

تأثير بعض العوامل الإنذارية على البقيا الإجمالية في مرضى سرطانة الكولون والمستقيم

د. فريز أحمد¹، د. صفاء قطليش²

¹ مدرس في قسم الباثولوجيا والباثولوجيا الخلوية_ كلية الطب الشري - جامعة دمشق.

safaa.qatleesh@damascusuniversity.edu.sy

² طالبة دكتوراه في قسم التشريح المرضي - كمية الطب البشري - جامعة دمشق.

الملخص:

خلفية البحث وهدفه: سرطانة الكولون الغدية هي السرطان الأكثر مصادفة في السبيل الهضمي. وإن الإنذار في سرطانة الكولون والمستقيم تختلف بشكل كبير من مريض لآخر مع معدل بقيا لمدة خمس سنوات تتراوح بين 90% و 10% بالإعتماد على المرحلة وعوامل أخرى. كما أن الإنذار في سرطانة الكولون تعتمد بشكل رئيسي على المرحلة والتي تعرف بالتصنيف المرهلي TNM، ويوجد اختلافات هامة في الإنذار والبقيا بالنسبة للمرضى ممن هم بنفس المرحلة الباثولوجية ولا سيما المرضى في المراحل المتوسطة من سرطانة الكولون والمستقيم (المرحلة الثانية والثالثة).

مواد البحث وطرائقه: أجريت هذه الدراسة (دراسة استعادية) بهدف تقييم التأثير الإنذاري لطيف واسع من العوامل الباثولوجية على البقيا الشاملة في جميع المرضى ممن لديهم سرطانة كولون ومستقيم.

النتائج: الدرجة النسيجية للورم والغزو الوعائي اللمفي وعمق الغزو ونقائل العقد اللمفاوية تعتبر عوامل إنذارية هامة مرتبطة في البقيا الشاملة.

الاستنتاج: إن فهم الصفات الباثولوجية لكل ورم وكيفية تأثيره على العلاج والبقيا ربما قد يقود إلى بروتوكولات إنذارية وعلاجية أكثر نوعية.

الكلمات المفتاحية: سرطانة الكولون والمستقيم، الإنذار، البقيا الإجمالية.

تاريخ الابداع: 2022/9/2

تاريخ القبول: 2022/10/11



حقوق النشر: جامعة دمشق -
سورية، يحتفظ المؤلفون بحقوق
النشر بموجب CC BY-NC-SA

Effect of some prognostic factors on overall survival in patients with colorectal carcinoma

Dr. Fariz Ahmad¹, Dr. Safaa Qatleesh²

¹Doctor in the Department of Pathology Faculty of Medicine Damascus University.
safaa.qatleesh@damascusuniversity.edu.sy

²Doctorate study in pathology Department, Faculty of Medicine, Damascus University

Abstract:

Background: Colon adenocarcinoma is the most frequently encountered cancer of the gastrointestinal tract. The prognosis of colorectal carcinoma (CRC) patients varies greatly between patients with 5-year survival rates ranging from 90% to 10% depending on stage and other factors. The Prognostic of colorectal carcinoma relies mainly on cancer stage as defined by the TNM staging classification. There are considerable differences in clinical outcomes and prognosis within patients of the same pathological stage, especially within the intermediate stages of CRC (stages II and III)

Material and Methods: This study (retrospective study) was designed to evaluate the prognostic impact of a wide spectrum of pathologic parameters on overall survival in patients with colorectal carcinoma.

Results: Histological grade of tumor, presence of lymphovascular invasion, depth of tumor invasion and number of metastatic lymph nodes were found to be independent prognostic factors for the overall survival.

Conclusion: Understanding the pathological features of each tumor and how they impact treatment and survival may lead to more specific prognostication and treatment protocols.

KeyWords: Colorectal Carcinoma, Prognosis, Overall Survival

Received: 2/9/2022
Accepted: 11/10/2022



Copyright: Damascus University- Syria, The authors retain the copyright under a **CC BY- NC-SA**

1. المقدمة:

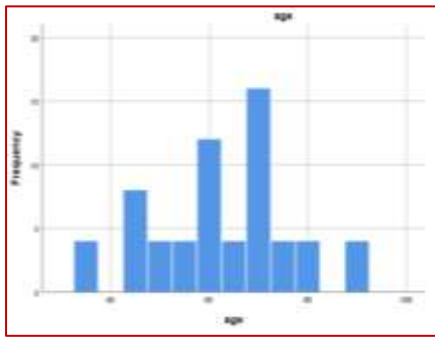
سرطانة الكولون الغدية هي السرطان الأكثر مصادفة في السبيل الهضمي (Argilés et al., 2020). ويعتبر سرطان الكولون السرطان الثالث الأكثر شيوعاً لدى السيدات بعد سرطان الثدي والرئة والثالث الأكثر شيوعاً لدى الذكور بعد سرطانة البروستات والرئة، ويشكل أيضاً 10% من كل السرطانات المشاهدة لدى الذكور والإناث (Argilés et al., 2020). وتمثل سرطانة الكولون والمستقيم مجموعة متغايرة من الأورام والتي تظهر صفات باثولوجية نسيجية وبقيا مختلفة (O'Connell, Maggard, & Ko, 2004). وإن الإنذار في سرطانة الكولون والمستقيم تختلف بشكل كبير من مريض لآخر مع معدل بقيا لمدة خمس سنوات تتراوح بين 10% و 90% بالاعتماد على المرحلة الباثولوجية وعوامل أخرى عديدة (Fang, Efron, Berho, & Wexner, 2014). وإن الإنذار في سرطانة الكولون تعتمد بشكل رئيسي على المرحلة والتي تعرف بالتصنيف المرحلي TNM. كما أنه يوجد اختلافات هامة في الإنذار والبقيا بالنسبة للمرضى ممن هم بنفس المرحلة الباثولوجية ولا سيما المرضى في المراحل المتوسطة من سرطانة الكولون والمستقيم (المرحلة II و III) (Zhang et al., 2020). لذا فالتعرف والإلمام بعوامل إنذارية جديدة قد يكون هاماً لتحديد المرضى ممن لديهم خطر أعلى لتطوير النكس والنقائل ولتحديد الإنذار وتوجيه التدبير المناسب للمرضى. وإن بعض الموجودات الباثولوجية النسيجية كتبرعم الورم وغزو أغماد الأعصاب وإيجابية العقد اللمفية وحالة الحواف الجراحية وحجم الورم وغيرها من الصفات الباثولوجية الجزيئية كحالة ال CDX2 أيضاً قد يكون لها دور هام في توجيه الإنذار والتدبير المساعد ولكن لامعلومات عن دورها حالياً. لذا من المبرر البحث والإضاءة على دور بعض هذه العوامل الجديدة التي بالإمكان تحريها.

2. المواد والطرائق:

نوع الدراسة: دراسة استيعادية تتضمن الدراسة حجم عينة مؤلف من 64 مريضاً ومريضةً ممن شُخص لهم سرطانة كولون ومستقيم ممن راجعوا مستشفى المواساة الجامعي بدمشق في العام 2018 وتمت متابعة المرضى لمعرفة حالة النكس ووقت النكس لأول مرة بعد القيام بالاستئصال الأولي عبر الاتصال المباشر مع المرضى وعبر تقارير التشريح المرضي الخاصة بكل مريض. حيث تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية بالاعتماد على الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية النسخة 25 لتحليل البيانات حيث استخدم الإحصاء الوصفي لوصف عينة الدراسة وخصائصها ومعرفة النسب المئوية والتكرارات للمتغيرات. كما تم إجراء الإحصاء الاستدلالي كدراسة الاستقلال والارتباط عن طريق اختبار Independent Samples T-test و R Pearson و One Way ANOVA Test.

3. النتائج:**أولاً: الإحصاء الوصفي:**

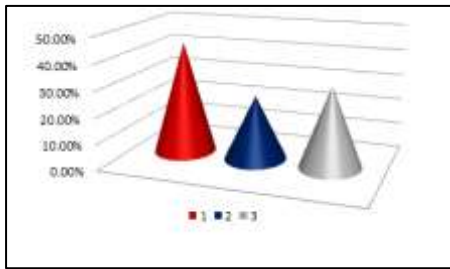
توزع العينة حسب العمر: بلغ متوسط عمر المرضى 62.81 ± 13.58 سنة، وتراوحت الأعمار من 35 إلى 88 سنة كما هو مبين في المخطط التالي رقم (1):



المخطط(1): توزع المرضى حسب الفئات العمرية.

توزع العينة حسب وجود الانسداد الورمي: حيث شوهذ الانسداد في 8 حالات بنسبة 12.5% بينما لم يشاهد الانسداد في 56 حالة بنسبة 87.5%.

توزع العينة حسب درجة الورم: حيث كانت النسبة الأعلى لأورام الدرجة الأولى بنسبة 43.8% متبوعة بأورام الدرجة الثالثة 31.2% ثم أورام الدرجة الثانية بنسبة 25% والمخطط التالي يوضح ما سبق:



المخطط (4): توزع الإصابة بسرطانة الكولون والمستقيم حسب درجة الخباثة النسيجية للورم.

توزع المرضى حسب مرحلة الورم: حيث كانت النسبة لأعلى لأورام المرحلة (IIIB) بنسبة 43.8% متبوعة بأورام المرحلة (IIA) بنسبة 25% ثم أورام المرحلة (IIB, IIIC) بنسبة 12.5% لكل منهما ثم أورام المرحلة (IA) بنسبة 6.3%.

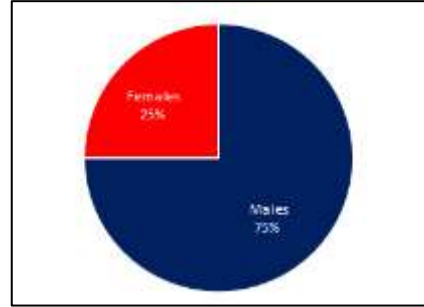
توزع المرضى حسب حالة النقائل البعيدة: حيث شوهذت نقائل ورمية بعيدة في 12 حالة بنسبة 18.8%.

توزع المرضى حسب حجم الورم: حيث بلغ متوسط حجم الورم 2.29+5.66 سم، حيث تراوحت أحجام الورم بين 2 و 10 سم.

توزعت العينة حسب حدوث الوفاة: حدثت الوفاة في 20 حالة بنسبة 31.3%، بينما لم تحدث في 44 حالة بنسبة 68.7%، كما شوهذ النكس الموضعي في 6 حالة بنسبة 25% بينما لم يحدث نكس في باقي الحالات (48 حالة) بنسبة 75%.

توزع العينة حسب حالة الحافة الجانبية: حيث لوحظ إيجابية الحافة الجانبية في 40 حالة بنسبة 62.5% بينما كانت سلبية في 24 حالة بنسبة 37.5%. كما شوهذ انتقاب ورمي في 16 حالة

توزع المرضى حسب الجنس: بينت الدراسة سيطرة الإصابة لدى الذكور بنسبة 75%، بينما بلغت إصابة الإناث 25% كما هو مبين في المخطط التالي رقم(2):

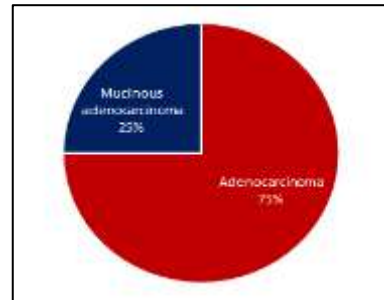


المخطط (2): توزع الإصابة بسرطانة الكولون والمستقيم بين الجنسين

توزع العينة حسب نوع الإجراء الجراحي: حيث كانت النسبة العظمى لاستئصال الكولون التام بنسبة 37.5% متبوعة باستئصال الكولون السيني بنسبة 25% وأقلها استئصال الكولون المعترض 6.3%.

توزع العينة حسب توضع الورم: حيث كانت النسبة العظمى من الأورام قد شخضت بالكولون السيني 25% متبوعة بأورام المستقيم بنسبة 18.8%.

توزع العينة حسب النمط النسيجي: حيث كانت النسبة العظمى من نمط السرطانة الغدية التقليدية بنسبة 75%، بينما كانت النسبة المتبقية 25% للنمط النسيجي المصنف سرطانة غدية مخاطية والمخطط التالي يوضح ما سبق:



المخطط (3): توزع الإصابة بسرطانة الكولون والمستقيم حسب النمط النسيجي.

بنسبة 25% بينما لم تبد باقي الحالات انتقاباً ورمياً (48 حالة) بنسبة 75%.

توزع العينة حسب حالة الغزو الوعائي اللمفي: حيث شوهد غزو وعائي لمفي في 52 حالة بنسبة 81.3%، بينما كان الغزو الوعائي اللمفي غائباً في باقي الحالات (12 حالة) بنسبة 18.8%. أما بالنسبة لحالة غزو أغماد الأعصاب فقد لوحظ في 44 حالة بنسبة 68.8%، بينما كان غائباً في 20 حالة بنسبة 31.3%.

توزع العينة حسب حالة سلامة الحواف الجائبية: فقد كانت الحواف الجائبية القريبة والبعيدة سلبية في 60 حالة بنسبة 93.8%، بينما أبدت الحواف إصابة ورمية في (4) حالات بنسبة 6.2%.

توزع العينة حسب حالة العقد اللمفاوية: حيث بلغ متوسط عدد العقد 11.67 ± 21 عقدة لمفاوية وتراوح عدد العقد اللمفاوية المستأصلة من 6 وحتى 44 عقدة لمفاوية، كما بلغ متوسط العقد اللمفاوية المصابة بنقائل ورمية 2.39 ± 1.88 وكانت القيمة العظمى لعدد العقد اللمفاوية المصابة بنقائل ورمية هي 7 عقد لمفاوية مستأصلة.

توزع العينة حسب عمق الغزو: كانت النسبة الأعلى لـ pT3 بنسبة 63.5% تلتها pT4a بنسبة 31.3% ثم pT2 بنسبة 6.2%.

توزع العينة حسب البقاء (OS) Overall Survival حيث بلغ متوسط البقاء 8.37 ± 30.94 شهراً وتراوح المدة من 11 إلى 36 شهراً، كما حدثت الوفاة في 20 حالة بنسبة 31.2%.

دراسة علاقة OS مع الجنس:

كان متوسط OS عند الذكور (30.92 شهر) أصغر منه عند الإناث (31 شهر) ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق تم إجراء اختبار Independent Samples T-test وتبين أنه لا يوجد فرق هام إحصائياً في OS بين الجنسين، أي لا يوجد علاقة هامة بين OS والجنس.

دراسة علاقة OS مع نوع الإجراء الجراحي operationtype:

كان متوسط OS أكبر ما يمكن (36 شهراً) في كل من Right hemicolectomy و Transver hemicolectomy يليه Low anterior resection Sigmoidectomy (34 شهراً) يليه Total abdominal colectomy (27.17 شهراً) ثم (29.33 شهراً).

ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق في OS حسب نوع العمل الجراحي تم إجراء اختبار One Way ANOVA Test وبالتالي يوجد فرق هام إحصائياً في OS حسب نوع العمل الجراحي

ومنه نلاحظ أن Total abdominal colectomy و Low anterior resection يكون OS عندهما أقل من Sigmoidectomy وأقل من Right hemicolectomy و Transver hemicolectomy وذلك عند قيمة $P=0.014$.

دراسة علاقة OS مع النمط النسيجي Histologic type:

تبين أنه لا يوجد فرق هام إحصائياً في OS حسب النمط النسيجي، أي لا يوجد علاقة هامة بين OS والنمط النسيجي ($P\text{-value}=0.602 > 0.05$).

دراسة علاقة OS مع الانسداد Obstruction:

كان متوسط OS عند وجود انسداد (36 شهراً) وهي فترة أطول مقارنة بعدم وجود انسداد (30.21 شهراً)

ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق تم إجراء اختبار Independent Samples T-test كما هو موضح بالجدول التالي(1):

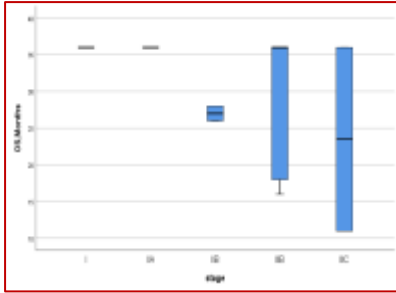
الإحصاء المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	Obstruction P-value=0.000<0.05
0.000	36	8	Present
8.72	30.21	56	Absent

وبالتالي يوجد فرق هام إحصائياً في OS حسب وجود انسداد، حيث تزداد OS عند وجود انسداد.

ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق في OS حسب مرحلة الورم تم إجراء اختبار One Way ANOVA Test: كما هو موضح بالجدول التالي(3):

Stage	الحد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
I	4	36	0.00
IIA	16	36	0.00
IIB	8	27	1.07
IIIB	28	30.57	8.76
IIIC	8	23.50	13.36

وبالتالي يوجد فرق هام إحصائياً في OS حسب مرحلة الورم، أي بزيادة مرحلة الورم تنقص OS.



المخطط (7): يظهر OS بالتصنيف المرحلي لدى المرضى.

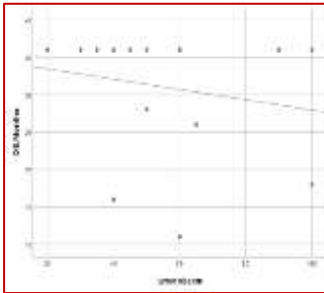
دراسة علاقة OS مع حجم الورم Tumor size:

بإجراء اختبار R Pearson:

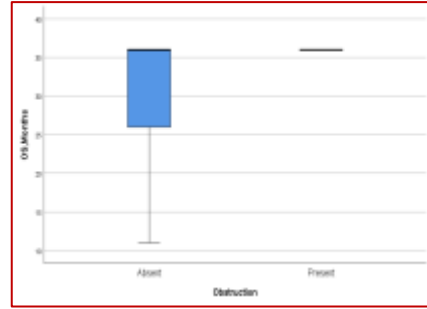
$$\text{Pearson correlation} = -0.188$$

وبالتالي يوجد ارتباط سلبي ضعيف وغير هام إحصائياً بين

OS وحجم الورم ($P\text{-value}=1.37 > 0.05$)



المخطط (8): يظهر علاقة OS بحجم الورم لدى المرضى.



المخطط (5): يظهر علاقة الـ OS بالانسداد لدى المرضى.

دراسة علاقة OS مع درجة الورم Grade:

كان متوسط OS أكبر ما يمكن في الدرجة الثانية (36) يليه

الدرجة الأولى (31.71) ثم الدرجة الثالثة (25.8)

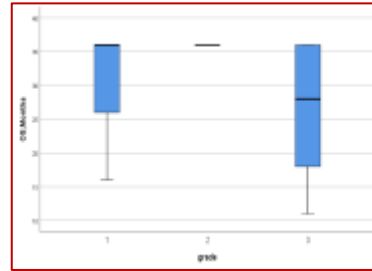
ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق في OS حسب درجة الورم تم إجراء اختبار One Way ANOVA Test، كما هو

موضح بالجدول التالي(2):

Grade	الحد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1	28	31.71	7.42
2	16	36.00	0.00
3	20	25.80	10.19

وبالتالي يوجد فرق هام إحصائياً في OS حسب درجة الورم،

أي بزيادة درجة الورم تنقص OS



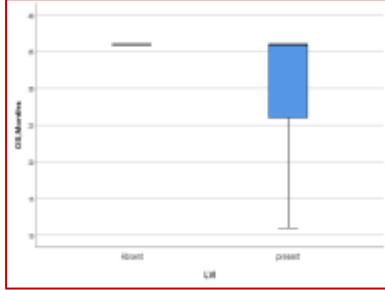
المخطط (6): يظهر علاقة الـ OS بدرجة الخباثة النسيجية للورم.

دراسة علاقة OS مع مرحلة الورم Stage:

نلاحظ تناقص OS مع زيادة مرحلة الورم وهي على الترتيب

(36 ثم 36 ثم 27 ثم 30.57 ثم 23.5 شهراً)

وبالتالي يوجد فرق هام إحصائياً في OS حسب وجود LVI، حيث تنقص OS عند وجود LVI.



المخطط (10): يظهر علاقة الـ OS بالغزو الليمفاوي.

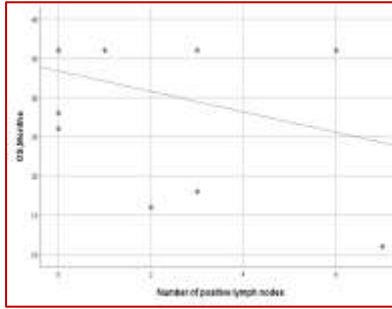
دراسة علاقة OS مع عدد العقد اللمفاوية الإيجابية

:Number of positive lymph nodes

بإجراء اختبار R Pearson:

Pearson correlation= - 0.372

وبالتالي يوجد ارتباط سلبي متوسط القوة وهام إحصائياً بين OS وعدد العقد الإيجابية، أي كلما زاد عدد العقد الإيجابية تنقص OS (P-value=0.002<0.05) كما هو موضح بما يلي
Y=33.38-1.31x



المخطط (11): يظهر OS بعدد العقد اللمفاوية المصابة نقائل ورمية.

أي مع كل زيادة في عدد العقد عقدة واحدة تنقص الـ OS بمقدار 1.31 شهر.

دراسة علاقة OS مع عمق الغزو Tumor invasion depth:

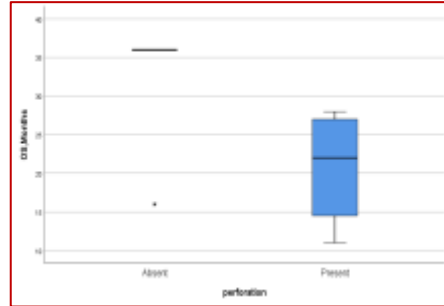
نلاحظ تناقص OS مع زيادة عمق الغزو (36 في pT2 ثم 34 في pT3 ثم 23.8 في pT4a).

دراسة علاقة OS مع الانتقاب Perforation:

كان متوسط OS عند وجود انتقاب (20.75) أصغر منه عند عدم وجود انتقاب (34.33). ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق تم إجراء اختبار Independent Samples T-test كما هو موضح بالجدول التالي (4):

Perforation	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد	p-value=0.000<0.05
Present	20.75	6.98	16	
Absent	34.33	5.59	48	

وبالتالي يوجد فرق هام إحصائياً في OS حسب وجود انتقاب، حيث ينقص OS عند وجود انتقاب ورمي.



المخطط (9): يظهر OS بوجود الانتقاب الورمي.

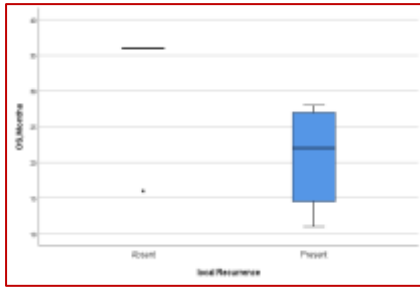
دراسة علاقة OS مع الغزو الليمفاوي

Lymphovascular invasion (LVI)

كان متوسط OS عند وجود LVI (29.77 شهراً) أصغر منه عند عدم وجود LVI (36 شهراً)

ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق تم إجراء اختبار Independent Samples T-test كما هو مبين في الجدول التالي رقم (5):

LVI	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد	p-value=0.000<0.05
Present	29.77	8.89	52	
Absent	36	0.00	12	



المخطط (13): يظهر OS بالنكس الموضعي.

بينما لا يوجد فرق هام إحصائياً في OS حسب كل من حالة الحافة المحيطة (p-value=0.203>0.05) وحالة غزو أعماد الأعصاب (p-value=0.517>0.05).

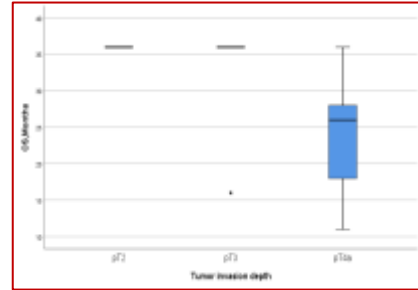
4. المناقشة:

سرطانة الكولون الغدية هي السرطان الأكثر مصادفة في السبيل الهضمي (Argilés et al., 2020). ويعتبر سرطان الكولون الثالث الأكثر شيوعاً لدى السيدات بعد سرطان الثدي والرئة والثالث الأكثر شيوعاً لدى الذكور بعد سرطانة البروستات والرئة، ويشكل أيضاً 10% من كل السرطانات المشاهدة لدى الذكور والإناث (Argilés et al., 2020). وتمثل سرطانة الكولون والمستقيم مجموعة متغايرة من الأورام والتي تظهر صفات باثولوجية نسيجية وبقيا مختلفة (O'Connell et al., 2004). وإن الإنذار في سرطانة الكولون والمستقيم تختلف بشكل كبير من مريض لآخر مع معدل بقيا لمدة خمس سنوات تتراوح بين 90% و 10% بالاعتماد على المرحلة وعوامل أخرى (Fang et al., 2014). وإن الإنذار في سرطانة الكولون تعتمد بشكل رئيسي على المرحلة والتي تعرف بالتصنيف المرحلي TNM. كما أنه يوجد اختلافات هامة في الإنذار والبقيا بالنسبة للمرضى ممن هم بنفس المرحلة الباثولوجية. أوضحت دراستنا الحالية أن سرطانة الكولون والمستقيم أكثر حدوثاً عند الذكور بنسبة 75%، مقارنة بالإناث بنسبة 25% والنتائج كانت متقاربة مع دراسة

ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق في OS حسب عمق الغزو تم إجراء اختبار One Way ANOVA Test و كما هو مبين في الجدول التالي رقم (6):

عمق الغزو p-value=0.000<0.05	المتوسط الحسابي	العدد	الإتحاف المعياري
pT2	36.00	4	0.00
pT3	34.00	40	6.08
pT4a	23.80	20	8.81

وبالتالي يوجد فرق هام إحصائياً في OS حسب عمق الغزو، أي بزيادة عمق الغزو تنقص OS.



المخطط (12): يظهر OS بعمق الغزو الورمي.

دراسة علاقة OS مع النكس الموضعي Local recurrence: كان متوسط OS عند وجود نكس موضعي (20.75 شهراً) أصغر منه عن عدم وجود نكس موضعي (34.33 شهراً) ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق تم إجراء اختبار Independent Samples T-test وكما هو مبين في الجدول التالي رقم (7):

Local Recurrence p-value=0.000<0.05	المتوسط الحسابي	العدد	الإتحاف المعياري
Present	20.75	16	6.98
Absent	34.33	48	5.59

وبالتالي يوجد فرق هام إحصائياً في OS حسب وجود النكس الموضعي، حيث تنقص OS عند وجود نكس موضعي.

(Asaad, Jubelirer, & Welch, 2005) أن الجنس عامل إنذاري هام للبقيا. العديد من الدراسات أجريت لتجري أهمية الموقع التشريحي للورم على إنذار المريض والبقيا حيث أوضحت دراسة (Park et al., 1999) أن موقع الورم لا يرتبط بالأهمية الإنذارية. بينما أوضحت دراسة (Sjo, Lunde, Nygaard, Sandvik, & Nesbakken, 2008) والتي أجريت على 627 أن المرضى ممن لديهم أورام كولون أيسر لديهم بقيا أقل من غيرهم وهذا ما أشارت إليه دراستنا الحالية، ولكن كون حجم العينة صغيراً مقارنة بالدراسة السابقة فلا يمكن الجزم بالإنذار والبقيا. هنالك العديد من الدراسات التي توضح أن معدل البقيا أسوأ لدى مرضى ممن لديهم انتقاب حيث تنقص البقيا بوجود انتقاب ورمي وهذا ما بينته دراستنا الحالية ودراسة (Çetin et al., 2016) وقد يعود السبب في ذلك إلى محدودية القدرة على استئصال العقد اللمفاوية وبالتالي محدودية وضع تصنيف مرحلي دقيق، بينما بينت دراسة (Biondo et al., 2008) أنه لافرق بمعدل البقيا بوجود الانتقاب أو غيابه. أيضا هنالك العديد من الدراسات التي توضح أن معدل البقيا أسوأ لدى مرضى لديهم انسداد حيث تنقص البقيا بوجود انسداد ورمي، بينما بينت دراستنا الحالية كانت البقيا ترتبط بشكل هام مع وجود أعراض انسدادية، حيث البقيا تزداد بوجود أعراض انسدادية وهذا ما توصلت إليه دراسة (Kruschewski, Runkel, & Buhr, 1998) وربما ما يفسر هذه النتيجة كون وجود أعراض انسدادية أو اضطرابات بعادات التغوط تستدعي من المريض مراجعة الطبيب بشكل مبكر وهذا ربما يساعد في الكشف المبكر عن السرطانة بمراحلها المبكرة مما يساهم في تحسين البقيا والإنذار كما أنه في حالة الانسداد يبقى استئصال العقد اللمفاوية الواسع ممكناً وبشكل آمن ويسهم بوصف حالة العقد بشكل دقيق ووضع تصنيف مرحلي دقيق، بينما عادت دراسة (Biondo et al., 2008) لتبين أنه لا فرق بمعدل البقيا بوجود الانسداد أو غيابه.

(Çetin, Yildirim, Yakan, Çiyiltepe, & Aydoğan, 2016) كما أوضحت دراستنا أن الموقع التشريحي الأكثر شيوعاً لحدوث الأورام هو المستقيم وكانت هذه النتيجة أيضاً متقاربة مع دراسة (Çetin et al., 2016)، كما أوضحت الدراسة الحالية أن النمط النسيجي الأكثر شيوعاً هو السرطانة الغدية التقليدية بنسبة 75% وكانت النتيجة متقاربة مع دراسة (Çetin et al., 2016) حيث بلغت نسبة السرطانة الغدية التقليدية 90%. كما أوضحت دراستنا أن الغالبية العظمى من المرضى أبدوا المرحلة T3 وفقاً لعمق الغزو وبنسبة بلغت 62.5% وكانت النتيجة متقاربة أيضاً مع دراسة (Çetin et al., 2016)، حيث بلغت نسبة المرضى ممن شخصوا بمرحلة T3 61.7% وشكلوا الغالبية العظمى في الدراسة المذكورة آنفاً. أوضحت دراستنا أن الغالبية العظمى من المرضى هم Grade I بنسبة 43.8% متبوعه بأورام الدرجة الثالثة ثم الأولى. بينما كانت الأورام في دراسة (Çetin et al., 2016) الغالبية العظمى منها درجة ثانية بنسبة 83.3% متبوعه بأورام الدرجة الثالثة ثم أورام الدرجة الأولى وهذا لا يتوافق مع دراستنا الحالية. كما أوضحت دراستنا أن الغالبية العظمى من المرضى طوروا غزواً وعائياً لمفاوياً بنسبة 81.3% وهذا لا يتوافق مع دراسة (Çetin et al., 2016)، حيث بلغت نسبة المرضى ممن طوروا غزواً وعائياً لمفاوياً 33.3% فقط.

بينت الدراسة انه يزداد حدوث السرطانة بتقدم العمر وهذا يتوافق مع دراسة (Çetin et al., 2016) ودراسة (Moghimi-Dehkordi, Safaee, & Zali, 2008)، بينما أوضحت دراسة (Mehrkhani, Nasiri, Donboli, Meysamie, & Hedayat, 2009) أن العمر يعتبر عاملاً إنذارياً هاماً وله ارتباط هام بالبقيا. وبينت دراستنا أنه لا ارتباط بين كل من البقيا والجنس وهذا يتوافق مع دراسة (Çetin et al., 2016)، بينما أوضحت كل من دراسة (Han-Shiang, 1999) ودراسة

كما أوضحت الدراسة الحالية أن البقيا ترتبط بشكل هام بحالة غزو أغماد الأعصاب، حيث يلاحظ غزو اغماد الأعصاب بالمرحل المتقدمة من الورم ويرتبط ببقيا أقل. وقد بينت دراسة (Enker, Havenga, Polyak, Thaler, & Cranor, 1997) أن غزو أغماد الأعصاب يترافق مع بقيا أقل، بينما أوضحت دراستنا الحالية ودراسة (Çetin et al., 2016) وباستخدام الاختبارات الإحصائية أنه لا فرق هام بمعدلات البقيا بوجود غزو أغماد الأعصاب أوغيابه.

وتؤكد الدراسات أن الغزو الوعائي للمفي عامل إنذاري هام ويجب أن يُذكر ضمن تقارير التشريح المرضي (Compton et al., 2000)، كما أوضحت الدراسة الحالية أن البقيا ترتبط بشكل هام مع وجود غزو وعائي لمفي حيث تكون البقيا أقل بوجود غزو وعائي لمفي وذات النتيجة لوحظت في دراسة (Burton, Norman, Brown, Abulafi, & Swift, 2006) ودراسة (Mäkelä, Kiviniemi, & Laitinen, 2002) في المراحل المتقدمة من الورم. أوضحت الدراسات أن درجة الخباثة النسيجية للورم لها تأثير إنذاري هام وهذا يتوافق مع دراستنا الحالية ومع دراسة (Mäkelä et al., 2002) ودراسة (Çetin et al., 2016) حيث أوضحت أن زيادة درجة الورم تترافق مع تناقص معدلات البقيا. التصنيف المرحلي هام كما أوضحت الدراسات أن عمق الغزو وحجم الورم عوامل إنذارية هامة كونها عناصر في التصنيف المرحلي حيث إنه كلما زاد عمق الغزو تزداد احتمالات النكس والنقائل كما في دراسة

(Çetin et al., 2016) أو ترتبط بتناقص البقيا كما في دراسة (Gill et al., 2004)، بينما أوضحت دراستنا عدم وجود فرق احصائي هام بالنسبة لحجم الورم، بينما عمق الغزو الورمي هام احصائياً ويتوافق مع تناقص البقيا كونه يزيد من التصنيف المرحلي للمرضى.

بينت الدراسات أن الحواف الإيجابية تعتبر عاملاً إنذارياً سيئاً ففي دراسة لـ (Çetin et al., 2016) و (Goldstein & Turner, 2000) تبين أن البقيا أسوأ لدى مرضى لوحظ إيجابية الحواف الجراحية لديهم، أما في دراستنا لاحظنا تناقص البقيا في الحالات إيجابية الحواف الجانبية والعميقة ولكن عند تطبيق الاختبار الإحصائي تبين أنه لا فرق احصائياً هاماً في البقيا وفقاً لحالة الحواف الجراحية. وكما بينت الدراسات بأن البقيا تنقص بوجود نقائل للعقد للمفاوية كما في دراسة (Çetin et al., 2016) ودراسة (Chang, Rodriguez-Bigas, 2007) وهذه النتائج كانت مماثلة لدراستنا الحالية التي بينت أن البقيا تقل بمقدار 1.31 شهراً لكل عقدة لمفاوية واحدة مصابة كون ما ذكر أعلاه يزيد من التصنيف المرحلي للورم لدى المرضى.

الخلاصة: إن فهم الصفات الباثولوجية لكل ورم وكيفية تأثيره على العلاج والبقيا ربما قد يقود إلى بروتوكولات إنذارية وعلاجية أكثر نوعية

التمويل : هذا البحث ممول من جامعة دمشق وفق رقم التمويل (501100020595).

References :

1. Argilés, G., Taberero, J., Labianca, R., Hochhauser, D., Salazar, R., Iveson, T., . . . Taieb, J. J. A. o. O. (2020). Localised colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *31*(10), 1291-1305.
2. Asaad, S. M., Jubelirer, S. J., & Welch, C. A. J. T. W. V. M. J. (2005). Prognostic indicators for stage II (Dukes' stage B) adenocarcinoma of the colon. *101*(5), 210-213.
3. Biondo, S., Kreisler, E., Millan, M., Fracalvieri, D., Golda, T., Ragué, J. M., & Salazar, R. J. T. A. j. o. s. (2008). Differences in patient postoperative and long-term outcomes between obstructive and perforated colonic cancer. *195*(4), 427-432.
4. Burton, S., Norman, A., Brown, G., Abulafi, A., & Swift, R. J. S. o. (2006). Predictive poor prognostic factors in colonic carcinoma. *15*(2), 71-78.
5. Çetin, D. A., Yildirim, M., Yakan, S., Çiyiltepe, H., & Aydoğan, S. J. A. o. M. S.-C. D. (2016). Effects of prognostic factors on overall and disease-free survival in patients with stage I-III colorectal cancer. *1*(1), 131-138.
6. Chang, G. J., Rodriguez-Bigas, M. A., Skibber, J. M., & Moyer, V. A. J. J. o. t. N. C. I. (2007). Lymph node evaluation and survival after curative resection of colon cancer: systematic review. *99*(6), 433-441.
7. Compton, C. C., Fielding, L. P., Burgart, L. J., Conley, B., Cooper, H. S., Hamilton, S. R., . . . medicine, I. (2000). Prognostic factors in colorectal cancer: College of American Pathologists consensus statement 1999. *124*(7), 979-994.
8. 8-Enker, W. E., Havenga, K., Polyak, T., Thaler, H., & Cranor, M. J. W. j. o. s. (1997). Abdominoperineal resection via total mesorectal excision and autonomic nerve preservation for low rectal cancer. *21*(7), 715-720.
9. Fang, S. H., Efron, J. E., Berho, M. E., & Wexner, S. D. J. J. o. t. A. C. o. S. (2014). Dilemma of stage II colon cancer and decision making for adjuvant chemotherapy. *219*(5), 1056-1069.
10. Gill, S., Loprinzi, C. L., Sargent, D. J., Thomé, S. D., Alberts, S. R., Haller, D. G., . . . Francois Seitz, J. J. J. o. c. o. (2004). Pooled analysis of fluorouracil-based adjuvant therapy for stage II and III colon cancer: who benefits and by how much? , *22*(10), 1797-1806.
11. Goldstein, N. S., & Turner, J. R. J. C. (2000). Pericolonic tumor deposits in patients with T3N+ M0 colon adenocarcinomas: Markers of reduced disease free survival and intra-abdominal metastases and their implications for TNM classification. *88*(10), 2228-2238.
12. Han-Shiang, C. J. W. j. o. s. (1999). Curative resection of colorectal adenocarcinoma: multivariate analysis of 5-year follow-up. *23*(12), 1301-1306.
13. Kruschewski, M., Runkel, N., & Buhr, H. J. I. j. o. c. d. (1998). Radical resection in obstructing colorectal carcinomas. *13*(5), 247-250.
14. Mäkelä, J., Kiviniemi, H., & Laitinen, S. J. H.-g. (2002). Prognostic factors after surgery in patients younger than 50 years old with colorectal adenocarcinoma. *49*(46), 971-975.
15. Mehrkhani, F., Nasiri, S., Donboli, K., Meysamie, A., & Hedayat, A. J. C. d. (2009). Prognostic factors in survival of colorectal cancer patients after surgery. *11*(2), 157-161.
16. Moghimi-Dehkordi, B., Safaee, A., & Zali, M. R. J. I. j. o. c. d. (2008). Prognostic factors in 1,138 Iranian colorectal cancer patients. *23*(7), 683-688.
17. O'Connell, J. B., Maggard, M. A., & Ko, C. Y. J. J. o. t. N. C. I. (2004). Colon cancer survival rates with the new American Joint Committee on Cancer sixth edition staging. *96*(19), 1420-1425.

18. Park, Y. J., Park, K. J., Park, J.-G., Lee, K. U., Choe, K. J., & Kim, J.-P. J. W. j. o. s. (1999). Prognostic factors in 2230 Korean colorectal cancer patients: analysis of consecutively operated cases. *23(7)*, 721-726.
19. Sjo, O. H., Lunde, O., Nygaard, K., Sandvik, L., & Nesbakken, A. J. C. D. (2008). Tumour location is a prognostic factor for survival in colonic cancer patients. *10(1)*, 33-40.
20. Zhang, C., Yin, S., Tan, Y., Huang, J., Wang, P., Hou, W., . . . Xu, H. J. A. J. o. C. O. (2020). Patient selection for adjuvant chemotherapy in high-risk stage II colon cancer: a systematic review and meta-Analysis. *43(4)*, 279-287.