

## بررسی نتایج رزکسیون تومور اینورتدپاپیلوم بینی و سینوس به

### روش جراحی آندوسکوپیک ترانس نازال

بیمارستان امیراعلم تهران و شهید دکتر رهنمون یزد

۱۳۷۶-۸۰

دکتر محمدحسین برادران فر (استادیار)

گروه گوش، حلق و بینی و جراحی سر و گردن، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوqi یزد

### چکیده

مقدمه: اینورتدپاپیلوم یک نتوپلاسم خوش خیم بوده که از دیواره لاترال بینی منشاء می‌گیرد. این تومور نتوپلاسم غیرشایع حفره بینی است که اغلب سینوس‌های پارانازال را درگیر کرده، گاهی به اربیت و ایتراکرaniel دست‌اندازی می‌نماید. روش‌های جراحی مختلفی برای درمان وجود دارد که یکی از آنها رزکسیون تومور از طریق جراحی آندوسکوپیک ترانس نازال می‌باشد.

مواد و روشها: بین سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۰ در بیمارستان امیراعلم تهران و بیمارستان شهید رهنمون یزد، ۱۱ بیمار مبتلا به این تومور تحت عمل جراحی قرار گرفتند که ۹ بیمار به روش آندوسکوپیک ترانس نازال و ۲ بیمار توسط آندوسکوپی ایترانازال همراه با کالدول‌لوك جراحی شد. تکنیک آندوسکوپی شامل برداشتن کامل تومور، اتمونیدکتومی قدامی و خلفی، اسفنوئیدکتومی، برداشتن ضایعات از فرونتال رسن و آنتروستومی ماگزیلاری وسیع بود و در مواردی که تومور به لامینا پایر اسه چسبیده بود لامینا پایر اسه بدون دستکاری اربیت برداشته شد. داده‌های مربوط به این بیماران در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

یافته‌ها: تومور در ۷ بیمار در طرف چپ و ۳ بیمار طرف راست و یک بیمار مبتلا به تومور دوطرفه بود. در هیچ‌کدام از بیماران گسترش تومور به اربیت یا ایتراکرaniel وجود نداشت و در پاتولوژی همراهی با بدخیمی مشاهده نشد. زمان متوسط پیگیری بیماران، ۲۹/۸ ماه بود و در ۸۲ درصد از بیماران عودی مشاهده نشد و ۱۸ درصد از بیماران دچار عود شدند. هیچ‌گونه عارضه‌ای در بیماران بوجود نیامد.

نتیجه گیری و توصیه‌ها: هر چند درمان استاندارد این تومور مدیال ماگزیلکتومی می‌باشد ولی رزکسیون آندوسکوپیک تومور روش مؤثری در جراحی این تومورها محسوب می‌گردد. به نظر می‌رسد در صورتی که تومور به نواحی غیرقابل دسترسی جراحی آندوسکوپیک گسترش نیافته باشد بخاطر موربیدیتی کم و دید عالی به تومور این روش ارجح باشد.

چه بعضی گزارشات تا ۱۵ درصد بدخیمی ذکر کرده‌اند (۱۲).  
اما مطالعات مختلف انسیدانس کانسر را از ۲ تا ۵۳ درصد ذکر نموده‌اند.

آلرژی و عوامل محیطی هم بعنوان علل ایجاد کننده این تومور مطرح شده که شواهد قوی دال بر تأیید آنها وجود ندارد. CT-Scan برای ارزیابی درگیری بینی و سینوس کاربرد وسیعی داشته، می‌تواند میزان گسترش تومور را مشخص سازد. ولی نمی‌تواند تومور را از ضخامت مخاطی سینوس، پولیپ و یا ترشح ناشی از انسداد این سینوس‌ها تفکیک نماید (۱۳). اروزبین استخوانی می‌تواند بعلت فشار موضعی ایجاد گردد که تشخیص آن را از تومورهای بدخیم با مشکل مواجه می‌سازد (۱۱).

اینورتدپاپیلوم دارای عود بالایی بوده و ریسک تبدیل به بدخیمی را دارا می‌باشد به همین دلیل اکثر مؤلفین یک Wide total resection را برای آن پیشنهاد نموده‌اند (۱۰، ۱۴، ۱۵) که مدلیال ماگزیلکتوسی (۱۶) از طریق ترانس فاسیال یا Sublabial degloving می‌باشد (۱۱، ۱۷). اپروج آندوسکوپیک ضمن اینکه می‌تواند یک رزکسیون توtal تومور را در برداشته باشد می‌تواند از سکل‌های اپروج اکسترنال مثل اسکار صورت، رزکسیون وسیع مخاطهای داخل بینی یا استخوان، تنگی وستیول بینی، کراست‌های بعد از جراحی و صدمه به مجرای لاکریمال و اپی‌فورا جلوگیری نماید و به همین علت به نظر می‌رسد اپروج آندوسکوپیک برای رزکسیون تومورهای با اندازه متوسط مناسب باشد (۱۸، ۱۹).

مزیت اپروج آندوسکوپیک دید خوب به نواحی مختلف تومور می‌باشد که امکان دیدن گسترش تومور به مخاطهای فرونتال رسن، اسفنوئید و سینوس ماگزیلا را فراهم می‌نماید.

## مواد و روش‌ها

بین سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۰ در بیمارستان امیراعلم تهران و بیمارستان شهید رهنمون یزد ۱۱ بیمار مبتلا به تومور اینورتدپاپیلوم تحت عمل جراحی قرار گرفتند. رزکسیون تومور ۹ بیمار با روش آندوسکوپیک و اپروج ترانس نازال صورت

## مقدمه

در سال ۱۹۹۱ (World Health Organization) WHO پاپیلومای داخل بینی را به سه دسته تقسیم کرد: (۱)

-۱ Inverted papilloma (I.P.)

-۲ Exophytic papilloma (E.P.)

-۳ Collumnar cell papilloma (C.C.P.)

اینورتدپاپیلوم یک نوپلاسم خوش خیم بوده که از دیواره لاترال بینی و میدل مثانوس منشاء می‌گیرند.

این تومور نوپلاسم غیرشایع حفره بینی بوده (کمتر از ۴ درصد از تومورهای سینونازال) که اغلب سینوس‌های پارانازال را درگیر کرده، همچنین می‌تواند سیستم لاکریمال، اریت یا ایتراکرانیال را درگیر کرده و سبب تخریب وسیع استخوانی و بافت‌های نرم گردد. اولین بار این تومور در سال ۱۸۵۴ توسط آقای Ward گزارش شد (۲).

در سال ۱۸۵۵ Billroth (۳)، ۲ بیمار که پاپیلوم داخل

حفره بینی داشتند را گزارش کرد و نام آن را Villiform

cancers گذاشت. بعد از آن ۸۶ بیمار اینورتدپاپیلوم توسط

آقای Karamer و Som (۴) گزارش شد و پس از آن

سری‌های دیگری توسط آقای Lampertico و همکارانش (۵)

و آقای Norris (۶) گزارش شد. سپس آقای Hyams (۷)،

۱۴۹ بیمار اینورتدپاپیلوم را به سه دسته تقسیم‌بندی کرد:

-۱ پاپیلوما

-۲ Fungiform

-۳ Cylindrical

آقای Ringertz (۸) شیوع این تومور را کمتر از ۳ درصد

از ۳۹۱ بیمار با تومور بینی ذکر کرد و مشابه همین آمار را آقای

Lampertico و همکارانش (۵) و Verner و همکارانش (۹)

ذکر کردند.

اینورتدپاپیلوم در سن بالای ۶۰ سالگی بروز کرده (۸) و به

Schneiderian papilloma, Ewing's papilloma

و Transitional papilloma هم نامیده می‌شود. بعضی از

مؤلفین سن شیوع این تومور را ۴۰ تا ۶۰ سالگی ذکر کرده‌اند

که بطور شایع‌تر در مردان بروز کرده و در childhood به طور

نادر دیده می‌شود (۷، ۱۰).

اینورتدپاپیلوم در ۵ تا ۱۳ درصد موارد همراه با

اینورتدپاپیلوم (Squamous cell carcinoma) S.C.C می‌باشد (۱۱) اگر

شدند و تکنیک آندوسکوپی شامل برداشتن کامل تومور، اتمونیدکتومی قدامی و خلفی، برداشتن ضایعات از فرونتال رسن و آنتروسستومی ماقرزلاری wide بود. که مدیال ماقرزلکتومی بطور کامل انجام شد (تصاویر A, B).

