

سرطان مجل فاطر تشخيص وتدبير

الدكتور أكثم قنجرأوي*

(تاريخ الإيداع 26 / 2 / 2008. قُبل للنشر في 21 / 4 / 2008)

□ الملخص □

شملت الدراسة 71 مريضاً قبلوا في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية بين عامي 1992-2007، اليرقان الصامت المتموج المترقي كان الشكاية الأكثر شيوعاً بنسبة 96%. تم تقسيم المرضى لأربع مجموعات حسب التدبير: استئصال المعنكلة والعفج عند 11 مريضاً، واستئصال المجل موضعياً عند 9 مرضى، وإجراءات جراحية تلطيفية عند 30 مريضاً ، وأجري الـ ERCP العلاجي مع وضع Stent عند 21 مريضاً.

36% من المرضى الذين خضعوا للجراحة كانوا في المرحلة (Stage III) حسب تصنيف TNM.

السرطانة الغدية هي الأكثر توارداً بالتشريح المرضي بنسبة 81.9%.

كانت النواسير المعنكلية من أهم المضاعفات ما بعد الجراحة. وحدثت حالتا وفاة.

الكبد هو الموضع الأول للنكس البعيد (النقائل البعيدة) .

الاستئصال المعنكلي العفجي (ويبيل وتعديلاتها) هو إجراء آمن وذو نتائج جيدة ومعدل بقيا جيد.

كلمات مفتاحية: سرطان مجل فاطر - يرقان انسدادى صامت.

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

Carcinoma of Vater's Ampulla Diagnosis and Treatment

Dr. Aktham Kanjarawi *

(Received 26 / 2 / 2008. Accepted 21/4/2008)

□ ABSTRACT □

This study includes 71 patients admitted to Al-Assad University Hospital in Lattakia between 1992 and 2007. The most common symptom has been silent fluctuant jaundice 96%. According to management, patients are divided into four groups: pancreaticoduodenectomy is done on 11 patients, local resection of Vater's ampulla procedure is carried out on 9 patients, palliative operations on 30 patients, and ERCP +Stent is performed on 21 patients. 36% of patients who have undergone surgery are classified as Stage III. Pathologically, 81.9 % of patients have Adenocarcinoma. Pancreatic fistulas are the most common post-operation complications; two patients are reported dead. The liver is the most common place for metastasis. Pancreaticoduodenectomy is a safe procedure with good results and high rescue rate.

Keywords: Carcinoma of Vater's Ampulla, Silent Obstructive Jaundice.

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

مقدمة:

مجلّ قاتر هو القسم النهائي المتوسع لقناة الصفراء والتي تحيط به مُعَصْرَة أودي بشكل لولبي، في معظم الحالات تتحد القناة المعتكلية الرئيسية (ويرسنغ) مع قناة الصفراء لتشكل قناة مشتركة تدخل العفج على شكل حليلة المجلّ (Vater papillary) أو الحليلة الكبرى وهي تبارز مخاطي في مخاطية العفج ويتوافق مع انقراغ المجلّ في لمعة العفج وتتوضع عادةً على الجدار الخلفي الأيسر من القطعة الثانية للعفج وتبعد عن البواب من 7 - 10 سم، وتتميز بنمط الطيات المخاطية حولها بشكل T. [1,2].

أورام مجلّ قاتر هي عبارة عن مجموعة من الأورام السليمة والخبيثة التي تنشأ على حساب المجلّ، و تتجلى عادةً بيران انسدادى وألم بطني مبهم. [3,4,5,6]. وإن نسبة حدوث الأورام السليمة في مجلّ قاتر نادرة وتواردها أقل من 10 % من أورام المجلّ [7,8].

أما سرطانية المجلّ فهي أحد الأورام الخبيثة لما يسمى بأورام ما حول المجلّ (سرطان المعتكلة 84%، سرطان المجلّ 10 %، سرطان العفج 4%، سرطان القسم القاصي لقناة الصفراء 2%). [9,10]. والسرطانية الغدية هي الأشيع. يزداد معدل حدوث أورام المجلّ مع تقدم العمر، ومعظم المرضى هم في العقد السادس مع رجحان بسيط عند النساء [11,12].

يعد هالستيد أول من أجرى استئصال ناجح لأورام المجلّ عام 1899، باستئصال موضعي للمجلّ وإعادة مفاغرة قناة المعتكلة والطرق الصفراوية إلى العفج عند المرضى الذين راجعوا بقصة يرقان انسدادى [1,13,14].

أما Godiulla فقد سُجِّل له أول إنجاز لاستئصال رأس المعتكلة والعفج ولسوء الحظ توفي المريض بعد الجراحة، وأول من قام باستئصال المعتكلة والعفج على مرحلتين في عام 1909 هو Kaosch [1].

لم يصبح استئصال العفج ورأس المعتكلة إجراءً متبعاً حتى عام 1935، حيث قام ويبيل وزملاؤه بـ 3 محاولات ناجحة على مرحلتين، وفي عام 1940 قام باستئصال رأس المعتكلة على دفعة واحدة. [15].

