پاپیلوم نای در کودکان

مجله نظام پزشکی
سال ششم شماره ۵ صفحه ۴۲۴ . ۲۵۳۶

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

مقدمه :

بین تومورهای خوش خیم راههای تنفس کودکان ، تومورخوش‌خیم‌نای بسیارکمیاب است وتشخیص‌آن بدلیل غیراختصاصی‌بودن نشانه‌های بالینی مشکل میباشد. شدت نشانه‌های بالینی، به محل تومور و حجم آن ودرجه انسداد داخل نای بستگی دارد. گاهی نشانه‌های بالینی بشکل پنومونی حاد عودکننده، گاهی بصورت تنگ دمی شبه‌آسم(Dyspnée asthmatiforme) و زمانی بشکل خلط خون‌آلود میباشد . پاپیلوم نای تومور کاملا استثنائی است و تعداد محدودی از آن در نوشته‌های پزشکی گزارش شده است.

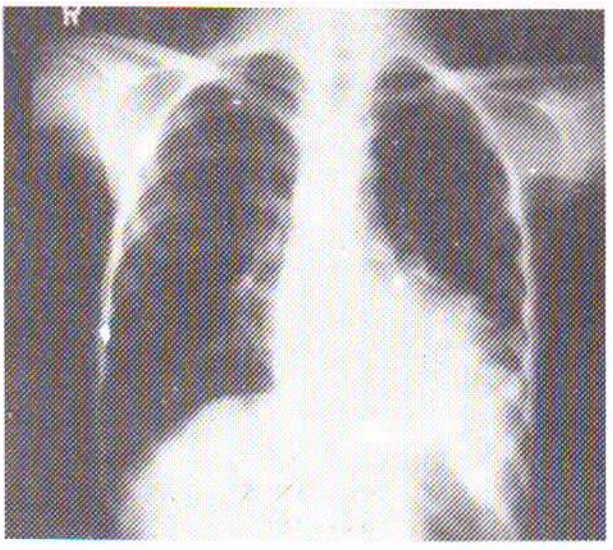
شرح حال: بتول س. دختربچه ۱۲ساله، درتاریخ۱۳۸۳/۷/۷ باتنگ دمی شدید بستری گردید. وی‌هفتمین فرزند یك خانواده دوازده نفری است. برادران و خواهران این کودك سالم‌هستند. دوران بارداری مادر وزایمان طبیعی بوده و از نظر رشد فکری وجسمی اشکالی پیش نیامده‌است. چون بیمار ساکن یکی ازدهات شمال ایران‌است اطلاعات کمی درباره واکسیناسیون و بیماریهای دوران کودکی او دردست است. بنظرمیرسد که کودك تا سن ۱۱ سالگی‌دچارعارضه تنفسی شدید نبوده ومثل سایر کودکان‌خانواده تعداد عفونتهای‌دستگاه تنفس وی ازسه تا چهار بار تجاوزنکرده است. از سن ۱۱ سالگی نشانه‌های تنفسی بروزکرده‌اند. تب، سرفه، تنگ دمی و خلط بمدت چند روز ظاهرمیشده و با تجویز آنتی‌بیوتیك بیماری فروکش میکرده است. این حالت چند بار تکرار شده و آخرین بار بدلیل وخامت وضع تنفسی ، بیمار به‌تهران منتقل شده‌است.

درآزمایشی که‌هنگام بستری‌شدن‌طفل بعمل‌آمد، کودك‌رنگ‌پریده، مضطرب ولاغر اندام بنظرمیرسید (وزن ۳۰ کیلوگرم، قد ۱۳۵ سانتیمتر). تنگی نفس شدید از نوع بازدمی همراه با فرورفتگی وکشش عضلانی (تیراژ) زیر جناغ و بین دنده‌ای وجود داشت. ریتم‌تنفس ۴۵ دردقیقه وفشار خون ۱۰۰/۶۰ میلیمتر جیوه‌بود. درسمع ریه رالهای مرطوب و رالهای برونشیك بویژه درقاعده ریه چپ بگوش میرسید و در دق این ناحیه ماتیته حس میشد . آزمون پوستی، مخاطی، احشائی‌وعصبی‌طبیعی‌بود. درپرتونگاری ریه تیرگی غیریکنواخت قاعده ریه چپ وپرهوائی در ریه راست وجود داشت(شکل‌شماره۱). رادیوگرافی‌نیمرخ آتلکتازی لوب تحتانی ریه چپ را نشان میداد.

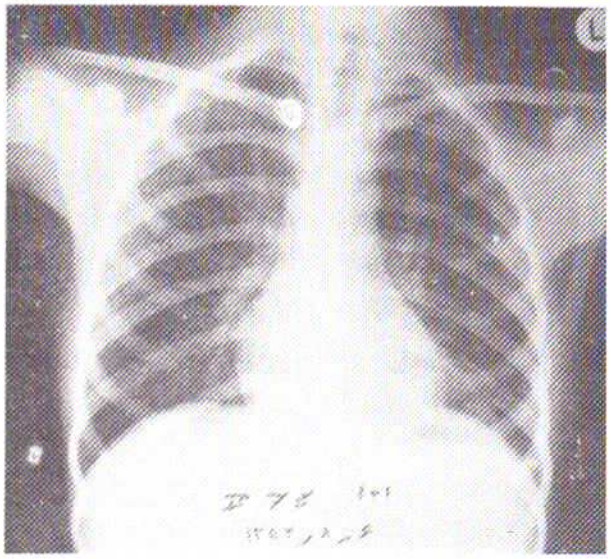
درمان با آمپی سیلین و پردنیزولون داخل وریدی شروع شد و بهبودبالینی بوجود آمد. روزهای بعد بتدریج ازشدت تنگی‌نفس کاسته شد و بعداز ۸ روز تنفس طبیعی گردید .

درمان با آنتی‌بیوتیك وکورتیکوستروئید ادامه داشت. درتاریخ ۱۳۵۳/۸/۴ تنگی نفس بطور ناگهانی در ساعت ۵ بعدازظهر ظاهر شد و بمدت ۱۲ ساعت علیرغم درمان با کورتیکوستروئید

* مرکز پزشکی لقمان‌الدوله ادهم، دانشگاه ملی.

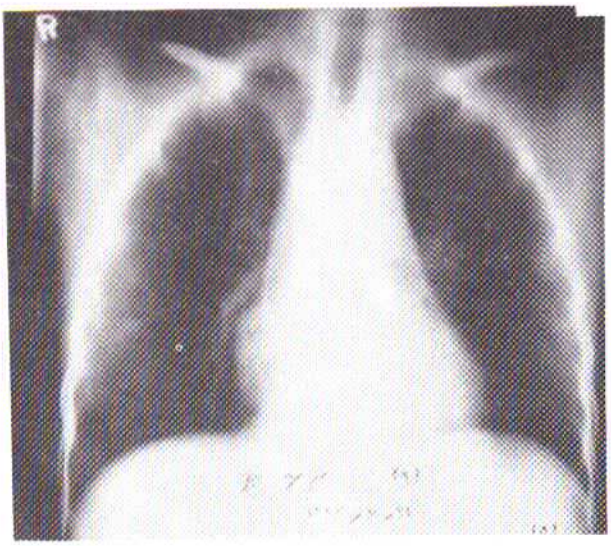


شکل شماره ۱- تیرگی غیریکنواخت لوب تحتانی چپ و پرهوائی ریه راست سایه تومور در سمت چپ قسمت تحتانی نای مشهود است.



شکل شماره ۲- پرتونگاری ریه در حد طبیعی است. سایه تومور در قسمت تحتانی نای مشهود است.

داخل وریدی و داروهای آرام‌بخش و اتافیلین طول کشید. روز بعد بهبود در حال بیمار بوجود آمد و این بهبود نسبی مدت پنج‌روز ادامه داشت. داروهای ضد سل به درمان قبلی اضافه‌شد. رالهای سیبیلان و خس خس (Wheezing) در دو ریه بویژه در سمت چپ بگوش میرسید. بیمار تب نداشت. در پرتونگاری ریه افزایش شفافیت در هر و ریه و تیرگی مثلثی شکل در قاعده ریه چپ دیده میشد. درتاریخ ۱۳۵۳/۸/۱۰ پزشك کشیك درساعت ۹ شب فوری به‌بالین مریض احضار شد چون بیمار دفعتاً وارد نارسائی تنفسی شده بود. در معاینه بالینی تنگ‌نفس شدید بویژه تنگ نفس بازدمی ، عرق فراوان ، افزایش تعداد تنفس ، تاکی‌کاردی ، تیراژ و رالهای مرطوب در دو ریه وجود داشت .



شکل شماره ۳- توموگرافی‌بیثانی(فرونتال) مجرای نای دربالای کارنا بوسیله تومور گرفته شده است.

درمان داخل وریدی باکورتیکوستروئید و اتافیلین و دیازپام (والیوم) شروع گردید. نشانه‌های حاد تنفسی ۴۸ ساعت ادامه پیدا کرد و بتدریج کاهش یافت و در تاریخ ۱۳۵۳/۸/۱۴ بعداز دفع‌خلط مخاطی- چرکی‌فراوان‌که بارگه‌های‌خون‌همراه بود تنفس بیمار عادی شد. بهبود از تاریخ ۱۳۵۳/۸/۱۵ تا تاریخ ۱۳۵۳/۸/۲۴ ادامه‌داشت. ریتم‌تنفس ۲۰ تا ۲۵ دردقیقه بود ولی زمان دم کمی کوتاه‌تر از بازدم بنظرمیرسید. درمان با کورتیکوستروئیدها بتدریج‌قطع ودرمان ضدسل ادامه پیدا کرد. پرتونگاری ریه (شکل شماره ۲) جز تیرگی مختصر قاعده ریه چپ ، طبیعی بنظر میرسید .

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



شکل شماره ۴- تصویر تومور در اولین برنکوسکوپی : تقریباً تمام مجرای نای بوسیله توموری باسطح ناصاف مسدود شده و فقط منفذ باریکی درسمت راست باقیمانده است.

سریع و صدا دار بود و روز بعد نشانه‌های نارسائی تنفسی حاد همراه با سیانوز شدید ظاهراً گردید. این بار نیز درمان مثل سابق انجام گرفت ولی نشانه‌های نارسائی حاد تنفسی چهار روز طول کشید. بالاخره درتاریخ ۱۳۵۳/۸/۲۹ بعداز دفع مقدار زیادی خلط تنفس آرام‌شد همین نمای بالینی ازتاریخ۱۳۵۳/۹/۷ تا تاریخ۱۳۵۳/۹/۱۱ تکرار گردید و روزهای بعد تنگی نفس کاهش پیدا کرد ولی رالهای سیبیلان و برنشیال درهردو ریه وجود داشت و پرهوائی ریه‌ها در پرتونگاری مشهود بود.

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

آزمایش‌های تکمیلی: درفرمول‌شمارش‌هیپرلوکوسیتوز خفیف‌بین ۹ تا ۱۱ هزار گلبول سفید و پولی نوکلئوز متوسط بین ۶۰ تا ۸۰درصد وجودداشت. کمخونی وائوزینوفیلی دیده نشد وتستهای پوستی سل منفی بودند. سرعت رسوب گلبولی در ساعت اول بین ۲۰ تا ۳۰میلیمتر متغیر بود. آزمایش ادرار، الکتروفورز پروتئینهای پلاسما و الکتروکاردیوگرافی طبیعی بودند . در آزمایش خلط میکروبهای معمولی راه تنفس رشد کرد و جستجوی باسیل سل با روش کشت منفی بود.

برونکوسکوپی اول درتاریخ ۱۳۵۳/۹/۲۰ : حنجره طبیعی ، شکل و قطر نای در ۲/۳ فوقانی طبیعی بود در حالیکه قسمت تحتانی نای را تومور بزرگ و غیرمنظم پر کرده و سبب انسدادکامل شده بود . برونشهای اصلی با نای بواسطه سوراخ کوچکی که رقسمت قدامی‌وسمت راست تومور دیده میشد ارتباط داشتند (شکل شماره ۴).

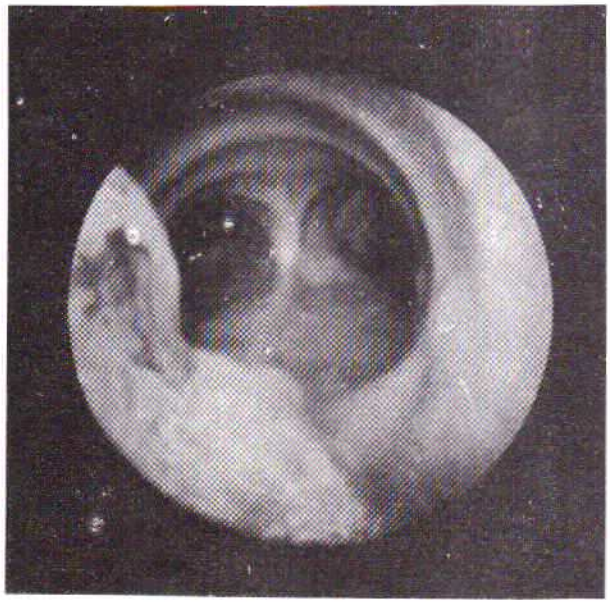
با بیوپسی‌دوقطعه‌با بعاد ۵ × ۳ × ۲میلیمتر برداشته‌شد. خونریزی نسبتاً کم‌بود وعمل برونکوسکوپی ونمونه‌برداری(بیوپسی)خوب تحمل‌شد ولی نشانه‌های‌تنفسی‌بعداز برونکوسکوپی‌شدت‌پیدا کرد. برونکوسکوپی‌دوم سه‌روز بعداز این تاریخ انجام گرفت. بعداز خارج کردن مقدارزیادی ترشحات مخاطی چرکی، توموری در قسمت تحتانی نای باسطحی ناصاف وچندقسمتی ظاهر شد که‌روی دیواره چپ‌نای بلافاصله بالای محل انشعاب برونشهای اصلی در سطح‌وسیعی چسبیده بود (شکل شماره ۵). این بار قطعه‌ای‌با بعاد ۱/۵×۱/۵×۰/۵ سانتیمتر بی‌خونریزی برداشته شد ووضع تنفسی بیمار بلافاصله بهبود پیدا کرد.

روزهای‌بعد ریتم تنفس ازنظر تواتر و دامنه طبیعی بود. درسمع ریه عارضه‌ای وجود نداشت . در بررسی مجدد رادیوگرافیهای ریوی تصویرتومور در کلیشه‌های‌استاندارد دیده شد (شکل شماره ۱ و۲). توموگرافی فرونتال که‌بعداز برونکوسکوپی‌دوم انجام شد حجم ومحل استقرار تومورارا نشان میداد (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 باخونریزی شدید روبرو شد و این عمل انجام نگرفت. چند روز بعد از آخرین برونکوسکوپی طفل با وضع عمومی خوب و تنفس طبیعی و پرتونگاری طبیعی سینه از بیمارستان



شکل شماره ۵- تومور باسطح ناصاف وجوانه‌های متعدد در سطح وسیع‌روی دیواره چپ نای بالای کارنا قرار دارد.

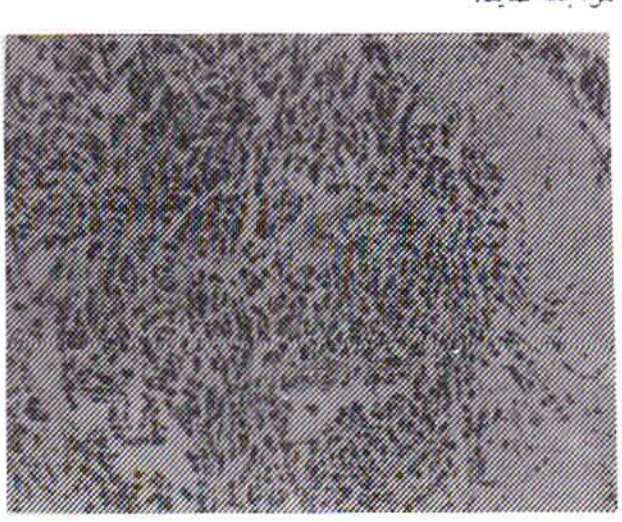


شکل شماره ۶- قسمت‌بزرگی از تومور برداشته شده . محل انشعاب وقسمت ابتدائی برنشها طبیعی هستند .

مرخص شد. در ضمن تمام داروهای بیمار بعداز برونکوسکوپی دوم قطع شده بود وفقط یك آنتی‌بیوتیك پوششی ادامه داشت. در برونکوسکوپی آخر تمام برونشها بدقت بررسی گردید و کمترین اثری از تومور در آنها دیده نشد. بعبارت دیگر تومور منحصراً مربوط به نای بود (شکل شماره ۶).

آزمایش آسیب شناسی که شش‌بار ازقطعات بیوپسی انجام گرفت، دست‌آوردهای مشابه داشت. تومور از یك بافت همبند تشکیل شده بود و اپی‌تلیوم مطبق و با سلولهای لوله‌ای آنرا مفروش میکرد (شکل شماره ۷). اپی‌تلیوم روی یك غشاء قاعده‌ای ضخیم ولی با پولاریزاسیون و جهت یابی طبیعی مستقر بود. استرومای بافت همبند متورم و در لابلای آن سلولهای التهابی لنفوسیتر بچشم میخورد. شاخی شدن، تقسیم سلولی و نشانه‌های بدخیمی دیده نشد.

درحدود دوسال بعد، بیمار درسن ۱۴سالگی برای بررسی‌مجدد بستری‌شد. دراین مدت دوسال بیمار کمترین نشانه تنفسی نداشت. عادت ماهیانه وی‌ظاهر شده و رشد بیمار کاملا طبیعی بنظرمیرسید (وزن ۴۲ کیلوگرم، قد ۱۴۵ سانتیمتر). رادیوگرافی ریه‌طبیعی بود. برونکوسکوپی‌زیر بیهوشی‌موضعی بعمل‌آمد و تومورباابعاد ۴×۵×۱۰ میلیمتر با محور عمودی در جدار دیواره نای در حدود ۱/۵ سانتیمتر بالای تیغه انتهائی نای که برنشها را جدا میکند، دیده شد. این‌تومور غیرمنظم بود ودرسطح‌آن جوانه‌های کوچك وجود داشت‌که با روش الکتروکواگولاسیون برداشته شد و قرار شد کـه بیمار هرشش ماه جهت‌کنترل آندوسکوپیك مراجعه نماید.



شکل شماره ۷ـ منظره ذره بینی تومور.

بحث

تومورهای خوش‌خیم نای وبرونش کمیاب هستند. از ۶۳۱تومور اولیه‌تراشه وبرونش وریه‌که‌توسط Dubost وهمکارانش گزارش شده‌است(۷) فقط ۸موردتومورخوش‌خیم برونش ویك سیلندرمنای وجود داشت. ازسوی دیگر Arrigone و همکاران (۱) که ۱۳۰ مورد تومور خوش‌خیم ریوی را درمایوکلینیك در مدت ۱۰سال مطالعه کرده‌اند، فقط ۸ مورد تومور داخل برونش‌دیده‌اند ولی حتی یك مورد پاپیلوم نای‌گزارش نکرده‌اند. تومورهـای نای و برونش از نظر تقسیم بندی در یك گروه قرار میگیرند (۹). ولی تومور نـای کمیاب تر از تومـور برونش بـوده (۱۴)، و معمولا خوش خیم میباشد (۲). در یکی از آمارهـای مربوط به ۴۳ مورد تومور نای نزدکودکان، هفت مورد تومور بدخیم و ۳۶ مورد تومور خوش خیم‌گزارش شده است(۲). ازنظرآسیب‌شناسی آدنوم شایعترین نوع تومورهای خوش‌خیم نای و برونش میباشد (۱۴،۱۳) و سه نوع هیستولوژیك آن کـه بترتیب درجه بدخیمی طبقه‌بندی شده‌اند عبارتند از: آدنوم‌کارسینوئید، آدنوم سیلندریك وآدنوم موکو اپی‌درموئید (۱۵،۶). پاپیلوم توموری است خوش‌خیم‌که معمولا درحنجره و استثنائاً درنای قرارمیگیرد و دراین‌صورت معمولا همزمان یا متعاقب پاپیلوم حنجره بوجود میآید (۱۲). مثلا از ۲۴ مورد پاپیلوم (۱۹ مورد درکودکان) که Mounier - Khun وهمکارانش مطالعه‌کرده‌اند، فقط دریك مورد پاپیلوم حنجره به‌قسمت فوقانی نای دست‌اندازی‌کرده بود (۱۰).

پاپیلوم اولیه نای یك تومور استثنائی است و وفور آن نسبت به پاپیلوم‌حنجره ۱ به ۱۰۰میباشد(۱۲). پاپیلوم‌نای معمولا متعدد (۵) و یا منتشر در سطح نای و نایژه میباشد (۱۳،۳) پاپیلوم منفرد نای بسیار کمیاب است و گاهی سالها بی کمترین نشانه بالینی سیر میکند (۸). نشانه‌های بالینی با محل تومور و حجم آن‌متغیر است. گاهی این‌توده مثل یك‌سوپاپ درزمان دم و گاهی درزمان بازدم‌عمل میکند ونشانه‌های‌آتلکتازی ویا آمفیزم‌بوجود میآید (۸). در غالب موارد تظاهرات بالینی با سرفه‌های خشك همراه باخلط‌کم یا فراوان وگاهی همراه بارگه‌های خون‌شروع میشود. درمرحله پیشرفته تنگ‌دمی‌کم و بیش شدیدگاهی همراه باتنفس صدا دار وخشن وجود دارد. تنگی‌نفس ممکنست حمله‌ای وشبانه‌بوده ویا درزمان فعالیت‌بروزنماید و تشخیص‌آسم‌برونشیك دربعضی از بیماران داده میشود (۵،۳). درتعدادی ازشرح‌حالهای منتشر شده بیماران قبل از مرحله آندوسکوپی بعنوان مبتلایان به‌حملات متوالی آسماتیك درمان شده‌اند (۱۳،۱۲،۵). اخیراً Sing وهمکارانش(۱۱)، نشانه‌ای باسم Snifing sign توصیف کرده‌اند. این علامت‌که بعلت مسدود شدن بیش‌از ۷۵٪ منفذنای

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

تصویر مستقیم توده را استثنائاً میتوان همانگونه که در مشاهدات ما ذکر شد در کلیشه‌های ساده دید و معمولا 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 عفونت میباشند. این تصاویر همزمان با تب بوجود میآیند و بعد از بهبود مرحله بحرانی از بین میروند. گاهی پر هوائی ریه بعلت انسداد راه نای جلب توجه میکند (۱۱).

تشخیص بیماری بوسیله برونکوسکوپی امکان پذیر است. با این آزمایش میتوان بمحل توده وشکل و اندازه آن وطرز استقرار آن روی دیواره نای و همچنین ارتباط آن با برونشهای اصلی پی برد وازتومور بیوپسی بعمل آورد و یا به حذف آن اقدام کرد. ازنظر آسیب‌شناسی، تمیز پاپیلوم نای از پاپیلوم حنجره امکان‌پذیر نیست(۵). این توده از یك بافت همبند تشکیل شده و روی آنرا اپی‌تلیوم مطبق مفروش میسازد (۱۲،۸).

بافت همبند تراکم متغیردارد و واسکولاریزاسیون خفیفی در آن دیده میشود. گاهی مناطق هیالینیزاسیون و یاکانونهای التهابی در لابلای بافت همبند وجود دارد. اپی‌تلیوم مطبق ازسلولهای مربع یا لوله‌ای شکل تشکیل شده و روی یك ماه‌برآن بازال قرار میگیرد . غشاء قاعده‌ای دارای پولاریزاسیون و جهت‌یابی طبیعی میباشد. اپی‌تلیوم معمولا دارای تفلس است و گاهی قسمتهائی ازآن کراتینیزاسیون نشان میدهد (۱۰).

فرضیه‌های متعددی درباره فیزیوپاتولوژی پاپیلوم برونش وجود داشته و علل مختلفی پیشنهاد شده است . ناهنجاری بافتی، ضربه‌موضعی، پرخونی ونئوپلازی(۸). عده‌ای از محققین اختلال غدد داخلی‌را مسئول میدانند چون حجم پاپیلوم نای درزمان بلوغ بامراحل سیکل ماهانه تغییر پذیراست (۱۰). برمبنای این فرضیه تزریق موضعی استروژن در مواردی از پاپیلوم حنجره انجام گرفته ولی مؤثر نبوده است (۱۰) . اتیولوژی ویروسی مورد پسند اغلب محققان میباشد (۵،۸،۱۲). در تجربیات آزمایشگاهی توانسته‌اند که پاپیلوماتوزرا از یك 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 منتشر نای و نایژه همزمان و از چند نقطه شروع میشود (۲) و بعقیده عده‌ای دیگر تومورهای متعدد دراثر پیوند ذرات حاصله از یك تومور اصلی بوجود میآیند(۴،۵). در هرحال اتیولوژی ویروسی مبنای اقدامات درمانی مختلف بوده است. دربین داروهای مصرفی تتراسیکلین و پودوفیلوتوکسین نتایج خوبی نداشته‌اند (۵) . درمان باواکسن تهیه شده از سرم اتوژن با شکست روبرو شده است (۱۰) درحالیکه درمان بایك نوع واکسن زگیل‌گاوی از عود بیماری جلوگیری کرده است (۴). ولی باید گفت امروزه درمان مؤثر طبی برای پاپیلوم وجود ندارد . آنتی‌بیوتیك و کورتیکوستروئید درموارد عفونت والتهاب شدید تاحدی مؤثرند. 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 ومیتوان با آندوسکوپی یا باز کردن قفسه سینه تومور را برداشت . برداشتن تومور بوسیله آندوسکوپ عاری از خطر نیست . مهاجرت ذرات پاپیلوم در دستگاه تنفس حالت خفگی وخونریزی درموقع عمل ازخطرات این روش ساده میباشند (۴،۷،۱۲). اخیراً روش ویژه‌ای پیشنهاد شده است که خطرات فوق را دربر ندارد: بوسیله لوله‌ای قسمت پائین تومور را با هوای آزاد ارتباط میدهند و برداشتن تومور بوسیله Cryoprobe که ذرات تومور بآن میچسبد و الکتروکواگولاسیون انجام میگیرد(۴). اغلب محققان روش بازکردن نای را ترجیح میدهند (۲،۸)، چون عود تومور بعد از برداشتن تومور بوسیله آندوسکوپ شایع است (۴ ، ۵ ، ۸) . استحاله (دژنرسانس) بدخیم پاپیلوم امکان دارد ولی این عارضه کاملا استثنائی است (۸،۱۰). اختلال‌های تهویه ریوی ، عود تومور ، عفونتهای مکرر سه عارضه مهم پاپیلوم نای میباشند.

درمان پاپیلوم بیمار ما باروش آندوسکوپیك انجام گرفت ونتایج کوتاه مدت آن رضایتبخش بود ولی احتمال عود بیماری درآینده وجود دارد و پیگیری تا دوران بعداز بلوغ ضرور است.

خلاصه: پاپیلوم نای یکی از تومورهای خوش خیم و کمیاب کودکان است. نشانه‌های بالینی این تومور گمراه کننده هستند و روشهای درمان آن هنوز کاملا مشخص نگردیده است. نویسندگان شرح حال دختر دوازده ساله‌ای که به پاپیلوم منفرد ثلث تحتانی نای مبتلا بود معرفی میکنند. این تومور با حملات تنگ‌دمی شدید شبه‌آسم بروز کرد و بتدریج بروخامت نشانه‌های بالینی افزوده شد. درمان با برداشتن تومور بوسیله اندوسکوپی انجام گرفت. بیمار مدت دو سال پیگیری شد. حجم تومور تغییری نکرد ولی جوانه‌هائی درسطح آن بوجود آمد که با الکتروکواگولاسیون برداشته شد. پیگیری بیمار با برونکوسکوپی دوبار درسال ادامه دارد .

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 observatïons. 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 clïnical survey of adenomas of the trachea and bronchus in a general hospital. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 46, 279, 1963,