

تحلیل بقای بیماران مبتلا به سرطان معده و عوامل مربوط به آن

اکبر بیگلریان^{*}، ابراهیم حاجی زاده^{*}، محمودرضا گوهری^{**}، رضا خدابخشی^{***}

چکیده

مقدمه: با توجه به روند رو به رشد میزان ابتلا به سرطان معده در ایران و تغییرات الگوی ظهور از مناطق دیستال معده به پروگزیمال، میزان مرگ و میر ناشی از سرطان معده طی چند دهه اخیر رو به افزایش بوده است. سرطان معده دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در سراسر دنیا شناخته شده است. تغییر روش زندگی و عادات غذایی نیز در الگوی بیماری مؤثر است. در این مطالعه ضمن بررسی همه‌گیرشناختی، نحوه توزیع بیماری و عوامل تأثیرگذار (پروگنوستیک) در مرگ و میر و نیز طول عمر بیماران آدنوکارسینوم معده که در سال‌های ۱۳۷۵ لغایت ۱۳۸۲ به بیمارستان شهید فیاض بخش تهران مراجعه کرده‌اند، تحت بررسی قرار می‌گیرد.

مواد و روش کار: طی سالهای ۱۳۷۵ لغایت ۱۳۸۲، تعداد یکصد بیمار مراجعه کننده با تشخیص قطعی سرطان معده در بیمارستان شهید فیاض بخش تهران به صورت آینده‌نگر تاریخی تحت بررسی و آنالیز قرار گرفتند. اثر متغیرهای فردی مانند سن و جنس و متغیرهای مرحله‌ی بیماری، محل درگیری، نوع درمان، هیستولوژی بیماری، وجود متاستاز کبدی بر طول عمر بیماران مورد ارزیابی قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش کاپلان-مایر، مدل مخاطرات متناسب کاکس و برآوردگر برسلو استفاده شد. برای انجام تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS13 و سطح معنی‌داری $\alpha = 0.05$ استفاده شد.

یافته‌ها: ۷۳ درصد از بیماران مرد و بقیه (۲۶ درصد) زن بودند و میانگین سن در بیماران مرد ۶۳.۳ سال و در زنان ۶۱.۷ سال بود. در ۳۱ درصد از موارد، تومورها در منطقه‌ی کاردیا تظاهر کرده‌اند و در ۲۰ درصد موارد در ناحیه‌ی آنتر بوده است. در مجموع بیش از نیمی از موارد تومورها در منطقه‌ی پروگزیمال معده گزارش شده است. متاستاز به کبد در ۲۵ درصد و انتشار به پریتونال در ۱۳ درصد از موارد گزارش شده است. تنها ۹ بیمار در مرحله‌ی ابتدایی مراجعه نموده و ۵۴ درصد بیماران در مرحله‌ی با گسترش موضعی و ۳۷ درصد در مرحله‌ی متاستاتیک بوده‌اند. گزارش‌های پاتولوژیک در ۳۲ درصد موارد نوع روده‌ای بوده و در ۴۵ درصد موارد نوع منتشره گزارش شده بود. بین جنس و هیستولوژی بیماران ارتباط معنی‌داری پیدا نشد ($P=0.167$). میانگین طول عمر بیماران در کل ۱۴.۲ ماه و میزان بقا ۷ ساله آنها برابر ۱۷.۲٪ گردید. میانگین طول عمر برای بیماران با مرحله‌ی گسترش موضعی و متاستاتیک به ترتیب: ۱۸.۲ و ۸.۳ ماه؛ برای بیماران که جراحی داشته‌اند برابر ۱۷.۷ ماه و بیماران که از جراحی استفاده نکردند برابر ۱۴.۲ ماه؛ برای افرادی که هیستولوژی بیماری آنها روده‌ای بود ۱۴.۲ ماه و برای آنهایی که منتشره بود برابر ۱۳.۲ ماه بدست آمد. مدل مخاطرات متناسب کاکس نشان داد که مرحله‌ی بیماری ($p < 0.001$) و سن ($P = 0.004$) با طول عمر بیماران ارتباط معنی‌داری داشته‌اند.

نتیجه‌گیری: بیشتر بیماران در مرحله‌ی با گسترش موضعی یا متاستاتیک تشخیص داده شده‌اند. به نظر می‌رسد

ک: نویسنده مسئول: دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه آمار زیستی، دانشجوی دکتری آمار زیستی

** گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

*** گروه آمار زیستی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

**** متخصص پروتودمانی-انکولوژی، بیمارستان شهید فیاض بخش تهران (سازمان تأمین اجتماعی)

آدرس پست الکترونیکی: abiglarian@gmail.com

یکی از دلایل میزان بقاء پایین اینگونه بیماران، مشاوره‌ی پزشکی دیرهنگام و تأخیر در تشخیص باشد. لذا انجام آزمایشات دوره‌ای، بکارگیری تبلیغات رسانه‌ای برای آموزش همگانی درباره‌ی تشخیص و علائم خطر اولیه بیماری لازم است.

کلید واژه‌ها: تحلیل بقاء، مدل مخاطرات متناسب، سرطان معده.