ولم تجرّ بشكل واسع هذه العملية بالرغم من النجاحات حتى عام 1980 بسبب المراضة العالية والوفيات وقلة الإجراءات التشخيصية لسرطان المجلّ وما حوله [1].

وخلال العقدين الماضيين تحسنت الوسائل التشخيصية والتقنية والأدوات الجراحية بالإضافة إلى المتابعة بعد العمل الجراحي.

أهمية البحث وأهدافه:

تتبع أهمية البحث من ازدياد تواتر حدوث سرطان مجلّ قاتر في الآونة الأخيرة والتطورات الهائلة في مجال التشخيص، بالإضافة إلى التطورات في مجال التقنية والتدبير ما حول الجراحة التي أدت إلى زيادة نسبة البقيا والشفاء. في الآونة الأخيرة تحسّن إنذار المرضى الذين أجري لهم الاستئصال المعتكلي العفجي بسبب سرطان مجلّ قاتر في حال التشخيص الباكر دون وجود نقائل عقدية أو انتقالات بعيدة، وأعطى نتائج بقيا عالية في حال الاستئصال الجراحي الجذري.

وبالتالي فإن أهداف البحث:

- إلقاء الضوء على أهمية التشخيص الباكر لسرطان المجلّ وبالتالي إلى أفضل تدبير ممكن.
- إثبات دور العلاج الجراحي الجذري (استئصال المعثكلة والعفج) في رفع معدل البقيا وتحسين الإنذار.
- تحديد أماكن النكس الشائعة بعد الاستئصال الجراحي (نكس موضعي-نكس بعيد).

طرائق البحث ومواده:

القصة المرضية والفحص السريري.

الفحوصات المخبرية:

- الفحوصات الدموية الروتينية:وظائف الكبد (الفوسفاتازالقلويةALP- ALT-AST- GGT والبيلروبين العام والمباشر)-بروتينات وألبومين المصل-سكر الدم-P.T- P.T.T.
- واسمات ورمية: - carcinoembryonic anti-gene (CEA) .
- Carbohydrate anti-gene (CA19-9) -
- فحص بول وراسب.
- فحص براز للتحري عن الدم الخفي.

الفحوصات الشعاعية:

- صورة صدر ووطن بسيطة(Simple Chest and Abdominal- X- Ray).
- الأمواج فوق الصوتية(Ultra Sound Sonography).
- التصوير الطبقي المحوري(Computerized Tomography scan).
- تنظير هضمي علوي و ERCP (Endoscopic Retrograde Colangio Pancreatography).

النتائج والمناقشة:

شملت الدراسة 71 مريضاً راجعوا مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية بين عامي 1992- 2007 . تم تقسيم مرضى الدراسة حسب التدبير إلى أربع مجموعات:

المجموعة A: 11 مريضاً خضعوا لعلاج جراحي جذري (إجراء ويبيل وتعديلاته).

المجموعة B: 9 مرضى خضعوا لاستئصال مجلّ فاطر موضعياً.

المجموعة C: 30 مريضاً خضعوا لإجراءات جراحية تلطيفية.

المجموعة D: 21 مريضاً خضعوا لإجراءات تنظيرية ERCP مع وضع Stent لعدد منهم دون اللجوء للعمل

الجراحي.

تم توزيع مرضى الدراسة إلى فئات عمرية، فقد لوحظ أن الإصابة بسرطان مجلّ فاطر هي أكثر شيوعاً بين

العقدين السادس و السابع وهذا يتماشى مع دراسة(Santo Tomas Hospital، 1996، [16].).

الجدول رقم (1)يبين توزع الحالات حسب العمر.

العمر	دراستنا	دراسة Santo Tomas Hospital
50-41	%7	%16
60-51	%35	%28
70-61	%24	%32
80-71	%16	%20
90-81	%9	%4

التظاهرات السريرية (أعراض وعلامات):

راجع مرضى الدراسة بشكايات متعددة، وكانت الشكاية الأكثر شيوعاً هي اليرقان الصامت المتموج المترقي بنسبة %96. تلتها نقص الشهية بنسبة %58، والألم البطني ظهر كحس امتلاء أو نفخة في الشرسوف أو المراق الأيمن بنسبة %54، وظهرت الحكة كعلامة هامة بنسبة %51، وتغيرات في لون البول بنسبة %40 وكانت علامة المرارة المجسوسة غير المؤلمة وعلامة كورفوازية بنسبة %8.

الجدول رقم (2) يبين نسب الأعراض والعلامات ومقارنتها مع دراستين:

دراسة (Santo Tomas Hospital، 1996). [16]. ودراسة (Di giorgio. Et al، 2005). [17].

