

العلاج المحافظ في أورام الكلية

صلاح الدين رمضان*

الملخص

هدف البحث: المقارنة بين التقنيات الجراحية المستخدمة للمحافظة على الكلية وإجراء التقنية التي تعطي نتائج أفضل ومضاعفات أقل في أورام الكلية. المجموعة المدروسة: في هذا البحث أجريت الدراسة على 32 مريضاً تراوحت أعمارهم بين 28-70 سنة والنسبة الأعلى في هذه الدراسة لمرضى ذوي الفئة العمرية (41-50) سنة إذ بلغت 40,62% ؛ ومعدل العمر الوسطي \approx 55 سنة تقريباً . النتائج والخلاصة: من خلال الدراسة لوحظ أن الاستئصال الجزئي لأورام الكلية (Partial Nephrectomy) صغيرة الحجم والمحدودة وغير المرتشحة تعطي نتائج أفضل وأقل مضاعفة وأكثر أماناً من استئصال الورم بالتسليخ الإصبعي (Simple Enucleation)، وذلك لعدم وجود بقايا للخلايا الورمية، إذ بلغت نسبة النجاح بطريقة الاستئصال الجزئي للكلية 92,67%، في حين استئصال الورم بالتسليخ الإصبعي بلغت 81,8%، وإن نسبة البقية survival بعد ثلاث سنوات من الجراحة كانت 100%.

* أستاذ مساعد- قسم شعبة الجراحة البولية- كلية الطب البشري- جامعة دمشق.

Nephron – Sparing Surgery for RCC

Salah Al – Dien Ramadan *

Abstract

Objectives: To compare surgical techniques used to preserve the kidney, and to perform which has the best results and the least complications in treating localized renal tumors.

Study group: The study included 32 patients aged 28-70 years. Most of the cases (40.62%) were of the older age group (41-50) years, Patient's Average age \approx 55 years.

Results and summery: Partial nephrectomy for the treatment of localized, small sized and non infiltrative renal tumors is better, safer and has a lower complication rates compared to simple enucleation of renal masses (no residual tumor cells). Partial nephrectomy Success rates were 92.67%, compared to 81.8% in simple enucleation. The prognosis is favorable with 100% survival for 3 years.

* Ass. Prof. Surgical Dept. Section Urology AL- Mouassat, Faculty of Medicine- Damascus University.

المقدمة:

كله ويعود ذلك للتشخيص المبكر واستخدم الوسائل التشخيصية الحديثة. إن المقاييس التي اعتمدت في دراستنا للعمل الجراحي المحافظ هي: أ- حجم الورم (انقسم إلى مجموعتين: المجموعة الأولى 2-3,5 سم المجموعة الثانية 4-5 سم ب- موقع الورم: تم اختيار أكثر المرضى بوجود الورم في القطب العلوي والقطب السفلي. ج- عدد الأورام: انحصرت الدراسة على وجود ورم واحد في إحدى الكليتين. د- في دراستنا لم تصادفنا أي حالة ورم كلية وحيدة.

المريض وطريقه البحث: أجريت الدراسة على 32 مريضاً كانوا يعانون من ورم كلوي بين عامي 2000-2005 في مستشفى المواساة الجامعي وبعد الدراسة وإجراء الاستقصاءات اللازمة ووضع التشخيص أجري للمرضى العمل الجراحي بإحدى التقنيات الثلاث وهي: الاستئصال الجزئي للكليّة، استئصال

يؤلف سرطان الكلية قرابة 3% من مجموعة الأورام عند الكبار ويعدّ ثالث أكثر الخباثات شيوعاً في الجهاز البولي إذ يؤلف قرابة 85% من مجموعة الأورام الكلوية⁽⁵⁾. يمكن كشف ورم الكلية بأعراضه المعروفة الثلاثي العرضي التاريخي (البيلة الدموية، ألم في إحدى الخاصرتين، كتله في البطن) هذه الأعراض تصادف فقط في 10%⁽⁴⁾، كما يمكن كشفه بالمصادفة عند بعض المرضى وذلك بعد إجراء بعض الوسائل التشخيصية كالإيكو و CT للبطن لذلك يسمى حالياً Radiologist tumor. وحسب التوزيع الجغرافي فإنّ نسبه الدراسات العالمية أكدت أن نسبة أورام الكلية في كندا والولايات المتحدة الاميريكية أعلى من نسبة حدوثه في قارة أسية. وفي العقدين الماضيين لوحظت زيادة في نسبه الحدوث بحدود 30%⁽⁹⁾ في العالم

الورم بالتسليخ الإصبعي، الاستئصال الجذري للكليّة، وتراوحت أعمار المرضى بين 28-70 سنة وإن معدل العمر الوسطي للمرضى 55 سنة تقريباً، ولوحظ أنّ أكثر من ثلثي المرضى بين سن 50-60 سنة لذلك بلغت نسبتهم بحدود 74%.

الجدول رقم (1)

العقد	عدد الحالات	النسبة المئوية
سنة 29-28	1	3.12%
سنة 40-30	3	9.37%
سنة 50-41	11	34.37%
سنة 60-51	13	40.62%
سنة 70-61	4	21.5%

في دراستنا هذه تضمنت علاقة الورم بالجنس يعني نسبة الذكور للأنثى و النسبة موضحة في الجدول رقم (2).

الجدول (2)

عدد المرضى	النسبة المئوية	الجنس
23	71.87%	ذكر
9	28.13%	انثى

من الجدول رقم (2) تبين لنا أن نسبة الذكور للأنثى بلغت أكثر من ثلاثة أضعاف، وهذه النسبة لا تتناسب مع النسب العالمية (النسبة العالمية 2/3) والسبب في ذلك ربما يعود لكمية المرضى المدروسة في هذا البحث، مع الأخذ بالحسبان أن هذه الدراسة لم تتناول دراسة العوامل المؤهبة للورم لأن جميع النساء في هذه المجموعة لا يتعاطين التدخين، كما لم تُدرَسِ العوامل المؤهبة الأخرى كالبدانة والداء الكيسي المكتسب. وفي هذا البحث دُرِسَ حجم الأورام لجميع المرضى وقُسمَ المرضى، إلى مجموعتين والجدول (3) يوضح لنا ذلك.

الجدول (3)

عدد المرضى	حجم الورم	النسبة المئوية
13	3,5-2 سم	40.625%
19	5-4 سم	59.37%

كما تناولت الدراسة مكان تواضع الورم كما هو مبين في الجدول رقم (4).

الجدول (4)

عدد المرضى	تواضع الورم	النسبة المئوية
12	القطب العلوي من الكلية	37.5%
4	القطب المتوسط	12.5%
16	القطب السفلي	50%

دُرِسَتْ جهة الورم فنتبين أن نسبة وجود الورم في الجهة اليسرى أكثر من وجوده في الجهة اليمنى والجدول رقم (5) يوضح ذلك .

الجدول رقم (5)

عدد المرضى	جهة الورم	النسبة المئوية
18	يسرى	56.25%
14	يمنى	43.75%

وفي هذه الدراسة استُجِوبَ جميع كالتدخين والتعرض المهني للمواد المرضى عن الأعراض التي راجعوا بها الصناعية (البتترول ، الرصاص) فكانت البيلة الدموية Hemotoria هي والسؤال عن أمراض كلوية وخاصة العرض الأكثر شيوعاً يليه الألم في ARCD الداء الكيسي الكلوي المكتسب. إحدى الخاصرتين (حسب تواضع الورم)، ومن المفيد ذكره أنه تم كشف الورم وتم السؤال عن نقص الوزن ونقص بالمصادفة عند ثلاثة مرضى فقط (8%) الشهية والغثيان والترفع الحروري، كما وذلك خلال إجراء الايكو والطبقي استُجِوبَ المرضى عن عوامل الخطورة المحوري للبطن لأسباب مرضية أخرى.

