

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ





شبكة المعلومات الجامعية التوثيق الالكتروني والميكروفيلم



جامعة عين شمس

التوثيق الإلكتروني والميكروفيلم

قسم

نقسم بالله العظيم أن المادة التي تم توثيقها وتسجيلها
علي هذه الأقراص المدمجة قد أعدت دون أية تغييرات



يجب أن

تحفظ هذه الأقراص المدمجة بعيدا عن الغبار





بالرسالة صفحات لم ترد بالأصل





بعض الوثائق الأصلية تالفة



B 11418

وزارة التعليم العالي

جامعة دمشق

كلية الطب البشري

قسم الجراحة

تدبير اورام الثدي ورم كبير أو منتقل

MANAGEMENT OF BREAST TUMERS

“ LARG TUMER OR METASTASES”

بحث علمي أعد لنيل درجة الماجستير في الجراحة العامة

الدكتور

غازي أحمد النابلسي

أعد في قسم الجراحة

برئاسة الأستاذ الدكتور

فواز أسعد

بإشراف الاستاذ الدكتور

أحمد أبو قاسم

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

إلى أناس يرون نجاحهم من خلال نجاحي

والديّ الكريمين

أخوتي الأعزاء

زوجتي الغالية

أهدي عملي هذا

غازي

كلمة شكر

لا يسعني في النهاية إلا أن أقف وقفة إجلال واحترام أمام المشاعل
التي أنارت لي الطريق وأخص بالشكر
الأستاذ الدكتور أحمد أبو قاسم
الذي تفضل مشكوراً بالإشراف على هذا البحث
كما أتوجه بجزيل الشكر
للأستاذ الدكتور رضوان الأحمد
و الأستاذ الدكتور هايل حميد
على تفضلهما بمناقشة هذا العمل

غازي النابلسي

الجزء النظري: مخطط البحث

الدراسة النظرية:

مقدمة

لمحة جنينية

لمحة تشريحية ونسجية: التروية الدموية

تعصيب الثدي

جريان اللف

لمحة فيزيولوجية

عوامل الخطورة

لمحة تشخيصية

التصنيف المرحلي

تقويم المريضة

معالجة سرطان الثدي: المعالجة الحديثة

- الخزعة

- الرشافة بالإبرة الناعمة

- الخزعة الشقية والخزعة الاستئصالية

- الشقوق المستخدمة

- الخيارات العلاجية

- سرطان الثدي مرحلة I ومرحلة II

تقييم استئصال الثدي الجذري المعدل

نقانة استئصال الثدي

المعالجة المتممة:

المستقبلات الهرمونية

المعالجة بمضادات الاستروجين

استئصال الكظرين

تطبيقات المعالجة المتممة

سرطان الثدي سلبى العقد

العوامل الإنذارية

الآفات الانتقالية

حالات خاصة في سرطان الثدي:

كارسينوما الثدي عند الذكور

سرطان الثدي أثناء الحمل والإرضاع
النكس أثناء الحمل

الدراسة العملية
النتائج والتوصيات

* ___*___*

* ___*

*

مقدمة:

تتبع أهمية تناولنا لموضوعنا هذا من كون سرطان الثدي السرطان الأشيع لدى الإناث ونسبته ٢٣% من جميع سرطانات الإناث، كما يزداد حدوثه بشكل مضطرب من (١) لكل ١٣ امرأة في السبعينات إلى أن أصبح (١) من أصل كل ٨ نسوة عام ٢٠٠١. كما أنه مسؤول عن ١٩% من وفيات السرطان لدى الإناث والحادثة في عمر ما بين ٤٠ و ٤٥ سنة تقريبا. ولقد كان السبب الأول لهذه الوفيات حتى عام ١٩٨٥ إذ تخطاه سرطان الرئة.

يختلف حدوث سرطان الثدي حسب البلد، فأعلى نسبة في إنكلترا وويلز حيث تبلغ ٢٩,٣ مريضة لكل ١٠٠٠٠٠ من السكان، ثم في الولايات المتحدة ٢٢,٤ مريضة لكل ١٠٠٠٠٠، أما أقل نسبة حدوث فهي في كوريا ٢,٦ مريضة لكل ١٠٠٠٠٠.

وقد شكل في سوريا ربع حالات السرطان عند المرأة. ورغم الازدياد في نسبة الحدوث خلال الأعوام السابقة إلا أن نسبة الوفيات بقيت ثابتة وهذا يعود لازدياد الكشف المبكر وتحسين أساليب المعالجة.

لمحة جنينية:

الثدي عبارة عن غدة عرقية معدلة تتطور كنمو من الوريقة الخارجية ليشكل الأقبية والأسناخ، وتتشأ النسيج الضامة من الميزانشيم. يظهر في الأسبوع الخامس أو السادس من الحياة الجنينية شريطان بطنيان عبارة عن تسمك في الوريقة الخارجية يسميان خطأ الحليب. يختفي خطأ الحليب عند الجنين بعد ذلك بفترة قصيرة ما عدا جزء صغير يمكن أن يستمر في المنطقة الصدرية.

تحدث الأثداء والحلم الإضافية على طول هذا الخط في حال حدوث فشل تراجع فيه. تبدأ كل غدة ثدي على شكل برعم أساسي في النسيج الميزانشيمي وكل برعم يبدأ بتطوير ١٥ - ٢٠ برعماً ثانوياً. تفتتح الأقنية اللبنية عند الولادة في انخفاض ظهاري مسطح يسمى الحفرة الثديية، ثم تتحول هذه الحفرة لدى الرضع إلى حلقة ترتفع نتيجة لتكاثر الميزانشيم. الثدي عند الولادة متشابه عند الجنسين ويبدى فقط وجود الأقنية اللبنية الرئيسية وتبقى الغدة لدى الإناث غير متطورة حتى البلوغ بعد ذلك تتطور بسرعة نتيجة لإفراز الاستروجين والبروجسترون من المبيض.

إن غياب أحد الثديين أكثر شيوعاً من غياب كليهما وكلتا الحالتين أكثر شيوعاً لدى النساء وهو تشوه ولادي نادر يحدث نتيجة توقف تطور خط الحليب حوالي الأسبوع السادس الجنيني.

لمحة تشريحية ونسجية:

يقع الثدي ضمن اللفافة السطحية لجدار الصدر الأمامي. يتألف من ١٥ - ٢٠ فصاً من النسيج الغدي من النموذج الأنبوبي السنخي tuboloalveolar. يقوم النسيج الضام الليفي بضم الفصوص لبعضها ويتداخل النسيج الشحمي بين الفصيصات.

تحيط النسيج الضامة تحت الجلد بالغدة وتمتد كالحواجز بين الفصوص والفصيصات معطية دعماً بنيوياً للعناصر الغدية. تتوضع الطبقة العميقة من اللفافة السطحية على السطح الخلفي للثدي وأحياناً تندمج بعدة نقاط من اللفافة العميقة (الصدرية) لجدار الصدر.

الجراب خلف الثدي The retromammary bursa يمكن أن يحدد جراحياً على الوجه الخلفي للثدي بين الطبقة العميقة من اللفافة السطحية

واللفافة العميقة المغلفة للصدرية الكبيرة والعضلات المجاورة في جدار الصدر. يوجد أربطة Bands ليفية من النسيج الضام تتخلل بين النسيج البارانشيمي لتمتد من الطبقة العميقة للفاقة السطحية وتصل حتى الأدمة في الجلد وتدعى أربطة Sir Astley Cooper. تتركز هذه الأربطة بشكل عمودي على الطبقات اللفافية الرقيقة السطحية من الأدمة لتسمح بحركة الثدي بينما تعطيه دعماً بنيوياً.

يمتد الثدي لدى الأنثى البالغة على المستوى الشاقولي من الضلع الثاني أو الثالث حتى الضلع السادس أو السابع وعرضياً من الحافة الوحشية للقص حتى الخط الإبطي الأمامي أو المتوسط. يقع السطح العميق على أجزاء من اللفافة العميقة المغلفة للعضلات الصدرية والمنشافية الأمامية والمنحرفة الظاهرة والامتداد العلوي لغمد المستقيمة. يمتد الذنب الإبطي (ذنب Spence) إلى الأعلى والوحشي حتى الطية الإبضية الأمامية. النصف العلوي للثدي وخاصة الربع العلوي الخارجي يحوي أكبر كمية من النسيج الغدي.

عند البلوغ تأخذ المكونات الغدية للثدي شكلاً مخروطياً بارزاً قطر قاعدته من ١٠ - ١٢ سم وسماكته من ٥ - ٧ سم.

تتنظم الألياف العضلية الملساء بشكل شعاعي وبشكل طوقي في النسيج الضام الكثيف وبشكل طول على طول الأضنية اللبنية والتي تمتد باتجاه الأعلى حتى الحلمة. هذه الألياف هي المسؤولة عن نعوظ الحلمة الذي يحدث نتيجة منبهات حسية وحرارية.

تحوي اللعوة غدداً زهمية وعرقية وملحقة. تحدث الغدد الملحقة ارتفاعات صغيرة على سطح اللعوة (حديبات مونتغمري).

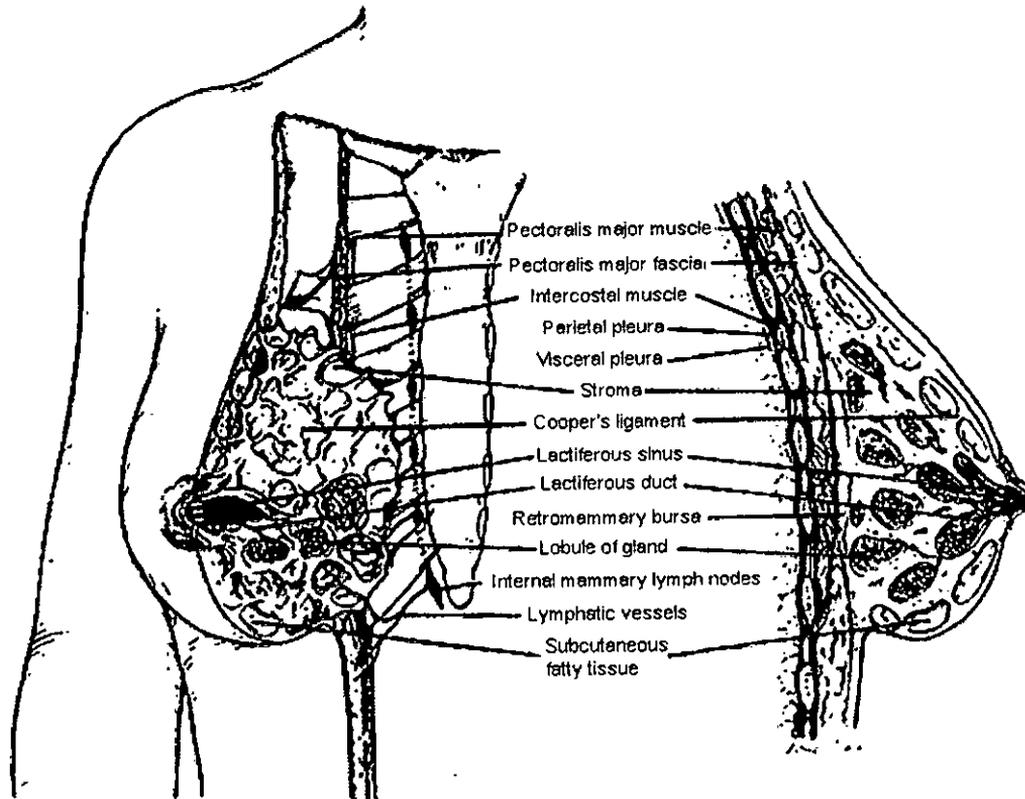


Fig. 1. A tangential view of the breast on the chest wall and a cross-sectional (sagittal) view of the breast and associated chest wall. The breast lies in the superficial fascia just deep to the dermis. It is attached to the skin by the suspensory ligaments of Cooper and is separated from the investing fascia of the pectoralis major muscle by the retromammary bursa. Cooper's ligaments form fibrosepta in the stroma that provide support for the breast parenchyma. Fifteen to 20 lactiferous ducts extend from lobules composed of glandular epithelium to openings located on the nipple. A dilation of the duct, the lactiferous sinus, is present near the opening of the duct in the subareolar tissue. Subcutaneous fat and adipose tissue distributed around the lobules of the gland give the breast its smooth contour and, in the nonlactating breast, account for most of its mass. Lymphatic vessels pass through the stroma surrounding the lobules of the gland and convey lymph to collecting ducts. Lymphatic channels ending in the internal mammary (or parasternal) lymph nodes are shown. The pectoralis major muscle lies adjacent to the ribs and intercostal muscles. The parietal pleura, attached to the endothoracic fascia, and the visceral pleura, covering the surface of the lung, are shown. (From LJ Romrell, KI Bland. *Anatomy of the Breast, Axilla, Chest Wall, and Related Metastatic Sites*. In KI Bland, EM Copeland III (eds), *The Breast: Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases*. Philadelphia: Saunders, 1991. Reproduced with permission.)

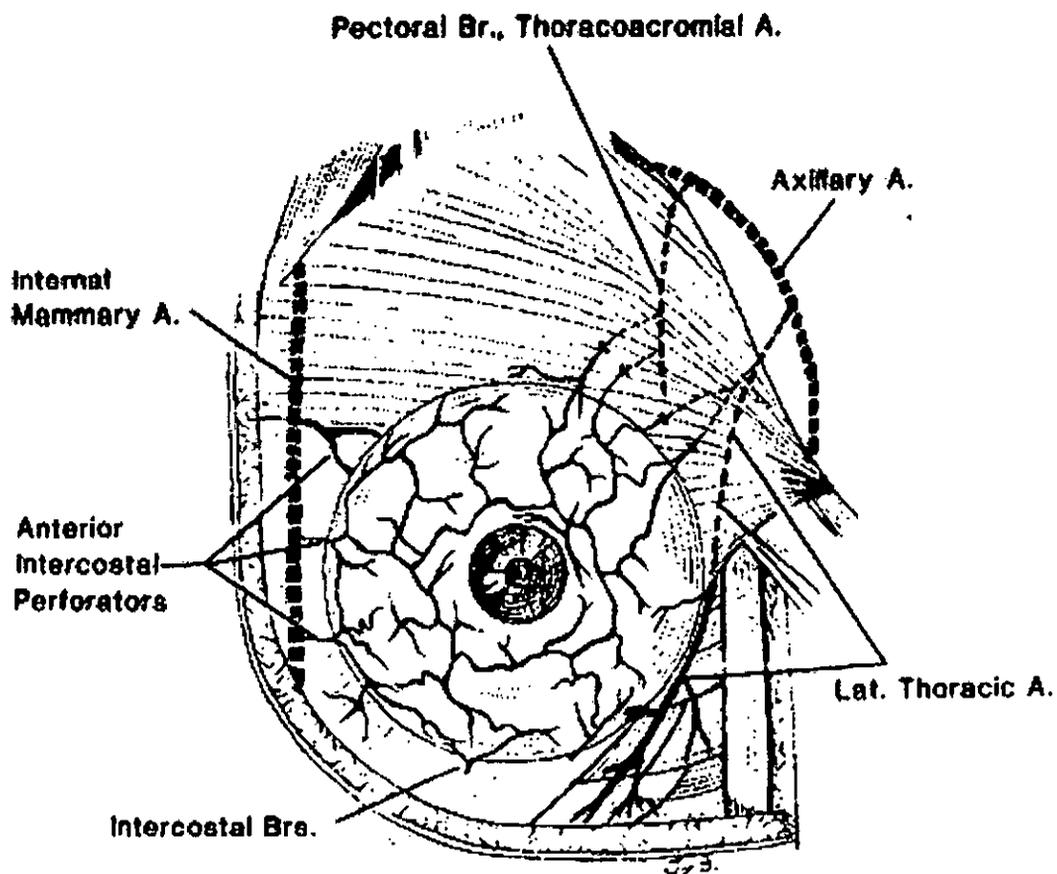


Fig. 43-4. Arterial distribution of blood to the breast, axilla, and chest wall. The breast receives its blood supply via three major arterial routes: 1) medially from anterior perforating intercostal branches arising from the internal thoracic artery, 2) laterally from either pectoral branch of the thoracoacromial trunk or branches of the lateral thoracic artery (the thoracoacromial trunk and the lateral thoracic arteries are branches of the axillary artery), and 3) from lateral cutaneous branches of the intercostal arteries that are associated with the overlying breast. The arteries indicated with a dashed line lie deep to the muscles of the thoracic wall and axilla. Many of the arteries must pass through these muscles before reaching the breast. (From LJ Romrell, KI Bland. *Anatomy of the Breast, Axilla, Chest Wall, and Related Metastatic Sites*. In KI Bland, EM Copeland III (eds), *The Breast: Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases*. Philadelphia: Saunders, 1991. Reproduced with permission.)