الأعراض والعلامات	دراستنا	دراسة Santo Tomas Hospital	دراسة Di giorgio. Et al
اليرقان	%96	%92	%72
نقص شهية	%58	%32	%62
ألم	%54	%48	%39
الحكة	%51	%48	%17
نقص وزن	%42	%32	%23.5
تغير لون البول	%40	%52	%48
تغير لون البراز	%34	%48	%40
اقياء	%21	%24	%7.8
علامة كورفوازييه	%8	%4	%16

الفحوصات المخبرية:

- لوحظ عند المرضى ارتفاع في البيلروبين على حساب البيلروبين المباشر بنسبة %98.
- اضطراب في وظائف الكبد (AST-ALT - ALP): ارتفاع ALP بنسبة %73.
- تطاول زمن البروتربين بنسبة %48.
- تحري الدم الخفي في البراز كان إيجابياً بنسبة %25.
- لوحظ في عدد قليل من المرضى نقص في بروتين المصل.

- لم تجرّ الواسمات الورمية: CEA, CA19-9 عند كل المرضى، وكانت طبيعية عند أغلب المرضى الذين أجريت لهم.

الفحوصات الشعاعية:

- الأمواج فوق الصوتية (تمت دراسة كل المرضى بالأمواج فوق الصوتية) وأظهرت:
 - توسع المرارة والطرق الصفراوية داخل وخارج الكبد وبلغت الحساسية 100% .
 - الانتقالات الكبدية عند 38 مريضاً بنسبة 53.52%.
 - توسع في القناة المعنكية عند 10 مرضى بنسبة 14.08%.
 - وجود عقد حول الأبهر وعقد في سرّة الكبد عند 9 مرضى بنسبة 12.67%

التصوير الطبقي المحوري:

- (أجري لـ 53 مريضاً من مرضى الدراسة) مع شرب وحقن مادة ظليلة فقد أعطى معلومات إضافية:
 - رؤية كتلة على حساب المجلّ (1-2) سم عند مريضين. كما في الشكل رقم (1).
 - علاقة الورم وارتشاحه بالأعضاء المجاورة والأوعية الكبيرة.
 - النقائل الكبدية 33 مريضاً.
 - نقائل إلى العقد البلغمية 19 مريضاً.



الشكل رقم (1) يبين ورم مجلّ فاتر بقطر 2.2 سم ضمن العفج

- تنظير هضمي علوي و ERCP: أجري التنظير الهضمي العلوي عند كافة مرضى الدراسة كوسيلة تشخيصية، وعند 21 مريضاً أجري لهم ERCP تشخيصي وعلاجي.

تحضير المرضى للعمل الجراحي:

- وضع أنبوب أنفي معدي (NGT) + وضع قنطرة وريدية مركزية للإمهاء الجيدة.
- تحضير الأمعاء الدقيقة والغليظة.
- الصادات الحيوية واسعة الطيف قبل العمل الجراحي.
- إعطاء Vit-k للمرضى الذين لديهم تناول في زمن P.T.
- إعطاء التغذية الوريدية الفائقة قبل العمل الجراحي بـ 48 ساعة بشكل روتيني (أمينوبلازما-ليبوفوندين-ألومين).
- مراقبة الإدراج البولي بوضع قنطرة بولية قبل العمل الجراحي.

العمل الجراحي:

خضع مرضى المجموعات الثلاث C,B,A للعمل الجراحي. ووضع نوع وحجم العمل الجراحي بالاعتماد على الايكوغرافي والتصوير الطبقي المحوري قبل الجراحة، و حسب ارتشاح الورم، العقد البلغمية المصابة، والانتقالات إلى الكبد أثناء العمل الجراحي.

لذلك اتبع في كل مجموعة طرق جراحية خاصة:

في المجموعة A (11 مريضاً): أجري لـ 7 مرضى من هذه المجموعة إجراء Whipple Procedure كلاسيكي وهي عملية قطع المعثكلة والenfج، أي قطع حوالي نصف المعدة وقطع مبهمين،استئصال المرارة - قطع القسم القاصي من قناة الصفراء ، قطع رأس المعثكلة حتى مستوى العنق، enfج بأكمله، وجزء من بداية الصائم وإجراء المفاغرات كما هو موضح في الشكل رقم (2) ورقم (3). [15,18,19].

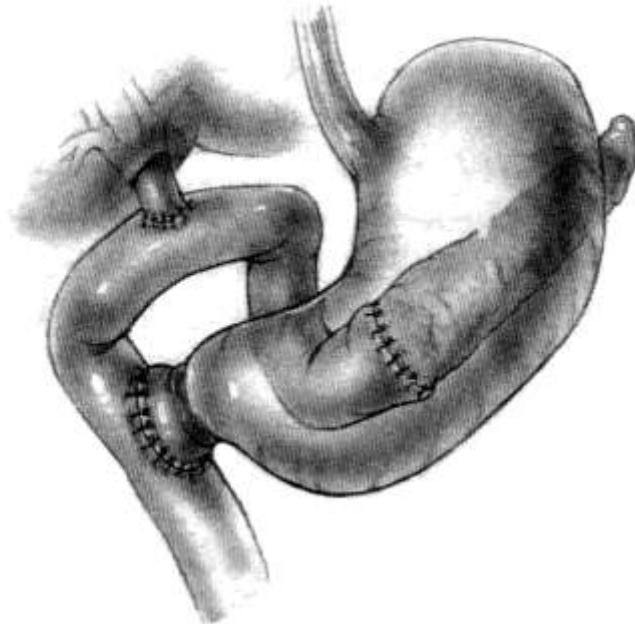


شكل تخطيطي رقم (2) يبين المفاغرات التي أجريت في عملية ويبيل الكلاسيكية.



الشكل رقم (3) يبين بعض مراحل عملية الاستئصال المعثكلي العفجي (وبيل).

-أجري عند 4 مرضى في دراستنا قطع المعثكلة والعفج مع المحافظة على البواب، وهو شكل من عملية وبيل حيث يتم فيه المحافظة على المعدة والبواب دون إجراء قطع مبهمين، كما هو واضح في الشكل رقم (4). [19،20].



شكل تخطيطي رقم (4) يبين الاستئصال المعثكلي العفجي مع المحافظة على البواب.

وتم تجريف العقد اللمفاوية بغض النظر عن درجة الورم في الأماكن التالية: الرباط الكبدي العفجي، وما حول المعثكلة، وحول وريد الباب، والعقد الزلاقية، وعلى الجانب الأيمن للشريان المساريقي العلوي. وقد تقلص زمن العمل الجراحي بشكل واضح بعد استخدام التقنيات والأجهزة المتطورة وخاصة أجهزة الخياطة الآلية (Stapler) وأجهزة التخثير والقطع بالأمواج فوق الصوتية وبالتالي قلّ الرض الجراحي وازداد الأمان في إجراء المفاغرات.

في المجموعة B: (9 مرضى)، أجري لهم استئصال المجلّ موضعياً، وهو إجراء مناورة كوشر لتحرير العفج (الجزء الثاني منه)، ويفتح العفج بشق طولاني 4-5 سم مقابل المساريقا. إدخال قنطار فوغارتي في القناة المعثكلية

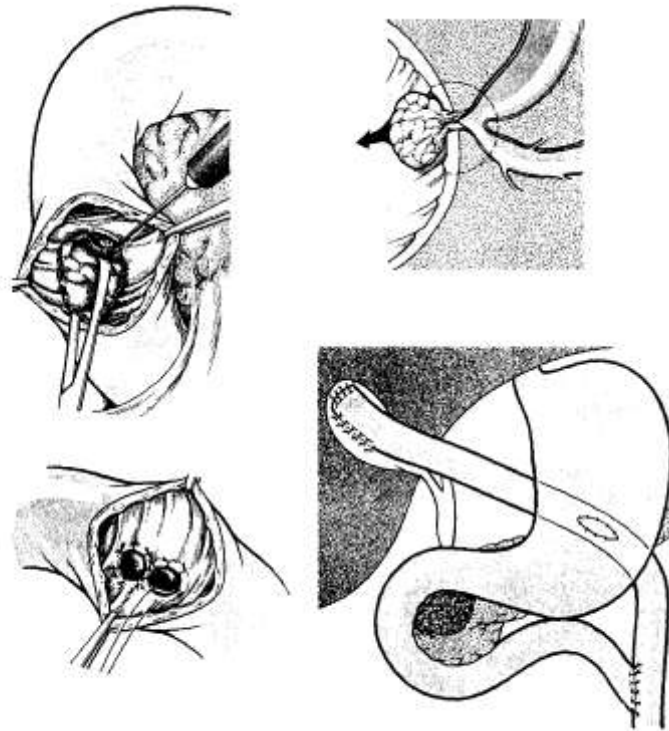
وقناة الصفراء، ثم تحقن المخاطية الطبيعية المحيطة بورم المجلّ ب الأدرينالين 1/1000 ثم يجرى قطع محيطي للمخاطية العفجية حول المجلّ إلى عمق كافٍ لاستئصال الورم.

حواف القطع كانت تبعد حوالي 1 سم عن حواف الورم العياني في كل الاتجاهات لتكون حواف القطع حرة. كانت تجرى (Frozen section) لتأكيد التشخيص، التأكد من حواف القطع وكذلك استئصال روتيني للعقد اللمفية عند مرضى سرطان المجلّ قبل الاستئصال الموضعي الذي يتضمن بالإضافة إلى العفج استئصال العقد فوق وتحت رأس المعثكلة.

نقوم بقطع قناة الصفراء والقناة المعثكلية عن المجلّ، وعندها نقوم بإجراءات إعادة تصنيع المعصرة، حيث نقوم بخياطة جدار القناة الصفراء مع الجدار القريب للقناة المعثكلية ثم نقوم بخياطتها مع جدار العفج. ثم ندخل عبرها موسعات قناة الصفراء للتأكد من الحجم اللازم للنزح الصفراوي والمعتكلي حيث إن :

- 6-8 ملم كافية للنزح الصفراوي.
- 4-6 ملم كافية للنزح المعتكلي.

