مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (37) العدد (2) 2015
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (37) No. (2) 2015

أورام الكارسينوئيد الرئوي

وسيم علي*

(تاريخ الإيداع 11 / 1 / 2015. قُبِل للنشر في 22 / 3 /2015)

□ ملخّص □

تعدّ أورام الكارسينوئيد مجموعة غير شائعة من أورام الرئتين وهي بحاجة لاستئصال جراحي، وتأتي أهمية البحث من قلة الدراسات المجراة عن الكارسينوئيد في بلادنا وبالتالي يمكننا مقارنة نتائج الدراسة مع النتائج العالمية.

أُجريت الدراسة بطريقة راجعة من 1991م إلى 2007م على المرضى المشخص لديهم كارسينوئيد رئوي في كل من مشفى الأسد والمواساة الجامعيين، حيث أجريت الجراحة ل61 مريض (65%رجال و35%نساء)، وقد سيطر التوضع المركزي في القصبة الرئيسية أو الفصية لدى 54 مريض، وكانت محيطية لدى 7 مرضى.

أُجري استئصال فص رئوي واحد عند 19 مريض، استئصال مع تصنيع قصبي عند 17 مريض (13 مريض مع استئصال جزء من الرئة و4 بدون استئصال أي جزء)، استئصال فصين معاً عند 12 مريض، استئصال رئة عند 12 أيضاً واستئصال قطعي في حالة واحدة.

تبيّن بالتشريح المرضي أنّ 51 مريض لديهم كارسينوئيد نموذجي و10 مرضى لا نموذجي، كما تبين بإجراء تجريف كامل للعقد اللمفية أنّ 11 مريض لديهم N1 (إصابة العقد السرية) ومريضين لديهما N2 (إصابة العقد المنصفية).

يجب اعتبار الجراحة التي تحافظ على النسيج الرئوي هي العلاج الأساسي وتحمل نتائج جيدة جداً، إلا أنّ الكارسينوئيد اللّانموذجي ذو طبيعة عدوانية حيث يميل إلى إعطاء نقائل للعقد اللمفاوية ويصيب مرضى أصغر سناً.

الكلمات المفتاحية: أورام الكارسينوئيد – الكارسينوئيد اللانموذجي

*ماجستير – الجراحة الصدرية_جامعة دمشق AFS في جراحة الأوعية_ FSA في جراحة الصدر من جامعة ديكارت_باريس_فرنسا.

مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (37) العدد (2) 2015
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (37) No. (2) 2015

Bronchial Carcinoid Tumors

Wassim Ali*

(Received 11 / 1 / 2015. Accepted 22 / 3 / 2015)

□ ABSTRACT □

Carcinoids tumors are considered as uncommon lung tumors, which need surgical treatment. Research value comes from the lack in researches about carcinoid in our country, so we can compare our results with global researches.

This study is retrospective from 1991 to 2007, 61 patients (65% men and 35% women) were surgically treated for bronchial carcinoids at AL ASSAD and AL MOASSAH Universities Hospitals. The tumors were located centrally, involving main or lobar bronchi in 54 patients and were peripheral in seven.

Lobectomy was performed in 19, sleeve resection in 17(a bronchoplastic procedure without resection of lung in four, enucleation in 13), bilobectomy in 12, pneumonectomy in 12 and segmentectomy in one case.

Histologically, 51 of the carcinoids wereclassified as typical and 10 as atypical. A formal mediastinal lymph node dissection was done, 11 had N1 disease (hilar nodes involved) and two patients had N2 (mediastinal nodes involved).

The mainstay of treatment of carcinoids is surgical treatment (which reserve lung parenchyma) in all cases, and has very good results, but atypical carcinoid has aggressive nature and more propensity naved lymph nodes, and occur in younger patients.

Key words: Carcinoids tumors - atypical carcinoid

***Master, thoracic surgery, Damascus University. AFS vascular surgery, AFSA thoracic surgery, Descartes university, Paris**

مقدمة:

إنّ جهاز الهضم هو المنطقة الأكثر شيوعاً لنشوء أورام الكارسينوئيد، ويمثل الكارسينوئيد الرّئوي حوالي 10–25% من جميع أورام الكارسينوئيد وهي مجموعة غير شائعة من أورام الرئتين؛ حيث تمثل 1–2% من جميع أورام الرّئة، ويقسم الكارسينوئيد إلى نموذجي ولا نموذجي ويمثّل ورم الكارسينوئيد النّموذجي Typical Carcinoid (TC) الورم الأكثر تميزاً من حيث التّشريح المرضي والأقل عدوانية من بين أورام الرّئة الغدية العصبية. وهو ينمو ببطء ونادراً ما يعطي نقائل أمّا ورم الكارسينوئيد اللانموذجي Atypical Carcinoid (AC)، هو أكثر عدوانية من حيث التّشريح المرضي والصّورة السّريرية ومعدّل النقائل وبالتالي يحمل إنذاراً أسوأً.[1]

