

## علل خونریزی مقعدی قرمز روشن خفیف در مراجعه‌کنندگان به درمانگاه گوارش بیمارستان لقمان حکیم از مهرماه سال ۱۳۸۲ تا آخر سال ۱۳۸۴

دکتر شهریار نیک‌پور<sup>۱</sup>، دکتر الهام محمدحسینی<sup>۲</sup>، دکتر علی‌علی‌عسگری<sup>۳</sup>  
استادیار، بخش داخلی، بیمارستان لقمان حکیم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی<sup>۱</sup>  
پژوهشگر، بخش داخلی، بیمارستان لقمان حکیم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی<sup>۲</sup>  
دستیار بیماریهای داخلی، بخش داخلی، بیمارستان لقمان حکیم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی<sup>۳</sup>

### چکیده

#### زمینه و هدف

خونریزی مقعدی قرمز روشن خفیف (MBRBPR)\* یکی از شکایات شایع گوارشی است. مطالعات موجود اکثراً به بررسی علل خونریزی مقعدی به طور کلی پرداخته‌اند و توصیه مشخصی برای نحوه مواجهه با این گروه خاص از بیماران به استناد شواهد وجود ندارد.

#### روش بررسی

در این مطالعه آینده‌نگر بیماران که با شکایت MBRBPR به صورت دفع مقدار اندک خون در حد چند قطره در هنگام نظافت یا چند قطره خون بر کاسه توالت بدون مخلوط شدن با مدفوع به درمانگاه گوارش بیمارستان لقمان حکیم در فاصله زمانی مهرماه سال ۱۳۸۲ تا آخر سال ۱۳۸۴ مراجعه کردند، به طور متوالی بررسی شدند. سابقه ابتلا به بیماری التهابی روده، پولیپ آدنوماتوز یا سرطان کولون و رکتوم، سابقه کاهش وزن بیش از ۵ درصد طی ۶ ماه اخیر، سابقه کم‌خونی فقر آهن، سابقه خانوادگی سرطان کولون و رکتوم یا پولیپ آدنوماتوز در بستگان درجه اول و عدم رضایت یا مراجعه برای انجام کولونوسکوپی معیارهای عدم ورود به مطالعه بودند. بیماران پس از تعیین نوبت و آمادگی بسته به سن تحت کولونوسکوپی کامل یا رکتوسیگموئیدوسکوپی به علاوه بارییم انما با کنتراست مضاعف (بیماران بالای ۴۰ سال) یا حداقل رکتوسیگموئیدوسکوپی (تا خم طحالی کولون در بیماران ۴۰ سال یا کمتر) قرار گرفتند.

#### یافته‌ها

۲۲۰ بیمار واجد شرایط در دوره مطالعه بررسی شدند. کولونوسکوپی در ۲۳ بیمار (۱۰/۵ درصد) طبیعی بود. در سایر بیماران حداقل یک ضایعه توجیه‌کننده خونریزی در دیستال کولون وجود داشت. در ۱۱ بیماری که ضایعه پروگزیمال داشتند، در ۱۰ مورد همزمان ضایعه‌ای از همان نوع در دیستال کولون وجود داشت و فقط در یک بیمار مبتلا به هموروئید، پولیپ آدنوماتوز نزدیک خم کبیدی یافت شد. در بین بیماران که ضایعه آنورکتال داشتند (n=۱۸۹)، در ۲۵ نفر (۱۳/۲ درصد) همزمان ضایعه دیگری در کولون وجود داشت. همه بیماران واجد ضایعات قابل توجه (\*\* IBD، پولیپ یا سرطان) در بالاتر از ۳۰ سانتی‌متری مقعد سن بالای ۴۰ سال داشتند.

#### نتیجه‌گیری

ضایعات عامل MBRBPR در دیستال کولون قرار دارند و رکتوسکوپی (۴۰ سال یا کمتر) یا رکتوسیگموئیدوسکوپی (بالای ۴۰ سال) روش مناسب برای تشخیص ضایعه عامل خونریزی در این بیماران می‌باشد.

**کلید واژه:** خونریزی گوارشی تحتانی، کولونوسکوپی، سرطان کولون، بیماری التهابی روده

گوارش / دوره ۱۱، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۵، ۹۳-۹۷

تاریخ پذیرش: ۸۵/۴/۲۴

تاریخ اصلاح نهایی: ۸۵/۴/۲۱

تاریخ دریافت: ۸۵/۴/۲۴

#### زمینه و هدف

مطالعه‌ای که در ۲۰۲ نفر از افراد جامعه استرالیایی ۳۰ سال به بالا انجام شد، نشان داد که ۱۴ درصد افراد خون را روی دستمال توالت گزارش کردند و ۲ درصد خون را در کاسه توالت دیده بودند، اما در همین مطالعه ۴۳ درصد افراد به ندرت یا هرگز به مدفوع یا دستمال توالت نگاه نمی‌کردند. (۱)، در مطالعه دیگری که شیوع ۱۳ درصدی خون را در هنگام نظافت گزارش کرد، فقط ۱۴ درصد افرادی که هرگونه خونریزی مقعدی داشتند، به علت مشکلات روده‌ای در یک سال قبل به پزشک مراجعه

خونریزی مقعدی قرمز روشن خفیف (MBRBPR) یکی از شکایات شایع گوارشی است که در مطالعات غربی شیوعی در حد ۱۵ درصد در میان افراد جامعه داشته است. (۱ و ۲)، این مشکل می‌تواند حتی در بین بالغین جوان به علت عدم مراجعه به پزشک شایعتر باشد. (۱ و ۲)،

نویسنده مسئول: تهران، خیابان کمالی، خیابان مخصوص، بیمارستان لقمان حکیم

تلفن: ۹-۵۵۴۱۹۰۰۵، نمابر: ۸۸۰۱۲۹۹۲

E-mail: aasgari@ams.ac.ir

\* Minimal bright red bleeding per rectum

\*\* Inflammatory Bowel Disease

نظافت یا چند قطره خون بر کاسه توالت پس از دفع مدفوع تعریف شد. مقادیر اندک خون بر روی سطح مدفوع نیز MBRBPR در نظر گرفته شده است ولی خون قرمز مخلوط با مدفوع شامل تعریف این مطالعه نبود. موارد زیر معیارهای عدم ورود به مطالعه بودند: سابقه ابتلا به بیماری التهابی روده، پولیپ آدنوماتو یا سرطان کولون و رکتوم، سابقه کاهش وزن بیش از ۵ درصد طی ۶ ماه اخیر، وجود همزمان اسهال، سابقه کم خونی فقر آهن، سابقه خانوادگی سرطان کولون و رکتوم یا پولیپ آدنوماتو در بستگان درجه اول و بالاخره عدم رضایت یا مراجعه برای انجام کولونوسکوپی.

بیماران واجد شرایط پس از تعیین نوبت و آمادگی بسته به سن تحت کولونوسکوپی کامل یا رکتوسیگموئیدوسکوپی به علاوه باریم انما با کنتراست مضاعف (بیماران بالای ۴۰ سال) یا حداقل رکتوسیگموئیدوسکوپی (تا خم طحالی کولون در بیماران ۴۰ سال یا کمتر) قرار گرفتند. بیماران گروه سنی زیر ۴۰ سال نیز در صورت رضایت و آمادگی مناسب تحت کولونوسکوپی کامل قرار گرفتند.

اطلاعات بیماران، یافته‌های کولونوسکوپی و نتایج پاتولوژی در صورت نمونه برداری در پرونده بیماران ثبت شدند. کولونوسکوپی توسط یک نفر فوق تخصص گوارش انجام شد. کولون دیستال به صورت بخشی از کولون تعریف شد که از رکتوم تا خم طحالی را شامل می‌شود. پولیپ آدنوماتو، سرطان کولون و رکتوم یا بیماری التهابی روده بیماری‌های واجد اهمیت بالینی قابل توجه تعریف شدند. برای متغیرهای کیفی فراوانی و درصد و برای متغیرهای کمی میانگین و انحراف معیار محاسبه شد. آنالیز آماری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 13 انجام شد. برای مقایسه متغیرهای کیفی از آزمون آماری کای-دو استفاده شد.

