

بازمانده‌ها

هر جا که هنر طبابت مورد علاقه باشد،
در آنجا علاقه به انسانیت نیز وجود دارد.
(بقراط)



- سرشناسه
عنوان و نام پدیدآور : زینال پور، عادل، ۱۳۶۵-، نگهبان، حسین، ۱۳۶۸-
مشخصات نشر : تهران: مهرداد، ۱۴۰۰.
مشخصات ظاهری : ۵۸۴ ص: مصور(بخشی رنگی)، جدول(بخشی رنگی)، نمودار(بخشی رنگی).
شابک : ۹۷۸-۶۲۲-۹۵۸۱۵-۱-۳ ریال ۴,۶۷۰,۰۰۰
وضعیت فهرست نویسی : فیپا
یادداشت : کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخشی از کتاب‌های
"Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice, th ed, 2017
اثر کورتنی ام. تاونزند... او دیگران | و " Schwartz's Principles of Surgery, th ed, 2019" به ویراستاری دینا
کی اندرسن... او دیگران | است.
عنوان دیگر : اصول جراحی شوارتز ۲۰۱۹.
موضوع : جراحی
موضوع : Surgery
موضوع : جراحی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها
موضوع : Surgery -- Examinations, questions, etc.
موضوع : توراکس -- جراحی
موضوع : Abdomen -- Surgery
موضوع : سر و گردن -- جراحی
موضوع : Esophagus -- Surgery
موضوع : جراحی پلاستیک و جراحی دست -- جراحی
موضوع : Stomach -- Surgery
شناسه افزوده : تاونزند، کورتنی ام.
شناسه افزوده : Townsend, Courtney M.
شناسه افزوده : اندرسن، دینا کی.
شناسه افزوده : Andersen, Dana K.
شناسه افزوده : شوارتز، سیمور، ۱۹۲۸- -- م. اصول جراحی شوارتز
رده‌بندی کنگره : ۱۳۹۸ ز ۹ت ۳/۱RD
رده‌بندی دیویی : ۶۱۷
شماره کتابشناسی ملی : ۵۷۰۲۶۵۴

عنوان کتاب: توراکس، سر و گردن، جراحی پلاستیک و جراحی دست - خلاصه
درس به همراه مجموعه سؤالات آزمون ارتقاء و بوردهای عمومی همراه پاسخ
تشریحی "Sabiston 2017, Schwartzs 2019"
ترجمه و تلخیص: دکتر عادل زینال پور قطار، دکتر حسین نگهبان.
ناشر: انتشارات مهرداد
صفحه آرایی: زهرا علی زاده - رزیدنت یار
طراح و گرافیک: رزیدنت یار - مهرداد فیضی

چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
نوبت چاپ: سوم ۱۴۰۰
تیراژ: ۱۵۰ نسخه
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۹۵۸۱۵-۱-۳
بهاء: ۴۶۷,۰۰۰ تومان

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

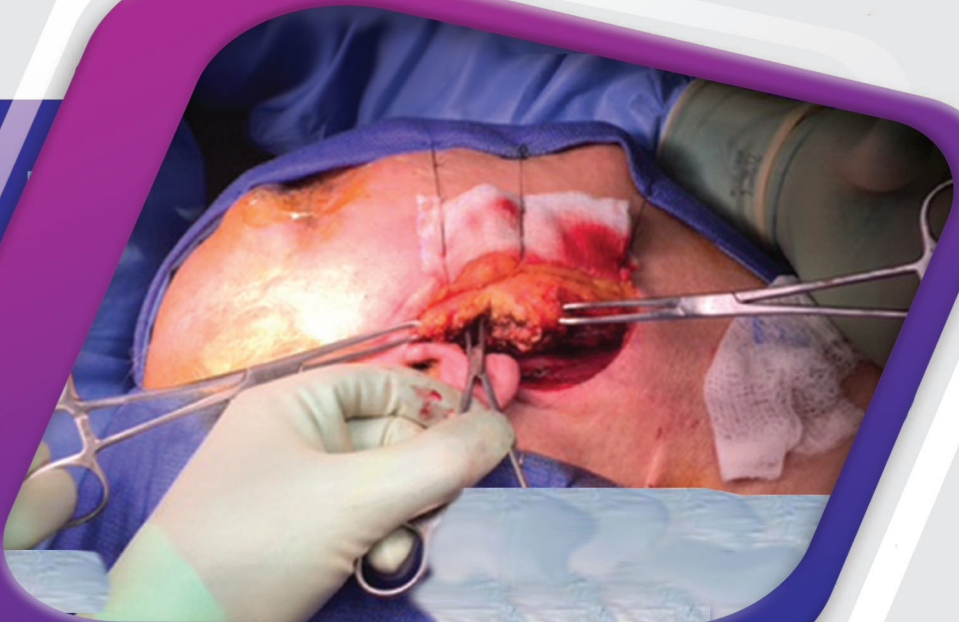


جراحی عمومی
سری کاوشگر



توراکسی ، سر و گردن جراحی پلاستیک و جراحی دست

مجموعه‌ای کامل از فصول به همراه سوالات ارتقاء و بوردهای تخصصی
و مرور سریع بر هر فصل در انتهای فصول



ترجمه و تلخیص: دکتر عادل زینال پور و همکاری دکتر برمک قلی زاده
استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

