

تشخیص زودرس کانسر دستگاه گوارش

دکتر عباسعلی محرابیان^۱

سرطان دستگاه گوارش دو عضو معده و روده بزرگ که بیشتر در معرض خطر است، در دو قسمت مجزا مورد بررسی قرار میگیرد.

الف: سرطان معده

در مورد سرطان معده عوامل جغرافیایی و عوامل فردی هر دو مؤثرند به منظور آگاهی بیشتر و برای تشخیص سریع سرطان معده ابتدا این سئوالات مفید بنظر می‌رسند.

الف: آیا قبل از پیدایش سرطان ضایعه مشخص در معده وجود دارد که بتوان با درمان آن از سرطان جلوگیری کرد؟
ب: آیا روشی برای بیماریابی وجود دارد که بتوان بیمار را درمان نمود یا طول عمر او را افزود؟

ج: آیا می‌توان افراد در معرض خطر را شناخت تا بطور مرتب پی‌گیری انجام شود و یا اقدام درمانی سریع انجام داد؟

در پاسخ به سؤال اول باید گفت در بعضی از بیماریهای معده شانس پیدایش بدخیمی وجود دارد و تشخیص این

کانسر یکی از کشنده‌ترین انواع بیماریهاست که سالانه افراد بسیاری را در سراسر جهان از هستی ساقط می‌کند و طبق آمار داده شده فقط در انگلستان سالانه ۳۵ هزار نفر به علت سرطان معده و روده می‌میرند و در کشور ما نیز گرچه آمار دقیق در دست نداریم ولی سالانه هزاران نفر بدن مبتلا شده و جان خود را از دست میدهند. متأسفانه به علت تشخیص دیررس ناشی از مبهم بودن علائم اولیه و در نتیجه دیر مراجعه کردن بیماران و تأخیر در تشخیص بیماری توسط پزشک و گاهی عدم توجه کافی به علائم بیمار و عدم انجام اقدامات تشخیصی توسط پزشکان موجب مرگ بیماران می‌گردد.

طبق بررسی‌های انجام شده عوامل محیطی و فردی در پیدایش کانسر نقش دارد لذا آگاهی و اطلاع عموم مردم لازم است تا با اولین علائم مراجعه نمایند و اقدامات تشخیصی بسرعت انجام شود تا بلکه بتوان با شناخت سریع و به موقع علائم و تشخیص قطعی نسبت به درمان بیماران و یا طولانی کردن عمر آنان اقدام نمود. لذا در مورد

بیماریها لزوم پیگیری بیمار را در بر دارد این بیماریها عبارتند از:

۱- گاستریت‌های مزمن که خود انواعی دارند و در نوع گاستریت آتروفیک و یا در انواعی که بافت مخاطی معده توسط بافت مشابه مخاط روده جایگزین می‌شوند (Intestinalisation) خطر پیدایش کانسر افزایش می‌یابد.

۲- افرادی که تحت عمل جراحی قبلی معده قرار گرفته‌اند و اخیراً نقش هلیکوباکتر پیلوری (H. Pylori) در ایجاد ضایعات مختلف گوارشی فوقانی و کانسر تا حدود زیادی مورد تأکید واقع شده است.

با توجه به موارد فوق بنظر می‌رسد پیدایش متاپلازی و دیس پلازی زنگ خطری باشد که افراد مبتلا در خطر کانسر معده باشند.

Early gastric cancer (سرطان سطحی و اولیه): ضایعه‌ای است محدود به مخاط و زیر مخاط که حتی اگر غدد لنفاوی خارج معده نیز گرفتار باشد لایه‌های عمقی تر از تهاجم در امان هستند آیا این نوع کانسر یک نوع مجزا کانسر معده با پیش آگهی خوب می‌باشد و یا ضایعه‌ای پیش درآمد کانسر مهاجم و پیشرفته می‌باشد. هنوز بخوبی معلوم نیست و نظریات مختلفی بر له و علیه این نظریه‌ها وجود دارد. پیش آگهی در این نوع کانسر خیلی بهتر از کانسر پیشرونده معده است و ۹۰٪ بیماران در مقایسه با ۱۰٪ افراد مبتلا به کانسر پیشرفته تا ۵ سال زنده می‌مانند.

آیا سرطان سطحی و اولیه علائم کلینیکی واضحی دارد؟

متأسفانه علائم آن شامل درد اپی‌گاستر و سوء هاضمه که علائم غیر اختصاصی هستند و اغلب توسط بیماران مهم تلقی نمی‌شود و یا توسط پزشک با آنتی‌اسید و داروهای ضد زخم درمان می‌شوند و لذا موجب تأخیر در تشخیص می‌شود اغلب ۹-۶ ماه بعد علائمی مثل کاهش وزن -

تهوع و استفراغ دلالت بر پیشرفته بودن ضایعه می‌کند. سؤال دوم: آیا روشی برای بیماریابی وجود دارد که بتوان در مراحل اولیه بیمار را شناخت و یا به عبارت دیگر چه کسی باید به متخصص گوارش ارجاع گردد؟

سوء هاضمه علامت شایعی است که ۴-۳٪ بیماران یک پزشک عمومی را شامل می‌شود لذا انتخاب افرادی که باید برای بررسی بیشتر به متخصص گوارش ارجاع شوند بسیار مهم است جدول زیر راهنمایی کننده مطلب است:

۱- افراد بالای سن ۴۵ سال که اخیراً دچار سوء هضم شده‌اند.

۲- افراد زیر ۴۵ سال که به درمان دارویی سوء هضم جواب نمی‌دهند.

۳- وجود علائم همراه مثل کاهش وزن، تهوع، استفراغ و اشکال در بلع.

۴- عود علائم بعد از توقف درمان (زخم‌های بدخیم هم ممکن است موقتاً به درمان جواب دهند)

۵- پیدایش علائم در بیماران با آنمی پرنیسیوز و گاستریت مزمن اتروفیک و سابقه جراحی معده.

سؤال سوم: چه افرادی بیشتر در معرض خطرند و باید سریعتر شناخته شوند؟

۱- در مردان کانسر شایعتر از زنان است.

۲- با افزایش سن خصوصاً پس از ۴۵ سالگی خطر افزایش می‌یابد.

۳- در وابستگان بیمار خطر کمی بیشتر است.

۴- در افراد گروه خون A احتمال بیشتر است.

راههای مختلفی برای تشخیص بررسی شده است که هر یک معایب و فوایدی را در بر دارد بهترین راه ارجاع بیماران فوق به آندوسکپیست با تجربه بدون تأخیر برای انجام اقدام تشخیصی می‌باشد.

آیا بررسی تمام افراد سالم جامعه مفید خواهد بود؟

ب : سرطان روده بزرگ :

کanser کولون در مقایسه با کanser معده این تفاوت را دارد که ضایعه قبل از خطر، و هشدار دهنده که پولیپ باشد وجود دارد لذا با شناخت پولیپ و برداشت به موقع آن می توان از بروز کanser جلوگیری کرد زیرا کanser یا سرطان روده بزرگ اکثراً از پولیپ ها سرچشمه می گیرند و این ضایعات نیز در جامعه شایعند بر طبق یک بررسی انجام شده ۶۰-۴۰٪ مردان و ۵۰-۳۰٪ زنان بالای سن ۵۰ سالگی دچار پولیپ روده بزرگ می باشد که متأسفانه اغلب بدون علامت است . خوشبختانه همه پولیپ ها به سرطان تبدیل نمی شوند هر چه اندازه پولیپ بزرگتر و هر چه تعداد آنها بیشتر باشد خطر بیشتر است . در فرم ارثی که سندرم فامیلیال پولیپوز آدنوماتوز گفته می شود صدها پولیپ در روده وجود دارد و پیدایش سرطان در این نوع حتمی است.

بیش از نیمی ۶۰٪ کanser کولون در رکتوم - سیگموئید ۲۵٪ در کولون نزولی و عرضی و ۱۵٪ در سکوم قرار دارند.

آیا روشی هست که تشخیص کلینیکی سریع داده شود؟

آدنوم (پولیپ) اغلب بدون علامتند و نیمی از بیماران وقتی مراجعه می کنند که بیماری گسترش یافته و پیش آگهی بد است اشکال اینجاست که علائم کanser کولون اغلب مبهم و غیر اختصاصی است و این علائم با بسیاری از بیماریهای دیگر کولون مشابه است.

علائم چیست؟

نحوه بروز علائم بستگی به محل تومور دارد.

درد شکمی، تغییر در فرم اجابت مزاج و خونریزی مقعدی از علائم شایع سرطان روده است. البته بیماریهای دیگری

هیچگونه تستی که بتوان به کمک آن افراد ناسالم را از افراد سالم جدا کرد وجود ندارد در ژاپن که یکی از کشورهای است که کanser معده بیش از سایر نقاط دیده می شود از بیماریابی یا اسکرین با باریم میل با دابل کنتراست استفاده شده است ولی در انگلیس و بعضی نواحی دیگر موفق نبوده است و لذا در کشورهای مثل کشور ما بهترین راه شک به موقع خصوصاً در افراد میانسال و مسن خصوصاً در آنها که جدیداً دچار علائم می باشند و ارجاع آنها به متخصص گوارش برای بررسی دقیق تر می باشد.

آیا مصرف H2 بلوکرها (داروهای مصرفی در درمان اولسرها) در ایجاد کanser نقش دارند؟

در این مورد مطالعات و مقالات زیادی منتشر شده است و بحث های طولانی صورت گرفته است آنچه مسلم است تاکنون مورد ثابت شده ای که بتوان آنرا قطعاً به این داروها نسبت داد منتشر نشده است ولی از نظر تئوری با توجه به اینکه این داروها می توانند درجه اسیدی محیط داخلی معده را کاهش دهند و لذا محیط برای رشد میکربها مساعدتر میشود و با توجه به اینکه میکربها در تولید مواد سرطان زا (تیروزآمین) مقصر شناخته شده اند لذا بنظر می رسد که شاید مقادیر زیاد و طولانی مدت این داروها و داروهای مشابه بتواند زمینه ساز کanser معده باشد.

آیا غذاها در ایجاد کanser معده می توانند رُلی داشته باشند؟

مصرف غذاهای تازه و حاوی آنتی اکسیدان (سبزیجات و مرکبات) به مقدار زیاد می تواند از ایجاد مواد فعال سرطان زا در معده (تیروزآمین) جلوگیری نمایند و به عکس مصرف غذاهای کهنه و مانده و حاوی مواد نگهدارنده و غذاهای دودی شده و نمک سود شده در ایجاد کanser معده نقش دارند.

می‌توان نمونه برداری کرد و یا بطور کل برداشت.

* آزمایش مدفوع و خون مخفی در مدفوع گرچه آسان است ولی ارزش آن زیاد معلوم نیست زیرا ممکن است اولاً تمام سرطانها و پولیپ‌ها خونریزی نکنند و یا خونریزی متناوب باشد و همه روشهای بررسی خون در مدفوع، برای بررسی خون مخفی در مدفوع، درجه حساسیت بالایی ندارند.

چه کسانی برای بررسی ارجاع می‌شوند؟

- ۱- تمام بیمارانی که ۴۵ سال به بالا دارند و اخیراً دچار علائمی از روده بزرگ شده‌اند.
- ۲- خونریزی مقعدی نباید قبل از تشخیص دقیق علت به بواسیر (هموروئید) نسبت داده شود خصوصاً در افرادی که فاکتور خطر دارند و مهمتر آنکه ممکن است بیش از یک عامل برای خونریزی باشد یعنی ممکن است هم بیمار بواسیر (هموروئید) داشته باشد و هم پولیپ یا کانسر.

آیا لازم است تمام افراد بی‌علامت را بررسی کنیم؟

هیچگونه روشی برای بیماریابی در افراد بدون علامت وجود ندارد و ثابت هم نشده است که بررسی در افراد بدون علامت علی‌رغم هزینه بالا و صرف وقت زیاد میتواند طول عمر را بیفزاید.

آیا آزمایش خون مخفی در مدفوع کمک می‌کند که افراد بی‌علامت را بشناسیم؟

مطالعات زیادی در دست است تا اثرات آن بررسی شود ولی هنوز قطعاً نمی‌دانیم. در آمریکا آزمایش خون مخفی و سیگموئیدسکپی برای افراد بالای ۴۰ سال توسط بعضی صاحب‌نظران پیشنهاد شده و اجرا می‌شود ولی در انگلستان اینطور نیست.

کولونوسکپی افراد گروه پر خطر ولی بدون علامت مفید

مثل دیورئیکولوز، کولیت زخمی، روده تحریک پذیر و هموروئید نیز می‌توانند علائم فوق را ایجاد کنند کلید حل معما، شک به موقع پزشکان عمومی و متخصصین خصوصاً در افراد گروه پرخطر و ارجاع و بررسی سریع بیمار است.

چه کسی در معرض خطر است؟

- ۱- سن بالای ۴۵ سالگی
- ۲- سابقه فامیلی سرطان خصوصاً اگر بیش از یک نفر از وابستگان درجه ۱ آنها خصوصاً در سن کمتر از ۴۰ مبتلا شده باشند.
- ۳- سابقه فامیلی پولیپوز آدنوماتوز
- ۴- سابقه قبلی پولیپ آدنوما
- ۵- سابقه کولیت زخمی به مدت بیش از ۷-۱۰ سال
- ۶- وابستگان افرادی که سابقه کانسر پستان، تخمدان و روده داشته‌اند.

ارزیابی افراد علامت دار:

قدم اول شناسایی علائم و سوابق قبلی بیماری روده‌ای و یا جراحی روده بزرگ می‌باشد. این مهم است که سابقه فامیلی سرطان روده سؤال شود.

معاینه شکم و رکتوم اهمیت فراوانی دارد زیرا نیمی از کانسره‌های سمت راست و کولون عرضی قابل لمس هستند و بسیاری از موارد کانسر رکتوم با معاینه مقعدی قابل تشخیص است.

روش بررسی:

* سیگموئیدسکپی برای شناسایی آدنوم و کارسینوم رکتوم و سیگموئید انجام می‌شود و به کمک سیگموئیدسکپ انعطاف‌پذیر که حدود ۶۰ سانتی متر کولون بررسی می‌شود حدود ۶۰٪ کانسر روده بزرگ و ۸۰٪ آدنوم روده بزرگ، مشخص می‌شود. از پولیپ‌ها —

References:

1. Robbins cumar cotran Robibns pathologic basis of disease 4th edition
WB Saunders compaxy p. 8S4 - 86 - 1989
2. Schwartz, Principles of surgery 6th edition
appleton longe 1994
3. Glenn R. Davis Neoplasms of stomoch Gastrointestinal
of disease 4th edition 1989

است خصوصاً برای آنها که پولیپ بزرگی داشته‌اند یا
پولیپ متعدد داشته‌اند که برداشته شده است و آنها که
کولیت زخمی طولانی مدت دارند و یا آنها که سابقه فامیلی
دارند.