

ثبت موارد سرطان در استان ایلام طی سالهای ۷۸-۱۳۷۶

دکتر کریم همتی^(۱)

چکیده

این پژوهش به منظور بررسی فراوانی انواع سرطانها و نیز عوامل مؤثر بر آنها طی سالهای ۱۳۷۶ لغایت ۱۳۷۸ بصورت توصیفی منطقی انجام گردید. جامعه مورد مطالعه ۴۵۹ بیمار مبتلا به سرطان در استان ایلام بود که اطلاعات لازم بوسیله پرسشنامه و با مراجعه به مراکز پاتولوژی سطح استان و استانیهای مجاور که بیماران مزبور به آنجا مراجعه نموده بودند جمع آوری گردید.

نتایج نشان داد که سرطان در سنین ۶۰ سال و بالاتر نسبت به سایر گروههای سنی از شیوع بیشتری (۵۶٪) برخوردار بوده است. ۵/۵۹٪ افراد مبتلا به سرطان مرد و ۵/۴۰٪ زن بودند. در این پژوهش دستگاه گوارش بعنوان شایعترین محل ابتلا به سرطان بود. بیشترین فراوانی پاتولوژی، مربوط به آدنوکارسینوما با ۲۲/۲٪ و همچنین کارسینوم سلولهای سنگفرشی با ۲۲٪ بود. کمترین مورد سرطان مربوط به سمینوم بیضه و ملانوم بدخیم هر کدام با ۱٪ بود. در این تحقیق بین سرطان و محل سکونت ارتباط معنی داری دیده نشد.

واژه‌های کلیدی: سرطان، بروز، ملانوم بدخیم، استان ایلام

مقدمه

مسری مانند هیپاتیت و بروسه B و C در زمره دلایل کلان منتهی به افزایش سرطان در جامعه ما محسوب می‌شوند. برآورد می‌شود که بیش از ۱/۳ تمام موارد سرطان قابل پیشگیری و ۱/۳ دیگر مشروط به تشخیص سریع و زود هنگام، بالقوه درمان پذیر هستند.

شناخت مهمترین عوامل تهدید کننده و مقابله مؤثر با آنها، مرهون دانش، نگرش و عملکردی مناسب و شایسته می‌باشد. بدون تردید و بر اساس تمام شواهد علمی، تجربی و تحقیقاتی، بیماری سرطان در ردیف مهم‌ترین و خطرناک‌ترین بیماریهای مزمن و از علل اصلی مرگ و میر به شمار می‌رود. ابزار مؤثر در مقابله با مشکلات آتی همانا

سرطان یکی از معضلات مهم و اصلی بهداشت و درمان در کشور ما و سایر نقاط جهان می‌باشد.

در ایران میزان شیوع بیماری سرطان در حال افزایش است و ۹/۴٪ کل مرگها به بیماریهای سرطانی تعلق دارد [۱۵] بطوری که به عنوان سومین علت مرگ و میر و دومین گروه از بیماریهای مزمن بهداشت و درمان، کشور ما را تهدید می‌کند. عادات جدید غذایی، افزایش مصرف دخانیات، افزایش جمعیت و پیر شدن ترکیب جمعیتی از عوامل مستعد کننده افزایش بیماری سرطان هستند. کنترل بیماریهای عفونی، گسترش سریع مصرف سیگار در بین نوجوانان و جوانان، عادات جدید غذایی به سبک غربی‌ها، آلودگی‌های زیست محیطی، شرایط نامساعد در محیط‌های زیست انسانی و رواج ابتلاء به بعضی بیماریهای

۱- کارشناس پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام

به مراکز درمانی استان و استانهای مجاور می‌باشند. اطلاعات مربوط به مراکز پاتولوژی استان پس از جدا کردن، بر روی پرسشنامه مربوطه وارد و اطلاعات مربوط به استانهای مجاور از طریق مکاتبه با دانشگاههای لرستان، کرمانشاه و خوزستان (بخاطر شرایط جغرافیایی خاص استان مراجعت به سه استان فوق بیشتر است) اطلاعات مربوط به انواع سرطان‌ها در مراجعین به مراکز درمانی فوق که اهل و ساکن استان ایلام بودند، جمع‌آوری شد.

سپس اطلاعات حاصل با استفاده از پرسشنامه و چک لیست جمع‌آوری و از طریق برنامه SPSS نسبت به تجزیه و تحلیل داده‌ها اقدام شد.

