

برخی از مقاله های مهم منتشر شده در سال ۱۹۹۴

در رشته بیماریهای دستگاه گوارش و کبد

ترجمه دکتر صادق مسرت

مقاله های زیر خلاصه ای از مهمترین بررسی های بالینی و پژوهشی در رشته های مختلف بیماریهای گوارشی در سال ۱۹۹۴ است که از میان آثار منتشره در مطبوعات پزشکی جهان در مجله آلمانی (Medizinische Klinik) ارگان متخصصین داخلی آلمان بچاپ رسیده است.^۱ برای کسب اطلاعات بیشتر علاقمندان از مقالات اصلی فهرست تمام این مقالات در دو قسمت مجزا در پایان آورده شده است.

۱ - ۱ بیماری برگشت اسید از معده به مری :

در ۳۹۲ بیمار که دچار ازوفازیت درجه ۲ یا بیشتر بودند و در اثر درمان کاملاً بهبود یافته بودند اثر دراز مدت درمان با امپرازول ۲۰ یا ۱۰ میلیگرم در روز بامصرف رانیتیدین ۱۵۰ میلیگرم دو مرتبه در روز برای جلوگیری از بازگشت بیماری مقایسه شد. بعد از ۱۲ ماه درمان با بیست یا ده میلیگرم امپرازول به ترتیب ۷۲٪ و ۶۲٪ بیماران و با رانیتیدین ۴۵٪ از آنها در بهبودی بالینی بودند.

۱۰۰ بیماری که در فاصله سه ماه اول عود علائم بیماری را داشتند سپس با امپرازول ۲۰ میلیگرم بطور غیرکور بمدت ۱۲ ماه پیوسته درمان شدند که در پایان این بررسی ۷۹ نفر از آنها بهبودی بالینی داشتند.^۲

این برتری درمانی با امپرازول در بیمارانیکه قبلاً نسبت بدرمان با مهارکننده های هیستامین (با ازوفازیت از درجه ۲ تا درجه ۴ و به تعداد ۹۱ نفر) مقاوم بوده اند در یک بررسی دیگر که درهلند انجام شد مورد تأیید قرار گرفت. با بالا بردن تدریجی مقدار امپرازول هر بار ۲۰ میلی گرم بیشتر در بیمارانیکه بازگشت علائم داشته اند تا ۱۰۰ درصد بهبودی بالینی کسب گردید. میزان هیپرپلازی میکرونودولر سلولهای شبه کرومافین معده از ۲/۵ درصد در بیوپسی اول به ۲۰ درصد در بیوپسی آخر افزایش یافت. همزمان در ۲۵ درصد از افراد بعد از ۴ تا ۵ سال یک گاستریت آتروفیه بخصوص در کسانی که گاستریت آنها بالا بود ظاهر شد اما دیسپلازی و ضایعات نئوپلاستیک در هیچ بیمار پیدا نشد. تغییرات مورفولوژیک، بررسی کنندگان را براین باور واداشته که درمان دراز مدت با امپرازول باید با پیگیری دقیق بیماران همراه باشد.^۳

همچنین در بیمارانیکه تنگی مری ناشی از رفلو داشته اند مصرف امپرازول بمقدار ۲۰ میلی گرم در روز در دو بررسی جداگانه نشان داده است که احتیاج کمتری به اندوسکوپی درمانی جهت گشاد کردن تنگی داشته اند. این درمان در بیماران موثرتر و ارزاتر از درمان با

مهارکننده های هیستامین بود. (۴ - ۵) علاوه بر کم شدن التهاب کم شدن دیسپلازی را نیز همراه داشت.^۴

در مقایسه با درمان مرتب روزانه با امپرازول ۲۰ میلی گرم در مقابل درمان آخر هفته بمدت ۳ روز پشت سرهم درمان اخیر کافی برای موفقیت درحفظ بهبودی نبود.^۶

۱ - ۲ سرطان معده :

عوامل خطرزا: ریسک ابتلاء به سرطان معده بعد از واگتومی در یک بررسی با ۷۱۹۸ بیمار که بین سالهای ۱۹۷۱ تا ۱۹۷۹ جراحی شده بودند تا سال ۱۹۸۸ مورد بررسی قرارگرفت. در این فاصله ۳۴ سرطان معده دیده شد که این میزان در مقایسه با ۲۶ بیمار قابل انتظار زیادتر نبود. مطابق این بررسی پائین آمدن اسید معده به مدت طولانی باعث ایجاد خطر ابتلاء به سرطان معده نمی شود.^۷

درمان: در یک متآنالیز از ۱۳ بررسی کنترل شده با بیش از ۲۰۰۰ بیمار شیمی درمانی شده بعد از عمل جراحی بصورت (adjuvant)، فقط اثر خفیفی در زیاد شدن طول عمر مشاهده گشت.^۸ بی اثری شیمی درمانی در بررسی آینده نگر دیگری که بوسیله (British Stomach Cancer Group) انجام شده بود مورد تأیید قرار گرفت.^۹

۱ - ۳ هلیکوباکتریلوری :

اپیدمیولوژی: عفونت مجدد با هلیکوباکتر و بازگشت زخم در ۶۳ بیماری که در ۱۹۸۵ تا ۱۹۸۶ در اثر درمان باکتریهای خود را از دست داده بودند مطالعه شد. در رابطه با ۲۴۸ سال مطالعه (در اینجا تعداد بیماران در سالهای مورد بررسی ضرب شده اند) میزان درصد بازگشت عفونت در مطالعه ۵ تا ۷ ساله بطور متوسط ۱/۲ درصد در هر سال بود. در بیمارانیکه این باکتری ریشه کن شده بود پس از یکسال ۱۱ درصد

بازگشت زخم مشهود گشت. در مقایسه در کسانی که باکتری ریشه کن نشده بود ۵۴ درصد بازگشت زخم داشتند^{۱۰}. در بررسی روی دوقلوها میزان درصد عفونت با هلیکوباکتر در دوقلوهای یک تخمی ۸۱ درصد و در دوقلوهای دو تخمی ۶۳ درصد بود (p برابر ۰/۰۰۱). میزان درصد هماهنگی (Concordance) در ۱۲۴ دوقلو که دور از همدیگر بزرگ شده بودند مورد مطالعه قرار گرفت. این میزان در دوقلوهای یک تخمی ۸۱ درصد در مقابل ۶۶ درصد برای دوقلوهای دو تخمی بود. (p = 0/003) میزان درصد ضریب برای دوقلوهای یک تخمی که از همدیگر جدا زندگی میکنند در رابطه با عفونت این باکتری ۰/۶۶ بود که نشان دهنده تاثیر مهم ژنتیکی برای این عفونت بود علاوه بر اهمیت عامل ژنتیکی عوامل محیطی هم نقش عمده ای داشت^{۱۱}. این بررسی مهم در همان مجله مورد نقد ناشرین قرار گرفت^{۱۲}.

رابطه با سرطان معده: بررسی های اپیدمیولوژی نشان داده است که پیوند تنگاتنگی بین عفونت با این باکتری و سرطان معده در انسان وجود دارد. خطر ابتلای به سرطان معده برای کسانی که به عفونت این باکتری دچارند ۲ تا ۶ برابر می باشد. (Craanen) و همکاران در بررسی دیگری میزان درصد عفونت را در سرطان از نوع اینتستینال (Intestinal type) (۱۹ از ۳۱ بیمار) برابر ۶۱ درصد و سرطان از نوع منتشر (Diffuse type) (۱۲ از ۲۲ نفر) برابر ۵۰ درصد مشابه دیدند^{۱۳}. متاپلازی اینتستینال در گاستریت محدود به آنتروم در تمام گروه های سنی بیشتر در کسانی دیده شد که عفونت این باکتری را داشتند. هنگامی که در این مقایسه سن بیماران مورد نظر قرار گرفت آشکار شد که کسانی که با گاستریت محدود به آنتروم دچار متاپلازی اینتستینال اند بیشتر دچار سرطان معده می شوند. در سرطان از نوع منتشر این اختلاف دیده نشد. برای متاپلازی اینتستینال که وجود عوامل مختلفه برای ظهور آن لازم است بنظر میرسد که این باکتری نقش مستعد کننده ای بعهد دارد. علاوه بر این شایان توجه است که میزان اسید اسکوربیک که یک عامل مهم ضد سرطانی میباشد در شیره معده کسانی که عفونت با این باکتری را داشتند به میزان قابل توجهی کم شده است که بعد از ریشه کن کردن باکتری به حد طبیعی می رسد.^{۱۴}

رابطه با لنفوم های معده: رابطه پاتوژنتیک بین هلیکوباکتریلوری و لنفوم های اولیه معده از نوع MALT در یک بررسی اپیدمیولوژیک نشان داده شده است.^{۱۵} این بررسی مقایسه ای گروه بیمار با گروه شاهد در کشورهای نروژ و آمریکای شمالی با ۲۳۰۵۹۲ نفر انجام گرفت. در نمونه های سرم که قبلا گرفته شده بود پادزهر ضد این باکتری اندازه گیری شد. در ۳۳ بیمار لنفوم معده دیده شد. هر بیمار با ۴ شاهد از این جمعیت مقایسه شد که از نظر سن و جنس و زمان برداشتن نمونه مطابق با بیماران مبتلا به لنفوم معده بودند. علاوه بر آن ۳۱ بیمار از هر دو جمعیت که مبتلا به لنفوم (Non-Hodgkin) بودند و آثاری در معده آنها مشهود نبود، نیز مورد بررسی قرار گرفتند. امکان عفونت با این باکتری در بیماران مبتلا به لنفوم های معده بطور چشمگیر از افراد

شاهد بیشتر بود (خطر نسبی ۶/۳) در بیمارانی که لنفوم غیر از معده داشتند خطر عفونت بیشتر با ضریب ۱/۲ وجود نداشت.

ریشه کنی هلیکو باکتر: رژیم های درمانی برای ریشه کن کردن این باکتری از نظر میزان ومدت مصرف داروهای متفاوت و نظر به تعداد زیاد آنها بزرگت قابل بررسی هستند. استفاده از کلاریترومایسین (Clarithromycin) همراه با داروهای دیگر از قدرت تاثیر بالایی برخوردارند. مثلا: مصرف روزانه سه بار کلاریترومایسین با دوز ۵۰۰ میلیگرم بعلاوه چهار بار تتراسایکلین با دوز ۵۰۰ میلیگرم همراه با چهار مرتبه بسموت سوسالیسیلات و ۳۰۰ میلیگرم رانیتیدین تنها برای ۱۴ روز با موفقیت ۹۳ درصد همراه است.^{۱۶} امپرازول ۲۰ میلیگرم همراه با کلاریترومایسین دومرتبه ۲۵۰ میلیگرم و تینیدازول (Tinidazole) ۵۰۰ میلیگرم دومرتبه برای ۷ روز با ریشه کنی ۹۵/۷ درصدی در ۶۵ بیمار همراه بود.^{۱۷} در این نوع درمان اثرات جنبی بسیار کم و فقط به قطع آن در ۲ نفر از میان ۶۵ بیمار تحت درمان انجامید. همچنین درمان با امپرازول ۴۰ میلیگرم یک مرتبه در روز همراه با سه مرتبه کلاریترومایسین ۵۰۰ میلیگرم بمدت ۱۴ روز بموفقیت ۷۸/۷ درصد در ریشه کن کردن باکتری پس از ۴ هفته بعد از پایان درمان انجامید.^{۱۸} در یک بررسی دیگری که بصورت راندوم در هنگ کنگ انجام گرفت و در آن برای یک هفته از بسموت ساب سیترات ۴ بار در روز با دوز ۱۲۰ میلیگرم همراه با تتراسایکلین دومرتبه با دوز ۵۰۰ میلیگرم و مترونیدازول ۴ مرتبه با دوز ۴۰۰ میلی گرم استفاده شد و در شاخه دیگر درمانی همین داروها همراه با ۲۰ میلیگرم امپرازول برای ۴ هفته داده شد نشان داد که التیام زخم در گروه اول در ۷۶ نفر برابر ۹۲ درصد در مقابل ۹۵ درصد در ۷۷ بیمار در گروه دوم بود. میزان ریشه کن شدن باکتری در گروه اول ۹۴ درصد در مقابل ۹۸ درصد بود. از این بررسی نتیجه گرفته شد که با مصرف امپرازول فقط بیماران زودتر از دردهای روزهای اول درمان نجات می یابند.

۴ - ۱ زخم ناشی از استرس:

پیشگیری: ۲۲۵۲ بیمار در یک بررسی پیشگیری که در چند کلینیک برای جلوگیری از ظهور زخمهای ناشی از استرس با مهار کننده هیستامینی، آنتی اسیدوسوکرالفایت انجام گرفته به این نتیجه رسیده اند که خطر خونریزی معده در بیماران مبتلا به نارسانای سیستم تنفسی ۱۵/۶ برابر در بیماران مبتلی به کوآگولوباتی ۴/۳ برابر است. از ۸۴۷ بیماری که در آنها یکی از این دو خطر وجود داشت در ۳۱ نفر (۳/۷٪) خونریزی نسبتاً مهمی دیده شد اما در ۱۴۰۵ بیمار دیگر که نارسانای سیستم تنفسی در آنها به چشم نمی خورد میزان خونریزی فقط ۰/۱٪ بود. میزان مرگ ۴۸/۵ درصد در گروه مبتلا به خونریزی بسیار بیشتر از دیگر گروهی بود که با مرگ ۲۷/۲ درصدی دچار خونریزی نگشته بود.^{۲۰}

دیسپپسی فونکسیونل (Non-Ulcer Dyspepsia)

تشخیص مطلوب: در اینکه آیا در بیماران مبتلا به ناراحتی ناشی از دیسپپسی بدون انجام آندوسکوپی یک درمان آزمایشی لازم است یا نه بحث و گفتگو فراوان است. در ۲۷۳ بیمار که مورد بررسی قرار گرفتند ۳۱ در گروه اول ابتدا قبل از درمان، آندوسکوپی انجام گرفت و در گروه دوم بیماران بامهار کننده های هیستامینی درمان شدند و آندوسکوپی فقط در موافق انجام گرفت که بیماران به درمان جواب مساعد نداده مبتلا به عود همراه با درد شدند در گروه اول در ۶۸ نفر از ۲۰۸ نفر (۳۳٪) یک یافته مهم دیده شد در گروه دوم در ۲۰ نفر (۶۶٪) در مدت زمان یک سال الزاماً آندوسکوپی انجام گرفت. میزان درصد نوع ضایعات در هر دو گروه برابر بود. در گروه یک ۴۰ درصد از بیماران مبتلا به زخم تشخیص داده نشده بودند. بعد از یک سال هیچ تغییری بین دو گروه از نظر علائم و میزان درصد بهبودی مشاهده نشد اما استراتژی درمان مطابق با علائم همراه با مخارج زیادتر بود که به علت خرید داروهای بیشتر و همچنین دادن مرخصی بیشتر به بیماران برای استراحت بوجود آمده بود. مطابق این بررسی تشخیص زود با آندوسکوپی از نظر مخارج درمانی روشی مناسب تر است.

۲- روده

۲-۱ اسپرو (Sprue)

تشخیص: در یک بررسی که چند کلینیک باهم شرکت کرده بودند تشخیص اسپرو از راه اندازه گیری پادزهرها مورد مطالعه قرار گرفت در مقایسه تشخیصی نشان داده شد که تست اندازه گیری پادزهر بر ضد EMA) endomysium (بهترین حساسیت و ویژگی را نشان می دهد در صورتی که پادزهر ضد گلیادین از نظر حساسیت و ویژگی نتایج خوبی نمی دهد. ۲۲

پیشگویی سیر بیماری: یک بررسی دیگر بیماری را که همراه با اسپرو هستند و همچنین طول عمر بیماران را در فواصل سالهای ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ در ۳۳۵ نفر مورد نظر قرار داد. ۱۲ درصد از بیماران مبتلا به بیماریهای آندوکراین از جمله دیابت با ۵/۴٪ در مقایسه با گروه شاهد با ۱/۵٪ ابتلا به بیشتری را نشان دادند. همچنین بیماریهای کولاجن (Collagen diseases) بطور متوسط سه برابر بیشتر از گروه شاهد در این بیماران دیده شد. از جمله سندروم Sjogren با ۳/۳٪ در مقابل ۰/۳٪ در گروه شاهد دیده شد. برعکس بیماریهای تیروئید و همچنین بیماریهای بدخیم نسبت به گروه شاهد رقم بالاتری را نشان نداد. طول عمر بیماران مانند گروه سالم بود. ۲۳

۲-۲ بیماریهای عفونی

در کشور ایتالیا ۴۵۸ بیمار مبتلا به ایدز (AIDS) به مدت چهار سال مورد معاینه قرار گرفت ۱۵٪ درصد از آنها دچار دردهای سخت شکمی

بودند. که با کم شدن طول عمر همراه بود. تشخیص اختصاصی در ۵۹٪ از بیماران قبل از مرگ و در ۳۳٪ بعد از مرگ انجام گرفت بیماریها بیشتر در رابطه با خود بیماری ایدز بود از جمله عفونت با CMV، MAI و کریبتوسپریدیم بیشتر دیده شد. از ۱۰ بیماری که مورد عمل جراحی قرار گرفته بودند فقط چهار نفر آنها بیشتر از یک ماه عمر کردند ۲۴

Clostridium difficile: در گزارشی ۶۰ بیمار مبتلا به اسهال ناشی از این باکتری در طول دوسال مورد بررسی قرار گرفتند در ۵۳٪ از آنها علائم بسیار حاد و شدید بود فقط ۷٪ از آنها همزمان بیماریهای دیگری را نداشتند. بالا بودن گویچه های سفید؛ دهیدراتاسیون و از دست دادن وزن از علائم مهم بودند. ۸۵٪ از بیماران قبلاً مصرف سفالوسپورین را داشتند. آنها نیکه قبلاً تحت درمان با Ticarcilin و یا Clavulan Acid قرار گرفته بودند دچار هیچ عفونتی نشدند. توقف زیادتر در بیمارستان خطر ابتلا به اسهال ناشی از کلسترییدیوم دیفسیله را بالا می برد. ۲۵

برای معالجه این عفونت در بررسی دیگر از قارچ *Saccharomyces boulardii* همراه با آنتی بیوتیکها استفاده شد، ۱۲۴ بیمار یا با ساکارومیسزیک گرام در روز برای چهار هفته یا با پلاسبو همراه با آنتی بیوتیک های کلاسیک درمان شدند. بیمارانی که ساکارومیسز مصرف کرده بودند به بازگشت بسیار کمتر بیماری دچار شدند تا بیمارانی که معالجه و درمانشان با پلاسبو بود. میزان ریسک نسبی ۰/۴۲ در مقایسه با پلاسبو بود. ۲۶

۲-۳ سرطان روده بزرگ:

عوامل خطر: مصرف سیگار در زنان هم با ظهور آنومها و هم با سرطانهای کولورکتال بستگی داشت که در آن فاصله زمانی بین ابتلاء به دخانیات و تشخیص سرطان در حدود ۳۵ سال بود. این فاصله زمانی دراز بین شروع استعمال دخانیات و ابتلاء به بیماری سرطان نشان داد که چرا این عامل تا بحال ناشناخته مانده بود. ۲۷

یک بررسی که در ۱۲۰ هزار نفر انجام شد نشان داد که خطر نسبی ابتلاء به سرطان روده بزرگ در افرادی که فقط دارای یک خویشاوند درجه یک مبتلا به سرطان روده بزرگ بودند ۱/۷ برابر بیشتر است و چنانچه تعداد بیشتری از خویشاوندان نزدیک دچار سرطان شوند این خطر به ۲/۸ برابر میرسد که در سنین بالا میزان خطر همچنین باز هم روبه افزایش است. ۲۸

اپیدمیولوژی سیر و پیشگویی بیماری: یک بررسی بسیار جامع، پیدایش، و سیر مرگ و میر ناشی از سرطان کولورکتال را بمدت ۴۰ سال مورد نظر قرار داده است. در فاصله این زمان میزان پیدایش سرطان در مردها زیادتر و در زنها کمتر شد. طول عمر در هر دو جنس یکسان و در فاصله زمانی ۱۹۵۰ تا ۱۹۸۱ بطور متوسط ۱٪ طولانی شد. بطور کلی از ۱۹۸۰ به بعد میزان پیدایش سرطان همچنین مرگ و میر ناشی از آن کمتر میشود. به مرور زمان تشخیص زودتر سرطان به تدریج

بیشتر از گذشته امکان پذیر است. ۲۹

تغییرات مولکولی در ژنها: به مرور زمان آشکارا روشن شده است که در تمام اشکال مختلف سرطان کولورکتال تغییرات کروموزومی به چشم می‌خورد. ۳۰ ژن مربوط به سرطان ارثی غیر پولیپی (HNPCC)* در این فاصله کاملاً شناخته شده است این تغییر شامل یک ژنی است که در آن ترمیم (Mismatch) شده است. ۳۱ سرطان ارثی غیر وابسته به پولیپ بین ۳ تا ۶ درصد کل سرطانهای روده یزرگ است که در مناطق مختلف متفاوت است. این بیماری بوسیله وراثت غالب و اتوزومال بوحود می‌آید. ۳۱

پیشگیری سرطان: مصرف آسپرین خطر بوجود آمدن سرطان کولورکتال را کم می‌کند در یک بررسی که در ۴۷۹۰۰ کارگر مردشاغل در شبکه های بهداشتی بعمل آمده است در ۲۵۱ نفر از آنها سرطان مشاهده شد. بیماران از ۱۹۸۶ هر دو سال یک بار از نظر مصرف آسپرین و ترکیبات مشابه آن مورد بررسی قرار گرفتند. آنهایی که از ۱۹۸۶ بطور مرتب آسپرین استفاده می‌کردند خطر نسبی کمتر ابتلا به سرطان کولورکتال بمیزان ۰/۶۸ داشتند و همچنین ابتلا به سرطان پیشرفته به میزان ۰/۵۱ بود. همچنین تعداد آدنوم‌ها هم کمتر بود. ۳۴ بررسی های دیگر مربوط به روش شناخت زود سرطان کورکتال می باشد. بعنوان مثال در ۶۸ هزار نفر از ساکنین شهر گتبرگ در سوئد که در فاصله ۱۹۱۸ و ۱۹۳۱ متولد شده بودند به دو گروه شاهد و تستی تقسیم شدند. در گروه تستی آزمایش خون در مدفوع به روش هموکولت (Hemocult) انجام شد. این تست بعد از ۱۶ تا ۲۴ ماه مجدداً بررسی شد. بیش از ۶۰٪ از افراد در گروه تستی این تست را واقعاً انجام دادند. در ۴/۴٪ افرادی که نتیجه مثبت بود ۴۷ مورد سرطان و ۱۲۹ مورد آدنوم تشخیص داده شد. در غربالگری مجدد بعد ۵/۱٪ آنها نتیجه مثبت داشتند و ۳۴ مورد سرطان و ۱۲۲ مورد آدنوم پیدا شد. در ۱۹ بیمار در گروه تستی و همچنین ۱۵ بیمار در گروهی که حاضر بانجام تست نشده بودند سرطان تشخیص داده شد در گروه شاهد هم ۴۰ سرطان دیده شد اما سرطانها در گروه تستی پیشرفت کمتری داشتند. ۳۵

درمان: بررسی جالب توجه کاربرد پادزهرمونوکلونال بر ضد آنتی ژن سطح مخاطی سلولهای سرطانی کولون (آنتی ژن 1A-17) جهت درمان مکمل (adjuvant) سرطانهای دوک C (Dukes) (Stage 3) بود که پس از جراحی، پادزهرها در ۵ ماه اول بعد از عمل جراحی تزریق شدند. طول عمر بیماران بعد از ۵ سال بررسی گردید و نشان داده شد که در بیماران درمان شده مرگ و میر ۲۰٪ و میزان بازگشت بیماری ۲۷٪ کمتر بوده است. این اثر بخصوص در افرادی که متاستازهای دور داشتند چشم گیر تر بود. عواقب جانبی هم ناچیز بود. ۳۶

۴ - ۲ بیماریهای التهابی مزمن روده:

علت و اپیدمیولوژی: یک بررسی نشان داد که احتمال مبتلا شدن به بیماری کرون با شرایط بهداشتی زمان کودکی (مثلاً وجود حمام

و دستشویی) بستگی دارد. این عامل تاثیر بیماریهای عفونی را در زمان کودکی برای بوجود آمدن این بیماری نشان میدهد. وبعکس آشکار می‌سازد که ایمنی اکتسابی در زمان بچگی از اهمیت خاصی ممکن است برخوردار باشد. ۳۷

تشخیص: ده نفر از متخصصین آسیب شناسی که نمونه های بیوپسی را مستقلاً مورد بررسی قرار دادند در ۶۵ تا ۷۶٪ از موارد همداستانی در تشخیص نهایی داشتند. آنها در افتراق بین یافته های طبیعی و غیر طبیعی همیشه هم رای وهم نظر بودند اما تشخیص التهاب غیر اختصاصی بطور رایج در بیوپسی افراد سالم هم بچشم می‌خورد واز این نظر آراء متفاوت بود. مرض کرون بیشتر بعنوان کولیت اولسروز تشخیص داده میشد. نتیجه اینکه بعلت این اختلاف نظر بین پاتولوژیست‌ها در تشخیص بیماریهای التهابی مزمن روده نباید فقط به جواب هیستولوژی اعتماد کرد. ۳۸

سیر بیماری: درمان دراز مدت بیماران مبتلا به کولیت اولسروز و همچنین کنترل منظم این بیماران برای پیش گیری از سرطان از اهمیت خاصی برخوردار است. ۳۹

بررسی های درمانی در کولیت اولسروز آشکار ساخته است که تجویز Cyclosporin از راه ورید درحالاتی که این بیماری سخت به درمان مقاوم است بسیار موثراتاده است. در یک بررسی روشن شده است که در ۸۲٪ از این بیماران چنین درمانی کاملاً موثر بوده در صورتی که درمان با پلاسمو هیچ موفقیتی نشان نداده است. در درمان بشکل CROSSOVER هم همین نتیجه گرفته شد. بخصوص جالب اینجا بود که زمان پاسخگویی به درمان به طور متوسط ۷ تا ۱۴ روز به درازا می‌کشید. ۴۰ مصرف نیکوتین از راه پوست علائم این بیماری را بهتر می‌کند. در یک بررسی که ۷۲ بیمار بصورت راندوم با پلاسمو یا با نیکوتین (به طور متوسط ۱۵ تا ۲۵ میلیگرم) مورد درمان قرار گرفتند در حدود نیمی از آنها بهبودی کامل بدست آوردند. در صورتی که در گروه پلاسمو این میزان ۲۵٪ بود. درصد عوارض جانبی در گروه نیکوتین زیادتر بود. از آنجائی که درمان با نیکوتین در دراز مدت عواقب مربوط به خود را دارد نمیتواند کاربردی در این بیماری داشته باشد. ۴۱

بررسی های درمانی در رابطه با بیماری کرون: دو بررسی مهم نشان داد که مصرف Cyclosporin در هنگامی که بیماری کرون فعال می‌باشد برعکس بیماری کولیت اولسروز بی‌فایده است. ۴۲ و ۴۳ بعد از این که بررسی‌های قبلی چنین نتیجه‌هایی را نشان داد میبایستی دیگر مصرف سیکلوسپورین را در بیماری فعال کرون به خاطر راه نداد. اما یک بررسی معمولی غیر راندوم نشان داد که سیکلوسپورین در صورت تزریق داخل وریدی هنگامی که بیماری کرون با فیستولهای پیشرفته توام باشد از ارزش درمانی برخوردار می‌باشد. ۸۸٪ از بیماران به این درمان پاسخ مطلوب نشان دادند و در ۴۴٪ آنها فیستولها کاملاً بسته شد اما با ادامه درمان در ۲۶٪ از آنها فیستول بازگشت در صورتی که در ۶۴٪ از آنها نتیجه درمانی حفظ شد. اثرهای جانبی در ۵۵٪ از بیماران دیده

شد. ۴۴ حال باید دید که نتایج بررسی‌های کنترل شده چگونه خواهد بود.

چندین بررسی توجه خود رامعطوف به ترکیبات مختلفه Budesonide (که یک استروئید غیرسیستمی است) نمودند. بررسی‌های اکتشافی (Pilot) کنترل شده نشان دادند که بودزونید از راه دهان که استروئید را کم کم آزاد می‌کند از اثر مطلوبی برخوردار است و نشان می‌دهد که اثر این دارو در مقابل داروهای استاندارد استروئیدی فقط کمی ضعیفتر میباشد ولی این نکته از نظر آماری چشم گیر نیست در همان حال میزان اثرات جانبی بخصوص بر محور هیپوتالاموس - هیپوفیز و غدد فوق کلیوی بطور چشم گیری پائین تر است. ۴۵

یک متا آنالیز برای حفظ التیام (Remission) در کرون نشان داد که خطر بازگشت در مقایسه پلاسبو با ترکیبات 5-ASA کاملاً پائین تر است در صورتی که این اثر با سولفاسالازین دیده نمی‌شود. بخصوص در هنگامی که ناحیه ایلئوم درگیر باشد این اثر مشهودتر است. ۴۶

برای درمان این بیماری اهمیت دارد بدانیم که با مصرف Azathioprine در بیماران مبتلا به التهاب روده سرطان زیادتر مشاهده نمی‌شود حتی اگر خطر ابتلاء به سرطان کرون را که بعلت خود مرض بوجود می‌آید بحساب بیاوریم. ۴۷

سیر معمولی کولیت اولسروز: از ۱۱۶۱ بیمار که ۲۵ سال مورد بررسی قرار گرفتند دیده شد که ۵۰٪ از این بیماران در زمان اتمهای مطالعه در حال آرامش بودند و در ۹۰٪ از آنها یک سیرعود کننده وجود داشت که این بازگشت قابل پیش بینی نبوده ۹۰٪ از بیماران بعد از ۱۰ سال از آغاز بیماری فعالیت شغلی خود را حفظ کردند در طول این مدت میزان کلکتومی ۲۴٪ بود. این بررسی کاملاً به اهمیت پیگیری و درمان این بیماران در دراز مدت تاکید دارد. ۴۸

۵ - ۲ بیماری دیورتیکولی روده بزرگ :

درمان جراحی در مقایسه با درمان داروئی و اهمیت سیر بیماری : در ۳۰۰ بیمار که دیورتیکول روده بزرگ داشتند یک بررسی ۵ ساله شد. فقط ۱۲۰ نفر از این بیماران در پایان ۵ سال بطور کامل قابل ارزیابی ارزیابی بودند. ۳۹ نفر از این بیماران در این فاصله فوت کردند که فقط در ۱۰ نفر از آنها مرگ بعلت بیماری ناشی از دیورتیکل بود فقط دو نفر از این ۷۷ نفر که ابتدا در آنها عمل سیگموئید انجام گرفته بود در مقایسه با ۲۷ نفر از ۴۳ نفری که جراحی نشده بودند مجدداً دچار عواقب پیچیده گردیدند. از ۱۰ بیماری که فوت کردند ۹ نفرشان سابقه جراحی نداشتند. ۴۹

۶ - ۲ بیماریهای غیر ارگانیک :

درمان کولون تحریک پذیر (IBS): مصرف سیوس گندم در صد نفر مورد مطالعه قرار گرفت در ۵۵٪ آنها این مصرف با علائم توأم بود در صورتی که فقط ۱۰٪ آنها احساس بهبودی میکردند بررسی کنندگان حدس میزنند

که مصرف فیبرهای مختلف بخصوص سیوس گندم نه تنها ممکن است این سندرم را تشدید نموده بلکه حتی باعث پدید آمدن آن هم شود. ۵۰

درمان بیبوست: دو بررسی برای درمان بیبوست مزمن وجود دارد که در بررسی اول باکتری اشریاکوکولی Escherichia-coli در مقابل پلاسبو بصورت کنترل شده به ۱۷ بیمار داده شد در بیمارانی که باکتری مصرف کردند میزان تعداد دفع مزاج به دو برابر در مقایسه با تعداد گروه پلاسبو رسید همچنین اگر افراد در گروه پلاسبو با این باکتری درمان می‌شدند همین اثر دیده میشد. ۵۱

