

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
دوره ۳۲ شماره ۴ مهر و آبان ۱۳۸۹ صفحات ۶۳-۵۷

## روند تشخیص و درمان بیماران مبتلا به سرطان معده و مشکلات آن در استان آذربایجان شرقی

محمد حسین صومی: گروه بیماریهای داخلی، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، نویسنده رابط:  
Email: mhosseinsina@yahoo.com

ناصر علیزاده: گروه بیماریهای داخلی، محقق، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
سارا فرهنگ: پزشک عمومی، محقق، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
سید کاظم میری نژاد: پزشک عمومی، محقق، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
امیتیس جزایری: کارشناس مامائی، محقق، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
مرضیه صادقی: کارشناس پرستاری، محقق، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۶/۴/۷، پذیرش: ۸۹/۶/۲۹

### چکیده

**زمینه و اهداف:** هرچند میزان بروز سرطان معده طی دهه های اخیر در ممالک غربی بطور چشمگیری کاهش یافته است، این بیماری هنوز یکی از علل اصلی مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه می باشد. در کشور ما سرطان معده جزو شایع ترین بدخیمی ها بوده و میزان بروز آن بویژه در منطقه شمالغرب کشور بالاست. هدف از این مطالعه بررسی روش های تشخیصی و درمانی بکارگرفته شده در بیماران مراجعه کننده به مراکز پزشکی تبریز با تشخیص سرطان معده می باشد.

**روش بررسی:** پرونده های ۱۵۰ بیمار مبتلا به سرطان معده (تائید شده توسط نمونه پاتولوژی) در یک مطالعه مقطعی آینده نگر بدون مداخله در طی مدت ۱۸ ماه مورد بررسی قرار گرفتند. یافته های دموگرافیک (سن، جنس)، علائم و نشانه های اولیه، فاکتورهای مستعدکننده احتمالی و روش های تشخیصی بکار گرفته شده (سریوگرافی دستگاه گوارش فوقانی، آندوسکوپی، سی تی اسکن، سونوگرافی) و نوع درمان انتخابی (جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی) در بیماران استخراج شدند. طی مدت پیگیری، میانه بقا و نیز عوارض احتمالی ارزیابی گردید.

**یافته ها:** ۱۱۴ مذکر و ۳۶ مونث با سن متوسط  $62/41 \pm 11/36$  سال وارد مطالعه شدند. دیسفاژی (۳۰٪)، کاهش اشتها (۲۸٪) و دردهای مداوم شکمی (۲۶٪) شایعترین علائم بودند که بطور متوسط ۳/۱۴ ماه قبل از مراجعه وجود داشته اند. استعمال سیگار (۴۲٪)، علائم و نشانه های گوارشی فوقانی قبلی (۳۴٪) شایعترین عوامل خطرشناخته شده بودند. آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی در تمام بیماران انجام شده بود و سپس سی تی اسکن و سونوگرافی بترتیب در ۸۷/۱٪ و ۳۷/۳٪ برای مرحله بندی مورد استفاده قرار گرفته بودند. جراحی، شیمی درمانی و رادیوتراپی بترتیب در ۴۶٪، ۵۳/۳٪ و ۳۶/۷٪ بیماران بکار رفته بود. کاشکسی (۷۲٪) شایع ترین عارضه در پیگیری بود. میانه مدت بقا این بیماران ۶/۶۶ ماه بود که در بیماران با stage IV و نوع متشتر آدنوکارسینوم بطور معنی داری کمتر بود.

**نتیجه گیری:** فراوانی و نسبت استفاده از روشهای تشخیصی و درمانی در بیماران مراجعه کننده به مرکز ما مطابق با روش های توصیه شده در منابع است. با توجه به ماهیت بیماری که تاخیر در مراجعه و تحمیل بار جدی بر فرد و جامعه را در پی دارد، انجام مطالعات بیشتری جهت تشخیص زودهنگام توصیه می گردد.

**کلید واژه ها:** سرطان معده، روند تشخیص، درمان، مدت بقا.

### مقدمه

میر را به خود اختصاص داده است (۱). علاوه بر میزان بالای مرگ و میر، عواقب اقتصادی-روانی و همچنین معلولیتهایی که این

سرطان به عنوان یک مشکل عمده در جوامع بشری شناخته شده است بطوریکه بعد از بیماریهای قلبی بالاترین میزان مرگ و

درمانی اخذ و ثبت گردید. تمامی بیماران در بدو ورود به مطالعه، همچنین به فواصل سه ماهه ویزیت حضوری شده، هر ماه توسط تماس تلفنی پیگیری شدند. روند تشخیص و درمان بکارگرفته شده با استفاده از اسناد و مدارک موجود، عوارض ظاهر شده و همیطور میزان مرگ و میر و علل آن، بدون هیچگونه مداخله ای ثبت گردید.

اطلاعات به دست آمده با استفاده از روش های آماری توصیفی (بصورت میانگین  $\pm$  انحراف معیار و فراوانی و درصد)، آزمون تفاوت میانگین برای گروه های مستقل و آزمون مجذور کای و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS<sup>TM</sup> نسخه ۱۳ مورد بررسی قرار گرفتند. میانه بقا و اثر فاکتورهای مختلف بر آن با استفاده از جدول عمر و نمودار کاپلان مایر بررسی شد. در تمامی موارد مورد مطالعه، نتایج در صورت دارا بودن  $P \leq 0.05$  از نظر آماری معنی دار شناخته شدند.

### یافته ها

میانگین سنی بیماران بررسی شده  $62/41 \pm 11/36$  سال (کمترین ۳۱ و بیشترین ۸۵ سال) بود این میزان در بیماران مذکر  $63/56 \pm 11/22$  سال و در بیماران مونث  $61/47 \pm 11/87$  سال بود. ۱۱۴ بیمار بررسی شده مذکر و ۳۶ بیمار مونث بودند. در طی مدت پیگیری، ۱۱۸ بیمار فوت کردند و تنها ۳۲ بیمار (۲۱/۳٪) زنده ماندند. میانه بقا این بیماران پس از تشخیص بیماری ۶/۶۶ ماه بود. تفاوت معنی دار آماری از این نظر و همچنین سن بیماران مورد مطالعه بین دو جنس وجود نداشت. این بیماران به طور متوسط  $3/14 \pm 5/18$  ماه قبل از مراجعه به پزشک علامتدار بوده اند. علایم بیماران در بدو مراجعه در شکل شماره ۱ آورده شده است. ۶۳ بیمار (۴۲/۰٪) سیگار و ۴ (۲/۶٪) بیمار الکل استعمال می کردند. سابقه فامیلی سرطان معده در منسوبین درجه اول در ۹ نفر (۶/۰٪) وجود داشت. سابقه علایم گوارشی فوقانی در ۵۵ نفر (۳۶/۷٪) و سابقه جراحی قبلی معده در ۳ نفر (۲/۰٪) وجود داشت. تعداد موارد سیگاری در جنس مذکر بطور معنی داری بیشتر بود ( $P < 0.001$ ،  $95\% \text{ CI } 0.06 - 0.44$ ).

در اولین معاینه بالینی تنها در ۶/۷٪ از بیماران توده در اپیگاستر و در ۳/۳٪ غده ویرشو قابل لمس بود. متاستاز به نوحی دوردست (کبد و ریه) در ۸۸ (۵۸/۶٪) موارد مشاهده گردید. روش های تشخیصی استفاده شده در این بیماران در شکل شماره ۲ نشان داده شده است. تشخیص قطعی تمام بیماران پس از آندوسکوپ و تهیه نمونه میسر شده، در موارد معدودی قبل از آن سیروگرافی انجام شده بود. مرحله بندی در تعدادی از بیماران به سونوگرافی محدود شده و در بقیه بیماران CT انجام شده بود. آندوسونوگرافی در هیچ کدام انجام نشده، متاستاز به استخوان تنها در برخی از بیماران بررسی شده بود.

روش های درمانی که در این بیماران پیش رو گرفته شده اند در شکل شماره ۳ مشخص شده اند. یازده بیمار (۷/۳٪) علی رغم

بیماری به دنبال دارد باعث شده که تلاش فراوانی جهت شناسایی سریع و درمان قاطع آن انجام شود (۲). بر اساس آمار ارائه شده از طرف سازمان بهداشت جهانی، کانسر معده دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در کل جهان به شمار می رود. بعلت اینکه بیشتر از ۵۰٪ مورد شناخته شده آن هنگام تشخیص غیر قابل جراحی می باشند با وجود درمانهای موجود هنوز هم شناس زیادی برای طول عمر ۵ ساله را نمی توان برای این بیماران انتظار داشت. شیوع جهانی این نوع بدخیمی نامشخص است؛ اما در مطالعات انجام شده در کشورهایی مثل ژاپن، چین، آمریکای جنوبی و اروپای شرقی شیوع بالایی دارد. بطوریکه در ژاپن ۲۰-۳۰٪ کل سرطانها را شامل می شود و سالانه بیش از ۲۲ هزار مورد جدید در ایالات متحده شناخته می شود (۳ و ۱).

بر طبق گزارشهای موجود کانسر معده در شمال ایران از شیوع بالایی برخوردار است که بروز استاندارد شده آن نسبت به جمعیت جهان در مردان ایرانی ۲۶/۱ و در زنان ایرانی ۱۱/۱ در هر صد هزار نفر گزارش شده است (۴). همچنین شایع ترین سرطان دستگاه گوارش استان آذربایجان شرقی در یک بررسی پنج ساله سرطان معده بود که این روند در طرح ثبت سرطان مبتنی بر جمعیت این استان (سال ۱۳۸۵) همچنان حفظ شده است (۵).

اغلب بیماران مبتلا به سرطان معده در مراحل پیشرفته مراجعه می کنند. حتی بیمارانی که در مراحل نسبتاً اولیه مراجعه کرده و تحت درمان های مناسب قرار می گیرند معمولاً بعلت عود فوت می کنند. از طرفی بیولوژی تومور و کارسینوزن امروزه دو زمینه فعال تحقیقاتی بشمار می روند (۲). با در نظر گرفتن بار این بیماری اطلاعات کافی در مورد نحوه تشخیص و درمان یا میزان مرگ و میر براساس نحوه درمان موجود نمی باشد. در این بررسی ما سعی خواهیم کرد اطلاعاتی را در این مورد گردآوری و تحلیل نماییم.

### روش بررسی

در این پژوهش مقطعی توصیفی که به صورت مطالعه داده های موجود (existing data) و جمع آوری فعال داده ها انجام شد، ۱۵۰ بیمار جدید در مدت ۶ ماه از بخش های آندوسکوپ، پاتولوژی و جراحی بیمارستان های امام خمینی (ره)، سینا، بخش خون و انکولوژی بیمارستان شهید قاضی طباطبایی تبریز شناسائی شده، به مدت حداقل یک سال مورد بررسی و پیگیری قرار گرفتند. تشخیص قطعی سرطان معده در تمام بیماران توسط بررسی پاتولوژیک نمونه بافتی پس از آندوسکوپ معده میسر شده بود.

تنها بیمارانی وارد مطالعه شدند که پس از آگاهی از روش و اهداف مطالعه، رضایت کتبی خود را در مورد اجازه استفاده از مدارک پزشکی اعلام داشته بود. هیچ بیمار از ورود به مطالعه امتناع نوریزد. در این مطالعه هیچگونه هزینه یا اقدامات بیشتر از صلاحدید پزشکان معالج بر بیماران و یا همراهان آنها وارد نشده است. اطلاعات لازم در مورد علایم، نشانه ها، روند تشخیصی و

آدنوکارسینوم معده مدت بقای کمتری نسبت به مبتلایان به نوع روده ای داشتند ( $P=0/018$ ).

میزان بقای بیماران بررسی شده بر اساس سابقه مصرف سیگار ( $P=0/652$ )، الکل ( $P=0/078$ )، علایم گوارشی فوقانی ( $P=0/555$ ) و سابقه جراحی معده قبلی ( $P=0/310$ ) تفاوت معنی داری نداشت. در بیماران بررسی شده، از نظر مرحله<sup>۲</sup> بدخیمی، ۴۱/۳٪ مورد I، ۱۷/۳٪ مورد II، ۲۱/۳٪ مورد III و ۲۰/۱٪ مورد IV بودند. میانه مدت بقا در مرحله I ۱۰ ماه، در مرحله II ۷ ماه، در مرحله III ۵ ماه و در مرحله IV ۲ ماه بود. میانه مدت بقا در مرحله IV از بقیه کمتر بود ( $P=0/003$ ).

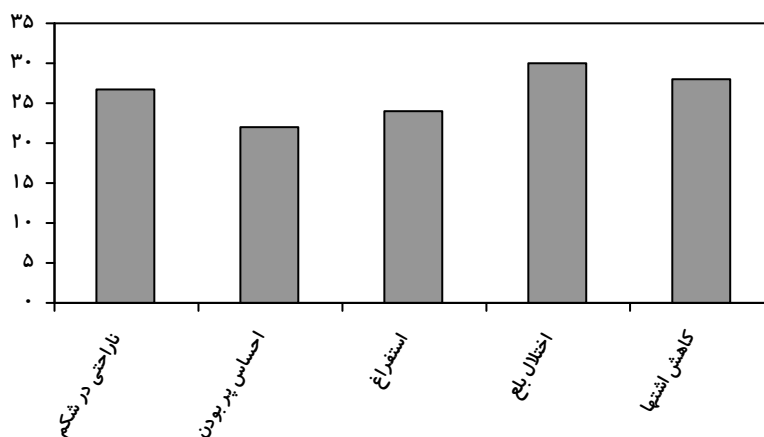
علائم و عوارض پیش آمده برای بیماران در پیگیری های انجام شده به ترتیب: کاشکسی (۷۲٪)، دیس فازژی یا بلع دردناک (۵۲٪)، تهوع و استفراغ (۴۶٪)، مشکلات ریوی (پنومونی، نارسائی تنفسی) (۸۷٪)، عود موضعی (۴/۶٪) و عفونت محل عمل (۳/۳٪) بودند.

علت مرگ در ۹۴ (۷۹/۷٪) مورد فوت ناشی از خود سرطان معده بوده و در بقیه موارد به حوادث عروقی (ترومبوز، آمبولی، سکته مغزی و غیره) (۳/۳٪)، عفونت بیمارستانی (۳/۴٪)، مشکلات یا نارسایی کلیه (۳/۴٪)، مشکلات قلبی (۳/۴٪) و عوارض شیمی درمانی (۲/۵٪) نسبت داده شد. دو بیمار بلافاصله پس از جراحی فوت شدند.

توصیه به جراحی بر اساس نتایج تصویربرداری ها رضایت به جراحی نداشتند و تنها از سایر روش ها استفاده شد. لاپاراتومی در ۱۱ (۷/۳٪) بیمار با سی تی اسکن نرمال و ۲ بیمار (۱/۳٪) با سونوگرافی نرمال به دلیل تهاجم موضعی وجود و متاستازهای شکمی بی نتیجه ماند. یک بیمار بدون بررسی های تشخیصی کافی تحت لاپاراتومی قرار گرفته، دو (۱/۳٪) بیمار با وجود اینکه در سی تی اسکن متاستاز گزارش شده بود تحت عمل جراحی بی نتیجه قرار گرفتند.

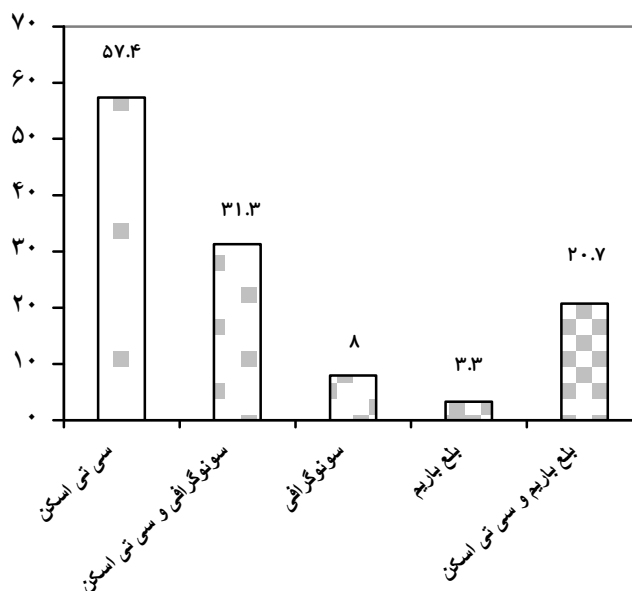
محل درگیری معده با توجه به مدارک موجود در ۴۱/۱٪ در یک سوم ابتدایی، ۲۷/۴٪ در یک سوم میانی، ۲۵/۳٪ در یک سوم انتهایی و ۶/۳٪ فرم منتشر<sup>۱</sup> بود. مورفولوژی سرطان در ۱۴۴ (۹۶٪) مورد آدنوکارسینوم در ۶ (۴٪) مورد لنفوما بود. ۸۳٪ تومورهای نوع آدنوکارسینوم از نوع منتشر و بقیه از نوع روده ای بودند. میانگین سنی بیماران مبتلا به نوع منتشر ( $55/4 \pm 12/9$ ) کمتر از بیماران مبتلا به نوع روده ای ( $64/7 \pm 10/7$ ) بود ( $P=0/004$ ).

اگرچه در کل میانه بقای بیماران مورد مطالعه پائین بود، بقای بیماران تحت درمان با جراحی به همراه رادیوتراپی بهتر از بقیه بود (میانه ۸ ماه؛  $P=0/004$ ). از طرفی میانه مدت بقای بیماران بررسی شده در بیماران با سابقه فامیلی مثبت کمتر بود (۶ ماه در مقابل ۱ ماه؛  $P=0/002$ ). متوسط میزان بقای بیماران بررسی شده در بیماران با سابقه رژیم غذایی مستعدکننده سرطان معده کمتر بود (۶ ماه در برابر ۴ ماه؛  $P=0/012$ ). همچنین بیماران مبتلا به نوع منتشر

