

دراسة الخصائص الوبائية والسريية لسرطان الرئة البدئي (خبرة 16 عاماً في مشفى الأسد الجامعي بدمشق)

الدكتور نزار عباس*

عصام الخير**

(تاريخ الإيداع 10 / 3 / 2013. قُبِلَ للنشر في 7 / 5 / 2013)

□ ملخص □

الدراسة راجعة تمتد من بداية عام 1997 إلى نهاية عام 2012 وتشمل جميع مرضى سرطان الرئة الذين تمت دراستهم أو علاجهم في شعبة الجراحة الصدرية في مشفى الأسد الجامعي بدمشق، تمت مراجعة أضايرهم وسجلات العمليات وسجلات المتابعة في الشعبة وأرشيف التشريح المرضي، وقد تألفت العينة المدروسة من 2029 مريضاً منهم 1727 رجلاً و85,11% و302 امرأة و14,88% وبلغت نسبة المدخنين 87,53% وكان السعال العرض السريي الأكثر شيوعاً وبنسبة 70%، كما توزع المرضى حسب النمط النسيجي إلى كارسينوما شائكة الخلايا في 43,81%، وكارسينوما غدية في 34,79% وكارسينوما صغيرة الخلايا في 12,12%، وكبيرة الخلايا في 3,3% وكارسينويد في 3,25% وتوزعوا حسب التصنيف المرحلي إلى 6,35%، في المرحلة I و14,98% في المرحلة II و15,91% في المرحلة IIIA و29,02%، في المرحلة IIIB و33,71%، في المرحلة IV وقد أجريت 621 جراحة جذرية وهي استئصال فص رئوي في 36,78% وفصين رئويين في 26,2%، واستئصال رئة في 25,44% واستئصال مع إعادة تصنيع قصبي في 5,63% واستئصال جزئي في 6,15%، وبلغت نسبة الوفيات حول الجراحة 3,05%، ومعدل البقاء الإجمالية لخمس سنوات 15,5%. نتوافق في دراستنا مع معظم الدول النامية في قلة إصابة النساء إلى الآن مقارنة بالنسبة العالمية وانخفاض نسبة التدخين لديهن، ونوافق معظم أوروبا بكون الكارسينوما شائكة الخلايا هي النمط النسيجي الأكثر شيوعاً، وحجم الاستئصال الرئوي لدينا أكبر من الدول المتقدمة حيث التشخيص الباكر لديهم أكبر، كما أن نسبة الجراحة التصنيعية لدينا تماثل المراكز العالمية ونسبة الوفيات حول الجراحة من أفضل النسب.

الكلمات المفتاحية: سرطان الرئة، الخصائص الوبائية لسرطان الرئة، أورام الرئة.

*أستاذ - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة دمشق - سورية.

** طالب دراسات عليا (دكتوراه) - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة دمشق - سورية.

The Epidemiology of Lung Cancer (16- Year Experience of Alassad University Hospital in Damascus)

Dr. Nizar Abbas*
Issam Alkhayer**

(Received 10 / 3 / 2013. Accepted 7 / 5 / 2013)

□ ABSTRACT □

We retrospectively reviewed data of all patients who underwent study or surgery for Lung Cancer from (1997 to 2012) in the department of thoracic surgery at Alassad University Hospital in Damascus. There were 2029 patients with Lung cancer, 1727 male 85,11% and 302 female 14,88%, 87,53% of patients were smoking, and cough was the most common symptom about 70% of patients. There were 889 squamous cell carcinoma 43,81%, 702 adenocarcinoma 34,79%, 246 small cell carcinoma 12,12%, 67 large cell carcinoma 3,3% and 66 carcinoid tumor 3,25%; the staging was 6,35% stage I, 14,98% stage II, 15,91% stage IIIA, 29,02% stage IIIB, 33,71% stage IV. Radical Surgery consisted of 621 formal lung resection 229 lobectomies 36,87%, 163 bilobectomies 26,2%, 158 pneumonectomy 25,44%, 35 sleeve or bronchoplastic resection 5,63%, 36 partial resection 6,15%. The perioperative mortality was 3,05% and the overall 5 year survival was 22,9%. Our study resembles most of the studies made in the developing countries in the result that the rate of smoking and of lung cancer among women is fewer compared to the International rate. It also resembles most of the European countries in the result that squamous cell carcinoma is the most common pathological pattern, and the size of pulmonary resection is bigger than that in the developed countries where they have earlier diagnosis. Moreover, the rate of the sleeve resection surgery along with the rate of mortality resemble that of the International centers.

Key words: Lung Cancer, Epidemiology of lung cancer, Tumor of the Lung .

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

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

مقدمة:

ما يزال سرطان الرئة يتصدر قائمة الأورام الخبيثة عند الإنسان ويحتل المركز الأول بينها بنسبة تتراوح بين 12-15% من مجموعها العام وفقاً لتقارير منظمة الصحة العالمية، كما أنه يشغل المركز الأول بين أسباب الوفيات السرطانية عند الإنسان، ويشكل بمفرده حوالى ثلث هذه الأسباب (33% عند الذكور و27% عند الإناث)، ومن المؤسف أيضاً أن ثلثي الحالات تقريباً ما تزال تكشف في المراحل المتقدمة للمرض بعد أن فقدت الفرصة الأساسية للشفاء من خلال إمكانية الاستئصال الجراحي الجذري، مما ينعكس سلباً على الإنذار البعيد للمرض، وتستمر البقيا لخمس سنوات متأرجحة بين 15-25% من الحالات الجراحية [1-2-3-4].

وذلك على خصوصياته السريرية والوبائية والاستفادة منها في تحسين المقاربات التشخيصية والعلاجية المختلفة لتحسين الإنذار .

أهمية البحث وأهدافه:

تأتي أهمية هذا البحث لأنه يرصد ويحلل واقع سرطان الرئة محلياً والمشابه لمثيله في البلدان المجاورة في ظل غياب أي معلومات عن هذا الواقع في المراجع العالمية، ويهدف إلى رصد الخصائص الوبائية والسريرية لسرطان الرئة البدئي في سورية وتحليلها من خلال عينة كبيرة العدد ومقارنتها بنظائرها في الدراسات العالمية المشابهة، للاستفادة من ذلك في تحسين نتائج المقاربات التشخيصية والعلاجية عند المصابين بسرطان الرئة.

طرائق البحث ومواده:

الدراسة راجعة تمتد من بداية عام 1997 إلى نهاية عام 2012 وتشمل جميع مرضى سرطان الرئة الذين تمت دراستهم أو علاجهم في شعبة الجراحة الصدرية في مشفى الأسد الجامعي بدمشق وعددهم 2029 مريضاً، حيث تمت مراجعة أضيابهم وسجلات العمليات وسجلات المتابعة في الشعبة وأرشف التشرح المرضي، وتم وضع التصنيف النسيجي والمرحلي اعتماداً على تصنيف منظمة الصحة العالمية والجمعية العالمية لدراسة سرطان الرئة لتحديد المشعرات التالية:

- نسبة حدوث سرطان الرئة بين الخباثات الصدرية .
- علاقة سرطان الرئة مع العمر والجنس والتدخين.
- معدلات تواتر الأعراض والعلامات السريرية لسرطان الرئة.
- توزع المرضى حسب النوع النسيجي والتصنيف المرحلي للمرض .
- المقاربات الجراحية الجذرية والتلطيفية المطبقة في علاج سرطان الرئة.
- الاختلاطات الجراحية والإنذار البعيد للمرضى.

النتائج والمناقشة:

تألفت العينة المدروسة من 2029 مريضاً مصابين بسرطان رئة ، بنسبة 61,87% من جميع الخباثات الصدرية المشخصة خلال مدة الدراسة كما هو واضح في الجدول (1):

الجدول (1) نسبة حدوث سرطان الرئة بين الخباثات الصدرية

نسبة حدوث سرطان الرئة بين الخباثات الصدرية	
سرطان الرئة البدئي	2029 (61,87%)
أورام المنصف	493 (15,15%)
أورام الجنب	468 (14,15%)
أورام جدار الصدر	148 (4,51%)
سرطان الرئة الانتقالي (الثانوي)	145 (4,42%)
المجموع	3283 (100%)

وبلغ عدد المرضى الذكور 1727 مريضاً بنسبة حوالي 85.11% من مجمل المرضى، وعدد الإناث 302 مريضة بنسبة 14.88%، وكان العمر الوسطي 61 عاماً، وتوزع المرضى حسب المجموعات العمرية كما هو واضح في الجدول التالي:

الجدول (2) توزع المرضى حسب المجموعات العمرية

المجموعة العمرية	النسبة المئوية في دراستنا
> 44 عاماً	231 مريضاً (11,37%)
45-54 عاماً	351 مريضاً (17,32%)
55-64 عاماً	582 مريضاً (28,69%)
< 65 عاماً	864 مريضاً (42,6%)

بلغ عدد المرضى المدخنين 1776 مريضاً بنسبة مئوية 87.53% من مجموع المرضى المصابين بسرطان رئة ويبين الجدول (3) توزعهم حسب الجنس:

الجدول (3) علاقة التدخين بالجنس

علاقة التدخين بالجنس	ذكور	إناث	المجموع
مدخن	1590 (92,1%)	186 (61,5%)	1776 (87,53%)
غير مدخن	136 (7,8%)	116 (38,4%)	252 (12,4%)

وكان معظم المرضى عرضيين بنسبة 92% ويوضح الجدول (4) الأعراض السريية الأكثر شيوعاً ونسبتها المئوية

الجدول (4) الأعراض السريرية عند المرضى:

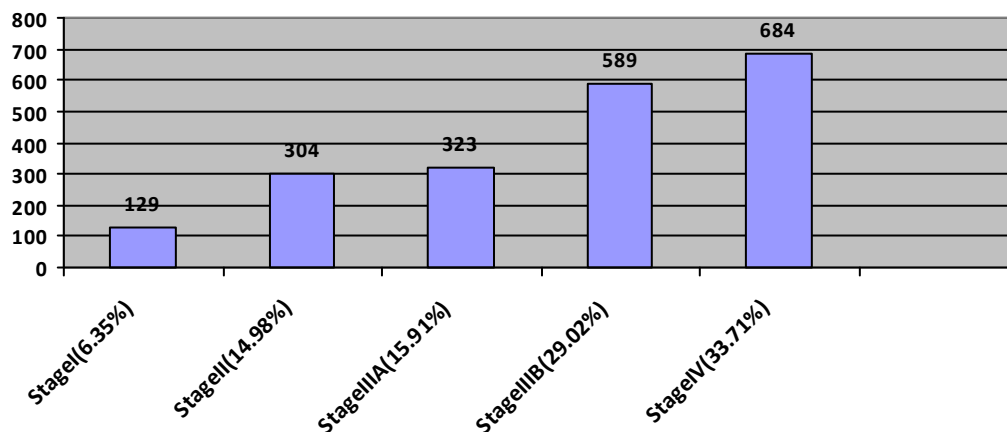
العرض السريري	عدد المرضى والنسبة المئوية
السعال	1421 مريضاً (70%)
الألم الصدري	825 مريضاً (40,66%)
نفث الدم	763 مريضاً (37,6%)
الزلة التنفسية	582 مريضاً (28,68%)
أعراض انسدادية إنتانية	141 مريضاً (6,94%)
بحة صوت	156 مريضاً (7,7%)
تتأثر انسداد أجوف علوي	69 مريضاً (3,4%)
لا عرضي	162 مريضاً (7,98%)

ويوضح الجدول التالي توزيع المرضى حسب النمط النسيجي:

الجدول (5) توزيع المرضى حسب النمط النسيجي:

النمط النسيجي	عدد المرضى ونسبتهم المئوية
كارسينوما شائكة الخلايا	889 مريضاً (43,81%)
كارسينوما غدية	706 مريضاً (34,79%)
كارسينوما صغيرة الخلايا	246 مريضاً (12,12%)
كارسينوما كبيرة الخلايا	67 مريضاً (3,3%)
الكارسينويد	66 مريضاً (3,25%)
الكارسينوما السنخية القصية	52 مريضاً (2,56%)

وتوزع المرضى حسب التصنيف المرحلي إلى :



الشكل (1) توزيع المرضى حسب التصنيف المرحلي

تم إرسال 76 مريضاً لتلقي علاج مساعد قبل الجراحة (Neoadjuvant) بسبب وجود عقد منصفية مصابة بنفس جهة الورم (N2) أو لأن الورم حدي من حيث إمكانية استئصاله .

بلغ عدد المرضى الذين أجريت لهم جراحة جذرية في دراستنا 621 مريضاً وبنسبة حوالي 30,6% من مجموع المرضى وعدد المرضى الذين استبعدوا عن الجراحة 1408 مريضاً وبنسبة 69.39%، وقد تم استبعاد هؤلاء المرضى بسبب مرحلة الورم المتقدمة في 1311 مريضاً، وبسبب سوء الحالة الوظيفية في 97 مريضاً وأجري للمرضى 928 تدخلاً جراحياً وبنسبة 45,73% من مجموع المرضى المقبولين، وتوزعت العمليات الجراحية المجرأة على الشكل التالي : جراحة جذرية بقصد الشفاء عند 621 مريضاً وبنسبة 66,91%، وجراحة تشخيصية عند 163 مريضاً 17,56%، وتلطيفية عند 83 مريضاً 8,94% وأخيراً فتح صدر استقصائي عند 61 مريضاً 6.57%. ويوضح الجدول (6) تصنيف الجراحات الجذرية المطبقة ونسبتها المئوية:

الجدول (6) تصنيف الجراحات الجذرية المطبقة ونسبتها المئوية:

حجم الاستئصال الرئوي	العدد والنسبة المئوية
استئصال فص رئوي	229 مريضاً (36,87%)
استئصال فصين رئويين	163 مريضاً (26,2%)
استئصال رئة	158 مريضاً (25,44%)
استئصال مع إعادة تصنيع	35 مريضاً (5,63%)
استئصال جزئي	36 مريضاً (6,15%)
المجموع	621 (100%)

بلغت نسبة الاختلاطات القريبة بعد الجراحات الجذرية حوالي 7.5% وهي مبينة في الجدول (7):

الجدول (7) الاختلاطات القريبة بعد الجراحة

الاختلاطات القريبة	عدد الاختلاطات ونسبتها
النزف	5 (0,8%)
الناسور القصبي الجنب	6 (0,96%)
تقيح الجنب	5 (0,8%)
وذمة رئة	2 (0,32%)
الصمة الرئوية	4 (0,64%)
انصباب جنب كيلوسي	2 (0,32%)
إنتان الجرح	6 (0,96%)
تسريب هوائي مديد	14 (2,25%)
ذات رئة	3 (0,48%)
المجموع	47 (7,5%)

وسجلت نسبة وفيات حول الجراحة حوالي 3,05%، وقد توزعت الجراحات المجرأة حسب حجم الاستئصال الرئوي كما هو واضح في الجدول (8) :

الجدول(8) توزع الجراحات حسب حجم الاستئصال الرئوي:

التدخلات الجراحية	عدد الحالات	عدد الوفيات والنسبة المئوية
استئصال فص أو فصين رئويين	391	9(2,3%)
استئصال رئة	158	6(3,79%)
استئصال مع إعادة تصنيع قصبي	35	2(5,71%)
النسبة الكلية للوفيات	621	19(3,05%)

أمكن تحديد معدل البقيا الدقيق لخمس سنوات عند 161 مريضاً فقط من مجموع المرضى الجراحين وعددهم 621 مريضاً. وقمنا بربط البقيا مع مرحلة الورم لديهم، وقد سجلت بقيا إجمالية لخمس سنوات ويغض النظر عن مرحلة الورم 15.5%، وسنوضحها في الجدول (9):

الجدول (9) يبين البقيا الإجمالية لخمس سنوات:

مرحلة الورم	Stagel	StagelII	StagelIIIA	StagelIIIB	عدد المرضى والبقيا الإجمالية
عدد المرضى في كل مرحلة	24 مريضاً	65 مريضاً	52 مريضاً	19 مريضاً	161 مريضاً
عدد المرضى ومعدل البقيا لخمس سنوات	8مرضى (41,6%)	19 مريضاً (2,29%)	9 مرضى (3,17%)	مريض واحد (3,5%)	37 مريضاً (9,22%)

كما تمت متابعة 307 مرضى من الذين استبعدوا عن الجراحة لحظة التشخيص الأولي بسبب مرحلة الورم المتقدمة، وتم حساب البقيا لمدة ستة أشهر ولمدة عام واحد التي كانت حوالي 9% فقط وهذا موضح في الجدول

الجدول(10) يبين معدل البقيا عند المرضى غير الجراحين

معدل البقيا	عدد الحالات والنسبة المئوية
6 أشهر	121 مريضاً (19,92%)
12 شهراً	28 مريضاً (9,1%)

المنافشة:

شكل سرطان الرئة في دراستنا النسبة الأكبر من خباثات الصدر مجتمعة خلال مدة الدراسة حيث شكل ما نسبته 61,6% منها، وجاءت أورام المنصف في المركز الثاني ونسبة أقل بشكل ملحوظ حوالي 15,15%، وتعكس هذه النتيجة الأهمية الكبيرة التي يحتلها سرطان الرئة من حيث نسبة حدوثه .

