

گزارش یک مورد آدنویید کیستیک کارسینوما در حنجره

چکیده

مقدمه: تومورهای بدخیم حنجره معمولاً در سنین ۵۰-۶۰ سالگی و بیشتر در جنس مذکور دیده می‌شوند. این تومورها ارتباط نزدیکی با مصرف سیگار و الكل دارند. عالیم این تومورها شامل خشونت صدا، دیسفاری و درد مژن گلو می‌باشد. نوع نادری از بدخیمی حنجره، آدنویید کیستیک کارسینومای حنجره (ساب گلوت) در یک خانم ۲۲ ساله، بدون

معرفی بیمار: در این مقاله، یک مورد نادر آدنویید کیستیک کارسینومای حنجره (ساب گلوت) در یک خانم ۲۲ ساله، بدون داشتن ریسک فاکتور خاص، معرفی می‌شود. بیمار با عالیم درد، خشونت صدا و تنگی نفس فعالیته مراجعه نمود. پس از انجام بیوپسی از توده ناحیه ساب گلوت و تشخیص پاتولوژیک آدنویید کیستیک کارسینوما، بیمار تحت عمل توtal لارنژکتومی قرار گرفته و در طی پیگیری ۲/۵ ساله، شواهدی از عود یا متاستاز دور دست نداشته است.

نتیجه‌گیری: وجود عالیم در راه هوایی فوقانی نیاز به بررسی دارد. در صورتی که این عالیم با مصرف دارو بهبود نیابد، بیمار باید تحت بررسی بیشتر از جمله تصویربرداری و یا لارنگوسکوپی تشخیصی مستقیم یا غیرمستقیم قرار گیرد. شک به بدخیمی در موارد تومورهای حنجره حتی در سنین جوانی جهت جلوگیری از تشخیص دیررس و پیشرفت بیماری باید مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: ۱ - آدنویید کیستیک کارسینوما ۲ - توtal لارنژکتومی ۳ - ساب گلوت

*دکتر فرزاد ایزدی I

دکتر بهزاد پوستی II

دکتر رویا ستاره‌شناس III

دکتر آرتیمس عرفان IV

تاریخ دریافت: ۸۵/۳/۲۱، تاریخ پذیرش: ۸۵/۵/۲۹

مقدمه

بخیمی‌های حنجره معمولاً در سنین ۵۰-۶۰ سالگی و بیشتر در جنس مذکور دیده می‌شوند. این تومورها ارتباط نزدیکی با مصرف سیگار و الكل داشته و در صورت مصرف هم‌زمان سیگار و الكل، اثر این دو به عنوان عوامل خطر، تشدید خواهد شد. در نواحی سوپراگلوت و ساب گلوت به دلیل داشتن بافت لنفاوی غنی، احتمال ایجاد متاستاز بیشتر می‌باشد. شایع‌ترین نوع، کارسینوم سلول سنگفرشی یا

(I) استادیار و متخصص گوش و حلق و بینی و جراحی سر و گردن و فلوزیپ حنجره، بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران(*مؤلف مسئول).

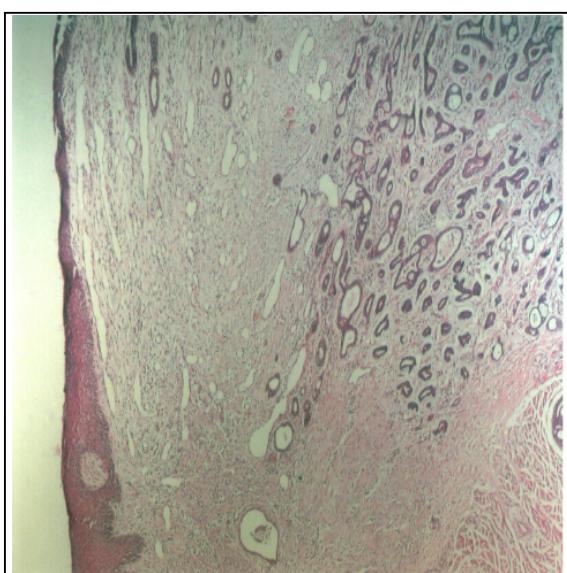
(II) استادیار و متخصص گوش و حلق و بینی و جراحی سر و گردن، بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران.

(III) استادیار و متخصص آسیب‌شناسی، بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران.

(V) دستیار گوش و حلق و بینی و جراحی سر و گردن، بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران.

حرکات طبیعی داشتند. در سینوس‌های پیریفورم نکته پاتولوژیک مشاهده نشد. در ناحیه ساب گلوت، توده‌ای با پوشش مخاطی در سمت چپ مشاهده شد که به سمت خط وسط پیشروی کرده و باعث تنگی راه هوایی شده بود. اولسراسیون در سطح توده رویت نشد. در سی‌تی اسکن حنجره، انسداد قابل توجه راه هوایی در ناحیه ساب گلوت گزارش گردید. همچنین در مقطع اینفرالگلوتیک، تصویر توده بافت نرم با حدود صاف و دانسیته یکنواخت و بدون کلیفیکاسیون داخلی دیده شد. توده، نمای well defined داشته و در اطراف، سطوح چربی دست نخورده بودند.

پس از بررسی‌های فوق، بیمار تحت عمل لارنگو‌سکوپی مستقیم قرار گرفت که توده با مشخصات فوق (توده ساب گلوتیک در ناحیه خلفی و آنترولترال چپ)، رویت شد و از آن بیوپسی بعمل آمد. جواب پاتولوژی بیمار پس از سه بار مطالعه توسط پاتولوژیست‌های مجرب، آدنویید کیستیک کارسینوما گزارش گردید (شکل شماره ۱).



شکل شماره ۱- نمای میکروسکوپی آدنویید کیستیک کارسینوما در حنجره (بزرگنمایی ۴/۵×)

بیمار در تاریخ ۱۳۸۲/۹/۴ تحت عمل توtal لارنژکتومی قرار گرفت. با توجه به گزارش فروزن سکشن حین عمل مبنی بر درگیری غده تیرویید، توtal تیروییدکتومی نیز

بیش‌تر رشد زیر مخاطی داشته و اولسراسیون ایجاد نمی‌کند و علایم آن بیش‌تر مربوط به موضع درگیر می‌باشد.^(۱-۲)

در این مقاله، خانم ۲۲ ساله‌ای که با تشخیص آدنویید کیستیک کارسینومای ناحیه ساب گلوت تحت عمل توtal لارنژکتومی قرار گرفته است، معرفی می‌شود. با توجه به نداشتن عامل زمینه‌ای و داشتن سن پایین در این بیمار برای بروز بدخیمی حنجره، اهمیت توجه به علایم بیماری که ممکن است در تشخیص افتراقی آن سایر بیماری‌های خوش‌خیم حنجره در نظر گرفته شوند و اهمیت نوع درمان، باید مورد توجه قرار گیرد.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۲۲ ساله‌ای بود، که در تاریخ ۱۳۸۲/۸/۴ با شکایت درد در قدام گردن و خشونت صدا به مرکز آموزشی - درمانی حضرت رسول اکرم(ص) مراجعه کرده بود. بیمار درد فوق را از ۴ سال پیش ذکر می‌کرد و از یک سال پیش از مراجعه، درد بیمار تشدید یافته و همزمان بیمار چار خشونت صدا شده بود. بیمار همراه این علایم، دچار تنگی نفس فعالیتی و دیسفازی نسبت به جامدات گردیده بود. بیمار سابقه‌ای از آسپیراسیون نداشت که با مراجعه به پزشک متخصص گوش و حلق و بینی و انجام معاینات بالینی و تست‌های پاراکلینیک از جمله سی‌تی اسکن گردن، با تشخیص توده ساب گلوت حنجره به این مرکز ارجاع شده بود. بیمار سابقه‌ای از کاهش وزن را ذکر نمی‌کرد. همچنین سابقه‌ای از بیماری خاص دیگر یا مصرف سیگار، الکل و opium و یا سابقه‌ای از رادیاسیون و یا تماس با مواد شیمیایی را بیان نمی‌کرد. در سابقه فامیلی بیمار، مورد مشابه وجود نداشت. در معاینات بالینی بیمار، در سر و گردن، انحراف تراشه، بزرگی تیرویید و لنفاونوپاتی گردن وجود نداشت. تندرنس مختصی در لمس غضروف کریکویید در قدام گردن وجود داشت.

در معاینه حنجره توسط لارنگو‌سکوپی غیرمستقیم، تارهای صوتی کاذب، اپی‌گلوت، آریتووییدها، چینهای آری‌اپی‌گلوتیک و تارهای صورتی حقیقی، نرمال بودند و

پس از طی دوره postoperative و انجام مراقبت‌های لازم و انجام مشاورات و جایگزینی هورمون‌های تیروپییدی و کلسیم با دوز مناسب طبق نظر پزشک فوق تخصص عدد و با توجه به درگیری غده تیروپیید، بیمار جهت انجام رادیوتراپی ترخیص گردید. بیمار ۳۲ جلسه تحت رادیوتراپی قرار گرفت و تاکنون در طی ۲/۵ سال پیگیری، شواهدی از عود لوکال یا متاستاز دور دست در بیمار وجود نداشته است.

بحث

آدنویید کیستیک کارسینوما (Adenoid cystic carcinoma) اولین بار توسط سه فرانسوی در سالهای ۱۸۵۳-۵۴ معرفی گردید. آنان اولین کسانی بودند که شکل سیلندریک این تومور را توصیف کردند.^(۱)

آدنویید کیستیک کارسینوما، شایع‌ترین تومور غدد بزاقدی در سر و گردن می‌باشد و در کل، ۱-۲٪ تمام بدخیمی‌های سر و گردن را شامل می‌شود.^(۱) میزان بروز ACC در حنجره، بسیار نادر بوده که به دلیل توزیع کم غدد بزاقدی فرعی در این مکان می‌باشد.^{(۲) (۳)}

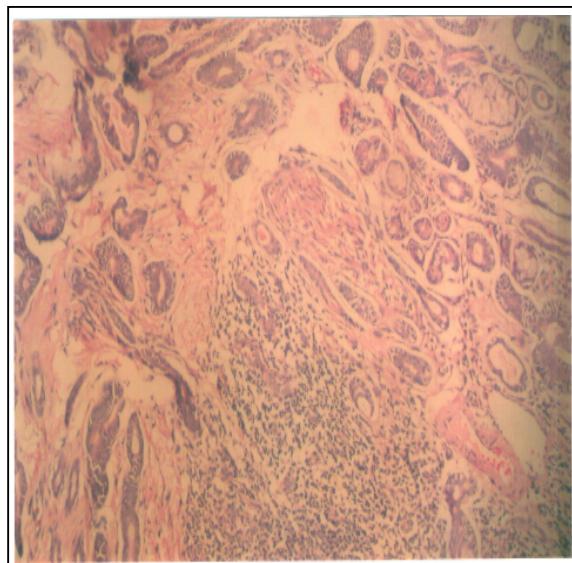
ACC لارنژیال، بیشتر در سوپراگلوت یا ساب گلوت مشاهده می‌شود. تشخیص براساس یافته‌های هیستولوژیکال می‌باشد، زیرا عالیم بیماری با عالیم سایر تومورهای حنجره چندان تفاوتی نمی‌کند.^{(۴) (۵)} یافته‌های هیستولوژیک، stage و تهاجم عصبی، عوامل پرونگوستیک می‌باشند.^{(۱) (۴)} این تومورها، رشد آهسته داشته و به دلیل رشد آهسته، دیر تشخیص داده شده و به دلیل تشخیص دیررس، گسترش پری‌نورال و هماتولوژیک و ریسک عود و متاستاز سیستمیک حتی سالها پس از تشخیص اولیه و درمان وجود دارد.^{(۱) (۵)}

البته متاستاز دور دست، ماهیت stable و رشد بسیار آهسته داشته و حتی در حضور ندول‌های ریوی، درمان تهاجمی موضعی توصیه می‌شود.^{(۶) (۷)} به صورت استثنایی بیماری در سنین زیر ۲۰ سالگی و بدون ریسک فاکتور خاص دیده می‌شود.^(۱)

صورت گرفت. مارژین منفی در بافت‌های اطراف توسط فروزن سکشن گزارش گردید. در گزارش پاتولوژی permanent býمار، ابعاد تومور $1 \times 2/5 \times 1$ سانتی‌متر همراه تهاجم به Ant.commissure (False vocal cords)FVC و (True vocal cords)TVC و درگیری غضروفی (شکل شماره ۲) و بافت نرم پری‌لارنژیال همراه تهاجم پری‌نورال (شکل شماره ۳) بدون درگیری عروقی ذکر گردید.



شکل شماره ۲- نمای میکروسکوپی آدنویید کیستیک کارسینوما با تهاجم به غضروف تراشه (بزرگنمایی $\times 10$)



شکل شماره ۳- نمای میکروسکوپی آدنویید کیستیک کارسینوما با تهاجم عصبی (بزرگنمایی $\times 10$)

carcinoma of the head & Neck. Blackwell Science 1997; 22: 434-43.

تاکنون یک مورد بیماری در سنین زیر ۲۰ سال، در یک پسر بچه ۱۱ ساله گزارش شده است.^(۷)

جراحی، درمان ارجح می‌باشد، ولی نتیجه بیماری معمولاً پس از یک دور طولانی منجر به مرگ بیمار می‌شود.^(۸) Stage های بالای بیماری وجود مارژین‌های مثبت در حین عمل جراحی، عوامل مهم پروگنوستیک بوده و اندیکاسیون‌های رادیوتراپی پس از عمل در درمان ACC سر و گردن محسوب می‌شوند.^(۹-۱۰)

رادیوتراپی postoperative در های اولیه و پایین تومور و مارژین‌های منفی اندیکاسیون ندارد.^(۱۱)

فهرست منابع

- 1- George L Adams, Roberts H Maisel. Malignant tumors of the Larynx. In: Charles W Cummings, Pawl W Flint, Lee A Harker, Bruce H Haughey, Merk A Richardson, K Thomas Robbins, editors. Otolaryngology Head and Neck Surgery. 4th ed. Baltimore, Maryland: John Hopkins University School of Medicine; 2005. p. 2273-7.
- 2- Patric J Bradely. Adenoid cystic carcinoma of the head & Neck. Journal of Current Opinion in Otolaryngology & Head & Neck Surgery 2004; 12: 127-32.
- 3- Damon A Silverman, Thomas P Carlson, Deepack Khuntia, Richard T Bergstrom, Jerrold Saxton, Ramon M Esclamado. Role for postoperative radiation in adenoid cystic carcinoma of the Head & Neck. Laryngoscope 2004; 114: 1194-9.
- 4- Dexample P, Huth J, Rebuffy M, Chabrol A. Cystic adenoid carcinoma of larynx. Annual otolaryngology journal 2003 sep; 120(4): 244-8.
- 5- Lee LA, Fang TJ, L Hy, Lee KF. Adenoid cystic carcinoma of the larynx mimicking a cyst. Otolaryngology and Head and Neck surgery 2003 jul; 129(1): 157-8.
- 6- Smreja Z, Werbicho M, Szyrfler W, Wozniak A. A rare case of ACC of larynx. Otolaryngology journal 2001; 55(2): 203-6.
- 7- Morais Perez D, Cortezoso Hernandez A, Borau Clavero M. Adenoid cystic carcinoma of larynx. Acta otolaryngology journal 1999 Nov-dec; 50(3): 660-3.
- 8- Wilson RW, Wenig BM. Adenoid cystic carcinoma of the larynx. The united states & Canadian Academy of pathology 1997; 76: 118-23.
- 9- Jones AS, Hamilton JW, Rowley H. Adenod cystic

Laryngeal Adenoid Cystic Carcinoma: A Case Report

I II III IV
***F. Izadi, MD B. Pousti, MD R. Setareh Shenas, MD A. Erfan, MD**

Abstract

Introduction: Malignant tumors of larynx, mostly seen in males, are usually observed during the fifth and sixth decades of life. These tumors are usually associated with tobacco and alcohol usage. The symptoms of these tumors are hoarseness, dysphagia and a chronic sore throat. A rare form of laryngeal malignancy is adenoid cystic carcinoma as a malignant minor salivary gland tumor.

Case Report: In this article, we report a rare case of laryngeal adenoid cystic carcinoma(ACC) in subglottic area in a 22-year-old female without any risk factors. The patient was referred suffering from pain, hoarseness and exertional dyspnea. After performing a biopsy on the subglottic mass and confirming the pathologic diagnosis of adenoid cystic carcinoma, the patient underwent total laryngectomy. During a period of 2.5-year follow-up, no sign of recurrence or distant metastasis was reported.

Conclusion: The presence of upper airway symptoms needs to be evaluated. If there is no improvement in the symptoms using medical treatment, the patient should be evaluated by imaging techniques or direct or indirect diagnostic laryngoscopy. In order to prevent late diagnosis and disease progression, there should be a suspicion of malignant lesions in laryngeal tumors even at young ages.

Key Words: 1) Adenoid Cystic Carcinoma 2) Total laryngectomy 3) Subglottic Area

I) Assistant Professor of ENT. Hazrat Rasoul-e-Akram Hospital. Niayesh St., Sattarkhan Ave., Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran. (*Corresponding Author)

II) Assistant Professor of ENT. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.

III) Assistant Professor of Pathology. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.

IV) Resident of ENT. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.