

سرطان الرئة: المعالجة الكيماوية

LUNG CANCER: CHEMOTHERAPY

سين غروندين، مايكل ر. جونستون

Sean Grondin, Michael R. Johnston

أخذت المعالجة الكيماوية أهمية متزايدة في التدبير الإجمالي لمرضى سرطان الرئة الغير صغير الخلايا NSCLC. بشكل تقليدي، كانت تعطى للمرضى المصابين بالمرحلة الرابعة العرضية من المرض. على كل حال، فإن الدراسات والتجارب السريرية الحديثة كانت قد قيمت دور المعالجة الكيماوية عند إعطائها بشكل مساعد جديد قبل العمل الجراحي.

العناصر الدوائية للمعالجة الكيماوية

Chemotherapeutic Agents

إن كل من سيسبلاتين cisplatin، والميتومايسين mitomycin C، والفينديسين vindesine، والفينبلاستين vinblastine، أيفوسفاميد ifosfamide، هي حاليا أكثر العناصر الدوائية فعالية، مع نسبة معدلات استجابة تصل لأكثر من ١٥٪. على كل حال، فإن إعطاء عنصر دوائي وحيد في المعالجة سوف ينتج عنه نسبة استجابة ومعدل بقاء على قيد الحياة أقل مقارنة مع مشاركة عنصرين دوائيين أو أكثر في المعالجة. إن المشاركة الدوائية الكيماوية من الممكن لها أن تحسن في نوعية الحياة بشكل كبير عند المرضى الذين لهم استجابة لهذه المعالجة. إن بعض العناصر الكيماوية الدوائية الجديدة الواعدة تتضمن دواء دوسي تاكسيل docetaxel، والباكلي تاكسيل paclitaxel، والجيم سايتابين gemcytabine، والنافيلبين navelbene، والزيني بلاتين zeniplatin. من الممكن الحصول على إنجازات أخرى عند إعطاء بعض الأدوية ذات الاستجابة البيولوجية المعدلة (مثال: الإنترفيرون interferon، الإنترلوكين interleukin، والعوامل المنبهة للمستعمرات colony-stimulating factors ومضادات الأجسام وحيدة النسيلة الموسومة labeled monoclonal antibodies). إن دواء مثبطات ميتالوبروتياز الجديد metalloproteinase inhibitors والعوامل المضادة لتولد الأوعية anti-angiogenesis agents هي حاليا تخضع لدراسات وتجارب سريرية عند مرضى سرطان الرئة غير صغير الخلايا NSCLC.

الأدوية الكيماوية المساعدة بعد العمل الجراحي

Postoperative Adjuvant Chemotherapy

حاليا لا توجد أي معلومات قاطعة من أجل دعم الفرضية بأن إعطاء المعالجة الكيماوية بعد الجراحة تفيد كعامل مساعد للاستئصال الجراحي في سرطان الرئة غير صغير الخلايا NSCLC. على كل حال، فإنه بسبب معدلات الفشل الجهازى في المرضى المصابين في المراحل الباكرة من سرطان الرئة غير صغير الخلايا NSCLC، فإنه هنالك تجارب سريرية تجرى الآن من أجل تقييم فعالية المشاركة الدوائية للأدوية الحديثة (مثال: سيسبلاتين والفينوريلين، ودوائي التاكسول والكاربوبلاتين) والتي تعطى بعد الجراحة.

الأدوية الكيماوية التحريضية (كعامل مساعد جديد)

Concurrent Chemotherapy

إن الأسس المنطقية للمعالجة الكيماوية التحريضية هي:

- i: أن الورم له تروية دموية سليمة قبل العمل الجراحي أو المعالجة الإشعاعية (وبالتالي سوف يكون هناك توصيل أفضل للعناصر الدوائية الكيماوية).
- ii: أن الاستجابة وحساسية المعالجة الكيماوية للورم من الممكن لها أن تقيم بشكل فعال في مرض قابل للدراسة.
- iii: كذلك من أجل القضاء على الانتقالات الورمية المجهرية.
- iv: احتمالية تحسين قابلية الاستئصال الجراحي.

درست هذه الطريقة بشكل عميق جدا عند المرضى المصابين بمرحلة III A (N2) من المرض. إن المرضى الذين يظهرون استقرار المرض أو استجابة موضوعية واضحة للمعالجة التحريضية يعتبرون مرشحين للعمل الجراحي، والذي بدوره أظهر أنه مُجدٍ ومناسب لهم، وبنسبة قليلة من الإمراضية والوفيات. لوحظ تحسن في نسبة البقاء على قيد الحياة عند هؤلاء المرضى مقارنة مع الجراحة وحدها في عدة دراسات صغيرة مختارة عشوائيا. إن نسبة البقاء على قيد الحياة الوسطية والتي تم تسجيلها هي حوالي ١٨ شهرا، مع نسبة تقريبية للبقاء على قيد الحياة لـ ٥ سنوات تصل لـ ٢٥-٣٥%. شوهدت علاقة ضعيفة بين الاستجابة الإشعاعية (نسبتها ٤٠-٧٠%) والاستجابة التشريحية المرضية (١٥-٢٠%). إن المرضى الذين لا يوجد عندهم أي دليل على وجود ورم متبقٍ في العينة الجراحية المستأصلة يبدو أنهم يتمتعون ببقاء على قيد الحياة مديد. إن استخدام المعالجة الكيماوية التحريضية في المرضى المصابين بمرحلة (III A) أو (III B) من المرض لا يزال يعتبر تجريبياً ولا يمكن تطبيقه خارج هذا البروتوكول.

المعالجة الكيماوية الإشعاعية المترافقة

Concurrent Chemoradiotherapy

إن بعض العناصر الدوائية الكيماوية المعينة (مثال: سيسبلاتين) هي محسنة شعاعية والتي بدورها تبرز التأثير الإشعاعي. إن التسلسل المثالي لإعطاء المعالجة الكيماوية والمعالجة الإشعاعية (مثال: إعطاؤها بالتعاقب، أو

بالتوافق، أو بالتبادل) لم يتم تحديدها بشكل كامل. بشكل احتمالي، فإن المعالجة الكيماوية الإشعاعية تؤمن السيطرة الجهازية والمحلية على الورم، ولكنها تطبق فقط عند المرضى الذين عندهم حالة الأداء السريري جيدة. أظهرت دراسات مختارة عشوائيًا تحسنًا في نسبة الاستجابة وتحسنًا في نسبة البقاء على قيد الحياة عند مرضى مرحلة (III B) ومرضى مرحلة (III A) غير القابلين للاستئصال الجراحي في سرطان الرئة غير صغير الخلايا NSCLC. على كل حال، هذه الطريقة في العلاج يجب أن لا تعتبر هي المعالجة النموذجية.

سرطان الرئة صغير الخلايا

Small Cell Lung Cancer

انظر بحث سرطان الرئة صغير الخلايا صفحة (٣٢٩).

للمزيد من القراءات

Further Reading

- Einhorn LH. Neoadjuvant and adjuvant trials in non-small cell lung cancer. *Annals of Thoracic Surgery*, 1998; 65: 208.
- Johnson DH. Adjuvant chemotherapy for non-small cell lung cancer. *Chest*, 1994; 106 (Suppl): 313S.
- Natale RB. Experience with new chemotherapeutic agents in non-small cell lung cancer. *Chest*, 1998; 113: 32S.
- Sepherd FA. Induction chemotherapy for locally advanced non-small cell lung cancer. *Annals of Thoracic Surgery*, 1993; 55: 1585.