أورام الحفرة الخلفية نظيرة البشروية:
المظاهر السريرية، نتائج التدبير الجراحي

علي عربي*

الملخص

دُرِسَتْ 26 حالة ورم نظير بشروي بين عامي 2003- 2009، راوح عمر المرضى بين 10-66 سنة، وبلغ متوسط العمر لديهم 24.4 سنة ،كانت نسبة الإناث 69% ونسبة الذكور 31%.

كثرت نسبة حدوث الورم بين العقدين الثاني والرابع بنسبة 50% من المرضى،سيطرت أعراض ألم مثلث التوائم وفقد السمع على الصورة السريرية، إذْ لوحظت لدى 79% من الحالات، في حين شوهد الصداع وازدواج الرؤية مع اضطراب المشية لدى 11.5% من الحالات.

شخصت الحالات بشكل رئيسي باستخدام المرنان المغناطيسي إذْ أجري لدى للمرضى كلّهم، وتظاهرت بشكل ناقص الإشارة على الزمن الأول في الحالات كلّها عدا حالة كانت زائدة الإشارة وحالتين كانت الإشارة مختلطة. في حين الحالات كلّها كانت زائدة الإشارة على الزمن الثاني. ست حالات فقط أجري الطبقي المحوري وتظاهرت بشكل ناقص الكثافة.

توضع 77%من الحالات في الزاوية الجسرية المخيخية، استخدم المجهر الجراحي مع الكافيترون في 85% من الحالات في حين اِسْتُؤْصِلَ الورم بطريقة كلاسيكية في 15% من الحالات.

اِسْتُؤْصِلَ الورم بشكل تام وتحت تام في 92% من المرضى، وتحسنت حالة المرضى في 77% من الحالات في حين ساءت لدى 11.5% من الحالات، وحدث التهاب سحايا عقيم لدى 3.8% من الحالات.

حَدَثَ فقد السمع لدى مريض واحد وحَدَثَتْ أذية في الأعصاب القحفية لدى 11.5% من المرضى، وحصل النكس لدى 7.9% من المرضى، وحَدَثَتْ الوفاة عند مريض واحد توفى بنسبة 3.4%.

كلمات مفتاحية: أورام نظيرة البشرة، أورام الحفرة الخلفية السليمة، التهاب السحايا الكيمياوي، العلاج الجراحي المرنان المغناطيسي، الطبقي المحوري، استسقاء الدماغ.

* أستاذ مساعد- شعبة الجراحة العصبية- قسم الجراحة- كلية الطب البشري- جامعة دمشق.

Posterior Fossa Epidermoid Tumors: Clinical Presentations, Surgical Management and Outcome

Ali arabi*

Abstract

This study included 26 epidermoid tumors treated between the years of 2003 and 2009.

The age of the patients was between 10-66 years with mean age of 28.4 years females constituted 69% while males constituted 31%.

most cases were between 2and to 4th decade of age,(50%of all patients)signs of neuralgia of trigeminal nerve and loss of hearing dominated the clinical picture presenting in 69% of cases. while headache and diplopia and gait disturbance were only 11.5% of patients .MRI was performed in all patients ,CT was performed only in 6 cases. they appear as hypointens on T1 on all cases except on 1 was high intens and mixed on 2 patients.

Tumors were located in 77% 0f patients in the cerebello- pontine, the operating microscope and ultrasonic aspirator were used in 85% of cases,15% of tumors were removed using the classical methods.

Total and subtotal removal was achieved in 92% of cases.

Clinical improvement was seen in 77% 0f patients while deterioration in 11.5%, chemical meningitis in 3.8%

Complications included loss of hearing in 3.8% while paresis of cranial nerves in 11.55%.

Tumor recurrence in 7.9% of patients and .mortality was 3.4%.

Key words: epidermoid tumors, benign tumor of posterior fossa, chemical meningitis, surgical treatment, CT, MRI, hydrocephalus

* Associate Professor, neuro surgery department, Faculty of Medicine, Damascus University.

مقدمة:

تعرف الكيسات نظيرة البشرة أيضاً بأسماء مختلفة كالورم الكلوستريني أو اللؤلؤي Cholesteotomas and pearly tumors [47] وتشكل نسبةً قدرها 0.2-1% من مجموع الأورام البدئية التي تشاهد داخل الجمجمة [13,14,11]، وهي غالباً بطيئة النمو وسليمة نسيجياً وتنشأ من خلايا شاذة من الوريقة الظاهرة بين الأسبوع 3-5 من الحياة الجنينية في أثناء تشكل الأنبوب العصبي [13,14] .

تتوضع هذه الأورام بشكل أساسي في الزاوية الجسرية المخيخية، ومنطقة السرج التركي، وقد تتوضع بشكل نادر داخل البطينات الدماغية وبين الشقوق الدماغية [16,17,18,19,25,26,28] .

تبلغ هذه الأورام حجوماً كبيرة وتتكاثر بسبب تشظي الخلايا الظهارية [13,14,15]، وقد تمتد فوق الخيمة وتحتها وتشكل قرابة 5-7% من مجموع الأورام التي تتوضع في الزاوية الجسريرية المخيخية [20].