مع الأخذ بالعلم أن التندب يسبب تضيق بنسبة 50 % وبعد التأكد من أن السلوكية كافية كان يُجرى إغلاق العفج بشكل عرضي كما هو واضح في الشكل رقم (5). [21،22،23].



الشكل رقم (5) شكل تخطيطي لعملية استئصال مجلّ فآثر موضعياً

المجموعة C: (30 مريضاً) أجريت لهم العمليات الجراحية التلطيفية (Palliative operations)، واتخذ القرار حسب انتشار الورم والعقد اللمفية المصابة والانتقالات وخاصة للكبد.

والهدف من الجراحة التلطيفية هو إراحة المريض من الانسداد الصفراوي وذلك بإجراء مفاغرة صائمية- مرارية أو مفاغرة صائمية مع قناة كبدية أو مفاغرة قناة جامعة مع الصائم، والانسداد العفجي وذلك بإجراء مفاغرة معدية صائمية.

تصنيف سرطان مجلّ فاتر حسب TNM بعد العمل الجراحي:

تم استبعاد مرضى المجموعة D الذين لم يخضعوا للجراحة من التصنيف، وبالتالي كان عدد المرضى الذين تم تصنيف الورم لديهم 50 مريضاً:

❖ **STAGE I** : (T_1, N_0, M_0) عند 6 مرضى بنسبة 12% أجري لهم استئصال مجلّ موضعي أو استئصال معتكلي عفجي (وبيبل وتعديلاتها).

❖ **STAGE II** : (T_2, N_0, M_0) عند 14 مريضاً بنسبة 28% قسم منهم أجري لهم استئصال موضعي للمجلّ أو استئصال معتكلي عفجي (وبيبل وتعديلاتها) أيضاً.

❖ **STAGE III** : (T_1, N_1, M_0) عند 18 مريضاً بنسبة 36% أجري لهم عمليات جراحية تلطيفية.

❖ **STAGE IV** : $(T_4, anyN, anyM)$ عند 12 مريضاً بنسبة 24% أجري لهم عمليات جراحية تلطيفية.

في دراستنا تم العمل الجراحي عند 20 مريضاً في المرحلة I و II حسب تصنيف TNM بنسبة 40%، بينما في المرحلة III بنسبة 36%، بينما في دراسة (Di giorgio. Et al 2005) في المرحلة I و II بنسبة 68.75% و في المرحلة III بنسبة 18.75%، وهذا يدل على أن الوسائل الاستقصائية في دراسته كانت أفضل وبالتالي تم تشخيص الورم والعمل الجراحي بشكل أبكر كما هو موضح في الجدول رقم (3).

الجدول رقم (3) يوضح مرحلة الإصابة حسب تصنيف TNM وعدد المرضى ونسبتهم ومقارنتها

مع دراسة Di giorgio. Et al

دراسة Di giorgio. Et al		دراستنا		Stage
النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
23.44%	15	12%	6	I
45.31%	29	28%	14	II
18.75%	12	36%	18	III
12.5%	8	24%	12	IV
100%	64 مريضاً	100%	50 مريضاً	المجموع

التشريح المرضي للعينات المستأصلة في الجراحة والخزعة المأخوذة بالـ ERCP:

كانت السرطانة الغدية (Adenocarcinoma) هي الأكثر شيوعاً بنسبة 81.9%، تلتها السرطانة الغدية الحشفية (Adenosquamous cell carcinoma) بنسبة 14.08%، بينما وجد Takeshi وزملاؤه في دراسة لهم عام 2003 أن السرطانة الغدية هي الأشيع بنسبة 95.5% [24].

الجدول رقم (4) يبين نسب نتائج التشريح المرضي لمرضى الدراسة بشكل كامل لـ (71 مريض).

التشريح المرضي للعينات	دراستنا	دراسة Takeshi. Et al
سرطانة غدية	81.9%	95.5%
سرطانة غدية حشفية	14.08%	3%
سرطانة حشفية	4.02%	1.5%

المتابعة بعد العمل الجراحي:

- تمت متابعة المرضى الخاضعين للعمليات الجراحية في وحدة العناية المشددة.
- مراقبة العلامات الحياتية / ضغط-نبض-تنفس / الإدرار البولي مع مراقبة الضغط الوريدي المركزي.
- فحوصات دموية وكيميائية يومية / الخضاب- التعداد العام وصيغة- الشوارد- الأميلاز - البيلروبين /AST-ALT.

- مراقبة سكر الدم كل ست ساعات وخاصة للمرضى الخاضعين لاستئصال معتكلي عفجي.
- صادات واسعة الطيف سيفالوسبورين جيل ثالث + ميترونيدازول.
- مضادات التخثر+مثبطات الإفراز الحامضي.
- التغذية الوريدية الفائقة TPN / امينوبلازما-ليبوفوندين-البومين/
- مراقبة المنازح والسوائل المنزوحة.

مضاعفات ما بعد الجراحة:**في المرضى الذين خضعوا لاستئصال معتكلي عفجي:**

- حدثت نواسير معتكلية لدى 5 مرضى، تم معالجة 3 منهم معالجة محافظة بشكل تام وتوفي منهم مريضان.
- تسريب من المفاغرة المعدية الصائمية حدث لدى مريض واحد وعولج بشكل محافظ.

بينما في دراسة Di giorgio. Et al:

- فكان هناك 6 وفيات في الدراسة، وحالة واحدة تسريب من المفاغرة المعدية الصائمية عولج بشكل محافظ.
- بينما في دراسة Takeshi. Et al لم يحدث عنده تسريب معتكلي أو تسريب من المفاغرة المعدية الصائمية ولا وفاة. كما هو مبين في الجدول رقم (5).

الجدول رقم (5) يبين المضاعفات ما بعد الجراحة للمرضى الذين خضعوا للقطع المعتكلي العفجي (ويبل) ومقارنتها مع دراستين عالميتين ()
.Takeshi. Et al - Di giorgio. Et al

المضاعفات	دراستنا عدد المرضى 71	دراسة Takeshi. Et al عدد المرضى 66	دراسة Di giorgio. Et al عدد المرضى 94
نواسير معتكلية	5	-	-
تسريب المفاغرات المعدية الصائمية	1	-	1
الوفاة	2	-	6

المرضى الذين خضعوا لإجراءات تلطيفية (30 مريضاً): حدث لدى مريضين تسريب من مفاغرة القناة الجامعة

-الصائم وتم علاجه بشكل محافظ.

أما المفاغرات الأخرى (مفاغرات معدية - صائمية، صائمية- مرارية) فلم يحدث فيها أي تسريب. بينما في دراسة **Takeshi. Et al** فحدث تسريب من مفاغرة قناة الصفراء - صائم لدى مريض واحد عولج جراحياً كما هو مبين في الجدول رقم (6).

الجدول رقم (6) يبين المضاعفات التي حدثت في مجموعة المرضى الذين أجري لهم عمليات جراحية تلطيفية.

المضاعفات	دراستنا	دراسة Takeshi. Et al
تسريب من مفاغرة قناة الصفراء -صائم	2	1
الشفاء	عفوي علاج محافظ	مداخلة جراحية

المرضى الذي خضعوا لاستئصال المجل موضعياً:

- حدث لدى مريضين تسريب من المفاغرة على العفج عولج بشكل محافظ وشفى خلال عشرة أيام من العلاج. أما في دراسة **Takeshi. Et al** حدث التسريب عند مريض واحد عولج أيضاً بشكل محافظ.
 - خزّاجات البطن حدثت عند مريض واحد أجري له تداخل جراحي وكذلك في دراسة **Takeshi. Et al** حدث خزّاج لدى مريض واحد، أما في دراسة **Di giorgio. Et al** فحدث لدى 3 مرضى خزّاجات بطن عولجت جراحياً.
 - أما المرضى الذين أجري لهم **ERCP** علاجي وعددهم 21 مريضاً:
- أجري لهم خزّع معصرة مع وضع Stent ضمن قناة الصفراء لتصريف الصفراء وتفريج البرقان ووضعوا لاحقاً على معالجة كيميائية وشعاعية دون اللجوء إلى العمل الجراحي. كما هو في الشكل رقم (5)



الشكل رقم (5) يبين مراحل إجراء الـ ERCP مع وضع Stent.

المتابعة البعيدة: (زمن المتابعة من 1 - 5 سنوات).

كان هناك اهتمام قليل في الأدب الطبي لأماكن النكس بعد العمليات الجراحية حيث سجل Kopelson [25] أن 43% من المرضى الذين حدث عندهم نكس كان Local Regional Failure (LRF) فقط و 75% منهم طور Distant Failure (DF) مع أو بدون LRF. كما أظهر Willett [26] أن نموذج DF راجح بعد استئصال المعثكلة والعفج ومعدل الحدوث كان 13% LRF فقط و 87% DF مع أو بدون LRF.

تمت متابعة المرضى الذين خضعوا لعمليات جراحية علاجية أي مرضى المجموعتين A و B :

المجموعة A: 11 مريضاً خضعوا لعملية استئصال المعثكلة والعفج حيث حدث نكس بعيد DF عند 7 مرضى. ولم يحدث أي نكس موضعي LRF عند أي مريض بينما حدث نكس موضعي وبعيد معاً DF+LRF عند مريض واحد.

المجموعة B: 9 مرضى خضعوا لعملية استئصال مجلّ قاطر الموضعي حيث حدث نكس موضعي LRF

عند 3 مرضى ونكس بعيد DF عند 5 مرضى ونكس موضعي معاً DF+LRF عند مريض واحد . وهكذا يتضح أن النكس هو أقل عند المرضى الذين خضعوا لعملية استئصال المعثكلة والعفج.

