

دانشگاه ملی ایران

دانشکده پزشکی

پایان نامه برای دریافت درجه دکترا در پزشکی

موضوع

سرطانهای لب و درمان های جراحی آن

استاد راهنما

دکتر جمال رضوی

نگارش

مینا خلج تیموری

۱۳۸۹/۵/۱۵

کتابخانه تخصصی دندان پزشکی
تهران

۱۴۰۴۰۴

تقدیم به استاد محترم

جناب آقای دکتر رضوی به پاس زحمات زمان تحصیل و قبول راهنمایی

این پایان نامه :

تقدیم به پدر و مادر عزیزم برای قدردانی

از تمام محبت‌هایشان

تقدیم به دوست و همکار عزیز

آقای دکتر بهروز علا زاد برای تشکر از زحماتیکه درنگارش

این پایان نامه قبول فرمودند

صفحه	موضوع
۱	تومورهای لب
۱	آسیب شناسی جراحی
۳	تومورهای نادر
۳	امتحانات
۴	روش درمان
۷	برش Wedge
۹	ترمیم
۹	مراقبت ها
۱۱	تکنیک Abbe Estlander
۱۴	عمل بازسازی برنارد
۱۴	عمل جراحی Brrows برای سرطان لب بالا
۱۵	ترمیم شکاف دهانی کروی
	معرفی دوبیمار

تومورهای لب

لبها بوسیله اپی تلیوم سنگفرشی مطبق غیر شاخی پوشیده شده اند .
 این عضو بعلت خاصیت عبور نور از ورای اپی تلیوم قرمز رنگ بنظر رسیده و
 در نسوج داخلی خود دارای موویا غدد سیاسه نیست .

مخاط لبها عضله مدوردهان را میپوشانند ، (ORBICULARIS ORIS)

در جلوی لب مخاط بلافاصله به عضلات میپیوندد و در سمت زبان غده مخاطی
 زیادی موجود و در بین عضله مخاط نسوج حمایت کننده وجود دارد .

اپی تلیوم دارای تخلیه لنفاتیک فقیری است ولی عضلات ، حاوی عروق
 لنفاتیک وسیعی هستند بطوریکه فقط سرطانهای مهاجم به این اعضا
 متاستاز میدهند .

لنف لبها به عقده های لنفی تحت کلی تخلیه و از آنجا به زنجیره عمقی
 گردنی تحتانی میریزد ، این لنف بندرت به عقده های زیرچانه ای تخلیه
 میشود .

یکسوم میانی لب تحتانی دارای تخلیه لنفی دو طرفه است .
 بعلت شکل بودن شکاف دهان از نظر تقارن هنگام اعمال جراحی بایستی
 احتیاط فراوان در حفظ شکل و چین طبیعی آن مبذول داشت .

آسیب شناسی جراحی

تومورهای لب اکثرا " از نوع کارسینومهای سلولی سنگفرشی هستند
 (SQUAMOUS CELL) شیوع سرطان لب معمولا در مردان بین سنین
 ۶۰ - ۷۰ بوده و اغلب در کسانی دیده شده که قسمت اعظم عمر خود را در
 فضای آزاد گذرانده اند .

اصطلاح (COUNTRYMAN'S LIP) به ضایعات نسبتاً " بدخیم
 (PREMALIGNANT) این اعضاء اطلاق میشود که بعلت در معرض
 آفتاب و بادوباران قرار گرفتن است .
 شیوع این بیماری در ایران نسبتاً " زیاد و اکثر در کشاورزان دیده
 میشود .

سرطانهای لب معمولاً " بمحض ظهور تشخیص داده میشوند ، لب پائین
 در ۹۳% ، لب بالادر ۵% و گوشه دهان در ۲% موارد گرفتار این بیماری
 میشوند .

سرطان لب معمولاً " دارای رشد آهسته ای بوده ولی معمولاً " تومورهای
 گوشه لب حالت بدخیمی بیشتری دارند .

در حدود ۱۰% بیماران در نخستین معاینه دارای غدد قابل لمس
 هستند و تنها ۵% دارای بزرگی میکروسکوپی عقده ها میباشد (در صورتیکه
 عقده ها قابل لمس نباشند) .

