

## سرطان صورت

از بخش جراحی (پلاستیک و ترمیمی) دانشگاه تولین \*  
 واز کلینیک اونز - مید \*\* \* نیوارلثان - امریکا \*\*\*

### نگارش

### دکتر کورس طبری

از آنجائیکه صورت مورد مشاهده آهسته منتشر میشود، سرطان صورت و ملاحظه پیوسته ودائمی است، چون یکی از بیماریهاییستکه میشود مورد اغلب زخمهای سرطانی در ابتدا کوچک و میباشند و بمناسبت آنکه تاریخ طبیعی سرطان صورت طوری استکه بسیار

آهسته منتشر میشود، سرطان صورت یکی از بیماریهاییستکه میشود مورد مراجعه قطعی قرار داد. گرچه اغلب پزشکان از رشد و نمو سرطان صورت اطلاعات جامعی دارند



★ Department of Surgery (Plastic), Tulane University.

★★ The Owens-Meade Clinic for Plastic & Reconstructive Surgery

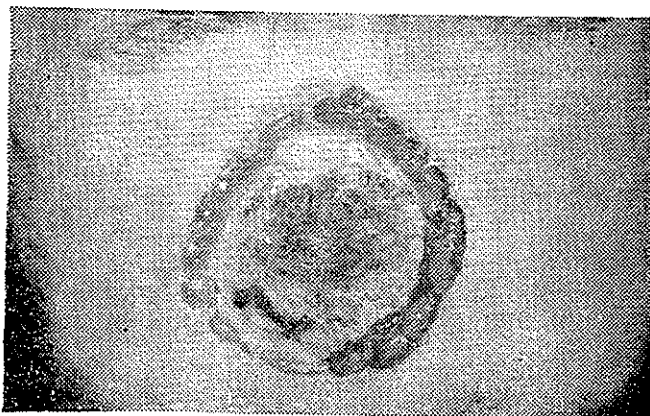
★★★ New Orleans, Louisiana, U.S.A.

ولی متأسفانه معالجه ناقص این بیماری شیوع دارد. هرروز اقلایک یا دو مریض باین کلینیک مراجعه میشود که قبلاً مورد معالجه (ناقص) برای سرطان صورت بوده ودر نتیجه زخم سرطانی با شدت بیشتری انتشار یافته است.

### پانولوژی

گرچه هنوز چگونگی تولید سرطان

چون زخمهای سرطانی صورت یا در نزدیکی چشم، یابینی و یادهان میباشند پزشک معالج در تداوی آن تردید کرده



پوست را نمیدانیم ولی مطالعات دامنه‌دار در چندین سال گذشته تاریخ طبیعی این سرطانها را قدری روشن تر کرده است. قریب ۴۰ تا ۶۰ درصد سرطان های بدن در این قاره را سرطان پوست تشکیل میدهد [تراوب (۲) ۱۹۵۴] سرطان صورت بیشتر بین اشخاص موبور یا قرمز، چشم آبی، پوست ظریف متداول است. یک عامل مهم در ایجاد سرطان صورت

و طبعاً محافظه کار میباشد و شاید از روی این محافظه کاری دست به معالجاتی بزنند که سطحی و بنا برین ناکامل باشد. درمان ناقص سرطان صورت چه بوسیله جراحی یا مواد محرق شیمیائی و یا اشعه های ایونیزه (از قبیل اشعه ایکس، رادان، رادیوم، کبالت و مواد رادیوآکتیویته) نه تنها بیمار را به جراحی ثانوی که ناقص کننده تر خواهد



از زخم‌هایی مشخص است که شبیه دکمه، قدری برجسته هستند و ممکن است مرکز فرو رفته‌ای داشته باشند. نوع دوم زخم‌های بسیار سطحی می‌باشند که مقدار وسیعی از صورت را گرفته، اطراف غیر مشخصی دارند و ممکن است شامل خونریزی‌های موضعی کوچک باشند. نوع سوم که بدخیم تر از دو نوع بالا هستند و در کشورهای انگلو -

