

بنام خدا

متاستازهای دور دست سرطان مری

دکتر حسین علاقه بند*

در ایران ۱۷٪ کل بیماران درمان شده در بخش رادیوتراپی موعسه سرطان مری است این نوع متاستاز در کتابها و مقالات علمی کمتر ذکر شده است. در اینجا موارد جالبی از متاستاز خونی سرطان مری که تاحدی روش پیشرفت بیماری را مشخص میکند مورد بحث قرار میگیرد.

۱- متاستاز استخوانی

متاستاز استخوانی شایع ترین متاستازی است که در بیماران مری دیده میشود. در مورد بیماران سرطانی موقعیکه متاستاز ایجاد میشود احتیاجی به عمل جراحی و گرفتن بیوپسی برای اثبات بیماری نیست مگر در مواردیکه متاستاز در محل غیر معقولی ایجاد شود و شک وجود تومور جدیدی که درمانی غیر از درمان متاستاز لازم دارد در بین باشد در اینصورت بیوپسی ضروری است.

در اینجا پنج مورد متاستاز استخوانی سرطان مری نشان داده میشود که در سه مورد آن با توجه به آنچه که ذکر شد بررسی انجام گرفت و نتیجه بررسی متاستاز نشان داد: شکل (۱) متاستاز سراسرخوان بازورانشان میدهد این بیمار پس از بیوپسی و اثبات بیماری تحت درمان رادیوتراپی موضعی قرار گرفت و بهبود یافت.

شکل (۲) متاستاز متعدد در سراسرخوان لگن را

از لحاظ کلینیکی با توجه به پیشرفت موضعی سرطان مری و دیرمراجعه کردن بیماران چون بیماری موضعی معمولاً منجر به مرگ بیمار میشود متاستاز سرطان مری کمتر جلب توجه میکند، ولی امروزه با پیشرفت وسائل درمانی و مراجعه بیماران در مراحل اولیه که نتیجتاً تعداد زیادی از بیماران بهبودی کامل موضعی مییابند لذا با گذشت زمان متاستازهای موضعی و عمومی بیشتر خود را نشان میدهند در این مقاله متاستازهای سرطان مری که در بخش رادیوتراپی موعسه سرطان دیده شده مورد بررسی قرار میگیرد.

متاستاز تومور مری از دو راه ایجاد میشود:

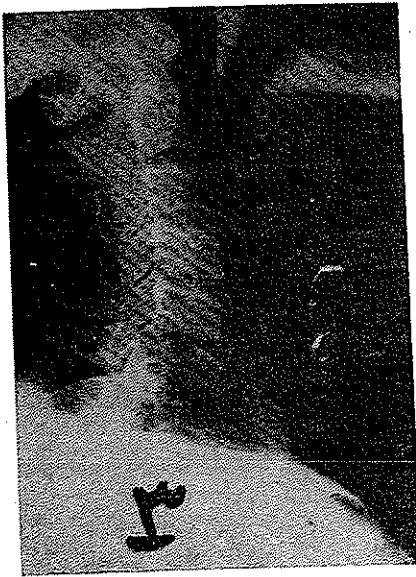
اول: متاستاز لنفاوی که از راه عروق لنفاتیکی به غدد لنفاوی ناحیه‌ای و گاهی درنوا حی مجاور ایجاد میشود. در اعمال جراحی که روی سرطان مری انجام شده در ۹۰٪ موارد گرفتاری غدد لنفاوی ناحیه مربوطه مری دیده شده است. غدد لنفاوی سوء کلاویه هر دو طرف اغلب در سرطان مری گرفتار است و در صورت امکان صلاح است در موقع رادیوتراپی در میدان درمانی گذاشته شود.

دوم: متاستاز خونی، متاستاز خونی سرطان مری بعلت اینکه این بیماری بجز در ایران و چند کشور دیگر نادر است و تقریباً ۳٪ کلیه سرطانها را تشکیل میدهد در حالیکه

* موعسه سرطان بیمارستان امام خمینی، دانشگاه تهران.