مقدمه

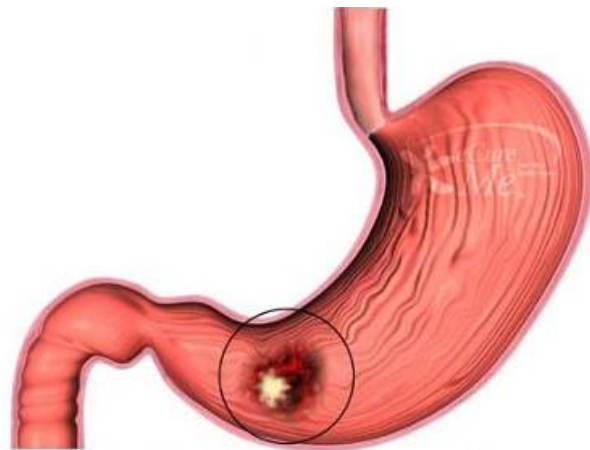
در دنیا میزان بروز سرطان‌های قسمت پروگزیمال طی چند دهه اخیر افزایش قابل توجهی نشان داده است که در ایران نیز این مسئله گزارش شده است (۲-۷). عوامل پروگنوستیک زیادی در طول عمر بیماران مؤثر هستند که مهمترین آنها مرحله‌ی بیماری و سن بیماران است و در برخی از

سرطان معده عبارت است از رشد بدون کنترل سلول‌های بدخیم در معده که در آن بیشتر افراد تا مراحل پیشرفته بیماری، علامتی ندارند.

سرطان معده یکی از علل شایع مرگ و میر ناشی از سرطان‌ها در سراسر دنیا است. تحقیقات نشان داده‌اند که رژیم‌های غذایی مهمترین عامل در ابتلا به سرطان معده هستند و در کشورهایی که استفاده از گوشت قرمز بیشتر است ابتلا به سرطان معده نیز بیشتر است.

هر ساله در ایران، در حدود ۵۰۸۰۰ مورد جدید سرطان گزارش می‌شود. سرطان معده در مردان، اولین سرطان شایع و در زنان سومین سرطان شایع است (۱). نقاط مختلف دنیا از نظر بروز این نوع سرطان، تفاوت‌هایی را نشان می‌دهند که این میزان در ایران با توجه به (SAR) در مردان ۲۶.۱ در هر صد هزار نفر و در زنان ۱۱.۱ در هر صد هزار نفر می‌باشد (۱). مناطق با شیوع بالا شامل آمریکای شمالی، شرق اروپا و قسمتهایی از خاورمیانه است که ایران یکی از مناطق با شیوع بالا محسوب می‌شود. در ایالات متحده آمریکا نسبت مرد به زن ۲ به ۱ گزارش شده است و در ایران در برخی از گزارش‌ها این نسبت به میزان ۳ به ۱ گزارش شده است (۲). بروز سرطان معده در سی سال گذشته افزایش داشته است (۱ و ۳).

شروع بیماری به طور معمول از دهه‌ی چهارم زندگی است و با افزایش سن، شیوع بیماری نیز افزایش می‌یابد بطوریکه حداکثر شیوع در دهه‌ی هفتم زندگی برای مردان و بخصوص سنین بالاتر در زنان است (۴). میانگین سنی در ایران در برخی از گزارش‌ها ۵۰ تا ۶۰ سال بوده است و در حدود ۷۵ درصد بیماران نیز در مراحل پیشرفته متاستاتیک مراجعه کرده‌اند (۵).



شکل ۱: تصویر یک معده‌ی مبتلا به سرطان

مطالعات سایر عوامل مانند؛ تومورهای پروگزیمال، نیاز به جراحی وسیعتر، تعداد غدد لنفاوی درگیر نیز در میزان طول عمر مؤثر شناخته شده‌اند. نیاز به جراحی وسیعتر باعث افزایش مدت زمان بستری شده و میزان وقوع عوارض جانبی را افزایش می‌دهد. بقای ۵ ساله برای نوع پروگزیمال ۱۷.۷ درصد و در نوع دیستال ۳۶.۴ درصد گزارش شده است (۹۸).

دو نوع هیستولوژیک شایع در سرطان معده (روده‌ای^۱، منتشره^۲) با توجه به تقسیم‌بندی لوران^۳ در برخی گزارش‌های واجد اهمیت، پروگنوستیک بوده‌اند و نوع منتشره در زنان و انواع خانوادگی بیشتر

1. Intestinal
2. Diffuse
3. Leuran

بیماران مورد ارزیابی قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش کاپلان-مایر، مدل مخاطرات متناسب کاکس و برآوردگر برسلو استفاده شد و سطح معنی‌داری جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها $\alpha = 0.05$ در نظر گرفته شد. برای انجام تجزیه و تحلیل از نرم-افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها

جنسیت ۲۶ نفر از بیماران زن و ۷۳ نفر از آنها مرد بود. میانگین سنی در مردان ۶۳.۳ سال و در زنان ۶۱.۷ سال بوده و میانگین کلی بیماران ۶۲.۹ سال بوده است. ۹ بیمار در مرحله‌ی ابتدایی و ۵۴ بیمار در مرحله‌ی با گسترش موضعی و ۳۷ بیمار در مرحله‌ی متاستاتیک بودند. از نظر هیستولوژی ۳۲ درصد موارد نوع روده‌ای و ۴۵ درصد موارد نوع منتشره بودند. در گزارش پاتولوژی ۲۳ بیمار، اطلاعاتی در مورد نوع هیستولوژی آنها موجود نبود. میانگین سنی بیماران نوع منتشره ۶۱.۶ سال و بیماران نوع روده‌ای ۵۶.۳ سال بوده است. جدول شماره ۱ توزیع محل اولیه‌ی هر سرطان را به همراه متوسط سنی بیماران نشان می‌دهد. در عین حال، برای مواردی که بیش از یک محل درگیری در معده وجود داشت نوع گسترده^۷ ذکر شده است.

