

درمان توأم جراحی و رادیو تراپی (پرتو درمانی) سرطان‌های حفره دهانی

مجله نظام پزشکی

سال چهارم، شماره ۴، صفحه ۳۳۹، ۱۳۵۴

دکتر حبیب‌اله قدیریان *

سرطان اپیدرموئید (Epidermoid carcinoma) حفره دهانی و فضای خلفی دهان و حلق از نظر تغذیه و تنفس و مطالعه و ارتباط افراد بایکدیگر 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 معنایش آنست که فعالیت کانون سرطانی را باید بدون اقدام رها نمود و بیمار را بحال خود گذارد چون عمل منحصراً روی غده انجام نمیکرد و معمولاً برای بیماریهای لنفاوی اقدامی صورت نمی‌پذیرد به علاوه همواره بعد از عمل، انتشار دور دست سرطان حاصل شده و یا در جریان عمل دستکاری غده سرطانی باعث انتشار سرطان به راههای لنفاوی و عروق خونی میشود.

علل مؤثر نبودن پرتو درمانی به تنهایی عبارتند از:

- اکسیژن در قسمت میانی تومور زیاد نبوده و همین امر سبب افزایش مقاومت نسبت به اشعه میگردد.

- متاستازهای غدد لنفاوی تا اندازه‌ای به اشعه مقاومت میکنند.

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

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

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

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

هم چنین تأثیر اشعه در اعضا 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 در حال رشد و نمو هستند هم چنین سلولهای رویانی در مقابل اشعه X حساس ترند ولی تومورهای عصبی عضلانی و استخوانی مقاوم میباشند. عروق خونی و بافت همبند در مقابل اشعه X نخست متورم شده بعد حالت فیبروز و نکروز مییابند. در موارد زیر پرتو درمانی به تنهایی 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 امید بهبود بر آن متصور نباشد هم چنین موقعیکه تومور سطحی بزرگی دارد که عمل آن مستلزم برداشتن مقدار زیادی از بافتهای مجاور باشد یا توموریکه عمل کردن آن از نظر بیحسی موانعی دربر داشته باشد یا توموری که به هیچ وجه قابل درمان نباشد که در این موارد برای رهایی بیمار از درد ورنج، درمان با اشعه را به تنهایی میتوان بکار برد.

نکات مذکور را با هم و یا هر یک را به تنهایی باید در نظر گرفت تا بتوان بر نامه مؤثری ترتیب داد چونکه باتوجه به حساسیت بافتهای

* دندان پزشکی

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

اول خاصیت سلول کشی (Cytolytique) اشعه که برای از بین بردن نسوج مرضی بصورت انتخابی تحت عنوان پرتو درمانی سلول کشی مورد استفاده قرار میگیرد.

دوم خواص تغییر دهنده (Effets-Modificateurs) که شامل قدرت مهار کننده و تحلیل برنده و یا برانگیزنده اشعه بوده در درمان حالات التهابی و برخی اختلالات عملی اعضاء از آنها استفاده میگردد.

يك شرح حال جالب: اسپرینگ (Spring) اظهار می کند: طفل پنج ساله ای که توموری نسبتاً بزرگ در طرف راست فك پائین داشت و دو سال از پدید آمدن آن میگذشت تحت عمل قرار گرفت ولی سال بعد تومور عود کرد و بیمار مجدداً عمل شد بالاخره 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 بلاستوما را تأیید کرد. بعدها بیمار با دو برآمدگی در ناحیه سر مراجعه کرد: برآمدگی های سخت استخوانی یکی در ناحیه پیشانی و دیگری در ناحیه طرفی سر بود که هر دو در پرتو نگاری بصورت لکه تاریکی آشکار بود. چون بیمار برای عمل مجدد و بیوپسی حاضر نمیشد، مدتی تحت پرتو درمانی قرار گرفت و بالاخره بیوپسی انجام شد و آزمایش بافت شناسی توموری متاستاتیک که ساختمان تومور اولیه را داشت نشان داد. طبق عقیده اسپرینگ متاستاز از راه خون انجام گرفته است.

در سرطانهای آلوئول و فك اگر اندازه سرطان از دوسانتیمتر کمتر باشد و غدد لنفاوی در کار نباشد اقدام به جراحی و یا پرتو درمانی مینمائیم ولی البته جراحی برتری دارد زیرا اگر سرطان کمتر از دوسانتیمتر باشد و غدد آدنوپاتی لنفاوی هم نداشته باشد نتیجه عمل رضایت بخش خواهد بود. اگر ضایعه بزرگتر از دوسانتیمتر بوده ولی بداخل فك ارتشاح نیافته باشد، چه غدد لنفاوی وجود داشته یا نداشته باشد، درمان توأم جراحی و پرتو درمانی لازم است. اگر ضایعه بطور واضح جسم فکی را گرفتار کرده باشد جراحی لازم است چون اشعه در استخوان تأثیری زیاد ندارد. البته جراحی برای خروج کامل تومور (Enbloc) و برداشتن اطراف نسج سرطانی و برداشتن غدد لنفاوی لازم است و بر حسب محل عمل فك و توأم کردن پرتو درمانی و یا عدم استفاده از اشعه، قطعه ای از فك را که برداشته شده میتوان بلافاصله یا بعداً ترمیم کرد.

