

## הישנות שאתות טבות בבלוטת בת-האוזן

אבי חפץ

מוח' א"ג וניתוחי ראש-צוואר, מרכז רפואי סוראסקי, הפקולטה לרפואה סאקלר, אוניברסיטת תל-אביב

יש להכיר את האנטומיה של העצב במדויק ולזהותו מעל לכל ספק, על-מנת להימנע מפגיעה בו בעת הניתוח. במקרים לא מעטים הניטור אינו מדויק, ויש להימנע מכל פעולה שבה ההסתמכות היא על הניטור בלבד.

הסיכון להישנות המחלה לאחר כריתת הישנויות של אדנומה פליאומורפית של בלוטת בת-האוזן הוא גבוה, מאחר שקיים סיכון גבוה לשאתות מיקרוסקופיות נוספות שתופענה בעתיד ואינן נראות לעין בעת הניתוח. בעבודתם של נזריאן וחב' המתפרסמת בגיליון הנוכחי של 'הרפואה', זמן המעקב קצר מדי, ויש להתעלם מהיבט זה בניתוח התוצאות. על-מנת להעריך נכונה את שיעור הישנות המחלה, נדרש מעקב של 10 שנים לפחות, כפי שמציינים מחברי המאמר.

עקב שיעור ההישנות הגבוה לאחר כריתת שאת פליאור-מורפית נשנית, מומלץ בחלק מהחולים על טיפול בהקרנות לאחר הניתוח. ההוריות הן דליפת (Spillage) תאי שאת לשדה הניתוח וכריתת מספר רב של שאתות נישנות של הבלוטה. גורם שעשוי להשפיע על ההחלטה שלא להקרין הוא עד כמה הייתה כריתת האונה השטחית מושלמת בניתוח הראשוני: אם ההתרשמות בניתוח הנשנה היא שכל ההישנות נמצאת באונה השטחית של הבלוטה, וכריתתה בשלמות תחפוף לחלוטין את כל שדה הניתוח הקודם – אזי יש להסתפק בכריתתה זו ולעקוב אחר החולה ללא טיפול בקרינה. לעומת זאת, בחולים שבהם השאת אינה נתיחה, ניתן לטפל בהקרנות בלבד, ודווח על שליטה במחלה גם בחולים עם שאת נרחבת על-ידי טיפול בקרינת ניוטרון [4].

בהתייחס לכריתת עצב הפנים עקב שאת המקיפה את העצב – ההוריה לכריתת העצב לצורך כריתת שאת טבה צריכה להיעשות בשיקול דעת וכברירה אחרונה, עקב התחלואה הקשה שכריתתה כזו עלולה לגרום, ולצמיחות. כריתת העצב מומלצת רק בחולים שבהם לא ניתן לכרות את השאת במלואה מבלי להקריב גם את העצב, וכאשר השאת נכרתה כבר מכל האזורים האחרים בשלמותה, דהיינו כל שאת גבולות הכריתתה נקיים לחלוטין משאת. רק בחולים אלה יש לכרות את הענף המעורב, לאחר ניסיון לשמרו ככל שניתן ולשחזר את הקטע שנכרת על-ידי Cable graft, הנלקח בדרך-כלל מה-Greater auricular הסמוך, ואם גם זה האחרון מעורב בשאת, מעצב ה-Sural ברגל.

לסיכום, כריתת אדנומה פליאומורפית נשנית של בלוטת בת-האוזן היא משימה קשה, המצריכה מיומנות ושיקול מורכב בעת

שאתות טבות מסוג אדנומה פליאומורפית הן השכיחות מבין שאתות בלוטת בת-האוזן (Parotid). הטיפול בחולים אלה כולל כריתת השאת כחלק מכריתת כל האונה השטחית של בלוטת בת-האוזן, מכיוון שכריתת הגוש בלבד (אנוקלאציה) טומנת בחובה סיכון לשיעורי הישנות גבוהים יותר. עם זאת, במרכזים רבים בעולם מקובל כיום לכרות רק את אותו חלק של הבלוטה המכיל את השאת. לדוגמה, אם השאת מצויה בחלק התחתון של הבלוטה, ניתן לכרות את אותו חלק שהוא שטחי לענפים התחתונים של עצב הפנים, וכך לא לסכן את הענפים העליונים. כריתתה כזו שונה במהותה מכריתת הגוש בלבד ללא ריקמה בריאה סביבו (אנוקלאציה), מכיוון שאינה מגבירה את הסיכון להישנות השאת.

