

هوالمافی

سرطان دهان و حلق

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

سرطان چیست؟

سرطان عنوان گروهی از بیماری ها است. همه انواع سرطان شامل رشد خارج از کنترل و گسترش سلول های غیر طبیعی هستند. سلولهای طبیعی بدن طبق الگوی منظمی رشد می کنند، تقسیم می شوند و می میرند. در طول سالهای نخست زندگی هر شخص تقسیم سلول های طبیعی بدن با سرعتی به مراتب بیشتر از زمان بزرگسالی صورت می گیرد، بعد از آن سلولهای طبیعی بیشتر بافت های بدن فقط به منظور جایگزینی سلول های فرسوده و مرده و یا جهت ترمیم آسیبهها، تقسیم می شوند.

اما سلول های سرطانی به رشد و تقسیم ادامه می دهند و می توانند به سایر قسمت های بدن گسترش یابند. این سلولها تجمع می یابند و توده ای را ایجاد می کنند که تومور نامیده می شود، تومور بافت های طبیعی اطراف را تحت فشار قرار می دهد و آنها را اشغال و تخریب می کند اگر سلول ها از چنین توموری جدا شوند، می توانند از طریق خون یا سیستم لنفاوی به سایر نقاط بدن بروند در آنجا مانده و تومورهای جدید را ایجاد می کنند. سلول های سرطانی در این جایگاه جدید، همچنان به رشد خود ادامه می دهند، این گسترش تومور، متاستاز نامیده می شود. وقتی سرطان گسترش می یابد (متاستاز می دهد) همچنان به نام جایی که از آن منشأ گرفته، نامیده می شود به عنوان مثال وقتی سرطان پروستات به استخوان گسترش می یابد، کماکان سرطان پروستات نامک دارد و یا وقتی سرطان پستان به ریه متاستاز می دهد همچنان سرطان پستان نامیده می شود.

لوسمی نوعی از سرطان است که معمولاً تومور ایجاد نمی کند در عوض، خون و اندام های خونساز نظیر مغز استخوان سیستم لنفاوی و طحال را درگیر می کند و در خلال بافت ها گردش می کند تا در جایی انباشته شود. درک این نکته حائز اهمیت است که همه تومورها سرطانی نیستند، تومورهای خوش خیم متاستاز نمی دهند و بجز در موارد استثنائی، تهدیدکننده حیات نیستند. سرطان ها براساس اینکه در کدام قسمت بدن شروع شده اند و بر طبق ظاهر میکروسکوپی شان تقسیم بندی می شوند.

انواع گوناگون یک سرطان از نظر میزان رشد، الگوهای گسترش و پاسخ به انواع شیوه های درمان، با هم تفاوت دارند، به همین دلیل است که بیماران سرطانی به درمان ویژه نوع خاص بیماری خود، نیازمندند. در آمریکا نیمی از مردان و یک سوم زنان در طول زندگی خود به سرطان دچار می شوند، در حال حاضر میلیون ها نفر با سرطان زندگی می کنند یا درمان می شوند. خطر ابتلای به سرطان را می توان با تغییراتی در شیوه زندگی، کاهش داد مثلاً ترک کردن سیگار و برگزیدن رژیم غذایی مطلوب از آن جمله اند. هر چه سرطان زودتر تشخیص داده شود زودتر مورد معالجه قرار گیرد شانس بقای بیمار بیشتر خواهد بود.

سرطان حفره دهان و حلق چیست؟

سرطان حفره دهان سرطانی است که از دهان آغاز می شود. حفره دهان از گوشه پوست لب ها شروع می شود و شامل: لب ها، لایه پوشاننده سطح داخلی لب ها و گونه ها و دندانها و لثه ها و یک سوم جلویی زبان، کف دهان (منطقه زیرزبان)، کام سخت (سقف استخوانی دهان) و منطقه پشت دندان عقل است.

سرطان حلق در ناحیه قسمت گلو، در ست در پشت دهان ایجاد می شود. ناحیه حلق از جایی شروع می شود که دهان تمام می شود و مشتمل بر این قسمت هاست: ریشه زبان (یک سوم انتهایی زبان) کام نرم، منطقه لوزه ای و دیواره خلفی حلق (دیواره پشت گلو).

حفره دهان و حلق در انجام اعمال تنفس، صحبت کردن، خوردن و جویدن و بلع همکاری می کنند، غدد بزاقی کوچک که در تمام حفره دهان و حلق پراکنده هستند، بزاق تولید می کنند و دهان را مرطوب نگاهداشته و به هضم غذا کمک می کنند.

حفره دهان و حلق از بافت های مختلفی تشکیل شده است و هر بافت نیز شامل انواعی از سلول ها هستند. انواع گوناگون سرطان از انواع سلول ها ایجاد می شوند، این تفاوت ها اهمیت دارند چرا که راه های درمان و چشم اندازهای بهبودی را تحت تأثیر قرار می دهند.

انواع تومورها ممکن است در حفره دهان و حلق ایجاد شوند، برخی از این تومورها خوش خیم یا غیرسرطانی هستند. تومورهای خوش خیم بافت های دیگر را مورد حمله قرار نمی دهند و به قسمتهای دیگر بدن انتشار نمی یابند. در مقابل تومورهای سرطانی میتوانند به بافت های احاطه کننده خود نفوذ کرده و به قسمت های دیگر بدن انتشار یابند، تومورهایی نیز وجود دارند که رشد آنها بخودی خود زیان آور نیست لیکن استعداد تبدیل شدن به انواع سرطانی را دارند. این تومورها را تحت عنوان پیش سرطانی می شناسیم.

تومورهای خوش خیم حفره دهان و حلق

تومورهای خوش خیم و موارد شبه توموری شامل: گرانوم ائوزینوفیلی، فیبروم، تومورهای سلول گرانولی، کراتوآکاتوم، لیومیوم، استئوکندروما، لیپوم، شوانوم، نوروفیبروم، پاپیلوم، کوندیلوم، آکومیناتا، گزانتوم وورو سیفوم، گرانولوم پیوژیک و رابدومبوسارکوما وهمچنین شامل تومورهای دندانی می باشد. درمان معمول این موارد، برداشتن آنها از طریق جراحی است البته امکان عود بیماری بسیار کم است.

لکوپلاکی، اریتروپلاکی و دیسپلازی

لکوپلاکی و اریتروپلاکی اصطلاحاتی هستند که برای توصیف مناطق غیرطبیعی در دهان و گلو بکار می روند. لکوپلاکی یک منطقه سفید است و اریتروپلاکی ناحیه ای قرمز رنگ و نسبتاً برجسته می باشد که اگر مقداری سائیده شود به آسانی خونریزی میکند، احتمال خطرناک بودن لکوپلاکی یا اریتروپلاکی در هر شخص به آسانی و فقط با انجام یک نمونه برداری (بیوپسی) دقیق قابل ارزیابی است.

بیوپسی به معنای بررسی میکروسکوپی نمونه بافت می باشد. این نواحی سفید یا قرمز می توانند سرطانی بوده، یا دیسپلازی باشند (وضعیت پیش سرطانی) گاه هم موارد نسبتاً بی خطرند. انواع خفیف، متوسط و شدید دیسپلازی وجود دارد که براساس میزان بافت غیرطبیعی، در زیر میکروسکوپ تقسیم بندی می شوند. دانستن درجه دیسپلازی به ما کمک می کند که در مورد احتمال تبدیل شدن دیسپلازی به سرطان و یا برطرف شدن خودبخودی آن و یا برطرف شدنش به دنبال درمان، پیش گوئی کنیم.

در اغلب موارد با حذف عامل مسبب دیسپلازی، می توان آن را برطرف کرد. بیشتر اوقات سیگار کشیدن و جویدن تنباکو علت ایجاد دیسپلازی می باشند. تحریک شدن زبان یا سطح داخلی گونه ها با دندان مصنوعی نامناسب نیز می تواند باعث ایجاد لکوپلاکی یا اریتروپلاکی شود. درمان با رتینوئید(داروهای وابسته به ویتامین A) می تواند در برطرف کردن دیسپلازی و محافظت دهان از ایجاد موارد جدید آن موثر باشد، در بیشتر موارد لکوپلاکی خوش خیم است و احتمال تبدیل آن به سرطان بسیار ضعیف بطوریکه تنها در حدود ۵٪ موارد لکوپلاکی در موقع تشخیص، سرطانی بوده یا پیش سرطانی اند که اگر تحت درمان مناسب قرار نگیرند، در طول ۱۰ سال سرطانی خواهند.

معمولاً در اریتروپلاکی خطرناکتر از لکوپلاکی است. در حدود ۵۱٪ ضایعات غیراختصاصی قرمز رنگ در نخستین نمونه برداری سرطانی تشخیص داده می شوند.

تومورهای سرطانی حفره های دهان و حلق

بیش از ۹۰٪ سرطان های حفره دهان و حلق کارسینوم سلول سنگفرش هستند لذا سرطان سلول سنگفرش نامیده می شوند. سلول های سنگفرشی، سلولهایی هموار و فلس هستند که بطور طبیعی سطوح داخلی دهان و حلق را می پوشانند؛ سرطان سلول سنگفرشی به شکل توده ای از سلول های سنگفرشی آغاز می شود. ابتدائی ترین شکل سلول سنگفرشی، کارسینوم درجا است به این معنا که سلول های سرطانی فقط سلول های پوشاننده (اپتیلیوم) را درگیر کرده است. کارسینوم مهاجم سلول سنگفرشی، کارسینومی است که در آن سلول های سرطانی از خلال سلول های اپتیلیوم به لایه های عمقی تر حفره دهان و حلق انتشار یافته است. کارسینوم ورمکوس (Verrucous) نوعی از کارسینوم سلول سنگفرشی است که کمتر از ۵٪ تومورهای حفره دهانی را به خود اختصاص داده است، این تومور، سرطانی با درجه پائین است که به ندرت متاستاز می دهد لیکن ممکن است به بافت های احاطه کننده به طور عمقی انتشار یابد، لذا در این گونه موارد، برداشتن عمقی تومور و حاشیه پهنی از بافت های اطراف، از طریق جراحی توصیه می شود. سرطان غدد بزاقی مینور، که غدد بزاقی مینور را درگیر می کند این غدد در همه قسمت های مخاط پوشاننده حفره دهان و حلق یافت می شوند. انواعی از سرطان غدد بزاقی مینور وجود دارند شامل: کارسینوم کیستی آدنوئید، کارسینوم اپی تلیوئید، آدنوکارسینوم پلی مورف با درجه پائین. برای دستیابی به اطلاعات بیشتر در مورد این سرطان ها و همچنین تومورهای خوش خیم غدد بزاقی به کتابچه سرطان غدد بزاقی از «انتشارات انجمن امداد بیماران سرطانی ایران» مراجعه نمایید.

لوزه ها و ریشه زبان شامل بافت های لنفاوی (سیستم ایمنی) است که ممکن است سرطان از این قسمت نیز شروع شود، برای اطلاعات بیشتر در مورد این سرطان ها به کتابچه لنفوم هوچکین و نان هوچکین، از «انتشارات انجمن امداد به بیماران سرطانی ایران» مراجعه نمایید.

درمان و پیش آگهی (امید به بهبودی) برای سرطان غدد بزاقی و لنفاوی با درمان و پیش آگهی کارسینوم سلول سنگفرشی فرق می کند و در این کتابچه مورد بحث قرار نگرفته است. اطلاعات موجود در این کتابچه فقط راجع به سرطان سلول سنگفرش در حفره دهان و حلق می باشد.

