

## العلاج الجراحي لأورام المعدة الخبيثة

الدكتور محمود دبرها\*

الدكتور علي كفا\*\*

وائل شتور\*\*\*

تاريخ الإيداع 8 / 10 / 2009. قُبل للنشر في 25 / 11 / 2009

### □ ملخص □

أُجريت الدراسة في مشفى الأسد الجامعي في مدينة اللاذقية، وشملت 56 مريضاً تمّ قبولهم وعُولجوا جراحياً من أورام معدية خبيثة خلال الأعوام من 1997 وحتى 2009، وكانت نسبة إصابة الذكور إلى الإناث 1:1.55، مع ذروة حدوث في العقد السادس والسابع بنسبة 62.5%، وكانت النسبة الأعلى لتوضّع الورم في الثلث السفلي من المعدة بنسبة 62.5%.

كانت السرطانة الغدية أكثر الأنماط التشريحية المرضية شيوعاً 92.86%، ويشكّل نموذج خلايا الخاتم ذي الفصّ نسبة 23.07%، و أُجري تصنيف Lauren في 8.93% من الحالات.

كان قطع المعدة تحت التام هو الإجراء الجراحي الأكثر مزاولةً بنسبة 50% من الحالات، مع مفاغرة معدية صائمية من النمط أوميغا براون أمام القولون في ثلثي الحالات.

أُجري التجريف D1 في 77.78% من الحالات، في حين أُجري التجريف D2 في 22.22% من الحالات.

تمّ استئصال الطحال في 20.37% من الحالات، وتمّ استئصال المرارة في 3.7% من الحالات.

الكلمات المفتاحية: معدة- مفاغرة- الطحال.

\* 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.

## Surgical Treatment of Gastric Cancer

Dr. Mahmoud Dabrha\*  
Dr. Ali Kafa\*\*  
Wael Chattour\*\*\*

(Received 8 / 10 / 2009. Accepted 25 / 11 / 2009)

### □ ABSTRACT □

This study was carried out at AL-ASSAD University Hospital in Lattakia during 1997-2009, and included 56 patients who were treated of gastric cancer. Male: female ratio was 1.55:1, with the peak incidence being in the 6<sup>th</sup> and 7<sup>th</sup> decades (62.5%); the highest incidence was in the lower third of the stomach in 62.5% of cases. Adenocarcinoma was the most common pathological form 92.86%; signet ring cells formed 23.07%; lauren classification was performed in 8.93% of cases. The most common operation was subtotal gastrectomy, with Omega-Brawn anastomosis, interiorly of the colon in the two thirds of cases. D1 dissection was performed in 77.78% of cases, compared with D2 dissection which was performed in 22.22 % of cases. Splenectomy was performed in 20.37% of cases, and cholecystectomy in 3.7% 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:

تعد أورام المعدة الخبيثة من المسائل الجراحية الهامة من حيث التشخيص ونتائج العلاج، إذ يشكّل رابع السرطانات من حيث الانتشار، في حين تُسجّل 600 000 ألف حالة سنوياً، ويقدر أنّ ثلثي هذا العدد سيموتون بسبب الورم [1].

على الرغم من حدوث انخفاض في معدّلات الحدوث في العقود الثلاثة الماضية مازال هذا الورم يحتلّ المرتبة الثالثة في أورام السبيل الهضمي بعد السرطان القولوني المستقيمي وسرطان المعثكلة، كما أنّه يحتلّ المرتبة الأولى للوفيات السرطانية في بعض البلاد كاليابان.

## أهمية البحث وأهدافه:

تشكّل أورام المعدة مشكلةً طبيّةً واقتصاديّةً واجتماعيّةً لما تسببه هذه الأورام من عجزٍ جسديٍّ ونفسيٍّ للمريض، ولما تتطلبه من عنايةٍ طبيّةٍ وجراحيةٍ خاصّة، سواءً في مرحلة التشخيص، أم في مرحلة العلاج. إنّ نسبةً كبيرةً من هؤلاء المرضى يراجعون في مراحل متقدّمة من المرض، كما تبقى نسبة الوفيات مرتفعةً مقارنةً ببعض الأورام كالسرطان القولوني المستقيمي.

كان الهدف من البحث هو تقييم طرق المعالجة الجراحية لأورام المعدة الخبيثة المطبّقة في مشفى الأسد الجامعي في الفترة بين عامي 1997-2009، والمقارنة بينها من حيث النتائج والمضاعفات مع مثيلاتها في دراساتٍ عالميّةٍ ومحليّةٍ.

## طرائق البحث ومواده:

المرضى المقبولين والمعالجين جراحياً لأجل السرطان المعدي، حيث تألّفت عيّنة الدّراسة من عيّنة استرجاعيّة منذ العام 1997 وحتى نهاية العام 2006، وتألّفت من 44 مريضاً ومن عيّنة استقباليّة من بداية العام 2007 وحتى العام 2009، وتألّفت من 12 مريضاً، وشملت عيّنة الدّراسة 56 مريضاً، وتمّ استبعاد الحالات التي لم تستوفِ شروط الدّراسة بسبب النقص في المعلومات الموثّقة حول الحالات المدروسة.

## وسائل البحث:

- القصّة المرضيّة والفحص السريري (الأعراض والعلامات).
  - الفحوص المخبريّة (دمويّة، كيميائيّة، مستضدات ورميّة).
  - الفحوص الاستقصائيّة المتّمة (صورة البطن البسيطة، التصوير بالأموح فوق الصوتيّة، التصوير المقطعي المحوسب للبطن والحوض، التنظير الهضمي العلوي، الخزعة).
  - الفحص النسيجي للعيّنات المستأصلة جراحياً والمأخوذة عبر التنظير.
- قمنا في دراستنا بالمقارنة مع الدراسات العالميّة والمحليّة الآتية:

1. دراسة الدكتور الموسوي المجرة في جامعة دمشق، قسم الجراحة العامّة في مشفى الأسد الجامعي ومشفى المواساة الجامعي، في العام 2005، وشملت الدراسة 189 مريضاً. [9]
2. دراسة الدكتور نسيمة المجرة في الهند، جامعة Srinagar، قسم التشريح المرضي، والتي شملت 152 مريضاً والمنشورة في العام 2007 في مجلّة JK SCIENCE India [2].

