مجله علمی نظام‌پزشکی
سال ۲ ، شماره ۱-۲ ، صفحه ۱ ، ۱۳۵۰

وفور وشیوع واشکال هیستولوژیك سرطان رودهٔ بزرگ در ایران

دکتر کمال‌الدین آرمین *

وفور وشیوع انواع سرطانها درنقاط مختلف دنیا یکسان نیست وباگذشت زمان وبهبود روش‌های تشخیص ودرمان وجراحی، نسبت مرگ ومیر ناشی از این بلای جانکاه تغییر کرده است.
سرطانهای رودهٔ بزرگ از آن جمله سرطانهائی است که در سی‌سال اخیر شیوع و وفورآن‌افزایش یافته، درحالیکه از وفور سرطان معده‌کاسته شده است، چنانکه درآمریکا وانگلستان(۱۱) (۸) (۳) بعداز سرطانهای پوست شایعترین نوع سرطان بشمار می‌آید. درسال ۱۹۶۵ درآمریکا (۲) چهل‌وپنج هزارنفر بعلت سرطان رودهٔ بزرگ درگذشته‌اند و۷۳ هزار نفر بیمارتازه، تحت بررسی ومطالعه ودرمان قرارگرفته‌اند . بقاء عمربیماران مبتلا بسرطان‌رودهٔ بزرگ ازیك‌طرف بواسطهٔ پیشرفت روشهای‌جراحی واز طرف‌دیگر بعلت اینکه‌معمولاتومورهای‌رودهٔ‌بزرگ‌دردسترس هستندو بهتر وبسهولت‌میتوان تومور را درمراحل پیشرس‌تشخیص داد افزایش یافته است . ۸۰ درصد بیماران‌که زود و بموقع وبا روشی مناسب وعاقلانه عمل جراحی شده‌اند (۶) از ۵ سال‌بیشتر زندگی میکنند .
بدیهی است در ایران هم سرطان رودهٔ بزرگ ورکتوم یکی از مشکلات روزمرهٔ‌پزشکان وجراحان میباشد وجادارد‌که ازهرحیث مورد توجه و دقت خاص همکاران قرارگیرد تاشاید بسهم خود بتوانیم درکشورمان روشنگر این بیماری گردیم .
متأسفانه اکنون برای مامقدور نیست‌که دربارهٔ چگونگی ووفور وشیوع سرطانهای رودهٔ بزرگ‌سخنی بگوئیم واظهار عقیده کنیم که نسبت به‌سابق‌کم یا زیادتر شده است زیرا آمار صحیحی از کلیهٔ تشخیص‌های مثبت‌که درکشور داده میشود نداریم و اکثراً آمارخود را درسینه‌های خود محفوظ میداریم.
برای ارزش‌یابی وفوروچگونگی یك بیماری در هرمنطقه باید تشخیص‌های مثبت آن بیماری را گرد آورده آنگاه به تجزیه وتحلیل جزئیات آن پرداخت .
دراین گزارش‌که تشخیص مثبت صرفاً برروی یافته‌های تشریحی متکی‌میباشد، شرح ۲۲۷۲ اتوپسی‌انتخاب شده‌است. سن‌بیماران متوفی بالاتر از ۱۴ بوده ودر بیمارستانهای دانشکدهٔ پزشکی اتوپسی شده‌اند .
در۲۲۷۲ کالبدگشائی‌که سن بیماران از۱۴ ببالا بوده است‌بطور کلی ۷۳ مورد سرطان معده و۱۵ مورد سرطان مری و۱۲مورد سرطان اولیه (کارسینوم . لنفوسارکوم) روده بزرگ وآپاندیس مشاهده گردیده‌است. بنابراین‌متوجه‌میشویم‌که برخلاف‌آمارهای آمریکاوانگلستان‌که نشان‌میدهد سرطانهای معده درآن‌سرزمین‌ها روبه‌کاهش وسرطان روده‌بزرگ رو به‌افزایش‌است، درایران هنوز سرطان‌معده شایع‌وتقریباً ۵ برابرسرطان‌روده‌بزرگ‌است. (جدول۱)

نمودار وفور وشیوع سرطان معده - مری - روده بزرگ

عدهٔ اتوپسی	معده	مری	روده بزرگ
۲۲۷۲	۷۳	۱۵	۱۲

جدول ۱

* دانشکدهٔ پزشکی ـ دانشگاه تهران.

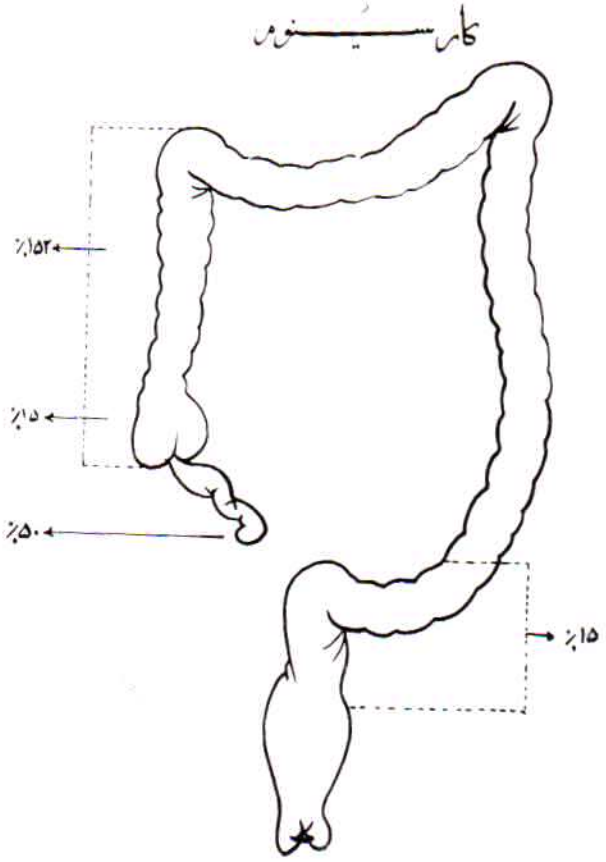
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

