

(مقاله پژوهشی)

بررسی تومورهای بدخیم گوش خارجی و میانی و درمان آن ها در بیمارستان قائم(عج) مشهد

محمدنعمی^{*}، محمد مهدی قاسمی^۲، رقیه عربخانی^۳، شریفه حق جو^۳،
فائزه حسین نژاد اریانی^۳، مجید صفوی^۴

چکیده

زمینه و هدف: تومورهای گوش خارجی و میانی نادر هستند و با علائم غیر اختصاصی بروز می کنند. لذا غالباً مورد غفلت واقع شده و در زمان تشخیص در مراحل پیش رفته بوده و پیش آگهی خوبی ندارند. هدف از مطالعه حاضر، تعیین توزیع فراوانی و مقایسه بدخیمی های گوش میانی و خارجی از نظر فاکتورهای دموگرافیک و شیوه درمان است.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع مقطعی و توصیفی-تحلیلی است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به اسکواموس سل (BCC) و بازال سل کارسینوم (BCC) گوش خارجی و میانی است که طی سال های ۱۳۸۸-۱۳۷۴ به بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان قائم(عج) مشهد مراجعه کرده و با تشخیص پاتولوژی تحت درمان قرار گرفته بودند. تعداد بیماران مورد مطالعه ۶۳ نفر بودند و از نظر فاکتورهای مختلف بررسی شدند و حداقل ۲ ماه تا حداکثر ۲ سال پیگیری شدند.

یافته ها: بیماران مورد مطالعه دو گروه کلی با درگیری گوش خارجی با دو نوع بدخیمی بودند (۴۶/۸۱ درصد) SCC و (۵۳/۱۹ درصد) BCC که در کل ۴۷ بیمار را شامل شدند. گروه دیگر، بیماران با درگیری گوش میانی بودند با مجموع ۱۶ بیمار که ۹۳/۷۵ درصد SCC و ۶/۲۵ درصد BCC بودند.

نتیجه گیری: در مجموع پیش آگهی ۲ ساله بیماران در گوش خارجی خیلی بهتر از گوش میانی بود به طوری که در گوش خارجی میزان عود، ۱۳ درصد و در گوش میانی ۵۰ درصد بود. اساس درمان در این بدخیمی ها برداشتن کامل جراحی است.

م ع پ ۱۳۹۰؛ ۱۰(۱): ۳۷-۴۳

کلید واژگان: اسکواموس سل کارسینوما، گوش خارجی، بازال سل کارسینوما، گوش میانی.

- ۱- دانشیار گوش و حلق و بینی.
- ۲- استاد گوش و حلق و بینی.
- ۳- دستیار گوش و حلق و بینی.
- ۴- پزشک عمومی.

گروه گوش و حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

* نویسنده مسوول:

مشهد- خیابان احمد آباد، بیمارستان قائم،
بخش گوش و حلق و بینی.

تلفن: ۰۰۹۸-۵۱۱-۸۴۱۳۴۹۲

Email: dr.naeimi@gmail.com

مقدمه

کارسینوما و نومورهای بدخیم گوش خارجی و میانی نادر هستند. شایع ترین بدخیمی ناحیه استخوان تمپورال، سرطان سلول سنگفرشی (SCC) Squamous Cell- Carcinoma است که ۸۰-۶۰ درصد بدخیمی های این ناحیه را شامل می شود (۴-۱) و اغلب با یک تاریخچه طولانی از عفونت مزمن گوش میانی همراه است. اما در اریکول، سرطان سلول پایه (BCC) Basal Cell- Carcinoma شایعتر است و نسبت به بدخیمی ناحیه استخوان تمپورال در سنین بالاتر (دهه ۶-۴) بروز می کند. هر دو نوع بدخیمی در مردان شایعتر از زنان است (۱،۲،۵،۶). اگرچه علت سرطان های گوش، شناخته نشده ولی عوامل گوناگونی دخیل شمرده شده اند. این عوامل موضعی بوده و شامل آسیب های مزمن ناشی از آفتاب، عفونت های مزمن گوش میانی و صدمات ناشی از اشعه می باشند (۱،۲،۴،۶،۷). به علت شیوع کم بدخیمی و شیوع بیشتر بیماری هایی که علائم مشترکی با بدخیمی ها دارند، تشخیص معمولاً با تاخیر حداقل ۶ ماهه صورت می گیرد (۱،۲).

