بررسی فراوانی انواع توده های دیواره قفسه صدری جراحی شده و سرانجام درمان آنها در بیمارستان الزهرا(س) اصفهان در سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۷۸

سید عباس طباطبایی[۱]، سید مظفر هاشمی[۱]، مجتبی احمدی نژاد[۲]، آرام طولابی[۳]، سعدی افشارپور[۴]

۱-دانشیار، گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۲-استادیار، گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان
۳-دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان
۴-پزشک عمومی

یافته / دوره سیزدهم / شماره ۲ / تابستان ۹۰ / مسلسل ۴۸

چکیده

دریافت مقاله: ۸۹/۱۱/۲۲ ، پذیرش مقاله: ۹۰/۱/۲۱

مقدمه: توده‌های دیواره قفسه صدری طیف وسیعی از ضایعات خوش‌خیم و بدخیم هستند. در مطالعات مختلف نتایج متفاوتی پیرامون ضایعات قفسه صدری گزارش شده است ولی هنوز اطلاعات دقیقی از انواع این ضایعات در بیماران در دست نیست. هدف از این مطالعه تعیین فراوانی انواع توده‌های دیواره قفسه صدری درکل و بر اساس متغیرهای اپیدمیولوژیک و چگونگی پاسخ به درمان و همچنین بررسی سرانجام این بیماران است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی تحلیلی در سال ۱۳۸۸ در مرکز آموزشی درمانی الزهرا(س) اصفهان به انجام رسید. جامعه آماری مورد مطالعه شامل تمامی بیمارانی بود که از ابتدای سال ۱۳۷۸ تا پایان سال ۱۳۸۶ با تشخیص تومور جدار قفسه صدری در این بیمارستان تحت عمل قرار گرفته بودند. روش نمونه گیری در این مطالعه به صورت سرشماری بود و طی آن تعداد ۱۱۲ مورد عمل جراحی که طی مدت زمان مذکور انجام گرفته بود مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: از ۱۱۲ مورد تومور بررسی شده ۴۶ مورد(۴۱/۱٪) خوش خیم و ۶۶ مورد (۵۸/۹٪) بدخیم بود . از طرف دیگر ۳۵ مورد از تومورهای مردان و ۳۱ مورد از تومورهای زنان بدخیم بود (۵۶/۵٪ در مقابل ۶۲٪). در عین حال، آزمون مجذور کای نشان داد توزیع فراوانی نوع تومور در دو جنس تفاوت معنی‌داری ندارد(p=۰/۵۵). شایعترین علامت در مبتلایان به تومورهای خوش‌خیم (۲۸/۳٪) درد قفسه سینه و همچنین (۲۸/۳٪) توده برجسته و در مبتلایان به تومورهای بدخیم ۱۹ نفر (۲۸/۸٪) درد قفسه سینه بود. شایعترین نوع بافت شناسی در تومورهای خوش خیم ۱۵ مورد (۳۲/۶٪) التهابی و در تومورهای بدخیم ۱۲ مورد (۱۸/۲٪) استئوسارکوم بود.

بحث و نتیجه‌گیری: طبق نتایج به دست آمده از این مطالعه حدود ۵۹ درصد تومور های دیواره قفسه صدری بدخیم بوده و در صورت شک به وجود توده در جدار قفسه صدری بایستی اقدامات مقتضی جهت درمان به موقع و خروج توده انجام داد.

واژه‌های کلیدی: جدار قفسه صدری، تومور بدخیم، تومور خوش خیم، نتیجه درمان، اصفهان.

