

تاثیر درمان های نئو اجوان در مورتالیت و عوارض کوتاه مدت بیماران سرطان مری تحت جراحی به روش ترانس هیاتال در بیمارستان امام رضا (ع) مشهد

سید محمد معتمد الشریعتی^{۱*}، علی جنگجو^۲، آسیه سادات فتاحی معصوم^۳

(۱) بخش سوختگی بیمارستان امام رضا(ع)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

(۲) گروه جراحی عمومی، بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

(۳) گروه جراحی عمومی، بیمارستان قائم، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

تاریخ دریافت: ۸۶/۱۲/۱۱

تاریخ پذیرش: ۸۷/۱۲/۱۲

چکیده

مقدمه: اگر چه جراحی هم چنان درمان استاندارد سرطان مری قابل رزکشن محسوب می شود، طی سال ها تلاش بر این بوده که با استفاده از روش های کمکی (Adjuvant) به اطاله عمر این بیماران کمک نمائیم. درمان های نئو اجوان قطعا باعث سهولت رزکشن تومور و احتمالا افزایش عمر به میزان سه سال خواهد شد. با توجه به نکات مذکور، برآن شدیم که تاثیر این درمان ترکیبی در ایجاد عوارض کوتاه مدت و فوت بیمارستانی را مورد بررسی قرار دادیم.

مواد و روش ها: ۱۱۴ بیمار مبتلا به سرطان مری را که در یک دوره ۲ ساله به روش ترانس هیاتال تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند مورد بررسی قرار دادیم. تصمیم گیری در مورد انتخاب یا عدم انتخاب درمان های نئو اجوان در تومور کلینیک به صورت مشترک و به کمک کلینیکال انکولوژیست بر مبنای محل و نوع آسیب شناسی و ابعاد رادیولوژیک تومور و شرایط عمومی بیمار اتخاذ شد.

یافته های پژوهش: در مجموع ۱۳ مورد عارضه و ۸ مورد فوت بیمارستانی مشاهده شد. در حالی که مرگ و میر در گروهی که درمان نئو اجوان نداشتند حتی شایع تر بود، اختلاف معنی داری بین دو گروه وجود نداشت.

بحث و نتیجه گیری: درمان های نئو اجوان موجب افزایش مرگ و میر مبتلایان به سرطان مری تحت عمل جراحی ترانس هیاتال نمی شود. لزوم یک مطالعه کنترل شده با تعداد بیشتر و همگون کردن گروه شاهد و کنترل جهت اظهار نظر قطعی امری انکارپذیر است.

واژه های کلیدی: درمان های کمکی قبل از جراحی، ترانس هیاتال، کارسینوم، مری

مقدمه

سرطان اولیه مری شایع ترین تومور مری و ششمین علت فوت ناشی از سرطان در سطح جهانی می باشد در حالی که سرطان مری قابل درمان است، به ندرت قابل علاج به حساب می آید، طول عمر ۵ ساله همچنان در حد ۲۰ درصد می باشد (۱) تلاش های زیادی برای افزایش طول عمر این بیماران در حال انجام می باشد غربالگری سیتولوژیک نمونه ای از آن می باشد. گر چه مطالعات متعددی در ارتباط با نقش رادیوکموترابی نئو اجهوان در درمان سرطان مری در دسترس می باشد بحث و جدل در این ارتباط هنوز ادامه دارد (۱). در حالی که مطالعات کنترل نشده قبلی حکایت از نقش کمو رادیوتراپی در افزایش طول عمر این بیماران دارد، بررسی های دیگر نوع آسیب شناسی را عامل مهم پیش گوئی کننده در پاسخ به درمان می داند. در واقع تمامی مطالعات بر نقش غیر قابل انکار درمان های نئو اجهوان در افزایش قابلیت رزکشن سرطان مری تاکید دارند. در مورد عوارض ناشی از درمان های نئو اجهوان باید گفت که بیشترین تاکید بر عوارض ریوی می باشد که با توجه به محدوده رادیوتراپی دور از انتظار نمی باشد (۲). در مطالعه فعلی، ما به بررسی نقش کمو رادیوتراپی قبل از عمل در ارتباط با عوارض کوتاه مدت در مبتلایان به سرطان مری که تحت عمل جراحی به روش ترانس هیاتال قرار گرفتند پرداختیم.

مواد و روش ها

۱۱۴ بیمار مبتلا به سرطان مری از نوع اپیدرموئید کارسینوم را مورد مطالعه قرار دادیم. بیماران با توجه به گزارش رادیوگرافی بلع باریم و اندوسکوپی انجام شده و تخمین اندازه تقریبی تومور در تومور کلینیک و بعد از مشورت با مدیکال انکولوژیست به دو گروه تقسیم شدند که در گروهی که طول ناحیه رفتاری بزرگتر از ۵ سانتیمتر بود اقدام به کمو رادیوتراپی نئو اجهوان شد. رادیوتراپی اکسترنال در طی ۴ هفته و ۴۰۰۰ راد انجام شد. رژیم کموترابی شامل دو دوره سیس پلاتین و ۵ دوره فلورو اوراسیل بود. به فاصله دو هفته بعد از اتمام کمو رادیوتراپی اقدام به عمل جراحی شد.

عمل جراحی از وفازکتومی ترانس هیاتال با برش خط وسط شروع و بعد از اتمام کاسترولیز با برش سمت چپ گردن و در امتداد عضله استرنوکلید و ماستوئید مری از بافتهای اطراف جدا شد. سپس با کمک دیسکشن همزمان از بالا و پائین تومور و مری داخل قفسه صدری از بافت های اطراف آزاد شد و مری به داخل شکم کشیده شد و بعد از رزکشن تومور و تمام مری توراسیک باقیمانده معده به گردن کشیده شد آناستوموز در یک لایه با نخ سیلک O3 انجام شد. درن توراسیک تنها در آن گروه از بیماران گذاشته شد که خونریزی حین عمل بیشتر از ۵۰۰ سی سی داشتند. زخم ناحیه گردن درناژ نشد. روز ششم اسکن تخلیه معده با تکنسیم ۹۹ انجام شد و به این ترتیب ضمن کنترل سلامت محل آناستوموز کفایت روش درناژ دوازدهه با توجه به زمان تخلیه معده مورد ارزیابی قرار گرفت و سپس تغذیه دهانی شروع شد. به طور متوسط اغلب بیماران در صورت عدم ایجاد عارضه تا روز دهم ترخیص شدند.

متغیرهای مورد مطالعه در بیماران عبارتند از: سن، جنس، محل تومور، عوارض جراحی شامل خونریزی بعد از جراحی، آسیب به تراشه، شیلوتراکس مور تالیتته ۳۰ روز اول بعد از جراحی. جهت بررسی آماری عوارض بعد از عمل Fisher exact test استفاده شد و با توجه به اینکه $P \text{ Value} = 0.302$ و بالاتر از 0.05 بود طبعا اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه وجود نداشت.

یافته های پژوهش

نسبت مرد به زن ۲ به ۱ و شایع ترین محل تومور به ترتیب بخش میانی و بعد تحتانی مری بود. ۲/۵ درصد از تومورها در ۱/۳ فوقانی مری قرار داشته اند. تمامی تومورها از جنس SCC بودند بیماران مبتلا به ادنوکارسینوم و سارکوم را در جهت همگون کردن گروه مورد مطالعه از بررسی حذف کردیم. ۷۵ درصد از بیماران رادیوکموترابی شده بودند. خلاصه مشخصات بیماران در جدول شماره ۱ ملاحظه می گردد. مورتالیتته بیمارستانی ۶/۳ درصد بود. در جدول شماره ۲ عوارض بیمارستانی و میزان فوت در ۳۰ روز اول در دو گروه به تفکیک بیان شده است.

جدول شماره ۱. مشخصات کلی بیماران

تعداد کل	۱۱۴
نسبت مرد به زن	۲ به ۱
متوسط سن بیماران	۵۳ سال
محل تومور	
فوقانی	۳
میانی	۶۰
تحتانی	۵۱
نوع آسیب شناسی	
کارسینوم اپیدرموئید	۱۱۴
روش درناژ راه خروجی معده	
پیلور پلاستی	۳
پیلور میو تومی	۲۰
استرچ پیلور	۹۰
بدون دستکاری	۱

جدول شماره ۲. عوارض و مورتالیتیه ۳۰ روز اول به تفکیک در دو گروه بیماران

نوع عارضه	تعداد در گروهی که نتوانا جوان داشتند	تعداد در گروهی که نتوانا جوان نداشتند
عفونت	۳	۱
فیستول	۱	۱
انسداد پیلور	—	—
آسیب به تراشه	—	۲
خونریزی بیشتر از ۱۶۰۰ سی سی حین عمل	۱	—
عود دیسفاژی در طی سه ماه	—	۱
هموپتیزی	—	۲
جمع کل	۵ مورد	۸ مورد
فوت	۲	۶

بحث و نتیجه گیری

نتایج و روش های درمان در مبتلایان به سرطان مری ارتباط انکارناپذیری با مرحله بیماری دارد. اگر چه جراحی همچنان روش اصلی درمان می باشد، به علت نتایج نا امید کننده از بابت طول عمر دراز مدت بیماران تلاش های زیادی در جهت افزایش طول عمر این بیماران انجام شده است.

طرفداران کمورادیوتراپی قبل از جراحی معتقدند که در این روش درمانی تومور به مرحله پایین تری نزول خواهد نمود و میکرومتاستاز درمان می شود و عمل جراحی به علت کوچکتر شدن تومور، با سهولت بیشتری قابل انجام خواهد بود. بررسی ها حکایت از این دارد که اسکن PET می تواند میزان پاسخ به

درمان را به خوبی تعیین نماید. در دو گزارش بیماران در دو نوبت به فاصله یک ماه قبل و بعد از عمل جراحی با اسکن PET مورد بررسی قرار گرفتند. این بررسی حکایت از نقش معنی دار کمورادیوتراپی قبل از عمل در کوچکتر کردن متاستازهای لنفاوی داشت (۳،۴) Matura از رنـگ آمیـزی سـیتوکاتین ایمونوهیستوشیمی برای بررسی میزان پاسخ به رادیوکموترپای نئو اجهوان استفاده نمود بررسی های او حکایت از نقش غیر قابل انکار درمان های نئو اجهوان داشت (۵) بررسی های Hagry و همکاران حکایت از نقش مثبت کموترپای در افزایش طول عمر بیماران مبتلا به سرطان مری توراسیک T4 داشته است (۶) گروه های مختلف از روش های شیمی درمانی متفاوتی استفاده کرده اند و صرف نظر از رژیم استفاده شده در همه موارد به درجات متفاوتی پاسخ درمانی ایجاد شده و تومورها به نسبت های متفاوتی کوچکتر شده اند (۷،۹،۸). ما از مجموعه سیس پلاتین و فلورووراسیل در دو دوره استفاده می کنیم. Kim به بررسی نتایج نئو اجهوان در سرطان های پیشرفته مری پرداخت. در این زیر گروه خاص عوارض بیمارستانی در گروه رادیوتراپی شده بیشتر بود و مورتالیتته بیمارستانی دو گروه تفاوتی با هم نداشت (۱۰). Yno معتقد است که رادیوکموترپای قبل از عمل ارزش معادل یا بهتر از لـف آدنکـومی ۳ فیلد دارد (۱۱).

از سوی دیگر تأثیر احتمالی کمورادیوتراپی درافزایش مورتالیتته و موربیدتی perioperate باعث تضعیف طرفداران این شیوه درمان شده است.

در یک بررسی به روش متا آنالیز که شامل ۱۱۱۶ بیمار بود نشان داده شد که کمورادیوتراپی اجهوان باعث افزایش طول عمر ۳ ساله بیماران و کاهش میزان عدد موضعی و منطقه ای تومور خواهد شد. در ارتباط با نقش احتمالی کمورادیوتراپی قبل از جراحی در ایجاد عوارض در مطالعات مختلف بیماران از نظر نوع آسیب شناسی مرحله بیماری، محل تومور و شرایط عمومی بیماران به صورت کنترل شده و هماهنگ و یک دست نبود. در سری بیماران ما علی رغم اینکه بیماران رادیوتراپی شده تومور بزرگتری داشتند این موضوع باعث نشد که عوارض کوتاه مدت افزایش داشته باشد.

در مورد نقش درمان های نئو اجهوان در افزایش عوارض کوتاه مدت گزارشات متفاوت می باشد. برخی مراکز معتقدند که به علت افزایش اجتناب ناپذیر عوارض ریوی و سپتیک در گروه رادیو تراپی شده، بایستی در تکنیک و یا دز رادیوتراپی تجدید نظر و اصلاح صوت گیرد (۱۲،۱۳). عوامل موثر در این ارتباط نوع آسیب شناسی وجود آنمی و نیز کاهش شاخص های ریوی در موقع مراجعه به بیمارستان می باشد (۱۴). Abou-Jawde و همکارانش در بررسی بیمارانشان به این نتیجه رسیدند که اگر چه درمان های نئو اجهوان باعث افزایش عوارض ریوی نمی شود ولی در افراد مسن ریت اریتمی قلبی بیشتر می باشد (۱۵) Karls معتقد است که وجود آنمی در موقع مراجعه باعث افزایش خطر عفونت جداری در گروه رادیوتراپی شده خواهد شد (۱۶).

از سوی دیگر گزارشات پی در پی حاکی از این است که حتی در بیماران مسن درمان های نئو اجهوان مطلقاً باعث ایجاد یا تشدید عوارض پری اپراتیو نخواهد شد (۱۷).

بررسی ما نشان داده که مورتالیتته ۳۰ روز بعد از عمل جراحی در گروه رادیوکموترپای نشده بیشتر می باشد در عین حال میزان بروز عوارض در دو گروه بدون اینکه اختلاف معنی داری داشته باشد متفاوت از یکدیگر می باشد برای مثال در حالی که ۳ مورد عفونت جداری در گروهی که درمان نئو اجهوان شدند داشتیم در گروه کمورادیوتراپی نشده میزان شیلو توراکس بیشتر می باشد. در ۲ مورد از بیمارانی که کمورادیوتراپی شده بودند بعد از عمل جراحی هموپتیزی ایجاد شد که در هر دو مورد تومور در ۱/۳ میانی قرار داشت که در واقع لزوم انجام برونکوسکپی قبل از عمل جراحی در تومورهای ۱/۳ میانی را تأیید می نماید.

در واقع یک دلیل دیگر برای انجام کمورادیوتراپی نئو اجهوان این است که تومور کوچکتر خواهد شد، که این موضوع قطعاً باعث ایجاد سهولت بیشتر در عمل جراحی ترانس هیاتال خواهد شد و با توجه تأثیر قطعی این تکنیک جراحی در کاهش عوارض ریوی بعد از جراحی میزان بروز بسیار کم عوارض ریوی در بیماران کمورادیوتراپی شده قبل از جراحی کاملاً قابل توجیه خواهد شد.

References

- 1-Mark Feldman, Lawrence S. Freidman, Lawrence J, Brand T. Gastrointestinal and liver disease. 2006;8:949-69.
- 2-Nabeya, Y, Ochiai, T, Matsubara H, Okazumi S, Shiratori T. Neoadjuvant chemoradiotherapy followed by esophagectomy for initially resectable squamous cell carcinoma of the esophagus with multiple lymph node metastasis. Diseases of Esophagus 2005;18(6):388-97.
- 3-Flamen, P, Van Cutsem E, Lerut A, Cambier JP, Haustermans K, Bormans G. Positron emission tomography for assessment of the response to induction radiochemotherapy in locally advanced oesophageal cancer. Annals of Oncology March 2002;13(3):361-8.
- 4-Brucher, Bjorn, Weber, Wolfgang, Bauer. Markus Neoadjuvant Therapy of Esophageal Squamous Cell Carcinoma: Response Evaluation by Positron Emission Tomography. Annals of Surgery March 2001;233(3):300-309.
- 5-Matsuyama, Jin MD A, Doki, Yuichiro MD A, Yasuda, Takushi MD A. The effect of neoadjuvant chemotherapy on lymph node micrometastases in squamous cell carcinomas of the thoracic esophagus Surgery May 2007;141(5):570-80.
- 6-Hagry O, Coosemans W, De Leyn P, Naftoux P, Van Raemdonck D, Van Cutsem E, Hausterman K, Lerut T. Effects of preoperative chemoradiotherapy on postsurgical morbidity and mortality in cT3-4 +/- cM1 lymph cancer of the oesophagus and gastro-oesophageal junction. Eur J Cardiothorac Surg 2003; 24: 179-86.
- 7-Lins C-C, Hsu C-H, Cheng J, Wang H-P, Lee J-M, Yeh K-H, Yang C-H, Lin J-T, Cheng A-L, Lee Y-C. Concurrent chemoradiotherapy with twice weekly paclitaxel and cisplatin followed by esophagectomy for locally advanced esophageal cancer. Ann Oncol 2007;18: 93-98.
- 8-Henry LR, Goldberg M, Scott W, Konski A, Meropol NJ, Freedman G, Weiner LM, Watts P, Beard M, McLaughlin S, Cheng J D. Induction Cisplatin and Paclitaxel Followed by Combination Chemoradiotherapy with 5-Fluorouracil, Cisplatin, and Paclitaxel Before Resection in Localized Esophageal Cancer: A Phase II Report. Ann Surg Oncol 2006;13: 214-20.
- 9-Goldberg M, Farma J, Lampert C, Colarusso P, Coia L, Frucht H, Goosenberg E, Beard M, Weiner LM. Survival following intensive preoperative combined modality therapy with paclitaxel, cisplatin, fluorouracil, and radiation in resectable esophageal carcinoma: A phase I report. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 2003;126: 1168-73.
- 10-Kim MK, Cho K-J, Kwon GY, Park S-I, Kim YH, Kim JH, Song H-Y, Shin JH, Jung HY, Lee GH. Patients with ERCC1-Negative Locally Advanced Esophageal Cancers May Benefit from Preoperative Chemoradiotherapy. Clin. Cancer Res. 2008;14: 4225-31.
- 11-Yano M, Takachi K, Doki Y, Miyashiro I, Kishi K. Preoperative chemotherapy for clinically node-positive patients with squamous cell carcinoma of the esophagus. Diseases of the Esophagus June 2006;19(3):158-63.
- 12-Reynolds JV, Ravi N, Hollywood D, Kennedy MJ, Rowley S, Ryan A, Hughes N, Carey M, Byrne P. Neoadjuvant chemoradiation may increase the risk of respiratory complications and sepsis after transthoracic esophagectomy. J Thorac Cardiovasc Surg 2006;132: 549-55.
- 13-Wang SL, Liao Z, Vaporciyan AA, Tucker SL, Liu H, Wei X, Swisher S, Ajani JA, Cox JD, Komaki R13. Investigation of clinical and dosimetric factors associated with postoperative pulmonary complications in esophageal cancer patients treated with concurrent chemoradiotherapy followed by surgery. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2006 Mar. 1;64(3):692-9.
- 14-John R, Doty MDa, Jorge D, Salazar MDa, Arlene A, Forastiere MDb, Elisabeth I, Heath MDb, Lawrence Kleinberg. Postesophagectomy morbidity, mortality, and length of hospital stay after preoperative chemoradiation therapy. Ann Thorac. Surg; 74: 227-31.
- 15-Rony MD, Tarek Mekhail MD, David J, Adelstein MD, Lisa A, yicki MS, Peter J, Mazzone M, Abou-Jawde. Impact of Induction Concurrent Chemoradiotherapy on Pulmonary Function and Postoperative Acute Respiratory Complications in Esophageal Cancer. Annals of Surgical Oncology 2007;14:3243-50.
- 16-Melis M, McLoughlin JM, Michelle Dean E, Siegel EM, Weber JM, Shah N,

Kelley ST, Karl RC. Correlations Between Neoadjuvant Treatment, Anemia, and Perioperative Complications in Patients Undergoing Esophagectomy for Cancer. J Surg Res 2008 Jul 31.
17-Rice DC, Correa AM, Vaporciyan AA, Sodhi N, Smythe WR, Swisher SG, Walsh

GL, Putnam JB Jr, Komaki R, Ajani JA. Preoperative chemoradiotherapy prior to esophagectomy in elderly patients is not associated with increased morbidity. Ann Thorac Surg. 2005 Feb;79(2):391-7.

Effectiveness of Neoadjuvant Treatments on Mortalities And Short-term Complications in Esophageal Cancer Patients Undergoing Transhiatal Surgery at Emam Reza (Pbuh) Hospital of Mashhad (Iran)

Moa'tamed Elsharia'ati SM^{*1}, Jangjoo A², Fatahi Ma'soom AS³

(Received: 1 Mar, 2008

Accepted: 2 Mar 2009)

Abstract

Introduction: Although surgery is the corner stone of treatment for esophageal cancer, there have been widespread efforts to find new methods of treatment. Therefore, neoadjuvant CRT certainly increases the rate of resectability and 3 years survival. In our research, we reviewed effects of neoadjuvant RCT on short-term complications and hospital mortalities.

Materials & Methods: 114 cases of esophageal cancer during a two-year period underwent operation by trans-hiatal method. Based on the size and pathologic reports, neoadjuvant CRT was applied for a subgroup.

Findings: Most the tumors were in middle one-third and male to female ratio was 4 to 1. There were 13 complications and 6/3% mortalities. No significant differences were observed between the two groups.

Discussion & Conclusion: Neoadjuvant treatment does not increase mortality or complication of surgically operated esophageal cancers. More well-controlled studies by different centers with more cases are recommended for more reliable achievements to be reached.

Key words: neoadjuvant, transhiatal, carcinoma, esophagus

1. Burn Ward, Emam Reza Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran (corresponding author)

2. General Surgery Dept, Emam Reza Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

3. General Surgery Dept, Ghaem Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran