

هوالشافی

سرطان حنجره

توجه: این مطالب جنبه اطلاع رسانی دارد و توصیه می شود حتماً با پزشک معالج خود مشورت فرمائید.

سرطان چیست:

سرطانی زمانی بوجود میاید که سلول های بخشی از بدن شروع به رشد خارج از کنترل می کنند. گرچه انواع مختلفی از سرطان وجود دارند، ولی تمام آنها به دلیل همین رشد خارج از قاعده سلول ها ایجاد میشوند.

سلول های طبیعی بدن در یک روند منظم رشد می کنند، تقسیم می شوند و از بین می روند. در طی سال های اولیه زندگی یک فرد سلول های طبیعی او با سرعت بیشتری تقسیم می شوند تا او به یک فرد بالغ تبدیل گردد. پس از آن تقریباً در تمام بدن سلول ها زمانی تقسیم می شوند که بخواهند جایگزین یک سلول شوند و یا جراحی را بهبود دهند.

سلول های سرطانی به دلیل رشد و تقسیم دائمی خود با سلول های طبیعی تفاوت دارند. بجای از بین رفتن، آنها بیش از سلول های نرمال زنده می مانند و به تولید سلول های غیر طبیعی جدید ادامه می دهند.

سلول های سرطانی به دلیل آسیب به DNA سلول بوجود می یابند. این ماده (DNA) در تمام سلول ها وجود دارد و باعث فعالیت های آن می شود. در غالب موارد وقتی DNA سلول آسیب می بیند، سلول یا از بین می رود و یا قادر به ترمیم DNA خود می باشد. در سلول های سرطانی، DNA آسیب دیده ترمیم نمی شوند. افراد می توانند DNA آسیب دیده را به ارث ببرند، همچنانکه انواع ارثی سرطان دیده می شود. در برخی اوقات DNA یک فرد به دلیل مواجهه با عوامل محیطی مضر آسیب می بیند مانند سیگار.

سرطان معمولاً بصورت یک غده بروز می کند. برخی از سرطان ها مثل لوسمی، غده ایجاد نمی کنند. این سلول های سرطانی خودن و اندام های خونساز را درگیر می کنند و در زمان رشد در سایر بافت ها می چرخند.

سلول های سرطانی غالباً به سایر نواحی بدن انتشار می یابند و در آنجا رشد کرده و جایگزین سلول های طبیعی می شوند. به این روند، متاستاز می گویند و زمانی ایجاد می شود که سلول های سرطانی به داخل جریان خون یا رگ های لنفی بدن راه می یابند. وقتی که سلول های دیگر سرطان مثل سرطان سینه به اندام دیگری مثل کبد انتشار می یابند، سرطان همچنان سرطان سینه نامیده می شود و نه سرطان کبد.

بخاطر داشته باشید که همه غده ها سرطانی نیستند. توده های خوش خیم (غیر سرطانی) به بخش های دیگر بدن انتشار نمی یابند (متاستاز نمی دهند) و بجز در موارد بسیار نادر، معمولاً تهدید کننده زندگی نیستند.

گونه های مختلف سرطان، رفتارهای متفاوتی دارند. برای مثال سرطان ریه و سرطان سینه در بیماری بسیار متفاوت هستند. آنها با سرعت متفاوتی رشد می کنند و به درمان های مختلفی پاسخ می دهد. به این دلیل بیماران مبتلا به سرطان به درمان متناسب با نوع بیماری خود احتیاج دارند.

در ایالات متحده آمریکا، سرطان، دومین عامل مرگ است. نیمی از مردان آمریکائی و یک سوم زنان آمریکا در طول زندگی خود مبتلا به سرطان می شوند. امروزه، میلیون ها انسان با سرطان زندگی می کنند و یا قبلاً سرطان داشته اند.

شانس ابتلا به اغلب گونه های سرطان با ایجاد تغییراتی در شیوه زندگی کاهش می یابد، برای مثال، ترک سیگار و داشتن رژیم غذایی بهتر.

هر چه یک سرطان زودتر تشخیص داده شود و درمان سریع تر شروع گردد، شانس زندگی طولانی تر است.

سرطان لارنکس و هیپوفارنکس چیستند؟

لارنکس که غالباً حنجره یا سیب آدم نیز نامیده میشود، به 3 سطح تقسیم می گردد:

گلوت یا طناب های صوتی، سوپر اگلوت (یا ناحیه بالای تارهای صوتی) که شامل اپی گلوت نیز می شود و ناحیه پائین تارهای صوتی یا همانساب گلوت.

حنجره و تارهای صوتی شما وظایفی را به عهده دارند:

- صدای لازم برای صحبت کردن در حنجره تولید می شود.
- در هنگام بلع از راه های هوایی محافظت می نماید.
- تارهای صوتی با جمع شدن باعث ایجاد تغییراتی در صد و تن صدیا شما می شوند زمانی که شما بلع می کنید آنها محکم بسته می شوند تا مانع ورود غذا و بزاق به ریه های شما شدهو از بروز ذات الریه و یا انسداد راه های هوایی جلوگیری می نمایند.
- زمانی که شما نف می کشید، تارهای صوتی خود بخود با زمی شوند تا هوا بتواند در ریه های شما رفت و آمد کند.

هیپوفارنکس و حلق بخشی از مری یا لوله غذا است که توسط حنجره احاطه می شود. این بخش ناحیه ای است که غذا از طریق آن وارد مری شده و با عبور از میان گردن و سینه به معده می رسد. حلق ورودی فضاهاى مجازى به نام سینوس های پی دیفرم است که عبور غذا را از حنجره به مری هدایت می کند.

سرطان های مختلفی می توانند در ناحیه حلق و حنجره رشد کنند. حدود 95٪ این سرطان ها از سلول های مطبق منشأ می گیرند. این سلول های نازک و مسطح لایه پوشاننده (اپی تلیوم) حلق و حنجره را تشکیل می دهند. سرطانی که از این سلول ها منشأ می گیرد را اسکواموس سل کارسینوما یا سرطان سلول های اسکواموس می نامند.

غالب کار سینوماهای حلق و حنجره بصورت ضایعات پیش سرطانی شروع می شوند که آنها را دسپلازی، نئوپلازی اینتراپی تلیال اسکواموس و یا نئوپلازی اینتراپی تلیال حلق می نامند.

اغلب این ضایعات، به طرف سرطان واقعی پیشرفت نمی کنند. بویژه اگر عوامل بوجود آورنده این ضایعات پیش سرطانی و یا سرطان متوقف شوند (مثل سیگار) این ضایعات بدون درمان بهبود می یابند. (به بخش عوامل خطر زا رجوع کنید.)

برخی از ضایعات پیش سرطانی به سرطاندرجا (CIS) می شوند که زودرس ترین فرم سرطان است. در این حالت سلول های سرطانی لایه پوشاننده را در بر می گیرند. اما به نواحی عمقی تر بافت راه نمی یابند و به سایر نقاط بدن انتشار پیدا نمی کنند. برخی از این سرطانی های زودرس بدون درمان بهبود می یابند اما غالب آنها با برداشتن لایه پوشاننده و یا تخریب آنتوسط لیزر بهبود می یابند.

چنانچه CIS درمان نشود حدود 30٪ موارد آن به سمت سرطان مهاجم پیشرفت کرده، بافت های اطراف را تخریب می کنند و به سایر نقاط بدن انتشار می یابند.

در برخی از نواحی حلق و حنجره در زیر لایه پوشاننده، غددی وجود دارند که وظیفه آنها تولید و ترشح موکوس و بزاق برای نرم و مرطوب نگهداشتن آن ناحیه است. سرطان بندرت از سلول های این غدد منشاء می گیرد ولی در صورت بروز آدنوکارسینوما، آدنوسیستیک کارسینوما و موکوپاپی در مویئ کار سینوما نامید می شود.

شکل کاسلی حفره حلق و حنجره بر روی داربستی تاز بافت نگهدارنده قرار گرفته است. سرطان هایی مثل کوندروسارکوما یا سینویال سارکوما ممکن است از این بافت نگهدارنده منشاء بگیرند اما بروز چنین حالاتی فوق العاده نادر است.

به دلیل شیوع پائین سرطان های منشاء گرفته از غدد یا بافت های نگهدارنده حلق و حنجره در سایر بخش های این کتاب به آنها اشاره ای نمی شود و اطلاعات بعدی منحصر به سرطان های سلول های پوشاننده (اسکواموس سل کار سینوما) خواهد بود.

آمارهای مربوط به سرطانهای حلق و حنجره

انجمن سرطان امریکا پیش بینی کرده است که در سال 2005، 9880 مورد جدید سرطان حنجره شامل 7920 مرد و 1960 زن، تشخیص داده شوند و در این سال 3770 نفر شامل 2960 مرد و 810 زن از این بیماری فوت نمایند.

حدود 2500 مورد جدید از سرطان حلق در هر سال تشخیص داده می شود. از آنجا که این سرطان ها در افراد سیگاری بروز می کند، سایر سرطان های مرتبط با سیگار مثل سرطان ریه و دهان نیز در این افراد دیده می شود. به همین دلیل بسیار مهم است که افراد مبتلا به سرطان های حلق و حنجره، ارزش پیگیری های بعدی از نظر این سرطان ها را دریابند و از عوامل خطری مثل سیگار و مشروبات الکلی پرهیز نمایند.

عوامل خطر بروز سرطان های حلق و حنجره چیست؟

عامل خطر، هر چیزی است که شانس یک فرد را برای ابتلاء به یکی بیماری مثل سرطان افزایش می دهد. سرطان های مختلف، عوامل خطر متفاوتی دارند. برای مثال، قرار دادن پوست در مقابل میزان زیادی از نور آفتاب عامل خطری برای بروز سرطان پوست است. سیگار یک عامل خطر برای سرطان های ریه، دهان حلق، مثانه، کلیه و برخی دیگر از اندام هاست.

اما داشتن یک یا چند عامل خطر به این معنی نیست که فرد حتماً به بیماری مبتلا می شود. همچنان که عدم وجود خطر بدین معنی نیست که شانس بروز بیماری برای یفرد وجود ندارد. دانشمندان عوامل خطر متعددی را برای بروز سرطان های حلق و حنجره یافته اند:

مصرف دخانیات

مصرف دخانیات مهم ترین عامل خطر بروز سرطان های حلق و حنجره است. غالب افرادی که به این سرطان ها مبتلا می شوند، تاریخچه مصرف دخانیات را دانسته اند. هرچه مصرف بیشتر باشد، شانس ابتلا بیشتر است. احتمال ایجاد سرطان در این نواحی در افراد سیگاری (چه سیگار و چه سیگار برگ) چندین برابر افراد غیر سیگاری است.

سوء مصرف الکل

در افراد الکلی، شانس ابتلاء به سرطان حنجره چند برابر افراد غیر الکلی است. مصرف همزمان سیگار و الکل شانس ابتلا را دو برابر نمی کند. بلکه در چنین افرادی احتمال ابتلا به سرطان حنجره چند برابر می شود. برخی از مطالعات نشان می دهند که افرادی که هم سیگاری هستند و هم الکل مصرف می کنند بی از صد برابر کسانی که چنین عادت را ندارند به سرطان های حلق و حنجره مبتلا می شوند.

تغذیه نامناسب

کمبودهای تغذیه ای غالباً همراه با کلسیم دیده می شوند و این می تواند بخشی از دلیل باشد که چرا مصرف الکل، احتمالاً ابتلاء به سرطان های حلق و حنجره را افزایش می دهد. عدم مصرف غذاهای با میزان کافی از ویتامین های A و B رتینوئید ممکن است نقشی در میان داشته باشد.

ویروس پاپیلومای انسانی

ویروس های پاپیلومای انسانی (HPV) گروهی متشکل از بیش از صد نوع ویروس هستند. غالب این ویروس ها باعث ایجاد زگیل بر روی دست، پا و سایر نواحی پوست می شوند که گرچه آزار دهنده است اما جدی نیست. برخی از انواع دیگر باعث سرطان دهانه رحم، واژن، مقعد، ول و یا آلت تناسلی مردانه می شوند. در برخی از موارد آنها ممکن است یک عامل مهم برای بروز سرطان های حلق و حنجره باشند.