قبل العمل الجراحي كان يتم تحضير المرضى بإجراء التحاليل المخبرية جميعاً وبالأخص سرعة التثفل، هيما تكريت، كرياتينين، الفوسفاتاز القلوية، كالسيوم الدم، تحليل بول وراسب، كما أُجريت الاستقصاءات اللازمة وهي ايكو البطن، والصورة الظليلة والطبقي المحوري لمعرفة حجم الورم وجهته، وأُجريت صورة شعاعية للصدر لنفي الانتقالات. ولم يستخدم المرنان MRI لهذه المجموعة لأن المرنان MRI يستخدم للكتل الكلوية غير المحدده بواسطة CT ولسبب آخر هو عدم وجود نقائل أو عقد لمفاوية أو خثرات دموية في الأجوف البطني.

العمل الجراحي: من المبادئ التي حرصنا عليها خلال العمل الجراحي:

1. السيطرة المبكرة على الأوعية الكلوية لتجنب النزف ونقل الدم
2. في الأورام الصغيرة والمحدودة يمكن استئصال الورم بالتسليخ الإصبعي بشكل دقيق وجيد للحفاظ على الكلية.
3. في حال الشك في استئصال الكلية الجزئي بسبب توضع الورم أو حجمه أو بقاء خلايا ورمية؛ أُجري استئصال كلية جذري .

والتقنيات الجراحية الثلاث موضحة في الجدول رقم (6)

الجدول رقم (6)

النسبة المئوية	عدد الحالات	التقنية المستخدمة
34,75%	11	Simple Enucleation
40,62%	13	Partial Nephrectomy
25%	8	Radical Nephrectomy

كما نلاحظ في هذا الجدول رقم (6) أنه أُجري Radical Nephrectomy لثمانية مرضى وذلك عندما تعذر إجراء التقنيتين Partial Nephrectomy أو Enucleation لأسباب جراحية أو لتوضع الورم أو وجود بؤر ورمية عديدة جانب الورم الأساسي التي كشفت بالإيكو وبالخزاع المجمدة خلال العمل الجراحي

التي أخذت من حافات النسيج الكلوي، مريضان من هذه المجموعة الثمانية أُجْرِيَ لهما استئصال الكظر بسبب وجود التصاقات، وكانت نتيجة التشريح المرضي سلبية.

كما نلاحظ في الجدول أنه أُجْرِيَ استئصال الورم بالتسليخ الإصبعي لإحد عشر مريضاً كان الورم 2-3,5 سم، وثلاثة عشر مريضاً أُجْرِيَ لهما استئصال جزئي ثلاثة من هؤلاء المرضى كان حجم الورم بحدود 2-3,5 سم وفي إنشاء العمل الجراحي تم تحويل العمل الجراحي من الاستئصال التسليخ الإصبعي إلى الاستئصال الجزئي وذلك لوجود حافات إيجابية نتيجة الخزعة المجمدة (التشريح المرضي)، وبعد الاستئصال الجزئي كانت نتيجة التشريح المرضي من حافات القطع سلبية.

لجميع المرضى وبإحدى التقنيات الجراحية الثلاث أُجْرِيَ لهما شق خاصة كلاسيكي، مع استئصال الضلع 12، ففي التقنية الأولى Enucleation فتح الجيروتا وتحرير الحالب ومن ثم تسليخ الورم بالأصبع بشكل جيد، وأُخِذَتْ خزعة من حافات الجرح بعد التسليخ ومن ثم أُجْرِيَ الإرقاء ووضع مفجر والإغلاق حتى الجلد، أما في تقنية الاستئصال الجزئي كان يتم بعد فتح الجيروتا، تحرير الأوعية ووضع ملقط أوعية على السره الكلوية لتحاكي النزف ثم استئصال الورم مع قطع حافات نسيجية سليمة بحدود عدة ميليمترات (4-3 مم تقريباً)⁽⁷⁾ وأُخِذَتْ عدة خزعات من منطقة الاستئصال الجزئي للكلية للتشريح المرضي وكانت سلبية، وعند مجموعة قليلة من المرضى حدثت أذية الجهاز المفرغ وتم ترميمه، بعد ذلك تم أُعِيدَت التروية للكلية مع وضع جيلفونات للإرقاء من النزف المحتمل ووضع مفجر والإغلاق حتى الجلد.

أما في استئصال الكلية الجذري كما ذكرنا آنفاً فتم للمرضى الذين لم يتمكن لهم من إجراء الاستئصال الجزئي أو تسليخ الورم بالأصبع وذلك لتوضع الورم في القطب المتوسط وبحجم ≈ 5 سم أو أكثر ولوجود بقايا ورمية

النتائج: (Multifocal) لذلك أُجْرِيَ استئصال

الكلية الجذري كاملاً مع الجيروتا وجزء من الحالب.

لم تستخدم الجراحة التنظيرية في دراستنا وذلك لعدة أسباب أهمها: عدم الخبرة، ولأن بعض الدراسات العالمية بينت أن الجراحة التنظيرية في علاج الأورام الكلوية القابلة للاستئصال الجزئي ما زالت تعدُّ غير شائعة⁽¹⁾ وذلك للأسباب الآتية:

1- صعوبة تحقيق إرقاء جيد للسيطرة

على النزف

2- صعوبة إغلاق الطرق المفرغة في

حال إصابتها

3- صعوبة تبريد الكلية لتحقيق مبدأ

Cold ishema

وعلماً أن بعض الدراسات العالمية بينت أن نسبة البقاء survival في كلتا التقنيتين الجراحة التنظيرية والجراحة المفتوحة شبة متساوية لذلك يرى بعض الباحثين لما سبق أن الجراحة المفتوحة في استئصال الكلية الجزئي حالياً هي الأفضل⁽¹⁾.

واحدة.

وكان متوسط الإقامة في المشفى هو

خمسة أيام تقريباً إذ إن مرضى

الاستئصال الجذري للكلية كانت إقامتهم

في المشفى ثلاثة أيام وتم تخريجهم بعد

سحب المفجر ؛ بينما مرضى الاستئصال

الجزئي والتسليخ بالإصبع فتم تخريجهم

بعد أسبوع تقريباً من العمل الجراحي،

ونلاحظ أن نسبة المضاعفات القريبة

خلال أسبوع من العمل الجراحي

قاربت 9,3% (ثلاثة مرضى) في حين

نسبة المضاعفات البعيدة (نكس الورم)

أيضاً بلغت 9,3% وهذه النسبة تتناسب

مع النسب العالمية (15%-0%)⁽³⁾؛ كما أننا لم نلاحظ وفيات في مجموعة المرضى خلال السنوات الثلاث الأولى. خلال فترة المراقبة وفي نهاية السنة الثالثة لاحظنا نكساً للورم عند ثلاثة مرضى، مريضان كان قد أجري لهما استئصال ورم بالتسليخ الإصبعي ومريض واحد قد أجري له استئصال جزئي للكلى، علماً أنه أجري لجميع المرضى أخذ خزعات من حافات كلية وكانت سلبية وهذا ما يدل على وجود بؤر ورمية أخرى قرب الورم الأساسي ولم تأخذ. في الجدول رقم (7) يبين لنا عدد المرضى ونسبة النجاح والنكس بعد العمل الجراحي على المدى البعيد.

الجدول رقم (7)

التقنية	عدد المرضى والنسبة المئوية	النجاح والنسبة المئوية	النكس والنسبة المئوية
التسليخ الإصبعي للورم (Enucleation)	11 (34,35%)	9 (81,8%)	2 (18,2%)
الاستئصال الجزئي للكلى Partial Nephrectomy	13 (40,62%)	12 (92,6%)	1 (7,4%)
استئصال الكلية الجذري Radical Nephrectomy	8 (25%)	8 (100%)	0 (0%)

كما تبين في الجدول رقم (7) أن نسبة النكس في استئصال الورم بالتسليخ الإصبعي بلغت 18,2%، في حين في الاستئصال الجزئي لا تتعدى 7,4%. وإن هذا النكس للمرضى الثلاثة قد كُشِفَ في نهاية السنة الثالثة، حين أُعيدت لهم إجراء الفحوصات الدموية والايكو والطبقي المحوري وومضان العظام، فلو حظ فقط وجود عقد لمفاوية عند مريضين في حين لم تلاحظ أي انتقالات للدماغ أو العظم أو الكبد أو الصدر. فأجري لهم فيما بعد استئصال كلية جذري مع تجريف العقد للمفاوية وأرسل

المريض الثالث وُضِعَ تحت المراقبة الدورية. كما لاحظنا في دراستنا أيضاً أن اختلاف توزيع الورم لا يؤثر في الإنذار بعد الجراحة المحافظة على الكلية سواء أكان

المناقشة:

الورم محيطياً أم مركزياً⁽²⁾. في دراستنا هذه نلاحظ أن التوزيع العمري قرابة 74% من عدد المرضى تراوحت أعمارهم بين 40-60 وهذه النسبة لا تتناسب مع النسب العالمية التي تبلغ حتى 60% من الأعمار ما بين 60-70 .

وفي دراستنا إنتقِيَ المرضى الذين تتراوح أحجام الأورام لديهم من 2-5 سم وقُسِّموا إلى مجموعتين؛ المجموعة الأولى من 2-3,5 سم والمجموعة الثانية من 3,5-5 سم وكانت النسبة المئوية لتلك الفئتين حسب الترتيب 40,63% و 59,37% مع العلم أنه تم أخذ هاتين الفئتين لتحديد نوع العمل الجراحي، آخذين بالحسبان استئصال الورم مع الحفاظ على الكلية.

كما أن جميع المرضى الذين إختيروا لهذه الدراسة بعد العمل الجراحي أثبتت أنهم جميعاً $T_1N_0M_0$ ولم يحتاجوا لعلاج مناعي أو شعاعي⁽⁶⁾.

منهم كان قد أجري لهم **Enucleation**

كما لاحظنا في دراستنا أيضاً أن اختلاف توزيع الورم لا يؤثر في الإنذار بعد الجراحة المحافظة على الكلية سواء أكان الورم محيطياً أم مركزياً⁽²⁾.

إن نسبة النجاح في كلا التقنيتين: التسليخ الإصبعي للورم والاستئصال الجزئي للورم بلغت 86,5% وهي تتناسب مع النسب العالمية وهي 85 – 100%⁽³⁾ ولكن المفيد ذكره أن تدني هذه النسبة يعود لتقنية التسليخ الإصبعي، حيث لاحظنا أن نسبة النجاح بتقنية الاستئصال الجزئي بلغت 92,6% بينما بتقنية استئصال الورم بالتسليخ الإصبعي بلغت 81,8% ويعود السبب لوجود بقايا خلايا ورمية (Multifocal) في حين في الاستئصال الجزئي كان يتم استئصال الورم مع حواف سليمة لعدة ميليمترات 4-3 مم تقريباً⁽⁷⁾.

وبالمقابل فإن نسبة النكس في استئصال الورم بالتسليخ الإصبعي 18,2% ونسبة النكس في الاستئصال القسمي 7,6%، والمرضى الثلاثة الذين وجد عندهم النكس في السنة الثالثة بعد الجراحة اثنان منهم كان قد أجري لهم **Enucleation**

هذه الدراسة ومدته المتابعة لثلاث سنوات فكانت **100%** وهذه النسبة تتماشى مع النسب العالمية (**80-100%**)⁽³⁾.

أما ما ذكرناه آنفاً عن المريضين اللذين أرسلوا للعلاج المناعي فلم يرأجونا لمعرفة التطورات لديهم ولمعرفة نسبة البقية بعد تجريف العقد للمفاوية والعلاج المناعي.

وفي نهاية الدراسة نستنتج أن تفضيل إجراء **Partial Nephrectomy** على **Enucleation** يعود لعدة عوامل أهمها:

- 1- لأن استئصال الورم مع أخذ حافات سليمة من النسيج الكلوي بمقدار (43 مم تقريباً)⁽⁷⁾ قد يؤدي لتجنب نكس الورم في حال وجود بؤر ورمية صغيرة قريبة من الورم الأساسي.
- 2- لأن نسبة النجاح في دراستنا بـ **Partial Nephrectomy** أفضل من **Enucleation**.
- 3- في حال وجود استقطاب للـ **Partial Nephrectomy** يفضل إجراءه للحفاظ على الكلية دون إجراء **Radical Nephrectomy**.

و مريض واحد أجري له **Partial Nephrectomy**.

وفيما بعد أُجريت لهم دراسة تشخيصية كاملة فوجد عند مريضين نكس بؤر ورمية وعقد لمفاوية في البطن بعد ذلك أُجريت لهما استئصال كلية جذري مع تجريف العقد للمفاوية وأرسلوا للعلاج المناعي⁽⁸⁾، حيث إن إحدى الدراسات العالمية بينت أن في حال تعدد البؤر واحتمال ارتشاح للمحفظة ووجود عقد لمفاوية يفضل إجراء استئصال كلية جذري مع تجريف العقد للمفاوية⁽⁸⁾. أما المريض الثالث فأُجريت له استئصال كلية جذري وبقي تحت المراقبة الدورية.

لذلك ننصح قبل إجراء العمل الجراحي المحافظ على الكلية (**Enucleation**)، **Partial Nephrectomy** إجراء طبقي محوري حلزوني و إجراء ايكو دوبلر خلال العمل الجراحي لنفي وجود أورام صغيرة مرافقة للورم الأساسي أقل من 5 مم، وإجراء طبقي محوري حلزوني لنفي الأورام الصغيرة المرافقة ولتحديد امتداد الخثرة الدموية المرافقة للورم إن وجدت. أما بالنسبة للبقية للبقية **survival** في

Refernces

- 1-AuAUpdate series,Management Strategies for the Curable Solid Renal Mass Annual meeting May,8-13 2004.
- 2- Andrew c.Novicek Campbe11,Campell's Urology,W.B. Saunders company2002, chapter75: page 2672 - Renal tumors
- 3-- Andrew c.Novicek . Staven Campbe11,Campell's Urology, 2002,chapter75: page 2708- Renal tumors
- 4- General urology 2004 Emil. A.Tanga – Jack.W.Aninch Chapter 21 page 351
- 5 -Glenn,s urologic surgery 6th edition
Michael S. Cookson andSams.chang Chapter 3, P:39
- 6--Glenn,s urologic surgery2004 6th edition
Michael S. Cookson andSams.chang Chapter 3, page 37
- 7--Glenn,s urologic surgery2004 6th edition
Michael S. Cookson andSams.chang Chapter 3 , page 32
- 8- - Patrad JJ, RodriguezA, Rioux-Laclercq N, Guille F, Renal Cancer-
BJU Int 2002;90:358-62
- 9-W.Scott Mcdougal,Adult and pediatric Urology,Lippincott
Williams and Wilkins2002,chapter 14:The kidney p :566-589.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: 2006/2/114.
تاريخ قبوله للنشر: 2006/10/18.