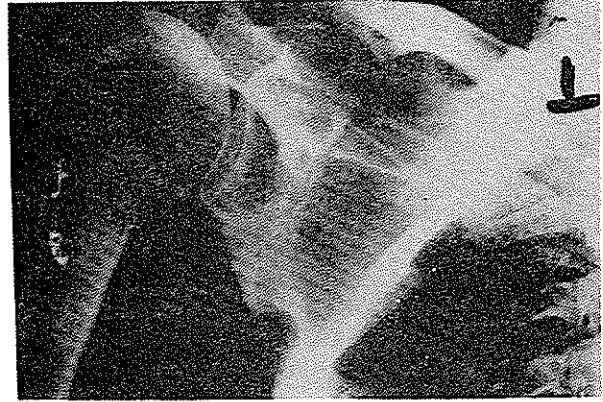
نشان میدهد که بطور پالیاتیف مورد درمان رادیوتراپی قرار گرفت مقدار اشعه ۲۰۰۰ راد تو مورد دوز در پنج جلسه بسوده است .

شکل (۳) متاستاز مهره‌های گردنی را در اثر سرطان مری نشان میدهد این بیمار بطور پالیاتیف درمان و مقدار اشعه ایکه باو داده شده است ۲۰۰۰ راد در پنج جلسه بوده است .

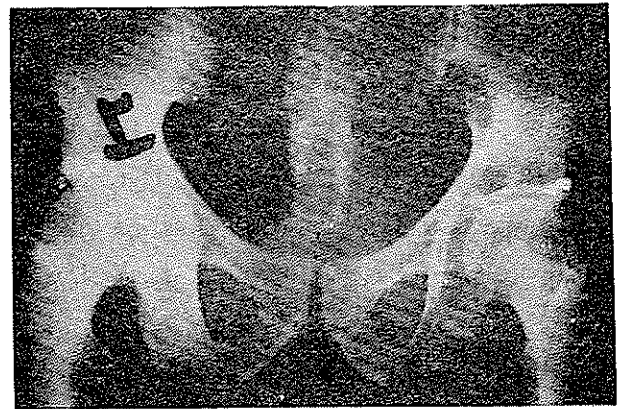


شکل ۳: از بین رفتن مهره ششم گردنی را در اثر کانسرمی نشان میدهد .

شکل (۴) متاستاز ناحیه استرنوم ، از سرطان مری را نشان میدهد باید گفت که این نوع متاستاز معمولا " در مهلوم مولتیپل و سرطان پستان خانمها در ناحیه غدد لنفاوی پستانی داخلی دیده میشود که بعد از استخوان استرنوم را گرفته و یا از راه ، بین دنده‌ای به زیر پوست میآید چنانچه در شکل (۵) دیده میشود استخوان استرنوم از بین رفته است . این بیمار مورد درمان پالیاتیف با کبالت قرار گرفت و مقدار ۲۰۰۰ راد در پنج جلسه به ناحیه استرنوم داده شده است

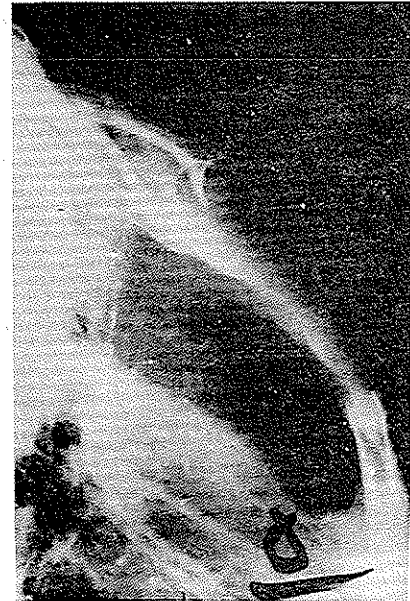
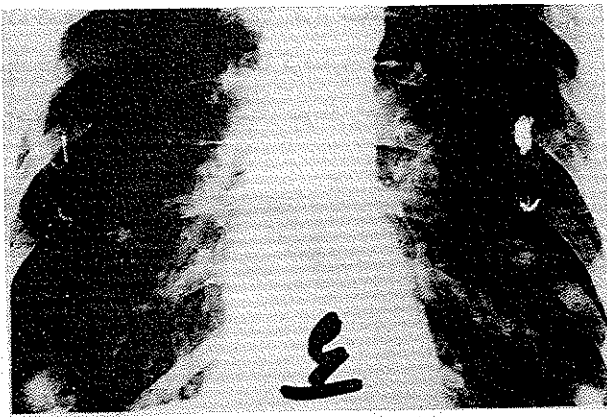
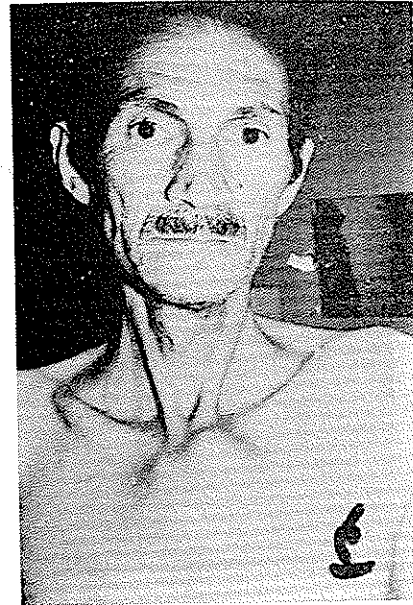


شکل ۱: متاستاز کانسرمی در سر استخوان بازو را نشان میدهد این بیمار دچار کانسرتک میان مری بوده است .



شکل ۲: متاستاز استخوان پویس در نتیجه کانسرمی را نشان میدهد .

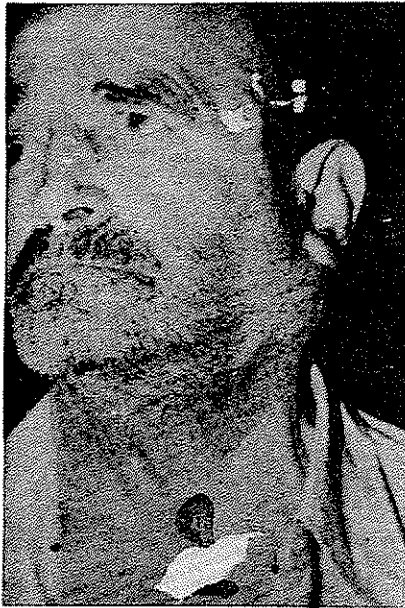
۳- متاستاز ریوی: متاستاز ریوی در سرطان مری کمتر دیده میشود با اینکه مری در مجاورت نزدیک با برنش و ریه است و متاستاز هم میتواند از راه خونی بصورت ندولهای متاستاتیک و هم از راه لنف بصورت لنفاژیت کارسینوماتوز دیده میشود ولی نادر است و در شکل ۷۶ متاستاز ریوی پراکنده بصورت ندولهای با اندازه مختلف در هر دو ریه دیده میشود.



شکل ۴۵: متاستاز مری به ناحیه استرنوم را نشان میدهد.

شکل ۷۶: کانسرتلث میانی مری با متاستاز به نسج هر دو ریه را نشان میدهد.

۳- متاستاز پوستی: از متاستازهای شایع متاستاز سرطان مری است. جالب توجه اینکه علاوه بر منطقه عمل و اسکار در بیماران عمل شده که میتوان آنرا نتیجه گرف تومور در موقع عمل دانست در نقاط دور دست نیز دیده میشود. شکل ۸ ندول متاستاتیک پوستی را در بیمار مبتلا به سرطان مری نشان میدهد که تازه برای درمان تومور اولیه معرفی شده بود.



۴- متاستاز ناحیه پاروتید، پاروتید از اعضای بدن است که کمتر مورد تهاجم متاستاز قرار میگیرد. شکل ۹ و ۱۰ دو مورد تومور ناحیه پاروتید با گرفتاری غدد زیر فکی را نشان میدهد که بیوپسی متاستاز سرطان مری را نشان داد.



شکل ۸: متاستاز ناحیه پوستی در اثر کانسر مری را نشان داده است.

شکل ۹: متاستاز پاروتید را نشان میدهد.

عمومی است و معمولاً "در موقع مراجعه پیشرفت موضعی زیادی نموده درمان معمولاً" بصورت پالیاتیف انجام میگردد. این بیماران بعلت سوءتغذیه و اغلب سوراخ شدن مری درمדיاستن با فیستول به برنش و عدم امکان بلع که موجب پنومونی در اثر اسپیراسیون میشود طول عمر زیادی ندارند و لذا متاستاز تومور مری کمتر مورد توجه قرار گرفته است در بخش رادیو-تراپی مؤسسه سرطان بیش از ۳۰۰ بیمار مبتلا به کانسرمی در سال مراجعه مینمایند موارد جالب متاستازهای دیده شده در این بیماران در بالا ذکر گردید.

جدول زیر بستگی وجود متاستاز را با درجه بدخیمی تومور نشان میدهد ولی هنوز تعیین درجه بدخیمی سرطانهای مری و وابستگی آن با سیر و پیشرفت بیماری و ایجاد متاستاز مورد بررسی قرار نگرفته است. امید است در آینده بتوان در این مورد بررسی کامل انجام داد.

جالب آنکه بقیه غدد لنفاوی ناحیه گردن و سوکلایه قابل لمس نبود و مسلماً "متاستاز از راه خونی ایجاد شده است. ۵- متاستاز کبدی: متاستاز کبدی نسبتاً شایع است و اکثر بیمارانی که تومور در ناحیه ثلث تحتانی و نزدیک کاردیا دارند بعداً "دچار متاستاز کبدی شده و علیرغم اینکه تومور اولیه در اکثر موارد خاموش است متاستاز کبدی منجر به مرگ میشود.

از ۱۰۰ بیماریکه توسط F.G. BLOEDORN بررسی شده ۷۰٪ آنها دچار غدد مדיاستن یا متاستاز غدد شکمی بوده اند.

بعلت پیشرفت سریع سرطان مری تعداد کمی از بیماران دچار متاستاز از راه خونی میشوند (M.C. KEOWN). نتیجه: سرطان مری بعلت دیرمراجعه کردن بیماران که ناشی از عدم وجود علائم زودرس و کم توجهی پزشکان

مشخص کننده محل متاستاز با تومور اولیه درمان متاستاز را نشان میدهد.

نام	موضع	درجه پاتولوژی	فاصله زمانی
الف. ج	کتف	II درجه	۱۰ ماه
الف. ح	دنده	III "	" ۷
ب. ح	استخوان پوبیس	III "	" ۵
الف. الف	ریه	IV "	موقع مراجعه
ک. ر	کتف	IV "	" "
م. م	ناحیه پاروتید	III "	" ۲۴
ح. الف	ریه	? "	" ۲۷
ر. ع	ریه	IV "	موقع مراجعه
الف. الف	استرنوم	III "	۱۳ ماه
م. ن	پاروتید	? "	" ۷
م. پ	پوست	III "	موقع مراجعه

- Ackerman and Del Regato: Cancer, third edition, published by Mosby.
- Bombart, Marcel: 1973, Alimentary tract roentgenology, volum one by Margulis and Burhenne.
- Cappel, D.F. and Anderson, J.R.: 1971, Muir's textbook of pathology, published by Edward Arnold.
- De Jong, U.W., Breslow, N., Geh Ewe Hong J., Sridharan, M. and Shanmugartham, K.: Aetiological factors in oesophageal cancer in singapore chinese: 1974, Int. J. Cancer: 13, 291-303.
- Langman, M.J.S.: Epidemiology of cancer of the oesophagus and stomach: Brit. J. Surg., 1971, Vol. 58, No. 10, October.
- Mc Keown, K.C.: 1976, carcinoma of oesophagus: Recent advances in surgery.
- Melms, Donald Cade DDS and Luna, Narie Armando: Journal of the american cancer society, 1972, Vol. 29, 440-443.: Primary adenocystic carcinoma of the esophagus.
- Shaffer, Hubert A. jr. M.D.: Multiple liomyomas of the esophagus: Radiology 118: 29-34 january 1976.
- Spjut, Harlan J. and Navarrete Antonie Pathology of the esophagus: Alimentary tract roentgenology, volum one by Margulis and Burhenne.
- Yale, Rosen M.D., Sanggiu Moon M.D. and Byunghoon Kim M.D.: Small cell epidermoid carcinoma of the esophagus: Journal of the american cancer society, 1975, Vol. 36, 1042-1049.

REFERENCES:

- 1- Bloedorn, F.G. M.D. and Kasdorf, H. Radiotherapy in Squamous cell carcinoma. of Esophagus Preceeding of the tenth internationil of Radiology.
- 2- Fletcher. G.H. Text book of Radiotherapy 597-605.
- 3- Mc Kewn, K.C. 1976 carcinoma of Esophagus Recant advances in Surgery.
- 4- Moss. William. MD. Fourth edition Radiation oncology 233-247.