

السرطان القولوني المستقيمي

الدكتور محمود دبرها*
الدكتور أكرم قنجاوي**
زياد دلول***

(تاريخ الإيداع 17 / 6 / 2007. قبل للنشر في 16 / 8 / 2007)

□ الملخص □

- شملت الدراسة 80 مريضاً لديهم سرطان قولوني مستقيمي، تم قبولهم في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية من أجل التشخيص والعلاج خلال سبعة أعوام (2000-2007). معدل إصابة الإناث إلى الذكور 1,2:1. مع قمة للحدوث بالعقد السادس من العمر 24 حالة (30%)، وكانت النتائج:
- النسبة الأعلى لتوضع الورم كانت في السين 26 حالة (32,5%) أما في المستقيم 12 حالة (15%).
 - قسّمت حالات الدراسة إلى: منتقاة: 69 حالة (86,25%) وإسعافية: 11 حالة (13,75%).
 - اتبعت عدة طرق جراحية في العلاج حسب كل حالة، وبعد تحضير القولونات في الحالات المنتقاة وأهم هذه الطرق: استئصال الورم مع مفاغرة (يدوية على طبقتين) بدئية دون شرح مضاد للطبيعة.
 - السرطانة الغدية هي أكثر الأنماط التشريحية المرضية شيوعاً: 77 حالة (96,25%).
 - (75%) من سرطانات المستقيم و(58%) من سرطانات القولون المصنفة بناءً على نظام Duke كانت في المرحلة C.
 - نسبة وفيات بعد الجراحة (5%).

كلمات مفتاحية: مستقيم، سين، مفاغرة.

* أستاذ مساعد في قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.
** أستاذ مساعد في قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.
*** طالب دراسات عليا في قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

Colorectal Cancer

Dr. Mahmoud Daberrha*
Dr. Aksam Kenjarawi**
Ziad Dalloul***

(Received 17 / 6 / 2007. Accepted 16/8/2007)

□ ABSTRACT □

The study included 80 patients with colorectal cancer who had admitted to AL-Assad Universal Hospital in Lattakia for diagnosis and treatment during 7 years between 2000-2007. Female to male ratio was 1,2: 1, with peak of incidence in the sixth decade: 24 cases (30%); and the results were:

- The highest percentage of localization of tumor was in sigmoid colon 26 cases (32,5%) while was in the rectum (12) cases (15%).
- The cases of study were divided into selective (69) cases (86,25%) and emergency : (11) cases (13,75%).
- Many surgical methods were applied in the treatment according to each case and after preparation of the colon. The most important strategy was tumor resection with primary anastomosis (by hand -sewn in two layers) without colostomy.
- Adenocarcinoma was the common pathological type (77) cases (96,25%).
- (75%) of rectal cancers and (58%) of colon cancers which were classified by Duke's staging system were in C stage.
- Mortality after surgery was (5%).

Keywords: Rectum, Sigmoid, Anastomosis.

* Associate Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

**Associate Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

***Postgraduate Student, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

مقدمة:

تعتبر الأورام الخبيثة في القولون والمستقيم من أهم المسائل الجراحية من حيث التشخيص، ونتائج المعالجة، حيث يشكل سرطان القولون والمستقيم (Colorectal Cancer) المرتبة الثالثة في نسبة الحدوث عند الرجال بعد سرطان الرئة والموتة والثاني عند النساء بعد سرطان الثدي^[1]، ولقد حصل تطور ملحوظ في العقدين الماضيين في فهم الآلية المرضية لهذا السرطان من الناحية الوراثية الجزيئية خاصة^[2]، كما تطورت طرق وتقنيات العلاج الجراحي بالإضافة لأنظمة المعالجات المتممة.

أهمية البحث وأهدافه:

إنّ السرطان القولوني المستقيمي يعدّ مشكلة طبية واقتصادية واجتماعية لما قد يسببه هذا المرض الخبيث من عجز جسدي ونفسي للمرضى، ولما يتطلبه من عناية طبية وجراحية خاصة سواء في مرحلة الاستقصاء الماسح أو المشخص أو في مرحلة العلاج الجراحي، والمتمم، وكذلك المتابعة طويلة الأمد لهؤلاء المرضى^[3]، وإنّ نسبة هامة من المرضى (خاصة في الدول التي ليس لديها برامج نخل فعليه لهذا السرطان عند المرضى ذوي الخطورة المرتفعة)^[4] يراجعون بمراحل متقدّمة من هذا المرض، كما أنّ نسبة المراضة والوفيات عند هؤلاء المرضى تبقى مرتفعة.

يهدف البحث إلى دراسة مرضى السرطان القولوني المستقيمي، وتوزعه، وطرق التشخيص، والعلاج الجراحي، ونتائج التشريح المرضي وتقويم النتائج ومقارنتها مع بعض النتائج العالمية والمحلية وصولاً إلى تحديد الوسائل الممكنة لتحسين هذه النتائج.

طريقة البحث ومواده:

المرضى المقبولون في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية والمعالجون لأجل السرطان القولوني المستقيمي. تتألف الدراسة من عينة استرجاعية (بدراسة الملفات ووثائق التشريح المرضي) بين عامي 2000-2003 ومن عينة استقبالية (ميدانية) بين عامي 2004 - 2007 حيث درسنا 31 حالة بشكل استرجاعي و 49 حالة بشكل استقبالي والمجموع 80 حالة.

تمّ إهمال بعض العينات من الدراسة الإسترجاعية بسبب نقص المعلومات، أو قصور الملفات في إتمام التحليل. أما مواد البحث فهي:

- القصة المرضية والفحص السريري (الأعراض والعلامات).
- الفحوص المخبرية (دموية، كيميائية، مستضدات ورمية).
- الفحوص الاستقصائية المتممة (صورة البطن البسيطة، التصوير بالأشعة فوق الصوتية، الصورة الظليلة، الطبقي المحوري، التنظير الهضمي السفلي والخزعة).
- الفحص النسيجي للعينات المستأصلة جراحياً أو المأخوذة بواسطة التنظير.

النتائج والمناقشة:

دراسة توزع المرضى:

التوزيع حسب الجنس: توزعت الحالات المدروسة حسب الجنس كما يلي: 36 ذكراً بنسبة 45% و 44 أنثى بنسبة 55% أي بمعدل إصابة الإناث إلى الذكور 1,2:1. والجدول التالي يبين التوزيع حسب الجنس مقارنةً بالنسبة العالمية حسب TROISI,RJ في دراسته عام 2004^[3]:

الجدول رقم(1) يبين التوزيع حسب الجنس مع المقارنة.

النسبة العالمية حسب TROISI,RJ	النسبة في دراستنا	عدد الحالات	الجنس
49%	45%	36	ذكور
51%	55%	44	إناث
100%	100%	80	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة إصابة الإناث أعلى من نسبة الذكور لدينا، وهذا موافق للنسب العالمية حسب دراسة TROISI,RJ^[3].

التوزيع حسب العمر: لم تسجل أي حالة سرطان قلوني مستقيمي خلال فترة الدراسة في مشفانا في العقدين الأولين من الحياة، لذلك توزعت الحالات حسب العمر عند الذكور والإناث كالتالي:
الجدول رقم (2) يبين توزع الحالات حسب العمر عند الذكور والإناث.

النسبة المئوية	المجموع	النسبة المئوية	عدد الحالات الذكور	النسبة المئوية	عدد الحالات الإناث	الفئة العمرية
3,75	3	-	-	3,75	3	30-21
10	8	3,75	3	6,25	5	40-31
22,5	18	11,25	9	11,25	9	50-41
30	24	15	12	15	12	60-51
22,5	18	10	8	12,5	10	70-61
7,5	6	3,75	3	3,75	3	80-71
3,75	3	1,25	1	2,5	2	90-81
100	80	45	36	55	44	المجموع

نلاحظ في الجدول أن هناك تزايداً في نسبة حدوث سرطان القولون والمستقيم مع التقدم بالعمر حتى الوصول إلى قمة الحدوث بالعقد السادس من الحياة عند الجنسين، ثم التناقص التدريجي، وهو موافق للنسب العالمية حسب دراسة TROISI,RJ^[3]، حيث يمثل العقد السادس قمة الحدوث، أما بالنسبة للحدوث قبل سن الأربعين نلاحظ أن النسبة هي (13,75%)، وهي أعلى من النسبة العالمية (6-8%)^[3]. وهذه النسبة العالية ملاحظة خاصة عند النساء 10%. لم تلاحظ لدينا أي حالة في العقدين الأولين للحياة.

التوزع حسب موقع الورم: قسمت الأورام حسب موقعها التشريحي كالتالي: بالقولون الصاعد، المعترض، النازل، السيني، المستقيم. وكان التوزع لدينا كالتالي:

الجدول رقم (3) يبين توزع المرضى حسب موقع الورم مقارنة بدراسة JEMAL الأمريكية

الموقع التشريحي للورم	عدد الحالات	النسبة المئوية	دراسة JEMAL الأمريكية 2006
الصاعد	18	22,5	19
المعترض	8	10	11
النازل	16	20	10
السين	26	32,5	25
المستقيم	12	15	35
المجموع	80	100	100

نلاحظ من خلال الجدول السابق أنّ أعلى نسبة للإصابة لدينا هي في القولون السيني 32,5%. بينما في دراسة أمريكية النسبة الأعلى في المستقيم 35% كما نلاحظ ارتفاع نسبة التوضع في القولون النازل 20% مقارنة بنسبة 10% في دراسة JEMAL .
دراسة وسائل التشخيص:

اعتمدت الوسائل التالية في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية في الدراسة التشخيصية، وتقييم الورم:

- 1- القصة والفحص السريري.
 - 2- الفحوص المخبرية.
 - 3- الفحوص الشعاعية والتصويرية المتممة.
 - 4- التنظير الهضمي السفلي والدراسة التشريحية المرضية للخزعة.
- دراسة الأعراض والعلامات السريرية: قسّمت حالات الدراسة إلى مجموعتين رئيسيتين من الناحية السريرية: الحالات المنتقاة: المشخصة مسبقاً والمحوّلة خاصة من قسم أمراض الهضم. الحالات الإسعافية: التي تمّ تشخيص المرض فيها أثناء الجراحة الإسعافية المجراة بسبب بطن جراحي وجد أنّه ناجم عن الورم (مضاعفة): انتقاب أو انسداد فكانت النتائج كالتالي:

الجدول رقم (4) يبين توزع الحالات حسب كونها إسعافية أم منتقاة مع المقارنة

نمط الحالة	عدد الحالات	النسبة المئوية في دراستنا	دراسة مشفى JEMAL الأمريكية 2006
منتقاة	69	86,25	90
إسعافية	11	13,75	6

نلاحظ من خلال الجدول السابق أنّ نسبة الحالات الإسعافية لدينا (13,75%) هي أعلى من نسبة دراسة مشفى JEMAL مما يدل على تأخّر التشخيص عندنا.

كما توزعت الأعراض والعلامات السريرية في الحالات المنتقاة كالتالي:

الجدول رقم (5) يبين النسب المئوية للأعراض والعلامات السريرية مع المقارنة

الأعراض والعلامات	النسبة المئوية بدراستنا	دراسة د. الجمال	دراسة مشفى JEMAL الأمريكية 2006
الألم البطني	85,5	79	80
النزف الهضمي السفلي	51	60,9	70
تغيّر عادات التغوّط	43	51	57
كتلة بالبطن	17,5	18	11
فقر الدم	6	8,9	29

نلاحظ من خلال الجدول السابق أنّ الألم البطني بمختلف أشكاله هو العرض السريري الأكثر شيوعاً (85,5%) يليه النزف الهضمي السفلي (51%) ثمّ التغيّر بعادات التغوط (43%)، كما أنّ نسبة وجود كتلة مجسوسة بالبطن عند مرضانا (17,5%). أمّا بالنسبة لأعراض وعلامات فقر الدم فالنسبة المذكورة 6% تمثّل نسبة الحالات التي راجع فيها المرضى بأعراض وعلامات فقر الدم ومن خلال الدراسات الروتينية والمخبرية تبين أنّ لديهم سرطان قولوني مستقيمي. هذه النسبة قد تكون أعلى من ذلك لدينا لأنّه لا يمكن بالضبط إحصاء الحالات التي راجعت بشكاية فقر الدم لكنها تبقى منخفضة قياساً بالنسبة في دراسة JEMAL الأمريكية. هذا يدل على أهمية أخذ فقر الدم بالاعتبار كمفتاح سريري في تشخيص سرطان القولون والمستقيم خاصة عند المرضى بعمر 40 سنة وما فوق [5]. أمّا بالنسبة للمرضى المشخّص لديهم سرطان قولوني مستقيمي فقد تبين أنّ 67,5% منهم (54) حالة لديهم فقر دم احتاج معظمهم للإصلاح بنقل الدم المناسب قبل الجراحة. أمّا بالنسبة للحالات الإسعافية فقد توزعت حسب كونها (انسداد أو انتقاب) كالتالي مع المقارنة بدراسة د. الجمال:

الجدول رقم (6) يبين نسب توزع الحالات الإسعافية مع المقارنة بدراسة د. الجمال

الحالات الإسعافية					
الانسداد			الانتقاب		
عدد الحالات	النسبة المئوية	دراسة د. الجمال	عدد الحالات	النسبة المئوية	دراسة د. الجمال
9	11,25	15	2	2,5	1,3

نلاحظ من خلال الجدول السابق أنّ حالات الانسداد لدينا أقل مما هي عليه في دراسة د. الجمال مع نسبة أعلى الضعف تقريباً لحالات الانتقاب. بالنسبة لحالات الانسداد فكان توضع الورم الساد كالتالي: السنين 5 حالات (6,25%)، المستقيم حائلتين (2,5%)، النازل حالة (1,25%)، الصاعد حالة (1,25%)، أمّا بالنسبة لحالات الانتقاب فكانت إحداها على حساب السنين والأخرى بالأعور. دراسة الفحوص المخبرية: من خلال الفحوص المخبرية تبين أنّ (54) مريضاً أي (67,5%) كان لديهم فقر دم مع العلم أنّ (6%) من المرضى درسوا على أساس فقر دم، و تبين أنّ سببه سرطان قولون ومستقيم.

بالنسبة للمرضى الذين أجري لديهم معايرة CEA (المستضد السرطاني الجنيني) قبل الجراحة فقد كان عددهم 6 مرضى بنسبة 7,5%، وقد كانت قيمه مرتفعة عند 4 مرضى (66,6%). أما بالنسبة لـ C19-9 أجري لدى ثلاثة مرضى فقط قبل الجراحة (3,75%).

دراسة الطبقي المحوري CT: أجري الطبقي المحوري عند (40) مريضاً بنسبة (50%) وذلك لتقييم امتداد الورم وفي بعض الحالات أجري في إطار الاستقصاء والتشخيص، كما استفدنا منه في تقييم النقائل اللمفية الناحية للورم وكذلك النقائل البعيدة خاصة بالكبد.

دراسة التصوير بالأشعة فوق الصوتية Ultrasound Echography: أجري في إطار التقييم عند (76) مريضاً بنسبة (95%)، كما أجري في جميع الحالات الإسعافية، وكشف عند بعض المرضى وجود كتلة بطنية قادت لإجراء فحوص متممة أخرى. وكان له دور في تقييم النقائل البعيدة خاصة في الكبد حيث كشف وجود كتل كبدية عند (5) مرضى بنسبة (6,25%) تبين فيما بعد أنها نقائل من سرطان القولون والمستقيم .

دراسة التنظير الهضمي السفلي: أجري تنظير القولون في الحالات المنتقاة عند (64) مريضاً بنسبة (80%) وتم إثبات التشخيص بإجراء الخزعة والدراسة التشريحية المرضية قبل الجراحة عند هؤلاء المرضى. أما في الحالات الخمس المتبقية من أصل الحالات المنتقاة فقد شخّصت بالخزعة المأخوذة بواسطة تنظير السين والمستقيم القاسي أو المرن بنسبة (6,25%)، وبالتالي فإنّ التنظير الهضمي السفلي أجري في كل الحالات المنتقاة بنسبة (86,25%). تجدر الملاحظة أنّ بعض الحالات التي أجري التنظير فيها وشخصت على أنها بوليبيات تبين بالدراسة التشريحية المرضية بعد الجراحة أنها سرطان أو فيها تحوّل سرطاني.

دراسة صورة القولونات الظليلة: أجريت عند (18) مريضاً بنسبة (22,5%) حيث لم تقدّم معلومات مفيدة عند (4) مرضى ربما لأسباب فنية تقنية وأظهرت عيوب امتلاء عند (11) مريضاً أي (61,1%) من المرضى وتضيقاً أو انسداداً عند (3) مرضى أي (16,7%).

دراسة صورة البطن البسيطة: أجريت لدينا في كل الحالات الإسعافية وكانت ذات قيمة هامة في وضع استطباب الجراحة بالإضافة للسريريات، حيث أظهرت غازاً حرّاً في البطن أو نموذجاً لانسداد الأمعاء، أما في الحالات المنتقاة بالرغم من أنها أجريت عند غالبية المرضى بشكل روتيني فهي لم تقدّم معلومات هامة. ويمكن تلخيص النتائج السابقة كالتالي:

الجدول رقم (7) يبين توزيع نسب إجراء الوسائل الاستقصائية

وسيلة التقييم	AXR	CEA	الإيكوغرافي	C.T	الصورة الظليلة	تنظير هضمي سفلي
عدد الحالات	74	6	76	40	18	69
النسبة المئوية	92,5	7,5	95	50	22,5	86,25

دراسة الطريقة المتبعة في تحضير المرضى قبل الجراحة:

بعد وضع التشخيص يجب تحضير المريض قبل الجراحة وتتضمن الطريقة المتبعة لدينا:

- دراسة المريض المخبرية والشعاعية.
- تحضير المريض من الناحية العامة (قلبية- تنفسية... الخ).
- موافقة المريض وأهله على الجراحة ونسب الخطورة المحددة مع الموافقة على احتمال إجراء شرح مضاد للطبيعة.

- تحسين حالة المريض الغذائية وإصلاح فقر الدم.
- تحضير وحدات الدم المناسبة.
- تحسين الاضطراب الشاردي والصدمة والاضطرابات الدموية في الحالات الإسعافية.
- تحضير القولونات قبل يوم العمل الجراحي في الحالات الانتقائية كما يلي [6]:
 - A. حمية سائلة في اليوم أو اليومين السابقين للجراحة.
 - B. غسيل ميكانيكي للأمعاء والقولونات بمحلول PEG حيث تحل 4 ظروف منه في 3-4 ليتر من الماء أو المحلول المالح ويتناولها المريض على دفعات.
 - C. الحقن الشرجية.
 - D. مراقبة الشوارد الدموية بعد الغسل وإصلاحها بحال اضطرابها (لم تكن تجر هذه المراقبة دائماً لدينا).
 - E. يعطى Erythromycin فمويماً بجرعة 1 غ ثلاث مرات في اليوم السابق للجراحة الساعة 1 ظهراً - الساعة 3 ظهراً - الساعة 11 ليلاً.
 - F. وضع قنطرة وريد مركزي مساء الجراحة عند أغلب المرضى.
 - G. قنطرة بولية عند بدء التخدير.
 - H. التغطية بالصادات الجهازية: تبدأ قبيل الجراحة وأحياناً تستمر 7 أيام.
- نحن نستخدم السيفالوسبورينات (الجيل الثالث) مع الميترونيدازول في أغلب الحالات.
- I. تصوير ظليل للجهاز البولي أو وضع قناطر حالبية في بعض الحالات التي يشك فيها بوجود ارتشاح ورمي بالسبيل البولي، أو كدليل أثناء الجراحة لتحديد الحالب وتجنب أذيته في بعض الحالات.

دراسة طرق العمل الجراحي:

اختلف التدبير لدينا إجمالاً حسب كون الحالة انتقائية أو إسعافية وكذلك حسب حالة الورم ووجود النقائل وكذلك حسب حالة المريض.

الحالات الإنتقائية: (69) حالة: 86,25% تم تدبيرها كالاتي:

- (48) حالة (69,5%): استئصال الورم سواء شافياً أم ملطفاً مع إجراء مفاغرة بدون إجراء شرح مضاد للطبيعة.
- (20) حالة: (25%) استئصال الورم مع إجراء شرح مضاد للطبيعة دائم أو مؤقت.
- حالة واحدة: (1,25%) لم يستأصل فيها الورم ولم يجر فيها شرح مضاد للطبيعة وكان التدبير فقط تجاوز الورم بمفاغرة.

ونلخص النتائج في الجدول التالي مع المقارنة بدراسة د. الجمال:

الجدول رقم (8) يبين توزع نسب طرق التدبير الجراحي في الحالات الانتقائية مع المقارنة بدراسة د. الجمال

التدبير	عدد الحالات	النسبة المئوية	النسبة في دراسة د. الجمال
استئصال الورم مع مفاغرة بدئية دون شرح مضاد للطبيعة (مرحلة واحدة)	48	69,6	78,2
استئصال الورم مع فغر قولون دائم أو مؤقت	20	29	19
تجاوز الورم بمفاغرة فقط (جراحة تلطيفية)	1	1,4	2,8

نلاحظ من خلال الجدول السابق أنه لدينا نسبة أقل للاستئصال والمفاغرة البدئية مما هو عليه الحال في دراسة

د. الجمال ونسبة أعلى إجمالاً لإجراء الشرح المضاد للطبيعة.

وبالنسبة لطريقة إجراء المفاغرة القولونية - القولونية أو المفاغرة القولونية - الدقاقية فكانت تجرى يدوياً على طبقتين أو طبقة واحدة أو بالسابلر وتوزعت النسب كالتالي:

الجدول رقم (9) يبين توزع نسب إجراء المفاغرة القولونية - القولونية أو القولونية - الدقاقية

طريقة المفاغرة	عدد الحالات	النسبة المئوية
يدوية على طبقتين	40	81,6
يدوية على طبقة واحدة	4	8,2
بالسابلر	5	10,2
المجموع	49	100

نلاحظ إجمالاً أننا استخدمنا غالباً المفاغرة اليدوية على طبقتين مع استخدام قليل للسابلر. تدبير الحالات الإسعافية: (11) حالة: (13,75%) تمّ تدبيرها حسب حالة المريض العامة والموجودات أثناء فتح البطن مثل مكان توضع الورم وانتشاره ووجود الانتقالات وتعددت الإجراءات الجراحية حسب كل حالة: استئصال الورم مع مفاغرة بدئية دون حماية بشرج مضاد للطبيعة، استئصال الورم مع مفاغرة بدئية وحمايتها بأحد نماذج الشرح المضاد للطبيعة، إجراء هارتمان، إجراء شرح مضاد للطبيعة فقط كتدبير أولي.

دراسة مضاعفات الجراحة:

درست المضاعفات الحادثة أثناء الجراحة وبعدها وتمكّننا من إحصاء النتائج التالية:

المضاعفات أثناء الجراحة:

- تأذي الطحال وبالتالي استئصاله في 3 حالات (3,75%) حيث كان الورم متوضعاً في الزاوية الطحالية أو قريباً منها وحدثت الأذية أثناء تحرير الزاوية القولونية الطحالية.
- أذية المثانة: حالتين (2,5%) حدثت في مقاربة أورام المستقيم وتمّ علاجها بنجاح بالخياطة والقثطرة البولية لعدة أيام.
- النزف الشديد أثناء الجراحة: والذي تطلّب نقل عدة وحدات دم أو دخول المريض بصدمة: حالتين (2,5%) أيضاً أثناء الجراحة على أورام المستقيم.

المضاعفات بعد الجراحة:

- التهاب وريد خثري DVT وصمة رئوية PE : (4) حالات (5%).
- اختلاطات قلبية: (3) حالات (3,75%).
- نزف من المنازح أدى لإعادة الاستقصاء: حالة واحدة (1,25%).
- إنتان الجرح حدث في (6) حالات من أصل (11) إسعافية بنسبة (54,5%).
- (11) حالة من أصل (69) منتفاة بنسبة (15,9%).
- أي بنسبة وسطية (21,25%) وهي نسبة عالية مقارنةً بالنسب العالمية حسب JEMALE^[3]: أقل من (10%).
- النواسير البرازية: (4) حالات (5%) استجابت حالتين منها للعلاج المحافظ.
- انفكالك المفاغرة: (4) حالات (5%) وهي أعلى من النسب العالمية حسب JEMALE [4]: 3,4%.

- انسداد الأمعاء (فتوق داخلية): حالتين (2,5%) تطلبت إعادة الفتح الجراحي أثناء إقامة المريض بالمشفى.
- وفاة بعد الجراحة: (4) حالات (5%) وهي أعلى قليلاً من النسب العالمية الحديثة^[4].
- كما حدثت مضاعفات أخرى متفرقة.

ونلخص النتائج السابقة بالجدولين التاليين:

الجدول رقم (10) يبين المضاعفات أثناء الجراحة

المضاعفة	أذية الطحال	أذية المثانة	النزف
عدد الحالات	3	2	2
النسبة المئوية	3,75	2,5	2,5

الجدول رقم (11) يبين المضاعفات بعد الجراحة

المضاعفة	عدد الحالات	النسبة
DVT أو صمة رئوية	4	5%
اختلاطات قلبية	3	3,75%
نزف من المفجرات	1	1,25%
إنتان الجرح	17	21,25%
نواسير برازية	4	5%
انفكاك المفاغرة	4	5%
انسداد أمعاء	2	2,5%
وفاة	4	5%
أخرى	5	6,25%

على الرغم من أن عدة مضاعفات قد تحدث عند مريض واحد، وكذلك هنالك بعض المضاعفات التي لم نتمكن من دراستها، لكننا نلاحظ من خلال الجدولين السابقين أنه لدينا نسبة هامة ومرتفعة لحدوث المضاعفات أثناء وبعد الجراحة خاصة إنتان الجرح (21,25%)^[6]، مما يبرز أهمية التقييم الأمثل للمريض قبل الجراحة والتقنية أو الإستراتيجية الجيدة أثناءها وكذلك المتابعة والمراقبة الحثيثة بعدها.

دراسة التشريح المرضي ودرجة الورم:

تمت الدراسة التشريحية المرضية على كل حالات سرطان القولون والمستقيم المستأصل جراحياً حيث درسنا تقارير التشريح المرضي في (79) حالة، ومن خلال تقرير التشريح المرضي للخزعة المأخوذة بالتنظير الهضمي السفلي في حالة واحدة والتي لم يتم الاستئصال فيها، وتبين من خلال الحالات المدروسة أن النمط النسيجي المسيطر هو Adenocarcinoma حيث وجد في (77) حالة بنسبة (96,25%)، وهذه النسبة تتوافق مع النسبة العالمية حسب TROISIRJ (90-95%) [3]، وبقيت الحالات وعددها ثلاث (3,75%) شكلت الأورام الأخرى التالية:

لمفوما Lymphoma : حالة واحدة (1,25%) وهي لمفوما لا هودجكن بدئية.

سرطاوي خبيث Carcinoid : حالة واحدة (1,25%).

شائك الخلايا Squamous cell: حالة واحدة (1,25%).

ومن السرطان الغدي تبين أنّ (14) حالة أي (17,5%) هي سرطان مفرز للمخاط وهذا يتشابه مع بعض الدراسات الإحصائية العالمية حيث كانت النسبة (10-20%) [6].

والجدول التالي يبين عدد ونسب كل نوع حسب الفحص النسيجي:

الجدول رقم (12) يبين عدد ونسب الحالات حسب الفحص النسيجي

نوع السرطان	عدد الحالات	النسبة المئوية
السرطانة الغدية	77	96,25
شائك الخلايا	1	1,25
سرطاوي خبيث	1	1,25
لمفوما	1	1,25
المجموع	80	100

أما فيما يتعلّق بتصنيف درجة الورم حسب الدراسة التشريحية المرضية، والتي لها أهميّة في الإنذار [6] فقد بلغ عدد حالات الدرجة الأولى (5) حالات بنسبة (6,25%)، والدرجة الثانية (38) حالة بنسبة (47,5%)، الدرجة الثالثة (20) حالة بنسبة (25%) الدرجة الرابعة (7) حالات بنسبة (7,5%)، أما الحالات غير المحددة (والتي لم تحددتها تقارير التشريح المرضي) فقد بلغت (10) حالة بنسبة (12,5%)، والجدول التالي يلخص النتائج السابقة مع المقارنة بنتائج دراسة د. الجمال والدراسة العالمية حسب TROISI,RJ [3].

الجدول رقم (13) يبين عدد ونسب درجات الورم مع المقارنة.

درجة الورم	عدد الحالات	النسبة المئوية	النسبة في دراسة د. الجمال	النسب العالمية حسب TROISI,RJ
درجة I	5	6,25	2,8	11
درجة II	38	47,5	43,7	64
درجة III	20	25	14,5	25
درجة IV	7	8,75	5,2	-
غير محددة	10	12,5	33,8	-
المجموع	80	100	100	-

نلاحظ من خلال الجدول السابق أنّ أغلب الحالات المحددة لدينا كانت من الدرجة الثانية ثمّ من الدرجة الثالثة ولكن بنسبة أقل من النسب حسب TROISI,RJ [3]، كما أنّ الحالات غير المحددة لدينا هي أقل مما هي عليه في دراسة د. الجمال.

كما لاحظنا من خلال دراسة تقارير التشريح المرضي أنّ درجة تميّز السرطان كانت متوسطة في النسبة الأكبر من الحالات يليها السرطانات جيدة التميّز.

التصنيف حسب نظام Duke:

لقد تمّ دراسة 58 حالة حسب هذا التصنيف [1,6] (والذي يعتمد على عمق اختراق الورم لجدار الأمعاء) منها 8 حالات لسرطان المستقيم والباقي 50 حالة لسرطان القولون وكانت النتائج كالتالي: بالنسبة لسرطان القولون توزعت الحالات كالتالي:

الجدول رقم (14) يبين عدد ونسب حالات سرطان القولون حسب تصنيف Duke

المرحلة	عدد الحالات	النسبة المئوية
A	3	6
B	18	36
C	29	58
المجموع	50	100

أما بالنسبة لسرطان المستقيم فقد توزعت الحالات كالتالي: 6 حالات من أصل ثمان كانت في المرحلة C بنسبة (75%) والحالتين الباقيتين كانت في المرحلة B بنسبة (25%).
نلاحظ من خلال ما سبق أنّ حالات السرطان القولوني المستقيمي المدروسة تبعاً لتصنيف Duke كانت أعلى نسبة لها في المرحلة C: 27 حالة (58%) في سرطان القولون و 6 حالات (75%) في سرطان المستقيم متبوعاً بالمرحلة B بالنسبة لعدد الحالات.

الاستنتاجات والتوصيات:

من خلال الدراسة السابقة، لا بدّ لنا من التركيز على النقاط التالية:

- ❖ لقد وجدنا أنّ الألم البطني، النزف الهضمي السفلي، وتغيّر عادات التغوط هي الأعراض السريرية الأكثر شيوعاً عند مرضى السرطان القولوني المستقيمي، لذلك يجب التفكير بهذا السرطان عند وجود تلك الأعراض واللجوء دائماً للاختبارات المتممة وإعادتها عند الضرورة حتّى جلاء التشخيص ووعدم ربط الآلام البطنية التشنجية دائماً بتشج القولون قبل نفي السرطان القولوني المستقيمي.
- ❖ إنّ (58%) من مرضى السرطان القولوني و (75%) من مرضى السرطان المستقيمي شخّص لديهم المرض بالمرحلة C حسب تصنيف Duke، مما يعني أنّ نسبة هامة من المرضى يشخص لديهم السرطان في مرحلة متقدمة وذلك بسبب تأخر التشخيص، لذلك نؤكد على أهمية التشخيص المبكر من خلال إجراء الاستقصاءات المناسبة عند الشك بهذا السرطان بناءً على الموجودات السريرية أو على وجود عوامل خطورة عند المريض.
- ❖ بالحالات الإسعافية: يجب وضع التدبير المناسب حسب حالة كل مريض وفق الشروط المناسبة للوصول إلى أفضل النتائج.
- ❖ الاهتمام بإجراء فحوص المتابعة وخاصة الواسمات الورمية مثل CEA بعد الجراحة لكشف حالات النكس المبكرة.
- ❖ نوصي بأهمية تشجيع المرضى وتقفيهم حول فائدة المتابعة طويلة الأمد بعد الجراحة خاصة أول سنتين لكشف حالات النكس المبكرة.
- ❖ الدعم النفسي للمرضى قبل وبعد الجراحة ومناقشة الخيارات الجراحية معهم ومع ذويهم وخاصة الشرح المضاد للطبيعة وتدريبهم على العناية به.

- ❖ الاهتمام بالمرضى ذوي الخطورة المرتفعة وإجراء الفحوص الدورية لهم.
 - ❖ سرطان القولون يمكن أن يحدث في أي مكان من القولون^[6]، لذا من الضروري أن تجرى الفحوص الاستقصائية لكامل القولون.
 - ❖ دراسة حالات فقر الدم بجدية أكثر ونفي السرطان القولوني المستقيمي عند كل مريض فقر دم حديث الكشف خاصة بعد عمر الأربعين.
 - ❖ أهمية تقييم المريض قبل الجراحة ووضع الاستراتيجية المناسبة واتباع أفضل التقنيات بما فيها الستابيلر وكذلك المتابعة الطبية الجيدة للمرضى بعد الجراحة لتجنب المضاعفات وكشفها باكراً أو تدبيرها في حال حدوثها.
 - ❖ وكذلك لا بدّ من ذكر ما توصي به الجمعية الأمريكية للسرطان وأطباء المايوكلينيك^[1,6]:
 - a. أن يبدأ الاستقصاء بعد عمر الأربعين ويمكن أن يكون مبكراً وتواتر الاستقصاء متقارباً في حال وجود عوامل خطورة.
 - b. إجراء استقصاء إذا حدث لأكثر من أسبوعين:
 - اضطراب عادات التغوط، إسهال، إمساك، تغير قوام البراز.
 - نزف شرطي أو دم بالبراز.
 - عدم ارتياح بطني مثل الغازات والآلام البطنية.
 - الشعور بالامتلاء دائماً.
 - نقص وزن وشهية مفاجئ غير مفسر.
 - وهن عام.
 - c. تحري الدم الخفي بالبراز سنوياً بعد عمر الأربعين.
 - d. تنظير مستقيم وسين أو تصوير ظليل كل 5 سنوات بعد الخمسين.
 - e. تنظير قولون Colonoscopy.
- أخيراً نذكر أنّ دراسة السرطان القولوني المستقيمي هي بحث واسع جداً لذلك، لا بدّ من دراسات فرعية تتعلق بالعوامل الإراضية، وسائل تقصي السرطان... الخ. كما نأمل في المستقبل أن تجرى دراسات متابعة شاملة لكي يتسنى لنا معرفة نسب الحياة ونسبة نكس الورم ومدى نجاعة العلاجات المتممة.

المراجع:

1. SCHWARTZ, S.I ;TOM, S.G. *Principles Of Surgery*.8th ed, New York, USA, 2007, 1226 -1249.
2. JESSUP, J.M; MCGINNIS, L.S; STEEL, E.D. *The National Cancer Data Base*. Cancer 2004, 78-91.
3. TROISI, R.J; FREEDMAN, H.A. *Incidence of colorectal carcinoma: an update of trends by gender, race, age, subsite, and stage*. 2004, 211-255.
4. JEMAL,A.E; SIEGEL,R.T; WARD, E.I. *Cancer statistics*. CA Cancer J Clin, 2006, 26-60.
5. SPEIGHTS, V.O; JOHNSON, M.W. *Colorectal cancer: Current trends in initial clinical manifestations*. South Med, 1991,84 -575.
- 6.CURRENT, W.W ;GERARD.M,D. *surgical diagnosis & treatment*. 11th Ed, London,UK, 2003, 339 -370.