از ۱۲ مورد سرطان اولیه روده بزرگ، ۶ مورد کارسینوم (اپی‌تلیوما) و۵ مورد لنفوسارکوم ویك مورد بیماری هوجکین بوده است واین‌خود نشان می‌دهد که تاچه‌حد تومورهای بدخیم‌لنفاوی بطور کلی و من جمله در روده بزرگ شایع است . درصورتیکه بعقیدهٔ اغلب محققین وطبـق آمارهای موجود (۱۲)لنفوسارکوم روده بزرگ ضایعه‌ایست بس‌نادر وبه‌شکل توده‌هائی کوشت مانند در روده بزرگ پدید میآید وبسرعت از جدار آن تجاوز میکند ودربافتهای اطراف روده ارتشاح مییـابد وغدد لنفاوی محلی را گرفتار میسازد .

علائم بالینی : علائم بیماری خیلی متغیر است وشایع‌ترین علائم عبـارت است از خونروی از مقعد، تغییر وضع اجـابت مزاج، دردوانسداد روده. بطوریکه میتوان گفت‌هروقت بابیماری مواجه میشویم که‌خونروی‌ازمقعد دارد ووضع اجابت مزاجش بهم‌خورده ویاآنکه درد وعلائم انسدادی دارد بـاید اول بفکرسرطان روده بزرگ بیفتیم .

جدول ۲

	نوع تومور	جنس	سن	وزن	تومور	پیوست	اسهال	آسیت	تب
آپاندیس	آدنوکارسینوم سیار	زن	۶۰	۲ ک	موجود	۲ ک			
آپاندیس	آدنوکارسینوم تمایزیافته	زن	۵۸	بیار	موجود	شکم مراجعه	دفعات	+	
آپاندیس	آدنوکارسینوم سیار	مرد	۶۰	+	-	-		+	-
کولون	لنفوسارکوم	مرد	۱۸		-	-	۲ ل	-	-
کولون	آدنوکارسینوم	مرد	۵۶	+	موجود	-		-	+
روده بزرگ ، زاویه‌اسمال	لنفوسارکوم	مرد	۲۱	+	-	-	+	-	-
روده بزرگ مزاوه کبدی	لنفوسارکوم	مرد	۱۸	+	-	-	-	-	+
سکوم روده بزرگ صعودی	آدنوکارسینوم	مرد	۴۲	-	-	-	نوت تاسلم	-	
روده بزرگ وکوچک	لنفوسارکوم	زن	۱۶	-	-	-		-	+
روده بزرگ وکوچک	بیماری هوجکین	مرد	۱۹	-	-	-	۲ ل	-	-
روده بزرگ نزول وسیگموید	لنفوسارکوم	مرد	۵۵	-	-	-	۲ ل	-	-
رکتوسیگموئید	آدنوکارسینوم	مرد	۴۰	بیمال	موجود	-	بمال	-	-



شکل ۱ ــ وفور وشیوع کارسینوم روده بزرگ برحسب موضع تومور

چنانکه درجدول (۲) مشـاهده میشود ، نشانیهای بیمـاری در گرفتاران به‌لنفوسارکوم رودهٔ‌بزرگ در ۳۰درصد درد ودر ۶۰در صداسهال ودرگرفتاران به‌کارسینوم در ۵۰ درصد درد ودر ۳۰ در صد اسهال بوده است .

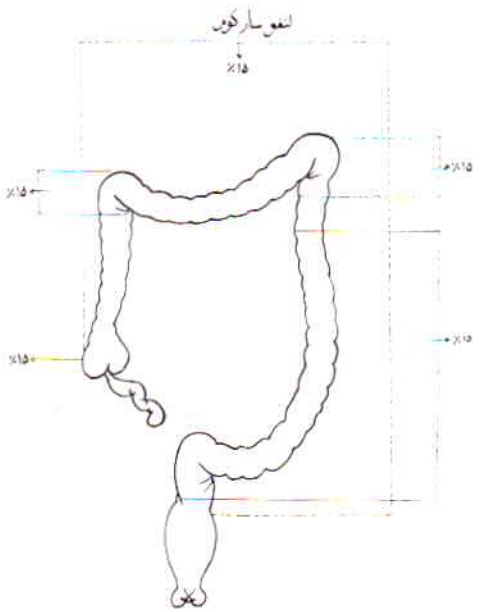
محل تومور : مواضعی که به‌تومر گرفتارمیشود عبارت است از: سکوم ، روده بزرگ‌بالا رو، انحناء یازاویهٔ‌کبدی ، روده‌بزرگ عرضی، انحناء یازاویه طحالی، روده بزرگ‌پائین‌رو، سیگموئید ورکتوم .

دراین بررسی‌کارسینوم آپاندیس ۵۰ درصد ، کارسینوم سکوم۱۵ درصد ، کارسینوم سکوم ورودهٔ بزرگ‌بالارو ۱۵ درصد، کارسینوم رکتوسیگموئید۱۵درصد، لنفوسارکوم‌سکوم۱۵درصد، لنفوسارکوم روده بزرگ وکوچك باهم ۱۵ درصد ، لنفوسارکوم زاویهٔ‌کبدی روده بزرگ ۱۵ درصد ، لنفوسارکوم زاویه طحالی روده‌بزرگ ۱۵ درصد ، لنفوسارکوم رودهٔ بزرگ پائین‌رو و سیگموئید ۱۵ درصد وهوجکین رودهٔ بزرگ وکوچك ۱۵ درصد بـوده است . شکل ۱و۲

سن وجنس : سن بیمـاران به‌آدنوکارسینوم از ۳۰ـ۶۰ سـال وگرفتـاران به‌لنفوسارکوم از ۱۵ـ۲۱ سال بوده است . شیوع کارسینوم در زنها ۳۰ درصد و لنفوسـارکوم ۱۵ در صد کلیه سرطانها بوده است.این آمار کاملا باآمارهائی که در سـالهای اخیر ازطرف این‌جانب بسازمانها گزارش‌شده ودرمجلات‌مختلف درج گردیده وفق میدهد .

وضع بیماران قبل ازمراجعه : حقیقت آن است که ما نمیتوانیم روشن کنیم که بیماران قبل از اینکه مراجعه کنند وتحت درمـان قرارگیرند برای چه‌مدت زمان بدون علامت بسربرده وچه‌مدت نشانیهائی‌داشته‌اند وشایدهم بهمین‌علت‌باشد که باوجود کوششهائی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]



شکل ۲- وفور وشیوع لنفوسارکوم روده بزرگ برحسب موضع تومور

که همکاران بعمل می‌آورند بازتوفیق پیدا نمیکنند که بیماری‌را خیلی‌زودیعنی درمراحل پیشرس‌تشخیص دهند ، درحالیکه‌حقیقتاً بآسانی میتوان در $\frac{۲}{۳}$ موارد بیماری را زود تشخیص داد . زیرا که عملا می‌بینیم که فقط در ده درصد موارد ممکن است که‌بیمار علامتی نداشته باشد .

مطلبی که مخصوصاً ذکر آن را لازم میدانند این است که در گرفتاران‌به‌سرطان رودهٔ بزرگ ورکتوم‌تست گایاك پایدارومثبت نیست ودراشخاص سالمند ، مخصوصاً در مواردیکه مرض ظاهراً علامتی‌ندارد، باسیگموئیدوسکوپی میتوان بوجود تومور پی‌برد وخوشبختانه درهمین موارد است که از عمل جراحی نتیجه عالی میتوان گرفت .

خصائص آسیب شناسی: حقیقت این‌است که پاتولوژیست‌ها هنوز برای‌جراحان‌نمی‌توانندضابطه‌وملاك‌معین‌وواحدی‌برای‌تشخیص‌های خود ارائه‌دهندوهریك‌ازآسیب‌شناسان به‌تبعیت‌ازمکتبی‌اصطلاحات مختلفی‌را بکارمیبرند.ولی‌آنچه که امروزملاك عمل‌میباشد وکمتر گیج کننده‌است این‌است که سرطانهای روده‌بزرگ‌را به‌کارسینوم پولی‌پوئید ،کارسینوم بافراگیری عضلات جدار روده ،کارسینوم بافراگیری‌غدد لنفاوی‌محلی وکارسینوم‌بامتاستاز دوردست معرفی میکنند .

دراین گزارش‌اصطلاح سرطان برای ضایعاتی بکار برده شده‌است که توانسته‌ایم کاملا یك کارسینوم مهاجم را نشان بدهیم .

دراین‌ضایعات، بدون‌کوچکترین‌ابهامی، بافت عادی مورد تهاجم ضایعات نئوپلازیك قرارگرفته است .

بعضی‌ازآسیب‌شناسان، کانسرروده بزرگ ویارکتوم‌را فقط‌براساس سیتولوژی تشخیص‌می‌دهند وخاصیت تهاجمی تومور را موردنظر قرار نمیدهند . البته این امر دو مشکل بزرگ بوجود میآورد، یکی آنکه بدون جهت قسمت زیادی ازروده را برمیدارندودیگر آنکه به‌اشتباه یك‌مورد سرطان به‌آمارخویش‌اضافه میکنند واین ازنظر آمارگیری صحیح نیست وشاید هم بهمین جهت است که آمارهای موجود باهم اختلاف دارد .

سرطانهای روده بزرگ با چشم به‌اشکال پولیپوئید ، قرحه‌ای، ارتشاحی (انفیلترانت) دیده میشود ـ اگر پولی‌پوئید باشد برشهائی که از تمام سطوح تومور تهیه میکنیم یك‌کارسینوم‌بی‌غل وغش ویا بی چون وچرا را نشان میدهد . اگر کانسر جدار یا طبقهٔ عضلانی را فرانگیرد احتمال وجود متاستاز در غدهٔ لنفاوی خیلی‌کم است ولی عملا می‌بینیم که اندازهٔ کارسینوم انفیلترانت بامتاستازهای غدد لنفاوی نباید ارتباط داشته باشد .

ارتباط بین سرطان وضایعات دیگرکولون : در رودهٔ بزرگ (کولون) دوناخوشی سراغ داریم که باسرطان رابطهٔ بس نزدیك دارند : یکی کولیت اولسراتیو ودیگری پولیپ میباشد .

الف ـ کولیت اولسراتیو : درقدیم علماء فن ومحققین‌خاطرنشان ساخته‌اند که کارسینوم‌هائیکه روی‌کولیت اولسراتیوپدیدمیآیند، یك بیماری‌کشنده است ومعمولا بیماران جوان‌گرفتار بدین‌نوع سرطان میباشند (۹) زیرا که طبق آماریکه بدست آمده از ۱۴ نفرگرفتاران بدین نوع سرطان فقط یك نفر تایك سال زنده بوده است .

ب ـ پلیپ: وقتیکه ازتومورهای‌رودهٔ بزرگ صحبت میکنیم‌برای ما این‌سئوال‌پیش‌میآید که‌آیاسرطان‌های رودهٔ بزرگ وپولیپ‌های آن‌بهم ارتباط دارند وضایعاتی‌پیش تازبدخیم (Premalignant) هستند یا خیر؟

در ۳۰ سال اخیر دربارهٔ ظرفیت بدخیمی پولیپ های کولون آنقدر صحبت‌شده است ومقالات انتشار یافته‌که حقیقتاً گیج کننده است‌بطوریکه بعدازمدتهامطالعه واقعاً خود نمی‌توانیم‌جوابگوی خودمان باشیم .

