

التدبير الجراحي لأورام القولون والمستقيم المختلطة

د. سمير كنعان*

د. عماد أيوب*

أحمد عدرة**

(تاريخ الإيداع 2 / 8 / 2021. قُبِلَ للنشر في 23 / 8 / 2021)

□ ملخّص □

مقدمة: تشكل أورام القولون والمستقيم المختلطة بانسداد، انتقاب أو نزف نسبة هامة من مجمل أورام القولون والمستقيم، وتترافق بمعدلات مرتفعة نسبياً للاختلاطات الجراحية والوفيات، ويرتبط هذا الأمر بطرق التدبير الجراحي المتبعة.

أهمية وهدف البحث: إن حالات أورام القولون والمستقيم التي تتظاهر إسعافياً هي في الغالب حالات فقيرة الدراسة، غير محددة المرحلة، ما يجعلنا أمام تداخل سريع على ورم مبهم نسبياً، الأمر الذي يزيد نسبة الاختلاطات ويطيل أمد الاستشفاء ويرفع معدلات الوفاة مقارنة بالحالات المبرمجة.

تتراوح نسبة أورام القولون والمستقيم التي تتظاهر إسعافياً بين 14 - 33% من مجمل أورام القولون، وتتفاوت بين أجزاء القولون المختلفة. قد يكون تأخر التشخيص سبباً مباشراً في فقدان المريض لفرصته في الحصول على علاج شافٍ، وهذا يضعنا أمام ضرورة ملحة لتطوير برامج المسح والدراسة للوصول للتشخيص الباكر.

ويهدف البحث إلى دراسة التدبير الجراحي لمرضى أورام القولون والمستقيم المختلطة والمتابعة بعد الجراحة **طريقة البحث:** تم إجراء دراسة استرجاعية شملت 54 مريضاً راجعوا مشفى تشرين الجامعي بشكل إسعافي في الفترة ما بين عامي 2018_2019 بسبب أحد اختلاطات أورام القولون والمستقيم (الانسداد - الانتقاب - النزف) تمت دراستهم وفقاً للجنس، العمر، الأعراض والعلامات، التحاليل المخبرية، الاستقصاءات الشعاعية، موقع الورم، نوع الاختلاط الورمي الذي سببه الورم، العمل الجراحي المجري، اختلاطات الجراحة ومتابعة المريض. ومن ثم تمت مقارنة نتائج الدراسة مع مجموعة من الدراسات العالمية.

نتائج البحث: شملت عينة الدراسة 54 مريضاً (30 ذكراً - 24 أنثى). بلغ متوسط عمر الإصابة 61 سنة، وكانت ذروة الإصابة في العقد السادس والسابع من العمر. كان الألم البطني أهم الأعراض السريرية والأكثر توارداً بنسبة 85%، بينما كان تطبل البطن أهم العلامات السريرية وظهرت لدى 55% من المرضى. كان ارتفاع تعداد الكريات البيض أهم الاضطرابات المخبرية بنسبة 55% من المرضى. أما فيما يتعلق بالاستقصاءات الشعاعية فقد حقق الطبق المحوري نسبة إيجابية بلغت 87%، وحققت الصورة الشعاعية البسيطة نسبة إيجابية بلغت 82%، بينما كانت إيجابية الإيكو 80%، والتنظير الهضمي السفلي 75%. كان القولون السيني أشيع مكان لتوضع الورم لدى مرضى دراستنا بنسبة 35%. وكان الانسداد الأكثر حدوثاً بنسبة 66.5%. كان القولون السيني أكثر الأجزاء عرضة للانسداد بنسبة 38.8%، وكان الأور أكثر الأجزاء عرضة للانتقاب بنسبة 50%، وكانت جميع حالات النزف ناجمة عن ورم في المستقيم والوصل السيني المستقيمي. كان إجراء هارتمان أكثر الإجراءات اتباعاً بنسبة 41%. بلغت نسبة خمج الجرح 20.3% والخراجات داخل البطن 3.7% وتسريب المفاغرة 7.4% ومضاعفات الفغر 9.2%. بلغ معدل الوفيات 9.3%.

الاستنتاجات: إجراء هارتمان هو الأقل مضاعفات والأكثر أماناً لذا يجب عدم التردد في إجرائه لدى الشك بموثوقية المفاغرة أو وجود عالة عامة سيئة للمريض.

الكلمات المفتاحية: أورام القولون والمستقيم المختلطة - التدبير الجراحي

* أستاذ - كلية الطب البشري - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية

** طالب ماجستير - كلية الطب البشري - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية

Surgical management of complicated colorectal tumors

Dr. Samir Kanan*
Dr. Emad Ayoub*
Ahmad Adra**

(Received 2 / 8 / 2021. Accepted 23 / 8 / 2021)

□ ABSTRACT □

Introduction: Mixed colorectal tumors with obstruction, perforation or hemorrhage constitute a significant proportion of all colorectal tumors, and are associated with relatively high rates of surgical complications and mortality, and this is related to the methods of surgical management used.

