

## تدبير سرطانة القولون الأعور دراسة في مشفى الأسد الجامعي بدمشق

الدكتور عبد الغني الشلبي\*

(تاريخ الإبداع 19 / 7 / 2009. قُبِلَ للنشر في 8 / 10 / 2009)

### □ ملخص □

يهدف هذا البحث لدراسة تواتر سرطانة القولون الأعور وطرق كشفها وتدبيرها في مشفى الأسد الجامعي بدمشق سواء بالجراحة التقليدية أم التنظيرية، وقد أجري البحث بالطريقة المستقبلية والراجعة من خلال المتابعة لـ 72/ مريض مصاب بسرطانة القولون الأعور خلال فترة خمس سنوات ما بين عامي كانون الثاني 2002/ وكانون الأول/2007.

ولقد بينت الدراسة أن استئصال الكولون الأيمن الواسع (extended right hemi- colectomy) مع تجريف العقد المرافق سواء بالجراحة التقليدية أم التنظيرية يمثل العلاج الأمثل لهذا المرض شديد الخطورة إن لم يعالج باكراً، وتظهر الدراسة أنه كلما تم التشخيص والعلاج بصورة مبكرة كلما كانت النتائج والإنذار أفضل. وقد أجريت المفاغرة الدقاقية الكولونية إما يدوياً أو باستعمال الساتبلر وكانت النتائج مقاربة مع نسبة اختلاطات إجمالية (29.1%).

ونخلص إلى القول: إن التشخيص والعلاج الباكرين يعطي أفضل النتائج مما لو كان التشخيص متأخراً والحالة متقدمة.

**الكلمات المفتاحية:** سرطانة القولون الأعور - سرطانة القولون - استئصال كولون أيمن واسع - مفاغرة دقاقية كولونية معترضة.

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

## **Cecum Cancer Management At Al-Assad University Hospital, Damascus**

**Dr. Abdu Ighani Alshalabi \***

**(Received 19 / 7 / 2009. Accepted 8 / 10 / 2009)**

### **□ ABSTRACT □**

The goal of this research is to study the frequency of cecum cancer and consider ways of diagnosing and managing it at Al-Assad University Hospital in Damascus, either in open or laparoscopic surgery. The research is done in antegrade and retrograde approach by constant monitoring of 72 patients. This research is carried out on 72 patients having cecum cancer during a 5-year period of time between January 2002 and November 2007.

This study shows that the extended Right Hemicolectomy with lymphaden-ectomy either in open or laparoscopic surgery is the ideal treatment for this extremely dangerous disease, especially if it is not treated early. The study concludes that the sooner the diagnosis and treatment are done, the better the results and prognosis will be. Ileo-Transverse colon–anastomosis is performed manually or by using staplers, and the results are almost the same with a complication rate of 29.1%. In conclusion, the sooner the diagnosis and treatment, the better.

**Keywords:** Cecum cancer, Colon cancers, Extended right Hemi – Colectomy. (E.R.H.C).

---

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

**مقدمة:**

تُعدُّ سرطانة القولون ومن ضمنها القولون الأعور أكثر خباثات السبيل الهضمي وثالث الخباثات شيوعاً بعد سرطانة الرئة والمعدة من حيث الوفيات وعند الجنسين مع رجحان أنثوي، وبما أن سرطانة الأعور تشكل (20%) من مجمل سرطانات القولون (ويأتي بالدرجة الثانية بعد سرطانة السين (30%) ومقاربة لسرطانة القولون النازل (20%) فيما تشكل (15%) في كل من القولون الصاعد والمعترض) وهي متماثلة في الجنسين (4-2-1) وقد تبين أن هناك مجموعة من العوامل التي تؤهب لحدوث هذه الحالة كالحمية قليلة الألياف، والغنية بالأطعمة المحفوظة والمدخنة، والشحوم الحيوانية المشبعة فضلاً عن العوامل البيئية (حيث تزداد نسب الإصابة في الدول الصناعية) فضلاً عن بعض الأمراض الالتهابية كالتهاب القولون القرصي وداء كرون والغدومات ومنها داء الغدومات العائلي (5-3)، علماً أنه يجري الحديث حالياً عن العيوب المورثية حيث تبين أن (20%) من سرطانة القولون هي وراثية (عائلية) مثل عيب APC على الصبغي q21 وعيب المورثة K-ras و H-ras و N-ras وعيب المورثة P53 على الصبغي q17 وأخيراً متلازمة Lynch I و II حيث يصاب القولون الأعور والصاعد في 65-88% من هذه الحالات (6-7).

**أهمية البحث و أهدافه:**

تهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على سرطانة القولون الأعور ونسبة حدوثها فيما يتعلق بمجمل سرطانة القولون، وطرق كشفها المبكر، والأعراض الموجهة لكشفها وبالتالي التدابير المختلفة لهذه السرطانة السيئة الإنذار إن لم يتم كشفها وعلاجها جراحياً بصورة مبكرة ما أمكن (7) ومن ثم تطبيق العلاج المتمم مع مقارنة النتائج مع الدراسات العالمية.

