

وفوروشیوع و اشكال هيستولوژيك سرطان روده بزرگ

درايران

دکتر کمال الدین آرمین *

مجله علمی نظام پزشکی

سال ۲، شماره ۱-۲، صفحه ۱، ۱۳۵۰

کلیه تشخیص‌های مثبت که در کشور داده میشود نداریم و اکثراً آمار خود را در سینه‌های خود محفوظ میداریم.

برای ارزش‌یابی وفور و چگونگی يك بیماری در هر منطقه باید تشخیص‌های مثبت آن بیماری را گرد آورده آنگاه به تجزیه و تحلیل جزئیات آن پرداخت.

در این گزارش که تشخیص مثبت صرفاً بر روی یافته‌های تشریحی متکی میباشد، شرح ۲۲۷۲ اتوپسی انتخاب شده است. سن بیماران متوفی بالاتر از ۱۴ بوده و در بیمارستان‌های دانشکده پزشکی اتوپسی شده‌اند.

در ۲۲۷۲ کالبد گشائی که سن بیماران از ۱۴ بی‌الا بوده است بطور کلی ۷۳ مورد سرطان معده و ۱۵ مورد سرطان مری و ۱۲ مورد سرطان اولیه (کارسینوم، لنفوسارکوم) روده بزرگ و آپاندیس مشاهده گردیده است. بنابراین متوجه میشویم که برخلاف آمارهای آمریکا و انگلستان که نشان میدهد سرطانهای معده در آن سرزمین‌ها روبه کاهش و سرطان روده بزرگ رو به افزایش است، در ایران هنوز سرطان معده شایع و تقریباً ۵ برابر سرطان روده بزرگ است. (جدول ۱)

نمودار وفور و شیوع سرطان معده - مری - روده بزرگ

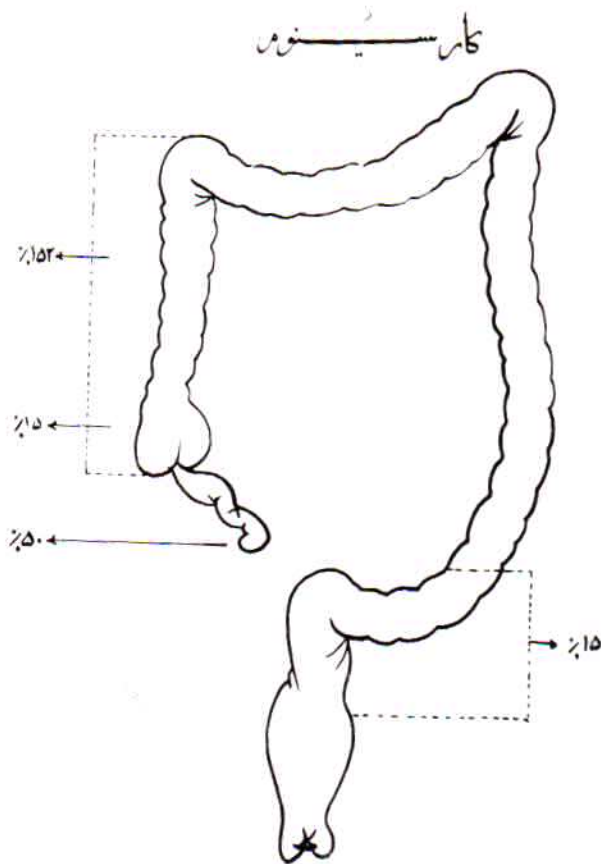
عده اتوپسی	معده	مری	روده بزرگ
۲۲۷۲	۷۳	۱۵	۱۲

جدول ۱

وفور و شیوع انواع سرطانها در نقاط مختلف دنیا یکسان نیست و با گذشت زمان و بهبود روش‌های تشخیص و درمان و جراحی، نسبت مرگ و میر ناشی از این بالای جانکاه تغییر کرده است. سرطانهای روده بزرگ از آن جمله سرطانهای است که در سی سال اخیر شیوع و وفور آن افزایش یافته، در حالیکه از وفور سرطان معده کاسته شده است، چنانکه در آمریکا و انگلستان (۱۱) (۸) (۳) بعد از سرطانهای پوست شایعترین نوع سرطان بشمار می‌آید. در سال ۱۹۶۵ در آمریکا (۲) چهل و پنج هزار نفر بعلت سرطان روده بزرگ در گذشته‌اند و ۷۳ هزار نفر بیمار تازه، تحت بررسی و مطالعه و درمان قرار گرفته‌اند. بقاء عمر بیماران مبتلا ب سرطان روده بزرگ از یک طرف بواسطه پیشرفت روشهای جراحی و از طرف دیگر بعلت اینکه معمولاً تومورهای روده بزرگ در دسترس هستند و بهتر و سهولت میتوان تومور را در مراحل پیشرس تشخیص داد افزایش یافته است. ۸۰ درصد بیماران که زود و بموقع و با روشی مناسب و عاقلانه عمل جراحی شده‌اند (۶) از ۵ سال بیشتر زندگی میکنند.

