

سرطان مری

کانسرهای مری از جمله سرطان های نسبتاً "ناشایع" می باشند اما این کانسرها بطور وسیعی کشنده اند بطوریکه در ۱۶/۶۴۰ بیمار کشف شده در سال ۲۰۱۰ در آمریکا، ۱۴۵۰۰ مورد مرگ گزارش گردیده است. در دنیا شوع کانسرهای مری در نقاط جغرافیایی مختلف متفاوت می باشد. در مناطق با شیوع بالا افزایش ریسک فامیلی نیز دیده شده است در حالیکه هنوز ژن مسئولی برای این کانسر شناخته نگردیده است. این سرطان در نژاد سیاه بیشتر از نژاد سفید، در مردان بیشتر از زنان و اغلب موارد در سن بالای ۵۰ سال دیده می شود به نظر می رسد که با موقعیت اجتماعی اقتصادی پایین نیز در ارتباط است بعضی از فاکتور های که در ایجاد بیماری نقش دارند در جدول زیر آورده شده است:

جدول ۱- علل سرطان مری

۱	مصرف زیاد الکل
۲	استعمال دخانیات
۳	سایر کاسینوژنهای خوراکی - نیترات (که به نیتريت تبدیل می شود) - مواد مخدر دخانی - سموم قارچی در سبزیجات ترشی شده
۴	آسیب مخاطی ناشی از عوامل فیزیکی - چای داغ - پرتو تابی که باعث تنگی شود - آشالازی مزمن - بلع قلیا - ازبست در SCC مری. (رفرانس UP TO DATE) - اشعه یونیزان در SCC مری. (رفرانس UP TO DATE)
۵	عوامل مساعد کننده میزبان - پرده مری با التهاب زبان و کمبود آهن (Plummer-Vinson or Paterson- Kelly syndrome) - هیپرکراتوز مادرزادی همراه با فرورفتگی هایی در کف دست و پا (tylosis Palmaris et Plantaris) - کمبود های غذایی؟ سلنیوم - مولیبدن - روی - ویتامین A - سلیاک اسپرو - رفلاکس معده مزمن (مری بارت) در ارتباط با آدنوکارسینوم مری - کله سیستکتومی در SCC مری. (رفرانس UP TO DATE) - چاقی در آدنوکارسینوم مری. (رفرانس UP TO DATE)

مصرف همزمان سیگار والکل هر کدام به تنهایی ریسک ابتلا را ۵ برابر افزایش می دهد. (رفرانس UP TO DATE). مصرف همزمان سیگار والکل ریسک ابتلا را ۲۵ تا ۱۰۰ برابر افزایش می دهد. (رفرانس UP TO DATE)

بیسفوسفاناتها می توانند منجر به مری بارت و آدنوکارسینوم گردند. (آلندرونات و ...)

به دلایل نامعلوم شیوع SCC در ایالات متحده امریکا رو به کاهش (احتمالاً" به علت کاهش مصرف طولانی مدت سیگار والکل. (رفرانس UP TO DATE)

(DATE) و شیوع آدنوکارسینوم رو به افزایش است بخصوص در مردان سفید $M/F = 6:1$

آدنوکارسینوم در انتهای مری در اثر رفلاکس مزمن معده و متاپلازی اپتلیوم معده ایجاد می شود که این پدیده بیشتر در افراد چاق ایجاد می گردد.

مطالعات اپیدمیولوژیک پیشنهاد دهنده نقش حفاظتی NSAIDs در پیشگیری از کانسر مری بخصوص در بیماران مبتلا به مری بارت می باشد.
(رفرانس UP TO DATE)

یافته های بالینی

حدود ۱۰٪ سرطانها مری در ۱/۳ فوقانی مری ۳۵٪ در ۱/۳ میانی و ۵۵٪ در ۱/۳ تحتانی مری ایجاد می شود.
S.CC و آدنوکارسینوم مری با رادیوگرافی و اندوسکوپی قابل افتراق نیستند. هر دو علائم بالینی مشابهی دارند، آدنوکارسینوم ها بیشتر در ناحیه دیستال مری دیده می شوند. (رفرانس UP TO DATE)

دیسفازی پیشرونده (شایعترین علامت. (رفرانس UP TO DATE) و کاهش وزن (دومین علامت شایع. (رفرانس UP TO DATE) در طی زمان کوتاه از علائم اولیه در بسیاری از بیماران هستند. دیسفازی ابتدا نسبت به جامدات و بعد به سوی مواد نیمه جامد و یا مایع پیشرفت می کند. در زمان بروز این علائم اغلب تومور غیر قابل درمان است، چون دیسفازی وقتی اتفاق می افتد که حدود ۶۰٪ محیط مری با سلول های سرطانی درگیر شده باشد. دیسفازی ممکن است همراه با درد (درد می تواند انتشاری به قفسه سینه یا کمر باشد) رگورژیتاسیون یا استفراغ وسرفه و پنومونی آسپیراسیون باشد.

انتشار کانسر اغلب موارد به غدد لنفاوی مجاور یا سوپراکلاویکولار- کبد - ریه - پلور و استخوان می باشد.
در مراحل پیشرفته بیماری فیستول بین مری و تراشه ممکن است ایجاد شود.

تشخیص

هرچند تلاش در جهت بررسی های اندوسکوپی یا سیتولوژیک در بیماران با مری بارت برای ردیابی high-grade dysplasia موثر بوده است، اما هنوز در پروگنوز بیماران مبتلا به کارسینوم تأثیر خاصی نداشته است.

در بیماران مری بارت باید علائم رفلاکس درمان گردد و یک سال بعد از تشخیص بیماری اندوسکوپی انجام می گیرد و پس از آن هر ۳ سال یکبار اندوسکوپی تکرار می گردد. (رفرانس UP TO DATE)

بیمارانی که low-grade dysplasia دارند باید هر ۶ تا ۱۲ ماه تحت اندوسکوپی قرار گیرند و اگر اندوسکوپی های اولیه علائمی از پیشرفت دیسپلازی نداشت می توان آن را سالانه تکرار کرد.

رادیوگرافیهای کنتراست روتین بطور مؤثری ضایعات مری را که باعث علائم شده است نشان می دهد. در مقایسه با لیومیومای خوش خیم مری که منجر به باریکی مری با نمای مخاطی طبیعی مری می باشد، کارسینومهای مری تغییرات زخمی و نامنظم مخاط را نشان می دهد که تصویری شبیه اشالازی دارند.

تومورهای کوچکتر که قابل برداشت هستند عملاً "بطور کافی قابل رویت نیستند به همین خاطر ازوفاگوسکوپی در تمام بیمارانی که ابنورمالیتی در مری دیده می شود، برای رویت تومور و تشخیص بافت شناسی باید انجام گردد.

به علت اینکه بیمارانی که در معرض خطر SCC مری هستند (مصرف کنندگان سیگاری و الکلی) در معرض خطر سرطانه های دیگر نظیر ریه و ناحیه سر و گردن می باشند. بررسی اندوسکوپی حنجره، نای و برونشها نیز باید انجام گردد. همچنین بررسی انتر معده نیز پیشنهاد گردد.

در ۱/۳ موارد نمی توان با اندوسکوپی از بافت بدخیم مری نمونه گرفت زیرا ابزار بیوپسی قادر به نفوذ به عمق مخاط پوشاننده کارسینوم نمی باشد. با گرفتن چندین بیوپسی، میزان موفقیت افزایش می یابد.

انتشار تومور به مدیاستن و غدد لنفاوی پارائورتیک با CT اسکن قفسه سینه و شکم و سونوگرافی اندوسکوپی بررسی می گردد.

در بیشتر بیماران در هنگام بروز علائم، بیماری در مرحله پیشرفته ای قرار دارد.

(رفرانس UP TO DATE) **پیشنهادات تشخیصی زودرس.**

در بیماران مری بارت باید علائم رفلاکس درمان گردد و یک سال بعد از تشخیص بیماری اندوسکوپی انجام می گیرد و پس از آن هر ۳ سال یکبار اندوسکوپی تکرار می گردد. (رفرانس UP TO DATE).

بیمارانی که low-grade dysplasia دارند باید هر ۶ تا ۱۲ ماه تحت اندوسکوپی قرار گیرند و اگر اندوسکوپی های اولیه علائمی از پیشرفت دیسپلازی نداشت می توان آن را سالانه تکرار کرد. (رفرانس UP TO DATE).

درمان

پیش آگهی کانسر مری بسیار ضعیف است. کمتر از ۵٪ بیماران بعد از تشخیص بقای ۵ ساله دارند. بنابراین پیگیری بیماری روی کنترل علائم انجام می گیرد. برداشتن جراحی تومور قابل رویت تنها در ۴۵٪ بیماران امکان پذیر است، در حالیکه باقیمانده تومور در اغلب موارد در حاشیه جراحی باقی می ماند.

این اعمال جراحی با میزان مرگ و میر ۵٪ همراه است، که علت آن فیستول محل آناستوموز-آبسه ساب فرنیک و عوارض تنفسی همراه است. حدود ۲۰٪ بیماران بعد از رزکسیون توتال بقای ۵ ساله دارند.

اثر بخشی رادیوتراپی اولیه (5500-6000 cGy) مشابه جراحی رادیکال می باشد.

تأثیر شیمی درمانی بستگی به عواملی از جمله وضعیت فیزیکی بیماران دارد.

در ۲۵-۱۵٪ بیماران که یک عامل شیمی درمانی دریافت کرده اند، و در ۶۰-۳۰٪ بیماران که چند عامل دارویی (که شامل سیس پلاتین نیز بوده است) کاهش سایز قابل ملاحظه تومور گزارش گردیده است.

ترکیب شیمی درمانی - رادیوتراپی و جراحی بنظر مفید می باشد.

همراهی شیمی درمانی و رادیوتراپی طول عمر بیماران را نسبت به رادیوتراپی تنها، بیشتر افزایش می دهد..

تأثیر این همراهی بعلاوه برداشت مری در بقای بیماران در مطالعات کنترل و تصادفی گزارش گردیده است، در حالیکه گزارشات دیگری نیز بیانگر این می باشد که وقتی جراحی به درمان توموری که با شیمی درمانی و پرتو کوچک شده است اضافه گردد فایده بیشتری نصیب بیمار نمی گردد.

برای بیمارانی که قابل جراحی نیستند برای برطرف نمودن علائم دیسفاژی و سوء تغذیه روشهایی نظیر گشاد کردن از طریق اندوسکوپی - جراحی جایگزین گاستروستومی یا ژژونوستومی برای تغذیه بیمار و جایگزین کردن استنت فلزی در مری از جمله روشهای کمک کننده به بیمار هستند.