

## ارزش پوسته برداری در سرطانهای طناب صوتی حنجره

### بوسیله لارنژوفیسور

دکتر محمدعلی عنصری

چون در سرطانهای حنجره حدود ۵۰٪ سرطان طنابهای صوتی مشاهده میگردد با توجه به فیزیولوژی حیاتی این ارگان به بحث در این مورد پرداخته میشود.

سرطانهای طناب صوتی (کوردو کال) خوشبختانه دارای پیشرفت مناسبی نسبت به سایر ارگانهای بدن هستند و علت آن یکی ظهور گرفتگی صداست که حتی تومورهائی به بزرگی ۱ تا ۲ میلیمتر (ته سنجاق) ، بخصوص اگر در نزدیکی کمیسور قدامی ، باشند ایجاد میکند و این گرفتگی صدا که ارتباطات تکلمی بیمار و اطرافیانش را ناهموار میسازد موجب میشود چنانچه بیمار بمیل خود به طبیب مراجعه نکند برای ارضای اطرافیان و بستگان خود در پی علاج و رفع ناهنجاری تکلمی خود برآید . دیگر اینکه سرطانهای حنجره طبق آمار و نظریه Leicher عموماً (کارسینوما) بوده و به نسبت ۱۲ از ۱۲۷ از نوع سارکوم میشود و در نوع (کارسینوما) هم ۹۰٪ از سلولهای با دیفرانسیال کامل تشکیل شده است که از جهت انتشار (متاستاز) کمتر توزیع میشوند مضافاً اینکه امکان انتشار آن نیز بعلت معدود بودن عروق لنفاوی طنابهای صوتی کمتر میباشد .

لذا میتوان تصور قبول کرد که در تومورهای بدخیم الیاف صوتی امکان مناسبی وجود دارد که چنانچه در مراحل اولیه تومور تشخیص داده شود با معالجه (جراحی کوچک یا رادیوتراپی) محدودی آن را بتوان بر طرف نمود .  
متأسفانه اغلب بیماران در مراحلی به بیمارستان مراجعه

طبق آمارهای بین المللی امروزه سرطان پس از امراض قلب و عروق در ردیف دوم علل مرگ قرار دارد و در مجموع سرطانهای اعضاء ، سرطانهای مجاری تنفسی که سابقاً تا سال ۱۹۲۶ در ردیف پنجم قرار داشت امروز در ردیف اول تادم قرار گرفته است [۲].  
سرطانهای مجاری تنفسی از نظر ابتلا و امکانات جراحی به دو گروه تقسیم میشوند:

۱- سرطانهای مجاری تنفسی فوقانی (دهان-بینی-حفرات مجاری بینی-حلق و حنجره)

۲- تراشه-برنش و ریهها .

بعلت شناخت نسبی فوری مجاری تنفسی فوقانی و امکانات بهتر جراحی آنها ۴۰ تا ۵۰٪ مبتلایان پیش از پنج سال در سلامت زندگی میکنند . و ۱۰ تا ۱۵٪ مبتلایان به سلامتی کامل دست می یابند در حالیکه در سرطانهای برنش و ریهها ۱ تا ۲٪ مبتلایان حداکثر به ۵ سال [۳] زندگی میرسند .

در سرطانهای مجاری تنفسی فوقانی طبق گزارش Wedig

نسبت مبتلایان بشرح زیر است :

درصد	۴۸/۱	حنجره (۳۲۲ مورد)
د	۱۵/۲	دهان (۱۰۲ د)
د	۱۳	بینی و حفرات آن
د	۸/۵	گوش
د	۵/۶	هیپوفارنکس
د	۳/۴	کام

تشخیص سرطان در بیوپسی اولیه داده شده است و در (۳۲) بیمار دیگر پس از سه بار بیوپسی و در ۱۰ بیمار پس از لارنژوفیوسور برداشتن تمام مخاط طناب صوتی و هیستولوژی آن به تشخیص سرطان رسیده است و ۲۵٪ یا یک چهارم بیماران مبتلی به سرطان در بیوپسی اولیه به نتیجه نرسیده اند بدیهی است که زمان بین اولین بیوپسی تا آخرین آن در این ۲۵٪ مریض های مبتلی به سرطان اوقات پرارزشی بوده که از دست رفته است .

مطالعاتی که در باره این ۴۲ مورد لینک نموده نشان میدهد که در ۲۵ بیمار زمان بین اولین بیوپسی منفی و اولین بیوپسی مثبت بطور متوسط ۳ الی ۴ ماه بوده و بین آخرین بیوپسی منفی و هیستولوژی مثبت مخاط برداشته در لارنژوفیوسور ۲۰ روز بوده است در این صورت باید قبول کرد که در این ۲۵ مورد بیوپسی اولیه از بافت سرطانی برداشته نشده است و اوقات سپری شده بعلمت نامناسب برداشتن بیوپسی بوده است مثلاً در تومور کوچک طناب صوتی که معمولاً از قله آن بیوپسی میشود و نتیجه هیستولوژی - هیپرکراتوز بدست میآید شکلی نیست که اگر کانسر انفیلترا تئو عقی باشد در بیوپسی سطحی نشان داده نخواهد شد. در ۱۷ بیمار از این ۲۵٪ لینک مشاهده کرد که زمان بین اولین بیوپسی و تشخیص قطعی تومور خیلی طولانی تر بوده است و بطور متوسط تا ۵/۵ سال رسیده است و بین آخرین بیوپسی منفی و نتیجه مثبت ۱۱ تا ۱۳ ماه سپری گردیده است. در این موارد با احتمال یقین میتوان قبول کرد که هیستولوژی اولیه یک حالت پرکانسروز باید بوده باشد .

میکند که لزوم برداشتن کامل حنجره (لارنژکتومی) را ایجاب میکند و این بدلیل عدم آگاهی مردم - سهل انگاری طبیب غیر متخصص و امکاناً اتخاذ تدابیری است که موجب طی زمان و نتیجتاً رشد تومور و بالاخره گذشتن از مراحل ابتدائی است که منجر به برداشتن کامل حنجره (لارنژکتومی) میشود .

تصور سرما خوردگی - داروهای خانگی - معلول عدم آگاهی مردم است که در این مورد وظیفه مؤسسات مبارزه با سرطان میباشد که مردم را هدایت کنند.

سهل انگاری طبیب غیر متخصص با متخصص که بدون ماینه حنجره درمان لارنژیت (التهاب حنجره) میکند موجب میشود که اوقات گرانبهای ضایع شود .

لارنژوسکپی غیر مستقیم و مستقیم حنجره بوسیله طبیب متخصص که فقط در مورد لارنژیت حاد قاطع است در ملاحظه تومورهای الیاف صوتی از نظر نوع تومور و خوش خیم یا بدخیم بودن آن بهیچوجه قاطعیت نداشته و فقط حدود تومور را میتواند تعیین کند چنانچه تنها در ملاحظه یک توده کوچک بافت اپیتلیال الیاف صوتی ممکن است التهاب غیر اختصاصی - اختصاصی - لکوپلاکی - کراتوز - پاکتی درمی با شروع کارسینوما باشد. در مورد توده های پولیپ مانند یا پاپیلومی شکل که بنظر قطعی میآید ممکن است آنها هم از ابتدا کانسر روز باشند . چنانچه Dworacek در ۳ فقره پاپیلوم بزرگسالان ۱۲ فقره کانسر های پاپیلرو ۶ فقره پاپیلومهایی که تبدیل به کانسر شده بودند یافت خلاصه آنکه وارد تشخیص افتراقی محدود نیست و تمایز چشمی آنها در لارنژوسکپی غیر عملی است .

لذا ناچار متخصص متوسل به بیوپسی میشود و نتیجه بیوپسی در صورتیکه بافت سرطانی را تایید نمود موجب عمل یا معالجه با اشعه میگردد ولی در موارد زیادی هم نتیجه پاتولوژی پاکتی درمی - لکوپلاکی - هیپرکراتوز - پرکانسروز و غیره میباشد که جدا کردن آنها در تغییرات خوش خیم و بدخیم با اطمینان میسر نیست بطوریکه Weis در سال ۱۹۶۱ و Kleinsaesser در سال ۱۹۶۲ بافت عائی را که از نظر پاتولوژی بین خوش خیم و بدخیم بودند به نام بافت مشکوک خواندند و لزوم دقت و تعقیب بیماری را تایید نمودند .

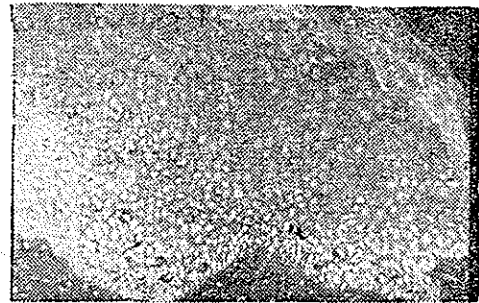
با شرح فوق نتیجه آن خواهد بود چنانکه هیستولوژی بیوپسی دلیل قاطع بر بدخیم بودن بافت نبوده و موجب شود که متخصص بعلمت شك ذهنی خود به معالجات داروئی ادامه دهد و در صورت عدم بهبود به قدرت به بیوپسی های مکرر کند .

R.Link در آماری گزارش داده است که در (۱۶۸) بیمار مبتلی به سرطان طنابهای صوتی در (۱۲۶) بیمار یعنی ۷۵٪ آنها



عکس شماره ۱  
بیوپسی شماره ۱ - شروع اسکوا ماسل کار-سینوما

شکل های (۱ تا ۷) هیستولوژی های مکرری است از یک بیمار ۵۷ ساله که بعلمت گرفتگی صدا ۷ سال متوالی تحت درمان بوده است و چون در معالجات حنجره طنابهای صوتی بنظر مشکوک میسر رسیده از آنها بوسیله بیوپسی کنترل شده تا بالاخره در



عکس شماره ۲

بیوپسی شماره ۳ - هیپر پلازی اپیتل



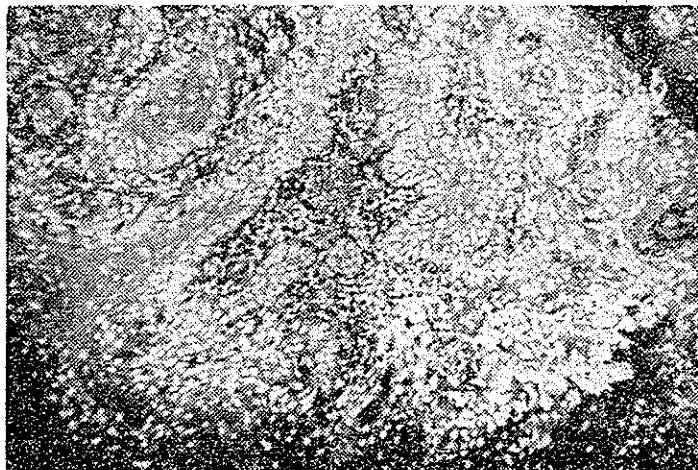
عکس شماره ۶

بیوپسی شماره ۶ - انجیلتراسیون التهابی



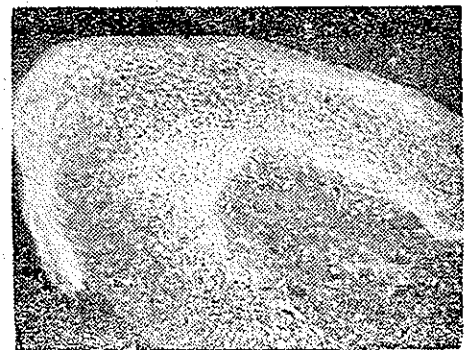
عکس شماره ۳

بیوپسی شماره ۳ - گرانولوسیتون (التهاب غیر اختصاصی)



