

بررسی پنج ساله بیماران با خونریزی گوارش تحتانی در بخشهای جراحی بیمارستانهای آموزشی دانشگاه جندی شاپور اهواز

شهنام عسکرپور^{۱*}، اسماعیل مشهدی زاده^{*}، محمد حسین سرمست شوشتری^{**}

چکیده

هدف: خونریزی گوارشی بخصوص خونریزی گوارشی وسیع در افراد مسن با میزان مرگ و میر بالایی همراه است. علل خونریزی گوارشی تحتانی با منشاء کولورکتال با توجه به سن متفاوت است. کانسر کولون، رکتوم، پولیپ، عفونتها، دیورتیکول و اکتازی عروقی از علل عمده بشمار می روند. در ایران مطالعات چندانی در این زمینه انجام نشده است. در این مطالعه تلاش می گردد الگوی اپیدمیولوژیک رکتوراژی با منشاء کولورکتال با در نظر گرفتن سن و جنس بیماران و علت خونریزی مورد ارزیابی قرار گیرد.

روش بررسی: این مطالعه به روش گذشته نگر و توصیفی در طی ۵ سال از ۱۳۷۹ لغایت ۱۳۸۳ در بخشهای جراحی سه بیمارستان آموزشی دانشگاه جندی شاپور اهواز روی ۱۰۰ مورد بیمار که بعلت رکتوراژی با منشاء کولورکتال در بخش جراحی بستری شده بودند از نظر شیوع سنی - جنسی و علت خونریزی انجام گردیده است.

یافته‌ها: از مجموع ۱۰۰ بیمار ۶۲٪ مرد و حداکثر شیوع سنی رکتوراژی در دهه ششم بود. شایعترین علت خونریزی آمیبیازیس (۳۲٪) و بدنبال آن کانسر رکتوم (۲۳٪) و سپس پولیپ (۲۲٪) بود. شایعترین سن شیوع کانسرکولون و رکتوم در دهه پنجم و ششم و شایعترین سن پولیپ در دهه اول زندگی بوده و آمیبیازیس در دهه دوم و چهارم شایعتر بوده است، در این بیماران آنژیودیسیپلازی عروقی دیده نشد.

نتیجه گیری: رکتوراژی با منشاء کولورکتال با توجه به سن باید مورد بررسی قرار گیرد. در سن اطفال اکثریت موارد مربوط به پولیپ است. در سنین جوانی و میان سالی آمیبیازیس و کانسر کولورکتال و سپس دیورتیکولیت مطرح است. IBD و دیورتیکول کولون در جامعه ما نسبت به کشورهای غربی شیوع کمتری دارد و در سنین بالا کانسرهای کولورکتال شیوع بیشتری دارند.

کلید واژگان: رکتوراژی، کانسرکولورکتال، پولیپ، سن، خونریزی گوارشی تحتانی

مقدمه

۱۰-۱۵ موارد رکتوراژی وسیع بعلت خونریزی گوارشی فوقانی می باشد (۴). خونریزی گوارشی تحتانی گاهی بصورت مزمن بوده که علل متعددی مانند پولیپها و نئوپلاستیک برای آن مطرح است. لازم به ذکر است بیماریهای نئوپلاستیک کولورکتال به انواع کانسرکولون، کانسررکتوم و پولیپهای بدخیم تقسیم می گردند (۵).

خونریزی گوارشی تحتانی بخصوص در افراد مسن با میزان مرگ و میر بالایی همراه است (۱). در مطالعات وسیع از سال ۱۹۹۰-۲۰۰۱ شیوع رکتوراژی رو به افزایش بوده و از ۱۰۳ بیمار در سال ۱۹۹۰ به ۳۹۹ بیمار در سال ۲۰۰۱ رسیده است (۲). خونریزی گوارشی تحتانی از هر نقطه از دستگاه گوارش می تواند منشاء بگیرد (۳). حدود

*استادیار گروه جراحی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

** دانشیار گروه جراحی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

۱- نویسنده مسؤل

محدود و کوچک در چند بیمارستان وجود دارد، بنابراین تلاش می‌گردد تا علل خونریزی گوارشی تحتانی در بخشهای جراحی با توجه به سن و جنس بیماران مورد ارزیابی قرارگیرد. بدیهی است با بررسی شیوع علل یک بیماری، تعیین تشخیص‌های افتراقی و تصمیم‌گیری در مورد الگوی تشخیصی و درمانی بیماران با دقت بیشتری انجام خواهد گرفت.