اطلاعات آماری درباره سرطان حفره دهان و حلق

انجمن سرطان آمریکا تخمین زده بود که در حدود ۲۷۷۰۰ مورد (۱۸۲۰۰ مورد در مردان و ۹۵۰۰ مورد در زنان) سرطان حفره دهان و حلق در آمریکا در سال ۲۰۰۳ تشخیص داده شود که ۷۲۰۰ نفر (۴۸۰۰ مرد و ۲۴۰۰ زن) در سال ۲۰۰۳ از سرطان حفره دهان و حلق خواهند مرد. میزان شیوع (تعداد موارد جدید هر بیماری در هر سال در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت) در ۲۰ سال اخیر در حال کاهش بوده است و بر همین اساس میزان مرگ (تعداد مرگ سالانه در اثر یک بیماری در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت) نیز از سال ۱۹۷۰ در حال کمتر شدن است.

۸۱٪ بیماران مبتلا به سرطان حفره دهان و حلق حداقل یک سال پس از تشخیص زنده می مانند. برای تمام درجات این سرطان، میزان بقای ۵ ساله در حدود ۵۶٪ و میزان بقای ۲ ساله در حدود ۴۱٪ است و این میزان بقا در طول ۲۰ سال اخیر تغییر چندانی نکرده است.

میزان شیوع سرطان های دهانی در کشورهای گوناگون متفاوت است به عنوان مثال این بیماری ها در فرانسه شیوعی به مراتب بیش از ایالات متحده آمریکا دارد در حالی که در مکزیک و ژاپن شیوع این بیماری ها در مقایسه

با ایالات متحده آمریکا کمتر است. محققانی که درباره این موضوع مطالعه می کنند معتقدند که این تفاوت معلول عوامل خطرزای محیطی می باشد (به مبحث عوامل خطرزای سرطان حفره دهان و حلق مراجعه کنید). زمانی که در مورد یک بیمار تشخیص سرطان دهان و حلق داده می شود، بیمار مورد بررسی کامل قرار می گیرد. حدود ۱۵٪ این بیماران سرطان دیگری را نیز در جایی نزدیک دهان و حلق دارند مثلاً در حنجره، مری و یا در ریه. ۱۰ تا ۴۰٪ آنها در آینده دچار سرطان در اعضاء یاد شده خواهند شد و یا اینکه سرطانی جدید در حفره دهان و حلق آنها بروز خواهد کرد از این رو، این مسئله حائز اهمیت است که بیماران مبتلا به سرطان حفره دهان و حلق در باقیمانده عمر، تحت بررسی های پیگیرانه قرار گیرند و از عوامل خطرزا نظیر استعمال دخانیات و مشروبات الکلی بپرهیزند چرا که این عوامل خطرزا، احتمال ابتلا به سرطان ثانویه را زیاد می کند.

عوامل خطرزای سرطان حفره دهان و حلق کدامند؟

به هر عاملی که شانس ابتلای شخص را به یک بیماری مثلاً سرطان زیاد کند، عامل خطرزا می گویند. سرطان های مختلف، عوامل خطرزای گوناگون دارند به عنوان مثال قرار گرفتن در معرض نور خورشید بدون کرم ضد آفتاب، عامل خطرزای ابتلا به سرطان پوست می باشد و یا تغذیه پرچربی و یا مصرف کم سبزیجات و میوه ها عامل خطرزایی برای ابتلا به سرطان روده محسوب می شوند. دانشمندان عوامل خطرزای ابتلا به سرطان حفره دهان و حلق را نیز شناسایی کرده اند هرچند که برخی از مبتلایان به سرطان حفره دهان و حلق هیچ یک از عوامل خطرزا را نداشته اند و از طرفی مواردی نیز دیده می شوند که با وجود داشتن چندین عامل خطر، هرگز به سرطان حفره دهان و حلق مبتلا نمی شوند لذا حتی اگر یک شخص، یک یا چندین عامل خطرزای سرطان حفره دهان و حلق را داشته باشد. اظهار نظر قاطعانه در مورد اینکه این عوامل خطرزا تا چه حدود در ایجاد سرطان دخیل بوده اند، ممکن نیست.

تنباکو:

در حدود ۹۰٪ افراد مبتلا به سرطان حفره دهان و حلق سابقه مصرف تنباکو را داشته اند. میزان خطر آفرین بودن تنباکو به نحوه استعمال، (دود کردن یا جویدن) مقدار و طول مدت مصرف بستگی دارد. استعمال کنندگان دخانیات ۶ برابر بیشتر از افراد دیگر مستعد ابتلا به این سرطان ها هستند. در حدود ۳۷٪ بیماران که به محض بروز علائم بهبودی (پس از درمان) مجدداً شروع به استعمال دخانیات می کنند، دچار سرطان های ثانویه حفره دهان و حلق یا سرطان حنجره می شوند در حالیکه تنها ۶٪ آنها برای همیشه دخانیات را ترک می کنند، دچار سرطان های ثانویه می شوند. دود کردن تنباکو با سیگار یا پیپ علاوه بر حفره دهان و حلق از عوامل خطرزای ابتلا به سرطان های حنجره، ریه، مری، کلیه، مثانه، و اعضا دیگر می باشد مضاف بر اینکه دود کردن دخانیات عامل خطرزای ویژه ای در ابتلا به سرطان لب خواهد بود. تنباکوی استنشاقی با جویدنی با سرطان های یاد شده ۵۰ برابر افزایش می دهد. گاهی مصرف تنباکو استنشاقی یا جویدنی منجر به بروز لکوپلاکی یا ارتیزو پلاکی می شود که خود مستعد تبدیل شدن به سرطان است.

الکل:

مصرف الکل قویا امکان ابتلای شخص به سرطان حفره دهان و حلق را افزایش می دهد، در حدود ۷۵ تا ۸۰٪ همه بیماران مبتلا به سرطان های دهان، سابقه مصرف مداوم الکل را ذکر می کنند. شیوع سرطان دهان در الکلی ها ۶

برابر غیر الکلی هاست. افرادی که هم دخانیات مصرف می کنند و هم مشروبات الکلی می نوشند خیلی بیشتر از افرادی که فقط یکی را مصرف می کنند در معرض خطر ابتلا به سرطان های دهان می باشند.

اشعه ماوراء بنفش :

بیش از ۳۰٪ بیماران مبتلا به سرطان های لب مشاغلی دارند که ایجاب می کند در محیط سرباز فعالیت کنند و به مدت طولانی در معرض نور خورشید باشند.

تحریک:

تحریک مزمن (طولانی مدت) سطح داخلی دهان به دلیل دندان مصنوعی نامناسب، به عنوان یکی از عوامل خطر زای ابتلا به سرطان های دهان مطرح شده است. اما تحقیقات متعدد تفاوتی را در بروز سرطان بین استفاده کنندگان دندان مصنوعی و دیگران نشان نداده است.

از آنجا که دندان مصنوعی نامناسب به عنوان عاملی خطرزا هر چند با خطرزائی کمتر از الکل و تنباکو معرفی شده است لذا توصیه می شود افرادی که دندان مصنوعی دارند هر ۵ سال یکبار به دندانپزشک مراجعه کرده و از مناسب بودن و وضعیت قرارگیری دندان مصنوعی خود مطمئن شوند آنها باید هر شب دندان مصنوعی را خارج کنند و هر روز آن را تمیز نمایند.

کمبود ویتامین:

کمبود ویتامین A با افزایش خطر به سرطان حفره دهان و حلق مرتبط است.

سندرم پلامر - وینسون:

این سندرم نادر ترکیبی از کمبود آهن ناهنجاری های زبان، ناخن ها، سری و کلبول های قرمز خون می باشد که معلوم شده با افزایش خطر ابتلا به سرطان دهان مرتبط است. هر چند این سندرم بسیار نادر است و تنها مسئول موارد کمی از سرطان های دهان می باشد.

دهان شویه :

برخی تحقیقات نشان داده اند که استفاده از دهان شویه های حاوی مقادیر بالای الکل با افزایش خطر ابتلا به سرطان دهان همراه بوده است هر چند که تحقیقات اخیر این یافته را بی اساس می دانند و به این نکته اشاره می کنند که احتمالاً بالا بودن میزان سرطان دهان در استفاده کنندگان دهان شویه به این دلیل است که استعمال کنندگان دخانیات و الکل بیشتر از دهان شویه استفاده می کنند.

عفونت های ویروس پاپیلوم انسانی (HPV):

پاپیلوم و ویروس ها گروهی مشتمل بر ۸۰ نوع ویروس می باشند. بیشتر انواع (HPV) منجر به ایجاد زگیل در قسمت های مختلف بدن می شود. انواع معدودی از (HPV) مسئول بیش از ۹۰٪ سرطان های دهانه رحم می باشند، این انواع HPV همچنین با برخی از سرطان های آلت تناسلی خارجی زنان و مردان مرتبط خواهد بود.

تاثیر این ویروس ها در ایجاد سرطان دهان زیاد شفاف نیست هر چند که انواعی از HPV عامل ایجاد سرطان و دهانه رحم در ۲۰ تا ۳۰٪ سرطان های دهانی دیده شده است اما در ۱۰٪ بافت های طبیعی و غیر سرطانی دهان نیز HPV دیده شده است. تحقیقات اخیر نشان می دهد که در ۲۰٪ مردم HPV یکی از عوامل خطر زای ابتلا به سرطان حفره دهان و حلق می باشد و جالب است که سرطان های دهان و حلق مرتبط با HPV نسبت به موارد غیر مرتبط با HPV نسبت به موارد غیر مرتبط با HPV (مثلا موارد مرتبط با الکل یا سیگار) پیش آگهی بهتری دارد.

داروهای تضعیف سیستم ایمنی:

افرادی که به علت یک بیماری ایمنی خاص یا به منظور جلوگیری از واپس زدن پیوند اعضا داروهای تضعیف سیستم ایمنی مصرف می کنند ممکن است در معرض افزایش خطر ابتلا به سرطان حفره دهان و حلق قرار گیرند.

سن:

با افزایش سن، بروز سرطان حفره دهان و حلق افزایش می یابد، بخصوص پس از سن ۴۰ سالگی

جنس:

شیوع سرطان های دهان و حلق در آقایان در مقایسه به خانم ها دو برابر است (شاید علت این امر تمایل بیشتر آقایان به استعمال دخانیات و الکل باشد).

آیا می دانیم که علت سرطان حفره دهان و حلق چیست؟

پزشکان و محققان نمی توانند با اطمینان بگویند که علت ابتلای یک شخص به سرطان دهان و حلق چه بوده است اما عامل خطر را می شناسیم و می دانیم که چگونه این عوامل خطرزا باعث سرطانی شدن سلول ها می شوند. می دانیم که الکل و دخانیات به سلول های پوشاننده دهان و حلق آسیب می رسانند که الکل و دخانیات به سلول های پوشاننده دهان و حلق آسیب می رسانند لذا سلول های این منطقه مجبور می شوند برای ترمیم با سرعتی بیشتر تکثیر شوند. مواد شیمیایی متعددی در تنباکو شناسایی شده اند که باعث آسیب DNA می شوند و این DNA است که ترمیم و رشد سلول را هدایت می کند. محققان مطمئن نیستند که الکل نیز بتواند مستقیماً به DNA آسیب برساند، اما ثابت کرده اند که الکل نفوذ بسیاری از مواد شیمیایی آسیب رسان به DNA را به داخل سلول تسهیل می کند. به همین دلایل است که مصرف توأم تنباکو و الکل باعث آسیب دیدگی بیشتر DNA در مقایسه با تنباکوی تنها و یا الکل تنها می شود. این آسیب های DNA می تواند عملکرد بخش های خاص DNA (به عنوان مثال بخش های شارژکننده شروع یا اتمام رشد سلول) را تحت تأثیر قرار دهد. به این ترتیب تجمع سلول های غیرطبیعی شروع می شود. و تومور تشکیل می گردد. با آسیب مضاعف DNA ممکن است سلول های توموری شروع به تهاجم کرده و به سلول های اطراف هجوم آورند و یا حتی به اعضاء دوردست انتشار یابند(متاستاز).

