

امتداد الاستئصال الرئوي (الاستئصال الرئوي الواسع) EXTENDED PULMONORY RESECTION

سين غروندين، مايكل ر. جونستون
Sean Grondin, Michael R. Johnston

يمكن لسرطان الرئة في مراحله المتقدمة (سيء التمايز) أن يغزو الأعضاء داخل الصدر (المجاورة للرئة). لذا فإن تقديم العلاج الجراحي الشافي لمثل هؤلاء المرضى يتطلب من الجراح زيادة في حدود الاستئصال الرئوي الاعتيادي، بحيث تشمل الجراحة على إزالة الورم الرئوي وجميع الأعضاء المرتبطة بالورم جملة واحدة. وتسجل أفضل نتائج الاستئصال الجراحي على المدى البعيد عند السرطان الرئوي عند غياب إصابة العقد اللمفية، والاستئصال التام للورم (كما سبق) مع هوامش أمان خالية تماماً من المرضى اعتماداً على الفحص النسيجي. ويمكن لسرطان الرئة أن يغزو كلاً من الأعضاء التالية:

جدار الصدر

Chest Wall

يصنف الورم الذي يغزو جدار الصدر بأنه في المرحلة الثالثة T3، وهذه المرحلة لا تتعارض مع الاستئصال الجراحي للورم. نسبة البقاء على قيد الحياة لمدة 5 سنوات بعد استئصال الورم مع جدار الصدر جملة واحدة En-bloc تقدر بـ 30-40% في حال عدم اشتغال العقد اللمفاوية المنتصفية بالورم (N2). قد يتطلب إعادة بناء جدار الصدر استعمال البدائل الصناعية. ينصح بعض أطباء الأورام بإعطاء المريض علاجاً إشعاعياً بعد الجراحة للإقلال من فرصة النكس الموضعي، إلا أن التجارب السريرية التي تدعم هذا الرأي لا تزال قليلة.

التأمور

Pericardium

يمكن لأورام سرية الرئة hilum tumors أن تغزو بشكل مباشر كل من التأمور، الشريان الرئوي، الوريد الرئوي وكذلك العصب الحجابي. وفي هذه الحالات لا بد من إجراء استئصال جراحي واسع للتأمور والأعضاء

الأخرى المجاورة. وبعد العمل الجراحي السابق ينصح بالإغلاق البدئي للتأمور، وفي حال تعذر ذلك ينصح باستعمال الرقعة الصناعية synthetic patch material لإعادة بناء التأمور، وذلك لمنع حدوث انفتاق لعضلة القلب .cardiac herniation.

الحجاب الحاجز

Diaphragm

عندما يغزو الورم الرئوي الحجاب الحاجز بشكل مباشر يتم اللجوء إلى استئصال الورم الرئوي مع المناطق المصابة من الحجاب الحاجز جملة واحدة en block، وهنا لا بد من إصلاح الضياع المادي في عضلة الحجاب الحاجز إما بالإغلاق البدئي (استعمال خيطان غير قابلة للامتصاص)، أو استعمال بدائل صناعية prosthetic material لإعادة بناء الحجاب الحاجز reconstruction وذلك لمنع حدوث انفتاق أحشاء البطن إلى الصدر، وذلك في حال وجود ضياع مادي كبير في عضلة الحجاب. أما انتشار الورم الرئوي ليشمل مناطق متعددة من الحجاب الحاجز فإن ذلك يعتبر مضاد استئصال للاستئصال الجراحي.

أجسام الفقرات

Vertebral Body

تسبب النقائل الورمية إلى أجسام الفقرات ألماً ظهرياً شديداً أو أعراضاً عصبية. وعلى الرغم من أن استعمال مبضع العظم osteotome يساعد على الاستئصال الجراحي لأجسام الفقرات ويجعل ذلك ممكناً من الناحية التقنية، إلا أن اشتغال الأخيرة بالنقائل الورمية يقف عائقاً أمام الاستئصال الجراحي الشافي curative resection. ومع ذلك يبقى العلاج الإشعاعي الملطف palliative radiotherapy الخيار العلاجي الأول.

الوريد الأجوف العلوي

Superior Vena Cava (SVC)

قد تتظاهر أعراض الغزو الورمي بمظاهر انسداد الوريد الأجوف العلوي SVC obstruction، وتشير هذه الحالات عادة إلى مرحلة متقدمة من الورم وعدم إمكانية الاستئصال الجراحي. أما عندما يغزو الورم الرئوي البدئي (المتوضع عادة في الشذفة الأمامية للفص العلوي الأيمن) الوريد الأجوف العلوي فمن الممكن استئصال الوريد السابق مع نسبة بقاء على قيد الحياة طويلة الأمد في حال عدم اشتغال العقد المنصفية بالإصابة، ولإعادة بناء الوريد الأجوف العلوي بعد الجراحة يمكن استعمال طعم وريدي من نفس المريض autologous، أو استعمال قطعة صناعية من بولي تترافلورو إيثيلين PTFE.

المريء

Esophagus

من النادر أن يغزو سرطان الرئة المريء بشكل مباشر، إلا أن النقائل الورمية إلى العقد البلغمية المتوضعة أسفل المهماز الرغامى subcarinal lymph nodes قد تسبب ضغطاً خارجياً على المريء مؤدية إلى حدوث عسرة بلع dysphagia. وهنا فإن وضع دعامة stent في المريء (كعلاج تلطيفي) يفيد في تخفيف حدة الأعراض، وعادة ما تكون الدعامة جيدة التحمل من قبل المريض. إن استعمال العلاج الإشعاعي radiotherapy لوحده أو العلاج الإشعاعي الكيماوي chemoradiotherapy يفيد في تخفيف حدة الأعراض، إلا أنه يزيد من إمكانية حدوث الناسور الرغامى المريئي tracheoesophageal fistula.

للمزيد من القراءات

Further Reading

- Darteville PG. Extended operations for the treatment of lung cancer. *Annals of Thoracic surgery*, 1997; 63: 12.
- Luketich JD, van Raemdonck DE, Ginsberg RJ. Extended resections for higher-stage non-small cell lung cancer. *World Journal of Surgery*, 1993; 17: 719.
- McCaughan BC. Primary lung cancer invading the chest wall. *Chest Surgery Clinics of North America*, 1994; 4: 17.
- Naruke T. Bronchoplastic and bronchovascular procedures of the tracheobronchial tree in the management of primary lung cancer. *Chest*, 1989; 96 (Suppl.): 53S.