اساساً اصطلاح وکلمه پلیپ یك اصطلاح بالینی‌است ومفهوم مرض خاصی ندارد چه هروقت‌که این اصطلاح را درکلینیك بکارمیبریم ممکن‌است که عارضه حقیقتاً نیك خیم، پیش‌تاز بدخیم ویا بدخیم باشد وبرحسب‌آماری‌که گزارش‌داده‌اند (۱)ضایعاتی‌را که‌باچشم، پلیپ تشخیص میدهیم ۸۵ درصد پلیپ آدنوماتو ، ده درصدآدنوم

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

پاپیلر ، ده درصد آدنوکارسینوم پولی‌پوئید و۵درصد هم تومورهای پولی‌پوئیدنوع‌دیگر میباشد .

خیلی‌ها بدین عقیده هستندکه پلیپ‌ها بمعنی اعم همان آدنوم‌هـا هستند وپاپیلوم‌های ویلوزهم ضایعاتی هستندکاملا مستقل ومشخص وجداگانه (۳) وحقیقت هم همین است زیراکه از نظرظاهری و میکروسکپیك، این‌ضایعات اغلب باهم اختلاف زیاد ندارند. ولی هیچگاه نباید فراموش کردکه تمام این ضایعات دراصل یك‌حالت مرضی هستند وبه‌اصطلاح آسیب شناسی یـك پروسسوس و اساساً نئوپلازی‌اپی‌تلیوم روده میباشند.

طبقه‌بندی پولیپ‌های نیك خیم روده

نوع	یکتا	متعدد
نئوپلازیك	آدنوم آدنوم پاپیلر پاپیوم‌ویلوز	پولی پوزهای آدنوماتو فامیلیال
هامار توماتوز	جوونیل پوتزجگر	جوونیل پولی پوزیس سندرم پوتزجگر
آمامی	پولیپ‌لنفوئیدنیك‌خیم	پولی پوز لنفوئید نیك‌خیم پولی پوزآمامی
طبقه‌بندی نشده	متا پلازیك	پولیپ‌های متا پلازیك متعدد

(جدول ۳)

بطورکلی پولیپ‌های نیك خیم روده را طبق جـدول (۳) تقسیم بندی کرده‌اند . چنانکه در جدول (۳) ملاحظه می‌شود بین آدنوم و پاپیلوم ویلوزیك ضایعهٔ خاصی وجود داردکه در حقیقت شکل بینابینی و گذرای (Transitional) آن دومیباشد وبه‌آدنوم پاپیلر خوانده می‌شود . سالهاکلینیسین‌ها مخصوصاً معتقد بودند که تمام‌آدنوم‌ها بالاخره روزی سرطانی می‌شود (۱) ولی امروز تمایل براین است‌که برای آدنوم پاپیلر و پاپیوم‌های و یلوزیك ظرفیت بدخیمی قائل گردند .

منظور ازآدنوم چیست؟ آدنوم‌های نیك‌خیم معمولی روده بزرگ از سلولهای اپیتلیال بوجود می‌آیند. این‌آدنوم‌ها ممکن‌است در سرتاسر روده بزرگ دیده‌شود، پایه‌دار یابدون‌پایه، یکتا ویامتعدد باشد ومعمولا طبق‌یکی‌ازآمارهای مطالعه شده (۷) ۴۰درصد در کولون‌راست، ۴۰درصددر کولون چپ و ۲۰درصددر کولون عرضی مشاهده می‌شود.درحالیکه‌کارسینوم بیشتر در رکتوم ، سکوم ویا رکتوسیگموئید وجود دارد. (شکل ۳)

منظور ازآدنوم پاپیلر چیست ؟

آدنوم پاپیلر عبارت است از یك نئوپلازی نیك خیم‌که در داخل روده وبصورت‌تودهٔ برجسته جلومی‌آید وازخصوصیات‌آن‌این‌است که بجدار روده ارتشاح نمی‌یابد . آدنوم پاپیلرممکن‌است بدون پایه یا پایه‌دار باشد . معمولا نرم وصاف است وهیچگونه سفتی‌و سختی درآن دیده نمیشود ومخاطی‌که رویش‌را می‌پوشاند ازحیث رنگ شبیه مخاط معمولی کولون‌است . قطرتومورممکن‌است یك میلیمتر تاچند سانتیمتر باشد، تدریجاً باگذشت زمان نمومیکند وپایهٔ‌آنها درازمیشود . سراین تومورهـا معمولاگرد و بواسطـهٔ چین‌های‌کم وبیش عمیقی‌که بهم‌مربوط می‌شوند ممکن‌است شکل لوبوله یعنی پشته پشته پیدا کند .



شکل ۳ ــ پولیپ آدنوماتوز پایه دار

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

تومورویلوز معمولا بزرگ است و بدون ضایعه، سطحش خشن و بمثل‌معروف کرك‌دار است ودارای‌هزاران‌استطاله‌های‌انگشت‌مانند میباشد . (شکل ۴-۵-۶)

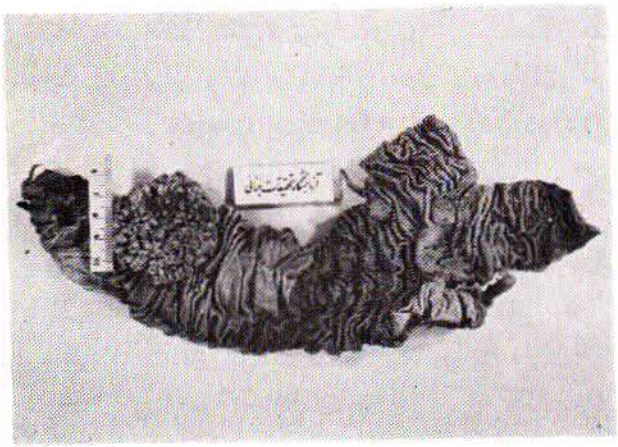
نظر پاتولوژیست‌ها، رادیولوژیست‌ها ، کلینیسین‌ها ، جراح‌ها که هریك بادید خودبه‌پلیپ‌های روده بزرگ‌نگاه میکنند فرق دارد. چه بسا تومورهای بزرگ بی‌پایه وجود دارد که سطح آنها حکایت ازیك‌آدنوم‌تی‌پیك میکند وصرفاً آنها را بواسطهٔ بزرگی و بی‌پایه بودن بحساب تومورهای ویلوز می‌آورند درصورتی که‌این‌قضاوت ازنظر آسیب‌شناسی‌صحیح‌نمیباشد، همینطورتمام تومورهای پایه‌دار کوچك راآدنوم می‌پندارند درحالیکه ازنظر آسیب‌شناسی عدهٔ از آنها هستندکه خاصیت یك تومورویلوز دارند .

به‌چه مدرك علمی‌پلیپ‌های‌نئوپلاستیك‌را پیشتازسرطانی‌میپنداریم؟ حقیقت این است‌که هنوزهیچ دلیل قانع‌کننده در دست نداریم‌که آدنوم، آدنوم‌پاپیلروپاپیلوم ویلوزاستعداد خاصی‌بگرایش‌بدخیمی داشته باشد وباآنکه‌اغلب سرطان‌های روده‌بزرگ ازاین‌پلیپ‌های نئوپلاستیك ناشی‌می‌شود ولی ازطرفی دیگر می‌بینیم‌که این خود یك عقیدهٔ همگانی گردیده‌است‌که پلیپ‌های نئوپلاستیك نیك‌خیم، پیشتازبدخیمی هستند .

گمان میکنم‌که بتوانیم تمام این جروبحث‌ها، ضد ونقیض‌ها کـه فایده‌ای جز گیج کردن ندارند چنین خلاصه‌کنیم :

آیا باچشم میتوان گفت که‌فلان‌تومور بسرطان‌میگراید ویا گرایش فلان تومور بسرطان شدن بیشتراست ؟

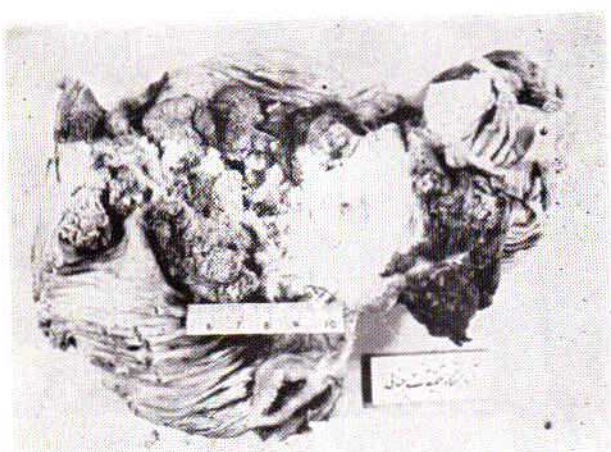
چه بسا اتفاق می‌افتدکه با مشاهدهٔ عینی، توموری را نیك خیـم می‌پنداریم درحالی کـه قسمتی ازآن ویا تمـام آن درآزمـایش میکروسکپی حکایت ازیك سرطان مهاجم میکند و درحـدود ۲۵ درصد ازنمونه‌های‌جراحی سرطان‌روده‌بزرگ ورکتوم‌باپلیپ‌های آدنوماتو نیك خیم همـراه است ـ علاوه بر این عمـلا می‌بینیم سرطانهـای روده بزرگ در اشخاصی که قبـلا تومور نیك خیم داشته‌اند (۳) دو مرتبه شایع‌تر است . آیا بـدین دلیل می‌توان گفت که‌شاید این سرطانها از پلیپ های آدنوماتوی پیدا میشوند که ازنظر بالینی علامت بارزی نداشته وازنظرمخفی بوده است ؟ سرطانهای پیشرس روده‌بزرگ بیشتر بشکل پولی‌پوئید وکمتـر بصورت ضایعه پهن وصاف است بدون اینکه قبلاتوموری نیك‌خیم وجود داشته باشد . برای پاتولوژیست‌ها خیلی اتفاق‌می‌افتدکـه درمجاورت‌کارسینوم‌مهاجم، باقی‌مانده‌تومورنیك خیمی رامشاهده کنند . در هرحال تومورهائی‌که بظاهر نیك خیم است ، خواه آدنوم پاپیلر وخواه پاپیلوم ویلوز، گاهی اوقـات در آزمـایش میکروسکوپیك درآنها کانون‌های‌کوچك سرطان مهاجمی مشهود



شکل۴- پاپیوم ویلوز بی‌پایه، سطحی دارد زبروخشن ودارای عده زیادی زوائدانگشت مانند می باشد



شکل ۵ــ پاپیوم ویلوز بی‌پایه، سطحی‌دارد زبروخشن ودارای عده‌زیادی زوائد انگشت مانند می باشد



شکل ۶ ــ تومور بزرگ بی‌پایه بعضی نقاط منظرهٔ آدنوم ودر نقاطی دیگر منظرهٔ ویلوز جلب توجه‌می‌کند

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

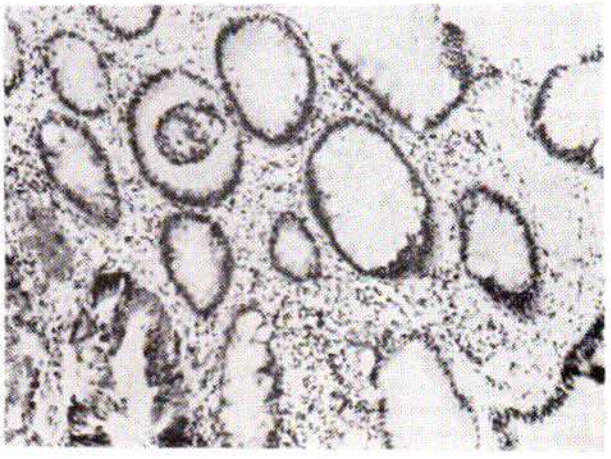
میشود . قدرمسلم آن است که این‌مجادلات ومشاهدات علمی که‌در بارهٔ پیشتازبدخیمی بعضی‌از تومورهای روده بزرگ بیان داشتیم، هیچگاه نمی‌تواند حقیقتاً راهنمای درمانی باشد ولی این حقیقت راهم نباید از نظر دورداشت که اساساً (۱) پولیپ‌های آدنوماتو بندرت‌بسرطانی‌شدن میگرایندوآنچه‌که بیشتردر گرایش‌بدخیمی نشان می‌دهد، پاپیلوم‌های‌ویلوزمیباشد .

بطورکلی‌آنچه‌که دربارهٔ تومورهای روده بزرگ ورکتوم باید درنظرداشت این‌است‌که :

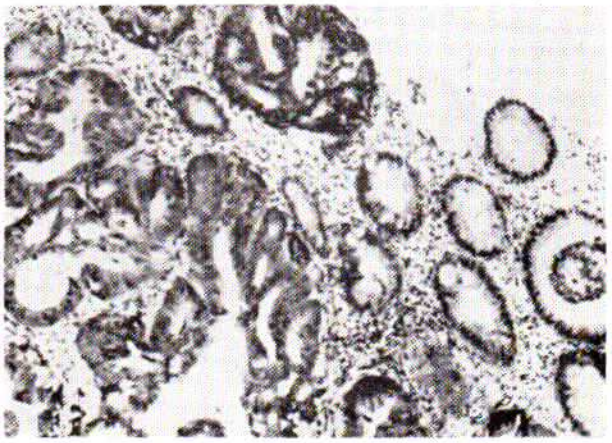
۱ـ زیاد بودن غدهٔ پلیپ‌های رودهٔ بزرگ ورکتوم دلیل براین نیست‌که ازسرطانی شدن ایمن باشند .

۲ـ مخاطی‌که روی پلیپ پایه‌دار را می‌پوشاند ایمن از سرطانی شدن نمی‌باشد .

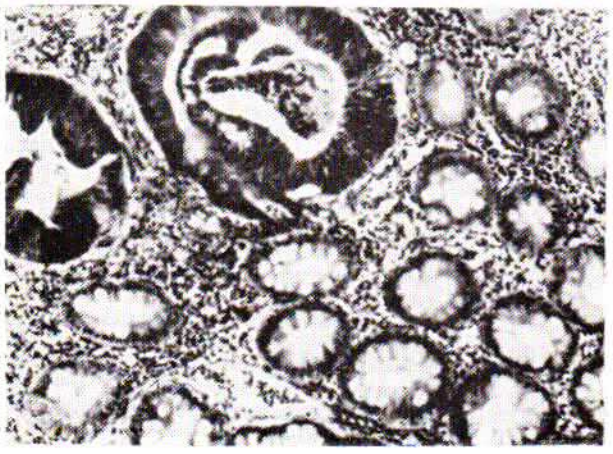
۳ـ پولیپ‌هائی که‌بصورت‌ظاهر نیك‌خیم‌هستند ممکن‌است‌کانونهای کوچك سرطانی‌این‌سایتودربرداشته باشد. (شکل ۷ ـ ۸)



شکل ۷ ــ مشخص نمای ریزبینی (تومور) است‌که از نظر بالینی نیك‌خیم بوده است ـ درمجاورت چندغدهٔ طبیعی سازمانهائی‌دیده میشودکه از نظر مورفولوژی سلولی وآسیب شناسی خاصیت بدخیمی دارد



شکل ۸ــ مشخص نمای‌ریزبینی توموری است‌که از نظر بالینی نیك‌خیم‌بوده است ــ درگوشه‌پائین‌ودست راست غده‌ای دیده میشودکه‌از نظر مورفولوژی سلولی وآسیب شناسی خاصیت بدخیمی دارد



شکل ۹ ــ بین مخاطی‌که سلامت‌است ومخاطی‌که سرطانی شده‌است اختلاف کلی وجوددارد وهیچ مرحلهٔ بینابینی بین بافت سالم وسرطانی وجودندارد

۴ـ پولیپ‌های‌بی‌پایه زیادتر ازپلیپ‌های پایه‌دار گرایش‌بسرطانی شدن را نشان میدهد .

۵ـ پاپیلوم‌های ویلوز در ۵۰ درصد ازموارد نمای بدخیمی نشان میدهد.

۶ـ پولیپ‌ها درپولی‌پوزمتعدد خانوادگی اغلب گرایش سرطانی دارنـد . خلاصه آنکـه بهتر است پزشـك و جراح پولیپ‌های کولورکتال‌را یك بافت غیرطبیعی پندارندکه اغلب با کارسینوم همراه است وهرچه زودتر بایدآنها را بیوپسی کنند .(شکل ۹)

پولیپوز خانوادگی(فامیلیال) رودهٔ بزرگ خود ضایعهٔ خاص‌است که از آدنوم‌های دیگر باید تفکیك شود . ضایعه‌ایست موروثی، زن و مرد هردوبیماری را انتقال میدهند . معمولا دراین‌بیماری آدنوم زودتـر از پولیپ های آدنوماتو پیـدا میشود و ممکن است یك یا چند تای آن به‌کانسر گراید . تغییرات کارسینومی دراین ضایعه ۲۰ سال زودتـر از موارد دیگـر کانسر ، یعنی درحدود سنین۲۰ـ۳۰، پدید می‌آید . درآزمایش نظری‌ملاحظه میکنیم‌که روده پشته پشته و حاوی پلیپ‌هائی‌است . این پلیپ‌ها ممکن است خیلی‌کوچك وفقط بصورت برجستگی‌مختصرمخاطی تظاهر کند وباآنکه بصورت پلیپ‌های درشت (۷) درآید ولی در هرصورت‌چنانچه‌اولسراسیون پیداکند باید بگرایش سرطانی‌آن مشکوك شد . درپولیپوزفامیلیال، فعالیت اپی‌تلیالی ازپلیپی تـا پلیپ دیگر وحتی درنقاط مختلف تومورفرق میکند .

