Esophageal Tumors

أورام المري

الأورام الحميدة

الورم العضلي الأملس Leiomynoma

- أكثر الأورام الحميدة شيوعا ـ من الأورام
- ـ في القسم البعيد من المري
- ـ في الثلث المتوسط من المري
- ـ في القسم القريب
- دون أعراض – حجم كبير –
- عسر البلع
- نادرا ماتتقرح
- ترتبط في بعض الأحيان مع متلازمة ألبورت Alport syndrome

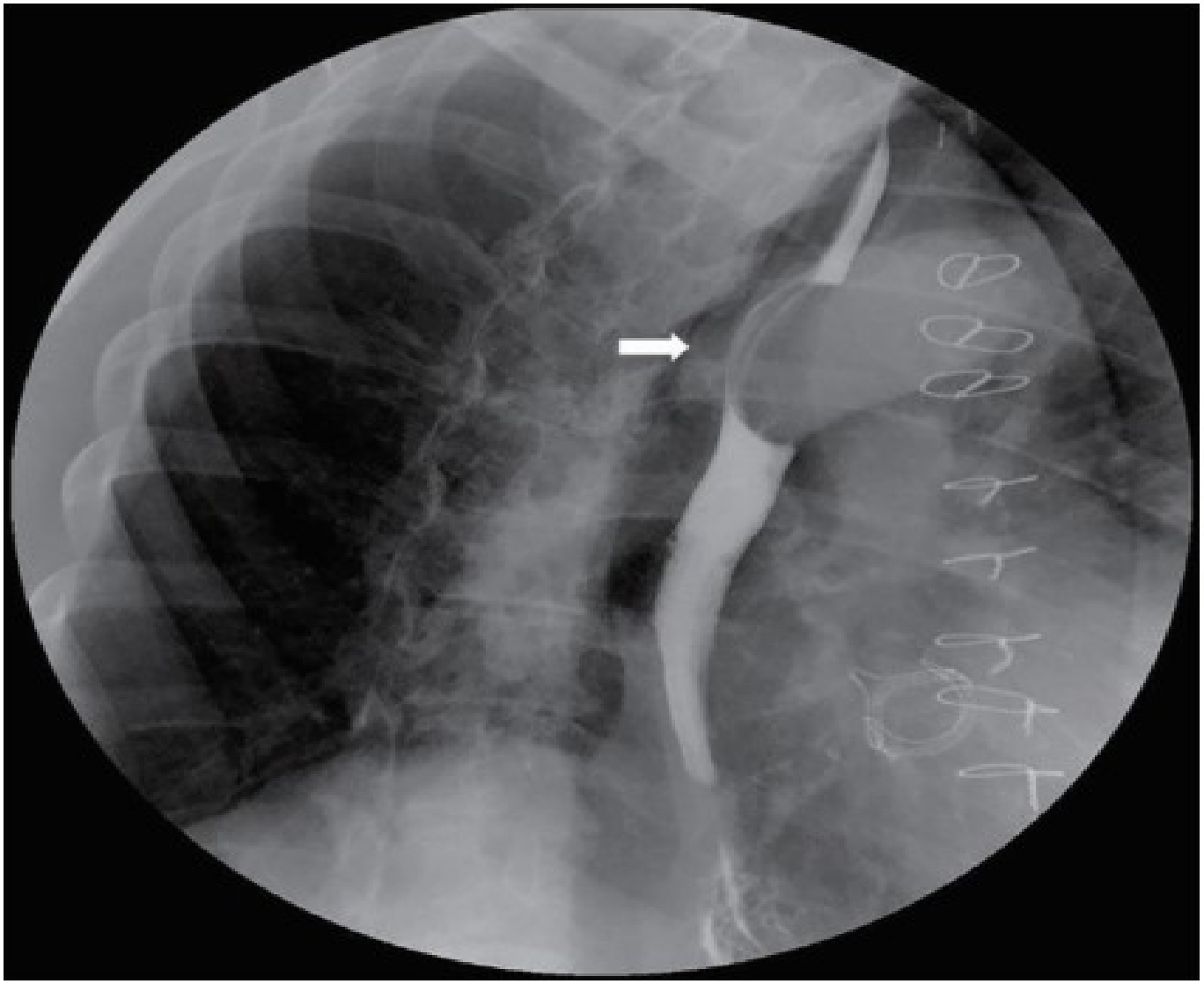


Figure 2 Typical radiographic appearance of a filling defect with smooth margins compatible with esophageal leiomyoma of the thoracic esophagus (arrow).

Figure 3 Coronal image from IV contrast-enhanced CT showing a large leiomyoma of the thoracic esophagus (arrow).

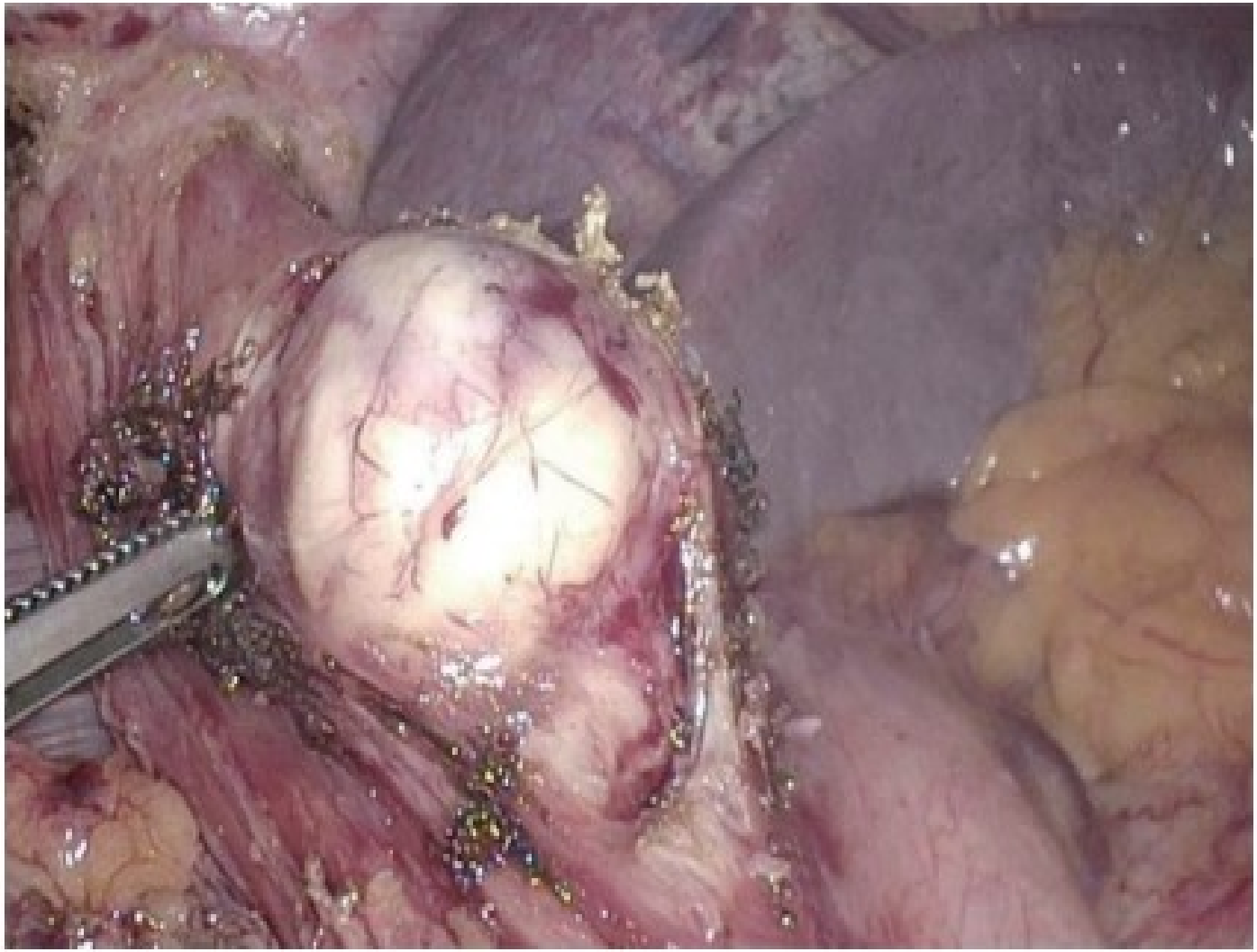
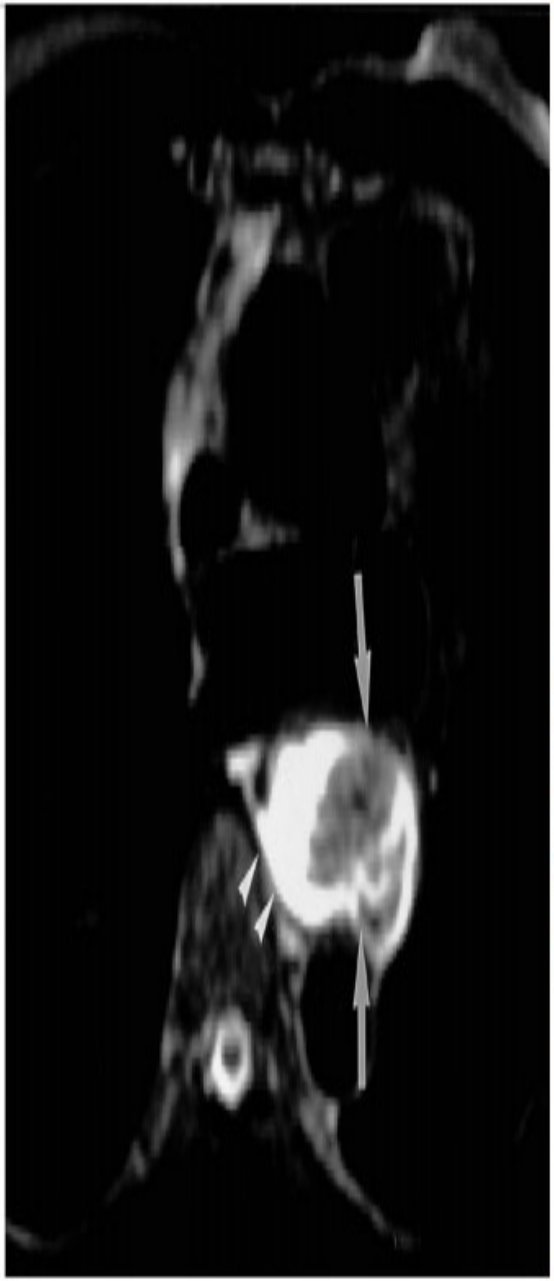


Figure 5 Laparoscopic approach: enucleation of giant esophageal leiomyoma of the distal esophagus.

الأورام الحميدة

- الورم الليفي الوعائي Fibro Fascular Polyps
- ورم نادر حميد داخل اللمعة يشبه الآفات تحت المخاطية
- كتل معنقة داخل اللمعة
- مغطى بغشاء مخاطي طبيعي
- ينشأ تقريبا من الثلث العلوي بالقرب من البلعوم
- مصطلحات الأورام الشحمية، الأورام الليفية،الأورام الليفية الشحمية، الأورام الليفية الظهارية يطلق عليها حاليا اسم الورم الليفي الوعائي

D



E

F

الأورام الحميدة

- الورم الليفي العصبي Schwannoma
- بشكل أكبر يمكن أن توجد في الفم أو البلعوم
- نادر للغاية
- في الثلث العلوي
- أكثر شيوعا عند النساء في منتصف العمر

A

B

أورام المري الخبيثة

- يبقى سرطان المري أحد أكثر السرطانات تسببا بالوفاة مع ارتفاع نسبة حدوثه
- نسبة البقيا المتوقعة لخمس سنوات لجميع المرضى لا تتجاوز
بسبب الطبيعة الغازية و الشرسة لأورام المري و الاستجابة الضعيفة للعلاج الكيماوي يشكل تحديا كبيرا للعلاج
- الكشف المبكر عن سرطان المري يزيد من إمكانية الاستئصال الجراحي و نسبة البقيا مع العلم أنه لا يوجد حاليا بروتوكول متفق عليه للكشف المبكر
- ثامن أشيع سرطان أو خباثة و سادس سبب للوفيات المتعلقة بالسرطان

- هناك نوعين نسيجيين أساسيين لسرطان المري
- الأدينوكارسينوما سرطان المري شائك الخلايا
- السرطانة شائكة الخلايا تشكل ـ من مجمل سرطانات المري
- هناك تناقص في نسبة حدوث السرطانة الشائكة على حساب تزايد سريع في نسبة حدوث السرطانة الغدية في الدول المتقدمة
- هناك بعض الأورام النادرة الكارسينوئيد – سرطانة صغيرة الخلايا – الميلانوما – السرطانة البشروية المخاطية

سرطان المري

شائك الخلايا

- يصيب الثلثين القريبين
- عقد
- الذكور اكثر من الاناث
- السود اكثر من البيض
- من مؤهباته التدخين والكحول – الاكالازيا –التهاب المري والتضيق الندبي –قصة تشعيع

السرطانة الغدية

الثلث البعيد

عقد

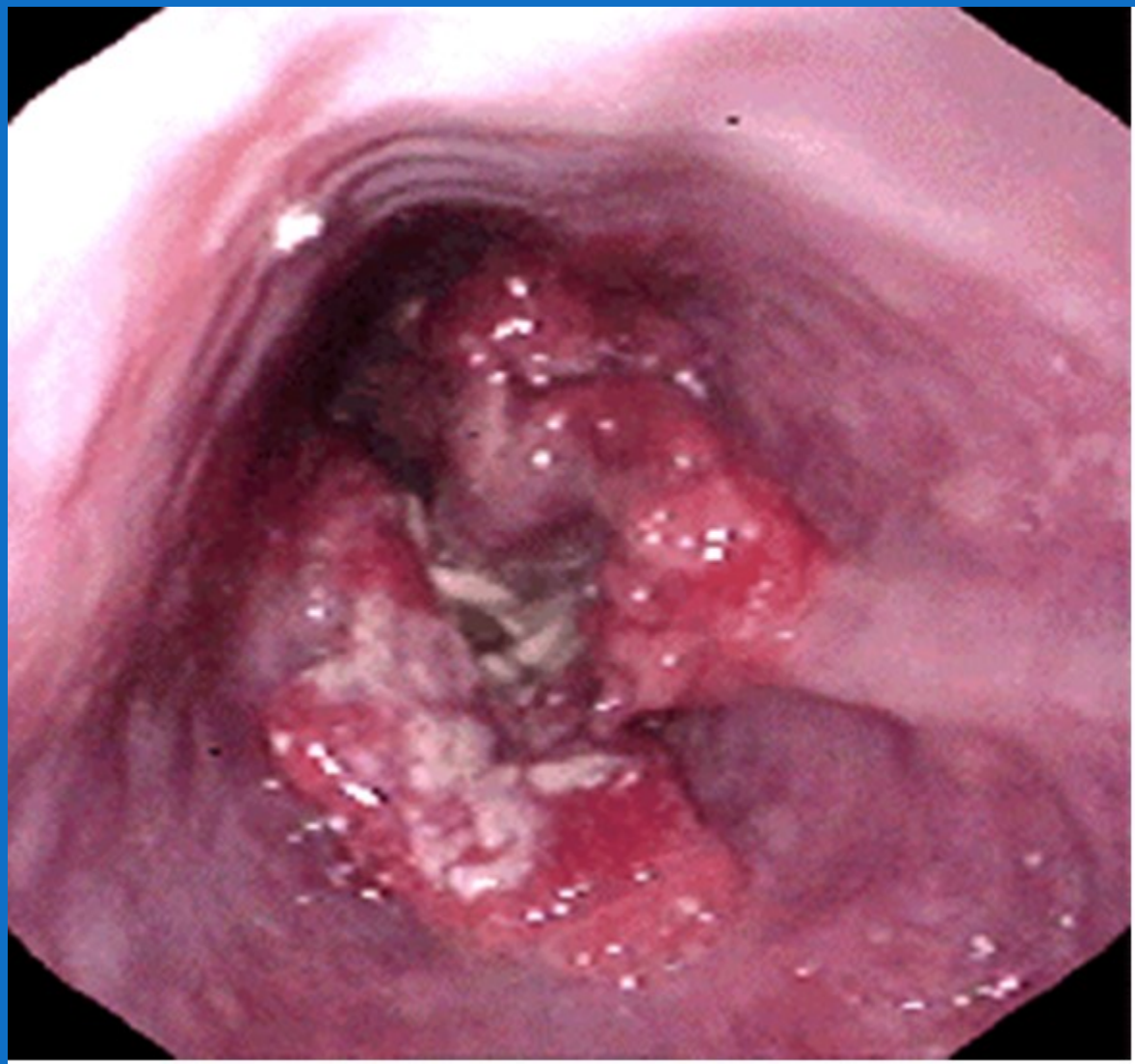
ذكور اكثر من الاناث

البيض اكثر من السود

من مؤهباته التدخين –الاكالازيا مري باريت –الفتوق الحجابية البدانة

التشخيص

- تحاليل عامة
- تصوير بالباريوم
- تنظير هضمي علوي



التصنيف :

- طبقي محوري صدر وبطن
- ايكو عبر المري
- تنظير قصبات
- تنظير صدر تنظير بطن في حال الحاجة لاجراء تصنيف تام للورم حسب نتائج الاختبارات السابقة
- Pet-scan

التصنيف

TNM8 :

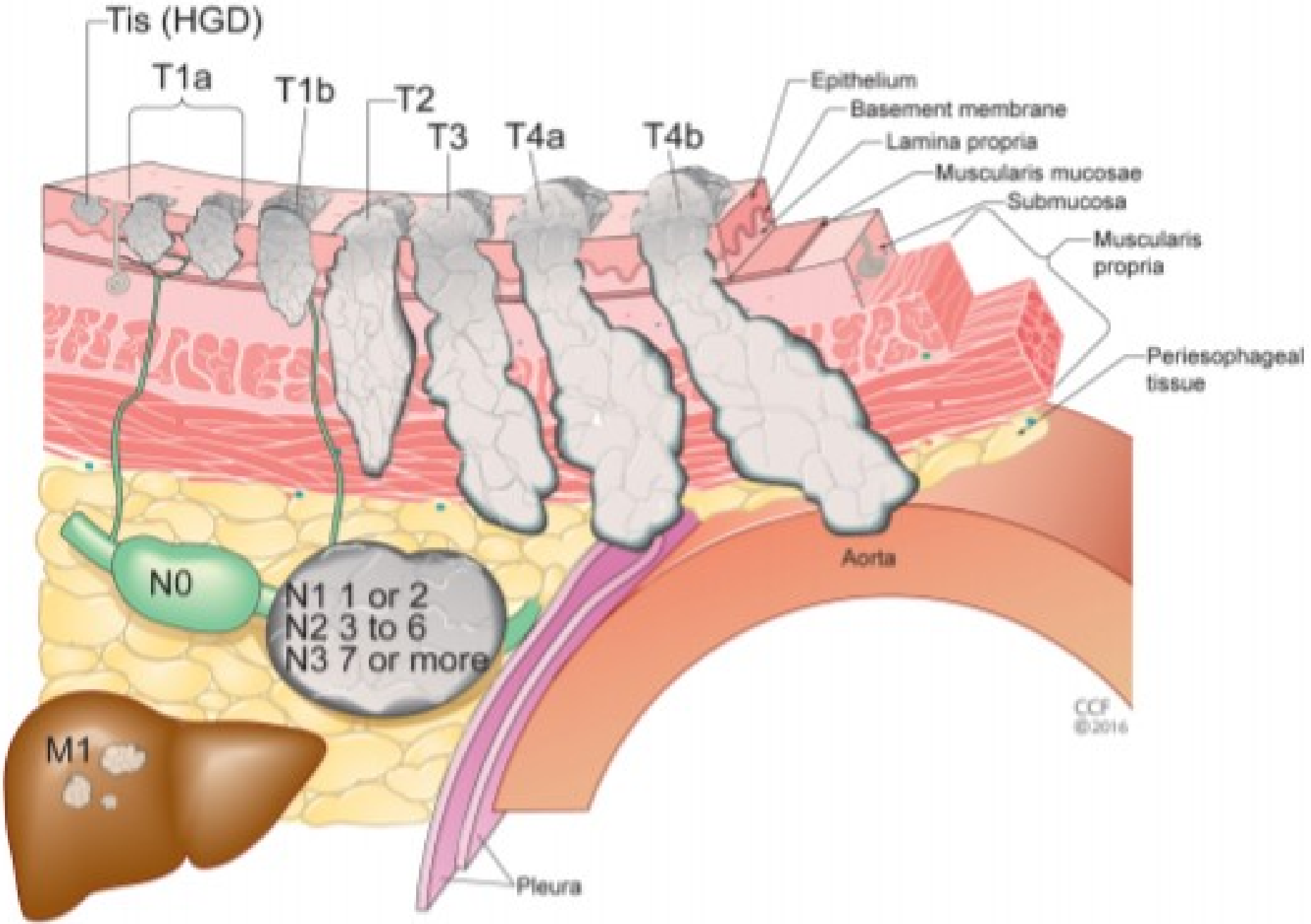
- clinical staging

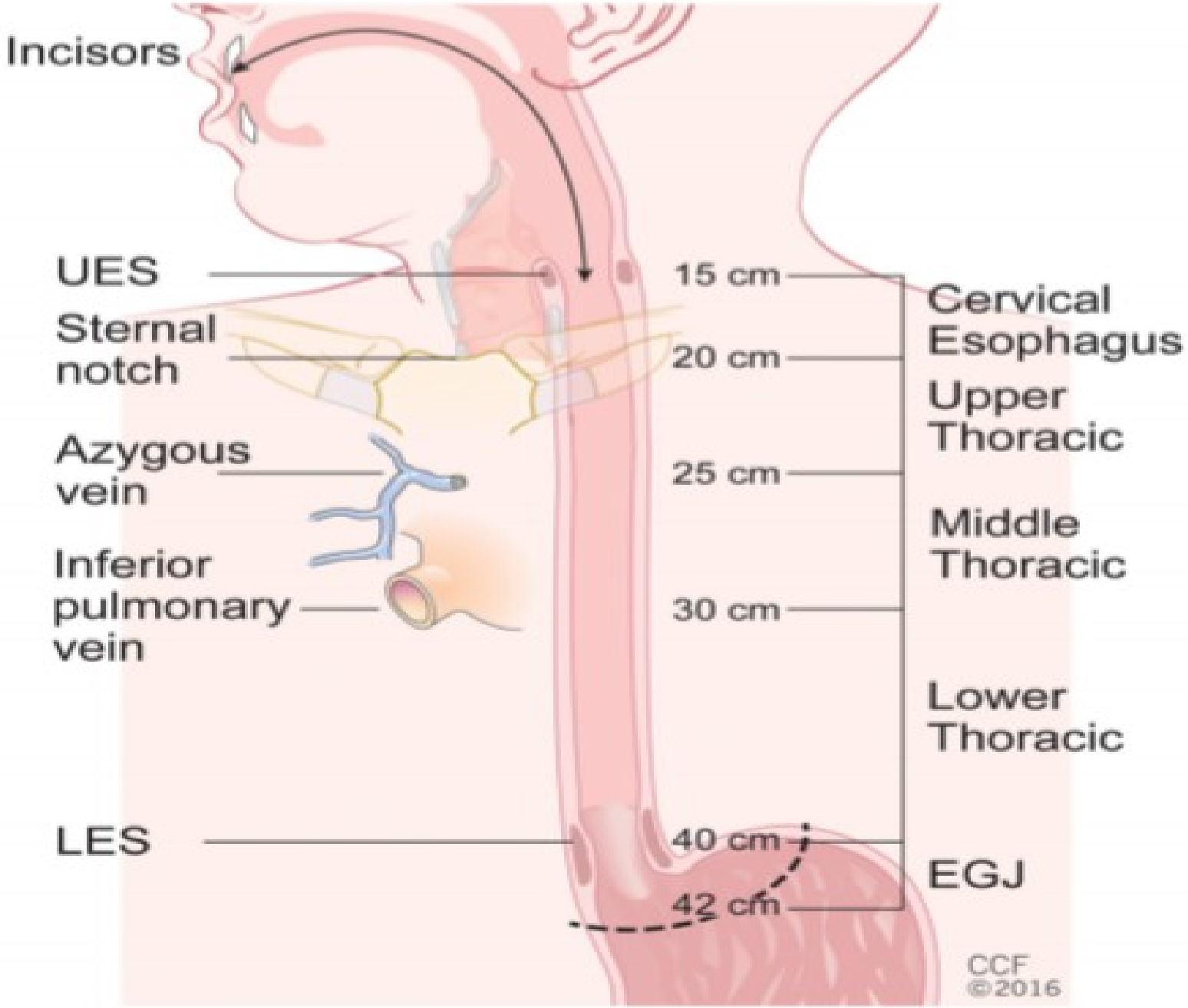
- (surgical) pathologic staging

- post neoadjuvant staging

Table 1. Diagnostic and staging investigations in oesophageal cancer

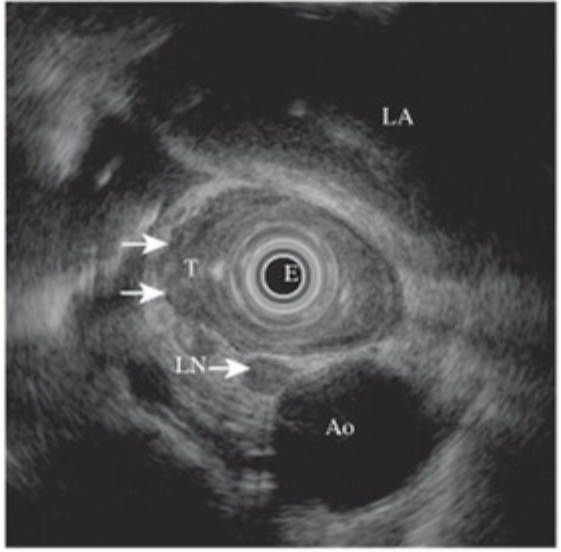
Procedure	Purpose
FBC	Assess for iron-deficiency anaemia
Renal and liver function	Assess renal and liver function to determine appropriate therapeutic options
Endoscopy and biopsy	Obtain tissue for diagnosis, histological classification and molecular biomarkers, e.g. PD-L1 and HER2 status (AC)
EUS	Accurate assessment of T and N stage in potentially resectable tumours
Bronchoscopy with endobronchial ultrasonography	Assess tumour growth towards central airways; complementary to EUS, especially when tumour stricture precludes EUS
CT of thorax + abdomen ± pelvis	Staging of tumour to detect local/ distant lymphadenopathy and metastatic disease
PET—CT, if available	Staging of tumour to detect local/ distant lymphadenopathy and metastatic disease
Laparoscopy ± washings	Exclude occult metastatic disease involving peritoneum/diaphragm, especially in locally advanced (T3/T4) ACs of the OGJ infiltrating the anatomical cardia


Tis (HGD)
T1a
T1b
T2
T3
T4a
T4b
Epithelium
Basement membrane
Lamina propria
Muscularis mucosae
Submucosa
Muscularis propria
Periesophageal tissue
Aorta
N0
N1 1 or 2
N2 3 to 6
N3 7 or more
M1
Pleura
CCF
©2016

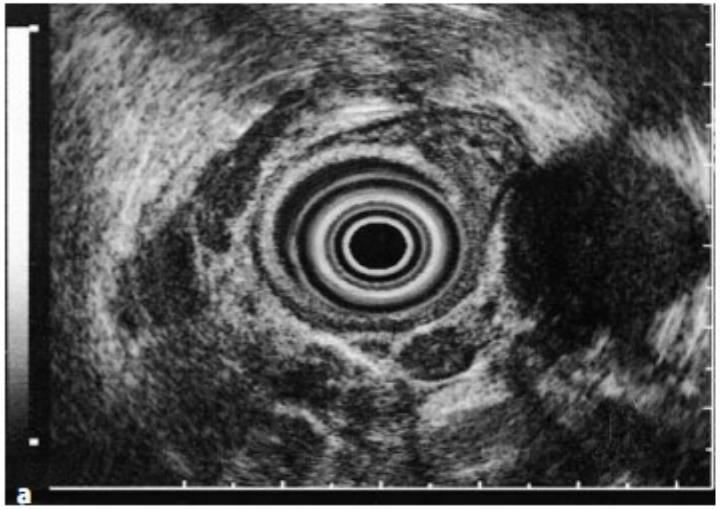

Incisors
UES
Sternal notch
Azygous vein
Inferior pulmonary vein
LES
15 cm
20 cm
25 cm
30 cm
40 cm
42 cm
Cervical Esophagus
Upper Thoracic
Middle Thoracic
Lower Thoracic
EGJ
CCF ©2016

- التصنيف الجراحي يفقد شأنه في مراحل متقدمة حيث يحل العلاج المتمم مكان الجراحة
- معرفة الإنذار باستخدام التصنيف الجراحي يعتبر هو الأدق
- دور التصنيف بعد neoadjuvant في اتخاذ قرار العلاج المتمم محدود حيث يقتصر على اللذين يتلقون neoadjuvant
- الخزعة الزامية قبل الجراحة و العلاج
- يجب التأكيد على ادراج درجة الورم في تقرير المشرح المرضي درجة منخفضة أو متوسطة أو سيئة التمايز أو خلايا فص الخاتم

- الدراسة الجينية للسرطان سيتم التركيز عليها بدقة في النسخة التاسعة من تصنيف TNM
- الايكو عبر المري يعطي فحصا مفصلا لجدار المري و حاليا هو الخيار المفضل لتقييم cT مع التأكيد على أهمية ال FNA الموجهة بالايكو عبر المري لاثبات النتيجة



© Elsevier. Boon et al.: Davidson's Principles and Practice of Medicine 20e - www.studentconsult.com



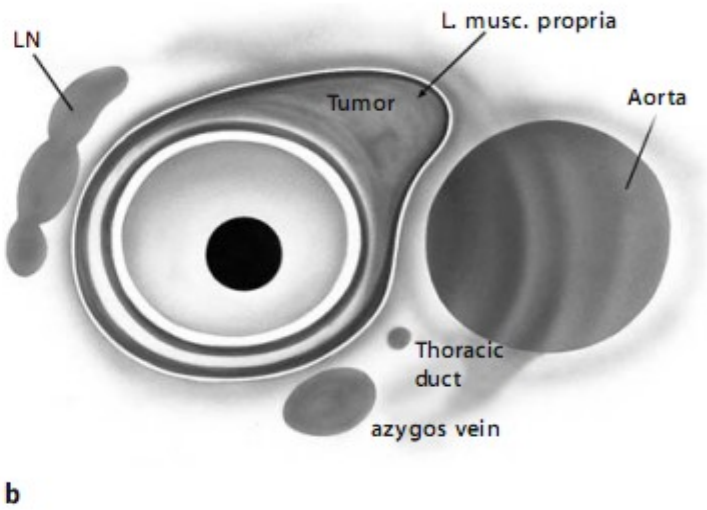


Fig. 4.6. a T2-tumor, N1-status; **b** schematic demonstration of the pathologies and structures.

- ما الجديد ؟ وقاية؟ كشف مبكر ؟
- أظهرت دراسة أن اكثر من من سرطانات المري مسببة بأسباب بيئية معروفة
- تعد الوقاية خطوة حاسمة جداً باتجاه انقاص نسبة حدوث المرض
- و يعد الكشف المبكر أمراً هاماً جداً حيث يزيد من نسبة الاستئصال الجراحي و نسبة البقيا
- لا يوجد بروتوكول متفق عليه حالياً للكشف المبكر عن سرطان المري
- تطور تقنيات التنظير الهضمي التداخلي و تقنيات الاستئصال ادى الى تطور مهم في تحري و علاج سرطان المري
- دراسات سريرية ضخمة أظهرت مستقبلاً واعداً للعلاج المناعي بفعالية عالية و نسبة تحمل اكبر للسمية ارتفاع معدلات البقيا نوعية حياة افضل
- Chromo endoscopy زاد نتائج التشخيص في الحؤول و السرطان الغدي في مرضى مري باريت

وهو التقنية التصويرية الحديثة الوحيدة الموصى باستخدامها لمتابعة مرض باريت في هذا الوقت

- استئصال مخاطية المري بالتنظير (EMR)
- تسليخ تحت المخاطية (ESD)
- Radiofrequency ablation endoscopic aplation
- الاجتثاث باستخدام التنظير الهضمي (endoscopic eradication therapy)

حاليا هو الخط الأول لعلاج Barret`s neoplasm و السرطان بدرجة مبكرة

Cytosponge اجراء صغير البضع قليل التكلفة بالمقارنة مع التنظير الهضمي مع اخذ خزعات

استخدامه في بعض المراكز في الممارسة العامة لتحري المصابين بأعراض قلس معدي مريئي أدى الى ارتفاع ـ اضعاف في تحري مري باريت بالمقارنة بالممارسة المعتادة بدونه

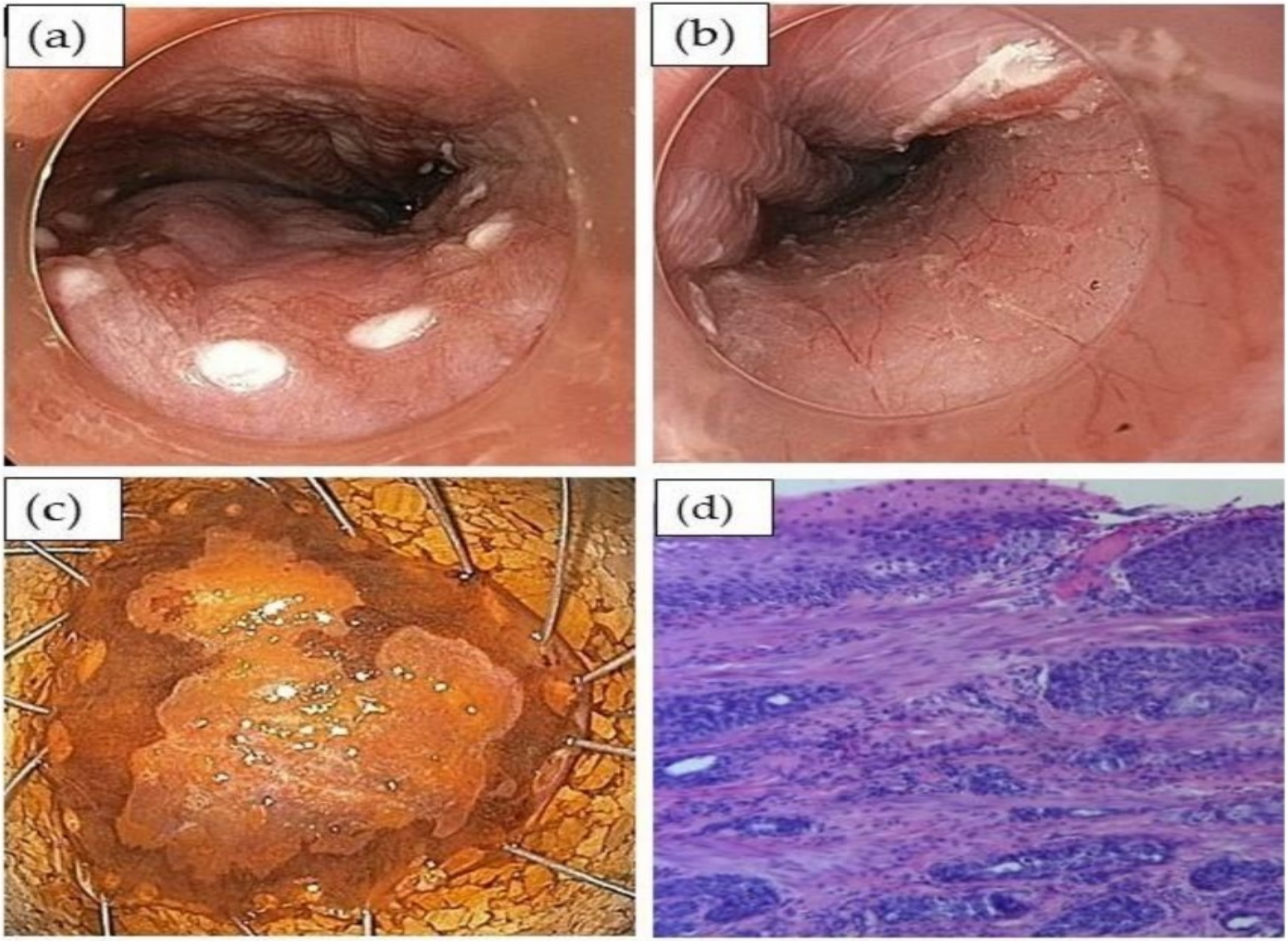


Figure 5. Endoscopic resection of early squamous cell cancer by endoscopic submucosal dissection: (**a**) after chromoendoscopy with Lugol's solution, the borders of the lesion are marked with coagulation points; (**b**) resection bed without any associated bleeding; (**c**) specimen on corkboard (after repeated staining with Lugol's solution); (**d**) histopathology shows poorly differentiated pT1b squamous cell cancer (H&E stain, × 400).

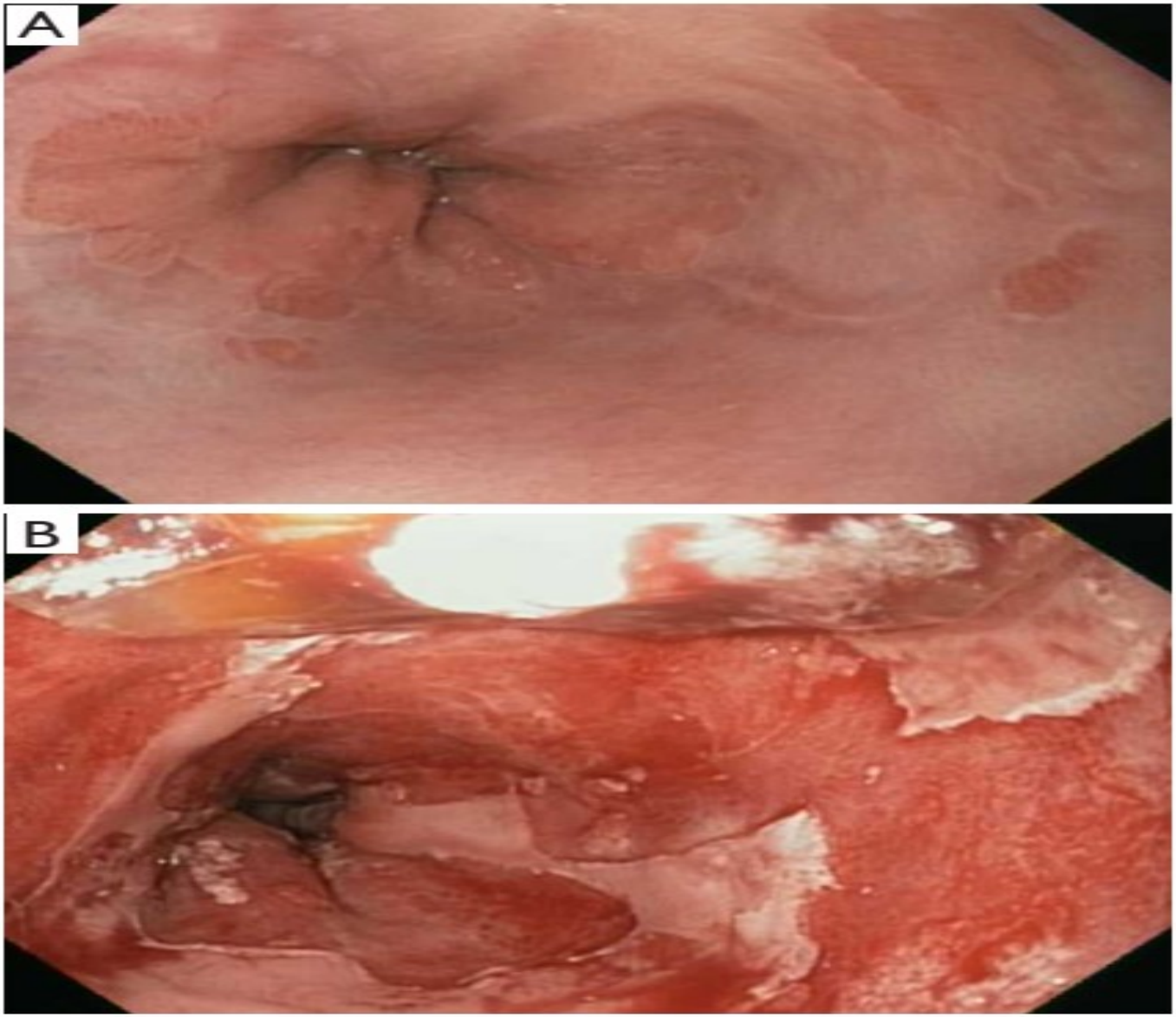


Figure 1 Endoscopic eradication of dysplastic Barrett's esophagus via radiofrequency ablation. (A) Barrett's esophagus with high-grade dysplasia; (B) following treatment with radiofrequency ablation.

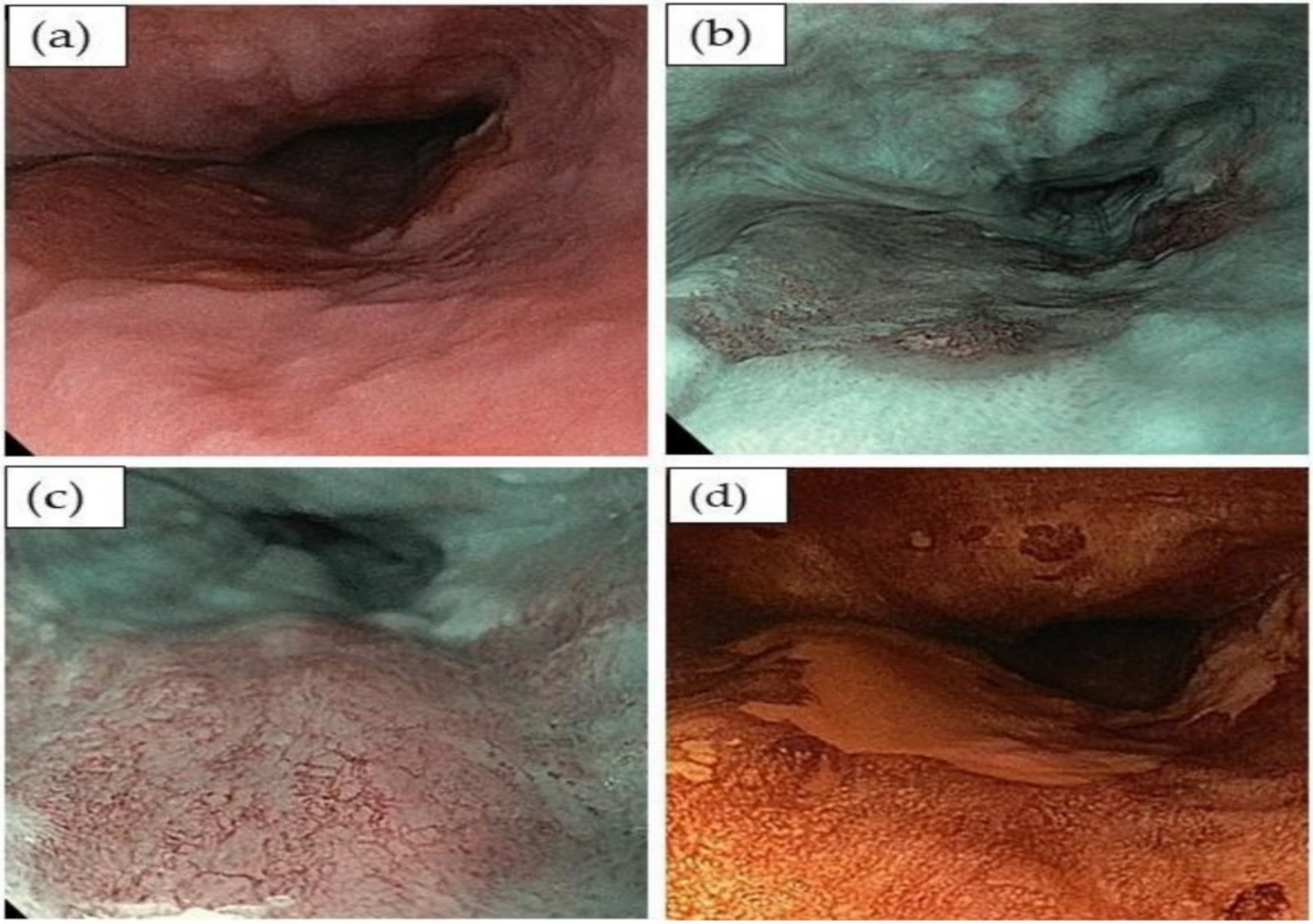


Figure 4. Endoscopic evaluation of early squamous cell cancer by endoscopic submucosal dissection: (**a**) irregular surface structure in the mid esophagus (white light imaging); (**b**) virtual chromoendoscopy of this area shows a brownish are with better definition of the borders (narrow band imaging); (**c**) close view of the lesion showing vessel irregularities (type B2 vessels); (**d**) chromoendoscopy with 0.5% Lugol's solution nicely delineates the borders of the lesions and is ideally used immediately before starting an endoscopic resection.

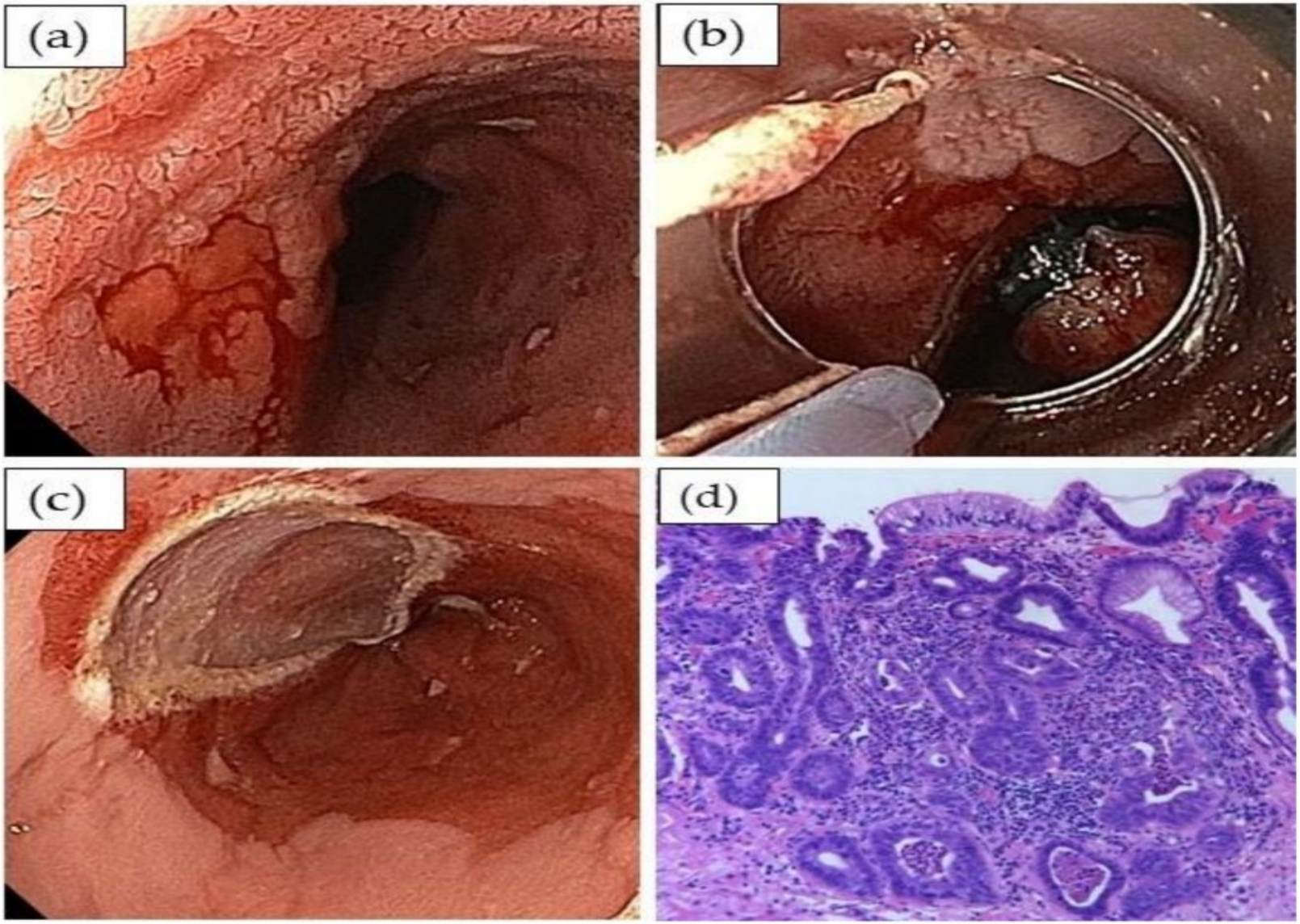


Figure 2. Endoscopic mucosal resection (EMR) of early adenocarcinoma with the suck and cut technique. (**a**) Long segment Barrett's cancer with suspicious lesion to the left (white light imaging, acetic acid 1.5%); (**b**) lesion is band ligated and resected with the snare placed underneath the rubber band; (**c**) resection bed without any associated bleeding; (**d**) histopathology shows well differentiated intramucosal adenocarcinoma without infiltration of lymphatic or blood vessels pT1a m3, ly(-), v(-) G2 (H&E stain, × 400).

Figure 4. Cytosponge™ capsule with string is swallowed with 150 mL of water. After 5 min, the gelatin coat of the capsule will be dissolved, and the sponge that is inside the capsule will be released. The sponge gathers cells from the esophagus and gastroesophageal junction upon retrieval by pulling the string. The retrieved and expanded sponge is placed in a preservative fluid and transferred to the laboratory for cytological examination and staining.

THANK YOU