

بررسی شیوع تومورهای کولورکتال در مراجعه کنندگان به دو مرکز در سطح شهر تهران از سال ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶

علی عبدالهی^۱، مهدی فیض اله^۲

^۱ استادیار، گروه جراحی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران
^۲ پزشک عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران

چکیده

سابقه و هدف: کانسر کولورکتال شایع‌ترین بدخیمی دستگاه گوارش می‌باشد و در هر سال باعث بیش از ۵۰۰۰۰۰ مرگ در جهان می‌شود. تحقیقات پیشین نشان داده‌اند که اپیدمیولوژی این بیماری در جوامع شرقی در مقایسه با کشورهای اروپایی و آمریکا متفاوت است. بر همین اساس ما در این مطالعه به بررسی شیوع تومورهای کولورکتال در سطح شهر تهران پرداختیم.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی-مقطعی، گزارشات پاتولوژی ۱۴۴ بیمار مبتلا به تومورهای کولورکتال در فاصله سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶ مورد بررسی قرار گرفت. شیوع تومورهای کولورکتال بر اساس نوع تومور (پولیپ یا کارسینوم) و همچنین سن، جنس، محل تومور و grade تومور تعیین شد.

یافته‌ها: ۴۷ درصد تومورها کانسر و ۵۳ درصد پولیپ بودند. بیشترین میزان شیوع کارسینوم کولورکتال در رکتوم (۴۱ درصد) و بعد از آن به ترتیب کولون سیگموئید (۲۱ درصد)، سکوم و کولون صعودی (۱۸ درصد) و کولون ترانسورس و نزولی (هر کدام ۱۰ درصد) بود. شیوع کارسینوم‌های رکتوم، سیگموئید و کولون نزولی در مردان بیشتر از زنان بود و کارسینوم‌های سکوم و کولون صعودی و کولون ترانسورس که در مجموع کولون راست را تشکیل می‌دهند، در زنان بیشتر از مردان بود. از کولون دیستال به سمت کولون پروگزیمال بر grade کارسینوم‌ها افزوده می‌شد. در سنین بالاتر، احتمال وجود تومورهای بدخیم بطور معنی داری بیش از تومورهای خوش‌خیم بود.

نتیجه‌گیری: شیوع قابل توجه کانسر کولون راست در این جمعیت ایرانی، نیاز به انجام تحقیقات بیشتر در این زمینه در سطح کشوری را نشان داده و اهمیت روش‌های غربالگری کانسر کولورکتال بخصوص توتال کولونوسکوپی به منظور تشخیص زود هنگام کانسر کولون راست را بیش از گذشته نشان می‌دهد.

واژگان کلیدی: تومورهای کولورکتال، پولیپ، کارسینوم.

مقدمه

می‌باشد و بیش از ۵۰۰۰۰۰ مرگ را سالانه در جهان موجب می‌شود (۱). در ایالات متحده سالانه بیش از ۱۴۵۰۰۰ مورد جدید کارسینوم کولورکتال تشخیص داده می‌شود و بیش از ۵۵۰۰۰ نفر هر سال در اثر ابتلا به این بیماری می‌میرند که کانسر کولورکتال را به دومین کانسر کشنده در آمریکا بعد از کانسر ریه تبدیل کرده است.

کانسر کولورکتال معمولاً در افراد بالای ۵۰ سال رخ می‌دهد. میزان بروز آن در زنان و مردان مشابه است و با افزایش سن، میزان بروز آن افزایش می‌یابد، به طوری که سالانه از ۰/۳۹ نفر در

دستگاه گوارش به عنوان یکی از اعضاء پرکار و فعال بدن در معرض خطر بالایی از نظر ایجاد و پیشرفت بدخیمی قرار دارد. کارسینوم کولورکتال شایع‌ترین بدخیمی مجرای گوارش

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران، مرکز تحقیقات جراحی، دکتر

مهدی فیض اله

(email: mehdi_faizollah@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۳/۲۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۸/۸

اطلاعات به دست آمده توسط نرم افزار (SPSS version 15) مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت و P-value کمتر از ۰/۰۵ از لحاظ آماری معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از ۱۴۴ بیمار مبتلا به تومورهای کولورکتال، ۸۲ نفر (۵۶/۹ درصد) مرد و ۶۲ نفر (۴۳/۱ درصد) زن بودند. از نظر سنی، بالاترین سن بیماران، ۸۸ سال و کمترین سن، ۹ سال بود و میانگین سن جمعیت ۵۶/۴ سال بود.

۶۸ مورد (۴۷ درصد) کارسینوم و ۷۶ مورد (۵۳ درصد) پولیپ کشف شد و فراوانی پولیپ‌ها و کارسینوم‌ها به ترتیب ۵۹ درصد و ۵۴ درصد در مردان و شایع تر از زنان بود که از نظر آماری معنی دار نبود (جدول ۱). از نظر پاتولوژی، در ۶۲ مورد (۹۱٪) کانسرها، آدنوکارسینوم تشخیص داده شد. شایع ترین محل درگیری، رکتوم (۴۱ درصد) و بعد از آن به ترتیب کولون سیگموئید (۲۱ درصد)، سکوم و کولون صعودی (۱۸ درصد) و کولون ترانسورس و نزولی (هر کدام ۱۰ درصد) بود.

جدول ۱- توزیع فراوانی تومورهای کولورکتال بر اساس سن و پاتولوژی

| | مرد | زن | جمع |
|----------|------------|-----------|-----------|
| پولیپ | ۴۵ (۵۹/۲)* | ۳۱ (۴۰/۸) | ۷۶ (۱۰۰) |
| کارسینوم | ۳۷ (۵۴/۴) | ۳۱ (۴۵/۶) | ۶۸ (۱۰۰) |
| جمع | ۸۲ (۵۶/۹) | ۶۲ (۴۳/۱) | ۱۴۴ (۱۰۰) |

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

میانگین سنی بیماران دچار پولیپ ۴۹ سال و موارد دچار کانسر ۶۴ سال بود که از این بین میانگین سنی مردان مبتلا به کانسر ۶۶ سال و زنان مبتلا به کانسر ۶۳ سال بود. در هر دو جنس مرد و زن، شایع ترین سن ابتلا به کانسر ۶۰-۶۹ سال به ترتیب با شیوع ۳۰ و ۲۸ درصد بود.

در مردان شایع ترین محل درگیری، رکتوم (۴۶ درصد) و سپس به ترتیب کولون سیگموئید (۲۲ درصد)، سکوم و کولون صعودی (۱۴ درصد)، کولون نزولی (۱۱ درصد) و کولون ترانسورس (۸ درصد) بود. در زنان شایع ترین محل ابتلا، رکتوم (۳۵ درصد) و سپس به ترتیب سکوم و کولون صعودی (۲۳ درصد)، کولون سیگموئید (۱۹ درصد)، کولون ترانسورس (۱۳ درصد) و کولون نزولی (۱۰ درصد) بود. شیوع کارسینوم‌های رکتوم، سیگموئید و کولون نزولی در مردان بیشتر از زنان بود، ولی کارسینوم‌های کولون عرضی و سکوم و

۱۰۰۰ نفر در ۵۰ سالگی به ۴/۵ نفر در ۱۰۰۰ نفر در ۸۰ سالگی می‌رسد (۲). اکثر کانسرها کولورکتال (صرف نظر از اتیولوژی) از پولیپ‌های آدنوماتو منشاء می‌گیرند. در مطالعات غربالگری در جامعه و در اتوپسی‌ها، پولیپ‌های آدنوماتو را می‌توان در بیش از ۳۰ درصد از افراد میانسال یا مسن یافت، با این حال کمتر از ۱ درصد پولیپ‌ها بدخیم می‌شوند (۳).

از آنجایی که کانسر کولورکتال علائم خود را دیر مشخص می‌سازد، تشخیص به موقع و پیدا کردن بیماران و غربالگری گروه‌های در معرض خطر این بیماری بسیار حائز اهمیت است، زیرا هر چه این بیماری زودتر تشخیص و درمان شود میزان بقای بیماران مبتلا به کانسر کولورکتال بیشتر خواهد شد و از تحمیل هزینه‌های سنگین درمانی به سیستم بهداشتی-درمانی جامعه و یا خود فرد جلوگیری می‌شود. تحقیقات پیشین نشان داده‌اند که اپیدمیولوژی این بیماری در جوامع شرقی در مقایسه با کشورهای اروپایی و امریکا متفاوت است (۴). بر همین اساس ما در این مطالعه به بررسی شیوع تومورهای کولورکتال بر اساس سن، جنس، محل و grade تومور در سطح شهر تهران پرداختیم.

مواد و روشها

در این مطالعه توصیفی-مقطعی، ۱۴۴ بیمار مبتلا به تومورهای کولورکتال در فاصله سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶ مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات از پرونده‌های موجود در بخش پاتولوژی بیمارستان امیرالمومنین و مرکز پاتولوژی آرمین اخذ شد.

شیوع تومورهای کولورکتال بر اساس سن، جنس، محل تومور و grade تومور تعیین شد. سن بیماران به ۵ گروه زیر ۵۰ سال، ۵۰-۵۹ سال، ۶۰-۶۹ سال، ۷۰-۷۹ سال و ۸۰ سال و بالاتر تقسیم شد. محل پیدایش تومور بر اساس ۵ ناحیه آناتومیکی روده بزرگ یعنی رکتوم، کولون سیگموئید، کولون نزولی، کولون ترانسورس، کولون صعودی و سکوم تعریف شد.

نوع تومور از نظر پولیپ و کارسینوم بررسی شد. انواع پولیپ‌ها به ۶ گروه توبولار آدنوما، ویلوس آدنوما، توبولوویلوس آدنوما، هایپرپلاستیک، التهابی و هامارتوماتوز تقسیم شدند. موارد کارسینوم به دو گروه آدنوکارسینوم و غیرآدنوکارسینوم طبقه بندی شد. grade کارسینوم‌ها به سه گروه moderately differentiated، well differentiated و poorly differentiated تقسیم شد.

در تبریز، چین، نیوزیلند و انگلستان به ترتیب ۱۸ درصد، ۱۵ درصد، ۳۵ درصد و ۳۴ درصد بود (۸-۶).

در این مطالعه، کانسره‌های کولون راست در مقایسه با کانسره‌های کولون چپ دارای grade بالاتری از نظر بدخیمی بودند. هم‌چنین میزان شیوع آنها در زنان بیشتر از مردان بود (۳۶ درصد به ۲۲ درصد) و با افزایش سن احتمال وجود کانسر در سمت راست کولون بیشتر می‌شد. در مطالعاتی که در مورد موقعیت آناتومیکی کانسره‌های کولورکتال انجام شده، افزایش گرایش در این تومورها به سمت کولون راست (کولون پروگزیمال) دیده شده است (۹، ۱۰). در ضمن در بسیاری از این مطالعات سن بالا و جنس مونث به عنوان عوامل افزایش دهنده احتمال وجود کانسر در کولون راست ذکر شده‌اند (۱۱-۱۳).

از آنجا که تحقیق ما مراجعه کنندگان به دو مرکز در سطح شهر تهران را شامل می‌شود، بررسی‌های گسترده‌تر و جامع‌تری جهت بررسی شیوع تومورهای کولورکتال در سطح کشور و مقایسه آن با آمارهای جهانی ضروری به نظر می‌رسد. در روش‌های غربالگری کانسر کولورکتال توصیه می‌شود که در بیماران بدون علامتی که دارای عوامل خطر کانسر کولورکتال نیستند، از سن ۵۰ سالگی ارزیابی وجود خون مخفی در مدفوع (Fecal Occult Blood [FOB]) بصورت سالانه و سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر (Flexible Sigmoidoscopy) هر ۵ سال انجام شود. هم‌چنین توتال کولونوسکوپی می‌تواند بعنوان جایگزین FOB و سیگموئیدوسکوپی دوره‌ای هر ۱۰ سال انجام شود (۱۴، ۳). از آنجا که روش‌های غربالگری برای کانسر کولورکتال در کاهش میزان بروز بیماری و مرگ و میر ناشی از آن نقش موثری دارند (۱۵) و با توجه به شیوع قابل توجه کانسر کولون راست بنظر می‌رسد که توتال کولونوسکوپی می‌تواند بعنوان یک روش مطلوب برای تشخیص زودهنگام کانسره‌های کولورکتال و بخصوص کانسره‌های کولون راست مورد استفاده قرار گیرد.

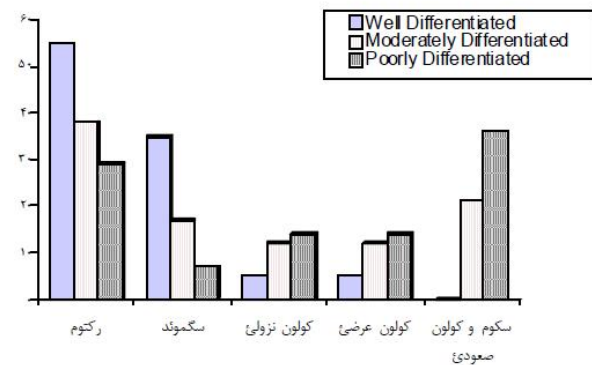
تشکر و قدردانی

از زحمات و همکاری مسئولین و کارکنان بخش پاتولوژی بیمارستان امیرالمومنین و مرکز پاتولوژی آرمین تشکر و قدردانی می‌شود.

کولون صعودی که در مجموع کولون راست را تشکیل می‌دهند در زنان بیشتر از مردان مشاهده شد.

با بالاتر رفتن سن، احتمال تومورهای بدخیم افزایش و احتمال تومورهای خوش‌خیم کاهش می‌یافت. در ضمن با افزایش سن، احتمال وجود کانسر در کولون راست بیشتر می‌شد.

بیشترین شیوع کارسینوم‌های grade I در رکتوم بود و از کولون دیستال به سمت کولون پروگزیمال، از تعداد کارسینوم‌های grade I کاسته شده و بر تعداد کارسینوم‌های grade III افزوده می‌شد (نمودار ۱).



نمودار ۱- ارتباط grading بدخیمی با محل تومور

بحث

در این مطالعه، ۵۴ درصد بیماران مرد و ۴۶ درصد زن بودند و از نظر جنسی تفاوت معنی‌داری بین آنها وجود نداشت. در مطالعه گذشته‌نگری که در سال ۸۵ در تبریز انجام شد و در آن شیوع کانسر و پولیپ‌های آدنوماتوز کولورکتال در طول ۱۳ سال بررسی شده بود، نیز از نظر جنسی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (۵). هم‌چنین در تحقیقاتی که در سال ۲۰۰۳ در نیوزیلند و در سال ۲۰۰۵ در چین انجام شد هم شیوع کانسر در دو جنس تقریباً برابر بود (۶، ۷).

مطالعه ما نشان داد که بیشتر تومورهای بدخیم یعنی ۷۲ درصد کانسرها در کولون چپ (دیستال به خم طحالی) قرار داشتند که مشابه مطالعات انجام شده در تبریز (۸۲ درصد)، چین (۸۵ درصد)، نیوزیلند (۶۴ درصد) و انگلستان (۶۶ درصد) بود (۸-۶). از طرف دیگر، شیوع کانسر کولون راست (پروگزیمال به خم طحالی) در مطالعه ما در حدود ۲۸٪ بود، در حالی که این میزان

REFERENCES

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pissani P. Global cancer statistics. CA Cancer J Clin 2005;55:74-108.
2. Brunnicardi E, Anderson D, Billar T, editors. Schwartz's principles of surgery, 8th ed. New York: McGraw-Hill; 2005. p: 1055-119.

3. Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, editors. Harrison's principles of internal medicine. 16th Ed. New York: McGraw-Hill; 2005. p:527-30.
4. Bonithon-Kopp C, Benhamiche AM. Are there several colorectal cancers? Epidemiological data. *Eur J Cancer Prev* 1999;8 Suppl 1:S3-12.
5. Bafandeh Y, Daghestani D, Esmaili H. Distribution of cancer and adenomatous Polyps in the colorectum: study in an Iranian population. *Asian Pac J Cancer Prev* 2006;7:65-68.
6. Keating J, Pater P, Lolohea S, Wickremesekera K. The epidemiology of colorectal cancer: what can we learn from the New Zealand Cancer Registry? *N Z Med J* 2003;116: U437.
7. Li M, Gu J. Changing patterns of colorectal cancer in China over a period of 20 years. *World J Gastroenterol* 2005;11:4685-88.
8. Garden J, Bradbury A, Forsythe J, Parks R, editors. Principles and practice of surgery. 5th ed. New York: Churchill Livingstone; 2007. p:313-14.
9. Cucino C, Buchner AM, Sonnenberg A. Continued rightward shift of colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 2002;45:1035-40.
10. Mensink PB, Kolkman JJ, Van Baarlen JV, Kleibeuker JH. Change in anatomic distribution and incidence of colorectal carcinoma over a period of 15 years. *Dis Colon Rectum* 2002;45:1393-96.
11. Gonzalez EC, Roetzheim RG, Ferrante JM, Campbell R. Predictors of proximal vs distal colorectal cancers. *Dis Colon Rectum* 2001;44:251-58.
12. Slattery ML, Friedman GD, Potter JD, Edwards S, Caan BJ, Samowitz W. A description of age, sex, and site distributions of colon carcinoma in three geographic areas. *Cancer* 1996;78:1666-70.
13. Cheng X, Chen VW, Steele B, Ruiz B, Fulton J, Liu L, et al. Subsite-specific incidence rate and stage of disease in colorectal cancer by race, gender, and age group in the United States, 1992-1997. *Cancer* 2001; 92: 2547-54.
14. Levin B, Lieberman DA, McFarland B, Andrews KS, Brooks D, Bond J, et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *Gastroenterology* 2008;134:1570-95.
15. Kronborg O, Regula J. Population screening for colorectal cancer: advantages and drawbacks. *Dig Dis* 2007;25:270-73.