

بررسی ۳۲۵۰ مورد سرطان مری طی ۱۵ سال - از انستیتو تاج پهلوی

دکتر صادق سموریان

جدول ۱ - شیوع سرطان در اعضاء مختلفه طی ۱۵ سال

| | |
|------|-------------|
| | (۵۰-۱۳۳۵): |
| ۵۶۲۹ | پوست |
| ۳۲۵۰ | مری |
| ۲۱۵۱ | غدد لنفاوی |
| ۹۴۰ | پستان |
| ۸۰۵ | لارنکس |
| ۶۰۵ | معهده |
| ۴۷۸ | بافت همبندی |
| ۴۷۳ | زبان |
| ۴۴۲ | ریه |
| ۴۲۷ | رکتوم |
| ۶۰۹۴ | اعضاء دیگر |

۲۱۲۹۴

جمع

از نظر اتیولوژی مطالبی که تاکنون در لیتراتور پخش شده شامل فاکتورهای زیر می باشد.

اعتیاد بسیگار - جویدن تنباکو - مصرف زیاد الکل - عدم رعایت بهداشت دهان و دندان - سیفیلس - کمبود آهن و ویتامین - لکوپلازی و فیبروز زیر مخاط [۴].

در کشور ایران مطالعات زیادی صورت گرفته و هم اکنون مراکزی در شمال کشور که از طریق سازمان بهداشت جهانی هدایت می شود مشغول بررسی می باشند. عواملی که در نشریات مختلفه وارد شده و هیچکدام قطعیت ندارند عبارتند از نوشیدن چای داغ -

سرطان دستگاه گوارش در فاصله دو ناحیه دهانی و آنوس

در کشورهای مختلفه جهان شیوع متفاوتی دارد. سرطان معده در ژاپن [۲] و نروژ و لهستان [۱] فوق العاده شایع بوده در حالیکه در آمریکا و انگلستان سرطان کولون به نسبت زیاد تری دیده میشود [۱] در هندوستان - سیلان - چین و بعضی قسمتهای آفریقا سرطان قسمت پروگزیمال دستگاه گوارش حفره دهان - فارنکس و مری فراوان می باشد [۱۰]

در هند و سیلان - فنلاند - فرانسه - ایرلند - پرتغال [۱]

سرطان حفره دهان و فارنکس شایع است. همچنین سرطان مری نیز زیاد دیده می شود. در حالیکه در قبیله بانتو آفریقا [۳] با وجودیکه سرطان مری فوق العاده شایع است سرطان حفره دهان و فارنکس نادر می باشد. این اختلاف پیدایش سرطان در نقاط آناتومیک متفاوت بستگی به فاکتورهای مختلفه محیط زیست افراد دارد.

در مقام مقایسه سرطانهای قسمت پروگزیمال دستگاه

گوارش در کشور ما با نقاط دیگر جهان خوشبختانه سرطان حفره دهان نادر بوده، در عوض سرطان مری شیوع فوق العاده زیادی داشته و اغلب کشورهای جهان از آن مطلع می باشند. جدول زیر از ۲۱۲۹۴ بیمار سرطانی که طی ۱۵ سال به انستیتو تاج پهلوی مراجعه کرده اند نشان می دهد که سرطان پوست ۰/۰۲۴/۶ در درجه اول و سرطان مری ۰/۰۱۵/۲ در درجه دوم میباشد. از این رو شیوع فراوان سرطان مری در کشور مشخص می شود.

* گروه آسیب شناسی

جدول ۳- شیوع سرطان مری بر حسب سالهای مختلف در کشورهای مختلف (زن ها)

| کشور | سال | نسبت به ۱۰۰۰۰۰ جمعیت |
|------------------|------|----------------------|
| هندوستان | ۱۳۴۳ | ۱۱ |
| ایران (مازندران) | ۱۳۴۸ | ۷/۸ |
| فنلاند | ۱۳۴۰ | ۵/۴ |
| آمریکا | ۱۳۴۱ | ۲/۷ |
| انگلستان | ۱۳۴۱ | ۲/۱ |
| نیوزیلند | ۱۳۴۲ | ۲ |
| نروژ | ۱۳۴۱ | ۱/۱ |
| لهستان | ۱۳۴۲ | ۰/۹ |
| اسرائیل | ۱۳۴۲ | ۰/۸ |
| آلمان (هامبورگ) | ۱۳۴۲ | ۰/۷ |
| مجارستان | ۱۳۴۳ | ۰/۳ |

در مقام مقایسه سرطان مری ایرانیان باده کشور خارجی مشاهده می شود که شیوع سرطان مری در هندوستان در درجه اول و بعد ایران در درجه دوم قرار گرفته است. بدین معنی که برای هر صد هزار نفر جمعیت در هندوستان تعداد مبتلایان ۱۴/۴ نفر مرد و ۱۱ نفر زن می باشند. در ایران این نسبت برای مردان ۱۲/۸ و برای زنان ۷/۸ می باشد و کشورهای اروپایی و آمریکایی در درجات پائین تری قرار گرفته که نشان دهنده کمی شیوع این سرطان در آن مناطق است.

معمولا سرطان مری در سنین ۳۵ تا ۵۵ سالگی مشاهده می شود. شیوع سنی در بیماران ما بین ۳۰ تا ۷۰ سالگی بوده و با گزیده موم شیوع در دهه پنجم زندگی است. جوانترین بیمار مبتلا به سرطان مری در این گروه پسر بچه ۷ ساله و مسن ترین فرد مبتلا زن ۹۰ ساله بوده است.

بر طبق گزارش Raven [۷] در یک سری بیش از ۲۰۰ مورد سرطان مری جوان ترین فرد مبتلا ۳۵ ساله و مسن ترین آنها ۸۳ ساله بوده است.

بر طبق گزارشی که از بیمارستان بمبئی روی ۷۳۳۱ مورد [۱۰] صورت گرفته جوان ترین فرد مبتلا یک دختر ۱۴ ساله و مسن ترین بیمار یک مرد ۸۵ ساله بوده است. همچنین از نظر شیوع بین تمام سرطانها در هند در درجه سوم قرار گرفته در حالیکه سرطان مری در ایران بین تمام سرطانها در درجه دوم قرار گرفته است. در شمال چین سرطان مری ۰/۵۰ تمام سرطانهای

جویدن ماده ای بنام ناس (تنباکو- خاکستر- زرنیخ) همچنین طرز تغذیه افراد می باشد.

در بین مردم هندوستان ماده ای بنام پان وجود دارد که شبیه به ناس می باشد و تشکیل شده از آک- کات هندی- صمغ عربی- برگ تنبول که ممکن است همراه یا بدون تنباکو باشد. این ماده جویده می شود. ماده دیگری بنام بیدی که نوعی سیگار است و با دست ساخته می شود از پتچیدن تنباکو در برگ آمپونس بدست می آید. هر دوی این مواد را جزو علل اصلی بوجود آورنده سرطان مری در هند میدانند [۱۰].

در آمریکا- انگلستان- آفریقا [۷ و ۱۳] ارتباط الکل با سرطان مری بیان شده است. در ژاپن Hirayama [۵] نشان داده است که شانس ابتلا به سرطان مری در الکلیها خیلی بیشتر از کسان است که الکل نمی خورند ولی دلیل قطعی آن روشن نشده است که آیا مربوط به خود الکل می باشد یا مواد دیگر هنگام تهیه آن اضافه می کنند و یا دریافت مقدار زیاد الکل منجر بکمبود بعضی مواد و در نتیجه متابلازی مخاط مری می گردد.

با مراجعه به آمار انستیتو تاج پهلوی و مراکز تحقیقات بهداشتی در شمال مشخص می شود که اکثر بیماران مبتلا به سرطان مری در شمال کشور و ساکن در طول دریای خزر بوده و شیوع سرطان مری در این منطقه فوق العاده بیشتر از سایر نقاط کشور می باشد. جهت مقایسه سرطان مری ایران با کشورهای دیگر به جدولهای زیر توجه می شود.

استاندارد جمعیت توسط W.H.O در سال ۱۹۵۰ برای ۴۶ کشور تعیین شده (Segi) [۶] که مورد استفاده قرار گرفته است.

جدول ۲- شیوع سرطان مری بر حسب سالهای مختلف در کشورهای مختلف (مرد ها)

| کشور | سال | نسبت به ۱۰۰۰۰۰ جمعیت |
|------------------|------|----------------------|
| هندوستان | ۱۳۴۳ | ۱۴/۴ |
| ایران (مازندران) | ۱۳۴۸ | ۱۲/۸ |
| فنلاند | ۱۳۴۰ | ۶/۳ |
| آمریکا | ۱۳۴۱ | ۶ |
| انگلستان | ۱۳۴۱ | ۳/۶ |
| نیوزیلند | ۱۳۴۲ | ۳/۶ |
| نروژ | ۱۳۴۱ | ۳/۴ |
| لهستان | ۱۳۴۲ | ۲/۴ |
| اسرائیل | ۱۳۴۲ | ۳/۴ |
| آلمان (هامبورگ) | ۱۳۴۲ | ۲/۷ |
| مجارستان | ۱۳۴۳ | ۱/۸ |

لندن سرطان نلث فوقانی مری ۱/۰۱۱/۱ و نلث میانی ۴/۰۴۳/۰
و نلث تحتانی ۳/۰۳۸/۰ می باشد [۱۴] در قبیله بانتو آفریقا
۱۳/۰ نلث فوقانی، ۵۹/۰ نلث میانی و ۲۸/۰ نلث تحتانی
است [۳].

جهت اطلاع از هیستولوژی این تومورها جدول زیر توجه می شود.

جدول ۴- طبقه بندی هیستولوژی تومورهای مری

| نوع | مرد | زن | جمع | نسبت درصد |
|------------------------|------|------|------|-----------|
| اپیتلیوما اسپینوسلولار | ۱۹۸۲ | ۱۱۲۷ | ۳۱۰۹ | ۹۵/۶ |
| آدنوکارسینوم | ۶۵ | ۱۱ | ۷۶ | ۲/۳ |
| کارسینوم آناپلاستیک | ۲۷ | ۲۵ | ۵۲ | ۱/۶ |
| کارسینوم این سیمو | ۲ | ۴ | ۶ | ۰/۰۱۵ |
| کارسینوم سارکوم | ۱ | ۱ | ۲ | |
| سارکوم | ۴ | ۱ | ۵ | |
| جمع | ۲۰۸۱ | ۱۱۶۹ | ۳۲۵۰ | |

باتوجه به جدول فوق مشاهده می شود که ۹۵/۶٪ سرطانهای مری نوع اپیتلیوما اسپینوسلولر می باشد که در درجه اول و بعد آدنوکارسینوم ۲/۳٪ که در درجه دوم قرار گرفته است. سارکومهای مری فوق العاده نادر می باشد همانطوریکه پیداست بیش از چند موردی دیده نشده است.

خلاصه

سرطان مری در کشور ایران در منطقه شمال شیوع زیادی داشته و در مقایسه با سایر کشورها در درجه دوم قرار گرفته است. ضمناً بین سرطانهای ایجاد شده از اعضاء مختلفه بدن بعد از پوست در درجه دوم و فور می باشد.

علت مشخصی تاکنون جهت پیدایش سرطان مری پیدا نشده است. از نظر محل در ایران بیشتر در نلث تحتانی مری می باشد، در حالیکه در هندوستان که تعداد سرطانهای مری بیشتر از ایران می باشد در نلث میانی زیادتر از بقیه قسمتها وجود دارد.

از نظر هیستولوژی اکثریت قریب بتمام تومورها از نوع اپیتلیوما اسپینوسلولر می باشند. سارکومهای مری فوق العاده نادر هستند.

دستگاه گوارش می باشد [۱۲]. اخیراً گزارشهای از شیوع زیاد سرطان مری در آفریقا انتشار یافته است [۱۳]. مطلب مهم دیگری که از روی جدولهای (۳ و ۲) استخراج می شود سرطان مری در مردان بیش از زنان بوده و این نسبت از $\frac{۶۲۸}{۱}$ تا $\frac{۱۲۲}{۱}$ متغیر است.

طبق گزارش ایالات متحده آمریکا [۱] نسبت سرطان مری مردان بزنان $\frac{۴۲۳}{۱}$ می باشد. این نسبت برای بیماران هندی است [۱۰] نسبت مبتلایان سرطان مری مردان به زنان در گروه ما $\frac{۱۲۷}{۱}$ بوده است.

در سوئد ۴۰٪ بیماران مبتلا به سرطان مری زن می باشند [۲] و در فنلاند این نسبت به ۵۰٪ میرسد [۹]. از نظر محل پیدایش سرطان معمولاً در تمام کشورهای مری را به سه منطقه تقسیم می کنند: فوقانی-میانی-تحتانی.

قسمت فوقانی ناحیه پشت کریکوتید و ناحیه سرویکال و سوپراآئورتیک قسمت میانی و رتروآئورتیک و ناحیه نافی و تحت نافی و قسمت تحتانی فوق دیافراگمی و زیر دیافراگمی و محل اتصال کاردیاب مری می باشد.

این تقسیم بندی آنا تومیک که با تقسیم بندی مانیز تطبیق می کند توسط Paymaster [۱۰] صورت گرفته است. بر اساس مناطق آنا تومیک فوق $\frac{۲۲}{۵}$ ٪ سرطانها در نلث فوقانی و $\frac{۳۴}{۵}$ ٪ در نلث میانی و $\frac{۴۳}{۰}$ ٪ در نلث تحتانی در بیماران ایران بوده است. در حالیکه گزارشات مختلفه اختلاف مختصری را در کشورهای دیگر نشان می دهد.

بر طبق گزارش Ochsner [۱۱] که ۸۵۷۲ مورد سرطان مری را از لیتراتور جمع آوری کرده نسبت $\frac{۲۰}{۰}$ ٪ در نلث فوقانی و $\frac{۳۷}{۰}$ ٪ در نلث میانی و $\frac{۴۳}{۰}$ ٪ در نلث تحتانی بوده است. این نسبت برای سری ۷۳۳۱ مورد Paymaster $\frac{۲۰}{۰}$ ٪ در نلث فوقانی، $\frac{۵۵}{۰}$ ٪ در نلث میانی و $\frac{۲۵}{۰}$ ٪ در نلث تحتانی بوده است. گزارشات دیگری که در دسترس است نشان می دهد که در

References

- 1- World Health Organisation: Epidemiological and Vital Statistic Report 18. (12) 1965.
- 2- Fukushima, I., Fujisaku, S., Kurihara, M. Saito, S., Asama, K., and Kamoi M. Epidemiological study on cancer in Japan. Gann 48(Suppl),1, 63 1957.
- 3- Higginson, J., and Oettlé, A.G.: Cancer. 15_554_1958

- 4_ Clemmesan, J.: Danish Cancer Registry, 67 : 108. 1965
- 5_ Hirayama. T.: J. Pub. Health 2: 658_663 : 1955
- 6_Segi, M, and Kurihare, M: Cancer Mortality for Selected Sites in 24 Countries No. 3 (1960_1961). Sendai, Japan, department of public health. Tohoku University School of medicine, 1964.
- 7_ Iavan, R.: Brit. J. Surg. 36 : 70_73, 1948
- 8_ Ahlbom. H. E. Observations. Brit. Med. J, 2:331_333. 1936.
- 9_ Kiviranta , U. K. Acta Oto _ Laryng. 42 : 73_88 : 1952
- 10_ J. C. Paymaster, L. D. Epidemiology study Cancer 2: 279_288, 1968,
- 11_ Ochsner, Alton, J. Thoracic Surg. 10: 401_445, 1941.
- 12_ Kwan, K. W. Cancer, 52 : 237_254, 1937 .
- 13_ Burrel, R.J W. .J.Nat. Cancer, inst. 28 , 495_514, 1962 .
- 14_ Harnett, W. L. : Survey of Cancer in London Report of the Clinical Research Committee, British Empire Cancer Campaign P. 239, 1952.