

الأورام ما حول مجل فاتر: تشخيص وتدبير

الدكتور أكنم قنجرأوي*
الدكتور فؤاد حاج قاسم**
عيسى شحود نقولا***

(تاريخ الإيداع 15 / 10 / 2009. قُبل للنشر في 20 / 12 / 2009)

□ ملخص □

أجريت الدراسة في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية بين عامي 1999 – 2009، تضمنت 45 مريضاً (29 ذكراً، 16 أنثى) لديهم أورام ما حول مجل فاتر، وكانت نتائج الدراسة على النحو الآتي:
كانت نسبة الذكور إلى الإناث 1:1.8 والعمر الوسطي للمرضى هو 58.12 سنة والعقد السادس هو المجموعة العمرية الأكثر توارداً، توضع الآفات في رأس المعتكلة في حوالي 71% من المرضى والعرض الأكثر شيوعاً هو اليرقان. بلغت حساسية التصوير المقطعي المحوسب في كشف أورام ما حول مجل فاتر 72.09%.
كان معدل العمل الجراحي الشافي 14.08% لأورام رأس المعتكلة و 0% للقسم القاصي من القناة الجامعة و 0% للعفج و 60% لمجل فاتر.
كانت نسبة البقاء لمدة سنة عند المرضى المصابين بأورام رأس المعتكلة ولم يجر لهم عمليات جراحية شافية 10%.

الكلمات المفتاحية: أورام ما حول مجل فاتر، أورام رأس المعتكلة، القطع المعتكلي العفجي.

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

Periampullary Carcinoma: Diagnosis and Management

Dr. Aktham Kanjarawi *
Dr. Fouad Haj Kassem**
Issa Nikola***

(Received 15 / 10 / 2009. Accepted 20 / 12 / 2009)

□ ABSTRACT □

This study was carried out at Al-Aasad University Hospital in Lattakia between 1999 and 2009, and included 45 patients (29 males, 16 females) who had Periampullary carcinoma. The results were as follows. The ratio of males to female was 1.8 to 1, the median age of patients was 58.12 years, and the 6th decade was the most prevalent age group. Approximately, 70% of the lesions were located at the head of pancreas, and the most common symptom was Jaundice. The sensitivity of computerized tomography of Periampullary carcinoma was 72.09%; the curative surgery rate for lesions at the head of pancreas was 14.08%, and that of distal common bile duct, ampulla of Vater, and duodenum was 0%, 60%, and 0%, respectively. The 1 year survival rate of patients non-operated on for cancer at the head of pancreas was 10%.

Keywords: Periampullary carcinoma, cancer of the head of pancreas, pancreaticoduodenectomy .

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

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

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

مقدمة:

الأعضاء التشريحية التي تنشأ عنها هذه الأورام هي عبارة عن وحدة تشريحية جراحية فيزيولوجية متكاملة تقريباً فإن التظاهرات السريرية التي تنشأ عن هذه الأورام تكون متشابهة والاستقصاءات التشخيصية والتدبير، ونتيجة لذلك تم وضع هذه الأورام تحت اسم الأورام ما حول مجل فاتر. [1]

تشمل الأورام ما حول مجل فاتر مجموعة التنتشات الخبيثة التي تنشأ من رأس المعثكلة والقسم القاصي من القناة الجامعة والعفج ومجل فاتر، [2,3] والتواتر النسبي لحدوث الأورام ما حول مجل فاتر:

• أورام رأس المعثكلة 83%.

• أورام مجل فاتر 10%.

• أورام العفج 4%.

• أورام القسم القاصي من القناة الجامعة 3% [1]

تحظى الأورام ما حول مجل فاتر باهتمام طبي كبير، حيث يشكل سرطان المعثكلة السبب الرابع للوفيات عند المرضى المصابين بالسرطان في الولايات المتحدة الأمريكية. [2]

يعتمد تشخيص الأورام ما حول مجل فاتر على التظاهرات السريرية والفحوص المخبرية والاستقصاءات الشعاعية. [2]

يمتلك سرطان رأس المعثكلة بشكل عام الإنذار الأسوأ من مجموعة الأورام ما حول مجل فاتر.

[10,9,8,7,6,5,4]

أهمية البحث وأهدافه:

تكمن أهمية البحث من ازدياد تواتر حدوث سرطانات ما حول مجل فاتر، والتطورات الكبيرة في مجال التشخيص وتقنية العمل الجراحي المتبع وأهمية العلاج الباكر لما فيه من تحسين نوعية الحياة وزيادة نسبة البقاء بعد الجراحة.

أهداف البحث: هي تقييم طرق التشخيص والعلاج في أورام ما حول مجل فاتر.

طرائق البحث ومواده:

مادة البحث:

تمت دراسة جميع المرضى المقبولين في مشفى الأسد الجامعي (قسم الأمراض الجراحية) بين عامي (1999-2009) وذلك بدراسة:

I- الموجودات السريرية: (الأعراض والعلامات السريرية).

II- الفحوص المخبرية (دموية وكيميائية وواسمات ورمية).

III- الاستقصاءات الشعاعية (صورة الصدر، صورة البطن البسيطة، تخطيط صدى البطن، التصوير

المقطعي المحوسب، تصوير الطرق الصفراوية والمعثكلية الراجع التنظيري (ERCPC).

النتائج والمناقشة:

تمت دراسة 45 مريضاً (29 ذكراً، 16 امرأة) لديهم أورام ما حول مجل فاتر قبلوا وعولجوا في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية بين عامي 1999 - 2009.

