



بررسی اثر روش درمانی جراحی ازوفازکتومی و غیر جراحی بر میزان بقای بیماران مبتلا به سرطان مری

سلیمان حیدری^۱، زهرا علیزاده^۲، مهدی راعی^۳، محمد هیات^۴، حامد قلی‌زاده^{۵*}

۱- مرکز تحقیقات تروما، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران.

۲- گروه جراحی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران.

۳- مرکز تحقیقات بهداشت، پژوهشکده سبک زندگی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران.

۴- گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران.

۵- مرکز تحقیقات گوارش و کبد، پژوهشکده علوم بالینی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۲۷، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۱۹

چکیده

مقدمه: هدف از انجام این مطالعه، بررسی میزان بقا و عوارض و مقایسه روش درمانی جراحی و غیر جراحی در بیماران سرطان مری مراجعه‌کننده به بیمارستان بقیه‌الله تهران است.

مواد و روش: در این مطالعه‌ی همگروهی گذشته‌نگر، ۹۶ بیمار سرطان مری مراجعه‌کننده به بیمارستان بقیه‌الله تهران در سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵ به صورت نمونه‌گیری به روش سرشماری وارد مطالعه شدند. بیماران به دو گروه درمانی جراحی ازوفازکتومی و غیر جراحی تقسیم‌بندی شدند. پس از اخذ رضایت آگاهانه، اطلاعات در فرم چک لیست ثبت گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون‌های توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: از بین ۹۶ بیمار سرطان مری، ۵۸ نفر (۶۰/۴٪) مرد و ۳۸ نفر (۳۹/۴٪) زن بودند. در بین کل بیماران، ۳۷ نفر (۳۸/۵٪) تحت عمل جراحی ازوفازکتومی ۵۹ نفر (۶۱/۵٪) تحت درمان غیر جراحی انجام شده بود. بیشترین محل ابتلای تومور ۴۷ نفر (۴۸/۹۵٪) در ۱/۳ تحتانی مری بود. شایع‌ترین عارضه بعد از جراحی، مینور با ۱۴ نفر (۳۷/۸٪) بود. میانگین مدت زمان بقا در گروه جراحی ۲۸/۱ ماه و در گروه غیر جراحی با میانگین ۱۳/۱ ماه بود. در مقایسه میزان بقا در بین بیماران، اختلاف معنی‌داری از نظر مدت زمان بقای یک ساله و سه ساله در دو گروه جراحی و غیر جراحی وجود داشت.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج، مدت زمان بقای بیماران سرطان مری تحت عمل جراحی ازوفازکتومی در مقایسه با سایر روش درمانی بیشتر بود و این نوع جراحی دارای عوارض و مرگ و میر کمتری است. عوارض کم ازوفازکتومی در مرکز درمانی بقیه‌الله (عج) نشان دهنده رویکرد قابل قبول این مرکز در اقدامات درمانی است.

واژه‌های کلیدی: سرطان مری، جراحی عمومی، مرگ و میر، بقا.

*نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات تروما، گروه جراحی عمومی، تلفن: ۰۹۱۵۵۲۴۷۰۱۸، شماره: ۰۲۱۸۷۵۵۵۲۵۳، Email: hamedgholizadeh94@yahoo.com

ارجاع: حیدری سلیمان، علیزاده زهرا، راعی مهدی، هیات محمد، قلی‌زاده حامد. بررسی اثر روش درمانی جراحی ازوفازکتومی و غیر جراحی بر میزان بقای بیماران مبتلا به سرطان مری. مجله دانش و تندرستی در علوم پایه پزشکی ۱۹:۱۴۰۳(۱):۴۶-۴۰.



مقدمه

سرطان مری هشتمین سرطان شایع در جهان است (۱). این بیماری به علت پتانسیل بدخیمی بالا و پروگنوز ضعیف آن، ششمین علت مرگ و میر مرتبط با سرطان در کل جهان است (۲ و ۳). در دهه اخیر میزان بروز سرطان مری افزایش یافته است و تخمین زده می‌شود که شیوع سرطان در سال‌های پیش‌رو در حال افزایش باشد. طبق گزارشات آمار جهانی، شیوع سرطان مری در سال ۲۰۰۱، ۳۰۰ هزار مورد و در سال ۲۰۱۲، ۴۵۰ هزار مورد بوده است و حدود ۲۰۰ هزار بیمار (۴/۹٪) از کل مرگ و میر بیماری سرطان مربوط به سرطان مری بوده است. بروز سرطان مری در مناطق مختلف جهان متفاوت است. کشورهای شرق ترکیه، شمال شرق ایران، شرق آسیا و شمال و مرکز چین در کمربندی سرطان مری جهان قرار دارند. بروز سرطان مری در این نواحی بیش از ۱۰۰ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر است (۱). در سال ۲۰۱۵ حدود ۱۷ هزار مورد سرطان مری جدید در ایالات متحده وجود داشته است که ۱۶ هزار (۲/۶٪) مرگ ناشی از سرطان مری بوده است (۴). مطالعات نشان می‌دهد که بیش از ۸۰٪ موارد بروز موربیدیتی ناشی از سرطان مری در کشورهای در حال توسعه و کمتر توسعه یافته است (۱ و ۵).