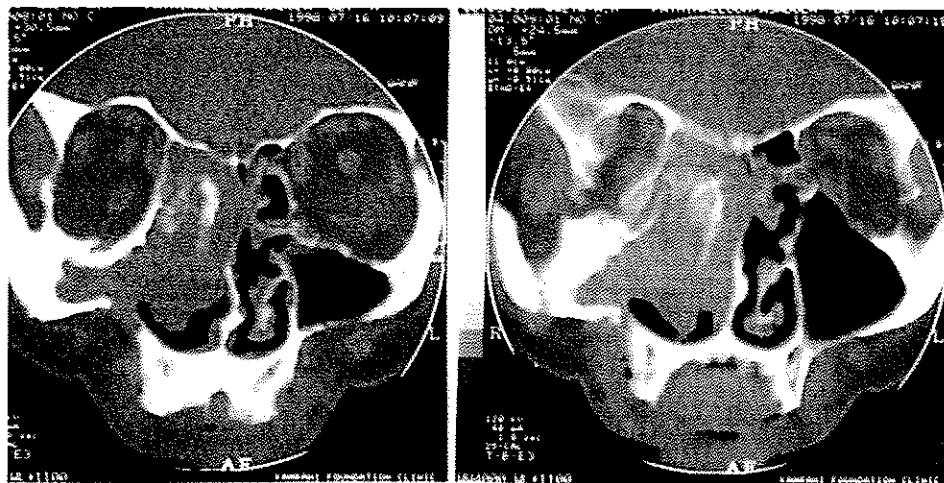
در مواردی که تومور به لامینا پاپراسه چسبیده بود، لامینا پاپراسه بدون دستکاری پریوست اربیت برداشته شد. در دو بیمار که دیواره لاترال سینوس ماقرزل درگیر بود، مدیال ماقرزلکتومی آندوسکوپیک همراه با کالدلول لوک انجام شد.

گرفت و دو بیمار توسط آندوسکوپی اینترانازال همراه با کالدلول لوک جراحی شد.

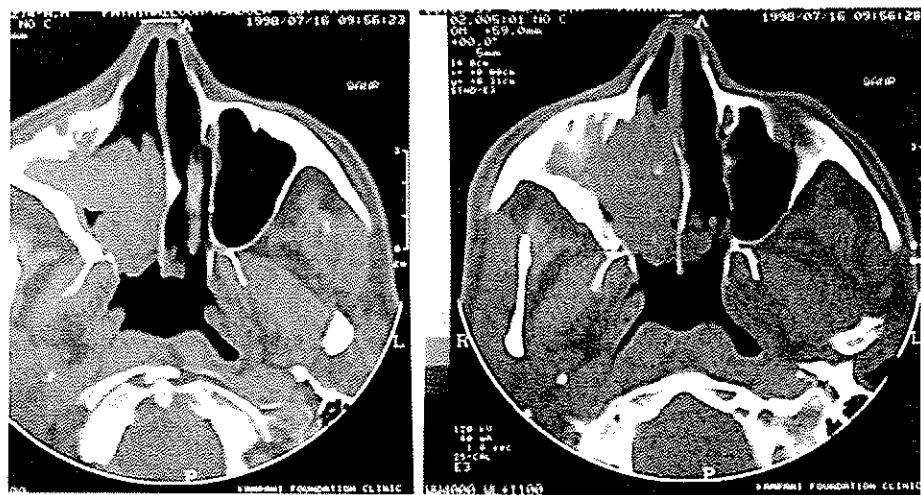
کلیه بیماران از جنس مذکور بودند. تومور در ۷ بیمار در طرف چپ و در ۳ بیمار در طرف راست و یک بیمار تومور دو طرفه وجود داشت.

در تمام بیماران CT-Scan از سینوس‌های پارانازال درخواست گردید و گسترش ضایعه کاملاً مشخص شد (تصاویر ۱A, B).

