

بررسی ۲۸۹ مورد تومور حنجره

اول - تومور های خوش خیم حنجره

تومور خوش خیم حنجره توموری است که دارای سیر خوش خیم بوده و در حنجره بروز نماید. در حقیقت اکثر تومورهای خوش خیم حنجره نئوپلاسم واقعی نیستند و اصطلاح تومور خوش خیم بطور معمول به ضایعات تومورمانندی اطلاق میشود که دارای مبدأ التهابی بوده و از نظر بافت شناسی خصوصیات تغییرات سرطانی را نشان نمیدهند. اصطلاح «فیبرم»، «آنژیوم» و «فیبروآنژیوم» اغلب بملط در مورد این گونه ضایعات که در واقع کیستهای رتانسیون هماتوم یا پولپ بوده و سرطان واقعی نیستند بکار برده میشود.

اتیولوژی: در مورد پاپیلوم بعنوان مثال تحریک و عفونت هر دو بعنوان عوامل علتی ممکن در نظر گرفته میشود. در تومورهای غیر سرطانی خوش خیم، التهاب و ضربه ممکن است نقش مهمی داشته باشد.

ضربه یا تروما تیسیم ممکن است مکرر بیش بیاید مانند افرادی که بر حسب عادت از حنجره استفاده ناصحیح مینمایند. یا اینکه ضربه ممکن است ناگهانی باشد مانند فریاد کشیدن یا تقلا برای ایجاد یک نت بالاتر در طی آواز خواندن.

آسیب شناسی: تومورهای خوش خیم مرکب از سلولهایی هستند که کاملاً از یکدیگر متمایزند و این سلولها جانین بافت اصلی میشوند و هیچگاه در آن نفوذ نمی کنند. این تومورها هیچگاه متاستاز نمیدهند. وجه افتراق تومورهای خوش خیم و بدخیم از نقط نظر بالینی بسیار مهم است. همانطوریکه درمان این دو کاملاً با هم متفاوت است. تشخیص افتراقی همیشه باید بر اساس آزمایش بافت شناسی انجام گیرد نه از روی شکل ظاهری بنابراین در تمام موارد تومورها و شبه تومورهای حنجره اقدام به بیوپسی توصیه میشود.

بطور کلی خصوصیات ماکروسکوپی و میکروسکوپی و مشخصات بالینی انواع تومورهای خوش خیم در تحت عناوین معین در قسمتهای بعدی این بحث خواهد آمد.

علائم: خسونت صدا مهمترین علامت تومورهای خوش خیم حنجره است و در حقیقت این نشانه علامتی ثابت بوده و در اکثر موارد دیده میشود خواه ضایعه روی طنابهای صوتی باشد یا نباشد.

(۵) استاد بیماریهای گوش، کلو و بینی دانشکده پزشکی تهران.

(۵۵) استادیار بیماریهای گوش، کلو و بینی دانشکده پزشکی تهران.

تنگی نفس : تنگی نفس موقعی بروز خواهد کرد که تومور طوری بزرگ شود که تولید انسداد نماید این علامت قبل از سایر علائم در تومور ها و ضایعات ناحیه زیر گلو ت ظاهر میشود . همچنین دیده شده که يك تومور پایه دار موجب تنگی نفس و خشونت صدا بطور متناوب بر حسب وضع متغیری که پیدا میکند بشود .

سرفه : ممکن است ظاهر شود ولی علامت فراوانی نیست .

هموپتیزی - يك علامت نادری است که ممکن است دیده شود .

احساس جسم خارجی در گلو : يك احساس سوژ کتیف است که ممکن است در بیماران ظاهر شود . این احساس بیشتر در تومورهای بزرگتر مخصوصاً آنها که در ناحیه Extrinsic قرار گرفته اند ، دیده میشود .

در دستخستگی آبلع : گاهگاهی مورد شکایت بیماران است بخصوص در مواردیکه عوارضی مانند زخمی شدن تومور و عفونت وجود داشته باشد .

