

سرطان الرئة: المتابعة والنتائج

LUNG CANCER: FOLLOW-UP AND OUTCOME

سين غروندين، مايكل ر. جونستون

Sean Grondin, Michael R. Johnston

إن نسبة البقاء على قيد الحياة الإجمالية لمدة ٥ سنوات لكل حالات المرضى المصابين بسرطان الرئة هي ١٣٪. وإن ٥٠٪ من مرضى سرطان الرئة يكون قد وصل لديهم المرض إلى مرحلة متقدمة (متأخرة) عند التشخيص (المرحلة IV). وإن الغالبية العظمى من المرضى الذين شفوا من سرطان الرئة قد أجري لهم استئصال جراحي للورم الرئوي.

المتابعة الروتينية لمرضى سرطان الرئة

Routine Follow-up of the Lung Cancer Patient

إن المتابعة النموذجية بعد العمل الجراحي تتضمن:

قصة سريرية مفصلة، فحص سريري وصورة صدر شعاعية بسيطة للمصدر كل ثلاثة أشهر لمدة سنتين، ومن ثم كل ستة أشهر لثلاث سنوات تالية ومن ثم كل سنة. إن المتابعة الدقيقة للمرضى المصابين بسرطان الرئة تسمح بالتحديد الباكر لأي أورام أولية جديدة وكذلك لأي نكس (انتكاس) للورم، والتقييم الصحيح لتماذج المعالجة. على كل حال، إن المردود (والتكلفة) لهذه المتابعة الدقيقة على معدل البقاء على قيد الحياة هي حديثا مجال للتساؤل. في الوقت الحالي لا يوجد أي مجال لإجراء تصوير طبقي محوري مبرمج روتيني أو إجراء فحص بالرنين المغناطيسي لهؤلاء المرضى في المتابعة.

نكس الورم

Tumor Recurrence

بشكل نموذجي، فإن النكس يتم اكتشافه خلال ٢-٣ سنوات التالية للاستئصال الجراحي ومن الممكن أن يحصل بشكل محلي، أو ناحي أو جهازري.

- ١- النكس المحلي: وهو يعرف بأنه نكس للورم ضمن الرئة نفسها أو في حواف الاستئصال الجراحي. إن أكثر الأماكن شيوعاً للنكس هي النهاية المستأصلة من القصبة الهوائية (جدعة القصبة Bronchial stump)، وفي الأورام مرحلة T3، وفي جدار الصدر. يجب معالجة مثل هذه الأورام بالاستئصال الجراحي إذا أمكن تقنياً وإذا لم يمكن فيجب أن تعالج بالمعالجة الشعاعية.
- ٢- النكس الناحي: وهي تعني أن النكس حاصل ضمن العقد البلغمية المنصفية. وهنا الجراحة عملياً غير مستطبة إطلاقاً ويجب الأخذ بعين الاعتبار إعطاء المعالجة الشعاعية في حال وجود مظاهر سريرية عند المريض.
- ٣- النكس الجهازي: يعرف بوجود نكس في الرئة المقابلة أو في أي مكان من الجسم خارج التجويف الصدري. إن خيارات المعالجة هنا هي مشابهة لهؤلاء المرضى الذين يتظاهرون بالمرض بمرحلته الرابعة stage IV.

السرطانات الأولية الثانية (جديدة)

Second Primary Cancers

إن المرضى الباقين على قيد الحياة لفترة طويلة من سرطان الرئة هم معرضون لخطر متزايد من أن تتطور عندهم أورام أولية ثانية (أو متعددة) والتي تصيب الطرق الهوائية الهضمية العلوية (مثال: البلعوم الفموي، أو المريء، أو الرئة). إن الإصابة بسرطان الرئة غير صغير الخلايا هو سبب رئيسي للوفيات المتأخرة عند مرضى سرطان الرئة صغير الخلايا والباقيون على قيد الحياة لفترات طويلة. من الممكن أن تتطور هذه الأورام نتيجة لتسربن المنطقة، بينما ظاهرياً الطرق الهوائية الهضمية هي معرضة لعوامل مسرطنة مشتركة (مثال: دخان التبغ). هناك دراسات تجرى حالياً للوقاية الكيماوية تتضمن هذه العناصر:

الريتينول reynol، والإيزوريتينوين isoretinoin، وبيتا-كاروتين beta-carotene، وفيتامين E vitamin E، والفولات folate، والسيلينيوم selenium.

النتائج لمرضى سرطان الرئة غير صغير الخلايا

Results for NSCLC

١- مرحلة IA ومرحلة IB المستأصلة: إن معدل البقاء على قيد الحياة لمدة ٥ سنوات هو ٦٠-٨٥٪. وأفضل النتائج هي (٨٠-٨٥٪ للبقاء على قيد الحياة لمدة ٥ سنوات) تشاهد في المرضى المصابين بالسرطان القصيبي السنخي في المرحلة T1N0، وعادة النتائج للمرضى المصابين بالسرطان الحشفي هي أفضل بشكل كبير مقارنة مع السرطان الغدي. لم يظهر استخدام المعالجة المساعدة (المساندة) adjuvant therapy أي تحسن في معدل البقاء على قيد الحياة. هناك ١٠-١٥٪ من المرضى الذين شفوا من المرض سوف يتطور عندهم سرطان أولي جديد في الرئة.

٢- مرحلة IIA ومرحلة IIB المستأصلة: إن معدل البقاء على قيد الحياة هو ٤٠ - ٦٠٪ لمدة ٥ سنوات. لا يوجد أي اختلاف في مدة البقاء على قيد الحياة بين الأنواع النسجية الخلوية لسرطان الرئة. إن المعالجة الشعاعية المساعدة تؤدي إلى نقص حدوث النكس المرضي ولكن لا تحسن في معدل البقاء على قيد الحياة الإجمالي. وجد أن معظم المرضى الذين يحدث عندهم نكس في المرض يوجد عندهم انتقالات ورمية معممة جهازية.

٣- مرحلة IIIA إن نسبة البقاء على قيد الحياة لمدة ٥ سنوات هي ١٠ - ٤٠٪. حيث إن المرضى المصابين بمرحلة T3N1 والذين تم الاستئصال الجراحي الكامل عندهم تكون نتائجهم أفضل بشكل واضح (حيث إن معدل البقاء على قيد الحياة لمدة ٥ سنوات عندهم يصل لـ ٣٠ - ٤٠٪) مقارنة مع المرضى في مرحلة N2. لم يظهر أي اختلاف في مدة البقاء على قيد الحياة بين الأنواع النسجية الخلوية لسرطان الرئة. إن المرضى الذين لقوا علاجاً تحريضياً والمتبوع بالاستئصال الجراحي والذين شوهدت عندهم استجابة نسجية (تشريحية مرضية) كاملة (أي لم يظهر الفحص النسجي للعينة الجراحية وجود أي ورم فيها) قد يكون عند هؤلاء المرضى تحسن في البقاء على قيد الحياة مقارنة مع المعالجات الأخرى في مرحلة المرض IIIA (N2).

٤- مرحلة IIIB: نسبة البقاء على قيد الحياة لمدة ٥ سنوات هي أقل من ١٠٪. هناك احتمالية لتحسن البقاء على قيد الحياة لبعض المرضى المنتقن، والذين تم عندهم إجراء استئصال جراحي كامل للورم مرحلة T4N0 ولكن التجربة السابقة لا زالت قليلة والجراحة عالية الخطورة. إن المعالجة الكيماوية الشعاعية المتزامنة تطيل في البقاء على قيد الحياة الوسطي لأشهر فقط في المرضى ذوي الوضع الجيد، على الرغم من أن الهدف من المعالجة هو عادة لتلطيف الأعراض.

٥- المرحلة IV: نسبة البقاء على قيد الحياة لمدة ٥ سنوات هي أقل من ٥٪. كل المعالجات هي تلطيفية، وإذا كان لا يوجد عند المريض أي أعراض، فلا داعي لأي معالجة.

النتائج لمرضى سرطانات الرئة صغير الخلايا

Results in SCLC

انظر إلى بحث سرطان الرئة صغير الخلايا صفحة (٣٢٩).

١- المرض المنتشر (الشديد): نسبة البقاء على قيد الحياة لمدة ٥ سنوات هي أقل من ٥٪. البقاء الوسطي من

٨-١٢ شهر.

٢- المرض المحدود: نسبة البقاء على قيد الحياة لمدة ٥ سنوات هي أقل من ٢٠٪. البقاء الوسطي من ١٢-١٥ شهر.

٣- المرض المحدود جداً: نسبة البقاء على قيد الحياة لمدة ٥ سنوات تقريباً حوالي ٢٥٪. وهذه المجموعة

تتضمن المرضى الاستثنائيين الذين عندهم المرض القابل للاستئصال في مرحلة I أو II حسب تصنيف TNM.

للمزيد من القراءات

Further Reading

- Ginsberg RJ. Follow-up supervision after resection for lung cancer. In: Delarue NC, Esch-
passe H, eds. *International Trends in General Thoracic Surgery*, Vol. 1. Philadelphia: WB Saunders, 1985.
- Rosengart TK, Martini N, Ghosn P, Burt M. Multiple primary lung carcinomas: prognosis and treatment. *Annals
of Thoracic Surgery*, 1991; 52: 773.
- Tockman M, Erozan Y, Gupta P, Piantadosi S, Mulshine JL, Ruckdeschel J. The early detec-
tion of second primary lung cancers by sputum immunostaining. *Chest* 1994; 106 (Suppl.): 385S.