

بررسی پنج ساله توده های نازوفارنکس بیماران بستری در مراکز امیراعلم و امام خمینی تهران طی سالهای ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۵

نویسندگان: دکتر ابراهیم رزم پا^۱، دکتر عباس ندیمی تهرانی^۲،
دکتر علیرضا جباری^۳



خلاصه

در این مطالعه سعی شده است توده های خوش خیم خصوصاً آنژیوفیبروم و تومورهای بد خیم نازوفارنکس بر اساس یک مطالعه توصیفی بر حسب متغیرهای سن، جنس و تظاهرات بالینی و انواع پاتولوژیهای نازوفارنکس در بیمارانی که نهایتاً با تشخیص توده نازوفارنکس بین سالهای ۷۰ تا ۷۵ در بیمارستان های امیر اعلم و امام خمینی علوم پزشکی تهران بستری و تحت عمل جراحی قرار گرفته اند، مورد مطالعه قرار گیرد. لذا این بیماران در دو گروه ۵۰ بیمار مبتلا به آنژیوفیبروم و ۵۰ بیمار مبتلا به انواع توده های بدخیم نازوفارنکس انتخاب و مورد مطالعه و آنالیز آماری قرار گرفتند.
کلیدواژه: نازوفارنکس، آنژیوفیبروم، تومور، کانسر، کوردوما، کارسینوم

مقدمه:

نازوفارنکس فضای آناتومیکی است که دیواره های آن در سمت بالا و عقب و اطراف سخت است و از جلو از راه کوانا به حفرات بینی ارتباط دارد. این ناحیه از قاعده جمجمه تا کام نرم soft palate ادامه دارد. از بالا به تنه استخوان اسفنوئید و بازیلر پروسس استخوان های اکسی پوت و از خلف با مهره های گردنی و از پایین در امتداد اوروفارنکس قرار دارد.

توده خوش خیم این ناحیه در اکثریت موارد آنژیوفیبروم می باشد (۱). آنژیوفیبروم شایعترین تومور خوش خیم است و شیوعی حدود ۰/۵ تا ۰/۵ در میان توده های سروگردن دارد. بیشترین سن ابتلاء ۱۲ تا ۱۸ سال می باشد و ارجحیت جنسی با جنس مذکر است (۲). در مطالعه اخیر ۵۰ مورد آنژیوفیبروم، مرد

بوده اند. شیوع علائم بین ۷ تا ۱۷ سالگی بوده و انسداد بینی، اپیستاکسی، رینوره، کاهش شنوایی انتقالی و اوتیت سرورز مدیا از علائم شایع آن می باشند (۳). علیرغم خوش خیم بودن این تومور، رفتار بالینی، درگیری قاعده جمجمه و تهاجم به داخل مغز و عود این تومور باعث ایجاد اشکالات و معضلات فراوان درمانی برای جراحان ENT، سر و گردن و جراحی اعصاب قلمداد می شود (۴، ۵، ۶، ۷). سایر تومورهای خوش خیم نازوفارنکس شامل پولیپها، فیبروم، بورس یا کیست، کرانیوفارنژیوم، ترانوم، کوردم، پایپلوم و مننژیوم اکستراکرانیال و غیره می باشند (۸).

با توجه به اینکه نوجوانان ذکور گروه ویژه ای هستند که در معرض ابتلاء به تومور نازوفارنکس خصوصاً آنژیوفیبروم می باشند، در

صورت سابقه انسداد بینی توام با خونریزی راجعه بینی و اوتیت مدیای سرورز بصورت یکطرفه در این بیماران معاینه دقیق نازوفارنکس جهت رد توده های نازوفارنکس ضروری است (۳).

همچنین شایع ترین نشویلاسم بدخیم نازوفارنکس NPC یا کارسینوم نازوفارنکس می باشد (۸). طبق طبقه بندی W. H. O توده های بدخیم شامل Type I: کارسینوم سلول سنگفرشی یا Scc کراتینیزه، Type II: کارسینوم Transitional cell یا غیر کراتینیزه، Type III: کارسینوم تمایز نیافته یا Un-differentiated Carcinoma و لنفوای تلیوما و کارسینوماهای آناپلاستیک می باشند. در امریکای شمالی حدود ۰/۲۵ در صد کل کانسرهارا تشکیل می دهند. طبق آمار

طب و تزکیه / تابستان ۱۳۷۸ / شماره ۳۳

۱- عضو هیئت علمی گروه گوش و حلق و بینی، جراحی سر و گردن، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲- عضو هیئت علمی گروه گوش و حلق و بینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳- پزشک عمومی

جدول شماره ۱: توزیع جنسی انواع توده‌های بدخیم نازوفارنکس در بیماران بستری مراکز امیر اعلم و امام خمینی تهران طی سالهای ۷۵-۱۳۷۰

جنس	مرد		زن		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
تشخیص پاتولوژی						
کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC) کراتینیزه و غیرکراتینیزه	۱۵	۳۰٪	۷	۱۴٪	۲۲	۴۴٪
کارسینوم تمایز نیافته	۵	۱۰٪	۷	۱۴٪	۱۲	۲۴٪
لنفوای تلیوما	۳	۶٪	۱	۲٪	۴	۸٪
رابدومیوسارکوم (چینی)	۲	۴٪	۲	۴٪	۴	۸٪
لنفوم بدخیم	۰	۰٪	۲	۴٪	۲	۴٪
آدنوکارسینوم	۱	۲٪	۱	۲٪	۲	۴٪
کارسینوم آتاپلاستیک	۱	۲٪	۰	۰٪	۱	۲٪
پلاسماسیتوما	۰	۰٪	۱	۲٪	۱	۲٪
کندروسارکوما	۱	۲٪	۰	۰٪	۱	۲٪
آدنوسیتیک کارسینوما	۰	۰٪	۱	۲٪	۱	۲٪
کل توده‌های بدخیم	۲۸	۵۶٪	۲۲	۴۴٪	۵۰	۱۰۰٪

است. کلیه تشخیصها بر اساس برگه آسیب شناسی پرونده مستدل می‌باشند. از میان بیماران ۵۰ مورد آئزیوفیبروم، ۳ مورد کوردوم و ۵۰ مورد نئوپلاسم بدخیم نازوفارنکس وجود داشت. سن بیماران مبتلا به آئزیوفیبروم بین ۷ تا ۲۳ سال و سن بیماران مبتلا به نئوپلاسم بدخیم نازوفارنکس بین ۳ تا ۸۰ سال بود. بیماران فوق بین سالهای ۷۰ تا ۷۵ به درمانگاه‌های ENT، جراحی اعصاب، جراحی سر و گردن و ترمیمی مراجعه و با تشخیص توده نازوفارنکس در بخش بستری و تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند.

نتایج:

از بررسی و تحقیق روی ۱۰۳ مورد بیمار

جدول شماره ۲: فراوانی شکایات و علائم بالینی در ۵۰ بیمار مبتلا به توده بدخیم (NPCs) نازوفارنکس بستری در بیمارستانهای امام خمینی و امیراعلم طی سالهای ۷۵-۱۳۷۰

علائم بالینی	فراوانی نسبی
توده نازوفارنکس	٪۱۰۰
توده گردنی (لنفادنویاتی)	٪۷۰
انسداد بینی	٪۷۸
ایستاکسی	٪۵۶
احساس پری گوش	٪۳۰
کاهش شنوایی CHL*	٪۵۴
وزوز گوش	٪۲۰
گوش درد	٪۲۸
سر درد و درد صورت	٪۷۴
درد گردنی	٪۵۰
آنوسمی یا کاهش بویایی	٪۳۶
سر گیجه	٪۲۶
کاهش وزن	٪۸۸
کاهش اشتها	٪۵۲
دیپلوی (دوبینی)	٪۱۰
گرفتاری عصب VI مغزی	٪۲۰
گرفتاری قاعده جمجمه	٪۱۴
تهاجم به سینوسهای مجاور	٪۳۰
تهاجم به اینتراکرانیم	٪۲۴
متاستاز سینتیک	٪۲۰
پروپتوز (بیرون زدگی چشم)	٪۸

* Conductive hearing loss

روش کار:

به طور کلی حدود ۱۰۳ نفر بیمار مبتلا به توده خوش خیم (آئزیوفیبروم) و نئوپلاسم نازوفارنکس که طی ۵ سال بین سالهای ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۵ به بیمارستانهای امیر اعلم و امام خمینی مراجعه و بستری شده بودند انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. مطالعه به صورت توصیفی گذشته نگر بوده و شیوه محاسبه آماری بطور دستی انجام شده بر اساس تعداد بیماران و فراوانی نسبی متغیرها مطالعه انجام گرفته است.

اهداف مورد نظر شامل تعیین فراوانی نسبی تظاهرات اصلی و شایعترین علائم و شکایات و انواع پاتولوژی توده‌های نازوفارنکس و توزیع جنسی و سنی این توده‌ها بوده است.

روش جمع‌آوری اطلاعات بر اساس مراجعه به بایگانی و مراکز کد

موجود Ballenger 1992 نئوپلاسم‌های بدخیم نازوفارنکس را ۲٪ کل بدخیمی‌های سر و گردن ذکر کرده‌اند (۹، ۱۰، ۱۱).

از نظر نسبت مرد به زن و شیوع جنسی از NPCs طبق گفته Ballenger نسبت ابتلاء در مردان ۳ برابر زنان می‌باشد (۳). سایر مومورهای بدخیم شامل: لنفوم بدخیم، آدنوکارسینوم، سیلندروم، رابدومیوسارکوم، فیبروسارکوم، پلاسماسیتوما، کندروسارکوما و ... می‌باشند (۸).

از نظر علائم بالینی این توده‌ها بسته به محل اولیه و درجه گسترش آن، عموماً شامل: توده گردنی (لنفادنویاتی گردنی)، انسداد بینی، ایستاکسی، اختلال عملکرد شیپوراستاش به صورت اوتیت سرورمدیا و کاهش شنوایی انتقالی و گوش درد، درد صورت و سردرد و درد گردنی، کاهش وزن و اشتها، ترشح از بینی و نهایتاً فلج عصب زوج ۶ و سایر اعصاب کرانیال، درگیری قاعده جمجمه و گسترش بدخل مغز در مراحل پیشرفته می‌باشند (۱، ۲، ۳).

گذاری و مطالعه پرونده بیماران مورد نظر بوده به طور کلی شایعترین تومور خوش خیم در میان

علائم بالینی توده های بدخیم در جدول شماره ۲ به تفصیل آمده است.

در اینجا به معرفی ۳ بیمار مبتلا به کوردوم نازوفارنکس می پردازیم که طی تحقیق و بررسی پرونده بیماران به طور اتفاقی با آنها روبرو شدیم.

جدول شماره ۳: مقایسه درصد فراوانی علائم بالینی بیماران مبتلا به آنژیوفیبروم نازوفارنکس طبق مطالعات محققین خارجی و مطالعه اینجانب بر روی ۵۰ بیمار بستری در مراکز امیراعلم و امام خمینی

علائم بالینی مطالعه	توده نازوفارنکس	انسداد بینی	یستاکی بینی	ترشح بینی	کاهش شنوایی	اوتیت سرورز	کام برآمده	دفوریتی صورت	پروپتز
Economou، ۸۳ بیمار	٪۱۰۰	٪۷۱	٪۷۳	٪۱۵	٪۶	٪۵	-	-	٪۷
Bremer، ۱۵۰ بیمار	٪۱۰۰	٪۸۶	٪۷۸	٪۱۲	٪۸	٪۸	٪۶	٪۱۶	٪۱۰
Spector، ۲۸ بیمار	٪۱۰۰	٪۲۵	٪۵۰	٪۲۸	٪۱۰	٪۱۰	٪۱۸	٪۵۷	٪۶
مطالعه ما، ۵۰ بیمار	٪۱۰۰	٪۹۰	٪۸۴	٪۵۰	٪۳۶	٪۳۰	٪۱۲	٪۱۰	٪۶

مورد اول: دختر بچه ۷ ساله ای بود که با

شکایات تنفس دهانی، تودماغی صحبت کردن و رگورژیتاسیون مایعات از بینی مراجعه کرده بود و طی معاینات حلق و بینی متوجه فیستول اورونازال به همراه شکاف کام و هیپرتروفی آدنوئید در وی شده بودند. در طی عمل جراحی آدنوئیدکتومی بیمار متوجه توده ای خاکستری رنگ در نازوفارنکس وی شده بودند. نهایتاً رزکسیون توده انجام شده و نمونه به دپارتمان پاتولوژی ارسال شده بود که جواب آن کوردوم بوده است. در تصویر برداری CT اسکن قاعده

پاتولوژی موجود در پرونده شان تشخیص کارسینوم سنگفرشی SCC شامل انواع کراتینیزه و غیر کراتینیزه (نوع ۱ و ۲ W. H. O) و ۲۴٪ تشخیص Undifferentiated Carcinoma داشتند.

رابدومیوسارکوم جنینی ۸٪ بیماران، لنفوای تلیومای نازوفارنکس شامل ۸٪ بیماران، ۴٪ مبتلا به لنفوم بدخیم نوع large cell و بقیه شامل آدنوکارسینوم، آدنوکیستیک کارسینوما، آناپلاستیک کارسینوما، پلاسما سیتوما و کندوسارکوم نازوفارنکس بودند.

از لحاظ توزیع جنسی بدخیمی های نازوفارنکس در مردان ۵۶٪ و زنان ۴۴٪. تومورهای بدخیم را تشکیل می دادند که به طور کامل در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

از نظر گروه سنی ۳۴٪ بیماران بین سنین ۱۰ تا ۳۹ سال بودند. ۵۶٪ سنین ۴۰ تا ۶۹ سال داشتند. محدوده سنی بین ۳ تا ۸۰ سالگی بود. میانگین سنی ۴۴ سال بود. در ضمن فراوانی نسبی

بیماران، آنژیوفیبروم می باشد که تعداد ۵۰ مورد آن تحت بررسی قرار گرفتند و همگی مرد بودند. از ۳ مورد بیمار مبتلا به کوردوم نازوفارنکس ۲ بیمار مرد و بیمار دیگر زن بودند. شایعترین گروه آنژیوفیبروم سنین بین ۱۶ تا ۱۹ سال بودند که در حدود ۶۰٪ بیماران در این گروه سنی قرار داشتند. همچنین ۳۲٪ بیماران آنژیوفیبرومی بین ۸ تا ۱۵ سال سن داشتند. از سن ۲۴ به بالا بیماری وجود نداشت. میانگین سن بستری ۱۶ سال بود. از نظر علائم بالینی بیماران مبتلا به آنژیوفیبروم ۹۰٪ انسداد بینی، ۸۴٪ ایستاکی، ۵۰٪ رینوره، ۳۶٪ کاهش شنوایی انتقالی، ۳۰٪ اوتیت سرورز مدیا داشتند و حدود ۹۰٪ بیماران واجد دو علامت انسداد بینی و ایستاکی بعنوان شایع ترین علامت آنژیوفیبروم بودند و ۳۴٪ بیماران واجد علائم انسداد بینی، ایستاکی، رینوره و کاهش شنوایی همزمان بودند.

از نظر گسترش آنژیوفیبروم و درگیری قاعده جمجمه در ۸٪ بیماران تومور به داخل حفرات جمجمه و ۸٪ درگیری قاعده جمجمه گزارش شده بود. از نظر گرفتاری اعصاب کرانیال، ۴ بیمار درگیری شاخه های حسی - صورتی زوج ۵، سه بیمار فلج عصب زوج ۶ که باعث عدم حرکت چشم به خارج شده بود، داشتند. همچنین از میان ۵۰ بیمار مبتلا به توده بدخیم نازوفارنکس، ۴۴٪ بیماران طبق گزارش

جدول شماره ۴: تومورهای خوش خیم نازوفارنکس در ۱۵۶ بیمار (اقتباس از Charles . W . Cummings & John . M . Fredrickson 1993)

نوع تومور	تعداد بیماران
توده های عروقی	۸۱
همانژیوم کاپیلر	۳۰
همانژیوم کاورنو	۵
همانژیوم وریدی	۳
همانژیواندوتلیومای خوش خیم	۳
آنژیوماتوزیس	۱
تومور گلموس	۱
آنژیوفیبروم	۳۸
توده های استخوانی یا فیبرواسئوس fibrosseus	۵۲
استئوما	۳۱
دیسپلازی فیروس	۹
فیبروم استخوانی شونده	۷
استئوبلاستوم	۱
تومور سلول زانت	
کندروما	۷۱
میگزوم	۷
فیبروم	۵
لیومیوم	۲
لیوم و رابدومیوما	۲

جدول شماره ۵ - فراوانی و درصد فراوانی توده های خوش خیم نازوفارنکس بیماران بستری در مراکز امیراعلم و امام خمینی تهران طی سالهای ۷۵-۱۳۷۰

کل توده های خوش خیم	تعداد بیماران	فراوانی نسبی
آنژیوفیبروم NP کرانیوفارنژیوما تراتوم نازوفارنکس	۵۰	۹۲/۳٪
کوردوما نازوفارنکس	۳	۵/۷٪

فراوانی نسبی توده های خوش خیم در مطالعه اخیر و مطالعه ۱۵۶ بیمار مبتلا به توده خوش خیم نازوفارنکس Charles. W. Cummings John. M. Fredrickson در جدول شماره ۴ و ۵ نمایش داده شده است.

با توجه به نتایج این مطالعه و مقایسه با مطالعات انجام شده در ممالک دیگر بنظر می رسد که شیوع آنژیوفیبروم نازوفارنکس در مملکت ما بیشتر از آمار کلاسیک است و با توجه به اینکه این بیماری منحصرأ در جنس مذکر دیده می شود، در تشخیص بیماران جوان در حوالی بلوغ که با علائمی مثل گرفتگی بینی و گوش، خونریزی مکرر از بینی مراجعه می کنند آنژیوفیبروم نازوفارنکس در اولویت اول قرار می گیرد. البته در مورد کانسر نازوفارنکس خصوصاً در مقایسه با مناطق جغرافیایی نژاد زرد این بیماری در مملکت ما از شیوع کمتری برخوردار است ولی چون اکثر علائم و تظاهرات آن به شکل غیر مستقیم مثل وجود توده یک طرفه گردن و گرفتگی گوش بروز می کند، در بررسی این بیماران حتی اگر تومور نازوفارنکس واضح دیده نشود بیوسی از مناطق احتمالی منشأ تومور مثل روزن مولر ضرورت دارد.

خلفی نازوفارنکس وی می شوند. بیمار بستری و تحت عمل جراحی قرار می گیرد و در پاتولوژی کوردومای نازوفارنکس گزارش می شود.

مورد سوم: مرد ۵۰ ساله ای بود که با شکایات انسداد و گرفتگی بینی، تنفس دهانی و خرخر شبانه، درد و سوزش گلو و حلق و بینی و گرفتگی صدا به درمانگاه مراجعه کرده بود. در معاینه به طور اتفاقی به توده ای در نازوفارنکس وی که تا دیواره جانبی (حلق) فارنکس امتداد داشت و شیب کام نرم را گرفتار کرده بود برخورد می کنند. در معاینه نکته پاتولوژیک دیگری نداشته است. تومور به طور کامل خارج می شود و پس از ارسال به پاتولوژی، تشخیص کوردوم نازوفارنکس می گذارند. همچنین در CT اسکن قاعده جمجمه نیز گرفتار بوده است.

بحث:

در جدول شماره ۳ مقایسه ای بین تظاهرات بالینی توده های نازوفارنکس در مطالعه محققین خارجی و مطالعه اخیر همچنین

جمجمه تومور به این محل Extension داده بود.

مورد دوم: پسر ۹ ساله ای بود که بدلیل علائم کوریزا با شکایات تب، درد و حساسیت روی سینوسهای فکی و ترشح چرکی خونابه ای از بینی (PND) به درمانگاه ENT مراجعه کرده بود. در معاینات بالینی لنفادنوباتی سرویکال نداشت و در عکس رادیوگرافی واترز کدورت سینوس ماگزیلر چپ قابل رؤیت بود. بیمار از چند ماه قبل از مراجعه تودماغی صحبت می کرد، ولی طی این مدت کاهش وزن و اشتها نداشته است. بیمار با تشخیص سینوزیت حاد چرکی تحت درمان آنتی بیوتیک قرار می گیرد. در مراجعات بعدی ضمن معاینه و مشاهده نازوفارنکس با آینه متوجه توده ای در دیواره

REFERENCES:

- Deweese and Sanders, Head and neck Surgery, 1994.
- Schuller, David E., Charles W., Cummings otolaryngology head and neck surgery, 1993, New York Vol: 2 Chapter: 75.
- John Jacob Ballanger and John M. Frickson, Otolaryngology head and neck surgery, 15 th. Edition, 1996.
- Gantz B., Weber RS., Nasopharyngeal. angiofibroma, head and neck surgery, Jan - Feb 1992.
- Hersh, Grimes, Angiofibroma of the Nasal cavity. *Otolaryngoilogy - head and neck surg*, April 1995.
- Mc Daniel, Houstoin G.D., Juvenile angiofibroma with lateral Extension into the cheek, *Journal of oral Maxillo facial - surg*, April 1995.
- Mc combe A, Lung recurrence in juvenile angiofibroma Rhinology, Institute of Laryngology and otology, Jun 1990.
- Robbines text book of Pathology, 1994.
- Hiockham, Amedee, Nasopharyngeal carcinoma (Histologic Pattern), *J.la. State. Medical science*, Aug. 1995.
- Jum, Mckey, Sinonasal undifferentiated Carcinoma, *American Journal of otolaryngology*, 1996:3 (17).
- AL Tun M Fandi A., Undiff Nasoph. cancer (UCNT), *Int - Radiat Oncol Biol phys.*, 1995.
- Shank E.G ; Tornwaldt'S Cyst, *Otolaryngology*, 1990.

Abstract

Nasopharyngeal Masses study of 100 patients in Imam Khomeini and Amir Alam Hospitals, Tehran Iran (1993-1998)

Ebrahim Razmpa MD¹, Abbas Nadimi Tehrani MD¹, Alireza Jabari MD²

One - hundred cases of nasopharyngeal mass were studeied during a 5 year period (1993-1998) in Imam Khomeini and Amir Alam Hospitals, in order to determine the correlation between clinical and pathological findings.

Fifty patients with nasopharyngeal angiofibroma and 50 patients with nasopharyngeal malignancy were compared for sex, age, signs, symptoms and pathology .

Key words: Nasopharynx, Angiofibroma, Tumor, Cancer, Cordoma, Carcinoma



1- *Department of Otolaryngology, Tehran University
of medical Sciences*

2- *General practitioner.*