



نتایج رزکسیون تومور اینور تداپیلوم بینی و سینوس به روش جراحی آندوسکوپیک ترانس نازل

دکتر محمدحسین برادران فر^۱
استادیار^۱، دانشگاه علوم پزشکی یزد

خلاصه

اینور تداپیلوم یک نئوپلاسم خوش خیم بوده که از دیواره لاترال بینی منشأ می‌گیرد. این تومور نئوپلاسم غیر شایع حفره بینی بوده که اغلب سینوسهای پارانازل را درگیر کرده، گاهی به اریبت و اینتراکراتیال دست اندازی می‌نماید. روشهای جراحی مختلفی برای درمان وجود دارد که یکی از آنها رزکسیون تومور از طریق جراحی آندوسکوپیک ترانس نازل می‌باشد.

بین سالهای ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۰ در بیمارستان امیر اعلم تهران و بیمارستان شهید رحمنون یزد، ۱۱ بیمار مبتلا به این تومور تحت عمل جراحی قرار گرفتند که ۹ بیمار به روش آندوسکوپیک ترانس نازل و دو بیمار توسط آندوسکوپیک اینترانازل همراه با کالبدول لوک جراحی شد.

تومور در ۷ بیمار در طرف چپ و ۳ بیمار طرف راست و یک بیمار مبتلا به تومور دو طرفه بود. در هیچ کدام از بیماران گسترش تومور به اریبت یا اینتراکراتیال وجود نداشت و در پاتولوژی همراهی با بدحیمی مشاهده نشد.

تکنیک آندوسکوپیک شامل برداشتن کامل تومور، اتموئیدکتومی قدامی و خلفی، اسفتوئیدکتومی، برداشتن ضایعات از فرونتال رسس و آتروسومی ماگزیلاری وسیع بود و در مواردی که تومور به لامینا پیراسه چسبیده بود لامینا پیراسه بدون دستکاری اریبت برداشته شد.

زمان متوسط Follow up، ۲۹/۸ ماه بود و در ۸۲٪ از بیماران عود مشاهده نشد و ۱۸٪ از بیماران دچار عود شدند.

هیچ گونه عارضه‌ای در بیماران به وجود نیامد.

هرچند 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 غیر قابل دسترسی جراحی آندوسکوپیک گسترش نیافته باشد به خاطر موربیتی کم و دید عالی به تومور این روش ارجح باشد.

کلمات کلیدی: اینور تداپیلوم، تومور بینی و سینوس، جراحی آندوسکوپیک.

شایعتر در مردان بروز کرده و در Childhood بطور نادر دیده می‌شود (۱۸ و ۵).

اینسورتدپاپیلوم در ۵ تا ۱۳٪ موارد همراه با S.C.C (Squamous Cell Carcinoma) می‌باشد (۹) اگرچه بعضی گزارشات تا ۱۵٪ بدخیمی ذکر کرده‌اند (۱۱). اما مطالعات مختلف انسیدانس کانسر را از ۲ تا ۵۳٪ ذکر کرده‌اند.

آلرژی و عوامل محیطی هم به عنوان علل ایجادکننده 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 (۳). اروزبون استخوانی می‌تواند به علت فشار موضعی ایجاد گردد که تشخیص آن را از تومورهای بدخیم با مشکل مواجه می‌سازد (۹).

اینسورتدپاپیلوم 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 (۱۸ و ۱) که مدیال ماگزیکلومی (۲۱) از طریق ترانس فاسیال یا sublabial degloving می‌باشد (۴ و ۹) درمان جراحی می‌تواند با روشهای مختلفی انجام پذیرد (۱۰).

۱- اپروچ داخل بینی بدون آندوسکوپ

۲- اپروچ اکسترنال محدود توسط کاندول لوک یا

اکسترنال اتموئیدکتومی

۳- اپروچ اکسترنال رادیکال توسط لاترال رینوتومی یا

modified degloving

۴- رزکسیون تومور توسط آندوسکوپ با اپروچ

ترانس نازال

۵- رزکسیون آندوسکوپیک تومور همراه با اپروچ

اکسترنال

اپروچ آندوسکوپیک ضمن این که می‌تواند یک رزکسیون

توتال تومور را دربر داشته باشد می‌تواند از سکلهای اپروچ

در سال ۱۹۹۱، WHO (World Health Organization)

پاپیلومای داخل بینی را به سه دسته تقسیم کرد (۱۵)

۱- Inverted papilloma (I.P)

۲- Exophytic papilloma (E.P)

۳- Collumnar Cell Papilloma (C.C.P)

اینورتدپاپیلوم یک نئوپلاسم خوش خیم بوده که از دیواره

لاترال بینی و میدل مئاتوس منشأ می‌گیرد.

این تومور نئوپلاسم غیرشایع حفره بینی بوده (کمتر از ۴٪

از تومورهای سینونازال) که اغلب سینوسهای پارانازال را درگیر

کرده، همچنین می‌تواند سیستم لاکریمال، اربیت یا اینتراکرنیال را

درگیر کرده و سبب تخریب وسیع استخوانی و بافتهای نرم گردد.

اولین بار این تومور در سال ۱۸۵۴ توسط آقای Ward

گزارش شد (۲۰).

در سال ۱۸۵۵، Billroth (۲)، 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 (۷) گزارش شد و پس از آن سریهای دیگری توسط آقای

Lampertico و همکارانش (۸) و آقای Norris (۱۳) گزارش

شد، سپس آقای Hyams (۵)، ۱۴۹ بیمار اینورتدپاپیلوم را به سه

دسته تقسیم‌بندی کرد:

۱- پاپیلوما ۲- Fungiform ۳- Cylindrical Cell

آقای Ringertz (۱۴) شیوع این تومور را کمتر از ۳٪ از

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

Lampertico و همکارانش (۸) و Verner و همکارانش (۱۷)

ذکر کردند.

اینورتدپاپیلوم در سن بالای ۶۰ سالگی بروز کرده (۱۴) و

به نامهای Ewing's papilloma، Schneiderian papilloma و

Transitional papilloma هم نامیده می‌شود. بعضی از مؤلفین

سن شیوع این تومور را ۴۰ تا ۶۰ سالگی ذکر کرده‌اند که بطور

آندوسکوپی شامل برداشتن کامل تومور، اتموئیدکتومی قدامی و خلفی، برداشتن ضایعات از فرونتال رسس و آنتروستومی ماگز یلاری wide بود. که مدیال ماگز یلکتومی بطور کامل انجام شد (تصاویر ۲ A, B).



تصویر ۲- CT Scan کروئال بعد از جراحی (مدیال ماگز یلکتومی بطور کامل انجام شده است)

در مواردی که تومور به لامینا پاپیراسه چسبیده بود، لامینا پاپیراسه بدون دستکاری پریوست اربیت برداشته شد. در دو بیمار که دیواره لاترال سینوس ماگز یلاری درگیر بود، مدیال ماگز یلکتومی آندوسکوپی همراه با کالدول لوک انجام شد.

در ۶ مورد از بیماران کورنه تحتانی هم درگیر بود که با اپروچ آندوسکوپی کورنه 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 ماگز یلکتومی شامل کف بینی در قسمت تحتانی، دیواره پوسترور سینوس ماگز یلاری در قسمت خلفی، کف اربیت در قسمت فوقانی و دیواره قدامی ماگز یلاری بطور قدامی بود.

پاتولوژی تمام بیماران، اینورتدپایلوم بدون وجود شواهدی از بدخیمی بود.

اکسترنال مثل اسکار صورت، رزکسیون وسیع مخاطهای داخل بینی یا استخوان، تنگی و استیول بینی، کراستهای بعد از جراحی و صدمه به مجرای لاکریمال و اپی فوراً جلوگیری نماید.

و به همین علت به نظر می رسد اپروچ آندوسکوپی برای رزکسیون تومورهای moderate size مناسب باشد (۶ و ۱۹). مزیت اپروچ آندوسکوپی دید عالی به تومور می باشد که امکان دیدن گسترش تومور به مخاطها، فرونتال رسس، اسفنوئید و سینوس ماگز یلاری را فراهم می نماید.

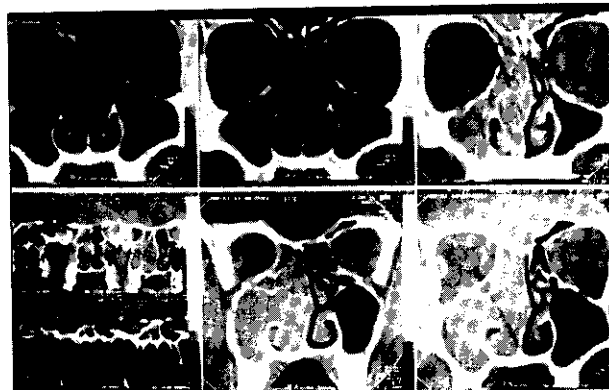
مواد و روش کار

بین سالهای ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۰ در بیمارستان امیر اعلم تهران و بیمارستان شهید رهنمون یزد ۱۱ بیمار مبتلا به تومور اینورتدپایلوم تحت عمل جراحی قرار گرفتند.

رزکسیون تومور ۹ بیمار با روش آندوسکوپی و اپروچ ترانس نازال صورت گرفت و دو بیمار توسط آندوسکوپی اینترنازل همراه با کالدول لوک جراحی شد.

کلیه بیماران از جنس مذکر بودند. تومور در ۷ بیمار در طرف چپ و در ۳ بیمار در طرف راست و یک بیمار تومور دوطرفه وجود داشت.

در تمام بیماران CT scan از سینوسهای پاراناژال درخواست گردید و گسترش ضایعه کاملاً مشخص شد (تصاویر ۱ A, B)، تمام بیماران تحت بیهوشی عمومی جراحی شدند و تکنیک



تصویر ۱- CT Scan کروئال قبل از جراحی

۷۶ سالگی متغیر بود).

علائم بالینی بیماران به ترتیب شیوع شامل انسداد بینی (۸۶٪)، رینوره (۶۴٪)، سردرد و درد گونه (۳۶٪) و خونریزی بینی (۱۵٪) بود.

محل درگیری تومور شامل دیواره لاترال بینی و سینوسهای اطراف بدون درگیری اریبیت و ایتراکرانیا بود. تمام بیماران برای بار اول جراحی تومور بینی می شدند و در هیچ بیماری نتیجه پاتولوژی همراهی با کارسینوما را گزارش نکرد. زمان Followup بیماران ۲۹/۸ ماه بود.

۸۲٪ از بیماران تا به حال عود نداشته اند و ۱۸٪ از بیماران دچار عود شدند که در یک بیمار به روش آندوسکوپیک و در بیمار دیگر به روش آندوسکوپیک توأم با کالدول لوک رزکسیون تومور انجام شد و تا به حال عودی نداشته اند. در هیچ بیماری عارضه ای به وجود نیامد.

Followup متوسط ۲۹/۸ ماه بود. Followup بعد از

جراحی توسط آندوسکوپ انجام شد و در نواحی مشکوک به تومور بیوپسی گرفته شد که فقط در دو مورد بیوپسی مثبت شد که یک مورد با اپروچ آندوسکوپیک و مورد دیگر با اپروچ آندوسکوپیک و کالدول لوک تحت عمل جراحی قرار گرفتند.

تمام بیماران دو روز بعد از جراحی مرخص شدند و مسکن و آنتی بیوتیک تا ۲ هفته داده شد.

نتایج

در این مطالعه ۱۱ بیمار مبتلا به تومور اینورتد پاپیلوما تحت عمل جراحی قرار گرفتند که تمام بیماران از جنس مذکر بودند (جدول ۱). تومور در ۷ بیمار در طرف چپ (۶۳/۵٪) و ۳ بیمار در طرف راست (۲۷٪) و در یک بیمار تومور دو طرفه بود (۹/۵٪). سن متوسط بیماران ۶۲ سال بود (از ۵۱ سالگی تا

