

کیست و فیستول برانکیال دو طرفه نوع دوم (گزارش ۱ مورد)

چکیده

کیست‌های برانکیال از توده‌های مادرزادی شایع گردنی می‌باشند و موارد فامیلی نادری از این اختلال گزارش شده است. توده‌های دو طرفه تنها در ۲ تا ۳٪ موارد دیده می‌شوند. در این مقاله یک مورد فیستول و کیست برانکیال نوع دوم دو طرفه معرفی می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: ۱- توده‌های مادرزادی گردن ۲- کیست برانکیال ۳- نوع دوم ۴- دو طرفه

دکتر سید بهزاد پوستی I

دکتر احمد دانشی II

دکتر مرتضی جوادی I

دکتر فرزاد ایزدی I

دکتر سیدفتح‌الله موسوی بفروئی I

دکتر شهرام رضائی III

دکتر مهسا صدقی IV*

مقدمه

یک نسبت دیده می‌شوند و در ۲ تا ۳٪ موارد دو طرفه هستند (۱).

در این مقاله یک مورد کیست و فیستول برانکیال نوع دوم دو طرفه معرفی می‌گردد.

کیست‌های برانکیال از توده‌های مادرزادی شایع گردنی هستند.

کیست، سینوس و فیستول‌های برانکیال در هر سنی دیده می‌شوند اما اغلب در دوران کودکی و اوایل دوران بلوغ ظاهر می‌گردند این کیست‌ها در هر دو جنس به

I) استادیار و جراح گوش و حلق و بینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.

II) دانشیار و جراح گوش و حلق و بینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.

III) متخصص جراحی گوش و حلق و بینی.

IV) دستیار جراحی گوش و حلق و بینی، بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)، خیابان ستارخان، نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران* (مؤلف مسئول).

معرفی بیمار

بیماری دختر ۵ ساله‌ای بود که به علت وجود توده گردنی دو طرفه همراه با فیستول و ترشح چرکی به درمانگاه گوش و حلق و بینی بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) مراجعه کرده بود. مشکل وی به دنبال عفونت دستگاه تنفسی فوقانی آغاز شده و طی آن توده‌ها به تدریج بزرگ و دردناک شده بودند و ترشح چرکی داشتند.

در سابقه فامیلی موارد مشابهی وجود نداشت.

در معاینه بالینی در دو طرف گردن در حدود ۱ فوقانی حاشیه قدامی عضله استرنوکلید و ماستویید، توده‌هایی دردناک و مواج همراه با فیستول و خروج ترشحات چرکی قابل مشاهده بود.

در CTscan با تزریق، در هر طرف گردن توده‌ای کوچک و کیستیک مشاهده گردید.

پس از یک دوره درمان آنتی‌بیوتیکی و برطرف شدن کامل التهاب، بیمار جهت انجام عمل جراحی بستری شد.

عمل جراحی برای هر طرف به صورت جداگانه تحت بیهوشی عمومی انجام گردید.

ابتدا با برش عرضی گردن و دنبال کردن مجرای خارجی تا زیر عضله پلاتیسم، کیست به طور کامل از اطراف آزاد شد و در ادامه مجرای داخلی به سمت بالا و خارج شریان کاروتید و اعصاب ۹ و ۱۲ دنبال شد.

در بالا و خارج عصب ۹، مجرا به سمت داخل منحرف شده و در بین کاروتید داخلی و خارجی به عضله کانستریکتور میانی ختم شده بود.

انتهای مجرا که به عضله کانستریکتور میانی چسبیده بود بسته و جدا گردید و پس از شستشوی محل و قرار دادن درن محل برش بخیه زده شد.

نتیجه بررسی آسیب‌شناسی هر دو طرف کیست برانکیال بود.

بحث

هر چند علت تشکیل کیست‌های برانکیال مشخص نیست، به نظر می‌رسد این توده‌های مادرزادی نتیجه به دام افتادن سینوس گردنی هیس (Cervical Sinus of his) باشند.

