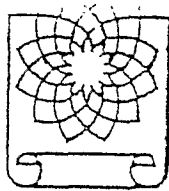


بنام پروردگار

۱۰۰۹



دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دانشکده پزشکی

پایان نامه

برای دریافت درجه دکترای تخصصی در رشته جراحی عمومی

موضوع

انجام گاستروژنوستومی پروفیلاکتیک در هنگام
عمل جراحی درناژ مجاری صفراوی در مبتلایان
کانسر پیشرفته سرپانکراس

استاد راهنما

جناب آقای دکتر منصور ثقه الاسلامی

نگارش

دکتر فرهاد نیکزاد

۵- ۱۲۱ / ۳۸۶

شماره پایان نامه ۱۱۴۷

سال تحصیلی ۷۳-۷۴

۹۰۰۳

کتابخانه تخصصی پزشکی
تهران

تقدیم بہ :

ہمسرفدا کا رم، کہ مرا تحمل نمودتا بہا یین منزل برسم

تقدیم به دختر مینا :

با شکر و بتوا نم بیشتر در کنا رش با شم .

تقدیم بہ پدرم :

کہ عاشق علم طب و مشوق اصلی من دزیپوٹھیدن این را ہبـسود . .

تقدیم به :

برادر و خواهران مهربانم که همواره شرمندۀ محبت‌های بیدریغشان هستیم .

تقدیم بہ :

استادہ ارجمند جناب آقای دکتر شقفہہ اسلام و شکرہ زحمات بی شائبہ ایشان . .

چکیده

کاسرسرپانکراس از جمله بیماریهای میبانشده که غیر از موارد نادر در مراحل ابتدائی نئوپلاسم بدخیم، امکان درمان قطعی *cure* در آن وجود ندارد و بیماران طول عمر کوتاهی خواهند داشت اغلب بیماران با ایکتر انسدادی ناشی از تهاجم تومور به کله دوک مراجعه میکنند که جهت درمان تسکینیی بیماران درناژ مجاری صفراوی اندیکاسیون پیدا میکند که یکی از بهترین انواع درناژها از طریق جراحی وبصورت آناستووزهای *Biliary-intestinal* میباشد. این تومور بدخیم با سیر پیشرونده قادر است معده یا اثنی عشر را نیز موردتهاجم قرار داده و علائم انسداد راه خروجی معده ایجاد کند که کیفیت زندگی کوتاه مدت بیماران را شدیداً " تحت تاء شیر قرار میگیرد لذا بعضی از جراحان توصیه می کنند در حین عمل جراحی درناژ مجاری صفراوی جهت بهبودی ایکتر انسدادی، گاستروژنوستومی پروفیلاکتیک نیز صورت گیرد اما بعضی از جراحان عقیده دارند که انجام این عمل در این بیماران نگون بخت کاری عبث و بیهوده میباشد چون آنقدر طول مدت *Survival* بیماران کوتاه است که به تومور آنقدر فرصت نمی دهد که زلحاظ *Locoregional* آنقدر رشد کند که موجب انسداد راه خروجی معده شود.

در این مطالعه سعی شده است بصورت مستقل تاء شیر عوامل مهمی را که در تصمیم گیری جراح جهت انجام دادن ویان دادن این عمل دخالت دارد مورد بررسی قرار داده تا در نهایت با استفاده از آنها برای هر بیمار بخصوص نتیجه گرفت که اضاف شدن گاستروژنوستومی به تسکین بیماران افزایش کیفیت زندگی در باقی عمر کمکننده است یا خیر؟

از جمله نتایج بدست آمده اینکه هرچه بیمار جوانتر بوده و *stage* تومور پایین تر باشد انجام گاستروژژنوستومی سودمندتر است ، وجود کالانژییت حین عمل ، بیماریهای مدیکال خطر همراه ، اورژانس بودن عمل جراحی باعث میشود که موربیدیتی و خصوصا "مورتالیتی (افزوده شدن گاستروژژنوستومی به کل عمل) بیشتر می شود و همچنین *Upper GI series* روشی ارزان و نسبتا " دقیق جهت پیش بینی احتمال انسداد راه خروجی معده در آتیه بیمار است .

ABSTRACT:

This Retrospective study evaluate 50 Patients with obstructive Jaundice due to advanced cancer of pancreatic head during 6 years follow up in general surgery department, in Taleghani haspital.

All Patients have no Resectable tumor and undergo Palliative surgical billiary drainage, half of them without gastero-jejenostomy and the other half with gastero-jejenostomy for palliation of possible Gastric outlet obstruction.

I try to evaluate, value of prophylactic gastero-Jejemstomy and factors that inflence surgen's decision to do or not to do it.

Seven important factors have selected and their rule in prophylactic palliation of Gastricoutlet obstruction and operative mortality and morbidity and ultimate outcome of patient in evluated statistically and independently.

