

ورم ميلاني بالقدم

Melanoma of the Foot

Hannah D. Morgan

تاريخ القدم

جاء رجل عجوز يبلغ من العمر ٧٠ عاماً يعاني من ثؤلول أخمصي بالقدم اليسرى منذ سبع سنوات، وقد عولج بالبودوفيلين وبالقرار الواضح. وقبل ستة أشهر من مجيئه، اكتشف المريض ورماً غير مؤلم بالنسيج الرخوي في نمط قاصٍ من القوس الطولي الأنسي. وقد شُخص الورم على أنه ورم حبيبي نقيحي، وقد عولج في مكتب طبيب الرعاية الأولية الخاص به، وقد عاوده الورم في فترة من ٤ إلى ست أسابيع، ثم تم استئصاله عن طريق جراح عام. وأوضح الفحص المجهرى ورماً ميلانياً خبيثاً، وتمت إحالة المريض إلى رعاية إضافية. وفي الفحص، وجد أن المريض لديه آفة سوداء تميل للبنية بطول ٥ سم في الجهة القاصية الأخمصية بإصبع قدمه الكبيرة.

التشخيص التفصيلي

- ١- ورم حميد
- ٢- ورم دموي رضخي
- ٣- الورم الحبيبي النقيحي / الإصابة

٤- ورم ميلاني

٥- ساركومة زليلية

المسائل التشريحية والتصويرية

يعد الفحص الطبي الجزء الأكثر أهمية من التقييم للمريض المصاب بآفة قدم جلدية مشتبه بها (الشكل رقم ١-٥٧). ويجب ملاحظة حجم الآفة واللون والتناظر وانتظام الحدو، والنسيج ووجود نزيف أو تقرح و إذا كانت الآفة تحت الظفر، يجب إزالة الظفر من أجل رؤية أفضل وإجراء خزعة تالية. ويجب إجراء فحص جلدي تام حتى يمكن التعرف على أي آفات أخرى تحت الجلد (الشكل رقم ٢-٥٧). ويجب فحص العقد المأبضية والليمفاوية الأربية.



الشكل رقم (١-٥٧). آفة جلدية مقلقة للورم (الشكل رقم (٢-٥٧). نقيلات عالية الظهور للميلانوما الخبيثة.

يمكن إجراء مسح للعظم وكذلك أشعة سينية عادية إذا كان هناك أي ترجيح لإصابة هيكلية، سواء مباشرة أو عبر النقيلات. وقد ترجح صورة الدم الكاملة وإنزيمات الكبد، عندما تكون غير طبيعية، إصابة حشوية. ويجب إجراء صورة شعاعية أمامية خلفية وجانبية على الصدر لجميع المرضى، وكذلك أشعة مقطعية على الصدر

والبطن والحوض لتقييم المرض المتنقل العقدي. ويوضح التصوير بالرنين المغناطيسي معلومات خاصة بالحجم والموقع التشريحي لترشيع النسيج المحيط، ووجود آفات سائلة، وقد يكون ذلك أداة ذات قيمة لوصف العلاج الجراحي. وتظهر الأشعة بالانبعاث البوزيتروني درجة النشاط الحيوي للورم، ويمكن أن تظهر مرضاً متنقلاً (الشكل رقم ٥٧-٣).

تعد حقن صبغة مشعة في الجهاز الليمفاوي، أو الخريطة العقدية الليمفاوية، عندما يتم إجراؤها من قبل ممارسين ذوي خبرة، المعيار الحالي للرعاية لمعظم مرضى الورم الميلاني في معظم المراكز الأكاديمية. وحيث وجد النزح الليمفاوي من الجلد متنوعاً، ومن الصعب تحديد العقد الخافرة الصحيحة. وتسمح هذه التقنية بخزعة العقد الخافرة الفعالة، وحيث كانت نتائجها علاجية وتتضمن إنذارات في المرضى بالورم الميلاني.

