

دراسة سريرية لـ 125 حالة من سرطان المستقيم المنخفض

الدكتور حمود نصر*

(تاريخ الإيداع 15 / 8 / 2007. قَبِلَ للنشر في 31 / 12 / 2007)

□ الملخص □

يهدف هذا العمل الى دراسة كيفية مقارنة وتدبير سرطان المستقيم المنخفض، وتقييم وسائل المعالجة المتبعة محلياً، نتائجها خلال فترة سبع سنوات (2000-2006).

وقد شملت هذه الدراسة 125 مريضاً مصاباً بسرطان المستقيم المنخفض راجعوا مستشفى الأسد الجامعي ومستشفى المواساة الجامعي بدمشق خلال الفترة بين عامي 2000 و2006، وكانت الدراسة استيعادية (retrospective).

ولقد تمثلت نتائج الدراسة في ميل أورام الثلث السفلي للمستقيم لإصابة الذكور من كبار السن. وشكل التغطوط الدمى أهم التظاهرات السريرية، وتلاه الزحير الغائطي. وحافظت الإجراءات الحديثة على قابلية الاستئصال مع تحسن إجراء القطع الأمامي المنخفض مقابل البتر البطني العجاني، والمحافظة على المعصرة الشرجية في نسبة أكبر من المرضى.

تم تحويل جميع المرضى إلى مركز الطبي النووي لمتابعة العلاج، لذلك لم تتم متابعتهم من قبلنا على المدى الطويل.

وكخلاصة لهذه الدراسة تبين بوضوح أن العلاج المتمم ما قبل الجراحة هو وسيلة ممتازة لتحسين البقيا وتخفيض النكس الموضعي وزيادة عدد العمليات المحافظة على المعصرة الشرجية.

كلمات مفتاحية: سرطان المستقيم، سرطان الكولون، القطع الأمامي المنخفض، البتر البطني العجاني.

* أستاذ مساعد في قسم الجراحة العامة بكلية الطب - جامعة دمشق - دمشق - سورية.

Clinical Study of 125 Cases of Low Rectal Cancer

Dr. Hamoud Nasr*

(Received 15 / 8 / 2007. Accepted 31/12/2007)

□ ABSTRACT □

The objective of this study is to evaluate our approach to low rectal cancer, to manage and assess the procedures used in the last seven years (2000-2006). The study included 125 patients who had low rectal cancer and who were referred to Al Assad University Hospital and Al Mouassat University Hospital in Damascus between 2000 and 2006. The study was performed retrospectively .

Newer interventions have maintained our ability to totally resect the tumor in addition to improving the proportion of sphincter-preserving procedures, that is to perform low anterior resection rather than abdominoperineal resection. All patients were referred to the nuclear medical center to complete their treatment, so they were not followed by us on the long term.

Keywords: Rectal cancer, Colon cancer, Low Anterior Resection, Abdominoperineal Resection.

* Associate Professor, Department of General Surgery, Faculty of Medicine, Damascus University, Damascus Syria.

مقدمة:

تعتبر أورام الكولون والمستقيم من أشيع السرطانات المشاهدة لدى كل من الرجال والنساء. ويعتبر سرطان المستقيم المنخفض من أشيع أورام المستقيم. ونظراً لقرب هذه الأورام من المعصرة الشرجية، فإن تدبيرها يحتاج دائماً لاعتبارات خاصة.

كانت عملية البتر البطني العجاني (abdominoperineal resection) تشكل أكثر من ثلثي العمليات التي تجرى في حالات الأورام المنخفضة. ولكن تطور الوسائل التدبيرية المستخدمة، مثل العلاج المتمم ما قبل الجراحة والجراحة الموضعية ومفاغرة الجيب الكولوني مع الشرج، قد خفض من إجراء هذه العملية الباترة التي تسيء إلى نوعية الحياة، وأتاح إجراء العمليات المحافظة على المعصرة الشرجية (sphincter-sparing procedures)، مثل القطع الأمامي المنخفض (low anterior resection). [1]

هدف البحث و أهميته:

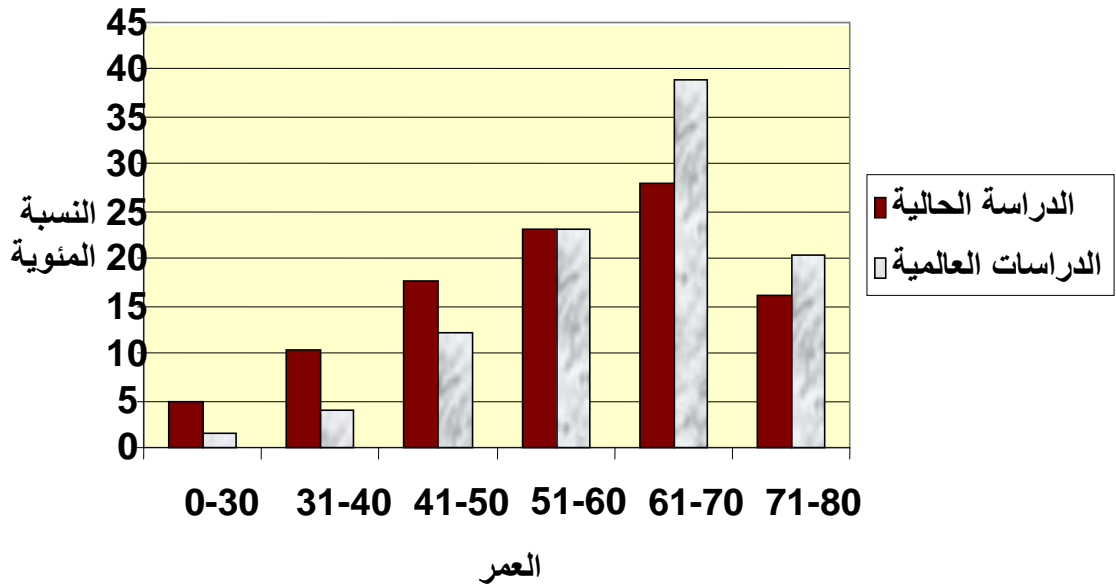
لقد قمنا في هذا البحث بدراسة مجموعة من المرضى الذين يعانون من أورام المستقيم المنخفضة وإلقاء نظرة على تدبيرها خلال السنوات السبع الأخيرة (2006-2000) في مستشفى الأسد الجامعي، ومستشفى المواساة الجامعي في دمشق.

المواد وطرق الدراسة:

أجريت دراسة استيعادية (retrospective) لحالات سرطان المستقيم المنخفضة التي راجعت مستشفى الأسد الجامعي، ومستشفى المواساة الجامعي في دمشق، وأجري لها عمل جراحي بين كانون الثاني عام 2000 وكانون الأول عام 2006، والتي بلغ عددها 125 حالة، وذلك من خلال مراجعة سجلات المرضى والعمليات ونتائج التشريح المرضي. تضمنت الدراسة توزيع الحالات حسب العمر والجنس والأعراض والعلامات التي راجع بها المريض. تم التركيز على المعالجة المتممة التي أعطيت قبل أو بعد الجراحة بالإضافة إلى نوع العمل الجراحي المجرى والاختلاطات الناجمة عنه. كما تمت دراسة التشريح المرضي ودرجة الورم والتصنيف المرحلي بعد الجراحة.

النتائج:

تمت دراسة 125 مريضاً راجعوا بسرطان في الثلث السفلي للمستقيم بهدف الشفاء أو التلطيف خلال فترة سبع سنوات (2006-2000) في مستشفى الأسد الجامعي ومستشفى المواساة الجامعي بدمشق. كان معظم المرضى من الذكور، حيث بلغ عدد الحالات 82 حالة (65,5%)، وشكلت الإناث بقية الحالات حيث بلغ عدد المرضى 43 حالة (34,4%). أما بالنسبة للعمر فقد شخصت معظم الحالات بعمر 51-70 سنة، ويشكل هؤلاء حوالي 50% من جميع المرضى (المخطط 1).



