

سرطان صورت

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

نگارش

دکتر کورس طبری

از آنجاییکه صورت مبشر میشود، سرطان صورت
و ملاحظه پیوسته دائمی است، چون یکی از بیماریهای استکه میشود مورد
اغلب زخمهای سرطانی در ابتدا کوچک
معالجه قطعی قرار داد.
گرچه اغلب پزشکان از رشد و نمو
میباشند و بمناسبت آنکه تاریخ طبیعی
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.

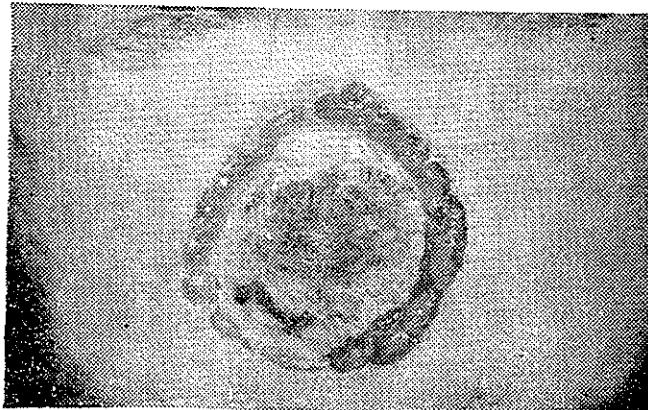
بود و ادار میکند بلکه باعث میشود که در اثر تحریک سلولهای سرطانی در مقابل درمانهای ثانوی مقاومت کرده و حتی ممکن است حالت بدحیمی آنها بیشتر شود ولذا به رشد و انتشار سرطان شدت میدهد [پیکرل (۱) ۱۹۶۰]

پاتولوژی

گرچه هنوز چگونگی تولید سرطان

ولی متابفانه معالجه ناقص این بیماری شیوع دارد . هر روز افلا یک یا دو مریض باین کلینیک مراجعه میشود که قبل از مورد معالجه (ناقص) برای سرطان صورت بوده و در نتیجه زخم سرطانی باشدت بیشتری انتشار یافته است .

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



پوست را نمیدانیم ولی مطالعات دامنه دار 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 [تراب (۲) ۱۹۵۴] سرطان صورت بیشتر بین اشخاص موبور یا قرمز ، چشم آبی ، پوست ظرفی متداول است . یک عامل مهم در ایجاد سرطان صورت

و طبعاً 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 و یا اشعه های ایونیزه (از قبیل اشعه ایکس ، رادان ، رادیوم ، کبات و مواد رادیواکتیویته) نه تنها بیمار را به جراحی ثانوی که ناقص کننده ترخواهد



اشعه خورشید است.

(پیر^۳ ۱۹۴۸) . عوامل دیگر عبارتند

از اشعه‌های ایونیزه (ولبک^۴ ، ۱۹۲۵ ،

والترز^۵ ۱۹۵۰ و آندرسن^۶ ۱۹۵۰)

داروهای شیمیائی (ولیسن^۷ ۱۹۴۱ ،

هدو^۸ ۱۹۴۷) . بیماریهای مزمن پوستی

و صدمات پی در پی (لوند^۹ ۱۹۵۷)

این تومورهای پوستی از طبقات مختلف پوست سر در آورده و براساس

شباهت سلول نه مأخذ پیدایش دسته

بندی می‌شوند .

۱ - سرطان سلول بازآل^{۱۰}

۲ - سرطان سلول اسکواموس^{۱۱}

۳ - سرطان مخلوط یا بازو اسکواموس^{۱۲}

۴ - ملانوم بدخیم^{۱۳}

سرطانهای بازال اکثریت سرطانهای پوستی صورت از این نوع می‌باشد . این

تومورها از طبقه بازال پوست پیدایش

می‌کنند گرچه پیشرفت این نوع سرطانها

آهسته است و بندرت متاستاز میدهدند

ولی مؤلفین و محققین مختلف متاستاز

این نوع سرطانهای پوستی را در مجلات

طبی درج نموده‌اند (الترز^{۱۴} ۱۹۵۱) .

در این کلینیک ، این نوع سرطانها را

بدخیم و خطرناک میدانیم و سعی می‌کنیم

در وحله اول معالجه قطعیشان نمائیم .

سه نوع مختلف سرطانهای بازال را

می‌شود تشخیص داد . نوع اول عبارت

از زخم‌های 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 مشخص دارند و ممکن است شامل خونریزی‌های 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
	14-Latters		13-Malignant

مشخص هستند .
 سوزاندن با الکتریسیته ، مواد شیمیائی
 درجه سوم - ۲۵٪ بایشتر از سلولها
 مشخص هستند .
 یا اشعه های ایونیزه (از قبل اشعه
 آیکس ، رادیوم یا مواد رادیوآکتیویته)
 درجه چهارم - کمتر از ۲۵٪ از سلولها
 مشخص هستند .
 متدهایستکه در اینجا فقط برای انتقاد
 ذکر میشود . زیان متدهای بالا اختصاراً



عبارتند از :

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

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

واضح است که درجه اول «خوش خیم» ترین و درجه چهارم «بدخیم» ترین سرطانها میباشند گرچه چه درجه بندي برودرز قدم مهمی در پیشگوئی از حالت بیماری است ، مطالعات کلینیکی و پاتولوژی نوع درمان اطلاعات پیشتری در دسترس پزشک معالج میگذارد که دقیق تر و مفید خواهد بود چون اهمیت اصلی دفع کامل مرض است نه درجه و خامت سرطانی .

درمان تمام زخمهای بزرگ وغیر قابل عمل در ابتدا کوچک و غیر قابل توجه بوده‌اند . در درمان سرطان صورت

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 سلوالی لازم است . اینگونه امتحانات سه نوع اطلاعات مهم را در اختیار جراح می‌گذارد .

- ۱ - نوع سرطان و درجه وخامت متند برودرنا
- ۲ - مقدار انتشار به جدار و انساج مختلفه .

۳ - قطع سرطان هنگامی کامل است که حاشیه قطع فارغ از سلوهای 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 باشد 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 - پدیکولهای موضعی

۴ - پیوندهای تمام ضخامت پوست .

۵ - پیوند های انشعابی از ضخامت پوست .

۳ - در اثر درمان با متدهای بالا سلوهای مجاور سرطان از بین رفته و در نتیجه التیام غیر مطلوبی از زخم حاصل می‌شود .

۴ - همانطور که قبل ذکر شد در اثر تحریک حاصله از درمان با متدهای بالا سلوهای سرطانی ممکن است حالت بدخیم تری بگیرند پیکرل ۱۹۶۰

۵ - بعضی از سرطانهای صورت بخصوص ملانوم بدخیم در مقابل اشعه ای ایونیزه مقاومت می‌کند در نتیجه وقت گرانبهای 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 وجراح موقعیت خوبی برای معالجه قطعی دارد . معالجه بسته به تشخیص زود و جراحی کامل می‌باشد ونر (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 . گاهگاهی 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 roentagen-ray exposures upon the
human skin, antecedent to the formation of carcinoma
Am. J. Reontgenol., 13:139-143