

نئوپلاسم ریه و آمیغزم زیرجلدی

ارائه دهنده:

اعظم طاهری

دانشجوی ترم 2 کارشناسی ارشد داخلی جراحی

استاد:

خانم دکتر شوهانی



سرطان ریه



اپیدمیولوژی

سرطان ریه بیماری افراد مدرن است و قبل از 1900 بسیار نادر بود و کمتر از 400 مورد آن در متون پزشکی ذکر شده است.

با این وجود، تا اواسط قرن 20 سرطان ریه اپیدمی شد و تبدیل به اولین علت مرگ مرتبط با سرطان در آمریکای شمالی و اروپا شد.

سرطان ریه عامل 28% کل مرگ های ناشی از سرطان در ایالت متحده است، بیشتر از مجموع سه سرطان شایع دیگر (یعنی کولون، پستان و پروستات).

اپیدمیولوژی

سرطان ریه در افراد زیر 40 سال نادر است اما میزان آن تا سن 80 سالگی افزایش می یابد و بعد از آن کاهش می یابد.

احتمال ابتلا به سرطان ریه در طول زندگی هر فرد، حدود 8% در میان مردان و 6% در میان زنان می باشد.

بروز سرطان ریه بر اساس نژاد و قومیت متفاوت است و میزان شیوع تنظیم شده بر حسب سن در آمریکایی های آفریقایی تبار حداکثر است.

عوامل خطر

مصرف سیگار عامل اصلی سرطان ریه می باشد، مصرف سیگار ریسک سرطان ریه را 10 برابر یا بیشتر نسبت به افراد غیر سیگاری افزایش می دهد.

استنشاق دود سیگار محیط (ETS) یا دود سیگار اشخاص دیگر نیز علت ابتلا به سرطان ریه است. این احتمال نسبت به مصرف فعال سیگار کمتر است.

در حالی که مصرف سیگار علت اصلی سرطان ریه است، تعدادی از فاکتورهای خطر شامل تماس شغلی نیز می تواند باعث ایجاد سرطان ریه شود:

آزبست، آرسنیک، بیس کلرومتیل اتر، کروم هگزاوالنت، گاز خردل، نیکل و هیدروکربن های آروماتیک چند حلقه ای.

عوامل خطر

احتمال ایجاد سرطان ریه در میان افراد با مصرف کم میوه و سبزیجات در بزرگسالی بیشتر است. این مشاهده فرضیه ای را مطرح می کند که در آن برخی مواد غذایی خاص، به ویژه رتینوئید و کاروتنوئید ممکن است اثرات پیشگیری کننده داشته باشند.

تماس با رادون همانند آنچه در معادن دیده می شود، ریسک سرطان ریه را تقریباً ده برابر افزایش می دهد، اما مواجهه با رادون در منزل اهمیت کمتری دارد.

بیماری های قبلی ریه نظیر برونشیت مزمن، آمفیوزم و سل نیز احتمال سرطان ریه را افزایش می دهند.

پیش آگهی

باوجود پیشرفت های مداوم در شناخت بیولوژی سرطان ریه و معرفی لیستی از عوامل شیمی درمانی برای درمان، میزان کلی بقای 5 ساله بیماران در سرطان ریه 15% است.

بیشتر بیماران با سرطان ریه در مراحل پیشرفته بیماری تشخیص داده می شوند که جراحی احتمالاً کمتر موثر است.



پاتوفیزیولوژی

سرطان های ریه از یک سلول اپی تلیال در مجاری تراکئوبرونشیاال بیمار شروع می شود. کارسینوژن به DNA سلول متصل شده و به آن صدمه می زند. این صدمه موجب تغییرات سلولی، رشد غیرطبیعی سلول و نهایتا بدخیمی سلول می شود.

کارسینوما بیشتر در ناحیه ای از ریه که قبلا محل زخم بوده است (فیروز، TB) ایجاد می شود.

اکثر سرطان های ریه را در این دو گروه جای می دهند : سرطان ریه با سلول های کوچک (SCLC) و سرطان ریه با سلول های غیر کوچک (NSCLC).

