

مطالعه سرطان برنشها وریه

نگارش :

دکتر محمد مولوی

مطالعه ۷۹ سرطان اولیه برنشها وریه در يك بخش جراحی ریه فرانسه (بخش دکتر آندره - مارمه در شهر کلمار) در ده ساله اخیر ۱۹۴۷ - ۱۹۵۷ وسیله ایست که بنویسنده اجازه يك نگاه سریع با آخرین گزارشها و مقالات روی این مسئله داده و خوشوقت است که نتیجه آنرا برای همکاران محترم خلاصه نماید پس بیمورد نیست که قبل از مطالعه ۷۹ ابرو و اسیون سرویس فوق الذکر نکات اساسی مطالعات اخیر را از نظر خوانندگان بگذرانیم.

اگر از علائم بالینی این بیماری بدخیم صحبت نمیداریم علت عدم وجود علائم واقعاً مشخص بآنست چه تمام اختلافات عملی ریوی میتواند در آن خودنمایی کرده و طیب را گمراه کنند البته سن بیمار و شغل و جنس او (فراوانی سرطان ریه نزد مرد) ممکن است اهمیت خاصی داشته باشند ولی ۰/۱۵ مبتلایان کمتر از ۰/۰۴ سال داشته و مشاغل بسیار متفاوت دارند کویکا (۱) در شماره ژانویه ۱۹۵۷ مجله آمریکائی بیماریهای ریه (۲) (صفحه ۳۴-۲۳) مطالعه قابل توجهی روی فراوانی سرطان ریه و مقایسه مرگ و میر منتهجه از آن را با برسل ریوی نموده و مثل اکثر دانشمندان باین نتیجه میرسد که در مالکی که از نظر بهداشت عمومی بقدر کافی پیشرفته اند سرطان دستگاد تنفسی بیش از دو برابر سل ریوی کشنده است.

حال که کمی از علائم بالینی صحبت داشتیم بد نیست متذکر شویم که روی ۱۸۰۰۰۰۰۰ ساکنین لوس آنجلس و حوالیش ۵۴۶۴۸ ایماژ رادیولوژیک غیرطبیعی و روی این عده ۱۴۴ سرطان ریوی کشف گردید اگر ترسی را که آمریکائی از سرطان

داشته و از طرف دیگر اگر پیشرفت و سائلی را که در آن مملکت برای تشخیص پیشرس سرطان در نظر مجسم کنیم باآسانی کوچکی رقم ۱۴۴ را در مقابل عظمت افراد امتحان شده ۱۸۰۰۰۰۰ از خاطر میبریم بطور خلاصه این عده مبتلا بر سرطان کوچکترین ناراحتی و از هیچ نقطه نظر احساس نمی نمودند بعداً اهمیت این تشخیص پیشرس را بطور مفصلتر مذاکره خواهیم کرد فقط یادآور میشویم که بندرت علائم بالینی تنها میتوانند ابتدای بیماری را نشان داده و بدبختانه وقتی این علائم خودنمایی میکنند هر گونه درمان مفیدارزش خود را از دست داده است.

از اتیولوژی آن مثل اتیولوژی سرطانهای دیگر هنوز داده های مسلمی در دست نداریم در سالهای اخیر مسئله مواد شیمیائی - سمی (1-2) و مختلفه (3) مورد مطالعه مخصوص واقع شده و رویه هر فته فراوانی این بیماری را نزد کارگران برخی مواد تحریک کننده. مبتلایان بسیار و اشخاصیکه بارها دیوم کار میکنند واضح میدارد و مسلم است که اگر در آینده وسائل مفیدی برای پیشگیری سرطان ریه نزد این افراد مورد آزمایش قرار نگیرند تعداد مبتلایان بهمان سرعتی که صنایع و تمدن جدید در پیشرفت است رو-بفزونی خواهند گذاشت.

در عوض از علائم پاراکلینیک بطور مفصلتری گفتگو خواهیم نمود.

قبل از همه امتحان رادیو لژیک بایستی بکمک طبیب بیاید ولی علائم رادیو لژیک همیشه شخصیت معینی نداشته و مسئله تشخیص افتراقی اهمیت خاصی بخود میگیرد یکی از فراوانترین اشکال رادیو لژیک شکل غده ای با پیشرفت سریع - با محیط نسبتاً مدور میباشد ولی چه بسا امراض عفونی یا ناهنجاریهای مادر زائی که میتوانند این شکل را بخود بگیرند در ماه مه ۱۹۵۵ در بروکسل متخصصین ممالک گوناگون تعداد زیادی ابروآسیون غدد خوش خیم ریه که بسهولت با غدد بدخیم مورد اشتباه واقع شده بودند گزارش دادند (4)

آتلیکتازی یک یا چند سگمان (۱) یا لب یا تمام ریه از علائم رادیو لژیک نسبتاً

متداول ولی در اینجاست تشخیص افتراقی جای مخصوصی گرفته و امتحان بر و نکوسکپی و بر نکو گرافی و غیره ارزش مهمی احراز میکنند.

