

## معدل البقيا لمدة عام عند مرضى سرطان الرئة

سالي علي حسن\*

حسام البردان\*\*

### الملخص

خلفية البحث وهدفه: إنّ سرطان الرئة هو السبب الأكثر شيوعاً للوفيات السرطانية في جميع أنحاء العالم وتستمرّ معدلات حدوثه بالازدياد . ولا توجد في بلدنا دراسات كافية و معلومات عن وبائيات ووفيات السرطان و من الضروري الحصول عليها ومقارنتها بالدراسات العالمية لمعرفة استخدامها في التخطيط والأبحاث الإضافية. كانت هذه الدراسة انطلاقةً من ضرورة التعرف على إنذار سرطان الرئة في المرضى المشخصين والمعالجين في مستشفيات وزارة التعليم العالي في دمشق. هدف هذا البحث إلى دراسة وبائيات ومعدل البقيا لمدة سنة لمرضى سرطان الرئة.

مواد البحث وطرائقه: دراسة استقبالية لحشد مكون من 196 مريض تم تشخيص إصابتهم بسرطان الرئة حديثاً في مستشفى الأسد والمواساة الجامعين بدمشق، سوريا خلال الفترة من آب 2019 إلى آب 2020. تم جمع البيانات الديموغرافية والورمية وتضمنت العمر، الجنس، التدخين، النوع النسيجي، والمرحلة حسب TNM. تمت متابعة المرضى لمدة عام واحد. تم استخدام طريقة Kaplan-Meier لحساب معدل البقيا لمدة سنة (1-year survival) بفواصل ثقة 95%.

النتائج: كان متوسط عمر المرضى 59.4 سنة (المجال 40-82)، كان عدد الذكور 153 مريض (78%) والإناث 43 مريضة (22%). بلغ عدد المدخنين 170 مريض (86.8%) من عينة البحث. كان النوع النسيجي الأكثر شيوعاً هو السرطان شائك الخلايا (39.3%)، يليه السرطان الغدي (36.7%)، السرطان صغير الخلايا (15.8%)، والسرطان كبير الخلايا (2.6%). كان معدل البقيا لمدة سنة لجميع المرضى 29.6% (فاصل ثقة 95%: 0.23 - 0.36). لم يكن هنالك فرق هام إحصائياً في البقيا لمدة سنة بين الذكور والإناث (30.1% مقابل 27.9%). على الرغم من أن معدل البقيا لمدة سنة لدى غير المدخنين كان أكبر مقارنة بالمدخنين، إلا أن الفرق لم يكن ذا دلالة إحصائية (42.3% مقابل 27.7%). كان معدل البقيا لمدة سنة لدى مرضى سرطان الرئة صغير الخلايا أقل بفارق هام إحصائياً مقارنة بالأنواع النسيجية الأخرى لسرطان الرئة. امتلك مرضى NSCLC بالمرحلة الأولى والثانية معدل بقيا لمدة سنة أكبر مقارنةً ببقية المراحل (80% و 71.4% على التوالي)، في حين امتلك المرضى في المرحلة الرابعة أسوأ بقيا لمدة سنة (22.2%). امتلك مرضى SCLC بمرحلة السرطان المحدود معدل بقيا لمدة سنة أكبر بفرق هام إحصائياً من المرضى بمرحلة الورم المنتشر (40% مقابل 7.7%).

الاستنتاج: إنّ معدل البقيا لمدة سنة لسرطان الرئة في دراستنا مماثل للدراسات العالمية، ولا يزال سرطان الرئة صغير الخلايا الصغيرة هو الأسوأ إنذاراً. تعتبر مرحلة الورم عند التشخيص أهم عامل تنبؤ للبقيا. الكلمات مفتاحية: سرطان الرئة، الوفيات، البقيا لمدة سنة.

\* طالبة دراسات عليا – قسم الأمراض الباطنة (أمراض الجهاز التنفسي) – كلية الطب البشري – جامعة دمشق – دمشق

\*\* قسم الأمراض الباطنة (أمراض الجهاز التنفسي) – كلية الطب البشري – جامعة دمشق

## Study of the survival rate for one year for lung cancer patients

Sali Ali Hasan\*

Hussam AlBardan\*\*

### Abstract

**Background & Aim:** Lung cancer is the most common cause of cancer mortality worldwide and its incidence continues to increase. There are no adequate studies and information on cancer epidemiology and mortality in our country. It is necessary to obtain and compare it with international studies to know its use in planning and additional research. This study was based on the necessity of identifying the lung cancer warning in diagnosed and treated patients in the Ministry of Higher Education Hospitals in Damascus.

This study aimed to investigate epidemiology and 1-year survival rate of patients diagnosed with lung cancer in Damascus.

**Materials and Methods:** A prospective analysis of cohort of 196 patients newly diagnosed with lung cancer at Al-Assad and Al-Mouassat University Hospitals, Damascus, Syria during the period between August 2019 – August 2020.

Demographic and tumor data were gathered and included age, gender, smoking, histological type, and TNM staging. Patients were followed up to one year. The Kaplan-Meier method was used to calculate 1-year survival rate with 95% confidence intervals.

