

بررسی تومورهای بدخیم مری در دانشکده پزشکی پهلوی

دکتر محمود تربتی

در ضمن میزان گرفتاری بر حسب جنس نسبت به وضع جغرافیائی متغیر است (Kivirantal) گزارش میدهد که در فنلاند  $\frac{1}{4}$  مبتلایان زن هستند.

شیوع این بیماری در بیماران دانشکده پزشکی پهلوی در دهه ششم زندگی بود و این با آمار سایر مراکز مطابقت مینماید.

BURGESS, MOERSCH, CLAGET

حد متوسط سن ابتلا باین بیماری را در مردان ۵۷ ساله و در زنان ۵۴ ساله گزارش میدهند. در آمار ما حد متوسط سن مردان ۵۲/۴ سال و در مورد زن‌ها ۴۸/۳ سال میباشد. جوانترین بیماری که در دانشکده پزشکی پهلوی بعلت کانسر مری تحت درمان قرار گرفته است ۱۲ ساله و پیرترین ۸۵ ساله بوده است.

محل ضایعه

۱۴۳ مورد (۵۶/۹%) کانسر ثلث تحتانی یا انضمام کاردیا

۵۴ مورد (۲۱/۵%) کانسر ثلث میانی

۳۴ مورد (۱۳/۵%) کانسر ثلث فوقانی

۷ مورد (۲/۷۸%) کانسر دو سوم فوقانی

۱۳ مورد (۵/۱%) کانسر دو سوم تحتانی

۴۷ مورد محل ضایعه مشخص نگردیده بود.

این ۴۷ مورد شامل پرونده‌هایی بود که قبل از آزمایشات لازم بیمار با رضایت شخصی مرخص شده بود و چند نفر نیز بعلت وخامت وضع عمومی قبل از انجام آزمایشات در بیمارستان فوت کرده بودند.

سرطان مری یکی از بدخیم ترین تومورها و متأسفانه در کشور ما در زمره بیماریهای شایع میباشد. تشخیص زودرس این بیماری قبل از شروع علائم بالینی بسیار مشکل و در مرحله دیسفاژی و رگورژی تا سیون تومور در ۵% موارد به عقده‌های لنفاوی مناسب از داده و امکان عمل رادیکال را از بیمار سلب نموده است. برای اینکه با این بیماری بیشتر آشنا شویم آماری جمع آوری شده است که از بخشهای جراحی دانشکده پزشکی پهلوی گرفته شده و از تاریخ فروردین ماه ۱۳۴۸ لغایت فروردین ماه ۱۳۵۴ را شامل میگردد.

تعداد پرونده‌هایی که مورد مطالعه قرار رفت ۳۱۴ عدد بودند که ۱۶ پرونده بعلت تکمیل نبودن از آمار حذف گردید.

شیوع تومور از نظر جنس و سن

بدون اینکه محل ضایعه در نظر گرفته شود از ۲۹۸ پرونده‌ای که در این بررسی منظور گردید ۲۱۳ پرونده مربوط به مردها و ۸۵ پرونده اختصاص به زن‌ها داشت. در این صورت ۷۲% از بیماران ما مرد و ۲۸% زن بودند.

VINSON از بین ۱۰۰۰ مورد کانسر مری که مطالعه کرده بود ۸۳۸ مورد را در مردان و ۱۶۲ مرد دیگر را در زن‌ها گزارش میدهد. همچنین در صد مبتلایان مرد در آمارهای دیگر بین ۷۷/۹% (Raven) تا ۹۵% (Clayton) میباشد.

نوع ضایعه

علاوه بر ۴۷ موردیکه آزمایشات لازم انجام نشده بود ۱۱ مورد یگرنیز پرونده فاقد ورقه بیوپسی بود. این شامل بیمارانی بود که علائم بالینی از قبیل وجود مناساز و تصویر رادیولوژی در هر صورت غیر قابل عمل بودن بیمار را مشخص نموده بود و اقدامی برای برداشتن بیوپسی نشده بود. در مجموع ۲۴۰ پرونده گزارش پاتولوژی نوع ضایعه را چنین مشخص نمود.

۱۴۷ مورد (۶۱/۲٪) اسکواموس سل کارسینوما

۴۷ مورد (۱۹/۵٪) آدنوکارسینوما

۳۱ مورد (۱۲٪) کارسینوم آناپلاستیک

۷ مورد (۲/۹٪) در بیوپسی انجام شده نوع تومور مشخص نگردیده بود.

۸ مورد (۱۳/۳٪) نفریکه مبتلا به آدنوکارسینوما بودند محل ضایعه در ۴۵ مورد ثلث تحتانی و در ۲ مورد ثلث میانی بود. ۸ مورد کارسینوم مضاعف در ثلث تحتانی گزارش شده است.

FINNEY (۱۹۷۴) نوع ضایعه تومورهای بدخیم مری را ۳۰٪ آدنوکارسینوما و ۷٪ اپی در موعید کارسینوما گزارش میدهد. J.N. LEVERMENT همچنین نسبت به اسکواموس سل کارسینوما به آدنوکارسینوما را ۲ و کارسینوم آناپلاستیک را در ۸٪ موارد مشخص نموده است.

بررسی کانسر مری در مردان

از مجموع ۲۴۰ پرونده که گزارش پاتولوژی در آن منعکس بود ۱۷۲ مورد شامل مردها بود که محل و نوع ضایعه چنین مشخص گردید.

۱۱۲ مورد (۶۵٪) کانسر ثلث تحتانی بانضمام کاردیا

۳۹ مورد (۲۲/۶٪) کانسر ثلث میانی

۲۱ مورد (۱۲/۲٪) کانسر ثلث فوقانی

جوانترین بیمار از این سری ۱۲ ساله و پیرترین مردی ۸۵ ساله بود. حد متوسط سن ابتلا باین بیماری در مردها ۵۲/۴ سال محاسبه شد.

بررسی کانسر مری در زنها

در گروهی که مورد بررسی قرار گرفت ۶۸ نفر زن بودند. از این تعداد

۳۱ نفر (۴۵/۵٪) مبتلا به کانسر ثلث تحتانی بانضمام کاردیا

۲۵ نفر (۳۶/۷٪) مبتلا به کانسر ثلث میانی

۱۲ نفر (۱۷/۶٪) مبتلا به ثلث فوقانی بودند.

باتوجه به ارقام فوق چنین نتیجه گیری میشود که شایعترین محل پیدایش تومور در هر دو جنس در ثلث تحتانی میباشد ولی در زنها نسبت ابتلا ثلث میانی و فوقانی مری به مراتب بیشتر از مردها میباشد.

علائم بالینی

برای بررسی علائم بالینی ۲۹۸ پرونده مورد مطالعه قرار گرفت که نتیجه حاصل شده طبق جدول زیر ارائه میگردد.

دیسفاژی ۲۳۴ مورد ۷۸/۵٪

کم خون ۱۹۳ مورد ۶۴/۷٪

رگورژیتاسیون ۱۱۴ مورد ۳۸/۲٪

درد پشت جناق ۴۱ مورد ۱۳/۷۵٪

هماتم ۱۸ مورد ۶٪

فیستول مری و برنش ۸ مورد ۲/۱٪

طبق این بررسی شایعترین علامت بالینی دیسفاژی و رگورژیتاسیون بود که بدون استثناء باعث کاهش وزن بدن و در خیلی موارد باعث کاشکسی شده بود. بعلاوه در اغلب موارد دیسفاژی به حدی پیشرفته بود که بیمار فقط میتواند از مایعات استفاده کند. کم خونی نیز از علائم دیگر این بیماری بود که با وجودیکه تعداد زیادی از بیماران بعلت کمبود آب بدن بالا بودن مقدار هموگلوبین را بطور کاذب نشان میدادند حد متوسط هموگلوبین ۸/۴ گرم محاسبه شد.

گزارشات LEVERMENT AND MEARN'S MILNE نیز حاکی از اینکه فقط در ۶/۲٪ از بیماران دیسفاژی در مرحله ایستکه بیمار میتواند از غذای معمولی استفاده کند و در بقیه موارد فقط عبور مایعات امکان پذیر است.

بیماران مانیز بدون استثناء در مرحله خیلی پیشرفته دیسفاژی بودند که اغلب نمیتوانستند از غذاهای نرم و یا مایعات برای تغذیه استفاده نمایند.

آمار Hartmann and Klinger ۱۸% Griessmann  
 ۳۱% Nissen ۳۲% Rubanyi ۴۳% و  
 Nakayama ۵۱% میباشد. امتحانات پاراکلینیکی  
 و تشخیص زودرس در پائین آمدن این نسبت موثر بوده است  
 همچنین پیشرفت علم در رشت بیپوشی این امکان را به جراح  
 داده است که تعداد بیشتری از بیماران را که اغلب در وضع  
 عمومی رضایت بخش نیستند تحت عمل جراحی قرار دهد.

#### نوع عمل

از وفاگوگاسترکتومی ۹۲ مورد  
 فارتولارنژکتومی با آناستوموز فارتولارنژوگاستریک ۱۲ مورد  
 آناستوموز فارتولارنژوگاستریک بدون لارنژکتومی ۷ مورد  
 از وفاکتومی با انتریوزسیون قولون ۶ مورد  
 بای پاس قولون ۵ مورد  
 اندوپروتز ۳ مورد

#### مرگ و میر بعد از عمل

از مجموع ۱۵۷ بیمار که در دانشکده پزشکی پهلوی تحت  
 عمل جراحی قرار گرفتند ۵۹ نفر بعد از عمل فوت کردند از  
 این تعداد یک نفر در محوطه اطاق عمل، دو نفر در ۲۴ ساعت  
 اول و ۵۶ نفر دیگر از ۲ تا ۴۸ روز بعد از عمل فوت کرده بودند.  
 مرگ بیماران اغلب متعاقب فیستول ناحیه آناستوموز و مدیا  
 ستینیت بوده، چند مورد نیز آمبولی ریوی، آسپیراسیون،  
 نارسائی قلبی و نارسائی تنفسی مرگ را باعث گردیده بود.  
 در بیماران جوانتر زیر ۴۰ سال مرتالیت به مراتب کمتر از  
 بیماران مسن تر بوده است و در مجموع این بررسی ۳۷/۵۷%  
 مرگ و میر مشاهده شده است.

در مورد مرتالیت پس از عمل از وفاکتومی گزارشات بین  
 ۱۰% تا ۵۰% متغیر است. (Leverment) در بیماران  
 زیر ۵۴ سال ۲۳/۱% و در بیماران بالای ۷۵ سال مرگ و میر را  
 ۴۳/۳% گزارش مینماید.

توسط همین نویسنده مرتالیت رزکسیون از وفاژ تا ۱۲ ماه  
 بعد از عمل بین ۵۸/۷% و در یک گروه دیگر ۶۶/۹% گزارش  
 شده است.

در ۳ بیمار هماتم اولین علامت این بیماری بود و از هیچ  
 عارضه دیگری شکایت نداشتند. در موارد دیگری که بیمار همانند  
 داشته است دیسفاژی و رکورژیتاسیون نیز جزو علائم ذکر شده  
 در پرونده میباشد.

بر خلاف آنچه انتظار میرفت درد از عوارض زیاد شایع  
 این بیماری نبود. اغلب بیماران درد را هنگام عبور غذا از  
 مری و در ناحیه پشت جناق احساس میکردند.

در چند مورد دیگر فیستول به تراشه یا برنش ایجاد شده بود  
 بیماران همگی دچار تومور قسمت فوقانی بودند. در یک مورد  
 فیستول متعاقب راد بوتراپی و در مورد دیگری پس از از وفاگوسکوپ  
 ایجاد شده بود.

#### درمان

برای بررسی در صد بیمارانیکه تحت درمان جراحی قرار  
 گرفته بودند ۲۹۸ پرونده مطالعه شد. ۵۸ مورد تومور تشخیص  
 داده شده بود ولی بعلت وخامت حال بیمار بیوپسی انجام  
 نشده بود. تشخیص متکی به علائم کلینیکی بوده است عدهای  
 از بیماران رادیوگرافی همراه داشته اند.

۸۳ مورد بعلت وسعت تومور و وجود متاستاز وخامت حال  
 بیمار و دلائلی که در پرونده ذکر نشده است مبادرت به عمل  
 جراحی نشده است.

۳۲ مورد که اغلب تومورهای ثلث تحتانی و کاردیابوده اند  
 پس از لاپاراتومی تشخیص غیر قابل عمل بودن داده شده در  
 چند مورد مجدداً بیوپسی برداشته شده و اقدام دیگری از نقطه  
 نظر جراحی نشده است.

۵ مورد از اندوپروتز (BARBIAN MUSEAU) استفاده  
 شده است.

۳ مورد بای پاس قولون انجام شده و تومور برداشته نشده  
 است.

این بررسی نشان میدهد که ۶۰% از بیماران غیر قابل عمل  
 بوده اند و در ۴۰% رزکسیون مری انجام گردیده است.

تا ۱۰ سال قبل بیشتر از ۹۰% تومورهای بدخیم مری و کاردیاب  
 غیر قابل عمل تلقی میشدند ولی در بعضی از آزارهای جدید  
 پزشکی این رقم به کمتر از ۲۰ درصد رسیده است.

خلاصه

از ۲۹۸ بیماریکه مبتلا به سرطان مری بودند ۱۵۷ نفر تحت عمل جراحی قرار گرفتند که ۳۲ مورد آن غیر قابل عمل تشخیص داده شد و در ۸ مورد دیگر عمل پالیاتیو انجام گرفت. مرگ و میر این بیماران پس از عمل ۳۷/۷۵- بود که با مقایسه با آمار مراکز جهانی قابل قبول میباشد. غلب بیماران در مراحل پیشرفته بیماری مراجعه و بستری شده بودند و از مجموع ۴۰% تحت عمل قرار گرفتند. در این مقاله شیوع تومور از نظر جنس و سن و همچنین محل ضایعه و ابتلا بیماران مرد و زن و علائم بالینی مورد مطالعه قرار گرفته است.

## Reference

- 1- de Seze S. Ryckwaert. A Maladies des os et des Articulations, Flammarion Paris, 1964.
- 2- de Seze. S. Djian. A maitre Radiographie Vertebrale Maloine, Paris, 1964.
- 3- Forestier. J. Rotes-Querol J. Senile Hyperostosis, American Rheum. Dis 1950, 321-330.
- 4- Forestier. J. Certonciny. A Hyper\_ostose Rachidienne ankylosante, 3eme Congres Europeen de Rhumatologie Lahye, 1955. Act. Contemp. Rhumato Amsterdamme, 1956.