در بررسی دیگر اثر میزوپروستول (Misoprostol) در بیبوست مزمن مورد مطالعه قرار گرفت در این بررسی هم اثر مثبتی دیده شد. همچنین مدت زمان گذر از روده بزرگ هم کمتر شد و تعداد دفعات مدفوع هم مانند وزن مدفوع در هر هفته بطور چشمگیر بالا رفت. ۵۲

۱ - ۳ پانکراتیت حاد :

چگونگی ظهور : در مکانیسم بوجود آمدن پانکراتیت حاد بعلت سنگهای صفراوی یک انسداد موقتی غیر ارگانیک از اهمیت خاصی برخوردار است. این تئوری در ۲۱ بیمار که در آنها کیسه صفرا برداشته شده بود و یک درن T در مجرای صفراوی داشتند مورد تائید قرار گرفت عبور سنگهای صفراوی از راه اسفنکتر Oddi ایجاد یک تنگی فونکسیونل می‌نماید که ممکن است برگشت شیره پانکراس بداخل مجرای صفراوی را باعث شود. اما علائم وجود یک نارسانی اسفنکتر با برگشت محتویات اثنی عشر در این بیماران دیده نمی‌شود. ۵۳

آیا یک وضع آناتومیکی خاص به ایجاد پانکراتیت حاد کمک می‌کند. این مسئله مورد بررسی پیش‌نگر دیگری در ۶۲ بیمار با پانکراتیت حاد صفرائی به وسیله ERCP قرار گرفت. در مقایسه با ۶۲ بیمار شاهد که از نظر پانکراس کاملاً سالم بودند هیچگونه اختلاف چشمگیری در رابطه با ویژگی‌های آناتومیک خاص در منطقه مجرای کلدوک و مجرای پانکراس (کانال واحد، وجود زاویه مابین مجرای کلدوک و پانکراس بیشتر از ۳۰ درجه، مجرای باز Santorini و پانکراس divisum) دیده نشد. با این بررسی نتیجه گرفته می‌شود که شرایط آناتومیک خاص در بوجود آمدن پانکراتیت حاد ناشی از سنگهای کیسه صفراوی وجود ندارد. ۵۴

درمان آندوسکوپی پانکراتیت حاد: امروزه اسفنکترتومی آندوسکوپی در پانکراتیت صفراوی با سیر پیچیده درمانی کاملاً لازم و استاندارد است. این متدبوسيله بعضی در بیمارانی که دچار اختلالات اسفنکتر ادی (Oddi) هستند هم بکار گرفته شده است. اما خود این نوع درمان ممکن است یک پانکراتیت حاد هم به وجود آورد. در یک بررسی پیش‌نگر در ۲۱۰ بیمار که پشت سرهم مطالعه شدند عوامل خطرزا برای پانکراتیت ناشی از اسفنکترتومی مورد مطالعه قرار گرفت، چنانچه مجرای صفراوی بیمار دیلاته نباشد. خطر اسفنکترتومی ۶ مرتبه افزونتر نسبت به بیمار با مجرای صفراوی دیلاته است (۱۳/۱) در مقابل ۲/۲ درصد). ۵۵

تشخیص و پیشگویی بیماری: از بررسی که در حیوانات انجام گرفت ضرر تزریق ماده حاجب در موقع انجام سیتی اسکن را روی سیر پانکراتیت حاد با شدتهای مختلف مورد بررسی قرار داد. تزریق ماده حاجب در حیوانات سالم و حیوانات مبتلا به پانکراتیت خفیف اثری نداشت ولی در پانکراتیتهای شدید میزان نکرروز و مرگ حیوانات بطور چشمگیر افزایش می یابد. بررسی کنندگان معتقدند که در پانکراتیت حاد انجام سیتی اسکن همراه با تزریق ماده حاجب می بایستی با نهایت احتیاط انجام گیرد.^{۵۶} اما هیچگونه تجربه ای در انسان تا بحال گزارش نشده است. یک معیار ساده بالینی که سیر شدید پانکراتیت حاد را نشان می دهد ظهور مایع افویشن (Effusion) در فضای پرده جنب است که در پانکراتیت های خفیف هم اغلب دیده می شود. در صورتی که پیدایش مایع وجود نداشته باشد احتمال سیر شدید پانکراتیت حاد کم است.^{۵۷}

درمان اندوسکوپ: گذاشتن استنت از راه پایی کوچک بوسیله اندوسکوپ همراه یا بدون اسفنکترتومی در پانکراس Divisum و پانکراتیتهای مکرر از طریق یک بررسی دیگر مورد تایید قرار گرفت.^{۵۸}

درمان دارویی: درسالهای اخیر مصرف آنتوبیوتیکها در پانکراتیت همراه با نکرروز بافتی موردقبول قرار گرفته است. یک بررسی نشان داد که آنتوبیوتیکهای جدیدنه تنها در بافت پانکراس بلکه در بافت دچار نکرروز هم بخوبی نفوذ می کند.^{۵۹}

۲ - ۳ پانکراتیت مزمن:

چند بررسی در سال ۱۹۹۴ راجع به علل و سیر بیماری در پانکراتیت مزمن معطوف منتشر شد. در پانکراتیت مزمن ناشی از الکل یک بررسی پیش نگر ۱۶ ساله در ۱۴۰ بیمار انجام گرفت و مشخص گشت که در گروه خاصی از این بیماران بیماری بر خلاف انتظار با یک سیر مناسب بالینی و ساکن حتی بدون داشتن درد همراه است. عواملی که در سیر مناسب این بیماری موثر اند هنوز ناشناخته مانده اند.^{۶۰}

همین گروه در یک بررسی دیگر در رابطه نزدیک ما بین پیشروی بیماری و سخت بودن برگشتهای حاد نشان داده اند که پانوژنز پانکراتیت حاد و مزمن (تزنکرروز- فیبروز) یکی میباشد.^{۶۱}

پانکراتیت مزمن الکلی و غیر الکلی ایدیوپاتیک: در یک بررسی پس نگر در ۶۶ بیمار با پانکراتیت مزمن ایدیوپاتیک و ۲۴۹ بیمار با پانکراتیت الکلی روشن شد که برخلاف پانکراتیت الکلی که در آن سه چهارم بیماران مرد بودند در پانکراتیت ایدیوپاتیک هر دو جنس با شیوع برابر دیده می شود. ضایعات کلسیفیه و همچنین نارسانائی ترشچی گوارشی و آندوکورین در پانکراتیت الکلی خیلی سریعتر از پانکراتیت ایدیوپاتیک پدیدار می شود. پانکراتیت ایدیوپاتیک در خردسالان و افراد مسن دو شکل متفاوت دارد در خردسالان درد شدید بیشتر است و در صورتیکه نارسانائی ترشچی گوارشی و آندوکورین در افراد مسن زیادتر دیده می شود.^{۶۲}

نوع تشخیص: هنگامی که مجرای پانکراس با تنگی همراه باشد تشخیص افتراقی بین ضایعات خوش خیم و بدخیم از اهمیت خاصی برخوردار است. متد تشخیصی مستقیم سونوگرافی از داخل مجرای پانکراس هنوز در مرحله آزمایشی است. یک گروه ژاپنی با این متد در ۱۴ بیمار با سرطان پانکراس و ۱۲ بیمار با پانکراتیت مزمن توانست تشخیص صحیح را بدهد. هنوز باید دید تا چه اندازه کاربرد این متد در بررسی روزمره از اهمیت فراوان برخوردار میگردد.^{۶۳}

درمان درد: علت بروز درد در پانکراتیت مزمن هنوز کاملاً پیچیده و با علل گوناگون همراه است. یک عامل مهم بالا رفتن فشار در داخل مجاری و پارانشیم پانکراس بعلت انسداد است که درمان قطعی آن به برداشتن موفقیت آمیز سنگ واز بین بردن تنگی ها بسته است. گروهی از این بیماران حامل سنگ مجرای پانکراس از درمان با امواج ارتعاشی سنگ شکن بهره میبرند.^{۶۴ و ۶۵} همچنین در یک بررسی آینده نگر و در ۱۳۴ بیمار مبتلای به پانکراتیت مزمن که از درد شدید در رنج بودند و در آنها از عمل جراحی برای درمان طبیعی کردن فشار داخل مجرا استفاده شده بود در مقایسه با درمان کنسرواتیو مشخص گشت که ۷۴ بیمار از ۷۸ بیمار که تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند (۸۵٪) پس از چهار سال بهبودی نسبتاً خوبی داشتند در صورتی که فقط در یکی از ۵۶ نفری که جراحی نشده بودند (۲٪) سیر بیماری بدون درد بود.^{۶۶}

۳ - ۳ نارسانائی پانکراس:

تشخیص: تست برداشت اسیدهای آمینه (Consumption Test)

بوسیله پانکراس از پلاسمای بیماران برای بررسی میزان نارسانائی پانکراس در دو مقاله مجدداً مورد مطالعه قرار گرفت. در هر دو بررسی بر خلاف ادعای سابق این تست قادر به تمایز صحیح کارائی عمل پانکراس در حالات طبیعی از حالات پاتولوژیکی نبود.^{۶۷ و ۶۸}

درمان: در سال ۱۹۹۴ گزارش های شگفت آوری راجع به پیدایش تنگی هایی در روده بزرگ در بیماران مبتلی به فیبروز سیستیک (Cystic Fibrosis) هنگامیکه بمدت طولانی با پانکراتین مداوا می شوند منتشر شد. از نظر بالینی این بیماران دچار علائم شبیه ایلئوس مکنونوم (Meconium Ileus) میشوند که در پاتولوژی قطعات برداشته شده هنگام عمل جراحی، علائم فیبروز و زخمهای ناشی از ایسکمی (Ischemia) را نشان می دهد. این ضایعات را مربوط به خوردن مشتقات مختلفه پانکراتین میدانند که از ۱۲ تا ۱۵ ماه قبل از بروز این عارضه انجام گرفته بود (۷۱-۶۹) اما احتمالاً رابطه مستقیم بین این ضایعه ها با مصرف پانکراتین باید یک امر تصادفی تلقی شود. چه فراوانی شیوع همین ضایعات در بیمارانی که پانکراتین در معالجه آنان جائی نداشته چشمگیر است. در یک بررسی دیگر همانطوریکه در سالهای گذشته هم ثابت شده بود آنزیم های پانکراس را میتوان با افزودن ترکیبات پائین آورنده ترشح اسید با مقدار کمتر مصرف نمود، که امپرازول موثرتر از مهار کننده های هیستامینی میباشد.^{۷۲}

۶۰٪ در بافت ظاهر می شود. ۸۰ این یافته ها طبیعت سرطان زای پانکراتیت مزمن را مشخص می سازد که در بررسی های اپیدمیولوژی هم تاکید شده است. ۸۱

در یک بررسی آینده نگر در ۶۴ بیمار مشکوک به سرطان پانکراس قدرت تشخیص اندوسونوگرافی (Endosonography) با سونوگرافی معمولی وسیتی اسکان مقایسه شد که در آن برتری تشخیصی اندوسونوگرافی در مقایسه با متدهای دیگر ثابت گردید خواه از نظر تشخیص تومور اولیه و خواه از نظر متاستازهای اطراف آن و نیز شدت هجوم به رگهای خونی. ۸۲

درمان پالیاتیو: در یک بررسی پیش نگر که اثر درمان شیمیائی چند دارو (Adriamycin / Mitomycin / 5 - Fu) با پلاسیو مقایسه شده بود عمر بیشتر (۳۳ هفته در برابر ۱۵ هفته و $P < 0.002$) بیماران درمان شده نشان داده شد. ۸۴ اثر تزریق الکل برای بلوکه کردن سیستم Splanchnic در بیماران مبتلی به سرطان پیشرفته پانکراس در مقایسه با گروه پلاسیو نشان میدهد که درمان موثر درد نه تنها کیفیت زندگی را بهتر میکند بلکه بسالهای عمر این بیماران نیز می افزاید. ۸۵

* Hereditary Non Polyposis Colon Cancer=HNPCC

دیابت قندی بخصوص هنگامی که زمان کوتاهی از شروع علائم آن گذشته باشد زیاد به چشم میخورد. دیابت قندی مطابق بررسی بعمل آمده در ۷۲۰ بیمار مبتلی به سرطان پانکراس و در مقایسه با ۷۲۰ نفر شاهد یک فنومن پارانئوپلاستیک میباشد. نتایج اپیدمیولوژی بدست آمده در ایتالیا نشان میدهد که دیابت قندی را بافت سرطانی پدید می آورد. ۷۳ یکی از عوامل نشان دهنده دیابت در این بیماران غلظت بالای پلی پپتید آمیلونید جزایر پانکراس (IAAP) در سرم این بیماران سرطانی است. ۷۴

تشخیص: در تشخیص سرطان پانکراس بخصوص تمایز آن از پانکراتیت مزمن پیشرفتهای اساسی بچشم نمی خورد. سیتولوژی از مخاط مجرا بوسیله سوند مسواکی مانند میتواند در صورت مثبت بودن نتیجه به تشخیص کمک کند (۷۶ و ۷۵). متاستازهای فعال کننده در کدون (Codon) ۱۲ انکوژن Ki-ras در نمونه بافتی و در شیره پانکراس در ۸۰ تا ۹۰٪ دیده می شود. متاستاز این تست از ویژگی بالا برخوردار نیست ۷۷ و ۷۹ زیرا که انکوژن Ki-ras در پانکراتیت مزمن تا بیشتر از

References:

- Layer, P., D. Grandt, H. Goebell: Update Gastroenterologic. Med. Klin. 89 (1994), 18-24.
- Hallerback, B., P. Unge, I. Carling, B. Edwin, H. Glisc, N. Havu, E. Iyrenäs, K. Lundberg: Scandinavian Clinics for United Research Group: Omeprazole or ranitidine in long-term treatment of reflux esophagitis. Gastroenterology 107 (1994), 1305-1311.
- Klinkenberg-Knol, E. C., H. P. M. Festen, J. B. M. J. Jansen, C. B. H. W. Lamers, F. Nelis, P. Snel, A. Luckers, C. P. M. Dekkers, N. Havu, S. G. M. Meuwissen: Long-term treatment with omeprazole for refractory reflux esophagitis: efficacy and safety. Ann. intern. Med. 121 (1994), 161-167.
- Marks, R. D., J. E. Richter, J. Rizzo, R. E. Koehler, J. G. Spenny, T. P. Mills, G. Champion: Omeprazole versus H2-receptor antagonist in treating patients with peptic stricture and esophagitis. Gastroenterology 106 (1994), 907-915.
- Smith, P. M., G. D. Kerr, R. Cockel, B. A. Ross, C. M. Bate, P. Brown, W. Dronfield, J. R. B. Green, W. S. Hislop, A. Theodossi, R. J. McFarland, D. A. Watts, M. D. Taylor, P. D. I. Richardson: Restore Investigator Group. A comparison of omeprazole and ranitidine in the prevention of recurrence of benign esophageal stricture. Gastroenterology 107 (1994), 1312-1318.
- Dent, J., N. D. Yeomans, M. Mackinnon, W. Reed, F. M. Narielvala, D. J. Hetzel, E. Solcia, D. J. C. Shearman: Omeprazole vs. ranitidine for prevention of relapse in reflux oesophagitis. A controlled double blind trial of their efficacy and safety. Gut 35 (1994), 590-598.
- Lundegardh, G., A. Ekblom, J. K. McLaughlin, O. Nyren: Gastric cancer risk after vagotomy. Gut 35 (1994), 946-949.
- Hermans, J., J. J. Bonenkamp, M. C. Boon, A. M. G. Bunt, S. Ohyania, M. Sasako, C. J. H. van de Velde: Adjuvant therapy after curative resection for gastric cancer: meta-analysis of randomized trials. J. clin. Oncol. 11 (1993), 1441-1447.
- Hallsley, M. T., J. A. Dunn, L. C. Ward, H. A. William: British Stomach Cancer Group: The second British stomach cancer group trial of adjuvant radiotherapy or chemotherapy in resectable gastric cancer: five-year follow-up. Lancet 343 (1994) 1309-1312.
- Forbes, G. M., M. E. Glaser, D. J. E. Cullen, J. R. Warren, K. J. Christensen, B. J. Marshall, B. J. Collins: Duodenal ulcer treated with helicobacter pylori eradication: seven-year follow-up. Lancet 343 (1994), 258-260.
- Malaty, H. M., L. Engstrand, N. L. Pedersen, D. Y. Graham: Helicobacter pylori infection: genetic and environmental influences. A study of twins. Ann. intern. Med. 120 (1994), 982-986.
- Riccardi, V. M., J. I. Rotter: Familial helicobacter pylori infection: societal factors, human genetics, and bacterial genetics. Ann. intern. Med. 120 (1994), 1043-1044.
- Craanen, M. E., P. Blok, W. Dekker, G. N. J. Tytgat: Helicobacter pylori and early gastric cancer. Gut 35 (1994), 1372-1374.
- Banerjee, S., C. Hawksby, S. Miller, S. Dahill, A. D. Beattie, K. E. L. McColl: Effect of helicobacter pylori and its eradication on gastric juice ascorbic acid. Gut 35 (1994), 317-322.
- Parsonnet, J., S. Hansen, L. Rodriguez, A. B. Gelb, R. A. Warnke, E. Jellum, N. Orentreich, J. H. Vogelman, G. D. Friedman: Helicobacter pylori infection and gastric lymphoma. New Engl. J. Med. 330 (1994), 1267-1271.
- Al-Assi, M. T., F. C. Ramirez, G. M. Lew, R. M. Genta, D. Y. Graham: Clarithromycin, tetracycline, and bismuth: a new non-metronidazole therapy for helicobacter pylori infection. Amer. J. Gastroint. 89 (1994), 1203-1205.
- Bazzoli, F., R. M. Zagari, S. Fossi, P. Pozzato, G. Alampi, P. Simoni, S. Sottili, A. Roda, E. Roda: Short-term low-dose triple therapy for the eradication of helicobacter pylori. Europ. J. Gastroint. Hepatol. 6 (1994), 773-777.
- Logan, R. P. H., P. A. Gummert, H. D. Schaufelberger, R. F. H. Greaves, G. M. Mendelson, M. M. Walker, P. H. Thomas, J. H. Baron, J. J. Misiewicz: Eradication of helicobacter pylori with clarithromycin and omeprazole. Gut 35 (1994), 323-326.
- Hosking, S. W., T. K. W. Ling, S. C. S. Chung, M. Y. Yung, A. F. B. Cheng, J. J. Y. Sung, A. K. C. Li: Duodenal ulcer healing by eradication of helicobacter pylori without anti-acid treatment: randomised controlled trial. Lancet 343 (1994), 508-510.
- Cook, D. J., H. D. Fuller, G. H. Guyatt, J. C. Marshall, D. Leasa, R. Hall, T. L. Winton, F. Rutledge, T. J. R. Todd, P. Roy, J. Lacroix, L. Griffith, A. Willan, the Canadian Critical Care Trials Group: Risk factors for gastrointestinal bleeding in critically ill patients. New Engl. J. Med. 330 (1994), 377-381.
- Bytzer, P., J. M. Hansen, O. B. Schaffalitzky de Muckadell: Empirical H2-blocker therapy or prompt endoscopy in management of dyspepsia. Lancet 343 (1994), 811-816.
- Dann
- Volta, U., R. Lazzari, C. S. Guidetti, R. Valentini, G. Sandri, J. De Vitis, M. G. Zaniboni, M. Forni, R. Solazzo, L. Pasquale, P. Usai, R. Troncone, F. Perri, P. Triglione, G. F. Bertoli, R. De-Franchis, G. Castellucci, A. Savoini: Multicenter study on the reproducibility of antigliadin (AGA) and antiendomysial antibodies (EmA) in celiac sprue screening. J. clin. Gastroint. 19 (1994), 81-82.
- Collin, P., T. Reunala, E. Pukkala, P. Laippala, O. Keyrilainen, A. Pasternack: Coeliac disease - associated disorders and survival. Gut 35 (1994), 1215-1218.
- Parente, F., M. Cernuschi, S. Antinori, A. Lazzarin, M. Moroni, M. Fasan, G. Rizzardini, V. Rovati, E. Morandi, P. Molteni, G. Bianchi Porro: Severe abdominal pain in patients with AIDS: frequency, clinical aspects, causes, and outcome. Scand. J. Gastroint. 28 (1994), 511-515.
- Anand, A., B. Bashey, T. Mir, A. E. Glatt: Epidemiology, clinical manifestations, and outcome of Clostridium difficile-associated diarrhea. Amer. J. Gastroint. 89 (1994), 519-523.
- McFarland, L. V., C. M. Surawicz, R. N. Greenberg, R. Fekety, G. W. Elmer, K. A. Moyer, S. A. Melcher, K. E. Bowen, J. L. Cox, Z. Noorani, G. Harrington, M. Rubin, D. Greenwald: A randomized placebo-controlled trial of Saccharomyces boulardii in combination

- with standard antibiotics for Clostridium difficile disease. *J. Amer. med. Ass.* 271 (1994), 1913-1918.
27. Giovannucci, E., G. A. Golditz, M. J. Stampfer, D. Hunter, B. A. Rosner, W. C. Willett, F. E. Speizer: A prospective study of cigarette smoking and risk of colorectal adenoma and colorectal cancer in U.S. women. *J. nat. Cancer. Inst.* 86 (1994), 192-199.
 28. Fuchs, C. S., E. L. Giovannucci, G. A. Colditz, D. J. Hunter, F. E. Speizer, W. C. Willett: A prospective study of family and the risk of colorectal cancer. *New Engl. J. Med.* 331 (1994), 1669-1674.
 29. Chu, K. C., R. E. Tarone, W. H. Chow, B. F. Hankey, L. A. G. Ries: Temporal patterns in colorectal cancer incidence, survival, and mortality from 1950 through 1990. *J. nat. Cancer. Inst.* 86 (1994), 997-1006.
 30. Hamelin, R., P. Laurent-Puig, S. Ohschwang, N. Jegu, B. Asselain, Y. Remvikos, J. Girodet, R. J. Salmon, G. Thomas: Association of p53 mutations with short survival in colorectal cancer. *Gastroenterology* 106 (1994), 42-48.
 31. Cunningham, C., M. G. Dunlop, C. C. Bird, A. H. Wyllie: Deletion analysis of chromosome 8p in sporadic colorectal adenomas. *Brit. J. Cancer.* 70 (1994), 18-20.
 32. Peltoniemi, P. T.: Genetic basis of hereditary nonpolyposis carcinoma (HNPCC). *Ann. Med.* 26 (1994), 215-219.
 33. Ponz de Leon, M.: Prevalence of hereditary nonpolyposis colorectal carcinoma (HNPCC). *Ann. Med.* 26 (1994), 209-214.
 34. Giovannucci, E., E. B. Rimm, M. J. Stampfer, G. A. Colditz, A. Scherio, W. C. Willett: Aspirin use and the risk for colorectal cancer and adenoma in male health professionals. *Ann. intern. Med.* 121 (1994), 241-246.
 35. Kewenter, J., H. Brevinge, B. Engaras, E. Haglund, C. Ahren: Results of screening, rescreening, and follow-up in a prospective randomized study for detection of colorectal cancer by fecal occult blood testing. *Scand. J. Gastroent.* 29 (1994), 468-473.
 36. Rietmüller, G., E. Schneider-Gadicke, G. Schlimok, W. Schmiegel, R. Raab, K. Hoffken, R. Gruber, H. Pichlmaier, H. Hirche, R. Pichlmayr, P. Buggisch, J. Witte: Randomised trial of monoclonal antibody for adjuvant therapy of resected Dukes' C colorectal carcinoma. *Lancet* 343 (1994), 1177-1183.
 37. Gent, A. E., M. D. Hellier, R. H. Grace, E. T. Swarbrick, D. Coggon: Inflammatory bowel disease and domestic hygiene and infancy. *Lancet* 343 (1994), 766-767.
 38. Theodossi, A., D. J. Spiegelhalter, J. Jass, J. Firth, M. Dixon, M. Leader, D. A. Levison, R. Lindley, I. Filipe, A. Price, N. A. Shepherd, S. Thomas, H. Thompson: Observer variation and discriminatory value of biopsy features in inflammatory bowel disease. *Gut* 35 (1994), 961-968.
 39. Pinczowski, D., A. Ekblom, J. Baron, J. Yuen, H. O. Adami: Risk factors for colorectal cancer in patients with ulcerative colitis: A case-control study. *Gastroenterology* 107 (1994), 117-120.
 40. Lichtiger, S., D. H. Present, A. Kornbluth, I. Gelemt, J. Bauer, G. Galler, F. Michelassi, S. Hanauer: Cyclosporine in severe ulcerative colitis refractory to steroid therapy. *New Engl. J. Med.* 330 (1994), 1841-1845.
 41. Pullan, R. D., J. Rhodes, S. Ganesh, V. Mani, J. S. Morris, G. T. Williams, R. G. Newcombe, M. A. H. Russell, C. Feyerabend, G. A. O. Thomas, U. Sawe: Transdermal nicotine for active ulcerative colitis. *New Engl. J. Med.* 330 (1994), 811-815.
 42. Feagan, B. G., J. W. D. McDonald, J. Rochon, A. Lupacis, R. N. Fedorak, D. Kinnear, F. Saibil, A. Groll, A. Archambault, R. Gillies, B. Valberg, E. J. Irvine: Low-dose cyclosporine for the treatment of Crohn's disease. *New Engl. J. Med.* 330 (1994), 1846-1851.
 43. Jewell, D. P., J. E. Lennard-Jones, J. Lowes, H. R. Dalton, J. L. Shaffer, A. Littlewood, H. J. F. Hodgson, B. J. Smiths, J. M. T. Willoughby, M. M. Moshiri, E. T. Swarbrick, A. Ferguson, J. R. Barton, M. J. Whelton, D. G. Weir, J. Keating: Oral cyclosporine for chronic active Crohn's disease. A multicentre controlled trial. *Europ. J. Gastroent. Hepatol.* 6 (1994), 499-505.
 44. Present, D. H., S. Lichtiger: Efficacy of cyclosporine in treatment of fistula of Crohn's disease. *Dig. Dis. Sci.* 39 (1994), 374-380.
 45. Rutgers, P., R. Lofberg, H. Malchow, C. Lamers, G. Olaison, D. Jewell, A. Danielsson, H. Goebell, O. O. Thomsen, H. Lorenz-Meyer, H. Hodgson, T. Persson, C. Seidegard: A comparison of budesonide with prednisolone for active Crohn's disease. *New Engl. J. Med.* 331 (1994), 842-845.
 46. Steinhart, A. H., D. Hemphill, G. R. Greenberg: Sulfasalazine and mesalazine for the maintenance therapy of Crohn's disease: A meta-analysis. *Amer. J. Gastroent.* 89 (1994), 2116-2124.
 47. Connell, W. R., M. A. Kamm, M. Dickson, A. M. Balkwill, J. K. Ritchie, J. E. Lennard-Lones: Long-term neoplasia risk after azathioprine treatment in inflammatory bowel disease. *Lancet* 343 (1994), 1249-1252.
 48. Langholz, E., P. Munkholm, M. Davidsen, V. Binder: Course of ulcerative colitis: analysis of changes in disease activity over years. *Gastroenterology* 107 (1994), 3-11.
 49. Farnakis, N., R. G. Tudor, M. R. B. Keighley: The 5-year natural history of complicated diverticular disease. *Brit. J. Surg.* 81 (1994), 733-735.
 50. Francis, C. Y., P. J. Whorwell: Bran and irritable bowel syndrome: time for reappraisal. *Lancet* 344 (1994), 39-40.
 51. Möllenbrink, M., E. Bruckschen: Treatment of chronic constipation with physiological E. coli bacteria. Results of a clinical trial on the efficacy and compatibility of microbiological therapy with the E. coli strain Nissle 1917 (Mutaflor registered). *Med. Klin.* 89 (1994), 587-593.
 52. Soffer, E. E., A. Metcalf, J. Launspach: Misoprostol is effective for patients with severe chronic constipation. *Dig. Dis. Sci.* 39 (1994), 929-933.
- ### Pancreas
53. Hernández, C., M. M. Lerch: Sphincter stenosis and gallstone migration through the biliary tract. *Lancet* 341 (1993), 1371-1373.
 54. Uomo, G., P. G. Rabitti, M. Laccetti, M. Visconti: Pancreatico-choledochal junction and pancreatic duct system morphology in acute biliary pancreatitis. *Int. J. Pancreatol.* 13 (1993), 187-191.
 55. Chen, Y. K., R. L. Foliente, M. J. Santoro, M. H. Walter, M. J. Collett: Endoscopic sphincterotomy-induced pancreatitis: increased risk associated with indolent bile ducts and sphincter of Oddi dysfunction. *Amer. J. Gastroent.* 89 (1994), 327.
 56. Foitzik, T., D. G. Bassi, J. Schmidt, K. B. Lewandrowski, C. F.-D. Castillo, D. W. Rattner, A. L. Warshaw: Intravenous contrast medium accentuates the severity of acute necrotizing pancreatitis in the rat. *Gastroenterology* 106 (1994), 207-214.
 57. Lankisch, P. G., M. Dröge, R. Becher: Pleural effusions: a new negative prognostic parameter for acute pancreatitis. *Amer. J. Gastroent.* 89 (1994), 1849-1851.
 58. Coleman, S. D., G. M. Eisen, A. B. Troughton, P. B. Cotton: Endoscopic treatment in pancreas divisum. *Amer. J. Gastroent.* 89 (1994), 1152-1155.
 59. Bassi, C., P. Pederzoli, S. Vesentini, M. Falconi, A. Bonora, H. Abbas, A. Benini, E. M. Bertazzoni: Behavior of antibiotics during human necrotizing pancreatitis. *Antimicrob. Agents Chemother.* 38 (1994), 830-836.
 60. Ammann, R. W., B. Muellhaupt, C. Meyenberger, P. U. Heitz: Alcoholic nonprogressive chronic pancreatitis: prospective long-term study of a large cohort with alcoholic acute pancreatitis (1976-1992). *Pancreas* 9 (1994), 365-373.
 61. Ammann, R. W., B. Muellhaupt: Progression of alcoholic acute to chronic pancreatitis. *Gut* 35 (1994), 552-556.
 62. Layer, P., H. Yamamoto, L. Kalthoff, J. E. Clain, L. J. Bakken, E. P. DiMaggio: The different courses of early- and late-onset idiopathic and alcoholic chronic pancreatitis. *Gastroenterology* 107 (1994), 1481-1487.
 63. Furukawa, T., Y. Tsukamoto, Y. Naitoh, Y. Hirooka, T. Hayakawa: Differential diagnosis between benign and malignant localized stenosis of the main pancreatic duct by intraductal ultrasound of the pancreas. *Amer. J. Gastroent.* 89 (1994), 2038-2041.
 64. Schneider, H. T., A. May, J. Benninger, T. Rabenstein, E. G. Hahn, A. Katalinic, C. Ell: Piezoelectric shock wave lithotripsy of pancreatic duct stones. *Amer. J. Gastroent.* 89 (1994), 2042-2048.
 65. Van der Hul, R., P. Plaiser, J. Jeekel, O. Terpstra, R. Den-Toon, H. Bruining: Extracorporeal shock-wave lithotripsy of pancreatic duct stones: immediate and long-term results. *Endoscopy* 26 (1994), 573-578.
 66. Nealon, W. H., J. C. Thompson: Progressive loss of pancreatic function in chronic pancreatitis is delayed by main pancreatic duct decompression. *Ann. Surg.* 217 (1993), 458-468.
 67. Maringhini, A., D. K. Nelson, J. D. Jones, E. P. DiMaggio: Is the plasma amino acid consumption test an accurate test of exocrine pancreatic insufficiency? *Gastroenterology* 106 (1994), 488-493.
 68. Lembcke, B., O. Konle, L. P. Duan, W. F. Caspary: Lack of accuracy of plasma α -amino nitrogen profiles as an indicator of exocrine pancreatic function bgh after continuous and bolus stimulation of the pancreas with secretin and cholecystokinin-pancreozymin. *Z. Gastroent.* 32 (1994), 679-683.
 69. Smyth, R. L., D. Van-Velzen, A. R. Smyth, D. A. Lloyd, D. P. Heaf: Strictures of ascending colon in cystic fibrosis and high-strength pancreatic enzymes. *Lancet* 343 (1994), 85-86.
 70. Oades, P. J., A. Bush, P. S. Ong, R. J. Brereton: Letter: High-strength pancreatic enzyme supplements and large-bowel stricture in cystic fibrosis. *Lancet* 343 (1994), 190.
 71. Campbell, C. A., J. Forrest, C. Musgrove: Letter: High-strength pancreatic enzyme supplements and large-bowel stricture in cystic fibrosis. *Lancet* 343 (1994), 190.
 72. Bruno, M. J., E. A. J. Rauws, F. J. Hoek, G. N. J. Tytgat: Comparative effects of adjuvant cimetidine and omeprazole during pancreatic enzyme replacement therapy. *Dig. Dis. Sci.* 39 (1994), 988-992.
 73. Gullo, L., R. Pezzilli, A. M. Morselli-Labate, and the Italian Pancreatic Cancer Study Group: Diabetes and the risk of pancreatic cancer. *New Engl. J. Med.* 331 (1994), 81-84.
 74. Permert, J., J. Larsson, G. T. Westermarck, M. K. Herrington, L. Christmanson, P. M. Pour, P. Westermarck, T. E. Adrian, M. R. C. Path: Islet amyloid polypeptide in patients with pancreatic cancer and diabetes. *New Engl. J. Med.* 330 (1994), 313-318.
 75. Ryan, M. E., M. R. C. Balduf: Comparison of low cytometry for DNA content and brush cytology for detection of malignancy in pancreaticobiliary strictures. *Gastrointest. Endosc.* 40 (1994), 133-139.
 76. Ferrari, A. P. Jr., D. R. Lichtenstein, A. Slika, C. Chang, D. L. Carr-Locke: Brush cytology during ERCP for the diagnosis of biliary and pancreatic malignancies. *Gastrointest. Endosc.* 40 (1994), 140-145.
 77. Hruban, R. H., A. D. M. van Mansfeldt, G. J. A. Offerhaus, D. H. J. van Weering, D. C. Allison, S. N. Goodman, T. W. Kensler, K. K. Bose, J. I. Cameron, J. L. Bos: K-ras oncogene activation in adenocarcinoma of the human pancreas: a study of 82 carcinomas using a combination of mutant-enriched polymerase chain reaction analysis and allele-specific oligonucleotide hybridization. *Amer. J. Pathol.* 143 (1993), 545-554.
 78. Urban, T., S. Ricci, J.-D. Grange, R. Lacave, F. Boudghene, F. Breittmayer, O. Languille, J. Roland, J. F. Bernadine: Detection of c-Ki-ras mutation by PCR-²-RFLP analysis and diagnosis of pancreatic adenocarcinomas. *J. nat. Cancer. Inst.* 85 (1993), 2008-2012.
 79. Tada, M., M. Omata, S. Kawai, H. Saisho, M. Ohto, R. K. Sasaki, J. J. Sniinsky: Detection of ras gene mutation in pancreatic juice and peripheral blood of patients with pancreatic adenocarcinoma. *Cancer Res.* 53 (1993), 2472-2474.
 80. Yanagisawa, A., K. Ohtake, K. Ohashi, M. Hori, T. Kitagawa, H. Sugano, Y. Kato: Frequent c-Ki-ras oncogene activation in mucous cell hyperplasias of pancreas suffering from chronic inflammation. *Cancer Res.* 53 (1993), 953-956.
 81. Lowenfels, A. B., P. Maisonneuve, G. Cavallini, R. W. Ammann, P. G. Lankisch, J. R. Andersen, F. P. DiMaggio, A. Andréu-Sandberg, L. Domellöf, and the International Pancreatitis Study Group: Pancreatitis and the risk of pancreatic cancer. *New Engl. J. Med.* 328 (1993), 1433-1437.
 82. Palazzo, L., G. Roseau, B. Gayet, V. Vilgrain, J. Belghiti, F. Fétéché, J.-A. Paolaggi: Endoscopic ultrasonography in the diagnosis and staging of pancreatic adenocarcinoma. Results of a prospective study with comparison to ultrasonography and CT scan. *Endoscopy* 25 (1993), 143-150.
 83. Gupta, R. K., A. G. AlAnar: Needle aspiration cytology in the diagnosis of mucinous cystadenocarcinoma of pancreas. *Int. J. Pancreatol.* 15 (1994), 149-153.
 84. Palmer, K. R., M. Kerr, G. Knowles, A. Cull, D. C. Carter, R. C. F. Leonard: Chemotherapy prolongs survival in inoperable pancreatic carcinoma. *Brit. J. Surg.* 81 (1994), 882-885.
 85. Lillemoe, K. D., J. L. Cameron, H. S. Kaufman, C. J. Yeo, H. A. Pitt, P. K. Sauter: Chemical planctocytometry in patients with unresectable pancreatic cancer: A prospective randomized trial. *Ann. Surg.* 217 (1993), 447-457.

۴. کبد و مجاری صفراوی

۱ - ۴ نارسائی حاد کبد :

علت : در حالیکه در جهان غرب هپاتیت ناشی از ویروس C بطور استثنائی علت نارسائی حاد کبدی است^۲ اما در آسیای شرقی این ویروس به علت وجود یک نوع ویژه از اهمیت زیادی برخوردار است.^۳

درمان : بر اساس بررسی انجام یافته در لندن در رابطه با گردش خون در مغز و مصرف اکسیژن آن نزد ۳۰ بیمار نهایستی در این بیماران به علت شدت یافتن هیپوکسی (Hypoxia) تنفس از نوع Hyperventilation انجام گیرد. اما مانیتول (Mannitol) و استیل سیستین (Acetyl - Cystein) اثرشان مثبت است.^۴

۲-۴ هپاتیت :

طبقه بندی : هپاتیت مزمن بر حسب عوامل بوجود آورنده آن از یک سو و میزان سلولهای التهابی و درجه فیروز از سوی دیگر طبقه بندی جدید میشود.^۵

درمان هپاتیت ناشی از ویروس : مطابق یک تجزیه و تحلیل از نوع متآنالیز که در ده بررسی کنترل شده با درمان انترفرون آلفا در هپاتیت مزمن B انجام شده است آنتی ژن Hbc با ضریب ۱/۷۶ بیشتر از سرم ناپدید می شود بهترین نتیجه در بیمارانی مشهود است که میزان ترانس آمینازها زیاد است و یا سابقه هپاتیت حاد داشته اند^۶

واکسیناسیون در هپاتیت B : علت عدم پاسخگویی به واکسیناسیون فعال و غیرفعال در ۷۰۵ نفر از نوزادان مادران حامل ویروس B بستگی به وضع نوزادان نداشته است. بلکه بعلافت عفونت شدید ویروسی در مادران است بهمین علت توصیه می شود که بهتر است در مادران بجای اندازه گیری آنتی ژن HBS Ag تیتر HBV- DNA تعیین شود تا بتوان خطر انتقال عفونت از مادر به نوزاد را با بکارگیری دقیق تر تلقیح غیرفعال (پاسیو) کمتر نمود.^۷

عفونت هپاتیت ناشی از ویروس C : با اینکه در اشک چشم و مایع منی حاملین HCV-RNA ویروس کامل C وجود ندارد ولی بطور استثنائی ممکن است نقل ویروس C بوسیله این مایعات پیش آید.^۹

همسران حاملین یا بیماران با ویروس هپاتیت C با طولانی شدن همزیستی بیشتر به عفونت مبتلا می شوند ولی نمی توان گفت که این عفونت بعلافت تماس جنسی ایجاد میشود.^{۱۰} عفونت عمودی هنگام زایمان در ۵/۶٪ نوزادان دیده میشود که در آن خطر عفونت با تیتربالای HCV-RNA زیادتر است^{۱۱}

درمان هپاتیت ویروسی C : پس از چند بررسی ضدونقیض یک بررسی دیگر وجود دارد که آشکار ساخته است که در هپاتیت حاد ویروسی درمان سه ماهه با انترفرون 2b بمیزان ۳ تا ۶ میلیون واحد. سه

بار در هفته امکان مزمن شدن هپاتیت را پائین می آورد و حتی در ۳۹٪ از افراد عفونت کاملاً از بین میرود. اگر این نتایج مثبت در بررسی با تعداد زیادتری از بیماران بتواند به تایید برسد میبایستی درمان با انترفرون هنگام ابتلاء به هپاتیت حاد ویروس C عمومیت پیدا کند.^{۱۲}

در عفونت مزمن HCV نوع خاص ویروس (Genotype) و تیر آن قبل از درمان و اینکه آیا سیروز وجود دارد مهمترین عوامل پاسخ به درمان با انترفرون میباشد.^{۱۳} کریوگلوبین ها (Cryoglobulinemia) هم که در ۵۴٪ از بیماران همراه با عفونت دیده میشود در اثر درمان با آلفا انترفرون از بین میروند.^{۱۴}

هپاتیت D : در سه گروه درمانی در ۴۲ بیمار با عفونت مزمن با انترفرون آلفا (سه مرتبه در هر هفته ۳ میلیون واحد در برابر ۹ میلیون واحد و یا بدون هیچگونه درمان) ابتدا ۵۰٪ از بیماران پاسخ مثبت به مقدار بالا دادند (مقدار کمتر بدون تاثیر بود) اما پس از پایان درمان مجدداً ویروس ظاهر شد از آنجائیکه یک سوم از این بیماران از نظر تستهای کبدی به مدت طولانی طبیعی بودند میبایستی نتیجه گرفت که درمان بمدت یکسال به مقدار بالا فایده بخش است به علت امکان عفونت همسران در صورتیکه آنها از نظر HBs Ag منفی باشند باید برضد ویروس B واکسینه بشوند.

۳ - ۴ سیروز صفراوی اولیه :

درمان : در دو بررسی کنترل شده آشکار گشته است که Ursodeoxycholic Acid تنها ماده بی عوارض جانبی و موثر در این بیماران از نظر طبیعی شدن بیلی روبین و آنزیمها می باشد اگرچه علائم بالینی این بیماران کاملاً از بین نمیروند^{۱۷} و ۱۸

عود در پیوند کبد : پیگیری پیوسته ۶۰ بیمار در کلینیک مایو (Mayo) نشان داد که فقط ۵ نفر از بیماران پیوند شده از نظر هیستوپاتولوژی بازگشت بیماری را داشتند که اما از نظر بالینی و تستهای کبدی هیچ گونه پیشروی از خود نشان ندادند^{۱۹}

۴ - ۴ سیروز کبدی :

آسیت : عمل گذاشتن Stent - Shunt از راه ورید ژوگولر (TIPS) در نیمی از ۱۴ بیمار که به درمان داروئی جواب ندادند موثر افتاده است.^{۲۰} این عمل درمانی را نمی توان بسیار موثر دانست و باید دید که در چه بیمارانی این روش بعداً کاربرد مناسب خواهد داشت.

هیپرتانسسیون وریدباب : در صد بیمار نتایج عمل TIPS بررسی گردید که از نظر فنی در ۹۳٪ موفقیت آمیز بود، در ۵۷٪ فشار وریدباب پائین آمد در ۲۱٪ انسداد کامل آناستوموز پس از یک سال دیده شد و در ۲۵٪ انسفالوپاتی مشاهده گردید.^{۲۱} تجویز آسپیرین در جلوگیری از انسداد Stent بی تاثیر بود.^{۲۲}

اصل جلوگیری از عفونت در بیماران سیروزی همراه با آسیت با درمان کوتاه مدت آنتی بیوتیک (۴۰۰ میلی گرام Ofloxacin برای ده

روز همراه با آموکسی سیلین یک گرام همراه با اسیدکلایوان Clavulanic Acid قبل از پروسه های اندوسکوپی (مورد تائید قرار گرفت ۲۳

انسفالوپاتی : بررسی در دو بیمار کاندائی که TIPS داشتند ومبتلا به انسفالوپاتی شدید وغیرقابل درمان بودند. نشان داد که دیلاتاسیون استنت مسدود شده موفقیت آمیز و با از بین رفتن علائم انسفالوپاتی همراه بود. ۲۴

۴ - ۵ سرطان پارانیشیم کبد :

تشخیص : یک بررسی آینده نگر بوسیله سونوگرافی واندازه گیری آلفا فتوپروتئین سرم هر شش ماه یک بار در بیماران سیروتیک که ۷۰ درصد آنها الکلی بودند نشان داد که در ۵/۸ درصد از آنها هر سال سرطان سلول های کبدی پیدا می شود . اما در این روش تشخیص از نظر قابل برداشت بودن از راه جراحی تومور (Resectability) مفید نبود. ۲۵ هنوز مشخص نیست که آیا می توان در بیماران سیروتیک که جزء افراد باخطر بیش از اندازه هستند هر سه تا شش ماه بصورت مستمر این آزمایش ها را با اعتماد به تشخیص زودرس وامکان کمک درمانی انجام داد .

درمان : یک بررسی نشان داده است که داروی ضد استروژن بنام تاموکسیفن (Tamoxifen) به طول عمر بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته کبد می افزاید بدون آنکه ارزش زندگیشان محدود گردد. ۲۶ مکانیسم تاثیر این ماده نامشخص است، احتمال می رود عللی که با طبیعت ضد استروژنی این ماده بستگی ندارد دخالت دارند این ماده میتواند در آینده درمانهای پالیاتیو دیگر مانند تزریق الکل وکموآمبولیزاسیون (Chemoembolization) را کامل کند. در بیمارانی که سرطان کبدی آنها غیر قابل عمل است وجزء طبقه بندی Okuda از نوع I، II است کموآمبولیزاسیون به درازی عمر وبهبود علائم بالینی می انجامد اما در تومورهای متعلق به درجه III که درازی عمرشان حدود ۵۰ روز است اثری ندارد. ۲۷ و ۲۸

۴ - ۶ پیوند کبد :

موارد کاربرد : بدون شک امروزه عمل پیوند کبد در سیروزهای پیشرفته کاربرد موثر دارد . در ۴۳ بیمار باکبد جدید شیوع مصرف الکل وعوامل خطر آن مورد بررسی قرار گرفت در مقایسه با گروهی که عمل جراحی بعلل دیگر انجام نگرفت ادامه اعتیاد ومصرف الکل در گروهی که مورد عمل جراحی قرار گرفته بودند ۱۹٪ در مقابل با ۲۴٪ در گروه شاهد بود. آنها که مدت اجتنابشان از مصرف الکل کمتر از شش ماه پیش از عمل جراحی بود تنها عامل خطربرای ادامه مصرف الکل را داشتند مسلما در بکارگیری جراحی هرگز این عامل مهم نباید از نظر ما پنهان بماند .

ایمون سوپرسیون : در دو بررسی که یکی در اروپاودیگری در آمریکای

شمالی انجام شده است معلوم شد که تاکرولیموس (Tacrolimus) بهتر از سیکلوسپرین A بوده ولی عواقب جانبی آن زیادتر است و بخصوص در رابطه با سیستم اعصاب ضایعه آن چشم گیر میباشد. ۳۱ و ۳۲

۴ - ۷ نارسائیهای ناشی از گردش خون :

سندرم بودکیاری : در ۲۵ بیماری که پشت سر هم بوسیله جراحی پرتوسیستمیک معالجه شدند طول عمر پنج ساله آنها در افراد با Shunt باز ۸۷ درصد و در افرادی که Shunt آنها با ترومبوزهمراه بود ۲۸ درصد بود. عوامل خطر بروز ترومبوز شانت شامل طول زمان بیماری، وجود فیبروز یا سیروز در کبد و همچنین بیماریهای میلوپرلیفراتیو بود. ۳۲ امروزه برای این بیماران چنانچه علائم ظهور آنها به طور حاد بروز کندجراحی TIPS ودر حالت مزمن پیوند کبد کاربرد دارد .

۴ - ۸ سنگهای کیسه صفرا :

امواج سنگ شکن خارج از بدن (ESWL) : این روش امروزه علاوه بر اینکه پرخرج ترین شیوه درمانی است از نظر تکنیکی غیر قابل دسترس در بسیاری از نقاط دنیا است. یک بررسی در ایتالیا در ۹۴٪ از بیماران یک هفته بعد از عمل درمانی ودر ۳۱ درصد پس از یکسال عدم وجود سنگ را نمایان ساخت. ۳۳ درمان UDCA (Ursodeoxycholic Acid) به مقدار ۳۰۰ میلیگرم در روز ظرف دو سال از پیدایش مجدد سنگ جلوگیری نمود. Sochendra و همکاران حتی عدم ظهور سنگ را بعد از ESWL بدون درمان با UDCA در ۹۴ درصد پس از یکسال و در ۸۰ درصد هم پس از دو سال در بیماران با سنگهای غیر حاجب در رادیوگرافی و در بیماران با سنگهای حاجب در رادیوگرافی به ترتیب ۷۷ و ۹۰ مشاهده نمودند. ۳۴ دربررسی دیگری که صد بیمار پس از درمان با ESWL خالی ازسنگ شدند و به طور متوسط ۴/۳ سال پیگیری شده بودند میزان عود ۷، ۱۱، ۱۲، ۲۰ و ۳۱ درصد به ترتیب پس از یک ، دو ، سه ، چهاروینجسال بود که این میزان کمتر از درمان دارونی خوراکی برای از بین بردن سنگها میباشد. ۳۵ ۶۱ درصد از سنگهای باز گشته با علائم بالینی همراه بودندکه فقط خرد شدن دو مرتبه نیمی از آنها توسط ESWL امکان داشت.

کولیسستکتومی لاپاروسکوپیک : یک بررسی پیش نگر در انگلستان در ۲۰۰ نفر نشان داد که در صورت احتمال وجود سنگ در مجرای کولدوک ERCP همراه با بایلیونومی وخروج سنگ قبل از عمل جراحی بهترین متد درمان میباشد. ۳۶

۴ - ۹ کلانزیت اسکروزان اولیه :

رابطه با کولیت اولسروز : در یک بررسی اپیدمیولوژی بطور مقطعی در ۱۲۷۴ بیمار که کولیت تازه ظاهر شده بود ۱۴۲ نفر (۱۱٪) آنان بیماری کبد ومجاری صفراوی داشتند که از آنها ۲۹ نفر (۲/۳درصد) در سیر

بیماری دچار کلاتریت اسکروزان اولیه شدند، که ۱۲ نفر آنها در پیگیری طولانی بعلت سرطان مجاری صفراوی و ۸ نفر بعلت نارسائی کبدی فوت نمودند. ویکنفر پیوند کبد شد. ظهور کلاتریت اسکروزان اولیه وضع بیمار را وخیم میسازد. مدت زمان بین علائم کبدی و صفراوی تا مرگ یا زمان پیوند کبد بیش از ۲۱ سال میباشد.^{۳۷}

۵ - اندوسکوپی

۱-۵. مری :

واریس مری : در سال ۱۹۹۳ در چهار از پنج بررسی پیش نگر راندوم شده نشان داد که لیگاتور بوسیله باند بهتر از اسکروتراپی میباشد. این فایده برای لیگاسیون با باند در دو بررسی دیگر که در سال ۱۹۹۴ منتشر شده و بصورت خلاصه نتیجه آن چاپ شده بود مورد تأیید قرار گرفت^{۳۸ و ۳۹} از فوائد لیگاتور با باند زودتر ریشه کن شدن واریسها، میزان کمتر خونریزی مجدد و میزان کمتر عواقب جانبی است. متأسفانه هنوز بررسی کنترل شده از ممالک اروپائی جز از انگلستان وجود ندارد. تا بحال لیگاتور واریس مری هنوز نتوانسته است روش اسکروتتری را بکنار زند. یک روش درمانی دیگر تزریق سوماتوستاتین یا Octreotide می باشد.^{۴۱ و ۴۲}

سرطان مری : در معالجه پالیاتیو سرطان مری روش سوزاندن و یا درمان با لیزر از صحنه کنار گذاشته میشوند بخصوص در ممالک جهان سوم تزریق موضعی با الکل در آینده از اهمیت فراوان برخوردار خواهد بود.^{۴۳ و ۴۴} در ممالک اروپائی بعلت احتمال ۱۰ درصد پاره شدن از این روش استفاده نمی شود.^{۴۳} یک بررسی که در آن استنت های فلزی که خود باز میشوند (Expanding Stents) با پروتزهای پلاستیکی مقایسه شده اند. پروتزهای پلاستیکی بعلت عواقب جنبی بمیزان ۱۰ درصد در همان هفته های اول غیر قابل قبول شناخته شده اند^{۴۵} ولی این نتایج در بررسی دیگر تأیید نشده است.^{۴۶} با وجود این به احتمال قوی آینده متعلق به استنت های فلزی می باشد. تجربیات معتبر برای Wallstent^{۴۷} و Gianturco^{۴۸} و نوع مشتق شده از آن (Song-stent)^{۴۹} و Ultraflex-stents^{۵۰ و ۵۱} وجود دارند، فقط تجربه با نوع Nitinol-Stent کم است.^{۵۲} مطابق تجربیات بررسی کنندگان این مقالات Gianturco-Stent فواید زیادی دارد زیرا که این استنت یک لایه از سیلیکون دارد که با گذشت زمان تغییری در طولش داده نمیشود و این برای درمان سرطان قسمت بالای مری مهم میباشد و بخصوص این استنت جهت پوشش فیستول های بین مری و نای بسیار مناسب میباشد.^{۴۸ و ۴۹} ولی هنوز تجربیات راجع به جابجا شدن استنت های Giaturco در مری گزارش نشده است با اینکه در قسمت حاشیه خارجی آن یک زبانه مقاومی ساخته شده است. از جنبه های منفی مهم استنت ها بجز نوع Gianturco رشد تومور در شبکه پنجره ای آنهاست. ویژگیهای مشترک در تمام استنت ها یکی ساده بودن قرار دادن

آنها بداخل مری و دیگر قیمت بالای آنهاست که بین ۱۶۰۰ تا ۲۲۰۰ دلار است.

آشالازی (Achalasia) : در آینده درمان جدیدتر این بیماران با تزریق توکسین Botulinum (Bo-tox) در داخل بافت اسفنکتر خواهد بود که بهبودی بیش از ۶ ماه را بوجود میآورد بدون آنکه عوارض جانبی در بر داشته باشد.^{۵۳}

۲ - ۵ معده :

در خونریزی ناشی از زخم معده و دوازدهه درمان تزریقی با روشهای حفظ ساختمان بافتی از سالهای گذشته کاملاً مورد قبول قرار گرفته است.^{۵۴ و ۵۷} از آنجائی که مواد اسکلزانت (Sclerosant) در موارد نادر ایجاد نکروز و تنگی مجرای صفراوی مینماید روشهای جدید کاملاً مهم بنظر میرسد.^{۵۸}

روش درمانی با فیبرین بهتر از روشهای سابق نیست.^{۵۹} امروزه جراحی فوری بعد از خونریزی اولیه به شیوه جراحی انتخابی (Elective) فقط بعد از عدم موفقیت بوسیله درمان آندوسکوپیک مورد توجه می باشد. این نظر در یک بررسی دیگر که در آن بطور راندوم درمان آندوسکوپیک با جراحی فوری بعد از خونریزی مقایسه شده است مورد تأیید قرار گرفت. در این بررسی بیش از نیمی از بیماران با وجود قرار گرفتن در گروه جراحی در مطالعه آندوسکوپی درمانی را بر جراحی ترجیح داده اند و جراحی را رد نمودند.^{۶۰}

خطر مرگ و میر ناشی از خونریزی مجدد ۳۳٪ است. در صورتیکه پس از درمان اولیه آندوسکوپیک این روش در روزهای بعد مرتب انجام گیرد میتواند ۶۰٪ تنزل پیدا کند.

برداشتن تومورهای معده بوسیله آندوسکوپی : مطابق اولین بررسی ها در سرطان محدود به مخاط معده که در آسیای شرقی انجام شده است تجربه در ۳۰۸ مورد گزارش شده است. که ارزش این روش را در حالاتی که تومور کوچک بوده و از نوع Intestinal باشد هویدا میسازد.^{۶۲}

۳ - ۵ مجاری صفراوی :

روش ERCP : کاربرد سوزن Precut در ۷۰۰ نفر که بعداً با پاپیلوتوم معمولی مورد درمان قرار گرفتند نشان می دهد که خطر جنبی با این روش زیاد نمی باشد.^{۶۳} دیلاتاسیون پاپی با بالن و خروج سنگ پس از آن به عنوان یک روش همسنگ با پاپیلوتومی، مورد توجه قرار گرفته است.^{۶۴}

کلاتریت : یک بررسی مقایسه راندومی در ۶۸ بیمار مبتلا به انسداد مجاری صفراوی ارزش بکارگیری پیشگیرانه آنتی بیوتیک Piperacillin را در مقابل پلاسیو نشان می دهد.^{۶۵} همین نتیجه در یک بررسی مقایسه ای با Cefotaxim نیز حاصل شده است.^{۶۶} مهمترین بررسی در انسداد ناشی از سنگ و درمان با آنتی بیوتیک در

هنگ کنگ انجام گرفته است. ۶۷ در ۲۱ درصد از ۶۰۰ بیمار با سنگهای مجاری صفراوی واتسداد ناشی از آن باکتریها در خون کشت داده شده بودند که از همه مهمتر Klebsiella, Escherichia Coli و آنتروکوک و پسودوموناس و انتروباکتر بودند، در این بیماران آنتی‌بیوتیک‌های Ciprofloxacin, Nelilmicin, Imipenem, Cefoperazon, Cefazidim بکار برده شد، علاوه بر Ciprofloxacin میزان غلظت آنتی‌بیوتیک‌های دیگر در صفرای غلیظ کیسه صفرا اندازه گیری شد. در آزمایشهای کشت I. Imipenem Ciprofloxacin موثرتر بودند و بالاخره Ciprofloxacin بعنوان بهترین آنتی‌بیوتیک در درمان کلانژیست شناخته شد.

۴ - ۵ پانکراس :

پانکراتیت حاد صفراوی : امروزه این بیماری بوسیله اندوسکوپي با پیلوتومی در همان ابتدای بیماری معالجه میشود. بخصوص در بیماران پرخطر که سنگ کیسه صفرا دارند اسفنکترتومی بوسیله اندوسکوپي خود یک آلترناتیو خوب در مقابل کله سیستکتومی میباشد. در یک بررسی آینده نگر که چهارسال پیگیری شد نه بازگشت پانکراتیت و نه التهاب کیسه صفرا دیده شد. ۶۸

پانکراس دیویزم (Pancreas Divisum) : در یک دوره پیگیری دو ساله ۸ نفر از ۹ بیمار با پانکراتیت حاد عود کننده از درمان بوسیله اندوسکوپي و با پیلوتومی پایی کوچک واستنت استفاده کردند. ۶۹

پانکراتیت مزمن : تعداد بررسی هادر رابطه با امواج سنگ شکن در سنگهای داخل مجرای پانکراس بسیار کم است ، از هلند در یک مطالعه ۱۷ بیمار بدینوسیله درمان شده اند. ۷۰ در یک بررسی دیگر از ۵۰ بیمار که در آنها لیتوتریپسی (Lithotripsy) انجام گرفت ۶۰ درصد فاقد سنگ و درد شدند. ۷۱ در بیمارانی که تنگی مجرا دارند و در آنها پروتز مصنوعی گذاشته میشود لازم است هر دو ماه یکبار این پروتز عوض شود. ۷۲

۶ - روش های تصویری

۱-۶ روده باریک :

سیتی اسکان در تشخیص علت اتسداد روده باریک از ارزش بالایی برخوردار است در صورتیکه عکس ساده شکم فقط در ۲۰ تا ۵۲٪ راه گشا میباشد .

دریک بررسی در ۸۵ بیمار با تشخیص اولیه اتسداد روده مقایسه ای بین ارزش سیتی اسکان با متدهای معمولی رادیولوژی بعمل آمدکه این مقایسه در رابطه با تشخیص صحیح که بوسیله لاپاروتومی در ۶۱ مورد انجام شده بود صورت گرفت وهمچنین علت و شدت اتسداد وهمچنین اثر آن روی موفقیت درمان ومخارج وضرورت انجام آزمایشهای دیگر نیز مطالعه شد . سیتی اسکان بعنوان روش حساس برای تشخیص و علت

محل اتسداد شناخته شد. ۷۳

۲ - ۶ کبد :

درمان غیر جراحی کیست های کبدی : کیست های کبدی اغلب بدون درد بوده و احتیاج بدرمان ندارند. ولی هنگامیکه با درد همراه باشند بایستی مداوا شوند. در یک بررسی در ۲۰ بیمار که ده نفرشان فقط دارای یک کیست و بقیه داری چند کیست بودند در فاصله زمانی ۹ سال درمان بوسیله سوزن از راه پوست با تزریق الکل یا تتراسیکلین همراه با درناژ (Drainage) با موفقیت انجام گرفت. فقط در دونفر مایع در بلور ودر یک نفر عفونت در محل کیست دیده شد. بهمین جهت این روش آلترناتیو خوبی در مقایسه با جراحی کیست میباشد. ۷۴

سارکوئیدوز شکم : سارکوئیدوز علاوه بر ریه و غدد لنفاوی میتواند هر عضو دیگری را درگیر کند. در یک بررسی گذشته نگر در ۵۹ بیمار مبتلا به سارکوئیدوز، کبد، طحال و غدد لنفاوی در سیتی اسکان زیر نظر قرار گرفته و با میزان (Angiotensin Converting Enzyme (ACE یافته های ریه مقایسه شدند. بزرگی کبد در ۲۹٪، طحال در ۲۳٪ و غدد لنفاوی در ۳۱٪ بچشم خورد (که ده درصد بسیار چشم گیر آن در نواحی پارائورتیک و ناف کبد بود). تغییرات توده ای شکل در کبد در ۵٪ ودر طحال در ۱۵٪ دیده شد که این ضایعات و بزرگی کبد و طحال با فعالیت بیماری و علائم بالینی و داده های غیر طبیعی آزمایشگاهی اما نه با مدت زمان بیماری ودرگیری ریه مطابقت داشت .

۳ - ۶ کیسه صفرا ومجاری صفراوی :

کولیسیتوتومی از راه پوست در التهاب حاد کیسه صفرا : بیماران با التهاب حاد کیسه صفرا همراه باسنگ باید ببرداشتن بدون درنگ کیسه صفرا معالجه شوند ولی این عمل با مرگ و میر ۲۰ درصد در بیماران بدحال همراه است. در ۲۶ بیمار بدحال که به مراقبت ویژه نیاز داشتند عمل کولیسیتکتومی از راه پوست ودرناژ دراز مدت صفرا و با خارج کردن احتمالی سنگ یا روشهای حل سنگ بسیار مفید شناخته شد. پس از بهبودی حال بیمار میتوان بالاخره اقدام به کولیسیتکتومی نمود. ۷۶

کولانژیوستریوگرافی به کمک سیتی اسکان مارپیچی (Spiral Computer Tomography) :

در ۲۶ بیمار، مجاری صفراوی و دو شاخه اصلی آن بطور سه بعدی به تصویر درآمد. از ۷ نوع آنومالی این مجاری ۶ مورد آن بخوبی شناسائی شد ودر دو بیمار وجود سنگ داخل مجاری صفراوی مشخص گشت. اگر ERCP انجام پذیر نباشد این روش از اهمیت خاص برخوردار است. ۷۷

۴ - ۶ پانکراس :

سندرم von-Hippel-Lindau : در ۵۲ بیمار مبتلا با این سندرم (همانژیوبلاستوم مخچه) میزان شیوع و چگونگی یافته ها در پانکراس به

وسيله سیتی اسکان مورد بررسی قرار گرفت، در ۲۹ نفر از آنان (۵۶٪) ضایعاتی در پانکراس بچشم خورد که شامل کیست در ۱۹ نفر، تومور آندوکراین در ۵ نفر و کیست آدنوم در ۲ نفر بود. در سه نفر تغییرات دیگر مشاهده شد در ۶ نفر هم تغییرات در پانکراس تنها یافته‌های این بیماران در شکم بود.^{۷۸}

چنانچه بافت پانکراس در قسمت قدامی قرار گیرد میتواند در سونوگرافی از Echo کمتر برخوردار باشد و علت اینکه گاهی سربانکراس اکوی کمتری دارد از این آنومالی قسمت Uncinate ناشی میگردد که بعلت کم شدن میزان چربی است که باید در تشخیص افتراقی ضایعات سر پانکراس مد نظر قرار گیرد.^{۷۹}

۷- جراحی

۱ - ۷ جراحی با تهاجم کم (Minimalinvasive) :

صفرای: درمان جراحی کولسیستکتومی لاپاروسکوپیک با ظاهر کردن مجاری صفراوی قبل یا بعد از عمل (ERC) که احتمالاً با اسفنکترتومی همراه است که آنرا درمان دو مرحله می نامند اغلب یک روش تجربی را تشکیل میدهد، این روش درمانی در مقایسه با ظاهرکردن مجاری صفراوی در هنگام عمل که با امکان بالا رفتن مرگ و میر ممکن است توام باشد مورد بررسی قرار گرفته است^{۸۰} که هنوز نتایج آن معلوم نیست. در یک مطالعه دیگر که بصورت راندوم انجام نشده است فایده روش درمان دو مرحله در بیماران مبتلی به سنگ کیسه و مجاری صفراوی (۱۲ درصد از ۸۵۷ نفر) مورد تایید قرار گرفته است که در ۸۷٪ موفقیت آمیز بوده است.^{۸۱}

۲ - ۷ کولون و رکتوم :

سرطان پیشرفته کولون: بعلت رشد و تهاجم تومور به بافت‌های اطراف در ۸۲ نفر از ۱۲۲۲ نفر عمل برداشتن چند مکانی تومور (Multivisceral Resection) انجام شد. هم از نظر میزان عوارض جانبی (۳۶٪ در مقابل ۲۷٪ درصد) هم از نظر مرگ و میر ۳۰ روزه (۳٪ در مقابل ۲٪ درصد) و هم از نظر زنده ماندن پس از ۵ سال (۵۵ در مقابل ۵۸ درصد) هیچ تفاوتی بین رزکسیون با هدف درمانی (Curative Resection) و رزکسیون وسیع (Extended Multivisceral Resection) دیده نشده است. بنابراین تهاجم تومور به اعضاء مجاور نباید بعنوان شاخص برای عمل جراحی تصور شود.^{۸۲}

در ۳۱ بیمار با سرطان پیشرفته رکتوم (بیشتر از CT3) به کمک درمان قبل از عمل جراحی با 5-FU (۲۰۰ تا ۳۰۰ میلی‌گرم در هر متر مربع سطح بدن و هر روز) و اشعه X (به طور متوسط ۵۵/۸ Gy) پیشرفت تومور کمتر شد (Downstaging) همه بیماران ۶ تا ۸ هفته بعد از این درمان جراحی شدند. ۸۷٪ از تومور یا بطور کامل و یا محدود چسبندگی

داشت و در ۱۳٪ هم تهاجم به دیوار لگن خاصره رسیده بود. در ۲۴٪ حجم تومور کاهش یافت. از این نظر درمان با داروهای ضد سرطان و اشعه میتواند میزان درصد موفقیت در بیرون آوردن تومور و بالاخره پیش آگهی بیمار را بهتر کند.^{۸۳}

پیش آگهی مدت عمل جراحی: در ۱۱۵۷ بیمار با سرطان کولون که مورد عمل جراحی در ۷ کلینیک قرار گرفته بودند میزان طول عمر ۵ ساله آنها بطور متوسط ۴۵/۷ درصد بود. طبقه بندی R و میزان پیشرفت تومور و کیفیت کار جراح و لازم شناخته شدن کاربرد جراحی در یک آنالیز مولتی واریات (Multivariate Analysis) از عوامل اثر بخش در طول عمر بودند. عود تومور در همان محل (Locoreginary) در بیمارانی که (R - Resection) داشتند مهمترین عامل برای طول عمر بود. اختلافات فاحشی بین کلینیک های جراحی در رابطه با میزان درصد عود تومور و طول عمر بیماران وجود داشت. نتیجه این بررسی از جهت طول عمر بیماران و عدم جلوگیری از عود تومور در محل جراحی نشان دهنده اهمیت توانائی بخصوص جراحان در کار خود است.^{۸۴}

آمادگی ژنتیکی در سرطان کولورکتال: در ۶۰ بیمار زیر ۴۵ سال مبتلی بسرطان کولورکتال سابق بیماری در خانواده هابرسی شد، خطر ابتلاء بسرطان در اقوام نزدیک ۵/۲٪، برای اقوام زن ۹/۷ درصد و اقوام بیماران زن ۶/۷ درصد بود بطوریکه کولونوسکوپیی برای اقوام این بیماران جوان سفارش میشود.^{۸۵}

۳ - ۷ مری :

شیمی درمانی Neoadjuvant در بیماران کانسر Squamous :

شیمی درمانی و اشعه درمانی با دز بالا قبل از عمل جراحی (5 Gy + 45 FU - Cisplatin + 5) در تومورهای فوقانی مری (T3, T4) در بیشتر از ۹ نفر بیمار اثر التیام کامل و ناکامل را داشته است. ۴ نفر از ۹ نفر که تحت عمل جراحی قرار گرفتند مدتی بیش از ۲۲ ماه را بدون عود تومور بسر بردند.^{۸۶}

۴ - ۷ کبد :

متاستازهای کبدی: در متاستازهای ناشی از سرطان کولورکتال که تحت رزکسیون (n=۳۸) یا رزکسیون همراه با گذاشتن کاتتر در شریان کبد Portimplantation و شیمی درمانی با میتومیسین 5 - Fu + C (n=35) یا تنها ایمپلانتاسیون نوع Port (n=35) با همان داروهای ذکر شده قرار گرفتند فقط رزکسیون کامل بهترین نتیجه را آشکار ساخت که با طول عمر ۱۷ درصدی بیش از ۵ سال همراه بود. شیمی درمانی نتوانست این سیر را تغییر دهد. علاوه بر رزکسیون وسیع، فاصله زمانی بین عمل جراحی و ظهور متاستازها از علائم پیش آگهی بودند.^{۸۷}

۵ - ۷ پانکراس :

سرطان پانکراس: پیش آگهی سرطان پانکراس که در ممالک صنعتی

همراه با مرگ و میر ۲۵٪ در سی روز اول بود که این مرگ و میر در افرادی که فقط لاپاروتومی تشخیصی در آنها انجام شده برابر ۵۰ درصد بود. زیادی طول عمر ۵ ساله در بیمارانی که تومور آنها در ۱۰ سال اخیر جراحی شده بود با ۹٪ درصد بیشتر از کسانی بود که با ۲٪ درصد در بیست سال اول جراحی شده بودند. این ارقام بطور کلی نتایج بدو عدم موفقیت عمل جراحی را نشان میدهد.^{۸۸}

شیوع فراوان دارد. بسیار بد است که علت آن پیشرفت تومور در موقع تشخیص و عمل جراحی میباشد. بیمارانی که تومور آنها قابل برداشت نیست بطور متوسط سه تا چهار ماه زندگی میکنند و این وضع با شیمی درمانی و اشعه درمانی تغییر ناپذیر است. بررسی در ۱۳۶۵ بیمار در ایالت غرب Mid Lands که از ۱۹۵۷ تا ۱۹۸۶ جمع شده بود این نتایج بد را نشان داد. در این بررسی بیماران دو دهه اول با دهه سوم مقایسه شدند، فقط ۲/۶ درصد از تومورها در هر دو دوره زمانی کاملاً قابل برداشت بودند، مرگ و میر ۳۰ روز اول در بیست سال اول پس از برداشت عضو برابر ۴۵/۲٪ بود که تقلیل آن به ۲۷/۶٪ در دهه اخیر نوعی پیشرفت محسوب می شود. در دهه اخیر فقط در ۱۴/۵٪ از بیماران یک لاپاروتومی تشخیصی انجام شد در صورتیکه قبلاً این رقم ۱۹/۷ درصد بود. جراحی Bypass در هر دو دوره زمانی در ۳۵ درصد کاربرد داشت که

References :

1. Layer, P., H.-J. Brambs, C. Ell, W. Fischbach, W. E. Fleig, J. Schölmerich, H. Zimngibl: Update Gastroenterologie 1995 Teil 1. Med. Klin. 90 (1995), 701-708.
2. Sallie, R., A. E. Silva, M. Purdy, H. Smith, K. McCaustland, C. Tips, B. Portmann, A. Eddleston, D. Bradley, R. Williams: Hepatitis C and E in non-A non-B fulminant hepatic failure: a polymerase chain reaction and serological study. J. Hepatol. 20 (1994), 580-588.
3. Chu, C. M., I. S. Sheen, Y. F. Liaw: The role of hepatitis C - virus in fulminant viral hepatitis in an area with endemic hepatitis A and B. Gastroenterology 107 (1994), 189-195.
4. Wendon, J. A., P. M. Harrison, R. Keays, R. Williams: Cerebral blood flow and metabolism in fulminant liver failure. Hepatology 19 (1994), 1407-1413.
5. Desmet, V. J., M. Gerber, J. H. Hoofnagle, M. Manns, P. J. Scheuer: Classification of chronic hepatitis: diagnosis, grading and staging. Hepatology 19 (1994), 1513-1520.
6. Korgsgaard, K., N. Bindslev, E. Christensen, A. Craxi, P. Schlichting, S. Schalm, V. Carreno, C. Trepo, G. Gerken, H. C. Thomas, P. K. Andersen, H. Ring-Larsen: The treatment effect of alpha interferon in chronic hepatitis B is independent of pre-treatment variables. Results based on individual patient data from 10 controlled clinical trials. J. Hepatol. 21 (1994), 646-655.
7. Del Canho, R., P. M. Grosheide, S. W. Schalm, R. R. P. De Vries, R. A. Heijink: Failure of neonatal hepatitis B vaccination: the role of HBV-DNA levels in hepatitis B carrier mothers and HLA antigens in neonates. J. Hepatol. 20 (1994), 483-486.
8. Kwan-Gett, T. S. C., R. C. Whitaker, K. J. Kiemper: A cost-effectiveness analysis of prevaccination testing for hepatitis B in adolescents and preadolescents. Arch. Pediat. Adolesc. Med. 148 (1994), 915-920.
9. Skidmore, S. J., K. E. Collingham, S. M. Drake: Sexual transmission of hepatitis C. J. med. Virol. 42 (1994), 247-248.
10. Akahane, Y., M. Kojima, Y. Sugai, M. Sakamoto, Y. Miyazaki, T. Tanaka, F. Tsuda, S. Mishiho, H. Okamoto, Y. Miyakawa, M. Yamami: Hepatitis C virus infection in spouses of patients with type C chronic liver disease. Ann. intern. Med. 120 (1994), 748-752.
11. Ohto, H., S. Terazawa, N. Sasaki, N. Sasaki, K. Hino, C. Ishiwata, M. Kako, N. Ujiie, C. Endo, A. Matsui, H. Okamoto, S. Mishiho: The Vertical Transmission of Hepatitis C Virus Collaborative Study Group. Transmission of hepatitis C virus from mothers to infants. New Engl. J. Med. 330 (1994), 744-750.
12. Lampertico, P., M. Rumi, R. Romeo, A. Craxi, R. Soffredini, D. Biasoni, M. Colombo: A multicenter randomized controlled trial of recombinant interferon- α 2b in patients with acute transfusion-associated hepatitis C. Hepatology 19 (1994), 19-22.
13. Tsubota, A., K. Chayama, K. Ikeda, A. Yasuji, I. Koida, S. Saitoh, M. Hashimoto, S. Iwasaka, M. Kobayashi, K. Hironomitsu: Factors predictive of response to interferon-therapy in hepatitis C virus infection. Hepatology 19 (1994), 1088-1094.
14. Lunel, F., L. Musset, P. Cacoub, L. Frangeul, P. Cresta, M. Perrin, P. Grippon, C. Hoang, J. C. Piette, J. M. Hureau, P. Oolon: Cryoglobulinemia in chronic liver diseases: role of hepatitis C-virus and liver damage. Gastroenterology 106 (1994), 1291-1300.
15. Misiani, R., P. Bellavita, D. Fenili, O. Vigarì, D. Marchesi, P. L. Sironi, P. Zilio, A. Vemochi, M. Massazza, G. Vendramin, E. Tanzi, A. Zanetti: Interferon alfa-2a therapy in cryoglobulinemia associated with hepatitis C virus. New Engl. J. Med. 330 (1994), 751-756.
16. Farci, P., A. Mandas, A. Coiana, M. E. Lai, V. Desmet, P. van Eyken, Y. Gibo, L. Caruso, S. Scaccabarozzi, D. Criscuolo, J.-C. Ryff, A. Balestrieri: Treatment of chronic hepatitis D with interferon alpha-2a. New Engl. J. Med. 330 (1994), 88-94.
17. Lindor, K. D., E. R. Dickson, W. P. Baldus, R. A. Jorgensen, J. Ludwig, P. A. Murtaugh, J. M. Harrison, R. H. Wiesner, M. L. Anderson, S. M. Lange, G. LeSage, S. S. Rossi, A. F. Hofmann: Ursodeoxycholic acid in the treatment of primary biliary cirrhosis. Gastroenterology 106 (1994), 1284-1290.
18. Heathcote, E. J., K. Cauch-Dudek, V. Walker, R. J. Bailey, L. M. Blendis, C. N. Ghent, P. Michieletti, G. Y. Minus, S. C. Pappas, L. J. Scully, U. P. Steinbrecher, L. R. Sutherland, C. N. Williams, H. Witt-Sullivan, L. J. Worobetz, R. A. Milner, I. R. Wanless: The Canadian multicenter double-blind randomized controlled trial of ursodeoxycholic acid in primary cirrhosis. Hepatology 19 (1994), 1149-1156.
19. Balan, V., K. P. Batts, M. K. Porayko, R. A. F. Krom, J. Ludwig, R. H. Wiesner: Histological evidence for recurrence of primary biliary cirrhosis after liver transplantation. Hepatology 18 (1993), 1392-1398.
20. Ferral, H., H. Bjarnason, S. A. Wegryn, G. J. Rengel, G. K. Nazarian, J. M. Rank, S. M. Tadavartny, D. W. Hunter, W. R. Castaneda-Zuniga: Refractory ascites: early experience in treatment with transjugular intrahepatic portosystemic shunt. Radiology 189 (1993), 795-801.
21. Rossle, M., K. Haag, A. Ochs, M. Sellinger, G. Noldge, J. M. Perarnau, E. Berger, U. Blum, A. Gabelmann, K. Hauenstein, A. Langer, W. Gerok: The transjugular intrahepatic portosystemic stent-shunt procedure for variceal bleeding. New Engl. J. Med. 330 (1994), 165-171.
22. Theilmann, L., P. Sauer, T. Roeren, G. Otto, J. C. Arnold, G. Noeldge, G. Richter, A. Stiehl: Acetylsalicylic acid in the prevention of early stenosis and occlusion of transjugular intrahepatic portal-systemic stent shunts: a controlled study. Hepatology 20 (1994), 592-597.
23. Blaise, M., D. Pateron, J. C. Trinchet, S. Levacher, M. Beaugrand, J. L. Pourriat: Systemic antibiotic therapy prevents bacterial infections in cirrhotic patients with gastrointestinal hemorrhage. Hepatology 20 (1994), 34-38.
24. Fenyves, D., M. P. Dufresne, J. Raymond, M. Laforune, B. Willems, G. Pomier-Layrargues: Successful reversal of chronic incapacitating post-TIPS encephalopathy by balloon occlusion on the stent. Canad. J. Gastroent. 8 (1994), 75-80.
25. Pateron, D., N. Ganne, J. C. Trinchet, M. H. Aourou-seau, F. Mal, C. Meicler, E. Coderc, P. Reboullet, M. Beaugrand: Prospective study of screening for hepatocellular carcinoma in Caucasian patients with cirrhosis. J. Hepatol. 20 (1994), 65-71.
26. Cerezo, F. J. M., A. Tomas, L. Donoso, J. Enriquez, C. Guarnier, J. Balanzo, A. M. Noguera, F. Vilardell: Controlled trial of tamoxifen in patients with hepatocellular carcinoma. J. Hepatol. 20 (1994), 702-706.
27. Madden, M. V., J. E. J. Krige, S. Bailey, S. J. Beningfield, C. Geddes, I. D. Werner, J. Terblance: Randomised trial of targeted chemotherapy with lipiodol and 5-epidoxorubicin compared with symptomatic treatment for hepatoma. Gut 34 (1993), 1598-1600.
28. Bronowicki, J.-P., D. Vetter, F. Dumas, K. Boudjema, R. Bader, A. M. Weiss, J. J. Wenger, P. Boissel, M. A. Bigard, M. Doffol: Transcatheter oily chemoembolisation for hepatocellular carcinoma. A 4-year study of 127 French patients. Cancer 74 (1994), 16-24.
29. Osorio, R. W., N. L. Ascher, M. Avery, P. Bacchetti, J. P. Roberts, J. R. Lake: Predicting recidivism after orthotopic liver transplantation for alcohol liver disease. Hepatology 20 (1994), 105-110.
30. European FK 506 Multicenter Liver Study Group: Randomised trial comparing tacrolimus (FK 506) and cyclosporin in prevention of liver allograft rejection. Lancet 344 (1994), 423-428.
31. Burkhalter, E. L., T. E. Starzl, D. H. van Thiel: Severe neurological complications following orthotopic liver transplantation in patients receiving FK 506 and prednisolone. J. Hepatol. 21 (1994), 572-577.
32. Panis, Y., J. Belghiti, D. Valla, J. P. Berthamou, F. Fekete: Portosystemic shunt in Budd-Chiari Syndrome: long-term survival and factors affecting shunt patency in 25 patients in Western countries. Surgery 115 (1994), 276-281.
33. Boscaini, M., M. Piccinni-Leopardi, F. Andreotti, A. Montori: Gall stone pulverisation strategy in patients treated with extracorporeal lithotripsy and follow-up results of maintenance treatment with ursodeoxycholic acid. Gut 35 (1994), 117-121.