اشعه خورشید است .  
 (پیر<sup>۳</sup> ۱۹۴۸) . عوامل دیگر عبارتند از اشعه‌های ایونیزه (ولبک<sup>۴</sup> ۱۹۲۵ ، والترز<sup>۵</sup> ۱۹۵۰ و اندرسن<sup>۶</sup> ۱۹۵۰) . داروهای شیمیائی (ویلسن<sup>۷</sup> ۱۹۴۱ ، هدو<sup>۸</sup> ۱۹۴۷) . بیماریهای مزمن پوستی و صدمات پی‌درپی (لوند<sup>۹</sup> ۱۹۵۷) این تومورهای پوستی از طبقات مختلفه پوست سر درآورده و براساس شباهت سلول نه ماخذ پیدایش دسته بندی میشوند .

۱ - سرطان سلول بازال<sup>۱۰</sup>

۲ - سرطان سلول اسکواموس<sup>۱۱</sup>

۳ - سرطان مخلوط یا بازواسکواموس<sup>۱۲</sup>

۴ - ملانوم بدخیم<sup>۱۳</sup>

### سرطانهای بازال اکثریت سرطانهای

پوستی صورت از این نوع میباشند . این تومورها از طبقه بازال پوست پیدایش میکنند گرچه پیشرفت این نوع سرطانها آهسته است و بندرت متاستاز میدهند ولی مؤلفین و محققین مختلف متاستاز این نوع سرطانهای پوستی را در مجلات طبی درج نموده‌اند (لاترز<sup>۱۴</sup> ۱۹۵۱) . در این کلینیک ، این نوع سرطانها را بدخیم و خطرناک میدانیم و سعی میکنیم در حلقه اول معالجه قطعیشان نمایم . سه نوع مختلف سرطانهای بازال را میشود تشخیص داد . نوع اول عبارت

3-Piere	4-Wolback	5-Walters	6-Anderson
7-Wilson	8-Haddow	9-Lund	
10-Basal Cell Melanoma	11-Squamous Cell	12-Baso-squamous	13-Malignant
	14-Latters		

- مشخص هستند .  
 درجه سوم - ۲۵٪ یا بیشتر از سلولها  
 مشخص هستند .  
 درجه چهارم - کمتر از ۲۵٪ از سلولها  
 مشخص هستند .  
 سوزاندن با الکتریسیته ، مواد شیمیائی  
 یا اشعه های ایونیزه (از قبیل اشعه  
 ایکس ، رادیوم یا مواد رادیواکتیویته )  
 متدهائیکه در اینجا فقط برای انتقاد  
 ذکر میشود . زیان متدهای بالا اختصاراً



واضح است که درجه اول «خوش خیم»

تربین و درجه چهارم «بدخیم» ترین  
 سرطانیها میباشد گرچه چه درجه  
 بندی **برودرز** قدم مهمی در پیشگونی  
 از حالت بیماری است ، مطالعات کلینیکی  
 و پاتولوژی و نوع درمان اطلاعات بیشتری  
 در دسترس پزشک معالج میگردد که  
 دقیق تر و مفید خواهد بود چون اهمیت  
 اصلی دفع کامل مرض است نه درجه  
 وخامت سرطانی .

**درمان** تمام زخمهای بزرگ و غیر قابل  
 عمل در ابتدا کوچک و غیر قابل توجه  
 بوده اند . در درمان سرطان صورت

عبارتند از :

۱ - بهیچوجه نمیشود مطمئن بود که  
 تمام سلولهای سرطانی از بین رفته است  
 گو اینکه زخم سطحی از بین میرود  
 انتشار زیر پوستی هنوز وجود دارد و  
 حتی اگر یک سلول سرطانی باقی بماند  
 بهرور زمان رشد کرده و سرطان عود  
 خواهد نمود . بنا براین این متدها فقط  
 آسایش خاطر مصنوعی و سطحی ایجاد  
 کرده و درمان را باید ناقص دانست .

۲ - در اثر از بین رفتن ساختمان  
 سلولی معاینه میکروسکپی غیر ممکن و در  
 نتیجه تشخیص قطعی تاابد مبهم خواهد

- ماند .
- ۳ - در اثر درمان با متد های بالا سلولهای مجاور سرطان از بین رفته و در نتیجه التیام غیر مطلوبی از زخم حاصل میشود .
- ۴ - همانطور که قبلا ذکر شد در اثر تحریک حاصله از درمان با متد های بالا سلولهای سرطانی ممکن است حالت بدخیم تری بگیرند **بیکرل ۱۹۶۰**
- ۵ - بعضی از سرطانهای صورت بخصوص ملانوم بدخیم در مقابل اشعه های ایونیزه مقاومت میکند در نتیجه وقت گرانبها از دست رفته ، درمان ناقص و سرطان زودتر انتشار پیدا میکند .
- ۶ - در اثر تغییراتی که اشعه های ایونیزه در پوست تولید میکند جراحی ترمیمی چنانچه بعدها لازم باشد مشکل وحتى غیر ممکن میشود .
- جراحی بهترین طریقه درمان سرطان صورت است و جراح موقعیت خوبی برای معالجه قطعی دارد . معالجه بسته به تشخیص زود و جراحی کامل میباشد **ونز (۱۹۵۲)** . طیب معالجه چه جراح پلاستیک و چه جراح عمومی باید دو اصل مهم را در نظر بگیرد . قطع کامل سرطان و ترمیم نواقصات حاصله از قطع آن . گاهی فکر نواقصات حاصله از جراحی ممکن است باعث تردید در قطع کامل بشود . باید در نظر داشت که اگر جراح سرطان را قطع نکنند نه تنها عمر مریض کوتاه میشود بلکه در اثر رشد و انتشار زخم سرطان خودش عضو موثره را از بین برده
- نواقصات غیر قابل ترمیمی ایجاد خواهد کرد . لازم است یادآوری نمود که جراحی اول بهترین فرصت درمان کامل است . در قطع کامل زخمهای سرطانی اغلب امتحان فوری سلولی لازم است . اینگونه امتحانات سه نوع اطلاعات مهم را در اختیار جراح میگذارد .
- ۱ - نوع سرطان و درجه وخامت (متد پرودرز)
- ۲ - مقدار انتشار به جدار و انساج مختلفه .
- ۳ - قطع سرطان هنگامی کامل است که حاشیه قطع فارغ از سلولهای سرطانی باشد .
- اگر قطع کامل بود ترمیم نواقصات حاصله ممکن است فوراً شروع شود و چنانچه تردیدی در قطع کامل باشد لازم است مدت کوتاهی صبر کرد و اگر سرطان در محل اول رشد نکرده جراحی ترمیمی اقدام نمود .
- جراحی ترمیمی نواقصات حاصله از قطع سرطان صورت را میشود به دسته های زیر تقسیم کرد .
- ۱ - بخیه مستقیم - در زخمهای کوچک بخیه مستقیم آسانترین وسیله ترمیم است .
- ۲ - آزاد کردن پوست از نسوج زیر پوست طوری که بخیه مستقیم امکان داشته باشد .
- ۳ - پدیلولهای موضعی
- ۴ - پیوندهای تمام ضخامت پوست .
- ۵ - پیوند های انشعابی از ضخامت پوست .

Pack, G. (1959)

End results in the treatment of malignant melanoma  
Surgery, 46:447-460

Pickrell, K., Georgiade, N., Adamson, J., and Matton, G. (1960)  
Surgical treatment of early carcinoma of the face  
Post. Grad. Med., 27:406-415

Piers, F., (1948)

Sun light and skin cancer in Kenya  
Brit. J. Dermat., 60:319-322

Traub, E.F., (1954)

Diagnosis and treatment of the carcinoma of the eyelids  
J.A.M.A., 154:9-12

Walters, J., (1950)

Epithelioma and papilloma arising on recently irradiated skin. Report  
of three cases  
Brit. Med. J., 1:273-274

Wilson, R.H. DeEds, F. and Cox, A.J. Jr., (1941)

The toxicity and carcinogenetic activity of 2-Acetaminofluorene  
Cancer Research, 1:595-608

Wolback, S.B., (1925)

A summary of the effects of repeated roentagen-ray exposures upon the  
human skin, antecedent to the formation of carcinoma  
Am. J. Reontgenol., 13:139-143