

پیامد درمان‌های حمایتی در افراد مبتلا به سرطان مری غیرقابل جراحی در استان گلستان

دکتر شهریار سمنانی^۱، دکتر سیما بشارت^۲، دکتر عباسعلی کشتکار^۳، دکتر جرن مرجانی^۲، دکتر غلامرضا روشندل^۲

نویسنده مسئول: گرگان، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی گلستان s_besharat_gp@yahoo.com

دریافت: ۸۷/۵/۸ پذیرش: ۸۷/۱۰/۱۶

چکیده

زمینه و هدف: در بیماران مبتلا به سرطان مری پیشرفته که یک بیماری غیرقابل علاج و تومور غیرقابل برداشت است، یکی از مشکلات مهم بیماران، دیسفاژی است. هدف از انجام این مطالعه، تعیین میزان بهبود دیسفاژی و علایم آن در بیماران مبتلا به سرطان مری در استان گلستان، پس از درمان‌های حمایتی می‌باشد.

روش بررسی: این مطالعه‌ی توصیفی - مقطعی در بیماران مبتلا به سرطان مری استان گلستان که جهت دریافت درمان‌های حمایتی از دی ماه ۱۳۸۴ تا اردیبهشت ماه ۱۳۸۶ به درمانگاه‌های تخصصی گوارش استان مراجعه کرده بودند، انجام شد. مشخصات فردی بیماران در پرسش‌نامه‌های جمع‌آوری اطلاعات وارد شد و افراد در فواصل یک‌ماهه به مدت شش ماه پیگیری شدند. پس از ورود اطلاعات به رایانه توسط نرم‌افزار آماری، برای تعیین میزان بهبودی، نسبت بهبودی با فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد محاسبه شد. برای ارزیابی فاصله‌ی زمانی مؤثر بودن درمان‌های حمایتی برای بیمار از تجزیه و تحلیل بقا و شیوه‌ی کاپلان مایر استفاده شد.

یافته‌ها: در ۳۹ بیمار مورد مطالعه، نسبت مرد به زن ۱/۶ بود. میانگین سنی افراد 67.5 ± 13.7 سال بود. در ابتدای مطالعه ۲۲ بیمار دیسفاژی درجه‌ی ۳ و بقیه درجه‌ی ۴ داشتند. روش درمان حمایتی در ۸۹/۷ درصد دیلاتاسیون و در بقیه (۱۰/۳ درصد) فنرگذاری بود. در مجموع وضعیت بهبود دیسفاژی با نوع درمان حمایتی و نوع آسیب‌شناسی بیماری رابطه‌ی آماری معنی‌داری نداشت، اما بین میزان بهبودی دیسفاژی و سن بیماران رابطه‌ی آماری معنی‌داری مشاهده شد. بقای بیماران در دو گروه (بهبود یا عدم‌بهبود در پیگیری ماه اول) تفاوت آماری معنی‌داری نشان داد. **نتیجه‌گیری:** روش‌های درمانی حمایتی در بیماران مبتلا به سرطان مری غیرقابل جراحی در این منطقه، موجب بهبود دیسفاژی و افزایش بقای بیماران می‌شود.

واژگان کلیدی: سرطان مری، درمان حمایتی، درجه‌ی دیسفاژی، ایران

مقدمه

مراجعه کنند و در نتیجه میزان بقای این بیماران پس از تشخیص بسیار پایین است. این وضعیت به خصوص در مناطقی مانند شمال ایران که شیوع نسبتاً بالایی از بیماری

بیماران مبتلا به سرطان مری از نظر پیش‌آگهی وضعیت نامطلوبی دارند. فقدان روش‌های غربالگری همگانی در بیماران موجب می‌شود ایشان در مراحل پیشرفته‌ی بیماری

۱- فوق تخصص بیماری‌های گوارشی و کبد، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

۲- پزشک عمومی، پژوهشگر دانشگاه علوم پزشکی گلستان

۳- متخصص اپیدمیولوژی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

وجود دارد، مشهودتر است. هرچند بقای ۵ ساله‌ی سرطان مری طی ۲۰ سال گذشته اندکی افزایش یافته است

مشخص نشده است. در حال حاضر فنرهای فلزی قابل‌اتساع به عنوان روش یک مرحله‌ای ساده در تسکین دیسفاژی پذیرفته شده‌اند (۲). هرچند در مبتلایان به سرطان مری در مراحل پیشرفته، برای افزایش میزان بقای بیمار کار چندانی نمی‌توان انجام داد، ولی آنچه مهم است کیفیت زندگی فرد می‌باشد (۵). هدف از انجام این مطالعه بررسی میزان بهبود دیسفاژی در بیماران مبتلا به سرطان مری غیرقابل جراحی در استان گلستان و مقایسه‌ی میزان بقای بیماران با توجه به میزان تغییر در درجه‌ی دیسفاژی در پیگیری اول پس از مداخله بوده است.

روش بررسی

این مطالعه‌ی آینده‌نگر در بیماران مبتلا به سرطان مری شهرستان‌های گرگان و گنبد انجام شد که بنا بر تشخیص پزشک معالج، جهت انجام درمان‌های حمایتی از دی ماه ۱۳۸۴ تا اردیبهشت ماه ۱۳۸۶ به درمانگاه‌های فوق تخصصی گوارش استان (اترک گنبد و اندوسکوپی بیمارستان ۵ آذر گرگان) مراجعه کرده بودند. برای کلیه‌ی بیماران که تحت درمان حمایتی قرار گرفته بودند، پرسش‌نامه‌ی جمع‌آوری اطلاعات تهیه شد. مشخصات فردی بیماران در این پرسش‌نامه‌ها وارد شد. امتیازبندی میزان دیسفاژی در ابتدای شروع درمان حمایتی به صورت زیر انجام گرفت (۵): امتیاز یا درجه‌ی صفر: توانایی خوردن رژیم غذایی نرمال بدون دیسفاژی

امتیاز یا درجه‌ی یک: قادر به بلع برخی غذاهای جامد

امتیاز یا درجه‌ی دو: قادر به بلع غذاهای نیمه‌جامد

امتیاز یا درجه‌ی سه: قادر به بلع مایعات

امتیاز یا درجه‌ی چهار: عدم توانایی بلع هر نوع غذا (دیسفاژی کامل) یک ماه پس از مداخله‌ی درمانی دوباره امتیازبندی میزان دیسفاژی انجام گرفته و بر اساس آن بیماران به دو گروه تقسیم شدند. گروه اول افرادی که بهبود نسبی دیسفاژی را

(از ۵ به ۹ درصد)، اما این میزان هنوز هم میزان بقای پایینی محسوب می‌شود و در ۶۰ درصد بیماران در هنگام تشخیص، تنها درمان حمایتی قابل‌انجام است (۱)، زیرا اغلب این بیماری در مراحل پیشرفته تشخیص داده می‌شود که درمان‌های دیگر قابل‌انجام نیستند (۲). کمتر از ۵ درصد این بیماران ۵ سال بعد از تشخیص بیماری زنده می‌مانند. بنابراین اکثر روش‌های درمانی بر کنترل نشانه‌های بیماری متمرکز است (۳). در آن دسته از افراد که تومور وضعیت غیرقابل‌علاج داشته و از نظر جراحی نیز غیرقابل برداشت هستند، موضوع مهم دیسفاژی و سوءتغذیه ناشی از آن است (۴). دیسفاژی اضطراب‌آورترین علامت در بیماران مبتلا به انسداد ناشی از سرطان مری است. هدف از درمان حمایتی از طریق آندوسکوپی، برگرداندن قدرت بلع، اجتناب از مداخله‌ی مجدد و کاهش مدت بستری است (۳).

پیشرفت‌های اخیر در درمان آندوسکوپی، موجب بهبود دیسفاژی و ارتقای کیفیت زندگی در این افراد شده است (۱). دیلاتاسیون آندوسکوپی مکرر و قرار دادن فنر فلزی قابل‌اتساع در مری جهت بای‌پس تومور از جمله روش‌هایی هستند که برای بهبود این وضعیت استفاده می‌شوند (۴).

به طور عمده دیلاتاسیون اولین قدم قبل از سایر درمان‌های آندوسکوپی یا طبی نظیر پرتودرمانی یا شیمی‌درمانی است. فنرهای فلزی قابل‌اتساع برای تنگی‌های بدخیم مفید هستند و باعث کاهش ناخوشی و مرگ و میر می‌شوند. تک دوز براکی‌تراپی موجب بهبود طولانی‌مدت‌تری در دیسفاژی و کاهش عوارض بیشتر نسبت به فرنگذاری (استنت) می‌شود، اما کمتر مورد استفاده قرار می‌گیرد. سایر روش‌ها نظیر الکتروکواگولاسیون دوقطبی اندیکاسیون‌های محدودی دارند. مسأله‌ی اصلی که هنوز بدون راه‌حل باقی‌مانده است، عود دیسفاژی پس از فرنگذاری است (۱). کارآزمایی‌های معدودی برای مقایسه‌ی تأثیر روش‌های مختلف و تسکین ایده‌آل انجام شده (۴ و ۱) ولی هنوز بهترین روش حمایتی به خوبی

تغذیه به مدت طولانی و سوءتغذیه ناشی از آن می‌تواند تأثیر مهمی در بقای آن‌ها داشته باشد.

یافته‌ها

در این مدت ۳۹ بیمار وارد مطالعه شدند. نسبت مرد به زن ۱/۶ به ۱ بود. میانگین و انحراف معیار سنی افراد $13/7 \pm 67/5$ سال بود. روش درمان حمایتی در اکثریت موارد (۸۹/۷ درصد) دیلاتاسیون و در ۴ مورد (۱۰/۳ درصد) فرنگذاری بود. توزیع آسیب‌شناسی بیماری، در ۳۶ مورد (۹۲/۳ درصد) کارسینوم سلول اسکوآموس (SCC) و در سه مورد (۷/۷ درصد) آدنوکارسینوم بود. یک‌سوم میانی مری بیشترین میزان درگیری (۵۱/۳ درصد) را به خود اختصاص داد. در ابتدای مطالعه ۲۲ بیمار (۵۶/۴ درصد) دیسفاژی به آب (درجه‌ی ۳) و ۱۷ نفر (۴۳/۶ درصد) دیسفاژی کامل (درجه‌ی ۴) داشتند. در ۷ بیمار امکان ارزیابی پس از درمان حمایتی وجود نداشت که علت آن فوت بیماران در فاصله‌ی بین درمان حمایتی تا پیگیری اول بیمار بود. مرگ این بیماران در فاصله‌ی ۶ تا ۳۱ روز پس از شروع درمان حمایتی رخ داده بود (جدول ۱).

گزارش کردند و گروه دوم کسانی که بهبودی در درجه‌ی دیسفاژی نداشتند. بیماران در فواصل یک ماهه پس از درمان‌های حمایتی مورد ارزیابی و پیگیری قرارگرفتند. با توجه به میزان بقای پایین این بیماران، طول مدت پیگیری ۶ ماه در نظر گرفته شد. نقطه‌ی پایانی مطالعه در هر فرد، مرگ یا پایان پیگیری شش ماهه در نظر گرفته شد. در این مطالعه بهبود دیسفاژی به صورت دست‌کم یک درجه‌ی بهبودی در شدت دیسفاژی در اولین پیگیری پس از درمان حمایتی تعریف شد. پس از ورود اطلاعات به رایانه توسط نرم‌افزار آماری، برآورد میزان بهبودی و فاصله‌ی اطمینان (۹۵ درصد) مربوطه انجام شد. برای ارزیابی فاصله‌ی زمانی مؤثر بودن درمان‌های حمایتی برای بیمار از روش‌های تجزیه و تحلیل بقا به شیوه‌ی کاپلان-مایر استفاده شد. پیامد مداخله در این مطالعه که میزان بقا شش ماهه بود در دو گروه دارای بهبودی و عدم بهبودی در پیگیری اول با یکدیگر مقایسه شد. در این مطالعه به دلیل عدم دسترسی به اطلاعات برخی بیماران که در فاصله‌ی بین انجام درمان حمایتی تا پیگیری اول فوت کرده بودند، تجزیه و تحلیل دقیق داده‌های مربوط به آن‌ها امکان‌پذیر نبود. همچنین تمامی بیمارانی که وارد مطالعه شدند دچار درجات ۳ و ۴ دیسفاژی بودند که به دلیل ناتوانی در

جدول ۱: توزیع فراوانی بیماران مبتلا به سرطان مری غیرقابل جراحی در استان گلستان برحسب میزان بهبودی دیسفاژی در پیگیری ماه اول پس از درمان‌های حمایتی

نتیجه‌ی درمان‌های حمایتی	تعداد	درصد
عدم دستیابی به بیمار در پیگیری اول	۷	۱۷/۹
بهبودیافته	۲۵	۶۴/۱
بهبودنیافته	۷	۱۷
کل	۳۹	۱۰۰

دیلاتاسیون یا فرنگذاری امکان‌پذیر بود، ۲۵ نفر با درمان اولیه بهبود نشان داده بودند (گروه ۱) و ۷ نفر بهبودی نداشتند (گروه ۲). بر اساس بهبودی دیسفاژی در پیگیری ماه اول،

در مطالعه‌ی حاضر در ۷/۷ درصد از بیماران تشدید دیسفاژی و نیاز به دیلاتاسیون مجدد وجود داشت. از تعداد باقیمانده (۳۲ نفر) که ارزیابی آن‌ها در فاصله‌ی یک ماه از انجام

حمایتی و نوع آسیب‌شناسی بیماری رابطه‌ی آماری معنی‌داری را نشان نداد ($\chi^2(1)=0/02, P=0/96$) بین میزان بهبودی دیسفاژی و سن بیماران نیز رابطه‌ی آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($\chi^2(1)=1/393, P=0/238$) (جدول ۲).

بیماران را به دو گروه بهبودیافته و بهبودنیافته (مرگ، تشدید دیسفاژی یا عدم‌تغییر در شدت دیسفاژی) تقسیم کرده و رابطه‌ی بین برخی متغیرها را با این وضعیت ارزیابی نمودیم.

وضعیت بهبود دیسفاژی در پیگیری ماه اول با نوع درمان

جدول ۲: توزیع فراوانی بهبودی دیسفاژی در ماه اول پیگیری پس از درمان حمایتی در بیماران مبتلا به سرطان مری غیرقابل جراحی در استان گلستان با توجه به انواع متغیرهای مورد بررسی

نتیجه‌ی درمان حمایتی						متغیرها
بهبودیافته		بهبودنیافته		کل		
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
روش درمان						
۱	۲۵	۳	۷۵	۴	۱۰۰	فتر
۱۳	۳۷/۱	۲۲	۶۲/۹	۳۵	۱۰۰	دیلاتاسیون
۱۴	۳۵/۹	۲۵	۶۴/۱	۳۹	۱۰۰	کل
گروه سنی						
۳	۲۱/۴	۱۱	۷۸/۶	۱۴	۱۰۰	کمتر از ۶۵ سال
۱۰	۴۰	۱۵	۶۰	۲۵	۱۰۰	بیشتر یا مساوی ۶۵ سال
نوع آسیب‌شناسی						
۱۳	۳۶/۱	۲۳	۶۳/۹	۳۶	۱۰۰	کارسینوم سلول سنگ‌فرشی
۱	۳۳/۳	۲	۶۶/۷	۳	۱۰۰	آدنوکارسینوم

رابطه‌ی بین بهبودی و عدم‌بهبودی دیسفاژی اولیه بر روی بقای کل بیماران از آنالیز بقا کاپلان-مایر و آزمون لاگ-رانک (Log-rank) استفاده شد. این آزمون نشان داد که بقا در دو گروه با هم تفاوت معنی‌داری دارد ($\chi^2=13/21, P<0/0001$).

بحث

در این مطالعه نسبت مردان مبتلا به زنان ۱/۶ به ۱ بود. برتری نسبت مردان به زنان در مطالعات دیگری که در زمینه سرطان مری در مناطق مختلف انجام شده است نیز مشاهده شده بود (۵). در مطالعه‌ی حاضر بیشترین قسمت درگیر در

برای تعیین مدت زمان پایداری بهبود دیسفاژی پس از درمان حمایتی، از آنالیز بقا استفاده شد. تشدید دیسفاژی در هر زمان به معنی عود یا بازگشت دیسفاژی در نظر گرفته شد. میانگین مدت زمان پایداری بهبود دیسفاژی پس از درمان حمایتی ۱۷۲/۱ روز و میانه‌ی آن ۱۲۰ روز بود. در پایان پیگیری فقط ۶ مورد (۱۵/۴ درصد) از بیماران زنده بودند. میانگین زمان بقا پس از درمان حمایتی ۱۳۷/۶ روز و میانه‌ی زمان بقا پس از درمان حمایتی ۱۰۳ روز بود. میانگین و میانه‌ی بقا پس از درمان حمایتی در گروه بهبودیافته (۲۵ نفر) به ترتیب ۱۷۷/۱ روز و ۱۳۵ روز بود. در حالی که در گروه عدم‌بهبودی (۷ نفر) به ترتیب ۶۰/۷ روز و ۳۱ روز بود. به منظور ارزیابی

یک سوم میانی مری بوده و SCC شایع ترین آسیب شناسی گزارش شده بود. در سایر مطالعات کشورهای غربی، ثلث تحتانی مری شایع ترین محل درگیری گزارش شده (۱،۲) که می تواند ناشی از بیشتر بودن احتمال آدنوکارسینوم در آن مناطق و به دنبال آن درگیری بیشتر قسمت تحتانی مری باشد. در این مطالعه از کل افرادی که وارد مطالعه شده بودند (۳۹ نفر)، ۲۵ بیمار (۶۴ درصد) پس از انجام درمان حمایتی بهبود دیسفاژی داشتند. بهبود دیسفاژی به میزان یک درجه در ۴۶/۲ درصد و به میزان دو درجه در ۱۷/۹ درصد از بیماران مشاهده شد. در مطالعه ای در فرانسه، پس از فنگرداری در ۱۲۰ بیمار سرطان مری، در ۸۹/۱ درصد بیماران درجه ی دیسفاژی کاهش یافت و میانه ی درجه ی دیسفاژی از سه به یک رسید (۶). در مطالعه ی حاضر میانگین درجه ی دیسفاژی گزارش شده در پیگیری اول نسبت به قبل از انجام درمان به طور معنی داری کاهش یافته و از ۳/۳۷ به ۲/۴۳ رسید. از نظر میزان بقا پس از درمان حمایتی، در مطالعه ی حاضر میانگین بقا در گروه بهبود یافته ۱۷۷ روز (۵/۹ ماه) و در گروه بهبود نیافته ۶۰/۷ روز (۲ ماه) بود که نسبت به سایر مطالعات بسیار پایین تر می باشد (۳،۷،۸ و ۹). در مطالعه ای در هلند، از ۲۰۳ بیمار مبتلا به سرطان مری جراحی شده ۷۸ نفر غیرقابل درمان تشخیص داده شدند و تحت درمان حمایتی قرار گرفتند. فنگر داخل مجرای در ۲۵ بیمار (۳۲/۳ درصد) استفاده شد. میانه ی بقا در کل ۸/۹ ماه (۱ تا ۱۰۵ ماه) بود. اختلاف معنی داری بین گروهی که شیمی درمانی دریافت کرده بودند (۱۱/۶ ماه) و سایر افراد (۸/۴ ماه) وجود داشت. در مجموع چنین نتیجه گیری شد که در بیماران سرطان مری غیرقابل جراحی بقای کلی کمتر از ۹ ماه است (۷). در هند، در ۳۰ بیمار فنگرداری شده مبتلا به سرطان مری غیرقابل جراحی، درجه ی کیفیت زندگی از ۶۲ تا ۹۴ قبل از فنگرداری به ۸۰ تا ۱۳۳ پس از آن رسید که بهبود معنی داری را نشان می داد. از نظر درجه ی دیسفاژی نیز بهبودی پس از فنگرداری مشاهده

شد. شایع ترین شکایت آن بیماران در پیگیری های بعدی، درد بود. عوارض و ناخوشی عمده ای در آن افراد گزارش نشد (۱۰). در مطالعه ی حاضر به جز ۷ مورد بیماری که تشدید یا عدم بهبود دیسفاژی را گزارش کرده بودند، سایر بیماران (۲۵ نفر) در ارزیابی بعد از انجام درمان حمایتی و پیگیری بعدی شکایتی نداشتند. یکی از مهم ترین یافته های این مطالعه بالا بودن مرگ و میر بیماران مبتلا به سرطان مری در منطقه بود. به نحوی که در فاصله ی بین انجام مداخله ی درمانی و پیگیری یک ماه بعد ۷ مورد مرگ رخ داده بود و در پایان دوره ی شش ماهه نیز تنها ۶ مورد زنده بودند. در مطالعه ی راس و همکاران در آمریکا، ۹۷ بیمار مبتلا به دیسفاژی بدخیم که بین سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۳ فنگرداری شده بودند پیگیری شدند. درجه ی دیسفاژی در ۸۶ درصد آن ها بهبود یافت. مرگ زودرس غیرمنتظره در دو نفر رخ داد. میانه ی بقا ۷۷ روز بود. در آدنوکارسینوم و جنس مؤنث نسبت عوارض به طور عمده بالاتر بود (۸). در مطالعه ی حاضر در ۷/۷ درصد از بیماران تشدید دیسفاژی و نیاز به دیلاتاسیون مجدد وجود داشت. در مطالعات سایر محققین نیز این مسأله از معضلات موجود در روش درمان حمایتی گزارش شده است (۹ و ۱۱). در مطالعه ای در نروژ، در ۳۷ بیمار سرطان مری و کاردیای غیرقابل جراحی، فنگرداری انجام شد. یک مورد مرگ پس از فنگرداری رخ داد. میانه ی زمان تا مراجعه ی بعدی به بیمارستان ۲۵ روز و اکثرا به دلیل عود دیسفاژی بود. در ۱۰ بیمار فنگرداری دوباره انجام شد. میانه ی زمان بقا پس از اولین فنگرداری ۸۸ روز بود (۹). در مطالعه ای در ایتالیا، ۶۰ بیمار مبتلا به دیسفاژی بدخیم ناشی از عوامل مختلف مورد فنگرداری قرار گرفتند. میانگین درجه ی دیسفاژی از ۲/۸ به یک رسید. میانه ی بقای کلی ۴/۶ ماه بود (۳). در مطالعه ای در آلمان، ۱۸ بیمار سرطان مری فنگرداری شدند که ۱۷ نفر در بار اول موفقیت آمیز بود. میانگین درجه ی دیسفاژی از ۲/۲ به ۰/۶ بهبود یافت. در ۱۰ بیمار، مداخله ی مجدد به

بیماران مبتلا به تومور غیرقابل برداشت مری مؤثر است و به عنوان راه حلی در جهت افزایش مدت زمان باقیمانده از عمر توصیه می‌شود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این مقاله بدین وسیله مراتب سپاس خود را از همکاران محترم درمانگاه اترک گنبد و بخش آندوسکوپی مرکز آموزشی، درمانی ۵ آذر گرگان و تمامی همکارانی که در اجرای این طرح ما را یاری کردند، اعلام می‌دارند. قابل ذکر است این مقاله نتیجه‌ی یک طرح تحقیقاتی بوده که به صورت پایان‌نامه‌ی دانشجویی تحت حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان به انجام رسیده است.

منابع

- 1- Dahan L, Ries P, Laugier R, Seitz JF. Palliative endoscopic treatments for esophageal cancers. *Gastroenterol Clin Biol*. 2006; 30(2): 253-61.
- 2- Ferrante M, Feliziani M, Imperatori A, et al. Endoscopic palliation of esophageal cancer. *Rays*. 2006; 31(1): 3-7.
- 3- Conigliaro R, Battaglia G, Repici A, et al. Polyflex stents for malignant oesophageal and oesophagogastric stricture: a prospective, multicentric study. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2007; 19(3): 195-203.
- 4- Javle M, Ailawadhi S, Yang GY, Nwoqu CE, Sehiff MD, Navalt R. Palliation of malignant dysphagia in esophageal cancer: a literature-based review. *J Support Oncol*. 2006; 4(8): 365-73, 379.

دلیل تغییر مکان فنر ضرورت یافت. میانه‌ی بقا پس از فنر ۵۴ روز (۳ تا ۲۰۱ روز) بود (۱۱). هرچند از لحاظ روش جاگذاری فنر مشکل خاصی وجود ندارد، اما کاربرد آن به دلیل تغییر مکان مکرر آن و عدم ممانعت کافی از ریفلاکس معده به مری دارای محدودیت‌هایی است. ارتقا در روش انجام و وسایل و تجهیزات آندوسکوپی مؤثر خواهد بود (۱۱).

نتیجه‌گیری

هرچند میزان بهبود دیسفاژی و میانه‌ی بقا در مطالعه‌ی ما در مقایسه با مطالعات دیگر کمتر بوده است که می‌تواند به دلیل تأخیر در مراجعه بیماران و پیشرفته بودن بیماری باشد، اما در هر صورت انجام درمان حمایتی در بهبود دیسفاژی

- 5- Tate H. The palliation of dysphagia in oesophageal malignant obstructions using endoprotheses: a review of the literature. *Medicine on-line. Int J Med*. 2007.
- 6- Lecleire S, Di Fiore F, Antonietti M, et al. Undernutrition is predictive of early mortality after palliative self-expanding metal stent insertion in patients with inoperable or recurrent esophageal cancer. *Gastrointest Endosc*. 2006; 64(4): 479-84.
- 7- Pultrum BB, van Westreenen HL, Mulder NH, Var Dulleman ttM, Plukker JT. Outcome of palliative care regimens in patients with advanced oesophageal cancer detected during explorative surgery. *Anticancer Res*. 2006; 26(3B): 2289-93.
- 8- Ross WA, Alkassab F, Lynch PM, et al. Evolving role of self-expanding metal stents in the

treatment of malignant dysphagia and fistulas. *Gastrointest Endosc.* 2007; 65(1): 70-6.

9- Tangen M, Andresen SJ, Moum B, Hauge T. Stent insertion as palliation of cancer in the esophagus and cardia. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2006; 126(12): 1607-9.

10- Maraju NK, Anbalagan P, Kate V, Ananthakrishnan K. Improvement in dysphagia and quality of life with self-expanding metallic

stents in malignant esophageal strictures. *Indian J Gastroenterol.* 2006; 25(2): 62-5.

11- Schoppmeyer K, Golsong J, Schiefke I, Mossner J, Caca K. Antireflux stents for palliation of malignant esophagocardial stenosis. *Dis Esophagus.* 2007; 20(2): 89-93.

Inoperable Esophageal Cancer and Outcome of Palliative Care in Golestan Province, Iran

Semnani SH¹, Besharat S², Keshtkar AA², Marjani J², Roshandel GR²

¹ Dept of Gastroenterology, Golestan Research Center of Gastroenterology and Hepatology (GRCGH), Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

² Golestan Research Center of Gastroenterology and Hepatology (GRCGH), Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

Corresponding Author's Address: Golestan Research Center of Gastroenterology and Hepatology (GRCGH), Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

E-mail: s_besharat_gp@yahoo.com

Received: 29 July, 2008 **Accepted:** 5 Jan, 2009

Background and Objective: Dysphagia is the most distressing problem in patients with advanced inoperable esophageal cancer. Palliative interventions like balloon dilation and stenting are used to improve quality of life and make patients enable to eat more comfortably. This study was designed to determine the outcome of palliative care in esophageal cancer patients referred to Gorgan and Gonbad gastrointestinal clinics, northeast Iran.

Materials and Methods: This cross-sectional study was performed on inoperable esophageal cancer cases during 2005-2006. Demographic data were collected during the procedure and cases were followed every month for six months. Improvement proportion was calculated with 95% confidence interval, to determine the rate of improvement. Survival analysis and Kaplan-Meier methods were used to estimate the duration of palliative care effectiveness.

Results: We recruited 39 cases into the study. Male to female ratio was 1.6 to 1 and mean age was 67.5 ± 13.7 years. Twenty two patients had grade 3 dysphagia and other 17 had grade 4 at the beginning of the study. Dilation was the most preferred method (89.7%) and stenting was performed in 4 (10/3%) cases. Decreasing dysphagia score was not related to palliation method used or pathologic type of carcinoma but it was showed to be related to the age of the patients significantly. Mean survival was significantly different between 2 groups (with and without dysphagia improvement in first month of follow-up).

Conclusions: Results of this study showed a lower survival rate after palliative care in advanced esophageal cancer cases, although dysphagia scores showed some improvement.

Key words: *Esophageal cancer, Palliative care, Grading of dysphagia, Iran*