

دراسة سريرية لـ 122 حالة سرطان المعدة

الدكتور حمود نصر*

(تاريخ الإيداع 10 / 7 / 2007. قُبِلَ للنشر في 13 / 1 / 2008)

□ الملخص □

تهدف هذه الدراسة إلى تقدير حجم مشكلة أورام المعدة الخبيثة في السنوات الخمس الأخيرة 2002-2007، وإلقاء الضوء على تظاهراتها السريرية الأشيع، وتحديد دور الاستقصاء والكشف المبكر لتحسين الإنذار. أجريت الدراسة على 122 حالة ورم خبيث في المعدة راجعت عيادة وقسم الجراحة في مشفى الأسد الجامعي بدمشق بين عامي 2002-2007، ودرس توزع الحالات بحسب العمر والجنس والأعراض التي راجع المريض بها، كذلك درست الحالات بحسب مكان توضع الورم في المعدة وتوزعها بحسب التشريح المرضي، وبحسب العمل الجراحي المجري والمضاعفات الناتجة عنه. كان معدل إصابة الذكور أكثر من معدل إصابة الإناث عموماً (70,5% ذكور إلى 29,5% إناث)، ولوحظ ارتفاع معدل الإصابة في الأعمار الصغيرة نسبياً لدى مراجعينا، إذ قلت أعمار 16,2% منهم عن سن الأربعين، وتزايد معدل الإصابة مع تقدم العمر، وكانت ذروة الإصابة في العقد السابع (31,6%). تضمنت الأعراض والعلامات التي راجع بها المرضى الألم الشرسوفي والإقياءات، نقص الشهية ونقص الوزن، التغوط الزفتي، والإقياء المدمى.

الكلمات المفتاحية: سرطان المعدة.

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

Clinical Study of 122 Cases of Gastric Cancer

Dr. Hamoud Nasr*

(Received 10 / 7 / 2007. Accepted 13/1/2008)

□ ABSTRACT □

This study aims at estimating the problem of malignant gastric tumors in the last five years 2002-2007 and focusing on the commonest clinical manifestations, in addition to determining the impact of early diagnosis on prognosis.

The study involved 122 patients with malignant gastric neoplasms. All patients were admitted in the General Surgery Department of Al Assad University Hospital in Damascus. The study involved determining location of the tumor, surgical intervention, complications, and histopathology results.

Males were generally affected more than females. There was an increase in incidence in young patients, as 16.2% of patients were younger than 40 years old. We noted a gradual increase in incidence with age, with the maximal incidence in the seventh decade.

Keywords: Gastric Cancer.

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

مقدمة:

يعتبر سرطان المعدة من الأورام ذات السلوك العنيف، ويكون عادة غير قابل للشفاء عندما يكشف في الطور العرضي.^[1] وبشكل عام فإن سرطان المعدة هو مرض المسنين، كما يبلغ معدل إصابة الذكور إلى الإناث حوالي 1:2.^[2] وفي بعض الأحيان يشاهد سرطان المعدة في الشباب (30-40 سنة)، حيث تميل هذه الأورام لأن تكون كبيرة الحجم وعدوانية ويكون إنذارها سيئاً.^[2]^[3] يشكل الاستئصال الجراحي المعالجة الوحيدة الشافية لسرطان المعدة في حال تشخيصه باكراً. وقد بلغت التقديرات الأخيرة لمعدل البقاء لخمس سنوات عالمياً 22%، حيث ارتفع هذا الرقم عن قيمة 15% المسجلة في عام 1975.^[4]

كان الهدف من دراستنا تقدير حجم مشكلة أورام المعدة الخبيثة في بلدنا، وإلقاء نظرة حول فائدة تدبيرها في السنوات الخمس الأخيرة في مستشفى الأسد الجامعي بدمشق.

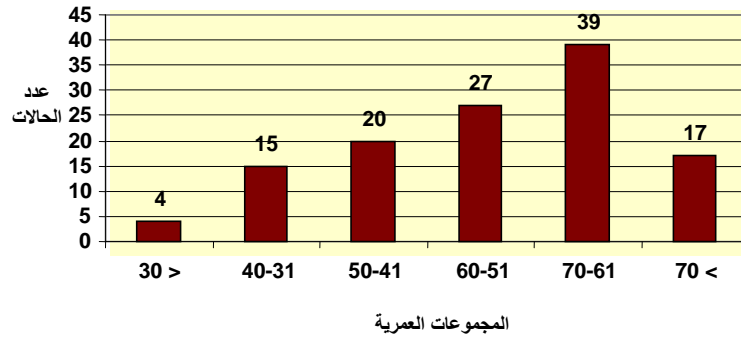
مواد وطرق الدراسة:

أجريت دراسة استيعادية لحالات سرطان المعدة التي راجعت مستشفى الأسد الجامعي بدمشق بين عامي 2002-2007، وذلك عبر مراجعة سجلات المرضى وسجلات العمليات والتشريح المرضي، وتضمنت الدراسة توزيع الحالات بحسب العمر والجنس والأعراض والعلامات التي راجع بها المريض، كذلك درس نوع الوسائل التشخيصية المستخدمة لكشف المرض والعمل الجراحي المجرى والمضاعفات الناتجة عنه، وقد طبقت الإجراءات المتبعة لتحضير المرضى للعمل الجراحي عادة.

تضمن العمل الجراحي استئصال الورم، وذلك بإجراء إحدى العمليات التالية: قطع المعدة تحت التام، قطع المعدة التام، قطع المعدة قرب التام، تقييم الصائم دون التداخل الجراحي على المعدة، المفاغرة المعدية الصائمية، أو فتح البطن وإغلاقه دون أي إجراء. تم تحويل المرضى جميعهم إلى مركز الطب النووي لمتابعة العلاج، واتباع في أثناء الجراحة ما هو موصى به لمثل هذه الحالات عالمياً.

النتائج:

درست 122 حالة ورم خبيث في المعدة أجري فيها تداخل جراحي في مستشفى الأسد الجامعي بدمشق بين الأعوام 2002-2007، ورجحت إصابة الذكور إلى الإناث (86 ذكراً مقابل 36 أنثى أي 70,4% مقابل 29,5%). وقد أظهرت دراسة توزيع أعمار المرضى أن عدد الحالات يتزايد مع تقدم العمر، وكان عمر المرضى في أكثر الحالات بين 61 و 70 سنة بعد تقسيم المرضى إلى فئات عمرية كما هو موضح في المخطط البياني الشكل (1).



الشكل (1) توزيع الحالات حسب العمر

كانت الشكوى الرئيسية لدى معظم المرضى الألم الشرسوفي (108 حالات أو 88,5%) ونقص الوزن والشهية (106 حالات أو 86,6%). خضع جميع المرضى للتنظير الهضمي العلوي حيث تفاوتت الموجودات: تقرحات متعددة (89 حالة)، قرحة نازفة (6 حالات)، تضيق أسفل المري (4 حالات)، فتق حجابي (7 حالات)، تشكّل متبرعم (11 حالة)، تضيق مخرج المعدة (40 حالة)، ارتشاح أو تسمك بالجدار (38 حالة)، ورم أو كتلة في المعدة (15 حالة)، مظهر التهابي أو احتقاني (18 حالة)، بوليبيات (5 حالات)، وكان المظهر طبيعياً في حالتين. والجدول (1) يوضح توزيع الحالات بحسب موجودات التنظير الهضمي العلوي.

الجدول (1): توزيع الحالات بحسب التنظير الهضمي العلوي		
النسبة	العدد	الموجودات
73.0%	89	تقرحات
32.8%	40	تضيق مخرج المعدة
31.1%	38	ارتشاح أو تسمك
14.8%	18	مظهر التهابي أو احتقاني
12.3%	15	ورم أو كتلة
9.0%	11	تشكّل متبرعم
5.7%	7	فتق حجابي
4.9%	6	قرحة نازفة
4.1%	5	بوليبيات
3.3%	4	تضيق أسفل المري
1.6%	2	طبيعي

بلغت الفترة الفاصلة بين بدء الأعراض ووضع التشخيص 1-12 شهراً (6 أشهر وسطياً)، وقد تأخر التشخيص عند 19 مريضاً (15,5%)، فرغم مراجعة أولئك المرضى الأطباء خلال هذه الفترة وضع لهم علاجات عرضية دون محاولة وضع تشخيص دقيق أو تحويل المرضى إلى المستشفى. وشُخص المرض عند 68 مريضاً (55,8%) خلال 1-6 أشهر من بدء الأعراض، وعند 54 مريضاً (44,2%) خلال 6-12 شهراً. و الجدول (2) يوضح الفترة الفاصلة بين بدء الأعراض و التشخيص .

