

دور المعالجة الجراحية في تدبير سرطان جسم وذيل البنكرياس

*

حمود نصر

الملخص

الهدف: تسليط الضوء على التدبير المتبع في سرطان جسم وذيل البنكرياس مع تحديد دور المعالجة الجراحية في تدبير هذه الأورام.

الطرائق: أجريت الدراسة بالطريق الراجع إذ شملت جميع المرضى المقبولين في مستشفى الأسد الجامعي بتشخيص سرطان في جسم أو ذيل البنكرياس بين عامي 2003 و2008، وجمعت المعلومات من خلال مراجعة ملفات المرضى، والتقارير الشعاعية، وتقارير الجراحة.

النتائج: شملت الدراسة 66 مريضاً كان معظمهم من الذكور (61%) بعمر وسطي بلغ 56 عاماً. أظهرت الاستقصاءات عدم قابلية الورم للاستئصال في 53% من الحالات، وخضع 47% فقط من المرضى للجراحة. وقد أجري الاستئصال الجذري للورم في 35% فقط من مرضى الجراحة، أي بما نسبته 17% من إجمالي المرضى. بلغت نسبة الوفيات 8% من المرضى الذين خضعوا لقطع البنكرياس، كما بلغت نسبة المضاعفات الكبرى 20%.

الخلاصة: تشير الدراسة إلى الدور المهم للتصنيف المرحلي الدقيق قبل الجراحة في تحديد قابلية إجراء الاستئصال الجراحي في مرضى سرطان جسم وذيل البنكرياس، كما تشير إلى إمكانية تطبيق المعالجة الجراحية الجذرية في نسبة قليلة من هذه الحالات (17%)، وفي تطبيق المعالجة الملطفة في بعض الحالات الأخرى.

الكلمات المفتاحية: الكارسينوما الغدية في البنكرياس، سرطان جسم وذيل البنكرياس، استئصال البنكرياس القسمي، المعالجة الملطفة لسرطان البنكرياس.

* أستاذ مساعد - كلية الطب البشري - جامعة دمشق

Role of Surgery in the Management of Cancer of Body and Tail of Pancreas

Hamoud Nasr*

Abstract

Objective: Evaluation of the management of cancer in the body and tail of the pancreas with determining the role of surgery in the management of these tumors.

Methods: The study was performed retrospectively. It included all patients who were admitted in Al Assad University Hospital in Damascus between 2003 and 2008 in the diagnosis of cancer in the body or tail of the pancreas. The data were collected by reviewing the hospital files, radiological reports, and surgical reports of these patients.

Results: The study included 66 patients, most of whom were males (61%) with median age of 56 years. Only 47% of these patients underwent surgery, as investigations showed that the disease was irresectable in 53% of cases, and those patients were referred for palliative treatment. Radical resection could be possible in only 35% of surgical patients (17% of the study group). Mortality rate post-resection was 8%, and major complication rate was 20%.

Conclusion: The study highlights the important role of adequate staging preoperatively in order to determine the possibility of resection. It indicates also that radical resection was possible in only 17% of patients, but surgical palliation may play an important role in irresectable diseases.

Key Words: Pancreatic adenocarcinoma, Cancer of the body and tail of the pancreas, Partial pancreatectomy, Palliative treatment of pancreatic cancer.

* Associate Professor Department of General Surgery – Faculty of Medicine – Damascus University.

مقدمة:

تعدُّ الأورام الخبيثة في جسم وذيل البنكرياس من الأورام السيئة إنذارياً، إذ إنَّ قابلية الاستئصال الجراحي الشافي تكون منخفضة مقارنة بأورام رأس البنكرياس، وذلك بسبب انتشار المرض في الأعضاء المجاورة عند ظهور الأعراض، فهو لا يعطي أعراضاً إلا بعد حدوث الارتشاح الموضعي في الأعضاء القريبة (المعدة، الطحال، الكولون، والكظر) [1].

عند تشخيص هذه الأورام فإنَّ قابلية الورم للاستئصال الجراحي تحدد من خلال مجموعة من الاستقصاءات التي تشمل التصوير الطبقي المحوري (يظهر الغزو الوعائي والنقائل البعيدة)، والتصوير بالأموح فوق الصوتية عبر التنظير الباطني (يظهر الارتشاح الموضعي وضخامة العقد اللمفاوية)، وتنظير البطن الاستقصائي (يظهر النقائل البريتوانية أو الكبدية) [2].

رغم أن هذه الاستقصاءات قد تظهر قابلية الورم للاستئصال، إلا أنه لا يمكن في الواقع إجراء الاستئصال الجراحي لهذه الأورام إلا في أقل من 50% من الحالات. فإذا لم يكن الورم قابلاً للاستئصال الشافي فيجب على الجراح أن يأخذ خزعة من الورم وأن يقوم بتخضيب الأعصاب الكيماوي لمعالجة الألم. وفي بعض الحالات يفضل إجراء مفاغرة معدية صائمية وقائية بسبب إمكانية حدوث الانسداد عند انتشار الورم على مستوى رباط ترايتز [3].

سنتحدث في هذه الدراسة التي أجريت في مستشفى الأسد الجامعي بدمشق عن نتائج التداخلات الجراحية على سرطان جسم وذيل البنكرياس.

المواد الدراسة وطرائقه:

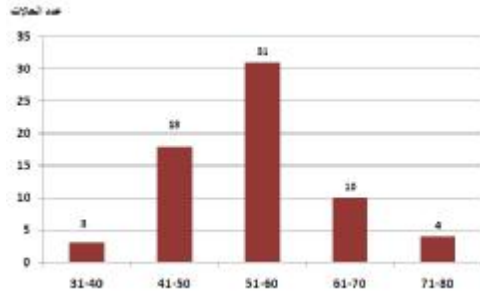
أجريت الدراسة بالطريق الراجع (retrospective) في مستشفى الأسد الجامعي بدمشق خلال مدة 6 سنوات، إذ شملت جميع المرضى الذين قبلوا في قسم الجراحة في مستشفى الأسد بسرطان في جسم وذيل البنكرياس بين بداية عام 2003 ونهاية عام

2008، وقد بلغ عددهم 66 حالة. أُجريت الدراسة من خلال مراجعة ملفات المرضى، وتقارير الصور الشعاعية، والفحوص المخبرية، وتقارير العمل الجراحي. تمت دراسة مجموعة البحث بالنسبة إلى العمر، والجنس، والأعراض البدئية التي راجع بها المريض، والوسائل التشخيصية المتبعة، والتداخل الجراحي المجري، والمضاعفات والوفيات.

النتائج:

شملت الدراسة 66 حالة سرطان في جسم وذيل البنكرياس تمت دراستها وتدبيرها في مشفى الأسد الجامعي بدمشق بين عام 2003 و2008. كان 38 من المرضى ذكوراً (61%) و28 منهم من الإناث (39%)، مما يظهر أفضلية طفيفة لإصابة الذكور على الإناث. وقد تراوحت أعمار المرضى بين 31 و80 سنة (المخطط 1)، وقد أظهرت الدراسة تزايد عدد الحالات في العقد السادس والسابع من العمر. وكان عمر المرضى في أكثر الحالات بين 51-60 سنة، حيث بلغ العمر الوسطي للمرضى 56 سنة.

أمّا الأعراض والعلامات التي راجع بها المريض (الجدول 1) فقد شملت الألم الشرسوفي الذي ينتشر إلى الظهر (أشيع الأعراض حيث شوهدها في 83% من الحالات)، ونقص الوزن والشهية، والإقياءات، ووجود كتلة بطنية، واليرقان عند امتداد الورم باتجاه رأس البنكرياس.



المخطط (1): توزيع مرضى الدراسة حسب المجموعات العمرية المختلفة.

الجدول (1): أشيع الأعراض السريرية التي راجع بها مرضى الدراسة.

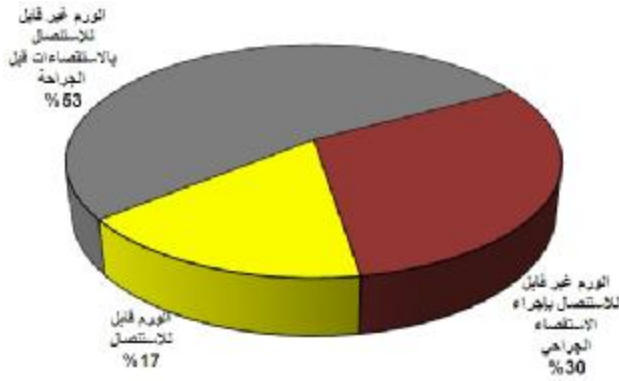
النسبة	العرض
83%	ألم شرسوفي ينتشر إلى الظهر
67%	نقص الوزن
80%	القمة
45%	الإقياءات
19%	يرقان بسبب امتداد الورم باتجاه رأس البنكرياس
17%	كتلة بطنية

درس المرضى جميعهم بواسطة إيكو البطن، والتصوير الطبقي المحوري، والتصوير بالأشعة فوق الصوتية عبر التنظير الباطني، وذلك لتحديد قابلية الورم للاستئصال قبل التداخل الجراحي. وقد عُذَّ الورم غير قابل للاستئصال عند وجود الارتشاح في الأوعية الرئيسية، والارتشاح في الأعضاء المجاورة مثل المعدة والكولون، ووجود ضخامات في العقد اللمفاوية الزلاقية وحول الأبهري، أو وجود الانتقالات البعيدة (الكبد، الرئة). وقد أظهرت هذه الدراسة أن الورم غير قابل للاستئصال الشافي في معظم المرضى (35 حالة أو 53%) ولم يخضع هؤلاء المرضى للتدخل الجراحي. أما بقية المرضى البالغ عددهم 31 مريضاً (47%) فلم تظهر الدراسة الشعاعية لديهم قبل الجراحة وجود موانع من الاستئصال الشافي، حيث تم تحويلهم للتدخل الجراحي. وفي سياق الدراسة الورمية تمت معايرة الواسم الورمي لدى جميع مرضى العينة CA19-9 وكان أكبر من 500 في 45 مريضاً (بمجموع 68.1%). وقد تبين لاحقاً أن هذا الارتفاع الكبير في CA19-9 قد شوهد في معظم المرضى الذين كان الورم لديهم غير قابل للاستئصال (55 مريضاً أو 83%). ويوضح الجدول 2 ذلك.

الجدول (2). توزيع المجموعات المختلفة للمرضى حسب ارتفاع الواسم الورمي CA19-9.

المجموع	الأورام القابلة للاستئصال	الأورام غير القابلة للاستئصال	المجموعة غير الجراحية	
45 (68%)	4 (37%)	14 (70%)	27 (78%)	CA19-9 < 500
21 (32%)	7 (63%)	6 (30%)	8 (22%)	CA19-9 > 500
66	11	20	35	المجموع

فإذاً بعد إجراء الدراسة الورمية الكاملة خضع 31 مريضاً (47%) للتدخل الجراحي بهدف إجراء الاستئصال الشافي. أجريت التداخلات جميعها من خلال فتح البطن، وإجراء الاستقصاء الكامل للبطن، والسطوح البريتوانية الجدارية والحشوية، واستقصاء الأعضاء الحوضية، واستقصاء الكبد، واستقصاء الامتداد الموضعي للورم. في معظم هذه المرضى تبين أن الورم غير قابل للاستئصال الجراحي، وذلك في 20 مريضاً (65% من الحالات)، وذلك بسبب الارتشاح والتنبت الموضعي للورم (17 حالة من أصل 20 أو 85%) أو وجود الانتقالات البريتوانية أو الكبدية غير المشخصة بالاستقصاءات قبل الجراحة (3 حالات من أصل 20 أو 15%). أما في المرضى الـ 11 المتبقين (35% من الحالات) فقد أمكن إجراء الاستئصال الجراحي الواسع للورم (المخطط 2).



المخطط (2): توزيع المرضى حسب قابلية الاستئصال الجراحي.

أما الحالات الـ 11 التي كان الورم فيها قابلاً للاستئصال الجراحي فقد أجري استئصال جسم وذيل البنكرياس في الحالات جميعها مع استئصال جزء من الأعضاء المجاورة عند الضرورة. واقتصر الاستئصال على الجسم والذيل في 3 حالات (27%)، وشمل الطحال فضلاً عن الجسم والذيل في 5 حالات (73%)، وشمل أحد الأعضاء الأخرى المجاورة في 3 حالات (27%) (جزء من المعدة في الحالة الأولى،

الزاوية الكبدية للكولون في الحالة الثانية، والكلية اليسرى في الحالة الثالثة). وقد تم في هذه العمليات قطع جسم البنكرياس بواسطة الستابلر TA (في 7 مرضى أو 63%) أو بالقطع البسيط مع الخياطة اليدوية للحافة الحرة (في 4 مرضى أو 37%). وتم ترك مفجر عند حافة القطع في الحالات جميعها.

أمّا في المجموعة التي كان الورم غير قابل للاستئصال لديها بعد الفتح الجراحي (20 مريضاً) فقد اكتفي بإجراء الخزعة من الكتلة الورمية في 12 مريضاً من هؤلاء (60%)، أجريت المفاغرة المعدية الصائمية فقط في 4 مرضى (20%)، وأجريت المفاغرة المعدية الصائمية مع المفاغرة الصفراوية المعوية في المرضى الأربعة المتبقين (20%)، وذلك بسبب امتداد الورم إلى رأس البنكرياس إذ كان يضغط على القناة الجامعة.

الجدول (3): التدبير الإجمالي للمرضى في الدراسة.

العدد والنسبة	المجموعة
35 (53%)	1. الورم غير قابل للاستئصال بالاستقصاءات قبل الجراحة
31 (47%)	2. الورم قابل للاستئصال بالاستقصاءات قبل الجراحة:
20 (65%)	أ. الورم غير قابل للاستئصال بالاستقصاء الجراحي
11 (35%)	ب. الورم قابل للاستئصال بالاستقصاء الجراحي:
5 (46%)	• استئصال جسم وذيل البنكرياس مع الطحال
3 (27%)	• استئصال جسم وذيل البنكرياس فقط
3 (27%)	• استئصال جسم وذيل البنكرياس مع عضو آخر

شملت المضاعفات الكبرى التالية لقطع البنكرياس كلاً من الخراج داخل البطن، الناسور البنكرياسي، وخراج الدم، ونواسير الأمعاء الدقيقة، والنزف (الجدول 4). وقد تم علاج حالتها الخراج بالتفجير عبر الجلد تحت التوجيه الشعاعي. أمّا حالتنا النواسير فقد شوهدت واحدة منهما لدى مريض أجري إغلاق جذمور البنكرياس لديه بواسطة الستابلر، والثانية لدى مريض تم الإغلاق لديه بالخياطة اليدوية، وعولجت الحالتان بشكل محافظ بنجاح أيضاً، حيث شملت الحماية المطلقة مع إعطاء التغذية الوريدية.

حدث النزف المبكر في حالة واحدة حيث أجري للمريض فتح البطن الاستقصائي، حيث تبين أن النزف من سرير البنكرياس، وأمكنت السيطرة عليه بنجاح. أما الوفيات فقد حدث حالة وفاة واحدة، وذلك بسبب صمة رئوية كتلية، رغم أن المرضى جميعهم كانوا قد تلقوا التميع الوقائي حول العمل الجراحي.

الجدول (4): المضاعفات المشاهدة في المرضى الذين خضعوا لقطع البنكرياس.

النسبة المئوية	عدد المرضى	المضاعفة
17%	2	الخراج داخل البطن
17%	2	الناسور البنكرياسي
8%	1	خمج الدم
8%	1	الناسور المعوي
8%	1	النزف
8%	1	الوفاة

المناقشة:

تعدُّ سرطانات البنكرياس بشكل عام من السرطانات الأكثر عدوانية على المستوى النسيجي، فهي أورام ارتشاحية بالدرجة الأولى قبل أن تكون انتقالية، ولذلك فالإنذار يكون أسوأ حتى بعد الاستئصال الجراحي الموسع^[1]. أمّا السبب في كون أورام الجسم والذيل أكثر سوءاً فهو غياب اليرقان الانسدادي كعرض باكر إلا في الحالات المتأخرة التي يمتد فيها الورم باتجاه الرأس^[4]. وكما يتبين من الدراسات العالمية فإن نسبة هذه الأورام لا تتجاوز 25% من أورام البنكرياس. ولذلك فإن قابلية الاستئصال الجراحي في أورام جسم وذيل البنكرياس كما وجدنا في هذه الدراسة لا تتجاوز 15% في أحسن الحالات، في حين تتجاوز هذه النسبة 25% في أورام رأس البنكرياس^[5]. وانطلاقاً من ذلك يجب عدُّ تنظير البطن الاستقصائي كخطوة أولية يمكن أن تجنب فتح البطن دون داعي في حال كشف انتقالات كبدية أو برتوانية، ويمكن أن يؤمن الحل التنظيري إمكانية إجراء المفاغرة التلطيفية في حال توفر الخبرة الكافية^[6]. وهكذا

يبقى العلاج الجراحي حلاً مقبولاً كإجراء تلطيفي في حال عدم إمكانية إجراء الحل الجذري، حيث يسعى التلطيف الجراحي إلى إجراء التخضيب الكيماوي للأعصاب وإجراء المفاغرة التلطيفية [5].

ينبغي في حالات سرطان البنكرياس جميعها، ولاسيما سرطان جسم وذيل البنكرياس، إجراء الدراسة الاستقصائية الكاملة قبل التفكير بالعمل الجراحي لتحديد التصنيف المرحلي الحقيقي للمرض [7]. يبدأ التقييم من خلال نفي النقائل الجهازية بواسطة الصورة الشعاعية البسيطة للصدر والتصوير الطبقي المحوري للبطن والحوض. ويؤمن التصوير الطبقي الحلزوني بالأطوار الوعائية المختلفة معلومات دقيقة عن العلاقة بين الورم وبين الأوعية الكبيرة القريبة منه، والتي تشمل الشريان المساريقي العلوي، والأبهر البطني، والجذع الزلاقي، فضلاً عن الأوعية الطحالية، وتفيد هذه المعلومات الجراح في تحديد قابلية استئصال الورم [8]. كما يوصى بإجراء التصوير بالأمواج فوق الصوتية عبر التنظير الباطني، حيث يمتلك حساسية ونوعية أعلى من التصوير الحلزوني في كشف الارتشاح الموضعي في الأعضاء المجاورة (مثل المعدة، الكلى، الكولون) والتي لا يمكن كشفها عادة بالوسائل الأخرى. كما يتيح كشف النقائل الكبدية الباكرة وضخامة العقد للمفاوية حول الأبهر [9].

وقد تعطي معايرة المستضد السرطاني CA19-9 فكرة عن درجة تقدم المرض، فمعظم المرضى (83%) الذين كان الورم لديهم غير قابل للاستئصال كان لديهم ارتفاع شديد في هذا الواسم أكثر من 500 وحدة دولية/مل. وقد ذكر Karachristos في دراسته أن درجة ارتفاع هذا الواسم يمكن أن تتنبأ بالتصنيف المرحلي للورم في حالات سرطان البنكرياس. ومن ثمّ حتى لو أظهرت الاستقصاءات الشعاعية قبل الجراحة أن الورم قابل للاستئصال فإن وجود ارتفاع كبير في هذا الواسم قبل الجراحة يجب أن يثير الشك بإمكانية استئصال الورم [10].

يعدُّ الألم العرض الأكثر شيوعاً في هذه الأورام، وهو يمتلك إنذاراً سلباً إذ يدل على انتشار وارتشاح الورم في الضفيرة العصبية الزلاقية. وقد لوحظ من دراستنا أن إمكانية العلاج الجذري قد كانت أكبر في المرضى الذين لم يعانون من الألم (27%) مقارنةً بالمرضى الذين شكوا من الألم (12.5%)^[4].

تشكل الوفيات مضاعفة نادرة بشكل عام لعمليات قطع البنكرياس، وغالباً ما لا يشكل التكنيك الجراحي سبباً لذلك. وقد شوهدت في دراستنا حالة وفاة وحيدة بسبب الصمة الرئوية رغم إعطاء التميع الوقائي للمريض. ويعدُّ سرطان البنكرياس من الخبايا التي تترافق بزيادة في نسبة الخثار مقارنة بالخبايا الأخرى، مما يؤكد أهمية إتباع إجراءات الوقاية الممكنة جميعها، مثل إعطاء التميع الوقائي، وتطبيق أجهزة الضغط الهوائي المنقطع على الساقين خلال الجراحة، وتحريك المريض باكراً بعد الجراحة^[11].

تعدُّ المعالجة المحافظة الخيار الأول في معالجة المضاعفات الناجمة عن عمليات قطع البنكرياس، وذلك لأن الحالة العامة لهؤلاء المرضى قد لا تسمح بإجراء تدخّل جراحي في المرحلة الحرجة بعد الاستئصال. يمكن تفجير معظم الخراجات داخل البطن من خلال التداخل عبر الجلد تحت التوجيه الشعاعي. كما تساعد التغذية الوريدية ومشابهات السوماتوستاتين في تدبير النواسير البنكرياسية في حال حدوثها^[12].

الخلاصة:

تعدُّ أورام جسم وذيل البنكرياس من الأورام سيئة الإنذار عموماً، نظراً إلى أنها تكون في مرحلة متقدمة عند وضع التشخيص. وحتى حين تشخص هذه الأورام فهي تحتاج إلى التخطيط الجيد قبل العمل الجراحي. ينبغي عدم توفير أي وسيلة تشخيصية لتحديد التصنيف المرحلي للورم قبل الجراحة ونفي الارتشاح الموضعي أو الانتقالات الجهازية، مع العلم بأن سلبية هذه الاختبارات لا تعني دوماً أن الورم قابل

للاستئصال. ويجب التأكيد على استخدام تنظير البطن في استئصال هذه الأورام قبل إجراء فتح البطن بهدف الاستئصال، وذلك لأنه قد يوفر على المريض إجراء فتح البطن دون ضرورة. كما تجدر الإشارة إلى أهمية تطيف مضاعفات المرض (مثل الألم البنكرياسي وانسداد العفج) حتى حين يكون الورم بالاستئصال الجراحي غير قابل للاستئصال.

Referenc

1. Brennan MF, Moccia RD, Klimstra D. Management of adenocarcinoma of the body and tail of the pancreas. *Ann Surg* 1996; 223:506-12.
2. Falconi M, Mantovani W, Bettini R, Talamini G, Bassi C, Cascinu S, et al. Carcinoma of pancreatic body and tail: are there improvements in diagnosis and treatment modalities over the past decade? *Dig Liver Dis* 2003; 35:421-7.
3. Dalton, RR; Sarr, MG; van Heerden, JA; Colby, TV. Carcinoma of the body and tail of the pancreas: is curative resection justified? *Surgery*. 1992 May;111(5):489-494.
4. Nordback, IH; Hruban, RH; Boitnott, JK; Pitt, HA; Cameron, JL. Carcinoma of the body and tail of the pancreas. *Am J Surg*. 1992 Jul;164(1):26-31.
5. Johnson, CD; Schwall, G; Flechtenmacher, J; Trede, M. Resection for adenocarcinoma of the body and tail of the pancreas. *Br J Surg*. 1993 Sep;80(9):1177-1179.
6. B. Rumstadt, M. Schwab, K. Schuster, et al. The role of laparoscopy in the reoperative staging of pancreatic carcinoma. *J Gas Int Surg*. 1997; 1(3):245-250.
7. Lu DS, Reber HA, Krasny RM, Kadell BM, Sayre J. Local staging of pancreatic cancer: Criteria for unresectability of major vessels as revealed by pancreatic-phase, thin-section helical CT. *A J R* 1997; 168:1439-1443.
8. E. Ergul, E. Ozgur. Role of three-phase contrast-enhanced multislice helical CT in evaluating resectability of pancreatic carcinoma. *Int J Radiol*. 2008. Volume 8 Number 1.
9. J. Maurits , M. Wiersema. Accuracy of Endoscopic Ultrasound in Diagnosing and Staging Pancreatic Carcinom. *Pancreatology* 2001;1:625-632.
10. A.Karachristos, N.Scarmeas, J.Hoffman. CA 19-9 Levels Predict Results of Staging Laparoscopy in Pancreatic Cancer. *J Gast Ints Surgery*, 9 (9): 1286-1292.
11. Thompson, C. M., and Rodgers, L. R.: Analysis of the autopsy records of 157 cases of carcinoma of the pancreas with particular reference to the incidence of thromboembolism. *Am. J. M. Sc.* 223: 469-478, 2002.
12. Saltzman, A; Horvitz, A; Dyckman, J. Survival for 25 years following partial pancreatectomy for carcinoma of the body of the pancreas. *Mt Sinai J Med*. 1987 Jun;54(5):427-428.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: 2009/3/17.

تاريخ قبوله للنشر: 2009/4/29.