**Results:** The patients mean age was 59.4 years (range 40-82), 153 patients (78%) were males and 43 (22%) were females. 170 (86.8%) patients were smokers. The most common histological type was squamous cell carcinoma (39.3%), followed by adenocarcinoma (36.7%), small cell carcinoma (15.8%), and large cell carcinoma (2.6%). 1-year survival of all patients was 29.6% (95% CI: 0.23 – 0.36). No significant difference in 1-year survival between males and females was found (30.1% vs 27.9%). Although 1-year survival rate among non-smokers was greater compared to smokers, the difference was not statistically significant (42.3% vs 27.7%). Patients with SCLC had a significantly lower 1-year survival rate compared to the other histological types of lung cancer. Stage I and II NSCLC patients had a greater 1-year survival rates (80% and 71.4% respectively), while patients with stage IV had a the worst 1-year survival (22.2%). Patients with limited SCLC have a significantly greater 1-year survival rate compared to patients with extensive SCLC (40% vs 7.7%).

**Conclusion:** The one-year survival rate of lung cancer in our study is comparable to global studies, the prognosis for small cell lung cancer remains the worst. Tumor stage at diagnosis is the most important prognostic factor for survival.

**Keywords:** Lung cancer, mortality, 1- year survival rate

\* M.D. Department of Internal medicine (Pulmonology) - Faculty of Medicine – Damascus University

\*\* M.D. Department of Internal medicine (Pulmonology) - Faculty of Medicine – Damascus University

**المقدمة:**

على الرغم من نشر العديد من الدراسات المستندة إلى السكان حول وبائيات وإنذار سرطان الرئة حول العالم، فما زالت الدراسات في سوريا قليلةً حول هذا الموضوع ومقتصرةً على دراساتٍ وحيدة المركز.

كانت هذه الدراسة انطلاقةً من ضرورة التعرف على إنذار سرطان الرئة في المرضى المشخصين والمعالجين في مستشفيات وزارة التعليم العالي في دمشق من أجل تحديد معدل البقاء لمدة سنة عند مرضى سرطان الرئة المشخصين في مستشفيات وزارة التعليم العالي بدمشق، ومقارنتها بالنسب العالمية. من الأهداف الثانوية للبحث: دراسة خصائص سرطان الرئة لمرضانا ومقارنتها بالدراسات العالمية من حيث النوع النسيجي لسرطان الرئة، انتشار التدخين بين مختلف أنواع سرطان الرئة، انتشار سرطان الرئة وفقاً لجنس المرضى، تحديد البقاء وفقاً للجنس، التدخين، النوع النسيجي للورم، ومرحلة الورم

**مواد وطرائق البحث:****تصميم الدراسة:**

دراسة حشدية استقبالية (prospective cohort study) في عيادة وشعبة أمراض الجهاز التنفسي في مستشفى الأسد والمواساة الجامعيين في دمشق. على مدى سنة كاملة ما بين آب 2019 – آب 2020.

**عينة الدراسة:**

المرضى المشخص لهم سرطان رئة حديثاً في عيادة وشعبة أمراض الجهاز التنفسي في مستشفى الأسد والمواساة الجامعيين بدمشق خلال الفترة ما بين شهري آب 2019 وآب 2020.

يُشيرُ مصطلح سرطان الرئة (lung cancer) أو السرطانة القصبية (bronchogenic carcinoma) إلى الخباثات التي تنشأ في الطرق الهوائية أو البرانشيم الرئوي. يصنّف 95% من سرطانات الرئة عموماً إلى فئتين رئيسيتين، سرطان الرئة صغير الخلايا (SCLC) وسرطان الرئة غير صغير الخلايا (NSCLC). يمثلُ NSCLC حوالي 85% من جميع سرطانات الرئة. من الناحية النسيجية، يتم تقسيم NSCLC أيضاً إلى سرطان غدي، سرطان شائك الخلايا (SCC)، وسرطان كبير الخلايا.

يأتي انتشار سرطان الرئة في المرتبة الثانية بعد سرطان البروستات لدى الرجال وسرطان الثدي لدى النساء. بحلول نهاية القرن العشرين، أصبح سرطان الرئة السبب الرئيسي للوفاة التي يُمكن الوقاية منها في الولايات المتحدة<sup>1</sup>. يحدث سرطان الرئة بشكلٍ رئيسيٍّ عند الأفراد بعمر ما بين 50 – 70 سنة، و يكون احتمال حدوث هذا السرطان منخفضاً جداً في الأعمار الأصغر من 39 سنة في كلي الجنسين. ثم يبدأ ببطءٍ في الارتفاع ويصلُ إلى الذروة عند الذين تزيد أعمارهم عن 70 سنة<sup>2</sup>. إنّ حدوث سرطان الرئة بشكلٍ عامٍ أشيعُ عند الذكور منه عند الإناث. وحالياً، يتناقص معدل الحدوث عند الذكور في الولايات المتحدة و دول أوروبا الشمالية والغربية مع ملاحظة ازدياد في معدل الحدوث عند النساء و خاصةً في أعمارٍ صغيرةٍ<sup>3</sup>.