آدرس مکاتبه: خرم آباد، بیمارستان شهدای عشایر، بخش آموزش
پست الکترونیک: dr_ts_ahmadinejad@yahoo.com

مقدمه

تومورهـای دیـواره قفـسه سـینه طیـف وسـیعی از ضـایعات خوش‌خیم و بدخیم هستند که حدود ۵٪ تمام نئوپلاسم های قفسه سـینه و حـدود ۱٪ تـا ۲٪ تمـام تومورهـای اولیـه بـدن را تـشکیل می‌دهند.(۱)

تومورهای دیواره قفسه سـینه در یکـی از۴ دسـته تومورهـای اولیه، تومورهـای مجـاور بـا تهـاجم موضـعی، ضـایعات متاسـتاتیک و توده‌های غیر نئوپلاستیک تقسیم بندی می شوند.(۲) حدود۷۵-۵۰٪ تومورهـای بـدخیم دیـواره قفـسه سـینه متاسـتاتیک یـا تهـاجم از تومورهای احشای مجاور ،مدیاستن یا بافت نرم مـی باشـد. تومورهـای اولیه دیواره قفسه سینه نادر هـستند. بـروز بـدخیمی در تومورهـای اولیه قفسه سینه متنـوع و بـین ۸۰-۵۰٪ گـزارش شـده اسـت.(۳) تومورهای اولیه در ۵۰٪ موارد از بافت نرم هستند.

در تجربیات کلینیک Mayo در ۱۰۰ بیمار نشان داده شد کـه ۳۲٪ متاستاتیک و ۲۴٪ از تهاجم تومـور بـوده اسـت.(۴) در مطالعـه دیگری ۵۱٪ از تومورهای دیواره قفسه سینه مربوط به کانسر پستان و ریه اولیه و ۲۲٪ ضایعه متاستاتیک داشـتند.(۵) در هـر دو مطالعـه سارکوما شایعترین تومور متاستاتیک بود(۲) .تومورهـای جـدار قفـسه سینه به آرامی رشد می کنند و اغلب در ابتدا بـدون علامتنـد. تقریبـاً همه تومورهای بدخیم تمایل به ایجاد درد دارند و در مقابل فقـط ۲/۳ تومورهای خوش خیم ایجاد درد می کنند.(۲)

علامت دیگر آنهـا وجـود تـوده هـای قابـل لمـس اسـت. تـب، لکوسـیتوز و ائوزینـوفیلی در بعـضی از تومورهـا ممکـن اسـت ایجـاد شود(۵و۶).سن متوسط برای ضایعات خـوش خـیم ۲۶ سـال و بـرای ضایعات بدخیم ۴۰ سال است و نسبت ابـتلا مـرد بـه زن تقریبـاً ۲/۱ گزارش شده است(۷و۸) .در مطالعات مختلف نتایج متفـاوتی پیرامـون ضایعات قفسه سینه گزارش شده است ولی هنوز اطلاعـات دقیقـی از انواع این ضایعات در بیماران وجود ندارد. هدف از ایـن مطالعـه تعیـین فراوانی انواع توده هـای دیـواره قفـسه صـدری در کـل و بـر اسـاس متغیرهای اپیـدمیولوژیک و چگـونگی پاسـخ بـه درمـان و همچنـین بررسی سرانجام این بیماران در بیمارسـتان الزهـرا(س) اصـفهان بـین سالهای ۸۷ تا ۸۶ است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصـیفی- تحلیلـی در مرکـز آموزشـی درمـانی الزهرا(س) اصفهان به انجام رسـید. جامعـه آمـاری مـورد مطالعـه شامل تمامی بیمارانی است که از ابتدای سال ۱۳۷۸ تا پایان سال ۱۳۸۶ به علت تـوده هـای دیـواره قفـسه‌ی سـینه در بیمارسـتان الزهرا(س) اصفهان تحت عمل جراحی قرار گرفته اند.

