

دراسة معدل النكس في المرضى المعالجين باستئصال القولون الورمي متبوعاً بالعلاج الكيماوي بالمقارنة مع المرضى المعالجين باستئصال القولون الورمي دون علاج كيماوي

د. علي محمد علوش*

(تاريخ الإيداع 2022 /7/25 – تاريخ النشر 2022 /8/24)

□ ملخص □

باعتبار سرطان القولون هو أحد أكثر أنواع السرطان انتشاراً في جميع أنحاء العالم، فمن الضروري اتباع استراتيجيات لمحاولة تقليل معدل حدوثه ونكسه. على الرغم من أن سرطان القولون هو مرض مستقل في الغالبية العظمى من الحالات، إلا أن هناك عوامل خطر متعددة مرتبطة بهذا المرض، مثل البدانة والتدخين. بالإضافة إلى ذلك، لم يتم إجراء العديد من الدراسات في سورية لدراسة معدل نكس الإصابة بسرطان القولون. لذلك، أجرينا دراسة حشدية استرجاعية في مستشفى تشرين الجامعي، اللاذقية، سورية لدراسة معدل نكس الإصابة بسرطان القولون لدى المرضى الذين عولجوا باستئصال القولون الكامل متبوعاً بالعلاج الكيماوي مقابل المرضى الذين عولجوا باستئصال القولون فقط عن طريق الاستعانة بالسجلات الطبية الورقية. ضمت دراستنا ١٢٠ مريضاً، ٦١ من الذكور (٥٠.٨٪) و ٥٩ من الإناث (٤٩.٢٪). وفقاً لنتائجنا، كان معدل النكس في المرضى الذين خضعوا لعملية استئصال جراحي متبوعاً بالعلاج الكيماوي المساعد ١٥.٦٪ (ن = ١٠)، بينما كان معدل النكس في المرضى الذين خضعوا للجراحة وحدها ٢١.٤٪ (ن = ١٢). يرتبط نكس السرطان بنسبة مرادة ووفيات كبيرة. لذلك، يجب إجراء مزيد من الدراسات للتحقق من معدل النكس في المرضى الذين لديهم عوامل خطر لتحديد أسباب النكس والحد منها.

كلمات مفتاحية: جهاز هضمي، جراحة عامة، نكس سرطان القولون، علاج كيماوي، معدل النكس، استئصال القولون.

*د. علي محمد علوش، استاذ مساعد - كلية الطب البشري - جامعة تشرين.

a.alloush@yahoo.com

Recurrence rate in a patient treated with colon Resection followed by chemotherapy in comparison to a patient treated with colon Resection without chemotherapy

Dr. Ali Muhammad ALLOUSH*

(Received 25/7/2022..Accepted 24/8/2022)

□ABSTRACT □

Given that colon cancer is one of the most prevalent cancers worldwide, it is essential to employ strategies to try to reduce its incidence and recurrence rate. Though colon cancer is a sporadic disease in the vast majority of cases, multiple risk factors are linked to this disease, namely, obesity and cigarette smoking. Additionally, not many studies have been done in Syria studying the recurrence rate of colon cancer. Therefore, we conducted a retrospective cohort study at Tishreen University Hospital to investigate the recurrence rate of colon cancer in patients treated with complete colon resection followed by chemotherapy versus patients treated with colon resection alone via paper medical records.

A total of 120 patients were included in this study; 61 were males (50.8%) and 59 were females (49.2%). According to our findings, the recurrence rate in patients who underwent surgical resection with adjuvant chemotherapy was 15.6% (n = 10), while the recurrence rate in patients with surgery alone was 21.4% (n = 12). Cancer recurrence is associated with significant morbidity and mortality. Therefore, further studies should be done to investigate the recurrence rate in patients with risk factors to identify and deal with the causes of recurrence.

Keywords: Digestive System, general surgery, colon cancer recurrence, chemotherapy, recurrence rate, colon resection.

*Dr. Ali Muhammad ALLOUSH, Associate professor, Faculty of Medicine- Tishreen University

مقدمة:

يعتبر سرطان القولون ورم سرطاني ينشأ من الجدار الداخلي للأمعاء الغليظة (القولون). يبدأ كمجموعات صغيرة غير سرطانية من الخلايا تسمى بوليبيات على الجدار الداخلي للقولون [١]. بدون علاج، يمكن أن تصبح بعض الأورام الحميدة سرطانية. وهو أكثر أنواع أورام الجهاز الهضمي شيوعاً في جميع أنحاء العالم. على الرغم من أنه يمكن أن يحدث في أي عمر، فإنه يصيب عادة كبار السن (فوق ٥٠). تشمل العوامل التي قد تزيد من خطر إصابتك بسرطان القولون ما يأتي:

كبار السن: يمكن أن يُشخص سرطان القولون في أي سن، في حين تجاوزت أعمارُ غالبية الأشخاص المُصابين به ٥٠ عاماً. بينما سنجد زيادةً في مُعدلاتِ الإصابةِ بسرطانِ القولونِ في الأشخاصِ الأصغرِ من ٥٠ عاماً، على الرغم من عدم تأكد الأطباء من السبب.

الأمريكيون من أصل أفريقي: يتعرّض الأمريكيون من أصول أفريقية لخطر سرطان القولون أكثر من الأعراق الأخرى.

تاريخ مرضي شخصي من الإصابة بسرطان القولون والمستقيم أو الإصابة بسلائل: إذا كنت قد أصبت بالفعل بسرطان القولون أو سلائل غير سرطانية بالقولون، فإنّ لديك خطراً أكبر للإصابة بسرطان القولون في المستقبل. **الأمراض المعوية الالتهابية:** يُمكن أن تزيد الأمراض الالتهابية المزمنة في القولون، مثل التهاب القولون التقرّحي ومرض كرون، من خطر الإصابة بسرطان القولون.

المتلازمات الموروثة التي تزيد من خطر الإصابة بسرطان القولون: يُمكن أن تزيد بعض الطفرات الوراثية التي تمرّ عبر أجيالٍ من عائلتك من خطر إصابتك بسرطان القولون على نحوٍ كبير. ولكن نسبة قليلة فقط من سرطانات القولون مُرتبطة بالجينات الموروثة. أكثر المتلازمات الموروثة التي تزيد من خطر الإصابة بسرطان القولون شيوعاً هي داء السلائل العائلي الورمي الغدي (FAP) ومتلازمة لينش، والمعروفة أيضاً بسرطان القولون والمستقيم غير السلائلي الوراثي (HNPCC).

وجود تاريخ عائلي للإصابة بسرطان القولون: حيث أنك أكثر عرضةً لخطر نمو سرطان القولون إذا كان أحد أقرباء الدرجة الأولى مصاباً بالمرض. يكون خطر الإصابة أكبر، إذا كان واحد أو أكثر من أفراد العائلة مُصابين بسرطان القولون أو سرطان المستقيم.

نظام الغذاء قليل الألياف، وعالي الدهون: قد يرتبط سرطان القولون وسرطان المستقيم باتباع نظام غذائي غربي تقليدي منخفض في الألياف ومرتفع في الدهون والسعرات الحرارية. وقد توصلت الأبحاث في هذا المجال إلى نتائج متباينة. ووجدت بعض الدراسات زيادة خطر الإصابة بسرطان القولون لدى الأشخاص الذين يتناولون وجبات غذائية غنية باللحوم الحمراء واللحوم المصنعة.

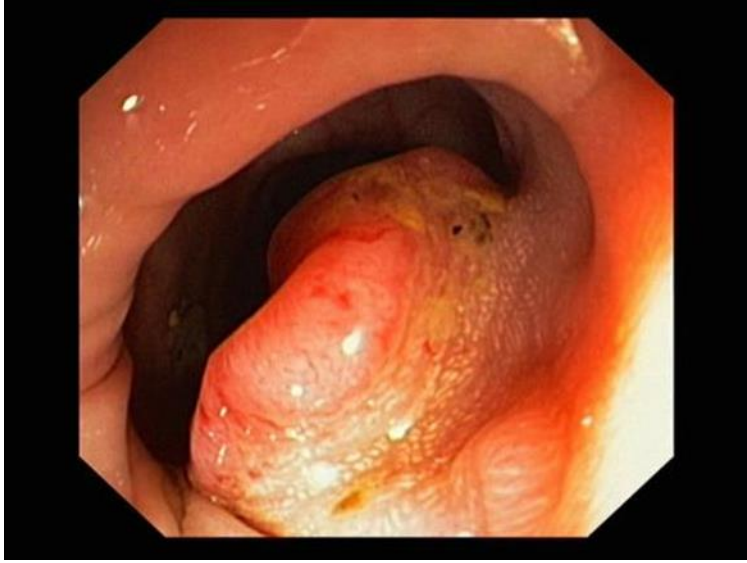
نمط الحياة المُستقرّة: الأشخاص الكُسالى هم أكثر عرضةً لتطوّر سرطان القولون. ربما تُساعدُ مداومة النشاطات البدنية بانتظام على تقليل خطر الإصابة بسرطان القولون.

داء السُّكري: المصابون بالسكري أو مُقاومة الأنسولين أكثر عرضةً للإصابة بسرطان القولون. **السُّمنة:** الأشخاص الذين لديهم السمنة المفرطة لديهم خطر متزايد من سرطان القولون، وزيادة خطر الوفاة من سرطان القولون بالمقارنة مع الأشخاص الذين يعدّون أوزانهم طبيعية. **التدخين:** المُدخنون أكثر عُرضةً للإصابة بسرطان القولون. **الكحول:** يزيد الاستخدام المُفرط للكحول من خطر سرطان القولون.

العلاج الإشعاعي للسرطان: يزيد العلاج الإشعاعي المُوجَّه إلى البطنِ لعلاجِ سرطاناتٍ سابقةٍ من خطرِ الإصابةِ بسرطانِ القولون. [٣]، لذلك دائماً ما تشمل النصائح لتقليل معدل الإصابة بالسرطان: الإقلاع عن التدخين تجنُّب السمنة والمحافظة على الوزن الطبيعي، تجنُّب التعرض لأشعة الشمس الضارة لفترات طويلة، تناول الفواكه والخضروات والغذاء الصحي الغني بالألياف، ممارسة الرياضة بانتظام. استشارة الطبيب عند حدوث أي تغيرات غير طبيعية في الجسم حيث يتم السؤال عن التاريخ الطبي المرضي للشخص وكذلك التاريخ العائلي، إجراء الكشف الطبي الظاهري والموضعي، وإجراء اختبار أو أكثر من فحوصات الكشف المبكر.

ولا يعلم الأطباء على وجه اليقين أسباب الإصابة بأنواع سرطان القولون. وبشكل عام، يحدث سرطان القولون عندما تنشأ تغيرات (طفرات) في الحمض النووي (DNA) لخلايا القولون السليمة. يحتوي الحمض النووي (DNA) للخلية على مجموعة من التعليمات توجه الخلية إلى ما يجب فعله. تنمو الخلايا السليمة، وتتقسم بطريقة منظمّة للحفاظ على عمل وظائف الجسم على نحو طبيعي. ولكن عندما يتلف الحمض النووي (DNA) ويصاب بالسرطان، تستمرُّ الخلايا في الانقسام — حتى في حالة عدم الحاجة لخلايا جديدة. تتراكم الخلايا لتشكّل ورمًا. بمرور الوقت، يمكن أن تنمو الخلايا السرطانية لتغزو وتدمر النسيج الطبيعي المجاور. ويمكن أن تنتقل الخلايا السرطانية إلى أجزاء أخرى من الجسم وتستقر بها (ثقيلة).

تعتمد أعراض سرطان القولون على مرحلته. ولا يعاني الكثير من المصابين بسرطان القولون من أعراض في المراحل المبكرة من المرض. لذلك، يعد الفحص الدوري أمرًا مهمًا ويجب أن يبدأ في سن ٥٠. عندما تظهر الأعراض، فهي متنوعة، اعتمادًا على حجم وموضع السرطان من الأمعاء الغليظة. بشكل عام، تشمل أعراض المبكرة لسرطان القولون: الشعور بعدم إفراغ البطن كاملاً عند التبرز، نزيف من فتحة الشرج أو وجود دم مع البراز، اضطرابات في البطن كتشنجات أو غازات أو آلام لفترات طويلة، الشعور المستمر بالرغبة في التغوط، نقص الوزن الغير مفسر، فقر الدم الشديد الغير مفسر، الوهن والضعف وقلة الشهية مع سوء الحالة العامة. [٤]. وعند تشخيص الحالة المرضية فإن الطبيب يلجأ لعدة طرق للتحقق ما إذا كان سرطان أم لا، وإذا كان هناك انتشار لمكان آخر أم لا، لذلك كما ذكرنا يتم النظر لعدة عوامل، ويمكن تشخيص سرطان القولون بالطرق التالية: الخزعة بالتنظير الهضمي السفلي (Biopsy) : أحد الطرق الأكثر دقة لتشخيص سرطان القولون وللتحقق من الجزيئية الحيوية للسرطان، فحص الدم : وذلك بفحوص عامة و قياس نسبة بروتين CEA (carcinoembryonic antigen) (المستضد السرطاني الجنيني). الأشعة المقطعية CT scan : يمكن استخدامها لمراقبة مكان المرض وانتشاره إلى أجزاء مختلفة من الجسم. فحص الأمواج فوق الصوتية: وتفيد خاصة في تقييم الانتشار إلى الكبد أو وجود سائل حر في البطن. الأشعة السينية للثديتين: فحص ما إذا كان السرطان ينتشر للثديتين أم لا. التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني PET scan : عبارة عن فحص بإعطاء حقنة مادة مشعة و تمتصها الأنسجة والأعضاء ومن ثم يقوم بالتصوير مما يمكن من فحص كامل الجسم.



صورة توضح تنظير هضمي سفلي لآفة ورمية في جدار القولون

وتصنف الرابطة الأميركية المشتركة لأبحاث السرطان AJCC مرضى سرطان القولون بالاعتماد على TNM (حجم الورم البدئي T، إصابة العقد اللمفية N، وجود نقائل بعيدة M) وهذا التصنيف المرحلي مقسوم لخمس مراحل (٠-IV) لتسهيل التشخيص وتقييم العلاج والإنذار، تشير المرحلة ٠ إلى وجود سرطان موضع حيث تكون الخلايا الشاذة محصورة في الغشاء المخاطي للقولون مع احتمالية أن تصبح سرطانية. في المرحلة الأولى لمن سرطان القولون، تتمركز الخلايا السرطانية في الغشاء المخاطي والطبقة تحت المخاطية، بينما في المرحلة الثانية II، تغزو الخلايا السرطانية إما الطبقة الخارجية (IIA)، وتنتشر إلى الصفاق الحشوي (IIB)، أو الأعضاء المجاورة الأخرى (IIC) علاوة على ذلك، فإن إصابة العقدة اللمفاوية تمثل بداية المرحلة الثالثة التي تنقسم إلى ثلاث مراحل فرعية بناءً على عدد العقد اللمفاوية المصابة أو الأعضاء القريبة. في المرحلة النهائية (المرحلة الرابعة IV)، ينتشر سرطان القولون إلى الأعضاء البعيدة، مثل الرئة أو الكبد أو المبيض أو العقدة اللمفاوية البعيدة، وتنقسم إلى ثلاث مجموعات بناءً على عدد الأعضاء المصابة [٦]. أدى تصنيف مركز AJCC لسرطان القولون لاتخاذ التدبير المناسب لكل مريض.

إن علاج سرطان القولون يعتمد على فريق من الأطباء في مجالات متنوعة مثل الأطباء الجراحين وأطباء الأشعة والأطباء المتخصصين في مجال السرطان للتخطيط معاً لعلاج أفضل وأنسب لكل مريض والعوامل التي تؤثر على اختيار علاج مثل: الحجم والموقع وطبيعة الخلايا السرطانية، مرحلة المرض وانتشار السرطان، والحالة العامة للمريض.

إن أكثر المؤشرات الإنذارية أهمية للبقيا في سرطان القولون هي مرحلة الورم التي حددها تصنيف TNM الذي يحكم نوع العلاج السريري المناسب لمرضى السرطان [٧]. كما إن الاستئصال الجراحي لسرطان القولون هو حجر الأساس للعلاج، خاصة بالنسبة لأورام المرحلة ٠ و I، وقد تم إدخال الجراحة بالمنظار في أواخر التسعينيات لإثبات توازيتها، إن لم يكن تفوقها، مع استئصال القولون المفتوح. يتم استئصال القولون الكامل أو الجزئي في جميع المراحل الخمس لسرطان القولون اعتماداً على فائدة الاستئصال وإصابة الأنسجة. أفادت مراجعة منهجية حديثة أن استئصال القولون بالمنظار كان له مخاطر أقل لانسداد الأمعاء الدقيقة المسبب بالالتصاقات والفوق الاندحاقية. ومع ذلك، فإن معدلات البقايا لثلاث سنوات خالية من المرض بين الجراحة المفتوحة والتنظيرية لم يتغير [٨]. هناك جدل عندما يتم إعطاء العلاج الكيماوي المساعد لمرضى سرطان القولون من المرحلة الثانية [٩]. لا توضح إرشادات الشبكة الوطنية الشاملة للسرطان (NCCN) الخاصة بسرطان القولون المستقيدين من العلاج الكيماوي المساعد. ومع ذلك، تتصح إرشادات NCCN بضرورة أخذ

العلاج الكيماوي المساعد بعين الاعتبار لمرضى سرطان المرحلة الثانية مع T4، والأورام سيئة التمايز، والغزو للمفاوي الوعائي أو الغزو العصبي، ومضاعفات السرطان كالانسداد أو الانتقاب، والحواف المصابة، والعقد للمفاوية المشكوك بها [9].

ويستخدم العلاج الكيماوي الأدوية لتدمير الخلايا السرطانية. عادةً ما يُعطى العلاج الكيماوي لسرطان القولون بعد الجراحة إذا كان السرطان كبير الحجم أو قد انتشر إلى العُقَد اللمفية. بهذه الطريقة، قد يُقتل العلاج الكيماوي أيّ خلايا سرطانية تبقى في الجسم، ويساعد على تقليل خطر تكرار الإصابة بالسرطان. قد يُستخدم أيضًا العلاج الكيماوي قبل إجراء عملية لتقليص حجم السرطان؛ مما يسهّل إزالته عن طريق الجراحة، يمكن أيضًا استخدام العلاج الكيماوي لتخفيف أعراض سرطان القولون التي لا يمكن إزالتها عن طريق الجراحة، أو التي امتدت إلى مناطق أخرى من الجسم. وفي بعض الأحيان يدمج مع العلاج الإشعاعي.

أما بالنسبة إلى بعض الأشخاص المصابين بسرطان القولون في المرحلة الثالثة منخفضة الخطورة، يمكن استخدام العلاج الكيماوي لمدة أقصر بعد الجراحة. وقد تقلل هذه الطريقة من الآثار الجانبية مقارنة بالمدة التقليدية للعلاج الكيماوي، وقد تكون بدرجة الفعالية نفسها.

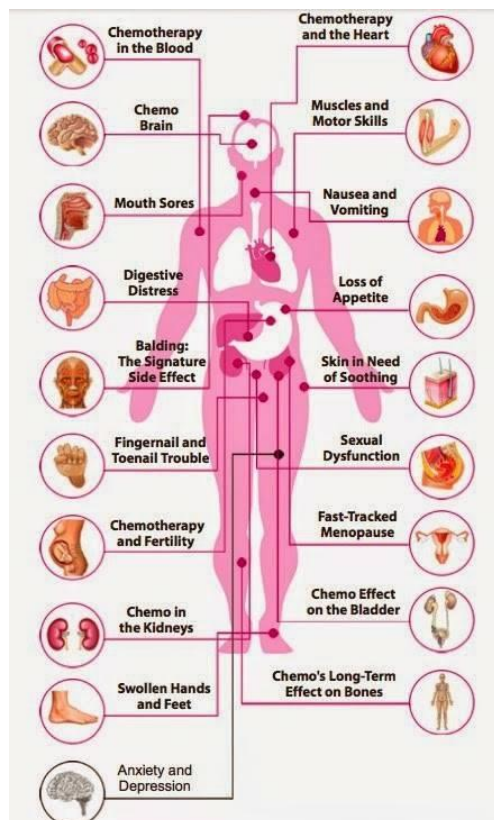
إن نظم العلاج الكيماوي المساعدة المستخدمة تقليدياً لسرطان القولون في المرحلة الثالثة هي إما فولفوكس (5-فلورويوراسيل، لوكوفورين، وأوكسالبيلاتين) أو كيبوكس (كابسيتابين وأوكسالبيلاتين) [7]. أظهرت العديد من الدراسات العشوائية التي أجريت في الولايات المتحدة انخفاضاً في معدل الوفيات والنكس في المرضى الذين تلقوا العلاج الكيماوي المساعد مقارنة مع أولئك الذين خضعوا للجراحة وحدها، ٣٣٪ و ٤٠٪ على التوالي. علاوة على ذلك، أفادت دراسة عشوائية كبيرة أجريت في الولايات المتحدة أن مرضى سرطان القولون من المرحلة الثالثة الذين تلقوا العلاج الكيماوي المساعد الذي بدأ في غضون ثلاثة أشهر زادت لديهم نسبة الوفيات بنسبة ٥٠٪ مقارنةً ببدء العلاج الكيماوي في غضون شهر واحد [١٠].

وقد ذكر إيجاز وآخرون أن المرضى الذين يتلقون العلاج الكيماوي يتمتعون ببقيا أفضل خالية من النكس [١١]. وفي دراسة أخرى أجريت في هولندا من قبل van Erning et al. اكتشف أن العلاج الكيماوي المساعد يقلل من نكس الإصابة بسرطان القولون في المرحلة الثالثة بعمر ٧٥ عامًا أو أكبر [١٢].

أيضاً، فإن Kannarkatt et al. ذكروا أن استخدام العلاج الكيماوي المساعد في المرحلة الثالثة من سرطان القولون له دور بانخفاض عامل الخطر النسبي بنسبة ٣٠٪ في نكس السرطان [١٣].

تشمل الأعراض والآثار الجانبية للعلاج الكيماوي لسرطان القولون ما يأتي: التعب والإعياء. الإسهال. تقرح الفم. تساقط الشعر عند استخدام بعض أنظمة العلاج، ولكن بشكل عام لا يعد تساقط الشعر شائعاً في العلاج الكيماوي لسرطان القولون. الشعور بالوخز والخدر والحرقة في اليدين والقدمين والرقبة. العدوى بسبب ضعف جهاز المناعة الذي يسببه العلاج الكيماوي. ضرر مؤقت في الحيوانات المنوية عند الرجال والبويضات عند النساء، لذا يُنصح باستخدام وسيلة مضمونة لمنع الحمل أثناء العلاج الكيماوي ولمدة بعد الانتهاء منه.

وبشكل عام يجب أن تختفي هذه الأعراض بمجرد انتهاء العلاج، أما الشعر فعادةً ما يستغرق عدة أشهر للنمو مجدداً في حال تساقطه.



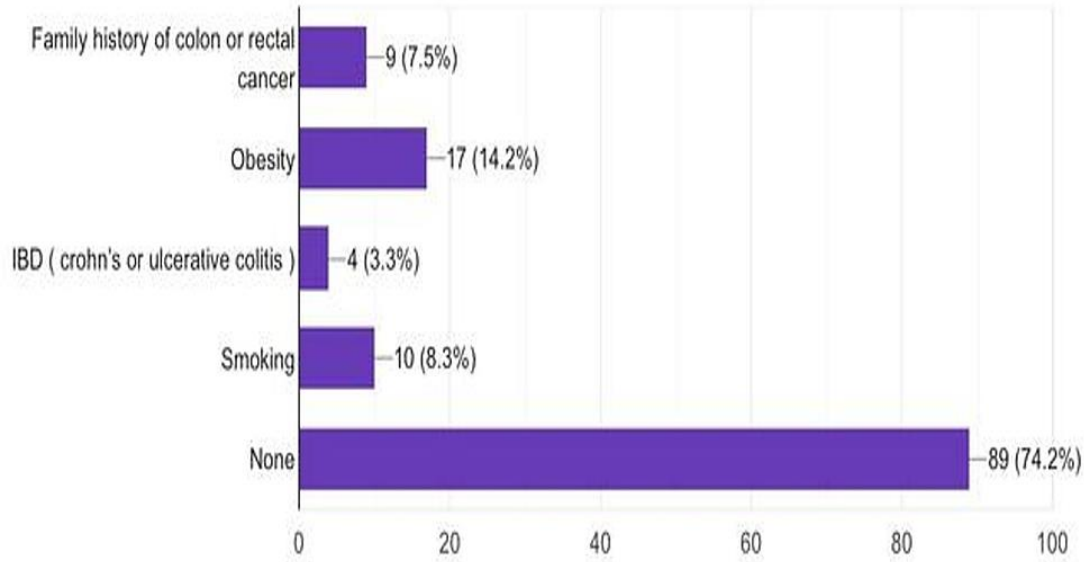
شكل تصويري يوضح الآثار الجانبية للعلاج الكيماوي على الجسم

المواد والطرائق:

إن هذه الدراسة حشدية استرجاعية أجريت في مستشفى تشرين الجامعي، اللاذقية، سورية. اشتملت الدراسة على المرضى البالغين من العمر ٣٠ عامًا أو أكبر والذين تم تشخيص إصابتهم بسرطان القولون وخضعوا لعملية استئصال جراحي مع أو بدون علاج كيماوي مساعد من عام ٢٠١٥ إلى عام ٢٠٢١. تم استبعاد المرضى الذين تلقوا علاجًا كيماويًا مساعدًا جديدًا بعد هذه الفترة. تم جمع بيانات الدراسة باستخدام استمارة البيانات المكونة من خمسة أجزاء. جمع الجزء الأول الخصائص الديموغرافية بينما جمع الجزء الثاني عوامل الخطر المرتبطة بسرطان القولون. وشمل الجزأين الثالث والرابع مراحل سرطان القولون وتدبيره. الجزء الخامس تضمن نكس الإصابة بسرطان القولون. لم يتم جمع أسماء المرضى للحفاظ على السرية. تم ملء هذا الاستبيان من قبل الباحث. تم تحليل البيانات باستخدام IBM SPSS Statistics for Windows، الإصدار ٢٠.٠. وبلغت نسبة الخطأ ٥٪ بمستوى ثقة ٩٥٪.

النتائج:

شملت الدراسة ١٢٠ مريضاً بسرطان القولون (٦١ ذكر، ٥٩ إناث، ٤٩.٢٪). كان متوسط العمر \pm ٦١ سنة. كان عامل الخطر الأكثر شيوعاً المتعلق بسرطان القولون في هذا البحث هو البدانة (العدد = ١٧؛ ١٤.١٪)، يليه التدخين (العدد = ١٠؛ ٨.٣٪) (الشكل ١)



الشكل رقم ١: عوامل الخطر المرتبطة بسرطان القولون

كان الموقع الأكثر شيوعاً لسرطان القولون في هذه الدراسة هو الكولون السيني (العدد = ٥٠؛ ٤١.٧٪)، يليه سرطان القولون الأيمن (العدد = ٣٦؛ ٣٠٪)، سرطان القولون الأيسر (العدد = ١٦؛ ١٣.٣٪)، موقع آخر (العدد = ١٤؛ ١١.٦٪)، وسرطان القولون المستعرض (العدد = ٤؛ ٣.٣٪). تم تشخيص ما مجموعه ٣٩ مريضاً (٣٢.٥٪) بسرطان القولون من المرحلة الثانية II، وتم تشخيص ٣٦ مريضاً (٣٠٪) بالمرحلة الثالثة III، وتم تشخيص سرطان القولون من المرحلة الرابعة IV في ٢٥ مريضاً (٢٠.٨٪)، و ٢٠ مريضاً (١٦.٧٪) تم تشخيصهم بالمرحلة الأولى I.

وقد وجدنا أن ٦٤ مريضاً (٥٣.٣٪) خضعوا لعملية استئصال جراحي يتبعها علاج كيميائي، بينما خضع ٥٦ مريضاً (٤٦.٧٪) لعملية استئصال فقط. كان معدل النكس في المرضى الذين خضعوا لعملية استئصال جراحي متبوعاً بالعلاج الكيميائي المساعد (ن = ١٠؛ ١٥.٦٪)، بينما كان معدل النكس في المرضى الذين خضعوا لعملية جراحية فقط (ن = ١٢؛ ٢١.٤٪).

المناقشة:

عالمياً، فإن ما يقدر بحوالي ١.٤٨ مليون حالة سرطان قولون جديدة سُخِّصت في عام ٢٠١٢، مما جعل سرطان القولون ثالث أكثر أنواع السرطانات شيوعاً في العالم [١٤]. من المُحتمَل جداً أن يحدث الشفاء من سرطان القولون إذا جرى استئصاله مُبَكِّراً قبل أن ينتشر، ولكن بالنسبة إلى السرطانات التي امتدت بشكل عميق أو عبر جدار القولون، غالباً ما تكون قد انتشرت، وأحياناً لا يُمكن كشفها. يصل معدل البقاء لعشر سنوات إلى نحو ٩٠% عندما يكون السرطان في مخاطية جدار الأمعاء فقط، وإلى حوالي ٧٠ إلى ٨٠% عندما يمتد

السرطان عبر جدار الأمعاء، وإلى نحو ٣٠ إلى ٥٠% عندما ينتقل إلى العقد اللمفية في البطن، وإلى أقل من ٢٠% عندما ينتقل السرطان إلى أعضاء أخرى. وجدنا في دراستنا أن سرطان القولون كان أكثر شيوعاً عند الذكور (٦١ حالة) منه عند الإناث (٥٩ حالة)، علاوة على ذلك، فإن برينر وآخرون. ذكروا أن متوسط عمر الإصابة بسرطان القولون لدى الرجال الألمان كان ٦٦ عاماً، بينما كان متوسط عمر الإناث ٤٢ عاماً [١٦]. متوسط عمر المرضى الذكور في دراستنا هو ٦١ عاماً ومتوسط عمر الإناث ٥٧ عاماً، وهو ما يمكن مقارنته نسبياً بالعمر العالمي لحدوثه.

ويرتبط سرطان القولون بعوامل خطر قابلة للتعديل وأخرى غير قابلة للتعديل. العديد من عوامل الخطر القابلة للتعديل لها ارتباط وثيق بالحدوث المتزايد لسرطان القولون. على سبيل المثال، تشير التقارير إلى أن البدانة عامل خطر حاسم للإصابة بالسرطان، وخاصة سرطان القولون. تم التحقق من الارتباط بين مؤشر كتلة الجسم (BMI) كمؤشر لزيادة وزن الجسم وخطر الإصابة بسرطان القولون في العديد من التحليلات التلوية. ذكرت إحدى المراجعات المنهجية أن الأفراد الذين يعانون من السمنة المفرطة لديهم مخاطر أعلى بنسبة ٢٢% للإصابة بسرطان القولون مقارنة بالأفراد ذوي الوزن المستقر. علاوة على ذلك، وجدت الدراسة أن كل زيادة بمقدار ٥ كجم في وزن الجسم ترتبط بزيادة خطر الإصابة بسرطان القولون بنسبة ٤% [١٧]. وبالمثل، خلصت نتائجنا إلى أن ١٤.١% من مرضى سرطان القولون لديهم مؤشر كتلة جسم مرتفع وتم تصنيفهم مرضى بدنيين. على الرغم من وجود ١٧ مريضاً لديهم عامل خطر للسمنة في دراستنا، لا يمكن استبعاد وجود عوامل خطر أخرى.

كما تزيد مجموعة من عوامل نمط الحياة القابلة للتعديل احتمالية الإصابة بسرطان القولون. أفادت مراجعة منهجية أن التدخين مرتبط بكل من سرطان المستقيم والقولون [١٨]. أفادت دراستنا أن ١٠ مرضى (٨.٣%) كانوا مدخنين في وقت التشخيص مما يؤكد العلاقة بين سرطان القولون وتدخين السجائر. وجدنا أيضاً أن الموقع الأكثر شيوعاً لسرطان القولون هو القولون الأيسر بإجمالي ٦٦ مريضاً (٥٥%)، ٥٠ منهم مصابين بسرطان القولون السيني، و١٦ مصاباً بسرطان القولون النازل.

وبالمثل، فإن Golfam et al. درسوا سرطان القولون لدى ٢١٨ مريضاً ووجدوا أن ٥٠ مريضاً (٢٣%) يعانون من سرطان القولون الأيسر، بينما يعاني ٢٦ مريضاً (١٢%) من سرطان القولون الأيمن [١٩].

التدبير العلاجي الرئيسي لسرطان القولون الموضع غير النقيلي هو الاستئصال الجراحي. الجراحة لوحدها لمرضى سرطان القولون في المرحلة الأولى يمكن أن يكون كافياً، ولا يوجد دور للعلاج الكيماوي المساعد لهم. يمكن أن يخضع المرضى المصابون بسرطان القولون من المرحلة الثانية إلى منخفضة الخطورة، والذين يشكلون غالبية حالاتنا (٣٢.٥%)، للمراقبة دون علاج مساعد مع إنذار ممتاز.

توصي إرشادات الشبكة الوطنية الشاملة للسرطان (NCCN) والجمعية الأمريكية لعلم الأورام السريري (ASCO) بشدة بالعلاج المساعد لسرطان القولون الانتقائي من المرحلة الثانية إلى مع خطورة عالية وجميع سرطانات المرحلة الثالثة [٩، ٢٠]. أظهرت إحدى الدراسات تحسناً عاماً في معدل البقاء في مرضى سرطان القولون في المرحلة الثانية إلى والثالثة [١١] الذين خضعوا لعملية جراحية متبوعة بعلاج كيماوي [٢١]. في دراستنا، شمل العلاج الكيماوي المساعد (٦٤ مريضاً، ٥٣.٣%)، بينما خضع ٥٦ مريضاً (٤٦.٧%) للجراحة وحدها. مع ذلك، كان معدل النكس في المرضى الذين خضعوا لعملية استئصال جراحي متبوعاً بعلاج كيماوي (ن = ١٠؛ ١٥.٦%) أقل قليلاً من المرضى الذين خضعوا لعملية جراحية فقط (ن = ١٢؛ ٢١.٤%). قامت دراسة حشدية استرجاعية كبيرة مكونة من ٨١٨ مريضاً بتحليل نسبة نكس الإصابة بسرطان القولون المعالج بالجراحة وحدها ووجدوا أن ٤٠% من الحالات حدث لديها النكس، مما يدل على

أفضلية استخدام العلاج الكيماوي المساعد [٢٢]. كانت هناك العديد من القيود في دراستنا، مثل حجم العينة الصغير ونقص بيانات البقاء، للفترة ٢٠١٥-٢٠٢١.

وبشكل عام، ينبغي إجراء تنظيف القولون في غضون عامٍ واحدٍ بعدَ الجراحة، كما ينبغي إجراء تنظيف ثانٍ للقولون بعد ٣ أعوامٍ من ذلك إذا لم يجرِ اكتشاف سلائل أو أورام، وبعدَ ذلك، ينبغي إجراء تنظيف القولون كلَّ ٥ أعوامٍ.

كما يُجري الأطباء فحصًا بدنيًا (سريريًا) واختبارات للدم، مثل تعداد الدم الكامل واختبارات وظائف الكبد ومُستوى المُستضد الجنيني السرطاني على فتراتٍ مُنتظمةٍ بعدَ الجراحة، يُجري الأطباء فحوصات للتصوير، مثل التصوير المقطعيّ المحوسب أو التصوير بالرنين المغناطيسيّ في جدولٍ مُنتظمٍ غالبًا.

الاستنتاجات:

في سورية، يعد سرطان القولون أحد أكثر أنواع السرطان تشخيصًا مع زيادة معدل حدوثه خلال العقد الماضي. تبقى الجراحة هي حجر الأساس للعلاج، ولكنها وحدها قد لا تقلل من معدل النكس كما اتضح في هذه الدراسة. يشكّل العلاج الكيماوي المساعد والاستئصال الجراحي طرق العلاج الأساسية لسرطان القولون. ومع ذلك، فإن طرق العلاج هذه تحتاج إلى مزيد من الفهم حول ما إذا كانت العوامل الأخرى، مثل المرحلة السرطانية والنوع النسيجي والعمر، تلعب دورًا في معدل النكس.

في الختام، تشير نتائجنا إلى أن المرضى الذين خضعوا لعمل جراحي فقط دون علاج كيميائي كان لديهم معدل نكس أعلى مقارنةً بالمرضى الذين خضعوا للعلاج الكيماوي المساعد بعد الجراحة. من الضروري جدًّا إثبات أثر طرق علاج سرطان القولون على معدل النكس في مجموعات أكبر من المرضى.

المراجع:

1. Kuipers E, Grady WM, Lieberman D, et al.: *Colorectal cancer*. Nat Rev Dis Primers. 2015, 1:15065. 10.1038/nrdp.2015.65.
2. Alsanea N, Abduljabbar AS, Alhomoud S, Ashari LH, Hibbert D, Bazarbashi S: *Colorectal cancer in Saudi Arabia: incidence, survival, demographics and implications for national policies*. Ann Saudi Med. 2015, 35:196-202. 10.5144/0256-4947.2015.196.
3. Stefansson T, Moller P, Sigurdsson F, Steingrimsson E, Eldon B: 549 ORAL Familial risk of colon and rectal cancer in Iceland. *Different etiologic factors for colon cancer and rectal cancer*. EJC Suppl. 2005, 3:153. 10.1016/s1359-6349(05)80845-6.
4. Hamilton W, Round A, Sharp D, Peters TJ: *Clinical features of colorectal cancer before diagnosis: a population-based case-control study*. Br J Cancer. 2005, 93:399-405. 10.1038/sj.bjc.6602714
5. Liu Q, Luo D, Cai S, Li Q, Li X: *P-TNM staging system for colon cancer: combination of P-stage and AJCC TNM staging system for improving prognostic prediction and clinical management*. Cancer Manag Res. 2018, 10:2303-14. 10.2147/CMAR.S165188.
6. Hari DM, Leung AM, Lee JH, Sim MS, Vuong B, Chiu CG, Bilchik AJ: *AJCC Cancer Staging Manual 7th edition criteria for colon cancer: do the complex modifications improve prognostic assessment?* J Am Coll Surg. 2013, 217:181-90. 10.1016/j.jamcollsurg.2013.04.018

7. André T, Boni C, Mounedji-Boudiaf L, et al.: *Oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin as adjuvant treatment for colon cancer*. N Engl J Med. 2004, 350:2343-51. 10.1056/NEJMoa032709.
8. Klaver CEL, Kappen TM, Borstlap WAA, Bemelman WA, Tanis PJ: *Laparoscopic surgery for T4 colon cancer: a systematic review and meta-analysis*. Surg Endosc. 2017, 31:4902-12. 10.1007/s00464-017-5544-7.
9. Benson A, Venook A, Al-Hawary M, et al.: *NCCN guidelines insights: colon cancer, version 2.2018*. J Natl Compr Canc Netw. 2018, 16:359-69. 10.6004/jnccn.2018.0021
10. Lima IS, Yasui Y, Scarfe A, Winget M: *Association between receipt and timing of adjuvant chemotherapy and survival for patients with stage III colon cancer in Alberta, Canada*. Cancer. 2011, 116:3833-40. 10.1002/cncr.25954.
11. Ejaz A, Casadaban L, Maker AV: *Utilization and impact of adjuvant chemotherapy among patients with resected stage II colon cancer: a multi-institutional analysis*. J Surg Res. 2017, 215:12-20. 10.1016/j.jss.2017.03.017.
12. van Erning FN, Creemers GJ, De Hingh IH, Loosveld OJ, Goey SH, Lemmens VE: *Reduced risk of distant recurrence after adjuvant chemotherapy in patients with stage III colon cancer aged 75 years or older*. Ann Oncol. 2013, 24:2839-44. 10.1093/annonc/mdt334.
13. Kannarkatt J, Joseph J, Kurniali PC, Al-Janadi A, Hrinczenko B: *Adjuvant chemotherapy for stage II colon cancer: a clinical dilemma*. J Oncol Pract. 2017, 13:233-41. 10.1200/JOP.2016.017210
14. Kotronoulas G, Papadopoulou C, Burns-Cunningham K, Simpson M, Maguire R: *A systematic review of the supportive care needs of people living with and beyond cancer of the colon and/or rectum*. Eur J Oncol Nurs. 2017, 29:60-70. 10.1016/j.ejon.2017.05.004.
15. *Cancer Incidence Report Saudi Arabia 2015*. (2018). Accessed: April 4, 2020: <http://nhic.gov.sa/eServices/Documents/E%20SCR%20final%206%20NOV.pdf>.
16. Brenner H, Schrotz-King P, Holleczek B, Katalinic A, Hoffmeister M: *Declining bowel cancer incidence and mortality in Germany: an analysis of time trends in the first ten years after the introduction of screening colonoscopy*. Dtsch Arztebl Int. 2016, 113:101-106. 10.3238/2Farztebl.2016.0101.
17. Schlesinger S, Lieb W, Koch M, et al.: *Body weight gain and risk of colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis of observational studies*. Obes Rev. 2015, 16:607-19. 10.1111/obr.12286.
18. Liang PS, Chen TY, Giovannucci E: *Cigarette smoking and colorectal cancer incidence and mortality: systematic review and meta-analysis*. Int J Cancer. 2009, 124:2406-15. 10.1002/ijc.24191.
19. Golfam F, Golfam P, Neghabi Z: *Frequency of all types of colorectal tumors in the patients referred to selected hospitals in Tehran*. Iran Red Crescent Med J. 2013, 15:473-76. 10.5812/ircmj.4026.
20. Costas-Chavarri A, Nandakumar G, Temin S, et al.: *Treatment of patients with early-stage colorectal cancer: ASCO Resource-Stratified Guideline*. J Glob Oncol. 2019, 5:1-19. 10.1200/jgo.18.00214.
21. Meyers B, Cosby R, Quereshy F, Jonker D: *Adjuvant chemotherapy for stage II and III colon cancer following complete resection: a Cancer Care Ontario systematic review*. Clin Oncol (R Coll Radiol). 2017, 29:459-65. 10.1016/j.clon.2017.03.001.
22. Galandiuk S, Wieand HS, Moertel CG, Cha SS, Fitzgibbons RJ Jr, Pemberton JH, Wolff BG: *Patterns of recurrence after curative resection of carcinoma of the colon and rectum*. Surg Gynecol Obstet. 1992, 174:27-32.