

تقويم الطرق الجراحية المتبعة في علاج سرطان المعدة الغدي

الدكتور محمود دبرها*

الدكتور عماد أيوب**

حسين حمدان***

(تاريخ الإيداع 19 / 9 / 2016. قَبِلَ للنشر في 27 / 10 / 2016)

□ ملخص □

أجريت الدراسة في مشفى الأسد الجامعي في مدينة اللاذقية، وشملت 40 مريضاً تم قبولهم ومعالجتهم جراحياً من أورام معدية خبيثة، خلال الأعوام من 2005 وحتى 2015. وكانت نسبة إصابة الذكور إلى الإناث 1: 1,85 مع ذروة حدوث في العقد السادس والسابع بنسبة 60%، وكانت النسبة الأعلى لتوضع الورم في الثلث السفلي من المعدة بنسبة 65% من الحالات. كانت السرطانة الغدية النمط المتبرعم أكثر الأنماط التشريحية المرضية عيانياً شيوياً 45%، وكان قطع المعدة تحت التأم هو الإجراء الجراحي الأكثر مزاولةً بنسبة 71.05% من الحالات، مع مفاغرة معدية صائمية من النمط أوميغا براون أمام القولون 52.63. أجري التجريف D1 في 65.78% من الحالات، في حين أجري التجريف D2 في 34.21% من الحالات. تم استئصال الطحال في 15.7% من الحالات، وتم استئصال المرارة في 2.5% من الحالات. شكّلت مجموع الحالات في المرحلة III والمرحلة II نسبة 90% من الحالات.

الكلمات المفتاحية: معدة، مفاغرة، طحال.

* أستاذ مساعد - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

** مدرس - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

*** طالب دراسات عليا (ماجستير) - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

Evaluating Surgical treatment methods of gastric cancer

Dr. Mahmoud Dabrha*
Dr. Imad Ayoub**
Hausain Hamdan***

(Received 19 / 9 / 2016. Accepted 27 / 10 / 2016)

□ ABSTRACT □

This study was carried out in AL-ASSAD University Hospital during the years 2005-2015, and included 56 patients who have been treated of gastric cancer. Male: Female ratio was 1:1.85, the peak incidence was in the 6th and 7th decades 60%, the highest incidence was in lower third of stomach in 65% of cases. Adenocarcinoma (FUNGATING FORM) was the most common pathological macroscopic form 45%,. The most common operation was subtotal gastrectomy 71.05% with Omega, Brown anastomosis 52.63%, interiorly of the colon, in the two third of cases.D1 dissection was performed in 92.1% of cases, compared with D2 dissection which was performed in 6.9% of cases.Splenectomy was performed in 15.7% of cases, and the cholecystectomy was performed in 2.5% of cases.Stage II and stage III constitute 90% of cases.

Key words: stomach, anastomosis, spleen.

* Associate Professor, Department of surgery, Faculty of medicine, Tishreen university, Lattakia, Syria.

**Assistant Professor, Department of surgery, Faculty of medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

***Postgraduate student, Department of surgery, Faculty of medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

مقدمة:

تغيير معدل حدوث السرطان المعدي عالمياً في العقود الأخيرة ، حيث انخفض معدل الوفيات الناتجة عن السرطان المعدي ربما بسبب التغييرات الغذائية ، لكنه يبقى أحد أشيع الأسباب المؤدية للوفاة على مستوى العالم، و تُعتبر أورام المعدة الخبيثة من المسائل الجراحية الهامة من حيث التشخيص ونتائج العلاج، حيث تحتل المرتبة الثالثة من أورام السبيل الهضمي بعد السرطان الكولوني المستقيمي وسرطانة المعنكلة ، ونسبة حدوثه عند الرجال ضعف النساء ، وكذلك يحدث بمعدل الضعف عند السود بالنسبة للبيض ، وإنّ معدل حدوث السرطان المعدي عالمياً هو في انخفاض مستمر وثابت خلال الستين سنة الأخيرة، حيث كانت معدلات الإصابة في الولايات المتحدة الأمريكية 100000/11.7 في العام 1975، وفي العام 2002 كانت معدلات الإصابة 100000/8.8. تكون الأعراض الأكثر شيوعاً هي فقدان الوزن وانخفاض الاستهلاك الغذائي للمريض بسبب فقدان الشهية والشبع المبكر بسبب الحيز الكتلي للورم . يكون الألم البطني (عادة يكون غير حاد وغالبا مايتجاهل) أمر شائع أيضاً. وتشمل الأعراض الأخرى الغثيان،والقيء، والاحساس بالنفخة . يعتبر النزف العلوي الهضمي الحاد Upper Gastrointestinal Bleeding غير شائع إلى حد ما(5%).

يوجد ستة عوامل تحدد مدى الاستئصال المعدي لمرضى الورم المعدي القابل للشفاء: 1- مرحلة الورم. 2- التشريح النسيجي للورم. 3- موضع الورم. 4- النزح اللمفاوي للورم. 5- الإراضية ما حول الجراحة. 6- الوظيفة المعديّة المعويّة طويلة الأمد. [1]

أهمية البحث وأهدافه:

تُعد أورام المعدة الخبيثة من المسائل الجراحية الهامة من حيث التشخيص ونتائج العلاج، حيث يُشكّل رابع سرطانات جهاز الهضم من حيث الانتشار. في حين تُسجّل 600.000 ألف حالة سنوياً في الولايات المتحدة، ويُقدّر أنّ ثلثي هذا العدد سيموتون بسبب الورم ، وتأتي أهمية البحث من كون أورام المعدة تعد مشكلة طبية واقتصادية واجتماعية لما تسببه هذه الأورام من عجز جسدي ونفسي للمرض، ولما تتطلبه من عناية طبية وجراحية خاصة سواء في مرحلة التشخيص، و العلاج ، وإنّ نسبة كبيرة من هؤلاء المرضى يراجعون في مراحل متقدمة من المرض، حيث نسبة الوفيات ماتزال مرتفعة مقارنةً ببعض الأورام الأخرى كالسرطان القولوني المستقيمي، ومن هنا كانت أهداف البحث :

- 1- دراسة طرق العلاج الجراحي لسرطان المعدة المتبعة في مشفى الأسد الجامعي بين عامي 2005-2015م.
- 2- تقييم النتائج والمضاعفات الجراحية و مقارنتها مع مثيلاتها من الدراسات الأجنبية .

طرائق البحث ومواده:

المرضى المصابون بالسرطان المعدي المقبولون والمعالجون جراحياً ، حيث أجريت دراسة تحليلية منذ 2005م وحتى 2015م، حيث شملت عينة الدراسة 40 مريض وتم استبعاد الحالات التي لم تستوف شروط الدراسة بسبب النقص في المعلومات الموثقة حول الحالات المدروسة. واعتمدت وسائل البحث التالية: 1_ القصة المرضية والفحص السريري (الأعراض والعلامات). 2_ الفحوص المخبرية (دموية، كيميائية، مستضدات ورمية) 3_ التنظير الهضمي

العلوي والخزعه _ 4 الفحوص الاستقصائية المتممة (التصوير بالأشعة فوق الصوتية، التصوير المقطعي المحوسب للبطن والحوض)، 5_ الفحص النسيجي للعينات المستأصلة جراحياً والمأخوذة عبر التنظير. وتم تسجيل موجودات الجراحة والمتضمنة موقع الورم ومرحلته والإجراء الجراحي والتجريف العقدي المتبع، وجمعت البيانات ونظمت في جداول باستخدام برنامج جدول البيانات Excel الذي قام بتحليل البيانات واستخلاص النتائج المطلوبة، وتمت مقارنة النتائج مع نتائج عدة دراسات عالمية.

النتائج والمناقشة:

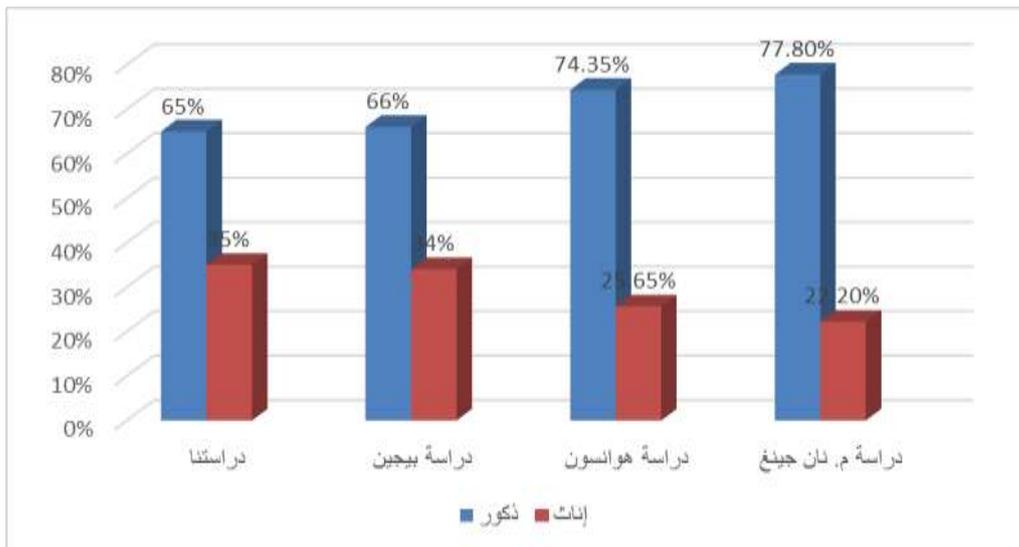
أجريت الدراسة على 40 مريضاً بين عامي 2005 - 2015 م

1- توزع الحالات حسب الجنس:

أجريت الدراسة على 40 مريض، خضعوا لعمل جراحي بسبب إصابتهم بالسرطانة المعدية، فكان عدد المرضى الذكور 26 مريض أي بنسبة 65%، وكان عدد المرضى الإناث 14 مريضة أي بنسبة 35% من الحالات، ويبيّن الجدول رقم (1) النتائج التي توصلنا إليها:

الجدول (1) توزع الحالات حسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة في دراستنا	دراسة د. وانغ (بكين)[4]	دراسة د. يونغ (هوانسون)[3]	دراسة د. كين (نان جينغ)[9]
الذكور	26	65%	66%	74.35%	77.8%
الإناث	14	35%	34%	25.65%	22.2%
المجموع	40	100%	100%	100%	100%



الشكل (1) يبين توزع الحالات حسب الجنس

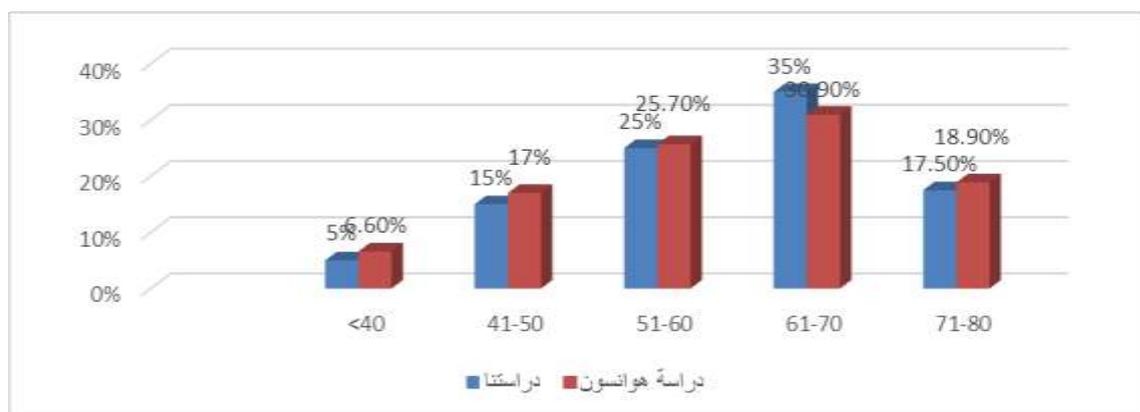
من الواضح أن عدد المرضى الذكور يفوق عدد المرضى الإناث، وإن كانت النسبة في دراستنا أقل مما هي عليه في الدراسات الأخرى.

2- توزع الحالات حسب العمر:

تراوحت أعمار المرضى بين 29 و 82 سنة، وكان العمر الوسطي للإصابة هو 59.57 سنة. ويبين الجدول (2) توزع الحالات حسب العمر.

الجدول (2) يبين توزع الحالات حسب العمر

العمر	العدد	النسبة في دراستنا	النسبة في دراسة يونغ (هوانسون) [3]	النسبة في دراسة د. كين (نان جينغ) [9]
<40	2	5%	6.6%	
41-50	6	15%	17%	
51-60	11	27.5%	25.7%	24.9%
61-70	14	35%	30.9%	
>70	7	17.5%	18.9%	48.7%
المجموع	40	100%	100%	100%



الشكل (2) يبين توزع الحالات حسب العمر

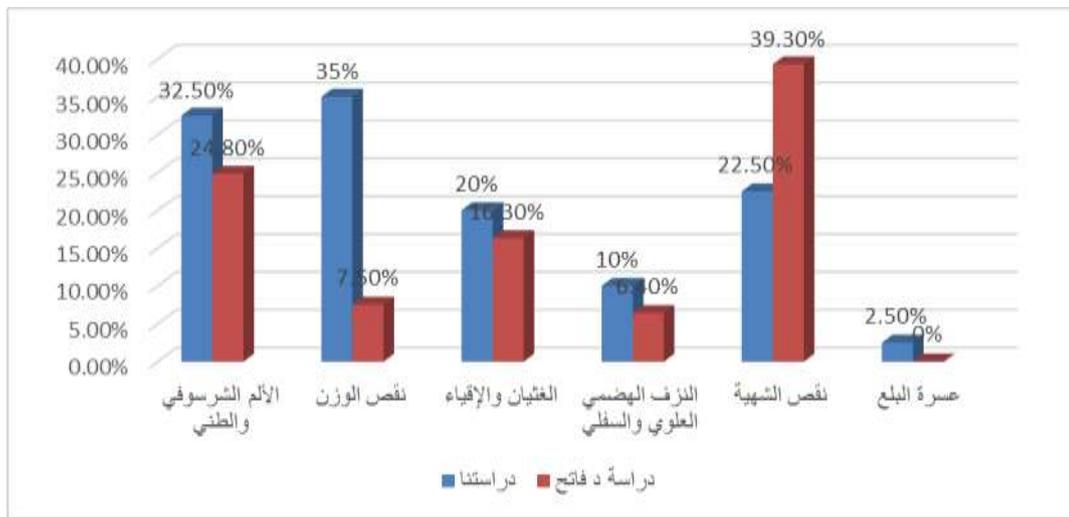
3- توزع الحالات حسب الأعراض السريرية:

تم ترتيب الأعراض السريرية وفق الجدول التالي :

الجدول (3) يبين توزع الحالات حسب الأعراض السريرية

الأعراض	الألم الشرسوفي والبطني	نقص الوزن	عسرة البلع	الغثيان و الإقياء	النزف الهضمي	نقص الشهية
العدد	13	14	1	8	4	9
النسبة في دراستنا	32.5%	35%	2.5%	20%	10%	22.5%
النسبة في دراسة د فاتح استانبول [8]	24.8%	7.5%	0%	16.3%	6.4%	39.3%

نلاحظ تفاوت النسب بين دراستنا ودراسة د. فاتح [8] حيث يبدو جلياً أن نقص الوزن (35% من الحالات) في دراستنا هو أهم عرض سريري في السرطانة المعدية بينما نلاحظ أنه (7.5%) في دراسة د. فاتح، في حين نجد أن نقص الشهية هو العرض الأهم (39.3%) في دراسة د. فاتح بينما في دراستنا (22.4%)، من خلال ماسبق نلاحظ تفاوتاً واسعاً فيما يتعلق بعرض نقص الوزن 35% في دراستنا مقابل 7.5% في دراسة د. فاتح ويُفسر ذلك بالرجوع إلى الجدول (4)، ويُلاحظ فيه ارتفاع نسبة أورام الثلث السفلي والمتوسط في دراستنا وبالتالي تأخر ظهور أعراض مزعجة للمريض تدفعه لمراجعة الطبيب وإجراء الاستقصاء المناسب، وبالرجوع لدراسة د. فاتح [8] نلاحظ النسبة العالية لسرطان المعدة الغدي الشديد العدوانية النسيجية، الأمر الذي يفسر عدم الوصول لمرحلة ظهور نقص الوزن كعرض مزمن، كما نلاحظ نسب متقاربة من ناحية النزف الهضمي مع ارتفاعها في دراستنا وهو عرض سريري جدي موجه نحو إجراء اسقصاءات متعددة.



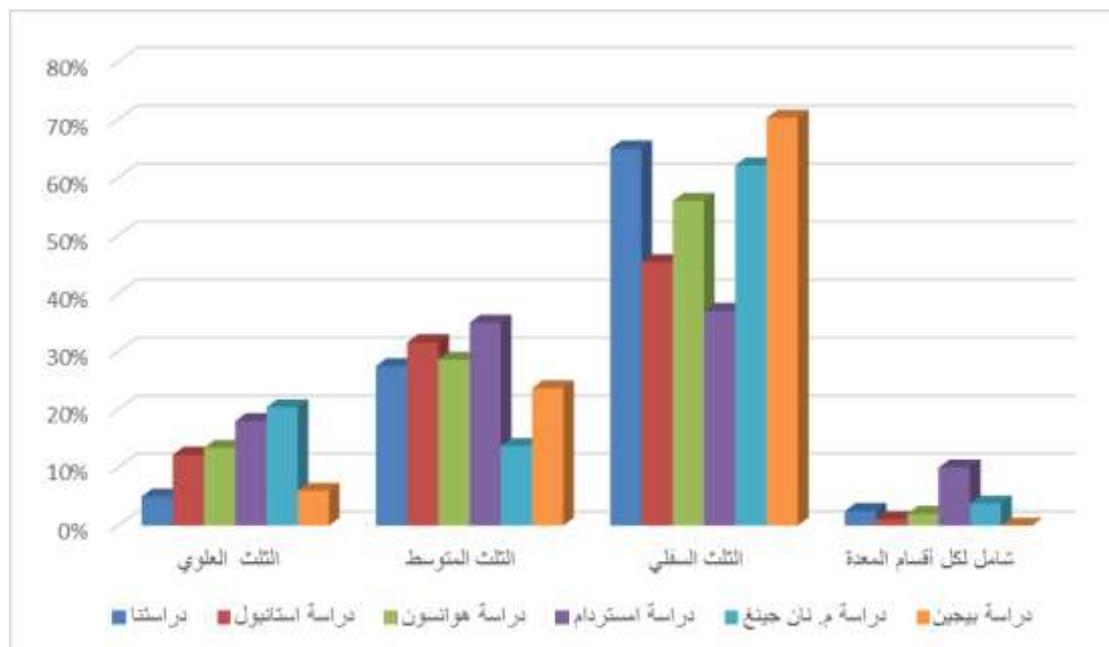
الشكل (3) يبين توزيع الحالات حسب الأعراض السريرية

4- توزيع الحالات حسب توّضعها في المعدة اعتماداً على التنظير الهضمي العلوي:

أُجري التنظير الهضمي العلوي لجميع مرضى الدراسة أي بنسبة 100%، وكان توّضع الورم ضمن المعدة موزعاً على الشكل التالي:

الجدول (4) يبين توزيع الحالات حسب موقع الورم

المكان	العدد	النسبة في دراستنا (%)	دراسة د. فاتح [8] (%)	دراسة د. يونغ [3] (%)	دراسة د. ستيكما [6] (%)	دراسة د. كين [9] (%)	دراسة د. وانغ [4] (%)
الثلاث العلوي (قعر)	2	5%	12.2%	13.4%	18%	20.4%	6%
الثلاث المتوسط (الجسم)	11	27.5%	31.6%	28.6%	35%	13.7%	23.7%
الثلاث السفلي	26	65%	45.4%	56%	37%	62.1%	70.3%
شامل لمعدة	1	2.5%	1.1%	2%	10%	3.8%	0%
المجموع	40	100%	100%	100%	100%	100%	100%



الشكل (4) يبين توزيع الحالات حسب موقع الورم

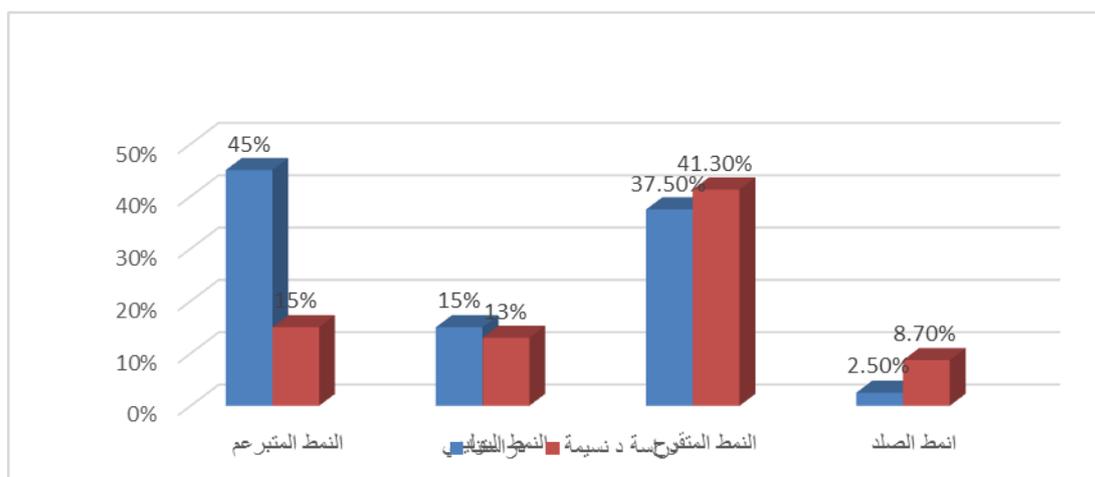
نلاحظ الاختلاف الواسع بين الدراسات فيما يتعلق بتوضّع الأورام المعدية وبالتالي اختلاف الأعراض نسب العمليات المُجرّاة.

5- توزيع الحالات حسب الشكل المورفولوجي للورم بالتنظير الهضمي العلوي :

تصنّف أورام المعدة عيانياً إلى أربعة أنماط : Polypoid (البوليبي) : 6 حالات (15%) ، fungating (المتبرعم، فطري الشكل) : 18 حالة (45%) ، ulcerative (المتقرّح) : 15 حالة (37.5%) ، Linitis plastica (الصّد) : حالة واحدة (2.5%) . نلخص النتائج التي توصلنا إليها مع نتائج دراسة د. نسيمّة [2] التي أجريت في نيودلهي عام 2009 من خلال الجدول التالي:

الجدول (5) يبين توزيع الحالات حسب الشكل المورفولوجي

النمط العياني	العدد	النسبة في دراستنا	النسبة في دراسة د. نسيمّة [2]
المتبرعم	18	45%	15%
البوليبي	6	15%	13%
المتقرّح	15	37.5%	41.3%
الصّد	1	2.5%	8.7%
المجموع	40	100%	100%



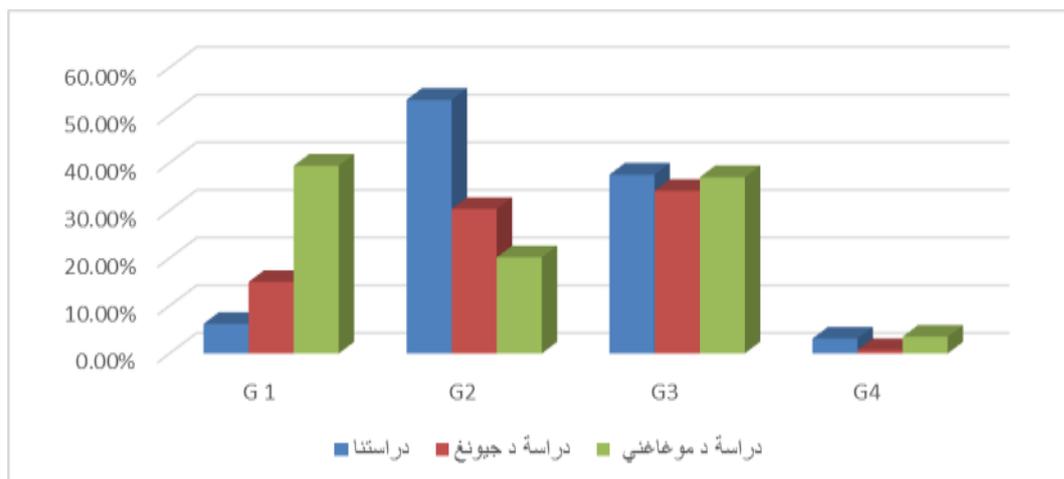
الشكل (5) يبين توزيع الحالات حسب الشكل المورفولوجي

6- درجة التمايز النسيجي حسب نتائج التشريح المرضي:

أما دراسة الدرجة النسيجية للعينات، فقد تمكنا من تحديد الدرجة النسيجية في 32 حالة من أصل الحالات 40. فكانت النتائج على الشكل التالي: G I : 6.2%، G II : 53.2%، G III : 37.5%، G IV : 3.1%، ويبين الجدول التالي النتائج التي توصلنا إليها بالمقارنة مع دراسة د. يونغ (هوانسون) [3] ودراسة د. موعاغي (فيرونا) [5] :

الجدول (6) يبين توزيع الحالات حسب الدرجة النسيجية

الدرجة النسيجية	العدد	النسبة المئوية في دراستنا	دراسة د. يونغ هوانسون [3]	دراسة د. موعاغي فيرونا [5]
G I	2	6.2%	15%	39.37%
G II	17	53.2%	30.3%	20.14%
G III	12	37.5%	34.1%	36.96%
G IV	1	3.1%	0.7%	3.51%
المجموع	32	100%	100%	100%



الشكل (6) يبين توزع الحالات حسب الدرجة النسيجية

7- الفحوص الشعاعية:

1- التصوير بالأشعة السينية: أجري لـ 27 مريضاً أي بنسبة 67.5% من الحالات، وقد بين وجود الحبن في حالة واحدة، ومنطقة غير متجانسة في الفص الأيسر الكبدي.

2- التصوير المقطعي المحوسب مع حقن: أجري لـ 40 مريضاً أي بنسبة 100% من الحالات، وذلك في إطار التشخيص ووضع خطة العلاج، وقد أظهرت وجود ارتشاح في القولون المعترض في حالة واحدة، وجود نقائل كبدية في حالة واحدة وأظهر وجود الحبن في حالة واحدة، وأظهرت الضخامات العقدية في سرّة الطحال في حالة واحدة.

8- العلاج الجراحي:

(1-8) نوع العمل الجراحي :

كان عدد العمليات الجراحية 40 عملاً جراحياً، أجريت في حالتين عمليات تلييفية من إجراء مفاغرة تلييفية (مفاغرة معدية صائمية) أو تقييم وأخذ خزعة .

الجدول (7) يبين توزع الحالات حسب نوع العمل الجراحي

عملية تلييفية	القطع تحت التام	قطع التام	توضع الورم
1	0	1	الثالث العلوي
0	4	7	الثالث المتوسط
1	23	2	الثالث السفلي
0	0	1	شامل لأقسام المعدة
2	27	11	المجموع

1- أورام الثالث العلوي : عددها حالتين، كانت الجراحة في حالة منها عبارة عن قطع معدة تام (total gastrectomy)، حيث كان الورم حجمه 5سم سبب التمايز قابل للإستئصال اكتشف عبر التنظير الهضمي العلوي مع ترافقه مع قرحة معدية متعددة البؤر ، وتم استئصال الطحال في هذه الحالة لوجود التصاق شديد في منطقة الورم ،

وفي الحالة الثانية كان الورم في منطقة القاع المعدي وكان منتشراً إلى جدار البطن وإلى الكبد ومترافقاً مع الحبن، فتم إغلاق البطن بعد إجراء تقييم معدي للمحافظة على التغذية.

2- أورام الثلث المتوسط: كان عددها 11 حالة كانت العمليات المُجرّاة موزّعة على الشكل التالي: وفي أربع حالات كانت الجراحة هي قطع المعدة تحت التأم (subtotal gastrectomy) حيث كان حجم الورم 4-6سم، وفي الحالات السبعة المتبقية كان العمل الجراحي هو قطع المعدة التأم (total gastrectomy)، حيث كان حجم الورم أكبر من 6سم وتم استئصال الطحال في حالتين منهما.

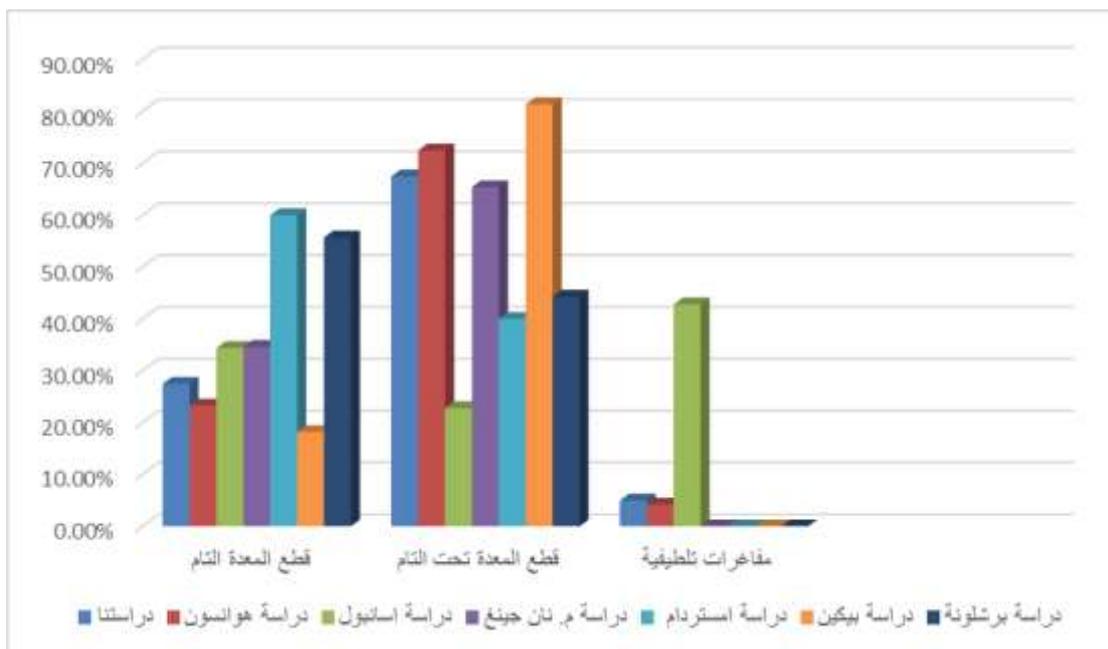
3- أورام الثلث السفلي: عددها 25 حالة فقد أُجري قطع المعدة التأم في حالتين وكان الورم فيها كبيراً ويصل إلى جسم المعدة، وفي حالة تم استئصال الطحال لوجود التصاق شديد وفي بقية الحالات وعددها 23 حالة فقد كان الإجراء المتبع هو قطع المعدة تحت التأم، تم استئصال جزء من القولون المعترض في حالة واحدة نتيجة اجتياح الورم لمساريف القولون المعترض.

4- الورم المجتاح لكامل أقسام المعدة (linitis plastica): تمّ فيها إجراء استئصال المعدة التأم، واستئصال الطحال، وتقييم الصائم .

يتضح لنا مما سبق أنّ العمليات الأكثر اتباعاً كانت قطع المعدة تحت التأم (27) حالة أي بنسبة 67.5% من الحالات يليها قطع المعدة التأم (11) حالة أي بنسبة 27.5% من الحالات.

الجدول رقم (8) يبيّن نسب أنواع العمل الجراحي المجرى في دراستنا وبقية الدراسات.

العمل الجراحي	دراستنا	دراسة د. يونغ هوانسون [3]	دراسة د. فانتح استانبول [8]	دراسة د. كين نان جينغ [9]	دراسة د. ستيكما امستردام [6]	دراسة د. وانغ بكين [4]	دراسة د. كليمنت برشلونة [7]
قطع تام	27.5%	23.3%	34.4%	34.6%	60%	18.2%	55.7%
قطع تحت تام	67.5%	72.5%	22.8%	65.4%	40%	81.8%	44.3%
علاج تلطيفي	5%	4.2%	42.8%	-	-	-	-
مجموع	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



الشكل (7) يبين توزيع الحالات حسب نوع العمل الجراحي

وبالعودة إلى الجدول رقم (8) نلاحظ تقارب نسب توضع الأورام المعدية في الثلثين المتوسط والسفلي في دراستنا ودراسة ديونغ [3] مما يفسر تقارب نسب نوع الإجراءات الجراحية بين الدراستين، بينما يُظهر الجدول تباين واضحاً مع دراسة د. وانغ [4] حيث يُلاحظ ارتفاعاً واضحاً في نسب عمليات قطع المعدة تحت التام مقارنةً بدراستنا بينما كانت نسب عمليات قطع المعدة التام أقل مما هي عليه في دراستنا، ويمكن بالعودة إلى الجدول (8) تفسير هذا التباين في نسب الإجراءات الجراحية حيث تزداد في دراسة د. وانغ [3] نسب أورام الثلث السفلي 70% يليه الثلث المتوسط 23%، ويشكل قطع المعدة تحت التام في مثل هذه الحالات خياراً علاجياً جيداً في حين نجد أن النسب مغايرة تماماً في دراسة د. فاتح وذلك يمكن إرجاعه للمرحلة التي كان فيها الورم بغض النظر عن موقعه كما سنجد في جدول تصنيف الأورام حسب TNM حيث عدد كبير من الأورام تقع في المرحلة الثالثة والرابعة حسب TNM. كذلك الأمر نفسه في دراسة د. ستيكما [6] حيث نجد ارتفاع معدل القطع التام للمعدة وبالرجوع للجدول (4) نلاحظ الثلث العلوي 18%، المتوسط 35%، منتشر 10% وفي هذه الحالات يشكل القطع التام خيار علاجياً واضحاً، كما نجد الأمر نفسه في دراسة د. كليمينت [7] تفوق معدل القطع التام على معدل القطع تحت التام.

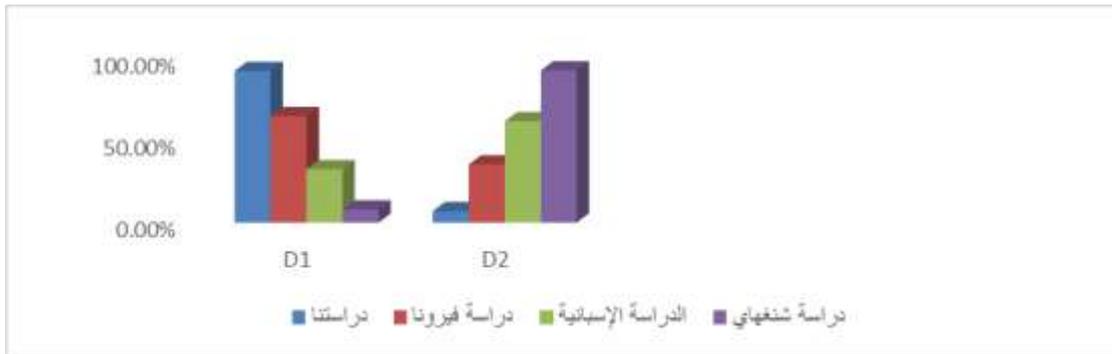
8-2 دراسة توزيع الحالات حسب مستوى العقد المجترفة:

أجري التجريف D2 في 13 حالات:

الأولى كانت في حالة الورم الشامل لكامل المعدة من النمط Linitis plastica وتبين إصابة عقد الجذع الزلاقي وعقد سرّة الطحال، وفي أربع حالات كان الورم متوضّعاً في الثلث السفلي من المعدة وتم استئصال جزء من القولون المعترض في إحداها، وفي ثماني حالات ورم في الثلث المتوسط حيث تبين إصابة عقد الشريان المعدي الأيسر في خمس حالات منها، وإصابة عقد الجذع الزلاقي في حالة واحدة، وعقد الشريان الكبدي في حالتين.

الجدول (9) يبين توزيع الحالات حسب نوع التجريف

المستوى	عدد المرضى	النسبة المئوية	دراسة د.موغاغني [5]	دراسة د.كليمينت [7]	دراسة د.زهوو [12]
D1	25	%65.78	%64.7	%32.47	%7.9
D2	13	%34.21	%35.3	%61.53	%92.45
المجموع	38	%100	%100	%100	%100



الشكل (8) يبين توزيع الحالات حسب نوع التجريف

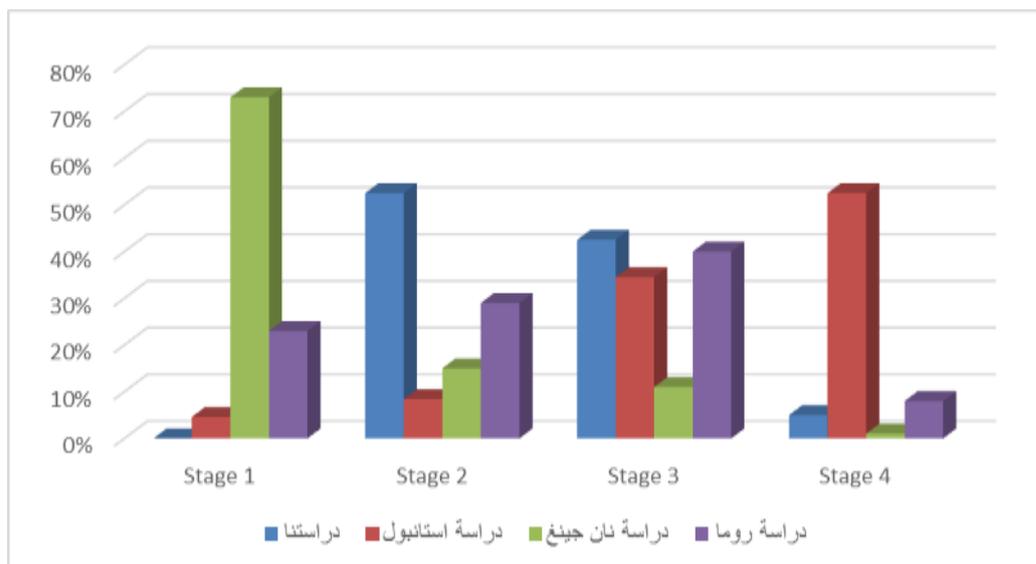
9- التّصنيف المرحلي للأورام:

بعد العودة لتقارير العمل الجراحي، ودراسة تقارير التشريح المرضي، والعودة لتقارير الاستقصاءات الشعاعية

قمنا بتصنيف الحالات المدروسة وفق نظام تصنيف TNM .

الجدول (10) ويظهر تصنيف عينة الدراسة وفق نظام TNM.

المرحلة	العدد	النسبة المئوية	دراسة د.فاتح [8]	دراسة د.كين [9]	دراسة د.بوستيرارو [11]
Stage I	0	%0	%4.6	%73	%23
Stage II	21	%52.5	%8.4	%15	%29
Stage III	17	%42.5	%34.5	%11	%40
Stage IV	2	%5	%52.5	%1	%8
المجموع	40	%100	%100	%100	%100



الشكل (9) يبين توزيع الحالات حسب مرحلة الورم

10- المضاعفات التآلية للجراحة:

الجدول رقم (11) يبين المضاعفات التآلية للجراحة

المضاعفات	العدد في دراستنا	النسبة المئوية	دراسة د.كين (نان جينغ) [9]	دراسة د.جونغهان انسانسي [13]
تسريب المفاغرة	1	2%	0%	3.03%
ناسور بنكرياسي	1	2%	1%	0.75%
خراج داخل البطن	4	10%	5.3%	0.75%
خمج الجرح	4	10%	1%	3.78%
خراج بطن + خمج جرح	2	5%	-	-

حدث تسريب المفاغرة بعد عملية قطع المعدة تحت تآم، حيث سلاحظ من الجدول (12) ترافق حالة التسريب مع حالة استئصال طحال، تم التداخل الجراحي بعد تحضير المريض و التغطية بالصادات الحيوية حيث تم إجراء إعادة مفاغرة وتفجير البطن بشكل جيد، وتحسنت حالة المريضة العامة بعد ذلك.

حدث الناسور البنكرياسي في حالة واحدة هي قطع تام للمعدة مترافقة مع استئصال لطحال نتيجة الارتشاح الورمي فيه بالتجاور، وتم التعامل معه بالتغطية بالصادات و وأصلاح السوائل والشوارد و مراقبة المفجرات بشكل يومي حتى تم تراجع الناسور خلال شهر، وحدث خمج الجرح و خراج البطن في أربع حالات لكل من المضاعفتين، كان في حالتين منهما ترافق المضاعفتين معاً، وتم تدبيرها بفتح الجرح والتنصير الجيد ووضع منازح ضمن الجرح وإجراء الضمادات المتكررة، أما الخراجات فتم فتح البطن وتفجير البطن بشكل جيد.

ويبين الجدول التالي توزيع الحالات حسب المضاعفات حيث تم تقسيم المرضى إلى مجموعتين، المجموعة الأولى تشمل المرضى الذين تم عندهم القطع تحت التآم و المجموعة الثانية تشمل المرضى الذين تم عندهم القطع التآم، وتم ذكر الإجراء الجراحي المرافق.

الجدول (12) يبين توزيع الحالات حسب المضاعفات

نوع المضاعفة	عدد المرضى	مرحلة الورم	تجريف D	القطع تحت التام	القطع التام	الإجراء الجراحي المرافق
تسرب المفاغرة	1	III	D2	تم	-	استئصال طحال
خراج داخل البطن	1	III	D2	-	تم	قطع كولون
	1	II	D1	تم	-	-
	2	III	D2	-	تم	استئصال طحال
خمج الجرح	1	II	D1	تم	-	-
	2	III	D2	-	تم	استئصال طحال
	1	III	D2	-	تم	استئصال المرارة
	1	III	D2	-	تم	استئصال طحال

حدثت المضاعفات عند ثلاثة من المرضى من أصل 27 من مرضى القطع تحت التام بنسب 11.1% مقابل سنة مرضى من أصل 11 مريض أجري لهم القطع التام بنسبة 63.6%، حدث التسرب المفاغرة في القطع تحت التام بنسبة 3.7%، ونلاحظ من الجدول السابق أن الإختلاط الجراحي تسرب المفاغرة ، قد حدث في قطع المعدة تحت التام المترافق مع استئصال الطحال ، وهذا يمكن تفسيره بأن استئصال الطحال من الممكن أنه أدى إلى أذية تروية الجيب المعدي المتبقي وبالتالي تأذي المفاغرة وحدث التسرب.

حدث الخراج في البطن تحت الفص الكبدي الأيسر في القطع التام المترافق مع استئصال كولون معترض (حالة وحيدة) بنسبة (9.09%) من القطوع التامة وبنسبة 18.1% في القطوع التامة المترافقة مع استئصال طحال، وفي حالة واحدة قطع غير تام (3.7%) غير مترافقة مع أي إجراء جراحي مرافق للقطع .
 خمج الجرح حدث في حالة قطع تحت تام غير مترافق مع أي إجراء جراحي وفي ثلاث حالات قطع تام مترافقة مع استئصال مرارة واستئصال طحال واستئصال كولون .
 نشأ ناسور بنكرياسي في حالة قطع تام مترافق مع استئصال طحال ، يمكن تفسيره بأذية ذيل البنكرياس أثناء استئصال الطحال .

من هنا نستنتج أن معظم المضاعفات قد حصلت في حالة القطع المعدي التام وتجريف العقد اللمفية حسب D2 وترافقها مع إجراءات جراحية مرافقة .

11- الدراسة الإحصائية :

قمنا بدراسة العلاقة الإحصائية بين متغير الجنس و تأثيره على اختيار التقنية الجراحي باستخدام البرنامج الإحصائي SpSS حيث يوضح الجدول التالي هذه العلاقة

	الجنس	القطع
Pearson Correlation	1	-.026-
Sig. (2-tailed)		.879
N	38	38
Pearson Correlation	-.026-	1
Sig. (2-tailed)	.879	
N	38	38

إن القيمة الرياضية 0.789 هي أصغر من القيمة الحدية 0.05 بالتالي لا يوجد علاقة إحصائية بين الجنس واختيار التنيك الجراحي .

وبنفس الطريقة قمنا بدراسة العلاقة الإحصائية بين موقع الورم وبين نوع التنيك الجراحي المختار . من الجدول نلاحظ أن القيمة الرياضية 0.748 هي أكبر من القيمة الحدية 0.05 وبالتالي لا توجد علاقة إحصائية بين الموقع الورم وبين نوع القطع . قمنا باستخدام البرنامج SpSS بدراسة العلاقة الإحصائية بين مرحلة الورم و اختيار نوع القطع ومن خلال الجدول التالي يمكن الاستنتاج :

Correlations

	القطع	مرحلة الورم
Pearson Correlation	1	-.327-*
Sig. (2-tailed)		.045
N	38	38
Pearson Correlation	-.327-*	1
Sig. (2-tailed)	.045	
N	38	38

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

أن القيمة الرياضية للعلاقة 0.04 هي أصغر من القيمة الحدية 0.05 وبالتالي يوجد علاقة إحصائية بين مرحلة الورم وبين نوع القطع المجرى

الاستنتاجات والتوصيات:

- 1- إجراء التنظير الهضمي العلوي عند جميع الذين يعانون من الألم الشرسوفي ونقص الشهية ونقص الوزن وعسر البلع والنزف وفقر الدم بغية الكشف عن سرطان المعدة في مراحله الباكرة ما أمكن.
- 2- إدخال الواسم الورمي CA72-4 من أجل تشخيص سرطان المعدة ومتابعة النكس بعد العمل الجراحي .
- 3- ضرورة إجراء برامج توعية لإجراء التنظير الهضمي العلوي عند المرضى الأعراض السابقة لإمكانية إجراء العمل الجراحي أبكر ما يمكن لأنه يترافق مع انخفاض نسبة المضاعفات الجراحية إضافة لما له من دور في زيادة معدل البقاء عند المرضى.

4- ضرورة إدخال الفحص بالأمواج فوق الصوتية عبر التنظير الهضمي في التشخيص، واعتماد تنظير البطن من أجل تحديد مرحلة الورم قبل العمل الجراحي.

المراجع :

1. FERLAY, J. ; BRAY, F. ; PISANI, P. ; PARKIN. DM. *gastric cancer current propleme in surgery*. 2th ED, Lyon. IARC Press, 2006, 106.
2. NASSIMA, C. *Gastric Cancer in Kashmir- A Five Year Retrospective Analysis*. JK SCIENCE India, Vol. 9, No. 1, 2007, 21-25.
3. YOUNG, K. *Clinicopathological Features and Surgical Treatment of Gastric Cancer in South Korea: The Results of 2009 Nationwide Survey on Surgically Treated Gastric Cancer Patients*. J Gastric Cancer, HWASUN, vol.11,N0.2 , 2011, 69-77 .
4. WANG, Z . *Clinicopathological features and outcomes in patients undergoing radical resection for early gastric cancer with signet ring cell histology*. JOURNAL OF VISCERAL SURGERY BEIGIN , Vol. 12, No. 36, 2015,52-57.
5. PAOLO, M . ANDREA, G. *Gastric stump carcinoma after distal subtotal gastrectomy for early gastric cancer: experience of 541 patients with long-term follow-up..* AMIRECAN JOURNAJ OF SURGERY 2014 VERONA , Vol.125, No. 23,2014, 407-413.
6. STIEKEMA, J. KUIJPERS, A . *Surgical treatment results of intestinal and diffuse type gastric cancer. Implications for a differentiated therapeutic approach? .*The Journal of CANCER SURGERY Amsterdam , EJSO N39, 2013, 686-693.
7. CLIMENT, M. HIDALGO, N . *Postoperative complications do not impact on recurrence and survival after curative resection of gastric cancer*. The Journal of CANCER SURGERY Barcelona , EJSO , N 42 , 2016, 132-139 .
8. FATIHM, S . DENIZ, T . *Clinicopathological Features and Localization of Gastric Cancers and their Effects on Survival in Turkey*. Asian Pacific J Cancer Prev Istanbul , Vol14,n0- 1,553-556 .
9. QIN, H . JIONG, S . JASON, S. *Clinicopathological characterisation of small (2cm or less) proximal and distal gastric carcinomas in a Chinese population..* . Pathology Nanjing , 2015, Vol.47,N0-6, pp. 526–532.
10. FRANK, W. YU-CHENG, CH. TSUNG-HSING , CH.; . *Prognostic significance of splenectomy for patients with gastric adenocarcinoma undergoing total gastrectomy: A retrospective cohort study ..* International Journal of Surgery Taoyuan, 2014, Vol. 1, N0-9, 65-74.
11. POSTERARO, B. PERSIANI, R. ARZANI, D. *Prognostic factors and outcomes in Italian patients undergoing curative gastric cancer surgery..* The Journal of CANCER SURGERY Rome. EJSO ,2013, Vol. 1, No-7, 57-68.
12. ZHOU , C. CHEN , F. ZHUANG, C. *Feasibility of radical gastrectomy for elderly patients with gastric cancer*. The Journal of CANCER SURGERY Shanghai. EJSO ,2015, Vol. 1, N0-9, 111-119.
13. JONG-HAN, K. YOU-JIN, J. SUNG-SOO, P. *Surgical Outcomes and Prognostic Factors for T4 Gastric Cancers*. Asian J Surg Ansan City, 2009, Vol.32, N0-4, 198–204.