ویرایش: دکتر حسین نگهبان

رتبه برتر بوردهای تخصصی جراحی عمومی کشور ۱۳۹۸

رزیدنت‌یار
انتشارات و آموزش پزشکی



توراکس، سر و گردن، جراحی پلاستیک و جراحی دست

خلاصه درس به همراه

مجموعه سؤالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی جراحی عمومی ۱۴۰۰

Schwartzs 2019 ،Sabiston2017

ترجمه و تلخیص

دکتر عادل زینال پور

استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

رتبه دوم کشوری در آزمون بورد تخصصی جراحی عمومی سال ۱۳۹۷

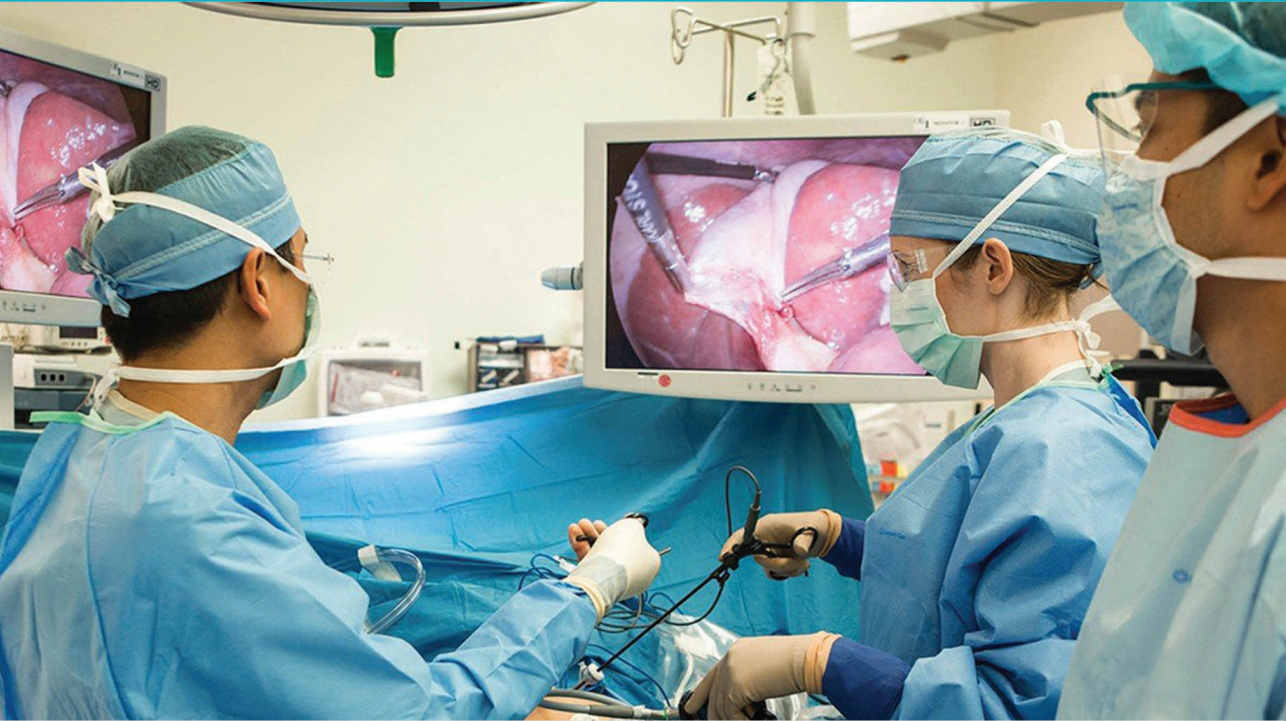
ویرایش

دکتر حسین نگهبان

رتبه برتر بورد تخصصی جراحی عمومی سال ۱۳۹۸

هدف مادر زیدنت یار: پرورش اندیشه‌هاست.

Best Science For Safe Life



زیدنت یار انتشارات و آموزش پزشکی



۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۰۸

۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۱۶

www.Residenttyar.com

ISBN: 978-622-95815-1-3



9 786229 581513

سخن ناشر:

سپاس و ستایش شایسته پروردگاری که کرامتش نامحدود و رحمتش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان رخصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم خطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد. خدایا از شاگردان درگاهت و حقیقت‌جویان راهت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آن‌چه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در حیطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۱ سال گذشته از منظر متخصصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است. اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مبحث جراحی عمومی گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

با ما در تماس باشید:

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۰۸

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۱۶

آدرس الکترونیک مؤسسه رزیدنت‌یار:

www.residenttyar.com
info@residenttyar.com

در تلگرام با ما همراه باشید:

<https://t.me/residenttyar>

مقدمه مؤلف:

همکاران و دستیاران عزیز؛ با سلام

آموزش رشته جراحی عمومی به علت گسترش حیطه کاری با حجم بالای مباحث و لزوم انجام اقدامات مناسب و به موقع برای نجات جان بیماران، بسیار مهم و حائز اهمیت است. رفرنس اصلی برای آموزش دستیاران جراحی کتاب با ارزش شوارتز به همراه کتابهای سایستون و مینگات است. همیشه نیازه وجود یک کتاب جمع‌بندی و خلاصه جامع از مباحث و توسط یک مولف، برای آموزش دستیاران حس می‌شد بخصوص اگر مطالب به صورت طبقه‌بندی موضوعی و به تفکیک ارائه شود باعث جلوگیری از پراکندگی مطالب در ذهن خواننده میشود و راه گشای دستیاران برای موفقیت در امتحانات مورد ارتقاء و همچنین تشخیص و درمان بیماران در بالین خواهد بود.