تظاهر نومور غالباً به صورت اوتیت مزمن گوش خارجی یا اوتیت مزمن گوش میانی است. بطوری که اوتیت خارجی مقاوم، علی رغم درمان های رایج باید شک به کارسینوما را برانگیزد و بیوپسی انجام شود. درد مداوم نسبت به ضایعه امری غیرعادی است. همچنین تغییر در میزان درد در یک گوش دردناک طول کشیده باید مهم تلقی شود (۵،۹-۷). در معاینه بالینی، سرطان سلول سنگفرشی می تواند به صورت ضایعه پلی پوئید یا گوشته در کانال گوش خارجی بروز کند در حالی که در اوریکول به صورت یک ضایعه با رشد آهسته و سطح اولسره غیر بهبود یابنده و بدون علائم همراه بروز می کند. اما سرطان سلول بازال در اوریکول به صورت یک اولسر با حاشیه نامنظم و مروارید شکل همراه با خارش است در حالی که در کانال گوش به دلیل نازک بودن اپی تلیوم، اشکال مروارید شکل وجود ندارند (۱،۷-۵). کاهش شنوایی

به دلیل انسداد کانال بیشتر از نوع انتقالی است و اگر همراه با کاهش شنوایی حسی-عصبی یا سرگیجه باشد نشان دهنده درگیری لایبرنت و یک ضایعه پیشرفته و تهاجمی است. همچنین درگیری پاروتید، فلج اعصاب کرانیال و لنف ادنوپاتی گردنی نشانه تهاجم نومور بوده و پیش آگهی بدتری دارد (۲،۳،۷). اساس درمان در این بیماران جراحی است. برنامه ریزی برای اداره بیمار حین عمل جراحی کاملاً بستگی به ارزیابی قبل از عمل دارد. سی تی اسکن استخوان تمپورال در مقاطع نازک انجام می شود که در صورت وجود ضایعات گسترده یا وجود شواهدی از تخریب در سی تی اسکن بررسی با ام آر ای با تزریق از استخوان تمپورال، قسمت فوقانی گردن و غده پاروتید انجام که این نوع تصویربرداری جزئیات بیشتری را در مورد انتشار ضایعه و درگیری اینترکانیال نشان می دهد (۱،۲،۶،۷). در مجموع یک جمع بندی کلی از چگونگی برخورد با کارسینوم های کانال گوش خارجی و استخوان تمپورال به راحتی در متون یافت نمی شود که علت آن نادر بودن این ضایعات است اکثر مطالعات در عرض دو دهه یا بیشتر فقط یک یا دو بیمار در خلال یک سال داشتند، در حالی که در مطالعه حاضر ۶۳ بیمار در مدت ۱۳ سال جمع آوری شده است. در ضمن درگیری اریکول نیز در نظر گرفته شده است.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع مقطعی و توصیفی-تحلیلی می باشد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به اسکواموس سل کارسینوما و بازال سل کارسینوما که در سال های ۱۳۷۴-۱۳۸۸ به بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان قائم (عج) مشهد مراجعه نموده و با تشخیص پاتولوژیکی قطعی تحت درمان قرار گرفته بودند. شصت و سه نفر از این بیماران به روش تصادفی ساده انتخاب شده و سپس اطلاعات بر اساس محل بدخیمی که شامل گوش خارجی (کانال گوش و اوریکول) و گوش میانی و نوع بدخیمی شامل بازال سل کارسینوما و اسکواموس سل

کل در گوش خارجی ۱۳ درصد عود در عرض دو سال رخ داد. چهار مورد عود به علت SCC بوده که ۳ مورد از این ها فقط رادیوتراپی شده بودند. دو مورد عود هم به دنبال BCC بود که یک مورد تنها رادیوتراپی شده بود. یک مورد دیگر هم اوریکولکتومی جزئی شده بود و مارژین مثبت داشت. در کل مدت عود در بیماران از دو ماه تا دو سال متغیر بود. در بیماران با بدخیمی گوش میانی، ۳۷/۵ درصد محدود به گوش میانی و حفره ماستوئید بود. در سایر موارد یا از همان ابتدا یا به دنبال عود تهاجم به دو راه، پاروتید، گوش داخلی، غددلنفاوی و پوست مشهود بود. در این میان یک مورد درگیری پاروتید به دنبال BCC بوده است. نه مورد (۵۶/۲۵ درصد) منشا اولیه تومور، گوش میانی بوده است. درمان های انجام شده در بدخیمی گوش میانی شامل رادیکال ماستوئیدکتومی در ۳۱/۲۵ درصد موارد، برداشت ناکامل تمپورال در ۳۷/۵ درصد موارد و برداشت کامل تمپورال در ۱۸/۷۵ درصد موارد بوده است و هر ۱۶ بیمار (۱۰۰ درصد) رادیوتراپی شدند (جدول ۳). به جز چهار مورد که تهاجم به دورا وجود داشت در بقیه موارد حذف کامل نسج تومور انجام گرفت.

در این میان ۶ مورد (۵۰ درصد) ظرف دو ماه تا دو سال پس از درمان دچار عود بیماری شدند که درمان پس از عود در اینها شامل برداشتن کامل نسج تومورال و استخوان تمپورال بوده است. فقط دو مورد از بیماران با حذف کامل تومور در عرض دو سال دچار عود شدند و رشد تومور در کمتر از شش ماه در مواردی رخ داد که در گیری دورا داشتند و امکان حذف کامل وجود نداشت.

کارسینوما طبقه بندی شدند و در هر مورد جداگانه میانگین و درصد داده ها تعیین شد و در انتها بین داده ها مقایسه صورت گرفت و داده ها با آزمون مجذور کای و با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید و نتایج حاصله با مقالات منتشر شده در این زمینه مورد مقایسه قرار گرفته و از حداقل ۲ ماه تا حداکثر ۲ سال پیگیری شدند.

یافته ها

بیماران مورد مطالعه، دو گروه کلی یکی با درگیری گوش خارجی بودند و فقط دو نوع بدخیمی داشتند که ۲۲ مورد (۴۶/۸۱ درصد) سرطان سلول سنگفرشی و ۲۵ مورد (۵۳/۱۹ درصد) سرطان سلول بازال گزارش شد. در کل ۴۷ بیمار را شامل شدند (جدول ۱). گروه دیگر بیماران با درگیری گوش میانی بودند با مجموع ۱۶ مورد که ۱۵ نفر (۹۳/۷۵ درصد) SCC و یک مورد (۶/۲۵ درصد) BCC بودند (جدول ۲). لازم به ذکر است که در تعدادی از بیماران هر دو گوش خارجی و میانی درگیر بودند، که در چهار مورد گوش میانی بطور ثانویه درگیر شده بود و یک مورد گوش خارجی بطور ثانویه درگیر شده بود و همه این موارد SCC بودند.

در مجموع درمان بیماران به صورت زیر بوده است: اوریکولکتومی جزئی که ۴۲ درصد موارد SCC و ۵۳ درصد BCC را شامل می شد. هفت مورد اوریکولکتومی کامل شامل ۲۱ درصد SCC و ۳۰ درصد BCC بود. دو مورد (۸ درصد) حذف مجرا، ۳ مورد (۱۵ درصد) حذف اوریکول و مجرا و ماستوئیدکتومی شد. در

