

یافته‌های تشخیصی بیماران تحت کولونوسکوپی در بیمارستان حضرت معصومه (س) قم، طی سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۸۷

محمد رضا قدیر^۱، سید سعید سرکشیکیان^۱، مریم واعظ‌جوادی^۲، محمد احمدی جعفری^۳، امیرحسین قانونی^۴، حسینعلی حبیبی‌نژاد^۵،
مریم بلندمرتبه^۵

^۱استادیار بیماری‌های گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۲کارشناس ارشد ایمونولوژی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۳پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۴پزشک عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم، قم، ایران.

^۵کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: امروزه با استفاده از کولونوسکوپی و مشاهده مستقیم لوله گوارش، تحولاتی در تشخیص و درمان اختلالات دستگاه روده بزرگ صورت گرفته است. همگام با پیشرفت جهانی در ایران نیز از این ابزار سودمند در تشخیص و درمان اختلالات مختلف استفاده می‌شود، اما هنوز آمار دقیقی از اختلالات مشاهده شده وجود ندارد. این مطالعه با هدف بررسی یافته‌های تشخیصی بیماران تحت کولونوسکوپی در شهر قم، طی سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۸۷ صورت گرفت.

روش بررسی: این مطالعه به صورت توصیفی-مقطعی بر روی ۵۰۰ بیمار ارجاع داده شده به بخش کولونوسکوپی بیمارستان حضرت معصومه (س) قم انجام شد. در ابتدا، اطلاعات حاصل از تمامی بیماران پس از انجام کولونوسکوپی در پرسشنامه‌های مخصوص وارد شد، سپس نتایج پاتولوژی به آن اضافه گردید، در نهایت اطلاعات به دست آمده تحت آنالیز آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: از ۵۰۰ بیمار بررسی شده، ۲۷۹ بیمار مرد (۵۵/۸٪) و ۲۲۱ بیمار زن (۴۴/۲٪) بودند. در تمامی گروه‌ها در هر دو جنس، شایع‌ترین علت انجام کولونوسکوپی، درد شکم (۴۶/۶٪) و رکتوراژی (۴۱٪) بود. از نظر تشخیص، ۱۹۹ مورد (۳۹/۸٪) از ۵۰۰ نفر مراجعه کننده، کولونوسکوپی نرمال داشتند. ۱۲۴ مورد (۲۴/۸٪) هموروئید، ۶۴ مورد (۱۲/۸٪) پولیپ، ۵۵ مورد (۱۱٪) بیماری التهابی روده (IBD)، ۳۰ مورد (۶٪) تومور، ۱۷ مورد (۳/۴٪) دیورتیکولوز و ۱۲ مورد (۲/۴٪) زخم منفرد رکتال داشتند. همچنین بین تومور، پولیپ و دیورتیکول با علامت درد شکم رابطه معنی داری به دست آمد ($p < 0.001$). بین اختلالات مذکور و سن نیز روابط کاملاً معنی دار بود ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد شیوع کانسر و IBD در مردان و دیورتیکول در زنان بیشتر است. همچنین IBD در گروه سنی ۳۰-۲۱ سال بیشترین شیوع را دارد و با افزایش سن از میزان آن کاسته می‌شود.

کلید واژه‌ها: کولونوسکوپی؛ سرطان‌های کولون؛ بیماری‌های التهابی روده؛ درد شکم.

نویسنده مسئول مکاتبات: دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران؛

تلفن: ۰۹۱۲۱۵۱۰۳۸۲ آدرس پست الکترونیکی: ghadir@ddrc.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۸۹/۸/۴

تاریخ دریافت: ۸۹/۵/۳۰

مقدمه

بسیاری از بیماری‌ها و علائم مربوط به بیماری‌های کولون و رکتوم به وسیله کولونوسکوپی یا سیگموئیدوسکوپی قابل انعطاف به بهترین نحو قابل ارزیابی هستند (۱). برای تمام بیماران بالای ۴۰ سال که علائمی مرتبط با کولون دارند، بهترین ارزیابی توتال کولونوسکوپی است (۲). اندیکاسیون‌های کولونوسکوپی شامل موارد تشخیصی و پایش بیماری‌ها می‌باشد.