نشیخ

تشخیص تومورهای خوش خیم حنجره بوسیله معاینه با آئینه یا بالارنگوسکوپ مستقیم انجام میگردد مکمل این معاینه بیوپسی از نسج برداشته شده از محل ضایعه میباشد . در مورد افراد بالغ حنجره را میتوان بخوبی بوسیله آینه دید ولی برای برداشتن بافت و بیوپسی لارنگوسکوپ مستقیم بهتر است . در مورد اطفال تنها وسیله عملی معاینه حنجره بالارنگوسکپی مستقیم است . علاوه بر معاینه حنجره و آزمایش بافت شناسی استفسار از شرح حال بیمار و يك معاینه کامل باید بعمل آید . همچنین رادیوگرافی ریتین از نظر سل و آزمایش سرولوژی از نظر سیفیلیس نیز باید صورت پذیرد . رادیوگرافی نه تنها از نظر شناختن سل مفید است بلکه مخصوصاً در تومور های بزرگ رادیوگرافی کردن در وضع نیم رخ و روبرو اطلاعاتی در مورد شکل و محل تومور بدست میدهد . توموگرافی یکی از امکانات مفیدی است که برای بررسی تومور های این ناحیه در اختیار میباشد .

عوارض : خفگی شاید مهمترین عارضه تومورهای خوش خیم باشد ولی فقط در مواردیست که تومور یا تومورها (در مورد پاپیوماهای متعدد) با اندازه ای بزرگ باشد تا بتواند موجب انسداد گلو ت شود .

این عارضه یا با برداشتن تومور و یا تراکتوتومی درمان میشود . میاستنی حنجره نیز ممکن است بعنوان يك عارضه در تومورهای خوش خیم باشد که در تومور هایی که مانع نزدیک شدن طنابهای صوتی میشود دیده شده مقدری از این میاستنی ممکن است بعنوان عارضه حتی بعد از برداشتن تومور باقی بماند مناسبانه يك عارضه شایع عبارت از نقص صدا در اثر عدم مهارت در برداشتن تومور است .

میوم : میوم توموری است از بافت عضلانی که در حنجره پیش میآید . این نوع تومور خیلی نادر بوده و تشخیص و درمان آنها شبیه به سایر تومورهای خوش خیم است .

میکزوم : میکزوم از بافت همبند شل محتوی سلولهای تشکیلی میشود که در یک ماتریس مخاطی چسبنده و غلیظ قرار دارند و هر گاه در تشکیل تومور بافت فیبری فراوان باشد آنرا فیبرومیکزوم گویند . از نظر بالینی این تومور را نمیتوان از تومورهای پولیپوئید التهابی تشخیص داد . در حقیقت بسیاری از تومورها که میکزوم گزارش میشوند دارای مبدأ التهابی هستند و همینطور هر بافت همبندی ممکن است متاپلازی یافته و تبدیل به میکزوم شود . درمان مانند سایر تومورهای خوش خیم است .

کندروم : کندروم معمولاً از غضروف تیروئید و کریکوئید بوجود میآید و خیلی فراوان نیست . گاهی حالت استخوانی شدن در تومور اتفاق میافتد که بنام استئوکندروم نامیده میشود . علائم این عارضه عبارتند از تنگی نفس ، سختی بلع و خشونت صدا . چون رشد این تومورها بکندی پیش میرود ، علائم نیز به آهستگی و بطور تدریجی ظاهر میگرددند . تنگی نفس که بتدریج زیاد میشود ممکن است بمرحلهای برسد که ناگهان بیمار را تهدید بختگی کند و هر گاه تراکتوتومی نشود بیمار دچار خطر میگردد .

تشخیص در مورد تومورهائی که خارج از غضروف تیروئید و کریکوئید قرار گرفته اند بوسیله لمس است و هر گاه تومور در داخل پیدا شود در لارنگوسکوپی مستقیم و غیر مستقیم دیده خواهد شد که بشکل یک تومور برجسته و صاف است و بوسیله یک شبکه عروقی پوشیده شده است . هر گاه بادست از بیرون و توسط پرت کوتون از داخل حس شود بشکل توده سختی حس میشود از این جهت برداشت بیوپسی هم معمولاً مشکل است که باید دقت کرد . رادیوگرافی از ناحیه کردن و توموگرافی دارای ارزش زیاد است معالجه بر حسب محل و اندازه تومور فرق میکند ولی معمولاً یک نوع لارنژکتومی غیر کامل و گاهی هم لارنژکتومی کامل ضروری است .