جدول ۱: وسعت تومور در بیماران مبتلا به بدخیمی گوش خارجی

BCC		SCC		نوع تومور
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۸۰	۲۰	۶۳/۶۳	۱۴	محدود به اوریکول
۱۵	۳	۱۸/۱۹	۴	درگیری مجرای گوش خارجی
۱۶	۴	۲۷/۲۷	۶	درگیری ناحیه پاروتید
۴	۱	۳۶/۳۷	۸	درگیری گوش میانی
۸	۲	۱۳/۶۳	۳	لنفادنوپاتی
۴	۱	—	—	فقط مجرای گوش خارجی

جدول ۲: وسعت ضایعه در مبتلا به بدخیمی گوش میانی

درصد	تعداد بیماران	وسعت ضایعه
۲۵	۴	تهاجم به دورا
۶۲/۵	۱۰	درگیری ناحیه پاروتید
۲۵	۴	درگیری غده لنفاوی
۱۸/۷۵	۳	درگیری لابیرنت
۶/۲۵	۱	درگیری پوست سر
۳۷/۵	۶	فقط ماستوئید و گوش میانی

جدول ۳: روش درمان مبتلایان به بدخیمی گوش میانی

درصد	تعداد بیماران	نوع درمان
۳۱/۲۵	۵	ماستوئیدکتومی رادیکال
۳۷/۵	۶	برداشت ناقص استخوان تمپورال
۱۸/۷۵	۳	برداشت کامل استخوان تمپورال
۶۲/۵	۱۰	پاروتیدکتومی همراه
۱۰۰	۱۶	راديوتراپی همراه
۲۵	۴	RND همراه

RND(Right Neck Disection)

بحث و نتیجه گیری

واینکوس، تا حد مفصل استخوانچه های اینکوس و رکابی است. استخوان لابیرنت و عصب فاسیال حفظ می شود) و حذف نزدیک به کامل استخوان تمپورال (حذف نیمه استخوان تمپورال به صورت کامل شامل حذف قسمت داخلی تا کپسول اتیک با حفظ راس پتروس) حذف کامل استخوان تمپورال را شرح دادند. در مطالعه مشابه که باز هم توسط پاراساد و جانکا(۱۰)، انجام شد بیماران با SCC ماستوئید و گوش میانی به دنبال جراحی به روش حذف نزدیک به کامل استخوان تمپورال بهبود یافتند و در مقایسه با آنهایی که ماستوئیدکتومی یا LTBR شده بودند طول عمر بهتر بود به طوری که طول عمر ۵ ساله به دنبال حذف نزدیک به کامل استخوان تمپورال، LTBR و ماستوئیدکتومی به ترتیب ۴۱/۷ درصد، ۲۸/۷ درصد و ۱۷/۱ درصد بود (۱۰-۸).

برداشتن کامل بدخیمی های در برگیرنده گوش و استخوان تمپورال برای جراحان مشکل برانگیز است. دلیل آن، مجاورت به حفره میانی و خلفی جمجمه و ساختمان های عصبی و عروقی است(۸). از نیمه قرن بیستم، به دنبال کاهش عوارض بعد از عمل جراحی، توجهات خیلی زیادی به حذف جراحی بدخیمی گوش و استخوان تمپورال شد بطوری که تاکید اولیه بر خارج کردن تمام استخوان تمپورال بود (۵،۶،۹،۱۰). و بعداً پیشنهاد شد که در صورت امکان، حذف یکجا باید برای این تومورها انجام شود. این نظریه به وسیله یافته های کرب تری و همکاران(۷)، آستین و همکاران(۸)، و ارنا و کیم(۹) حمایت شد. در سال ۱۹۹۴ در یک متآنالیز، پاراساد و جانکا (۱۰)، درمان تومورهای محدود به مجرای گوش خارجی که شامل ماستوئیدکتومی (LTBR)- Lateral temporal bone resection (شامل حذف استخوان کانال گوش خارجی، پرده تیمپان، استخوانچه مالئوس

عوامل زمینه‌ساز شامل رادیوتراپی قبلی و اختلالات لنفوپرولیفراتیو می‌باشد (۹،۲). حداکثر سن در مطالعاتی که در این زمینه صورت گرفته دهه ۶ و ۷ زندگی بوده و میانگین سنی در BCC بیشتر از SCC می‌باشد (۹،۳) در حالی که در این مطالعه حداکثر سن بیشتر و دهه ۸ زندگی بوده است ولی در گوش میانی میانگین سنی در مردان، دهه ۶ و در زنان دهه ۵ بود.