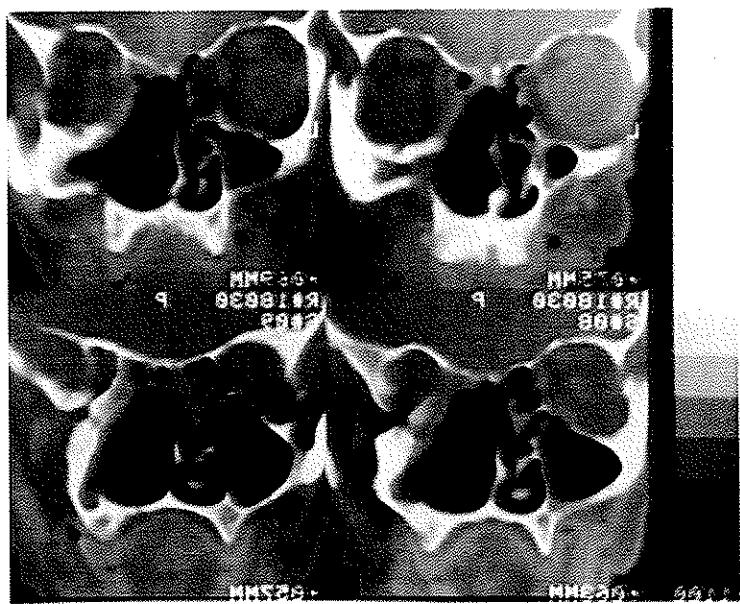
تمام بیماران تحت بیهوشی عمومی جراحی



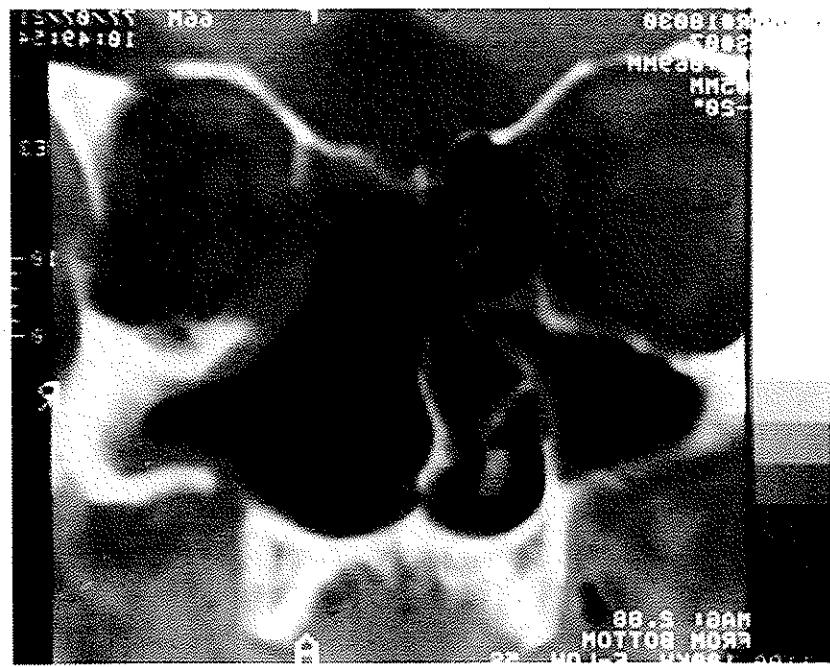
تصویر ۱A: CT-Scan کرونال قبل از جراحی



تصویر ۱B: CT-Scan اگزیال قبل از جراحی



تصویر ۲A CT-Scan کرونال بعد از جراحی



تصویر ۲B CT-Scan کرونال بعد از جراحی (مذیال ماقرزلکتومی بطور کامل انجام شده است)

## نتایج

در این مطالعه ۱۱ بیمار مبتلا به تومور اینورتدپاپیلوم تحت عمل جراحی قرار گرفتند که تمام بیماران از جنس مذکور بودند (جدول ۱).

