٦٢

ساركومة مغزلية الخلايا الألوية متعددة الأشكال (NOS) في الحوض

Gluteal Pleomorphic Spindle Cell Sarcoma (NOS) of the Pelvis

Ernest U. Conrad

تاريخ القدوم والأشعة السينية

لاحظ نجار متقاعد يبلغ من العمر ٦٤ عاماً ألما متزايدا غير حاد ووجود ورماً متضخماً في أَلْيَته اليمنى منذ ٢ إلى ٣ أشهر. وقد طلب منه طَبيبُ الرِّعايَةِ الأَوَّلِيَّة الخاص به إجراء التَّصْوير بالرَّنينِ المِغْناطيسِيّ (MRI) (الشكل رقم ٦٢-١ والشكل رقم ٦٢-٢) وإجراء التَصْوير المَقْطَعِي المُحَوسَب (CT) للحَوض. كما قام الطبيب بإحالته إلى جراح تقويم العظام المصابة بأورام موضعية وطُلب منه إجراء التَّصْوير بالرَّنينِ المِغْناطيسِيّ (MRI) وإجراء التَّصْوير المَقْطِعِي بالإِصْدارِ البُوزِيتْرُونِيّ (PET) باستخدام المادة المشعة فلورودیوکسي جلوكوز (FDG).

التشخيص التفصيلي

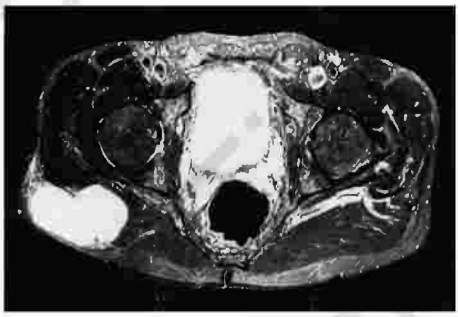
١- وَرَمٌ شَحْمِي

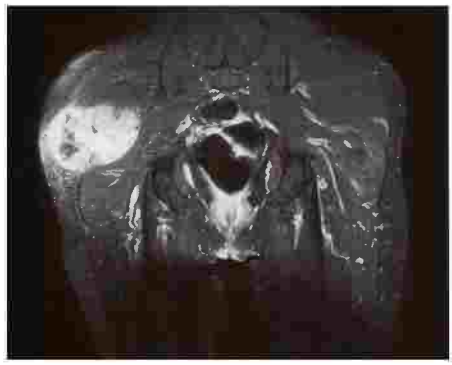
٢- وَرَمٌ وِعائِي

٣- الْتِهابُ العَضَلِ المُعظِّم

٤- سَرَطانَةٌ متنقلة

٥- ساركومة الأَنْسِجَةِ الرَّخْوَة





الشكل رقم (٦٢-١). التصوير بالرنين المغناطيسي للورم الألوي من الناحية اليمنى في مريض يبلغ من العمر ٤٦ عاما.

الشكل رقم (٦٢-٢). التَّصْويرُ المحوري بالرَّنينِ المِغْناطيسِيّ T2 لورم الأنسجة الرخوة الأَلَوِيَّة الخلفية.

المسائل التصويرية والتشريحية

يحدد مظهر التَّصْوير بالرَّنينِ المِغْناطيسِيّ (MRI) والتَصْوير المَقْطَعِي المُحَوسَب (CT) للكتلة الأَلَوِيَّة التشخيص التفصيلي. كما يحدد كلا التصويرين حجم الكتلة وعلاقة الكتلة بالبِنَى المحيطة بها. وعلى وجه الخصوص، يكون التَصْوير المَقْطَعِي المُحَوسَب (CT) مفيداً في تحديد الإصابة العظمية، حيث إنه قد يكون هناك تمدد للأنسجة الرخوة من سَرَطانَة متنقلة. فقد تكون كتلة الأنسجة الرخوة التي تُظهر كبتاً كاملاً للدهون وَرَمّاً شَحْمِيّاً أو ساركومة شَحْمِيَّة إذا كان هناك تغايرية داخل الكتلة. فيمكن لكلٍ من هاتين الوَسيلَتين العِلاَجِيَّتين التعرف على مناطق التكلس، التي قد

توجد في موضع الْتِهاب العَضَلِ المُعظّم. وتُظهر ساركومة الأنسجة الرخوة بشكلٍ عام ضعف شدة الإشارة T1 وإشارة T2 عالية مع حدوث تغايرية إلى حدٍّ ما داخل الآفة. وبالإضافة إلى ظهور هذه العلامات في التصوير التقليدي، فإن التَّصْوير المَقْطِعِي بالإِصْدارِ البُوزِيتْرُونِيّ (PET) باستخدام المادة المشعة فلوروديوكسي جلوكوز (FDG) يُضيف المزيد من المعلومات الإنذارية والتشخيصية التَّمَامِيَّة (انظر Eary, Conrad وآخرين ؛ Eary, O'Sullivan). ويشير ظهور ورم بمُتَغَيِّر قبطاً مُعَيَّراً (SUV) أكبر من ٠,٦ على وجود ناتئ عالى الدرجة. وعادةً ما تكون هذه النتيجة مصحوبة بظهور منطقة مركزية مضيئة مما يشير إلى حدوث النخر. وبالنسبة للساركومة، فإن حدوث النخر يُفيد في إجراء تشخيص عالي الدرجة وتوقعات أضعف لسير المرض. فإذا كان مُتَغَيِّر القبط الموحد (SUV) أكبر من ٠,٦ مع وجود نمط متغاير في امتصاص مادة الفلوروديوكسي جلوكوز (FDG) فإن ذلك يدل أيضاً على وجود ورم عالي الدرجة. وقد تم تقرير الحد الأقصى لمُتَغَيِّر القبط الموحد (SUV) للورم في التَّصْوير المَقْطِعِي بالإِصْدارِ البُوزِيتْرُونِيّ (PET) حيث إن النشاط الاستقلابي الأعلى للنسيج (الأعلى في امتصاص مادة الفلوروديوكسي جلوكوز) يعكس منطقة الورم بالإضافة إلى السلوك البيولوجي الأكثر عدوانية. ويعد إجراء التَّصْوير المَقْطِعِي بالإِصْدارِ البُوزِيتْرُونِيّ (PET) قبل إجراء عملية الخزعة مفيداً في توجيه إجراء عملية الخزعة لضمان أخذ العينة من منطقة الورم ذات النشاط الأكثر وضوحا من أجل إجراء التدرج الهيستولوجي كما تُعتبر مقياساً أساسياً في تحديد الاستجابة للمعالجة الكيميائية الجديدة المساعدة قبل إجراء الاستئصال.

تقنية الخزعة

ينبغي إجراء عملية الخزعة المفتوحة إذا لم يُوضح إجراء الخَزْعَة بالإِبْرَة ساركومة أنسجة رخوة عالية الدرجة. كما ينبغي إجراء خَزْعَة اِقْتِطَاعِيَّة مفتوحة من منطقة الورم مع الخصائص التصويرية الأكثر فعالية، إن أمكن ذلك.

الوصف المرضي

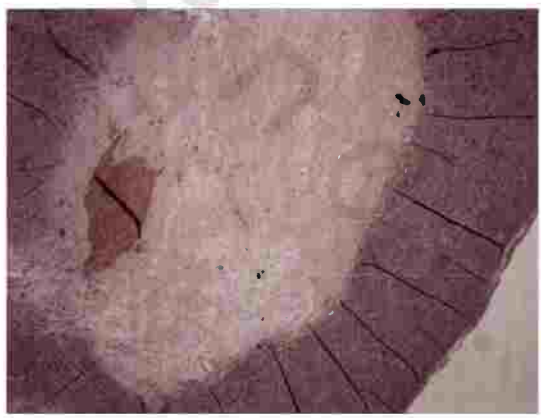
النتائج المجهرية

تكون كتلة الورم صلبة ولونها وردي يميل إلى البني. وفي مَقْطَع القطع، تكون مُفَصَّصة مع مناطق بُؤْرِيَّة من النخر المُمَيِّع.

علم الأنسجة المِجْهَرِيّ والتقنيات الخاصة

يتكون الورم من خلايا كبيرة مُتَعَدِّدة الأَشْكال تميل إلى كونها مغزلية الشكل (الشكل رقم ٦٢-٣).

كما تكون هناك انْقِسَامَاتٌ فتيليَّة كثيرة. وتُعتبر المُلَوِّنات الكيميائية الهيستولوجية المناعية غير محددة بالنسبة لواسمات التمايز، مثل ديزمين وسيتوكيراتين.



الشكل رقم (٦٢-٣). عُقَيدة ساركومة الأنسجة الرخوة مع نخر مركزي.

التفسيرات المرضية

يمكن للساركومة مِغْزَلِيَّة الخَلايَا الأَلَوِيَّة مُتَعَدِّدة الأَشْكال (NOS) (لم يتم تحديدها بعد؛ غير مميزة) أن تُظهر لانَمَطِيَّة نووية قُصوى وتغير في نمط الخلايا من جميع النواحي. وتُسهل عينات النسيج المتعددة إجراء تقييم لتركيب الورم العام.

التشخيص

سارکومة الأنسجة الرخوة مُتَعَدِّدة الأَشْكال.

الخيارات العلاجية والمناقشة

وتستفيد سارکومات الأنسجة الرخوة عالية الدرجة من نظام المعالجة الكيميائية الجديدة المساعدة باستخدام دوكسوروبين قبل إجراء الاستئصال الجراحي (انظر Pezzi وآخرين). ويؤدي هذا الخيار العلاجي إلى إجراء علاج نظامي مبكر وتقليل نسبة نقائل الرئة و مُعَالَجَةٌ تَمْهِيْدِيَّة للورم الأَوَلِي وإتاحة الفرصة لإجراء تقييم علاجي في الجسم الحي. وعلى الرغم من ذلك، فإن معدل النجاة الأمثل، الذي لا يزال يتراوح بين ٥٠٪ إلى ٦٠٪ فقط على مدى خمس سنوات، يتأثر بشكلٍ كبير بكفاءة إجراء الاستئصال الجراحي والهوامش الجراحية. وبالنسبة لتخطيط الاستئصال، فينبغي للأخذ في الأعتبار الهوامش الجراحية في العَصَب الوَرِكِيّ لتقييمها بدقة ووصفها أثناء إجراء الاستئصال الجراحي.

التفاصيل الجراحية

وينبغي أن يكون هذا الإجراء استئصالاً كاملاً نسبياً مع هوامش مناسبة، حيث ينشأ عن المعالجة الكيميائية الفعالة تَكَوُّن مِحْفَظَة كاذبة حول الورم. وقد يكون من الممكن فقط إجراء هوامش جراحية بالقرب من الحزمة العصبية (انظر Kane وKraybill).

ويعد إجراء العرض الجراحي أمراً صعباً بالنسبة لأورام الثُلْمَة الوَرِكِيّة، ويتم إجراؤه بشكلٍ أفضل عن طريق إجراء شق أَلَوِي طبي خلفي يحدد العصب الأَلَوِي العلوي والأعَصَاب الوَرِكِيّة.

وقد يكون إجراء هامش جراحي حَافَوِيّ في بنية عصبية وعائية حَيَوِيَّة أمراً كافياً إذا كان إجراء المعالجة الكيميائية له بعض التأثير، وقد تم إجراء المعالجة الشعاعية بعد الجراحة.

وإذا كان هناك تمدد لساركومة الخلايا الأَلَوِيَّة أو الثُلْمَة الوَرِكِيّة إلى داخل خلايا الحوض من خارج الحوض و الثُلْمَة، فعندئذٍ قد يكون إجراء كلٍّ من العرض الأمامي والخلفي (خلف الصفاق) أمراً ضرورياً.

العلاج المفضل، مميزاته، والمخاطر

ويتضمن العلاج المفضل تحديد التدرج الدقيق قبل إجراء المعالجة عن طريق إجراء الخزعة المفتوحة بالإضافة إلى إجراء التَّصْوير المَقْطِعِي بالإِصْدارِ البُوزِيتْرُونِيّ (PET) والتَّصْوير بالرَّنينِ المِغْناطيسِيّ (MRI)؛ إجراء الاستئصال الدقيق وتحديد الهوامش الجراحية بدقة؛ كما أن تحديد إصابة العصب الأَلَوِي العلوي يُعد أمراً وظيفياً هاماً بالنسبة للمريض.

وتتضمن المخاطر أخذ الحذر من أخطاء التدرج عند إجراء الخزعة دون إجراء التَّصْوير المَقْطِعِي بالإِصْدارِ البُوزِيتْرُونِيّ (PET) أو أخذ حجم الورم في الاعتبار. وكذلك، تعد أورام الثُلْمَة الوَرِكِيّة أمراً صعباً، وتتطلب إجراء تشريحاً دقيقاً للحفاظ على العصب الأَلَوِي العلوي.