### یافته‌ها

۲۲۰ بیمار واجد شرایط در دوره مطالعه بررسی شدند. از این بیماران ۹۳ نفر (۴۲/۳ درصد) زن و ۱۲۷ نفر (۵۷/۷ درصد) مرد بودند. سن بیماران بین ۱۶ تا ۸۴ سال بود (میانگین ۳۹/۰، انحراف معیار ۱۵/۴). ۱۳۳ بیمار (۶۰/۵ درصد) سن ۴۰ سال یا کمتر داشتند. هیچ مورد عارضه مستقیم ناشی از کولونوسکوپی در این بیماران رخ نداد. روش بررسی کولون در ۱۴۶ بیمار (۶۶/۴ درصد) با کولونوسکوپی کامل، ۹ نفر (۴/۱ درصد) رکتوسیگموئیدوسکوپی به علاوه باریم انما با کنتراست مضاعف و رکتوسیگموئیدوسکوپی تنها در ۶۵ بیمار (۲۹/۵ درصد) بود.

جدول ۱ یافته‌های کولونوسکوپی را در بیماران ما نشان می‌دهد. هموروئید، شقاق مقعد و کولیت اولسرو به ترتیب شایعترین یافته‌های بالینی بودند. کولونوسکوپی در ۲۳ بیمار (۱۰/۵ درصد) طبیعی بود. همه بیماران دارای ضایعه در کولونوسکوپی (۱۹۷ نفر) حداقل یک ضایعه دیستال داشتند، اما در ۱۱ بیمار (۵/۶ درصد) همزمان یک ضایعه

کرده بودند. بنابراین، می‌توان برآورد کرد که شیوع مشکل فراتر از آمارهای موجود باشد. (۲)

علت خونریزی در مطالعات مختلف متفاوت گزارش شده است و به ماهیت جمعیت مورد مطالعه بستگی دارد. تعیین عامل MBRBPR می‌تواند به علت وجود همزمان ضایعات متعدد واجد قابلیت خونریزی در زمان آندوسکوپی مشکل باشد. ضمناً نئوپلاسم‌های کولون و رکتوم (عمدتاً آدنوم‌ها) در ۱۶ درصد بیماران که همزمان یک منبع آنورکتال خونریزی داشتند، گزارش شده‌اند. (۴)، هموروئید در ۲۷-۹۵ درصد موارد در این بیماران گزارش شده است. (۵-۷)، پاتولوژی‌های خوش خیم مسئول حدود ۹۰ درصد یا بیشتر موارد MBRBPR می‌باشند، اما MBRBPR تظاهر شایع بیماری‌های خطرناکتر از جمله سرطان کولون و رکتوم نیز می‌باشد. در هر صورت انتخاب روش ارزیابی مناسب برای بیمار مراجعه‌کننده با MBRBPR باید براساس خطر پاتولوژی جدی زمینه‌ای انجام شود.

مطالعات اندکی وجود دارند که به مشکلات ارزیابی مناسب MBRBPR پرداخته باشند. جمعیت مورد مطالعه در اکثر این مطالعات منحصر به MBRBPR نبوده است و توصیه‌های موجود برای نحوه مواجهه با این بیماران عمدتاً براساس نظرات صاحب‌نظران (expert opinion) انجام می‌شود. (۸)، علاوه بر این مطالعات مختلف توصیه‌های متفاوتی را داشته‌اند. برخی مطالعات توصیه به کولونوسکوپی کامل در همه بیماران مراجعه‌کننده با خونریزی رکتال داشته‌اند (۴ و ۵ و ۹) و برخی دیگر بررسی کامل کولون را فقط در بیماران مسن (بالای ۵۰ سال) یا واجد عامل خطر یا علائم هشدار برای بدخیمی کولون و رکتوم لازم دانسته‌اند و برای افراد زیر ۴۰ سال در معرض خطر اندک سرطان کولون و رکتوم، در صورت وجود منبع توجیه‌کننده خونریزی در معاینه یا آندوسکوپی، بررسی بیشتر را ضروری ندانسته‌اند. (۸)

با توجه به محدودیت امکانات و منابع بهداشتی در کشور ما و محدودیت امکان دسترسی به مراکز فوق تخصصی گوارش که امکان کولونوسکوپی کامل فراهم باشد، از یک طرف و اهمیت تشخیص زودهنگام ضایعات پیش سرطانی و سرطانی کولون و رکتوم و خطرات و هزینه‌های درمانی عدم تشخیص این ضایعات از طرف دیگر، این مطالعه با هدف تعیین فراوانی ضایعات واجد قابلیت خونریزی در کولون و رکتوم بیماران مراجعه‌کننده با MBRBPR انجام شد.

