

دراسة تدبير سرطان المري خلال 15 سنة في شعبة جراحة الصدر، في مشفى المواساة الجامعي

بسام درويش*

الملخص

دراسة إحصائية لمرضى سرطان المري، من حيث العمر والجنس والعادات (التدخين و الكحولية) والتظاهرات السريرية والتشريح المرضي وتوضع الورم والتقنيات الجراحية والمضاعفات الجراحية.

بين كانون الثاني 1990 و كانون الأول 2004 درسنا 123 مريضاً مصاباً بسرطان مري عالجنهم في شعبتنا على الشكل الآتي: استئصال الورم مع جزء من المري أو كامل المري لدى 97 مريضاً مع تصنيع المري، و إجراءات تلطيفية لدى باقي المرضى.

كان عدد الذكور 92 مريضاً (75%)، وعدد الإناث 31 مريضة (25%) تراوحت أعمارهم بين 19 و 95 سنة بعمر وسطي 57 سنة. كان 64% منهم مدخنين و 8% يتناولون الكحول.

تضمنت التظاهرات السريرية: عسرة البلع (97%) و نقص الوزن (62%) والوهن (53%) ونقص الشهية (43%) والإقياء (40%) والألم الصدري (30%) وتظاهرات أخرى (15%).

شكل السرطان الشانك (51%) والغدي (48%) و راجع مريض واحد بكارسينويد. وكانت نسبة المضاعفات الجراحية 24%، ولم تزد نسبة الوفيات على 4% في عمليات استئصال المري وتصنيعه.

تبلغ نسبة سرطان المري الغدي في بلادنا نسبته في الدول الغربية. وقد عالجننا معظم مرضى سرطان المري علاجاً شافياً بالاستئصال الجراحي وهو الأسلوب الأنجع. و يعدّ استئصال المري والحنجرة أسلوباً علاجياً معيماً في سرطان المري المتقدم المجتاح للحنجرة. كما تعدّ تقنيتنا الليزر والسنتت أسلوباً علاجياً حديثاً ملطفاً لأعراض المريض في السرطان المتقدم أيضاً. وإن للتقنيات الحديثة في التشخيص والعلاج دوراً مهماً في جراحة المري.

* أستاذ مساعد- قسم الجراحة - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

Study of the Esophageal Carcinoma over 15 years in the Thoracic Surgery Department in Almouassat University Hospital

Bassam Darwish*

Abstract

Determine the characters of the esophageal cancer in our patients, included: age, gender, smoking and alcoholism, clinical presentations, pathology and localization of the cancer, complications and mortality rates.

Between Jan 1990 and Des 2004, 123 patients (92 males,31 females, 64% smoker and 8% alcoholic) with esophageal cancer were treated in our department. The median age was 57 years. The esophagus is resected and reconstructed in 97 pts. The palliative procedures were used in 26 pts.

The most clinical presentations were: Dysphagia (97%), weight loss(62%), malaise(53%), anorexia(43%), vomiting(40%) and chest pain(30%).

The pathological founds were: Squamous cell carcinoma(51%), adenocarcinoma(48%) and carcinoid(once).

The complication and the mortality rates in the resection and reconstruction of the esophagus were 24% and 4% respectively.

Like in the western countries, adenocarcinoma accounts half of the esophageal cancer in our patients. The curative procedures used in most cases.

Esophageal and laryngeal resection is a good alternative treatment for the cervical advanced esophageal cancer.

Laser and stent applications are also another alternative treatments in the advanced esophageal cancer.

New diagnostic and therapeutic techniques are very important in the esophageal surgery.

Esophageal resection and reconstruction is the treatment of choice with an acceptable morbidity and mortality rates.

Key words : Esophageal cancer.

* Ass. Pro. of Surgery, Dept. of Thoracic Surgery, Damascus University.

