

Original Article

Epidemiology, clinical presentations and radiologic findings of nasopharyngeal cancers

Nikzad Shahidi^{1*}, Henghameh Maleki²

¹Department of Otolaryngology, Head and Neck Surgery, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

²Medical Student, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

*Corresponding author; E-mail: nikzadsh@yahoo.com

Received: 16 Mar 2020 Accepted: 30 May 2020 First Published online: 24 Feb 2021
Med J Tabriz Uni Med Sciences Health Services. 2021;42(6):642-648

Abstract

Background: The incidence and prevalence of malignant nasopharyngeal cancers (NPC) are different in each part of the world. The prevalence of this malignancy is about 0.5 in every 1000 people in the USA, while it is about 20 in every 100 people in China. This difference is due to nutritional, environmental, and genetic factors, especially for endemic regions. This malignancy is more common in men and is often seen in the sixth decade of life. We decided to do this study from the point of epidemiologic, clinical, and radiologic findings in patients with nasopharyngeal cancers.

Methods: This is a cross-sectional descriptive study of patients who were admitted to the ENT ward with the diagnosis of nasopharyngeal carcinoma from 2004 to 2014. Thirty-two patients were studied from the point of age, gender, risk factors, clinical and radiologic findings.

Results: Of 32 patients, 26 patients (%81) were male, and six patients (%19) were female. The mean age of the patients was 50.28 years old. Nineteen patients were self-employed, 4 were farmers, 3 were staffers, and 6 were house worker women. %84 of the patients had a negative family history of nasopharyngeal carcinoma. %66 of the patients had neck mass, and the second most common clinical finding was nasal obstruction. The most common site of tumor origin was the right lateral wall (%37), and the second was the left lateral wall (%28). Eight patients had erosion of the skull base, and 14 patients had tumor expansion to the paranasal sinuses and orbital cavity.

Conclusion: In patients complaining of a neck mass, nasal obstruction, and headache, nasopharyngeal cancer should be highly suspected. Nasal endoscopy and biopsy of the suspected lesion are needed for correct diagnosis and treatment.

Keywords: Nasopharynx, Cancer, Paranasal Sinuses

How to cite this article: Shahidi N, Maleki H. [Epidemiology, clinical presentations and radiologic findings of nasopharyngeal cancers]. Med J Tabriz Uni Med Sciences Health Services. 2021;42(6):642-648. Persian.

مقاله پژوهشی

اپیدمیولوژی و تظاهرات بالینی و یافته‌های رادیولوژیک در کانسره‌های نازوفارنکس

نیکزاد شهیدی^۱، هنگامه مالکی^۲

^۱ گروه گوش و حلق و بینی و جراحی سر و گردن، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۲ دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
 * نویسنده مسئول؛ ایمیل: nikzadsh@yahoo.com

دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۲۶ پذیرش: ۱۳۹۹/۳/۱۰ انتشار برخط: ۱۳۹۹/۱۲/۶
 مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تبریز. ۱۳۹۹؛ ۴۲(۶): ۶۴۲-۶۴۸

چکیده

زمینه: شیوع کارسینومای نازوفارنکس در مناطق مختلف دنیا متفاوت است. شیوع این بیماری در آمریکا حدود ۰.۵ در ۱۰۰۰ است در حالی که در چین تا ۲۰ در ۱۰۰ هزار گزارش می‌شود. علت این اختلاف بروز می‌تواند تاثیر عواملی نظیر تغذیه، عوامل محیطی و عوامل ارثی به خصوص در مناطق آندمیک بیماری باشد. این بیماری در مردان شایع‌تر از زنان بوده و بیک سنی آن دهه ششم زندگی است. با توجه به نبود مطالعه‌ای جامع جهت بررسی اپیدمیولوژیک، علایم بالینی و یافته‌های رادیولوژیک کانسره‌های نازوفارنکس، مطالعه حاضر با هدف بررسی خصوصیات اپیدمیولوژیک ۱۰ ساله و نیز علایم بالینی و یافته‌های رادیولوژیک این بیماری انجام شد.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه مقطعی-توصیفی است. روش نمونه‌گیری به صورت بررسی پرونده‌های تمام بیماران بستری شده با تشخیص کانسر نازوفارنکس در بخش گوش، حلق و بینی از سال ۱۳۸۳ لغایت ۱۳۹۳ بود. برای هر بیمار چک لیست جمع‌آوری اطلاعات تکمیل شد. نحوه ارزیابی کانسر در بیمارانی که در بخش‌های دیگر بستری شده‌اند مشابه بقیه بیماران بود، چرا که تمام بیماران تحت مشاوره با بخش گوش، حلق و بینی قرار می‌گیرند. در این مطالعه ۳۲ بیمار با تشخیص کانسر نازوفارنکس بررسی شدند. متغیرهای بررسی شده شامل سن، جنس، عوامل خطر، یافته‌های بالینی، یافته‌های رادیولوژیک شامل آروزیون‌های استخوانی سمت تومور و میزان گسترش آن بود. داده‌های به دست آمده از مطالعه با روش‌های آماری توصیفی (فراوانی- درصد- میانگین و انحراف معیار) و با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ بررسی و تجزیه تحلیل آماری شد.

یافته‌ها: در مطالعه حاضر تعداد ۳۲ بیمار بررسی شد که از این تعداد ۲۶ مورد مرد (۸۱٪) و ۶ مورد زن (۱۹٪) بودند. میانگین سنی بیماران ۲۸.۵ سال بود. ۱۹ مورد شغل آزاد (۶۰٪)، ۴ مورد کشاورز (۱۲٪)، ۳ مورد کارمند (۹٪) و ۶ مورد خانه‌دار (۱۹٪) بودند. ۲۰ مورد مصرف کننده سیگار (۶۲٪)، ۴ مورد مصرف کننده الکل (۱۲٪) بودند. ۶۶٪ بیماران دچار توده گردنی و ۵۶٪ گرفتگی بینی داشتند. شایع‌ترین محل درگیری سمت راست (۳۷٪) و سپس سمت چپ (۲۸٪) بود. در ۸ مورد آروزیون قاعده جمجمه (۲۵٪) و در ۱۴ مورد گسترش به سینوس‌های پارانازال و حفره اوربیت (۴۴٪) وجود داشت.

نتیجه‌گیری: حضور علایم بالینی مانند توده گردنی و گرفتگی بینی و سردرد بویژه در افراد سیگاری می‌تواند مطرح کننده کانسر نازوفارنکس باشد. انجام اندوسکوپی بینی و نازوفارنکس و بیوپسی از ضایعه احتمالی جهت تشخیص صحیح و شروع درمان ضروری است.

کلید واژه‌ها: نازوفارنکس، کانسر، سینوس‌های پارانازال

نحوه استناد به این مقاله: شهیدی ن، مالکی ه. اپیدمیولوژی و تظاهرات بالینی و یافته‌های رادیولوژیک در کانسره‌های نازوفارنکس. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تبریز. ۱۳۹۹؛ ۴۲(۶): ۶۴۲-۶۴۸

حق تالیف برای مولفان محفوظ است.

این مقاله با دسترسی آزاد توسط دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تبریز تحت مجوز کرییتیو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه

در نازوفارنکس اجزا بافتی گوناگونی مانند اپی تلیوم سطحی، بافت همبند و بافت لنفوییدی وجود دارد که می‌تواند دچار تغییرات بدخیمی شوند. تومورهای نازوفارنکس را می‌توان به انواع خوش‌خیم و بدخیم تقسیم‌بندی کرد (۱ و ۲). شایع‌ترین تومور اولیه بدخیم نازوفارنکس، کارسینوم نازوفارنکس است. این کارسینوم یک تومور بسیار نادر در کشورهای غربی است در حالی که در برخی کشورهای خاور دور مانند چین بسیار شایع است و سومین بدخیمی شایع در بین مردان است. شیوع این بیماری در آمریکا حدود ۰٫۵ در ۱۰۰۰ است در حالی که در جنوب چین تا ۲۰ در ۱۰۰ هزار گزارش می‌شود. علت این اختلاف در بروز می‌تواند تاثیر عواملی نظیر تغذیه، عوامل محیطی و عوامل ارثی به خصوص در مناطق آندمیک بیماری باشد. این بیماری در مردان شایع‌تر از زنان بوده و پیک سنی آن دهه ششم زندگی است (۳). با توجه به الگوی انتشار جغرافیایی این تومور به نظر می‌رسد که فاکتورهای مختلفی در پاتوژنز آن دخالت دارند. مهم‌ترین این فاکتورها جنس، نژاد، محل زندگی، رژیم غذایی، عفونت با EBV، مصرف تنباکو هستند (۴). از آنجا که مطالعه‌ای جامع در ارتباط با بررسی عوامل فردی و اجتماعی موثر بر این تومورها، بررسی علائم بالینی و خصوصیات رادیولوژیکی این بیماران در دسترس نیست، لذا بر آن شدیم به بررسی اپیدمیولوژیک کانسره‌های نازوفارنکس، شکایت و علائم بالینی را که در نهایت به تشخیص کانسره‌های نازوفارنکس منجر شده است را بیشتر بررسی کنیم.

ناحیه نازوفارنکس در خلف بینی و بالای سطح کام نرم قرار دارد. به استثنای کف، سایر جداره‌های آن غیرقابل حرکت بوده و برخلاف سایر بخش‌های فارنکس قابلیت روی هم خوابیدن را ندارد. حد قدامی نازوفارنکس از دو سوراخ کوآن خلفی تشکیل شده که از طریق آن‌ها با حفره بینی مرتبط می‌شود (۵). دیواره‌های خلفی و فوقانی از سطحی یکدست تشکیل شده‌اند که به طرف پایین و خلف شیب دارد. دیواره خلفی فوقانی با بخش بازیلاز استخوان پس سری و بخش خلفی بدن استخوان اسفونوید همراه با قوس قدامی استخوان اطلس در پایین حمایت می‌شود. لوزه حلقی (آدنوئید) در دیواره خلفی حلق قرار دارد و شامل بافت لنفوییدی است (۵). دیواره‌های جانبی نازوفارنکس در هر طرف شامل دهانه حلقی شیپور استنشاق است که در بالا و خلف آن غضروف لوله استنشاق برآمدگی به شکل J وارونه را ایجاد می‌کند که بازوی بلند آن در جهت پایین تحت عنوان چین سالپینگوفارنژیال ادامه می‌یابد و توسط عضله سالپینگوفارنژیوس ایجاد می‌شود. در پشت برآمدگی لوله استنشاق فرورفتگی حلقی (fossa of rosenmuller) قرار دارد (۵). دیواره تحتانی نازوفارنکس به وسیله کام نرم شکل می‌گیرد.

نکات کاربردی

آشنایی با علائم کانسره‌های نازوفارنکس و تشخیص به موقع و زودرس آن و در نتیجه افزایش میزان پاسخ به درمان و میزان بقای بیماران از نکات مهم و کاربردی است.

خونرسی و درناژ لنفاوی: منشا خونرسی نازوفارنکس از شاخه‌های شریان کاروتید خارجی بوده و تخلیه وریدی در بخش فوقانی به شبکه وریدی پتریگویییدی و در بخش تحتانی به شبکه حلقی صورت می‌گیرد. درناژ لنفاوی از طریق غدد لنفاوی رتروفارنژیال و زنجیره غدد لنفاوی گردنی عمقی انجام می‌گیرد (۵).

کارسینوم نازوفارنکس نسبت به دیگر کارسینوم‌های سر و گردن در سنین پایین‌تری دیده می‌شود و بیشترین شیوع آن در دهه چهارم و پنجم زندگی است. نسبت ابتلا مرد به زن حدود ۳ به ۱ است (۶). عفونت با ویروس اپشتین بار (EBV) ارتباط قوی با کارسینوم نازوفارنکس دارد. برخی متخصصین اندازه‌گیری تیتراژ آنتی‌ژن ویروسی را قبل از درمان توصیه می‌کنند به گونه‌ای که این تیتراژ می‌تواند جهت تشخیص عود به کار رود (۵). فاکتورهای خطری که معمولاً برای کارسینوم نازوفارنکس وجود دارد شامل ویروس اپشتین بار (EBV)، فاکتورهای محیطی، استعداد ژنتیکی، مصرف ماهی‌های نمک دود شده و غذاهای حاوی مواد نگهدارنده که مقادیر بالای نیتروزامین‌ها را دارند خصوصاً طی دوره بلوغ، مصرف سیگار و تماس‌های شغلی با خاک اره، فرم‌آلدئید و فوم‌های شیمیایی هستند. از طرفی مصرف چای سبز موجب کاهش خطر بروز چندین سرطان می‌شود (۱۱/۱۰/۹/۸۷).

علائم و نشانه‌های اولیه جزئی بوده و اغلب توسط پزشک و بیمار نادیده گرفته می‌شود. شایعترین علامت اولیه لنفادنوپاتی گردنی است که در ۵۰ تا ۹۰ درصد بیماران دیده می‌شود (۱۲). کانسره‌های نازوفارنکس تقریباً به طور انحصاری غده‌های مثلث خلفی را درگیر می‌کنند (۵). دیگر علائم شایع شامل ترشحات خونی، گرفتگی بینی و کاهش شنوایی به دلیل اوتیت سروژ ناشی از اختلال کارکرد شیپوراستنشاق هستند (۱۳).

علائم و نشانه‌های عصبی مانند فلج اعصاب کرانیال و سر درد در حدود ۵۰٪ بیماران دیده می‌شود. عصب زوج ۵ هم می‌تواند درگیر شده و سردرد، درد صورت یا گردن ایجاد کند (۱۲). گسترش تومور به سوراخ ژوگولار می‌تواند باعث فلج اعصاب زوج ۹، ۱۰ و ۱۱ شده و سندرم سوراخ ژوگولار را ایجاد کند (۱۲). همچنین تهاجم به چشم می‌تواند موجب پروپتوز یا هیپرتلوریزم شود. با گسترش تومور به سینوس کاورنوس اعصاب ۳ و ۴ درگیر می‌شوند. در حدود ۵٪ از بیماران متاستازهای سیستمیک مشاهده می‌شود که شایع‌ترین محل آن استخوان و سپس ریه است (۷).

سکونت، سابقه فامیلی، سابقه اجتماعی، شغل، علایم بالینی، یافته‌های رادیولوژیک شامل سمت تومور، گسترش به سینوس‌های پارانازال و اوربیت و آروزیون قاعده جمجمه بود. داده‌های به دست آمده از مطالعه با روش‌های آماری توصیفی (فراوانی- درصد- میانگین و انحراف معیار) و با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ بررسی و تجزیه تحلیل آماری شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر تعداد ۳۲ مورد بیمار مبتلا به کانسر نازوفارنکس در بخش گوش، حلق و بینی بررسی شد که از این تعداد ۲۶ مورد مرد (۸۱٪) و ۶ مورد زن (۱۹٪) بودند.

از نظر فراوانی سنی ۴ مورد در بازه سنی ۳۰-۲۱ سال (۱۲٪)، ۷ مورد در بازه سنی ۴۰-۳۱ (۲۲٪)، ۶ مورد در بازه سنی ۵۰-۴۱ سال (۱۹٪)، ۶ مورد در بازه سنی ۶۰-۵۱ سال (۱۹٪)، ۴ مورد در بازه سنی ۷۰-۶۱ سال (۱۲٪) و ۵ مورد در بازه سنی بالای ۷۰ سال (۱۶٪) بودند. میانگین سنی بیماران ۵۰٫۲۸ سال بود که بالاترین سن ۸۰ سال و پایین‌ترین سن ۲۲ سال بود. بیشترین بیماران در این مطالعه در بازه سنی ۶۰-۳۱ سال قرار داشتند که ۵۹٫۴ درصد کل بیماران را شامل می‌شدند. از نظر محل سکونت ۱۱ مورد ساکن شهر تبریز (۳۴٪) و ۲۱ مورد ساکن شهرستان‌های اطراف تبریز (۶۶٪) بودند در بین بیماران ۵ مورد (۱۶٪) سابقه فامیلی کانسر نازوفارنکس را داشتند و ۲۷ بیمار (۸۴٪) فاقد سابقه فامیلی کانسر نازوفارنکس بودند. تمامی موارد با سابقه فامیلی مثبت کانسر نازوفارنکس مرد بودند.

از بین ۳۲ بیمار بررسی شده تعداد ۲۰ مورد مصرف کننده سیگار (۶۲٪)، ۴ مورد مصرف کننده الکل (۱۲٪) بودند. از بین افراد مطالعه، ۱۰ مورد (۳۱٪) هیچگونه سابقه مصرف سیگار و الکل را نداشتند. همچنین ۳ مورد (۹٪) از افراد تحت مطالعه سابقه مصرف همزمان سیگار و الکل را داشتند.

هیچکدام از زنان سابقه مصرف الکل نداشتند. فقط ۱ زن (۳٪) سابقه مصرف سیگار داشت در حالی که مصرف سیگار عمدتاً در مردان (۵۹٪) بوده است. در مطالعه ما ۱۹ مورد شغل آزاد (۶۰٪)، ۴ مورد کشاورز (۱۲٪)، ۳ مورد کارمند (۹٪) و ۶ مورد خانه دار (۱۹٪) وجود داشت.

از نظر شکایت اصلی و علایم بالینی تعداد ۱۸ مورد با شکایت اصلی توده گردنی (۵۷٪)، ۸ مورد با گرفتگی بینی (۲۵٪)، ۳ مورد با نورالژی (۹٪)، ۱ مورد با گرفتگی صدا (۳٪)، ۱ مورد با کاهش شنوایی (۳٪) و ۱ مورد با دوبینی (۳٪) مراجعه کرده بودند. از ۳۲ مورد بیمار مورد بررسی در ۲۶ مورد CT scan انجام شده بود که در ۸ مورد (۲۵٪) آروزیون قاعده جمجمه گزارش شده بود و ۱۴ مورد (۴۴٪) بدون آروزیون استخوانی در قاعده جمجمه بودند.

زین‌لی و همکاران مطالعه‌ای روی ۳۵۱ بیمار مبتلا به کارسینوم نازوفارنکس در جنوب چین انجام دادند که از ۳۵۱ مورد، ۲۷۶ مورد مذکر (۷۸٫۶٪) و ۷۵ مورد مونث (۲۱٫۴٪) و جوان‌ترین آن‌ها ۲۱ ساله و مسن‌ترین آن‌ها ۷۳ ساله بودند. در ۱۹۱ مورد آروزیون قاعده جمجمه (۵۴٫۴٪) و در ۹۸ مورد گسترش تومور به سینوس‌های پارانازال و حفره اوربیت (۲۷٫۹٪) ثبت شده بود (۱۱). ادهم و همکاران مطالعه‌ای روی ۱۱۲۱ بیمار در ۱۳ دانشگاه اندونزی (۲۰۰۵-۱۹۹۵) انجام دادند که از ۱۱۲۱ مورد، ۷۸۹ مورد مذکر (۷۰٪) و ۳۳۲ مورد مونث (۳۰٪) و ۸۰٪ بیماران بین ۵۹-۳۰ سال بودند (۱۱). شایع‌ترین تظاهر بالینی، لغادنوپاتی گردنی در ۱۵۸ مورد (۱۴٪) و بعد از آن به ترتیب ۱۲۱ مورد (۱۱٪) مشکلات گوشی، ۱۱۶ مورد (۱۰٪) احتقان بینی، ۱۰۹ مورد (۱۰٪) ترشحات خونی، ۹۹ مورد (۹٪) سفالژی، ۸۴ مورد (۷٪) وزوز گوش و ۴۹ مورد (۴٪) دیپلوی بود. تقریباً ۱۰۰٪ کودکان اندونزی در سن ۵ سالگی حامل EBV هستند.

کیمورا و همکاران مطالعه‌ای ۱۰ ساله (۲۰۰۵-۱۹۹۶) روی ۵۲۵ مورد بیمار مبتلا به کارسینوم نازوفارنکس در منطقه کویو در ژاپن انجام دادند (۱۴). از ۵۲۵ بیمار، ۳۸۵ مورد (۷۴٪) مرد، ۱۳۴ مورد (۲۶٪) زن و ۶ مورد جنسیت نامشخص داشتند. نسبت مرد به زن ۲٫۹:۱ بود. محدوده سنی بیماران بین ۹۰-۱۳ سال و میانگین سنی ۵۵٫۲ سال بود. شایع‌ترین تظاهر، توده گردنی در ۲۶۰ مورد (۵۲٪) و سپس ۲۴۲ مورد علایم گوشی (۴۸٪)، ۱۳۸ مورد علایم بینی (۲۷٪)، ۵۱ مورد سردرد (۱۰٪)، ۴۱ مورد علایم حلقی (۹٪)، ۴۴ مورد اختلال عملکرد اعصاب مغزی (۹٪) و ۳۷ مورد علایم چشمی (۹٪) بودند. همچنین ۵۶٪ تومورها در دیواره فوقانی خلفی و ۴۱٪ در دیواره‌های جانبی و ۳٪ در دیواره تحتانی نازوفارنکس قرار داشتند. کارسینوم نازوفارنکس تغییرات فراوانی از نظر شیوع و بروز بسته به نژاد افراد منطقه و موقعیت جغرافیایی آن‌ها دارد، به همین دلیل نباید انتظار داشت که میزان بروز و ارتباط آن با برخی فاکتورهای فردی و اجتماعی با سایر مطالعات تطابق و همخوانی داشته باشد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه مقطعی توصیفی است. در این مطالعه ۳۲ بیماران با تشخیص کانسر نازوفارنکس که از فروردین سال ۱۳۸۳ لغایت اسفند ۱۳۹۳ در بخش گوش، حلق و بینی بستری شده بودند بررسی شدند. شرط ورود به مطالعه تشخیص قطعی کانسر نازوفارنکس توسط بیوپسی بود. روش نمونه‌گیری به صورت بررسی پرونده‌های تمام بیماران بستری شده با تشخیص کانسر نازوفارنکس در بخش گوش، حلق و بینی از سال ۱۳۸۳ لغایت ۱۳۹۳ بود. برای هر بیمار چک لیست جمع‌آوری اطلاعات تکمیل شد. متغیرهای بررسی شده شامل سن، جنس، محل

سیگار در بروز کارسینوم نازوفارنکس را معطوف خود می‌سازد. برای مثال از بین ۲۰ مرد مطالعه که سابقه تماس با عوامل خطر را داشتند ۱۷ مورد (۸۵٪) فقط شرح حال مصرف سیگار، ۳ مورد (۱۵٪) سابقه مصرف همزمان سیگار و الکل را داشتند. از طرفی بین زنان مطالعه تنها ۱ مورد (۱۶٪) شرح حال مصرف سیگار را داشت.

در بین افرادی که شرح حال سابقه هیچگونه عامل خطری را نداشتند ۴ مورد (۳۶٪) مرد ساکن تبریز، ۳ مورد (۲۷٪) مرد ساکن شهرستان و ۲ مورد (۱۸٪) زن ساکن تبریز و ۲ مورد (۱۸٪) زن ساکن شهرستان بودند. از طرفی در بین افرادی که سابقه مصرف همزمان سیگار و الکل را داشتند ۲ مورد (۶۶٪) مرد ساکن شهرستان و ۱ مورد (۳۴٪) مرد ساکن تبریز بودند. با توجه به آمار گرفته شده از عوامل خطر و محل اسکان بیماران ساکنین شهرستان نسبت به ساکنین تبریز مواجهه بیشتری با عوامل خطر مذکور را داشتند که در این بین ۲۰ مورد مردان سیگاری در مقایسه با ۵ مورد زنان غیر سیگاری با نسبت شغل آزاد به سایر شغل‌ها در مردان مطالعه که قبلاً بحث شد همخوانی دارد، پس مرد بودن در افراد مطالعه به دلیل افزایش احتمال مواجهه با سایر عوامل محیطی خصوصاً در شغل‌های آزاد نسبت به سایر شغل‌ها می‌تواند سبب افزایش احتمال بروز کارسینوم نازوفارنکس شود.

با توجه به درگیری سمت راست (۱۲ مورد (۴۶٪)) و سمت چپ (۹ مورد (۳۵٪)) از ۲۶ بیمار دارای سی تی اسکن، بروز علائم بالینی بیماران در محدوده بینی و گوش و درگیری جدار لترال نازوفارنکس در بیماران به طور قوی تایید کننده ارتباط بالینی بین محل ایجاد کارسینوم نازوفارنکس و علائم بالینی است که با مطالعه کیمورا و همکاران (۴۱٪) که درگیری جدار لترال نازوفارنکس داشته و شایع‌ترین علائم بالینی بعد از توده گردنی (۵۲٪) به ترتیب علائم گوش (۴۸٪) و علائم بینی (۲۷٪) است، همخوانی دارد (۱۴). در رابطه با درگیری هر دو سمت تنها در این مطالعه اشاره شده و سایر مطالعات درگیری هر دو سمت را گزارش نکرده بودند. با این حال انجام بررسی‌های بیشتر در رابطه با شیوع سمت درگیری کارسینوم نازوفارنکس می‌تواند موضوع پژوهش و بررسی‌های بعدی باشد.

در بررسی رابطه بین گسترش تومور به سینوس‌های پارانازال و حفره اوربیت با آروزیون قاعده جمجمه، تعداد ۷ مورد (۸۷٫۵٪) از بیماران با گسترش تومور دارای آروزیون استخوانی نیز بودند و تنها ۱ مورد (۱۲٫۵٪) از بیماران با گسترش تومور فاقد آروزیون استخوانی بود. از طرفی ۱ مورد (۸٪) از بیماران بدون گسترش تومور دچار آروزیون استخوانی شده و ۱۱ مورد (۹۲٪) از بیماران فاقد گسترش تومور بدون آروزیون استخوانی بودند. بنابراین چنین به نظر می‌رسد که گسترش تومور به سینوس‌های پارانازال و حفره اوربیت می‌تواند منجر به آروزیون استخوانی نیز شود. در افراد با

از ۳۲ بیمار بررسی شده در ۲۶ مورد CT scan انجام گرفته بود که از نظر سمت درگیر نتایج طبق جدول ۱ است.

از بین ۳۲ بیمار بررسی شده در ۲۶ مورد CT scan انجام شده بود که در ۱۴ مورد (۴۴٪) سینوس‌های پارانازال و حفره اوربیت درگیر بود و در ۱۲ مورد (۳۷٪) درگیری این نواحی وجود نداشت.

جدول ۱: فراوانی سمت درگیری نازوفارنکس

سمت درگیری	تعداد بیماران	درصد
راست	۱۲ مورد	۴۶/۱۵
چپ	۹ مورد	۳۴/۶۲
دوطرفه	۵ مورد	۱۹/۲۳

بحث

در این مطالعه نسبت مرد به زن ۴،۳۳ به ۱ بود که با آزمون کای دو این تفاوت معنی دار است. نتایج حاصل از این مطالعه با نتایج مطالعات قبلی زین‌لی و همکاران، ادهم و همکاران و کیمورا و همکاران (۱۴) همخوانی دارد (۱۱ و ۱۴). همچنین نسبت بیشتر مردان به زنان احتمالاً ناشی از مواجهه بیشتر افراد بررسی شده در این مطالعه با عوامل خطر محیطی (سیگار، الکل، رادیاسیون، مواد شیمیایی) در جمعیت مردان نسبت به زنان است. بیشتر مبتلایان در محدوده سنی ۴۰-۳۱ سال قرار داشتند (۷ مورد (۲۲٪)) و با توجه به پراکندگی سایر افراد مطالعه در محدوده سنی ۶۰-۳۱ سال (۱۹ مورد (۵۹/۴٪))، این مطالعه دارای نتایج مشابه با نتایج ادهم و همکاران (۵۹-۳۰ سال)، کیمورا و همکاران (۴۹-۴۰ سال)، سیلانیان و همکاران (میان سنی ۴۶ سال) دارد اما در این مطالعه افراد با سن کمتر از ۲۲ سال وجود نداشت (۱۱، ۱۴ و ۱۵).

بروز موارد کلی کارسینوم نازوفارنکس در افراد دارای شغل آزاد به بقیه شغل‌ها با نسبت ۱: ۱/۴۶ و همچنین وجود نسبت ۱: ۱/۹ در ساکنین شهرستان به شهر، در نگاه اول می‌تواند بیانگر بروز بالای کارسینوم نازوفارنکس در افراد ساکن شهرستان با شغل آزاد باشد اما در بین افراد دارای شغل آزاد این نسبت در ساکنین شهرستان به شهر ۱: ۲/۸ است که بیانگر بروز کارسینوم نازوفارنکس در مردان با شغل آزاد نسبت به سایر مردان بوده که با توجه به رغبت کمتر زنان به کار بیرون از خانه در جامعه ایرانی که می‌تواند در نتایج مطالعه تورش ایجاد کند، داشتن شغل آزاد به خصوص در جمعیت مردان مطالعه می‌تواند به عنوان عامل خطر برای ابتلا به کارسینوم نازوفارنکس مطرح باشد.

نتایج حاصل از داده‌های آماری این مطالعه در رابطه با عوامل خطر همچون مطالعات گذشته تایید کننده نقش غیر قابل انکار سیگار در بروز کارسینوم نازوفارنکس است. با این حال حضور همزمان عوامل خطر دیگری چون مصرف الکل و مواجهه با رادیاسیون و مواد شیمیایی در افراد مطالعه مقداری از سهم استعمال

قدردانی

از همه همکاران و پرستاران محترم بخش گوش و حلق و بینی که در انجام این تحقیق کمک کردند تشکر می‌کنیم. شماره پایان نامه: ۹۳/۱-۵/۷

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه در کمیته اخلاق طی نامه شماره ۵/۴/۶۷۴۵ مورخه ۹۷/۷/۱ به تصویب رسیده است.

منابع مالی

منابع مالی ندارد.

منافع متقابل

مولفان اظهار می‌دارد که منافع متقابلی از تالیف و انتشار این مقاله وجود ندارد.

مشارکت مولفان

ن ش و ه م طراحی و اجرا و تحلیل نتایج مطالعه را عهده داشتند. همچنین مقاله را تالیف نموده و نسخه نهایی آن را خوانده و تایید کرده‌اند.

References

- Weing BM, Louis BH, Roy BS, Waun KH. Multidisciplinary approach in head and neck cancer. Lippincott Raven; 1999. P. 253-349.
- Perez CA, Brady LW. Principles and practice of radiation oncology. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Raven; 1998. P. 897-941.
- Schantz SP, Harrison LB, Arlene A. Tumors of nasal cavity and paranasal sinuses. Nasopharynx, oral cavity, oropharynx49, 1. Lippincott Raven; 1998. P. 797-850.
- Nicolai P, Castelnuovo P. Nasopharyngeal cancers. In: Cummings Ch.W, Haughey B.h, Flinnt P.W, Harker L.A, Richardson M.A, et al. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery. 15th ed. Valone; 2010. P. 1348-57.
- Tami Th.A. Nasopharynx. In: Seiden AM, Tami Th.A, Pensak M.L, Cotton R.T, Glunckman J. Otolaryngology:the essentials. Thieme: United State; 2001. P. 156-8.
- Yang L, Parkin DM, Li L, Chen Y. Time trends in cancer mortality in China: 1987-1999. Int J Cancer. 2003 Sep 20;106(5):771-83. doi: 10.1002/ijc.11300. PMID: 12866039.
- Snow JB, Wackym PA, Ballenger JJ. Ballenge`s Otorhinolaryngology: Head and Neck Surgery. 17th ed. Shelton, Conn; Hamilton, Ont; London: People's Medical Pub. House/B C Decker; 2009. P. 1392-1407.
- Lee AH, Fraser ML, Meng X, Binns CW. Protective effects of green tea against prostate cancer. Expert Rev Anticancer Ther. 2006 Apr;6(4):507-13. doi: 10.1586/14737140.6.4.507. PMID: 16613539.
- Ning JP, Yu MC, Wang QS, Henderson BE. Consumption of salted fish and other risk factors for nasopharyngeal carcinoma (NPC) in Tianjin, a low-risk region for NPC in the People's Republic of China. J Natl Cancer Inst. 1990 Feb 21;82(4):291-6. doi: 10.1093/jnci/82.4.291. PMID: 2299678.
- Li JX, Lu TX, Huang Y, Han F. Clinical characteristics of recurrent nasopharyngeal carcinoma in high-incidence area. Scientific World Journal. 2012;2012:719754. doi: 10.1100/2012/719754. Epub 2012 Feb 1. PMID: 22448138; PMCID: PMC3289855.
- Adham M, Kurniawan AN, Muhtadi AI, Roedin A, Hermani B, Gondhowiardjo S, et al. Nasopharyngeal carcinoma in Indonesia: epidemiology, incidence, signs, and symptoms at presentation. Chin J Cancer. 2012 Apr;31(4):185-96. doi: 10.5732/cjc.011.10328.

- Epub 2012 Feb 7. PMID: 22313595; PMCID: PMC3777476.
12. Jia WH, Feng BJ, Xu ZL, Zhang XS, Huang P, Huang LX, et al. Familial risk and clustering of nasopharyngeal carcinoma in Guangdong, China. *Cancer*. 2004 Jul 15;101(2):363-9. doi: 10.1002/cncr.20372. PMID: 15241835.
 13. Seow A, Koh WP, Chia KS, Shi LM, Lee HP, Shanmugaratnam K. Trends in Cancer Incidence in Singapore 1968-2002. *Singapore Cancer Registry, Report No. 6, 2004.*
 14. Kimura Y, Suzuki D, Tokunaga T, Takabayashi T, Yamada T, Wakisaka N, et al. Epidemiological analysis of nasopharyngeal carcinoma in the central region of Japan during the period from 1996 to 2005. *Auris Nasus Larynx*. 2011 Apr;38(2):244-9. doi: 10.1016/j.anl.2010.07.006. PMID: 20817430.