**طرائق البحث ومواده:**

أجري البحث والدراسة بالطريق الراجع Retrospective والدراسة المتسقبلية Prospective لـ /72/ حالة من سرطانة القولون الأعور تم تشخيصهم ومعالجتهم في شعبة الجراحة العامة بمشفى الأسد الجامعي خلال فترة 5 سنوات وقد اعتمدت الدراسة على معايير الشيوخ، العمر والجنس، الأعراض التي أدت إلى الاستقصاء، وكشف الحالة، النوع النسيجي ودرجته، مرحلة المرض، وطرق التدبير والاختلاطات بعد العمل الجراحي مع مقارنة هذه النتائج مع النتائج العالمية بغية الوصول لأفضل الأساليب للتشخيص والعلاج المبكرين وربما طرق الوقاية. وإن زمن التشخيص يلعب دوراً هاماً في تطور وإنذار المرض حيث أن التشخيص والعلاج المبكر يعطي نسبة بقيا لخمس سنوات جيدة تصل لـ (90%) في المرحلة A وتهبط إلى (47%) في المرحلة C من تصنيف Duke's (1) وهذا ما يشير على أن هذا المرض يعتبر قابلاً للشفاء بالعلاج الجراحي بنسبة جيدة ووفيات قليلة في حال التشخيص المبكر (8-9-15).

**النتائج والمناقشة:**

لقد شملت الدراسة /72/ حالة لسرطانة القولون الأعور خضعوا للعلاج في شعبة الجراحة العامة في مشفى الأسد الجامعي بدمشق بين عامي /2002/ و /2007/ وقد تم إجراء العلاج الجراحي المناسب لهؤلاء المرضى فور التشخيص بعد التحضير الجيد الدوائي والميكانيكي، ولقد شوهدت الغالبية عند الذكور حيث شكلت (64.5%) /46/ حالة/ مع وسطي عمر للمرضى /46/ سنة/ والغالبية ما بين /41-60/ سنة/ والجدول (1) يبين التوزع العمري.

الجدول (1) يبين التوزع العمري للمرضى:

العمر	30-21	40-31	50-41	60-51	70-61	80-71
عدد الحالات	3	8	18	16	13	14
النسبة	%4.1	%11.1	%25	%22.2	%18	%19.4

وتم تحديد نسبة إصابة الأعور إلى القولونات عموماً حيث نلاحظ أن النسبة تصل إلى (25.1%) من مجمل الإصابات مما يدل على الانحراف الأيمن (10) لنسب الإصابة (الجدول 2) يوضح ذلك:

الجدول (2) يبين توزع سرطانة القولون الأعور نسبة إلى سرطانة القولونات:

مكان الإصابة	الأعور	القولون الصاعد	القولون المعترض	القولون النازل	القولون السني	المجموع
عدد الحالات	72	51	38	40	85	286
النسبة المئوية %	%25.1	%17.8	13.8	%13.8	%29.7	100

وكما تم دراسة الأعراض الكاشفة لهذه السرطانة، حيث تبين أن الألم البطني العرض الأكثر تواتراً إذ بلغت نسبته (80.5%) والجدول التالي (3) يوضح التوزع حسب العرض الكاشف:

الجدول (3) يوضح التوزع حسب العرض الكاشف:

العرض	ألم بطني	تبدل عادات التغوط	نزف هضمي سفلي	أعراض فقر دم	نقص شهية و نقص وزن	جس كتلة	اختلاطات الورم
عدد الحالات	58	39	37	40	25	18	10
النسبة المئوية %	%80.5	%54.1	%51.3	%55.5	%34.7	%25	%13.8

أما التوزع حسب نمط التشريح المرضي فقد كان الاديونوكارسينوما يشكل (91.6%) من مجمل الإصابات والجدول (4) يبين هذا التوزع:

الجدول (4) يبين التوزيع حسب النمط التشريحي للمرضى:

النمط النسجي	أدينوكارسينوما	كارسينويد	لنفوما	ليوميوساركوما (GIST)
العدد	66	2	3	1
النسبة المئوية %	91.6%	2.8%	4.2%	1.4%

وبينما أظهر التوزيع حسب درجة التمايز بالنسبة للسرطانة الغدية أن الغالبية كانت متوسطة التمايز (56.9%) والجدول (5) يوضح نسب التوزيع حسب الدرجة التمايز:

الجدول (5) يبين التوزيع حسب درجة التمايز النسيجي:

درجة التمايز	جيد التمايز	متوسط التمايز	سيء التمايز
عدد الحالات	13	37	47
النسبة المئوية %	18.05%	56.94%	25%

وقد تم كشف معظم الحالات بحجم ورم يتجاوز الـ 5سم (41 حالة) أي بنسبة (56.9%) مما يدل على تأخر اكتشافها والجدول (6) التالي يبين التوزيع حسب حجم الورم.

