

پروفسور جمشید اعلم  
دکتر معین زاده  
دکتر صمد متقیان  
استاد کرسی گوش ، گلو و بینی  
رئیس درمانگاه آندوسکوپي  
آسیستان

## ( تومور های میکست ) TUMEURS MIXTES

در سابق تومور میکست را فقط مخصوص غدد بزاقی خصوصا پارتید میدانستند ولی مطالعات آسیب شناسی و کلینیکی در سالهای اخیر نشان داده است که تومور میکست نه تنها در غدد بزاقی بلکه در سایر قسمت های بدن حتی در پوست نیز دیده میشود و برای شناسائی بهتر این نوع تومور بشرح صفات آسیب شناسی آن و چند اوبسروا-سیون از بیماران مبتلا که در بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان امیراعلم تحت عمل جراحی قرار گرفته اند می پردازیم .

**تعریف** تومور میکست عبارت از تومورئو پلاژیکی است که از نسوج مختلفه تشکیل یافته و این نسوج در جوار یکدیگر بطوریکه تاخت قرار گرفته اند و نمو بافت های مختلفه آن هم آهنگ میباشد و بدین ترتیب تشکیل توده هائی را میدهند که نظیر آن در هیچ نوع بافت طبیعی وجود ندارد .

در هر سنی دیده شده ولی بیشتر از ۴۰ سالگی بعد پیش می آید . بندرت در غده تحت فکی وزیر زبانی و حتی در غدد اشکی و مخاط دهان و برونش و نواحی مختلفه (دست و پا) دیده میشود و مخصوص غدد بزاقی و سرو-موکو نبوده و در هر کجا باشد شرحی که برای آن داده میشود شامل تمام انواع کلینیکی آن خواهد بود .

صفات عمومی - نمو آن بطئی و دائمی است و مواردی از این تومور سالیان دراز به سیر خود ادامه داده و بزرگی و حجم قابل ملاحظه ای در حدود سه کیلو پیدا کرده است .

و عمل جراحی باعث از بین رفتن آن خواهد شد و نمو آن کاملا حالت انتشاری داشته و از نسوج سالم اطراف توسط کپسولی جدا میشود و قتی کوچک باشد شکل هندسی داشته و گرد و بیضی و لوبوله است و هر لوب آن

باهم در يك نوع تومور جمع می‌شود ؛ و استخوان دیده میشود . البته باید در نظر گرفت تمام عوامل بافتی فوق همیشه در يك تومور جمع نمی‌شوند و حتی در يك نوع تومور می‌کست هم فرار گرفتن آنها یکنواخت نمیباشد و بالاخره بعضی از تومور می‌کست ها فقط شامل يك تعداد کمی از نسوج فوق الذکر هستند در فورمهای خیلی ساده اپی‌تلیوم گلاندولر و نسج میگزوئید و غضروف فقط تنها دیده میشود این تومور بطور ماکروسکپیک منظره توده غضروفی متراکم و یانرم بشکل میگروم و آتکوندروم های بزاقی میباشد و البته نباید در موقع امتحان هیستولوژیک کامل که در آن ساختمان کاملا متفاوت دارد اشتباه نمود این یکی از صفات مشخص تومور های می‌کست است .

روابط نسوج مختلفه با یکدیگر در تومور می‌کست .

رابطه اپی‌تلیوم ها بین هم - وقتی اپی‌تلیوم فورمهای متفیری داشته باشد در امتداد یکدیگر واقع شده‌اند و بطوریکه نمیتوان ابتداء و انتهای آنرا روشن نمود. رابطه نسوج مزانشیماتوبین هم - این بافت هم کاملا درهم برهم بوده دوزوبین نسوج سارکوئید نسج فیبری آغشته به مرکوس یا میگزوئید و غضروف

و رابطه بین نسج اپی‌تلیال و مزانشیماتو - یارشته‌های اپی‌تلیال و مزانشیماتو باهم با ماده کولازن احاطه گردیده و یا اصلا ماده کولازن وجود نداشته بافت اپی‌تلیال و مزانشیماتو باهم مخلوط میشوند بطوری که آنها را نمیتوان ازهم تشخیص داد . توجیه چگونگی صفات تومور می‌کست بسه صورت زیر در می‌آید .

۱- تومور می‌کست از ۲-۷ دسته سلول مختلفه تشکیل شده است .

۲ - آنها اغلب از يك ناحیه بوجود می‌آیند و یا از نقطه نظر جنینی از نقاط مختلفه تولید میشوند .

۳ - اغلب رابطه‌ای با يك غده بزاقی داشته و یا اصلا رابطه‌ای با آن ندارند . اغلب دانشمندان فکر میکنند که این تومورها يك مبدا هتروتروپ Heterotrop دارند از قسمتهای مختلفه تشکیل شده حتی اگر از يك نسج بزاقی بوجود آمده باشد .

**تئوریهای مختلف برای تولید تومور های می‌کست**

برای بعضی از دانشمندان هتروتروپی یعنی داشتن منشا از بافت های مختلف این موضوع را توجیه مینماید و بعضی ها هم به کیفیت متابلازی عقیده

دارند مثلاً متاپلازی اپی تلیال به مزانشیما -  
 توومتاپلازی نسج هم بند به میگز و نید و غیره  
 مبداء تومورهای میکست گاهی از غد در اقی  
 و غد در چشمی و اطراف آن و بندرت از  
 پوست و غد در عرقی و غیره بوجود میآید  
 و از طرف دیگر اپی تلیوم آنها همیشه  
 نوع غددی میباشد روی این اصل فکر  
 میکنند اینها همیشه مبداء گلاندولر  
 دارند .

کانسرهائی که از تومور های میکست  
 بوجود میآیند .

تومور های میکست نیک خیم بوده  
 و دارای کپسول و انتشاری نیستند و با  
 وجود این حالات مختلفه ای وجود دارد  
 که این تومورها حالت بدخیمی قابل  
 ملاحظه ای پیدا میکنند .

تومور میکست بدخیم - که صفات  
 عمومی تومور میکست را داشته اما حدود  
 آنها مشخص نبوده و کپسول آنها از بین  
 رفته و به نسوج اطراف اتصال دارند و  
 دارای لوبولهای نئوپلازیک برجسته است  
 که بطور ناکامل به نسج اصلی تومور  
 اتصال پیدا میکند و اگر در ضمن عمل  
 برداشته نشده و در میدان عمل باقی  
 بماند (حال آنکه جراح خیال بکند که  
 کاملاً برداشته است) بعد از مدتی باعث  
 میشود با عود تومور مواجه بشویم البته  
 بدون دادن متاساز هم ممکن است باطراف

منتشر بشود .

ساختمان : متفاوت است در آن  
 تومور از تیپ غد در اقی وهم بند میگز و نید  
 و یا هیالین با سلولهای میتوزیک بوده و  
 اغلب هسته این سلولها هیپرکروماتو  
 میباشد و در حالت دیگر سیلندر و ماتوز  
 و کپسول آن دارای سلولهای نئوپلازیک  
 است که نسوج اطراف را آلوده مینماید.  
 اپی تلیوما و سارکومهای که روی  
 تومور میکست حاصل میشوند .

در این نوع تومور کپسول از بین  
 رفته و در ابتدا در یک قسمت تومور  
 میکست شناخته میشود که بعد از بین  
 رفته و حالت نئوپلازیک با صفات مشخص  
 برنگ سفید یا زرد رنگ در میآید که به  
 نسوج اطراف چسبندگی داشته و آنها  
 را آلوده میکند و در اواخر تمام نشانه  
 های تومور میکست اولیه از بین میرود.  
 اپی تلیوما - بصورت سنگ فرشی  
 و استراتیفیه واسپی نو سلولر و گلاندولر  
 است .

سارکوم - خیلی نادر از فورم دوکی  
 شکل **Fusiforme** ( و بعضی از  
 آنها میوایی تلیال است .

اپی تلیوما موکوپای در موئید . تحت  
 این عنوان تومورهای با سیر بطئی و عود  
 کننده بصورت یک اپی تلیوما ی مالپیگین  
 با ساختمانهای گلاندولر میباشد که قابل

تشخیص کیست بزاقی تحت عمل قرار گرفت و تومور کاملاً کپسول دارو باطراف چسبندگی نداشت و تمام آن برداشته شد و جهت تشخیص نوع بافت بازمایشگاه آسیب شناسی دانشکده پزشکی ارسال گردید و جواب بیوپسی طی نامه شماره ۲۸۹۶۴ مورخ ۲۰۳۷/۰۳/۴۰ بقرار ذیل بود.

