ویژگی‌های اپیدمیولوژیک سرطان کولورکتال در یک دوره ۲۰ ساله(۸۰-۱۳۶۰) در افراد مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی تهران

دکتر سیدمهدی جلالی I
دکتر ایراندخت کردجزی II
***دکتر سیدعلی جلالی** III

چکیده

سرطان کولورکتال شایع‌ترین سرطان دستگاه گوارش است که حدود ۱۰٪ از مرگ و میرهای ناشی از سرطان را به خود اختصاص می‌دهد. هدف از این مطالعه تعیین شیوع سرطان کولورکتال در افراد مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی تهران و مقایسه آن با کشورهای غربی بوده است. در این مطالعه توصیفی و گذشته‌نگر، پرونده ۹۰۰ بیمار بستری در بیمارستان امام خمینی تهران طی سال‌های ۸۰-۱۳۶۰ مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعات استخراج شده شامل سن، جنس، سیگار، مرحله بیماری و سابقه خانوادگی بیماری بود که درصد فراوانی آن‌ها توسط تجزیه و تحلیل آماری با نرم‌افزار SPSS تعیین شد. از ۹۰۰ بیمار مورد بررسی ۵۲۲ نفر(۵۸٪) مرد و ۳۷۸ نفر(۴۲٪) زن بودند. میانگین سنی بیماران ۵۱/۰۷ سال با انحراف معیار ۱۴/۸۷ بود. از کل بیماران ۲۶٪ سن کم‌تر یا مساوی ۴۰ سال و ۷۴٪ سن بیش‌تر از ۴۰ سال داشتند. در ۶۹/۹٪ بیماران سابقه مصرف سیگار وجود نداشت اما ۳۰/۱٪ سیگار می‌کشیدند. سابقه فامیلی در ۷۶۳ بیمار(۹۶/۷٪) منفی و در ۲۶ بیمار(۳/۳٪) مثبت بود. در بررسی مرحله بیماری، مرحله ۱ کم‌ترین درصد(۰/۹٪) و مرحله ۲ بیش‌ترین درصد افراد مراجعه کننده را داشت(۴۲٪). از نظر انتشار آناتومیک سرطان، شایع‌ترین محل رکتوم(۶۴/۴۵٪) در هر دو گروه جنسی بود. با توجه به شیوع بالای بیماری در افراد با سن زیر ۴۰ سال و با وجود گزارش‌های موجود از کشورهای غربی و جوان بودن افراد جامعه، احتمال مسایل ژنتیکی نهفته و عوامل خطرمحیطی باید در نظر گرفته شود و ارزیابی این عوامل خطر(رژیم غذایی، روش زندگی، عدم فعالیت فیزیکی و ...) و غربال‌گری دقیق بیماران از سنین پایین‌تر شروع شود. به علت شیوع بالای تومورهای رکتوسیگموید در مطالعه حاضر، غربال‌گری با سیگموییدوسکوپ فیبر اپتیک تا حد زیادی می‌تواند در تشخیص و درمان زودرس بیماران نقش داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: ۱ – سرطان کولورکتال ۲ – سیگموییدوسکوپ فیبراپتیک
۳ – مرحله بیماری ۴ – اپیدمیولوژی

مقدمه

سرطان کولورکتال شایع‌ترین سرطان دستگاه گوارش می‌باشد که عامل اصلی بروز آن به طور دقیق شناخته نشده است. این سرطان با توجه به عامل جنسیت در بین زنان، پس از سرطان ریه و پستان رتبه سوم را از نظر شیوع دارد و

این مقاله خلاصه‌ای است از پایان نامه دکتر ایراندخت کردجزی جهت دریافت درجه دکترای تخصصی جراحی عمومی به راهنمایی دکتر سیدعلی جلالی، سال ۱۳۸۲.

I) استادیار جراحی عمومی، بیمارستان امام خمینی، خیابان باقرخان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی تهران.
II) متخصص جراحی عمومی
III) استاد جراحی عمومی، بیمارستان فیروزگر، خیابان ولی‌عصر، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران.(*مولف مسئول)

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-07-10]

در بین مردان پس از سرطان ریه و پروستات قرار می‌گیرد. از نظر مرگ و میر در زنان پس از سرطان پستان شایع‌ترین علت مرگ می‌باشد. طبق آمارهای موجود، بروز سرطان کولون تا سال ۱۹۹۲ به مدت ٤٠ سال ثابت بود هر چند که علت مرگ و میر آن رو به کاهش بوده است.

