

پاپیلوم نای در کودکان

محله نظام پرشکی

سال ششم شماره ۵ صفحه ۴۴۶ - ۴۳۶

دکتر محمد حسین مرندیان - دکتر حسین نجم‌آبادی - دکتر منوچهر امیرفیض - دکتر فرزانه رحیمی - دکتر احمد بهواد -
دکتر مرتضی لسانی - دکتر محمد جعفریان *

مقدمه :

آنتی‌بیوتیک بیماری فروکش میکرده است. این حالت چند بار تکرار شده و آخرین بار بدلیل خامات وضع تنفسی، بیمار به تهران منتقل شده است.

در آزمایشی که هنگام بستری شدن طفل بعمل آمد، کودک رنگ پریده، مضطرب و لاغر اندام بنظر میرسید (وزن ۳۰ کیلوگرم، قد ۱۲۵ سانتیمتر). تنگی نفس شدید از نوع بازدمی همراه با فرورفتگی و کشن عضلانی (تیراز) زیر جناغ و بین دندنهای وجود داشت. ریتم تنفس ۴۵ در دقیقه و فشار خون ۱۰۰/۶۰ میلیمتر جیوه بود. در سمع ریه رالهای مرطوب و رالهای برونژیک بویژه در قاعده ریه چپ بگوش میرسید و در دق این ناحیه ماتیته حس میشد. آزمون پوستی، مخاطی، احساسی و عصبی طبیعی بود، در پرتو نگاری ریه تیرگی غیر یکنواخت قاعده ریه چپ پر هوایی در ریه راست وجود داشت (شکل شماره ۱). رادیوگرافی نیمرخ آنلکتازی لوب تحتانی ریه چپ را نشان میداد.

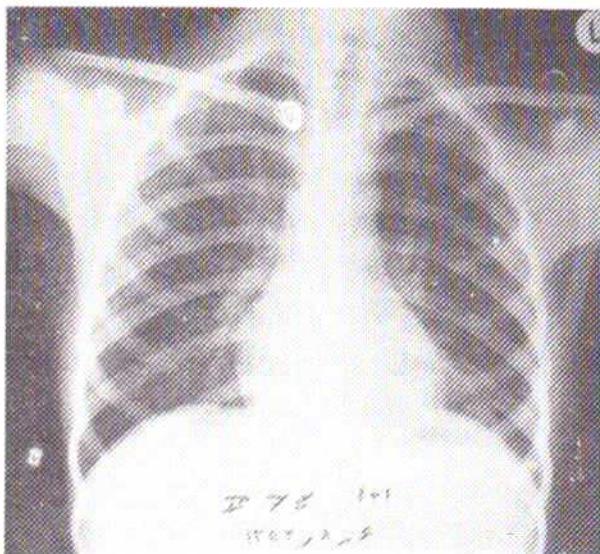
درمان با آمپی سیلین و پر دنیز و لون داخل وریدی شروع شد و بهبود بالینی بوجود آمد. روزهای بعد بتدریج از شدت تنگی نفس کاسته شد و بعداز ۸ روز تنفس طبیعی گردید.

درمان با آنتی‌بیوتیک و کورتیکوستروئید ادامه داشت. در تاریخ ۱۳۵۳/۸/۴ تنگی نفس بطور ناگهانی در ساعت ۵ بعدازظهر ظاهر شد و بعد از ۱۲ ساعت علیرغم درمان با کورتیکوستروئید

بین تومورهای خوش خیم راههای تنفس کودکان، تومور خوش- خیم نای بسیار کمیاب است و تشخیص آن بدلیل غیر اختصاصی بودن نشانهای بالینی مشکل میباشد. شدت نشانهای بالینی، به محل تومور و حجم آن و درجه انسداد داخل نای بستگی دارد. گاهی نشانهای بالینی بشکل پنومونی حاد عود کننده، گاهی بصورت تنگ دمی شبه آسم (Dyspnée astmatiforme) و زمانی بشکل خلط خون آلود میباشد. پاپیلوم نای تومور کاملاً استثنائی است و تعداد محدودی از آن در نوشهای پزشکی گزارش شده است.

شرح حال: بتوان س. دختر پنج ساله، در تاریخ ۷/۷/۱۳۸۳ با تنگ دمی شدید بستری گردید. وی هفتمنی فرزند یک خانواده دوازده نفری است. برادران و خواهران این کودک سالم هستند. دوران بارداری مادر وزایمان طبیعی بوده و از نظر رشد فکری و جسمی اشکالی پیش نیامده است. چون بیمار ساکن یکی از ازدهات شمال ایران است اطلاعات کمی درباره واکسیناسیون و بیماریهای دوران کودکی او در دست است. بنظر میرسد که کودک تا سن ۱۱ سالگی دچار عارضه تنفسی شدید نبوده و مثل سایر کودکان خانواده تعداد عفو نهای دستگاه تنفس وی از سه تا چهار بار تجاوز نکرده است. از سن ۱۱ سالگی نشانهای تنفسی بروز کرده اند. تب، سرفه، تنگ دمی و خلط بعده چند روز ظاهر میشده و با تجویز

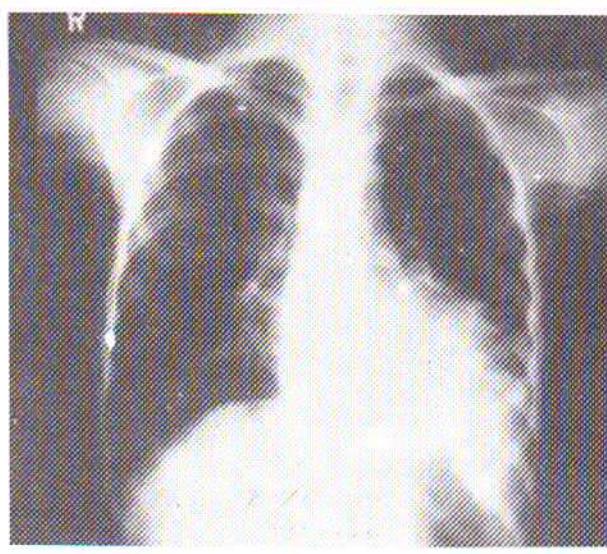
* مرکز پژوهشی لقمان الدوله ادhem، دانشگاه ملی.



شکل شماره ۳- پرتو تگاری ریه در حالت طبیعی است. سایه تومور در قسمت تحتانی نای مشهود است.

درمان داخل وریدی با کورتیکوستروئید و اتافیلین و دیازپام (والبوم) شروع گردید. نشانه‌های حاد تنفسی ساعت ادامه پیدا کرد و بتدریج کاهش یافت و در تاریخ ۱۳۵۳/۸/۱۴ بعداز دفع خلط مخاطی- چرکی فراوان که بارگاه‌های خون‌همراء بود تنفس بیمار عادی شد. بهبود از تاریخ ۱۳۵۳/۸/۱۵ تا تاریخ ۱۳۵۳/۸/۲۴ ادامه داشت. ریتم تنفس ۲۰-۲۵ در دقیقه بود ولی زمان دم کمی کوتاه‌تر از بازدم بینظر میرسید. درمان با کورتیکوستروئیدها بتدریج قطع و درمان ضدسل ادامه پیدا کرد. پرتو نگاری ریه (شکل شماره ۲) جز تیرگی مختصر قاعده ریه چپ، طبیعی بینظر میرسید.

در تاریخ ۱۳۵۳/۸/۲۵ وضع تنفسی مجدداً مختلف شد. تنفس

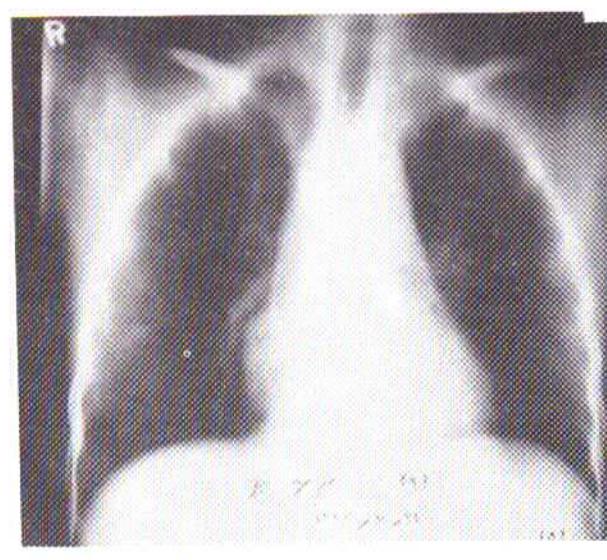


شکل شماره ۱- تیرگی غیریکنواخت لوب تحتانی چپ و پره‌های ریه راست سایه تومور در سمت چپ قسمت تحتانی نای مشهود است.

داخل وریدی و داروهای آرام بخش و اتافیلین طول کشید. روز بعد بهبود در حال بیمار بوجود آمد و این بهبود نسبی مدت پنج روز ادامه داشت. داروهای ضل سل به درمان قبلی اضافه شد. راه‌های سبیلان و خس خس (Wheezing) در دو ریه بیوژه در سمت چپ بگوش میرسید. بیمار تب نداشت. در پرتو نگاری ریه افزایش شفافیت در هر و ریه و تیرگی مثلاً شکل در قاعده ریه چپ دیده میشد در تاریخ ۱۳۵۳/۸/۱۰ پر شک کشید در ساعت ۹ شب فوری به بالین مريض احضار شد چون بیمار دفتاً وارد نارسائی تنفسی شده بود. در معاینه بالینی تنگ نفس شدید بیوژه تنگ نفس بازدمی، عرق فراوان، افزایش تسدیاد تنفس، تاکی کاردی، تیراژ و راه‌های مرطوب در دو ریه وجود داشت.



شکل شماره ۴- تصویر تومور در اولین پرتوکسکوپی: قریباً تمام مجرای نای بوسیله تومور باسطح تاصاص مسدود شده و فقط منفذ بارگاهی در سمت راست باقی‌مانده است.



شکل شماره ۳- توموگرافی ریشانی (فرونال) مجرای نای در بالای کارنا بوسیله تومور گرفته شده است.

کوچکی که در قسمت قدامی و سمت راست تومور دیده میشد ارتباط داشتند (شکل شماره ۴).

با بیوپسی دوقطبی با عاد $5 \times 3 \times 2$ میلیمتر برداشته شد. خونریزی نسبتاً کم بود و عمل بروونکوسکوپی و نمونه برداری (بیوپسی) خوب تحمل شد ولی نشانه‌های تنفسی بعداز بروونکوسکوپی شدت پیدا کرد. بروونکوسکوپی دوم سه روز بعداز این تاریخ انجام گرفت. بعداز خارج کردن مقدار زیادی ترشحات مخاطی چربی، توموری در قسمت تحتانی نای باسطحی ناصاف و چند قسمتی ظاهر شد که روی دیواره چپ نای بلافتسله بالای محل انشعاب برونشهای اصلی در سطح وسیعی چسبیده بود (شکل شماره ۵). این بار قطعه‌ای با عاد $1/5 \times 1/5 \times 1/5$ سانتیمتر بی خونریزی برداشته شد و وضع تنفسی بیمار بلافتسله بهبود پیدا کرد.

روزهای بعد ریتم تنفس از نقل تواتر و دامنه طبیعی بود. در سمع ریه عارضه‌ای وجود نداشت. در بررسی مجدد رادیو گرافیهای ریوی تصویر تومور در کلیشهای استاندارد دیده شد (شکل شماره ۱۲۶). تومو گرافی فروتال که بعداز بروونکوسکوپی دوم انجام شد حجم و محل استقرار تومور را نشان میدارد (شکل شماره ۳). از تاریخ ۱۳۵۳/۹/۲۴ تا تاریخ ۱۴۵۳/۱۰/۲۵ تومور در چهار جلسه با آندوسکوپی برداشته شد. در بار آخر قطع پایه تومور با خونریزی شدید رو برو شد و این عمل انجام نگرفت. چند روز بعد از آخرین بروونکوسکوپی طفل با وضع عمومی خوب و تنفس طبیعی و پر تونگاری طبیعی سینه از بیمارستان



شکل شماره ۴- قسمت از رگی از تومور برداشته شده، محل انشعاب و قسمت ابتدائی برونشها طبیعی هستند.

سریع و صدا دار بود و روز بعد نشانه‌های نارسائی تنفسی حاد همراه با سیانوز شدید ظاهر گردید. این بار نیز درمان مثل سابق انجام گرفت ولی نشانه‌های نارسائی حاد تنفسی چهار روز طول کشید. بالاخره در تاریخ ۱۳۵۳/۸/۲۹ بعداز دفع مقدار زیادی خلط تنفس آرام شد همین نمای بالینی از تاریخ ۱۳۵۳/۹/۷ تا تاریخ ۱۳۵۳/۹/۱۱ تکرار گردید و روزهای بعد تنگی نفس کاهش پیدا کرد ولی راهای سیبلان و برنشیال در هر دو ریه وجود داشت و پر هوای ریهها در پرتونگاری مشهود بود.

در تاریخ ۱۳۵۳/۹/۲۰ اولین بروونکوسکوپی انجام شد.

آزمایش‌های تکمیلی: در فرمول شمارش هیبرولوکوسیتوز خفیف بین ۹ تا ۱۱ هزار گلوبول سفید و پولی توکلئوز متوسط بین ۶۰ تا ۸۰ درصد وجود داشت. کمخونی و آؤزینوفیلی دیده نشد و تستهای پوستی سل منفی بودند. سرعت رسوب گلوبولی در ساعت اول بین ۲۰ تا ۳۰ میلیمتر متغیر بود. آزمایش ادرار، الکتروفورزی و تئینهای پلاسما و الکتروکاردیو گرافی طبیعی بودند. در آزمایش خلط میکروبیهای معمولی راه تنفس رشد کرد و جستجوی باسیل سل با روش کشت منفی بود.

برونکوسکوپی اول در تاریخ ۱۳۵۳/۹/۲۰: حنجره طبیعی، شکل و قطر نای در $2/3$ فوقانی طبیعی بود در حالیکه قسمت تحتانی نای را تومور بزرگ و غیر منظم پر کرده و سبب انسداد کامل شده بود. برونشیاپای اصلی یا نای بواسطه سوراخ



شکل شماره ۵- تومور با-سطوح ناصاف و جوانه‌های متعدد در سطح وسیعی روز دیواره چپ نای بالای کارتا قرار دارد.

اولیدتر اش و برونش وریه که توسط Dubost و همکارانش گزارش شده است (۷) فقط مورد تومور خوش خیم، رونش و یک سلندرم نای وجود داشت. از سوی دیگر Arrigone و همکاران (۸) که ۱۳۰ مورد تومور خوش خیم ریوی را در مایو کائینیک در مدت ۰-۱۰ سال مطالعه کرده اند، فقط ۸ مورد تومور داخل برونش دیده اند ولی حتی یک مورد پاپیلوم نای گزارش نکرده اند. تومورهای نای و برونش از نظر تقسیم بندی در یک گروه قرار میگیرند (۹).

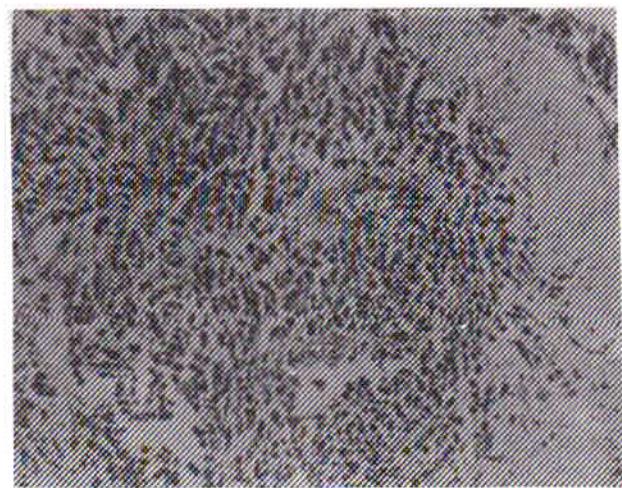
ولی تومور نای کمیاب تر از تومور برونش بوده (۱۰)، و عمولاً خوش خیم میباشد (۱۱). در یکی از آمارهای منبوط به ۴۳ مورد تومور نای نزد کودکان، هفت مورد تومور بدخیم و ۳۶ مورد تومور خوش خیم گزارش شده است (۱۲). از نظر آسیب‌شناسی آدنوم شایعترین نوع تومورهای خوش خیم نای و برونش میباشد (۱۳، ۱۴) و سه نوع هیستولوژیک آن که بترتیب درجه بدخیمی طبقه‌بندی شده اند عبارتند از: آدنوم کارسینوئید، آدنوم سیلندریک و آدنوم موکو اپی درموئید (۱۵، ۱۶). پاپیلوم توموری است خوش خیم که عمولاً در حنجره و استثنائاً در نای قرار میگیرد و در این صورت عمولاً همزمان یا متعاقب پاپیلوم حنجره بوجود میآید (۱۷). مثلاً از ۲۴ مورد پاپیلوم (۱۹ مورد در کودکان) که Mounier - Khun - گویا همکارانش مطالعه کرده اند، فقط در یک مورد پاپیلوم حنجره به قسمت فوقاتی نای دست اندازی کرد بود (۱۰).

پاپیلوم اولیه نای یک تومور استثنایی است و فور آن نسبت به پاپیلوم حنجره ۱ به ۱۰۰ میباشد (۱۲). پاپیلوم نای عموماً متعدد (۱۳) و یا منتشر در سطح نای و نایزه میباشد (۱۰، ۱۱) پاپیلوم منفرد نای بسیار کمیاب است و گاهی سالها می‌گذرین نشانه بالینی سیر میکند (۱۸). نشانهای بالینی با محل تومور و حجم آن تغییر است. گاهی این توده مثل یک سوپاپ در زمان دم و گاهی در زمان بازدم عمل میکند و نشانهای آتلکتازی و یا آمفیزم بوجود میآید (۱۸). در غالب موارد تظاهرات بالینی با سرفهای خشک همراه با خلط کم یا فراوان و گاهی همراه با رگهای خون شروع میشود. در مرحله پیشرفته تنگ دمی کم و بیش شدید گاهی همراه با تنفس صدای دار و خشن وجود دارد. تنگی نفس ممکنست حمله ای و شبانه بوده یا در زمان فعالیت بروزنماید و تشخیص آسم بر و نشیک در بعضی از بیماران داده میشود (۱۹). در تعدادی از شرح حالهای منتشر شده بیماران قبل از مرحله آندوسکوپی بعنوان مبتلایان به حملات متواالی آسماتیک درمان شده اند (۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳). اخیراً وهمکارانش (۲۰)، نشانهای با اسم Sing sign توصیف کرده اند. این علامت که بعلت مسدود شدن بیش از ۷۵٪ منفذنای

منحصر شد. در ضمن تمام داروهای بیمار بعد از برونوکوسکوپی دوم قطع شده بود و فقط یک آنتی بیوتیک پوششی ادامه داشت. در برونوکوسکوپی آخر تمام برونشها بدقت برونسی گردید و کمترین اثری از تومور در آنها دیده نشد. عبارت دیگر تومور منحصر امروز بوط به نای بود (شکل شماره ۶).

آزمایش آسیب‌شناسی که شش بار از قطعات بیوپسی انجام گرفت، دست آوردهای مشابه داشت. تومور از یک بافت همبند تشکیل شده بود و اپی تلیوم مطابق و با سلولهای آنرا مفروش میگرد (شکل شماره ۷). اپی تلیوم روی یک غشاء قاعده‌ای ضخیم ولی با پولاریزاسیون و جهت یا پی طبیعی مستقر بود. استرومای بافت همبند متورم و در لایلای آن سلولهای انتهایی لنفوسيتر بچشم میخورد. شاخی شدن، تقسیم سلوی و نشانهای بدخیمی دیده نشد.

در حدود دو سال بعد، بیمار در سن ۱۴ سالگی برای بزرگی مجدد بستری شد. در این مدت دو سال بیمار کمترین نشانه تنفسی نداشت. عادت ماهیانه وی ظاهر شده و رشد بیمار کاملاً طبیعی بمنظور میرسید (وزن ۴۲ کیلو گرم، قد ۱۴۵ سانتیمتر). رادیو گرافی ریه‌طبیعی بود. برونوکوسکوپی ذیر بیهوشی موضعی بعمل آمد و تومور با بعد ۴×۵×۱۰ میلیمتر با محور عمودی در جدار دیواره نای در حدود ۱/۵ سانتیمتر بالای تیغه انتهایی نای که بر نشانه داده میگردد، دیده شد. این تومور غیر منظم بود و در سطح آن جوانه‌های کوچک وجود داشت که با روش الکتروکواگولاسیون برداشته شد و قرار شد که بیمار هر شش ماه جهت کنترل آندوسکوپیک مراجعت نماید.



شکل شماره ۷- عذرانه ذره بینی نوکور.

بحث

تومورهای خوش خیم نای و برونش کمیاب هستند. از ۶۳۱ تومور

عده‌ای دیگر تومورهای متعدد در اثر پیوند ذرات حاصله از یک تومور اصلی بوجود می‌آیند (۵،۶). در هر حال اتیولوژی ویروسی مبنای اقدامات درمانی مختلف بوده است. درین داروهای مصرفی تراستیکلین و پودوفیلوتوکسین نتایج خوبی نداشتند (۵). درمان با واکسن تهیه شده از سرم اتوژن با شکست روبرو شده است (۱۰) درحالیکه درمان با یک نوع واکسن ذگیل‌گاوی از عود پیماری جلوگیری کرده است (۶). ولی باید گفت امروزه درمان مؤثر طبی برای پاپیلوم وجود ندارد. آنتی‌بیوتیک و کورتیکوستروئید درموارد غفونت والتهاب شدید تاحدی: مؤثر ند. رادیوتراپی فقط در موارد نادری از پاپیلوماتوز منتشر دستگاه تنفس که برای آن امکان جراحی وجود ندارد، بکار برده می‌شود (۳).

عمل جراحی تنها راه درمان است و میتوان با آندوسکوپی یا باز کردن قفسه سینه تومور را برداشت. برداشتن تومور بوسیله آندوسکوپ عاری از خطر نیست. مهارت ذرات پاپیلوم در دستگاه تنفس حالت خفگی و خونریزی در موقع عمل از خطرات این روش ساده می‌باشد (۱۲۰۷،۶). اخیراً روش ویژه‌ای پیشنهاد شده است که خطرات فوق را در بر ندارد: بوسیله لوله‌ای قسم پائین تومور را با هوای آزاد ارتباط میدهند و برداشتن تومور بوسیله Cryoprobe که ذرات تومور با آن میچسبند و الکترو-کواگولاسیون انجام می‌گیرد (۶). اغلب محققان روش باز کردن نای را ترجیح میدهند (۸،۱۰). چون عود تومور بعد از برداشتن تومور بوسیله آندوسکوپ شایع است (۶،۵،۸). استحاله (درزنسانس) بد خیم پاپیلوم امکان دارد ولی این عارضه کاملاً استثنایی است (۱۰،۸). اختلال‌های تهویه ریوی، عود تومور، غفوتهای مکرر سه‌عارضه مهم پاپیلوم نای می‌باشند.

درمان پاپیلوم بیمار ما با روشن آندوسکوپیک انجام گرفت و تابع کوتاه مدت آن رضایت‌بخش بود ولی احتمال عود بیماری در آینده وجود دارد و پیکری تا دوران بعداز بلوغ ضرور است.

خلاصه: پاپیلوم نای یکی از تومورهای خوش خیم و کمیاب کودکان است. شانه‌های بالینی این تومور گمراه کننده هستند و روش‌های درمان آن هنوز کاملاً مشخص نگردیده است. نویسندهان شرح حال دختر دوازده ساله‌ای که به پاپیلوم منفرد ثلث تحتانی نای مبتلا بود معرفی می‌کنند. این تومور با حملات تنگ‌کدمی شدید شبه‌آسم بروز کرد و بتدریج بروخت نشانه‌ای بالینی افزوده شد. درمان با برداشتن تومور بوسیله آندوسکوپی انجام گرفت. بیمار مدت دو سال پیگیری شد. حجم تومور تغییری نکرد ولی جوانه‌هایی درسطح آن بوجود آمد که با الکترو-کواگولاسیون برداشته شد. پیگیری بیمار با برونکوسکوپی دوبار درسال ادامه دارد.

بوجود می‌آید با دم کوتاه و سریع مشخص میگردد. تنفس بیمار شبیه «فین فین» کردن است و معمولاً با خس خس همراه می‌باشد. آزمایش‌های تکمیلی شامل پرتونگاری ریه و توموگرافی است (۱۵،۸،۷،۲).

تصویر مستقیم توده را استثنائاً میتوان همانگونه که در مشاهدات ما ذکر شد در کلیشه‌های ساده دید و معمولاً توموگرافی برای رؤیت توده ضرور است. تصاویری که در پرتونگاری ساده ریه مشاهده می‌شوند مربوط به گرفتاری پارانشیم ریه در اثر اختلال تهویه هوا و غفونت می‌باشند. این تصاویر همزمان با تب بوجود می‌آیند و بعد از بهبود مربوط به حله بحرانی از بین می‌روند. گاهی پر هوایی ریه بعلت انسداد راه نای جلب توجه می‌کند (۱۱).

تشخیص بیماری بوسیله برونکوسکوپی امکان پذیر است. با این آزمایش میتوان به محل توده و شکل و اندازه آن و طرز استقرار آن روی دیواره نای و همچنین ارتباط آن با بر و نشانه‌های اصلی پی برد و از تومور بیوپسی بعمل آورد و یا به حذف آن اقدام کرد. از نظر آسیب‌شناسی، تمیز پاپیلوم نای از پاپیلوم حنجره امکان پذیر نیست (۵). این توده از یک بافت همبند تشکیل شده و روی آنرا اپی‌تلیوم مطابق مفروش می‌سازد (۱۲۰۸).

بافت همبند تراکم متغیر دارد و واسکولاریزاسیون خفیفی در آن دیده می‌شود. گاهی مناطق هیالینیر اسیون و یا کانوونهای التهابی در لا بلای بافت همبند وجود دارد. اپی‌تلیوم مطابق از سلولهای مربع یا لوله‌ای شکل تشکیل شده و روی یک ماهبران بازالت قرار می‌گیرد. غشاء قاعده‌ای دارای پولاریزاسیون و جهت‌یابی طبیعی می‌باشد. اپی‌تلیوم معمولاً دارای تقلیس است و گاهی قسم‌هایی از آن که اینیزاسیون نشان میدهد (۱۰).

فرضیه‌های متعددی درباره فیزیوپاتولوژی پاپیلوم برونش وجود داشته و علل مختلفی پیشنهاد شده است. ناهنجاری بافتی، ضربه‌موقعی، پرخونی و نئوپلازی (۸). عده‌ای از محققین اختلال غدد داخلی را مسئول میدانند چون حجم پاپیلوم نای در زمان بلوغ با مرحله سیکل‌ماهانه تغییر پذیر است (۱۰). بر مبنای این فرضیه تزریق موضعی استروژن در مواردی از پاپیلوم حنجره انجام گرفته ولی مؤثر نبوده است (۱۰). اتیولوژی ویروسی مورد پسند اغلب محققان می‌باشد (۱۲۰۸،۵). در تجزیه‌ایات آزمایشگاهی توانسته‌اند که پاپیلوماتوز را از یک حیوان به حیوان دیگر منتقل کنند. نزد انسان پیوند ذرات پاپیلوم در دستگاه تنفس دور از منشاء تومور اصلی دیده شده است و اشکال منتشر پاپیلوماتوز با این فرضیه مطابقت دارد. عده‌ای فکر می‌کنند پاپیلوماتوز نای و نایزه همزمان و از چند نقطه شروع می‌شود (۲) و بعقیده

REFERENCES:

- 1- Arrigoni, M. G., Woolner, L. B., Bernatz, p. E., Miller, W. E, Fontana, R. S.: Benign tumors of the lung - A ten year surgical experience J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 60, 589 1970.
- 2- Bennettts, F. E.: Tracheal tumors Postgrad. Med. J., 45, 446 1969.
- 3- Blackman, J., Cantril, S. T., Lund, P. K., Sparkman, D.: Tracheo - bronchial papillomatosis treated by roentgen irradiations - Report of two cases Radiology. 73, 598 1959.
- 4- Carden, E., Ferguson, G.B.: Large Tracheal papillomas: a difficult anesthetic problem and an apparent cure. Ann. Oto. Rhino. Laryngol., 84, 233 1975.
- 5- Clinical Pathological conference. The children' s medical center, Boston Mass. J. pediat. 64, 468 1959.
- 6- Deparedes, C.G., Plerce, W. S., Groff, D. B., Waldhausen, J. A.: Bronchogenic tumors in children. Arch. Surg. 100, 574 1970.
- 7- Dubost, C., Chardac, P., Diouri, A., Chertien, J., Thomeret, G.: Les tumeurs trachéo - bronchiques dites bénignes. A propos de dix - neuf observations. Sem. Hôp. Paris 59, 2965 1974.
- 8- Fishman, L. papilloma of the trachea. J. Thoracic Cardio Vascul. Surg. 44, 264 1962.
- 9- Habal, M. B., Murray, J. E.: Argentaffin adenoma of the trachea. Amer. J. Surg. 125, 336 1973.
- 10- Mounier - kuhn, P., Gaillard, J., Dumolard, P., Mounier - Kuhn, A.: Papilloma of the larynx and trachea in children. Inter. Surg. 59, 483 1974.
- 11- Singh, H. M., Thomas, D.M.E.: A clinical sign of adenocystic tumor of the trachea. Thorax 28, 442, 1973.
- 12- Stein, A. A., Volk, B. M.: Papillomatosis of Trachea and lung. Arch. Patho. 127, 124 1959.
- 13 Weisel, W., Lepley, D.: Tracheal and bronchial adenomas in childhood. Pediatrics 28, 394, 1961.
- 14- Wellons, H.A., Eggleston, P., Golden, G.T., Shannon, A.: Bronchial adenoma in chilbhood. Am. J. Dis. Child. 130, 301, 1976.
- 15- Wilkins, E.W., Darling, R.C., Soutter, L., Sniffen, R. C.: A continuing clinical survey of adenomas of the trachea and bronchus in a general hospital. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 46, 279, 1963,