لکوپلاکیا (LEUKOPLAKIA) روی لب که (ACTINIC CHEILITIS) گفته
 میشود در سوابق حدود ۴۰% بیماران که مبتلا به سرطان لب هستند وجود
 دارد .

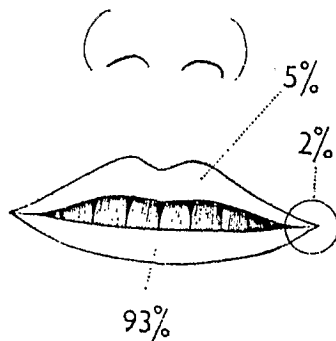


FIG. 16.1. Site incidence of lip cancer.

تومورهای نادر

۱ - همانژیوم کاورنو (CAVERNOUS HAEMANGIOMA)

این ضایعه در روی لب‌های مخاط دهان وجود داشته و با جویسیدن تحریک میشود .

۲ - گرانولوم حاملگی

این عارضه تنها در حاملگی ظاهر شده معمولا " روی لثه‌هاست و همچنین میتواند در مخاط دهان نیز دیده شود .

۳ - گرانولوم چرک‌زا

این ناراحتی نسبتا " مشابه گرانولوم قبلی بوده ولی در بیماران غیرحامله پیدا میشود .

عارضه فوق یک گرانولوم برجسته بوده و با آسانی در اثر تماس خون ریزی کرده و ممکن است زخمی گردد .

تحقیق

دانستن زمان پیدایش تومور و همچنین سابقه اعتیاد به دخانیات و نیز وضع بهداشت دندانها و شغل بیمار مهم است .

امتحانات

مهم و حیاتی اندازه‌گیری و ارزیابی تومور است ، باید وضعیت آنرا از نظر کمک به طرح جراحی ثبت کرد .

همچنین باید درجات انفیلتراسیون را با لمس دودستی لبها تعیین کرد. در صورت انتشار ضایعه به آرواره‌ها کاملاً "روش درمان تغییر مییابد، سایر اعضا سر و گردن و قسمت فوقانی دستگاه تنفسی از نظر وجود سایر تومورهای اولیه و همچنین لمس کردن با یددقت مورد ملاحظه قرار گیرد.

رادیوگرافی

در سرطان لب رادیوگرافی ارزش چندانی ندارد مگر اینکه ابتلاء فک تحتانی مورد تردید باشد.

بررسیهای آزمایشگاهی

معمولاً دارای ارزش چندان در مورد اینگونه تومورها نیستند اگرچه آزمایش (V.D.R.L) را باید همواره انجام داد.

بیوپسی

هنگام انجام این عمل احتیاج به بیهوشی عمومی نمیباشد و از بی حسی موضعی با تزریق هم باید اجتناب کرد زیرا ممکن است سلولهای تومورال کاملاً در عمق کشت داده شوند. معمولاً احتیاج به بی حسی برای برداشت قسمت کوچکی از تومور برای تأیید تشخیص وجود ندارد.

روش درمان

معمولاً اعمال جراحی نتایج بهتری نسبت به درمان با اشعه دارد همچنین پرتو درمانی باعث التهاب مخاطی شدیدی میشود که ممکن است برای اشخاص مسن و کسانی که مبتلا به چنین توموری هستند تضعیف کننده

باشد. بدون تردید اگر متاستاز عقده‌های لنفاتیک موجود باشد باید جراحی انجام شود و یک دیسکسیون رادیکال گردن توام با برداشتن تومور اولیه انجام گردد.

معمولا" ارتباط بین تومور اولیه و دیسکسیون گردن غیرممکن بوده و بهمین دلیل و نیز بدلیل اینکه فقط ۵% دارای عقده‌های میکروسکوپی هستند، دیسکسیون انتخابی گردن معمولا" انجام نمیشود.

تعدادی اعمال جراحی برای سرطانهای لب توصیف شده‌اند، 'معمولا" ۹۰% بیماران را میتوان بصورت زیرجراحی کرد، دواصل مهم باید از نظر بهبود سرطان لب همواره مورد توجه قرار گیرد.

۱ - بیشتر از ۳۰% سرطان لب‌ها را میتوان بدون تغییر شکل زیاد جراحی کرد.

۲ - کمیسورهای لب حتی الامکان باید حفظ شده و در صورتیکه انجام این امر مشکل باشد باید دقت کرد تا تغییرات فوق بشکل طبیعی و اولیه بنظر برسد.

برای جراحی‌های مشکل لب باید تجربیات اندوخت اگرچه فقط در حدود ۱۰% موارد را نمیتوان با تکنیک WEDGE یا ISLAND FLAP ترمیم کرد.

معمولا" پیدایش سرطان لب پائین بطور مجزا امری استثنائی و معمولا" همراه با درجاتی از لکوپلازی میباشد.

بنابراین بعد از برداشتن تومورهای کوچک، طریق برش WEDGE

محل لکوپلازی را نیز با عمل LIP SHAVE بر میداریم ، اگر بیشتر
از یک سوم لب برداشته شود بازسازی آن مجدد بایک
ISLAND FLAP خواهد بود .

تومورهای وسط لب پائین بایک عمل ترمیمی برنارد بهتر مورد جراحی
قرار میگیرد و تومورهای وسط لب بالا اگرچه بسیار نادرنده میتوان آنها
را با تکنیک BURROWS مورد جراحی قرارداد .
میتوان تومورهای گوشه دهان که مجاور مخاط دهان هستند بایک
ESTLANDER FAN FLAP مورد ترمیم قرارداد .

در باره تومورهای وسیع لب هیچ تکنیک مشخصی را نمیتوان توصیف
کرد از این رو FLAP های مختلف گونه و گردن بکار میرود .
بخاطر داشتن این نکته ضروری است که بایک پروتز تمام لب بالا
را درست بشکل قابل قبول در آورد که این لب مصنوعی بدنانه های مصنوعی
چسبیده و یک سبیل مصنوعی در روی آن قرار میدهند ، کانسره های لب بدون
عقدده های متاستاتیک پیش آگهی خوبی دارند ، انتشار سرطان از راه
لنفاتیک پوست است که بوسیله عمل دیسکسیون گردن غیر ممکن است ، لذا
برداشتن تومور همراه ، با رادیوتراپی خواهد بود ، اگرچنانچه
گانگلیونها نیز مبتلا شده باشند بایک دیسکسیون گردن هم انجام گیرد .

تکنیک ، مراقبت و عوارض جراحی روی لب

بشرش WEDGE

مقدمات عمل : باید توجه زیادی به دندانهای بیمار مبذول شود و در موارد عفونت شدید دندان انجام عمل جراحی عاقلانه نمیباشد .
 دقت زیادی را باید در مورد کشیدن دندانهای بیمار صرف نمود و باید سلامت آرواره ها را قبل از عمل روی لب و دفورمیتی آنها را ترمیم کرد .
 پوست بیمار بر روش معمول باید آماده شود و تمام موهای صورت تراشیده و عفونت بینی باید همواره قبل از جراحی مورد درمان قرار گیرد .

بیهوشی

بیهوشی این قبیل بیماران باید بطریق NASAL انجام گیرد و لوله های بیهوشی باید از بالا سر بیمار رد شده بطوریکه خارج از محیط عمل جراح باشد .
 باید آروفا رنگس را پاک گذاشت و درخاتمه عمل آنرا برداشت بطوریکه متخصص بیهوشی مزاحم ترمیم لب نباشد .

برش

حداقل تو مو را باید با 5mm میلی متر حاشیه در هر طرف مشخص نمود . اگر هرگونه تردیدی در مورد بزرگتر بودن محلی که باید مورد برش قرار گیرد وجود دارد لب را تحت کشش قرار داده و این فاصله را بدقت اندازه میگیریم .

با این تکنیک نمیتوان بیش از یک سوم لب را برداشت .
 سپس از دو نقطه خارج تومور که علامتگذاری کرده ایم بسمت چانه
 بشکل V خطوطی رسم میکنیم اگر راس V حد کافی پائین
 نباشد بعد از بخیه نمودن در پائین چانه DOG EAR درست
 میشود .

با ایجاد علامت وسیله بلود و متلین حاشیه قرمز لب را تعیین میکنیم
 بطوریکه وضعیت صحیح بعد از عمل را بتوان حفظ کرد .
 کمک جراح باید لبها را بشدت در هر طرف بین انگشتان و شست خود جهت
 کنترل خونریزی شریان نگهدارد بوسیله یک چاقو که بشکل قائم به لب
 قرار دارد از لب بشکل VEDGE بر میدارند سپس کمک جراح یک طرف لب
 را با هستگی رها میکند .

کلامپ گذاشته و شریان INFERIOR LABIAL ARTERY را با
 کاتکوت کرومیک ۴ صفر میبندیم همین کار را در طرف مقابل نیز انجام
 میدهیم ، در ضمن خون ریزیهای عروقی کوچک را با کوتر کنترل میکنیم .

FIG. 16.2. Wedge excision
—line of V-excision.

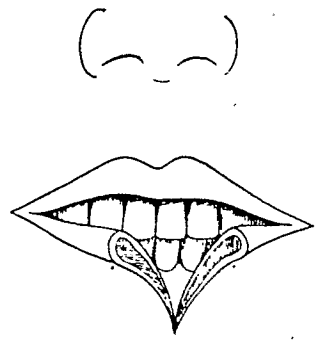
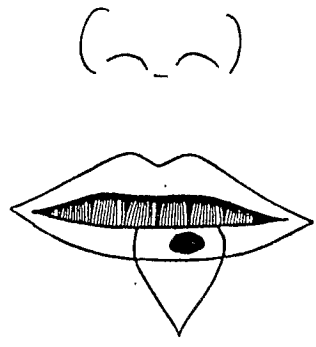


FIG. 16.3: Wedge excision
—specimen removed: note
the dot marking vermilion
skin junction.

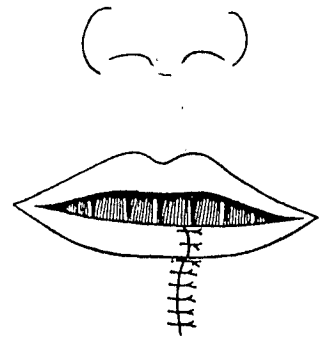
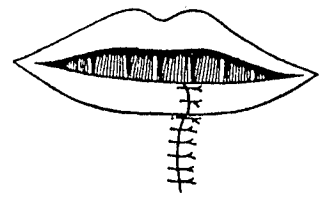


FIG. 16.4. Wedge excision
—repair taking care to get
accurate apposition of ver-
milion edges.



ترمیم

اول عضله مدوردهان را با کات کوت سه صفر کرومیک میدوزیم ، در صورتیکه این لایه درست ترمیم نشود فشاری روی پوست و مخاط خواهد بود که در نقاط بخیه شده باعث نازک شدن قسمت ترمیم شده لب میشود. سپس VERMILION را با پرولان ۵ صفر حفظ کرده و همان مواد بخیه قبلی را برای درخت پوست بکار میبرند و بالاخره با کات کوت کرومیک ۳ صفر مخاط را در داخل ترین سطح میدوزند .

مهم اینستکه جاشیه قرمز رنگ لب را در روی سطح فوقانی پاره نکنیم چراکه یک نقطه نکروتیک باعث ایجاد یک شیار خواهد شد .

مراقبت ها

- ۱ - مراقبت های عمومی
 - ۲ - بیمار همواره باید با رژیم بسیار سبک مالیات از طریق مکیدن تغذیه شود و اینکار را ز بعد از خاتمه بیهوشی و بیدار شدن بیمار انجام میشود .
 - ۳ - روزانه دو بار محل زخم بخوبی تمیز شده و کروت و دلمه زخم را باید با کرم آنتی بیوتیک پوشانید .
- LIP SHAVE ترمیم جاشیه قرمز لب و
- SHAVE و ترمیم جاشیه قرمز لب را در صورتیکه سرطان خیلی سطحی باشد میتوان انجام داد و یا آنرا توام با یک برش WEDGE نمود .

