

بررسی عوامل مؤثر در تأخیر درمان جراحی بیماران مبتلا به بدخیمی های دستگاه گوارش

در بیماران بخشهای جراحی انستیتو کانسر و بیمارستان دکتر شریعتی در سال های ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۵

دکتر ژامک خورگامی^۱، دکتر نگین حسینی عراقی^۲

^۱ استادیار، گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

^۲ پژوهشگر، معاونت آموزش و پژوهش، سازمان انتقال خون ایران

چکیده

زمینه و هدف

بسیاری از بیماران با بدخیمی های دستگاه گوارش در مرحله ای به درمان جراحی می رسند که مدت ها است علامت دار بوده اند و برخی از آنان در مرحله غیرقابل علاج هستند. لازم است که تمامی عوامل ممکن در ایجاد مشکل فوق بررسی و راهکارهای کاربردی آن مشخص شود.

روش بررسی

در یک بررسی آینده نگر بیماران مبتلا به سرطانهای مری، معده و کولورکتال که برای اولین جراحی مراجعه کرده بودند، بررسی شدند و از شرح حال، مدارک تشخیصی، پرونده بخش جراحی و گزارش پاتولوژی بیماران، اطلاعات لازم جهت بررسی میزان تأخیر در تشخیص و درمان و عوامل مؤثر در آنها استخراج شد.

یافته ها

اطلاعات ۱۰۹ بیمار مورد بررسی قرار گرفت که ۴۲ نفر (۳۸/۵٪) بدخیمی مری، ۳۵ نفر (۳۲/۱٪) بدخیمی معده و ۳۲ نفر (۲۹/۴٪) بدخیمی کولورکتال داشتند. متوسط فاصله زمانی از علامت دار شدن بیماری تا بستری ۳۴۸ روز و از علامت دار شدن بیماری تا انجام جراحی ۳۶۷ روز بوده است. اجزای عمده این تأخیر به ترتیب عبارتند از: عدم ارجاع به موقع توسط پزشک عمومی (۱۲۴ روز)، درمان طبی نادرست توسط متخصصان (۱۰۰ روز)، آندوسکوپی نامناسب (۵۸ روز)، تأخیر به علت مراجعه دیر بیمار (۴۱ روز). درمان طبی نابجای پزشکان عمومی در بدخیمی های معده در مقایسه با بدخیمی های مری به طور معنی داری بیشتر بود (p-value=۰/۰۱). آندوسکوپی نادرست در بیماران با بدخیمی مری و معده تأخیر بیشتری نسبت به بدخیمی کولورکتال ایجاد کرده بود (p-value=۰/۰۱۶). نیاز به تکرار آندوسکوپی و بیوپسی در بیماران با سرطان مری، معده و کورکتال به ترتیب ۴۳٪، ۵۱٪ و ۲۲٪ بوده است (p-value=۰/۰۴۰).

نتیجه گیری

به نظر می رسد تأخیر عمده در درمان سرطانهای دستگاه گوارش مرتبط با درمانهایی است که به صورت سرپایی در سطح جامعه توسط پزشکان انجام می شود. تخصیص قسمتی از برنامه های آموزش مداوم پزشکان، به ویژه پزشکان عمومی، به سرطان های دستگاه گوارش برای تأکید بر علائم بیماری و شک بالینی، اندیکاسیون های بررسیهای تشخیصی یا ارجاع، انواع آزمونهای تشخیصی و ارزش هر یک، از راهکارهای دارای اولویت می باشند.

کلید واژه: سرطان های دستگاه گوارش، تشخیص، تأخیر

گوارش / دوره ۱۲، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۶، ۷۵-۸۱

تاریخ دریافت: ۸۶/۲/۱۲

تاریخ اصلاح نهایی: ۸۶/۶/۱۲

تاریخ پذیرش: ۸۶/۶/۱۲

زمینه و هدف

اندک تجربه ای برای هر جراح دستگاه گوارش کافی است که به این واقعیت پی ببرد که بسیاری از بیماران با بدخیمی های دستگاه گوارش در مرحله ای به درمان جراحی می رسند که از مدتها قبل علامت دار بوده اند (۱ و ۲) و برخی از آنها در آن مرحله تومور غیرقابل برداشت* دارند. شاید در نگاه اولیه به نظر برسد که علت این واقعیت مراجعه دیر هنگام بیماران به سیستم بهداشتی-درمانی باشد، ولی در یک نگاه جامع و سیستماتیک به نظر می رسد که عامل اصلی این تأخیر در درمان،

نویسنده مسئول: تهران، خیابان کارگر شمالی، بیمارستان دکتر علی

شریعتی، بخش جراحی، کد پستی ۱۴۱۱۴

تلفن: ۸۴۹۰۲۴۵۰، شماره: ۳۹-۸۸۶۳۳۰

E-mail: khorgami@tums.ac.ir

روش بررسی

این مطالعه بر روی بیماران بخشهای جراحی مراکز انستیتو کانسر و

* resection

و توسط جراحان مختلف انجام می‌شد. میانگین سن بیماران ۶۰/۲±۱۳/۴ سال و دامنه آن از ۱۷ تا ۸۳ سال بود. ۷۲ بیمار (۶۶/۱٪) مرد و ۳۷ بیمار (۳۳/۹٪) زن بودند. ۳۵ بیمار (۳۲/۱٪) ساکن روستا، ۴۴ بیمار (۴۰/۴٪) ساکن شهرهای کوچک و ۳۰ بیمار (۲۷/۵٪) ساکن شهرهای بزرگ بودند. ۷۴ بیمار (۶۷/۹٪) بی‌سواد بودند و ۲۲ بیمار (۲۰/۲٪) نیز تحصیلات زیر دیپلم داشتند. با استناد به گفته بیماران، ۷۴ بیمار (۶۷/۹٪) وضعیت مالی ضعیف، ۲۹ بیمار (۲۶/۶٪) وضعیت مالی متوسط و تنها ۶ بیمار (۵/۵٪) وضعیت مالی خوب داشتند. شغل‌های معمول بیماران به ترتیب خانه‌دار (۳۰/۳٪)، کارگر (۲۶/۶٪) و کشاورز (۲۱/۱٪) بودند. ۴۷ بیمار (۴۲/۲٪) در اولین مراجعه به پزشک متخصص مراجعه کرده بودند. ۶۲ بیمار (۵۷/۸٪) به پزشک عمومی مراجعه کرده بودند و سپس به پزشکان متخصص ارجاع شده بودند. پزشکان متخصص همگی آندوسکوپیست نبودند و بیماران از این گروه از متخصصان، به پزشکان آندوسکوپیست ارجاع شده بودند. پزشکان آندوسکوپیست نیز تنها گاستروانترولوژیست نبودند و شامل متخصصان بیماری‌های داخلی و سایر رده‌های فوق تخصصی بیماری‌های داخلی نیز بودند.

فاصله زمانی مرتبط با مراحل مختلف سیر بیماری در جدول ۱ آورده شده است. متوسط فاصله زمانی از علامت‌دار شدن بیماری تا بستری ۳۴۸ روز و متوسط فاصله زمانی از علامت‌دار شدن بیماری تا انجام جراحی ۳۶۷ روز بوده است. در ۶۲ بیماری که به پزشک عمومی مراجعه کرده بودند، زمان ارجاع به متخصص ۲۷۲/۸±۲۰۸/۵ روز و زمانی که بیماران تحت نظر متخصص تحت درمان طبی بودند ۲۷۲/۷±۱۰۰ روز بوده است. در ۳۳ بیمار، آندوسکوپی‌های نادرست منجر به ۳۰۲/۶±۱۸۶/۷ روز تأخیر در تشخیص شده بود. تأخیر در اولین مراجعه بیماران به پزشک ۴۱/۴±۱۴۳/۶ روز بود. چهار عامل فوق، باعث بیشترین تأخیرها در تشخیص و درمان نهایی بیماران بوده‌اند. اگر متوسط تأثیر عوامل در ۱۰۹ بیمار محاسبه شود، تأثیر عوامل فوق به صورت زیر خواهند بود:

(۱) عدم ارجاع بموقع توسط پزشک عمومی (۱۲۴ روز - ۳۳/۸٪)

(۲) درمان طبی توسط پزشکان متخصص (۱۰۰ روز - ۲۷/۲٪)

(۳) آندوسکوپی نادرست و درمان طبی به دنبال آن (۵۸ روز - ۱۵/۸٪)

(۴) تأخیر به علت اولین مراجعه دیر بیمار (۴۱ روز - ۱۱/۲٪)

چهار عامل فوق در کل ۸۸٪ تأخیر را موجب می‌شوند. نمودار سیر بیماران در فرآیند تشخیصی در شکل ۱ خلاصه شده است.

سایر علل با تأثیر کمتر عبارت بودند از: تصویربرداری‌های قبل از آندوسکوپی (۲۰ بیمار)، انتظار جهت جواب پاتولوژی، زمان لازم برای کمورادبوترپی قبل از جراحی، تأخیر ناشی از عدم رضایت به جراحی (ترس از جراحی یا کلستومی)، تأخیر ناشی از مشکلات مالی،

بیمارستان دکتر شریعتی دانشگاه علوم پزشکی تهران از بهمن ۱۳۸۳ تا شهریور ۱۳۸۴ در انستیتو کانسرواز مهر ۱۳۸۴ تا خرداد ۱۳۸۵ در بیمارستان دکتر شریعتی انجام شد که در این مدت ۱۲۵ بیمار بستری شدند. تمامی بیماران به صورت متوالی * مورد بررسی قرار گرفتند. معیار ورود بیماران به مطالعه، ابتلا به سرطان دستگاه گوارش (سرطانهای مری، معده و کولورکتال) بود که برای اولین جراحی مراجعه کرده و از شروع بیماری خود در ایران بودند. بیماران با عود بیماری که قبلاً در بستری دیگری جراحی مرتبط با بیماری فعلی خود داشتند و بیمارانی که قسمتی از فرآیند تشخیص و درمان خود را در کشور دیگری گذرانده بودند، از مطالعه حذف شدند (معیارهای خروج). اطلاعات از شرح حال بیماران (از طریق مصاحبه با بیماران و/یا همراهان)، مدارک تشخیصی بیمار (آندوسکوپی، رادیولوژی، پاتولوژی)، پرونده بخش جراحی و گزارش پاتولوژی نهایی بیمار استخراج شد. سپس میزان تأخیر در تشخیص و درمان بیماران تحلیل و میزان اثر هر یک مشخص شد.

مطالعه از نوع مدیریت سیستم بهداشتی * * بوده و اهداف مطالعه بررسی میزان تأخیر در تشخیص و درمان جراحی بیماران مبتلا به بدخیمی‌های دستگاه گوارش و بررسی عوامل مؤثر و میزان اثر هر یک در تأخیر بوده است. از آنجا که مداخله‌ای بر روی بیماران انجام نمی‌شد و انجام این بررسی اختلالی در روند درمان آنها ایجاد نمی‌کرد مشکل اخلاقی وجود نداشت. با این حال ملاحظات اخلاقی زیر در نظر گرفته شد: (۱) رضایت آگاهانه بیماران جهت این بررسی کسب شد. (۲) اشکالات و خطاهای پزشکی انجام‌شده در سیر تشخیص و درمان بیماران مخفی ماند و در نام پزشکان قبلی تجسسی نشد و بیماران به علت خطاهای انجام‌شده تحریک نشدند. (۳) اسرار پزشکی بیمار و اطلاعات جمع‌آوری‌شده محفوظ ماند.

با مطابقت شرح سیر بیماری با مدارک پزشکی موجود بیمار و کمک به بیمار از نظر یادآوری زمانی وقایع بیماری با توجه به مدارک موجود و کمک گرفتن از همراهان و خانواده، تا حد امکان از تورش یادآوری * * * کاسته شد. اطلاعات جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS (version 13) تحلیل شد. اطلاعاتی که از نظر تعداد بررسی می‌شدند با آزمون Chi-Square و مواردی که به شکل میانگین مقایسه می‌شدند با آزمونهای Student T-Test و One-way Anova بررسی شدند. برای بررسی عوامل متعدد بر تأخیر در تشخیص، از آزمون رگرسیون چندمتغیره استفاده شد.

یافته‌ها

از ۱۲۵ بیمار مورد بستری، ۱۶ نفر به علت عدم مطابقت با معیارهای ورود وارد مطالعه نشدند و در کل اطلاعات ۱۰۹ بیمار مورد بررسی قرار گرفت. در کل بیماران، ۴۲ نفر (۳۸/۵٪) بدخیمی مری، ۳۵ نفر (۳۲/۱٪) بدخیمی معده و ۳۲ نفر (۲۹/۴٪) بدخیمی کولورکتال داشتند. تمام اقدامات جراحی بیماران در بخش‌های جراحی دو بیمارستان دانشگاهی

* consecutive

** health system research

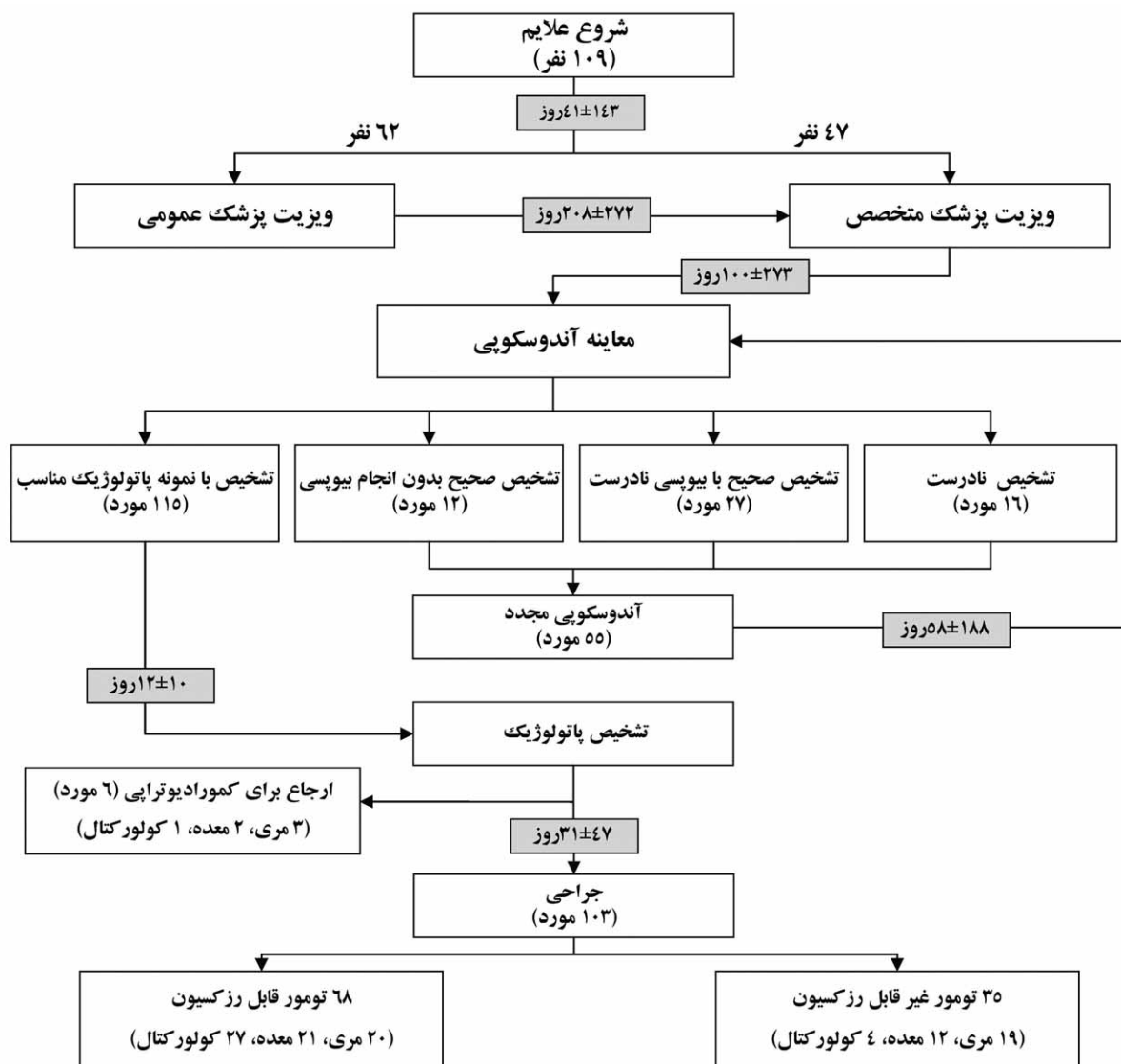
*** recall bias

عوامل تأخیر در جراحی بدخیمی‌های گوارشی

انتظار از درمانگاه تا بستری، انتظار از بستری تا جراحی و تأخیر به علت سایر مشکلات (مانند انتقال بین بیمارستانها، تعطیلات نوروز و مشکلات خانوادگی) (جدول ۲). جدول ۳ علل تأخیر در درمان جراحی بیماران را به تفکیک محل تومور نشان می‌دهد. تفاوت معنی‌داری در کل میزان تأخیر (از بروز علائم تا بستری یا جراحی) در سه گروه دیده نمی‌شود. مقایسه اجزا، نشانگر طولانی‌تر بودن تأخیر بیماران با بدخیمی کولورکتال در مراجعه به پزشک است (۹۴ روز در سرطان کولورکتال در مقابل ۴۱ روز در کل بیماران) که از لحاظ آماری نیز معنی‌دار است ($p\text{-value} = 0/046$). همچنین درمان طبی نایجابی پزشکان عمومی در بیماران با بدخیمی‌های معده ۲۷۲ روز است که در مقایسه با بیماران با بدخیمی مری (۱۴۱ روز) به طور معنی‌داری بیشتر بوده است

درمان طبی نادرست توسط متخصصان در بیماران با بدخیمی مری و معده از بیماران با بدخیمی کولورکتال بیشتر بود (۱۲۰ روز در مقابل ۵۶ روز) ولی از نظر آماری معنی‌دار نبود. آندوسکوپی نادرست در بیماران با بدخیمی مری و معده منجر به تأخیر ۷۴ روزه شده بود، در حالی که در بیماران با بدخیمی کولورکتال تأخیر به علت آندوسکوپی نادرست ۱۹ روز بود ($p\text{-value} = 0/016$). میزان بررسی‌های تصویربرداری (مانند رادیوگرافی با ماده حاجب) قبل از انجام آندوسکوپی در ۲۱٪ بیماران انجام شده بود که در سه گروه بیماران تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

در این بررسی سطح سواد در بیماران با سرطان کولورکتال بیش از سایرین بود. میزان بی‌سوادی در بیماران با سرطان مری، معده و



شکل ۱: فرآیند سیر تشخیصی-درمانی و فاصله زمانی به روز بین مراحل مختلف از شروع علائم تا جراحی در ۱۰۹ بیمار مبتلا به سرطانهای دستگاه گوارش

جدول ۱: اجزای تأخیر در درمان جراحی ۱۰۹ بیمار با سرطانهای دستگاه گوارش

تعداد بیمار	متوسط و انحراف معیار (روز)	اجزای تأخیر در درمان بیماران
۱۰۹	۴۱ ± ۱۴۴	تأخیر به علت عدم مراجعه بیمار پس از شروع علائم
۶۲	۲۰۸ ± ۲۷۳	تأخیر به علت عدم ارجاع به متخصص توسط پزشک عمومی
۱۰۹	۱۰۰ ± ۲۷۳	تأخیر ناشی از درمان طبی توسط متخصص
۲۰	۱۰ ± ۱۸	تصویربرداری قبل از آندوسکوپی
۳۳	۱۸۷ ± ۳۰۳	تأخیر به علت آندوسکوپی بدون تشخیص قطعی
۱۰۹	۱۲ ± ۱۰	انتظار جهت جواب پاتولوژی
۱۴	۷۹ ± ۴۱	زمان لازم برای کمورادیوتراپی قبل از جراحی
۱۶	۸۵ ± ۹۶	تأخیر ناشی از عدم رضایت به جراحی
۸	۴۲ ± ۸۰	تأخیر ناشی از مشکلات مالی
۱۰۹	۲۰ ± ۴۷	مدت زمان بین ارجاع جهت جراحی تا مراجعه
۱۰۹	۲ ± ۴	مدت زمان از درمانگاه تا بستری
۱۳	۵۶ ± ۷۹	تأخیر به علت سایر مشکلات*
۱۰۹	۱۸۶ ± ۳۱۰	مدت زمان بین اولین مراجعه تا اولین آندوسکوپی
۱۰۳	۸ ± ۵	مدت زمان از بستری تا جراحی
۱۰۹	۳۶۷ ± ۴۴۸	فاصله بین شروع علائم تا جراحی

*انتقال بین بیمارستانها، تعطیلات نوروز، مشکلات خانوادگی

کولورکتال به ترتیب ۸۵/۷٪، ۷۷/۱٪ و ۳۴/۴٪ بود (p-value < ۰/۰۰۱). بررسی ارتباط عوامل زمینه‌ای شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، محل سکونت، محل ضایعه و مراجعه به پزشک عمومی یا متخصص با «میزان کلی تأخیر»، با آزمون رگرسیون خطی چندمتغیره نشانگر ارتباط مستقیم سطح تحصیلات با فاصله زمانی از علامت‌دار شدن تا جراحی بیماران است (p-value = ۰/۰۲۳). فاصله علامت‌دار شدن تا جراحی در بیماران بی سواد ۳۱۲ روز، در بیماران با تحصیلات قبل از دانشگاه ۴۰۳ روز و در بیماران با تحصیلات دانشگاهی ۶۸۸ روز بوده است. همچنین «فاصله شروع علائم تا اولین مراجعه» در بیماران بی سواد ۱۸ روز، در بیماران با تحصیلات قبل از دانشگاه ۳۶ روز و در بیماران با تحصیلات دانشگاهی ۴۰۵ روز بوده است که در بررسی با رگرسیون چندمتغیره این ارتباط نیز معنی‌دار است (p-value = ۰/۰۰۲).

جدول ۲: علل تأخیر در درمان جراحی بیماران به روز به تفکیک محل تومور

فواصل زمانی	مری n=۴۲	معدده n=۳۵	کولورکتال n=۳۲
زمان شروع علائم تا اولین مراجعه ^a	۲۲ ± ۳۷*	۱۷ ± ۴۴	۹۴ ± ۲۵۴
عدم ارجاع توسط پزشک عمومی ^b	۱۴۱ ± ۲۵۸	۲۷۲ ± ۲۸۰	۲۱۳ ± ۲۷۸
درمان طبی توسط متخصص	۱۲۷ ± ۳۸۰	۱۰۷ ± ۲۰۴	۵۶ ± ۱۳۸
تصویربرداری قبل از آندوسکوپی	۴ ± ۱۴	۱ ± ۴	۱ ± ۳
آندوسکوپی بدون تشخیص قطعی ^c	۸۰ ± ۲۴۱	۶۷ ± ۱۸۸	۱۹ ± ۷۰
انتظار جهت جواب پاتولوژی	۱۳ ± ۱۲	۱۲ ± ۷	۱۱ ± ۹
کمورادیوتراپی قبل از عمل	۶ ± ۲۳	۶ ± ۲۳	۲۰ ± ۴۲
ارجاع جهت جراحی تا مراجعه	۲۱ ± ۴۷	۱۷ ± ۲۷	۲۲ ± ۶۴
از درمانگاه تا بستری	۲ ± ۳	۲ ± ۴	۲ ± ۴
از بستری تا جراحی	۸ ± ۶	۶ ± ۵	۸ ± ۵
از شروع علائم تا بستری	۲۹۰ ± ۴۱۴	۳۵۸ ± ۳۴۷	۴۱۲ ± ۵۴۸
از شروع علائم تا جراحی	۲۹۸ ± ۴۱۶	۳۶۴ ± ۳۴۷	۴۲۰ ± ۵۴۹

* متوسط ± انحراف معیار (روز)

a: p-value < ۰/۰۵ مقایسه بیماران دچار سرطان کولورکتال با سایر بیماران

b: p-value < ۰/۰۵ مقایسه بیماران دچار سرطان معدده با بیماران دچار سرطان مری

c: p-value < ۰/۰۵ مقایسه بیماران دچار سرطان مری و معدده با بیماران دچار سرطان کولورکتال

جدول ۳: تعداد آندوسکوپی و بیوپسی ۱۰۹ بیمار با سرطان دستگاه گوارش قبل از جراحی

تعداد (درصد)	آندوسکوپی / بیوپسی
۱۷۰	تعداد آندوسکوپی قبل از جراحی
۱۴ (۸/۳٪)	آندوسکوپی بدون تشخیص بدخیمی، بدون بیوپسی
۲ (۱/۲٪)	آندوسکوپی بدون تشخیص بدخیمی، با بیوپسی منفی
۳ (۱/۸٪)	آندوسکوپی بدون تشخیص بدخیمی، با بیوپسی مثبت
۱۲ (۷/۱٪)	آندوسکوپی با تشخیص بدخیمی، بدون بیوپسی
۲۷ (۱۶٪)	آندوسکوپی با تشخیص بدخیمی، با بیوپسی منفی
۱۱۲ (۶۶/۳٪)	آندوسکوپی با تشخیص بدخیمی، با بیوپسی مثبت
۱۴۳ (۸۴/۶٪)	تعداد بیوپسی
۳۶ (۲۵/۲٪) ^a	بیوپسی تکرار شده

a نسبت به کل ۱۴۳ بیوپسی

بررسی سایر اجزای تأخیر، ارتباطی را با سطح تحصیلات نشان نمی‌دهد. همچنین در این بررسی میزان تأخیر در بیماران که به پزشک عمومی مراجعه کرده‌اند، به طور معنی‌داری بیشتر است. در این دسته از بیماران، فاصله علامت‌دار شدن تا جراحی، ۴۲۷ روز و در گروهی که به متخصص مراجعه کرده بودند، ۲۶۱ روز بود (p-value = ۰/۰۲۵).

قابل توجهی از بیماران در مراحل پیشرفته‌تر تشخیص داده می‌شوند که خود تبعاتی مانند عدم امکان شفای بیمار، کوتاه شدن بقای بیمار، اثرات منفی اجتماعی-اقتصادی در جامعه و بی‌اعتمادی جامعه به نظام بهداشتی-درمانی را به دنبال دارد. برای تعیین اهمیت هر یک از مشکلات فوق، بدون بررسی جامع نمی‌توان اولویت و بودجه لازم برای راهکارهای ممکن را تعیین کرد. انجام این مطالعه بیانگر این خواهد بود که اولویت با کدام یک از مشکلات است و کدام راهکار، راهگشای بهتری برای حل این مشکل است.

نتایج مطالعه فوق نشانگر تأخیر «یک‌ساله» در درمان جراحی بیماران با سرطانهای دستگاه گوارش (شامل سرطان مری، معده و کولورکتال) است که می‌تواند حاکی از یک مشکل ملی در سطح تشخیص و درمان این گروه از بیماریها باشد. بررسی تجارب سایر کشورها نیز نشانگر وجود تأخیر در تشخیص این بیماریها است. بررسی انجام‌شده در تایلند در سال ۲۰۰۲ بر روی ۱۳۷ بیمار با سرطان کولون نشان داد که شایعترین مرحله بیماری در زمان تشخیص، مرحله‌ای است که تومور متاستاتیک بوده است. (۴)، بررسی دیگری در فارمینگتون میشیگان که به مقایسه بیماران مبتلا به سرطان کولون در دو گروه بالا و زیر چهل سال می‌پردازد (۵)، نشان داده که از زمان علامت‌دار شدن تا تشخیص، به طور متوسط ۵ ماه طول کشیده است و مرحله بیماری در گروه زیر ۴۰ سال به طور مشخصی بالاتر از گروه بالای ۴۰ سال بوده است (۴۲٪ مرحله دوک C در مقابل ۲۲٪، $p\text{-value}=0/014$).

بررسی انجام‌شده در دانشگاه کالیفرنیا که در سال ۲۰۰۴ منتشر شده است (۶)، ۲۶۰ بیمار با سرطان مری را بررسی کرده و نشان داده که میانه زمان دیسفاژی در دو گروه زیر ۵۰ سال و بالای ۵۰ سال به ترتیب ۳/۵ و ۲ ماه بوده است ($p\text{-value}<0/0001$) و ۵۰ درصد بیماران زیر ۵۰ سال در مراحل II و III تشخیص داده می‌شوند. مطالعه دیگری در لیدز انگلستان (۷) بر روی ۲۷ بیمار مبتلا به سرطان مری و ۸۰ بیمار مبتلا به سرطان معده نشان داده است که فاصله شروع علائم تا تشخیص ۱۷ هفته (از ۱ تا ۱۶۸ هفته) بوده است و مرحله تشخیص بیماری در بیماران مبتلا به سرطان مری ارتباط معنی‌داری با تأخیر در تشخیص دارد.

به دنبال همین مشکلات بررسی‌هایی نیز در جهت ریشه‌یابی مشکل انجام شده است. اگرچه برخی مطالعات گذشته‌نگر (۸) نشان داده‌اند که احتمال بدخیمی در بیماران با مشکلات سوء‌هاضمه بدون عارضه در افراد زیر ۵۵ سال تنها یک در میلیون است ولی امروزه صاحب‌نظران معتقدند که با انجام درمانهای طبی در بیماران با مشکلات مبهم گوارشی بدون انجام آندوسکوپی، امکان محو کردن علائم سرطانه در مراحل اولیه وجود دارد. (۹)

جست‌وجو در مقالات، بررسی‌های دیگری را نشان می‌دهد که حاکی از مشکلات آندوسکوپی در تشخیص سرطانه‌ها است. بررسی انجام‌شده در ادینبورگ انگلستان که در سال ۲۰۰۲ منتشر شده (۱۰) نشان داده است

۱۰۹ بیمار مورد مطالعه، در کل ۱۷۰ بار تحت آندوسکوپی تشخیصی قرار گرفته بودند (به طور متوسط هر بیمار ۱/۵۶ بار). نتایج این آندوسکوپی‌ها در جدول ۳ آورده شده است. این بررسی نشان می‌دهد که تنها در آندوسکوپی دوسوم بیماران (۳/۶۶٪)، هم تشخیص بدخیمی داده شده و هم بیوپسی مناسب گرفته شده است. در ۱۰٪ آندوسکوپی‌ها تشخیص بدخیمی مطرح نشده است و در ۱۲ مورد (۷/۱٪) علی‌رغم تشخیص بدخیمی، بیوپسی گرفته نشده است. در ۲۷ مورد (۱۶٪) نیز با وجود تشخیص بدخیمی و انجام بیوپسی، نتیجه بیوپسی از لحاظ بدخیمی منفی بوده است و یک‌چهارم کل بیوپسی‌ها (۳۶ مورد) «بیوپسی مجدد» بوده است. میزان بیوپسی مجدد در سه گروه بیماران با سرطان مری، معده و کولورکتال به ترتیب ۲۱٪، ۲۵٪ و ۱۹٪ بوده است که تفاوت معنی‌داری نداشته است.

مقایسه تعداد بیمارانی که بیش از یک بار تحت آندوسکوپی قرار گرفته‌اند در سه گروه بدخیمی‌های مری، معده و کولورکتال نشان می‌دهد که ۴۳٪ بیماران با سرطان مری و ۵۱٪ بیماران با سرطان معده بیش از یک بار آندوسکوپی شده‌اند در حالی که این میزان در بیماران با سرطان کولورکتال ۲۲٪ بوده است ($p\text{-value}=0/040$).

در نهایت ۶۸ بیمار از ۱۰۳ بیمار جراحی‌شده (۶۶٪)، قابلیت رزکسیون تومور را داشته‌اند که در ۴۹/۳٪ این زیرگروه از بیماران نیز تومور در مراحل ۳ یا ۴ بوده است. میزان تومور غیرقابل رزکسیون در سرطانه‌های مری، معده و کولورکتال به ترتیب ۴۸/۷٪، ۳۶/۴٪ و ۱۲/۹٪ بود. جراحی تسکین‌دهنده* در سرطان مری و معده بیشتر (به ترتیب ۳۷٪ و ۵۳٪) و در سرطانه‌های کولورکتال کمتر (۱۷٪) بوده است ($p\text{-value}=0/011$).

بحث

فرآیند معمول و بدون اشکال در تشخیص بیماری با بدخیمی دستگاه گوارش به این صورت است که پس از بروز علائم بالینی و مراجعه به سیستم بهداشتی-درمانی، پزشک به بیماری شک کند و اقدامات تشخیصی را که مهمترین آنها آندوسکوپی دستگاه گوارش است، انجام دهد. این بررسی نشانگر تومور و بررسی پاتولوژیک از بیوپسی به عمل آمده تأییدکننده آن خواهد بود. اگر فرآیند فوق بدون مشکل طی شود، بیمار در زودترین زمان ممکن جهت درمان جراحی معرفی می‌شود. ولی در واقع، مشکلات فراوانی در این فرآیند ساده ایجاد می‌شوند. از جمله عواملی که می‌توانند منجر به تأخیر در درمان جراحی شوند، عبارتند از: علامت‌دار شدن دیررس بیماری، تأخیر در مراجعه اولیه بیمار، عدم توجه لازم پزشکان در برخورد اولیه با بیماران، اقدامات تشخیصی-درمانی نابجا، آندوسکوپی نامناسب و یا بدون بیوپسی، بررسی طولانی پاتولوژیک بیوپسی‌ها، مشکلات مالی جهت بستری و عمل جراحی، نوبت جراحی طولانی، بررسی‌های طولانی قبل از عمل، نگرش برخی از مردم و حتی از پزشکان مبنی بر بی‌فایده بودن جراحی در این بیماران. نتیجه مشکلات فوق به این منجر می‌شود که تعداد

* palliative

مطبوعات و رسانه‌ها قابل انجام است و به ویژه این جزء در مورد بدخیمی‌های کولورکتال که بیشترین «تأخیر در مراجعه بیمار» مربوط به آن است، اهمیت دارد. این مطالعه حاکی از این موضوع است که بیماران با بدخیمی‌های کولورکتال به طور متوسط ۳ ماه بعد از بروز نشانه‌ها، برای اولین بار به پزشک مراجعه می‌کنند، در حالی که این تأخیر در بیماران با بدخیمی‌های مری و معده حدود ۲۰ روز است. بنابراین شاید لازم باشد تا در آموزش عموم مردم، بر علائم بدخیمی‌های کولورکتال تأکید بیشتری انجام شود.

ارتباط معکوس «سطح تحصیلات» با «زمان علامت‌دار شدن بیماری تا درمان جراحی» و «زمان علامت‌دار شدن تا اولین مراجعه» قابل تأمل است. در این مطالعه، تأخیر در مراجعه اولیه و در نهایت در درمان نهایی بیمار در بیماران بی‌سواد کمتر از سایر بیماران و در بیماران با تحصیلات دانشگاهی بیشتر از بیماران با سواد غیر دانشگاهی بوده است. شاید این یافته نشانگر خوددرمانی‌های نابه‌جای قشر تحصیل‌کرده و اعتماد و اتکالی بیشتر قشر کم‌سواد به نظام بهداشتی-درمانی است. بررسی علمی این فرضیه نیاز به مطالعات بیشتر دارد.

همچنین نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که اگرچه ۶۸٪ بیماران بی‌سواد و ۳۲٪ در روستا و ۴۰٪ در شهرهای کوچک ساکن بودند، ولی حدود نیمی از بیماران در نخستین مراجعه خود به پزشکان متخصص مراجعه کرده‌اند. این بدین معنی است که قسمت عمده‌ای از بیماران با مراجعه به شهرها و پزشکان متخصص، لایه‌های ارجاع‌دهنده شبکه بهداشتی-درمانی را نادیده می‌گیرند. این معضل یک مشکل فرهنگی است که شاید از بی‌اعتمادی مردم به سطوح اولیه شبکه بهداشتی منشأ می‌گیرد و نیازمند فرهنگ‌سازی نظام بهداشتی در این زمینه است.

در این بررسی در ۶۶٪ بیماران تومور قابلیت رزکسیون داشته است. در این بیماران میزان تومور غیر قابل رزکسیون در تومورهای مری، معده و کولورکتال به ترتیب ۴۸/۷٪، ۳۶/۴٪ و ۲۲/۶٪ بوده است. در مطالعه‌ای در هند بر روی ۸۹ بیماری که با تشخیص سرطان معده تحت جراحی قرار گرفته‌اند، در ۳۹ بیمار (۴۳/۸٪) تومور قابل رزکسیون نبوده است (۱۳)، با این حال بسته به محل تومور در معده، این میزان تا ۷۲٪ نیز گزارش شده است (۱۴). در سرطانهای کولورکتال قابلیت رزکسیون بیشتر است و تا ۹۷٪ نیز گزارش شده است (۱۵). در کل، قابلیت رزکسیون تومور به مرحله تومور بستگی دارد که به نظر می‌رسد در جوامع مختلف متفاوت است.

یکی از محدودیتهای این مطالعه انجام آن در دو مرکز دانشگاهی بود. اگر چه انجام مطالعه در دو مرکز به اعتبار آن می‌افزاید، ولی اطلاعات مربوط به بیمارانی را که به بیمارستانهای خصوصی مراجعه می‌کنند، در اختیار ما نمی‌گذارد. ۶۸٪ بیماران این مطالعه به گفته خودشان از وضع مالی ضعیفی برخوردار و بیش از ۳۰٪ ساکن روستا بوده‌اند. بنابراین این سؤال پیش می‌آید که میزان تأخیر در تشخیص و درمان بیمارانی که وضع اقتصادی بهتری دارند و در بیمارستانهای خصوصی تحت درمان قرار

که از ۱۲۹ بیمار مبتلا به سرطان معده ۱۸ بیمار (۱۴٪) در اولین آندوسکوپی تشخیص داده نشده بودند که موجب تأخیر متوسطی به اندازه ۱۳ هفته (از ۳ تا ۱۰۲ هفته) در اقدامات درمانی بیماران شده بود. محققان ژاپنی بر اساس مطالعات مشابه پیشنهاد کرده‌اند (۱۱) که بیماران در معرض خطر، علی‌رغم آندوسکوپی طبیعی، تحت آندوسکوپی مجدد قرار گیرند.

در کل اگر چه تمامی مطالعات در تأثیر کاهش تأخیر در تشخیص بر روی بقا هم‌نظر نیستند ولی برخی مطالعات نشان می‌دهند که کاهش تأخیر می‌تواند منجر به افزایش بقای بیماران شود (۱۲). علی‌رغم آنچه تصور می‌شود که عدم مراجعه بیماران عامل اصلی این تأخیر می‌باشد، نتایج این مطالعه بیانگر این است که عمده این تأخیر مرتبط با درمانهای نادرستی است که به صورت سرپایی توسط پزشکان عمومی و متخصص در سطح جامعه انجام می‌شود (۶۲٪ تأخیر). بنابراین بهترین راهکار «آموزش جامعه پزشکی» اجرای برنامه‌های آموزش مداوم و همچنین تقویت دروس آموزشی دوره پزشکی عمومی و تخصصی در این زمینه است. لازم است تا با تبیین علائم بالینی اولیه این بیماریها برای پزشکان، شک صحیح آنان را در برخورد با این بیماران برانگیخت. این موضوع به خصوص در برخورد با بیماران با بدخیمی‌های معده که بیشترین زمان را در درمانگاهها از دست می‌دهند، اهمیت دارد؛ به ویژه این که علائم بالینی این گروه از بیماران با علائم سایر تشخیص‌های خوش‌خیم مانند گاستریت یا زخمهای پپتیک قابل اشتباه است. تدوین دستورالعمل‌های ملی در مورد اندیکاسیون‌های بررسی‌های تشخیصی بیماران (رهنمودهای ارجاع برای آندوسکوپی یا مطالعات رادیولوژیک) از راه‌حل‌های ممکن است.

از علل مهم دیگر تأخیر در تشخیص و درمان این گروه از بیماریها، «آندوسکوپی‌های نادرست» است که با عدم تشخیص ضایعه تومورال، عدم انجام بیوپسی و یا گرفتن بیوپسی نادرست، تشخیص صحیح بیماری را به تعویق می‌اندازد. در برخی شهرهای کوچک، پزشکان داخلی یا فوق‌متخصصان غیرگوارش بدون گذراندن دوره خاصی اقدام به آندوسکوپی می‌کنند. به نظر می‌رسد این مشکل با آموزش پزشکان آندوسکوپیست و برقراری استانداردهای لازم برای انجام آندوسکوپی قابل رفع است. لازم است تا وزارت بهداشت و درمان و نیز انجمنهای علمی مربوط ضمن تدوین و آموزش استانداردهای لازم برای انجام این گونه اقدامات تشخیصی، تحقیقاتی تکمیلی نیز برای شناخت و رفع مشکلات موجود انجام دهند. این مطالعه نشان داد که آندوسکوپی بیماران با سرطانهای مری و معده از اشکالات بیشتری برخوردار است و ۴۰ تا ۵۰ درصد این بیماران نیاز به آندوسکوپی مجدد پیدا می‌کنند. برخی از آندوسکوپی‌های انجام‌شده در بیماران این مطالعه نیز توسط پزشکان داخلی یا فوق‌متخصصان غیرگوارش انجام شده است که شاید معضلات مربوط به این قسمت ناشی از همین موضوع باشد.

در نهایت «آموزش جامعه» یکی از راهکارهایی باشد که با هماهنگی با

بیماران با رده‌های مختلف اجتماعی را نیز مد نظر قرار دهد. همچنین لازم است تا از منابع انسانی بیشتری، مانند پزشکان، نیز اطلاعات مورد نیاز جمع‌آوری شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این مطالعه به نظر می‌رسد که عمده تأخیر از زمان علامت‌دار شدن بیماران دچار سرطانهای دستگاه گوارش تا زمان انجام جراحی، مرتبط با بررسی‌ها و درمان‌هایی است که به صورت سرپایی در سطح جامعه توسط پزشکان انجام می‌شود. تخصیص قسمتی از برنامه‌های آموزش مداوم پزشکان، به ویژه پزشکان عمومی، به سرطانهای دستگاه گوارش برای تأکید بر علائم بیماری و شک بالینی، اندیکاسیونهای بررسی‌های تشخیصی یا ارجاع، انواع آزمونهای تشخیصی و ارزش هر یک، از راهکارهای دارای اولویت می‌باشند. تدوین استانداردهای آندوسکوپی و نظارت بر اقدامات آندوسکوپی انجام شده در سطح کشور از سایر راهکارهاست. در مرحله بعدی آموزش عموم مردم در زمینه نشانه‌های این دسته از بیماریها اهمیت دارد.

می‌گیرند، چگونگی است. برای پاسخ به این سؤال نیاز به طراحی و اجرای پژوهشهایی با طیف وسیع تر و در سطح ملی است. از محدودیتهای دیگر مطالعه، جمع‌آوری برخی داده‌ها بر اساس گفته‌های بیمار است. اگرچه بسیاری از موارد با استفاده از مستندات و نتایج مکتوب پاراکلینیک و پرونده بیمار جمع‌آوری شده است، ولی با این حال مواردی مانند «فاصله علامت‌دار شدن تا مراجعه به پزشک» و «فاصله مراجعه به پزشک عمومی تا ویزیت تخصصی» از مواردی است که تنها با پرسش از بیمار جمع‌آوری شده است. لذا برای مطالعات دقیق تر و وسیع‌تر آتی توصیه می‌شود که از پزشکان بیماران مورد مطالعه نیز اطلاعات مرتبط جمع‌آوری گردند تا به اعتبار مطالعه افزوده شود. یکی دیگر از محدودیتهای مطالعه این بود که بیماران مورد بررسی، بیماران بستری در بخش جراحی بودند، بنابراین بیمارانی با سرطانهای پیشرفته یا متاستاتیک که کاندید جراحی نشده‌اند، وارد مطالعه نگردیده‌اند و مستقیماً جهت کمورادیوتراپی ارجاع شده‌اند. بنابراین احتمالاً میزان سرطانهای غیر قابل جراحی در جامعه بیش از میزان به دست آمده در این مطالعه است. برای رفع مشکلات فوق نیاز به انجام یک مطالعه در طیف وسیع است که بیماران را در مراحل اولیه فرآیند، بررسی می‌کند و

References

- Hosseini SN, Mousavinasab SN, Moghimi MH, Fallah R. Diagnosis and treatment of gastric cancer: from the beginning of symptoms to surgery-an Iranian study. *Turk J Gastroenterol* 2007; 18: 77-81.
- Maconi G, Kurihara H, Panizzo V, Russo A, Cristaldi M, Marrelli D, et al. Gastric cancer in young patients with no alarm symptoms: focus on delay in diagnosis, stage of neoplasm and survival. *Scand J Gastroenterol* 2003; 38: 1249-55.
- Jiwa M, Reid J, Handley C, Grimwood J, Ward S, Turner K, et al. Less haste more speed: factors that prolong the interval from presentation to diagnosis in some cancers. *Fam Pract* 2004; 21: 299-303.
- Kullavanijaya P, Rerknimitr R, Amornrattanakosol J. A retrospective study of colorectal cancer patients in King Chulalongkorn Memorial Hospital. *J Med Assoc Thai* 2002; 85 (Suppl 1): 85-90.
- MacGillivray DC, Swartz SE, Robinson AM, Cruess DF, Smith LE. Adenocarcinoma of the colon and rectum in patients less than 40 years of age. *Surg Gynecol Obstet* 1991; 172: 1-7.
- Portale G, Peters JH, Hsieh CC, Tamhankar AP, Almogy G, Hagen JA, et al. Esophageal Adenocarcinoma in Patients < 50 Years Old: Delayed Diagnosis and Advanced Disease at Presentation. *The American Surgeon* 2004; 70: 954-8.
- Martin IG, Young Sh, Sue-Ling H, Johnston D. Delays in the diagnosis of oesophagogastric cancer: a consecutive case series. *BMJ* 1997; 314: 467.
- Gillen D, McColl KEL. Does concern about missing malignancy justify endoscopy in uncomplicated dyspepsia in patients aged less than 55? *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 75-9.
- Griffin SM, Raimes SA. Proton pump inhibitors may mask early gastric cancer. Dyspeptic patients over 45 should undergo endoscopy before these drugs are started. *BMJ* 1998; 317:1606-7.
- Amin A, Gilmour H, Graham L, Paterson-Brown S, Terrace J, Crofts TJ. Gastric adenocarcinoma missed at endoscopy. *J R Coll Surg Edinb* 2002; 47: 681-4.
- Hosokawa O, Watanabe K, Hatorri M, Douden K, Hayashi H, Kaizaki Y. Detection of gastric cancer by repeat endoscopy within a short time after negative examination. *Endoscopy* 2001; 33: 301-5.
- Gomez-Dominguez E, Trapero-Marugan M, del Pozo AJ, Cantero J, Gisbert JP, Mate J. The colorectal carcinoma prognosis factors. Significance of diagnosis delay. *Rev Esp Enferm Dig* 2006; 98: 322-9.
- Sambasivaiah K, Ibrarullah M, Reddy MK, Reddy PV, Wagholikar G, Jaiman S, et al. Clinical profile of carcinoma stomach at a tertiary care hospital in south India. *Trop Gastroenterol*. 2004; 25: 21-6.
- Bancu S, Bara T, Esianu M, Zamfir D, Marian D, Borz C, et al. Multivisceral operations for carcinoma of the upper stomach and cardia. *Chirurgia (Bucur)*. 2004; 99: 53-6.
- Andreoni B, Chiappa A, Bertani E, Bellomi M, Orecchia R, Zampino M, et al. Surgical outcomes for colon and rectal cancer over a decade: results from a consecutive monocentric experience in 902 unselected patients. *World J Surg Oncol*. 2007; 5: 73.

Assessment of Factors Causing Delay to Surgical Treatment of Patients with Gastrointestinal Malignancies in Patients of Surgery Wards of Cancer Institute and Dr. Shariati Hospital in 2004-6

ABSTRACT

Background: Many patients with gastrointestinal malignancies undergo false treatments and incorrect diagnostic studies before diagnosis. This study considered all possible causes to propose prior solutions.

Materials and Methods: Patients with gastrointestinal malignancies (esophageal, gastric, and colorectal) who were admitted for the first surgery were assessed. The delay of diagnosis and treatment and responsible factors were analyzed from patients' history by interview and reviewing paraclinical data, patient's records, and pathology report.

Results: 109 patients were assessed with esophageal cancer (42 patients), gastric cancer (35 patients), and colorectal cancers (32 patients). Mean duration "from being symptomatic to admission" was 348 days and the mean duration "from being symptomatic to surgery" was 366 days. The most important parts of the delay were: "not being referred by general practitioners" (124 days), "incorrect medical treatment by specialists (100 days), inadequate endoscopy (58 days) and ignoring symptoms by patients (41 days). The mean duration of incorrect medical treatment by general practitioners in gastric cancer was more in compare to esophageal cancers (p-value= 0.01). Inadequate endoscopy resulted in more delay in esophageal and gastric than colorectal cancers (p-value= 0.016). Need to repeat endoscopy in patients with esophagus, gastric and colorectal cancer were 43%, 51%, and 22% respectively (p-value= 0.040).

Conclusion: The most important part of delay in surgical treatment of gastrointestinal malignancies was related to incorrect outpatient treatments by general practitioners and specialists. It seems that the best solution to reduce time of diagnosis in gastrointestinal malignancies is continuing education for physicians, especially general practitioners.

Govareh/ Vol. 12, No. 2, Summer 2007; 75-81

Keywords: Gastrointestinal malignancies, Diagnosis, Delay

Khorgami Zh

Department of Surgery, Tehran
University of Medical Sciences

Hosseini Araghi N

Department of Research and
Education, Iranian Blood
Transfusion Organization

Corresponding Author:

Zhamak Khorgami M.D.
Shariati Hospital,
Kargar-e-Shomali Ave.,
Tehran, 14114, Iran.
Tel: +98 21 84902450
Fax: +98 21 88633039
E-mail: khorgami@tums.ac.ir