بدیهی است در ایران هم سرطان روده بزرگ و رکتوم یکی از مشکلات روزمره پزشکان و جراحان میباشد و جادارد که از هر حیث مورد توجه و دقت خاص همکاران قرار گیرد تا شاید به سهم خود بتوانیم در کشورمان روشنگر این بیماری گردیم.

متأسفانه اکنون برای مامقودر نیست که درباره چگونگی و وفور و شیوع سرطانهای روده بزرگ سخنی بگوئیم و اظهار عقیده کنیم که نسبت به سابق کم یا زیاده‌تر شده است زیرا آمار صحیحی از



شکل ۱ - وفور و شیوع کارسینوم روده بزرگ بر حسب موضع تومور

در این بررسی کارسینوم آپاندیس ۵۰ درصد، کارسینوم سکوم ۱۵ درصد، کارسینوم سکوم و روده بزرگ بالا ۱۵ درصد، کارسینوم رکتوسیکموئید ۱۵ درصد، لنفوسارکوم سکوم ۱۵ درصد، لنفوسارکوم روده بزرگ و کوچک با هم ۱۵ درصد، لنفوسارکوم زاویه کبدي روده بزرگ ۱۵ درصد، لنفوسارکوم زاویه طحالی روده بزرگ ۱۵ درصد، لنفوسارکوم روده بزرگ پائین رو و سیکموئید ۱۵ درصد و هوجکین روده بزرگ و کوچک ۱۵ درصد بوده است.

شکل ۲۰۱

سن و جنس: سن بیماران به آدنوکارسینوم از ۳۰-۶۰ سال و گرفتاران به لنفوسارکوم از ۱۵-۲۱ سال بوده است. شیوع کارسینوم در زنها ۳۰ درصد و لنفوسارکوم ۱۵ درصد کلیه سرطانها بوده است. این آمار کاملاً با آمارهایی که در سالهای اخیر از طرف این جانب بسازمانها گزارش شده و در مجلات مختلف درج گردیده وفق میدهد.

وضع بیماران قبل از مراجعه: حقیقت آن است که ما نمیتوانیم روشن کنیم که بیماران قبل از اینکه مراجعه کنند و تحت درمان قرار گیرند برای چه مدت زمان بدون علامت بسر برده و چه مدت نشانیهای داشته اند و شاید هم بهمین علت باشد که با وجود کوششهایی

از ۱۲ مورد سرطان اولیه روده بزرگ، ۶ مورد کارسینوم (اپی-تلیوما) و ۵ مورد لنفوسارکوم و یک مورد بیماری هوجکین بوده است و این خود نشان می دهد که تا چه حد تومورهای بدخیم لنفاوی بطور کلی و من جمله در روده بزرگ شایع است. در صورتیکه بعقیده اغلب محققین و طبق آمارهای موجود (۱۲) لنفوسارکوم روده بزرگ ضایعه ایست بس نادر و به شکل توده هایی گوشت مانند در روده بزرگ پدید می آید و سرعت از جدار آن تجاوز میکند و در بافتهای اطراف روده ارتشاح می یابد و غدد لنفاوی محلی را گرفتار می سازد.

علائم بالینی: علائم بیماری خیلی متغیر است و شایع ترین علائم عبارت است از خونروی از مقعد، تغییر وضع اجابت مزاج، درد و انسداد روده. بطوریکه میتوان گفت هر وقت با بیماری مواجه میشویم که خونروی از مقعد دارد و وضع اجابت مزاجش بهم خورده و یا آنکه درد و علائم انسدادی دارد باید اول بفکر سرطان روده بزرگ بيفتم.

نمودار محسن و نرس تو مور بر حسب سن و جنس و نوع تومور

نوع تومور	جنس	سن	۵۵+	۴۰-۵۴	تومور	میرت	اسهال	آسیب	تب
آپاندیس	زن	۶۰	۱۰	۱۰	میرت	۱۰	-	+	-
آپاندیس	زن	۵۵	۵۵	۵۵	تومور	۵۵	-	-	-
آپاندیس	مرد	۶۰	۱۰	۱۰	میرت	۱۰	-	-	-
سکوم	مرد	۵۵	۵۵	۵۵	تومور	۵۵	-	-	-
سکوم	مرد	۶۰	۱۰	۱۰	میرت	۱۰	-	-	-
روده بزرگ، زاویه کبدي	مرد	۶۰	۱۰	۱۰	میرت	۱۰	-	-	-
روده بزرگ، زاویه کبدي	مرد	۵۵	۵۵	۵۵	تومور	۵۵	-	-	-
سکوم و روده بزرگ	مرد	۶۰	۱۰	۱۰	میرت	۱۰	-	-	-
روده بزرگ و کوچک	مرد	۶۰	۱۰	۱۰	میرت	۱۰	-	-	-
روده بزرگ و کوچک	مرد	۵۵	۵۵	۵۵	تومور	۵۵	-	-	-
روده بزرگ و کوچک	مرد	۶۰	۱۰	۱۰	میرت	۱۰	-	-	-
روده بزرگ و کوچک	مرد	۵۵	۵۵	۵۵	تومور	۵۵	-	-	-
روده بزرگ و کوچک	مرد	۶۰	۱۰	۱۰	میرت	۱۰	-	-	-

جدول ۲

چنانکه در جدول (۲) مشاهده میشود، نشانیهای بیماری در گرفتاران به لنفوسارکوم روده بزرگ در ۳۰ درصد درد و در ۶۰ درصد اسهال و در گرفتاران به کارسینوم در ۵۰ درصد درد و در ۳۰ درصد اسهال بوده است.