تقنية الخزعة

من الأساس التوصل لعينة خزعة الورم الكافي حتى يمكن الوصول للتشخيص الحاسم ويمكن تصنيف الآفة. ويعتمد العلاج الجراحي الإضافي والإنذارات على التصنيف الدقيق بنظام مثل كلارك وبيرسلو، الذي يقوم على عمق إغارة النسيج. والعينة العميقة للجلد فضلاً عن بعض الدهون تحت الجلد التي يجب أخذها من الجزء المركزي من الآفة، يجب ضم ٢ إلى ٣ مم من الجلد الطبيعي فضلاً عن عمق الورم الذي يمكن تقييمه. ويتم إجراء الخزعة الاقتطاعية إذا كانت الآفة أقل من ٣ سم. وقد تتم إعادة إجراء الاستئصال مؤخراً إذا تم التأكد من خباثة الآفة. وبالنسبة للآفات الأكبر، يوصى بإجراء خزعة اقتطاعية أو نخسية، ويجب توجيهها لتسهيل الاستئصال اللاحق. وتوفر الخزعات الاقتطاعية والمكحطة عينة غير كافية ولا يوصى بها.

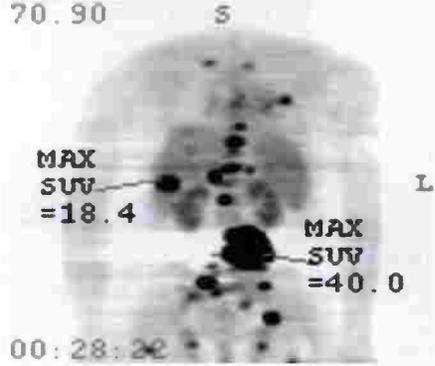
الوصف المرضي

النتائج المجهرية

يعد الورم الميلاني بنيّاً يميل إلى الأسود، والأحمر، أو الأزرق بلون غير موحد، بالرغم من وجود مجموعات وحمّة غير مصطبغة عديمة الميلانين. وكانت الحدود غير منتظمة ولاتناظرية، وقد يثار السطح. وفي بعض الأحيان، قد يكون للآفة مناطق تقرح أو نزف. والآفة ذات القطر الأكبر من ٧ مم يشتهب في كونها خبيثة.

الهستولوجيا المجهرية والتقنيات الخاصة

يتميز الورم الميلاني الخبيث بازدياد عدد الكيسات الميلانية شبه الظهارية غير الطبيعية (الشكل رقم ٥٧-٤).



الشكل رقم (٥٧-٣). مرض منتشر ظاهر على الأشعة بالانبعاث البوزيتروني.
الشكل رقم (٥٧-٤). الساركومة العدوانية مثل الورم الممتد للبشرة.

هناك أربعة أنواع فرعية شائعة: ذات الانتشار السطحي (SSM)، والنوع الشائع: العقدي (NM)، الذي تنقسه مرحلة النمو الأفقي ويظهر نمواً رأسياً سريعاً من البداية؛ وميلونوم النمشة المصطبغة على الأطراف (ALM)، والنوع الأكثر شيوعاً في العينات ذات الجلد الداكن وهي تؤثر على الراحة، والأخمص، وفرشاش الظفر؛

وميلانوما الشامة الخبيثة التي تؤثر على السطح الجلدي المعرض للشمس ، خاصة في كبار السن. وقد يساعد استخدام المحددات الكيميائية المناعية (إس ١٠٠ ، HMB 45 ، KI67 ، ومستضد الخلايا النووية الملتهبة) في التشخيص.

التفسيرات المرضية

يعد التصنيف المجهري الدقيق أساسياً عند معالجة المرضى بالورم الميلاني. والنظامان الأساسيان هما كلارك (الجدول رقم ١-٥٧)، التي تصنف بالمستوى الهستولوجي وبريسلوز (الجدول رقم ٢-٥٧)، التي تصنف الآفات عن طريق سمك الآفة.

الجدول رقم (١-٥٧). مستويات كلارك.

المستوى	غزو النسيج
١	البشرة فقط
٢	الأدمة الحليمية
٣	حقن بالأدمة الحليمية والأدمة الشبكية
٤	الأدمة الشبكية
٥	النسيج تحت الجلد

الجدول رقم (٢-٥٧). تصنيف برسلو.

المجموعة	سمك الآفة
١	$0.85 >$
٢	$1.69 - 0.85$
٣	$3.64 - 1.70$
٤	$3.64 <$

التشخيص

ميلانوما خبيثة، نوع سطحي منتشر.

- مستوى كلارك، وعمق برسلو يقرب من ٩ مم.
- معدل منتقل معتدل إلى مرتفع، تفرح، والتساتل.
- دراسات التصنيف توضح عدم وجود دليل على المرض المنتقل.

خيارات العلاج والمناقشة

بعد الاستئصال الجراحي هو دعامة العلاج للميلانوما الخبيثة. والأمور المثيرة للجدل توجد في الحجم المناسب والتقنية الخاصة بهوامش الجراحية وبشكل تقليدي، يوصى بإجراء كعبرة ٨ سم للنسيج الصحي. وأثبتت نواتج الدراسات تحكماً موضعياً كافيًا بهوامش صغيرة. وتكون معظم الإرشادات الشائعة كالتالي: بالنسبة للآفات الأقل من ٠,٦٧ مم في السمك (برسلو ١)، جزم بهوامش ١ سم: الآفات من ٠,٧٦ إلى ٤ مم، اترك هوامش تقدر بـ ٢ سم، وبالنسبة للآفات الأكبر من ٤ مم، اترك من ٢ إلى ٣ سم هوامش. إذا كانت الآفات السائلة موجودة، يجب استئصالها مع الآفة الرئيسية. قد تتنوع هوامش الاستئصال في الحجم وفقاً للموقع التشريحي للآفة. وحيث إن تعرض الجرح للإصابة بعد استئصال الورم قد يكون صعباً جداً في القدم، يتم إجراء أصغر جزم ممكن بدون زيادة لمعدلات عودة الإصابة الموضعية أو المتتلة. قد يطلب ترقيع الجلد، أو سدلية تدويرية أو حتى سدلية خالية للوصول لتغطية نسيج رخوي كاف. وقد يوصف البتر أيضاً، خاصة لآفات أصابع القدم والآفات الكبيرة، وفي المرضى الذين يعانون من تقلص في الأوعية الموجود مسبقاً أو التصلب العصبي في القدم.

كما يحيط الجدل بالقرار الخاص بالتعامل مع الخزعة العقدية الليمفاوية أو التشريح. وتعد العقد الليمفاوية هي الموقع الأكثر شيوعاً لنقيلات الميلانوما؛ لذا تكون النقيلات العقدية ذات تفاعلات تشخيصية وعلاجية. ومع ذلك، يعد تشريح العقدة

الليمفاوية إجراء غزويًا يسبب بعض حالات المراضة في المرضى. والاتجاه الحالي هو التوصية بإجراء تشريح للعقدة الليمفاوية للمرضى بالميلانوما ذات السمك أقل من ٠,٧٦ مم أو أكبر من ٤,٠ مم، وحيث لم تظهر تطورا في توقعات سير المرض. وجعلت التقنيات الأحدث للتصوير الليمفاوي والتخطيط الليمفاوي الخزعة العقدية الفرجية والتشريح للمرض المتنقل الصغير أكثر دقة. ويسمح للمرضى ذوي العقد الليمفاوية الخفية الحالية من المرض أن تتجنب تشريح العقدة الليمفاوية التامة.

وبالرغم من أن الميلانوما مقاومة للأشعة، تمت ملاحظة استجابة جيدة من الورم عند استخدام جرعات كبيرة (٨٠٠ سي جي واي). ويوصى بالعلاج الإشعاعي للمرضى ممن لا يرشح لهم العلاج الجراحي، وقد يكون العلاج الكيماوي مفيدا أيضا. وتميل الآفات الأساسية أن تكون أكثر استجابة للإشعاع عن المواقع المتنقلة.

ويستخدم العلاج الكيماوي في بعض حالات المرضى (خاصة المرضى ذوي الأمراض المتنقلة)، ولكن لم يقرر استجابة إيجابية واسعة. وتتضمن العوامل المستخدمة داكاربازين، فينكريستين، بليوميسين، لومستين، سيسبلاتين وسيتوكسان. وأثبت العلاج المناعي مع الإنترفيرون بعض أدلة البقاء على قيد الحياة بشكل متزايد، وقد يعتبر في المرضى العرضة للإصابة بالنقيلات. ويتعاطى بعض المرضى لقاحات خلايا ميلانوما متعددة التكافؤ، ولكن ما لم تكن فعالة. وفي النهاية، هناك بعض الاهتمام بإرواء الطرف المعزول مع علاج السركوليزين، الذي يميل نحو تحديد معدل إعادة الإصابة.