اشکال گمراه کننده ممکن است بصورت دمل ریوی (نسبتاً فراوان) کیست ریوی (5) گشادی برنشها شکل غاری (6) شکل ذات الجنبی (7) آمفیزمی (نتیجه انسدادنا کامل برنش) شکل ارزنی منتشر (8) شکل شبه سرطان مری (9) و بالاخره اشکال همراه (باسل ریه و یاسیلیکوز) بخود بگیرند.

پس چنانکه ملاحظه میشود تنها امتحان رادیو لژی عادی تشخیص را مسلم نخواهد نمود و حتی ممکن است در ابتدای بیماری کلیشه‌های رادیوایماژ غیر طبیعی نشان ندهند.

امتحانات رادیو لژیک دیگر از قبیل بر نکو گرافی که بسهولت و در هر سرویس امراض ریه قابل عمل است کمک ذیقیمتی میباشند ب. و. سلسر (1) و همکارانش (10) نتیجه تجربیاتشان را پس از 31 آثریو کاردیو گرافی منتشر نموده و متخصصین را بتعقیب عقیده‌شان تشویق مینمایند ولی نظراً و بیشتر تشخیص قابل عمل بودن و یا قابل عمل نبودن غده بوده و بدینجهت از بحث درمان میگذریم در عوض ژ. پاپیلیون (2) برای تشخیص افتراقی از آن کمک میگیرد (11)

امتحانات دیگر - اگر بخواهیم مقالات و تجربیاتی را که در باره بر و نکوسکپی و بیوپسی غده داخل برنشها در کتب و مطبوعات و رساله‌های طبی چندساله اخیر منتشر گشته ذکر نمایم بیش از چندین مقاله لازم خواهد بود.

یکی از این کتب مطالعه بسیار کاملی روی این امتحان پرارزش مینماید کار-های شوالیه ژاکسن (3) در این مبحث کمک بسیار مهمی نموده‌اند ولی مادراین باره فقط از تجربیات بخشی که ابسرواسیونهای ذیل در آن جمع آوری شده و در آنجا مشغول کاریم استفاده خواهیم کرد.

۱- B.V. Slesser

۲- J. Papillon

۳- Chevallier Jackson

این امتحان که بدون خطر و با کمی تجربه به سهولت قابل عمل است قادر بدادن اطلاعات بسیار ذیقیمتی است اگر غده دردسترس بوده پس از مطالعه دقیق شکل و موضع و حرکات آن بایک پنس بیوپسی قطعه کوچکی از آن را برداشته و برای امتحان آسیب شناسی میفرستیم اگر در دسترس نبود ولی قابل مطالعه چشمی بود فقط بهمان قناعت نکرده بلکه یک شستشوی دقیق توسط مقداری سرم فیزیولوژیک از آن ناحیه نموده و دوباره مایع راجمع آوری و برای جستجوی سلول سرطانی (سلول پاپانیکولاو) ارسال میداریم این مایع نبایستی بیش از ۲ ساعت در انتظار امتحان میکروسکوپیک بماند.

بالاخره اگر هیچگونه تغییری در بر و نکوسکپی کشف نکردیم باز این شستشو را انجام داده چه میتواند کمک بسیار قابل ملاحظه ای باشد پ- گالی (۱) و همکارانش روی ۳۵۶ بیوپسی ۸۹ بار تشخیص سرطان برنش دادند در صورتیکه پس از شستشوی برنش تعداد تشخیص قطعی به ۱۴۷ بالغ گردید یعنی تشخیص صحیح ۰/۶۵. افزوده گردید از امتحانات دیگر امتحان اخلاط (عدم B.K و وجود سلولهای سرطانی) و در برخی اوقات امتحان سرعت ته نشینی کلبولهای قرمز خون میتواند برخی مشکلات را حل کنند امتحان اخیر هر چند مخصوص سرطان نیست ولی بعقیده کوریلسکی (۲) در ۵۰٪ سرطان اولیه برنشها (و بدون همراه بودن با عفونت ثانوی) بطور واضحی افزوده میگردد. بالاخره در برخی موارد و با وجود تمام این آزمایشها تشخیص مشکوک میماند (بخصوص در سرطانهای محیطی و دور از دسترس بر نکوسکپی و بیوپسی) در اینصورت عاقلانه ترین راه تشخیص یک تورا کو تومی (۳) میباشد اگر پس از باز کردن قفسه سینه و امتحان ما کرو سکپیک و میکروسکوپییک وجود سرطان قطعی بود برداشتن آن در صورت امکان میتواند چندسالی بزنگی بیمار بیافزاید امتحانات دیگر از قبیل پنومومدیاستن بیوپسی از جدار قفسه سینه و تحت کنترل رادیوسکپی و یا ایجاد پنوموتراکس و بیوپسی تحت کنترل پلوروسکوپیک خطرناک بوده و ممکن است باعث خونریزی و یا عفونت

۱- p.Galy

۲- Kourilski

۳- thoracotomie exploratrice

جنب و جدار قفسه سینه گردند .

البته مطالعه سرطان ثانوی ریه را بیک مقاله دیگر محول میکنیم فقط یادآور میشویم که علمای انگلیسی و آمریکائی وجود سار کوئید و سرطان برنش و یا وجود سرطان حنجره و برنش را ندره در نزدیک فرد یادآور شده اند البته نبایستی این اشکال را بامتياز اشتباه نمود .

درمان

باینکه بطور خلاصه میتوان سرطان برنشه و ریه را غیر قابل درمان معرفی کرد و از بحث درمان خودداری نمود بیهود نیستیم که یادآوری مختصری از نتیجه درمانهای مختلف و احصائیه های جراحان ممالک گوناگون بنمائیم .
درمان شیمیائی - مواد آزمایش شده بعدی فراوان و متفاوتند که از نامبردنشان در میگذریم .

اخیراً سانامیسین (۱) مورد آزمایش گذارده شده که نتیجه قابل ذکری روی خود غده نداده است فقط قادر است علائم کنترستیف اطراف غده را کم نموده و آنرا روی عمل جراحی یا درمان با اشعه مجهول آماده نماید .

درمان با اشعه مجهول - در جلسه ماه اکتبر ۱۹۵۶ الکترو رادیولوژی فرانسه بحث قابل توجهی روی این درمان و نتایج آن شده است سانتی (۲) و همکارانش روی ۹۱۸ سرطان ریه ۵۱ نفر را توانستند با رادیوتراپی کامل درمان نمایند و فعلاً ۶ نفر از آنها بیش از ۵ سال عمر نموده اند و بیهوده سرطانی اپیدرموئید خیلی حساستر از سرطان اندیفرانسیه یا سرطان باسلول کوچک است کوتز (۳) و همکارانش توصیه میکنند که سرطان اپیدرموئید را حتی المقدور با اشعه ایکس درمان کنیم و برای اشکال دیگر از این درمان فقط برای مهیا کردن بیمار برای عمل جراحی استفاده نمائیم .

عمل جراحی :

متأسفانه این طرز درمان نتیجه درخشانیتری از طریق فوق نمیدهد بخصوص که

اکثر مریضها دیر روی تخت جراحی میرسند چونس (۱) و همکارانش روی ۷۰۰ بیمار بیش از ۰/۲۰ را قابل عمل نجستند و روی این عده ۰/۳۰ فقط نتیجه رضایتبخش حاصل کردند رینال (۲) روی ۵۳۱ بیمار عمل شده ۰/۶۳ با یکسال ۰/۴۷ با دو سال و ۰/۳۳ با ۵ سال عمر ذکر مینماید.

برای اینکه این طریقه درمان نمره قابل توجهی داشته باشند چند نکته را باید توجه نمود.

بوستی (۳) قابل عمل بودن غده را با کلیشه های رادیولوژیک دقیق و در جهات مختلف معین مینماید.

کارولد (۴) و همکارانش سرطان تراشه و برنشهای بزرگ را قابل عمل دانسته و نتیجه قابل توجه گرفته اند بر اساسانتی (۵) و بیشتر جراحان فرانسه بعمل جراحی با یک درمان با اشعه مجهول قبل و بعد از آن مبادرت کرده اند نتیجه برداشتن تمام ریه و تمام گانگلیونهای مدیاستینال بنظر رضایتبخش تر از برداشتن یک لب آنها (۶) میرسد. در اینجا هم شکل آسیب شناسی غده رل مهمی بازی میکند اپیستم (۷)، سرطان اپیدرموئید بخصوص اگر گانگلیونهای مدیاستن را نگرفته باشد نتیجه رضایتبخش تری از اشکال دیگر میدهند.