کولونوسکوپی در موارد تشخیصی در صورت بروز علائم زیر انجام می‌شود (۱-۳): خون مخفی در مدفوع، هماتوشزی در غیاب منبع متقاعدکننده آنورکتال، ملنا (در صورتی که منشأ دستگاه گوارش فوقانی برای آن مطرح نباشد)، آنمی فقر آهن توجیه نشده، ناهنجاری در باریم انما که احتمالاً قابل ملاحظه باشد، نقص پرشدگی، تنگی (به منظور رد حضور کانسر یا پولیپ همزمان در بیمار مبتلا به نئوپلازی کولورکتال)، اسهال غیر قابل توجیه مزمن، بیماران با ریسک ابتلا به نئوپلازی کولون که دچار تغییر اجابت مزاج شده‌اند، بیماری التهابی روده به منظور تأیید تشخیص یا تعیین وسعت درگیری، در صورتی که بر روی اداره درمان تأثیر گذار باشد.

در زمینه پایش بیماری‌ها نیز کولونوسکوپی در این موارد صورت می‌گیرد: سابقه قبلی کانسر کولورکتال یا پولیپ‌های آدنوماتو، سابقه خانوادگی کانسر کولون غیر پولیپوزی ارثی، سابقه خانوادگی کانسر کولورکتال در خانواده درجه ۱ (>۵۵ سال) یا در چندین عضو خانواده، گذشت مدت بیش از ۱۰-۷ سال از کولیت اولسراتیو که تمام کولون را درگیر کرده باشد به همراه بیوپسی برای یافت دیسپلازی و یا کولیت محدود به طرف چپ (۱-۳).

امروزه با استفاده از کولونوسکوپی و مشاهده مستقیم لوله گوارش، بیماری‌های روده بزرگ به خوبی تشخیص داده می‌شوند، اما هنوز آمار دقیقی در ایران به ویژه در شهر قم از اختلالات مشاهده شده در کولونوسکوپی گزارش نشده است. لذا این مطالعه با هدف تعیین یافته‌های تشخیصی بیماران تحت کولونوسکوپی در شهر قم، طی سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۸۶ صورت گرفت.

روش بررسی

این مطالعه به صورت توصیفی-مقطعی بر روی ۵۰۰ بیمار ارجاع داده شده به بخش کولونوسکوپی بیمارستان حضرت معصومه (س)

قم طی حدود سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۸۶ انجام شد. در این پژوهش پرسشنامه اختصاصی جهت ثبت اطلاعات یافته‌های کولونوسکوپی تهیه گردید که از بخش‌های مختلفی از جمله جنس، سن، علت انجام کولونوسکوپی، علائم بیمار، یافته‌های آزمایشگاهی (آنمی یا تست OB مثبت)، یافته‌های ماکروسکوپیکی تشخیصی در کولونوسکوپی، یافته‌های پاتولوژیک، میزان پیشرفت کولونوسکوپی و تشخیص نهایی تشکیل شده بود. تمامی بیماران پس از معرفی به بخش کولونوسکوپی جهت آماده‌سازی و پاک‌سازی روده، فسفات سدیم و یا محلول‌های الکترولیتی متعادلی محتوی پلی اتیلن گلیکول (PEG) دریافت کردند. پیش از انجام کولونوسکوپی، بیماران توسط متخصص بیهوشی و به کمک داروی پروپوفول به مدت کوتاهی بیهوش شده و کولونوسکوپی انجام شد. در طی انجام کولونوسکوپی حداکثر سعی گردید؛ تا در صورت امکان تمام روده (تا سکوم) تحت بررسی دقیق قرار گیرد. در طی حدود یک سال اطلاعات حاصل از تمامی بیماران پس از انجام کولونوسکوپی در برگه‌ها وارد و سپس نتایج پاتولوژی به آن اضافه شد. در نهایت اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شدند. جهت بررسی ارتباط معنی دار بین متغیرها نیز از آزمون مربع کای دو استفاده گردید و $p < 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این بررسی، ۵۰۰ نفر مراجعه کننده به بخش کولونوسکوپی بیمارستان حضرت معصومه (س) در طی حدود یک سال تحت کولونوسکوپی قرار گرفتند. از ۵۰۰ بیمار مراجعه کننده، ۲۷۹ بیمار مرد (۵۵/۸٪) و ۲۲۱ بیمار زن (۴۴/۲٪) بودند. کمترین تعداد مراجعه کننده فقط با ۶ بیمار (۱/۲٪) در گروه سنی کمتر از ۱۰ سال و بیشترین تعداد مراجعه کننده با ۱۱۰ بیمار (۲۲٪) در گروه سنی ۴۱-۵۰ سال قرار داشتند. از مجموع ۵۰۰ بیمار تحت کولونوسکوپی، ۴۳۹ بیمار (۸۷/۸٪) Full Colonoscopy، ۱۷ بیمار تا خم طحالی (۳/۴٪)، ۱۹ بیمار تا کولون عرضی (۳/۸٪)، ۱۸ بیمار تا خم کبیدی (۳/۶٪)، و تنها ۵ بیمار تا کولون سیگموئید (۱٪)، کولونوسکوپی شدند. فراوان‌ترین علل انجام کولونوسکوپی در بین بیماران در هر دو جنس، درد شکم با ۲۳۳ مورد (۴۶/۶٪) و رکتوراژی با ۲۰۵ مورد (۴۱٪) بود. آنمی با ۵۴ مورد، اسهال با ۳۹

در یافته‌های به دست آمده، ۳۰ تومور در بخش کولورکتال مشاهده گردید. تنها در بخش رکتال ۱۱ مورد تومور (۳۰٪ کل تومورهای تشخیص داده شده) دیده شد که شایع ترین مکان درگیری در کولون بود. ۵۰٪ تومورهای کولون از نوع کاملاً تمایز یافته بودند. در بخش آنال ۲ تومور با تمایز متوسط، در بخش کولون عرضی ۴ تومور با تمایزهای متفاوت و در بخش سیگموئید ۳ تومور با تمایز کامل تشخیص داده شد. کمترین تومورهای یافت شده از کولون در کولون نزولی با ۲ تومور مشاهده گردید.

در پولیپ‌ها نیز در مجموع، کولون با ۴۹ پولیپ در رتبه اول و رکتوم با ۱۵ پولیپ در مکان دوم قرار داشت. در بین مکان‌های مختلف، کولون سیگموئید با ۱۰ پولیپ شایع ترین مکان درگیری در کولون گزارش شد. از ۶۴ پولیپ، ۲۵ پولیپ از نوع هایپرپلاستیک (۳۹٪) و نوع آدنوماتوز با ۱۶ مورد (۲۵٪) در رتبه بعدی قرار گرفت.

بین علامت درد با فراوانی تومور، پولیپ و دیورتیکول شکم رابطه معنی داری وجود داشت ($p < 0.001$). همچنین اختلاف آماری معنی داری در فراوانی تومور، پولیپ و دیورتیکول در میان گروه‌های سنی مشاهده گردید ($p < 0.001$).

بحث

در این مطالعه نیز مانند سایر تحقیقاتی که در مورد IBD در سایر نقاط کشور انجام شده بود (۵،۴)، با وجود اختلال در بیشتر رده‌های سنی، بیشترین پیک در رده سنی ۲۰-۴۰ سال گزارش گردید، اما برخلاف مطالعاتی که در سایر نقاط جهان صورت گرفته است (۶)، در مطالعه حاضر، پیک افزایش شیوع در افراد بالاتر از ۶۰ سال مشاهده نشد.

در این پژوهش، برخلاف بیشتر مطالعات پیشین که در نتایج آنها نسبت گرفتاری در بین دو جنس برابر و یا در زنان اندکی بیشتر گزارش شده بود (۷-۵)، نسبت مردان مبتلا به زنان ۳۱ به ۲۴ برآورد گردید که نشان‌دهنده برتری ۵۶/۳٪ مردان نسبت به ۴۳/۷٪ زنان می‌باشد. در مورد علائم بالینی بیماران نیز همانند مطالعات داخل کشور (۵،۴)، رکتوراژی با ۵۸/۱٪ در رده اول و درد شکم با ۳۴/۵٪ در رده بعدی و اسهال با ۱۸/۱٪ در رده سوم قرار گرفت. در مورد پولیپ‌ها نیز شایع ترین نوع پولیپ

مورد و کاهش وزن با ۳۳ مورد در رده‌های بعدی قرار داشتند. کمترین تعداد مربوط به مشاهده پولیپ در باریم انما (یک مورد) بود. از نظر علائم، رکتوراژی با ۵۸/۱٪ در رده اول، درد شکم با ۳۴/۵٪ در رده بعدی و اسهال با ۱۸/۱٪ در رده سوم قرار گرفت.

۹۸ بیمار دچار آنمی، ۲۴ بیمار نیز تست OB مثبت داشتند که نسبت مردان در هر ۲ مورد از زنان بیشتر بود (۵۸ به ۳۸ برای آنمی و ۱۵ به ۹ برای تست OB مثبت). بیشترین فراوانی آنمی در گروه سنی ۵۰-۴۱ سال با ۲۹ بیمار گزارش شد.

در ۱۹۹ مورد (۳۹/۸٪) از ۵۰۰ نفر مراجعه کننده، کولونوسکوپی نرمال بود. ۲۴ مورد (۲۴/۸٪) همورویید، ۶۴ مورد (۱۲/۸٪) پولیپ، ۵۵ مورد (۱۱٪) بیماری التهابی روده (IBD)، ۳۰ مورد (۶٪) تومور، ۱۷ مورد (۳/۴٪) دیورتیکولوز و ۱۲ مورد (۲/۴٪) زخم منفرد رکتال داشتند. تعداد کولونوسکوپی‌های نرمال در بین مردان بیشتر از زنان گزارش شد (۱۱۳ در برابر ۹۰).

جدول شماره ۱ توزیع فراوانی انواع یافته‌های ماکروسکوپی به تفکیک جنسیت

جنس	جدول شماره ۱: توزیع فراوانی انواع یافته‌های ماکروسکوپی به تفکیک جنسیت					
	نوع تشخیص هموروئید	پولیپ	بیماری التهابی روده دیورتیکول	تومور	زخم منفرد	موارد ناشناخته
مرد	۷۱	۴۰	۳۱	۲۰	۱۱	۷
زن	۵۴	۲۴	۲۴	۱۰	۶	۵

در بیشتر بیماران، آغاز ابتلا به IBD در رده سنی ۲۰-۱۱ سال گزارش شد، اما در بین گروه‌های سنی بیماران، رده سنی ۲۱-۳۰ سال از بیشترین شیوع برخوردار بود (با ۱۸ مورد معادل ۲۳/۳٪ از کل تشخیص‌های این گروه). با افزایش سن در دیگر رده‌های سنی به شدت از میزان این بیماری کاسته شد.

جدول شماره ۲ توزیع فراوانی ۴ تشخیص شایع را به تفکیک گروه‌های سنی نشان می‌دهد.

گروه سنی	جدول شماره ۲: توزیع فراوانی ۴ تشخیص شایع به تفکیک گروه‌های سنی			
	تشخیص هموروئید	پولیپ	بیماری التهابی روده	تومور
۰-۲۰	۶	۳	۱	۰
۲۱-۴۰	۵۰	۲۱	۲۹	۳
۴۱-۶۰	۴۵	۳۲	۱۷	۱۴
۶۱-۸۰	۱۹	۶	۵	۱۱
۸۰ <	۵	۲	۳	۲

مطالعات (۱۳، ۱۱، ۴)، در پژوهش حاضر به لحاظ مکان درگیری، رکتوم به تنهایی با ۱۱ تومور شایع‌ترین مکان بود و کولون عرضی نیز در رتبه بعدی قرار داشت. از لحاظ سنی نیز در این مطالعه، رده سنی ۸۰-۷۱ سال ۹ تومور در رده اول شیوع نسبت به تمام گروه‌های سنی بود و با افزایش سن روند نزولی در تعداد افراد مبتلا در بین گروه‌ها مشاهده گردید، در صورتی که در مطالعه دیگری (۱۴)، بیشترین شیوع در رده سنی ۵۹-۵۰ سال بیان گردید و با افزایش و کاهش سن به شدت از شیوع این بیماری کاسته شد. در مطالعه حاضر، آغاز سن ابتلا به تومور در ۴۰-۳۰ سالگی بود که ۴ مورد از تومورها در این رده سنی قرار داشت و با افزایش سن بر میزان ابتلا آنها افزوده شد که این مسئله نشان‌دهنده سن پایین ابتلا در جمعیت کشور ایران در مقایسه با کشورهای توسعه‌یافته است، این مطلب در بسیاری از تحقیقاتی که در کشور نیز انجام شده، کاملاً مشخص می‌باشد (۱۴، ۵، ۴).

نتیجه‌گیری

با وجود اینکه به نظر می‌رسد شیوع تومورهای کولورکتال در کشور ایران نسبت به کشورهای غربی کمتر است، اما توجه و اهمیت به علائم بالینی بیماران و بازنگری در آغاز سن غربالگری، به دلیل شیوع این تومورها در سنین پایین‌تر نسبت به کشورهای غربی، ضروری است.

غیرنئوپلاستیک، نوع هایپرپلاستیک بوده است که تأییدکننده تحقیقات گذشته در این رابطه می‌باشد (۸). همچنین در مطالعه حاضر مشابه تحقیق انجام‌شده در آمریکا (۹)، شیوع پولیپ در مردان نسبت به زنان با اختلاف ۳۷ به ۲۵ و به نسبت ۶۰/۹٪ به ۳۹/۱٪ بالاتر بود. همچنین در مورد این نکته که با افزایش سن بر میزان شیوع پولیپ‌ها افزوده می‌شود (>۶۰)؛ این مطالعه با سایر تحقیقات مشابه تفاوت‌هایی داشت، بدین صورت که در این مطالعه از نظر تعداد پولیپ‌ها شایع‌ترین رده سنی ابتدا ۶۰-۵۰ سال بود، سپس رده سنی ۴۰-۳۰ سال قرار داشت که این نتیجه با یافته‌های تحقیقات دیگر متفاوت بود (۱۰). البته نتایج یک مطالعه نیز در مشهد بر روی ۱۴۵ بیمار مبتلا به پولیپ با یافته‌های مطالعات مذکور مغایرت داشت، برای مثال در این تحقیق، شایع‌ترین گروه سنی مبتلا به پولیپ گروه سنی ۱۹-۱۰ سال با ۲۸/۹٪ کل افراد درگیر پولیپ گزارش شد (۱۱)، و از لحاظ مکان درگیری نیز پولیپ‌های آدنوماتو در بخش سیگموئید بیشترین شیوع را داشتند که مشابه نتیجه تحقیقات دیگر بود (۱۲). در مورد تومورها از ۳۰ تومور به دست آمده، ۲۰ تومور در بین مردان (۶۶/۶٪) و فقط ۱۰ تومور مربوط به زن‌ها (۳۳/۴٪) گزارش گردید که این نتیجه با اندکی تفاوت، کم و بیش مشابه نسبت میزان پولیپ‌ها بین دو جنس است که نشان‌دهنده قابلیت برخی از پولیپ‌ها در ایجاد کارسینوم‌های روده می‌باشد (۸، ۱۰، ۱۲). همانند تعدادی از

References:

1. Sleisenger MH, Fordtran JS, Scharschmidt BF, et al. *Gastrointestinal and Liver Diseases*. 7th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2002.
2. Yamada DH, Alpers C, Owyang D, Wand, et al. *Textbook of Gastroenterology*. 4th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 2003.
3. Chopra SJ, Thomas L, Bonis P, et al. *Gastrointestinal Diseases Colonoscopy*. CD Up To Date. Ver. 14.1.2002.
4. Emami MH, Fatemi AM, Farajzadegan Z, Movahed Abtahi SM. Epidemiology of Colorectal Cancer in Isfahan Province. *Govareh Journal* 2005;10(3SN 52):134-139. [Full Text in Persian]
5. Salari AA, Dehghan HR. Evaluation and Treatment of Colorectal Cancer in Shahid Rahmehoon and Afshar Hospitals, Yazd-Iran. *Journal of Shahid Shadoughi University of Medical Sciences And Health Service* 2007;15(3):20-25. [Full Text in Persian]
6. Shivananda S, Lennard-Jones J, Logan R, Fear N, Price A, Carpenter L, et al. Incidence of Inflammatory Bowel Disease Across Europe: Is There a Difference between North and South? Results of the European Collaborative Study on Inflammatory Bowel Disease (EC-IBD). *Gut* 1996;39:690-7.
7. Chan C. Colonic Diverticulosis in Hong Kong. *Clinical Radiology* 1993;53(11):842-844.
8. Joel S, Levine. Adenomatous Polyps of Colon. *N Engl J Med* 2006;355:2551-7.

9. Helen M, Fenlon. A Comparison of Virtual and Conventional Colonoscopy for the Detection of Colorectal Polyps. *N Engl J Med* 1999;341:1496-503.
10. Delvaux M. Diverticular Disease of the Colon in Europe: Epidemiology, Impact on Citizen Health and Prevention. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;18(Suppl.3):71-74.
11. Sharifi Dalouei D, Akhlaghi M. Review of 145 Patients with Gastrointestinal Polyps of Ghaem Medical Center, Mashhad. *Medical Journal Of Mashhad University Of Medical Sciences* Fall 2000;43(69):25-32. [Full Text in Persian]
12. Timothy M, Cashland Mc. Gender Differences in Colorectal Polyps and Tumors. *Am J Gastroenterol* 2008;96(3):882-886.
13. Askarpour S, et al. Evaluation of Patients with Lower GI Bleeding in Surgical Sections of Ahvaz Jondi Shapoor University of Medical Sciences Hospitals in Five Years. *Medical Science Journal* 2006;1(5):420. [Full Text in Persian]
14. Jalali SM, Kordjazi I, Jalali S. An Epidemiological Characteristics Colorectal Cancer in Patients Referred to Imam Khomeini Hospital during (1981-2001). *Iran Univ Med Sci* 2005;43:723-30. [Full Text in Persian]

