

آدنوکارسینوم معده

دومین کانسر از نظر میزان کشندگی به علت سرطان می باشد. (فرانس UP TO DATE). به دلایل نامعلوم شیوع و مرگ و میر کانسر معده در طی ۷۵ سال گذشته کاهش یافته است میزان مرگ و میر آن در آمریکا از ۲۸ به ۵/۸ درصد هزار و در زنان از ۲۷ به ۲/۸ درصد هزار رسیده است.

شیوع بیماری در ژاپن - چین - شیلی و ایرلند هنوز بالا است.

ریسک سرطان معده در وضعیت های اجتماعی اقتصادی پائین بیشتر است مهاجرانی که از کشورهای با شیوع بالا به کشورهای با شیوع پایین مهاجرت می کنند مانند ملیت خودشان مستعد کانسر هستند ولی این ریسک برای نسل های بعدی آنها مانند سرزمین جدید می شود. این یافته ها به تاثیر دلایل محیطی را به عنوان علت سرطان معده دلالت می کند.

پاتولوژی

۸۵٪ کانسرهای معده آدنوکارسینوم هستند.

۱۵٪ لنفوماها و تومورهای استرومای معدی - روده ای (GIST) و لیومیوسارکوم می باشند.

۳۰٪ کانسرها در ناحیه ی دیستال معده، ۲۰٪ قسمت میانی معده، ۳۷٪ از قسمت پروگزیمال معده و ۱۳٪ تمام معده را درگیر می کند.

عوامل خطر

مصرف طولانی مدت نیترات در مواد غذایی و غذاهای دودی یا نمک سود شده با ریسک بالای سرطان معده همراه است. نیترات توسط باکتریها به نیتريت تبدیل می شود.

- سابقه فامیلی (فرانس UP TO DATE)

- مصرف سیگار (فرانس UP TO DATE)

- خوردن غذاهای الوده با قارچ افلاتوکسین (فرانس UP TO DATE)

- مصرف کم میوه و سبزی. (فرانس UP TO DATE)

- H.pylori ممکن است در عمل این باکتریها تداخل کند و باعث گاستریت مزمن - کاهش اسید معده و رشد باکتری در معده شود - ریشه کنی H.pylori در کاهش ریسک سرطان معده در جاهای با شیوع بالا هنوز تحت مطالعه است.

- کاهش اسید معده در جراحی های زخم معده - اکلرید ری - معده اترومیک و آنمی پرسینوز دیده می شود.

اندوسکوپی سریال نشان می دهد که در بیمارانی که گاستریت آتروفیک دارند، بافت معده با سلولهای شبیه بافت روده جایگزین می شود. این پروسه ی متاپلازی روده ای منجر به آنتیبی سلولی و کانسر می شود.

به نظر می رسد اصلاح روش نگهداری غذا و در یخچال گذاشتن غذا رشد باکتریهای اگزوزن را کاهش می دهد.

- گاهی زخم معده و پولیپ آدنوماتوز نیز با افزایش ریسک کانسر معده همراه اند. زخم های دوازدهه ارتباطی با سرطان معده ندارند.

- در افراد با گروه خونی A نسبت با گروه خونی O بیشتر کانسر معده دیده می شود. این ممکن است با ترشح مخاطی متفاوت آنها ارتباط داشته باشد.

منابع خارجی

باکتریهای تغییر دهنده ی نیترات:

- آلودگی غذایی با باکتری در جوامع اجتماعی اقتصادی پایین

- H.pylori؟

- عوامل داخلی که رشد باکتری را زیاد می کنند شامل :

- کاهش اسید معده

- جراحی قبلی معده

- گاستریت اتروفیک - آنمی پرسینوز

- مواجهه طولانی با آنتاگونست رسپتورهای H2 هستامینی

تظاهرات بالینی

معمولاً وقتی سرطان معده قابل درمان است علامتی هم ایجاد نمی کند در حالی که گسترش بیشتری می یابد علامت ایجاد می کند. احساس ناراحتی بالای شکم - احساس پری شکم، درد، بی اشتها، تهوع خفیف شایع است کاهش وزن و تهوع و استفراغ در تومورهای پیلور و دیسفاژی و سیری زودرس علامت عمده تومورهای کاردیاست.

معمولاً علائم فیزیکی واضحی نداریم وقتی توده قابل لمس می شود که گسترش زیادی پیدا کرده باشد. ۲۵٪ بیماران سابقه زخم معده دارند. (فرانس UP TO DATE).

گسترش تومور معمولاً به پانکراس - کولون - کبد می باشد. گاه متاستاز از غدد لنفاوی اینترآبدمینال و سوپراکلاویکولار به تخمدان (تومور کروکوبرگ) - ناحیه دورنافی sister mary joseph node

یا کولدوساک (توده ی قابل لمس در معاینه رکتوم یا واژن Blumer,s shelf) اتفاق می افتد. آسیب بدخیم نیز گاه دیده می شود.

شایعترین مکان متاستاز سرطان معده، کبد است.

مشاهده کم خونی کمبود آهن در مردان و تشخیص خون مخفی در مدفوع هر ۲ جنس ، بررسی دستگاه گوارش را ایجاب می نماید.

تشخیص

بعضی محققان پیشنهاد می کنند که اگر زخم معده در گرافی مشهود است و در طی ۶ هفته در گرافی معده آثار بهبود دارد نیازی به بررسی بدخیمی نیست. ولی طبق پیشنهاد مولفان هاریسون زخم معده باید بیوسپی شده و سیتولوژی فرستاده شود چون در مرحله ای که تومور محدود به مخاط یا زیر مخاط می باشد، شانس درمان بیش از ۸۰٪ است.

چون کارسینوم معده بطور بالینی یا رادیوگرافی از لنفوم معده سخت تشخیص داده می شود بیوسپی باید هرچه می تواند عمیق تر برداشته شود چون تومورهای لنفوئید در زیر مخاط هستند.

در ۵۰٪ موارد سرطان معده بررسی با رادیوگرافی با باریوم منفی است و راه انتخابی تشخیصی اندوسکوپی است. (رفرانس UP TO DATE)

غریبالگری و تشخیص زودرس (رفرانس UP TO DATE)

در مورد تاثیر بررسی های غربالگری هنوز اتفاق نظر وجود ندارد. این برنامه ها برای گروه های خاصی پیشنهاد می گردد:

- افراد سالمند با سابقه انمی پرنسیپوز یا معده آتروفیک
- Sporadic gastric adenoma
- Partial gastrectomy
- FAP- HNPCC
- مهاجرین از کشورهای با شیوع بالای سرطان معده

مرحله بندی تومور

تظاهارات	بقای ۵ ساله	مرحله	Stage تومور
Stage O	T_{is} NOMO	گره ها منفی، محدود به مخاط	۹۰٪
Stage 1A	T_1 NOMO	گره ها منفی، گسترش به لامینا پروپریا و زیر مخاط	۵۹٪
Stage 1B	T_2 NOMO	گره ها منفی، درگیری عضلات	۴۴
	T_1 N_1 MO		
Stage II	T_1 N_2 MO	گره ها مثبت، محدود به دیواره	۲۹٪
	T_2 N_1 MO		
	T_3 NOMO	گره ها منفی، گسترش از دیواره	
III A	T_2 N_2 MO	گره ها مثبت، تهاجم به بافت عضلانی یا گسترش از دیواره	۱۵٪
	T_3 N_{1-2} MO		
III B	T_4 $NO-1$ MO	گره ها منفی، چسبندگی به بافت های اطراف	۹٪
III C	T_4 N_{2-3} MO	درگیری بیش از ۳ غده لنفاوی تهاجم به سروز یا بافت های همراه	
	T_3 N_3 MO		
IV	T_4 N_2 MO	گره ها مثبت، نفوذ به انتهای اطراف	۳٪
	T_{1-4} $NO - 2M1$	متاستاز دوردست	

درمان ادنوکارسینوم معده

برداشتن تومور همراه با گره های لنفی مجاور تنها شانس درمان بیمار است. اگر تومور در دیستال معده باشد برداشتن بخشی از معده (گاسترکتومی ساب توتال) درمان انتخابی خواهد بود. اما تومور های ناحیه پروگزیمال معمولاً نیاز به خارج کردن کامل معده دارند.