جدول ۱- نتایج رزکسیون تومور اینورتد پاپیلوم به روش جراحی آندوسکوپیک

تعداد	جنس	سن (سال)	نوع جراحی (ماه)	طرف درگیری تومور	مدت زمان پیگیری	عود بعد از جراحی	نوع جراحی عود
۱	مذکر	۵۶	آندوسکوپیک	چپ	۴۵	-	-
۲	مذکر	۷۶	آندوسکوپیک	چپ	۴۳	-	-
۳	مذکر	۵۲	آندوسکوپیک	راست	۴۲	عود	آندوسکوپیک
۴	مذکر	۵۸	آندوسکوپیک	چپ	۳۸	-	-
۵	مذکر	۷۳	آندوسکوپیک	چپ	۳۵	عود	آندوسکوپیک + کالدول لوک
۶	مذکر	۶۲	آندوسکوپیک	دو طرفه	۳۴	-	-
۷	مذکر	۶۵	آندوسکوپیک + کالدول لوک	چپ	۳۱	-	-
۸	مذکر	۶۳	آندوسکوپیک	راست	۲۶	-	-
۹	مذکر	۵۱	آندوسکوپیک	راست	۱۷	-	-
۱۰	مذکر	۵۷	آندوسکوپیک	چپ	۱۳	-	-
۱۱	مذکر	۶۸	آندوسکوپیک + کالدول لوک	چپ	۴	-	-

به سینوس ماگزایلا دارد و دور از دیواره لاترال بینی درگیر است. مدیال ماگزایلکتومی از طریق اپروچ اکسترانزال لازم است. Kamel (۶) استفاده از اپروچ آندوسکوپیک را برای مدیال ماگزایلکتومی در ۹ بیمار که سینوسها و حفره بینی را درگیر کرده بود را گزارش کردند که پس از ۲۸ follow up ماهه هیچ عودی وجود نداشت.

وی در ضایعات وسیعتری آندوسکوپ را به کار برد و پیشنهاد کرد که می توان مدیال ماگزایلکتومی را بطور کامل با اپروچ آندوسکوپیک ترانس نازال انجام داد.

در سری بیمارانی که Mc Cary و همکارانش (۱۲) توسط اپروچ آندوسکوپیک جراحی نمودند عودی را گزارش نکردند. آنها تومورهای با گسترش بیشتر را با آندوسکوپ جراحی نمودند و اعتقاد داشتند که تومورهای خیلی بزرگ که سینوسهای پارانازال را درگیر کرده باشد را می توان با آندوسکوپ جراحی نمود.

نتیجه گیری

هرچند درمان استاندارد تومور اینورتدپایلوما، مدیال ماگزایلکتومی با اپروچ اکسترانزال می باشد اما این اپروچ موربیدیته زیادی دارد و نتایج مطالعه ما نشان می دهد که رزکسیون آندوسکوپیک اینورتدپایلوم می تواند روش مؤثری در جراحی این تومورها باشد گرچه در حال حاضر تکنیک آندوسکوپیک برای رزکسیون این تومور نیاز به بررسی بیشتر بر روی تعداد زیادتری از بیماران و Follow up طولانی تر دارد، ولی به نظر می رسد این روش نیاز به جراح متبحر که در این زمینه کار فراوانی کرده باشد دارد.

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

اولین قدم برای تشخیص تومور اینورتدپایلوما بینی رینوسکوپ یا فیبروسکوپ حفره بینی می باشد. تومور عمدتاً یک طرفه با ظاهر پولیپوئید می باشد. علائم بالینی شامل انسداد یک طرفه بینی (در موارد دوطرفه می تواند انسداد دوطرفه باشد) رینوره، سردرد و خونریزی بینی و گاهی هیپوسمی می باشد.

دیپلوی در مواردی که فشار موضعی وجود داشته یا محتویات اربیت درگیر باشد می تواند به وجود آید. تشخیص قطعی با بیوپسی توده و نتیجه هیستوپاتولوژی است.

هنوز در مورد نحوه درمان این تومور اختلاف نظر وجود دارد. Wigand, Waitz (۱۹) گزارش کردند که جراحی آندوسکوپیک در اینورتدپایلوم می تواند تومورهای بزرگ سینوسهای اتموئید خلفی و مجرای نازوفرونتال یا سینوس اسفنوئید را درگیر کرده باشد مؤثر باشد.

Kamel (۶) اظهار نمود که اپروچ آندوسکوپیک برای ضایعات بدون درگیری سینوس ماگزایلا مناسب است و برای ضایعاتی که سینوس ماگزایلا را درگیر کرده باشد مدیال ماگزایلکتومی ترانس نازال را پیشنهاد نمود.

Stankiewicz و Girgis (۱۶) پیشنهاد نمودند که اپروچ آندوسکوپیک برای تومورهای محدود که سینوسهای اتموئید، اسفنوئید و دیواره لاترال بینی و دیواره مدیال سینوس ماگزایلا را درگیر کرده باشد مناسب است.

