بررسی ویژگیهای اپیدمیولوژیک و بالینی بیماران مبتلا به سرطان معده در بیمارستان شهید بهشتی کاشان از مهر ۱۳۷۳ لغایت مهر سال ۱۳۸۰

***دکتر عبدالحسین داوودآبادی** I

دکتر حسین شریفی II

دکتر نسرین عرفان III

منصور دیانتی IV

دکتر اسماعیل عبدالرحیم‌کاشی V

چکیده

یکی از سرطانهای شایع دستگاه گوارش سرطان معده است که به علت تهاجمی بودن و نداشتن علائم بالینی مشخص اغلب بیماران در موقع مراجعه در مرحله پیشرفته بیماری بوده و از طول عمر کوتاهی برخوردار هستند. از آنجائیکه از نظر اپیدمیولوژیک و محل درگیری معده و علائم بالینی در هر منطقه تفاوتهایی گزارش شده است با توجه به این مطلب و به منظور تعیین طول عمر با در نظر گرفتن مرحله بیماری این مطالعه روی بیماران مبتلا به سرطان معده صورت گرفت. بیماران افرادی بودند که به بخش جراحی بیمارستان شهید بهشتی کاشان طی سالهای ۸۰-۱۳۷۳ مراجعه کرده بودند. این پژوهش به روش مطالعه داده‌های موجود(Existing data) در بیماران با تشخیص سرطان معده که در بیمارستان شهید بهشتی کاشان طی یک دوره ۷ ساله بستری شده بودند انجام شد. ٤ سال آخر مطالعه به شکل آینده‌نگر صورت گرفت و طی آن پرونده تمام بیماران مبتلا به سرطان معده که در بایگانی بیمارستان موجود بود مورد مطالعه قرار گرفت. طول عمر بیماران طی تماس تلفنی یا رفتن به درب منزل آنها بررسی شد. در ۱٤۱ بیمار مورد مطالعه بیشترین شیوع سنی سرطان معده در دهه سنی ۷۰ و ۸۰(۳٤٪) بود که در مردان ۲/۸ بار شایعتر از زنان بوده است. شایعترین یافته‌های بالینی به ترتیب درد اپی‌گاستر(٦۹/٥٪) کاهش وزن(٥۲٪) و بی‌اشتهایی(٤۲٪) بودند. ۷۷٪ بیماران نیز کم خونی داشتند. شایعترین نوع گروه خونی +A و سپس +O(به ترتیب ٤۰/٤٪ و ۲۹٪) و شایعترین محل گرفتاری معده ناحیه آنتر(٤٤٪) بود اما در ۲ سال اخیر شیوع درگیری کاردیا نسبت به سالهای قبل به میزان قابل توجهی افزایش یافته است. اغلب بیماران در زمان مراجعه در مرحله پیشرفته بیماری بودند و عمل جراحی قطعی(Curative) فقط در ۳۳/٦٪ بیماران انجام شده بود. ٦٦/٤٪ به علت پیشرفته بودن بیماری تحت عمل جراحی تسکینی(Palliative) قرار گرفته یا هیچ اقدام خاصی برای آنها انجام نشده بود. از ۱٤۱ بیمار مورد مطالعه فقط ۲۰ نفر(۱٤/۲٪) از زمان تحقیق و تا ٦ ماه بعد از آن در قید حیات بودند و سایر بیماران فوت کرده بودند. از این ۲۰ نفر ٤ نفر در مرحله Early gastric cancer=T1N0، ۷ نفر در مرحله T2N1 و ٦ نفر در مرحله T3N1 و همگی پره‌پیلوریک بودند. در ۳ نفر دیگر تومور در ناحیه آنتر بود که در سال ۷۹ عمل شده بودند. شایعترین نوع تومور آدنوکارسینما(۹۷٪) بوده است. اگر چه شایعترین محل درگیری معده آنتر می‌باشد اما طی ۲ سال اخیر به ناحیه کاردیا و ساب‌کاردیا منتقل شده و موجب کاهش طول عمر گردیده است. گروه خونی +A به عنوان عامل خطر باید در بیماران با علائم گوارشی معده در نظر گرفته شود. همچنین درد اپی‌گاستر، کاهش وزن و بی‌اشتهایی در بیمار بالای ٥۰ سال باید به عنوان ابزار بیماریابی در نظر گرفته شود و در برخورد با آن باید شک قوی به سرطان معده داشت و آندوسکوپی معده را هر چه سریعتر انجام داد. بیماریابی و تشخیص به موقع سبب افزایش طول عمر خواهد شد در حالی که کشف بیماری در مرحله پیشرفته به جز ناحیه پره‌پیلوریک که در تحقیقات ما پیش‌آگهی بهتری داشت متأسفانه با طول عمر کوتاه همراه خواهد بود.

کلیدواژه‌ها: ۱ – سرطان معده ۲ – محل آناتومیک سرطان ۳ – طول عمر ۴ – مرحله‌بندی بعد از عمل

این مقاله خلاصه‌ای است از پایان نامه دکتر نسرین عرفان به راهنمایی دکتر عبدالحسین داوودآبادی و مشاوره دکتر اسماعیل عبدالرحیم کاشی، سال ۱۳۸۱.

I) استادیار گروه جراحی، فوق تخصص جراحی قفسه سینه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی کاشان، (*مولف مسئول).

II) استادیار گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی کاشان.

III) متخصص جراحی عمومی.

IV) کارشناس ارشد آمار، مربی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی کاشان.

V) استادیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی کاشان.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-22]

مقدمه

سرطان دومین علت مرگ و میر انسان بعد از بیماریهای قلبی محسوب می‌گردد(۱) سرطان معده یکی از سرطانهای شایع دستگاه گوارش است که بین نئوپلاسمهایی که منجر به مرگ می‌شوند رتبه ششم را در آمریکا به خود اختصاص داده است(۲).

با وجود کاهش میزان سرطان معده در دهه‌های اخیر هنوزیکی از علل مهم مرگ و میر ناشی از بدخیمیها می‌باشد(۳).

طبق مطالعات گذشته تقریباً نیمی از سرطانهای معده از بخش انتهایی معده منشا می‌گیرد(٤) در حالی که براساس پژوهشهای اخیر که در آمریکا انجام شده است اغلب این سرطانها(۳۷٪) از $\frac{1}{3}$ فوقانی معده منشا می‌گیرند ومیزان بروز آنها در قسمتهای انتهایی تنها ۳۰٪ گزارش گردیده است(٥).

علائم بالینی سرطان معده در مراحل اولیه مشخص نبوده و به علت مبهم و غیراختصاصی بودن علائم و نشانه‌ها تشخیص آن دشوار می‌باشد(٦).

بیماران معمولاً زمانی مراجعه می‌کنند که تومور گسترش پیدا کرده و به مرحله پیشرفته رسیده است که در این مرحله طول عمر کوتاه می‌باشد. به همین جهت تشخیص زودرس در سرطان معده بسیار با اهمیت است و در صورت وجود هر گونه شک به آن شرح حال و معاینه دقیق و گرافی معده برای لوکالیزه کردن تومور و بیوپسی ضروری می‌باشد(۷).

ازآنجائیکه علائم بالینی و شیوع سنی و شیوع سرطان معده در جوامع مختلف متفاوت گزارش شده است، داشتن اطلاعات بیشتر در مورد محل درگیری معده، علائم بالینی، علائم آزمایشگاهی و میزان شیوع آن در محل سکونت جامعه مورد پژوهش در تشخیص و درمان به موقع نقش مهمی را ایفا می‌کند.

این تحقیق روی بیماران مبتلا به سرطان معده که در بخش جراحی بیمارستان شهید بهشتی کاشان بستری بودند صورت گرفت.

رو ش بررسی

این پژوهش به صورت مطالعه داده‌های موجود (Existing data) روی بیمارانی که تشخیص سرطان معده برای آنها گذاشته شده بود و در بخش جراحی بیمارستان شهید بهشتی کاشان بستری شده بودند طی یک دوره ۷ ساله از مهر ۱۳۷۳ لغایت مهر ۱۳۸۰ انجام شد(٤ سال آن آینده‌نگر بوده است). برای انجام این مطالعه از پرونده تمام بیماران مبتلا به سرطان معده که بستری شده و تحت درمان قرار گرفته بودند و پرونده آنها در بایگانی بیمارستان موجود بود استفاده شد.

طول عمر بیماران طی تماس تلفنی یا رفتن به درب منزل آنها بررسی گردید.

تعداد کل بیماران ۱٤۱ مورد بود که اطلاعات مربوط به سن، جنس، علائم بالینی، محل آناتومیک سرطان معده، علائم آزمایشگاهی، روشهای تشخیصی و درمانی و طول عمر آنها ثبت و طبقه‌بندی گردید و با برنامه آماری مورد توصیف و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

از تعداد ۱٤۱ نمونه مورد پژوهش ۳۷ نفر(۲٦/۲٪) زن و ۱۰٤ نفر(۷۳/۸٪) مرد بودند که در محدوده سنی ۳۰ تا ۸۲ سال قرار داشتند.

جدول شماره ۱ توزیع بیماران مورد پژوهش را از نظر سن و جنس نشان می‌دهد. بیشترین تعداد بیماران در دهه هفتم و هشتم زندگی(۳٤٪) بودند.

٦۳٪ این افراد در روستا و ۳۷٪ در شهر سکونت داشتند و در روستاها شرایط اقتصادی اجتماعی پایین‌تر از شهر بود.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-22]

جدول شماره ۱- توزیع سنی‌وجنسی بیماران مبتلا به سرطان معده

جنس / سن(سال)	زن		مرد		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۳۰-۳۹	۶	۱۶/۲	٤	۳/۹	۱۰	۷
٤۰-٤۹	۱	۲/۷	۹	۸/٦	۱۰	۷
۵۰-۵۹	۷	۱۸/۹	۱۵	۱٤/٤	۲۲	۱۵/۵
٦۰-٦۹	۱۲	۳۲/٤	۳۱	۲۹/۸	٤۳	۳۰/۵
۷۰-۷۹	۸	۲۱/٦	٤۰	۳۸/٤	٤۸	۳٤
>۸۰	۳	۸/۲	۵	٤/۹	۸	۵/۷
جمع	۳۷	۱۰۰	۱۰٤	۱۰۰	۱٤۱	۱۰۰

جدول شماره ۳- میزان فراوانی بروز سرطان در بخشهای مختلف آناتومیکی معده

محل آناتومیک	تعداد	درصد
آنتر	٦۲	٤٤
کاردیا و ساب‌کاردیا	۳۱	۲۲
انحنای کوچک	۲٦	۱۸/٤
فوندوس	۱۱	۷/۸
انحنای بزرگ	۷	٤/۹
کل معده	٤	۲/۸
جمع	۱٤۱	۱۰۰

از نظر میزان شیوع علائم بالینی، درد اپی‌گاستر با میزان ٦۹/۵٪ شایعترین علامت در تمام گروههای سنی بوه است و کاهش وزن با ۵۱/۸٪ و بی‌اشتهایی با ٤٤/۷٪ در رتبه دوم و سوم قرار داشتند. سایر علائم در جدول شماره ۲ آمده است.

علائم آزمایشگاهی سرطان معده در جامعه مورد پژوهش شامل آنمی، ESR، OB، LFT بود که مورد بررسی قرار گرفت. از بین علائم آزمایشگاهی مورد بررسی آنمی شایعترین علامت با تعداد ۱۰۹ نفر(۷۷٪) بود. OB در ۱۰۸ نفر مشخص شد که از این تعداد ٦۷ نفر(٦۲٪) مثبت

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی علائم بالینی سرطان معده بر حسب سن

علائم بالینی / سن(سال)	۳۰-۳۹		٤۰-٤۹		۵۰-۵۹		٦۰-٦۹		۷۰-۷۹		>۸۰		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
درد اپی‌گاستر	۷	۷۰	۹	۹۰	۱۸	۸۱/۸	۲٦	٦۰/۵	۳٤	۷۰/۸	٤	۵۰	۹۸	٦۹/۵
کاهش وزن	۵	۵۰	۸	۸۰	۱۲	۵٤/۵	۲۳	۵۳/۵	۲۳	٤۷/۹	۲	۵	۷۳	۵۱/۷
بی‌اشتهایی	۳	۳۰	٦	٦۰	۱۰	٤۵/٤	۱۹	٤٤/۲	۲۳	٤۷/۹	۲	۲۵	٦۳	٤٤/۷
تهوع و استفراغ	۷	۷۰	۳	۳۰	۱۲	۵٤/۵	۱۷	۳۹/۵	۱۷	۳۵/٤	۳	۳۷/۵	۵۹	٤۱/۸
ملنا	۵	۵۰	۵	۵۰	٦	۲۷/۳	۸	۱۸/٦	۱۱	۲۲/۹	۲	۲۵	۳۷	۲٦/۲
دیسفاژی	۰	۰	۱	۱۰	٤	۱۸/۱	٦	۱۳/۹	۱۰	۲۰/۸	۱	۱۲/۵	۲۲	۱۵/٦
سوزش سردل	۱	۱۰	۱	۱۰	۲	۹/۱	٦	۱۳/۹	٦	۱۲/۵	۱	۱۲/۵	۱۷	۱۲
هماتمز	۲	۲۰	۲	۲۰	۱	٤/۵	٤	۹/۳	٦	۱۳/۵	۱	۱۲/۵	۱٦	۱۱/۳
علائم متاستاز	۱	۱۰	۱	۱۰	۰	۰	٤	۹/۳	۳	٦/۲	۰	۰	۹	٦/٤
آروغ زدن	۰	۰	۰	۰	۰۱	٤/۵	۱	۲/۳	۰	۰	۰	۰	۲	۱/٤
تعداد نفرات در هر گروه سنی	۱۰	۱۰۰	۱۰	۱۰۰	۲۲	۱۰۰	٤۳	۱۰۰	٤۸	۱۰۰	۸	۱۰۰	۱٤۱	۱۰۰

جدول شماره ۳ فراوانی گرفتاری بخشهای مختلف معده را نشان می‌دهد.

آنتر معده با میزان بروز ٤٤٪ شایعترین محل بروز سرطان معده است و کاردیا و ساب کاردیا در مقام دوم قرار دارند. میزان ابتلای سایر بخشها در جدول شماره ۳ آمده است.

بودند. ESR در ۹۷ مورد تحت بررسی قرار گرفت که در ۵۸/۸٪ کمتراز ۳۰ گزارش گردید و در ۲۸/۸٪ موارد بین ۶۰-۳۰ و در ۱۲/٤٪ بالاتر از ٦۰ بود. همچنین تستهای کبدی شامل SGOT در ۱۵٪ افراد و SGPT در ۱٦٪ و آلکالین فسفاتاز در ۲۳٪ افراد بالاتر از میزان طبیعی گزارش گردید.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-22]

٤٠/٤٪ از بیماران مبتلا گروه خونی +A داشتند که بیشترین تعداد را شامل می‌شد و بیماران دارای گروه خونی -A (١/٤٪) کمترین تعداد را داشتند.

فراوانی سایر گروهها در جدول شماره ٤ آمده است.

جدول شماره ۴- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به سرطان معده برحسب گروه خون و جنس

جنس / گروه خونی	مونث	مذکر	جمع
A+	١٦	٤١	٥٧ (٤٠/٤٪)
A-	١	٤	٢ (١/٤٪)
AB+	٤	٥	٩ (٦/٤٪)
O+	١٢	٢٩	٤١ (٢٩٪)
O-	١	٢	٣ (٢/١٪)
B+	٣	٢٣	٢٦ (١٨/٤٪)
B-	٠	٣	٣ (٢/١٪)
جمع	٣٧	١٠٤	١٤١ (١٠٠٪)

جدول شماره ٥ توزیع فراوانی بیماران مبتلا به سرطان معده را برحسب وضعیت میزان بقا با توجه به سیستم مرحله‌بندی TNM و روش جراحی و ٦ ماه بعد از آخرین عمل (مهر ١٣٨٠) را نشان می‌دهد.

از بین ١٢٥ بیمار عمل شده فقط در ٤٢ نظر(٣٣/٦٪) عمل جراحی قطعی (Curative) یعنی برداشتن کامل یا نزدیک به کامل (sabtotal) معده همراه با امنتکتومی و برداشتن غدد لنفاوی مجاور تومور انجام شد.

در این عملها حداقل حاشیه(مارژین) ٥ سانتیمتر رعایت گردید و در هیچ مورد تهاجم میکروسکوپیک در مارژینهای جراحی گزارش نشد.

٤ نفر نیز از این گروه (٣٪) در مرحله early)T1N0 gastric cancer)، ٧ نفر T2N1 و بقیه(٣١ نفر) در مرحله T3N1 بودند.

٧٤ نفر (٦٠٪) در مرحله T3N2N3 بودند که به علت پیشرفته بودن بیماری عمل جراحی تسکینی به صوت بای‌پس ساده برای رفع انسداد و خونریزی انجام شد.

در ٩ بیمار(٦/٤٪) متاستاز به تخمدان، کبد و لگن در حین عمل مشخص شد که به علت بودن در مرحله IV و همچنین به علت فقدان انسداد یا خونریزی هیچگونه اقدام خاصی برای آنها انجام نشد. همچنین ٧ بیمار (٤/٩٪) با تشخیص غیر از سرطان معده مانند کله سیستیت عارضه‌دار، توده کبدی و خونریزی معده لاپاراتومی شدند که تشخیص سرطان معده بود.

لازم به ذکر است که ١٦ نفر(١١/٤٪) از بیماران رضایت به عمل جراحی ندادند که این افراد از نظر بالینی در مرحله پیشرفته قرار داشتند اما در پیگیری بطور متوسط ٧/٢ ماه زنده ماندند.

جدول شماره ۵- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به سرطان معده برحسب میزان بقا تا ٦ ماه بعد از آخرین عمل با توجه به روش جراحی و مرحله بندی بعد از عمل

روش جراحی / میزان بقا	زنده	مرده	جمع	مرحله‌بندی بعد از عمل
قطعی Curative	١٦ (٣٨٪)	٢٦ (٦٢٪)	٤٢ (١٠٠٪)	T1N0=٤T3N1=٣١ T2N0=٧ T3N2N3=٧٤ T3M1=٩
تسکینی Palliative	٤ (٥/٨٪)	٧٩ (٩٤/٢٪)	٨٣ (١٠٠٪)	
امتناع از جراحی	٠	١٦ (١٠٠٪)	١٦ (١٠٠٪)	
جمع	٢٠ (١٤/٢٪)	١٢١ (٨٥/٨٪)	١٤١ (١٠٠٪)	

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-22]

در این تحقیق شایعترین نوع تومور آدنوکارسینوما (۹۷/۸٪) بوده است(جدول شماره ٦).

٤٦/۸٪ از بیماران اعتیاد به سیگار داشته و ٦۲/٤٪ سابقه زخم معده را ذکر کرده بودند.

از نظر تشخیص در ۳٤٪ موارد علائم بدخیمی در گرافی باریم میل مشاهده شد، در آندوسکوپی ۹۷/۸٪ موارد کارسینوم مشکوک گزارش شد اما در ۲/۲٪ منفی کاذب و زخم مزمن گزارش شده بود در حالی که نمونه جراحی شده آدنوکارسینوما بود.

سابقه فامیلی سرطان معده در ۷ مورد (۱۰٪) بین بستگان درجه اول (والدین خواهران و برادران) وجود داشت.

در پیگیری بیماران در سال ۱۳۷٤ یک نفر، سال ۱۳۷۵ یک نفر، سال ۱۳۷٦ دو نفر، سال ۱۳۷۷ پنج نفر، سال ۱۳۷۹ چهار نفر و سال ۱۳۸۰ هفت نفر(در کل ۲۰ نفر) در زمان تحقیق (مهر ۱۳۸۰ و ٦ ماه بعد از آن) زنده بوده‌اند(جدول شماره ۷).

در بررسی بیمارانی که تا زمان مطالعه و ٦ ماه بعد از آن در قید حیات بودند ۱٦ نفر آنها در گروه عملهای curative قرار داشتند که در این گروه ٤ نفر در مرحله I(Early gasteric cancer) تشخیص داده شده بودند(۳٪) و تومور محدود به زیر مخاط (T1) بدون درگیری غدد لنفاوی بود.

جدول شماره ۶- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به سرطان معده برحسب نوع هیستولوژی و جنس

هیستولوژی / جنس	مونث	مذکر	جمع
آدنوکارسینوما	۳٦	۱۰۲	۱۳۸ (۹۷/۸)
لنفوم	۰	۱	۱ (۰/۷)
کارسینوئید	۱	۰	۱ (۰/۷)
SCC	۰	۱	۱ (۰/۷)
جمع	۳۷	۱۰٤	۱٤۱ (۱۰۰)

۷ نفر در مرحله T2N و ٦ نفر از این گروه در مرحله T3N1 بودند، در ۳ نفر از گروه تسکینی T3N2 که تومور در دیستال معده و پره‌پیلوریک بود تومور همراه با غدد لنفاوی برداشته شده بود.

بنابراین این ۲۰ نفر در مرحله زودرس درمان شده یا تومور دیستال معده و پره‌پیلوریک داشتند. در ۹ مورد مرگ وجود داشت(۸٪) و ٦ نفر نیز عفونت زخم داشتند که درمان شده بودند.

جدول شماره ۷- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به سرطان معده بر حسب سال بستری و وضعیت حیاتی و درگیری معده و غدد لنفاوی

وضعیت حیاتی / سال بستری	۱۳۷۳	۱۳۷٤	۱۳۷۵	۱۳۷٦	۱۳۷۷	۱۳۷۸	۱۳۷۹	۱۳۸۰	جمع
مرحله‌بندی بعد از عمل TMN	۰	T1N0=۱	T1N0=۱	T2N1=۱ T1N0=۱	T1N0=۱ T2N0=۲ T3N1=۲	۰	T2N0=۲ T3N1=۱ T3N2=۱	T2N0=۲ T3N1=۳ T3N2=۲	۲۰
زنده	۰	۱	۱	۲	۵	۰	٤	۷	٪۱٤/۲
فوت شده	۱۲	۱۹	۱۳	۱۱	۹	۱۹	۱۷	۲۱	۱۲۱ ٪۸۵/۸
جمع	۱۲	۲۰	۱٤	۱۳	۱٤	۱۹	۲۱	۲۸	۱٤۱ ٪۱۰۰

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-22]

بحث

در این تحقیق بیشترین فراوانی سرطان معده در سنین ۸۰-۷۰ سالگی بود که ۳٤٪ را شامل می‌شد و در درجه‌بندی سنین ۷۰-٦۰ سالگی که ۳۰/۵٪ موارد را تشکیل می‌دادند.

بنابراین سرطان معده در بیش از $\frac{۲}{۳}$ موارد بین ۸۰-٦۰ سالگی اتفاق افتاده بود.

Neugat بیشترین شیوع را در دهه ٦ و ۷(۸) و Leurenc بیشترین شیوع را در دهه ۷ و ۸(۹) و صفاهی(۱۰) بیشترین فراوانی سرطان معده را مربوطه به دهه‌های ۵ و ٦ زندگی گزارش کرده‌اند که اختلاف قابل توجهی مشاهده نمی‌شود.

فراوانی سرطان معده در جنس مذکر ۲/۸ برابر بیشتر زنان است.

مطالعه صفاهی(۱۰) فراوانی سرطان معده را در مردان ۲/۳ برابر زنان گزارش کرده است.

این نسبت در غرب در جمعیت کم خطر ۲:۱ و در جمعیت پرخطر ۳:۲ بوده است(۹و ۱۱) بنابراین تفاوت محسوسی مشاهده نمی‌شود.

شیوع سرطان معده در آمریکا در سال ۱۹۳۰ در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر، ۳۰ نفر و در سال ۱۹۸۰ در این تعداد ۸ نفر بوده است. با این حال هنوز ششمین سرطانی می‌باشد که منجر به مرگ می‌گردد(۲).

شیوع سرطان معده در ژاپن ۷۸ نفر و در شیلی ۷۰ نفر در ۱۰۰/۰۰۰ نفر می‌باشد.

در کشور نروژ طی یک دوره ۲۵ ساله تغییری مشاهده نشد(٤) با این حال با وجود اختلاف زیاد شیوع سرطان معده در جوامع مختلف نسبت شیوع در مرد و زن و سن ابتلا در سراسر دنیا فرقی نکرده است بطوری که در سن زیر ۳۰ سالگی نادر بوده، اغلب در سن ۷۰-۵۰ سالگی دیده می‌شود و وابسته به سن است.

در جامعه مورد پژوهش به نظر می‌رسد که شیوع سرطان معده بین ۲۵-۲۰ نفر در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر باشد که میزان قابل توجهی است.

ژاپن در سال ۱۹٦٦-۱۹۵۵ توانست میزان تشخیص در مرحله زودرس سرطان معده را از ۳/۸٪ به ۳٤/۵٪ برساند که میزان بقای عمر، در این زمان ۹۰/۹٪ بود. اگر چه Mass Screening در جوامع با میزان پایین سرطان مقرون به صرفه نیست اما در جامعه مورد پژوهش که شیوع آن زیاد است توصیه می‌شود(٤).

از نظر محل سکونت و زندگی ٦۳٪ موارد ساکن روستا بوده و وضعیت اقتصادی و اجتماعی (Socioeconomic) پایین داشتند.

در تحقیقات Stanley یک ارتباط قوی در گروههای با شرایط اجتماعی ـ اقتصادی پایین وجود داشته است بدین ترتیب که به موازات بهبود شرایط، میزان سرطان نیز کاهش یافته بود(٦).

شایعترین محل گرفتاری معده در کل ناحیه آنتر معده با ٦۲ مورد(٤٤٪) بوده است. دومین محل شایع کاردیا و ساب‌کاردیا با ۲۲٪ بود اما از نظر شیوع سالانه محل آناتومیک، از سال ۱۳۷۸ به بعد بطور چشمگیر درگیری کاردیا و پروگزیمال معده بیشتر شده و در حال افزایش نیز می‌باشد.

در سال ۱۳۷۸ شایعترین محل درگیری کاردیا و در سال ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ پروگزیمال معده بوده است و آنتر در درجه دوم بود که بین زن و مرد تفاوت نداشته است.

صفاهی(۱۰) و Heber(۱۲) شایعترین محل را آنتر و ابتدای معده گزارش کردند اما مطالعات بعدی حاکی از تغییر محل آنتر به ناحیه پروگزیمال معده و ناحیه فوندوس، کاردیا و ساب‌کاردیا بود.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-22]

در مطالعه آقای Ekstroma که طی سالهای ۱۹۹۴-۱۹۸۹ در سوئد انجام شد گزارش گردید که سرطان ناحیه کاردیا رو به افزایش است و تا ٤٨٪ موارد را شامل شده است(۱۳).

درد اپی‌گاستر با ٦۹/٥٪ شایعترین علامت بالینی سرطان معده در جامعه مورد پژوهش بوده است.

دومین وسومین شکایت شایع به ترتیب کاهش وزن(٥۲٪) و بی‌اشتهایی(٤٥٪) بود.

در مطالعات صفاهی(۳) در تهران شایعترین شکایت بیمار کاهش وزن (٦۳٪) و بعد از آن درد اپی‌گاستر(۸٦٪) گزارش شده است.

در یک تحقیق توسط Wanebo در آمریکا شایعترین علامت کاهش وزن(٦۲٪) و درد شکم(٥۲٪) بوده است(۱٤).

در مطالعات Longmire کاهش وزن(٦۰٪) و درد اپی‌گاستر(٥۰٪)(۱٥) و در مطالعه Stanley بی‌اشتهایی و کاهش وزن شایعترین علامت بوده‌اند(٦).

اصلی‌ترین و شایعترین علامتها که باید به آن توجه داشت درد اپی‌گاستر و کاهش وزن هستند که با توجه به آنها ممکن است اقدامات تشخیصی زودرس را انجام داد و به این بیماران کمک بیشتری نمود.

در این بیماران، درد دائمی و بدون انتشار به جایی و بدون ارتباط با غذا خوردن می‌باشد، اما بطور تعجب‌آوری در عده‌ای از بیماران با داروهای ضد اسید بهبود می‌یابد(۱٦). بنابراین تسکین درد با داروهای ضد اسید معده احتمال بدخیم بودن را رد نمی‌کند علاوه بر آن ٦۲/٤٪ بیماران در این مطالعه سابقه زخم معده داشتند که تحت درمان بوده‌اند.

در تحقیق Hansson گزارش شد که در موارد وجود بیماری زخم معده خطر افزایش سرطان ۱/۸ برابر افراد طبیعی می‌باشد(۱۷).

کم خونی در این بیماران نسبتاً چشمگیر و هموگلوبین در ٥٤٪ کمتر از ۱۲ بود. خون ناپیدا در مدفوع نیز در ٦۲٪ موارد مثبت بود. بنابراین علائم زیاد کمک کننده نیستند اما هشداردهنده می‌باشند.

ERS در ٥۹٪ موارد کمتر از ۳۰ و در سایر موارد بین ۱۲۰-۳۰ بود. هر چند انتظار می‌رود که ESR در نئوپلاسمها بالا رود اما طبیعی بودن آن دلیلی برای رد بدخیمی نیست.

شایعترین گروه خونی در مبتلایان در این تحقیق گروه خونی A+ و کمترین آنها A- بود.

در یک تحقیق سابقه فامیلی گروه خونی A+ به عنوان خطر نسبی در نظر گرفته شده است(۱۲).

سابقه اعتیاد به سیگار در ٤۷/٥٪ موارد وجود داشت که با توجه به سیگاری بودن ۲۰٪ جمعیت، اعتیاد به سیگار عامل خطر نسبی می‌باشد.

سیگار کشیدن اثرات مخرب و برگشت‌ناپذیر روی معده دارد به همین دلیل خطر ایجاد بدخیمی را بیشتر می‌کند(۱۸).

در این مطالعه سابقه فامیلی سرطان در ۱۰٪ بیماران وجود داشت.

براساس یک مطالعه Case control در Warsaw هلند که توسط Lissowska انجام شد سابقه فامیلی مثبت در وابستگان درجه اول ۳/٥ برابر بود اما عوامل سن، جنس و گروه خونی نقشی نداشتند.

بنابراین استعداد ژنی و تماس محیطی Environmental exposures ممکن است در تماس فامیلی سرطان معده نقش داشته باشند(۱۹).

در این مطالعه ابزار تشخیص دقیق آندوسکوپی بود که ۹۸٪ موارد با این وسیله تشخیص داده شده بودند اما یافته مثبت به نفع سرطان معده در ۳٤٪ موارد در باریم میل وجود داشت.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-22]

بعضی از آندوسکوپیست‌های غربی نشان داده‌اند که رادیوگرافی برای تشخیص سرطان معده لازم نیست(۲۰).

همچنین آقای Dooley در موارد شک به سرطان مهمترین بررسی تشخیصی را آندوسکوپی معده به علاوه بیوپسی‌های متعدد می‌داند و مطالعه باریم دستگاه گوارش فوقانی به صورت کنتراست دوبل یا ساده را به عنوان مکمل بخصوص برای بررسی قابلیت اتساع در گونه ای از تومور معده (Scirrhous) توصیه کرده است(۲۱).

بنابراین در صورتی که علائم بالینی به نفع سرطان معده است هر چند گرافی باریم میل طبیعی باشد آندوسکوپی باید انجام شود.

به هر حال آندوسکوپی بخصوص برای کشف مرحله اولیه سرطان معده همراه با واشینگ بهترین روش تشخیصی است که در دسترس می‌باشد(۲۲).

در این مطالعه آدنوکارسینوما شایعترین تومور معده با شیوع ۹۷/۸٪ بود که مطابق با آمار جهانی می‌باشد(۲۳).

سایر تومورها شامل لنفوم معده یک مورد و کارسینوئید معده یک مورد بود. SCC نیز یک مورد نادر بوده است(٦) که Callery ۲ مورد آن(۲٤) و Mori ۳ مورد آن را با منشا خود معده گزارش کرده‌اند(۲۵). همچنین Callery در مورد آن که از گسترش احتمالی مری به معده است نیز گزارش نموده و به عقیده وی متاپلازی اپی‌تلیوم آسیب دیده معده منشا SCC اولیه معده می‌باشد.

در این مطالعه SCC مربوط به ناحیه آنتر معده بود. در پیگیری که از نظر طول عمر بیماران انجام شد در ۳۳/٦٪ بیماران که عمل جراحی قطعی (Curative) برای آنها انجام شد فقط ١٦ نفر(۳۸٪) در قید حیات هستند و ٢٦ نفر(٦٢٪) آنها فوت کرده‌اند میانگین طول عمر فوت شدگان ١١/٦ ماه محاسبه گردید.

در گروهی که عمل جراحی تسکینی یا لاپاراتومی تجسسی شدند فقط ٤ نفر تا سال ۱۳۸۰ در قید حیات بوده و بقیه فوت کرده بودند طول عمر تا زمان فوت شدن ٤/٢ ماه محاسبه شد.

١٦ نفر(١١/٤٪) که رضایت به عمل جراحی نداده بودند همگی فوت کرده بودند و میانگین طول عمر فوت شده در این گروه ٧/٢ ماه بوده است.

به نظر می‌رسد که بیماران عمل نشده در مقایسه با همان Stage وقتی که لاپاراتومی می‌شوند طول عمر بیشتری دارند که احتمالا ضعف روحیه و دفاع بعد از لاپاراتومی در این زمینه نقش دارند.

از ۲۰ موردی که تا آخر سال ۱۳۸۰ در قید حیات بودند، ۱۱ نفر متاستاز به غدد لنفاوی معده نداشتند در ٤ نفر درگیری محدود به مخاط و زیرمخاط(T1N0) بود که در مرحله زودرس کشف شده بودند ۷ نفر نیز درگیری محدود به عضله(T2N0) داشتند.

بنابراین کشف سرطان معده در Stage پایین با بقای طولانی‌تری همراه است. یکی از این بیماران که ٦ سال پس از عمل جراحی (سال ١٣٧٤) برای ترمیم فتق مراجعه کرده بود، هیچ شواهدی به نفع بیماری نداشت که باعث امیدواری است بدین معنی که چنانچه در بیماران با علائم اولیه درد اپی‌گاستر و کاهش وزن و با شک قوی به سرطان اندوسکوپی معده انجام شود و این بیماران در مرحله early gastric cancer کشف گردند طول عمر طولانی در انتظار آنها خواهد بود.

متأسفانه تنها ۳٪ از بیماران این مطالعه در این مرحله کشف شدند که در مقایسه با آمار جوامع غربی (١٥-١٠٪)(٢٦) و ژاپنی‌ها(٣٤٪)(١٢) خیلی پایین است. در حالی که به جز ٦ نفری که در مرحله T3N1 بوده اما تومور در دیستال معده واقع شده بود و ۳ نفری که در مرحله

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-22]

T3N2 بودند سایر بیماران فوت کرده بودند. در این تحقیق بیشترین طول عمر در مرحله زودرس سرطان و در مرتبه بعد محل سرطان دیستال معده بوده است.

در اغلب تحقیقات نیز بزرگترین شانس بهبودی مربوط به تومور دیستال معده و بر عکس آن بدترین پیش‌آگهی مربوط به تومور قسمت پروگزیمال معده گزارش شده است(۲۶و ۲۷).

در یک تحقیق توسط Tachibana در ژاپن ۱۰۰ بیمار که در مراحل early gastric cancer درمان جراحی شده بودند طول عمر ۵ ساله و ۱۰ساله در آنها به ترتیب ۵۸٪ و ۹۹٪ بود(۲۸).

از آنجائیکه اغلب بیماران ما در مرحله پیشرفته مراجعه کرده بودند مرگ و میر عمل ۸٪ بود که در مقایسه با گروه ژاپنی‌ها (۱۹۷۱ تا ۱۹۸۵) Maruyoma(۲۹) که ۱٪ بوده خیلی زیاد می‌شود و در مقایسه با کالج جراحان آمریکا (۱۹۸۷-۱۹۸۲) که ۷٪ بوده اندکی متفاوت است.

به عنوان یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت با توجه به این که علائم و نشانه‌های سرطان معده غیراختصاصی و مبهم است و می‌تواند با التهاب و زخم معده و دئونوم اشتباه شود و با توجه به این که تشخیص زودرس و به موقع و عمل جراحی مناسب مهمترین عامل در افزایش طول عمر مبتلایان می‌باشد، توصیه می‌گردد که در بیماران بالای ۵۰ سال، کاهش وزن، درد اپی‌گاستر و بی‌اشتهایی به عنوان وسیله بیماریابی و شک قوی به سرطان معده در نظر گرفته شود و به عنوان ابزار قوی تشخیص، آندوسکوپی و بیوپسی‌های متعدد از مناطق مشکوک باید انجام شود.

تجربه نشان داد که ٦٦٪ بیماران این مطالعه با سرطان پیشرفته، قبلاً باریم میل شده و طبیعی گزارش شده بودند و متأسفانه براساس طبیعی بودن باریم میل، پیگیری مناسب انجام نشده و فرصت‌های طلایی از دست رفته بود در نتیجه بیماران در مرحله پیشرفته مراجعه کرده بودند.

ما نیز مانند آقای Bigard(۳۰) Lightdele(۱٦) در صورت شک به سرطان برای رسیدن زودتر به تشخیص اولین اقدام را انجام گاستروسکوپی هر چه سریعتر توصیه می‌کنیم.

منابع

1- Pan L., Lango neoplastic disorders, Harrison's principles of internal medicine, NewYork, McGraw hill, 15 th ed., 2001, PP: 591-592.

2- Mc Ereadie M., Coates M., Ford JM., Epidemiology of alimentary cancers in new south wales 1973-1982, Aust NZJ, surg 1990, 60: 93-98.

3- Richard D., Rosin. Tumors of the stomach: incidance and pathology: Maingot's abdominal operation, tenth ed., Asia Pte LTP singapour. Appleton & longe., A schuster company, 1997, PP:1005.

4- Prola JC., Kobayashi S., Kirsher JB., Gastric cancer: some recent improvements in diagnosis based upon the japanese experience, Arch intern Med, 1969, 124: 238.

5- MC lean RH., Sardi A., Gastric cancer an overview eith emphasis on early gastric cancer. Mdj, aug 1998, 44: 191-4.

6- M Stanley W., Ashley Donis, John M., Daly, stomatch in: Seymour I., Schwartz, principle of surg, 7 th ed., newyork: McGraw-Hill-Companies, 1999, PP: 1201-1206.

7- Richard D., Rosin. Tumors of the stomach maingot's abdominal operaions, 10th ed., Vol 1, 1997, PP: 1013.

8- Neugat AL., Hayek M., Howe G., Epidemiology of gastric cancer, Semin oncol, 1996, 23: 281.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-22]

9- Laurence Y., Cheung MD., Stomach. Chap: 43 sabistone textbook of surgery, 16 th ed., Philadelphia, WB saunders, 2001, PP: 837.

۱۰- صفائی ـ فرناز، بررسی انواع تظاهرات بالینی سرطان معده در بیماران بستری در بیمارستان طالقانی طی سالهای ۱۳۷۰-۱۳۶۰ دانشگاه شهید بهشتی تهران ـ ۱۳۷۰(پایان نامه دستیاری).

11- Maartmann Mol H., Hartweit F., On the reputed decline in gastric carcinoma: Study from western norway, Br. Med J, 1985, 290: 103.

12- Heber G., Teichman RK., Demmel N., Result of gastric resection for carcinoma of the stomatch, The European experience, Word J Sur, 1986, 12: 374-81.

13- Eksroma AM., Singorello LB., Hansson LE., Bergstrom R., Lindgren A., Nyren O., A potential explanation for the rise in cardia cancer incidence. Sweden, J-Natl-cancer inst, 1999, 91(9): 786-90.

14- Wanebo HJ., Kenedy BJ., Chmiel, cancer of stomach: Apatient care by the american college of surgerons. Ann surg, 1993, 218: 583-592.

15- Longmire W.P.A., Current view of gastric cancer in the USA, Ann Surg, 1998, 218: 579.

16- Lightdale CJ., Diagnosis of esophagugastric tumors, endoscopy, 1996, 28: 22-6.

17- Hansson LE., Nyren O., Risk of stomach cancer in patients with gastric or duodenal ulcer disease, New eng, J-Med, 1996, 335:242.

18- Ma L., Wang HY., Chow JY., Cho CH., cigarette smoke in crease a poptosis in the gastric mucosa: role of epidermal growth factor digestion, Sep-oct, 1999, 60(5): 461.

19- Lissowka J., Regula J., Sobing AW., Groves FD., Sobin LH., Blot WJ., Family history and risk of stomach cancer in warsaw/poland: Eur J cancer prev, JUL 1999, 8(3): 223-7.

20- Marnyama M., Sasaki T., Studies on computer processing of information concering the endoscopic diagnosis of the gastrointestinal tracts, I. Modification of IRD and practical coding, Gastrointest endosc, 1983, 25: 17.

21- Dooley CP., Larson AW., Stace NH., Double contrast Barium meal and upper gastrointestinal endoscopy. A comparative study, Ann Int Med, 1983, 101: 538.

22- Winawer SJ., Melamed M., Potential of endoscopy, biopsy and cytology in the diagnosis, and management of patient with cancer, Clin gastroenterol, 1976, 5: 575.

23- Richard D., Rosin. Tumors of the stomach maingot's abdominal operations 10 th ed., V 1, 1997, PP: 1008.

24- Callery CD., Sanders MM., Roselli A., Paulino F., Doglietoo GB., Squamous cell carcinoma of the stomach: a study of four patients with comments on histogenesis. J. Surg. Oncol, 1985, 29: 166.

25- Mori M., Iwashita A., Enyoji M.S. CC of the stomach-report of three cases, Am J gastro enterol, 1986, 81: 339.

۲۶- سعیدی ـ فرخ، سرطان معده، نشریه جراحی ایران، انتشارات جامعه جراحان ایران، دوره هشتم، شماره ۲۱، صفحه ۱۲.

27- Smith JW., Brennan MF., Surgical treatment of gastric cancer proximal, mid and distal stomach, Surg. Clin N, 1998, 72: 381-399.

28- Tachibana M., Takemota Y., Nonden N., Nakashima Y., Kinugasa S., Ohar DK., Kotoh T., Clinico pathological features of

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-22]

early gastric cancer. Department of surgery masuda japan, Eur J Surg, Apr 1999, 165(4): 319-25.

29- Maruyama K., Sasak M., Shimao H., Surgical treatment of gastric cancer, The japanese approach. Semin oncol, 1996, 23: 360.

30- Bigard MA., Cezard O., Diagnostic of gastric tumor, J cli Apr, 1991, 1274(8): 337-43.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-22]

AN EPIDEMIOLOGIC AND CLINICAL SURVEY ON GASTRIC CANCER PATIENTS REFERED TO SHAHID BEHESHTI HOSPITAL OF KASHAN(1994-2001)

*A.H. DavoodAbadi, MD[I] H. Sharifi, MD[II] N. Erfan, MD[III] M. Dianati, MSc[IV]
E. AbdolRahim Kashi, MD[V]

ABSTRACT

One of the common G.I.T neoplasms is gastric cancer. Because of its invasion, and nonspecific symptoms and signs, the disease often diagnosed at advanced stage with short survival. Since epidemiological consideration, location of gastric involvement and clinical finding are different in each setting, to assess this purpose and survival rate with regard the stage of disease. This investigation was perform. A discriptive study on exiting data on 141 patients with gastric cancr was done during 7 years carried out patient's characteritics such as age, gender, signs and symptoms pathological finding, staging and survival rates were considered. Male to female ratio was 2.8:1. The peak incidence(34%) was accured in 8 th decades of life most clinical finding were: epigastric pain (69.5%), weight loss(52%) Anorexia(42%) and anemia(77%). The most common blood groups were A+ and then O+ (40.4 and 29%) respectively. Antric involvement incidence was more than anywhere, but from 2 years ago it changed to cardia and proximal of stomach. Most patient were at late stage and curative procedure was performed in only 33.6% and in remainder(66.4%) the palliative options(simple bypass) was done and in some of this group we could not carry any procedure. From the beginning of this investigation (1994-2001) and 6 month later 20 patients (14.2%) were alive with considering TNM analysis: 4 patient were at T1N0,7 PT an T2N1, and 6 PT at T3N1 which involvement was in prepyloric region 3 PT in antrum. Adenocarcinoma was the most type(97%). The most location of the cancer was in Antrum but it changed to proximal of stomach, subsequently it caused to decrease survival. A+ blood group must be considered as a relative risk. Epigastric pain,Weight loss, Anorexia and the age>50 years old recommended as screening test, with high suspicious to gastric cancer and gastroscopy promptly should be performed. Detected cancer in early stage had excellent survival but in late stage had short survival exception in prepyloric which had better survival in this investigation.

Key Words: 1) Gastric cancer 2) Gastric involvement 3) Survival 4) post oprative staging

This article is the summary of the thesis of specialty in General surgery of N.Efran Under supervision of A.H.DavoodAbadi,MD and consultation with, Kashi, 2002.

***I*)** *Assistant professor of Torasic surgery, Kashan University of Medical Scinces and Health Services, Kashan, Iran(*Corresponding author).*

***II*)** *Assistant professor of Internal medicine, Kashan University of Medical Scinces and Health Services, Kashan, Iran.*

***III*)** *General surgeon.*

***IV*)** *MSc in statistic, Instructor of faculty of nursing and midwifery, Kashan University of Medical Scinces and Health Services, Kashan, Iran.*

***V*)** *Assistant professor of general surgery, Kashan University of Medical Scinces and Health Services, Kashan, Iran.*

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-22]