محل تومور: موضعی که به تومور گرفتار میشود عبارت است از: سکوم، روده بزرگ بالا رو، انحناء یا زاویه کبدي، روده بزرگ عرضی، انحناء یا زاویه طحالی، روده بزرگ پائین رو، سیکموئید و رکتوم.

در این ضایعات، بدون کوچکترین ابهامی، بافت عادی مورد تهاجم ضایعات نئوپلازیک قرار گرفته است.

بعضی از آسیب شناسان، کانسر روده بزرگ و بزرگوار فقط بر اساس سیتولوژی تشخیص می دهند و خاصیت تهاجمی تومور را مورد نظر قرار نمی دهند. البته این امر دو مشکل بزرگ بوجود می آورد، یکی آنکه بدون جهت قسمت زیادی از روده را بر می دارند و دیگری آنکه به اشتباه یک مورد سرطان به آمار خویش اضافه می کنند و این از نظر آمار گیری صحیح نیست و شاید هم به همین جهت است که آمارهای موجود باهم اختلاف دارد.

سرطانهای روده بزرگ با چشم به اشکال پولیپوئید، قرحهای ارتشاحی (انفیلترانت) دیده میشود - اگر پولیپوئید باشد برشهایی که از تمام سطوح تومور تهیه می کنیم یک کارسینوم بی غل و غش و یا بی چون و چرا را نشان میدهد. اگر کانسر جدار یا طبقه عضلانی را فراتر گیرد احتمال وجود متاستاز در غده لنفاوی خیلی کم است ولی عملاً می بینیم که اندازه کارسینوم انفیلترانت با متاستازهای غده لنفاوی نباید ارتباط داشته باشد.

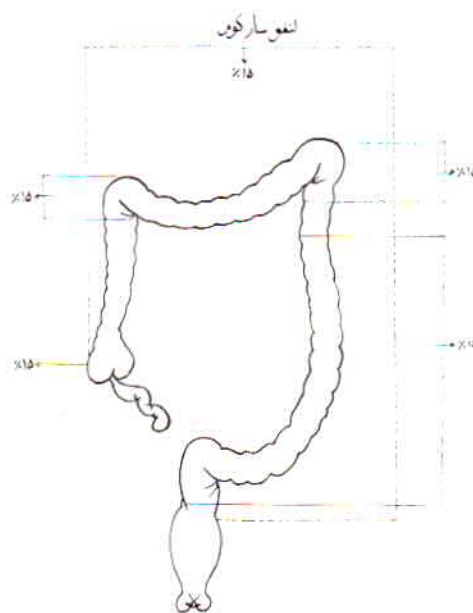
ارتباط بین سرطان و ضایعات دیگر کولون: در روده بزرگ (کولون) دوناخوشی سراغ داریم که با سرطان رابطه بس نزدیک دارند: یکی کولیت اولسراتیو و دیگری پولیپ میباشد.

الف - کولیت اولسراتیو: در قدیم علماء فن و محققین خاطر نشان ساخته اند که کارسینومهایی که روی کولیت اولسراتیو پدید می آیند، یک بیماری کشنده است و معمولاً بیماران جوان گرفتار بدین نوع سرطان می باشند (۹) زیرا که طبق آماری که بدست آمده از ۱۴ نفر گرفتاران بدین نوع سرطان فقط یک نفر تسایک سال زنده بوده است.

ب - پلیپ: وقتی که از تومورهای روده بزرگ صحبت می کنیم برای ما این سؤال پیش می آید که آیا سرطانهای روده بزرگ و پولیپهای آن بهم ارتباط دارند و ضایعاتی پیش تاز بدخیم (Premalignant) هستند یا خیر؟

در ۳۰ سال اخیر درباره ظرفیت بدخیمی پولیپهای کولون آنقدر صحبت شده است و مقالات انتشار یافته که حقیقتاً گیج کننده است بطوریکه بعد از مدت ها مطالعه واقعاً خود نمی توانیم جوابگوی خودمان باشیم.

اساساً اصطلاح و کلمه پلیپ یک اصطلاح بالینی است و مفهوم مرض خاصی ندارد چه هروقت که این اصطلاح را در کلینیک بکار می بریم ممکن است که عارضه حقیقتاً نیک خیم، پیش تاز بدخیم و یا بدخیم باشد و بر حسب آماری که گزارش داده اند (۱) ضایعاتی را که با چشم، پلیپ تشخیص می دهیم ۸۵ درصد پلیپ آدنوماتو، ده درصد آدنوم



شکل ۲- وفور و شیوع لنفوسارکوم روده بزرگ بر حسب موضع تومور

که همکاران بعمل می آورند باز توفیق پیدا نمی کنند که بیماری را خیلی زود یعنی در مراحل پیش رس تشخیص دهند، در حالی که حقیقتاً با سانی میتوان در $\frac{2}{3}$ موارد بیماری را زود تشخیص داد. زیرا که عملاً می بینیم که فقط در ده درصد موارد ممکن است که بیمار علامتی نداشته باشد.

مطلبی که مخصوصاً ذکر آن را لازم میدانم این است که در گرفتاران به سرطان روده بزرگ و رکتوم تست گایاک پایدار و مثبت نیست و در اشخاص سالمند، مخصوصاً در مواردیکه مرض ظاهراً علامتی ندارد، با سیگموئیدوسکوپی میتوان بوجود تومور پی برد و خوشبختانه در همین موارد است که از عمل جراحی نتیجه عالی میتوان گرفت.

خصائص آسیب شناسی: حقیقت این است که پاتولوژیست ها هنوز برای جراحان نمی توانند ضابطه و ملاک معین و واحدی برای تشخیص های خود ارائه دهند و هر یک از آسیب شناسان به تبعیت از مکتبی اصطلاحات مختلفی را بکار می برند. ولی آنچه که امروز ملاک عمل میباشد و کمتر گیج کننده است این است که سرطانهای روده بزرگ را به کارسینوم پولیپوئید، کارسینوم با فراگیری عضلات جدار روده، کارسینوم با فراگیری غده لنفاوی محلی و کارسینوم با متاستاز دوردست معرفی می کنند.

در این گزارش اصطلاح سرطان برای ضایعاتی بکار برده شده است که توانسته ایم کاملاً یک کارسینوم مهاجم را نشان بدهیم.

پاپیلر، ده درصد آدنوکارسینوم پولی پوئید و ۵ درصد هم تومورهای پولی پوئید نوع دیگر میباشد .
خیلی ها بدین عقیده هستند که پلیپ ها بمعنی اعم همان آدنوم ها هستند و پاپیلوم های ویلوزم ضایعاتی هستند کاملاً مستقل و مشخص و جدا گانه (۳) و حقیقت هم همین است زیرا که از نظر ظاهری و میکروسکپیک، این ضایعات اغلب باهم اختلاف زیاد ندارند. ولی هیچگاه نباید فراموش کرد که تمام این ضایعات دراصل یک حالت مرضی هستند و به اصطلاح آسیب شناسی یک پروسس و اساساً نئوپلازی پی تلیوم روده میباشد.

طبقه بندی پولیپ های نیک خیم روده

نوع	یکتا	متعدد
نئوپلازیک	آدنوم آدنوم یا پاپیلر پاپیوم ویلوز	پولی پوزهای آدنوماتو فامیلال
هامار توماتوز	جوونیل پوتز جگر	جوونیل پولی پوزیس سندرم پوتز جگر
آماسی	پولیپ لنفوئیدیک خیم	پولی پوز لنفوئیدیک خیم پولی پوز آماسی
طبقه بندی نشده	منا پلازیک	پولیپ های منا پلازیک متعدد

(جدول ۳)



شکل ۳ - پولیپ آدنوماتوز پایه دار

بطور کلی پولیپ های نیک خیم روده را طبق جدول (۳) تقسیم بندی کرده اند . چنانکه در جدول (۳) ملاحظه می شود بین آدنوم و پاپیلوم ویلوزیک ضایعه خاصی وجود دارد که در حقیقت شکل بینابینی و گذرای (Transitional) آن دومیباشد و به آدنوم پاپیلر خوانده می شود . سالها کلینیسین ها مخصوصاً معتقد بودند که تمام آدنوم ها بالاخره روزی سرطانی می شود (۱) ولی امروز تمایل براین است که برای آدنوم پاپیلر و پاپیوم های ویلوزیک ظرفیت بدخیمی قائل گردند .

منظور از آدنوم چیست؟ آدنوم های نیک خیم معمولی روده بزرگ از سلولهای اپیتلیال بوجود می آیند. این آدنوم ها ممکن است در

تومور ویلوز معمولا بزرگ است و بدون ضایعه، سطحش خشن و بمثل معروف کرک دار است و دارای هزاران استتاله های انگشت مانند میباشد. (شکل ۴-۵-۶)

