بررسی خصوصیات پنومونکتومی مراجعین به بخش جراحی قفسه صدری مجتمع بیمارستانی امام خمینی تهران طی سالهای ۷۶-۱۳۷۲

دکتر عبدالحسین داودآبادی * ، دکتر محمد باقر رحیم **

خلاصه

سابقه و هدف : با توجه به شیوع روبه افزایش سرطان ریه از دهۀ دوم قرن بیستم و به موازات آن عمل جراحی پنومونکتومی نیز افزایش یافته است . این عمل علاوه بر سرطان ریه در موارد برونشکتازی ، سل و متاستازهای ریوی هم انجام می‌شود. به منظور تعیین خصوصیات بیمارانی که تحت عمل جراحی پنومونکتومی در مجتمع بیمارستانی امام خمینی تهران طی سالهای ۷۶-۱۳۷۲ قرار گرفته‌اند ، این تحقیق صورت پذیرفت.

مواد و روشها : پژوهش به روش مطالعه داده‌های موجود روی هفتاد نفر انجام گرفت. پروندۀ بیماران واجد شرایط از لحاظ خصوصیات فردی و شرح حال ، شرح عمل ، سیر بیماری ، موارد عارضه ، مرگ و میر ، مرحله‌بندی سرطان با توجه به نتایج برگۀ پاتولوژی موجود ، مقادیر اسپیرومتری و مقادیر مصرف سیگار استخراج شده است و از شاخص‌های توصیفی برای نشان دادن وضعیت بیماران استفاده گردید.

یافته‌ها: از هفتاد مورد بررسی پنجاه مورد (۷۱/۴ درصد) آن سرطان ، ۱۸ مورد (۲۵/۷ درصد) برونشکتازی و ۲/۹ درصد آن TB بوده‌اند. در این بررسی فراوانی سنی با میانگین ۷۰-۵۰ سالگی ۶۴ درصد و از همه شایع‌تر بوده ، شایع‌ترین سرطان ریه SCC و بعد از آن آدنوکارسینوما می‌باشد. سرطان ریه در سمت چپ ۱/۵ برابر راست بوده، همچنین سابقۀ مصرف سیگار در نوع SCC ، ۹۰ درصد است. ولی بیماران مبتلا به آدنوکارسینوما سابقه مصرف کم می‌باشد. مرگ و میر با سن زیاد و FEV1<%۸۰ مورد انتظار بیشتر بوده است.

نتیجه گیری: فراوانی بیماران مبتلا به برونشکتازی به صورت فاحش در این مطالعه در مقایسه با جوامع پیشرفته دیگر وجود دارد و به علت درمان نامناسب پنومونکتومی شده‌اند. اکثر بیمارانی که مبتلا به سرطان از نوع SCC بوده‌اند ، سیگاری می‌باشند ولی در آدنوکارسینوما کمترین سابقه مصرف سیگار مشاهده می‌شود. از این رو نیاز به بررسی سایر علل ایجاد سرطان ریه می‌باشد. سرطان ریه در سمت چپ بر خلاف جوامع غربی ۱/۵ برابر راست بوده است. فقط براساس اسپیرومتری نمی‌شود عوارض پنومونکتومی را پیش‌گویی کرد.

واژگان کلیدی: سرطان ریه ، پنومونکتومی ، برونشکتازی ، اسپیرومتری

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی کاشان ، گروه جراحی

** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی تهران ، گروه جراحی

مقدمه

پنومونکتومی عمدتاً برای درمان سرطان ریه انجام می‌گیرد ولی برای درمان برونشکتازی و ریه تخریب شده و گاهی برای درمان متاستازهای ریوی نیز صورت می‌پذیرد (۱). شیوع سرطان ریه از دهۀ دوم قرن بیستم به طور هشدار دهنده‌ای روبه افزایش است اما در کشورهای پیشرفته جهان چشمگیرتر است و در حال حاضر شایع‌ترین علت مرگ مردان و زنان می‌باشد (۲).

در ایران موارد برونشکتازی بسیار بیشتر از کشورهای غربی است و در مواردی که پیشرفته‌تر باشد و هر دو لب یک ریه را مبتلا کرده و نیاز به انجام پنومونکتومی باشد زیادتر است (۳). سرطان ریه سابقاً در مردان از ۸ برابر نسبت به زنان بیشتر بوده ولی به علت افزایش آن در زنان به نسبت ۲:۱ رسیده است. علت این افزایش در هر دو جنس را معلول سیگار به عنوان مهمترین عامل و اثرات عوامل آلودگی شهری و مواجه بودن با محصولات صنعتی می‌دانند(۴).

به موازات افزایش سرطان ریه موارد انجام پنومونکتومی نیز به منظور یکی از درمانهای استاندارد افزایش یافته است.

اولین پنومونکتومی توسط William Macewen در چندین مرحله جهت درمان TB طی سال ۱۸۹۵ انجام گرفت (۵). Graham طی سال ۱۹۳۳ اولین پنومونکتومی یک مرحله‌ای موفق را به منظور درمان سرطان ریه انجام داد (٦).