در هر حال و سائل کنونی جز اینکه چند ماه، چند سالی بعد بیمار بیافزایند نمره دیگری نداشته و قادر نیستند جلوی متاستازها را (جز در موارد نادر ۵-۰/۶) بگیرند. دلارو، پولیکار (۸) و همکارانشان مطالعه مفیدی روی اشکال آسیب شناسی سرطان برنشها و ریه و متاستازهای آن نموده اند و نتیجه میگیرند که بیش از ۳۰٪ متاستازها در مغز و سپس در غدد فوق معدی- کبد - طحال و غیره جای میگیرند و این متاستازها ممکن است پیشرس بوده و حتی قبل از اینکه خود غده اولیه جلب توجه را نموده

- ۱ - J.C. Jones ۲ - J.R. Rignall ۳ - M. Bossetti
 ۴ - C. Harold ۵ - M. Bérard, Santy
 ۶ - lobectomie ۷ - epistome
 ۸ - J. Delarue, A. policard

باشد ظاهر گردند و در اینجا است که عمل سرطان ریه کاملاً بدون اثر و خطر ناک جلوه مینماید.

پس از مطالعه سریع کلیات فوق نکاتی را که از بررسی ۷۹ ابروآسیون شخصی حاصل نموده‌ایم برای همکاران محترم خلاصه مینمائیم:

از این عده ۳ سرطان ثانوی (یک سرطان مری - یک کبد و یک سزار کم استخوان) را کنار گذارده و ۷۶ پرونده را مطالعه خواهیم نمود.

تعداد مرد ۷۳ و زن ۳ و از نظر شغل جزء ۴ مریض زارع نکته قابل ملاحظه دیگری را نمیبینیم فراوانی مرض قبل از همه بین سنین ۵۰ و ۶۰ سالگی (۳۸ بیمار) سپس بین ۴۰ و ۵۰ سالگی (۲۶ بیمار) و بین ۶۰ و ۷۰ سالگی ۹ و کمتر از ۴ سالگی ۳ بیمار است.

طرز شروع بیماری:

بدون علائم بالینی و کشف مرض در امتحان رادیولوژیک ۱۲

با « « « « « « ۶۴

ولی وقتی پرونده ۱۲ بیمار را بدقت ملاحظه میکنیم اکثرشان چندماه یا چند هفته قبل از امتحان رادیولوژیک ناراحتیهای مختصری از قبیل سرفه های خشک یا لاغری و خستگی درک مینموند.

قابل توجه تر از این دسته گروه دوم هر کب از ۶۴ بیمار است. ندره آغاز بیماری بایک علامت ریوی منحصر بفرد بروز مینماید بلکه بیمار در آن واحد سرفه و درد سینه یا تنگ نفس احساس مینماید ولی ماسعی میکنیم که اولین علامتی را که واقعاً جلب نظر بیمار را کرده باشد جستجو نموده و احصائیه کوچکی ترتیب دهیم:

الف - علائم بالینی:

خونریزی ریوی ۳۳

درد قفسه سینه ۲۳

سرفه تنها یا با اخلاط ۱۸

تب - لاغری و خستگی و ضعف ۲۱

علائم مختلف ۱۹

تنگ نفس ۱۷

۱۳۱

۱- اگر ۲۴ بیمار فقط بیک علامت و ناراحتی توجهشان جلب شد ۵۲ بیمار دو یا چند علامت را در عین حال درک نمودند.

مطلب بسیار مهم اینک که عده زیادی از این گروه هفته‌ها و ماه‌ها اهمیتی باین ناراحتیها نداده و بکار و مشغولیت های روزانه‌شان ادامه میدادند تا روزیکه مثلاً خون در اخلاطشان ظاهر شده و ترس از سسل ریوی بطیب هدایتشان مینمود. عده دیگر در اولین فرصت طبیی را ببالین طلبیدند ولی این بار او بفکر سرطان ریه نیافتاده و بیمار را مدت‌ها با داروهای مسکن و بابا آنتی بیوتیکهای مختلف درمان نموده است.

مثلاً از بین ۲۲ مریض که سرطان ریه‌شان با علائم عفونی آغاز گردید اکثرشان باپنی سیلین یا آنتی بیوتیکهای دیگر مداوا شده و تشخیص مرض اصلی چند هفته و یا چند ماه دیرتر داده شده است. بایستی در اینجا این نکته مهم را یادآور شویم که اگر سرطان ریوی عفونت ریوی همراه داشت درمان ضد عفونی بیمار را بهبودی میدهد ولی نباید فوراً از این آزمایش درمانی (۱) نتیجه تشخیصی گرفته و وجـود سرطان را منکر گردید. نکته دیگر اینک که معمولاً پیشرفت سرطان تدریجی و بکنواخت نبوده بلکه با حمله‌های پیشرفتی (۲) همراه و اینست که علائم مرض خواه خود بخود و خواه پس از درمان مسکن یا ضد عفونی تسکین پیدا میکنند. مکانیسم این (بهبودیهای موقت) امروزه بخوبی شناخته شده و نتیجه آرامش عوارض «پر خونی» یا عفونی یا نکروزی که معمولاً همراه سرطان هستند میباشد.

۲- از بین ۱۹ بیمار که علائم مختلف و گمراه کننده داشتند و حمله آسم قابل ذکر است پس وقتی شخص مسنی بدون سابقه ریوی ناگهان بحملات آسم دچار میشود نبایستی بیک درمان عادی اکتفا کرد بلکه بیک امتحان رادیولوژیک دقیق و اگر

لازم شد يك برنکوسکپی ارزش مخصوصی دارند .

نزد دو بیمار علائم معدی و گوارشی آنها را نزد طبیب هدایت نمود. سه بیمار مبتلا بسل مزمن ریوی و بالاخره عده زیادی علائم گریپ را ذکر کردند .

ب - علائم رادیولوژیک :

همانطور که قبلاً یاد آور شدیم اکثر این ۷۶ بیمار دیر بطیب مراجعه نموده و از طرف دیگر تشخیص طبیب در اولین امتحان صحیح نبوده است اینست که غیر از دو مریض نزد بقیه بمحض اولین امتحان رادیولوژیک علائم واضح و مهمی را کشف که بطور شماتیک عبارتند :

همراه با پلورزی ۱۲	{	ایماژ غده‌ای ۵۰
		« آتلکتازی ۲۰
		« شبیه غاری یادامی ۶

این ایماژها ۵ مرتبه در ریه راست و ۳ بار در ریه چپ ملاحظه گردیدند. چنانکه مشاهده میشود تعداد تومر بیشتر از اشکال دیگر ولی آتلکتازی نادر نیست . از میان ۱۲ بیماری که آغاز بیماریشان بدون علائم بالینی واضح بود ۱۱ بار ایماژ غده‌ای و فقط يك ایماژ آتلکتازی نشان میدادند. از این نکته میتوان نتیجه گرفت که معمولاً آتلکتازی در مرحله پیشرفته بیماری ظاهر میگردد ولی این مسئله عمومیت ندارد چه غدد محیطی (سرطان آلوئولر یا سرطان برنشهای کوچک) بندرت آتلکتازی میدهند بالعکس سرطانهای داخل برنشی (سرطان ناف ریه - اپیستیم های بدخیم) باسانی مجرای برنشهای بزرگ را مسدود و آتلکتازی محلی یا عمومی را باعث می گردند .

۱۲ مریض علاوه بر ایماژ نسج ریه ایماژ پلورزی نشان میدادند متأسفانه جز در یک مورد (وجود سلول سرطانی) مایع این بیماران بطور دقیق امتحان نشده بود و الا ممکن بود بیش از اینها جواب مثبت گرفت نزد ۶ بیمار ایماژ رادیولوژیک با يك غار سلی یا يك آبسه ریوی اشتباه شده بود .

این مسئله اهمیت بسیار مهمی دارد چه معمولاً علائم بالینی هم شبیه به سل و بخصوص بدمل ریوی هستند و با درمان ضد عفونی تسکین پیدا میکنند اینست که هر دمیل ریوی نزد افراد بالاتر از ۴۰ سال بایستی طبیب را بفکر سرطان انداخته و تا تشخیص افتراقی مسلم نگردد نبایستی از جستجو دست بردارد.

یاد آور شویم که مکان این ایماژها غیر ثابت ولی ایماژهای غده‌ای بیشتر در حوالی ناف ریه شروع و سپس با طرف دست اندازی میکنند. حجم و شکل آنها بسیار متفاوت گاهی مدور و با حدود کاملاً مشخص زمانی کناره شان نامشخص و ابداً شکل کلاسیک غده را ندارند ولی بطور کلی و واضح از این رادیوگرافی بآن رادیوگرافی حجه‌شان زیاد شده و شکل «وحشت آسائی» بخود میگیرند گاهی مرض بشکل يك ادنوپاتی ناف ریه ظاهر میشود و در اینجا است که ایماژ رادیو لژیك همراه کننده و تشخیص اکثراً بعهده برنکوسکوپی است. خاطر نشان شویم که فقط يك بیمار آدنوپاتی فوق ترقوه‌ای همراه داشت، و رویه پمرفته این علامت باورم نیمه تنه (ورم بشکل سردوشی) و آشکار شدن جریان وریدی قفسه از علائم انتهائی مرضند.

نکته دیگر قابل تذکر اهمیت تو مو گرافی فرونتال و توهو گرافی پروفیل است که بعضی اوقات غده داخل برنشها را آشکار و علت آنلکتازی را واضح مینماید.

پ - علائم برنکوسکوپیك :

ارزش این امتحان تقریباً باندازه ارزش امتحان رادیولوژیك بوده و ضمناً این برتری را دارد که میتوان بیوپسی انجام داده و شکل آناتومی پاتولوژیك سرطان را مشخص نمود.

