση <50 ετών με μικρό ή μεσαίο όγκο.
4. Όγκους που έχουν επεκταθεί στο φάρυγγα και τον ουρανίσκο και παρεμποδίζουν τη κατάποση, την ομιλία και την αναπνοή.

Δεδομένου ότι κανένας ασθενής δεν έχει πεθάνει από τον όγκο, οι ενδείξεις για τη χειρουργική επέμβαση πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο συντηρητικές.

Αρχικά θεωρήθηκε ότι το χημειοδέκτομα και όλοι οι σχετικοί όγκοι ήταν ακτινο-ανθεκτικοί, αλλά μερικοί έχουν αποδειχθεί τώρα ότι ανταποκρίνονται στην ακτινοθεραπεία. Η ακτινοθεραπεία πρέπει επομένως να χρησιμοποιηθεί στους ασθενείς που πρέπει να γίνει χειρουργική επέμβαση αλλά την αρνούνται.

Όγκοι Vagale Glomus

Ο όγκος αυτός είναι εξαιρετικά σπάνιος. Παρουσιάζεται ως μάζα στη γωνία του σαγονιού, θέση μάλλον πάρα πολύ υψηλή για χημειοδέκτομα και πάρα πολύ χαμηλή για παρωτιδικό νεόπλασμα. Μερικοί αναφέρουν πόνο και ταλαιπωρία και σε μερικές περιπτώσεις μια παραισοφαγική μάζα. Η αγγειογραφία παρουσιάζει ανώμαλη κυκλοφορία από εξωτερική πίεση στη καρωτίδα, σε μια υψηλότερη θέση από αυτή ενός καρωτιδικού όγκου. Μετά από την αφαίρεση ο ασθενής θα έχει φωνητική παράλυση και πρέπει να προσφερθεί σύντομα μια έγχυση τεφλόν μετά την εγχείρηση για να τη βελτιώσει.

B) ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΜΑΖΕΣ ΛΑΙΜΟΥ

Η πιο συχνή κακοήθης πάθηση του λαιμού είναι το μεταστατικό καρκίνωμα στους λεμφαδένες. Πολλά καρκινώματα του κεφαλιού και του τραχήλου σύντομα ή αργότερα εμφανίζουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες του λαιμού.

Μάζα τραχηλικών λεμφαδένων

Γίνεται γενικά αποδεκτό, τουλάχιστον από τους χειρουργούς, ότι απαιτείται χειρουργική επέμβαση για να ελεγχθούν οι μεταστάσεις σε ομάδα λεμφαδένων στο λαιμό. Η τυποποιημένη χειρουργική τακτική για την εξέταση των μεταστατικών αδένων στο λαιμό είναι αυτή της ριζικής εκτομής που περιγράφηκε από

το Crile το 1906 και Hayes Martin. Αν και η τεχνική της ριζικής εκτομής είναι τυποποιημένη για πολλά έτη, διάφορες αλλαγές έχουν πραγματοποιηθεί μέσα στα τελευταία 10 με 15 έτη, ειδικότερα στη χρήση της συνδυασμένης προεγχειρητικής ακτινοθεραπείας και της χειρουργικής επέμβασης. Διάφορες τεχνικές τροποποιήσεις έχουν προταθεί για να μειώσουν τις επιπλοκές και να βοηθήσουν στη καλύτερη λειτουργική εκτομή του λαιμού.

Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών με καρκίνωμα της κεφαλής και του λαιμού πεθαίνουν λόγω υποτροπής στον αρχικό τόπο ή στο λαιμό ή και στα δύο. Οι αιτίες τέτοιας υποτροπής θα μπορούσαν να είναι ο ατελώς αφαιρεθείς όγκος στη περιφέρεια της εκτομής, ή η εμφύτευση κατά την εγχείρηση εμβόλων καρκινικών κυττάρων στις φλέβες και τα λεμφαγγεία. Μικρή δόση ακτινοθεραπείας (1000-2000 rad) αποστειρώνει το 98% περίπου των κυττάρων σ έναν όγκο. Θεωρητικά λοιπόν μειώνεται πολύ η πιθανότητα της υποτροπής χωρίς συγχρόνως να αυξήσει τη πιθανότητα των επιπλοκών. Πειραματικά στα ποντίκια έδειξε ότι η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία αύξησε το ποσοστό επιβίωσης.

