

# نامه دانشکده پزشکی تهران

بهمن ماه ۱۳۴۵

شماره پنجم از سال بیست و چهارم

## جستجوها و گردآوریهای علمی

دکتر ناصر معینزاده

پروفیسور جمشید اعلم

دکتر امیرهما یون خسروی

### پروستی چهل و سه مورد توهور بدخیم اتموئید

در مقاله قبلی که تحت عنوان تشخیص تومورهای اتموئید در نامه شماره ۴ سال ۴۴ دانشکده پزشکی انتشار یافت بیشتر از نظر تئوری و علائم بالینی بحث گردیده بود که این علائم بدو دسته تقسیم گردیده است علائم موضعی مانند گرفتگی بینی بعلت پیشرفت و انتشار تومور و باوجود پولیپ، خونریزیهای بینی وجود ترشحات بدبو و چرکی و اختلالات حس بویائی و علائم غیر موضعی مانند علائم چشمی که در آن از اگزوفتالمی، اشک ریزش، دوبینی، ادم پاکها و اختلالات ته چشمی و بینائی نام برده شده بود. علائم تغییر شکل دهنده و علائم عصبی و بالاخره علائم مناسازی مکمل این آزمایشات بود که تمام آنها با آزمایشات پاراکلینیکی به ثبوت میرسید و چنین نتیجه گرفته شد که در مورد این تومورها در صورتیکه تشخیص بموقع

• - استاد دانشکده پزشکی

•• - رئیس بخش دانشکده پزشکی

••• - استادیار دانشکده پزشکی

گذاشته شود بهترین درمان عمل جراحی آنها است. در این مقاله بیشتر سعی شده که راه درمان و طرق جراحی و نتیجه و بررسی چهل و سه مورد از آن بیماری شرح داده شود.

اصولاً تشخیص و سجزا نمودن تومورهای اتموئید از میان تومورهای صورت از نظر بالینی کاریست بسیار مشکل و اغلب بطور سطحی انجام میگیرد زیرا قبل از عمل جراحی بسختی میتوان نقطه دقیق شروع ضایعات را که ممکن است از:

– نقطه تقاطع اتموئید و استخوان فک [مانند تومورهای زاویه داخلی چشم که بوسیله پیتراآئونی و دیگران شرح داده شده].

– حفره‌های بینی و گاهی تیغه وسطی آن باشد، تعیین نمود.

پلگرینی (Pellegrini) در سال ۱۹۵۵ و ژینگنوکس (Gignoux) در سال ۱۹۶۴ درباره استقلال تومورهای اتموئید انتشاراتی داشته‌اند و بحث‌های مفصل نموده و بعقیده ایشان استقلال این نوع تومورها مربوط است به:

– حمل تشریحی (ضایعاتی که نقطه شروع آنها توده‌های طرفی اتموئیدها است).  
 – بافت‌شناسی (در این قبیل اپی‌تلیومای غده‌ای بهمان نسبت اپی‌تلیومای مالپیگی دیده میشود).

– درمان جراحی.

– خطر انتشار آنها بداخل جمجمه که بعلمت نازکی سقف توده‌های طرفی و نازکی بیشتر صفحه غربالی (Lame criblée) میباشد تا حدیکه ممکن است تومورهای اتموئید با علائم مغزی خود را ظاهر نمایند.

– اهمیت علائم چشمی در علائم بالینی تومورهای این ناحیه.

مطالعاتی که در سرویس گوش و گلو و بینی بیمارستان اسیراعلم انجام گردیده بر روی یک گروه متشکل از ۴۳ بیمار بستری شده در بیمارستان میباشد که در میان آنها ۱۶ نفر زن و ۲۷ نفر مرد بوده‌اند و بطوریکه ملاحظه میشود نسبت بیماری در مردان بیشتر از زنان است و این مطلب در تمام آمارهای منتشره نشان داده شده است ولی بعقیده باکلنس (Baclesse) تومورهای نقطه تقاطع اتموئید با آنکه بوضوح در نزد زنان بیشتر از مردان است.

– سن متوسط بیماران در حدود شصت سال بوده و بغیر از دوسود تمام‌آسن آنها از چهل سال بیشتر بوده است جایگزینی و نوع بافت‌شناسی تومورها بستگی به جنس بیماران داشته و باین ترتیب بوده.