ضعف سیستم ایمنی

سرطان های حلق و حنجره در افراد دچار نقص سیستم ایمنی شایع ترند. برخی از بیماری های مادرزادی، سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) و برخی از داروهایی که در دریافت کنندگان پیوند عضو مصرف می شوند، سیستم دفاعی بدن را تضعیف می کنند.

تماس های شغلی

سایر عوامل خطر عبارتند از: تماس مداوم و طولانی با ذرات چوب، رنگ، مواد شیمیایی مورد مصرف در صنایع فلزی، نفت، پلاستیک، چوب، آزلستوز یک فیبر معدنی است که در گذشته غالباً در صنایع بسته بندی استفاده می گردید. این عامل، ریسک فاکتور مهمی برای دو نوع از سرطان های ریه بنام های نروتلیوم و برونکوژنیک کارسینوما می باشد. برخی مطالعات نشان می دهد که تماس با آزبستوز ممکن است شانس ابتلا به سرطان حنجره را افزایش دهد.

جنس

سرطان های حلق و حنجره در مردان 4-5 برابر زنان دیده می شود. این به این دلیل است که دو عامل خطر مهم سیگار و الکل در مردان شایع تر از زنا است. در سال های اخیر، همزمان با افزایش مصرف این دو ماده در زنان، شانس ابتلا زنان به اینسرطان ها نیز افزایش یافته است.

سن

به دلیل آنکه سرطان های حلق و حنجره در عرض چندین سال ایجاد می شوند، در افراد جوان شایع نیستند. اغلب بیماران در هنگام تشخیص سن بالای 60 سال دارند.

نژاد

سرطان های حلق و حنجره در امریکاییان آفریقایی تبار 50٪ بیشتر از سفید پوستان دیده می شود.

آیا ما می دانیم که چه چیزی باعث سرطان حلق و حنجره می شود؟

ما نمی دانیم که چه عاملی در یک فرد باعث بروز سرطان حلق و حنجره می شود. در عین حال مقدار زیادی از عوامل خطر و چگونگی تاثیر آنها بر سلول برای سطنی شدن آنها می دانیم.

ما می دانیم که الکل و دخانیات لایه پوشاننده حلق و حنجره را تخریب می کنند و سلول های این لایه برای ترمیم این تخریب نیاز به رشد سریع تر دارند. این عوامل سرطان زا (کارسینژن) باعث تغییر DNA سلول که در واقع حاوی دستورالعمل های لازم برای ترمیم و رشد است می شود. DNA آسیب دیده، پیام رشد و تقسیم سلول را افزایش می دهد.

این آسیب باعث می شود که برخی از نقاط DNA (نواحی مربوط به شروع رشد سلول و یا توقف آن) موتاسیون (تغییر) یابند و بد عمل کنند. سپس سلول های غیر طبیعی شروع به پیدایش کرده و تومور ایجاد می کنند. با افزایش آسیب، سلول ها شروع به انتشار به بافت های اطراف کرده و پس از آن متاستاز (انتشار به بافت های دور دست رخ می دهد.

(به بخش تازه های سرطان حلق و حنجره مراجعه کنید تا مطالب بیشتری در خصوص کشفیات ژنتیکی مرتبط با این نوع سرطان بدانید).

آیا سرطان های حلق و حنجره قابل پیشگیری اند؟

غالب سرطان های حلق و حنجره قابل پیشگیری هستند. موثرترین راه، اجتناب از عوامل خطر شناخته شده است.

دخانیات از عوامل خطر مهم شناخته شده برای بروز سرطان های این نواحی است. سیگار نکشیدن و اجتناب از دود دست دوم بطور موثری احتمال ابتلا به سرطان های حلق و حنجره را کاهش می دهند. مصرف الکل اثر سرطان زائی دخانیات را چند برابر می کند. بخصوص مهم است که الکل و دخانیات همزمان استفاده شوند. تغذیه مناسب محل کار و استفاده از ماسک های صنعتی در هنگام کار با مواد شیمیائی سرطان زا عوامل پیشگیری کننده موثری هستند.

سوء تغذیه و کمبود ویتامین با سرطان های حلق و حنجره مرتبطند. در عین حال مشخص نشده است که مصرف ویتامین افزودنی باعث کاهش ریسک ابتلا به این سرطان ها گردد. مصرف یک رژیم غذایی متعادل و سالم بسیار بهتر از افزودن ویتامین به یک رژیم غذایی ناسالم است.

انجمن سرطان امریکا مصرف غذاهای سالم با منابع گیاهی بیشتر را توصیه می کند. مصرف حداقل 5 نوبت میوه و سبزیجات در روز به علاوه یک وعده غذایی با منابع گیاهی مثل نان، غلات، دانه های خوراکی، برنج، ماکارونی و کاهش مصرف گوشت قرمز بویژه انواع فناوری شده و چرب.

آیا تشخیص زود هنگام سرطان های حلق و حنجره ممکن است؟

بسیاری از سرطانهای حلق و تعدادی از سرطان های حنجره در مراحل اولیه قابل تشخیص اند. چنانچه هر یک از علائم زیر را دارید با پزشک خود مشورت نمائید. بسیاری از این علائم و نشانه ممکن است توسط سایر سرطان ها و یا بیماری های خوش خیم دیگر ایجاد شوند. در هر حال عامل بروز این علائم هر چه باشد، مشورت با پزشک ضروری است. هرچه زودتر به تشخیص صحیح برسید امکان شروع درمان و موثر بودن آن مقدور است.

علائم و نشانه های سرطان گلو

سرطان های حنجره که بر روی تارهای صوتی (گلوت) ایجاد می شوند در مراحل بسیار اولیه قابل تشخیص اند زیرا یک تومور کوچک در این ناحیه می تواند باعث خشونت صدا گردد. خشونت و گرفتگی صدا که به مدت دو هفته طول بکشد نیاز به مشاوره پزشک دارد.

یک معاینه کامل سر و گردن شامل لارنگوسکوپی (مشاهده مستقیم تارهای صوتی و حنجره) م یبایست انجام شود. این معاینه نیاز به وسایل مخصوص دارد و معمولاً توسط جراح سر و گردن یا متخصص گوش و حلق و بینی انجام می شود. این روش در بخش های بعدی توضیح داده می شود.

علائم و نشانه های سرطانه های سوپراگلوت، زیر گلوت و هیپوفارنکس

سرطانه های نواحی بالای طناب های صوتی (سوپر اگلوت)، زیر تارهای صوتی (ساب گلوت) و هیپوفارنکس معمولاً در مرحله دیرتری نسبت به سرطان تارهای صوتی تشخیص داده می شوند.

نشانه های سرطان در این نواحی غیر اختصاصی ترند و شامل موارد زیر می باشند:

*گرفتگی سینه که بهبود نمی یابد

*سرفه مداوم

*درد هنگام بلع

*بلع سخت و مشکل

*گوش درد مداوم

*تنفس مشکل

*کاهش وزن

*گرفتگی صدا که بیش از دوهفته دوام یابد

*توده یا برجستگی در ناحیه گردن

خشونت صدا در چنین سرطان هائی تنها پس از تهاجم به تارهای صوتی و در مراحل دیرتر ایجاد می گردد. این سرطان ها معمولاً تا زمان انتشار به غدد لنفاوی و ایجاد یک توده در گردن کشف نمی شوند.

نحوه انتشار سرطان های حلق و حنجره

یک نکته مهم که سرعت انتشار سرطان را مشخص می کند چگونگی توزیع عروق لنفاوی در نواحی مختلف حق و حنجره است. عروق لنفاوی کانال های کوچکی مانند وریدها هستند با این تفاوت که بجای خون، لنف را بین غدد لنفاوی و بافت های بدن حمل می کنند.

لنف یک مایع شفاف است که حاوی سلول های ایمنی بدن می باشد. غدد لنفاوی تجمعی لوبیایی شکل از سلول های دفاعی بدن هستند که به بدن، در مقابله با عفونت و سرطان کمک می کنند.

غدد لنفاوی در عین حال که به سالم نگهداشتن بدن کمک می کنند، می توانند راهی برای انتشار سلول های سرطانی باشند. یکی از دلایلی که سرطانهای صوتی (گلو ت) در مراحل اولیه انتشار نمی یابد این است که تارهای صوتی رگ های لنفاوی بسیار کمی دارند. به عبارت دیگر سایر نواحی حلق و حنجره عروق لنفاوی فراوانی دارند و باعث می شوند سرطان های این نواحی به سرعت انتشار یابند و به غدد لنفاوی و سایر نواحی بدن برسند.

سرطان های حلق و حنجره چگونه تشخیص داده می شوند؟

چنانچه شما یکی از علائم مربوط به سرطان های حلق و حنجره را داشته باشید، پزشک شما یک یا چند تا از روش های تشخیصی زیر را پیشنهاد می کند:

آزمایشات و تکنیک های تشخیص سرطان حلق و حنجره

معاینه بالینی و شرح حال کامل: اولین قدم در هر معاینه پزشکی گرفتن اطلاعاتی درباره علائم، عوامل خطر و تاریخچه خانوادگی و پزشکی شماست.

یک معاینه کامل به شناسایی هر علامت احتمالی سرطان یا بیماری دیگر کمک می کند.

آزمایش خون: آزمایش خون برا ی تشخیص سرطان های حلق و حنجره استفاده نمی شوند. در عین حال انجام آزمایشات روتین به شناسایی وضعیت کلی پزشکی بیمار کمک می کند.

این موضوع چنانچه نیاز به جراحی وجود داشته باشد، ضروری است.

مشاوره با متخصص: چنانچه پزشک شما به تومورهای ناحیه حلق و حنجره مشکوک شده باشد، شما را به یک متخصص گوش و حلق و بینی ارجاع می دهد.

معاینه کامل سر و گردن شامل لارنگوسکوپ و ناز و فارنگوسکوپ: علاوه بر یک معاینه فیزیکی کامل، توجه ویژه به ناحیه سر و گردن مهم است. بدلیل اینکه حلق و حنجره عمیقاً در گردن قرار دارند و به آسانی دیده نمی شوند، از آینه های مخصوص و لارنگوسکوپ های فیبراتیپیک برای معاینه این نواحی استفاده می شود.

(لارنگوسکوپ یک لوله باریک، قابل انعطافو روشن است که از طریق دهانیا بینی وارد می شود) در لارنگوسکوپ غیر مستقیم از آینه های مخصوص برای دیدن حلق استفاده می شود. لارنگوسکوپ مستقیم با استفاده از دوربین های فیبراتیپیک انجام می شود.

به دلیل اینکه بیماران مبتلا به سرطان های حلق و حنجره در معرض ابتلا به سرطانسایر نواحی سر و گردن می باشند یک معاینه کامل و دقیق از ناز و فارنگس (ناحیه حلق بینی) دهان، زبان و گردن می بایستی انجام گیرد.

پان اندوسکوپ (شامل لارنگوسکوپ، نازوفاگوسکوپ و احتمالاً برونکوسکوپ): چنانچه پزشک شما حدس بالائی از سرطان در ناحیه سر و گردن را داشته باشد می بایستی حلق، حنجره، مری، نای و برونشها (لوله های هوایی) مورد بررسی قرار گیرند. این بررسی را پان اندوسکوپ می نامند و در اتاق عمل و تحت بیهوشی عمومی انجام می گیرد. پزشک شما این نواحی را نگاه کرده و اندازه هر تومور احتمالی و میزان انتشار آن را بررسی می کند. ممکن است انجام بیوپسی (نمونه برداری از بافت) لازم باشد. همچنین از وسایل مخصوص برای بررسی مری، نای و برونشها استفاده می شود.

تکنیک های تصویر برداری برای تشخیص سرطان های حلق و حنجره:

هنگامی که در معاینه یک تومور تشخیص داده شود، تکنیک های تصویر برداری برای بررسی میزان انتشار آن مفید هستند.