تترافق متلازمة الكارسينوئيد مع الأورام الكبيرة للكارسينوئيد الرّئوي، أو في حال وجود نقائل و تحدث في حوالي 2%، وترتبط زيادة إنتاج السيروتونين بتطور متلازمة الكارسينوئيد. تتميز هذه المتلازمة بترافق مجموعة من الأعراض تتضمّن تسرّع النبض Tachycardia، التوهج Flushing، التشنّج القصبي Bronchoconstriction، عدم الثباتية الدّورانية Hemodynamic Instability، الإسهال Diarrhea، والحماض Acidosis.[29]

تتطوّر 80–90% من أورام الكارسينوئيد ضمن القصبات تحت القطعية أو التي أكبر منها و تنشأ10–15% من الأورام في القصبة الرّئيسية إلا أنّها نادراً ما تظهر في الرّغامي، ويلاحظ أنّ 10–20% من أورام الكارسينوئيد تتوضع في النسيج الرّئوي المحيطي، وبسبب هذا الموقع والحجم يمكن أن يتطور انسداد الطرق الهوائية وما يمكن أن يتبع ذلك من العواقب الناجمة عن انسداد الطّرق الهوائية بما في ذلك الانخماص الدّائم Persistent Atelectasis، وذات الرّئة المتكرّرةRecurrent Pneumonia، والخرّاجة الرّئوية pulmonary–abscess، والتوسّع القصبي Bronchiectasis. إنّ الموجودات السّريرية الأكثر شيوعاً عند المرضى العرضيين هي تلك المتعلقة بالانسداد القصبي كالسّعال المستمر ونفث الدّم وذات الرّئة السادّة أو المتكرّرة، وعلى الرّغم من قلة شيوعها يمكن أن تكون المتلازمات الهرمونية والهرمونية العصبية التظاهرات السّريرية الأولى ويمكن أن يسبب الداء النقيلي في حالات الخباثة نقصاً في الوزن مع ضعف واعتلال في الصّحة، وإنّ أورام الكارسينوئيد الرّئوي المحيطية في معظم الأحيان غير عرضية وعادة ما تكتشف بالصّدفة.[4][3][2]

يجب معاملة جميع أورام الكارسينوئيد الرّئوي كخباثات وبما أنّ الاستئصال الجراحي هو العلاج الوحيد المعروف للشفاء، لذلك يجب استئصال ورم الكارسينوئيد الرئوي بشكل تام ويجب أن يترافق الاستئصال مع تجريف العقد اللمفاوية. إنّ العمليات الجراحية الأكثر تطبيقاً في العلاج هي استئصال الفص النظامي Lobectomy والاستئصال القطعي Segmentectomy واستئصال الرّئة Pneumonectomy، إلا أنّ هناك العديد من عمليات التصنيع القصبي Bronchoplasty التي تحافظ على البارانشيم الرّئوي وأهمّها Sleeve Resection حيث أعطت نتائج جيدة على المدى الطويل. إنّ الإجراء المتّبع الأكثر شيوعاً لاستئصال أورام الكارسينوئيد الرّئوي هو استئصال الفص التّشريحي Anatomical Lobectomy، وقد تتطلب الآفات الأكثر قرباً والأكبر حجماً استئصال فصين رئويين أو استئصال رئة وقد تعالج الآفات الأصغر ذات التوضّع المحيطي ضمن قطعة رئوية مفردة باستئصال قطعي أو استئصال إسفيني.[28][6][5]

تمّ اللّجوء إلى العديد من الإجراءات الجراحية التي توفّر النّسيج الرّئوي والتي منها: (Sleeve lobectomy) و(Sleeve pneumonectomy) وذلك عائد لتوضّع الورم داخل القصبة وقد طبّقت هذه الإجراءات بنجاح مع نتائج ممتازة على المدى الطويل بسبب النمو البطيء لمعظم أورام الكارسينوئيد، أمّا الآن عاد الاهتمام بالاستئصال الموضّع

لأورام الكارسينوئيد بإجراء تصنيع قصبي من دون استئصال أي قسم من النسيج الرئوي حيث يتمّ استئصال القطعة القصبية التي تحتوي على الورم ومن ثمّ إعادة المفاغرة بين النّهايتين المقطوعتين من دون استئصال رئوي، حيث اعتمدت لتدبير حالات خاصة من أورام الكارسينوئيد ذات الطّبيعة البوليبية مع إجراء تجريف للعقد اللمفاوية بهدف العلاج و التّصنيف المرحلي، وقد كان معدّل البقيا طويل الأمد على الرّغم من وجود نقائل للعقد اللمفاوية أحياناً، ولكن ينصح بإجراءات أكثر جذرية في علاج أورام الكارسينوئيد اللانموذجي بسبب الطّبيعة الأكثر عدوانية والميل الأكبر إلى إعطاء نقائل وبشكل عام يجب إتّباع نفس الإجراء الجراحي المتبع في تدبير حالات السّرطانة الرّئوية لتدبير هذه الأشكال العدوانية للكارسينوئيد والتي تتضمن الاستئصال الجذري مع فحص الحواف لتأكيد سلامتها بالإضافة إلى تجريف العقد المنصفية.[30][9][8][7]

قد يكون من المقبول إجراء الاستئصال بشكل إسفيني لعلاج أورام الكارسينوئيد النّموذجية المحيطية والصغيرة الحجم دون دليل على وجود نقائل للعقد اللمفاوية وذلك في حالات منتقاة. على كل حال يستطب إجراء أكثر جذرية لعلاج كتل مشابهة من النمط اللانموذجي، وفي بعض الحالات يتم تطبيق الاستئصال عبر التنظير مع استخدام الـ YAG ليزر مع أو بدون المعالجة بالفوتون الحركي حتى الآن يتمّ الاحتفاظ بهذه الأشكال من المعالجة لإنقاص الحجم قبل الاستئصال للأورام داخل القصبة أو كعلاج تلطيفي لتدبير حالات الانسداد القصبي لدى المرضى غير المرشحين للعمل الجراحي، ويساعد هذا الشكل من العلاج في تدبير الانسداد القصبي والشفاء من ذات الرئة الناتجة عن الانسداد في سياق التحضير للاستئصال الجراحي النظامي وبالإضافة إلى ذلك يعتقد بعض الخبراء أنّ انقاص حجم الورم قبل الجراحة قد يساعد لإجراء استئصال جراحي أكثر محافظة. إنّ الدّراسات السّريرية لهذا الشّكل من المعالجة قليلة جداً، كما أنّ النتائج طويلة الأمد غير مدروسة حتى الآن وما زالت مثار جدل، أما بالنسبة للمعالجة الدوائية لأورام الكارسينوئيد فقد استخدمت العديد من الأدوية الكيماوية والعلاج الشعاعي كمعالجة أولية في تدبير الداء النقيلي ولكن دون نجاح حقيقي.[14][10][8][7]

عموماً إنّ لأورام الكارسينوئيد النّموذجي إنذاراً أفضل من الأشكال الأخرى للخباثات الرّئوية؛ حيث أنّ معدّل البقيا لخمس سنوات حوالي 78–95% ومعدّل البقيا لعشر سنوات حوالي77- 90% كما وجد أنّ إنذار أورام الكارسينوئيد النموذجي أفضل من إنذار أورام الكارسينوئيد اللانموذجي.[11][10]

أهمية البحث وأهدافه:

تأتي أهمية هذا البحث من قلة الدّراسات المجراة عن الكارسينوئيد في بلادنا وبالتالي يمكننا من خلال هذه الدراسة أنّ نسلط الضوء على واقع الكارسينوئيد في بلادنا من خلال استعراض الطرق الجراحية لاستئصال الكارسينوئيد القصبي لدينا ومقارنة النتائج مع النتائج العالمية ومقارنة نسبة الكارسينوئيد إلى بقية الأورام الرئوية وتعتبر دراستنا دراسة مهمة لأنها الدراسة الأولى التي تتناول ورم الكارسينوئيد الرئوي في سوريا وكذلك عدد المرضى الذين تناولتهم هذه الدراسة مهم حيث بلغ عدد المرضى(61 مريض) وهو عدد جيد مقارنة مع الدراسات العالمية.

المرضى وطريقة الدراسة:

أجريت الدراسة بطريقة راجعة Retrospectively امتدت لـ16 سنة حيث تمّ إجراء الدراسة على مرضى الكارسينوئيد الرئوي في كل من مشفى الأسد الجامعي ومشفى المواساة الجامعي الذين أجري لهم العمل الجراحي اللازم وذلك خلال الفترة الممتدة من بداية عام 1991م حتى نهاية عام 2007م، وبلغت مدة الدراسة 16 سنة تم تقسيمها إلى

4 فترات كل فترة 4 سنوات، وقد تم إجراء الجراحة لكافة المرضى الداخلين في الدراسة بعد إجراء التنظير القصبي والاستقصاءات الشعاعية المناسبة لتحديد نوع التكنيك الجراحي، وقد شملت الدراسة (61) حالة من أورام الكارسينوئيد الرئوي راجعت المشفيين المذكورين خلال الفترة المحددة سابقاً، وقد اعتبر الورم مركزياً إذا شوهد بالتنظير القصبي ومحيطياً إذا لم نتمكن من مشاهدته بالتنظير القصبي.