Η συχνότητα σημαντικών επιπλοκών μετά από τη ριζική εκτομή του τραχήλου είναι αρκετά υψηλή και φθάνει το 20%. Επιπλέον 1-20% των ασθενών πεθαίνει από διάφορες επιπλοκές της εγχείρησης.

Οι σημαντικότερες θανατηφόρες επιπλοκές της ριζικής εκτομής του τραχήλου είναι η μόλυνση, η νέκρωση των δερματικών κρημών και η τρώση των καρωτιδικών αρτηριών. Είναι επίσης ευρέως γνωστό ότι αυτές οι επιπλοκές αυξάνονται από την προηγούμενη ακτινοθεραπεία. Δύο σημαντικές τροποποιήσεις της τεχνικής έχουν εισαχθεί κατά τη διάρκεια των τελευταίων 10 ετών για να καταπολεμήσουν τις σημαντικότερες θανατηφόρες επιπλοκές της εγχείρησης και τη προστασία της καρωτιδικής θήκης. Στον ασθενή που έχει ακτινοβοληθεί πρέπει να προστατεύεται η καρωτιδική θήκη.

Συντηρητική εκτομή του τραχήλου

Προσπάθειες έχουν γίνει να μειώσουν τη νοσηρότητα μετά από μια ριζική εκτομή του τραχήλου με τις αποκαλούμενες συντηρητικές τεχνικές. Η μακροπρόθεσμη νοσηρότητα μετά από τη ριζική εκτομή του τραχήλου, οφείλεται στην αφαίρεση τριών στοιχείων: του στερνοκλειδοματοειδή μυ, του πνευμονογαστρικού νεύρου και της έσω σφαγιτιδας φλέβας. Η αφαίρεση και των δύο έσω σφαγιτιδικών φλεβών μπορεί να προκαλέσει μια πολύ άσχημη διόγκωση του προσώπου, εκτός του κινδύνου από την αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης σε σπάνιες περιπτώσεις. Σε μια συντηρητική εκτομή του τραχήλου αφαιρούνται οι λεμφαδένες διατηρώντας το πνευμονογαστρικό νεύρο και την έσω σφαγιτιδα φλέβα, αλλά δεν είναι ακόμα σαφές εάν μια τέτοια εγχείρηση είναι ασφαλής.

Είναι φυσικά ευρέως γνωστό ότι μια περιορισμένη ανατομή του τραχήλου, είναι απαραίτητη στο θηλώδες καρκίνωμα του θυρεοειδούς αδένου, ένα όγκο που δεν σπάζει την κάψα του αδένου και επομένως μπορεί να υποστεί μια τροποποιημένη εκτομή του τραχήλου, χρησιμοποιώντας μια ενιαία εγκάρσια τομή διατηρώντας τον στερνοκλειδοματοειδή μυ, το πνευμονογαστρικό νεύρο και με ή όχι τη θυσία της έσω σφαγιτιδας φλέβας.

Ένα περαιτέρω πρόβλημα που συζητείται είναι η διάγνωση και η θεραπεία αρρώστων που βρίσκεται να έχουν μεταστατικό καρκίνωμα σε λεμφαδένες του τραχήλου, αλλά η αρχική εντόπιση είναι άγνωστη.

Ο καρκίνος που παρουσιάζεται με αδένου στο λαιμό και άγνωστη αρχική εντόπιση, εμφανίζεται κυ-

ρίως στους άνδρες (άνδρες\γυναίκες 4/1). Η ηλικία μεγαλύτερης επίπτωσης στους άνδρες είναι τα 65 και στις γυναίκες τα 55 χρόνια. Στο 1/3 έως 1/2 όλων των περιπτώσεων εμφανίζεται ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα και στο ¼ αδιαφοροποίητο ή αναπλαστικό καρκίνωμα.

Στο 1/3 περίπου των ασθενών ο αρχικός όγκος μπορεί να βρεθεί από την έρευνα κατά την διάρκεια της εμφάνισης του λεμφαδένα. Η πρωτοπαθής εστία κατά σειρά συχνότητας είναι: περιοχές της κεφαλής και του λαιμού (ρινοφάρυγγας στο 15%, θυρεοειδής αδένας στο 20%, σε αμυγδαλή στο 15%, βάση της γλώσσας, υπεργλωτιδικός λάρυγγας, βάση του στόματος, ουρανίσκος και απιοειδής βόθρος), πνεύμονας 20%, γαστρεντερικό 10% (οισοφάγος, στομάχι, πάγκρεας) και διάφορα 10% (μαστός, όρχεις).

Η προσεκτική εξέταση θα αποκαλύψει αργότερα μια αρχική περιοχή στο 1/3 των ασθενών. Αυτές οι αρχικές περιοχές μάλλον συχνότερα βρίσκονται στο κεφάλι και το λαιμό από οπουδήποτε αλλού που προαναφέραμε.

Παλαιότερα ένας κακοήθης αδένας στο λαιμό ονομαζόταν βραγχιογενές καρκίνωμα, που προέρχεται από βραγχιογενή υπολείμματα. Από το Chile καταγράφηκαν ως βραγχιογενή καρκινώματα 28 περιπτώσεις, αλλά καμία πραγματική αναζήτηση δεν έγινε για αρχικό όγκο. Η μύτη και ο λαιμός εξετάστηκαν σε μερικούς μόνο ασθενείς. Ακτινογραφίες θώρακος λήφθηκαν σε 11 μόνο (και σε 3 από αυτούς είχαν μεταστάσεις που μπορεί αυτό να ήταν η αρχική εστία από το πνεύμονα). Συμπεραίνομε λοιπόν ότι πολλοί ασθενείς του Chile με κακοήθη λεμφαδένα στο τράχηλο θεωρήθηκαν ότι έχουν βραγχιογενές καρκίνωμα, αλλά θα μπορούσε να ήταν μεταστατικό δεδομένου ότι οι παραπάνω ασθενείς είχαν φτωχή επιβίωση. Ο Hayes Martin αντίπαλος αυτής της πολιτικής, υποστήριξε έντονα ότι μια βιοψία πρέπει να είναι η τελευταία έρευνα που γίνεται και ότι μια αναζήτηση ενός αρχικού όγκου πρέπει να γίνει. Έδειξε ότι αυτοί οι όγκοι ήταν ουσιαστικά πάντα δευτεροπαθείς, αν και δήλωσε ότι ένα βραγχιογενές καρκίνωμα είναι μια πραγματική οντότητα.

Η διάγνωση του βραγχιογενούς καρκινώματος είναι σωστή στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. *Επιβίωση χωρίς υποτροπή για 5 έτη μετά από τη χειρουργική αφαίρεση.*
2. *Απόδειξη με σωστό έλεγχο, ότι το στόμα, ο φάρυγγας, ο λάρυγγας, η τραχεία, ο οισοφάγος, οι πνεύμονες, ρινοφάρυγγας, οι αμυγδαλές, οι σιελογόνοι αδένες και ο θυρεοειδής αδένας είναι απαλλαγμένοι από καρκίνο. Οι ρινικοί κόλποι, ακόμη και εκείνοι οι πιο προσιτοί στον ιατρό, ανοίγουν σπάνια. Ένα μικροσκοπικό επιθηλίωμα των αμυγδαλών, ένας μικροσκοπικός καρκίνος του θυρεοειδούς αδένος ή ένα μικροσκοπικό καρκίνωμα της κορυφής των πνευμόνων, μπορούν να απαιτήσουν την ανίχνευσή τους. Καμία καταγραμμένη περίπτωση του βραγχιογενούς καρκινώματος δεν έχει ικανοποιήσει αυτό το κριτήριο.*
3. *Ανάπτυξη καρκινώματος σε μια βραγχιακή κύστη που είναι γνωστή και ο ασθενής που επιζεί για 5έτη ελεύθερος συμπτωμάτων.*
4. *Ιστολογική απόδειξη προέλευσης από βραγχιακά υπολείμματα*
5. *Ο όγκος πρέπει να βρίσκεται στα όρια του στερνοκλειδομαστοειδή μυός.*

Οι όγκοι που ικανοποιούν όλα τα ανωτέρω κριτήρια είναι εξαιρετικά σπάνιοι, αλλά μερικές περι-

πτώσεις έχουν καταγραφεί που φαίνονται πιθανές να είναι αληθινά βραγχογενή καρκινώματα.

Τα βήματα που ακολουθούνται είναι εκείνα που χρησιμοποιούνται στις έρευνες για οποιοδήποτε ασθηνή με όγκο στο λαιμό. Στους ασθενείς με πιθανή δευτεροπαθή νόσο στους αυχενικούς λεμφαδένες, οι περιοχές που καλύπτονται περιλαμβάνουν:

1. κεφάλι και λαιμός (Επισκόπηση, ψηλάφηση, ακτινολογία, ενδοσκόπηση, βιοψία, κυτταρολογία,)
2. Αυχενικοί λεμφαδένες
3. Άλλες αρχικές περιοχές (Γενική φυσική εξέταση, ακτινολογία, εργαστηριακές δοκιμές, ενδοσκόπηση, βιοψία, κυτταρολογία)

Η ενδοσκόπηση πρέπει να είναι προσεκτική και να περιλάβει ιδιαίτερα κατά την εξέταση το ρινοφάρυγγα, τους βρόγχους και τον οισοφάγο. Εάν κανένας αρχικός όγκος δεν βρίσκεται, μια τυφλή βιοψία πρέπει να ληφθεί από το βόθρο του Rosenmuller στην ίδια πλευρά με τον αδένα, τη βάση της γλώσσας και τον αποειδή βόθρο στην ίδια πλευρά. Είναι επίσης προτιμητέο να αφαιρεθεί η αμυγδαλή στην ίδια πλευρά και να εξετασθεί.

Η χρώση με μπλε της toluidine μπορεί να παρουσιάσει περιοχές ανώμαλου επιθηλίου στις περιοχές που κανονικά έχουν ακανθοκυτταρικό επιθήλιο, όπως η γλώσσα, αλλά είναι σημαντικά περιορισμένη στις περιοχές όπως ο λάρυγγας που κανονικά έχουν εν μέρει αναπνευστικό επιθήλιο.

Εάν η ανωτέρω αγωγή με τη κλινική εξέταση και την ενδοσκόπηση δεν δώσει μια απάντηση στην περιοχή του αρχικού όγκου πρέπει να γίνεται βιοψία του αδένα. Αξιόπιστα και θετικά αποτελέσματα μπορούν να επιτευχθούν με τη βιοψία δια βελόνης στο 70-90% των ασθενών.

Εάν η βιοψία με βελόνα αποτύχει πρέπει να γίνει βιοψία ολοκλήρου του λεμφαδένα. Ακόμα και τότε μπορούν να υπάρξουν σοβαρές συνέπειες της εκτομής όπως:

1. Τοπική και ενδεχομένως γενική διασπορά της ασθένειας.
2. Απόφαση για ριζική εκτομή τραχήλου ή ακτινοβολίας.
3. Ανάπτυξη πρόσθετου ινώδους ιστού, που προκαλεί δυσκολία στην ακριβή ψηλάφηση.
4. Μια ψεύτικη αίσθηση ασφάλειας από τον ασθενή, που θεωρεί ότι ο όγκος έχει αφαιρεθεί.

Για τους προαναφερθέντες λόγους η βιοψία λεμφαδένα στο λαιμό, σπάνια πρέπει να είναι απαραίτητη και ισχύει η δήλωση του Hayes Martin, ότι αληθινά διογκωμένος λεμφαδένας δεν πρέπει ποτέ να αφαιρεθεί ως πρώτο βήμα, αλλά ως τελευταία λύση.

Σε διηθημένο τραχηλικό λεμφαδένα με αληθινά άγνωστη αρχική βλάβη σχεδόν πάντα χρησιμοποιείται ακτινοθεραπεία. Εάν ο όγκος είναι μεγάλος και η βιοψία παρουσιάζει ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα με ρήξη της κάψας, η ακτινοθεραπεία πρέπει να πραγματοποιηθεί. Εάν ένας αδένας στο ανώτερο μέρος του λαιμού υπάρχει, μια ριζική τραχηλική εκτομή πρέπει να πραγματοποιηθεί, ενώ εάν υπάρχουν περισσότεροι από ένας αδένες, ή αδένες στο χαμηλότερο μέρος του λαιμού, δίνεται ακτινοθεραπεία. Οι υποκλείδιοι αδένες δεν αντιμετωπίζονται περαιτέρω διότι είναι δευτεροβάθμιοι από ένα σπλαγγικό καρκίνωμα. Αυτή η πολιτική παρέχει ένα ποσοστό επιβίωσης περίπου 35%.

Οι κύριες ενδείξεις για την αφαίρεση των τραχηλικών λεμφαδένων με άγνωστη την πρωτοπαθή εστία είναι:

1. Σε αποτυχία της ακτινοβολίας, όταν οι λεμφαδένες είναι ακόμη εξαίρεσιμοί και κατά προτίμηση σε μια πλευρά μόνο.
2. Σε μια ενιαία μεγάλη καθορισμένη με σαφήνεια και εξαίρεσιμη μάζα λαιμού διαμέτρου $>5\text{cm}$.
3. Όπου η βιοψία αυξάνει την υποψία ενός αρχικού όγκου στο θυρεοειδή αδένα ή έναν σημαντικό σιελογόνο αδένα.
4. Στη πολύ σπάνια περίπτωση βραγχιογενούς καρκινώματος.

Σε εκείνους τους ασθενείς όπου ο αρχικός όγκος δεν βρίσκεται είναι ουσιαστικό να επαναληφθεί η αναζήτηση ενός αρχικού όγκου ανά τακτά διαστήματα αφ' ότου έχουν αντιμετωπιστεί οι λεμφαδένες. Μεγάλες σειρές έχουν δείξει ότι η αρχική εστία βρέθηκε αργότερα σε 40% περίπου, ενώ ένα 40% πέθαναν από τη μεταστατική νόσο χωρίς κανένα στοιχείο για την αρχική εστία και το 20% επιβίωσαν χωρίς κανένα στοιχείο κακοήθειας. Η παρακολούθηση των επιζώντων πρέπει να γίνεται για πολύ μακρό χρόνο. Ιδιαίτερα εάν είναι στην αμυγδαλή, μπορεί να μην εμφανιστεί για πολλά χρόνια.

Αμφοτερόπλευρα διηθημένοι λεμφαδένες εμφανίζονται στο 5% περίπου, των καρκίνων κεφαλής και του τραχήλου συνολικά. Συχνότερα εμφανίζονται σε όγκους της βάσης της γλώσσας, του υπεργλωττικού λάρυγγα και του υποφάρυγγα. Γενικά συμφωνείται ότι η παρουσία αμφοτερόπλευρα διηθημένων λεμφαδένων του λαιμού είναι ένα πολύ κακό προγνωστικό σημάδι και τα ποσοστά επιβίωσης μειώνονται στο 5% περίπου. Παρά αυτό το χαμηλό ποσοστό επιβίωσης πολλοί χειρουργοί συμβουλεύουν την αμφίπλευρη εκτομή τραχήλου ταυτόχρονα ή σε δύο χρόνους.

Τα τελευταία 10 χρόνια οι περισσότεροι εκτιμούν ότι είναι δυνατό να πραγματοποιηθεί μια εκτομή τραχήλου και από τις δύο πλευρές στην ίδια συνεδρία με σχετική ασφάλεια, αν και το ποσοστό επιπλοκών μπορεί να είναι υψηλό. Ο σχηματισμός συριγγίων, η σηψαιμία, η νέκρωση του δέρματος, οίδημα του προσώπου που επιμένει είναι οι σημαντικότερες επιπλοκές. Η μετεγχειρητική θνησιμότητα είναι 50%

Η επιπλοκή που φοβούμεθα μετά από τον αμφοτερόπλευρο λεμφαδενικό καθαρισμό του τραχήλου είναι η αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης. Έχει αποδειχθεί ότι η απολίνωση της μιας έσω σφαγήτιδας φλέβας παράγει τριπλάσια αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης, ενώ η απολίνωση και των δύο παρουσιάζει πενταπλάσια αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης, η οποία τείνει να μειωθεί μέσα στις 8 πρώτες μετεγχειρητικές μέρες, αλλά δεν φθάνει ποτέ στα κανονικά επίπεδα. Η πίεση πέφτει αρκετά γρήγορα στις πρώτες 12 ώρες, έτσι εάν ο ασθενής διατηρηθεί κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου είναι πιθανό να αποφύγει το κίνδυνο. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για να αποφύγουμε αυτή την επιπλοκή περιλαμβάνουν την αποφυγή πιεστικής περίδεσης του τραχήλου, και ενδοφλέβια έγχυση υπέρτονου διαλύματος γλυκόζης. Πρέπει να σημειωθεί ότι η θεραπεία και η πρόγνωση για έναν ασθενή στον οποίο ένας αδένας εμφανίζεται στην άλλη πλευρά του λαιμού σε δεύτερο χρόνο, είναι αρκετά διαφορετική από τον ασθενή που πάσχει από αμφοτερόπλευρη διόγκωση λεμφαδένων. Το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης 30% μπορεί να επιτευχθεί στη περίπτωση αυτή.

Καθλωμένοι λεμφαδένες (N₃)

Η παρουσία καθλωμένων λεμφαδένων είναι ασυνήθιστο γεγονός και εμφανίζεται περίπου στο 5%

των ασθενών με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου. Ένας αδένας είναι απίθανο να είναι καθηλωμένος έως ότου γίνει πολύ μεγάλος (διάμετρος >6cm) και σπάνια όταν είναι μικρότερος. Γενικά έχει θεωρηθεί ότι η παρουσία καθηλωμένων λεμφαδένων αποτελεί αντένδειξη χειρουργικής επέμβασης, αλλά αυτό δεν ισχύει απόλυτα. Εάν ο όγκος διηθεί τη σφαγήτιδα φλέβα, ο ασθενής είναι σχεδόν βέβαια ανίατος, δεδομένου ότι σχεδόν όλοι οι ασθενείς θα πεθάνουν από τοπική υποτροπή, ή από μακρινές μεταστάσεις ή και τα δύο. Πρέπει επομένως τέτοια διήθηση να αποτελεί αντένδειξη για χειρουργική αφαίρεση.

Η καθήλωση στη βάση του κρανίου στην περιοχή της μαστοειδούς απόφυσης και στο βραχιόνιο πλέγμα είναι επίσης αντένδειξη για εγχείρηση. Η καθήλωση αντίθετα στο δέρμα δεν είναι αντένδειξη και ο όγκος πρέπει να αφαιρείται μαζί με το δέρμα. Στην περίπτωση, αυτή μπορεί να μην επηρεάζει τη μακροχρόνια επιβίωση αλλά βελτιώνει την κατάσταση ως παρηγορητική θεραπεία.