الجدول (6) يبين توزيع سرطانة الأعور حسب حجم الورم عند اكتشافه:

حجم الورم	أقل من 2سم	2-5سم	أكبر من 5سم
عدد الحالات	2	29	41
النسبة المئوية %	3.1%	40%	56.9%

ومن خلال دراسة الحالات حسب التصنيف المرحلي للسرطانة فقد تبين أن معظمها والتي أجري لها العمل الجراحي كانت في المرحلة (III) الثالثة بنسبة (56.9%) والجدول (7) يبين التوزيع حسب التصنيف المرحلي:

الجدول (7) يبين التوزيع حسب التصنيف المرحلي العالمي:

المرحلة	عدد الحالات	النسبة المئوية
المرحلة I	2	2.77%
المرحلة II	17	23.61%
المرحلة III	41	56.94%
المرحلة VI	12	16.66%

ومن حيث التوزيع حسب وجود نقائل عقديّة ويعيدة نلاحظ أن نسبة الانتقال للعقد كانت 62.1% والبعيدة 25% والجدول (8) يوضح ذلك:

الجدول (8) يوضح التوزيع حسب النقائل العقديّة والبعيدة:

الانتقالات	العقدية	البعيدة
العدد	45	18
النسبة	62.1%	25%
النسبة العالمية (9)	70%	30%

لقد كانت المعالجة الأساسية هي الجراحة باستئصال الكولون الأيمن الواسع E.R.H.C مع تعريف للعقد المرافقة وقد أجريت العملية إما تقليدياً أو بالجراحة التنظيرية (11-12-14) ومن ثم إجراء المفاغرة إما يدوياً أو باستعمال الستايلر وكانت المفاغرة اليدوية أكثر تواتراً (71.8%) والجدول (9) يوضح ذلك:

الجدول (9) يبين التوزع حسب التكنيك الجراحي:

التكنيك	جراحة تقليدية	جراحة تنظيرية	المفاغرة يدوية	المفاغرة بالستايلر
العدد	66	6	54	18
النسبة	91.06%	8.94%	75.1%	24.9%

وفيما يتعلق بمدة المكوث في المشفى بعد العمل الجراحي فقد كانت بمعدل وسطي 7 أيام للجراحة التقليدية وانخفضت إلى 4/أيام في الجراحة التنظيرية مما يرجح أفضلية الجراحة التنظيرية (14) في حال توافر الخبرة كما أنه تم وضع مفجر في جميع الحالات تم سحبه في اليوم الثالث في الجراحة التنظيرية والخامس في الجراحة التقليدية وكما لوحظ عودة الحركات الحوية في اليوم الثاني بعد الجراحة التنظيرية و في اليوم الرابع بعد الجراحة التقليدية كما تم نزع الأنبوب الأنفي المعدي لحظة عودة الحركات الحوية وبدء التغذية الفموية.

وبالنسبة للاختلاطات فقد تراوحت ما بين الإنتان البسيط للجرح (6.9%) إلى التسريب من المفاغرة وهو أخطرها بنسبة (2.7%) إلا أن معظمها تم تدبيره بالعلاج المحافظ ولم يذكر أي حالة احتاجت لتدخل جراحي ثاني لتدبير الاختلاط ولم يذكر أيضاً أي حالة وفاة والجدول الآتي (10) يوضح نسبة ونمط الاختلاطات وتوزعها:

الجدول (10) يوضح توزع الاختلاطات ونسبتها بعد العمل الجراحي:

الاختلاط	علوص معوي	تسريب مفاغرة	نزف	ورم دموي بجدار البطن	خراجة	انسداد معوي	انتان جرح	انتان ذات رئة بولي
عدد الحالات	9	2	1	1	3	5	5	7
النسبة المئوية	12.5%	2.7%	1.4%	1.4%	4.1%	6.9%	6.9%	9.7%

لقد تمت متابعة المرضى خلال فترة الدراسة من 4 سنوات حتى أشهر حسب زمن العمل الجراحي حيث لوحظ حدوث نكس موضعي بمكان المفاغرة لدى 3/ مرضى عولجوا جراحياً بعد سنتين و 3/ سنوات من العمل الجراحي الأول وتم كشف نقائل بعيدة لدى 6/ مرضى بعد 3/ سنوات و 4/ سنوات بعد العمل الجراحي الأول وكما حدث اندحاق للجرح بجدار البطن عند مريضين علماً أن جميع المرضى خضعوا لعمل جراحي من خلال شق ناصف أعلى وأسفل السرة. تم نقل الدم لدى 7/ مرضى/72 قبل أو في أثناء العمل الجراحي بسبب فقر الدم عند المراجعة وليس بسبب النزف في أثناء العمل الجراحي.

