

سرطان معده و مری^۱

معده عضو عضلانی و توخالی بین مری و روده باریک می‌باشد که با ترشح آنزیم‌ها و اسید موجب تبدیل غذا به chyme می‌شود.

قسمت‌های مختلف معده:

کاردیا^۲: محل اتصال مری به معده است.

قله معده^۳: محل انباشت غذاهای هضم نشده و گاز می‌باشد. بالاتر از دریچه کاردیا قرار دارد.

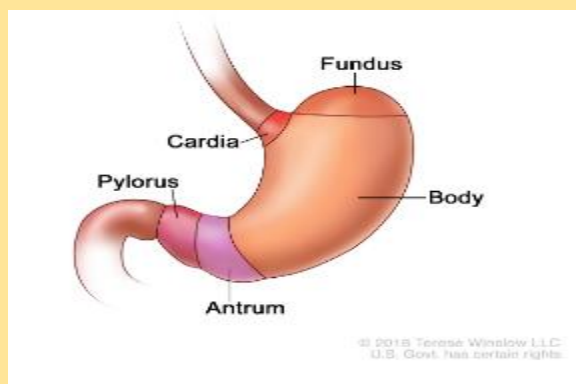
بدنه معده^۴: قسمت اصلی معده می‌باشد.

آنتریم^۵: پایین‌ترین قسمت معده و محل ترشح اسد و آنزیم‌های معدی بر غذا است.

دریچه پیلور^۶: به محل اتصال معده به ابتدای روده کوچک (دوازدهه^۷) گفته می‌شود. این دریچه در زمان هضم

غذا باز و بسته می‌شود و به این وسیله اجازه می‌دهد غذاهای هضم شده و سایر محتویات معده وارد روده کوچک

شوند.



¹ Oesophageal and gastric cancer

² Cardia

³ Fundus

⁴ Body

⁵ Antrum

⁶ Pylorus

⁷ Duodenum

دیواره معده:

لایه مخاطی^۸: درونی‌ترین لایه معده است که در تماس با غذا قرار می‌گیرد.

لایه زیرمخاطی^۹: لایه‌ای از بافت پیوندی، عروق خونی و سلول‌های عصبی است. همچنین عروق و کانال‌های لنفاوی بزرگ‌تری دارد.

لایه عضلانی^{۱۰}: یک نوع بافت نرم است که به حرکت غذا در معده کمک می‌کند.

لایه تحت احشایی^{۱۱}: لایه‌ای از بافت پیوندی است که از لایه احشایی محافظت می‌کند.

لایه احشایی^{۱۲}: خارجی‌ترین لایه که سطح خارجی معده را می‌پوشاند. به آن غشای احشایی نیز گفته می‌شود. به معده اجازه می‌دهد در بین سایر ارگان‌ها به راحتی حرکت کند.

عوامل خطر:

- چاقی BMI >25
- جنس مرد
- عفونت هلیکوباکتر
- استفاده از تنباکو
- کوچک شدن معده به علت التهاب^{۱۳}
- برداشتن نسبی معده^{۱۴}

⁸ Mucosa

⁹ Submucosa

¹⁰ Muscle

¹¹ Sub serosa

¹² Serosa

¹³ Atrophic gastritis

¹⁴ partial gastrectomy

بنابراین کاهش استعمال الکل و تنباکو و افزایش مصرف میوه و سبزیجات تازه می‌تواند در پیشگیری از سرطان معده موثر باشد. آسپیرین و سایر داروهای غیراستروئیدی مهارکننده COX-2^{۱۵} می‌توانند در پیشگیری از سرطان معده موثر باشند.

علائم و نشانه‌ها:

- ❖ کاهش وزن
- ❖ اختلال در بلع^{۱۶}
- ❖ سوء هاضمه^{۱۷}
- ❖ استفراغ
- ❖ سیری زودرس^{۱۸}
- ❖ و یا آنمی فقر آهن^{۱۹}

اکثر سرطان‌های معده از درونی‌ترین لایه معده (لایه مخاطی) منشا می‌گیرند که به آنها آدنوکارسینوما^{۲۰} می‌گویند.

دو نوع عمده آدنوکارسینومای معده:

روده‌ای یا اینتستینال^{۲۱}: سلول‌های نوع اینتستینال به یکدیگر چسبیده‌اند و یک شکل لوله‌ای/غده‌ای تشکیل داده‌اند. احتمال این نوع سرطان بیشتر است و معمولاً به درمان هدفمند^{۲۲} درمان می‌شوند.

¹⁵ Non-steroidal agents inhibit COX-2

¹⁶ Dysphagia

¹⁷ Dyspepsia

¹⁸ Early satiety

¹⁹ Iron deficiency anaemia.

²⁰ Adenocarcinoma

²¹ Intestinal

²² Targeted therapy

منتشر^{۲۳}: در این نوع سرطان، سلول‌ها به یکدیگر نچسبیده‌اند بلکه در یک منطقه وسیع پخش شده‌اند که به راحتی در سطح قابل رویت می‌باشند.

سرطان مری:

بسیاری از تومورهای معده مانند سرطان معده درمان می‌شوند اما سرطان‌های ناحیه فاندوس (قله) معده که در محل اتصال معده به مری می‌باشد همانند سرطان مری درمان می‌گردد.

انتشار سرطان معده:

سرطان معده می‌تواند به غدد لنفاوی، عروق، شریانها و اعضای مجاور مانند کبد، پانکراس و طحال انتشار یابد. سرطان معده به آرامی طی سال‌ها پیشرفت می‌کند. قبل از پیشرفت سرطان، تغییرات پیش سرطانی در لایه داخلی معده (لایه مخاطی) رخ می‌دهد و از آنجا که تغییرات اولیه ندرتا موجب علائم در بیمار می‌شود، اغلب تشخیص داده نمی‌شوند.

تشخیص:

تمام بیماران بالای ۵۰ سال که اخیرا دچار سوء هاضمه شده‌اند و یا هر سنی که باشند و علائم خطر را نشان داده‌اند بایستی اندوسکوپی همراه با نمونه برداری برایشان انجام شود (مرحله C).

بایستی حداقل ۶ نمونه برای تشخیص بدخیمی از مناطق غیرطبیعی مخاط معده یا مری گرفته شود (مرحله B).

یافته‌های اندوسکوپی از سفت و سخت شدن یا ازوفاژیت^{۲۴} بایستی از طریق نمونه برداری تایید شود (مرحله C).

²³ Diffuse

²⁴ Oesophagitis

زخم‌های معده بایستی با گاستروسکوپی^{۲۵} مجدد و نمونه برداری برای بررسی بهبودی و رد بدخیمی انجام شود (مرحله B).

بیمارانی که تشخیص تغییر شکل مراحل بالای سرطان معده را نشان داده‌اند بایستی برای انجام رادیوگرافی قسمت فوقانی دستگاه گوارش^{۲۶} ارجاع داده شوند تا بررسی‌های بیشتر برایشان انجام شود (مرحله B).

مرحله بندی^{۲۷}:

مرحله بندی اولیه با انجام CT از قفسه سینه، شکم و لگن به منظور تشخیص متاستاز بایستی انجام گیرد.

مرحله بندی بیشتر با اندوسکوپی اولتراسوند مری، تومورهای محل اتصال معده به مری برخی سرطان‌های خاص معده توصیه می‌گردد اما در مرحله بندی دقیقتر لایه مخاطی کمک کننده نیست.

بهتر است PET-CT^{۲۸} اسکن همراه با اندوسکوپی سونوگرافی^{۲۹} و سی تی اسکن ساده برای بررسی بهتر سرطان‌های مری و محل اتصال مری و معده انجام شود.

برای تمام مراحل سرطان معده، قسمت‌های انتهایی مری و محل اتصال مری و معده لاپاراسکوپی^{۳۰} توصیه می‌شود.

تشخیص درجات بالای تغییر شکل در مری و معده بایستی توسط دو پاتولوژیست که یکی گرایش بیماری‌های گوارشی داشته باشد تایید شود.

²⁵ Gastroscopy

²⁶ UGI MDT

²⁷ Staging

²⁸ Positron emission tomography

²⁹ Endoscopic ultrasound (EUS)

³⁰ Laparoscopy

M متاستاز		N غده لنفاوی درگیر		T تومور اولیه	
متاستاز به مناطق دور رخ نداده است.	M0	غده لنفاوی ناحیه درگیر قابل بررسی نیست.	NX	تومور اولیه قابل بررسی نیست	TX
متاستاز به مناطق دوردست رخ داده است و یا جواب سیتولوژی ^{۳۱} صفاقی ^{۳۲} مثبت است.	M1	متاستاز به غده لنفاوی مجاور صورت نگرفته است.	N0	هیچ شواهدی از وجود تومور وجود ندارد.	T0
		متاستاز به ۱-۲ غده لنفاوی مجاور	N1	کارسینوما در محل خود قرار دارد ^{۳۳} : توده در لایه اپیتلیال است و به قسمت لامینا ^{۳۴} متاستاز نداده است.	Tis
		متاستاز به ۳-۶ غده لنفاوی مجاور	N2	تومور به لامینا یا مخاط عضلانی تهاجم داده است	T1a
		متاستاز به ۷ غده لنفاوی مجاور یا بیشتر	N3	تومور به لایه زیر مخاطی تهاجم داده است.	T1b
		متاستاز به ۷-۱۵ غده لنفاوی مجاور	N3a	تومور به لایه مخاطی تهاجم داده است.	T2
		متاستاز به ۱۶ غده لنفاوی مجاور یا بیشتر	N3b	تومور به بافت پیوندی زیر احشایی نفوذ کرده است بدون متاستاز به قسمت احشایی صفاق و یا ساختارهای مجاور	T3
				تومور به لایه احشایی نفوذ کرده است (قسمت احشایی صفاق)	T4a

³¹ Cytology

³² Peritoneal

³³ Carcinoma *in situ*

³⁴ Lamina propria

تومور به ساختارهای مجاور نوفذ
کرده است.

T4b

از نظر M	از نظر N	از نظر T	مرحله بندی
M0	N0	Tis	مرحله 0
N0	N0	T1	مرحله IA
M0	N0	T2	مرحله IB
M0	N1	T1	
M0	N0	T3	مرحله IIA
M0	N1	T2	
M0	N2	T1	
M0	N0	T4a	
M0	N1	T3	مرحله IIB
M0	N2	T2	
M0	N3	T1	
M0	N1	T4a	مرحله IIIA
M0	N2	T3	
M0	N3	T2	
M0	N0-1	T4b	مرحله IIIB
M0	N2	T4a	مرحله IIIC
M0	N3	T3a	
M0	N2-3	T4b	
M0	N3	T4a	
M1	هر تعداد غدد لنفاوی درگیر	هر اندازه از سایز تومور	مرحله IV

درمان:

برداشتن مری^{۳۵}:

باید برداشتن طولی و نواحی و غدد لنفاوی اطراف درگیر در مری به گونه‌ای متناسب با نوع توده مو محل آن باشد.

برداشتن معده^{۳۶}:

در تومورهای انتهایی (آنترال^{۳۷}) معده، قسمتی از آن برداشته می‌شود^{۳۸} و در تومورهای ابتدایی معده کل معده برداشته می‌شود^{۳۹}.

کاردیا، ناحیه زیر کاردیا و نوع ۲ تومورهای محل اتصال مری به معده به روش ترانس هایاتال توتال گاسترکتومی^{۴۰} (بر روی گردن و شکم به‌طور هم‌زمان برش جراحی زده و کل معده برداشته می‌شود) یا ازوفاگو گاسترکتومی^{۴۱} جراحی می‌شوند.

برداشتن محدود معده^{۴۲} به عنوان درمان حمایتی در افراد بسیار مسن انجام می‌شود.

وسعت جراحی و برداشتن غدد لنفاوی به سن بیمار، محل توده و مرحله بیماری بستگی دارد.

در صورت امکان برای بیماران مبتلا به سرطان معده مرحله ۲ و ۳ لنفادنکتومی D2^{۴۳} (غدد لنفاوی لایه دوم ناحیه خارج معده برداشته می‌شود) انجام می‌شود.

شیمی درمانی و پرتودرمانی:

³⁵ Oesophageal resection

³⁶ Gastric resection

³⁷ Antral

³⁸ Subtotal gastrectomy

³⁹ Total gastrectomy

⁴⁰ Transhiatal extended total gastrectomy

⁴¹ Oesophago-gastrectomy

⁴² Limited gastric resections

⁴³ D2 lymphadenectomy

شیمی درمانی همراه با جراحی باعث افزایش طول عمر بیمار می‌شود. داروهای سیس پلاتین^{۴۴} و 5-FU جزو داروهای اصلی شیمی درمانی می‌باشند. در بیماران که HER2 مثبت باشند داروی تراستوزومب^{۴۵} هم به داروهای بیمار اضافه می‌شود.

در بیماران مبتلا به سرطان معده از ایرینوتکان^{۴۶} به عنوان خط دوم درمان استفاده می‌شود.

منابع:

William H Allum, Jane M Blazeby, S Michael Griffin, and et. al. Guidelines for the management of oesophageal and gastric cancer. Gut 2011;60:1449e1472. doi:10.1136/gut.2010.228254.

E. C. Smyth, M. Verheij, W. Allum, and et. al. Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology. Volume 27, SUPPLEMENT 5, v38-v49, September 01, 2016

Stomach Cancer. NCCN GUIDELINES FOR PATIENTS. 2021.
<https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/stomach-patient.pdf>

⁴⁴Cisplatin

⁴⁵ Trastuzumab

⁴⁶ irinotecan