### روش بررسی

در این مطالعه توصیفی آینده‌نگر بیماران که با شکایت MBRBPR به درمانگاه گوارش بیمارستان لقمان حکیم در فاصله زمانی مهرماه سال ۱۳۸۲ تا آخر سال ۱۳۸۴ مراجعه کردند، به طور متوالی بررسی شدند. MBRBPR به صورت دفع مقادیر اندک خون در حد چند قطره در هنگام

جدول ۱: یافته‌های کولونوسکوپی در ۲۲۰ بیمار با خونریزی قرمز روشن خفیف از رکتوم مراجعه‌کننده به درمانگاه گوارش بیمارستان لقمان حکیم از مهرماه سال ۱۳۸۲ تا آخر سال ۱۳۸۴ بر حسب گروه سنی\*

P	گروه سنی بالای ۴۰ سال		گروه سنی ۴۰ سال یا کمتر		کل بیماران			ضایعات بالینی قابل توجه
	تعداد	درصد (n=۸۷)	تعداد	درصد (n=۱۳۳)	تعداد	درصد		
۰/۰۰۱	۹	۱۰/۳	۱	۰/۸	۱۰	۴/۶	سرطان کولورکتال	ضایعات بالینی قابل توجه
۰/۰۰۳	۱۳	۱۴/۹	۵	۳/۸	۱۸	۸/۲	پولیپ آدنوماتو	
۰/۰۱۳	۶	۶/۹	۲۵	۱۸/۸	۳۱	۱۴/۱	کولیت اولسرو	
۰/۸۵۵	۳	۳/۴	۴	۳/۰	۷	۳/۲	بیماری کرون	
۰/۰۰۱	۵۴	۶۲/۱	۵۳	۳۹/۸	۱۰۷	۴۸/۶	هموروئید	ضایعات با اهمیت بالینی کمتر
۰/۰۲۸	۸	۹/۲	۲۷	۲۰/۳	۳۵	۱۵/۹	شقاق مقعد	
۰/۷۶۱	۱	۱/۱	۱	۰/۸	۲	۰/۹	دیورتیکولوز	
۰/۱۵۲	۳	۳/۴	۱۱	۸/۳	۱۴	۶/۴	زخم منفرد رکتوم	
۰/۲۱۵	۱	۱/۱	۰	۰/۰	۱	۰/۵	آنژیودیسیپلازی	
۰/۰۶۵	۵	۵/۷	۱۸	۱۳/۵	۲۳	۱۰/۵	طبیعی	

\* برخی بیماران بیش از یک ضایعه داشتند و در بیش از یک گروه تشخیصی آمدند.

### بحث

مطالعه حاضر نشان داد که ضایعهٔ مسؤل خونریزی در بیماران مراجعه‌کننده به علت MBRBPR در دیستال کولون است و با رکتوسیگموئیدوسکوپی قابل دسترسی است. این تحقیق اولین مطالعه‌ای است که فقط مبتلایان به MBRBPR را بررسی کرده است و سایر موارد خونریزی رکتال را جدا کرده است. شایعترین ضایعات واجد اهمیت بالینی قابل توجه کولیت اولسرو (در گروه سنی جوان) و پولیپ آدنوماتو (در گروه سنی بالای ۴۰ سال) بودند.

پروگزیمال نیز یافت شد که در ۱۰ مورد ضایعه‌ای از همان نوع در دیستال کولون وجود داشت و فقط در یک بیمار مبتلا به هموروئید، پولیپ آدنوماتونزدیک خم کبدي یافت شد. در ۱۸۹ نفر از بیماران (۹۴/۹ درصد) حداقل یک ضایعه آنورکتال وجود داشت و فقط در ۸ مورد (۴/۱ درصد) ضایعه‌ای خارج از رکتوم یافت شد. در بین بیمارانی که ضایعهٔ آنورکتال داشتند (n=۱۸۹)، در ۲۵ نفر (۱۳/۲ درصد) همزمان ضایعهٔ دیگری در کولون وجود داشت. جدول ۲ محل ضایعات بالینی قابل توجه را نشان می‌دهد.

جدول ۲: محل ضایعات بالینی قابل توجه در بیماران با خونریزی قرمز روشن خفیف از رکتوم مراجعه‌کننده به درمانگاه گوارش بیمارستان لقمان حکیم از مهرماه سال ۱۳۸۲ تا آخر سال ۱۳۸۴

تشخیص (میانگین سن و دامنه)	شروع درگیری* بالاتر از ۲۰ سانتی‌متری مقعد		شروع درگیری* بالاتر از ۳۰ سانتی‌متری مقعد**		درگیری همزمان دیستال و پروگزیمال کولون	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
آدنوکارسینوم (۵۶/۸ سال، ۲۶-۷۵)	۴	۴۰/۰	۲	۲۰/۰	۰	۰
پولیپ آدنوماتو (۵۰/۴ سال، ۱۹-۶۴)	۹	۵۰/۰	۷	۳۸/۹	۴	۲۲/۲
کولیت اولسرو (۳۱/۹ سال، ۱۶-۸۴)	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۲	۶/۵
بیماری کرون (۴۱/۰ سال، ۳۱-۶۲)	۳***	۴۲/۹	۱	۱۴/۳	۴	۵۷/۱

\* فاصلهٔ اولین ضایعه (نزدیکترین به مقعد) منظور شده است.

\*\* همه بیماران واجد ضایعات در بالاتر از ۳۰ سانتی‌متری مقعد سن بالای ۴۰ سال داشتند.

\*\*\* ضایعه در دو بیمار زیر ۴۰ سال بالاتر از ۲۰ سانتی‌متری مقعد بود.

محل پولیپ‌های آدنوماتو در بیماران ما همگی به جز یک مورد در دسترس رکتوسیگموئیدوسکوپی بود و به نظر می‌رسد که پولیپ یافت شده در این بیمار نیز مسئول خونریزی نباشد.

رکتوسکوپی روشی آسان و کم‌هزینه است که نیاز به آمادگی کولون ندارد و ممکن است با حداقل امکانات و در دورافتاده‌ترین نقاط کشور نیز قابل انجام باشد و می‌تواند تا ۳۰ سانتی‌متری مقعد را نشان دهد. نتایج در جدول ۲ نشان می‌دهند که استفاده از رکتوسکوپی (به شرطی که تا ۳۰ سانتی‌متری مقعد دیده شود) در بیماران زیر ۴۰ سال در این مطالعه قادر به تشخیص همه ضایعات بالینی قابل توجه می‌بود.

انتخاب بین رکتوسیگموئیدوسکوپی یا کولونوسکوپی کامل چالشی دیگر در بررسی بیماران دچار خونریزی مقعدی است. در این میان رکتوسیگموئیدوسکوپی به اضافه باریوم انما با کنتراست مضاعف نیز به‌عنوان جایگزین کولونوسکوپی کامل مطرح شده است. مسئله اصلی در انتخاب بین این دو روش احتمال یافتن ضایعات واجد اهمیت بالینی قابل توجه یا عدم تشخیص آنها است.

تاکنون هیچ مطالعه‌ای نتایج بررسی آینده‌نگر یا کارآزمایی بالینی درباره MBRBPR منتشر نکرده است. در مورد بیماران که علائمی به نفع سرطان (کاهش وزن، کم‌خونی فقر آهن، تغییر اجابت مزاج و...) یا سابقه خانوادگی سرطان دارند، توصیه به انجام کولونوسکوپی کامل شده است. (۸)، توصیه‌های موجود در مورد بیماران بالای ۵۰ سال نیز با توجه به سن شروع غربالگری سرطان کولون براساس توصیه انجمن گوارش آمریکا (AGA) بیشتر به نفع انجام کولونوسکوپی کامل بوده است ولی باید توجه داشت که غربالگری کل جامعه بالای ۵۰ سال (به جز موارد کاهش وزن، کم‌خونی فقر آهن، تغییر اجابت مزاج یا سابقه خانوادگی پولیپ یا سرطان) با استفاده از کولونوسکوپی در شرایط حاضر در کشور ما قابل انجام و قابل توصیه نیست و در صورتی که گروهی از بیماران در معرض خطر افزایش یافته‌ای برای ضایعات سرطانی و پیش‌سرطانی نباشند، لزومی هم بر تأکید بیشتر بر این غربالگری وجود ندارد.

### نتیجه‌گیری

مطالعه ما نشان داد که در اکثر قریب به اتفاق بیماران مورد بررسی ضایعه مهمی در کولون پروگزیمال بدون وجود همان درگیری در کولون دیستال وجود نداشت (فقط یک پولیپ آدنوماتو نزدیک خم کبدی). بنابراین انتظار می‌رود در صورتی که بیماران بر اساس سن تحت رکتوسکوپی (۴۰ سال یا کمتر) یا رکتوسیگموئیدوسکوپی (بالای ۴۰ سال) قرار می‌گرفتند، بیماران واجد ضایعه بالینی قابل توجه دچار مشکل تشخیصی نشوند؛ هرچند که در ۱۲/۳ درصد بیماران که دارای پولیپ یا سرطان هستند، بررسی مجدد با کولونوسکوپی کامل در نهایت لازم خواهد بود.

خونریزی رکتال یکی از شکایات شایع در افراد جامعه است و چالش اصلی در برخورد با این بیماران تصمیم‌گیری در مورد نیاز به آندوسکوپی و در صورت تصمیم به انجام آندوسکوپی، تصمیم‌گیری در مورد نیاز به رکتوسکوپی، رکتوسیگموئیدوسکوپی یا کولونوسکوپی کامل است. نگرانی اصلی پزشکان احتمال عدم تشخیص ضایعات پیش‌سرطانی (پولیپ آدنوماتو) یا سرطانی در مراحل اولیه و قابل درمان است که باعث شده است برخی کولونوسکوپی کامل را در این بیماران توصیه کنند. از طرف دیگر هزینه‌ها، خطرات و مشکلات کولونوسکوپی کامل برای همه بیماران مراجعه‌کننده با MBRBPR ممکن بر مزیت فوق‌غلبه پیدا کند. شیوع بیماری التهابی روده در مطالعه ما در مجموع ۱۷/۳ درصد بود. مطالعات دیگر شیوع نسبی کولیت را در بیماران مراجعه‌کننده با هماتوئیزی پایین‌تر گزارش کرده‌اند. (۶، ۷، ۹)، محل درگیری کولیت اولسرو همیشه از کولون دیستال شروع می‌شود و طبیعتاً در دسترس رکتوسکوپی است، اما در ۷ بیمار مبتلا به کرون در مطالعه حاضر نیز درگیری کولون دیستال وجود داشت.

مطالعات متعددی شیوع سرطان کولون و رکتوم را در بیماران دچار خونریزی مقعدی بررسی کرده‌اند. این میزان در مطالعات مختلف بین ۴-۱۹ درصد برآورد شده است. (۶)، شیوع سرطان در مطالعه ما ۴/۶ درصد بود. هرچند که میزان بروز کلی سرطان کولون و رکتوم در کشور ما پایین‌تر از جوامع غربی برآورد می‌شود، پایین بودن میزان سرطان در مطالعه ما می‌تواند نشان‌دهنده این مطلب نیز باشد که خونریزی ناشی از سرطان احتمالاً در برخی بیماران بیشتر از میزان مختصر مورد استفاده در تعریف MBRBPR در این مطالعه می‌باشد و بیماران که خونریزی با حجم بیشتر داشته‌اند، وارد مطالعه نشده‌اند. ضمناً در مواردی که منشأ سرطان در پروگزیمال کولون باشد، خون با مدفوع مخلوط می‌شود و بیماران که مدفوع مخلوط با خون داشتند طبق تعریف از مطالعه ما حذف شده‌اند. بنابر یافته‌های مطالعه حاضر شیوع سرطان در MBRBPR کمتر از کل موارد خونریزی رکتال برآورد می‌شود و محل سرطان نیز در این بیماران دیستال کولون می‌باشد.

پولیپ‌های آدنوماتو در ۱۸ نفر (۸/۲ درصد) از بیماران ما یافت شدند. میزان شیوع پولیپ آدنوماتو در مطالعات دیگر در حدود ۱۲/۹-۹/۹ درصد گزارش شده است، که تقریباً شبیه نتایج مطالعه حاضر می‌باشند. هرچند که به همان دلایلی که برای سرطان کولون و رکتوم ذکر شد، احتمال خونریزی ناشی از آدنوم در بیماران مراجعه‌کننده با MBRBPR کمتر برآورد می‌شود، این امکان وجود دارد که پولیپ آدنوماتو یافت شده ضایعه مسئول خونریزی در همه این بیماران نباشد و صرفاً به‌طور اتفاقی حین کولونوسکوپی کشف شود. در مطالعه ما فقط یک نفر از ۱۰ بیمار مبتلا به سرطان همزمان مبتلا به هموروئید بود ولی از بین ۱۷ بیمار مبتلا به پولیپ آدنوماتو، ۱۱ نفر هموروئید و یک نفر شقاق مقعد داشتند.

## References

- 1- Dent OF, Goulston KJ, Zubrzycki J, Chapuis PH. Bowel symptoms in an apparently well population. *Dis Colon Rectum*. 1986; 29: 243-7.
- 2- Talley NJ, Jones M. Self-reported rectal bleeding in a United States community: prevalence, risk factors, and health care seeking. *Am J Gastroenterol*. 1998; 93: 2179-83.
- 3- Goulston K, Chapuis P, Dent O, Bokey L. Significance of bowel symptoms. *Med J Aust*. 1987; 146: 631-3.
- 4- Helfand M, Marton KI, Zimmer-Gembeck MJ, Sox HC Jr. History of visible rectal bleeding in a primary care population. Initial assessment and 10-year follow-up. *JAMA*. 1997; 277: 44-8.
- 5- Goulston KJ, Cook I, Dent OF. How important is rectal bleeding in the diagnosis of bowel cancer and polyps? *Lancet*. 1986; 2: 261-5.
- 6- Segal WN, Greenberg PD, Rockey DC, et al. The outpatient evaluation of hematochezia. *Am J Gastroenterol*. 1998; 93: 179-82.
- 7- Korkis AM, McDougall CJ. Rectal bleeding in patients less than 50 years of age. *Dig Dis Sci*. 1995; 40: 1520-3.
- 8- Penner RM, Majumdar SR. Approach to minimal bright red bleeding per rectum. In: UpToDate, Rose BD (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2005.
- 9- Wong RF, Khosla R, Moore JH, Kuwada SW. Consider colonoscopy for young patients with hematochezia. *J Fam Pract*. 2004; 53: 879-84.
- 10- Sotoudehmanesh R, Merat S, Shirazian N, Ali Asgari A. Common causes of lower gastrointestinal bleeding in Iran. *Gut* 2000; 47 (Suppl III): 128E.

## **Causes of Minimal Bright Red Bleeding Per Rectum in Patients Who Referred to The Gastroenterology Clinic of Loghman Hakim Hospital (September 2003-March 2006)**

### **ABSTRACT**

**Background:** minimal bright red bleeding per rectum (MBRBPR) is a common complaint in adult patients. Most studies have not been performed in patients with strictly minimal BRBPR, and there are no evidence-based recommendations for this group of patients.

**Materials and Methods:** patients with complaints as small amounts of red blood after wiping or a few drops of blood in the toilet bowl after defecation not intermixed with stool were consecutively enrolled. Those with a history of inflammatory bowel disease, colorectal cancer, adenomatous polyps, significant weight loss, anemia, strong family history of colorectal cancer and not consenting for colonoscopy were excluded. Patients underwent total colonoscopy or rectosigmoidoscopy plus double contrast barium enema (age>40) or a minimum of rectosigmoidoscopy (to the splenic flexure in patients aged < 40).

**Results:** two-hundred twenty patients were eligible in the study period. Normal findings were found in 23 (10.5%). There was at least one distal lesion in the remaining patients. From 11 patients with a proximal lesion, 10 had the same lesion in distal colon and there was only one patient with an adenomatous polyp near the hepatic flexure and hemorrhoids. In patients with anorectal pathologies (n=189), there was a concomitant colonic lesion in 25 (13.2%). All patients with clinically significant lesions (IBD, polyp or cancer) located over 30 cm from anus were aged more than 40 years.

**Conclusion:** the causative lesions for MBRBPR are located in the distal colon. Rectoscopy (40 years or less) or flexible rectosigmoidoscopy (over 40 years) seem to be the appropriate evaluation in these patients. *Govareh/ Vol. 11, No. 2, Summer 2006; 93-97*

**Keywords:** lower gastrointestinal bleeding, colonoscopy, colorectal cancer, inflammatory bowel disease

#### **Nikpour Sh**

Department of Internal  
Medicine, Loqman-Hakim  
Hospital, Shahid Beheshti  
University of Medical Sciences

#### **Mohammad Hosseini E**

Department of Internal  
Medicine, Loqman-Hakim  
Hospital, Shahid Beheshti  
University of Medical Sciences

#### **Ali Asgari A**

Department of Internal  
Medicine, Loqman-Hakim  
Hospital, Shahid Beheshti  
University of Medical Sciences

#### **Corresponding Author:**

*Shahriar Nikpour M.D.,  
Loghman Hospital, Makhsoos St.,  
Kamali St., Tehran, Iran.  
Tel: +98 21 55419005-9  
Fax: 88012992  
E-mail: aasgari@ams.ac.ir*