

سرطان صورت

از بخش جراحی (پلاستیک و ترمیمی) دانشگاه تولین *

واژ کلینیک اونز - مید ** نیوارلئان - امریکا ***

نگارش

دکتر کورس طبری

از آنجائیکه صورت مورد مشاهده آهسته منتشر میشود، سرطان صورت و ملاحظه پیوسته ودائمی است، چون یکی از بیماریهای سرطانی در ابتدا کوچک غالب زخمهای سرطانی در ابتدا کوچک میباشد و بمناسبت آنکه تاریخ طبیعی سرطان صورت طوری است که بسیار آهسته منتشر میشود، سرطان صورت یکی از بیماریهای سرطانی در ابتدا کوچک میباشد و بمناسبت آنکه تاریخ طبیعی سرطان صورت طوری است که بسیار



★ Department of Surgery (Plastic), Tulane University.

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

★★★ New Orleans, Louisiana, U.S.A.

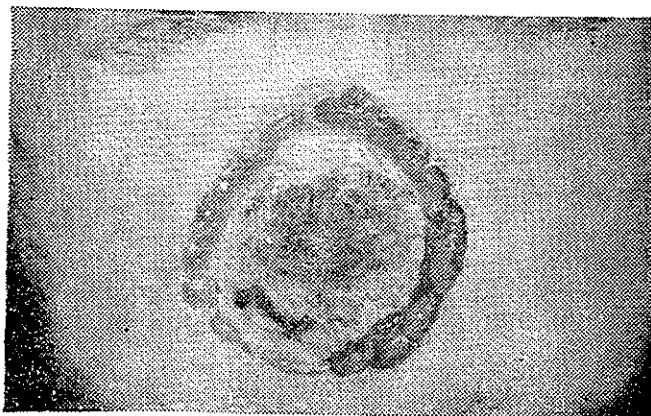
بود وادار میکند بلکه باعث میشود که در اثر تحریک سلولهای سرطانی در مقابل درمانهای ثانوی مقاومت کرده و حتی ممکن است حالت بدخیمی آنها بیشتر شود ولذا به رشد و انتشار سرطان شدت میدهد [پیکرل (۱)، ۱۹۶۰]

پاتولوژی

گرچه هنوز چگونگی تولید سرطان

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 باشدت بیشتری انتشار یافته است .

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 دراین 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

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



اشعه خورشید است .

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

۱ - سرطان سلول بازال^{۱۰}

۲ - سرطان سلول اسکواموس^{۱۱}

۳ - سرطان مخلوط یا بازواسکواموس^{۱۲}

۴ - ملانوم بدخیم^{۱۳}

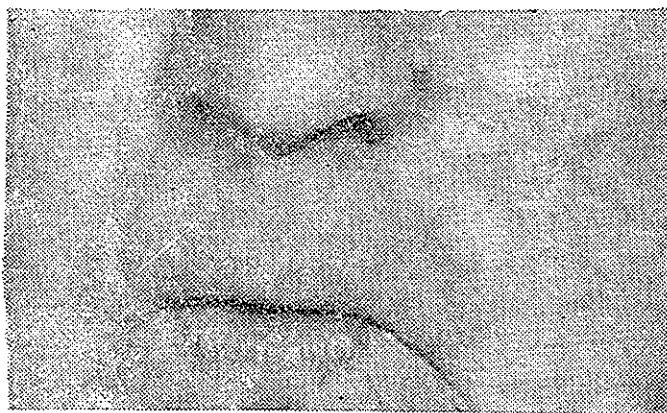
سرطانهای بازال اکثریت سرطانهای

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^{۱۴} ۱۹۵۱) . دراین 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

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 خونریزی های موضعی کوچک باشند . نوع سوم که بدخیم تر از دو نوع بالا هستند و در کشورهای انگلو -

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 الکتریسته ، 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»
 ترین و درجه چهارم «بد خیم» 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 میگذازد که
 دقیق تر و مفید خواهد بود چون اهمیت
 اصلی دفع کامل مرض است نه درجه
 وخامت سرطانی .
 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 يك 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
 درمان تمام زخمهای بزرگ و غیر قابل
 عمل در ابتدا کوچک و غیر قابل توجه
 بوده اند . در درمان سرطان صورت

ماند .

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 پروردن)

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 .

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 قبلاً ذکر شد در اثر تحریک حاصله از درمان با متد های بالا سلولهای سرطانی ممکن است حالت بدخیم تری بگیرند پیکرل 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 و حتی 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) . طبیب معالج 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 . گاهیگاهی فکر نواقصات حاصله از جراحی ممکن است باعث تردید در قطع کامل بشود . باید در نظر داشت که اگر جراح سرطان را قطع نکند نه تنها عمر مریض کوتاه میشود بلکه در اثر رشد و انتشار زخم سرطان خودش عضو موثره را از بین برده

- 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 roentgen-ray exposures upon the
human skin, antecedent to the formation of carcinoma
Am. J. Reontgenol., 13:139-143