یافته‌های پژوهش

یافته‌ها نشان داد که افراد مبتلا به سرطان در گروه سنی زیر ۲۰ سال دارای نسبت جنسی مرد به زن ۸:۱ بوده هرچند در گروه سنی ۲۰-۴۰ سال میزان ابتلا هر دو جنس به هم نزدیک می‌شود و در گروه سنی ۵۴-۵۰ سال میزان ابتلا به سرطان در زنان حدود دوبرابر مردان است که احتمالاً بخاطر بروز بعضی از سرطانهای خاص در این سنین است، پیک بعدی قابل توجه در ابتلاء دو جنس در سن بالای ۷۰ سال است (نسبت مرد به زن ۲:۱ است).

بالاترین فراوانی در گروه سنی بالای ۷۰ سال با ۲۳/۱٪ کل موارد و در پی آن گروه سنی ۶۴-۶۰ سال با فراوانی ۶۶ مورد (۱۴/۳٪) بوده است و کمترین فراوانی نیز مربوط به سنین بین ۲۵-۲۹ سال بود که ۱/۳٪ کل موارد را شامل می‌شوند. میانگین سنی کل افراد ۵۸/۰۵ سال بود که جوانترین آنها کودکی سه ساله و مسن‌ترین آنها فردی ۱۰۴ ساله بوده است. بر اساس برآوردها فقط ۲۵/۹٪ موارد سرطانی تا قبل از ۵۰ سالگی و ۷۴/۱٪ موارد سرطانی در سن بالای ۵۰ سال بروز می‌کنند.

۷۶/۶٪ کل افراد، متاهل و ۵/۲٪ مجرد بودند و در مابقی

برنامه ریزی جامع پیشگیرانه خواهد بود [۱]. لازم به ذکر است که در حال حاضر بیماری سرطان سالیانه نه میلیون نفر را در کشورهای صنعتی مبتلا و موجب مرگ و میر بیش از پنج میلیون می‌شود. شواهد اپیدمیولوژیک گویای روند مشابهی در کشورهای جهان سوم است و پیش بینی می‌شود در ۲۵ سال آینده ۳۰۰ میلیون مورد بیماری جدید شناسایی و ۲۰۰ میلیون مرگ و میر بر اثر این بیماری اتفاق بیافتد [۱۵].

هم اکنون در کشورهای در حال توسعه با این بیماری برخورد جدی نشده است و پیش بینی می‌شود تا دهه آینده آمار فعلی به دو برابر برسد، در حالیکه در همین مدت آمار کشورهای صنعتی ۲۵٪ افزوده می‌یابد. باتوجه به آمار فوق و نظر به اینکه کشور ایران جزء کشورهای در حال توسعه می‌باشد بسیاری از آمار و ارقام فوق تا حدودی در مورد کشورمان نیز مصداق خواهد یافت، بنابراین باید علاوه بر شناخت ماهیت بیماری و چگونگی بررسی، شناخت و درمان آن، راهکارهای پیشگیرانه را مد نظر قرار داد و این مقدر نخواهد بود مگر بر اساس بررسی‌های پایه و اولیه در مورد بیماری سرطان. به همین منظور این پژوهش در استان ایلام به منظور بررسی موارد سرطانی در طی سالهای ۷۶-۷۸ انجام گردید تا با جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، علاوه بر بررسی میزان بروز و علل و عوامل مؤثر، بتوانیم راهکارهای هر چند کوچکی را ارائه نماییم.

مواد و روشها

این پژوهش از نوع مقطعی - توصیفی و به صورت گذشته نگر انجام گرفته است.

این بررسی پس از مراجعه به مراکز پاتولوژی بیمارستانهای سطح استان و استانهای مجاور، نسبت به جدا نمودن ۴۵۹ پرونده مربوط به انواع سرطان‌ها که شامل ۱۸۶ زن و ۲۷۳ مرد بود اقدام شد. جامعه مورد مطالعه در این بررسی کلیه افراد مبتلا به سرطان - ساکن استان ایلام - مراجعه کننده

جدول ۲. توزیع فراوانی افراد مبتلا به سرطان به تفکیک گروه سنی

میزان بروز تجمعی در ۱۰/۰۰۰ نفر	فراوانی تجمعی (%)	فراوانی نسبی (%)	فراوانی	فراوانی سن به سال
۰/۲۸۷	۲	۲	۸	<۲۰
۱/۶۳	۳/۷	۱/۷	۷	۲۰-۲۴
۱/۶۱	۵/۲	۱/۵	۶	۲۵-۲۹
۳/۸۵	۷/۷	۲/۵	۱۰	۳۰-۳۴
۶/۱	۱۱/۴	۳/۷	۱۵	۳۵-۳۹
۹/۷۲	۱۶	۴/۷	۱۹	۴۰-۴۴
۲۶/۱	۲۵/۹	۹/۹	۴۰	۴۵-۴۹
۵۶/۸۴	۳۸	۱۲/۱	۴۹	۵۰-۵۴
۲۸/۳۷	۴۴	۵/۹	۲۴	۵۵-۵۹
۷۹/۷۹	۶۰/۲	۱۶/۳	۶۶	۶۰-۶۴
۶۴/۵۳	۷۳/۸	۱۳/۶	۵۵	۶۵-۶۹
۱۰۹/۸۵	۱۰۰	۲۶/۲	۱۰۶	>۷۰

یک مورد ملانوم بدخیم دیده شد. بعضی از سرطانها به طور کامل در مردان وجود داشت (سرطان‌های حنجره و کولورکتال)، هرچند سرطانهای مغز و دستگاه عصبی مرکزی دارای میزان ابتلاء برابری در دو جنس بود.

جدول شماره ۲ نشان میدهد که با افزایش سن میزان بروز سرطان به نحو چشمگیری افزایش می‌یابد و میزان بروز تجمعی در سنین ۶۴-۶۰ سال ۲/۸ برابر گروه سنی ۵۵-۵۹ سال است. و این رقم در گروه سنی کمتر از ۷۰ سال ۳/۸۷ برابر گروه سنی ۵۵-۵۹ سال می‌باشد.

در این مطالعه منبع کسب اطلاعات در تمامی موارد بر اساس گزارش آسیب‌شناسی بوده است. بیشترین فراوانی محل سکونت مربوط به شهر ایلام و کمترین آن مربوط به شهرهای خارج از استان و پس از آن شهرستان دهلران بوده است که با توجه به تمرکز جمعیتی شهر ایلام بالاترین میزان قابل انتظار است ولی نظر به پراکندگی جغرافیایی استان و راههای صعب العبور و ارتباط مناسب دهلران، دره

موارد وضعیت تاهل نامشخص بود که با توجه به شیوع بالاتر سرطان در سنین بالای ۵۰ سال (در این بررسی) مطلب فوق قابل انتظار است. در این بررسی ۹/۴٪ افراد خانه‌دار، ۵/۷٪ افراد کشاورز بودند و شاغلین غیر کشاورز درصد کمی را شامل می‌شدند و در بسیاری از پرونده‌ها به شغل اشاره‌ای نشد بود.

در این پژوهش آدنوکارسینوم، کارسینوم سلول سنگفرشی و کارسینوم سلول بازال، بالاترین موارد پاتولوژی و پس از آن، دو نوع پاتولوژی اختصاصی در زنان یعنی تومورهای بدخیم تخمدان و کارسینوم پستان قرار دارند و تنهایی مورد ملانوم بدخیم دیده شد. بجز سرطان‌های نسبتاً اختصاصی زنان (تخمدان و پستان) در بیشتر موارد میزان ابتلاء در مردان بیشتر از زنان بوده است و گاهی تا ده برابر بوده است.

در برخی از سرطانها همچون کانسر پاپیلیری تیروئید میزان ابتلاء خانمها چهار برابر آقایان بود و همچنین فقط

جدول ۳ توزیع فراوانی افراد مبتلا به سرطان برحسب شهرستان محل تولد

میزان بروز در ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت	درصد فراوانی نسبی	فراوانی	فراوانی محل تولد
۱۲/۱۳	۴۴/۷	۲۰۱	ایلام
۸/۸۱	۱۴/۹	۶۷	شیروان چرداول
۱۱/۴۹	۱۲	۵۴	مهران
۷/۶۵	۷/۸	۳۵	ایوان
۵/۴۲	۶/۴	۲۹	دره شهر
۵/۴۵	۵/۸	۲۶	آبدانان
۴/۴	۵/۱	۲۳	دهلران
-	۱/۱	۵	بغداد
-	۰/۷	۳	اسلام آبادغرب
-	۰/۷	۳	کرمانشاه
-	۰/۴	۲	قصرشیرین
-	۰/۲	۱	آبادان
-	۰/۲	۱	کوهدهشت

است. کارسینوم سلول ترانزیشنال تومور در سنین بالا بوده است و فقط یک مورد آن در گروه سنی ۳۴-۳۰ سال دیده شده است.

در این بررسی شایعترین تومور سنین زیر ۲۰ سال و ۲۴-۲۰ سال کارسینوم سلول بازال است که ظاهراً چنین موضوعی با یافته‌های دیگر نقاط جهان متفاوت است.

تومورهای تخمدانی، لنفوم غیر هوچکین و آدنوکارسینوم تومورهای شایع گروه سنی ۲۹-۲۵ سال بوده‌اند. شایعترین پاتولوژی گروه سنی ۳۴-۳۰ سال و ۳۹-۳۵ سال آدنوکارسینوم بوده است، همچنین شایعترین پاتولوژی سنین بالای ۶۴-۶۰ سال آدنوکارسینوم، کارسینوم سلول بازال و کارسینوم سنگفرشی بود.

کارسینوم سلول ترانزیشنال در سنین بالا، تومورهای مغزی در سنین ۵۰-۴۰ سال و سارکومهای بافت نرم در سنین زیر ۳۰ سال و ۴۵-۳۵ سال دید شد. همچنین

شهر، شیروان چرداول با استان‌های مجاور، آمارفوق بیشتر مربوط به مراجعه به استان‌های مجاور است. انتظار این است که تعداد افراد مبتلا به سرطان در دو شهرستان پر جمعیت استان (شیروان چرداول و دهلران) بیش از آمار بدست آمده فوق باشد. در ۹۹٪ افراد مورد پژوهش از طریق پاتولوژی تشخیص قطعی بیماری به اثبات رسیده است و یک مورد نیز از طریق بالینی - جراحی، تشخیص کانسر مسجل شده است که مردی ۵۵ ساله مبتلا به آدنوکارسینوم کاردیابوده است.

شایعترین سن ابتلاء به آدنوکارسینوم در افراد بالای ۴۵ سال بود که از سنین بالای ۳۰ سال بتدریج سیر فزاینده‌ای پیدا نموده و پیک آن در سنین ۵۴-۵۰ سال و بالای ۶۰ سال بوده است.

کارسینوم سلول سنگفرشی از سنین ۴۴-۴۰ سالگی شروع به افزایش نموده است و پیک آن در سن ۶۴-۶۰ سالگی

(۱۸۹/۵) و مابقی موارد را آدنوکارسینوم تشکیل میدادند. ۸۸/۴٪ موارد تومورهای مثانه را کارسینوم سلول ترانزیشنال تشکیل میدهد. تمام تومورهای کولورکتال در این بررسی از نوع آدنوکارسینوم بودند. ۱۰۰٪ موارد تومورهای حنجره از نوع کارسینوم سلول سنگفرشی، ۸۰٪ موارد تومورهای روده کوچک از نوع آدنوکارسینوم بود و ۱۰۰٪ موارد ملانوم بدخیم در پوست وجود داشت.

بحث و نتیجه گیری

کل میزان بروز سرطان در استان ۳۰/۲ نفر در ۱۰۰ هزار می باشد (در مردان ۳۵/۲ درصد هزار نفر و در زنان ۲۵/۶ درصد هزار نفر) و به تفکیک در سال ۲۷/۲،۷۶ در هر صد هزار نفر، سال ۳۰،۷۷ در هر صد هزار نفر و سال ۳۳/۴،۷۸ در هر صد هزار نفر می باشد که این میزان با توجه به آمار منتشره سازمان جهانی بهداشت [۴] (۴۲ مورد در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر در شمال کشور) در سطح پایین تری می باشد. در این مطالعه هر چند در گروه های سنی مختلف، اختلافی بین میزان ابتلا مردان و زنان دیده شد ولی در کل ۲۷۳ نفر مرد (۵۹/۵٪) و ۱۸۶ نفر (۴۰/۵٪) را زنان تشکیل داده اند. در بررسی که بر روی ۳۸۲۸ نفر از مراجعین به انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی در سال ۷۴ صورت گرفت این نسبت ۲۰۷۱ مرد (۵۴٪) و ۱۷۵۷ زن (۴۶٪) بود که به آمار فوق نزدیک می باشد [۲۲].

در بعضی از سرطان ها مثل کانسر پاپیلری تیروئید، میزان ابتلا زنان چهار برابر مردان می باشد در حالی که این آمار در سایر نقاط جهان ۲/۵ برابر می باشد [۲]. در این بررسی فقط یک مورد ملانوم بدخیم وجود داشت و بجز سرطان های اختصاصی زنان (تخمدان و رحم) و پروستات در مردان، میزان ابتلاء مردان بیش از زنان بوده است که با آمارهای

موارد لوسمی در سنین بالای ۶۰ سال اتفاق افتاده است. کارسینوم پستان، تومورسنین میانسالی بوده و در سنین ۳۰-۵۵ سال دیده شد. کارسینوم پاپیلری تیروئید در سنین ۳۰-۴۵ سال بیشتر دیده شده بود که ۵۰٪ موارد را شامل می شود.

۶۰٪ موارد تومورهای تخمدانی در سنین بالای ۴۵ سال بود و ۷۵٪ تومورهای غیر هوچکینی در سن زیر ۵۰ سال دیده شد.

همچنین رنال سل کارسینوم در سن بالای ۶۰ سال و ملانوم بد خیم در سن ۶۹-۶۵ سال دیده شد.

هیپاتوسلولار کارسینوم در سن ۷۰-۶۵ سال وجود داشت. شایعترین تومور بین ۶۹-۶۵ سال بترتیب آدنوکارسینوم (۳۲٪)، کارسینوم سلول بازال (۱۵/۴٪)، کارسینوم سلول سنگفرشی (۲۸٪) و کارسینوم سلول ترانزیشنال (۳/۸٪) بود.

آدنوکارسینوم، کارسینوم سلول سنگفرشی و کارسینوم سلول بازال شایعترین تومورهای سنین بالای ۷۰ سال می باشند.

شایعترین محل های ابتلاء به آدنوکارسینوم بترتیب معده (۴۹/۱٪)، تخمدان (۴/۵٪)، کولورکتال (۴/۵٪) و پروستات (۶/۳٪) بوده اند و مواردی نیز در غدد لنفاوی، کبد،... دیده شد. ۸۸٪ موارد کارسینوم سلول بازال در پوست بود و ۷۰٪ موارد کارسینوم سلول سنگفرشی در مری دیده شد. کارسینوم سلول ترانزیشنال در ۹۴/۱٪ موارد در مثانه و ۱۰۰٪ موارد آستروسیتوم در مغز و انساج مغزی بوده اند.

۸۰٪ موارد کارسینوم پاپیلری تیروئید در غده تیروئید و ۲۰٪ موارد با متاستاز به سر و گردن دیده شد.

شایعترین پاتولوژی پوست، کارسینوم سلول بازال (۷۱٪)، کارسینوم سلول سنگفرشی (۱۳٪) بوده و سارکوم بافت نرم و کانسر پستان با گسترش سطحی، مابقی موارد را تشکیل میدادند.

شایعترین پاتولوژی مری، کارسینوم سلول سنگفرشی

رنال سل کارسینوم و ملانوم بدخیم در سنین بالای ۶۰ سال دیده شده‌اند که با آمار بدست آمده در سایر مطالعات تا حدودی مطابقت دارد [۱۲،۲].

شایعترین محل‌های ابتلاء به آدنوکارسینوم معده (۴۹/۱٪)، تخمدان (۴/۵٪)، کولورکتال (۴/۵٪) و پروستات (۶/۳٪) بودند که با توجه به اینکه شایعترین پاتولوژی سرطان معده آدنوکارسینوم است آمار فوق با نتایج سایر پژوهش‌ها همخوانی دارد [۱۳،۲،۱].

شایعترین پاتولوژی مری، کارسینوم سلولهای سنگفرشی (۸۹/۵٪) و مابقی موارد را آدنوکارسینوم تشکیل می‌دهد که با نتایج سایر مطالعات همخوانی دارد [۹،۲].

در این بررسی مشخص گردید که مشکلات مربوط به ثبت، گزارش دهی، کدگذاری بین‌المللی بیماریها، باعث شده است که آمار مربوط به پرونده‌های آسیب‌شناسی موجود در بخش پاتولوژی استان ایلام مخدوش بوده و زمان زیادی صرف رفع مشکلات مزبور شود، بنابراین توصیه می‌شود با همکاری واحدهای آمار دانشگاه نسبت به کامپیوتری نمودن کلیه اطلاعات و رفع نواقص موجود اقدام شود. مشکل بعدی مراجعه بیماران سرطانی استان به استانهای مجاور و تهران است که بخشی از آن مربوط به عدم دسترسی به مرکز استان دسترسی آسانتر به امکانات و وسایل تشخیصی درمانی در استانهای مجاور می‌باشد (که بخش عمده‌ای از بیماران مبتلا به سرطان در کل استان را شامل می‌شود). بنابراین با ایجاد مراکز تشخیصی درمانی مجهزتر در استان و بهبود راههای ارتباطی، این مشکل تا حدودی می‌تواند رفع شود.

تشکر و قدر دانی

از زحمات و راهنمایی‌ها جناب آقای دکتر محمدعلی محقق که در تمام مراحل تحقیق یار و یاور اینجانب بوده است تشکر و قدردانی می‌شود. از آقای کورش سایه میری

دیگر همخوانی ندارد [۳]. در این بررسی سرطان حنجره و کولورکتال، به طور کامل در مردان دیده شد که با سایر مطالعات، تا حدودی مطابقت فوق مورد تأیید قرار گرفت [۱۴،۳].

در این بررسی سرطان‌های مغزو دستگاه عصبی مرکزی دارای میزان بروز برابری در هر دو جنس هستند در حالی که در آمار بدست آمده از سایر مطالعات میزان ابتلاء در مردان اندکی بیشتر از زنان بوده است [۳].

شایعترین پاتولوژی را آدنوکارسینوم، کارسینوم سلول سنگفرشی و کارسینوم سلول بازال تشکیل داده‌اند. با توجه به میزان بروز بالای سرطان‌های معده، مری و پوست و اینکه هر سه پاتولوژی فوق شایعترین پاتولوژی در این سه عضو را شامل می‌شوند آمار فوق قابل قبول بوده و با آمار سایر نقاط همخوانی دارد [۱۴،۳،۲].

منبع کسب اطلاعات در ۱۰۰٪ موارد براساس گزارش آسیب‌شناسی بوده است و در سایر مطالعات نیز گزارش آسیب‌شناسی منبع اصلی کسب اطلاعات بیماران بوده است [۳].

در این بررسی شایعترین سن ابتلاء آدنوکارسینوم معده در افراد بالای ۴۵ سال بوده است که از سنین بالای ۳۰ سال بتدریج سیر فزاینده‌ای پیدا نموده است و اوج آن در سنین ۵۴-۵۰ سالگی و بالای ۶۰ سال است که با آمار سایر نقاط همخوانی دارد [۱۴،۲].

کارسینوم سلولهای سنگفرشی مری از سنین ۴۴-۴۰ سالگی شروع به افزایش نموده و اوج آن در سن ۶۴-۶۰ سالگی است و کارسینوم سلولهای ترانزیستال نیز تومور سنین بالا بوده که با آمار سایر مطالعات مشابهت دارد [۱۴،۳،۲].

کارسینوم پستان، تومور سنین ۵۵-۳۰ سالگی بوده و موارد لوسمی در سنین بالای ۶۰ سال دید شد که با آمار سایر کشورها که بیشترین خطر ابتلا به کانسر پستان در بالای ۵۵ سالگی است اندکی تفاوت دارد [۲].

انتشارات معاونت امور بهداشتی وزارت بهداشت، ۱۳۷۵.

۶- محققى دکتر محمدعلی و همکاران؛ وضعیت جاری بیماری سرطان در ایران؛ انتشارات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، آذرماه ۷۷، ص ۴-۲.

۷- هاشمی طرقي حسین، شریعت تربقان شمس؛ سرطان‌های دستگاه گوارش در ایران، ۱۳۶۳.

۸- سالنامه آماری اداره کل آمار و خدمات ماشینی آمار وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛ مرگ و میر و علل مربوطه در دانشگاه‌های علوم پزشکی در سال ۷۵؛ نشریه شماره ۳۰۲، دی ماه ۷۷.

9- Rudson R.W; The Epidemiology of Human Cancer ;cancer Biology ; 3rd edition,19-60(1995).

10- international Agency For Research Of Cancer ;Biennial Report 996-1997,IARC Lyon,1997.

11- The cancer institute publication; Puplication year 1995; N:3, Tehran University,P.16-20.

12- Davita & Rosonbery Samuel;Cancer Principles & Practice Of oncology;4th edition, 1993.

13- Cecil; Essential of Medicine ;2th edition ,1993: 162-164;486-487.

14- Cecil, Thomas E Andredi; Essential of Medicine;2th edition, 1993: 297-302 .

15- Doll R , Peto R; The Causes of cancer ;JNCI 66,1981,p:1191

16- Wright W C;Disease Of Workers ; New york ,Hafner puplication co,1964.

17-Parkin D M, Muir C S, Whelan S L,et al

بخاطر نهایت همکاری در زمینه تحلیل داده‌ها و همکاران محترم مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام بخصوص برادر عظیم اعظمی نهایت سپاس و تشکر را داریم. از همکار محترم جناب آقای دکتر صیدی بخاطر زحمات ایشان در مطالعه متن و ارائه پیشنهادات سپاسگزاری می‌شود.

از دوستان و عزیزانی که در بیمارستان امام خمینی (ره) ایلام، گروه مبارزه با بیماری مرکز بهداشت استان ایلام، همکاران شاغل در دانشگاه علوم پزشکی لرستان و کرمانشاه و انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی (ره) تهران با اینحائب همکاری داشته‌اند، نهایت تشکر و قدردانی را دارم.

منابع

۱- کمیته برنامه ریزی و سیاست گذاری پژوهش‌های سرطان؛ گزارش ثبت سرطان در کشور؛ اسفندماه ۷۷.

۲- شمس دکتر شریعت و همکاران؛ تشخیص و درمان تومورهای نسج نرم؛ انتشارات انستیتو کانسر، ۱۳۷۴، ص ۱۰-۱.

۳- همتی دکتر کریم؛ بررسی بیماران مبتلا به سارکوم بافت نرم مراجعه کننده به انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی تهران (ره) در فاصله سالهای ۷۲-۴۹؛ پایان نامه دکترای حرفه‌ای، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۴.

۴- پارک جی ای؛ بیمار مزمن غیر واگیر و واگیر شایع؛ چاپ دوم، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ص ۴۶-۴۱

۵- کاراناریان سان و پارکین، ترجمه دکتر محمدعلی محققى و همکاران؛ برنامه ریزی و ارزیابی برنامه‌های کنترل، ثبت سرطان و سایر سیستم‌های اطلاعاتی؛

of The world wide incidence of eighteen major cancer in 1985;int-j-cancer,54: 594-606 .

21- Mortazavi S H,Shahrad B,Shahidi M ;Twenty Five years expeirience in Cancer in iran 1972-96; Shahid Beheshti Univ of Medical Sciences, Press 1378 .

22- Mohagheghi M D,Musavi jarahi A ,Zaraati H; Annual Report of The Imam Khomini Medical Center Hospital Based Cancer; Reg on, 1995.

;cancer incidence in Five Countries; Vol VI ,IARC Scientific Puplication , NO :120;Lyon, 1992.

18- Autrup H,Serement T,Wakhisi J,etal ;Aflatoxin exposed measured by uriniary excertion of Aflatoxin Konya cancer ;Rep 47;3430,1987.

19-Nadim A, Nasser K s, Ghadirian P; Geo Cancerology ;chap 16,Iran,1998, P:241-252 .

20- Parkin D M,Pisani P,feraly j;Estimated

Cancer registratoin in Ilam

hemati K.,(MD)

Abstract :

This cross-sectional descriptive research has been fulfilled to evaluate cancers abundance as well as Their effective Factors in ilam during 1997-2000.

in This research 459 cases were studied using checklist.The studied patients were those referred to the pathological centers throughout the province and some other neighbour citgies.

The results implied that the most prevalent cancers were observed among the patients aged 60 and over.

59.5% of cases with cancers were male and 40.5% Were female. G.I. tract was considered the most prevalent place affected by the disease.

The highest pathological abundance went first for adenocarcinoma(27.3%) and second for squamous cell carcinoma.

There was not significant correlation between cancer and residential place.

key words : cancer, malignant melanoma,Ilam,incidence.