Objective The cases of colorectal tumors pretending to be emergency are mostly poor-studied cases, with undetermined stage, which makes us in front of a rapid intervention on a relatively vague tumor, which increases the proportion of complications, prolongs hospitalization and raises death rates compared to programmed cases.

The percentage of colon and rectal tumors that manifest emergency ranges between 14 - 33% of all colon tumors, and varies between different parts of the colon.

Delayed diagnosis may be a direct reason for the patient to lose his opportunity to obtain a curative treatment, and this puts us in front of an urgent need to develop survey and study programs to reach an early diagnosis.

The aim of the research is to study the surgical management of patients with mixed colorectal tumors and the follow-up after surgery

Materials and Methods: A retrospective study was conducted that included 54 patients who attended Tishreen University Hospital on an emergency basis between 2018-2019 due to one of the complications of colorectal tumors (obstruction - perforation - hemorrhage). They were studied according to gender, age, symptoms and signs, laboratory analyzes, radiological investigations, tumor site The type of tumor complication caused by the tumor, the surgical procedure performed, the complications of the surgery and the follow-up of the patient. The results of the study were then compared with a group of international studies.

Results: The study sample included 54 patients (30 males - 24 females). The average age of infection was 61 years, and the peak incidence was in the sixth and seventh decades of life. Abdominal pain was the most important clinical symptom and the most frequent by 85%, while flatulence was the most important clinical sign and appeared in 55% of patients. Leukocytosis was the most important laboratory abnormality in 55% of patients. As for the radiographic investigations, the CT scan achieved a positive rate of 87%, and the plain radiograph achieved a positive rate of 82%, while the positive echo was 80%, and the lower gastrointestinal endoscopy was 75%. The sigmoid colon was the most common site of tumor localization in our study patients, at 35%. Obstruction was the most frequent complication with 66.5%. The sigmoid colon was the most prone to obstruction with a percentage of 38.8%, and the cecum was the most prone to perforation by 50%, and all bleeding cases were caused by a tumor in the rectum and the sigmoid-rectal junction. Hartmann's procedure was the most followed procedure with 41%. The percentage of wound infection was 20.3%, intra-abdominal abscesses were 3.7%, anastomosis leakage was 7.4%, and stoma complications were 9.2%. The mortality rate was 9.3%.

Conclusions: The Hartmann procedure is the least complication and the safest, so one should not hesitate to perform it when the reliability of the anastomosis is suspected or the patient's general condition is poor.

Key words: complicated colorectal tumors – surgical techniques

*Professor - Faculty of Human Medicine - Tishreen University - Lattakia - Syria

**Masters Student - Faculty of Human Medicine - Tishreen University - Lattakia - Syria

مقدمة:

رغم التقدم المتزايد في وسائل الاستقصاء والكشف المبكر والمسح، لا زال 33% أو أكثر من مرضى سرطان القولون يشخصون بأعراض حادة قد تتطلب تدخلاً جراحياً إسعافياً. (9)

تتضمن التظاهرات الإسعافية: الانسداد (التام أو الجزئي)، الانتقاب والنزف.

يعتبر الانسداد أكثر الاختلاطات حدوثاً وفقاً للمراجع والدراسات السابقة، لكن قد نشاهد أحياناً نزفاً أو انتقاباً.

ترتفع معدلات المراضة، الوفيات وإجراء الفغر عند المرضى الذين يحتاجون تدخلاً إسعافياً مقارنة بأولئك الذين يدبرون بشكل مبرمج.

لا ترتبط مخاطر هذه الحالات بالأمر الطارئ على مستوى القولون أو المستقيم فقط، بل إن الحالة العامة للمريض (التجفاف، الاضطرابات الشاربية، سوء التغذية والاضطرابات المهمة أو غير المشخصة الأخرى لدى المريض الإسعافي) تلعب دوراً كبيراً في تحديد النتائج.

قد تلعب بيولوجيا الورم دوراً في التظاهرات والخطورة، فالأورام المتظاهرة إسعافياً غالباً ما تكون قد وصلت لمرحل متقدمة.

أهمية البحث وأهدافه

دراسة التدبير الجراحي لمرضى أورام القولون والمستقيم المختلطة والمتابعة بعد الجراحة
عينة البحث:

المرضى الذين راجعوا مستشفى تشرين الجامعي في الفترة ما بين 1/1/2018 وحتى 31/12/2019، وأجري لهم عملٌ جراحي إسعافي بسبب ورم قولون أو مستقيم مختلط.

طرائق البحث ومواده

بلغ عدد المرضى الذين دخلوا في دراستنا (وفقاً لمعايير الدراسة) 54 مريضاً، 30 ذكراً و24 أنثى، بعد الحصول على موافقة المرضى على المشاركة، قمنا بجمع المعلومات الضرورية لإجراء الدراسة وذلك من الملف الطبي الخاص بكل مريض بما فيها الصور الشعاعية، الفحوص المخبرية، تقارير العمل الجراحي، السوابق المرضية وخطة التدبير الخاصة بكل مريض.

