

گزارش یک مورد نادر متاستاز جلدی سرطان حنجره به شکل آبسه

دکتر رامین آذرهوش^۱، دکتر محمدحسین تازیکی^۲

چکیده

متاستازهای جلدی کارسینوم حنجره بسیار نادر هستند. ما یک مورد کارسینوم متاستاتیک حنجره را که به شکل آبسه پوستی در ناحیه باسن بیمار تظاهر کرده است، شرح داده‌ایم. این بیمار ۷۵ ساله مذکر دچار تغییر و گرفتگی تدریجی صدا شده بود و پس از بیوپسی با تشخیص کارسینوم سلول سنگفرشی حنجره مورد عمل جراحی لارنژکتومی و دیسکسیون رادیکال گردنی قرار گرفت. حدود ۱۸ ماه بعد، متوجه ایجاد توده‌ای گرم و حساس در ناحیه باسن خود می‌شود که تدریجاً رشد کرده و بزرگ‌تر می‌شود و در نهایت از نظر بالینی به شکل یک آبسه جلدی تظاهر می‌نماید. پس از برداشت جدار آبسه و ارسال نمونه به آزمایشگاه پاتولوژی کارسینوم سلول سنگفرشی متاستاتیک تشخیص داده می‌شود. بیمار سه ماه پس از آن فوت می‌نماید. علی‌رغم نادر بودن کارسینوم متاستاتیک جلدی حنجره بایستی در مورد هر بیماری که به ضایعه جلدی متعاقب کانسر حنجره مبتلا گردیده است، مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: کارسینوم حنجره، متاستاز جلدی، گزارش مورد

۱- استادیار پاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، نشانی: مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان، بخش پاتولوژی، تلفن: ۴-۲۲۲۰۵۶۱-۰۱۷۱

۲- استادیار گوش و حلق و بینی دانشگاه علوم پزشکی گرگان

مقدمه

کارسینوم حنجره ضایعه نئوپلاستیکی است که عمدتاً در مردان سیگاری اتفاق می‌افتد و اکثریت قریب به اتفاق آنها را کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC)^۱ تشکیل می‌دهد (۱). این تومور ممکن است در نواحی مختلف حنجره شامل ناحیه بالای گلو^۲، مانند چین‌های آری‌اپی‌گلو تیک^۳، طناب‌های کاذب و بطن‌ها، ناحیه گلو تیک^۴ شامل طناب‌های صوتی حقیقی، کامیسورهای قدامی و خلفی^۵ یا در ناحیه زیر گلو تیک زیر طناب‌های صوتی بالای اولین حلقه تراشه دیده شود (۲). دیسپلازی^۶ خفیفی که در اپی‌تلیوم حنجره برخی از افراد سیگاری مشاهده می‌شود، ممکن است پیشرفت نموده و به دیسپلازی شدید و نهایتاً کارسینوم درجا^۷ ختم گردد و آن مقدمه‌ای است برای ایجاد کانون‌های کوچکی از تهاجم و بروز کارسینوم سلول سنگفرشی مهاجم (۲). تغییرات اپی‌تلیوم حنجره در کارسینوما به شکل ضخیم‌شدگی موضعی سفیدرنگ و یا قرمز رنگ بروز می‌کند که به دلیل وجود کراتوز (افزایش لایه‌های شاخی شده سطحی) در آن نامنظمی دیده می‌شود. متاستازهای کارسینوما حنجره در طی یک روند طولانی از رشد تومور اتفاق می‌افتد و معمولاً به بافت‌های اطراف در گردن محدود می‌گردد که گفته شده تا نیمی از موارد در زمان تظاهر بیماری متغیر است ولی متاستازهای دوردست حتی در مراحل پیشرفته بیماری ناشایع است (۱ و ۳ و ۴).

معرفی بیمار

بیمار مرد ۷۵ ساله‌ای اهل و ساکن گرگان و کشاورز

می‌باشد که حدود ۱/۵ سال پیش به دلیل گرفتگی صدا در موقع صحبت کردن به کلینیک گوش و حلق و بینی مراجعه کرده و به علت تشخیص وجود توموری در ناحیه گلو حنجره مورد عمل جراحی قرار گرفته است. تشخیص نهایی پس از عمل و برداشت تومور مذکور، کارسینوما سلول سنگفرشی (SCC) حنجره در Stage II بوده است. لذا متعاقب آن بیمار تحت عمل لارنژکتومی + دیسکسیون رادیکال گردن^۸ قرار گرفت و با حال عمومی رضایت‌بخش از بیمارستان مرخص گردید.

یک تا دو ماه پیش از بستری اخیر، متوجه وجود توده‌ای در ناحیه باسن^۹ گردیده که این توده تدریجاً بزرگ‌تر شده و شکل یک کورک به خود گرفت. سپس با رشد بیشتر شبیه به آبسه درآمده دردناک و زخمی شد. در عین حال تومور اندام‌های تحتانی در بیمار پیدا شده که به هنگام استراحت برطرف نمی‌شده و بدون درد بوده است. در مراجعه به جراح توده مذکور که به پوست روئی چسبندگی داشته است، بدون ظن به وجود یک بدخیمی احتمالی رزکسیون شده و در آزمایش هیستوپاتولوژی، تشخیص کارسینوم سلول سنگفرشی متاستاتیک داده شده است. در مطالعه میکروسکوپی با رنگ آمیزی متعارف هماتوکسیلین و اتوزین^{۱۰} صفحات^{۱۱} سلولی تومورال متشکل از سلول‌های سنگفرشی با آتپیی واضح سیتولوژیک در درم با گسترش بافت زیرجلدی دیده شد که در برش‌های متعدد ارتباطی با اپیدرم سطحی نداشتند (تصویر یک). بدون این که درمان اختصاصی برای بیمار انجام گیرد، بیمار سه ماه پس از رزکسیون ضایعه متاستاتیک جلدی، دچار دیسترس پیشرونده تنفسی گردیده و

^۸ Radical Neck Dissection

^۹ buttock

^{۱۰} H&E

^{۱۱} sheets

^۱ Squamous cell carcinoma

^۲ supraglottic

^۳ aryepiglottic

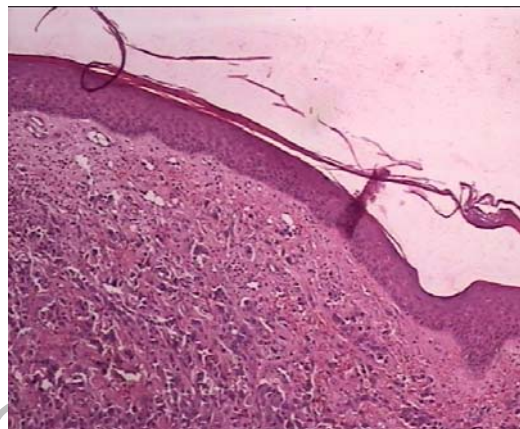
^۴ glottic

^۵ Ant. & Post. Commissures

^۶ dysplasia

^۷ carcinoma insitu

علی‌رغم درمان‌های حمایتی به دلیل توقف قلبی - تنفسی فوت می‌نماید. بررسی‌های معمول مبین عارضه متاستاتیک دیگري نبوده‌اند.



تصویر ۱: متاستاز جلدی تومور (ارتشاح داخل درمی سلول‌های سنگفرشی تومورال) رنگ‌آمیزی H&E، درشت‌نمایی $100\times$

بحث

کارسینومای سلول سنگفرشی (SCC) مسؤول ۹۵ درصد از سرطان‌های حنجره می‌باشد. این کارسینوم شایع‌ترین بدخیمی در دستگاه تنفسی فوقانی نزد بالغین محسوب می‌گردد. اکثر بیماران در دهه ۶ یا ۷ زندگی به این بیماری مبتلا می‌گردند و حدود ۸۰-۹۰ درصد آنان مرد هستند. کشیدن سیگار به عنوان مهم‌ترین عامل محیطی در ایجاد این سرطان مسؤول دانسته شده است که هم می‌تواند به عنوان آغازگر^۱ و هم به عنوان پیش‌برنده^۲ عمل نماید (۲و۱).

از نظر میکروسکوپی در کانسره‌های سلول سنگفرشی حنجره تغییرات اپی‌تلیالی به شکل ضخیم‌شدگی موضعی سفید یا قرمز رنگ تظاهر می‌نماید که گاه در آن نامنظمی سطح به دلیل کراتوز^۳ دیده می‌شود ولی گاه ضایعات کانسری به شکل زگیلی یا زخمی به رنگ سفید تا صورتی تظاهر می‌نماید (۲). معمولاً مبتلایان به کارسینوم حنجره با خشونت صدا مراجعه

می‌نمایند. حدود ۶۰ درصد در هنگام نشان دادن اولین تظاهر بالینی خود محدود به حنجره هستند بعداً می‌توانند ایجاد درد، دیسفاژی و هموپتیزی نمایند که در این حالت فرد مبتلا به دلیل ضایعات اولسراتیو شدیداً به عفونت‌های ثانویه حساس می‌باشد (۳و۴).

تومورهای حنجره معمولاً به طور مستقیم از طناب‌های صوتی منشاء می‌گیرند. ولی ممکن است بالاتر یا پایین‌تر از طناب صوتی، روی اپی‌گلوت یا چین‌های آری‌اپی‌گلوتیک یا سینوس‌های پیریفرم نیز آغاز گردند. آنهایی که به خود حنجره محدود هستند، داخلی^۴ گفته می‌شوند ولی آنهایی که از خارج حنجره منشاء گرفته‌اند، یا به خارج گسترش یافته باشند، خارجی^۵ اطلاق می‌گردد (۳). منشاء تومور مطابق با آمارهای معتبر ارائه شده ۵۹ درصد موارد در گلوت، ۴۰ درصد در سوپراگلوت و یک درصد در اینفراگلوت^۶ است (۴).

از نظر پاتولوژی، کارسینوم حنجره همانند سایر کارسینوم‌های سلول سنگفرشی در سایر نقاط بدن در ابتدا به شکل ضایعات درجا^۷ آغاز می‌گردند. درجه آناپلازی تومورهای حنجره شدیداً متغیر است. کارسینوم‌های درجا در ۳۳ تا ۹۰ درصد موارد به طرف کارسینوم مهاجم پیشرفت می‌کنند. حتی گفته شده که با درمان مناسب نیز ۳۶ درصد از آنان به کارسینوم مهاجم تبدیل می‌گردند. این پیشرفت به شکل یک روند کاملاً آهسته صورت می‌گیرد. متاستازهای گردنی از ۲۴ درصد تا ۵۲ درصد در زمان تظاهر بیماری متغیر است. متاستازهای دوردست حتی در مراحل پیشرفته بیماری ناشایع است (۱و۳و۴).

^۴ intrinsic
^۵ extrinsic
^۶ infraglottis
^۷ insitu

^۱ initiator
^۲ promotor
^۳ keratosis

تومور حنجره پرداخته شده که مشابه با مورد ما به شکل یک آبسه جلدی تظاهر کرده‌اند با این تفاوت که این آبسه‌ها همراه با سلولیت و در ناحیه گردن بیماران بوده‌اند. بیوپسی جدار یکی از این آبسه‌ها در زمان درناژ و پیگیری دقیق بیمار منجر به تشخیص زودرس کارسینوم‌های مخفی (occult) حنجره شده است (۹).

بوتونی و همکاران در مقاله خود به معرفی یک مورد از کارسینوم متاستاتیک حنجره پرداخته‌اند که در آن ضایعات پلاک مانند اریتماتو و انفیلتراتیو در ناحیه سوپراکلاویکولار و اینفراکلاویکولار ۵ سال پس از تشخیص و درمان تومور اولیه در حنجره، پدید آمده است و به گفته آنان اولین مورد گزارش شده متاستاز جلدی آماسی ناشی از کارسینوم اپیدرموئید حنجره در منابع علمی بوده است (۱۰).

همچنین کاسل و دبویس در مقالات جداگانه به توصیف دو مورد از کارسینوم حنجره که به پوست متاستاز داده و تظاهر نامعمول داشته‌اند، اشاره نموده‌اند (۱۱ و ۱۲).

بنابراین در هر بیماری که سابقه‌ای از کارسینوما حنجره داشته باشد و یا در بیوپسی ضایعه جلدی بیماری بدون علائم لوکالیزه با تومور سنگفرشی (SCC) متاستاتیک مواجه شویم، بایستی علی‌رغم نامتعارف و نادر بودن متاستازهای جلدی به فکر احتمال وجود تومور متاستاتیک کارسینوما حنجره باشیم.

در گزارش آگونلار و همکاران چهار مورد کارسینوم متاستاتیک پوست (اپیدرموتروفیک) گزارش شده است که یکی از آنها از منشاء آدنوکارسینوم پستان، دو عدد از منشاء روده بزرگ و چهارمی از منشاء کارسینوم سلول سنگفرشی حنجره بوده است. در این گزارش اشاره شده که گرفتاری متاستاتیک تومور حنجره به صورت folliculotropism بوده است (۵).

در گزارش هریچی و همکار، متاستازی از یک بیمار ژاپنی ۶۴ ساله که تومور اولیه سلول سنگفرشی حنجره داشته، توصیف شده است. متاستاز این تومور به صورت یک ندول در روی شکم تظاهر کرده است (۶).

در گزارش بهندرکار و همکاران موردی از کارسینوم سلول سنگفرشی راجعه به صورت متاستازهای متعدد پوستی تظاهر نموده شرح داده شده است. چنین متاستازهایی نادر بوده و با پروگنوز نامطلوبی همراهی می‌شود (۷).

در گزارش ووالدی و همکاران موردی از تومور متاستاتیک حنجره در پوست توصیف شده است که منشاء آن وستیبول حنجره بوده و ضایعات جلدی به شکل ندول‌های لوکالیزه در ناحیه پیشانی و بازوی مریض تظاهر نموده‌اند و این ضایعات ۲ سال پس از تومور اولیه شکل گرفته‌اند. در این بیمار پس از گذشت ۵ ماه از بروز ندول‌های متاستاتیک جلدی، متاستاز ریوی حادث شده است (۸).

در گزارش لی و همکاران به توصیف ۳ مورد متاستاز

منابع

- 1) Taxy JB. Upper respiratory tract in : Damjanov I, Linder J.: Anderson's pathology. Tenth edition. vol I. St.Louis. Mosby Company. 1996; PP: 1463.
- 2) Adams GL, Maisel RH. Malignant tumors of the larynx and hypopharynx. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA. Otolaryngology head and neck surgery. Third edition. Vol III. St.Louis.

Mosby Company. 1998; PP: 2130.

- 3) Cotran RS, Kumar V, Collins T. Robbins pathologic basis of disease. Six edition. Philadelphia. W.B.Saunders Company. 1999; PP: 765.
- 4) Thawley SE. Cysts and tumors of the larynx. In: Paparella Shumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL. : Otolaryngology. Vol 3 (head & neck). Third

edition. Philadelphia. W.B.Saunders Company. 1991; PP: 2314.

5) Aguilar A, Schoendroff C, Lopez Redondo MJ, Ambrojo P, Requena L, Sanchez Yus E.: Epidermotropic metastases from internal carcinoma. Am J Dermatol. 1991; 13(5): 452-8.

6) Horiucji N, Tagami H. Skin metastasis in laryngeal carcinoma. Clin Exp Dermatol. 1992; 17(4): 282-3.

7) Bhandarkar P, Green KM, De Carpetier JP. Multiple cutaneous metastases from laryngeal carcinoma. J Laryngil Otol. 1997; 11(7): 654-5.

8) Veraldi S, Cantu A, Sala F, Schianchi R, Gasparini G. Cutaneous metastases from laryngeal carcinoma. Dermatol Surg Oncol. 1998; 14(5): 562-4.

9) Lee WC, Walsh RM, Tse A. Squamous cell

carcinoma of the pharynx and larynx presenting as a neck abscess or cellulitis. J Laryngol Otol. 1996; 110(9): 893-5.

10) Bottoni U, Innocenzi D, Mannooranparampic TJ, Richetta A, Del Guidice M, Calvieri S. Inflammatory cutaneous metastases from laryngeal carcinoma. Eur J Dermatol. 2001; 11(2): 124-6.

11) Yucel OT, Hosal AS, Onerci A, Sokmensuer C, Skin: An unusual site of metastases in nasopharyngeal carcinoma. Otolaryngol Head Neck Surg. 1999; 121(6): 833-4.

12) Debois JM. Skin metastases from a laryngeal carcinoma. Report of a case. Cutis. 1996;57(4): 264-6.

Archive of SID