



## تظاهر غیر معمول تومور نازوفارنکس

محمدحسین تازیکی<sup>1\*</sup>، محمد مهدی تازیکی<sup>2</sup>

1. دانشیار، گروه گوش و حلق و بینی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
2. دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران واحد بین الملل رامسر، ایران.

### چکیده

**مقدمه:** نازوفارنکس می تواند مبتلا به تومورهای مختلف شود که از جمله آنان کارسینومای نازوفارنکس و لنفوم می باشد. این تومورها با علائم بالینی خاصی تظاهر می کنند. در برخی موارد نادر ممکن است به شکل غیر معمول تظاهر و در صورت عدم دقت کافی ممکن است سیر تشخیصی و درمانی را تحت تأثیر قرار دهند. با توجه به اهمیت موضوع ما در این مقاله موردی از لنفوم نازوفارنکس با شکایت توده گونه را معرفی می کنیم.

**معرفی مورد:** خانم 72 ساله ای که به علت تورم و التهاب گونه چپ و گرفتگی بینی سمت راست مراجعه و با احتمال تومور سینوس ماگزیلاری، CTS انجام شد و به دلیل پاک بودن سینوس ها تحت درمان دارویی قرار گرفت. به علت عدم پاسخ به درمان CTS تکرار و مشخص شد در دیواره لاترال نازوفارنکس در سمت چپ، توده ای زیر مخاطی و در بینی راست هم توده پولیوئید دارد که با عمل جراحی آندوسکوپیک حذف شد. گزارش پاتولوژی کارسینومای آندیفرانسیه نازوفارنکس و گونه و پولیپ بینی راست گزارش شد. در بررسی IHC لنفوما گزارش شد. هیچ قسمت دیگر از بدن بیمار درگیری نداشت و در نهایت جهت ادامه درمان به بخش آنکولوژی معرفی گردید.

**نتیجه گیری:** هر چند تظاهر بسیاری از بیماری ها به شکل کلاسیک صورت می گیرد، لیکن در برخورد با بیماری ها تظاهر غیر معمول را باید مد نظر داشت، از جمله تظاهر لنفوم نازوفارنکس که می تواند به صورت توده در گونه باشد.

**کلمات کلیدی:** لنفوم، نازوفارنکس، کارسینوما، تظاهر کلینیکی

نویسنده مسئول: محمدحسین تازیکی

آدرس: ایران، گرگان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

ایمیل: [Dr.taziki@goums.ac.ir](mailto:Dr.taziki@goums.ac.ir)



## مقدمه

نازوفارنکس می تواند منشأ تومورهای خوش خیم و بدخیم باشد. یکی از تومورهای بدخیم کارسینومای نازوفارنکس می باشد که از سلول های اپیتلیال نازوفارنکس منشأ می گیرد. کارسینومای نازوفارنکس معادل 0/25 درصد از تمامی تومورها در آمریکای شمالی است. این تومور معمولاً از حفره روزن مولر منشأ می گیرد و ممکن است با کاهش شنوایی و یا توده در گردن تظاهر کند (1-4).

تومور، حفره روزن مولر را درگیر کرده و در عملکرد شیپور استاش اختلال ایجاد کند و ممکن است باعث اوتیت سرروز شود. به علت درناژ لنفاوی گسترده در نازوفارنکس که به دو طرف گردن متصل می شود، ممکن است باعث لنفادنوپاتی گردن یک طرفه در 46 درصد و دو طرفه در 22 درصد موارد در زمان تشخیص گردد (5).

گرفتگی و خونریزی بینی نیز می تواند اتفاق بیفتد، درگیری اعصاب کرانیال نیز در اثر گسترش تومور ممکن است روی دهد که اعصاب 3 و 4 و 5 و 6 و در موارد پیشرفته تر اعصاب 9 و 10 و 11 و 12 درگیر شوند (6,7).