مکان‌های متاستاز اولیه به همراه زیرمجموعه هیستولوژیک در جدول شماره ۲ مشخص شده است. در مورد جراحی بیماران، ۳۹ مورد تنها بیوپسی انجام داده بودند و در ۷ مورد، جراحی بای‌پس بدون رزکسیون تومور انجام شده بود. در ۲۶ مورد جراحی ساب-توتال گاستروکتومی انجام و تنها ۲۸ مورد از بیماران توتال گاستروکتومی انجام داده بودند. در ۲۹ بیمار درمان رادیوتراپی انجام نشده بود و در مجموع ۷۴ درصد از بیماران رژیم‌های درمانی حاوی ۵FU داشته‌اند.

برای ۹۵ بیمار پیگیری شده، متوسط طول عمر کل بیماران ۲۲.۳۲ ماه بوده است. همچنین متوسط طول عمر بیماران گروه مرحله‌ی ابتدایی ۵۱.۷۳ ماه، بیماران گروه مرحله‌ی با گسترش موضعی ۲۵.۷۱ ماه و بیماران گروه متاستاتیک ۱۰.۲۷ ماه به دست آمد (جدول شماره ۳)

بوده و با گروه خونی A ارتباط دارد. محل‌های شایع گسترش تومورال (متاستاز) شامل: کبد، پریتون، ریه و پانکراس است. با توجه به شیوع نسبتاً بالای سرطان معده و کاهش میزان بقای بیماران، مطالعه‌ی حاضر سعی در بررسی و شناخت عوامل پروگنوستیک و میزان بقاء در بیماران مبتلا به سرطان معده را دارد.

مواد و روش‌ها

در بین سالهای ۱۳۷۵ الی ۱۳۸۲ طول عمر حدود یکصد بیمار با پاتولوژی آدنوکارسینوم معده که در بیمارستان شهید فیاض بخش تهران تحت درمان‌های جراحی و شیمی‌درمانی قرار گرفته بودند، مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه‌ی کوهورت تاریخی سعی شده است تمام بیمارانی که دارای تشخیص قطعی پاتولوژیک هستند و اطلاعات پرونده‌ی آنها قابل استفاده می‌باشد، وارد مطالعه شوند. آخرین وضعیت سلامت بیماران با پیگیری تلفنی و ثبت در چک لیست تهیه شده، انجام گرفت.

برای تعیین مرحله‌ی بیماری از سیستم استیجینگ و روش TNM^۴ استفاده شد و در نهایت بیماران به سه گروه زیر تقسیم‌بندی شدند:

۱. سرطان مرحله ابتدایی معده^۵ درگیری مخاط و زیر مخاط بدون درگیری غدد لنفاوی منطقه‌ای؛
۲. سرطان مرحله‌ی با گسترش موضعی معده^۶؛
۳. سرطان متاستاتیک معده با وجود هرگونه متاستاز دوردست.

طول عمر بیماران پس از عمل جراحی و آنهایی که در پایان بررسی هنوز زنده مانده بودند (بیمارانی که پس از زمان معینی اطلاعاتی در موردشان وجود نداشت سانسور از راست در نظر گرفته شدند) مورد بررسی قرار گرفت. اثر متغیرهای فردی مانند سن و جنس و متغیرهای مرحله‌ی بیماری، محل درگیری (کاردیا، آنتر، سایر نقاط)، نوع درمان (جراحی، شیمی‌درمانی)، هیستولوژی بیماری (روده‌ای، منتشره)، وجود متاستاز کبدی بر طول عمر

4. American Joint Committee on Cancer: AJCC Center Staging Manual

5. Early Stage

6. Locally Advance Stage

7. Extended

جدول ۱: توزیع محل اولیه تظاهر آدنوکارسینومای معده و میانگین سنی بیماران

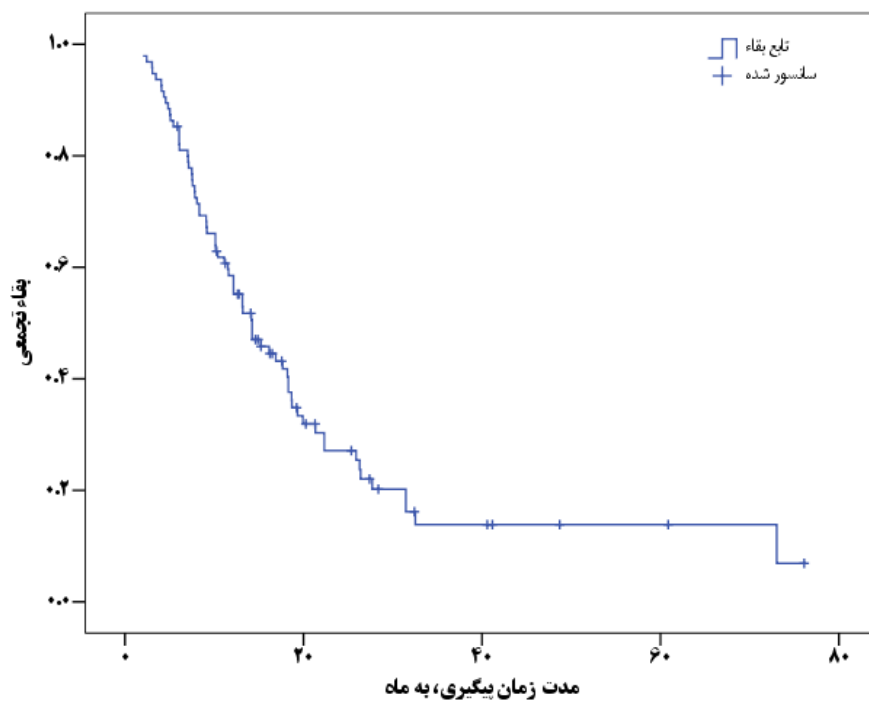
محل ابتدایی	تعداد و درصد	میانگین سنی	انحراف معیار
Cardia	۳۱	۶۴.۳	۱۱.۶۶
Antrum	۲۰	۵۹.۹	۹.۶۵
Body	۱۷	۶۱.۷	۸.۵۴
Fundus	۳	۷۵	۵
Pylorus	۲	۵۸	۲۵.۴۵
Extended	۱۹	۶۰.۵	۱۲.۵۸
جمع	۱۰۰	۶۲.۹	۱۱.۲۶

جدول ۲: توزیع محل‌های متاستاز با توجه به هیستولوژی آدنوکارسینومای معده

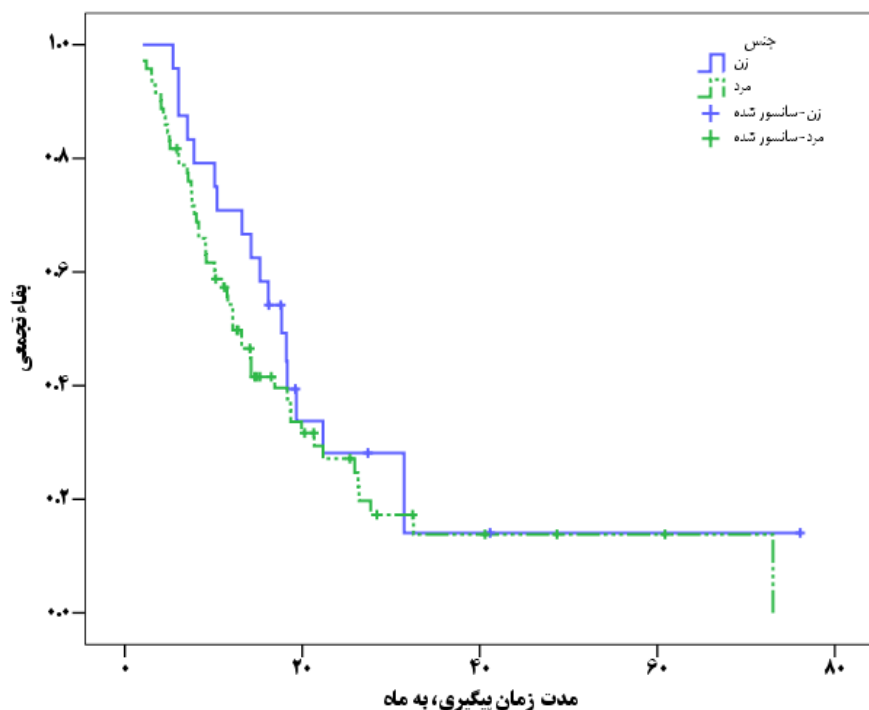
هیستولوژی	عاری از متاستاز	استخوان	کبد	پانکراس	تخمدان	پریتون	کبد و طحال	جمع
ناشناخته	۱۴	۰	۳	۱	۱	۳	۱	۲۳
روده‌ای	۱۹	۱	۶	۳	۱	۲	۰	۳۲
منتشره	۱۶	۰	۱۶	۲	۰	۸	۳	۴۵
جمع	۴۹	۱	۲۵	۶	۲	۱۳	۴	۱۰۰

جدول ۳: میانه، میانگین، خطای معیار و فاصله‌ی اطمینان زمان بقای بیماران مبتلا به سرطان معده (به ماه)، بر حسب مرحله‌ی بیماری

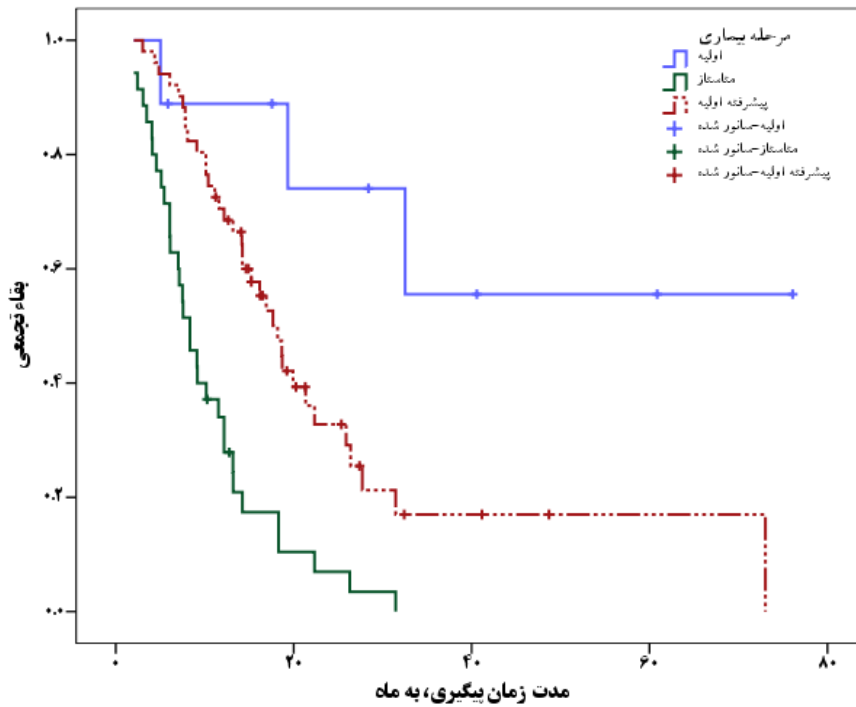
مرحله‌ی بیماری	میانه	میانگین	خطای معیار		فاصله اطمینان ۹۵ درصدی	
			میانه	میانگین	میانه	میانگین
ابتدایی	-	۵۱.۷۳	-	۱۰.۸۴	-	(۳۰.۴۷-۷۲.۹۸)
گسترش موضعی	۱۸.۲	۲۵.۷۱	۱.۷۷	۳.۹۰۵	(۱۴.۷۳-۲۱.۶۷)	(۱۸.۰۵-۳۳.۳۶)
متاستاز	۸.۳	۱۰.۲۷	۱.۱۸	۱.۲۶	(۶.۰۲-۱۰.۶۴)	(۷.۸-۱۲.۷)
کلی	۱۴.۲	۲۲.۳۲	۱.۹۶	۲.۶۸	(۱۰.۳۹-۱۸.۰۸)	(۱۷.۰۸-۲۷.۵۷)