عند حاجتنا لمعلومات إضافية تواصلنا مع المرضى هاتفياً لاستكمال بعض المعلومات الهامة المذكورة أعلاه وغير المتوفرة في ملف المريض.

تم تنظيم استمارة خاصة بالبحث شملت المتغيرات المطلوبة وهي:

- جنس المريض - عمر المريض - الأعراض والعلامات - التحاليل المخبرية
- الاستقصاءات الشعاعية - موقع الورم - متابعة المريض.
- نوع الاختلاط الذي سببه الورم - العمل الجراحي المجري - اختلاطات الجراحة

النتائج والمناقشة

* دراسة العمر: تراوحت أعمار مرضى الدراسة بين 35-87 سنة، وكانت ذروة الحالات في العقدين السادس والسابع من العمر، بينما أقل عدد من الحالات كان في الفئة العمرية الأصغر (تحت 40)، وبلغ متوسط عمر الإصابة في دراستنا: 61 سنة.

• دراسة الأعراض:

شملت الاعراض الأساسية التي راجع بها المرضى ما يلي:

- 1- توقف خروج الغائط والغازات
- 2- الألم البطني
- 3- الغثيان والإقياء
- 4- النزف الهضمي السفلي العياني

جدول (3) النسب المئوية للأعراض السريرية

الأعراض	عدد المرضى	النسبة المئوية
توقف خروج الغائط والغازات	36	67%
الألم البطني	46	85%
الغثيان والإقياء	24	44%
النزف الهضمي السفلي العياني	8	14%

نلاحظ أن أهم عرض سريري راجع به المرضى هو الألم البطني والذي شمل جميع مرضى الأورام المختلطة بانسداد وانتقاب

• دراسة العلامات السريرية: كان العلامات السريرية المشاهدة

لدى المرضى كالتالي:

- 1- تطبل بطن
- 2- ترفع حروري
- 3- دفاع بطني
- 4 - جس كتلة في البطن

جدول (4): العلامات السريرية

العلامات السريرية	عدد المرضى	النسبة المئوية
تطبل بطن	30	55%
ترفع حروري	13	24%
دفاع بطني	22	40%
جس كتلة في البطن	6	11%

كانت أهم العلامات السريرية المشاهدة هي تطبل البطن وظهرت لدى أغلب مرضى الانسداد، بينما لم تجس كتلة واضحة في البطن سوى لدى 6 مرضى فقط.

- **دراسة الفحوص المخبرية:** تمت دراسة النتائج المخبرية للتحاليل المجراة على المرضى قبل العمل الجراحي، وكانت كما في الجدول التالي

جدول (5): الاضطرابات المخبرية لدى المرضى

النسبة المئوية	عدد المرضى	الاضطرابات المخبرية
55%	30	ارتفاع WBC
20%	11	انخفاض HGB
13%	7	اضطراب شوارد (NA-K)
5%	3	ارتفاع الكرياتينين

نلاحظ أن أهم اضطراب مخبري عند مرضى دراستنا كان ارتفاع تعداد الكريات البيض بنسبة 55%، وكان على حساب العدلات، بينما لم يظهر ارتفاع في قيمة كرياتينين المصل إلا لدى 5% منهم.

- **دراسة الوسائل التشخيصية:** خضع مرضى دراستنا للاستقصاءات التشخيصية التالية:
 - 1-صورة بطن بوضعية الوقوف 3-طبقي محوري للبطن والحوض
 - 2-إيكو بطن وحوض 4-تنظير هضمي سفلي

جدول (6): الوسائل التشخيصية لدى مرضى الدراسة

الوسيلة التشخيصية	عدد المرضى	النسبة المئوية	موجودات إيجابية	نسبة الإيجابية
AXR بوضعية الوقوف	46	85%	38 (توسع بالعرى المعوية، سويات سائلة غازية أو هلال غازي تحت الحجاب)	82%
إيكو بطن وحوض	45	83%	36 (علامات انسداد أمعاء، سائل حر أو غاز ضمن جوف البريتون)	80%
CT –SCAN	30	55%	26 (علامات انسداد أمعاء أو انتقاب حشا أجوف أو ظهور الكتلة الورمية)	87%
تنظير هضمي سفلي	16	29%	12 (وجود كتلة ورمية)	75%

لقد كانت الصورة البسيطة بوضعية الوقوف أكثر الوسائل التشخيصية استخداماً فقد أجريت لدى 85% من المرضى وحقت إيجابية بنسبة 82 %، وقدمت الصورة البسيطة معلومات جيدة وإن كانت غير نوعية. بينما لم يجز التنظير الهضمي السفلي سوى لـ 16 مريضاً شملوا مرضى النزف الهضمي السفلي جميعاً (8 مرضى) وقسم من مرضى الانسداد.