الجدول رقم (7) يوضح نمط النكس بين مرضى المجموعتين A و B:

نمط النكس	مرضى المجموعة A	مرضى المجموعة B
LRF	0	3
DF	7	5
DF+LRF	1	1

في مرضى المجموعة A (11 مريضاً الذين خضعوا للاستئصال المعثكلي العفجي) حدث النكس عند 8 مرضى و نجد أن LRF لم يحدث عند أي مريض و DF حدث عند 7 مرضى، والـ DF+ LRF حدث عند مريض واحد أما في دراسة Takeshi. Et al فقد تمت متابعة المرضى الذين خضعوا لعملية استئصال العفج والمعثكلة بكشف النقائل فحصل عند 24 مريضاً نكس وكان النكس كالتالي: 0 مريض حدث لديه نكس موضعي فقط LRF .
-18 مريضاً حدث لديه نكس بعيد فقط DF. -6 مرضى حدث لديهم نكس بعيد وموضعي معاً DF+LRF.
الجدول رقم (8) يبين نسبة النكس ونمطه بالمقارنة مع دراسة Takeshi. Et al .

دراسة	دراستنا	نمط النكس
Takeshi. Et al		
0	0	LRF
18	7	DF
6	1	DF+LRF

مواضع النكس البعيد DF :

في دراستنا كان الكبد هو الموضع الأكثر تكراراً حيث حدث عند 10 مرضى بنسبة 79%. والموضع الثاني هو العقد اللمفية البعيدة 46%، تلتها الرئة، ولم نتمكن من دراسة النقائل العظمية عند جميع المرضى.
أما في دراسة Takeshi فكان الموضع الأكثر هو الكبد بنسبة 67% تلتها العقد اللمفية ثم الرئة، فالنقائل العظمية كما هو مبين في الجدول رقم (9).

الجدول رقم (9) يبين أماكن النكس مع النسب في دراستنا ودراسة Takeshi. Et al .

دراسة	دراستنا	النكس
Takeshi. Et al		
67%	79%	الكبد
54%	46%	العقد اللمفية البعيدة
21%	16%	الرئة
13%	لم نتمكن من دراسة النقائل عند كافة المرضى	العظام

وهذا يتماشى مع تقارير Yamaguchi [27] -Kopelson [28].

في دراستنا كان معدل البقيا لخمس سنوات من مرضى المجموعتين A و B الذين خضعوا لعمليات جراحية علاجية 48%، بينما في دراسة Takeshi. Et al فإن معدل البقيا لخمس سنوات من المرضى الـ 55 الذين خضعوا لعمليات جراحية علاجية كان 62.6%.

الاستنتاجات والتوصيات:

- إن اليرقان الانسدادي الصامت المترقي والتموج هو التظاهر الأكثر شيوعاً.
- يمكن مشاهدة سرطان مجلّ فاتر في فئات عمرية مختلفة لكنه أكثر شيوعاً بين العقدين السادس والسابع.
- تم تشخيص سرطان مجلّ فاتر في المرحلة الثالثة (Stage III) بنسبة 36% وهي مرحلة متأخرة نسبياً وبالتالي اقتصر العلاج الجراحي على الإجراءات الجراحية التلطيفية وإجراء الـ ERCP .

- السرطانة الغدية هي الأكثر شيوعاً بالتشريح المرضي.
- تحديد نوعية الطرق الجراحية وحجمها غالباً لا يتحدد بالإيكوغرافي والطبقي وإنما أثناء العمل الجراحي بانتشار الورم والعقد اللمفاوية المصابة والانتقالات البعيدة خاصة في الكبد.
- العلاج الجراحي الجذري لسرطان مجلّ قاتر الاستئصال المعثكلي العفجي (ويبل وتعديلاتها) هو إجراء آمن وذو نتائج جيدة.
- أهم المضاعفات بعد العلاج الجراحي هي النواسير المعثكلية، ونتيجة ذلك حدثت حالتنا وفاة.
- إن استئصال مجلّ قاتر موضعياً هو إجراء مناسب في حال كون الورم في مراحله الأولى ولا يتجاوز حواف مُعَصَّرَة أودي.
- النكس عند المرضى الذين خضعوا للاستئصال المعثكلي العفجي (ويبل وتعديلاتها) أقل مما هو عند المرضى الذين خضعوا لاستئصال المجلّ موضعياً.
- إن الموقع الأكثر شيوعاً للنكس هو الكبد.
- التأكيد على التعاون بين أطباء الهضمية الذين يقومون بإجراء الـ ERCP وأطباء الجراحة حول إمكانية العمل الجراحي الجذري الذي يكون إنذاره جيداً في المراحل الأولى.
- إن إنذار سرطان مجلّ قاتر جيد في حال التشخيص المبكر والعلاج الجراحي الجذري (ويبل وتعديلاتها).

