

بررسی خصوصیات پاتولوژیک تومورهای دستگاه گوارش در نمونه‌های آندوسکوپی بیمارستان امام خمینی ارومیه، مطالعه توصیفی - مقطعی

فریبا عباسی^۱، فرزانه جوانمرد*^۲، مهسا اسماعیل فام^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۱۰/۲۵ تاریخ پذیرش ۱۴۰۰/۰۸/۱۳

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: سرطان شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته محسوب شده و عامل تقریباً ۱۳ درصد از مرگ‌های جهان می‌باشد. سرطان‌های دستگاه گوارش در ایران شیوع بالایی دارند، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تومورهای دستگاه گوارش در بیمارستان امام خمینی ارومیه انجام شد.

روش کار: در این مطالعه توصیفی-مقطعی، تمامی گزارش‌های پاتولوژی نمونه‌های آندوسکوپی بیماران بیمارستان امام خمینی با تشخیص تومور که در طی سال‌های ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۵ مراجعه کرده بودند مورد ارزیابی قرار گرفت که در نتیجه ۷۴۱ بیمار وارد مطالعه شدند.

یافته‌ها: از ۷۴۱ تومور گزارش شده، ۷۰۵ مورد (۹۵/۱۴ درصد) بدخیم و ۳۶ مورد (۴/۸۵ درصد) خوش‌خیم بود. ۶۱/۸ درصد از تومورهای بدخیم مربوط به مردان و ۳۸/۱ درصد مربوط به زنان بود. میانگین سنی مبتلایان به تومورهای بدخیم ۶۰/۲±۱۳/۳۵ درصد سال و مبتلایان به تومورهای خوش‌خیم ۴۷/۷±۱۰/۹۴ سال بود. فراوان‌ترین تومور بدخیم، آدنوکارسینوم با ۴۸۱ مورد (۶۸/۲۲ درصد) و سپس اسکواموس سل کارسینوم با ۱۳۷ مورد (۱۹/۴۳ درصد) بودند و شایع‌ترین تومور خوش‌خیم نیز لیپوم بود (۵۲/۷ درصد از موارد). بیشترین ابتلا به تومورهای بدخیم در گروه سنی ۷۱ سال و بالاتر با ۲۳۲ مورد (۳۲/۹ درصد) می‌باشد. از نظر موقعیت آناتومیک تومورهای بدخیم در مری، اکثراً (۶۳/۷ درصد) محل دقیق درگیری مشخص نشده بود. در معده کاردیا با ۲۹/۲۷ درصد، در روده باریک دئودنوم با ۶۶/۶ درصد و در کولورکتوم، رکتوم با ۴۱/۹ درصد بیشترین مکان درگیری را به خود اختصاص داده بود.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه ما نشان می‌دهد که فراوان‌ترین تومور بدخیم دستگاه گوارش آدنوکارسینوم و فراوان‌ترین تومور خوش‌خیم لیپوما می‌باشد. تومورهای بدخیم بیشتر در مردان و تومورهای خوش‌خیم بیشتر در زنان دیده شد. فراوانی تومورهای بدخیم در سنین ۷۱ سال و بالاتر؛ نشان‌گر اهمیت غربال‌گری در سنین پایین‌تر برای پیش‌گیری از ابتلا در سنین بالاتر می‌باشد.

کلید واژه‌ها: سرطان، دستگاه گوارش، موقعیت آناتومیک، آدنوکارسینوم

مجله مطالعات علوم پزشکی، دوره سی و دوم، شماره هفتم، ص ۵۴۷-۵۳۷، مهر ۱۴۰۰

آدرس مکاتبه: ارومیه، مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی (ره) ارومیه، تلفن: ۰۴۴۳۲۳۷۰۸۰

Email: javanmard.f@umsu.ac.ir

مقدمه

بیشترین علت مرگ ناشی از سرطان در سراسر جهان به ترتیب سرطان ریه، معده، کولورکتال، کبد و پستان است. همچنین شایع‌ترین سرطان در مردان به ترتیب؛ ریه، معده، کبد، کولورکتال، مری و پروستات و در زنان به ترتیب پستان، ریه، معده، کولورکتال و سرویکس می‌باشد (۱).

بدخیمی‌های دستگاه گوارش را می‌توان به دو دسته فوقانی و تحتانی تقسیم کرد. سرطان‌های دستگاه گوارش فوقانی شامل

سرطان شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر در کشورهای در حال توسعه و حتی کشورهای توسعه یافته محسوب شده و عامل تقریباً ۱۳ درصد از مرگ‌های جهان می‌باشد (۱). در واقع شایع‌ترین علت مرگ در زنان ۷۹-۴۰ ساله و در مردان ۷۹-۶۰ ساله، سرطان است (۲). سرطان سالانه حدود ۱۰ میلیون نفر از افراد جهان را مبتلا می‌کند که منجر به فوت ۶ میلیون نفر از این افراد می‌گردد (۳).

^۱ دانشیار پاتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ استادیار پاتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

بیمارستان امام خمینی ارومیه بر مبنای نوع هیستولوژیک، توزیع سنی، جنسی و موقعیت آناتومیک پرداخته شده است.

مواد و روش کار

در این مطالعه توصیفی-مقطعی و تحلیلی، پس از تأیید توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، کلیه گزارش‌های پاتولوژی نمونه‌های بیوپسی دستگاه گوارش با تشخیص تومور دستگاه گوارش در طی سال‌های ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵ از بایگانی بخش پاتولوژی بیمارستان امام خمینی ارومیه استخراج شده و تشخیص‌های پاتولوژیک برحسب سن، جنس، خوش‌خیم یا بدخیم بودن تومور و موقعیت آناتومیک آن در دستگاه گوارش مورد بررسی قرار گرفت. معیار ورود به مطالعه؛ شامل تمام گزارش‌هایی بود که اطلاعات لازم به‌طور کامل در آنها وارد شده بود و معیار خروج از مطالعه، گزارش‌های پاتولوژی بود که هر یک از اطلاعات مورد نظر به هر دلیلی در آنها ذکر نشده بود. در انجام این طرح، مشکل و محدودیتی وجود نداشت.

داده‌ها وارد نرم افزار SPSS20 شده و از آزمون آماری Fisher و chi-square جهت آنالیز آماری استفاده شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با کد اخلاق IR.UMSU.REC.1395.551 مورد تصویب قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه ۷۴۱ بیمار مبتلا به تومور دستگاه گوارش شرکت داشتند. از این تعداد ۷۰۵ مورد (۹۵/۱۴ درصد) تومور بدخیم، ۳۶ مورد (۴/۸۵ درصد) تومور خوش‌خیم بود. میانگین سنی مبتلایان به تومورهای بدخیم $60/2 \pm 13/35$ سال می‌باشد که با افزایش سن میزان فراوانی تومورهای بدخیم افزایش می‌یابد (جدول ۱). از ۷۰۵ مورد تومور بدخیم دستگاه گوارش؛ ۶۱/۸ درصد مربوط به مردان و ۳۸/۱ درصد مربوط به زنان می‌باشد (جدول ۲).

بدخیمی‌های مری، معده، روده کوچک و سرطان‌های دستگاه گوارش تحتانی شامل بدخیمی‌های کولون، رکتوم و مقعد است (۴). در ایران سرطان سومین علت مرگ‌ومیر افراد به شمار آمده و عامل ۱۴ درصد از کل مرگ‌ها می‌باشد، سرطان‌های دستگاه گوارش نیز مسئول نیمی از مرگ‌های ناشی از سرطان هستند (۵) که نزدیک به نیمی (۴۳ درصد) از آن‌ها به علت سرطان معده می‌باشد (۱). سرطان معده چهارمین سرطان شایع در سراسر جهان و دومین سرطان منجر به مرگ به شمار می‌رود (۶). در ایران نیز سرطان معده شایع‌ترین سرطان دستگاه گوارش به شمار می‌رود و شیوع آن در شمال غرب ایران و منطقه آذربایجان بالا می‌باشد، به‌علاوه شیوع عفونت با هلیکوباکتر پیلوری که به عنوان عامل دخیل در ایجاد آدنوکارسینوم معدی شناخته شده است، در جمعیت بالغین این منطقه بیش از ۸۵ درصد می‌باشد (۷).

شیوع سرطان مری نیز در سال‌های اخیر، به‌ویژه در میان مردان افزایش یافته است و ششمین علت مرگ ناشی از سرطان می‌باشد (۸). در ایران کانسر مری هفتمین کانسر شایع به‌شمار می‌رود و بخش شمالی ایران بیش‌ترین میزان شیوع را دارد (۹).

بر طبق مطالعه مروری سیستماتیک انجام شده در سال ۲۰۱۸، کانسر کولورکتال چهارمین کانسر شایع و سومین کانسر منجر به مرگ در جهان می‌باشد (۱۰). گرچه شیوع کانسر کولورکتال در ایران در مقایسه با کشورهای غربی پایین است ولی به نظر می‌رسد شیوع آن در دهه گذشته افزایش چشم‌گیری داشته است (۱۱).

متأسفانه بیماران مبتلا به سرطان‌های دستگاه گوارش اکثراً در مراحل پیشرفته به پزشک مراجعه می‌کنند که درمان مؤثری برایشان نمی‌توان انجام داد. بنابراین تشخیص به موقع و سریع در کارآمد بودن درمان مؤثر است (۶).

با توجه به شیوع بالای سرطان‌های دستگاه گوارش در ایران در مطالعات مختلف (۱،۳ و ۶) به‌ویژه در شمال غرب کشور (۱۲)، در این مطالعه به بررسی میزان شیوع تومورهای دستگاه گوارش در

جدول (۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی تومورهای بدخیم دستگاه گوارش در گروه‌های سنی مختلف

نوع تومور	سن						
	≤ 30	31-40	41 - 50	51 - 60	61 - 70	≥ 71	جمع کل
آدنوکارسینوم	۹	۲۰	۴۰	۱۰۲	۱۶۳	۱۴۶	۴۸۱
	(/۱/۸۷)	(/۴/۱۵)	(/۸/۳)	(/۲۱/۴)	(/۳۳/۸)	(/۳۰/۳)	(/۱۰۰)
میانگین سنی							Mean age
							۱۴/۳ ± ۶۹/۲

