

سرطان المريء: تشخيصه ومراحله

ESOPHAGEAL CANCER: DIAGNOSIS AND STAGING

رينيه كينيدي، آلان غ. كاسون

Renee Kennedy, Alan G. Casson

تتظاهر معظم آفات المريء السليمة والخبيثة سريراً بعسرة البلع، ومن الضروري الحصول على تشخيص نسيجي محدد في آفات المريء الخبيثة وذلك من أجل استكمال الاستقصاءات اللازمة والبدء بالعلاج. يعتبر تصنيف الورم النسيجي حالياً من أهم العوامل المحددة لفترة البقاء على قيد الحياة في سرطانات المريء، إلا أن الصعوبة النسبية في استقصاء المريء قبل الجراحة، والعلاقة المتبدلة وغير الثابتة بين استقصاء الحالة قبل الجراحة والموجودات الفعلية أثناء الجراحة، بالإضافة إلى النقص في كفاءة نظام التصنيف المرضي لأورام المريء مع النقائل اللمفاوية والنقائل البعيدة (TNM system)، كل ذلك يزيد من صعوبة وضع تصنيف نسيجي لأورام المريء قبل الجراحة.

المظاهر السريرية

Clinical Presentation

تكون الأعراض والعلامات السريرية في سرطان المريء عموماً ناتجة إما عن الورم البدئي، وإما عن

النقائل البعيدة:

١- الورم البدئي: تعتبر عسرة البلع أهم المظاهر السريرية لسرطان المريء وقد سجلت في أكثر من ٩٠٪ من المرضى، وإن وجود أعراض أخرى تعبر عن وجود انسداد أو عسر في وظيفة المريء (كالصعوبة أو التغير في عملية البلع، ارتجاع الطعام أو القيء، الألم أثناء البلع) شائعاً ولكنه غير نوعي. إن وجود الألم (الألم الشرسوفي، ألم الظهر أو الرقبة) غير شائع، فهو يلاحظ في أقل من ٢٠٪ من المرضى، وقد يكون ناتجاً عن الارتشاح الموضعي للورم، التهاب المعدة، النقائل الورمية إلى العقد اللمفية في البطن، أو النقائل العظمية. كما أن وجود الأعراض التنفسية، وخصوصاً السعال بعد البلع يقترح حدوث الاستنشاق الرئوي، أو الناسور المريئي الرغامي أو القصبي.

يمكن أن يعاني مريضى مريء باريت الخاضعين لنظام مراقبة ومتابعة بتنظير المريء الدوري من أعراض سريرية تعود إلى الجزر المعدى المريئى المرافق، وقد يكونوا لاعرضيين.

٢- النقاثل الورمية: تشاهد مظاهر المرض الجهازى عند ٥٠% من مريضى سرطان المريء على الأقل لدى مراجعتهم. وتتضمن المظاهر العامة نقص الوزن وهزال الجسم، وقد سجلت فى أكثر من ٥٠% من المريضى. أكثر أماكن النقاثل الورمية شيوعاً هي الرئة ٣٠-٥٠% ثم الكبد ٢٠-٥٠%، إلا أنه يلاحظ تزايد حدوث النقاثل الورمية إلى الأماكن الأخرى: كالعظم، الغدة الكظرية، الكلية، العقد اللمفية فى البطن... إلخ.

التشخيص

Diagnosis

١- الفحص الفيزيائى: يجب تحري كل ما يلى: وجود ضخامة فى العقد اللمفية الرقبة والعقد فوق الترقوة، علامات الاستشاق الرئوى المزمن (الخراخر، التكثف الرئوى)، وجود كتلة فى أعلى البطن، ضخامة كبدية، ضعف عام.

٢- الاستقصاءات المخبرية: المخبرية عادة غير نوعية، لكن يمكن أن تشير إلى وجود فقر دم، نقص البروتينات، اضطراب فى وظائف الكبد أو فرط كلس الدم.

٣- الصورة الشعاعية البسيطة للصدر: وهذه يمكن أن تدلل على وجود نقاثل ورمية إلى المريء، ذات (التهاب) رئة ارتشاحية، أورام النسج الضامة الرخوة فى المنصف، سوية سائلة - غازية فى المنصف.

٤- تصوير المريء الظليل باستعمال الباريوم: وتعتبر هذه الخطوة التشخيصية الأولى عند الاشتباه بوجود سرطان فى المريء لدى المريض. وفائدة التصوير الظليل أنه يوضح تشريح المريء بشكل جيد بالإضافة إلى تحديد موضع انسداد المريء وامتداد هذا الانسداد ويفضل استخدام محلول الباريوم الممدد بالماء عند الشك بحدوث استشاق لدى المريض أو احتمال وجود ناسور مريئى رغامى أو مريئى قصبي ناتج عن وجود الورم الخبيث.

٥- تنظير المريء والمعدة: يتم إجراء تنظير المريء والمعدة تحت التخدير الموضعي باستخدام المنظار اللفي المرن، كما يمكن استخدام منظار المريء الصلب ولكن تحت التخدير العام. ويتم تحديد موقع وامتداد أورام المريء عادة باستخدام تنظير المريء، كما يتم ملاحظة علاقة أورام المريء مع الوصل المعدى المريئى من جهة ومع منطقة البلعوم المريئى من جهة أخرى، كما يمكن اكتشاف آفات مخاطية المريء غير الطبيعية (كوجود مريء باريت)، كذلك لدى استعمال منظار المريء تتم أخذ عدة عينات من الورم من أجل الفحص النسيجي وفى حال سبب الورم انسداد فى لمعة المريء يتم توسيع المريء باستخدام الموسعات أو وضع قنية (استنت) داخل المريء أثناء إجراء التنظير. كما يتم إجراء تنظير المعدة وذلك من أجل تحديد وجود أية آفات مرضية فيها كالقرحات أو الأورام المعدية، وكذلك لتحديد مدى سلامتها من أجل استخدامها لإعادة وصل السيل الهضمى بعد استئصال المريء.

٦- الأشعة المقطعية (التصوير الطبقي المحوري): تفيد الأشعة المقطعية في تقدير امتداد وتوضع الورم البدئي، كما يمكن تحديد غزوه للعناصر التشريحية المجاورة. وتتراوح نسبة دقة الأشعة المقطعية بين ٦٠-٩٠٪ في هذا المجال إلا أنه من الممكن زيادة نسبة دقته باستخدام المادة الظليلة حقناً بالوريد (الصبغة) أو استخدام الطبقي المحوري عالي الدقة high-resolution scan، أو الأجيال الحديثة من أجهزة الأشعة الطبقية المحورية. لا يزال تحديد ضخامة العقد اللمفية (المنصفة أو في أعلى البطن) مثار جدل واسع، ولكن عموماً تعتبر العقد اللمفية التي يقيس قطرها المعترض أكثر من ١٠ ملم شعاعياً نقائل ورمية، وتعتبر دقة الأشعة المقطعية في تحديد النقائل الورمية إلى العقد اللمفاوية ضئيلة إذ تتراوح بين ٥٠-٦٠٪، كما يمكن لأسباب أخرى إثنائية أو غيرها كالسار كوييد (الغرناوية) أن تكون هي المسؤولة عن ضخامة العقد اللمفية، على أية حال أي ضخامة عقدية لمفية يجب أخذ عينة منها وفحصها نسيجياً لتحري وجود نقائل ورمية.

تجرى الأشعة المقطعية للأعضاء الأخرى في الجسم بشكل انتقائي وذلك بناء على ظهور الأعراض والعلامات المتعلقة بالعضو المراد مسحه بالأشعة المقطعية كالدماع. أما بالنسبة للرئتين والكبد فيتم مسحها بشكل روتيني عند إجراء الأشعة المقطعية البدئية لورم المريء.

٧- الموجات فوق الصوتية عبر المريء: تستخدم حالياً الموجات فوق الصوتية عبر المريء لتقدير عمق الورم وغزوه للأعضاء المجاورة بنسبة دقة تصل إلى ٨٠-٩٥٪ وبالتالي فإن هذا الإجراء يساعد في التصنيف النسيجي لمرحلة الورم قبل الجراحة. كما يمكن استخدام هذه التقنية للمساعدة في تشخيص وجود نقائل ورمية إلى العقد اللمفية حول المريء ولكن بنسبة دقة أقل من السابقة. يقتصر حالياً استخدام الموجات فوق الصوتية عبر المريء كوسيلة مساعدة في إجراء البحوث على الأورام المريئية غير السادة للمعة، ولكن التطور التقني في مجال الأشعة فوق الصوتية في المستقبل سيزيد من تطبيق الأشعة فوق الصوتية عبر المريء في نطاق التصنيف النسيجي قبل الجراحة.

٨- تنظير القصبات: يجب إجراؤه دائماً في حال أورام المريء العلوية (فوق مستوى التفرع الرغامي أو المهماز والقريبة من الطرق الهوائية). أو عند احتمال وجود ناسور مريئي رغامي أو قصبي ناتج عن ورم خبيث. كما أنه مفيد في حال الآفات السادة تماماً للمعة المريء في أي مستوى وذلك من أجل إجراء تنظيف للشجرة القصبية وأخذ عينات للزرع والتحسس.

٩- دراسات أخرى إضافية: التصوير بالرنين المغناطيسي ويفوق بمزاياه الأشعة المقطعية بنسبة ضئيلة وذلك في تصنيف سرطان المريء الصدري. التصوير الشعاعي المعتمد على إصدار البوزترون "PET scanning" يعتبر تقنية حديثة واستعماله مشجعاً إلا أنه لا يزال محدود الانتشار على مستوى العالم. التقنيات الراضة البسيطة (كمنظار البطن والصدر الجراحي)، ولا تزال كذلك تحت الاختبار كإجراءات راضة في التصنيف المرحلي لسرطان المريء. كذلك تصوير الشريان الأبهر الظليل أو تصوير الوريد الفرد الظليل، المسح الشعاعي باستخدام الغاليوم المشع، أو تصوير الأوعية اللمفاوية الظليل، كل هذه تستخدم في تصنيف سرطان المريء ولكنها لم تعتمد بعد كاستقصاءات روتينية في الحياة العملية.

تصنيف أورام المريء

Staging

يمكن إجراء تصنيف سرطان المريء إما سريريًا قبل الجراحة وإما أثناء الجراحة أو باستخدام الفحص النسيجي.

ويعتبر التصنيف النسيجي هو الأكثر دقة في تحديد إنذار سرطان المريء، ويبقى تصنيف السرطانات الغدية في منطقة الوصل المعدي المريئي مثيراً للجدل، وهنا يجب اعتبار الأورام التي يعتقد بأنها تنشأ من المريء سرطانات مريئية، والأورام التي يعتقد أنها تنشأ من المعدة بما في ذلك فؤاد المعدة على أنها سرطانات معدية.

١- التصنيف لعامل T:

- TIS: السرطانة اللابدة أو السرطانة في الموضع.
- T1: الورم يغزو الصفيحة الخاصة، المخاطية العضلية أو تحت المخاطية ولكنه لا يصل إلى الطبقة العضلية.
- T2: الورم يغزو الطبقة العضلية.
- T3: امتداد الورم إلى ما وراء الطبقة العضلية إلى العناصر المجاورة للمريء.
- T4: الورم يغزو العناصر المجاورة للمريء.

٢- التصنيف لعامل N:

- N0: لا يوجد نقائل إلى العقد اللمفية الناحية (في المنطقة).
 - N1: يوجد نقائل إلى العقد اللمفاوية الناحية.
- ومن الصعب تحديد العقد اللمفاوية الناحية بدقة، كما أن ذلك يعتمد على الموقع التشريحي لسرطان المريء، فضلاً عن أن المحاولات لوضع خارطة للعقد اللمفاوية في سرطان المريء (بشكل مشابه لسرطانات الرئة) لم يتم اعتمادها بشكل واسع عالمياً. بشكل عام، فإن وجود ورم في المريء الرقبى مع عقد لمفاوية في مستوى المريء الصدري السفلي أو عقد لمفية بطنية زلاقية Celiac مع وجود سرطان في الثلث الأخير من المريء يعتبر نقائل بعيدة M.

٣- التصنيف لعامل M:

- لا يوجد نقائل بعيدة.
 - توجد نقائل بعيدة.
- أورام المريء الصدري السفلي:
- M1a نقائل في العقد اللمفية البطنية.
 - M1b نقائل أخرى بعيدة.
- أورام المريء الصدري العلوي:
- M1a نقائل في العقد اللمفية الرقبية.
 - M1b نقائل أخرى بعيدة.

أورام المريء الصدري المتوسط:

• M1a من الصعب تحديد وجود نقائل.

• M1b لا يوجد نقائل لمفية ناحية أو نقائل أخرى بعيدة.

المجموعات الثانوية لمراحل سرطان المريء وفقاً لتصنيف

TNM Stage Groupings TNM Subsets

يوضح الجدول رقم (١): المجموعات الثانوية الموافقة لكل مرحلة نسيجية من سرطان المريء.

الجدول رقم (١). المجموعات التصنيفية الثانوية لسرطان المريء.

| المجموعات الثانوية وفقاً لتصنيف TNM | | | المرحلة |
|-------------------------------------|------|------|---------|
| M0 | N0 | Tis | 0 |
| M0 | N0 | T1 | I |
| M0 | N0 | T2 | IIA |
| M0 | N0 | T3 | |
| M0 | N1 | T1 | IIB |
| M0 | N1 | T2 | |
| M0 | N1 | T3 | III |
| M0 | أي N | T4 | |
| M1 | أي N | أي T | IV |
| M1a | أي N | أي T | IVA |
| M1b | أي N | أي T | IVB |

أهمية التصنيف لسرطان المريء

Significance of Staging

يعتبر عمق الورم البدئي في حال عدم وجود نقائل لمفية N0 (وبغياب النقائل البعيدة M0) ذو قيمة إنذارية، حيث إن معدل البقاء على قيد الحياة لـ ٥ سنوات يصل إلى ٧٥-٨٥٪ في المرضى ذوي التصنيف T1 في حين يصل إلى ٢٥٪ في T3.

في حال وجود نقائل لمفية لعقد ناحية N1 وعدم وجود نقائل بعيدة M0 فإن الإنذار مستقل تماماً عن المرحلة T (وبالرغم من أن بعض المراحل الباكرة في التصنيف T تكون مترافقة مع نقائل عقدية لمفاوية عند بعض المرضى).

معدل البقاء على قيد الحياة لـ ٥ سنوات عند مرضى المرحلة N1M0 أقل من ١٠٪، في حين يصل إلى أكثر من

٢٥٪ عند مرضى المرحلة NOM0.

يصل معدل البقاء على قيد الحياة لـ ٥ سنوات عند المرضى ذوي التصنيف N1 ولديهم ١-٣ عقد مصابة إلى ١٠-١٥٪ وسطياً.

إن وجود نقائل بعيدة ينقص من معدل البقاء على قيد الحياة، وإن قلة من هؤلاء المرضى يمكن أن تستمر حياتهم لمدة خمس سنوات.

للمزيد من القراءات

Further Reading

- Casson AG. Staging. In: Pearson FG, Deslauriers J, Ginsberg RJ, Hiebert CA, McKneally MF, Urschel HC, eds. *Esophageal Surgery*. New York: Churchill Livingstone, 1995; 560.
- Farrow DC, Vaughan TL. Determinants of survival following the diagnosis of esophageal adenocarcinoma (United States). *Cancer Causes and Control*, 1996; 7: 322.
- Holscher AH, Siewert JR. Classification of adenocarcinomas of the esophagogastric junction. In: Peracchia A, Rosati R, Bonavina L, Fumagalli U, Bona S, Chella B, eds. *Recent Advances in Diseases of the Esophagus*. Bologna: Monduzzi Editore, 1996; 549.
- Krasna MJ. Thoracoscopic staging of esophageal carcinoma. *Chest Surgery Clinics of North America*, 1995; 5: 489.
- Luketich JD, Schauer PR, Meltzer CC, Landrenau RJ, Urso GK, Townsend DW, Ferson PF, Keenan RJ, Belani CP. Role of positron emission tomography in staging esophageal cancer. *Annals of Thoracic Surgery*, 1997; 64: 765.
- Siewert JR, Holscher AH, Dittler HJ. Preoperative staging and risk analysis in esophageal carcinoma. *Hepato-gastroenterology* 1990; 37: 382.
- Stein HJ. Esophageal cancer: screening and surveillance. *Diseases of the Esophagus*, 1996; 9 (Suppl 1): 3.