روی ۷۶ بیمار ۱۰ بار این امتحان بعمل نیامد خواه بیماری بحدی پیشرفته بود که ارزش تشخیصی برای این امتحان باقی نماند خواه امتحانات رادیولوژیك کوچکترین شکی در تشخیص باقی نگذاشته بودند.

روی ۵۱ بیمار علائم برنکوسکوپیك واضح و بیوپسی میسر و جواب آن مثبت بوده است. ۲۹ دفعه در داخل یکی از برنشهای اصلی یا برنشهای لبی جوانه (۱) منفرد

یا متعدد موجود و بیوپسی از آن بعمل آمد. فقط ۳ بار این جوانه ها بحدی بزرگ بودند که باعث آتلکتازی شده بودند (روی ۲۰ آتلکتازی)

در ۲۲ مورد دیگر تنگی یکی از برنشها (۱) علامت مهم را تشکیل میداد ولی در تمام این موارد علت تنگی پیشرفت سرطان و انفیلتراسیون جدار برنش بوده و بیوپسی از آن امکان پذیر بود. در بعضی موارد این تنگی برنش تا انسداد کامل پیشرفته و باعث آتلکتازی مطلق نسج ریه مربوطه شده بوده است.

در ۹ مورد دیگر علائم برنکوسکوپیک مشخص ولی بعلت دردسترس نبودن جوانه یا تنگی برنش بیوپسی غیرممکن بوده است.

پس فقط نزد ۴ بیمار برنکوسکوپیک اختلالی در جدار برنشها نشان نمیداد و در تمام این موارد سرطان در نواحی محیطی ریه جای داشته و در اینصورت طبیعی است که برنشها تغییر شکل ندهند.

البته در اینجا بر ایمان میسر نیست که تمام علائم برنکوسکوپیک سرطان ریه را تشریح نمائیم فقط یاد آور میشویم که علاوه بر علائم فوق الذکر شکل نامرتب و وردار موکوز برنشهای نزدیک غده و خونریزی آسان آنها در اثر کوچکترین برخورد و وجود ترشحات ساده یا چرکی و بالاخره بیحرکتی آنها در موقع حرکات تنفسی از مختصات مهم سرطان برنشها هستند.

چنانکه ملاحظه میشود برخلاف علائم بالینی و رادیولوژیک که ممکن است با امراض دیگر اشتباه شوند علائم برنکوسکوپیک واقعاً پاتوگنومونیک بوده و ندرتاً قابل اشتباهند.

بعلت عدم وسائل و متخصص آسب شناسی امتحان ترشحات برنشها در در بخش ما بیش از ۵ بار انجام نگردید که فقط یکبار وجود سلولهای سرطانی مسلم بود.

ت - اشکال آناتومی پاتولوژیک :

۲۰ اپیتلیوما پاپایمانتواستراتیفیه

۲۲	اپیتلیوما آتی پیک
۱۱	« باسلولهای کوچک
۶	« گلانگنوم
۲	اپیستیم
۱۵	بدون امتحان آناتومی پاتولوژیک

۷۶

اگر سرطان باسلولهای کوچک سریعتر بجدار برنشها حمله کرده و علائم بالینی رادیولوژیک و برنکوسکوپی پیش رستری میدهد در عوض پیشرفتشان سریعتر و زودتر متاستاز حاصل میکنند.

اپیستیم (۱) را تمام متخصصین در ردیف غدد بدخیم نمیکند از ندولی فروهالینگ (۲) (استراسبورگ) آنها را جزو این دسته قرار داده و معتقد است که دیر یا زود شکل بدخیم بنخود گرفته و باطراف حمله میکنند. نزد افراد جوان مابیشتر زنان و در ابتدا غدهای است که در روشنائی برنش نمو مینماید معمولاً نزد بیمار اول ما اپیستیم شکل فوق را داشته و بقیه برنشهای اطراف و نسج ریه و گانگلیونها سالم بودند برعکس نزد بیمار دوم، غده قسمتی از برنش لب تحتانی را فرا گرفته و جراح را مجبور نمود که کلیه ریه چپ را بردارد.

ث - درمان :

متأسفانه مرض ۳۲ بیمار یعنی بیش از ۴۰٪ دیر تشخیص و بهنجش جراحی فرستاده شده بودند بهمین جهت نزد ۲۳ بیمار یعنی نزد ۳۰٪ بیماران هر نوع درمان جراحی غیر ممکن بود.

نزد ۱۷ بیمار دیگر (۲۲٪) پس از باز کردن قفسه سینه بعلت چسبندگیها یا متاستاز یا پیشرفت غده و تخریب احشاء اطراف عمل جراحی غیر ممکن تشخیص داده شد.

بالاخره نزد ۳۶ بیمار یعنی (۴۷٪) عمل جراحی امکان پذیر بود (۲۹ بنومونکتومی و ۷ لبکتومی) از این عده ۷ بیمار بلافاصله یا چندروز بعد از عمل فوت شدند. نزد بقیه نتیجه

جراحی رضایتبخش و پس از ختم دوره نقاهت یکی از بخشهای رادیوتراپی ارسال شدند.

از نظر پیش بینی نتیجه انتهای احصائیه ما چندان مهم نیست که بتوانیم درس قابل ارزشی از آن بگیریم. احصائیه های بزرگ مثل احصائیه سانتی و برارو (۱) (لیون) یا احصائیه اورهولت (۲) (بوستن) قابل ذکرند.

غیر از شکل آناتومی پاتولوژیک فرا گرفتن غدد لنفی مدیاستن در پیش بینی نتیجه جراحی ریه مهمی بازی میکند اگر امتحان میکروسکوپی آنها متاستازی نشان نداد میتوان گاهی پیش بینی چند سال عمر برای بیمار نمود بشرطیکه عمل جراحی در شرایط خوب بعمل آمده باشد. در حقیقت و همانطور که قبلا ذکر کردیم پیشرفت سرطان ریه بصورت حمله های پی در پی است. اگر عمل جراحی در موقع سکوت یکی از این حمله ها انجام گیرد نتیجه رضایتبخشتری خواهد داد. یکی از علائمی که میتواند تشخیص این «سکوت» کمک نماید سرعت ته نشینی گلبولهای قرمز است. در ۷۶ پرونده مطالعه شده فقط نزد ۱۷ بیمار V.S طبیعی یا کمی سریع شده بود و در بقیه اوقات افزایش مهمی پیدا کرده بود در برخی اوقات سقوط ناگهانی V.S نزدیک بیمار میتواند علامت این «سکوت» باشد. البته علائم بالینی و رادیولوژیک بجای خود اهمیت مهمتری دارند.

بالاخره بعنوان «یادآوری» خاطر نشان شویم که ۲۲ بیمار روی ۷۶ علاوه بر سرطان ریه امراض دیگری دارا بودند (۴ سل ریه - ۲ زخم معده - ۲ سابقه سیفیلیس و امراض قلب و کلیه و غیره) یک متاستاز بلوزتین و یک متاستاز پوستی - سابقه سرطان نزد پدر و مادر دو بیمار از نکات قابل ذکرند.

خلاصه :

از مطالعه ۷۶ ابرو و اسیون سرطان اولیه ریه در یک سرویس جراحی فرانسوا نتیجه میگیریم که علائم بالینی معمولا زودرس اند ولی بیشتر اوقات یا خود بیمار و یا

طیبب معالجات در ماه‌های اول اهمیتى با آنها نمیدهد. علائم رادیولوژیک بصورت مختلف (تومر- آتلکتازی- شکل شبه غاری- پلورزی و غیره) بروز میکنند. پس نزد افراد مسن و بخصوص نزد مردان به محض کشف يك علامت بالینی یا رادیولوژیک بالینی بایستی نظر متوجه سرطان بشود. برنگوسکوپى از نظر تشخیص مثبت و افتراقى و برای انجام بیوپسى ارزش خارق العاده ای داراست امتحان سیتولوژیک ترشحات داخل برنشها ممکن است کمكى تشخیص بنماید ولی بایستی فقط توسط متخصصین و اقامت کار آزموده انجام گیرد.

از نظر درمان عقاید بین درمان جراحی و رادیوتراپیک در تردیدند ولی رویه مرفته درمان جراحی اگر در شرایط خوب و همراه با کوراژ غدد لنفاوی انجام گیرد نتیجه رضایتبخش تری میدهد.

مأخذ و مدارك :

BIBLIOGRAPHIE

- ۱- W. Machle : سرطان دستگاه تنفسی در صنایع کرم آمریکا : گزارش بهداشت عمومی ۱۹۴۸
- ۲- S.J. Cutler : نگاهی با احصائیه سرطان ریه نزد افراد سیگار کش مجله جمعیت آمریکائی احصائیه ۱۹۵۵ شماره ۵۰ صفحه ۲۶۷
- ۳- W.C. Hueper و همکاران : اتیولوژی سرطان ریه (بغیر از سیگار) مجله آمریکائی امراض قفسه سینه Diseases of the chest شماره اوت ۱۹۵۶ صفحه ۱۵۹-۱۴۱
- ۴- Acta chirurgica Belgica ضمیمه ۲ صفحه ۹۵-۵
- ۵- H.J. Anderson : شکل شبیه کیستی سرطان برنش -- مجله انگلیسی Thorax شماره ۲ ژوئن ۵۴ صفحه ۱۰۵-۱۰۰
- ۶- David Meyers و همکاران : شکل غاری سرطان ریه بامتاستاز دوریه

