

دورنمایی جدید از تومورهای کام

براهنمایی

استاد محترم دکتر کمال الدین آرمیــــــــــــــن

نگارش

همایون باقــــــــــــــرزاده

سال تحصیلی ۵۷ - ۱۳۵۶

شماره پایاننامه ۱۷۹۶

۱۰۸۳۸

بدینوسیله از زحمات و راهنمایی های استاد محترم

جناب آقای دکتر کمال الدین آرمین صمیمانه

سپاسگزاری میشود .

۱۰۸۳۸

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	مقدمه و هدف
۱	تشریح کام سخت
۳	اختلالات رویانی کام
۴	اپید میولوژی
	تومورهای نیک خیم با منشا اپی تلیالی
۵	خالهای داخل دهانی
۱۸	میوایی تلیوما
	ضایعات پیش سرطانی
۲۰	نظری به تنوع کلینیکی و هیستولوژیک تغییرات کام
۲۵	نماهای آگاه سازنده در تشخیص سرزودرس کارسینوم کام
	تومورهای بد خیم با منشا اپی تلیالی
۲۷	کارسینوم سلول شاخی
۳۲	کارسینوم با زوسلولر
۳۴	کارسینوم وروکوز
۳۶	ملانوم بد خیم

(الف)

- تومورهای نيك خيم با منشا بافت همبندی
- ۳۹ فیبروم کوند روميکسوئيد
- ۴۰ آنژیولیپوم کام سخت
- تومورهای بد خيم با منشا بافت همبندی
- ۴۲ ماهیت ککینیکوپا تولوزيك ضایعات لنفویروليفراتيوکام سخت
- ۵۳ مزانشیموم بد خيم کام
- تومورهای با منشا عضلانی
- ۵۴ لیومیوسارکوما
- تومورهای با منشا عصبی
- ۵۵ نوری لوما
- بررسی اجمالی تومورهای غد بزاقی صغیر
- ۵۸ تومورها نیکه خاستگا هشان غد بزاقی صغیر است
- تومورهای نيك خيم با منشا غد دی
- ۶۲ پلکومورف آدنوماي کام سخت

تومورهای بد خیم با منشأ غداری

- ۶۴ موکوپید رموئید کارسینوما
- ۶۵ کارسینوم clear cell کام سخت
- ۶۸ آدنوکارسینوم پاپیلری خفیف کام
- ۷۰ آدنویید سیستیک کارسینوم کام
- بیماری شبه تومور غداری بزاقی صغیره در کام سخت
- ۷۲ سیالومتاپلازی نکرورزای کام سخت
- ۷۹ خلاصه ونتیجه
- ۸۱ فهرست منابع وماخذ

هرروزد رکشورهای متروپیل اکتشافات و اختراعات تازه ای در زمینه علوم مختلف و از جمله علوم پزشکی صورت میگيرد که تا بهاید و در اختیار عموم در انشجویان و علاقمندان این رشته ها در ایران قرار بگیرد کهینه شده و مساله جدید و مشکل تازه و مطلب دیگری مطرح میشود و بدینسان است که ما - مقصود عموم کسانی است که خود در انشجویانند نه اساتید و اهل تخصص - همیشه چند قدم از صادرکنندگان علوم فاصله داریم و با در نظر گرفتن پیشرفت و وسایل و ابزار شناخت علوم ، هرروز این فاصله بیشتر میشود و البته تا زمانی که خود مان صاحب علوم نهائیم و مخترع و مکتشف نداشته باشیم ، یعنی تا زمانی که در ارتباط با علوم و فرهنگ جهانی پایگاهی مطمئن از خود مان و در خود مان نداشته باشیم و بهزارویک دلیل اقتصادی و سیاسی و فرهنگی وضع بهمین منوال خواهد بود . بازگشایی بنیادی این مشکلات و ارائه طریق در حل و رفع آنها از حد و این مقاله خارج است *

* که شاید بهتر بود انرژی و وقت تلف شده در تهیه این پایان نامه جهت بررسی آن مشکلات لا اقل در حوزه دندانه پزشکی صرف میشد . ولی آنوقت دیگر این رساله ، پایان نامه ای برای دندانه پزشکی با عنوان دکتر! شدن نبود (رجوع شود به آئین نامه پایان نامه نویسی دانشکده دندانه پزشکی و گواهی فارغ التحصیلی که قبل از گذراندن آن داده میشود که معلوم نیست بچه دردی میخورد) .