خوشبختانه مقایسه آمارهای سال ۱۹۹۲ با سال ۱۹۹۷ کاهش بروز این سرطان را نشان می‌دهد که علت آن می تواند در ارتباط با تغییرات رژیم غذایی و آموزش بیش‌تر در جامعه باشد. سن بالای ٥٠ سالگی و سابقه فامیلی از عوامل خطرساز برای سرطان کولورکتال هستند.[۱]

سایر عوامل خطر شامل شیوه تغذیه، چاقی، عدم فعالیت و سیگار می‌باشند.[۲] شیوع سرطان کولورکتال با افزایش سن افزایش می‌یابد. سن متوسط در هنگام تشخیص در مردان ٦٣ سال و در زنان ٦٢ سال است و در مردان سرطان رکتوم و تا حدودی سرطان کولون نزولی و عرضی بیش‌تر دیده می‌شود.

براساس یک گزارش، شیوع سرطان کولون صعودی و سکوم در هر دو جنس مشابه است اما طبق گزارشی دیگر، زنان به تومورهای سمت راست بیش‌تر مبتلا می‌شوند. به طور کلی در ایالات متحده یک کاهش قابل توجه در شیوع این سرطان در هر دو جنس طی چند سال اخیر به وجود آمده است.[۱] اغلب مبتلایان بعد از سن ٥٠ سالگی تشخیص داده می‌شوند و پس از این سن ابتلا به بیماری به طور ثابت افزایش می‌یابد. با وجود آن که این سرطان رابطه آشکاری با افزایش سن دارد، همیشه بیماری افراد مسن نیست. در جوامع غربی ۸-٦٪ موارد بیماری زیر ٤٠ سال رخ می‌دهد. شروع حالت های ارثی و خانوادگی بیماری در سنین پایین‌تر و به طور مشخص در دهه سوم زندگی می‌باشد. تخمین زده شده است که حدود ۱۰٪ از سرطان‌های کولورکتال جنبه خانوادگی داشته باشند.[۳]

در جوامع غربی خطر نسبی سرطان در افرادی که خویشاوند درجه یک مبتلا داشته‌اند در مقایسه با اشخاص بدون سابقه فامیلی، ۱/۷۲ برای ۱ خویشاوند مبتلا و ۲/۷٥ برای ۲ خویشاوند درجه یک مبتلا یا بیش‌تر می‌باشد. این افزایش خطر در افراد جوان‌تر بارزتر است. بررسی‌ها نشان داده‌اند که انتشار و الگوی تومور در کولون و رکتوم متغیر می‌باشد.

در جوامع با خطر کم(Low risk) شیوع سرطان‌های سمت راست بیش‌تر و در جوامع با خطر بالا، شیوع سرطان‌های سمت چپ بیش‌تر می‌باشد. همان‌طور که گفته شد گسترش تومور به سمت بخش‌های ابتدایی کولون افزایش یافته و میزان آن در قسمت رکتوسیگموید و ۲٥ سانتی‌متر انتهای کولون به ٦٠٪ رسیده است.[۱]

در ایالات متحده میزان بروز تومور در سال، حدود ۱۳٤/۰۰۰ مورد جدید بوده و ٥٥/۰۰۰ مورد فوت در سال به دنبال این سرطان گزارش می‌شود(۱۰٪ موارد فوت).[٤]

تعداد بررسی‌های جامع انجام شده در ایران در مورد شیوع این سرطان محدود و ناکافی است و با توجه به تجربیات محدود در کشور ما به نظر می‌رسد شیوع این سرطان نسبت به کشورهای غربی کم‌تر باشد. با توجه به افزایش تعداد مبتلایان با سن پایین‌تر در کشور ما ضرورت انجام شدن این پژوهش محسوس می‌باشد. در این طرح سعی شد تا با مقایسه شیوع و فراوانی سرطان کولورکتال در کشور ما با کشورهای غربی، گام موثری در جهت غربال‌گری بیماران مبتلا و بهبود ارائه خدمات بهداشتی و پیش‌گیری از این سرطان برداشته شود. هدف اصلی پژوهش حاضر، تعیین ویژگی‌های اپیدمیولوژیک موارد سرطان کولورکتال در افراد مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی تهران طی سال‌های ۸۰-۱۳٦۰ بوده است.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی و گذشته‌نگر پرونده تمام بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال که به بیمارستان امام‌خمینی تهران طی سال‌های ۸۰-۱۳٦۰ مراجعه کرده بودند مورد بررسی قرار گرفت.

