إعادة تموضع وتعديل الحبل الصوتي (Vocal Cord Medialization)

تحت إشراف الأستاذ الدكتور مصطفى عمر — استشاري ومحاضر أذن وأنف وحنجرة وجراحة قاعدة الجمجمة، مستشفى طيبة، أسيوط

نظرة عامة

يعتمد الصوت السليم على قدرة الحبلين الصوتيين على التلامس بإحكام أثناء الكلام، بحيث يهتز كل منهما في مواجهة الآخر لإنتاج صوت واضح وقوي. عندما يصاب أحد الحبلين الصوتيين بضعف أو شلل جزئي أو كلي، نتيجة إصابة العصب الحنجري أو بعد بعض الجراحات في الرقبة أو الصدر أو لأسباب أخرى، فإنه يتوقف عن الحركة أو التموضع الطبيعي في منتصف الحنجرة. ينتج عن ذلك فجوة بين الحبلين الصوتيين أثناء محاولة الكلام، فيصبح الصوت ضعيفًا أو أجش أو مبحوحًا يشبه الهمس، ويصاحبه غالبًا إرهاق سريع عند الكلام، وقصر النَّفَس أثناء التحدث، وفي بعض الحالات قد يزيد هذا الضعف من احتمال دخول السوائل أو الطعام إلى مجرى الهواء أثناء البلع.

الهدف من عملية إعادة تموضع الحبل الصوتي (Medialization) هو تقريب الحبل الصوتي الضعيف أو المشلول من خط المنتصف، بحيث يتمكن الحبل السليم في الجانب الآخر من الالتقاء به بإحكام أثناء الكلام والبلع. وهذا يؤدي عادة إلى تحسّن ملحوظ في قوة الصوت ووضوحه، وتقليل الإرهاق الصوتي، وتحسين سلامة عملية البلع.

يوجد مساران رئيسيان لتحقيق هذا الهدف:

- **حقن الأحبال الصوتية (Injection Laryngoplasty):** تقنية أقل تدخلًا، تعتمد على حقن مادة مالئة داخل الحبل الصوتي الضعيف أو بجواره لدفعه نحو المنتصف، ويمكن إجراؤها في بعض الحالات في العيادة أو تحت تخدير خفيف. **للتفاصيل الكاملة عن هذا الأسلوب — دواعيه، وخطواته، وأنواع المواد المستخدمة، ومدة تأثيره — يُرجى مراجعة نشرة "حقن الأحبال الصوتية" المخصصة لهذا الموضوع.**

- **الجراحة الهيكلية لتعديل الغضروف الحنجري (Medialization Thyroplasty):** أسلوب جراحي أكثر تدخلًا، يتم فيه وضع دعامة (implant) من خلال شق جراحي صغير في مقدمة الرقبة لإعادة تموضع إطار الغضروف الحنجري والحبل الصوتي بشكل دائم إلى حد كبير. تُفضَّل هذه الجراحة عادة عندما يُراد الوصول إلى نتيجة صوتية طويلة الأمد أو دائمة، أو عندما لم تحقق الحقن نتيجة صوتية مرضية.

تركز بقية هذه النشرة على تفاصيل الجراحة الهيكلية (الثيروبلاستي)، باعتبارها الخيار الذي لم يُغطَّ بالتفصيل في نشرة أخرى.

ماذا يحدث أثناء الجراحة؟

تُجرى الجراحة الهيكلية لتعديل الحبل الصوتي أحيانًا تحت تخدير موضعي مع تسكين خفيف (Sedation)، وأحيانًا أخرى تحت تخدير عام كامل، وذلك حسب طبيعة حالتك وتقدير الفريق الطبي المعالج.

من الجوانب المطمئنة والجديرة بالفهم في هذا النوع من الجراحة أنه عند إجرائها تحت التخدير الموضعي مع التسكين، يبقى المريض واعيًا بدرجة تسمح للفريق الجراحي بأن يطلب منه النطق أو الكلام أثناء العملية نفسها. يستمع الجراح إلى جودة الصوت لحظة بلحظة أثناء ضبط موضع الدعامة، مما يساعد على الوصول إلى أفضل نتيجة صوتية ممكنة قبل إغلاق الجرح، بدلًا من الاعتماد على التقدير البصري وحده.

تتضمن خطوات الجراحة عمومًا:

- عمل شق جراحي صغير في الجزء الأمامي من الرقبة، فوق موضع صندوق الصوت (الحنجرة) مباشرة.
- فتح دقيق ومحدود في إطار الغضروف الحنجري من الخارج، للوصول إلى موضع الحبل الصوتي من دون الدخول إلى داخل مجرى الهواء نفسه في أغلب الحالات.
- إدخال دعامة (implant) مصنوعة من مادة طبية مخصصة لهذا الغرض، ووضعها بعناية لدفع الحبل الصوتي الضعيف نحو خط المنتصف.
- ضبط موضع الدعامة تدريجيًا حتى الوصول إلى أفضل تلامس ممكن بين الحبلين الصوتيين، ثم إغلاق الشق الجراحي.

