

خصوصیات بالینی سرطان کولورکتال در بیمارستانهای رازی و گلستان شهر اهواز در طی سالهای ۱۳۷۱ الی ۱۳۷۸

دکتر محمد حسین سرمست شوشتری*، دکتر ندا نجیب پور**، جواد محمدی اصل***

خلاصه:

سرطان کولون و رکتوم سومین سرطان شایع در جهان است. بیماری معمولاً در سنین بعد از ۵۰ سالگی شروع میشود. با توجه به تاثیر شروع درمان در مراحل اولیه بیماری، مسئله بیماریابی (بخصوص بعد از ۵۰ سالگی) و تشخیص زودرس جزء مهمترین اهداف در مطالعات مربوط به این بیماری است. این مطالعه با هدف تعیین خصوصیات بالینی مبتلا به این بیماری در ۱۰۰ بیمار بستری شده در بیمارستانهای گلستان و رازی در بین سالهای ۷۸ - ۱۳۷۱ انجام شد. ۴۲ نفر زن و ۵۸ نفر مرد بودند. ۵۲٪ بالای ۵۰ سال و بقیه زیر ۵۰ سال سن داشته اند. بیشترین فراوانی (۲۵٪) در گروه سنی ۷۰ - ۶۱ سالگی مشاهده گردید. در ۳۶٪ مبتلایان کمتر از یکماه بعد از شروع علائم تشخیص قطعی معلوم شد و در ۳۰٪ بیماران این زمان بیش از ۶ ماه بوده است. شایعترین علائم دفع خون روشن (۳۴٪) و علائم انسدادی (۲۶٪) و بیشترین محل گرفتاری رکتوسیگموئید (۳۸٪) و آدنوکارسینوم شایعترین نوع هیستوپاتولوژی (۸۸٪) بود. در این بررسی مشخص گردید بیماریابی از سن پایین تری شروع میشود. تشخیص قطعی با تاخیر زمانی زیاد صورت گرفته است که لازم است ضمن انجام برنامه های آموزشی بهداشتی برای افزایش اطلاعات افراد جامعه و باز آموزی پزشکان (بخصوص پزشکان عمومی)، برنامه بیماریابی از سنین قبل از ۵۰ سالگی شروع شود.

واژه های کلیدی: سرطان، کولورکتال، تشخیص، بیماریابی

مقدمه:

امروز این امر ثابت شده است که درمان بیماری در مراحل اولیه نقش اصلی را در افزایش میزان بقا دارد و در حقیقت شاید بتوان گفت که یک بیماری قابل پیشگیری باشد (۶). تشخیص بیماری با توجه به تنوع تظاهرات بالینی و وجود انواع فرم های ارثی آن، هنوز یکی از جنبه های بحث برانگیز این سرطان است و علیرغم افزایش تلاش ها برای بیماریابی هنوز در دو سوم موارد بعد از شروع علائم تشخیص قطعی میشود (۷). پس از ظاهر شدن علائمی مثل درد شکم (۴۴٪) تغییر در اجابت مزاج (۴۳٪) و

سرطان کولون و رکتوم شایعترین سرطان دستگاه گوارش و سومین سرطان شایع در جهان است (۱) و (۲). بیماری در مردان مختصری شایعتر و بعنوان سومین سرطان شایع (بعد از پروستات و ریه) و در زنان نیز بعنوان دومین سرطان (بعد از سرطان پستان) شایع و دومین عامل مرگ بدلیل سرطان شناخته شده است و اکثر بیماران در سنین بعد از ۵۰ سالگی تشخیص داده میشوند (۳-۵).

* استادیار گروه جراحی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز

** پزشک عمومی

*** مربی گروه پاتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز

شیوع بیماری در دهه های اول و دوم (مجموعاً ۶٪) و دهه های هشتم و نهم (مجموعاً ۷٪) می باشد .
جدول شماره ۱: فراوانی و درصد بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال در گروه های سنی ده ساله

گروه سنی	فراوانی	درصد
۱-۱۰	۲	۲
۱۱-۲۰	۴	۴
۲۱-۳۰	۱۰	۱۰
۳۱-۴۰	۱۴	۱۴
۴۱-۵۰	۱۸	۱۸
۵۱-۶۰	۲۰	۲۰
۶۱-۷۰	۲۵	۲۵
۷۱-۸۰	۶	۶
۸۱-۹۰	۱	۱
جمع	۱۰۰	۱۰۰

شایعترین شکایت اصلی بیماران به هنگام مراجعه دفع خون روشن ۳۴٪، علائم انسدادی ۲۶٪، درد شکم و استفراغ ۱۶٪، وجود تومور و بزرگی شکم ۱۰٪ و ماننا ۶٪ بود. کمترین شکایت آنمی و کاهش اشتها و کاهش وزن هر کدام ۲٪ و علائم پیشرفته مثل فکالوری و خروج مدفوع از واژن هر کدام ۲٪ بوده است که البته هر بیمار ممکن است با بیش از یک علامت مراجعه کرده باشد. در ۴٪ موارد متاستاز به سایر ارگانها داشته اند که یک مورد آن کارسینوم سلول سنگفرشی و ۳ مورد آدنوکارسینوم بوده است.

نتایج حاصل از بررسی فاصله زمانی شروع علائم تا قطعی شدن تشخیص (جدول ۲) نشان داده است که فقط ۳۶٪ موارد در کمتر از یک ماه تشخیص قطعی مشخص گردیده و بقیه موارد از یک تا شش ماه (۳۴٪)، ۱۲ - ۶ ماه (۱۲٪) و در ۱۸٪ موارد بیش از یک سال طول کشیده است .

هماتوشزی (وجود خون در مدفوع) (۴۰٪) کولونوسکوپی بهترین وسیله شخصی است (۸۷٪). این بررسی یک مطالعه گذشته نگر بر روی پرونده های ۱۰۰ بیمار مبتلا به سرطان کولون و رکتوم با هدف تعیین خصوصیات بالینی افراد از قبیل سن، جنس، علائم، فاصله بین شروع علائم و تشخیص قطعی، محل تومور و پاتولوژی انجام شده است . پس از بیان نتایج آماری در بحث ضمن مقایسه نتایج با سایر آمارهای موجود، راهکارهای پیشنهاد شده در رابطه با تشخیص زودرس مطرح خواهد شد .

روش کار:

بررسی به صورت گذشته نگر بر روی پرونده بیمارانی که جهت درمان در بیمارستان رازی و گلستان در بین سالهای ۱۳۷۸ - ۱۳۷۱ بستری شده بودند انجام گرفت. لیست بیماران بستری شده و پرونده آنها از طریق بایگانی بیمارستان در دسترس قرار گرفت و اطلاعات مورد نظر از پرونده استخراج و در فرمهای از قبل تهیه شده قرار داده شد از میان این موارد، پرونده ۳ بیمار که اطلاعات مورد نظر را به طور کامل نداشتند حذف گردید (مواردی از قبیل ذکر نکردن کامل شرح حال یا نداشتن جواب آسیب شناسی). سپس فراوانی و درصد هر کدام از متغیرها مشخص گردید. در متغیر سن، بیماران در گروههای سنی ۱۰ ساله تقسیم شده فراوانی و درصد آنها محاسبه گردید.

نتایج:

از مجموع یکصد پرونده مورد بررسی، ۵۸ مورد مرد و ۴۲ مورد زن بودند . از نظر شیوع سنی (جدول ۱) ۵۲٪ بالای ۵۰ سال با حداکثر شیوع ۲۵٪ در دهه هفتم زندگی و ۴۸٪ زیر ۵۰ سال سن دارند که ۲۴٪ آنها در دهه های سوم و چهارم زندگی است. کمترین

در ناحیه سکوم و کولون صعودی نیز از ۱۲ مورد سرطان ۵ مورد لنفوم و بقیه موارد آدنوکارسینوم بوده است که در موارد لنفوم ۲ بیمار ۱۵ و ۱۸ ساله علاوه بر کولون، ایلئوم ترمینال نیز تومورال بوده است. ۲ مورد نادر پساتولوژی کوریوکارسینوم در ناحیه سیگموئید در مرد ۱۹ ساله با سابقه ۹ ساله علائم (اسهال و هماتوزی) و یک مورد مرد ۴۸ ساله با پاتولوژی لیومیوسارکوم در ناحیه رکتوسیگموئید با علائم انسداد روده، بوده است.

کمترین محل گرفتاری کولون ترانسورس ۳ مورد بوده است که ۱ مورد آن لنفوم و ۱ مورد آدنوکارسینوم و یک مورد تومور اندیفرانسیه بوده است (جدول ۴).

جدول ۴: انواع هیستولوژیک سرطان کولورکتال

نوع هیستولوژیک	فراوانی	درصد
آدنوکارسینوم	۸۷	۸۷
کارسینوم سلول سنگفرشی	۴	۴
لنفوم	۶	۶
تومور اندیفرانسیه	۱	۱
لیومیوسارکوم	۱	۱
کوریوکارسینوم	۱	۱
جمع	۱۰۰	۱۰۰

جدول ۵: توزیع سنی سرطان کولورکتال طی سالهای ۱۳۶۸ الی ۱۳۷۲ (نتایج تحقیقات دکتر رشیدی و همکاران)

گروه سنی	فراوانی	درصد
۱-۱۰	۲	۱/۱
۱۱-۲۰	۱۱	۶/۱
۲۱-۳۰	۱۵	۸/۴
۳۱-۴۰	۲۹	۱۶/۲
۴۱-۵۰	۲۱	۱۱/۷
۵۱-۶۰	۳۴	۱۹/۰
۶۱-۷۰	۴۳	۲۴
۷۱-۸۰	۲۰	۱۱/۲
۸۱-۹۰	۱	۰/۶
جمع	۱۷۹	۱۰۰

جدول ۲: فراوانی و درصد فاصله زمانی شروع

علائم بالینی تا تشخیص قطعی

فاصله زمانی شروع علائم تا تشخیص قطعی	فراوانی	درصد
کمتر از یک ماه	۳۶	۳۶
۱-۶ ماه	۳۴	۳۴
۶ ماه تا یکسال	۱۲	۱۲
بیش از یکسال	۱۸	۱۸
جمع	۱۰۰	۱۰۰

بیشترین محل‌های بیماری ناحیه رکتوسیگموئید (۳۷٪) سیگموئید ۲۳٪ و کولون نزولی ۱۵٪ (جدول ۳) بوده است. از نظر آسیب شناسی آدنوکارسینوم شایعترین نوع هیستوپاتولوژیک گزارش شده، بوده است. این نوع پاتولوژی در تمام نواحی آناتومیک کولون نیز صادق بوده است و فقط در ناحیه رکتوم از ۶ مورد ۳ مورد آدنوکارسینوم و ۳ مورد کارسینوم سلول سنگفرشی بود که با توجه به فاصله زمانی زیاد از شروع بیماری ۱۸ - ۷ ماه و پیشرفته بودن علائم (انسداد کامل و رکتورژی) احتمالاً گسترش تومور از ناحیه کانال آنال بوده که به دلیل وسعت زیاد تومور غیر قابل افتراق از سرطان اولیه رکتوم بوده است.

جدول ۳: فراوانی و درصد آناتومیک درگیر در

سرطان کولورکتال

محل آناتومیک	فراوانی	درصد
سکوم و کولون صعودی	۱۱	۱۱
کولون ترانسورس	۲	۲
کولون نزولی	۱۵	۱۵
کولون نزولی و سیگموئید	۳	۳
سیگموئید	۲۴	۲۴
رکتوسیگموئید	۳۸	۳۸
رکتوم	۶	۶
متعدد (ترانسورس، نزولی، رکتوم)	۱	۱
جمع	۱۰۰	۱۰۰

بحث :

بیماران در بین سالهای ۱۳۶۸ الی ۱۳۷۲ گزارش شده توسط دکتر رشیدی و همکاران مطابقت دارد (۱۵). تست تشخیصی برای بیماریابی برای کلیه افراد بدون علامت در سن بالای ۵۰ سال، آزمایش مدفوع برای خون مخفی و سیگمونیدوسکوپی قابل انعطاف یک یا دو بار در سال است (۶). برای افرادی که دارای ریسک مشخصی برای بیماری هستند از تستهای ژنتیکی یا سیگمونیدوسکوپی قابل انعطاف و تکرار منظم آن بسته به نوع استعداد و یا بیماری زمینه ای استفاده شود (۶). اگر چه یک بررسی قدرت تشخیصی سیگمونیدوسکوپی برای بیماریابی را ۲/۵ برابر آزمایش مدفوع برای خون مخفی نشان داده است (۱۴). ولی شواهد قطعی وجود دارد که استفاده از آزمایش مدفوع برای خون مخفی می تواند مرگ و میر را به میزان ۲۵ - ۱۵٪ کاهش دهد (۱۳).

البته باتوجه به نتایج این بررسی در خصوص فاصله زمانی بین شروع علائم و تشخیص که در ۱۲٪ بیش از ۶ ماه و در ۱۸٪ موارد بیش از یک سال طول کشیده است؛ بنظر می رسد بایستی در کنار برنامه های مدون باز آموزشی پزشکان عمومی، آموزش عمومی افراد جامعه در مورد علائم هشدار دهنده برای انواع سرطان ها، جزء برنامه های بهداشتی استان قرار گیرد و بهترین توصیه در این زمینه این است که پس از ظاهر شدن اولین علامت با شک به سرطان کولون و رکتوم از دقیق ترین روش تشخیصی یعنی کولونوسکوپی استفاده شود (۱۶).

در این گزارش از نظر محل بیشترین محل گرفتاری رکتوسیگموئید (۳۸٪) و پس از آن سیگموئید (۲۴٪) بوده است ولی سایر بررسی ها نشان دهنده تمایل سرطان ها به شیوع بیشتر در قسمت پروگزیمال کولون و کاهش شیوع سرطان رکتوم و سیگموئید در ۵۰ سال اخیر است، و حدود ۵۵٪ موارد قبل از خمطحالی ظاهر میشود که سکوم میزان گرفتاری بیشتری

سرطان کولون و رکتوم بیماری شایعی برای زنان و مردان است که رشدی آهسته و مخفی داشته و می تواند مدتها قبل از ظهور علائم بالینی به رشد خود ادامه دهد. چنانکه در یک گزارش حدود ۶۵٪ موارد در مرحله پیشرفته بیماری مراجعه می کنند (۹) و در این بررسی نیز مراجعه بیماران با علائمی از قبیل انسداد روده، آنمی و فکالوری دلیلی دیگر بر این نکته است. همچنین ثابت شده است که این سرطان می تواند منشأ ۶٪ از سرطان های متاستاتیک از نوع آدنوکارسینوما با منشأ اولیه مخفی باشد (۱۰). افزایش مجموع علائم می تواند اثر معکوسی بر بقای بیماران مبتلا به سرطان کولون (نه رکتوم) داشته باشد (۱۱).

مجموع این اطلاعات به همراه ذکر این نکته که یکی از فاکتورهای اصلی در درمان، تشخیص بیماری قبل از ظهور علائم بوسیله انجام برنامه های بیماریابی است و درمان در این مرحله بسیار موثرتر از زمانی است که علائم بالینی ظاهر شده باشد و برنامه بیماریابی بخصوص در موارد ارثی (مثل پولیپوز آدنوماتوز فامیلی و سرطان ارثی غیر پولیپوز فامیلی) که ۶٪ موارد این سرطان را تشکیل میدهد و نیز در گروههای پر خطر (مثل وجود سابقه سرطان کولون در شخص و فامیل درجه اول یا سابقه طولانی کولیت اولسر و کرون) که حدود ۲۵٪ موارد سرطان کولون و رکتوم را تشکیل میدهد، از اهمیت بیشتری برخوردار است (۱۲ و ۹). توصیه شده است بیماریابی از سن ۵۰ سالگی شروع شود (۱۳، ۱۲، ۱۴ و ۱۴) چرا که فقط ۸-۶٪ این کانسرها در سنین زیر ۴۰ سالگی است (۲). ولی با مرور نتایج این مطالعه که حدود ۴۸٪ از بیماران سن کمتر از ۵۰ سال دارند، بنظر میرسد با انجام بررسی های بیشتر جهت تایید بیشتر این یافته، بیماریابی از سنین پایین تر توصیه گردد ضمناً متذکر می شود که این یافته با نتایج تحقیق گروه مشابهی از

- 5- Levin B, Murphy GP. Revision in American Cancer Society recommendation for the early detection of colorectal cancer. *CA Cancer J Clin.* 1992;42:296-299.
- 6- McLeod RS, am CT. Screening strategies for colorectal cancer: A systematic review of the evidence. *Can J Gastroenterol* 2001;15(10):647-60.
- 7-Speights VO, Johnson MW, Stoltenberg PH, Rappaport ES, Helbert B, Riggs M. Colorectal cancer: Current trends in initial clinical manifestation. *South Med J* 1991;84:575.
- 8-Steinberg SM, Barkin JS, Kaplan RS, Stablein DM. Prognostic indicators of colon tumors. The gastrointestinal tumor study group experience. *Cancer* 1986;57:1866.
- 9-Rise LA, Kosary CL, Hankey BF . SEER cancer statistics review 1973-1995. Bethesda, Md: National Cancer Institute, 1998.
- 10-Abbruzzese JL, Abbruzzese MC, Lenzi R, Hess KR, Raber MW. Analysis of a diagnostic strategy for patients with suspected tumor of unknown origin. *J Clin Oncol* 1995;13:2094.
- 11-Polissar L, Sim D, Francis A. Survival of colorectal cancer patients in relation to duration symptoms and other prognostic factors. *Dis Colon Rectum* 1981;24:364.
- 12-Kronborg O. Screening for early colorectal cancer. *World J Surg* 2000;24(9):1069-74
- 13-Olynyk JK, Platell CF, Collett JA. Fecal occult blood and flexible sigmoidoscopy screening for colorectal cancer: modeling the impact on colonoscopy requirement and cancer detection rates. *J Gastroenterol Hepatol* 2001;14(4):389-92
- 14-Burchert A, Schmassmann A. Evaluation of various screening and surveillance method in colorectal carcinoma. *Schweiz Med Wochenschr* 1998;128(25):999-1011

۱۵- رشیدی ایران، طاهری مقدم مهین، محمدی اصل جواد. بررسی سرطانهای شایع در استان خوزستان در طی سالهای ۱۳۶۸ الی ۱۳۷۲ و بررسی ریسک فاکتورهای مربوطه. گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

داشته است (۱۷-۱۹). ولی در این بررسی سکوم و کولون صعودی فقط ۱۱٪ موارد را شامل شده اند. البته سه مورد از این بیماران سن زیر ۲۰ سال و پاتولوژی لنفوم داشته اند (در دو مورد با گرفتاری ایلتوم ترمینال) که احتمال اینکه در این موارد منشاء اولیه محلی غیر از کولون بوده و حین عمل غیر قابل افتراق بوده است، وجود دارد. بهرحال سن شیوع لنفوم ۶۰-۵۰ سالگی است (۲).

در پایان با توجه اینکه درصد زیادی از مبتلایان در سنین قبل از ۵۰ سالگی قرار دارند و نیز تشخیص تاخیری بسیاری از بیماران، بنظر می رسد، لازم باشد ضمن انجام برنامه های آموزش عمومی برای بالا بردن سطح اطلاعات و مراجعه زود هنگام و نیز تاکید بر درخواست آندوسکوپی روده بزرگ توسط پزشکان برای افراد علامت دار، برنامه بیماریابی که حداقل آن آزمایش مدفوع برای خون مخفی است، از سنین پایین تری شروع شود و در آینده بررسی بیشتری برای تعیین فاکتورهای خطر و نیز تعیین میزان شیوع سرطانهای فامیلی و ارثی برای این بیماری در منطقه انجام شود.

Referense:

- 1- Shike M, Winawer SJ, Greenwald PH, Bloch A, Hill MJ, Swaroop SV. Primary prevention of colorectal cancer: The WHO collaborating centre for the prevention of colorectal cancer. *Bulletin of the World Health Organization* 1990, 63(3):377-385.
- 2-Schwartz SI, Shires T, Spencer C, Daly M, Fischer E, Galloway A. Principles of surgery. McGraw-Hill inc. Seventh Edition 1999. pp:1265-1383.
- 3-Landis SH, Murrag T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistic, 1998. *Ca-A cancer journal for clinicians* 1998, 48(1): 6-29.
- 4-Cotran R, Kumar V, Collins T. Robbins pathologic basis of disease. W.B Saunders Company, Sixth Edition 1999, pp: 827-838.

Clinical highlights from the national cancer data base 1996. *Can Cancer J Clin* 1996;46:185

18-Mamazza J, Gordon PH. The changing distribution of large intestinal cancer. *Dis Colon Rectum* 1982;25:558

19-Vukusin AP, Ballantyne GH, Flannery JT, Lerner F, Modlin IM. Increasing incidence of cecal and sigmoid carcinoma. *Cancer* 1990;66:2442

شماره ۸۱. معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی

اهواز

16-Niederhuber JE. Colon and rectum cancer: Patients of spread and implication for workup. *Cancer* 1993;71:4187

17-Jessup JM, McGinnis LS, Winchester DP, Eyre H, Fremgen A, Murphy GP, Menck HR.