روش نمونه‌گیری به صورت سرشماری بود. جهت جمع آوری اطلاعات از چک لیست‌های حاوی سن، جنس، سابقه کانسر قبلـی و نوع کانسر، پاتولوژی، سابقه رادیاسیون بـه قفـسه سـینه، سـابقه جراحی قبلی قفسه سینه، سابقه تروما بـه قفـسه سـینه، بیمـاری همراه(کانسر همراه) مدت تشخیص تا عمل، علائم هنگام مراجعـه، محل زندگی(شهری- روستایی) بیمار، انـدازه تومـور، نـوع ضـایعه (خوش خیم- بدخیم)، نوع تومور(اولیه- ثانویه ، متاستاز- مهاجم) ، زمان پیگیری تا عمل و در صورت مرگ و میـر(مـرتبط بـا ضـایعه قفسه سینه) وجود زمان مرگ تا عمل از طریق استفاده از اطلاعات موجود در پرونده بیماران صورت گرفت.پس از جمع‌آوری، اطلاعات توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷، مورد تجزیه وتحلیل قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون آماری t- مستقل، مجـذور کای و آزمون دقیق فیشر استفاده شد.

یافته‌ها

از ۱۱۲ بیماری که مورد مطالعه قرار گرفتنـد، ۶۲(۵۵/۴٪) نفـر مرد و۵۰ نفر (۴۴/۶٪) زن بودند که طبق آزمـون t- مـستقل تفـاوت معنی‌داری بین میانگین سن مردان و زنان وجـود نداشـت (p=۰/۱۸). میانگین سن مبتلایان به تومورهای بدخیم به طـور معنـی‌داری بـالاتر بـــود(p=۰/۰۵) همچنـــین میـــانگین انـــدازه تومورهـــای

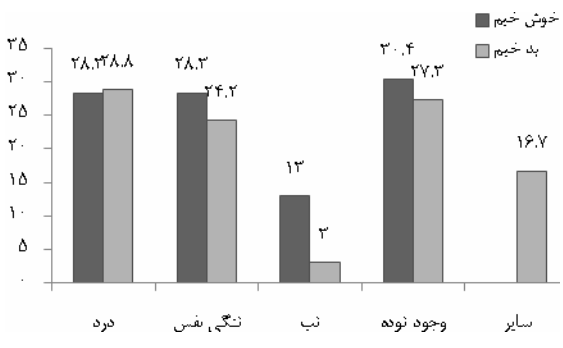
بدخیم به طور معنی‌داری بزرگتر بود(p=۰/۰۲). بین نوع تومور در دو جنس تفاوت معنی‌داری وجود نداشت(p=۰/۵۵) همچنین بین میانگین مدت زمان بروز علایم تا زمان عمل برای مبتلایان به تومورهای خوش خیم و بدخیم تفاوت معنی‌داری وجود نداشت(p=۰/۷۹).

بین سابقه تروما با نوع تومور ارتباط معناداری وجود نداشت(p=۰/۲۷) . تا یک ماه بعد از عمل ۳ نفر(۲/۷٪) و تا ۶ ماه، ۱۱ نفر (۹/۸٪) از بیماران مذکور فوت کردند و در کل دوره ۱۰ ساله این پژوهش ۲۶ نفر(۲۳/۲٪) از بیماران فوت کردند.۱۱ بیمار(۹/۸٪) دارای سابقه جراحی قبلی بوده که همگی مبتلا به تومور بدخیم از نوع ثانویه بودند و ۱۱ نفر(۹/۸٪) سابقه رادیاسیون داشتند که همگی مبتلا به تومور خوش‌خیم بودند. شایعترین علامت در مبتلایان به تومورهای خوش خیم شامل ۱۳ نفر(۲۸/۳٪) با درد قفسه سینه و ۱۳ نفر(۲۸/۳٪) با توده برجسته بوده و در مبتلایان به تومورهای بدخیم ۱۹ نفر(۲۸/۸٪) با درد قفسه سینه بودند. شایعترین نوع بافت شناسی در تومورهای خوش خیم ۱۵ مورد(۳۲/۶٪) التهابی و در تومورهای بدخیم ۱۲ مورد(۱۸/۲٪) استئوسارکوم بوده است.