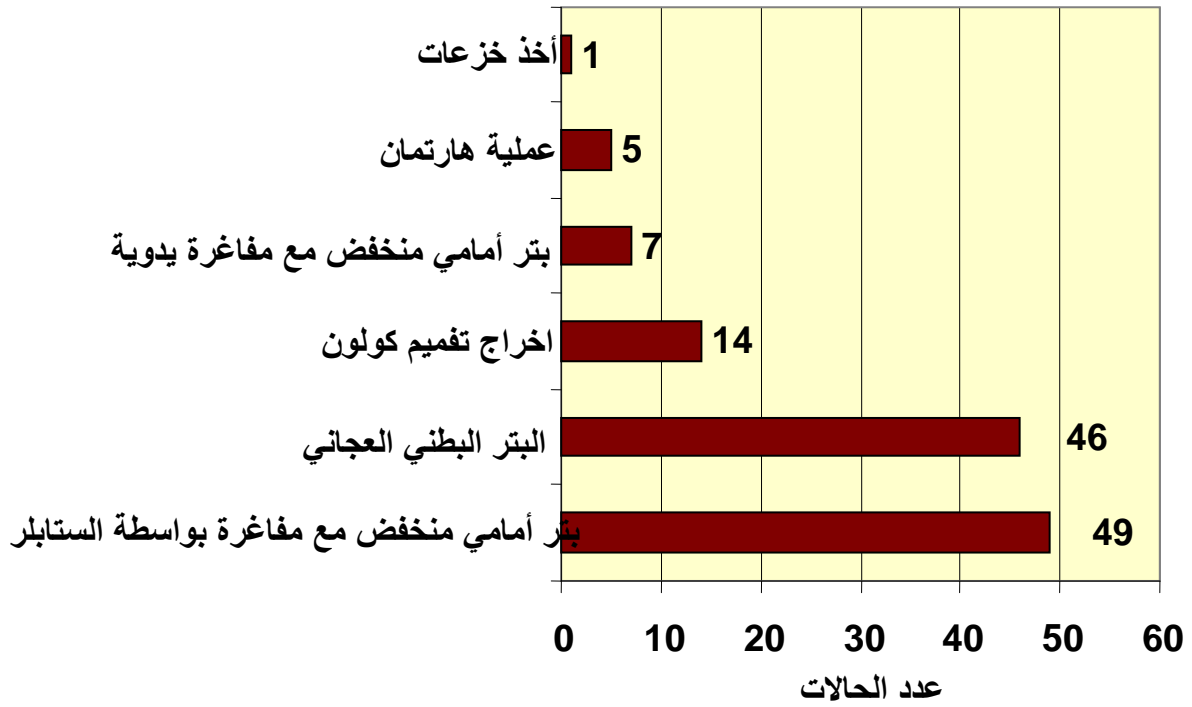
المخطط (1). توزيع الحالات بالنسبة للعمر ومقارنتها مع الدراسات العالمية

أما بالنسبة للتظاهرات السريرية التي راجع بها المرضى (الجدول 1) فقد راجع أكثر من 90% منهم العيادة الخارجية بشكوى مزمنة، وتضمنت أشيع الشكايات التغوط المدمى (94%)، الزحير الغائطي (45%)، والإسهال (23%). وراجعت نسبة صغيرة من المرضى قسم الإسعاف بشكل طارئ (أقل من 10%)، حيث أدى الورم إلى حدوث اختلاط مثل انسداد الأمعاء (4,8%)، انتقاب الأمعاء (1,6%)، والنزف الهضمي السفلي الحاد (2,4%)، وتم تشخيص الورم في هذه الحالات في قسم الإسعاف.