قمنا بمقارنة النتائج مع الدراسات الآتية:

- 1- دراسة عالمية (A) : ل Sae min kim et al أجريت على 766 مريضاً لديهم أورام ما حول مجل فاتر بين عامي (1984 - 1992) في قسم الجراحة جامعة سيؤول كوريا. [11]
- 2- دراسة عالمية (B) : ل Margijske H. G. et al أجريت على 270 مريضاً لديهم أورام ما حول مجل فاتر بين عامي (1989 - 2006) في هولندا جامعة (Groingen). [12]
- 3- دراسة عالمية (C) : ل Kwon et al أجريت على 200 مريض لديهم أورام ما حول مجل فاتر في كوريا بين عامي (1983 - 1989). [13]

تمت الدراسة كما يأتي:

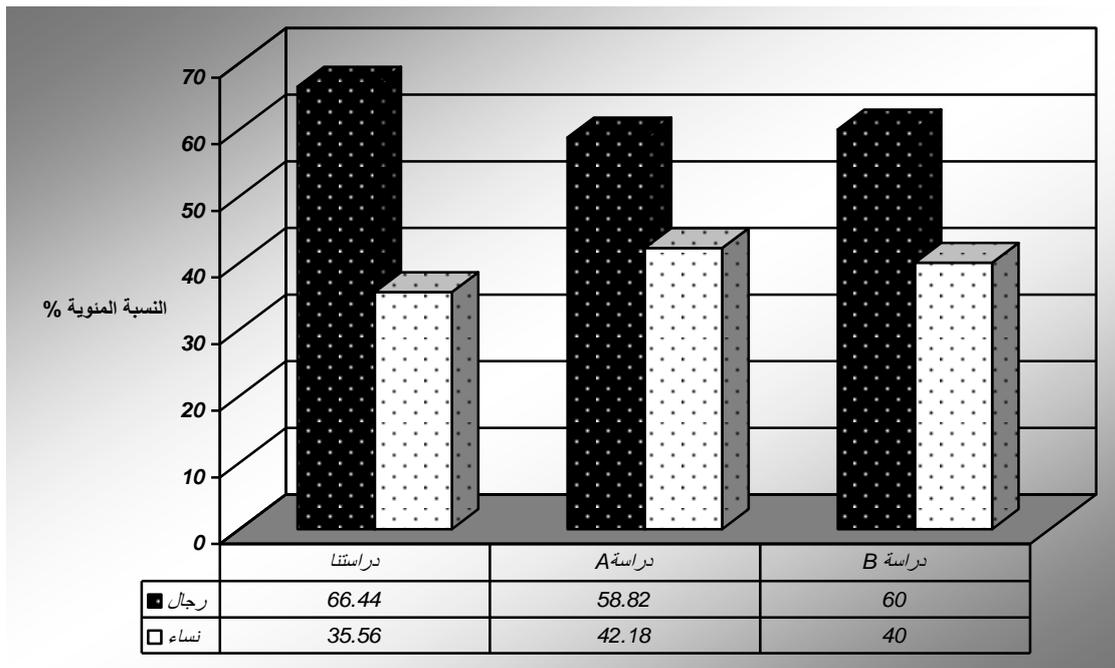
العمر والجنس:

تراوحت أعمار المرضى عند قبولهم بين (40 - 81) سنة والعمر الوسطي للمرضى هو 58,12 سنة. تم تقسيم المرضى إلى مجموعات عمرية - كل 10 سنوات مجموعة- فكان العقد السادس هو المجموعة العمرية الأكثر توارداً والذكور هم الأكثر إصابة من الإناث بنسبة 1 : 1.8 كما هو مبين في الجدول (1).

الجدول رقم (1) يوضح توزيع الإصابة عند المرضى حسب الجنس، والمجموعة العمرية المسيطرة، والعمر الوسطي للمرضى.

دراسة (B) Margijske H. G. et al	دراسة (A) Sae min kim et al	دراستنا	
60	54.6	58.12	العمر الوسطي للمرضى (بالسنوات)
العقد السادس	العقد السادس	العقد السادس	المجموعة العمرية المسيطرة
60% ذكور 40% إناث	58.82% ذكور 42.18% إناث	64.44% ذكور 35.56% إناث	الجنس (ذكور - إناث)

يظهر الجدول أن العمر الوسطي للمرضى المشخص لهم أورام ما حول مجل فاتر قريب من الدراسات العالمية وأن غالبية المرضى هم في العقد السادس من العمر، ولكن نلاحظ ارتفاع نسبة إصابة الذكور في دراستنا.

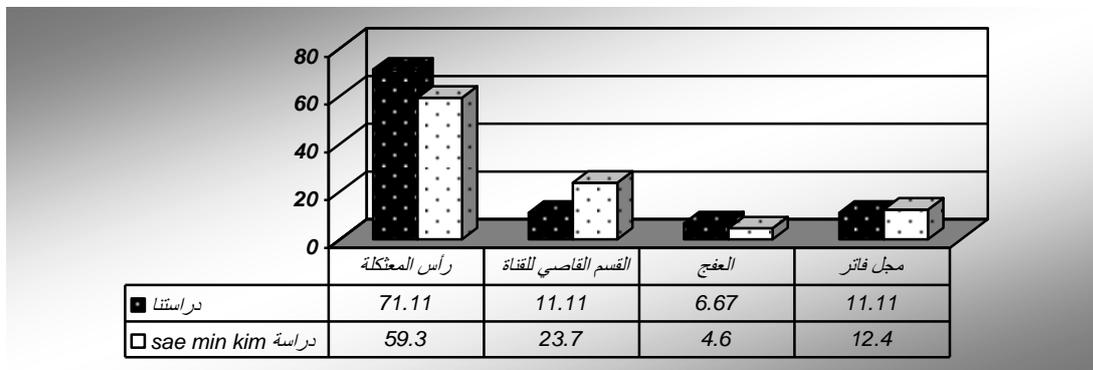


الشكل رقم (1) يوضح نسبة الإصابة بأورام ما حول المجل حسب الجنس ومقارنة نتائج دراستنا مع دراستين عالميتين.

الجدول رقم (2) يوضح نسبة توزع الإصابة حسب التوضع التشريحي للورم ومقارنة نتائج دراستنا مع دراسة عالمية A .

الدراسة العالمية A النسبة المئوية %	دراستنا		التوضع التشريحي للورم
	النسبة المئوية %	عدد المرضى	
59.3	71.11	32	رأس المعثكلة
23.7	11.11	5	القسم القاصي من القناة الجامعة
4.6	6.67	3	العفج
12.4	11.11	5	مجل فاتر

نلاحظ من الجدول (2) أن أورام رأس المعثكلة هي الأكثر توارداً وينسبة أكبر من الدراسة العالمية بينما نلاحظ تدني مشاهدة أورام القسم القاصي من القناة الجامعة في دراستنا مقارنة مع الدراسة العالمية .



