

وفور و شیوع و اشکال هیستولوژیک سرطان روده بزرگ

درا بران

مجله علمی نظام پزشکی

سال ۲، شماره ۲-۱، صفحه ۱، ۱۳۵۰

* دکتر کمال الدین آرمین

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

برای ارزش‌یابی و فوراً چگونگی یک 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 کالبدگشائی که سن بیماران از ۱۴ بیالا بوده است بطور کلی ۷۳ مورد سرطان معده و ۱۵ مورد سرطان مری ۱۲۶ 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)

نحوه و شیوع سرطان معده - مری - هنوز بزرگ

روده بزرگ	مری	معده	عدد اتوپسی
۱۲	۱۵	۷۳	۲۲۷۲

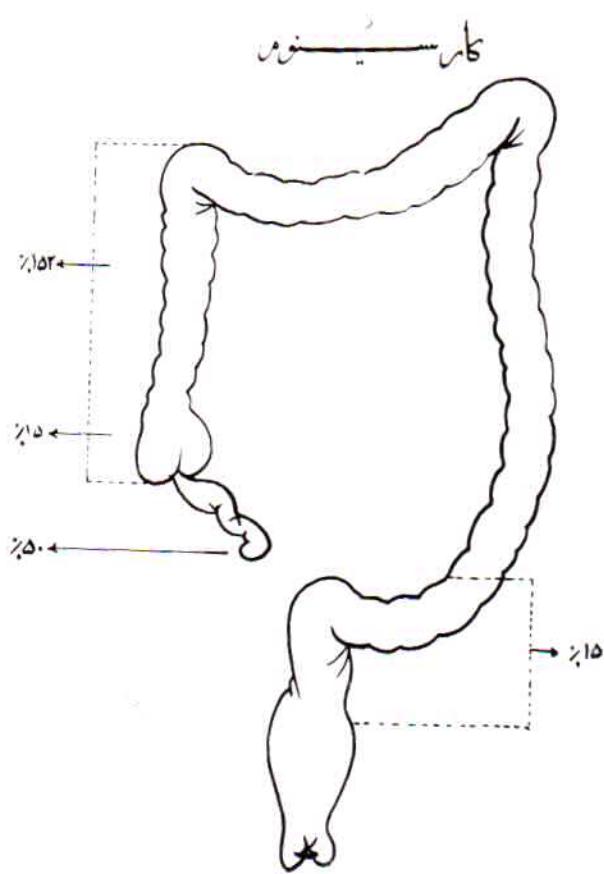
جدول ۱

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 بلای جان‌گاه تغییر کرده است.

سرطان‌های روده بزرگ از آن جمله سرطان‌هایی 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) بعداز 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 بسرطان روده بزرگ از یک طرف بواسطه پیشرفت روش‌های جراحی و از طرف دیگر بعلت اینکه معمولاً تumorهای روده بزرگ در دسترس هستند و بهتر و سهولت‌می‌توان تumor را در مراحل پیشرس تشخیص داد افزایش یافته است. ۸۰ درصد بیماران که زود و بموضع و با روشنی مناسب و عاقلانه عمل جراحی شده‌اند (۶) از ۵ سال بیشتر زندگی می‌کنند.

بدیهی است در ایران هم سرطان روده بزرگ ورکنوم یکی از مشکلات روزمره پزشکان و جراحان می‌باشد و جادارده که از هر حيث مورد توجه و دقت خاص همکاران قرار گیرد تا شاید بسیم خود بتوانیم در کشورمان روش‌نگر این بیماری گردیم.

متاسفانه اکنون برای مامقduct نیست که در باره چگونگی و وفور و شیوع سرطان‌های روده بزرگ سخنی بگوئیم و اظهار عقیده کنیم که نسبت به سابق کم یا زیادتر شده است زیرا آمار صحیحی از



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

دراین بررسی کارسینوم آپاندیس ۵۰ درصد، کارسینوم سکوم ۱۵ درصد، کارسینوم سکوم روده بزرگ بالا رو ۱۵ درصد، کارسینوم رکتوسیگموئید ۱۵ درصد، لنفوسارکوم سکوم ۱۵ درصد، لنفوسارکوم زاویه کبدی روده بزرگ و کوچک باعمر ۱۵ درصد، لنفوسارکوم زاویه طحالی روده بزرگ روده بزرگ ۱۵ درصد، لنفوسارکوم روده بزرگ پائین رو و سیگموئید ۱۵ درصد و هوجکین روده بزرگ و کوچک ۱۵ درصد بوده است.

