

أورام الكلية في مشفى الأسد الجامعي

عدنان أحمد*

الملخص

دراسة واقع أورام الكلية التي تراجع أحد المشافي الجامعية الكبيرة في دمشق. أجريت الدراسة بشكل راجع خلال سبع سنوات (1998-2005)، وقد بلغ عدد المرضى (165) مريضاً، وكان نسبة الذكور (50.9%) ونسبة الإناث (49.1%)، ذروة الحدوث في عمر (51-60) سنة أي بنسبة (30.9%) من الحالات و(77%) من الحالات بين (70-41) سنة، ونسبة الكشف مصادفة (18.5%)، شوهدت البيلة الدموية في (44.3%)، وألم في الخاصرة (46.6%) وكتلة الخاصرة (23.6%)، وكانت أورام الجهة اليسرى أكثر من اليمنى (55.8% مقابل 41.2%)، ونسبة المدخنين من المرضى (41.2%) ونسبة وجود الداء السكري وفرط التوتر الشرياني (34.5%) من الحالات.

أجري استئصال جذري في (87.3%) من الحالات ومحافظ في (12.7%)، كان المدخل عبر البريتوان في (75.8%) أي شق تحت الحافة الضلعية، وشق قطني في (29%)، و عولجت حالتان بالتنظير البطني فقط. تراوحت أحجام الورم بين (2-40) سم لكن معظمها (52.7%) بين (4-7) سم) واكبر من 7 سم في (33.9%). كان الورم الكلوي الرائق الخلايا أكثرها شيوعاً (71.5%) يليه الورم الحليمي (6%) وكانت نسبة الأورام السليمة (7.8%). معظم الأورام من الدرجة الثانية (52%)، ونسبة العقد الإيجابية (9.7%) والارتشاح في الشحم المحيط بالكلية (23.6%) ولا علاقة للارتشاح بالشحم بإيجابية العقد، ونسبة الحافات الإيجابية (3%)، والخثار الوريدي (4.2%)، ونسبة المضاعفات (12.7%) و الوفيات (2.4%).

العلاج الجراحي هو الخيار الأول، لذا التشخيص المبكر لأورام الكلية يحسن الإنذار، ولا علاقة لحجم الورم بالارتشاح بالشحم المحيط بالكلية أو بالعقد الإيجابية، والخثار الوريدي دون الارتشاح في جدار الوريد لا يسيء للإنذار.

كلمات مفتاحية: كلية - أورام - جراحة.

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

Tumors of Kidney in Al-Assad University Hospital

Adnan Ahmad*

Abstract

We retrospectively evaluated the tumor of kidney and its presentation Between January1998 –December2005 , 165 patients with tumor of kidney underwent surgical treatment in AL-ASSAD University hospital ,the male(50.9%) ,the female (49.1%) , the symptoms at admission were flank pain (46.6%) , hematuria(44.3%) , and flank mass (23.6%), the incidental discovery (18.5%) , coexistence disease found in(77.5%)

Radical nephrectomy was done in(87.3%) , and nephron sparing surgery (12.7%) ,transabdominal approach (75.8%) , flank approach(23%) ,and laproscopic approach two cases (1.2%) .

The pathology finding : Renal cell carcinoma (71.5%) , and Papillary carcinoma (6%) , the stages were PT1 (47.8%) , PT2 (18.6%) ,PT3 (26.3%) , The invasion of perinephric fate (23.6%) ,positive lymph nodes (9.7%) , and vein thrombosis (4.2 %) .

surgery is the first choice in the treatment , early diagnosis give good prognosis , laparoscopic technique minimize the morbidity and stay after surgery , there are no relation between tumor size and invading perinephric fat , and between positive lymph node and fat invading ..

Key words : kidney – tumors – surgery .

* Ass. Prof. Dept. of Surgery .Faculty of Medicine, Damascus University.

المدخل: Introduction

الأورام تكون صغيرة الحجم وغير

يشكل سرطان الكلية 3% من مجموع

عرضية غالباً (3,2,1) عرضية غالباً (3,2,1)

الأورام عند الكهول وهو ثالث أكثر

الخبثات البولية شيوعاً بعد أورام المثانة

والموتة، لكنه يشكل السبب الأول للوفيات

منها وتشكل سرطان الخلية الكلوية

الرائق الخلايا (Renal Cell Ca) 85%

من مجموع الأورام الكلوية، وبسبب

فعالية الاستئصال الجراحي للأورام

الكلوية فإن التشخيص المبكر له دور

كبير في زيادة نسبة البقيا لأن هذه

الكلوية فإن التشخيص المبكر له دور

كبير في زيادة نسبة البقيا لأن هذه

الكلوية فإن التشخيص المبكر له دور

كبير في زيادة نسبة البقيا لأن هذه

الكلوية فإن التشخيص المبكر له دور

كبير في زيادة نسبة البقيا لأن هذه

الكلوية فإن التشخيص المبكر له دور

كبير في زيادة نسبة البقيا لأن هذه

الكلوية فإن التشخيص المبكر له دور

كبير في زيادة نسبة البقيا لأن هذه

الكلوية فإن التشخيص المبكر له دور

كبير في زيادة نسبة البقيا لأن هذه

الكلوية فإن التشخيص المبكر له دور

كبير في زيادة نسبة البقيا لأن هذه

الكلوية فإن التشخيص المبكر له دور

كبير في زيادة نسبة البقيا لأن هذه

الكلوية فإن التشخيص المبكر له دور

كبير في زيادة نسبة البقيا لأن هذه

الكلوية فإن التشخيص المبكر له دور

كبير في زيادة نسبة البقيا لأن هذه

الكلوية فإن التشخيص المبكر له دور

كبير في زيادة نسبة البقيا لأن هذه

الكلوية فإن التشخيص المبكر له دور

كبير في زيادة نسبة البقيا لأن هذه

الكلوية فإن التشخيص المبكر له دور

كبير في زيادة نسبة البقيا لأن هذه

الكلوية فإن التشخيص المبكر له دور

كبير في زيادة نسبة البقيا لأن هذه

الكلوية فإن التشخيص المبكر له دور

تمت مراجعة سجلات المرضى الذين

شخص لهم ورم كلية و أجري لهم العمل

الجراحي في مشفى الأسد الجامعي بين

شباط 1998 وكانون أول 2005 حيث بلغ

العدد الإجمالي للمرضى (165)

مريضاً.

عدد المرضى الذكور 84 أي بنسبة 50.9

% . وعدد المرضى الإناث 81 أي بنسبة

49.1 % الجدول (1)

الجنس	ذكور	إناث
العدد	84	81
النسبة %	50.9	49.1

وكان توزع المرضى على الفئات العمرية كما هو مبين في الجدول (2):

الفئة	20-10	30-21	40-31	50-41	60-51	70-61	70<
العدد	4	6	11	46	51	30	17
النسبة %	2.4 %	3.6 %	6.7 %	27.9 %	30.9 %	18.2 %	10.3 %

نلاحظ من الجدول أن ذروة حدوث المرض بين 51-60 سنة حيث نجد 30.9%، ونجد

77 % من الحالات هي بين 41_70 سنة.

أما بالنسبة للأعراض المرافقة للأورام والتي دعت المريض إلى مراجعة المشفى فكانت ألباً في الخاصة بنسبة 46.6% وبيلة دموية بنسبة 44.3% وكتلة في الخاصة بنسبة 23.6% ونسبة وجود

Triad sym	Flank mass	Flank pain	Hematuria	incident	Symptom
25	39	77	73	30	عدد المرضى
%15.1	%23.6	%46.6	%44.3	%18.5	النسبة %

وهناك نسبة (18.5%) من المرضى اكتشف عندهم الورم مصادفة في أثناء إجراء (US .C T) بسبب مرض آخر وشكلت النساء والمرضى المسنون معظم هؤلاء المرضى بسبب كثرة مراجعتهم للعيادات الطبية، ولم يكن لجهة الورم أهمية خاصة لكن لوحظ أن أورام الجهة اليسرى هي الأكثر شيوعاً من الجهة اليمنى 55.8% مقابل 41.2%، وشوهدت أورام ثنائية الطرف في (3%) من الحالات وهي من نوع VHL أو من نوع papillary الذي يتميز أنه قليل التوعية وثنائي الطرف. والجدول (4) يظهر ذلك:

النسبة	العدد	جهة الورم
% 55.8	92	اليسرى
% 41.2	68	اليمنى
% 3	5	مزوجة

وبالرجوع إلى القصة المرضية وإلى العوامل المؤهبة أو المرافقة للورم وجدنا 68 مريضاً أي بنسبة (41.2%) كانوا من المدخنين و33 مريضاً (20%) لديهم فرط توترشرياني و24 مريضاً (13.3%)

لديهم داء سكري و 3 مرضى لديهم فرط نشاط درق الجدول(5):

التدخين	68 مريضاً	4 1.2 %
الضغط	33 مريضاً	20 %
السكري	24 مريضاً	14.5 %
فرط نشاط درقي	3 مريضاً	1.8 %
لاشيء	37 مريضاً	22.5 %

أما بالنسبة للمتلازمات بجانب الورمية نقص الشهية ثم ارتفاع الفوسفاتاز القلوية Paraneoplastic syndrome فكانت ثم الترفع الحروري. نسبتها 15.7% وأهمها نقص الوزن مع الجدول الآتي(6) يوضح ذلك:

المتلازمة	ارتفاع alk.phos.	ارتفاع الكلس	احمرار الدم	نقص الوزن والشهية	ترفع حروري
العدد	6	3	1	11	5
النسبة	3.6 %	1.8 %	0.6 %	6.7 %	3

النتائج: (87.3%) في حين أُجري الاستئصال بعد تشخيص المرض ووضع الاستطباب المحافظ على النفرونات الجراحي كان الاستئصال الجذري للكلى (nephron_sparing)NSS في (21) هو الطريقة الأكثر شيوعاً وذلك بسبب مريضاً أي بنسبة (12.7) وأجريت التشخيص المتأخر وكبير حجم الورم، حالتان باستعمال الليزر. حيث أُجري في (144) مريضاً أي بنسبة الجدول الآتي (7) يوضح ذلك:

نوع الاستئصال	عدد المرضى	النسبة
حذري	144	87.3 %
محافظ	21	12.7 %

أما المدخل الجراحي فتم اختياره حسب flank approach في (38) حالة بنسبة حجم الورم وتوضعه وحسب بنية المريض وحسب خبرة الجراح، وكانت معظم حالات الاستئصال عبر البريتوان و subcostal (75.8%) وعبر الخاصرة

النسبة	عدد المرضى	المدخل
23%	38	خارج البريتوان
75.8%	125	داخل البريتوان
1.2%	2	عبر التنظير

بعد العمل الجراحي صُنِّفَ المرضى سم وهو ورم وعائى عضلي حسب حجم الورم المستأصل وكان شحمي (AML)، ومن الجدول (9) نلاحظ أصغر حجم ورم هو 2 سم وأكبرها 40 أن معظم الأورام تراوحت بين 5-7 سم

النسبة	عدد المرضى	حجم الورم
13.4%	22	= > 4 سم
52.7%	87	< 4 سم و > 7 سم
33.9%	56	أكبر من 7 سم

التشريح المرضي: Histo-pathology في حين كانت نسبة الأورام السليمة هي نلاحظ من الجدول (10) أن نمط clear cell .Ca هو النمط الأكثر شيوعاً من بين adenoma – oncocyoma : الحالات يليه النوع الحليمي papillary

	العدد	النسبة
Clear cell	118	71.5 %
Cystic nephroma	3	% 1.8
Metastasis	2	%1.2
Nephro blastoma	5	% 3
Oncocytoma	5	%3
Papillary	10	% 6
Sarcomatoid	6	% 3.7
T.CC	5	% 3
AML	8	% 4.8
Collecting dust	2	%1.8

وتم استخدام تصنيف Fhurman لتحديد أورامهم من الدرجة الثانية علماً أن الورم درجة أورام (RCC) وجدنا في دراستنا الكلوي الرائق الخلايا هو الذي صُنِّفَ بأنَّ أكثر من نصف المرضى كانت فقط والجدول الآتي (11) يبين ذلك:

النسبة	العدد	Grade
%14.7	22	G1
% 52	78	G2
% 24	38	G3
%9.3	14	G4

أما العقد اللمفاوية فيجري تجريفها في حال كونها متضخمة بالتصوير الطبقي المحوري (CT).

أو وجود عقد عيانية في أثناء الجراحة وكانت نسبة العقد الإيجابية 9.7% في دراستنا هذه كما هو موضح في الجدول الآتي (12):

النسبة	عدد المرضى	العقد
90.3%	149	سليمة
9.7%	16	مصابة

وكان الورم مرتشحاً بالشحم حول الكلية في 39 مريضاً (23.6%) من الحالات الجدول (13)

النسبة	عدد المرضى	الشحم
23.6%	39	مصاب
76.4%	126	سليم

هذا وقد بينت دراستنا عدم وجود علاقة بين الارتشاح في الشحم المحيط بالكلية والضخامات العقدية الإيجابية الجدول (14):

النسبة	عدد المرضى	الشحم والعقد
30,8%	12	ارتشاح في الشحم مع عقد إيجابية
69.2%	27	ارتشاح في الشحم دون عقد إيجابية

تم استئصال الكظر في (49) حالة وبالتشريح المرضي كان الكظر خالياً من الارتشاح الورمي في كل الحالات، أما حافات القطع فكانت إيجابية لدى (5) مرضى أي في 3% من الحالات. والجدول الآتي (15) يظهر التشريح المرضي مع حافات إيجابية:

T cc	2	40%
sarco ma	1	20%
Clear cell	2	40%

الختار الوريدي: اكتُشِفَ خثار وريدي العمل الجراحي اللازم بالتعاون مع شعبة مرافق للورم الكلوي في (7) حالات جراحة القلب أو شعبة جراحة الأوعية، (4.2%) في أثناء التصوير الإشعاعي وتم بشقٍ على الخط المتوسط مع فتح لتقييم الورم الكلوي، وبسبب وذمة في الخثرة فوق مستوى الأوردة فوق الكبد، الطرف السفلي في حالة واحدة، أُجري

ووجد ارتشاح في جدار الوريد في حالة واحدة فقط وبقيّة الحالات دون ارتشاح -الكبد.

ورمي. *أجريت خزعة بالإبرة قبل العمل

وأجري استئصال قسمي للعضو المجاور المصاب بالارتشاح الورمي في الحالات الأتية:

1- استئصال كولون جزئي (حالة واحدة)

2- استئصال مرارة (حالة واحدة)

3- استئصال طحال (حالتان)

4- استئصال ذيل بنكرياس (حالة واحدة)

5- استئصال فص رئوي أيسر سفلي.

في بعض الحالات وبسبب وجود الم

كلوي شديد أو بيلة دموية غزيرة أُجري

استئصال لورم الكلية مع وجود نقائل إلى

وفي النهاية صُنّف المرضى حسب

المرحلة السريرية لورم الكلية RCC

حسب الآتي جدول (16):

	عدد المرضى	النسبة
PTIa	16	% 11.4
PTIb	51	% 36.4
PT2	26	% 18.6
PT3A	34	% 24.3
PT3B	4	% 2.9
PT3C	3	% 2.1
PT4	6	% 4.3

- المضاعفات: Complications**
- كانت المضاعفات قليلة ولم تتطلب الإقامة في المشفى سوى بضعة أيام (وسطياً أربعة أيام)، وأحصيت المضاعفات في 21 حالة بنسبة 12.7% وكانت كما يأتي:
- 1- تقيح في الجرح (حالتان).
 - 2- اندحاق الجرح (حالتان).
 - 3- ذات رئة (حالتان).
 - 4- صمه رئوية (ثلاث حالات).
 - 5 - قصور كلوي عابر بعد استئصال كلية قسمي (حالتان).
 - 6 - خراج خلف البريتوان (حالة واحدة).
 - 7 - تمزق كبد جزئي (حالتان).
 - 8- تمزق طحال (حالة واحدة).
 - 9 - احتشاء عضلة قلبية (ثلاث حالات).
 - 10 - نزف بعد العمل الجراحي تطلب التداخل الجراحي (حالتان).
 - 11 - ناسور بولي (حالة واحدة).
- أما الوفيات فكانت 4 حالات بعد العمل الجراحي بنسبة 2.4% ،ومن أسباب الوفيات (صمة رئوية الإحتشاء عضلة قلبية -اضطراب نظم).
- المتابعة:** تمت متابعة (117) مريضاً من أصل (165) أي بنسبة (70.9%) من المرضى ولم يتمكن من متابعة بقية المرضى إما بسبب متابعتهم من قبل أطبائهم خارج المشفى أو لكونهم من محافظات بعيدة عن دمشق أو لإرسالهم إلى مركز الطب النووي ومتابعتهم هناك بعد العلاج الإشعاعي أو المناعي بالإنترفيرون، من هؤلاء المرضى:
- توفي (15) مريضاً بسبب الانتقالات أو لسبب آخر لا علاقة له بالورم.
 - حدوث انتقالات في (10) حالات:
 - بعد استئصال جزئي (حالة واحدة)
 - نكس في جدار البطن (حالة واحدة)
 - نقائل عظمية (ثلاث حالات)
 - نقائل رئوية و كبدية (خمس حالات)
 - بقية الحالات لم يحدث فيها نكس (92) بنسبة (55.7%) مع متابعة تتراوح بين (2- 72) شهراً بالفحوص المخبرية والشعاعية اللازمة.
- وبشكل عام كانت نسبة البقيا مدة ثلاث سنوات (65%) ..

المناقشة:

إلى أن (58.8%) من المرضى تكون في الأعمار بين (60-75) سنة أي أن ذروة الحدوث لدينا أقل من الدراسات العالمية بقرابة 15-20 سنة (6). أما بالنسبة لظروف الكشف فكان نسبة الكشف العفوي (18.5%) وهي أقل من النسب العالمية، وكان ألم الخصرة أكثر الأعراض شيوعاً (46.6%) ويعود الألم غالباً إلى النزف ضمن الورم أو الارتشاح في الجوار وتشاهد في الأورام الكبيرة بسبب التأخر في التشخيص مقارنة مع النسب العالمية التي تشير إلى أن البيلة الدموية أكثر الأعراض تواتراً (40-60%) من الحالات وفي دراستنا (44.3%)، أما الكتلة في الخصرة فنسبتها (23.6%) علماً أن المريض يمكن أن يشكو من الأعراض الثلاثة معاً (الثالوث العرضي) حيث شوهد بنسبة (15.1%) وهي أعلى من النسب العالمية (10%) إذ تشير الدراسات إلى وجود انتقالات بعيدة في أكثر من نصف هؤلاء المرضى في حال وجود ثالوث عرضي (7-8-9-10-11)، وتشكل الطريقة التي لوحظ في العقدين الأخيرين زيادة في نسبة حدوث أورام الكلية بنسبة (30%) بسبب زيادة نسبة الكشف المبكر للأورام لكثرة استخدام وسائل التشخيص الحديثة (MRI-CT-US) وخاصة عند الإناث والكهول لمراجعتهم المستمرة للأطباء لذلك سمي الورم Radiologist Tumor (1) حيث تصل نسبة الكشف العفوي في الدراسات العالمية إلى (60-70%) في حين لا تزيد على (18.5%) في دراستنا (1-2-3-4) وقد يعود ذلك إلى عدم التركيز على الكليتين عند إجراء تصوير بالأمواج فوق الصوتية لأي مريض مهما كان السبب أو إلى قلة خبرة المصور.

لم يكن لجهة الورم أو لجنس المريض أهمية كبيرة إحصائياً في دراستنا حيث كانت النسبة متقاربة في الجنسين في حين النسبة العالمية للذكور أكثر من الإناث (1/3) (5). وكانت ذروة الحدوث بين (40-60) سنة بنسبة (60.7%) من المرضى بينما تشير الدراسات العالمية

يشخص فيها الورم عاملاً مهماً في تحديد نسبة الشفاء ومدة البقاء (3)، وتشير الاستقصاءات إلى أن 85% من الأورام المكتشفة مصادفة تكون موضعة مقارنة مع (40-50%) من الحالات العرضية (12-13-14).

- بلغت نسبة المدخنين في الدراسة (42.9%) وهو أحد عوامل الخطورة كما وجد داء سكري مرافق في (14.5%) من الحالات، وفرط توتر شرياني في (20%)، ومن المعروف أن التدخين عامل خطورة مؤهب لأورام الكلية بنسبة (30-50%) كما يعدُّ زيادة الوزن عامل خطورة آخر (15).

- توجد أعراض عامة يمكن أن ترافق الورم مثل الوهن العام والدعث ونقص الوزن وليس من الضروري أن تدل هذه الأعراض على وجود الانتقالات حيث يمكن أن توجد في الأورام غير المنتشرة بسبب إفراز الورم العديد من الهرمونات (غلوكاكون- مثل لهرمون جارات الدرق) (16)، وتظهر الدراسات الغربية أن نسبة حدوث فرط كلس الدم تتراوح بين (10-20%) في حين لا تتجاوز (1.8%) في دراستنا ويشاهد فرط التوتر الشرياني مع أورام الكلية في الأدب الطبي بنسبة (15-40%) من الحالات (17).

أما متلازمة stauffer فيمكن أن تشاهد دون وجود انتقالات كبدية ويزول بنسبة 60-70% بعد الاستئصال وعودة المتلازمة علامة على سوء الإنذار وبشكل عام لم تتجاوز نسبة المتلازمات نظيرة الورمية نسبة 15.7% في دراستنا في حين يمكن أن تصل حتى 40% في الدراسات العالمية (16)، أما بالنسبة لطريقة الاستئصال فكان الاستئصال الجذري للورم هو الأكثر شيوعاً حيث أجري بنسبة 87,3% من الحالات في حين أجري استئصال محافظ النفرونات (N.S.S) في (21) حالة بنسبة 12.7% بسبب ورم في كلية وحيدة أو ورم صغير الحجم أو أورام ثنائية الجانب وهي إما من نوع VHL أو من نوع papillary (حالتان)، واستعمل الليزر في حالتين.

ويتم الاستئصال الجذري عبر البريتوان بشق خط متوسط أو شق كوشر وهو

الأغلب، أما المدخل عبر الخاصرة خارج البر ثوان فيستطب في حالات الاستئصال المحافظ على النفرونات (القسمي) أو المرضى البدينين، وأجري الاستئصال عبر البريتوان في (75.2%) من الحالات وخارج البريتوان (23%) وفي حالتين بتتظير البطن وهو أقل من النسب العالمية. ومن المعروف أن الاستئصال القسمي يعطي نتائج الاستئصال الجذري نفسه في الأورام الصغيرة وفي الأورام المنخفضة الدرجة حيث كانت نسبة البقيا متماثلة في الاستئصال المحافظ على النفرونات N.S.S والجذري في الأورام الأقل من 4 سم، وهذا ما تدل عليه الدراسات العالمية (4-18-19-20-21-22). وبفحص الورم بعد الاستئصال تراوحت أحجام الورم بين 2-40 سم لكن أكثرها يقع بين 4-7 سم بنسبة 52.7% تتلوها الأورام الأكبر من 7 سم بنسبة 33.9% في حين تبلغ نسبة الأورام الأقل من 4 سم 13.4% وهي نسبة قليلة إذا ما قورنت مع النسبة العالمية بسبب كثرة الكشف بالمصادفة في الدراسات العالمية مقارنة مع الأورام الأقل من 4 سم والورم الأقل من 7 سم مقارنة مع الورم الأكبر من 7 سم (23). أما نوع التشريح المرضي النهائي فنجد أن النوع clear cell. Ca هو الأكثر شيوعاً (71.5%) يليه النوع الحليمي (6%) وكانت نسبة الأورام السليمة لانتزيد على (7.8%) تتوزع بين AML- oncocyoma adenoma أما درجة الورم فكان grade 2 هو الأكثر شيوعاً بنسبة (52%) يتلوه (grade 3) بنسبة 24% وارتفاع درجة الورم تسيء للإندازار (24) وكانت العقد المجرفة إيجابية في (9.7%) من الحالات، ونسبة ارتشاح الورم في الشحم المحيط (23.6%) وهو قريب من النسب العالمية (25%) ولم تكن هناك علاقة بين ارتشاح الشحم وإيجابية العقد حيث كانت نسبة إيجابية الاثنين (29%) فقط علماً أن تجريف العقد لا يستطب إلا في حال وجود ضخامات عقدية بالتصوير CT أو

عيانياً في أثناء العمل الجراحي وهذا ما تشير إليه الدراسات العالمية (26)، ووجود العقد ليس دليلاً حتمياً على وجود انتقالات (27)، أما الكظر فكان خالياً من الارتشاح الورمي في كل الحالات التي استوصل فيها (49) مريضاً (29.7%) لذا ليس من الضروري استئصال الكظر إلا في الأورام الكبيرة وخاصة أورام القطب العلوي (27)، وعودة إلى مقارنة الأورام اللاعرضية مع الأورام العرضية لوحظ أن الأورام اللاعرضية أقل درجة وأقل مرحلة من الأورام العرضية كذلك نسبة ارتشاح الشحم أو الوريد أو الكظر أقل (1-3-12-29-30-). وأخيراً كانت نسبة المضاعفات بحدود 12.7% وهي أقل من النسب العالمية 15-20% وقد يعود ذلك إلى صغر العينات (31)، وعلماً أن المضاعفات تكون أكبر ونسبة الوفيات أعلى بين المرضى الذين أُجري لهم استئصال الورم مع وجود خثرته في الأجوف (درجة رابعة) والتي يتطلب فتح الصدر. أما الوفيات في دراستنا فنسبتها 2.4% وهي تقارب النسبة العالمية (2%)، والمتابعة تكون بإجراء إيكو البطن وصورة للصدر و CT بشكل دوري (33).

لاستنتاج: تعدُّ الجراحة الخيار الأول للعلاج، وأورام الكلية اللاعرضية أفضل إنذاراً من العرضية، ولا علاقة لحجم الورم بالارتشاح بالشحم المحيط بالكلية و لا علاقة للارتشاح بالشحم بالعقد الإيجابية.

References

- 1- Norvick AC ,Campbell SC ; :Renal tumor : Walsh PC ,Retic AB , Vaughan ED , Editors , Campbell's Urology . Philadelphia : Saunders : 2002 . p. 2672-731 .
- 2- Cohen HT , Mc Govern FJ.:Renal cell carcinoma . N Engl J Med 2005 Dec 8 ;353(23) :2477-90 .
- 3- Huston TE .: Renal cell carcinoma : diagnosis and treatment , 1994-2003 . Proc (Bayl Univ Med 2005 Oct ;18(4) :337-40.
- 4- Lee CT , Kates J , Feam PA , Russo P ,: Mode of presentation of renal cell carcinoma provides prognostic informaion , urol Oncol 2002 ; 7 (4) : 135 – 140 .
- 5- Landio SH , Hurry T , Balden S , Wingo PA : CANCER Statistics 1999 . CA cancer J clin 1999 ; 49 : 8-31 .
- 6- Renal cancer . Eurpean urology journal , Elsevier Science vol (30-45)2001-2003 .
- 7- Mc Dougal WS ,Garnick MB .: Clinical signs and symptoms of renal cell carcinoma in : Vogelzong NJ , Scrdina PT , Shipleg WV , Coffey DS , editors Comprehensive Textbook of genito urinary oncology . Philadelphia : Lippincott william and wilkins : 2000 .p. 1011 –5.
- 8- Holland JH , Cancer of kidney : natural history and staging cancer 1973; 5 : 1030-02 .
- 9- Slaton JW , Swanson DA ,: Renal cell carcinoma . diagnosis and staging . in brakowski RH , Novick AC , editor . Renal cell carcinoma totowa (NJ) : Humana press ; 2000 ,p .111 –33 .
- 10- Kirkali Z , Obek c ,: Clinical aspect of renal cell carcinoma ,EAU Update series (2003) ,189- 196 .
- 11- Northway RO ,Retenour CWM , Marshall FE . :Renal cell carcinoma : on overview . AUA Update 2001 ; xx :25 .
- 12- Bretheau D , Le chevalier E , Eghazarian C , Grisani V , Coulabge C , : Prognostic signficence of incidental renal cell carcinoma .Eur Urol 1995 ; 5 : 319 –23 .
- 13- Thompson IM ,Peek M ; Improvement in survival of patient with renal cell carcinoma – the role of seredipitously detected tumor , J Urol 1988 ,14 : 487 –99.
- 14- Pantuck AJ , Zismon A ,Bell degron AS .; The changing natural history of renal cell carcinoma.A J Urol 2001 ; 166 :1611 –23 .

- 15- Dhag R , Pellicer couret N , thiounn B , Vidaltrecon D G , : Risk factor for adult renal cell carcinoma , a systematic review and implication for prevention , BJU int 2000 ; 86(1) ;201 .
- 16- Aldaabil R , Pecreboom D .: Paraneoplastic syndromes in renal cell carcinoma in ,Brukowski RM , Noviek AC ,editors , Renal cell carcinoma : Totowa (N3) : Humana press ; 2000 .p. 135-45.
- 17- Gold PJ ,Fefer A , Thompson JA , Paraneoplastic manifestation of renal cell carcinoma Semin Urol Oncol 1996 ; 14 ;216 –22
- 18- Becker F, Siemer S , Humke U , Hack M , Ziegler M , Stockle M.:Elective nephron surgery should become standerd treatment for small unilateral renal cell carcinoma : Long term survival data of 216 patients . Eur Urol 2005 Dec 9.
- 19- Novick AC , Nephron –sparing surgery for renalcell carcinoma .Annu Rev Med 2002 ; 53 :393 –407 .
- 20- Puppo P . Introini C . Calvi P , Nasell A, : Long term result of small renal carcinoma surrounded by a minimal layer of grossly nprmal parenchyma : Review of (94) cases . Urology 48(2004),477-481.
- 21- W.Scott , Dougal MC , : adult and pediatric urology , Lippincott williams and wilkins 2002 , chapter 14 , The Kidney . p:566-589 .
- 22- AUA Update series ,Management strategies for the curable solid Renal mass , Annual meeting , 8-13 , 2004 .
- 23- Steiner T ,Knels , Shubert J : Prognosis significance of tumour size in patients after tumour nephrectomy for localised renal cell carcinoma .Eur.Urol. 46(2004) 327-330.
- 24- Storkel S,EbleJN ,Adhakhak , et al :Cassification of renal cell carcinoma, Cancer 1997 ; 80 ,987 –90 .
- 25- Von poppel M , Deroo F , Joniou S :Open surgical tretment of localised renal cell cancer ,EAU Update series 1 (2003) 220-225 .
- 26- BlomJHM, Von poppel M ,Schreder FH , et al . MEMBERS OF The EORTC Genitourinary group : Preliminary result of EORTC randomized phase (3) , protocol 30881 ; Eur Urol 1999 ; 36 : 570 –5 .
- 27- Studer UE ,Scher ZS , Scheidegger J ,Kraff R , Sanntay R , Ackermann D ,et al :Enlargement ofof lymph nodes in renal cell carcinoma , is efferes not due to metastasis .J Urol 1998 ; 144:243 –5 .
- 28- Tsui KH , Shvarts o ,Belldegrum A : is adrenalectomy a necessary componet of radical nephrectomy , J Urol 2000; 163 ;437- 41.

- 29- Kannake JW , Grossmon HB .:Renal cell carcinoma as an incidental finding .J Urol 1985 ;134:1094-6.
- 30- Patard JJ,Leray E,Rodriquez A, Rioux Leclercq N, Guille F , Lobel B .: Correlation between symptom Graduaion tumor charateristics survival in renal cell carcinoma . Eur .Urology 44(2003) .226 –232 .
- 31- Swwnson DA, Borges PM .:Complications of trans abdominal radical nephrectomy of renal cell carinoma , J Urol 1983 ;129 :704-7 .
- 32- Ciancio G , Soloway M .:tumour nephrectomy with vena cava thrombus ,BJU int . 2005 Jun ; 95(9) : 1373-84.
- 33- Mickiseh F , Garballide J , Hellsten S , Schuller H , Mensink H , Gide lines on renal cell carcinoma , Eur Urol 2001 ;40 ,252- 5 .

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: 2006/2/19.
تاريخ قبوله للنشر: 2007/3/2.