زن	۱۶ نفر	مرد	۲۷ نفر
ابی تلیوما	۱۱	ابی تلیوما	۲۲
سارکوم	۴	سارکوم	۴
توسورهای عصبی بدخیم ۱		توسورهای عصبی بدخیم ۱	
در میان علائم بالینی اولیه که باعث مراجعه بیماران شده در درجه اول انسداد بینی بوده ولی علائم بالینی دیگر نیز در بیماران دیده شده که بترتیب عبارتند از:			
انسداد بینی	۱۸		
خونریزی بینی	۱۱		
سردرد	۹		
ترشح چرکی	۷		
توسور زاویه داخلی چشم	۳		
اگزوفتالمی	۶		
درد های پراکنده صورت	۲		
کم شدن میدان دید چشمی	۱		
وجود غدد گردنی	۱		
علائم سغزی لب پیشانی	۱		

بطوریکه ملاحظه میگردد هیچکدام از این علائم مشخص کننده بیماری نبوده و در اغلب آنها سینوزیت مزمن ویایکی از عوارض آن وجود داشته است. باید متذکر گردید بیماریکه بعلمت وجود آدنوپاتی گردنی مراجعه نموده تنها بیماری بوده که در ساینه اولیه آدنوپاتی قابل لمس داشته و آزمایش آسیب شناسی آن رتیکولوسارکوم را نشان داده است و پنج نفر از بیماران در طول پیشرفت بیماری آدنوپاتی گردنی پیدا نموده اند ولی هرگز غده لنفاوی در بیمارانیکه معالجه شده اند و سپس بیماری آنها عود نموده دیده نشده است بلکه هر بار وجود آنها در اثر پیشرفت موضعی بیماری بوده است.

— اهمیت رادیولوژی و رادیوگرافی را نیز نباید از نظر دور داشت رادیوگرافی هائیکه در این بیماران بعمل آمده عبارت از رادیوگرافی های معمولی برای سینوس های نکمی و پیشانی و اتموئیدها و طریقه هیرتز (Hirtz) بوده است و توسوگرافی های روبرو و توسوگرافی در حالت هیرتز مکمل آن ها بیده که مطالعه آنها باعث پی بردن به حد انتشار توسور شده که با آزمایشات ساده امکان نداشته است. در روی کلیشه های روبرو.

— پیشرفت توسور بسوی کامه چشم.

- از بین رفتن قسمت بالائی تیغه بینی که حتی بارینوسکوپیی طرف مقابل نیز نمیتوان بد آن مشکوک گردید.

- از بین رفتن کف طبقه قداسی قاعده جمجمه.

و در روی کلیشه های گرفته شده در حالت هیرتز.

- وضع سلولهای اتموئید خلفی و لبه خلفی تیغه وسطی بینی.

- پیشرفت توسور بسوی کاوم (Cavum).

- انتشار بسوی استنوئید.

سورد مطالعه قرار گرفته اند و بعقیده دولاک (Dulac) بوسیله توسوگرافی های نیمرخ بهتر میتوان انتشار توسور را به سینوس های پیشانی سورد مطالعه قرار داد.

### درمان

**الف - جراحی بهترین نوع درمان توسورهای اتموئید بخصوص اپی تلیوماهای این ناحیه است و این نظریه پس از مطالعات فراوان به ثبوت رسیده.**

عمولاً عمل جراحی با برش پارالاترونال (Paralateral onasal) شروع میشود. این برش از پهلوی ابرو و در روی بینی شروع شده زاویه داخلی چشم را دور زده و از شیار نازوژنین (Nasogenien) بطرف پائین میآید آخرین قسمت برش عبارت از بریدن بال بینی در آخرین نقطه آنست که در اغلب موارد چون دید محل عمل را بیشتر نمی کند خیلی لازم بنظر نمیرسد. پس از آن کیسه اشکی براحتی همراه با پریوست (Perioste) کاسه چشم کنار زده میشود. بریدن سطح پوششی استخوانی این ناحیه (استخوان مخصوص بینی و یک قسمت از شاخه بالا رونده فک فوقانی) را میتوان بوسیله گوژ و چکش یکجا انجام داد و برجا گذاشتن قسمتی از این استخوانها از نظر سرطان شناسی و از نظر زیبایی نفع خاصی ندارد.

باین ترتیب میتوان براحتی قسمت های اتموئید خلفی، انتشار توسور به تیغه وسطی بینی و سینوس فکی را مشاهده و در صورت احتیاج به برداشتن سطح قداسی سینوس فکی (ترانس ماگزیلونال سور (Trans-maxillo-nasale de Moure) و حتی کف کاسه چشم اقدام نمود. اگر در انتشار توسور بطرف مقابل شکک نیز باشد میتوان با ادامه برش بطور افقی طرف مقابل را نیز تحت عمل قرارداد و بنظر میرسد که برداشتن قسمت بالائی تیغه بینی در هر حال ارجح باشد زیرا باعث دید بهتر عمل میگردد و باین طریق توسور از قسمت بالادور زده شده و خونریزی عمل کمتر و بعلاوه ناحیه سخت شامه بهتر مورد معاینه قرار میگیرد و باز دید ناحیه خلفی توسور و سینوس استنوئید آسان میگردد.

پس از بیرون آوردن توسور در محل آن سش یدو فرم دار (Mèche iodoformée) و

اسپونژل (Spongel) گذاشته میشود که تا پنج روز در محل عمل باقی میماند. این عمل بطور کلی از ابتدا تا انتها عملی است خونریزی دهنده ولی معمولاً بیماران آن را خوب تحمل میکنند و در ۳۱ مورد عمل که بیماران اغلب بیشتر از چهل سال داشته‌اند فقط یک مورد تلف گردیده است. خونریزی ویا تراوش سابع نخاع بعد از عمل در بیماران دیده نشده است. پس از عمل میتوان ناحیه عمل را باریتوسکوپی معمولی تحت مراقبت قرار داد و در صورت لزوم شستشو نمود و در آن قطره‌های روغنی چکاند تا از خشک شدن ترشحات جلوگیری نماید.

ب- درمان بوسیله اشعه .

۱- رادیوتراپی بین سلولی (استفاده از مواد رادیوآکتیو).

#### استفاده از فسفر کلوئیدال

راه‌های جدید اشعه دادن به تومورها میباشند ولی با این احوال هنوز از رادیوم بیشتر از هر ماده دیگر استفاده میگردد و لوله‌های کوچک آن پس از عمل در حفره‌ایکه پس از برداشتن تومور ایجاد میگردد قرار میگیرد. اشکال این روش سختی بدست آوردن انتشار یکنواخت اشعه میباشد که ممکن است در بعضی نقاط از مقدار لازم بیشتر شود (سخت‌شامه و کاسه چشم) و ایجاد خونریزی یا سنتزیت نماید ولی با اینحال چون با این روش بلافاصله پس از عمل به بیمار اشعه داده شده و از طرف دیگر دوره نقاهت بیماری را کوتاه مینماید جالبترین رویه بنظر میرسد.

۲- اشعه دادن از خارج - این روش میتواند با رادیوتراپی در KV . ۲۰ ویا با کوبالت ۶۰ که دارای خطر کمتری است و بهتر در عمق نسوج نفوذ میکند انجام پذیرد و در آن از سطوح:

- قدیمی مستقیم .

- مایل به اتموئید طرف مقابل .

- سطح موازی با پیشانی .

- دوسطح طرفی تامپورال . استفاده میشود

مسئله مهم در این نوع اشعه دادن محافظت چشم بیمار است که باید بوسیله صفحه‌های سربی از رسیدن اشعه بآن جلوگیری شود. مقدار اشعه که معمولاً مصرف میشود از ۸ تا ۱۰ هزار R در رادیوتراپی معمولی و شش هزار Rt در رادیوتراپی با کبالت ۶۰ میباشد.

رادیوتراپی را میتوان به تنهایی ویا بعنوان مکمل عمل جراحی ویا برای درمان بطور ساندویچ بمقدار سه هزار Rt قبل از عمل برای کوچک نمودن غده و سه هزار Rt پس از عمل بکار برد.