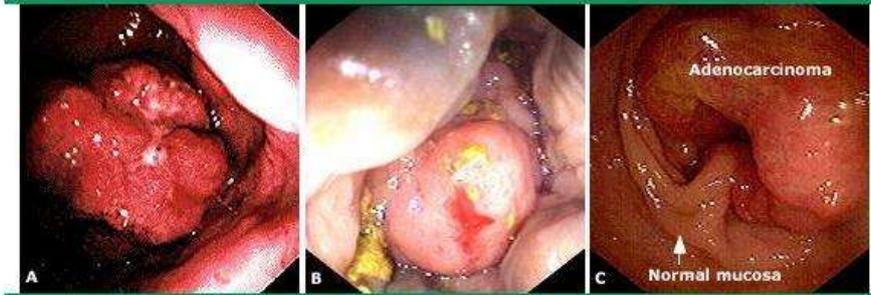
ومن خلال المتابعة لوحظ فقدان 14/ مريض/72 كانوا في المرحلة IV و III بعد سنتين و 3/ سنوات وذلك بسبب النكس الموضعي أو النقائل البعيدة على الرغم من المعالجة المتممة لهؤلاء المرضى.

يُعدُّ العلاج الجراحي سواء التقليدي أم التنظيري (14) حالياً هو العلاج الأساسي والأهم في تدبير سرطانة القولون (1-13) وفي موضوعنا سرطانة القولون الأور وإن للتشخيص الباكر لهذه المراضة عظيم الأهمية لكون التدبير الباكر يترافق بنسبة بقيا أعلى بكثير في المراحل المبكرة منها من المتأخرة حيث تصل النسبة إلى (90%) لمدة

خمس سنوات في المراحل الأولى من التصنيف العالمية (15) ودراستنا نلاحظ ارتفاع نسبة إصابة الذكور للإناث /1-1.8/ بينما الدراسة العالمية هي /1-1.2/ (45.4% ذكور) ويعزى السبب لعوامل عديدة منها البيئية والمورثية والحمية، وكما وجدنا في دراستنا ارتفاع نسبة إصابة القولون الأور نسبة لباقي القولونات عموماً وهذا ما يسمى بالإنزياح الأيمن (10) إذ بلغت دراستنا (25%) بينما في العالمية (20%) إلا أن إصابة القولون السيني بقيت الأعلى (10-15).

وأما التوزع العمري للإصابة فهو مختلف عليه حسب مجمل الدراسات إلا أنه لوحظ أن المعدل الوسطي للإصابة في العقد السابع (25%) والثامن (41%) في الدراسات العالمية بينما نلاحظ أنه انخفض إلى العقد الخامس والسادس بدراستنا (25%) و (22%) أما في العقد الثامن فبقيت متقاربة (19.4%) وهذا ربما يدل على تحسن الوعي الصحي والطبي بالمراجعة المبكرة أحياناً عند حدوث الشكاوي وإجراء الاستقصاءات اللازمة للتشخيص المبكر (17-18) خاصة تنظير الكولون كما الشكل (1) والتصوير الطبقي المحوري المحسوب (17).

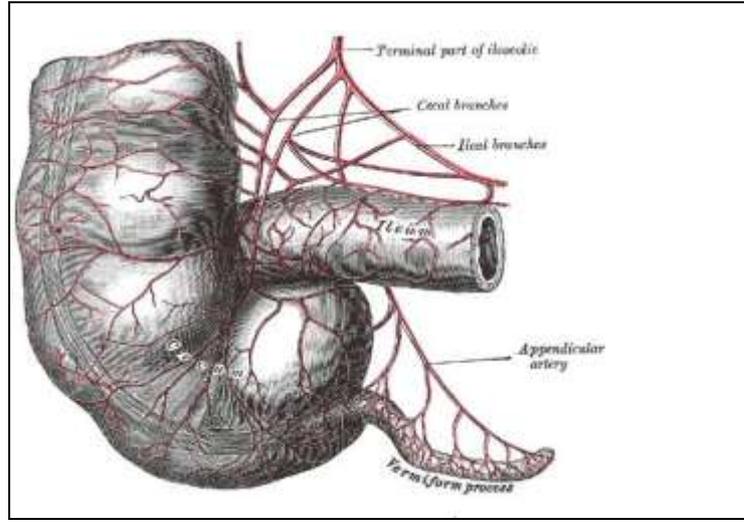
#### Adenocarcinoma of the colon



Adenocarcinoma of the colon may have a variety of appearances on endoscopy. Panel A: a typical exophytic mass; Panel B: a friable polypoid mass; Panel C: circumferential adenocarcinoma. Courtesy of James B McGee, MD.

الشكل رقم 1/ يوضح شكل الورم بالتنظير الهضمي السفلي

الملاحظ أن العرض الكاشف الأهم لهذه السرطانة كان الألم البطني إذ بلغت نسبة هذه الشكاوي بدراستنا (80.5%) يليها تبدل عادات التغوط بنسبة (54.1%) ( وهذه النسبة تعتبر قليلة لكون سرطانة القولون الأور تشريحياً لا تحدث تبدل في عادات التغوط ) الشكل رقم (2) كما هو الحال في باقي التوضعات القولونية.