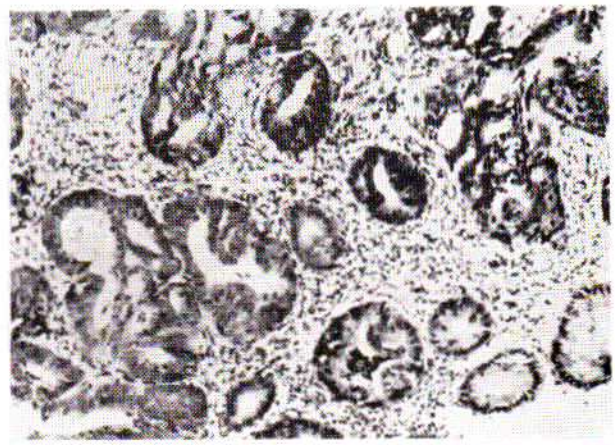
مطلبی راکه باید توجه داشت این است‌که بامواد وعوامل مولد سرطان (کانسریژن) میتوان هم‌آدنوم‌وهم‌کارسینوم بوجودآورد و محققین مخصوصاً خاطر نشان ساخته‌انـدکه وضع کروموزومی آدنوم‌هاوآدنوکارسینوم‌ها مشابه‌استوازاین‌رومیتوان گفت‌که‌شاید

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

حقیقتاً پلیپ‌های آدنوماتو خود مرحله‌ای ازکانسر باشد . اگر پلیپ‌های نیك‌خیم ازقبیل آدنوم، آدنوم پاپیلر، پاپیلیوم‌ویلوزتمام مربوط به‌رویش نئوپلازیك اپی‌تلیوم روده باشد این سئوال‌پیش می‌آید که چرا تغییرات نئوپلازیك گاهی اوقات مهاجم میشود و گرایش بسرطانی شدن پیدا می‌کند .

ازآمار واطلاعاتی که‌بدست‌آمده(۳) چنین‌استنباط میشود که‌اساساً سرطان روده بزرگ باید یك ضایعـه‌ای بامشی‌کند باشد . چون ضایعهٔ بدخیم مهاجم پیشرفت‌کند تومور نیك‌خیم پیش موجود از بین میرود . دراینجا است وقتی تومور را مشاهده میکنیم دوفکر ممکن‌است پیدا شود: یکی‌آنکه‌کارسینوم موجود خود بخود قیام نموده ویاآنکه هربافتی‌که ازتومور نیك خیم باقی‌مانده جای‌آن را ضایعات سرطانی گرفته است .

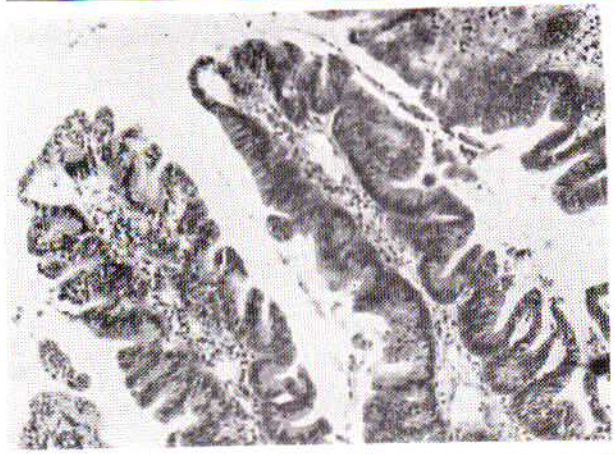
امروز اغلب پاتولوژیست‌ها عقیده ندارند که کارسینوم‌های‌کولون ازپلیپ‌های آدنوماتوزپیش موجود بوجود می‌آید (۷) زیراکـه اکثراً می‌بینیم بین مخاطی‌که سلامت است ومخاطی‌کـه سرطانی شده است اختلاف‌کلی وجود دارد .(شکل۱۰ـ۱۱)



شکل۱۰ ــ بین مخـاطی‌که سلامت است ومخـاطی‌کـه سرطانی شده است اختلاف‌کلی وجود دارد وهیچ مرحلهٔ بینابینی‌بین بافت سالم وسرطانی وجود ندارد



شکل ۱۱ ــ ب بین مخاطی‌که سلامت‌است ومخاطی‌که سرطانی شده‌است اختلاف کلی وجوددارد وهیچ مرحلهٔ بینابینی بین بافت سالم وسرطانی وجود ندارد



شکل ۱۲ ــ آدنوم‌پاپیلر. جوانهٔ توموری ازیك‌محور بافت همبند ویك‌ردیف سلولهای اپی‌تلیال تشکیل یافته



شکل ۱۳ ــ خصائص بدخیمی درجوانه‌های توموری مشهود است

بطوریکه میتوان گفت اساساً یك‌مرحلهٔ بینابینی بین‌حالت‌سلامتی وسرطانی وجود ندارد واکثراً نمی‌توانیم ثابت‌کنیم‌که حقیقتاًدر مواضعی که سرطان تشخیص میدهیم یك پولیپ آدنومـاتو پیش موجود داشته است .

مطلبی راکه مخصوصاً بایدمتذکرشد این‌است‌که خیلی‌ازپلیپ‌های آدنوماتو نیك خیم ممکن است‌که از وضع طبیعی و عـادی خود تغییر کند وبهمین جهت است‌که دراین موارد پاتولوژیستها بعضی اصطلاحاتی ازقبیل مطبق بودن هسته، کارسینوم این سایتوباعلامت استفهام وامکان‌کانسررا بکارمیبرند و خیلی از بیماران هستندکه بواسطهٔ همین تشخیص‌های دو پهلـو تحت عمل جراحـی قرار میگیرند. (شکل ۱۲ـ۱۳)

متاستاز لنفـاتیك در سرطانهـای پیشرس : طبـق آماری کـه انتشاریافته درمواردی‌که‌کانسرمحدود به‌مخاط وتحت مخاط است فقط ده درصد موارد متاستاز وجود داشته و درمواردی‌که‌ازمخاط وتحت مخاط تجاوزکرده‌باشد نسبت متاستاز۱۲درصد ودرمواردی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

که ازتمام جدارها گذشته باشد ۵۸ درصد متاستاز وجود داشته است وبطور کلی قبل‌ازآنکه تمام‌جدار گرفتارشود احتمال‌متاستاز لنفاوی کمتر است .

اهمیت آدنوکارسینوم متعدد رودهٔ بزرگ : قدر مسلم آن‌است که تومورهای‌متعدد یك عضو، مهاجم‌تر ازتومورهای‌منحصر بفرد آن عضو میباشد . بدیهی‌است اگرچنین نظری (۵) راقبول کنیم طرز درمان و عمل جراحی تومورهای متعدد با تومورهای منحصر بفرد فرق میکند .

بدبختانه انتشارات درباره‌کانسر متعدد کولورکتال تااندازهٔ گیج کننده‌است . بعضی‌ازمحققین‌تومورهای متعدد همزمان ویابعبارت دیگر تومورهای سنکرون (Synchron) را ازتومورهائی که‌بعداً پیدامیشود وبه‌تومورهای متاکرون(Metachron) موسومند،جدا نمیکنند. برحسب مطالعاتی که شده نشان داده‌اندکه سن بیماران باکارسینوم متعدد با سن بیماران گرفتار به‌کارسینوم یکتا فرق دارد . معمولا سن کسانیکه تومورهای همزمان (سنکرون) دارند از۵۰ کمتر نیست ولی ازحیث جنس اختلافی وجود ندارد، بطور کلی (۵) کانسرهای متعدد همزمان باتومورهای یکتا ازسه جهت اختلاف دارد :

۱- تومورهای متعدد درسرتاسر رودهٔ بزرگ دیده میشود نه‌فقط در رکتوم.

۲- بیشتر دراشخاص مسن پدید می‌آید وپیش‌آگهی‌آنها بمراتب بدتراست .

آیا نما ومنظرهٔ میکروسکپی درپیش‌آگهی بیماری تأثیر دارد ؟ شایدآزمایش‌میکروسکوپیك یگانه راهنمای جراح باشد، هرقدر که دیفرانسیاسیون سلولی بهترانجام‌گرفته باشد احتمال‌زیادشدن عمر بیمار بیشتراست .

عواملی‌که در درمان و بهبود بیمار اثر دارد

۱- مدت بیماری - اگرچه بنظر می‌آید (۹) که بیمارانی که زودتر مراجعه میکنند از درمان نتیجه بهتری می‌گیرند و حال اینکه این نظر نباید لااقل همیشه درست باشد زیرا که زود مراجعه‌کردن بیمارممکن‌است مربوط باین باشدکه بیماری خیلی‌بدخیم بوده وعلائم مرضی بسرعت پدیدآمده است واغلب در همین موارد است که یك عمل‌فوری وضروری ایجاب میگردد ولی ازطرف دیگر بیمارانی که درجهٔ بدخیمی بیماریشان شدید نیست ممکن است مدت مدیدی علائمی‌داشته وبعداً مراجعه نمایندوعملا می‌بینیم این دستهٔ اخیر از درمان نتیجه‌بهتری میگیرند .

۲- محل تومور محل تومور درتأثیردرمان وبهبود بیماربسیار اهمیت دارد،ولی دراینجا یك‌سئوال پیش می‌آید وآن این است که آیا نمیتوان گفت در آن مواضعی که دسترسی بیشتری به‌تومور وجود دارد مرض زودتر تشخیص داده میشود وعمل بموقع انجام میگیرد ودر نقاطی که دسترسی نیست مدتها ممکن است که مرض بحال خود بوده و سیرعادی خودرا انجام داده است .

REFERENCE

1- Glenn E. bshringer, M.D. John V. Prohaska, M.D. 1969, Post graduate Medecine. Are polyps of the colon premalignant Vol, 45. P 216-220.

2- A. Robinson Baker, Arturop. Norico, David J. pierson 1969. The Johns Hopkins Medical Journal. Adenocarcinoma of the colon and rectum. Vol 125 P. 225-232.

3- B.C. Marson. October 1968. The british Journal of surgery precancerous and early malignant lesions of the large intestin Vol. 59 No 10, P. 725-731.

4- Valter J. Burdette, M.D. 1970 Surgery, gynecology and obstetrics. A time for progress in the management of colonie and rectal carcinoma.

5- J.E Devitt, M.D., L.A. Roth-Mayou, F.N. Brown. March 1969. Annual of surgery. The significance of multiple adenocarcinoma of the colon and rectum.

6- F.T. DE/Domlal, M.D. November 1969. The practicioner Carcinoma of the rectum and colon. Vol 203 P 626-633

7- Lauren V. Ac Ker man. Fourth edition. 1968 Surgical Pathology Tumor of large bowel pp 403. The C.V. Mosby company Saint-Louis 1968.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

8- J. Shelton Horsley, 111 Dougles S. Roq. 1968, The american Journal of Surgery. Carcinoma of the colon and rectum. Vol 116 pp 17-21.

9- Claud E. Welch, M.D. John F. Urke, M.D. 1962. The new England Journal of Medecin. Carcinoma of the colon and rectum Vol. 266 No 5.

10- Edward M. Copeland, M.D., Leonard D. Miller, M.D., and Rayford s. Jones M.D. December 1968, The American Journal of surgery. Prognostic factors in Carcinoma of the colon and Rectum. Vol 116 pp. 875-881.

11- Heonry T. Lynch, M.D., Anne J.Krush M.D. October 1967. Gastroenterology. Heredity and adenocarcinoma of the colon Volum 53 No 4 pp-517-527

12- Robbins 1967. Pathology. Third edition. P. 875-885.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]