

## سرطان تجويف الأنف والجيوب الأنفية

### Nasal Cavity and Para Nasal Sinuses Cancer

بريون ميسيت و م. كوم بوتشي

#### نقاط هامة

- سرطانات الجيب الأنفي الوجني (في الفك العلوي) هي الأكثر انتشاراً (٧٠٪).
- معدل الانتشار أعلى في اليابان وجنوب أفريقيا.
- أكثر انتشاراً عند الذكور (٤:١).
- خط أونجرن هو خط يمر من الموق الداخلي إلى زاوية الفك السفلي.
- الأورام الأعلى وخلف خط أونجرن تكون نتيجتها أسوأ.
- الهستولوجي: الأكثر انتشاراً هي السرطانة حرشفية الخلايا والكيس الغدي والورم الأرومي العصبي الحسي وورم البلازماويات والليمفومة والورم الميلانيني وأيضاً الساركومة موجودة.
- انظر الفصل الثاني عشر "الأورام غير المعتادة في الرأس والرقبة" لمعلومات أكثر عن الورم الأرومي العصبي الحسي.

#### إجراءات التشخيص

##### Work up

- التاريخ المرضي والفحص الطبي ومنظار الأنف وتحليل عينة وأشعة مقطعية وأشعة رنين مغناطيسي وأشعة سينية على الصدر.

## تصنيف المراحل Staging

الورم الأولي: Primary tumor = ورم الجيب الأنفي الوجيهي .

Tis: سرطان موضعية .

T1: الورم في الغشاء المخاطي للجيب الوجيهي فقط مع عدم الامتداد للعظام .

T2: الورم يسبب تحطم للعظام متضمنا الامتداد إلى الحلق الصلب و/ أو فتحة الجيوب الأنفية الوسطي ما عدا الامتداد إلى الجدار الخلفي للجيب الوجيهي والصفيرة الجناحية .

T3: الورم يمتد إلى أي من الآتي: الجدار الخلفي للجيب الأنفي الوجيهي - الأنسجة تحت الجلد - الجدار الداخلي لحجاج العين - الحفرة الجناحية - الجيب الأنفي الغربالي .

T4a: الورم يمتد إلى المحتويات الأمامية لحجاج العين أو جلد الوجه أو الصفيرة الجناحية أو الحفرة تحت الصدغية أو الصفيحة المصفوية أو الجيوب الأنفية الوجيهية أو الجبهية .

T4b: الورم يمتد إلى أي من الآتي: قمة حجاج العين - الأغشية السحائية - المخ - التجويف الأوسط للججمجمة - الأعصاب المخية غير فرع العصب الثلاثي الذي يمر بالجيب الوجيهي - البلعوم الأنفي - المحدر القاعدي .

الورم الأولي: في التجويف الأنفي والجيب الأنفي الغربالي .

• الجيب الأنفي يتكون من يسار ويمين .

• تجويف الأنف يتكون من حاجز - جدار - أرضية - دهليز .

Tis: سرطان موضعية .

T1: الورم في أي مكون دون الامتداد إلى العظام .

T2: الورم في مكونين (٢) في منطقة واحدة أو يمتد إلى منطقة مجاورة مع الامتداد أو عدم الامتداد للعظام .

T3: الورم يمتد إلى الجدار الداخلي أو أرضية حجاج العين أو الجيب الأنفي الوجيهي أو الحلق أو الصفيحة المصفوية .

T4a: الورم يمتد إلى المحتويات الأمامية لحجاج العين أو جلد الوجه أو الصفيرة الجناحية أو الحفرة تحت الصدغية أو الصفيحة المصفوية أو الجيوب الأنفية الوجيهية أو الجبهية .

T4b: الورم يمتد إلى أي من الأتي: قمة حجاج العين - الأغشية السحائية - المخ - التجويف الأوسط للججمجمة - الأعصاب المخية غير فرع العصب الثلاثي الذي يمر بالجيب الوجني - البلعوم الأنفي - المحدر القاعدي.

العقد الليمفاوية في المنطقة Regional lymph nodes

NX: الانتشار إلى العقد الليمفاوية لا يمكن تقييمه.

NO: لا يوجد انتشار إلى العقد الليمفاوية.

N1: يوجد انتشار إلى العقد الليمفاوية.

الانتشار البعيد:

MX: الانتشار البعيد لا يمكن تقييمه.

MO: لا يوجد انتشار بعيد.

M1: وجود انتشار بعيد.

المقاومة الكلية لمدة ٥ سنوات (الجيب الأنفي الوجني)	مجموعات المراحل Stage grouping
I : ٣٥٪	Tis NOMO : 0
II : ٤٤٪	T1 NOMO : I
III : ٤٣٪	T2 NOMO : II
IV : ٢٧٪	III : DNO و T1-3NOMO
	IVA : T1-4N1M1 و T4aNO
	IVB : T4b وأي N وأي T مع N3Mo
	IVC : أي M1

هذه التقسيمات مستخدمة بإذن من اللجنة الأمريكية للسرطان (AJCC) - شيكاغو. والمصدر الأصلي لهذه المادة هو دليل تصنيف مراحل السرطان للجنة الأمريكية للسرطان - الطبعة السادسة المنشورة بواسطة سبرنجر فيرياج بنيويورك [www.springeronline.com](http://www.springeronline.com).

## توصيات العلاج Treatment recommendations

العلاج الموصى به	المرحلة
<p>T1-2NO: استئصال وإشعاع بعد الجراحة للهِوامش القريبة أو الامتداد حول الأعصاب. وبديلاً لذلك: علاج إشعاعي والاختيار يعتمد على الحجم والمكان والنتيجة الجمالية المتوقعة.</p> <p>T3-4NO: إذا كان قابلاً للاستئصال يتم استئصاله وعلاج إشعاعي بعد الجراحة. وإذا كان غير قابل للاستئصال: علاج إشعاعي أو علاج كيميائي وإشعاعي معاً.</p> <p>العقد الإيجابية: استئصال وتشريح للرقبة وعلاج إشعاعي بعد الجراحة أو بديل لذلك علاج كيميائي وإشعاعي معاً بعد الجراحة أو بدون الجراحة.</p>	<p>- تجويف الأنف والجيب الأنفي الغربالي.</p>
<p>T1-2NO: استئصال وعلاج إشعاعي بعد الجراحة للهِوامش القريبة والانتشار حول الأعصاب.</p> <p>T3-4NO: إذا كان قابلاً للاستئصال يتم عمل استئصال وعلاج إشعاعي أو علاج كيميائي وإشعاعي بعد الجراحة. وإذا كان غير قابل للاستئصال أو الجراحة يتم عمل علاج إشعاعي أو علاج كيميائي مع علاج إشعاعي.</p> <p>إذا كانت العقد إيجابية: استئصال وتشريح للرقبة وعلاج إشعاعي أو علاج كيميائي مع إشعاعي بعد الجراحة وبديلاً لذلك العلاج الكيميائي مع العلاج الإشعاعي فقط.</p>	<p>- الجيب الأنفي الوجني.</p>

## الدراسات

## Studies

- لي (٢٠٠٠): ٩٧ مريضًا يعانون من ورم في الجيب الأنفي الوجني. ١٢٪ انتكاسة عقد ليمفاوية عند ٥ سنوات. والمرضى الذين يعانون من سرطانه الخلايا الحرشفية مع عدم وجود انتشار للعقد الليمفاوية وعولجوا بالعلاج الإشعاعي لم يحدث عندهم فشل عنقي.
- بالرغم من أنه لم يتضمن في الدراسة إلا أن بعض الأطباء يستندون على دراسات بيرنر وكوبر (٢٠٠٤) في استخدام العلاج الكيماوي والإشعاعي معا بعد الجراحة بالنسبة للمرضى الذين يعانون من سرطانه الخلايا الحرشفية في الجيوب الأنفية.