تمت دراسة المرضى حسب حالة كل مريض باستخدام تصوير البطن بالأموح فوق الصوتية والتصوير الطبقي المحوري، كما استخدم التصوير بالأموح فوق الصوتية عبر التنظير الباطني في الحالات المدروسة في السنوات الأخيرة نظراً لعدم توفره سابقاً في المستشفيات التي أجريت فيها الدراسة. أظهرت الدراسة التشخيصية قبل الجراحة أن الورم غير قابل للاستئصال الشافي بسبب النقائل الجهازية في 3 حالات (2%). وخضعت جميع الحالات المتبقية إلى الجراحة وعددها 122 حالة (98%) (مع أو من دون تطبيق المعالجة الشعاعية الرادفة قبل الجراحة).

الجدول (1): التظاهرات السريرية المختلفة التي راجع بها المرضى.		
النسبة المئوية	عدد المرضى	التظاهرات السريرية
الحالات غير الإسعافية		
94,4%	118	التغوط المدمى
44,8%	56	الزحير
23,2%	29	الإسهال
39,2%	49	الإمساك
26,4%	33	الألم البطني العجاني
30,4%	38	نقص الوزن
0,8%	1	ناسور مستقيمي معوي
الحالات الإسعافية		
4,8%	6	انسداد الأمعاء
2,4%	3	النزف الهضمي السفلي
1,6%	2	انتقاب الأمعاء

تم ابتداء العمل الجراحي في جميع الحالات بإجراء شق ناصف أعلى وأسفل السرة بهدف استقصاء البطن وجس الورم. تم تحري وجود الحبن واستقصاء السطوح الصفاقية الجدارية والحشوية للبحث عن الانتقالات، كما تم استقصاء الكبد والعقد اللمفاوية حول الأبهري، ثم تم جس الورم لتحري الارتشاح الموضعي. واختلف التدبير الجراحي المتبع حسب موجودات الاستقصاء الجراحي ونوع العمل الجراحي (إسعافي أو انتخابي) (المخطط 2). أمكن إجراء البتر الأمامي المنخفض مع المفاغرة المباشرة النهائية-النهائية في 54 حالة (44% من الحالات التي خضعت للجراحة)، وأجريت هذه المفاغرة في معظم الحالات بواسطة الستابلر (49 حالة أو 42% من الحالات التي خضعت للجراحة)، وأجريت بالخياطة اليدوية في 5 حالات. لم يكن هناك مفر من البتر البطني العجاني في 46 حالة (37,7% من الحالات التي خضعت للجراحة) نظراً لانخفاض مستوى الورم. أجري تقييم الكولون بهدف تظيفي في 14 حالة (11,5%)، وكان التقييم على الكولون المعترض في 10 حالات وعلى الكولون النازل في 4 حالات. أجريت عملية هارتمان في 5 من المرضى (4,1%)، حيث تم ترك الورم في مكانه مع قطع الكولون وتقييم النهاية القريبة مع إغلاق النهاية البعيدة وتركها في جوف البطن. وفي النهاية كان الورم قابلاً للاستئصال الجراحي الشافي أو الملطف في 108 حالات من أصل 125 (86,4%). وكان الورم غير قابل للاستئصال في 17 حالة (13,6%)، حيث أظهرت الاستقصاءات قبل الجراحة في 8 حالات، منها أن الورم غير قابل للاستئصال، أما في الحالات التسعة المتبقية فقد تبين عدم قابلية الورم للاستئصال بعد فتح البطن. تم تطبيق المعالجة الشعاعية قبل الجراحة في 23 حالة (18,4%). وكانت نسبة الجراحة المحافظة على المعصرة بعد هذه المعالجة مرتفعة (10 حالات من أصل 23، أي 43,5%) مقارنة بنسبة الجراحة المحافظة على المعصرة دون تطبيق التشعيع قبل الجراحة (24 حالة من أصل 78، أي 23,5%) (المخطط 3).

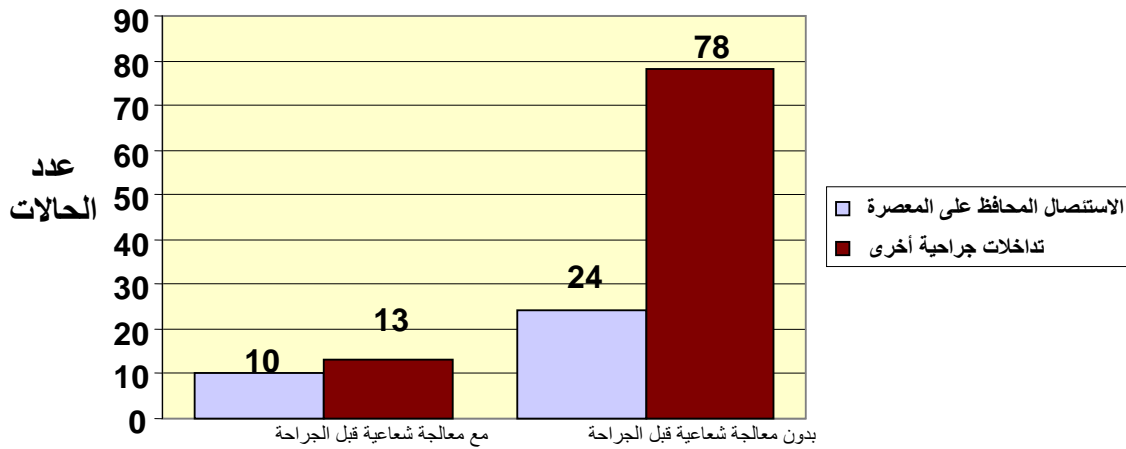


المخطط (2): الإجراءات الجراحية التي خضع لها المرضى

شوهدت الاختلاطات الموضعية والجهازية في الكثير من الحالات. تضمنت أهم الاختلاطات الجهازية احتشاء العضلة القلبية (حالة واحدة، 0,8%)، أخماج السبيل البولي (5 حالات، 4%)، والتهاب الوريد الخثري (4 حالات، 3,2%). أما الاختلاطات الموضعية فأهمها كان أخماج الجروح البطنية والعجانية (34 حالة، 26%)، الاختلاطات المتعلقة بتفميم الكولون (10 حالات أو 8%)، والنواسير البرازية (6 حالات أو 4,8%). حدثت الوفاة في اليوم الأول بعد الجراحة في حالة واحدة (احتشاء عضلة قلبية واسع)، كما حدثت الوفاة بعد الجراحة في حالة أخرى بسبب الصمة الرئوية (الجدول 2).

أمكن تحديد النمط التشريحي المرضي في جميع الحالات، ولكن الدراسة التشريحية المرضية النهائية مع وضع التصنيف المرحلي بعد استئصال عينة الورم مع مساريقا المستقيم لم توضع إلا في 113 حالة من أصل 125. شكلت الكارسينوما الغدية في المستقيم (rectal adenocarcinoma) النسبة العظمى من الحالات، حيث شوهدت في 115 حالة من أصل 125 ورم (92%). وتلتها الأورام الأخرى النادرة في المستقيم مثل اللمفوما (4%)، الساركوما (1,6%)، الكارسينويد (1,6%)، والميلانوما (0,8%). كانت اللمفوما محصورة في المستقيم في جميع الحالات، حيث تطلبت إعطاء المعالجة الكيماوية الجهازية قبل وبعد الجراحة. احتاجت الحالة التي وجدت فيها الميلانوما إلى البتر البطني العجاني نظراً لأن الآفة كانت متوضعة قرب الحافة الشرجية (على بعد 2 سم من حافة الشرج عند الخط المسنن). لم تترافق أورام الكارسينويد بآفات أخرى في الأنبوب الهضمي، ولكن شوهدت متلازمة الكارسينويد الجهازية في إحدى الحالات.

الجدول (2): الاختلاطات الموضعية والجهازية بعد التداخلات الجراحية.					
الاختلاطات الجهازية			الاختلاطات الموضعية		
النسبة المئوية	عدد الحالات	الاختلاط	النسبة المئوية	عدد الحالات	الاختلاط
%0.8	1	احتشاء العضلة القلبية	%16.0	20	خمج الجرح البطني
%3.2	4	التهاب الوريد الخثري	%11.2	14	خمج الجرح العجاني
%1.6	2	الصمة الرئوية	%4.8	6	الناسور البرازي
%2.4	3	ذات الرئة	%2.4	3	انسداد الأمعاء
%4.0	5	أخماج السبيل البولي	%8.0	10	اختلاطات الكولوستومي
%1.6	2	الوفاة	%2.4	3	أذية الحالب
			%1.6	2	النزف الجراحي
			%1.6	2	الناسور المسستقيمي المهلي



المخطط (3): تأثير المعالجة الشعاعية قبل الجراحة على إمكانية الاستئصال الجذري للورم

ومن ناحية التمايز النسيجي كانت معظم الأورام من الدرجة الثانية (64%)، وبالنسبة للتصنيف المرحلي، فإن معظم الحالات كانت في المرحلتين الثانية والثالثة (حوالي 80% من الحالات) (الجدول 3).

المناقشة:

شملت دراستنا 125 مريضاً راجعوا مستشفى الأسد الجامعي ومستشفى الموساة الجامعي بدمشق بسرطان في الثلث السفلي للمستقيم، وخضع معظمهم لعمل جراحي بهدف الشفاء أو التلطيف خلال فترة سبع سنوات (2000-2006). لقد شخصت معظم حالات سرطان الثلث السفلي للمستقيم بعمر 51-70 سنة، وهو العمر الذي يشكل ذروة الإصابة بسرطان الكولون والمستقيم. وتبقى هذه الأورام تحت الثلاثين من العمر نادرة، كما هو الحال بالنسبة لسرطان الكولون بشكل عام، حيث تقل نسبتها عن 5% من جميع الحالات. وتبقى السيطرة في هذه الأورام للذكور بنسبة حوالى 1:2.

أما بالنسبة للتظاهرات السريرية فقد كان التغطوط المدمى أشيع هذه الشكاوي على الإطلاق، وتلاه الزحير الغائطي ثم الإسهال. ومن الملفت للنظر أن بعض الحالات كانت قد التبتت بالآفات الشرجية الأخرى وعولجت على أساس أنها آفة سليمة مثل البواسير الشرجية (4 حالات) أو الشق الشرجي (حالتان)، مما أدى إلى تأخير التشخيص بسبب عدم الشك بها.

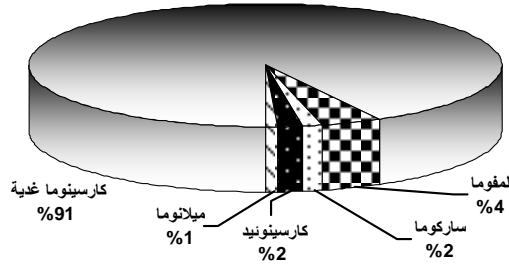
من المعروف أن المبادئ الجراحية هي الاستئصال الكامل للورم البدئي مع السرير اللمفاوي مع أي عضو آخر مصاب تنطبق بشكل كامل على مبادئ الاستئصال الجراحي لكارسينوما المستقيم. إلا أن تشريح الحوض والأعضاء المجاورة القريبة (الحالبين، المثانة، البروستات، المهبل، الأوعية الحرقفية، والعجز) تجعل الاستئصال أكثر تحدياً، حيث يحتاج عادة لمقاربة مختلفة عن الكارسينوما الغدية في الكولون. [1] وأكثر من ذلك فإن الحصول على حواف استئصال سليمة في سرطانات المستقيم التي تخترق كامل الجدار يكون أكثر صعوبة نظراً للقيود التي يفرضها تشريح الحوض. وبذلك فإن نسبة النكس الموضعي تكون أكبر مقارنة بسرطان الكولون من المرحلة نفسها. [2] وقد لاحظنا في دراستنا أن الارتشاح الموضعي للورم قد أعاق الاستئصال في الكثير من الحالات، حيث لم يمكن على سبيل المثال المناورة على الورم في 3 حالات نظراً لارتشاحه بشكل صميمي في العجز وفي حالتين إضافيتين نظراً لارتشاح الورم في جدار المثانة. وقد تمكنا في بعض الحالات من تسليخ المستقيم عن العناصر المجاورة الملتصق بها مثل الرحم والمهبل أو البروستات، كما اضطررنا في حالة واحدة إلى استئصال الرحم، وإلى قطع جزء من الحالب مع إعادة التصنيع في حالة أخرى.

الجدول (3). الدرجة النسيجية والتصنيف المرحلي للأورام المتأصلة بشكل كامل

مع المقارنة مع الدراسات العالمية. [10]

الدرجة	عدد الحالات	النسبة المئوية	النسبة العالمية	المرحلة	عدد الحالات	النسبة المئوية	النسبة العالمية
I	13	11.5%	20%	A	6	5.3%	35%
II	73	64.6%	52%	B	49	43.4%	28%
III	20	17.7%	15%	C	42	37.2%	33%
IV	7	6.2%	13%	D	16	14.2%	4%
المجموع	113	100%	100%	المجموع	113	100%	100%

الجدول (4). التصنيف النسيجي للورم مع مقارنته بالنسبة العالمية لتوزيع أورام المستقيم [9][8]			
النسبة العالمية	النسبة المحلية	عدد الحالات	النمط
%98	%92	115	الكارسينوما الغدية
%1,3	%4	5	اللمفوما
%0,3	%1,6	2	السااركوما
%0,1	%1,6	2	الكارسينويد
-	%0,5	1	الميلانوما



توزيع الأنماط النسيجية للأورام المستأصلة

ولكن، وعلى عكس الكولون المتوضع داخل الصفاق، فإن ندرة الأمعاء الدقيقة والتراكيب الأخرى الحساسة للأشعة في الحوض تجعل معالجة سرطان المستقيم بالأشعة أكثر سهولة. وبذلك تعتمد القرارات العلاجية على توزيع الورم وعمقه بالإضافة إلى علاقته بالبنى الحوضية الأخرى. [3]

ولا بد من التنويه بعدم متابعة المرضى على المدى الطويل بسبب تحويلهم إلى المركز الطبي النووي لمتابعة العلاج .

الاستنتاجات و التوصيات:

ومن الملفت للنظر في دراستنا أن إعطاء المعالجة الشعاعية قبل الجراحة قد أدى إلى فائدة ملحوظة بالنسبة لإمكانية تحقيق الاستئصال الكامل الشافي للورم وتسهيل العمل الجراحي، حيث ارتفعت نسبة الاستئصال مع المحافظة على المعصرة من 23% إلى 43%، أي إلى الضعف تقريباً. ويشير ذلك إلى أهمية هذه المعالجة وضرورة تطبيقها حين يكون هناك شك بارتشاح الورم موضعياً. [4][11]

في استئصال مساريقا المستقيم التام (total mesorectal excision) يجرى التسليخ الحاد ضمن المستويات النسيجية التشريحية للتأكد من الاستئصال التام لمساريقا المستقيم في الاستئصال الأمامي المنخفض والمنخفض الواسع. [5] ويترافق استئصال مساريقا المستقيم التام مع نقص معدل النكس الموضعي وتحسن معدلات البقيا على

المدى الطويل. [6] وأكثر من ذلك فإن هذه الطريقة تتوافق مع نرف أقل وتهديد أقل للأعصاب الحوضية والصفائر أمام العجز مقارنة بالتسليخ الكليل. ينبغي تطبيق مبادئ استئصال مساريقا المستقيم التام في جميع حالات الاستئصال الجذري لسرطان المستقيم. [7][12]

وفي الختام نؤكد على أهمية عدم إغفال أي شكوى هضمية سفلية في أي عمر خاصة عند وجود قصة عائلية للخباثات، وضرورة إجراء تنظير السين والمستقيم بمجرد الشك بتنشؤ في المستقيم، وعدم إغفال أهمية التنظير الصلب لتحديد بعد الورم بدقة مع التركيز على أهمية إجراء التنظير الشامل للكولون لنفي الآفات المترامنة واللاحقة.

المراجع:

1. ASSOCIATION OF COLOPROCTOLOGY OF GREAT BRITAIN AND IRELAND. *Guidelines for the management of colorectal cancer*. London: Royal College of Surgeons of England, Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland, 1996,65-72.
2. BIPAT S, Glas As, SLORS Fj, ZWINDERMAN Ah, BOSSUYT Pm, STOKER J. *Rectal cancer: local staging and assessment of lymph node involvement with endoluminal US, CT, and MR imaging—a meta-analysis*. Radiology 2004,232:773-83.
3. *Improved survival with preoperative radiotherapy in resectable rectal cancer*. Swedish rectal cancer trial. N Engl J Med 1997,336:980-7.
4. KAPITIEJN,E.;MARIJNEN,Ca.; NAGTEGAAL,Id, PUTTER,H.; STEUP,Wh. WIGGERS, T. et al. *Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer*. N Engl J Med 2001,345:638-46.
5. MACFARLANE,Jk.; RYALL,Rd; HEALD,Rj. *Mesorectal excision for rectal cancer*. Lancet 1993,341:457-60.
6. MARR,R.; BIRBECK,K.; GARVICAN,J.; MACKLIN,Cp.; TIFFIN,Nj, PARSONS,Wj. et al. *The modern abdominoperineal excision: the next challenge after total mesorectal excision*. Ann Surg 2005,242:74-82.
7. MASON,Ay. *Selective surgery for carcinoma of the rectum*. Aust N Z J Surg 1976,46:322-9.
8. MAUGHAN,Nj.; QUIRKE, P. *Modern management of colorectal cancer—a pathologist's view*. Scand J Surg 2003,92:11-9.
9. NAGTEGAAL,Id.; VAN DE VELDE,Cj.; VAN DER WORP,E.; KAPITEIJN,E.; QUIRKE,P.; VAN KRIEKEN,Jh. *Macroscopic evaluation of rectal cancer resection specimen: clinical significance of the pathologist in quality control*. J Clin Oncol 2002,20:1729-34.
10. NICHOLLS,Rj.; MASON,Ay.; MORSON,Bc.; DIXON,Ak.; FRY,Ik. *The clinical staging of rectal cancer*. Br J Surg 1982,69:404-9.
11. SAUER,R.; BECKER,H.; HOHENBERGER,W.; RODAL,C.; WITTEKIND,C.; FIETKAU,R. et al. *Preoperative versus postoperative chemoradiotherapy for rectal cancer*. N Engl J Med 2004,351:1731-40.
12. WIBE,A.; MOLLER,B.; NORSTEIN,J.; CARLSEN,E.; WIIG,Jn.; HEALD,Rj.; et al. *A national strategic change in treatment policy for rectal cancer—implementation of total mesorectal excision as routine treatment in Norway. A national audit*. Dis Colon Rectum 2002,45:857-66.