روش گردآوری اطلاعات بر اساس استخراج آن ها از پرونده و ثبت داده‌ها (فرم جمع‌آوری داده‌ها) بوده است. در این رابطه اطلاعات لازم در مورد سن، جنس، سیگار، مرحله

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-07-10]

بیماری(stage)، نتیجه آسیب‌شناسی و اطلاعات متفرقه(محل و نوع بیماری) ثبت شد. بدین ترتیب که برای هر بیمار یکی از فرم‌های ذکر شده تکمیل گردید سپس فراوانی و درصد مربوط به متغیرهای ذکر شده محاسبه و در جدول‌های جداگانه آورده شد.

درصد فراوانی به کمک تجزیه و تحلیل آماری با نرم‌افزار SPSS تعیین شد و براساس آن نمودارها با کمک نرم‌افزار گرافیکی(اکسل) رسم گردید.

در این پژوهش پرونده ۹۰۰ بیمار بدون در نظر گرفتن جنسیت، در محدوده سنی ۸ تا ۸٦ سال مورد بررسی قرار گرفت. تعداد زیادی پرونده علاوه بر ۹۰۰ پرونده به علت نقص کلی یا به دلیل مفقود شدن و آتش‌سوزی مورد بررسی قرار نگرفت و از مطالعه حذف شد.

نتایج

در این پژوهش پرونده ۹۰۰ بیمار مبتلا به سرطان کولورکتال که به بیمارستان امام‌خمینی تهران از سال ۸۰-۱۳٦۰ مراجعه کرده بودند مورد بررسی قرار گرفت که ۵۲۲(۵۸٪) بیمار مرد و ۳۷۸(٤۲٪) بیمار زن بودند.

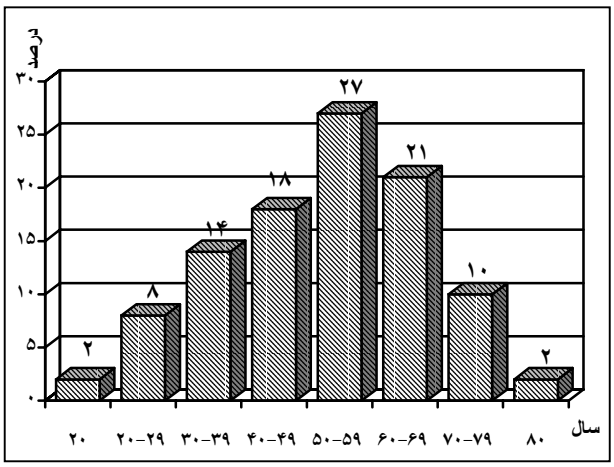
جوان‌ترین و مسن‌ترین بیماران به ترتیب ۸ و ۸٦ سال داشتند و صدک ۲۵ متغیر سن، ٤۰ سالگی و صدک ۵۰ و ۷۵ به ترتیب ۵۲ و ٦۲ سال بوده است. میانگین کلی سن بیماران ۵۱/۰۷ سال با انحراف معیار ۱٤/۸۷(نمودار شماره ۱) و میانگین سنی بیماران مرد به طور متوسط ۵۱/۲۵ سال و بیماران زن ۵۰/۸۷ سال بود. بین میانگین سنی زنان و مردان از نظر آماری اختلاف معنی‌داری وجود نداشت(P>۰/۰۵). از کل بیماران، ۲۳۲ بیمار(۲٦٪) سن کم‌تر و مساوی ٤۰ سال و ٦٦۸ بیمار(۷٤٪) سن بیش‌تر از ٤۰ سال داشتند.

در ۵٦٦ بیمار(٦۹/۹٪) سابقه مصرف سیگار وجود نداشت در حالی که ۲٤٤ بیمار(۳۰/۱٪) سیگار می‌کشیدند.

