

## اپیدمیولوژی سرطان حنجره مروری بر پرونده‌های یکصد بیمار بستری در بیمارستان امام خمینی تهران ۱۳۷۳-۱۳۶۵

نویسنده: دکتر ابراهیم رزم پا<sup>۱</sup>

### خلاصه:

سرطان حنجره تقریباً ۲-۱ درصد کل سرطانهای بدن را تشکیل می‌دهد. معمولاً بعنوان بیماری مردها شناخته می‌شود. با وجود افزایش شیوع آن در زنان در جوامع غربی در مملکت ما هنوز هم شیوع غالب در مردان است. دلایل مختلفی در مورد ایجاد این بیماری مطرح است که مهمترین آن مصرف دخانیات و الکل است، البته در مورد دخالت عوامل شغلی و تغذیه ای هم فرضیاتی مطرح است که اهم آنها تماس با گردوخاک، پنبه نسوز، مواد شیمیایی، فلزات سنگین و کار در صنایع چرمسازی و نساجی است و از کمبود ویتامینهای A و C هم بعنوان عوامل مساعد کننده نام برده می‌شود. تأثیرات مصرف سیگار و الکل بعنوان ریسک فاکتورهای اصلی در ایجاد سرطان حنجره آنقدر قوی است که مطالعه جهت بررسی اثرات سایر عوامل باید با تطبیق و حذف این ریسک فاکتورها باشد. مقاله حاضر بررسی سرطان حنجره از نظر اپیدمیولوژی با مروری بر پرونده بیماران است که طی سالهای ۷۳-۱۳۶۵ در بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان امام خمینی با تشخیص سرطان حنجره بستری بوده‌اند. مطالعه ما نشان داد که به دلیل یافت فرهنگی و اعتقادات مذهبی در کشور ما هنوز شیوع سرطان حنجره بطور بارز در مردان و حداقل ده برابر بیشتر از زنان است. علاوه بر وجود کاهش شدید مصرف الکل و کمرنگ شدن نقش آن در بعضی مناطق خاص در مملکت ما هنوز هم مصرف تریاک به عنوان فاکتور مؤثر در ایجاد سرطان حنجره مطرح است. تفاوت دیگر در این مطالعه شیوع زیادتر کانسر ترانس گلوتیک بعلت مراجعه دیر هنگام بیمار و پیشرفت بیماری است. از نظر سن شیوع، اختلاف زیادی مشاهده نشد.

با توجه به ثابت شدن نقش عوامل فوق الذکر در ایجاد سرطان حنجره هدف اصلی از این مقاله تاکید مجدد بر اقدامات پیشگیری کننده مثل ممنوعیت مصرف دخانیات و تماس کمتر با عوامل سرطان زاست. علاوه استفاده از روش های غربالگری در افراد با ریسک بالا جهت تشخیص زودرس بیماری توصیه می‌شود.

کلید واژه: حنجره، سرطان، اپیدمیولوژی، اسکواموس سل کارسینوما

### مقدمه:

سرطان حنجره تقریباً ۲-۱ درصد کل سرطان های بدن را تشکیل می‌دهد و حنجره دومین محل شایع سرطان در مجاری فوقانی تنفسی و گوارشی بعد از حفره دهان است و کارسینوم اسکواموس سل بیش از ۹۵٪ آنرا تشکیل می‌دهد. هر سال حدود ۱۲۵۰۰ بیمار جدید در آمریکا تشخیص داده می‌شود و سالانه حدود چهار هزار نفر جان خود را از دست می‌دهند (۱). مطالعات اپیدمیولوژیک متعدد نشان دهنده ارتباط قوی بین میزان مصرف دخانیات و الکل

(۱) استادیار گروه گوش و حلق و بینی و جراحی سرو گردن دانشگاه علوم پزشکی تهران

با سرطان حنجره است. این مطالعات اثرات کارسینوژنیک هر کدام از این مواد را به تنهایی بر روی مخاط حنجره ثابت کرده است و همچنین بخوبی اثر سینرژیسم هر دو در ایجاد سرطان حنجره مشخص شده است (۲). عوامل شغلی و تغذیه ای هم در ایجاد این بیماری مطرح است (۳).

شیوع سنی سرطان حنجره بیشتر در دهه ششم و هفتم زندگی می باشد (۴) و کمتر از ۱٪ در زیر سن ۳۰ سالگی است که البته در نوع سوپراگلوتیک شیوع سنی کمتر است (۵) و مطالعه ما هم مؤید همین مسئله است طوریکه یک مورد در یک پسر بچه ۱۲ ساله هم گزارش شده است (۲) از نظر نوع تومور بین ۸۸ تا ۹۸ درصد اسکواموس سل کارسینوما گزارش شده است. از نظر محل تومور در آمریکا

کارسینوژن آن بخوبی شناخته شده نیست. در مطالعه گراهام و همکاران در ۳۳۸ بیمار مرد سفیدپوست مبتلا به سرطان حنجره در مقایسه با ۳۵۹ مورد کنترل که رژیم غذایی مشخص و قابل ثبتی داشته اند، مشاهده شد که در کسانی که میزان ویتامین A و C دریافتی آنها کمتر از یک سوم مورد نیاز بدن بوده حدود سه برابر بیش از کسانی که این ویتامین را بیش از مصرف روزانه دریافت می کرده اند، بروز سرطان حنجره شایع بوده است. این آمار بعد از حذف سایر ریسک فاکتورها مثل سیگار و الکل بدست آمده است (۳). رفلاکس گاستروازوفازیال از دیگر فاکتورهای مؤثر در ایجاد سرطان حنجره است و در یک مطالعه در ایجاد سرطان دو سوم قدامی گلو ت نقش بارزتر داشته است (۹). تماس با بعضی مواد و بعضی مشاغل باعث

صنایع پلاستیک سازی ابتلای به سرطان حنجره بیشتر است (۶). بعضی فاکتورهای دیگر مثل تأثیر موتازن و وروس پاییلومای انسانی هم در ایجاد سرطان حنجره گزارش شده که نیاز به بررسی بیشتری دارد (۱۰).

### روش مطالعه:

این بررسی یک مطالعه گذشته نگر با استفاده از پرونده های بیمارانی است که از سال ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۳ با تشخیص سرطان حنجره در بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان امام خمینی تهران بستری بوده اند. جمعاً حدود ۱۵۰ پرونده ملاحظه شد که تعداد زیادی از این پرونده ها بعلت نقایص متعدد قابل بررسی نبود و از مطالعه کنار گذاشته شد و در ۱۰۰ پرونده

| گروه سنی | <۳۰ | ۳۱-۴۰ | ۴۱-۵۰ | ۵۱-۶۰ | ۶۱-۷۰ | >۷۰ | جمع  |
|----------|-----|-------|-------|-------|-------|-----|------|
| تعداد    | ۱   | ۲     | ۱۶    | ۴۶    | ۲۴    | ۷   | ۱۰۰  |
| درصد     | ٪۱  | ٪۶    | ٪۱۶   | ٪۴۶   | ٪۲۴   | ٪۷  | ٪۱۰۰ |

جدول شماره ۱- شیوع سنی سرطان حنجره در ۱۰۰ بیمار مورد مطالعه در بیمارستان امام خمینی تهران ۷۳-۱۳۶۵

۴۰ درصد سوپراگلوت، ۵۹ درصد گلو تیک و ۱ درصد ساب گلو تیک بوده است (۶). که در بیماران مورد مطالعه ما هم بیشترین شیوع در ناحیه گلو تیک بوده ولی تفاوت عمده در بیماران ما گسترش و پیشرفت قابل توجه سرطان در موقع مراجعه بیماران بوده و به همین علت منشاء اولیه تومور کاملاً قابل تشخیص نبوده است نسبت مرد به زن در سرطان ناحیه گلو تیک حدود ۶/۲ به ۱ و در سوپراگلوت کمتر ۳/۵ به ۱ است (۷) که این نشان دهنده ابتلا بیشتر سرطان ناحیه سوپراگلوتیک در زنان است (۸).

سوء تغذیه و کمبود بعضی ویتامین ها در رژیم غذایی یک فاکتور مهم و تأیید شده در بروز سرطان حنجره است (۳)، اگرچه نقش

که نسبتاً کامل تر بود جنبه های مختلف اپیدمیولوژیک سرطان حنجره مثل سن بیمار موقع تشخیص، جنس، شغل، محل زندگی، علت اصلی مراجعه، اعتیادات مثل دخانیات و الکل، محل تومور و پاتولوژی آن بررسی شد. مطالعه به صورت توصیفی و معیار انتخاب بیماران تشخیص پاتولوژی سرطان حنجره بوده است.

### نتایج و بحث:

از نظر سن بیماران موقع تشخیص همانطور که در جدول شماره ۱ مشاهده می شود بیشترین تعداد در گروه سنی ۵۱-۶۰ (۴۶ نفر) و ۶۱-۷۰ (۲۵ نفر) می باشد که این شیوع سنی با آمار سایر نقاط دنیا که بیشترین شیوع را در

افزایش میزان شیوع سرطان حنجره می شود (۴، ۹)، که میزان این افزایش با مصرف الکل و سیگار به تنهایی توجیه نمی شود. کارگران شاغل در صنایع نساجی، چرم سازی و کسانی که در معرض تماس مداوم با گرد و خاک خصوصاً در جاده ها و فلزات سبک و سنگین هستند از ریسک بالاتری جهت ابتلا به سرطان حنجره برخوردارند، در مورد پنبه نسوز، گرد و خاک، ذرات کاغذ، سیلیس و صنایع نساجی این رقم دو برابر مردم عادی است (۴). در تحقیقات دیگر ثابت شده که در سنگ تراش ها و کارگران کارخانجات سیمان، پشم شیشه، صنایع شیمیایی و بیوشیمیایی مثل اسید سولفوریک و سولفات ایزوپیل مواد معدنی گوگرد، نیکل، برلیوم و

دهه های ششم و هفتم ذکر کرده اند مطابقت دارد (۱). از نظر نسبت بین مردان و زنان تقریباً تمام بیماران با سرطان حنجره در مطالعه ما مرد بوده اند و در تعداد انگشت شماری پرونده متعلق به بیماران زنان بعد از ارزیابی مجدد ملاحظه شد که منشأ سرطان از فارتکس بوده و در واقع سرطان لارنگوفارتکس بوده که منشأ اولیه تومور دقیقاً ذکر نشده است. با توجه به آمار منتشره در سایر نقاط جهان خصوصاً جوامع

سایرین کمتر اشاره شده است. در جدول شماره ۳ دیده می شود که حدود ۸۳٪ بیماران سیگاری بوده اند که بطور متوسط به میزان ۱ تا ۲ پاکت سیگار در روز به مدت ۱۷ تا ۳۰ سال مصرف می کرده اند. تعداد ۵٪ اعتیاد به سیگار و الکل و ۷٪ اعتیاد به سیگار و تریاک داشته اند. در گروه مورد مطالعه ۵ نفر (۵٪) سیگاری نبوده اند. در یک مطالعه نشان داده شده است که ۴٪ از بیماران سرطان حنجره سیگاری

شروع تومور در این بیماران قابل اثبات نبوده است. در گزارشات در سایر نقاط جهان اکثراً شیوع تومور در گلویت یا سوپراگلوت ذکر شده و بندرت شروع تومور از ساب گلویت بوده است (۶). در بیماران ما ۱۴٪ محدود به گلویت، ۶۰٪ سوپراگلوت و در باقی بیماران تومور پیشرفته تمام نواحی گلویت و سوپراگلوت را درگیر کرده بود که دلیل وجود درصد زیاد تومور ترانس گلویتیک را می توان دیر مراجعه کردن

| محل سکونت | شرق کشور | غرب | جنوب | شمال | مرکز | جمع  |
|-----------|----------|-----|------|------|------|------|
| تعداد     | ۸        | ۳۲  | ۱۴   | ۲۳   | ۲۳   | ۱۰۰  |
| درصد      | ۸٪       | ۳۲٪ | ۱۴٪  | ۲۳٪  | ۲۳٪  | ۱۰۰٪ |

جدول شماره ۲- انتشار منطقه ای سرطان حنجره در ۱۰۰ بیمار بستری در بیمارستان امام خمینی تهران ۷۳-۱۳۶۵

غربی که نسبت مرد به زنی رو به کاهش است و در گزارشات مختلف از ۵ به ۱ تا ۳۲ به ۱ (۱۱، ۵) دیده شده است، بنظر می رسد این نسبت در مملکت ما از همه جا بالاتر است و علت اصلی آن اختلاف در فرهنگ و تأثیر اعتقادات و سن مذهبی است که اختلاف مشاغل و عادات زن و مرد را باعث می شود. از نظر محل زندگی بیماران همانطور که در

نیستند (۴). البته طبق بررسی های سایر نقاط دنیا ۸۸ تا ۹۸ درصد بیماران سرطان حنجره سیگاری هستند (۱۲). شکایت اصلی بیماران در موقع مراجعه ۶۲٪ گرفتگی صدا، ۳۴٪ دیسترس تنفسی، ۳٪ درد ناحیه حنجره و ۱٪ تهاجم تومور به پوست بوده است. البته در هر قسمت همراه با شکایت اصلی علائم و نشانه های دیگری هم

بیماران و نداشتن سیستم CHECK UP منظم دانست. از نظر پاتولوژی ۷۸٪ بیماران اسکواموس سل کارسینوما، ۷٪ کارسینوم وروکوز، یک مورد کوندروسارکوم و باقی گزارش پاتولوژی در پرونده موجود نبوده است (جدول ۴). البته طبق نتایج مطالعات در مناطق دیگر ۹۵ تا ۹۸ درصد سرطانهای حنجره از نوع اسکواموس

| نوع اعتیاد | سیگار | سیگار و الکل | سیگار و تریاک | عدم اعتیاد | جمع  |
|------------|-------|--------------|---------------|------------|------|
| تعداد      | ۸۳    | ۵            | ۷             | ۵          | ۱۰۰  |
| درصد       | ۸۳٪   | ۵٪           | ۷٪            | ۵٪         | ۱۰۰٪ |

جدول شماره ۳- ریسک فاکتورها در ۱۰۰ بیمار سرطان حنجره در بیمارستان امام خمینی تهران ۷۳-۱۳۶۵

جدول شماره ۲ ملاحظه می شود ۳۲٪ در غرب کشور، ۲۳٪ در شمال، ۲۳٪ در نواحی مرکزی ۱۴٪ جنوب و ۸٪ در مناطق شرقی کشور بوده است. ریسک فاکتورهای اصلی در بیماران ما مثل سایر مطالعات قبلی سیگار و الکل بوده است و مصرف تریاک عامل بعدی است که در مطالعات

داشته اند که بیشتر تأکید ما بر شکایت اصلی بیمار بوده است. غیر از مسئله نسبت شیوع در مرد به زن که در بیماران ما با سایر گزارشات از مناطق دیگر تفاوت آشکار دارد مسئله مهم و جالب گسترش و پیشرفت زیاد تومور در گروه زیادی از بیماران در موقع مراجعه است بطوریکه منشأ و محل اولیه

سل کارسینوماست (۱). بهترین راه جهت پیشگیری و درمان سرطان حنجره شناخت عوامل سرطان زا و ریسک فاکتورهای موجود است که احتراز از آنها کمک زیادی به کنترل بیماری می کند. با توجه به تأیید تأثیر سیگار و الکل بعنوان ریسک فاکتورهای اصلی و آلودگی هوا و بعضی مشاغل

و کمبود ویتامین های A و C بعنوان عوامل فرعی در ایجاد سرطان حنجره بنظر می رسد بهترین راه جهت کنترل این بیماری حذف فاکتورهای گسترش شدید تومور در موقع مراجعه بیمار و تشخیص دیررس بیماری است که بر نتیجه درمان تأثیر منفی دارد. توصیه می شود با آموزش با علایم اولیه بیماری آشنا ساخت تا به محض احساس خطر و قبل از استقرار بیماری با معاینات معمولی و در صورت لزوم آزمایشات

| پاتولوژی | SCC | کارسینوم وروکوز | کوندروسازکوم | نامشخص | جمع  |
|----------|-----|-----------------|--------------|--------|------|
| تعداد    | ۷۸  | ۷               | ۱            | ۱۴     | ۱۰۰  |
| درصد     | %۷۸ | %۷              | %۱           | %۱۴    | %۱۰۰ |

جدول شماره ۵- گزارش پاتولوژی در ۱۰۰ بیمار سرطان حنجره در بیمارستان امام خمینی تهران ۱۳۶۵-۷۳

مساعد کننده است که ممنوعیت سیگار و الکل توصیه اصلی است. نکته مهم دیگر پیشرفت و صحیح و بالا بردن آگاهی عمومی خصوصاً افرادی که بیشتر در معرض ابتلا هستند، آنها را تکمیلی بیماری تشخیص و کنترل شود.

#### REFERENCES:

- 1- Myers / Suen: Cancer of the Head and Neck 3rd ed. W.B Saunders Co. 381-2 1996.
- 2- Brugers J. Grenel P, Leclerc A et al: Differential effects of Tobacco and alcohol in cancer of larynx, pharynx and mouth., Cancer 57: 391 1981.
- 3- Marvin P. Fried: The Larynx. first ed; Little Brown L, 381-391, 1988.
- 4- Muscat J.E., Wynder E.L.: Tobacco, alcohol, asbestos and occupational risk factors for laryngeal Cancer. cancer 69: 2244, 1992.
- 5- Mackey I.S Bull T.R Scott-Browns, Otolaryngology, 5th edition Vol. 5 Butterworth International ED. 186, 1988.
- 6- Paparella M. Shumrick D. Gluckman J. Meyerhoff W. tolayngology, 3rd ed. Vol: 3 Sunders, 2307, 1931.
- 7- Stephenson W.T., Barnes D.E., Holmes F.F. et al: Gender influences subsite of origin of laryngeal carcinoma Arch otolaryngol Head and neck surg 117: 774, 1991.
- 8- De Rienzo D.P., Grennbery S.D., Fraire A.E. Carcinoma of the larynx changing incidence in women. Arch. otolaryngol. Head and neck surg 117: 681, 1991.
- 9- Laryngopharyngeal manifestation of gastroesophageal reflux disease: otolaryngol clin. North. Am. 24:1201, 1991.
- 10- Simon M, Kahnt, Schenieder A et al: Laryngeal Carcinoma in a 12 years old child association with human papilloma virus. Arch Otolaryngol. Head and Neck Surg 120: 277, 1994.
- 11- waterhouse J. et al. (Eds), « Cancer incidence Five continents », Scuebtfic publivation, 1982.
- 12- Cristina J. Cann. Kenneth J. Rothman., Marvin P. Fried. «Epidemilogy of th Laryngeal cancer 381 X11. Laryneal neoplasia, 2: 195, 1980.