مقدمة Introduction:

يعدُّ سرطان المري عالمياً من أكثر خباثات الجسم شيوعاً. و بعد أن كان سرطان المري شائك الخلايا Squamous Cell Carcinoma هو النوع المسيطر في الدول الغربية ظهرت في العقدين الأخيرين سيطرة للسرطانات الغدية Adinocacinoma. ولم يعرف سبب لسرطان المري لكن اقترحت الدراسات الوبائية Epidemiologic Studies- في الأماكن عالية الإصابة- تطور سرطان المري نتيجة لعوامل بيئية مختلفة كالكحولية مع التدخين والحميات الخاصة والعوز الغذائي وغيرها فضلاً عن تبدلات بيولوجية لسرطانات المري الغدية. تكون الأعراض غالباً غير وصفية في المراحل المبكرة و تظهر عسرة البلع الثابتة المتفرقة في المراحل المتقدمة بنسبة 80-90 % من الحالات، كما ينقص وزن المريض ويشيع القلس المريئي الفموي الليلي. وتندر ذوات الرئة الاستشاقية. و يعتمد التشخيص على القصة المرضية و الفحص الحكي السريري وتنظير المري بالمنظار الليفي المرن مع أخذ خزعة نسيجية. ويؤدي التصوير الطبقي المحوري دوراً مهماً في تحديد مرحلة سرطان المري وتشير المقالات الحديثة إلى دور Endoscopic Ultrasound عبر المري في تحديد مرحلة T و N بدقة عالية. وتعدُّ المعالجة الجراحية لسرطان المري أفضل المعالجات. ومما حسن نتائج هذه المعالجات وخفض معدل الوفيات الجراحية: انتقاء المرضى والابتعاد عن عوامل الخطورة وتحسين الحالة الفيزيائية للمرضى وتحسين التقنيات الجراحية والعناية حول العمل الجراحي. كما أن إجراء مثل هذه العمليات في مراكز كبيرة متخصصة حسن أيضاً نتائج العلاج الجراحي. وتختلف المداخل الجراحية Surgical Approaches حسب موقع السرطان: ففي سرطان المري الرقيبي كان التشيع هو العلاج الشائع لكن إمكانية استئصال المري مع الحنجرة وتصنيع المعدة

ورفعها ومفاغرتها مع البلعوم مع تقييم رغامى Tracheostomy وذلك دون فتح صدر أصبح يجرى مع معدل عقابيل وفيات منخفضة نسبياً. وتندر الحاجة إل زرع عروة صائمية معزولة مع أوعيتها بالعنق. وأما في سرطان المري الصدري العلوي والمتوسط فيغلب الدخول إلى الصدر الأيمن وعزل الورم ومن ثم فتح بطن وعنق ورفع المعدة ومفاغرتها مع المري الرقبي (عملية Mc Kewn)؛ أو فتح بطن أولاً و تسليخ و تصنيع المعدة ثم فتح الصدر الأيمن و استئصال الورم المريئي ومفاغرة المعدة مع المري الصدري فوق قوس الأبهر (عملية Lewis).

أما سرطان المري الصدري السفلي و الفؤاد فيجرى عبر فتح صدر أيسر سفلي و فتح حجاب يستأصل فيها السرطان و تفاعر المعدة مع المري تحت قوس الأبهر (عملية Sweet, Ellis, Adoms and Phenister).

وقد دخلت بغض التقنيات الحديثة لتسهيل أو استئصال المري: مثل الجراحة الصدرية التنظيرية مع الفيديو VATS، وتسليخ المعدة بالتنظير البطني الجراحي Laparoscopic Dissection، وتسليخ المري بمنظار المنصف الطويل.

وعموماً تعدّ المعدة أحسن عضو بديل للمري لغزارة ترويتها ولطولها الذي يصل إلى العنق إما مباشرة أو باستخدام الانحناء الكبير المقلوب Reversed Gastric Tube. وإذا كانت غير مناسبة أو مستأصلة يكون الكولون أو الأمعاء الدقيقة البدلاء عنها.

ويعدّ التسريب من المفاغرة أهم المضاعفات ويحمل عقابيل ووفيات عالية. وقد قللت تقنيات المفاغرة الناجحة بشدة هذا المضاعفة.

ورغم كل الجهود المبذولة ما يزال إنذار سرطان المري سيئاً ويبقى العلاج الجراحي التدبير الأنسب له، وفي الحالات المتقدمة تطورت طرائق المعالجة التلطيفية كثيراً (1).

وتضمنت دراستنا: دراسة إحصائية لمرضى سرطان المري، من حيث العمر والجنس والعادات (التدخين والكحولية)

والتظاهرات السريرية والتشريح المرضي وتوضع الورم والتقنيات الجراحية والمضاعفات الجراحية.

المرضى و الطرائق Patients and Methods :

بين كانون الثاني 1990 و كانون الأول 2004 قبل في شعبتنا 135 مريضاً

مصاباً بسرطان المري، استثنى منهم 8 مرضى لم يمكن إتمام دراستهم، ودرسنا 123 مريضاً دراسة

رجعية Retrospective قبل عام 1994 وتقدمية Prospective بعد هذا العام، واستثنينا أورام المري السليمة كما استثنينا الأورام غير المريئية المجتاحة للمري.

دونت الأعراض والعلامات السريرية بدقة، كما أجري لكل مريض صورة مري ظليلية وتصوير طبقي محوري للصدر وأعلى البطن مع الحقن، وتنظير هضمي علوي مع أخذ خزعات من الورم. كما أجري تنظير قصبات لكل سرطان مري رقبي وصدري لنفي اجتياح رغامي قصبي، وفي الحالات

المشتبهة أجري ومضان عظام و تصوير طبقي محوري للدماغ. كما درست الوظيفة القلبية والرئوية والكلى والحالة الدموية لكل المرضى. ومنذ فترة وجيزة أصبحنا نستخدم الإيكو عبر المري في تقييم مراحل الورم، و لكن لم نحلل نتائجه بعد لقله حالاته حتى الآن.

كانت المداخل الجراحية Surgical Approaches على الشكل الآتي: تداخل رقبي على المري مع فتح البطن لسرطان المري الرقبي. و تداخل عبر فتح صدر أيسر و الدخول للبطن عبر الحجاب (عملية سويت Sweet, Ellis.....) في سرطان المري الصدري السفلي، أو فتح صدر أيمن وفتح بطن وتداخل رقبي(عملية Mc Kewn) لسرطان المري الصدري العلوي و المتوسط. وكان المدخل لسرطان المري البطني إما بعملية سويت أو بفتح بطن و عنق. ولم نستخدم لا ال VATS في تسليخ المري الصدري و لا تسليخ المعدة التنظيري.

وبلغت الإجراءات العلاجية لكامل المرضى 1331 إجراءً لهؤلاء الـ 123 مريضاً وقسمت إلى:
أ- إجراءات شافية: وهي استئصال الورم مع جزء من المريأو كامل المري لدى 97 مريضاً مع تصنيع المري. حيث عوض المري عندهم إما بالمعدة (90 مريضاً) أو بالكولون (6 مرضى) أو بالصائم (مريض واحد).

ب- إجراءات تلطيفية: وأجريت عند وجود انتقالات أو عدم تحمل العمل الجراحي الاستئصالي كمايأتي:

- تقييم معدة أو صائم لدى 15 مريضاً.
- فتح صدر أو بطن استقصائي دون استئصال الورم المريئي لدى 9 مرضى، وغالباً ما اتبع بتقييم معدة أو صائم أو وضع سنتنت أو فتح تضيق بالليزر.
- عملية تحويلة مريئية معدية دون استئصال الورم لدى 4 مرضى تعذر عندهم استئصال الورم.
- سنتنت أو ليزر لدى 8 مرضى.

سُلِّخَتْ جراحياً المعدة والكولون قبل عام 2003 بالتخثير الكهربائي Electric Coagulation مع ربط الأوعية يدوياً بالحريز، وبعد هذا العام بواسطة تقنية أل Ligasure: التي تخثر البروتين داخل الأنسجة والأوعية فتغلقها مما يسرع العملية الجراحية. كما كانت تجرى قبل عام 1997 خياطة المعدة والكولون والمفاغرات يدوياً، وبعد هذا العام أصبحت معظمها بواسطة الستبلر مما قصر أيضاً فترة العمل الجراحي.

النتائج Results:

كان عدد الذكور 92 مريضاً (75%)، وعدد الإناث 31 مريضة (25%) تراوحت أعمارهم بين 19 و 95 سنة بعمر وسطي 57 سنة. لم تكن القبولات متساوية في كل السنين، بل تزايدت القبولات بين عام 1990 حتى 2004 بشكل مطرد، وأظهر الجدول رقم (1) توزع القبولات السنوي.

جدول رقم (1): يظهر توزيع قبولات مرضى سرطان المري حسب السنين.

| النسبة | عدد المرضى | السنوات الخمس |
|--------|------------|---------------|
| %10 | 12 | 1994 - 1990 |
| %21 | 26 | 1999 - 1995 |
| %69 | 85 | 2004 - 2000 |
| %100 | 123 | المجموع |

ويظهر الجدول رقم (2): توزيع عاداتي التدخين والكحولية لدى المرضى (المجموع 123).

| غير الكحوليين | الكحولون | غير المدخنين | المدخنون | عدد المرضى |
|---------------|----------|--------------|----------|-------------|
| 113 | 10 | 44 | 79 | |
| %92 | %8 | %36 | %64 | نسبة المرضى |

ويظهر الجدول رقم(3): التظاهرات السريرية لدى مرضى سرطان الرئة.

| عدد المرضى و نسبهم | التظاهرات السريرية |
|--------------------|-------------------------|
| 119 (97%) | عسرة البلع Dysphagia |
| 76 (62%) | نقص الوزن Weight Loss |
| 65 (53%) | وهن Malaise |
| 53 (43%) | نقص الشهية Anorexia |
| 49 (40%) | الإقياء Vomiting |
| 37 (30%) | الألم الصدري Chest Pain |
| 18 (15%) | تظاهرات أخرى Others |

تضمنت التظاهرات الأخرى: السعال Dyspnea لدى 3 مرضى لكل عرض، المعند Refractory Cough لدى 4 والفواق والحمى لدى مريضين، وراجع مرضى والتغوط الزفتي Melena و بحة مرضى واحد بإقياءات دموية الصوت Hoarseness والزلة التنفسية Hematemesis.

و يظهر الجدول رقم(4) نتائج التشريح المرضي للمرضى Pathology:

| نوع التشريح المرضي | عدد المرضى و نسبهم |
|-------------------------------|--------------------|
| كارسينوما شائكة الخلايا * Scc | 63 (51%) |
| كارسينوما غدية Adenocarcinoma | 59 (48%) |
| كارسينويد Carcinoid | 1 (1%) |

Scc*: Squamous Cell Carcinoma.

ويبين الجدول رقم(5): توضعات سرطان المري في الجسم.

| المكان | عدد المرضى و نسبهم |
|----------------|--------------------|
| رقبي Cervical | 16 (13%) |
| صدري Thoracic | 47 (38%) |
| بطني Abdominal | 60 (49%) |
| المجموع | 123 (100%) |

و يظهر الجدول رقم(6): مضاعفات العمل الجراحي بعد عمليات المري الاستئصالية لدى 97 مريضاً:

| النسبة المئوية | عدد المرضى | المضاعفات Complications |
|----------------|------------|-----------------------------------|
| 10% | 10 | تضييق مفاغرة Anastomosis Stenosis |
| 5% | 5 | تسريب مفاغرة Anastomosis Leakage |
| 4% | 4 | نكس الورم Tumor Recurrence |
| 2% | 2 | ذات رئة Pneumonia |
| 2% | 2 | احتشاء قلب Heard Infarction |
| 24% | 23 | المجموع |

وقد توفي 4 مرضى بعد عمليات تصنيع المري (4%) اثنان بسبب احتشاء قلب واسع، وواحد بسبب ذات رئة والسكري وواحد بعد تسريب مفاغرة.

المناقشة Discussion :

زادت عمليات سرطان الرئة في شعبتنا عدة أضعاف خلال ال 15 سنة الماضية. ويعود السبب إلى تطور شعبة الداخلية الهضمية التي أصبحت تحول عدداً أكبر من المرضى إلى شعبتنا، ولإجتهاد شعبتنا وتطويرها لاستقبال هذه الحالات ودراساتهم دراسة وافية وتقديم العلاج المناسب سواءً أكان جراحياً أم غير جراحي، مما جعلها تستقطب هذه الحالات من مراكز أخرى في سورية. وكان وسطي العمر ضمن العمر الوسطي العالمي الذي هو بين العقدين السادس و السابع(3-4) .

وقد تناقضت علاقة التدخين و الكحولية مع سرطان المري والتي يغلب علاقتها مع سرطان المري شائك الخلايا؛ حيث تزيد نسبة الإصابة به من 5-6 أضعاف عند المدخنين، ولم تتأكد علاقة السرطان

الغدي بالكحولية التي ما تزال تعدّ عامل الخطورة في شائك الخلايا،(5-4-3-2). وأظهرت دراساتنا أن ثلثي المرضى كانوا مدخنين، وأقل من عشرة المرضى يتناولون الكحول.

وقد بلغت نسبة الإناث ربع الحالات رغم أن أكثر الدراسات تذكر نسبة الإناث للذكور 7:1، وفي المناطق الموبوءة تقل النسبة إلى أقل من ذلك كثيراً بحيث وصلت هذه النسبة في فرنسا إلى 1:9 و وصلت إلى 1:17 لدى سكان Brittany كما تختلف هذه النسبة حسب التشريح المرضي للسرطانات (5-4-2).

وكانت عسرة البلع كالعادة العرض الأكثر شيوعاً في سرطان المري يليه نقص الوزن. وهذا ما ذكره Uptodate 2005. ولم تكن تظهر عسرة البلع لدى كامل المرضى، فعدم وجودها لا ينفي السرطان المريئي(3-1). وندرت الأعراض التنفسية المرافقة لسرطان الرئة لدى مرضانا (4 مرضى). ويذكر السيد لين Lin وزملاؤه أن العرض الثاني بعد عسرة البلع هو ألم البلع

Odynophagia والذي ينتج عن تقرح الإصايب أو الارتشاح بالأعضاء المنصفية المجاورة. كما يدل الألم الصدري الثابت في الصدر على الارتشاح المنصفي(5). ويدل القلس على تضيق اللمعة الشديد. وترافق أعراض الوهن ونقص الوزن تقدم المرض. وقد تحدث بحة الصوت Hoarseness نتيجة ورم عالٍ بالعنق، أو إصابة العصب الحنجري الراجع Recurrent Laryngeal Nerve . ورغم أن السيد لين يذكر أن معظم مرضى السرطان الغدي يشكون من أعراض قلبية لم نلاحظ ذلك على مرضانا(5). قاربت نسبة سرطان الغدي Adnocarcinoma لدى مرضانا نصف الحالات وهي نسبة قريبة من نسب الدول الغربية، التي تعادل أيضاً نصف الحالات (6-2). وعكس ما قاله السيد باتل Patel عام 2004 أن سرطان شائك الخلايا هو المسيطر في الدول النامية (7). استخدمنا المدخل الرقبى البطني فقط في سرطان المري الرقبى و البطني، حيث لا حاجة لتسليخ الورم داخل الصدر، و عدا ذلك فتحنا الصدر في كل حالات سرطان المري الصدري. وقد اضطررنا لاستئصال الحنجرة مع المري لدى 4 حالات، وإجراء تقييم رغامي دائم Tracheostomy و تعويض المري بالمعدة لسرطان مري مرتشح بالحنجرة لدى 4مرضى، ولم تزد عندهم المضاعفات عن غيرهم. كانت الإجراءات التلطيفية قبل عام 2002 هي تقييم المعدة أو الصائم ، وبعد هذا العام اقتنينا تقنية الليزر و الستنت وطبقناها لدى 8 مرضى. وهي تقنية سهلة تزيل أو تخفف عسرة البلع. وكانت نسبة الإجراءات الشافية 79% (97 مريضاً من أصل 123) وفي دراسة بلغاريا في شعبة جراحة الصدر والبطن- قدمت عام 2003 على 56 مريضاً مصاباً بسرطان المري:ذكرت أنه أجري العلاج الشافي لدى 69% من الحالات وشكلت الإجراءات الملطفة النسبة الباقية. وقد صنعوا المري بالمعدة لدى 81% من و صنع بالكولون لدى 19% من المرضى. وبلغت نسبة المضاعفات

عندهم 37%، في حين شكلت لدينا 24% فقط (8). وقد ذكر في ال Uptodat أن وسطي نسبة المضاعفات تصل إلى 40% (3). وكانت المضاعفات لدى مرضى السيد Law: عبارة عن تضيق مفاغرة بنسبة 11%، وتسريب المفاغرة بنسبة 3% ونكس الورم مكان المفاغرة 4% (9).

لم تكن نسبة الوفيات لدى مرضانا عالية (4%). ويعود ذلك إلى العناية الفائقة التي نوليها لمرضانا، وللطاقم الطبي المتدرب، ولانتقاء المرضى المرشحين للعمل الجراحي. وهي أقل من وفيات السيد زوروسكاس Zurauskas (11%) (10). وبينما تذكر معظم الدراسات أن نسبة الوفيات الجراحية تتراوح بين 4% و 18% (3)، ذكر السيد لاو Law أن نسبة الوفيات بين مرضاه بلغت قرابة 1%، وهي نسبة منخفضة جداً عن المعهود (9).

ويذكر السيد لاو أن من أسباب الوفيات المنخفضة كبر المركز التي تجرى فيه العملية، والتدريب الجيد للطواقم الطبي وتوافر باقي الاختصاصات كالقلبية والصدريّة والعناية المشددة التي تؤثر في العناية بالمرضى وفي نسبة الوفيات (9).

الخلاصة:

تبلغ نسبة سرطان المري الغدي إلى السرطان الشائك في بلادنا نسبته في الدول الغربية. وقد عالجتنا معظم مرضى سرطان المري علاجاً شافياً بالاستئصال الجراحي وهو الأسلوب الأنجع. ويعدّ استئصال المري والحنجرة أسلوباً علاجياً معيباً في سرطان المري المتقدم المجتاح للحنجرة. كما تعدّ تقنيتنا الليزر والسنتت أسلوباً علاجياً حديثاً ملطفاً لأعراض المريض في السرطان المتقدم أيضاً. وإن للتقنيات الحديثة في التشخيص و العلاج دوراً مهماً في جراحة المري.

References

- 1-Law YK , Wong ,J.Management of Squamous Cell Carcinoma of the Esophagus , Person, F . G, Esophageal surgery , Pearson, Churchill Living Stone Company, New York, 2002 ,705-724 .
- 2- Kajiyama Y et al, Esophageal Cancer Surgery; Impotance of Surgery Quality Control, Kyobu Geka, 2005; 58(1): 58-65.
- 3- Patti , M et al , Esophageal Cancer, Emedicine.com, last Updated, June 14th 2005.
- 4-Hentelff, Y. H. and Casson, A. G., Epidemiology of Malignant Neoplasm of the Esophagus, Person, F . G, Esophageal surgery , Churchill Living Stone Company, New York, 2002, 668 – 676.
- 5-Lin, J., Shahab, A. A. and Iannettoni, M . D., Carcinoma of the Esophagus, Schield, T. W., General Thoracic Surgery, Lippincott Williams and Wilkins Company, Philadelphia, 2005,2265-2298.
- 6- Fitzgerald R C, Genetics and Prevention of Esophageal Adenocarcinoma, Recent Results, Cancer Res 2005;166:35-46.
- 7- Patel M et al, Esophageal Carcinoma: Current Controversial Topics, Cancer Invest. 2004;22(6):897-921.
- 8-No Authors Listed, Surgical Treatment of Esophageal Cancer, Khiruriia (Sofiiia).2003;59(5);5-6.
- 9- Law S. et al, A Single- Layer Continuous Hand- Sewn Method for Esophageal Anastomosis, Arch Surg. 2005; 140(1):33-9
- 10- Zurauskas A et al, Pnognostic Factors for Respectable Esophageal Cancer, Madicina (Kaunas).2004;40(12):1175-9.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: 2006/3/22.

تاريخ قبوله للنشر: 2006/9/18.