

مقاله پژوهشی

بررسی اپیدمیولوژیک تومورهای بینی و سینوس های پارانازال در شهرستان همدان طی ۷ سال (۷۷-۱۳۷۰)

دکتر فرهاد فراهانی *

چکیده:

تومورهای بینی و سینوس های اطراف آن از شیوع بالایی برخوردار نمی باشند لیکن بدلیل غیر اختصاصی بودن علائم بالینی تشخیص و درمان آنها معمولاً با تأخیر صورت می پذیرد. هدف از این مطالعه بررسی اپیدمیولوژیک تومورهای بینی و سینوس های پارانازال در شهرستان همدان بوده و در طی آن پرونده کلیه بیمارانیکه با علائم بالینی مشکوک به این تومورها از سال ۱۳۷۰ لغایت ۱۳۷۷ در بیمارستان های همدان بستری شده بودند مورد بررسی قرار گرفت.

اطلاعات مورد نیاز از قبیل مشخصات دموگرافیک، طول مدت بیماری و علائم بالینی استخراج و به همراه نتیجه پاتولوژی نهایی در پرسشنامه های مربوطه وارد گردید.

در این مطالعه ۴۴ مورد تومور یافت شد که منشاء ۸۱/۴ درصد آنها از حفره بینی و ۱۵/۹ درصد از سینوس ماکزیلر بوده است. شایعترین شکلیت اصلی در بیماران به ترتیب خونریزی از بینی، انسداد یکطرفه بینی، درد صورت و بینی و رینوره بوده است. میانگین مدت زمان وجود علائم تا زمان تشخیص ۱۰/۸ ماه میباشد. شایعترین تومور بدخیم کارسینوم سلول سنگفرشی و شایعترین تومور خوش خیم همانژیوم بوده است. با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه توصیه میشود پزشکان رشته های مختلف به علائم بالینی این تومورها توجه بیشتری داشته و در صورت وجود شک بالینی سریعاً اقدامات تشخیصی لازم را مبذول نمایند.

کلیدواژه ها: انسداد بینی / خون دماغ / سرطانهای بینی / سرطانهای سینوس های اطراف بینی

مقدمه:

تومورهای بینی و سینوسهای اطراف بینی اگر چه نسبتاً نادر هستند لیکن از چندین جنبه حائز اهمیت میباشند. با توجه به موقعیت خاص آناتومیک حفره بینی و سینوسهای پارانازال، تومورهای این ناحیه حتی در صورت خوش خیم بودن علائم آزار دهنده ای برای بیمار

ایجاد میکنند که غالباً برای برطرف ساختن این علائم نیاز به درمان از طرق مختلف جراحی و غیرجراحی خواهد بود. علاوه بر این علائم بالینی مربوطه از قبیل انسداد یکطرفه بینی، ترشحات بینی، اپیستاکسی، درد صورت، درد دندان ها و علائم مربوط به حفره اوربیت برای این تومورها اختصاصی نبوده و در بسیاری از ضایعات عفونی

، بوعلی و کلینیک قائم وجود داشته اند. حداقل سن مبتلایان ۱ و حداکثر ۹۴ سال و میانگین سنی آنها ۴۹/۵ سال بوده است. شیوع این تومورها تا قبل از ۵۰ سالگی در دهه های مختلف عمر تقریباً یکسان بوده ولی از پنجاه سالگی به بعد به سرعت شیوع آنها افزایش یافته به نحوی که در مجموع ۲۶ بیمار (۵۹ درصد) بالای ۵۰ سال داشته اند (جدول ۱).

جدول ۱: فراوانی تومورهای بینی و سینوس پارانازال بر حسب سن مبتلایان

| گروههای سنی (سال) | تعداد | درصد |
|-------------------|-------|------|
| کمتر از ۱۰ | ۴ | ۹/۱ |
| ۱۱ - ۲۰ | ۴ | ۹/۱ |
| ۲۱ - ۳۰ | ۴ | ۹/۱ |
| ۳۱ - ۴۰ | ۳ | ۶/۸ |
| ۴۱ - ۵۰ | ۳ | ۶/۸ |
| ۵۱ - ۶۰ | ۹ | ۲۰/۵ |
| بالتر از ۶۰ | ۱۷ | ۳۸/۴ |
| جمع | ۴۴ | ۱۰۰ |

منشاء اولیه تومور در ۳۷ مورد (۸۴/۱ درصد) از حفره بینی و تنها در ۷ بیمار (۱۵/۹ درصد) از سینوس ماگزیر بوده است. در این مطالعه در هیچ مورد توموری بصورت اولیه از سایر سینوس های پارانازال منشاء نگرفته بود.