شکل ۲۹۱ سن و جنس : سن بیماران به آدنوکارسینوم از ۳۰-۶۰ سال

و گرفتاران به لنفوسارکوم از ۲۱-۱۵ سال بوده است. شیوع کارسینوم در زنها ۳۰ درصد و لنفوسارکوم ۱۵ درصد کلیه سرطانها بوده است. این آمار کاملاً با آمارهای 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 نشانهایی داشته‌اند و شاید هم بهمین علت باشد که با وجود کوششهای

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 می‌دهد که تا چه حد تومورهای بدخیم لنفاوی بطور کلی و من جمله در روده بزرگ شایع است. در صورتیکه بعقیده اغلب محققین وطبق آمارهای موجود (۱۲) لنفوسارکوم روده بزرگ ضایعه‌ایست بس نادر و به شکل توده‌هایی کوشت مانند در روده بزرگ پدید می‌آید و بسرعت از جدار آن تجاوز می‌کند و در بافت‌های اطراف روده ارتashاج می‌شود و غدد لنفاوی محلی را گرفتار می‌سازد.

علائم بالینی : علائم بیماری خیلی متغیر است و شایع‌ترین علائم عبارت است از خونریزی از مقعد، تغییر وضع اجابت مزاج، درد و انسداد روده. بطوریکه میتوان گفته‌های وقت با بیماری مواجه می‌شویم که خونریزی از مقعد دارد و وضع اجابت مزاجش بهم خورده و یا آنکه درد و علائم انسدادی دارد باید اول بفکر سرطان روده بزرگ بینشیم.

تعداد مبتلیان تصوری بر حسب سن و میزان افزایش

سن	نوع تومور	جنس	آجابت	تب	اسهال	بیماری	تومور	عمر	جنس	سن
۱۰-۱۴	آدنوکارسینوم	آدنوکارسینوم	-	-	-	-	مهوب	۱۰	۱۰-۱۴	آدنوکارسینوم
۱۵-۱۹	آدنوکارسینوم	آدنوکارسینوم	-	-	-	-	مهوب	۱۵	۱۵-۱۹	آدنوکارسینوم
۲۰-۲۴	آدنوکارسینوم	آدنوکارسینوم	-	-	-	-	مهوب	۲۰	۲۰-۲۴	آدنوکارسینوم
۲۵-۲۹	آدنوکارسینوم	آدنوکارسینوم	-	-	-	-	مهوب	۲۵	۲۵-۲۹	آدنوکارسینوم
۳۰-۳۴	آدنوکارسینوم	آدنوکارسینوم	-	-	-	-	مهوب	۳۰	۳۰-۳۴	آدنوکارسینوم
۳۵-۳۹	آدنوکارسینوم	آدنوکارسینوم	-	-	-	-	مهوب	۳۵	۳۵-۳۹	آدنوکارسینوم
۴۰-۴۴	آدنوکارسینوم	آدنوکارسینوم	-	-	-	-	مهوب	۴۰	۴۰-۴۴	آدنوکارسینوم
۴۵-۴۹	آدنوکارسینوم	آدنوکارسینوم	-	-	-	-	مهوب	۴۵	۴۵-۴۹	آدنوکارسینوم
۵۰-۵۴	آدنوکارسینوم	آدنوکارسینوم	-	-	-	-	مهوب	۵۰	۵۰-۵۴	آدنوکارسینوم
۵۵-۵۹	آدنوکارسینوم	آدنوکارسینوم	-	-	-	-	مهوب	۵۵	۵۵-۵۹	آدنوکارسینوم
۶۰-۶۴	آدنوکارسینوم	آدنوکارسینوم	-	-	-	-	مهوب	۶۰	۶۰-۶۴	آدنوکارسینوم
۶۵-۷۹	آدنوکارسینوم	آدنوکارسینوم	-	-	-	-	مهوب	۶۵	۶۵-۷۹	آدنوکارسینوم
۸۰-۸۴	آدنوکارسینوم	آدنوکارسینوم	-	-	-	-	مهوب	۸۰	۸۰-۸۴	آدنوکارسینوم
۸۵-۸۹	آدنوکارسینوم	آدنوکارسینوم	-	-	-	-	مهوب	۸۵	۸۵-۸۹	آدنوکارسینوم
۹۰-۹۴	آدنوکارسینوم	آدنوکارسینوم	-	-	-	-	مهوب	۹۰	۹۰-۹۴	آدنوکارسینوم
۹۵-۹۹	آدنوکارسینوم	آدنوکارسینوم	-	-	-	-	مهوب	۹۵	۹۵-۹۹	آدنوکارسینوم
۱۰۰	آدنوکارسینوم	آدنوکارسینوم	-	-	-	-	مهوب	۱۰۰	۱۰۰	آدنوکارسینوم

