Dr. Moustafa Omar
Skull base Surgery & ENT Clinic

أذن، أنف، حنجرة وجراحة قاعدة الجمجمة · مستشفى طيبة، أسيوط

جراحة أورام الغدة النخامية بالمنظار عبر الأنف (Endoscopic Endonasal Pituitary Surgery)

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

نظرة عامة

الغدة النخامية غدة صغيرة تقع أسفل المخ مباشرة، خلف تجويف الأنف، وتُعرف بأنها "الغدة الرئيسية" لأنها تتحكم في إفراز هرمونات عديدة تنظم وظائف الجسم الأساسية (الغدة الدرقية، الغدد الكظرية، النمو، الخصوبة، إلخ). تحدث بعض الأورام (وأغلبها حميدة) داخل هذه الغدة، وقد تكون:

- **أورامًا "وظيفية"**: تُفرِز هرمونات زائدة تسبب أعراضًا مثل تضخم الأطراف، أو متلازمة كوشينج، أو ارتفاع هرمون الحليب.
- **أورامًا "غير وظيفية"**: لا تُفرز هرمونات، لكنها تسبب أعراضًا بضغطها على الأنسجة المجاورة (خصوصًا العصب البصري)، مثل الصداع أو ضعف الرؤية.

النهج بالمنظار عبر الأنف (Endoscopic Transsphenoidal Approach) هو الطريقة الجراحية القياسية حاليًا للوصول إلى الغدة النخامية عبر تجويف الأنف والجيب الوتدي، دون الحاجة لأي شق بالجمجمة أو الوجه، وبدون سحب أو ضغط مباشر على أنسجة المخ.

التقييم قبل الجراحة (ملخص)

يخضع المريض لتقييم متعدد التخصصات (غدد صماء، رؤية، أشعة) قبل تحديد موعد الجراحة. تفاصيل هذا التقييم والاستعدادات المطلوبة مجمّعة بالكامل في المستند المنفصل **"قائمة التحضير والتثقيف قبل جراحة الغدة النخامية"**، ويُنصح بقراءتها جيدًا قبل موعد العملية.

ماذا يحدث أثناء الجراحة؟

- تُجرى الجراحة تحت **تخدير عام كامل**، ويشارك فيها عادة فريق مشترك من جراحة الأذن والأنف والحنجرة وجراحة المخ والأعصاب.
- يصل الفريق إلى الغدة النخامية بالكامل عبر تجويف الأنف والجيب الوتدي، باستخدام المنظار، دون أي شق جراحي ظاهر بالوجه أو فروة الرأس.
- تستغرق العملية عادة من **ساعة إلى ساعتين تقريبًا**.
- يُستأصل الورم بعناية على مراحل صغيرة، مع الاستعانة بصور الرنين المغناطيسي لتوجيه الجراحة.
- في حال حدوث تسريب للسائل النخاعي أثناء الجراحة (وهو أمر متوقع الحدوث في نسبة من الحالات)، يقوم الجراح بإصلاحه فورًا باستخدام طبقات من الأنسجة، وقد يُستخدَم نسيج دهني أو سفاقي يُؤخَذ من البطن أو الفخذ لهذا الغرض.
- في نهاية الجراحة، قد يُوضع حشو (Packing) داخل تجويف الأنف مؤقتًا للمساعدة على الدعم والإرقاء.

بعد الجراحة مباشرة

- يحصل المريض على قناع أكسجين خفيف فوق الأنف في الساعات الأولى.
- تتم مراقبة العلامات الحيوية، وكمية ونوعية البول وموازنة السوائل بدقة خلال الأيام الأولى (لمتابعة أي اضطراب في هرمونات التحكم بالماء في الجسم).
- يُشجَّع المريض عادة على المشي بمفرده اعتبارًا من اليوم التالي للجراحة.
- تُقاس مستويات الهرمونات (خصوصًا الكورتيزول) بعد الجراحة لتحديد الحاجة لعلاج هرموني بديل.

المخاطر والمضاعفات المحتملة

كما هو الحال في أي جراحة، توجد نسبة من المخاطر، وسيناقشها الأستاذ الدكتور مصطفى عمر بالتفصيل حسب حالة كل مريض أثناء الاستشارة.

مضاعفات مبكرة شائعة نسبيًا (عادة بسيطة ومؤقتة):

- ألم بسيط بالأنف وصداع، يُسيطَر عليه بالمسكنات.
- غثيان أو قيء نتيجة نزول كمية بسيطة من الدم للمعدة أثناء الجراحة.