پنومونکتومی به صورت روتین به عنوان تنها عمل مناسب برای سرطان ریه انجام می‌شد ولی اخیراً اکثر جراحان معتقدند که عمل مناسب برای سرطان ریه کمترین رزکسیون با برداشتن تومور اولیه و لنفاتیک‌های مبتلا می‌باشد و در بیمارانی که تحمل عمل سنگین را ندارند لوبکتومی - رزکسیون اسلیوسگمانتکتومی را کافی می‌دانند ولی بقا عمر پنج سالۀ کمتری دارد (۷). در حال حاضر پنومونکتومی را در مواردی که بیمار تحمل آن را داشته باشد و براساس اصول انکولوژی ، عملی که بتواند تمامی تومور اولیه و لنفاتیک‌های درگیر را بردارد در صورت اندیکاسیون هنوز توسط پنومونکتومی امکان پذیر باشد(۸). با توجه به تناقضات فوق و این که تا به حال گزارشی از خصوصیات پنومونکتومی در ایران گزارش نشده و یا لااقل در دسترس قرار نگرفته است و به منظور تعیین خصوصیات پنومونکتومی این تحقیق در مراجعین به بخش جراحی قفسه صدری مجتمع بیمارستانی امام خمینی طی سالهای ۷٦-۱۳۷۲ انجام گرفت.

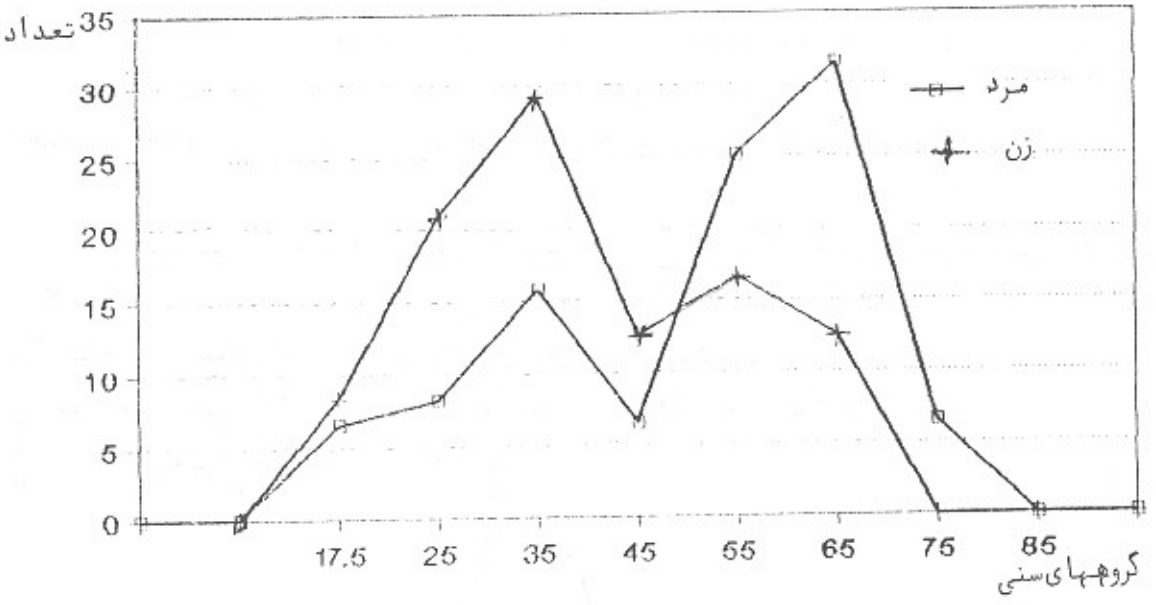
مواد و روشها

این تحقیق به روش مطالعه داده‌های موجود (existing data study) صورت پذیرفت و پرونده کلیه کسانی که طی زمان مورد بررسی در بیمارستان تحت عمل جراحی پنومونکتومی قرار گرفته‌اند از بایگانی

بیمارستان بیرون کشیده شد و در صورتی که علت جراحی به طور قطعی پنومونکتومی بوده است ، از داده‌های آن که شامل زمان جراحی ، سن، جنس ، سابقه مصرف سیگار بر حسب Pack year ،سمت عمل ، نوع پاتولوژی ، سابقه سرطان قبلی و تشخیص‌های قبل و بعد از عمل و همچنین نتایج اسپیرومتری ، مرحله‌بندی سرطان ریه قبل و بعد از عمل ، نتایج عمل و عوارض ناشی از آن و یافته‌های حین عمل از پروندهٔ آنان استخراج و در یک فرم اطلاعاتی ثبت گردید. داده‌های فرم‌های اطلاعاتی با استفاده از آمارهای توصیفی ارایه و فاصله اطمینان نوع عمل با اطمینان ۹۵ درصد در جوامع مشابه برآورد شد.

