

گزارش مورد

گزارش یک مورد لیپوم حنجره

دکتر مسعود نادرپور: گروه گوش و حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر نیکزاد شهیدی: متخصص گوش و حلق و بینی، نویسنده رابط

E-mail: Nikzadsh@hotmail.com

دکتر علیرضا لطفی: گروه گوش و حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۶/۲/۸، پذیرش: ۸۶/۴/۲۷

چکیده

لیپوم حنجره از توده های خوش خیم نادر در حنجره بوده که شایع ترین علامت آن انسداد راه هوایی و علائم بصورت تدریجی و آهسته ایجاد می شود. مفیدترین روش تشخیصی CT اسکن می باشد که تومور با دانسیته پایین دیده می شود. درمان جراحی بوده که بر حسب اندازه و محل می تواند بروش آندوسکوپیک یا جراحی باز باشد. در این مقاله ما یک مورد لیپوم حنجره را معرفی می کنیم که به روش جراحی باز از طریق گردن درمان شده است.

کلید واژه ها: حنجره، لیپوم، تومور

مقدمه

داشتن ولی انسداد راه هوایی و یا استریدور نداشت. در لارنگوسکوپی غیر مستقیم با آینه یک تورم زیر مخاطی وسیع وجود داشت که سمت راست سوپراگلوت را مسدود کرده بود. حرکت طناب صوتی سمت راست به علت اثرات توده کاهش یافته بود. در توموگرافی کامپیوتری از گردن یک ضایعه با حاشیه مشخص و با دانسیته بسیار پایین وجود داشت که بیانگر لیپوم بود. بیمار به اتاق عمل برده شد و از طریق رویکرد خارجی از گردن توده بصورت کامل خارج شد. بیمار بعد از عمل مشکل خاصی نداشت و بعد از ۸ ساعت بیمار مرخص شد. در پیگیری حدود ۶ ماه بعد از عمل بیمار کاملاً خوب بوده و خشونت صدا و دیسفاژی کاملاً برطرف شده بود. حنجره در معاینه ظاهر نرمال داشت. در گزارش پاتولوژی سلولهای چربی بالغ با ظاهر یکدست وجود داشت که در برخی برش ها باندهای فیبرین وجود داشت که بیانگر اتصال تومور به حنجره می باشد. همانگونه که انتظار می رفت تشخیص پاتولوژی لیپوم بود.

لیپوم ها شایع ترین تومورهای خوش خیم با منشاء مزانشیال می باشند. کمتر از ۱۵٪ کل لیپوم ها در سرو گردن رخ می دهند که در سرو گردن شایع ترین محل در خلف گردن می باشد. محل های کمتر شایع شامل قدام گردن، حفره اینفراتمپورال، حفره دهان، غده پاروتید، حلق و حنجره می باشد. لیپوم حنجره کمتر از ۱٪ تومورهای خوش خیم حنجره را شامل می شود و تاکنون کمتر از صد مورد در مقالات گزارش شده است. علائم بالینی شامل دیسفاژی، تنگی نفس، خشونت صدا می باشد. در آندوسکوپی یک توده صاف یا پایه دار دیده می شود. در برشهای پاتولوژیک معمولاً یک تومور که حاوی آدیپوسیت های بالغ است مشخص می شود که معمولاً کپسول دار می باشد. درمان لیپوم حنجره از برداشتن کامل با آندوسکوپ تا جراحی باز متغیر می باشد. ما یک مورد لیپوم حنجره را گزارش می کنیم که شامل یافته های بالینی، رادیولوژیک و پاتولوژیک بوده و از طریق جراحی باز درمان شده است. همچنین به مرور مقالات نیز در این مورد می پردازیم.

بحث

گرچه لیپوم یک تومور شایع در انسان است ولی لیپوم در حنجره بسیار نادر است. لیپوم حنجره کمتر از ۱٪ تومورهای خوش خیم حنجره را تشکیل می دهد. نسبت جنسی مرد به زن

گزارش بیماری

بیمار آقای ۴۰ ساله با شکایت اصلی تغییر صدا از حدود ۶ ماه قبل از مراجعه که تدریجاً پیشرفت کرده بود، می باشد. بیمار دیسفاژی پیشرونده نیز داشت - تنگی نفس فعالیتی خفیف وجود

۶۵- تا ۱۲۵- واحد هانسفیلد می باشد. (۳) تشخیص های افتراقی لیپوم حنجره شامل لیومیوم، کندروم، پاپیلوم، و نوروفیبروم می باشد. بهر حال لیپوم توسط دانسیته پایین خود در CT و خصوصیات سیگنالی در MRI به راحتی افتراق داده می شود که بصورت بسیار روشن در T1 و تیره در T2 می باشد. (۳)

درمان لیپوم حنجره مورد بحث است. برخی مطالعات برداشتن توسط آندوسکوپ را توصیه می کنند. Hausfeld و Yanagisawa (۲) نقش آندوسکوپ را به توده های پایه دار محدود می کنند و توصیه می کنند که توده های زیر مخاطی باید توسط جراحی خارجی درآورده شوند.

تومورهای بدون پایه بزرگ نیاز به رویکرد خارجی بصورت تیروتومی، فارنگوتومی ترانس هیوئید یا لاترال دارند تا دید مناسب وجود داشته باشد و نیز بطور کامل خارج گردند تا هر گونه احتمال عود متفی گردد. (۴) تشخیص کردن اعصاب حنجره ای فوقانی و راجعه جهت جلوگیری از آسیب به عملکرد حنجره لازم است.

کلاً درمان جراحی از نظر مسایل زیبایی و یا در مواقع وجود علائم فشاری لازم می باشد (۵). ما توصیه می کنیم که لیپوم های بزرگ (>2cm) با رویکرد خارجی درمان شوند زیرا درآوردن آنها بصورت en block با رویکرد آندوسکوپی مشکل می باشد، از طرفی با در نظر گرفتن اینکه برخی از لیپوم های بزرگ ممکن است یک لیپوسارکوم با درجه پایین باشند (۱) لذا خارج کردن کامل همراه با کپسول آن مطلوب می باشد.

نتیجه گیری

نیاز به دید و دسترسی کافی و فواید خارج کردن کامل تومور سبب شده است که برای لیپوم های بزرگ بدون پایه رویکرد خارجی روش مناسب باشد. عود لیپوم ممکن است بیانگر یک لیپوسارکوم با درجه پایین باشد که این حالت نیاز به بررسی های پیشرفته دارد.

حدود ۵ به ۱۴ می باشد و اغلب در دهه ششم و هفتم زندگی رخ می دهد. تاکنون کمتر از صد مورد لیپوم حنجره گزارش شده است که ۷۸ مورد از اینها توسط Zakrzewski در سال ۱۹۶۵ میلادی لیست شده است. لیپوم حنجره می تواند داخلی و یا خارجی باشد. نوع داخلی ناشایع است و در مناطقی مانند طناب های صوتی کاذب، چین آری اپیگلوتیک و اپیگلوت که چربی بخشی از ساختمان ساب اپیتلیال را تشکیل می دهد، رخ می دهد. از کل لیپومهای داخلی نوع گلو تیک نادرترین می باشد (۱).

اتیولوژی دقیق لیپوم حنجره نامعلوم است. نظریه فعلی، تمایز فیبروبلاست های مولتی پتانسیل به سلول های چربی از طریق یک مکانیسم نامشخص می باشد. گرچه این نظریه ممکن است در مورد لیپوم های خارجی صحیح باشد ولی اتیولوژی لیپوم های داخلی نامعلوم باقیمانده است.

شایع ترین علامت لیپوم حنجره انسداد راه هوایی است. سایر علائم شامل احساس توده در گلو، تغییرات صدا، خرخر، تجمع بزاق می باشد (۲). در لیپوم های پایه دار انسداد نوع درجه یک طرفه ممکن است رخ دهد. از آنجائیکه لیپوم ها رشد آهسته دارند لذا علائم ممکن است بعد از چند ماه یا چند سال بصورت بی سروصدا ظاهر شوند.

بصورت ماکروسکوپی، لیپوم ها اندازه متفاوتی دارند. آنها تمایل دارند که صاف و یا لوبوله باشند و اغلب کپسول دار بوده و حاشیه مشخصی دارند و ظاهر زرد رنگ دارند. نمای آندوسکوپی لیپوم ها کاملاً متغیر بوده و از توده زیر مخاطی تا توده پایه دار داخل لومن می تواند باشد (۲). از نظر میکروسکوپی لیپوم ها از آدیپوسیت های بالغ تشکیل شده اند که از نظر شکل و اندازه متغیر بوده و دارای یک واکوئل مرکزی بزرگ می باشند که اغلب هسته را به سمت پیرامون سلول جابجا می کند. لیپوم معمولاً بخوبی عروق دار می باشند ولی شبکه عروقی توسط لیپوسیت های متسع تحت فشار قرار می گیرد. اغلب یک کپسول فیروزه قابل تعیین است. تشخیص لیپوم حنجره بر اساس یافته های آندوسکوپی، بلع باریم یا سایر روشهای رادیولوژیک ممکن است حدس زده شود. مطالعات متعددی کاربرد CT scan را در تشخیص نشان داده اند. مشخصه لیپوم در تصاویر CT اسکن یک توده با دانسیته پایین بین

References

1. Bastian RW. Benign mucosal disorders and neoplasms. In: cummings CW. Otolaryngol Head and Neck surg, Vol.3. st Louis: cv Mosby 1986: 1965-87.
2. Wenig BM. Lipomas of the Larynx and hypopharynx: A review of the Literature with the addition of three cases. *J Laryngol otol* 1995; **109**: 353-7.
3. Yoskovitz A, cambronero E, Said sh, Whiteman M, Goodwin J. Giant Lipoma of the Larynx: A case report and Leterature review. *Ear, Nose and Throat J*. New York 1999; **78**: 122-4.
4. Trizna Z, Forral G, Toth B. Laryngeal Lipoma. *Ear, Nose, Throat J* 1991; **70**: 387-8.
5. Cummings CW. Otolaryngology Head and Neck surgery. 4 th edition st Louis, *Mosby* 2005: 25-63.