• دراسة التوضع التشريحي للورم

جدول (7): التوضع التشريحي للورم لدى مرضى الدراسة

النسبة المئوية	عدد المرضى	موقع الورم
34%	18	السين
18%	10	القولون R والزواوية الكبدية
18%	10	المستقيم والوصل السيني المستقيمي
15%	8	الأعور
11%	6	القولون المعترض
4%	2	القولون L
100%	54	المجموع

نلاحظ أن أشيع مكان لتوضع الورم لدى مرضى دراستنا كان في القولون السيني بنسبة 35%، بينما كان القولون الأيسر أقل الأماكن توضعاً للورم من بين مرضى الدراسة.

• دراسة اختلاط الورم الذي استدعى الجراحة:

تم توزيع مرضى الدراسة وفقاً للاختلاط الورمي كما يلي:

جدول (8): توزع المرضى وفقاً للاختلاط الورمي

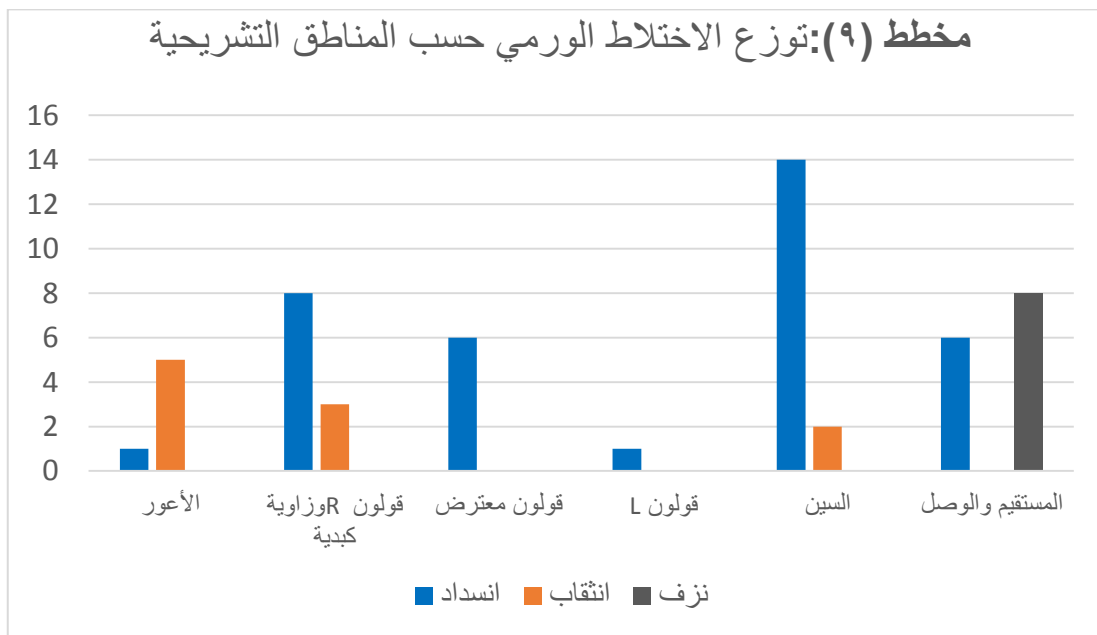
النسبة المئوية	عدد المرضى	نوع الاختلاط
66.5%	36	انسداد
18.5%	10	انتقاب
15%	8	نزف

نلاحظ أن الانسداد كان الاختلاط المستدعي للجراحة الأكثر حدوثاً لدى مرضى أورام القولون في دراستنا، وجاء النزف في المرتبة الأخيرة.

• دراسة توزيع الاختلاط الورمي حسب المنطقة التشريحية

الاختلاط الورمي	الأعور	قولون R وزاوية كبدية	قولون معترض	قولون أيسر	السين	المستقيم والوصل السيني المستقيمي	المجموع
الانسداد	1	8	6	1	14	6	36
الانتقاب	5	3	-	-	2	-	10
النزف	-	-	-	-	-	8	8

جدول (9): توزيع الاختلاط الورمي حسب المنطقة التشريحية



- نلاحظ في دراستنا أن القولون السيني كان أكثر أجزاء القولون والمستقيم عرضةً لحدوث الانسداد الناجم عن الأورام فيها وذلك بنسبة 38.8% من مجمل مرضى الانسداد الورمي، تلاه القولون الأيمن والزاوية الكبدية بنسبة 22%، ثم كل من منطقة القولون المعترض ومنطقة المستقيم والوصل بنسبة 16%، ليأتي كل من الأعرور والقولون الأيسر في المرتبة الأخيرة بنسبة 2.7%.
- أما فيما يتعلق بالانتقاب الناجم عن ورم في القولونات فقد كان الأعرور أكثر أجزاء القولون عرضة لحدوثه بنسبة 50% من مجمل مرضى الانتقاب الورمي.
- وفيما يتعلق بالنزف الورمي فقد كانت جميع الحالات ناجمة عن ورم في المستقيم والوصل السيني المستقيمي.

• العمل الجراحي المجري:

- تم تقسيم المرضى في دراستنا حسب العمل الجراحي المجري لكل منهم كما يلي:
- 1-تفميم القولون أو الدقاق: وقد أجري في حال عدم القدرة على استئصال الورم بسبب انتشاره إلى الأعضاء المجاورة مع غزو والتصاقات شديدة أو حالة عامة سيئة للمريض.
 - 2-بتر مع إجراء شرح مضاد للطبيعة (إجراء هارتمان): يتم فيه استئصال الجزء الحاوي على الورم البدئي مع إخراج القسم الداني من الأمعاء على شكل شرح مضاد للطبيعة وإغلاق القسم البعيد من القولون أو المستقيم.
 - 3-استئصال قولون قسمي مع مفاغرة بدئية: يتم في استئصال الجزء الحاوي على الورم من ثم مفاغرة النهايتين إما بطريقة نهاية - نهاية أو نهاية - جانبية*
 - 4-استئصال قولون تحت تام مع مفاغرة بدئية: وقد تم اللجوء لهذه الطريقة في حالات الورم متعدد البؤر وحالات توسع القولون السمي.

النسبة المئوية	عدد المرضى	العمل الجراحي المجري
7%	4	تفميم قولون
41%	22	هارتمان
33%	18	بتر مع مفاغرة بدئية
19%	10	استئصال قولون تحت تام مع مفاغرة بدئية
جدول (10): التدبير الجراحي المختار للمرضى في دراستنا		

نلاحظ أن الإجراء الأكثر اتباعاً في دراستنا كان البتر مع إخراج ستوما (هارتمان) بنسبة 41%، بينما كان تفميم القولون أقل الإجراءات المتبعة بنسبة 7% وقد تم اللجوء إليه في حالات الورم المنتشر الغازي للجوار.

ملاحظة: - بلغ عدد مرضى استئصال القولون القسمي مع مفاغرة بدئية 18 مريضاً، أجري لدى 4 مرضى منهم فغر لفانفي بشكل Loop لحماية المفاغرة.

- بلغ عدد مرضى استئصال القولون تحت التام مع مفاغرة بدئية 10 مرضى، أجري لدى 7 مرضى منهم فغر لفانفي بشكل Loop لحماية المفاغرة.

• دراسة المضاعفات والوفيات:

أولاً: شملت المضاعفات التي حدثت عند مرضى الدراسة مايلي:

* خمج الجرح * خراجات داخل البطن

* انفكاك وتسريب المفاغرة * مضاعفات فغر القولون واللفائفي (غُور التقييم أوتخره)

(1) خمج الجرح

المجموع	استئصال تحت تام مع مفاغرة	بتر ومفاغرة	هارتمان	تقييم القولون واللفائفي	
54	10	18	22	4	
	2	4	4	1	خمج الجرح
%20.3					النسبة المئوية
جدول (11): خمج الجرح لدى مرضى الدراسة					

تم تدبير جميع حالات خمج الجرح بإعطاء الصادات الوريدية مع الضمادات اليومية وتنظيف الجرح من القيح حتى تمام الشفاء.

(2) خراجات داخل البطن:

حدثت الخراجات داخل البطن لدى مريضين فقط من مرضى الدراسة، كانا وفق التالي:

المجموع	استئصال تحت تام مع مفاغرة	بتر ومفاغرة	هارتمان	تقييم القولون واللفائفي	
54	10	18	22	4	
2	1	1	0	0	الخراج داخل البطن
%3.7					النسبة المئوية
جدول (12): حدوث الخراجات داخل البطن لدى مرضى الدراسة					

تم تدبير الخراجات داخل البطن بالفتح الجراحي والتفجير مع الغسل الجيد وإعطاء الصادات الوريدية مع المتابعة الجيدة.

(3) انفكاك وتسريب المفاغرة:

المجموع	بتر تحت تام مع مفاغرة	بتر ومفاغرة	هارتمان	تفميم القولون واللفانفي	
54	10	18	22	4	
4	1	3	-	-	انفكاك وتسريب المفاغرة
7.4					النسبة المئوية
جدول (13): حدوث انفكاك وتسريب المفاغرة لدى مرضى دراستنا					

(4) مضاعفات فغر القولون واللفانفي:

حدثت هذه المضاعفات بما فيها غوور الفغر أو تنخر الفغر لدى 5 مرضى من بين مرضى دراستنا توزعوا على الشكل الآتي:

المجموع	بتر تحت تام مع مفاغرة	بتر ومفاغرة	هارتمان	تفميم القولون واللفانفي	
54	10	18	22	8	
5	0	1	1	3	مضاعفات الفغر
9.2%					النسبة المئوية
جدول (14): مضاعفات فغر اللفانفي والقولون في دراستنا					

ملاحظة:

- إن اختلاطات تسريب المفاغرة لدى مرضى مجموعة استئصال القولون القسيمي مع مفاغرة بدئية لم تحدث لدى المرضى الذين أجري لهم فغر لفانفي بشكل Loop، بينما حدث اختلاط الفغر (غوور) لدى أحدهم.
- لم تحدث اختلاطات تسريب المفاغرة ولا اختلاطات الفغر لدى مرضى مجموعة استئصال القولون تحت التام مع مفاغرة بدئية.

ثانياً: دراسة الوفيات

قسمنا الوفيات وفقاً للعمل الجراحي المجرى وكانت على الشكل الآتي:

عدد المرضى	تقييم القولون واللفائفي	هارتمان	بتر ومفاغرة	استئصال تحت تام مع مفاغرة	المجموع
4	22	18	10	54	
1	1	2	1	5	
25%	4.5%	11%	1%	9.3%	

جدول (15): الوفيات في دراساتنا

نشير إلى عدم حدوث الوفاة في دراساتنا خلال الجراحة. ونلاحظ أن نسبة الوفيات في مرضى تقييم القولون كانت الأعلى بمعدل 25% ويعزى ذلك لسوء الحالة العامة لدى مرضى هذه المجموعة، وتوفي مريض التقييم في قسم العناية المشددة بعد الجراحة بيوم. وكان أكبر عدد مرضى متوفين ضمن مجموعة البتر والمفاغرة وحدثت الوفاة لديهم بسبب اختلاطات التسريب وانفكاك المفاغرة، وكان هذا الأمر كذلك السبب في وفاة مريض الاستئصال تحت التام. أما في مجموعة هارتمان فقد توفي المريض بعد الجراحة بأسبوع بنوبة احتشاء عضلة قلبية. لذا ننصح بالاكنتفاء بإجراء فغر أو عدم التردد بإجراء هارتمان في حال الشك بأمان وموثوقية المفاغرة بسبب وجود توسع شديد أو توذم أو غيرها.

- كما قمنا بتوزيع الوفيات وفقاً للاختلاط الورمي كما يلي:

الحالة	عدد الوفيات	النسبة المئوية	المجموع
الانسداد	3	5.5% من مجمل المرضى	9.2% من مجمل مرضى الدراسة
الانتقاب	2	3.7% من مجمل المرضى	
النزف	0	-	

جدول (16): توزع الوفيات وفقاً للاختلاط الورمي في مرضى دراساتنا

12-دراسة متوسط فترة الاستشفاء بعد الجراحة:

تم توزيع المرضى في الدراسة حسب العمل الجراحي المجري لديهم وفترة استشفائهم كما يلي:

العمل الجراحي المجرى	فترة الاستشفاء بعد الجراحة	متوسط فترة الاستشفاء بعد الجراحة
تفيم القولون	2 - 16 يوم	7 أيام
هارتمان	3 - 34 يوم	12 يوم
بتر ومفاغرة	6 - 28 يوم	13 يوم
استئصال تحت تام مع مفاغرة	7 - 25 يوم	15 يوم
جدول (17): دراسة فترة الاستشفاء بعد الجراحة في دراستنا.		

ملاحظة: بالنسبة للمرضى الذين أجروا العمل الجراحي على مراحل، فالفترة المذكورة هي فترة الاستشفاء خلال المرحلة الأولى فقط.

المقارنة مع الدراسات العالمية

أجرينا مقارنة لنتائج دراستنا مع عدة دراسات عالمية وهي:

1-دراسة أجراها **Canaan Baer** وزملاؤه في USA ونشرت عام 2017 بعنوان: Emergency Presentations of Colorectal Cancer

2-دراسة أجراها **Ramzi** وزملاؤه في USA ونشرت عام 2015 بعنوان:

Colon cancer surgery following emergency presentation: effects on admission and stage-adjusted outcomes

3-دراسة أجراها **Giovanni** وزملاؤه في إيطاليا ونشرت عام 2018 وكانت بعنوان:

Emergency treatment of complicated colorectal cancer

4-دراسة أجراها **Dung Anh** وزملاؤه في فيتنام ونشرت عام 2019 وكانت بعنوان:

Emergency surgery for obstructed colorectal cancer in Vietnam

أولاً: مقارنة التوزيع حسب الجنس:

- كانت الأرجحية في مرضى دراستنا للذكور بنسبة 55 %
- كذلك في الدراسات العالمية فقد كانت الأرجحية للذكور أيضاً في دراسة جيوفاني في إيطاليا بنسبة 53.3% وفي دراسة دونغ آن في فيتنام بنسبة 57.5%.
- بينما كانت الأرجحية للإناث في دراسة رمزي في USA بنسبة 52%.

ثانياً: مقارنة التوزيع حسب العمر

- بلغ متوسط عمر الإصابة في دراستنا: 61 سنة
- بالمقارنة مع الدراسات العالمية نجد أن متوسط عمر الإصابة في دراستنا يقارب ما توصل إليه دونغ آن وزملاؤه في فيتنام فقد بلغ متوسط عمر الإصابة لديهم 63 سنة، بينما بلغ في دراسة رمزي الأمريكية 69 سنة، وبلغ في دراسة جيوفاني الإيطالية 73 سنة.

* ونلاحظ أن عمر الإصابة في دراستنا أصغر مما هو عليه في الدراستين الأمريكية والإيطالية، ويمكن تفسير ذلك بتطور وسائل المسح والتقصي والكشف المبكر لديهم.

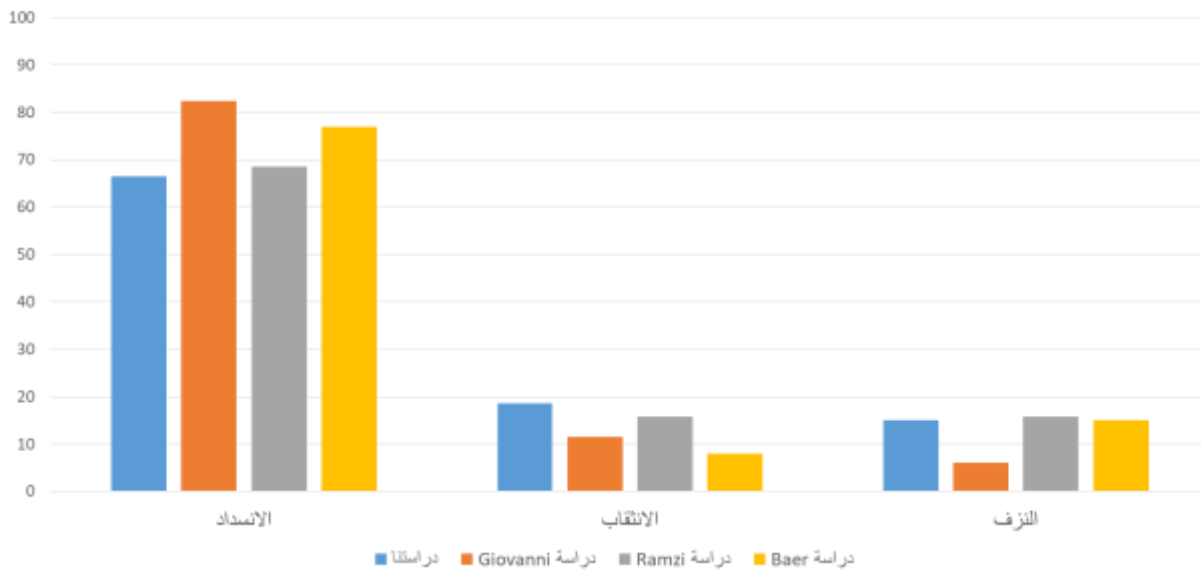
رابعاً: مقارنة التوزع حسب اختلاط الورم الذي استدعى الجراحة

كانت النتائج مقارنة لدراستنا في اغلب الدراسات حيث جاءت كما في الجدول:

الاختلاط	دراستنا	دراسة Giovanni في إيطاليا	دراسة Ramzi في USA	دراسة Baer في USA
الانسداد	% 66.5	%82.4	% 68.6	% 77
الانتقاب	% 18.5	%11.5	% 15.7	% 8
النزف	% 15	%6.1	% 15.7	% 15

جدول (18): مقارنة التوزع حسب اختلاط الورم الذي استدعى الجراحة مع الدراسات العالمية

مخطط (1): مقارنة التوزع حسب اختلاط الورم المستدعي للجراحة



خامساً: مقارنة التوزيع حسب نوع العمل الجراحي المجري

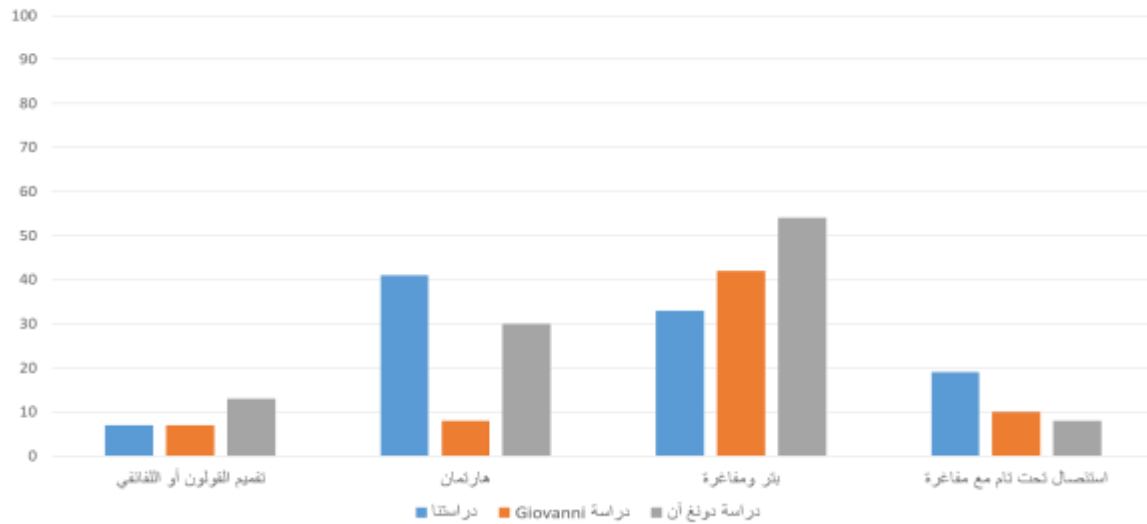
إضافة للطرق الجراحية المتبعة لدى مرضى دراستنا (تقييم القولون أو اللفائفي - هارتمان - بتر ومفاغرة بدئية - استئصال تحت تام مع مفاغرة بدئية) فهناك طرق تدبير جراحي أخرى ذكرت في الدراسات العالمية لم تتبع في مرضى دراستنا ومن بينها:

stent - lleotransverse bypass ومقارنة الطرق المتبعة لدينا مع مثيلاتها في الدراسات العالمية نجد ما يلي:

دراسة دونغ آن	دراسة Giovanni	دراستنا	
% 13	%7	% 7	تقييم القولون
% 30	%8	% 41	هارتمان
%31	%42	% 33	بتر ومفاغرة بدئية
% 8	%10	% 19	استئصال قولون تحت تام مع مفاغرة بدئية

جدول (19) مقارنة التوزيع حسب نوع العمل الجراحي المجري مع الدراسات العالمية

مخطط (2): مقارنة التوزيع حسب العمل الجراحي المجري مع الدراسات العالمية



سادساً: مقارنة معدل الوفيات مع الدراسات العالمية

- بلغت نسبة الوفيات في دراستنا 9.3%، بينما بلغت نسبة الوفيات في دراسة Giovanni 13.5% موزعة على الشكل الآتي 10.1% على حساب مرضى الانسداد و2.2% على حساب مرضى الانتقاب، و1.1% على حساب مرضى النزف. أما في دراسة دونغ آن فقد بلغ معدل الوفيات 7.5%. نلاحظ أن معدل الوفيات في دراستنا مقارب لمعدل الوفيات في الدراسات العالمية.

الاستنتاجات والتوصيات

- 1- مازال تدبير أورام القولون المختلطة يترافق مع نسبة عالية من المضاعفات والوفيات، لذلك نؤكد على اتباع إجراءات التشخيص المبكر وإجراءات المسح، والعمل الجراحي الانتخابي للسرطان.
- 2- إن إجراء هارتمان هو الأقل مضاعفات والأكثر أماناً لذا يجب عدم التردد في إجرائه عند الشك بموثوقية المفاغرة أو وجود حالة عامة سيئة لدى المريض
- 3- الاحتفاظ بتفصيص القولون أو اللفائفي للمرضى عاليي الخطورة وذوي الأورام غير القابلة للاستئصال الجراحي.
- 4- لقد كانت نسبة المضاعفات الخمجية (خمج جرح - خراجات) ونسبة الوفيات أكبر عند مرضى البتر والمفاغرة في دراستنا لذا يجب اختيار مرضى البتر والمفاغرة وفق معايير مدروسة.
- 5- بالنسبة للاستقصاءات:
نوصي باتخاذ الصورة البسيطة كإجراء أولي لدى الشك بانسداد أو انتقاب الأمعاء.
ويعتبر التصوير بالأموح فوق الصوتية الاستقصاء الثاني الموصى به بعد الصورة البسيطة.
بينما يبقى الطبقي المحوري الوسيلة التشخيصية الأدق والتي يوصى بها عند توافره وعندما تسمح حالة المريض العامة به.

Reference

- 1- **Baily and love's**, short practice of surgery, 26th edition, tumors of large intestine ,emergency surgery - copyright 2016 (page 1167-1168).
- 2- **Schwartz's** Principles of Surgery (page 1057)
- 3- **Current Therapy** in Colon and Rectal Surgery by Victor W. Fazio, James M. Church, Conor P Delaney, Ravi P Kiran (z-lib.org) copyright 2017 /edition 54,55
- 4- **Gordon and Nivatvongs'** Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum, and Anus copyright 2019 (chapter 21, 22)
- 5- The **ASCRS Textbook** of Colon and Rectal Surgery copyright 2016– chapter 24, 25, 26.
- 6- Emergency treatment of complicated colorectal cancer <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5916257/>
- 7- Courtney M. Townsend, R. Daniel Beauchamp, Evers, Mattok - Sabiston Textbook of Surgery. The Biological Basis of Modern Surgical Practice-Elsevier (2016)
- 8- The American Journal of Surgery, Volume 209, Issue 2, February 2015, Pages 246-253 (<https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2014.07.014>)
- 9- Surgical Clinics of North America, Volume 97, Issue 3, June 2017, Pages 529-545. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2017.01.004>
- 10- Asian Journal of Surgery, Emergency surgery for obstructed colorectal cancer in Vietnam, <https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2019.09.015>
- 11- Dovepress, Cancer Manag Res. 2018; 10: 827–838. Published online 2018 Apr 20. doi: 10.2147/CMAR.S158335
- 12- Surgical complications in colorectal cancer patients - Annals of Medicine and Surgery Volume 55, July 2020, Pages 13-18