توموگرافی کامپیوتری (یا CT اسکن): CT اسکن یک روش عکسبرداری با اشعه X است که تصاویری از مقاطع بدن شما و با جزئیات بیشتر نشان می دهد. بجای گرفتن یک تصویر با اشعه X معمولی، در CT اسکن تصاویر متعددی در حین چرخش دستگاه بدور بدن شما گرفته می شود سپس یک کامپیوتر این تصاویر را ترکیب نموده و بصورت تصویری از یک برش بدن شما نشان میدهد. این دستگاه تصاویر متعددی از مقاطع بدن شما نشان می دهد. این آزمایش به پزشک شما کمک می کند که اندازه تومور را تشخیص دهد. انتشار آن را به بافت های اطراف بررسی کند و اینکه آیا بیماری به غدد لنفاوی گردن انتشار یافته است یا نه ؟

پس از اینکه سری اول عکس ها گرفته شد یک ماده حاجب (رنگ) به شما تزریق می شود تا تصاویر بعدی بهتر نشان داده شوند. سپس سری دوم عکس ها گرفته می شود.

برای چنین منظوری نیاز به یک تزریق وریدی است تا ماده حاجب به بدن شما تزریق شود. برخی از مردم نسبت به این ماده رنگی حساسیت دارند و واکنش هایی مثل کهیر، برافروختگی و بندرت واکنش های جدی تر همچون اشکال در تنفس و افت فشار خون نشان می دهند. چنانچه سابقه چنین حساسیتی را دارید موضوع را حتماً به پزشک خود اطلاع دهید.

انجام CT اسکن بیش از یک عکسبرداری معمولی طول می کشد و شما می بایستی بر روی یک تخت دراز بکشید تا عکسبرداری انجام شود. اما مانند سایر تکنیک های تصویر برداری کامپیوتری سرعت آنها افزایش یافته است و اسکن شما ممکن است در زمان کمتری انجام شود.

MRI در روش : MRI از امواج رادیویی و مغناطیسی های قوی بجای اشعه X استفاده می شود. انرژی حاصل از امواج رادیویی جذب شده و سپس در فرمهای بخصوص ناشی از بافت های مختلف و بیماری های شخص آزاد می گردد. یک کامپیوتر امواج رادیویی آزاد شده از بافت های بدن شما را به تصاویری با جزئیات واضح تبدیل می کند. این روش نه تنها تصاویری از مقاطع افقی بدن شما نشان می دهد (مثل CT اسکن) بلکه می تواند تصاویری از مقاطع طول بدن را هم ایجاد نماید.

ممکن است همانند CT اسکن نیاز به تزریق یک ماده حاجب باشد. MRI تصاویری همانند CT اسکن بدست می دهد اما برخی اوقات این تصاویر متفاوت بوده و کمک کننده تر هستند. تصویر برداری MRI بیشتر از CT اسکن بطول می انجامد و گاهی تا یک ساعت هم طول می کشد. برای اینکار شما در یک محفظه ای لوله ای باریک قرار می گیری که می تواند برای افرادی که از فضاهای بسته می ترسند ناراحت کننده باشد. همچنین دستگاه صداهائی تولید می کند که در برخی موارد بوسیله یک گوشی و پخش موسیقی این صدای آزار دهنده حذف می شود.

بلع با ریم: این تکنیک شامل یکسری از تصاویر رادیوگرافی با اشعه X است که از بیمار در هنگام بلع یک مایع حاوی باریوم گرفته می شود. این روش برای بررسی حلق بسیار موثر است و به پزشک کمک می کند که حلق شما را بررسی نماید.

عکسبرداری قفسه سینه : به دلیل اینکه سیگار می تواند علاوه بر سرطان های حلق و حنجره باعث سرطان ریه و آنفیرم گردد، عکسبرداری از قفسه سینه باید انجام شود تا مشخص گردد آیا سرطان وجود دارد یا نه؟ چنانچه هر نقطه مشکوکی در عکس ریه دیده شود، انجام CT اسکن قفسه سینه ضروری است.

انواع بیوپسی های مورد استفاده در تشخیص سرطان های حلق و حنجره

بیوپسی روش است که طی آن بخشی از بافت برای بررسی در زیر میکروسکوپ برداشته می شود. این روش تنها راه تشخیص قطعی سرطان است.

بیوپسی از طریق اندسکوپ: بدین دلیل که نواحی حلق و حنجره عمیقاً در گردن قرار دارند. انجام بیوپسی از آنها در مطب پزشکان امکان پذیر نیست و باید در اتاق عمل و تحت بیهوشی عمومی انجام شود. جراح از طریق وسایل مخصوص همراه اندوسکوپی بخش کوچکی از بافت را نمونه برداری می کند.

بیوپسی سوزنی (FNA): چنانچه در گردن شما یک توده وجود داشته باشد. FNA یا بیوپسی سوزنی (یک سوزن باریک که از طریق آن مقداری از سلول های توده برای بررسی در زیر میکروسکوپ کشیده می شوند) میتواند نشان دهد که آیا این توده یک غده لنفاوی رشد یافته به دلیل عفونت بافت های مجاور مثل سینوسن یا دندان است و یا یک کیست حاوی مایع خوش خیم و یا احتمالاً سرطان.

در عین حال چنانچه نتیجه FNA خوش خیم باشد ولی شما علائمی دال بر سرطان حلق یا حنجره دانسته باشید، اقدامات اضافی مثل لارنگوسکوپی و یا پان اندوسکوپی لازم است.

اگر FNA سرطان را نشان دهد پاتولوژیست (پزشک متخصص تشخیص بیماریها بر مبنای تست های آزمایشگاهی) نمونه را مورد بررسی قرار می دهد و میتواند نوع سرطان را مشخص کند. چنانچه نوع سرطانتشخیص داده شده نشانه سرطان های حلق و حنجره باشد، این نواحی مورد بررسی قرار می گیرند.

بیوپسی سوزنی (FNA) در سایر موارد نیز می تواند کمک کننده باشد به عنوان مثال، چنانچه یک بیمار مبتلا به سرطان حلق و حنجره یک توده گردنی داشته باشد، بیوپسی سوزنی می تواند نشان دهد که آیا این توده نشانه انتشار سرطان است. همچنین FNA در بیماران مبتلا به سرطان حلق و حنجره که با جراحی یا رادیوتراپی درمان شده اند، می تواند نشان دهد که توده یافت شده در ناحیه درمان شده آیا عود سرطان است و یا اسکار ناشی از درمان .

سرطان های حلق و حنجره چگونه درجه بندی می شوند؟

درجه بندی روندی است که براساس آن میزان انتشار سرطان مشخص می شود. میزان انتشار سرطان های حلق و حنجره مهم ترین عامل تعیین کننده در مورد انتخاب نحوه درمان و پیش آگهی بیماری است. سیستم درجه بندی یک راه خلاصه سازی برای گروه مراقبت از سرطان است تا میزان انتشار آن را مشخص کنند. چنانچه شما مبتلا به سرطان حلق و حنجره هستید از مراقبین خود بخواهید تا درجه سرطان را به زبان ساده برای شما توضیح دهد. دانش شما در مورد درجه بندی سرطان این امکان را به شما می دهد که نقش مناسب تری در تصمیم گیری برای درمان خود داشته باشید.

سیستم TNM: رایج ترین شیوه مورد استفاده در مورد درجه بنید سرطان ها سیستم TNM یا همان روش کمیته انجمن سرطان آمریکا است (AJCC).

T به معنای تومور (Tumor) نشان دهنده اندازه توده و میزان انتشار آن در حلق و حنجره و بافت های اطراف است.

N نشانه انتشار به غدد لنفاوی (غدد لوبیائی شکل حاوی سلول های ایمنی که به بدن در مقابل عفونت ها و سرطان کمک می کنند).

M نشانه متاستاز (Metastasis) یا انتشار سرطان به اندام های دوردست است. استفاده از روش TNM برای درجه بندی تومور اطلاعات کافی در مورد توده انتشار آن به غدد لنفاوی و متاستاز را بدست می دهد. درجه سرطان براساس عددهای رومی از I (یک) تا IV (چهار) بیان می شود. بیماران با درجه پائین تر سرطان پیش آگهی بهتری برای درمان یا بقای طولانی مدت دارند.

درجه T سرطان های حلق و حنجره بستگی به میزان انتشار آنها از ناحیه اولیه دارد. این انتشار براساس بررسی غیر مستقیم یا آینه، آندوسکوپی مستقیم و یا در صورت دسترسی پزشک، با لمس ناحیه مبتلا، ارزیابی می شود.

مشاهده حرکت تارهای صوتی توسط آئینه بخصوص؛ درحالیکه بیمار صداهای خاص را تولید می کند، اطلاعاتی در مورد انتشار موضعی به پزشک می دهد. چنانچه تارهای صوتی حرکت طبیعی داشته باشند نشانه این است که سرطان بافت های عمقی تر را درگیر کرده است. ثابت شدن تارهای صوتتتری (عدم حرکت آنها) نشانه درگیری با سرطان است ممکن است مطالعات تصویر برداری مثل CT اسکن و MRI، برای نشان دادن جزئیات بیشتر لازم باشد.

درجه بندی T سرطان های حلق و حنجره انتشار سرطان در نواحی حلق، حنجره و بافت های اطراف را نشان می دهد. این نواحی در تصاویر بخش ((سرطانحلق و حنجره چیست)) نشان داده شده اند. عدد بالاتر T دلالت بر انتشار بیشتر در حلق، حنجره و سایر نواحی گردن دارد.

درجه بندی T سرطان های حنجره دلالت بر نواحی سوپراگلوت، گلوت و زیر گلوت دارد. درجه بندی T برای سرطان های هیپوفارنکس، با این درجه بندی در سرطان های حنجره تفاوت دارد.

درجه بندی T مشترک در بین سرطان های حلق و حنجره

T_x: قابل درجه بندی نیست (اطلاعات موجود کافی نیست).

T₀: شواهدی از تومور وجود ندارد.

T_{is}: سرطان درجا- سلول های سرطانی محدود به لایه اپی تلیوم (پوشاننده است) است و هیچ رشدی به بافت های همبند حلق و حنجره ندارد. (مقدار بسیار کمی از سرطان های حلق و حنجره در این مرحله تشخیص داده می شوند).

درجه بندی T سرطان های سوپراگلوت

درجه بندی T در سرطان های سوپراگلوت براساس نمقدار نواحی درگیر حنجره و همچنین فاصله انتشار سرطان در نواحی خارج از حنجره است. 5 ناحیه بخش سوپراگلوت حنجره عبارتند از: تارهای صوتی کادب (تارهای بطنی)، آرتینوئید، اپی گلوت سوپراهیوئید، اپی گلوت اینفراهیوئید و چین های آرتنوایی گلوئیک.

T₁: تومور بیش از یک ناحیه سوپراگلوت را درگیر کرده و تارهای صوتی حرکت طبیعی دارند.

T₂: تومور بیش از یک ناحیه سوپراگلوت را درگیر کرده و تارهای صوتی حرکت طبیعی دارند.

T₃: تومور محدود به حنجره است و تارهای صوتی ثابت شده اند و یا تومور به بافت های پشت غضروف کریکوئید، فضای اطراف گلوت و جلوی گلوت تهاجم کرده است.

T4a: تومور از میان غضروف تیروئید گذشته است (غضروف تیروئید بافت سختی است که غده تیروئید را از جلوی حنجره جلدا می کند) و یا به بافت های پشت حنجره انتشار داشته است.

T4b: تومور به فضای جلوی ستون مهره ها و غلاف شریان کاروتید انتشار دارد و با به ساختمان های دریاستن رسیده است.

درجه بندی T سرطان های گлот

T1: تومور محدود به تارهای صوتی است و تارهای صوتی حرکت طبیعی دارند.

T1a: تومور محدود به یک تار صوتی است .

T1b: تومور هر دو طناب صوتی را درگیر کرده است.

T2: تومور به ناحیه سوپراگлот و یا زیر گлот انتشار دارد و یا حرت تارهای صوتی مختل شده است.

T3: تومور محدود به حنجره است همراه با ثابت شدن تارهای صوتی و یا به فضای اطراف گлот انتشار دارد و یا درگیری کوچک غضروف تیروئید وجود دارد.

