

ارزیابی پیامد عمل ازوفاکوتومی ترانس هیاتال سرطان مری

دکتر منوچهر آقاجانزاده* - دکتر محمدرضا کوهساری** - دکتر فیض‌الله صفرپور*** - دکتر عباس قنبری**** - دکتر هدایت ریاضی** -
دکتر حسین همتی***** - دکتر هادی توژنده جانی*****

*دانشیار گروه توراکس، دانشگاه علوم پزشکی گیلان
**استادیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان
***دانشیار گروه جراحی اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی گیلان
****استادیار گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان
*****جراح عمومی مرکز آموزشی درمانی رازی رشت

تاریخ دریافت مقاله: ۸۴/۶/۱۲

تاریخ پذیرش: ۸۵/۴/۶

چکیده

مقدمه: سرطان مری توموری مهاجم است که پیش آگهی بدی دارد. متأسفانه این تومور بدخیم در شمال ایران بویژه در کرانه‌های دریای خزر شیوع قابل توجهی دارد و از علل عمده مرگ و میر ناشی از سرطان است. انجام عمل جراحی مؤثرترین روش درمان قطعی و نیز یکی از راه‌های تسکین در این بیماران است. روش معمول ازوفاکوتومی ترانس هیاتال است که با موربیدیت و مرگ و میر کمی همراه است.

هدف: از این بررسی نشان دادن مشخصات بالینی، آسیب شناختی، عوارض و بقاء بدنبال ترانس هیاتال ازوفاکوتومی. مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی از ابتدای سال ۱۳۷۲ تا نیمه اول ۱۳۸۳ در بیمارستان رازی رشت بر پرونده ۱۶۲ بیمار انجام شد. بیماران از نظر سن، جنس، درجه دیسفاژی، مرحله (stage) بیماری، عوارض پس از عمل، مرگ و میر، مرحله سرطان و میزان بقاء بررسی شده‌اند. داده‌های فوق با نرم افزار EPI-6 پردازش شد. نتایج: ۱۰۲ نفر (۷۰٪) مرد و ۶۰ نفر (۳۰٪) زن بودند. میانگین سنی بیماران ۵۷ سال بود. ۲۹٪ شهری و ۷۱٪ روستائی بودند. دیسفاژی شایع‌ترین علامت در آنها بود (۱۰۰٪). شایع‌ترین محل تومور در ثلث تحتانی (۵۶٪) و ناحیه کاردیا (۲۲٪) بود. به علت باز شدن پلور، در (۴۷/۱٪) بیماران نیاز به گذاشتن لوله توراکوستومی بعد از عمل و به علت آسیب طحال اسپلنکتومی در ۹/۸٪ پیش آمد و آسیب عصب رکورنت حنجره‌ای در ۴٪ بیماران دیده شد. ۱۸/۴٪ بیماران نیاز به تهویه مکانیکی پیدا کردند پنومونی، مدیاستینیت و شیلوتوراکس بترتیب در ۱۰، ۲ و ۲۰٪ آنها مشاهده شد. ۱۳٪ نشت از محل آناستوموز در گردن داشتند. ۸۳/۸٪ در مدت دو هفته پس از جراحی مرخص شدند (۹۴±۹ روز). مرگ و میر بیمارستانی پس از جراحی در ۱۴٪ بیماران رخ داد. بقاء ۵، ۳، ۲، ۱ و ۵ ساله بترتیب ۸۰، ۵۰، ۴۰، ۳۰ و ۲۰٪ بود. نتیجه‌گیری: در بررسی ما بروز عوارض و میزان مرگ و میر با نتایج مطالعات قبلی تفاوت بارزی نداشت و از سوی دیگر در مقایسه با انجام روش ترانس توراسیک که در برخی مراکز توصیه می‌شود عوارض بیشتری هم بدنبال نداشته است. بنابراین پیشنهاد می‌شود تا ازوفاکوتومی ترانس هیاتال با انتخاب مناسب بیماران به عنوان روش ترجیحی در درمان قطعی و تسکینی سرطان ثلث تحتانی مری مد نظر قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: برداشتن مری / سرطان‌های مری / عوارض پس از عمل جراحی

مقدمه

۱۰۰۰۰۰ مرد و ۱/۶ در ۱۰۰۰۰۰ زن است (۲ و ۱)، در حالی که این میزان در مردان ایرانی ۱۰/۸ و در زنان ۱۷/۱ در ۱۰۰۰۰۰ نفر گزارش شده است (۳) لذا در نواحی شمالی ایران سرطان مری یکی از سرطان‌های شایع گوارشی و از علل قابل توجه مرگ و میر ناشی از سرطان است که امکانات و

سرطان مری یک تومور مهاجم با رشد سریع و پیش آگهی بد است. به‌رغم بروز سالانه نسبتاً پائین در کشورهای غربی، در برخی مناطق جهان از جمله نواحی شمالی ایران بویژه کرانه‌های دریای خزر میزان بروز سرطان مری به طور قابل توجهی بالاست. بروز سالانه سرطان مری در آمریکا ۶ در

هزینه‌های درمانی قابل‌توجهی را به خود اختصاص داده است.

در سال‌های اخیر با بهبود روش‌های جراحی و مراقبت‌های پیش‌وپس از عمل جراحی در مراکز تخصصی و ICU؛ میزان موریبیدیت و مرگ و میر ناشی از جراحی کاهش یافته است. انجام جراحی مؤثرترین روش علاج قطعی و یکی از راه‌های تسکین در این بیماران است. در ۱۰۰ سال گذشته روش‌های جراحی مختلفی برای درمان این سرطان به کار رفته است. دو روشی که در حال حاضر بیشترین طرفدار را دارد عبارتند از: ازوفاگتومی ترانس هیاتال (THE) و ازوفاگتومی ترانس توراسیک (TTE) (۴، ۵، ۶). اختلاف نظر در مورد انتخاب هر یک از THE یا TTE هنوز کاملاً برطرف نشده است. طرفداران روش TTE معتقدند که با بازکردن توراکس، برداشتن غدد لنفاوی مدیاستن کامل‌تر و خطر خونریزی ناشی از جداسازی مری زیر دید مستقیم و کمتر است (۷). اما بررسی‌ها نشان داده‌اند که مرگ و میر حین عمل و عوارض در گروه THE مشابه یا حتی کمتر از TTE است و از نظر میزان بقا نیز این دو گروه تفاوتی ندارند (۹، ۸). از طرف دیگر طرفداران روش THE فواید آن را باز نکردن قفسه سینه، اختلال فیزیولوژیک کمتر، نداشتن آناستوموز داخل توراکس و شکم و نداشتن رفلاکس گاستروازوفاژیال قابل توجه ذکر می‌کنند. لذا در مجموع به نظر می‌رسد که در موارد کاربرد ازوفاگتومی، روش THE بر TTE ارجح است، مگر آن که انجام آن منعی داشته باشد (۲). ۲۲ تهاجم تومور به پریکارد آئورت و درخت تراکتوبرونشیال، تومورهای ثلث فوقانی مری (۸).

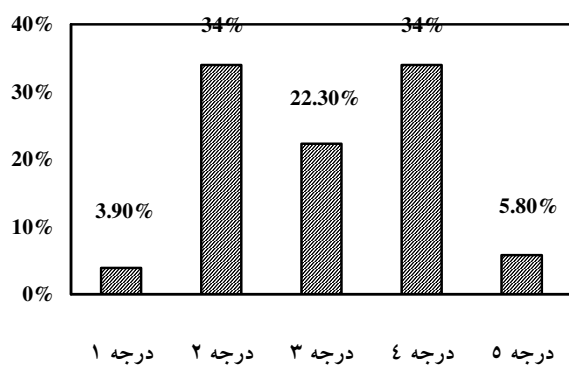
عوارض متعددی بدنال THE دیده شده است که عمده‌ترین آنها عبارتند از: پنوموتوراکس، آسیب تراشه، نشت آناستوموز گردنی، عوارض ریوی و نارسای تنفسی، آسیب عصب راجعه حنجره‌ای، خونریزی شدید حین عمل و شیلوتوراکس (۷، ۸ و ۱۰).

در مراکز بزرگ جراحی بررسی‌های زیادی در مورد عوارض و مرگ و میر ناشی از THE انجام شده که اختلاف قابل توجه از نظر مرگ و میر داخل بیمارستانی (۳/۸٪) در مقابل (۷/۱٪) و در مواردی از لحاظ عوارض ناشی از عمل گزارش کرده است (۹). این امر نشان‌دهنده تاثیر تجربه گروه جراحی و تجهیزات بیمارستانی در بروز عوارض حتی در بقای طولانی مدت پس از THE است (۱۰).

با توجه به شیوع بالای سرطان مری در شمال کشور و کرانه‌های دریای خزر سالانه بیماران زیادی برای درمان جراحی به مراکز درمانی استان گیلان بویژه مرکز آموزشی-درمانی رازی معرفی می‌شوند. در دهه گذشته جراحی کانسر مری به‌طور شایع در مراکز آموزشی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام می‌شود و به نظر می‌رسد که با افزایش تجربه و بهبود تجهیزات بیمارستانی، THE با میزان مرگ و میر و عوارض جانبی قابل قبول همراه باشد. متأسفانه نه تنها در این مرکز بلکه در مراکز بزرگ‌تر جراحی مری در تهران نیز بررسی قابل قبولی از لحاظ وضعیت مرگ و میر و عوارض THE انجام نشده است. مثلاً در یک بررسی که نتایج آن اخیراً انتشار یافته در طول ۱۰ سال فقط ۵۵ نفر از بیماران به این روش جراحی شده‌اند و عوارض و مرگ و میر THE جداگانه و دقیق گزارش نشده است (۳). در ۱۰ سال گذشته در بخش جراحی مرکز آموزشی-درمانی رازی رشت بیش از ۱۶۲ مورد THE انجام شده که بررسی آنها می‌تواند وضعیت فعلی کیفیت این جراحی را در استان گیلان مشخص کند و نیز امکان مقایسه آن با آمارهای جهانی و کشوری میسر می‌شود. با شناسایی نقاط قوت و ضعف درمان‌های جراحی این کانسر شایع در استان گیلان ضمن کاهش عوارض و مرگ و میر ناشی از آن و درمان در بیمارستان‌های داخل استان می‌توان از هزینه‌های درمانی و مشکلات جانبی ناشی از اعزام این بیماران به مراکز دیگر کاست.

از بیماران ساکن شهر بودند حال آن که ۷۳ نفر (۷۰/۹٪) در روستا سکونت داشتند.

شایع ترین علامت در همه موارد دیسفاژی بود. نمودار شماره ۱ توزیع بیماران را به تفکیک درجه دیسفاژی نشان می دهد. نمودار ۱: توزیع فراوانی نسبی بیماران مورد بررسی به تفکیک درجه



دیسفاژی

محل تومور، ۵۶٪ در ثلث تحتانی و (۲۲٪) در ناحیه کاردیا (۲۲٪) و ثلث میانی مری بود. ۸۷/۳٪ سرطان ها از نوع اسکواموس و ۱۲/۷٪ آدنوکارسینوم بودند. در ۹۲٪ موارد پس از برداشتن مری به روش ترانس هیاتال، از معده و در ۸٪ موارد از کولون برای جایگزینی مری استفاده شد. در ۴۲٪ بیلوروبلاستی و در بقیه موارد بیلورومیوتومی انجام شد. پس از جراحی به علت بازشدن فضای پلور در ۲۷٪ موارد نیاز به گذاشتن Chest Tube پیش آمد که ۱۵٪ در سمت راست و ۸٪ در سمت چپ و در ۴٪ موارد دوطرفه بود.

به علت آسیب طحال در ۹/۸٪ بیماران اسپلنکتومی انجام شد. در ۴٪ موارد آسیب عصب راجعه حلقی رخ داد.

بعد از جراحی نارسائی تنفسی و به تبع آن نیاز به تهویه مکانیکی در ۱۸/۴٪ از بیماران پیش آمد. پنومونی در ۱۰٪ موارد، میدیاستینیت ۴٪، شیلوتوراکس ۴٪ و نشت از محل آناستوموز گردن در ۱۳٪ بیماران بروز کرد که فیستول گردن در تمام بیماران با درمان طبی و بدون جراحی بسته شد.

مواد و روش ها

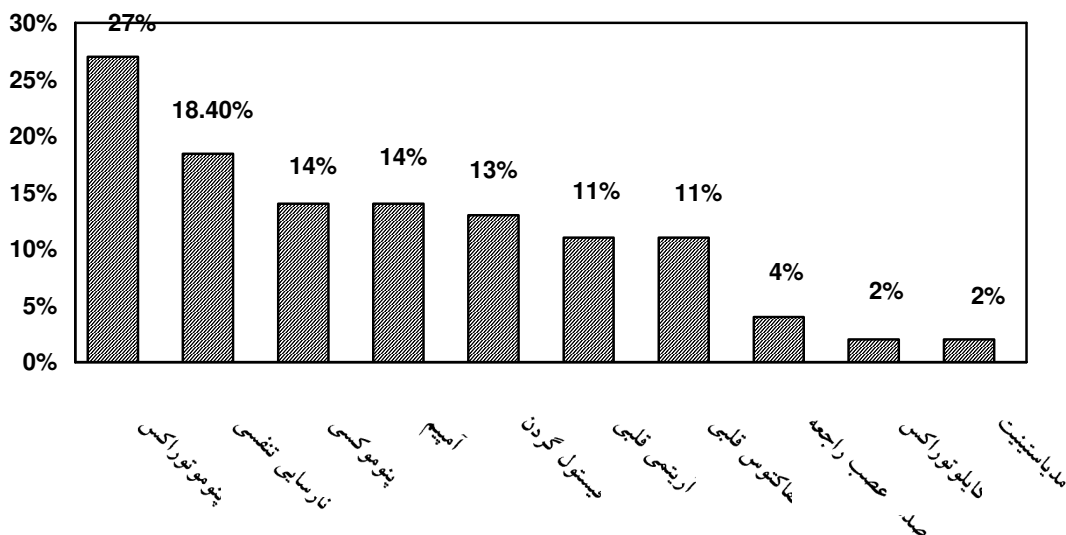
در این بررسی توصیفی گذشته نگر از سال ۱۳۷۳ تا نیمه اول ۱۳۸۳، ۱۶۲ بیمار مورد مطالعه قرار گرفتند. سن، جنس، روش های تشخیص، درجه دیسفاژی، عوارض جراحی، مرگ و میر و میزان بقای بیماران از پرونده استخراج و با نرم افزار EPI-6 پردازش شد. تشخیص همه بیماران براساس آندوسکوپی و بیوپسی ضایعه داده شده بود. نشانی و شماره تلفن بیماران برای پیگیری عوارض از پرونده هایشان یادداشت شد تا در صورت لزوم با آنها تماس گرفته شود. پرونده ۱۰ بیمار که امکان دسترسی و مراجعه به آنها نبود از مطالعه حذف شدند. به این ترتیب توانستیم اطلاعات لازم را از پرونده ۱۶۲ بیمار استخراج کنیم. مدت پیگیری بین ۱ تا ۵ سال بوده است.

تکنیک جراحی: در THE بیمار به حالت supine بر تخت جراحی خوابانده می شود؛ ناحیه شکم، گردن و قفسه سینه شسته و برای عمل آماده می شود. ابتدا لاپاراتومی صورت گرفته و معده آزاد می شود. شریان گاستریک راست و گاستروپیلوئیک راست حفظ شده و بقیه عروق معده قطع می شوند. معده به صورت لوله درست شده و سپس از مسیر هیاتوس و بدون توراکتومی، مری از بافت های اطرافش جدا و سپس با برش گردنی سمت چپ آزاد و از قفسه سینه خارج می شود حال در گردن معده به مری آناستوموز شده، در پایان ژژونوستومی گذاشته می شود. تمام اعمال جراحی توسط یک گروه و با یک روش انجام شده بودند.

نتایج

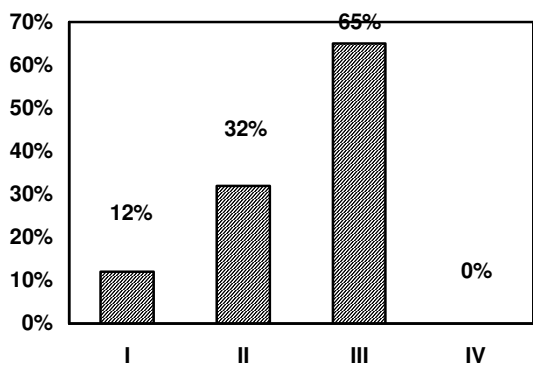
از ۱۶۲ بیمار که تحت عمل جراحی ازوفازکتومی ترانس هیاتال قرار گرفتند، ۱۰۲ نفر (۷۰٪) مذکر و ۶۰ نفر (۳۰٪) مؤنث بودند. میانگین سنی آنها ۵۷ سال بود که در مردان ۶۲ و در زنان ۴۲ سال بود که این توزیع جنسی نشان دهنده آن است که سرطان مری در مردان شایع تر است. ۳۰ نفر (۱/۲۹٪)

بیماران به طور متوسط ۳ واحد خون نیاز داشتند (۲ تا ۶ واحد). عوارض جراحی به طور کلی در نمودار ۲ نشان داده شده است.



نمودار ۲: عوارض پس از جراحی را بر حسب فراوانی نسبی نشان می دهد.

حالت اول ۲۰/۷٪ و در حالت دوم ۲۸/۹٪ بوده است. با پیگیری ۱ تا ۵ ساله، میزان بقای ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ ساله به ترتیب ۸۰٪، ۶۰٪، ۴۰٪، ۳۰٪ و ۲۰٪ بدست آمد. پیگیری بیماران در مطب، درمانگاه، تلفن کردن و مراجعه مستقیم بوده است.



نمودار ۳: درجات سرطان مری پس از جراحی را بر حسب فراوانی نسبی نشان می دهد.

۹۰/۸٪ بیماران در مدت یک هفته پس از جراحی و ۶۶/۷٪ آنها ۵ روز بعد تغذیه دهانی را تحمل کردند. میانگین زمانی شروع تغذیه دهانی ۵ روز بود. قبل از شروع تغذیه بررسی فیستول با تجویز باریم و گاستروگرافین انجام نشد و فقط آب آلبالو خورانده شد.

۸۳/۱٪ بیماران در مدت دو هفته پس از جراحی از بیمارستان مرخص شدند. متوسط زمان بستری آنها $11/94 \pm 4/14$ روز بود. در بررسی پاتولوژی نمونه ارسالی، ۱۰ بیمار در مرحله ۱ (stage I) سرطان مری بودند. بقیه موارد در نمودار ۳ نشان داده شده است.

مرگ در مدت یک ماه پس از جراحی در ۱۴٪ بیماران رخ داد. ۱۰۲ عمل جراحی در شرایط داشتن ICU و ۶۰ مورد آنها در شرایط نبود ICU انجام شد که میزان مرگ و میر در

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه سیمای کلی وضعیت عمل جراحی سرطان مری یعنی ازوفازکتومی ترانس هیاتال (THE) را در استان گیلان نشان می‌دهد که یکی از استانهایست که سرطان مری در آن شیوع بالایی دارد به طوری که اولین سرطان شایع منطقه است (۱۱).

روش‌های مختلف درمان سرطان مری وجود دارد. از جمله آن‌ها جراحی، رادیوتراپی و شیمی‌درمانی است (۲۱). در بیمارستان رازی تمام بیماران دچار سرطان‌های تحتانی مری و مراحل I, II و III بروش THE جراحی می‌شوند. برای سرطان‌های ثلث میانی و فوقانی روش ترانس توراسیک بکار می‌رود. در ۹۵/۱٪ موارد پس از برداشتن مری، از معده استفاده می‌شود که مشابه یافته‌های مطالعات دیگر در ایران (۱۲ و ۱۳) و خارج از کشور (۱۳ و ۱۴) از نظر عضو جایگزین است. با وجود روش درمانی مورد بحث، به نظر می‌رسد که عملکرد لوله معده به‌عنوان جایگزین مری مناسب‌تر باشد و بلع خوبی برقرار کند (۱۳).

با این حال برخی مراکز هنوز هم استفاده از کولون را به علت طول مطلوب ترجیح می‌دهند. ولی آلودگی باکتریایی و نیاز به آناستوموزهای متعدد کاربرد آن را محدود می‌کند زیرا در ۱۰٪ موارد نکروز کولون با مورتالیتت و موربیدیتت بالا رخ می‌دهد. اما در برخی موارد در تومورهای کاردیا و ثلث تحتانی مری برای بدست آوردن حاشیه مناسب مجبوریم بخش قابل توجهی از پروگزیمال معده را برداریم و ناچار می‌شویم تا برای جایگزینی مری از کولون استفاده کنیم، چون گاهی معده نیز برای آناستوموز بدون کشش، کوتاه است. ۳٪ خطر نکروز و فشار بر آن و در ناحیه گردن وجود دارد که معمولاً به علت ایجاد میدیاستینیت کشنده خواهد بود.

خطر نشت در ناحیه گردن ۳۳٪-۱۰٪ است. بنابراین توصیه می‌شود که آناستوموز بدون کشش انجام شود (۴، ۵ و ۱۴).

در اکثر بیماران تومور در ثلث تحتانی (۵۶٪) و ناحیه کاردیا (۲۲٪) و در ۸۷/۳٪ پاتولوژی ضایعه، سرطان از نوع سلول سنگفرشی بود. البته در بررسی تهران اکثر تومورها در ثلث میانی (۳۸٪) مری قرار داشتند. هرچند که در مطالعه ما ثلث تحتانی و ناحیه کاردیا با هم ۷۸٪ و ثلث میانی بتنهائی ۲۲٪ موارد بوده‌است. بنابراین در هر دو مطالعه می‌توان شیوع کانسر در ناحیه ۱/۳ میانی مری را بالاتر دانست. در مطالعه تهران نیز مجموع سرطان‌های ثلث تحتانی و کاردیا ۵۱/۳٪ موارد را تشکیل می‌داد که با آمار بدست آمده از بررسی ما یعنی ۵۶٪ قابل مقایسه است. ضمناً شایع‌ترین یافته پاتولوژی در هر دو مطالعه SCC (اسکواموس سل کارسینوم) بود (در مطالعه تهران ۷۴/۲٪ تومورها از نوع SCC بودند) (۳ و ۱۱).

در بررسی ما، ۹/۸٪ بیماران به علت آسیب طحال اسپلنکتومی شدند که باتوجه به آمارهای قبلی در این مورد یعنی ۳٪ این عارضه در بیماران ما بیشتر بروز کرده بود (۱ و ۴). پس از جراحی، ۴۷/۱٪ بیماران ما نیاز به Chest Tube داشتند که در مقایسه با یافته بررسی‌های قبل یعنی ۳۷٪ موارد در مطالعه ما کمتر بوده‌ست (۱ و ۴). سبب عصب رکارنت حنجره عارضه مهم دیگریست که در ۳٪ بیماران بروز کرد. این عارضه در بررسی تهران ۵/۳٪ گزارش شد (۳). اهمیت قطع این عصب در ایجاد پنومونی آسپیراسیون است. البته گرفتگی صدا و آسپیراسیون پس از جراحی همیشه مربوط به صدمه ناشی از این عصب نیست بلکه، آسیب و قطع ماهیچه‌های استرب هم باعث گرفتگی صدا و این حالت‌ها می‌شود.

در ۱۸/۴٪ بیماران ما نارسایی تنفسی و به تبع آن نیاز به تهویه با دستگاه تنفس مصنوعی رخ داد که متأسفانه از علل اصلی مرگ این بیماران نیز هست (۴). در گزارشی دیگر این عارضه در ۱۳/۸٪ از بیماران دیده شد (۱).

نشت آناستوموز گردنی در ۱۳٪ بیماران ما و ۱۶/۱٪ بیماران مطالعه تهران (۳) بروز کرد. اهمیت نشت در بروز

ندارد. عوارض ریوی شایع‌ترین عوارض پس از جراحی مری محسوب می‌شوند و با توجه به تخریب کمتر فیزیولوژی تنفسی در Transhiatal Esophagectomy؛ تمایل بیشتری برای انجام این روش جراحی بوجود آمده است.

پیشنهادها:

۱- با توجه به شیوع بالای عوارض ریوی در بیماران پس از جراحی کانسر مری، با انتخاب و آماده‌سازی بهتر بیماران می‌توان این عارضه را کاهش داد.

۲- از انجام اعمال جراحی کانسر مری در بیمارستان‌های فاقد ICU اجتناب شود زیرا در بررسی ما آمار مرگ و میر در نداشتن ICU (۲۸/۹٪) در مقایسه با بکارگیری ICU (۲۰/۷٪) بیشتر بوده است.

۳- تحقیقات آینده نگر برای مقایسه اعمال جراحی ترانس توراسیک و ترانس هیاتال انجام شود تا ابهام در مورد تاثیر باقی ماندن بافت‌های تومورال در مدیاستن در جراحی‌های ترانس هیاتال بر میزان بقای بیماران روشن شود.

۴- بررسی بیشتر بر بیماران دچار عارضه فلج عصب راجعه حنجره صورت گیرد تا مشخص شود که چه نسبتی از فلج‌ها دائمی و یا چه نسبتی موقتی هستند.

۵- ماهیچه‌های strap را باید در پایان ترمیم کرد تا تراشه لخت نشود.

۶- برنامه بیماریابی (screening) را در دانشگاه علوم پزشکی در سطح وسیع سازمان‌دهی کرد زیرا در چین میزان بقای ۵، ۱۰ و ۱۵ ساله به ترتیب به ۸۶، ۷۵ و ۶۴ رسیده است (۱۵).

۷- چون کشور چین به پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای در درمان بیماران دچار سرطان مری دست یافته و میزان بقا را در آنها به ۹۳٪ رسانده، دانشگاه علوم پزشکی، جراحان را برای آموزش به آن کشور اعزام نماید.

مدیاستینیت است که عارضه مرگباری است که البته با درمان محافظتی کنترل شد. مدیاستینیت در ۲٪ بیماران ما ایجاد شد که با اقدام فوری جراح و دبرید بهبود یافت. در یک مطالعه، نشت آناستوموز در ۱۳٪ بیماران THE بوجود آمد که مشابه مطالعه ما بود (۹) که در آن خاطر نشان شده که نشت آناستوموز در ناحیه گردن براحتی قابل کنترل است.

۹۱٪ بیماران قادر به تغذیه دهانی از روز هفتم بعد از جراحی بودند که با توجه به استفاده از لوله تغذیه ژژونوستومی، حمایت تغذیه‌ای پس از جراحی از وضعیت مناسبی برخوردار بود.

حدود ۷۵٪ بیماران در مدت ۱۰ روز از بیمارستان مرخص شدند که مشابه نتایج سایر تحقیقات بود (۱۱ و ۳).

مرگ و میر بیمارستانی ۲۴٪ بود که در هنگام دایربودن ICU ۲۰/۷٪ و در زمان نداشتن این واحد ۲۸/۹٪ بوده است. میزان ۲۰/۷٪ در دایربودن ICU مشابه مرگ و میر داخل بیمارستانی در بیمارستان مدرس تهران (۱۹/۹٪) بدست آمد (۳).

میزان بقای بیماران پس از جراحی در مقایسه با نتایج سایر بررسی‌ها پایین‌تر بود زیرا بیماران ما در مراحل پیشرفته‌تر بیماری مراجعه کرده و جراحی شده بودند. در وجود برنامه‌های بیماریابی میزان بقای ۵ ساله بالا است (۱۵) که در منطقه ما وجود ندارد.

نتیجه نهایی

جراحی سرطان مری عملی‌ست پر عارضه که با مرگ و میر نسبتاً زیاد همراه است. با وجود ادامه بحث بر سر انتخاب بهترین نوع روش جراحی، به نظر می‌رسد از فوآژکتومی ترانس هیاتال به علت داشتن عوارض ریوی کمتر و کمتر بودن خطر مدیاستینیت و تعداد آناستوموزها نسبت به از فوآژکتومی ترانس توراسیک ارجح باشد چون اکثر بیماران در مراحل پیشرفته کانسر مری مراجعه می‌کنند، توجه کافی برای انجام از فوآژکتومی ترانس توراسیک (en-block) وجود

منابع

1. Shields TW, et al: General Thoracic Surgery. 5 th edition. New york; LW& W, 2000; 1697-1733.
2. Orringer MB, Marshall B, Stirling MC. Trans-Hiatal Esophagectomy for Benign and Malignant Disease. J Thorac Cardiovascular Surg 1993; 105: 265-77.
- ۳- پیرموذن نورالدین؛ [و دیگران]: بروز عوارض ناشی از اعمال جراحی سرطان مری در یک دوره ۱۰ ساله در بیمارستان شهید مدرس. نشریه جراحی ایران، ۱۳۷۹، دوره هشتم شماره ۲۱، صص: ۲۸-۲۰.
4. Boyle MJ, et al. Transhiatal Versus Transthoracic Esophagectomy, Complication & Survival Rates. Am Surg 1999; 65(12): 1137-114.
5. Zwischenberger JB, Alpard SK. Orringer MB, Oesophagus. In: Townsend CM, et al. Sabiston Textbook of Surgery .16th ed. Philadelphia; WB Saunders, 2001: 709-720.
6. Stark SP, et al. Transhiatal Versus Transtoracic Esophagectomy for Adenocarcinoma of Distal Esophagus & Cardia. The American Journal of Surgery 1996; 172:478-482.
7. Hulsner JB, et al. Injury to the Major Airways During Subtotal Esophagectomy: Incidence, Management & Sequelae. J Thorac Cardiovasc Surg 2000; 120 (6):1093-6.
8. Ando N, et al. Improvement in the Resulis of Surgical Treatment of Advanced Squamous Esophageal Carcinoma During 15 Concecutve Years. Annals of Surgery 2000; 232 (2): 225-232.
9. Huscher JB, et al. Vocal Cord Paralysis After Subtotal Oesophagectomy, Br J Surg1999; 86(12): 1583-7.
10. Hankins J.r, Attar.C. Coughlin T.R, et al: carcinoma of the oesophagus, a comparison of the results of transhiatal versus transthoracic resection. Ann Thoracic surg 1998; 47:700-705.
- ۱۱- عزیزی، فریدون؛ ندیم، ابوالحسن؛ [و دیگران]: اپیدمیولوژی بیماریهای شایع در ایران. تهران؛ انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۷۲، صص: ۴۳-۶.
- ۱۲- ریاضی، هدایت: بررسی فراوانی نسبی عوارض و مرگ و میر درمان جراحی سرطان ثلث میانی مری به روش ازوفازکتومی ترانس هیاتال بدون توراکتومی. پایان نامه چاپ نشده دکترای تخصصی جراحی عمومی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۳۷۶.
13. Marmuse JP, et al. Surgical Treatment of Carcinoma of the Proximal Esophagus. Am J Surg 1995; 169:386-390.
14. Pac M, Basoghu A, Kocak H, et al. Transhiatal Versus Transthoracic Esophagectomy for Esophageal Cancer. J Thorac Cardiovasc Surg 1993; 106: 205-9.
15. Guo-Qing Wang, Guang- Gen-Jiao, Fu-Bao-Chang. Long- Term Results of Opration for 420 Patients with Early Squamuos Cell Esophageal Carcinoma Discovered by Screening. Ann Thorac Surg 2004; 77 :1740-1744.

Evaluation of Transhiatal Esophagectomy for Esophageal Cancer

Aghajanzadeh M.(MD), Kohsary MR.(MD), Safarpour F. (MD), Ghanbari A. (MD), Riazi H. (MD),
Hemati H. (MD), Tuzandehjany H. (MD)

Abstract

Introduction: Esophageal cancer is an invasive tumor with a poor prognosis. Unfortunately, this malignant tumor has a considerable prevalence in north part of Iran, especially near the Caspian Sea. It is also an important cause of cancer-related mortality. Surgery is the most effective approach for cure and also is used for palliation. Transhiatal esophagectomy is a popular method of resection with a low morbidity and mortality.

Objective: We designed this study to document the clinic pathologic characteristics of patients undergoing this procedure for esophageal cancer and to determine the contributing factors survival of patients.

Materials and Methods: This descriptive study was performed between 1993 and first half of 2003 on 162 patients in Rasht Razi hospital. Patients' medical records were surveyed regarding their age, sex, stage of dysphagia, complications of surgery, mortality, stage of cancer and level of survival. Data were analyzed by EPI-6 software.

Results: There were 102 male and 60 female patients. The mean age of patients was 57 years. 29.1% of them were urban versus 70.9% who were rural. The most frequent presenting symptoms were dysphagia (100%). The most common site of tumor was lower third of esophagus (56%) and cardia (22%). 47.1% of patients required tube thoracostomy after surgery. 9.8% of patients were splenectomized because of splenic injury. Recurrent nerve damage was observed in 4% of patients. 18.4% of patient's required mechanical ventilation. Pneumonia, Mediastinitis and Chylothorax was observed in 10, 2 and 2% of patients respectively. 13% had anastomosis leak in neck, which was managed conservatively. 83.1% of patients, were discharged from hospital in two weeks. The mean duration of hospital stay was 9.94 ± 4.14 days. 14% of patients expired during first month of hospitalization. Survival in 1, 2, 3, 4 and 5 years were 80%, 50%, 40%, 30% and 20% respectively.

Conclusion: In this study mortality and morbidity were comparable with previous studies. On the other hand there wasn't any significant difference between results of this procedure and transthoracic approach that is used in other centers. Therefore it is recommended that transhiatal esophagectomy with appropriate selection of patients is the procedure of choice for curative and palliative means.

Keyes words: Esophagectomy/ Esophageal Neoplasm's/ Postoperative Complications