

پیشگیری و غربالگری کانسر کولورکتال

■ دکتر سید جلال اسحق حسینی فلوشیپ جراحی کولورکتال

چکیده

سرطان کولورکتال یکی از علل مهم مرگ و میر بر اثر سرطان می‌باشد و اداره درمان این بیماران همراه با هزینه‌ی زیاد و موربیدیتی بیماران است. برنامه‌های پیشگیری و غربالگری می‌توانند بروز سرطان را کاهش داده و یا درمان را در مراحل اولیه ممکن سازند.

کلیدواژگان: سرطان کولورکتال، غربالگری.

پیشگفتار

تومورهای کولورکتال بعد از تومور ریه و پستان در خانم‌ها و ریه و پروستات در آقایان شایع‌ترین تومورها می‌باشد. شانس ابتلاء به تومور کولورکتال در طول عمر یک فرد حدود ۵٪ است. تومور کولورکتال دومین سرطان منجر به مرگ می‌باشد. شیوع تومور کولورکتال در دو دهه اخیر کاهش یافته است که علت آن را اجرای برنامه‌های بیماری‌یابی می‌دانند. از طرف دیگر میزان مرگ و میر ناشی از سرطان کولورکتال حدود ۳۰٪ کاهش یافته است که علت آن تشخیص سرطان در مراحل زودتر و پیشرفت در نحوه درمان آن است.



میزان بروز سرطان کولورکتال در بعضی کشورها مانند اسکاتلند، اسرائیل و سنگاپور بیشتر بوده و در کشورهای آفریقایی خیلی کمتر است. در مناطقی که شانس بروز تومور بالاتر است در گیری کولون بیشتر در سمت چپ است. شیوع تومور در مناطق شهری بیشتر از مناطق روستایی است. متوسط سن بروز سرطان کولورکتال ۶۲ تا ۶۳ سالگی است. چاقی و بالا بودن عدد BMI، فعالیت کم فیزیکی، مصرف الکل، سیگار کشیدن خطر کانسر را بالا می‌برند. افزایش فیرنام محلول در آب، کاهش چربی غذا در کاهش خطر سرطان نقش دارند.

افزایش مصرف چربی حیوانی، شکر و سطح بالای کلسترول خون و بتالیوپروتئین خون احتمالاً در افزایش خطر کانسر نقش دارند و مصرف پروپیوتیک شاید در کاهش خطر کانسر موثر باشد.

۷. DNA مدفعه هر ۳ سال

نکته مهم در این انتخاب‌ها انجام آنها در فاصله زمانی مشخص شده می‌باشد. در صورت نتیجه غیرطبیعی در هر کدام، کولون اسکوپی الزامی می‌گردد.

در اکثریت مجامع علمی و نهادهای حاکمیتی برنامه غربالگری که توسط انجمن جراحان کولورکتال آمریکا و انجمن گاستروآنترولولژیکال آمریکا پیشنهاد شده است را توصیه می‌کنند. در بررسی‌ها مشخص شده است که این برنامه نسبت به دیگر برنامه‌های غربالگری کم هزینه‌تر بوده است.

بر اساس این برنامه افراد جامعه به ۳ دسته تقسیم می‌شوند:

۱. افراد با خطر معمولی (Average Risk)
۲. با خطر افزایش یافته (Increased Risk)
۳. افراد پر خطر (High Risk)

خطر معمولی (Average Risk)

این گروه شامل کسانی است که سابقه تومور کولورکتال در خانواده ندارند، سابقه بیماری التهابی روده ندارند و علامت‌دار نیستند. در این گروه غربالگری در ۵۰ سالگی شروع می‌شود.

خطر افزایش یافته (Increased Risk)

این گروه شامل افراد با سابقه کانسر کولورکتال یا پولیپ آدنوماتوز در یکی از خویشاوندان است. اگر خویشاوند درجه اول و سن کمتر از ۶۰ سال داشته باشد و یا ۲ خویشاوند مبتلا داشته باشد، غربالگری کولون اسکوپی در ۴۰ سالگی یا ۱۰ سال زودتر از بروز پولیپ و کانسر در فرد (هر کدام زودتر باشد) مبتلا است. اگر خویشاوند بالای ۶۰ سال باشد یا خویشاوندان مبتلا، درجه اول نباشد، از روش‌های دیگر غربالگری می‌توان استفاده نمود.

