



## گزارش ۹ مورد آدنویید سیستیک کارسینوماى تراشه

دکتر سید حسین فتحی معصوم<sup>۱</sup>، \*دکتر رضا باقری<sup>۲</sup>، دکتر نعمت ا... مختاری امیر مجدی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup>دانشیار گروه جراحی قلب و توراکس، آستادیار گروه جراحی قلب و توراکس،

<sup>۲</sup>آستاد گروه گوش، گلو و بینی - دانشگاه علوم پزشکی مشهد

### خلاصه

**مقدمه:** تومورهای اولیه بدخیم تراشه جزء تومورهای ناشایع بوده و اطلاعات در مورد این تومورها محدود می باشد. از جمله این تومورها آدنویید سیستیک کارسینوما بوده که توموری با رشد کند می باشد که بهترین درمان آن جراحی است. هدف از انجام این مطالعه بررسی موارد آدنویید سیستیک کارسینوما با منشاء اولیه تراشه که تحت درمان قرار گرفته اند می باشد.

**روش کار:** در یک مطالعه توصیفی تمامی بیمارانی که بین سال های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵ با تشخیص آدنویید سیستیک کارسینوما تراشه در دو مرکز قائم (عج) مشهد و امام خمینی تهران تحت درمان قرار گرفته اند مورد آنالیز آماری قرار گرفته اند.

**نتایج:** ۹ بیمار وارد مطالعه شدند که نسبت مرد به زن ۱ به ۲ و متوسط سنی ۵۶/۳ سال بود که شایعترین علامت آن ها تنگی نفس و استریدور بوده (۸/۸٪) و بهترین متد تصویربرداری تشخیصی نیز سی تی اسکن بود. شایعترین محل درگیری ۱/۳ تحتانی تراشه (۴۴/۴٪) بود. ۷/۷٪ بیماران تحت رزکسیون جراحی تومور قرار گرفته که تنها در یک بیمار (۱۴/۲٪) به علت عوارض آسپیراسیون پنومونی مورتالیتی بیمارستانی به دنبال عمل جراحی داشته ایم. در ۲۲/۲٪ بیماران به علت مارژین مثبت جراحی بعد از عمل، رادیوتراپی انجام شد. در پیگیری سه ساله تنها یک مورد (۱۱/۱٪) عود داشته که تحت رزکسیون مجدد با عمل جراحی و رادیوتراپی قرار گرفت. میزان بقای سه ساله بیماران ۸/۸٪ بوده است.

**نتیجه گیری:** با توجه به ماهیت آدنویید سیستیک کارسینوما تراشه درمان انتخابی در این بیماران جراحی و حذف کامل تومور می باشد. با این حال در صورتی که بعد از عمل مارژین رزکسیون مثبت باشد رادیوتراپی به عنوان درمان کمک کننده ضروری است. در بیمارانی که کاندید جراحی نمی باشند درمان رادیوتراپی نیز به عنوان درمان اولیه کاملاً مؤثر می باشد.

**واژه های کلیدی:** آدنویید سیستیک کارسینوما، سلیندروما، تراشه، درمان

### مقدمه

یافته و قابل رزکسیون جراحی می باشد. به علت ماهیت خوب این تومورها و عود دیررس بعد از رزکسیون جراحی و پاسخ مناسب رادیوتراپی نتایج درمانی این تومورها خوب می باشد (۱). آدنویید سیستیک کارسینوما در گذشته به نام سلیندروما<sup>۱</sup> نیز خوانده می شد که در واقع ترمینولوژی نامناسبی می باشد زیرا این طور

تومورهای اولیه تراشه اغلب بدخیم بوده و از شیوع کمی برخوردار هستند. آدنویید سیستیک کارسینوماى تراشه جزء بدخیمی های اولیه تراشه بوده و حدود ۲۵٪ بدخیمی های تراشه را شامل می گردد. این تومور اغلب به صورت موضعی تهاجم

