

کارسینومای نای در یک بیمار مبتلا به لیکن پلان مخاطی

دکتر عبدالرحیم حبیبی خراسانی^۱، دکتر عبدالحمید برجی^۱، دکتر شهریار دبیری^۲ و دکتر سعید شمس‌الدینی^۳

خلاصه

خانم جوانی بعلت سوزش دهان به درمانگاه پوست مراجعه نمود. در معاینه دهان دو پلاک سفید رنگ در سطح داخلی حفره دهان دیده شد. این ضایعات از مجاور دندانهای آسیا شروع و بطرف حلق کشیده شده بودند. با تشخیص لیکن پلان مخاطی نمونه برداری انجام شد و پس از تأیید تشخیص با دو بار تزریق کورتیکواستروئید به داخل ضایعه بهبودی حاصل نگردید. در نهایت با پردنیزولون خوراکی و ژل تری‌آمسینولون استونیت موضعی مخلوط در صمغ اورابیس (Kenalog in orabas) درمان صورت گرفت که سبب بهبودی و فروکش نمودن ضایعات گردید؛ اما یک ماه بعد بیمار با تنگی نفس شدید برگشت. در رادیوگرافی قفسه سینه پهن شدن مدیاستن فوقانی مشاهده شد. در برونکوسکوپی، توموری در ۱۵ سانتیمتری بعد از طناب صوتی دیده شد. گزارش آسیب شناسی از ضایعه مدیاستن، کارسینومای غیر کلاسیفیه را تأیید نمود. چون تومور قابل عمل نبود، پرتو درمانی توأم با شیمی درمانی برای بیمار شروع شد و بیمار با حال عمومی نسبتاً خوب ترخیص گردید. قریب ۲ سال است که بیمار تحت پیگیری و معاینه دوره‌ای می‌باشد و حال عمومی وی خوب و مشکل تنفسی هم ندارد.

واژه‌های کلیدی: کارسینومای نای، لیکن پلان، کورتیکواستروئید

مقدمه

است (۲،۵). این پدیده بیشتر در جاهائی اتفاق می‌افتد که ضایعه اولیه در دسترس و در معرض دید نمی‌باشند (۹). این مورد گزارشی نادر از یک بیماری است که بدخیمی در زمینه لیکن پلان

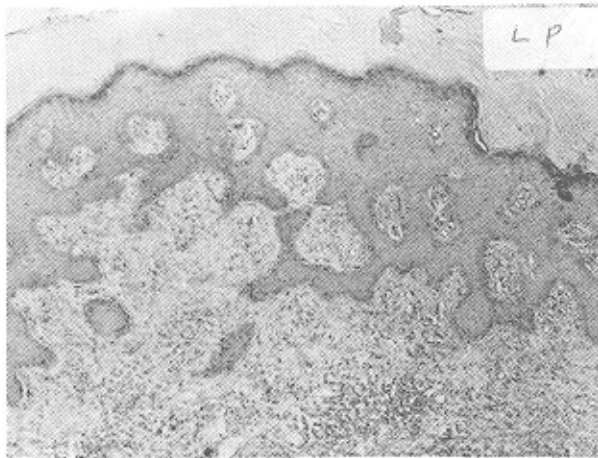
بدخیم شدن ضایعات خورنده (erosive) و طاوولی در لیکن پلان نوع مخاطی یافته شناخته شده‌ایست که ۳۶ مورد آن در ۱۹۹۱ توسط سیگورگیرسون (Sigurgeirsson) گزارش شده

۱- استادیار گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان

۲- استادیار گروه پاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان

۳- استادیار گروه پوست دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان

بودند. ارتفاع هر ضایعه ۳ و طول آنها ۳/۵ سانتی متر بود و بصورت باریکه‌ای ناپیوسته بداخل حلق امتداد داشت. روی هر ضایعه قسمتی از لایه سطحی وسط آنها کنده شده و بیمارکنده شدن مخاط دهان را بعلت خاراندن آنها با ناخن‌های دست می‌دانست.



شکل ۲: نمای پاتولوژیک لیکن پلان مخاطی

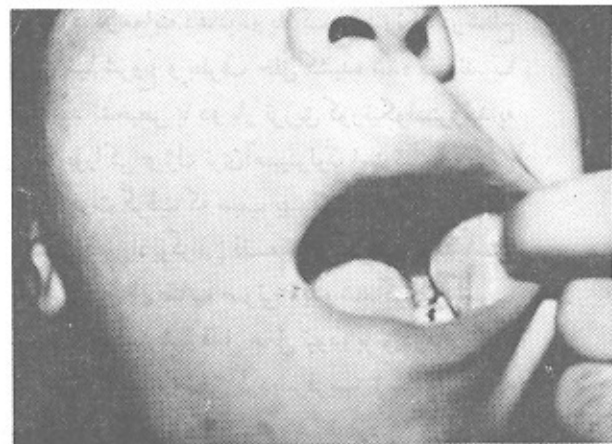
در معاینه پوست و ضمام آن مانند مو و ناخن‌ها نکته غیر طبیعی دیده نشد. در آزمایش‌های فرمول شمارش و قند خون و کامل ادرار یافته غیر طبیعی مشاهده نگردید. بیمار با تشخیص لیکن پلان مخاطی و رد کردن دیگر ضایعات مخاطی مشابه مانند لوکوپلاکیا (leukoplakia) و لوکوکراتوزیس (Leukokeratosis) و ضایعات متاستاتیک، نمونه‌برداری از ضایعه انجام شد. در نمای میکروسکوپی تخریب لایه بازال اپیدرم و انفیلتراسیون طنابی (band like infiltration) به‌مراه انفیلتراسیون گلبولهای سفید و هیستوسیت‌های دور عروقی مشاهده و با دیدن اجسام کلوتید و فضای ماکس جوزف (Max Joseph cleft) بین درم و اپیدرم تشخیص لیکن پلان مسجل می‌گردید (شکل‌های ۲ و ۳).

تزریق کورتیکواستروئید طولیل الاثر از نوع متیل پردنیزولون استوناید به میزان ۵ میلی‌گرم در هر سانتی متر مربع داخل ضایعه دو بار، بفاصله یکماه انجام شد ولی نتیجه رضایت بخشی حاصل نشد. درمان سیستمیک با پردنیزولون از نوع خوراکی به میزان ۳۰ میلی‌گرم شروع شد ولی در معاینه نشانی از بهبودی ضایعات مشاهده نگردید.

مخاطی، جنبه علتی یا همراهی داشته و لذا شاید ضرورت داشته باشد که در بیماران مبتلای به لیکن پلان مزمن مخاطی محوطه دهان، بخصوص کسانی که مبتلا به انواع زخمی یا طاوولی لیکن پلان باشند معاینه آندوسکوپی نای و مری بعمل آید و در مواردی که مخاط مجاری دستگاه ادراری تناسلی درگیر باشد، معاینه مشاهده‌ای مهبل و مثانه (colpo-cystoscopy) هم بعمل آید و در صورت وجود ضایعه مشکوک نمونه‌برداری انجام شود.

گزارش مورد

خانم ۲۴ ساله‌ای متأهل، به علت وجود ضایعات سوزش دار و سفیدرنگ دو طرف داخل دهان، مجاور دندانهای آسیا به درمانگاه پوست مراجعه نمود. سابقه پیدایش آنها را از دو ماه قبل می‌دانست که متعاقب مصرف مواد ترش، شروع شده و در نگاه متوجه این دو منطقه سفیدرنگ شده بود (شکل ۱).

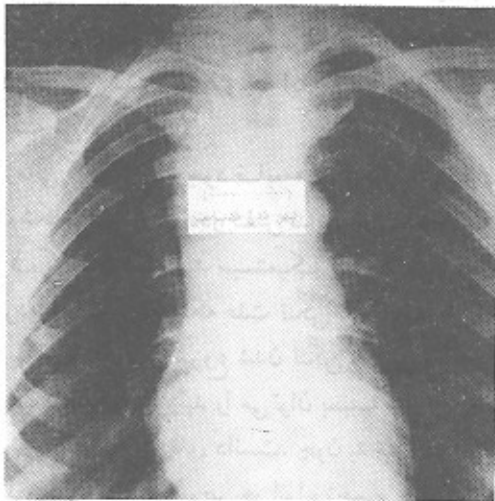


شکل ۱: نمای ظاهری ضایعات لیکن پلان (داخل لب)

وی تاریخچه بیماری مشابه را در گذشته ذکر نمی‌کرد، اعتیاد به مواد مخدر نداشت و سیگار هم نمی‌کشید و سابقه بیماریهای عمده و فامیلی را در خانواده نمی‌داد. بیمار اضطراب خفیفی داشت که در سیمای بیمار نیز مشهود بود و ترس از سرطان (cancerophobia) را ذکر می‌کرد. در معاینه دهان بجز دو پلاک مشبک و سفیدرنگ در سطح داخلی لب‌ها و در دو طرف دهان، (شکل ۱) نکته غیر طبیعی دیگری یافت نگردید.