تومور در ۷ بیمار در طرف چپ (۶۳/۵ درصد) و ۳ بیمار در طرف راست (۲۷ درصد) و در یک بیمار تومور دو طرفه بود (۹/۵ درصد). سن متوسط بیماران ۶۲ سال بود (از سالگی تا ۷۶ سالگی متغیر بود). علائم بالینی بیماران به ترتیب شیوع شامل انسداد بینی (۸۶ درصد)، رینوره (۶۴ درصد)، سر درد و درد گونه (۳۶ درصد) و خونریزی بینی (۱۵ درصد) بود. محل درگیری تومور شامل دیواره لاترال بینی و سینوس‌های اطراف بدون درگیری اربیت و ایتراکرaniel بود. تمام بیماران برای بار اول جراحی تومور بینی می‌شدند و در هیچ بیماری نتیجه پاتولوژی همراهی با کارسینوما را گزارش نکرد. زمان Follow up بیماران ۲۹/۸ ماه بود.

در ۶ مورد از بیماران کورننه تحتانی هم درگیر بود که با اپروج اندوسکوپیک کورننه تحتانی هم برداشته شد. در ۸ بیمار فرونتال رسس هم درگیر بود که تومور کاملاً از استیوم سینوس فرونتال برداشته شد.

مارژین‌های رزکسیون برای مدیال ماگزیلکتومی شامل کف بینی در قسمت تحتانی، دیواره پوستریورسینوس ماگزیلا در قسمت خلفی، کف اربیت در قسمت فوقانی و دیواره قدامی ماگزیلا بطور قدامی بود. پاتولوژی تمام بیماران، اینورتدپاپیلوم بدون وجود شواهدی از بدخیمی بود.

متوسط زمان پیگیری بیماران ۲۹/۸ ماه بود. پیگیری بیماران بعد از جراحی توسط آندوسکوب انجام شد و در نواحی مشکوک به تومور بیوپسی گرفته شد که فقط در دو مورد بیوپسی ثبت شد که یک مورد با اپروج آندوسکوپیک و مورد دیگر با اپروج آندوسکوپیک و کالدلول‌لوك تحت عمل جراحی قرار گرفتند.

تمام بیماران دو روز بعد از جراحی مخصوص شدند و مسکن و آنتی‌بیوتیک تا ۲ هفته داده شد.

جدول شماره ۱- نتایج رزکسیون تومور اینورتدپاپیلوم به روش جراحی آندوسکوپیک

تعداد	جنس	سن (سال)	نوع جراحی	طرف درگیری	تومور	مدت زمان پیگیری (ماه)	عدم بعد از عمل	نوع جراحی عود
۱	ذکر	۵۶	آندوسکوپیک	چپ	چپ	۴۰	—	—
۲	ذکر	۷۶	آندوسکوپیک	چپ	چپ	۴۳	—	—
۳	ذکر	۵۲	آندوسکوپیک	راست	راست	۴۲	عود	آندوسکوپیک
۴	ذکر	۵۸	آندوسکوپیک	چپ	چپ	۳۸	—	—
۵	ذکر	۷۳	آندوسکوپیک	چپ	چپ	۳۵	عود	آندوسکوپیک + کالدلول‌لوك
۶	ذکر	۶۲	آندوسکوپیک	دو طرفه	دو طرفه	۳۶	—	—
۷	ذکر	۶۵	آندوسکوپیک + کالدلول‌لوك	چپ	چپ	۳۱	—	—
۸	ذکر	۶۳	آندوسکوپیک	راست	راست	۲۶	—	—
۹	ذکر	۵۱	آندوسکوپیک	راست	راست	۱۷	—	—
۱۰	ذکر	۵۷	آندوسکوپیک	چپ	چپ	۱۳	—	—
۱۱	ذکر	۶۸	آندوسکوپیک + کالدلول‌لوك	چپ	چپ	۴	—	—

Girgis و Stankiewicz (۲۰)، ۱۵ بیمار که توسط آندوسکوب جراحی شده بودند را گزارش کردند که میزان عود در آنها ۳۰ درصد بود. آنها اظهار نمودند که تومورهایی که گسترش به سینوس ماگزیلکتومی از طریق اپروچ اکسترانازال درگیر است مدیال ماگزیلکتومی از طریق اپروچ اکسترانازال لازم است. Kamel (۱۹) استفاده از اپروچ آندوسکوبیک را برای مدیال ماگزیلکتومی در ۹ بیمار که سینوس‌ها و حفره بینی را درگیر کرده بود را گزارش کردند که پس از پیگیری ۲۸ ماهه هیچ عودی وجود نداشت.

وی در ضایعات وسیع تری آندوسکوب را بکار برد و پیشنهاد کرد که می‌توان مدیال ماگزیلکتومی را بطور کامل با اپروچ آندوسکوبیک ترانس نازال انجام داد.

در سری بیمارانی که McCary و همکارانش (۲۱) توسط اپروچ آندوسکوبیک جراحی نمودند عودی را گزارش نکردند. آنها تومورهای با گسترش بیشتر را با آندوسکوب جراحی نمودند و اعتقاد داشتند که تومورهای خیلی بزرگ که سینوس‌های پارانازال را درگیر کرده باشد را می‌توان با آندوسکوبی جراحی نمود.

**به عنوان نتیجه هر چند درمان استاندارد تومور اینورت‌پاپیلوما، مدیال ماگزیلکتومی با اپروچ اکسترانازال می‌باشد اما این اپروچ موربیدیتی زیادی دارد و نتایج مطالعه ما نشان می‌دهد که رزکسیون آندوسکوبیک اینورت‌پاپیلوم می‌تواند روش مؤثری در جراحی این تومورها باشد گرچه در حال حاضر تکنیک آندوسکوبیک برای رزکسیون این تومور نیاز به بررسی بیشتر بر روی تعداد زیادتری از بیماران و پیگیری طولانی‌تر دارد، ولی به نظر می‌رسد این روش نیازمند جراح متبحر که در این زمینه کار فراوانی کرده باشد می‌باشد.**

در صورتی که جراح تشخیص دهد که با اپروچ اکسترانال بهتر می‌تواند رزکسیون کامل تومور را انجام دهد بایستی از آن روش استفاده نماید. براساس محل تومور و گسترش ضایعه می‌توان جراحی را با اپروچ آندوسکوبیک به تنها یا همراه با اپروچ‌های اکسترانال انجام داد. در مواردی که تومور به نواحی غیر قابل دسترسی از طریق آندوسکوب گسترش یافته باشد بایستی اپروچ‌های توأم آندوسکوبیک و اکسترانال در نظر گرفته شود.

۸۲ درصد از بیماران تابحال عود نداشته‌اند و ۱۸ درصد از بیماران دچار عود شدند که در یک بیمار به روش آندوسکوبیک و در بیماران دیگر به روش آندوسکوبیک توأم با کالدول‌لوک رزکسیون تومور انجام شد و تابحال عودی نداشته‌اند. در هیچ بیماری عارضه‌ای به وجود نیامد.

## بحث

اولین قدم برای تشخیص تومور اینورت‌پاپیلومای بینی رینوسکوبی یا فیروسکوبی حفره بینی می‌باشد. تومور عمده‌ای یکطرفه با ظاهر پولپوئید است. علاطم بالینی شامل انسداد یکطرفه بینی (در موارد دو طرفه می‌تواند انسداد دو طرفه باشد) رینوره، سر درد و خونریزی بینی و گاهی هیپوسما می‌باشد.

دیپلوبی در مواردی که فشار موضعی وجود داشته یا محتویات اربیت درگیر باشد می‌تواند بوجود آید. تشخیص قطعی با بیوپسی توده و نتیجه هیستوپاتولوژی است. هنوز در مورد نحوه درمان این تومور اختلاف نظر وجود دارد.

Wigand، Waitz (۱۸) گزارش کردند که جراحی آندوسکوبیک در اینورت‌پاپیلوم می‌تواند تومورهای بزرگ که سینوس‌های اتمونید خلفی و مجرای نازوفرونال یا سینوس اسفنتونید را درگیر کرده باشد مؤثر باشد.

Damel (۱۹) اظهار نمود که اپروچ آندوسکوبیک برای ضایعات بدون درگیری سینوس ماگزیلاری مناسب است و برای ضایعاتی که سینوس ماگزیلاری را درگیر کرده باشد مدیال ماگزیلکتومی ترانس نازال را پیشنهاد نمود.

