

العقدة الرئوية الوحيدة

SOLITARY PULMONARY NODULE

مايكل ر. جونستون

Michael R. Johnston

تعرف العقدة الرئوية الوحيدة بأنها آفة رئوية منفردة قطرها 3 سم أو أقل وتكون محاطة بشكل كامل بنسيج رئوي متين Lung parenchyma وبالتالي فإن الآفات التي تكون متاخمة ومرتكزة على غشاء الجنب أو الحجاب الحاجز أو المنصف، أو داخل سرة الرئة لا تنطبق عليها هذه المعايير ولا تعتبر آفات رئوية وحيدة. إن معدل إصابة وحدوث هذه الآفات يختلف باختلاف الموقع الجغرافي أو عمر المرضى وكذلك نماذج الممارسة السريرية المحلية فيما يتعلق بطلب أشعة صدر بسيطة بشكل روتيني. بشكل نموذجي فإن هذه الآفات هي غير عرضية بشكل كامل وتأتي لطلب الرأي الطبي عندما تكتشف بشكل عرضي بواسطة أشعة صدر بسيطة أخذت لأسباب أخرى.

السبب

Etiology

١- التهابية Inflammatory.

- أورام حبيبية Granuloma من التهابات سابقة؛ الأكثر شيوعاً هو الدرن، داء النوسجات histoplasmosis، الفطار الكرواني Coccidiomycosis، الفطار البرعمي Blastomycosis.
- التهاب الرئة المستدير Round pneumonia.
- الورم الحبيبي لوانغر Wegener's granulomatosis، الساركويد sarcoidosis، والعقيدات الرئوية Rheumatoid nodules والتي من الممكن أن تكون وحيدة ولكن عادة ما تكون متعددة.

٢- الأورام الحميدة.

- أورام الرئة السرطاوية Lung carcinoid.
- الورم العائبي Hamartoma.

- الورم الوعائي Hemangioma.
- ٣- الأورام الخبيثة.
- سرطان الرئة الأولي.
- الانتقالات الثانوية للرئة.

المدلول (الأهمية)

Significance

إن المشكلة الكبرى هي أن يتم التفريق بين الآفات الحميدة (الالتهابية أو الأورام الحميدة) وبين المراحل المبكرة، والقابلة للشفاء بشكل عالٍ في سرطان الرئة. إن سرطان الرئة عند المرضى الذي يتظاهر بعقدة رئوية وحيدة لا عرضية (المرحلة السريرية T1، N0) على أشعة الصدر البسيطة يحمل الإنذار الأفضل لأي مجموعة من سرطان الرئة الاجتياحي Invasive. على الرغم من أن نسبة البقاء على قيد الحياة لمدة ٥ سنوات في سرطان الرئة بشكل عام هي (١٣٪)، ولكن مرحلة M0، N0، T1 في سرطان الرئة قد تصل هذه النسبة إلى (٨٥-٩٠٪) في سرطانات الرئة من نوع القصبي السنخي، (أو ٦٠-٨٠٪) في أنواع نسجية أخرى في سرطانات الرئة اللا صغيرة الخلايا NSCLC وحوالي ٢٥٪ في سرطانات الرئة الصغيرة الخلايا (SCLC). وحالما تتطور الانتقالات الغدية للمفاوية، فإن نسبة البقاء تنخفض بشكل كبير.

التصوير الشعاعي المشخص

Diagnostic Imaging

إن أشعة الصدر البسيطة لأكثر من سنة واحدة قبل الصور الشعاعية الأكثر حداثة والتي تظهر بالضبط نفس هذه الآفة والتي لم تتغير تعتبر دليل قوي على سلامة هذه الآفة. إن صورة الصدر البسيطة أو التصوير الطبقي المحوري للصدر الذي يظهر منظر تكلسات حبة الفيشار دليل على وجود (الورم العابي Hamartoma) أو وجود تكلسات متحدة المركز فهي دليل على وجود (أورام حبيبية متكلسة calcifications granuloma) وهي توحى بآفة سليمة. إن وجود آفات ذات حواف شائكة، أو وجود تكلسات متفرقة أو عدم وضوح الحواف كلها دلائل ذات شك عالٍ بالخباثة. إن تحديد نسبة الكثافة للأنسجة بالتصوير الطبقي المحوري (بوحدة هوند سفيلد) تظهر أن الآفات الحميدة عادة ما تكون أكثر كثافة من السرطانية ولكن نسبة التداخل هي كبيرة جداً ولا يمكن الاعتماد على مصداقيتها. لا يقدم التصوير بالرنين المغناطيسي أي مزايا على التصوير الطبقي المحوري، بينما يبدو أن التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني PET scan هو أكثر حساسية ونوعية من التصوير الطبقي المحوري، إلا أن وجود تقارير تظهر أن نسب السلبية الكاذبة هي أقل من ١٠٪ يتطلب الأمر خبرة أكثر واستعمالاً أوسع وأشمل قبل إجازة وإقرار استعمال هذه التقنية.