من المعروف أن سرطان الرئة ناتجٌ عن تدخين التبغ في ما يصل إلى 90% من المرضى. لا يصابُ جميعُ المدخنين بسرطان الرئة، و لا يتركزُ جميعُ مرضى سرطان الرئة قصةً تدخين، وبالتالي فإنّ العوامل الأخرى (كالاستعداد الوراثي، التعرّض للزرنيخ، التعرّض للإشعاع، وغير ذلك من المواد البيئية المسببة للسرطان) تلعب أيضاً دوراً مسبباً سواءً بشكلٍ مستقلٍّ أو بالتزامن مع التدخين.

### معايير الإدخال في الدراسة:

المرضى المشخص لهم سرطان رئة حديثاً مع تحديد النوع النسيجي ومرحلة الورم، وأعطوا موافقتهم للمشاركة في البحث.

معايير الاستبعاد من الدراسة:

رفض المريض للدخول في الدراسة، وجود مرض مرافق قد يؤدي إلى الوفاة بغض النظر عن سرطان الرئة، كقصور كلوي مزمن، تشمع كبد، قصور قلب، حادث وعائي دماغي، مريض حدث لديه طارئ أدى للوفاة غير سرطان الرئة، المرضى الذين لم يتمكن من استكمال التواصل معهم خلال فترة الدراسة، فكانت عينة البحث النهائية مؤلفة من 196 مريض.

### مواد وطريقة البحث:

كان جميع المرضى في هذه الدراسة على دراية تامة بالإجراء، وقد تم أخذ موافقتهم الخطية المستنيرة على المشاركة في البحث بعد تلقي المعلومات الكافية. كان مصدر المعلومات في هذه الدراسة هو إصابة المريض أثناء قبوله في المستشفى أو متابعته في العيادة الصدرية، مراجعات المريض الدورية إلى المستشفى، والتواصل الهاتفي خلال فترة المتابعة مع المريض أو ذويه حيث تم أخذ الرقم الهاتفي لذويه بعد موافقتهم وذلك للتواصل معهم وتوثيق النتائج كبقاء على قيد الحياة أو وفاة، وقمنا بحساب معدل البقاء لمدة عام لدى جميع أفراد الدراسة.

تم جمع المعلومات وفقاً لاستمارة البحث لضبط معايير الإدخال والاستبعاد.

أثناء مراجعة المريض بأعراض توحى بالخبثاء فإنه يخضع لتقييم سريري، مخبري، وشعاعي. حيث توثق في الإصابة جميع المعلومات المتعلقة بما يلي: العمر، الجنس، قصة التدخين، المهنة والتعرض البيئي، السوابق المرضية، الدوائية، والجراحية، السوابق العائلية، التظاهر السريري

للمريض، نتائج الصور الشعاعية (الأشعة البسيطة أو

التصوير المقطعي المحوسب)، ونتائج التحاليل المخبرية.

عند الاشتباه بوجود آفة رئوية محتملة للخبثاء، يخضع المرضى لإجراء تقييم نسيجي عبر أخذ خزعاتٍ من الآفة المشتبهة عن طريق التنظير القصبي، الخزعة عبر جدار الصدر الموجهة بالطبقي المحوري، خزعة من الأماكن المشتبهة كقنائل (عقد لمفية، عظم، كبد)، أو عبر خزعة الجنب في حال وجود انصباب جنب مرافق.

يتم إرسال العينات النسيجية المأخوذة إلى قسم التشريح المرضي في كلٍّ من مستشفى المواساة والأسد الجامعيين لإجراء الدراسة النسيجية.

تم تصنيف الخبثات الرئوية إلى الأنماط النسيجية وفقاً لتصنيف منظمة الصحة العالمية (WHO) لعام 2015.<sup>4</sup>

تم تحديد مرحلة الورم وفقاً لنظام TNM لتحديد المرحلة الإصدار الثامن.<sup>5</sup>

بعد تحديد النوع النسيجي لسرطان الرئة وتحديد المرحلة، يتم اتخاذ القرار العلاجي سواء الجراحي أو الكيميائي أو الشعاعي أو الهديفي وذلك حسب النوع النسيجي والمرحلة حيث لم تشمل دراستنا معدل البقاء حسب العلاج بسبب عدم التزام قسم مهم من المرضى بالتوصيات العلاجية وهذا الأمر بحاجة إلى دراسات أخرى .

### الطرق الإحصائية المتبعة:

بعد جمع البيانات تم ترميزها وإدخالها إلى الحاسب باستخدام برنامج Excel 2010 وبرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) (النسخة 20) (IBM Corporation, Armonk, New York, USA) SPSS الإصدار 20، استعرضت الإحصائيات الوصفية على شكل المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، الحد الأدنى، الحد الأعلى، والنسبة المئوية. تم اعتبار القيمة التنبؤية الأقل من 0.05 هامة إحصائياً.

الجدول (1): الخصائص الديموغرافية والورمية لمرضى سرطان الرئة في البحث.

المتغير	العدد	النسبة المئوية
الفئة العمرية (سنة)		
49 – 40	26	13.3%
59 – 50	49	25%
69 – 60	71	36.2%
79 – 70	35	17.9%
80 ≤	15	7.6%
الجنس		
ذكر	153	78%
أنثى	43	22%
حالة التدخين		
مدخن	170	86.8%
غير مدخن	26	13.2%
النوع النسيجي		
السرطان شائك الخلايا	77	39.3%
السرطان الغدي	72	36.7%
السرطان صغير الخلايا	31	15.8%
السرطان كبير الخلايا	5	2.6%
أنواع أخرى	11	5.6%
المرحلة (stage) لمرضى NSCLC		
Ia	1	0.6%
Ib	4	2.6%
IIa	6	3.9%
IIb	8	5.2%
IIIa	17	11%
IIIb	37	24%
IV	81	52.7%
المرحلة (stage) لمرضى SCLC		
محدود	5	16.1%
منتشر	26	83.9%

بالنسبة لاختبار العلاقات الإحصائية والمقارنة بين مجموعات البحث، قمنا باستخدام الأساليب الإحصائية التالية:

تم اختبار الفروق القاعدية في المتغيرات المرضية بين المجموعات باستخدام اختبار كاي مربع ( Chi – square test) والتعبير عنه بـ "X<sup>2</sup>" للمتغيرات الفئوية.

تم استخدام طريقة Kaplan-Meier لحساب معدل البقاء لمدة عام (1-year survival) بفواصل ثقة 95% ( 95% CI) لدى جميع المرضى، ثم لدى المرضى وفقاً لكل مما يلي: النوع النسيجي، المرحلة الورمية (stage)، الجنس، والتدخين.

### النتائج:

بلغ متوسط عمر مرضى سرطان الرئة في البحث عند التشخيص 59.4 سنة بانحراف معياري قدره 10.5 ومجال تراوح ما بين 40 – 82 سنة. شكّل المرضى في العقد السابع من العمر أكبر جزء من المرضى. بلغ عدد الذكور في عينة البحث 153 مريض (78%) وعدد الإناث 43 مريضة (22%). كان 170 مريض (86%) من المدخنين. كان النمط النسيجي لسرطان الرئة الأكثر شيوعاً لدى عينة البحث في دراستنا هو السرطان شائك الخلايا، يليه السرطان الغدي، السرطان صغير الخلايا، ثم السرطان كبير الخلايا. الأنواع النسيجية الأخرى التي تم توثيقها هي: الكارسينوما غير المصنفة (7حالات)، Adenosquamous carcinomas (حالتان)، والكارسينويد (حالتان)

كان 138 من المرضى الذكور (90.2%) من المدخنين، في حين شكّلت المدخنات 74.4% (32 مريضة) من

معدل البقيا لمدة عام عند مرضى سرطان الرئة

المریضات الإناث. كانت نسبة المدخنين لدى المرضی كما هو موضّح في الجدول (2).  
الذكور أعلى بفارق هام إحصائياً مقارنةً بالمریضات الإناث

الجدول (2): نسبة المدخنين لدى المرضی

P-value	X <sup>2</sup> - test	الجنس		حالة التدخين
		أنثى (43 مریضة)	ذكر (153 مریض)	
0.007	7.262	32 (74.4%)	138 (90.2%)	مدخن
		11 (25.6%)	15 (9.8%)	غير مدخن

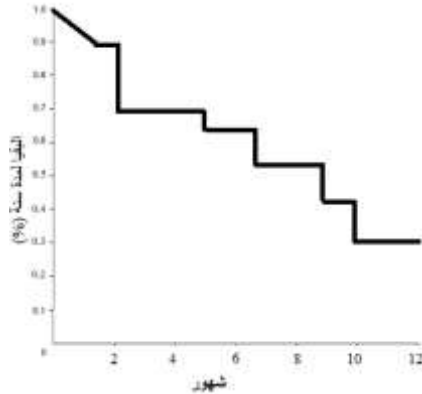
الجدول (3) توزّع النوع النسيجي لسرطان الرئة وفقاً لجنس المریض.

P-value	X <sup>2</sup> - test	الجنس		النوع النسيجي
		أنثى (43 مریضة)	ذكر (153 مریض)	
0.037	4.33	11 (25.6%)	66 (43.1%)	السرطان شائك الخلايا
0.429	0.623	18 (41.9%)	54 (35.3%)	السرطان الغدي
0.924	0.009	7 (16.3%)	24 (15.7%)	السرطان صغير الخلايا
0.322	0.977	2 (4.6%)	3 (1.9%)	السرطان كبير الخلايا
0.052	3.76	5 (11.6%)	6 (3.9%)	أنواع أخرى

امتلك الذكور نسبةً أعلى من السرطان شائك الخلايا ( $p=0.037$ )، في حين لم يكن هنالك فرق هام إحصائياً في توزّع بقية الأنماط النسيجية لسرطان الرئة بين الذكور والإناث.  
حيث كان السرطان شائك الخلايا أكثر انتشاراً لدى المدخنين ( $P<0.05$ )، والسرطان الغدي أكثر انتشاراً لدى غير المدخنين ( $P<0.05$ )، في حين لا يوجد علاقة بين بقية الأنماط النسيجية وحالة التدخين.

الجدول (4): توزّع النوع النسيجي لسرطان الرئة وفقاً لحالة التدخين.

P-value	X <sup>2</sup> - test	حالة التدخين		النوع النسيجي
		غير مدخن (26 مریض)	مدخن (170 مریض)	
0.007	7.17	4 (15.4%)	73 (43%)	السرطان شائك الخلايا
0.017	5.66	15 (57.7%)	57 (33.5%)	السرطان الغدي
0.520	0.412	3 (11.5%)	28 (16.5%)	السرطان صغير الخلايا
0.653	0.202	1 (3.8%)	4 (2.3%)	السرطان كبير الخلايا
0.158	1.987	3 (11.5%)	8 (4.7%)	أنواع أخرى



الشكل (1): منحنى البقايا لمدة سنة (اختطاط Kaplan-Meier) لجميع مرضى سرطان الرئة في البحث

من بين مرضى سرطان الرئة البالغ عددهم 196 مريض في هذه الدراسة، حدثت الوفاة خلال سنة من المتابعة لدى 138 مريض (70.4%) أي أكمل 58 مريض (29.6%) فترة المتابعة دون حدوث وفاة. وبالتالي تكون نسبة البقايا لمدة سنة (1-year survival) هي: 29.6% (فاصل ثقة 95%: 0.23 – 0.36) يوضّح الشكل (1) منحنى البقايا لمدة سنة (اختطاط Kaplan-Meier) لجميع مرضى سرطان الرئة في البحث.

يوضّح الجدول (5) والشكل (2) مقارنةً لمعدّل البقايا لمدة سنة (1-year survival) حسب الجنس، التدخين، النوع النسيجي، والمرحلة لسرطان الرئة.

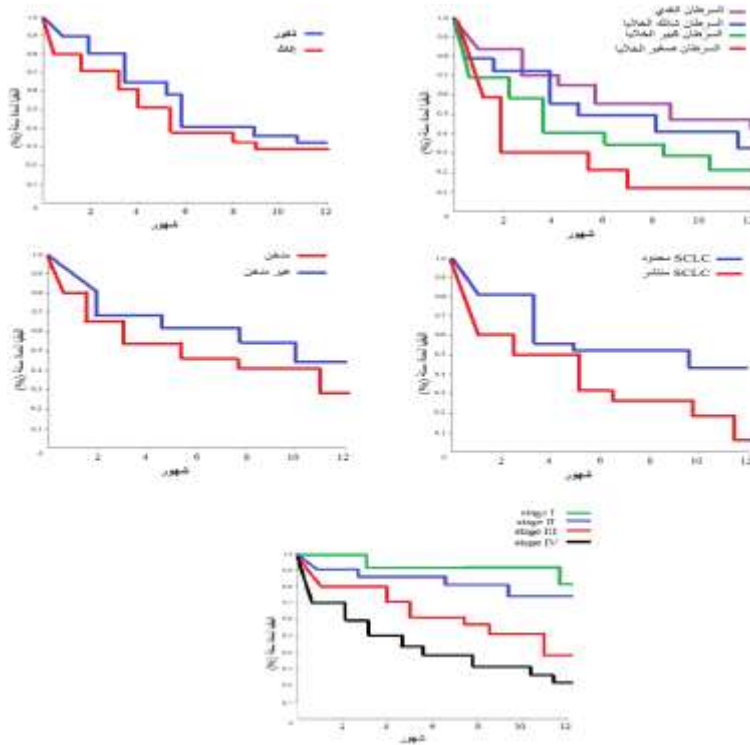
الجدول (5): مقارنةً لمعدّل البقايا لمدة سنة (1-year survival) حسب الجنس، التدخين، النوع النسيجي، والمرحلة لسرطان الرئة

المتغير	وفاة	دون وفاة	1-year survival	95% CI	P (log-rank)
الجنس					
ذكور	107	46	%30.1	0.38 – 0.23	0.784
إناث	44	28	%38.9	0.51 – 0.27	
التدخين					
مدخن	123	47	%27.7	0.35 – 0.21	0.127
غير مدخن	15	11	%42.3	0.63 – 0.24	
النوع النسيجي					
شائك الخلايا	52	25	%32.5	0.33 – 0.22	0.782
الغدي	44	28	%38.9	0.51 – 0.27	0.077
كبير الخلايا	4	1	%20	0.7 – 0.01	0.578
صغير الخلايا	27	4	%12.9	0.31 – 0.04	0.015
مرحلة NSCLC					
Stage I	1	4	%80	0.98 – 0.3	0.029

معدل البقيا لمدة عام عند مرضى سرطان الرئة

0.002	0.9 – 0.42	%71.4	10	4	Stage II
0.39	0.53 – 0.26	%38.9	21	33	Stage III
0.0007	0.33 – 0.14	%22.2	18	63	Stage IV
					مرحلة SCLC
0.048	0.27 – 0.01	%7.7	2	24	منتشر
	0.82 – 0.07	%40	2	3	محدود

لم يكن هنالك فارق هام إحصائياً في معدّل البقيا لمدة سنة بين مرضى سرطان الرئة الذكور والإناث. بالرغم من أنّ معدّل البقيا عند غير المدخنين أكبر بالمقارنة مع المدخنين إلا أنّ الفرق لم يكن هاماً من الناحية الإحصائية. امتلك مرضى سرطان الرئة صغير الخلايا معدّل بقية أقل بفارق هام إحصائياً مقارنةً ببقية الأنواع النسيجية لسرطان الرئة. امتلك مرضى NSCLC بالمرحلة الأولى والثانية معدّل بقياً أكبر مقارنةً ببقية المراحل، في حين امتلك المرضى في المرحلة الرابعة أسوأ بقياً. امتلك مرضى SCLC بمرحلة السرطان المحدود معدّل بقياً أكبر بفارق هام إحصائياً من المرضى بمرحلة الورم المنتشر.



الشكل (2): معدّل البقيا لمدة سنة حسب الجنس، التدخين، النوع النسيجي، والمرحلة لسرطان الرئة



**المناقشة:**

في دراسة (Yang et al)<sup>[6]</sup> في الولايات المتحدة الأمريكية المنشورة في عام 2005 التي أجريت على 5628 مريض سرطان رئة بين عامي 1997 – 2003، كان النمط النسيجي الأكثر شيوعاً هو السرطان الغدي (45.3%)، يليه السرطان شائك الخلايا (23.7%)، السرطان صغير الخلايا (11.3%)، ثم السرطان كبير الخلايا (2.8%). كان السرطان الغدي هو النمط النسيجي الأكثر شيوعاً لدى المدخنين وغير المدخنين (38.7%، 63.1% على الترتيب).

في دراسة (Zahir et al)<sup>[7]</sup> في إيران المنشورة عام 2012 وهي دراسة مقطعية مستعرضة بأثر راجع شملت 148 مريض سرطان رئة مشخص ما بين عامي 1998 – 2005، كان النمط النسيجي لسرطان الرئة الأكثر شيوعاً هو السرطان شائك الخلايا (35%)، يليه السرطان الغدي (23.5%)، السرطان صغير الخلايا (22%)، ثم السرطان كبير الخلايا (2%).

تتوافق نتائج دراستنا بشكل كبير مع الدراسات المنشورة في إيران من حيث أن النمط النسيجي الأكثر شيوعاً هو السرطان شائك الخلايا، ولكن أظهرت دراستنا تقارباً كبيراً في معدل انتشار كل من السرطان شائك الخلايا والسرطان الغدي (39.3%، 36.7% على الترتيب) وهو ما يتوافق مع الازدياد العالمي في نسبة انتشار السرطان الغدي الذي بات يشكل النمط الأكثر شيوعاً في الولايات المتحدة الأمريكية والعديد من البلدان الغربية الأخرى.

في دراسة (Dubey et al)<sup>[8]</sup> المنشورة في عام 2016 وهي مراجعة منهجية وتحليل للبيانات المتعلقة بسرطان الرئة في كل من الولايات المتحدة الأمريكية، المملكة المتحدة، الهند، ومصر. بما يتوافق مع دراستنا، أشارت البيانات من الهند

إلى شيوع السرطان شائك الخلايا لدى المدخنين والسرطان الغدي لدى غير المدخنين.

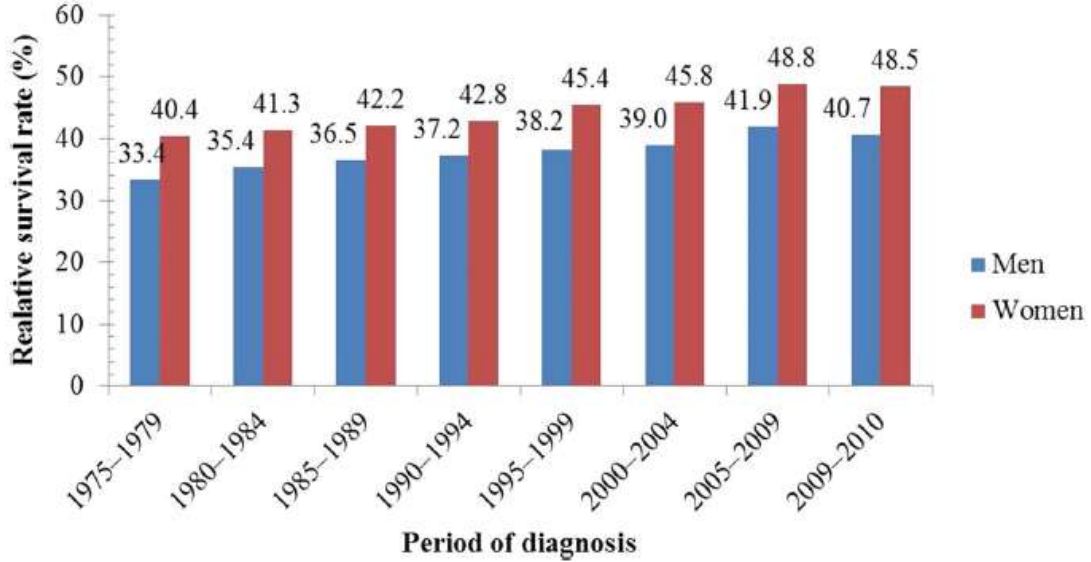
في دراسة (Yang et al)<sup>[6]</sup>، شكّل مرضى NSCLC (stage IV) نسبة 34.9%، (stage III) نسبة 30.3%، (stage II) نسبة 8.4%، و (stage I) نسبة 26.4%. أما سرطان الرئة صغير الخلايا، فعند التشخيص تظاهر 53% بمرضٍ منتشرٍ (extensive) و 47% بمرضٍ محدود (limited).

نستنتج مما سبق أنّ مرضانا يراجعون في مراحل متقدمة من سرطان الرئة مقارنةً بالمرضى في الدول الغربية (الولايات المتحدة) إما لقلة التوعية أو لنقص الإمكانيات المادية، كما أنه لا يوجد لدينا بروتوكولات محددة للكشف المبكر عن سرطان الرئة عند المرضى عاليي الخطورة وما لذلك من تأثيرٍ على الإنذار.

في دراسة (Yang et al)<sup>[6]</sup>، كانت نسبة البقيا لمدة سنة (1-year survival) هي 57%. ربما يعود هذا الاختلاف للنسبة القليلة من المرضى التي تراجعنا بمرحلة مبكرة قابلة للجراحة من سرطان الرئة. في دراستنا، كانت نسبة البقيا لمدة سنة (1-year survival) عند المرضى الذكور 30.1%، وعند المريضات الإناث 27.9% دون فرق هامٍ من الناحية الإحصائية (P=0.784).

لم تجد دراسة (Zahir et al)<sup>[7]</sup> فرقاً هاماً إحصائياً في نسبة البقيا لمدة سنة بين الذكور والإناث. عادةً ما تشير معظم الدراسات العالمية إلى نسبة بقيا أفضل عند النساء لكن دون فرق من الناحية الإحصائية.

في بيانات الولايات المتحدة الأمريكية في دراسة (Dubey et al)<sup>[8]</sup> والتي قيّمت البقيا لمدة سنة بين عامي 1975 – 2010، ازدادت نسبة البقيا لمدة سنة لدى الذكور من 33.4% إلى 40.7%. وازدادت نسبة البقيا لمدة سنة لدى الإناث من 40.4% إلى 48.5% (الشكل 3).



الشكل (3): نسبة البقيا لمدة سنة في الولايات المتحدة لسرطان الرئة بين عامي 1975 - 2010 [8]

لم تجد دراسة (Zahir et al) <sup>7</sup> فرقاً هاماً إحصائياً في نسبة البقيا لمدة سنة بين المدخنين وغير المدخنين. في دراسة (Yang et al) <sup>6</sup>، كانت نسبة البقيا لمدة سنة (1-year survival) عند المرضى المدخنين 56% وهي أقل بفارق هام إحصائياً مقارنة بالمرضى غير المدخنين (67%). يؤدي التدخين لأمراض أخرى مرافقة لسرطان الرئة قد تساهم بزيادة نسبة الوفيات مثل COPD، الأمراض القلبية، وأورام الحنجرة. وبالتالي فإن التدخين لا يشكل عامل خطورة لسرطان الرئة فحسب بل هو عامل إنذار سيء عند مرضى سرطان الرئة. تتوافق نتائج دراستنا مع نتائج دراسة (Yang et al) <sup>6</sup>، حيث كانت أعلى نسبة للبقيا لمدة سنة هي للسرطان الغدي (61%)، يليه السرطان شائك الخلايا (59%)، ثم السرطان كبير الخلايا (54%)، وأخيراً السرطان صغير الخلايا (50%).

بالنسبة لمرحلة السرطان NSCLC، امتلك المرضى بالمرحلة الأولى والثانية معدّل بقيا لمدة سنة أكبر مقارنةً ببقية المراحل (80%، 71.4% على الترتيب)، في حين امتلك المرضى في المرحلة الرابعة أسوأ بقيا لمدة سنة (22.2%). بالنسبة لمرضى SCLC، امتلك مرضى السرطان المحدود معدّل بقيا لمدة سنة أكبر بفارق هام إحصائياً مقارنةً بمرضى السرطان المنتشر (40% مقابل 7.7%) (P=0.048).

يوضّح الجدول (6) نسبة البقيا لمدة سنة لمرضى NSCLC حسب مرحلة الورم عند التشخيص في الدراسات العالمية، والجدول (7) نسبة البقيا لمدة سنة لمرضى SCLC حسب مرحلة الورم عند التشخيص في الدراسات العالمية. نلاحظ من الجدول (6) أنّ نسبة البقيا لمدة سنة لدى مرضى سرطان الرئة غير صغير الخلايا سواء بالمرحل المبكرة القابلة للجراحة (I,II) أو المراحل المتقدمة (III,IV) تقارب النسب العالمية.

**الاستنتاجات:**

إنّ النمط النسيجي لسرطان الرئة الأكثر شيوعاً لدى مرضى دراستنا هو السرطان شائك الخلايا، يليه السرطان الغدي، السرطان صغير الخلايا، ثم السرطان كبير الخلايا.

نسبة البقيا لمدة سنة (1-year survival) لجميع مرضى سرطان الرئة هي 29.6%، وهي أقل من النسب في الدول المتقدمة.

يراجع مرضانا المستشفى بمراحل أكثر تقدماً للورم مقارنةً بالدول المتقدمة،

بالنسبة للنوع النسيجي، كانت أعلى نسبة للبقيا لمدة سنة هي للسرطان الغدي (38.9%)، يليه السرطان شائك الخلايا (32.5%)، ثم السرطان كبير الخلايا (20%)، وأخيراً السرطان صغير الخلايا (12.9%) وتتوافق بذلك مع الدراسات العالمية.

بالنسبة لمرحلة السرطان NSCLC، امتلك المرضى بالمرحلة الأولى والثانية معدّل بقيا لمدة سنة أكبر مقارنةً ببقية المراحل (80%، 71.4% على الترتيب)، في حين امتلك المرضى في المرحلة الرابعة أسوأ بقيا لمدة سنة (22.2%)، كانت نسبة البقيا لمدة سنة لدى مرضى NSCLC سواءً بالمراحل المبكرة القابلة للجراحة (I,II) أو المراحل المتقدمة (III,IV) تقارب النسب العالمية.

بالنسبة لمرضى SCLC، كانت نسبة البقيا لمدة سنة لدينا أقل من النسب العالمية سواءً بالمرحلة المحدودة أو المنتشرة

نلاحظ من الجدول (7) أنّ نسبة البقيا لمدة سنة عند مرضى سرطان الرئة صغير الخلايا لدينا أقل من النسب العالمية سواءً بالمرحلة المحدودة أو المنتشرة. إنّ SCLC مستجيبٌ للغاية للعلاج الكيميائي. وبالتالي فإنّ العلاج الكيميائي الشامل هو جزءٌ لا يتجزأ من العلاج الأولي.

ربّما يكون صعوبة توفير العلاج الكيميائي المناسب هو أحد الأسباب وراء تراجع نسبة البقيا لمرضى SCLC في بلدنا وهذا بسبب ظروف الحرب و العقوبات الاقتصادية التي تعيق عمل القطاع الصحي حيث لا يتوفر الكثير من الأدوية وهو أمرٌ يحتاجُ إلى مزيدٍ من الدراسات في المستقبل.

**الجدول (6): نسبة البقيا لمدة سنة لمرضى NSCLC حسب مرحلة الورم عند التشخيص في الدراسات العالمية**

مكان الدراسة	Stage I	Stage II	Stage III	Stage IV
سوريا	80%	71.4%	38.9%	22.2%
كندا <sup>16</sup>	86.2%	79%	43.2%	16.8%
الدانمارك <sup>16</sup>	75%	60.8%	45%	21.4%
السويد <sup>16</sup>	88.8%	70.3%	47.1%	25.9%
المملكة المتحدة <sup>16</sup>	71.1%	58.6%	34.4%	15.5%
الولايات المتحدة <sup>17</sup>	93 : Ia 86 : Ib	82 : IIa 72 : IIb	62 : IIIa 44 : IIIb	34%

**الجدول (7): نسبة البقيا لمدة سنة لمرضى SCLC حسب مرحلة الورم عند التشخيص في الدراسات العالمية.**

مكان الدراسة	سرطان محدود	سرطان منتشر
سوريا	40%	7.7%
كندا <sup>16</sup>	85.5%	18.5%
الدانمارك <sup>16</sup>	73.9%	22.9%
السويد <sup>16</sup>	88.3%	27.3%
المملكة المتحدة <sup>16</sup>	67.5%	18.6%
الولايات المتحدة <sup>17</sup>	67%	16%

### التوصيات:

توعية الأشخاص عاليي الخطورة لسرطان الرئة لمراجعة الطبيب عند ظهور أعراض صدرية جديدة لم تكن موجودة سابقاً وذلك بهدف الكشف المبكر عن السرطان.

البحث عن الأسباب المؤدية لاختلاف نسب البقيا عندنا عن النسب العالمية وإيجاد الحلول المناسبة لتحسين نسبة البقيا عند مرضانا.  
متابعة مرضى هذه الدراسة لمدة خمس سنوات لتحديد نسبة البقيا لمدة خمس عند مرضى سرطان الرئة لدينا.

## References

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2020. *CA Cancer J Clin.* 2020 Jan. 70 (1):7-30.
2. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. Globocan 2018: Lung Cancer. International Agency for Research on Cancer. Available at <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/15-Lung-fact-sheet.pdf>. Accessed: May 19, 2020.
3. Jemal A, Miller KD, Ma J, Siegel RL, Fedewa SA, Islami F, et al. Higher Lung Cancer Incidence in Young Women Than Young Men in the United States. *N Engl J Med.* 2018 May 24. 378 (21):1999-2009.
4. Travis et al. The 2015 World Health Organization Classification of Lung Tumors Impact of Genetic, Clinical and Radiologic Advances Since the 2004 Classification . *J Thorac Oncol.* 2015;10: 1243–1260
5. Goldstraw et al. The IASLC Lung Cancer Staging Project: Proposals for Revision of the TNM Stage Groupings in the Forthcoming (Eighth) Edition of the TNM Classification for Lung Cancer . *Journal of Thoracic Oncology* 2016; 11;39.
6. Yang P, Allen MS, Aubry MC, Wampfler JA, Marks RS, Edell ES, Thibodeau S, Adjei AA, Jett J, Deschamps C. Clinical features of 5,628 primary lung cancer patients: experience at Mayo Clinic from 1997 to 2003. *Chest.* 2005 Jul;128(1):452-62.
7. Shokouh Taghipour Zahir, Maryammosadate Mirtalebi. Survival of Patients with Lung Cancer, Yazd, Iran. *Asian Pacific J Cancer Prev*, 13 (9), 4387-4391.
8. Dubey et al. Epidemiology of lung cancer and approaches for its prediction: a systematic review and analysis .*Chin J Cancer* (2016) 35:71.