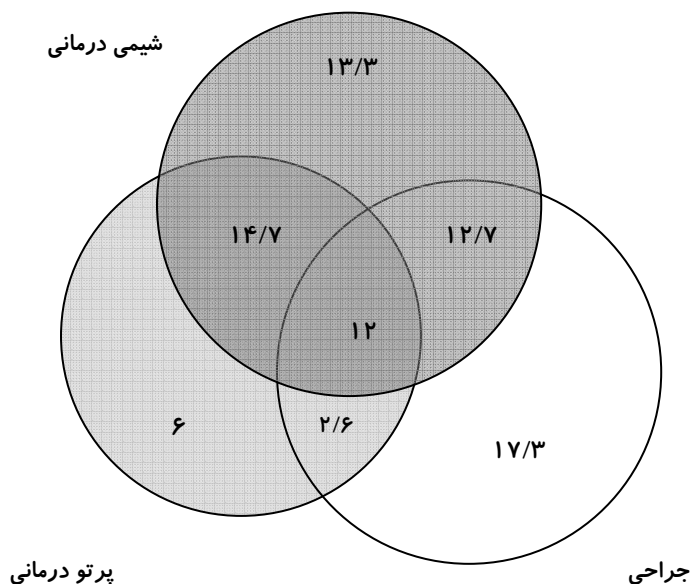


شکل ۱: فراوانی علائم بیماران مبتلا به سرطان معده حین مراجعه به پزشک

شکل ۲: فراوانی روش های رادیولوژیک تشخیصی به کار رفته در بیماران مبتلا به سرطان معده تا تشخیص نهائی



شکل ۳: درصد فراوانی روش های درمانی بکار رفته در بیماران مبتلا به سرطان معده



## بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج مطالعات مختلف، شیوع سرطان معده در میان آسیایی تبارها بیشتر از سایر نژادهاست. از نظر جنسیت، مردان بیشتر از زنان گرفتار می شوند و بسیاری از بیماران مسن هستند. سن متوسط بیماری در زمان تشخیص ۶۵ سال (۴۰ تا ۷۰ سال) است. از طرفی سرطان معده که در سنین جوانی آغاز می گردد، حالت تهاجمی تری دارد (۶). این بیماری در سطح بین المللی، پراکندگی جغرافیایی بارزی دارد. شیلی، ژاپن و شوروی سابق بیشترین مرگ و میر ناشی از بیماری را داشته اند (۷). با وجود اینکه سرطان معده در آمریکا و کشورهای اروپائی جزء

سرطان های شایع نیست ولی جزء ده سرطان کشنده طبقه بندی شده است (۸).

میزان بقای ۵ ساله در بیماران تحت عمل جراحی درمانی<sup>۱</sup>، ۳۰ تا ۵۰ درصد در stage II و ۱۰ تا ۲۵ درصد در stage III می باشد. بعلت احتمال بالای عود موضعی و سیستمیک، بسیاری از پزشکان درمان کمکی<sup>۲</sup> را توصیه می کنند (۹). گاسترکتومی توتال، ازوفاگو-گاسترکتومی و گاسترکتومی ساب توتال از مهمترین روش های جراحی درمانی می باشند (۹). شیمی درمانی و رادیوتراپی مهمترین انواع درمان های کمکی هستند (۱۱، ۱۰).

از نظر درمانی مطالعات مشابه از سایر نقاط جهان نتایج متنوعی را ارائه می‌دهد. در بیماران دچار سرطان معده در کشورهای مختلف، جراحی بطور متوسط در ۴۹/۹٪ موارد (۸ الی ۶۶/۴ درصد)، شیمی درمانی در ۴۹/۴٪ موارد (۲۵/۲ الی ۹۸ درصد) و رادیوتراپی در ۲۳/۵٪ موارد (۳ الی ۴۴ درصد) صورت می‌گیرد (۱۵-۲۱). تفاوت مشاهده شده بیشتر از هر چیز تحت تاثیر وضعیت بیماران هنگام تشخیص می‌باشد. امکان اقدامات درمان قطعی تنها در صورتی وجود دارد که بیماری در مراحل اولیه تشخیص داده شده باشد و در غیر این صورت روش های تسکینی بیشتر مد نظر خواهند بود. مطالعات انجام شده از استان های ایران نیز نتایج متنوعی دارد. در مطالعه صورت گرفته جراحی از ۸ تا ۶۶/۴٪ موارد و و شیمی درمانی در حدود ۴۰٪ موارد صورت گرفته است (۲۵-۲۲). نتایج حاصل از مطالعه ما نیز در محدوده گزارش شده توسط بررسی های مذکور قرار گرفته است. با این وجود به دلیل شایعتر بودن سرطان معده در استان ما این موضوع از نظر ممکن بودن درمان قطعی اهمیت ویژه ای دارد.

