

اخبار کنگره‌ها، همایش‌های علمی و مقاله‌های دیگر

درمان سرطان مری و معده مطابق رهنمودهای انجمن گاستروانترولوژی انگلستان

ترجمه از دکتر صادق مسرت

انجمن‌های فوق تخصصی در بیشتر کشورهای دنیا در سال‌های گذشته سعی کرده‌اند که برای بیماری‌های شایع جوامع خود نظریات کاربردی را مطابق آخرین تحقیقات علمی به پزشکان ارائه دهند. از جمله انجمن گاستروانترولوژی انگلستان رهنمودهای عملی را که اهمیت اثبات آن به سه طبقه تقسیم شده است در رابطه با سرطان مری و معده منتشر کرده است. در طبقه‌بندی اهمیت اثبات و اعتبار درجه A، بر اساس بررسی‌های کنترل و راندوم شده از کیفیت بالا برخوردار است، در اعتبار B، بررسی‌ها به صورت راندوم انجام نگرفته ولی معتبر شناخته شده است و در اعتبار C، بررسی‌ها روی تجربه شخصی متخصصان معتبر بدون این که مقایسه بین دو روش درمانی شده باشد انجام می‌گردد. خلاصه نظریه‌ها به شرح زیر است:

اپیدمیولوژی و علل:

- ۱- سرطان Adeno-ca محدود به یک سوم پائین مری و محل تقاطع معده به مری کاملاً شیوع پیدا کرده در حالی که میزان شیوع سرطان پائین معده کم شده است (اعتبار B)
- ۲- میزان شیوع سرطان مری و معده می‌تواند با کم شدن اعتیاد به دخانیات و الکل و بالا رفتن مصرف میوه و سبزیجات تازه کم شود (اعتبار C)
- ۳- سرطان مری می‌تواند با کم شدن مدت و شدت ریفلاکس اسید و وزن بدن تحت تأثیر قرار گیرد (اعتبار C)
- ۴- ریشه‌کنی هلیکوباکتر می‌تواند شیوع سرطان معده را پائین آورد (اعتبار C)

- ۵- بیوپسی لازم است، زیرا تعداد زیادی از این بیماران یا سرطان زیر مخاط داشته و یا در حال تکامل سرطان هستند (اعتبار B)
- ۵- درمان ضد اسید بهتر است کنار گذاشته شود و برای جلوگیری از تشخیص نادرست به زمان بعد از اندوسکوپی واگذاشته شود (اعتبار B)
- ۶- در تمام بیمارانی که به تازگی دچار دیس‌پسی شده و سن آنها بیش از ۵۰ سال است باید حدس وجود سرطان معده را جدی گرفت (اعتبار C)
- ۷- زخم معده باید تا زمان بهبود با بیوپسی مجدد پیگیری شود (اعتبار B)

طبقه‌بندی سرطان‌ها (Staging)

- ۱- طبقه‌بندی باید با دقت و اطمینان برای تمام بیماران انجام گیرد تا بتوان به درستی درمان متناسب را انتخاب کرد (اعتبار B)
- ۲- طبقه‌بندی مطمئن هنگامی می‌تواند انجام گیرد که وسایل فنی و مختصان کارآزموده با هم وجود داشته و یافته‌ها در زمان محدود به خوبی تجزیه و تحلیل شوند (اعتبار B)
- ۳- برای طبقه‌بندی اولیه CT اسپیرال قفسه سینه و شکم باید انجام گیرد تا از درگیری اعضای مربوط آگاهی حاصل شود (اعتبار B)
- ۴- در صورت عدم وجود متاستاز امکان جراحی شدن را بهتر است به وسیله اولتراسوند از راه اندوسکوپ بررسی کرد (اعتبار B)
- ۵- برای طبقه‌بندی بررسی با NMR، برونکوسکوپی، لاپاروسکوپی و سونوگرافی شکم می‌بایستی مورد نظر قرار گیرد (اعتبار B)

تشخیص:

- ۱- میزان حدس وجود سرطان اگر ناراحتی‌های بیمار همراه علائم هشداردهنده (مثل کم شدن وزن، استفراغ، کم‌خونی) باشد بالا می‌رود و پزشکان عمومی باید بیماران را هرچه زودتر ارجاع دهند (اعتبار B)
- ۲- دسترسی هر چه زودتر به گاستروسکوپی همراه بیوپسی انتخاب احسن برای تشخیص است (اعتبار C)
- ۳- در بیماران با شکایت طولانی‌مدت ریفلاکس و دیسفاژی نباید حدس وجود ضایعه خوش‌خیم تنگ و ازوفازیت ساده زده شود مگر این که اندوسکوپی همراه بیوپسی انجام شده باشد.
- ۴- در صورت وجود دیس‌پلازی اندوسکوپی مجدد هرچه زودتر همراه

پاتولوژی:

درمان جراحی سرطان مری

- ۱- برداشتن مری فقط باید در مراکز که تجربه در انتخاب صحیح بیمار و مهارت کافی در عمل جراحی و مراقبت بعد از آن با حجم زیاد بیماران دارند انجام شود (اعتبار B)
- ۲- هنوز دلایل کافی برای ارجحیت یک نوع عمل جراحی بر نوع دیگر وجود ندارد (اعتبار C)
- ۳- در عمل جراحی باید برداشتن تومور چه در جهت افقی و چه در جهت عمودی همراه غده‌های لنفاوی اطراف حتی‌الامکان عملی گردد (اعتبار B)
- ۴- آناستوموز می‌تواند هم دوخته شدن توسط گره‌های جراحی و هم با استاپلر (Stapler) انجام گیرد (اعتبار B)
- ۵- نباید Leakage همراه آناستاموز از مرز ۵ درصد بیشتر باشد (اعتبار B)
- ۶- برداشتن مری با هدف معالجه نجات‌بخش (Curative RO) قاعدتاً باید بیشتر از ۳۰ درصد موارد باشد (اعتبار B)
- ۷- مرگ و میر در بیمارستان برای عمل برداشتن مری باید از ۱۰ درصد کمتر باشد (اعتبار B)

عمل برداشتن معده

- ۱- بهترین نتایج فقط در مراکز تخصصی که در آن جراحان مجرب در فعالیت تیمی و درمانی شرکت می‌کنند به دست می‌آید (اعتبار B)
- ۲- سرطان قسمت تحتانی معده با رزکسیون گاسترکتومی Subtotal و سرطان قسمت بالای معده با گاسترکتومی Total باید انجام شود (اعتبار B)
- ۳- برداشتن قسمتی از معده فقط در شرایط تسکینی (Palliative) و یا در افراد خیلی مسن انجام گیرد (اعتبار B)
- ۴- در بیماران با احتمال درمان نجات‌بخش (Curative) سرطان معده حتماً باید غده‌های لنفاوی D₂ را برداشت (اعتبار C)
- ۵- میزان برداشتن غده‌های لنفاوی می‌بایستی بر حسب سن و وضع عمومی بیمار در رابطه با محل و Staging سرطان انجام گیرد (اعتبار C)
- ۶- برداشتن دم پانکراس و طحال نباید برای سرطان معده محدود به دو سوم پاتین این عضو انجام گردد (اعتبار A)
- ۷- برداشتن دم پانکراس فقط در مواردی که تومور به آنجا منتشر شده و شانس موفقیت قطعی (Curative) در بیماران مبتلا به سرطان قسمت بالای معده زیاد است می‌تواند انجام گیرد (اعتبار A)
- ۸- برداشتن طحال و غده‌های لنفاوی ناف آن فقط در بیمارانی که تومور در قسمت انحنای بزرگ و بالای معده و قسمت خلفی آن قرار گرفته است و هنوز امکان درمان موفقیت‌آمیز آنها بالاست باید انجام گیرد (اعتبار C)

- ۱- تشخیص دیس‌پلازی با درجه بالا در بارت مری و در معده باید به وسیله پاتولوژیست‌های معتبر با همکاری یک پاتولوژیست که علاقه‌مند و متخصص در رشته است انجام گیرد (اعتبار C)
- ۲- گزارش‌های در رابطه با رزکسیون بافت مری می‌بایستی لااقل شامل نوع تومور، عمق انتشار تومور، پیشرفت تومور به حاشیه برداشته شده، درگیری عروق، متاپلازی نوع بارت و تعداد غده‌های لنفاوی برداشته شده با ذکر درگیری متاستازهای سرطانی باشد (اعتبار B)
- ۳- در گزارش برداشتن معده باید حداقل نوع تومور، عمق انتشار تومور و انتشار به حاشیه و درگیری غده‌های لنفاوی و تعداد آن و انتشار متاستاتیک ذکر شود (اعتبار B)
- ۴- تومورهای محدود به تقاطع مری با معده باید به تومور نوع اول I (انتهای مری) و نوع دوم II (کاردیا) و نوع سوم III (بالای معده) طبقه‌بندی شود (اعتبار C)

درمان

- ۱- درمان و بررسی بیماران می‌بایستی در چهارچوب فعالیت تیم چندتخصصی که برنامه طبقه‌بندی تومور (Staging)، انتخاب نوع درمان (چه رادیکال و چه کمکی Palliative)، و سیر و پی‌گیری را انجام می‌دهند به عهده گرفته شود (اعتبار C)
- ۲- بررسی صحیح وضع سلامتی بیماران قبل از درمان باید انجام گیرد، توجه خاص باید به دستگاه گردش خون و تنفس و میزان کارایی بشود (اعتبار C)

ارزیابی قبل از جراحی

- ۱- تحقیقات معمولی باید شامل آزمایش‌های خون و بیوشیمی (اعتبار C) یک ECG در حال استراحت (اعتبار B) یک عکس از قفسه سینه (اعتبار B)، آزمایش‌های کارایی ریه (اعتبار B) و تست ورزشی (اعتبار C) باشد.
- ۲- مطلوب کردن آمادگی جسمی بیمار بر مبنای جنس‌های مختلف شکل گیرد و باید از امکانات مختلف استفاده شود (اعتبار C)
- ۳- بیماران باید تشویق شوند که بلافاصله از مصرف دخانیات اجتناب کنند (اعتبار C)
- ۴- همه بیماران باید درمان ضد ترومبوز (اعتبار A) و پیشگیری از عفونت با آنتی‌بیوتیک (اعتبار C) در زمان مناسب با عمل جراحی و مراقبت‌های بعد از آن را دریافت کنند.
- ۵- بیهوشی حتماً باید به وسیله متخصصان هوش‌بری که آشنائی با تنفس ریه و اپیدورال دارند انجام گیرد (اعتبار C)
- ۶- کیفیت زندگی بیمار باید در برنامه درمانی مورد توجه قرار گیرد (اعتبار B)

- ۹- میزان معالجه قطعی (Curative) سرطان معده می‌باید بیشتر از ۳۰ درصد مورد نظر قرار گیرد (اعتبار B)
- ۱۰- مرگ و میر در بیمارستان بعد از عمل جراحی باید کمتر از ۱۰ درصد برای گاسترکتومی کامل و کمتر از ۵ درصد برای برداشتن قسمتی از معده باشد (اعتبار B)

دارو و پرتودرمانی

سرطان مری:

- ۱- در سرطان مری هیچ دلیل اثبات شده برای درمان دارویی Adjuvant وجود ندارد (اعتبار B)
- ۲- دارو درمانی Neoadjuvant با داروی Cisplatin و 5-Fu میزان زنده ماندن کوتاه مدت بعد از عمل جراحی را بهبود می‌بخشد (اعتبار B)
- ۳- پرتودرمانی قبل از عمل جراحی اثربخش نمی‌باشد (اعتبار A) ولی همراه با دارودرمانی می‌تواند میزان زنده ماندن طولانی‌مدت را بهبود بخشد (اعتبار B)
- ۴- دارو و پرتودرمانی با هم درمان قاطع و انتخابی برای درمان سرطان squamous cell بالای مری هستند (اعتبار B)

سرطان مری :

- ۱- دیلاتاسیون مری را باید در افرادی انجام داد که مدت زمان زنده ماندن آنها کوتاه (کمتر از چهار هفته) و قادر به بلع حتی آب دهان خود نیستند و دیسفاژی آنها را رنج می‌دهد تا این که یک درمان دیگر انجام گیرد (اعتبار B)
- ۲- تزریق الکل خالص (۱۰۰٪) به مقدار ۰/۵ تا ۱ سی‌سی می‌تواند در حالات زیر انجام شود:
- الف: در حالی که تومور فضاگیر بوده و مانع از عبور اندوسکوپ می‌شود (اعتبار B)
- ب: تومور نزدیک غضروف Crico pharyngeus بوده و اندوسکوپ وارد نشود (اعتبار B)
- پ: چنانچه تومور در انتهای prosthesis رشد کرده و به سطح داخل رسیده است (اعتبار B)
- ۳- انتوباسیون (intubation) مری درمان انتخابی برای آن دسته از تومورهای تنگ‌کننده فضای مری است که قدرت نگهداری پروتوز را تا ۲ سانتی‌متر زیر غضروف کریکوفارنژ دارند و به وسیله آن ناراحتی ناشی از دیسفاژی برطرف می‌شود (اعتبار B)
- ۴- استنت‌های (stents) فنری مانند براستنت‌های پلاستیک ارجحیت دارند زیرا که عواقب جانبی آنها کمتر است و زمان بستری شدن

کمتری در بیمارستان دارند (اعتبار B)

- ۵- اگر فیستولی بین مری و نای حتی به علت پرفوراسیون ناشی از دیلاتاسیون ایجاد شود گذاشتن استنت فنری یا پلاستیکی درمان اولیه خواهد بود (اعتبار B)
- ۶- درمان با اشعه لیزر برای درمان دیسفاژی و درد آن هنگامی که تومور فضای داخل مری و یا کاردیا را فرا گرفته باشد مؤثر است (اعتبار A)
- ۷- بهبود ناشی از درمان با اشعه لیزر می‌تواند طولانی‌تر شود اگر از پرتودرمانی یا Brachytherapy استفاده شود (اعتبار A)
- ۸- شیمی‌درمانی بر پرتودرمانی به عنوان درمان ارجحیت دارد (اعتبار B)
- ۹- رادیوتراپی یا دارودرمانی به تنهایی علائم دیسفاژی را کندتر از انتوباسیون یا درمان با اشعه لیزر از بین می‌برد (اعتبار B)
- ۱۰- درمان فتودینامیک یا با اشعه APC در سرطان مری هنوز در حال تجربه است و استفاده از آن فعلاً توصیه نمی‌شود (اعتبار B)، احتمالاً APC می‌تواند در درمان توموری که روی پروتوز نمو می‌کند اثر داشته باشد.

سرطان معده

- ۱- درمان دارویی تسکینی (Palliative) برای سرطان معده پیشرفته در موضع یا متاستاز داده مؤثر است و می‌تواند کیفیت زندگی و طول عمر را بهتر کند (اعتبار A)
- ۲- فعلاً توصیه نمی‌شود که شیمی‌درمانی از نوع درجه دوم (Second line) استفاده شود و در این قسمت باید بیشتر تحقیق شود (اعتبار B)
- ۳- احتمال این که درجه و خامت (Stage) در اثر دارودرمانی پائین بیاید در برخی از بیماران دیده شده است و احتمال عمر طولانی‌تر پس از جراحی و برداشتن کامل تومور نیز دیده شده است، اما هیچ‌گونه بررسی کنترل‌شده و راندومی صورت نگرفته است (اعتبار C)

پی‌گیری بیماران

با نبودن بررسی‌های کنترل شده پی‌گیری بیماران می‌تواند کمکی برای آنها باشد، پی‌گیری بیماران باید قسمتی از برنامه کارهای تیمی باشد همچنین ایجاد سرویس‌های پرستاری در این نوع پی‌گیری‌ها می‌باید به کار گرفته شود (اعتبار C)

منبع:

Allum W.H. et al "Guidelines for the Management of Oesophageal and Gastric Cancer" Gut 2002, 50: suppl. v: v1-v23