

درمان توأم جراحی و رادیو تراپی (پر تودرمانی) سرطان‌های حفره دهانی

مجله نظام پزشکی

سال چهارم ، شماره ۴ ، سفید ۳۲۹ - ۱۳۵۴

دکتر حبیب‌الله قدیریان

نکات بیولوژیکی مانند حساسیت یا مقاومت تومور در مقابل اشعه، نوع سلولها و محل و عمق و بزرگی و مجاورت آن با سایر اعضاء، مثلاً بعضی از تومورها در مقابل اشعه X مقاوم می‌باشند ولی موقعیت و اندازه آنها طوری است که میتوان بدون آسیب رساندن به سایر اعضاء بقدر کفايت آنها را تحت تأثیر اشعه قرارداد واز این عمل نتیجه مطلوب بدست آورد.

هم چنین تأثیر اشعه در اعضاء مجاور موضوع مهمی است که باید در نظر داشت و برای محافظت آنها از وسایل مخصوصی بنام سپر استفاده کرد. بر حسب عقیده هلمس (Holmes) در حال عادی سلولهای جوان و سلولهایی که درحال رشد و نمو هستند هم چنین سلولهای رویانی در مقابل اشعه X حساس‌ترند ولی تومورهای عصبی عضلانی واستخوانی مقاوم می‌باشند. عروق خونی و بافت همبند در مقابل اشعه X نخست تورم شده بعد حالت فیبروز و نکروز می‌باشد. در موارد زیر پرتو درمانی به تنهائی جایز می‌باشد.

- توموریکه در مقابل اشعه X حساس است مخصوصاً اگر برداشتن تومور بعلت موقعیتی که دارد مانع مهمی داشته باشد:

- توموریکه عمل جراحی برای برداشتن آن خطرناک باشد یا ممکن بهبود بر آن متصور نباشد هم چنین موقعیکه تومور سطحی بزرگ دارد که عمل آن مستلزم برداشتن مقدار زیادی از بافت‌های مجاور باشد یا توموریکه عمل کردن آن از نظر بیحسی موافقی در برداشته باشد و یا توموری که بهیچ وجه قابل درمان نباشد که در این موارد برای رهایی بیمار از درد ورنج، درمان با اشعه را به تنهائی میتوان بکار برد.

نکات مذکور را باهم ویا هر یک را به تنهائی باید در نظر گرفت تا بتوان بر نامه مؤثری ترتیب داد چونکه با توجه به حساسیت بافت‌های

سرطان اپیدرموئید (Epidermoid carcinoma) حفره دهانی و فضای خلفی دهان و حلق اذ نظر تغذیه و تنفس و مطالعه و ارتباط افراد با یکدیگر دارای اهمیت خاصی می‌باشد.

مطالعات بالینی و تجارب چندین ساله نشان میدهد که مزایای استفاده از ترکیب جراحی و پرتو درمانی در این بیماران بسیار می‌باشد از جمله میتوان به مطالب زیر توجه داشت:

با عمل جراحی مطلق، چنانچه نتوان سرطان را درمان کرد معناش آنست که فعالیت کانون سرطانی را باید بدون اقدام رها نمود و بیمار را بحال خود گذارد چون عمل منحصراً روی غده انجام می‌گیرد و معمولاً برای بیماریهای لنفاوی اقدامی صورت نمی‌پذیرد بلکه همواره بعد از عمل، انتشار دور دست سرطان حاصل شده و با در جریان عمل دستکاری غده سرطانی باعث انتشار سرطان به راههای لنفاوی و عروق خونی می‌شود.

عمل مؤثر نبودن پرتو درمانی به تنهائی عبارتند از:
- اکسیرن در قسم میانی تومور زیاد نبوده و همین امر سبب افزایش مقاومت نسبت به اشعه می‌گردد.

- متاستازهای غدد لنفاوی تا اندازه‌ای بداعشه مقاومند.

- ممکنست انتشار موضعی و دور دست سرطان در کار باشد که در قدر و اشعه قرار نگیرند و بالاخره سرطان اصولاً ممکن است خود بخود مقاوم باشد.

بدین ملاحظات است که در بعضی موارد عمل جراحی را انجام میدهد و برای اطمینان، پرتو درمانی را نیز بکار می‌برند گاهی هم بعکس پس از چند جلسه پرتو درمانی بعمل جراحی مبادرت می‌ورزند. نکاتی که اذ نظر پرتو درمانی باید در نظر گرفت بر دو قسم است:

نکات فیزیکی مانند شدت، مقدار و نوع اشعه که بکار می‌برد.

بود بعد از آزمایش آسیب شناسی به ترتیب زیر عمل جراحی شد: تابل خارجی استخوان را که در این ناحیه خبلی نازک و شکننده بود برداشتیم و تومور را از تابل واضح کاملاً جدا کردیم ضریع و بافت‌های نرم را بجای خود قراردادیم و شکاف را بخیه کردیم پس از ۲۵ روز درگوشه چپ خط جای عمل برآمدگی کوچکی مشاهده شد که در نظر اول جلب توجه نمی‌کرد ولی بعد از بست بزرگ شد از این رو دوسال بعد مجددأ تحت عمل جراحی قرار گرفت (با بی‌حسی موضعی ناحیه‌ای) تومور با قسمتی از لثه برداشته شد و تابحال اثری از عود بیماری دیده نشده است. در هر صورت لزوم همکاری نزدیک آناتوموپاتولوژیست و رادیوایزیست و جراح همواره لازم است چه سرف نظر از بعضی موارد استثنائی هیچ‌بک به تنهائی قادر به تشخیص و درمان مبتلایان به تومورهای سرطانی حفره دهان نمی‌باشد و هر عملی که به تنهائی انجام گیرد کامل نیست و نتیجه مطلوب نخواهد داد بهمین دلیل امروزه در بیمارستانها جهت معالجه این قبیل بیماران بخش‌های مجهز و تشكیلات مخصوص و نیم اختصاصی بوجود آمده است.

طبق نظریه اوینگ (Ewing) مسئولیت تشخیص و درمان تومورهای داخل دهان در مرحله اول بدندهان پزشک و جراح فک و دهان می‌باشد زیرا اولین علامت عده‌ای از تومورها در دهان است بخلاف طبق عادت عده زیادی از بیماران برای درمان زخمها و عوارض داخل دهان به دندان پزشک مراجعه می‌کنند و اگر طبیب معالج توجه و دقت ننماید و تشخیص بموضع ندهد موجب از دست دادن فرست مفتقن برای درمان بیماران می‌گردد و تنها چیزی که امروزه برای درمان تومور بد خیم حائز اهمیت است اغتنام فرست و سرعت عمل است یعنی تشخیص سریع و اقدام فوری می‌باشد زیرا هر عملیکه تا امروزه برای درمان تومورهای بد خیم پیشرفت و منتشر ذکر شده است تشریفاتی بیش نیست و حتی کاهی رنج و درد بیماران را بیشتر می‌کند.

مرحله اول معالجه هر تومور شناسایی آن از نقطه نظر جنس تومور و سمت و موقعیت، بوسیله امتحان بالینی و رادیوایزیک و مخصوصاً آزمایش آسیب شناسی می‌باشد.

اقدامات درمانی در سرطان زبان عبارت است از:

(سرطان ثلث خلفی زبان شبیه سرطان حلق بوده و مستقیماً به دیواره‌های حلق انتشار پیدا کرده و حنجره را گرفتار می‌کند و دهان را در سرطان دوثلث قدامی زبان به کف دهان و فک انتشار پیدا کرده و انتشار اولیه آنها به عدد لنفاوی قدامی گردن می‌باشد).

بطور کلی سرطان زبان کمتر از یک سانتیمتر را با جراحی و سبیع درمان می‌کنند ولی ضایعات سرطانی بیش از یک تا دوسانتیمتر را

بدن انسان در مقابل اشعه X بخصوص در حالات مرضی از دو نوع خاصیت این اشعه بنوان درمان استفاده می‌نمایند.

اول خاصیت سلول‌کشی (Cytolytic) اشعه که برای ازین برد نسوج مرضی بصورت انتخابی تحت عنوان پرتو درمانی سلول‌کشی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

دوم خواص تغییردهنده (Effects-Modificateurs) که شامل قدرت مهارکننده و تحلیل برند و یا برانگیزende اشعه بوده در درمان حالات التهابی و برخی اختلالات عملی اعضاء از آنها استفاده می‌گردد.

یک شرح حال جالب: اسپرینگ (Spring) اظهارهای کند: طفل پنج ساله‌ای که توموری نسبتاً بزرگ در طرف راست فک پائین داشت و دوسال از پیدا آمدن آن می‌گذشت تحت عمل قرار گرفت ولی سال بعد تومور عود کرد و بیمار مجدداً عمل شد بالآخر هفت بار عمل تجدید گردید و در دفعه آخر تمام تومور برداشته شد و محل آن ۵ دفعه مورد رادیوتراپی قرار گرفت. آزمایش آسیب شناسی هر دفعه تشخیص آدامانتو بلاستومارا تأیید کرد. بعدها بیمار با دربرآمدگی در ناحیه سرمه راجعه گردید: برآمدگی‌های سخت استخوانی یکدی در ناحیه پیشانی و دیگری در ناحیه طرفی سر بود که هردو در پرونگاری بصورت لکه تاریکی آشکار بود. چون بیمار برای عمل مجدد و بیوپسی حاضر نمی‌شد، مدتی تحت پرتو درمانی قرار گرفت و بالآخر بیوپسی انجام شد و آزمایش بسافت شناسی توموری متأسیاتیک که ساختمان تومور اولیه را داشت نشان داد. طبق عقیده اسپرینگ مقاستاز از راه خون انجام گرفته است.

در سرطان‌های آلوئول و فک اگر اندازه سرطان از دوسانتیمتر کمتر باشد و عدد لنفاوی در کار نباشد اقدام به جراحی و پرتو درمانی مینماییم ولی البته جراحی پرتوی دارد زیرا اگر سرطان کمتر از دوسانتیمتر باشد و عدد آدنوباتی لنفاوی هم نداشته باشد نتیجه عمل رضایت‌بخش خواهد بود. اگر ضایعه بزرگتر از دوسانتیمتر بوده و ای بداخل فک ارتباخ نیافتد باشد، چه عدد لنفاوی وجود داشته یانداشته باشد، درمان توأم جراحی و پرتو درمانی لازم است. اگر ضایعه بطور واضح جسم فکی را گرفتار کرده باشد جراحی برای است چون اشعه در استخوان تأثیری زیاد ندارد. البته جراحی برای خروج کامل تومور (En bloc) و برداشتن اطراف نسج سرطانی و برداشتن غدد لنفاوی لازم است و بر حسب محل عمل فک و توأم کردن پرتو درمانی و یا عدم استفاده از اشعه، قطعه‌ای از فک را که برداشته شده می‌توان بلافالسه یا بعداً ترمیم کرد.

یکی از جراحان فک و صورت شرح حال بیماری را باین ترتیب معرفی نموده است: «بانو ف. ع. که مبتلا به آدامانتو بلاستومای محدود فاختیه سنفیزی فک

درمان جراحی انجام شده باشد لذا رعایت و توجه به نکات زیر حائز اهمیت است :

۱- موضع سرطان در دو ثلث قدامی یا ثلث خلفی زبان خیلی مهم است .

۲- اندازه ناحیه سرطانی شده ارزش زیادی دارد .

۳- عبور سرطان از خط وسط و آلوود کردن طرف مقابل نیز قابل توجه است .

۴- البته نوع سلول سرطانی که اپیدرموموئید یا دیفرانسیه باشد فرق می کند و همچنین انتشار باطراف و یامتا استازهای دور دست و یا به گردن از عوامل مهم و دقیق در سرطان به شمار میرود همچنین سرطان جلو و عقب زبان بایکدیگر متفاوت میباشد .

بنابراین اجتماع جراحی و پرتو درمانی خواه ناخواه بر تمام این مشکلات غیر از انتشار دور دست بیماری سرطان فائق خواهد شد .

با این دوره کامل کاشتن رادیوم انجام میدهند و هر گاه غدد لنفاوی بزرگی در کار نباشد اقدام دیگری لازم نیست و اگر چنانچه غدد لنفاوی متصرک در کار باشد بعد از برداشتن غدد لنفاوی، پرتو درمانی کامل در مدت شش هفته باید انجام داد .

برای سرطان بیش از دو سانتیمتر باید از درمان توأم استفاده کرد و عمل جراحی باقطع مقدار قابل توجه زبان و برداشتن غدد لنفاوی عمیقی گردن و برداشتن بافت‌های اطراف زبان انجام می گیرد .

هر گاه قصد از درمان سرطان معالجه کانون سرطانی باشند باشد درمان پرتو درمانی اطلاق میشود حتی اگر غدد لنفاوی گردن را هم عمل کرده درآورند زیرا احتمال عود بیماری از طریق غدد امکان دارد ولی بیمارانی که بهره‌جست احتیاج به درمان اضافی حتی مدتی پس از عمل یا بعد از رادیوتراپی داشته باشند درمان آن درمان توأم نامیده میشود .

به مواردی صرفاً نام جراحی مبگذارند که برای موضع سرطان ،

REFERENCES:

- ۱- کتاب‌های جراحی فک و صورت : تألیف آقای دکتر حسین مهدوی استاد دانشگاه تهران .
- 2- Thoma, K. H: Case reported of carcinoma of the mandibles, A J. Orthodontics and Oral Surgery. 24, 995, 1938
- 3- Delherm. Nouveau Traité d'Eléctro- Radiothérapie (Masson 1951).
- 4- Leonard JR, Litton WB, Latourette HB, Mocahe BF: Combined Radiation and Surgical therapy: tonsil and floor of mouth. Ann. Otol. 77:514,1968.
- 5- James R. Leonard M.D., Lowacity, Volume 120, October, 1970 A. Curtis Hass M.D, Lowacity, Volume 120, October, 1970 The American journal of Surgery, 514, 1970.