تستغرق الجراحة عادة نحو ساعة إلى ساعتين، وتختلف المدة الدقيقة حسب تعقيد الحالة. ونظرًا لقرب موضع الجراحة من مجرى الهواء، يُطلب من المريض عادة البقاء في المستشفى لفترة قصيرة بعد الجراحة لمراقبة التنفس والتأكد من استقرار الحالة قبل الخروج.

بعد الجراحة مباشرة

- من الطبيعي ملاحظة انزعاج أو ألم خفيف إلى متوسط في منطقة الرقبة حول موضع الشق الجراحي، وقد يصاحبه بعض التورم الموضعي.
- قد يتغير صوتك بشكل ملحوظ في الأيام الأولى بسبب التورم الطبيعي في أنسجة الحنجرة، وهذا لا يعكس بالضرورة النتيجة النهائية للجراحة؛ فالنتيجة الصوتية الحقيقية تظهر تدريجيًا مع انحسار التورم.
- قد تشعر بوعي زائد بمنطقة الحلق أو بعض الصعوبة الخفيفة عند البلع في الساعات أو الأيام الأولى، وهذا الشعور يتحسن تدريجيًا مع التعافي.
- سيراقب الفريق الطبي تنفسك وصوتك عن قرب خلال فترة بقائك بالمستشفى قبل السماح لك بالخروج.

المخاطر والمضاعفات المحتملة

مضاعفات شائعة نسبيًا

- انزعاج أو ألم خفيف وتورم في منطقة الرقبة حول الشق الجراحي.
- تغيّر مؤقت في جودة الصوت خلال فترة التئام الأنسجة وانحسار التورم.

مضاعفات تستدعي المتابعة الدقيقة

- التهاب في موضع الجرح الجراحي.
- عدم الوصول إلى نتيجة صوتية مُرضية بعد زوال التورم بالكامل، مما قد يستدعي إعادة ضبط موضع الدعامة أو تعديلها لاحقًا.

مضاعفات نادرة لكنها جسيمة

- تورم أو ضيق في مجرى الهواء يستدعي مراقبة دقيقة أو تدخلًا عاجلًا، نظرًا لقرب موضع الجراحة من مجرى التنفس.
- خروج الدعامة عن موضعها أو انزياحها (نادر الحدوث).
- مخاطر عامة مرتبطة بالتخدير، سواء الموضعي مع التسكين أو التخدير العام.

التعافي بعد الخروج من المستشفى

- حافظ على نظافة وجفاف منطقة الشق الجراحي في الرقبة، والتزم بتعليمات الفريق الطبي الخاصة بالعناية بالجرح وتغيير الضمادة إن وُجدت.
- تجنَّب رفع الأوزان الثقيلة أو بذل مجهود بدني شديد أو أي نشاط يزيد الضغط داخل الرقبة والصدر لفترة يحددها لك الفريق الطبي، حتى يكتمل التئام الأنسجة.
- اتبع إرشادات الفريق الطبي بخصوص استخدام صوتك خلال فترة التعافي، من حيث فترات الراحة الصوتية والتدرّج التدريجي في الكلام.
- في حال لم تكن النتيجة الصوتية مثالية بعد انحسار التورم بالكامل، قد يقترح عليك الفريق الطبي جلسة متابعة لضبط دقيق إضافي، وهذا أمر متوقع في بعض الحالات وليس بالضرورة مؤشرًا على مشكلة.

المتابعة بعد الجراحة

سيحدد لك الفريق الطبي مواعيد متابعة لتقييم التئام الشق الجراحي، وجودة الصوت، وسلامة عملية البلع بعد زوال التورم الأولي. من المهم أن تدرك أن نتائج الجراحة الهيكلية (الثيروبلاستي) يُقصد بها عادة أن تكون طويلة الأمد أو دائمة، بخلاف بعض المواد المستخدمة في الحقن التي قد يتم امتصاصها تدريجيًا مع الوقت. لذلك تُعد هذه الجراحة خيارًا يُلجأ إليه غالبًا حين يكون الهدف حلًا مستقرًا وطويل الأمد.

متى يجب التواصل الفوري مع الفريق الطبي؟

تواصل فورًا مع الفريق الطبي أو توجَّه إلى أقرب قسم طوارئ في حال ظهور أي من العلامات التالية:

- صعوبة في التنفس أو سماع صوت صفير أو ضجيج غير معتاد أثناء التنفس، وهذا أمر يستحق اهتمامًا خاصًا نظرًا لقرب موضع الجراحة من مجرى الهواء.
- تورم في الرقبة يزداد بمرور الوقت بدلًا من أن يتحسن تدريجيًا.
- صعوبة في البلع أو شعور بالاختناق عند تناول الطعام أو الشراب.
- ارتفاع درجة الحرارة (حمى).
- علامات التهاب في موضع الجرح، مثل الاحمرار المتزايد أو خروج إفرازات منه.
- ألم شديد لا يستجيب للمسكنات الموصوفة لك.

القرارات الطبية النهائية تتطلب فحصًا سريريًا شخصيًا مباشرًا من الأستاذ الدكتور مصطفى عمر.

تحت إشراف الأستاذ الدكتور مصطفى عمر

Under the supervision of Consultant Lecturer Dr. Mostafa Omar.