3. دراسة الدكتور نومورا المجرة في اليابان، ونُشرت عام 2007 في مجلة Dig Surg Japan [3].
4. دراسة الدكتور كامبوس المجرة في كولومبيا، جامعة Kagoshima، والتي شملت 216 مريضاً، ونُشرت عام 2006 في مجلة World Journal of Gastroenterology [4].
5. دراسة الدكتور هيرمان المجرة في ألمانيا، جامعة Leiden، قسم الجراحة، والتي شملت 711 مريضاً، ونُشرت عام 1999 في مجلة The New England Journal of Medicine [5].
6. دراسة الدكتور بيسانو المجرة في إيطاليا، جامعة degli Studi di Cagliari، قسم الجراحة، وشملت الدراسة 135 مريضاً ونُشرت في العام 2004. [6]
7. دراسة الدكتور بيجان المجرة في إيران، جامعة Tarbiat Modares، وشملت الدراسة 455 مريضاً، ونُشرت في العام 2007 في مجلة Indian J Med Res [7].

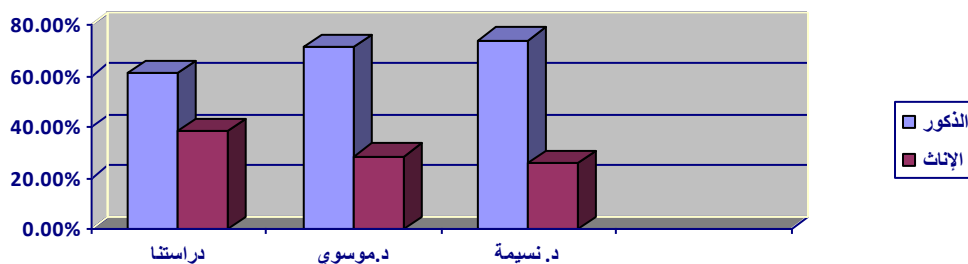
### النتائج والمناقشة:

#### توزع الحالات حسب الجنس:

أجريت الدراسة على 56 مريضاً، خضعوا لعملٍ جراحيٍّ بسبب إصابتهم بالسرطانة المعدية، فكان عدد المرضى الذكور 34 مريضاً أي بنسبة 60.71% من الحالات، وكان عدد المرضى الإناث 22 مريضاً أي بنسبة 39.29% من الحالات، ويبين الجدول رقم (1) النتائج التي توصلنا إليها.

الجدول رقم (1) يبين توزع الحالات حسب الجنس.

الجنس	العدد	النسبة	دراسة د. موسوي	دراسة د. نسيمه
الذكور	34	60.71%	71.5%	74.35%
الإناث	22	39.29%	28.5%	25.65%
المجموع	56	100%	100%	100%



المخطط رقم (1): يبين توزع الإصابات حسب الجنس.

نلاحظ من الجدول السابق أنّ النسبة (ذكور:إناث) كانت في دراستنا 1:1.55، وكانت النسبة في دراسة الدكتور الموسوي 1:2.5 [9]، وفي دراسة الدكتورة نسيمه [2] كانت النسبة 1:2.89، لكن يبقى واضحاً أنّ عدد المرضى الذكور يفوق عدد المرضى الإناث، وإن كانت النسبة أقلّ ممّا هي عليه في الدراسات الأخرى.

## توزع الحالات حسب العمر :

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

الجدول رقم (2) يبيّن توزع الحالات حسب العمر .

العمر	العدد	النسبة في دراستنا	النسبة د. موسوي	النسبة د. نومورا
<30	1	%1.79	%3.7	% 3.8
31-40	4	%7.14	%1.1	% 35.4
41-50	7	%12.50	%9.5	
51-60	15	%26.79	%23.2	% 53.9
61-70	20	%35.71	%28	
<70	9	%16.07	%14.2	% 6.9
المجموع	56	% 100	%100	%100

نلاحظ من الجدول السابق أنّ ذروة الإصابة تقع في العقدین السادس والسابع من العمر، وكان مجموع النسبتين 62.5 %، وهذه النسبة أعلى ممّا في دراسة د. موسوي 51.2 %، وأعلى ممّا في دراسة د. نومورا [3] حيث كانت النسبة 53.9 %.

## توزع الحالات حسب عادات التدخين:

لدى دراسة عادات التدخين لدى مرضى الدراسة تبين وجود 34 مريضاً مدخناً أي بنسبة 60.71% من الحالات، ووجود 22 مريضاً غير مدخنٍ أي بنسبة 39.29 % من الحالات.

الجدول رقم (3) ويبيّن توزع الحالات حسب التدخين .

عادة التدخين	العدد	النسبة في دراستنا	النسبة في دراسة د. كامبوس
مدخن	34	% 60.71	% 63.88
غير مدخن	22	% 39.29	% 36.12
المجموع	56	% 100	% 100

نلاحظ من الجدول السابق أنّ النسبة (مدخن: غير مدخن) كانت 1:1.55، بينما في دراسة الدكتور كامبوس كانت النسبة 1:1.77 [4]، ونفسر تباين النتائج بارتفاع نسبة الإناث في دراستنا، لكن يبقى جلياً أنّ التدخين هو عامل خطورة في تطور السرطانة المعدية.

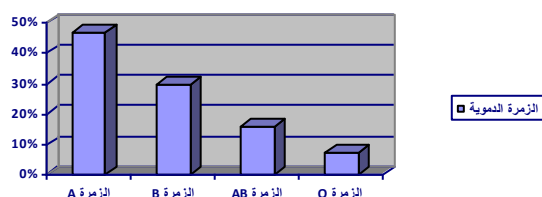
## الزمرة الدموية:

تمّت دراسة الزمرة الدموية وذلك بالرجوع إلى ملفّات المرضى، وتبيّن أنّه في 46.43% من الحالات كانت الزمرة الدموية هي A، والجدول التالي يبيّن توزع الحالات حسب الزمرة الدموية.