نمودار ۱. تابع بقایا بیماران مبتلا به سرطان معده



نمودار ۲. مقایسه‌ی توابع بقایا مردان و زنان مبتلا به سرطان معده



نمودار ۳.

بقای بیماران مبتلا به سرطان معده با مراحل مختلف بیماری

مقایسه‌ی توابع

برابر ۱۷.۲٪ گردید. میانه طول عمر برای بیماران با مرحله‌ی گسترش موضعی و متاستاتیک به ترتیب: ۱۸.۲ و ۸.۳ ماه؛ برای بیماران که جراحی داشته‌اند برابر ۱۷.۷ ماه و بیماران که از جراحی استفاده نکردند برابر ۱۴.۲ ماه؛ برای افرادی که هیستولوژی بیماری آنها روده‌ای بود ۱۴.۲ ماه و برای آنهایی که منتشره بود برابر ۱۳.۲ ماه بدست آمد (جدول ۳ و ۴ و ۵).

با توجه به مقدار احتمال بدست آمده، توابع بقاء در سطوح مختلف مرحله‌ی بیماری (سه مرحله)، در سطح معنی‌داری $\alpha = 0.05$ به لحاظ آماری معنی‌دار هستند (آماره کای-دوی برآوردگر برسلو = ۲۶.۵۳، درجه آزادی=۲، $P < 0.001$). شکل منحنی بقاء مراحل مختلف بیماری در نمودار ۳ آمده است. میانه طول عمر بیماران در کل ۱۴.۲ ماه و میزان بقاء ۷ساله آنها

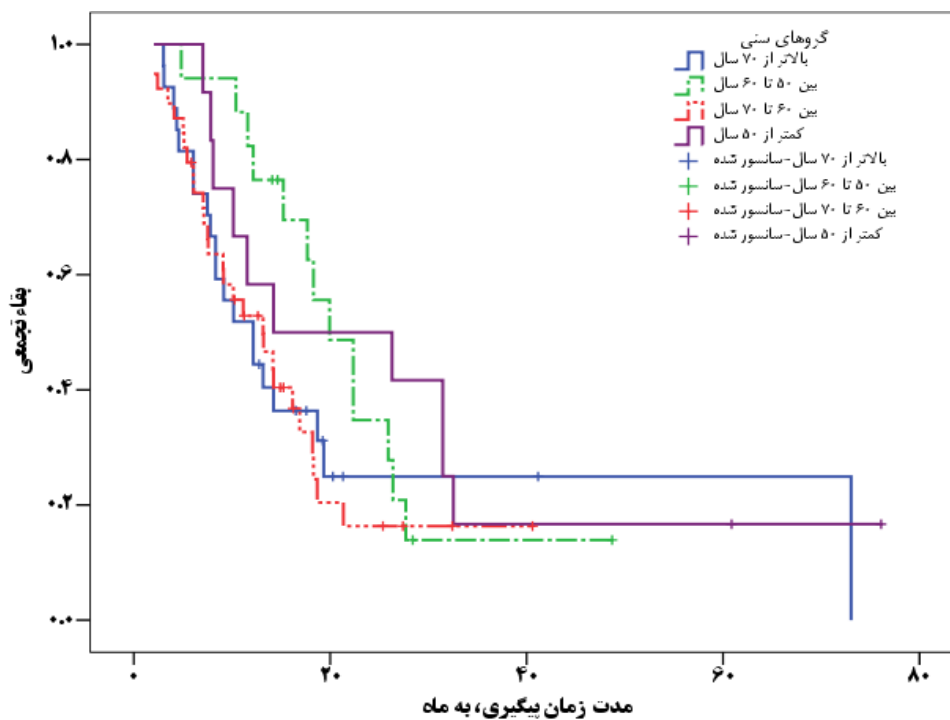
جدول ۴. میانه، میانگین، خطای معیار و فاصله‌ی اطمینان زمان بقای بیماران مبتلا به سرطان معده (به ماه)، بر حسب هیستولوژی بیماری

هیستولوژی بیماری	میان	میانگین	خطای معیار		فاصله اطمینان ۹۵ درصدی	
			میان	میانگین	میان	میانگین
ناشناخته	۱۴.۲	۲۵.۶۴	۴.۰۶	۶.۴۸	(۶.۲۷-۲۲.۲)	(۱۲.۹۳-۳۸.۳۵)
منتشره	۱۳.۲	۱۵.۱۷	۱.۵۸	۱.۳۸	(۱۰.۰۷-۱۶.۲۶)	(۱۲.۴۷-۱۷.۸۸)
روده‌ای	۱۴.۲	۲۷.۷۱	۵.۰۳	۵.۲۷	(۴.۳۱-۲۴.۰۲)	(۱۷.۳۴-۳۸.۰۷)
کلی	۱۴.۲	۲۲.۳۲	۱.۹۶	۲.۶۸	(۱۰.۳۹-۱۸.۰۸)	(۱۷.۰۸-۲۷.۵۷)

جدول ۵. میانه، میانگین، خطای معیار و فاصله اطمینان زمان بقاء بیماران مبتلا به سرطان معده (به ماه)، بر حسب وضعیت جراحی

وضعیت جراحی	میانه	میانگین	فاصله اطمینان ۹۵ درصدی	
			میانه	میانگین
بدون جراحی	۱۴.۲	۲۳.۶۵	(۱۰.۹-۱۷.۴۴)	۳.۱
با جراحی	۱۷.۷	۱۸.۱۲	(۹.۱-۲۶.۲۳)	۲.۹۲
کلی	۱۴.۲	۲۲.۳۲	(۱۰.۳۹-۱۸.۰۸)	۲.۶۸

میانه بقاء بیماران در کل برابر ۱۴.۲ ماه گردید. شکل منحنی بقاء در کل برای بیماران در نمودار ۱ آمده است.



نمودار ۴. مقایسه‌ی توابع بقاء بیماران مبتلا به سرطان معده در گروههای سنی مختلف

جدول ۶. میانه، میانگین، خطای معیار و فاصله‌ی اطمینان زمان بقاء بیماران مبتلا به سرطان معده (به ماه)، بر حسب گروه‌های سنی مختلف

گروه‌های سنی	خطای معیار		فاصله اطمینان ۹۵ درصدی	
	میانه	میانگین	میانه	میانگین
کمتر از ۵۰ سال	۱۴.۲۳	۲۷.۷۳	۱۲.۷۹	۶.۸۲
بین ۵۰ تا ۶۰ سال	۱۹.۹۳	۲۲.۶۸	۲.۴۹	۳.۱۰
بین ۶۰ تا ۷۰ سال	۱۳.۱۷	۱۵.۶۶	۲.۷۳	۲.۱۷
بالتر از ۷۰ سال	۱۲.۱۷	۲۵.۴۵	۲.۵۸	۵.۹۷
کلی	۱۴.۲	۲۲.۳۲	۱.۹۶	۲.۶۸

با استفاده از برآوردگر پرسلو مقدار احتمال بدست آمده در سطح $\alpha = 0.05$ معنی‌دار گردید (آماره کای-دو=۸.۵۱؛ درجه آزادی=۳؛ $P=0.04$). یعنی توابع بقاء گروه‌های سنی مختلف با یکدیگر متفاوت هستند. شکل منحنی بقاء در نمودار ۴ آمده است.

جدول ۷. نتایج حاصل از برازش مدل رگرسیون مخاطرات متناسب

متغیر	ضریب رگرسیون	خطای معیار	آماره والد	درجه آزادی	مقدار احتمال	نسبت خطر
سن	۰.۰۱۲	۰.۰۱۴	۴.۷۰۱	۱	۰.۰۴۰۲	۱.۰۱۳
جنس	-۱.۷۷۸	۱.۵۳۳	۱.۳۴۳	۱	۰.۲۴۶	۰.۱۶۹
نوع درمان	-۰.۰۴۴	۰.۳۹۳	۰.۰۱۳	۱	۰.۹۱۰	۰.۹۵۷
مرحله بیماری	-	-	۲۶.۰۲	۲	< ۰.۰۰۱	-
مرحله ابتدایی	-۲.۴۲۶	۰.۶۶۷	۱۳.۲۲	۱	< ۰.۰۰۱	۰.۰۸۹
مرحله با گسترش موضعی	-۱.۳۰۳	۰.۲۸۴	۲۰.۹۸	۱	< ۰.۰۰۱	۰.۲۷۲
هیستولوژی	-	-	۰.۰۸۴	۲	۰.۹۵۹	-
روده‌ای	-۰.۰۵۷	۰.۳۵۶	۰.۰۲۶	۱	۰.۸۷۳	۰.۹۴۵
منتشره	-۰.۰۹۵	۰.۳۲۹	۰.۰۸۴	۱	۰.۷۷۲	۰.۹۰۹
سن*جنس	۰.۰۲۳	۰.۰۲۴	۰.۹۶۹	۱	۰.۳۲۵	۱.۰۲۴

بیماران مبتلا به سرطان معده در کل؛ به تفکیک جنسیت؛ به تفکیک مراحل مختلف بیماری و به تفکیک گروه‌های سنی مختلف به ترتیب در نمودارهای ۱ الی ۴ آمده است. توجه به این

جنس، نوع درمان، هیستولوژی بیماری و اثر متقابل سن و جنس معنی‌دار نشدند. تنها متغیر سن و مرحله‌ی بیماری در سطح معنی‌داری $\alpha = 0.05$ به لحاظ آماری معنی‌دار گردید. شکل تابع بقاء

طول عمر بیشتری داشتند. وی همچنین می‌نویسد درجه هیستوپاتولوژی، سن در زمان تشخیص، سابقه خانوادگی مثبت برای سرطان های دستگاه گوارش فوقانی، مصرف الکل، سیگار و مواد مخدر تأثیر معنی‌داری در میزان بقای بیماران نداشتند. وی چنین نتیجه گرفت که طول عمر بیماران در مقایسه با سایر کشورهای توسعه یافته بسیار کمتر است. زراعتی (۱۹) در مطالعه‌ی خود اظهار می‌دارد احتمال بقای ۵ ساله بیماران مورد بررسی ۲۳.۶٪ و میانه طول عمر ۱۹.۹۰ ماه بوده است. آزمونهای یک متغیره نشان داد که جنس بیماران، محل درگیری، نوع پاتولوژی اثر معنی‌داری بر طول عمر بیماران نداشتند. اما احتمال بقای ۵ ساله با افزایش سن بیماران به طور معنی‌داری کاهش می‌یابد و همانگونه که انتظار می‌رفت آنهایی که دچار متاستاز بوده‌اند به طور معنی‌داری احتمال بقای ۵ ساله کمتری داشته‌اند و مرحله بیماری نیز بطور معنی‌داری بر طول عمر بیماران موثر بوده است ($p < 0.001$) بررسی همزمان اثر متغیرهای مختلف بر احتمال بقای بیماران با استفاده از مدل مخاطرات متناسب کاکس نشان داد که متغیرهای سن، متاستاز دور دست و مرحله بیماری بر شانس زنده ماندن بیماران تأثیر گذار بوده‌اند. متوسط طول عمر بیماران در بررسی حاضر ۲۲.۳۲ ماه گردید. توجه به این نکته مهم است که تنها ۹ بیمار در مراحل اولیه کشف شدند و اکثریت بیماران در مراحل پیشرفته ظهور کرده‌اند. درمان‌های تکمیلی شیمی‌درمانی و رادیوتراپی در این مطالعه از انسجام کافی جهت تحلیل تأثیر شیمی‌درمانی و رادیوتراپی در طول عمر بیماران برخوردار نبود. میزان تأخیر در تشخیص ۱۱.۲ ماه بود که در مقاله‌ی بانی و همکاران ۱۰.۱ ماه گزارش شده است (۱۶). منحنی بقا در حال حاضر از گستردگی ابتدایی بیماری خبر می‌دهد که اهمیت کشف زودرس و بدون تأخیر را گوشزد می‌کند.

نتیجه‌گیری

میزان بقای ۵ ساله مبتلایان به سرطان معده در ایران اندک است. همانطور که ذکر شد بر اساس گزارش‌های اخیر بروز سرطان رو به افزایش و الگوی ظهور آن به سمت پروگزیمال است که طول عمر رو به کاهش بیماران را سبب می‌شود. یعنی سرطان پروگزیمال

نمودارها مبین کاهش بقای بیماران با افزایش زمان و نیز تفاوت در منحنی‌های بقای آنها می‌باشد.

بحث

سرطان معده بر اساس گزارش انستیتو کانسر و مرکز مبارزه با بیماریهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دارای رتبه یک در مردان و رتبه سه در زنان است و این رتبه‌بندی در مقالات منتشر شده‌ی اخیر نیز مورد تأیید قرار گرفت، در حالی که بر اساس گزارش سازمان جهانی سرطان ۸، بدخیمی معده دومین سرطان مردان و ششمین سرطان زنان می‌باشد (۳ و ۱). در مقاله-ای که در سال ۲۰۰۲ توسط دکتر سجادی و همکاران منتشر شده است، میزان وقوع سرطان معده در مردان، رتبه‌ی اول و در زنان، رتبه‌ی دوم گزارش شده است (۱). بروز سرطان‌های پروگزیمال نسبت به سرطان‌های دیستال افزایش یافته است و نتایج این مطالعه در مورد محل بروز سرطان معده با مطالعات درخشان و همکاران و نیز سجادی و همکاران مطابقت دارد (۱ و ۲ و ۱۰ و ۱۲).

در بررسی انجام شده توسط زالی (۱۷) ۷۳ درصد از بیماران را مرد و ۲۷ درصد از مبتلایان را زن تشکیل می‌دادند. تشخیص سرطان در ۹.۸۳ درصد موارد در وضعیت منتشره بوده است. شیوع بیشتر سرطان اولیه معده در مردان به میزان ۲.۷ برابر می‌باشد که مطابق با آمارهای منتشر شده از سرتاسر دنیا است. همچنین در مورد وضعیت قرارگیری تومور در نواحی آناتومیک معده مشخص شد که شایعترین محل استقرار تومور در ۱/۳ تحتانی معده (۳۹/۸ درصد) بوده است. آنالیز داده‌ها نشان داد که سرطان معده اغلب در فرم منتشره تشخیص داده می‌شود.

حضور متغیر نوع درمان در تحلیل رگرسیون کاکس معنی‌دار نبوده است. اگرچه میانه‌ی زمان بقای بیماران که مورد جراحی قرار گرفتند بیشتر از بیماران بود که از روش جراحی استفاده نکردند و لیکن این تفاوت بلحاظ آماری معنی‌دار نبوده است.

یزداند (۱۸) نیز در نتایج مطالعه‌ی خود چنین بیان می‌دارد که بیماران جراحی شده در مقایسه با بیماران که جراحی نشده بودند

8. IRAC

Asian Pacific of Cancer Prevention, Apr-Jun 2005
Vol. 6 (2), pp: 195-196.

۳- نوری نیر، بابک و همکاران. بررسی شاخص‌های مرتبط با بیماران مبتلا به سرطان‌های دستگاه گوارش ثبت شده در بیمارستان طالقانی در سال ۱۳۸۱، پژوهنده ۱۳۸۱: سال ۸، شماره ۷، صص: ۵۰۷-۵۶۱.

4. Nagayato T. Background data to study of advance gastric cancer, New York, Springer-Verlag 1986.

۵- عزیزی، فریدون؛ حاتمی، حسین و محسن خان قربانی. اپیدمیولوژی بیماری‌های شایع در ایران، تهران، انتشارات اشتیاق ۱۳۷۸، صص ۲۱۴.

6. Powelly, Mc Lonkegee. The Rising Trend in Esophageal Adenocarcinoma and Gastric Cardia, Ann. Intern. Med. 1999, p 883.

7. Terry MS, Candet MM, Cammon MD. The Epidemiology Gastric Cancer, Carcinoma Radiationoncology Apr 2002, 111-127.

8. ManfeAZ, Segalina S, and et al. Prognostic Factors in Gastric Cancer, Minerva Chir 2000 May, 55(5): 299-305.

9. Pacelli F, Papa V, and et al. Proximal Compared with Distal Gastric Cancer: Multivariate Analysis of Prognostic Factors, AM Surg 2001, 67(7): 697-703.

10. Sajadi A and et al. Result of Population Based Cancer Registry from Iran. Int J Cancer 2003. 107(1):113-8.

۱۱- شهروز، سعید و همکاران. بررسی موارد ثبت شده سرطان معده در سازمان مبارزه با بیماری‌ها و انستیتو کانسر ایران- سالهای ۱۳۶۵-۱۳۷۹، مجله پژوهنده ۱۳۸۲، شماره ۷، صص: ۵۱۳-۵۱۹.

12. Derakhshan MH, Yazdanbod A, and et al. High Incidence of Adenocarcinoma Arising from the Right Side of Gastric Cardia in NW, Gut 2004 Sep; 53(9): 1262-6.

13. Malekzadeh R, Sotoudeh M, and et al. Prevalence of Gastric Precancerous Lesion in Ardabil, a High

معده خود یکی از عوامل پروگنوستیک محسوب می‌شود. سایر عوامل پروگنوستیک مهم شامل مرحله‌ی بیماری و سن بیمار است و عواملی مانند نوع هیستولوژی اولیه و جنس در پروگنوز بیماری اهمیت نداشتند است. سطح اجتماعی و اقتصادی و آگاهی بیماران نیز می‌تواند بر سرعت مراجعه و پیگیری بیماری و در نهایت بقای آنها مؤثر باشد که در این مطالعه مورد بررسی قرار نگرفت. در عین حال دیده شد که اکثر بیماران در مراحل گسترش موضعی و متاستاز مراجعه داشتند که در این وضعیت دچار متاستازهای غدد لنفاوی، کبد و حتی دور دست شده‌اند که در نتیجه درمان آنها مشکل‌تر و بر شانس زنده ماندن آنها تأثیر منفی داشته است. این امر لزوم آموزش‌های فراگیر از طریق یک برنامه‌ی کشوری به کمک رسانه‌های عمومی و جراید کثیرالانتشار و نیز انجام معاینات دوره‌ای را امری اجتناب ناپذیر می‌سازد و پیشنهاد می‌شود این مهم در سطح جامعه، بصورت مدون و دوره‌ای و با مدیریت وزارتخانه-ی متبوع صورت پذیرد.

سپاسگزاری

نگارندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند که از آقایان دکتر سید حسین یحیی زاده، متخصص پرتودرمانی-انکولوژی بیمارستان شهید فیاض بخش تهران؛ دکتر سید ابراهیم هاشمی، دکترای داروسازی و خانم فاطمه باحور کارشناس پرستاری و معصومه خدابخشی، کارشناس بهداشت عمومی بیمارستان شهید فیاض بخش تهران که با این طرح همکاری داشته‌اند و نیز سایر عزیزانی که بطور غیر مستقیم با این طرح همکاری داشته‌اند، تشکر و قدردانی نمایند.

References

1. Sajadi A, Nouraei M, Mohagheghi M. A et al, Cancer Occurrence in Iran in 2002, an International Perspective: Asian Pacific of Cancer Prevention 2005, Vol. 6 (3), pp: 359-363.
2. Sajadi A, Raafat J, Mohagheghi M A et al, Gastric Carcinoma, 5 years experience of a single institute,

- ۱۷- زالی، محمدرضا و همکاران. بررسی شاخصهای مرتبط با سرطان معده در تهران و هفت استان از کشور در سالهای ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۰. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۱۳۸۴. دوره ۱، شماره ۱۵، صص: ۱۵-۱۸.
- ۱۸- یزدانید، عباس و همکاران. میزان بقای چهار ساله‌ی بیماران مبتلا به سرطان‌های دستگاه گوارش فوقانی در استان اردبیل. مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۱۳۸۴. دوره ۵، شماره ۲، صص: ۱۸۰-۱۸۴.
- ۱۹- زراعتی، حجت و همکاران. طول عمر بیماران مبتلا به سرطان معده جراحی شده و عوامل موثر بر آن. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۱۳۸۳. دوره ۳، شماره ۴، صص: ۲۱-۳۰.
20. Yagi Y, Sehim A, Kamoeka S. Prognostic factors in stage IV gastric cancer: univariate and multivariate analysis. *J Gastric Cancer* 2000; 3:71-80.
- Incidence Province for Gastric AdenoCarcinoma in North West of Iran, *J Clin. Pathol* 2004. 57(1): 37-42.
14. Tian J, Wang XD, and et al. Survival of Patients with Stomach Cancer in Changle City of China, *World J Gastroentrol* 2004, 10(11): 1543-6.
15. Bando E, and et al. Prognostic Value of age and sex on early Gastric Cancer, *Br. J. Surg* 2004. 91(9): 1197-1201.
16. Bani-Hani KE, Yaghan RJ, and et al. Gastric Malignancy on Northern Jordan with Special Emphasis on Descriptive Epidemiology, *World J. Gastroentrol* 2004, 10(15): 2174-8.