גם כשמבצעת כריתת מלאה של האונה השטחית של הבלוטה עם כריתת השאת בשלמותה, בחלק מהחולים נשנית האדנומה הפליאומורפית עקב מבנה המעטפת של שאת זו, הבנויה מהתבלטויות (פסידופודים) ומגבירה את הסיכון להישנות המחלה. כמורכך, פיזור של תאי שאת בניתוח עלול לגרום להישנות המאופיינת במספר רב של שאתות נשנות הזורעות בכל שדה הניתוח [1]. כריתת שאתות אלו היא לעיתים קשה ביותר, והסיכון לפגיעה בעצב הפנים ולהישנות נוספת הוא גבוה [2,3]. במאמרם של נזריאן וחב', המתפרסם בגיליון הנוכחי של 'הרפואה', מדווח על קבוצה של 20 חולים שעברו ניתוחים לכריתת הישנות של אדנומה פליאומורפית עם תחלואה סבירה בעקבות הניתוח (10% פגיעה בעצב הפנים). יש לעודד כריתת בניתוח של שאתות אלה כאשר הדבר ניתן לביצוע – כפי שאכן מדווח בסידרה זו. מקומו של הטיפול בקרינה הוא כטיפול נוסף (אדג'ובנטי) בלבד, לאחר כריתת מלאה של כל הנגעים הנשנים, ככל שניתן.

בניתוחים אלו קיימת הקפדה על זיהוי ודאי של העצב וכל ענפיו, ונכרתת כל האונה השטחית אם זו לא בוצעה קודם לכן. בחלק לא מבוטל מהחולים אין מנוס מלכרות גם את האונה העמוקה של בלוטת בת-האוזן, שהייתה הקרקע לזריעת השאתות הנשנות בניתוח הראשוני, בעיקר בחולים שעברו כריתת כל האונה השטחית בניתוח הראשון. בחולים אלה יש לזהות ולבודד את כל ענפי העצב, ואז לכרות את האונה העמוקה – פעולה המגבירה את הסיכון לפגיעה בתיפקוד העצב לאחר הניתוח. בניתוחים אלו נעזרים לעיתים קרובות בניטור עצב הפנים, המעניק מידה נוספת של ביטחון, אך הסתמכות על הניטור בלבד היא מסוכנת ביותר:

3. *Glas AS, Vermey A, Hollema H & al*, Surgical treatment of recurrent pleomorphic adenoma of the parotid gland: clinical analysis of 52 patients. H & N, 2001; 23: 311-16.
4. *Douglas JG, Einck J, Austin-Sevmour M & al*, Neutron radiotherapy for recurrent pleomorphic adenomas of major salivary glands. H&N, 2001; 23: 1037-42.

הניתוח. בהוריות הנכונות ניתן לכרות שאתות קשות אלו עם תחלואה סבירה, כפי שמדווח בסידרה זו בגיליון 'הרפואה' של נזריאן וחב'.

### ב י ב ל י ו ג ר פ י ה

1. *Koral K, Savre J, Bhuta S & al*, Recurrent pleomorphic adenoma of the parotid gland in pediatric and adult patients: value of multiple lesions as a diagnostic indicator. AJR, 2003; 180 (1171-1174).
2. *Carew JF, Spiro RH, Singh B & al*, Treatment of recurrent pleomorphic adenoma of the parotid gland. Otol H&N Surg, 1999; 539-542.

---

מחבר מכותב: אבי חפץ, מחלקת אא"ג וניתוחי ראש-צוואר,  
 מרכז רפואי סוראסקי, רחוב ויצמן 6, תל-אביב 64239  
 טלפון: 03-6973544;  
 פקס: 03-6974840  
 דוא"ל: khafif@tasmc.health.gov.il