ضایعات لب پلاکهای سفید با زمینه آریتم متمایل به بنفش بودند که از مجاور دندانهای آسیا شروع و به ته حلق کشیده شده

(needle aspiration) از ضایعه میان سینه‌ای بعمل آمد. در گزارش آسیب‌شناسی، نوع کارسینومای غیر کلاسیفیه (unclassified carcinoma) را مسجل نمود. با تجویز و انجام ده جلسه پرتو درمانی به‌مراه شیمی‌درمانی بیمار بهبودی نسبی پیدا کرد و وضع تنفس وی عادی گردید.

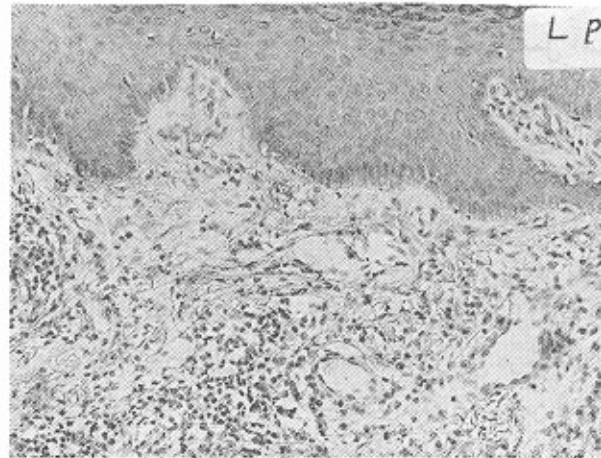


شکل ۴: پهن شدن مدیاستن فوقانی، در رادیوگرافی قفسه سینه

بحث

پیدایش توأم لیکن پلان مخاطی و بدخیمی در نای این بیمار می‌تواند این تصور را ایجاد نماید که کارسینومای نای در این بیمار شاید یک نوع تبدیل شدن (transformation) به بدخیمی باشد که در لیکن پلان مخاطی اولیه پیدا شده است، البته این تبدیل قبلاً هم توسط کروچکوف (krutchkoff) و فولینگ (Fulling) و همکارانشان گزارش شده است (۲،۵).

در سال ۱۹۹۱ دانشمندی بنام سیگورگرسون اعلام کرد که در مطالعه انجام شده روی ۲۰۷۱ بیمار مبتلا به لیکن پلان جمعاً ۳۶ مورد بدخیمی دیده است و نیز در این بررسی مشخص گردید که تبدیل ضایعات صرفاً پوستی لیکن پلان به سرطان، نسبت به گروه شاهد پدیده فراوان‌تری نبوده، در حالیکه بدخیم شدن لیکن پلان مخاطی خیلی شایع و شش برابر گروه شاهد بوده است (۸،۹). خطر تبدیل به سرطان در مناطق مخاطی دور از دسترس به سبب تأخیر در بروز علائم هشداردهنده، بالا بوده و می‌تواند فرصت درمان را از بیمار بگیرد. اگرچه پدیده تبدیل شدن لیکن پلان مخاطی به ضایعات بدخیم در نزد خانمها نسبت به آقایان پنج