تسلك هذه الأورام في تطورها سلوك كتلة شاغلة للحيز، وقد تبقى صامتة مدة طويلة تمتد سنوات كثيرة قبل أن تعطي أعراضاً بسبب ضغطها على البنى العصبية المجاورة [15,16,19,21,22,25,27].

تكثر هذه الأورام في الحفرة الخلفية وتحديداً في الزاوية الجسرية المخيخية، وتتظاهر في أغلب الأحيان بأعراض وعلامات فقد السمع ودوار وعلامات ألم مثلث التوائم [25,26,34 ,36,37,40].

يكون استئصال هذه الأورام بشكل تام أمراً صعباً في بعض الأحيان، ويحمل درجة عالية من الخطورة قد تهدد الحياة أو تخلف عجزاً عصبياً مهماً عند محاولة ذلك، نظراً إلى التصاق محفظة هذه الأورام الشديد بالجوار، كما أنَّ ترك المحفظة من دون استئصال يجعل إمكانية النكس في هذه الأورام عالية [34].

طريقة الدراسة:

شملت الدراسة 26 مريضاً لديهم أورام نظيرة البشرة في الحفرة الخلفية عولجوا جراحياً في مشفى المواساة الجامعي في جامعة دمشق بين عامي 2003 -2010، إذْ شكلت هذه الأورام 8% من مجموع أورام الزاوية الجسرية المخيخية المقبولة في الشعبة خلال هذه المدة.

راوح عمر المرضى بين 10- 66 سنة بمعدل وسطي 28.4 سنة، 18 حالة كن إناث بنسبة قدرها 69%، وثماني حالات كانوا ذكوراً بنسبة قدرها 31%.

قبل 25 مريضاً منهم أول مرة ومريض واحد كان قد خضع لعمل جراحي ثلاث مرات لم يستأصل الورم بشكل تام، وفي المرة الرابعة اِسْتُؤْصِلَ الورم بشكل تام.

دُرِسَتِ المظاهر السريرية، مكان الورم وحجمه، والتصاق الورم بجذع الدماغ والأعصاب القحفية، والموجودات الشعاعية، ونتائج العلاج الجراحي ومضاعفاته وقورن ذلك بالدراسات الأخرى.

أكثر الحالات وجدت في المرحلة العمرية فوق الـــ 40 سنة 12 مريضاً، أي بنسبة بلغت 50% من مجموع الحالات جدول رقم1

جدول رقم (1) يبّين توزع العمر والجنس

العمر	عدد الحالات
<20	6
21-40	8
41<	12
الجنس	
ذكر	8
أنثى	18
المجموع	26

قُيِّمَ كل مريض بأخذ قصة مرضية مفصلة منه، وفي بعض الحالات ممن كان معه، كما أُجري الفحص السريري واستكملت الفحوصات الضرورية الروتينية، ونُوقِشَتْ مخاطر العمل الجراحي مع المريض بوجود الأهل في معظم الأحيان .

راوحت المدة بين بداية الأعراض والتشخيص بين أسبوعين إلى 11 سنة، أي بمعدل وسطي 3.5 سنة،

الحالة التي استمر فيها الألم مدة 11 سنة شكا فيها المريض من ألم في الفك السفلي والأسنان .

تظاهرت الأورام التي توضعت في الزاوية الجسرية المخيخية بفقد السمع وألم مثلث التؤائم مع أعراض وعلامات أخرى (ازدواج الرؤية،صداع....) لدى 18 مريضاً، اثنان كان لديهم الألم غير نوعي، ثلاثة مرضى تظاهر الورم عندهم باضطراب في المشية مع فقد للسمع، في حين كان ألم نصف الوجه التشنجي مع فقد السمع العرض الوحيد لدى مريض واحد ،اثنان ظهر لديهم ازدواج رؤية بسبب أذية العصب الرابع ،والحالتان اللتان توضع الورم فيهما في الفص الصدغي راجع أحدهما بنوبة اختلاج وألم مثلث التوائم نموذجي الشكل، في حين شكا الآخر من ألم شديد في منطقة العصب الخامس، اثنان من المرضى راجعا بخزل سفلي ورأرأة مع اضطراب بالمشية ودوخة، ثلاثة مرضى راجعوا بصداع كان بسبب فرط التوتر داخل القحف.

قُسِّمَ المرضى إلى مجموعتين من حيث الحجم اعتماداً على المرنان المغناطيسي والطبقي المحوري بمقاطع سهمية وأفقية وإكليلية.

1-المجموعة الأولى ≤ 3 سم بلغ عدد المرضى 9

2-المجموعة الثانية≥ 3 سم إِذْ بلغ العدد 17 مريضاً تظاهرت الأورام التي بلغ حجمها أكبر من 3 سم بأعراض انضغاط في جذع الدماغ وأذيات في الأعصاب القحفية المتوسطة والسفلية، أمَّا الأورام التي كان حجمها أصغر من 3 سم فقد لوحظ أنها توضعت حول العصب الخامس مسبباً ألماً صريحاً ونموذجياً لعصب مثلث التوائم، وقد لوحظ في أثناء العمل الجراحي أن الأورام جميعها التي توضعت في الزاوية الجسرية المخيخية قد نشأت من الجافية في قمة الصخرة، ولم يلحظ امتداد للورم إلى الثقبة السمعية الداخلية.جدول رقم2

جدول رقم(2) يبّين الأعراض والعلامات قبل العمل الجراحي

الأعراض السريرية	عدد الحالات
ألم مثلث التوائم+اختلاج	9
شفع رؤية	2
نقص سمع	9
صداع	3
اضطراب مشية	4
وهن +خزل	2
طنين	1

شُخِّصَتْ هذه الأورام باستخدام المرنان المغناطيسي بشكل أساسي إِذْ أُجري لدى المرضى كلّهم، وأظهر نقصاً في الإشارة على الزمن الأول لدى كل المرضى باستثناء حالتين كانت الإشارة فيهما على الزمن الأول مختلطة، في حين كانت الإشارة عالية لدى مريض واحد. أمَّا بالنسبة للإشارة على الزمن الثاني فقد كانت عالية لدى المرض جميعهم.

أُجري الطبقي المحوري لدى 6 مرضى، وكانت التبدلات الشعاعية على شكل كتلة ناقصة الكثافة لاتثبت المادة الظليلة باستثناء مريض واحد كانت هناك زيادة خفيفة للمادة الظليلة، ولدى آخر لوحظ وجود تكلسات محيطية جدول رقم3

جدول (3) يظهر المظاهر الشعاعية في حالات الدراسة

الإجراء الشعاعي	الموجودات الشعاعية	عدد المرضى
مرنان دماغ	نقص أشارة في الزمن الأول وزيادة أشارة في الزمن الثاني	26
	أشارة مختلطة بالزمن الأول وزيادة أشارة بالزمن الثاني	2
	أشارة عالية بالزمن الأول وزيادة أشارة بالزمن الثاني	1
طبقي محوري للدماغ	نقص أشارة مع تكلسات	1
	نقص أشارة دون تعزيز بالحقن	4
	نقص أشارة مع تعزيز حلقي	1

توضّع الورم متاخماً للزاوية الجسرية المخيخية لدى 11 حالة مع امتداد بدرجات مختلفة للورم إلى منطقة جذع الدماغ، وامتد الورم بدرجات مختلفة لما فوق الخيمة لدى9 مريضى، في حين توضع الورم في الفص الصدغي

في حالتين وامتدّ الورم بشكل واضح من فوق الخيمة لمسافة كبيرة إلى الزاوية الجسرية المخيخية، توضع الورم في المنطقة القفوية – المخيخية في حالتين،وكان الورم في البطين الرابع عند مريضين امتد فيها الورم إلى البصلة عند مريض واحد منهما.

امتد الورم إلى أمام جذع الدماغ مع إحداث انزياح واضح لدى 9 مرضى، وكان هناك توسع واضح في البطينات الدماغية لدى مريض واحد رُكِّبْ تحويلة بطينية-بريتونية له، في حين لوحظ توسع في البطينات خفيف الى متوسط لدى مريضين .

تقرر المدخل الجراحي بحسب توضع الورم وتم الدخول إليه عبر الحفرة الخلفية وعبر الخيمة لدى المرضى كلّهم الذين امتد الورم عندهم لما فوق الخيمة، باشتثناء حالتين تتطلب الأمر مداخلة ثانية عبر المدخل تحت الصدغي.

أُجري استئصال تام للورم لدى 9 مرضى اِسْتُؤْصِلَ فيه الورم مع المحفظة بشكل كامل، أي بنسبة 35% من الحالات.

في حين كان الاستئصال جزئياً للورم لدى 2 مريضين بنسة 7% إذْ أبقي على نحو 20% من الورم، أمَّا الاستئصال شبه التام فقد أُجري عند 15 مريضاً حيث اِسْتُؤْصِلَ الورم كاملاً باستثناء المحفظة بنسبة قدرها 58% .

حَصَلَتْ أذية غير قابلة للعودة بعد الجراحة للعصب الوجهي لدى ثلاثة مرضى، ومريض واحد حَدَثَتْ لديه أذية في العصب السمعي بسبب المحاولة العنيفة التي استخدمت لاستئصال محفظة الورم بشكل تام ، أمَّا لدى البقية فقد كانت أذية الأعصاب القحفية وسوء وظيفة المخيخ عابرة وحصل التحسن قبل خروج المريض من المشفى. جدول رقم4

جدول رقم (4) جدول يبن المدخل ودرجة الاستئصال

المدخل الجراحي	عدد الحالات
تحت قفوي	24
تحت صدغي	2
مشترك	2
درجة الاستئصال	عدد الحالات
تام	14
تحت تام	7
جزئي	5
المجموع	26

تحسن السمع لدى 1 مريض واحد فقط من أصل 9 مرضى بعد العمل الجراحي، في حين كان هناك تحسن ملحوظ لدى المرضى كلّهم الذين شكوا من ألم مثلث التوائم،ولم يحدث تحسن ازدواج الرؤية بعد العمل الجراحي، مع تحسن ألم نصف الوجه التشنجي بشكل كبير.

الأعراض التي ظهرت بعد العمل الجراحي من ازدواج للرؤية وشواش الحس في الوجه والرثة الكلامية فضلاً عن اضطراب البلع وخشونة الصوت كلها تراجعت بشكل كامل بعد عدة أسابيع من العمل الجراحي وأحياناً قبل خروج المريض من المشفى. جدول رقم5

جدول رقم (5) يظهر نسب الاختلاطات بعد الجراحة

المضاعفة	حالات الاستئصال التام	حالات الاستئصال تحت التام	حالات الاستئصال الجزئي
إصابة العصب الرابع	2	-	-
إصابة العصب السابع	1	2	-
إصابة العصب الثامن	1	-	-
إصابة الأعصاب 7-8-9-10	2	1	-
اضطرابات مخيخية	1	1	-
التهاب سحايا كيميائي	1	1	-

تطور استسقاء دماغي لدى مريضين رُكِّبَتْ تحويلة بطينية –بريتوانية لدى الأول قبل العمل الجراحي، ووُضِعَتْ للآخر تحويلة بعد العمل الجراحي بسبب حدوث استسقاء دماغ متصل تالٍ لالتهاب سحايا، الحالة هي مريض بعمر 30 سنة بدأت الأعراض لديه قبل خمسة أشهر من تشخيص الحالة على شكل خدر بالوجه واضطراب بحركة اليد مع رثة كلامية واتاكسيا تظاهرت على الرنين المغناطيسي على شكل كتلة كبيرة ناقصة الإشارة على الزمن الأول، وزائدة الإشارة على الزمن الثاني، تتوضع في الفص الصدغي ممتد إلى الزاوية الجسرية المخيخية اِسْتُؤْصِلَ الورم لديه ثلاث مرات بشكل جزئي خلال فترة 4 سنوات خارج المشفى وبأيدي جراحين آخرين.

تطور بعد الاستئصال الأول للورم استسقاء دماغ متصل عولج بتركيب تحويلة بطينية بريتوانية تالٍ لتهاب سحايا جرثومي تم علاجه. أُجري استئصال تام للورم في مشفانا في المرة الرابعة وتخرج بحالة جيدة مع تحسن كبير في الأعراض التي دخل بها، وبقيت نوب الاختلاج التي أمكن السيطرة عليها دوائياً بشكل تام.

لدى المرضى الذين توضع الورم لديهم في المنطقة القفوية –المخيخية كان لدى الأول صداع تحسن تحسناً كبيراً، والثاني كان لديه طنين لم يتحسن بعد استئصال الورم.

المرضى الذين توضع الورم في الفص الصدغي تظاهر الأول بنوب اختلاج مع ألم صريح في مثلث التوائم مع خدر بالوجه واضطرابات حركية باليد وتناذر مخيخي، في حين كان لدى الثاني ألم مثلث التوئم تحسن بعد الاستئصال.

نكس الورم لدى مريض واحد من المرضى الذين عُولِجُوا أول مرة من قبلنا خلال مدة المتابعة وكان ذلك بعد خمس سنوات من الاستئصال تحت التام، أمَّا الثاني فَحَدَثَ النكس لديه بعد 6 أشهر من الاستئصال الجزئي، جرى التداخل عليه ثلاث مرات خلال أربع سنوات وفي المرة الرابعة اِسْتُؤْصِلَ بشكل تحت تام، ولم ينكس خلال مدة المتابعة جدول رقم 6

جدول رقم (6) النتائج والمتابعة

حالة المرضى عند التخرج	عدد الحالات
تحسن الأعراض قبل الجراحة	20
بقاء الأعراض قبل الجراحة دون تغير	3
أذية أعصاب قحفية دون تحسن بالمتابعة	3
المتابعة	وسطياً 42 شهراً (1-7 سنوات)
أذية دائمة في الأعصاب القحفية	3
يتابع عمله بشكل طبيعي	23

كان الإنذار سيئاً في حالتين، الحالة الأولى بسبب حدوث تمزق عفوي للورم وحدوث التهاب سحايا عقيم أدى إلى حدوث تشنج وعائي في الشريان القاعدي أدى إلى حدوث احتشاء واسع في جذع الدماغ منصف الكرة المخيخية انتهى بوفاته خلال شهر من العمل الجراحي، أمَّا الحالة الثانية فقد حصل فيها التهاب سحايا جرثومي أدى إلى حدوث استسقاء متصل عُوِلِجَ بتركيب تحويلة بطينية – بريتوانية، أُجري لدى بعض المرضى بشكل انتقائي تصوير طبقي محوري لدى 6 مرضى وتبيّن أن المنطقة ناقصة الكثافة بقيت على ماكانت عليه قبل العمل الجراحي، في حين تحسّن انزياح جذع الدماغ بشكل واضح واستمر نقص الكثافة لدى مريض واحد مدة خمس سنوات بسبب امتلاء المكان بالسائل الدماغي الشوكي.

المناقشة:

تشكل الأورام نظيرة البشرة 0.2-1 % من مجموع أورام الدماغ البدئية، وهي أورام سليمة بطيئة النمو عادةً،

تتوضع بشكل أساسي داخل السحايا خارج الدماغ بشكل رئيسي في 90% من الحالات [25,26] وجدوا في العمر العدد الأكبر من المرضى أكبر من 40 سنة قرابة 46,15%، في حين كانت النسبة الكبرى من المرضى بين عمر 20-40 سنة لدى 56% عند Demont et al [21] كان هناك غلبة واضحة في عدد الذكور بالنسبة إلى الإناث بنسة قدرها 2:1، وكانت النسب متساوية لدى الجنسين في الدراسات العالمية مقابل تفاوت كبير بنسبة الذكور إلى الإناث بلغت 82% لدى Kosshi Kato et al [46,47] توضع الورم لدينا في 77% من الحالات في الزاوية الحسرية المخيخية، أمَّا في الدراسة العالمية فقد توضع الورم في 60% من الحالات [25,26]. وشكلت هذه الأورام 8% من أورام الزاوية الجسرية المخيخية مقابل7% في الدراسات العالمية [25].

يمكن لهذه الأورام أن تتوضع بشكل أقل في منطقة السرج التركي، ويندر وجودها في البطينات الدماغية وأماكن أخرى [25,26].

تبلغ هذه الأورام حجوماً كبيرة وتمتد فوق الخيمة وتحتها، وقد تكون صغيرة الحجم تضغط بشكل مباشر على البنى التشريحية المجاورة وتلتصق بها بشدة مما يجعل إمكانية الاستئصال التام غير ممكن في بعض الحالات [34].

تتظاهر الأعراض بشكل متأخر بسبب النمو البطيء للورم، وقد تتظاهر باكراً نسبياً إذا جاورت العصب مثلث التوائم ،ويكون ذلك بسبب تأثير الورم الكتلي أو لانزياح العناصر العصبية في الجوار [13,34,36] .

تظاهر الورم بنوب من آلام مثلث التوائم وفقد السمع فضلاً عن بعض الأعراض المرافقة في 69% من الحالات، وهي نسبة متقاربة مع الدراسات العالمية التي دلت أن هذه الأعراض كانت لدى 70% من المرضى [47]، في حين ألم نصف الوجه التشنجي عند 4%.

أفضل وسيلة لتشخيص هذه الأورام هي المرنان المغناطيسي حيث تظاهر الورم على شكل كتلة ناقصة الإشارة مع تطاول في الزمن الأول بسبب وجود الكيراتين والسائل الدماغي الشوكي، في حين كانت زائدة الإشارة على الزمن الثاني، وكان الورم ناقص الكثافة على الطبقي المحوري [23,28,29,30,31,32] .

لم يلاحظ حدوث استسقاء الدماغ الانسدادي إلاَّ لدى مريض واحد؛ وذلك قد يعود لاستمرار نفوذ السائل الدماغي الشوكي ومروره عبر الثقة الكبيرة. وقد تراجع الاستسقاء بعد استئصال الورم دون الحاجة لوضع تحويلة بطينية-بريتوانية.

وقد لوحظ في 25% من الحالات عند Kosshi-Kato et al [47] تم الدخول عبر المدخل تحت القفوي في الحالات كلّها ما عدا حالتين تم الدخول إلى الورم على مرحلتين فوق الخيمة وتحتها (تحت صدغي) وقد اِسْتُؤْصِلَ الورم الممتد فوق الخيمة عبر المدخل القفوي بشكل تحت تام في في 9 حالات، أي بنسبة بلغت 35% وأمكن استئصال الورم بشكل تحت تام في 58% من الحالات ولدى معظم الحالات عبر الخيمة لدى 15 مريضاً، وبشكل جزئي لدى مريضين بنسبة 8%من مجموع المرضى. وقد تقاربت مع النسب العالمية التي كان الاستئصال فيها تاماً في 25%وتحت تام لدى 69% وجزئياً في 6% من الحالات مع أن الهدف الرئيس في علاج هذه الأورام هو استئصال الورم بشكل تام مع محفظته إلاَّ أنّ ذلك يحمل خطورة شديدة في بعض الأحيان قد تهدد الحياة، لذلك قُدِّرَ هذا بحسب مكان الورم والعناصر العصبية المجاورة له، وبناء على ذلك كنا نكتفي بالاستئصال الجزئي أو إفراغ محتويات محفظة الورم، منعاً لحدوث أذية في الأعصاب القحفية أو جذع الدماغ ، لم يجرِ تخثير محفظة الورم في هذه الحالات لاعتقادنا أن ذلك قد يسبب أذية للعناصر العصبية المجاورة والمهمة، في حين يفضل بعضهم

إجراء الاستئصال تحت التام وحتى الجزئي [34,36,35,37,40]، وقد حدث شلل في العصب الوجهي عند 3 مرضى، وصعوبة في البلع وخشونة في الصوت لدى 3 آخرين، وفقد مريض واحد سمعه بشكل كامل 4%، كما حدث ازدواج للرؤية لدى مريضين.

تحسنت الأعراض لدى 77% من المرضى، ولم يحصل التحسن لدى 11.5% من المرضى وساءت حالة المرضى في 15.6% من المرضى وتوفي مريض واحد بنسبة3.8%. أمَّا في الدراسات العالمية فبلغت نسبة الوفيات 9% وأحياناً راوحت بين 20-57% قبل استخدام المجهر[39].

حدث التهاب السحايا لدى مريضين، واحد منهم كان الالتهاب كيماوياً والآخر جرثومياً بنسبة قدرها 8%، في حين عالمياً لوحظ أن التهاب السحايا الكيماوي بلغ 25% في الحالات التي توضعت في البطينات الدماغية[8].النكس حدث خلال مدة المتابعة 1-6 سنوات بلغ 7.6% في حين في الدراسات العالمية بلغ 4.5% وهي نسبة متقاربة [25].

تراجعت المضاعفات كلّها التي حدثت قبل تخرج المريض في المستشفى أو خلال عدة أسابيع لدى المرضى كلّهم، باستثناء من فقد سمعه لم يحصل عنده تحسن، ولوحظ تحسن ملحوظ لألم مثلث التوائم في الحالات كلّها لدى Kubata et al[7]

حالتان اثنتان كان الإنذار لديهم سيئاً، الأولى بسبب حدوث تمزق عفوي للورم وحدوث التهاب سحايا عقيم أدى إلى حدوث تشنج وعائي في الشريان القاعدي أدى إلى حدوث احتشاء واسع في جذع الدماغ ونصف الكرة المخيخية انتهى بوفاته خلال شهر من العمل الجراحي بسبب التهاب في الرئتين، والثاني حصل لديه التهاب سحايا جرثومي أدى إلى حدوث استسقاء متصل رُكِّبَتْ تحويلة بطينية بريتوانية له بعد العلاج من التهاب السحايا.

حصل النكس لدى مريضين، الأول خلال مدة قدرها 3 سنوات، وكان الاستئصال جزئياً وأُجري 3 مرات، أمَّا في الحالة الثانية فقد حصل بعد 5 سنوات، وكان الاستئصال تحت تام أي بنسبة نكس بلغت 7%، في حين كانت 4.5% في دراسة.[25] Desousa Ce et al وبلغت نسبة الوفيات لدينا 3.4 % و كانت عالمياً 9% [46].

يحصل تحول في بنية الورم من الناحية النسيجية في حالات نادرة [1,2,9,10,42] ويمكن التفكير فيه إذا حصل النكس خلال مدة قصيرة جداً أو تظاهر الورم بشكل غير متجانس على المرنان المغناطيسي في الزمن الأول، وقد بدا ذلك في دراستنا عند 3 مرضى على المرنان. أمَّا من الناحية السريرية وخلال مدة المتابعة التي راوحت بين 1-6 سنوات فلم يحدث النكس لديهم.

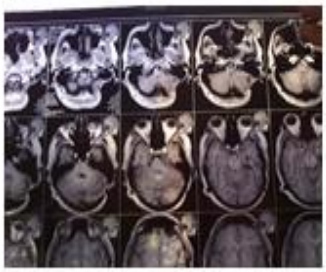
الخلاصة:

1-الأورام نظيرة البشرة أورام سليمة عادة تميل للتوضع بشكل أساسي في الزاوية الجسرية المخيخية وقاعدة الجمجمة، ويندر توضعها في أماكن أخرى.

2-تتظاهر هذه الأورام بأعراض وعلامات كتلة شاغلة للحيز في كثير من الأحيان وتلتصق بالأعصاب القحفية والأوعية الدموية المهمة ويكون تطور الأعراض بطيئاً قد يصل إلى سنوات طويلة.

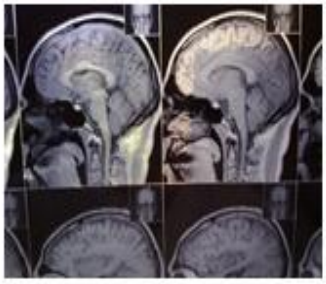
3-يعطي الاستئصال التام وتحت التام لهذه الأورام شفاء طويل الأمد قد يراوح عشرات السنوات إلاَّ أنّ إمكانية تحقيق هذا الاستئصال التام ليست سهلة المنال في كثير من الأحيان بسبب التصاق هذه الأورام بالجوار الذي غالباً ما يحمل خطورة عالية قد تكون مهددة للحياة.

4-الاستئصال الجزئي لهذه الأورام يجعل إمكانية النكس في هذه الأورام تبلغ نسبة عالية خلال مدة قصيرة من الزمن[46].