الشكل رقم 2/ التروية الدموية للأعور وتوضعه التشريحي

لذا نلاحظ قلة شيوع هذا الاضطراب وتبلغ هذه النسبة (36%) في الدراسات العالمية. وهذا ما يؤكد أهمية ودور التنظير الهضمي السفلي المبكر في التشخيص لدى المرضى الذين يعانون من ألم مبهم لا يعنو للمعالجة (18) وبصفة خاصة إذا ترافق باضطراب عادات التغوط في الأعمار المتقدمة اعتباراً من العقد الخامس وهذا لا يعني إهمال أو إغفال بقية الأعراض المرافقة والمشخصة خاصة النزف الهضمي السفلي (دم خفي بالبراز) أو التغوط الزفتي ونقص الشهية والوزن حيث بلغت نسبة فقر الدم (10) في الدراسات العالمية 50% من المرضى وهذا ما لا يمكن إهماله دون إجراء الاستقصاءات الضرورية من أجل التشخيص المبكر وهذا ما يعطي الفرصة الأفضل للعلاج المبكر الذي يحسن الإنذار و البقاء (15).

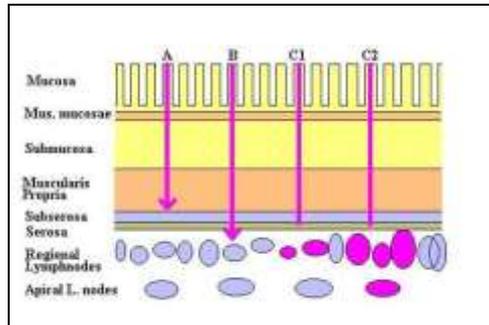
إن النمط التشريحي المرضي لسرطانة القولون عموماً والأعور خصوصاً هو الأدينوكارسينوما وهذا ما تشير إليه مجمل الإحصائيات يليها، اللفوما والكارسينويد وأورام النسيج الضامة (GIST) 0.1-3% من خباثات أنبوب الهضم) وهذا ما أظهرته دراستنا حيث بلغت نسبة الأدينوكارسينوما (السرطانة الغدية) (91.6%) وتصل إلى (92.5%) في الدراسات العالمية وأما اللفوما فكانت (4.1%) بدراستنا و (4%) في الدراسة العالمية أما الكارسينويد فهي (2.7%) بدراستنا و (2%) في العالمية وأخيراً فكانت نسبة أورام النسيج الضامة (1.3%) بدراستنا و (1.5%) في العالمية، وهذا ما يوحي بأنه في النمط التشريحي المرضي لا يوجد تبدل بين الدراسة المحلية والعالمية والنسب متقاربة كثيراً (16-19).

وحسب درجة التمايز الورمي فإن التصنيف العالمي حالياً يعتمد على درجة تمايز الخلايا الورمية من أجل تحديد الإنذار (19)، وتشير الدراسة إلى أنه كلما كانت درجة التمايز أقل كان الإنذار أسوأ والبقاء أقل (سيء التمايز . متوسط التمايز . جيد التمايز) وقد بلغت نسبة الإصابة بالأورام متوسطة التمايز (56.9%) بدراستنا وهي قريبة من النسب العالمية (60%) وقد توزعت باقي النسب بشكل متقارب في النمطين جيد وسيء التمايز أما بالنسبة لكشف الورم مقارنة بالنسبة للحجم (حسب تصنيف TNM العالمي) فقد كانت معظم الإصابات بحجم أكبر من 5 سم (56.9%) وتدننت إلى (43.1%) للآفات أقل من 5 سم مما يشير للكشف المتأخر نسبياً لكون منطقة الأعور منطقة صامتة سريرياً من الناحية التشريحية وأعراضها دوماً مبهماً وهذا ما يجب التأكيد عليه لإجراء الاستقصاءات