الجدول رقم (4) ويبين توزع الحالات حسب الزمرة الدموية.

AB	B	O	A	الزمرة الدموية
4	9	17	26	عدد المرضى
% 7.14	%16.07	%30.36	%46.43	النسبة المئوية

نلاحظ من الجدول السابق أن الزمرة الدموية A تتوافق بشكل واضح مع السرطانة المعدية.



المخطط رقم (2) ويبين توزع الحالات حسب الزمرة الدموية.

#### دراسة وسائل التشخيص:

اعتمدت الوسائل الآتية في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية في الدراسة التشخيصية وتقييم السرطانة المعدية:

- 1- القصة السريرية.
- 2- الأعراض والعلامات السريرية.
- 3- الفحوص المخبرية (الخصاب، ESR، الواسمات الورمية).
- 4- الفحوص الشعاعية (التصوير المقطعي المحوسب، التصوير بالأشعة فوق الصوتية).
- 5- التنظير الهضمي العلوي مع الخزعة.
- 6- الدراسة التشريحية المرضية للعينات المأخوذة بواسطة التنظير الهضمي العلوي أو بواسطة الجراحة.

#### توزع الحالات حسب الأعراض السريرية:

ركّزنا في الدراسة على الأعراض الآتية: الألم الشرسوفي والقيءات ونقص الوزن ونقص الشهية و القيء المدمى والتغوط الزيتي وعسرة البلع، وذلك بالرجوع إلى ملفات المرضى، وكانت النتائج التي حصلنا عليها:

الجدول رقم (5): يبين نسب توزع الحالات حسب الأعراض السريرية.

الأعراض	الألم الشرسوفي	القيءات	نقص الوزن	التغوط الزيتي	القيء المدمى	عسرة البلع
العدد	46	26	45	2	4	5
النسبة في دراستنا	%82.14	%46.43	%80.36	%3.57	%7.14	%8.93
د. كامبوس	%90	%15	%90	%10.5	%25	

على الرغم من تفاوت النسب بين دراستنا ودراسة د. كامبوس يبقى جلياً أن نقص الوزن (80.36% من الحالات) والألم الشرسوفي (82.14% من الحالات) هما أهمّ عرضين سريريّين في السرطانة المعدية، ويمكن أن نعزو ارتفاع نسبة القيءات في دراستنا لتأخر التشخيص ولوجود أعراض تضيق مخرج المعدة.

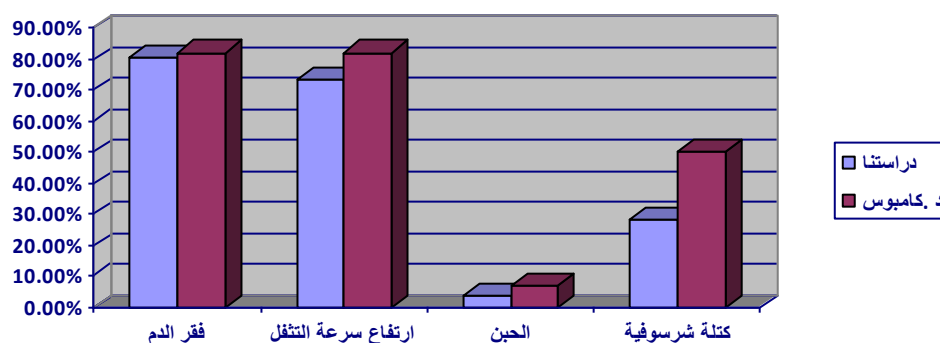
#### توزع الحالات حسب العلامات السريرية والموجودات المخبرية:

ركّزنا على فقر الدم وارتفاع سرعة التثقل عند دراسة الموجودات المخبرية، أما العلامات السريرية فركّزنا على وجود الحبن ووجود كتلة شرسوفية، وكانت النتائج التي استخلصناها من ملفّات المرضى مبينة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (6) ويبين توزع الحالات حسب العلامات السريرية والموجودات المخبرية.

العلامة السريرية	العدد	النسبة	د. كامبوس
فقر الدم	45	80.36%	82%
ارتفاع سرعة التثقل	41	73.21%	82%
الحبن	2	3.57%	7%
كتلة شرسوفية	16	28.57%	50%

نلاحظ من الجدول أنّ أهمّ الموجودات المخبرية هي فقر الدم وارتفاع سرعة التثقل، وهو متوافق مع دراسة د. كامبوس، كما نلاحظ ارتفاع نسبة وجود الحبن وهذا عائد لتأخر التشخيص وبالتالي ازدياد الحالات المتقدمة.



المخطّط رقم (3) ويبين توزع الحالات حسب العلامات السريرية والموجودات المخبرية.

نشير إلى أنّ سرطانات المعدة قد تترافق بالانتقاب في 1-4% من الحالات، وفي دراستنا لم أعرّ على أيّ حالة انتقاب على أرضية ورم معدّي متقرّح. الواسمات الورميّة:

أجريت الواسمات الورميّة لدى 13 مريضاً أي بنسبة 23.21% من عينة الدراسة، وكانت الواسمات المتحرّاة CEA وCA19-9، والنتائج التي حصلنا عليها مبينة في الجدول رقم (7):

الجدول رقم (7) يبيّن الواسمات الورميّة المتحرّاة لدى المرضى ونسبتهم.

لا واسمات	ارتفاع CA19-9	ارتفاع CEA	
43	13\5	13\6	عدد المرضى
	% 41.66	% 46.15	النسبة

كانت CEA طبيعية في 7 حالات أي بنسبة 53.85 %، وكانت CA19-9 طبيعية في 8 حالات أي بنسبة 58.34 % من الحالات.

#### الفحوص الشعاعية:

أجري التصوير المقطعي المحوسب لدى 22 مريضاً أي بنسبة 39.29 % من الحالات، وذلك في إطار التشخيص ووضع خطة العلاج، وقد أظهر وجود ارتشاح في القولون المعترض في حالة واحدة، وأظهر وجود الحبن في حالتين، وأظهر الضخامات العقدية في سرّة الطحال في حالتين وفي جذر مساريقا الأمعاء الدقيقة في حالة واحدة. أجرى التصوير بالأموح الصودية لدى 49 مريضاً أي بنسبة 87.5 % من الحالات، وقد بين وجود الحبن في حالتين، وأظهر موجودات غير نوعية في 3 حالات والتي استدعت إجراء الاستقصاءات المتممة وهي التصوير المقطعي المحوسب والتنظير الهضمي العلوي.