درمان‌های پیشنهاد شده برحسب شدت ضایعه از یک حذف محدود ضایعه با مارژین کافی تا رزکسیون کامل استخوان تمپورال با یا بدون رادیوتراپی متفاوت است (۱۳،۱۲،۶). در این مطالعه همانند سایر مطالعات انجام شده در این زمینه اساس درمان اولیه، جراحی بوده است. اما در بدخیمی‌های گوش میانی به دنبال حذف کامل ضایعه، رادیوتراپی هم انجام می‌شود (۱۵،۱۴،۲). پیش‌آگهی برای دوره ۵ ساله بر طبق مطالعات متعدد حدود ۲۵ تا ۵۰ درصد است (۹،۶،۱).

به دنبال درمان‌های مختلف در مطالعه حاضر با پیگیری ۲ ساله، در گوش خارجی میزان عود، ۱۳ درصد و در گوش میانی حدود ۵۰ درصد بود. در این مطالعه هم مشابه سایر مطالعات مطلوب‌ترین پیش‌آگهی (میزان بقا و عدم عود) مربوط به حذف نزدیک به کامل استخوان تمپورال بود. تفاوت مطالعه حاضر با مطالعات انجام شده در این زمینه طول مدت بررسی بود (۲ سال در مقابل ۵ سال در سایر مطالعات).

در کل، SCC در این نواحی شایع‌ترین بدخیمی است که در مطالعه حاضر در ۵۸/۷۳ درصد موارد SCC و ۴۱/۲۶ درصد موارد BCC بود. در مطالعه موفت و همکاران (۱). مودی و همکاران (۴) هم نتایج مشابهی گزارش شده است. در گوش میانی ۹۳/۷۵ درصد موارد SCC و ۶/۲۵ درصد BCC بود. از نظر جنسی شیوع بدخیمی‌های گوش در مردان شایع‌تر از زنان بوده است بطوری که ۹۰ درصد بیماران، مبتلا به SCC و ۸۲ درصد موارد BCC در مردان گزارش شده که به نظر می‌رسد بیشتر به دلیل نحوه پوشش و لباس و شغل باشد (۸،۷،۳). سرطان‌های گوش میانی بیشتر با عفونت‌های مزمن گوش میانی و ماستوئید مرتبط هستند (۱۰،۹،۷،۱). سایر

منابع

- 1-Moffat DA, Wagstaff SA, Hardy DG. The outcome of radical surgery and postoperative radiotherapy for squamous carcinoma of the temporal bone. *Laryngoscope*. 2005 Feb; 115 (2):341-7. [PMID=15689763]
- 2-Lim LH, Goh YH, Chan YM, Chong VF, Low WK. Malignancy of the temporal bone and external auditory canal. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000 Jun; 122(6):882-6. [PMID=10828803]
- 3-Leonetti JP, Smith PG, Kletzker GR, Izquierdo R. Invasion patterns of advanced temporal bone malignancies. *Am J Otol*. 1996 May; 17(3):438-42. [PMID=8817022]
- 4-Moody SA, Hirsch BE, Myers EN. Squamous cell carcinoma of the external auditory canal: an evaluation of a staging system. *Am J Otol*. 2000 Jul; 21(4):582-8. [PMID=10912706]
- 5-Choi JY, Choi EC, Lee HK, Yoo JB, Kim SG, Lee WS. Mode of parotid involvement in external auditory canal carcinoma. *J Laryngol Otol*. 2003 Dec; 117(12):951-4. [PMID=14738604]
- 6-Arriaga M, Curtin H, Takahashi H, Hirsch BE, Kamerer DB. Staging proposal for external auditory meatus carcinoma based on preoperative clinical examination and computed tomography findings. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1990 Sep; 99(9 Pt 1):714-21. [PMID=2396807]
- 7-Crabtree JA, Britton BH, Pierce MK. Carcinoma of the external auditory canal. *Laryngoscope*. 1976 Mar; 86(3):405-15. [PMID=1256215]
- 8-Austin JR, Stewart KL, Fawzi N. Squamous cell carcinoma of the external auditory canal. Therapeutic prognosis based on a proposed staging system. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1994 Nov; 120(11):1228-32. [PMID=7917206]
- 9-Arena S, Keen M. Carcinoma of the middle ear and temporal bone. *Am J Otol*. 1988 Sep; 9 (5):351-6. [PMID=3059809]