الجدول(2):الفترة الفاصلة بين بدء الأعراض و وضع التشخيص.

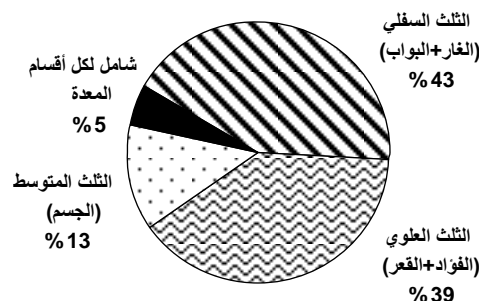
النسبة	العدد	زمن وضع التشخيص (اعتباراً من بدء الأعراض)
%55.8	68	1-6 أشهر
%44.2	54	6-12 شهر

تم استكمال الدراسة بمعايرة الواسم الورمي CEA فكان مرتفعاً عند 26 مريضاً (28,6%)، وكان CA19-9 مرتفعاً عند 23 مريضاً (25,3%). أما α -FP فأجري في 6 حالات وكان طبيعياً. كان تخطيط الصدى للبطن الفحص المساعد عند 95 مريضاً (77,8%)، إذ كشف وجود كتلة في 24,5% من الحالات قادت إلى إجراء فحوص أخرى. وأجري التصوير الطبقي المحوري لتقييم حجم الورم وامتداده وعلاقته بالأعضاء المجاورة عند جميع المرضى. والجدول(3) يوضح نسب ارتفاع الواسمات الورمية .

الجدول(3):نسب ارتفاع الواسمات الورمية.

النسبة	عدد المرضى	الواسم الورمي المرتفع
%28.6	26	CEA
%25.3	23	CA19-9

توضعت معظم سرطانات المعدة في دراستنا في الثلث العلوي للمعدة (الفؤاد + قعر المعدة) في 48 مريضاً (39,4%) وفي الثلث المتوسط (جسم المعدة) في 16 حالة (13%) وفي الثلث السفلي (الغار + البواب) في 52 مريضاً (42,6%). وفي 6 حالات كان الورم شاملاً لكل أقسام المعدة.



الشكل (2): توزيع الحالات حسب توضع الورم

أجريت دراسة تشريحية مرضية للورم المستأصل، حيث شكلت السرطانة الغدية النسبة العظمى من الحالات وشوهدت في 109 مرضى (89,3%). أما بقية الحالات فقد توزعت على لمفوما المعدة (5%)، الغرن العضلي الأملس (3,2%)، وورم اللحمية الهضمية (1,7%). أما بالنسبة للتمايز النسيجي للخلايا الورمية فقد تم توزيع الورم إلى 4 مجموعات من حيث الدرجة النسيجية، وشكلت الدرجتان الثالثة والرابعة النسبة العظمى من هذه الحالات (33% و43,5% على التوالي). أما الدرجتان الأولى والثانية فقد شكلتا 7,8% و15,7% على التوالي.

الجدول (4) : توزيع الحالات حسب العمل الجراحي المجرى		
النسبة	العدد	العمل الجراحي
23.7 %	29	قطع المعدة تام
36.8 %	45	قطع المعدة تحت تام
1.6 %	2	قطع المعدة قرب تام
0.8 %	1	تقييم المعدة
11.5 %	14	تقييم صائم دون التداخل على المعدة
9.8 %	12	مفاغرة معدية صائمية
4.9 %	6	فتح البطن وإغلاقه دون أي إجراء
10.5 %	13	لم تجر الجراحة
100 %	122	المجموع

تأثر العمل الجراحي بمكان توضع الورم في المعدة والحالة العامة للمريض، فأجري قطع المعدة التام في 29 حالة (23,7%)، قطع المعدة تحت التام في 45 حالة (36,8%)، قطع المعدة قرب التام في حالتين (1,6%)، تقييم المعدة في حالة واحدة (0,8%)، تقييم الصائم دون التداخل على المعدة في 14 حالة (11,5%)، المفاغرة المعدية الصائمية في 12 حالة (9,8%)، وفتح البطن وإغلاقه دون أي إجراء في 6 حالات (4,9%). لم نجر الجراحة في 13 حالة (10,5%). والجدول (4) يوضح توزيع الحالات حسب العمل الجراحي المجرى.

يلاحظ من الجدول أن الجراحة قد أجريت لـ 109 مرضى (89,3%) وازدياد قطع المعدة تحت التام (45 حالة أو 37,8%) كونها المفضلة في إصابة الثلثين المتوسط والسفلي للمعدة، وهنا لا بد من القول إن الاهتمام بتجريف العقد اللمفية غير كافٍ حيث إن نتائج فحص العقد المرفقة كانت جميعها مصابة. درس انتشار الورم في الأعضاء المجاورة فكان البنكرياس أشيع الأعضاء المصابة (29 حالة أو 26,6%)، يليه الضخامات العقدية (19,2%) ثم الارتشاح بمساريقا الكولون المعترض (15,5%). والجدول (5) يوضح توزيع الحالات في الإصابات المتقدمة.

الجدول (5) : توزيع الحالات في الإصابات المتقدمة		
النسبة	العدد	الإصابة
26.6%	29	ارتشاح بالبنكرياس
19.2%	21	ضخامة عقدية
15.5%	17	ارتشاح بمساريقا الكولون المعترض
10%	11	ازدراعات ثربية
10%	11	ارتشاح بالكبد
6.4%	7	ازدراعات بريوتانية
6.4%	7	حبن
5.5%	6	انتقالات لمساريقا الأمعاء
5.5%	6	نقائل كبدية
4.5%	5	ارتشاح بالجذع الزلاقي
4.5%	5	ارتشاح بالطحال
1.8%	2	نقائل للطحال
0.9%	1	نقائل للمبيض

تم إعادة استمرارية السبيل الهضمي حيث أجريت مفاغرة معدية صائمية حسب بيليروث II مع مفاغرة بشكل عروة في 41 حالة (37,6%)، مفاغرة معدية صائمية بشكل Roux-en-Y في 33 حالة (30,2%)، مفاغرة مريئية صائمية على شكل Roux-en-Y في 16 حالة (14,6%)، مفاغرة مريئية صائمية بشكل عروة في 11 حالة (10,1%)، مفاغرة مريئية صائمية مع تصنيع جيب من الصائم (juojenal pouch) في حالتين (1,8%)، مفاغرة خلف البريتوان في 12 حالة (11,1%)، ومفاغرة حسب Brown في 16 حالة (14,6%). والجدول (6) يوضح توزيع الحالات تبعاً للجراحة المجراة لإعادة استمرارية السبيل الهضمي.

يلاحظ من الجدول (6) أن معظم عمليات إعادة الاستمرارية بعد قطع المعدة تمت حسب بيليروث II نمط هوفمايستر (37,6%) تلتها المفاغرة Roux-en-Y في 30,2% من الحالات. ويلاحظ أن معظم هذه المفاغرات كانت أمام الكولون، لأنه المفضل في جراحة الأورام، بينما تمت المفاغرة خلف البريتوان في 11,1% من الحالات.

الجدول (6): توزيع الحالات تبعاً للعمل الجراحي المجري لإعادة استمرارية السبيل الهضمي.

النسبة	العدد	إجراء إعادة استمرارية السبيل الهضمي
37.6 %	41	مفاغرة معدية صائمية بشكل Loop
30.2 %	33	مفاغرة معدية صائمية بشكل Roux-en-Y
14.6 %	16	مفاغرة مريئية صائمية على شكل Roux-en-Y
1.8 %	2	مفاغرة مريئية صائمية بشكل Roux-en-Y على شكل جيب Pouch
10.9 %	11	مفاغرة مريئية صائمية بشكل Loop مع عروة صائمية
14.6 %	16	مفاغرة براون
11.1 %	12	مفاغرة خلف الكولون
0.9 %	1	استئصال إسفين (Wedge) مع إغلاق بسيط بسبب بوليبي

درست الاختلاطات فكانت هناك حالتا وفاة (1,8%). الحالة الأولى لمريض سكري أجري له استئصال معدة تام مع استئصال الطحال، وتوفي في اليوم الثاني للجراحة بسبب احتشاء عضلة قلبية، والحالة الثانية حدثت فيها الوفاة بعد ثلاثة أيام من الجراحة بسبب صمة رئوية كبيرة. شوهدت النواسير العفجية عند 3 مرضى (2,7%) واستجابات للعلاج المحافظ. حدث نزف من حواف المفاغرة في حالتين (1,8%) حيث توقف عفويًا في الحالة الأولى، وفي الثانية أعيد فتح البطن وأجري الإرقاء اللازم. حدثت انسداد في المفاغرة عند ثلاثة مرضى (2,7%) بسبب وذمة في الغشاء المخاطي واستجابات جميعها للعلاج المحافظ. حدث إنتان في الشق الجراحي عند 7 مرضى (6,5%) حيث تم علاجهم موضعياً وبالضمانات المنكررة.

المناقشة:

رجحت نسبة إصابة الذكور في دراستنا على نسبة إصابة الإناث حيث كانت 70,5% للذكور مقابل 29,5% للإناث. وقد نشرت دراسات أخرى قام بها كل من (Roder DM 2002, Alberts SR 2003, Hohenberger P 2003) أن إصابة الذكور أكثر من إصابة الإناث بنسبة 1:2 أي إصابة الذكور في حوالي ثلثي الحالات. [2] [3] [4] كانت ذروة الإصابة بسرطان المعدة في العقد السادس والسابع من العمر وكانت على التوالي 25,4% و31,9%، وبالمقارنة مع الدراسات العالمية، فإن الإصابة في العقد السادس تشكل 28% من الحالات، وفي العقد السابع تشكل كذلك 28% بحيث يشكل هؤلاء المرضى أكثر من نصف مرضى سرطان المعدة. [2] [3]

أجري CEA فكان طبيعياً عند 65 مريضاً (71,4%) ومرتفعاً عند 26 مريضاً (28,5%)، وكان CA19-9 طبيعياً عند 48 مريضاً (67,7%) ومرتفعاً عند 23 مريضاً (32,4%). ونظراً لأن هذه الواسمات الورمية ترتفع في أقل من نصف حالات سرطان المعدة فهي عادة لا تستخدم بشكل روتيني في متابعة المرضى بعد المعالجة. [4] [5]

شكل الألم البطني العرض الأساسي الذي راجع لأجله معظم المرضى في دراستنا (108 مريضاً أو 88,5%)، وكان العرض الثاني نقص الوزن ونقص الشهية (106 مرضى أو 86,6%). وبالمقارنة مع الدراسات العالمية التي قام بها كل من (Fuchs CS 1995, Karpeh MS 2001)، فإن الألم الشرسوفي يشاهد في 90% من مرضى سرطان المعدة، أما نقص الوزن والشهية الناجمين عن عدم تحمل الطعام واضطراب حركية المعدة أو كتلة

الورم فهما يشاهدان في 90% من الحالات عالمياً. [5] [6] ، ويشير ذلك إلى أن هذه الأعراض موجهة بشدة إلى سرطان المعدة، وينبغي في حال وجودها لدى أي مريض إجراء الاستقصاءات اللازمة لنفي التشخيص. كما أن الفحص السريري الدقيق يعتبر مهماً في كشف مثل هذه الأورام، حيث يمكن جس كتلة شرسوفية في حوالى ثلث المرضى (31,2% في دراستنا). خاصة وأن وضع التشخيص قد تأخر بعد بدء الأعراض لفترة ستة أشهر وسطياً. وقد تعكس هذه النسبة العالمية انخفاض المستوى الثقافي أو نقص وسائل التشخيص المتبعة أو المعالجة العرضية الخاطئة.

توضعت الأورام في 42,6% من الحالات في دراستنا في الثلث السفلي للمعدة (الغار والبواب)، وبالمقارنة مع الدراسات العالمية التي قام بها كل من (Grise K 1998, Kooby DA 2003, Yalmarthi S 2004) ، فإن أورام تتخذ هذا التوضع في حوالى 46% من الحالات، وهو يشكل أشيع التوضعات ما يتيح إمكانية إجراء الاستئصال تحت التام والمحافظة على جزء فعال وظيفياً من المعدة. [7] [8] [9]

استوصل الورم في 89,3% من الحالات، وأجري قطع المعدة تحت التام في 45 حالة (36,8%) يليه قطع المعدة التام في 29 حالة (23,7%) وتقييم الصائم فقط دون التداخل على المعدة في 14 حالة (11% من الحالات). تمت إعادة استمرارية السبيل الهضمي بعد الاستئصال بمفاغرة معدية صائمية حسب بيلروث II في 41 مريضاً (37,6%) وبمفاغرة معدية صائمية على شكل Roux-en-Y في 33 مريضاً (30,2%) وبمفاغرة مرئية على شكل Roux-en-Y في 16 مريضاً (14,6% من الحالات).

ويشكل استئصال المعدة تحت التام (subtotal gastrectomy) العملية الجراحية المعيارية في سرطان المعدة، والتي تتضمن ربط الشرايين المعدي الأيمن والأيسر والمعدي الثربي عند منشئها، وكذلك إزالة الجزء البعيد للمعدة (75% منها)، بما في ذلك البواب مع 2 سم من العفج، الثربين الكبير والصغير، وجميع الأنسجة للمفاغرة المرافقة. وتعاد الاستمرارية عادة بوساطة المفاغرة المعدية الصائمية حسب بيلليروث II (Billiroth II gastrojejunostomy). ولكن إذا كان الجزء المتبقي من المعدة صغيراً (> 20%) فيؤخذ التصنيع بشكل

Roux-en-Y بعين الاعتبار .

ويعتبر استئصال المعدة الجذري تحت التام عملية ملائمة لمعالجة السرطان في معظم الدول الغربية، وذلك بشرط استئصال هامش أمان مناسب مع إزالة كامل الورم المرئي. ولا يجرى استئصال المعدة التام (total gastrectomy) إلا إذا لم نستطع إزالة هامش أمان كافٍ. [10] [12] [13]

الاستنتاجات و التوصيات:

وجدنا أن الغالبية العظمى من سرطان المعدة كان من نوع السرطانة الغدية (adenocarcinoma) حيث شكلت 89,3% من الحالات، أما بقية الحالات فتوزعت على الشكل الآتي: 6 حالات لمفوما، 4 حالات غرن عضلي أملس، وحالتان ورم للحمية الهضمية. وهذا يتناسب مع الدراسات العالمية التي قام بها كل من (Talamonti MS 1998, Miettinen M 2005) مع فرق بسيط وهو نقص بسيط في نسبة الكارسينوما الغدية

(95% عالمياً مقابل 89,3% في دراستنا) أمام ارتفاع بسيط في نسبة أورام النسيج الخلالي واللحمي. [10][11] إنني أجد وجوب التفكير بسرطان المعدة أمام أي حالة تتوافق بألم شرسوفي وفقر دم مع نقص وزن وشهية ولو بسن مبكرة. ويجب اللجوء إلى الاختبارات المتممة لتوضيح التشخيص. ومن الضروري تثقيف المرضى والأطباء

الممارسين العاميين حول أعراض وعلامات سرطان المعدة غير الشائعة وتشجيعهم على طلب الاستشارة دون تأخير عند الشك بوجوده.

المراجع:

1. LAWRENCE W JR, MENCK HR, STEELE GD JR, et al: The National Cancer Data Base report on gastric cancer. *Cancer* 75:1734, 1995.
2. RODER DM: The epidemiology of gastric cancer. *Gastric Cancer* 5(1):5, 2002.
3. ALBERTS SR, CERVANTES A, van de Velde CJ: Gastric cancer: epidemiology, pathology and treatment. *Ann Oncol* 14(2):ii, 2003.
4. HOHENBERGER P, GRETSCHEL S: Gastric cancer. *Lancet* 362:305, 2003.
5. FUCHS CS, MAYER RJ: Gastric carcinoma. *N Engl J Med* 333:32, 1995.
6. KARPEH MS, KELSEN DP, TEPPER JE: Cancer of the stomach. *Cancer Principles and Practice of Oncology*, 6th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2001, p 1092.
7. GRISE K, MCFADDEN D: Gastric cancer: three decades of surgical management. *Am J Surg* 64: 930, 1998.
8. KOOBY DA, COIT DG: Controversies in the surgical management of gastric cancer. *J National Comprehensive Cancer Network* 1(1):115, 2003.
9. YALMARTHI S, WITHERSPOON P, MCCOLE D, et al: Missed diagnosis in patients with upper gastrointestinal cancers. *Endoscopy* 36:874, 2004.
10. TALAMONTI MS: Gastric cancer. *Cancer Surgery for the General Surgeon*. Winchester D, Jones RS, Murphy GP, Eds. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1998.
11. MIETTINEN M, SOBIN LH, LASOTA J: Gastrointestinal stromal tumors of the stomach: a study of 1765 cases with long-term follow-up. *Am J Surg Pathol* 29:52, 2005.
12. GOUZI JL, HUGUIER M, FAGNIEZ PL, et al: Total versus subtotal gastrectomy for adenocarcinoma of the gastric antrum: a French prospective controlled study. *Ann Surg* 209:162, 1989.
13. YAO JC, MANSFIELD PF, PISTERS PWT, et al: Combined-modality therapy for gastric cancer. *Sem Surg Oncol* 21:223, 2003.