پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی
سال ۲۱، شماره ۱، صفحات ۲۶-۳۲ (فروردین - خرداد ۱۳۷۶)

# تغییر محل تشریحی سرطانهای روده بزرگ طی ۲۲ سال

دکتر عبدالرسول طالعی* و دکتر عباس یزدان پناه**

خلاصه

مطالعه براساس بررسی پرونده‌های ۲۴۸ بیمار گرفتار سرطان کولورکتال که طی ۲۲ سال (۱۳۵۰-۱۳۷۲) در بیمارستانهای دانشکده پزشکی شیراز بستری شده، تحت عمل قرار گرفته بودند، صورت گرفته است. برای بررسی تغییر محل تشریحی این تومور، بیماران بر حسب زمان عمل جراحی به دو گروه تقسیم شدند. گروه اول بیمارانی بودند که طی سالهای ۱۳۵۰-۱۳۵۸ عمل جراحی روی آنان انجام شد و گروه دوم بیمارانی را شامل می‌شد که از سال ۱۳۵۹-۱۳۷۲ تحت عمل قرار گرفتند.

این سرطان در مردان شایعتر از زنان می‌باشد: یعنی ۱۴۶ نفر (۵۸/۹ درصد) مرد و ۱۰۲ نفر (۴۱/۱ درصد) زن (P<۰/۰۱). میانگین سن مردان و زنان تفاوت محسوسی باهم نداشت، و در بررسی علائم بالینی. دل درد و کاهش وزن در این بیماران شایعتر از مطالعات دیگر بود (۱ و ۲).

در هر دو گروه، سرطان روده سمت چپ شایعتر از سمت راست بود (سمت چپ ۶۶/۸ درصد) ولی در ۱۴ سال دوم نسبت سمت چپ به راست به طور محسوسی بیشتر از ۸ سال اول بود و درصد بیشتری از تومورها در سمت چپ مشاهده شدند: سمت چپ در ۱۴ سال دوم، ۷۳/۴ درصد و در ۸ سال اول، ۵۷/۵ درصد (P<۰/۰۱). میانگین سنی بیماران سمت چپ با راست تقریبا" یکسان بود و تفاوت

* استادیار گروه جراحی دانشکده پزشکی شیراز (بیمارستان شهید فقیهی)

** استادیار بخش جراحی دانشکده پزشکی یاسوج

**محسوسی باهم نداشتند.**

**از نظر طبقه بندی، نسبت تومورهای مرحله B به C در مقایسه با مطالعات دیگر بیشتر بوده (۱ و ۳) و در مرحله A توموری وجود نداشت. این یافته‌ها دال بر آن است که سرطان در بیماران ما پیشرفت بیشتری داشته است.**

**۶/۴ درصد از تومورها قابل برداشتن نبود و مرگ و میر در زمان عمل و طول دوره بستری شدن ۵/۴۳ درصد بود.**

## روش کار و نمونه

بررسی به صورت گذشته‌نگر و بر اساس مطالعه پرونده بیماران گرفتار سرطان روده بزرگ که طی ۲۲ سال در بیمارستانهای شهید دکتر فقیهی و نمازی عمل شده بودند، انجام شد. برای بررسی تغییر محل تشریحی مدت مطالعه را به دو قسمت ۸ سال اول (۱۳۵۰-۱۳۵۸) و ۱۴ سال دوم (۱۳۵۹-۱۳۷۲) تقسیم و باهم مقایسه شدند.

## نتـــایـــج

بیماران مرد ۱۴۶ نفر (۵۸/۹ درصد) و زنان ۱۰۲ نفر (۴۱/۱ درصد) بودند. میانگین سن آنان ۵۲/۰۸ سال بود. جوانترین بیمار ۱۲ و مسن‌ترین آنان ۹۰ سال داشت. میانگین سنی بیماران - زن و مرد- تفاوتی باهم نداشت (جدول ۱).

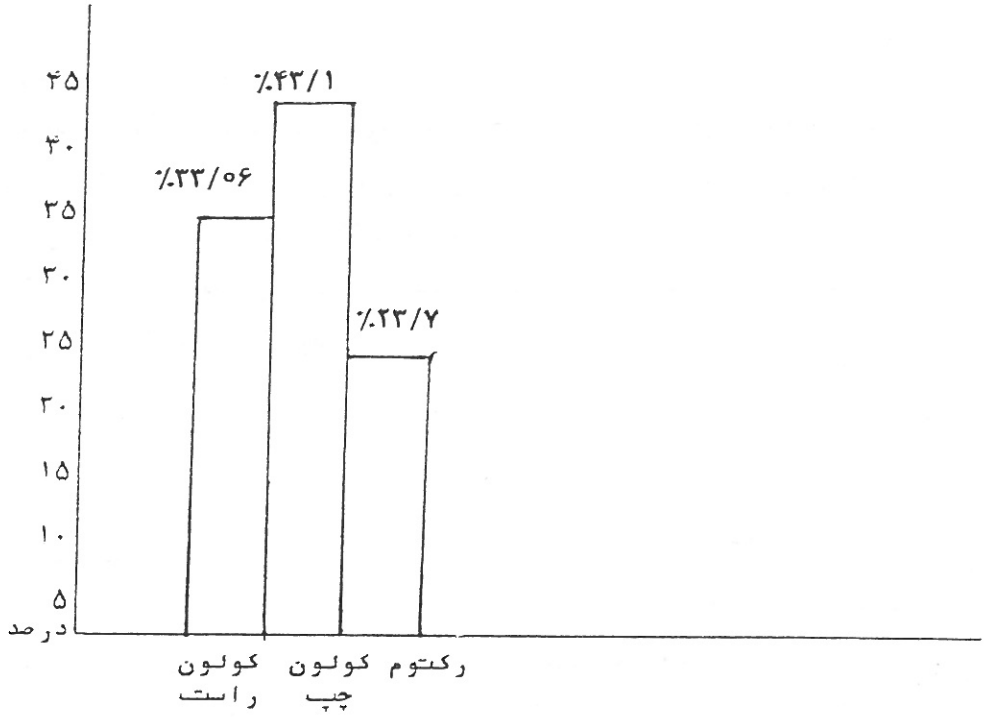
**جدول ۱) تعداد و درصد زن و مرد و میانگین سنی آنان**

| جنس | زن | مرد |
|---|---|---|
| تعداد (درصد) | ۱۰۲ (۴۱/۱) | ۱۴۶ (۵۸/۹) |
| میانگین سن (سال) | ۵۱/۱۷ | ۵۲/۷۶ |
| میانگین سن کل جمعیت (سال) | ۵۲/۰۸ | |

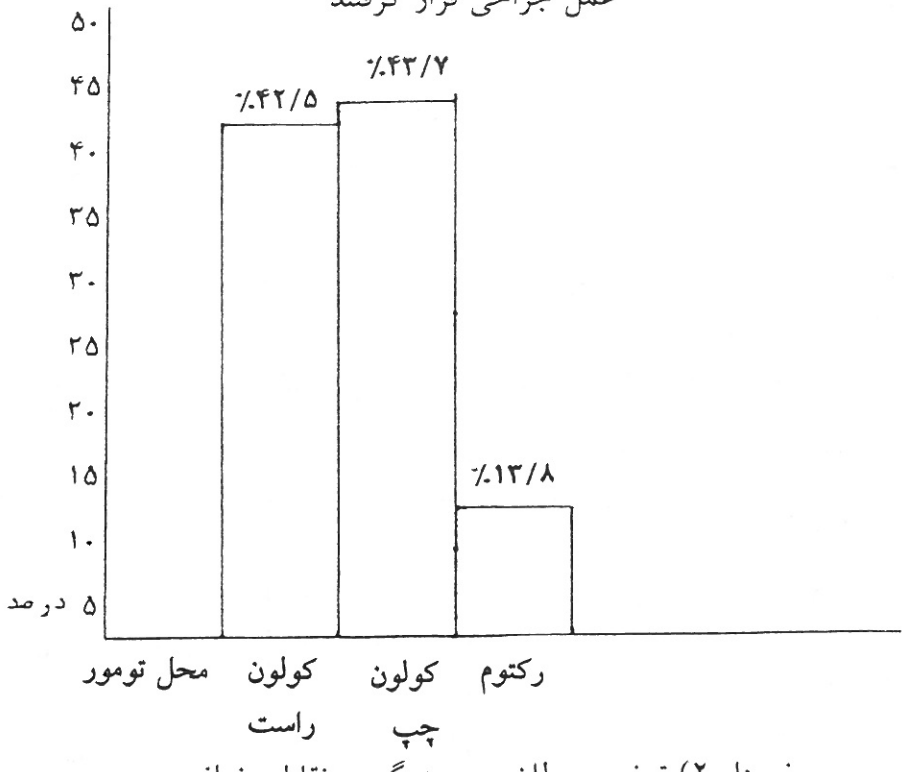
سرطان کولون چپ بیشتر از راست بود یعنی در طرف چپ ۱۶۶ نفر (۶۶/۹۳ درصد) و در سمت راست ۸۲ نفر (۳۳/۰۷ درصد) گرفتار سرطان بودند (نمودار ۱ و جدول ۲). تعداد بیماران مورد مطالعه در ۸ سال اول ۱۰۱ نفر و در ۱۴ سال بعد ۱۴۷ نفر بودند، که در ۸ سال اول ۴۳ نفر (۴۲/۵ درصد) در طرف راست و ۵۸ نفر (۵۷/۵ درصد) در طرف چپ؛ و در ۱۴ سال بعد(۱۳۵۹-۷۲) ۳۹ نفر (۲۶/۵ درصد) در طرف راست و ۱۰۸ نفر (۷۳/۵ درصد) در طرف چپ مشاهده شد (نمودار ۲ و ۳). دل درد شایعترین علامت بالینی بود که در ۷۵/۴ درصد بیماران دیده شده است(جدول ۳). مرحله‌بندی بیماران در جدول ۴ آمده است.

**جدول ۲) میانگین سنی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ که طی سالهای ۱۳۵۰-۷۲ در بیمارستانهای نمازی و شهید فقیهی تحت عمل جراحی قرار گرفتند**

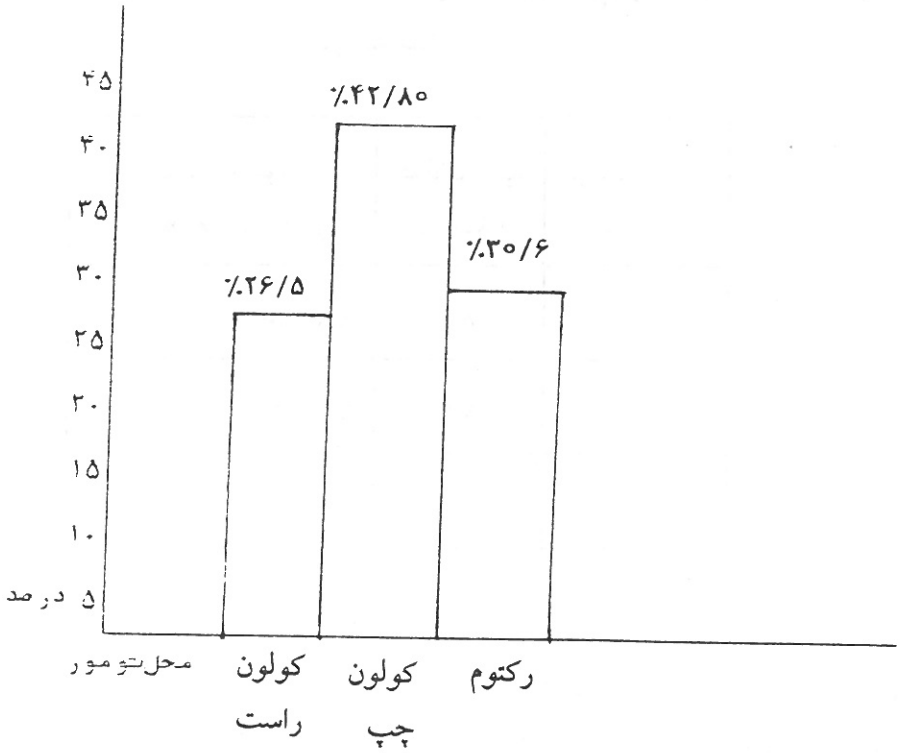
| محل تومور | کولون چپ | کولون راست |
|---|---|---|
| تعداد بیماران | ۱۶۶ | ۸۲ |
| درصد | ۶۶/۸۳ | ۳۳/۰۷ |
| میانگین سن | ۵۳/۰۱ | ۵۰/۱۶ |




نمودار ۱) توزیع سرطان روده بزرگ در نقاط مختلف
آن در بیمارانی که در طی سالهای ۱۳۵۰-۷۲ در
بیمارستانهای نمازی و شهید فقیهی تحت
عمل جراحی قرار گرفتند




نمودار ۲) توزیع سرطان روده بزرگ در نقاط مختلف
آن در بیمارانی که طی سالهای ۱۳۵۰-۵۸ در
بیمارستانهای نمازی و شهید فقیهی تحت
عمل جراحی قرار گرفتند




نمودار ۳) توزیع سرطان روده بزرگ در نقاط تشریحی مختلف آن در بیمارانی که در فاصله سالهای ۱۳۵۹-۷۲ در بیمارستانهای شهید فقیهی و نمازی تحت عمل جراحی قرار گرفتند

**جدول ۳) علائم بالینی در تمام بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ در فاصله سالهای ۱۳۵۰-۷۲ در بیمارستانهای نمازی و شهید فقیهی تحت عمل جراحی قرار گرفتند**

| علائم | یبوست | خونریزی | کاهش وزن | دل درد |
|---|---|---|---|---|
| تعداد بیماران | ۱۲۹ | ۱۰۶ | ۱۵۶ | ۱۸۷ |
| درصد | ۵۲/۰۱ | ۴۲/۷ | ۶۲/۹ | ۷۵/۴ |

**جدول ۴) مرحله‌بندی تومورهای روده بزرگ در تمام بیماران عمل شده**

| مرحله تومور | A | B | C | D | نامعلوم |
|---|---|---|---|---|---|
| تعداد بیماران | ۰ | ۸۳ | ۱۰۰ | ۳۵ | ۳۰ |
| درصد | ۰ | ۳۳/۴ | ۴۰/۳ | ۴۱/۱ | ۱۲/۰۹ |

**جدول ۵) درصد تومورهای کولون در سمت چپ و راست در سه مطالعه**

| موضع تومور در مطالعه مورد نظر | کولون چپ (درصد) | کولون راست (درصد) |
|---|---|---|
| Adolf.M. Arnaud | ۸۷ | ۱۳ |
| Adolf.M.Aranaud | ۷۲ | ۲۸ |
| Abram JS | ۷۶/۱ | ۲۳/۷ |

## بحث

در این مطالعه سرطان روده بزرگ در مردان شایعتر از زنان (۵۸/۹ درصد در برابر ۴۱/۱ درصد) بود (P<۰/۰۰۳). شیوع این بیماری بین زن و مرد در گزارشهای مختلف متفاوت بوده است (۶ و ۷). در مطالعه ما بین کولون راست و چپ از نظر جنس تفاوت معنی داری وجود نداشت. میانگین سنی بیماران ۵۲/۰۸ سال بود که از مطالعات دیگر حدود ۱۰ سال کمتر بود(۸). با توجه به اینکه کشور ما از نظر بروز سرطان کولون جزو مناطق کم خطر است و در این مناطق سرطان طرف راست نسبت به مناطق پر خطر شایعتر می‌باشد؛ و از سوی دیگر بیمارانی که تومور طرف راست دارند جوانتر هستند شاید پائین‌تر بودن میانگین سنی در بیماران ما به این دلیل باشد. آمار مشابهی با میانگین سنی پائین‌تر نیز از کشور چین گزارش شده است (۵).

در رابطه با توصیه شایعتر بودن تومورهای طرف راست در مناطق کم خطر نسبت به مناطق پر خطر موارد زیر ذکر شده است:

تومورهای طرف راست بیشتر تحت تاثیر عوامل ارثی‌است تا عوامل محیطی و در مناطق کم خطر عوامل ارثی بیشتر موثرند تا عوامل محیطی (۵). همچنین در یک مطالعه تجربی روی حیوانات آزمایشگاهی نشان داده شده که میزان کم مواد سرطان‌زا باعث بروز سرطان در سمت راست و میزان زیاد مواد سرطان زا باعث می‌شود که این بیماری در سمت چپ بروز کند(۹).

شایعترین علامت بالینی دل درد است و خونریزی و یبوست در مراحل بعد قرار دارد. در مطالعات دیگر، تغییر اجابت مزاج شایعترین علامت عنوان شده است. در بررسی دیگری در بیماران ۴۰ سال به پائین، دل درد نسبت به مطالعات عمومی شایعتر بوده است. شایعتر بودن دل درد در بیماران ما شاید به دلایل توجیهی زیر بستگی داشته باشد.

۱) بیماران ما نسبت به بیماران دیگران در مراحل پیشرفته‌تری تشخیص داده شده‌اند (۳ و ۱۰)؛ و شاید به دلیل پیشرفته‌تر بودن، دل درد در آنان شایعتر بود.

۲) علامت تغییر اجابت مزاج در تومورهای طرف راست کمتر مشاهده می‌شود.

۳) دفعات اجابت مزاج در افراد جوامعی که در مناطق کم خطر زندگی می‌کنند بیشتر است و مدفوع این افراد شل‌تر می‌باشد، لذا امکان دارد تغییرات اولیه در اجابت مزاج توجه این افراد را جلب نکرده، به عنوان یک علامت مطرح نشود.

کاهش وزن در بیماران ما نسبت به دیگر گزارشها شایعتر بوده (۱۱) که شاید به دلیل پیشرفته‌تر بودن سرطان در بیماران ما نسبت به گروههای دیگر باشد. بروز خونریزی، در مقایسه با گزارشهای دیگر تفاوت محسوسی نداشت.

از نظر مرحله بندی ۳۳/۴ درصد از بیماران در مرحله B، ۴۰/۳ درصد در مرحله C و ۱۴/۱ درصد در مرحله D بودند: یعنی تعداد بیماران مرحله C بیشتر از مرحله B بودند؛ در صورتی که، در گزارشهای دیگر برعکس بوده است (۳ و ۲۲). در مطالعات دیگر ۳-۵ درصد بیماران در مرحله A بودند که در مطالعه ما به دلیل عدم غربالگری و تاخیر در مراجعه بیماران هیچکدام از بیماران در مرحله A نبوده‌اند (۱۶). مرحله D با دیگر گزارشها تفاوت محسوسی نداشت.

از نظر محل تومور، ۳۳/۰۶ درصد در طرف راست و ۶۶/۸درصد در سمت چپ بوده‌است (حدفاصل کولون راست و چپ را وسط کولون عرضی فرض کردیم). در چند مطالعه دیگر در کشورهای غربی که جزء مناطق پرخطر می‌باشند میزان شیوع تومورهای کولون راست و چپ گزارش شده که در جدول ۵ نشان داده شده است.

اگر شیوع تومور در کولون راست و چپ را در ۸ سال اول (۱۳۵۰-۱۳۵۸) با ۱۴ سال دوم (۱۳۵۹-۱۳۷۲) مقایسه شود مشاهده می‌کنیم که میزان تومور سمت راست از ۴۲/۵ به ۲۶/۵ درصد کاهش یافته، سمت چپ از ۵۷/۵ به ۷۳/۴ درصد افزایش یافته است؛ به عبارت دیگر، تومور به صورت معنی‌داری از راست به چپ تغییر مکان داد ($P<0/01$، $df=1$ و $X^2=6/96$). دلایلی که برای این تغییر وجود دارد عبارتند از:

۱) تغییر برنامه غذایی مردم ما و نزدیک شدن آن به برنامه غذایی جوامع غربی. در مناطق کم خطر سرطان روده بزرگ در سمت راست بیشتر از مناطق پر خطر است زیرا در مناطق کم خطر بیشتر عوامل ارثی موثر است و تومورهای سمت راست بیشتر تحت تاثیر عوامل ارثی قرار دارند. در صورتی که تومورهای سمت چپ بیشتر تحت تاثیر عوامل محیطی، مانند تغذیه هستند(۵). پس با نزدیک شدن برنامه غذایی کشور ما به برنامه غذایی کشورهای غربی و تفوق عوامل محیطی به عوامل ارثی، تومورها نیز از سمت راست به سمت چپ جابجایی پیدا می‌کنند. گواه این موضوع را در کشور ژاپن می‌توان یافت به گونه‌ای که در طی دو دهه یعنی بین سالهای ۱۹۵۰-۱۹۷۰ شیوع سرطان کولون بیشتر شده و همچنین سرطان از راست به چپ جابجا می‌شود(۵).

۲) در مطالعه‌ای که روی حیوانات آزمایشگاهی شده به این نتیجه رسیده‌اند که میزان کم مواد سرطان‌زا باعث به وجود آمدن کولون راست و میزان زیاد آن باعث بروز سرطان کولون چپ می‌شود(۱۱). و با نزدیک شدن برنامه غذایی ما به برنامه غذایی کشورهای صنعتی و افزایش میزان چربی و پروتئین برنامه غذایی میزان مواد سرطان‌زا در محتویات روده بزرگ افزایش می‌یابد و این باعث افزایش سرطان کولون سمت چپ می‌شود(۹).

۳) یکی از عواملی که در کشورهای صنعتی باعث جابجایی سرطانهای روده بزرگ به سمت راست شده است، برداشتن پولیپهای قسمتهای پایانی روده بزرگ است که احتمال دارد سرطانی شوند و این موضوع چون در پیش بیماران ما کمتر انجام می‌شود دلیلی برای جابجایی تومورها از سمت چپ به راست وجود ندارد و بر عکس تومورها به سمت چپ تغییر مکان می‌دهند (۱۳ و ۱۴).

جابجایی تومورها به سمت چپ به هر دلیلی که باشد هشداری است برای جامعه ما تا با برنامه ریزی مدون و قابل اجرا و با انجام آزمایشهای ساده، مانند معاینه رکتوم و سیگموئیدوسکپی‌فیبراپتیک و برداشتن پولیپهای رکتوسیگموئید از افزایش تومورهای این ناحیه پیشگیری شود و بتوانیم تومورهای قسمتهای انتهایی کولون چپ را در مراحل اولیه تشخیص دهیم (۱۳).

## مراجع

1) Pitluk H and Stuort M, Poticha FACS. Carcinoma of the colon and rectum in patients less than 40 years of age. Surg Gyno Obstet 157 B: 335-7, 1983.
2) Slater G, Arthur H, Aufese Jr. Granulomatous Colitis: Seymor I. Schwartz and Harold Ellis (eds) Maingot's abdominal operation. Ninth edition, Vol 2 Prentice Hall International Inc 1990, P 1045.
3) Line Wearer W. Staging colon cancer contemporary surgery. 25: 145-7, 1984.
4) Ravikumor ST, Glenn Steeler Jr. Colon Cancer: Steele and Cady, General Surgical Oncology. W.B.Saunders, 1992, P 149.
5) Takashi T, Takeo M, and Moossa AR. Tumors of.... Mossa AR, Stephen CS amd Robson MC (eds): Comprehensive Textbook of Oncology. Vol 1, 2nd edition, Williams and wilkins 1991, P 904.
6) Abrams JS. Elective resection for colorectal Cancer, 1971-1975. Am J Surg 139: 78-83, 1980.
7) Stewart RJ, Stewart AW, Turnbull Pro I, Sbister WH. Sex difference in subsite incidence of large bowel cancer. Dis Colon Rectum 26: 658-60, 1983.
8) Corman ML, Veiden Heimer MC, Coller JA. Colorectal carcinoma. A decade of experience at the lahey clinic. Dis Colon Rectum 22: 477-9, 1979.
9) Green FL. Distribution of colorectal neoplasm. Am Surg 49: 62-5, 1983.
10) Scott NA and Beart RW. Colorectal cancer: Flow cytometric DNA analysis. Aus NZJ Surg 58(189): 432-6, 1988.
11) Laurie JA, Moertel CG, et al. Surgical adjuvant therapy of large bowel carcinoma. An evaluation of levamisol and combination of levamisol and 5Fu, the North Central Cancer treatment group and the Mayo Clinic. J Clin Oncology 7: 1447, 1989.
12) Marvin L, Corman. Colon and Rectal Surgery. 2nd edition 1984, PP 388-9.
13) Cady B, Presson AV, Mauson DO, et al. Changing pattern of colorectal carcinoma. Cancer 33: 422-6, 1974.
14) Slater GI, Haber RH, Aufses AHJr. Changing distribution of the carcinoma of the colon and rectum. Surg Gynecol Obstet 158:216-8, 1984.