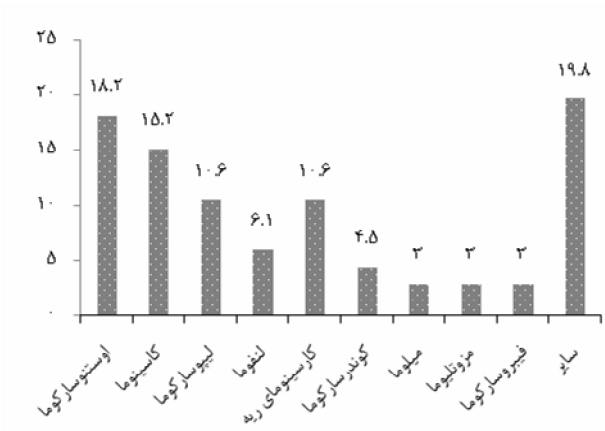
جدول شماره ۱-مقایسه متغیرهای دموگرافیک بیماران بر حسب نوع تومور

نام متغیر		نوع تومور			p-مقدار
		خوش خیم	بدخیم	کل	
سن(سال) †		۳۲/۹ ± ۱۹/۶	۴۴/۷ ± ۲۲/۴	۳۹/۸ ± ۲۲	۰/۰۰۵
جنس *	مرد	۲۷ (۴۳/۵٪)	۳۵ (۵۶/۵٪)	۶۲ (۱۰۰٪)	۰/۵۵
	زن	۱۹ (۳۸٪)	۳۱(۶۲٪)	۵۰(۱۰۰٪)	
محل سکونت *	شهر	۳۲ (۳۹٪)	۵۰(۶۱٪)	۸۲ (۱۰۰٪)	۰/۵۲
	روستا	۱۴ (۴۶/۷٪)	۱۶ (۵۳/۳٪)	۳۰ (۱۰۰٪)	
اندازه‌ی تومور(سانتی‌متر) †		۲۸/۸ ± ۲۰/۵	۴۶/۶ ±۱۸/۳	۳۷/۶ ±۱۹/۶	۰/۰۲
زمان شروع علائم تا انجام عمل جراحی(ماه) †		۴/۵ ±۱	۴ ±۲/۸	۴/۲ ±۲/۷	۰/۷۹
سابقه تروما Δ	بله	۰ (۰٪)	۳ (۱۰۰٪)	۳ (۱۰۰٪)	۰/۲۷
	خیر	۴۶ (۴۲/۲٪)	۶۳ (۵۷/۸٪)	۱۰۹ (۱۰۰٪)	
مرگ و میر(نفر) *	مرده	۴ (۱۰٪)	۳۶ (۹۰٪)	۴۰(۱۰۰٪)	<۰/۰۰۱
	زنده	۴۲ (۵۸/۳)	۳۰ (۴۱/۷٪)	۷۲ (۱۰۰٪)	

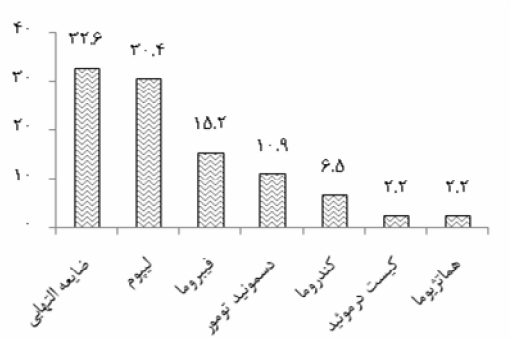
* آزمون مجذور کای † آزمون t – مستقل Δ آزمون دقیق فیشر