روش بررسی

این مطالعه به روش توصیفی و گذشته‌نگر با استفاده از بایگانی بخشهای جراحی سه بیمارستان آموزشی دانشگاه جندی شاپور اهواز یعنی بیمارستان گلستان، امام خمینی و رازی در طی دوره ۵ ساله از ۱۳۷۹ لغایت ۱۳۸۳ انجام شده است. تمام بیمارانی که بعلت رکتوراژی در بخش جراحی با منشاء کولورکتال در این مراکز بستری گردیدند، مورد بررسی قرار گرفتند. که مجموعاً ۱۰۰ بیمار بعلت رکتوراژی با منشاء کولورکتال در بخش جراحی بستری شده بودند که این بیماران از نظر سن، جنس و علت بستری مورد بررسی قرار گرفتند و پس از مشخص شدن اطلاعات، نتایج بصورت آماری مشخص گردید. لازم به ذکر است، بیمارانی که به علت هموروئید و فیشر آنال بستری شده بودند و تحت عمل جراحی قرار گرفتند، به علت آن که با تشخیص قطعی و فقط جهت جراحی بستری شده بودند و علت خونریزی آنان مربوط به آنوس بوده است، در مطالعه وارد نگردیدند.

یافته‌ها

در این مطالعه، روی ۱۰۰ بیمار که با شکایت رکتوراژی با منشاء کولورکتال به بخش جراحی بیمارستانهای آموزشی دانشگاه جندی شاپور اهواز در یک دوره ۵ ساله مراجعه کرده بودند انجام گردید. تعداد ۶۲ مورد (۶۲٪) مرد ۳۸ مورد (۳۸٪) زن بودند و بررسی شیوع سنی آنها نشان داد که حداکثر شیوع بیماران ۱۸ مورد (۱۷٪) در دهه

خونریزی گوارشی تحتانی ممکن است بعلت عفونتها نیز اتفاق بیافتد که شامل آمیبیازیس، شیگلوزیس، سیتومگالوویروس بوده و گاهی نیز به علت آنترووکولیت نوتروپنیک - رکتوراژی ایجاد می‌شود (۶). در گروهی از بیماران بخصوص در افراد مسن، رکتوراژی ممکن است بعلت بیماریهای اکتسابی عروقی و آنژیودیسپلازی اتفاق بیافتد (۷). در مواردی بعنوان عامل رکتوراژی بخصوص در جوامع غربی، دیورتیکولوز مطرح می‌گردد (۷). از علل مهم دیگر، بیماریهای التهابی روده یعنی کرون و کولیت اولسروز بوده و مواردی نیز خونریزی کولورکتال بدنبال پرتوتابی دیده می‌شود (۸). همواره علل رکتوراژی را باید بر اساس سن تقسیم‌بندی کنیم، بعنوان نمونه در سنین اطفال پولیپها در راس تشخیص هستند (۹). در نوجوانان و بالغین جوان بیماریهای التهابی روده - پولیپها و بیماریهای عفونی بیشتر مطرح می‌شوند (۱). در سنین بالا بدخیمی‌ها و اکتازیهای عروقی و دیورتیکول بیشتر دیده می‌شوند (۳). در بررسی بیماران با خونریزی گوارشی تحتانی باید علل مربوط به بیماریهای آنال را با معاینه دقیق و پروکتوسکوپی کنار گذاشت و سپس بدنبال علل دیگر رکتوراژی باشیم (۳ و ۵). یک نکته که باید مورد توجه قرار گیرد، این است که در اکثریت مواقع رکتوراژی خودبخود قطع می‌گردد (۱۰). ولی در ۲۰-۴۰٪ موارد بیماران مجدداً خونریزی پیدا می‌کنند (۱۱). لذا تشخیص علت خونریزی اهمیت ویژه‌ای دارد، لازم به ذکر است که با گذشت زمان شیوع علل رکتوراژی تغییر می‌کند. همچنانکه در بعضی مطالعات مطرح شده است که امروزه بعنوان علل اصلی رکتوراژی گرایش به سمت کانسر کولورکتال و پولیپ می‌باشد و از شیوع دیورتیکول و کولیت اولسروز بعنوان علت رکتوراژی کاسته شده است (۲). در مجموع در این مطالعه با توجه به اینکه در جوامع مختلف شیوع علل رکتوراژی با توجه به سن متفاوت است و با گذشت زمان نیز میزان شیوع علل تغییر می‌کند و همچنین در بررسی تمام منابع مشخص می‌گردد که در ایران نیز بررسیهای چندانی در این زمینه انجام نشده است و فقط چند مطالعه