در مطالعه ما در ۷/۳٪ موارد حین جراحی بدلیل گسترش موضعی تومور یا مشاهده پیشرفته بودن آن امکان رزکسیون جراحی وجود نداشته است. این میزان در مطالعات مختلف ۲۰ تا ۳۰ درصد گزارش شده است (۲۶). هرچند با توجه به اینکه سونوگرافی اندوسکوپی<sup>۳</sup> جهت مرحله بندی<sup>۴</sup> بیماران مطالعه اخیر بکار نرفته است، ممکن است برخورد محتاطانه مانع از افزایش این میزان شده باشد. به نظر می‌رسد با بررسی های دقیق تری همچون EUS و بررسی درگیری اطراف ضایعه میزان اینگونه اعمال جراحی کاهش یافته، جراحی با برنامه ریزی دقیق تری همراه باشد.

در مطالعه ما میزان بقای بیماران پس از تشخیص بطور متوسط ۶/۳ ماه بود. در طی مطالعه ۷۸/۷٪ بیماران فوت کردند. میزان مرگ و میر یک ساله بیماران در مطالعه هوهنبرگ (۱۹۹۶) ۴۰ تا ۶۰ درصد گزارش شده است (۲۶). در مطالعه ای (۲۰۰۷) در اردبیل میزان مرگ و میر یکساله ۶۰٪ بوده است (۲۰). در مطالعه کاشان (۲۰۰۳) میزان همین مرگ و میر ۸۶٪ گزارش شده است (۲۳). متوسط میزان بقای یک ساله در مطالعه ای (۲۰۰۵) در تهران ۱۰ ماه بوده است (۲۵). این میزان در مطالعه ای (۲۰۰۴) در هند ۱۰/۴ ماه (۱۵) و در مطالعه ای (۲۰۰۶) در عمان ۱۲ ماه (۲۷) و در مطالعه (۱۹۹۵) فرانسه ۹/۲ ماه بوده است (۱۹).

همانگونه که ملاحظه می گردد میزان مرگ و میر ناشی از سرطان معده در اغلب مطالعات بسیار بالاست. این میزان در مطالعه ما نیز در حد بسیار بالایی قرار دارد. میزان بقای بیماران به عوامل مختلفی مانند سن بیماران، stage اولیه بیماری و نوع درمان نیز بستگی دارد که در مطالعه حاضر بقای بیماران در stage IV کمتر بود. این میزان با تشخیص به موقع قابل بهبود است. با در نظر داشتن این مساله که روش های تشخیصی بطور استاندارد در این منطقه اجرا می شوند، طول عمر کم بیماران مبتلا به سرطان معده

در حال حاضر روش غربالگری خاصی در برنامه سیستم بهداشتی کشور تعریف نشده است و روند تشخیص پس از شک اولیه در کنار علائم شروع می‌شود. ازوفاگو-گاسترو-دئودنوسکوپی<sup>۱</sup> روشی ساده و کم خطر جهت ارزیابی اولیه بیماران است که امکان نمونه برداری از ضایعه را نیز فراهم می آورد (۱۲). سری دستگاه گوارش فوقانی با کتراست مضاعف<sup>۲</sup> می‌تواند تومورهای بزرگ اولیه را نشان دهد ولی بندرت می‌تواند گسترش آن به مری یا دوازدهه را نشان دهد. هرچقدر ضایعه اولیه کوچک تر باشد، اهمیت کتراست مضاعف و سینه رادیوگرافی بیشتر می‌شود (۱۰). رادیوگرافی قفسه سینه بیشتر جهت ارزیابی ضایعات متاستاتیک بکار گرفته می‌شود (۱۲). MRI، CT scan در قفسه سینه، شکم و لگن در ارزیابی پروسه بیماری موضعی و نیز مناطق گسترش احتمالی ضایعه اولیه بکار می‌روند (۱۰). سونوگرافی اندوسکوپی<sup>۳</sup> امکان ارزیابی های دقیق stage ضایعه پیش از انجام عمل جراحی را فراهم می آورد (۱۰، ۱۲).

در مطالعه حاضر ۱۵۰ بیمار با سرطان معده شناسائی شده در مراکز دانشگاهی بررسی شده اند. توصیه های ارائه شده توسط منابع معتبر در مورد روشهای تشخیصی (۱۰) در این بیماران تقریباً بطور کامل اجرا می‌شود؛ بدین صورت که در تمامی موارد اقدام تاییدکننده یعنی نمونه برداری از طریق اندوسکوپی در صورت گرفته است. عکس قفسه سینه، آزمایشات خون شامل کلسیم، فسفر و آنزیم های کبدی در تمام این بیماران بررسی شده است. بلع باریم (۲۴٪)، CT scan (۸۷/۱٪) و سونوگرافی (۳۷/۳٪) جهت تعیین stage بیماری بکارگرفته شده است. به بیان دیگر بجز مواردیکه سونوگرافی شواهد متاستاز کبد را نشان داده است، مرحله بیماری با استفاده از روش های پاراکلینیک مناسب (CT) صورت گرفته است. انجام EUS در زمان مطالعه میسر نبود.

