

## گزارش یک مورد استئوسارکوم حنجره

دکتر منیره حلیمی: گروه پاتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
دکتر قدرت محمدی: گروه گوش و حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
دکتر علی گلجانیان تبریزی: گروه گوش و حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، نویسنده رابط

E-mail: Goljanianali@yahoo.com

دریافت: ۸۶/۲/۴، پذیرش: ۸۶/۴/۲۷

### چکیده

نادر بودن و رفتار متفاوت سارکومهای حنجره در قیاس با کارسینومهای آن، یکی از چالشهای مهم تشخیصی و درمانی در بیماران مبتلا به سرطانهای حنجره می باشد. گزارش یک مورد استئوسارکوم حنجره در یک مرد ۷۱ ساله در ذیل ارائه می گردد.

کلیدواژه ها: استئوسارکوم، بدخیمی حنجره، سارکوم حنجره

### مقدمه

چندین ماه تحت درمان قرار گرفته بود. خشونت صدای وی در این مدت پیشرونده بوده است و دیسترس تنفسی وی به دنبال برونسکوپي منعطف توسط متخصص ریه به طور ناگهانی تشدید شده بود. بیمار سابقه ای از مصرف الکل را ذکر نمی کرد و از ۱۰ سال قبل نیز سیگار را ترک کرده بود. بیمار بلافاصله به اتاق عمل منتقل شده و تراکتوستومی انجام شد. در همان زمان لارنگوسکوپي سوسپانسیون نیز به عمل آمد که یک توده پولیپوئید بزرگ با درگیری کمیشور قدامی، هر دو طناب صوتی حقیقی و هر دو طناب صوتی کاذب با گسترش به غضروف آرتینوئید چپ را نشان داد. در بیوپسی اولیه، کارسینوم سلولهای دوکی توسط بخش پاتولوژی گزارش گردید.

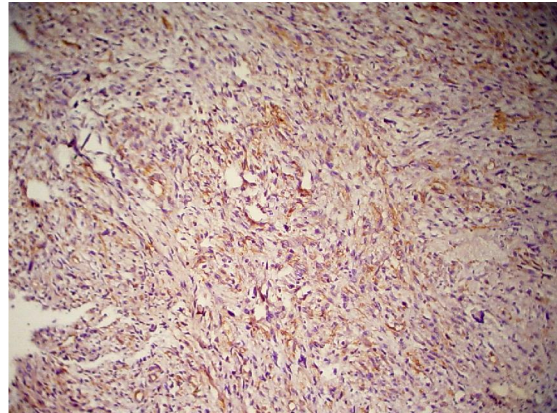
در CT اسکن بعمل آمده از گردن و حنجره یک توده ترانس گلوئیک بدون تهاجم به غضروف تیروئید و یا درگیری غدد لنفی گردن رویت گردید. در CT اسکن ریه نیز شواهدی از متاستاز رویت نگردید. برای بیمار لارنژکتومی کامل با برداشتن دو طرفه غدد لنفی جانبی گردن انجام شد. در بررسی نمونه، یک توده پولیپوئید با ابعاد  $4\text{cm} \times 4\text{cm} \times 3\text{cm}$  با سطح مخاطی سالم و درگیری طنابهای صوتی کاذب و حقیقی دو طرف و انتشار به غضروف آرتینوئید چپ مشاهده شد.

سارکومهای حنجره ۱٪ الی ۲٪ نئوپلاسمهای حنجره را تشکیل می دهند و استئوسارکوم نادرترین نوع آنها می باشد. نادر بودن موارد گزارش شده و احتمال متاستاز زودرس از طریق خون بویژه به ریه ها و همچنین عود موضعی این بیماری، ضرورت تشخیص صحیح و پیگیری دقیق این بیماران را مشخص می نماید. در صورت نبود شک بالینی، تشخیص صحیح ممکن نخواهد بود. توافق همگانی در باره استفاده از رادیوتراپی و شیمی درمانی در درمان این بیماری وجود ندارد. استئوسارکومهای حنجره بسیار نادرند و تاکنون کمتر از ۲۰ مورد در مقالات گزارش شده اند (۱،۲). در همه این موارد خشونت صدا به دلیل وجود پاپیلوم و یا وجود پرده حنجره گزارش شده اند. در باره نحوه درمان این بیماری با توجه به کمی تعداد گزارش شده و نبود تجربه کافی اتفاق نظر وجود ندارد (۳). عود موضعی و متاستاز زودرس از طریق خون به ریه ها شایع اند و پیگیری دقیق این بیماران را ضروری می نماید (۴).

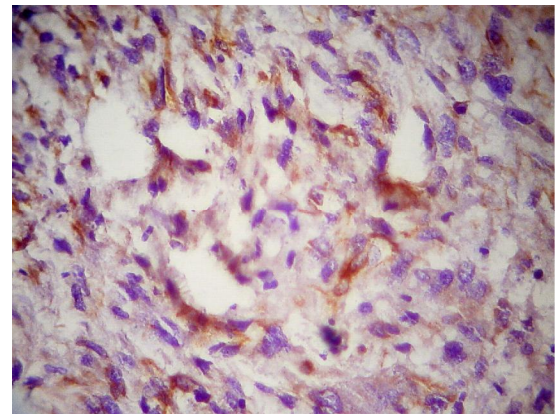
### معرفی بیمار

بیمار مردی ۷۱ ساله که با دیسترس تنفسی به بیمارستان امام خمینی تبریز ارجاع شده بود. وی با تشخیص احتمالی آسم،

تقسیم می گردد: استئوبلاستیک، هیستوسیتوماتوس، کندروسارکوماتوس، فیبروسارکوماتوس و تلائنژکتیک. نوع فیبروسارکوماتوس شایعترین نوع است (۳). تصور می شود که استئوسارکوم از سلولهای نابالغ استئوبلاست و یا از تمایز کندروبلاستها و فیروبلاستها به استئوبلاست ایجاد می شود (۴) و طنابهای صوتی حقیقی شایعترین محل اولیه به شمار می روند (۲). استئوسارکوم بیشتر در مردان و در سنین ۵۹ الی ۸۴ سال دیده می شود (۱ و ۲). تاکنون فقط یک مورد استئوسارکوم در زنان گزارش شده است (۲). قرار گرفتن در معرض پرتوهای یونیزان، سابقه قبلی رتینوبلاستوم، بیماری پاژه و دیسپلازی فیبرو به عنوان علل اتیولوژیک احتمالی مطرح شده اند (۴). استخوانی شدن اسکلت حنجره ممکن است در ایجاد استئوسارکوم نقش ایفا کند (۳). مصرف سیگار، الکل و ضایعات با تمایل بدخیمی در این زمینه نقشی ندارند. بیمار ما مردی ۷۱ ساله بود که از ۱۰ سال قبل سیگار را ترک کرده بود و هیچ یک از عوامل مستعد کننده فوق در وی وجود نداشت. خشونت صدا و دیسترس تنفسی شایعترین شکایات هستند و متاستاز به غدد لنفی گردن تا مراحل انتهایی بیماری رویت نمی شود (۱). بیمار با خشونت صدای پیشرونده و دیسترس تنفسی مراجعه نموده بود. معیارهای بافت شناسی استئوسارکوم شامل: ماتریکس استئوئید، سلولهای دوکی شکل پلئومورف و تشکیل استخوان نابالغ است که در نمونه های کوچک ممکن است ماتریکس استئوئید کافی وجود نداشته باشد و تشخیص صحیح را دشوار نماید (۲). تشخیصهای افتراقی این بیماری شامل کارسینوم سلولهای دوکی، میوزیت اسیفیکان و انواع دیگر سارکوما می باشد (۱، ۲). وجود تکثیر سلولهای دوکی و نواحی کلسیفیکاسیون و استئوئید مانند در بیمار ما به تشخیص صحیح کمک کرد. رزکسیون کامل جراحی و حاشیه های منفی در این بیماران حیاتی است. رادیوتراپی در این بیماران کمک کننده نمی باشد و نقش شیمی درمانی نیز مشخص نیست (۳، ۴). بررسی گزارشهای موجود از این بیماری نشان می دهد که بیمارانی که تحت جراحی و بدون دریافت رادیوتراپی و یا شیمی درمانی قرار گرفته اند طول عمر بیشتری از بیمارانی که رادیوتراپی و یا شیمی درمانی همراه با جراحی دریافت کرده اند، داشته اند. در این بیمار به دلیل گسترش سوپراکلوتیک بیماری لارنژکتومی کامل همراه با برداشتن دو طرفه غدد لنفی گردن انجام شد هیچ درمان دیگری غیر از جراحی انجام نشد و پس از ۶ ماه پیگیری دقیق بیمار فاقد متاستاز در گردن ریه و سایر نواحی می باشد.



تصویر ۱. نمای میکروسکوپی پس از رنگ آمیزی ایمونوهیستوکمیکال؛ بزرگنمایی ۴۰.



تصویر ۲. نمای میکروسکوپی پس از رنگ آمیزی ایمونوهیستوکمیکال؛ بزرگنمایی ۴۰.

در گزارش نهایی پاتولوژی، تکثیر سلولهای دوکی شکل با هسته های دوکی شکل و سیتوپلاسم متوسط با میتوزهای کم تعداد، برخی نواحی کلسیفیکاسیون و استئوئید مانند رویت شده بود. رنگ آمیزی ایمونوهیستوشیمیایی برای ویمنتین مثبت و برای سیتوکراتین، پروتئین S100 و آنتی ژن غشایی اپیتلیال منفی بود (تصاویر ۱ و ۲). پس از بررسیهای مجدد نمونه توسط بخش پاتولوژی تشخیص استئوسارکوم مسجل شد. تمامی حاشیه های نمونه عاری از تومور بودند و شواهدی از تهاجم غضروفی رویت نشد. محل اولیه نیز ظاهراً طناب صوتی حقیقی چپ بود.

## بحث

سارکوماهای حنجره ۱٪ الی ۲٪ نوپلاسمهای حنجره را تشکیل می دهند. فیبروسارکوم و کندروسارکوم شایعترین آنها می باشند. استئوسارکوم نادرترین نوع است و از نظر بافت شناسی به انواع زیر

## References

1. Myssiorek D, Patel M, Wasserman P, Rofeim O. Osteosarcoma of the larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998; **107**: 70-4.
2. Berge JK, Kapadia SB, Myers EN. Osteosarcoma of the larynx. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998; **124**: 207-10.
3. Rossi RM, Landas SK, Kelly DR, Marsh WL. Osteosarcoma of the larynx. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1998; **118**: 385-8.
4. Kassir RR, Rassekh CH, Kinsella JB, Segas J, Carrau RL, Hokanson JA. Osteosarcoma of the head and neck: Meta-analysis of nonrandomized studies. *Laryngoscope* 1997; **107**: 56-61.