وقد تمت دراسة توارد الحالات حسب السنين السابقة وحساب نسبة توارد الكارسينوئيد ضمن طيف الأورام الرئوية، ودرسنا التوزع حسب المناطق الجغرافية في القطر ودرسنا توزع الكارسينوئيد وأنماطه حسب العمر والجنس، وكذلك قمنا بتسجيل كافة الأعراض التي راجعنا بها المرضى، ودرسنا التوضع التشريحي للأورام (مركزي أو محيطي)، وقمنا بدراسة أنواع التكنيك الجراحي وأحصينا عدد الحالات التي أجريت بكل تقنية جراحية، ثم درسنا حالة العقد اللمفية بعد الجراحة (N0-N1-N2)، وتم تسجيل كافة الاختلاطات خلال شهر من العمل الجراحي.

النتائج والمناقشة:

نلاحظ من دراسة توزع الحالات حسب سنوات الدراسة ازدياد تدريجي في عدد المرضى خلال فترة الدراسة حيث بلغ عدد المرضى في آخر فترة 42% بينما في المراحل الأولى والثانية حوالي 11% و13% على الترتيب كما بلغ عدد المرضى في الفترة الأخيرة ثلاثة أضعاف الفترة الأولى والثانية وقد يعود السبب في ذلك إلى ازدياد معدل الحدوث وتطور تقنيات وسائل التشخيص وانتشارها وزيادة تحويل المرضى بعد تشخيصهم إلى مشفيي الأسد والمواساة لأنهما أكبر مركزين في سوريا يستقطبان كافة المرضى من جميع المحافظات بالإضافة لتحسن الوسائل الاستقصائية (تنظير وCT).

بلغ عدد مرضى الكارسينوئيد الرئوي المراجعين من منطقة الجزيرة 18 مريض بنسبة (30%) من مجمل حالات الكارسينوئيد وهي أعلى نسبة بسبب قلة المراكز الطبية ذات الخبرة في منطقة الجزيرة بينما كانت أخفضها في المنطقة الشمالية حيث بلغ عدد المرضى 6 بنسبة (10%) ويعود ذلك إلى توفر المراكز المختصة لعلاج مثل هذه الأورام كمشفى حلب الجامعي ومشفى الكندي، أما في بقية المناطق فقد تقاربت النسب بين المنطقة الجنوبية 10 مرضى (16%) والمنطقة الساحلية 14 مريض (23%) والمنطقة الوسطى 13 مريض (21%) ويعود ذلك إلى تقارب عدد المراجعين من تلك المناطق لمختلف الأمراض.

تبين من خلال دراسة عدد حالات المرضى في كل سنة وحساب النسبة المئوية لتوارد ورم الكارسينوئيد بين أورام الرئة أن نسبة الكارسينوئيد الرئوي هي حوالي (3.2%) من مجموع أورام الرئة، وأن هذه النسبة مرتفعة بالنسبة للدراسات العالمية حيث تبلغ النسبة العالمية حوالي (1–2%) من مجموع أورام الرئة ويعود السبب في ذلك إلى أنّ العديد من الأورام الرئوية تراجع شعب الداخلية الصدرية في كلا المشفيين الأسد والمواساة، وعدد من هذه الحالات لا تدخل ضمن هذه الإحصائية وذلك للصعوبة الكبيرة في حصر تلك الحالات التي لم يجرَ لها أي عمل جراحي علاجي أو تشخيصي.

تبلغ نسبة إصابة الذكور حوالي 65% من حالات الكارسينوئيد ونسبة الإناث حوالي 35% أي أنّ إصابة الذكور هي ضعفي إصابة الإناث وبالتالي فإنّ نسبة الذكور إلى الإناث هي (F/M= 1/1.9)، وذلك يتقارب مع دراسة Rea ودراسة Flosso ودراسة Could حيث تكون نسبة إصابة الذكور أكثر من إصابة الإناث ولكن دون وجود فارق

كبير، أمّا في بقية الدراسات Hurt و Harpole و Bertelsen فإنّ نسبة إصابة الإناث أكثر من الذكور بقليل وتساوت نسبة الذكور والإناث في دراسة Stamatis [12][13][14][15] جدول(1).

جدول(1): مقارنة نسبة الإناث والذكور في دراستنا مع الدراسات العالمية

اسم الدراسة	ذكور	إناث
Hurt	%48	%52
Stamatis	%50	%50
Bertelsen	%48	%52
Could	%56.5	% 43.5
Filoso	% 56.5	%43.5
Rea	%54	%46
Harpole	%48	%52
دراستنا	%65	%35

المصدر:.....

نستنتج مما سبق أنّه لا يوجد فرق مهم بين نسبة إصابة الذكور والإناث في العالم، ولكن في دراستنا هناك فارق مهم حيث تبلغ نسبة إصابة الذكور ضعفي إصابة الإناث.

كما وجدنا أنّ نسبة الذكور من مجموع المرضى المصابين بالكارسينوئيد النموذجي كانت 68% أمّا الإناث فقد كانت 32%، أمّا نسبة الذكور والإناث من مجموع أورام الكارسينوئيد اللانموذجي في دراستنا فقد كانت متساوية 50%–50%، أي أنّه لا يوجد هناك أرجحية للذكور على الإناث للإصابة بالكارسينوئيد اللانموذجي.

وقد لوحظ أنّ أكبر عدد من الحالاته وفي العقد الخامس عند الرجال والعقد الثالث عند النساء وبغض النظر عن الجنس فإنّ أكثر الحالات تواتراً كانت في العقد الخامس.

ترتفع نسبة الإصابة بأورام الكارسينوئيد الرئوي وفق ذروتين الأولى في العقد الخامس والسادس (48%) من حالات الكارسينوئيد تتراوح أعمارهم بين (40 سنة 60 سنة) والذروة الثانية في العقد الثالث (22% من الحالات) وتشكل هذه الفئات العمرية العقد الثالث والخامس والسادس حوالي 70% من حالات الكارسينوئيد.

نلاحظ أنّ أكثر الحالات تواتراً كانت في العقد السادس بالنسبة للكارسينوئيد النموذجي وأقلها في طرفي العمر أما بالنسبة للكارسينوئيد اللانموذجي فإنّ أكثرها تواتراً في العقدين الثالث والخامس وأقلها في طرفي العمر حيث لا يوجد حالات عند مرضى أعمارهم أقل من 20 سنة أو أكبر من 60 سنة.

إنّ متوسط العمر الكلي هو 40 سنة أمّا متوسط عمر الرجل فهو 43 سنة ومتوسط عمر النساء 37 سنة، حيث أنّ ذروة إصابة الذكور هي في العقدين الخامس والسادس أي حوالي 50% من حالات الكارسينوئيد عند الذكور هي في العقدين الخامس والسادس، أمّا عند الإناث فهناك ذروتان الأولى في العقد الثالث حيث تبلغ نسبة الإصابة لدى الإناث في العقد الثالث 33% من الحالات والذروة الثانية أقل من الأولى بقليل وهي في العقد الخامس وتبلغ 29% من حالات الإصابة عند الإناث.

يلاحظ من خلال مقارنة العمر الوسطي لمرضى الكارسينوئيد مع العديد من الدراسات العالمية أنّ العمر المتوسط في بلادنا الذي يبلغ تقريباً 40 سنة مع مجال من 11 سنة إلى 65 سنة هو أصغر من بقية البلدان حيث يتراوح العمر الوسطي بين 45 سنة و55 سنة عالمياً، ويعود ذلك إلى عدة أسباب منها أنّ الحالات المتقدمة جداً والتي

تكون بأعمار كبيرة لم نستطع الحصول على بيانات حولها بسبب عدم تحويل هؤلاء المرضى إلى شعبة الجراحة الصدرية فالحالات ذات التشخيص المتأخر تكون غير قابلة للجراحة إمّا بسبب الانتقالات أو بسبب سوء الحالة العامة، أيضاً فإنّ متوسط عمر الفرد في بلادنا أصغر من متوسط عمر الفرد في البلدان التي أجريت فيها تلك الدراسات.

ويمكننا أن نلاحظ أن العمر المتوسط للإصابة بالكارسينوئيد اللانموذجي هو 37 سنة أما العمر المتوسط بالكارسينوئيد النموذجي هو 41 سنة وبالتالي فإنّ الكارسينوئيد اللانموذجي يصيب أعماراً أصغر من الكارسينوئيد النموذجي.

من الناحية العرضية احتلت أعراض الإنتان الرئوي المرتبة الأولى من حيث الأعراض التي تسبق التشخيص وتوجه إليه حيث وجد الإنتان الرئوي في75% من الحالات تلاه في المرتبة الثانية النفث الدموي بنسبة 25% من الحالات والسعال بنسبة 20% من الحالات، والزلة التنفسية فكانت بنسبة 10% بينما لم يشكل المرضى اللاعرضيين سوى 5% من الحالات ولم تشاهد المتلازمة الكارسينوئيدية إلا في حالة واحدة في دراستنا بنسبة 2.5%، إن نسبة المرضى اللاعرضيين لدينا أقل من مثيلاتها في مختلف الدراسات أما الإنتان الرئوي فقد شغل المركز الأول في الأعراض بنسبة 75% من المرضى وهي أعلى نسبة بين الدراسات الأخرى ويعود ذلك إلى التشخيص المتأخر لدى معظم المرضى في دراستنا بينما في الدول الغربية يوجد فحوص المتابعة الدورية والتأمين الصحي أما بقية الأعراض فقد كانت قريبة من الدراسات الأخرى (ننوه إلى أنّ هذه النسب للأعراض قد تمت دراستها في 40 حالة فقط من مجموع حالات الدراسة وذلك لتعذر الوصول إلى سجلات المرضى خلال السنوات الاولى من الدراسة).[5][4][1]

أمّا بالنسبة للتوضع فقد سيطر التوضع المركزي لأورام الكارسينوئيد حيث كان عدد الحالات ذات التوضع المركزي 54 حالة بنسبة 88% مقابل 7 حالات ذات توضع محيطي بنسبة 12%، وقد اعتبر الورم مركزياً إذا شوهد بالتنظير القصبي، وتعتبر هذه النسبة للتوضع المركزي كبيرة بالمقارنة مع الدراسات الأخرى، وتعزى هذه النسبة الكبيرة للتوضع المركزي إلى أنّ نسبة الكارسينوئيد النموذجي لدينا عالية أيضاً وميله للتوضع المركزي بنسبة 90% من حالات الكارسينوئيد النموذجي، أمّا الكارسينوئيد اللانموذجي فهو يميل للتوضع المركزي بشكل أقل من النموذجي أي حوالي 80% من حالات اللانموذج يتتوضع مركزياً، و20% منها تتوضع محيطياً [27][26](جدول2).

جدول(2): نموذج التوضع في مرضى الكارسينوئيد الرئوي

التوضع	نموذجي	لا نموذجي	العدد الكلي	النسبة المئوية
مركزي	(%90)46	(%80)8	54	%88
محيطي	(%10)5	(%20)2	7	%12

المصدر:.....

ترتفع نسبة الحالات المتوضعة محيطياً في الشكل اللانموذجي للكارسينوئيد حيث تشكل1/5 من حالات الكارسينوئيد اللانموذجي بينما في الكارسينوئيد النموذجي فهي 1/10 من حالات الكارسينوئيد النموذجي.

تم إجراء الجراحة لكافة المرضى الداخلين في الدراسة بعد إجراء التنظير القصبي والاستقصاءات الشعاعية المناسبة لتحديد نوع التكنيك الجراحي، حيث كانت أعلى نسبة للتكنيك الجراحي هي استئصال فص واحد (19 مريض) بنسبة 31% من الحالات، وكانت أخفض نسبة للاستئصال القطعي أو الاسفيني حيث أجري عند مريض واحد فقط،

بينما كانت النسبة واحدة في استئصال الرئة أو استئصال فصين معاً حيث بلغ عدد المرضى 12 مريض بنسبة 20% من الحالات، وقد استخدمنا عمليات sleeve resections عند 17 مريض (28%)، 13 مريض مع استئصال جزء من الرئة (فص أو فصين) و 4 مرضى بدون استئصال أي جزء من الرئة (جدول3).

جدول(3): التدبير الجراحي لأورام الكارسينوئيد الرئوي

نمط الجراحة	العدد الكلي	النسبة المئوية
استئصال قطعي أو اسفيني	1	%1.6
استئصال فص رئوي	19	%31
استئصال فص رئويين	12	%20
استئصال رئة	12	%20
sleeve resections	4	% 7
sleeve resections مع استئصال فص أو فصين	13	%21

المصدر:.....

لقد أجري استئصال قطعي أو اسفيني لمريض واحد بنسبة 1.6% وهو أقل بعشرة أضعاف عنه في الدراسات العالمية مثل دراسة Rea حيث بلغت النسبة حوالي 10.4% ويعزى ذلك إلى التشخيص المبكر عند مرضى الدراسات العالمية وتأخره لدينا.[16]

أمّا عند المرضى المجرى لديهم تداخل جراحي باستئصال فصي أو فصيين رئويين بلغت النسبة حوالي 50% من الحالات وهو يقارب مثيله في الدراسات العالمية(55% في دراسة Rea)، في حين أنّه أجري استئصال رئة عند 12 مريض (20% من الحالات) وهو مرتفع كثيراً حوالي خمسة أضعاف عنه في الدراسات العالمية (4% في دراسة Rea)، وينسجم هذا التفاوت مع ما ذكر سابقاً من تأخر التشخيص لدى مرضانا عنه في مرضى الدراسات الأخرى وكذلك بسبب ازدياد الكارسينوئيد المركزي لدينا، وأجري sleeve resection عند 4 مرضى (7% من الحالات) وأجري sleeve مع استئصال فص أو فصين عند 13 مريض بنسبة (21%) وهذا يشكل بمجمله 30% من الحالات وهي نفس النسبة في دراسة Rea مما يوحي بتطور الخبرة في إجراء مثل هذه التدابير النوعية لدينا ومشابهتها للنسب العالمية، ويجب أن ننوه إلى أنّ هناك استئصال للورم فقط بواسطة التنظير ولكنه لا يكون كافياً لوحده فهو لا يحقق حواف أمان واضحة، وإن هذه النوع من التداخل الجراحي يُحتفظ به لمعالجة ذات الرئة الانسدادية قبل الجراحة وكذلك لإجراء تقييم كامل للشجرة القصبية حيث يتم دراسة امتداد الورم داخل القصبات لأن بعض الأورام تكون سادة بشكل كامل للمعة القصبات مما يعيق تقييم امتداد الورم.[17][18][19]

بعد دراسة تقارير التشريح المرضي في الحالات المجراة تبين أنّ 48 مريض (79%) لم يكن لديهم نقائل إلى العقد اللمفاوية السرية أو المنصفية (44 مريض مصاب بورم الكارسينوئيد النموذجي وأربع مرضى مصابين بالكارسينوئيد اللانموذجي)، أمّا المرضى الذين لديهم نقائل للعقد فقد لوحظ أن هناك 11 مريض (18%) لديهم عقد سرية مصابة منهم 7 مرضى مصابين بالكارسينوئيد النموذجي بنسبة 14% من حالات الكارسينوئيد النموذجي 4 مرضى مصابين بالكارسينوئيد اللانموذجي بنسبة 40% من حالات الكارسينوئيد اللانموذجي ولم يشاهد أي مريض

مصاب بالكارسينوئيد النموذجي لديه عقد منصفية مصابة وشوهد مريضان مصابان بالكارسينوئيد اللانموذجي لديهما عقد منصفية مصابة أي 20% من حالات الكارسينوئيد اللانموذجي (جدول4).

جدول(4):حالة العقد اللمفاوية

	N0	N1	N2
نموذجي	44(86%)	7(14%)	0
لانموذجي	4(40%)	4(40%)	2(20%)
المجموع	48(79%)	11(18%)	2(3%)

المصدر:.....

من الملاحظ أنّ نسبة عدد حالات الكارسينوئيد اللانموذجي لدينا منخفضة مقارنة مع الدراسات العالمية ولكن معظم هذه الحالات لديها نقائل إلى العقد السرية أو المنصفية بنسبة تبلغ 60% من الحالات بينما في دراسة Rea فهي حوالي 38% من حالات الكارسينوئيد اللانموذجي.[21][20]

وقد كان 84% من المرضى من نمط الكارسينوئيد النموذجي (TC) 16% من المرضى من نمط الكارسينوئيد اللانموذجي (AC)، وتتراوح نسبة TC/AC عالمياً من 1/99 في دراسة Hurt و 7/93 في دراسة Stamatis إلى 35/65 في دراسة Filoso و 34/66 في دراسة Harpole وفي دراسة Rea فقد كانت النسبة 31/69 أما في دراستنا كانت النسبة 16/84، حيث أن نسبة الكارسينوئيد النموذجي لدينا (84%) أكبر من نسبتها في دراسة Rea (69%) ونسبة الكارسينوئيد اللانموذجي لدينا (16%) أصغر من دراسة Rea (31%).[25][24][23][22]

بلغت نسبة الاختلاطات المشاهدة لدينا بعد الجراحة 11.5% من الحالات، وتبين أنّ التسريب الهوائي والريح الصدرية بعد سحب المفجر هي أشيع الاختلاطات وتساوت نسب انصباب الجنب المدمى وتقيح الجنب بعد الجراحة، وشاهدنا حالة وفاة واحدة بعد الجراحة، ولم تُشاهد أية اختلاطات قلبية.

الاستنتاجات والتوصيات:

أورام الكارسينوئيد الرئوي هي أورام غير شائعة في سوريا حيث تبلغ نسبة الإصابة بها حوالي 3.2% من أورام الرئة وتشاهد بنسبة أكبر في الرجال من النساء تقريباً الضعف، وقد كان 84% من المرضى من نمط الكارسينوئيد النموذجي (TC) و 16% من المرضى من نمط الكارسينوئيد اللانموذجي (AC)، ويبلغ العمر الوسطي حوالي 40 سنة، ويصيب الكارسينوئيد اللانموذجي مرضى أصغر سناً من الكارسينوئيد النموذجي وهو ذو طبيعة عدوانية أكبر من الكارسينوئيد النموذجي ويميل بشكل أكبر للانتقالات العقدية.

يتوضع الكارسينوئيد بشكل مركزي بنسبة 88% ويمكن تشخيصه بسهولة بواسطة التنظير القصبي،ويجب اعتبار العمليات الجراحية التي تحافظ على النسيج الرئوي هي الإجراء الجراحي الأساسي في جميع حالات الكارسينوئيد وخاصة المركزية منها وتحمل نتائج جيدة وفي الفترة الأخيرة ازدادت نسبة العمليات التصنيعية وخاصة لدى مرضى الكارسينوئيد ذو التوضع المركزي وهذا بالتالي ينقص عمليات استئصال الرئة ويعود ذلك إلى تطور التكنيك الجراحي.

المراجع

1- TEITELBAUM, L. May 1972-*The carcinoid: A collective review*. The American Journal of Surgery.Vol123, N. 5, 1972, 564-572.

2- BERTOCCHI, C. C.*Bronchial carcinoid tumours: a study on clinicopathological features and role of octreotidescintigraphy*. *Lung Cancer*,Vol 22, N. 2, 1998, 97-102.

3- GOSNEY, R.1992-*The pulmonary endocrine system in diseased lungs*. Pulmonary Endocrine Pathology. 1992, 51-71.

4- WAREING, H. *Carcinoids and the carcinoid syndrome*. The American Journal of Surgery.Vol145, N. 6, 1983, 769-772.

5- HARPOLE, H. July 1992- Bronchial carcinoid tumors: A retrospective analysis of 126 patients. *The Annals of Thoracic Surgery*, Vol54, N. 1, 1992, 50-55.

6- RAU, P. *Carcinoid Tumors*.Current Problems in Surgery.Vol43, N. 6, 2006, 391-450.

7- LUCCHI, M. *Sleeve and wedge parenchyma-sparing bronchial resections in low-grade neoplasms of the bronchial airway*. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery.Vol134, N. 2, 2007, 373-377.

8- WATANABE, Y. October 1990-*Results in 104 patients undergoing bronchoplastic procedures for bronchial lesions*. The Annals of Thoracic Surgery.Vol50, N. 4, 1990, 607-614.

9- DAVID, G.August 1993-*Bronchial Carcinoid Tumors*. Mayo Clinic Proceedings,Vol68, N. 8, 1993, 795-803.

10-WIRTH.J.*Outcome of patients with pulmonary carcinoid tumors receiving chemotherapy or chemoradiotherapy*. Lung Cancer,VOl 44, N. 2, 2004, 213-220.

11-MUNOZ, E.*Rare tumours of the chest* European Journal of Cancer, Vol45, N. 1,2009, 400-401.

12- OKIKE, N.*Carcinoid Tumors of the Lung*. The Annals of Thoracic Surgery,Vol 22, N. 3, 1976, 270-277.

13- SIPPE, S.*Carcinoid Tumors*.Surgical Oncology Clinics of North America.Vol 15, N. 3, 2006, 463-478.

14-WILSON, H. *Carcinoid tumors: A study of seventy-eight cases*. The American.Journal of Surgery.Vol105, N.1, 1963, 35-39.

15- KENNETH, R. *Carcinoid Tumors*.Hande.2nd.ed.,2004, 382-384.

16- CHUGHTA, S. October 1997-*Bronchial carcinoid-Twenty years' experience defines a selective surgical approach*. Surgery, Vol122, N. 4, 1997, 801-808.

17-25-FERGUSON, K. *Sleeve lobectomy or pneumonectomy: optimal management strategy using decision analysis techniques*.Annals of Thoracic Surgery.Vol76, N. 6, 2003, 1782-1788.

18-YAMAMOTO, K. *Sleeve lung resection for lung cancer: Analysis according to the type of procedure*.The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery.Vol136, N. 5, 2008, 1349-1356.

19- MULLOY, R. *Sleeve resection of a transcarinal bronchial carcinoid after laser debulking*. The Annals of Thoracic Surgery.Vol78, N. 3, 2004, 1093-1095.

20- MINEO, C. *Relevance of Lymph Node Micrometastases in Radically Resected Endobronchial Carcinoid Tumors*.The Annals of Thoracic Surgery.Vol80, N. 2, 2005, 428-432.

21- FILOSSO, L.*Possible Tx N2 M0 atypical bronchial carcinoid associated with Cushing syndrome*. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery.Vol126, N. 4, 2003, 1224-1225.

22- MORAND, U.*Bronchial Typical Carcinoid Tumors.*Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery.Vol18, N. 3, 2006, 191-198.

23- FONG, M.*Molecular pathogenesis of lung cancer*. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery.Vol118, N. 6, 1999, 1136-1152.

24-STRUYF, A. *Atypical bronchial carcinoid tumours*. Respiratory Medicine, Vol89, N. 2, 1995, 133-138.

25- FISCHER, S. January 2001- Giant bronchial carcinoid tumors. *The Annals of Thoracic Surgery*, 71(1), Pages 386-393.

26-SUZUKI, K. July 1999-*The prognosis of surgically resected N2 non–small cell lung cancer: The importance of clinical N status*.The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery.Vol118, N. 1, 1999, 145-153.

27- CARDILLO, G. *Bronchial carcinoid tumors: nodal status and long-term survival after resection*. The Annals of Thoracic Surgery.Vol 77, N. 5, 2004, 1781-1785.

28- FILOSSO, L. *Bronchial carcinoid tumors: Surgical management and long-term outcome*. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery.Vol123, N. 2, 2002, 303-309.

29- JAYASENA,C. *Carcinoid syndrome*.Medicine.Vol33, N. 12, 2005, 47-48.

30- MACHUCA, N. *Surgical treatment of bronchial carcinoid tumors*. Lung Cancer.Vol 70, N. 2, 2010, 158-162.