

درمان متاستازهای ریوی



چکیده:

سود واقعی درمان هر کانسری با بهبود overall survival یا کیفیت زندگی مشخص می‌شود. رزکشن تهاجمی متاستازهای ریوی در موارد انتخابی، شانس برای افزایش disease free survival ایجاد می‌کند. تجربه نشان داده است بقای ۵ و ۱۰ ساله بعد از متاستاتکتومی کامل به ترتیب ۳۶ و ۲۶ ماه هستند. برای بیماران با تعداد محدود متاستاز کوچک ریوی، جراحی اقدام درمانی ارجح است. در بیماران با ناتوانی واضح که کاندید جراحی نمی‌باشند رادیوتراپی استرئوتاکتیک در نظر گرفته می‌شود.

مبحث:

موادلیته‌های درمان در بیمار با متاستاز ریوی عبارتند از:

۱. رادیوتراپی
۲. شیمی درمانی
۳. جراحی
۴. درمان‌های از بین برنده: رادیوفرکوئسنسی و رادیوتراپی استرئوتاکتیک
۵. درمان‌های تسکینی

نتیجه:

رزکشن جراحی، درمان اصلی متاستازهای ایزوله ریوی در بعضی کانسرهاست. رادیوتراپی استرئوتاکتیک که در آن از حداکثر ۶۰ گری در ۳ فراکشن استفاده می‌شود، یک درمان الترناتیو به جراحی در موارد الیگومتاستاز ریوی است. با این درمان به کنترل لوکال ۶۷ تا ۹۲ درصد می‌رسیم که نتایج آن مشابه رزکشن جراحی است.

کلمات کلیدی: متاستاز ریوی، رادیوتراپی استرئوتاکتیک، متاستاتکتومی

پیشگفتار:

سود واقعی درمان هر کانسری با بهبود overall survival یا کیفیت زندگی مشخص می‌شود. رزکشن تهاجمی متاستازهای ریوی در موارد انتخابی شانس برای افزایش disease free survival ایجاد می‌کند که با درمان‌های سیستمیک قابل دستیابی نیست. تجربه نشان داده است بقای ۵ و ۱۰ ساله بعد از متاستاتکتومی کامل به ترتیب ۳۶ و ۲۶ ماه هستند.

برای بیماران با تعداد محدود متاستاز کوچک ریوی که کرایتریاهای رزکشن را داشته باشند، جراحی اقدام درمانی

۴- درمان‌های تسکینی:

در تومورهایی که انسداد برونکوس اصلی ایجاد کرده‌اند می‌توان از لیزراندوبرونکیال استفاده نمود.

در انسداد سگمان‌های دیستال تر استنت‌ها مناسب‌تر است، ولی مشکل آنها رشد تومور داخل استنت و نیز مهاجرت استنت است.

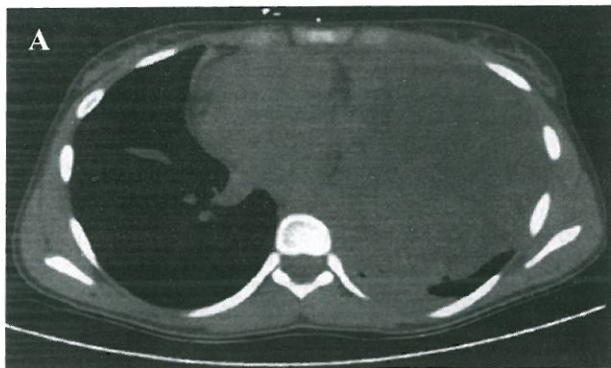
از براکی ترایی و رادیوترایی اکسترنال نیز برای رفع انسدادها می‌توان استفاده نمود.

هموپتیزی خفیف به سادگی با رادیوترایی اکسترنال و ظرف ۳ هفته از شروع درمان تسکین می‌یابد ولی هموپتیزی شدیدتر نیازمند آمبولیزاسیون شریان ریوی یا ندرتارزکشن ریوی اورژانسی می‌باشد.

شیمی درمانی، درمانی روتین در انواع کانسرهاست که با رژیم‌های مختلف جهت بهبود علائم، افزایش کیفیت زندگی و طول عمر استفاده می‌شود.

بررسی یک مورد:

دختری ۱۵ ساله با تنگی نفس مراجعه نمود که در بررسی‌ها توده بسیار بزرگ پرکننده همی توراکس چپ با چندین متاستازدو طرفه ریوی یافت شد. (شکل A)



بیوپسی موید یوئینگ سارکوما بود و سایت اولیه در دیستال فمور مشخص شد. شیمی درمانی برای بیمار شروع شد. پس از درمان سیستمیک



ارجح می‌باشد. در بیماران با ناتوانی واضح که کاندید جراحی نمی‌باشند رادیوترایی استرئوتاکتیک در نظر گرفته می‌شود که نتایجی مشابه جراحی دارد، اگرچه پیگیری درازمدت در دسترس نیست.

مودالیت‌های درمان:

۱- رادیوترایی:

رادیوترایی کل ریه برای درمان متاستازهای ریوی به طور روتین استفاده نمی‌شود، مگر در تومورهای یوئینگ و ویلمز کودکان، که در آنها از رادیوترایی با دوز کم، معمولاً ۱۱ تا ۱۸ گری بسته به سن بیمار استفاده می‌شود.

۲- شیمی درمانی:

متاستازهای ریوی از ژرم سل تومورها و لنفوم‌ها در ابتدا با شیمی درمانی درمان می‌شوند. در بدخیمی‌های ژنیکولوزیک و سارکوم یوئینگ شیمی درمانی، درمان ابتدایی است.

۳- جراحی:

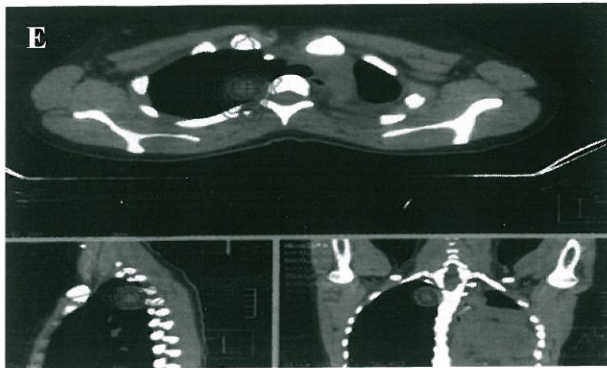
رزکشن جراحی درمان اصلی متاستازهای ایزوله ریوی در بعضی کانسرهاست. کرایتریاهای رزکشن عبارتند از:
الف- بیماری متاستاتیک به ریه محدود باشد.
ب- تومور اولیه با موفقیت درمان شده باشد.
ج- قابلیت رزکشن همه متاستازها وجود داشته باشد.

۴- درمان‌های از بین برنده:

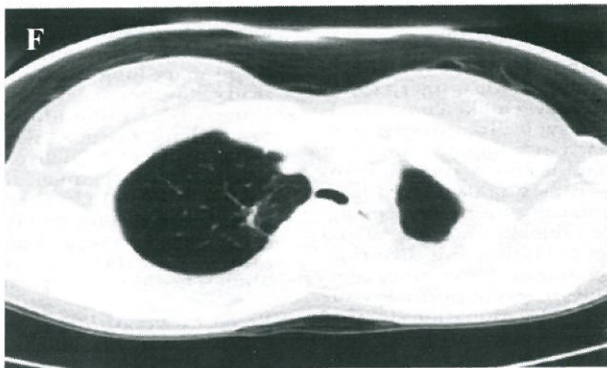
- رادیو فرکوتسنی: از این درمان در مواردی که حد اکثر ۴ متاستاز که هیچ کدام بزرگ‌تر از ۳ سانتی متر نباشد استفاده می‌شود.

- رادیوترایی استرئوتاکتیک (SBRT): درمانی غیر تهاجمی و موثر برای بیماران با متاستازهای ریوی محدود است که در آن از حد اکثر ۶۰ گری در ۳ فراکشن استفاده می‌شود. با این درمان به کنترل لوکال ۶۷ تا ۹۲ درصد می‌رسیم که نتایج آن مشابه رزکشن جراحی است، در نتیجه یک درمان الترناتیو به جراحی در موارد الیگومتاستاز ریوی است. از این درمان در بیماران با امفیزم شدید و COPD نیز بدون عوارض خاص می‌توان استفاده کرد و فقط در تومورهای نزدیک هیلوم یا مرکز مدیاستن به دلیل توکسیستیتی بالا باید اجتناب نمود.

بیمار تحت شیمی درمانی قرار گرفت که پاسخ خوب بود و بیماری تا ۱۲ ماه پایدار بود. پس از آن ندول اپیکال رشد مجدد پیدا نمود. در آن زمان بیمار ۱۸ ساله بود و کاندید رادیوتراپی استرئوتاکتیک شد که ۴۰ گری در ۵ جلسه با دوز فیلد داده شد. (شکل E)



۱۶ ماه پس از رادیوتراپی استرئوتاکتیک (۵۲ ماه پس از تشخیص) در سی تی اسکن یک اسکار خطی دیده می شود و بیمار تا پیگیری آخر عاری از بیماری بود. (شکل F)

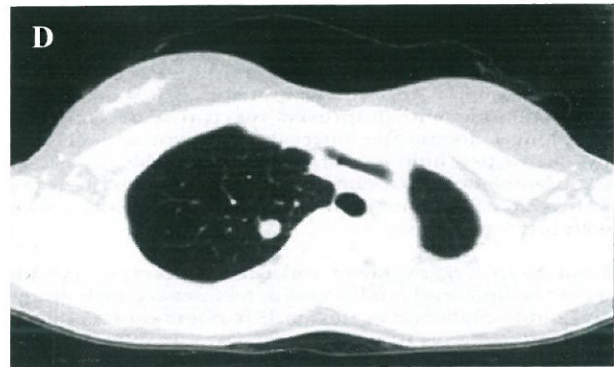


توده ریه چپ پاسخ دراماتیک نشان داد و رزیدوی مختصری در حاشیه قلب باقی ماند. (شکل B) در MRI انجام شده دیده شد که رزیدو از قلب معجزا بوده و ضایعات ریه راست پاسخ کامل داده بودند. (شکل C)



۳ ماه پس از تشخیص و انجام رادیوتراپی برای سایت اولیه فمور، بیمار کاندید رزکشن رزیدوی ریوی شد. به دلیل چسبندگی تومور به ساختارهای هیلار حین جراحی، جهت رزکشن کامل مجبور به انجام پنومونکتومی شدند. سپس دوره شیمی درمانی کانسالیديشن را تکمیل گردید.

۲۴ ماه پس از تشخیص، یک متاستاز اپیکال کوچک در لوب فوقانی ریه راست پدیدار شد (شکل D).



Reference:

1. Up to date.
2. NCCN Guidelines.
3. Principles and practice of oncology, Devita, Hellman and Rosenbergs, ninth edition.
4. Principles and practice of Radiation oncology Perez and Brady 's sixth edition 2013, Vol1.