یکی از جراحان فك و صورت شرح حال بیماری را باین ترتیب معرفی نموده است:

«بانو ف.ع. که مبتلا به آدامانتو بلاستوما ی محدود ناحیه سفید فك

بود بعد از آزمایش آسیب شناسی به ترتیب زیر عمل جراحی شد: تابل خارجی استخوان را که در این ناحیه خیلی نازک و شکننده بود برداشتم و تومور را از تابل واضح کاملاً جدا کردیم ضریع و بافت های نرم را بجای خود قراردادیم و شکاف را بخیه کردیم پس از ۲۵ روز در گوشه چپ خط جسی عمل برآمدگی کوچکی مشاهده شد که در نظر اول جلب توجه نمی کرد ولی بعدها سرعت بزرگی شد از این رو دو سال بعد مجدداً تحت عمل جراحی قرار گرفت (بایی حسی موضعی ناحیه ای) تومور با قسمتی از لثه برداشته شد و تا بحال اثری از عود بیماری دیده نشده است. در هر صورت لزوم همکاری نزدیک آناتوموپاتولوژیست و رادیواژیست و جراح همواره لازم است چه صرف نظر از بعضی موارد استثنائی هیچیک به تنهایی قادر به تشخیص و درمان مبتلایان به تومورهای سرطانی حفره دهان نمیشاند و هر عملی که به تنهایی انجام گیرد کامل نیست و نتیجه مطلوب نخواهد داد به همین دلیل امروزه در بیمارستانها جهت معالجه این قبیل بیماران بخش های مجهز و تشکیلات مخصوص و نیم اختصاصی بوجود آمده است.

طبق نظریه اوینگ (Ewing) مسئولیت تشخیص و درمان تومورهای داخل دهان در مرحله اول با دندان پزشك و جراح فك و دهان میباشد زیرا اولین علامت عده ای از تومورها در دهان است بعلاوه طبق عادت عده زیادی از بیماران برای درمان زخمها و عوارض داخل دهان به دندان پزشك مراجعه می کنند و اگر طبیب معالج توجه و دقت ننماید و تشخیص بموقع ندهد موجب از دست دادن فرصت مغتنم برای درمان بیماری میگردد و تنها چیزیکه امروزه برای درمان تومور بدخیم حائز اهمیت است اغتنام فرصت و سرعت عمل است یعنی تشخیص سریع و اقدام فوری میباشد زیرا هر عملیکه تا امروزه برای درمان تومورهای بدخیم پیشرفته و منتشر ذکر شده است تشریفاتی بیش نیست و حتی گاهی رنج و درد بیماران را بیشتر می کند.

مرحله اول معالجه هر تومور شناسائی آن از نقطه نظر جنس تومور و وسعت و موقعیت، بوسیله امتحان بالینی و رادیولوژیک و خصوصاً آزمایش آسیب شناسی میباشد.

اقدامات درمانی در سرطان زبان عبارت است از:

(سرطان ثلث خلفی زبان شبیه سرطان حلق بوده و مستقیماً به دیواره های حلق انتشار پیدا کرده و حنجره را گرفتار می کند ولی سرطان دوثلث قدامی زبان به كف دهان و فك انتشار پیدا کرده و انتشار اولیه آنها به غدد لنفاوی قدامی گردن میباشد).

بطور کلی سرطان زبان کمتر از يك سانتیمتر را با جراحی وسیع درمان می کنند ولی ضایعات سرطانی بیش از يك تا دوسانتیمتر را

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 آلوده کردن طرف مقابل نیز قابل توجه است .

۴- البته نوع سلول سرطانی که اپیدرموئید یا دیفرانسیه باشد فرق می کند و هم چنین انتشار باطراف و یا متاستازهای دور دست و یا به گردن از عوامل مهم و دقیق در سرطان به شمار می رود هم چنین 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 .

بایک دوره کامل کاشتن رادیوم انجام میدهند و هر گاه غدد لنفاوی بزرگ در کار نباشد اقدام دیگری لازم نیست و اگر چنانچه غدد لنفاوی متحرک در کار باشد بعد از برداشتن غدد لنفاوی، پرتودرمانی کامل در مدت شش هفته باید انجام داد .

برای سرطان بیش از دو سانتیمتر باید از درمان توأم استفاده کرد و عمل جراحی با قطع مقدار قابل توجه زبان و برداشتن غدد لنفاوی عمقی گردن و برداشتن بافتنهای اطراف زبان انجام می گیرد . هر گاه قصد از درمان سرطان معالجه کانون سرطانی باشد درمان پرتو درمانی اطلاق میشود حتی اگر غدد لنفاوی گردن را هم عمل کرده در آورند زیرا احتمال عود بیماری از طریق غدد امکان دارد ولی بیماران که بهر جهت 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 میگذارند که برای موضع سرطان،

REFERENCES:

- ۱- کتابهای جراحی فك 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.