الشكل (2) يوضح نسبة توزع الإصابة حسب التوضع التشريحي للورم ومقارنة نتائج دراستنا مع دراسة عالمية A .

الأعراض والعلامات السريرية:

اليرقان هو أهم الأعراض وأكثرها حيث شوهد عند 34 مريضاً (75,56%)، يليه الألم (ألم مبهم أو ألم في المراق الأيمن أو ألم شرسوفي) الذي شوهد عند 25 مريضاً (55,56%)، ومن الأعراض المشاهدة لدى المرضى عسر الهضم (كحس امتلاء أو جشاعات بعد الطعام) حيث شوهد عند 29 مريضاً (64,44%).
العلامات السريرية المشاهدة: نقص الوزن هو العلامة السريرية الأكثر شيوعاً، فقد لوحظ عند 32 مريضاً (71,11%)، أما العلامة الثانية الشائعة فهي علامة كورفوازييه (كتلة مجسوسة في المراق الأيمن)، حيث شوهدت عند 15 مريضاً (33,33%)، وظهرت الحمى والعرواءات عند 9 مرضى (20%)، كما هو مبين في الجدول (3).
الجدول رقم (3): الأعراض والعلامات السريرية لدى المرضى المراجعين ونسبتها ومقارنتها مع الدراسة العالمية A.

دراسة Sae min kim et al	دراستنا		الأعراض والعلامات السريرية
	النسبة المئوية%	عدد المرضى	
65	75.56	34	اليرقان
66	55.56	25	الألم
62	64.44	29	عسر الهضم
42	71.11	32	نقص الوزن
11	33.33	15	كتلة مجسوسة في المراق الأيمن
11	20	9	الحمى و العرواءات

يوضح الجدول أن العرض الأكثر مشاهدة هو اليرقان، وهو مماثل لنتائج الدراسة العالمية A، ولكن بنسبة أعلى، وهذا قد يدل على أن الألم لدى المرضى ليس الدافع الأول للاستشارة الطبية، وأن العلامة السريرية الأكثر مشاهدة هي نقص الوزن ولكن بنسبة أكبر مما هي عليه لدى مرضى الدراسة العالمية A، وهذا يدل على تأخر التشخيص عند القبول في المشفى.

الفحوص المخبرية:

- أجريت الفحوص الدموية لجميع المرضى عند القبول فكانت أهم الموجودات:
انخفاض قيم الخضاب عن 10 غ/د ل عند 24 مريضاً (53.33%).
تطاول زمن البروترومبين (PT) عند 8 مرضى (17.78%).
- كما أجريت الفحوص الكيماوية لجميع المرضى عند القبول فكانت أهم الموجودات:
ارتفاع قيم الفوسفاتاز القلوية (ALP) عند 13 مريضاً (28.89%).
ارتفاع قيم البيلروبين المباشر (Direct B > 10 mg/dl) عند 10 مرضى (22.22%).
ارتفاع قيم البيلروبين المباشر (10mg/dl > Direct B > 3 mg/dl) عند 20 مريضاً (44.44%).
ارتفاع قيم البيلروبين المباشر (3 mg/dl > Direct B > 1 mg/dl) عند 8 مرضى (17.78%).
وهكذا يصبح ارتفاع قيم ال Direct B > 1 mg/dl ملاحظاً عند 38 مريضاً (84.44%).
ارتفاع قيم الخمائر الكبدية عند 15 مريضاً (33.33%).

وهكذا نجد أن انخفاض قيم الخضاب أهم الموجودات في الفحوص الدموية رغم إمكانية كون فقر الدم ناجماً عن سبب آخر، أما الفحوص الكيماوية فإن ارتفاع قيم البيلروبين المباشر هي الأهم كما هو مبين في الجدول (4).

الجدول (4) يوضح أهم التغيرات في الفحوص المخبرية المجراة للمرضى أثناء المقارنة السريرية .

النسبة المئوية%	عدد المرضى	الفحص المخبري
84.44	38	Direct B > 1 mg/dl
53.33	24	Hemoglobin < 10 g/ dl
17.78	8	تطاول زمن الـ PT
28.89	13	ارتفاع قيم الـ ALP
33.33	15	ارتفاع قيم خمائر الكبد

أما بالنسبة إلى الواسمات الورمية:

فقد أجريت عند 28 مريضاً وكانت الواسمات التي تمت معايرتها قبل العمل الجراحي هي (CEA , CA19-9) ولحساب القيمة التنبؤية الإيجابية قمنا بتطبيق اختبار المعيار الذهبي كما في الجدول (5).

الجدول (5): اختبار المعيار الذهبي gold-standard test باستخدام جدول التكرارات

نتيجة الواسمات الورمية	يوجد ورم جراحياً	لا يوجد ورم جراحياً	مجموع العينة
ارتفاع قيم الواسمات الورمية	a	b	a + b
عدم ارتفاع قيم الواسمات الورمية	c	d	d + c
مجموع النتائج	a + c	b + d	n = a + b + c + d

-القيمة التنبؤية الإيجابية : نستخدم القانون

$$\text{Positive predictive value} = a / (a + b)$$

وجدنا أن :

الجدول رقم (6) يوضح نتائج الواسمات الورمية عند المرضى المصابين بأورام رأس المعثكلة.

الواسمات الورمية	يوجد ورم في المعثكلة	لا يوجد ورم في المعثكلة
ارتفاع قيم CEA	20	8
ارتفاع قيم CA19-9	24	4

$$\text{Positive predictive value}(\%) \text{ CEA} = 71.4\%$$

$$\text{Positive predictive value}(\%) \text{ CA19-9} = 85.7\%$$

قمنا بمقارنة نتائجنا مع نتائج الدراسة العالمية (C) كما في الجدول (7).

الجدول رقم (7) يوضح القيمة التنبؤية الإيجابية للواسمات الورمية عند المرضى ومقارنتها مع الدراسة العالمية C .