در مطالعه ای (۲۰۰۲) در ایالات متحده، اندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی بعنوان یکی از روش های اولیه تشخیصی در این دسته از بیماران توصیه شده است (۱۳). دکتر لو و همکاران (۱۹۹۴) نیز روند تشخیصی مشابهی را در این دسته از بیماران توصیه نموده اند (۱۴). در کل می‌توان نتیجه گیری نمود که روند تشخیصی در مرکز ما مطابق با استانداردهای موجود است. البته در موارد معدودی به گزارش متاستاز در سونوگرافی اکفا شده و در اینگونه موارد سی تی اسکن انجام نشده است. همچنین در مواردیکه از نظر سونوگرافی و CT متاستاز وجود نداشت، نسبت به tap مایع آسیت لاپاراسکوپی<sup>۴</sup> اقدام نشده است. به نظر می‌رسد تصمیم گیری در این موارد به اندازه زیادی متأثر از وضعیت اجتماعی - اقتصادی بیماران و همچنین شرایط طبی عمومی آنها باشد. چنین شرایطی در مطالعه فعلی مد نظر قرار نگرفته اند و برای مشخص شدن این نکته که تمام اقدامات تشخیصی و درمانی لازم (Curative یا Palliative) در مورد بیماران انجام می‌شود یا خیر نیاز به مطالعه دقیق تری هست.

1. Esophago-gastro-duodenoscopy
2. double contrast upper GI series
3. Endoscopic Ultrasonography (EUS)
4. Staging

در مرکز آموزشی امام خمینی بوجود آمده است، قبل از اقدام درمانی بهتر است جهت مرحله بندی و تعیین بهترین روش درمانی استفاده شوند. فراهم بودن امکانات تشخیصی مورد لزوم در استان، نقش آگاهی افراد جامعه جهت مراجعه بموقع و تشخیص سریع را پررنگ تر می کند. با توجه به قابل قبول بودن امکانات تشخیصی، امید است که استفاده از شیمی درمانی Neoadjuvant که بی شک می تواند در افزایش بقای بیماران مفید باشد جایگاه خود را در درمان این بیماران پیدا کند. اثر روش های درمانی جدید و موثر با تشخیص بیماری در مراحل پائین تر وضوح بیشتری نیز خواهد داشت.

### تشکر و تقدیر

نویسندگان این مقاله از زحمات سرکار خانم دکتر شهناز نقاشی و کادر فعال بخش اندوسکوپی بیمارستان امام خمینی جهت همکاری در گردآوری داده ها و هماهنگی بین بخشی تقدیر و قدردانی می نمایند.

لزوم تشخیص زودهنگام این بیماری را می رساند. با توجه به شیوع بالای بیماری در منطقه پیشنهاد می شود که مفید بودن برنامه های غربالگری مناسب بررسی شوند.

در مجموع بایستی به شیوع بالای سرطان معده و میزان مرگ و میر بسیار زیاد ناشی از آن، علی رغم استفاده از روشهای تشخیصی و درمانی صحیح در منطقه آذربایجان شرقی تاکید نمود. جهت بهبود وضعیت این دسته از بیماران نیازمند انجام مطالعات بیشتری در این زمینه می باشیم. در صورت امکان، با همکاری متخصصین رشته های مختلف در ارتباط با تشخیص و درمان این بیماری (متخصصین گوارش، انکولوژی، رادیوتراپی، رادیولوژی و جراحی)، تصمیم گیری درمانی بر اساس مرحله بیماری، وضعیت خود بیمار، ایمن ترین و کم عارضه ترین روش درمانی برای بیمار انتخاب شود. جهت کاهش هزینه درمان بیماران و جلوگیری از اقدامات و بررسی های بی مورد بهتر است بصورت تیمی تصمیم گیری شود.

با توجه به اینکه سونوگرافی اندوسکوپی و سی تی اسکن جهت مرحله بندی بیماری بسیار مفید می باشد و امکان انجام آنها

### References:

- Fuchs CS, Mayer RJ. Gastric carcinoma. *N Engl J Med* 1995; **333**(1): 32-41.
- Breaux JR, Bringaze W, Chappuis C, Cohn L. Jadenocarcinoma of the stomach: A review of 35 years and 1,710 cases. *World J Surg* 1990; **14**: 580-586.
- Abeloff MD. *Clinical Oncology*. 2<sup>nd</sup> ed. New York, Churchill Livingstone, 2000; PP: 1545-1579.
- Sadjadi A, Nourai M, Mohagheghi MA, Mousavi-Jarrahi A, Malekezhadeh R, et al. Cancer Occurrence in Iran in 2002, an International Perspective. *Asian Pacific J Cancer Prev* 2005; **6**: 359-363.
- Somi H, Mirinezhad K, Farhang S, Jazayeri E, Sani A, Seif-Farshadi M, et al. Gastrointestinal cancer occurrence in East Azarbaijan: a five year study from North Western Iran. *Asian Pac J Cancer Prev* 2006; **7**(2): 309-312.
- Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH. *Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and liver Disease*. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia, Saunders, 2002; PP: 829-844.
- Jemal A, Murray T, Samuels A, Ghafoor A, Ward E, Thun MJ. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2003; **53**: 5-26.
- World health organization. Health topics: Cancer, 2007. <http://www.who.int/topics/cancer/en> (Accessed, Feb. 2007).
- Correa P. Diet modification and gastric cancer prevention. *J Nat Cancer Inst Monogr* 1992; **12**: 75-78.
- Braunwald E, Fauci AS, Kasper D, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 16<sup>th</sup> ed. Philadelphia, McGraw hill medical publishing Division, 2005; PP: 2268-2279.
- Allum WH, Hallissey MT, Ward LC. A controlled, prospective, randomized trial of adjuvant chemotherapy or radiotherapy in respectable gastric cancer: interim report. British Stomach Cancer Group. *Br J Cancer* 1989; **60**(5): 739-744.
- Schein PS, Smith FP, Woolley PV. Current management of advanced and locally unresectable gastric carcinoma. *Cancer* 1982; **50**(11): 2590-2596.
- Cappell MS, Friedel D. The role of esophagogastroduodenoscopy in the diagnosis and management of upper gastrointestinal disorders. *Med Clin North Am* 2002; **86**: 1165-1216.
- Low VH, Levine MS, Rubesin SE, Laufer I, Herlinger H. Diagnosis of gastric carcinoma: sensitivity of double-contrast barium studies. *AJR Am J Roentgenol* 1994; **162**: 329-334.
- Sambasivaiah K, Ibrarullah M, Reddy MK. Clinical profile of carcinoma stomach at a tertiary care hospital in south India. *Trop Gastroenterol* 2004; **25**(1): 21-26.
- Onate-Ocana LF, Aiello-Crocifoglio V. Prognostic factors in 793 cases of gastric cancer in an oncologic referral center. *Rev Gastroenterol Mex* 1999; **64**(3): 114-121.
- Spataro V, Genoni M, Maurer C, Muller W. Stomach cancer: 10 years experiences with surgical treatment and possibilities for improving the prognosis. *Helv Chir Acta* 1993; **59**(4): 589-595.
- Thong-Ngam D, Tangkijvanich P, Mahachai V, Kullavanijaya P. Current status of gastric cancer in Thai patients. *J Med Assoc Thai* 2001; **84**(4): 475-482.
- Le Page M, Cauvin JM, Le Dreau G, Nousbaum JB. Therapeutic management and survival of gastric

- adenocarcinoma in the province of Finistere between 1984 and 1989. *Gastroenterol Clin Biol* 1995; **19**(10): 804-810.(French)
20. Casariego Vales E, Pita Fernandez S, Rigueiro Veloso MT. Survival and prognostic factors for gastric cancer. Analysis of 2,334 patients. *Med Clin (Barc)* 2001; **117**(10): 361-365. (Spanish)
  21. Madzhov R, Kornovski B, Georgiev K, Kekhaiov T, Karageorgiev L, Bankov P. Gastric cancer. Treatment results in 237 patients. *Khirurgiia (Sofia)* 2003; **59**(6): 4-7.(Bulgarian)
  22. Hajiani E, Sarmast SMH, Masjedizadeh R, Hashemi J, Azmi M, Tahereh R. Clinical profile of gastric cancer in Khuzestan, southwest of Iran. *World J Gastroenterol* 2006; **12**(30): 4832-4835.
  23. Abadi D, Sharifi H, Erffan N, Dianati M, Abdol Rahim Kashi E. An epidemiologic and clinical survey on gastric cancer patients referred to Shahid Beheshti Hospital of Kashan, 1994-2001. *J Med Ir* 2003; **34**(10): 211-222.
  24. Babaii Brojeni M. The stomach cancer. *J Med Zanjan* 1994; **8**(2): 29-43.
  25. Sadighi S, Raafat J, Mohagheghi M, Meemary F. Gastric carcinoma: 5 year experience of a single institute. *Asian Pac J Cancer Prev* 2005; **6**(2): 195-196.
  26. Hohenberger P, Hiinerbein M. Detection and management of advanced gastric cancer. *Annals of Oncology* 1996; **7**: 197-203.
  27. Al-Moundhri MS, Al-Bahrani B, Burney IA. The prognostic determinants of gastric cancer treatment outcome in Omani Arab patients. *Oncology* 2006; **2**: 90-96.