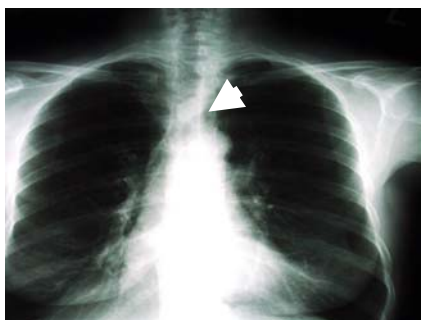
<sup>۳</sup>آدرس مؤلف مسؤول: مشهد - بیمارستان قائم (عج) - گروه جراحی قلب و توراکس

تلفن تماس: ۰۵۱۱-۸۰۱۲۸۴۱

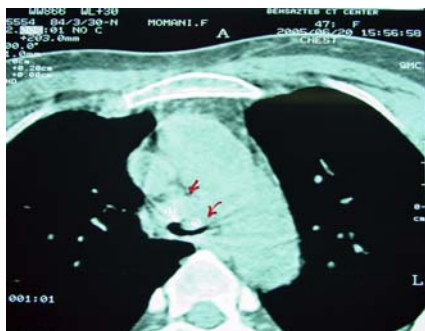
Email: Reza\_Bagheri\_gts@hotmail.com

تاریخ وصول: ۸۵/۴/۱۲ تاریخ تأیید: ۸۵/۶/۲۵

<sup>۱</sup>- Cylindroma



تصویر ۱- رادیوگرافی قفسه سینه محل تومور در مجاورت کارینا را مشخص می سازد. (فلش سیاه)



تصویر ۲- سی تی اسکن همان بیمار (فلش سیاه محل تومور را مشخص می سازد)

بعد از انجام روش های تصویر برداری تمامی بیماران تحت بیهوشی عمومی قرار گرفته و به کمک برونکوسکوپی رژید نمونه برداری از ضایعه قبل از هر گونه تصمیم گیری درمانی انجام شد و بر پایه پاسخ پاتولوژی و محل ضایعه درمان مناسب صورت گرفت. از نظر محل جایگزین ضایعه در تراشه در ۲ بیمار (۲۲/۲٪) ضایعه در ثلث فوقانی تراشه، در ۳ بیمار (۳۳/۳٪) در ثلث میانی و در ۴ بیمار (۴۴/۴٪) در ثلث تحتانی تراشه قرار داشتند. بعد از برونکوسکوپی رژید و انجام نمونه برداری بر اساس پاسخ پاتولوژی و محل تومور در ۷ بیمار (۷۷/۷٪) رزکسیون تراشه انجام گرفت و ۲ بیمار دیگر (۲۲/۳٪) به علت محل نامناسب تومور کاندید درمان رادیوتراپی شدند.

بر اساس محل درگیری تراشه، در یک بیمار (۱۴/۲٪) به کمک اپروچ گردنی و در ۳ بیمار (۴۲/۸٪) اپروچ سرویکو مدیاستینال و در ۳ بیمار (۴۲/۸٪) نیز از اپروچ توراکوتومی پوسترولاترال سود برده شد.

استنباط می شود که جزء تومورهای خوش خیم تراشه می باشد ولی باید در نظر داشت که آدنوئید سیستیک کارسینوما جزء تومورهای بدخیم با رشد کند بوده و اغلب بیماران علائم خفیف بیماری را یکسال قبل از تشخیص قطعی بیماری تجربه کرده اند (۲).

هدف از این مطالعه بررسی بیماران مبتلاء به آدنوئید سیستیک کارسینوما تراشه بوده که در بین سال های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵ در بیمارستان قائم (عج) مشهد و امام خمینی تهران تحت درمان قرار گرفتند.

## روش کار

در یک مطالعه توصیفی (Case-Series) تمامی بیمارانی که مبتلا به آدنوئید سیستیک کارسینوما تراشه بوده و در فاصله سال های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵ در دو بیمارستان قائم (عج) مشهد و امام خمینی تهران تحت درمان قرار گرفتند از نظر سن، جنس، علائم بالینی، مدت تشخیص، محل درگیری تراشه، مدت درمانی، عوارض و طول عمر ۳ ساله مورد بررسی قرار گرفتند.

## نتایج

در کل نه بیمار وارد مطالعه شدند میزان ابتلا زنان ۲ برابر مردان بوده است محدوده سنی بیماران بین ۳۸ تا ۷۵ سال متغیر بوده و متوسط سن ابتلاء در بیماران نیز ۵۶/۳ سال بوده است. شایعترین علامت بالینی در بیماران تنگی نفس و استریدور (۸۸/۸٪) بوده و سایر علائم نیز عبارتند از: سرفه (۷۷/۷٪) حملات برونکواسپاسم مشابه آسم (۳۳/۳٪) و هموپتیزی (۱۱/۱٪). رادیوگرافی و سی تی اسکن گردن و قفسه سینه در تمام بیماران قبل از جراحی انجام شده بود و سی تی اسکن در تمامی بیماران قادر به نمایان ساختن محل درگیری تومور در تراشه و درجه تهاجم موضعی آن بود ولی به کمک رادیوگرافی لاترال گردن و قفسه سینه تنها در ۵/۵٪ موارد، تومور قابل رویت بود. تصویر شماره (۱) رادیوگرافی قفسه سینه و تصویر شماره (۲) سی تی اسکن یک بیمار مبتلا به آدنوئید سیستیک کارسینوما تراشه در مجاورت کارینا نشان می دهد.

برونکوسکوپي رژيد قسمت اندولومينال تومور خارج شده و سپس جهت ادامه درمان راديوتراپي، ارجاع گرديدند. از ۷ بيماري که تحت رزکسيون جراحی قرار گرفتند ۲ بيمار به علت درگيري ميكروسکوپي مارژين رزکسيون بعد از جراحی (۲۸/۴٪) تحت راديوتراپي بعد از عمل قرار گرفتند. و بيماراني که بعد از رزکسيون جراحی درگيري ميكروسکوپي مارژين نداشته اند، تنها پي گيري شدند. در طی پي گيري سه ساله بيماران تنها يک بيمار فوت نمود. (يکماه بعد از جراحی به علت عارضه پنوموني اسپراسيون). ولي بقيه (۸/۸٪) بيماران زنده بودند ميزان عود نيز بعد از درمان تنها در يک بيمار دو سال بعد از اتمام درمان ديده شد. که تحت رزکسيون مجدد جراحی و راديوتراپي بعد از جراحی مجدد قرار گرفت و تا زمان نگارش مقاله نيز عودي در همان بيمار ديده نشد.

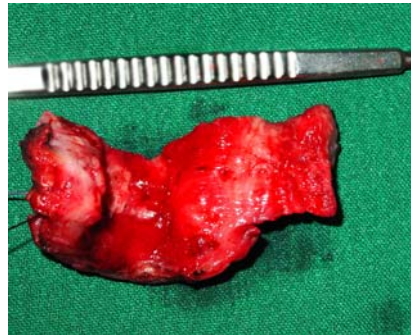
### بحث

بدخيمي هاي تراشه ۰/۲٪ کل بدخيمي هاي سيستم تنفسي را شامل مي گردد. شايعترين بدخيمي هاي تراشه در افراد بزرگسال سرطان سلول سنگفرشي و آدنوئيد سيستیک کارسینوما تراشه مي باشد (۳).

شيوه آدنوئيد سيستیک کارسینوما تراشه اغلب در مردان و در دهه ششم سني مي باشد (۴). در مطالعه ما اين تومورها در خانم ها شايعتر بوده و متوسط سن ابتلا بيماران ۵۶/۳ سال بوده است. خاستگاه اين تومور از غدد برونکيال بوده که از نظر بافت شناسي جزء غدد بزاقی بوده و قدرت ترشح موكوس داشته و حاوی سلول های اپيدرمونيد بوده و مصرف سيگار و تنباکو جزء فاکتورهای خطر در اين تومور نمی باشد (۲).

همان طور که Koroleva و Perelman در سال ۱۹۸۷ بيان داشتند وقتی که قطر داخلي تراشه به ۱/۳ حد عادی به علت تومور تنگ گردد بيماران علامتدار می گردند و علامت شايع باليني در اين بيماران سرفه و تنگی نفس فعاليتی (۸۵٪) و استرايدور (۸۰٪) می باشد. ساير علائم باليني در اين بيماران عبارتند از: علائم برونکواسپاسم مشابه آسم و هموپتزی (۲۰٪) و پنومونی

تصوير شماره (۳) نمونه رزکسيون آدنوئيد سيستیک کارسینوما تراشه بعد از عمل جراحی ضايحه در ثلث تحتانی تراشه يکي از بيماران را نمايان می سازد. و تصوير شماره (۴) نيز متد آناستوموز به کار رفته در بيمار را نمايان می سازد.



تصوير ۳- نمونه رزکسيون جراحی آدنوئيد سيستیک کارسینوما ثلث تحتانی تراشه



تصوير ۴- آناستوموز دوانتهای تراشه را بعد از رزکسيون تومور با اپروج توراکوتومی پوسترولاترال.

در بيماراني که تحت رزکسيون تراشه قرار گرفتند بعد از اتمام جراحی تمامی بيماران در اطاق عمل اکستوبه شده و شش بيمار سير درمانی بعد از جراحی را به خوبی و بدون عارضه گذراندند ولي تنها در يک بيمار به علت کهولت سن و بروز عارضه پنومونی ناشی از اسپراسيون يکماه بعد از جراحی فوت نمود (۱۴/۲٪). دو بيمار به علت محل نامناسب تومور، کاندید رزکسيون جراحی نبودند، يک بيمار شروع ضايحه در ۱ سانی متری زیر تارهای صوتی بوده و به علت نیاز به لارنژکتومی و عدم تمايل بيمار جراحی انجام نشد و بيمار ديگر به علت انتشار ضايحه به زیر کارينا و درگيري برونش اصلی چپ جراحی صورت نگرفت در اين دو بيمار ابتدا به

ارزیابی تومورهای تراشه دقیق ترین روش تصویر برداری ذکر نموده اند (۸).

در مطالعه ما در تمامی بیماران رادیوگرافی لاترال گردن و قفسه سینه و سی تی اسکن قبل از جراحی انجام شد. در تمامی بیماران در سی تی اسکن به خوبی محل ضایعه و درجه تهاجم موضعی قابل رویت بوده است ولی تنها در ۵/۵۵٪ بیماران در گرافی لاترال گردن و قفسه سینه ضایعه قابل رویت بوده است. در مطالعه ای که Grillo و همکاران در سال ۱۹۹۰ انجام داده اند، به این نکته تأکید داشته اند که تمامی بیماران قبل از هر تصمیم گیری درمانی نیاز به ارزیابی با برونکوسکوپی رژید تحت بیهوشی عمومی داشته و امکانات Frozen Section و رزکسیون تراشه در همان زمان باید در اطاق عمل مهیا باشد تا بر اساس پاسخ پاتولوژی و محل درگیری در تراشه تصمیم گیری مناسب درمانی صورت گیرد (۹). در مطالعه ما تمامی بیماران بعد از انجام اقدامات تصویر برداری تحت بیهوشی عمومی ارزیابی با برونکوسکوپی رژید و نمونه برداری از ضایعه انجام شد و در ۷ بیمار رزکسیون جراحی انجام شد که در سه بیمار از این ۷ بیمار جراحی در همان زمان و بر اساس پاسخ Frozen Section انجام گرفت و در ۴ بیمار دیگر جراحی در زمان دیگر صورت پذیرفت. رزکسیون تراشه و آناستوموز دوانتهای آن اغلب نیاز به تکنیک های متعدد آزاد سازی تراشه داشته تا حداقل کشش بر روی آناستوموز وارد گردد که اغلب در آدنوئید سیستیک کارسینوما تراشه این امر ممکن می باشد و طبق مطالعه Gaissert و همکاران در سال ۲۰۰۴ انجام داده اند بهترین روش درمان در آدنوئید سیستیک کارسینوما تراشه رزکسیون جراحی ضایعه می باشد که با طول عمر طولانی در بیماران همراه می گردد (۱۰).

در مطالعه Grillo و همکاران که در مورد ۱۹۸ تومور تراشه (سرطان سلول سنگفرشی و آدنوئید سیستیک کارسینوما) انجام شد، در ۷۴٪ بیماران اکسیژون جراحی ضایعه ممکن بوده که در ۶۶٪ بیماران رزکسیون تراشه و بازسازی اولیه تراشه صورت گرفت و مورتالیتی جراحی تنها در ۵٪ بیماران رخ داد و به علت طول عمر

عودکننده (۵٪). متوسط فاصله زمانی بین شروع علائم و تشخیص بیماری حدود دوازده ماه می باشد (۵). در مطالعه ما شیوع علائم عبارت بودند از: تنگی نفس و استرایدور (۸/۸٪) و سرفه (۷/۷٪)، حملات برونکواسپاسم مشابه آسم (۳/۳٪) و هموپتزی (۱/۱٪). شیوع آدنوئید سیستیک کارسینوما در تراشه بسیار بیشتر از برونش ها می باشد و این تومور قدرت انتشار در مسیر های ساب موكوزال و پری نورال را داشته که خود دال پرشیوع بالاتر درگیری میکروسکوپی در مارژین رزکسیون این تومورها بعد از جراحی می باشد. درگیری غدد لنفاوی موضعی تنها در ۱۰٪ این بیماران دیده شد و گاهی متاستاز دوردست به ریه، استخوان و مغز نیز گزارش شده است. این تومورها اغلب رشدی کند داشته و طول عمر این بیماران بعد از درمان طولانی می باشد (۶).

در مطالعه ای که Maziak و همکاران در سال ۱۹۹۷ در مورد ۳۸ بیمار میتلاء به آدنوئید سیستیک کارسینوما تراشه داشته اند متاستاز لنفاوی در بیماران بسیار ناشایع بوده ولی در ۱۷ بیمار وی دچار متاستاز دوردست شده اند که شایع ترین آنها متاستاز ریوی (در ۱۳ بیمار) بوده است (۱).

در مطالعه ما در طی دوران پی گیری سه ساله در هیچ بیماری متاستاز دوردست رویت نشد و تنها در یک بیمار بعد از درمان عود موضعی دیده شد در واقع این پی گیری کوتاه مدت می تواند عامل عدم تشخیص متاستاز دوردست در بیماران ما باشد زیرا اغلب به علت سیر کند این تومورها این عارضه چندین سال بعد از درمان اولیه دیده می شود. مطالعات متعددی به بررسی نقش تصویر برداری در نمایان ساختن این تومورها پرداخته اند.

در مطالعه ای که توسط Weber و Arillo در سال ۱۹۹۲ انجام شده بود رادیوگرافی لاترال در وضعیت هیپراکستانسیون گردن و قفسه سینه گاهی قادر به نمایان ساختن تومور بوده ولی به علت اطلاعات اندکی که در مورد محل ضایعه، درگیری موضعی و غدد لنفاوی درگیر به دست می آید روش دقیقی در ارزیابی قبل از عمل نمی باشد (۷). در مطالعه ای که Kauczor و همکاران در سال (۱۹۹۶) انجام داده اند اسکن سه بعدی<sup>۱</sup> را در

<sup>۱</sup> - Helical CT Scan

در مطالعه ای که Mazika و همکاران در سال ۱۹۹۶ انجام داده اند ۶ بیمار با آدنوئید سیستیک کارسینوما تراشه گزارش نموده اند که رادیوتراپی به عنوان درمان اصلی در آنها انجام و متوسط طول عمر ۶/۲ سال داشته اند (۱).  
در مطالعه ای که توسط Muller و همکاران در سال ۲۰۰۰ انجام شد، بیماری با آدنوئید سیستیک کارسینوما ثلث تحتانی تراشه با درگیری کارینا و هر دو برونش اصلی گزارش شد که به کمک رادیوتراپی (۶۶ Gy ظرف ۷ هفته) بهبود کامل کلینیکی و هیستولوژیک پیدا کرده و ۲۷ ماه بعد از درمان نیز عود نداشته است (۱۴). در مطالعه ما رادیوتراپی به عنوان درمان کمکی بعد از عمل دو بیمار انجام شد که مارژین رزکسیون جراحی درگیری میکروسکوپی داشتند (۲۲/۲٪) و به عنوان درمان اولیه در ۲ بیمار (۲۲/۲٪) که به علت محل نامناسب ضایعه کاندید جراحی نبودند، انجام شد.

### نتیجه گیری

به دلیل رشد کند آدنوئید سیستیک کارسینوما تراشه رزکسیون جراحی این ضایعه بهترین متد درمانی این بیماران است اما در صورت درگیری میکروسکوپی مارژین جراحی بعد از عمل رادیوتراپی به عنوان درمان کمکی بعد از عمل توصیه می شود. در بیمارانی که کاندید رزکسیون جراحی به علت محل نامناسب تومور نمی باشند رادیوتراپی به عنوان درمان اولیه مؤثر در بیماران توصیه می شود.

مناسب بعد از جراحی وی نیز بهترین متد درمان این تومورها را رزکسیون جراحی تراشه دانسته است (۹).

در مطالعه دیگری که توسط Gaissert و همکاران در سال ۲۰۰۵ انجام شده بود رزکسیون لارنگوتراکتال با بازسازی اولیه برای آدنوئید سیستیک کارسینوما ساب گلو تیک با حفظ صدا با حداقل موربیدیتی و طول عمر مناسب توصیه شده است (۱۱).  
در مطالعه ما ۷۷/۷٪ بیماران تحت رزکسیون جراحی تراشه با بازسازی اولیه قرار گرفتند و تنها یک بیمار بعد از جراحی به علت عارضه پنومونی اسپراسیون فوت نمود. (۱۴/۲٪). در مطالعه ای که توسط Pearson و همکاران در سال (۱۹۸۴) انجام شد به این نکته اشاره شد که نتایج جراحی بیماران با آدنوئید سیستیک کارسینوما تراشه حتی در موارد درگیری میکروسکوپی مارژین یا همراهی با متاستاز ریوی بسیار خوب بوده است (۱۲).

در مطالعه Grillo و همکاران نتایج جراحی تنها یا جراحی با رادیوتراپی بعد از عمل بهتر از درمان رادیوتراپی بوده و این مؤلفین بهترین متد درمان در بیماران با آدنوئید سیستیک کارسینوما تراشه را رزکسیون جراحی دانسته اند (۹).

در مطالعه ای که Regnard و همکاران در سال ۱۹۹۶ انجام داده اند تأثیر افزایش طول عمر با انجام رادیوتراپی بعد از عمل تنها در بیمارانی گزارش شده که رزکسیون جراحی ناکامل داشته و مارژین رزکسیون درگیر بوده است. و وجود متاستاز ریوی نیز منجر به کاهش طول عمر می گردد و در بیمارانی که کاندید رزکسیون جراحی نمی باشند نیز رادیوتراپی درمانی مؤثر می باشد (۱۳).

\*\*\*\*\*

### References

- 1- Maziak DE, Todd TR, Keshaviee SH, Winton TL, Van Nostrond P et al. ACC of the airway: thirty-two-year experience. J Thorac-Cardiovasc-Surg, 1996; 112(6): 1522-31.
- 2- Lin CM, Liaf, Wu LH, Wu YC, Lin FC, Wang LS et al: ACC of the trachea and bronchus—a clinicopathologic study with DNA flow cytometric analysis and oncogene expression, Eur J cardiothoracic Surg 2002; 22: 621.
- 3- Shield VI, Locicero J, Ponn R, Rusch V. Benign and malignant tumors of trachea. In: Faber P, Warren W, editors. General Thoracic Surgery. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005 p.1068.
- 4- Hazma K, Miyoshi S, Akashi A, Yasumitsu T, Moeda H et al. Clinicopathological investigation of 20 cases of primary tracheal cancer. Eur J cardiothorac Surg 2003; 23(1): 1-5.

- 5- Pereman MI, Koroleva NS. Primary tumors of trachea, In Grillo HC, Eschapaspe H(eds): international trends in general thoracic surgery. Philadelphia: WB Saunders; 1987. p .91.
- 6- Compeau CG, Shaf Kesharjee S. Management of Tracheal Neoplasm. The Onologist 1996; 6(1): 347-353.
- 7- Weber AL, Grillo H. Tracheal lesions-assessment by conventional films, computed tomography and magnetic resonance imaging. Israel J Med Sci 1992; 28: 233.
- 8- Kauczor HU, Wolcke B, Fischer B, Mildenerger P, Lorenz J et al. Three-dimensional helical CT of the traheobronchial Tree, evaluation of imaging protocol and assessment of suspected stenosis with bronchoscopic correlation. Am J Roentgenol 1996; 167: 419.
- 9- Grillo HC, Mathisen DJ. primary tracheal tumors: treatment and results. Ann Thorac Surg 1990; 49(1): 69-77.
- 10- Gaissert HA, Grillo HC, Shadmehr MB, Wright CD, Gokhale M et al. long-term survival after resection of primary adenoid cystic and squamous cell carcinoma of the trachea and carina. Ann Thorac Surg 2004; 78(6): 1889-96.
- 11- Gaissert HA, Grillo HC, Shadmehr MB, Wright CD, Gokhale M et al. laryngotracheoplastic resection for primary tumors of the proximal airway. J Thorac Cardiovasc Surg 2005; 129(5): 1006-9.
- 12- Pearson FG, Todd TR, Cooper JD. Experience with primary neoplasm of the trachea and carina. J Thorac Cardiovasc Surg 1984; 88(4): 511-8.
- 13- Regnard JF, Fourquier P, Levasseur P et al. Results and prognostic factors in resections of primary tracheal tumors, a multicenter retrospective study. The French Society of Cardiovascular Surgery. J Thorac Cardiovasc Surg 1996; 111(4): 808-13.
- 14- Muller A, Stockamp B, Schnabel T et al. Successful primary radiation therapy of adenoid cystic carcinoma of the lung. Oncology 2000; 58(1): 15-7.

\*\*\*\*\*

**Abstract****Report 9 cases of adenoid cystic carcinoma of trachea**

Fatahi Masum SH. MD, Bagheri R. MD, Mokhtari Amirmajdi N. MD

**I ntroduction:** Primary malignant neoplasm of trachea are very rare and there is limited information about them. Adenoid cystic carcinoma is a slow-growing malignant tracheal tumor and the best method of treatment is surgical resection. This study was conducted for evaluation of patients with adenoid cystic carcinoma of trachea after treatment.

**Materials and Methods:** In this descriptive study, all patients treated for adenoid cystic carcinoma between 1995 to 2006 in Mashad Ghaem hospital and Tehran Imam Khomeini hospital, were analyzed statistically.

**Results:** Of nine patients, female to male ratio was 2/1, the mean age of patients was (56.3) years, dyspnea and stridor were the most common presenting symptoms (88.8%) and CT scan was the best diagnostic imaging method. The most common site of involvement was in lower third of trachea (44.4%). (77.7%) of patients underwent surgical resection, hospital mortality after tracheal resection occurred in one patient due to complication (14.2%) aspiration pneumonia. During three years follow up just one patient (11.1%) had tumor recurrence and resection with post operative radiotherapy was performed in this cases overall three-year survival was 88.8%.

**Conclusion:** Because of the nature of adenoid cystic carcinoma in trachea, surgical resection is the best method of treatment, but if surgical margin is positive, post operative radiotherapy will be necessary. In patients who are not candidates for resection, radiotherapy can be an effective alternative treatment.

**Keywords:** Adenoid cystic carcinoma, Cylindroma, Trachea, Treatment