پر خطر (High Risk)

افرادی که احتمال در گیری پولیپ آدنوماتوز فامیلیال (FAP) را دارند و یا تست‌های مثبت ژنتیک آن را دارند. در این افراد غربالگری از ۱۲-۱۰ سالگی با سیگموئیدسکوپی Flexible سالانه شروع می‌شود. ضمناً در این موارد تست‌های ژنتیک اگر انجام نشده باید انجام گیرد. مبتلایان به سندرم Lynch (کانسر بدون پولیپ ارثی) یا کسانی که

از موارد دیگری که خطر بروز سرطان را افزایش می‌دهند می‌توان به

موارد زیر اشاره نمود:

- سنگ صفراءوی
- بای پس ژوژنوایلیال
- سابقه عمل جراحی زخم پتیک
- بیماری التهابی روده
- پرتو درمانی جهت بیماری‌های لگنی
- صرف داروهای ایمونو ساپرسیو
- آباند کتونی قلبی
- یورتروسیگموئیدستومی
- سابقه ناهنجاری مادرزادی سیستم ادراری
- تومور خارج کولونی
- سابقه تومور کولورکتال در خانواده

مواردی که خطر کانسر کولورکتال را کم می‌کنند:

- صرف داروهای آسپرین و NSAD
- صرف داروهای حاوی استروژن بعد از یائسگی

برنامه‌های غربالگری و بیماری یابی

هدف برنامه‌های غربالگری تشخیص نوپلازی کولورکتال در درجات اولیه می‌باشد. البته باید میزان هزینه و ارزش آن و همچنین قابلیت انجام آن در نظر گرفته شود.

در برنامه‌های غربالگری از ۲ روش استفاده می‌شود:

- ۱- بررسی مدفعه
- ۲- آزمایشات و بررسی‌های ساختاری. هدف از انجام بررسی‌های ساختاری (Structural) کشف پولیپ و سرطان است.

انتخاب‌های موجود برای غربالگری

۱. کولون اسکوپی هر ۱۰ سال
۲. سی تی کولونوگرافی هر ۵ سال
۳. سیگموئیدسکوپی انعطاف پذیر هر ۵ سال
۴. انما با باریوم و کنتراست ۲ گانه هر ۵ سال
۵. تست خون مخفی مدفعه سالانه
۶. تست ایمونو شیمی مدفعه سالانه

قرار گیرد.

۱. در مورد مبتلایان به FAP آندوسکوبی فوقانی هر ۳-۱ سال بعد از ظهور پولیپ‌ها باید انجام گیرد.

۲. در موارد سندروم آسپیراسیون آندومتر هر یک تا ۲ سال انجام گیرد.

انتخاب روش غربالگری در هر کشور وابسته به شیوع بیماری سرطان کولورکتال و ارزیابی هزینه - سود می‌باشد و به هر حال در صورت انتخاب هر روش باید آن را در فوائل زمانی مشخص شده انجام داد.

تست ژنتیک مثبت آن را دارند، یا در خطر بروز این بیماری هستند، در این افراد غربالگری از ۲۰-۲۵ سالگی و یا ۱۰ سال زودتر از بروز کانسر در فرد خویشاوند مبتلا (هر کدام زودتر فرامی‌رسد) با کولون اسکوبی هر یک تا ۲ سال انجام می‌گیرد. اگر تست ژنتیک انجام نشده، باید انجام گیرد.

بیماری التهابی روده، در بیماران مبتلا به پان کولیت ۸ سال بعد از شروع علائم و ۱۲-۱۵ سال بعد از شروع علائم در بیماران با کولیت سمت چپ غربالگری با کولون اسکوبی و بیوپسی هر یک تا ۲ سال انجام می‌گیرد. برای بعضی از موارد لازم است اقدامات دیگری در غربالگری مد نظر

Reference:

1. Amrican cancer society recommendation for colorectal cancer early detection 2014
2. Chan AT , Giovannucci EL Primary Prevention of Colorectal Cancer. Gastroenterology 2011
3. Champogne B. Rectal cancer .Fascrs org , 2012
4. Aune D and etal. Dietary fibre whole grain and risk and colorectal. Bmj 2011