SCLC حدود 15-20% تومور ها را تشکیل می دهد. که اغلب در برونش ماژور ایجاد شده و باانتشار بر دیواره برونشیا، منتشر می شود. و قویا با مصرف سیگار در ارتباط است. و شدیداً تهاجمی است.

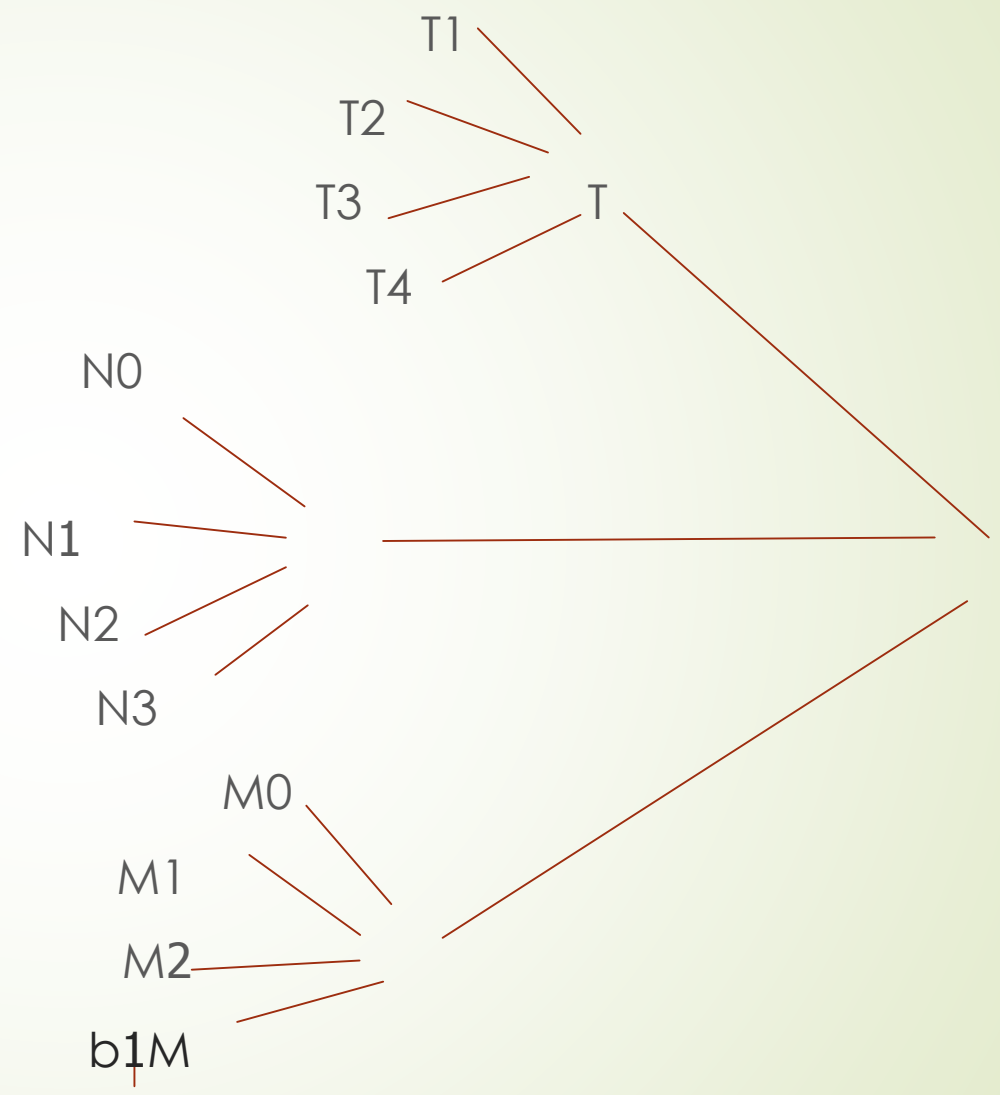
ویژگی ها:

سیتوپلاسم اندک، حاشیه سلولی نامشخص، گرانولار ضعیف، و میزان بالای میتوز.
NSCLC 80% تومورهای ریه را تشکیل می دهد.