#### شرح ماکروسکوپی

بافت ارسالی تشکیل شده بود از دو تکه بافت مدور نرم بقطر ۱ سانتیمتر در سطح رنگ سفید و ما یل بکرم دارد که دانه دانه بنظر میرسد.

#### شرح میکروسکوپی - در برش ریز -

بینی قطعه ارسالی در داخل استرومای همبندی که در بعضی نقاط دژنرسانس موکوئید یافته و نمائی شبیه غضروف دارد توده های سلولی پوششی دیده میشود این سلولها دارای پرتوپلاسم چند سطحی و هسته گرد یا بیضی شکل و مونورف میباشد سلولها در بعضی نقاط به صورت توده و بعضی جاها بصورت رشته که از چند ردیف سلول درست شده قرار گرفته اند سلولها علائم بدخیمی ندارند. تشخیص تومور میکست علی فرزندی سیفال ه پ ۶۵ ساله زارع ساکن قم بعلت اختلال در بلع غذا و صحبت کردن

مقایسه با ساختمان تومور میکست بوده ولی در اینجا استتاله های طنابی شکل با استرومای فیبرو واسکولر قطع شده است وبشکل اپی تلیومای اپی درمیک در می آیند و بنظر میرسد که تومور از نسج گلاند ولر بطور اولیه بوجود آمده باشد. بادر نظر گرفتن مطالب فوق که بطور خلاصه خصوصیات آسیب شناسی تومور میکست را نشان میدهد ذیلا شرح سه بیمار مبتلا به تومور میکست را که در بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان امیراعلم تحت عمل جراحی قرار گرفته اند درج میشود.

۱ - منصوره فرزند حس ۱۵ ساله ساکن اراک که در تاریخ ۲۰/۳/۴۰ بعلت ابتلاء به تومور سقف دهان مراجعه نموده و بنا باظهار خود بیمار تومور مزبور از یکسال و نیم قبل شروع شده و در موقع مراجعه تقریباً یاندازه یک فندق رسیده بود و بیمار در سابقه شخصی و خانوادگی عارضه مهمی نداشت و ازدواج نکرده بود. از نقطه نظر گوش و حلق و بینی ناراحتی بیمار تومور سقف دهان بود که قوام آن سفت بدون حرکت و درد بود در پونکسیون ترشحي بیرون نیامد و آزمایشهای پاراکلینیکی تغییراتی نشان نداد مریض با

دارد جا بجا بافت هم بندی ادماتوهم مشاهده میشود در داخل این بافت هم- بندی متغیر توده های سلولی اپی تلیال مشاهده میشود که در بعضی قسمتیا نمای گلاندولر بخود گرفته اند رگهای بافت گشاد و پر خون میباشد در يك قسمت بافت ارسالی ساختمان پوشش مالیگی نیز دیده میشود .

#### تشخیص تومور میگست .

با این ترتیب مریض در بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان امیراعلم تحت عمل جراحی قرار گرفت کپسول تومور در قسمت افقی استخوان پالاتن پاره شده بود و در همان ناحیه استخوان خوردگی نشان میداد تومور بکل برداشته و جهت تشخیص قطعی دوباره باز مایشگاه ارسال گردید و نتیجه طی نامه ۳۸۸۸۵ مورخ ۴/۳/۰۴ بقرار ذیل بود :

#### شرح ماکروسکپی - بافت ارسالی

از سه قطعه که بزرگترین آنها بابعاد ۸ میلیمتر تشکیل یافته است و قوام آن نرم است .

#### شرح میکروسکپی - در آزمایش ریز-

بینی مخاط مالیگین دیده میشود طبقه مخاطی هیپرپلازی پیدا کرده است در زیر پوشش بافت هم بندی چربی وجود دارد که دارای عروق زیاد میباشد . آندوتلیال عروق برجسته اند در بعضی

و ناراحتی تنفسی هنگام خواب در تاریخ ۲۴/۰۴ بستی گردید و ناراحتی بیمار از دو سال قبل تولید شده بود و بیمار در ناحیه سقف دهان و پرده شرع- الحنك برجستگی که در ابتداء بزرگی آن باندازه يك فندق و بدون هیچگونه ناراحتی بود حس میکرد ولی در این اواخر یکدفعه تومور بزرگ شده و باندازه يك نارنگی کوچک میرسد و ایجاد درد و اختلال بلع و تکلم نموده است و در حدود يك سانتیمتر در عرض و طول درمخازات قله تومور زخم ناصاف بود و در سابقه شخصی و فامیلی عارضه مهمی بدست نیامد ازدواج کرده بود از نقطه نظر تشخیص نوع بافت در تاریخ ۲۴/۰۴ بیوپسی بعمل آمد و بآزمایشگاه آسیب شناسی دانشکده پزشکی ارسال گردید و بشماره ۳۸۵۹۵ مورخ ۱۶/۳/۰۴ نتیجه بقرار ذیل بود .

#### شرح ماکروسکپی - بافت ارسالی

شامل دو تکه قطعه بزرگتر بابعاد ۸ میلیمتر و کوچکتر ۴ میلیمتر با قوام نرم است .

#### شرح میکروسکپی - در آزمایش ریز-

بینی بافت ارسالی ساختمان بافت هم بندی متغیری دارد که در بعضی قسمت ها بافت هم بندی معمولی است و در جای دیگر نمای میگزومی و یا غضروفی

اسفنونیدپر بود که کاملاً تمیز شد و جهت تشخیص نوع بازمایشگاه ارسال گردید (قسمتی از تومور) و طی نامه ۳۸۰۳۲ مورخ ۱۴/۱۲/۳۹ نتیجه بقرار ذیل بود. **شرح ماگروسکیپی** - بافت ارسالی از یک قطعه تشکیل شده بود بابعاد  $1 \times 2 \times 5$  سانتیمتر و قوام نرم رنگ صورتی.

**شرح میکروسکیپی** - درآزمایش ریز-بینی بافت ارسالی ساختمان سلولهای اپی تلیال باهسته های گردباز و فیل دیده میشود این سلولها در برخی از نقاط بصورت نوار هائی هستند در بعضی قسمتها تشکیل اجتماع داده اند و در پارهای از نقاط پخش میباشند. تشخیص. تومور میکست.

#### نتیجه

با مطالعه مطالب فوق نه تنها صفات بافت شناسی و آسیب شناسی تومور- میکست روشن شده و آنرا در ردیف تومور های نیک خیم قرار میدهد. بلکه با در نظر گرفتن علائم کلینیکی و پارا-کلینیکی این نوع تومور در تمام سنین زندگی پیدا شده و تنها مخصوص غدد بزاقی نبوده و در نسوج مختلفه اورگانسیم خصوصاً غدد اشگی مخاط دهان و برونش و در پوست حتی سینوسهای صورت با مشخصات کلی یکنواخت پیش میآید و اگر بطور کامل با عمل جراحی برداشته شود احتمال عود بیماری خیلی کم خواهد بود.

از قسمتها بافت همبندی طنابهای فیبرو قسمتهای هیالینیزه وجود دارد در برخی نقاط رسوب مواد کلسیمی پیدا شده است در بافت سلولهای اپی تلیال بشکل توده های توپر و یا بصورت غدد وجود دارد بعضی قسمتهای مرکزی توده ها شاخی شده. تشخیص تومور میکست.

۳ - فاطمه ت فرزند غلامرضا ۲۲ ساله ساکن شهریار کرج در تاریخ ۱۳۶۷/۱۲/۲۹ بعلت سر درد و درد طرف راست صورت و تورم ناحیه گونه و درد کره چشم مراجعه و بستری گردید و این ناراحتی از ۵ ماه قبل شروع شده و در سابقه شخصی و خانوادگی عارضه مهمی وجود ندارد و از نظر گوش و حلق و بینی ترشح چرکی حفره بینی راست داشت در رادیوگرافی سینوسهای قدامی صورت سینوس ماگزیلر راست کاملاً کدر و حدود آن در داخل و بالا واضح نبود با تشخیص سینوزیت ماگزیلر مزمن در تاریخ ۱۳۶۷/۱۲/۳۹ از محل کلاسیک سینوزیت ماگزیلر باز شده و مشاهده گردید که جدار خارجی سینوس کاملاً از بین رفته و توموری بورژون دار از آن بیرون زده از اطراف تمام تومور دگوله و برداشته شد و در ضمن ملاحظه شد که جدار تحتانی اوربیت (کره چشم) و جدار استخوانی حفره پتریگوماگزیلر و سینوس ماگزیلر و تمام جدار داخلی آن از بین رفته و سلولهای اتموئیدال با