T4a: تومور به غضروف تیروئید و یا بافت های پشت حنجره انتشار یافته است.

T4b: تومور به ناحیه جلوی ستون مهره ها انتشار یافته است، بافت های اطراف کاروتید را درگیر کرده است و یا به مدیاستن انتشار یافته است.

درجه بندی T برای سرطان های ساب گлот

T1: تومور محدود به ناحیه زیر گлот است.

T2: تومور به تارهای صوتی انتشار یافته است حرکت تارها ممکن است مختل شده باشد.

T3: تومور محدود به حنجره است و تارهای صوتی حرکتی ندارند.

T4a: تومور به غضروف های تیروئید یا کریکوئید دست اندازی کرده و یا به بافت های پشت حنجره رسیده است.

T4b: تومور به بافت های جلو ستون مهره ها و غلاف شریان کاروتید تهاجم کرده است. و یا به ساختمان های مدیاستن رسیده است.

درجه بندی T برای سرطان های هیپوفارنکس

انتشار سرطان در ناحیه هیپوفارنکس براساس اندازه تومور و میزان درگیری نواحی هیپوفارنکس توضیح داده می شود. سه ناحیه تعریف شده برای هیپوفارنکس عبارتند از: محل اتصال حلق به مری، سینوس های پیریفورم و دیواره خلفی حلق.

T1: تومور محدود به یک ناحیه از هیپوفارنکس است و قطر آن کمتر از 2 سانتی متر است.

T2: تومور بیش از یک ناحیه هیپوفارنکس را درگیر کرده و یا اندازه آن بین 2-4 سانتی متر است بدون ثابت شدن تارهای صوتی .

T3: قطر تومور بزرگ تر از 4 سانتی متر است و یا تارهای صوتی ثابت شده اند.

T4a: تومور غضروف های کریکوئید، استخوان هیوئید غده تیروئید، مری و یا عضلات جلوی حلق را درگیر کرده است.

T4b: تومور فضای جلوی ستون مهره ها، غلاف شریان کاروتید و یا ساختمان قفسه سینه را درگیر کرده است.

درجه بندی N (غدد لنفاوی ناحیه ای) در سرطان های حلق و حنجره

درجه بندی در سرطان های حلق و حنجره یکسان است و به شرح زیر می باشد:

Nx: غدد لنفاوی قابل ارزیابی نیستند.

N0: شواهدی دال بر درگیری غدد لنفاوی وجود ندارد.

N1: سرطان به یک غده لنفاوی در همان سمت گردن که تومور اولیه وجود دارد انتشار یافته است و اندازه غده لنفاوی کمتر از 3 سانتی متر است.

N2: انتشار سرطان به یک یا چند غده لنفاوی با قطر بین 3-6 سانتی متر وجود دارد.

N2a: انتشار سرطان به یک یا چند غده لنفاوی با قطر بین 3-6 سانتی متر در همان سمت گردن.

N2b: انتشار سرطان به چند غده لنفاوی کوچکتر از 6 سانتی متر و در همان سمت گردن.

N2c: انتشار به یک یا چند غده لنفاوی در هر دو طرف گردن و یا در سمت مقابل مبتلا به سرطان، کوچکتر از 6 سانتی متر.

N3: انتشار به یک یا چند غده لنفاوی بزرگ تر از 6 سانتی متر.

درجه بندی M (انتشار دور دست) در سرطان های حلق و حنجره

درجه بندی M برای تمام سرطان های ناحیه سر و کپگردن، از جمله سرطان های حلق و حنجره، یکسان است.

Mx: اطلاعات کافی نیست. امکان اظهار نظر در مورد متاستاز دوردست وجود ندارد.

M0: متاستاز دوردست وجود ندارد.

M1: متاستاز دوردست وجود ندارد.

سرطان های حلق و حنجره چگونه درمان می شوند؟

پس از اینکه سرطان شما تشخیص داده شد و آن مشخص گردید، تیم مراقبت کننده شما در مورد درمان های موجود تصمیم گیری می کند. انتخاب شیوه درمانی، تصمیم مهمی است و بنابراین صرف وقت و فکر کردن به تمام امکانات موجود بسیار اهمیت دارد.

برای انتخاب شیوه مناسب درمان، نوع سرطان و درجه (Stage) آن دو عامل مهم و اساسی هستند. شما و تیم درمان کننده شما همچنین نکاتی مانند سن، وضعیت سلامت عمومی و ترجیحات شخص را نیز در نظر می گیرند.

این ایده خوبی است که نظر یک متخصص دیگر، که در درمان این گونه سرطان ها مهارت دارد، را جویا شوید. این نظر دوم اطلاعات بیشتری در اختیار شما قرار می دهد و به شما کمک می کند که نسبت به روش درمانی توصیه شده، اطمینان بیشتری پیدا کنید.

سه روش اصلی درمان سرطان عبارتند از: جراحی، رادیوتراپی و شیمی درمانی. برخی اوقات مناسب ترین رویکرد درمانی استفاده از 2 یا 3 روش بطور همزمان است. بهبود شما هدف نهائی تیم درمان کننده شماست. چنانچه بهبود کامل میسر نباشد. هدف درمان عبارت خواهد بود از برداشت یا تخریب هرچه بیشتر بافت سرطانی تا از رشد، انتشار و عود تومور برای مدت هرچه طولانی تر جلوگیری کند. برخی اوقات درمان با هدف برطرف کردن علائم انجام می شود، باین مشکل معالجه، درمان تشکیینی ((می گویند.

جراحی

روش های جراحی متعددی برای درمان بیماران مبتلا به سرطان های حلق و حنجره بکار می روند. بسته به نوع و درجه سرطان، یک یا بیشتر این روش ها استفاده می شوند تا بافت سرطانی و بافت های احاطه کننده حلق و حنجره برداشته شوند و به حفظ ظاهر و عملکرد بافت های آسیب دیده یا درمان شده کمک شود.

برداشت کامل حنجره: در این روش کل حنجره (جعبه صدا) برداشته می شود. با برداشت این بخش، لوله هوایی متصل به آن بالا کشیده می شود و در جلوی گردن بصورت یک سوراخ (Stoma) قرار می گیرد تا از طریق آن تنفس نمائید.

عوارض بالقوه برداشت کامل حنجره عبارتند از: خونریزی پس از جراحی، عفونت محل زخم و در موارد نادر پارگی شریان کاروتید (یک شریان اصلی در گردن)

لارنژکتومی ممکن است باعث ایجاد فیستول (یک راه یا سوراخ غیر طبیعی بین دو ناحیه که در حالت عادی بهم ارتباطی ندارند) و یا تنگی حلق شود. یک عارضه مهم دیگر پس از برداشتن حنجره عبارت است آسپیراسیون یا ورود مواد غذایی و مایعات به داخل ریه، که می تواند باعث پنومونی شدید گردید.

مراقبت از شکاف پوستی Stoma پس از جراحی لارنژکتومی

داشتن یک Stoma بجای حنجره بدین معنی است که هوایی که شما تنفس می کنید از داخل دهان و بینی شما عبور نمی کند. وقتی که هوای از داخل بینی یا دهان شما می گذرد، مرطوب و گرم شده، غبار و سایر ذرات موجود در آن تصفیه می شوند. پس از برداشتن حنجره و اتصال نای به پوست (تراکئوستومی) هوایی که به ریه ها می رسد، خشک تر و سردتر است. این حالت ممکن است باعث تحریک لوله های هوایی شده و باعث ایجاد خلط غلیظ و چسبنده گردد. به همین دلیل شما باید یاد بگیرید که چگونه از این Stoma مراقبت کنید. این مراقبت شامل ساکشن کردن مرتب، تمیز کردن و استفاده از یک مرطوب کننده می باشد. پزشک، پرستار و سایر اعضاء تیم مراقبت از شما می توانند به شما در مورد محافظت از Stoma آموزش دهند، که این آموزش شامل مراقبت درخصوص افتادن قطرات آب و ذرات کوچک به داخل لوله هوایی (نای) نیز می شود. تشکیل گروه های حمایتی از بیماران دیگر که سابقه لارنژکتومی داشته اند می تواند اطلاعات اساسی درخصوص مراقبت از Stoma و استفاده از محصولات محافظتی و تمیز کننده های Stoma در اختیار شما قرار دهد.

بازگشت صحبت کردن پس از عمل جراحی برداشت کامل حنجره (لارنژکتومی) : پس از یک عمل جراحی برداشت کامل حنجره، شما قادر نیستید تا با استفاده از تارهای صوتی خود صحبت کنید. در عین حال، امکانات متعددی برای بازگرداندن توانائی حرف زدن پس از جراحی برداشت حنجره وجود دارد. از دست دادن جعبه صوتی به دلیل سرطان به معنای از دست دادن توانائی صحبت کردن نیست.

تعداد متعددی از تقویت کننده های صوتی برای بیماران پس از عمل لارنژکتومی وجود دارد. انتخاب بهترین تکنیک حرف زدن برای هر بیمار بستگی به عوامل زیادی دارد که از آن جمله می توان سن بیمار و ترجیحات شخصی او را نام برد. هدف از تمام این روش های بازتوانی برای افراد لارنژکتومی شده آموزش صحبت کردن با بهترین روش ممکن برای آن فرد است.

حرف زدن از راه مری

زمانی که ریه ها دیگر نمی توانند هوایی را به حفره دهان بدهند فردی که لارنژکتومی کرده است از راه سوراخی در قسمت جلوئی گردن بنام Stoma تنفس می کند. این فرد باید در عین حال یک رشو جدید برای حرف زدن را نیز بیامورد. بیمار می آموزد که هوا را به داخل دهان کشیده و سپس آن را با فشار و در حالیکه زبان خود را به سقف دهان چسبانده است به داخل مری، فشار دهد. زمانی که این هوای فشرده شده به دهان باز می گردد، دیواره مری و حلق را می لرزاند که این لرزش باعث ایجاد صدائی با فرکانس پائین می شود. این صدا مبدأً به دهان باز می گردد و تبدیل به صدای فرد لارنژکتومی می شود.

کل این روند مشابه یک آروغ زدن کنترل شده می باشد. همانند صحبت کردن معمولی، بیمار می تواند این صدا را با استفاده از زبان، لب ها، دندان و کام خود به کلمات تبدیل کند.

حرف زدن از راه مری از نظر اقتصادی به صرفه تر است زیرا فرد نیاز به استفاده از هیچ ابزاری برای کمک به صحبت کردن ندارد. همچنین این مشکل از حرف زدن باعث صدای حرف زدن طبیعی تر می شود. اما ممکن است گاهی فهم آن برای شنونده مشکل باشد. یک نقطه ضعف این روش این است که آموختن آن نسبت به حرف زدن با ابزارهای موجود سخت تر است.

حرف زدن از راه مری و نای

این حالت مشابه حرف زدن از راه مری است، اما نیاز به وسیله ای دارد تا هوا را از نای (راه هوایی) به داخل مری انتقال دهد. اینکار غالباً از طریق قرار دادن یک رابط کوچک بین نای و مری، از طریق یک سوراخ تراشه مری (TEP) انجام می گیرد. ایجاد سوراخ بین تراشه و مری (TEP) می تواند همزمان یا جراحی اولیه و یا بعداً انجام گیرد. این روش باعث ایجاد یک ارتباط بین لوله هوایی و لوله غذائی از طریق یک سوراخ در محل Stoma می گردد. قرار دادن یک دریچه یک طرفه در محل این سوراخ به بیمار این امکان را می دهد تا توانائی خود برای فرستادن هوا به داخل مری از راه دهان را حفظ کند.

حرف زدن الکترونیک

دو نوع ابزار برای کمک به حرف زدن افراد لارنژکتومی شده وجود دارد. حنجره الکترونیک برای بیمارانی که با حرف زدن از راه مری قادر به ایجاد صدای قابل فهم نیستند. صدا تولید می کند. تقویت کننده های الکترونیک برای افزایش صدای فردی که از راه مری حرف می زند، استفاده می شوند.

*انواع خارج دهانی این وسیله شبیه یک چراغ قوه است که باطری آن در دسته قرار داد و در انتهای آن یک صفحه لرزنده وجود دارد که به سطح خارجی گردن فشرده می شود. وقتی که انتهای این وسیله فشرده می شود، صفحه می لرزد و صدائی تولید می کند که از بافت نرم عبور می کند و به حفره دهان می رسد. این صدای فرد لارنژکتومی شده است.

*انواع داخل دهانی که به یک باطری ترانزیستوری پوشیده است که از طریق یک سیم به یک فرستنده صوتی متصل است. فرستنده صوتی به اندازه یک سکه کوچک و نیم اینچ ضخامت دارد. این فرستنده در کف دست قرار می گیرد و وقتی دگمه آن فشرده میشود امواج صوتی را از طریق یک سیم پلاستیکی مستقیماً به داخل حفره دهان می فرستند و صدای تولید شده، صدای فرد لارنژکتومی است.

*تقویت کننده هایی در بازار وجود دارند که به فرد لارنژکتومی شده کمک می کند تا صدای ضعیف یا کوتاه خود را تقویت کنند. بعضی از این تقویت کننده ها به اندازه ای کوچک هستند که در جیب پیراهن حمل می شود.

تأثیرات عمل لارنژکتومی بر عملکرد جنسی: لارنژکتومی نه تنها ظاهر شما را تغییر می دهد بلکه بر نحوه صحبت کردن و تنفس شما نیز تاثیر می گذارد و به دلیل احساس ناراحتی از ظاهر و زشتی ممکن است ارتباط جنسی شما نیز تحت تاثیر قرار گیرد. در عین حال اقداماتی وجود دارد که شما می توانید این احساس ناخوشایند را کاهش دهید.

یقه اسکی، دستمال گردن یا دستمال می تواند Stoma را بپوشاند و زیبا باشد. حتی در حین ارتباط جنسی پوشش بر روی Stoma بسیار خوشایندتر از یک شکاف باز است.

در طی فعالیت جنسی، شریک شما ممکن است از صدای تنفس ناشی از یک سوراخ بزرگ ناراحت شود. (از طرف دیگر یک بیمار ذکر کرده است: "حالا در هنگام بوسیدن من نیازی به نفس کشیدن ندارم.)

شما می توانید با کاستن از مصرف سیر و غذاهای ادویه دار و با استفاده از عط، ادوکلن و لوسیون بوی بد Stoma را کاهش دهید.

برای برخی از زوج ها مشکل در شکل صحبت کردن برای برقراری ارتباط می باشد. چنانچه شما حرسف زدن از راه مری را آموزش دیده اید، صحبت کردن در حین عشق بازی، مشکل بزرگی نخواهد بود. اینکار به تلاش بیشتری نیاز دارد و بنابراین شما برخی از آوایهای احساسی را از دست می دهید. یک کمک کننده صحبت که در Stoma کار گذاشته شده باشد نیز ممکن است در این موارد بخوبی کارایی داشته باشد. در هر حال هیچ یک از این روش ها به شما این امکان را نمی دهد تا درگوش شریک خود عاشقانه نجوا کنید.

چنانچه شما از یک کمک کننده حرف زدن دستی استفاده می کنید، برقراری ارتباط کلامی در حینعشق بازی، بدن لطافت و آرامش خواهد بود. شما می توانید با استفاده از دست های شریک تان و یا زبان بدن، یک ارتباط عاشقانه موثر را برقرار کنید.

صحبت کردن در بسیاری از وضعیت های برقراری ارتباط جنسی لازم نیست، شاید لازم باشد با یک شریک جدید قبل از شروع هر ارتباطی، نحوه ارتباط و وضعیت مورد نظر خود را شرح دهید.

برداشت بخشی از حنجره Partial Laryngectomy: توده های کوچک تر ناحیه حنجره ممکن است بدون نیاز به برداشت کامل جعبه صدا قابل جراحی باشند. مقداری از روش های جراحی برای برداشتن بخشی از حنجره وجود دارند. اختلاف این روش ها در ناحیه ای از حنجره است که برداشته می شود. هدف تمامی آنها یکی است. حفظ هرچه بیشتر حنجره طبیعی در حین برداشت کامل توده.

در برخی از این روش ها ممکن است توانائی حرف زدن حفظ شود در عین حال ممکن است بیمار به آموختن روش های جدید بلع برای جلوگیری از ورود غذا به ریه ها نیاز داشته باشد. پرستاران و کار درمانگرها در این مورد می توانند کمک کنند.

باز کردن گردن Neck Dissectin: سرطان های ناحیه سوپر گلو ت حنجره و هیپوفارنکس غالباً به غدد لنفاوی گردن انتشار می یابند. بسته به درجه سرطان و محل آن ممکن است برداشت غدد لنفاوی گردن لازم باشد، به این جراحی تشریح یا باز کردن گردن می گویند.

انواع مختلفی از روش های باز کردن گردن وجود ندارد که از یک باز کردن کامل (رادیکال) گردن یا روش های انتخابی و غیر تهاجمی تر متفاوت هستند. تفاوت آنها در میزان بافت برداشته شده از گردن شماست. هدف تمام آنها برداشت غدد لنفاوی است که قطعاً یا احتمالاً دچار متاستاز شده اند. میزان بافتی که باید برداشته شود به اندازه و میزان انتشار متاستاز بستگی دارد.

برداشت کامل یا ناقص حلق: روش های جراحی برای سرطان های هیپوفارنکس ممکن است منجر به برداشت کامل یا بخشی از ناحیه هیپوفارنکس گردند. روش های بازتوانی متعددی برای ترمیم ناحیه حلق و حفظ توانایی بلع شما پس از جراحی وجود دارد.

فلاپ های پوستی عضلانی: برخی اوقات از چرخاندن عضله و پوست ناحیه ای در نزدیکی گلوئی شما، مانند ناحیه قفسه سینه (فلاپ عضله سینه ای بزرگ)، برای بازسازی گلو استفاده می شود.

فلاپ های آزاد: با استفاده از روش های میکروسرجری (جراحی میکروسکوپی روشی است که در طی آن عروق کوچک در زیر و میکروسکوپ به یکدیگر پیوند زده می شوند). در حال حاضر جراحان امکانات بیشتری برای بازسازی ناحیه گلوئی شما در اختیار دارند. بافت های سایر نقاط بدن مانند بخشی از روده و یا بخشی از عضله و بازو ممکن است برای جایگزینی بخش های برداشته شده گلو مورد استفاده قرار گیرند.

برداشتن Cord یا طناب های صوتی: این روش شامل برداشتن بخش و یا تمامی تارهای صوتی است. این روش برای درمان انواع بخصوصی از سرطان ها در مراحل اولیه مانند سرطان های بسیار محدود سوپراگلوت استفاده می شود.

لایه برداری از تارهای صوتی: در این روش با استفاده از یک وسیله بلند، لایه سطحی پوشاننده تارهای صوتی برداشته می شود. برخی اوقات سرطان های درجه 0 (درجا) با این روش معالجه می شوند.

جراحی با لیزر: از لیزر برای درمان برخی از انواع سرطان درجه 0 (درجا) می توان استفاده کرد. در این روش با استفاده از یک اندوسکوپ محل تومور شناسائی شده سپس با استفاده از لیزر با شدت بالا تومور تبخیر شده یا برداشته می شود.

تراکتو تومی: چنانچه یک تومور در ناحیه حلق یا حنجره باعث انسداد راه هوایی شده باشد و اندازه آن بقدری بزرگ باشد که قابل برداشت کامل نباشد، یک سوراخ بر روی گردن شما برای دور زدن تومور ایجاد و امکان تنفس راحت ایجاد می شود.

لوله گاستروستومی: سرطان های حلق و حنجره ممکن است توانایی بلع فرد را برای دریافت میزان کافی ماده غذایی مختل کنند. برخی اوقات لازم است که از طریق پوست و عضلات ناحیه شکم لوله ای بطور مستقیم به داخل معده تعبیه شود تا امکان تغذیه را فراهم کند.

پرتو درمانی:

در این روش از اشعه با انرژی بالا (مثل اشعه \times یا گاما) و همچنین ذراتی (مثل نوترون و الکترون) برای کشتن سلول های سرطانی استفاده می شود.

پرتو درمانی خارجی:

اشعه ایجاد شده در خارج بدن بر روی ناحیه سرطانی متمرکز می گردد. این نوع از پرتو درمانی غالباً در درمان سرطان های حلق و حنجره استفاده می شود. پرتو درمانی خارجی برای درمان سرطان های حلق و حنجره معمولاً در دوزهای روزانه، برای 5 روز در هفته بمدت حدود 7 هفته استفاده می شود. سایر مدل های پرتو درمانی در کار آزمائی های بالینی تحت بررسی هستند.

***در مدل Hyperfractionation.** میزان اشعه دریافتی به مقدار دوزهای بیشتری تقسیم می شود برای مثال، 2 بار درمان در روز بجای یکبار.

*در مدل تقسیم کردن تسریع شده، دوره پرتو درمانی سریع تر از حالت معمولی کامل می شود. (برای مثال 6 هفت بجای 7 هفت) .

برخی مطالعات نشان داده اند که استفاده از دو روش بالا از احتمال عود موضعی سرطان های حلق و حنجره کاسته اند. این مدل ها باعث افزایش عوارض جانبی درمان شده اما ثابت نشده است که میزان بقای بیمار را بهبود می بخشد.

پرتو درمانی داخلی یا براکی تراپی: در این حالت مواد رادیو اکتیو در داخل یا نزدیک بافت سرطانی بدن کار گذاشته می شوند. این روش ممکن است به تنهایی یا در ترکیب با پرتو درمانی خارجی استفاده می شود و بندرت در درمان سرطان های حلق و حنجره مورد استفاده قرار می گیرد.

برخی اوقات پرتو درمانی به عنوان درمان اصلی یا اولیه در سرطان های حلق و حنجره بکار می رود، بخصوص در مواقعی که سرطان به اندازه ای کوچک باشد که بدون نیاز به جراحی با پرتو درمانی تخریب گردد.

این روش می تواند به عنوان درمان جایگزین لارنژکتومی ناقص، بویژه در بیماران که خواهان حفظ کیفیت صدای خود هستند، بکار رود. همچنین از این روش می توان برای معالجه بیماران که سلامت عمومی آنان اجازه عمل جراحی را نمی دهد، استفاده کرد. پس از جراحی، از پرتو درمانی به عنوان یک درمان کمکی برای از بین بردن باقیمانده های کوچک سرطان که هنگام جراحی قابل دیدن و برداشته شدن نیستند، استفاده می شود.

همچنین از پرتو درمانی برای تسکین علائم سرطان های حلق و حنجره مانند درد، خونریزی، اشکال در بلع و مشکلات ناشی از متاستاز استخوانی استفاده می شود.

عوارض جانبی پرتو درمانی شامل مشکلات خفیف پوستی، خشکی دهان، خشکی گلو، شروع یا بدتر شدن خشونت صدا، اشکال در بلع، کاهش حس چشائی، مشکلات احتمالی تنفس به دلیل التهاب حلق و احساس خستگی می باشد. غالب این عوارض بعد از مدت کوتاهی از بین می روند. شیمی درمانی ممکن است باعث تشدید عوارض پرتو درمانی گردد. با پزشک در خصوص این مشکلات مشورت نمائید زیرا راه هائی برا یکمک در این موارد وجود دارد.

تابش اشعه به غدد لنفاوی بزرگی که در نزدیکی غدد بزاقی قرار دارند ممکن است باعث خشکی دائمی دهان گردد. علاوه بر احساس ناراحتی، خشکی کدهان می تواند باعث خراب شدن دندان ها گردد. بسته به مدت زمان در نظر گرفته شده برای پرتو درمانی و وضعیت بهداشت دندان های شما ممکن است لازم باشد تا تعدادی از یا تمام دندان های شما کشیده شوند.

شیمی درمانی

شیمی درمانی سیستمیک عبارتست از تزریق داروهای ضد سرطان از راه ورید یا مصرف خوراکی آنها. این داروها وارد گردش خون شده و به تمام نواحی بدن می رسند و همین حالت باعث می شود که این روش درمانی برای سرطان های انتشار یافته به نواحی دور از سر و گردن مفید باشد. شیمی درمانی همچنین برای تسکین سرطان های غیر قابل برداشت (سرطان هائی که برای برداشت کامل بزرگ هستن) ناحیه سر و گردن و انواعی که با پرتو درمانی کنترل نمی شوند، مفید است.

شیمی درمانی باعث مرگ سلول های سرطانی می شود در عین حال به برخی از سلول های سالم نیز آسیب می رساند که این حالت باعث بروز عوارض جانبی می شود. عوارض موقت شیمی درمانی عبارتند از: تهوع، استفراغ، بی اشتها، ریزش مو و خشکی دهان. از آنجا

که شیمی درمانی باعث آسیب به سلول های خونساز مغز استخوان می گردد شمارش سلول های خونی ممکن است کاهش یابد که این حالت باعث:

*افزایش احتمال بروز عفونت ها (به دلیل کوتاه شدن عمر گلبول های سفید).

*خونریزی پس از بریدگی و صدمات کوچک (به دلیل کوتاه شدن عمر پلاکت ها).

*تنگی نفس (به دلیل کاهش تعداد گلبول های قرمز) می شود.

خستگی نیز بسیار شایع است که می تواند به دلیل کاهش گلبول های قرمز، شیمی درمانی و یا خود سرطان باشد.

غالب عوارض جانبی پس از اتمام درمان، از بین می روند. موها معمولاً پس از اتمام درمان دوباره رشد می کنند. بیمارانی که با عوارض جانبی ناشی از درمان دچار مشکل شده اند بهتر است با تیم مراقبت کننده خود مشورت نمایند. برای اغلب این عوارض راه چاره ای وجود دارد برای مثال، برای جلوگیری یا کاهش تهوع و استفراغ از داروهای ضد تهوع استفاده می شود. داروهائی نیز برای افزایش تعداد گلبول های خونی توصیه می شوند.

دوداروئی که اغلب برای سرطان های حلق و حنجره استفاده می شوند عبارتند از :

پنجفلوروو اوراسیل (5- FU) و سیس پلاتین.

سایر داروهای مورد مصرف عبارتند از بلئومایسین و کاربوپلاتین متوتروکسات

این داروها ممکن است به تنهائی یا در ترکیب با یکدیگر استفاده شوند. ترکیب دو داروی (5- FU) و Cisplatin در از بین بردن سرطان های حلق و حنجره موثرتر از مصرف تنهائی هر یک از آنهاست. در عین حال هیچ درمان قطعی در بقای کلی بیمار دیده نشده است. داروهای دیگری نیز مطالعه شده اند که در حال حاضر در موارد نادر استفاده می شوند.

درمان ترکیبی شیمی درمانی و رادیوتراپی:

شیمی پرتو درمانی (انجام شیمی درمانی فرمان با پرتو درمانی) برای تخریب تومورها، موثرتر از هر درمان به تنهائی بوده است.

تعدای از مطالعات جدید در دست انجامند تا نشان دهند درمان ترکیبی کدامیک از داروهای شیمی درمانی با پرتو درمانی می تواند بیماری پیشرفته را کنترل نماید و به بیمار کمک کند تا از یک جراحی بزرگ اجتناب نموده و صدای طبیعی خود را حفظ کند. برخی از این مطالعات نشان داده اند که توانسته اند در حد نزدیک به جراحی به اضافه پرتو درمانی، بیماری را کنترل کنند. در تعدای از مطالعات نشان داده شده است که این ترکیب درمانی به بیماران مبتلا به سرطان های سر و گردن کمک کرده است تا مدت بیشتری زنده بمانند.

در عین حال این بهبودی در بقای بیماران بسیار ناچیز است و عوارض جانبی ایجاد شده برای برخی از بیماران غیر قابل تحمل است.

کار آزمائی های بالینی

هدف کار آزمائی بالینی: مطالعات انجام شده برای شناسائی روش های جدید و یا تجربی در درمان بیماران به عنوان کار آزمائی بالینی شناخته می شوند. یک کار آزمائی بالینی فقط زمانی انجام می شود که دلایلی برای مفید بودن آن روش درمانی برای بیماران وجود داشته باشد. درمان های مورد استفاده در طی کار آزمائی های بالینی اغلب کاملاً مفید می باشند.

محققین مطالعات مربوط به درمان های جدید را برای پاسخ به پرسش های زیر طراحی می کنند.

* آیا این درمان مفید است؟

* این شکل از درمان به چه صورت موثر واقع می شود؟

* آیا از سایر درمان های موجود موثرتر است؟

* این درمان باعث چه عوارض جانبی می گردد؟

* آیا عوارض جانبی سخت تر از عوارض درمان های استاندارد هستند؟

* آیا اثرات مفید این روش درمانی بر عوارض جانبی آن برتری دارد؟

* در کدام گروه از بیماران این درمان مفیدتر است؟

انواع کار آزمائی بالینی: هر روش درمانی برای دریافت اجازه از سازمان دارو و غذا در امریکا (FDA) می بایست سه مرحله یک کار آزمائی بالینی را پشت سر گذارد.

فاز I: هدف از انجام مرحله اول کار آزمائی بالینی یافتن بهترین راه برای یک درمان جدید و میزان اثر بخشی آن است. تیم مراقبت از بیماران سرطانی بیماران را از نظر بروز عوارض جانبی به دقت زیر نظر می گیرند. گرچه روش های درمانی به دقت در آزمایشگاه ها و بر روی حیوانات آزمایشگاهی مطالعه می شوند اما عوارض جانبی در بیماران بخوبی شناخته نمی شود. در طی یک کار آزمائی بالینی پزشکان مقادیر کم دارو را به اولین دسته از بیماران تجویز می کنند و مقدار آن را در گروه های بعدی بتدریج تا بروز عوارض جانبی افزایش می دهند. گرچه پزشکان امیدوارند که به بیمار کمک کنند اما هدف اصلی فاز اول مطالعات، امتحان کردن میزان بی خطر بودن دارو است.

فاز II: این مطالعات بدین منظور طراحی می شوند که آیا دارو اثری در درمان دارد. بیماران با حداکثر دوزی که دچار عوارض نشده اند (که در مرحله اول مطالعه مورد بررسی قرار گرفت) تحت درمان قرار می گیرند و از نظر اثر دارو بر روند بیماری سرطان به دقت تحت نظر می باشند. در عین حال تیم مراقبت کننده عوارض جانبی را نیز بررسی می نماید.

فاز III: در مرحله سوم مطالعه مقدار زیادی از بیماران اغلب چند صد نفر مورد بررسی قرار می گیرند. یک گروه (گروه کنترل) با درمان استاندارد معالجه می شوند. گروه دیگر با درمان جدید تحت معالجه قرار گیرند. تمام بیماران در مرحله سوم مطالعه بدقت تحت نظر گرفته می شوند. مطالعه هنگامی که عوارض جانبی داروی جدید خیلی شدید باشد و یا در صورتی که یک گروه نتایج بهتری نسبت به گروه دیگر داشته باشد، متوقف می گردد.

چنانچه شما در یک کار آزمائی بالینی قرار گرفته اید مطمئن باشید یک گروه متخصص از شما مراقبت کرده و پیشرفت شما را بدقت ارزیابی می کنند. مطالعه بخصوص به نوعی طراحی شده است که توجه کافی به شما داشته باشد. در عین حال احتمالاتی نیز وجود دارد. هر کسی که درگیر یک مطالعه می شود نمی داند که آیا درمان مفید واقع می شود و یا عوارض جانبی بروز می کنند. به همین دلیل است که این مطالعات طراحی می شوند. گرچه اغلب عوارض جانبی در طی زمان برطرف می شوند اما برخی از آنها ممکن است دائمی بوده و یا تهدید کننده حیات باشند.

گرچه حتی درمان های استاندارد نیز عوارض جانبی دارند، بسته به عوامل مختلف شما ممکن است تصمیم بگیرید که به یک مطالعه وارد شوید.

تصمیم گیری برای ورود به یک کار آزمائی بالینی: ورود به هر کار آزمائی بالینی کاملاً به خود شما بستگی دارد. پزشکان و پرستاران شما مطالعه را بطور کامل و با جزئیات برای شما شرح می دهند و فرمی را به شما می دهند که پس از مطالعه، موافقت خود برای شرکت در مطالعه را در آن قید کنید. این روند به عنوان مرحله اخذ رضایت نامه تلقی می شود. حتی پس از امضاء کردن فرم ها و شروع کار آزمائی بالینی، در هر زمانی و به هر دلیلی شما آزاد هستید که از مطالعه خارج شوید. ورود شما در مطالعه باعث نمی شود که شما از سایر مراقبت های مورد نیاز خود محروم شوید.

برای دریافت اطلاعات بیشتر درخصوص کار آزمائی های بالینی می توانید از گروه مراقبین خود سئوالات زیر را بپرسید:

* آیا کار آزمائی بالینی برای من مفید می باشد؟

* هدف از این مطالعه چیست؟

* چه نوع آزمایشات و درمان هایی در این مطالعه انجام می شود؟

* آیا من می توانم از نوع درمانی که دریافت می کنم اطلاع داشته باشم؟

* در صورت دریافت یا عدم دریافت چنین درمانی برای من چه اتفاقی می افتد؟

* انتخاب دیگر من و مزایا و معایب آن چیست؟

* این مطالعه چه اثری بر زندگی روزمره من می گذارد؟

* این مطالعه چه عوارض جانبی دربر خواهد داشت و آیا این عوارض قابل کنترل هستند؟

* آیا نیاز به بستری شدن وجود دارد و در صورت وجود چه هنگام و برای چه مدت؟

* آیا مطالعه برای من هزینه ای خواهد داشت و یا درمان ها رایگان هستند؟

* چنانچه من از نتایج این تحقیق دچار صدمه ای شوم آیا درمانی برای من وجود دارد؟

* چه مشکلی از پیگیری طولانی مدت در این مطالعه مورد نظر است؟

* آیا این روش درمانی برای معالجه سایر سرطان ها استفاده شده است.

انجمن سرطان آمریکا یک سرویس کار آزمائی بالینی برای بیماران، خانواده و دوستان آنها راه اندازی کرده است شما می توانید از طریق سایت اینترنتی <http://Clinicaltrials.Cancer.Org> به آن دسترسی داشته باشید.

بسته به اطلاعاتی که شما در مورد نوع سرطان، مرحله آن و درمان های قبلی خود دادید، این سرویس لیستی از کار آزمائی های بالینی مناسب را در اختیارتان قرار می دهد و همچنین می تواند نزدیک ترین مرکز به شما را نیز معرفی کند.

شما همچنین می توانید لیستی از جدیدترین کار آزمائی های بالینی را بدست آورید.

درمان سرطان های حلق و حنجره براساس مرحله بیماری

این اطلاعات براساس نظرات پزشکان و پرستاران انجمن سرطان امریکا تنظیم شده است و بر مبنای اطلاعات آنها از آخرین مطالعات چاپ شده در نشریات پزشکی و تجربه تخصصی آنان تهیه گردیده است. در عین حال این اطلاعات سیاست رسمی انجمن نبوده و به پزشک و یا تیم مراقبت شما توصیه نمی شود تا درمان مورد نظر خود را کنار گذاشته و به این روش عمل کنند.

این فقط به شما و خانواده تان کمک می کند تا با همکاری تیم مراقب خود تصمیم درستی برای درمان بگیرید. نگران سؤال کردن در مورد درمان خود نباشید.

مرحله 0: گرچه سرطان در این مرحله انتشار نیافته است اما می تواند منتشر شود. درمان معمول عبارتست از برداشت جراحی لایه پوشاننده حلق و حنجره و یا تخریب سلول های پوشاننده غیر طبیعی با استفاده از لیزر. پیگیری دقیق برای جلوگیری از عود بیماری مهم است.

کارسینومای عود کننده ای که با جراحی (تراشیدن) یا لیزر قابل کنترل نباشد نیاز به رادیوتراپی دارد. بین 90٪ - 100 بیماران در این مرحله برای مدت طولانی و بدون نیاز به جراحی وسیع حق و حنجره زنده می مانند.

بسیار مهم است که بیماران بدانند ادامه سیگار کشیدن باعث افزایش احتمال ایجاد سرطان های جدید می گردد.

مرحله I و مرحله II سرطان های حلق و حنجره: اغلب بیماران در مرحله I یا II سرطان های حلق و حنجره بخوبی با پرتو درمانی یا جراحی درمان می شوند. پرتو درمانی تنها (بدون جراحی) به میزان 80-90٪ در بیماران مرحله I و 70-80٪ در مرحله دوم بیماری موثر است. جراحی نیز نتایج مشابه ای دارد. در عین حال وضعیت صدای بیمار با درمان رادیوتراپی بسیار بهتر از لارنژکتومی ناقص خواهد بود و عوارض روش جراحی بیشتر از پرتو درمانی تنهاست، بنابراین اغلب پزشکان ترجیح می دهند که برای سرطان های کوچک از پرتو درمانی استفاده کنند و جراحی را برای موارد عود بیماری نگهدارند. در چنین موارد درمانی که در مرحله نخست انجام نشده است، ممکن است در صورت شکست درمان اولیه مورد استفاده قرار گیرد.

برخی از سرطان های انتخاب شده لایه سطحی گلو ت ممکن است با برداشت تارهای صوتی و یا لیزر به روش اندسکوپی درمان شوند.

سرطان های ناحیه سوپراگلوت به غدد لنفاوی گردن انتشار می یابند. بنابراین اگر شما تحت جراحی قرار گرفته اید، جراح غدد لنفاوی گردن شما را نیز بر می دارد و در صورت درمان با پرتو درمانی، اشعه به ناحیه گردن شما نیز تابانده می شود.

سرطان های هیپوفارنکس بندرت در مراحل اولیه یافت می شوند. درمان با اشعه معمول ترین روش درمانی برای این سرطان ها در مراحل اولیه می باشد. تنها موارد معدودی از تومورهای کاملاً محدود در ناحیه هیپوفارنکس ممکن است بدون نیاز به برداشت کل حلق درمان گردند. تومورهای این ناحیه تمایل زیادی به انتشار به غدد لنفاوی گردن دارند حتی در مواردی که هیچ توده ای در گردن دیده نمی شود. به دلیل همین احتمال خطر، برای بیمارانی که سرطان هیپوفارنکس آنان با جراحی برداشت شده است، پرتو درمانی به ناحیه گردن توصیه می شود. برخی از پزشکان ترجیح می دهند که بجای درمان جراحی سرطان ناحیه هیپوفارنکس، از پرتو درمانی برای درمان سرطانو تابش اشعه به غدد لنفاوی گردن بطور همزمان استفاده کنند.

مرحله III و IV سرطان های حلق و حنجره: سرطان های حلق و حنجره در مرحله III و IV عموماً نیاز به درمان ترکیبی دارند که این درمان می تواند شامل جراحی و رادیوتراپی و شیمی درمانی و یا هر سه روش بطور همزمان باشد. درمان جراحی این

تومورها تقریباً همیشه عبارتست از برداشت کامل حنجره، در عین حال گروه کوچکی از سرطان‌های مرحله T₃ ممکن است با روش لارنژکتومی ناقص درمان گردند.

جراحی شامل باز کردن گردن به دلیل احتمال بالای متاستاز غدد لنفاوی می باشد. پس از جراحی بویژه در مواردی که متاستاز غدد لنفاوی وجود دارد، پرتو درمانی لازم است.

میزان برداشته از حلق در سرطان‌های ناحیه هیپوفارنکس، بستگی به انتشار سرطان و روشی که برای بازسازی نواحی برداشته شده استفاده می شود، دارد.

درمان ترکیبی جراحی و پرتو درمانی در سرطان‌های مرحله III و IV در مواردی که برداشت کامل توده سرطانی انجام شود، میزان بقای 5 ساله 50٪ - 80٪ را ایجاد می کند.

میزان بقای 5 ساله عبارتند است درصد بیماران که حداقل 5 سال پس از تشخیص سرطان خود زنده می مانند. میزان‌های 5 ساله روشی اس برای استاندارد کردن نحوه پیش آگهی بیماران، اغلب بیماران بسیار طولانی تر از 5 سال زندگی می کنند.

در میزان‌های بقای 5 ساله بیماران که به دلایل دیگری فوت می کنند، محاسبه نمی شوند. این بدین معنی است که هر فردی ه به دلیل دیگری فوت کرده است، مثلاً بیماری قلبی، محاسبه نمی گردد.

مشخص است که میزان بقای 5 ساله بر مبنای بیماران محاسبه می شود که پیش از 5 سال قبل تشخیص داده شده اند و درمان آنان شروع شده است. پیشرفت‌های بوجود آمده در درمان، چشم انداز بهتری برای بیماران که اخیراً تشخیص داده می شوند را ایجاد می کند. کنترل سرطان‌های هیپوفارنکس بسیار مشکل تر بوده و ماهیت این سرطان‌ها مهاجم تر است.

درمان‌های ترکیبی میزان بقای 3 ساله این سرطان‌ها در مرحله III را بین 30 تا 50٪ نشان می دهد که این میزان در طی 5 سال به 20 تا 30٪ تقلیل می یابد.

بیماران که سرطان‌های هیپوفارنکس مرحله IV قابل برداشت دارند و با روش‌های ترکیبی درمان می شوند، بقای 5 ساله 15 تا 25٪ دارند.

در یک روش جدید تومورهای پیشرفته با درمان ترکیبی پرتو درمانی و شیمی درمانی مورد معالجه قرار می گیرند و جراحی در صورتی انجام می شود که رادیو شیمی درمانی قادر به حذف کامل سرطان نباشد. شیمی پرتو درمانی این مزیت را دارد که حنجره بیمار حفظ می شود. همچنین به نظر می آید که میزان تاثیر آن به اندازه جراحی است اما مطالعات مربوط به این روش درمانی در حال انجام است.

سرطان‌های غیر قابل برداشت (مواردی که توده بزرگ تر از آن است که با جراحی قابل برداشت باشد) اغلب بوسیله پرتو درمانی، با یا بدون شیمی درمانی، درمان می شوند. مطالعات متعددی در حال انجامند تا روش‌های مختلف ترکیب پرتو درمانی و شیمی درمانی را برای بهبود نتیجه و کاهش نیاز به برداشت کامل سرطان‌های حلق و حنجره بررسی کنند.

عود سرطان‌های حلق و حنجره : درمان بیماران که سرطان حلق و حنجره آنان پس از درمان اولیه عود کرده است بستگی به این دارد که روش درمانی اولیه مورد استفاده چه بوده است و محل عود تومور چه ناحیه است (عود موضعی یا عود دوردست).

عود موضعی در بیماران که قبلاً رنژکتومی ناقص شده اند با برداشت کامل حنجره و یا پرتو درمانی، درمان می شود. چنانچه سرطان شما پس از درمان با اشعه مجدداً عود موضعی داشته است درمان معمول عبارتست از برداشت کامل حنجره، گرچه در مواردی رادیوتراپی

اضافی نیز انجام می شود. شیمی درمانی (براساس مطالعات کار آزمائی بالینی) درمان معمول عود دوردست و مواردی از عود موضعی است که به پرتو درمانی و جراحی جواب نمی دهند.

چه سئوالی در مورد سرطان حلق و حنجره از پزشک بپرسید؟

بسیار مهم است که صریح و بی پرده با تیم مراقبین خود گفتگو کنید آنها به تمام سئوالات شما هر چند جزئی و کوچک پاسخ می دهند. برای مثال، این سئوالات را در نظر داشته باشید:

*من به چه نوعی از سرطان حلق و حنجره مبتلا هستم؟

*آیا بیماری من از محل اولیه انتشار یافته است؟

*بیماری من در چه مرحله ای است و این به چه معنایی است؟

*چه درمان هایی برای من وجود دارد؟

*آیا شما از کار آزمائیبالینی برای من اطلاعی دارید؟

*توصیه شما چیست و چرا؟

*چه خطرات و یا عوارض جانبی در درمان پیشنهادی شما وجود دارد؟

*این درمان چه اثری بر صدای من دارد؟ چنانچه حنجره من برداشته می شود چه راه هایی برای حفظ صدای من وجود دارد؟

*با روش درمانی مورد نظر احتمال عود بیماری من به چه میزان است؟

*برای آمادگی درمان من چه کاری باید انجام دهم؟

*باتوجه به اطلاعات شما در مورد بیماری من، فکر می کنید من چقدر زنده می مانم؟

علاوه بر این سئوالات ساده، سئوالات اختصاصی خود را نیز در نظر داشته باشید.

برای مثال شما ممکن است بخواهید اطلاعات بیشتری در مورد دوران نقاهت خود داشته باشید یا برنامه کاری خود را تنظیم کنید و یا شما ممکن است نظرات پزشک دیگری را بدانید و یا از کار آزمائی های بالینی باخبر شوید.

پس از درمان اولیه در سرطان های حلق و حنجره چه اتفاقی می افتد؟

آزمایشات پیگیری: بیماران با سرطان های حلق و حنجره در معرض احتمال عود سرطان و یا بروز سرطان های جدید در ناحیه سر و گردن می باشند. بنابراین پس از درمان باید به دقت تحت نظر باشند. بسته به نوع بیماری اولیه، درمان انتخاب شده و پاسخ بیمار به درمان، تیم مراقبت شما نوع و زمان بررسی را معین می کنند.

احتمال عود این سرطان ها در 2 سال اول پس از درمان بسیار زیاد است بنابراین سر و گردن شما در سال اولیه یک ماه در میان و در سال دوم برای چهار بار باید مورد بررسی قرار گیرند. این بررسی شامل لارنگوسکوپی نیز می باشند.

با گذشت زمان و کاهش احتمال عود بیمار پیگیری ها در دوره های 3، 6 و 12 ماهه انجام میشوند. عکسبرداری از قفسه سینه و سایر مطالعات تصویر برداری برای بررسی احتمال عود متاستاز و یا تومور جدید بویژه در صورت بروز علائم جدید انجام می شوند. چنانچه در طی درمان به غده تیروئید شما اشعه خورده است، ممکن است نیاز به آزمایشات خونی برای بررسی عملکرد آن باشد.

مصرف سیگار و الکل: چنانچه شما سیگار می کشید و یا الکل مصرف می کنید بسیار مهم است که آن را ترک کنید. اینکار باعث کاهش احتمال بروز سرطان جدید که مشکل جدی برای بیماران مبتلا به سرطان های حلق و حنجره است، میشود. این امر باعث افزایش اشتها و بهبود حال عمومی شما خواهد شد.

علائم جدید: شما باید هر علامت جدیدی را با سرعت به پزشک خود گزارش دهید تا آزمایشات لازم برای تشخیص و زود هنگام عود سرطان را انجام دهد و یا هر علامت جدید ممکن است به دلیل عوارض جانبی درمان باشد که در صورت تشخیص بموقع غالباً بخوبی قابل درمان هستند.

سایر ملاحظات:

در طی مراحل درمان و پس از آن شما می توانید با ایفای نقشی موثر به روند بهبودی خود سرعت بخشید و کیفیت زندگی خود را بهتر کنید. در مورد مزایا و معایب روش های درمان درمان مطالعه کنید و هر نکته مهمی را از تیم مراقبت خود سؤال کنید. در مورد عوارض جانبی درمان ها بیاموزید و آنها را با سرعت به تیم مراقبت خود گزارش کنید تا اقداماتی در جهت کاهش و کوتاه کردن مدت زمان آنها انجام گیرد.

بخاطر داشته باشید که بدن شما نیز مانند شخصیت و اثر انگشت شما منحصر بفرد است. همچنین آگاه یافتن در مورد مرحله سرطان و تاثیرات درمان شما می تواند به شما کمک کند که با مشکلات بخوبی مواجه شوید زیرا هیچ کس بدقت نمی داند که شما چگونه نسبت به سرطان و یا درمان آن واکنش نشان می دهید.