عکس شماره ۷

بیوپسی شماره ۷ - اسکوامسل کارسینوما شاخی



عکس شماره ۴

بیوپسی شماره ۴ - هیپر کراتوز

آخرین آن بعلت بدخیم بودن بافت تحت عمل حنجره قرار گرفته است خلاصه آنکه در توءورهای طنابهای صوتی که از نظر کلینیکی بنظر مشکوک می رسند ارزش بیوپسی در صورتی است که نتیجه آن مثبت باشد و اگر منفی بود دلیلی بر برد بدخیم بودن آن نمیتواند باشد.

در تأیید نظریه فوق عقاید مستند چند پاتولوژیست را گزارش میدهد.

۱- G. Synsztain و Leicher در ۱۹۶۳ گزارش دادند که در اطراف کانسر طناب صوتی اغلب التهابهای غیر اختصاصی حاد و مزمن با تمام تغییرات هیپر پلازی بافت اپیتل نظیر لو کو پلاکی - پاکی درمی - نودول دیده میشود.

۲- Sirtori در ۱۹۶۴ گزارش داده که ۷۵٪ کانسرهای طناب صوتی از نوع پروگرسو هستند و نمیتوان حد آنها را تعیین



عکس شماره ۵

بیوپسی شماره ۵ - التهاب کریک و اسکروزه شدن بافت همبند

صوتی Subglott کاملاً برداشته نشود بالاخص که برای انجام این متد بیهوشی عمومی لازم است و وجود لوله اتوباسیون خود تا حدودی سد راه است.

لینک پیشنهاد میکند که در تومورهای مشکوک طنابهای صوتی بجای بیوپسی از طریق لارنگوفیسور در بیحسی موضعی مخاط طناب صوتی کلایر داشته شود تا مایه چپه و کلایر براق و تمیز مشاهده گردد. حسن این طریق آن است که لیههای اپیتل طناب صوتی دیگر باقی نمی ماند، Subglott کاملاً دیده و تشخیص داده میشود و میتوان باد کله کردن مخاط مجاور بخصوص از سینوسهای مرگانی روی طناب صوتی را دوباره دوخت و Quaed Funktion یا فیزیولوژی عضو را حفظ نمود و نتایج حاصله بخصوص از نظر فوناسیون بر مراتب بهتر از نوع چند بیوپسی است.

نتیجه: با گزارش مبسوط فوق در مورد سرطانهای طناب صوتی روش صحیح در معاینه و معالجه بشرح زیر خواهد بود:

۱- هشدار مردم برای مراجعه به طبیب متخصص در صورت بروز گرفتگی صدا.

۲- معاینه کامل حنجره.

۳- در صورت ادامه گرفتگی صدا با وجود معالجات دارویی بیش از سه هفته، انجام بیوپسی.

در تعقیب و تکمیل نظریه لینک نگارنده معتقد است چون ۰.۷۵٪ تومورهای بدخیم حنجره در بیوپسی اولیه مثبت است با توجه به نوع عمل و اثرات روانی آن در وهله اول بجای لارنگوفیسور اقدام به بیوپسی شود و در صورت مثبت بودن نسبت به حدود ضایعه اقدام به جراحی و یا رادیوتراپی گردد و در صورت منفی بودن بیوپسی اولیه پس از یک هفته برای تشخیص قطعی اقدام به لارنگوفیسور برداشتن کلیه مخاط طناب صوتی شود.

خلاصه: بررسی بیوپسی طناب صوتی - عقاید مختلف چند پاتولوژیست در مورد ارزش بیوپسی طناب صوتی، بحث و پیشنهاد لارنگوفیسور پس از اولین بیوپسی منفی در مورد تومورهای طنابهای صوتی.

کرد و سلولهای آن تدریجاً در بافت و اطراف Präcanceros Mikrocarcinoma, Carcinoma in Situ و هیپرپلازی اپیتل با انواع آن را نشان میدهد.

۳ - Leicher در ۱۹۶۴ مجدداً گزارش میدهد که تشخیص قطعی در تومورهای طناب صوتی در مواردی که انواع هیپرپلازی اپیتل را نشان میدهد از روی یک بیوپسی صحیح نیست و پیشنهاد چندین بیوپسی و میکروسکپی برشهای سری را مطرح میکند.

۴ - از نظر اینکه بتوان قدرت دید را زیاد کرد Kleinsaesser و Muller لارنگوسکوپ یا ذره بین را تعبیه نمودند. گرچه این لارنگوسکوپ کمک زیادی میکند که قسمت تحتانی طنابهای صوتی (Subglott) کاملاً مشاهده و سطح الیاف صوتی بهتر تمیز داده شود مع الوصف چون معالجه بستگی به تشخیص قطعی سرطان یارد آن دارد که آنهم فقط از نظر هیستولوژی میسر است در مورد بافتهای مشکوک معما بحال خود میماند. بعضی از متخصصین سعی نمودند نظیر غده تیروئید که با ذخیره رادیواکتیو نشان داده میشود موادی تزریق نمایند که در بافت مصدوم ذخیره شود. امتحانات تجربی Filippi در ۱۹۶۰ که با سفر رادیواکتیو گزارش داد قطعیت نیافت.

لذا برای اینکه در بیوپسی از تومورهای بدخیم الیاف صوتی موجب نشود از محلی بیوپسی شود که به سلولهای سرطانی برخورد نکند Klesta در سال ۱۹۳۱ پیشنهاد کرد در موارد تومورهای مشکوک بجای کنترل مراتب و چند بیوپسی که خطر تحریک Provoation سلولهای سرطانی را دارند آندولار نژیال از طناب صوتی مخاط برداشته شود و با برداشتن تمام قشر مخاطی میکروسکپی یا برشهای سری انجام یابد. این نظریه را که امریکائیهها بعدها به نام Stripping Method انتشار دادند گرچه شانس بیشتری در یافتن سلولهای سرطانی دارد ولی عیب این طریق یعنی آندولار نژیال این است که لیههای طناب صوتی یا مخاط زیر طناب

## Literatur

- (1) I- Berendes, R- Link, F- Zoellner., Hals - Nasen - Ohren - Heilkunde BII / Teil 2 (1963) 978 - 1003 Georg - Thiem Verlag, Stuttgart.
- (2) Leicher.H, Z.Laryng . Rhinol 29 (1960) 557 - 564
- (3) Wedig,K., Laryng . Rhinol : 38 (1959) 663 - 640
- (4) Dworacek.H ., Mschr. Ohrenheilkunde 90 (1956) 298-304

- (5) Kleinsessaer . O., Z. Laryng. Rhinol. 40 (1961) 168-174
- (6) Kleinsessaer, O., Habilitations - Schrift Koln (1962)
- (7) Link.R.,Z.Laryng: Rhinol .B 10/4 - 101 (1968)
- (8) Weiss,H., Z.Laryng . Rhinol. 40 (1961) 597-611
- (9) Leicher .H., Hals \_Nasen \_Ohren Heilkunde . B II /Teil 2/ (1963) .S.967
- (10) «       »,       B II/ Teil 2 (1963) S.979
- (11) Halvacek., C sL .Otolaryngl . 15, 1-3 (1966) Teschechisch (original)
- (12) Halvacek., Z. Hals \_Nasen \_Ohren \_heiltkunde 91 B\_S 246 (1966)
- (13) Filippi,P.F., Z,Laryng .Rhinol. 38 (1959) 818-825