تومور در نازوفارنکس ممکن است به صورت اگزوفتیک و یا زیر مخاطی رشد کند و در برخی موارد هیچ گونه برآمدگی ایجاد نمی کند. از نظر بافتی به سه گروه WHO تقسیم بندی می شود که نوع 3 آن که 63 درصد موارد را شامل می شود، سلول های آن بزرگ و ممکن است با Large-cell lymphoma اشتباه شود و مطالعات IHC برای افتراق آن از لنفوم باید صورت گیرد (8,9).

لنفوم شایع ترین تومور غیر اپیتلیال سر و گردن است که به دو گروه هیستوپاتولوژیکی تقسیم می شود که شامل هوچکین و نان هوچکین است. شیوع آن با افزایش سن زیاد می شود به طوری که در دهه های 5، 6، 7 زندگی حداکثر است. بیماران مبتلا به لنفوم نانهوچکین نودال اغلب با لنفادنوپاتی گردن تظاهر می کنند. عمده ضایعات اکسترا

نودال در سر، در حلقه والدایر اتفاق می افتد که لوزه ها شایع ترین محل آن می باشد. حفره بینی و سینوس های پارانازال شایع ترین نواحی درگیر در خارج از حلقه والدایر می باشد (10-13). شایع ترین تابلوی بیماران در زمان مراجعه توده گردنی است (14).

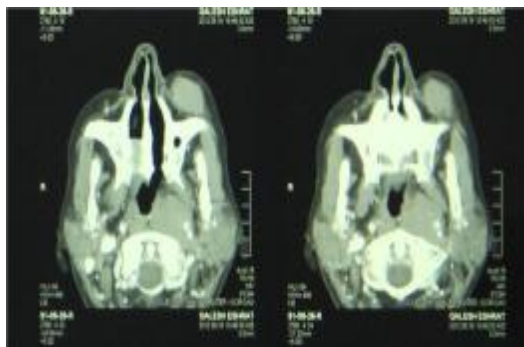
عمده بیماران مبتلا به لنفوم ابتدا با لنفادنوپاتی تظاهر می کنند که در گردن از همه شایع تر است. علاوه بر آن، بیماران ممکن است با تابلوی دیسیفاژی اوتیت مدیای سرروز اودینوفاژی انسداد تنفسی یا سندرم سوپریور و ناکاوا مراجعه کنند (15 و 16). درمان این بیماران رادیو تراپی و شیمی درمانی می باشد (17).

با توجه به این که بیماران با تومورهای نازوفارنکس اعم از لنفوم و یا کارسینوما ممکن است با تابلوهایی خاصی تظاهر کنند، با این حال مواردی ممکن است با تابلوی غیر معمول مراجعه نمایند، که گزارش این موارد می تواند در برخورد با سایر بیماران مفید باشد. لذا ما مبادرت به گزارش این بیمار که با تابلوی تورم گونه مراجعه کرده بود، نمودیم.

## معرفی مورد

بیمار خانم 72 ساله از اهالی استان گلستان بوده که مدت ها سابقه ابتلا به رینیت آلرژیک داشته است. حدود دو ماه قبل از تشخیص به علت احساس خشکی در گلو، PND و تورم در گونه چپ و احساس گرفتگی بینی راست مراجعه کرده بود. در معاینه فیزیکی بجز شواهد رینیت آلرژیکی، یافته دیگری نداشت. به علت احتمال وجود تومور یا عفونت در سینوس ماگزیلاری و گسترش به گونه، CTS در وضعیت کروئال درخواست شد. در CTS، توده ای پولیپوئید در بینی راست و تورم در نسج نرم گونه چپ داشت ولی سینوس ها پاک بودند. (تصویر 1 و 2).