القيمة التنبؤية الإيجابية		الواسمات الورمية
الدراسة العالمية (C)	دراستنا	CEA
73.3%	71.4%	
86.7%	85.7%	CA19-9

نلاحظ أن قيمنا متوافقة مع الدراسة العالمية (C) وأن الـ CA19-9 تملك قيمة تنبؤية إيجابية أكبر من CEA ورغم أن كليهما ليس نوعياً لأورام ما حول مجل فاتر فلهما قيمة تنبؤية إيجابية عالية في أورام ما حول مجل فاتر .

الاستقصاءات الشعاعية:

-صورة الصدر الخلفية الأمامية (Chest X-Rays): أجريت كإجراء روتيني عند القبول لجميع المرضى، ولم تشاهد النقائل الرئوية عند أي مريض لحظة القبول.

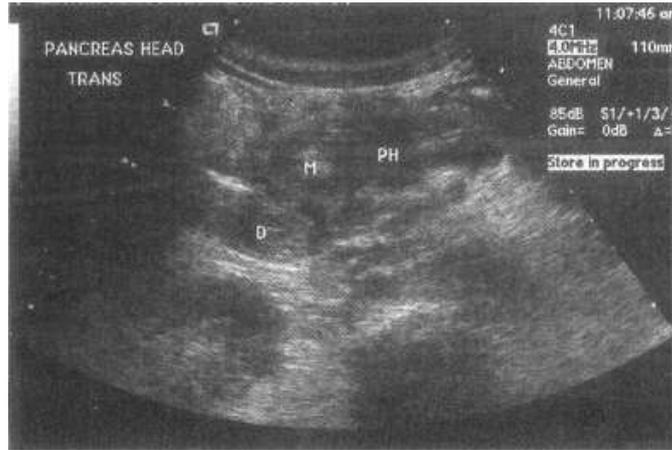
-صورة البطن البسيطة بوضعية الوقوف (Abdominal X-Ray): أجريت كإجراء روتيني عند القبول لجميع المرضى، ولم نلاحظ إلا تغيراً في توزع الغازات ضمن الأمعاء لكن دون وجود سويات سائلة غازية .

-تخطيط الصدى للبطن (Abdominal Echography): تعدّ وسيلة سهلة وسريعة الإجراء وغير مؤذية لا تؤخر التشخيص. إلا أن المآخذ الوحيد لهذا الاستقصاء أنه يعتمد على خبرة الفاحص، أجري لجميع المرضى عند القبول.

الجدول رقم (8) يوضح أهم الموجودات المشاهدة عند المرضى بتخطيط الصدى .

النسبة المئوية %	عدد الحالات	الموجودات
22.22	10	توسّع الطرق الصفراوية خارج الكبد
35.56	16	توسّع الطرق الصفراوية داخل وخارج الكبد
33.33	15	كتلة في رأس المعتكلة
17.78	8	ضخامة في رأس المعتكلة
8.89	4	نقائل كبدية
6.67	3	حبن
11.11	5	ضخامة عقد لمفية ناحية
20	9	استسقاء الحويصل الصفراوي
4.44	2	غياب الحويصل الصفراوي
8.89	4	حصيات مرارية

من الجدول (8) نلاحظ أن توسّع الطرق الصفراوية (داخل وخارج الكبد+خارج الكبد) هي الأكثر شيوعاً بتخطيط الصدى، حيث شوهدت عند (57.78%) من المرضى أما التغيرات الصدىية (كتلة - ضخامة) في رأس المعتكلة فقد لوحظت عند (51.11%) من المرضى.



الشكل (3) يوضح كتلة في رأس المعنكلة غير متجانسة تقيس 32 مم ضاغطة على الجزء النازل من العفج .

لم نتمكن من دراسة العفج صدوياً بشكل جيد بسبب وجود الغازات التي تعيق الدراسة. لحساب حساسية ونوعية تخطيط الصدى في كشف وجود التغيرات المعنكلية، وذلك بالاعتماد على موجودات العمل الجراحي، قمنا بتطبيق اختبار المعيار الذهبي gold-standard test باستخدام جدول التكرارات على الشكل التالي كما في الجدول (5).

حساسية الاختبار: $\text{Sensitivity} = \frac{a}{a + c}$ نستخدم القانون

نوعية الاختبار: $\text{Specificity} = \frac{d}{b + d}$ نستخدم القانون

الجدول (9) يظهر حساسية و نوعية تخطيط الصدى في كشف وجود التغيرات المعنكلية .

نتيجة تخطيط الصدى	يوجد ورم في المعنكلة	لا يوجد ورم في المعنكلة	مجموع الحالات
وجود تغيرات معنكلية	20	3	23
عدم وجود تغيرات معنكلية	12	10	22
مجموع المرضى	32	13	45

$$\text{Sensitivity} = 62.50\% \quad \text{Specificity} = 76.92\%$$

يظهر الجدول (9) أن تخطيط الصدى يمتلك حساسية ونوعية جيدة في كشف التغيرات المرضية في رأس المعنكلة فهو إجراء أولي جيد للتقييم ويحتاج لإجراءات متممة لوضع التشخيص الأكيد .

- التصوير المقطعي المحوسب (computerized tomography): أجري التصوير المقطعي المحوسب مع حقن وشرب مادة ظليلة عند 43 مريضاً، وكان هذا الإجراء هو الخطوة الثانية المجراة بعد تخطيط الصدى لتقييم المرضى كما في الجدول (10).

الجدول (10): يظهر أهم الموجودات على التصوير المقطعي المحوسب.

النسبة المئوية %	عدد الحالات	الموجودات
27.90	12	توسع الطرق الصفراوية خارج الكبد
46.51	20	توسع الطرق الصفراوية داخل وخارج الكبد
11.63	5	توسع القناة المعثكلية الرئيسية
44.19	19	كتلة في رأس المعثكلة
25.58	11	ضخامة في رأس المعثكلة
6.98	3	ازدراعات صفاقية
4.65	2	آفة ضمن جدار العفج
18.60	8	نقائل كبدية
6.98	3	غزو الأوعية الدموية
9.30	4	غياب الحويصل الصفراوي
6.98	3	حصيات مرارية
20.93	9	استسقاء الحويصل الصفراوي

نلاحظ أن أكثر الموجودات شيوعاً هي وجود التغيرات في رأس المعثكلة (ضخامة + كتلة) وبنسبة 69.77% يليها التغيرات (التوسع) في الطرق الصفراوية داخل وخارج الكبد وبنسبة 46.51%.
قمنا بتطبيق اختبار المعيار الذهبي gold-standard test باستخدام جدول التكرارات كما في الجدول (5) لحساب حساسية ونوعية التصوير المقطعي المحوسب في كشف وجود التغيرات المعثكلية، وذلك بالاعتماد على موجودات العمل الجراحي، كما في الجدول (11).