مضاعفات تستدعي المتابعة الدقيقة:

- **تسريب السائل النخاعي:** يحدث في حوالي 5 من كل 100 حالة وفق بعض المصادر الطبية، وقد يستدعي وضع أنبوب تصريف قطني مؤقت أو تدخلاً جراحيًا إضافيًا لإصلاحه.
- **البوال التفهي (Diabetes Insipidus):** اضطراب مؤقت في هرمون تنظيم الماء بالجسم يسبب زيادة ملحوظة في التبول والعطش، ويتحسن غالبًا خلال أيام قليلة، ونادرًا ما يستمر بشكل دائم مستلزمًا علاجًا هرمونيًا طويل الأمد.
- **قصور في وظائف الغدة النخامية (Hypopituitarism):** حوالي مريض واحد من كل 10 قد يحتاج لعلاج هرموني بديل إضافي (كورتيزون، هرمون الغدة الدرقية، هرمونات أخرى) بشكل مؤقت أو دائم بعد الجراحة.

مضاعفات نادرة لكنها جسيمة:

- تدهور الرؤية، خصوصًا لدى المرضى الذين لديهم ضعف بصري قبل الجراحة أصلاً.
- إصابة الشريان السباتي المجاور (نادرة جدًا، أقل من حالة واحدة من كل 100 حالة).
- التهاب سحائي.
- نزيف يستدعي تدخلاً إضافيًا، ومخاطر التخدير العام العامة.

التعافي بعد الخروج من المستشفى

- مدة البقاء بالمستشفى عادة **يومان إلى ثلاثة أيام**.
- **يُمنَع نفخ الأنف تمامًا، وكذلك الانحناء للأمام أو الشمّ بقوة أو رفع الأثقال، لمدة 4 إلى 6 أسابيع** تقريبًا بعد الجراحة.
- إفرازات دموية خفيفة من الأنف أمر طبيعي في الأيام الأولى.
- الشعور بالإرهاق والتعب العام أمر متوقع، وقد يستمر من **6 إلى 8 أسابيع** تقريبًا؛ يُنصح بأسلوب حياة هادئ تدريجي خلال هذه الفترة.

- يُنصح بمتابعة كمية السوائل المُتناوَلة خلال الأسبوع الأول بعد الخروج (عادة ما بين 1.5 إلى 2 لتر يوميًا تقريبًا، ما لم يوصِ الفريق الطبي بغير ذلك)، لأهمية ذلك في متابعة التوازن الهرموني للماء بالجسم.

العلاج الهرموني بعد الجراحة (بند بالغ الأهمية)

- إذا وصف لك الفريق الطبي **الكورتيزون البديل (هيدروكورتيزون)**، فمن الضروري جدًا الالتزام بالجرعات في مواعيدها بدقة، وعدم إيقافها أو تفويت أي جرعة إلا بتوجيه مباشر من الطبيب.
- يُنصح بحمل **"بطاقة الكورتيزون" (Steroid Card)** التي يوفرها الفريق الطبي في جميع الأوقات، لإبلاغ أي جهة طبية أخرى بحالتك في حال الطوارئ.
- ستتم إعادة تقييم الهرمونات بشكل دوري لتحديد ما إذا كانت هناك حاجة لعلاج هرموني إضافي دائم، وقد يُحوَّل المريض لمتابعة طويلة الأمد مع طبيب الغدد الصماء.

المتابعة بعد الجراحة

- زيارة متابعة أولى بعد حوالي أسبوع من الجراحة.
- زيارة متابعة ثانية بعد حوالي 6 إلى 8 أسابيع.
- رنين مغناطيسي للمتابعة بعد حوالي 4 أشهر، مع مواعيد متابعة لاحقة حسب الحالة.
- قد يُحوَّل المريض لمتابعة الرؤية مع طبيب العيون، ومتابعة الهرمونات مع طبيب الغدد الصماء، بالتوازي مع متابعة الجراحة.

متى يجب التواصل الفوري مع الفريق الطبي؟

يُرجى التواصل مع العيادة فورًا أو التوجه لأقرب قسم طوارئ عند ظهور أي مما يلي:

- **سيلان سائل شفاف رقيق (يشبه الماء) من الأنف** — قد يشير إلى تسريب للسائل النخاعي.
- حمى مصحوبة بتيبّس في الرقبة أو صداع شديد — علامات محتملة لالتهاب سحائي.
- أي تغيّر مفاجئ في الرؤية.

- **زيادة ملحوظة وغير معتادة في التبول مع عطش شديد مستمر** — قد يشير لاضطراب في الهرمون المسؤول عن توازن الماء بالجسم.
- ألم شديد لا يستجيب للمسكنات الموصوفة.
- علامات التهاب الجرح: احمرار أو تورم أو إفرازات مصحوبة بحمى.

هذه المعلومات تعليمية عامة، ولا تغني عن الفحص السريري الشخصي والمتابعة المشتركة بين فريقي الجراحة والغدد الصماء. **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.