

سرطان المريء: الجراحة

ESOPHAGEAL CANCER: SURGERY

رينيه كينيدي، آلان غ. كاسون

Renee Kennedy, Alan G. Casson

يبقى للجراحة الدور الأهم والأبرز في علاج سرطان المريء على الرغم من أن معدل البقاء على قيد الحياة عند هؤلاء المرضى ليس طويلاً. ويختلف معدل استخدام العلاج الجراحي في علاج أورام المريء بين مناطق العالم، إلا أن قرار استخدام العلاج الجراحي عند ٥٠٪ من المرضى يجب اتخاذه بتأن شديد وحكمة، وذلك بتحديد مرحلة الورم قبل الجراحة، ومعرفة مدى قابلية الورم للاستئصال الجراحي. يمكن للاستئصال الجراحي أن يكون شافياً تماماً، في المراحل المبكرة للمرض (Tis والمرحلة I)، مع وصول معدل البقاء على قيد الحياة لـ ٥ سنوات إلى ٧٠٪. في حين يبقى معدل البقاء على قيد الحياة عند الغالبية العظمى من المرضى، الذين لديهم أورام في مرحلة متقدمة ضئيلاً جداً (إذ يصل إلى أقل من ٢٠٪ لمدة ٥ سنوات)، على الرغم من الفائدة التي يمكن الحصول عليها من العلاج التلطيفي. لقد تناقصت نسبة الوفيات الجراحية لسرطان المريء في السنوات الحالية وتبلغ وسطياً أقل من ٥٪ في المراكز المتخصصة بجراحة المريء (استئصال المريء).

التشخيص وتحديد المرحلة النسيجية لسرطان المريء

Esophageal Cancer Diagnosis and Staging

- انظر بحث سرطان المريء: مراحل وتقييمه صفحة (١٢١).
- يستثنى من الجراحة، المرضى الذين لديهم انتقالات ورمية بعيدة المرحلة (M1)، والمرضى الذين لديهم أورام بدئية موضعية في مرحلة متقدمة (T4).

التحضير قبل الجراحة

Preoperative Preparation

- انظر بحث التقييم ما قبل الجراحة في عمليات جراحة الصدر صفحة (٣١١).
- يجب تصحيح التجفاف الواضح وفقر الدم قبل الجراحة.

- لا يزال إصلاح الحالة الغذائية قبل الجراحة عند مريض سرطان المريء موضع جدل ونقاش، لكن العلاج (التعويض) الغذائي غير طويل الأجل (أقل من أسبوعين) يبدو أنه عديم الفائدة.
- إن العمل على تصحيح الحالة الغذائية للمريض قبل الجراحة لمدة أسبوعين أو أكثر كفيلاً بتعويض النقص في العناصر الغذائية، إلا أنه يزيد من خطورة حدوث الاستنشاق أو الإلتان الرئوي عند المرضى.

المقاربات الجراحية

Surgical Approaches

لقد وصفت مقاربات جراحية متنوعة لاستئصال أورام المريء تختلف عن بعضها في نمط وعدد الجروح، امتداد الاستئصال الجراحي، طرق إعادة وصل السبيل الهضمي، وطرق إجراء المفاغرات. يفضل حالياً الاستئصال قرب التام للمريء (كاستئصال المريء البطني والصدرى)، وذلك لأسباب وظيفية وأسباب أخرى تتعلق بطبيعة علاج الأورام. يجب أن يمتد حد الاستئصال من الناحية القريبة إلى أكثر من ١٠ سم من حافة الورم ويشمل الآفات التي تتعدى المخاطية وتصل إلى تحت المخاطية، ويمكن إجراء المفاغرات المطلوبة في الرقبة أو أعلى الصدر. ويمتد الاستئصال البعيد (وخاصة في السرطان الغدي للثلث السفلي من المريء) إلى ٥ سم على الأقل من الحافة البعيدة للورم، وقد يتم استخدام الخزعة المجمدة Frozen-section لتقرير خلو حدود الاستئصال الجراحي من الورم وذلك أثناء العمل الجراحي. وللحصول على حواف استئصال خالية تماماً من الورم، يفضل إجراء استئصال واسع للورم بأكمله مع المريء جملة واحدة. ومن الصعب جداً إتمام هذه العملية باستئصال المريء عبر الفرجة المريئية Transhiatal approach، على الرغم من أن نتائج العلاج الجراحي متقاربة بغض النظر عن المقاربة الجراحية المستخدمة. يترافق عادة الاستئصال الجراحي للورم مع المريء جملة واحدة، والذي يمتد ليشمل العقد اللمفية الناحية، مع زيادة نسبة الأمراض والوفيات في الفترة القريبة من إجراء الجراحة Perioperative، دون أن يزيد من معدل البقاء على قيد الحياة أو يتسبب بزيادة معدل البقاء على قيد الحياة لكن بشكل بسيط جداً.

بشكل عام، يجب ألا يتجاوز معدل الوفيات بعد استئصال المريء الجراحي ٥% بغض النظر عن التكنيك الجراحي المستخدم. إلا أن هذه الجراحة تحمل نسبة إمراضية عالية تتراوح بين (٢٠ - ٤٠%). وتتلخص أهم الطرق (المقاربات) الجراحية المستخدمة في استئصال المريء بالتالي:

١- فتح الصدر الأيمن / فتح البطن Right thoracotomy/Laparotomy: يجرى فتح البطن عادة في البداية للتأكد من عدم وجود نقائل ورمية في البطن ومن أجل تحرير المعدة. يجرى فتح الصدر الأيمن لاستئصال المريء وللتأكد من اتجاه المعدة الصحيح بعد توليدها إلى الصدر من خلال الفوهة المريئية للحجاب الحاجز. وتجرى المفاغرات anastomosis في الجزء العلوي من الصدر. وقد تجرى المفاغرة المعدية مع الجزء العلوي من المريء، في العنق عن طريق إجراء شق رقبى أيمن، وذلك في حال الضرورة.

٢- فتح الصدر الأيمن / فتح البطن / جرح في الجهة اليسرى للرقبة Right thoracotomy/Laparotomy/Left neck : يستخدم هذا التكنيك لاستئصال المريء الصدري التام ، ويعتبر تعديلاً إضافياً على التكنيك السابق ، حيث يتم إجراء فتح الصدر الأيمن أولاً لتقدير قابلية الورم للاستئصال الجراحي ولتحرير الورم والمريء الصدري. ثم يتم إغلاق الصدر ، ويتم وضع المريض بوضعية الاستلقاء الظهرى Supine ليتم فتح البطن ، حيث يتم سحب المريء المحرر من خلال الفوهة المريئية. ثم تسحب المعدة إلى الأعلى بعد تحريرها من نفس الفوهة السابقة ويتم دفعها تجاه الناحية اليسرى للرقبة حيث يتم إجراء شق جراحي هناك لإجراء المفاغرة في هذا المكان.

كما يمكن إجراء جرح في الناحية الرقبية اليسرى وفتح البطن أولاً ، وذلك لتحرير المعدة ومن ثم سحبها إلى خلف عظم القص ، بعد ذلك يعاد وضع المريض بوضعية جانبية لإجراء فتح للصدر الأيمن واستئصال الورم والمريء.

٣- فتح الصدر الأيسر / الشق الصدري البطني / Left thoracotomy/Thoracoabdominal : يجرى فتح الصدر الأيسر بشكل عام لاستئصال أورام المريء البعيد أو أورام الوصل المعدي المريئي.

كما يمكن إجراء الاستئصال المريئي وإعادة وصل السبيل الهضمي من خلال فتح الصدر الأيسر (وذلك بقطع الحجاب الحاجز) أو يمكن الامتداد بجرح الصدر إلى البطن عبر الحافة الضلعية (الشق الصدري البطني). وغالباً ما تجرى المفاغرات في الصدر ، كما يمكن إجراء شق في الناحية الرقبية اليسرى وإجراء المفاغرات في العنق.

ويبدو أن الاختلاف في نسبة الإمبراضيات والوفيات والنتائج الجراحية قليلة جداً عند استخدام فتح الصدر الأيسر مقارنة مع الأيمن. بالنسبة للشق الصدري البطني الأيسر فهو المفضل في حال وجود أورام في الناحية المعدية القريبة (القاع أو الفؤاد) حيث يستخدم لإتمام الاستئصال المعدي المريئي. ويتم إعادة وصل السبيل الهضمي بمفاغرة مريئية صائمية تحت قوس الأبهر مع مفاغرة روكس إن - واي roux- en- y في الصائم.