تومورهای خوش خیم غیر نئوپلازیک

هما توم- هما توم ارگانیزه شایعترین تومور غیر نئوپلازیک حنجره است. هما توم در نتیجه وارد آوردن فشار بحنجره برای بلند کردن صدا مثلاً هنگام فریاد کشیدن ، بلند آواز خواندن و بلند صحبت کردن بوجود میآید . پاتولوژی آن مثل پاتولوژی هما توم در سایر نقاط بدن است هما توم بعد از مدتی ارگانیزه میشود این تومور در مراحل اولیه شبیه به آنژیوم است و در مراحل بعد شبیه فیبروآنژیوم یا فیبروم میباشد معالجه عبارتست از برداشتن تومور بالارنگوسکوپی مستقیم و یا غیر مستقیم و در برداشتن آن باید توجه کرد که خود تومور برداشته شود و طنابهای صوتی آسیب نیندند .

پولیپ : پولیپ نیز یک شکل شایع تومورهای خوش خیم است که نئوپلاسم حقیقی نیست پولیپ از نظر شکل و اندازه و تعداد خیلی متنوع است بعضی پایه دار و بعضی دارای محل چسبندگی گسترده ای هستند . معالجه آن برداشتن آن بالارنگوسکوپی مستقیم یا غیر مستقیم است .

ندولهای طنابهای صوتی: بصورت ندولهای کوچک در حاشیه طنابهای صوتی ظاهر میشود و بیشتر در محل تلاقی ثلث پیشین و ثلث میانی طناب صوتی است. اغلب در طرفه است ولی یکطرفه هم دیده میشود. گفته میشود ندول در اثر آواز خواندن، بلند صحبت کردن و بطور کلی در اثر ایجاد صوت بیش از ظرفیت عادی حنجره ایجاد میشود از این جهت گاهی و گره آوازخوانها، وزمانی ندولهای فیبرو نامیده میشود. بنا بر گزارش اکثر متخصصین این بیماری بیشتر پیش آوازخوانها و معلمین دیده میشود. در ایران در روزه خوانها و قاریها نیز خیلی فراوان است.

از نظر آسیب شناسی این ندولها متغیرند. بعضی بافت التهابی فیبرو و بعضی نسج عروقی ثل نشان میدهند که معمولا بوسیله اپیتلیوم ضخیمی پوشیده شده است. استرومای آنها شامل نسج همبند فیبرو، لوکوسیت و نسج التهابی کم و بیش سازمان یافته است. ندول طنابهای صوتی تغییرات صدائی بخصوص ایجاد مینامید که در حقیقت خشونت صدا نیست بلکه یک نوع عدم اطمینان در آهنگ صدا است البته اگر ندولها بزرگ شوند ایجاد خشونت صدا مینمایند.

درمان این عارضه مورد بحث است. بعضی عقیده دارند که ندول صوتی بالارنگوسکوپ برداشته شود و عده ای معتقدند که معالجه آن عبارت از استراحت صدا و اصلاح روش تولید صوت و آواز میباشد که این رویه اغلب موثر واقع میشود ولی میتوان هر دو طریقه را در درمان بکار برد یعنی ابتدا یک دوره مقدماتی استراحت صوتی باید تجویز شود که بیشتر پیش آوازخوانها و گویندگان اعمال میشود و بعد از رفع شدن قرمزی، ندولهای صوتی را بالارنگوسکوپ مستقیم یا غیر مستقیم بر میداریم ولی برای جلوگیری از ایجاد صدمه باید دقت زیاد بشود. **کیستها:** اغلب کیستهای حنجره غیر نئوپلاستیک هستند. شایعتر بن آنها کیستهای مخاطی هستند که بعلت انسداد مجرا تجمع ترشح در غده مخاطی بوجود میآید. گاهی کیستهای جنینی مادرزادی دیده میشود. بیشتر کیستها در سطح قدامی اپی گلوت بوجود میآیند و کیستهای این ناحیه ممکن است Valleculae را پر نمایند. بغیر از اپی گلوت فراواترین محل کیستهای طنابهای صوتی هستند گاهی کیستهای طنابهای صوتی کوچک بوده و بشکل گره جلوه میکند. در ماینه، این کیستها با ظاهر غیر شفاف مشخص میشوند معالجه آن برداشتن کیست بالارنگوسکوپ است.

فتق دهلیزها ۱: این حالت عبارتست از تداخل و انتریکول مورگانی در مجرای لارنژ که ممکن است یکطرفه یا دوطرفه باشد. علامت اصلی تغییر صدا است. تشخیص بالارنگوسکوپ داده میشود. این بیماری را باید از کیست و تومورها تفکیک نمود.

لارنگوسل: لارنگوسل یک کیسه غیر طبیعی پر از هوا است که با دهلیز مرتبط میشود

اتیولوژی — متأسفانه علت اصلی شناخته نشده و تنها عواملی بعنوان عوامل مساعد کننده را میتوان نام برد که عبارتند از :

سن : بغیر از سارکوم اکثر سرطانهای حنجره بین سنین ۵۰ تا ۶۰ سالگی دیده میشود
جنس : در مردها ابتلای بکانسرخیلی بیشتر از زنها میباشد دریک آمار ۵۰۰۰ نفری از مبتلایان به تومورهای بد خیم حنجره ۱۳/۳ درصد زن و ۸۶/۷ در صد آن مرد بوده اند .
همین طور در یک گروه ۷۰۰ نفری دیگر فقط ۰/۱۰ مبتلایان زن و ۹۰ درصد بقیه را مردها تشکیل داده اند با مطالعه آمار فوق میتوان نتیجه گرفت که شاید تفاوت های هورمونی مؤثر است .

عوامل موضعی : عواملی که باعث تحریک حنجره میشوند مؤثر اند مانند الکل — دخانیات - خستگی حنجره و استفاده ناهنجار از صدا و حنجره — در بین عوامل فوق موضوع دخانیات بیشتر ثابت شده است .

توارث : سرطان به اغلب احتمال قابل انتقال از راه ارث نیست ولی حساسیت یا مقاومت در برابر ابتلای به سرطان محتملاً زمینه ایست که از راه توارث منتقل میشود .

ضربه : ضربه و عواملی که ایجاد سیکاتریس و اختلالات نسجی میکنند گاهی در ایجاد سرطان مؤثر اند ولی عملهای داخل حنجره مانند کوتریزاسیون ، مالیدن دوا و عمل تومورهای خوش خیم معمولاً تأثیری ندارد .

لکوپلازی و کراتوز که حائثهای « قبل از سرطان » نامیده میشوند ممکن است در نتیجه تحریکات ممتد حنجره بهر شکل که باشد مانند دخانیات - الکل ایجاد شده ، زمینه موضعی را جهت ابتلای سرطان مهیا سازد .

آسیب شناسی .

آسیب شناسی - سرطان حنجره جزء تومور های اپی تلیال است و نسج همبندی بندرت مبتلا میشود .

۱ - اپی تلیوما خیلی شایع است بیشتر Epithelioma pavimenteux stratifié که ممکن است با شکل مختلف مانند : اپی تلیوما سنگفرشی Spino - cellulaire ، اپی تلیوما سنگفرشی Nodulaire و اپی تلیوما Intermediaire ، اپی تلیوما سیلندریک یا G landulaire و اپی تلیوما Atypique که کمتر دیده میشود .

۲ - سارکوم تومور بدخیم نسج همبند است که آنهم بر حسب اینکه کدام دسته از نسوج را گرفته باشد با شکل مختلف تقسیم میشود .

گاهی بیشتر نسج پستیبان و مشتقات آن حالت بدخیمی دارد که بنام فیبروسارکوم نامیده میشود . و یا بیشتر نسج رتیکولر گرفتار میشود که با اسم لنفوسارکوم یا رتیکولوسارکوم نامیده

میشود و گاهی بطور استثنائی از نوع کندروسارکوم است .

علائم - علائم سرطان حنجره بستگی بمحل ضایعه و مرحله رشد تومور دارد از این جهت ممکن است در بیماران مختلف علائم متغیری دیده شود ولی بطور کلی هر گاه در سنین بالا علائمی در حنجره ظاهر شد نباید بی اهمیت تلقی شود و باید آزمایشات لازم را برای تشخیص بیماری انجام داد زیرا آتیه بیمار بستگی به تشخیص زودرس بیماری دارد که هر گاه تشخیص زود داده شود بیماری علاج پذیر بوده و با تشخیص دیررس بیماری غیر قابل علاج است . بطور کلی در مورد سرطان حنجره علائم اولیه اغلب گمراه کننده است و فقط معاینه دقیق حنجره است که بشخص قطعاً کمک میکند . علائمی که در سرطان حنجره دیده میشود از این قرار است :

۱ - اختلال صدا : هر گاه تومور روی طنابهای صوتی باشد اختلال صدا اولین و مهمترین علامت خواهد بود . گرفتگی صدا ابتدا خفیف و بصورت تغییر در صدا است و بتدریج که بیماری پیشرفت کرد گرفتگی صدا نیز زیادتر میشود بطوریکه در مراحل پیشرفته بیماری تبدیل به آفونی کامل میگردد .

هر گاه تومور در منطقه‌ای مانند وانتری کول یا سطح تحتانی باندوانتری کول باشد اختلال صدایر ظاهر میشود که حتی در مواردیکه رشد تومور پیشرفت کرده است اختلال صدا با اندازه‌ای مختصر است که خود بیمار هم بآن توجه نمیکند مگر اینکه شخص خواننده باشد که حین آواز خواندن پی باختلال صدا ببرد . بنا بر این هر گاه پیش‌شخص مسنی گرفتگی صدا پیش از یک هفته طول بکشد باید لارنگوسکوپی بشود .

۲ احساس جسم خارجی در گلو: این عارضه در تومورهای وستیبول و هیپوفارنکس بیشتر دیده میشود که شخص يك احساس ناراحتی بشکل غلغلک و احساس گلوله در گلو میکند .

۳ دشواری بلع : در مراحل پیشرفته بیماری بلع دردناک است - در ابتدا یکطرفه وبعد دوطرفه میشود در ابتدا بلع غذا مشکل است و بتدریج بلع مایعات نیز دردناک میگردد بطوریکه در مرحله آخر بیماری شخص قادر بخوردن و آشامیدن نیست و بهمین سبب دچار لاغری و ضعف شدید میشود . درد در اواخر بیماری خیلی شدید است و بطرف گوشها تیر میکشد .

۴ - سرفه : یکی دیگر از علائم کانسر حنجره سرفه است هر گاه تومور زخمی شده باشد بیمار خلط خونین دفع میکند و گاهی همراه با سرفه قطعات اسفاسله تومور نیز دفع میگردد . با پیشرفت بیماری دفع خلط نیز بخوبی انجام نمیگیرد .

۵ - بزرگ شدن غضروف تیروئید - با پیشرفت بیماری غضروف تیروئید بزرگتر میشود و در ابتدا حرکت غضروف محدود و دردناک و بعداً بکلی بیحرکت میشود . در لمس غضروف تیروئید سفت و دردناک است و گاهی عفونتی اضافه شده و ایجاد تورم و آبسه و حتی فیستول میکند که از فیستول چرک و خون همراه با نسوج اسفاسله خارج میگردد این حالت در مراحل آخر کانسر حنجره دیده میشود .

پیش‌آگهی سرطان حنجره

پیش‌آگهی بستگی به عوامل متعددی دارد مانند موقع تشخیص بیماری، محل تومور، حالت عمومی بیمار، سرعت پیشرفت بیماری و درجه گرفتاری غدد لنفاوی گردن. بطور کلی هر چه تشخیص دیر داده شود و بهر اندازه حال عمومی مریض خرابتر باشد و هر قدر سرطان قسمت بیشتری از حنجره را گرفته باشد و بالاخره در مواردی که سرطان بنقاط دور دست متاستاز داده باشد، پیش‌آگهی بسیار بد است.

درمان

دو راه وجود دارد یکی عمل جراحی و برداشتن حنجره دیگری رادیو تراپی که هر کدام دارای مزایا و معایبی هستند. در مراحل اولیه بیماری معالجه رادیکال و برداشتن حنجره اغلب نتیجه خوب میدهد گاهی وضع بیمار ایجاب میکند که فقط نیمی از حنجره برداشته شود. و زمانی تمامی حنجره برداشته میشود.

هر گاه در اوایل بیماری اقدام به رادیوتراپی شود اغلب نتیجه خوب بدست میآید. ولی گاهی ماهها باید معالجه ادامه داده شود. اغلب این دو راه معالجه را توأم میکنند که پس از عمل جراحی چندین جلسه اقدام بر رادیوتراپی میشود.

معالجه غدد لنفاوی گردن - معمولاً وقتی حنجره را بر میدارند بهتر است غدد لنفاوی گردن را هم بردارند.

در مواردیکه غدد لنفاوی هر دو طرف گردن مبتلا باشد بهتر است غدد لنفاوی دو طرف برداشته شود.

بررسی ۲۸۹ مورد تومور حنجره

از بررسی ۲۸۹ بیمار مبتلا به تومور حنجره در بخش گوش و گلو و بینی بیمارستان فارابی نتایج زیر بدست آمده است:

اول ۱۶۹ مورد یعنی ۵۸٫۴ درصد از مجموع بیماران مبتلا به تومور خوش خیم بوده اند که نوع تومور و تعداد آن و نسبت هر یک در جدول زیر آمده است.

شماره	نوع بیماری	تعداد	درصد بیماری نسبت به ۱۶۹ مورد تومور خوش خیم
۱	پاپیوم	۶۲	۳۷٫۲٪
۲	هیپرپلازی	۴۷	۲۷٫۲٪
۳	پولیپ	۳۹	۲۳٪
۴	سل	۱۴	۸٫۲٪
۵	لکوپلازی	۲	۱٫۱٪
۶	فیبروم	۱	۰٫۵٪
۷	واکنش گرانولوزا	۱	۰٫۶٪
۸	لنفانژیوم	۱	۰٫۶٪
۹	آهیلوئیدوز	۱	۰٫۶٪
۱۰	ندول وکال	۱	۰٫۶٪

دوم - ۱۲۰ مورد یعنی ۴۱٫۶ درصد از مجموع بیماران مبتلا به تومور بدخیم حنجره بوده‌اند بشرح زیر :

شماره	نام بیماری	تعداد	درصد بیماری نسبت به ۱۲۰ مورد تومور بدخیم
۱	اپی تلیوما بازوسلولر	۱۱۰	۹۱٫۶٪
۲	اپی تلیوما مالمیگی	۶	۵٪
۳	اپی تلیوما نترمیدر	۱	۰٫۸٪
۴	سارکوم	۱	۰٫۸٪

نسبت مبتلایان در مردها و زنها اینقرار است :

۱ - بین ۱۲۰ مورد تومور بدخیم ۲۷ مورد یعنی ۲۲٫۵ درصد زن و ۹۳ مورد یعنی ۷۷٫۵ درصد مرد بوده است .

۲ - از ۱۶۹ مورد تومور خوش خیم ۲۶ مورد یعنی ۱۵٫۳ درصد زن و ۱۴۳ مورد یعنی ۸۴٫۷ درصد مرد بوده است .

آمار مبتلایان به تومورهای حنجره نسبت به سن بیماران چنین است :

۱ - بین ۱۲۰ مورد تومور بدخیم ۸۵ مورد یعنی ۷۰٫۸ درصد آن بیش از چهل سالگی و ۳۵ مورد یعنی ۲۹٫۱۰ کمتر از ۴۰ سالگی بوده است .

۲ - در بین ۱۶۹ مورد بیمار مبتلا به تومور خوش خیم ۱۰۲ مورد یعنی ۶۰٫۸٪ بالای ۴۰ سالگی و ۴۷ مورد یعنی ۲۹٫۲٪ پائین ۴۰ سالگی بوده است .

REFERENCES

- 1- Jackson , C. Diseases of the Ear , Nose , and Throat , 1964.
- 2- Portmann G. Oto-Rhino - Laryngologie , Tome II, 1960 .
- 3- J. Leroux Robet. Encyclopedie , Medico - Chirurgicale O. R. L.(Cancer Du Larynx) 7-1966
- 4-R . Grimaud, M. Wayoff. Encyclopedie, Medico.Chirurgical O. R.L. Tumours Benignes Du Larynx , 3-1962
- 5- Birrell, J. F. The Ear, Nose, and Throat diseases of Children, 1964.