

## الورم السرطاوي والأورام الرئوية النادرة

### CARCINOID AND UNCOMMON LUNG TUMORS

سين غروندين، مايكل ر. جونستون

Sean Grondin, Michael R. Johnston

على الرغم من كون الغالبية العظمى من أورام الرئة البدئية غير صغيرة الخلايا (الحرشفية والغدية وكبيرة الخلايا)، إلا أن هناك مجموعة من الأورام البدئية يمكن أن تسبب أعراضاً تقلد تماماً أعراض الأورام سابقة الذكر: مثل الآفات ضمن اللمعة القصية أو العقد الرئوية المفردة.

#### الأورام السرطاوية

##### Carcinoid Tumors

تشكل حوالي ٥٪ من سرطانات الرئة، كانت تعرف سابقاً بالأورام الغدية القصية، كما كان يعتقد خطأ بأنها ذات إنذار سليم تماماً، وتنتمي هذه الأورام من الناحية التشريحية المرضية إلى طائفة الأورام الغدية العصبية، والتي تعرف بالأورام طليعة الأمين نازعة الكربوكسيل (APUD) والتي تنشأ من خلايا كولتشييسكي Kulchitzky في الظهارية التنفسية. إلا أنه لوحظ أن هذه الأورام قد تخفي طيفاً من الخباثة في طبيعتها.

الأورام السرطاوية النموذجية تغزو محلياً، وتنطوي على درجة خفيفة من الخباثة، في حين أن الأورام السرطاوية غير النموذجية تتميز بزيادة الانقسام الفتيلي وميلها لإعطاء نقائل بعيدة. تعتبر أورام الرئة صغيرة الخلايا شديدة الخباثة وقاتلة بسرعة كبيرة.

١- الورم السرطاوي النموذجي Typical Carcinoid: هو ورم غدي جيد التمايز، يشكل ٩٠٪ من الأورام السرطاوية القصية، ويتألف من مجموعة من الخلايا المضلعة (كثيرة الزوايا والأضلاع) تجتمع على شكل عناقيد أو حبال، مع نويات صغيرة لهذه الخلايا وبعض الانقسامات الفتيلية، ونادراً ما تسبب المتلازمة السرطاوية Carcinoid syndrome. تغزو هذه الأورام محلياً، وتحمل درجة منخفضة من الخباثة، حيث هناك انتقالات ورمية في (٥-١٥٪)

من الحالات. كما تمتاز الأورام السرطاوية بتوعيتها الدموية الغزيرة، وهذا ما يفسر سهولة نزفها أثناء إجراء التنظير القصبي، إلا أن هذا النزف عادة ما يتم السيطرة عليه بسرعة باستعمال محلول الأدرينالين الممدد.

تعالج هذه الأورام بالاستئصال الجراحي، ففي الأورام محيطية التوضع (أقل من ٣ سم من حافة الرئة) يستطب استئصال الشذقة الرئوية، أو استئصال المنطقة الحاوية على الورم. أما في الأورام مركزية التوضع فيستطب استئصال القص الرئوي، ونادراً استئصال كامل الرئة، وفي بعض الأحيان قد يستطب إجراء استئصال انتقائي للورم وإعادة تصنيع القصبات، تعتبر الخزعة المجمدة أثناء الجراحة ضرورة من أجل تحديد هوامش أمان للاستئصال (حوالي ٥ ملم من الورم) ولتحديد إصابة العقد اللمفاوية في منطقة الاستئصال.

الإنذار بعد الاستئصال الجراحي التام ممتاز، وتصل نسبة البقاء على قيد الحياة لـ ١٠ سنوات إلى أكثر من ٩٠٪، ولا يلعب حجم الورم، أو وجود انتقال إلى العقد اللمفاوية أي دور في تحديد الإنذار. يعتبر كل من العلاج الكيماوي والشعاعي غير مفيد في علاج هذه الأورام.

كما أن تطبيق الليزر في هذه الآفات المتوضعة داخل اللمعة القصبية يستطب فقط في المرضى ذوي الخطورة العالية للاستئصال الجراحي.

٢- الورم السرطاوي غير النموذجي Atypical Carcinoid: ورم أشد عدوانية من الورم السرطاوي النموذجي، يمتاز بتفاوت أشكال الخلايا نسيجياً، مع زيادة عدد الخلايا ووجود أشكال خلوية سيئة التمايز مع نشاط انقسامي فتيليبي متوسط.

أوردت التقارير عن حدوث النقائل الورمية بنسبة (٥٠ - ٧٠٪) من الحالات، أكثر هذه النقائل إلى العقد اللمفاوية في المنطقة (المنطقية)، يعتبر الاستئصال الجراحي هو العلاج المفضل في الأورام الموضعية (أو الوصفية) على أن يتم استئصال الورم بشكل كامل. تصنف هذه الأورام على أنها مقاومة للعلاج الكيماوي، مع معدلات استجابة تصل إلى أقل من ٣٠٪ من الحالات.

### السرطان الغدي الكيسي

#### Adenoid Cystic Carcinoma

كان يعرف سابقاً باسم الورم الأسطواناني، بسبب التجمع الأنبوبي للخلايا في هذا الورم. عموماً هو ورم بطيء النمو، يرتشح إلى الطبقة تحت المخاطية، وإلى حول أعصاب الأوعية اللمفاوية، وإلى الأعضاء المجاورة، وامتداده إلى الأعضاء السابقة هو المسؤول عن ظهور الورم عيانياً. عادة ما يكون توضع هذا الورم في الرغامى أو القصبات قاتلاً، وذلك بسبب انسداد الطريق الهوائي.

يتم تشخيص الورم بأخذ عينات منه عن طريق التنظير القصبي، ونادراً ما يحدث النزف بعد التنظير.

يعتبر استئصال الورم جراحياً العلاج الأمثل ، ويعتمد ذلك على توضع وامتداد الورم ، كما يجب استئصال حواف الورم (هوامش أمان) أثناء الجراحة باستخدام الحزعة المجمدة Frozen section. لا يؤثر وجود نقائل ورمية إلى العقد اللمفاوية على معدل الحياة طويل الأمد عند إجراء الاستئصال الجراحي التام.

يجب متابعة المريض لمدة ١٠-١٥ سنة على الأقل. يمكن استخدام العلاج الملطف (الليزر أو إدخال دعامة Stent) في حالات الاستئصال الجراحي غير التام ، أو عند تصغير حجم الورم جراحياً ، أو لصيانة وحفظ الطريق الهوائي ، كما يمكن أن يستخدم العلاج الإشعاعي لمنع النكس بعد العمل الجراحي. لا يوجد أي تأثير للعلاج الكيماوي على هذا الورم.

### السرطانة البشرية المخاطية

#### Mucoepidermoid Carcinoma

من الأورام النادرة ، ومن الشائع أن تتوضع في الرغامى أو القصبات الرئيسية مسببة مظاهر التخريش (التهيج) القصبي.

تنشأ من الغدد اللعابية الصغيرة ، تتوضع في الشجرة الرغامية القصبية ، ويمكن أن تتشابه في مظهرها النسيجي مع السرطانة الغدية الكيسية ، ويقترح وجود تنوع في النشاط الانقسامى الفتيلي وجود درجات مختلفة من الحباثة ، فالأورام ذات الحباثة العالية تعطي نقائل إلى العقد اللمفاوية المجاورة. في حين أن الأورام قليلة الحباثة تميل لأن تغزو موضعياً. يعتمد علاج الأورام قليلة الحباثة على الاستئصال الجراحي التام (مع أقل كمية ممكنة من النسيج الرئوي الطبيعي) وإعادة تصنيع القصبات. أما الأورام عالية الحباثة فتعالج كعلاج الأورام الرئوية غير صغيرة الخلايا (NSCLC) Non small cell lung cancer. لا يوجد أي فائدة علاجية للعلاج الإشعاعي أو الكيماوي في هذه الأورام.

### الورم المختلط متعدد الأشكال

#### Pleomorphic Mixed Tumor

ورمٌ نادرٌ، يتشابه مع أورام الغدد اللعابية ، تجتمع الخلايا الظهارية بشكل عنائيد أو أنابيب ، تلاحظ هنا بعض الانقسامات الفتيلية. يميل هذا الورم لأن يغزو موضعياً ، ويوصى بالعلاج الجراحي الاستئصالي لهذه الأورام.

### الغدوم القصبي المخاطي

#### Bronchial Mucous Gland Adenoma

ورم سليم تماماً ، ينشأ من الغدد المخاطية في القصبات الرئيسية. يمكن استئصاله عن طريق منظار القصبات ، أو جراحياً مع استعمال تقنيات التصنيع القصبي.

للمزيد من القراءات

**Further Reading**

- Burt M, Zakowski M. Rare primary malignant neoplasms. In: Pearson FG, Deslauriers J, Ginsberg RJ, Hiebert CA, Mckneally MF, Urschel HC, eds. *Thoracic Surgery*. New York: Churchill Livingstone, 1995; 807.
- Ducrocq X, Thomas P, Massard G, Barsotti P, Giudicelli R, Fuentes P, Wihlm JM. Operative risk and prognostic factors of typical bronchial carcinoid tumors. *Annals of Thoracic Surgery*, 1998; 65: 1410.
- Gould VE, Warren WH. The bronchopulmonary tract. In: Lechago J, Gould VE, eds. *Endocrine Pathology*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1995.
- Linnoila RI, Piantadosi S, Ruckdeschel JC. Impact of neuroendocrine differentiation in non- small cell lung cancer: the LCSG experience. *Chest*, 1994; 106: 367S.
- Warren WH, Memoli VA, JordanAG. Reevaluation of pulmonary neoplasms resected as small cell carcinomas. Significance of distinguishing between well differentiated and small cell neuroendocrine carcinomas. *Cancer*, 1990; 65: 1003.