آیا سرطان حفره دهان و حلق قابل پیشگیری است؟

بیشتر سرطان های حفره دهان و حلق با اجتناب از عوامل خطرزا قابل پیشگیری هستند.

تنباکو و الکل مهم ترین عوامل خطرزای سرطان حفره دهان و حلق هستند بهترین راه پیشگیری از ابتلا به این سرطان ها هرگز استفاده نکردن تنباکو و الکل است. مصرف نوشیدنی های الکلی را محدود کنید و تنباکو مصرف نکنید، قطع مصرف تنباکو و الکل (حتی بعد از چندین سال مصرف) بطور چشمگیری از خطر ابتلا به سرطان می کاهد.

قرار گرفتن در معرض اشعه ماوراء بنفش آفتاب یکی از عوامل خطرزای قابل اجتناب سرطان لب می باشد، در صورت امکان از قرار گرفتن در محیط های سرباز در میانه روز اجتناب کنید چرا که در این زمان اشعه ماوراء بنفش قوی تر است، همچنین می توانید آسیب این اشعه را با به سر گذاشتن کلاه لبه دار و یا استفاده از کرم های ضدآفتاب کم کنید. عوامل تحریک کننده دهانی (مثل دندان مصنوعی نامناسب) را برطرف کنید، این کار ممکن است خطر ابتلا به سرطان دهان را کاهش دهد.

همان گونه که اشاره شد کمبودهای ویتامینی با سرطان های حفره دهان و حلق مرتبط است به عنوان یکی اصل کلی، داشتن یک برنامه غذایی مناسب بهتر از خوردن مواد غذایی نامناسب و جبران آن با قرص های ویتامین است. توصیه انجمن ملی سرطان آمریکا مصرف همه نوع غذا است.

هر روز حداقل ۵ وعده سبزیجات و میوه استفاده کنید و غلات را از منابعی چون نان و برنج و ماکارونی تأمین کنید. گوشت قرمز کمتر مصرف کنید بخصوص مصرف گوشت هایی را که چربی بالایی دارند محدود کنید.

ایزوترتینوئین دارویی است که از مشتقات ویتامین A می باشد که اگر فرد مبتلا به سرطان حفره دهان و حلق آن را مصرف کند احتمال بروز سرطان های ثانویه ناحیه سر و گردن در او کاهش می یابد و این در حالی است که مصرف ایزوترتینوئین در کاهش احتمال عود سرطان اولیه بی تاثیر است. از طرفی به علت عوارض جانبی ایزوترتینوئین (نظیر راش پوستی، مشکلات جنسی، افزایش کلسترول خون) این دارو برای همه توصیه نمی شود. مکمل های ویتامین A بجز در مورد بیماری که مشکل خاصی دارند و پزشک برایشان مکمل ویتامین A تجویز کرده، توصیه نمی شود. مقادیر بالای ویتامین A خطر ابتلا به سرطان را کم نمی کند، درحقیقت برخی مطالعات نشان داده اند که مصرف مقادیر بالای ویتامین A حتی خود باعث سرطان ریه و پروستات می شود.

آیا سرطان های حفره دهان و حلق به موقع قابل تشخیص است.

بسیاری از سرطان های حفره دهان و حلق به موقع در خلال معاینات غربالگری که توسط پزشک یا دندانپزشک صورت می گیرد یا در طی معاینات خود شخص (خود آزمائی) قابل تشخیص زود رس هستند. برخی از سرطان های دهان و حلق در همان مراحل ابتدائی علائمی ایجاد می کنند که شخص را به مطب های پزشکی و دندانپزشکی می کشاند ولی متأسفانه ممکن است که برخی از این سرطان ها حتی پس از رسیدن به مراحل پیشرفته علائمی ایجاد نکنند و یا اگر هم علائمی داشته باشند علامتی غیر اختصاصی و گمراه کننده باشد مثل دندان درد. بررسی های دوره ای و منظم دندانپزشکی که مشتمل بر معاینات کل دهان و محتویات آن می باشد برای شناسائی زود رس سرطان های دهان و حلق و موارد پیش سرطانی این مناطق حائز اهمیت است. انجمن سرطان آمریکا توصیه می کند که پزشکان در هر بررسی دوره ای (چک آپ) برای سرطان معاینه کاملی از دهان و حلق نیز به عمل آورند.

بسیاری از پزشکان و دندانپزشکان معتقدند که مردم خودشان می توانند با معاینه ماهانه خود (خود آزمائی) نقش مهمی را در شناسائی زود رس سرطان های دهان و حلق داشته باشند به این معنا که با نگاه کردن ماهانه دهان و حلق خود در آینده وجود موارد زیر را به پزشک خود گزارش کنند:

نشانه ها و علامت ها

وجود زخمی در دهان که بهبود نیابد (شایع ترین علامت)

وجود دردی در دهان که برطرف نشود(از علائم شایع)

برجستگی یا ضخامت ماندگار در قسمتی از داخل دهان

لکه سفید یا قرمز ماندگار روی لثه زبان لوزه یا هر قسمت دیگری از لایه پوشاننده سطح داخلی دهان

گلو درد یا احساس سرفه که برطرف نشود

اشکال در جویدن یا بلع
اشکال در حرکت دادن آرواره یا زبان
بی حسی زبان یا سایر قسمت‌های دهان
تورم آرواره که منجر به فیکس نشدن دندان مصنوعی می شود.
شل شدن دندانها یا درد اطراف دندان یا آرواره
تغییر صدا
توده یا برجستگی در گردن
کاهش وزن

بسیاری از این نشانه ها و علائم ممکن است در اثر علل غیر سرطانی و یا علل غیر مهم دیگری مثل توده های خوش خیم ایجاد شود این نکته حائز اهمیت است که در صورت ماندگار بودن این علائم به مدت بیش از ۲ هفته به یک پزشک یا دندانپزشک مراجعه شود به خاطر داشته باشید که هر چه زودتر به تشخیص درست برسید شروع درمان مناسب و دستیابی به اثرات مناسب درمانی سریع تر خواهد بود.

سرطان حفره دهان و حلق چگونه تشخیص داده می شوند؟

اگر وجود هر یک از علائم ذکر شده در مبحث قبلی در پزشک شما این شک را ایجاد کند که احتمال سرطان وجود دارد ممکن است انجام معاینات اضافه و بررسی های دیگر را به شما توصیه کند.

معاینات و بررسی هایی که برای بیمار مشکوک به سرطان حفره دهان و حلق انجام می شود

تاریخچه کامل پزشکی :

نخستین گام در هر بررسی پزشکی جمع آوری اطلاعاتی راجع به علائم عوامل خطرزا و سایر مسائل پزشکی خواهد بود.

معاینات کامل سر و گردن مشتمل بر نازو فارنگوسکوپی، لارنگوسکوپی:

علاوه بر معاینات جامع پزشکی توجه ویژه به مناطق سر و گردن حائز اهمیت است از آنجا که اروفارونکس در عمق گردن قرار دارد و در برخی موارد به آسانی قابل مشاهده نیست بررسی با فیبراپتیک های خاص (لوله های باریک قابل انعطاف که دارای یک منبع نور هستند و از طریق دهان به بخش های عمقی تر فرو می روند) و آینه ها برای معاینات این قسمت مورد استفاده قرار می گیرند در فارنگوسکوپی غیر مستقیم و لارنگوسکوپی از آینه های کوچک برای نگاه کردن به حنجره و ریشه زبان استفاده می شود در لارنگوسکوپی مستقیم از فیبر اپتیک ها استفاده می شود از آنجا که بیماران مبتلا به سرطان های حفره دهان و حلق در معرض بالای خطر ابتلا به سایر سرطان های ناحیه سرو گردن هستند باید بخش های پشت بینی و حنجره و همچنین غدد لنفاوی گردن از نظر احتمال وجود سرطان بررسی شوند.

پان اندوسکوپی (شامل لارنگوسکوپی ازو فاگوسکوپی و برونوسکوپی):

اگر شک ابتلا به سرطان گردن زیاد باشد معاینه تا عمق حفره دهان اروفارونکس حنجره مری و نای و برونش انجام می شود این معاینات که پان اندوسکوپی نامیده می شوند در اطاق عمل و در حالی که بیمار کاملاً بیهوش است به انجام می رسد.

اگر بیمار بیهوش نباشد معاینات عمقی حفره دهان و حلق به دلیل احساس ناخوشایند این معاینات عملی نخواهد بود و جراح سرو گردن نخواهد توانست که معاینات حفره دهان و حلق را به طور کامل و دقیق انجام دهد به دلیل خطر بالای سرطان های ثانویه در بیماران مبتلا به سرطان های دهان و حلق جراح از ابزار ویژه ای جهت رویت حنجره مری نای و برونش استفاده کرد در خلال این بررسی ها از تومورهای مشکوک نمونه برداری خواهد

نمود (بیرون آوردن نمونه بافت به منظور بررسی آن زیر میکروسکوپ) و از این طریق مرحله سرطان (گسترش و انتشار) را مورد ارزیابی قرار خواهد داد.

انواع نمونه گیری های مورد استفاده در تشخیص سرطانهای دهان و حلق

معمولاً برداشتن نمونه بافتی یا سلولی برای تأیید تشخیص سرطانی بودن یک ضایعه قبل از درمان آن ضروری است. انواع مختلفی از روش های نمونه گیری وجود دارند و بر اساس وضعیت سلامت عمومی هر بیمار بهترین روش برای او انتخاب خواهد شد.

سیتولوژی اکسفولیاتیو:

این تکنیک شبیه پاپ اسمیر است پزشک ضایعه مشکوک را می خراشد و گستره ای از آن را روی لام تهیه می کند بعداً این لام رنگ آمیزی می شود تا در زیر میکروسکوپ مورد بررسی قرار گیرد و اگر سلول غیر عادی دیده شود نمونه برداری بافتی صورت خواهد گرفت از مزایای این روش این است که بسیار آسان می باشد و حتی ضایعاتی با کمترین میزان غیر طبیعی بودن را می توان شناسائی کرد و با این روش می توان به تشخیص زود رس سرطان رسید و بیشترین امکان را در درمان داشت. از معایب این روش این است که قادر به شناسائی تمام انواع سرطان نیست و حتی در مواردی نمی توان با این روش دیسپلازی را از سرطان تمییز داد.

بیوپسی از سیزیونال: این روش هم در مطب پزشک و هم در اطاق عمل قابل اجرا است. انتخاب محل اجرای

بیوپسی انسیزیونال بسته به موقعیت مکانی تومور است و اینکه آیا می توان به نمونه بافتی کافی دست یافت؟ اگر این کار در مطب صورت گیرد قبل از نمونه گیری به بیمار داروی بی حسی موضعی تزریق می شود تا نواحی اطراف تومور بی حس گردد. اگر به علت عمق تومور در حفره دهان امکان نمونه برداری در مطب نباشد بیمار در اطاق عمل مورد نمونه برداری قرار خواهد گرفت جراح با ابزار ویژه ای از خلال یک اندوسکوپ بخش کوچکی از بافت را جهت بررسی بیرون خواهد آورد.

FNA یا نمونه برداری با سوزن باریک:

اگر توده گردنی بیمار قابل لمس باشد می توان با وارد کردن یک سوزن باریک به درون توده مقداری از بافت را از آن بیرون کشید و زیر میکروسکوپ بررسی کرد نمونه برداری FNA نشان می دهد که توده گردنی یک غده لنفاوی خوش خیم است که در واکنش به عفونتی مجاورتی نظیر عفونت سینوس یا دندان ها دچار تورم شده است در این موارد تنها کار لازم درمان عفونت است ممکن است FNA توده را در یک کیست خوش خیم پر از مایع تشخیص دهد که در این موارد درمان جراحی است حتی در مواردی که FNA توده را خوش خیم گزارش کند ولی بیمار علائمی دال بر وجود سرطان حفره دهان و حلق داشته باشد، لازم است که اقدامات تشخیصی دیگر نظیر فارنگوسکوپی و پان اندوسکوپی صورت گیرد.

اگر در FNA مورد سرطانی پیدا شود پاتولوژیست قادر خواهد بود که نوع سرطان را تشخیص کند و بسته به اینکه سرطان لنفوم باشد (نوعی از سرطان که در غدد لنفاوی شروع می شود) یا سرطانی از تیروئید ریه یا اعضا دور دست که به غده لنفاوی گردن متاستاز داده درمان خاص اعمال می شود اگر بررسی نوع سلول ها گویای این حقیقت باشد که سرطان اولیه از حفره دهان و حلق شروع شده و سپس به غدد لنفاوی گردن مهاجم یافته بررسی های اضافه جهت جستجوی سرطان اولیه در دهان یا حلق انجام خواهد شد FNA در بیماران شناخته شده سرطان دهان و حلق جهت بررسی وجود متاستاز به غدد لنفاوی گردن صورت می گیرد. این اطلاعات در تصمیم گیری برای برداشتن توده های گردنی یا اقدام به پرتودرمانی لازم است نهایتاً FNA ممکن است برای بررسی توده های گردنی جدید در فردی که قبلاً به دلیل سرطان دهان و حلق تحت جراحی یا پرتو درمانی قرار گرفته بوده انجام می شود تا مشخص شود که این توده جدید همان جای عمل جراحی قبلی است یا اینکه سرطان عود کرده است.

روش های تصویر برداری

CT اسکن: CT اسکن یک روش رادیوگرافی ویژه است که امکان مشاهده مقاطع عرضی قسمت های مختلف بدن را به ما می دهد اکسیر به دور بیمار می چرخد و اشعه X را به قسمت خاصی از بدن از زوایای گوناگون می تاباند معمولا یک تزریق کنتراست درون وریدی برای کمک به یافتن محل دقیق ضایعه انجام می شود CT اسکن برای یافتن محل و انتشار سرطان های سر و گردن و تصمیم گیری برای محل انجام عمل و همچنین برای بررسی امکان انتشار سرطان به غدد لنفاوی گردن مفید است CT اسکن در بررسی امکان انتشار سرطان به فک تحتانی نیز سودمند است

MRI: در MRI از میدان های مغناطیسی قوی و امواج رادیویی به جای اشعه X استفاده می شود MRI تصاویری را از مقاطع عرضی ایجاد می کند که نسبت به CT اسکن جزئیات بیشتری را راجع به بافت نرم به تصویر می کشد این روش به ویژه در بررسی سرطان های لوزه و قاعده زبان بسیار سودمند خواهد بود.

پانورکس:

پانورکس یک نوع عکسبرداری یا رادیوگرافی چرخان از فک بالا یا فک پائین است که می تواند تغییرات استخوانی ناشی از سرطان را نشان می دهد.

عکس قفیه سینه: از آنجا که استعمال دخانیات علاوه بر سرطان ریه می تواند باعث سرطان حفره دهان و حلق نیز شود عکسبرداری از قفسه سینه بطور روتین به عمل می آید از طرفی ممکن است سرطان دهان به ریه گسترش یابد لذا جستجو برای احتمال این انتشار مهم است اگر نقاط مشکوکی به چشم می خورد باید از آن مناطق CT اسکن به عمل آید

بلع باریم: یک سری عکس رادیوگرافی که در خلال بلع مایع حاوی باریم توسط بیمار گرفته می شود از آنجا که احتمال بروز سرطان ثانویه در لوله گوارش بیماران مبتلا به سرطان دهان و حلق وجود دارد این روش تصویر برداری برای رد احتمال درگیری مری (لوله عضلانی اتصال دهنده گلو به معده) می شود.

اسکن استخوانی رادیوئولوئید: اگر نگرانی در مورد امکان انتشار سرطان به استخوان ها وجود داشته باشد (مثلا به دلیل بالا بودن مرحله تومور یا عود آن و یا نتایج غیر طبیعی آزمایشات) اسکن استخوانی انجام می شود برای این کار مقدار کمی از مواد رادیو اکتیو به درون ورید بیمار تزریق می شود که این تزریق بخودی خود احساس خوشایندی را در طول زمان اسکن در بیمار ایجاد می کند میزان ماده رادیو اکتیو مورد استفاده در مقایسه با پرتو درمانی بسیار کم است و این مقدار کم اشعه عارضه جانبی ندارد. مواد رادیو اکتیو توسط سلول های استخوانی کل اسکلت بیمار جذب می شوند و در اسکن استخوانی به صورت مناطق خاکستری خود را نشان می دهند که در اصطلاح نقاط داغ نامیده می شوند.

وجود این مناطق در اسکن استخوانی بیانگر احتمال حضور متاستاز است هرچند که مواردی مثل آرتریت یا سایر بیماری های استخوانی نیز می توانند الگویی مشابه ایجاد کنند در این موارد ممکن است تیم مراقبت سرطان روش دیگر تصویر برداری یا نمونه برداری استخوانی را توصیه کند.

آزمایش های دیگر

آزمایش خون: هیچ آزمایش خونی وجود ندارد که بتوان با آن تومورهای سرطانی حفره دهان و حلق را تشخیص داد هر چند که آزمایشات معمول خون وضعیت کلی شخص را بررسی می کند اما این آزمایشات می تواند در تشخیص سوء تغذیه کم خونی و بیماری های کبدی و کلیوی کمک کننده باشد و یا احتمال وجود متاستاز استخوانی یا کبدی از یک سرطان حفره دهان و حلق را مطرح کند که مستلزم انجام آزمایشات اضافه است.

مشاوره دندانپزشکی:

اگر پرتو درمانی به عنوان بخشی از درمان مورد استفاده قرار گیرد قبل از شروع پرتو درمانی یک دندانپزشک مراقبت های پیشگیرانه دندانانی را ارائه خواهد داد و در صورت لزوم اقدام به کشیدن برخی از دندان ها خواهد کرد اگر سرطان آرواره یا سقف دهان را درگیر کرده باشد از یک پرستودنتیست در خواست می شود که بیمار را بررسی کند پرستودنتیست سعی می کند که بخش های از بین رفته را طوری با پروتز جایگزین کند که ظاهر بیمار و توانایی او در تکلم و بلع حفظ شود و دندان های مصنوعی جایگزین به درستی روی دندان های طبیعی باقیمانده قرار گیرند.

سرطان های حفره دهان و حلق چگونه مرحله بندی می شوند؟

مرحله بندی سرطان یعنی تعیین میزان انتشار و گستردگی آن پیش آگهی (امید به بقا) در فرد مبتلا به سرطان به مرحله بیماری او بستگی دارد. مرحله سرطان حفره دهان و حلق مهمترین عامل در انتخاب نوع در مان است. اطلاعات لازم جهت مرحله بندی سرطان از طریق معاینه فیزیکی و اندوسکوپی و مطالعات تصویر برداری (CT اسکن و mri عکس قفسه سینه و اسکن هسته ای) بدست می آید.

سیستم TNM

سیستم مرحله بندی یک روش استاندارد جهت توصیف انتشار سرطان است رایج ترین سیستم مورد استفاده برای توصیف انتشار سرطان ها حفره دهان و حلق سیستم TNM کمیته سرطان آمریکا (AJCE) است سیستم TNM مورد سه دسته اطلاعات آگاهی می دهد:

T: این قسمت به بررسی اندازه تومور اولیه و اینکه کدام قسمت از بافت های حفره دهان و حلق را درگیر کرده اشاره می کند

N: دست اندازی تومور به غدد لنفاوی نزدیک را توصیف می کند غدد لنفاوی تجمعی لوبیائی شکل از سلول های سیستم ایمنی می باشند که برای مبارزه با عفونت لازم هستند. عروق لنفاوی شبیه وریدها هستند با این تفاوت که به جای خون لنف را حمل می کنند لنف مایع شفاف است که حاوی محصولات اضافه بافت ها و سلول های ایمنی انتقال یافته از بخش های عفونی است سلول های سرطانی حفره دهان و حلق می توانند وارد این عروق لنفاوی شوند و به غدد لنفاوی گردن برسند.

M: به بررسی متاستاز (انتشار) سرطان به سایر اندام ها می پردازند.

حروف یا اعداد اضافه ای که پس از حروف T و N و M قرار می گیرند. برای ارائه توضیح جزئیات راجع به موارد اصلی هستند مثلا حرف X پس از حرف T یا N یا M بیانگر این مطلب است که به دلیل نداشتن اطلاعات بررسی میزان اندازه تومور یا درگیری غدد لنفاوی یا میزان متاستاز تومور امکان پذیر نیست.

طبقه بندی T برای سرطان های لب و حفره دهان و حلق

TX: سایز تومور اولیه به دلیل کم بودن اطلاعات قابل بررسی نیست

TO: تومور اولیه وجود ندارد

Tis: کار سینوم درجا وجود دارد به این معنا که سرطان فقط اپتیلیوم (لایه سلول های پو شاننده سطح داخلی حفره دهان و حلق) را درگیر کرده است و به بافت های عمقی تر دهان و حلق نفوذ نکرده است

T1: تومور ۲cm (در حدود ۳/۴ اینچ) یا کوچکتر است.

T2: تومور بزرگ تر از ۲cm و کوچکتر از ۴cm (در حدود ۱/۵ اینچ)

T3: تومور بزرگتر از ۴cm است

T4: در مورد سرطان های حفره دهان و حلق تومور ممکن است هر اندازه ای باشد ولی به ساختمان های مجاور (نظیر استخوان ها ، بافت همبند یا بافت عضلانی گردن) ضلالت عمقی زبان پو ست ، سینوس ها یا حنجره) تهاجم کرده است.

T4: (در مورد سرطان لب): تومور ممکن است هر اندازه یا باشد ولی به ساختمان های مجاور (نظیر استخوان ها، زبان یا پوست گردن) تهاجم یافته است.

طبقه بندی N (غدد لنفاوی ناحیه ای)

NX: غدد لنفاوی ناحیه ای به دلیل کم بودن اطلاعات قابل بررسی نیست.

NO: متاستازی به غدد لنفاوی ناحیه ای وجود ندارد

N1: متاستاز به یک غده لنفاوی (در همان طرفی که تومور اولیه وجود دارد) دیده می شود و این غده لنفاوی اندازه ای کمتر از ۳cm دارد (در حدود ۱/۲-۱ اینچ)

N2: این گروه شامل سه زیر گروه N2a و N2b و N2c است.

N2a: متاستاز به یک غده لنفاوی وجود دارد و اندازه این غده لنفاوی درگیر بیش از ۳ سانتی متر و کمتر از ۶ سانتی متر است (در حدود ۲/۵ اینچ)

N2b: متاستاز به چندین غده لنفاوی که در سمت قرارگیری تومور اولیه هستند وجود دارد.

N2c: متاستاز در بیش از یک غده لنفاوی وجود دارد که بزرگتر از ۶ سانتی متر نیستند اما در هر دو طرف گردن قرار گرفته اند (هم در سمت تومور اولیه و هم در سمت مقابل)

N3: متاستاز در غدد لنفاوی بزرگ تر از ۶ سانتی متر وجود دارد.

طبقه بندی M (متاستاز دوردست)

Mx: به دلیل کم بودن اطلاعات بررسی میزان متاستاز دور دست وجود ندارد

MO: متاستاز دور دست وجود ندارد.

M1: متاستاز دوردست وجود دارد

عود: مرحله حقیقی برای عود در سیستم TNM وجود ندارد. عود بیماری به این معناست که بعد از انجام درمان سرطان دوباره ظهور کند عود سرطان حفره دهان و حلق ممکن است در حفره دهان و حلق صورت گیرد که در این صورت عود موضعی نامیده می شود و ممکن است در قسمت های دیگر بدن ظاهر شود که در این صورت به آن عود دور دست گفته می شود.

سرطان حفره دهان و حلق چگونه در مان می شود ؟

شیوه های درمان افراد مبتلا به سرطان حفره دهان و حلق شامل: جراحی پرتو درمانی ، شیمی درمانی خواهد بود که بسته به مرحله سرطان این روش ها به تنهایی یا به صورت ترکیبی از چند روش اعمال می شود. پس از اینکه سرطان شناسائی شد و مرحله آن مشخص شد تیم مراقبت سرطان در مورد انتخاب شیوه های مختلف درمانی با شما تبادل نظر خواهد کرد. این نکته حائز اهمیت است که در مورد روش های درمان مطالعه داشته باشید. آنچه در انتخاب برنامه درمانی شما مورد توجه قرار می گیرد شامل این موارد است: سلامت عمومی شما، نوع و مرحله سرطان، احتمال بروز عوارض جانبی نظیر اختلال تکلم و بلع به دنبال درمان.

جراحی

انتخاب های متعددی از شیوه های رایج درمان جراحی سرطان حفره دهان و حلق وجود دارند که بسته به محل دقیق سرطان و مرحله آن یکی از آنها یا ترکیبی از چند نوع آنها برای ادامه درمان اجرا می شوند تا غده سرطانی خارج شود و در عین حال ظاهر شخص و عملکرد بافت های متاثر از درمان تا حد ممکن حفظ شود.

خارج کردن تومور اولیه: در این جراحی کل تومور و بافت طبیعی حا شیوه آن برداشته می شود . برداشتن بافت طبیعی حاشیه خطر جا گذاشتن بخش های کوچک سرطانی را در زخم کاهش می دهد. تومور اولیه با روش های متنوعی قابل برداشتن است این تومور کوچک و قابل دسترس است و جراحی از طریق دهان امکانپذیر است. در

برخی موارد که اندازه تومور بزرگ تر است بخصوص در مواردی که حلق نیز درگیر شده است تومور از طریق برشی که در گردن ایجاد می گردد برداشته می شود. در این روش فک تحتانی باز می شود. یعنی آرواره را با اَره می برند تا دستیابی به تومور امکان پذیر شود.

برداشتن کامل یا برداشتن بخشی در فک تحتانی:

اگر پزشک بتواند حرکت تومور را به راحتی زیر دست خود احساس کند و هیچ شواهدی دال بر درگیری استخوان فک وجود نداشته باشد برداشتن تومور اولیه بدون دست زدن به بافت استخوان توصیه می شود اما اگر به علت رشد تومور در استخوان فک حرکت تومور زیر دست پزشک محدود باشد ولی هیچ نشانه ای هم از درگیری استخوان در رادیوگرافی وجود نداشته باشد برداشتن برشی از استخوان فک صورت می گیرد اما اگر نشانه ای از تخریب استخوان فک در رادیوگرافی مشاهده شود خارج کردن بخشی از استخوان فک صورت می گیرد.

برداشتن فک فوقانی:

اگر سرطان کام سخت (سقف دهان) را درگیر کرده باشد برداشتن استخوان درگیر کرده ضروری است این روش جراحی ماگزیکلکتومی پارسیل نامیده می شود نقض ایجاد شده در سقف دهان در اثر جراحی را می توان با پروتزی به نام پروستز جایگزین کرد این پروستز توسط دندانپزشک پریمیونتیست تهیه می شود.

جراحی میکروگرافی موهس (Mohs): سرطان های لب را می توان با روش موهس در مان کرد که آن را تحت عنوان روش میکروگرافی نیز می شناسیم در این روش تومور به صورت ورقه های نازکی خارج می شود هر برش (ورقه) سریعاً در زیر میکروسکوپ از نظر وجود سلول های سرطانی مطالعه می شود. جراح تا جایی که پاتولوژیست اعلام کند دیگر در زیر میکروسکوپ سلول های سرطانی دیده نمی شود به برداشتن برش های متوالی ادامه می دهد حسن این روش این است که برداشتن بافت طبیعی اطراف تومور تا حد ممکن کاهش می یابد.

برداشتن حنجره:

ندرتاً در جراحی برداشتن تومورهای بزرگ زبان یا حلق لازم می شود که بافت های لازم برای بلع نیز برداشته شوند در نتیجه ممکن است غذا به اشتباه وارد نای شده از آنجا به ریه برسد و در نتیجه ایجاد عفونت ریه کند در این موارد لازم می شود که حنجره نیز خارج شود تا این معضل ایجاد نشود با برداشتن حنجره نای به پوست گردن اتصال می یابد تا بیمار بتواند از طریق این سوراخ تنفس کند از دست دادن حنجره به معنای از دست دادن قدرت تکلم نیست روش های گوناگونی برای حفظ تکلم وجود دارند کتابچه سرطان حنجره را مطالعه کنید و اطلاعاتی را در مورد چگونگی حفظ صدا بدست آورید.

دیسکسیون گردن (برش گردن):

در سرطان های حفره دهان و حلق دست اندازی سرطان به غدد لنفاوی وجود دارد. ممکن است بسته به مرحله و جایگاه دقیق سرطان در آوردن غدد لنفاوی طی یک نوع جراحی که گردن نامیده می شود لازم باشد انواع گوناگونی از گردن وجود دارند که تفاوت آنها از نظر مقدار بافت گردنی برداشته شده است هدف از اجرا این عمل جراحی برداشتن غدد لنفاوی حاوی سلول های سرطانی می باشد. در برش پارسیل یا انتخابی فقط تعداد کمی از غدد لنفاوی برداشته می شوند ولی در روش برش رادیکال اصلاح یافته گردن قسمت اعظم غدد لنفاوی یک طرف و جانبی برش گردن نی حسی گوش (به دلیل آسیب فرعی نخاعی) و ضعف لب پائینی (به دلیل آسیب شاخه های تحتانی عصب صورتی) می باشند.

چندین ماه پس از جراحی انتخابی برش گردن بی حسی بازو و لب تحتانی برطرف می شود در صورتیکه اگر اعصاب در طی جراحی برش گردن خارج شوند یا عصب به علت درگیر شدن عصب با سلول های سرطانی درآورده شود در

این صورت بی حسی ماندگار خواهد بود پس از انجام جراحی برش گردنی فیزیوتراپیست ورزش های لازم جهت بهبودی بخشیدن به حرکات گردن و بازو را به بیمار می آموزد.

بازسازی:

برداشتن بافت سالم حشایه اطراف تومور معمولاً نیازی به باز سازی ندارد ولیکن ممکن است جراحی تومورهای بزرگ تر گلو یا گردن نواقصی را ایجاد کند که جهت ترمیم نیاز به باز سازی باشد گاهی اوقات از پیوند پوستی به ضخامت شکاف ایجاد شده استفاده می شود که پوست لازم برای این پیوند از پوست ران گرفته میشود. برای ترمیم نواقص بزرگ تر از قسمتی از عضله (با یا بدون پوست رویش) از ناحیه ای که نزدیک به منطقه نقص دار باشد استفاده می گردد. مثلاً از عضله قفسه سینه (عضله سینه ای بزرگ) یا عضله بالای پشت (عضله ذوزنقه ای) از برکت وجود جراحی های پیشرفته نظیر جراحی های عروق ریز (دوختن رگ های ریز در زیر میکروسکوپ) دست جراحان برای انجام روش های گوناگون باز سازی باز است. ممکن است جراحان از بافت های نواحی دور دستی از بدن نظیر روده ها عضلات بازو عضلات شکم یا استخوان پا برای جایگزین کردن نواقص دهان و گلو و استخوان آرواره استفاده کنند بهتر است قبل از قرار گرفتن تحت جراحی های بزرگ سر و گردن درباره انواع روش های باز سازی از پزشک خود سؤال کنید.

تراکتوستومی:

اگر سرطان حفره دهان یا حلق گلو را مسدود کرده باشد و آنقدر بزرگ باشد که امکان خارج کردن کامل آن وجود نداشته باشد می توان حفره ای را در گردن ایجاد کرد (تراکتوستومی) تا تومور دور زده شود و به این ترتیب بیمار بتواند با راحتی بیشتری نفس بکشد مورد دیگر تراکتوستومی این است که اگر پزشک شما پیش بینی کند که پس از جراحی برداشت تومور تومی در دهان و حلق ایجاد می شود که ممکن است منجر به خفگی شود یک تراکتوستومی تارفع تورم برای تنفس راحت به وجود خواهد آورد.

لوله گاستروستومی: ممکن است سرطان های حفره دهان و حلق مانع بلع مواد غذایی لازم شوند گاهی لازم می شود که لوله تغذیه از راه پوست و عضله شکم به معده وارد شود اگر این احتمال وجود داشته باشد که مشکل بلع موقتی باشد یک لوله نازوگاستریک قرار داده می شود لوله ای که از راه بینی به داخل مری و از آنجا به معده فرستاده می شود در هر حال پرستاران به بیمار و همراهانشان طریقه غذا خوردن از طریق لوله را می آموزند پس از ترخیص بیمار نیز لازم است که پرستاران برای اطمینان خاطر از راحت بودن بیمار در استفاده از لوله های غذایی بیماران را ملاقات کنند.

کشیدن دندان و ایمپلنت ها (کاشتنی): اگر پیش بینی شود که بیمار به پرتو درمانی نیاز پیدا خواهد کرد بررسی دندان ها ضروری به نظر می رسد بسته به وضعیت دندانی بیمار و برنامه پرتودرمانی ممکن است کشیدن تعدادی از دندان ها یا حتی همه دندان ها لازم باشد. برداشتن دندان ها ممکن است توسط جراح سر و گردن یا جراح دندانپزشک انجام شود اگر بخشی از فک تحتانی برداشته شود و با استخوان های قسمت های دیگر بدن جایگزین شود می توان از کاشت ایمپلنت ها برای حمایت دندان های مصنوعی استفاده کرد این کار را می توان هم زمان با بازسازی فک تحتانی یا پس از آن انجام داد.

پرتودرمانی

در پرتودرمانی از پرتوهای پرتوهای جهت تخریب سلول های سرطانی یا کاهش سرعت رشد آنها استفاده می شود پرتودرمانی را می توان به عنوان درمان اولیه (اصلی) جهت سرطان های کوچک بکار برد در مواردی که سرطان بزرگتر است ممکن است بیمار نیاز به جراحی و پرتودرمانی به صورت توأم داشته باشد می توان پرتو درمانی را به عنوان درمان تکمیلی (اضافه) جهت کشتن بقا کوچک سرطان که با جراحی قابل برداشت نبوده اند به کار برد.

همچنین می توان از پرتو درمانی به عنوان یک درمان تسکینی به منظور بر طرف کردن علائمی نظیر درد خونریزی مشکل بلع و مشکلات ناشی از متاستاز استفاده کرد.

پرتو درمانی خارجی :

رایج ترین روش پرتودرمانی مورد استفاده در سرطان های دهان و حلق فرستادن پرتوها از طریق یک ماشین از خارج از بدن است به این ترتیب که پرتوها دقیقا روی موضع سرطانی متمرکز می شوند این روش پرتودرمانی خارجی نامیده می شود برای کاهش عوارض جانبی پزشکان به دقت موضع سرطانی را نشانه می گیرند و پرتوها را دقیقا به آن محل می فرستند. معمولا انجام پرتودرمانی خارجی ۵ روز در هر هفته و به مدت ۵ تا ۷ هفته لازم است.

براکی تراپی (پرتو درمانی داخلی):

روش دیگری از پرتودرمانی است که محفظه کوچک فلزی حاوی مواد رادیو اکتیو از طریق جراحی در نزدیکی محل سرطان کاشته می شود این روش پرتو درمانی داخلی براکی تراپی نامیده میشود محفظه چندین روز در بدن بیمار می ماند و بیمار باید در این چند روز در بیمارستان و در یک اتاق خصوصی بستری باشد. زمان ملاقات بیمار توسط ملاقات کنندگان پرستاران و پزشکان باید محدود شود تا آنها از قرار گرفتن در معرض اشعه در امان باشند محفظه قبل از ترخیص بیمار خارج می شود گاهی لازم است که برای بیمار هم پرتو درمانی داخلی انجام شود و هم پرتو درمانی خارجی

عوارض جانبی پرتو درمانی:

پرتو درمانی خارجی ممکن است تغییرات پوستی نظیر آفتاب سوختگی ایجاد کند که به کندی برطرف می شوند. اگر منطقه مورد پرتوتابی گردن باشد ممکن است غده تیروئید آسیب ببیند و لذا استفاده از قرص برای جایگزین کردن هورمون تیروئید لازم باشد پرتوتابی چه داخلی باشد چه خارجی ممکن است منجر به آسیب غدد بزاقی شود در نتیجه باعث خشکی دهان می شود که خود زمینه ساز پوسیدگی دندان ها خواهد بود. در عین حال ممکن است در اثر پرتوتابی گلو درد موقتی خشونت صدا اشکال در بلع کاهش یا از بین رفتن قوای چشایی درد استخوان و خستگی به وجود آید ممکن است که انجام شیمی درمانی هم زمان برخی از این عوارض راحتی بدتر کند در هر حال روش هایی برای تخفیف بسیاری از این عوارض جانبی وجود دارد. لذا لازم است بروز این علائم را به پزشک معالج تان گزارش کنید.

شیمی درمانی

در این روش از داروهای ضد سرطان به صورت خوراکی یا داخل وریدی استفاده می شود این داروها وارد جریان خون شده از طریق گردش خون به سلول های سرطانی سر و گردن و سلول های متاستاز یافته به نقاط دیگر بدن می رسد. مطالعاتی در حال انجام است که امکان جایگزینی ترکیب پرتودرمانی و شیمی درمانی را به جای جراحی در کنترل کردن سرطان های بزرگ سر و گردن مورد بررسی قرار می دهد. برخی مطالعات نشان داده اند که اهمیت شیمی درمانی در کنترل به همان اندازه جراحی و پرتو درمانی است برخی اوقات شیمی درمانی را جهت کوچک کردن (مچاله کردن) تومور سرطانی قبل از جراحی و پرتودرمانی بکار می برند. این کار درمان پیش تکمیلی نامیده می شود و اغلب این امکان را فراهم می کند که حجم بافت برداشته شده در جراحی کمتر شود. شیمی درمانی در پاره ای موارد نقش تسکینی دارد در تومورهای غیر قابل برداشتن (آنهايي که خیلی بزرگ هستند و کلا قابل برداشتن نیستند) موجود در سر و گردن که پرتودرمانی در آنها بی تاثیر بوده استفاده از شیمی درمانی سودمند است.

عوارض جانبی شیمی درمانی:

شیمی درمانی سلول های سرطانی را منهدم می کند لیکن به پاره ای از سلول های طبیعی نیز آسیب می رساند. لذا توجهات لازم جهت اجتناب از عوارض جانبی یا کاهش دادن آنها ضروری است. عوارض جانبی شیمی درمانی به نوع دارو، مقدار دارو و طول مدت درمان بستگی دارد.

عوارض جانبی موقتی شامل: استفراغ، کاهش اشتها، ریزش مو و زخم دهانی می باشد. از آنجا که شیمی درمانی به سلولهای خون ساز مغز استخوان آسیب می رساند، می تواند باعث کاهش تعداد سلول های خونی شود و در نتیجه ممکن است افزایش خطر عفونت (به علت کاهش گلبول های سفید) و خونریزی و کبود شدگی با ضربه مختصر (به علت کاهش پلاکت ها) و احساس خستگی (به دلیل کاهش گلبول های قرمز) را به دنبال داشته باشد. بیشتر عوارض جانبی به محض توقف درمان، برطرف می شوند. برخی از عوارض جانبی قابل پیشگیری هستند به عنوان مثال، استفاده از ضد تهوع باعث پیشگیری از احساس تهوع و استفراغ خواهد شد. در حالیکه برخی از عوارض جانبی نظیر کاهش شنوایی ایجاد شده در اثر سیس پلاتین ماندگار خواهد بود.

دو داروی رایج مورد استفاده در سرطان های دهان و حلق سیس پلاتین و ۵ فلوراسیل (۵-FU) هستند داروهای دیگر که ممکن است مورد استفاده قرار گیرند عبارتند از: متوترکسات، بلئومایسین، کاربوپلاتین. چندین داروی دیگر نیز در حال مطالعه و بررسی هستند ولی اغلب مورد استفاده قرار نمی گیرند. این داروها را بطور تکی و یا به منظور ایجاد اثر قوی تر به صورت ترکیبی تجویز می کنند. ترکیب سیس پلاتین و ۵-FU در کوچک کردن تومورهای دهان و حلق موثرتر از اثر هر یک از آنها به تنهایی می باشد. با این حال گاهی اوقات نسبت به دارو مقاومت ایجاد می شود و این امر منجر به کم شدن امید به بقای بیماری می گردد. داروهای جدیدتری نظیر پاکلیتاکسل (Paclitaxel) و دوکتاسل (Docetaxel) و ایفوسفوماید Ifosfamide نیز مورد استفاده قرار می گیرند. اما مزیت آنها به ترکیب استاندارد سیس پلاتین و ۵-FU هنوز ثابت نشده است.

شیمی درمانی همزمان با پرتودرمانی در برخی از بیماران برای کوچک نمودن سرطان های حفره دهان و حلق مؤثر بوده است. برخی پزشکان ترجیح می دهند که از پرتودرمانی و شیمی درمانی قبل از جراحی استفاده کنند هرچند که عوارض جانبی آن برای برخی از بیماران قابل پذیرش نیست. لذا معلوم نیست که این روش درمانی به طول عمر بیمار بیافزاید چرا که بسیاری از بیماران به دلیل مشکلاتی در طی درمان یا پس از آن خواهند مرد، مشکلاتی از قبیل پنومونی آمفیزم و یا مشکلات قلبی که قویاً با داشتن تاریخچه مصرف دخانیات، مشروبات الکلی و داشتن تغذیه نامناسب مرتبط است.

خلاصه ای از عوارض جانبی و مشکلات درمان

پرتودرمانی: هر چند که قبلاً به طور مختصر به این مورد اشاره شده، اما به دلیل اهمیت موضوع، تکرار آن ضروری به نظر می رسد پرتودرمانی موجب قرمزی و زخم دهان می شود و این امر، خوردن را با مشکل روبرو می کند. پرزهای چشائی آسیب می بینند لذا قوه چشائی شخص به طور نسبی یا کامل دچار مشکل خواهد شد به دلیل آسیب غدد بزاقی ممکن است که خشکی دهان ایجاد شود و حتی احتمال دارد که به استخوان های دهان نیز صدمه بزند که این معضل به سختی به درمان پاسخ می دهد، به این آسیب استخوان، استئورادیونکروز سیس یا مرگ استخوان در اثر پرتودرمانی می گویند. علامت اصلی این مشکل، درد استخوانی است.

حتی ممکن است منجر به شکستگی استخوان شود که در این موارد اگر ترمیم خودبخودی استخوان صورت نگیرد، جراحی به منظور برداشتن بخش آسیب دیده لازم می شود. دندان هایی که در معرض پرتو قرار می گیرند معمولاً دچار پوسیدگی می شوند لذا مراجعه به دندانپزشک در طول پرتودرمانی ضروری است.

جراحی: ممکن است جراحی بسیار ساده باشد و فقط علائم احساس ناخوشی پس از جراحی ایجاد شود که آن هم برطرف میشود، از طرفی ممکن است جراحی بسیار پیچیده بوده و منجر به مشکلات خوردن و تکلم گردد. مهارت جراح در برداشت بافت سرطانی در کاهش عوارض بعد از عمل بسیار حائز اهمیت است.

مشکلات بیمارانی که لارنگوکتومی شده اند (حنجره آنها برداشته شده)

در اثر لارنگوکتومی، حنجره بیمار برداشته می شود لذا تکلم بیمار دچار اشکال شده و تنفس وی از خلال سوراخی که در گردنش تعبیه می شود، صورت می گیرد. از آنجا که هوای تنفسی توسط فیلترهای طبیعی بینی تصفیه نمی شوند لذا لازم است که روی سوراخ گردن یک پوشش قرار گیرد. از طرفی روی این پوشش گردوغبار و ترشحات مجاری تنفسی جمع می شود، لذا بهتر است که با استفاده از یک روسری، شال گردن یا پوشیدن بلوز یقه اسکی، محل سوراخ پوشانده شود.

شیمی درمانی: اثرات کوتاه مدت شامل تهوع، استفراغ، اسهال، زخم دهان، ریزش مو و خستگی است شیمی درمانی عوارض جانبی پرتودرمانی را نیز تشدید می کند. شیمی درمانی، شمارش سلولی خون را تحت تأثیر قرار داده و ممکن است منجر به کم خونی و عفونت شود، سیس پلاتین می تواند به کلیه و اعصاب آسیب برساند. آسیب اعصاب منجر به بی حسی بویژه در دست و پاها می شود.

اثر نامطلوب عوارض جانبی درمان بر کیفیت زندگی: متأسفانه عوارض جانبی در زندگی بیمار اختلال ایجاد می کند. مطالعات نشان داده که در نخستین ماههای درمان، کیفیت زندگی دست خوش تغییراتی منفی می شود. بعد از آن اگر بیمار سیگار و الکل را ترک کند و وضعیت بهتر خواهد شد. بعد از گذشت یک سال بیماران به وضعیت قابل قبولی می رسند واز اینکه زنده هستند، خرسند می باشند.

درمان های تکمیلی و جایگزین

اگر شما دنبال یک درمان تکمیلی و یا جایگزینی جدید هستید بهتر است که این موضوع را با تیم مراقبت سرطان در میان بگذارید، انجمن ملی سرطان آمریکا اطلاعاتی را در این مورد در اختیار شما قرار خواهد داد. اما به خاطر داشته باشید که برخی از داروهای تکمیلی و یا جایگزینی جدید که صحت آنها هنوز به طور کامل ثابت نشده، ممکن است با درمان های استاندارد تداخل یافته عوارض جانبی مرگباری ایجاد کند.

طرح های تحقیقاتی

مطالعات بالینی که در مورد درمان های تجربی جدید بر روی بیماران داوطلب انجام می شود، طرح تحقیقاتی نامیده می شوند. طرح تحقیقاتی فقط زمانی انجام می شود که دلایلی مبنی بر سودمند بودن درمان جدید برای بیمار وجود داشته باشد و اغلب درمان های مورد مطالعه در طرحهای تحقیقاتی منافی واقعی داشته اند. قبل از اجراء

یک طرح تحقیقاتی سه فاز وجود دارد که پس از سپری شدن این مراحل و تأیید صلاحیت طرح توسط FDA (سازمان غذا و داروی آمریکا)، طرح از نظر قانونی قابل اجراء خواهد بود.

فاز I: هدف از این مرحله یافتن بهترین روش درمان و ارزیابی مقدار بدون خطر داروست. در مدت اجراء این فاز، بیماران دقیقاً از نظر هرگونه عارضه جانبی مضر، تحت نظر خواهند بود. درمان های مطالعاتی در آزمایشات بر روی حیوانات با موفقیت انجام شده لیکن عوارض جانبی آن بر روی انسانها قابل پیش بینی نیست.

فاز II: در این مرحله، پس از حصول اطمینان از بی خطر بودن دارو (درفاز) موثر بودن درمان موردبررسی قرار می گیرد. در این مرحله بیماران که به طور جدی تحت نظر هستند، از نظر میزان ضد سرطانی بودن درمان مورد ارزیابی دقیق قرار می گیرند. به این صورت که وضعیت و اندازه تومورهای سرطانی با شروع طرح دقیقاً بررسی می شود و تغییرات حاصله در اثر درمان، ثبت می شود. همچنان که بررسی بیماران از نظر پاسخ به درمان صورت می گیرد، بروز هرگونه عارضه جانبی نیز گزارش و بررسی می شود.

فاز III: اجراء این مرحله طرح مستلزم شرکت عده کثیری از بیماران در طرح تحقیقاتی می باشد، به طوری که در برخی از این طرح های تحقیقاتی هزاران بیمار شرکت می کنند. در طی این تحقیقات بیماران به چند گروه تقسیم می شوند، یک گروه که گروه کنترل نامیده می شود، درمان های رایج استاندارد دریافت می کند که به این ترتیب امکان مقایسه مستقیم گروه های دریافت کننده داروی جدید با گروه کنترل امکان پذیر خواهد بود. به این ترتیب مؤثر بودن داروی جدید در افزایش شانس بقای بیمار، قابل ارزیابی خواهد بود.

در فاز III نیز همه بیماران از نظر بروز عوارض جانبی بررسی می شوند و به محض بروز هرگونه عوارض جانبی جدی، طرح متوقف خواهد شد. محققان به منظور پاسخ به سئوالات زیر، طرحهای تحقیقاتی راهدایت می کنند:

- آیا درمان جدید سودمند است؟
- آیا درمان جدید مؤثر است؟
- آیا درمان جدید از درمان های قبلی بهتر عمل می کند؟
- درمان جدید چه عوارض جانبی به دنبال دارد؟
- آیا منافع درمان به خطرات آن (مثل عوارض جانبی) می ارزد؟
- در چه نوعی از بیماران، درمان جدید سودمندتر است؟

در هر حال خطراتی وجود دارند و هیچ یک از محققانی که روی این طرح ها کار میکنند نمی دانند که در نهایت این شیوه جدید درمان مؤثر خواهد بود یا نه و اینکه چه عوارضی ممکن است رخ دهد و به همین دلیل است که این مطالعات تحقیقاتی، طراحی شده اند. هر چند که بیشتر عوارض جانبی به مرور زمان برطرف می شوند ولی برخی از آنها نیز ماندگار و حتی تهدید کننده حیات می باشند البته بخاطر داشته باشید که حتی درمانهای رایج استاندارد نیز عوارض جانبی دارند.

به دلایل مختلفی ممکن است که یک بیمار تصمیم بگیرد در طرح تحقیقاتی شرکت کند. شرکت جستن در یک طرح تحقیقاتی کاملاً به خود شما مربوط است. پزشکان و پرستاران جزئیات مطالعه را برای شما شرح می دهند سپس فرمی در اختیار شما قرار خواهد گرفت که پس از مطالعه آن را امضا می کنید و انتظارات و توقعات خود را از درمان شرح می دهید ولی شما آزادید حتی پس از امضا فرم و یا حتی پس از شروع طرح های تحقیقاتی هر گاه بخواهید و به هر دلیلی از شرکت در طرح صرف نظر کنید طرح تحقیقاتی شما را از دریافت سایر مراقبت های پزشکی محروم نخواهد کرد.

برای دستیابی به اطلاعات بیشتر در مورد طرح های تحقیقاتی از تیم مراقبت سرطان کمک بگیرید.
سئوالاتی که برایتان مطرح می شود ممکن است موارد ذیل باشد:

- دلیل اجرا طرح چیست؟
- چه آزمایشات و در مان هایی در این طرح انجام می شوند؟
- این درمان چه اثری دارد؟
- شرکت کردن یا نکردن من در این طرح چه مزیتی به حالم دارد؟
- چه انتخاب های درمانی دیگری به جز شرکت در این طرح برای من وجود دارد و هر کدام چه فواید و چه مضراتی دارند؟
- آیا شرکت در این طرح فعالیت های روزمره مرا تحت تاثیر قرار خواهد داد؟
- انتظار بروز چه عوارضی جانبی را باید داشته باشم؟ آیا این عوارض جانبی قابل کنترل خواهند بود؟
- آیا باید بستری شوم و اگر این طور است چه مدت و هر بار بستری شدن چقدر طول می کشد؟
- آیا شرکت در طرح تحقیقاتی برای من مخارجی دارد یا مجانی است؟
- اگر حین طرح و در اثر تحقیقات صدمه ای به من برسد چه درمانی برای من پیش بینی شده است؟
- آیا مراقبت های پیگیرانه قسمتی از طرح می باشد؟
- آیا این طرح برای معالجه انواع دیگر سرطان نیز اجرا می شود؟

شما می توانید با تماس تلفنی با سرویس اطلاعاتی انجمن ملی سرطان آمریکا یا با مراجعه به پایگاه اینترنتی NCI بیماران آدرس [Cancer trial/.nci.nih.gov](http://Cancer_trial/.nci.nih.gov) لیستی از طرح های تحقیقاتی در حال اجرا در آمریکا را به دست آورید.

انتخاب های درمانی بر اساس مرحله

شیوه درمانی که تیم مراقبت سرطان به شما پیشنهاد می کند بستگی به این امر دارد که سرطان شما تا چه حد پیش رفته است در این مبحث به بررسی در مان های سرطان حفره دهان و حلق در هر مرحله می پردازیم.

مرحله 0: مادام که سرطان در این مرحله است مهاجم نیست ولیکن امکان تهاجم را دارد در مان معمول برداشتن از طریق جراحی است. مراقبت های پیگیرانه از نظر عود حائز اهمیت است عود کار سینوم در جا با جراحی درمان نمی شود و نیاز به پرتودرمانی دارد ۹۵ تا ۱۰۰٪ بیماران در مرحله صفر بدون نیاز به جراحی ویژه بقای طولانی مدت دارند ولی درک این نکته حائز اهمیت است که تداوم استعمال دخانیات احتمال بروز سرطان های جدید را بالا می برد.

مرحله I و II: بیشتر بیماران که در مراحل I و II سرطان حفره دهان و حلق به سر می برند به خوبی به درمان جراحی یا پرتو درمانی پاسخ می دهند اثر بخشی این دو روش یکسان است میزان بقای ۵ ساله هر یک از این روش ها بین ۸۰ تا ۹۵٪ است که بسته به موقعیت تومور در دهان و حلق متفاوت است. انتخاب نوع درمان بر اساس عوارض جانبی آنهاست به عنوان مثال اگر تومور در لوزه باشد جراحی و برداشتن آن عوارض جانبی مختصری دارد حال آنکه پرتو درمانی در این قسمت ممکن است منجر به زخم گلو و خشکی دهان شود. یا مثلا در سرطان های زبان جراحی این قسمت تکلم و بلع را با مشکل روبرو کند لذت پرتودرمانی ارجح است فاکتور دیگر در انتخاب نوع درمان بررسی حوصله بیمار در انجام روزانه پرتودرمانی خارجی است.

مرحله III و IV: مراحل سه و چهار سرطان های حفره دهان و حلق اساسا نیازمند درمان ترکیبی جراحی و پرتو درمانی یا پرتودرمانی و شیمی درمانی و یا حتی هر سه نوع درمان هستند انتخاب هر یک از این روش های ترکیبی بر اساس عوارض جانبی احتمالی آنهاست.

جراحی برش گردن معمولا وقتی صورت می گیرد که خطر بالای متاستاز سرطان به غدد لنفاوی وجود داشته باشد . پرتودرمانی غالبا پس از جراحی و بخصوص در مواردی که متاستاز به غدد لنفاوی وجود دارد انجام می شود. مقدار بافتی که در خلال جراحی خارج می شود بسته به میزان گستردگی تومور و شیوه های باز سازی (برطرف کننده نواقص) تعیین می شود اگر درمان ترکیبی جراحی و پرتودرمانی برای سرطان های مراحل III و IV به نحوی صورت گیرد که توده توموری کاملا برداشته شود میزان بقای ۵ ساله د رحده ۲۰ تا ۵۰٪ خواهد بود.

تومورهای اولیه بسیار بزرگ که قابل برداشتن کامل با جراحی نیستند معمولا با پرتودرمانی یا پرتودرمانی همزمان با شیمی درمانی مورد درمان قرار می گیرند طرح های تحقیقاتی بررسی شیوه های گوناگون ترکیبی پرتو درمانی و شیمی درمانی را برای حصول بقای بیشتر و ارتقا کیفیت زندگی را به عهده دارند.

مطالعات دیگر برای بررسی سودمندی درمان پیش تکمیلی شیمی درمانی (قبل از جراحی) با یا بدون پرتودرمانی به منظور افزایش امید به بقا و ارتقا کیفیت زندگی بیمار در حال اجرا هستند.

عود سرطانهای حفره دهان و حلق:

در مان عود سرطان همچون سرطان اولیه بستگی به سایز و محل سرطان دارد اگر برای درمان سرطان اولیه از پرتو درمانی استفاده شده بود برای درمان عود جراحی ترجیح داده می شود اگر برای درمان سرطان اولیه از جراحی استفاده شده بود برای درمان عود استفاده از جراحی یا پرتو درمانی و یا ترکیبی از هر دو رایج است هر چند که شیمی درمانی به طور موقت سبب کوچک شدن تومورها می شود ولی این پا سخ به درمان زیاد طول نمی کشد شیمی درمانی به طول عمر بیمار نمی افزاید ولیکن پا سخ موقتی تومور به این درمان منجر به فروکش کردن پاره ای علائم می شود پرتو درمانی خارجی را نمی توان مکررا برای یک محل بکار برد لذا در موارد عود سرطان در محل قبلی سرطان اولیه می توان از پرتودرمانی داخلی (براکی تراپی) سود جست.

چه سئوالاتی را باید از پزشکتان راجع به سرطان حفره دهان و حلق پرسید؟

اگر مصمم هستید که برای درمان زیر نظر تیم مراقبت سرطان با شید لازم است که با آنها به راحتی گفتگو کنید شما باید احساس راحتی کنید و هر سئوالی را که در ذهنتان خطور می کند مطرح کنید هر چنی پیش پا افتاده به نظر برسد سئوالاتی که ممکن است برای شما پیش بیاید شامل موارد ذیل است:

- من مبتلا به چه نوعی از سرطان حفره دهان و حلق هستم؟
- آیا سرطان من جای دیگر را هم درگیر کرده است؟
- سرطان من در چه مرحله ای است و معنی قرار داشتن در یک مرحله خاص چیست؟
- چه انتخاب های درمانی برای من وجود دارد؟
- شما بر اساس چه شواهدی در مورد سرطان من اظهار نظر می کنید؟ و به نظر شما من چه مدت زنده خواهم ماند؟
- انتظار بروز چه عوارض جانبی را از درمان خودداشته باشم؟
- خطرات دیگر درمان چیست؟
- طول مدت درمان من چقدر خواهد بود؟
- چه مدت بعد از درمان می توانم به سر کارم برگردم؟
- چه عواملی خطر عود سرطان را در من افزایش می دهد؟
- آیا نوع روش درمان در کاهش امکان عود موثر است؟
- چگونه باید برای درمان آماده شوم؟
- آیا انتخاب دیگری برای درمان دارم؟

هر سئوالی که برایتان پیش می آید یادداشت کنید تا در هر ملاقاتی که با پزشک دارید آنها را مطرح کنید بخاطر داشته باشید که نه تنها پزشکان بلکه پرستاران و مددکاران اجتماعی نیز می توانند پاسخگوی سئوالات شما باشند

وقایع پس از درمان سرطان حفره دهان و حلق

بلع و تکلم: ممکن است پس از جراحی و یا سایر در مان های سرطان حفره دهان و حلق مشکلاتی در بلع و تکلم پیش آید. در این موارد مشکلات با یک گفتار درمان لازم است این افراد در مورد مشکلات و اختلالات تکلم و بلع تحصیلات و تجربه علمی کافی دارند متخصصان تغذیه در انتخاب غذای مناسب که خشکی و بی مزگی دهان را بهبود بخشند شما را راهنمایی خواهند کرد و پزشکان در صورت لزوم برای شما جایگزین بزاق تجویز خواهند نمود.

بیماران مبتلا به سرطان حفره دهان و حلق در معرض خطر عود سرطان های سر و گردن هستند لذا ضروری است که پس از درمان به دقت تحت پیگیری قرار بگیرند عود در ۲ سال نخست پس از درمان بسیار شایع است لذا لازم است که بیماران هر ماه یکبار در طی سال اول پس از درمان و ۴ بار در سال در طی سال دوم پس از درمان و پس از آن سالی یکبار معاینه شوند.

آزمایشات پیگیری: ممکن است که عکس قفسه سینه و سایر مطالعات تصویربرداری برای جستجو موارد عود، متاستاز و یا بروز یک سرطان جدید لازم باشد. حدود ۳۰ تا ۴۰٪ بیماران که در پرتودرمانی خارجی گردن دریافت میکنند به هیپوتروئید (کاهش هورمون تیروئید) دچار خواهند شد، که این امر موجب احساس خستگی مزمن می شود لذا آزمایش خون برای بررسی میزان هورمون تیروئید یکی از آزمایشات پیگیری پس از درمان خواهد بود.

پیشگیری با دارو: با پیشرفت های روش های جراحی و پرتودرمانی، توانائی حذف توده سرطانی اصلی، بیشتر شده است، با این حال خطر ایجاد سرطان ثانویه سر و گردن کماکان وجود دارد. داروهای شیمیایی گوناگونی جهت کاهش خطر تومور ثانویه مورد بررسی هستند. چندین آنالوگ رتینوئید (مواد شیمیائی مرتبط با ویتامین A) تحت بررسی هستند و برخی پزشکان آنها را تجویز می کنند تحقیقات در حال انجام بر روی گیرنده های خاص رتینوئید روی سلول ها (که جهت سرکوب توده های سرطانی ایجاد می شوند) می توانند به تحقیقات در تولید داروهای موثرتر و کم خطرتر کمک کنند.

علائم جدید: این نکته حائز اهمیت است که بیمار علائم جدید را به پزشک خود اطلاع دهد ممکن است این علائم به دلیل عود سرطان، بروز سرطان جدید یا عوارض جانبی درمان باشد. تشخیص علل این علائم، اولین گام در جهت برطرف کردن آنها خواهد بود.

ارزیابی سلامت عمومی: ممکن است درمان سرطان موجب احساس خستگی در شما بشود، باید به خودتان فرصت بهبودی بدهید، اصلاً اینطور فکر نکنید که باید هرچه سریع تر به سرکارتان بازگردید و همه فعالیت های طبیعی روزمره تان را همچون سابق از سرگیرید، به بدن خودتان استراحت بدهید، به مرور احساس بهتری خواهید داشت.

برای سالم و فعال نگهداشتن خود هرکاری که می توانید بکنید اگر سیگار می کشید یا الکل مصرف می کنید ترک کنید، تیم مراقبت سلامتی در مورد روش های ترک سیگار و الکل شما را راهنمایی خواهند کرد ثابت شده

است که در افرادی که پس از درمان کماکان به سیگار کشیدن و نوشیدن الکل ادامه می دهند خطر ویژه عود سرطان، یا بروز سرطان جدید بیشتر است رژیم غلات برای شما لازم است. قوای از دست رفته شما باز خواهد گشت. چند ساعت در هفته ورزش کنید مراقبان سلامتی، انواع ورزش های مناسب را به شما پیشنهاد خواهند کرد. تیم مراقبت سلامت شما، موسسات دیگری را نیز به شما معرفی خواهند کرد که پس از درمان شما را از نظر روحی حمایت خواهند کرد و دوستانه به سوالات شما پاسخ خواهند داد.

تازه های درمان سرطان حفره دهان و حلق

تحقیقات علمی در مورد سرطان های دهان و حلق در بسیاری از بیمارستان های دانشگاهی، مراکز پزشکی و موسسات دیگر در سراسر آمریکا در حال انجام است. دانشمندان هر ساله اطلاعات جدیدی در مورد علل بیماری، چگونگی پیشگیری و درمان های جدید بدست می آورند.

تغییرات DNA: تحقیقات بسیاری برای کشف تغییرات DNA که مسئول سرطانی شدن سلول های حفره دهان و حلق می شوند، در حال انجام است. تغییری که معمولاً پیدا می شود موتاسیون (جهش) در ژن P53 می باشد. به طور طبیعی، پروتئین تحت کنترل ژن P53 تولید می شود که مسئول جلوگیری از رشد بی رویه سلول های حفره دهان و حلق است و همچنین مسئول تخریب سلول هایی است که تحت کنترل های DNA می آسب دیده رشد می کنند لذا آسب ژن P53 موجب می شود که پروتئین مذکور ساخته نشود و در نتیجه رشد بی رویه سلول های سرطانی صورت گیرد. مطالعات جدید توصیه می کنند که آزمایشاتی جهت بررسی ژن P53 در اشخاص انجام شود و به این ترتیب احتمال وقوع سرطان حفره دهان و حلق هر چه زودتر شناسائی گردد.

همچنین می توان از این آزمایشات برای حصول اطمینان از پاک بودن حاشیه محل برداشته شده با جراحی و همچنین برای تعیین اینکه تومور به درمان جراحی بهتر پاسخ می دهد یا به پرتودرمانی، استفاده کرد. تغییر دیگری که در DNA مشاهده شده، این است که در پاره ای موارد سرطان حفره دهان و حلق، DNA بیمار با DNA پاپیلوم ویروس (HPV) مخلوط شده است.

DNA پاپیلوم ویروس سلول را وادار می کند که پروتئین غیرفعال کننده P53 را بسازد. مطالعات بیشتری در حال انجام است تا مشخص کند آیا روش آزمایشگاهی شناسایی DNA پاپیلوم ویروس، در تشخیص زودرس سرطان های حفره دهان و حلق موثر است.

عوامل رشد تومور: محققان مواردی را در بدن شناسائی کرده اند که رشد سلولی را تحریک می کنند. این مواد شبه هورمونی، فاکتور رشد نامیده میشوند. فاکتورهای رشد با چسبیدن به گیرنده های سلولی که در سطح خارجی سلول ها قرار گرفته اند، باعث فعالیت شدن رشد سلولی می شوند. برخی سلول ها به دلیل داشتن گیرنده های بیشتر سریع تر رشد می کنند. یکی از این فاکتورها که در سرطان حفره دهان و حلق نقش دارد، فاکتور رشد اپتیلیوم یا EGF نام دارد. انواعی از سرطان های حفره دهان و حلق که گیرنده های EGF بیشتری دارند، تمایل بیشتری به تهاجم از خود نشان می دهند. داروهای جدیدی که سلول های پرگیرنده را شناسائی می کنند در طرح تحقیقاتی مورد مطالعه قرار گرفته اند این داروها از عمل کردن EGF در تحریک رشد سلولی و ایجاد سرطان جلوگیری می کنند و همچنین به سیستم ایمنی بدن کمک می کنند که سلول های سرطانی را شناسائی کرده و به آنها حمل کنند.

مطالعات مقدماتی نشان داده که دارویی از این نوع به نام C225 باعث می شود که پرتودرمانی در انهدام سلول های سرطانی سنگفرش سر و گردن موثرتر عمل کند.

شیمی درمانی نوین: تحقیقات در جهت یافتن دارویی موثرتر در درمان سرطان های پیشرفته حفره دهان و حلق در حال انجام است. شیمی درمانی داخل شریانی (تزریق دارو به داخل شریان های تغذیه کننده تومور) بهطور ترکیبی با پرتودرمانی، برای اثربخشی بیشتر، مورد استفاده قرار می گیرد. شیوه جدید دیگر در شیمی درمانی به نام شیمی درمانی داخل ضایعه وجود دارد (تزریق دارو به درون تومور). اخیراً استفاده از این روش محدود شد چرا که امکان پخش دارو در دیگر سلول ها در چنین درمانی وجود دارد که می تواند به سرعت به بافت های طبیعی اطراف نیز صدمه بزند پیشرفت های اخیر در تولید داروهای با حلالیت مناسب این امکان را فراهم کرده که داروی تزریق شده درون ضایعه به بافت های اطراف سرایت نیابد.

شیوه های جدید پرتودرمانی: بسیاری از طرح های تحقیقاتی جهت بررسی اثربخشی رژیم جدید پرتودرمانی به صورت پرتودرمانی ۲ بار در روز، سرطان حفره دهان و حلق، هدایت می شوند. تحقیقات جدیدتری مقادیر ۲ برابر این رژیم درمانی را مورد بررسی قرار می دهند. طرحهای تحقیقاتی درصدد اثبات کارائی این روش ها هدایت می شوند.

روش هایی برای کاهش عارضه خشکی دهان (مهمترین عارضه پرتودرمانی سر و گردن) طراحی شده است. تحقیقات نشان می دهند که استفاده از آمیفوستین (Amifosti) از طریق محدود کردن آسیب پرتوبه غدد بزاقی در کاهش این معضل موثر بوده است این دارو چند دقیقه قبل از هر پرتودرمانی به درون ورید تزریق می شود عوارض جانبی آمیفوستین شامل: کاهش فشار خون، تهوع و استفراغ می باشد.

واکسن ها:

بیشتر مردم تصور می کنند که واکسن فقط روشی به عنوان پیشگیری از بیماریهای عفونی نظیر فلج اطفال و سرخک است حال آنکه واکسن به عنوان عاملی برای تحریک سیستم ایمنی بیمار در شناسائی و حمله به سلول های سرطانی نیز به کار می رود از طرفی از آنجا که برخی از سلول های سرطانی حفره دهان و حلق حاوی DNA پاپیلوم ویروس هستند مطالعاتی در حال انجام است که اثر واکسن ضد پاپیلوم ویروس را در درمان این سرطان ها بررسی می کند.

ژن درمانی:

با استفاده از یافته های جدید در مورد تغییرات DNA در سلول های سرطانی حفره دهان و حلق مطالعاتی طراحی شده که در آنها در مان تجربی به صورت بر عکس کردن تغییرات DNA انجام می شود به عنوان مثال طراح های تحقیقاتی در حال بررسی این موضوع هستند که آیا می توان با جایگزین کردن ژن غیر طبیعی (مثلاً ژن P53 جهش یافته) مهار کننده سلول های سرطانی دهان و حلق با یک ژن طبیعی رشد سلولی را در آنها کنترل کرد یا نه

همچنین شیوه های ژن درمانی در صدد است با عوامل محرک رشد حاصل از پاپیلوم ویروس مقابله کند شیوه دیگری از ژن درمانی ژن های جدیدی را به سلول های سرطانی اضافه می کنند تا آنها را در برابر داروهای ضد سرطان تاثیر پذیر کنند

منبع مورد استفاده: سرطان حفره دهان و حلق

مترجم: دکتر افسون ماهوری - نشر آویشن- انجمن امداد ایران

تلفن: ۰۱۱۱۲۲۹۴۱۰۰-۲۲۹۰۰۰۴