الفصل الثالث عشر

سرطان الرئة صغير الخلايا
Small Cell Lung Cancer

برين ميسيت و دافني أ. هاس – كوجان

نقاط هامة

- سرطان الرئة صغير الخلايا يمثل ٢٠ – ٢٥٪ من حالات سرطان الرئة.
- يصاحبه المتلازمات المصاحبة للأورام: متلازمة الهرمون المضاد لإدرار البول غير المناسب ومُتَلاَزِمَةُ الهُرْمُونِ المُوَجِّهِ لِقِشْرِ الكُظْرِ المُنْتَبِذ ومتلازمة إيتون لامبرت.
- ٦٥ – ٧٥٪ من الحالات تأتي بمرض متقدم في الرئة والباقي بمرض محدود.
- ١٠ – ١٥٪ من المرضى يحدث عندهم انتشار إلى المخ عند اكتشاف المرض والجهاز العصبي المركزي هو موقع شائع للانتكاسة بعد العلاج الكيماوي مع الإشعاعي.
- الأنواع الباثولوجية: تقليدي – متنوع – مختلط لها نفس النتيجة.
- أهم العوامل المؤثرة على نتيجة المرض: المرحلة – حالة الأداء – فقد الوزن.

إجراءات التشخيص

Work up

- التاريخ المرضي والفحص الطبي.
- الأبحاث المعملية: صورة دم – كيمياء الدم – يوريا – كرياتينين – وظائف كبد – إنزيم لاكتات ديهيدروجينيز.

obeikandi.com

- الأشعة: أشعة مقطعية على الصدر والبطن – مسح عظام – أشعة رنين مغناطيسي على المخ (مفضلة) أو أشعة مقطعية على المخ. الأشعة المقطعية بالإصدار اليوزيتروني اختيارية.
- مراجعة الباثولوجي. وإذا كان إنزيم لاكتات ديهيدروجينيز مرتفعا ضع في الاعتبار تحليل عينة من نخاع العظام.
- يوصى بالتوقف عن التدخين.

تصنيف المراحل Staging

المرحلة المحدودة: المريض في نصف واحد من الصدر والعقد الليمفاوية في المنطقة (عادة يعرف بأنه لائق للعلاج الإشعاعي بمدخل واحد). **المرحلة المتقدمة**: أي مرض يكون ليس له خواص المرحلة المحدودة.

توصيات العلاج Treatment recommendations

المرحلة	العلاج الموصى به
المرحلة المحدودة	سيسبلاتين + إيتوبوسيد (كل ٣ أسابيع × ٤ جلسات) مع العلاج الإشعاعي (٤٥ جراي / ١,٥ جراي (مرتين). وإذا كانت الاستجابة تامة يتم عمل علاج إشعاعي وقائي للأعصاب المخية (٢٥ جراي / ٢,٥ جراي). وضع في الاعتبار الاستئصال والعلاج الكيماوي بالنسبة للمرحلة T1NO.
المرحلة المتقدمة	علاج كيماوي مع علاج إشعاعي لتخفيف الأعراض.

الدراسات

Studies

- **توريسي (١٩٩٩)**: ٤١٧ مريضًا يعانون من سرطان الرئة صغير الخلايا في المرحلة المحدودة تم علاجهم عشوائياً بالعلاج سيسبلاتين وإيتوبوسيد بمقدار ١,٨ جراي بجرعة ١,٨ جراي يوميا مقابل سيسبلاتين وايتوبوسيد مع ٤٥ جراي بجرعة ١,٥ جراي مرتين يوميا. العلاج على مرتين يوميا أدى إلى زيادة المقاومة الكلية لمدة ٥ سنوات (٢٦٪) مقارنة بالعلاج يوميا (١٦٪).

obeikandl.com

• **أوبرين (١٩٩٩)**: تحليل ميتا لسبعة تجارب تضمنت مرضى يعانون من سرطان الرئة صغير الخلايا في استجابة تامة مع مقارنة بين عمل إشعاع وقائي للأعصاب المخية مقابل عدم عمل إشعاع وقائي. العاج الوقائي أدى إلى زيادة المقاومة الكلية لمدة ٣ سنوات (٢٠.٧٪) مقارنة بعدم عمل إشعاع وقائي (١٥.٣٪).

تقنيات العلاج الإشعاعي

RT Techniques

التمثيل وتصميم المجال Simulation and field design

• حجم الجرعة العالية بهامش ١,٥ سم في الحجم الكلي للورم. متضمنا مدخل الرئة على نفس الجانب وتجويف الصدر على الجانبين من مدخل الصدر إلى المنطقة التي تحت الجمجمة (٥ سم أسفل القحف أو هامش كافٍ بعد المرض الذي تحت الجمجمة). لا يتم تضمين مدخل الرئة في الناحية الأخرى أو فوق البطين إلا إذا كان الورم منتشرًا إليها.

وصفات الجرعة Dose prescriptions

• تجزئ ٤٥ جراي على مرتين يومياً (١,٥ جراي مرتين يوميا) أو ٥٠ – ٧٠ جراي مع تجزئ مرة واحدة يومياً.

• يتم عمل إشعاع وقائي للأعصاب المخية إذا كانت الاستجابة تامة للعلاج الإشعاعي للرئة (٣٠ جراي/ ١٥ جزء أو ٣٦ جراي / ١٨ جزء أو ٢٤ جراي / ٨ جزء أو ٢٥ جراي / ١٠ أجزاء).

حدود الجرعة Dose limitations

• الحبل الشوكي: الجرعة القصوى أقل من ٤٦ جراي بمقدار ١,٨ – ٢ جراي/ جزء مرة واحدة يومياً أو أقل من ٣٦ جراي مرتين يومياً.

• الرئة: حاول إلى تحديد الحجم إلى أكبر من أو يساوي ٢٠ جراي بمقدار أقل من ٢٠ – ٣٠٪. ومعدلات التهابات الرئة تزيد بسرعة مع العلاج الأكبر من ٢٥ – ٣٠٪.

• المريء: ١/ ٣ العلوي بمقدار ٦٠ جراي و ٢/ ٣ السفليين بمقدار ٥٨ جراي والمريء كله بمقدار ٥٥ جراي.

• القلب: ٥٠٪ من حجم القلب أقل من ٢٥ – ٤٠ جراي.

• الضفيرة العصبية الذراعية: الحد الأقصى للجرعة أقل من ٦٠ جراي.

obeikandi.com

المضاعفات

Complications

- حادة: التهاب في المريء.
- متأخرة: التهاب في الرئة بسبب الإشعاع – كسر في الضلوع – ضيق في المريء – ثقب المريء – مرض الشريان التاجي.

المتابعة

Follow up

- زيارات للعيادة كل ٢ – ٣ شهر في البداية (التاريخ المرضي والفحص الطبي وأشعة الصدر وتحاليل الدم في كل زيارة) ثم يمكن خفض تكرار زيارات العيادة إلى كل ٣ – ٦ شهر ثم سنويا.

المراجع

Auperin A, Arriagada R, Pignon JP, et al. Prophylactic cranial irradiation for patients with small-cell lung cancer in complete remission. Prophylactic Cranial Irradiation Overview Collaborative Group. N Engl J Med 1999;341:476–484.

Bradley J, Govindan R, Komaki R. Lung. In: Perez CA, Brady LW, Halperin EC, et al., editors. Principles and Practice of Radiation Oncology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. pp. 1201–1243.

Komaki R, Travis EL, Cox JD. The Lung and Thymus. In: Cox JD, Ang KK, editors. Radiation Oncology: Rationale, Technique, Results. 8th ed. St. Louis: Mosby; 2003. pp. 399–427.

National Comprehensive Cancer Network. Clinical Practice Guidelines in Oncology: Small Cell Lung Cancer. Available at: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/sclc.pdf. Accessed on January 19, 2005.

National Cancer Institute. Small Cell Lung Cancer (PDQ): Treatment. Available at: http://cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/small-cell-lung/healthprofessional/. Accessed on January 19, 2005.

Rosenzweig KE, Krug LM. Tumors of the lung, pleura, and mediastinum. In: Leibel SA, Phillips TL, editors. Textbook of Radiation Oncology. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2004. pp. 779–810.

Turrisi AT, 3rd, Kim K, Blum R, et al. Twice-daily compared with once-daily thoracic radiotherapy in limited small-cell lung cancer treated concurrently with cisplatin and etoposide. N Engl J Med 1999;340:265–271.

obeikandl.com