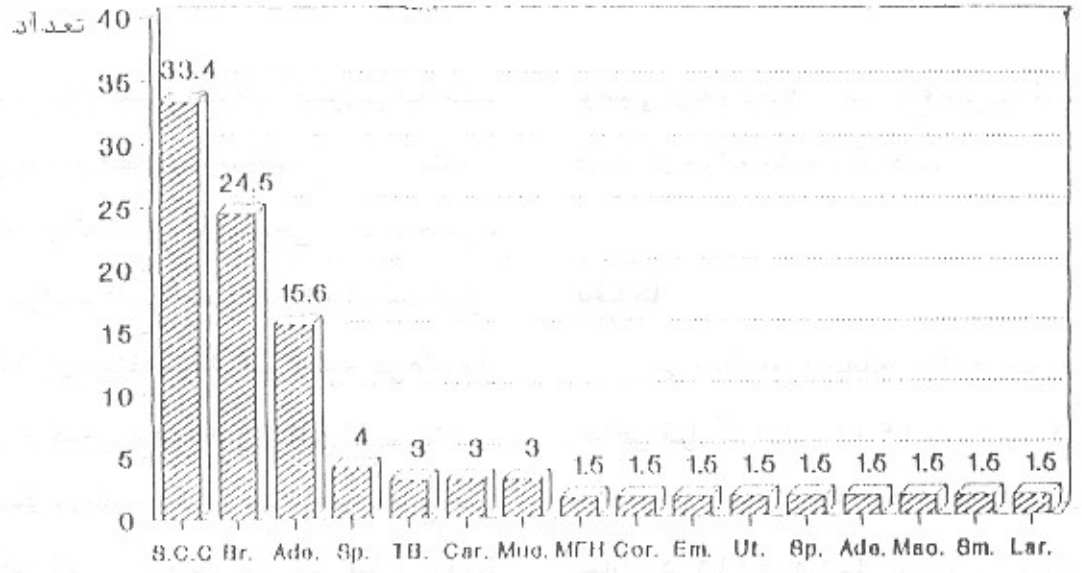
یافته‌ها

طی مدت مورد مطالعه ۷۰ نفر مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اند که ۲۴ مورد زن (۳۴/۲۸ درصد) و ۴۶ نفر مرد (۶۵/۷۲ درصد) بوده‌اند. سن بیماران ۱۶/۵±۴۵/۹ سال بوده و توزیع سنی آنها به تفکیک جنس در نمودار ۱ ارایه گردیده است.



نمودار ۱ـ توزیع سنی افراد پنومونکتومی شده به تفکیک جنس در ۷۰ مورد مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی تهران طی سالهای ۷۶ـ۱۳۷۲

از ۷۰ مورد بررسی ، ۵۰ نفر (۷۱/۴ درصد) مبتلا به سرطان و ۱۸ نفر (۲۵/۷ درصد) مبتلا به برونشکتازی و ۲ مورد (۲/۹ درصد) مربوط به سل ریه بوده‌اند. انواع پاتولوژی این ۷۰ مورد در نمودار (۲) ارایه شده است و نشان می‌دهد که در کل SCC با حدود ۳۳/۴ درصد و بعد برونشکتازی ۲۴/۵ درصد و آدنوکارسینوما ۱۵/۶ درصد مجموعاً ۷۳/۵ درصد کل را تشکیل داده و ۲۶/۵ درصد بقیه مربوط به ۱۳ مورد پاتولوژی متفرقه می‌باشد.

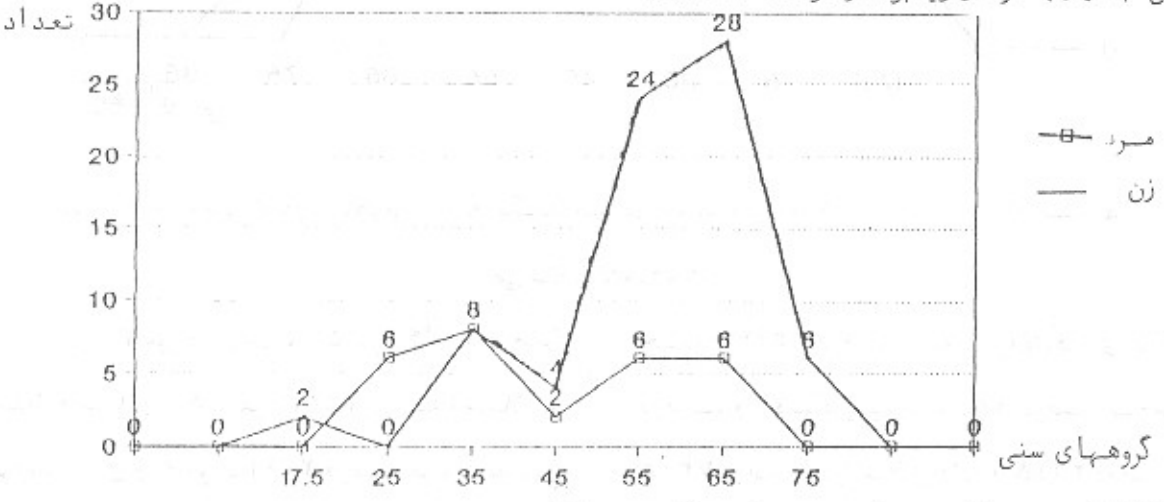


نمودار ۲ـ توزیع انواع پاتولوژی‌های ریه بعد از پنومونکتومی در بیمارستان امام خمینی تهران طی سالهای ۷۶ـ۱۳۷۲

(در کل ۷۰ مورد عمل شده)

S.C.C= Squamous Cell Carcinoma Br.= Bronchiectasia Ade= Adeno Carcinoma Sp.=Spindle Cell Carcoma TB.= Tuberculosis Car= Carcinid tumor Muo= Muco Epidermoid Carcinoma MFH= Malignant Fibrous Histicytoma Chest - Wall (Pulmorayinvasion) Cor.= Coryocarcinoma (Metastatic) Em.= Embryo Rhabdomy Sarcoma neck (Metastatic) Ut.= Uterin Cervix (Metastatic) Sp.= Spindle Cell Sarcoma Ovary (Metastatic) Ade.= Adenoid Cystic Carcinoma Mso= Mesothelioma Sm.= Small Cell Carcinoma Lar.= Larg Cell Carcinoma

۵۰ نفر مبتلا به گروه سرطان در سنین ۵۳±۱۴/۵ سال بوده‌اند و توزیع سنی آنها به تفکیک جنس در نمودار (۳) مشاهده می‌گردد و نشان می‌دهد که مبنای سنی مبتلایان در دهۀ ۷۰ـ ۶۰ حدود $\frac{۱}{۳}$ کل مبتلایان به سرطان ریه بوده و در دهۀ ۷۰ـ ۵۰، $\frac{۲}{۳}$ کل مبتلایان را تشکیل داده است و جوانترین فرد مبتلا ۱۸ ساله بوده که مبتلا به رابدومیوسارکوم فاز و فارنکس با متاستاز وسیع به ریه راست و پیرترین آنها ۷۴ ساله مبتلا به SCC ریه چپ می‌باشد.