جدول ۲

چنانکه در جدول (۲) مشاهده می‌شود، نشانهای 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 بتومن گرفتار می‌شود عبارت است از: سکوم، روده بزرگ بالا رو، انحناء یا زاویه کبدی، روده بزرگ عرضی، انحناء یا زاویه طحالی، روده بزرگ پائین رو، سیگموئید و رکتوم.

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

بعضی از آسیب‌شناسان، کانسر روده بزرگ و یارک‌توم را فقط بر اساس سیتو‌لوزی تشخیص می‌دهند و خاصیت تهاجمی تومور را مورد تظر قرار نمیدهند. البته این امر دو مشکل بزرگ بوجود می‌آورد، یکی آنکه بدون جهت قسمت زیادی از روده را بر میدارند و دیگر آنکه به اشتباہ یک‌مورد سرطان به آمارخویش اضافه می‌کنند و این از نظر آمارگیری صحیح نیست و شاید هم بهمین جهت است که آمارهای موجود باهم اختلاف دارد.

سرطانهای روده بزرگ با چشم به اشکال پولیپوئید، قرحمای، ارشاحری (انفیلتراнт) دیده می‌شود - اگر پولیپوئید باشد برشهایی که از تمام سطوح تومور تهیه می‌کنیم یک کارسینوم بی‌غل غش ویا بی‌چون و چرا را نشان میدهد. اگر کانسر جدار یا طبقه عضلانی را فرانگیرد احتمال وجود متاستاز در غده لنفاوی خیلی کم است ولی عملاً می‌بینیم که اندازه کارسینوم انفیلتراнт با متاستازهای غدد لنفاوی نباید ارتباط داشته باشد.

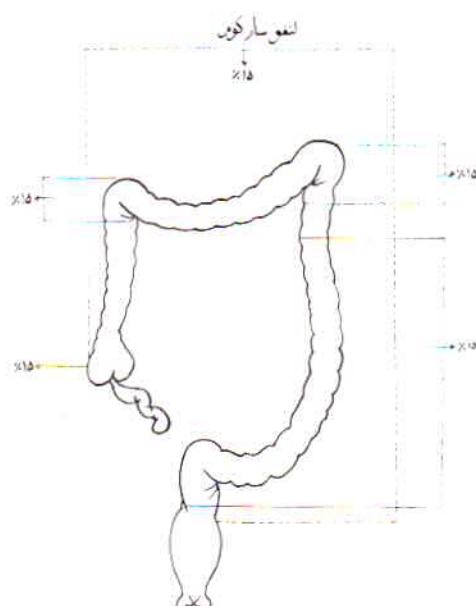
ارتباط بین سرطان و ضایعات دیگر کولون: در روده بزرگ (کولون) دوناخوشی سراغ داریم که با سرطان رابطه بس نزدیک دارند: یکی کولیت اولسراتیو و دیگری پولیپ می‌باشد.

الف - کولیت اولسراتیو: در قدیم علماء فن و محققین خاطر نشان ساخته‌اند که کارسینوم‌هاییکه روی کولیت اولسراتیو پدیده می‌اند، یک بیماری کشنده است و معمولاً بیماران جوان گرفتار بدین نوع سرطان می‌باشند (۹) زیرا که طبق آماریکه بدست آمده از ۱۴ نفر گرفتاران بدین نوع سرطان فقط یک نفر تا یک سال زنده بوده است.

ب - پولیپ: وقتیکه از تومورهای روده بزرگ صحبت می‌کنیم برای ما این سوال پیش می‌آید که آیا سرطان‌های روده بزرگ و پولیپ‌های آن بهم ارتباط دارند و ضایعاتی پیش تازبدهیم (Premalignant) هستند یا خیر؟

در ۳۰ سال اخیر در باره ظرفیت بدخیمی پولیپ‌های کولون آنقدر صحبت شده است و مقایلات انتشار یافته که حقیقتاً گیج کننده است بطوریکه بعداز مدت‌های طالعه واقعاً خود نمی‌توانیم جوابگوی خودمان باشیم.

اساساً اصطلاح و کلمه پولیپ یک اصطلاح بالینی است و مفهوم مرض خاصی ندارد چه هر وقت که این اصطلاح را در کلینیک بکار می‌بریم ممکن است که عارضه حقیقتاً نیک خیم، پیش تازبدهیم ویا بدخیم باشد و بر حسب آماری که گزارش داده اند (۱) ضایعاتی را که با چشم، پولیپ تشخیص میدهیم ۸۵ درصد پولیپ آدنوماتو، ده درصد آدنوم



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

که همکاران بعمل می‌آورند باز توفيق پیدا نمی‌کنند که بیماری را خیلی زود یعنی در مرحله پیش‌رس تشخیص دهنند، در حالیکه حقیقتاً باسانی می‌توان در $\frac{2}{3}$ موارد بیماری را زود تشخیص داد. زیرا که عملاً می‌بینیم که فقط در ده درصد موارد ممکن است که بیمار عالمی نداشته باشد.

مطلوبی که مخصوصاً ذکر آن را لازم میداند این است که در گرفتاران به سرطان روده بزرگ ورکتوم تست گایاک پایدار و مثبت نیست و در اشخاص سالم‌اند، مخصوصاً در مواردیکه مرض ظاهرآ علامتی ندارد، با سیگموئیدوسکوپی می‌توان بوجود تومور پی‌برد و خوشبختانه در همین موارد است که از عمل جراحی نتیجه عالی می‌توان گرفت.

خصائص آسیب‌شناسی: حقیقت این است که پاتولوژیست‌ها هنوز برای جراحان نمی‌توانند پاضه و مالک معین و واحدی برای تشخیص‌های خود ارائه دهند و هر یک آسیب‌شناسان به تعییت از مکتبی اصطلاحات مختلفی را بکار می‌برند. ولی آنچه که امروز ملاک عمل می‌باشد و کمتر گیج کننده است این است که سرطان‌های روده بزرگ را به کارسینوم پولیپوئید، کارسینوم یافراگیری عضلات جدار روده، کارسینوم با فراگیری غدد لنفاوی محلی و کارسینوم با متاستاز دور است معرفی می‌کنند.

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

سر تاسی روده بزرگ دیده شود، پایه دار یا بدون پایه، یکتا و یا متعدد باشد و معمولاً طبق یکی از آمارهای مطالعه شده (۷) ۴۰ درصد در کولون راست، ۴۰ درصد در کولون چپ و ۲۰ درصد در کولون عرضی مشاهده می شود. در حالیکه کارسینوم بیشتر در رکتوم، سکوم و یا رکتوسیگموئید وجود دارد. (شکل ۳)

منظور از آدنوم پاپیلر چیست؟

آدنوم پاپیلر عبارت است از یک نشوپلازی نیک خیم که در داخل روده و بصورت توడه بر جسته جلومی آید و از خصوصیات آن این است که بجدران روده ارتضاح نمی یابد. آدنوم پاپیلر ممکن است بدون پایه یا پایه دار باشد. معمولاً نرم و صاف است و هیچگونه سفتی و سختی در آن دیده نمی شود و مخاطی که رویش را می پوشاند از حیث رنگ شبیه مخاط معمولی کولون است. قطر تومور ممکن است یک میلیمتر تا چند سانتیمتر باشد، تدریجاً با گذشت زمان نمو می کند و پایه آنها دراز می شود. سراین تومورها معمولاً گرد و بواسطه چین های کم و بیش عمیقی که بهم بر بوط می شوند ممکن است شکل لو بوله یعنی پشه پنهان پیدا کند.



شکل ۳ - پولیپ آدنوماتوز پایه دار

پاپیلر، ده درصد آدنوم کارسینوم پولی پوئید و ۵ درصد هم تومورهای پولی پوئید نو دیگر میباشد.

خیلی ها بدین عقیده هستند که پلیپ ها معنی اعم همان آدنوم ها هستند و پاپیلوم های ویلوز هم ضایعاتی هستند کاملاً مستقل و مشخص وجود اگانه (۳) و حقیقت هم همین است زیرا که از نظر ظاهری و میکروسکوپیک، این ضایعات اغلب باهم اختلاف زیاد ندارند. ولی هیچگاه نباید فراموش کرد که تمام این ضایعات در اصل یک حالت مرضی هستند و به اصطلاح آسیب شناسی یک پروسس و اساساً نشوپلازی اپیتلیوم روده میباشند.