تصویر 3: CTS بیمار در حالت کروئال و آگزیا

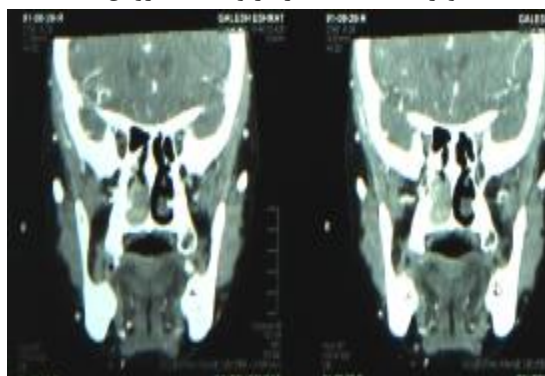


به عنوان اقدام تشخیصی قطعی بیمار تحت اقدام جراحی آندوسکوپی قرار گرفت. در بینی سمت راست توده ای پولیوئید داشت که حذف شد. در سمت چپ توده ای واضح نداشت، ولی از محل تقریبی تومور با تطابق با CTS. چندین قطعه بیوپسی انجام شد. همزمان با آنسیون در ناحیه زیر لب تومور ناحیه گونه نیز حذف شد. در جواب اولیه توده ای بینی، سمت راست پولیپ آلرژیک و توده های نازوفارنکس و گونه چپ، کارسینومای آندیفرانسیه گزارش شد (با ماهیت مشابه). به منظور تشخیص قطعی و افتراق آن از لنفوما، بررسی Immunohistochemistry Leukocyte common antigen انجام شد. از نظر Leukocyte common antigen (CD20 و Ki 67 (More Than و common antigen Epithelial membrane (70 درصد مثبت ولی از نظر Malignant antigen منفی گزارش شد و بدین صورت، Lymphoma Diffuse Large Bcell قطعی شد. بیمار هیچ گونه علائم بالینی دیگری از جمله لنفادنوپاتی اسینلومگالی نداشت. با بررسی های پاراکلینیکی هیچ گونه کانون درگیری دیگری یافت نشد. در نهایت بیمار جهت اقدامات درمانی به بخش آنکولوژی معرفی گردید.

### بحث و نتیجه گیری

نازوفارنکس که در قاعده جمجمه قرار دارد از قسمت بالا به سینوس اسفنوئید و در طرفین آن حفره روزن مولر قرار

تصویر 1: CTS بیمار در وضعیت کروئال



تصویر 2: نمای ظاهری از صورت بیمار



بیمار با احتمال تشخیص رینیت آلرژیک و سلولیت گونه تحت اقدام درمانی قرار گرفت. به علت پیشرفت بیماری و عدم پاسخ به درمان مجدداً CTS در حالت کروئال و آگزیا از بینی و سینوس ها درخواست شد که علاوه بر یافته های فوق الذکر، توده ای زیر مخاطی در دیواره لاترال نازوفارنکس در سمت چپ یافت شد (تصویر 3). بیمار، لنفادنوپاتی گردنی نداشت. معاینه گوش ها و تست های شنوایی سنجی، نرمال و تمپانومتري نوع A گزارش گردید.

اول جزء علائم تومور نازوفارنکس نبوده است. در واقع مورد نادری از تظاهر تومور نازوفارنکس در گونه بوده است.

مواردی دیگری هم از تظاهر غیر معمول گزارش شده است. در یک مورد خانم 34 ساله که با از بین رفتن بینایی دو طرفه پتوز افتالموپلژی کامل و درد چشم مراجعه نموده، بعد از معاینه فیزیکی و تست های آزمایشگاهی و CTS و MRI مشخص گردید که توموری در نازوفارنکس داشته و برای اولین بار با تابلوی فوق مراجعه کرده بود (18).

در گزارش دیگر، موردی که با کوری ناگهانی دو طرفه مراجعه نموده و در بررسی های به عمل آمده، مشخص گردید که تومور در نازوفارنکس داشته و با انجام بیوپسی، High grade Lymphoma گزارش گردید. بینایی بیمار بعد از درمان به حالت نرمال برگشت (19).

Chong در بررسی به عمل آمده از 1916 بیمار با کارسینومای نازوفارنکس در سه بیمار آدنوپاتی ناحیه صورت را گزارش نمود (20).

Mzjumder هم در گزارشی اعلام نمود که علی رغم آن که علائم شایع بیماران با کارسینومای نازوفارنکس، گرفتگی بینی اپیتاکسی لنفادنوپاتی گردنی بوده ولی در سه مورد با علائم نادر مراجعه کرده بودند و علائم آنان شامل انسداد راه تنفسی فوقانی، از بین رفتن بینایی و متاستاز دور دست بوده است (21). در مقاله دیگر، موردی از کارسینومای نازوفارنکس را معرفی کرد که به شکل تومور در ناحیه CPA تظاهر کرده بود (22).

با توجه به گزارش موارد فوق و این که ممکن است تومورهای ناحیه نازوفارنکس با علائم غیر معمول تظاهر نمایند، در برخورد با بیماران باید احتمال وجود تومورها را در نظر داشت و اقدامات تشخیصی گسترده تر انجام داد.

دارد که شیپور استاش به آن ختم می شود. از نظر فیزیولوژیکی، نقش آن در هواگیری گوش میانی است که با هر بار بلع، دهانه شیپور استاش باز شده و هوا از نازوفارنکس به گوش میانی وارد می شود. در جدار لاترال نازوفارنکس و دیواره خلفی آن، همچنین در بین چین های لوزه ای و قاعده زبان، حلقه ای از عقده های لنفاوی قرار می گیرند که به آن، حلقه ی والدایر گفته می شود.

نازوفارنکس می تواند منشأ تومورهای مختلفی باشد که کارسینومای نازوفارنکس و لنفوما جزء آنان هستند. کارسینومای نازوفارنکس از جدار لاترال نازوفارنکس از حفره روزن مولر منشأ می گیرد که علاوه بر آن که به صورت موضعی رشد و گسترش می یابد، می تواند به داخل جمجمه هم نفوذ و علائم درگیری عصبی ایجاد کند. همچنین به علت تخلیه لنفاوی فراوان می تواند باعث لنفادنوپاتی دو طرفه گردد.

تومور دیگر که شایع ترین تومور غیر اپیتلیایی سر و گردن می باشد، لنفوماست که ممکن است در نازوفارنکس هم به وجود آید. سن شیوع آن در دهه های بالاتر و دهه های 5 و 6 و 7 می باشد. در نوع لنفوم نان هوچکین نودال در سر و گردن اغلب، لنفودهای گردن را درگیر می کند و نوع اکسترا نودال در سر، حلقه والدایر را درگیر می کند. حفره بینی و سینوس های پاراناژال شایع ترین نواحی درگیر در خارج از حلقه والدایر می باشد.

در هر صورت تومورهای فوق در ناحیه نازوفارنکس با علائمی مراجعه می کنند که در صورت مواجهه با آنان باید با شک تومور نازوفارنکس، مبادرت به آندوسکوپی و بیوپسی نمود.

در بیمار مورد بررسی با مقداری گلودرد و ترشحات ته حلق و گرفتگی بینی در سمت راست و توده ملتهب در گونه سمت چپ مراجعه کرده بود که هیچ کدام از آنان در وهله



تقدیر و تشکر:

نویسنده مقاله نهایت تشکر خود را از کلیه عزیزانی که در امر درمان این بیمار زحمت کشیده اند و همچنین کسانی که در نوشتن این مقاله کمک نموده اند، ابراز می دارد.



## References:

1. Dickson, R. 1. Nasopharyngeal carcinoma: an evaluation of 209 patients. *Laryngoscope* 91:333-354, 1981.
2. Neel, H. B. III. Pearson, G. R., Weiland, L. H., et al. Application of Epstein-Barr virus serology to the diagnosis and staging of North American patients with nasopharyngeal carcinoma. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 91:255-262, 1983.
3. Prasad, U: Fossa of Rosenmuller and nasopharyngeal carcinoma. *Med. J. Malaysia* 33: 222-225, 1979
4. Scanlon, P. W. Rhodes, R. E., Jr., Woolner, L. B., et al: Cancer of the nasopharynx: 142 patients treated in the 11 year period 1950-1960. *Am. J. Roentgenol.* 99:313-325, 1967.
5. Neel. H. B., 111, and Taylor. W. F: Clinical presentation and diagnosis of nasopharyngeal carcinoma: current status. In Prasad, U., Ablashi, D. V. Levine, P. H., et al. (eds.): *Nasopharyngeal Carcinoma: Current Concepts.* Kuala Lumpur, University of Malaya Press, 1983, pp. 1-10.
6. Ablashi, D. V., Levine, P. H., Prasad, U., and Pearson. G. R.: Fourth international symposium of nasopharyngeal carcinoma, Application of field and laboratory studies to the control of NPC. *Cancer Res.* 43:2375-2378, 1983.
7. Hara, H. J.: Cancer of the nasopharynx. Review of the literature. Report of 72 cases. *Laryngoscope* 79:1315-1329. 1969.
8. weiland. L. H.: Pathology of pharyngeal tumors. In Thawley. S. E., Panje. W. R., Batsakis, J. G., and Lindberg. R. D. (eds.): *Comprehensive Management of Head and Neck Tumors.* Vol. 1. Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1987, pp. 630-648.
9. Neel, H. B., III: Nasopharyngeal carcinoma. Clinical presentation, diagnosis, treatment, and prognosis. *Otolaryngol. Clin. - North Am.* 18:479-490, 1985.
10. Brugere, J., Schlieng, M., Gerard-Marchant, R., et al.: Non-Hodgkin malignant lymphomata of the upper digestive and res-piratory tracts: Natural history and result of radiotherapy. *Br. J.Cancer* 31:435-440, 1975.
11. Mill, W. Lee, F. A. and Kaarle, O. F: Radiation therapy treatment stage I and II, extranodal non-Hodgkin lymphoma of the head and neck. *Cancer* 45:653-661, 1980.
12. Plantenga, K. Hart, G., VanHeerde, P., et al.: Non-Hodgkin malignant lymphomas of upper digestive and respiratory tract. *Int.J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 7:1419-1427, 1981.
13. Jacobs Jacobs, C, and Hoppe, R: Non-Hodgkin lymphomas of the head and neck extranodal sites. *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* - 11:357-364. 1985.
14. colaco RJ, Betts G, Donne A, Swindell R, Yap BK, Sykes AJ, Slevin NJ, Home JJ, Lee LW. Nasopharyngeal Carcinoma- A Retrospective Review of Demographics, Treatment and Patient Outcome in a Single Centre. *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 2013 Jan 18. Pii: S0936-6555 (12) 00337-8. Doi: 1016/j.clon. 2012. 10.006. (Epub ahead of print)
15. Fierstein, .J, and Thawley, S: Otolaryngologic manifestations of acute leukemia and lymphoma. *South. Med. J.* 71:277-280, 1978.
16. Fierstein,J.,and Thawley.S: Lymphomas of the head and neck.*Laryngoscope* 88:582-593, 1978.
17. Saleh-Ebrahimi L, Zwicker F, Muentner MW, Bischof M, lindel K, Debus J, Huber PE, Roeder F. Intensity modulated radiotherapy (IMRT) combined with concurrent but not adjuvant chemotherapy in primary nasopharyngeal cancer – a retrospective single center analysis. *Radiat Oncol.* 2013 Jan 24;8 (1): 20. (Epub ahead of print)



18. Besada E. Hunter M. Blttner B.1 (An uncommon presentation of orbital apex syndrome Optometry 2007 jul. 78(7): 339-43

19. Shambhu S. vose M. "High grade Lymphoma In the nasopharynx Presented as sudden onset of bilateral blindness" BMC ophthalmol 2004 mar 16,4,2

20. Chong V.F. Fan yE. " Facial Lymphadenopathy In nasopharongcal carcinoma" Clin Radiol. 2000 May. 45 (5): 363-7

21. Majumder A. Devi ltp. Singh Tj. "unusal Clinical presentation OF nasopharyngeal carcinoma Redport OF 3 cases" j. Indian med Assoc 2008 jan. 106 (1). 46, 48, 52

22. Thong JF, Mok P, Loke D. Recurrent nasopharyngeal carcinoma masquerading as acoustic neuroma. Singapore Med J. 2012 MAR;53(3): E60-2.