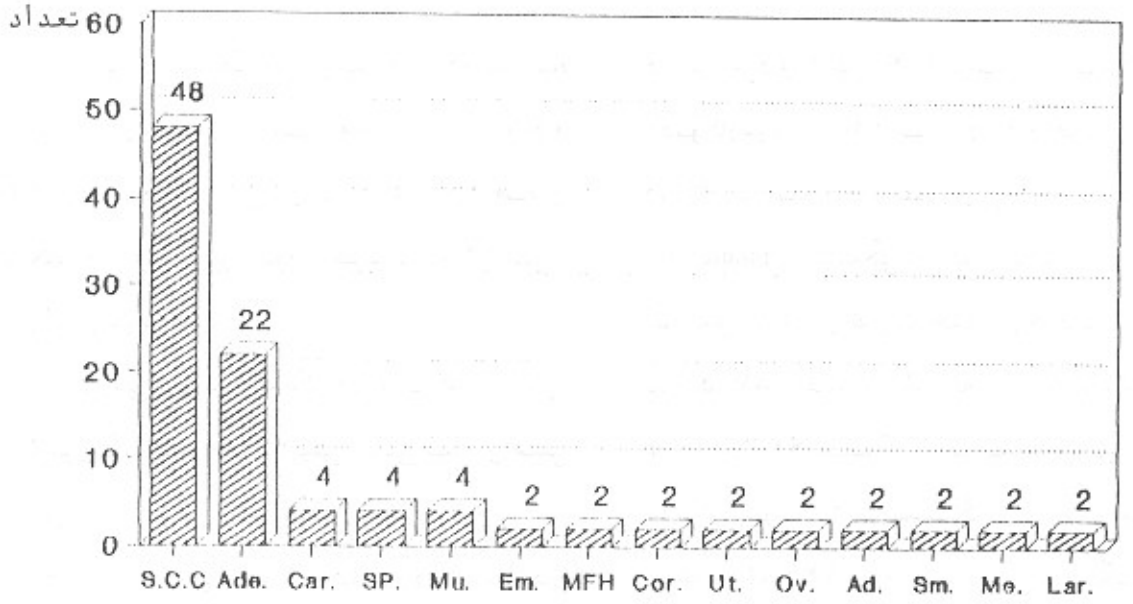
نمودار ۳ـ توزیع سنی مبتلایان به سرطان تحت عمل پنومونکتومی به تفکیک جنس در ۵۰ بیمار مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی تهران بخش جراحی قفسه صدری طی سالهای ۷۶ـ۱۳۷۲

۵۰ مورد سرطان که در نمودار (۴) مشاهده می‌شود نشان دهنده آن است که ۴۸ درصد SCC و ۲۲ درصد آدنوکارسینوما و مجموعاً ۷۰ درصد را تشکیل می‌دهد و بقیه موارد مربوط به ۱۲ مورد پاتولوژی دیگر است.

بررسی پرونده‌ها بیانگر آن است که در تمامی ۵۰ مورد گروه سرطان تشخیص بافتی قبل از عمل مطابق با تشخیص بافتی بعد از عمل به جز سه مورد (۶ درصد) می‌باشد که یک مورد آن تشخیص قبل از عمل آدنوکارسینوما بوده و بعد از عمل مشخص شد که کوریوکارسینوما است . یک مورد نیز تشخیص قبل از عمل SCC بوده، بعد از عمل موکواپیدرموئید کارسینوما تشخیص داده و مورد دیگر Poorly differentiated carcinoma می‌باشد که بعد از عمل Small cell carcinoma گزارش گردید. در همین زمینه یک مورد TB به همراه SCC گزارش شده است. نتایج پاتولوژی بعد از عمل در ۶ مورد (۱۲ درصد) دهانهٔ (مارژن) برونش بصورت میکروسکوپی توسط تومور مبتلا گردیده بود که با توجه به مثبت بودن غدهٔ لنفاوی مدیاستن برای پرتودرمانی ارجاع داده شد. در این بررسی ۵ مورد (۱۰ درصد) متاستاز به ریه وجود داشته است که شامل سارکوم Spindle cell تخمدان ۲ درصد ، امبریورابدومیوسارکوم ناز و فارنکس ۲ درصد ، MFH جدار سینه ۲ درصد ، سرطان سرویکس ۲ درصد و کوریوکارسینوما ۲ درصد وجود داشته است. در گروه سرطان ۲۴ نفر (۴۸ درصد) مبتلا به SCC بوده‌اند که ۲۲ نفر (۹۱/۶ درصد) مرد و ۲ نفر (۸/۴ درصد) زن بوده‌اند. در آدنوکارسینوما از ۱۱ مورد (۲۲ درصد) ، ۷ نفر (۶۳/۶ درصد) مرد و بقیه زن بوده‌اند. در سارکوم Spindle cell همگی زن می‌باشند و در مورد کارسینوئید تومور تفاوت جنسی وجود نداشت. ۲۱ نفر (۸۷/۵ درصد) مبتلایان به SCC سابقه مصرف ۴۴ Pack year سیگار داشتند ولی در مورد آدنوکارسینوما ۱۰ درصد سیگاری و مقدار مصرف نیز ۱۲ pack year بوده است. محل پنومونکتومی در گروه سرطان ۳۳ نفر (۶۶ درصد) در سمت چپ و بقیه در طرف راست می‌باشد و در گروههای چرکی برونشکتازی از ۱۸ مورد ، ۱۳ نفر (۷۲/۲ درصد) در سمت چپ و بقیه در سمت راست و ۲ مورد مبتلا به سل ریه هر دو در سمت چپ بوده است.

در نمودار (۵) توزیع سمت درگیر در بیماران تحت عمل پنومونکتومی به تفکیک نوع پاتولوژی را نشان می‌دهد.

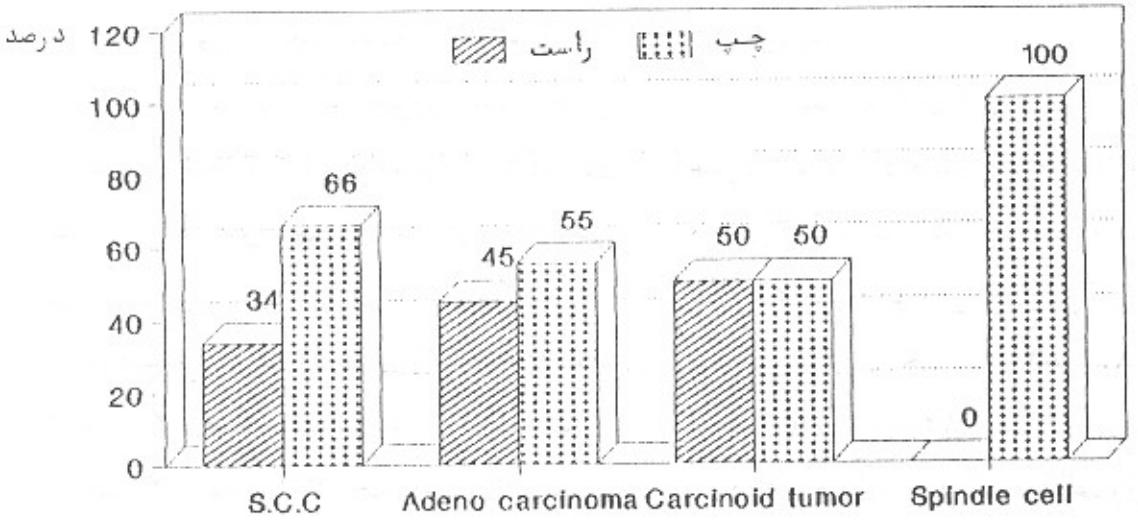
براساس یافته‌های بالینی و پاراکلینیک قبل از عمل ۳۵ نفر (۷۰ درصد) در مرحله IIIA و ۱۵ مورد (۳۰ درصد) در مرحله II بوده‌اند و با توجه به یافته‌های توراکوتومی و بررسی گره لنفاوی و چگونگی درگیری محل آنها ۴۰ نفر (۸۰ درصد) در مرحله IIIA و ۶ نفر (۱۲ درصد) در مرحله II و ۴ مورد (۸ درصد) به دلیل گرفتاری عروق بزرگ و درگیری لنفادی پاراتراکئال مقابل در مرحلهٔ IIIB قرار گرفته‌اند (جدول ۱).



نمودار ۴ـ توزیع انواع پاتولوژیهای ریه بعد از پنومونکتومی در گروه کانسر بین سالهای ۷۶ـ۱۳۷۲

۵۰ مورد عمل شده

S.C.C= Squamous Cell Carcinoma Ade= Adeno Carcinoma Car= Carcinid tumor Sp.=Spindle Call Sarcoma Mu= Mucoepider moid Carcinoma Em.= Embryorhabdomyosarcoma MFH= Malignant Fibrous Histicytoma Chest - Wall (Pulmorayinvasion) Cor.= Coryocarcinoma (Metastatic) Ut.= Uterin Cervix (Metastatic) Ov= Spindle cell Sarcoma Ovary (metastatic) Ade.= Adenoid Cystic Carcinoma Sm.= Small Cell Carcinoma Me= Mesothelioma (Malignant) Lar.= Larg Cell Carcinoma



نمودار ۵ـ توزیع سمت درگیر در بیماران پنومونکتومی در ۵۰ بیمار مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی تهران سالهای ۷۶ـ۱۳۷۲ ، گروه کانسر

جدول ۱ـ توزیع مرحله‌بندی تشخیص‌های قبل و بعد از پنومونکتومی مراجعین به بیمارستان امام خمینی تهران طی سالهای ۷۶-۱۳۷۲

مرحله بندی / مراحل تحقیق	SIIIb	SII	SIIIA	جمع
قبل از عمل	۰ (۰)	۱۵ (۳۰)	۳۵ (۷۰)	۵۰ (۱۰۰)
بعد از عمل	۴ (۸)	۶ (۱۲)	۴۰ (۸۰)	۵۰ (۱۰۰)

در ۳۶ درصد بیمارانی که سیر نقاهت را به طور طبیعی طی نموده‌اند حداکثر ظرفیت حیاتی VC (Vital Capacity) بین ۶۰-۴۱ درصد مورد انتظار بوده و حداقل آن ۳۰-۲۰ درصد مورد انتظار در ۱۰ درصد بیماران می‌باشد وبیشترین مقدار ظرفیت حیاتی ۱۰۰-۹۰ درصد مورد انتظار در ۱۲ درصد بیماران است. بیشترین مقدار FEV1 (مقدار حجم هوای بازدمی با نیرو در عرض یک ثانیه) ۶۰-۵۱ درصد مورد انتظار در ۲۳ درصد بیماران می‌باشد.