شکل ۳: نمای پاتولوژیک لیکن پلان مخاطی دهان

لذا مصرف موضعی ژل کورتیکواستروئید مخاطی، (Orabase) به درمان سیستمیک بیمار اضافه شد و پس از دو هفته درمان موضعی و سیستمیک توأم بهبودی واضح ضایعات مخاطی عاید گردید. در این زمان به بیمار توصیه گردید که فقط درمان موضعی را ادامه و قرص‌های پردنیزولون را قطع نماید و دو هفته بعد برسی کنترل اثر دارو مراجعه نماید. در مراجعه بعدی بیمار اظهار داشت که بعلت احساس تنگی نفس قادر به قطع قرص‌های خوراکی نیست. این گفته بیمار جدی گرفته نشده و تأکید گردید که صرفاً بایستی از داروی موضعی استفاده نماید. بیمار به محل سکونت خود برگشت و در آنجا بعلت ادامه تنگی نفس و تشدید آن به پزشکان محل مراجعه می‌نماید ولی چون تنگی نفس وی بصورت فزاینده‌ای بدتر می‌شود برای تعیین علت تنگی نفس شدید به مرکز اورژانس بیمارستان شماره یک دانشگاه علوم پزشکی کرمان ارجاع می‌گردد. در معاینه تکمیلی و انجام رادیوگرافی قفسه سینه (شکل ۴) در این مرکز مشخص می‌شود که اختلال تنفس وی بعلت انسداد مجرای هوایی بیمار بوده است. با انجام برونکوسکوپی موضوع تأیید گردید و توموری در نای بیمار و در ۱۵ سانتی‌متری بعد از طناب صوتی دیده شد که تقریباً انسداد کامل راه تنفسی را ایجاد کرده بود بطوریکه عبور برونکوسکوپ برای دیدن کارینای اصلی امکان‌پذیر نبود.

با توجه به جایگاه و موقعیت تومور، انجام نمونه‌برداری در هنگام برونکوسکوپی مقدور نگردید لذا با توجه به پهن بودن مدیاستن فوقانی از بیرون نمونه‌برداری مکشی با سوزن (fine

کاندیدیا و برچسب مخاطی سیگارکشها (Cigarette smoker's patches) و لیکن اسکروز آتروفیکوس افتراق داد (۲،۵). در نمونه برداری که از ضایعه مخاطی دهان بیمار بعمل آمد یافته‌های آسیب‌شناسی مؤید تشخیص لیکن پلان مخاطی بود. به فراوانی دیده شده که ضایعات لیکن پلان مخاطی می‌توانند در نای و مری گسترش یافته و سبب تنگی خوش خیم و یا باعث اشکال در عمل بلع شوند (۲،۴). مطالعه‌ای که توسط دیکنز (Dickens) بر روی نتایج آندوسکوپی بیماران مبتلا به لیکن پلان مخاطی، انجام شده است، نشان داده که یک چهارم آنها گرفتاری در مری داشته‌اند. با توجه به اینکه اقدامات درمانی در ضایعات مخاطی لیکن پلان کمتر مؤثر است ولی لازم است این قبیل بیماران گاهی‌گاهی مورد معاینه مشاهده‌ای مخاط درونی قرار گیرند تا خطر تبدیل به بدخیمی در اینها بفراموشی سپرده نشود (۲،۳). در یک بررسی که آشینوف (Ashinoff) در همین رابطه انجام داده ۳ مورد از انواع شدید لیکن پلان نوع خراشی را به‌مراه تومور Castleman's گزارش کرده است (۲،۱).

نتیجه

برای حصول به تشخیص زودرس و آگاهی از بدخیم شدن ضایعات لیکن پلان مخاطی پیشنهاد می‌گردد که هر بیمار مبتلا به نوع مخاطی مزمن یک بار مورد آزمایش تشخیصی مشاهده‌ای مری و نای (broncho-esophagoscopy) و یا مهبل و مثانه (colpo-cystoscopy) قرار گرفته و در صورت وجود ضایعه مشکوک، نمونه برداری جهت تشخیص قطعی و پیش‌گیری بعمل آید.

برابر کمتر گزارش شده است (۹) ولی گزارش این مورد می‌تواند هم نمونه‌ای از همراهی بدخیمی باشد که با لیکن پلان مخاطی توأم بوده و یا موردی نادرتر از تبدیل شدن لیکن پلان به بدخیمی در یک خانم باشد که یا جنبه علتی داشته یا اتفاقی بصورت همراه بروز کرده است. حالت دیگر اینکه بروز لیکن پلان در این بیمار ثانوی و تظاهراتی مرتبط با بدخیمی اولیه بوده باشد. گرچه موارد نادری از لیکن پلان همراه بدخیمی (paraneoplastic lichen planus) هم توسط هلم (Helm) و فرانسینا (Francina) در سال ۱۹۹۴ گزارش شده ولی هنوز به این موضوع با شک و تردید نگریسته می‌شود (۶،۷).