بعضی از محققان نیز منشأ این کیست‌ها را بقایای بافت‌های اپی‌تلیالی حلقه والدایر (Waldeyer's Ring) می‌دانند (۲).

کیست‌های برانکیال اغلب به صورت توده‌هایی نرم و بدون درد و در لمس مواج، ظاهر می‌شوند که ممکن است به دنبال عفونت دستگاه تنفس فوقانی ملتهب شده و تشکیل آبسه دهند (۱).

کیست‌های برانکیال را به انواع اول، دوم، سوم و نوع چهارم (از نظر تئوری) تقسیم‌بندی می‌کنند (۳).

کیست برانکیال نوع اول نادر بوده و خود به ۲ زیر گروه تقسیم می‌شود که عبارتند از:

I: در ناحیه پره اوریکولار در جلو یا عقب لاله گوش دیده می‌شود.

II: در پشت یا پایین زاویه فک تحتانی دیده می‌شود (۲). در این نوع احتمال وجود فیستول در کانال گوش خارجی یا گوش میانی نیز وجود دارد (۴).

کیست برانکیال نوع دوم شایع‌ترین نوع بوده و فیستول یا کیست در حاشیه قدامی عضله استرنوکلید و ماستویید دیده می‌شود. مجرای داخلی به سمت بالا ادامه یافته و در عضله کانستریکتور میانی یا حفره لوزه ختم می‌گردد (۲).

کیست برانکیال نوع سوم نیز نادر بوده و در این نوع فیستول یا کیست در حاشیه قدامی عضله استرنوکلید و ماستویید قرار دارد، اما مجرای داخل آن در سینوس پیریفورم ختم می‌شود (۲).

روش‌های تشخیص کیست‌های برانکیال شامل اولتراسوند، CTscan و MRI می‌باشد (۲).

درمان کیست برانکیال رزکسیون جراحی می‌باشد. در صورت امکان بهتر است کیست‌های عفونی ابتدا تحت درمان آنتی‌بیوتیکی قرار گیرند و بعد از برطرف شدن التهاب توسط جراحی خارج شوند(۲).

منابع

- 1- Cummings CW., Fredrickson JM., Harker LA., Krause CJ., Richardson MA., Schuller DE. Otolaryngology. Head and Neck surgery, 2 nd ed, St. Louis, Mosby, 1998, PP: 128-9.
- 2- Cummings CW., Fredrickson JM., Krause CJ., Richardson MA., Schuller DE. Otolaryngology. Head and Neck surgery, 2 nd ed, St. Louis, Mosby, 1993, PP: 1696-1702.
- 3- Wild G., Mischke D., Lobeck H., Kastenbauer E. The lateral cyst the neck, Congenital or acquired? Acta Otolaryngology(Stockh), 1987, 103: 546-9.
- 4- Myers EN., Carrau RL., Cass SP., Eibling DE., Hirsch BE., Janecka I., et al. Operative Otolaryngology, Head and Neck Surgery, 1 st ed, Philadelphia, W.B.Saunders, 1997, PP: 633-9.

Bilateral Second Type Branchial Cleft Cysts and Fistulas : A Case Report

^I **S.B. Poosti, MD** ^{II} **A. Daneshi, MD** ^I **M. Javadi, MD** ^I **F. Izadi, MD**
^I **S.F. Mousavi Bafrooe, MD** ^{III} **Sh. Rezaee, MD** ^{IV} ***M. Sedghi, MD**

Abstract

Branchial cysts are among the common congenital neck masses. Only a few familial cases of this anomaly have been reported. Bilateral cysts comprise 2-3% of the cases. In this article one case of bilateral second type branchial cysts and fistula is presented.

Key Words: **1) Congenital Neck Masses 2) Branchial Cyst**
3) Second Type 4) Bilateral

- I)** Assistant Professor of ENT. Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.
II) Associate Professor of ENT. Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.
III) ENT Specialist.
IV) Resident of ENT. Hazrat Rasoul-e-Akram Hospital. Sattarkhan Ave., Niayesh St., Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran. (*Corresponding Author)