

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Amir

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی



دانشکده پزشکی

پایان نامه:

جهت دریافت درجه دکترا

موضوع:

آدنوکارسینوم کولورکتال



براهنمائی:

استاد ارجمند جناب آقای دکتر سیدرضا موسوی

۱۳۸۶ / ۲ / ۵

نگارش:

محسن سلطانی

سال تحصیلی: ۷۰-۱۳۶۹

شماره پایان نامه: ۳۳۲۱

۹۰۰۵۳

تقدیم به :

مادر مهربانم ،

که در جهت به ثمر رسیدن من زحمت های بسیار کشیده و رنج دوری را
تحمل نمود . . .

تقدیم به :

پدر عزیزم ،

که همواره مشوق من بوده و تلاش و پشتکار روی در طول زندگی الگوی
من بوده است . . .

تقدیم به :

همسر مهربانم ،

که در راه تحقیق و نگارش این پایان نامه به من کمک فراوانی
نمود .

تقدیم به استاد ارجمند:

جناب آقای دکتر سیدرضا موسوی که در طول
تحقیق و نگارش این پایان نامه کمک های شایانی
به من نمود...

"فهرست مطالب"

صفحه	عنوان
۱	مقدمه
۲	آنا تومی کولون ورکتوم
۷	اتیولوژی و ریسک فاکتورها :
۸	نقش چربیهای حیوانی
۹	نقش کلسیم
۱۰	فاکتورهای ارثی، سابقه فامیلی، سندرمها
۱۱	بیماریهای التهابی روده
۱۳	پاتولوژی
۱۴	نمای کلینیکی (علائم و نشانه ها)
۱۶	معاینات کلینیکی
۱۷	سیستم مرحله بندی ، الگوی انتشار
۱۹	کلاسیفیکاسیون تومور ، ند متاستاز
۲۶	ارتباط ترانسفوزیون با افزایش ریسک رکارسنس تومور
۲۹	امتحانات لابراتواری تستهای تشخیصی :
۳۰-۳۱	تست خون مخفی مدفوعی Occult Blood هموکولت دوکیت
۳۳	بررسیهای رادیولوژیکی
۳۴	پروکتوسیگموئیدوسکوپی
۳۴	سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر
۳۵	توتال کولونوسکوپی
۳۶	سیگموئیدوسکوپی فیبروپتیک بعنوان اولین روش اسکوپین کانسردر...
	افراد آسمپتوماتیک

"فهرست مطالب"

صفحه	عنوان
۴۴	ضایعات همزمان
۴۵	متاستازها
۴۸	بیوما رکرها
	درمان
۵۰	درمان جراحی کانسروکولون
۵۳	اعمال کارسینوم رکتال
۵۵	تکامل اعمال جراحی رکتال
۵۹	متدهای جراحی لوکال در درمان کانسورکتوم
۶۰	رادیوتراپی موضعی
۶۰	الکتروکوآگولاسیون
۶۱	برداشت لیزری
۶۲	درمان کمکی در کانسورکتوم (رادیوتراپی - کموتراپی)
۶۶	کاربرد لوا میزول در کانسورکولورکتال
۶۷	مطالعه انجام شده در بیمارستان شهداء: تجریش
۷۷	رفرانس

الف

خلاصه:

بطور خلاصه کانسرو کولورکتال شایعترین کانسردستگانه گوارش کسه

در مردان بعد از کانسر ریه و در زنان بعد از کانسر پستان در مقام دوم قرار دارد، بیشتر در افراد بالاتر از ۵۰ سال دیده می شود و انسیدانسی آن بتدریج از دهه پنجم زندگی افزایش می یابد، سن متوسط تشخیص ۶۷ سالگی بوده و عوامل اتیولوژیک فاکتورهای ارثی، فاکتورهای محیطی، رژیم غذایی را در ایجاد آن دخیل می دانند.

از نقطه نظریاتولوژیکی انواع شایع آن نوع اولستراتیوو

پولیپوئیدی باشد و از انواع دیگر آن کانسینوم کولوئیدوکا رسینوم

موسینوس می باشند.

سمپتومهای شایع در این بیماران درد شکمی، ضعف، خونریزی

از رکتوم، حالت تهوع، توده شکمی، یبوست و تنسموس می باشند.

در معاینات کلینیکی هرگونه توده شکمی بخصوص در کولون راست،

اتساع شکم، و همچنین وجود توده در توده رکتال و وجود ندولاریتی در طول

دیواره های پلیوس و خون در مدفوع حائز اهمیت است.

در جهت پیشگویی پیش آگهی کانسرا زسیستم کلاسیفیکا سیون دوک -

استفاده می شود. تستهای تشخیصی تست خون مخفی مدفوعی، فکاست ، فکاتوین وهما فاسیا و هموکانت و هموما تیک آنالیزوا ز نظررا دیولوژیکی میتوان از باریم انمانام برد. روشهای آندوسکوپی در جهت تشخیص شامل پروکتوسکوپی، سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر، کولونوسکوپی، سیگموئیدوسکوپی فیبروپتیک در افراد آسمپتوما تیک با سن بالای ۵۰ باشد. همچنین در جهت ثبت تومورهای رکتال پیشرفته میتوان از CT و MR و سونوی آندولومینال استفاده نمود. شایعترین نقاط متاستاز ابتدا کبد و در درجه بعدی زیتین می باشند...

در جهت درمان کانسر کولورکتال رزکسیون جراحی درمان استاندارد میباشد ولی در برخی از کانسرهای رکتوم میتوان از متدهای برداشت لوکال شامل جراحی لوکال، رادیوتراپی موضعی، الکتروکواگولاسیون، برداشت لیزری و کرایوتراپی استفاده نمود. اثر شیمی درمانی و داروهای آنتی پارازیتیک در درمان کانسر کولورکتال ثابت ثابت شده است. در مطالعات انجام شده در پرونده های موجود بیماران با آدنوکارسینوم کولورکتال بین سالهای ۶۵-۶۹ نتیجه حاصله بدین ترتیب می باشد: پیرترین این افراد سن ۸۰ و جوانترین آنها سن ۱۶ سال و میانگین سن

افراد مبتلا به این کانسر ۵۲ سال و میانگین آن ۴۹ سال و شایعترین گروه سنی مبتلایان به کانسر ۵۵ و ۷۵ سال می باشند. شایعترین سمپتوم ها در این بیماران دل درد، استفراغ، یبوست دردشکمی، دردبهنگامدفع، رکتوراژی و تنسموس و توده شکمی بوده است.

درتستهای لابراتواری آنمی هایپوکروم میکروسیته، آنمی نرمو-

کروم نرموسیتروافزایش آکالین فسفاتاز کبدی مشاهده شد.

جهت تشخیص ازتستهای خون مخفی مدفوعی + بررسیهای رادیو-

لوژیکی (باریم انما) و همچنین مطالعات آندوسکوپیک (رکتوسکوپي و

رکتوسیگموئیدوسکوپي در ۲۷ بیمار) انجام شده بود. همچنین از اولترا-

سونوگرافی شکم + سی تی اسکن شکم جهت تشخیص کانسرومتاستازهای

آن استفاده شده بود و نحوه انجام عمل جراحی در این بیمارستان همی کولکتومی

راست و همی کولکتومی چپ و درمورد رکتوم از رزکسیون قدامی + آناستوموز

اولیه و رزکسیون قدامی تحتانی و رزکسیون آبدومینوپرینه آل استفاده

شده است و در نهایت ۴ بیمار بدلیل گرفتاری پریتوان، اومننومومتا-

ستازکبدی رادیوتراپی + کموتراپی شدند و در باقیمانده بیماران بعلت

عدم مراجعه فالوآپ صورت نگرفته است.

ABSTRACT :

Colorectal cancer is the most common carcinoma of GI.tract. The most common age of patient is 50 Y/O ,it's incidence is gradually rising with age.

Ethiologic factors are : genetic ,Envirenmental and dietary factors, Pathologically,Ulcerative & Polypoid are the most - commom forms.

The most common symptoms in this patients are abdominal pain weakness.Rectal Bleeding,vomiting ,abdominal mass,constipation and tenesmus.

On the physical exam any abdominal mass,abdominal distention and rectal mass in rectal exam are important evidences.

Dukes classification is the best method for grading of this concers.

Diagnostic test are occult blood,feca test,feca twin,hema - facia,hemo quant.

Endoscopic methods are proctoscopy ,sigmoidoscopy ,fibroptic sigmoidos copy ,colonos copy and fibroptic sigmoidoscopy in asymptomatic patients.

CT-Scan & MR are the best methods for diagnosis of advanced . rectal tumors.

The most common sites of metastasis are liver lung & brain .

Treatment: Surgical resection of tumor is the best and standard method for colorectal cancers.

But in the some patients with rectal C.A we can use from local

surgery, local radiotherapy, Electro coagulation, Lazer resection and cryotherapy.

Chemotherapy and anti parasitic medications can be useful in this cancer.

RESEARCH :

The colorectal cancer study in SHOHADA Hospital between the years of 1365-69 shows that the most common group of the patients are in the age of 55-75 Y/O.

The most common symptoms are abdominal pain, vomiting, constipation pain during defecation, rectal bleeding & abdominal mass.

Diagnostic test used in this patients were occult blood, Barium - enema, rectoscopy, recto sigmoidoscopy, abdominal sonography and CT Scan of abdomen.

The methods of surgery used in this Hospital were RT hemicolectomy, LT hemicolectomy, anterior resection /Low Anterior resection and abdominoperineal resection.

Radiotrasy & Chemotrasy were done for 20 patients because of peritoneal & omentum involvement and metastasis to liver.

The other patients didn't have any follow Up.

مقدمه :

=====

هدف کلی از نگارش این پایان نامه شناخت بیش از پیش آدنوم

کارسینوم کولورکتال و هدف اختصاصی آن بررسی ارزش تست های

پارا کلینیکی در تشخیص و درمان این بیماری می باشد .

روش تحقیق در این مطالعه از طریق تحقیقات تحلیلی Analytic

Study و از نوع غیر تجربی گذشته نگر Retrospective Study

می باشد .

در گردآوری اطلاعات از پرونده های موجود در بایگانی بیمارستان

شهداء تجریش ، اطلاعات داده شده توسط Med Line و کتب و مجلات

خارجی استفاده شده است .

جمعیت و واحدهمورد مطالعه بیمارستان بستری شده در بیمارستان

شهداء در بین سالهای ۶۵ تا ۱۳۶۹ می باشند و گروه سنی بیمارستان بیست و

۱۶ تا ۸۰ سال میباشد .

روش نمونه گیری ، نمونه گیری غیر احتمالی از نوع نمونه آماده .

(دردسترس) می باشد .

آنا تومی کولون ورکتوم :

روده بزرگ از دریچه ایلئوسکال شروع و تا آنوس ادا مه یا فته و

شامل کولون ، رکتوم و کانال آنال می باشد شامل ، کولون صعودی،

خم کبدي، کولون عرضی، خم طحالی، کولون نزولی، کولون سیگموئید

ورکتوم می باشد .

کولون : کولون از انتهای ایلئوم شروع شده و در مقابل پروموم-

نتوار سا کروم جا ئیکه تنیا کولی از بین می رود خاتمه می یابد . تنیا کولی

۳ ردیف عضلات طولی به فواصل ۱۲۵ درجه در دور کولون هستند و بیرون زدگی

کولون از بین تنیا ها سبب ایجادها و سترا سیون می شود . طول کولون

از ۳-۵ فوت متغیر و حدود $\frac{1}{5}$ طول کل دستگاه گوارش می باشد و ثبات

کولون به محل خلف صفاقی کولون نزولی و صعودی مربوط می باشد و

این فیکسا سیون مسئله ولولوس را از این نواحی دور می سازد و لوسی

این مسئله در سیگموئید که متحرک می باشد شایع است . قطر داخلی کولون

۷/۵-۸/۵ سانتی متر در سکوم بوده و بتدریج کاهش یافته و در سیگموئید

به حداقل خود یعنی ۲/۵ سانتی متر میرسد و این لومن باریک به همراه

محتویات حجیم و سفت علت ایجاد انسداد توسط ضایعات نسبتاً کوچک

در این ناحیه را توجیه می کنند در حالیکه ممکنست همان ضایعه در سکوم که

قطرش بیشتر و محتویا تش آبیکی است مشکلی ایجا دنکند .

جریان خون شریانی :

کولون از شریان مزانتریک فوقانی (ایلئوکولیک ، کولیک راست و کولیک میانی) و شریان مزانتریک تحتانی (شریان کولیک چپ ، سیگموئید و رکتال فوقانی) منشاء میگیرد . شریان حاشیه‌ای گه‌بنام شریان دورا موند مشهور است یکسری از قوس‌های شریانی در حاشیه مزانتریک کل کولون می باشد و شاخه‌ای است که شرائین مزانتریک فوقانی و تحتانی را به هم وصل می کند .

درنا ژوریدی :

بجزا زورید مزانتریک تحتانی ، وریدهای کولون به همراه شرائین همنام خود سیر می کنند . ورید مزانتریک تحتانی در سطح شریان کولیک چپ به سیر خود ادامه داده و سپس در پشت تنه پا نکراس به ورید طحالی می ریزد . . .

درنا ژلنفاوی :

درنا ژلنفاوی کولون با شبکه اینترا مورالی از عروق لنفاوی و

فولیکولهای لنفاوی در موسکولاریس موکوزا شروع می شود . عروق لنفاوی

اکسترا مورال و غدد لنفاوی در مسیر شرايين ناحیه‌ای بوده و شامل
 ۴ گروه : ۱- غده‌ای کولیک در جدار روده ۲- غده‌ای را کولیک
 ۳- غده‌ای در طول تنه شرايين ۴- غده‌ای در منشاء شرايين
 مزانتریک تحتانی و فوقانی .

عصب‌گیری کولون :

اعصاب کولون شامل فیبرهای سمپاتیک و پاراسمپاتیک در
 مسیر شرايين می باشد که پاراسمپاتیک با عتافزایش پریستالیتیس
 کولون و رکتوم و سمپاتیک سبب مهار آن می شود. اعصاب سمپاتیک از
 گمپهای تورايسیک تحتانی و کمری فوقانی نخاع منشاء می گیرند.
 عصب پاراسمپاتیک راست عصب واگوس می باشد که فیبرهای آن تا خم
 طحالی پخش شده اند و تا مین پاراسمپاتیک کولون چپ از اعصاب ساکرال
 میباشند.

رکتوم و کانال آنال :

رکتوم از جلوی پرومونتوار ساکروم شروع می شود و از پائین تا حد

عضلات لواتورانی ادا مه یافته و ۱۵-۱۲ سانت طول دارد. ۲-۳ انحناي