ولی حداقل اینست که میتوان از آخرین اطلاعات و دستاوردهای صادرکنندگان علوم اطلاع پیدا کرد تا در وابستگی مان یک وابسته عقب مانده نباشیم و فرصتهای بدست آمده صرف جبران عقب ماندگیها نباشد. البته اگر کوششی در اینجهت انجام بگیرد - تا بتوانیم به مسائل و مشکلات بنیادی برسیم و علوم را پایه گذاری بنمائیم و اگر بزعم عده ای پایه گذاری کرده ایم بی هارا بالا تر بیاوریم.

و اما، این پایان نامه تلاشی است در همین جهت یعنی کوششی است در جهت بدست آوردن اطلاعات جدید و بهمین علت است که نامش در نوعی جدید از تومورهای کام است، یعنی هرچه * * * اخبار رزمینه تومورهای کام گفته اند و کرده اند ترجمه و جمع بندی شده است تا در اختیار علاقمندان قرار گیرد. و مورد بگران غمیر از این میکنند با آن متد و ماتریالهایشان، لذا خواننده انتظارند داشته باشد که - تمام تومورهای کام در این نوشته بررسی شده باشد و در ضمن در این برهوت کمبود

* تاکید میشود که عقیده و علاقه ای به دنبال روی نیست ولی در اندانیزشکی را مگر ما خود از کجا آوردیم؟ کدام پیشینه در اندانیزشکی بجز آن دلاکها و سلمانیها که هنوز هم در روستاها و بعضی شهرها - اگر ختنه نمیکند - در آن میکشند داریم.

* * * این هرچه، مقالات و منابعی است که توانسته ایم در طول یکسال و اندکی جمع آوری کنیم نه تمام آن چیزی که واقعا در اطراف و اکناف عالم منتشر شده، ←

عالم و محقق که همراه با مشکلات د یگرمان پیشینه ملموس تحقیقی حد اقل در علوم
دند انیزشکی برایمان باقی نگذاشته اند انتظار ظهور نابغه ای نوظهور را داشته
باشد و سؤال نکند که چرا تحقیق نکرده ای و چرا مریض ندیده ای والسخ ؟
که لاف است، وگزارف و مگر آنها که کرده اند چه کرده اند ، کلاه شرعی بر سر خود و شما گذاشتند
و خود شما نیز اینرا امید انستید و مگر کلاه شرعی کلاه نیست بگذریم .
از آنجائیکه این مقاله با همه کاستی هایش مطلب علمی است لذا اکتیاتی میخواهد
و مدخلی ، که مادر این مورد توضیح اجمالی تشریح کام و ناهنجاریهای مادرزادی
کام را انتخاب کردیم ، امید که کاری کردیم حد اقل برای دند انیزشک با عنوان
دکتری ! شدن .

تازه آنها هم با رعایت حق تقدم د وستانی که در مورد د بگری مانند ژانت سل
وقر علیهمذا پایان نامه مینوشته اند که هم این مطلب و هم مدت طولانی صرف شده
بکار ناقص مالطعات مضاعفی زده است .

تشریح (۴۱)

کام سخت منطقه ایست به شکل U که سقف دهان را تشکیل داده و در جلو و طرفین ، به قوس دندان فوقانی محدود میشود . قدامی آن از زائده کامی فك فوقانی Palatin Process و ثلث خلفی آن از قسمت افقی استخوان کامی تشکیل مییابد در خط میانی کام سخت ، در رزناژکی linear raphe وجود دارد . غشاء مخاطی يك ایی تلپوم شاخی و مطبق است که در ثلث قدامی سقف دهان ناهموار و کمرنگ و در دو سوم خلفی صاف و پررنگ تراست . استخوان ازبافت های متراکمی که از پرپوست و غشاء مخاطی تشکیل شده است مستورا است . که در نیمه قدامی این بافت کاملاً به استخوان می چسبد . غدد کام در حدود ۲۵۰ عدد و کاملاً مستقل میباشند که در نیمه خلفی کام سخت بهین غشاء مخاطی و پرپوست قرار گرفته اند . غدد کامی ، غددی ریشه ای هستند و اکثر اموکوس تولید مینمایند و به غدد موجود در نزدیکی سطح قدامی کام نرم که در حدود ۱۰۰ میباشند و غددی که در حدود ۱۲ عدد در زبان کوچک وجود دارند متصل میشوند .