Girgis و Stankiewicz (۲۰) پیشنهاد نمودند که اپروچ آندوسکوبیک برای تومورهای محدود که سینوس‌های اتمونید، اسفنتونید و دیواره لاترال بینی و دیواره مدیال سینوس ماگزیلاری را درگیر کرده باشد مناسب است.

Wigand و Waitz (۱۸)، ۱۷ درصد عود را برای ۳۵ بیمار که با اپروچ آندوسکوبیک جراحی شده بودند گزارش کردند. مؤلفین ضایعاتی که بیشتر نواحی پریفرال را درگیر کرده بود را با اپروچ اکسترانال درمان کرده و همچنین تومورهای وسیع که نمی‌توان با آندوسکوب دید خوبی روی آنها داشت را با اپروچ اکسترانازال جراحی کردند.

## منابع

1. Shanmugaratnam K, Sabin L. H. Histological typing of tumours of the upper respiratory tract and ear. WHO, Springer Varlag, Berlin 1991; 20-21.
2. Ward N. A mirror of the practice of medicine and surgery in the hospitals of London: London Hospital. Lancet 1854; 2: 280-482.
3. Bollorth T. Über dem Bau der Schleimpolyp. Berlin, G. Reimer 1855.
4. Kramer R, Som MI. True papilloma of the nasal cavity. Arch Otolaryngol 1935; 22: 22-43.
5. Lampertico P, Russell WO, MacComb WS. Squamous papilloma of the upper respiratory epithelium. Arch Pathol 1963; 75: 293-302.
6. Norris HJ. Papillary lesions of the nasal cavity and paranasal sinuses. Part I, exophytic (squamous) papillomas. A study of 28 cases. Laryngoscope 1962; 72: 1784-1797.
7. Hyams VJ. Papillomas of the nasal cavity and paranasal sinuses. A clinicopathological study of 315 cases. Ann Otol Rhinol Laryngol 1971; 80: 192-206.
8. Ringertz N. Pathology of malignant tumors arising in nasal and paranasal cavities and maxilla. Acta Otolaryngol 1938; 27: 31-42.
9. Verner JL, Maguda TA, Yound JM. Epithelial papillomas of the nasal cavity and sinuses. Arch Otolaryngol 1956; 70: 574-578.
10. Vrabec DP. The inverted Schneiderian papilloma. A clinical and pathological study. Laryngoscope 1997; 87: 35-46.
11. Lawson W, Ho BT, Shaari CM, Biller HF. Inverted papilloma: a report of 112 cases. Laryngoscope 1995; 105: 282-288.
12. Lesperance MM, Esclamando RM. Squamous cell carcinoma arising in inverted papilloma. Laryngoscope 1995; 105: 178-183.
13. Blackwell KE, Anzai Y, Lufkin RB, Bielamowicz S, Calcaterra TC. Radiologic assessment of inverted papilloma Am J Rhinol 1994; 8: 253-258.
14. Altug T, Sunar O, Bilgin H. Le papilloma inverse: a propositus d'un was multicentric. Revue de Laryngologie 1989; 110(3): 299-301.
15. Lawson W, LE Benger J, Som P, Bernard PJ, Biller HF. Inverted papilloma: an analysis of 87 cases. Laryngoscope 1989; 99: 1117-1124.
16. Weissler Mc, Montgomery WW, Montgomery SK, Turner PA, Joseph MP. Inverted papilloma, Ann Otol Rhinol Laryngol 1986; 95: 215-221.
17. Dolgin SR, Zeveri VD, Casiano RR, Maniglia AJ. Different options for treatment of inverted papilloma of the nose and paranasal sinuses. Head Neck 1992; 14: 92-98.
18. Waitz G, Wigand ME. Results of endoscopic sinus surgery for the treatment of inverted papillomas. Laryngoscope 1992; 102: 917-922.
19. Kamel R. Transnasal endoscopic medial maxillectomy in inverted papilloma. Laryngoscope 1995; 105: 847-853.
20. Stankiewicz JA, Grgis SJ. Endoscopic surgical treatment of nasal and paranasal sinus inverted papilloma. Otolaryngol Head Surg 1993; 109: 989-995.
21. McCary WS, Gross CW, Reibel JF, et al. Preliminary report: Endoscopic versus external surgery in the management of inverting papilloma. Laryngoscope 1994; 104: 415-419.