

اپیدمیولوژی سرطان روده بزرگ در رابطه با سن در ایران

دکتر رسول ستوده‌منش^۱، دکتر علی علی‌عسگری^۲

۱ - استادیار بخش گوارش بیمارستان شریعتی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد ۲ - کارشناس پژوهشی مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران

Abstract:

Epidemiology of the colon cancer in Iran: Relationship with age.

Sotudehmanesh R. MD, Ali-Asgari A. MD
Tehran University of Medical Sciences

Background: The rate of colorectal carcinoma is increasing in developing countries and it affects younger patients more frequently.

Aims: To estimate the frequency of colorectal carcinoma in the young population as well as to compare its features in young and old Iranian patients.

Patients and Methods: Patients' records in Shariati and Imam Khomeini hospitals from 1991 to 2000 were retrospectively reviewed. Information regarding age, sex, clinical manifestations, laboratory results, and pathology reports were recorded. Young age was defined as age less than 40 years at the time of diagnosis.

Results: A total of 380 patients (60.3% male, 39.7% female) with a mean age of 53.9 years (SD= 15.6) were studied; 22.3% of the patients were in the young age group (<40 years). The most common symptoms among the patients were: rectal bleeding (91.4%), abdominal pain (87.4%), weight loss (85.1%) and constipation (80.6%). Distribution of tumour site between the two age groups was not different. Younger patients presented in more advanced stages of disease. Poorly differentiated tumours were more frequent in younger patients, ($p < 0.001$).

Conclusions: Due to the higher rate of colorectal carcinoma in young patients in our country, the importance of genetic factors should be more stressed. The possibility of colorectal carcinoma should be considered in patients less than 40 years presenting with rectal bleeding.

Key words: Cancer, colon, rectum, and young age.

چکیده:

پیش زمینه و هدف: میزان سرطان روده بزرگ در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است و بیماران جوانتر را با فراوانی بیشتری درگیر می‌کند. هدف این مطالعه برآورد فراوانی سرطان روده بزرگ در جمعیت جوان و مقایسه تظاهرات آن در بیماران جوان و مسن در کشور ایران بود.

روش کار و بیماران: پرونده‌های بیماران در دو بیمارستان شریعتی و امام خمینی بین سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۷۰ به روش گذشته‌نگر بررسی شدند. اطلاعات راجع به سن، جنس، تظاهرات بالینی، یافته‌های آزمایشگاهی و گزارش‌های پاتولوژی ثبت شدند. سن کمتر از ۴۰ سال در زمان تشخیص بعنوان گروه سنی جوان در نظر گرفته شد.

نتایج: تعداد ۳۸۰ بیمار (۶۰/۳٪ مرد و ۳۹/۷٪ زن) با متوسط سنی ۵۳/۹ سال (SD=۱۵/۶) بررسی شدند. ۲۲/۳٪ بیماران در گروه سنی جوان (زیر ۴۰ سال) قرار داشتند. شایعترین شکایات در بین بیماران عبارت بودند از: خونریزی رکتال (۹۱/۳٪)، درد شکمی (۸۷/۴٪)، کاهش وزن (۸۵/۱٪) و یبوست (۸۰/۶٪). توزیع مکانی تومور بین دو گروه سنی متفاوت نبود. بیماران جوانتر در مراحل پیشرفته‌تری از بیماری مراجعه کردند. تومورهای با تمایز ساختمانی بد در بیماران جوانتر فراوانتر بودند ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: به علت بروز بیشتر سرطان روده بزرگ در بیماران جوان در کشور ما باید اهمیت عوامل ارثی را بعنوان علت این بیماری در ایران مورد توجه بیشتری قرار داد و علامت خونریزی از مقعد را در افراد زیر ۴۰ سال بعنوان امکان وجود سرطان روده هم در نظر گرفت.

کلواژگان: سرطان، کولون، رکتوم، سن جوان

مقدمه:

شیوع سرطان روده بزرگ به طور قابل توجهی در سراسر جهان متفاوت است. این بیماری یک علت اصلی مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته محسوب می‌شود ولی در کشورهای در حال توسعه نادر در نظر گرفته می‌شود. بروز سرطان روده بزرگ در جوامع متمدن شرق آسیا از جمله ژاپن، سنگاپور، و هنگ کنگ متوسط و سریعاً در حال افزایش گزارش شده است^(۱). Potter و همکاران معتقدند که بروز

سرطان روده بزرگ با مهاجرت و غربی‌شدن (westernization) افزایش می‌یابد^(۲) و خطر پیشرفت این وضعیت با هر دهه زندگی ۲ برابر می‌شود^(۳-۴).

در کشورهای غربی سرطان روده بزرگ در افراد زیر ۴۰ سال نسبتاً نادر است^(۵-۷)، برخلاف کشورهای در حال توسعه که بروز سرطان روده بزرگ در جمعیت جوانتر بیشتر دیده می‌شود^(۸-۹). در غالب مطالعاتی که در غرب انجام شده سرطان روده بزرگ در ۶-۲٪ بیماران زیر سن ۴۰ سال دیده می‌شود^(۵-۷). با این حال مطالعات متعدد از کشورهای

جدول ۱: فراوانی سرطان روده بزرگ در گروه‌های مختلف سنی (تعداد کل: ۳۷۷).

گروه سنی	تعداد	درصد
زیر ۲۰ سال	۲	۰,۵
۲۰-۳۰ سال	۳۰	۸,۰
۳۰-۴۰ سال	۵۲	۱۳,۸
۴۰-۵۰ سال	۷۴	۱۹,۶
۵۰-۶۰ سال	۷۲	۱۹,۱
۶۰-۷۰ سال	۹۸	۲۶,۰
بالای ۷۰ سال	۴۹	۱۳,۰

اطلاعات راجع به سن، جنس، تظاهرات بالینی شامل علائم گوارشی و یافته‌های معاینه فیزیکی، تست‌های آزمایشگاهی (Alk. ph, ALT, AST, Platelet, MCV, Hb, WBC) یافته‌های تصویربرداری (باریم انما، سونوگرافی، CT-scan و کولونوسکوپی) و گزارش‌های پاتولوژی و جراحی، جمع‌آوری شدند. ما از طبقه‌بندی دوک (Duke) برای تعیین مرحله تومور استفاده کردیم^(۱۹):

- A: تومور محدود به مخاط،
 B: تومور دیواره روده را درگیر کرده ولی گره لنفی درگیر نشده،
 C: تومورهایی که درگیری غدد لنفاوی ایجاد کرده‌اند و
 D: تومورهایی که متاستاز دور دست داده‌اند.

تومورهای سمت راست تحت عنوان تومورهایی که از سکوم تا کولون عرضی منشأ می‌گیرند تعریف شدند. تومورهای سمت چپ تحت عنوان تومورهایی که از خم طحالی، کولون نزولی و سیگموئید منشأ گرفته‌اند تعریف شدند. سن جوان تحت عنوان سن زیر ۴۰ سال در زمان تشخیص تعریف شد.

متغیرهای مورد مطالعه در جمعیت بیماران بررسی شده و بین دو گروه سنی مقایسه شدند. تست X^2 (کای دو) برای تعیین p-value به کار رفته و یافته معنی‌دار از نظر آماری تحت عنوان p-value کمتر از ۰,۰۵ تعریف شد. یافته‌ها با نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

محدودیت اصلی این مطالعه فقدان اطلاعات کامل در پرونده بیماران بود که باعث شد اطلاعات کافی برای نتیجه‌گیری دقیق در مورد برخی متغیرها به دست نیاید. البته با توجه به ماهیت گذشته‌نگر این مطالعه بروز این مشکلات تا حدودی قابل پیش‌بینی بود ولی مؤلفان لازم می‌دانند که این نکته را به خوانندگان متذکر شوند. آمار تعداد بیماران بررسی شده در مورد هر متغیر در متن ذکر شده است.

نتایج:

۳۸۰ بیمار (۶۰,۳٪ مرد، ۳۹,۷٪ زن) با میانگین سنی ۵۳,۹ سال (انحراف معیار ۱۵,۶، تعداد کل: ۳۷۷) بررسی شدند. ۸۴ بیمار (۲۲,۳٪)

آسیبایی و آفریقایی درصد بالاتری را نشان می‌دهند: Soliman و همکاران فراوانی ۲۵,۶٪ را بین بیماران مصری گزارش کردند^(۸)، Isbister فراوانی ۲۲,۵٪ را در عربستان سعودی در مقایسه با ۵,۴٪ در نیوزیلند نشان داد^(۹)، Yilmazlar و همکاران از ترکیه فراوانی ۱۹,۴٪ را در بررسی‌هایشان ارائه نمودند^(۱۰)، De Silva و همکاران از سری‌لانکا فراوانی ۱۹,۷٪ را گزارش کردند^(۱۱) و Yuan و همکاران شیوع سرطان روده بزرگ را در بیماران ۳۵ - ۱۵ سال در هنگ‌کنگ ۴ برابر کشور اسکاتلند گزارش کردند^(۱۲).

علایم مربوط به دستگاه گوارش تحتانی در تعداد قابل توجهی از افراد جامعه و بخصوص با فراوانی بالاتر در افراد مسن گزارش شده است^(۱۳). تشخیص زودهنگام سرطان روده بزرگ ممکن است به علت فراوانی بالای علائم گوارشی در جمعیت، به تأخیر بیفتد. ماربل (Marble) و همکاران نشان دادند که بیماران جوان ماه‌ها بعد از شروع علائم و با تأخیر قابل توجهی از نظر آماری در پی درمان بر می‌آیند^(۶). بعلاوه، تومورهای طرف راست با فراوانی بیشتری در بیماران جوانتر روی می‌دهند و به خوبی می‌دانیم که ضایعات طرف راست به علت این که علائم کمتری ایجاد می‌کنند در زمان تظاهر معمولاً پیشرفته هستند^(۶). همه این فاکتورها ممکن است منجر به مرحله (stage) پیشرفته‌ای از تومور در زمان تشخیص شوند و تأثیر قابل توجهی بر پیش‌آگهی بیمار داشته باشند، زیرا مهمترین عامل مؤثر بر پیش‌آگهی، مرحله پیشرفت تومور در زمان تشخیص است^(۱۳).

درباره این که آیا ویژگی‌های سرطان روده بزرگ در بیماران جوان با بیماران مسن متفاوت است، در مقالات موجود اختلاف نظر وجود دارد. از طرفی یک سری از مطالعات معتقدند که تومورهای موسینی مهاجم با مراحل پیشرفته‌تر و نیز تومورهای با تمایز ضعیف به طور قابل ملاحظه‌ای در بیماران جوانتر بیشتر دیده می‌شوند^(۶,۱۵). از طرف دیگر برخی معتقدند که تفاوتی بین محل بروز در کولون و یا در پیش‌آگهی دو جمعیت جوان و مسن وجود ندارد^(۱۶-۱۸).

مطالعات انجام شده درباره سرطان روده بزرگ در ایران انگشت‌شمار هستند و اطلاعات قابل اعتمادی راجع به مطالب ذکر شده فوق در ایران وجود ندارد. هدف ما توضیح ویژگی‌های اپیدمیولوژیک و بالینی سرطان روده بزرگ در بیماران ایرانی، برآورد فراوانی آن در بیماران جوان و مقایسه خصوصیات آن بین دو گروه جوان (زیر سن ۴۰ سال) و مسن می‌باشد.

بیماران و روش کار:

پرونده‌های بیماران بین سال‌های ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۰ در دو بیمارستان شریعتی و امام خمینی مطالعه شدند. هر دو بیمارستان مراکز ارجاعی هستند و بیماران از سراسر ایران به آنها ارجاع داده می‌شوند. تمام بیماران با تشخیص هیستولوژیک کارسینوم کولون یا رکتوم در مطالعه وارد شدند.

جدول ۲: مقایسه یافته‌های بالینی بیماران مبتلا به کارسنوم کولورکتال

در دو گروه سنی

یافته‌های بالینی	تعداد کل		موارد مثبت		سن زیر ۴۰ سال		سن بالای ۴۰ سال	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
خونریزی مقعد	۲۵۸	۹۱.۰	۴۷	۹۰.۴	۱۸۷	۹۱.۷	۱۸۷	۹۱.۷
درد شکمی	۳۰۵	۸۷.۴	۶۵	۹۱.۵	۱۹۹	۸۶.۱	۱۹۹	۸۶.۱
کاهش وزن	۲۵۰	۸۵.۱	۵۱	۹۱.۱	۱۶۰	۸۳.۳	۱۶۰	۸۳.۳
یبوست	۲۵۶	۸۰.۳	۴۰	۷۴	۱۶۴	۸۲.۴	۱۶۴	۸۲.۴
اسهال	۱۷۹	۵۷.۰	۲۸	۶۶.۷	۷۴	۵۴.۴	۷۴	۵۴.۴
تهوع/استفراغ	۲۱۷	۳۷.۷	۲۲	۴۴	۵۹	۳۶	۵۹	۳۶
رنگ پریدگی	۷۷	۵۹.۷	۱۰	۵۸.۸	۳۶	۶۰	۳۶	۶۰
توده شکمی*	۱۹۰	۴۲.۶	۲۵	۶۱	۵۶	۳۷.۸	۵۶	۳۷.۸
آسیت**	۷۸	۱۴.۱	۶	۳۵.۳	۵	۸.۳	۵	۸.۳
بزرگی کبد	۳۱۴	۱۰۰.۲	۷	۱۰۰.۶	۲۵	۱۰۰.۲	۲۵	۱۰۰.۲
تب	۱۲۶	۷.۱	۳	۱۰.۳	۶	۶.۳	۶	۶.۳
بزرگی طحال	۳۱۴	۱۰۰.۶	۲	۲.۹	۳	۱.۲	۳	۱.۲

p=0.005 **

p=0.008 *

یافته‌های آزمایشگاهی در دو گروه سنی تفاوت آماری قابل توجهی نداشت، بجز ترومبوسیتوز که در گروه سنی جوان شایعتر بود (p = 0.02).

روش‌های تصویربرداری مختلفی برای بیماران استفاده شده بودند و همه بیماران با همه روش‌های تصویربرداری بررسی نشده بودند. سونوگرافی شکمی در ۱۹۲ بیمار انجام شده بود که یافته مشکوک به تومور را در ۲۴/۹٪ موارد کشف کرده بود. باریک‌انما در ۸۶ بیمار انجام شده بود و در ۸۹/۵٪ موارد یافته مشکوک به تومور کشف کرده بود. سی‌تی‌اسکن در ۵۸ بیمار انجام شده بود و در ۷۴/۱٪ موارد یک ضایعه توده‌ای را نشان داده بود. ۱۶۲ بیمار تحت کولونوسکوپی قرار گرفته بودند و این روش در ۹۵/۷٪ موارد تشخیص سرطان روده بزرگ را مطرح کرده بود. کولونوسکوپی در ۷ بیمار موفق به کشف توده نشده بود که در همه موارد مربوط به بیماران مبتلا به تومورهای سمت راست بود که با کولونوسکوپی کوتاه تشخیص داده نشده بودند. روش‌های تصویربرداری در دو گروه نتایج مشابهی داشتند، به استثنای CT Scan که در تمام بیماران جوان تشخیصی بود ولی در ۶۸/۱٪ بیماران مسن قادر به تشخیص توده شده بود (p = 0.05).

درگیری رکتوم شایعترین محل درگیری در هر گروه بود که به ترتیب در ۴۴/۵٪ و ۴۸/۷٪ بیماران جوان و مسن وجود

در گروه سنی جوان بودند و ۳۲ نفر از آنها (۸٪) زیر ۳۰ سال سن داشتند (جدول یک). نسبت مرد به زن در بیماران ۱/۵۲ بود و تفاوت آماری معنی‌داری در توزیع جنسی دو گروه سنی وجود نداشت.

شایعترین علائم بالینی عبارت بودند از: خونریزی مقعد (۹۱/۴٪، تعداد کل: ۲۵۸)، درد شکمی (۸۷/۴٪، تعداد کل: ۳۰۵)، کاهش وزن (۸۵/۱٪، تعداد کل: ۲۵۰) و یبوست (۸۰/۶٪، تعداد کل: ۲۵۶). علائم بیماران در جدول دو مقایسه شده‌اند.

شایعترین یافته‌ها در معاینه بالینی عبارت بودند از: رنگ پریدگی (۵۹/۷٪، تعداد کل: ۷۷)، توده شکمی (۴۲/۹٪، تعداد کل: ۱۹۰) و آسیت (۱۴/۳٪، تعداد کل: ۷۸). یافته‌های معاینه در جدول ۲ مقایسه شده‌اند. شمارش کامل خونی بیماران نشان دهنده لکوسیتوز (۲۲/۹٪، تعداد کل: ۳۷۱)، هموگلوبین پایین (زیر ۱۲، ۵۵/۱٪، تعداد کل: ۳۷۲)، MCV پایین (۲۰/۵٪، تعداد کل: ۳۷۰)، ترومبوسیتوپنی (۸/۵٪، تعداد کل: ۳۱۷) و ترومبوسیتوز (۸/۸٪، تعداد کل: ۳۱۷) بود. افزایش ESR در ۳۵/۶٪ بیماران (تعداد کل: ۸۷) دیده شد که در ۷ مورد (۸٪) سطح ESR بالاتر از ۱۰۰ میلی‌متر در ساعت بود. CRP در ۱۵ بیمار (۶۸/۲٪، تعداد کل: ۲۲) مثبت بود. افزایش سطح آنزیم‌های کبدی به شرح زیر بود: ALT در ۸/۴٪ (تعداد کل: ۳۱۱)، AST در ۱۳/۴٪ (تعداد کل: ۳۱۳) و آلکالن فسفاتاز در ۲۳/۵٪ (تعداد کل: ۳۰۶) بیماران. هیچ کدام از

جدول ۳: مقایسه در بیماران مبتلا به کارسینوم کولورکتال در دو گروه سنی*

مرحله و تمایز تومور		کل بیماران		سن زیر ۴۰ سال		سن بالای ۴۰ سال	
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
مرحله تومور	دوک A یا B	۳۴٫۹	۳۰	۲۰	۲۶	۳۹٫۴	
	دوک C یا D	۶۵٫۱	۵۶	۸۰	۴۰	۶۰٫۶	
تمایز تومور	تمایز خوب	۴۵٫۹	۶۷	۱۸٫۸	۶۱	۵۳٫۵	
	تمایز متوسط	۳۴٫۹	۵۱	۳۴٫۴	۴۰	۳۵٫۱	
	تمایز بد	۱۹٫۲	۲۸	۴۶٫۹	۱۳	۱۱٫۴	

*در همه موارد مقدار p-value کمتر از ۰٫۰۵ بود. تعداد کل برای مرحله تومور ۸۶ نفر و برای تمایز تومور ۱۴۶ نفر بود.

بافت‌شناختی عبارت بودند از: لنفوم در ۲ بیمار (۰٫۱۷٪)، کارسینوم سلول دوکی (spindle cell ca.) در یک بیمار (۰٫۰۴٪)، ملانوم در یک بیمار (۰٫۰۴٪) و لیومیوسارکوم در یک بیمار (۰٫۰۴٪).

بحث:

ما در این مطالعه نشان دادیم که فراوانی سرطان روده بزرگ در سنین جوان در کشور ما حدود ۴ برابر آمار کشورهای غربی است. به علاوه بیماران جوانتر با تومورهای پیشرفته‌تر و تمایز ضعیفتر مراجعه می‌کنند. نتایج این مطالعه با مطالعات متعدد از سایر کشورهای در حال توسعه مطابقت دارد^(۱۰،۱۱) که میزان ۴-۵ برابری را نسبت به کشورهای غربی گزارش کرده‌اند^(۵-۷).

متأسفانه امکان بررسی سابقه سرطان روده بزرگ یا سایر دستگاه‌ها در بستگان بیماران در این مطالعه گذشته‌نگر وجود نداشت. با توجه به بروز بیشتر این سرطان در جمعیت جوان کشور ما (در مقایسه با مطالعات غربی) می‌بایست به عوامل ارثی توجه بیشتری نمود. بروز سرطان روده بزرگ در افراد جوان ایرانی منحصر به روده بزرگ نیست و سرطان قسمت‌های دیگر دستگاه گوارش، از جمله معده و مری و لنفوم، نیز در سنین جوان بیشتر از کشورهای غربی مشاهده شده است^(۳۰).

نسبت مرد به زن در بیماران ما مانند مطالعات انجام شده در مصر و سری لانکا، نسبت به مطالعات آمریکایی بالاتر بود^(۸،۱۱). اما به هر حال این تفاوت جنسی در دو گروه سنی متفاوت نیست.

هیچ علائم و نشانه‌های اختصاصی برای تشخیص سرطان روده بزرگ وجود ندارد و شکایت‌های عمومی گوارشی مانند دردشکمی یا یبوست در بسیاری از بیماری‌های شایع یا حتی افراد سالم دیده می‌شوند. به هر حال Curless و همکاران نشان دادند که علائم گوارشی تحتانی (مانند تغییر اجابت مزاج و درد شکمی) در بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ شایعتر از افراد

داشت (تعداد کل: ۳۴۴). شکل یک توزیع محل درگیری را بین دو گروه مقایسه می‌کند که تفاوت قابل توجهی در دو گروه نداشت.

در بین علائم بالینی تهوع و استفراغ در تومورهای راست شایعتر بود ($p = 0.003$). درد شکمی نیز در بیماران مبتلا به تومورهای سمت راست شایعتر بود، هر چند که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود ($p = 0.06$). در مقابل خونریزی مقعدی در تومورهای رکتوسیگموئید شایعتر بود ($p < 0.001$). فراوانی سایر علائم در دو گروه تفاوتی نداشت.

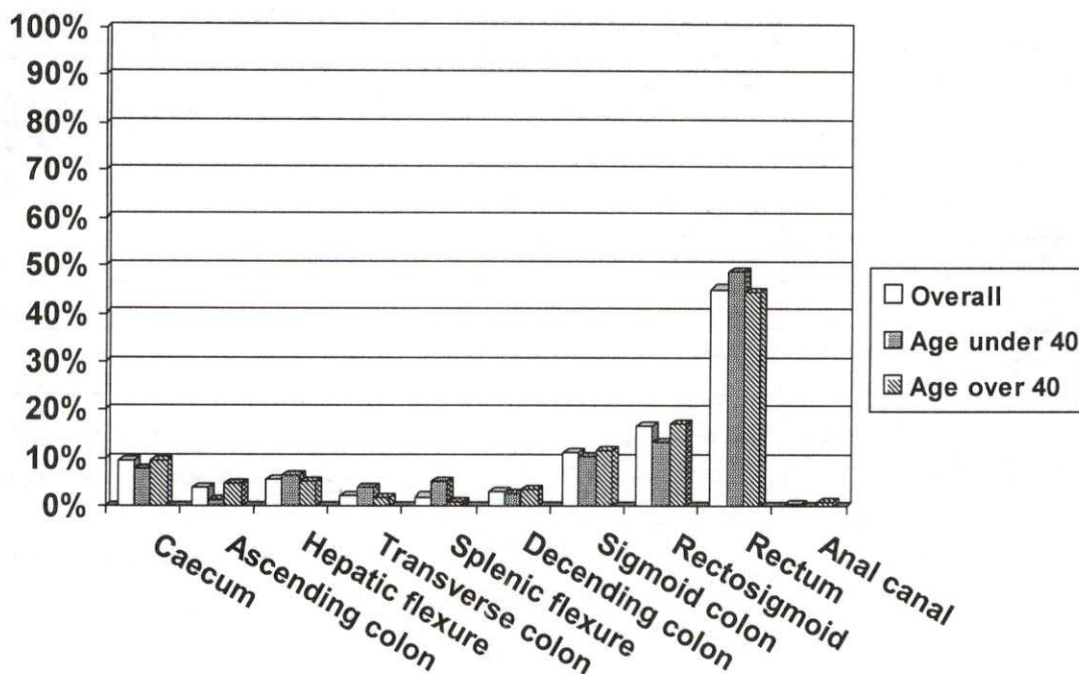
معاینه بالینی نشان داد که توده شکمی ($p < 0.001$), رنگ‌پریدگی ($p = 0.13$) و هیپاتومگالی ($p = 0.03$) در تومورهای سمت راست فراوانتر بودند. سایر یافته‌های بالینی در دو گروه تفاوتی نداشتند.

طبقه بندی دوک (Duke) برای مرحله بندی تومور استفاده شده بود که مرحله A در ۷٪، B در ۲۷٫۹٪، C در ۴۱٫۹٪ و D در ۲۳٫۳٪ موارد دیده شد (تعداد کل: ۸۶). جدول ۳ مقایسه مرحله تومور را در دو گروه نشان می‌دهد. درصد بیمارانی که در مراحل پیشرفته (دوک C یا D) مراجعه کرده بودند، در گروه سنی جوان بالاتر بود، اما این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود ($p=0.111$).

تمایز تومور در این بیماران به شرح زیر بود: تمایز بالا (well) در ۴۶٫۳٪، تمایز متوسط در ۳۴٫۷٪ و تمایز ضعیف (poor) در ۱۹٪ موارد. تومورهای با تمایز ضعیف بیشتر در بیماران جوان دیده می‌شد (تعداد کل: ۱۴۷) در حالی که بیماران مسن بیشتر مبتلا به تومورهای با تمایز بالا بودند (جدول ۳) با این حال این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود.

آدنوکارسینوم فراوانترین نوع بافت‌شناختی تومور بود که در ۲۶۳ بیمار (۹۸٫۱٪) وجود داشت (تعداد کل: ۲۶۸). سایر انواع

شکل یک. توزیع محل تومور در دو گروه سنی (تعداد کل: ۳۴۴)



بین افراد زیر ۳۰ سال و بالای ۳۰ سال در نسبت تومورهای سمت راست در مطالعه بزرگ مبتنی بر جمعیت خود یافتند.^(۷) این گزارش‌ها عمدتاً از کشورهای غربی هستند. از طرف دیگر نتایج مطالعه ما و مطالعات مصر و سری لانکا (همگی از کشورهای در حال توسعه) هیچ تفاوتی را بین بیماران جوان و مسن از نظر محل تومور نشان ندادند.^(۸،۱۱)

مرحله‌بندی دوک مهمترین و پایدارترین نشانه پیش‌آگهی در مطالعات متعدد بوده است.^(۵) علاوه بر این مطالعات متعدد نشان داده‌اند که بیماران جوان نسبت به بیماران مسن در مراحل بالاتری مراجعه می‌کنند.^(۵) با این وجود در مطالعه Isbister بیماری موضعی در بیماران جوان شایعتر بود.^(۹) و بیماران بالای ۴۰ سال شواهد بیشتری از متاستاز دور دست داشتند. Fante و de Silva هیچ تفاوت آماری قابل توجهی را بین بیماران جوان و مسن از نظر مرحله‌بندی تومور پیدا نکردند.^(۱۱،۱۲) مطالعه ما نشان داد که بیماران جوانتر در مراحل پیشرفته‌تر مراجعه می‌کنند.

درجه تمایز نیز در مطالعه ما بررسی شد که فراوانی تومورهای با تمایز ضعیف در بیماران جوانتر بیشتر بود. این یافته با نتایج مطالعات دیگر مطابقت دارد و ممکن است در پیش‌آگهی بیماران نقش داشته باشد. به نظر می‌رسد که محتمل‌ترین

کنترل از جامعه بود.^(۱۳) بنابراین سرطان روده بزرگ را باید پس از رد علل شایع این علائم، بویژه در مورد خونریزی از مقعد که در ۹۱ بیماران دیده شده است، حتی در بیماران جوان در نظر گرفت. فراوانی بالاتر توده شکمی و آسیت در بیماران جوانتر ممکن است به دلیل پیشرفته بودن تومور در زمان مراجعه باشد. از آنجایی که مطالعه ما یک مطالعه گذشته‌نگر است و علائم گزارش شده مهمترین علت مراجعه به پزشک بوده است، بنابراین، درصد علائم می‌تواند در یک بررسی آینده‌نگر شکل دیگری داشته باشد و مثلاً یبوست و بی‌اشتهایی بیشتر گزارش شود.

متأسفانه در مطالعه پرونده‌ها در خیلی از موارد زمان شروع اولین علامت ذکر نشده است و امکان بررسی مدت زمان مورد نیاز برای تشخیص بیماری وجود نداشت. این موضوع بویژه در مورد بیماران جوان اهمیت دارد که ممکن است به علت احتمال هموروئید علامت خونریزی به قدر کافی مورد توجه پزشکان قرار نگرفته باشد.

فراوانی بالاتر ضایعات سمت راست در بیماران جوانتر مورد بحث است. Marble و همکاران و Isbister بروز بالاتر تومورهای سمت راست را در بیماران جوانتر (زیر ۴۰ سال) گزارش کردند.^(۴،۹) همچنین Griffin و همکاران تفاوت قابل توجهی را

با توجه به سنی که ریسک بالا شروع می‌شود، برنامه‌های غربالگری باید در افراد واجد عامل خطر و با سابقه سرطان در خانواده در محدوده سنی ۳۵ تا ۴۰ سالگی شروع شوند و می‌توانند هر ۳ تا ۵ سال تکرار شوند.

عواملی که باعث افزایش فراوانی سرطان روده بزرگ در بیماران جوان بوده‌اند، بیشتر عوامل ارثی و ازدواج‌های فامیلی و کمتر همراهی عوامل محیطی مانند عادات غذایی، سوء تغذیه، شرایط نامطلوب بهداشتی و فراوانی بالاتر بیماری‌های عفونی در کشورهای در حال توسعه نسبت به کشورهای غربی باشد.

قدردانی و تشکر:

نویسندگان مقاله لازم می‌دانند که از اساتید محترم بخش‌های پاتولوژی بیمارستان‌های دکتر شریعتی و امام خمینی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، کمال تشکر را بنمایند.

References:

- 1) Rosai. J. Stomach. In: Rosai. J. Ackerman's Surgical Pathology: USA. Mosby 1996: 619-650.
- 2) Yuen S-T, Chung LP, Leung SY, Luk ISC, Chan SY, Ho JCI et al. Colorectal carcinoma in Hong Kong: epidemiology and genetic mutations. Br J Cancer. 1997; 76: 1610-6.
- 3) Potter JD, Slattery ML, Bostick RM, Gapstur SM. Colon cancer: a review of the epidemiology. Epidemiol Rev. 1993; 15: 499-545.
- 4) OPCS. Mortality statistics. Series DH2 no 17 1990. London: HMSO, 1991.
- 5) OPCS. Monitor 1986. Cancer survival 1979-1981 registration series MBI 86/2. London: HMSO.
- 6) Heys SD, O'Hanrahan TJ, Brittenden J, Eremin O. Colorectal cancer in young patients: a review of the literature. Eur J Surg Oncol. 1994; 20: 225-31.
- 7) Marble K, Banerjee S, Greenwald L. Colorectal carcinoma in young patients. J Surg Oncol. 1992; 51: 179-82.
- 8) Griffin PM, Liff JM, Greenberg RS, Clark WS. Adenocarcinomas of the colon and rectum in persons under 40 years old. A population-based study. Gastroenterology. 1991; 100: 1033-40.
- 9) Soliman AS, Bondy ML, Levin B, Hamza MR, Ismail K, Ismail S et al. Colorectal cancer in Egyptian patients under 40 years of age. Int J Cancer. 1997; 71: 26-30.
- 10) Isbister WH. Colorectal cancer below age 40 in the Kingdom of Saudi Arabia. Aust N Z J Surg. 1992; 62: 468-72.
- 11) Yilmazlar T, Zorluoglu A, Ozguc H, Korun N, Duman H, Kaya E, Kizil A. Colorectal cancer in young adults. Tumori. 1995; 81: 230-3.
- 12) de Silva MV, Fernando MS, Fernando D. Comparison of some clinical and histological features of colorectal carcinoma occurring in patients below and above 40 years. Ceylon Med J. 2000; 45: 166-8.
- 13) Curless R, French J, Williams GV, James OF. Comparison of gastrointestinal symptoms in colorectal carcinoma patients and community controls with respect to age. Gut. 1994; 35: 1267-70.
- 14) Clarke DN, Jones PF, Needham CD. Outcome in colorectal carcinoma: seven-year study of a population. Br Med J. 1980; 280: 431-5.
- 15) Okuno M, Ikehara T, Nagayama M, Sakamoto K, Kato Y, Umeyama K. Colorectal carcinoma in young adults. Am J Surg. 1987; 154: 264-8.
- 16) Adkins RB, DeLozier JB, McKnight WG, Waterhouse G. Carcinoma of the colon in patients 35 years of age and younger. Am Surg. 1987; 53: 141-5.
- 17) Isbister WH, Fraser J. Large bowel cancer in the young: a national survival study. Dis Colon Rectum 1990; 33: 363-6.
- 18) Bossola M, Sofo L, Ratto C, Bellantone R, Doglietto GB, Crucitti A, Crucitti F. Colorectal cancer in patients 40 years of age and younger. Ital J Surg Sci 1989; 19: 361-7.
- 19) Barillari P, Ramacciato G, Valabrega S, Gozzo P, Indinnimeo M, De-Angelis R, Fegiz G. Colorectal cancer in young patients. Int Surg. 1989; 74: 240-3.
- 20) Donegan WL, DeCosse JJ. Pitfalls and controversies in the staging of colorectal cancer. In: Enker WE, ed. Carcinoma of the colon and rectum. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1979: p49.
- 21) از مرکز (cancer registry) اطلاعات منتشر نشده طرح ثبت سرطان تحقیقات گوارش و کبد. دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- 22) Fante R, Benatti P, di Gregorio C, De Pietri S, Pedroni M, Tamassia MG et al. Colorectal carcinoma in different age groups: a population-based investigation. Am J Gastroenterol 1997; 92: 1505-9.

سمینار یک روزه سرطان مری اپیدمیولوژی تشخیص و درمان

۳۱ مرداد ۱۳۸۱ - ساعت ۸ تا ۱۲/۵

بیمارستان شریعتی: سالن آمفی تئاتر شهید پیرویان (تهران - خیابان کارگر شمالی)
دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد بیمارستان شریعتی،
انجمن متخصصین بیماری‌های گوارش و کبد ایران