التشخيص النسيجي

Tissue Diagnosis

- إن مزرعة القشع واختبارات الجلد من الممكن أن تدل على منشأ فطري أو درني ولكن ليست تشخيصية.
- إن المنظار القصبي مع الغسيل القصبي السنخي له نسبة إيجابية قليلة.
- إجراءات أخذ الخزعة النسيجية Biopsy: من الممكن أخذ الخزعة عبر القصبات من خلال منظار القصبات مع استخدام التنظير التآلقي حيث تؤخذ عينات صغيرة نسيجية من أجل الفحص النسيجي. إن النجاح في أخذ العينة عادة ما يكون معتمداً على الطبيب وتصبح أكثر صعوبة كلما توضع الآفة أكثر في محيط الرئة. إن أخذ العينة عن طريق الجلد بالإبرة يجرى عادة تحت التنظير التآلقي أو بالاستعانة بالتصوير الطبقي المحوري. من الممكن الحصول على العينات اللينة بالإبرة core needle biopsy في الآفات التي هي قريبة من جدار الصدر، بينما الآفات المتوضعة أكثر مركزية تحتاج إلى شفط بالإبرة الدقيقة (وذلك من أجل التشخيص الخلوي cytology). إن لكل طرق أخذ الخزع أو العينات اختلاطات، وهي بشكل أساسي النزف أو نفث الدم أو استرواح الصدر. إن انزراع الورم على مسير أخذ العينة هو نادر بشكل كبير. إن العينة التي تظهر الخباثة عادة ما تكون صحيحة بشكل كبير ولكن تحديد النوع الخلوي بشكل دقيق هو غالباً ويحد ذاته يشكل مشكلة خاصة في العينات الخلوية FNA (حوالي ٥٠٪ نسبة الدقة أو صحة التشخيص). إن العينات التي تظهر نسيجاً حميداً تكون لها نسبة حدوث ١٥-٣٠٪ نتائج كاذبة سلبية، وهذا يعني أن العقدة هي فعلاً خبيثة مع أنه أخذت عينة سليمة منها. فقط في حال أن العينة النسيجية أظهرت تشخيصاً حميداً نوعياً (مثال: الورم العابي Hamartoma) فمن الممكن تصديقها بشكل مؤكد. إذا أظهر العينات النسيجية الأورام الخبيثة فإنه يجب قبولها على أنها تشير لوجود عقد حميدة ولكن بتحفُّظ وحذر، حيث إن السرطانات الندية معروفة بحدوثها قرب آفات خبيثة قديمة، وخاصة عندما تكون ثانوية للدرن.
- يمكن إجراء الخزع الاستتصالية إما عن طريق الفتح الجراحي (فتح الصدر) أو عن طريق استخدام الجراحة التنظيرية بالاستعانة بالفيديو - وكلاهما يعطي التشخيص النهائي. يجب إزالة واستئصال كل العقدة بشكل كامل مع حافة (على الأقل ٢ سم) من النسيج الرئوي الطبيعي. إن استخدام تقنية الجراحة بالمنظار بالاستعانة بالفيديو ملائمة للعقد التي تكون قريبة من سطح الغشاء البلوري. إن طرق تحديد مكان العقدة بطريقة توضع الإبرة أو استخدام الأمواج الصوتية أثناء العمل الجراحي كلها مجال بحث وهي تعني تحديد الآفات أو العقد العميقة ضمن نسيج الرئة. ترسل العقدة بعد الاستئصال مباشرة من أجل التحليل عن طريق مقاطع التبريد. إذا تم تشخيص سرطان الرئة فإنه يجب إجراء الفتح والاستئصال النهائي مباشرة (عادة يكون باستئصال الفص الرئوي مع تجريف العقد اللمفاوية أو أخذ عينات منها).

خطة العلاج

Treatment Strategy

إن وجود عقدة جديدة في مدخن متوسط العمر أو كهمل هي سرطان رئة أولي حتى يثبت العكس. إن نسبة احتمال أن تكون عقدة رئوية وحيدة هي سرطان رئة في هذه المجموعة من الناس هي تقريباً نفس عمر المريض. إن خيارات التدبير تتضمن التالي :

- أخذ عينة بالإبرة.
- أخذ عينة عبر القصبات.
- الخزعة الاستتصالية.
- المراقبة والمتابعة.

عند الأشخاص ذوي الخطورة المنخفضة للإصابة بالسرطان أو عند المرضى ذوي الخطورة العالية للجراحة أو عند المرضى المصابين بعقيدات تظهر علامات حميدة فإن المراقبة بتكرار التصوير الطبقي المحوري كل ٣ أشهر هي تدبير ملائم. إن طول مدة المتابعة هي مثار للجدل بأن تكون إما لسنة وإما لستين. يشير أي نمو للآفة بوجود الخبثاء وهنا يجب الأخذ بعين الاعتبار الاستتصال بشكل قوي. إن المرضى ذوي الخطورة العالية للإصابة بالسرطان يجب إجراء التصوير الطبقي المحوري لهم وذلك للتأكد من أن هذه الآفة وحيدة، ومن ثم يجب اقتراح الاستتصال الجراحي. تترك تقنيات أخذ العينة بالإبرة أو من خلال القصبات للمرضى الذين لديهم خطر العمل الجراحي كبيراً أو عند المرضى المعارضين لإجراء الجراحة بدون تشخيص نسجي نهائي. في المستقبل من الممكن للتصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني PET scan أن يغني عن إجراءات أخذ العينة. حيث إن المرضى مع تصوير مقطعي إيجابي سيذهبون مباشرة للاستتصال الجراحي، بينما المرضى الذين لديهم التصوير المقطعي سلبياً فإنه من الممكن متابعتهم بفترات زمنية كل ٣ أشهر بإجراء تصوير طبقي محوري وذلك بتقييم احتمالية نمو الورم خلال هذه الفترة الزمنية.

للمزيد من القراءات

Further Reading

Lillington GA, Caskey CI. Evaluation and management of solitary and multiple pulmonary nodules. *Clinics in Chest Medicine*, 1993; 14: 111.

Naidich DP, Garay SM. Radiographic evaluation of focal lung disease. *Clinics in Chest Medicine*, 1991; 12: 77.