Wigand و Waitz (۱۹)، ۱۷٪ عود را برای ۳۵ بیمار که با اپروچ آندوسکوپیک 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 نمی توان با آندوسکوپ دید خوبی روی آنها داشت را با اپروچ اکسترانزال جراحی کردند.

Stankiewicz و Girgis (۱۶)، ۱۵ بیمار که توسط آندوسکوپ جراحی شده بودند را گزارش کردند که میزان عود در آنها ۳۰٪ بود. آنها اظهار نمودند که تومورهای که گسترش

REFERENCES

1. Altug T., Sunar O., Bilgin H. Le papillome inverse: A propos d'un cas multacentrique. *Revue de Laryngologie*, 110(3): 299-301, 1989.
2. Billroth T: *Über dem Bau der Schleimpolyp.* Berlin, G. Reimer, 1855.
3. Blackwell KE, Anzai Y, Lufkin RB, Bielamowicz S, Calcaterra TC. Radiologic assessment of inverted papilloma *Am J Rhinol*; 8: 253-258, 1994.
4. Dolgin SR, Zeveri VD, Casiano RR, Maniglia AJ. Different options for treatment of inverted papilloma of the nose and paranasal sinuses. *Head Neck*; 14: 92-98, 1992.
5. Hyams VJ: Papillomas of the nasal cavity and paranasal sinuses: A clinicopathological study of 315 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 80: 192-206, 1971.
6. Kamel. R. Transnasal endoscopic medial maxillectomy in inverted papilloma. *Laryngoscope* 105: 847-853, 1995.
7. Kramer R, Som MI: True papilloma of the nasal cavity. *Arch Otolaryngol* 22: 22-43, 1935.
8. Lampertico P, Russell WO, MacComb WS: squamous papilloma of the upper respiratory epithelium. *Arch Pathol* 75: 293-302, 1963.
9. Lawson W, Ho BT, Shaari CM, Biller HF. Inverted papilloma: a report of 112 cases. *Laryngoscope*; 105: 282-288, 1995.
10. Lawson W., LE Benger J., Som P., Bernard P. J., Biller H. F. Inverted papilloma: an analysis of 87 cases. *Laryngoscope*, 99: 1117-1124, 1989.
11. Lesperance MM, Esclamando RM. Squamous cell carcinoma arising in inverted papilloma. *Laryngoscope*; 178-183, 1995.
12. McCary WS, Gross CW, Reibel JF, et al: preliminary report: Endoscopic versus external surgery in the management of inverting papilloma. *Laryngoscope* 104: 415-419, 1994.
13. Norris HJ: Papillary lesions of the nasal cavity and paranasal sinuses: Part I, exophytic (squamous) papillomas. A study of 28 cases. *Laryngoscope* 72: 1784-1797, 1962.
14. Ringertz N: Pathology of malignant tumors arising in nasal and paranasal cavities and maxilla. *Acta Otolaryngol* 27: 31-42, 1938.
15. Shanmugaratnam K., Sobin L, H. Histological typing of tumours of the upper respirators tract and ear. WHO, Springer - Verlag, Berlin, 20-21, 1991.
16. Stankiewicz JA, Girgis SJ: Endoscopic surgical treatment of nasal and paranasal sinus inverted papilloma. *Otolaryngol Head Neck surg* 109: 989-995, 1993.
17. Verner JL, Maguda TA, Yound JM: Epithelial papillomas of the nasal cavity and sinuses. *Arch Otolaryngol* 70: 547-578, 1959.
18. Vrabec D.P. The inverted Schneiderian Papilloma: A clinical and pathological study. *Laryngoscope*, 87: 35-46, 1997.
19. Waitz G, Wigand ME: Results of endoscopic sinus surgery for the treatment of inverted papillomas. *Laryngoscope* 102: 917-922, 1992.
20. Ward N: A mirror of the practice of medicine and surgery in the hospitals of London: London Hospital. *Lancet* 2: 280-482, 1854.
21. Weissler Mc, Montgomery WW, Montgomery Sk, Turner PA, Joseph MP. Inverted Papilloma, *Ann otol Rhinol Laryngol*, 1986; 95: 215-221.