ولعل التدخين هو العامل البيئي الأكثر ارتباطاً بسرطان الرئة والأكثر ثباتاً في الدراسات التي تناولت هذا الموضوع، ففي دراستنا بلغت نسبة المدخنين الإجمالية 87,53% ونسبة 92,1% عند الرجال و 61,5% عند النساء، ونلاحظ بالمقارنة أن نسبة سرطان الرئة المرتبط بالتدخين عالمياً هو 85% عند الرجال و 47% عند النساء، في حين أن هذه النسبة في الولايات المتحدة الأمريكية هي 92% عند الرجال و 80% عند النساء ، وتصبح هذه النسبة في أوروبا 92% عند الرجال و 72% عند النساء [10]، ونلاحظ ان نسبة الرجال المدخنين والمصابين بسرطان

الرئة في دراستنا قريب من نسبته في الولايات المتحدة وأوروبا وأعلى من النسبة العالمية الإجمالية في حين أن نسبة النساء مشابهة وأخفض قليلاً من النسبة العالمية وأخفض بشكل ملحوظ عن أوروبا والولايات المتحدة. بلغ عدد الذكور المصابين في دراستنا 1727 وبنسبة 85.11% من مجمل المرضى، وبلغ عدد الإناث 302 مريضة وبنسبة 14.88%، بينما كانت هذه النسبة 71% عند الذكور و 39% عند الإناث من أصل عينة مؤلفة من 1.35 مليون إصابة بسرطان الرئة حول العالم في دراسة Danny R. Youlden وزملائه [3]، وكانت النسبة في الدراسة اليابانية [11] 63.18% عند الذكور و 36.8% عند الإناث في عينة مؤلفة من 11663 مصاباً بسرطان الرئة مأخوذة من 253 مركزاً يابانياً في عام 2004، ومن الملاحظ أن نسبة الإناث في دراستنا أخفض من الدراسات العالمية وهي مشابهة لمعظم الدول النامية الآسيوية والإفريقية مثل إيران والجزائر والهند وكينيا حيث تبلغ نسبة الإصابة فيها 3-2/ 100000 نسمة [3] وقد يكون التفسير الأكثر قبولاً هو قلة انتشار التدخين عند النساء في هذه البلدان. قمنا بتقسيم مرضانا المصابين بسرطان رئة إلى مجموعات عمرية وبشكل مماثل لإحصائية منظمة الصحة العالمية لسرطان حول العالم والمجرة عام 2002 والمنشورة عام 2004 [3] وهذه هي المقارنة بين الدراستين :

المجموعة العمرية	النسبة المئوية في دراستنا	دراسة منظمة الصحة العالمية (6)
> 44 عاماً	11,37%	5%
45-54 عاماً	17,32%	14%
55-64 عاماً	28,69%	25%
< 65 عاماً	42,6%	55%

وفي الدراسة اليابانية [11] تم تقسيم المرضى لمجموعات عمرية تضم كل منها عشر سنوات وكانت النسبة الأكبر لحدوث سرطان الرئة بين 70 و 79 عاماً وبنسبة 39,3% تليها بين أعوام 60-69 عاماً وبنسبة 31,8%. ونلاحظ مما سبق أن سرطان الرئة يصيب الشريحة العمرية الأكبر سناً وخاصة فوق عمر 60 عاماً وبذلك تتوافق دراستنا مع إحصائيات منظمة الصحة العالمية [3] والدراسة اليابانية [11] وإن كان تواتر حدوث الإصابة في الشرائح العمرية الأصغر أي تحت 45 عاماً أكبر في دراستنا بشكل ملحوظ .

كان معظم المرضى عرضيين في دراستنا لحظة التشخيص و السعال هو العرض الأكثر شيوعاً وبنسبة 70% من المرضى، وتتوافق في ذلك مع معظم الدراسات التي تناولت هذا الموضوع مع اختلاف في النسبة فنجد في دراسة Mark W. Onaitis و زملائه [13] أن النسبة هي 75% وفي دراسة Matthew G. Blum [14] إن السعال هو العرض الأكثر شيوعاً وبنسبة تتراوح بين 24-68% وفي دراسة David E. Midthun وزملائه [9] تبلغ هذه النسبة 50-75% واحتل الألم الصدري المرتبة الثانية في دراستنا وبنسبة حوالي 40,66% وتتوافق في ذلك مع دراسة Matthew G. Blum [14] حيث وصلت هذه النسبة حتى 64% ولكننا لا نتوافق مع دراسة David E. Midthun وزملائه [9] حيث لم تتجاوز نسبة الألم الصدري في دراستهم 20% واحتل نفث الدم المرتبة الثانية لديهم وبنسبة 24-50% فيما احتلت الزلة التنفسية المرتبة الثانية في دراسة Mark W. Onaitis [13] وبنسبة 50-60% . واحتل نفث الدم المرتبة الثالثة في دراستنا وبنسبة 37,6% والزلة التنفسية في المرتبة الرابعة وبنسبة 28,68% ونختلف أيضاً في هذا الترتيب مع دراسة Matthew G. Blum [14] حيث كانت الزلة التنفسية في المرتبة الثالثة وبنسبة

17-59%، تلاها نفث الدم ونسبة 5-41% ونلاحظ من دراستنا ومن الدراسات التي بحثت هذا الموضوع وجود مجموعة من الأعراض الأكثر مصادفة مع سرطان الرئة مع بعض الفروقات الطفيفة في ترتيبها حسب الدراسات وهي: السعال ويحتل المرتبة الأولى في جميع الدراسات والألم الصدري والزلة التنفسية ونفث الدم ومن الواضح أنها أعراض غير نوعية لسرطان الرئة ولكن ظهورها وبخاصة في حال اجتماع أكثر من عرض يجب أن يستدعي مزيداً من الدراسة، والذي يدفعنا أكثر للتركيز على هذه النقطة هو حقيقة أن ثلث مرضانا فقط تم تشخيصهم خلال الأشهر الثلاثة الأولى من ظهور الأعراض وبالتالي أخذوا الفرصة المثلى في العلاج.

الكارسينوما شائكة الخلايا هي الشكل النسيجي الأكثر شيوعاً في دراستنا بنسبة 43,8% تقريباً، تلتها الكارسينوما الغدية بنسبة 34,79% ثم الكارسينوما صغيرة الخلايا بنسبة 12,12% وكبيرة الخلايا بنسبة 3,3%، ولمعرفة موقعنا عالمياً قمنا بالمقارنة مع التصنيف النسيجي الأخير لأورام الرئة والمجرى من قبل Travis و Brambella وزملائهما والمعتمد من قبل منظمة الصحة العالمية عام 2004 [5] وقد كانت نسبة الكارسينوما صغيرة الخلايا فيه 20% وكبيرة الخلايا 9% وكان النمطان النسيجيان الأكثر شيوعاً هما شائكة الخلايا والغدي وقد لاحظوا في دراستهم أن الكارسينوما الغدية تفوقت على شائكة الخلايا عند الرجال في أماكن محدودة حول العالم هي الولايات المتحدة الأمريكية وكندا بالإضافة إلى الصين واليابان وكانت الكارسينوما الغدية هي الأكثر شيوعاً عند النساء حول العالم باستثناء بولاندا وإنكلترا حيث تفوقت الكارسينوما الشائكة وجاءت الكارسينوما صغيرة الخلايا في المرتبة الأولى في دولة واحدة هي سكوتلاندا وكانت الكارسينوما الغدية مسيطرة بشكل كبير في بعض دول آسيا كاليابان 72% وكوريا 65% وسينغافورة 61% ونجد في دراسة Thomas W. Shields أن الكارسينوما شائكة الخلايا هي الأكثر شيوعاً في أوروبا ومعظم الدول حول العالم ولكن النمط الغدي هو الأكثر شيوعاً في الولايات المتحدة الأمريكية واليابان [2] ويوافقه في ذلك David E Midthun وزملاؤه [9]. ونورد فيما يلي واقع سرطان الرئة صغير الخلايا حول العالم وفق إحصائية منظمة الصحة العالمية [3] فقد تراوحت نسبته عند الرجال بين 14% في أستراليا واليابان وحتى 17% في كوريا والولايات المتحدة الأمريكية وتراوحت نسبته عند النساء بين 9% في اليابان وحتى 22% في إنكلترا، ونلاحظ أننا نشبه أوروبا من حيث أن النمط شائكة الخلايا هو الأكثر شيوعاً وربما نستطيع تفسير قلة نسبة الكارسينوما صغيرة الخلايا في دراستنا بأننا شعبة جراحية فلا يصل إلى الشعبة غير الحالات غير المشخصة من صغير الخلايا.

قمنا في دراستنا باستبعاد حوالى ثلثي المرضى عن العمل الجراحي الجذري بسبب مرحلة الورم المتقدمة أو بسبب الحالة الوظيفية السيئة ونماثل في ذلك معظم الدراسات العالمية بما يحمله ذلك من أهمية التشخيص المبكر لمحاولة تحسين الإنذار، وقد تم إجراء 621 جراحة جذرية وشكل استئصال فص رئوي العملية الجراحية الأكثر تطبيقاً في دراستنا ونسبة حوالى 36,87% لفهم موقعنا بالنسبة لما يجري عالمياً قمنا بالمقارنة بالإحصاء السنوي للجمعية الأوروبية للجراحة الصدرية ESTS عام 2012 والذي يعكس خبرة أعضائها، وعددهم إلى الآن حوالى 23 عضواً من بينهم: فرنسا وبريطانيا وإيطاليا وألمانيا وهولندا بالإضافة إلى تركيا وبعض المراكز الأمريكية [16] واحتل لديهم استئصال الفص الرئوي المرتبة الأولى، بنسبة حوالى 70,9% وتلاه استئصال الرئة بنسبة 12,6%، وتلاه الاستئصال الإسفيني 7,7% و استئصال الفصين الرئويين بنسبة 5,1% القطعي 3,7% ولو عدنا للتقرير السنوي لعام 2010 [17] فنلاحظ أن النسب متقاربة حوالى 67,5% للاستئصال الفصي و 13% للرئة و 5% للفصين الرئويين وحوالى 5% للتصنيع القصي وربما يعكس ازدياد حالات استئصال الفصين الرئويين والرئة في دراستنا بالإضافة إلى

النسبة الأقل من الاستئصال القطعي والإسفيني الحالات المتقدمة التي تم علاجها جراحياً في دراستنا وهذا يؤكد أهمية التشخيص المبكر، كما احتلت الجراحة التصنيعية مكانة هامة في دراستنا وبنسبة تماثل أفضل النسب العالمية. وقد سجلت النسبة الإجمالية للوفيات ما حول الجراحة لدينا حوالي 3.05% منها 3.79% في استئصال الرئة و 2.31% في استئصال فص أو فصين رئويين في حين أن الوفيات حول الجراحة للجمعية الأوروبية لجراحي الصدر والمنشورة في تقريرها السنوي للعام 2012 [18] قد بلغ 6.7% لاستئصال الرئة و 4.6% للفصين الرئويين و 2.3 للفص الرئوي .

وأخيراً فقد احتفظ سرطان الرئة بإندازه السيئ جداً كما تظهره معدلات البقاء لخمس سنوات حول العالم ففي دراسة منظمة الصحة العالمية [3] تراوحت النسبة بين 6.8% في كل من بولندا والنرويج إلى 7.7% في بريطانيا وحوالي 15% في فرنسا وصولاً لأفضل النتائج المسجلة في كندا والولايات المتحدة الأمريكية حوالي 16% ولكن النتيجة الأفضل حول العالم سجلت في اليابان وكانت حوالي 20.7% عند الرجال و 27% عند النساء، وسنختتم ببعض التناول بهذه الدراسة اليابانية المنشورة عام 2011 [11] وفيها متابعة النتائج ل 11663 مريضاً أجريت لهم جراحة جذرية لسرطان رئة فقد كانت البقاء الإجمالية لخمس سنوات 69.6% وكانت في المرحلة IA 86.8% وفي IB 73.9% وفي IIA و IIB بلغت (61.6، 49.8%) على التوالي و IIA و IIB فكانت (40.9% و 27.8%) على الترتيب وفي المرحلة IV بلغت 27.9%.

الاستنتاجات والتوصيات:

1. نسبة الرجال المدخنين في دراستنا أعلى من النسبة العالمية وتوافق مثيلتها في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا في حين أن نسبة النساء المدخنات أخفض من النسبة العالمية.
2. لا زلنا نمثل معظم الدول النامية في قلة إصابة النساء مقارنة بالرجال.
3. كان معظم المرضى عرضيين في دراستنا والسعال هو العرض الأكثر شيوعاً.
4. إن سرطان الرئة شائع الخلايا هو النمط النسيجي الأكثر شيوعاً في دراستنا ونوافق في ذلك معظم أوروبا.
5. إن نسبة استئصال فصين رئويين واستئصال الرئة لدينا تفوق مثيلتها في البلدان الأوروبية، ويعزى ذلك غالباً للتشخيص المبكر لديهم.
6. إن نسبة الجراحة التصنيعية في دراستنا تماثل المراكز العالمية كما أن نسبة الوفيات حول الجراحة من أفضل النسب أيضاً.
7. دور العلاج المتمم قبل الجراحة Neoadjuvant لا زال بحاجة لتعاون أكثر نظراً لأهميته.
8. إن البقاء لخمس سنوات منخفضة نسبياً ولكننا نوافق في ذلك معظم النتائج حول العالم.

المراجع:

1. Philip, W.Smith;David, R.Jones .*Biology And Epidemiology of Lung Cancer*. Pearson's Thoracic & Esophageal Surgery, volum1, 3th Edition, Churchill Livingstone Elsevier 2008:708-728.
2. Thomas, W.Shields.*Pathology of Carcinoma of the Lung*, General Thoracic Surgery , Vol2, 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins 2009:1311-1337, 2007;2:706-714.
3. Danny, R.Youlten;Susanna, M.Cramb; Peter, D.Baade.*The International Epidemiology of Lung Cancer Geographical Distribution and Secular Trends*.*Journal of Thoracic Oncology*, Volume 3, Number 8, August 2008:819-831.
4. Charles, S.Dela Cruz; Lynn, T.Tanoue;Richard, A.Matthay;Lung Cancer:*Epidemiology and Carcinogenesis* . General Thoracic Surgery , Vol2, 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins 2009:1281-1298.
5. Travis, D. William ; Brambilla, E; et al . *pathology and Genetics: Tumors of the Lung , Pleura, Thymus and Heart*. Lyon: IARC; 2004.
6. Robert, J.Korst; Jeffrey, L.Port; Nasser, Altorki. *Screening for Lung Cancer*. Sabiston & Spencer Surgery of the Chest, 7th edition Volume 1, 2005:233-239.
7. Daniel, C. Paech; Adele, R. Weston; et al. *A Systematic Review of the Interobserver Variability for Histology in the Differentiation between Squamous and Nonsquamous Non-small Cell Lung Cancer*.*Journal of Thoracic Oncology*, Volume 6, Number 1, January 2011:55-63.
8. Dan, J.Raz; Scarlett, L.Gomes; et al. *Epidemiology of Non-small Cell Lung Cancer in Asian Americans Incidence Patterns Among Six Subgroups by Nativity*. *Journal of Thoracic Oncology*, Volume 3, Number 12, December 2008:1391-1397.
9. David, E. Midthun; James, R. Jett; et al. *Overview of the risk factors, Pathology, and Clinical manifestations of Lung Cancer*. UpToDate 2012.
10. Yi-Long Wu; Qing Zhou. *Lung Cancer Management in the Asia-Pacific Region: What is the Difference Compared With the United States and Europe? Results of the Asia Pacific Lung Cancer Conference*. *Journal of Thoracic Oncology*, Volume 2, Number 6, June 2007:574-576.
11. Noriyoshi Sawabata; Etsuo Miyaoka; et al. *Japanese Lung Cancer Registry Study of 11663 Surgical Cases 2004*.*Journal of Thoracic Oncology*, Volume 6, Number 7, July 2011:1229 - 1235.
12. Heather Wakelee; et, al. *Lung cancer in never smokers*. UpToDate 2012.
13. Mark, W.Onaitis; Thomas, A.Damico. *Diagnosis And Staging of Lung Cancer*. Pearson's Thoracic & Esophageal Surgery, volum1, 3th Edition, Churchill Livingstone Elsevier 2008:751-763.
14. Matthew, G. Blum. *Clinical Presentation of Lung Cancer*. General Thoracic Surgery, Vol2, 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins 2009:1351-1359.
15. Joseph LoCicero. *Surgical Treatment of Non-Small-Cell Lung Cancer* , General Thoracic Surgery, volum2, 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins 2009:1387-1425.
16. Dr. Alessandro Brunelli; Dr. Marcel Dahan; et al. *Lung resection for Primary Lung Cancer: Types of Procedures (total 24090)*, Database Annual Report 2012:28.
17. Dr. Alessandro Brunelli; Dr. Dirk van Raemdonck; et al. *Lung resection for Primary Lung Cancer: Types of Procedures (total 3073)* , Database Annual Report 2010:27.
18. Dr. Alessandro Brunelli; Dr. Marcel Dahan; et al. *Unadjusted in-hospital Mortality rates in different types of lung resections*. Database Annual Report 2012:44.
19. Joseph LoCicero. *Surgical Treatment of Non-Small-Cell Lung Cancer*. General Thoracic Surgery , Vol2, 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins 2009:1387-1421.
20. Carolyn, E.Reed; Gerard , A.Silvestri. *Diagnosis and Staging of Lung Cancer*. General Thoracic Surgery , Vol2, 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins 2009:1375-1386.