طبقه بندی و مرحله بندی

بر اساس مرحله تومور: که توسط اندازه تومور و محل قرار گیری (T)، درگیری غدد لنفاوی (N) و انتشار تومور به نواحی دور دست (M) تعیین می شود.

همان سیستم مرحله بندی TNM.



تظاهرات بالینی

بیش از نیمی از بیماران مبتلا به سرطان ریه، در زمان تشخیص در مراحل پیشرفته موضعی یا متاستاتیک بیماری هستند.

علائم و نشانه ها بستگی دارد به: محل رشد تومور، تهاجم یا انسداد ساختارهای مجاور، رشد در نواحی دوردست متاستازی، یا سندرم پارانهوپلاستیک.

دو نکته:

سابقه سرفه مزمن با یا بدون هموپتیزی در فرد سیگاری یا قبلا سیگاری مبتلا به COPD و سن 40 سال یا بیشتر نیازمند جستجوی کامل جهت یافتن سرطان ریه حتی در صورت وجود CXR طبیعی است.

پونومونی مداوم در حالی که تحت درمان مکرر آنتی بیوتیک قرار گرفته اما درمان نشده است نیز باید ارزیابی بیشتری انجام شود.

تظاهرات بالینی

بیماران با رشد مرکزی یا داخل برونش تومور اولیه: معمولا با سرفه، هموپتیزی، خس خس، استریدور، تنگی نفس، یا پونومونیت بعد از انسداد مراجعه می کنند.

بیماران با رشد محیطی تومور اولیه: ممکن است درد به علت درگیری پلور یا جدار قفسه سینه، تنگی نفس بر پایه الگوی تحدیدی و علائم آبره ریه به علت ایجاد حفره توسط تومور، را ایجاد کند.

در صورت گسترش موضعی تومور در توراکس: ممکن است منجر به انسداد نای، فشار بر مری و دیسفاژی، فلج شدن عصب راجعه حنجره و ایجاد کلفتی صدا، فلج عصب فرنیک و بالا آمدن یک نیمه دیافراگم و تنگی نفس و فلج عصب سمپاتیک شود.

تومور شیار فوقانی (تومور پان کوست): به دنبال گسترش موضعی و رشد تومور در قله ریه با درگیری اعصاب هشتم گردنی و اول و دوم توراکس رخ داده و درد شانه که به ناحیه اولنار در بازو تیر می کشد و معمولا تخریب دنده اول و دوم در رادیولوژی وجود دارد.

تظاهرات بالینی

در صورت انسداد ورید اجوف فوقانی، سندرم انسداد ورید اجوف فوقانی رخ می دهد: ادم صورت و اندام های فوقانی به دلیل اختلال در بازگشت وریدی ایجاد می شود. این سندرم در کمتر از 5% بیماران رخ می دهد.

سندرم هورنر: نفوذ تومور به درون زنجیره سمپاتیک گردنی می تواند باعث سندرم هورنر شود که مشخصه آن: پتوز (افتادگی پلک)، میوز، فقدان تعریق در پیشانی و صورت و آنفالموس (گود افتادگی چشم) می شود .

تظاهرات بالینی

در صورت متاستاز به نواحی دور دست:
مغز: سردرد، تهوع، استفراغ یا نواقص عصبی.

استخوانی: درد، شکستگی پاتولوژیک، سیتوپنی، کوآریتروبلاستوز

کبد: بزرگی کبد، درد در ربع فوقانی راست شکم، آنورکسی و کاهش وزن

متاستاز به آدرنال شایع است اما به ندرت منجر به درد، بی کفایتی آدرنال می گردد.

تظاهرات

سندرم های پارائتوپلاستیک: که سندرم های عصبی هستند اگر ایجاد شود علائمی مانند: کاهش تون عضلانی، سختی در راه رفتن و بلع، کاهش هماهنگی ظریف حرکتی، تکلم نامفهوم، کاهش حافظه، مشکلات بینایی، زوال عقل، اختلالات خواب، تشنجات و سرگیجه. اما در کل سندرم های پارائتوپلاستیک نادر می باشند.

علائم سیستمیک: آنورکسی، کاشکسی و کاهش وزن (در 30% بیماران)، تب، ضعف ایمنی.

علائم و نشانه های اولیه در سرطان ریه

سرفه

کاهش وزن

تنگی نفس

درد قفسه سینه

هموپتیزی

درد استخوان

چماقی شدن

تب

ضعف

دیسفاژی

خس خس و استریدیور

شایع ترین علائم: سرفه، تنگی نفس، کاهش وزن.



تشخیص

رادیوگرافی قفسه سینه جهت بررسی دانسیته ریه، ندول محیطی منفرد، آتلکتازی و عفونت انجام می شود.

CT اسکن جهت شناسایی ندول های کوچک و همچنین برای بررسی بیماران از نظر لنفادنوپاتی استفاده می گردد.

سیتولوژی خلط برای تشخیص سرطان ریه استفاده می شود.

برونکوسکوپی فایبراپتیک متدوال تر است، چون اطلاعات کامل در ارتباط با درخت تراکتوبرونشی فراهم آورده و برس کشیدن، شستشو و بیوپسی نواحی مشکوک را ممکن می سازد.

برای مایعات محیطی که توسط برونکوسکوپی قابل بررسی نیستند، از آسپیراسیون با سوزن ظریف از طریق قفسه سینه (تحت CT اسکن یا فلوروسکوپی) برای آسپیراسیون سلول ها از نواحی مشکوک استفاده می شود.

تشخیص

آندوسکوپی یا اولتراسوند مری به منظور نمونه گیری از گره های لنفاوی از راه مری استفاده می گردد.

برای تهیه نمونه از گره های لنفاوی در ناحیه مدیاستن: **مدیاستینوسکوپی** یا **مدیاستینوتومی** انواع اسکن ها برای ارزیابی **متاستاز سرطان** استفاده می شود: اسکن استخوان، اسکن شکم، اسن های توموگرافی و اولتراسوند کبد.

CT از **مغز و نیز MRI** و روش های تشخیصی دیگر نورولوژیکی جهت تعیین متاستاز به **CNS** استفاده می شوند.

سایر موارد: آزمون های عملکرد ریه، **ABG**، و تست ورزش ممکن است جهت بررسی بیمار استفاده شود.

درمان

درمان سرطان ریه عبارت از استراتژی هایی با هدف پیشگیری، تشخیص زودرس و دررما کلی و یا تسکین علائم بیماری انجام شود. در بین اینها بهترین رویکرد پیشگیری است.

هرچه تماس با سیگار دورتر باشد منفعت بیشتری وجود دارد. رژیم غذایی غنی از میوه ها و سبزیجات ممکن است از ایجاد سرطان ریه در سیگاری ها جلوگیری کند.

درمان سرطان ریه بستگی دارد به:

مرحله بیماری در زمان تشخیص.

وضعیت قلب و عروق بیمار: تست ورزش قلبی- ریوی

تعیین عملکرد ریوی بیمار: ارزیابی جامع تنفسی، اسپرومتری.

درمان

درمان کارسینوم های سلول غیر کوچک ریه (NSCLC):

مرحله 1: برای درمان این بیماران جراحی اندیکاسیون دارد. لوبکتومی (یا برداشتن وسیع تر) نسبت به برداشتن محدود ارجح تر است. و بیمار به درمان های اضافه تر نیازی ندارد.

مرحله 2: جراحی + شیمی درمانی کمکی برای بیماران در این مرحله مناسب می باشد.

مرحله 3: استراتژی درمان مطلوب بیماران این گروه نامشخص است. و طرح درمان برای هر بیمار باید به صورت فردی در یک موقعیت چند تخصصی، برنامه ریزی شود. به ندرت جراحی اندیکاسیون دارد. و برای این گروه شیمی درمانی و پرتودرمانی ترکیبی همزمان، بهتر از پرتو درمانی به تنهایی است.

مرحله 4: شیمی درمانی به عنوان خط اول درمان این گروه توصیه می شود، زیرا میزان بقا را بهبود بخشیده و غلظت را تخفیف می دهد.

درمان

کارسینوم سلول کوچک ریه (SCLC):

اکثر SCLC ها به وسیله شیمی درمانی و رژیم های معمول که شامل 4 تا 6 دوره شیمی درمانی مبتنی بر پلاتین (سیس پلاتین یا کربوپلاتین) به اضافه اتوپوساید یا ایرینوتکان بوده است درمان می شوند.

پرتوتابی خارجی سینه ای، ممکن است مفید بوده اگر بیماری محدود باشد.

گاهی اوقات SCLC ها می توانند جراحی شوند اگر شواهدی از متاستاز پیدا نشود.

هرچند اغلب شیمی درمانی و پرتودرمانی پاسخ قابل توجهی ایجاد می کنند، اما عود مجدد معمول بوده و درمان های بعدی کمتر موثرند.

تدابیر پرستاری

مراقبت پرستاری از این بیماران مشابه سایر سرطان ها است.

1. نیازهای فیزیولوژیک. (بیشتر مربوط به علائم تنفسی)

2. نیازهای روانی.

مراقبت های پرستاری از بیماران دچار سرطان ریه باید راهکارهایی جهت: تسکین درد، ناراحتی و پیشگیری از عوارض.

آمفییزم زیرجلدی



آمفیزم زیر جلدی زمانی است که گاز یا هوا در لایه زیر پوست قرار دارد.

معمولا بر روی قفسه سینه، گردن و صورت رخ می دهد. آمفیزم زیر جلدی به لمس حساس است.

عامل ایجاد کننده آن:

ممکن است از **سوراخ شدن بخشی از سیستم تنفسی یا دستگاه گوارش** به وجود آمده باشد.

تروما: به ویژه در قفسه سینه و گردن، ممکن است هوا به علت ترومای نفوذی (به عنوان مثال زخم های گلوله ای یا زخم های تکان دهنده) یا ترومای ناخوشایند ایجاد شود. تروما یکی از علل عمده ایجاد آمفیژم زیر جلدی است.

عفونت: می تواند گاز را در بافت های زیر جلدی به دام بیندازد. (مثل گاز گانگرن)

می تواند ناشی از **شرایط پزشکی** باشد که باعث می شود فشار در آئول ریه بالاتر از بافت خارج از آن باشد، که شایع ترین علت آن پنوموتوراکس و چست تیوپ است که توسط لخته خون یا مواد فیبرین بسته شده است.

همچنین می تواند به علت **پارگی آئول ها** خود به خود رخ دهد.

اعمال جراحی: می تواند ناشی از جراحی قفسه سینه، حتی جراحی اطراف مری باشد.

تظاهرات

علائم آمفیژم زیرجلدی متفاوت است،
اما اغلب با تورم گردن و درد قفسه سینه همراه است.
همچنین ممکن است گلودرد، درد گردن، بلع دشوار، خس خس سینه و مشکل تنفس باشد.
اگر آمفیژم در اطراف گردن و سینه بسیار شدید باشد، تورم می تواند تنفس را مختل کند.

تشخیص

رادیوگرافی در قفسه سینه ممکن است هوا را نشان دهد.

همچنین می تواند در CT اسکن دیده شود و هوا به عنوان مناطق تاریک ظاهر می شود. از CT اسکن معمولا برای پیدا کردن نقطه دقیق که از آن هوا به داخل بافت نرم وارد می شود استفاده کرد.

تشخیص آن با لمس کردن پوست آسان است، لمس کردن حباب موجب می شود حرکت کند و گاهی سر و صدا ایجاد کند. و در لمس حساس است.

درمان

آمفیزم زیر جلدی معمولا خوش خیم است. و اغلب نیاز به درمان ندارد. با این حال اگر مقدار هوا زیاد باشد می تواند تنفس را مختل کند و ناراحت کننده باشد. همچنین فشار هوا می تواند مانع رسیدن جریان خون به پستان و پوست شود که این حالت می تواند به نکروز پوست در این مناطق منجر شود.

در موارد شدید کاتترها را می توان در بافت زیر جلدی قرار داد تا هوا را آزاد کند. حتی سوراخ کردن پوست می تواند گاز را آزاد کند.

وقتی که آمفیزم زیر جلدی به علت پنوموتوراکس اتفاق می افتد، چست تیوپ اغلب برا کنترل استفاده می شود، این امر منبع ورود هوا به فضای زیر جلدی را حذف می کند.



خسته نباشید.