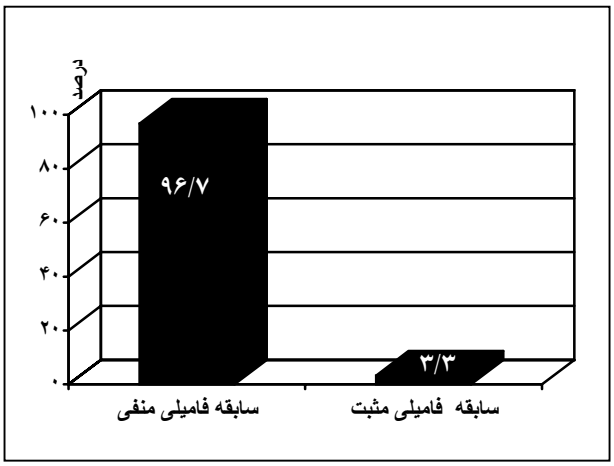
به علت ناقص بودن شرح حال موجود در پرونده‌ها از سابقه مصرف سیگار در ۹۰ بیمار دیگر(۱۰٪) اطلاعی در دست نبود.

دویست و بیست و چهار نفر(۵۰/۷٪) از بیماران مرد، سابقه مصرف سیگار داشتند، در حالی که این میزان برای بیماران زن تنها حدود ۱۸ نفر(٤/۹٪) بوده است.

ارتباط جنسیت و مصرف سیگار از نظر آماری معنی‌دار به دست آمد(x=۱۹۹/۸۳ و P<۰/۰۰۰۱). در بررسی سابقه خانوادگی بیماران، ۷٦۳ بیمار(۹٦/۷٪) فاقد سابقه خانوادگی مثبت بودند و تنها ۲٦ بیمار(۳/۳٪) سابقه خانوادگی مثبت داشتند. به علت ناقص بودن شرح حال پرونده‌ها، از سابقه فامیلی ۱۱۱ بیمار(۱۲/۳٪) اطلاعی در دست نبود(نمودار شماره ۲).



نمودار شماره ۱- درصد فراوانی دهه‌های سنی مختلف مبتلا به سرطان کولورکتال سن(سال)=Y



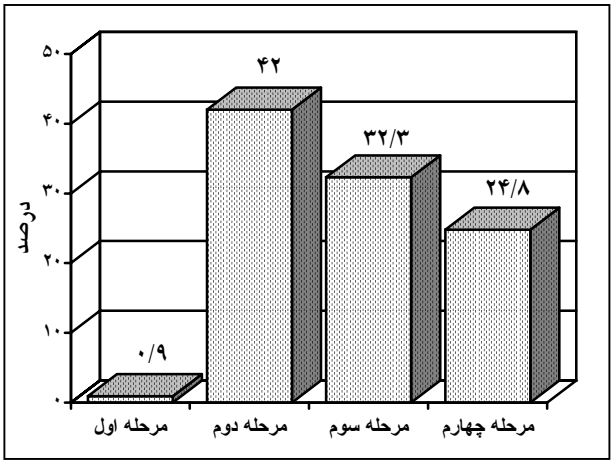
نمودار شماره ۲- درصد فراوانی سابقه خانوادگی مثبت و منفی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-07-10]

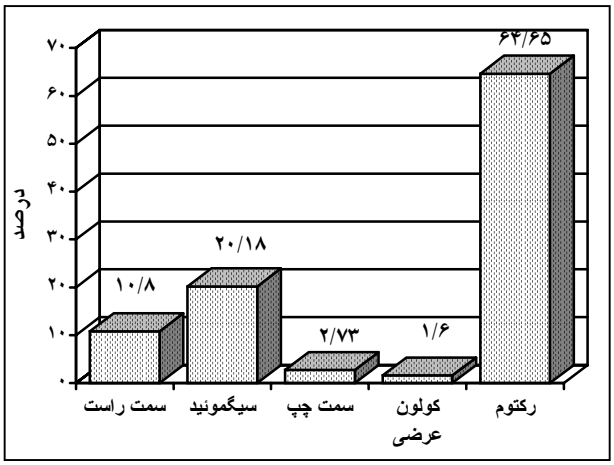
در بررسی مرحله(stage) بیماری، نتایج به دست آمده عبارت بود از: ۷ نفر(۰/۹٪) در مرحله یک، ۳۳٤ نفر(٤۲٪) در مرحله دو، ۲۵۷ نفر(۳۲/۳٪) در مرحله سه و ۱۹۷ نفر(۲٤/۸٪) در مرحله چهار. تعداد پرونده‌های ناقص در این زمینه ۱۰۵ مورد(۱۱/۷٪) بود(نمودار شماره ۳).