لنفاتیک ها : بنا بر عقیده Rouviere شبکه لنفاتیک های کام سخت ، در قسمت خلف به موضعی در عقب قوس دندان میرسند و از این محل در سه جهت پیش

میروند :

۱- غدد لنفاوی عمیق گردن ۲- غدد لنفاوی ناحیه تحت فک Sub maxillary

۳- غدد لنفاوی عقب حلق .

از این سه دسته فقط غدد لنفاوی گروه اول است که بطور ثابت وجود دارد .

رگهای لنفاوی که بطرف غدد لنفاوی عمیق جریان دارند از زیرغشاء مخاطی فضای

رترومولر عبور کرده و در امتداد کنار قدامی شاخه قائم فک تحتانی پائین آمده و از غدد

تحت فک گذشته و سرانجام به غدد عمیق زیر دیگاستریک Sub digastric

ختم میشود . لنفاتیکهای سقف دهان ممکن است خط وسط را در نور دیده و به غدد

مربوطه طرف مقابل ختم شوند .

اختلالات رویانی کام :

ناهنجاریهای مادرزادی Congenital malformation تشکیلاتی

غیرعادی و غیرطبیعی میباشند که در اثر اختلال نموقبل از تولد در رویان پیدامیشوند

چنین تشکیلات غیرعادی در صورت و دهان نادر نیستند و اکثر آنها آشنائی داریم

Clefts in the Orofacial region مانند شکافهای مناطق دهانی صورتی

دندانهای اضافی، کیست کامی میانی که از احتباس اپی تلیوم در امتداد خط

اتصال زوائد کامی استخوان ماکزیلر تشکیل میشود و خیلی سندرهای دیگر.

البته بعضی ناهنجاریهای بسیار نادر نیز گزارش شده است مانند کام مضاعف

Double Palate که منحصر D.S.Gupta یک مورد آنرا در پسر بچه ۷ ساله‌ای

گزارش کرده است در این کودک فك پائین طبیعی ولی قوس فکی Maxillary arch

کام و زبان کوچک دوتا بوده است (۳) ولی از آنجائیکه بحث اصلی ما تومورها

میباشند از این مطالب گذشته و بآنها میپردازیم.

اپید میولوزی

منشاء نسبت بزرگی از تومورهای کام سخت، مخاط و غدد بزاقی هستند. تومورهائی که از مخاط و غدد بزاقی صغیره بوجود میآیند اگرچه ممکن است در هر نقطه از حفره دهانی یافت شوند ولی غالباً در کام سخت پدید میآیند این تومورهائی شباهت به سایر تومورهائی که از غدد اصلی بزاقی بوجود میآیند نیستند.

کارسینومهای اپیدرموئید کام سخت بسیار نادرند. در یک بررسی که از سال ۱۹۰۷ تا ۱۹۳۸ بطول انجامید Hallberg و New تقریباً ۵۰۰۰ مورد سرطان حفره دهانی را مطالعه کرده و فقط ۲۵ مورد کارسینوم اپی درموئید کام سخت یافتند.

در روزا خاپاتنام هند، کینی و سوارودر میان ۳۳۵ مورد کارسینوم حفره دهان ۲۵ مورد کارسینوم کام مشاهده کردند که علت این وفوروش سیگار کشیدن معکوس میباشد در این اشخاص نواحی بزرگ لکوپلازی معمولاً قبل از وجود آمدن کارسینوم

پدید میآیند (۴۱)

تومورهای نیک خیم با منشأ اپی تلیالی

خالهای داخل دهانی

خالهای پیگمانته یک ضایعه پوستی عادی میباشد که در بالغین یافت میشود

نسبت ونور خالها در بزرگسالان و بالغین جوان بین ۲۰ تا ۴۰ درصد میباشد . این

خالها که بندرت نزد اشخاص خیلی جوان و پاکهنسالان پیدا میشوند ، اولین بار

توسط Tiche در سال ۱۹۰۶ بر اساس مطالعه ۱۲ بیمار توصیف شده است .