۲۴ بیمار (۵۴/۴ درصد) مرد و ۲۰ بیمار (۴۵/۵ درصد) زن بوده اند. از نظر شغل ۱۸ نفر (۴۲/۹ درصد) خانه دار ، ۶ نفر (۱۴/۳ درصد) کارگر در رشته های ساختمان و صنایع غذایی ، ۶ نفر (۱۴/۳ درصد) محصل ، ۵ نفر (۱۱/۹ درصد) کشاورز ، ۴ نفر (۹/۵ درصد) کاسب (میوه فروش ، خواربار فروش و قصاب) و ۳ نفر (۷/۱ درصد) بیکار بوده اند.

۳۲ نفر از بیماران (۷۲/۷ درصد) ساکن شهر و ۱۲ نفر (۲۷/۳ درصد) ساکن روستا بوده اند.

از نظر شکایت اصلی که بیماران با آن به پزشک مراجعه کرده بودند به ترتیب اپیستاکیسی (۳۶/۴ درصد)، انسداد یکطرفه بینی (۲۹/۵ درصد) ،

و التهابی دیگر نیز دیده میشوند (۱). عدم توجه کافی به این علائم و نادیده گرفتن آنها غالباً منجر به تشخیص دیر هنگام و متعاقب آن ، گسترش ضایعه و مشکل تر شدن درمان بیماری خواهد شد (۱،۲).

این مطالعه جهت شناسایی علائم بیماری ، مدت زمان وجود این علائم و شناسایی فاکتورهای فردی مؤثر همچون سن و جنس و نیز شناسایی عوامل محیطی مؤثر ، رفتارهای خاص زندگی و مشاغلی که احتمالاً در ایجاد این تومورها دخیل هستند طی ۷ سال (از سال ۱۳۷۰ لغایت ۷۷) طراحی و اجرا شده است.

مشاغلی از قبیل کار در صنایع نیکل ، صنایع چوب ، چرم سازی ، پارچه بافی و کار در پالایشگاههای مواد نفتی با ریسک بالایی جهت ابتلا به این تومورها همراه میباشد که در این مطالعه در کنار فاکتورهای دیگر مورد بررسی قرار گرفته اند (۱،۳،۴).

روش کار:

این مطالعه به روش توصیفی مقطعی و گذشته نگر انجام شده است. تمامی بیمارانی که در طی ۷ سال توسط پزشکان متخصص گوش و حلق و بینی در سه بیمارستان امام خمینی، بوعلی و کلینیک قائم شهر همدان با علائم بالینی مشکوک به تومورهای بینی و سینوسهای پارانازال جهت انجام اقدامات مختلف تشخیصی و درمانی اعم از بیوپسی یا درمان جراحی بستری شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات مختلف بیماران از قبیل سن ، جنس ، شغل ، محل زندگی ، شکایت اصلی ، طول مدت بیماری و سایر علائم بالینی از پرونده بیماران استخراج و در پرسشنامه مخصوص وارد می شد. سپس با پیگیری از طریق آزمایشگاه آسیب شناسی بیمارستانهای فوق الذکر و چهار آزمایشگاه خصوصی سطح شهر جواب پاتولوژی نهایی بدست آمده و وارد پرسشنامه می گردید. اطلاعات جمع آوری شده پس از ورود به کامپیوتر توسط نرم افزار EPI6 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و جداول مورد نظر تهیه و ترسیم گردید.

نتایج:

بر اساس اطلاعات حاصل از این مطالعه در مجموع ۴۴ بیمار مبتلا به انواع تومورهای بینی و سینوسهای پارانازال طی ۷ سال در بیمارستان های امام خمینی (ره)

جدول ۳: فراوانی تومورهای بینی و سینوسهای پاراناژال بر حسب پاتولوژی تومور

| پاتولوژی | تعداد | درصد |
|----------------------|-------|------|
| همانژیوم | ۱۵ | ۳۴/۱ |
| اسکواموس سل کارسینوم | ۱۴ | ۳۱/۸ |
| لنفوم بدخیم | ۴ | ۹/۱ |
| همانژیوپری سائیتوم | ۲ | ۴/۵ |
| پاپیلوم | ۲ | ۴/۵ |
| نوریلنوم | ۲ | ۴/۵ |
| پاپیلوم وارونه | ۱ | ۲/۳ |
| آنژیوفیبروم | ۱ | ۲/۳ |
| آدنوکیتیک کارسینوم | ۱ | ۲/۳ |
| نوریللاستوم | ۱ | ۲/۳ |
| ملائوم بدخیم | ۱ | ۲/۳ |
| جمع | ۴۴ | ۱۰۰ |

بحث :

تومورهای بینی و سینوس های پاراناژال شایع نیستند و اکثر جراحان سر و گردن در دوران طبابتشان صرفاً به صورت انگشت شمار آنها را تشخیص خواهند داد. تومورهای بدخیم دستگاه سینونازال تنها ۰/۸ - ۰/۲ درصد از کل بدخیمی های انسان را تشکیل داده و ۳ درصد تومورهای بدخیم دستگاه تنفسی - گوارشی فوقانی را شامل میشوند (۵). با توجه به نادر بودن این تومورها بررسی اپیدمیولوژیک آنها مستلزم پیگیری نسبتاً طولانی میباشد.

از نظر توزیع سنی در این بررسی ۵۹ درصد کل بیماران بیشتر از ۵۰ سال سن داشته اند در بیماران مبتلا به تومورهای بدخیم نیز ۸۲ درصد بالاتر از ۵۰ سال سن داشته اند. در مطالعات دیگر نیز در مورد تومورهای بدخیم آمار مشابهی ذکر شده ، به طوریکه بیش از ۹۵ درصد بیماران مبتلا S.C.C بالای ۴۵ سال سن داشته اند و در مورد آدنوکیتیک کارسینوما سن بالای ۵۰ و در مورد آدنوکارسینوما سن متوسط ۶۲ سال بیان شده است (۲،۳).

از نظر توزیع جنسی در منابع مختلف تمامی تومورهای بینی و سینوسهای پاراناژال اعم از خوش خیم و بدخیم در مردان به مراتب شایع تر ذکر شده اند و تنها همانژیوم در زنان چهار برابر شایع تر از مردان می باشد (۶). در بررسی ما شیوع تومورهای بینی و

درد بینی و صورت (۱۵/۹ درصد) ، رینوره (۹/۱ درصد) توده خارج شده از بینی (۴/۵ درصد) ، درد و تورم کام و اگزوفتالمی (هر دو به میزان ۲/۳ درصد) قرار داشته است (جدول ۲).

جدول ۲: فراوانی تومورهای بینی و سینوس های پاراناژال بر حسب شکایت اصلی بیماران

| شکایت اصلی | تعداد | درصد |
|-----------------------|-------|------|
| انسداد یکطرفه بینی | ۱۳ | ۲۹/۵ |
| اپیستاکی | ۱۶ | ۳۶/۴ |
| درد بینی و صورت | ۷ | ۱۵/۹ |
| رینوره | ۴ | ۹/۱ |
| توده خارج شده از بینی | ۲ | ۴/۴ |
| درد و تورم کام | ۱ | ۲/۳ |
| اگزوفتالمی | ۱ | ۲/۳ |
| جمع | ۴۴ | ۱۰۰ |

از نظر مدت وجود علائم بیماری تا تشخیص توسط پزشک ، بیماران به سه دسته تقسیم شدند. ۲۶ بیمار (۵۹ درصد) بین ۱ الی ۶ ماه ، ۱۲ نفر (۲۷/۳ درصد) بین ۷ الی ۱۲ ماه ، ۶ نفر (۱۳/۷ درصد) بیشتر از ۱۲ ماه از زمان شروع علائم بیماری آنها گذشته بود. حداقل مدت زمان وجود علائم تا زمان تشخیص ۱ ماه و حداکثر ۷۲ ماه و میانگین آن ۱۰/۸ (mean duration of symptoms) ماه بوده است.

از مجموع ۴۴ تومور موجود ۲۱ مورد (۴۷/۷ درصد) خوش خیم و ۲۳ مورد (۵۲/۳ درصد) بدخیم گزارش شده است. شایعترین تومور خوش خیم همانژیوم و شایعترین تومور بدخیم کارسینوم سلول سنگفرشی بوده است . از نظر شیوع به ترتیب همانژیوم (۳۴/۱ درصد)، کارسینوم سلول سنگفرشی (۳۱/۸ درصد) ، لنفوم بدخیم (۹/۱ درصد) ، همانژیوپری سائیتوم ، پاپیلوم و نوریلنوم (هر کدام ۴/۵ درصد) و پاپیلوم وارونه ، آنژیوفیبروم ، آدنوکیتیک کارسینوم ، نوریللاستوم و ملائوم بدخیم (هر کدام ۲/۳ درصد) قرار داشته اند

شهری نسبت به علائم بیماری خود و سهولت دسترسی آنها به امکانات تشخیصی و درمانی در مقایسه با روستائیان می باشد. آبا عوارض ناشی از زندگی شهرنشینی از قبیل آلودگی های صنعتی و غیره در این تفاوت آماری دخیل هستند یا خیر نیاز به بررسی جداگانه و طولانی مدت دیگری دارد.

کارسینوم سلول سنگفرشی ۷۰ درصد بدخیمی های بینی و سینوس های بینی و سینوس های پارانازال را تشکیل می دهند (۶،۸،۹). در این مطالعه نیز از ۲۳ بیمار مبتلا به نئوپلاسم های بدخیم ۱۴ مورد (۶۰/۸ درصد) مبتلا به کارسینوم سلول سنگفرشی، ۴ مورد (۱۷/۴ درصد) مبتلا به لنفوم، ۲ مورد (۸/۶ درصد) مبتلا به هماتزیوپری سیتوم و مابقی مبتلا به آدنوئید سیستیک کارسینوما، استیزونوروبلاستوم و ملانوم بدخیم بوده اند. در بین ۲۱ نئوپلاسم خوش خیم شایع ترین تومور هماتزیوم با ۱۵ مورد (۷۱/۴ درصد) و سپس پاپیلوم و نوریلموم هر کدام ۲ مورد (۹/۵ درصد) و در انتها پاپیلوم وارونه و آنژیوفیبرم ۱ مورد (۴/۸ درصد) بوده است. آنژیوفیبروم شایع ترین تومور خوش خیم نازوفارنکس می باشد. (۱،۴) و به حفره بینی و سینوسهای پارانازال نیز دست اندازی می نماید ولی در این مطالعه تنها یک مورد آنژیوفیبرم با دست اندازی به سینوس ماگزیلر وجود داشته است و آنژیوفیبروم های محدود به نازوفارنکس نیز در آمار وارد نشده اند.

از نظر شکایت اصلی بیماران و شیوع علائم بالینی آنها نتایج حاصل از این تحقیق با نتایج مطالعات مشابه تفاوت نداشته است لیکن میانگین فاصله زمانی بین شروع علائم تا تشخیص در این مطالعه ۱۰/۸ ماه و در مطالعات دیگر ۸ ماه ذکر شده است (۱،۴،۱۰). علت این مسئله عدم توجه کافی بیماران ما نسبت به علائم بیماری خود از یک سو و توجه ناکافی پزشکان نسبت به علائم بالینی تومورهای بینی و سینوس های پارانازال از سوی دیگری می باشد.

در پایان با توجه به اینکه علائم بالینی تومورهای مذکور به خصوص در مراحل ابتدایی شباهت بسیار زیادی با سینوزیت مزمن دارد بسیار به جا است که پزشکان عمومی و متخصصین رشته های مختلف طب در صورت عدم پاسخ این بیماران به درمانهای استاندارد و مرسوم، نسبت به وجود ضایعات نئوپلاستیک در

سینوس های پارانازال تقریباً در مردان و زنان یکسان می باشد (۵۴/۵ درصد مرد و ۴۵/۵ درصد زن) که علت این مسئله شیوع بالای هماتزیوم (۱۵ مورد از ۴۴ تومور معادل ۳۴/۱ درصد کل بیماران) است. منشاء اولیه اکثر تومورهای خوش خیم از حفره بینی می باشد ولی در مورد تومورهای بدخیم در اکثر موارد تومور از سینوس ماگزیلر منشاء گرفته و سپس در مراحل پیش رفته تر حفره بینی و سایر سینوسهای پارانازال را درگیر می سازد. در مورد کارسینوم سلول سنگفرشی در ۷۰ درصد موارد سینوس ماگزیلر، ۲۰ درصد موارد حفرات بینی و در ۱۰ درصد موارد سایر سینوس ها درگیر هستند (۷). در این تحقیق منشاء اولیه تومور در ۳۷ مورد (۸۴/۱ درصد)، از حفره بینی و تنها در ۷ مورد (۱۵/۹ درصد) از سینوس ماگزیلر بوده است. این تفاوت به دو علت بروز کرده است علت اول آن است که در بررسی ما تومورهای خوش خیم و بدخیم از یکدیگر تفکیک نشده اند و علت دوم مراجعه دیر هنگام بیماران مبتلا به کانسر جهت درمان می باشد. با تأخیر در مراجعه معمولاً کانسر از محل اولیه خود (که غالباً سینوس ماگزیلر می باشد) فراتر رفته و حفره بینی را درگیر می نماید.

در این تحقیق هیچ موردی که تومور به صورت اولیه از سایر سینوس های پارانازال (به جز سینوس ماگزیلر) منشاء گرفته باشد مشاهده نشد که این یافته با نتایج به دست آمده از سایر مطالعات هماهنگی دارد (۳،۶).

ثابت شده که چندین گروه شغلی در خطر بالایی جهت ابتلا به کارسینوم های بینی و سینوس های پارانازال قرار دارند که شامل کارگران صنایع نیکل، صنایع چوب، جرم سازی، پارچه بافی، کارگران پالایشگاه های مواد نفتی و تولید کنندگان ایزوپروپیل الکل و رنگدانه های کروم هستند (۵،۸). در این بررسی در ۲۳ مورد تومورهای بدخیم، زنان خانه دار شایع ترین گروه شغلی را تشکیل می دادند و هیچکدام از گروههای شغلی فوق در میان بیماران وجود نداشتند. علت این یافته از یک سو بالا بودن نسبت زنان خانه دار در جامعه ما و از سوی دیگر عدم وجود صنایع ذکر شده در استان همدان به صورت وسیع می باشد.

تحقیق نشان داد نسبت بیماران شهری به مراتب بیشتر از روستائیان می باشد (۷۲/۷ درصد در مقابل ۲۷/۳ درصد) که علت آن احتمالاً توجه بیشتر اقسار

- Nose, Paranasal sinuses. 2nd ed .
ST.Louis: Mosby, 1998 : 754 - 63.
5. Weymuller, JR. Neoplasms of the paranasal sinuses. In: Otolaryngology - head and neck surgery. Edited by C.W. Cummings. Vol 1 . General , Face , Nose , Paranasal sinuses. 2nd ed. St.Louis: Mosby, 1998 : 941-53.
 6. Majumdar B, Kent S. Malignant neoplasms of the nose and paranasal sinuses: A survey of cases treated in a regional center. Clin Otolaryngol 1983; 8: 97-115.
 7. Gullane , RN. Carcinoma of the maxillary sinus. J Otolaryngol 1983; 41: 141- 145.
 8. Ketcham AS, Vanburenjm JM. Tumors of the paranasal sinuses : A therapeutic challenge. Am J Surgery 1996; 15: 406-411.
 9. Amendola BE. Carcinoma of the maxillary antrum. Int J Radiat Oncolphys 1999; 5:743-749.
 10. Ellingwood KE, Million RR. Cancer of the nasal cavity and ethmoid sphenoid sinuses. Cancer 1999 ; 743:151-1562.

سینوس های پارانازال و بینی مشکوک شده و اقدامات تشخیصی مربوطه را مبذول یسا بیماران رایبه متخصص گوش و گلو و بینی معرفی نمایند.

سپاسگزاری :

از تلاشهای جناب آقای مهندس خسرو مانی کاشانی و آقای دکتر خالد رحمانی که در انجام این پژوهش نهایت همکاری را داشته اند سپاسگزاری می نمایم.

منابع :

1. Krespi Y. Tumors of the nose and paranasal sinuse In:Otholaryngology. Edited by M.M. Paparella. Vol 3. Head and neck, 3rd ed. Philadelphia: W.B.Saunders, 1991: 1935-957.
2. Jackson RT, Fitz - Hugh GS, Constable WC. Mailgnant neoplasms of the nasal cavities and paranasal sinuses. Laryngoscope 1987; 31: 726-740.
3. Keane WM. Epidemilogy of head and neck cancer . Laryngoscope 1991 ; 16: 2037-2044.
4. Desanto L. Neoplasms of the nose. In: Otolaryngology - head and neck surgery. Edited by C.W. Cummings. Vol 1. General , Face,