در صورتیکه با عامل اخیر توام باشد (WEDGE) آسان تر آنستکه دوختن لایه عضلانی بروش WEDGE قبل از اصلاح لب انجام گیرد . یک برش بدقت در طول کناره حاشیه قرمز رنگ لب در حالیکه انگشت کمک جراح در هر گوشه دهان لبها را در حالت کشش نگهداشته انجام میگیرد . مخاط را از عضله مدوردهانی بالا آورده اینکار را نخست بوسیله چاقو ^{لبه} و بعد بوسیله کندقیچی انجام میدهند . در پشت لب ها لایه ضخیمی از غدد مخاطی است ، بالا آوردن مخاط بعلت اینکه بهیچوجه نایستی حالت تا خوردگی پیدا کند مهم میباشد از این رو اینکار سبب ایجاد دلمه در آخر عمل ترمیم خواهد شد .

عمل بالا آوردن مخاط را بطور عمود داخل شیار و تا روی آرواره انجام میدهند . اینکار را زاینرو مهم است چون اگر مخاط را با لایه وریم رثراکسیون فوق بجا مانده و بعد از یکسال رنگ طبیعی لب بازنخواهدگشت بعد از بالا آوردن کامل مخاط آنرا بوسیله دو قلاب پوستی نگاهداشته و قسمت دچار CHEILITIC را با قیچی بر میدارند ، و شکل حاشیه زیرین خط قرمز لب را به حد معمولی حفظ میکنند و سپس مخاط باقی مانده را توسط ستورهای منقطع با پرولان ۵ صفر بعد از انجام عمل هموستا زبا سوآپ های آدرنالینی به پوست میدوزیم .

بهبتر است که مخاط لب پائین را مقداری بزرگتر از معمول گرفت زیرا که بعد از مدتی این مخاط جمع میگردد .

FIG. 16.5. Lip shave—
incision along vermillion
skin junction.

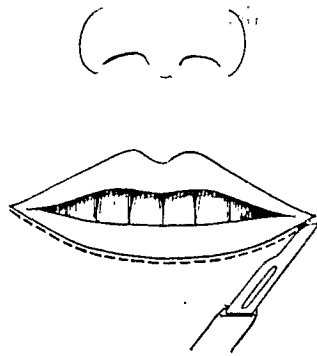


FIG. 16.6. Lip shave—
vermilion elevated off
orbicularis oris.

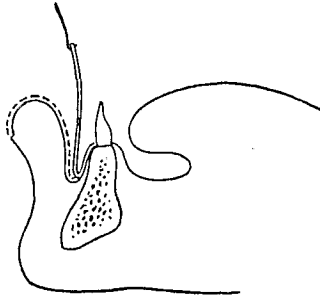
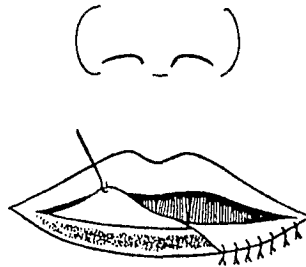


FIG. 16.7. Lip shave—
mucosal elevation must be
carried on down into the
sulcus.

FIG. 16.8. Vermilion
advancement—once the
leukoplakic lip has been
trimmed off, the healthy
mucosa is stitched forwards
to form a new lip.



مراقبت

- ۱ - مراقبت‌های عمومی از جمله رژیم سبک
- ۲ - باکرم های آنتی بیوتیک بایدازبسته شدن دلمه در مناطقی فوق احترامزکرد .

تکنیک ABRE- ESTLANDER

این عمل جراحی در صورتی اندیکاسیون دارد که بیشتر از یک سوم لب تحتانی برداشته شود .

این عمل با بکار بردن یک FLAP محوری که شامل پوست و عضله و ما میران مخاطی باشد که با پایه‌ای از شریان لبی فوقانی انجام میگیرد .

بطور خلاصه علامتگذاری بشکل WEDGE یعنی درست مخالف انزسیون بشکل V تکنیک جراحی قبلی انجام میگیرد ، از آنجائیکه این تومور بشکل واضح بزرگتر از تومور اولی است (که برای آن برش V بکار میرفت) بنا بر این برای آن بایستی حداقل یک سانتی متر از تومور در نسج سالم دور شد برای بریدن تومور همچنین حاشیه قرمز رنگ لب را توسط بلودومتیلن با یک سوزن مشخص میکنیم .

با کاربرد یک خط کش و اندازه گیری دقیق منطقه مثلثی شکل مشابهی را در لب با علامت میگذارید که طول آن مساوی ضایعه بوده وقاعده آن نصف ضایعه مورد عمل است .

اینکار باعث کوتاه شدن همسان لبهای بالاپائین میشود پایسه
 FLAP باید داخلی بوده حاوی شریان لبی فوقانی باشد این شریان
 از ۵ میلیمتر بالای حاشیه فوقانی قرمز رنگ لب میگذرد بهتر است بجای
 خطر آسیب رساندن به شریان یک پدیکول ضخیم بجای گذاشت .
 این FLAP ها بندرت از بین میروند ولی اگر رگ مزبور صدمه ببیند
 با ایجاد مناطق آسیب پذیر سبب ضایعه بزرگی خواهد شد .
 وقتیکه تمام نشانه ها گذارده شد تومور بوسیله یک چاقوکه عمود بر
 پوست لب باشد برداشته میشود .
 سپس FLAP بالائی قطع شده ، وباستثنای پایه داخلی آن آزاد
 میگردد .

البته قطع عضلات صورت و مخاط شیار فوقانی لازم است .
 حالا FLAP را بطرف ضایعه چرخانده و یک ستور با پرولان ۵ صفر
 با سوزن به لبهای حاشیه قرمز رنگ لب میزنیم سپس FLAP را نظیر
 آنچه که در قبل گفته شد در سه لایه ستور میکنند بایستی روی عضله
 دقت بیشتری کرد وقتیکه FLAP بخیه میشود پوست ناحیه ای که FLAP
 را برداشته ایم آزاد میکنیم .

شکاف دهانی میباید از هر جهت بطور متقارن نگاه داشته شده و میزان
 کوچک شدن آن زیاد مطرح نمیشود ، درخاتمہ در انتهای برش لب را در
 منطقه لخت FLAP در سه لایه دوخته و بطوریکه هیچ منطقه ای عاری
 از پوست باقی نماند .

FIG. 16.9. Abbe-Estlander operation — incision marked as a shield.

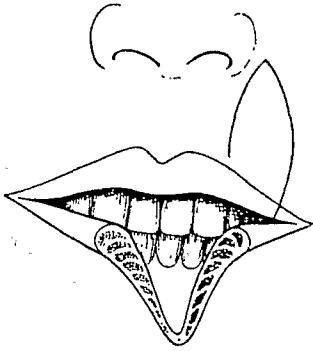
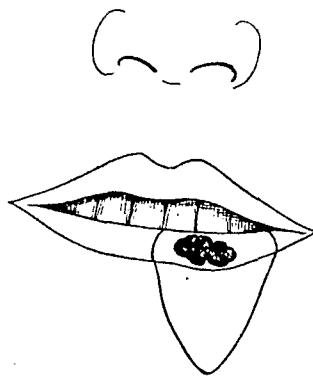


FIG. 16.10. Abbe-Estlander operation—2:1 flap marked out on upper lip, based on the superior labial artery which runs above the vermillion.

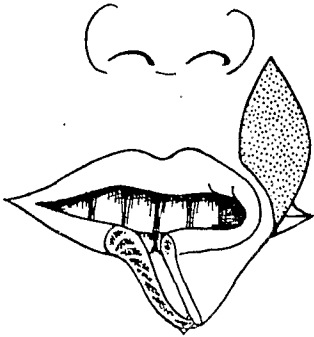


FIG. 16.11. Abbe-Estlander operation—flap turned into the defect leaving the commissure intact.

FIG. 16.12. Abbe-Estlander operation—repair, sewing the ends of the commissure to the bare areas on the flap.