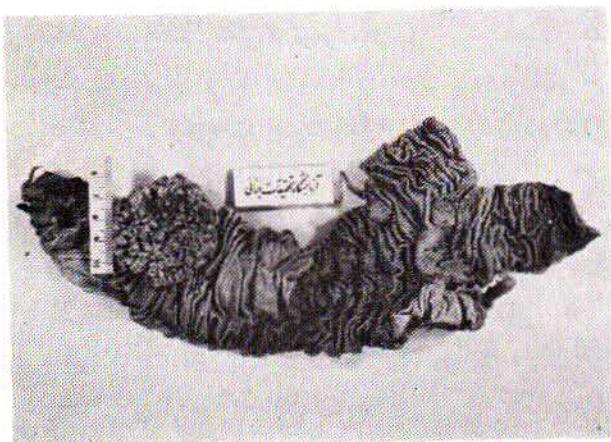
طبقه بندی پولیپ های نیک خیم روده

نوع	یکتا	متعدد
نشوپلازیک	آدنوم آدنوم پاپیلر پاپیلوم ویلوز	پولیپ های آدنوماتو فامیلیال
هاما توماتوز	جود نیل جود نیل پولیپ های سندرم پوتز چکر	جود نیل پولیپ های سندرم پوتز چکر
آماتی	پولیپ لفوفیلید نیک خیم پولیپ آزماسی	پولیپ لفوفیلید نیک خیم
طبقه بندی نشده	متنا پلازیک متعدد	پولیپ های متنا پلازیک

(جدول ۳)

بطور کلی پولیپ های نیک خیم روده را طبق جدول (۳) تقسیم بندی کرده اند. چنان که در جدول (۳) ملاحظه می شود بین آدنوم و پاپیلوم ویلوزیک ضایعه خاصی وجود دارد که در حقیقت شکل بینایی و گذرای (Transitional) آن دو میباشد و به آدنوم پاپیلر خواهد می شود. سالهای 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 پاپیلوم های ویلوزیک ظرفیت بد خیمی قائل گردد.

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



شکل ۴- پاپیوم و یلوز بی‌بایه، سطحی داره زبر و خشن و دارای عده زیادی زوال‌دانگشت مانند می‌باشد



شکل ۵- پاپیوم و یلوز بی‌بایه، سطحی داره زبر و خشن و دارای عده زیادی زوال‌دانگشت مانند می‌باشد



شکل ۶- تومور بزرگ بی‌بایه بعضی نقاط منظره آدنوم و در نقاطی دیگر منظره و یلوز جلب توجه‌هایی کند

تومور و یلوز معمولاً بزرگ است و بدون ضایعه، سطحی خشن و بمثیل معروف کرکدار است و دارای هزاران استطلاعهای انگشت‌مانند می‌باشد. (شکل ۴-۵)

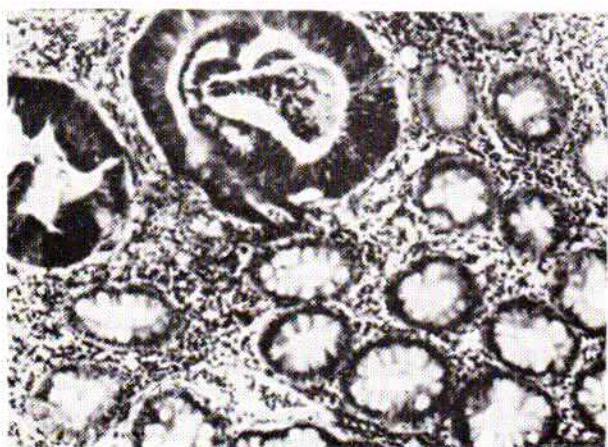
نظر پاتولوژیست‌ها، رادیولوژیست‌ها، کلینیسین‌ها، جراح‌ها که هریک با دید خود به پلیپ‌های روده بزرگ نگاه می‌کنند فرق دارد. چه بسا تومورهای بزرگ بی‌بایه وجود دارد که سطح آنها حکایت از یک آدنوم پیک می‌کنند و صرف‌آنها را بواسطه بزرگی و بی‌بایه بودن بحساب تومورهای ویلوز می‌آورند در صورتی که این قضاوت از نظر آسیب‌شناسی صحیح نمی‌باشد، همینطور تمام تومورهای پایدار کوچک را آدنوم می‌پندارند درحالیکه از نظر آسیب‌شناسی عده‌ای آنها هستند که خاصیت یک تومور و یلوز دارند.

به چه مردک علمی پلیپ‌های نئوپلاستیک را پیشناز سرطانی مینهنداریم؟ حقیقت این است که هنوز هیچ دلیل قانع کننده در دست نداریم که آدنوم، آدنوم پاپیلر و پاپیلوم و یلوز استعداد خاصی بگایش بدخیمی داشته باشد و با آنکه اغلب سرطان‌های روده بزرگ از این پلیپ‌های نئوپلاستیک ناشی می‌شود ولی از ظرفی دیگر می‌بینیم که این خود یک عقیده همگانی گردیده است که پلیپ‌های نئوپلاستیک نیک‌خیم، پیشاز بدخیمی هستند.

گمان می‌کنیم که بتوانیم تمام این جرو و بحث‌ها، ضد و نقیض‌ها که فایده‌ای جز گیج کردن ندارند چنین خلاصه کنیم: آیا با چشم میتوان گفت که فلان تومور سرطان می‌گراید و یا گرایش فلان تومور سرطان شدن بیشتر است؟

چه بسا اتفاق می‌افتد که با مشاهده عینی، توموری را نیک‌خیم می‌پنداریم درحالی که قسمتی از آن ویا تمام آن در آزمایش میکرو‌سکوپی حکایت از یک سرطان مهاجم می‌کند و در حدود ۲۵ درصد از نمونه‌های جراحی سرطان روده بزرگ و رکتوم با پلیپ‌های آدنوماتو نیک‌خیم همراه است - علاوه بر این عملان می‌بینیم -

سرطان‌های روده بزرگ در اشخاصی که قبل از تومور نیک‌خیم داشته‌اند (۳) دو مرتبه شایع‌تر است. آیا بدين دلیل می‌توان گفت که شاید این سرطان‌ها از پلیپ‌های آدنوماتوی پیدا می‌شوند که از نظر بالینی علامت بارزی نداشته و از نظر مخفی بوده است؟ سرطان‌های پیشرس روده بزرگ بیشتر بشکل پولی پوئید و کمتر بصورت ضایعه پهنه و صاف است بدون اینکه قبل از تومور نیک‌خیم وجود داشته باشد. برای پاتولوژیست‌ها خیلی اتفاق می‌افتد که در مجاورت کارسینوم مهاجم، باقی‌مانده تومور نیک‌خیمی را مشاهده کنند. در هر حال تومورهایی که بظاهر نیک‌خیم است، خواه آدنوم پاپیلر و خواه پاپیلوم و یلوز، گاهی اوقات در آزمایش میکرو‌سکوپیک در آنها کانون‌های کوچک سرطان مهاجمی مشهود



شکل ۹ - بین مخاطی که سلامت است و مخاطی که سرطانی شده است اختلاف کلی وجود دارد و هیچ مرحله بینا بینی بین بافت سالم و سرطانی وجود ندارد

۴- پولیپ‌های بی‌بایه زیادتر از پولیپ‌های 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 غیر طبیعی پنداشند 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. ضایعه‌ایست موروثی، زن و مرد هردو بیماری را انتقال میدهند. عموماً در این بیماری آدنوم زودتر از پولیپ‌های آدنوماتو پیدا 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 سنین ۳۰-۲۰، پدید می‌آید. در آزمایش نظری ملاحظه می‌کنیم که روده پشته پشته و حاوی پولیپ‌هایی است. این پولیپ‌ها ممکن است خیلی کوچک و فقط بصورت برجستگی مختصر مخاطی تظاهر کند و با آنکه بصورت پولیپ‌های درشت (۷) در آید ولی در هر صورت چنانچه اولوساسیون پیدا کند باید بگرایش سرطانی آن مشکوک شد. در پولیپوز فامیلیال، فعالیت اپیتلیالی از پولیپی تا پولیپ دیگر و حتی در نقاط مختلف تومورفرق می‌کند.

مطلوبی را که باید توجه داشت این است که بامداد عوامل مولد سرطان (کانسرویژن) میتوان هم آدنوم و هم کارسینوم بوجود آورد و محققین مخصوصاً خاطر نشان ساخته‌اند که وضع کروموزومی آدنوم‌ها و آدنوکارسینوم‌ها مشابه است و این رومیتوان گفت که شاید

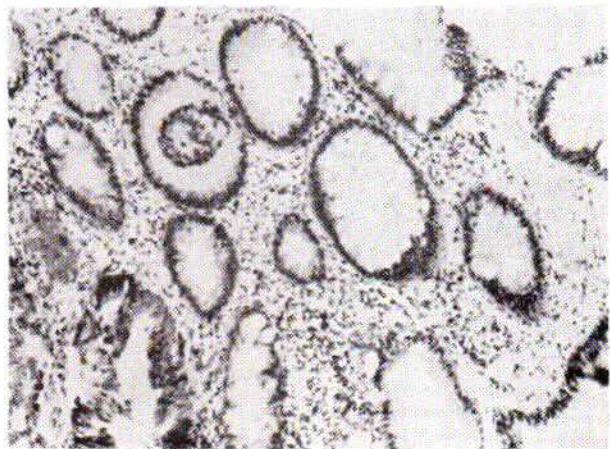
میشود. قدر مسلم آن است که این مجادلات و مشاهدات علمی کدر برآ پیش‌تازه‌بخدمتی بعضی از تومورهای روده بزرگ بیان داشتیم، هیچ‌گاه نمی‌تواند حقیقتاً راهنمای درمانی باشد ولی این حقیقت راهنمای نباید از نظر دورداشت که اساساً (۱) پولیپ‌های آدنوماتو بندرت بسرطانی شدن می‌گردند آنچه که بیشتر در گرایش بخدمتی نشان می‌دهد، پاپیلوم‌های ویلوز می‌باشد.

بطور کلی آنچه که در برآرد تومورهای روده بزرگ ورکتوم باید در نظرداشت این است که:

۱- زیاد بودن غده پلیپ‌های روده بزرگ ورکتوم دلیل بر این نیست که از سرطانی شدن این باشد.

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

۳- پولیپ‌هایی که بصورت ظاهر نیک خیم هستند ممکن است کانوئهای کوچک سرطانی این سایتو در برداشته باشد. (شکل ۸-۷)



شکل ۷ - مشخص نمای ریز بینی (تومور) است که از نظر بالینی نیک خیم بوده است - دره‌جاورت چندگاه طبیعی سازمانها که دیده می‌شود که از نظر مورفو‌لوزی ساولی و آسیب‌شناسی خاصیت بخدمتی دارد



شکل ۸ - مشخص نمای ریز بینی توموری است که از نظر بالینی نیک خیم بوده است - در گونه‌های پالین و دست راست غده‌ای دیده می‌شود که از نظر مورفو‌لوزی ساولی و آسیب‌شناسی خاصیت بخدمتی دارد



شکل ۱۲ - آدنوم باپلر. جوانه توموری از راه حور بافت همبند و رث رده فیف سلولهای اپی تیوال تشکیل یافته



شکل ۱۳ - خصائص بدخیسی در جوانههای توموری مشید است

بطور یکه میتوان گفت اساساً یک مرحله بینا بینی بین حالت سلامتی و سرطانی وجود ندارد و اکثر آن توانیم ثابت کنیم که حقیقتاً در مواضعی که سرطان تشخیص میدهیم یک پولیپ آدنوماتو پیش موجود داشته است.

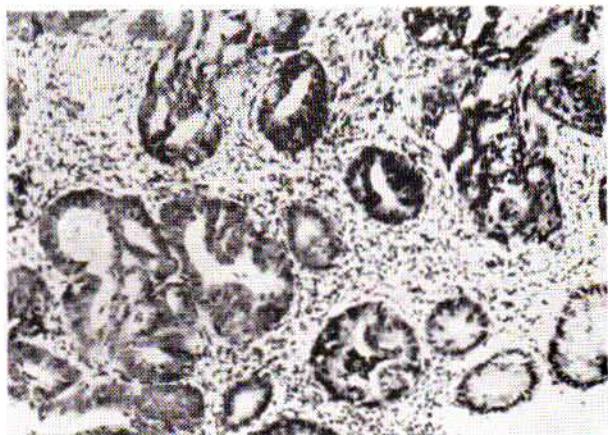
مطلوبی را که مخصوصاً باید متذکر شد این است که خیلی از پلیپ‌های آدنوماتو نیک خم ممکن است که از وضع طبیعی و عادی خود تغییر کند و بهمین جهت است که در این موارد پاتولوژیستها بعضی اصطلاحاتی از قبیل مطابق بودن هسته، کارسینوم این سایتو باعalam است و اتفاقاً و امکان کانسر را بکارمیرند و خیلی از بیماران هستند که بواسطه همین تشخیص‌های دو پهلو تحت عمل جراحی قرار میگیرند. (شکل ۱۲-۱۳)

متاستاز لنفاویک در سرطانهای پیشرس: طبق آماری که انتشار یافته درمواردی که کانسر محدود به مخاط و تحت مخاط است فقط ده درصد موارد متاستاز وجود داشته و درمواردی که از مخاط و تحت مخاط تجاوز کرده باشد نسبت متاستاز ۱۲ درصد و درمواردی

حقیقتاً پلیپ‌های آدنوماتو خود مرحله‌ای از کانسر باشد. اگر پلیپ‌های نیک خم از قبیل آدنوم، آدنوم پاپیلر، پاپیلیوم و بلوز تمام مر بوط بدرویش نئوپلازیک اپی تیلوم روده باشد این سؤال پیش می‌آید که چرا تغییرات نئوپلازیک گاهی اوقات مهاجم میشود و گرایش سرطانی شدن پیدا می‌کند.

از آمار و اطلاعاتی که بحسب آمدده (۳) چنین استنباط میشود که اساساً سرطان روده بزرگ باید یک ضایعه‌ای بامشی کند باشد. چون ضایعه بدخیسی مهاجم پیشرفت کند تومور نیک خم 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 خم باقیمانده جای آن را ضایعات سرطانی گرفته است.

امروز اغلب پاتولوژیستها عقیده ندارند که کارسینوم‌های کولون از پلیپ‌های آدنوماتوز پیش موجود بوجود می‌آید (۷) زیرا که اکثر آن‌ها بین مخاطی که سلامت است و مخاطی که سرطانی شده است اختلاف کلی وجود دارد و همچ مرحله بینا بینی بین بافت سالم و سرطانی وجود ندارد. (شکل ۱۱-۱۰)



شکل ۱۰ - بین مخاطی که سلامت است و مخاطی که سرطانی شده است اختلاف کلی وجود دارد و همچ مرحله بینا بینی بین بافت سالم و سرطانی وجود ندارد



شکل ۱۱ - بین مخاطی که سلامت است و مخاطی که سرطانی شده است اختلاف کلی وجود دارد و همچ مرحله بینا بینی بین بافت سالم و سرطانی وجود ندارد

بدر است.

آیا نما و منظره میکروسکپی در پیش آگهی بیماری تأثیر دارد؟ شاید آزمایش میکروسکوپیک یگانه راهنمای جراح باشد، هر قدر که دیگران انسیاسیون سلولی بهتر انجام گرفته باشد احتمال زیاد شدن عمر بیمار بیشتر است.

عواملی که در درمان و بهبود بیمار اثر دارد

۱- مدت بیماری - اگرچه بنظر می آید (۹) که بیمارانی که زودتر مراجعه میکنند از درمان نتیجه بهتری می گیرند و حال اینکه این نظر نباید لائق همیشه درست باشد زیرا که زود مراجعت کردن بیمار ممکن است مربوط باشند که بیماری خیلی بد خیم بوده و علائم مرضی بسرعت پدید آمده است و اغلب در همین موارد است که یک عمل فوری و ضروری ایجاد میگردد ولی از طرف دیگر بیمارانی که درجه بد خیمی بیماری شان شدید نیست ممکن است مدت مديدة علائمی داشته و بعداً مراجعت 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 عواضی که دسترسی بیشتری به تومور وجود دارد مرن زودتر تشخیص داده میشود و عمل بموقع انجام میگیرد و در نتیجه که دسترسی نیست مدت‌ها ممکن است که مرض بحال خود بوده و سیر عادی خود را انجام داده است.

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 آدنوسارسینوم متعدد روده بزرگ : قدر مسلم آن است که تومورهای متعدد یک عضو، مهاجم تراز تومورهای منحصر بفرد آن عضو میباشد . بدیهی است اگرچنین نظری (۵) را قبول کنیم طرز درمان و عمل جراحی تومورهای متعدد با تومورهای منحصر بفرد فرق میکند.

بدین ترتیب انتشارات در باره کانسر متعدد کولورکتال تا اندازه گنج کننده است . بعضی از محققین تومورهای متعدد همزمان و یا بعارات دیگر تومورهای سنتکرون (Synchron) را از تومورهایی که بعداً پیدا میشود 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 یکتا فرق دارد . معمولاً سن کسانیکه تومورهای همزمان (سنتکرون) دارند از ۵۰ کمتر نیست ولی از حیث جنس اختلافی وجود ندارد، بطور کلی (۵) کانسرهای متعدد همزمان با تومورهای یکتا از سه جهت اختلاف دارد :

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

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

REFERENCE

- 1- Glenn E. bshiringer, 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 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 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.