نمودار شماره ۱-درصد فراوانی علایم بر اساس نوع تومور



نمودار شماره۲-درصد فراوانی انواع تومورهای بدخیم بر اساس بافت شناسی



نمودار شماره۳- درصد فراوانی ا نواع تومورهای خوش خیم بر اساس بافت شناسی

بحث و نتیجه گیری

تومورهای دیواره قفسه سینه حدود ۵٪ تمام نئوپلاسم های قفسه سینه و حدود ۱٪ تا ۲٪ تمام تومورهای اولیه بدن را تشکیل می دهند(۱). تومورهای استخوانی قفسه سینه ۷٪ تا ۸٪ تمام تومورهای استخوانی را تشکیل می دهند و حدود ۱۰٪ تومورهای بافت نرم از دیواره ی قفسه سینه منشاء می گیرند(۹و۱۰).شایعترین تومورهای اولیه بدخیم شامل فیبروز هیستوسایتوما(MFH)، کندروسارکوما و رابدومیوسارکوماست و شایعترین تومورهای خوش خیم شامل تومورهای غضروفی(کوندروم) دسموئید و دیسپلازی فیبروز استئوکلاستوم می باشند. در مطالعه ای که Attia و همکاران بر روی ۳۵ بیمار انجام دادند شایعترین ضایعه اولیه جدار قفسه سینه کندروما و نادرترین آنها رابدومیوسارکوما بود(۱۱).

روند های التهابی مانند استئومیلیت هم گاهی با تومورها اشتباه می شوند، چون بیماری التهابی با خوردگی دردناک دنده تظاهر می‌کند. به طور کلی تظاهرات بالینی تومورهای قفسه سینه از یک بیمار بدون علامت با تغییرات رادیولوژیکی، توده بدون درد یا توأم با درد موضعی یا درد منتشر، متغیر است. یافته های بالینی یا آزمایشگاهی خاصی (غیر از بیوپسی و بررسی آسیب شناسی) که نشان دهد توده جدار قفسه سینه بدخیم است یا خوش خیم، وجود ندارد. تومورهای کوچک اولیه(۵-۳ سانتی متر) با بیوپسی اکسیژنال تشخیص داده می شود و اگر ضایعه بزرگتر از ۵ سانتی متر باشد ابتدا بیوپسی انسیژنال انجام شده، پس از تشخیص قطعی درمان اصلی شروع می شود(۱۲و۱۳). برای تومورهای اولیه و همچنین کانسرهای ریه با تهاجم به جدار قفسه سینه، رزکسیون رادیکال ممکن است باعث درمان دائم بیماری و انتظار بقا طولانی مدت شود و برای تومورهای ثانویه جدار قفسه سینه، جراحی یک نقش تسکینی دارد و می تواند بعد از شکست درمان های محافظه کارانه استفاده شود. منع مطلق جراحی تومورهای جدار قفسه سینه زمانی است که پلورزی با سلول های بدخیم مثبت وجود داشته باشد(۱۰).

در ارتباط با کموتراپی قبل از عمل سارکومای دیواره قفسه سینه بعضی از منابع معتقدند که استئوسارکوم، رابدومیوسارکوم، یووینگ سارکوم و PENT به کموتراپی حساس بوده و بایستی قبل از عمل، کموتراپی نئوادجوانت دریافت نمایند ولی در دیگر تومورها مثل فیبروسارکوم، لیپوسارکوم، دسموید تومور، سارکوم سینوویال و هیستوسیتوم بدخیم فیبروز، نیاز به کموتراپی قبل از عمل ندارند(۱۴).نقش شیمی درمانی کمکی در درمان سارکوم های اولیه جدار قفسه سینه، هنوز نامشخص است.

در این مطالعه مهمترین علائم تومورهای قفسه سینه درد و وجود توده برجسته در قفسه سینه بوده است. همچنین مواجهه با عوامل مختلفی که احتمال می رود در بروز ضایعات دیواره قفسه سینه دخالت داشته باشند مانند تروما، سابقه جراحی قبلی بر روی قفسه سینه و سابقه انجام رادیاسیون مورد بررسی قرار گرفت که هیچکدام از این فاکتورها نقش معنی‌داری در بروز بیماری نداشتند.میانگین سن بیماران مبتلا به تومورهای خوش خیم ۱۹/۶±۳۲/۹ سال و میانگین سن بیماران مبتلا به تومورهای بدخیم۲۲/۴±۴۴/۷ سال بود که این میانگین با میانگین سن بیمارانی که در سایر مطالعات مورد بررسی قرار گرفته اند تقریباً همخوانی دارد.

همچنین در این مطالعه ۵۵/۴ ٪ از بیماران مورد مطالعه مرد و ۴۴/۶٪ زن بودند و این در حالی است که در مطالعات دیگر، نسبت

ابتلا مرد به زن تقریباً ۲/۱ گزارش شده است و این بیانگر شیوع بالاتر تومورهای دیواره قفسه سینه در بانوان نسبت به مطالعات دیگر است(۶و۷). میانگین مدت زمان بروز علایم تا زمان عمل در کل بیماران مطالعه شده ۲/۷ ± ۴/۲ ماه بود . این فاصله زمانی برای بیماران مبتلا به تومورهای خوش خیم ۱ ± ۴/۵ ماه و برای تومورهای بد خیم ۲/۸ ± ۴ ماه بود. عوامل متعددی در تاخیر عمل جراحی در بیماران مبتلا به تومور به ویژه تومورهای بدخیم وجود دارد از جمله اینکه تومورهای بدخیم معمولاً در مراحل اولیه دارای علایمی چون درد نیستند و از طرف دیگر پزشکان تنها در برنامه های غربالگری اقدام به معاینه بیماران نموده و در غیر این صورت به دلیل عدم شکایت بیمار، توجهی به این موضوع نداشته و این در حالیست که طبق نتایج به دست آمده از این مطالعه حدود ۵۹٪ تومورهای دیواره قفسه سینه بدخیم بوده و در صورت شک به وجود توده در جدار قفسه سینه بایستی اقدامات مقتضی جهت درمان به موقع و خروج توده انجام شود ،وجود هر گونه توده در دیواره قفسه سینه بایستی بدخیم تلقی شود مگر اینکه خلاف آن ثابت شود.

References

1. Perry R R, Venzon D; Roth J A; Pass H I. Survey after surgical resection for high-grade. Chest wall sarcoma. Ann Thorac Surg 2004; 49: 363.
2. Park B J, Rusch V W.Chest wall tumors. In Shields T W. General Thoracic surgery. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, William & Wilkins 2007; pp:710-721.
3. King R M, Pairolero P C and Trastek V F. Primary chest wall tumors : factors affecting survival. Ann Thorac Surg 1986; 41: 597-601.
4. Incabone M Pastorino U. Surgical treatment of chest wall tumors, world of surgery 2008; 125(2): 218-230.
5. Pairolero PC, Arnold PG. Chest wall tumors: experience with 100 consecutive patients. J Thorac Cardiovasc Surg 1985;90:367.
6. Gracver GM, Jones DR, Pairolero PC. Primary Neoplasms. In: Pearson FG. Thoracic surgery, 2nd ed; 2002. 1417-1429.
7. Pass HI. Primary and metastatic chest wall tumors. Thorac oncology. Philadelphia: W.B. Sanders; 2009.
8. Gordon MS, Hajdu SI, Bains MS, Burt ME. Soft tissue sarcomas of the chest wall. J Thorac Cardiovase Surg 2001; 101: 843.
9. Sabanathan S, Salama F D, Morgan W E. Soft Tissue sarcomas of the chest wall tumors. Ann Thorac Surg 2005; 39:4.
10. Gordon MS, Hajdu SE, Bains MS, Burt ME. Soft tissue sarcomas of the chest wall. J Thorac Cardiovase Surg 1991; 101:843.
11. Attia N, Elmenshawy A, Saleh Y, Shehata S. Chest wall tumor resection and reconstructive modalities. J Plast Reconstr Surg 2004; 28:63-69.
12. Erasmus J J, McAdams HP, Pats E F, Goodman P C, Coleman R E. Thoracic FDG- PET: State of the art. Radiographics 2008; 18:5.
13. Ryan M B, McMurtery M J, Roth J A. Current management of chest wall tumors. Surge. Clin North Am 2001; 69: 1061.
14. Charles Brunicardi Dana F, Anderson Timothy K, Billiar David R, Dunn John L, Hunter Jeffrey G, Matthews B and et al. Schwrtz's Principles of surgery, ninth edition, New york, Mc Graw Hill, 2010; PP:562-568.

This document was created with Win2PDF available at http://www.daneprairie.com.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.