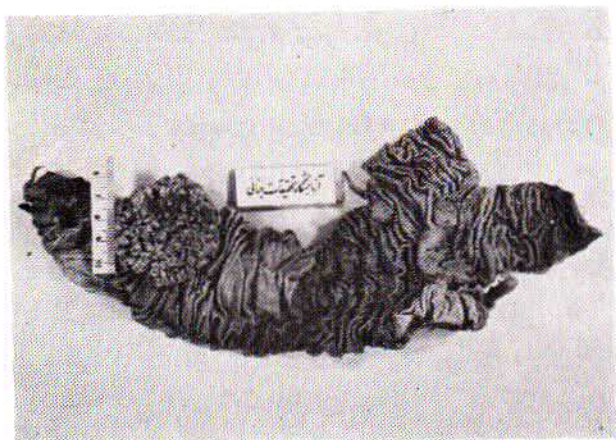
نظر پاتولوژیست ها، رادیولوژیست ها، کلیتیسین ها، جراح ها که هر یک با دید خود به پلیپ های روده بزرگ نگاه میکنند فرق دارد. چه بسا تومورهای بزرگ بی پایه وجود دارد که سطح آنها حکایت از یک آدنوم تی پیک میکند و صرفاً آنها را بواسطه بزرگی و بی پایه بودن بحساب تومورهای ویلوز می آورند در صورتی که این قضاوت از نظر آسیب شناسی صحیح نمی باشد، همینطور تمام تومورهای پایه دار کوچک را آدنوم می پندارند در حالیکه از نظر آسیب شناسی عده از آنها هستند که خاصیت یک تومور ویلوز دارند.

به چه مدرك علمی پلیپ های نئوپلاستیک را پیش تاز سرطانی می پنداریم؟ حقیقت این است که هنوز هیچ دلیل قانع کننده در دست نداریم که آدنوم، آدنوم پاپیلر و پاپیلوم ویلوز استعداد خاصی بگرایش بدخیمی داشته باشد و با آنکه اغلب سرطان های روده بزرگ از این پلیپ های نئوپلاستیک ناشی می شود ولی از طرفی دیگر می بینیم که این خود یک عقیده همگانی گردیده است که پلیپ های نئوپلاستیک نیک خیم، پیش تاز بدخیمی هستند.

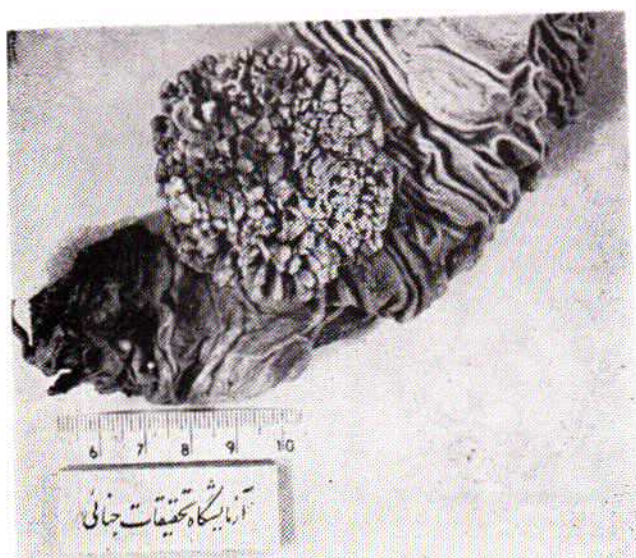
گمان میکنم که بتوانیم تمام این جروب بحث ها، ضد و نقیض ها که فایده ای جز گیج کردن ندارند چنین خلاصه کنیم:

آیا با چشم میتوان گفت که فلان تومور سرطان میگرد و یا گرایش فلان تومور ب سرطان شدن بیشتر است؟

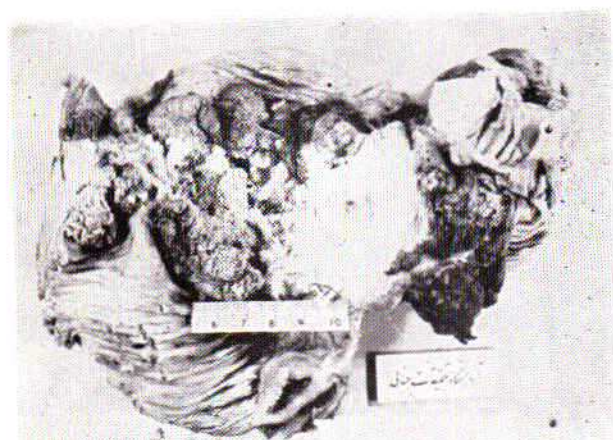
چه بسا اتفاق می افتد که با مشاهده عینی، توموری را نیک خیم می پنداریم در حالی که قسمتی از آن و یا تمام آن در آزمایش میکروسکوپی حکایت از یک سرطان مهاجم میکند و در حدود ۲۵ درصد از نمونه های جراحی سرطان روده بزرگ و رکتوم با پلیپ های آدنوماتو نیک خیم همراه است - علاوه بر این عملا می بینیم سرطان های روده بزرگ در اشخاصی که قبلا تومور نیک خیم داشته اند (۳) دو مرتبه شایع تر است. آیا بدین دلیل می توان گفت که شاید این سرطانها از پلیپ های آدنوماتوی پیدا میشوند که از نظر بالینی علامت بارزی نداشته و از نظر مخفی بوده است؟ سرطانهای پیشرس روده بزرگ بیشتر بشکل پولیپوئید و کمتر بصورت ضایعه پهن و صاف است بدون اینکه قبلا توموری نیک خیم وجود داشته باشد. برای پاتولوژیست ها خیلی اتفاق می افتد که در مجاورت کارسینوم مهاجم، باقی مانده تومور نیک خیمی را مشاهده کنند. در هر حال تومورهایی که بظاهر نیک خیم است، خواه آدنوم پاپیلر و خواه پاپیلوم ویلوز، گاهی اوقات در آزمایش میکروسکوپی در آنها کانون های کوچک سرطان مهاجمی مشهود



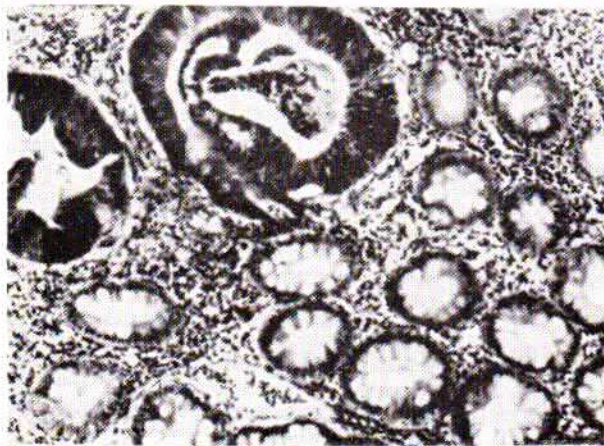
شکل ۴- پاپیوم ویلوز بی پایه، سطحی دارد زبر و خشن و دارای عده زیادی زوائد انگشت مانند می باشد



شکل ۵- پاپیوم ویلوز بی پایه، سطحی دارد زبر و خشن و دارای عده زیادی زوائد انگشت مانند می باشد



شکل ۶- تومور بزرگ بی پایه بعضی نقاط منفرد آدنوم و در نقاطی دیگر منفرد ویلوز جلب توجه می کند



شکل ۹ - بین مخاطی که سلامت است و مخاطی که سرطانی شده است اختلاف کمی وجود دارد و هیچ مرحله بینابینی بین بافت سالم و سرطانی وجود ندارد

۴- پولیپ‌های بی‌پایه زیادتر از پلیپ‌های پایه‌دار گرایش سرطانی شدن را نشان می‌دهد .

۵- پاپیلوم‌های ویلوز در ۵۰ درصد از موارد نمای بدخیمی نشان می‌دهد.

۶- پولیپ‌ها در پولی‌پوز متعدد خانوادگی اغلب گرایش سرطانی دارند . خلاصه آنکه بهتر است پزشک و جراح پولیپ‌های کولورکتال را یک بافت غیرطبیعی پندارند که اغلب با کارسینوم همراه است و هرچه زودتر باید آنها را بیوپسی کنند . (شکل ۹) پولیپوز خانوادگی (فامیلیال) روده بزرگ خود ضایعه خاص است که از آدنوم‌های دیگر باید تفکیک شود . ضایعه ایست موروثی، زن و مرد هر دو بیماری را انتقال می‌دهند . معمولاً در این بیماری آدنوم زودتر از پولیپ‌های آدنوماتو پیدایش می‌شود و ممکن است یک یا چند تای آن به کانسر گراید . تغییرات کارسینومی در این ضایعه ۲۰ سال زودتر از موارد دیگر کانسر ، یعنی در حدود سن ۲۰-۳۰، پدید می‌آید . در آزمایش نظری ملاحظه می‌کنیم که روده پشته پشته و حاوی پلیپ‌هایی است . این پلیپ‌ها ممکن است خیلی کوچک و فقط بصورت برجستگی مختصر مخاطی ظاهر کند و با آنکه بصورت پلیپ‌های درشت (۷) درآید ولی در هر صورت چنانچه اولسراسیون پیدا کند باید بگرایش سرطانی آن مشکوک شد . در پولیپوز فامیلیال، فعالیت اپی‌تلیالی از پلیپی تا پلیپ دیگر وحتى در نقاط مختلف تومور فرق می‌کند .

مطلبی را که باید توجه داشت این است که با مواد و عوامل مولد سرطان (کانسرین) می‌توان هم آدنوم و هم کارسینوم بوجود آورد و محققین مخصوصاً خاطر نشان ساخته‌اند که وضع کروموزومی آدنوم‌ها و آدنو کارسینوم‌ها مشابه است و از این رومیتوان گفت که شاید

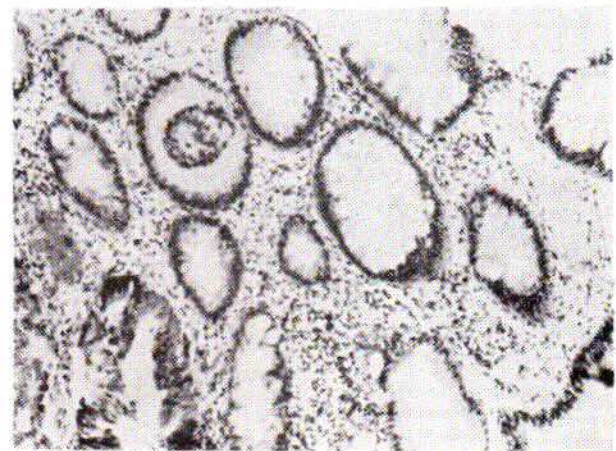
میشود . قدر مسلم آن است که این مجادلات و مشاهدات علمی که در باره پیش‌تاز بدخیمی بعضی از تومورهای روده بزرگ بیان داشتیم، هیچگاه نمی‌تواند حقیقتاً راهنمای درمانی باشد ولی این حقیقت را هم نباید از نظر دور داشت که اساساً (۱) پولیپ‌های آدنوماتو بندرت سرطانی شدن می‌گیرند و آنچه که بیشتر در گرایش بدخیمی نشان می‌دهد، پاپیلوم‌های ویلوز می‌باشد .

بطور کلی آنچه که درباره تومورهای روده بزرگ و رکتوم باید در نظر داشت این است که :

۱- زیاد بودن غده پلیپ‌های روده بزرگ و رکتوم دلیل بر این نیست که از سرطانی شدن ایمن باشند .

۲- مخاطی که روی پلیپ پایه‌دار را می‌پوشاند ایمن از سرطانی شدن نمی‌باشد .

۳- پولیپ‌هایی که بصورت ظاهر یک خیم هستند ممکن است کانونهای کوچک سرطانی این سایت و دربرداشته باشد. (شکل ۷-۸)



شکل ۷ - مشخص نمای ریزبینی (تومور) است که از نظر بالینی یک خیم بوده است - در مجاورت چند غده طبیعی سازمانی دیده می‌شود که از نظر مورفولوژی سالی و آسیب شناسی خاصیت بدخیمی دارد



شکل ۸ - مشخص نمای ریزبینی توموری است که از نظر بالینی یک خیم بوده است - در نمونه پالین و دست راست شده‌ای دیده می‌شود که از نظر مورفولوژی سلولی و آسیب شناسی خاصیت بدخیمی دارد



شکل ۱۲ - آدنوم پاپیلر. جوانه توموری از یک حور بافت همبند و یک ردیف سلولهای اپی تلیال تشکیل یافته



شکل ۱۳ - خصائص بدخیمی در جوانه های توموری مشهور داست

بطوریکه میتوان گفت اساساً یک مرحله بینابینی بین حالت سلامتی و سرطانی وجود ندارد واکثراً نمی توانیم ثابت کنیم که حقیقتاً در مواضعی که سرطان تشخیص میدهم یک پولیپ آدنوماتوز پیش موجود داشته است .

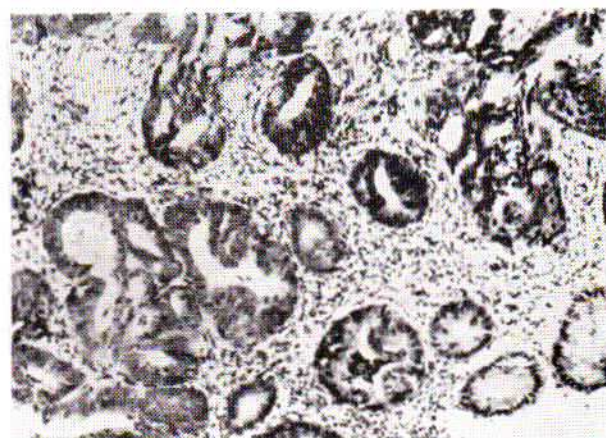
مطلبی را که مخصوصاً باید مدنظر شد این است که خیلی از پلیپهای آدنوماتوز نیک خیم ممکن است که از وضع طبیعی و عادی خود تغییر کند و بهمین جهت است که در این موارد پاتولوژیستها بعضی اصطلاحاتی از قبیل مطبق بودن هسته، کارسینوم این سائیتوباعلامت استفهام وامکان کانسرا بکار میبرند و خیلی از بیماران هستند که بواسطه همین تشخیصهای دو پهلو تحت عمل جراحی قرار میگیرند. (شکل ۱۲-۱۳)

متاستاز لنفا تیک در سرطانه های پیشرس : طبق آماری که انتشار یافته در مواردی که کانسر محدود به مخاط و تحت مخاط است فقط ده درصد موارد متاستاز وجود داشته و در مواردی که از مخاط و تحت مخاط تجاوز کرده باشد نسبت متاستاز ۱۲ درصد و در مواردی

حقیقتاً پلیپهای آدنوماتوز خود مرحله ای از کانسر باشد . اگر پلیپهای نیک خیم از قبیل آدنوم، آدنوم پاپیلر، پاپیلوم ویلوز تمام مربوط به رویش نئوپلازیک اپی تلیوم روده باشد این سؤال پیش می آید که چرا تغییرات نئوپلازیک گاهی اوقات مهاجم میشود و گرایش سرطانی شدن پیدا می کند .

از آمار و اطلاعاتی که بدست آمده (۳) چنین استنباط میشود که اساساً سرطان روده بزرگ باید یک ضایعه ای بامشی کند باشد . چون ضایعه بدخیم مهاجم پیشرفت کند تومور نیک خیم پیش موجود از بین میرود . در اینجا است وقتی تومور را مشاهده میکنیم دوفکر ممکن است پیدا شود: یکی آنکه کارسینوم موجود خود بخود قیام نموده و یا آنکه هر بافتی که از تومور نیک خیم باقی مانده جای آن را ضایعات سرطانی گرفته است .

امروز اغلب پاتولوژیستها عقیده ندارند که کارسینومهای کولون از پلیپهای آدنوماتوز پیش موجود بوجود می آید (۷) زیرا که اکثر آ می بینیم بین مخاطی که سلامت است و مخاطی که سرطانی شده است اختلاف کلی وجود دارد. (شکل ۱۰-۱۱)



شکل ۱۰ - بین مخاطی که سلامت است و مخاطی که سرطانی شده است اختلاف کلی وجود دارد و هیچ مرحله بینابینی بین بافت سالم و سرطانی وجود ندارد



شکل ۱۱ - ب بین مخاطی که سلامت است و مخاطی که سرطانی شده است اختلاف کلی وجود دارد و هیچ مرحله بینابینی بین بافت سالم و سرطانی وجود ندارد

که از تمام جدارها گذشته باشد ۵۸ درصد متاستاز وجود داشته است و بطور کلی قبل از آنکه تمام جدار گرفتار شود احتمال متاستاز لنفاوی کمتر است.

اهمیت آدنوکارسینوم متعدد روده بزرگ: قدر مسلم آن است که تومورهای متعدد یک عضو، مهاجم تر از تومورهای منحصراً بفرد آن عضو میباشد. بدیهی است اگر چنین نظری (۵) را قبول کنیم طرز درمان و عمل جراحی تومورهای متعدد با تومورهای منحصراً بفرد فرق میکند.

بدیخته‌انه انتشارات درباره کانسر متعدد کولورکتال تا اندازه گنج کننده است. بعضی از محققین تومورهای متعدد همزمان و یا به عبارت دیگر تومورهای سنکرون (Synchron) را از تومورهائی که بعداً پیدامیشود و به تومورهای متاکرون (Metachron) موسومند، جدا نمیکنند. بر حسب مطالعاتی که شده نشان داده اند که سن بیماران با کارسینوم متعدد با سن بیماران گرفتار به کارسینوم یکتاً فرق دارد. معمولاً سن کسانی که تومورهای همزمان (سنکرون) دارند از ۵۰ کمتر نیست ولی از حیث جنس اختلافی وجود ندارد، بطور کلی (۵) کانسرهای متعدد همزمان با تومورهای یکتاً از سه جهت اختلاف دارد:

۱- تومورهای متعدد در سرتاسر روده بزرگ دیده میشود نه فقط در رکتوم.

۲- بیشتر در اشخاص مسن پدید می آید و پیش آگهی آنها بمراتب

بدتر است.

آیا نما و منظره میکروسکوپی در پیش آگهی بیماری تأثیر دارد؟ شاید آزمایش میکروسکوپی یک گانه راهنمای جراح باشد، هر قدر که دیفرانسیاسیون سلولی بهتر انجام گرفته باشد احتمال زیاد شدن عمر بیمار بیشتر است.

عواملی که در درمان و بهبود بیمار اثر دارد

۱- مدت بیماری - اگر چه بنظر می آید (۹) که بیمارانی که زودتر مراجعه میکنند از درمان نتیجه بهتری می گیرند و حال اینکه این نظر نباید لاقلاً همیشه درست باشد زیرا که زود مراجعه کردن بیمار ممکن است مربوط باین باشد که بیماری خیلی بدخیم بوده و علائم مرضی سرعت پدید آمده است و اغلب در همین موارد است که یک عمل فوری و ضروری ایجاب میگردد ولی از طرف دیگر بیمارانی که درجه بدخیمی بیماریشان شدید نیست ممکن است مدت مدیدی علائمی داشته و بعداً مراجعه نمایند و عملاً می بینیم این دسته اخیر از درمان نتیجه بهتری میگیرند.

۲- محل تومور - محل تومور در تأثیر درمان و بهبود بیمار بسیار اهمیت دارد، ولی در اینجا یک سؤال پیش می آید و آن این است که آیا نمیتوان گفت در آن مواضعی که دسترسی بیشتری به تومور وجود دارد مرض زودتر تشخیص داده میشود و عمل بموقع انجام میگردد و در نقاطی که دسترسی نیست مدتها ممکن است که مرض بحال خود بوده و سیر عادی خود را 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 managment 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 practitioner 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.

- 8- J. Shelton Horsley, 111 Douglas 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.