صورة المعدة الظليلة: تمكنا من إحصاء حالتين أجريت فيهما صورة المعدة الظليلة، في الحالة الأولى ظهرت كتلة شاذة للحيز لتوضع على الانحناء الكبير، وفي الحالة الثانية ظهرت كتلة ساذة في منطقة البواب.

#### توزع الحالات حسب توضعها في المعدة اعتماداً على التنظير الهضمي العلوي:

أجري التنظير الهضمي العلوي لجميع مرضى الدراسة أي بنسبة 100 % وكان توضع الورم ضمن المعدة موزعاً على الشكل التالي: الثلث العلوي: 8.93 %، الثلث المتوسط: 26.79 %، الثلث السفلي: 62.5 %، شامل لكل أقسام المعدة: 1.78 %، ونلخص هذه النتائج في الجدول الآتي:

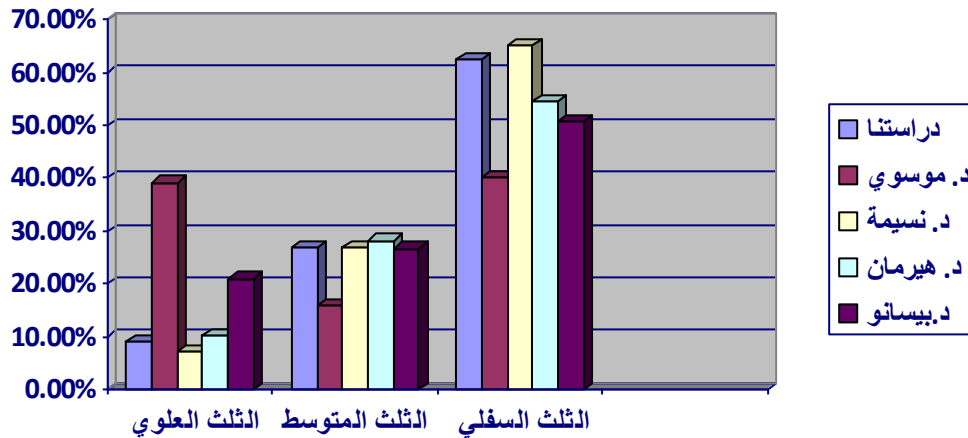
الجدول رقم (8) يبين نسبة توزع الأورام ضمن المعدة.

النسبة د.بيسانو	النسبة د.هيرمان	النسبة لدى دنسيمة	النسبة لدى د.موسوي	النسبة	العدد	المكان
%21	%10.26	% 7.23	% 39.2	%8.93	5	الثلث العلوي قعر +فؤاد
%26.7	%28.13	% 26.98	% 15.8	%26.79	15	الثلث المتوسط الجسم
%50.7	%54.43	% 65.13	% 40.2	%62.5	35	الثلث السفلي غار +بواب
%1.4	%7.18	% 0.66	% 4.8	%1.79	1	شامل لكل أقسام المعدة
%100	%100	% 100	% 100	% 100	56	المجموع

نلاحظ من الجدول أن أعلى نسبة لتوضع الورم كانت في الثلث السفلي من المعدة بنسبة 62.5 % من الحالات، وأن نسبة توضع الآفة في الثلث العلوي تقل عن النسبة في دراسة د. موسوي ونلاحظ تقارب النسب بين دراستنا ودراسة



د. نسيمه إذ نلاحظ ارتفاع نسبة الإصابة في الثلث المتوسط والثلث السفلي، وبالمقارنة مع دراسة د. هيرمان [5] نلاحظ تقارب النسب من ناحية إصابة الثلث العلوي والثلث المتوسط، في حين كانت نسبة الإصابة في الثلث السفلي في دراستنا أعلى مما في دراسة د. هيرمان، وبالمقارنة مع دراسة د. بيسانو [6] نلاحظ تقارب نسب إصابة الثلث المتوسط، وكانت نسبة الإصابة في الثلث العلوي أعلى مما هي في دراستنا، بينما كانت نسبة إصابة الثلث السفلي في دراسة د. بيسانو أقل من النسبة في دراستنا.



المخطط رقم (4) يبين نسبة توزع الأورام ضمن المعدة.

#### التشريح المرضي:

أظهرت دراسة التشريح المرضي للعينات المستأصلة جراحياً التوزع التالي للحالات:  
Adenocarcinoma: 92.86%، Gastric lymphoma: 1.79%، Stromal tumor: 3.58%، Carcinoid: 1.79%.

الجدول رقم (9) يبين توزع الحالات حسب نتائج التشريح المرضي.

التشريح المرضي	العدد	النسبة دراستنا	النسبة د. موسوي	النسبة د. نسيمه
Adenocarcinoma	52	92.86%	98%	91%
Gastric lymphoma Malt	1	1.79%	2%	4%
Stromal tumor	2	3.58%	-	2%
Carcinoid	1	1.79%	-	3%
المجموع	56	100%	100%	100%

يُظهر الجدول اختلافاً بسيطاً بين دراستنا ودراسة د. نسيمه ودراسة د. موسوي، ويظهر جلياً أنّ الأدينوكارسينوما تشكل الغالبية العظمى من الحالات.

تُقسم الكارسينوما الغديّة إلى الأنماط الفرعيّة الآتية: الكارسينوما الغديّة الحليميّة والغديّة الأنبوبيّة والغديّة المخاطيّة وخلايا فصّ الخاتم والشائكة الغديّة وشائكة الخلايا وصغيرة الخلايا وغير المتميّزة، وكان عدد حالات

كارسينوما خلايا فصّ الخاتم (Signet cell tumor) 12 حالة أي بنسبة 23.07% من الحالات وهي نسبة مرتفعة وتسيء للإنداز .

أما التصنيف حسب Lauren (الذي يُقسّم سرطانات المعدة إلى نمط معوي 53%، نمط منتشر 33%، ونمط غير محدّد 14%) [8] فقد أُجري في 5 حالات أي ما نسبته 8.93% من الحالات، على الرغم من أهميّة هذا التصنيف الإنذارية ودوره في تحديد هامش أمان القطع لعلاج السرطانة المعدية، حيث يصيب النمط المعوي الذكور المسنّين، ويرتبط بوجود العوامل المسرطنة، كالإصابة بالملتويات البوابية، والطعام المملّح ويصيب عادةً الجزء القاصي من المعدة.

بينما يصيب النمط المنتشر الجزء القريب من المعدة ومنطقة الوصل المعدي المريئي، ويصيب الشباب عادةً والنساء أكثر من الرجال، ويترافق مع زمرة الدّم A، ويكون ذو إنذار سيء، ويحتاج النموذج المنتشر إلى هامش أمان 6 سم خلال العلاج الجراحي، بينما في النموذج المعوي فيمكن أن يكون هامش القطع أقل من ذلك. [1]

تصنّف أورام المعدة عيانياً إلى أربعة أنماط وكانت النتائج التي حصلنا عليها:

polypoid (البوليبي): 4 حالات (7.14%)، fungating (المتبرعم، فطري الشكل): 15 حالة (26.79%)، ulcerative (المتقرّح): 18 حالة (32.14%)، schirosis (الصلد): 19 حالة (33.93%)، وكان من بين النموذج الصلد حالة واحدة من نموذج تصلّب المعدة أو المعدة الشبيهة بالوعاء الجلدي.

نلخص النتائج التي توصلنا إليها في الجدول الآتي:

الجدول رقم (10) يبيّن توزع الحالات حسب التشريح العياني لأورام المعدة.

النمط العياني	العدد	النسبة في دراستنا	النسبة د. نسيمية
المتبرعم	15	26.79%	6.7%
البوليبي	4	7.14%	5.4%
المتقرّح	18	32.14%	18.9%
الصلد	18	32.14%	65.7%
Linitis plastica	1	1.79%	3.3%
المجموع	56	100%	100%

كانت نسبة النمط الصلد من النموذج الشامل المعروف باسم linitis plastica في دراستنا 1.79% بينما كانت النسبة في دراسة د. نسيمية 3.3%، ونلاحظ عدم توافق النتائج بين دراستنا ودراسة د. نسيمية، إذ نلاحظ ارتفاع نسبة النموذج الصلد السيء الإنذار في دراستها مقارنة بدراستنا، وتقارب النسبتين في النموذج البوليبي، وزيادة نسبة النموذج المتبرعم والمتقرّح في دراستنا مقارنة بدراسة د. نسيمية.

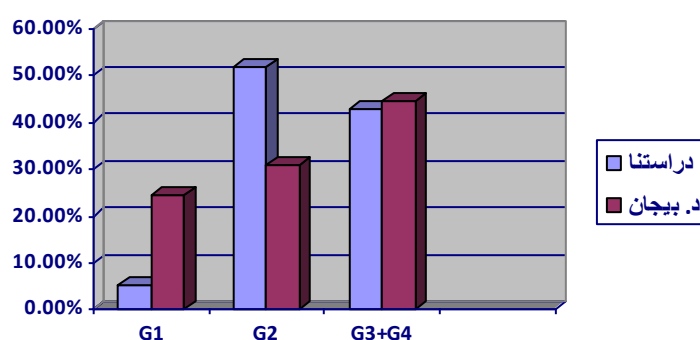
أما دراسة الدرجة النسيجية للعينات فكانت النتائج على الشكل الآتي: I: G 5.36%، II: G 51.79%، III: G 35.71%، IV: G 7.14%، ويبيّن الجدول الآتي النتائج التي توصلنا إليها.

الجدول رقم (11) يبيّن توزع الحالات حسب الدرجة النسيجية.

الدرجة النسيجية	العدد	النسبة المئوية	د. بيجان
-----------------	-------	----------------	----------

%24.6	%5.36	3	G I
%30.8	%51.79	29	G II
%44.6	%35.71	20	G III
	%7.14	4	G IV
% 100	%100	56	المجموع

نلاحظ أنّ الدرجة النسيجية G III، G IV، السيتية التمايز تشكل 42.85% من الحالات وهذا يتوافق مع دراسة د.بيجان [7] حيث كانت النسبة 44.6%، بينما نلاحظ الفرق الواضح في نسب الأورام جيّدة التمايز ومتوسطة التمايز بين دراستنا ودراسة د.بيجان.



المخطط رقم (5) يبيّن توزع الحالات حسب الدرجة النسيجية.

### العلاج الجراحي:

كان عدد العمليّات الجراحية 56 عملاً جراحياً، حالة واحدة هي خزعة استئصالية للورم، حالة واحدة فتح وإغلاق دون أي إجراء، وكان لدينا 54 عملية قطع معدة توزعت بين قطع المعدة التام 15 حالة، وتحت التام القاصي 35 حالة، وتحت التام القريب حالتين، وقرب التام حالتين، والجدول 12 يبيّن توزع الحالات وفقاً للعمل الجراحي المجري.

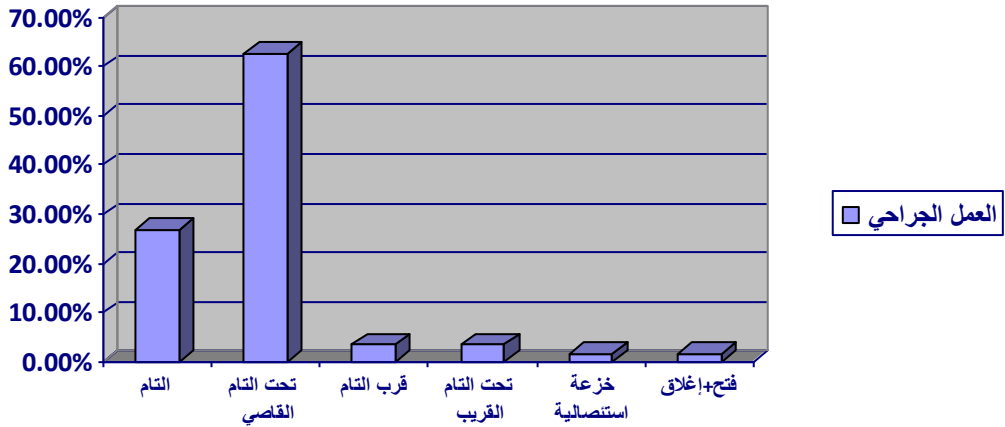
الجدول رقم (12) يبيّن العمليّات الجراحية المجراة في دراستنا.

العمل الجراحي						توضّع الورم
فتح وإغلاق	خزعة استئصالية	قرب التام	تحت التام القريب	تحت التام القاصي	تام	
1			2		2	الثلاث العلوي
	1	2		4	8	الثلاث المتوسط
				31	4	الثلاث السفلي
					1	شامل لكل المعدة
1	1	2	2	35	15	المجموع

في أورام الثلث العلوي وعددها خمس حالات، كانت الجراحة في حالتين منهما هي عبارة عن قطع المعدة التام (total gastrectomy)، وفي حالتين كان الإجراء هو قطع المعدة القريب تحت التام (proximal subtotal gastrectomy)، وأجري تصنيع للبواب في الحالتين، وهذا يتعلّق بحجم المعدة الموقرة بعد القطع، وإن كان حجمها كافٍ لإجراء المفاغرة المريئية المعدية، وتمّ استئصال الطحال في الحالات الأربع، وفي حالة واحدة كان الورم في منطقة القاع المعدي وكان منتشراً إلى جدار البطن وإلى الكبد ومرافقاً مع الحبن، فتمّ إغلاق البطن دون أيّ إجراء.

في أورام الثلث المتوسط وكان عددها 15 حالة، فكانت العمليات الجراحية موزعة على الشكل الآتي: عملية واحدة خزعة استئصالية (exisional biopsy) لورم في جدار المعدة الأمامي (كارسينويد)، وفي حالتين كان العمل الجراحي هو قطع المعدة قرب التام (near total gastrectomy)، وفي أربع حالات كانت الجراحة هي قطع المعدة تحت التام القاصي (distal subtotal gastrectomy)، وفي الحالات الثمانية المتبقية كان العمل الجراحي هو قطع المعدة التام (total gastrectomy)، وتمّ استئصال الطحال في حالتين منهما.

في أورام الثلث السفلي وعددها 35 حالة، فقد أُجري قطع المعدة التام في أربع حالات وكان الورم فيها كبيراً ويصل إلى جسم المعدة، وفي حالتين تمّ استئصال الطحال، وفي بقية الحالات وعددها 31 حالة، فكان الإجراء المتبع هو قطع المعدة تحت التام القاصي وتمّ استئصال الطحال في حالتين من هذه الحالات، واستئصال جزء من القولون المعترض في حالة واحدة نتيجة اجتياح الورم لمساريق القولون المعترض، وكان من بين الحالات لمفوما معدة وحالتي ورم لحمي GIST، و عُولجت بقطع المعدة تحت التام، في حالة الورم المجتاح لكامل أقسام المعدة (linitis plastica) فقد تمّ إجراء استئصال المعدة التام، واستئصال الطحال، وتقييم الصائم في حالة واحدة فقط.



المخطّط رقم (6) يبيّن العمليات الجراحية المجرىة.

يتّضح لنا ممّا سبق أنّ العملية الأكثر اتّباعاً ُ كانت قطع المعدة تحت التام القاصي (35 حالة) أي بنسبة 62.5% من الحالات، يليها قطع المعدة التام (15 حالة) أي بنسبة 26.7% من الحالات. قمنا بمقارنة نسب أنواع العمل الجراحي المجرى في دراستنا ودراسة د.موسوي، ودراسة د.هيرمان، ودراسة د.بيسانو، وكانت المقارنة موضحةً في الجدول الآتي:

الجدول رقم (13) يبيّن نسب أنواع العمل الجراحي المجرى وبقية الدراسات.

العمل الجراحي	دراستنا	د.موسوي	د.هيرمان	د.بيسانو
قطع المعدة التأم	26.78 %	20.1 %	33.89 %	46.5 %
قطع المعدة تحت التأم	62.5 %	68 %	66.11 %	53.5 %
	3.57 %			
قطع المعدة قرب التأم	3.57 %	1 %	-	-
فتح البطن وإغلاقه دون أي إجراء	1.79 %	5.8 %	-	-
خزعة استئصالية	1.79 %	-	-	-
المجموع	100 %	100 %	100 %	100 %

نلاحظ تقارب النسب بين دراستنا ودراسة الدكتور هيرمان وإن كانت عمليات قطع المعدة التأم في دراسته تبدي زيادةً طفيفةً عما في دراستنا بينما يُظهر الجدول اختلافاً واضحاً مع دراسة الدكتور بيسانو حيث نلاحظ ارتفاعاً واضحاً في نسب عمليات قطع المعدة التأم مقارنةً بدراستنا بينما كانت نسب عمليات قطع المعدة تحت التأم أقل مما في دراستنا، نلاحظ تقارب النسب مع دراسة د.موسوي في عمليات قطع المعدة تحت التأم.

#### المفاغرات المجرة لإعادة استمرارية السبيل الهضمي:

كان عدد عمليات قطع المعدة 54، وبيّن الجدول الآتي المفاغرات المجرة لإعادة استمرارية السبيل الهضمي.

الجدول رقم (14) يبيّن أنماط المفاغرات المجرة لإعادة استمرارية السبيل الهضمي ونسبتها.

النسبة	العدد	طريقة المفاغرة	الإجراء المتبع
50 %	27	نموذج أوميغا براون	مفاغرة معدية صائمية
18.52 %	10	Roux-en -Y	
20.37 %	11	شكل Loop	مفاغرة مريئية صائمية
7.41 %	4	Roux-en -Y	
3.7 %	2	مفاغرة نهائية جانبية	مفاغرة مريئية معدية
100 %	54		المجموع

كان عدد عمليات قطع المعدة 54 عملية، وكان عدد المفاغرات المعدية الصائمية 37 مفاغرة، منها 27 حالة مفاغرة نموذج أوميغا براون أي بنسبة 50 % من الحالات، و10 حالات كانت المفاغرة من النمط Roux-en-Y أي بنسبة 18.52 %، وكان عدد المفاغرات المريئية الصائمية 15 مفاغرة كان منها 11 حالة مفاغرة على شكل عروة أي بنسبة 20.37 %، وأربع حالات كانت المفاغرة Roux-en-Y أي بنسبة 7.41 %، وكان لدينا حالتين مفاغرة مريئية معدية نهائية جانبية وذلك في حالات قطع المعدة القريب تحت التأم.

نشير إلى أنه في حالتين قطع المعدة قرب التأم كانت المفاغرة المعدية الصائمية هي من نوع أوميغا براون. من خلال ما سبق نرى أن العملية الأكثر شيوعاً في أورام المعدة كانت قطع المعدة تحت التأم مع مفاغرة معدية صائمية أوميغا براون نمط هوفمايستر، وكانت جميع المفاغرات أمام القولون، وذلك خشية الرجعة الورمية، إذ إن التداخل الجراحي في هذه الحالة يكون أسهل.

#### الإجراءات المرافقة للجراحة:

كانت عمليات قطع المعدة المجراة 54 عملية، وكان الإجراء الأكثر مرافقةً للجراحة هو استئصال الطحال بواقع 11 حالة أي بنسبة 20.37 %، تمَّ استئصال المرارة في حالتين أي بنسبة 3.7 % وتمَّ تصنيع البواب في حالتين أي بنسبة 3.7 %، وتمَّ استئصال جزء من القولون في حالة واحدة فقط أي بنسبة 1.85 %، وقمنا بمقارنة النسب مع دراسة الدكتور هيرمان [5]، والذي قام بدراسة نسبة استئصال الطحال والمرارة خلال عمليات قطع المعدة بسبب السرطانة المعديّة، والجدول الآتي يوضّح الإجراءات المرافقة للجراحة، ومقارنة النسب مع النسب في دراسة الدكتور هيرمان.

الجدول رقم (15) يبيّن الإجراءات المرافقة للجراحة.

النسبة د.هيرمان	النسبة	العدد	الإجراء المرافق للجراحة
23.3 %	20.37 %	11	استئصال الطحال
-	1.85 %	1	تفيم صائم مرافق
-	3.7 %	2	تصنيع البواب
5 %	3.7 %	2	استئصال المرارة
-	1.85 %	1	استئصال جزء من القولون

نلاحظ زيادة طفيفة في حالات استئصال الطحال في دراسة الدكتور هيرمان، وكذلك زيادة طفيفة في عمليات استئصال المرارة مقارنة بدراستنا.

أجري استئصال الطحال (splenectomy) في 11 حالة أربع حالات في أورام الثلث العلوي للمعدة، وفي أربع حالات في الثلث السفلي وحالة واحدة كان الورم فيها شاملاً لجميع أقسام المعدة، وحالتين أُجري فيهما قطع معدة تام لورم في جسم المعدة، استئصال المرارة (cholecystectomy) أُجري في حالتين بسبب التحصي، أُجري تصنيع البواب (pyloroplasty) في سياق قطع المعدة القريب تحت التأم، استئصال جزء من القولون أُجري في سياق قطع معدة تحت تام حيث كان الورم مرتشحاً في جذر مساريقا القولون المعترض، تفيم الصائم (jejunostomy) أُجري في حالة قطع معدة تام.

#### توزّع الحالات حسب مستوى العقد المجرّفة:

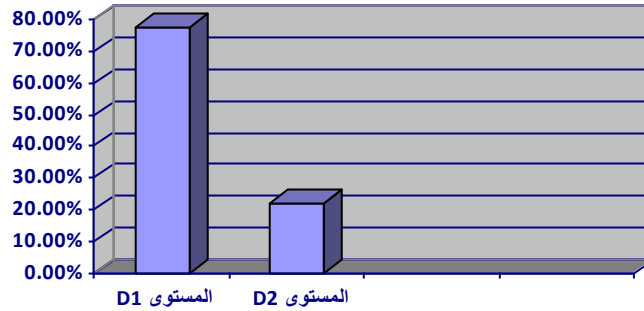
لدى تتبّعنا لملفات المرضى والاطّلاع على تقارير الجراحة، كذلك بعد مراجعتنا لتقارير التشريح المرضي تبين أن التجريف D1 أُجري لدى 42 مريضاً أي بنسبة 77.78 % من الحالات، ويشمل إزالة العقد حول المعدة وحتى 3 سم من المصليّة المعديّة، أما التجريف D2 فأجري في 12 حالة أي بنسبة 22.22 % من الحالات، بينما في دراسة د.هيرمان فقد أُجري التجريف D1 في 53.45 % من الحالات، وأجري التجريف D2 في 46.55 % من الحالات، أي أن التجريف D2 أُجري في دراستنا بصورة أقلّ ممّا في دراسة الدكتور هيرمان، ويظهر الجدول الآتي النتائج التي توصلنا إليها ومقارنتها مع دراسة د.هيرمان من ناحية نسبة الحالات التي خضعت للتجريف D1، D2.

الجدول رقم (16) يبيّن نسبة إجراء التجريف D1، D2 بعد قطع المعدة.

المستوى	عدد المرضى	النسبة المئوية	دراسة د.هيرمان
D1	42	77.78 %	53.45 %

% 46.55	%22.22	12	D2
% 100	%100	54	المجموع

التجريف D2 أُجري في 12 حالة وكانت النتائج التي توصلنا إليها: إصابة عقد الحافة العليا للمعكولة 3 حالات، إصابة العقد الطحالية في 3 حالات، المعدة اليسرى 4 حالات، إصابة العقد في جذر مساريقا الأمعاء الدقيقة حالتين.



المخطط رقم (7) يبين نسبة إجراء التجريف D1 والتجريف D2.

المضاعفات التالية للجراحة :

الجدول رقم (17) يبين المضاعفات التالية للجراحة.

المضاعفات	العدد	النسبة المئوية
تسريب المفاغرة	1	1.79%
انسداد المفاغرة	1	1.79%
الوفيات التالية للجراحة	1	1.79%
الصمة الرئوية	1	1.79%
خمج الجرح	4	7.14%

انسداد المفاغرة حدث بعد عملية قطع معدة تحت تام، لأجل ورم في جسم المعدة، ولم يُجر أيّ تدخّل جراحي وتمت مراقبة المريض حتى تحسنت حالته العامة.

تسريب المفاغرة حدث بعد عملية قطع معدة تحت تام، وتمّ التدخّل الجراحي لإغلاق منطقة التسريب، وتحسنت حالة المريضة العامة بعد ذلك.

حدثت الوفاة بعد عملية قطع معدة تام لورم شامل لكل أقسام المعدة، قد يكون دوائي المنشأ وحصلت الوفاة بسبب سوء الحالة العامة في اليوم 15 للجراحة.

الصمة الرئوية تمّ تشخيصها بناءً على موجودات تخطيط القلب الكهربائي، وارتفاع قيم D-dimer وغولج المريض بالمميعات، وتحسنت حالته العامة فيما بعد.

حدث خمج الجرح في أربع حالات، وتمّ تدبيرها بفتح الجرح، وإجراء الضمادات المتكررة.

## الاستنتاجات والتوصيات:

### الاستنتاجات:

كان الألم الشرسوفي ونسبته 82.14% من الحالات، ونقص الوزن ونسبته 80.36% من الحالات هما العرضان الرئيسان لدى مرضى سرطان المعدة كما تبين وجود فقر الدم بنسبة 80.36% من الحالات وارتفعت سرعة التثقل بنسبة 73.21% من الحالات، فلا بدّ من الاهتمام بهذه الأعراض، وتعدّ موجهةً لإجراء الاستقصاءات المطلوبة للكشف عن الأورام المعدية.

أجريت الواسمات الورمية، (CEA، CA19-9) لـ 23.21% من المرضى، ولوحظ ارتفاع قيمها عند نصف المرضى تقريباً.

كان التنظير الهضمي العلوي والخزعة هما الأساس في وضع التشخيص، وقد أجري التصوير المقطعي المحوسب في 39.28% من الحالات، وأجري التصوير بالأموح فوق الصوتية في 87.5% من الحالات لكشف الانتقالات والآفات الأخرى.

شكّلت Adenocarcinoma ما نسبته 92.86% من نتائج التشريح المرضي، وشكّلت الأورام ذات الدرجة النسيجية المرتفعة GII، GIII ما نسبته 68.3% من الحالات، وقد أُجري تصنيف Lauren في 8.93% من الحالات على الرغم من قيمته الإنذارية المهمة.

شكّلت أورام الثلث السفلي للمعدة 62.5% من الحالات، وشكّلت أورام الثلث المتوسط 26.79% والثلث العلوي 8.93%، وكان الإجراء الجراحي الأكثر إتباعاً هو قطع المعدة تحت الثام مع مفاغرة معدية صائمية أو ميغا براون أمام القولون بنسبة 50% من الحالات.

أجري تجريف العقد في المستوى D1 بنسبة 77.78% من الحالات، وأجري التجريف في المستوى D2 بنسبة 22.22% من الحالات.

### التوصيات:

الاهتمام بشكل أكبر بأخذ القصة السريرية مع التركيز على طبيعة العمل والنمط الغذائي لما لذلك من أهمية في دراسة العوامل المؤهبة لسرطان المعدة.

إجراء التنظير الهضمي العلوي عند وجود أعراض هضمية كالألم الشرسوفي ونقص الشهية، وإجراء التحاليل المخبرية لتحري فقر الدم وارتفاع سرعة التثقل لدى المرضى بأعمارهم المختلفة.

إعادة التنظير الهضمي العلوي عند الضرورة وذلك حسب المعطيات السريرية والتشريحية المرضية.

ضرورة إدخال الفحص بالأموح فوق الصوتية عبر التنظير الهضمي في التشخيص، واعتماد تنظير البطن من أجل التحديد المرحلي للورم بغية تحديد حجم العمل الجراحي، أو تجنيب المرضى ذوي الداء النقيلي التعرض لعمل جراحي مفتوح غير ضروري.

تحديد نمط السرطان حسب تصنيف Lauren لأنه ذو أهمية في العلاج الجراحي والإنذار.

نشير إلى أهمية الأرشفة الطبية وأتمنتها نظراً لأهمية ذلك في البحث العلمي الطبي.

## المراجع:

1. FERLAY, J.; BRAY, F.; PISANI, P.; PARKIN, DM. *gastric cancer current propleme in surgery*. 2th ED, Lyon. IARC Presss, 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. NOMURA, S.; KAMINISHI, M. *Surgical Treatment of Gastric Cancer*. Dig Surg Japan. Vol. 81, N°. 3 , 2007, 253-464.
4. CAMPOS, F. *Risk factors of gastric cancer*. World Journal of Gastroenterology. Vol.12, No. 36, 2006. 5772-5779.
5. HERMAN, J.; ASKAO, M. *Extended lymph-node dissection for gastric cancer*. The New England Journal of Medicine. Vol. 340 No. 12, 1999, 908-915 .
6. PISANU, A.; MONTISCI, A. *Curative surgery for gastric cancer treatment decisions, Surgical morbidity, mortality, prognosis and quality of life* . Università degli Studi di Cagliari. Vol. 11, N. 8, 2006, 478 – 485.
7. BIJAN, M. *Prognostic factors in gastric cancer* . Indian J Med Res . Vol. 12 , No.4 , 2007, 262-26 .
8. SCHWARTZ, B.; CHARLES, F. *Principles of surgery*. Eighth edition, 2005, 715-722.
9. موسوي، حسين. *التدبير الجراحي لأورام المعدة الخبيثة، دراسة أعدت لنيل شهادة الدراسات العليا في الجراحة العامة، جامعة دمشق 2004 – 2005، 65-85.*