

مقاربة العقيدة الرئوية الوحيدة:

APPROACH TO THE SOLITARY PULMONARY NODULE:

آفة شعاعية مدورة أو بيسوية، محددة بشكل واضح يصل قطرها حتى (٣-٥) سم.

التشخيص التفريقي:

الأورام (٤٥٪):

- الكارسينوما قصبية المنشأ البدئية (٧٠٪).
- الأورام السليمة: (مثل: الورم العابي، الشحموم) (١٥٪).
- الانتقال الوحيد (مثلاً من الثدي أو من ساركوما). (١٠٪).

الحمج (٥٣٪):

□ TB، داء النوسجات، داء الفطار الكرواني.

أسباب أخرى (٢٪):

- وعائية: احتشاء، تشوه شرياني - وريدي.
- خلقية: كيسة.
- ذات رئة مدورة، انخماص مدور، انصباب محجب.

الاستقصاءات (انظر الشكل ٨):

القصة والفحص السريري:

صورة الصدر: دائماً افحص دوماً صور الصدر الشعاعية القديمة أولاً.

CT للصدر.

الفحص الخلوي للقشع: لا يعطي نتيجة غالباً.

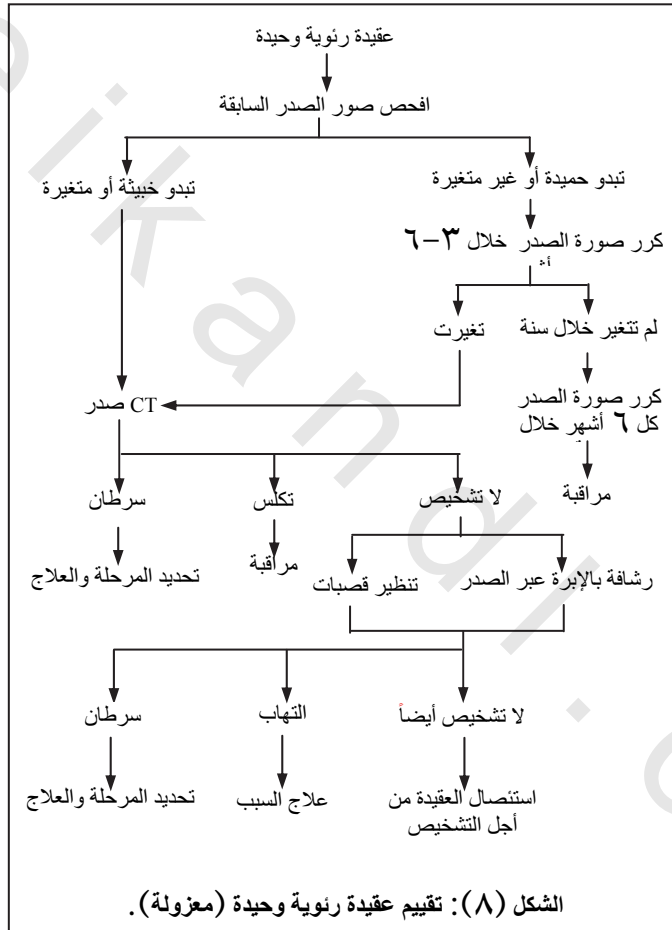
تنظير القصبات بالخزعة أو بالخزعة عبر الجلد: إذا كان القشع سلبياً.

الاستئصال: إذا كانت الآفة مشتبهة ولم يكن هناك تشخيص بالخزعة.

موجودات صورة الصدر النمذجية:

العقيدة الخبيثة	مقابل	العقيدة السليمة
< ٣ سم، غير منتظمة، مشوكة.		> ٣ سم، مدورة، منتظمة.
حافة مثلثة أو غير محددة.		حواف ملساء.
غالباً غير متكلسة، إذا كانت		نموذج التكلس:
متكلسة، فالنموذج مبتعد		منتشر، أو متمركز
عن المركز Eccentric أو		Concentric.
منقط.		مركزي (الفوشار
		Popcorn).
تكهف مع جدار ثخين.		غالباً لا تتكهف وإذا كانت
		متكهفة، فإن الجدار يكون
		أملساً ورقيقاً.
لا يوجد آفات تابعة.		آفات تابعة.
قد يكون هناك انصبابات		لا يوجد مرض آخر في
جنبية، اعتلال عقد لمفية.		الرئة.

تتضاعف خلال أقل من تتضاعف خلال أكثر من
شهر أو خلال أكثر من شهر أو أقل من سنتين.
سنتين.