اسکواموس سل کارسینوما	۰ %(۰)	۴ %(۲/۹)	۱۱ %(۸/۰۲)	۳۳ %(۲۴/۰۸)	۲۹ %(۲۱/۱)	۶۰ %(۴۳/۷)	۱۳۷ %(۱۰۰)	۱۳/۶ ± ۶۶/۳
لنفوم	۲ %(۲۰)	۱ %(۱۰)	۱ %(۱۰)	۳ %(۳۰)	۱ %(۱۰)	۲ %(۲۰)	۱۰ %(۱۰۰)	۷/۳۸ ± ۴۱/۵
نورواندوکرین تومور	۰ %(۰)	۱ %(۱۰)	۱ %(۱۰)	۱ %(۱۰)	۲ %(۲۰)	۵ %(۵۰)	۱۰ %(۱۰۰)	۱۱/۷۹ ± ۵۷/۵
آدنواسکواموس سل کارسینوما	۰ %(۰)	۰ %(۰)	۰ %(۰)	۰ %(۰)	۱ %(۵۰)	۱ %(۵۰)	۲ %(۱۰۰)	۱۴/۲ ± ۶۸/۳
لیومیوسارکوم	۰ %(۰)	۰ %(۰)	۰ %(۰)	۰ %(۰)	۲ %(۶۶/۶)	۱ %(۳۳/۴)	۳ %(۱۰۰)	۱۳/۸۱ ± ۶۷/۳
GIST	۰ %(۰)	۰ %(۰)	۱ %(۳۳/۴)	۰ %(۰)	۲ %(۶۶/۶)	۰ %(۰)	۳ %(۱۰۰)	۱۰/۳۷ ± ۵۸/۳
کارسینوما	۱ %(۱/۸۵)	۲ %(۳/۷)	۱۰ %(۱۸/۵)	۱۱ %(۲۰/۳)	۱۵ %(۲۷/۷)	۱۵ %(۲۷/۷)	۵۴ %(۱۰۰)	۸/۹۱ ± ۵۰/۱
متاستاز	۰ %(۰)	۰ %(۰)	۰ %(۰)	۲ %(۴۰)	۱ %(۲۰)	۲ %(۴۰)	۵ %(۱۰۰)	۱۳/۱ ± ۶۳/۸
جمع کل	۱۲ %(۱/۷)	۲۸ %(۳/۹)	۶۴ %(۹/۰۷)	۱۵۳ %(۲۱/۷)	۲۱۶ %(۳۰/۶)	۲۳۲ %(۳۲/۹)	۷۰۵ %(۱۰۰)	۱۳/۳۵ ± ۶۰/۲

جدول (۲): فراوانی مطلق و نسبی تومورهای بدخیم دستگاه گوارش بر حسب جنس

نوع تومور	جنس	جمع کل
آدنوکارسینوم	مذکر	۳۱۸
	مؤنث	۱۶۳
اسکواموس سل کارسینوم	مذکر	۶۷
	مؤنث	۷۰
لنفوم	مذکر	۶
	مؤنث	۴
نورواندوکرین تومور	مذکر	۷
	مؤنث	۳
آدنواسکواموس سل کارسینوما	مذکر	۰
	مؤنث	۲
لیومیوسارکوم	مذکر	۲
	مؤنث	۱
GIST	مذکر	۰
	مؤنث	۳
کارسینوما	مذکر	۳۵
	مؤنث	۱۹

متاستاز	۱	۴	۵
	(/۲۰)	(/۸۰)	(/۱۰۰)
جمع کل	۴۳۶	۲۶۹	۷۰۵
	(/۶۱/۸)	(/۳۸/۱)	(/۱۰۰)

از ۳۶ مورد تومور خوش خیم دستگاه گوارش ۴۱/۶۶ درصد مربوط به مردان و ۵۸/۳۳ درصد مربوط به زنان بود. میانگین سنی مبتلایان ۴۷/۷±۱۰/۹۴ می‌باشد (جدول ۳ و ۴).

جدول (۳): توزیع فراوانی مطلق و نسبی تومورهای خوش خیم دستگاه گوارش برحسب جنس

نوع تومور	مذکر	مؤنث	جمع کل
لیپوم	۶	۱۳	۱۹
	(/۳۱/۵۷)	(/۶۸/۴)	(/۱۰۰)
پاپیلوم	۷	۵	۱۲
	(/۵۸/۴)	(/۴۱/۶)	(/۱۰۰)
همانژیوم	۱	۲	۳
	(/۳۳/۳)	(/۶۶/۶)	(/۱۰۰)
لیومیوم	۱	۱	۲
	(/۵۰)	(/۵۰)	(/۱۰۰)
جمع کل	۱۵	۲۱	۳۶
	(/۴۱/۶)	(/۵۸/۳)	(/۱۰۰)

جدول (۴): توزیع فراوانی تومورهای خوش خیم دستگاه گوارش برحسب گروه‌های سنی

نوع تومور	سن	میانگین سنی						
		جمع کل	جمع کل	جمع کل	جمع کل	جمع کل	جمع کل	
		۷۱≥	۶۱-۷۰	۵۱-۶۰	۴۱-۵۰	۳۱-۴۰	۳۰≤	
		سال	سال	سال	سال	سال	سال	
لیپوم	۰	۷	۳	۴	۳	۲	۰	۶۰/۷±۱۲/۴۶
	(/۰)	(/۳۶/۸)	(/۱۵/۷)	(/۲۱/۰۵)	(/۱۵/۷)	(/۱۰/۵)	(/۰)	(/۱۰۰)
پاپیلوم	۵	۰	۲	۲	۱	۲	۵	۴۰/۴۱±۹/۲۶
	(/۴۱/۶)	(/۰)	(/۱۶/۶)	(/۱۶/۶)	(/۸/۳)	(/۱۶/۶)	(/۴۱/۶)	(/۱۰۰)
همانژیوم	۱	۰	۰	۰	۲	۰	۱	۴۰±۷/۱۲
	(/۳۳/۳)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۶۶/۶)	(/۰)	(/۳۳/۳)	(/۱۰۰)
لیومیوم	۰	۰	۰	۱	۱	۰	۰	۵۰±۸/۹
	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۵۰)	(/۵۰)	(/۰)	(/۰)	(/۱۰۰)
جمع کل	۶	۷	۵	۷	۷	۴	۶	۴۷/۷±۱۰/۹۴
کل	(/۱۶/۶)	(/۱۳/۸)	(/۱۹/۴)	(/۱۹/۴)	(/۱۱/۱)	(/۱۶/۶)	(/۱۶/۶)	(/۱۰۰)
		(/۱۹/۴)		(/۱۹/۴)				

از نظر موقعیت آناتومیکی از ۷۴۱ مورد تومور دستگاه گوارش، مربوط به معده، ۲۷ (۳/۳۲ درصد) مورد مربوط به روده باریک و ۲۱۶ مورد ۱۷۶ (۲۱/۶۷ درصد) مربوط به مری، ۳۹۳ مورد (۴۸/۳ درصد) مربوط به کولورکتوم بود (جدول ۵).

جدول (۵): توزیع فراوانی تومورهای دستگاه گوارش برحسب موقعیت آناتومیکی

موقعیت آناتومیکی	نوع تومور		جمع کل
	تومور خوش خیم	تومور بدخیم	
مری	۲ (.۱/۱۵)	۱۷۱ (.۹۸/۸۴)	۱۷۳ (.۱۰۰)
معده	۷ (.۱/۹۸)	۳۴۵ (.۹۸/۰۱)	۳۵۲ (.۱۰۰)
روده باریک	۷ (.۳۱/۸)	۱۵ (.۶۸/۱۸)	۲۲ (.۱۰۰)
کولورکتوم	۲۰ (.۱۰/۳۰)	۱۷۴ (.۸۹/۶۹)	۱۹۴ (.۱۰۰)
جمع کل	۳۶ (.۴/۸۵)	۷۰۵ (.۹۵/۱۴)	۷۴۱ (.۱۰۰)

مورد (۳/۳۳ درصد) پاپیلوم، ۳ مورد (۸/۳ درصد) همانژیوم و ۲ مورد (۵/۵ درصد) لیومیوم گزارش شده بود.

در مورد مری از ۱۷۱ مورد تومور بدخیم، ۳۶ مورد (۲۱/۰۵ درصد) در قسمت دیستال مری، ۱۵ مورد (۸/۷ درصد) در پروگزیمال مری، ۱۱ مورد (۶/۴ درصد) در قسمت میانی و در ۱۰۹ مورد (۶۳/۷ درصد) محل دقیق درگیری مشخص نشده بود. از مجموع ۱۷۱ مورد تومور مری، ۱۲۵ مورد (۷۳ درصد) اسکواموس سل کارسینوم و ۳۷ مورد (۲۱/۶ درصد) آدنوکارسینوم بود (جدول ۶).

در بررسی فراوانی تومورهای بدخیم از نظر نوع هیستوپاتولوژیک، ۴۸۱ مورد (۶۸/۲۲ درصد) آدنوکارسینوم، ۱۳۷ مورد (۱۹/۴۳ درصد) مورد اسکواموس سل کارسینوم، ۱۰ مورد (۱/۴ درصد) لنفوم، ۱۰ مورد (۱/۴ درصد) نورواندوکیرین تومور، ۲ مورد (۰/۲۸ درصد) آدنواسکواموس سل کارسینوم، ۳ مورد (۰/۴۲ درصد) لیومیوسارکوم، ۳ مورد (۰/۴۲ درصد) GIST، ۵۴ مورد (۷/۶۵ درصد) کارسینوما و ۵ مورد (۰/۷ درصد) متاستاز گزارش شده بود.

فراوانی تومورهای خوش خیم دستگاه گوارش از نظر نوع هیستوپاتولوژیک نشان داد که ۱۹ مورد (۵۲/۷ درصد) لیپوم، ۱۲

جدول (۶): توزیع فراوانی مطلق و نسبی تومورهای بدخیم مری برحسب موقعیت آناتومیکی

موقعیت آناتومیکی	تومور نوع	تومورهای بدخیم مری برحسب موقعیت آناتومیکی								
		آدنوکارسینوم	اسکواموس سل کارسینوما	لنفوم	نورواندوکیرین تومور	آدنواسکواموس سل کارسینوما	لیومیوسارکوم	GIST	کارسینوما	متاستاز
پروگزیمال مری	۶ (.۴۰)	۸ (.۵۳/۳)	۰ (.۰)	۰ (.۰)	۰ (.۰)	۰ (.۰)	۰ (.۰)	۰ (.۰)	۰ (.۰)	۱۵ (.۱۰۰)
قسمت میانی مری	۰ (.۰)	۸ (.۷۲/۷)	۰ (.۰)	۰ (.۰)	۰ (.۰)	۰ (.۰)	۰ (.۰)	۳ (.۲۷/۲)	۰ (.۰)	۱۱ (.۱۰۰)

دیستال	۱۴	۲۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
مری	۳۸/۸٪	۶۱/۱٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪
نامعلوم	۱۷	۸۷	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
	۱۵/۵٪	۷۹/۸٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪
جمع کل	۳۷	۱۲۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
	۲۱/۶٪	۷۳٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪

از ۳۴۵ مورد تومور بدخیم معده، ۲۷۵ مورد (۷۹/۷ درصد) آدنوکارسینوم و بعد از آن به ترتیب کارسینوم (۱۰/۱۴ درصد)، لنفوم (۲/۸ درصد)، اسکوآموس سل کارسینوم (۲/۶ درصد)، نورواندوکترین تومور (۲/۰۲ درصد)، متاستاز (۱/۱۵ درصد)، آدنواسکوآموس سل کارسینوم و لیومیوسارکوم (هر کدام ۰/۲۸ درصد) قرار داشتند (جدول ۷).

از ۳۴۵ مورد تومور بدخیم در معده، ۱۰۱ مورد (۲۹/۲۷ درصد) در کاردیا، ۷۵ مورد (۲۱/۷۳ درصد) در انتروم، ۶۲ مورد (۱۷/۹ درصد) در بادی، ۱۰ مورد (۲/۸ درصد) در پیلور، ۱ مورد (۰/۲۸ درصد) در فوندوس و در ۹۶ مورد (۲۷/۸ درصد) محل نمونه‌برداری مشخص نشده بود.

جدول (۷): توزیع فراوانی مطلق و نسبی تومورهای بدخیم معده بر حسب موقعیت آناتومیک

تومور نوع	موقعیت آناتومیک	آدنوکارسینوم	اسکوآموس سل کارسینوما	لنفوم	نورواندوکترین تومور	آدنواسکوآموس سل کارسینوما	لیومیوسارکوم	GIST	کارسینوما	متاستاز از	جمع کل
کاردیا	۸۵	۷	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۸	۰	۱۰۱
	۸۴/۱۵٪	۶/۹۳٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰/۹۹٪	۷/۹۲٪	۰٪	۱۰۰٪
فوندوس	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱
	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۱۰۰٪
بادی	۴۲	۰	۰	۰	۲	۰	۰	۰	۹	۳	۶۲
	۶۷/۷۴٪	۰٪	۰٪	۰٪	۳/۲٪	۰٪	۰٪	۰٪	۱۴/۵۱٪	۴/۸۳٪	۱۰۰٪
انتروم	۵۸	۰	۰	۰	۵	۰	۰	۱	۱۱	۰	۷۵
	۷۷/۳۳٪	۰٪	۰٪	۰٪	۶/۶۶٪	۰٪	۰٪	۱/۳۳٪	۱۴/۶۶٪	۰٪	۱۰۰٪
پیلور	۱۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۰
	۱۰/۰۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۱۰۰٪
نامعلوم	۸۰	۲	۳	۰	۰	۱	۱	۱	۷	۱	۹۶
	۸۳/۳٪	۲/۰۸٪	۳/۱٪	۰٪	۰٪	۱/۰۴٪	۱/۰۴٪	۱/۰۴٪	۷/۲٪	۱/۰۴٪	۱۰۰٪
جمع کل	۲۷۵	۹	۱۰	۰	۷	۱	۱	۳	۳۵	۴	۳۴۵
	۷۹/۷٪	۲/۶٪	۲/۸۹٪	۰٪	۲/۰۲٪	۰/۲۸٪	۰/۲۸٪	۰/۸۶٪	۱۰/۱۴٪	۱/۱۵٪	۱۰۰٪

از ۱۵ مورد تومور بدخیم در روده باریک، ۱۰ مورد (۶۶/۶ درصد) در دئودنوم، ۲ مورد (۱۳/۳ درصد) در ایلئوم، ۱ مورد (۶/۶ درصد) در ژژنوم و در ۲ مورد (۱۳/۳ درصد) محل دقیق درگیری مشخص نشده بود.

از ۱۵ مورد تومور بدخیم روده باریک، ۱۲ مورد (۸۰ درصد) آدنوکارسینوم، ۲ مورد (۱۳/۳ درصد) کارسینوم و ۱ مورد (۶/۶ درصد) نورواندوکترین تومور گزارش شده بود (جدول ۸).

جدول (۸): توزیع فراوانی مطلق و نسبی تومورهای بدخیم روده باریک برحسب موقعیت آناتومیک

تومور نوع	آدنوکارسینوم	اسکواموس سل کارسینوما	لنفوم	نورواندوکترین تومور	آدنواسکواموس سل کارسینوما	لیومیوسارکوم	GIST	کارسینوما	متاستاز	جمع کل
دئودنوم	۸	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۱۰
	(/۸۰)	(/۰)	(/۰)	(/۱۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۱۰۰)
ژژنوم	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱
	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۱۰۰)
ایلئوم	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲
	(/۱۰۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۱۰۰)
نامعلوم	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲
	(/۱۰۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۱۰۰)
جمع کل	۱۲	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۱۵
	%(۸۰)	(/۰)	(/۰)	(/۶/۶)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۱۰۰)

از ۱۷۴ مورد تومور بدخیم در کولورکتوم، ۷۳ مورد (۴۱/۹ درصد) در رکتوم، ۴۴ مورد (۲۵/۲۸ درصد) در سیگموئید، ۱۰ مورد (۵/۷ درصد) در سکوم، ۷ مورد (۴/۰۲ درصد) در کولون صعودی، ۶ مورد (۳/۴ درصد) در کولون عرضی، ۶ مورد (۳/۴ درصد) در کولون نزولی، ۲ مورد (۱/۱۴ درصد) در آنوس وجود داشت و در ۲۶ مورد (۱۴/۹ درصد) محل دقیق درگیری مشخص نشده بود. بیشترین تعداد تومورهای بدخیم در رکتوم قرار داشتند (جدول ۹).

جدول (۹): توزیع فراوانی مطلق و نسبی تومورهای بدخیم کولورکتوم برحسب موقعیت آناتومیک

تومور نوع	آدنوکارسینوم	اسکواموس سل کارسینوما	لنفوم	نورواندوکترین تومور	آدنواسکواموس سل کارسینوما	لیومیوسارکوم	GIST	کارسینوما	متاستاز	جمع کل
سکوم	۹	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۱۰
	(/۹۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۱۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۱۰۰)
صعودی	۷	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۷
	(/۱۰۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۱۰۰)
کولون	۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۵
	(/۸۲/۳)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۱۰۰)

کولون نزولی	۶	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
	(/۱۰۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)
سیگموئید	۴۱	۰	۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
	(/۹۳/۱)	(/۰)	(/۶/۸)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)
رکتوم	۶۷	۰	۴	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
	(/۹۱/۷)	(/۰)	(/۵/۴)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)
آنوس	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)
نامعلوم	۲۲	۰	۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
	(/۸۴/۶)	(/۰)	(/۱۱/۵)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)
جمع کل	۱۵۷	۰	۱۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
	(/۹۰/۲)	(/۰)	(/۶/۳)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)	(/۰)

آدنوکارسینوم‌های مری در قسمت دیستال آن ایجاد می‌شود درحالی‌که اسکواموس سل کارسینوم با توزیع مساوی در ۱/۳ میانی و تحتانی رخ می‌دهد (۸). در مطالعه شیروانی نیز سرطان مری در قسمت تحتانی از شیوع بالاتری برخوردار بود (۱۴)، ولی در مطالعه تقوی و آل داوود قسمت میانی شایع‌ترین محل درگیری بود (۱۳،۹). در مطالعه ما فراوان‌ترین تومور مری؛ اسکواموس سل کارسینوم و در رتبه بعدی آدنوکارسینوم قرار داشت که مشابه مطالعه انجام شده توسط Zhang، شیروانی و آل داوود بود (۱۴،۹،۸). طبق نتایج به دست آمده از مطالعه ما، فراوان‌ترین تومور بدخیم در معده آدنوکارسینوم بود که با نتایج مطالعات فروتن و کیهانیان هم‌خوانی دارد (۱۵،۱۶).

در مطالعه ما شایع‌ترین محل درگیری معده با تومور بدخیم کاردیا (۲۹/۲۷ درصد) و سپس انتروم (۲۱/۷۳ درصد) بود، در مطالعه تقوی و پورفری نیز شایع‌ترین محل درگیری معده کاردیا بوده که با نتایج مطالعه ما هم‌خوانی دارد (۱۳،۱۷)، ولی در مطالعه امانی و بافنده شایع‌ترین محل درگیری بادی و در مطالعه نوروزی‌نیا انحنای کوچک و سپس کاردیا شایع‌ترین محل درگیری بوده است (۱۸،۷). در مطالعه ما بیشترین محل درگیری تومور بدخیم ناحیه کولورکتال، رکتوم (۴۱/۹ درصد) بوده و سپس سیگموئید بود (۲۵/۲۸ درصد). در مطالعه سالاری نیز شایع‌ترین محل درگیری رکتوم بود (۱۹)، ولی در مطالعه هوشیار ۷۲/۹۲ درصد از تومورها در کولون چپ قرار داشتند (۲۰). از بین ۸۱۲ تومور دستگاه گوارش تنها ۳۶ مورد خوش‌خیم بودند که از این میان بیش‌ترین فراوانی مربوط به لیپوم می‌باشد (۱۹ مورد یعنی ۵۲/۷۷ درصد).

در مطالعه‌ای که توسط William انجام شد کمتر از ۱ درصد از تومورهای معده خوش‌خیم بود که از این میان ۳ درصد از لیپوما

از ۲ مورد تومور خوش‌خیم گزارش شده در مری، ۱ مورد در قسمت میانی مری و یک مورد که مکان آن مشخص نشده بود، هر دو از نوع پایلوم بودند. از ۷ مورد تومور خوش‌خیم معده، ۲ مورد در قسمت بادی از نوع لیپوم و از ۵ مورد که مکان آنها نامشخص بود ۳ مورد لیپوم و ۲ مورد لیومیوم بود. از ۷ مورد تومور خوش‌خیم روده باریک، ۵ مورد (۷۱/۴ درصد) در دئودنوم بود که از این تعداد، ۲ مورد (۴۰ درصد) لیپوم و ۳ مورد (۶۰ درصد) پایلوم بود. از ۲۰ مورد تومور خوش‌خیم در کولورکتوم، ۱۲ مورد (۶۰ درصد) لیپوم، ۵ مورد (۲۵ درصد) پایلوم و ۳ مورد (۱۵ درصد) همانژیوم بود. از ۱۹ مورد لیپوم دستگاه گوارش، ۱۲ مورد (۶۳/۱۵ درصد) در ناحیه کولورکتوم بود که بیش‌ترین فراوانی را به خود اختصاص داده است.

بحث

نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که فراوانی نسبی سرطان دستگاه گوارش در گروه سنی بالای ۶۰ سال بیشتر از سایر گروه‌های سنی بوده و میانگین سنی مبتلایان ۶۰/۲ سال می‌باشد و با افزایش سن میزان فراوانی تومورهای بدخیم افزایش می‌یابد. ۶۱/۸ درصد از مبتلایان به تومورهای بدخیم، مرد و ۳۸/۱ درصد از آن‌ها زن بودند. در مطالعه‌ای که تقوی و همکاران بر روی ۷۶۱ بیمار مبتلا به کانسر دستگاه گوارش در ایران انجام دادند نیز میانگین سنی بیماران ۶۳ سال و میزان ابتلای مردان دو برابر زنان بود (۱۳). مطالعه نجفی و همکاران نیز نشان داد که با افزایش سن؛ شیوع سرطان‌های مری، معده و کولورکتوم افزایش می‌یابد (۱).

در مطالعه ما از ۱۷۱ مورد تومور بدخیم مری ۶۳/۷۴ درصد در مکان نامعلوم قرار داشته و سپس دیستال مری بیش‌ترین فراوانی را به خود اختصاص داده است. طبق مطالعه Zhang؛ تقریباً ۳/۴

تومورهای بدخیم می‌باشند در حالی که تومورهای خوش‌خیم بیشتر در زنان دیده شد. هم‌چنین فراوانی بالای تومورهای بدخیم در محدوده سنی ۷۱ سال و بالاتر، نشان‌گر اهمیت غربال‌گری و تشخیص سریع‌تر در سنین پایین‌تر برای جلوگیری از بروز تومورهای بدخیم در سنین بالاتر می‌باشد.

تشکر و سپاسگزاری

از تکنسین‌های پاتولوژی و آندوسکوپی بیمارستان امام خمینی ارومیه تشکر کرده و نیز از سرکار خانم پروین ایرملو عضو واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان امام خمینی ارومیه که آنالیز آماری این مطالعه را انجام دادند قدردانی می‌نماییم. این مقاله برگرفته از پایان نامه خانم مهسا اسماعیل فام، دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌باشد. نویسندگان مقاله اظهار می‌دارند که هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکیل شده بود (۲۱). هم‌چنین در مطالعه Orland و همکارانش از میان ۳۵۰۰ مورد اتوپسی معده، ۱۴ مورد تومور خوش‌خیم معده گزارش شده بود که تنها ۲ مورد آن لیپومای ساب‌موکوزال بود (۲۲) که نتایج مطالعه William و Orland با نتایج مطالعات ما همسو نمی‌باشد.

نتایج مطالعه Nallamothe با نتایج مطالعه ما از نظر موقعیت آناتومیک لیپوم در کولون مغایرت دارد؛ چرا که در مطالعه Nallamothe، بیشترین فراوانی لیپوم در همی‌کولون راست (۷۰ درصد) گزارش شده بود (۲۳) در حالی که در مطالعه ما ۶۶/۶ درصد از لیپوم‌ها در سیگموئید قرار دارد.

نتیجه‌گیری

نتیجه مطالعه ما نشان می‌دهد که فراوان‌ترین تومور بدخیم دستگاه گوارش آدنوکارسینوم و فراوان‌ترین تومور خوش‌خیم، لیپوم می‌باشد. مردان در مقایسه با زنان، بیشترین درصد مبتلایان به

References:

- Najafi F, Mozaffari HR, Karami M, Izadi B, Tavvafzade R, Pasdar Y. Trends in incidence of gastrointestinal tract cancers in western Iran 1993-2007. *Iran Red Crescent Med J* 2011; 13: 805-10.
- Herszenyi L, Tulassay Z. Epidemiology of gastrointestinal and liver tumors. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2010; 14: 249-258.
- Esmaeimzadeh N, Salahi-Moghaddam A, Khoshdel AR. Geographic distribution of important cancers in Iran. *Hormozgan Medical Journal* 2015; 19: 73-82.
- Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Localzo J. *Harrisons principles of internal medicine*. 19nd Ed. Network: MHF; 2015. P. 532-7.
- Yazdanbod A, Nasser Moghadam S, Malekzadeh R. Upper gastrointestinal cancers in Ardabil, north west of Iran: A review. *Arch Iran Med* 2004; 7: 173-7.
- Sitarez R, Skierucha M, Mielko Y, Offerhaus G, Maciejewski R, Polkowski W. Gastric cancer: epidemiology, prevention, classification, and treatment. *Cancer Manag Res* 2018; 10: 239-48.
- Bafandeh Y, Farhang S. Sub site distribution of gastric cancer an area of high prevalence-north west Iran. *J Epidemiol* 2009; 19: 202-5.
- Zhang Y. Epidemiology of esophageal cancer. *World J Gastroenterol* 2013; 19: 5598-5606.
- Ale davood A, Anvari K, Sabouri G. Esophageal Cancer in Northeast of Iran. *Iran J Cancer Prev* 2011; 4: 125-9.
- Rawla P, Sunkara T, Barsouk A. Epidemiology of colorectal cancer: incidence, mortality, survival, and risk factors. *Prz Gastroenterol* 2019; 14 (2): 89-103.
- Dolathkah R, Somi MH, Asvadi-Kermani I, Ghojzadeh M, Asghari-Jafarabadi M, Farassati F, et al. Increased colorectal cancer incidence in Iran: A systematic review and metaanalysis. *BMC Public Health* 2015; 15: 997-1010.
- Malekzadeh R, Derakhshan MH, Malekzadeh Z. Gastric cancer in Iran: Epidemiology and risk factors. *Arch Iran Med* 2009; 12: 576-83.
- Taghavi N, Nasrollahzadeh D, Merat S, Yazdanbod A, Hormazdi M, Sotoudeh M, et al. Epidemiology of upper gastrointestinal cancers in Iran: A subsite

