

تازه‌های پزشکی برگرفته از چند مجله پزشکی معتبر دنیا

گردآوری و تلخیص از: دکتر سهیل فدائی*

مکانسیم بالقوه ایمنی، زیرگروه‌های لنفوسیت (Lymphocyte Sub-Type) و مارکرهای فعال کننده ایمنی را در ۲۲ بیمار قبل و در مدت یکساله درمان ترکیبی مشخص کرده است.

دوره ۵ روزه تجویز 5-FU به میزان 450 mg/m^2 IV با درمان هفته‌ای 5-FU دنبال شد که از روز ۲۱ با لوامیزول به میزان ۱۵۰ میلی‌گرم در روز به مدت ۳ روز در هفته، هر دو هفته یک بار همراه گردید. تا ۲ ماه بعد از درمان، قبل و به طور منظم در حین دوره درمان، یک سری از زیرگروه‌های اصلی لنفوسیت‌ها توسط روش فلوسیتومتری (Flow Cytometry) اندازه‌گیری شدند.

Neopterin سرم، گیرنده‌های IL2، $\beta 2$ میکروگلوبولین، $\text{INF-}\alpha$ و انترفرون γ با روش Elisa بررسی و مشخص شدند.

نسبت لنفوسیت‌های CD4 به CD8 پس از افزودن لوامیزول، افزایش قابل ملاحظه‌ای پیدا کرد که در نتیجه افزایش سلول‌های CD4 و کاهش سلول‌های CD8 بوده است.

سطح گیرنده‌های IL2 نیز به دنبال افزودن لوامیزول افزایش قابل توجهی یافت که در انتها به سطح اولیه بازگشتند. درصد سلول‌های T (T Cell) که بر روی آنها گیرنده انترلوکین ۲ وجود داشت، همین روند را نشان دادند. سطح Neopterin در دوره درمانی مختلط تمایل به کاهش داشته است. یافته‌های فوق با کاهش پیشرونده در نسبت سلول‌های T که دارای HLA-DR هستند، همراه بوده‌اند.

درمانی مختلط با 5-FU و لوامیزول پس از عمل جراحی سبب ایجاد تغییرات قابل ملاحظه و پایدار در واسطه‌های ایمنولوژیک اصلی و زیرگروه‌های لنفوسیت‌ها گشت. هنوز کاملاً به اثبات نرسیده است که آیا این تغییرات به آثار درمانی مرتبط هستند یا خیر.

آیا در بیماران مبتلا به ریفلاکس معده به مری (GERD) تمامی دستگاه گوارش فوقانی اختلال حرکتی دارد؟

پیشینه: می‌دانیم که پاتوژنز بیماری ریفلاکس معده به مری چندفاکتوری است، از جمله اختلال در عملکرد دریچه تحتانی در این بیماری کاملاً به اثبات رسیده و نقش محوری دارد. همچنین اختلال حرکتی در تنه مری نیز در این موارد شرح داده شده است. از جمله دیگر مسأله این بیماران اختلال تخلیه‌ای معده است که این مقاله در مورد آن است.

روش‌ها: موتیلیتی مری و معدی در ۱۰۵ بیمار مبتلا به ریفلاکس مزمن مری قبل و پس از درمان جراحی ضد ریفلاکس با روش سینتی‌گرافی (Scintigraphy) و مانومتري (Manometry) مور بررسی قرار گرفتند. در عده‌ای از بیماران (۲۹ نفر) این بررسی‌ها ۲/۷ سال پس از جراحی نیز

بررسی کنترل شده و چند مرکزی بالینی یا سرپائی در درمان با Cisapride: در دیس‌پپسی فونکسیونل:

یک بررسی کنترل شده چند مرکز جهت ارزش‌یابی میزان کارآیی و درجه اطمینان Cisapride در درمان ۴۱۴ مورد دیس‌پپسی فونکسیونل و ۱۶۹ مورد افراد شاهد انجام گرفت. Cisapride به مدت ۴ هفته و به میزان ۵ میلی‌گرم سه بار در روز تجویز شد. نتایج به دست آمده نشان دادند که Cisapride به طور قابل ملاحظه‌ای علائم بیماران از قبیل احساس پُری، اتساع شکم، درد اپیگاستر و تهوع را بهبود می‌بخشد. نسبت کارآیی (Efficacy Rate) Cisapride و دارونما، ۹۲ به ۴۱ درصد بوده است. تفاوت‌های آماری قابل توجهی بین دو گروه وجود داشت.

عوارض جانبی شامل درد شکم و اسهال بود که برای اغلب بیماران قابل تحمل بود. مشاهدات فوق‌الذکر نشان می‌دهد که Cisapride در درمان دیس‌پپسی فونکسیونل مؤثر و قابل اعتماد است.

مقاله مروری: آیا هلیکوباکتر پیلوری از راه دهان منتقل می‌شود؟

شناخت روش انتقال هلیکوباکتر پیلوری از اصول بسیار مهم استراتژی کنترل بیماری ناشی از آن است ولی تا به حال توجه قابل قبولی برای انتقال شخص به شخص یافت نشده است. بدیهی است که این موضوع در مورد بیماری‌ای که ۵۰ درصد از مردم جهان را مبتلا کرده بسیار جالب توجه است. تلاش‌ها برای کشت H.P. از مدفوع و بزاق با مشکلاتی همراه بوده است که شک و تردید را در مورد انتقال از راه مدفوعی - دهانی یا دهانی - دهانی برمی‌انگیزد. این عفونت به سادگی از شخص به شخص دیگر از راه اتوبواسیون معده منتقل می‌شود. فرضیه‌ای که در این مقاله مورد تأکید قرار دارد این است که راه طبیعی انتقال این میکروب از راه ترشحات معده بخصوص در زمان استفراغ‌های اپیدمییک دوران کودکی است. این فرضیه از طریق یافته‌های قبلی مبنی بر این که عفونت حاد با H.P. با استفراغ موکوسی مشخص می‌شود، تأیید می‌شود و احتمال دارد که محتویات استفراغ به عنوان وسیله‌ای جهت انتقال میکروب عمل کنند. نتایج اغلب بررسی‌های اپیدمیولوژیک که تا به حال در مورد H.P. منتشر شده‌اند با این فرضیه هماهنگ هستند، از جمله همراه بودن افزایش عفونت در مراکز تجمع کودکان و فقدان آب گرم در محیط زندگی و فقر اجتماعی.

تغییرات ایمنی که در درمان سرطان کولون دوک B یا C با درمان لوامیزول همراه با 5-FU ایجاد می‌شوند:

همراه کردن 5-FU با لوامیزول در بیمارانی که به علت سرطان کولون (دوک C) تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند شانس بقا را در ۵ سال به میزان ۳۰ درصد افزایش می‌دهد. نویسنده این مقاله جهت بررسی

تکرار شده است.

نتایج: در این بررسی‌ها اختلال در موتیلیتی مری (به صورت تأخیر در ترانزیت لقمه نشاندار شده) همراه با اختلال در موتیلیتی معده (به صورت تأخیر در تخلیه مواد جامد نشاندار شده) وجود داشت. هنگامی که ۱۰۵ بیمار ۶ ماه پس از عمل جراحی ضد ریفلاکس تحت بررسی قرار گرفتند، هیچگونه ارتباطی بین عملکرد حرکتی مری و معدی گزارش نشد.

نتیجه‌گیری: این اطلاعات مجدداً اثبات می‌کنند که بیماری ریفلاکس معده به مری (GERD) با اختلال در عملکرد حرکتی (اختلال موتیلیتی) در تمام طول فوقانی دستگاه گوارش همراه است.

داروهای ضدالتهای غیراستروئیدی و عوارض زخم:

پیشینه: مصرف NSAID به عنوان عامل مهمی در ایجاد عارضه زخم پپتیک شناخته شده است. هدف از این مطالعه، شناخت عوامل خطرزا برای عوارض زخم در نتیجه مصرف NSAID است.

روش‌ها: تعداد ۱۱۸ نفر از مصرف‌کنندگان NSAID با یک عارضه زخم مورد بررسی قرار گرفتند. موارد شاهد تعداد ۵۴۰ نفر نمونه‌های تصادفی از تمامی مصرف‌کنندگان NSAID بدون عوارض زخم بوده‌اند که توسط یک مرکز اطلاعاتی فارماکوپیدمیولوژیک مشخص شده‌اند.

نتایج: با ۹۴ نفر از ۱۱۸ نفر مصاحبه صورت گرفت و ۳۲۴ نفر از ۵۴۰ شاهد به سؤال‌ها پاسخ دادند. تحلیل‌ها هیچگونه تفاوتی بین دو گروه نشان نداد.

عوامل خطرزا برای بیماران در شروع درمان با NSAID عبارت بوده‌اند از: سن بالا، در سنین ۶۰ تا ۷۵ سال $OR = ۳/۵$ (۱/۸ - ۷/۱)*، بالای ۷۵ سالگی $OR = ۸/۹$ (۱۸/۳ - ۴/۳)، جنس مذکر $OR = ۱/۷$ (۳ - ۱)، سابقه زخم $OR = ۲/۵$ (۵/۱ - ۱/۲)، درمان استروئیدی $OR = ۲$ (۴/۶ - ۰/۸)، سیگار $OR = ۱/۶$ (۲/۷ - ۰/۹) و مصرف الکل $OR = ۱/۸$ (۳/۶ - ۰/۹).

عوامل خطرزا برای بیمارانی که تحت درمان با NSAID قرار دارند عبارتند از: سن بالا، جنس مذکر، سابقه زخم، سیگار و بعلاوه دیسپسی $OR = ۲$ (۴/۲ - ۱) به ویژه دیسپسی مربوط به NSAID $OR = ۸/۷$ (۱۸/۹ - ۴).

ریسک در مورد بیمارانی که بیش از ۳ ماه تحت درمان قرار داشته‌اند، کمتر بوده است.

نتیجه‌گیری:

عوامل خطرزای قوی برای عارضه زخم مربوط به NSAID عبارتند از: سن بالا، جنس مذکر، سابقه زخم و دیسپسی مربوط به درمان با NSAID. در بیماران با ریسک بالا هر زمان که میسر باشد بایستی درمان با NSAID متوقف شود تا از وقوع بعضی وقایع زیانبار پیشگیری گردد.

* - OR = ODDS RATIO

مصرف پیاز و کاهش ریسک کارسینوم معده:

پیشینه و اهداف: نتایج حاصله از مطالعات به دست آمده با روش (Case-Control) و بررسی‌های آزمایشگاهی نشان می‌دهند که مصرف تره‌سنان ممکن است خطر کانسر معده را به نحو قابل ملاحظه‌ای کاهش دهد. همراهی میان مصرف پیاز، تره‌فرنگی و مصرف سیر به طور اضافی با شیوع کارسینوم معده مورد مطالعه قرار گرفته است.

روش‌ها: یک مطالعه روی رژیم غذایی و سرطان در ۱۲۰۸۵۲ مرد و زن بین سنین ۵۵ تا ۶۹ سالگی، از سال ۱۹۸۶ در هلند شروع شده است. در ۱۳۹ بیمار مبتلا به کارسینوم معده که در طی ۳/۳ سال پیگیری، تشخیص داده شده بودند و نیز در ۳۱۲۳ نفر که به طور اتفاقی انتخاب گشته بودند، اطلاعات تغذیه‌ای در دسترس بوده است.

نتایج: نسبت کارسینوم معده در گروهی که بیشترین مصرف‌کننده پیاز بوده‌اند (به مقدار بیشتر یا مساوی با نصف یک پیاز در روز) در مقایسه با گروهی که کمترین مصرف پیاز را داشته‌اند (صفر پیاز در روز) پس از تعیین سایر ریسک فاکتورها ۵۰ درصد بوده است.

کاهش ریسک سرطان معده عمدتاً در سرطان قسمت‌های غیراز کاردیای معده دیده شده است. $P = ۰/۰۰۲$ و همچنین در مواردی که سابقه امراض معدی نداشته‌اند نیز دیده شده است. $P = ۰/۰۱$. مصرف تره‌فرنگی و استفاده از رژیم مکمل با سیر، با ریسک سرطان معده همراه نبوده است.

نتیجه‌گیری: این بررسی شواهد قوی دال بر ارتباط بین مصرف پیاز و شیوع کمتر سرطان معده را نشان می‌دهد.

کلاتژیوگرافی رزنانس مغناطیسی (MRC) Magnetic Resonance (MRC): مقایسه با کلاتژیوپانکراتوگرافی آندوسکوپیک رتروگرا:

پیشینه و اهداف: MRC یک وسیله تشخیصی غیرتهاجمی است که قابلیت ایجاد تصاویری با کیفیت بالای مجاری صفراوی را دارا است. منظور از این مطالعه اینست که با یک روش پیش‌نگرکور (Prospective Blinded)، حساسیت و اختصاصی بودن روش MRC به صورت آکوی چرخشی سریع سه بعدی 3 Dimensional Fast Spin Echo را برای بررسی اختلالات مجاری صفراوی تعیین کند.

روش‌ها: ۴۶ بیمار برای کلاتژیوگرافی مستقیم مراجعه کردند [۴۵] کلاتژیو - پانکراتوگرافی رتروگرا آندوسکوپیک و ۱ کلاتژیوگرافی ترانس هیاتیک از راه جلد (PTC) و این عده در مدت یک سال با 3D FSE MRC مورد مطالعه قرار گرفتند. تمامی تصاویر توسط دو رادیولوژیست بدون آگاهی از نتایج روش مستقیم (Blindly) تفسیر گشتند. وجود دیلاتاسیون، تنگی‌ها و اختلالات داخل مجرا گزارش شد. حساسیت و اختصاصی بودن روش 3D FSE MRC در مقایسه با کلاتژیوگرافی مستقیم (استاندارد واقعی) تعیین شد.

نتایج: تصاویر MRC که دارای کیفیت تشخیصی مناسب بودند در ۴۴ بیمار (۹۵/۷ درصد) به دست آمد.

حساسیت روش در مورد تشخیص اتساع مجرای صفراوی (۲۷ مورد)،

تنگی‌های صفراوی (۱۰ نفر)، و اختلالات داخل مجرا (۷ نفر) به ترتیب ۹۶/۳ درصد، ۹۰ درصد و ۱۰۰ درصد بوده است.

بعلاوه MRC ۱۶ مورد از ۱۷ بیماری را که مجاری صفراوی طبیعی داشتند را نشان داد (اختصاصی بودن = ۹۴/۱ درصد).

نتیجه‌گیری: درجه حساسیت و اختصاصی بودن MRC در ارزیابی مجاری صفراوی بسیار بالا است. بر اساس این اطلاعات نویسندگان اعتقاد دارند که کارایی MRC با استفاده از 3D FSE برای تضمین مصرف روتین آن در تشخیص بیماری‌های مجاری صفراوی کافی است.

➔ اثرات کشیدن سیگار در سیر طولانی بیماری کرون:

پیشینه و اهداف: در بیماری کرون، سیگار کشیدن احتمال بدتر شدن بیماری را که منجر به جراحی شود افزایش می‌دهد. اثر سیگار بر شدت بیماری به طور کلی مورد اختلاف نظر است. منظور از این مطالعه بررسی اثرات درازمدت سیگار بر بیماری کرون و ارتباط بین سیگار و درمان بوده است.

روش‌ها: اطلاعات مربوط به بیمار (Medical Chart) در ۴۰۰ بیماری که به سیگار اعتیاد دارند پس از مصاحبه‌های مستقیم مورد بررسی و مرور قرار گرفتند.

نتایج: در تعداد دفعات و وسعت جراحی Excisional در اشخاص سیگاری و غیرسیگاری تفاوت قابل توجهی نداشت ولی سیگاری‌ها به داروهای گلوکوکورتیکوئید و مهارکننده‌های ایمنی بیشتری نیاز داشته‌اند. اثر سیگار بر نیاز به داروهای مهارکننده ایمنی وابسته به مقدار سیگار بوده و در خانم‌ها بارزتر بوده است. برای خانم‌های سیگاری، ریسک ۱۰ ساله درمان با مهارکننده‌های ایمنی ۵۲٪ ± ۱۱٪ در مقایسه با ۲۴٪ ± ۱۰٪ در غیرسیگاری‌ها بوده است ($P > 0/001$).

فقط در بیمارانی که سیگار می‌کشیدند ولی داروهای مهارکننده ایمنی دریافت نمی‌کردند ریسک جراحی افزایش داشته است. تعداد جراحی در ۱۹ بیماری که سیگار کشیدن را پس از تشخیص شروع کرده‌اند، به طور قابل توجهی افزایش داشته و در ۳۴ بیماری که سیگار کشیدن را متوقف کرده‌اند در مقایسه با گروه کنترل کاهش چشمگیری داشته است.

نتیجه‌گیری: در بیماران سیگاری به ویژه خانم‌ها و اشخاصی که زیاد سیگار میکشند، ریسک بالایی برای ایجاد بیماری شدید وجود دارد. درمان با مهارکننده‌های ایمنی اثر سیگار را برای انجام جراحی کاهش می‌دهد.

➔ **مطالعات کنترل شده (Randomised Trial) مقایسه تنقیه کفی مسالازین (Mesalazine) و پردنیزولون در بیماران مبتلا به کولیت اولسروز حاد دیستال:**

کولیت اولسروز دیستال ممکنست با مسالازین (Mesalazine) خوراکی یا از راه رکتوم و یا هر دو درمان شود. نمونه‌ای از تنقیه کفی [Foam (Fe) Enema] این دارو و کارایی آن مورد بررسی قرار گرفت. هدف از بررسی فعلی ارزیابی میزان کارایی و درجه اطمینان تنقیه کفی مسالازین (Mesalazine) در مقایسه با تنقیه کفی پردنیزولون در درمان بیماران

مبتلا به کولیت اولسروز حاد دیستال است.

بیماران مبتلا به عود کولیت اولسروز دیستال (با سن بالای ۱۸ سال) به طور اتفاقی به دو روش درمانی تقسیم شدند یک گروه با تنقیه کفی مسالازین (Mesalazine) درمان شدند (۱۴۹ نفر) و گروه دوم تحت درمان با تنقیه کفی پردنیزولون قرار گرفتند (۱۴۶ نفر) و درمان به مدت ۴ هفته ادامه پیدا کرد. ۴ هفته پس از درمان ۵۲ درصد از افراد گروه اول آرامش (Remission) در بیماری پیدا کردند و در افراد گروه دوم تنها در ۳۱ درصد از بیماران، بیماری آرام شد ($P < 0/001$). در بررسی سیگموئیدوسکوپی به نظر می‌رسید که بیماری در بیماران گروه اول بهتر فروکش پیدا کرده است. (۴۰ درصد در مقایسه با ۳۱ درصد). بهبود هیستولوژیک بیماری نیز در ۲۷ درصد از بیماران گروه مسالازین (Mesalazine) در مقابل ۲۱ درصد از بیماران گروه پردنیزولون مشاهده گردید. علائم بالینی در هر دو گروه بهبود یافت. آزمایش خون در مدفوع پس از ۴ هفته در عده بیشتری از بیمارانی که با مسالازین (Mesalazine) درمان شدند، منفی بوده است (۶۷ درصد در مقابل ۴۰ درصد). در بیمارانی که با پردنیزولون درمان شدند مدفوع آبکی کمتر از گروه مسالازین (Mesalazine) بوده است.

در این بررسی، تنقیه کفی مسالازین (Mesalazine) بهتر از تنقیه کفی پردنیزولون سبب تخفیف علائم بالینی بیماری شده است. البته تغییرات مثبت دال بر تخفیف بیماری در بررسی‌های سیگموئیدوسکوپی و هیستولوژیک نیز در این گروه وجود داشته است. هر دو نوع درمان از طرف بیماران به خوبی تحمل شده‌اند.

➔ **درمان توام (Adjuvant) در بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال (جایی برای پوچ‌گرایی نیست):**

در حال حاضر ۵ سال از انتشار مقاله‌ای که اثبات می‌کرد در بیماران مبتلا به سرطان کولون که غدد لنفاوی آنها گرفتار است، درمان با 5-FU و ولومیزول عود را به میزان ۴۰ درصد کاهش می‌دهد و مرگ و میر را در یکسوم موارد کم می‌کند، گذشته است. گزارش‌های نهایی این مطالعه مشخص ساخت که ۱۶۸ نفر از گروه شاهد فوت کردند در حالی که تنها ۱۲۱ نفر از کسانی که درمان توام دریافت داشته‌اند، فوت کرده‌اند ($P < 0/005$). علیرغم این اطلاعات، اخیراً گزارشی از آنکولوژیست‌ها و جراحان انگلستان انتشار یافته که نشان می‌دهد اغلب آنکولوژیست‌ها درمان توام را به بیماران خود توصیه می‌کنند در حالی که بسیاری از جراحان هنوز چندان خوش‌بین نیستند.

ترکیب 5-FU و فولینیک اسید (Folinic Acid) نسبت به مصرف 5-FU به تنهایی در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، ترجیح داشته است. در یک بررسی مشترک بین کانادا و اروپا درمان توام و با دوز بالای 5-FU و اسید فولینیک با موارد درمان نشده در تقریباً ۱۵۰۰ بیمار مورد مقایسه و بررسی قرار گرفت، بررسی‌ها نشان داده‌اند که میزان مرگ و میر به میزان ۲۲ درصد به ویژه در بیماران مبتلا به سرطان کولون از نوع دوک C کاهش می‌یابد.

یک مطالعه کوچکتر ولی مشابه از ایتالیا مبین ۳۹ درصد کاهش در مرگ و میر بیماران مبتلا به کانسر از نوع دوک C بوده است. یک بررسی در حال تکمیل نیز نشان داد که تفاوت قابل ملاحظه‌ای در میزان عود و بقاء بیماران تحت درمان با 5-FU و دوز کم اسید فولینیک در مقایسه با بیماران درمان نشده در مدت ۳ و ۵ سال وجود داشته است.

بررسی دیگری توسط انجمن جراحان سینه و گوارش در آمریکا صورت گرفت. نتایج حاصله در بیماران تحت درمان با 5-FU و دوز بالای اسید فولینیک با بیمارانی که توسط Vincristine، Semustine و فلوارسیل (MOF) درمان شدند، مورد مقایسه قرار گرفت. بعد از ۳ سال ۲۳ درصد از افراد گروه اول فوت کردند در حالی که ۳۲ درصد از گروه شاهد فوت کرده بودند. این گروه یک بررسی جهت مقایسه 5-FU و اسید فولینیک با 5-FU و لوامیزول و نیز ترکیب هر سه دارو انجام داده است. گروهی از بیماران که 5-FU و اسید فولینیک دریافت کرده‌اند از نظر بقا و زمانی که بیماری در آنها عود نکرده است در مقایسه با گروهی که 5-FU و لوامیزول گرفته‌اند، مختصر برتری نشان می‌دهد.

➤ ریسک سرطان کولورکتال در افراد فامیل مبتلایان به پولیپ‌های آدنوماتوز:

پیشینه: در خانواده افرادی که آدنومای آنها به سمت آدنوکارسینوما پیشرفت می‌کند هنگامی که پولیپ‌های آدنوماتوز وجود دارد خطر ابتلا به سرطان کولون بیشتر است.

روش‌ها: شرکت‌کنندگان در بررسی ملی پولیپ که اخیراً بیماری پولیپ آدنوماتوز کولون در آنها تشخیص داده شده است به طور تصادفی انتخاب گردیدند و از نظر سابقه بیماری خانوادگی سرطان کولون در والدین و برادر و خواهر مورد مصاحبه قرار گرفتند. ریسک سرطان رکتوم و کولون در افراد فامیل بیماران مبتلا به آدنوم بررسی شد و همسران بیماران به عنوان گروه شاهد انتخاب گردیدند.

نتایج: در بیماران مبتلا به آدنوم در ۱۱۹۹ مورد اطلاعات مربوط به وجود کانسر کولون یا رکتوم در فامیل آنها گردآوری شد. بعد از این که مواردی که اطلاعاتشان کافی نبود و نیز ۴۸ موردی که فقط به دلیل سابقه کانسر کولون برای کولونوسکوپی ارجاع شده بودند، مجزا گشتند ۱۰۳۱ بیمار مبتلا به آدنوما، ۱۸۶۵ نفر والدین بیمار، ۲۳۸۱ نفر برادر و خواهر، ۱۴۱۱ نفر همسران آنها مورد مطالعه قرار گرفتند.

بعد از تنظیم سن و جنسیت در والدین و برادر و خواهر بیماران مبتلا به آدنوم ریسک نسبی کانسر کولورکتال در مقایسه با همسرانشان (گروه شاهد)، ۱/۷۸ بوده است.

در بیمارانی که آدنوم آنها قبلاً از ۶۰ سالگی تشخیص داده شده بود ریسک نسبی کانسر کولورکتال در برادر و خواهرشان ۲/۵۹ در مقایسه با برادر و خواهر بیمارانی که آدنوم آنها پس از ۶۰ سالگی یا بیشتر تشخیص داده شده بود، می‌باشد. بیمارانی که در زمان تشخیص آدنوم سن آنها کمتر باشد، ریسک ابتلا به کانسر کولون در افراد فامیل آنان بالاتر است. ریسک در مورد برابر و خواهر بیمارانی که سابقه سرطان

کولورکتال در یکی از والدین داشتند ۳/۲۵ در مقایسه با افرادی که سابقه سرطان در والدین نداشتند، بوده است.

نتیجه‌گیری: در بیماران با پولیپ‌های آدنوماتوز افزایش ریسک سرطان کولون در والدین و برادر و خواهر آنان به ویژه وقتی که آدنوم در بیماران قبل از ۶۰ سالگی تشخیص داده شود و یا در افرادی که یکی از والدین آنها سابقه سرطان کولون داشته‌اند، دیده شده است.

➤ اثرات رادیاسیون مدیاستن در نحوه عملکرد مری:

هرچند که علائم مری (Oesophageal Symptoms) در جریان انجام رادیوتراپی مدیاستن جهت امراض بدخیم داخل قفسه صدری امری شناخته شده است ولی اثرات رادیاسیون مدیاستن در عملکرد مری کاملاً مشخص نیست. برای مشخص کردن پاتوژنز این عارضه یک بررسی پیش‌نگر (Prospective) صورت گرفت تا اثرات رادیاسیون مدیاستن بر عملکرد مری مشخص گردد.

در ۸ بیمار با عارضه بدخیم داخل قفسه صدری قابل درمان با رادیوتراپی قبل از درمان، در حین آخرین هفته رادیاسیون مدیاستن و ۶ تا ۸ هفته پس از اتمام رادیاسیون، علائم مری، رادیوگرافی مری، آندوسکوپی همراه با سینتی‌گرافی رادیونوکلئید و مانومتري انجام شد، و نتایج مورد ارزیابی و بررسی قرار گرفت. قبل از شروع رادیوتراپی با انجام رادیوگرافی مری و آندوسکوپی عدم وجود اشکالات ساختمانی مری ثابت شد. در زمان رادیوتراپی مدیاستن، تمامی بیماران به جز یک نفر به دیسفاژی یا ایدینوفاجی و یا هر دو مبتلا شدند ($P < 0.001$) ولی تغییرات آندوسکوپیکی تنها در ۳ بیمار مشاهده شد و رابطه‌ای میان شکایات مری و یافته‌های آندوسکوپیکی موجود نبود.

رادیاسیون اثرات مهمی بر حرکات دودی (پریستالتیک) مری یا زمان ترانزیت آن نداشت.

از این بررسی‌ها اینگونه نتیجه‌گیری می‌شود که شکایات مربوط به مری که در زمان رادیوتراپی مدیاستن مشاهده می‌شود به علت تغییرات موتیلیته مری یا زمان ترانزیت آن نیست ولی می‌تواند ناشی از افزایش تحریک‌پذیری مخاطی باشد.

* - بیمارستان تهران کلینیک - تهران

مراجع:

1. Baoen, W. et al. Chin. J. Intern. Med. (1995);34:180-184
2. Axon, A.T.R. Alim. Pharmacol. Ther. (1995);q:585-588
3. De Brabander, M. et al. Acta Antwerpiensia (1995);12, : 8-20
4. Lundell, L. et al. Scand. J. Gastroenterol. (1996); 31,: 131-135
5. Moller H. et al. Scand. J. Gastroenterol. (1996); 31,: 126-130
6. Cahill, R.J. et al. Gut 1996; 3,: 177-181
7. Yeoh, E. et al. Gut (1996); 38: 166-170
8. Lee, F.I. et al. Record, C.O., Grace, R.H., Daniels, S., Patterson, J., Smith, K. Gut (1996); 38 : 229-233
9. Dorant, E. et al. Gastroenterology (1996); 110 : 12-20
10. Soto, J.A. et al. Gastroenterology 1996; 110 : 589-597
11. Cosnes, J. et al. Gastroenterology (1996); 110 :424-431
12. Winawer, S.J. N. Engl. J. Med. (1996); 334 : 82-87
13. Slevin, M.L. BMJ (1996) ; 312 : 392-393