شد که اکثریت موارد ۱۳ مورد (۵۹٪) در دهه اول بوده است. از میان ۱۹ مورد کانسر کولون، ۱۵ مورد (۷۹٪) مرد و ۷ مورد (۲۱٪) زن بوده است و با بررسی شیوع سنی، اکثریت موارد ۵ مورد (۲۶٪) در دهه پنجم بوده است. از میان ۲ مورد کولیت اولسروز ۱ مورد (۵۰٪) زن و ۱ مورد (۵۰٪) مرد بوده است و با بررسی شیوع سنی ۱ مورد (۵۰٪) در دهه ۴ و ۱ مورد (۵۰٪) در دهه پنجم بوده است. ۱ مورد دیورتیکول کولون مرد و در دهه اول زندگی بوده است و مورد اختلال انعقادی مرد و در دهه اول زندگی بوده است و در این بررسی هیچ موردی از آنژیودیسیپلازی کولون و کولیت ایسکیک و کولیت ناشی از پرتوتابی که از علل رکتوراژی با منشاء کولورکتال می باشد دیده نشد. لازم به ذکر است که تعداد ۱۹ بیمار (۱۸٪) در سن زیر ۲۰ سال یعنی در سن اطفال و نوجوانان بوده است که ۱۷ مورد (۹۴٪) بعلت پولیپ و یک مورد (۶٪) بعلت اختلال انعقادی بوده است.

ششم و بعد از آن تعداد ۱۷ مورد بیمار (۱۷٪) در دهه چهارم بود که مشخصات دقیقتر در جدول (۱) آمده است. با بررسی علل رکتوراژی با منشاء کولورکتال مشخص شد که ۳۲ مورد (۳۲٪) آمیبیازیس و ۲۳ مورد (۲۳٪) کانسر رکتوم و ۲۲ مورد (۲۲٪) پولیپ و ۱۹ مورد (۱۹٪) کانسر کولون و ۲ مورد (۲٪) کولیت اولسروز و ۱ مورد (۱٪) دیورتیکول کولون و ۱ مورد (۱٪) اختلال انعقادی عامل خونریزی بوده است. از میان ۲۳ مورد بیمار آمیبیازیس ۱۷ مورد (۵۳٪) مرد و ۱۵ مورد (۴۷٪) زن بودند و با بررسی شیوع سنی بیشترین موارد ۶ مورد (۱۸٪) در دهه دوم و ۶ مورد (۱۸٪) در دهه چهارم بوده است و از میان ۲۳ مورد کانسر رکتوم، ۱۲ مورد (۵۲٪) مرد و ۱۱ مورد (۴۸٪) زن بوده است و از نظر شیوع سنی بیشترین موارد کانسر رکتوم ۸ مورد (۳۵٪) در دهه ۶ بوده است. از میان بیماران مبتلا به پولیپ ۱۶ مورد (۷۳٪) مرد و ۶ مورد (۲۷٪) زن بوده است و با بررسی شیوع سنی مبتلایان به پولیپ، مشخص

