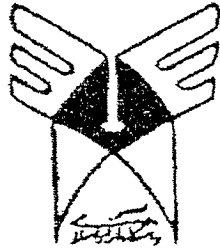




5-177



دانشگاه آزاد اسلامی
واحد تهران پزشکی

پایان نامه :
جهت دریافت دکترای پزشکی

موضوع :
بررسی شیوع تومورهای کولورکتال در دو مرکز مراجعه
شونده در سطح شهر تهران از سال ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶

استاد راهنما :
جناب آقای دکتر عبدالمهدی

تهیه کننده :
مهدی فیض الله

شماره پایان نامه : ۳۸۵۰

سال تحصیلی : ۱۳۸۶

۷۰۱۶۶

معاونت اطلاعات و آرکایو
دانشگاه آزاد اسلامی
تهران

۱۳۸۶ / ۱۷ / ۲۸

تقدیم بہ

پدر و مادر عزیزہ

تقدیم بہ

استاد ارجمندہ جناب آقای دکتہ عبدالہی

فهرست

صفحه	عنوان
۱	چکیده
۲	مقدمه
۴	فصل اول
۵	۱-۱- بازنگری مقالات
۱۱	فصل دوم
۱۲	۲-۱- جنین شناسی
۱۴	۲-۲- آناتومی
۲۶	۲-۳- فیزیولوژی
۳۳	۲-۴- ارزیابی بالینی
۴۱	۲-۵- نئوپلاسمهای کولورکتال
۴۱	۲-۶- پولیپهای کولورکتال
۴۸	۲-۷- کارسینومهای کورکتال
۶۰	۲-۸- تشخیص
۶۲	۲-۹- درمان
۷۸	فصل سوم
۷۹	۳-۱- نوع مطالعه و روش جمع آوری اطلاعات
	۳-۲- نحوه آنالیز داده ها
۸۰	فصل چهارم

۸۱

۴-۱- نتایج تحقیق

۸۵

۴-۲- نمودارها و شکاها

۸۵

فصل پنجم

۸۷

۵-۱- بحث و نتیجه گیری

۸۸

۵-۲- پیشنهادات

۸۹

۵-۳- فهرست منابع

۹۰

۵-۴- چکیده انگلیسی

چکیده فارسی :

نام و نام خانوادگی : مهدی فیض الله استاد راهنما : جناب آقای دکتر عبدالهی

شماره دانشجویی : ۷۹۴۳۰۰۸۹ کد پایان نامه : ۳۸۵۰

تاریخ دفاع : ۸۶/۶/۲۷ شماره پایان نامه : ۱۳۶۱۰۱۰۱۸۵۱۰۶۸

مقدمه: کنسر کولورکتال شایعترین بدخیمی دستگاه گوارش می باشد و در حدود ۴۰۰/۰۰۰ مرگ را سالانه در جهان موجب می شود. تحقیقات پیشین که در این زمینه انجام شده است نشان داده اند که اپیدمیولوژی این بیماری در جوامع شرقی در مقایسه با کشورهای اروپایی و آمریکا متفاوت است. بر همین اساس مادر این تحقیق به بررسی شیوع تومورهای کولورکتال بر اساس سن، جنس، محل و Grade تومور در سطح شهر تهران پرداختیم.

مقد: گزارشات پاتولوژی ۱۴۴ بیمار مبتلا به تومورهای کولورکتال در دو مرکز پاتولوژی در سطح شهر تهران در فاصله سالهای ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶ مورد بررسی قرار گرفت. شیوع تومورهای کولورکتال بر اساس نوع تومور (پولیپ یا کارسینوم) و همچنین سن، جنس، محل تومور و Grade تومور تعیین شد.

نتایج: از نظر جنسی ۵۶/۹٪ بیماران مرد بودند. ۴۷٪ تومورها را کنسر و ۵۳٪ را پولیپ تشکیل می داد میانگین سنی موارد مبتلا به کنسر ۶۴ سال و موارد دچار پولیپ ۴۹ سال بود. بیشترین میزان شیوع کارسینوم کولورکتال در رکتوم (۴۱٪) بود و بعد از آن به ترتیب کولون سیگموئید (۲۱٪) و سکوم و کولون صعودی (۱۸٪) و کولون ترنسورس و نزولی (هر کدام ۱۰٪) بودند. از نظر شیوع انواع پولیپها، توبولار آدنوما با ۴۶٪ بیشترین شیوع را داشت و بعد از آن پولیپ هایپرپلاستیک (۲۱٪) و پولیپ

التهابی (۱۳٪) قرار داشتند . شیوع کارسینومهای رکتوم ، سیگموئید و کولون نزولی بطور معنی دار در مردان بیشتر از زنان بود و کارسینومهای کولون ترنسورس و سکوم و کولون صعودی که در مجموع Right colon را تشکیل می دهند بطور معنی دار در زنان بیشتر از مردان بود . از کولون دیستال به سمت کولون پروگزیمال بطور معنی داری بر Grade کارسینومها افزوده می شد .

بحث : این نتایج نشان می دهند که کنسرکولون راست در ایران در مقایسه با کشورهای غربی مثل انگلستان و حتی کشورهای شرقی مثل چین دارای شیوع بیشتری است . ضمن اینکه کنسرکولون راست در زنان شایعتر از مردان است و Grade بالاتری را از نظر بدخیمی در مقایسه با کنسرکولون چپ دارد که از آنجا که این مسأله بصورت یک رابطه معنی دار وجود دارد ، بررسی ها و مطالعات بیشتری را در این مورد می طلبد .

مقدمه :

دستگاه گوارش به عنوان یکی از اعضاء پرکار و فعال بدن یکی از قسمت‌هایی محسوب می‌شود که در معرض خطر بالایی از نظر ایجاد و پیشرفت بدخیمی قرار دارد. کارسینوم کولورکتال شایع‌ترین بدخیمی مجرای گوارش می‌باشد و حدود ۴۰۰۰۰۰ مرگ را سالانه در جهان موجب می‌شود. در ایالات متحده سالانه بیش از ۱۴۵۰۰۰ مورد جدید کارسینوم کولورکتال تشخیص داده می‌شود و بیش از ۵۵۰۰۰ نفر هر سال در اثر ابتلا به این بیماری می‌میرند که کانسر کولورکتال را به دومین کانسر کشنده در امریکا بعد از کانسر ریه تبدیل کرده است.

میزان بروز آن با افزایش سن پیدا می‌کند به طوری که سالانه از ۰/۳۹ نفر در ۱۰۰۰ نفر در ۵۰ سالگی، به ۴/۵ نفر در ۱۰۰۰ نفر در ۸۰ سالگی می‌رسد.

از آنجایی که سرطان کولون علائم خود را دیر مشخص می‌سازد تشخیص به موقع و پیدا کردن بیماران و غربالگری گروه‌های در معرض خطر این بیماری بسیار حائز اهمیت است، زیرا هر چه این بیماری زودتر تشخیص داده شود و درمان شود میزان بقای بیمار مبتلا به سرطان کولون بیشتر خواهد شد و از تجمیل هزینه‌های سنگین درمانی به سیستم بهداشتی درمانی جامعه و یا خود فرد جلوگیری می‌شود.

تحقیقات پیشین که در این زمینه انجام شده است نشان داده‌اند که اپیدمیولوژی این بیماری در جوامع شرقی مثل کشورهای آسیایی در مقایسه با کشورهای اروپایی و امریکا متفاوت است. بر همین اساس، در این تحقیق به بررسی شیوع تومورهای گوارشی کولورکتال بر اساس سن، جنس، محل و grade تومور در سطح شهر تهران می‌پردازیم.

فصل اول

بازنگری مقالات

John Heating, Peter Pater, Simi Loloheh

: Aim

کانسر کولورکتال یکی از دلایل اصلی مرگ و میر در نیوزیلند است. میزان بروز و مرگ و میر به طور منظم گزارش می‌شود ولی جزئیات بیشتری که مربوط به اپیدمیولوژی بیماری باشد به صورت چاپ شده در دسترس نیست.

هدف از انجام این تحقیق بررسی اپیدمیولوژی کانسر کولورکتال با توجه ویژه به جنس بیمار، نحوه پراکندگی تومور، میزان پیشرفت تومور در هنگام تشخیص، grade تومور، بررسی فاکتورهای اتیولوژیک شناخته شده و روشهای جراحی انجام شده است.

: Methods

۲۲۷۲ جواب پاتولوژی مربوط به سرطان کولورکتال که در مؤسسه ملی ثبت سرطان در سال ۲۰۰۰ وجود داشت بررسی شد و بر اساس سیستم DUKE مرحله‌بندی شد. سن بیمار، جنس بیمار، stage، نحوه پراکندگی، grade تومور و نوع تومور همگی مورد بررسی قرار گرفت.

: Results

شیوع جنسی در تمامی موارد برابر بود. یک سوم کانسرها در رکتوم بود، یک سوم در کولون چپ و یک سوم در پروگزیمال به خم طحالی وجود داشت. مردها بیشتر دچار کانسر رکتوم شده بودند (نسبت مرد به زن: ۱/۶ به ۱) و زنان کانسر کولون بیشتری داشتند (نسبت مرد به زن: ۰/۹ به ۱). کانسره‌های سمت راست به نسبت کانسره‌های

سمت چپ دارای grade بالاتری بودند . شیوع کانسره‌های سمت راست با افزایش سن در هر دو جنس افزایش می‌یافت .

۰/۲٪ بیماران دارای سابقه فنوتیپی FAP بودند . ۱۴٪ بیماران در زمان تشخیص در مرحله Duke A بودند و ۴۳٪ در مرحله Duke B و ۴۳٪ دیگر نیز در مرحله Duke C بودند .

تغییر الگوهای کانسر کولورکتال در چین در طول یک دوره ۲۰ ساله

Ming Li, Jin Gu

: Aim

بررسی اینکه آیا تغییری در الگوهای کانسر کولورکتال در چین رخ داده است .

: Methods

اطلاعات از ۲۱ مقاله چینی که از سال ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۹ به چاپ رسیده بود مورد استفاده قرار گرفت تا روند زمانی کانسر کولورکتال بر اساس سن بیمار هنگام تشخیص ، جنس ، محل موتور ، stage و پاتولوژی مورد بررسی قرار گیرد .

: Results

از دهه ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۰، میانگین سنی بیماران مبتلا به کانسر کولورکتال افزایش یافته است . درصد بیماران زن افزایش یافته است . نحوه پراکندگی کارسینوم کولورکتال شیوع بیشتر کانسر رکتوم را نشان می دهد . با وجود این نسبت کانسر کولون پروگزیمال (شامل کولون ترنسورس و کولون صعودی) به طور معنی داری افزایش یافته در برابر کاهش که در درصد کانسر رکتوم رخ داده است . شباهتی در درصد کانسر کولون دیستال در دو دهه وجود داشت . در دهه ۹۰ ، بر اساس آمار بیماران بیشتری با stage B در مقایسه با دهه ۸۰ دیده شد .

علاوه بر این ، اطلاعات یک کاهش معنی دار را در بیماران stage D نشان می دهد .

: Conclusion

این نتایج نشان می دهد که الگوی کانسر کولورکتال در چین در حال تغییر است .

مخصوصاً یک شیفت به پروگزیمال به علت افزایش نسبت کانسر کولون ترنسورس و
صعودی در چین اتفاق افتاده است .

توزیع کانسرها و پولیپ‌های آدنوماتوز در کولورکتوم : مطالعه در یک جامعه ایرانی

Bafandeh Y, Daghestani D, Esmaili H, Aharizad S.

: Objective

یک توافق کلی وجود دارد که اکثر کارسینوم‌های کولورکتال از پولیپ‌های آدنوماتوز منشأ می‌گیرند. بنابراین برای کنترل کانسر کولورکتال، تشخیص و رزکسیون آندوسکوپیک آدنوم‌ها توصیه می‌شود، در صورتی که فاکتورهای اتیولوژیک مشابه در پولیپ‌ها و کانسرها وجود داشته باشد توزیع آناتومیک آن‌ها باید مشابه باشد.

مطالعه حاضر برای تعیین این که آیا توزیع آدنوم‌ها با توزیع کانسرها در کولورکتال سازگار است یا نه و همچنین برای مقایسه با سایر مطالعات، مخصوصاً کشورهای غربی انجام شد.

: Methods

ما به صورت رترواسپکتیو گزارشات آندوسکوپی مربوط به محل‌های آناتومیک تمامی پولیپ‌های آدنوماتوز و کانسرها در کولورکتال را که از لحاظ بافت‌شناسی تایید شده بودند از Jan ۱۹۹۲ تا Dec ۲۰۰۵ در تبریز مرور کردیم. ۱۴۳ کانسر کولورکتال و ۱۸۳ پولیپ آدنوماتوز (در ۴۵ بیمار) کشف شده بود. بیماران با سندرم‌های پولیپوزیس از مطالعه خارج شدند. سن و جنس بیماران، سایز و محل‌های آناتومیک پولیپ‌ها و کانسرها مورد مطالعه قرار گرفتند.

: Results

میانگین سنی بیماران دچار آدنوم و کانسر ۴۶/۳ و ۵۳/۹ سال بود با شیوع به ترتیب

۵۵/۵٪ و ۶۲/۲٪ در مردان . هم در کانسرها و هم در آدنوم‌ها شایع‌ترین علائم ایجاد شده خونریزی از رکتوم و اسهال خونی بود (۵۲/۴٪ ، ۱۶/۹٪ ، ۳۹/۲٪ و ۱۵/۸٪ به ترتیب برای کانسر و آدنوم) بدون هیچ اختلاف معنی‌داری . اکثریت آدنوم‌ها (۸۵٪) و کانسرها (۸۱/۷٪) در سمت چپ بودند ($P > 0.05$) . گرایش حضور پولیپ‌ها در کولون نزولی به صورت بوردرلاین معنی‌دار بود ($P = 0.07$) . قسمت سکوم بدون هیچ پولیپی منحصرأ دچار کانسر بود ($P = 0.01$) .

فصل دوم

جنین شناسی :

در نتیجه خم شدگی سری - دمی و جانبی رویان بخشی از حفره کیسه زرده که توسط آندودرم مفروش شده است ، جزئی از رویان می شود تا دستگاه گوارش اولیه را تشکیل دهد . دو بخش دیگر از حفره مفروش توسط آندودرم ، یعنی کیسه زرده و الانتوییس در خارج از بدن رویان باقی می ماند . در بخش های سری - دمی رویان ، لوله گوارش اولیه یک لوله با انتهای کور ایجاد می کند که به ترتیب روده پیشین و روده پسین نام دارند . بخش میانی یعنی روده میانی توسط مجرای زرده ای یا ساقه زرده ای موقتا متصل به کیسه زرده باقی می ماند .

تکامل لوله گوارش اولیه و مشتقات آن معمولا در چهار بخش است :

الف - لوله گوارش حلقی که از پرده دهانی - حلقی تا دیورتیکول نایی - نایژه ای ادامه دارد .

ب - روده پیشین در پایین لوله حلقی قرار دارد و تا حد بیرون زدگی کبدی امتداد می یابد .

ج - روده میانی از پایین جوانه کبدی شروع می شود و تا پیوستگاه دو سوم راست و یک سوم چپ کولون عرضی در بالغین کشیده می شود .

د - روده پسین از یک سوم چپ کولون عرضی تا پرده کلواک امتداد می یابد .

آندودرم پوشش اپی تلیال دستگاه گوارش را ایجاد می کند و پارانشیم غده های مانند کبد و لوزالمعده را به وجود می آورد . اجزای ماهیچه ای ، بافت همبندی و صفاقی جدار لوله گوارش ، از مزودرم اسپلانکتیک مشتق می شوند . تمایز نواحی گوناگون لوله گوارش و مشتقات آن وابسته به تعامل متقابل آندودرم (اپی تلیوم لوله گوارش) و مزودرم اسپلانکتیک احاطه کننده می باشد . مزودرم نوع ساختمانی را که تشکیل خواهد شد ، تعیین

می‌کند. مثلاً ریه‌ها را در ناحیه سینه و کولون از ناحیه روده پیشین، احتمالاً از طریق رمز HOX مشابه با ژنی که محور بدن را ایجاد می‌کند. به هر حال، بروز HOX مستلزم القا شدن بر اثر بروز shh در آندودرم است، لذا تعامل متقابل وجود دارد.

روده میانی:

در رویان ۵ هفته‌ای، روده میانی توسط یک مزانترا کوتاه از جدار پشتی شکم آویزان است و از طریق مجرای زرده‌ای یا ساقه زرده‌ای با کیسه زرده ارتباط دارد. در بالغین روده میانی بلافاصله بعد از محل ورود مجرای صفراوی به دوازدهه شروع می‌شود. در پیوستگاه دو سوم ابتدایی و یک سوم انتهایی کولون عرضی خاتمه می‌یابد. روده میانی در تمام طول خود از شریان مزانتریک فوقانی خونگیری می‌کند.

تکامل روده میانی، با دراز شدن سریع روده و مزانترا آن که به تشکیل قوس روده‌ای اولیه می‌انجامد، مشخص می‌شود. قوس روده‌ای در راس خود توسط مجرای زرده‌ای باریک، در ارتباط باز با کیسه زرده‌ای می‌ماند. بازوی فوقانی قوس به بخش انتهایی دوازدهه، ژژنوم، و بخشی از ایلئوم تکامل می‌یابد. بازوی انتهایی ایلئوم، سکوم، آپاندیس، کولون صعودی و دو سوم ابتدایی کولون عرضی تبدیل می‌شود.

روده پسین:

روده پسین منشاء یک سوم انتهایی کولون عرضی، کولون نزولی، سیگموئید، رکتوم و بخش فوقانی مجرای مقعدی است. آندودرم روده پسین، پوشش داخل ممانه و پیشابراه را نیز ایجاد می‌کند.

قسمت انتهایی روده پسین، وارد ناحیه خلفی کلوآک، یعنی مجرای آنورکتال اولیه می‌شود. آلاتنویس وارد بخش قدامی، یعنی سینوس اورورژنیتال اولیه می‌گردد. خود

کلواک یک حفره مفروش از آندودرم است که حدقدامی آن توسط اکتودرم سطحی پوشیده شده است. لایه ای از مزودرم به نام سپتوم اورورکتال، ناحیه بین آلاتوئیس و روده پسین را جدا می‌کند. این جدار از ادغام مزودرم پوشاننده کیسه زرده و مزودرم دور آلاتوئیس مشتق می‌شود. با رشد رویان و تداوم خم شدن دمی، نوک جدار ادراری - رکتومی در نزدیکی پرده کلواک قرار می‌گیرد، هر چند این دو ساختمان هرگز با یکدیگر تماس نمی‌یابند. در انتهای هفته هفتم، پرده کلواک پاره می‌شود و سوراخ معقد برای روده پسین و یک سوراخ قدامی برای سینوس ادراری - تناسلی به وجود می‌آید. بین این دو، نوک جدار ادراری - رکتومی، جسم پرینه آل را تشکیل می‌دهد. در این زمان تزاید اکتودرم تحتانی‌ترین ناحیه مجرای مقعدی را می‌بندد. در طی هفته نهم، این ناحیه مجدداً مجرادار می‌شود. لذا بخش تحتانی مجرای مقعدی از اکتودرم نشات می‌گیرد و توسط شرابین رکتال تحتانی که شاخه‌هایی از شرابین پودندال داخلی هستند، خونرسانی می‌شود. بخش فوقانی مجرای مقعدی، از آندودرم نشات می‌گیرد و توسط شریان رکتال فوقانی که ادامه شریان مزانتریک تحتانی است، خونرسانی می‌شود. پیوستگاه بین نواحی آندودرمی و اکتودرمی مجرای مقعدی، توسط خط شانهای بلافاصله در زیر ستون‌های مقعدی مشخص می‌شود. در محل این خط، اپی‌تلیوم از حالت استوانه‌ای به سنگفرشی مطابق تبدیل می‌شود.

آناتومی

تقسیمات روده بزرگ:

قسمت انتهایی دستگاه گوارش را روده بزرگ (Large Bowel) تشکیل می‌دهد. روده بزرگ از دریچه ایلئوسکال تا آنوس امتداد دارد و از نظر آناتومیک و عملکردی به