

معالجة كسور النقائل العظمية

الدكتور مروان موسى*

الدكتور منذر مسوح*

الملخص

تمت دراسة ومتابعة ستين مريضاً كان لديهم كسور مرضية بسبب انتقالات ورمية وتمت معالجتهم في مشفى المواساة خلال الأعوام ١٩٩٤-١٩٩٥-١٩٩٦ وكان توضع الكسور كالتالي:

- ٥١ كسراً أعلى الفخذ
 - ٣ كسور في النهاية العلوية للعضد
 - كسرين في عظم اللوح
 - كسرين في الساق
 - كسرين في مناطق مختلفة
- تمت دراسة طريقة العلاج الجراحي والمضاعفات وعمر المرضى بعد العمل الجراحي.

* قسم الجراحة - كلية الطب البشري - جامعة دمشق

Treatment of Bone Metastases

Monther Massouh*

Marwan Mousa*

Abstract

We reviewed sixty patients, who had metastatic fractures, they were treated in Al Moassat Hospital during the years: 1994-1995-1996. The location of fractures were:

- 51 in upper third of the femur
 - 3 in proximal humerus
 - 2 in scapula
 - 2 in tibia
 - 2 in different positions

We studied the methods of treatment, complications and postoperative survival.

* Dep. of Surgery – Fac. Of Medicine – Damascus University.

تعد كسور النقايل المرحلة الأخيرة في معاناة مرضى السرطان. ويحتار الطب في تدبيرها، لإزالة الألم وتخفيف معاناة المرضى. تمت دراسة ٦٠ حالة خلال الأعوام ١٩٩٦-١٩٩٤ وذلك في مستشفى المواساة/دمشق. وشملت الدراسة المعالجة المحافظة الإجبارية والمعالجات الجراحية المتاحة ٤٢ حالة جراحية، ١٨ حالة محافظة. وشملت المعالجة الجراحية كسوراً في مناطق مختلفة (عق الفخذ، العضد، الساق). وتؤكد الدراسة على أهمية تقصي الألم العظمي لدى مرضى السرطان المعروفين، لأنه يعني كسراً مجهولاً، وربما كان التداخل الجراحي في هذه المرحلة وقائياً أفضل من انتظار الكسر السريري. ونتيجة الدراسة هي اللجوء للجراحة في هذه الكسور ما أمكن ذلك إلا في حالات مضادات الاستطباب المطلقة (الذنف الشديد، والانتقالات المعقدة، والتوضعات غير الجراحية).

الطريقة

بالأخذ بعين الاعتبار توضعات الإصابات، وحالة المريض العامة، فقد تم اختيار المعالجة الجراحية كأساس في الدراسة إلا في حالات معينة تعد مضاد استطباب للجراحة، وهي:

- التوضعات غير القابلة للجراحة، أو الخطورة أثناء عملية الاستجدال/ الحوض، بعض

التوضعات الفقرية./

- سوء الحالة العامة الشديد، مدى حياة أقل من ٨ أسابيع.
- الانتقالات الرئوية المزمنة.
- الإصابات المندخلة بالنسج الرخوة والأورام المقترحة إذ يستطب البتر في مثل هذه الحالات، لذلك تم إخراجها من الدراسة.
- كما لم تشمل الدراسة الكسور في بعض العظام الصغيرة (كالأمشاط والسلاميات).
- كانت الانتقالات شبه مؤكدة في ٩٠% من الحالات قبل حدوث الكسر، وشكلت الصورة الشعاعية البسيطة القاعدة التشخيصية في ٩٠% من الحالات، وفي ١٠% تم وضع تشخيص ورم منتقل بعد حدوث الكسر.
- أجريت للمرضى قبل تقرير الجراحة صورة بسيطة للصدر، ومضان عظام أحياناً وصورة طبقي محوري للصدر ومكان الإصابة.

الدراسة والمرض أو المادة

- بلغ عدد المرضى ٦٠ مريضاً خلال الأعوام ١٩٩٤-١٩٩٦، أمكن معالجة ٤٢ مريضاً منهم جراحياً، بينما عُولج الباقي ١٨ مريضاً معالجة محافظة بسبب مضادات الاستطباب المذكورة آنفاً، وكان توزع الانتقال والكسر على النحو التالي:

مكان التوضع	عدد الحالات	النسبة المئوية
أعلى الفخذ (العنق وتحت المدورين)	٥١	٨٥%
النهاية العلوية للعضد	٣	٥%
عظم اللوح	٢	٣,٣%
الساق	٢	٣,٣%
مناطق مختلفة	٢	٣,٣%

- تراوحت أعمار المرضى بين ٤٠ إلى ٨٠ سنة.
- كانت نسبة الكسور لدى النساء أعلى منها لدى الرجال:

- النساء ٣٤ حالة ٥٧% <
الرجال ٢٦ حالة ٤٣% <
- بعد إجراء التثبيت وأخذ خزعة تبين أن سبب الورم الخبيث الأصلي كان على النحو التالي:

النسبة المئوية	عدد الحالات	الورم المسبب
٣٦,٧%	٢٢	سرطان الثدي
٢٠%	١٢	سرطان القصبات
١٣,٣%	٨	سرطان الرحم والجهاز التناسلي الأنثوي
١٥%	٩	سرطان الموتة والجهاز البولي - التناسلي عند الذكور
٣,٣%	٢	سرطان الدرق
٣,٣%	٢	سرطان الكولون
٨,٤%	٥	سرطانات أخرى (غير محددة بدقة نسيجياً)

- عولج ١٨ مريضاً معالجة محافظة بسبب سوء الحالة العامة لدى ١٢ مريضاً منهم ورفض السنة الباقيون فكرة العمل الجراحي نظراً لمعرفتهم بحالتهم المرضية. المعالجة الجراحية نفذت في ٤٢ حالة على النحو التالي:

عدد الحالات	المعالجة الجراحية
١٢	تبديل رأس فخذ
١٠	سفود مستيطن للنقي
١٠	صفيحة مع سممت عظمي
٢	البتر
٨	صفيحة ومسمار لعنق الفخذ
٤٢	المجموع

- أما الوفيات خلال الإقامة في المشفى، فكانت على النحو التالي:

النسبة	عدد الوفيات	عدد الحالات	بعد المعالجة المحافظة
٣٣%	٦ مرضى	١٨	بعد المعالجة المحافظة
١٤,٥%	٤ مرضى	٤٢	بعد المعالجة الجراحية

- وجميع الوفيات حصلت بسبب مضاعفات عامة (صمة، استرخاء القلب، ... إلخ) كانت نسبة المضاعفات بعد العمل الجراحي أقل من ٢٠%، أي ٩ مضاعفات، توزعت على النحو التالي:

التدبير	السبب	العدد	المضاعفات
استجدال مع سمنت	أثناء العمل الجراحي	١	كسر
صادات - ضمادات	-	٤	خمج
ازمان الناسور	خمج بعد العمل الجراحي	١	ناسور قيجي مزمن
نزع رأس الفخذ		١	اندحال رأس الفخذ بالحوض
محافظة	امتداد الإنتقال في العظم	٢	خلخلة

الجبس أو الجبائر المختلفة أثبتت عدم جدواها إذ لا يتوقع حدوث الاندمال، وغالباً ما تحدث الوفاة دون أي توقع لاندمال الكسر وهو ما لوحظ في دراستنا في حالات المعالجة المحافظة (١٨ حالة) إذ كانت نسبة الوفيات عالية (٦ حالات) بسبب الخشكريشات ومضاعفات الاضطجاع (القلبية والتنفسية).

يؤكد نتائج دراستنا بوجود ١٠% دون تشخيص بدني، دراسة الآخرين، إذ تبين وجود انتقالات صامتة لدى بعض المرضى تم كشفها عند فتح الجثث (٣٠% من الأورام الخبيثة وذلك حسب Lisa 1974).

لم نطبق المفاصل الورمية (طريقة Kotz وغيره) في كسور النقال قرب المفاصل، للقناعة بأن كسور النقال هي المراحل الأخيرة لمعاناة المريض الورمية وغاية المعالجة ملطفة فقط. بينما أعدت المفاصل الورمية لحالات الأورام الخبيثة وليست الإنتقالية وبشرط عدم وجود اندخال واسع بالنسج الرخوة وكذلك عدم وجود انتقالات بعيدة.

إن وفيات مرضى الكسور بعد سرطان القصبات ثم البروستات هي الأسرع ونسبة بقاء المرض بدراستنا بعد العمل الجراحي لأكثر من عام كانت ٦١%، وهي مشابهة عند هارينغتون وبلغت ٥٦%.

من دراستنا ومن بعض الحالات الخاصة تبين ضرورة إجراء ومضان العظام لكشف بعض البثور الإنتقالية الصغيرة، إذ لا تكشف الأشعة العادية الانتقالات التي يتجاوز قطرها ١,٥ سم (غريفش ١٩٨٣).

لاحظنا كما لاحظت الدراسات الأخرى أن

بلغ متوسط مدى الحياة بعد العمل الجراحي ٢٤٠ يوماً:

أقل مدة كانت ٤٠ يوماً

أطول مدة أكثر من ٣ سنوات (٣ مرضى)

من الناحية الوظيفية كانت المسكنات الاعتيادية كافية عند ٩٥% من المرضى.

استطاع أكثر المرضى السير بالعكاز دون حمل الثقل بعد ١٠ أيام من العمل الجراحي، وسمح لـ ٥٠% من المرضى باستخدام الطرف جزئياً لدى مغادرتهم المشفى.

المناقشة

ربما كان الميل تقليدياً لمعالجة مثل هذه الكسور عبر البتر أعلى الورم Coley & Pool 1940 – Jaffa et al 1987، ولكن هذا البتر في المراحل الأخيرة لحياة المريض يشكل رضى نفسياً واجتماعياً شديداً، كما أنه لا يغير من مسيرة المرض في حين تحقق المعالجة الجراحية: إزالة الألم، وإعادة الوظيفة في أكثر الحالات، كما أنها تسهل العناية التمريضية وتخفف المعاناة النفسية للمرضى وذويهم. وقد تركنا البتر للحالات المتقدمة بسبب كتل كبيرة بالنسج الرخوة أو الأورام المتقرحة.

وهكذا عبر وسائل التثبيت الجراحي المتطورة وبمشاركة العلاج الكيميائي أمكن المحافظة على الطرف، كما تبين لنا ولباحثين آخرين (Hyden Morris 1997).

إن المعالجة القديمة عبر التمديد الهيكلي أو

■ المعالجة الجراحية الوقائية في بعض الإنتقالات الهامة، قبل إحدائها للكسر (كما في: الفخذ، العضد، الفقرات).

■ يجب أن تتوافر الشروط الأمثل للوصول إلى جراحة ناجحة في هذه المجموعة أهمها؛ الجراح الخبير، المخدر ومهارته إمكانات تقنية جيدة (صفائح، مفاصل، ... إلخ)، جهاز ترميزي خبير، وأخيراً تعاون المريض وذويه.

وتبقى الجراحة الوسيلة الوحيدة التي تستطيع أن تحسن الأيام الأخيرة من حياة المريض وتعطيه القوة المعنوية لاستقبال قدره، وتبقى الوسائل العلاجية الأخرى رغم حداثتها وسائل داعمة للجراحة وليس بديلاً عنها.

الألم العظمي المستعصي لدى مرضى السرطانات الأخرى يجب أن يعتبر تهديداً بالكسر، كما يجب استقصاؤه بدقة ومعالجته فور كشفه وقائياً (كوتكه - سويردو).

الاستنتاجات والتوصيات

إن حدوث الكسر الإنتقالي هو المرحلة الأخيرة من معاناة السرطان، والتي يجب أن يسعى الطبيب إلى مرورها بدون معاناة كبيرة، وتحقق الجراحة في ذلك تخفيفاً أو إزالة للألم، كما أنها تسهل المهمة الترميزية وتخفف معاناة المريض النفسية في أيامه الأخيرة، عدا عن إمكانية إزالة عجزه الوظيفي فيما تبقى له من العمر.

ولتحقيق النجاح في ذلك، فإننا نوصي:

المصادر

- 1- Coley GL, Pool JL (1940). Factors influencing the prognosis in Osteogenic sarcoma. Ann surg 112: 1114-1128.
- 2- Griffiths, HG.: Rontgendiagnostik des Skelets. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, 1983.
- 3- Harrington KD. Sim FH. Enis JE. Etal: Methylmetacrylate as an adjunct in internal fixation of pathological fractures. Experiens with three hundred and seventy five cases. Bone Jt. Surg J. 58 (A) (1976) 1047-1054.
- 4- Hyden Morris: The role of prostheses after resectionn of primary sarcomasof bone. Acta Orthop. Scand. (supp 273) 1997-68: 86-88.
- 5- Hyden Morris: Pathological fractures in bone sarcomas. Acta Orthop scand. (supp 273) 1997, 68: 106-107.
- 6- Jaffi N, etal. 1987: Pathologic fractures in osteosarcoma. Imapact of chemotherapy on primary tumor and survival. Cancer 59 (4): 701-709.
- 7- Kotke FJ.: Bone pain from metastases. JAMA june 20 vol. 243 Nr. 23 (1980) 2397.
- 8- Leca AP.: Le diagnostic des metastases osseuses des cancers. Chiers de

medicine 15 (9) 1974, 599-607

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: ١٩٩٨/٢/١٥.
تاريخ قبوله للنشر: ١٩٩٩/١٠/١٠.