## تقنيات العلاج الإشعاعي

## RT Techniques

## التمثيل وتصميم المجال Simulation and field design

- وضع الرقادة علي الظهر مع تثبيت الرأس باستخدام قناع لدين بالحرارة.
- العين تكون مفتوحة للأمام للحفاظ على القطب الخلفي للعين بعيدا عن المنطقة عالية الجرعة.
- خافض للسان لخفض اللسان بعيداً عن المجال.
- ملء الفراغات الجراحية بنسيج رخو معادل.
- يوصى بتخطيط علاج إشعاعي ثلاثي الأبعاد أو علاج إشعاعي معدل القوة من أجل زيادة الحفاظ على التراكيب الطبيعية.

- عامة لا يوجد علاج إشعاعي اختياري لأورام التجويف الأنفي.

## وصفات الجرعة Dose prescriptions

- العلاج الإشعاعي خارجي الحزمة ٨, ١-٢ جراي / للجزء.
- العلاج الإشعاعي أو العلاج الإشعاعي مع الكيماوي: حجم الورم الكلي إلى ٦٦-٧٠ جراي - الحجم الإكلينيكي المستهدف ١ إلى ٦٠-٧٠ جراي - الحجم الإكلينيكي المستهدف ٢ إلى ٥٠-٥٤ جراي.

- العلاج الإشعاعي بعد الجراحة: الحجم المستهدف ١ إلى جراي مع تحفيز اختياري بمقدار ٦٦ جراي للمناطق عالية الخطورة - الحجم المستهدف ٢ إلى ٥٠-٥٤ جراي.
- بالنسبة لأورام تجويف الأنف المختارة قد تكون المعالجة الكثيية مناسبة. واستخدام جرعات معادلة.

#### حدود الجرعة Dose limitations

- العدسات: أقل من ١٠ جراي (كاتاراكات (المياه البيضاء))
- الشبكية: أقل من ٤٥ جراي (الرؤية) - قد تزيد عند علاج حجم جزئي.
- الفك السفلي: أقل من ٦٠ جراي.
- المخ: أقل من ٧٠ جراي (موت النسيج)
- الجرعة المتوسطة للغدة النكفية: أقل من ٢٦ جراي (جفاف الفم)
- الأعصاب البصرية: أقل من ٥٤ جراي عند التجزئ القياسي.
- الغدة الدرقية: أقل من ٣٠-٤٠ جراي.

#### المضاعفات

##### Complications

- حادة: التهاب الأغشية المخاطية - احمرار الجلد - جفاف الأنف - جفاف الفم.
- متأخرة: جفاف الفم - التهاب مزمن في القرنية - إصابة للمسار البصري - موت للأنسجة الرخوة أو العظام - كاتاراكات (المياه البيضاء).

#### المتابعة

##### Follow up

- التاريخ المرضي والفحص الطبي والأبحاث المعملية والأشعة السينية على الصدر كل ٣ شهور للعام الأول وكل ٤ شهور للعام الثاني وكل ٦ شهور للعام الثالث ثم سنويا.
- أشعة الرأس والرقبة في الشهر الثالث بعد العلاج وبعد ذلك حسب الحاجة.

## المراجع

- Barker J, Ang KK. Nasal cavity and paranasal sinuses. In: Perez CA, Brady LW, Halperin EC, et al., editors. Principles and Practice of Radiation Oncology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. pp. 962–975.
- Le QT, Fu KK, Kaplan MJ, et al. Lymph node metastasis in maxillary sinus carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000;46:541–549.
- National Comprehensive Cancer Network. Clinical Practice Guidelines in Oncology: Head and Neck Cancers. Available at: [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/PDF/head-and-neck.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/head-and-neck.pdf). Accessed on January 19, 2005.
- National Cancer Institute. Paranasal Sinus and Nasal Cavity Cancer (PDQ): Treatment. Available at: <http://cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/paranasalsinus/healthprofessional/>. Accessed on January 19, 2005.
- Nguyen L, Ang KK. The nasal fossa and paranasal sinuses. In: Cox JD, Ang KK, editors. Radiation Oncology: Rationale, Technique, Results. 8th ed. St. Louis: Mosby; 2003. pp. 160–177.
- Ryu JK. Cancer of the nasal cavity and paranasal sinuses. In: Leibel SA, Phillips TL, editors. Textbook of Radiation Oncology. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2004. pp. 731–756.