شما ممکن است نقاط قوتی مانند تغذیه مناسب، فعالیت فیزیکی، حمایت خانواده و ایمان قوی داشته باشید این نقاط قوت در پاسخ شما نسبت به سرطان تاثیر گذارند.

در واقع دانشمندان علوم رفتاری دریافته اند که بیمارانی که از موقعیت هائی مانند حمایت اجتماعی، مانند یک گروه حمایتی سرطان، برخوردارند پیش آگهی بهتری دارند و کیفیت زندگی بهتری خواهند داشت. به علاوه متخصصان بهداشت روان، مددکاران اجتماعی و مجامع مذهبی می توانند در کنار آمدن شما با بیماریتان کمک کننده باشند. چنانچه شما تحت درمان سرطان قرار گرفته باشید از نبردی که در بدن شما در جریان است آگاهید. پرتو درمانی و شیمی درمانی بر خستگی ناشی از بیماری می افزایند. به بدن خود استراحت کافی بدهید تا احساس بهتری داشته باشید. پس از استراحت کافی، فعالیت داشته باشید. از تیم مراقبت خود سؤال کنید که آیا بیماری شما و یا درمان های مورد استفاده باعث محدودیتی در فعالیت های شما می گردند یا نه.

تشخیص بیماری سرطان و درمان های آن یک چالش بزرگ در زندگی شما و افراز خانواده شماست. پیش از آنکه به نقطه ناامیدی برسید با یک گروه حمایتی محلی ملاقات کنید. گروه های زیادی برای حمایت های احساسی، ایجاد ارتباط و دوستی وجود دارند. تیم مراقب شما می تواند سایر سازمان های کمک کننده به شما را معرفی کند.

چه نکات جدیدی در خصوص سرطان های حلق و حنجره و درمان آنها وجود دارد؟

مطالعاتی در خصوص سرطان های سر و گردن در حال انجام است. محققین در حال بررسی شناخت دلایل ایجاد سرطان های حلق و حنجره و راه های جلوگیری از آنان و بهبود روش های درمانی می باشند این تحقیقات به منظور کاهش تعداد مبتلایان به سرطان های حلق و حنجره و بهبود وضعیت بیماران مبتلا انجام می شوند.

تغییرات DNA در سرطان های حلق و حنجره

بخش عمده ای تحقیقات در حال اجرا برای شناخت بهتر تغییراتی است که در DNA ژن های بخصوصی ایجاد می شود تا باعث گردند که سلول های حلق و حنجره سرطانی شوند. اخیراً ژن مهار کننده تومور P 53 مورد توجه قرار گرفته است.

تغییرات این ژن با میزان تهاجم بسیاری از سرطان های سر و گردن مرتبط است. آزمایشات تشخیص تغییرات ژن P 53 ممکن است باعث شناسائی زودرس سرطان های حلق و حنجره شوند. این آزمایشات همچنین ممکن است برای بررسی بهتر حاشیه جراحی (کنترل اینکه آیا تمام سلول های سرطاین برداشته شده اند یا نه) و شناخت تومورهایی که پاسخ بهتری به جراحی یا رادیوتراپی می دهند، مفید باشند. یک فایده این تحقیقات ژنتیک این است که امکان بوجود آمدن درمان های جدید را مطرح می سازند. یکی از این درمان ها ONYX – 015 است.

ONYX – 015 یک ویروس درمانی است که تغییر یافته و تنها به سلول هایی حمله می کند که ژن P 53 تغییر یافته دارند. کار آزمائی های بالینی در حال انجامند تا اثر این روش درمانی را در درمان سرطان های حلق و حنجره بویژه در ترکیب با شیمی درمانی، بررسی کنند.

شیمی درمانی پیشگیری کننده

این روش عبارتست از استفاده از داروها برای جلوگیری از تولید سرطان، این ممکن است شامل جلوگیری از تبدیل موارد پیش سرطانی به سرطان باشد و یا جلوگیری از عود مجدد سرطانی که یکبار درمان شده است.

در حال حاضر محققین داروهائی در دست بررسی دارند تا از تبدیل ضایعات پیش سرطانی مانند دیسپلازی (رشد یا تکامل غیر طبیعی سلول، بافت واندام) به سرطان جلوگیری به عمل آورند. یک دسته از داروهائی که در این خصوص توصیه می شوند عبارتند از مهار کننده های سیکلواکسیژناز 2 (COX-Z) این داروها، مانند Celecoxib از دسته داروئی آسپیرینو سایر مسکن ها بوده و در حال حاضر عموماً برای درمان آرتريت (التهاب مفاصل) استفاده می شوند. مطالعاتی در دست انجام است تا اثر بخشی آنها را در جلوگیری از بروز سرطان بررسی نماید.

با پیشرفت هائی که در جراحی و پرتو درمانی حاصل شده است، توانائی ما برای کنترل بافت اصلی سرطان بیمار بطور محسوسی افزایش یافته است. در عین حال ایجاد یک تومور ثانویه در ناحیه سر و گردن یک عامل خطر مهم است. مواد شیمیائی پیشگیری کننده مختلفی در دست بررسی هستند یا اثر بخشی آنها برای جلوگیری از تولید یک تومور دوم در ناحیه سر و گردن شخص شود. مقداری از آنالوگ های رتینوئید (مواد شیمیائی مرتبط با ویتامین A) در حال بررسی هستند. بیشترین داروئی که تاکنون مورد مطالعه قرار گرفته است Isotretinoin (اکتوتان) است. بزودی اطلاعات حاصل از دو کار آزمائی بالینی بزرگ قابل دسترس خواهد بود و این امر به پزشکان ایده های بهتری برای موثر بودن این درمان ها می دهد. اما در حال حاضر، بدلیل عوارض جانبی بالای این دارو، پزشکان بطور معمول از آنها استفاده نمی کنند.

کشف گیرنده اختصاصی رتینوئید در سلول ها که به نظر می آید تشکیل سرطان را مهار می کند به محققین کمک خواهد کرد تا داروهای پیشگیری کننده موثرتر و با عوارض کمتری را در آینده تولید کنند.

درمان های جدید

باتوجه به ماهیت سرطان های حلق و حنجره تعدادی از روش های جدید درمانی به نظر می رسد که در درمان این سرطان اثرات بیشتری داشته باشند.

شیمی درمانی و شیمی پرتو درمانی: برای سرطان های حلق و حنجره پیشرفته روش های جدید شیمی درمانی مانند تزریق مستقیم ماده به داخل شریان تغذیه کننده سرطان به تنهایی و یا همراه با پرتو درمانی انجام می شوند که به نظر می آید تاثیر درمان را بهبود می بخشد. داروهای شیمی درمانی جدید و همچنین داروهائی که اثر بخشی آنها در درمان انواع دیگر سرطان ثابت شده است، نیز در دست آزمایش می باشند. داروهائی که در مطالعات کار آزمائی بالینی مورد تاثیر قرار گرفته اند عبارتند از:

- Paclitaxel (Taxol)
- Docetaxel (Taxotere)
- Irinotecan (Camptosar)
- Gemcitabine (Gemzar)

همچنین کار آزمائی های بالینی در دست انجامند تا اثر درمان ترکیبی چند دارو و یا درمان ترکیبی شیمی درمانی و رادیو تراپی را بررسی نمایند. برای مثال، در این مطالعات اثرات شیمی درمانی قبل، در حین و بعد از رادیو تراپی با یکدیگر مقایسه می شوند. مشخص شده است که درمان ترکیبی با شیمی درمانی و رادیو تراپی به اندازه جراحی موثر بوده و توانائی صحبت کردن نیز حفظ می شود.

یک رویکرد جدید در درمان سرطان های سر و گردن شیمی درمانی داخل ضایعه (تزریق دارو بطور مستقیم در داخل تومور) می باشد. تا همیناواخر استفاده از این روش به دلیل احتمال انتشار سریع دارو در بافت های اطراف و کل بدن، محدود بود. پیشرفت های اخیر در تولید محلول های داروئی جدید که باعث می شوند دارو در محل تومور باقی بماند، توجه به این روش درمانی را مجدداً جلب کرده است و نتایج اولیه امیدوار کننده بوده است.

مهار کننده های EGFR :

در سرطان سلول های پوشاننده حلق (و سایر سرطان های سر و گردن) غالباً بطور غیر طبیعی گیرنده های هورمون رشد افزایش می یابند.

هورمون رشد ماده شبه هورمونی است که به گیرنده های خود در سلول می چسبد و به سلول بی نام رشد و تکثیر می دهد. تعدا زیاد این گیرنده ها یکی از دلایل رشد غیر طبیعی سلول های سرطانی حلق می باشد. بیشترین مطالعه بر روی نوعی از گیرنده هورمون رشد بنام گیرنده هورمون رشد اپیدرمال (EGFR) انجام شده است.

داروهای متعددی که بنام مهار کننده های EGFR شناخته شده اند، برای مهار فعالیت EGFR ساخته شده اند. سه عدد از این داروها در حال بررسی نهائی کار آزمائی بالینی در خصوص سرطان های سر و گردن می باشند.

- Cetuximab (CZ25 Erbituy) این دارو فعالیتی مشابه برخی پروتئین های سیستم دفاعی بدن دارد که به مواد خارجی در بدن حمله می کنند. به همین دلیل پس از اتصال دارو به گیرنده سلولی، سلول سرطانی به عنوان هدفی برای سیستم ایمنی بدن شناخته می شود. بنظر می رسد اثر بخشی این دارو در ترکیب با پرتو درمانی بسیار بهتر باشد.

- Gefitinib (ZD1839 1ressa) مکانیسم اثر این دارو با اندکی تفاوت مشابه Cetuximab بوده و بصورت قرص روزانه مصرف می شود که همین نکته تحمل آن را برای بیمار راحت تر می کند.
- Erlotinib (OS 1 – 774 Taarceva) این دارو نیز خوراکی می باشد و در حال حاضر به شکل درمان ترکیبی با شیمی درمانی در سرطان های عود کننده حلق و حنجره استفاده می شود.

گرچه بنظر می رسد که این دارو به خودی خود موثر می باشد اما دیده شده است که تنها موارد محدودی از سرطان ها به آنها پاسخ می دهند. آنها ممکن است نق بسیار مهمی در درمان داشته باشند زیرا بنظر می رسد که این داروها سلول سرطانی را نسبت به شیمی درمانی و پرتو درمانی بسیار حساس می کند. بنابراین در حال حاضر از این داروها در ترکیب با سایر اشکال درمان استفاده می شود.

مهار کننده های رشد مویرگی: تومورها برای رشد خود نیاز به خون زیادی دارند بنابراین ماده شیمیائی آزاد می کنند که باعث تولید رگ های خونی جدید می شود.

محققین در حال مطالعه بر روی داروهائی هستند که این خاصیت را از بین برده و مانع از رشد تومور بزرگتر از اندازه یک نوک ممداد شود. مقداری از این مهار کننده های رشد مویرگی، مانند bevacizumab (Avastin) در حال مطالعه کار آزمائی بالینی می باشند. تاکنون مشخص شده است که همانند مهار کننده های EGFR، این دسته از داروها نیز در ترکیب با شیمی درمانی اثرات بهتری دارند.

ویروس های درمانی:

مطالعات چندی به منظور استفاده از ویروس ها در درمان این نوع از سرطان در حال انجامند. یک رویکرد عبارتست از تزریق ویروس های دستکاری شده ژنتیکی به داخل تومور تا ژن های طبیعی این ویروس ها جایگزین ژن معیوب سلول سرطانی شده و سلول سرطانی را به سلول طبیعی تبدیل کند. یک روش درمانی دیگر که قبلاً نیز ذکر شد عبارتست از آلوده کردن بیمار با نوع خاصی از ویروس بنام ONYX 015 – که تنها به سلول هایی با ژن تغییر یافته P 53 حمله می کند.

منبع مورد استفاده: سرطان حنجره

مترجم: دکتر لیلا افشار

نشر آویشن

انجمن امداد ایران

تلفن : (2290004 – 2294100) 0111