پیش اگهی بیماری متعاقب جراحی به میزان نفوذ تومور به دیواره معده بستگی دارد و با درگیری گره های لنفی منطقه ای، تهاجم عروقی و محتوای DNA غیر طبیعی رابطه معکوس دارد.

بقای ۵ ساله در تومورهای دیستال ۲۰٪ و در تومورهای پروگزیمال کمتر از ۱۰٪ است.

ادنوکارسینوم معده نسبتاً به پرتودرمانی مقاوم است. در نتیجه نقش اصلی پرتودرمانی در بیماران تسکین درد می باشد. در تومورهایی که قابل جراحی نیستند طول عمر انهایی که اشعه گرفتند بیش از بیماران مشابهی که اشعه دریافت نموده بودند، نبوده است. با این حال تجویز ۵- فلوتورواوراسیل و لوکوورین همراه با پرتودرمانی اندکی طول عمر را افزایش داد. (میزان بقای ۳ ساله ۵۰٪ در برابر ۴۱٪ برای پرتودرمانی تنها) در این موارد ۵- فلوتورواوراسیل به عنوان یک ماده افزایش دهنده حساسیت نسبت به پرتو عمل می کند.

شیمی درمانی به تنهایی پس از خارج کردن کامل تومور، افزایش ناچیزی در میزان بقای بیماران ایجاد کرده است. با این حال شیمی درمانی چند دارویی (سیس پلاتین به همراه اپی روبیسین یا Docetaxel و انفوزیون ۵-فلوئورواوراسیل) قبل و بعد از جراحی و هم چنین شیمی درمانی و پرتودرمانی پس از جراحی، میزان عود را کاهش و بقای بیمار را افزایش داده است.

لنفوم اولیه معده

معمولاً ناشایع است کمتر از ۱۵٪ بدخیمی های معده و ۲٪ کل لنفوم هاست.

معده شایعترین جای خارج غده ای برای بروز لنفوم است.

لنفوم معده، در طی ۳۰ سال گذشته افزایش یافته است از آدنوکارسینوم معده به سختی قابل افتراق است. هر ۲ تومور در دهه ی ۶ زندگی اتفاق می افتد با درد اپیگاستر - سیری زودرس خستگی عمومی همراه با زخم نامنظم - کلفتی مخاط که با رادیوگرافی کمتر است دیده می شود.

تشخیص لنفوم معده گاهی از طریق سیتولوژی مخاط معده در حین گاستروسکوپی یا پارائومی داده می شود.

شکست بیوسپی در طی گاستروسکوپی به علت اینکه بیوسپی سطحی گرفته شده است دیده می شود.

عده ی لنفوم معده از نوع لنفوم نان هوچکین با منشأ B-cell است.

گرفتاری معده با لنفوم هوچکین بسیار نادر است. بافت شناسی این تومورها از Well - differentiated تا High grade Large Cell متفاوت است.

نظیر آدنوکارسینوم معده عفونت با هلیکوباکتر ریسک لنفوم را افزایش می دهد.

لنفوم معده ابتدا به غدد لنفاوی ناحیه ای گسترش می یابد.

Stage آن مثل سایر لنفوم هاست.

درمان

درمان لنفوم معده سخت تر از آدنوکارسینوم معده است. درمان آنتی بیوتیکی ریشه کنی هلیکوباکتر قبل از عمل منجر به پسرقت ۷۵٪ لنفوم MALT معده می گردد.

عدم پاسخ به این درمان ضد میکروبی مرتبط با کروموزوم های غیر طبیعی است. گاسترکتومی ساب توتال معمولاً با ترکیب شیمی درمانی منجر به بقای ۵ ساله ۶۰-۴۰٪ بیماران با لنفوم موضعی با درجه بالا می گردد.

نیاز به جراحی هنوز مورد سؤال است به خصوص در بیمارانی که شواهد درگیری غدد لنفاوی دارند.

CHOP = پردنیزولون + سیکلوفسمامید + دوکسوروبیسین + vincristine + به اضافه rituximab درمان مؤثر است. نقش پرتودرمانی هنوز نامعلوم است چون اکثر موارد عود در محلی دور از اپیگاستر روی میدهد.