34. Soehendra, N., V. C. Nam, K. F. Binmoeller, H. Koch, S. Bohnacker, H. W. Schreiber: Pulverisation of calcified and non-calcified gall bladder stones: extracorporeal shock wave lithotripsy used alone. *Gut* 35 (1994), 417-422.
35. Sackmann, M., H. Niller, U. Klueppelberg, C. von Ritter, J. Pauletzki, J. Holl: Gallstone recurrence after shock-wave therapy. *Gastroenterology* 106 (1994), 225-230.
36. Widdison, A. L., A. J. Longstaff, C. P. Armstrong: Combined laparoscopic and endoscopic treatment of gall stones and bile duct stones: a prospective study. *Brit. J. Surg.* 81 (1994), 595-597.
37. Broomé, U., H. Glaumann, G. Heller, B. Nilsson, J. Sorstad, R. Hultcrantz: Liver disease in ulcerative colitis: an epidemiological and follow up study in the county of Stockholm. *Gut* 35 (1994), 84-89.
- Endoskopie**
38. Lo, G. H., K. H. Lai, C. F. Chang, J. S. Jeng, S. M. Chen, C. K. Lin, H. T. Chiang: A prospective, randomized trial of injection sclerotherapy vs. banding ligation in the management of bleeding esophageal varices. *Gastroenterology* 106 (1994), A933.
39. Avgerinos, A., A. Armonis, S. Manolopoulos, G. Rekoumis, A. Sgourou, P. Gouma, S. Raptis: Endoscopic sclerotherapy (ES) versus endoscopic ligation (EVL) for the prevention of recurrent esophageal variceal haemorrhage in cirrhotics. *Gastroenterology* 106 (1994), A861.
40. Gimson, A. E. S., J. K. Ramage, M. Z. Panov, K. Haylar, P. M. Harrison, R. Williams, D. Westaby: Randomised trial of variceal banding ligation versus injection sclerotherapy for bleeding oesophageal varices. *Lancet* 342 (1993), 391-394.
41. Planas, R., R. Morillas, J. C. Quer, J. Boix, P. Humbert, E. Cabré, J. M. Llovet, E. Doménech, M. A. Gassull: Randomized controlled trial of Somatostatin vs. endoscopic sclerotherapy in the treatment of acute variceal bleeding. *Gastroenterology* 106 (1994), A962.
42. Sung, J. Y., S. C. S. Chung, C. W. Lai, F. K. L. Chan, J. W. C. Leung, M. Y. Yung, C. Kassianides, A. K. C. Li: Octreotide infusion or emergency sclerotherapy for variceal haemorrhage. *Lancet* 342 (1993), 637.
43. Chung, S. C. S., H. T. Leong, C. Y. C. Choi, J. W. C. Leung, A. K. C. Li: Palliation of Malignant Oesophageal Obstruction by Endoscopic Alcohol Injection. *Endoscopy* 26 (1994), 275-277.
44. Nwokolo, C. U., J. J. Payne-James, D. B. A. Silk, J. J. Misiewicz, D. E. Loft: Palliation of malignant dysphagia by ethanol induced tumour necrosis. *Gut* 35 (1994), 299-303.
45. Knymir, K., H. J. Wagner, N. Bethge, M. Keymaling, N. Vakil: A controlled trial of an expansile metal stent for palliation of malignant esophageal obstruction due to inoperable cancer. *New Engl. J. Med.* 329 (1993), 1302-1307.
46. Spinelli, P., F. G. Cerrai, M. Ciuffi, O. Ignomirelli, E. Meroni, P. Pizzetti: Endoscopic stent placement for cancer of the lower esophagus and gastric cardia. *Gastrointest. Endosc.* 40 (1994), 455-457.
47. Ell, C., J. Hochberger, A. May, W. E. Fleig, E. G. Hahn: Coated and uncoated selfexpanding metal stents for malignant stenosis in the upper GI tract: preliminary clinical experiences with wallstents. *Amer. J. Gastroent.* 89 (1994), 1496-1500.
48. Wu, W. C., R. M. Katon, R. R. Saxon, R. E. Barton, B. T. Uchida, F. S. Keller, J. Rosch: Silicone-covered selfexpanding metallic stents for the palliation of malignant esophageal obstruction and esophagorespiratory fistulas: experience in 32 patients and a review of the literature. *Gastrointest. Endosc.* 40 (1994), 22-33.
49. Do, Y. S., H. Y. Song, B. H. Lee, H. S. Byun, K. H. Kim, S. Y. Chin, J. H. Park: Esophagorespiratory fistula associated with esophageal cancer: Treatment with a gianturo stent tube. *Radiology* 187 (1993), 673-677.
50. Rajjman, I., D. Walden, P. Kortan, G. B. Haber, E. Fuchs, M. Siemens, G. Kandel, N. E. Marcon: Expandable esophageal stents: initial experience with a new nitinol stent. *Gastrointest. Endosc.* 40 (1994), 614-621.
51. May, A., M. Selmaier, L. Gossner, J. Hochberger, C. Ell: Memory metal stents for palliation of malignant obstruction of the oesophagus and cardia. *Gut* 37 (1995), 309-313.
52. Goldin, E., M. Beyar, T. Safra, O. Globerman, I. Craciun, D. Wengrower, A. Fich: A new selfexpandable, nickel-titanium coil stent for esophageal obstruction: a preliminary report. *Gastrointest. Endosc.* 40 (1994), 64-68.
53. Pasricha, P. J., W. J. Ravich, T. R. Hendrix, B. Jones, S. J. Sostre, A. N. Kalloo: Botulinum toxin for achalasia: a double-blind placebo-controlled trial. *Gastroenterology* 106 (1994), A156.
54. Chung, S. C., J. W. C. Leung, H. T. Leong, K. K. Lo, A. K. C. Li: Adding a sclerosant to endoscopic epinephrine injection in actively bleeding ulcers: a randomized trial. *Gastrointest. Endosc.* 39 (1993), 611-615.
55. Choudari, C. P., K. R. Palmer: Endoscopic injection therapy for bleeding peptic ulcers: Sclerosants are unnecessary. *Gastroenterology* 104 (1993), A54.
56. Lin, H. J., C. L. Perng, F. Y. Lee, C. Y. Chan, Z. C. Huang, S. D. Lee, C. H. Lee: Endoscopic injection for the arrest of peptic ulcer hemorrhage: final results of a prospective, randomized comparative trial. *Gastrointest. Endosc.* 39 (1993), 15-19.
57. Villanueva, C., S. N. Peng, W. S. Guo, F. Y. Lee, F. Y. Chang, U. Malik, J. Y. Wang, G. H. Lo, J. S. Cheng, S. D. Lee, Y. T. Tsai: Endoscopic injection therapy of bleeding ulcers. *J. clin. Gastroenterol.* 17 (1993), 195-200.
58. Luman, W., N. Hudson, C. P. Choudari, M. A. Eastwood, K. R. Palmer: Distal biliary stricture as a complication of sclerosant injection for bleeding duodenal ulcer. *Gut* 35 (1994), 1665-1667.
59. Strohm, W. D., U. E. Römmele, E. Barton, C. Paul-Martin: Injektionstherapie des blutenden Ulcus pepticum mit Fibrin oder Polidocanol. *Dtsch. med. Wschr.* 119 (1994), 249-256.
60. Ell, C., F. Hagemüller, W. Schmitt, J. F. Riemann, E. G. Hahn, W. Hohenberger: Multizentrische prospektive Untersuchungen zum aktuellen Stand der Therapie der Ulcusblutung in Deutschland. *Dtsch. med. Wschr.* 120 (1995), 3-9.
61. Villanueva, C., J. Balanzo, X. Torras, G. Soriano, S. Sainz, F. Vilardell: Value of secondlook endoscopy after injection therapy for bleeding peptic ulcer: a prospective and randomized trial. *Gastrointest. Endosc.* 40 (1994), 34-39.
62. Takekoshi, T., Y. Baba, H. Ota, Y. Kato, A. Yamagawa, K. Takagi, Y. Noguchi: Endoscopic resection of early gastric carcinoma: Results of a retrospective analysis of 308 cases. *Endoscopy* 26 (1994), 352-358.
63. Ell, C., T. Rabenstein, T. Rupert, P. Forster, E. G. Hahn, L. Demling: 20 Jahre endoskopische Papillotomie: Analyse der Erlanger Erfahrungen an 2752 Patienten. *Dtsch. med. Wschr.* 120 (1995), 163-167.
64. Mac Mathuna, P., P. White, E. Clarke, J. Lennon, J. Crowe: Endoscopic sphincteroplasty: a novel and safe alternative to papillotomy in the management of bile duct stones. *Gut* 35 (1994), 127-129.
65. Deviere, J., M. Cremer: Antibiotics prior to ERCP - a renaissance? *Curr. Bildgeb. Imag.* 1 (1994), 41-43.
66. Niederau, C., U. Pohlmann, H. Lubke, L. Thomas: Prophylactic antibiotic treatment in therapeutic or complicated diagnostic ERCP: results of a randomized controlled clinical study. *Gastrointest. Endosc.* 40 (1994), 533-537.
67. Leung, J. W. C., T. K. W. Ling, R. C. Y. Chan, S. W. Cheung, C. W. Lai, J. Y. Sung, S. C. S. Chung, A. F. B. Cheng: Antibiotics, biliary sepsis, and bile duct stones. *Gastrointest. Endosc.* 40 (1994), 716-721.
68. Siegel, J. H., A. Veeppan, S. A. Chohen, F. E. Kamin: Endoscopic sphincterotomy for biliary pancreatitis: an alternative to cholecystectomy in high-risk patients. *Gastrointest. Endosc.* 40 (1994), 573-575.
69. Coleman, S. D., G. M. Eisen, A. B. Troughton, P. B. Cotton: Endoscopic treatment in pancreas divisum. *Amer. J. Gastroent.* 89 (1994), 1152-1155.
70. van der Hul, R., P. Plaisier, J. Jeekel, O. Terpstra, R. den Toom, H. Bruining: Extracorporeal shock-wave lithotripsy of pancreatic duct stones: Immediate and long-term results. *Endoscopy* 26 (1994), 573-578.
71. Schneider, H. T., A. May, J. Benninger, T. Rabenstein, E. G. Hahn, A. Katalinic, C. Ell: Piezoelectric shock wave lithotripsy of pancreatic duct stones. *Amer. J. Gastroent.* 89 (1994), 2042-2048.
72. Ikenberry, S. O., S. Sherman, R. H. Hawes, M. Smith, G. A. Lehman: The occlusion rate of pancreatic stents. *Gastrointest. Endosc.* 40 (1994), 611-613.
- Bildgebende Verfahren**
73. Frager, D., St. W. Medwig, J. W. Baer, B. Mollinelli, M. Friedman: CT of small bowel obstruction: value in establishing the diagnosis and determining the degree and cause. *Amer. J. Radiol.* 162 (1994), 37-41.
74. van Sonnenberg, E., J. T. Wroblecka, H. G. D'Agostino, J. R. M. Mathison, G. Casola, R. O'Laoid, P. L. Cooperberg: Symptomatic hepatic cysts: percutaneous drainage and sclerosis. *Radiology* 190 (1994), 387-392.
75. Warshauer, D. M., S. A. Dumbleton, P. L. Molina, B. C. Yankaskas, L. A. Parker, J. T. Woosley: Abdominal CT findings in sarcoidosis: radiologic and clinical correlation. *Radiology* 192 (1994), 93-98.
76. Boland, G. W., M. J. Lee, P. R. Mueller, St. L. Dawson, J. Gaa, D. S. K. Lu, G. S. Gazelle: Gallstones in critically ill patients with acute calculous cholecystitis treated by percutaneous cholecystostomy: nonurgical therapeutic options. *Amer. J. Radiol.* 162 (1994), 1101-1103.
77. Van Beers, B. E., M. Lacroix, J.-P. Trigaux, L. De Cammière, T. De Ronde, J. Pringot: Noninvasive imaging of the biliary tree before or after laparoscopic cholecystectomy: use of three-dimensional spiral CT cholangiography. *Amer. J. Radiol.* 162 (1994), 1331-1335.
78. Hough, D. M., D. H. Stephens, C. D. Johnson, L. A. Binkovitz: Pancreatic lesions in von Hippel-Lindau Disease: prevalence, clinical significance, and CT findings. *Amer. J. Radiol.* 161 (1994), 1091-1094.
79. Atri, M., S. Nazarnia, A. Mehio, C. Reinhold, P. M. Bret: Hypocholeogenic embryologic ventral aspect of the head and uncinate process of the pancreas: in vitro correlation of US with histopathologic findings. *Radiology* 190 (1994), 441-444.
- Chirurgie**
80. Neufang, T., F. E. Ludtke, R. Bartkowski, A. Bruggemann, G. Lepzien: Intraoperative cholangiography and anterograde common bile duct exploration in laparoscopic cholecystectomy - technique, results, perspectives. *Zbl. Chir.* 119 (1994), 388-414.
81. Schmiederer, R., M. Kubitzky, P. Razek, K. Pinnisch, M. Prochaska, A. Tuchmann: Minimal invasive Chirurgie - Cholecholethiasis: Therapeutisches Splitting. *Wien. Klin. Wschr.* 107 (1995), 54-56.
82. Schultheis, K. H., S. Ruckriegel, C. Gebhardt: Multi-vesicular resection in advanced colorectal carcinoma. *Langenbecks Arch. Chir.* 379 (1994), 20-25.
83. Chen, E. T., M. Mohiuddin, H. Brodovsky, G. Fishbein, G. Marks: Downstaging of advanced rectal cancer following combined preoperative chemotherapy and high dose radiation. *Int. J. Radiat. Oncol. Biol., Phys.* 30 (1994), 169-175.
84. Hermanek, Jr., P., H. Wiebelt, S. Riedl, D. Stammer, P. Hermanek: Langzeitergebnisse der chirurgischen Therapie des Kolonkarzinoms, Ergebnisse der Studiengruppe Kolorektales Karzinom (SGKRK). *Chirurg* 65 (1994), 287-297.
85. Hall, N. R., P. J. Finan, B. Ward, G. Turner, D. T. Bishop: Genetic susceptibility to colorectal cancer in patients under 45 years of age. *Brit. J. Surg.* 81 (1994), 1485-1489.
86. Adelstein, D. J., T. W. Rice, M. Tefft, A. Koka, M. A. van Kirk, T. J. Kirby, M. E. Taylor: Aggressive concurrent chemoradiotherapy and surgical resection for proximal esophageal squamous cell carcinoma. *Cancer* 74 (1994), 1680-1685.
87. Riesener, K.-P., G. Winkeltau, M. Klemm, V. Schumpelick: Chirurgische Therapie von Lebermetastasen. Therapieverfahren, Ergebnisse und Prognosefaktoren. *Langenbecks Arch. Chir.* 379 (1994), 321-328.
88. Bramhall, S. R., W. H. Allum, A. G. Jones, A. Allwood, C. Cummins, J. P. Neoptolemos: Treatment and survival in 13560 patients with pancreatic cancer, and incidence of the disease, in the West Midlands: an epidemiological study. *Brit. J. Surg.* 82 (1995), 111-115.