بیماران سرطانی که در اثر پنومونکتومی فوت کرده‌اند، تمامی در گروه سنی ۷۲-۶۰ سالگی قرار داشتند و در گروه بیماریهای چرکی که سه نفر بوده‌اند بین ۲۷-۱۸ سالگی می‌باشد و VC این افراد به طور شایع ۶۰-۵۱ درصد مورد انتظار بود و تقریباً مشابه افرادی است که دچار مورتالیتی نشده‌اند. همچنین مقدار حداکثر FEV_1 ۵۰-۴۰ درصد مورد انتظار بوده که اندکی کمتر از افرادی می‌باشد که سیر نقاهت طبیعی را طی نموده‌اند.

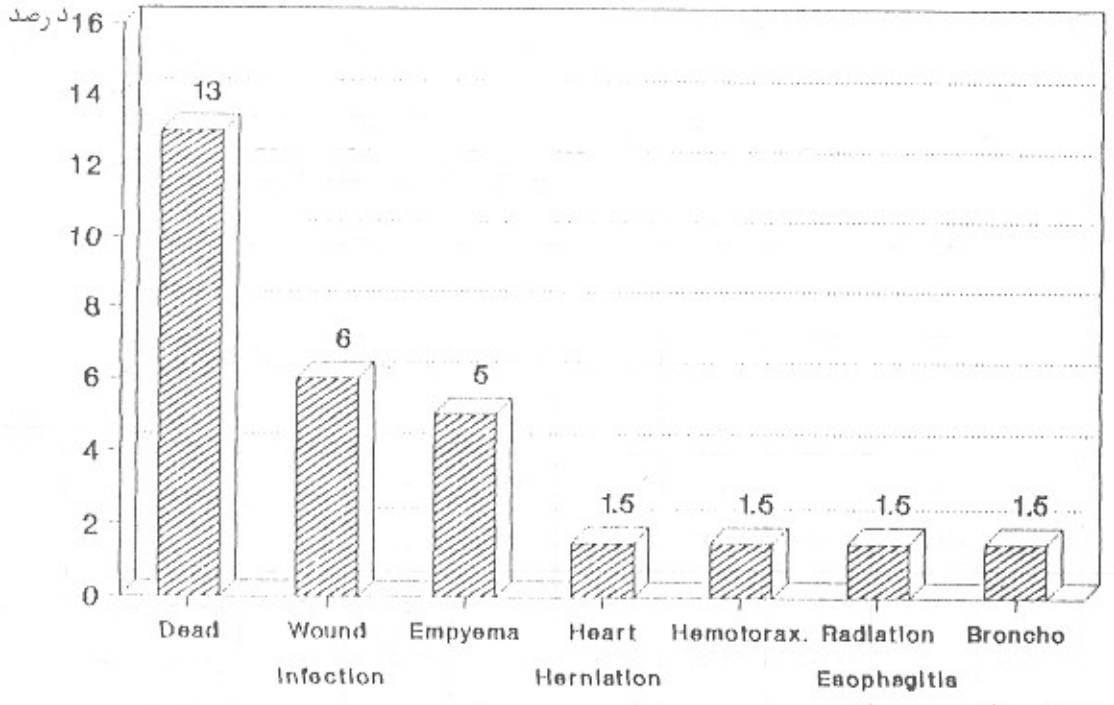
جدول (۲) توزیع یافته‌های اسپیرومتری در بیماران با سیر طبیعی و مرگ و میر ناشی از پنومونکتومی در سالهای ۷۶-۱۳۷۲ را نشان می‌دهد.

جدول ۲ـ توزیع یافته‌های اسپیرومتری در بیماران با سیر طبیعی و مرگ بعد از پنومونکتومی در سالهای ۷۶-۱۳۷۲

	درصد مرگ و میر بعد ازعمل	۲۹-۲۰	۳۹-۳۰	۴۹-۴۰	۵۹-۵۰	۶۹-۶۰	۷۹-۷۰	۸۹-۸۰	۱۰۰-۹۰	جمع
نداشته‌اند	ظرفیت حیاتی (VC)	۵ (۸/۱)	۳ (۵)	۱۱ (۱۸/۱)	۱۱ (۱۸/۱)	۷ (۱۱/۴)	۱۱ (۱۸/۱)	۸ (۱۳/۱)	۵ (۸/۱)	۶۱ (۱۰۰)
	مقدار حجم هوازی بازدمی در یک ثانیه (FEV1)	۲ (۳/۵)	۵ (۸/۵)	۷ (۱۱/۵)	۱۴ (۲۳)	۷ (۱۱/۵)	۱۱ (۱۷/۷۵)	۴ (۶/۵)	۱۱ (۱۷/۷۵)	۶۱ (۱۰۰)
داشته‌اند	VC	۱ (۱۱/۱)	۱ (۰)	۱ (۱۱/۱)	۴ (۴۴/۵)	۱ (۱۱/۱)	۰ (۰)	۱ (۱۱/۱)	۰ (۰)	۹ (۱۰۰)
	FEV1	۱ (۱۱/۱)	۰ (۰)	۴ (۴۴/۵)	۱ (۱۱/۱)	۱ (۱۱/۱)	۱ (۱۱/۱)	۱ (۱۱/۱)	۰ (۰)	۹ (۱۰۰)

در بین ۷۰ مورد پنومونکتومی، ۹ مورد مرگ (۱۲/۹ درصد) وجود داشت که ۶ مورد آن (۱۲ درصد) در گروه سرطان و ۲ مورد (۱۱/۱ درصد) در گروه برونشکتازی و ۱ مورد هم در TB می‌باشد (۵۰ درصد). علل عمده مرگ ناشی از نارسایی تنفسی، آریتمی ، MI و Sepsis است. ۳ مورد آپیم بعد از پنومونکتومی مشاهده گردید که با درناژ و فلپ الوزر بهبود یافته است . یک مورد برونکوپلورال فیستولا در پنومونکتومی راست بود که با فلپ الوزر فلپ و میوپلاستی بهبود پیدا کرد . این نوع فیستول در سمت راست نیز شایع تر است (۸).