پیشی برت و دو مقام بازگردانید	بازآئی و برنایم از چشمه رابی
دل کچه دلم بوس خط تو داره	یک از تو چشمه کرم کاوه بگای
تدیرای چولی روشن ماست	مانیز بنایم به تدیرای

از موسسه محترم رزیدنت یار و جناب آقای دکتر هومان فیضی کمال تشکر و قدردانی را دارم. مطمئناً این کتاب خالی از اشکال نیست و نیاز رجوع به کتاب‌های رفرنس را برطرف نمی‌کند. خوشحال خواهیم شد که پیشنهادات و انتقادات خود را با ما از طریق تماس با موسسه یا ایمیل به آدرس info@residenttyar.com در میان بگذارید.

با تشکر

دکتر عادل زینال پور

زمستان ۱۳۹۸

مقدمه مؤلف:

عرض سلام و احترام خدمت دستیاران و همکاران عزیز؛ همانطور که می‌دانید علم جراحی با سایر رشته‌های پزشکی تفاوت دارد، به جرات می‌توان گفت تنها رشته‌ای است که در عین توانمندی‌های فیزیکی و مهارتی نیازمند توانمندی ذهنی و علمی برا مواجه شدن با طیف وسیعی از بیماران اورژانس است.

از این رو بنده و همکار گرانقدرم دکتر زینال‌پور بر آن شدیم تا کتابی را تهیه کنیم که بیشترین کارایی را منطبق بر آخرین رفرنس‌های اعلام شده‌ی وزارت بهداشت فراهم کند.

آنچه در این کتاب گردآوری شده خلاصه‌ای جامع از کتاب‌های شوارتز، سایبستون و مینگات است. با هنر استاد زینال‌پور و به منظور سهولت جمع‌بندی، مطالب مشترک کتاب‌ها در فصول مشترک در کنار هم آورده شده است.

در پایان به مصداق « من لم یشکر المخلوق لم یشکر الخالق » وظیفه خود می‌دانم از زحمات اساتیدم در دانشگاه علوم پزشکی ایران که الفبای جراحی را از آنها آموختم، مدیر محترم موسسه جناب دکتر فیضی و همکاران گرانقدرم در موسسه رزیدنت‌یار جهت طراحی زیبا و صفحه‌بندی مناسب کمال تشکر را داشته باشم.

از تمامی اساتید و همکارانم در سراسر کشور عزیزمان تقاضا دارم ما را در جهت ارتقا این کتاب یاری نمایند و انتقادات و پیشنهادات خود را به موسسه ارسال فرمایند.

و من الله توفیق

دکتر حسین نگهبان

متخصص جراحی عمومی

پاییز ۱۳۹۹

فهرست

..... فصل ۱۹ - توراكس
..... مرور سریع توراكس
..... سوآلات و پاسخنامه فصل ۱۹
..... فصل ۱۸ - سر و گردن
..... مرور سریع سر و گردن
..... سوآلات و پاسخنامه فصل ۱۸
..... فصل ۴۴ - جراحی دست
..... مرور سریع جراحی دست
..... سوآلات و پاسخنامه فصل ۴۴
..... فصل ۴۵ - جراحی پلاستیک
..... مرور سریع جراحی پلاستیک
..... سوآلات و پاسخنامه فصل ۴۵



توراکسی

فصل ۱۹ Section 19

آناتومی نای:

اولین غضروف کامل راه هوایی کریکوئید است. حلقه اول تراشه به غضروف کریکوئید در زیر آن چسبیده است. فضای ساب گلوٹیک از سطح تحتانی طناب‌های صوتی تا اولین حلقه غضروفی نای می‌باشد که باریک‌ترین قسمت نای به قطر ۲ cm است.

بعد این فضا، طول نای حدود ۱۰-۱۳ cm است و ۱۸-۲۲ حلقه دارد و قطر داخلی آن ۲/۳ cm می‌باشد. (در هر ۱ cm آن دو حلقه وجود دارد).

حجم ریه راست بیشتر است، طول برونش چپ بیشتر است، برونش راست در امتداد تراشه است.

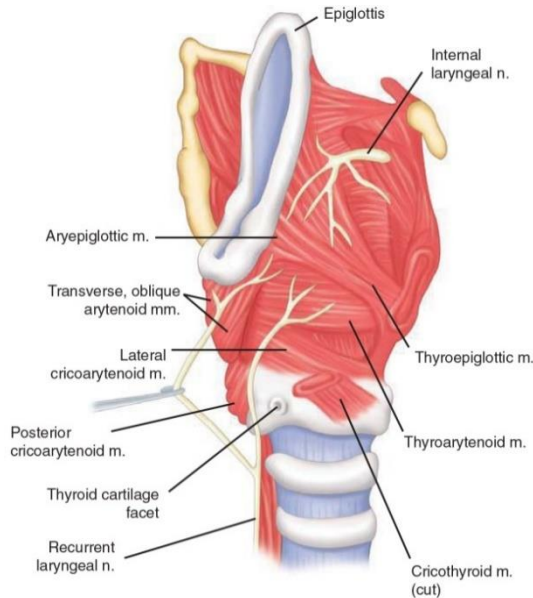


Figure 19-1. Anatomy of the larynx and upper trachea. m. = muscle; n. = nerve.





عروق نای:

خونرسانی سگمنتال دارد و هر شاخه کوچک سگمانی به اندازه ۱-۲ cm را خونرسانی می‌کند و همین موضوع ازاد کردن دور تادور تراشه به میزان بیش از ۱ تا ۲ سانت را محدود میکند. شریان‌های خونرسانی کننده نای: از تیروئیدی تحتانی، ساب کلاوین، فوقانی‌ترین شریان بین دنده‌ای، توراسیک داخلی، شریان بی‌نام، شریان برونشیاال فوقانی و میانی است. این عروق در سطح خارجی نای با آناستوموزهای طولی به هم متصل شده و عروق سگمنتال عرضی از آن جدا می‌شوند.

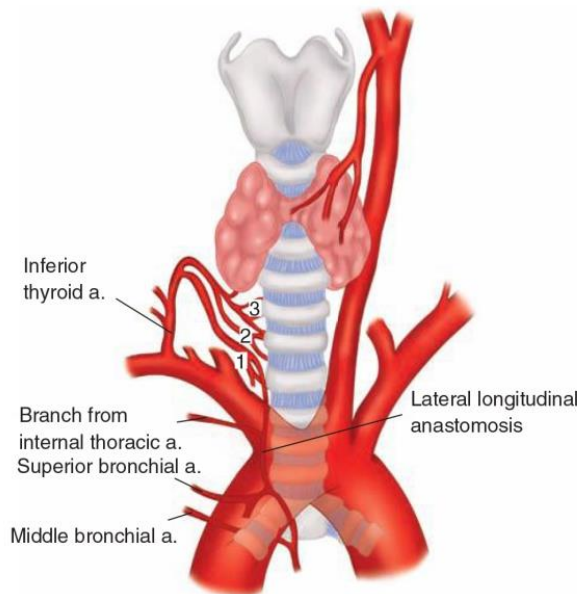


Figure 19-2. Arterial blood supply to the larynx and upper trachea. a. = artery.

آسیب تراشه:

علل: استنشاق دود و بخارات سمی، اسپیراسیون مواد، اینتوباسیون، ترومای نافذ و غیرنافذ، آسیب‌های یاتروژنیک.

درمان آسیب استنشاقی تراشه:

درمان حمایتی با تجویز آنتی‌بیوتیک، حمایت تنفسی، تمیز کردن راه هوایی با برونکوسکوپی انعطاف‌پذیر. در موارد آسیب مجاری تحتانی و پارانشیم ریه نیاز به ECMO (اکسیژناسیون غشایی خارج بدنی) است.



آسیب ناشی از انتوباسیون:

باعث تنگی و اسکار تراشه، آسیب تمام ضخامت در قدام و فیستول به شریان بی‌نام یا در خلف و فیستول به مری می‌شود.

شایع‌ترین علت آن باد کردن زیاد کاف لوله است که در کمتر از ۴ ساعت می‌تواند باعث ایسکمی و آسیب شود. برای پیشگیری از آن باید فشار کاف زیر ۲۰ mmHg باشد.

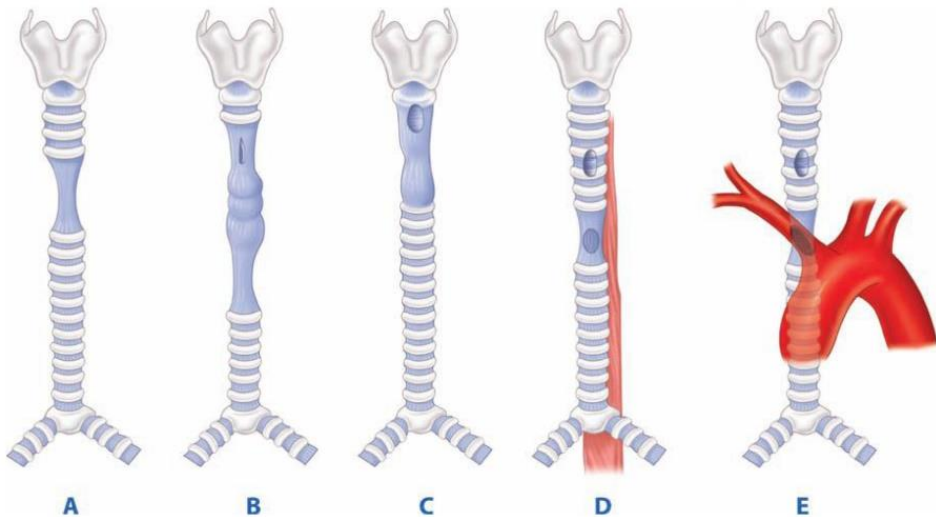


Figure 19-3. Diagram of the principal postintubation lesions. A. A circumferential lesion at the cuff site after the use of an endotracheal tube. B. Potential lesions after the use of tracheostomy tubes. Anterolateral stenosis can be seen at the stomal level. Circumferential stenosis can be seen at the cuff level (lower than with an endotracheal tube). The segment in between is often inflamed and malacotic. C. Damage to the subglottic larynx. D. Tracheoesophageal fistula occurring at the level of the tracheostomy cuff; circumferential damage is usual at this level. E. Tracheoinnominate artery fistula. (Adapted with permission from Grillo H. Surgical treatment of postintubation tracheal injuries. J Thorac Cardiovasc Surg. 1979;78:860. Copyright Elsevier)

تنگی تراشه:

ریسک فاکتورها: انتوباسیون طولانی مدت، بردن رینگ اول تراشه یا غشای کریکوئید، برش عرضی، لوله تراکئوستومی بزرگ، تراکئوستومی قبلی، اینتوباسیون با تروما، همچنین در خانم‌های مسن، مصرف کورتون، بیماری خود ایمنی، ریفلاکس شدید، آپنه، خواب و نارسایی تنفسی شدید بیشتر است.



اغلب در $\frac{1}{3}$ فوقانی تراشه ایجاد می‌شود. معمولاً ۱۲-۲ هفته بعد خروج انتوباسیون ایجاد می‌شود ولی می‌تواند ۲-۱ سال بعد یا به صورت فوری هم ایجاد شود.
علائم: ایجاد تنگی نفس + استریدور
بافت گرانولیشن زیاد در محل استومای تراکتوستومی وجود دارد.

درمان:

در موارد بروز علائم حاد: انجام برونکوسکوپی ریجید اورژانسی + مشخص کردن طول تنگی، فاصله پروگزیمال تنگی از تارهای صوتی، فاصله دیستال تنگی تا کارینا+ انجام دیلاتاسیون و سپس در شرایط مناسب انجام رزکشن آناستوموز تراشه (اغلب رزکشن ۴-۲ cm کافی است) با برش کلارگردن. باید تمام اسکار و بافت‌های ملتهب برداشته شود.
در موارد رزکسیون می‌توان تا نصف تراشه را برداشت. بهتر است بعد جراحی بیمار در اتاق عمل یا با فاصله کمی بعد عمل اکستیب شود.

برای کاهش تنش حین رزکسیون آناستوموز:

۱. آزادسازی حنجره و ناف ریه راست
 ۲. سوچور چانه به سینه برای یک هفته
 ۳. فقط جابه‌جایی آنترولترال تراشه مقدور است.
- برای کاهش تنگی دهانه ورودی بعد تراکتوستومی: برش طولی نای بدون رزکشن غضروف، rapid downsizing استفاده از کوچک‌ترین لوله تراکتوستومی.
اگر امکان رزکشن وجود ندارد مثلاً طول تنگی خیلی زیاد و بیش از نصف طول تراشه است (یعنی $< 6\text{cm}$) یا بیمار کوموربیدیتی فراوان دارد:
درمان با کمک تعبیه استنت T-tube سیلیکونی است. استنت مش سیمی ممنوع است چون خطر پاره کردن دیواره نای وجود دارد.

از روش‌های دیگر درمان: دیلاتاسیون بالون، لیزر، تراکتوپلاستی است که نتایج بینایی دارند.
روش جدید برای بازسازی تراشه: جایگزینی تراشه بدون سلول شده (دسلولاریزه) با مهندسی بافت است که توسط کندروسیت‌های گیرنده پوشیده شده و مستحکم می‌شود و سپس توسط سلول‌های



توراکسی

رزدنت یار انتشارات و آموزش پزشکی



اپیتلیال گیرنده داخل آن پوشش داده می‌شود. مواردی از پیوند موفق آلوزنیک تراشه گزارش شده است.

فیستول شریان بی‌نام به تراشه (TIAF):

علل:.....





مرور سریع توراکسی

درمان آسیب استنشاقی تراشه:

درمان حمایتی با تجویز آنتی‌بیوتیک، حمایت تنفسی، تمیز کردن راه هوایی با برونکوسکوپي انعطاف‌پذیر. در موارد آسیب مجاری تحتانی و پارانشیم ریه نیاز به ECMO (اکسیژناسیون غشایی خارج بدنی) است.

تنگی تراشه:

ریسک فاکتورها: انتوباسیون طولانی مدت، بریدن رینگ اول تراشه یا غشای کریکوئید، برش عرضی، لوله تراکتوستومی بزرگ، تراکتوستومی قبلی، اینتوباسیون با تروما، همچنین در خانم‌های مسن، مصرف کورتون، بیماری خود ایمنی، ریفلاکس شدید، آپنه، خواب و نارسایی تنفسی شدید بیشتر است. اغلب در $\frac{1}{3}$ فوقانی تراشه ایجاد می‌شود. معمولاً ۱۲-۲ هفته بعد خروج انتوباسیون ایجاد می‌شود.

درمان:

در موارد بروز علائم حاد: انجام برونکوسکوپي ریجید اورژانسی + مشخص کردن طول تنگی، فاصله پروگزیمال تنگی از تارهای صوتی، فاصله دیستال تنگی تا کارینا + انجام دیلاتاسیون و سپس در شرایط مناسب انجام رزکشن آناستوموز تراشه (اغلب رزکشن ۴-۲ cm کافی است) با برش کلارگردن. باید تمام اسکار و بافت‌های ملتهب برداشته شود.

در موارد رزکسیون می‌توان تا نصف تراشه را برداشت.

اگر امکان رزکشن وجود ندارد مثلاً طول تنگی خیلی زیاد و بیش از نصف طول تراشه است (یعنی $< 6\text{cm}$) یا

بیمار کوموربیدیتی فراوان دارد:

درمان با کمک تعبیه استنت T-tube سیلیکونی است.





فیستول شریان بی‌نام به تراشه (TIAF):

علل:

۱. تعبیه تراکتوستومی بسیار پایین زیر حلقه ۴.
۲. باد کردن بیش از حد کاف
- معمولاً ۲ هفته بعد تراکتوستومی ایجاد می‌شود.

درمان:

۱. اول باد کردن کاف
۲. برش عرضی پوست و فشار دادن شریان با انگشت به مانوبریوم از داخل
۳. انتوباسیون دهانی و ساکشن ترشحات.
- اگر خونریزی بند نیامد: فشار دادن شریان با کمک برونکوسکوپ
۴. انجام جراحی اورژانسی رزکسیون آناستوموز تراشه + لیگاتور شریان بدون بازسازی

فیستول نای به مری (TEF):

تشخیص: با برونکوسکوپ است، روش جایگزین تشخیصی ازوفاگوسکوپ است.

درمان:

۱. جدا کردن از تهویه مکانیکی و خروج سریع NGT بعد اطمینان از اینکه کاف تراشه زیر فیستول باشد.
 ۲. انجام گاستروستومی + ژژنوستومی
 ۳. در صورت وجود خطر آسپیراسیون بالا ازوفاگوستومی گردنی هم لازم است.
 ۴. بعداً بعد جدا کردن از ونتیلاتور ترمیم قطعی به صورت رزکسیون آناستوموز تراشه + ترمیم مری در ۲ لایه + گذاشتن فلاپ استرئوهایوئید بین مری و نای انجام می‌شود.
 ۱. قدم اول انجام برونکوسکوپ ریژید است و اگر علامت‌دار باشد توسط برونکوسکوپ دبریدمان و لیزر ablation انجام می‌شود تا راه هوایی باز شود.
 ۲. بررسی متاستاز با CT گردن و سینه، PET اسکن، مدیاستینوسکوپ
 ۳. اگر قابل رزکت بود:
- بیمار پرفورمنس خوب دارد: جراحی رزکسیون آناستوموز تراشه + رادیوتراپی





• بیمار پرفورمانس خوب نداشته باشد: رادیوتراپی ± شیمی درمانی.

۴. اگر قابل رزکت نبود:

یعنی متاستاز وجود داشته باشد، گروسلی به مارژین منفی نرسیم، وجود تهاجم به اطراف مثلاً به آئورت، طول زیاد که نتوان بازسازی کرد، در این شرایط: رادیوتراپی ± شیمی درمانی.

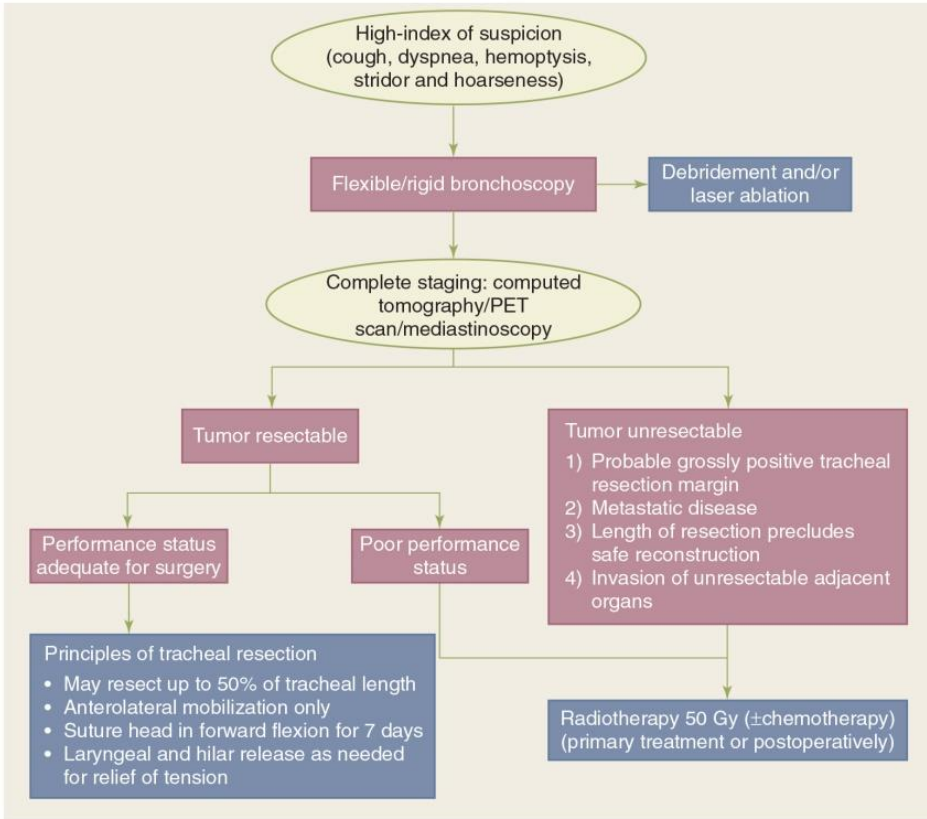


Figure 19-6. Algorithm for evaluation and treatment of tracheal neoplasm. PET = positron emission tomography.

:SCC

درگیری سنترال ایجاد می کند ولی در دو مورد می تواند پریفرال باشد:

۱- روی اسکار TB

۲- مجاری برونشکتاتیک





آدنوکارسینوم:

به صورت محیطی است و اغلب به صورت اتفاقی در CXR روتین کشف می‌شود. زمانی علامت‌دار می‌شوند که درگیری پلور و جدار سینه دارد و با علائم درد پلورتیک و جدار سینه تظاهر می‌یابد. در CT اسکن به صورت توده solid یا نمای گراند گلاس است (با پنومونی لوبار اشتباه می‌شود).

Table 19-2

New classification system for lung adenocarcinoma

Preinvasive lesions
Atypical adenomatous hyperplasia
Adenocarcinoma in situ (≤ 3 cm formerly BAC)
Nonmucinous
Mucinous
Mixed mucinous/nonmucinous
Minimally invasive adenocarcinoma (≤ 3 cm lepidic predominant tumor with ≤ 5 mm invasion)
Nonmucinous
Mucinous
Mixed mucinous/nonmucinous
Invasive adenocarcinoma
Lepidic predominant (formerly nonmucinous BAC pattern, with >5 mm invasion)
Acinar predominant
Papillary predominant
Micropapillary predominant
Solid predominant with mucin production
Variants of invasive adenocarcinoma
Invasive mucinous adenocarcinoma (formerly mucinous BAC)
Colloid
Fetal (low and high grade)
Enteric

Source: Reproduced with permission from Travis W, Brambilla E, Noguchi M, et al. International Association for the Study of Lung Cancer/American Thoracic Society/European Respiratory Society: International multidisciplinary classification of lung adenocarcinoma. *J Thorac Oncol.* 2011;6:244.

BAC = bronchioloalveolar carcinoma; IASLC = International Association for the Study of Lung Cancer; ATS = American Thoracic Society; ERS = European Respiratory Society.





تومورهای NEC (کارسینوئید):

۱. درجه I (کارسینوئید کلاسیک): در افراد جوان - به صورت سنترال - به صورت هموپتیزی و خونریزی تهدید کننده حیات ظاهر می کند.

مشخصه بافت شناسی: به صورت طنابی یا کلاستر با استرومای عروقی مخفی است. بسیار پر عروق بوده و حتی می تواند با بیوپسی برونکوسکوپیک خونریزی شدید بدهد.

۲. درجه II (کارسینوئید آتپیک):

در افراد سیگاری، به صورت محیطی است، تهاجم و بدخیمی بالا دارد.

۳. درجه III (کارسینوئید سلول بزرگ):

در افراد سیگاری قهار، به صورت بزرگ با نکروز مرکزی، به صورت مید تا پریفرال است.

۴. درجه IV (همان تومورهای SCLC یا تومورهای سلول کوچک ریوی هستند):

۲۵ درصد کل سرطان های ریه را شامل می شود.

انجام غربالگری در بیماران ۵۰ ساله و بالاتر با سابقه مصرف سیگار ۲۰ پاکت/سال یا بیشتر و وجود سایر ریسک فاکتورهای کانسر ریه (طبق معیارنمره بندی Tammemagi خطر ۱/۳ درصد یا بیشتر داشته باشد) توصیه می شود

ندول منفرد ریه:

ضایعه کروی منفرد با حاشیه مشخص، قطر ≥ 3 cm، احاطه شده با پارانشیم طبیعی ریه، به صورت اتفاقی کشف می شود و هیچ گونه تغییرات همراه مثلاً آتلکتازی، پلورال افیوژن، بزرگ شدن ناف ریه ندارد.

علت اصلی ندول های منفرد ریوی: عفونت های گرانولوماتوز (در ۸۰-۷۰٪ موارد) و هامارتوم (در ۱۰٪ موارد) می باشد.

- یافته های به نفع خوش خیم بودن ندول در CT:





ضایعه کوچک، در طول زمان اندازه آن ثابت بماند، وجود کلسیفیکاسیون با ظاهر خوش خیم (در TB به صورت منتشر، solid و مرکزی است و در هامارتوم به صورت لایه لایه و پاپ کورن می‌باشد).

- یافته‌های به نفع بدخیم بودن ندول در CT:

۱. رشد ندول در طی زمان به خصوص اگر زمان دو برابر شدن اندازه ندول بین ۲۰-۴۰۰ روز باشد (زمان دو برابر شدن زیر ۲۰ روز نشان‌دهنده عفونت و بالای ۴۰۰ روز بیشتر مطرح کننده تومورهای خوش خیم است).
۲. افزایش دانسیته در CT اسکن.....



سوالات و پاسخنامه

فصل ۱۹

Section 19

۱. در خانمی ۲۰ ساله با علائم میاستنی گراو که در سی تی اسکن قفسه سینه، توده‌ای مدور به قطر ۴ cm در مדיاستن قدامی دارد، کدام اقدام مناسب است؟ (بورد ۹۸)
- الف) درمان طبی به مدت یک سال و ارزیابی مجدد
ب) پس از شروع درمان طبی، عمل جراحی و رزکسیون توده
ج) بیوپسی سوزنی جهت staging تومور
د) کموتراپی و سپس رادیوتراپی

پاسخ: ب

تیموما:

شایع‌ترین تومور مדיاستن قدامی در بزرگسالان است.
در ۵۰-۱۰ درصد موارد علائم میاستنی گراویس دارند. بعد تیمکتومی ۵۰٪ علائم به طور کامل فروکش کرده و در ۹۰٪ موارد علائم بهبود می‌یابد.
کمتر از ۱۰٪ موارد میاستنی گراویس در CT تیموما دارند.
علائم: علائم میاستنی گراویس + سرفه، درد سینه، تنگی نفس، سندروم SVC.
یافته‌های پارائتوپلاستیک: آپلازی گلوبول قرمز، هیپوگاماگلوبولین، SLE، کوشینگ، SIADH.
تشخیص: یافته‌های CT اسکن + شرح حال (وقتی تصویربرداری خیلی به نفع تیموما است بیوپسی نباید انجام شود).

- وجود لنفادنوپاتی متعدد در CT به نفع لنفوم و وجود تومور کپسول دار منفرد به نفع تیموما است.
- یک روش افتراق تیموما از کانسر تیموس: انجام اسکن PET است که در کانسرهای $SUV > 5$ است.





- اگر با اقدامات فوق تشخیص مسجل نشد انجام FNA ترانس میdiasتینال تحت گاید CT (از طریق پلور نه)

تیموما در پاتولوژی ویژگی کلاسیک بدخیمی نداشته و حتی در موارد تهاجم به کپسول، اغلب سیتولوژی خوش خیم دارد و اگر سیتولوژی بدخیم بود نشان‌دهنده کارسینوم تیموس است.

تقسیم‌بندی ماسا اوکا:

- ۱: بدون تهاجم کپسولی
- ۲: تهاجم به کپسول، چربی، پلور
- ۳: تهاجم به پریکارد، عروق، ریه
- 4A: پیشروی در پلور یا پریکارد
- 4B: متاستاز دوردست

Stage I	Encapsulated tumor with no gross or microscopic evidence of capsular invasion
Stage II	Gross capsular invasion or invasion into the mediastinal fat or pleura or microscopic capsular invasion
Stage III	Gross invasion into the pericardium, great vessels, or lung
Stage IVA	Pleural or pericardial dissemination
Stage IVB	Lymphogenous or hematogenous metastasis

درمان: با کمک میداسترنوتومی یا VATS انجام می‌شود. در موارد پیشرفته نیاز به توراکتومی hemi-clamshell دارد.

برداشت کامل (توتال تیمکتومی) + برداشتن پریکارد، پلور، ریه مجاور، فرنیک یک طرفه، عروق و حتی SVC و بی‌نام + زدن کلیپس حین عمل به عنوان مارکر رادیوتراپی بعدی + برای موارد $\text{III} \leq$ انجام رادیوتراپی و شیمی‌درمانی + کورتون.

- درگیری دوطرفه عصب فرنیک کنتر اندیکاسیون جراحی است.





توراکسی

رزیدنت یار انتشارات و آموزش پزشکی

در کارسینوم تیموس: بعد جراحی کامل انجام کمورادیوتراپی لازم است (درمان اصلی رادیوتراپی است و شیمی‌درمانی را با تاکسل و پلاتین جهت پاسخ حداکثری به رادیوتراپی توصیه می‌شود).
موارد تیمومای غیرقابل جراحی که شیمی‌درمانی اینداکشن شکست خورده، رزکسیون ناکامل یا ناموفق، کانسر تیموس: حتماً رادیوتراپی اندیکاسیون دارد.
• تیمولیپوما: خیلی بزرگ، خوش‌خیم، حاوی جزایر بافت نرم نقطه نقطه، درگیری اطراف ندارد.
درمان: اگر بزرگ باشد اکسزیزون جراحی انجام می‌شود.

۲. مرد جوانی به دلیل توده‌ای دردناک به قطر حدود ۶ سانتی‌متر در ناحیه قدامی قفسه سینه مراجعه کرده است. در CT انجام شده، توده‌ای رادیولوسنت با کلسیفیکاسیون نقطه‌ای دیده شده است که همراه با تخریب مارژین ۲ دنده می‌باشد. درمان مناسب کدام است؟ (بورد ۹۸)
الف) رزکسیون وسیع با مارژین ۳ سانتی‌متر و سپس کموتراپی
ب) رزکسیون وسیع با مارژین ۲ سانتی‌متر
ج) رزکسیون وسیع با مارژین ۴ سانتی‌متر
د) کمورادیوتراپی نئوادجوانت و سپس رزکسیون وسیع با مارژین ۴ سانتی‌متر

پاسخ: ج

کندروسارکوم:

شایع‌ترین بدخیمی - در قدام دنده‌ها - دردناک - رشد آهسته - گرید پایین
مشخصه آن در CT اسکن: ضایعه لوسنت با کلسیفیکاسیون نقطه‌ای stippled + تخریب استخوانی
اول متاستاز ریه و استخوان R/O می‌شود - به شیمی‌درمانی و رادیوتراپی حساس نیست.
درمان: اکسزیزون با مارژین ۴ cm

۳. مرد ۵۰ ساله با درد بازوی راست مراجعه می‌کند. در بررسی‌های به عمل آمده در سی تی اسکن یک توده با حدود نامنظم به قطر ۴ سانتی‌متر در قله‌ی ریه راست مشخص می‌شود. بیوپسی core needle انجام، پاسخ آن آدنوکارسینوم اولیه ریه بوده است. در مدیاستینوسکوپی و pet scan متاستاز ندارد. بهترین درمان در این مرحله چیست؟ (بورد ۹۸)





الف) لوبکتومی فوقانی راست با رزکسیون enbloc دیواره‌ی قفسه‌ی سینه

ب) Induction chemo radiation

ج) Right Lobectomy

د) پنومونکتومی راست با دیسکسیون غدد لنفاوی مדיاستن و رادیوتراپی دیواره‌ی قفسه سینه

پاسخ: ب

تومور پان کوست:

تومور در سولکوس فوقانی با درگیری پلور پاریتال، عناصر عمقی روی دنده اول، باندل عصبی عروقی. درگیری در دنده دوم و پایین تر پان کوست نیست. جراحی فقط زمانی است که N₂ نباشد.

اقدامات لازم قبل عمل:

۱- CT ریه و شکم و لگن

۲- PET اسکن

۳- MRI مغز

۴- EUSB: اگر منفی بود باز هم باید مדיاستینوسکوپی شود (منفی بودن نتیجه FNA کافی نیست).

۵- MRI و MRV عروق و شبکه بازویی

۶- مדיاستینوسکوپی

اگر با بررسی‌های فوق متاستاز نداشت، N₂ نبود، بیمار توانایی جراحی داشت:

۱. انجام کمورادیاسیون نئوآدجوان و ارزیابی مجدد بعد پایان درمان نئوآدجوان با CT و PET که اگر متاستاز نداشت:

