

Assessment the role of performing temporary ileostomy in rectal cancer surgery

Dr. Aktham Kanjarawy*

Dr. Ali Alloush**

Sohair Jbeili***

(Received 13 / 7 / 2023. Accepted 6 / 9 / 2023)

□ ABSTRACT □

Background: Anastomotic leakage is considered a potentially severe complication after colorectal surgery with increasing morbidity and mortality, and whether outcome is modulated by temporary ileostomy, which have been shown to decrease anastomotic leakage and improve final outcome, is unclear.

Aim: The purpose of this study was to determine the frequency of anastomotic leakage after surgery and the effect of performing ileostomy on the incidence.

Materials and Methods: This was a prospective comparative study involved 41 patients with a diagnosis of rectal cancer who underwent low anterior rectal resection at Department of General Surgery, Tishreen University Hospital, Lattakia, during the period between 2022-2023. Patients were divided into two groups: group 1 (19 patients) included patients who underwent ileostomy, and group 2 included patients who didn't undergo protective ileostomy (22 patients).

Results: Out of 41 patients, 29 patients were male (70.7%) and 12 patients were female (29.3%), with mean age of the patients was 62.5 ± 7.3 year. Majority of the rectal cancer patients were found in stage III (68.3%) with presence a history of radiotherapy in 65.9% of the patients before surgery. Stapled technique was used for anastomosis in 33 cases (80.5%) with performing protective ileostomy in 19 cases (46.5%). The rate of anastomotic leakage was lower in patients with temporary ileostomy (5.3% versus 13.6%) with presence of significant difference, $p:0.04$. In addition to, the rate of anastomotic leakage was significantly higher with increasing age (65.20 ± 4.2 versus 59.7 ± 5.4 , $p:0.001$) and in the case of handsewn colorectal anastomoses (25% versus 6.1%, $p:0.02$).

Conclusion: The current study demonstrated presence of favorable results and lower frequency of anastomotic leakage in patients who underwent low anterior rectal resection in presence of temporary ileostomy.

Keywords: Rectal cancer, ileostomy, anastomotic leakage

Copyright



:Tishreen University journal-Syria, The authors retain the copyright under a CC BY-NC-SA 04

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

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

***PhD student - Faculty of Human Medicine - Tishreen University - Lattakia - Syria .

تقييم دور إجراء فغر اللفائفي المؤقت في جراحة سرطان المستقيم

د. أكثم قنجاوي *

د. علي علوش **

سهير جبيلي ***

(تاريخ الإيداع 13 / 7 / 2023. قبل للنشر في 6 / 9 / 2023)

□ ملخص □

الخلفية: يعتبر تسريب المفاغرة من الاختلاطات الشديدة الكامنة التي تحدث بعد جراحة المستقيم والكولون مع زيادة معدلات المراضة والوفيات لذلك تعددت الدراسات للبحث عن حلول أو طرق لمنع أو تقليل التسريب ومنها إجراء فغر اللفائفي المؤقت بعد استئصال المستقيم على أمل أن إجراء تحويل مجرى البراز عن المفاغرة يقلل احتمال التسريب.

الهدف: تحديد تواتر تسريب المفاغرة بعد الجراحة وتأثير إجراء فغر اللفائفي المؤقت على نسبة الحدوث.

المواد والطرق: أجريت دراسة مقارنة مستقبلية شملت 41 مريضاً من المصابين بسرطان المستقيم الخاضعين لاستئصال مستقيم أمامي منخفض في شعبة الجراحة العامة، مستشفى تشرين الجامعي، اللاذقية، خلال الفترة ما بين 2022-2023. تم توزيع المرضى إلى مجموعتين: المجموعة الأولى (19 مريض) شملت المرضى الذين أجري لهم فغر اللفائفي والمجموعة الثانية شملت المرضى الذين لم يتم لديهم إجراء الفغر المؤقت (22 مريض).

النتائج: شملت الدراسة 41 مريض، بلغ عدد الذكور 29 مريض (70.7%) والإناث 12 مريضة (29.3%)، مع متوسط عمر المرضى 62.5 ± 7.3 سنة. كانت غالبية المرضى في المرحلة الثالثة للورم (68.3%) مع وجود قصة التعرض للعلاج الشعاعي لدى 65.9% قبل إجراء الجراحة. تم استخدام الستايلر من أجل المفاغرة لدى 33 حالة (80.5%) مع إجراء فغر اللفائفي الوقائي لدى 19 حالة (46.5%). كان معدل تسريب المفاغرة أقل لدى مجموعة الفغر الوقائي (5.3% مقابل 13.6%) وبوجود فروقات ذات دلالة معنوية $p:0.04$. بالإضافة لذلك، كان معدل حدوث تسريب المفاغرة أعلى مع تقدم العمر (65.20 ± 4.2 مقابل 59.7 ± 5.4 ، $p:0.001$) وكذلك عند تطبيق المفاغرة اليدوية (25% مقابل 6.1%، $p:0.02$).

الخلاصة: أظهرت الدراسة الحالية نتائج أفضل وتواتر أقل لتسريب المفاغرة عند المرضى الذين أجري لهم استئصال مستقيم أمامي منخفض مع فغر اللفائفي المؤقت.

الكلمات المفتاحية: سرطان المستقيم، فغر اللفائفي، تسريب المفاغرة

حقوق النشر : مجلة جامعة تشرين- سورية، يحتفظ المؤلفون بحقوق النشر بموجب الترخيص



CC BY-NC-SA 04

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

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

*** طالبة دكتوراه - كلية الطب البشري - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

مقدمة

يحتل سرطان الكولون والمستقيم في الوقت الحالي المرتبة الثالثة للسرطانات الأكثر شيوعاً في الـUSA ويعتبر مسؤولاً عن نسبة هامة من وفيات السرطان والتي تبلغ حوالي 9% لدى الذكور و8% لدى الإناث [1,2]. ويكون أكثر شيوعاً في البلدان الصناعية، ويلاحظ لدى الذكور بنسبة أعلى بقليل مقارنة مع الإناث. يبدأ الحدوث بالزيادة بعد عمر 35 سنة، يرتفع بشكل كبير بعد 50 سنة ويصل القمة في العقد السابع، لكن يتم ملاحظته حالياً ويشكل هام عند المرضى بأعمار أقل من 50 سنة في بعض البلدان ذات الدخل المرتفع [3]. يعتبر سرطان المستقيم من السرطانات غير المحددة السبب، مع وجود عدة فرضيات بأنه متعدد العوامل والتي من ضمنها العوامل البيئية والوراثية. تشكل السرطانات الغدية الغالبية العظمى من حالات سرطان الكولون والمستقيم (98%)، وتشمل السرطانات الأخرى: الكارسينويد (0.4%)، اللمفوما (1.3%) والساركوما (0.3%) [4]. يعتبر النزف العرض الأكثر شيوعاً لسرطان المستقيم الذي يلاحظ لدى حوالي 60% من المرضى مع حدوث تبدلات في عادات التغوط [5].

يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار عند تحديد الخطة المثالية لعلاج مرضى سرطان المستقيم هدف الجراحة، مع المحافظة على استمساك الشرج والوظيفة البولية التناسلية. تعتبر الجراحة العلاج الأمثل، ويعتمد توقيت الجراحة على حجم، موقع، امتداد ودرجة الورم [6]. يوجد عدد من المداخلات الجراحية التي يمكن استخدامها في جراحة المستقيم نذكر منها: الاستئصال الموضعي، الاستئصال الأمامي المنخفض، الاستئصال البطني العجاني، والاستئصال عبر التنظير [7].

يتم إجراء استئصال المستقيم الأمامي المنخفض في الحالات التي تتحقق فيها المعايير التالية: سرطان مستقيم غازي T2-4، إمكانية الحصول على هامش أمان مع حواف مفاغرة سليمة، مع وجود وظيفة كافية للمصرة الشرجية المستقيمة قبل الجراحة، ويعتبر هذا النمط من الاستئصال هو الإجراء الجراحي القياسي لسرطان المستقيم والذي يسمح بالمحافظة على وظيفة مصرة الشرج [8].

على الرغم من التطورات الحاصلة في جراحة المستقيم يبقى تسريب المفاغرة واحدة من الاختلاطات المؤدية للوفاة. يتراوح معدل حدوث تسريب المفاغرة 3-11% في مفاغرات الثلث العلوي والأوسط وتصل النسبة إلى 25% في مفاغرات الثلث السفلي لذلك يتم اللجوء إلى حماية المفاغرات في الثلث السفلي عن طريق إجراء فغر اللفائفي المؤقت خاصة عند وجود قصة سابقة للتعرض للعلاج الشعاعي. يعتبر تسريب المفاغرة من الاختلاطات الهامة التي تؤثر على نوعية حياة المرضى والانتذار خاصة معدلات المراضة، الوفيات، والاضطرابات الوظيفية [9,10]. لذلك، كان الهدف من هذا البحث هو تحديد نسبة حدوث التسريب من المفاغرة بعد استئصال المستقيم الأمامي المنخفض لدى مرضى سرطان المستقيم المراجعين شعبة الجراحة العامة في مستشفى تشرين الجامعي في اللاذقية.