جدول ۱: بررسی فراوانی علل خونریزی گوارشی تحتانی در رابطه با سن

سن علت	۸۰-۹۰	۷۰-۸۰	۶۰-۷۰	۵۰-۶۰	۴۰-۵۰	۳۰-۴۰	۲۰-۳۰	۱۰-۲۰	۰-۱۰	مجموع
آمیبیازیس	۰	۴ (۱۲)	۵ (۱۶)	۴ (۱۲)	۶ (۱۹)	۵ (۱۶)	۶ (۹)	۲ (۶)	۰	۳۲ (۳۲)
کانسر رکتوم	۱ (۴)	۲ (۹)	۸ (۳۵)	۵ (۲۲)	۴ (۱۷)	۱ (۴)	۲ (۹)	۰	۰	۲۳ (۲۳)
پولیپ	۰	۰	۱ (۴/۵)	۰	۱ (۴/۵)	۰	۳ (۴)	۰ (۱۸)	۱۳ (۵۹)	۲۲ (۲۲)
کانسر کولون	۰	۲ (۱۱)	۴ (۲۱)	۵ (۲۶)	۴ (۲۱)	۳ (۱۶)	۱ (۵)	۰	۰	۱۹ (۱۹)
کولیت اولسروز	۰	۰	۰	۱ (۵۰)	۱ (۵۰)	۰	۰	۰	۰	۲ (۲)
دیورتیکول کولون	۰	۰	۰	۰	۱ (۱۰۰)	۰	۰	۰	۰	۱ (۱)
اختلال انعقادی	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱ (۱۰۰)	۱ (۱)
مجموع	۱ (۱)	۹ (۸)	۱۸ (۱۸)	۱۵ (۱۵)	۱۷ (۱۷)	۹ (۹)	۱۲ (۱۲)	۶ (۶)	۱۴ (۱۴)	۱۰۰

بحث

حداکثر شیوع آمیبیازیس در بالغین جوان و میانسال بوده است، ولی در سنین بالاتر کانسره‌های کولورکتال (۴۲٪) از علل شایع‌تر می‌باشد. باید توجه داشت که کانسر کولورکتال شایع‌ترین کانسر دستگاه گوارش می‌باشد (۱۵). در مطالعات متعدد ذکر شده است که اغلب بعد از سن ۵۰ سالگی دیده می‌شود (۱۶ و ۱۷ و ۱۸). قابل ذکر این است که در مطالعات اغلب افزایش شیوع بر اساس جنس را در کانسر کولورکتال مطرح نمی‌کنند (۵) و یا در بعضی مطالعات تا حدودی افزایش شیوع نسبی در زنان را مطرح می‌کنند (۳). ولی در این بررسی ما شیوع بیشتر کانسر کولورکتال در مردان بخصوص در موارد کانسر کولون دیده شد که با توجه به حجم نمونه برای تأیید آن نیاز به مطالعات تکمیلی می‌باشد. نکته قابل توجه دیگر آن است که سن بیماران مبتلا به کانسر کولورکتال در این بررسی نسبت به آمارهای جهانی بالاتر است که احتمالاً بعلا تاخیر در مراجعه و تشخیص می‌باشد و ممکن است عدم وجود سیستم غربالگری مناسب برای کانسره‌های کولورکتال در جامعه ما از علل مهم و قابل توجه باشد. یکی از علل مهمی که در موارد رکتورژی مطرح می‌شود پولیپ رکتوم است. البته در اغلب موارد، بعنوان علت رکتورژی در اطفال مطرح می‌شود (۹-۸) و در این مطالعه نیز کمتر از ۱۰٪ پولیپهای رکتوم بعد از سن ۳۰ سالگی بعنوان عامل رکتورژی مطرح شده است. بهرحال در هر کودک با رکتورژی باید پولیپ را٪ تشخیص‌های افتراقی قرار دهیم. از علل دیگری که بعنوان عامل رکتورژی مطرح می‌باشند، باید از کولیت اولسر و دیورتیکول کولون نام ببریم. البته در این مطالعه فقط ۳٪ علل رکتورژی را شامل می‌شوند و در صورتیکه در کشورهای غربی تا ۳۳٪ علل خونریزی کولون را به دیورتیکول نسبت می‌دهند (۱۴). در بعضی مطالعات دیورتیکول را بعنوان شایع‌ترین علت رزکسیون کولون بدانال رکتورژی می‌نامند (۱۴). البته خونریزی دیورتیکول در ۷۶٪ موارد خودبخود قطع می‌شود (۱۷). ذکر این نکته

خونریزی گوارشی تحتانی از اورژانس‌های شایع و کشنده، بخصوص در سنین بالا می‌باشد (۱). در این مطالعه با بررسی بیماران رکتورژی در یک دوره ۵ ساله مشخص شد که ۶۲٪ بیماران مورد بررسی را مردان تشکیل می‌دادند. البته باید توجه داشت که شیوع کانسر و پولیپ که از علل مهم رکتورژی هستند، چندان وابسته به جنس نمی‌باشد و همچنین بسیاری از مطالعات نیز شیوع جنسی تقریباً برابر را برای خونریزی گوارشی تحتانی مطرح کرده‌اند (۱۲ و ۱۰). پس تعیین دلایل شیوع بیشتر رکتورژی در مردان در این مطالعه نیاز به تامل و مطالعات تکمیلی دارد. همچنین با در نظر گرفتن سن بیماران بطور کلی مشخص شد که حداکثر شیوع رکتورژی در سنین بالا می‌باشد. البته باید به این نکته توجه داشت که بعلا بیماریهای سربروواسکولار و کاردیواسکولرو بدخیمی‌ها در سنین بالا معمولاً پیش آگهی در سنین بالا چندان مناسب نیست (۱) ولی بهرحال در بسیاری از مطالعات نیز حداکثر شیوع را بعد از سن ۵۰ سالگی مطرح کرده‌اند (۱۳)، زیرا بطور کلی اکثریت بیماریهای کولورکتال بعد از دهه ۵ شیوع بیشتری دارند (۶ و ۵). در این مطالعه علل رکتورژی نیز مورد بررسی قرار گرفت و شایع‌ترین علت آمیبیازیس (۳۳٪) مطرح شده است و باید به این نکته دقت کرد که شرایط بهداشتی و همچنین آلودگی منابع آب می‌تواند از علل مهم شیوع آمیبیازیس باشد و باید در این بیماران به این نکته توجه داشت که در موارد شدید آمیبیازیس ممکن است کولیت توکسیک کولون ایجاد شود که بسیار خطرناک است. بخصوص در صورتی که به اشتباه IBD که از علل دیگر رکتورژی و کولیت توکسیک می‌باشد در نظر گرفته شود و کورتیکواستروئید استفاده گردد، بیماری بشدت رو به وخامت خواهد رفت (۱۴). بهرحال همواره باید شرایط اپیدمیولوژیک منطقه را در بررسی یک بیماری مورد نظر قرارداد زیرا در کشورهای غربی با سطح بهداشتی بالا، شیوع آمیبیازیس بعنوان علت رکتورژی به این وسعت مطرح نمی‌باشد و در بیماران مورد بررسی ما

گرفتند زیرا هدف، آگاهی جراحان از علل رکتوراژی در بیماران است که به آنها مراجعه می‌کنند ولی بسیاری از بیماران در بخشهای داخلی بستری می‌شوند و پیشنهاد می‌گردد که در مطالعات آینده بررسی کاملتری با در نظر گرفتن کلیه بیماران انجام گردد و همچنین در این مطالعه به علت نقائص در پرونده‌ها امکان پیگیری بیماران وجود نداشت که بهتر است در مطالعات آینده نگر با پرکردن پرسشنامه و پیگیری بیماران مطالعات کاملتری ارائه گردد. در نهایت نتیجه می‌گیریم که علل رکتوراژی با منشاء کولورکتال را باید با توجه به سن و شرایط اپیدمیولوژیک منطقه مورد بررسی قرار دهیم و در مجموع بیماریهای عفونی و کانسره‌های کولورکتال را در صدر تشخیص در نظر بگیریم. هرچند که در سنین پایین پولیپ و در سنین میانسالی، آمیبیازیس و کانسر و در سنین بالا کانسر کولورکتال در صدر علل قرار می‌گیرند و امیدواریم با شناخت این الگوی اپیدمیولوژیک بتوانیم در آینده روش مناسب تشخیصی و درمانی را انتخاب کنیم.

قابل توجه است بیماران IBD اغلب تحت نظر متخصصین گوارش درمان طبی می‌گیرند. پس این گروه بیماران کمتر به بخش‌های جراحی ارجاع شده و برای بررسی آماری دقیقتر شیوع رکتوراژی باید تمام بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی را در مطالعات آینده مورد نظر قرار داد و همچنین در مورد ضایعات اکتنازی عروقی نیز مسئله همین است، زیرا در این مطالعه هیچ موردی از این بیماری بعنوان عامل رکتوراژی مشاهده نشد ولی در مطالعات معمولاً آنژیودیسیپلازی، از علل رکتوراژی مطرح می‌شود. (۳ و ۵) اما با توجه به این نکته که اغلب موارد رکتوراژی در این بیماران خودبخود قطع می‌شود (۱۸) و برای تشخیص این بیماری نیز کولونوسکوپی توسط فرد باتجربه حساسیت ۸۰٪ دارد (۱۹). بنابراین بنظر می‌رسد اکثریت این بیماران در بخشهای گوارش تشخیص داده می‌شوند و درمان می‌گردند و به بخشهای جراحی ارجاع نمی‌شوند. در انتها باید از نقائص این تحقیق نام برد. در این مطالعه فقط بیماران بستری در بخشهای جراحی مورد بررسی قرار

منابع

- 1-Akhtar A J. Lower gastrointestinal bleeding in elderly patients. J Am Med Dis Assoc 2003 Nov-Dec; 4(6): 320-2.
- 2-Doboseru R, Drug V L, Azoicai D, Mitricai D, Mitrica D, Mihai C, Tarasi I, Papa I, Cijevschiprelicean C, Stanciu C. The changing spectrum of lower gastrointestinal haemorrhages. Rev Med Chir soc Med Nat Lasi . 2004 Jan-Mar 108(1)96 .
- 3-Stabile B E ,Stamos M J. Gastrointestinal bleeding. In: Zinner M J, Schwartz S I , Ellis H, Ashley S W, Mcfadden D W. Maingotis abdominal operations. 10th ed . London: Asimon and Schuster company; 1997. p.1437-55.
- 4-Bounds Bc, Friedman L S. Lower gastrointestinal bleeding. Gastroenterol Clin North Am 2003 Dec; 32 (4):1107-25.
- 5-kelli M B, Davis A R. Colon Rectum and Anus. In Brunicardi F C, Anderson D K, Biliar T R, Dunn D L, Hunter J G, Pollock R E. Schwartz, s Principles of surgery . 8th ed New york: MC Grow Hill company; 2005. p 1055-119.
- 6-Rolandelli R H ,Roslyn J J . Colon and rectum . In: Townsend C M ,Beauchamp R D ,Evers B M , Mattox k l . Sabision text book of surgery. 16th ed. W Philadelphia: B Saunders Company; 2001 . p929-963.
- 7- Foutch PG. Angiodysplasia of the gastrointestinal tract Am J Gastroenterol 1993 Jan; 88(6) p.807-818
- 8-kim I T, Turnage R H . Acute gastrointestinal Hemorrhage. Green field I J, Mulholland M W . Oldham k T , Zelenock G B , Lillemoie KD. Surgery scientific principles and practice . 3rd ed Philadelphia Lippincott Williams and Wilkins; 2001. p1144-58.
- 9- Braden B, Caspary W F. Acute lower gastrointestinal hemorrhage. Diagnosis and treatment. Internist (Berl) 2003 May; 44 (5): 533-8, 540-1.

- 10-Arensman R M .Gastrointestinal bleeding In: Oneill A ,Rowe M I ,Grosfeld J I,Fonkalsrud E W ,Coran A G .Pediatric surgery.5th ed st louis :Mosby ;1998.p1253.
- 11-Garcia osogobio S ,Remes troche J M,Takahashi T, Barreto camilo j, Uscanga I. Surgical treatment of lower digestive tract hemorrhage. Experience at the institu of Nacional de ciencias Medicasy Nutricion Salvador zubiran Rev invest clin 2002 Mar Apr;54(2):119-24.
- 12-Garcia sanchez M ,Gonzales Galila A ,Lopez.vallejos P,Galvez Calderon C ,Naranjo Rodriguez A.De Diosvega .J Acute lower gastroin testinal bleeding.Gastroenterol Hepatol 2001 Aug - sep;24(7):327-32.
- 13-Tan B K,Tsang C B ,Nyam O C ,Hoy H. Management of acute bleeding per rectum .Asian J Surg 2004 Jan; 24 (1): 32-8.
- 14- Stein R B ,Hanauer S B.Medical therapy for inflammatory bowel disease .Gastroentrol Clin North Am 1999;28:297-321.
- 15-Landis S H , Taylor M, Blden S .Cancer statistics 1990 .CA Cancer.J Clin 199949-8.
- 16- Burkitt D .Epidemiology of concer of the colon and rectum .Cancer 1971;28:3.
- 17- McGuire H H.Bleeding colonic diverticula: Natural history and management. Ann Surg 1994;220. 653-6.
- 18- Sharma R ,Gorbien M J .Angiodysplasia and lower gastrointestinal tract bleeding in elderly patients .Arch Intern Med 1995:155.807-12.
- 19-Richter J M ,Hedberg S E. Athanasoulis C A. Angiodysplasia: Clinical presentation and colonoscopic diagnosis. Dig Dis Sci 1984;29.481-5.