



نتایج درمان سرطان های
بینی و سینوس های پاراناژال
بیمارستان امید در سال های ۷۵-۱۳۶۵

Treatment of the Nose and Paranasal Sinusea Cancers
Omid Hospital during 1365 - 75

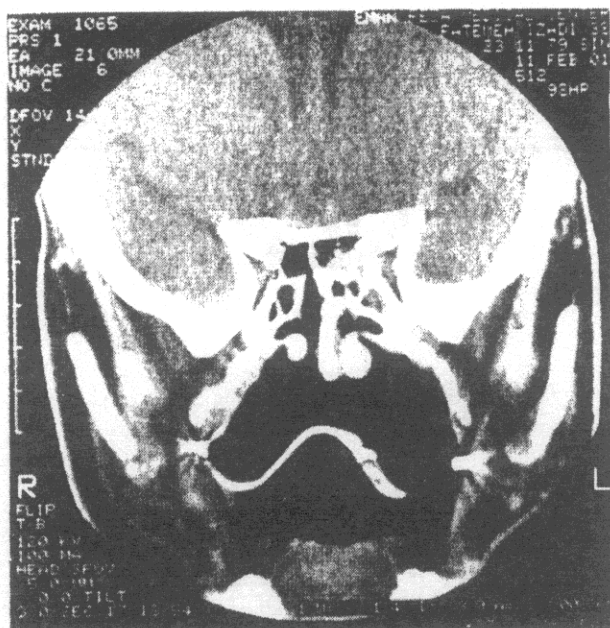
M.Ghavamnassiry M.D, L.V. Mostaan M.D
Omid Hospital
Mashhad University of Medical Sciences

Abstract :

Malignant tumors of sinonasal tract are rare lesions. These tumors are diagnosed in late stage due to nonspecifications and symptoms The best treatment for nonepithelial tumors are combined (radical surgery and postoperative radiotherapy).

In this study 25 patient with sinonasal tumors are reviewed. The most important cause of treatment failure was late diagnosis and incomplete follow up due to uncooperative patients. The median DFS in the patients with malignant epithelial tumors who were treated with radical surgery was 48 months.

Key words : Nose and Paranasal sinuses, tumors, treatment



شکل ۲ بیمار فوق پس از جراحی و کارگذاری پروتز کام

تماس های شغلی با موادی نظیر نیکل، چوب و کرومیوم در ایجاد این دسته از بدخیمی ها نقش قابل توجهی دارند. تشخیص زودهنگام و پذیرش درمان رادیکال از سوی بیمار مهمترین فاکتور در ایجاد بقا طولانی در این بیماران می باشد زیرا گسترش تومور به خارج بینی و سینوس به علت مجاورت این ناحیه با مناطق حیاتی نظیر قاعده جمجمه به معنای غیرقابل درمان بودن بیمار می باشد. جراحی و رادیوتراپی درمان انتخابی در تومورهای اپی تلیال بینی و سینوس است.

بیماران و روش کار :

در این مطالعه گذشته نگر بیمارانی که در طی سال های ۷۵-۱۳۶۵ با تشخیص تومورهای بینی و سینوس به بیمارستان امید دانشگاه علوم پزشکی مشهد مراجعه و تحت درمان قرار گرفته بررسی شده اند. از ۲۵ بیمار ۱۳ نفر مرد (۵۲٪) و ۱۲ نفر زن (۴۸٪) بودند. SCC شایع ترین تومور با

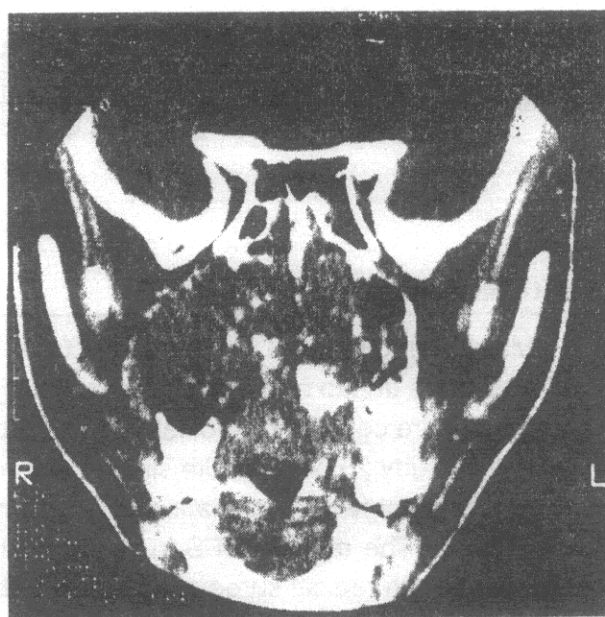
عنوان مقاله:

نتایج درمان سرطان های بینی و سینوس های پارانازال
بیمارستان امید در سال های ۷۵-۱۳۶۵
نویسندگان:
دکتر قوام نصیری - دکتر مستعان
بیمارستان امید

مقدمه :

نئوپلاسم های حفره بینی و سینوس های پارانازال تومورهای نادری هستند که به دلیل مشابهت علائم و نشانه های آن با ضایعات خوش خیم تشخیص ضایعه در مراحل اولیه مشکل می باشد.

SCC شایع ترین تومور بینی و سینوس بوده و سینوس ماگزایلا شایع ترین محل ابتلا است. با این همه در تومورهای بزرگ و پیشرفته تشخیص محل اولیه ضایعه مشکل می باشد (شکل ۱ و ۲).



شکل ۱ آدنوئید سیستیک کارسینوما کام سخت و سینوس

کمتر از نقش آن در ریه و سایر مناطق راه های تنفسی فوقانی است. سن کم در اولین تماس و طول مدت تماس نیز موجب افزایش ریسک ابتلا می گردد. حدود ۵۵٪ تومورهای بینی و سینوس در سینوس ماگزیلا، ۳۵٪ در حفره بینی، ۹٪ در سینوس اتموئید و ۱٪ در سینوس های فرونتال و اسفنوئید ایجاد می گردد (۳، ۷).

انسداد بینی، ترشحات خون آلود، خونریزی از بینی و درد دندان از علائم اولیه بیماری بوده و با گسترش ضایعه به ساختمان های مجاور علائم دیگری نظیر درگیری حفره اریب یا سینوس کاورنو، دوینی، اشک ریزش، تورم صورت، Malocclusion و trismus ظاهر می گردد. غده لنفاوی قابل لمس در زنجیره جوگولار نشانگر گسترش ضایعه است زیرا که اولین غدد لنفاتیک مبتلا معمولاً در فضای پارافارنژه می باشد. کم شنوائی به علت گسترش نازوفارنژال تومور و ایجاد اوتیت سرورز مویید غیرقابل عمل بودن ضایعه است (۳، ۶، ۷).

سی تی اسکن به منظور بررسی تغییرات استخوانی همراه با MRI به منظور بررسی گسترش ضایعه در نسج نرم در طراحی پروتکل جراحی بسیار مفید می باشد. انجام سی تی اسکن با ماده حاجب سبب قابل رویت شدن درگیری سخت شامه و همچنین واضح تر شدن تومور می گردد. MRI در تعیین گسترش استخوانی تومور ناموفق بوده، لیکن در تشخیص تومور از چربی و ترشحات داخل سینوس (T1-weighted MRI) و تومور از عضلات (T2-weighted MRI) موفق می باشد. آنژیوگرافی در مورد تومورهای سینوس اسفنوئید و قاعده جمجمه لازم است (۲، ۳، ۶).

تکنیک Subtraction که در طی آن تصاویر T1 با enhancement و بدون enhancement بر روی همدیگر

شیوع ۴۰٪ بوده و پس از آن انواع لنفومهای غیر هوچکینی و موکوپیدرموئید کارسینوما در ردیف دوم و سوم قرار داشتند.

متوسط سن بیماران ۴۷ سال و سینوس ماگزیلا با انسداد نس ۵۶٪ شایع ترین محل درگیری بوده است.

از ۵ بیمار مبتلا به لنفوم ۴ بیمار تحت درمان CT و RT قرار گرفتند. یک بیمار ۱۱ ماه پس از شروع درمان ضایعه قابل رویت در بینی داشته و سه بیمار دیگر در طی پیگیری متوسط ۴۲ ماه (حداقل ۲۷ و حداکثر ۵۱ ماه) disease free بودند.

۵ بیمار با تشخیص کندروسارکوم، فیروسارکوم، موکوپیدرموئید کارسینوم و SCC تحت عمل جراحی رادیکال قرار گرفتند که متوسط DFS این بیماران ۴۸ ماه (حداقل ۸ و حداکثر ۸۴ ماه) می باشد. ۱۵ بیمار باقیمانده با پاتولوژی متنوع به علت گسترش موضعی ضایعه و یا عدم تمایل به جراحی تحت درمان CT و RT قرار گرفتند.

بحث :

نوپلاسم های حفره بینی و سینوس های پارانازال کمتر از ۱٪ کل انواع تومورهای بدخیم و ۳٪ تومورهای بدخیم سیستم تنفسی فوقانی را تشکیل می دهند (۸، ۴، ۱). نقش فاکتورهای محیطی در ایجاد این تومورها شناخته شده به گونه ای که شیوع آن در کارگران صنایع نیکل حدود ۱۰۰ برابر افراد دیگر گزارش شده است. (۳، ۶).

در حدود ۴۴٪ از بدخیمی های بینی و سینوس در ارتباط با تماس های شغلی شامل نیکل، کرومیوم، روغن های ایزوپروپیل، هیدروکربن های قابل استنشاق و فیبرهای ارگانیک نظیر چوب، چرم و الیاف صنعتی می باشد. نقش سیگار به عنوان فاکتور خطر در ایجاد این دسته بدخیمی ها

تکنیک های جراحی براساس گسترش تومور شامل ماگزیکتومی پارسیل، ماگزیکتومی توتال یا بدون حفظ ارییت و روش های کرایوفاسیال می باشد. بقای ۵ ساله در جراحی به عنوان تنها درمان تومور بین ۸۶-۱۹٪ متغیر است.

انتخاب انرژی فوتون یا الکترون در رادیوتراپی خارجی تومورهای بینی و سینوس بسته به ابعاد و گسترش تومور و همچنین امکانات مرکز درمانی دارد. کاشت منبع رادیواکتیویته به منظور براکی تراپی تومور به عنوان یک روش درمانی مستقل و همراه با رادیوتراپی خارجی در ضایعات و ستیول بینی استفاده می شود. روش treatment planning CT-based three dimensional conformal در مقایسه با روش های دوبعدی این امکان را فراهم می آورد که تمام منطقه تومور و عناصر آناتومیک سالم اطراف قابل رویت گردد. در این روش برای تومورهای بینی و سینوس مقاطع ۳ تا ۵ میلی متری سی تی اسکن در جهات مختلف در حالی که بیمار در وضعیت درمانی ثابت شده است تهیه می شود و حجم تومور به وسیله کامپیوتر معلوم می گردد. این حجم شامل تومور و حاشیه (معمولاً یک سانتیمتر) همراه با پنج میلیمتر به منظور جبران خطای احتمالی (در مجموع تومور + ۱/۵ سانتیمتر) می باشد. این حجم باید ۱۰۰٪ دوز محاسبه شده را دریافت نماید (شکل ۳ و ۴). تصاویر سه بعدی از تومور در ارتباط با عناصر طبیعی اطراف ایجاد شده و به صفحه کامپیوتر انتقال می یابد تا منطقه درمانی طراحی گردد. هیستوگرام حجم - دوز برای تومور، شبکه، عصب بینایی، کیاسما و ساقه مغز ترسیم شده تا نمودار درصد حجمی از این ساختمان ها که اشعه (دوز) دریافت می کنند مشخص شود (۶، ۸).

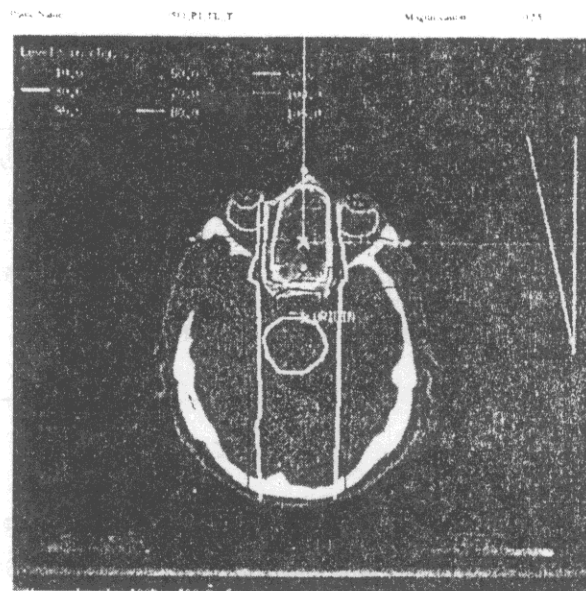
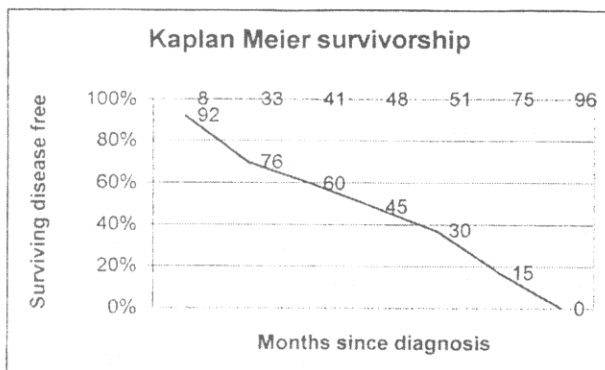
اضافه می گردند سبب جداسازی بیشتر تومور از التهاب و فیروز شدن و بخصوص در کنترل های بعد از عمل به منظور تشخیص زودرس عود مفید می باشد. (۴).

سیستم staging کارسینوم سینوس های پاراناژال متفاوت بوده و به علت نادر بودن نئوپلاسم های اولیه در سینوس های فرونتال، اسفنوئید و حفره بینی سیستم قابل قبولی وجود ندارد. Million و Elingwood براساس امکان انجام یک رادیوتراپی موفق یک سیستم staging پیشنهاد نموده اند که براساس آن stage I محدود به حفره بینی با سینوس ها بوده بدون درگیری پوست، stage II تومور به ارییت و نازوفارنکس گسترش یافته و در stage III قاعده جمجمه و داخل جمجمه درگیر می باشد.

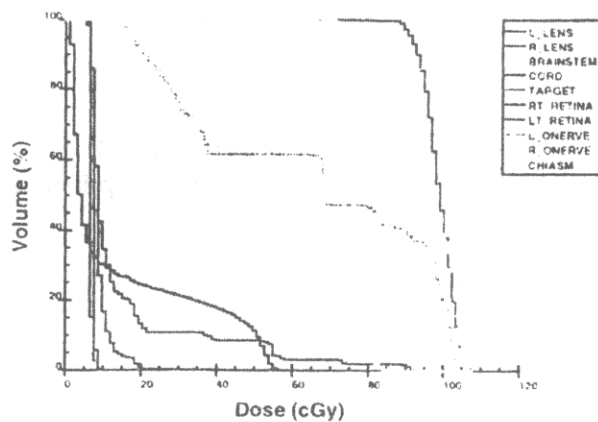
در سیستم تقسیم بندی AJCC براساس خط فرضی Ohngren حفره سینوس ماگزیکلا به دو قسمت قدامی تحتانی و خلفی فوقانی تقسیم می گردد. تومورهایی که در پایین این خط فرضی قرار گرفته اند پروگنوز بهتری دارند. (۶).

جراحی اساس درمان تومورهای بینی و سینوس را تشکیل می دهد. (۱، ۵، ۸).

درمان رادیوتراپی برای تومورهای لنفورتیکولار و یا ضایعات غیرقابل جراحی و همچنین بیمارانی که کاندید خوبی برای جراحی نیستند توصیه می گردد. معمولاً درناژ جراحی و یا دبیریدمان لازم می باشد. امروزه درمان شامل کموتراپی و جراحی یا کموتراپی و رادیوتراپی در مواردی که حاشیه رزکسیون مثبت بوده و یا درگیری اطراف عصب، عروق لنفاوی و عود تومور وجود دارد استفاده می گردد. کموتراپی در حال حاضر نقش palliative و تحقیقاتی دارد (۲).



شکل ۳ CT-based 3D-CRT استرئوپلاستوما بینی



شکل ۴ هیستوگرام دوز - حجم حاصل از تصاویر سه بعدی همان بیمار

نتیجه :

در این بیماران عدم توجه به علائم کلینیکی غیراختصاصی طول کشیده موجب گردید که اکثراً در مراحل پیشرفته بیماری مراجعه نمایند و عدم تمایل بیمار به جراحی وسیع از دیگر علل عدم موفقیت درمان بوده است به گونه ای که بیماران سال های اخیر مطالعه با قبول جراحی به عنوان خط اول درمان بقا بهتری نسبت به سایرین داشته اند.

خلاصه :

تومورهای بدخیم بینی و سینوس ضایعات نادری هستند که به علت غیراختصاصی بودن علائم اولیه در مراحل پیشرفته تشخیص داده می شوند. بهترین درمان تومورهای اپیتلیال درمان ترکیبی شامل جراحی رادیکال همراه با رادیوتراپی پس از عمل می باشد. در این مطالعه ۲۵ بیمار با تشخیص تومور بینی و سینوس مورد بررسی قرار گرفته اند. مهم ترین مسئله در شکست درمانی این بیماران مراجعه دیر هنگام و عدم پیگیری برای انجام کامل پروتکل درمانی توسط بیمار بوده است. متوسط DFS در بیماران با تومور اپیتلیال بدخیم بینی و سینوس که تحت عمل جراحی رادیکال قرار گرفته اند ۴۸ ماه بوده است.

واژه های کلیدی : بینی و سینوس های پاراناژال، تومور، درمان

References :

1. Bein Z, Pileh, Head and Neck Surgical Pathology: lippincott Williams & Wilkins 2001
2. Bayron J. Bailey et al: Head and Neck Surg Otolaryngol, vol 2, Lippincott Company, 1993
3. Charles W. Cumming et al: Otolaryngol Head and Neck Surg vol 2, Mosby, 1998
4. David W. Kennedy et al: Disease of the sinuses Diagnosis and Management, B.C. Decker Inc, 2001
5. Leon Barnes, surgical Pathoiogy of the Head and Neck, seconded. Vol.1 Marcel Decker,2001
6. Louis B. Harrison et al: Head and Neck Cancer A multidisciplinary approach: Lippincott – Raven, 1999
7. M. Paparella et al: Otolaryngol, vol 3, 3rd ed, Saunders, 1991
8. Vincent T. Devita et al: Cancer principals and practice of oncology, vol. 1, 6th ed, Lippincott Raven, 2001