- analysis of 761 cases. *World J Gastroenterol* 2007; 13: 5367-70.
14. Shokri Shirvani J, Siadati S, Imandoost F. Demographic, Endoscopic and Pathologic Features of Esophageal Carcinoma. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2017; 27(150):176-180. (Persian)
15. Froutan-Pishbahari H, Asefirad M, Ghofrani H, Shafaghi A, Nassiri-Tossi M, Dolatshahi S, et al. A retrospective study of gastric cancer in Tehran. *Med J I.R. Iran* 2006; 20: 107-110.
16. Keyhanian Sh, Farhadifar N, Fotoukian Z, Pouya M, Saravi M. Epidemiologic and malignancy indices of gastric cancer in patients referred to oncology clinic at Ramsar Imam Sajjad hospital during 2002-2009. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2012; 20(1): 110-8. (Persian)
17. Pourfarzi F, Whean A, Kaldor J, Malekzadeh R. The role of diet and other environmental factors in the causation of gastric cancer in Iran –A population based study. *Int J Cancer* 2009; 125: 1953-60.
18. Amani F, Hooshyar A, Yazdanbod A, Bagheri A, Fooladi R, Feyzi F. Study upper gastrointestinal tract malignancies in patients refereed to endoscopy in Imam Khomeini Hospital at Ardabil city, 2008-2010. *J Caduceus Arums* 2012; 2 (4): 41-8. (Persian)
19. Salari AA, Dehghan HR. Evaluation and Treatment of Colorectal Cancer in Shahid Rahnamoon and Afshar Hospitals. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2007; 15(3): 20-5. (Persian)
20. Hooshyar A, Yazdanbod A, Amani F, Matin S, Matin E, Bagheri A. Determination of the frequency of colorectal tumors in colonoscopies performed in Imam Khomeini Hospital in Ardabil from February 2008 to September 2010. 2nd Scientific-Research-Student Congress of Ardabil University of Medical Sciences; 2011.
21. Phelan WJ, Rowan DE. Lipoma of the Stomach. *Am J Surg* 1950; 3(79): 469-72.
22. Orland B S, Brunschwigg A. Submucosal. Lipomas of the stomach. *Arch Surg* 1946; 52(3): 253-9.
23. Nallamotheu G, Douglas G. large colonic lipomas. *Gastroenterol Hepatol (NY)* 2011; 7(7): 490-2.

EVALUATION OF THE HISTOPATHOLOGIC CHARACTERISTICS OF GASTROINTESTINAL TUMORS IN ENDOSCOPY SAMPLES IN URMIA IMAM KHOMEINI HOSPITAL

Fariba Abbasi¹, Farzaneh Javanmard^{*2}, Mahsa Esmaili Fam³

Received: 14 January, 2021; Accepted: 04 November, 2021

Abstract

Background & Aims: Cancer is the most common cause of death in developing and developed countries, accounting for nearly 13% of world death. In Iran, gastrointestinal cancers are common. Therefore, this study was conducted to evaluate the gastrointestinal tract tumors in Urmia Imam Khomeini hospital.

Material & Methods: In this cross-sectional study, pathology reports of 741 patients with gastrointestinal tumor were evaluated.

Results: Of 741 reported tumor, 705 cases (95.14%) were malignant, 36 cases (4.85%) were benign. 61.8% of patients with malignant tumors were men and 38.1% were women. The mean age of patients with malignant tumors was 60.2 ± 13.35 and the mean age of patients with benign tumors was 47.7 ± 10.49 . The most abundant malignant tumor was adenocarcinoma with 481 cases (68.22%) followed by squamous cell carcinoma with 137 cases (19.43%) and the most frequent benign tumor was lipoma (52.7% of cases). The malignant tumors were observed mostly in the ages of 71 or higher (232 cases (32.9%)). In the evaluation of anatomical location of the malignant tumors, in esophagus, the precise location was not reported in most cases (63.7%). In the stomach, the cardia with 29.27%, in the small intestine, the duodenum with 66.6%, and in the colorectal region, the rectum with 41.9% were the most involved locations.

Conclusion: The results of our study indicated that the most abundant malignant tumor of the gastrointestinal tract was adenocarcinoma and the most abundant benign tumor was lipoma. Malignant tumors were observed mostly in men while benign tumors were mostly observed in women. The high frequency of malignant tumors in the ages of 71 and higher indicates the importance of early-onset screening for the prevention of malignant tumors in older ages.

Keywords: Cancer, gastrointestinal tract, anatomical location, adenocarcinoma

Address: Department of Pathology, Imam Khomeini Hospital, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: +984432237080

Email: javanmard.f@umsu.ac.ir

SOURCE: STUD MED SCI 2021: 32(7): 547 ISSN: 2717-008X

¹ Associate Professor of Pathology, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Assistant Professor of Pathology, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Medical student of Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran