المقدمـــــــة

الجسم السباتي هو عقدة من مجموعة أنسجة الكيمورسيبتورفي جسم الإنسان.

ويقع في الجانب الخلفي من التشعب في الشريان السباتي المشترك فوق الجيب السباتي . ويستمد الامدادات الدموية من الشريان السباتي الخارجي.

وينشأ من الخلايا العصبية التي لديها قمة هاجر مع خلايا جانجليون من الجهاز العصبي اللاإرادي.

ويتأثر الجسم السباتي بنقص الأكسجين، حامضية الدم ، نقص ضغط الدم ، زيادة ثانى اكسيد الكربون وارتفاع درجة الحرارة و تكون الاستجابة لهذه التغيرات من خلال الخلايا القائدة.

هناك اعتقاد بوجود علاقة بين أورام الجسم السباتي وساكنى الاماكن الشاهقة وكذلك نقص الاكسجين المزمن في المرضى الذين يعانون من العيوب الخلقية بالقلب.

الأورام الخبيثة للجسم السباتي تشكل حوالي (٠.٥ ٪) . معظمهما فى جانب واحد ونسبة (٣ ٪-٤٪) من الثنائية في حالات متفرقة وحوالي (٣٠ ٪) في الحالات العائلية. واغلب الحالات من النساء.

صنف شامبلين هذه الأورام إلى ٣ مجموعات :-

- المجموعة الأولى: تتكون من الاورام الصغيرة نسبيا ، سطحية الالتصاق بالشريان السباتى وتتميز بسهولة الاستئصال الجراحي.
- المجموعة الثانية: هى أورام أكبرحجما، اكثر التصاقا و هذه الأورام قابلة للاستئصال الجراحي الدقيق.

●المجموعة الثالثة: هي اورام كبيرة جدا ، تغلف الأوعية السباتية وغالبا ما تتطلب فصل الشرايين واعادة التوصيل.

وتم تعديل التصنيف من قبل لونا أورتيز الى الأول ، الثاني ،الثالث الف وكذلك الثالث باء. ويستند الى العلاقة بين الورم والأوعية السباتية الداخلى والخارجى. اما الفئة الثالث باء تشمل الاورام من أي حجم والمتصلة مباشرة بالاوعية السباتية.

ويعتبر وجود تضخم بالجانب الامامى من الرقبة والذى يتسم بانه غير مؤلم وبطىء النمو ويتميز بحرية الحركة الجانبية كذلك عسر البلع و بحة في الصوت و اعتلال العصب القحفي من اهم الاعراض المصاحبة للمرض.

يتم التشخيص عن طريق الموجات فوق الصوتية(دوبلر) ، تصوير الأوعية للشريان السباتي والاشعة المقطعية للجمجمة والرقبة واشعة الرنين المغناطيسى.

التشخيص التفريقي لأورام الجسم السباتي تشمل تضخم العقد اللمفاوية ، الخراجات، اورام الغدة النكفية، أورام الغدة الدرقية، الأورام العصبية وتمدد الشريان السباتي .

التدخل الجراحى هو العلاج المفضل لأورام الجسم السباتي CBTs . من خلال استخدام تحويلة السباتى من عدمه وقد نحتاج الى الحقن الوعائى قبل التدخل الجراحى من خلال الشريان او من خلال الورم مباشرة للحصول على سهولة الوصول إلى الأوعية الدموية السرطانية وبالتالي زيادة احتمالات الانسداد الكامل للحد من الإصابة بالأمراض الجراحية الثانوية كفقدان الدم.

فى عدد من الحالات قد يكون التدخل الجراحى صعب لهذا قد يكون العلاج الاشعاعى هو البديل وهناك أدلة متزايدة لدعم العلاج الإشعاعي كعلاج رئيسي لفعاليته وسلامتة. كذلك قد يكون خيارا للمرضى الذين يرفضون التدخل الجراحى لمخاطره.

ينبغي أن نأخذ في الاعتبار معدل النمو البطيء للورم في حالة وجود سياسة "الانتظار والمسح الضوئي". ويمكن متابعة المريض من خلال المسح الضوئى.أما بالنسبة للفاصل الزمني بين دراسات المتابعة اللاحقة ينبغي أن يتوقف على التغيرات في الحالة السريرية للمريض فمن الممكن ان يكون فاصل زمني قصير للمراقبة الدقيقة لنمو الورم وقد يكون اطول عند التعامل مع حالة سريرية أكثر استقرارا.

يرتبط التدخل الجراحى بانخفاض معدلات الوفيات والاعتلال ، على الرغم من أن معدل الخلل الوظيفي بعد التدخل الجراحي للعصب القحفي تزال مرتفعة وكذلك معدلات الاعتلال الجراحي الثانوي كفقدان الدم.

لذلك ينبغي أن ترتكز البحوث المستقبلية على تقييم العلاجات الموجودة. وينبغي السعي وراء تطوير علاجات جديدة. كذلك ينبغي توجيه البحوث الأساسية في المستقبل الى الكيمياء الحيوية من خلال علم الوراثة للتوصل الى علاج نهائى للورم .