بنظر واضیحات خوش خیم میباشد و بخاطر رنگشان خالهای آبی نامیده میشوند (۴۳)

قطعا خالهای پیگمانته تومور خوش خیم پوست میباشد که علامت مشخصه

آنها خال سلولها *nevus Cell* میباشد این سلولها عناصر کم و بیش تغییر

یافته نور و اکتودرمال میباشد که ملانین میسازند و با ملانوسیتها که سلولهای سازنده

رنگدانه در این درم میباشد بستگی نزدیک دارند . بخاطر وابستگی خال سلولها

با ملانوسیتها اصطلاحات *nevus cell nevus* و خال ملانوسیتیک مترادف

خال سلولی و پیگمانتر میباشد .

اگرچه خال پیگمانتریک ضایعه معمولی پوست است اما خالهای احشائی

با مخاطی بطور مشخص نادر هستند بطوریکه ۲۰ بیمار دارای خالهای آبی در غده

پروستات ، ۱۴ نفر در کبد رحم و ۲۶ نفر در حفره دهان تا به امروز به ثبت رسیده

است (۵) از ۲۶ مورد حفره دهان ۲۰ عدد در کام سخت قرار داشته است .

در King ۱۹۶۷ و مکارانش خاطر نشان کردند که این ضایعات

بخاطر اندازه و ظاهر خوش خیم اغلب با ناپدید گرفته شده و یا آنکه بیوسی نمیشوند .

اکنون عموماً پذیرفته اند که ملانوسیتها ، سلولهای سازنده رنگدانه در

این درم ، از بافت ستیخ عصبی بوجود میآیند و بطرف طبقه بازال مهاجرت میکنند .

نسبت ملانوسیتها به سلولهای بازال بین ۱ به ۴ و ۱۰ به ۱۰ متغیر است و از نقطه ای

به نقطه دیگر در بدن تغییر میکند . این نسبت تقریباً در تمام نژادها ثابت است

ملانوسیتها ممکن است مانند یک سلول استپاله دار که ملانین میسازد و آنرا

بفضای بالای هسته سلولهای بازال مجاورش و برخی از سلولهای بافت همبند زیرین

تزریق میکند ، مشاهده گردند این تغذیه اجباری سلولهای بازال از ملانین را Masson

اصطلاحاً سیتوکرینین^{cytochrinⁱⁿ} نامیده است . ملانین در اندامهای کوچک

سیتوپلاسمی مخصوص که ملانوزوم نامیده میشوند ، ساخته میشود . بنظر میآید

که ملانوزومها تحت شرایط خاص ژنتیکی در فضای گلژی بوجود میآیند . افزایش

ملانین در مخاط دهان بخصوص در لکه چسبنده برخی از نژادها دیده میشود

این حالت را ملانوزوم نامند .

هیستوژنز:

منشاء خال سلولها همیشه مورد بحث بوده و بطور کلی بر روی این نکته

که سلولهای حاوی ملانین منشعب از این درم (اکتودرم) یا درم (مزودرم)
 میباشد دورمیزده است (۴۳) . با اینهمه امروزه پذیرفته شده که منشأ
 ملانوسیتها و خال سلولها از ستیغ عصبی (اکتودرم) میباشد . اولین
 طرح هیستوژنز خال سلول را Unna در سال ۱۸۹۴ با تعمیم تئوری
 Abtropfung پیشنهاد کرد . بنظر او خال سلولها Nevus Cell
 با مهاجرت سلولهای خاردار پهایین ، بداخل درم شگک میگیرند . ولی چون
 خال سلولها مشخصات سلولی بسیار مختلفی دارند برخی از محققین آنها را
 از اجزای طبیعی این تلیان ندانسته و منشأ آنها را از سلولهای سرگردان میدانند
 در ۱۹۵۱ Masson تئوری منشأ دوگانه را بعنوان مکمل تئوری قبلی خود
 که مبتنی بر خاستگاه عصبی بود پیشنهاد کرد . بنظر او خال سلولها نتیجه دو عمل
 میباشد : ۱- سلول داخل این تلیالی بعد از پرولیفراسیون بطرف پهایین
 بداخل درم نقل مکان میکند . ۲- پرولیفراسیون ناشی از سلولهای غلاف
 شوان اعصاب پوستی بطرف بالا بداخل درم حرکت میکند . اختلاط این دو
 فرایند اولیه ممکن است منجر به ایجاد (Neval Tissue) بافت خال شود .
 صحیح ترین و عالمگیرترین تئوری پذیرفته شده در مورد خاستگاه خال -
 سلولها توسط Mishima ارائه شده است (۴۰) . بنظر او خال سلولها