المراجع:

1. ZINNER, J.M.; ASHLEY, W.S. *Maingot's General Surgery: disorder of duodenal ampullary*. 11th edition..2007;999-1014
2. KINGSTON, R.D. *Carcinoma of the ampulla of Vater*. British Journal of Surgery, 1996;73:72-73
3. ANDERSEN, H.B; BADEN, H; BRAHE N.E; BURCHTH, F. *Pancreatico-duodenectomy for periampullary adenocarcinoma*. American Journal of Surgery, 2004;179:545-552.
4. JONES B,A; LANGER, B; TALOR, B.R; GIROTTI, M. *Periampullary tumours: Which ones should be resected*. American Journal of Surgery. 1998;149:45-52.
5. TALAMINI, M.A; MOESINGER, R,C; PITT HA, et al. *Adenocarcinoma of the ampulla of Vater: a 28-year experience*. American Journal of Surgery, 1997; 225: 590-9.
6. CHARETON, B; COIFFIC, J; LANDEN, S; BARDAXOGLU, E; CAMPION, J.P; LAUNOIS, B. *Diagnosis and therapy for ampullary tumors: 63 cases*. World Journal Surg. 1996;20:707-712.
7. UP TO DATE :< www. up to date.com.> 15.1-2007.
8. ROSENBE, G. J; WELCH, J.P; PYRTEK, L.J; WALKER, M; TROWBRIDGE, P. *Benign villous adenomas of the ampulla of Vater*. Cancer, 1996;58:1563-1568.
9. KOZUKA, S; TSUBONE, M; YAMAGUCHI, A; HACHISUKA, K.. *Adenomatous residue in cancerous papilla of Vater*. Gut. 2001,22,1031-1034

10. BACZAKO, K; BUCHLER, M; BEGER, H.G; KIRKPATRIK, C.J; HAFERKAMP O. *Morphogenesis and possible precursor lesions of invasive carcinoma of the papilla of Vater: epithelial dysplasia and aden Hum Pathol.* 2001;16:305-310.
11. BEGER, H.G; TREITSCHKE, F; GANSAUGE, F; HARADA, N; HIKI, N; MATTFELDT, T. *Tumor of the ampulla of Vater: experience with local or radical resection in 171 consecutively treated patients.* Arch Surg 1999; 134: 526-32
12. SCHWARTZ ,I.S;CHRLES,B.F. principles of surgery :Pacreas. 8th edition,2006, 1401-1440.
13. JOSEF,E. *Mastry Of Surgery: Surgical anatomy of the pancreas.* 5th edition, 2006 ; 2626-2693 .
14. HALSTED , W.S. *Contributions to the surgery of the bile passages, especially of the common bile duct.*Journal of Boston Medical Surgery. 1899;141:645
15. WHIPPLE, A.O; PARASONS, W.B; MULLINS, C.R. *Treatment of carcinoma of the ampulla of Vater.* american Journal of Surgery. 1935;102:763-779.
16. REANTGN,K. *journal of gastrology .Santo Tomas hospital .*1996:110.
17. DI GIORGIO,A.ET AL. *pancreaticodnododenctomy for tumors of Vater's ampulla.*world Journal of Surgery,29th,2005,513-518.
18. MONSON, J.R; DONOHUE, J.H; MCENTEE, G.P.ET AL. *Radical resection for carcinoma of the ampulla of Vater.* Arch Surg 1997; 126: 353-7.
19. حزوري،عدنان،*استراتيجية العمليات الجراحية العامة.* الجزء الثاني، 2002، 950-1045 .
20. NAKAO, A. *Pancreatic head resection with segmental duodenectomy and preservation of the gastroduodenal artery.* Hepatogastroenterology 1998;45: 533-5.
21. BRANUM, G.D; PAPPAS ,T.N; MEYERS ,W.C. *The management of tumours of the ampulla of Vater by local resection.* Ann Surg. 2006;224:621-627.
22. NEWMAN, R.J; ITTAM , M.R. *Local excision in the treatment of carcinoma of the ampulla of Vater.* Journal of Royal College Surgery.1999;27:154-157.
23. BARTELS,O;BECKER,V;ET AL.*Chirurgie des exokrinen Pankreas.*1984.
24. TAKESHI,T. *Patterns and Predictors of Failure after Curative Resections of Carcinoma of the Ampulla of Vater.* Annals of Surgical Oncology. 2003,10:1176-1183.
25. Kopelson, G. *Curative surgery for adenocarcinoma of the pancreas/ampulla of Vater: the role of adjuvant pre or postoperative radiation therapy.* Int J Radiat Oncol Biol Phys 1993; 9: 911-5
26. Willett, C.G; Warshaw, A.L; Convery, K; Compton, C.C. *Patterns of failure after pancreaticoduodenectomy for ampullary carcinoma.* Surg Gynecol Obstet 1999, 176: 33-8
27. KAYAHARA, M; NAGAKAWA ,T; OHTA ,T; KITAGAWA, H; MIYAZAKI ,I. *Surgical strategy for carcinoma of the papilla of Vater on the basis of lymphatic spread and mode of recurrence.* Surgery, 1999, 121: 611-7.
28. YAMAGUCHI,K; NAGAI, E; UEKI ,T; NISHIHARA, K; TAMAKA, M. *Carcinoma of the ampulla of Vater.* Austrian Journal of Surgery, 2003, 63: 256-62.