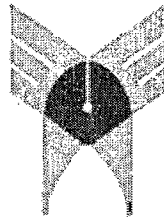


بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ



دانشگاه آزاد اسلامی
واحد پزشکی تهران

پایان نامه
جهت دریافت دکترای حرفه ای

موضوع

مقایسه فواید باریم انما و سی تی اسکن در تشخیص کانسر کولون قبل از عمل
جراحی در بیماران مراجعه کننده به بیمارستانهای امیرالمؤمنین (ع) و بوعلی تهران
طی سالهای ۸۸-۸۶

۱۳۸۹/۶/۲

استاد راهنما
جناب آقای دکتر محمود عامریون

کتاب اطلاعات در آن علمی بزرگ
تسبیح بزرگ

نگارش
سالومه امیری مقدم

شماره پایان نامه ۴۵۷۳

سال تحصیلی ۱۳۸۸

ب

۱۴۰۷۱۵

تقدیم به مادر مهربانم که هر چه دارم به خاطر
فداکاری و از خود گذشتگی اوست.

**تقدیم به پدر بزرگوارم که هیچگاه فرصتی برای شاد
کردنش نداشتم.**

**تقدیم به برادر عزیزم؛ حامی و دلگرمی همیشگی ام
که همواره برایم روشنگر راه بوده است.**

**تقدیم به خواهر نازنینم ؛ که مهربانی را بارها برایم
معنا کرده است.**

تقدیم به مامان آذر و بابا حیدر عزیز که محبت‌های ناب
و خالصانه شان را در تمام لحظات زندگی احساس
می‌کنم.

**تقدیم به همسر عزیزم که گذر از این مرحله سخت
فقط با همراهی او ممکن بود.**

تقدیم به استاد گرانقدر

جناب آقای دکتر محمود عامریون

**که انجام این پژوهش بدون کمک‌ها و رهنمودهای
پدرانه ایشان میسر نبود.**

فهرست مطالب

۱.....	چکیده فارسي
۲.....	مقدمه
۵.....	بررسي متون
۲۴.....	مواد و روشها
۲۷.....	نتايج
۳۰.....	جداول و نمودارها
۴۹.....	بحث و نتیجه گیری
۵۳.....	فهرست منابع
۵۵.....	چکیده انگلیسي

فهرست جداول

- جدول شماره ۱): توزیع فراوانی جنسیت در بیماران دو گروه..... ۳۱
- جدول شماره ۲): سابقه خانوادگی ابتلا به بدخیمی های دستگاه گوارش تحتانی در دو گروه..... ۳۳
- جدول شماره ۳): توزیع فراوانی علائم همراه در بیماران دو گروه..... ۳۵
- جدول شماره ۴): توزیع فراوانی ابتلا به ملنا در بیماران دو گروه..... ۳۷
- جدول شماره ۵): توزیع فراوانی ابتلا به درد کرامپی شکم در بیماران دو گروه..... ۳۹
- جدول شماره ۶): توزیع فراوانی ابتلا به احساس پری شکم در بیماران دو گروه..... ۴۱
- جدول شماره ۷): توزیع فراوانی ابتلا به درد مقعد در بیماران دو گروه..... ۴۳
- جدول شماره ۸): توزیع فراوانی ابتلا به کاهش وزن بدون علت خاص در بیماران دو گروه..... ۴۵
- جدول شماره ۹): تشخیص کانسر کولون با استفاده از دو روش در زمان قبل از جراحی..... ۴۷

فهرست نمودارها

- نمودار شماره ۱): توزیع فراوانی جنسیت در بیماران دو گروه..... ۳۲
- نمودار شماره ۲): سابقه خانوادگی ابتلا به بدخیمی های دستگاه گوارش تحتانی در دو گروه..... ۳۴
- نمودار شماره ۳): توزیع فراوانی علائم همراه در بیماران دو گروه..... ۳۶
- نمودار شماره ۴): توزیع فراوانی ابتلا به ملنا در بیماران دو گروه..... ۳۸
- نمودار شماره ۵): توزیع فراوانی ابتلا به درد کرامپی شکم در بیماران دو گروه..... ۴۰
- نمودار شماره ۶): توزیع فراوانی ابتلا به احساس پری شکم در بیماران دو گروه..... ۴۲
- نمودار شماره ۷): توزیع فراوانی ابتلا به درد مقعد در بیماران دو گروه..... ۴۴
- نمودار شماره ۸): توزیع فراوانی ابتلا به کاهش وزن بدون علت خاص در بیماران دو گروه..... ۴۶
- نمودار شماره ۹): تشخیص کنسر کولون با استفاده از دو روش در زمان قبل از جراحی..... ۴۸

مقایسه فواید باریم انما و سی تی اسکن در تشخیص کانسر کولون قبل از عمل جراحی در بیماران مراجعه کننده به بیمارستانهای امیرالمؤمنین (ع) و بوعلی تهران طی سالهای ۸۸-۸۶

سال تحصیلی ۱۳۸۸
شماره پایان نامه ۴۵۷۳

استاد راهنما: جناب آقای دکتر محمود عامریون
نگارش: سالومه امیری مقدم

چکیده:

مقدمه: کانسر روده بزرگ یکی از بدخیمی‌های عمده ای است که از مرگ و میر بالایی در غرب برخوردار است. ریسک یک فرد در ابتلا به آن در طول زندگی خود در حدود ۶٪ بوده و تقریباً ۵۰ درصد از کسانی که از نظر بالینی تظاهرات بیماری را دارند زنده می‌مانند. جهت تشخیص کانسر کولون قبل از عمل جراحی در موارد مشکوک به بیماری می‌توان از روشهای متفاوتی نظیر آزمایش‌های خونی، سیگمونیئوسکوپی، کولونوسکوپی، تصویربرداری با اشعه ایکس از کولون (باریم انما) و سی تی اسکن و سونوگرافی استفاده نمود. در این مطالعه به بررسی و مقایسه ارزش تشخیصی دو روش باریم انما و سی تی اسکن در تشخیص کانسر کولون در زمان قبل از جراحی پرداختیم.

مواد و روشها: در این مطالعه که از نوع تحلیلی-مقطعی میباشد ۶۰ نفر از بیمارانی که با تشخیص کانسر کولون در بیمارستانهای امیرالمؤمنین (ع) و بوعلی تهران طی سالهای ۸۸-۸۶ تحت عمل جراحی قرار گرفتند انتخاب شدند. افراد مورد مطالعه در دو گروه قرار گرفتند. در گروه اول (۳۰ نفر) در زمان قبل از جراحی از باریم انما و در گروه دوم (۳۰ نفر) از سی تی اسکن جهت بررسی توده کولون استفاده گردید. سپس نتایج حاصل از هر دو روش با نتایج حاصل از بررسی های پاتولوژیک پس از عمل بعنوان استاندارد طلایی مقایسه شد. آنالیز داده ها توسط نرم افزار آماری SPSS 15 صورت گرفت.

نتایج: در مقایسه یافته های پیش از جراحی با یافته های پاتولوژیک پس از عمل به عنوان استاندارد طلایی ابتلا به کانسر کولون، مشخص شد که در بیماران دریافت کننده باریم انما از میان ۲۲ مورد مثبت، ۲۰ مورد مثبت واقعی و ۲ مورد مثبت کاذب و از میان ۸ مورد منفی، ۲ مورد منفی واقعی و ۶ مورد منفی کاذب بودند. (در مجموع ۲۶ مورد مثبت و ۴ مورد منفی در ارزیابی پس از عمل در این گروه) همچنین مشخص شد که در بیماران بررسی شده به روش سی تی اسکن، از میان ۲۵ مورد مثبت، ۲۴ مورد مثبت واقعی و ۱ مورد مثبت کاذب و از میان ۵ مورد منفی، ۱ مورد منفی واقعی و ۴ مورد منفی کاذب بودند. (در مجموع ۲۸ مورد مثبت و ۲ مورد منفی در ارزیابی پس از عمل در این گروه)

بحث: در نهایت و با استناد بر یافته های حاصل از این مطالعه، اینگونه استنباط می‌گردد که روش سی تی اسکن دارای ارزش تشخیصی بیشتری در زمان قبل از عمل در موارد مشکوک به کانسر کولون نسبت به باریم انما می‌باشد. لذا می‌توان از سی تی اسکن بعنوان روشی تشخیصی در بیماران دارای علائم دال بر ابتلا به کانسر کولون استفاده نمود.

کلمات کلیدی: کانسر کولون، باریم انما، سی تی اسکن

فصل اول

مقدمه

بیان مسأله :

کنسر روده بزرگ یکی از بدخیمی‌های عمده ای است که از مرگ و میر بالایی در غرب برخوردار است. ریسک يك فرد در ابتلا به آن در طول زندگی خود در حدود ۶٪ بوده و تقریباً ۵۰ درصد از کسانی که از نظر بالینی تظاهرات بیماری را دارند زنده می‌مانند. این بیماری هم اکنون به واسطه تشخیص زودرس و درمان، قابل کنترل می‌باشد. اخیراً بسیاری از راه‌های ژنتیکی که منجر به ایجاد سرطان می‌گردد شناسایی و درک شده‌اند که باعث تسهیل و مراقبت گروه‌های همخون داری ریسک بالای سرطان و همچنین پیدایش عوامل شیمیایی جهت پیشگیری از سرطان شده است. با وجود این در بیشتر بیماران، سرطان به صورت پراکنده وجود دارد و سبب شناسی آن در ارتباط با رژیم غذایی فرد در طول زندگی و سبک زندگی می‌باشد. احتمالاً در این افراد میزان حساسیت ژنتیکی فرد تأثیر کمی در بروز سرطان دارد. رشد خارج از کنترل سلول‌های سرطانی در روده بزرگ، موجب بروز سرطان می‌شود. هر جایی از روده بزرگ شامل سکوم، کولون صعودی، کولون عرضی، کولون نزولی، کولون میگمونیید و راست روده می‌تواند درگیر بدخیمی گردد. ۵۰ درصد کل سرطان‌های روده بزرگ در راست روده بروز می‌نمایند و این سرطان بیشتر بزرگسالان بالای ۴۰ سال را مبتلا می‌سازد. شیوع نسبتاً بالایی کنسر کولون نه تنها منعکس‌کننده تغییرات زیان‌آور در سبک زندگی است بلکه نشان دهنده ناکافی بودن امکانات تشخیصی و درمانی می‌باشد. اگرچه در بیشتر کشورهای توسعه یافته میزان بروز آن کاهش یافته و طول عمر افزایش یافته است. که نشان‌دهنده بکارگیری روش‌های پیشگیری در سبک زندگی، تشخیص زودرس، برداشتن پولیپ روده به منظور جلوگیری از ابتلا به سرطان و درمان بهتر می‌باشد. عدم فعالیت جسمی، چاقی، مصرف غذاهای پرکالری، مصرف کردن چربی حیوانی، مصرف اندک مجموعه‌ای از هیدروکربوهیدرات‌ها، سبزیجات، میوه‌ها، ماهی، مایعات و کلسیم، پخت و پز با دمای بالا بخصوص گوشت قرمز، کشیدن سیگار و خوردن الکل از عوامل بوجود آورنده بدخیمی روده

بزرگ می‌باشند. برخی از عوامل دیگر نیز ریسک ابتلا به این بیماریها را افزایش می‌دهند که عبارتند از: ۱. سن بالای ۴۰ سال ۲. کولیت اولسرو و برخی از اختلالات مزمن دیگر لوله گوارش ۳. سابقه پولیپ‌های روده ۴. سابقه خانوادگی سرطان روده بزرگ ۵. رژیم غذایی نامتناسب به صورت کم‌فیبر و پرچربی.

در اغلب موارد ابتلا به کنسر کولون در مراحل اولیه علامت خاصی وجود ندارد ولی به دنبال سیر پیش‌رونده سرطان علائمی نظیر دفع مدفوع خونی یا سیاه رنگ، درد کرامپی شکم (دل‌پیچه)، احساس پری شکم، تغییر در اجابت مزاج به صورت اسهال، یبوست یا باریک شدن قطر مدفوع، کاهش وزن بدون علت، درد مقعد و کم‌خونی مشاهده می‌شود. بیش از ۵۰ درصد بیماران تا ۵ سال پس از جراحی زنده می‌مانند. این تومور هر چه سریع‌تر تشخیص داده شود شانس بهبود کامل آن پس از درمان بیشتر است. از عوارض احتمالی تومور می‌توان به دو مورد: ۱. گسترش تومور به سایر نواحی بدن و سرانجام مرگ ۲. عوارض مربوط به جراحی (عفونت، آبسه و پنوموز) اشاره کرد. جهت تشخیص کنسر کولون قبل از عمل جراحی در موارد مشکوک به بیماری می‌توان از روشهای متفاوتی نظیر آزمایش‌های خونی، سیگمونیئوسکوپی، کولونوسکوپی، تصویربرداری با اشعه ایکس از کولون (باریم انما) و سی‌تی اسکن و سونوگرافی استفاده نمود. با توجه به اینکه ارزش تشخیصی هر یک از روشهای فوق در بررسی مبتلایان به کنسر کولون متفاوت می‌باشد، دستیابی به روشی با دقت تشخیصی بالا در این بیماران از اهمیت بسزایی برخوردار است. لذا در این مطالعه به بررسی و مقایسه ارزش تشخیصی دو روش باریم انما و سی‌تی اسکن در تشخیص کنسر کولون در زمان قبل از جراحی پرداختیم.

بررسی متون

فیزیولوژی و عملکرد روده

جذب مواد غذایی به طور عملی در روده کوچک کامل می‌شود. غذا از معده خارج و به دوازدهه می‌رود. یعنی جایی که تجزیه مواد غذایی ادامه می‌یابد. ترشحات معده، لوزالمعده و کبد با تأثیر روی محتوای معده آن را برای بقیه اعمالی که باید بر روی آن در روده کوچک انجام بگیرد، آماده می‌کنند. در این حال مواد غذایی برای جذب - که در قسمت پایین روده صورت می‌گیرد - آماده هستند. هضم و جذب همیشه از یک نظم صحیح پیروی نمی‌کند. گاهی افراد دچار ناراحتی‌های هضمی خفیف می‌شوند که با تصحیح عادت غذایی آنها، به طور معمول برطرف می‌گردد. روده بزرگ فضای قابل ملاحظه‌ای از شکم را اشغال کرده است و حدود ۱/۵ متر ادامه دارد، همچنین اولین قسمت آن، سکوم یا روده کور نامیده می‌شود که آپاندیس از طرف پایین و راست شکم به آن متصل است. قسمت بالارونده روده بزرگ که بعد از سکوم قرار دارد، به طرف بالا ادامه پیدا می‌کند و سپس به طور افقی پس از عبور از زیر کبد و معده به طحال می‌رسد و از آنجا به پایین می‌رود. قسمت پایین رونده در ابتدا به وسیله قسمت کوچکی به نام میگمویید به راست روده و در انتها به مقعد وصل می‌شود.

مهم‌ترین وظایف روده بزرگ عبارت است از: ۱. جذب آب و بعضی املاح ۲. انتقال مدفوع از قسمت بالارونده به قسمت پایین رونده روده بزرگ و سپس از طریق راست روده به خارج از آن. عمل دوم بیشتر به وسیله یک سری حرکات دودی شکل پیش رونده، به طور متناوب صورت می‌گیرد.

کارسینوم کولون رکتوم از سرطان‌های شایع است که اخیراً شیوع آن در ایران افزایش یافته است. از سال ۱۹۹۰ تاکنون استفاده از روش‌های تشخیصی برای کانسر کولورکتال با آزمایش خون مخفی مدفوع و سیگموییدوسکوپی انعطاف پذیر و کولونوسکوپی، منجر به کاهش مرگ و میر کانسر کولورکتال شده است. بنا به توصیه انجمن سرطان آمریکا کولونوسکوپی هر ۱۰ سال یک بار و از

سن ۵۰ سالگی توصیه میشود. بعد از کولونوسکوپی بهترین خبر این است که نتیجه نرمال است و خبر خوب دیگر این است که فرد تا ۱۰ سال دیگر نیاز به کولونوسکوپی ندارد. ولی آیا این فاصله پژوهشگران دانشگاه مونیتابا، کانادا یافته‌های مربوط به ۳۶ هزار نفر را که کولونوسکوپی آنها نرمال بود در طی ۱۰ سال مورد بررسی قرار دادند و دریافته‌اند که خطر بروز سرطان در این تعداد ۷۲ درصد کمتر از جمعیت عادی بود.

اهمیت این موضوع در این است که در صورتی که کانسر کولورکتال در ابتدای امر تشخیص داده شود میزان بقای بیمار زیاد میشود و از سویی دیگر فاصله زمانی زیاد این روش و ارزش بالای غربالگری آن جایگاه ویژه‌ای را در تشخیص و پیشگیری برای این تست ایجاد میکند.

سرطان روده بزرگ یکی از بدخیمی‌های عمده در میزان بروز مرگ و میر در غرب و در دنیایی است که راه و رسم غربی‌ها را برگزیده‌اند. ریسک يك فرد در ابتلا به آن در طول زندگی خود تقریباً يك به بیست است و تقریباً ۵۰ درصد از کسانی که از نظر بالینی تظاهرات بیماری را دارند زنده می‌مانند. این بیماری هم اکنون به واسطه تشخیص زودرس و درمان، قابل کنترل می‌باشد. اخیراً بسیاری از راه‌های ژنتیکی که منجر به ایجاد سرطان می‌گردد شناسایی و درک شده‌اند که باعث تسهیل و مراقبت گروه‌های هم‌خون داری ریسک بالای سرطان و همچنین پیدایش عوامل شیمیایی جهت پیشگیری از سرطان شده است. با وجود این در بیشتر بیماران، سرطان به صورت پراکنده وجود دارد و سبب شناسی آن در ارتباط با رژیم غذایی فرد در طول زندگی و سبک زندگی می‌باشد. احتمالاً در این افراد میزان حساسیت ژنتیکی فرد تأثیر کمی در بروز سرطان دارد.

روده بزرگ قسمت انتهایی سیستم گوارشی است که از انتهای روده باریک (ایلئوم) شروع می‌شود و تا ناحیه مقعد که قسمت انتهایی روده است ادامه می‌یابد. روده بزرگ شامل قسمت‌های متعددی است که در ابتدا آن را سکوم می‌گویند که قطر آن حدود ۵/۸ - ۵/۷ سانتی متر است. این قسمت بیشترین قطر کولون را دارد و در ابتدای آن آپاندیس قرار دارد و پس از سکوم شامل قسمت‌های

کولون صعودی، عرضی، نزولی و سیگموئید است که پس از آن ۱۵ سانتی متر انتهایی آن را رکتوم یا راست روده گویند و نهایتاً قسمت خروجی قرار دارد که به نام کانال مقعد می‌شناسیم. هر کدام از این قسمت‌ها می‌تواند دچار سرطان شود طول کولون بین ۱۰۰-۱۵۰ سانتی متر است و شاید به دلیل طول زیاد آن و عوامل متعدد دیگر سومین سرطان شایع در کشورهای غربی و چهارمین سرطان شایع در جهان است. در کشورهای صنعتی بعد از سرطان ریه دومین عامل مرگ و میر ناشی از سرطان است. سالانه یک و نیم میلیون نفر در جهان دچار سرطان کولون و رکتوم می‌شوند و در آمریکا سالانه حدود ۶۰ هزار مرگ به دلیل سرطان کولورکتال اتفاق می‌افتد. زنان و مردان تقریباً به طور مساوی گرفتار می‌شوند و شیوع آن از سن ۴۰-۵۰ سالگی به تدریج افزایش می‌یابد و حداکثر بروز آن بعد از سن ۵۰ سالگی است. در ایران شیوع این سرطان رو به افزایش است و طبق آمار موجود در حال حاضر چهارمین سرطان شایع در بین مردان (۵درصد) و زنان

(۵/۵درصد) است. درصد ابتلا به سرطان کولون و رکتوم در افراد زیر پنجاه سال در ایران قابل توجه است. لازم به ذکر است که اکثر مرگ و میرهای ناشی از سرطان کولون و رکتوم قابل پیشگیری است و در گذشته فکر می‌شد که شیوع سرطان کولون طرف چپ شایعتر است ولی طی بیست سال گذشته شیوع سرطان در قسمت‌های چپ کولون کاهش یافته و بیشتر به سمت راست انتشار پیدا کرده است.

انواع سرطان‌های روده

سرطان روده بزرگ را می‌توان به سه نوع تقسیم کرد:

نوع منفرد (Sporadic): که حدود ۷۰ تا ۸۰ درصد سرطان روده را تشکیل می‌دهد. در این نوع

سرطان، سابقه مشخصی در بستگان بیمار از نظر ابتلا به سرطان روده و یا سایر سرطان‌های مرتبط وجود ندارد و فرد به صورت اسپورادیک (موارد تک‌گیر) به بیماری دچار می‌شود. این فرم