صفحه	فهرست مطالب	عنوان
۱	⋮	مقدمه
۲		طبقه‌بندی
۲		آدنوم خوش خیم
۳		آدنوکارسینوم
۳		بیولوژی و اپیدمیولوژی
۹		هیستوپاتولوژی
۱۰		نحوه گسترش تومور
۱۱		نمای کلینیکی
۱۶		معاینه فیزیکی
۱۷		تشخیص
۱۷		تست‌های آزمایشگاهی
۱۸		تصویربرداری
۲۱		تومورما رکرها
۲۳		آسپیراسیون - سیستم‌های اوزون‌دی‌اکسید
۲۴		روشهای جدید
۲۵		تشخیص افتراقی
۲۶		مرحله‌بندی
۲۹		درمان جراحی
۴۵		درمان رادیوتراپی
۴۶		درمان شیمی‌تراپی
۴۷		درمان اندوکراین
۴۸		سایر روشهای درمانی

صفحه	فهرست مطالب	عنوان
۴۹		مقدمه تحقیق
۵۱		روش تحقیق
۶۵		بحث و نتیجه گیری
۶۷		منابع

مقدمه :

در طول تاریخ انسان ذیشعور در جستجوی شناخت طبیعت اطراف خود و احاطه بر آن بوده است. حیات یکی از زیچیدهترین مقوله‌های طبیعی و بدن انسان عالی‌ترین و متکامل‌ترین نوع حیات است. ذهن انسان همواره در جستجوی عواملی بوده است که موجب تخریب و تحلیل حیات انسانها و به عبارت دیگر شناخت و چگونگی درمان بیماریهاست. یکی از بیماریهای شایع و ویرانگر سرطان سرپا نکر است که اغلب کشنده است. در این مقدمه سعی شده است تا حدودی شناخت به‌کار سرپا نکر و انواع هیستوپاتولوژیک آن ارائه داده شود و با سخن کوتاه‌تر و روشهای مختلف درمانی بررسی شود. پس از آن به شکافتن اصل موضوع تحقیق یعنی انجام گام‌های استروژن‌نوئیدی پروفیلاکتیک در هنگام عمل جراحی درناژ مجاری صفراوی در کارهای پیشرفته سرپا نکر است. پرداختیم. عوامل موثر را جدا کرده و نقش هر یک را مستقلاً بررسی و مورد آنالیز آماری قرار دهیم و در نهایت سعی شده الگوی جهت‌انجام دادن و ندادن آن هر بیماری را ارائه شود.

طبقه بندی:

پانکراس یک واحد متنوع و مشخص در ساختار و عمل که شامل اندوکراین و آگزوکراین است معقول به نظر میرسد که طبقه بندی تومورها را آگزوکراین پانکراس بر طبق منشاء سلولی میباشند.

نئوپلاسم های آگزوکراین

- الف - سلولهای پارانشیمال (آسینر): ۱ - آدنوم خوش خیم آسینرسل
 ۲ - آدنوکارسینوم بدخیم آسینرسل
- ب - سلولهای مجرای: ۱ - خوش خیم: آدنوم مجرای بدخیم:
 آدنوکارسینوم مجرای بدخیم: ۳ - تومورهای کیستیک: سیست آدنوم
 سیست آدنوکارسینوم.
- ج - سلولهای متاپلاستیک: اسکوا موز سل کارسینوما

نئوپلاسمهای بافت پوششی

آدنوم خوش خیم: نئوپلاسمهای خوش خیم مجرای غیر کیستیک که از اپیتلیوم آسینر یا مجرای پانکراس منشاء میگیرد و بندرت پیشرونده می باشد. حقیقتاً "تومورهای خوش خیم آگزوکراین در پانکراس اکثراً" ظاهر کیستیک دارند اینک فرم جدیدی از تومورها میباشند نوع تومورهای توپرونه نوع تومورهای کیستیک آدنوما بطور شایع نه بر حسب اتفاق در هنگام عمل و نه در تکروپسی (نمونه بعد از فوت) یافت نمیشوند که نشان دهنده این است که این چنین تومورهای خوش خیم بعنوان مرحله ای از تکامل تومورهای پانکراس بصورت آدنوکارسینوما میباشند.

آدنوکا رسینوم

کانسریا نکراس از دوددیگاه کلینیکی بررسی می گردد ضایعات سیر و دیگر ضایعات تنه و دم می باشند ضایعات سرممکن است در مراحل اولیه تشخیص داده شود و بنا بر این ضایعات سربهترا ضایعات تنه و دم ممکن است بیدرمان جواب دهند تظاهرات اولیه کلینیکی معمولا " نشانه دهنده مرحله ای از بیماری می باشد. سرپا نکراس را ۶۵٪، تنه و دم ۳۰٪ و دم به تنه ایی در حدود ۵٪ به وسیله کانسر گرفتاری می شوند. در زمان تشخیص تومور، فقط ۱۵٪ محدود بیه پانکراس می باشد ۲۵٪ تنها جم موضعی یا گسترش لنفو نبود ناحیه ای دارد و ما بقی که ۶۰٪ می باشد متاستاز مشخص داده اند.

بیولوژی و اپیدمیولوژی

انسیدانس: در قسمتهای مختلف جهان تفاوتهای زیادی در انسیدانس کانسینوم پانکراس وجود دارد شیوع واقعی کانسینوم پانکراس در مناطق چندگانه جهان در دهه اخیر در حال افزایش بوده است. در ۵۰ سال گذشته انسیدانس کانسریا نکراس در اروپا و ایالات متحده آمریکا دو برابر، در آسیا سه برابر، و چهار برابر در ژاپن افزایش یافته است. انسیدانس انواع کانسراس بر حسب تعداد مبتلا در ۱۰۰۰۰۰ نفر مرد آمریکا تا سال ۱۹۸۵ در شکل ۱ نشان داده شده است.

سن و جنس: آدنوکا رسینوم پانکراس در تمام طول زندگی می تواند رخ دهد که از سن ۷ (هفت) ماهگی تا ۱۰۴ سالگی حتی گزارش شده است. بیشترین شیوع در دسته سنی آخر متوسط وجود دارد که پیک آن دهه ششم می باشد. کانسریا نکراس در بچه ها خیلی نادر است که گزارشات انگشت شمار در بچه ها شده است. سن متوسط از ۶۰ سالگی تا ۶۵ سالگی و حداکثر ۹۰٪ تشخیص بعد از ۵۰ سالگی می باشد ۲۵٪ از تمام بیماران بیشتر از