مجله آمریکائی امراض قفسه سینه دسامبر ۱۹۵۶ صفحه ۶۷۷-۶۷۳

۷- Arthur I. Spriggs: سلولهای بدخیم در مایع سرووزها در سرطان برنش

مجله انگلیسی Thorax شماره یک مارس ۱۹۵۴ صفحه ۳۴-۲۶

۸- C. Scarinci آدنماتوز ریوی: پرس مدیکال شماره ۱۷۶ اکتبر ۱۹۵۶ صفحه

۱۷۵۴

۹- C. Scarinci شکل شبه مری یک سرطان برنش- پرس مدیکال شماره ۸۴

نوامبر ۱۹۵۶ صفحه ۱۹۴۷

۱۰- B. V. Slesser: تشخیص غیر قابل عمل بودن سرطان ریه توسط آنژیو-

کاردیو گرافی مجله انگلیسی Thorax شماره ۲ ژوئن ۱۹۵۴ صفحه ۹۹-۹۱

۱۱- آنژیوپنومو گرافی در سرطان برنش- پرس مدیکال شماره ۴۵ - ژوئن

۱۹۵۶

۱۲- امراض برنش در دو جلد تالیف Soulas و Mounier-Kuhn (فرانسه)

۱۳- A. Marmet و همکاران - تشخیص غدد برنشی بوسیله برنکوسکوپی

شماره ۶-۵ مجله سل (فرانسه) سال ۱۹۴۸ صفحه ۳۴۷-۳۴۳

۱۴- P. Galy: امکان امتحان مواد حاصله از شستشوی برنشها در تشخیص

سرطان ریه انجمن طبی بیمارستان لیون ۲۱ نوامبر ۱۹۵۵

۱۵- J. Delarue و همکاران: تشخیص سیتولوژیک سرطان برنش بوسیله

امتحان اخلاط - مجله فرانسیسی طبی و جراحی ریه شماره (۶) سال ۱۹۴۸

۱۶- مسائل قابل بحث پس از مطالعه سرعت ته نشین شدن گلبولهای قرمز در

سرطان ریه: (فرانسه) Annal Médical شماره (۷) ۵۲-۱۹۵۱ صفحه ۶۹۵-۶۷۳

۱۷- M. Jefferson و همکاران: درباره همراهی دوسار کوئید و سرطان

برنش: مجله انگلیسی Thorax شماره (۴) دسامبر ۱۹۵۴ صفحه ۲۹۸-۲۹۱

۱۸- Edward C. Lewis - همراهی سرطان حنجره و برنش - مجله آمریکائی

سل و امراض ریه شماره (۳) سپتامبر ۱۹۵۶ صفحه ۴۳۸

۱۹- M.J.Loubeyre و همکاران بدون نتیجه بودن سنامیسین در سرطان ریه

انجمن طبی بیمارستانهای الجزیره ۱۵ فوریه ۱۹۵۶

۲۰- پاریس ۳-۱۶ اکتبر ۱۹۵۶ پرس مدیکال شماره ۸۲- نوامبر ۱۹۵۶ صفحه

۱۸۹۴

۲۱- تاثیر شکل هیستولوژی سرطان برنش روی نتیجه درمان با اشعه مجهول

مجله آمریکائی جراحی ریه شماره (۲) اوت ۱۹۵۶ صفحه ۱۷۰-۱۶۵

۲۲- سرطان اولیه ریه: آرشیو جراحی آمریکا فوریه ۱۹۵۵ جلد ۷۰ صفحه

۲۶۵

۲۳- مطالعه روی نتیجه جراحی در سرطان ریه - مجله انگلیسی Thorax

شماره (۳) سپتامبر ۱۹۵۵ صفحه ۱۹۰-۱۸۳

۲۴- مطالعه رادیولوژیک برای تشخیص قابل عمل بودن سرطان ریه: مجله

آلمانی جراحی ریه شماره (۶) آوریل ۱۹۵۵ صفحه ۵۴۹-۵۳۲

۲۵- Recurrent carcinoma در سرطان برنشهای بزرگ- مجله آمریکائی

جراحی سینه شماره (۶) ژوئن ۱۹۵۶ صفحه ۷۱۷-۷۰۳

۲۶- غدد برنشها و ریه (۱۴۵ صفحه) چاپخانه Masson (پاریس)

۲۷- جراحی در سرطان ریه مجله آمریکائی امراض سینه شماره ۶ سال ۱۹۶۶

صفحه ۶۰۴-۵۹۵