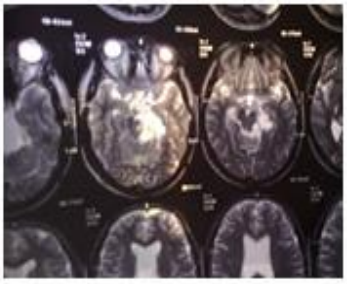


مقطع افقي للورم بعد الاستئصال تبه التام

ورم نظير بنروي في الزاوية الجسرية المخيخية ممتد لجذع الدماغ مقطع اكليلي

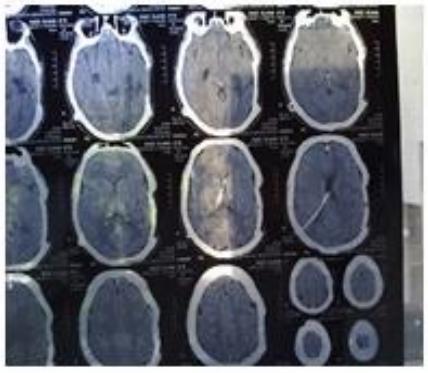


الورم بعد الاستئصال مقطع اكليلي

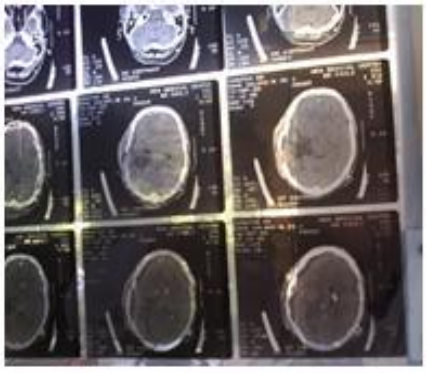


الورم على المرنان المغناطيسي قبل وبعد الجراحة

مقطع افقي للورم قبل الجراحة



طبقي محوري للورم يظهر تحويلة بطينية-برينوانية تم وضعها بعد حدوث استسقاء دماغ تالي لالتهاب سحايا



الورم على الطبقي المحوري بعد الجراحة

References

1. Abramson RC, Morawetz RB, Schlitt M. Multiple complications from an intracranial epidermoid cyst: case report and literature review. Neurosurgery. 1989;24:574–578.
2. Asahi T, Kurimoto M, Endo S, Monma F, Ohi M, Tamaki M. Malignant transformation of cerebello-pontine angle epidermoid. J Clin Neurosci. 2001;8:572–574.
3. Chen S, Ikawa F, Kurisu K, Arita K, Takaba J, Kanou Y. Quantitative MR evaluation of intracranial epidermoid tumors by fast fluid-attenuated inversion recovery imaging and echo-planar diffusion-weighted imaging. AJNR Am J Neuroradiol. 2001;22:1089–1096.
4. Garcia AC, McGarry PA, Rodriguez F. Primary intracranial s quamous cell carcinoma of the right cerebellopontine angle. J Neurosurg. 1981;54:824–828.
5. Hamlet A, Hua ZF, Saikali S, Laurent JF, Gedouin D, Ben-Hassel M, Guegan Y. Malignant transformation of intra-cranial epithelial cysts: systematic article review. J Neurooncol. 2005;74:187–194.
6. Kallmes DF, Provenzale JM, Cloft HJ, McClendon RE. Typical and atypical MR imaging features of intracranial epidermoid tumors. AJR. 1997;169:883–887.
7. Kubota H, Kondo A, Iwasaki K. Cerebellopontine angle epidermoids presenting with cranial nerve hyperactive dysfunction: Pathogenesis and long-term surgical results in 30 patients. Neurosurgery. 2002;50:276–286.
8. Meng L, Yuguang L, Shugan Z, Xingang L, Chengyuan W. Intraventricular epidermoids. J Clin Neurosci. 2006;13:428–430.
9. Michael LM, II, Moss T, Madhu T, Coakham HB. Malignant transformation of posterior fossa epidermoid cyst. Br L Neurosurg. 2005;19:505–510.
10. Tamura K, Aoyagi M, Wakimoto H, Tamaki M, Yamamoto K, Yamamoto M, Ohno K. Malignant transformation eight years after removal of a benign epidermoid cyst: a case report. J Neurooncol. 2006;79:67–72.
11. Ulrich J. Intracranial epidermoids.A study on their distribution and spread. J Neurosurg. 1964;21:1051–1058.
12. Yilmazlar S, Kocaeli H, Cordan T. Brain stem stroke associated with epidermoid tumours: report of two cases. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2004;75:1340–1342. [PMC free article]
13. Bauman CH, Bucy PC. Paratrigeminal epidermoid tumors. J Neurosurg. 1956;13:455–68. [PubMed]
14. Fleming JF, Botterell EH. Cranial dermoid and epidermoid tumors. Surg Gynecol Obstet. 1959;109:403–11.
15. Abramson RC, Morawetz RB, Schli HM. Multiple complications from an intracranial epidermoid cyst: Case report and literature review. Neurosurg. 1989;24:574–8.
16. Alvord EC., Jr Growth rates of epidermoid tumors. Ann Neurol. 1997;2:367–70.
17. Bartal A, Razon N, Avram J, Rockkind S, Doron A. Infratentorial epidermoids. Acta Neurochir (Wien) 1988;42:142–6.
18. Russel DS, Rubinstein LJ. London: Edward and Arnold; 1989. Dermoid and epidermoid cyst, in pathology of tumors of the central nervous system; pp. 690–702.
19. Ulrich J. Intracranial epidermoids: A study on their distribution and spread. J Neurosurg. 1964;21:1051–7.
20. Hakyemez B, Aksoy U, Yildiz H, Ergin N. Intracranial epidermoid cysts: Diffusion-weighted, FLAIR and conventional MR findings. Eur J Radiol. 2005;54:214–20.
21. DeMonte F, Gilbert MR, Mahajan A. Springer Verlag; 2007. Tumors of the Brain and Spine. SBN:0387292012.
22. Albright AL, Adelson PD, Pollack IF. Thieme Medical Pub; 2007. Principles and practice of pediatric neurosurgery. ISBN:1588903958.
23. Osborn AG, Preece MT. Intracranial cysts: Radiologic-pathologic correlation and imaging approach. Radiology. 2006;239:650–64.
24. Yoshizato K, Kai Y, Kuratsu J, Ushio Y. Intramedullary epidermoid cyst in the brain stem: Case report. Surg Neurol. 1996;45:537–40.
25. de Souza CE, de Souza R, Da Costa S, Sperling N, Yoon TH, Abdel Hamid MM, et al. Cerebellopontine angle epidermoid cysts: A report on 30 cases. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1989;52:986–90. [PMC free article]
26. Apfelbaum RI. Epidermoid cysts and cholesterol granulomas centered on the posterior fossa: Twenty years of diagnosis and management. Neurosurgery. 1987;21:805.
27. Chen CY, Wong JS, Hsieh SC, Chu JS, Chan WP. Intracranial epidermoid cyst with hemorrhage: MR imaging findings. AJNR Am J Neuroradiol. 2006;27:427–9.

28. Tancredi A, Fiume D, Gazzeri G. Epidermoid cysts of the fourth ventricle: Very long follow up in 9 cases and review of the literature. Acta Neurochir. 2003;145:905–11.
29. Chen S, Ikawa F, Kurisu K, Arita K, Takaba J, Kanou Y. Quantitative MR evaluation of intracranial epidermoid tumors by fast fluid-attenuated inversion recovery imaging and echo-planar diffusionweighted imaging. AJNR Am J Neuroradiol. 2001;22:1089–96.
30. Laing AD, Mitchell PJ, Wallace D. Diffusion-weighted magnetic resonance imaging of intracranial epidermoid tumours. Australas Radiol. 1999;43:16–9. [PubMed]
31. Sirin S, Gonul E, Kahraman S, Timurkaynak E. Imaging of posterior fossa epidermoid tumors. Clin Neurol Neurosurg. 2005;107:461–7.
32. Tsuruda JS, Chew WM, Moseley ME, Norman D. Diffusionweighted MR imaging of the brain: Value of differentiating between extraaxial cysts and epidermoid tumors. AJNR Am J Neuroradiol. 1990;11:925–31.
33. Schaefer WP, Grant PE, Gonzalez RG. Diffusion-weighted MR Imaging of the Brain. Radiology. 2000;217:331–45.
34. Yasargil MG, Abernathey CD, Sarioglu AC. Microsurgical treatment of intracranial dermoid and epidermoid tumors. Neurosurgery. 1989;24:561–7.
35. Altschuler EM, Jungries CA, Sekhar LN, Jannetta PJ, Shertak PE. Operative treatment of intracranial epidermoid cysts and cholesterol granulomas: Report of 21 cases. Neurosurgery. 1990;26:606–14.
36. Long DM. Intracranial epidermoid tumors. In: Apuzzo ML, editor. Brain Surgery: Complication Avoidance and Management. New York: Churchill Livingstone; 1993. pp. 669–88.
37. Berger MC, Wilson CB. Epidermoid cysts of the posterior fossa. J Neurosurg. 1985;62:214–9.
38. Lunardi P, Missori P, Innocenzi G, Gagliadi FM, Fortuna FM. Long-term results of surgical treatment of cerebellopontine angle epidermoids. Acta Neurochir (Wien) 1990;103:105–8.
39. Samii M, Tatagiba M, Piquer J, Carvalho GA. Surgical treatment of epidermoid cysts of the cerebellopontine angle. J Neurosurg. 1996;84:14–9.
40. Vinchon M, Pertuzon B, Lejeune JP, Assaker R, Pruvo JP, Christiaens JL. Intradural epidermoid cysts of the cerebellopontine angle: Diagnosis and surgery. Neurosurgery. 1995;36:52–7.
41. Cantau RC, Ojemann RG. Glucosteroid treatment of keratin meningitis following removal of a fourth ventricle epidermoid tumour. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1968;31:73–5. [PMC free article]
42. Sabin HI, Bordi LT, Symon L. Epidermoid cysts and cholesterol granulomas centered on the posterior fossa: Twenty years of diagnosis and management. Neurosurgery. 1987;21:798–805.
43. Yamakawa K, Shitara N, Genka S, Manaka S, Takakura K. Clinical course and surgical prognosis of 33 cases intracranial epidermoid tumors. Neurosurgery. 1989;24:568–73.
44. Panagopoulos KP, El-Azouzi M, Chisholm HL, Jolesz FA, Black PM. Intracranial epidermoid tumors: A continuing diagnostic challenge. Arch Neurol. 1990;47:813–6.
45. Michael LM, II, Moss T, Madhu T, Coakham HB. Malignant transformation of posterior fossa epidermoid cyst. Br J Neurosurg. 2005;19:505–10
46.Koichi Kato,1,2 Hiroshi Ujiie,1,2 Takashi Higa,1 Masataka Hayashi,1 Osami Kubo,1 Yoshikazu Okada,1 and Tomokatsu Hori1: Clinical presentation of intracranial epidermoids: a surgical series of 20 initial and four recurred cases. Asian J Neurosurg. 2010 Jan-Jun; 5(1): 32–40.
47.Forhad Hossain Chowdhury, Mohammod Raziul Haque, and Mainul Haque Sarker: Intracranial epidermoid tumor; microneu rosurgical management: An experience of 23 cases.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2014/9/3.
تاريخ قبوله للنشر2014/11/18 .