Μια ανασκόπηση ενός μικρού αριθμού ασθενών με καθηλωμένους λεμφαδένες, που αντιμετώπισθηκαν με προεγχειρητική ακτινοθεραπεία και χειρουργική επέμβαση, έδειξε ότι μερικοί ασθενείς επέζησαν. Σε αυτούς η εξέταση του όγκου μετά από τη ριζική εκτομή έδειξε ότι ο όγκος ήταν αποστειρωμένος από την ακτινοθεραπεία. Οι υπόλοιποι ασθενείς όλοι πέθαναν. Όταν ένας όγκος διηθεί τις καρωτίδες η αντικατάσταση των έχει μεγάλη νοσηρότητα χωρίς μακροπρόθεσμη επιβίωση. Η τελικο-τελική αναστόμωση των καρωτίδων έχει χαμηλή μετεγχειρητική θνησιμότητα και μερικοί ασθενείς ζουν για μεγάλη περίοδο. Παρά τα καλά αποτελέσματα που αναφέρονται, αυτή η τεχνική δεν εμφανίζεται να γίνεται γενικά αποδεκτή.

Στη θεραπεία του ασθενή με βεβαιωμένες μεταστάσεις λεμφαδένων σε μια πλευρά του λαιμού η χειρουργική επέμβαση υπερέχει. Μπορεί η ακτινοθεραπεία να αποστειρώσει τους μικρούς λεμφαδένες, αλλά προσεκτικά ελεγχόμενες έρευνες απαιτούνται.

Παρά τον αρχικό ενθουσιασμό για την προεγχειρητική ακτινοθεραπεία για την πλειοψηφία των όγκων κεφαλής και τραχήλου, οι πρόσφατες προσεκτικές δοκιμές έχουν δείξει ότι στην πραγματικότητα το ποσοστό επιβίωσης δεν αυξάνεται με τη προεγχειρητική ακτινοθεραπεία.

Τέλος, πρόσφατα έχει υποστηριχτεί ότι το ποσοστό επιβίωσης για τους ασθενείς με αμφοτερόπλευρους λεμφαδένες ή καθηλωμένους αυξάνεται πάρα πολύ με τη βοηθητική χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Μια ελεγχόμενη δοκιμή πραγματοποιείται προς το παρόν αλλά τα αποτελέσματα δεν είναι ακόμα διαθέσιμα. Υπάρχουν διάφορες μορφές θεραπείας που έχουν υποστηριχτεί έντονα, αλλά δεν έχουν υποβληθεί σε κλινική δοκιμή προτού να εισαχθούν. Επειδή είναι μικρός ο αριθμός ασθενών με τον καρκίνο κεφαλής και τραχήλου, είναι πολύ δύσκολο για ένα άτομο να τρέξει μια δοκιμή σε ένα κέντρο, έτσι ώστε να απαιτούνται δοκιμές πολλαπλών κέντρων, με όλα τα προβλήματά τους. Παρά αυτές τις δυσκολίες, τέτοιες δοκιμές μπορούν να οργανωθούν και είναι λάθος να εισάγονται νέες μορφές θεραπείας χωρίς μια κατάλληλη δοκιμή.

IV) ΑΛΛΕΣ ΔΙΟΓΚΩΣΕΙΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Στην ομάδα αυτή περιλαμβάνονται τα εκκολπώματα του τραχηλικού οισοφάγου ή εκκολπώματα του

Zenkers. Πρόκειται για γνήσια εκκολπώματα που ευένδοτο σημείο έχουν οπίσθιο τμήμα του φαρυγγοοισοφαγικού σφιγκτήρα. Επειδή ο οισοφάγος στο τράχηλο πορεύεται προς τα αριστερά αυτά προβάλλουν στον αριστερό υπερκλείδιο βόθρο. Είναι διογκώσεις μαλακές ανώδυνες συνήθως, με την κατάποση τροφής (ιδιαίτερα υγράς) αυξάνονται και μπορεί να προκαλέσουν δυσφαγία. Κατά την κατάκλιση ή με εξωτερική πίεση της διόγκωσης έχουμε αναγωγή προς το στόμα της τροφής. Η διάγνωση τίθεται με οισοφαγογράφημα με βάριο ή με οισοφαγοσκόπηση.