در درمان با کبالت نیز مانند رادیوتراپی معمولی باید در نظر داشت که اپی تلیوماهای اتموئید چه از نوع غددی و چه از نوع استوانه‌ای حساسیت کمتری نسبت به اشعه دارند در صورتیکه اپی تلیوماهای اندیفرانسیه و اپی تلیوماهای پوشش مالپیگی حساسیت بیشتری در مقابل اشعه دارند ولی نمیتوان آنها را قابل درمان با اشعه دانست و چنین نتیجه گرفته میشود که نوع میکروسکوپی تومورها در روش درمان آنها تأثیری ندارد لنفوسارکوم‌ها نیز که دارای حساسیت زیاد نسبت به اشعه میباشند در ناحیه اتموئید و طبقه بالای حفره‌های بینی حساسیت کمتری از خود نشان داده‌اند. درمان پذیری با اشعه تومورهای عصبی بدخیم نیز فرضیه‌ایست که در درمان این ضایعات قابلی اهمیت نمیباشد ولی با اینحال در دوسوم نوروی اپی تلیوما از حجم تومور با درمان با اشعه کاسته گردیده است.

در بین ۴۳ بیمار که مورد مطالعه ماقرار گرفته درمان باین ترتیب بوده است.

۷	- اشعه ازخارج (Co یا Rx)
۱۰	- جراحی + اشعه ازخارج
۷	- درمان ساندویچ
۱۰	- جراحی + رادیوم
۷	- جراحی تنها
۵	- درمان داروئی تسکین
	تشخیص بیماری در ۳ بیمار از ۴ بیمار عبارت بوده از:
۲۸	- اپی تلیوما
۱	- فیبروسارکوم
۲	- تومورهای عصبی

و برای این عده در بیست مورد اتموئید کتومی از راه پارالائترونازال معمولی که یکی از آنها همراه بیرون آوردن چشم بوده انجام گردیده و در یازده مورد دیگر اتموئید کتومی با روش لابل (Labayl) انجام شده است که چون مدت زیادی از آن نمیگذرد درباره نتیجه دوران نمیتوان قضاوت نمود. با مطالعه احوال بیماران باین نتیجه میرسیم که: برای بیماران مبتلا به اپی تلیوماهای استوانه‌ای نتیجه گرفته شده قابل تطبیق با نتیجه درمان بیماران مبتلا به اپی تلیوماهای مالپیگی است.

آتیوسارکوم اتموئید و خیم‌تر از انواع دیگر تومورهای این ناحیه میباشد زیرا پس از سه سال حتی یکنفر از مبتلایان به آن زنده نمانده‌اند.

در مجموع بنظر میرسد که بهترین نتیجه از درمان جراحی بعلاوه رادیوم گرفته شده زیرا

پس از پنج سال چهار نفر از مبتلایان زنده بوده‌اند. در بیست و یک مورد توانستیم عود بیماری را تشخیص دهیم که در ۶ مورد آن عود بیماری موضعی و در پنج مورد عود بیماری همراه ضایعات غدد لنفاوی بوده و هرگز به تنهایی عود بیماری در غدد لنفاوی مشاهده نگردید و فقط بیمار مبتلا به لنفوسارکوم دچار متاستاز ریوی گردیده بود.

وبالآخره باید متذکر بود که در بیمارانی که بعلت عود بیماری مراجعه مینمایند بایستی درمان با هدف معالجه انجام گیرد (برداشتن فک فوقانی) نه بصورت تسکین زیرا دیده شده که بیماری که پس از یکسال مراجعه نموده وقتی برای باردوم تحت عمل جراحی قرار گرفته برای مدت ۹ سال توانسته بزندگی خود ادامه بدهد.

در این مختصر مشاهده میگردد که با وجود کامل بودن عمل و نتیجه رضایت بخش آن بلافاصله پس از عمل آینده دور بیماری اغلب حاکی از بازگشت بیماری است که بیشتر موضعی بوده و فرضیه عدم جاذبه آنها را به غدد لنفاوی ثابت میکنند ولی برعکس تعداد زیادی از بیماران با وجود اینکه در محل عمل ضایعاتی در آنها دیده نشده است دچار ضایعات بازگشتی مغزی بوده‌اند. همانطور که گفته شد عملاً از درمان بیماری بوسیله جراحی بعلاوه کبالت نتیجه قابل ملاحظه‌ای گرفته نشده و بهمین دلیل جراحی بعلاوه رادیوم برای ما ارزنده تر بنظر میرسد.