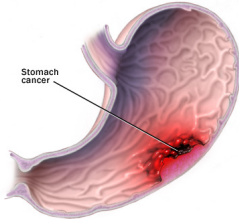


سرطان معده همه گیری شناسی و سیر طبیعی



میزان بروز سرطان معده در کشورهای فقیری که گوشت‌های دودی و گوشت‌های غنی از نیترات مصرف می‌کنند بیشتر است. سایر حالات زمینه‌ساز شامل کم خونی و خیم، زخم‌های معده و سابقه جراحی معده می‌باشند. میزان بروز سرطان معده (بجز سرطان‌های پیوستگانه مری و معده) در ایالات متحده کاهش یافته است، یک عامل خطر ساز شناخ
ته شده سرطان معده عفونت ناشی از هلیکوباکتریلوری است. اما هنوز معلوم نیست که

درمان زودرس عفونت هلیکوباکتریلوری میزان بروز سرطان در افراد دچار عفونت را تغییر می‌دهد یا خیر.

تشخیص

بیماران دچار سرطان معده اغلب با درد شکم، سیری زودرس، کم خونی، ضعف و کاهش وزن مراجعه می‌کنند. در اغلب موارد، قبل از زمان تشخیص، سرطان گره‌های لنفی موضعی را درگیر کرده است. معاینه جسمانی ممکن است نشان دهنده توده معده، گره نافی (گره خااهر ماری ژورف) یا گره سوپراکلاویکولار بالایی استخوان ترقوه چپ گروه ویرشو) باشد.

درمان

سرطان معده اغلب یا جراحی درمان می‌شود. پس از برداشت تومور و تمامی گره‌های لنفی مربوط، احتمال بقای 5 ساله 40% یا کمتر است. در صورت عود سرطان معده کانون‌های عود بیشتر به صورت گسترش‌های موضعی یا انتشار خونی به کبد از طریق روید باب ظاهر می‌شوند. شیمی درمانی یا پرتوتابی پس از جراحی تاثیر مهمی ندارند. در بیماران دچار سرطان متاستیک معده ممکن است شیمی درمانی به منظور تسکین علایم انجام شود. میزان پاسخ به شیمی درمانی 20 تا 40 درصد است، اما شیمی درمانی هیچ تاثیر محسوسی بر طول عمر قابل انتظار 5 تا 7 ماهه بیماران ندارد.

سرطان کولورکتال (سرطان روده بزرگ)

همه گیری شناسی و سیر طبیعی

سرطان کولون تقریباً در افراد جامعه تشخیص داده می‌شود مهمترین عوامل زمینه‌ساز، تاریخچه قبلی کولیت اولسراتیو و تاریخچه محکم خانوادگی می‌باشند. جهش‌های متعددی، چه ارثی و چه خودبه خود، نقشی قابل توجه در استعداد به سرطان کولون بازی می‌کنند.

از آنجا که برداشت پولیپ احتمالا مهمترین راه جلوگیری از بروز سرطان کولون مهاجم می باشد، قابل اعتمادترین راه کاهش مرگ و میر حاصل سرطان کولورکتال (سرطان روده بزرگ)، انسجام روده ای کولونوسکوپی می باشد. مطالعات مختلف نشان داده اند که استفاده از سیگموئیدوسکوپی و بررسی خون مخفی در مدفوع نیز باعث کاهش بروز سرطانهای کولورکتال (سرطان روده بزرگ) و مرگ و میر حاصل از آنها می شود.

در بیماران دارای مونتاسیونهای ثابت شده (پولیپوز آدنوماتوز فامیلیال، سندرم گاردنر، HNPCC

) و یا تاریخچه خانوادگی قوی سرطان یا کسانیا که مبتلا به بیماریهای همراه با سرطانهای کولون مثل کولیت اولسراتیو می باشند، مشاهده و تصویربرداری از تمام کولون می بایست قبل از سنین 40 سالگی شروع شود. تحقیقاتی در حال انجام است که بتوان با استفاده از مداخلاتی همچون کنترل رژیم غذایی، مصرف روزانه آسپرین، مهارکننده های سیلکواکسیژناز 2 و عوامل دیگر، از سرطانهای کولورکتال (سرطان روده بزرگ) پیشگیری اولیه نمود. اشتیاق برای تجویز رژیمهای غنی از فیبر به منظور کاهش خطر سرطان کولون کاهش یافته است.

علایم

سرطانهای کولون و راست روده اغلب به صورت خونریزی از راست روده تظاهر می کنند. بیماران دچار ضایعات سمت راست کولون اغلب از تغییر رنگ مدفوع

یا درد و نفخ گذرا شکایت دارند. ضایعات سمت چپ ممکن است حالت شکننده پیدا کنند منجر به ظهور خون قرمز در کنار مدفوع شوند. گاهی سرطانهای کولون و راست روده تا انسداد کامل روده یا سوراخ شدن حفره صفاقی بدون علامت هستند. شایع ترین الگویی عود سرطان راست روده گسترش لگنی موضعی است؛ سرطان کولون اغلب بر اثر متاستاز به ریه یا کبد عود می کند.

سرطان لوزالمعده

همه گیری شناسی و سیر طبیعی سرطان لوزالمعده غالباً یا مصرف سیگار و مصرف بیش از حد الکل ارتباط دارد. سرطان اپی تلیال - لوزالمعده نوعی آدنوکارسینوما است که میزان مرگ و میر بسیار بالایی دارد زیرا معمولاً هنگامی تظاهر می کند که تومور قابل رزکسیون جراحی نیست. یک نوع دیگر سرطان لوزالمعده که شیوع کمتری دارد از سلولهای اندوکراین منشاء می گیرد.

علائم

شایع ترین تظاهر سرطان لوزالمعده درد شکمی همراه با کاهش وزن سریع است. به طور مشخص درد در ناحیه اطراف ناف احساس می شود و به پشت انتشار می یابد.

سایر علائم سرطان لوزالمعده شامل شروع اخیر دیابت، درد شکمی ناشی از مسدود شدن شریان مزانتریک فوقانی، کیسه صفراي قابل لمس یرقان ناشی از انسداد مجریا صفراوي مشترک می باشد.

نشانگر توموری

CA19-9

در 75 درصد یا کمتر موارد بالا می رود.

درمان

تنها درمان قطعی سرطان لوزالمعده، پانکراتیکودئودنکتومی (عمی و پیل) است که عمل وسیعی است و مستلزم آنالستوموزهای متعدد و طحال برداری است و میزان مرگ و میر آن در مراکزی که در این زمینه تجربه کمتری دارند بالا است میزان بقای 5 ساله بیماران دچار سرطان موضعی لوزالمعده 25 تا 50 درصد است. در بیماران دچار تومور غیر قابل برداشت. پرتودرمانی موضعی همراه با تجویز

5-FU

ممکن است مفید باشد؛ در بیشتر از 30 درصد بیماران که تحت این روش درمانی قرار می گیرند ممکن است علائم بیماری تا حدود بهبود یابد در موارد پیش رونده بیماری استفاده از شیمی درمانی تسکینی با تجویز هفتگی ژم

سیتابین

[1]

اندکی موجب بهبود کیفیت زندگی و افزایش طول عمر بیماران شده است (طول عمر این بیماران با تجویز ژم سی تا بین 7/5 ماه و بدون آن 4/4 ماه است.)