- 10-Prasad S, Janecka IP. Efficacy of surgical treatments for squamous cell carcinoma of the temporal bone: a literature review. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1994 Mar; 110(3):270-80. [PMID=8134137]
- 11-Nyrop M, Grøntved A. Cancer of the external auditory canal. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002 Jul; 128(7):834-7. [PMID=12117346]
- 12-Kunst H, Lavieille JP, Marres H. Squamous cell carcinoma of the temporal bone: results and management. *Otol Neurotol.* 2008 Jun; 29(4):549-52. [PMID=18520589]
- 13-Nakagawa T, Kumamoto Y, Natori Y, Shiratsuchi H, Toh S, Kakazu Y, et al. Squamous cell carcinoma of the external auditory canal and middle ear: an operation combined with preoperative chemoradiotherapy and a free surgical margin. *Otol Neurotol.* 2006 Feb; 27 (2): 242-8; discussion 249. [PMID=16436996]
- 14-Pemberton LS, Swindell R, Sykes AJ. Primary radical radiotherapy for squamous cell carcinoma of the middle ear and external auditory canal - an historical series. *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 2006 Jun; 18(5):390-4. [PMID=16817330]
- 15-Hirsch BE, Chang CYJ. Carcinoma of the temporal bone. In: Myers EN, ed. *Operative Otolaryngology Head and Neck Surgery.* Philadelphia (Pa): WB Saunders; 1997:1434-58.

Treatment and Outcome of Malignant External Auditory Canal and Middle Ear tumor in Ghaem Hospital - Mashhad

Naeimi M^{1*}, Ghassemi M.M², Arabkhani R³, Haghjo SH³,
Hossain njad aryani F³, Safavi M⁴

1-Associated professor of ENT.
2-Professor of ENT.
3-Resident of ENT.
4-General Practitioner.

Department of ENT, School of
Medicine, Mashhad University of
Medical Sciences, Mashhad, Iran.

* Corresponding author:
Department of ENT, Ghaem
hospital, Ahmad Abad, Ave.
Mashhad, Iran.
Tel: 0098-511-8413492
Email: dr.naeimi@gmail.com

Abstract

Background and Objective: External Auditory Canal and Middle Ear tumor are rare. Its unspecific symptoms make the physician confuse and has not a good prognosis. The aim of this study was to access the prevalence and comparing of middle and external ear carcinoma (Squamous Cell Carcinoma or Basal cell Carcinoma) in demographic factors and kind of management.

Subjects and Methods: In this cross sectional study we evaluated the patients with squamous cell carcinoma and basal cell carcinoma of external and middle ear who treated in ENT ward of Ghaem hospital Mashhad during 1995- 2009. We randomly selected 63 patients and followed them up for 2-24 months.

Results: Our findings showed that of total 47 patients with external auditory canal malignant tumors had either SCC (46.81%) or BCC (53.19%). In the other hand of 16 patients with middle ear malignant tumor showed either SCC (93.75%) or BCC (6.25%).

Conclusion: Two- year survival in external auditory canal malignancies was much better than middle ear malignancies. The rates of recurrence in external auditory canal malignancy and in middle ear malignancy were 13% and 50% respectively. The best management in this malignancies is en block resection.

Sci Med J 2011; 10(1):37-43

Keywords: External of the ear, squamous cell carcinoma, middle ear, Basal cell carcinoma.

Received: Dec 7, 2009

Accepted: Oct 12, 2010

Revised: Jul 13, 2010