یک مورد فتق قلب به دنبال پنومونکتومی راست بوجود آمد و سه روز بعد از عمل خود را به صورت افت فشار خون ناگهانی، برجستگی عروق گردن و تنگی نفس نشان داد و بلافاصله توراکوتومی گردید ، قلب به محل خود برگردانیده شد و نقص پریکارد بامش برطرف شد و بیمار با حال عمومی خوب مرخص گردید. یک مورد ازوفاژیت ناشی از پرتودرمانی که با درمان اگزدواتیو بهبودی یافت مشاهده شد. Reoperation روز بعد از عمل به دلیل خون‌ریزی ، یک مورد بود که محل خون‌ریزی مشخص نگردید. عفونت زخم نیز ۴ مورد (۶ درصد) بود که شدید نبوده و با برداشتن چند بخیه بهبود یافت.



نمودار ۶ـ توزیع مرگ و میر و عوارض در ۷۰ مورد پنومونکتومی مجتمع بیمارستانی امام خمینی تهران طی سالهای ۷۶-۱۳۷۲

بحث

هدف از پنومونکتومی در بیماران مبتلا به سرطان ریه و تحمیل عوارض سنگین بر حسب اندیکاسیون خود صرفاً به منظور درمان شفابخش انجام گرفته و با بررسی‌هایی از قبل انجام شده در هیچ مورد پنومونکتومی به جهت تسکین Paliation

صورت نپذیرفته است. تحقیق نشان داد که در ۴ نفر (۸ درصد) با توجه به یافته‌های بعد از عمل در مرحله IIIB جای گرفته‌اند و قبل از عمل انتخاب درست (Selection) آن میسر نشده است و این بیماران از پنومونکتومی سودی نبرده و کیفیت زندگیشان بهتر نخواهد شد (۹). بین ۵ ـ ۲ درصد با تمام بررسیهای قبل از عمل باز در حین توراکوتومی پیشرفتگی بیماری و مرحله IIIb مشخص است (۱۰). آقای Lewis براین اساس تراکوسکوپی ویدیویی (VATS) را جهت اجتناب در این مسئله پیشنهاد کرد (۱۱). با این حال در یک تحقیق نشان داده‌اند که چنانچه سرطان عروق بزرگ و دهلیز چپ را به صورت مستقیم مورد تهاجم قرار داده پنومونکتومی موجب افزایش بقا عمر پنج ساله خواهد شد (۱۲).

مقایسه اسپیرومتری VC و FEV1 در بیمارانی که فوت نموده‌اند اگر چه تقریباً مشابه افراد با سیر طبیعی بعد از عمل بوده ولی در ۷۵ درصد بیماران کمتر از ۸۰ درصد مورد انتظار است. بنابراین براساس یافته‌های اسپیرومتری به تنهایی نمی‌توان موارد عارضه یا مرگ و میر را پیش‌گویی کرد. در بررسی دیگران هم تنها براساس نتایج اسپیرومتری بیمار را کاندید عمل نمی‌دانند (۱۳). Furgoson ، DICO (diffusing capacity for carbon monoxide) را تکمیل کننده اسپیرومتری به عنوان بهترین پیش‌گویی کننده عوارض پیشنهاد نمود (۱۴). اگر چه سن زیاد در این بررسی به طور بارز مسئول مورتالیتی بوده است و در گروه مبتلایان به سرطان تمامی کسانی که فوت کرده‌اند ۷۲ ـ ۶۰ ساله بوده‌اند ، پنومونکتومی را در سنین ۸۵ ـ ۷۵ سالگی نیز با مورتالیتی مورد قبول انجام داده‌اند (۱۵).

مورتالیتی در گروه مبتلا به سرطان ۱۲ درصد بوده و در دیگر جوامع ۱۱ ـ ۵ درصد را ذکر کرده‌اند و در سنین بیش از ۷۰ سال تا ۱۵ درصد نیز بیان شده است (۱۷ ، ۱۶). در بررسی ما مورتالیتی ناشی از پنومونکتومی مساوی و یا اندکی بیشتر از جوامع غربی می‌باشد.

در بررسی ما SCC و آدنوکارسینوما که نیاز به پنومونکتومی داشته‌اند در چپ شایع‌تر از راست می‌باشد و در SCC تقریباً ۱/۵ برابر شایع‌تر از راست است ولی در جوامع غربی به عکس ۱/۵ برابر در راست شایع‌تر می‌باشد (۱۸) و این اختلاف فاحش نیاز به بررسی بیشتری دارد. در این مطالعه، فراوانی آدنوکارسینوما بعد از SCC بوده است (۴۸ درصد در مقابل ۲۲ درصد) علت آن را رشد سریعتر آدنوکارسینوما متاستاز سریعتر آن می‌دانند (۱۹). همچنین به علت دیر مراجعه کردن بیمارانی که پنومونکتومی را ناممکن ساخته است ، در جوامع غربی در حال حاضر نوع آدنوکارسینوما شیوعش بیشتر از SCC می‌باشد(۲۰).

محل پنومونکتومی در سل ریه و برونشکتازی همانند جوامع غربی اکثراً در سمت چپ بیشتر بوده و تفاوتی ندارد(۲۱) ولی فراوانی برونشکتازی در مقایسه بسیار چشمگیرتر است(۲۲).

نتایج بررسی ارتباط سیگار با سرطان ریه از نوع

SCC مشابه جوامع غربی است . در بیماران ما ۸۷/۵٪ به طور متوسط سابقه pack year ۴۵ سیگار داشته‌اند. دراین بررسی اختلاف فاحش در آدنوکارسینوما در ارتباط با سیگار وجود دارد و در بیماران ما با آدنوکارسینوما شامل ۱۰ درصد با مقدار pack year ۱۲ بوده است . درگزارشات غربیها و بررسی متون ۸۰ درصد مبتلایان به سرطان ریه سیگاری بوده‌اند (۲۴ ، ۲۳) . نوع SCC مطابق با جوامع غربی است ولی در مورد آدنوکارسینوما تفاوت فاحش وجود دارد .

توزیع سنی در بیماران گروه مبتلا به سرطان حداکثر شیوع آن دهۀ هشتم و هفتم می‌باشد. در جوامع غربی نیز شیوع سرطان را در همین سنین ذکر می‌کنند (۲۵) . از این جهت تفاوت نداشته است.

بررسی جنس در گروه مبتلا به سرطان ۷۲ درصد مرد و ۲۸ درصد زن بوده‌اند. مطالعات انجام گرفته در جوامع غربی در مردان نسبت به زنان از ۸ برابر بیشتر بود ولی در حال حاضر به ۲:۱ رسیده است . در این بررسی نیز مشابه جوامع غربی می‌باشد و حدود ۲/۷ درصد بود که تفاوت آشکاری ندارد.

References:

1. Goldstraw P. Pneumonectomy and its modifications. In: Shields TW(Ed). General thoracic surgery. 4th/ed Vol 2. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994: 415.
2. Hoel DG. Trends in cancer mortality in is industrialized countries 1969-1986, J Natl Cancer Inst. 1992; 84: 313.
3.Shields TW (Ed). General thoracic surgery. 4th ed. Vol 2. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994: 930.
4. Boring CC. Squires TS. Cancer statistics, Can Cancer J Clin. 1994; 44:7.
5. Meade RH. A history of thoracic surgery. 3rd ed. New Years: Springfield; 1964: 275-289.
6. Baue AE. Evarts A. Graham and first pneumonectomy, J Am Med Assoc.1984; 251 : 257.
7. Erret LE. Wedge resection as an alternative procedure for peripheral & bronchogenic carcina in poor risk patient, J thorac Cardio Vasc Sury. 1985; 656.
8. Haraguchi S. koizumi K. Analysis of risk factor for development of bronchopleural fistula after pneumonectomy for lung cancer, Lung. 1996; 44: 1835-1839.
9. Nou E. oberg T. Quality of surival in patient, with surgically treated bronchial carcinoma

Thorax. 1980; 35: 255.

10. Gary R. Epler screening for - lug cancer, In: Shields TW(Ed). General thoracic Surgery. 4th ed. Vol2. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996: 1160.
11. Lewis RJ. Video assited thoracic surgical resection of malignant, J Cardio Thorac.1992; 104: 1679.
12. Fukuse T. Pneumonectom. Eur J Cardio Thorac Surg. 1997; 43: 1235..
13. Geraid N. Assessment of thoracic surgical patient In: Shields TW(Ed). General thoraic surgery, 4th ed. Vol1. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994: 285.
14. Ferguson MK. Diffusing capacity predict morbidity and mortality after pneunonectomy resection,. J thorac Surg . 1988; 86: 894.
15. Schneider P. Schirren J. Surgrical treatment of bronchial carcinoma in advanced age. Langenbecks Arch Chir. 1996; 113: 841-845.
16. Mitsudomi T. Mizaoue T. Surgical treatment of bronchial Carcinoma, J Surg Oncol. 1996; 61: 218-222.
17. Sabiston DC. Textbook of surgery: the biological basis of modern surgrical practice. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1991: 568.
18. Shields Tw(Ed). General thoracic Surgery. 4th ed. Vol2. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994: 1103.
19. Sagawa M. Clinical and prognostic assessment of patient with resected small peripheral lung cancer lesion, Cancer. 1994; 66: 2653.
20. David H. Harpole J. Bronchial surgery. In: Sabistone DC(Ed). Textbook of surgery: the biological basis of modern surgrical practice. 14th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1991: 1866.
21. Leroux T. Mohlalo ML. Suppurative disease of the lung and pleural space, Curr Surg. 1986; 23: 93.
22. Donald D. Glower MD. Bronchiectasis. In: Sabiston DC. Textbook of surgery: the biological basis of modern surgrical practics. 14th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1991: 1844.
23. Thomas W. Shiels philip G. Lung cancer. Ethiology carcinogenesis In: Shields TW(Ed).

General thoracic surgery. 4th ed. Vol2. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994: 1095.

24. Loeb LA. Smoking and lung cancer an overview, Cancer Res. 1984; 44: 5940.

25. Thomas W Shiled presentation. Diognosis. In: Shields TW(Ed). General thoracic surgery. 4th ed. Vol2. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994: 1199 .

26. Ochshner A. The development of pulmonary surgery with special emphasis on carcinoma and bronchiectasis. Am J Surg. 1978; 135: 732.