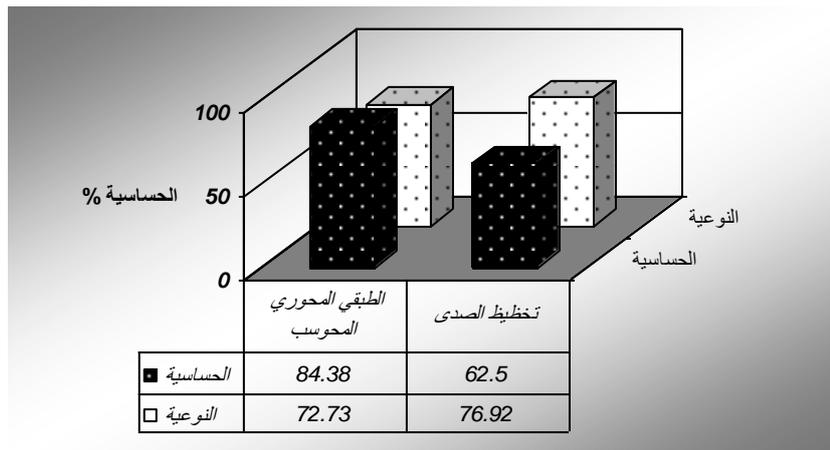
الجدول (11) يظهر موجودات التصوير المقطعي المحوسب من ناحية وجود الورم أو عدم وجوده.

نتيجة الطبقي المحوري المحوسب	يوجد ورم في المعثكلة	لا يوجد ورم في المعثكلة	مجموع الحالات
وجود تغيرات معثكلية	27	3	30
عدم وجود تغيرات معثكلية	5	8	13
مجموع المرضى	32	11	43

Sensitivity = 84.38%

Specificity = 72.73%

نجد أن التصوير المقطعي المحوسب يمتلك حساسية ونوعية جيدتين في كشف التغيرات المرضية في رأس المعثكلة وبالتالي هو إجراء ممتاز يتكامل مع الدراسة السريرية والمخبرية في وضع تشخيص دقيق لأورام رأس المعثكلة.



الشكل (4) يبين حساسية كل من التصوير المقطعي المحوسب و تخطيط الصدى في كشف أورام رأس المعتكلة من خلال إظهار التغيرات المرضية الحاصلة نتيجة الإصابة بالورم .

قمنا بدراسة حساسية كل من التصوير المقطعي المحوسب وتخطيط الصدى في كشف أورام رأس المعتكلة من خلال التغيرات الحاصلة في رأس المعتكلة كون هذه الأورام هي الأكثر شيوعاً وكون التغيرات هي الدليل الذي غالباً ما يكشف الأورام في هذه المنطقة .

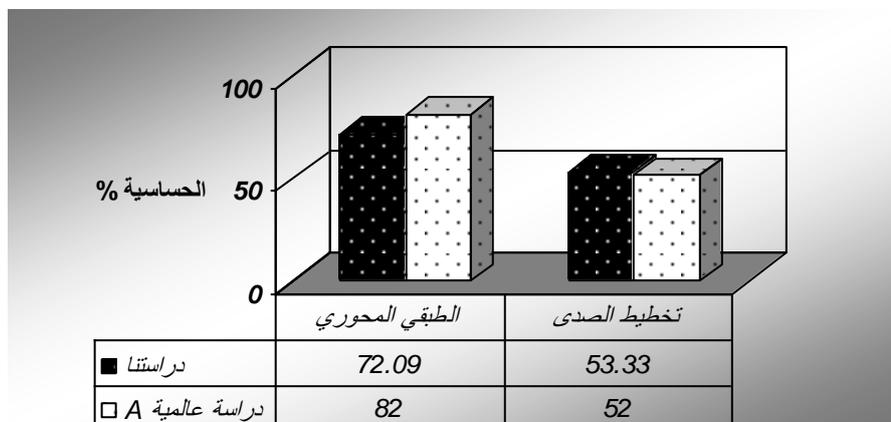
بشكل عام قمنا بحساب حساسية كل من التصوير المقطعي المحوسب وتخطيط الصدى في كشف الأورام ما حول مجل فاتر من خلال تطبيق اختبار المعيار الذهبي gold-standard test باستخدام جدول التكرارات على الشكل الآتي كما في الجدول (12).

الجدول(12) يظهر حساسية كل من التصوير المقطعي المحوسب و تخطيط الصدى في كشف الأورام ما حول مجل فاتر.

نتيجة تخطيط الصدى	نتيجة التصوير المقطعي المحوسب	التغيرات المرضية
يوجد ورم جراحياً	يوجد ورم جراحياً	وجود تغيرات دالة على وجود الورم
24	31	وجود تغيرات دالة على وجود الورم
21	12	عدم وجود تغيرات دالة على وجود الورم

وهي تمثل حساسية التصوير المقطعي المحوسب في كشف أورام ما حول مجل فاتر (Sensitivity 72.09%)

، وهي تمثل حساسية تخطيط الصدى في كشف أورام ما حول المجل. (Sensitivity 53.33%) ،



الشكل (5) يوضح مقارنة دراستنا مع الدراسة العالمية (A) في حساسية الطبقي المحوري المحوسب وتخطيط الصدى في كشف أورام ما حول المجل.

نلاحظ من الشكل (5) أن حساسية التصوير المقطعي المحوسب أعلى من حساسية تخطيط الصدى في كشف أورام ما حول المجل، لكن حساسية التصوير المقطعي المحوسب في كشف أورام ما حول مجل فاتر في الدراسة العالمية (A) هي أعلى منها في دراستنا رغم كونها أجريت قبل دراستنا.

تصوير الطرق الصفراوية والمعتكلية الراجع التنظيري

:(ERCP) Endoscopic Retrograde CholangioPancreatography

أجري ال ERCP عند 29 مريضاً فقط ولم يتبع كاستقصاء متمم لدراسة الطرق الصفراوية عند جميع المرضى المشكوك بإصابتهم أو المشخص لديهم أورام ما حول المجل، وكانت الموجودات كما في الجدول (13).

الجدول (13) يظهر أهم التغيرات المشاهدة في ال ERCP.

عدد الحالات	الموجودات
2	سلبي
12	توسّع الطرق الصفراوية خارج الكبد
13	توسّع الطرق الصفراوية داخل وخارج الكبد
4	تشوه حليلة مجل فاتر
3	سليلة و/أو تبارز في جدار العفج

تم أخذ خزعات نسيجية من 13 مريضاً للمساعدة في تأكيد التشخيص السريري والشعاعي كما تم وضع STENT عند 9 مرضى لتفريغ حالة اليرقان لديهم، 6 مرضى وضع STENT عندهم بشكل دائم لتجاوز الورم وتصريف الصفراء دون اللجوء للعمل الجراحي (2 لديهم ورم في القسم القاصي من القناة الجامعة ومريض واحد لديه ورم مجل فاتر و3 مرضى لديهم ورم في رأس المعتكلة) و3 منهم تم وضع STENT بشكل مؤقت لتحسين الحالة العامة والتحصير للعمل الجراحي.

نلاحظ أن توسّع الطرق الصفراوية داخل وخارج الكبد هو الأكثر مشاهدة بال ERCP سواء بسبب كتلة ضاغطة على الطرق الصفراوية أم بسبب كتلة أو تضيق ضمن الطرق الصفراوية %44.83، وأهميته الكبيرة في كشف آفات العفج والمجل والطرق الصفراوية بالإضافة إلى أهمية الخزعات النسيجية لتأكيد التشخيص وكذلك وضع STENT لتصريف الصفراء لعدم تعريض المريض للعمل الجراحي (إجراء تليفي) في المراحل المتقدمة غير القابلة للاستئصال وخاصة في أورام القسم القاصي من القناة الجامعة.



الشكل (6) يوضح Adenocarcinoma في العفج أثناء إجراء ال ERCP وتم أخذ خزعة منه .

التدبير:

لم يجر العمل الجراحي لدى جميع المرضى حيث إنّه:

• وضع الـ STENT لـ 6 مرضى بشكل دائم لتجاوز الورم وتصريف الصفراء دون اللجوء للعمل الجراحي (2) لديهم ورم في القسم القاصي من القناة الجامعة ومريض واحد لديه ورم مجل فاتر و 3 مرضى لديهم ورم في رأس المعثكلة) وذلك بسبب وجود مضاد استطباب للعمل الجراحي (بعض المرضى بسبب الحالة العامة السيئة والخطورة التخديرية العالية وبعضهم بسبب مرحلة الورم المتقدمة كما يظهر بالوسائل الاستقصائية) ووضعوا بعدها على العلاج الكيماوي والشعاعي.

• رفض مريضان لديهم ورم في رأس المعثكلة إجراء أية جراحة ووضعوا على العلاج الكيماوي والشعاعي.

لاحظنا في السوابق الجراحية للمرضى أن هناك مريضين تم استئصال الحويصل الصفراوي منذ (30-53 يوماً) بسبب الحصيات ثم راجع المرضى بالشكايات السابقة نفسها وإعادة الاستقصاءات والفحوصات تبين وجود أن لديهم ورماً في رأس المعثكلة.

• يصبح لدينا 37 مريضاً خضعوا لعمل جراحي 29 منهم (78.38%) خضعوا لجراحات تطيفية و 8 مرضى (21.62%) ، خضعوا لعمل جراحي شاف في الجدول (13).

الجدول (14) يظهر النسبة المئوية للمرضى الذين أجري لهم عمل جراح شافٍ ومقارنتها مع الدراسة العالمية A.

دراسة عالمية B	دراسة عالمية A	دراستنا	النسبة المئوية للمرضى الذين أجري لهم عمل جراحي شاف
65%	30%	21.62%	

نلاحظ أن النسبة المئوية للمرضى الذين أجري لهم عمل جراحي شاف في دراستنا هي أقل من الدراسات العالمية، وغالباً ما يعود ذلك للتأخر في التشخيص والاكتفاء بوضع الـ STENT.

الجدول (15) يظهر النسبة المئوية للمرضى الذين أجري لهم عمل جراحي شاف في دراستنا حسب الموقع التشريحي للورم.

الموقع التشريحي				
مجل فاتر	العفج	القسم القاصي من القناة الجامعة	رأس المعثكلة	
60%	0%	0%	14.08%	دراستنا
85%	50%	21%	32%	دراسة عالمية A

نلاحظ من الجدول (15) أن المرضى المصابين بورم في القسم القاصي من القناة الجامعة والعفج لم يجر لهم أي عمل جراحي شاف أما المرضى المصابين بأورام مجل فاتر فقد أجري العمل الجراحي عند 60% منهم، وهذا غالباً ما يعود للتشخيص الباكر للورم.

المرضى الذين خضعوا لعمل جراحي شاف :

• 5 مرضى خضعوا لعملية ويبيل (القطع المعثكلي العفجي)

• 3 مرضى خضعوا لعملية استئصال مجل فاتر موضعياً (لديهم أورام مجل فاتر) .

المرضى الذين خضعوا لجراحات تطيفية :

19 مريضاً أجري لهم مفاغرة معدية صائمية ومفاغرة مرارية صائمية بالإضافة للمفاغرة الصائمية الصائمية.

7 مرضى أجري لهم مفاغرة معدية صائمية و مفاغرة قناة كبدية مشتركة صائمية بالإضافة للمفاغرة الصائمية الصائمية.

3 مرضى أجري لهم مفاغرة معدية صائمية و مفاغرة صائمية صائمية.

الجدول (16) يظهر مضاد الاستطباب الذي منع إجراء العمل الجراحي الشافي.

النسبة المئوية %	عدد الحالات	مضاد الاستطباب
34.44	10	النقائل الكبدية
13.79	4	الازدراعات الصفاقية
52.67	15	غزو الأعضاء المجاورة

من الجدول (15) يظهر أن مضاد الاستطباب الأكثر توارداً والذي منع إجراء العمل الجراحي الشافي هو غزو الأعضاء المجاورة ويشكل نسبة 52.67% من الأسباب.

التحضير للعمل الجراحي:

▪ الإماهة الجيدة.

▪ تحسين الوظيفة الكبدية عند المرضى الذين كان لديهم تطاول في زمن البروترومبين، حيث أعطي لهم Vit k وريدياً قبل العمل الجراحي بـ 48 ساعة.

▪ تركيب قثطرة وريد مركزي (CVC) عند جميع المرضى الذين خضعوا لعملية وبيل، وعند بقية المرضى الذين احتاجوا إلى التغذية الوريدية الفائقة (TPN)، خاصة لتعويض الألبومين عند المرضى قبل العمل الجراحي وتأمين 4 وحدات دم على الأقل والضبط الدقيق للشوارد قبل العمل الجراحي.

▪ إجراء الاستشارات الاختصاصية (أطباء التخدير - أطباء الأمراض الباطنة) للمرضى حسب حالة المريض. لم يجر لأي مريض تنظير بطن استقصائي بل تم الاعتماد على الاستقصاءات الشعاعية للتقييم قبل العمل الجراحي وفتح البطن للتقييم النهائي.

✓ المرضى الذين أجري لهم وبيل (5 مرضى) :

تم نقل الدم في أثناء العمل الجراحي لجميع المرضى، أدخل المرضى إلى وحدة العناية الفائقة وتم وضع التغذية الوريدية الفائقة (TPN) للجميع.

المضاعفات الباكرا التالية للعمل الجراحي:

- حدثت النواسير المعتكلية عند مريض واحد، ظهر الناسور في اليوم الرابع للعمل الجراحي واستمر حوالي 13 يوماً (عالي النتاج) ثم توفي المريض في اليوم الثامن عشر إثر إصابته بإنتان دم.

- حدثت الصمة الرئوية وانخماص الرئة عند مريضين وضعا على جهاز التنفس الاصطناعي توفي أحدهما على أثرها في اليوم الرابع بعد الجراحة والآخر توفي في اليوم الرابع عشر بعد الجراحة بعد أن تشكل لديه ناسور صفراوي منخفض النتاج.

- حدث خمج الجرح عند 4 مرضى.

- حدث ناسور صفراوي منخفض النتاج لدى مريض، توقف بعد 18 يوماً عفويًا.

لم يحدث لدى أي مريض نزف صاعق تال للعمل الجراحي.

كان معدل الوفيات خلال الشهر الأول بعد العمل الجراحي 60% ومعدل البقيا لمدة 5 سنوات هو 40% أي أن الوفيات حدثت خلال الشهر الأول.

✓ المرضى الذين أجري لهم عملية استئصال مجل فاتر موضعياً (3 مرضى) :

- تم وضع التغذية الوريدية لجميع المرضى.
- حدثت رجعة موضعية عند مريض واحد بعد حوالي 6 أشهر تم التدخل بواسطة الـ ERCP لاستئصال الورم واكتشف لديه نفاث كبدية بعد حوالي سنة ونصف ثم توفي المريض بعد حوالي سنتين.
- حدث النقف لدى مريض واحد تم التدخل جراحياً لإصلاحه.
- كان معدل البقاء لمدة 5 سنوات 66.67%، ولم تحدث وفيات خلال الشهر الأول بعد الجراحة.
- ✓ المرضى الذين أجريت لهم عمليات تلطيفية (29 مريضاً) :
- تم نقل الدم في أثناء العمل الجراحي لـ 14 مريضاً، وتم وضع التغذية الوريدية الفائقة (TPN) لـ 20 مريضاً.
- أخذ 19 مريضاً جرعات وقائية من الهيبارين منخفض الوزن الجزيئي بعد العمل الجراحي، أدخل 6 مرضى إلى وحدة العناية الفائقة .

المضاعفات الباكورة التالية للعمل الجراحي: حدثت الصمة الرئوية لدى 6 مرضى تم تشخيصهم، توفي 2 منهم خلال أسبوع من الجراحة، حدث خمج الجرح لدى 11 مريضاً، حدث القصور الكلوي الحاد عند مريض واحد، توفي المريض بعد 4 أيام من الجراحة، حدث الناسور الصفراوي لدى 6 مرضى، توفي 2 منهم بعد 14 و 18 يوماً من الجراحة على التوالي، حدث الشفاء تلقائياً بالعلاج المحافظ (حمية مطلقة بالإضافة للتغذية الوريدية الفائقة) عند 4 مرضى.

حدث خراج ضمن جوف البطن لدى مريض واحد، تم التدخل جراحياً لنزح الخراج. لم يحدث لدى أي مريض نزف صاعق تال للعمل الجراحي، ونسبة الوفيات التالية للعمل الجراحي خلال الشهر الأول 17.25%. كان معدل البقاء لمدة 1 - 3 سنة عند المرضى الذين لديهم ورم في رأس المعنكلة والقسم القاصي من القناة الجامعة والعفج ومجل فاتر هي (0% - 11%)، (0% - 33.3%)، (0% - 33.3%)، (0% - 100%) على التوالي. وهكذا يكون معدل البقاء لمدة 1 - 3 سنة كانت عند مجمل المرضى الذين أجريت لهم عمليات تلطيفية هي 0% - 13.7%.

الجدول (17) يظهر معدل البقاء لمدة 1، 3 سنة عند مجمل المرضى الذين أجريت لهم عمليات تلطيفية

في دراستنا ومقارنتها مع الدراسة العالمية (A) :

معدل البقاء لمدة 3 سنة	معدل البقاء لمدة سنة	المرضى الذين أجريت لهم عمليات تلطيفية
0%	13.7%	دراستنا
0%	7%	الدراسة العالمية (A)

أما معدل البقاء لمدة سنة كانت عند مجمل المرضى الذين وضع لهم STENT 0%.

الجدول (18) يظهر معدل البقاء لمدة سنة عند مجمل المرضى الذين لم يجر لهم عمليات جراحية شافية حسب التوضع التشريحي.

معدل البقاء لمدة سنة عند مجمل المرضى الذين لم يجر لهم عمليات جراحية شافية	التوضع التشريحي
10%	رأس المعنكلة
20%	القسم القاصي من القناة الجامعة
33.3%	العفج
50%	مجل فاتر

من الجدول نلاحظ أن سرطان رأس المعنكلة هو الأسوأ إنذاراً من حيث معدل البقاء لمدة سنة عند المرضى الذين لم يجر لهم عمليات جراحية شافية، وأورام مجل فاتر هي الأفضل إنذاراً.

الاستنتاجات والتوصيات:

- ✓ إن التشخيص الباكر هو الذي يحدد إمكانية إجراء العمل الجراحي الشافي وبالتالي تحسين البقيا ونوعية الحياة بعد العمل الجراحي.
- ✓ يجب عدم إهمال التفاصيل الصغيرة في أثناء المقاربة السريرية للمريض وإجراء جميع الاستقصاءات المتوافرة عند أي شك حيث إن وجود الحصيات المرارية لا ينفي وجود الأورام المرافقة، خاصة عند المرضى ذوي الخطورة العالية.
- ✓ حساسية الطبقي المحوري المحوسب أعلى من حساسية تخطيط الصدى في كشف أورام ما حول مجل فاتر ولكن إجراء أي منهما لا يلغي دور الاستقصاء الآخر ويشكل مع الفحوص السريرية والمخبرية وحدة متكاملة للتشخيص الدقيق.
- ✓ تعدّ عملية وبيل عملية شافية خاصة عند المرضى المصابين بورم في مجل فاتر، لكن العناية بعد العمل الجراحي تؤثر بشكل كبير في معدل البقيا لدى المرضى حيث إن الوفيات عند المرضى الذين خضعوا لعملية وبيل حدثت خلال الشهر الأول من الجراحة، مما يوجب العناية الفائقة بالمريض بعد العمل الجراحي.
- ✓ يجب وضع قرار العمل الجراحي من قبل فريق طبي متكامل (طبيب التخدير وطبيب الأمراض الهضمية وطبيب الجراحة) وعدم التردد باتخاذ القرار دون إجراء الاستشارات والاستقصاءات الكاملة.
- ✓ مضاد الاستطباب الأكثر توارداً والذي منع إجراء العمل الجراحي الشافي هو غزو الأعضاء المجاورة ولا يمكن تحديده بدقة إلا بعد فتح البطن، لذلك يتم التحديد الدقيق لإمكانية إجراء العمل الجراحي الشافي بفتح البطن.

المراجع:

1. BRUNICARDI, F. C.; ANDERSEN, D. K.; BILLIAR, T. R.; DUNN, D. L.; HUNTER, J. G.; POLLOCK, R. E. *Schwartz Principles of Surgery*. 8th .ed., the McGraw Hill Companies, U. S. A, 2007, 1862.
2. ZINNER, M. J.; ASHLEY, S. W. *Maingut's Abdominal operations*. 11th .ed., the McGraw Hill Companies, U. S. A, 2007, 2126.
3. YEO, C.; CAMERON, J.; LILLEMEO, K. D. et al. *Pancreaticoduodenectomy with or without distal Gastrectomy and extended retroperitoneal Lymphadenectomy for Periampullary Adenocarcinoma*, Ann Surg England. Vol. 236, N°. 9, 2002, 355 – 366.
4. SMEENK, H. G.; ERDMANN, J.; VAN DEKKEN. et al. *Long-term survival after radical resection for pancreatic head ampullary cancer*. Dig Surg Netherlands. Vol. 24, N°. 3, 2007, 38 – 45.
5. RIALI, T. S.; CAMERON, J. L.; LILLEMEO, K. D. et al. *Resected Periampullary Adenocarcinoma: 5-year survivors and their 6 -10 year follow-up*. Dig Surgery Netherlands. Vol. 140, N°. 5, 2006, 764 – 772.
6. BETTSCHART, V.; RAHMAN, M.; ENGELKEN, F. et al. *Presentation, treatment and outcome in patients with ampullary tumours*. Br J Surg England. Vol. 91, N°. 5, 2004, 1600 – 1607.

7. PARK, J.؛ YOON, D.؛ KIM, K. et al. *Factors influencing recurrence after curative resection for ampulla of Vater carcinoma.* J Surg Oncol Japan. Vol. 95, N°. 7, 2007, 286 – 290.
8. CASTRO, S.؛ KUHLMANN, K.؛ VAN HEEK, N. et al. *Recurrent Disease after microscopically radical (R0) Resection of Periapillary Adenocarcinoma in Patients without adjuvant Therapy.* J Gastrointest Surg Netherlands. Vol. 8, N°. 6, 2004, 775 – 784.
9. VAN GEENEN, R.؛ VAN GULIK, T.؛ OFFERHAUS, G. et al. *Survival after Pancreaticoduodenectomy for Periapillary Adenocarcinoma.* J Surg Oncol Netherlands. Vol. 27, N°. 9, 2001. 549 – 557.
10. KATZ, M.؛ BOUVET, M.؛ ALREFAIE, W. et al. *Non-Pancreatic Periapillary Adenocarcinoma: an explanation for favorable prognosis.* Hepatogastroenterology England. Vol. 8, N°. 6, 2004, 775 – 784.
11. SAE MIN, K.؛ SEON HAHN, K.؛ SANG YING, C. et al. *Surgical Treatment of Periapillary Cancer.* Journal of Korean Medical Science Korea. Vol.7, N°. 4, 1992, 297 – 303.
12. MARIJSKE, H. G. et al. *Result of Pancreaticoduodenectomy in Patients with Periapillary Adenocarcinoma.* Ann Surg Netherlands. Vol. 248, N°. 8, 2008, 97 – 103.
13. KWON, H.؛ KIM, H. et al. *Clinical significance of various tumor Markers in digestive Cancers.* Journal of Korean Medical Science Korea. Vol. 136, N°. 8, 1989. 193 – 201.