زمانی که بیمار از وجود ضایعه‌های لیکن پلان دهان در رنج بوده، شکایتی از اختلال در تنفس نداشته است؛ فقط پس از قطع مصرف کورتیکواستروئید سیستمیک تنگی نفس بیمار شروع می‌گردید. با توجه به اینکه علت تنگی نفس، پیدایش انسداد در نای بیمار بوده، علت شروع شدن تنگی نفس بیمار پس از قطع مصرف کورتیکواستروئید را می‌توان بسبب قطع اثر ضدالتهابی آن بر روی تومور در نای دانست. چون بدخیم شدن ضایعات مخاطی لیکن پلان بخصوص در انواع زخمی - خراشی (Ulcerero erosive) نادر نمی‌باشد، لذا اهمیت بررسی اینگونه ضایعات مخاطی بیشتر معلوم می‌شود.

فولینگ (Fulling) یادآوری می‌کند که درگیری مخاط را در ۷۰-۳۰٪ موارد لیکن پلان پوستی می‌توان دید که کمتر بدخیم می‌شوند (۸،۹). ضایعات صرفاً مخاطی لیکن پلان در ۱۵٪ مبتلایان دیده می‌شود، که اغلب برای اولین بار توسط دندانپزشک یا جراح حلق تشخیص داده می‌شوند. در اینصورت بایستی دقت شود که آنها را از ضایعات مشابه مانند لکوپلاکیا و

Summary

Tracheal Carcinoma in a Patient with Mucosal Lichen Planus: A Case Report

A.R. Habibi Khorasani, MD¹; A.H. Borji, MD¹; S.H. Dabiri, MD²; S. Shamsadini, MD³

1. Assistant Professor of Internal Medicine, of Kerman University of Medical Sciences and health services, Kerman, Islamic Republic of Iran

2. Assistant Professor of Pathology, of Kerman University of Medical Sciences and health services, Kerman, Islamic Republic of Iran

3. Assistant Professor of Dermatology, of Kerman University of Medical Sciences and health services, Kerman, Islamic Republic of Iran

A 24 year old woman with bilateral oral white patches was referred to dermatology clinic. Her chief

complaint was mouth burning. Pathological report of cut section biopsy from oral mucosa was in favor of lichen planus. Intralesional corticosteroid injection and its subsequent systemic administration 30 mg/daily for one month showed no improvement. Therefore a combination of systemic corticosteroid and topical mucosal triamcinolon - acetonide in orabase gel (Kenalog in orabase[®]) was used. In next examination, two weeks later, mucosal lesions showed improvement, but she was suffering from dyspnea following withdrawal of corticosteroid. One month later she was referred to emergency medical center of a general hospital due to acute respiratory dyspnea. Bronoscopic examination revealed intratracheal mass with nearly complete tracheal obstruction. Microscopic pathological findings of needle biopsy, showed unclassified carcinoma. Tumor was not operable so radio-chemotherapy was started. The patient had been followed up during last two years with no clinical problem.

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 1995;2(1): 51-55

Key Words: Tracheal carcinoma, Lichen planus, Corticosteroid, Mucosa

References

1. Ashinoff R, Cohen R, lipkin G: Castleman's tumor and erosive lichen planus: Coincidence or association? *J Am Acad Dermatol* 1989; 21: 1076-80.
2. Black MM: Lichen planus and lichenoid disorders. In Champion R.H, Burton JL, *et al* (eds): Textbook of dermatology. fifth ed. Oxford Blackwell scientific publications, 1992; Vol3 pp 1675-1695.
3. Dickens CM, Heseltine D, Walton S, *et al*: The oesophagus in lichen planus: An endoscopic study. *Br Med J* 1990; 300:84.
4. Drobachett JC, Ouencez BE, *et al*: Lichen planus of the oesophagus. *Clin Exp Dermatol* 1988; 13: 38-41
5. Fine JD, Kenneth A, *et al*: Lichen planus. In Demi DJ: Clinical dermatology. Philadelphia, JB Lippincott 1993; Vol1,RV20 1-9, pp 1-17.
6. Francina. L.N: Lichen planus associated with neoplasia. *J AM A Dermatol.* 1994; 31: 1078-79.
7. Helm.E: Lichen planus associated with neoplasia *J Am Acad Dermatol* 1994; 30: 219-24.
8. Sieurgeirsson B: Skin disease and malignancy: An epidemiological study. *Acta Derm-Venerol Suppl Stockh* 1992; 178: 100-110.
9. Sieurgeirsson B: Skin disease and malignancy. *Archive Dermatol* 1991; 127(11): 1684-8.