٤- استئصال المريء عبر الفرجة المريئية (دون فتح الصدر) Transhiatal (non-thoracotomy) : تعتمد هذه المقاربة على فتح البطن ، وإجراء جرح في مدخل الصدر ، في الناحية الرقبية اليسرى وإجراء استئصال للمريء الصدري ، من خلال الفوهة المريئية ، دون الحاجة إلى فتح الصدر ، إذ يتم تسليخ معظم طول المريء تحت الرؤية المباشرة ، بالرغم من صعوبة تسليخ وتحرير المريء الصدري (وخاصة في منطقة المهماز الرغامى Carina). وأفضل استطباقات استعمال هذه المقاربة الجراحية هو أورام المريء السفلي (الواقعة أسفل المهماز الرغامى) ، كما تساعد هذه المقاربة الجراحية على تحرير وتوجيه جيد للمعدة لاستعمالها كبديل للمريء بعد استئصال المريء في أورام المريء الرقبى /أو العلوي.

ولعل أحد أهم مساوئ استخدام هذه المقاربة الجراحية هو عدم إمكانية إتمام الاستئصال الجراحي الواسع (إذ لا يمكن استئصال العقد اللمفية الناحية المجاورة للمريء الصدري مع الورم جملة واحدة en bloc ، وكذلك صعوبة استئصال هوامش أمان جانبية خالية تماماً من الورم) ، وتملك هذه المقاربة الجراحية نفس معدلات البقاء على قيد الحياة تقريباً عند مقارنتها بالمقاربات الأخرى والتي قد تكون أكثر شمولية منها More extensive.

كما تعتبر هذه المقاربة آمنة عند إجرائها بالأيدي الخبيثة. وأهم المضاعفات والتي قد تحدث أثناء الجراحة (بنسبة أقل من ١٪) هي أذية الشجرة الرغامية القصية (وهنا يجب دفع أنبوب التنبيب الرغامى بكامل طوله أي دون قص أي جزء منه ليتجاوز منطقة أذية الشجرة الرغامية القصية، وعندها يجب إجراء فتح للصدر مباشرة، وإصلاح الأذية تحت الرؤية المباشرة، وتدعيم خط الحياطة بنسج حية سليمة)، كما يمكن أن يحدث النزف من فروع الشريان الأبهري (كذلك لا بد من فتح الصدر هنا وخياطة الفروع النازفة). والاختلاط الأخير هو هبوط الضغط الشرياني أثناء تحرير وتحريك المريء عبر الفوهة المريئية (وهنا يجب إيقاف الجراحة فوراً لفترة مؤقتة، والتأكد من أن الحجم الدموي داخل الأوعية لا زال ملائماً).

٥- جراحة الصدر المساعدة بالفيديو (VATS): لقد تزايد استعمال المقاربات الجراحية غير الرضاة أو قليلة البضع (منظار البطن الجراحي، منظار الصدر الجراحي) لتحديد مرحلة سرطانات المريء. وعلى الرغم من تسجيل التقارير لعدد محدود من حالات الاستئصال المريئي (وإعادة وصل السبيل الهضمي) باستعمال الجراحة قليلة البضع، إلا أن ذلك لم يلق قبولاً واسعاً في الممارسة العملية حتى الآن (تاريخ إعداد هذا الكتاب). وقد تم استعمال الجانب الأيمن من الصدر لتحرير الورم المريئي واستئصال المريء الصدري التام مع الورم المريئي بالجراحة قليلة البضع VATS، دون الحاجة إلى فتح الصدر. أما بالنسبة لإعادة وصل السبيل الهضمي فقد تم بالطريقة المعتادة عن طريق فتح البطن وإجراء جرح في الناحية الرقبية اليسرى.

إعادة وصل المريء (السبيل الهضمي)

Esophageal Reconstruction

يجب أن تتم إعادة بناء (وصل) المريء في نفس وقت الاستئصال الجراحي للمريء، وتعتبر المعدة أفضل الخيارات كبديل وظيفي للمريء، وفي معظم الأحيان تجرى مفاغرة المعدة مع الجذوم المريئي في الناحية الرقبية اليسرى أو في أعلى الصدر، ويتم سحب المعدة لتوضع في المنصف الخلفي. وفي معظم الأحيان يجرى خزع عضلة البواب Pyloromyotomy لتحسين التصريف المعدي، ولا تزال هناك علامة استفهام حول هذا الإجراء. من أجل الحصول على تفاصيل إضافية يرجى الرجوع إلى بحث "إعادة بناء المريء" صفحة (١٦١).

العناية بعد العمل الجراحي والمضاعفات

Postoperative Management and Complications

يجب الانتباه إلى أدق التفاصيل والعناية بها في الفترة التالية للجراحة، ومن المهم جداً توقع المضاعفات المحتملة، والتي يجب تشخيصها وعلاجها باكراً ما أمكن، وذلك لتقليل نسبة الإراضيات والوفيات التالية للجراحة.

يجب وضع أنبوب أنفي معدي بشكل روتيني، وكذلك استعمال أنبوب فغر الصائم jejunostomy لتغذية المريض بعد الجراحة، وينصح بعض الجراحين بإدخال أنبوبين إلى جوفى الجنب الأيمن والأيسر لتصريف السوائل المتجمعة أو إجراء خزع للقصبة الهوائية الرئيسية الصغير mini-tracheostomy لسحب المفرزات الرغامية. أما بالنسبة إلى المضاعفات فقد أوردت التقارير حدوث تسريب من المفاغرة المريئية المعدية بنسبة قد تصل إلى ١٥٪ من المرضى. ويترافق التسريب من المفاغرة إلى داخل جوف الصدر مع نسبة عالية من الإمبراضيات والوفيات، لذا يجب أن تعالج هذه الحالة بشكل هجومي بالتصريف الواسع لمنطقة التسريب، الصادات الحيوية واسعة الطيف ودعم الحالة الغذائية للمريض. وقد يكون في بعض الأحيان من الضروري التدخل الجراحي للسيطرة على التسريب وذلك بإغلاق فوهة الناسور أو استئصال مجرى الناسور بالكامل، بالمقابل لوحظ أن معظم الحالات التي يكون التسريب فيه متوضعاً في الرقبة تستجيب للتصريف الموضعي. في أحيان نادرة قد يحدث تنخر أعلى المعدة، عندئذ يستطع إزاحة المعدة من مكانها (خلف القص)، واستئصال المريء الرقبى ومن ثم إعادة وصل السبيل الهضمي فيما بعد.

من المضاعفات النوعية الأخرى الممكنة الحدوث بعد الجراحة:

تضيق المريء، أذية العصب الحنجري، الانصباب الكيلوسى (اللمفى) chylothorax، النزف المتأخر من المنصف، الانصباب الجنبي واضطرابات النظم القلبية. وللمزيد من التفاصيل ارجع إلى بحث "التدبير بعد العمل الجراحي والاختلاطات" صفحة (٣٠٣).

للمزيد من المقراءات

Further Reading

- Muller JM, Erasmi H, Stelzner M, Zieren U, Pilchmaier H. Surgical therapy for esophageal carcinoma. *British Journal of Surgery*, 1990; 77: 845.
- Orringer MB, Marshall B, Sterling Me. Transhiatal esophagectomy for benign and malignant disease. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 1993; 105: 265.
- Putnam JB, Suell DM, McMurtry MJ, Ryan MB, Walsh GL, Natarajan G, Roth JA. Comparison of three techniques of esophagectomy within a residency training program. *Annals Of Thoracic Surgery*, 1994; 57: 319.
- Steup WH, De Leyn P, Deneffe G, Van Ramdonck D, Coosemans W, Lerut T. Tumors of the esophagogastric junction: long-term survival in relation to pattern of lymph node metastasis and a critical analysis of the accuracy of the pTNM classification. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 1996; 111: 85.
- Turnbull A, Ginsberg RJ. Options in the surgical approach for esophageal carcinoma. *Chest Surgery Clinics of North America*, 1994; 57: 315.