أهمية البحث وأهدافه

يعتبر من الصعب التنبؤ وتحديد المرضى المؤهبن لتسريب المفاغرة بعد جراحة المستقيم حتى في الحالات التي تكون فيها المفاغرة سليمة من الناحية التقنية. على الرغم من الاستخدام الواسع لفغر اللفائفي الوقائي في جراحة سرطان المستقيم، لكن يعتبر من غير الواضح فيما إذا كان هذا التحويل مفيداً لتجنب حدوث التسريب من المفاغرة

الهدف الرئيسي

تحديد تأثير إجراء الفغر المؤقت للفائقي بعد جراحة استئصال المستقيم الأمامي المنخفض على حدوث تسريب المفاغرة.

الأهداف الثانوية

تحديد عوامل الخطر الأخرى المرافقة التي يمكن أن تلعب دوراً في حدوث تسريب المفاغرة.

عينة البحث

شملت الدراسة جميع المرضى المصابين بسرطان المستقيم القابل للاستئصال المراجعيين في قسم الجراحة العامة في مستشفى تشرين الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الزمنية الممتدة من الشهر الثالث لعام 2022 حتى الشهر الثالث من عام 2023 من أعمار مختلفة ومن كلا الجنسين بعد تطبيق معايير الاستبعاد.

معايير الاستبعاد من الدراسة

تضمنت مرضى سرطان المستقيم الذين أجري لهم بتر بطني عجاني مع فغر دائم ومن دون الحفاظ على المعصرة.

طرائق البحث ومواده

تصميم البحث: دراسة مقارنة مستقبلية

مكان البحث: شعبة الجراحة العامة في مستشفى تشرين الجامعي في اللاذقية.

مدة البحث: عام

تم جمع بيانات الدراسة وكان جميع المرضى على دراية تامة بالإجراء وقد تم أخذ موافقتهم الخطية المستنيرة على المشاركة في البحث بعد تلقي المعلومات الكافية. تم تنظيم استمارة خاصة بكل مريض والتي شملت المتغيرات التالية: العمر، الجنس، درجة الورم، وجود قصة التعرض للعلاج الشعاعي أو الكيماوي.

تم اختيار المرضى بطريقة عشوائية مع تقسيمهم إلى مجموعتين من دون تدخل الجراح والمرضى:

المجموعة الأولى: شملت المرضى الخاضعين لاستئصال المستقيم الأمامي المنخفض يدوياً أو باستخدام الستايلر مع إجراء فغر للفائقي، حيث تم إجراء فغر الدقاق بشكل عروة وقائية قبل نهاية العمل الجراحي لجميع المرضى.

المجموعة الثانية: شملت المرضى الخاضعين لاستئصال المستقيم الأمامي المنخفض يدوياً أو باستخدام الستايلر ولكن من دون إجراء فغر للفائقي الوقائي.

تم تطبيق النظام ذاته لكلا المجموعتين فيما يتعلق باستخدام الصادات الحيوية والبدء بالتغذية الفموية. تمت مقارنة المتغيرات الديموغرافية بين كلا المجموعتين، نسبة حدوث التسريب وتحديد عوامل الخطورة الأخرى لحدوث التسريب.

الطرق الإحصائية المتبعة

أجري التحليل الإحصائي باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) (النسخة 20، IBM Corporation). تم اعتبار القيمة التنبؤية الأقل من 0.05 ($P \text{ Value} < 0.05$) هامة إحصائياً.

الإحصاء الوصفي (Description statistical)

للمتغيرات الفئوية: تم الاعتماد على التكرار، النسب المئوية والأشكال البيانية.

للمتغيرات المتواصلة: تم استخدام مقاييس النزعة المركزية (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، المجال).

الإحصاء الاستدلالي (Inferential statistical)

اختبار Independent T student لدراسة الفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين.

اختبار chi-square أو Fisher exact لدراسة العلاقة بين المتغيرات النوعية.

النتائج والمناقشة**النتائج**• **دراسة الصفات الديموغرافية للمرضى**

شملت عينة الدراسة 41 مريضاً من المصابين بسرطان المستقيم الذين أجري لهم استئصال المستقيم الأمامي. تراوحت أعمار المرضى بين 43-74 سنة مع متوسط عمر 62.5 ± 7.3 سنة. كان الذكور بنسبة 70.7% والإناث 29.3%، وتم تقسيم المرضى تبعاً إلى درجة الورم وفق تصنيف TNM إلى ثلاث مجموعات هي: الدرجة II لدى 11 حالة (26.8%)، الدرجة III لدى 28 حالة (68.3%) والدرجة IV لدى 2 حالة (4.9%). كانت قصة التعرض للعلاج الشعاعي موجودة لدى 27 حالة (65.9%) وغائبة لدى 14 (34.1%)، جدول (1).

جدول رقم (1): الخصائص الديموغرافية لمجموعة البحث

الخصائص	النتائج
<u>الجنس</u>	
الذكور	29 (70.7%)
الإناث	12 (29.3%)
<u>العمر (سنة)</u>	62.5 ± 7.3 (43-74)
<u>درجة الورم تبعاً لتصنيف TNM</u>	
II	11 (26.8%)
III	28 (68.3%)
IV	2 (4.9%)
<u>قصة التعرض للعلاج الشعاعي</u>	
يوجد	27 (65.9%)
لا يوجد	14 (34.1%)

• **دراسة طريقة المفاغرة لدى المرضى**

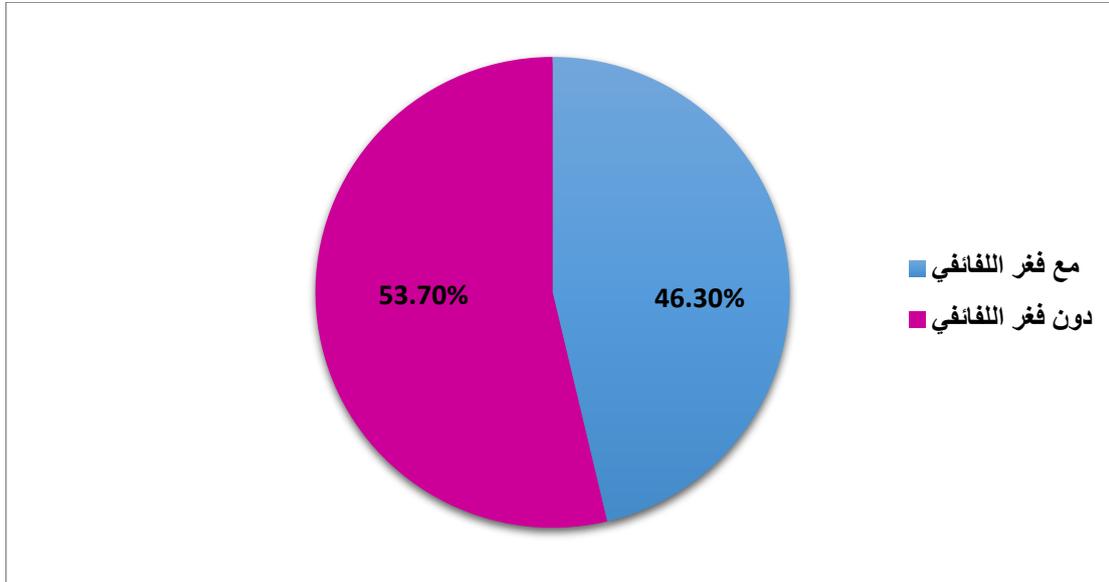
تم تصنيف مرضى الدراسة تبعاً لطريقة المفاغرة حيث أجريت المفاغرة اليدوية لدى 8 حالات (19.5%) واستخدام الستايلر لإجراء المفاغرة لدى 33 حالة بمعدل 80.5%، جدول (2).

جدول رقم (2): توزيع مجموعة البحث تبعاً لطريقة المفاغرة

الخصائص	النتائج
<u>طريقة المفاغرة</u>	
يدوية	8 (19.5%)
بالستايلر	33 (80.5%)

• تصنيف المرضى تبعاً لوجود فغر اللفانفي

تم إجراء فغر اللفانفي المؤقت لدى 19 حالة بنسبة 46.3%، مع عدم إجرائه لدى النسبة الباقية من المرضى 53.7%، مع مقارنة الخصائص الديموغرافية والحصيلة النهائية بينهما، الشكل (1).



الشكل رقم (1) : توزع عينة 41 مريضاً تبعاً لوجود فغر اللفانفي

• مقارنة الصفات الديموغرافية لعينة مرضى الدراسة تبعاً لوجود فغر اللفانفي المؤقت

بلغ متوسط عمر المرضى مع فغر اللفانفي 63.2 ± 8.5 سنة، الذكور 68.4% والإناث 31.6% أما في مجموعة المرضى من دون فغر اللفانفي، بلغ متوسط عمر المرضى 62.8 ± 9.3 ، الذكور 72.7% والإناث 27.3%. تم تصنيف المرضى مع فغر اللفانفي تبعاً لدرجة الورم إلى ثلاث مجموعات: II (26.4%)، III (63.1%)، و IV (10.5%) مقابل 27.3%، 72.7% و 0% في المجموعة الثانية على التوالي. لم يلاحظ وجود فروقات ذات دلالة معنوية فيما يتعلق بالعمر، الجنس، ودرجة الورم بين المجموعتين ($p > 0.05$)، جدول (3).

جدول رقم (3): الخصائص الديموغرافية لمجموعة البحث تبعاً لوجود فغر اللفانفي

P-value	من دون فغر اللفانفي	مع فغر اللفانفي	الخصائص
0.5	16 (72.7%)	13 (68.4%)	الجنس
	6 (27.3%)	6 (31.6%)	الذكور الإناث
0.2	62.8 ± 9.3	63.2 ± 8.5	العمر (سنة)
0.06	6 (27.3%)	5 (26.4%)	مرحلة الورم
	16 (72.7%)	12 (63.1%)	II III
	0 (0%)	2 (10.5%)	IV

• دراسة طريقة المفاغرة تبعاً لوجود فغر اللفائفي

نلاحظ من الجدول (4) عدم وجود اختلافات ذات دلالة معنوية بين مجموعتي الدراسة فيما يتعلق بطريقة المفاغرة التي تم إجراؤها حيث تم تطبيق الستابلر لدى 16 حالة (84.2%) في مجموعة فغر اللفائفي مقابل 17 حالة (77.3%) في المجموعة من دون فغر اللفائفي، $p:0.09$.

جدول رقم(4): توزع مجموعة البحث تبعاً لطريقة المفاغرة ووفقاً لوجود فغر اللفائفي

الخصائص	مع فغر اللفائفي	من دون فغر اللفائفي	p-value
<u>طريقة المفاغرة</u>			
يدوية	3(15.8%)	5(22.7%)	0.09
بالستابلر	16(84.2%)	17(77.3%)	

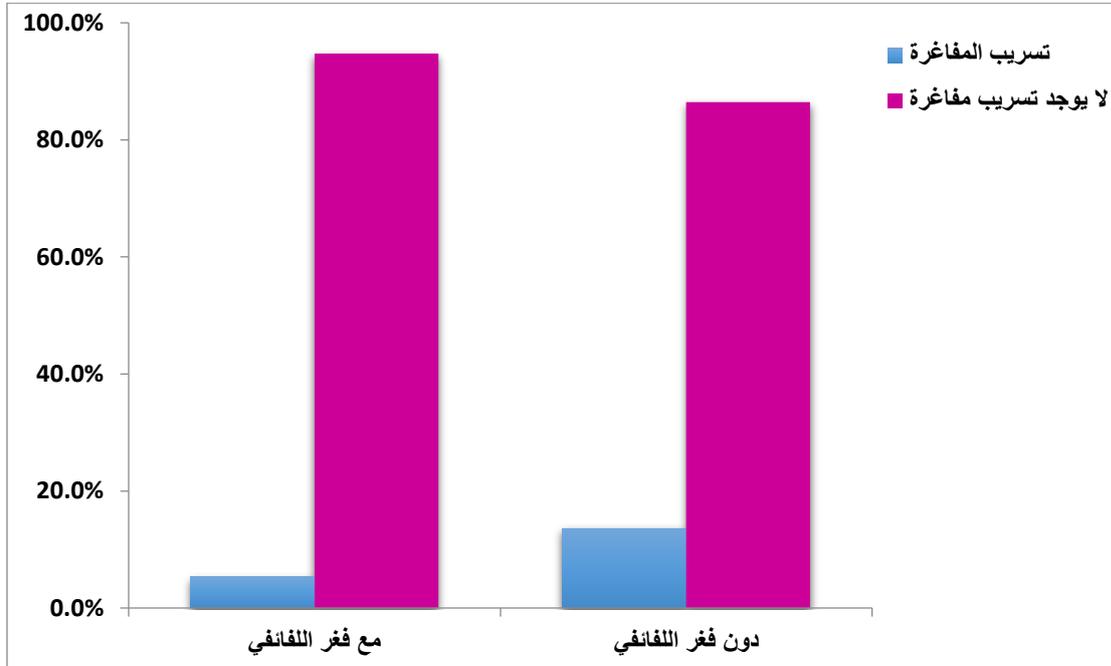
• دراسة تطور تسريب المفاغرة في عينة الدراسة تبعاً لوجود فغر اللفائفي

تطور تسريب المفاغرة لدى حالة واحدة بنسبة 5.3% عند المرضى الذين أجري لهم فغر اللفائفي مقابل 3 حالات بنسبة 13.6% في المجموعة الثانية من دون فغر اللفائفي ووجود فروقات ذات دلالة معنوية، $p:0.04$.

جدول رقم (5): توزع مجموعة البحث تبعاً لتسريب المفاغرة ووفقاً لوجود فغر اللفائفي

الخصائص	مع فغر اللفائفي	من دون فغر اللفائفي	p-value
<u>تسريب المفاغرة</u>			
يوجد	1(5.3%)	3(13.6%)	0.04
لا يوجد	18(94.7%)	19(86.4%)	

ولقد تم تمثيل ذلك في الشكل (2).



الشكل رقم (2) : مقارنة معدل حدوث تسريب المفاغرة لدى مرضى عينة الدراسة تبعاً لوجود فغر اللفائفي

• دراسة حدوث تسرب المفاغرة تبعاً للصفات الديموغرافية للمرضى

كان متوسط عمر المرضى في حال وجود تسرب المفاغرة أعلى وبشكل هام إحصائياً مقارنة مع عدم وجوده: 65.20 ± 4.2 مقابل 59.7 ± 5.4 مع $p:0.001$. تطور تسرب المفاغرة لدى 3 حالات من الذكور بنسبة 10.3% مقابل حالة واحدة لدى الإناث بنسبة 8.3% من دون وجود فروقات ذات دلالة معنوية، $p:0.6$. في مجموعة تسرب المفاغرة، كان العلاج الشعاعي موجوداً لدى 3 حالات (11.1%) وغير موجوداً لدى حالة واحدة (7.1%) مقابل 88.9% و 92.9% في حالات عدم تسرب المفاغرة ومن دون وجود فروقات ذات دلالة معنوية، $p:0.9$. كان تسرب المفاغرة أكثر تواتراً في حال تطبيق المفاغرة اليدوية مقارنة مع الستابلر 25% مقابل 6.1% وبوجود فروقات ذات دلالة معنوية، $p:0.02$ ، الجدول (6).

جدول رقم (6) : دراسة عوامل الخطر لحدوث تسرب المفاغرة

p-value	تسرب المفاغرة		الخصائص
	غير موجود	موجود	
0.001	59.7 ± 5.4	65.20 ± 4.2	العمر
0.6	(89.7%)26	(10.3%)3	الجنس
	(91.7%)11	(8.3%)1	الذكور (29) الإناث (12)
0.9	(88.9%)24	(11.1%)3	العلاج الشعاعي قبل الجراحة
	(92.9%)13	(7.1%)1	موجود (27) غير موجود (14)
0.02	(75%)6	(25%)2	طريقة المفاغرة
	(93.9%)31	(6.1%)2	يدوية (8) بالستابلر (33)

المناقشة والمقارنة بنتائج الدراسات العالمية

أجريت هذه الدراسة على 41 مريضاً مرجعي شعبة الجراحة العامة في مستشفى تشرين الجامعي في اللاذقية والمحققين معايير الاشتمال في الدراسة حيث تم إجراء استئصال المستقيم الأمامي المنخفض وأظهرت الدراسة ما يلي:
كانت الغالبية العظمى من المرضى من الجنس الذكر ومن الأعمار المتقدمة. يمكن تفسير ذلك بزيادة خطر حدوث البوليبيات الغدية لدى الذكور ومع تقدم العمر وبالتالي تطور سرطان المستقيم.
مثلت الدرجة الثالثة للورم الدرجة الأكثر تواتراً تلاها الدرجة II و IV وكانت قصة التعرض للعلاج الشعاعي موجودة لدى حوالي ثلثي المرضى. يعود ذلك إلى غياب برامج المسح وتأخر التشخيص حتى المراحل المتقدمة من المرض وتطور الأعراض السريرية.

تم إجراء فغر اللفائفي الوقائي لدى نسبة 46.5% من المرضى ومقارنتها مع النسبة المتبقية 53.7% الذين لم يجرى لهم فغر. لم يلاحظ وجود فروقات ذات دلالة معنوية بين المجموعتين فيما يتعلق بالعمر، الجنس، درجة الورم وطريقة المفاغرة. كان معدل حدوث تسرب المفاغرة أقل تواتراً في مجموعة فغر اللفائفي وبوجود فروقات ذات دلالة معنوية بين المجموعتين ($p < 0.05$). يمكن تفسير ذلك بأن فغر اللفائفي يسمح بالنتام المفاغرة الشرجية المستقيمية بشكل تام قبل حدوث التماس مع البراز، وقد تنقص المفاغرة المؤقتة خطر حدوث الانتان في الحوض إلى الحد الأدنى.

ترافق العمر المتقدم وتطبيق المفاغرة اليدوية مع حدوث تسريب للمفاغرة وبوجود فروقات ذات دلالة معنوية. قد يعود ذلك إلى وجود الأمراض المرافقة التي قد تؤثر على حدوث الالتئام وبالتالي حدوث التسريب . كان معدل تسريب المفاغرة أعلى بقليل لدى الذكور ولكن من دون وجود اختلافات ذات دلالة معنوية، ويعود ذلك إلى تأثير الاختلافات المتعلقة بالأندروجينات في الدوران الدقيق المعوي والتأثير التالي على التئام المفاغرة. بالإضافة لذلك، قد يعود المعدل الأعلى للاختلاف التشريحي في الحوض بين الذكور والإناث وعوامل أخرى كالتدخين وتأثيره على الالتئام. كان معدل التسريب أعلى في حال وجود قصة التعرض للعلاج الشعاعي قبل الجراحة ولكن من دون وجود اختلافات ذات دلالة معنوية بين المجموعتين، ويعود ذلك إلى التأثيرات المؤدية للعلاج الشعاعي على النسيج المعوي والتئام الجرح مما يساهم في خطر حدوث تسريب المفاغرة.

يوجد العديد من العوامل التي تزيد حدوث التسريب وتشمل قطر الستابلر المستخدم الأقل أو الأكثر من 31، بعد المفاغرة عن حافة الشرج الأقل من 4 سم، المفاغرة اليدوية، وجود سوابق العلاج الشعاعي لدى المريض، العمر المتقدم [10]

المقارنة مع الدراسات العالمية

بينت دراسة (Thoker et al (2014) التي تم إجراؤها في الهند خلال مدة زمنية سنتين وشملت 78 مريضاً مصاباً بسرطان المستقيم من الخاضعين لاستئصال المستقيم الأمامي المنخفض أن معدل تسريب المفاغرة كان أقل في حال وجود فغر اللفانفي المؤقت (6% مقابل 11%) [11].

بالمقارنة مع الدراسة الحالية، كان عدد المرضى أعلى في دراسة Thoker في الهند ولكن تشابهت كلا الدراستين بأن معدل التسريب أقل في حالة الفغر المؤقت للنفانفي.

أظهرت دراسة أجريت من قبل (Niu et al (2020) في الصين والتي شملت 347 مريضاً من المصابين بسرطان المستقيم والخاضعين لاستئصال المستقيم الأمامي خلال المدة الزمنية 8 سنوات، وتم تقسيم المرضى بشكل عشوائي إلى مجموعتين: شملت الأولى المرضى الخاضعين لإجراء فغر اللفانفي المؤقت (95 مريض) والثانية من دون إجراء فغر اللفانفي (252) أن حدوث تسريب المفاغرة في المجموعة الأولى بلغ 6.3% والثانية 8.7% من دون وجود اختلافات هامة وقد يؤدي الفغر الوقائي إلى حدوث الفغرة الدائمة (6.4% مقابل 5.9%) [12].

بالمقارنة مع الدراسة الحالية، يوجد اختلاف من حيث عدد المرضى الذي كان أعلى في دراسة Niu في الصين مع مدة زمنية أطول ولم يلاحظ اختلاف في معدل حدوث تسريب المفاغرة بوجود التطبيق الوقائي لفغر اللفانفي.

أظهرت دراسة (Zeman et al (2020) التي أجريت في بولندا خلال مدة 10 سنوات وشملت مرضى سرطان المستقيم الخاضعين لاستئصال المستقيم الأمامي المنخفض وتم توزيع المرضى إلى مجموعتين: الأولى مع فغر اللفانفي (101) والثانية من دون إجراء فغر اللفانفي (185) أن معدل تسريب المفاغرة كان أقل مع وجود الفغر (5% مقابل 23.8%) [13].

بالمقارنة مع دراستنا، كان عدد المرضى أكبر ومدة الدراسة أطول في دراسة بولندا ولكن اتفقت كلتا الدراستين بأن معدل تسريب المفاغرة أقل بوجود الفغر المؤقت للنفانفي.

أظهرت دراسة (Hol et al (2022) والتي أجريت في هولندا خلال مدة زمنية 2 سنة عدم وجود اختلافات في معدل تسريب المفاغرة تبعاً لوجود فغر اللفانفي (17.2% في مجموعة الفغر مقابل 17.8% في مجموعة المرضى من دون إجراء الفغر، (p:0.9) [14].

بالمقارنة مع الدراسة الحالية، نلاحظ اختلاف دراستنا عن دراسة (Hol et al (2022) بعدم وجود أهمية لفغر اللفانفي المؤقت في إنقاص معدل حدوث تسريب المفاغرة.

الاستنتاجات والتوصيات

الاستنتاجات

أظهرت الدراسة الحالية ما يلي:

ترافق إجراء الفغر المؤقت للفائفي في استئصال المستقيم الأمامي مع تواتر أقل لحدوث تسريب المفاغرة.

يعتبر العمر المتقدم من العوامل التي تترافق مع حدوث تسريب المفاغرة وبشكل هام.

يتوافق تطبيق المفاغرة اليدوية بشكل هام مع حدوث تسريب المفاغرة.

التوصيات

يوصى بإجراء الفغر المؤقت للفائفي عند التدبير الجراحي لسرطان المستقيم بالاستئصال الأمامي المنخفض من أجل

الإقلال من حدوث تسريب المفاغرة وبالتالي تحسن معدلات المراضة والوفيات للمرضى وبشكل خاص عند وجود

عوامل الخطر المرافقة.

Reference

- 1-Siegel R, Miller K, Wagle N. Cancer statistics,2023. *CA Cancer J Clin* 2023;73:17.
- 2-Cronin K, Scott S, Firth A. Annual report to the nation on the status of cancer, part 1: National cancer statistics. *Cancer* 2022;128:4251.
- 3-Global burden of disease cancer collaboration, Fitzmaurice C, Allen C, et al. Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability -adjusted life years for cancer groups, 1990 to 2015: a systematic analysis for the global burden of disease study. *JAMA Oncol* 2017;3:524-548.
- 4-Moreno C, Mittal P, Sullivan P. Colorectal cancer initial diagnosis; screening colonoscopy, diagnostic colonoscopy, or emergent surgery, and tumor stage and size at initial presentation. *Clin Colorectal Cancer* 2016;15:67-73.
- 5-Ford A, Veldhuyzen S, Rodgers C. Diagnostic utility of alarm features for colorectal cancer: systematic review and meta-analysis. *Gut* 2008;57:1545-53.
- 6-Vogel J, Felder S, Bhama A. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the management of Colon Cancer. *Dis Colon Rectum* 2022;65:148-177
- 7-Chiorean E, Nandakumar G, Fadelu T. Treatment of patients with late stage colorectal cancer: ASCO Resource stratified guidelines. *JCO Glob Oncol* 2020;6:414.
- 8-Dekker E, Tanis P, Vleugels J. Colorectal cancer. *Lancet* 2019;394:1467-1480.
- 9-Bertelsen C, Andreasen A, Jorgensen T. Anastomotic leakage after curative anterior resection for rectal cancer. *Colorectal Dis* 2010;12:76-81.
- 10-Damen N, Spilsbury K, Levitt M. Anastomotic leaks in colorectal surgery. *ANZ J Surg* 2014;10:763-8.
- 11-Thoker M, Wani I, Parray F. Role of diversion ileostomy in low rectal cancer: a randomized controlled trial. *International Journal of Surgery* 2014;12:945-951.
- 12-Niu L, Wang J, Zhang P. Protective ileostomy does not prevent anastomotic leakage after anterior resection of rectal cancer. *J Int Med Res* 2020;48:0300060520946520.
- 13-Zeman M, Czarnecki M, Chmielarz A. Assessment of the risk of permanent stoma after low anterior resection in rectal cancer patients. *World Journal of Surgical Oncology* 2020;18:1-9.
- 14-Hol J, Rutgers M, Crolla R. Impact of a diverting ileostomy in total mesorectal excision with primary anastomosis for rectal cancer. *Surgical Endoscopy* 2022;37:1916-1932.