میانگین سنی بیماران مرحله یک ۵۲/۵۷ سال، مرحله دو ۵۲/۲۸ سال، مرحله سه ۵۰/۹۸ و مرحله چهار ٤۸/۳٤ سال به دست آمد. اختلاف میانگین سنی در مراحل مختلف بیماری از نظر آماری معنی‌دار مشاهده شد(p=۰/۰۲). در رابطه با نوع(type) این سرطان و محل آناتومیک آن، فراوان‌ترین نوع، آدنوکارسینوم(۹۵/۱٪) و نادرترین نوع، سارکوم و شایع‌ترین محل آناتومیک رکتوم بوده است زیرا طبق این پژوهش در ٥٦۷ بیمار(٦٤/٦٥٪)، محل ضایعه در رکتوم و پس از آن به ترتیب در سیگموید ۱۷۷ بیمار(۲۰/۱۸٪)، کولون راست ۹۵ بیمار(۱۰/۸٪)، کولون چپ ۲٤ بیمار(۲/۷۳٪) و کولون عرضی ۱٤ بیمار(۱/۹٪) بود. تعداد ۲۳ پرونده(۲/٦٪) نیز ناقص بوده است(نمودار شماره ٤).

میانگین سنی بیمارانی که سرطان کولون راست(سکوم و کولون صعودی) داشته‌اند ٥٤/۱ سال، کولون چپ و سیگموید ۵۱/۸۳ سال، کولون عرضی ۵۲/۲۸ سال و رکتوم ۵۰/٤۲ سال به دست آمد. بین میانگین سنی و محل آناتومیک سرطان رابطه معنی‌داری وجود نداشت.



نمودار شماره ۳- درصد فراوانی مراحل سرطان کولورکتال



نمودار شماره ۴- درصد فراوانی محل آناتومیک سرطان کولورکتال

بحث

هدف از انجام دادن این مطالعه بررسی عوامل اپیدمیولوژیک مانند سن، جنس، مرحله بیماری، سابقه فامیلی و سیگار در بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال بستری شده در بیمارستان امام خمینی تهران طی ۲۰ سال اخیر(۸۰-۱۳٦۰) بوده است.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که صدک ۲۵ متغیر سن، ٤۰ سالگی می‌باشد. مفهوم این یافته آن است که بیش از ۲۵٪ بیماران سن زیر ٤۰ سال داشته و این یافته نشان دهنده جوان بودن بیماران ایرانی در مقایسه با بیماران گزارش شده در مطالعات غربی می‌باشد.

در بررسی منابع موجود[۳] تنها ۸-٦٪ مبتلایان سن کم‌تر از ٤۰ سال داشتند. هم‌چنین صدک ۵۰ متغیر سن، ۵۲ سالگی بود بدین معنی که نیمی از بیماران در محدوده سنی زیر ۵۲ سال بودند درحالی که منابع غربی آمار ابتلا به این بیماری را در سن زیر ۵۰ سال، ۲۰٪ ذکر کرده‌اند[٤] و از این نظر نیز نتایج مطالعه حاضر با اطلاعات موجود تفاوت دارد که نشان‌دهنده پایین بودن سن آغاز بیماری در ایران می‌باشد. در مطالعه حاضر میانگین سنی بیماران مرد ۵۱/۲۵ و زنان ۵۰/۸۷ سال به دست آمد که نسبت به میانگین سنی ذکر شده در منابع غربی پایین‌تر است زیرا میانگین سنی برای زنان ٦۲ و مردها ٦۳ سال ذکر شده[۱] و دهه سنی شایع ۷۹-٦۰ سال می‌باشد.[٤]

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-07-10]

به نظر می‌رسد که علت آغاز شدن سریع‌تر بیماری در جامعه ما عوامل محیطی از جمله عادت‌های غذایی به خصوص در جوانان(افزایش مصرف کربوهیدرات‌های تصفیه شده، مواد پروتئینی آماده شده و افزایش مصرف چربی)، روش زندگی(چاقی و عدم تحرک)، جوان بودن اغلب افراد جامعه ما و احتمالاً مسایل ژنتیکی باشد. واضح است که تمام عوامل خطرزای ذکر شده به دنبال پدیده مدرن امروزی از شیوع افزاینده‌ای برخوردار می‌باشد و احتمال دارد که همین مسئله سبب افزایش این سرطان در سنین پایین‌تر شده باشد و نباید به دلیل جوان بودن بیماران با قاطعیت و بدون هیچ گونه بررسی، بدخیمی را در آن‌ها رد کرد. در مورد ارتباط سیگار با سرطان کولورکتال، در این مطالعه حدود ٦٩/٩٪ سابقه‌ای از مصرف سیگار نداشتند و ٣٠/١٪ سیگار می‌کشیدند.

در مورد ارتباط سرطان کولورکتال و تنباکو گزارش‌های ضد و نقیضی ارائه شده است. وجود رابطه علت و معلولی بین سیگار و CRC ثابت نشده[١] اما در مطالعات متعدد به ارتباط مثبت بین سیگار و سرطان رکتوم در مردان[٥] و یک ارتباط مثبت ضعیف بین سیگار و سرطان کولون پروگزیمال و ارتباط معکوس با سرطان دیستال کولون، بدون ارتباط با سرطان رکتوم پی برده شده است.[٦] گزارش دیگری نیز وجود دارد که آن را تایید می‌کند.[٧] در این مطالعه ٢٢٤ نفر از بیماران مرد(٥٠/٧٪) سابقه مصرف سیگار داشتند در حالی که برای ١٨ نفر از بیماران زن(٤/٩٪) این سابقه مثبت بوده است. بدین ترتیب رابطه بین سیگار و جنسیت از نظر آماری معنی‌دار بود. از آن جا که در زنان مبتلا به CRC درصد افراد سیگاری خیلی کم‌تر از مردهای مبتلا به سیگار بود این ارتباط کم‌رنگ‌تر می‌شود و احتمال دارد در زنان عوامل دیگری دخالت داشته باشند.

در مردان در مورد ارتباط مستقیم بین سیگار و CRC نمی‌توان اظهار نظر کرد زیرا اغلب مردان جامعه سیگاری می‌باشند. در بررسی سوابق خانوادگی بیماران مشخص شد که ٧٦٣ بیمار(٩٦/٧٪) سابقه خانوادگی منفی و ٢٦ بیمار(٣/٣٪) سابقه خانوادگی مثبت داشتند که این آمارها با مطالب قبلی(٣) هم‌خوانی ندارد زیرا طبق مطالعات قبلی در ١٥-١٠٪ موارد CRC، سابقه خانوادگی مثبت وجود دارد و در گزارشی دیگر این میزان ١٨٪ ذکر شده است.[٨] این احتمال وجود دارد که کم‌تر بودن سابقه فامیلی مثبت در بیماران مطالعه حاضر به علت اطلاعات ناقص از بیماران یا دخالت عوامل دیگری غیر از سابقه فامیلی در ایران باشد.

در بررسی مرحله بیماری، مرحله ٢ شایع‌ترین مرحله در مطالعه حاضر بوده است. در هر دو گروه سنی کم‌تر و مساوی ٤٠ سال و بیش‌تر از ٤٠ سال نیز این حالت مشاهده شد. در CRC جوانان معمولاً تشخیص در مرحله پیش‌رفته‌تر و با خاصیت تهاجمی‌تر صورت می‌گیرد[١] که این مسئله با مطالعه حاضر مطابقت ندارد. از سوی دیگر پایین‌تر بودن میانگین سنی در مرحله ٤ نسبت به سایر مراحل، خود تاکیدی بر پایین بودن نسبی سن در مراحل پیش‌رفته‌تر بیماری می‌باشد.

در مورد نوع(TYPE) سرطان، آدنوکارسینوم شایع‌ترین نوع بود که با مطالعات قبلی هم‌خوانی دارد.[٣] در مورد محل آناتومیک سرطان، رکتوم شایع‌ترین محل مشاهده شد که در هر دو گروه زنان و مردان، جای‌گاه آن به عنوان شایع‌ترین محل حفظ شده بود. این مسئله برخلاف مطالب قبلی[١] یعنی بیش‌تر بودن سرطان کولون در زنان نسبت به مردان و این که زنان به تومورهای سمت راست بیش‌تر مبتلا می‌شوند، بوده است. در مطالعه حاضر سرطان کولون راست تنها ١٠/٨٪ موارد CRC را تشکیل می‌داد در حالی که در منابع غربی در جوامع با خطر کم شیوع سرطان‌های سمت راست و در جوامع با خطر بالا، شیوع سرطان‌های سمت چپ بیش‌تر است.[١]

در مطالعه حاضر سرطان‌های رکتوسیگموید به طور کلی ٨٤/٨٪ از موارد را تشکیل می‌داد. به علت شیوع بالای آن‌ها، غربال‌گری با سیگموییدوسکوپ فیبراپتیک تا حد زیادی در تشخیص بیماری در مراحل اولیه کمک کننده بوده و احتمال موفقیت درمان(cure) نیز به دنبال آن افزایش می‌یابد.

نکته قابل توجه در مطالعه حاضر، پایین‌تر بودن سن بیماران ایرانی است که این مسئله یک خطر جدی بوده و

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-07-10]

توجه بیش‌تر به برنامه‌ریزی سیستم بهداشتی درمانی کشور توصیه می‌شود تا در زمینه کاهش عوامل خطرزای بیماری و آموزش وسیع جامعه و غربال‌گری مناسب اقدامات پیش‌گیرانه سطح اول صورت گیرد زیرا ثابت شده است که با ایجاد تغییر در زندگی(فعالیت فیزیکی، عدم مصرف سیگار و ...) و تغییر در عادت‌های غذایی می‌توان از شیوع بیماری تا حد زیادی کاست و بدین ترتیب بار بیماری CRC را در سطح ملی کاهش داد.[۵، ۹، ۱۰و ۱۱] پیش‌گیری اولیه راحت‌تر بوده و در پیش‌گیری از CRC اثر زیادی دارد. پیش‌گیری ثانویه به صورت غربال‌گری با ابزار تشخیصی نیز از نظر کاهش میزان مرگ و میر CRC دارای اهمیت است.

در بررسی مشابهی که طی ۲٤ سال گذشته(۱۳۵۹-۱۳۳۵) انجام شد، ۳۳۹ مورد سرطان کولون(اغلب سرطان کولون چپ) و ۸٦٦ مورد سرطان رکتوم گزارش گردید.[۱۲]

مقایسه مطالعه ذکر شده با مطالعه حاضر نشان می‌دهد که در هر دو مطالعه شایع‌ترین محل درگیری رکتوم و کولون چپ و نسبت مرد به زن بیش‌تر بود. هم‌چنین نتیجه هر دو مطالعه نشان داد که ایران به عنوان یک کشور آسیایی با خطر کم محسوب می‌شود.

شیوع سرطان‌های سمت چپ و رکتوم برخلاف منابع غربی[۱] بیش‌تر بوده اما در جوامع با خطر بالا(کشورهای غربی) از شیوع سرطان‌های سمت چپ کاسته و به سرطان‌های سمت راست افزوده شده است.[۱] اگر چه بررسی مقطعی سرطان‌های کولورکتال، الگوی اپیدمیولوژیک آن‌ها را نشان می‌دهد و از طریق انجام دادن آن‌ها در فواصل مختلف می‌توان روند تغییرات را در شیوع عوامل مختلف برآورد نمود، هنوز منابع بیمارستانی ثبت سرطان‌ها، حتی در کامل‌ترین وضعیت به دلیل تفاوت‌های موجود در خصوصیات افراد مراجعه کننده به مراکز درمانی مختلف و تخصص‌های مختلف موجود در این مراکز، نشان‌دهنده وضعیت عمومی سرطان در جامعه نیستند.

بررسی همه جانبه سرطان‌ها نیازمند برقراری یک نظام ملی ثبت داده‌های بیماران سرطانی است و تا زمانی که چنین نظامی در کشور ایجاد نگردد اطلاعات حاصل از بررسی‌های تک مرکزی با محدودیت‌هایی در گسترش یافته‌ها روبرو خواهند بود.

منابع

1- Corman ML. Colon and Rectal surgery. 4th ed. New York: Lippincott company; 1999. p. 625-762.

2- Becker N. Epidemiology of colorectal cancer. Radiologe 2003 Feb; 43(2) 98-104.

3- Schwartz SI. Principles of surgery. 7th ed. New York: MC Graw Hill; 1999. p. 1328-52.

4- Ramzi S, Vinay K, Jucker C. Robbins pathologic basis of disease. 6th ed. USA: W.B.Saunders company; 1999. p. 831-7.

5- Shimizu N. Height, weight and alcohol consumption in relation to the risk of colorectal cancer in Jappan: a prospective study. Br J cancer 2003 Apr 7; 88(7): 1038-43.

6- Sharpe CR, Siemiatycki JA, Rachet BP. The effects of smoking on the risk of CRC. Dis colon Rectum 2002 Aug; 45(8): 1041-50.

7- Kuper H, Boffetta P, Adomi Ho. Tobbacco use and cancer causation: association by tumor type, J intern Med 2002 sep; 252(3): 206-24.

8- Vogt W. Colorectal carcinoma: Screening-early detection.Shweiz Rundsch Med prax 2002 oct 23; 91(43): 1791-6.

9- Giovannucci E. Modifiable risk factors for colon cancer. Gastroentral clin North Am 2002 Dec; 31(4): 925-43.

10- Juarranz M. Physical exercise, use of plantago ovata and aspirin, and reduced risk of

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-07-10]

colon cancer. Eur j cancer prev 2002 oct; 11(5): 465-72.

11- Harnack L. An evaluation of the dietary guidelines for Americans in relation to cancer, occurance. Am J Clin Nutt 2002 oct; 76(4): 889-96 comment in. Am J clin Nutr. 2002 oct; 76(4): 701-2.

۱۲- حسین ـ هاشمی. کانسرهای GI در ایران. چـاپ اول. تهران: دانشگاه تهران؛ ۱۳۶۳. ص. ۲۰۷-۱۹۹.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-07-10]

Epidemiological Characteristics of Colorectal Cancer in Patients Referred to Imam Khomeini Hospital During (1981-2001)

S.M. Jalali, MD [I] **I. Kordjazi, MD** [II] ***S.A. Jalali, MD** [III]

Abstract

Colorectal cancer is the most prevalent GI cancer that leads to 10% of due to cancer deaths. The object of the present study was to determine colorectal cancer prevalence in patients referred to Imam Khomeini Hospital and to compare it with that of western countries. In a retrospective-descriptive study, records of 900 patients hospitalized in Imam Khomeini Hospital during 1981 and 2001 were studied. Extracted information about patients' age, sex, stage of disease, smoking and family history was then analyzed via SPSS software. Of 900 colorectal cancer cases, 522 (58%) were male and 378 (42%) were female with mean age of 51.07 years (SD=14.87). 668 cases (74%) were above 40 and 232 cases were below 40 years old. 69.9% of patients were non smoker and 30.1% were smoker. 763 cases (96.7%) had negative and 26 cases(3.3%) had positive family history. In the study of CRC stage, stage I had lower (0.9%) and stage II had higher percentage of patients (42%). Rectum was the most common anatomical site in two genders (64.65%). Regarding the high prevalence of this cancer in under 40-year-old population (in contrast to western countries' reports and the young population), potential unknown environmental-genetic factors should be taken into consideration. Evaluation of these risk factors (regimen, life style, low physical activity, …) and exact screening should be started from younger ages. Furthermore, due to high incidence of recto-sigmoid masses in this study, screening with fiberoptic sigmoidoscope can help us in diagnosing and early treatment of patients.

Key Words: **1) Colorectal Cancer** **2) Fiberoptic Sigmoidoscope** **3) Stage** **4) Epidemiology**

This article is a summary of the thesis by I. Kordjazi, MD for the degree of specialty in General Surgery under supervision of S.A. Jalali, MD,(2003).

I) *Assistant Professor of General Surgery. Imam Khomeini Hospital. Bagherkhan Ave., Tehran University of Medical Sciences and Health Services.*
II) *General Surgeon. Golestan University of Medical Sciences and Health Services. Golestan, Iran.*
III) *Professor of General Surgery. Firoozgar Hospital, Vali-Asr Ave., Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.(*Corresponding Author)*

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-07-10]