

گزارش تومور بورد کانسر ریه

زمان برگزاری: یکشنبه ۹۷/۰۲/۲۳

محل برگزاری: قم - خیابان ۱۹ دی (باجک)، کوچه ۱۰، ساختمان فرجاد، سالن کنفرانس فرجاد

مخاطبان: متخصصین جراحی عمومی، زنان و زایمان، رادیولوژی، آنکولوژی، پاتولوژی، ژنتیک

تومور بورد سرطان ریه در تاریخ ۹۷/۰۲/۲۳ با حضور اساتید رشته‌های رادیولوژی، پاتولوژی، متخصص ریه، جراح، ژنتیک و آنکولوژی تشکیل گردید. در این جلسه بیمار آقای ۷۶ ساله، متاهل، دارای ۶ فرزند می‌باشد که حدوداً از پنج ماه پیش بدنبال درد معده و بی‌اشتهایی و کاهش وزن به پزشک گوارش و داخلی مراجعه کرده اما پس از انجام آندوسکوپی و سی تی اسکن شکم و لگن مشکلی مشاهده نشده و نرمال بوده است. با انجام CT ریه توده‌ای در ریه وی شناسایی شده و پس از انجام آزمایش‌های برونکوسکوپی و بیوپسی آدنوکارسینومای ریه تشخیص داده شده است. وی سابقه‌ی مصرف دخانیات (سیگار) به مدت ۵۰ سال را دارا می‌باشد و برادر وی در اثر ابتلا به کانسر خون فوت شده است.

Staging کانسر ریه

Superclavicular	Scalene	Mediastinal	Subcarinal	Hilar	Peribronchial (ipsilateral)	Lymphnode (N)
Contra-	Lpsi-	Contra-	Lpsi-	Contra-	Lpsi-	
+	+	+	+	+	+	N3
+	+	+	+	+	+	N2
+	+	+	+	+	+	N1
+	+	+	+	+	+	N0

Stage IV (metastatic: M1 or M1b, any T, any N)						
Stage IIIB						
Stage IIIA						
Stage IIA			Stage IIB			
Stage IA		Stage IB	Stage IIA		Stage IIB	
T1a	T1b	T2a	T2b	T3	T4	Primary tumor (T)
< 2 cm	> 2cm but < 3 cm	> 3cm but < 5 cm	> 5cm but < 7cm	> 7 cm	any	a.size
No invasion proximal to lobal bronchus		Main bronchus (> 2 cm distal to the carina)		Main bronchus (< 2cm distal to carina)	—	b.endo bronchial location
Surrounded by lung or visceral pleura		Visceral pleura		Chest wall /diaphragm / mediastinal pleura/parietal pericardium	Mediastinum / tracha/ heart / great vessels/esophagus/ vertebral body/carina	c.local invasion
		Atelectasis / obstructive pneumonitis that extends to the hilar region but does not involve the entire lung.		Atelectasis / obstructive pneumonitis of entire lungs. Separate tumor nodules in ipsilateral primary tumor lobe	Separate tumor nodule(s) within the ipsilateral lung but different lobe as the primary mass	d.other

Metastatic (M):

M1a:

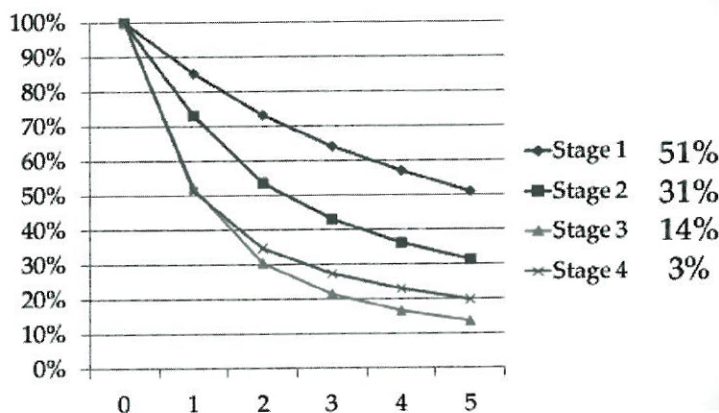
Local intrathoracic spread:
 *Malignant pleural /pericardial effusion
 *Separate tumor nodule(s) in the contralateral lung

M1b:

Disseminated (extrathoracic) disease:
 Liver, bone, brain, adrenal gland, etc.

Observed Survival in the US (2003-2009) NSCL

Survival



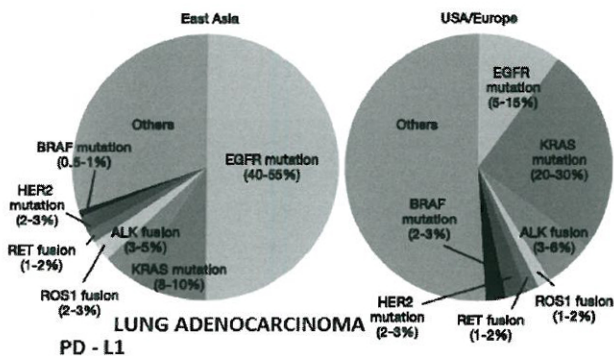
کرد.

- در موارد غیرقابل جراحی می‌توان از کمورادیاسیون Definite استفاده نمود و در بعضی از موارد استفاده از کمورادیاسیون قبل از جراحی می‌تواند به جراحی کمک کند. از شیمی درمانی در موارد Postop و Adj از stage IB در موارد High risk و stage IIA به بعد استفاده نمود.

- در موارد بعد از جراحی، رادیوتراپی در موارد مارژین مثبت و N2 لازم می‌شود.

- با توجه به پیشرفت شناخت مسیرهای ژنتیکی دخیل در ایجاد سرطان ریه، داروهای بسیاری برای تاثیرگذاری بر این مسیرها تهیه شده است که اکثرا در موارد متاستاتیک بعنوان درمان Palliative مورد استفاده قرار می‌گیرد.

مسیرهای ژنتیک مورد استفاده در نمودار زیر آورده شده است:



در موارد لوکالی ادونس بعد از کمورادیاسیون definitive و عدم امکان جراحی از داروی Durvalumab که یک PD-L1 Blocking Antibody است، استفاده می‌شود.

ابتدا آزمایش‌ها و آزمون‌های تصویربرداری و پاتولوژی بیمار بررسی شد و پس از شرح CT-Scan بیمار علاوه بر اطلاعات مربوط به staging بیماری، نکات زیر مورد تاکید قرار گرفت:

- در صورت کلاشه شدن لوب ریه، تعیین توده‌ی اصلی از بقیه‌ی بافت ریه و پنومونیت همراه با CT-Scan بسیار مشکل می‌باشد و PET-CT Scan در این موارد بسیار کمک کننده است. بررسی نواحی لنف نودی مدیاستن در طرف ریه‌ی مبتلا سبب کارینا و طرف مقابل بسیار مهم است.

- در موارد پیشرفته و فوقانی، لنف نودهای سوپراکلاویکولار هم باید بدقت بررسی گردد. با وجود احتمال بالای متاستاز به آدرنال، جهت بررسی دقیق تر کبد و نقاط دیگر شکم، انجام CT تمام شکم و لگن بر Upper abdomen ارجح است. در صورت تشخیص پاتولوژیک کانسر ریه، انجام CT با تزریق می‌تواند کافی باشد. در حال حاضر می‌توان از EBUS و EUS جهت Staging دقیق تر و بدست آوردن بافت پاتولوژیک بخصوص از نواحی مدیاستن کمک گرفت.

- Review پاتولوژی و IHC در موارد عدم مشخص بودن پاتولوژی بیمار کمک کننده است. از نظر TTF1 IHC ... می‌تواند Adenocarcinoma و SCC و توده‌های متاستاتیک را از هم جدا کند.

MRI مغز از Stage 2 لازم و برای Optional, Stage IB است.

- جراحی مهم ترین مودالیتة درمانی در کانسر ریه می‌باشد، در موارد لوکال در بیمارانی که از نظر مدیکالی امکان جراحی ندارند، می‌توان از SRS (Stereotactic radiosurgery) (یک تا ۲ جلسه) یا SRT (stereotactic radiotherapy) (پنج تا هفت جلسه) استفاده