الأورام السليمة BENIGN:

أقل من ٥٪ من كل الأورام الرئوية البدئية.

الورم العابي Hamartoma (الأكثر شيوعاً)، الورم الليفي، الورم الشحمي، الورم العضلي الأملس، الورم الوعائي الدموي، الورم الحليمي.
التظاهر السريري: سعال، نفث دم، ذات رئة ناكسة، ورم عابي (الأكثر شيوعاً)، ورم ليفي، انخماص.
صورة الصدر: التكلس ذو النموذج العنقودي (الفوشار) علامة مميزة للورم العابي.

الاورام الخبيثة MALIGNANT:

□ الوبائيات:

نسبة الحدوث:

الكارسينوما الأكثر شيوعاً عند الرجال والنساء.

السبب الأكثر شيوعاً للموت بسبب الكارسينوما عند الرجال والنساء.

عوامل الخطورة:

تدخين السجائر: ٨٥٪ من كارسينوما الرئة لها علاقة بالتدخين.

الأسبست.

الإشعاع: رادون، يورانيوم.

الزرنيخ، الكروميوم، النيكل.

الأذية الوراثية.

التندب البارانشيمي: مرض حبيومي، تليف، تصلب الجلد.

التعرض المنفعل لدخان السجائر.

تلوث الهواء: الدور الدقيق غير أكيد.

□ التصنيف التشريحي المرضي.

الكارسينوما قصبية المنشأ (٩٠٪) (من أجل الخصائص، انظر الجدول ١٤).

الكارسينوما القصبية السنخية (٥٪).

الورم الغدي القصبي (٣٪).

اللمفوما.

الانتقالات الثانوية: من الثدي والكولون والبروستات والكلية والدرق والمعدة وعنق

الرحم والمستقيم والخصية والعظم والميلانوما.

الجدول (١٤): مميزات الكارسينوما قصبية المنشأ .					
• مط الخلوية	• لتواتر	• لعلاقة مع التدخين	• لموضع	• سيجيا	• لانتقالات
• لكارسينوما الغدية	• ١ • ٥٪	• عيفة	• محيطي	• دي، منتج للمخاط	• اكرة، بعيدة
• لكارسينوما شائكة الخلايا	• ١ • ٠٪	• وية	• مركزي	• براتين، جسر بين الخلايا.	• طينة، غزو موضعي (قد تتكهن).
• CLC	• S • ٥٪	• وية	• مركزي	• لية الشوفان، خلايا داخل قصبية ذات منشأ عصبي غدي (خلايا Kulchitsky).	• انتشار عند التشخيص.
• لكارسينوما كبيرة الخلايا	• ١ • ٠٪	• عم	• محيطي	• شمية Anaplastic، غير متميزة	• اكرة، بعيدة (قد تتكهن).

□ التظاهر السريري:

الأعراض والعلامات البدئية:

السعال (٧٥٪)، كن حذراً من السعال المزمن الذي تغيرت صفاته.

الزلة التنفسية (٦٠٪).

الأم الصدري (٤٥٪).

نفث الدم (٣٥٪).

ألم آخر (٢٥٪).

تبقراط أظافر (٢١٪).

علامات بنيوية (قهم، فقدان الوزن، الحمى، فقر الدم).

الامتداد الموضعي:

إلى الرئة، السرة الرئوية، المنصف، الجنب: انصباب جنبي، انخماص، وزيز.

التهاب التامور، السطام التاموري.

انضغاط المري: عسرة بلع.

العصب الحجابي: شلل الحجاب الحاجز.

العصب الحنجري الراجع: بحة الصوت.

متلازمة الوريد الأجوف العلوي: دوران جانبي في الصدر والعنق، وذمة واحتقان

وجهي Plethora وفي الطرف العلوي، زلة تنفسية، زلة اضطجاعية، صداع، غثيان،

غشي، تبدلات بصرية، دوار.

ورم بانكوست (قمة الرئة): متلازمة هورنر، شلل الضفيرة العضدية.

تآكل فقري وضلعي.

الانتقالات البعيدة: من الرئة إلى الدماغ، العظم، الكبد، الكظرين.
المتلازمات نظيرة الورمية (مجموعة من الاضطرابات المترافقة مع المرض الخبيث، لا علاقة لها بالتأثيرات الفيزيائية للورم نفسه) (انظر الجدول ١٥).

غالباً ما تترافق مع كارسينوما الرئة صغيرة الخلايا SCLC.
الكارسينوما شائكة الخلايا تترافق مع فرط كلس الدم.

□ الاستقصاءات:

التشخيص البدئي:

التصوير: صورة الصدر CT.

الفحص الخلوي للقشع.

الحزعة: التنظير القصبي، عبر الجلد.

مراحل إجراءات التشخيص:

إجراء التحاليل الدموية: LETs / LFTs ، الكالسيوم، ALP.

التصوير: صورة الصدر، CT الصدر والبطن، المسح الهيكلي، تفريس العظام، التصوير العصبي.

الإجراءات الغازية: تنظير القصبات، تنظير المنصف، فتح المنصف، بضع الصدر.

جوهرة سريرية CLINICAL PEARL:

تحدث ثلثا حالات كارسينوما الرئة البدنية في القسم العلوي من الرئة،
وتحدث ثلثا النقايل في القسم السفلي من الرئة (انتشار دموي المنشأ)

ثانوي لازدياد الجريان الدموي لقاعدة الرنة)

الجدول (١٥) : المتلازمات نظيرة الورمية .		
•	التظاهر السريري	•
•	لخبائثة المرافقة	•
•	اعترال	•
•	عظمي مفصلي رئوي ضخامي .	•
•	لكارسينوما قصيبية المنشأ (ليس SCLC) .	•
•	الشواك	•
•	الأسود، التهاب الجلد والعضل .	•
•	ارسينوما الرنة	•
•	لكارسينوما قصيبية المنشأ	•
•	فرط	•
•	كلس الدم (انحلال عظمي أو	•
•	ارسينوما شانكة الخلايا .	•
•	PTH) .	•
•	نقص	•
•	فوسفات الدم .	•
•	ارسينوما شانكة الخلايا .	•
•	نقص	•
•	سكر الدم .	•
•	لساركوما .	•
•	متلازمة	•
•	كوشينغ (ACTH) .	•
•	CLC .	•
•	متلازمة	•
•	ورم السوماتوستاتين .	•
•	لكارسينويد القصبي .	•
•	SIAD	•
•	H .	•
•	CLC .	•
•	متلازمة	•
•	إيتون — لامبرت .	•
•	CLC .	•
•	التهاب	•
•	عتلال عصبي عضلي	•

	العضلات العديد.	
	• التنكس	
	المخيخي تحت الحاد.	
	• التنكس	
	المخيخي الشوكي.	
	• الاعتلال	
	العصبي المحيطي.	
•	التهاب	•
•	الشغاف غير الجرثومي.	عاني/ دموي
•	متلازمة	
•	تروسو (التهاب الوريد الخثري	
	الهاجر).	
	• DIC	
•	المتلازم	•
	ة النفروزية.	لوي

□ تدبير الكارسينوما قصبية المنشأ:

التصنيف السريري إلى SCLC أو NSCLC.

تصنيف مرحلة الـ SCLC:

يتظاهر بنقائل باكرة (أي إنذار سيء، الشفاء الجراحي غير محتمل).

مرحلة محددة Limited-stage: إذا كانت كل الإصابة ضمن مدخل إشعاعي وحيد في

الصدر والحفرة فوق الترقوة.

مرحلة ممتدة: يمتد خارج المدخل الإشعاعي الوحيد في الصدر.

تصنيف مرحلة الـ NSCLC (تصنيف الـ TNM):

مرحلة I: لا يوجد إصابة عقدية، ورم قابل للاستئصال بسهولة.

مرحلة II: ورم قابل للاستئصال بسهولة، عقد سرية أو حول قصبية في الجانب ذاته.

مرحلة IIIA: ورم قابل للاستئصال بسهولة، عقد منصفية وتحت الجؤجؤ في الجهة

ذاتها. ورم قابل للاستئصال حدياً + / - عقد في الجانب ذاته.

مرحلة IIIB: أي ورم مع إصابة عقد في الجانب المقابل أو امتداد موضعي.

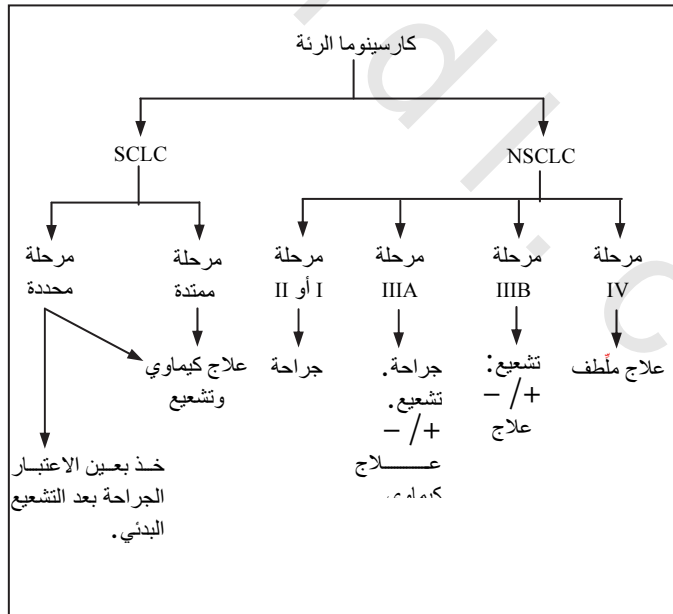
مرحلة IV: نقائل بعيدة.

□ علاج الكارسينوما قصبية المنشأ: (انظر الشكل ٩).

العلاج الكيماوي:

السيسبلاتين والإيتوبوزيد (Cisplatin and etoposide).

الأدوية الحديثة للـ NSCLC هي Paclitaxel, vinorelbine, gemcitabin.



الاختلاطات:

- الحادة: متلازمة انحلال الورم، الإنتان، النزف، تثبيط النقي، التهاب المثانة النزفي (السيكلوفوسفاميد)، السمية القلبية (دوكسوروبيسين)، السمية الكلوية (سيسبلاطين)، الاعتلال العصبي المحيطي (فينكريستين).
- المزمنة: الأذية العصبية، الابيضاض، أورام بدئية ثانية.

العلاج الشعاعي:

الجراحة:

الفرصة الوحيدة للشفاء هي استئصال الورم عندما يكون موضعاً.

مضادات الاستطباب:

- أي دليل على الامتداد الموضعي أو النقائل.
- حالة رئوية سيئة (مثلاً: عدم القدرة على تحمل استئصال رئة).
- يجب عند المرضى الذين لديهم إصابة قابلة للاستئصال جراحياً أخذ عينة من العقد المنصفية لأن CT الصدر غير دقيق في ٢٠-٤٠٪ من الحالات.
- المعالجة التلطيفية للمرضى في المرحلة النهائية.

□ إنذار الكارسينوما قصبية المنشأ:

- معدلات البقاء لمدة خمس سنوات للأنماط الفرعية المختلفة:
- شائكة الخلايا ٢٥٪.
- الكارسينوما الغدية ١٢٪.
- الكارسينوما كبيرة الخلايا ١٣٪.
- الكارسينوما صغيرة الخلايا 1% SCLC.
- SCLC تملك الإنذار الأسوأ:
- الميل الأعظم للانتقال.
- ٧٠٪ من المرضى يراجعون بإصابة منتشرة ممتدة عند التشخيص البدئي.
- المرحلة المحددة: معدل الشفاء ١٥-٢٠٪.
- المرحلة الممتدة: معدل البقاء الوسطي ٦ أشهر مع العلاج، لكن يمكن أن يعيش أكثر من سنتين مع شفاء نادر (١٪)، معدل البقاء الوسطي دون علاج ٢-٣ أشهر.
- معدل البقاء لمدة خمس سنوات لل-NSCLC:
- مرحلة 50% I.

مرحلة 30% II.

مرحلة 15% IIIA.

مرحلة 5% IIIB.

مرحلة 2% > IV.

□ الكارسينوما القصبية السنخية.

نمط من الكارسينوما الغدية التي تمتد على طول الجدار السنخي في المحيط.
يمكن أن تنشأ في مواقع تندب رئوي سابقة (كارسينوما الندب).
التظاهر السريري: مشابه للكارسينوما قصبية المنشأ، النقائل متأخرة لكن بمعدل ٤٥٪.

العلاج مع الإنذار: الآفات الوحيدة قابلة للاستئصال مع معدل بقيا لمدة خمس سنوات يعادل ٦٠٪، معدل البقيا الإجمالي ٢٥٪.

□ الورم الغدي القصبي:

مجموعة من الأورام الحميدة التي نادراً ما تنتقل.
الكارسينويد القصبي.
نمط فرعي لا نموذجي من الورم الغدي مع معدل انتقالات عال (٧٠٪ مقابل ٥٪).
يشاهد غالباً عند البالغين الشباب: التدخين ليس عامل خطورة.
التظاهر السريري: سير بطيء، تنتقل بشكل متأخر، يمكن أن تسبب أعراض المتلازمة الكارسينويدية (تبيخ، إسهال، آفات قلبية دسامية، وزيز).
العلاج والإنذار: الورم سهل الاستئصال، معدل البقيا لمدة خمس سنوات ٩٥٪.