التفاصيل الجراحية

التقنيات الجراحية

استئصال الورم

يجب استئصال آفات الميلانوما الخبيثة بهوامش نسيج طبيعي. ويعتمد حجم الهامش المناسب على سمك الآفة: آفات رقيقة وصغيرة (> ١مم) يمكن استئصالها

بهوامش ١ سم حول الآفة الكلية، وتعالج الآفات المتوسطة (١ إلى ٤ مم) بهوامش ٢ سم، والآفات السميكة تتطلب هامشاً يتراوح ما بين ٢ إلى ٣ سم. ويجب أن يكون المحور الطويل الداخل موجهاً للنزح الليمفاوي. وقد يطلب تطعيم الجلد السميكة، وسديلة تقديمية موضعية، وسديلة خالية، أو بتر لعلاج الميلانوما في القدم. وتميل الميلانوما الأخصوية إلى أن تكون أكثر تقدماً في التشخيص؛ ولذلك هي أكثر صعوبة في المعالجة.

حالة الغدد الليمفاوية

يوصى بإجراء خزعة عقدية ليمفاوية فرجية بعد الموضعة الليمفاوية المفصلة إذا توفرت. ويجب أن يتبع هذا بتشريح عقدي ليمفاوي موضعي إذا أظهرت أي عقدة فرجية دليلاً على النقيلات الصغيرة. وغير ذلك، يجب دراسة استئصال الغدد الليمفاوية للمرضى بالآفة التي تتراوح ما بين ١ إلى ٤ مم في الكثافة.

مضاعفات العلاج

المضاعفات الأكثر شيوعاً لمعالجة الميلانوما هي عودة الحدوث الموضعية، فضلاً عن النقيلات، تميل آفات القدم (خاصة تلك التي في المواقع الأخصوية أو تحت الظفر) إلى وجود إنذار أسوأ عن الآفات الأخرى في الطرف السفلي. وبشكل عام تكون معدلات البقاء على قيد الحياة ما بين ٥-١٠ سنوات ٥٥% و٤٥% على التوالي؛ ومع ذلك، تتنوع تلك النتائج بشكل واسع بناءً على العمر والجنس والعرق فضلاً عن تصنيف الآفة. وتتضمن المضاعفات الأخرى العدوى ومضاعفات الجرح والجرح الوعائي العصبي (الجدول رقم ٥٧-٣).

الجدول رقم (٥٧-٣). العلاج المفضل والمخاطر.

المخاطر	العلاج المفضل
خزعة كافية وتصنيف يتعلق بالنقليات العقدية أمر صعب وحاسم	١- الوصول لعينة خزعة كافية
كن على حذر من آفة جلدية لا نموذجية ظاهرة أو عادت إلى الظهور مرة أخرى.	٢- التصنيف الكافي لمرضى الميلانوما بالفحص، والأشعة المقطعية والموضعية للعقد الليمفاوية/ الخزعة.
تأكد من أن الخزعة تتضمن مادة من المنطقة المركزية للآفة فضلا عن بعض الأنسجة الرخوية للمقارنة	٣- استئصال الآفة بالهوامش المرصى بها
كن على دراية بأفة أحمصية لا تتحسن	٤- قم بدراسة العلاج المصاحب (الإشعاعي والكيميائي والمناعي وإرواء الطرف المعزول) في بعض المرضى
خزعة الآفات تحت الظفر التي لا تتحسن.	٥- تابع المرضى عن كثب بالفحص البدني والتصوير عند الضرورة

العلاج المفضل، والمزاي، والمخاطر

يجب الحصول على عينة الخزعة لجميع آفات الميلانوما الخبيثة المشتبه بها بالقدم لأنه مرض صعب. ويجب إجراء دراسات تصنيف لتحديد ما إذا كان هناك مرض متنقل؛ وقد يتضمن هذا الفحص الوضعية العقدية الليمفاوية والتصنيف خاصة إذا كانت الآفة أكبر من ٠.٧٥ في السمك. يعد الاستئصال الجراحي أو الجزم هو الدعامة للعلاج. وتتنوع الهوامش الموصى بها وفقا لسمك الآفة ولموقع الورم. وقد تكون الميلانوما الخاصة بالقدم صعبة العلاج، حيث يكون الكشف صعباً. قد يكون من الضروري إجراء ترقيع للجلد، وسديلة أو بتر. وقد يستخدم العلاج الكيميائي والإشعاعي المناعي أو الإشعاعي المصاحب في المرضى في المرحلة الثالثة أو الرابعة للمرض. ويجب فحص جميع المرضى عن كثب بفحص بدني ودراسات تصويرية.