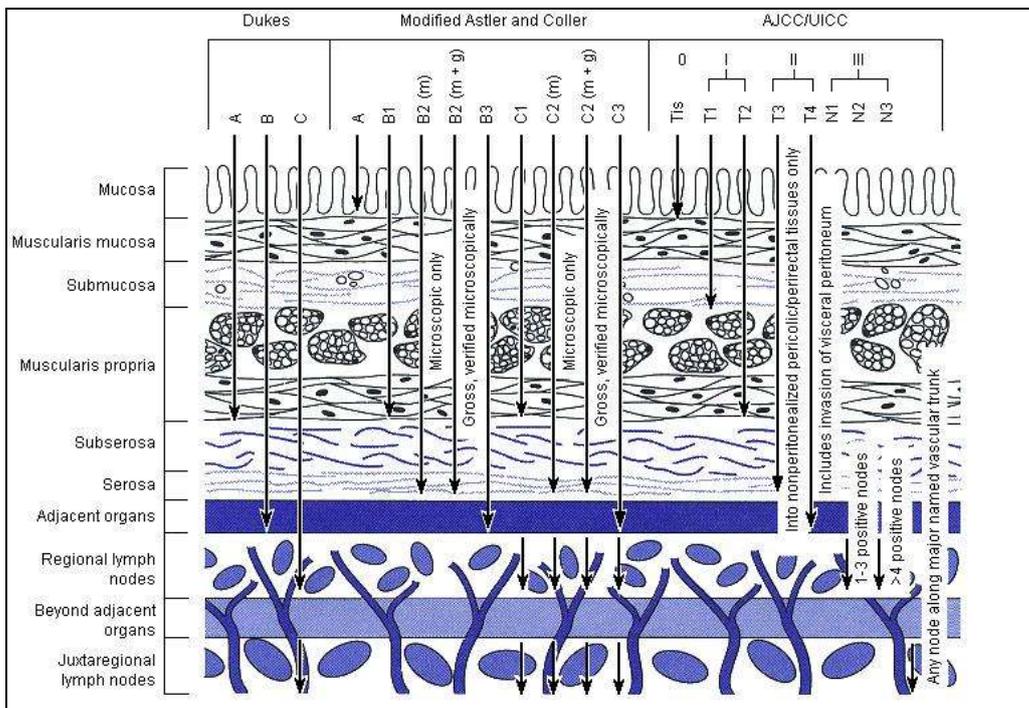
بشكل مبكر لدى أي شكوى بطنية هضمية عموماً في الحفرة الحرقفية اليمنى خصوصاً (18). إن وجود النقائل سواء البعيدة أم للعقد الليمفاوية (20) فهي تسيء للإنذار، ومع العلم أن النسبة العالمية لوجود الانتقالات البعيدة هي (30%) لحظة كشف السرطانة فقد بلغت النسبة بدراستنا (25%) مما يشير لكونها متقاربة وقد وصلت النسبة إلى (70%) للنقائل العقدية (22) في الدراسة العالمية وبلغت بدراستنا (62.1%)، أما في باقي الحالات فكانت الإصابة موضعة في الأورام مما يشير في هذه الحالة لكون الإنذار أفضل والبقيا أفضل.

ومنذ البدء باتخاذ تصنيف Duke's المرحلي للأورام (A-B-C) الشكل رقم (3) ومن ثم ظهور تصنيف Astler-coller (Duke's المعدل) A-B-C-D الشكل رقم (4)، فقد تم الاعتماد حالياً على التصنيف العالمي T-N-M الشكل رقم (4) لشموليته حيث يأخذ بالحسبان جميع العوامل الإنذارية من حيث الحجم وعمق الإصابة والانتقال للعقد والانتقالات للأحشاء المجاورة و البعيدة (1-3) الشكل رقم (4).

وهذا ما ينقص في التصنيف السابقة للأورام، حيث ترمز T إلى حجم الورم والـ N لإصابة العقد والـ M للنقائل البعيدة إذ إن لعمق الإصابة بالجدار دور هام في تحديد الإنذار مهما كانت الإصابة محصورة في المخاطية.



الشكل رقم 3/ تصنيف DUKES



الشكل 4/ مقارنة أنماط التصنيف المرحلي المختلفة لسرطان الكولون

تصل نسبة البقيا 5 سنوات إلى 90% وتتخفف إلى 10% عندما تصاب كامل الطبقات واعتمادا على تصنيف TNM يتم تحديد مرحلة الورم بالاعتماد على المرحلة من I و II و III و IV (Stage) وكلما تقدمت المرحلة كان الإنذار أسوأ؛ إذ إن نسبة البقيا في المرحلة I لخمسة سنوات تصل لـ (90%) وتنخفف إلى أقل من (40%) في المرحلة III عندما تكون العقد مصابة لتصل لأقل من (16%) في المرحلة الرابعة والتي يوجد فيها نقائل بعيدة (9) لذا نلاحظ أنه لعمق الإصابة بالجدار أولاً ووجود نقائل عقدية (20) أو بعيدة ويضاف لها كما أسلفنا درجة التمايز النسيجي هي العوامل التي تلعب الدور الهام في إنذار سرطانة القولون الأعور (19) وحالياً يضاف إليها بعض العوامل الأخرى تم كشفها حديثاً كغزو الأوعية الدموية والنفوافية ووجود الخلايا المخاطية أو خلايا فص الخاتم إضافة لشذوذات الـ DNA مع بعض الطفرات المورثية كالطفرة على المورثة Dcc (7-3) والمورثة APC ، ومتلازمة لينش I و II واعتماداً على هذا التصنيف الحديث T.N.M (3) فقد تم اعتماد هذا التصنيف بدراستنا فتبين أن معظم الحالات كانت في المرحلة II و III بنسب (23.6%) و (56.9%) على التوالي وبالمقارنة مع الدراسة العالمية فهي (28%) في المرحلة الثانية وهي مقاربة مع دراستنا بينما المرحلة III (42%) وهذه أقل مما في دراستنا أي نسب الكشف أبكر مما هي في دراستنا.

أما المرحلة الرابعة IV في دراستنا فكانت النسبة (16.6%) بينما في العالمية (19%) وهي ذات الإنذار الأسوأ والبقيا الأقل >(16%) لخمسة سنوات (21-22).

وبالنسبة لمعالجة سرطانة القولون فإن العلاج الجراحي هو الحل الأمثل وذلك بالاستئصال الكامل للورم مع هامش أمان على الأقل 5/سم من حواف الورم (5-15سم) مع استئصال العقد اللفافوية المرافقة (تجريف للعقد) والتروية الدموية للمنطقة (23) (مع أحياناً المعالجة المتممة الكيميائية والشعاعية لجميع الحالات) وذلك بالجراحة التقليدية وعدة حالات أجريت بالجراحة التنظيرية (12-14-24) (6حالات) مع إتباع واحترام قواعد جراحة الأورام وقد تمت جميع العمليات التقليدية عبر شق ناصف بعد الاستئصال ثم إجراء المفاغرة الدقاقية الكولونية المعتزضة سواء بالاستابلر (25%) (18 حالة) وباقي الحالات مفاغرة يدوية على طبقة واحدة (40 حالة) والباقي على طبقتين وكانت المفاغرة نهائية نهائية في 16/ حالة (22.2%) والباقي جانبية . جانبية أو نهائية جانبية وهي الأكثر تواتراً (34.7%) (25 حالة) ومن حيث النتائج لم يكن هناك أي فارق بين نمط المفاغرة بالاستابلر أو مفاغرة يدوية وبين أنماط المفاغرة سواء طبقة واحدة أم طبقتين أم من ناحية النمط، لكون مجمل المفاغرات محققة للشروط الجراحية التقانية (من حيث عدم وجود الشد والتروية الجيدة والحفاظ على اللعنة المناسبة) (16-3) ولا يوجد أي فارق بين الجراحة التقليدية أو التنظيرية وتم إجراء معظم العمليات بعد تحضير جيد للمرضى دوائياً وميكانيكياً مع تحسين الحالة العامة عند المرضى المصابين بفقر الدم وكما هو الحال في مجمل العمليات الجراحية فإن أي عمل جراحي يحمل نسبة خطورة واختلاطات (26) عامة أو موضعية أثناء استئصال الكولون الأيمن أو بعده وهذه النسبة تصل لـ (27.3%) عالمياً (25) وبدراستنا بلغت (29.1%) ومن هذه الاختلاطات أذية الأحشاء المجاورة كالعفج والحالب والنزف أثناء العمل الجراحي وفي دراستنا بلغت النسبة (1.4%) وأما بعد العمل الجراحي (26) فقد يحدث شلل خذلي (علوص) وبلغت النسبة بدراستنا (12.5%) بينما في العالمية (8%) وجميع الحالات استجابت للمعالجة المحافظة دون الحاجة لإعادة التداخل الجراحي، وقد حدث بدراستنا تسريب من المفاغرة في حالتين (2.7%) وهي مقاربة للنسبة العالمية (3%) وكما حدث إنتان جرح و خراجات في/ 8 /حالات (11.1%) وهو يمثل ضعف النسبة العالمية (6%) أي أنه لا بد من

الاعتناء والالتزام بالتعقيم وشروط الطهارة والتعقيم أثناء وبعد العمل الجراحي (24-25).

وكما حدثت حالة ورم دموي (1.3%) بينما النسبة العالمية (3%) وقد حدث في دراستنا 5 حالات من الانسداد الميكانيكي والتي تطلبت تدخلاً جراحياً (6.9%) وهي قريبة من النسب العالمية (6%) وأما باقي الاختلالات العامة فقد بلغت (15.1%) (انتان بولي . اختلالات رئوية) وهي أعلى قليلاً من النسب العالمية (10.2%) وهذا يحتاج لعناية ومراقبة أكبر للعمل الجراحي لمرضانا. وكما نلاحظ فإن عودة الحركات الحيوية كانت وسطياً في اليوم الثاني بعد الجراحة التنظيرية وفي اليوم الرابع بعد الجراحة التقليدية وهي مقاربة للدراسات العالمية. وهذا ما يسمح بالعودة المبكرة للتغذية الفموية والعودة باكراً للحياة الطبيعية (24).

### الاستنتاجات و التوصيات:

تعتبر سرطانة القولون الأعور من الآفات الخبيثة التي تعنو للعلاج الجراحي سواء بالجراحة التنظيرية أو التقليدية والذي يعتبر الحل الأمثل والأساسي لمثل هذه الحالات وبأفضل النتائج خاصة إذا تم كشف الورم ومعالجته مبكراً حيث تصل نسبة البقاء لمدة 5 سنوات في المراحل المبكرة من التصنيف العالمي (I و II) أو المرحلة A من تصنيف Duke's إلى (90%) وهذا ما يؤكد أهمية التشخيص المبكر ودور كل من المريض والطبيب لإجراء الاستقصاءات المبكرة (كالتنظير الهضمي السفلي مع الخزعة والتصوير الطبقي المحوري) لدى أي مريض لديه شكوى بطنية أو هضمية مع تغير بعادات التغوط أو حدوث تغوط زفتي أو علامات فقر دم مجهول السبب. لذا فكلما كان التشخيص والعلاج مبكرين كان الإنذار والنتائج أفضل على المدى القريب والبعيد.

### المراجع:

1. JONES, D.B., M.D. *Greenfield Surgery*, 6th edition, colon adenocarcinoma, 2006.
2. JESSUP, J.M.; MCGINNIS, L.S.; STEELE, G.D. Jr, et al. *The National Cancer Data Base*. Cancer 78, 1996, 918.
3. FISHER, J.E. M.D. *Mastery of Surgery*, 5th edition, right hemicolectomy, 2001.
4. VUKASIN, AP.; BALLANTYNE, G.H.; FLANNERY, JT. et al. *Increasing incidence of cecal and sigmoid carcinoma*. Cancer 66, 1999, 2442.
5. THORN, M.; BERGSTROM, R.; KRESSNERR, U. et al. *Trends in colorectal cancer incidence in Sweden 1959-93 by gender, localization, time period, and birth cohort*. *Causes Control* . Cancer 1998, 9-145.
6. FANTE ,R.; RONCUCCI, L.; DI GREGORIO, C. et al. *Frequency and clinical features of multiple tumors of the large bowel in the general population and in patients with hereditary colorectal carcinoma*. Cancer 1996, 77-2013.
7. HOWE, HL.; WINGO, PA.; THUN, MJ. et al, *Annual report to the nation on the status of cancer (1973 through 1998) featuring Cancers with recent increasing trends*, Cances inst 2001, 93-824.
8. O'CONNELL, J.B.; MAGGARD, MA. KO. C. et al. Practice parameters for colon cancer. *Dis Colon Rectum* 2004, 47-1269.
9. O'CONNELL, J.B.; MAGGARD, MA. Ko. CY. *Colon cancer survival rates with the new American Joint Committee on Cancer sixth edition staging*. *J Natl Cancer Inst* 96, 2004, 1420.

10. MAMAZZA, J.; GORDON, P.H. *The changing distribution of large intestinal cancer.* Dis Colon Rectum 25, 1998,558.
11. DELGADIO, S. SASAKI. *A Comparison of Laparoscopically Assisted and Open Colectomy for Colon Cancer.* N Engl J Med 350, 2004,2050.
12. LACY, AM.; GARCIA-VALDECASAS, JC.; DELGADO, S. et al. *Laparoscopy-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer. a randomised trial.* Lancet 359, 2002,2224.
13. NELSON, H.; PETTELLI, N.; CARLIN, A. et al. *Guidelines for colon and rectal cancer surgery.* J Natl Cancer Inst 2001; 93:583.
14. GUILLOU,PG.; QUIRKE, P.; THORPE, H.; et al, *short – tern endpoints of convetional uersus laparoscopic- assisted surgery in patients with colorectal cancer (MARC CLASSIC trial )* Lancet 365, 2005, 1718
15. O'CONNELL, JB. MAGG, MA, Ko, CY. *Colon cancer survival rates with the new American Joint Committee on Cancer sixth edition staging.* J Natl Cancer Inst 96, 2004, 1420.
16. F. CHARLES BRUNICARDI ,PH.D , FRCS ,Schwartz,s, 8th edition , tumors of the colon, 2005
17. MCANDREW, MR, SABA, AK. *Efficacy of routine preoperative computed tomography scans in colon cancer.* Am Surg 1999; 65:205.
18. ABBRUZZESE, JL, ABBRUZZESE, MC, LENZI, R, et al. *Analysis of a diagnostic strategy for patients with suspected tumors of unknown origin.* J Clin Oncol 13, 1995,2094.
19. COMPTON, CC.; FIELDING, LP.; BURGART, LJ. et al. *Prognostic factors in colorectal cancer.* College of American Pathologists Consensus Statement 1999. Arch Pathol Lab Med 124, 2000, 979.
20. BAXTER, NN, VIRNIG, DJ, ROTHENBERGER, DA, et al. *Lymph node evaluation in colorectal cancer patients. a population-based study.* J Natl Cancer Inst 97, 2005,219.
21. LOPEZ, MJ. *Multivisceral resections for colorectal cancer.* J Surg Oncol 76, 2001,1.
22. TEMPLE, LK, HSIEH, L, WONG, WD, et al. *Use of surgery among elderly patients with stage IV colorectal cancer.* J Clin Oncol 22, 2004, 3475.
23. GOVINDARAJAN, A.; COBURN, NG.; KISS, A. et al. *Population-based assessment of the surgical management of locally advanced colorectal cancer.* J Natl Cancer Inst 98,2006, 1474.
24. WEEKS, JC.; NELSON, H.; GELBER, S. et al. *Short-term Quality-of-Life Outcomes Following Laparoscopic-Assisted Colectomy vs Open Colectomy for Colon Cancer: A Randomized Trial.* JAMA 287,2002,321.
25. BIRKMEYER, JD.; SIEWERS, AE.; FINLAYSON, EV. et al. *Hospital volume and surgical mortality in the United States.* N Engl J Med 346,2002,1128