اسکواموس سل کارسینوم مری از شایع‌ترین تومور بدخیم کارسینوم مری است. گزارشات متفاوتی از شیوع اسکواموس سل کارسینوم در کشورهای مختلف ارائه شده است. به‌عنوان نمونه در ایالات متحده و انگلستان از ۲۰ مورد در ۱۰۰ هزار نفر و مناطق خاصی از آفریقای جنوبی و چین از حدود ۱۶۰ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر و در منطقه‌ای از قزاقستان حدود ۵۴۰ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر گزارش شده است (۶).

درمان سرطان مری به مرحله بیماری در زمان تشخیص بستگی دارد. تومورهای مرحله اولیه بیماری (محدود به مخاط) با استفاده از روش درمانی اندوسکوپیک و تومور تهاجم موضعی با استفاده از درمان‌های مداخله‌ای و جراحی جهت درمان بیماران سرطان مری پیشنهاد می‌شود. از انواع درمان سرطان مری می‌توان کموتراپی، رادیوتراپی و جراحی اشاره کرد (۶).

علیرغم کارآمد بودن روش کمورادیوتراپی برای درمان سرطان مری، جراحی ازوفاز کتومی نیز جزو مهم‌ترین درمان سرطان مری محسوب می‌شود (۷) و (۲). رویکردهای جراحی مختلفی برای انجام عمل جراحی ازوفاز کتومی وجود دارد که در مطالعات مختلف این روش‌ها با هم مقایسه و مزایا و معایب آنها بررسی شده است. جراحی ازوفاز کتومی به دور روش باز و تهاجمی تقسیم‌بندی می‌شود (۶). ازوفاز کتومی عملی به شدت تهاجمی و دارای عوارض متعددی بعد از جراحی است. از جمله مهم‌ترین و شایع‌ترین عوارض بعد از جراحی ازوفاز کتومی پنومونی، نشت آناستوموز و فلج عصب راجعه حنجره‌ای می‌توان نام برد. مطالعات مختلف نشان می‌دهد، عوارض بعد از جراحی ازوفاز کتومی ارتباط معنی‌داری با میزان مرگ و میر بیماران سرطان مری دارد اما اثر احتمالی طولانی مدت آن بر روی بقای کلی نامشخص است. طبق مطالعات انجام شده، حدود ۱/۴ الی ۱۳ درصد موارد میزان مرگ

و میر بیماران سرطان مری بعد از جراحی ازوفاز کتومی بوده است (۲، ۳، ۴، ۸-۱۰ و ۱۱) و در یک مطالعه‌ای ایرانی این میزان ۲۷/۸ درصد گزارش شده است (۱۲).

مطالعه پاکزاد و همکاران نشان دادند که از ویژگی‌های اصلی بیماری سرطان مری بقای پایین و پیشرفت سریع بیماری است. در حالی که علیرغم پیشرفت‌های صورت گرفته درمان در دهه‌های اخیر، میزان بقای ۵ ساله این بیماری کمتر از ۲۰٪ است (۱). در مطالعه دیگر در ژاپن میزان بقای ۵ ساله بیماران سرطان مری پس از عمل جراحی ازوفاز کتومی طبق مرحله‌بندی سرطان بر اساس تقسیم‌بندی AJCC (American Joint Committee on Cancer) در مرحله یک ۹۰ درصد، در مرحله دو ۴۵ درصد و در مراحل سه و چهار به ترتیب ۲۰ درصد و ۱۰ درصد گزارش کردند (۲).

از آنجایی سرطان مری اغلب در مراحل اولیه تشخیص داده نمی‌شود و این موضوع باعث کاهش میزان بقا می‌شود. در صورت تشخیص مراحل ابتدایی و انتخاب درمان مناسب می‌توان از پیشرفت بیماری جلوگیری کرد. میزان عوارض و مرگ و میر بیماران سرطان مری در مطالعات مختلف به‌خصوص مطالعات محدود ایرانی بسیار متفاوت بوده است. از این‌رو هدف از انجام این مطالعه بررسی تأثیر روش درمانی جراحی ازوفاز کتومی و غیر جراحی بر بقای بیماران مبتلا به سرطان مری و میزان عوارض، مرگ و میر و بقا به دنبال ازوفاز کتومی در مرکز درمانی بیمارستان بقیه‌الله (عج) طراحی و انجام شده است تا کارآمدی پروتکل اجرایی در این مرکز بررسی شود.

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر از نوع همگروهی گذشته‌نگر و بر روی کلیه بیماران سرطان مری مراجعه‌کننده به بیمارستان بقیه‌الله اعظم (عج) از ابتدای مهر سال ۱۳۹۰ تا ابتدای مهر ۱۳۹۵ انجام شد. نمونه‌گیری به روش سرشماری انجام شد. معیار ورود کلیه بیماران مبتلا به سرطان مری مراجعه‌کننده به بیمارستان، بدون در نظر گرفتن محدودیت سن، جنس، وضعیت اقتصادی و اجتماعی وارد مطالعه شدند. تعداد کل بیماران ۱۰۹ مورد بوده که از این تعداد ۲ مورد به علت نقص در پرونده و ۱۱ مورد به دلیل وجود بیماری پروگزیمال مری با پیشرفت در نواحی حلق و حنجره که تحت درمان‌های پالیاتیو و جراحی نواحی حلقی و حنجره‌ای قرار گرفته بودند، از مطالعه خارج شدند. از ۹۶ بیمار باقیمانده ۳۷ بیمار به روش عمل جراحی ازوفاز کتومی و ۵۹ بیمار به دلیل مرحله بالای بیماری، وجود کوموربیدیتته و عدم رضایت شخصی تحت سایر درمان‌های حمایتی و غیر جراحی شامل (استنت‌گذاری اندوسکوپیک، شیمی درمانی و رادیوتراپی) قرار گرفته بودند. بیماران به دو گروه درمانی عمل جراحی و غیر جراحی تقسیم‌بندی شدند.

اطلاعات بیماران به‌صورت چک لیست توسط محقق ثبت شد. ابزار گردآوری داده‌ها چک لیست شامل خصوصیات دموگرافیک، بیماری زمینه‌ای، مشخصات پاتولوژیک، میزان بقا، اقدامات درمانی و عوارض بعد از عمل جراحی بود. بقای بیماران از زمان تشخیص تا زمان مرگ یا پایان مطالعه

در بررسی تشخیص پاتولوژیک از نظر نوع سلولی، بیشترین مورد اسکوآموس سل کارسینوم ۷۲ نفر (۷۵٪) و بعد از آن آدنوکارسینوم ۲۳ نفر (۲۳/۹٪) بود. یافته‌های این مطالعه نشان داد که بین بیماران سرطان مری در دو گروه جراحی و غیرجراحی از نظر تشخیص پاتولوژیک اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0.05$). از نظر محل قرارگیری تومور در ثلث‌های مری، بیشترین محل ابتلای تومور ۴۷ نفر (۴۸/۹۵٪) در ۱/۳ تحتانی مری بود. همچنین بین محل تومور در دو گروه جراحی و غیر جراحی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0.05$) (جدول ۲).

در بین ۳۷ بیمار تحت جراحی ازوفازکتومی، ۱۴ نفر (۳۷/۸٪) مبتلا به نوع دیگری از سرطان تیروئید و پروستات نیز بودند. ۲۰ نفر (۵۴/۱٪) قبل از عمل جراحی کمورادباسیون نتوآدجوانت دریافت کرده بودند. در این گروه از بیماران، ۳۵ نفر (۹۴/۶٪) به روش جراحی ازوفازکتومی ترانس هیپاتال ۲ و ۲ نفر (۵/۴٪) به روش Ivor Lewis انجام شده بود. در بررسی اقدامات درمانی بعد از جراحی در بین بیماران سرطان مری، در بیشترین موارد ۲۱ نفر (۵۶/۸٪) نیاز به تعبیه درن گردنی و بعد از آن ۱۲ نفر (۳۲/۴٪) نیاز به تعبیه لوله سینه‌ای یک‌طرفه داشتند (جدول ۳).

در این مطالعه عوارض بعد از جراحی ازوفازکتومی در بین بیماران سرطان مری به دو گروه مینور و مایور تقسیم‌بندی شد که شایع‌ترین عارضه بعد از جراحی، مینور با ۱۴ نفر (۳۷/۸٪) بود (جدول ۳).

با توجه به نتایج، میانه بقای کل بیماران ۹/۷ ماه بود. میانگین مدت زمان بقا در گروه جراحی ۲۸/۱ ماه و با میانه ۱۸/۵ ماه و در گروه غیرجراحی با میانگین ۱۳/۱ ماه و با میانه ۸/۷ ماه بود. بیشترین میزان مرگ و میر در کل بیماران در طی یک سال ۳۷ نفر (۳۸/۸٪) و کمترین آن در یک ماه ۶ نفر (۶/۳٪) بود. در مقایسه میزان بقا در بین بیماران، اختلاف معنی‌داری از نظر مدت زمان بقای یک ساله و سه ساله در دو گروه جراحی و غیرجراحی وجود داشت ($P \leq 0.05$). مدت زمان بقا در گروه درمانی جراحی ازوفازکتومی بیشتر از گروه درمانی غیر جراحی بود (جدول ۴).

محاسبه شد. همچنین جهت بررسی میزان بقای بیماران، با استفاده از اطلاعات موجود در پرونده بیمار، تماس تلفنی و پیگیری از طریق اداره ثبت احوال کشور تاریخ فوت بیماران مشخص شد.

در این مطالعه جهت تعیین و کسب اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها از روش اعتبار محتوا (مطالعات مقالات) و پایایی با روش آلفای کرونباخ استفاده شد با وجود استاندارد بودن چک لیست، جهت تعیین اصول روایی و اعتباری آن توسط اساتید صاحب‌نظر در این زمینه، چک لیست به صورت مقدماتی بروی ۳۰ نمونه از پرونده بیماران انجام شد و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۵ به دست آمد.

در بررسی نتایج از شاخص‌های درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار و جهت بررسی متغیرهای کیفی در بین گروه‌ها از آزمون کی دو و Exact Fisher استفاده گردید. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

از بین ۹۶ بیمار سرطان مری، ۵۸ نفر (۶۰/۴٪) مرد ۳۸ نفر (۳۹/۴٪) بودند. میانگین سن بیماران 66.5 ± 13.7 سال بود. از نظر عامل خطر، ۱۳ نفر (۱۳/۵٪) سیگاری و ۱۹ نفر (۱۹/۷٪) پرفشاری خون و ۱۱ نفر (۱۱/۴٪) دیابتی بودند. در بین کل بیماران، ۳۷ نفر (۳۸/۵٪) تحت عمل جراحی ازوفازکتومی ۵۹ نفر (۶۱/۵٪) تحت درمان غیرجراحی قرار گرفته بودند (جدول ۱).

با توجه به نتایج، ارتباط معنی‌داری بین سن گروه جراحی ازوفازکتومی و گروه اقدامات درمانی غیرجراحی وجود داشت ($P < 0.05$). همچنین بین جنسیت، سیگاری، دیابت، پرفشاری خون و ناراسایی قلبی در بین دو گروه ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0.05$) (جدول ۱).

جدول ۱- مقایسه اطلاعات دموگرافیک بیماران سرطان مری در مطالعه به تفکیک گروه درمان جراحی و غیر جراحی

P.V	گروه جراحی		کل	متغیر
	گروه غیر جراحی	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
۰/۰۱	۵۹/۱۱ \pm ۱/۸	۷۷/۱۲ \pm ۱/۹	۶۶/۱۳ \pm ۵/۷	سن
	تعداد (/)	تعداد (/)	تعداد (/)	
۰/۳۱۳	۲۰ (۵۴/۱)	۳۸ (۶۴/۴)	۵۸ (۶۰/۴)	جنسیت مرد
۰/۵۳۶	۴ (۱۰/۸)	۹ (۱۵/۳)	۱۳ (۱۳/۵)	سیگار کشیدن
۰/۶۱۷	۵ (۱۳/۵)	۶ (۱۰/۲)	۱۱ (۱۱/۴)	دیابت
۰/۰۵۳	۱۱ (۲۹/۷)	۸ (۱۳/۶)	۱۹ (۱۹/۷)	فشار خون
۰/۶۱۷	۵ (۱۳/۵)	۶ (۱۰/۲)	۱۱ (۱۱/۴)	ناراسایی قلبی

مقدار $P \leq 0.05$ از لحاظ آماری معنی‌دار در نظر گرفته شده است.

جدول ۲- مقایسه مشخصات پاتولوژیک و تومور بیماران سرطان مری در مطالعه به تفکیک گروه درمان جراحی و غیر جراحی

متغیر	کل، تعداد (%)	گروه جراحی، تعداد (%)	گروه غیر جراحی، تعداد (%)	P.V
تشخیص پاتولوژیک	۲۳ (۲۳/۹)	۱۵ (۲۵/۴)	۸ (۳۱/۶)	
آدنوکارسینوم	۲۳ (۲۳/۹)	۱۵ (۲۵/۴)	۸ (۳۱/۶)	
اسکواموس سل کارسینوم	۷۲ (۷۵)	۴۴ (۷۴/۶)	۲۸ (۷۵/۷)	۰/۴۲۰
شوانوم	۱ (۱/۱)	۰	۱ (۲/۷)	
موقعیت تومور	۱۴ (۱۴/۵)	۹ (۱۵/۲)	۵ (۱۳/۵)	
فوقانی	۱۴ (۱۴/۵)	۹ (۱۵/۲)	۵ (۱۳/۵)	
میانی	۳۵ (۳۶/۴۵)	۲۰ (۳۳/۹)	۱۵ (۴/۵)	۰/۸۰۵
تحتانی	۴۷ (۴۸/۹۵)	۳۰ (۵۰/۹)	۱۷ (۴۶)	

مقدار $P \leq 0/005$ از لحاظ آماری معنی دار در نظر گرفته شده است.

جدول ۳- توزیع فراوانی مشخصات، اقدامات درمانی و عوارض بعد از جراحی در بیماران سرطان مری

متغیر	تعداد (درصد)	متغیر	تعداد (درصد)
اطلاعات بیماران گروه جراحی		عوارض مینور	
تشخیص سرطان تیروئید و پروستات	۱۴ (۳۷/۸)	لیک آناستوموز در گردن عفونت	۳ (۸/۱)
دریافت نتوادیوانت قبل جراحی	۲۰ (۵۴/۱)	عفونت زخم	۳ (۸/۱)
نوع عمل جراحی		زخم پلورال افیوژن دو طرفه	۵ (۱۳/۵)
ازوفازکتومی ترانس هیاتال	۲۵ (۹۴/۶)	پنوموتوراکس	۲ (۵/۴)
Ivor Lewis	۲ (۵/۴)	آمیبم	۱ (۲/۷)
		کل	۱۴ (۳۷/۸)
اقدامات درمانی بعد جراحی		عوارض مازور	
تعبیه ژنوستومی	۲ (۵/۴)	انتوباسیون اولیه بیش از ۴۸ ساعت	۱ (۲/۷)
تعبیه درن گردن	۲۱ (۵۶/۸)	انتوباسیون مجدد	۲ (۵/۴)
تعبیه لوله سینه‌ای یکطرفه	۱۲ (۳۲/۴)	پنومونی	۳ (۸/۱)
تعبیه لوله سینه‌ای دوطرفه	۳ (۸/۱)	لیک آناستوموز شدید	۲ (۵/۴)
		سکته	۱ (۲/۷)
		شیلوتوراکس	۱ (۲/۷)
		کل	۱۰ (۲۷)
		میزان مرگ و میر یک ماه بعد از جراحی	۴ (۱۰/۸)

جدول ۴- مقایسه میزان بقای بیماران سرطان مری در مطالعه به تفکیک گروه درمان جراحی و غیر جراحی

متغیر	کل (n=۹۶)	تعداد مرگ و میر	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	P.V
بقای یک ماه	۹۰	۶ (۶/۳)	۳۳ (۸۹/۲)	۵۷ (۹۶/۶۲)	۰/۳	
بقای ۳ ماهه	۷۷	۱۳ (۱۳/۵)	۳۱ (۸۳/۷)	۴۶ (۷۷/۹۶)	۰/۴۲۲	
بقای یک ساله	۴۰	۳۷ (۳۸/۸)	۲۱ (۵۶/۷)	۱۹ (۳۲/۲۰)	۰/۰۲۱	
بقای سه ساله	۱۲	۲۸ (۲۹/۲)	۹ (۲۴/۳)	۳ (۵/۰۸)	۰/۰۰۹	

مقدار $P \leq 0/005$ از لحاظ آماری معنی دار در نظر گرفته شده است.

بحث

در این مطالعه میانگین سنی بیماران ۶۶/۵ سال بود. در مطالعات مختلف انجام شده، میانگین سنی بین ۶۲ تا ۷۵ سال گزارش شده است که با مطالعه ما مشابه بودند. در مطالعه حاضر میانگین سنی بیماران جراحی شده کمتر از بیماران جراحی نشده بود که با مطالعات دیگر همخوانی دارد (۳، ۷،

این مطالعه با هدف تأثیر روش درمانی جراحی ازوفازکتومی و غیر جراحی بر بقای بیماران مبتلا به سرطان مری مراجعه کننده به بیمارستان بقیه الله تهران طراحی و اجرا شده است.

مشابه بود. گزارش‌های متفاوتی در مورد میزان مرگ و میر ۳۰ روزه بعد از عمل جراحی ازوفازکتومی وجود دارد. در مطالعه‌ای ایرانی در انستیتو سرطان بیمارستان امام خمینی (ره) بر روی ۴۰۹ بیمار مبتلا به سرطان مری انجام شد، میزان مورتالیتته بعد از جراحی ۲۷/۸٪ گزارش کردند (۱۲). در مطالعه دیگر در انگلیس بر روی ۳۷۸۰ بیمار در سال ۲۰۱۶ این میزان ۲/۸٪ گزارش شده است (۳) در این مطالعه میزان مرگ و میر یک ماهه در بین بیماران جراحی شده بیشتر از گروه جراحی نشده بود. به نظر می‌رسد که با توجه به ماهیت عمل جراحی ازوفازکتومی و نیز عوامل زمینه‌ای موجود در بیماران جراحی شده مثل سن بالا، بیماری زمینه‌ای و درجه بالای بیماری قابل پیش‌بینی می‌باشد.

در مطالعه حاضر میانه بقا سه ساله بیماران ۹/۷ ماه بود. در مطالعه مشابه در ژاپن میانه بقا بیماران ۹ ماه گزارش شده است (۱۸) نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که نوع درمان به روش جراحی ازوفازکتومی و غیر جراحی به‌عنوان متغیر مؤثر بر مدت زمان بقای یک ساله و سه ساله است. در مطالعه والش و همکاران نشان دادند که نوع درمان به روش جراحی و غیرجراحی بر میزان بقای سه ساله از لحاظ آماری معنی‌دار است (۱۹). که با مطالعه ما مطابقت داشت. در این مطالعه میزان بقای بیماران بعد از عمل جراحی در مقایسه با روش درمانی غیر جراحی بیشتر بود. در مطالعه چن و همکاران در سال ۲۰۰۷-۲۰۱۴ بر روی ۱۲۳۰ بیمار سرطان مری نشان دادند که میزان مرگ و میر تحت عمل جراحی نسبت به سایر درمان به‌طور قابل توجهی کمتر است در نتیجه با میزان بقای بالاتری همراه است و همچنین دریافتند که روش درمانی جراحی برای بیماران سرطان مری مناسب می‌باشد (۲۰). که با نتایج مطالعه ما همسو بود.

از محدودیت و مشکلات مطالعه حاضر، اطلاعات ناقص پرونده بیمار، عدم امکان دسترسی به تمامی بیماران جهت بررسی تمامی عوارض بعد از جراحی و عدم امکان بررسی درمان‌های تکمیلی صورت گرفته خارج از این مرکز بود.

میزان بقا بیماران مبتلا به سرطان بعد از درمان‌های لازم از عوامل مهم و تعیین‌کننده است. مطالعه حاضر نشان داد که مدت زمان بقای بیماران سرطان مری تحت عمل جراحی ازوفازکتومی در مقایسه با سایر روش درمانی (استنت‌گذاری اندوسکوپی، شیمی درمانی و رادیوتراپی) بیشتر است و این نوع جراحی دارای عوارض و مرگ‌ومیر کمتری است. عوارض ازوفازکتومی در مرکز درمانی بقیه الله (عج) بروز پایینی داشت که نشان‌دهنده رویکرد قابل قبول این مرکز در اقدامات پیش، حین و پس از عمل در این مرکز است. با توجه به اینکه سرطان مری هشتمین سرطان شایع و ششمین علت مرگ و میر مرتبط با سرطان در کل جهان است بار اقتصادی ناشی از آن برای سیستم سلامتی بسیار هنگفت است. از این‌رو با تشخیص بهتر بیماران جهت نوع درمان و انجام جراحی توسط افراد مجرب، تاحدودی می‌توان میزان موریبیدی و عوارض بعد از درمان را کاهش داد. پیشنهاد

۸، ۱۴-۱۰) با توجه به مرحله و پیشرفت بیماری و خطرات جراحی ازوفازکتومی در افراد مسن این موضوع قابل توجه است. در این مطالعه اکثر بیماران سرطان مری مرد بودند. این اختلاف در هر دو گروه جراحی شده و جراحی نشده نیز وجود داشت. در مقایسه با سایر مطالعات نشان می‌دهد که مردان نسبت به زنان در معرض ابتلا به بیماری سرطان مری بالاتری هستند (۱، ۳، ۴ و ۱۳).

در مطالعه یاماموتو و همکاران نشان دادند که بین جنسیت در گروه درمانی جراحی ازوفازکتومی و غیر جراحی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود (۱۵) که با نتایج ما مطابقت داشت. در مطالعه کیوئین و همکاران جنسیت و سن را به‌عنوان عوامل مرتبط بین دو گروه جراحی و غیرجراحی در بیماران گزارش کردند (۱۶)، که با نتایج ما در تفاوت داشت

در مطالعه حاضر، شایع‌ترین نوع تشخیص پاتولوژیک درگیری سلولی اسکواموس سل کارسینوم در بیماران بود. در مطالعه‌ای که بر روی ۲۸۴ بیمار سرطان مری در ژاپن انجام شد، بیشترین میزان نوع درگیری سلولی اسکواموس سل کارسینوم بود (۲) که با مطالعه ما هم سو بود. در مطالعات دیگر آدنوکارسینوم بیشترین نوع از نظر پاتولوژی مری گزارش کردند (۸ و ۱۳) که با مطالعه ما در تضاد بودند. گزارش‌های متفاوتی در مطالعات کشورهای مختلف انجام شده است که از دلایل این اختلاف تفاوت در حجم نمونه در مطالعات و عوامل خطر بیماری می‌باشد. در این مطالعه از نظر تشخیص پاتولوژیک بین بیماران سرطان مری در دو گروه جراحی و غیرجراحی اختلاف معنی‌داری وجود نداشت که با نتایج مطالعه کیوئین و همکاران همسو بود (۱۶).

در این مطالعه بیشترین محل شیوع تومور در ثلث تحتانی بود. که با مطالعه انجام شده در هلند مطابقت داشت (۱۳) مطالعه والتور و همکاران در سال ۲۰۰۴ نشان دادند که میزان درگیری تومور در ثلث تحتانی مری با توجه به افزایش شیوع آدنوکارسینومایی مری در کشورهای توسعه‌یافته بیشتر است (۱۷). شیوع آدنوکارسینوما بیشتر در قسمت تحتانی مری رخ می‌دهد. یکی از دلایل بروز سرطان مری در قسمت تحتانی در افراد مبتلا به بیماری مری بارت، چاقی، سن بالا و جنس مذکر است (۱).

در این مطالعه ۳۵ بیمار (۹۴/۶٪) تحت عمل جراحی به روش ازوفازکتومی ترانس هیاتال انجام شده بود. در مطالعات مختلف روش جراحی ازوفازکتومی ترانس هیاتال از ۳۳/۸٪ الی ۸۸/۵٪ مورد گزارش شده است (۲، ۷ و ۱۱). به نظر می‌رسد در مرکز درمانی بقیه الله (عج) تمایل جراحان به انجام جراحی ترانس هیاتال بیشتر است که می‌توان آن را به دلیل میزان پایین عوارض این نوع ازوفازکتومی و زمان عمل جراحی نسبت به سایر روش‌ها دانست (۶).

میزان مرگ و میر بعد از عمل جراحی بر روی بیماران سرطان مری در طی یک دوره ۳۰ روزه بسیار حائز اهمیت است. در مطالعه حاضر میزان مرگ و میر بعد از عمل جراحی ازوفازکتومی ۱۰/۸٪ بود. در مطالعه زینگ و همکاران مورتالیتته ۳۰ روزه بعد از جراحی ۱۲/۲٪ گزارش کردند (۱۱). که با مطالعه ما

- Cancer Prev 2015;15:10193-8. doi: 10.7314/APJCP.2014.15.23.10193
6. Brunicaudi FC. Schwartz's principles of surgery: Mc Graw Hill; 2015.
 7. Bartels H, Stein H, Siewert J. Preoperative risk analysis and postoperative mortality of oesophagectomy for resectable oesophageal cancer. *Br J Surg* 1998;85:840-4. doi: 10.1046/j.1365-2168.1998.00663.x
 8. Guttman DM, Mitra N, Metz JM, Plastaras J, Feng W, Swisher-McClure S. Neoadjuvant chemoradiation is associated with improved overall survival in older patients with esophageal cancer. *J Geriatr Oncol* 2018;9:40-6. doi: 10.1016/j.jgo.2017.08.010
 9. Kjaer DW, Fjederholt KT, Kirkegaard J, Okholm C, Achiam MP, Svendsen LB, et al. High Age Increases the Risk of Complications and Reduces Survival Following Esophagectomy for Adenocarcinoma. *Journal of Surgery* 2018;6:1-7. doi: 10.11648/j.js.20180601.11
 10. Nederlof N, Slaman AE, van Hagen P, van der Gaast A, Slinkamenac K, Gisbertz SS, et al. Using the comprehensive complication index to assess the impact of neoadjuvant chemoradiotherapy on complication severity after esophagectomy for cancer. *Ann Surg Oncol* 2016;23:3964-71. doi: 10.1245/s10434-016-5291-3
 11. Zingg U, Smithers BM, Gotley DC, Smith G, Aly A, Clough A, et al. Factors associated with postoperative pulmonary morbidity after esophagectomy for cancer. *Ann Surg Oncol* 2011;18:1460-8. doi: 10.1245/s10434-010-1474-5
 12. Harirchi I, Kolahdoozan S, Hajizadeh S, Safari F, Sedighi Z, Nahvijou A, et al. Esophageal cancer in Iran; a population-based study regarding adequacy of cancer surgery and overall survival. *Eur J Surg Oncol* 2014;40:352-7. doi: 10.1016/j.ejso.2013.10.011
 13. Maas K, Cuesta M, van Berge Henegouwen M, Roig J, Bonavina L, Rosman C, et al. Quality of life and late complications after minimally invasive compared to open esophagectomy: results of a randomized trial. *World J Surg* 2015;39:1986-93. doi: 10.1007/s00268-015-3100-y
 14. Uchihara T, Yoshida N, Baba Y, Yagi T, Toihata T, Oda E, et al. Risk factors for pulmonary morbidities after minimally invasive esophagectomy for esophageal cancer. *Surg Endosc* 2018;32:2852-8. doi: 10.1007/s00464-017-5993-z
 15. Yamamoto S, Ishihara R, Motoori M, Kawaguchi Y, Uedo N, Takeuchi Y, et al. Comparison between definitive chemoradiotherapy and esophagectomy in patients with clinical stage I esophageal squamous cell carcinoma. *Am J Gastroenterol* 2011;106:1048-54. doi: 10.1038/ajg.2011.42
 16. Qin J, Peng Y, Chen W, Ma H, Zheng Y, Li Y, et al. Comparative study of esophagectomy, endoscopic therapy, and radiotherapy for cT1N0M0 esophageal cancer in elderly patients: A SEER database analysis. *Thorac Cancer* 2019;10:1511-20. doi: 10.1111/1759-7714.13080
 17. Walther C, Zilling T, Perfekt R, Möller T. Strongly increasing incidence of adenocarcinoma of the esophagus and gastric cardia. *Lakartidningen* 2004;101:180-3. doi: 10.1007/s10147-004-0454-9
 18. Ohtsu A. Chemoradiotherapy for esophageal cancer: current status and perspectives. *Int J Clin Oncol* 2004;9:444-50. doi: 10.1007/s10147-004-0454-9
 19. Walsh TN, Noonan N, Hollywood D, Kelly A, Keeling N, Hennessy TP. A comparison of multimodal therapy and surgery for esophageal adenocarcinoma. *N Engl J Med* 1996;335:462-7. doi: 10.1056/NEJM199608153350702
 20. Chen M-F, Chen P-T, Lu M-S, Lee C-P, Chen W-C. Survival benefit of surgery to patients with esophageal squamous cell carcinoma. *Sci Rep* 2017;7:1-9. doi: 10.1038/srep46139

می‌شود به مسائلی چون خستگی، درد، تغذیه، عفونت، اقدامات جراحی و سلامت روانی، اجتماعی و اقتصادی مبتلایان به سرطان نیز توجه شود و همچنین با جمع‌آوری و حفظ اطلاعات مربوط به بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و ثبت کامل آنها می‌تواند به امکان انجام مطالعات بیشتر و تحلیل نتایج و اطلاع از وضعیت موجود کمک کند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله تیم تحقیق از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه و از تمام کسانی که در انجام این پژوهش همکاری نموده‌اند سپاسگزاری می‌نماید.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج) با کد IR.BMSU.REC.1398.093 تأیید شده است.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی در این تحقیق وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

سلیمان حیدری: ایده‌پردازی، نظارت بر طرح، نوشتن مقاله

زهرا علیزاده: جمع‌آوری داده‌ها، نوشتن مقاله

مهدی راعی: آنالیز داده، نوشتن و ویرایش مقاله

محمد هیات: نوشتن مقاله، ویرایش مقاله

حامد قلی‌زاده: ایده‌پردازی، نظارت بر طرح، نوشتن و بازبینی مقاله

حمایت مالی

این تحقیق بدون حمایت مالی انجام شد.

کد اخلاق

این طرح دارای کد اخلاق IR.BMSU.REC.1398.093 می‌باشد.

References

1. Pakzad R, Mohammadian-Hafshejani A, Khosravi B, Soltani S, Pakzad I, Mohammadian M, et al. The incidence and mortality of esophageal cancer and their relationship to development in Asia. *Ann Transl Med* 2016;4. doi: 10.1016/j.pml.2015.09.001
2. Booka E, Takeuchi H, Nishi T, Matsuda S, Kaburagi T, Fukuda K, et al. The impact of postoperative complications on survivals after esophagectomy for esophageal cancer. *Medicine* 2015;94. doi: 10.1097/MD.0000000000001369
3. Sihag S, Kosinski AS, Gaissert HA, Wright CD, Schipper PH. Minimally invasive versus open esophagectomy for esophageal cancer: a comparison of early surgical outcomes from the Society of Thoracic Surgeons National Database. *Ann Thorac Surg* 2016;101:1281-9. doi: 10.1016/j.athoracsurg.2015.09.095
4. Wright CD, Kucharczuk JC, O'Brien SM, Grab JD, Allen MS. Predictors of major morbidity and mortality after esophagectomy for esophageal cancer: a Society of Thoracic Surgeons General Thoracic Surgery Database risk adjustment model. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2009;137:587-96. doi: 10.1016/j.jtcvs.2008.11.042
5. Nikfarjam Z, Massoudi T, Salehi M, Salehi M, Khoshroo F. Demographic survey of four thousand patients with 10 common cancers in North Eastern Iran over the past three decades. *Asian Pac J*



Evaluation of the Effect of Esophagectomy and Non-Surgical Surgical on the Survival Rate of Patients with Esophageal Cancer

Soleyman Heydari (M.D.)^{1,2}, Zahra Alizadeh (M.D.)², Mehdi Raei (Ph.D.)^{3,4}, Mohammad Heiat (Ph.D.)⁵,
Hamed Gholizadeh (M.D.)^{1,2*}

1- Trauma Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Dept. of Surgery, Faculty of Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Health Research Center, Life Style Institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Dept. of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Health, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5- Baqiyatallah Research Center for Gastroenterology and Liver Diseases (BRCGL), Clinical Sciences Institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 19 October 2021, Accepted: 9 March 2024

Abstract:

Introduction: The aim of this study was to evaluate the survival rate and complications and compare surgical and non-surgical treatment methods in esophageal cancer patients referred to Baqiyatallah Hospital in Tehran.

Methods: In this retrospective cohort study, 96 patients with esophageal cancer between 2011 and 2016 were included using census sampling. The patients were categorized into esophagectomy and non-surgical treatment groups. The data was analyzed using SPSS 24 software, employing descriptive methods and the Chi-square test for analysis.

Results: Among 96 patients with esophageal cancer, 58 (60.4%) were male and 38 (39.4%) were female. Among all patients, 37 (38.5%) underwent esophagectomy surgery while 59 (61.5%) received non-surgical treatment. The highest incidence of tumors was found in the lower 1/3 of the esophagus, affecting 47 patients (48.95%). The most frequent post-surgery complication was minor, occurring in 14 patients (37.8%). In the surgical group, the average survival time was 28.1 months, whereas in the non-surgical group, it was 13.1 months on average. When comparing survival rates, a significant difference was observed between the one-year and three-year survival periods in both the surgical and non-surgical groups.

Conclusion: The results indicate that esophageal cancer patients who underwent esophagectomy had longer survival times compared to those receiving other treatments, with fewer complications and lower mortality rates. The low incidence of complications following esophagectomy at the Baqiyatallah treatment center reflects the center's effective approach to treatment procedures.

Keywords: Esophageal neoplasms, General surgery, Mortality, Survival.

Conflict of Interest: No

*Corresponding author: H. Gholizadeh, Email: hamedgholizadeh94@yahoo.com

Citation: Heydari S, Alizadeh Z, Raei M, Heiat M, Gholizadeh H. Evaluation of the effect of esophagectomy and non-surgical surgical on the survival rate of patients with esophageal cancer. Journal of Knowledge & Health in Basic Medical Sciences 2024;19(1):40-46.

