

أورام الرغامى

TRACHEAL TUMORS

شاف كيشافجي، هاني ك. نجم
Shaf Keshafjee, Hani K. Najm

تعتبر أورام الرغامى الأولية نادرة الحدوث ؛ بينما الأورام الثانوية أكثر شيوعاً. ومعظم الأورام الأولية عند البالغين هي خبيثة ، بينما عند الأطفال تميل لأن تكون حميدة. بشكل عام نسبة حدوث الأورام موزعة بالتساوي بين الرجال والنساء. تمثل الأورام الخبيثة للرغامى حوالي ٢٪ من نسبة كل أورام الطرق التنفسية.

الأورام الأولية

Primary Tumors

١ - السليمة Benign.

من الممكن أن تنشأ من أي مكون من مكونات جدار الرغامى ، وتشكل نسبة أكثر من ٩٠٪ من الأورام الابتدائية عند الأطفال. أقل من ١٠٪ من الأورام عند البالغين هي سليمة.

• الورم الحليمي الحرشفي Squamous papilloma. أكثر الأورام السليمة شيوعاً. عادة ما يكون متعدد البؤر على طول الشجرة الرغامية القصصية ، ومن الممكن أن يتراجع بعد البلوغ.

• الورم الغدي متعدد الأشكال Pleomorphic adenoma.

• ورم الخلايا الحبيبية Granular cell tumor.

• الورم العضلي الأملس Leiomyoma.

• الورم الغضروفي Chondroma.

• ورم المستقدمات Paraganglioma.

• تشوهات وعائية Vascular malformation (مثال : الورم الوعائي Hemangioma).

٢ - المتوسطة Intermediate.

• الورم السرطاوي Carcinoid.

• الورم المخاطي البشري Mucoepidermoid.

• السرcoma الكاذبة Pseudosarcoma.

٣- الخبيثة Malignant.

تعتبر أكثر من ٩٠٪ من الأورام الرغامية عند البالغين هي خبيثة، ويعتبر سرطان الخلايا الحرشفية squamous cell carcinoma والأورام الغدانية الكيسية adenoid cystic tumors هي الأكثر شيوعاً.

• تحدث سرطانات الخلايا الحرشفية بشكل عام عند الذكور، مع توزيع عمري مشابه لسرطان الرئة غير صغير الخلايا وهو مترافق مع تدخين السجائر. من الممكن أن تكون هذه الأورام خارجية التنبؤ أو متفرجة، وتعتبر الانتقالات إلى العقد اللمفاوية الناحية شائعة. وتكون الموجودات السريرية الأولى لمعظم هذه الأورام بمرحلة متقدمة موضعياً. وتعتبر كذلك الأورام الأولية المتعددة للطريق الهوائي الهضمي العلوي (مثال: البلعوم الفموي، الرئة، المريء) شائعة الحدوث.

• السرطان الغداني الكيسي adenoid cystic carcinoma: حيث كان يسمى سابقاً "الورم أسطواناني الخلايا cylindroma" وهو يصيب الذكور والإناث في كل الأعمار. وهو ورم بطيء النمو، مع ميل للانتشار أو الغزو الموضعي الشامل أبعد من الورم المجسوس والمرئي، وعادة ما تبدو مخاطية الرغامى المغطاة سليمة. يحصل الانتشار تحت المخاطية بشكل طولاني ودائري وتعرض البنى المنصفية عادة للانزياح أكثر من تعرضها للغزو. تشاهد الانتقالات للعقد اللمفاوية الناحية بنسبة أقل من ١٠٪ عند المرضى. أما الانتقالات البعيدة فهي غير شائعة، على الرغم من أن الرئة هي المكان الأكثر شيوعاً للانتقالات البعيدة. الأورام الخبيثة الأخرى تتضمن:

سرطان الخلايا الصغيرة Small cell carcinoma.

السرطان اللا نمطي carcinoma Atypical.

الورم الميلانيني Melanoma.

السرcoma المغزلية الخلايا Spindle cell sarcoma.

السرcoma العضلية المخططة Rhabdomyosarcoma.

ورم المنسجات الليفي الخبيث Malignant fibrous histiocytoma.

الأورام الثانوية

Secondary Tumors

الغزو الموضعي للأورام الأولية الناشئة من:

• الحنجرة.

• الغدة الدرقية.

• الرئة.

• المريء.

الانتقالات الورمية للرغامى (مثال: سرطان الخلايا الكلوية، الورم الميلانيني، سرطان الدرق)، أو الانتقالات للمنصف مع غزو ثانوي للرغامى (مثال: سرطان الثدي).

الموجودات السريرية

Clinical Presentation

- انسداد الطريق الهوائي (مثال: زلة تنفسية، وزيز، صرير).
- تهيج الغشاء المخاطي وتقرحه (مثال: سعال، نفث دموي).
- الغزو المباشر للبنى المجاورة (مثال: للمريء والذي ينتج عنه عسرة بلع، أو للعصب الحنجري الراجع والذي ينتج عنه بحة في الصوت).
- الانتقالات البعيدة.

يجب أن يلاحظ أنه من الممكن تشخيص المرضى خطأ بإصابتهم بالربو أو التهاب القصبات المزمن لفترة طويلة قبل أن يتم وضع التشخيص الصحيح. تظهر عادة أشعة الصدر البسيطة ساحات رئوية صافية، مع تغيرات أو تشوهات شعاعية حادة رغامية أو منصفية.

التشخيص وتصنيف المراحل

Diagnosis and Staging

١ - التنظير الداخلي Endoscopy:

من الممكن عدم تشخيص الأورام الرغامية الدانية عند استخدام منظار القصبات المرن من خلال الأنبوب داخل الرغامى. ولذلك فإن منظار القصبات الصلب هو أساسي لإكمال فحص الرغامى، وذلك للمحافظة على التحكم الآمن للطرق الهوائية وكذلك للسماح بتقييم دقيق لاحتمالية الاستئصال الجراحي للرغامى. يجب أخذ عينات كافية من أجل فحصها بالتشريح المرضي النسيجي. كذلك يجب إجراء منظار المريء عند المرضى المصابين بعسرة بلع، أو إذا كان الورم ممتدًا وشاملاً.

٢ - الأشعة Radiology.

- التصوير المقطعي للرغامى Tracheal tomography.
- التصوير الطبقي المحوري (مع إعادة بناء ثلاثية الأبعاد للطرق الهوائية) وهو يؤمن رسمًا للخطوط العريضة التشريحية بشكل ممتاز لإمراضية الطرق الهوائية.
- التصوير بالرنين المغناطيسي MRI. لا يزال تحت الدراسة كوسيلة تصوير لأورام الطرق الهوائية.
- التصوير الظليل للمريء مهم في بعض المرضى؛ بينما تصوير القصبات الظليل نادرا ما يستخدم.

٣- اختبارات وظائف الرئة Pulmonary function studies.

حلقات حجم جريان الهواء flow-volume loops قد تظهر تسطحاً في منحنيات الشهيق والزفير والتي تدل على انسداد طرق علوية تنفسية ثابت.

التدبير

Management

حيث إن معظم أورام الرغامى الخبيثة عادة ما تكون منتشرة موضعياً عند تشخيص المرض وتظهره سريرياً، لذلك تستطب المعالجة الملطفة للمحافظة على الطرق الهوائية. على كل حال، المعالجة النهائية لورم الرغامى المتوضع بشكل جيد هو الاستئصال الجراحي بشرط عدم وجود انتقالات بعيدة (وهي مضاد استطباً نسبياً للسرطانات الغدية الكيسية)، وكذلك عدم وجود غزو لبنى المنصف، وتحمل خطورة تخدير معقولة.

١- الجراحة surgery.

- الاستئصال وإعادة البناء الأولية. "انظر استئصال الرغامى صفحة (٣٦٥)".
- استئصال الرغامى والحنجرة مع أو بدون تجريف العقد الرقبية المنصفية.
- إعادة بناء على مراحل.
- وضع دعامة أنبوب على شكل حرف T (T-tube)، أو أنبوب على شكل حرف T-Y، أو خزع رغامى. "انظر إلى دعامات: الطرق الهوائية صفحة (٣٣٩)".
- الاستئصال الملطف عن طريق المنظار (التجريف بالمنظار أو بالليزر).

٢- المعالجة الشعاعية Radiotherapy.

تستطب في حالات الأورام غير القابلة للاستئصال كعلاج ملطف. على كل حال، من الممكن أن تؤدي إلى وذمة في الغشاء المخاطي وبالتالي ينتج عنها انسداد في الطرق الهوائية. ولهذا السبب هذه الوسيلة العلاجية يجب أن تترافق مع إزالة الأنسجة الميتة عن طريق المنظار (أو بوضع دعامة) عند مرضى انسداد الطرق الهوائية الحرج. تستطب بشكل واسع المعالجة الشعاعية كعلاج مساند بعد الاستئصال الجراحي في حالات السرطان الغدي الكيسي وفي حالات سرطانات الخلايا الحرشفية. على كل حال، هذا لم يتم تقييمه في تجارب سريرية عشوائية Randomized clinical trial. حالياً هناك اهتمام وزيادة ملحوظة في المعالجة الكثبية Brachytherapy أو إعطاء جرعات عالية شعاعية (شافية) كطيف شعاعي خارجي للآفات الصغيرة) خاصة المتوضعة حول مهماز أو جوجو الرغامى Carina.

٣- المعالجة الكيماوية Chemotherapy: إن النقص في العناصر الفعالة في العلاج الكيماوي، وكذلك عدد المرضى القليل نسبياً أدى بشكل عام إلى إعاقة التجارب السريرية لتقييم دور العلاج الكيماوي أو المعالجة المركبة (الشعاعية الكيماوية).

النتائج

Outcome

ثلث المرضى سوف يكون عندهم ورم غير قابل للاستئصال ويجب أن يعالجوا بالعلاج الشعاعي أو وضع دعامة في الطرق الهوائية ؛ أما الثلث الثاني من المرضى فسوف يكون الورم عندهم قابلاً للاستئصال الجراحي ولكن بدون إمكانية إعادة البناء ؛ أما الثلث فهم قابلون للاستئصال الجراحي مع إعادة بناء أولية.

تكون نسبة الوفيات الناتجة عن العمل الجراحي حوالي ٥-١٠٪. وهذه تتراوح من ١-٣٪ عند استئصال الرغامى إلى ١٠-٢٠٪ عند استئصال مهماز أو جؤجؤ الرغامى Carina. يجب الملاحظة أنه هناك عدد محدود من المراكز في العالم قد سجلت خبرة جراحية هامة للاستئصال الجراحي لأورام الرغامى الأولية. إن معدل البقاء على قيد الحياة لعشر سنوات لسرطان الخلايا الحرشفية هو ٣٣٪ ، أما للسرطانات الكيسية الغدية فيصل معدل الحياة لعشر سنوات إلى ٤٥٪ (حتى مع وجود حواف استئصال إيجابية).

للمزيد من القراءات

Further Reading

- Grillo HC, Mathisen DJ. Primary tracheal tumors: treatment and results. *Annals of Thoracic Surgery*, 1990; 49: 69.
- Pearson FG, Cardoso P, Keshafjee S. Upper airway tumors. In: Pearson FG, Deslauriers J, Ginsberg RJ, Hiebert CA, McKneally MF, Urschel HC, eds. *Thoracic Surgery*. New York; Churchill Livingstone, 1995; 285.
- Shankar S, George PJ, Hetzel MR, Goldstraw P. Elective resection of tumors of the trachea and main carina after endoscopic laser therapy. *Thorax*, 1990; 45: 493.