Pathological Stage of Esophageal and Gastric Cancer in Shohada-ye Ashayer Hospital of Khorramabad in Iran From 2006 to 2012

***Adeli M*[1], *Adeli OA*[2*]**

1. Assistant Professor, Social Dentistry Group, Faculty of Dentistry, Lorestan University of Medical Sciences, Lorestan, Iran

2. Assistant Professor, Department of Pathology, Faculty of Medicine, Lorestan University of Medical Sciences, Lorestan, Iran, Omidalieadeli@yahoo.com

Received: *2024/9/28* Accepted: *2025/4/8*

Abstract

Background: The present study investigated the tumor stage and its relationship with the microscopic grade and histological pattern of esophageal and stomach cancer in Khorramabad City in Iran to detect it in the early stages.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, 109 slides of pathological samples of esophageal and gastric cancer operated at Shohada-ye Ashayer Hospital in Khorramabad from 2006 to 2012 were investigated, and finally, 97 complete samples were obtained. The pattern of the tumor margin was determined by light microscopy, and the tumor grade was determined according to the differentiation of cells and tissues. The marginal histological pattern of the tumor was determined by observing the growth of tumor cells compared to normal tumor cells.

Results: The results of the study indicated that the patients had been referred to the hospital in advanced stages, and no statistically significant relationship was found between tumor stage and grade. There is no statistically significant relationship between tumor stage and infiltration margin; however, a statistically significant relationship was found between tumor stage and budding margin ($P<0.05$).

Conclusion: The results revealed that most esophageal and stomach cancers in Khorramabad City in Iran are diagnosed in advanced stages, and not even one case was found in the intramucosal and submucosal stages. Considering the prevalence of gastrointestinal cancer in Lorestan province (Iran), there is a need for screening programs and more serious measures to detect esophageal and stomach cancer in the early stages.

Keywords: Histological pattern, Tumor grade, Tumor margin, Tumor stage.

Citation: Adeli M, Adeli OA. Pathological Stage of Esophageal and Gastric Cancer in Shohada-ye Ashayer Hospital of Khorramabad in Iran From 2006 to 2012. Yafte. 2025; 27(2):1-10.

∗Correspondence Address: Khorramabad, Lorestan University of Medical Sciences, Faculty of Medicine, Department of Pathology .

Email: Omidalieadeli@yahoo.com

بررسی مرحله پاتولوژیک سرطان مری و معده در بیمارستان شهدای عشایر خرم آباد از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۱

مهین عادلی[۱]، امید علی عادلی[۲*]

۱- استادیار، گروه دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، لرستان، ایران

۲- استادیار، گروه پاتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، لرستان، ایران

یافته / دوره ۲۷ / شماره ۲ / تابستان ۱۴۰۴ / مسلسل ۱۰۴

چکیده

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۷/۷ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۱/۱۹

مقدمه: این مطالعه به بررسی مرحله تومور و ارتباط آن با درجه میکروسکوپی و الگوی هیستولوژیک سرطان مری و معده شهر خرم‌آباد به‌منظور تشخیص در مراحل اولیه، پرداخته است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی توصیفی-تحلیلی مرحله تومور، درجه تومور و الگوی حاشیه تومور نمونه‌های پاتولوژیک ۱۰۹ اسلاید سرطان مری و معده جراحی شده از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۱ بیمارستان شهدای عشایر خرم‌آباد بررسی شدند و در نهایت ۹۷ نمونه کامل بدست آمد. الگوی حاشیه تومور با میکروسکوپ نوری و درجه‌بندی تومور بر حسب تمایز سلول‌ها و بافت‌ها و الگوی هیستولوژیک حاشیه‌ای یا جوانه‌ای تومور با مشاهده رشد سلول‌های تومورال نسبت به سلول‌های نرمال، مشخص گردید.

یافته‌ها: نتایج نشانگر مراجعه بیماران در مراحل پیشرفته بیماری بوده و ارتباط معنادار آماری بین مرحله تومور و درجه تومور سرطان‌های مری و معده یافت نشد. بین مرحله تومور و حاشیه ارتشاحی ارتباط معنادار آماری وجود نداشت؛ اما بین مرحله تومور و حاشیه جوانه‌ای ارتباط معنادار آماری ($P<0/05$) یافت شد.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که اکثر سرطان‌های مری و معده شهر خرم‌آباد، در مراحل پیشرفته تشخیص داده شده‌اند و حتی یک مورد در مراحل داخل‌مخاطی و زیرمخاطی یافت نشد. با توجه به شایع بودن سرطان دستگاه، نیاز به برنامه‌های غربالگری جهت تشخیص سرطان مری و معده در مراحل اولیه وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: مرحله تومور، درجه تومور، الگوی هیستولوژیک، حاشیه تومور.

***آدرس مکاتبه: خرم آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشکده پزشکی، گروه پاتولوژی.**

پست الکترونیک: Omidalieadeli@yahoo.com

مقدمه

نئوپلاسم یا تومور به معنی توده غیرطبیعی بافتی است که رشد آن بصورت ناهماهنگ از بافت‌های طبیعی اطراف فراتر رفته و بعد از توقف محرک‌های این تغییرات، همچنان رشد می‌کند. اساس همه نئوپلاسم‌ها از دست دادن پاسخ به کنترل‌های رشد طبیعی است. به این علت اگر سلول‌های نئوپلاستیک بدون توجه به اثرات تنظیمی رشد طبیعی همچنان به تکثیر ادامه دهند، تغییر شکل یافته در نظر گرفته می‌شوند.

اکثر تومورهای خوش‌خیم آهسته و تومورهای بدخیم سریع و بصورت موضعی رشد می‌کنند و در حالت پیشرفته به مکان‌های دور دست گسترش یافته و نهایتاً باعث مرگ بیمار می‌شوند. مجرای گوارشی دومین مکان شایع غیرجلدی برای سرطان و دومین علت بزرگ مرگ و میر وابسته به سرطان در ایالات متحده است و تشخیص سرطان دستگاه گوارش در مراحل اولیه، می‌تواند نجات بخش جان بیماران باشد (۱،۲).

سرطان‌های مری بدخیمی ناشایع اما کشنده، در ایالات متحده از نوع کارسینوم‌های سلول سنگ‌فرشی یا آدنوکارسینوم هستند (۳). در چند دهه اخیر بروز و شیوع کارسینوم مری بخصوص آدنوکارسینوم در نیمکره غربی، نسبت به سلول سنگ‌فرشی افزایش یافته است (۱). سرطان مری نیز جزء پنج سرطان شایع در ایران است و دارای بروز بالاتر از حد متوسط جهان است (۲).

آدنوکارسینوم‌ها از مخاط دیسپلاستیک در زمینه مری بارت منشا می‌گیرند و برخلاف کارسینوم‌های سلول سنگ فرشی معمولا در یک سوم انتهای مری (دیستال مری) ظاهر می‌شوند و ممکن است به کاردیای معده که در مجاورت آن قرار دارد متاستاز دهند (۳). حدود ۱۰ درصد از سرطان‌های مری در یک سوم فوقانی (مری گردنی)، ۳۵ درصد در یک سوم میانی و ۵۵ درصد در یک سوم تحتانی ایجاد می‌شوند (۴).

سرطان‌های مری به سه تیپ، ۱-آدنوکارسینوم انتهای مری غالبا نشات گرفته از مری بارت ۲-آدنوکارسینوم واقعی کاردیای معده از پوشش (اپیتلیوم) ۳-سرطان معده ساب‌کاردیال یا زیر کاردیال معده با درگیری پایین معده، تقسیم می‌شوند (۵،۶). ولتراسوند آندوسکوپیک، صحیح‌ترین وسیله قابل دسترس برای بررسی متاستاز موضعی تومور و مرحله‌بندی با درگیری گره‌های لنفاوی است. صحت کلی مرحله‌بندی تومور، با استفاده از اولتراسوند (در مقایسه با پاتولوژی) حدود ۸۵ درصد گزارش شده است (۷).

سرطان معده دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در دنیا بوده و بروز آن تفاوت قابل توجهی از نظر جغرافیایی دارد. سالانه بیش از ۱۰ هزار مورد جدید ابتلا به سرطان معده در ایران رخ می‌دهد (۸) و کارسینومای معده عامل مرگ ۸ هزار نفر در ایران است (۹). از بین تومورهای بدخیمی معده، کارسینوم‌ها (۹۰-۹۵٪) مهمترین و شایع‌ترین آنها هستند. بعد از آن به ترتیب از نظر شیوع لنفوم‌ها (۴٪)، کارسینوئیدها (۳ ٪) و تومورهای استرومایی (۲ ٪) قرار دارند (۱۰).

کارسینوم‌های معده معمولاً بدون علامت هستند و بیمار شکایت عمده‌ای ندارد، اما کاهش وزن، تهوع و استفراغ در تومورهای قسمت انتهای معده (پیلور) و اختلال در بلع (دیسفاژی) و سیری زودرس نشانه‌های اصلی ضایعات برخاسته از کاردیا هستند (۱۱). رادیوگرافی با ماده حاجب دوگانه ساده‌ترین روش تشخیصی برای ارزیابی بیماران دچار نشانه‌های اپیگاستر است. از آنجایی که تشخیص کارسینوم‌های معده با رادیوگرافی از لنفوم‌های معده دشوار است، بیوبسی‌های آندوسکوپیک باید تا حد امکان عمیق باشند تا تومورهای لنفوئید واقع در زیر مخاط ردیابی شوند (۱۲).

خارج کردن تومور (به کمک جراحی) همراه با گره‌های لنفاوی مجاور، تنها بخت بیمار برای درمان است. در بیماران دچار کارسینوم انتها خارج کردن بخشی از معده (گاسترکتومی) درمان انتخابی خواهد بود (۱۳). در مراحل اولیه سرطان معده، سلول‌های تومورال بدون درگیر کردن لایه عضلانی معده، محدود به مخاطی و زیرمخاطی هستند. اکثر تومورهای معده بدلیل نداشتن علامت مشخصی مثل اختلال در بلع و انسداد معده در مراحل اولیه، معمولا در مراحل پیشرفته تشخیص داده می‌شوند و نمی‌توان کمک چندانی به بیمار کرد. تنها امید جهت معالجه بیماران، تشخیص در مراحل اولیه و برداشتن آن با جراحی است چرا که مهمترین فاکتور پیشگویی کننده مرحله تومور در هنگام برداشتن تومور است.

مرحله‌بندی سرطان تلاشی برای بعمل آوردن یک برآورد تخمینی از میزان بدخیمی است. بر اساس اندازه ضایعه، گسترش به گره‌های لنفاوی موضعی و حضور یا عدم حضور متاستاز، پیش آگهی بیماران مشخص می‌شود. معمولا این ارزیابی بر اساس معاینه بالینی و آزمایش‌های تصویرنگاری در بعضی موارد بعد از جراحی انجام می‌گیرد.

مرحله‌بندی تومور بر اساس دو روش TMN (Tتومور اولیه، N درگیری گره لنفاوی موضعی و M متاستاز) و سیستم AJCC (American Joint Committee on Cancer) انجام می‌گیرد. در روش AJCC سرطان‌ها به مراحل ۰ تا ۴ طبقه‌بندی می‌شوند که شامل اندازه تومور، وجود گسترش لنفاوی و متاستازهای دوردست است (۱۴).

با توجه به اهمیت تشخیص سرطان مری و معده در مراحل اولیه، به‌منظور نجات جان بیماران، در این مقاله به بررسی مرحله‌بندی پاتولوژیک، درجه‌بندی میکروسکوپیک بر اساس شباهت تومور به بافت نرمال اولیه‌ای که از آن منشا گرفته و الگوی هیستولوژیک حاشیه تومور، همچنین ارتباط بین مرحله تومور با درجه تومور و الگوی هیستولوژیک حاشیه‌ای یا جوانه‌ای تومور، در شهرستان خرم‌آباد طی سال‌های۱۳۹۱-۱۳۸۵ پرداخته شده است.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی توصیفی-تحلیلی، ۱۰۹ نمونه بایگانی شده، بیماران با تشخیص سرطان مری و معده ساکن شهر خرم‌آباد که در بیمارستان شهدای عشایر تحت عمل جراحی واقع شده بودند، به روش سرشماری در محدوده زمانی ۱۳۹۱-۱۳۸۵ جمع‌آوری و اسلایدها مورد بررسی قرار گرفتند که بعد از بررسی ۱۲پرونده بدلیل نبود اطلاعات کافی حذف شد. در نهایت ۹۷ نمونه کامل شامل ۳۵ مورد پاتولوژی سرطان مری و ۶۲ مورد پاتولوژی سرطان معده، غیر بیوپسی مورد مطالعه قرار گرفت. بر اساس نامه شماره ۱۵۰/۱۴۰۳/۱۱۲۵ کمیته اخلاق، این طرح به کد اخلاق نیاز نداشت.

فرآیند انجام کار، بدین صورت بود که تومور نگه‌داری شده در فرمالین به بخش پاتولوژی ارسال و قسمتی از بافت توسط پاتولوژیست در بلوک پارافینی نگه‌داری شد و در عرض حداکثر ۲ الی ۳ روز که بافت قوام پارافین را گرفت، توسط میکروتوم به لایه‌های باریک حدود ۵ میکرون برش داده شد و سپس رنگ آمیزی H&E (هماتوکسیلین- ائوزین) انجام گرفت. اسلایدهای تهیه شده سرطان‌های مری و معده در جعبه نگه‌داری شده و بر اساس شماره پاتولوژی با میکروسکوپ نوری بررسی و اطلاعات مورد نیاز استخراج شدند.

متغیرهای مورد بررسی شامل سن، جنس، مرحله پاتولوژیک تومور، درجه تومور و الگوی هیستولوژیک حاشیه تومور بودند. درجه تمایز تومور بر اساس شکل

هسته، هستک مشخص و میزان میتوز تقسیم‌بندی شد. از الگوهای حاشیه تومور، حاشیه ارتشاحی و جوانه‌ای بررسی شد، به گونه‌ای که سلول‌های منفرد یا خوشه‌های بسیار کوچک که به فاصله نزدیک از تومور اولیه داخل بافت همبند قرار داشت بعنوان حاشیه ارتشاحی و خوشه‌های بزرگتر یا غنچه‌زده که در فاصله دورتری از تومور اولیه در بافت همبند قرار داشتند بعنوان حاشیه جوانه‌ای در نظر گرفته شدند.

بعد از جمع‌آوری اطلاعات، تجزیه و تحلیل آماری با نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ انجام شد. برای توصیف داده‌ها از جداول توزیع فراوانی و برای ارتباط سنجی‌ها از آزمون دقیق فیشر یا آزمون استقلال مجذور کای استفاده شد، همچنین از ضریب همبستگی اسپیرمن برای بررسی ارتباط بین مرحله تومور و درجه تومور استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

از ۹۷ اسلاید مورد مطالعه ۵۹ نفر (۶۰/۸ درصد) مرد و ۳۸ نفر (۳۹/۲ درصد) زن بودند. بالاترین فراوانی رده سنی با ۳۰ مورد (۳۰/۹ درصد) رده سنی ۷۹-۷۰ ساله و پایین‌ترین فراوانی رده سنی با ۲ مورد (۲/۱ درصد) رده سنی کمتر از ۴۰ سال بود. ویژگی‌های جمعیت شناختی در جدول ۱ نشان داده شده اند.

جدول۱ . توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی بیماران

		تعداد	درصد
نوع سرطان	مری	۳۵	۳۶/۱
	معده	۶۲	۶۳/۹
جنس	مرد	۵۹	۶۰/۸
	زن	۳۸	۳۹/۲
سن	<۴۰	۲	۲/۱
	۴۰-۵۹	۱۴	۱۴/۴
	۶۰-۶۹	۲۸	۲۸/۹
	۷۰-۷۹	۳۰	۳۰/۹
	>۸۰	۲۳	۲۳/۷

از ۳۵ سرطان مری مورد بررسی ۹ مورد (۲۵/۷ درصد) در مرحله ۳ و 2B، ۲۳ مورد (۶۵/۷ درصد) در مرحله 2A و تنها ۳ مورد (۸/۶ درصد) در مرحله ۱ تشخیص داده شدند، همچنین ۱۸ مورد (۵۱/۴ درصد) درجه تومور پایین داشتند. در ۶۲ مورد سرطان معده، ۳۵ مورد (۵۶/۶ درصد) در مرحله ۲، ۲۳ مورد (۳۷/۱ درصد) در مرحله 3A، ۴ مورد (۶/۴۵ درصد) در مرحله 3B و هیچ موردی در مرحله ۱ نبود و ۴۰ مورد (۶۴/۵ درصد) سرطان‌ها دارای درجه تومور بالا بودند. با توجه به P>۰/۰۰۵ آزمون مجذور کای، ارتباط معنادار آماری بین مرحله تومور و درجه تومور در سرطان مری و معده وجود ندارد. اطلاعات مرحله تومور و درجه تومور در جدول ۲ آورده شده است.

جدول۲. توزیع فراوانی بیماران به تفکیک مرحله تومور و درجه تومور در سرطان مری و معده

	درجه تومور	مرحله تومور				آزمون مجذور کای
		1	2A	2B	3	کل	(p- مقدار)
سرطان مری	بالا	۱ (۲۵)	۱۱ (۵۰)	۰ (۰)	۴ (۵۷/۱)	۱۶ (۴۸/۶)	۰/۶۱۷
	پایین	۲ (۷۵)	۱۲ (۵۰)	۲ (۱۰۰)	۳ (۴۲/۹)	۱۹ (۵۱/۴)	
	کل	۳	۲۳	۲	۷	۳۵	
	درجه تومور	مرحله تومور					
		2	3A	3B	کل		۰/۱۲۷
سرطان معده	بالا	۲۴ (۶۸/۶)	۱۲ (۵۲/۲)	۴(۱۰۰)	۴۰ (۶۴/۵)		
	پایین	۱۱ (۳۱/۴)	۱۱ (۴۷/۸)	۰	۲۲ (۳۵/۵)		
	کل	۳۵	۲۳	۴	۶۲		

در ۷ مورد (۲۰ درصد) سرطان‌های مری و در ۲۳ مورد (۵۳/۲ درصد) سرطان‌های معده حاشیه جوانه‌ای وجود داشت. آزمون مجذور کای نشان‌دهنده ارتباط معنادار آماری بین مرحله تومور و حاشیه جوانه‌ای تومور در سرطان مری (P=۰/۰۰۲) و سرطان معده (P =۰/۰۱۷) بود. جدول ۳ توزیع فراوانی بیماران را به تفکیک مرحله تومور و حاشیه جوانه‌ای تومور نشان داده است.

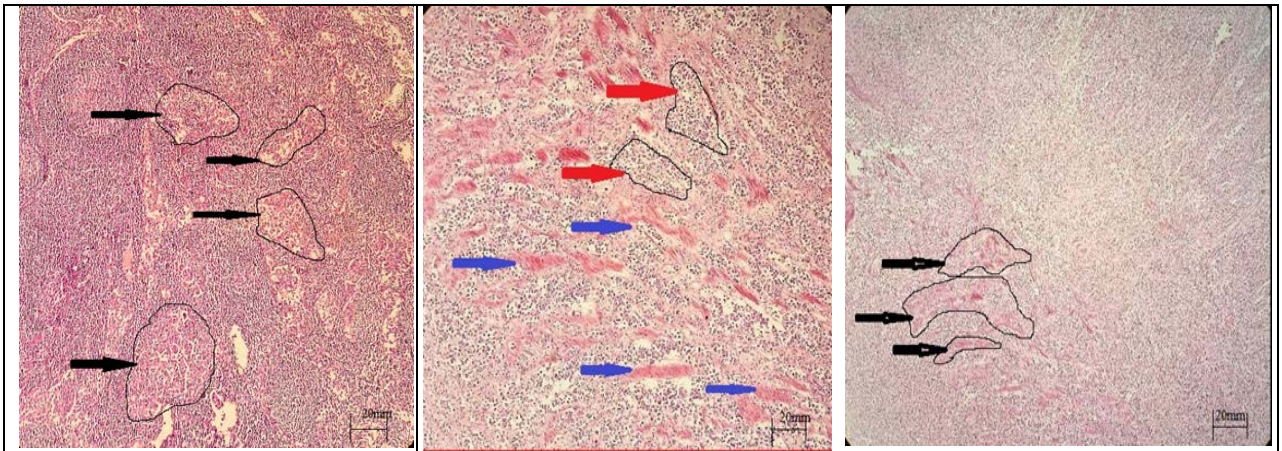
جدول۳. توزیع فراوانی بیماران به تفکیک مرحله تومور و حاشیه جوانه‌ای در سرطان مری و معده

نوع سرطان	حاشیه تومور	مرحله تومور 1/2A	2B/3	کل	p- مقدار
سرطان مری	جوانه ای	۲ (۷/۷)	۵ (۵۵/۶)	۷ (۲۰)	۰/۰۰۲
	غیر جوانه ای	۲۴ (۹۲/۳)	۴ (۴۴/۴)	۲۸ (۸۰)	
	کل	۲۶	۹	۳۵	
سرطان معده		مرحله تومور 3A/3B		کل	
	جوانه ای	۲ (۴۰) ۱۴	۱۹ (۷۰/۴)	۲۳ (۵۳/۲)	۰/۰۰۸
	غیر جوانه ای	۲۱ (۶۰)	۸ (۲۹/۶)	۲۹ (۴۶/۸)	
	کل	۳۵	۲۷	۶۲	

۲۱ مورد (۶۰ درصد) موارد سرطان مری و ۲۶ مورد (۴۱/۹ درصد) موارد سرطان معده دارای حاشیه ارتشاحی بودند. اما بر اساس سطح معناداری آزمون کای اسکور در سرطان مری و معده بین مرحله تومور و حاشیه ارتشاحی ارتباط معنادار آماری یافت نشد (P >۰/۰۰۵). در جدول ۴ توزیع بیماران به تفکیک مرحله تومور و حاشیه ارتشاحی آورده شده است.

جدول۴. توزیع فراوانی بیماران به تفکیک مرحله تومور و حاشیه ارتشاحی در سرطان مری و معده

	حاشیه تومور	مرحله تومور 1/2A	2B/3	کل	p- مقدار
سرطان مری	ارتشاحی	۱۵ (۵۷/۷)	۶ (۶۶/۷)	۲۱ (۶۰)	۰/۴۷۱
	غیر ارتشاحی	۱۱ (۴۲/۳)	۳ (۳۳/۳)	۱۴ (۴۰)	
	کل	۲۶	۹	۳۵	
سرطان معده		مرحله تومور 3A/3B		کل	
	ارتشاحی	۲ ۱۳ (۳۷/۱)	۱۳ (۴۸/۱)	۲۶ (۴۱/۹)	۰/۳۸۴
	غیر ارتشاحی	۲۲ (۶۲/۹)	۱۴ (۵۱/۹)	۳۶ (۵۸/۱)	
	کل	۳۵	۲۷	۶۲	



آدنوکارسینوم با درجه بالا که از مخاط شروع شده و لایه عضلانی را بصورت منتشر درگیر کرده است.
بزرگنمایی X۱۰۰

تهاجم وسیع سلول‌های سرطانی آدنوکارسینوما به لایه عضلانی. باندل‌ها عضلات صاف دستگاه گوارش توسط سلولهای تومورال درگیر شده‌اند. بزرگنمایی X۱۰۰

متاستاز آدنوکارسینوم معده به غدد لنفاوی.
بزرگنمایی X۴۰

شکل ۱. متاستاز غدد لنفاوی در تومورهای دستگاه گوارش، رنگ آمیزی H&E

بحث و نتیجه‌گیری

مرحله‌بندی TNM سرطان مری و معده مثل سایر سرطان‌ها، یک راهنمای بسیار مهم جهت درمان بیماران می‌باشد که بر اساس میزان تهاجم سلول‌های سرطانی به دیواره مری یا معده و متاستاز به غدد لنفاوی یا کاشته شدن در ارگان‌های دوردست مشخص می‌شود. عمده سرطان‌های مری از نوع سلول‌های سنگفرشی می‌باشند اما تومورهای بدخیم قسمت انتهایی مری بدلیل مری‌بارت و متاپلازی روده‌ای اکثر موارد دچار آدنوکارسینوم می‌شود. در این مطالعه بدلیل مشخص نبودن آناتومی دقیق تومور تنها کارسینوم سلول سنگفرشی جزء کارسینوم‌های مری به حساب آمد و مابقی آدنوکارسینوم جز کانسرهای معده به حساب آمدند.

در مرحله‌بندی پاتولوژیک سرطان سلول سنگفرشی مری، بر اساس رهنمودهای AJCC، بیشترین مراجعه کنندگان در مرحله ۲ و ۳ مراجعه کرده بودند و تعداد کمی از بیماران در مراحل اولیه به بیمارستان مراجعه کرده بودند. Glickman JN در سال ۲۰۰۳ نشان داد که اکثر کانسرهای سنگفرشی مری در مراحل پیشرفته که حداقل از لایه عضلانی رد شده بودند مراجعه نمودند که با مطالعه ما همخوانی داشت (۱۵). Erzinjer PC در سال ۲۰۰۳ در مطالعه‌ای بر روی ۲۲۰ بیمار مبتلا به سرطان مری مشاهده کردند که تنها ۲ درصد در stage 0 و ۱۲ درصد در stage1، ۲۲ درصد در stage2 و ۵۳ درصد در stage3 و ۱۱ درصد در stage4 بودند (۱۶). Haruma K در سال ۱۹۹۱ در بررسی کانسرهای مری در مراحل اولیه دریافتند که میزان درگیری غدد لنفاوی در کارسینوم مری که محدود به مخاط بودند ،صفر درصد بوده است اما زمانی که سلولهای تومورال لایه زیر مخاطی را درگیر کرده بودند این میزان ۲۰-۲۵ درصد بود (۱۷).

در مرحله‌بندی پاتولوژیک سرطان معده بر اساس نمونه‌های گاستر‌کتومی از ۶۲ بیمار مبتلا به آدنوکارسینوم، همگی بیماران در مراحل ۲ و بالاتر به بیمارستان مراجعه کرده بودند و هیچ بیماری در مرحله اول مراجعه نکرده بود. Harrison JC در سال ۱۹۹۱ بیان کرد که اصلی‌ترین عامل پیشگویی کننده کانسرهای معده مرحله آن است (۱۸). Roder JD و همکاران در سال ۱۹۹۳ نشان دادند که دو سوم بیماران با کانسر معده در آمریکا در محله ۲ و ۳ بودند و کارسینوم اولیه معده (کارسینوم داخل مخاطی و زیر مخاطی) بوسیله‌ی مولفین ژاپنی مشخص شده و با کارسینوم معده به مخاط یا زیرمخاط با یا بدون درگیری غدد لنفاوی تعریف می‌شود و بروز نسبی این کارسینوم اولیه مرتبط با روش‌های تشخیص در مراحل اولیه است (۱۹).

سرطان معده پیشرفته یک نئوپلاسم است که به زیر لایه ساب موکوزا در معده گسترش یافته است و شاید بتواند سریع‌تر گسترش یابد. تمام کانسرهای پیشرفته معده به احتمال زیاد از یک کارسینوم اولیه بوجود می‌آیند. در آمریکا دو سوم بیماران سرطان معده در مرحله ۳ و ۴ مراجعه می‌کنند، ۹۰-۸۰ درصد متاستاز یا درگیری غدد لنفاوی را حین جراحی دارند. در این مطالعه نیز نشان داده شد که بیماران در مرحله پیشرفته مراجعه می‌کنند. Abraham مشاهده کردند که اکثر سرطان‌های معده که گاسترکتومی شده بودند در stage4 مراجعه کردند (۲۰).

از بیماران سلول سنگفرشی مری تعداد بیشتری درجه میکروسکوپی پایین داشتند. در بررسی رابطه بین درجه کارسینوم سلول سنگفرشی مری با مرحله تومور هیچگونه ارتباط معناداری ندارد. Silverberg نشان داد که اکثر سرطان‌های سلول‌های سنگفرشی مری درجه میکروسکوپی میانه داشتند (۲۱). Lezzoni در سال ۱۹۹۳ نشان دادند که کارسینوم سلول سنگفرشی مری که تمایز مشخص نداشتند درجه هیستولوژیک آنها خیلی بالا بود (۲۱).

در این مطالعه مشخص شد که در ۲۰ درصد سرطان‌های مری و ۵۳/۲ درصد سرطان‌های معده جراحی

شده، تومور دارای حاشیه جوانه‌ای در زیر میکروسکوپ می‌باشد و این ویژگی حاشیه‌ی تومور به لحاظ آماری ارتباط معناداری با مراحل پیشرفته‌ی تومور در سرطان مری و در سرطان معده داشت باتوجه به اینکه حاشه‌ی ارتشاحی تومور ارتباطی با مرحله تومور در مری و معده نداشت، می توان اینگونه برداشت نمود که زمانی که سلول‌های تومورال بصورت دسته دسته (PATCHY) در حاشیه تومور دیده می‌شوند، احتمال پیشرفت و مرحله‌ی بالاتر تومور در مری و معده بیشتر است.

در کل در این مطالعه به این نتیجه رسید که اکثر کارسینوم‌های معده و مری در مراحل پیشرفته مراجعه می‌کنند و حاشیه جوانه‌ای سرطان معده و مری به احتمال زیاد بیش از درجه هیستولوژیک تومور با مرحله تومور ارتباط معنادار دارد و بهتر است در گزارشات برگه‌های پاتولوژی حاشیه جوانه‌ای ذکر شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از خانم‌ها نگار آزادی، متین ضیایی، سارا آژینه و دانشگاه علوم پزشکی لرستان که در انجام این تحقیق مشارکت داشته اند، تشکر و قدردانی می نمایند.

تعارض منافع

در پژوهش حاضر هیچ‌گونه تضاد منافع وجود ندارد.

حمایت مالی

مطالعه حاضر با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی لرستان انجام گرفته است.

مشارکت نویسندگان

طراحی مطالعه و ایده اولیه: امیدعلی عادلی، جمع آوری داده‌های پژوهش: مهین عادلی، نگارش دستنویس اولیه مقاله: امیدعلی عادلی، مهین عادلی، تائید نسخه نهایی مقاله: امیدعلی عادلی، مهین عادلی.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر با بررسی پرونده‌ها و بدن ذکر نام و رعایت اصول اخلاقی و امانت داری انجام گرفته است.

References

1. Stein HJ, Brücher BL, Sendler A, Siewert JR. Esophageal cancer: patient evaluation and pre-treatment staging. Surg Oncol. 2001;10(3):103-11. DOI: 10.1016/s0960-7404(01)00023-8
2. Motlagh A, Ehsani-Chimeh E, Yarmali M, Moshiri F, Roshandel G, Partovipour E, et al. Iran national cancer control program (IrNCCP) in practice. Sci J Kurdistan Univ Med Sci. 2021;26(5):84-97. DOI: 10.52547/sjku.26.5.84
3. Hameeteman W, Tytgat GN, Houthoff HJ, van den Tweel JG. Barrett's esophagus: development of dysplasia and adenocarcinoma. Gastroenterology. 1989;96(5 Pt 1):1249-56. DOI: 10.1016/s0016-5085(89)80011-3
4. Then EO, Lopez M, Saleem S, Gayam V, Sunkara T, Culliford A, et al. Esophageal cancer: an updated surveillance epidemiology and end results database analysis. World J Oncol. 2020;11(2):55-64. DOI: 10.14740/w jon1254
5. Rice TW, Ishwaran H, Ferguson MK, Blackstone EH, Goldstraw P. Cancer of the Esophagus and Esophagogastric Junction: An Eighth Edition Staging Primer. J Thorac Oncol. 2017;12(1):36-42. DOI: 10.1016/j.jtho.2016.10.016
6. Rüdiger Siewert J, Feith M, Werner M, Stein HJ. Adenocarcinoma of the esophagogastric junction :results of surgical therapy based on anatomical/topographic classification in 1,002 consecutive patients. Ann Surg. 2000;232(3):353-61. DOI: 10.1097/00000658-200009000-00007
7. Peters JH, Hoeft SF, Heimbucher J, Bremner RM, DeMeester TR, Bremner CG, et al. Selection of patients for curative or palliative resection of esophageal cancer based on preoperative endoscopic ultrasonography. Arch Surg. 1994;129(5):534-9. DOI: 10.1001/archsurg.1994.01420290080012
8. Roshandel G, Ghanbari-Motlagh A, Partovipour E, Salavati F, Hasanpour-Heidari S, Mohammadi G, et al. Cancer incidence in Iran in 2014: Results of the Iranian National Population-based Cancer Registry. Cancer Epidemiology. 2019;61:50-8. DOI: 10.1016/j.canep.2019.05.009
9. Kalan Farmanfarma K, Mahdavifar N, Hassanipour S, Salehiniya H. Epidemiologic study of gastric cancer in iran: a systematic review. Clin Exp Gastroenterol. 2020;13:511-42. DOI: 10.2147/CEG.S256627
10. Jafarzadeh A, Noori M, Sarrafzadeh S, Tamehri Zadeh SS, Nemati M, Chatrabnous N, et al. MicroRNA-383: A tumor suppressor miRNA in human cancer. Front Cell Dev Biol. 2022;10:955486. DOI: 10.3389/fcell.2022.955486
11. Thrift AP, El-Serag HB. Burden of gastric cancer. Clin Gastroenterol Hepatol. 2020;18(3):534-42. DOI: 10.1016/j.cgh.2019.07.045

12. Udagawa H, Takahashi S, Hirao M, Tahara M, Iwasa S, Sato Y, et al. Liposomal eribulin for advanced adenoid cystic carcinoma, gastric cancer, esophageal cancer, and small cell lung cancer. Cancer Med. 2023;12(2):1269-78. DOI: 10.1002/cam4.4996
13. Solsky I, In H. Surgical treatment for gastric cancer. Gastrointest Endosc Clin N Am. 2021;31(3):581-605. DOI: 10.1016/j.giec.2021.04.001
14. Amin MB, Greene FL, Edge SB, Compton CC, Gershenwald JE, Brookland RK, et al. The eighth edition AJCC cancer staging manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more "personalized" approach to cancer staging. CA Cancer J Clin. 2017;67(2):93-9. DOI: 10.3322/caac.21388
15. Glickman JN. Section II: pathology and pathologic staging of esophageal cancer. Semin Thorac Cardiovasc Surg. 2003;15(2):167-79. Link
16. Cieslak TJ, Henretig FM. Bioterrorism. Pediatr Ann. 2003;32(3):154-65. DOI: 10.3928/0090-4481-20030301-06
17. Hata J, Kusunoki H, Kamada T, Haruma K. [Transabdominal ultrasound of gastrointestinal diseases]. Nihon Shokakibyo Gakkai Zasshi. 2004;101(7):7. 46-54. Link
18. Harrison JC, Dean PJ, Vander Zwaag R, el-Zeky F, Wruble LD. Adenocarcinoma of the stomach with invasion limited to the muscularis propria. Hum Pathol. 1991;22(2):111-7. DOI: 10.1016/0046-8177(91)90031-j
19. Siewert JR, Fink U, Sendler A, Becker K, Böttcher K, Feldmann HJ, et al .Gastric Cancer. Curr Probl Surg. 1997;34(11):835-939. DOI: 10.1016/s0011-3840(97)80006-8
20. Chau I, Le DT, Ott PA, Korytowsky B, Le H, Le TK, et al. Correction to: Developing real-world comparators for clinical trials in chemotherapy-refractory patients with gastric cancer or gastroesophageal junction cancer. Gastric Cancer. 2020;23(1):142. DOI: 10.1007/s10120-019-01021-y
21. Tsuchiya T, Tamura G, Sato K, Endoh Y, Sakata K, Jin Z, et al. Distinct methylation patterns of two APC gene promoters in normal and cancerous gastric epithelia. Oncogene. 2000;19(32):3642-6. DOI: 10.1038/sj.onc.1203704