

هوالشافی

سرطان کولون و رکتوم

توجه: این مطالب جنبه اطلاع رسانی دارد و توصیه می شود حتما با پزشک معالج خود مشورت فرمائید.

سرطان چیست؟

این گزارشات اطلاعات مورد دسترس را در مورد راههای درمانی سرطان کولون و رکتوم در اختیار علاقه مندان خواهند گذاشت. آنها می توانند بدانند چگونه می شود از مراکز درمانی پیشتاز استفاده کنند. تبدیری که به وسیله شبکه ملی سرطان (NCCN) برای متخصصین سرطان در مورد راه های درمان اندیشیده شده اکنون برا یکاربرد عمومی به وسیله انجمن سرطان آمریکا (ACS) مورد استفاده قرار گرفته است.

برای اطلاعات بیشتر با انجمن امداد به بیماران سرطانی ایران تماس بگیرید.

تلفن : 2290004 – 2294100 – 0111 فاکس : 222655 – 011

Email: emdad_4u@yahoo.com

Gmail: emdad.iran@gmail.com

www.sarataun.org

از سال 1995 پزشکان به توصیه های شبکه بین المللی سرطان (NCCN) در درمان سرطان توجه خاصی نشان داده اند. راهنمای درمان شبکه ملی سرطان (NCCN) به وسیله کنگره های متعددی از 17 مرکز ملی پیشتاز سرطانتکامل یافته است. این روش های درمان عبارت از مجموعه نکات و شواهد و راههای درمانی است که مورد قبول محققین برجسته درمان سرطان قرار گرفته است.

راه های درمانی شبکه ملی سرطان به وسیله فرضیات مهم امروزی تأیید شده اند. نوع اطلاعات مورد لزوم بیماران برحسب احتیاج نوسازی شده و از طریق آدرس های اینترنتی وانجمن سرطان آمریکا کو شبکه ملی سرطانمورد دسترسی خواهد بود. برای اطلاع و اطمینان از آخرین اطلاعات با انجمن امداد بهبیماران سرطانی ایران تماس بگیرید.

مدت 85 سال است که مردم به اطلاعات انجمن سرطان آمریکا (ACS) در مورد سرطان اعتماد کرده اند. کتاب ها و بروشورهای انجمن اطلاعات جامع و جاری در اختیار صدها هزار نفر از بیماران، خانواده آنها و یا دوستان شان قرار داده است. اینتشریک مساعی بین شبکه ملی سرطان (NCCN) و انجمن سرطان آمریکا (ACS) اطلاعات واحدی را در درمان سرطان و منابع اطلاعاتی آن در اختیار افراد قرار داده است.

اینراهنمای بیمارنیه شما در درک بهتر هدف های درمانی کمک خواهد کرد.

ما شما را به بحث درباره آنها و پرسیدن سئوالات زیر از پزشکانتزغیب می کنیم.

- من چه سرطانی دارم؟
- این سرطان تا کجا پخش شده است و M.N.T (یک سیستم مرحله بندی سرطان به صفحه 29 مراجعه شود) آن در چه مرحله است؟
- چگونه درمان هایی را می توانم انتخاب کنم؟
- هر یک از این درمان ها چه عوارض و خطرانی دارند و تا چه اندازه زندگی مرا تهدید می کنند؟
- برای درمان چه باید بکنم ؟
- چگونه می توانم عوارض درمانم را به حداقل برسانم ؟
- چه باید بکنم که حالم زودتر خوب شود؟
- از چه خدماتی می توانم استفاده کنم؟
- این پرسش ها و پرسش های دیگری را می توانید بنویسید. شاید بخواهید زمان بهبودی خود را بدانید و زندگی خود را بر آناساس تنظیم کنید. شاید در مورد کار آزمایشی بالینی هم پرسش هایی داشته باشید.

تصمیمات در مورد درمان سرطان کولون و رکتوم

سرطان کولون (روده بزرگ) و رکتوم (راست روده) نکات مشترک زیادی دارند. آنها اغلب، به عنوان سرطان کولورکتال نامیده می شوند. در بعضی از قسمتهای این کتاب ایندو با هم مورد بحث قرار می گیرند. و در قسمت های دیگر افتراق راههای درمانی بطور جداگانه مورد بحث قرار خواهند گرفت.

سرطان کولورکتال شاید شایع ترین سرطان در میان مردان و زنان آمریکایی بعد از سرطان پوست باشد. انجمن سرطان آمریکا برآورد می کند که تقریباً 93800 مورد جدید سرطان کولون و 36400 مورد سرطان رکتوم در سال 2000 تشخیص داده شود. به نظر می رسد در سال 2000 ، 47700 نفر از سرطان کولون و 8600 نفر نیز به علت سرطان رکتوم خواهند مرد.

متجاوز از 95٪ این سرطاناتها آدنوکارسینوما (سرطان غده ای مفروش کننده داخل کولون و رکتوم) خواهند بود. در این مقاله تنها درباره آدنوکارسینومای کولورکتال صحبت خواهد شد. تومورهای کارسینوئید دستگاه گوارش (تومورهای تولید کننده هورمون سیستم گوارش) تومورهای بافت همبند دستگاه گوارش (تومورهای نسج همبند دیواره معده و روده) و لنفوم های دستگاه گوارش (سرطاناتهای ایمنی معده و روده) با شیوع کمتر در کولون و رکتوم دیده می شوند. درمان و پیش آگهی اینانواع نادر سرطان کولورکتال که در بالا ذکر گردید با آدنوکارسینوما تفاوت دارد اما در این مقاله مورد بررسی قرار نمی گیرد.

با توجه به اینکه سرطان کولورکتال یک بیماری جدی به شمار می آید، چند تیم منظم حرفه ای پزشکی در درمان آن نقش خواهند داشت. تیم های مراقبت های پزشکی می تواند شامل یک کاسترو آنتروژنیزست ، رادیوشیموتراپ ، آنکلوژنیزست طی، پاتولوژیست، پرستار، مدد کار اجتماعی، رادیولوژیست، متخصص درمان دهانه های روده این (استوما) باشد. این مقاله قصد کمک به شما در درک امکانات درمانی به افراد مبتلا به سرطان کولون و رکتوم را دارد. این مقاله به پزشکان امکان می دهد که به همراهی شما بهترین راه درمان را انتخاب کنند.

در صفحات بعدی جدول هایی را می بینید که پزشکان آنها را الگوریتم یا درختان تصمیم گیری نامیده اند. این جداول مراحل مختلف سرطان کولون و رکتوم را نشان می دهد. در عین حال هر کدام از جداول بهترین امکانات درمانی را درباره شخص شما نشان می دهد.

برای دستیابی به یک تصمیم و اطلاع از امر درمان نیاز به دانستن بعضی از اصطلاحات طبی است که پزشک شما به کار می برد. ممکن است بخواهید زمینهای آشنایی با این بیماری را پیدا کنید. و یا بخواهید از مسائل دیگری که در توضیحات پایانی آمده اطلاعاتی داشته باشید. شما نه تنها اطلاعاتی درباره زمینه بروز کولورکتال را پیدا می کنید، بلکه در عین حال از سرطان کولورکتال و تحقیق (ارزیابی) درمان های مربوط به آن مطلع خواهید شد.

درباره کولون و رکتوم

اطلاعات مختصری از اعمال دستگاه کولون و رکتوم و تشریح آن بیه بیماری در درک چگونگی انتشار سرطان کولورکتال و برداشتن آن در عملیات جراحی که بعداً در این کتاب به آن اشاره خواهد شد کمک خواهد کرد.

کولون و رکتوم قسمت هائی از روده بزرگ هستند که به نوبه خود قسمتی از دستگاه گوارش به حساب می آیند. این سیستم انرژی امکانات هضم غذا و دفع فضولات را فراهم آورده و فضولات جامد را از بدن دفع می کند، غذا بعد از جویده شدن بلع وارد مری و معده می شود در آنجا کمی تجزیه شده و وارد روده باریک می شود، که روده کوچک نیز نامیده می شود.

روده باریک به تجزیه غذا ادامه می دهد و بیشتر مواد غذایی را جذب می کند. روده باریک به کولون وصل می شود که یک لوله عضلانی بالغ بر 5 فوت (1/50) متر می باشند. روده بزرگ به جذب آب و مواد معدنی از ماده غذایی ادامه داده و مازاد جامد را به نام مدفوع یا STOOL انبار می نماید. مواد زائد بعد از این مراحل از طریق مقعد به بیرون بدن دفع می شوند. 4/5 فوت (140 سانتی متر) اول روده بزرگ ، کولون نامیده می شود و باقی رکتوم نام دارد. کولون خود به چهار قسمت تقسیم می شود. اولین قسمت کولون که به روده باریک وصل می شود کولون بالا رونده نام دارد که به بالا و طرف راست شکم امتداد یافته است بخشی از کولون بالا رونده که به روده باریک وصل می شود مسکوم نامیده می شود. قسمت دوم کولون عرضی نام دارد. که از راست به چپ امتداد یافته و به کولون نزولی وصل می شود که در طرف چپ شکم به پایین امتدا می یابد. چهارمین قسمت کولون سیکموئید نام دارد. دلیل این نام شکل S مانند آن است. کولون سیکموئید به رکتوم وصل می شود که آنهم به نوبه خود به آنوس یا مقعد ختم می گردد.

هر کدام از قسمت های کولون و رکتوم از چندین لایه نسج ساخته شده اند. سرطان کولورکتال از داخلی ترین لایه شروع شده و می تواند چند یا تمام لایه ها را درگیر نماید. داشتن اطلاعات مختصری درباره این لایه ها سودمند است، زیرا Stage یا مرحله بندی (مقدار انتشار) سرطان های کولورکتال بهدریجه آلودگی این لایه ها بستگی دارد. این موارد در بخش مرحله بندی (Staging) این مقاله مورد بحث قرار گرفته است.

لنف ماده روشن و زلالی است که حاوی فراورده های دفاعی و سلول های سیستم ایمنی است عروق لنفاتیک این مایع را به گره های لنفاوی (مجموعه های کوچک و لوبیا شکل حاوی سلولهای سیستم ایمنی مهم در مبارزه با عفونت ها) حمل می کند. بیشتر عروق لنفاتیک کولون و رکتوم به گره های لنفاوی منطقه ای مربوط می شوند. سلول های سرطانی ممکن است از طریق مایع لنف و عروق لنفاوی به گروه های لنفاوی متقل می شوند و در آنجا به رشد خود ادامه دهند اگر سلول های سرطانی در غدد لنفی تقسیم شوند ممکن است به اعضا و دستگاه های دیگر بدن نیز انتقال یابند.

خون از طریق شرایید وارد دیواره روده ها شده و تغذیه آنها را تامین می نماید. ولی الزاماً وارد حفره مرکزی یا داخلی روده نشده و با مدفوع مخلوط نمی شود. بعد از جریان یافتن در نسوج خون بهوریدها تخلیه می شود. عروق کولون به کبد منتهی شده و سرانجام به قلب بر میگردند. این طرح جریان خون مهم است زیرا سلول های جدا شده از سرطان ممکن است به وسیله جریان وریدی وارد کبد شوند. به این دلیل است که کبد جایگاه بسیار مهمی جهت متاستاز (پخش) سرطان کولورکتال به شمار می رود.

عوامل خطر شناخته شده در سرطان های کولون و رکتوم

عامل خطر، به هر چیزی که امکان ابتلا، بیماری مثل سرطان را زیاد سازد گفته می شود.

سرطان های مختلف ریسک فاکتورهای مختلف دارند. به عنوان مثال قرار گرفتن بدن محافظت در برابر نور نیرومند خورشید ریسک فاکتورهای سرطان پوست بوده و دخانیات ریسک فاکتور سرطان ریه، حنجره، دهان، حلق، مری، کلیه ها، مثانه و چند عضو دیگر می باشد. محققین عوامل چندی را بر افزایش امکان ابتلاء به سرطان کولورکتال مشخص کرده اند. مردم می توانند با کنترل بعضی از عوامل خطر (رژیم ناسلام، اعتیاد به الکل) و عدم فعالیت فیزیکی (ورزش نکردن) از میزان ابتلا به سرطان کولورکتال بکاهند. سایر ریسک فاکتورها مانند پولپ های روده ای، بیماری های التهابی مزیمن روده، تاریخچه فامیلی سرطان کولورکتال غیر قابل اجتناب نیستند، ولی افراد مبتلاء به همین ریسک فاکتورها نیز می توانند خطر ابتلا را پائین بیاورند.

- سن: در حدود 90٪ افراد مبتلا بالاتر از سن 50 قرار دارند.
- رژیم غذایی که بیشتر از منابع حیوانی تهیه می شود: رژیم های بسیار غنی از چربی به ویژه از منابع حیوانی م ی توانند خطر سرطان کولورکتال را افزایش دهد انجمن سرطان آمریکا غذاهایی با منابع گیاهی، نباتی را به جای مصرف غذاهای پرچرب با منابع حیوانی توصیه می کند. انجمن سرطان آمریکا توصیه میکند در طول روز حداقل پنج وعده از گیاهان، می وها و سبزیجات تناول شود و شش وعده از غذاهای پایه نباتی مثل نان، حبوبات، برنج، گندم دانه های نباتی نیز در دستور غذایی شما قرار گیرد.
- عدم فعالیت بدنی: روش زندگی آرام بدون حداقل فعالیت های بدنی خطر ابتلاء به سرطان کولورکتال را افزایش می دهد.

تاریخچه تشخیص پولیپ روده ای: پولیپ ها رشد غیر عادی لایه پوشش داخل کولون می باشند. در زیر میکروسکوپ به چند نوع تقسیم می شوند. پولیپها فیالنفسه خوش خیم هستند. بعضی از انواع پولیپها مثل پولیپهای التهابی یا هیپرپلاستیک خطر سرطان کولورکتال را افزایش نمی دهند. بعضی دیگر مثل پولیپهای آدنوماتوز و خصوصاً اگر بزرگ بوده و یا متعدد باشند خطر ابتلاء به سرطان کولورکتال را افزایش می دهند.

کولیت اولسرو و بیماری کرون (CROHNS) : اینها دو نوع اصلی بیماریهای مزمن و التهابی روده می باشند. کولیت اولسرو (زخمی) با التهاب طولانی کولون شناخته می شود، و بیماری کرونمخصوصاً روده باریک را مبتلا می کند. اگر چه کولون نیز ممکن است مبتلا شود. کولیت اولسرو (زخمی) و مواردی از بیماری کرون که روده بزرگ را مبتلا می کند می تواند خطر ابتلا به سرطان کولون را افزایش دهند. به این ترتیب غربالگری بررسی روده ها زودتر انجام می شود و آزمایشات ویژه بیشتری در آنها توصیه می شود.

با سابقه بیشتر از هشت سال سابقه پان کولیت (ضایعه التهابی که سراسر کولون را مبتلا کرده است) یا سابقه ابتلا پانزده سال یا بیشتر التهاب کولون چپ در مرض افزایش خطر ابتلا به سرطان کولورکتال هستند. بنابراین شبکه ملی سرطانموارد زیر را توصیه می کند:

- کولونوسکپی: (تشخیص زودرس) هر 1-2 سال، بیوپسی برای بررسی سرطانیا دیسپلازی، (این آزمایش امکانات به وجود آمدن سرطان را در پوشش سطحی داخلی کولون و رکتوم نشان می دهد).
- اگر دیسپلازی با درجه بالا یا دیسپلازی با درجه پایین در مناطق متعدد در بیوپسی های انجام شده در دوره های زمانی دیده شود توتال کولوکتومی شکمی یا (برداشتن تمام کولون) و یا پروکتوکولوکتومی (برداشتن کامل کولون و رکتوم) توصیه می شود.
- چون تشخیص طبقه بندی دیسپلازی با درجات متفاوت در نمونه ها گاهی مشکل است. امتحان آزمایشگاهی بیوپسی آن باید به وسیله پاتولوژیست کار آزموده انجام شود.

سابقه خانوادگی سرطان کولورکتال: وابستگانبیماران سرطان کلورکتال امکان بیشتری برای دچار شدن به سرطان کولورکتال را دارند و وابستگان درجه یک در خطر ابتلا 1/5 تا 2 برابر معمول ابتلا به سرطان کولورکتال قرار می گیرند. بعضی اشخاص اطلاعات ارزشمندی درباره تاریخچه خانوادگی تعداد زیادی از افراد فامیل مبتلا به سرطان کولون را

دراختیار دارند. بعضی از این فامیلی ها ممکن است به سرطان کولورکتال مثل پولیپوز فامیلیانآدنوماتور (FAD) و یا سرطان کولورکتالغیر پولیپوز ارثی (NHPCC) توصیه می کند. تاریخچه خانوادگی سرطانکولورکتال در مبتلایان این بیماری گرفته شود. بیماران با تاریخچه فامیلی مثبت به سرطان کولورکتال باید به مشاوره ژنتیک و آزمایشات ژنتیک معرفی شوند.

پولیپوز آدنوماتوز فامیلی (FAP Familial Adenomatous Polyposis):

FAP یک تشخیص ارثی است که شخص مبتلاء را در مرض ابتلا بیشتر سرطان کولورکتال قرار می دهد. بیماران مبتلا به FAP در سراسر کولون و رکتوم صدها پولیپ خواهند داشت، و اگر جراحی پیشگیرانه انجام نشود یک یا چند پولیپ تبدیل به سرطان خواهد شد.

برای مبتلایان به بیماری FAP معمولاً در سنسن 25 سال به بالا برای پیش گیری از سرطان کولوکتومی (برداشت کامل کولون) توصیه می شود. برای پیگیری بقاء بیمار بعد از کولوکتومی NCCN موارد زیر را توصیه می کند:

- هر شش ماه سیکموئیدسکپی برای سه سال در بیماران که رکتوم آنها برداشته نشده است.
- هر چهار سال اندسکپی قسمتهای بالاتر و امتحان فیزیکی توشه رکتال (معاینه رکتوم با انگست)

این موضوع مهم است که بین افراد مبتلا به FAP و اشخاص جوانی که سابقه خانوادگی FAP را داشته ولی هیچ گونه علائم رودهای و پولیپ در آنها وجود ندارد، فرق گذاشته شود. دسته دوم می توانند مورد مشاوره ژنتیک قرار گیرند و تست های ژنتیک بوسیله پزشکان آنها انجام شود، در صورتی که شخص نخواهد تحت بررسی تس های ژنتیک قرار گیرد. NCCN توصیه می کند. سیکوئیدسکپی قابل انعطاف در زمان بلوغ شروع شده و آزمایشات یاد آوری به روال زیر انجام گیرد.

- هر 12 ماه تا سن 24 سالگی
- هر 2 سال تا سن 34 ساگی
- هر 3 سال تا سن 44 سالگی

- و از آن به بعد هر 3-5 سال
- سرطان کولون غیر پولیپوز ارثی (HNPCC) در اشخاص نسبتاً جوان و بدون پولیپوز دیده نمی شود. محققین ژنتیک سرطان کولورکتال لیستی (کرایتری) از موارد لازم برای تشخیص اشخاص مبتلا با تاریخچه فامیلی HNPCC را نوشته اند. معروف ترین آن کرایتر یا آمستردام می باشد، که نیاز به موارد زیرین دارد: دسته کم سه فامیل به طور کلینیکی مبتلا به سرطان شده باشند، یکی از آنها بای فامیل درجه یک (والدینبرادر و خواهر ، فرزند) باشد، و FA باید کنار گزارده شده باشد. حداقل در دو نسل پشت هم باید مبتلا شده باشند. در یکی از اقوام سرطان کولورکتال باید قبل از 50 سالگی تشخیص داده شده باشد. آزمایشات ژنتیک غالباً در تایید تشخیص بیماری غیر پولیپوز ارثی (HNPCC) در اشخاص کار ساز می باشد.

NCCN در افراد مبتلا به HNPCC کولوسکپی از سن 25 سالگی، یا 5 سال زودتر از سن اولین تشخیص در خانواده را توصیه میکند و هر 1-2 سال انجام مجدد آن را لازم می داند. خانم های مبتلا به HNPCC در خطر ابتلا به سرطان رحم نیز قرار دارند. که بررسی سونوگرافی ترانس واژینال (سونوگرافی از طریق قرار دادن پروب در واژن) اسپارسیون اندومتريال (آزمایش برداشتن نمونه های کوچک از داخل رحم) که معمولاً سالانه از 25-35 سالگی باید انجام شود.

انتخاب روش هایی در طریقه زندگی کردن برای تقلیل خطر سرطان کولورکتال

افراد می توانند خطر ایجاد سرطان کولورکتال را با تنظیم و محدود کردن ریسک فاکتورها تقلیل دهند. ریسک فاکتورهایی که بوسیله آنها قابل کنترل است مثل رژیم غذایی فعالیت بدنی، محدود کردن غذای پرچربی، خوردن 5 وعده میوه جات و سبزیجات در روز و خوردن مقدار زیاد غلات و حبوبات خطر ایجاد سرطان کولورکتال را تقلیل می دهد.

با ((انجمن امداد به بیماران سرطانی ایران)) برای کسب اطلاعات بیشتر تماس بگیرید تا در زمینه پیشگیری و تشخیص زودرس اطلاعات بیشتر در اختیار شما قرار گیرد.

0111 – 229004 – 2294100

پیشگیری و تشخیص زودرس سرطان کولون و رکتوم

سرطان کولون و رکتوم به آهستگی و در طول سال ها به وجود می آید. قبل از به وجود آمدن سرطان واقعی معمولاً یک تغییرات پیش سرطانی در لایه های پوشاننده داخلی کولون یا رکتوم به وجود می آیند. یکآدنوم کولورکتال یک شکل پولیپ کولورکتال است که به عنوان پولیپ آدنوماتوز خوانده می شود که توموری خوش خیم بوده و از نسوج غده ای فرش کننده داخل کولون به وجود می آید، اگر چه آدنوماها غیر سرطانی می باشند اما ممکن است سرانجام سرطانی شوند.

برخلاف پولیپ های آدنوماتوز، سرطان های کولورکتال می توانند به داخل حفره روده و یا به خارج، به طرف دیواره رسوخ کرده و لایه های مختلف را مبتلا کنند و یا ممکن است پخش شده و در صورت عدم درمان از طریق خون و لنف به سایر قسمت های بدن منتقل شوند و تومورهای مهاجر را بسازند که این پدیده متاستاز نامیده می شود.

با یافتن و برداشتن آدنوما قبل از سرطانی شدن وبا یافتن و برداشتن تومورهای سرطانی قبل از گسترش آنها از طریق جریان خون و یا وریدی لنفاوی بهمناطق دیگر سرطان کولورکتال را می شود پیش گیری و یا زود پیدا کرده و درمان نمود.

هر دو سازمان انجمن سرطان آمریکا و شبکه ملی سرطان تست های روتین سرطان کولورکتال و غربالگری را از سن 50 سالگی توصیه می کنند.

بعضی از آزمایشات برای مشخص کردن آدنوما و سرطان کولورکتال بدون علامت سودمند می باشند، این آزمایشات شامل آزمایش خون در مدفوع ، امتحان رکتوم با انگشت، سیگموئیدسکپی قابل انعطاف کولونوسکپی و باریم انمای دوبل کانتراست می باشند.

تست های غربالگری

آزمایشت خون مخفی در مدفوع : برآش مشخص کردنخون مخفی (پنهان) در مدفوع بکار می رود. عروق خونی پوشاننده سطح آدنوما و سطح غده های سرطانی بسیار شکننده بوده و در تماس با مدفوع بهراحتی خونریزی می کنند. عروق صدمه دیده ممکن است آنقدر خونریزی کنند که رنگ مدفوع را عوض نمایند. در اکثر موارد صدمه عروق مقدار بسیار کمی خون را در مدفوع آزاد می سازند. این مقدار خونممکن است ظاهر مدفوع را عوض نکرده و ممکن است به وسیله FOBT تشخیص داده شوند. اگر این

تست مثبت باشد نیاز به آزمایشات اضافی دیگر نیز می باشد، زیرا علل دیگر به غیر از سرطان کولورکتال نیز باعث خونریزی می شوند. یک آزمایش مثبت لزوماً دلیل وجود سرطان کولون نیست. دلیل این امر ممکن است به عوامل دیگری همچون هموروئید (بواسیر) نیز برگردد.

خون موجود در گوشت که به وسیله افراد بلع می شود نیز ممکن است به نحو کاذب باعث مثبت شدن تست شود. مهمتر این که تست FOBT ممکن است نتواند آدنوماها یا سرطان ها را مشخص کند. و به همین خاطر است که انجمن سرطان آمریکا و شبکه ملی سرطان هیچ کدام تست FOBT را به تنهایی جهت غربالگری کافی نمی دانند. FOBT غالباً همراه با امتحان مستقیم رکتوم با انگشت (DRE) و یا سیگموئیدسکپی قابل انعطاف انجام می شود.

امتحان مقعد با انگشت Digital Rectal Examination (DRE) :

پزشک بعد از پوشیدن دستکش انگشت خود را وارد منطقه رکتوم می کند، تا بتواند هر چیز غیر طبیعی را مشخص نماید. این آزمایش ساده دردناک نیست، اما بسیاری از سرطانهای رکتوم را مشخص می کند. باید دانست که بلندترین انگشت در مقایسه با طول کولون کوتاه می باشد. به این دلیل انجمن سرطان آمریکا و شبکه ملی سرطان این تست را همراه آزمایشات دیگری مثل FOBT و سیگموئیدسکپی قابل انعطاف توصیه می کنند.

سیگموئیدسکپی قابل انعطاف :

در این نوع امتحان یک لوله باریک قابل انعطاف و روشن به وسیله نور مخصوص وارد رکتوم شده و به بالا رانده می شود، این کار به پزشک فرصت می دهد تا داخل رکتوم را به خوبی دیده و قسمت داخل رکتوم و کولون را جهت بررسی پولیپ سرطان مورد بررسی قرار دهد. به بیمار ابتدا تنقیه داده می شود، (ورود مایع به داخل رکتوم) تا قبل از عملیات، توده های مدفوع برداشته شود. بدینترتیب هرگونه رشد غیر عادی از داخل دیده می شود. این تست ممکن است به هر حال ناراحت کننده باشد ولی دردناک نیست. این تست فقط قسمت پائین کولون نزدلی را مورد بررسی قرار می دهد. در ایالت متحده آمریکا دو سوم سرطان ها کولورکتال بوسیله سیگموئیدسکپی قابل تشخیص است.

کولونوسکپی :

کولونوسکوپ یک لوله تو خالی قابل انعطاف و روشن است که به داخل رکتوم گذاشته می شود و تا کولون پیش می رود، کولونوسکوپ از سیگموئید دسکوپ بلند تر است و به پزشک اجازه می دهد پوشش داخلی بر اثر کولون را ببیند کولونوسکوپ به یک دوربین ویدئو و صفحه نمایش وصل است و بنابراین پزشک می تواند به دقت از نزدیک به داخل کولون بیمار نگاه کرده و بررسی نماید برای تمیز شدن روده های شما قبل از آزمایش از مسهل های قوی استفاده کنید. این آزمایش معمولاً 15 یا 30 دقیقه طول کشیده و معمولاً با استفاده از تجویز آرامش بخش دردناک نخواهد بود.

باریم انما هم راه کنتراست هوا Barium Enema With Air Contras که باریم انمای دوبل کنتراست نیز نامیده می شود. وبه بیمار باریم سولفات داده می شود. این دارو ماده ای گچ مانند کهبه طور نسبی کولون را پر می کند. سولفات باریم از راه مقعد تجویز می شود. وقتی کولون نیمه پر می شود بیمار بر روی تخت رادیو گرافی برگردانده می شود، در این وضعیت ماده سراسر کولونرا آغشته می کند. سپس هوا از راه رکتوم تزریق می شود کهباعث اتساع کولون شده و اجازه می دهد عکس های رادیوگرافی به وضوح گرفته شوند. قبل از انجام تست باید به بیمار گفته شود که چگونه شب قبل از آزمایش و صبح روز بعد با مشهل قوی روده خود راآماده نماید.

بررسی سرطان کولون و رکتوم (ارزیابی)

ارزیابی اولیه :

اگر دلیلی وجود داشته باشد که شما احتمالاً مبتلا به سرطان کولون و رکتوم می باشید پزشک از شما تاریخچه کامل پزشکی گرفته ومعیانات فیزیکی به عمل خواهد آورد. گذشته از این چند آزمایش بیرونی را هم توصیه می کند تا دریابد آیا واقعاً سرطان وجود دارد؟ و در صورت مثبت بودن جواب، مرحله بیماری تشخیص داده می شود به این ترتیب پیشرفت سرطان مشخص می گردد.

تاریخچه و آزمایشات فیزیکی :

وقتی پزشک متوجه تاریخچه پزشکی شما می شود پرسش هایی را درباره علائم و ریسک فاکتورها با شما در میان می گذارد. بعضی از سرطان های کولور کتال ممکن است فقط به علت تغییر علائم کشف شوند، تغییر علائمی در عادات روده ای، خوندر مدفوع، ضعف، خستگی، درد شکم، از دست دادن اشتها، تهوع، کاهش وزن، درد موقع اجابت مزاج و حرکات روده ای، البته بسیاری از شرایط غیر سرطانی و بسیاری از دیگر سرطان ها نیز ممکن است بسیاری از همین علائم را از خود به ظهور رسانند.اما اگر این

علائم وجود داشتهباشند ارزیابی کلینیکی تنها راه تشخیص علت است که بهترین راههای درمانی را انتخاب خواهد کرد. یک آزمایش کلینیکی که شامل بیماران مشکوک به سرطان کولورکتال خواهد شد عبارت از یک DRE معاینه دقیق شکم برای احساس توده های داخل شکم یا بزرگ شدگی احشاء و بررسی کلی درباره سایر قسمت های بدن.

کولونوسکوپی:

اگر چه این آزمایش در قسمت های قبلی مورد بحث قرار گرفته است که در کشف زودرس سرطان کولون مورد استفاده قرار می گیرد. کولونوسکوپی اهمیت ویژه ای در ارزیابی بیماران مبتلا به سرطان کولون دارد.

بیوپسی (نمونه برداری) :

اگر توده ها و یا قطعاتی از مناطق غیر عادی دیگر از سیکموئید سکپ قابل انعطاف و یا کولونوسکپ دیده شود یک نمونه جهت بررسی زیر میکروسکوپ برداشته می شود، که تشخیص داده شود نمونه برداشته شده سرطان است و یا از انواع خوش خیم می باشد، بعضی از انواع غیر عادی مثل پولیپ های کوچک به طور کامل به وسیله اسکوپ قابل برداشتن می باشد. اگر منطقه غیر عادی بزرگتر باشد گوشه ای از آن نمونه برداری خواهد شد قطعه بیوپسی شده معمولاً به نظر 1/8 اینچ است که به وسیله وسایلی از درون لوله اسکپی برداشته می شود. اگر سئوالاتی در مورد پاتولوژی و نتایج آن و سایر جنبه های تشخیص دارید، درنگ نکرده و بلافاصله با پزشک معالج خود تماس بگیرید. شما می توانید نمونه پاتولوژی خود را دوباره مورد بررسی قرار دهید یا آن را به بخش پاتولوژی ((انجمن امداد به بیماران سرطانی ایران)) و یا پاتولوژیستی که پزشکان معرفی می کنند مشورت کنید.

شمارش گلبولی و آزمایش شیمیایی خون:

یک شمارش گلبولی کامل خون نشان می دهد که آیا خون بیمار حاوی تعداد صحیحی از تمام گلبول های خونی است یا خیر. تست همو گلوبین (رنگ دانه گلبول های سرخ خون که حامل اکسیژن است) قسمتی از شمارش گلبولی کامل خون می باشد. پائین بودن سطح همو گلوبین خون ممکن است نشان از دست دادن خون و سلول های خونی باشد که احتمالاً به علت از دست رفتن خون به دلیل سرطانی باشد. پزشکان معمولاً این آزمایش را در بیمارانی که تحت شیمی درمانی هستند تکرار می کنند. زیرا این داروها به طور موقت در ساختمان مغز استخوان که خونساز هستند اثر می گذارد. انتشار سرطان به کبد و مغز استخوان ممکن است باعث تغییرات مشخص شیمیایی خون شود. برای تشخیص این تغییرات پزشک آزمایشات شیمیایی خود را انجام می دهد.

تست خونی آنتی ژن کارسینو امبریونیک (CEA Carcinoembryonic):

ماده ای است که به وسیله بیشتر سرطان های کولون و رکتوم ساخته شده و به داخل خونرها می شود. تست CEA خون به همراه سایر آزمایشات اغلب در بیماران سرطانی کولورکتال که قبلاً درمان شده اند انجام می شود. CEA ممکن است در آگاهی زودرس برگشت سرطان بسیار سودمند باشد. CEA ممکن است در خون بعضی افراد بدون ابتلا به سرطان کولون و رکتوم موجود باشد. اغلب این افراد مبتلا به کولیت اولسرو (التهاب زخمی شونده روده بزرگ) می باشند، و یا ممکن است در بدنشان تومورهای غیر سرطانی روده باریک وجود داشته باشد. این افراد گاهی مبتلاء به بیماری های مزمن ریه و کبد هستند.

دخانیات نیز باعث بالا رفتن CEA می شود، چون سطح CEA در خون ممکن است به علت عوامل دیگری به جزء سرطان بالا رود، و یا در افراد مبتلا به سرطان کولورکتال طبیعی باشد، به عنوان یک روش کشف سرطان در شخصی که قبلاً سرطان نداشته است بکار نمی رود. بهر حال این آزمایش برای پیگیری بعد از درمان سرطان سودمند است. بعد از درمان موفقیت آمیز سطوح CEA خون بحد طبیعی بر می گردد. اگر آزمایشات پیگیری یک روند مداوم رو به بالا در این آزمایش را نشان دهد آزمایشات اضافی جهت برگشت سرطان توصیه می شود.

سونوگرافی :

این آزمایش وسیله ای را به کار می گیرد که به آن ترانسدایوسر می گویند. این وسیله امواج تولید شده را به اعضاء مجاور منعکس می کند. طرح این صداها منعکس شده به وسیله تراندیوسر گرفته می شود، به وسیله کامپیوتر تجزیه شده و تصاویر این اعضاء و بافت را نشان می دهد. چون اعضاء طبیعی و تومور امواج را با اختلاف منعکس می کنند. سونوگرافی گاهی اوقات برای یافتن توده های دور و نزدیک سرطان به کار می رود. دو نوع مخصوص اولتراسوند در ارزیابی توموری کولون و رکتوم بیماران را به کار گرفته می شود. سونوگرافی داخل رکتوم (Endorectal) ترانس دیوسر مخصوصی را بکار می گیرد. بدین معنا است که لوله کوچکی را وارد مقعد کرده و به وسیله امواجی که نسوج داخلی شکم پخش می کند امکان وجود سرطان مورد بررسی قرار می گیرد. این آزمایش برای ارزیابی مقدار نفوذ سرطان و این که به اعضاء نزدیک متاستاز داده است یا نه بکار می رود. Intra Operative Ultrasound (سونوگرافی در حین عمل جراحی) زمانی بکار می رود که جراح شکم بیمار را باز کرده است. این نوع اولتراسوند را روی کبد می گذارند تا از متاستاز توموری کبد که نتیجه بخش سرطان کولون می باشد مطلع گردند.

توموگرافی کامپیوتری (Computer Tomography)

معمولاً به عنوان CT اسکن و یا CAT شناخته می شود. این آزمایش شعاع اشعه X را به طور دوار بکار می گیرد. سری تصاویری از یک عضو از زاویه های مختلف خلق می کند. یک کامپیوتر برای عرضه یک تصویر مفصل مقطعی، اطلاعات اخذ شده از اینعکس را با یکدیگر ادغام می کند. معمولاً مواد حاجب داخل و ریدی تزریق می گردد تا عکس های واضح تر به دست آید. انتشار سرطان کولورکتال به اعضاء داخل مثل کبد، ریه و یا مناطق دیگر داخل شکم معمولاً بوسیله CT اسکن مشاهده می شوند. CT مارپیچ (Spiral) اسکنر مخصوصی استفاده می کنند که می تواند جزئیات دقیق تر و مناسب تری را در یافتن متاستاز های کولورکتال به دست دهد. برای CT مارپیچ با پورتوگرافی (Spiral CT With Portography) ماده حاجب به وریدها تزریق می گردد که به کبد منتهی می شود تا به یافتن متاستازهای سرطان کولورکتال به این عضو کمک کند.

رادیو گرافی ریه Chest-X-RAY:

این آزمایش تصویری آشنا غالباً می توانند در آگاهی از سرطان کولورکتال به ریه کمک نمایند.

بررسی متاستازها

علاوه بر آزمایشات نامبرده در بالا، اگر پزشک شما شک انتشار سرطان را در خارج از کولون دارد ممکن است دستور آزمایشات زیرین را بدهد:

نمونه برداری سوزنی با راهنمای CT اسکن :

برای این آزمایش بیمار بر روی تخت CT اسکن باقی می ماند، در این حال رادیولوژیست سوزن بیوپسی را به طرف توده مورد نظر جا گذاری می نماید.

CT اسکن تکرار می شود تا زمانی که پزشک از محل مناسب سوزن اطمینان حاصل نماید. یک سوزن نمونه برداری خوب (قطعه کوچک از بافت) و یا نمونه برداری با سوزن CORE (یک استوانه کوچک از نسج حدود یک دوم اینچ درازا و کمتر از یک هشتم اینچ در پهنا) برداشته شده در زیر میکروسکوپ آزمایش می شود.

تصویر انعکاس تصویری (MRI):

مثل توموگرافی کامپیوتری، MRI بدن را بصورت صفحات قطعی پشت سر هم نشان میدهد. مزیت MRI این است که به جای اشعه از میدان های قوی مغناطیسی استفاده می کنند. این پدیده می تواند تصاویر 8 قطعی از

چند زاویه را نشان دهد، و بنابراین در تعیین جایگاه سرطان های کولور کتال و متاستازهای آن که گاهی یافتن آن را در رادیو گرافی استاندارد و CT اسکن مشکل است کمک موثری است.

توموگرافی حذف پوزیترون :

در PET گلوکز را به کار می برد (نوعی شکر) که حاوی اتم رادیو اکتیو است. این ماده باعث حذف ذره های اتمی پوزیترون (Positron) می شود. با یک دوربین عکاسی مخصوص موقعیت دقیق پوزیترون را زمان ترک بدن ثبت می کند. سلولهای بدن مقادیر مختلفی از شکر رادیواکتیو را که بسته به درجه متابولیسم (سوخت و ساز) آنها را جذب می کند.

آزمایشات تصویری که فقط تصاویر شکل و اندازه ساختمان های داخلی را ارائه می کند و حال آن که PET اسکن، اطلاعاتی درباره فعالیت های متابولیکی (سوخت و ساز) آنها را ارائه می دهد. از آنجایی که متابولیسم سرطان با نسوج طبیعی فرق می کند، PET گاهی از اوقات در تشخیص سرطان و میزان انتشار آنها کمک می کند. اما PET اسکن به طور معمول توصیه نمی شود چرا که آنها در سرطان های کولورکتال تحت بررسی می باشد.

آنژیو گرافی (Angio Graphy):

برای این آزمایش یک کانولا (لوله باریک) به داخل رگ های خونی وارد شده و به منطقه مورد بررسی رانده می شود. ماده رنگی به سرعت تزریق شده و یک سری عکس های رادیو لوژیک گرفته می شود. وقتی عکس ها گرفته شد کانولا برداشته می شود. آنژیو گرافی معمولاً برای تعیین جایگاه عروق نزدیک متاستازهای کتبدی سرطان کولورکتال بکار برده می شود. تا مانع از دست رفتن خونزاید در حین اعمال جراحی شود.

مشاوره Entrostomal therapist (متخصص درمان دهانه های روده ای):

پرستاری را که در زمینه کولوستومی آموزش دیده است، برای کمک به بیماران به آنها توصیه می کنند که می تواند درباره چگونگی کارکرد روزانه کولوستومی و عمل موثر آن توضیحاتی بدهد. کولوستومی عبارت از دهانه ای در شکم برای دفع فضولات مدفوعی است. توضیح درباره این مسائل مدت کوتاهی بعد از تشخیص می تواند به درک هدف های درمان و عواقب آن به بیمار برای تصمیم گیری آگاهانه در استفاده از کولوستومی که گاه غیر قابل اجتناب است کمک نماید. (مشاوره با این متخصصین در ارتباط با بیماران

که به طور دائمی یا موقتی کولوستومی می شوند توصیه می شود). اگر نیاز به جراحی بیمار برای استفاده از کولوستومی باشد این افراد می توانند اطلاعات و آموزش هایی درباره حفاظت از کولوستومی ارائه کنند.

مراحل سرطان روده بزرگ و رکتوم

Staging مرحله بندی:

پدیده ای است که به پزشک چگونگی پخش تومور را نشان می دهد. این مرحله بندی به پزشک خواهد گفت که آیا این تومور پخش شده است و در صورت مثبت بودن پاسخ، دست اندازی تومور تا کجا گسترش یافته است؟ مرحله بندی سرطان از مهم ترین عوامل انتخاب راه های درمانی است. اگر سئوالی درباره مرحله بیماری خود دارید از پزشک خود بخواهید که مقدار پیشرفت بیماری را برایتان تشریح نماید.

روش مرحله بندی (Staging System) راه استانداردی است که گروه درمانی، برای توصیف چگونگی انتشار سرطان از آن استفاده می کنند. این روش ها: برای سرطان کولورکتال شامل سیستم های Dukes (دو کوک)، Aster-Coller (استر کولر) و سیستم T.N.M. نیز می باشد، هر سه سیستم در مورد پخش سرطان در ارتباط لایه های دیواره کولون و رکتوم بحث می کنند که غدد لنفاوی نزدیک و اندازه اعضا نزدیک به کولون و رکتوم و اعضای دور از کولون را نیز در بر می گیرد.

به علاوه دو نوع از مرحله بندی TNM وجود دارد مرحله بالینی قبل از عمل جراحی انجام می گیرد و بر پایه امتحانات نسج برداشته شده بعد از جراحی انجام می شود.

1- آیا درمان تنها به جراحی ختم می شود؟

2- آیا به درمان تکمیلی هم نیاز است؟

3- در صورتی که چنین باشد درمان های اضافی چگونه درمان هایی خواهند بود؟

روش TNM :

(T) مقدار پیشرفت تومور اولیه را توضیح می دهد. (N) وجود و یا عدم وجود متاستاز در غدد لنفاوی نزدیک را ذکر می کند و

(M) حضور و عدم حضور متاستاز را نیز بررسی می کند.

معیارهای T برای سرطان کولورکتال

مرحله T مقدار و پخش و انتشار سرطان کولورکتال از خلال دیواره روده بزرگ را نشان میدهد. این دیواره از درونی ترین لایه به بیرون شامل موکوز (مخاط یا لایه پوششی) با لایه موکوز عضلانی (لایه عضلانی نازکی که زیر مخاط را فرا گرفته است)، ناحیه ساب موکوز (نسج همبند زیر این لایه نازک عضلانی) موسکولاریس پروپریا (یک لایه قطور عضلانی که برای جلو راندن محتویات روده عمل می کند). لایه ساب سروز (یک لایه نازک از نسج همبند) و سروز (یک لایه نازک از سطح خارجی روده بزرگ) را در بعضی از مناطق می پوشاند.

TX: هیچ توضیحی از انتشار تومور به علت کم بودن اطلاعات ممکن نیست.

Tis: سرطان در اولین مراحل قرار دارد. از مرکز یا مخاط رد شده است (درونی ترین لایه)، چه کولون، چه رکتوم، این مرحله سرطان درجا یا داخلی مخاطی خوانده می شود.

T1: سرطان از لایه مخاطی و لایه بعدی مخاطی عضلانی عبور کرده و به ساب موکوز (زیر مخاطی) رسیده است.

T2: سرطان از لایه های مخاطی، موسکولاریس موکوزا (مخاطی عضلانی)، زیر مخاطی عبور کرده و به لایه موسکولاریس پروپریا (لایه عضلانی) رسیده است.

T3: سرطان از لایه های مخاط، موسکولاریس موکوزا، زیر مخاطی و عضلات اصلی بطور کامل عبور کرده و به لایه زیر سروز رسیده اما به هیچ عضو مجاورى انتشار نیافته است.

T4: از تمام لایه های روده یا رکتوم گذشته و به نسوج و اعضاءمجاوز انتشار یافته است.

معیارهای N برای سرطان کولورکتال

NX: چیزی از پخش شدن این سرطان را بیان نمی کند.

NO: هیچ غده لنفاوی مبتلا نیستند.

N1: سلول های سرطانی در 1 تا 3 غده لنفاوی منطقه وجود دارند.

N2: سلول های سرطانی در 4 یا بیشتر غده لنفاوی دیده می شود.

معیارهای M برای سرطان کولورکتال

MX: چیزی از پخش شدن این سرطان را بیان نمی کند.

MO: انتشار دور وجود ندارد.

M1: انتشار دور وجود دارد.

انواع درمان های سرطان های کولون و رکتوم

سه روش اصلی درمان سرطان های کولون و رکتوم جراحی، رادیو تراپی و شیمی درمانی می باشند، بسته به درجه پیشرفت سرطان دو یا سه راه درمانی هم زمان با هم و یا یکی بعد از دیگری به کار گرفته می شوند.

بعد از این که سرطان بیمار مشخص شد و درجه بندی گردید، پزشک یک یا چند راه درمانی را پیشنهاد می کند، انتخاب هر یک از راههای درمانی اهمیت ویژه دارد.

شما ممکن است درباره طرح ثانوی درمان سؤال کنید که در این صورت اطلاعات بیشتر در اختیار شما گذاشته خواهد شد و این اطلاعات به شما کمک می کند تا با اطمینان بیشتری نقشه درمانی خود را بپذیرد.

جراحی

جراحی کولون: اصلی ترین درمان در این بیماری جراحی است. عمل جراحی معمول کولکتومی پارسیل یارزکسیون سگمنتال نامیده می شود. (برداشتن قطعه ای کولکتومی نسبی) در حین جراحی، سرطان و قسمت های سالم حاشیه سرطان روده و غدد لنفاوی مربوط برداشته می شوند و قطعات باقیمانده دوباره به هم پیوند می شوند. این عمل جراحی خیلی به ندرت مشکل گوارشی دائمی بجای خواهد گذارد. گاهی از اوقات شاید یک کولوستومی موقتی لازم باشد و خیلی به ندرت کولوستومی دائمی هم می تواند مورد نیاز باشد. بیماران قاعدتاً بیمارستان را در عرض 7 - 5 روز ترک می کنند و در عرض 6 هفته به فعالیت های معمول خود بر می گردند. البته دوران بیمارستان نسبت به هر بیمار و شرایط ویژه درمانی فرق می کند. گاهی اوقات این امکان وجود دارد که بعضی از انواع بسیار اولیه سرطان کولون را از طریق کولونوسکوپ برداشت. اگر این کار انجام شد دیگر جراح مجبور به شکافتن شکم نمی باشد.

بعضی از انواع سرطان های پیشرفته ممکن است جریان مدفوع را سد کنند. اگر این مسئله پیش آمد جراح مجبور به شکافتن شکم و انجام کولوستومی می باشد این نوع جراحی کولوستومی انحرافی (Diverting Colostomy) نامیده می شود.

گاهی از اوقات ممکن است به کمک لاپارسکوپ قطعه ای از کولون و غدد لنفاوی نزدیک را برداشت. این دستگاه یک وسیله بلند حاوی لوله ای منور و قابل دیده می باشد که جراح می تواند با وسیایل معینی از خلال آن در داخل شکم جراحی کند. لوله مذکور و وسایل جراحی مشخص از خلال سوراخ های کوچکی وارد محوطه شکم می شوند. این شکاف ها معمولاً کمتر از یک اینچ طول داشته و به سرعت جوش می خورند. اگرچه جراحی لاپارسکوپ در برداشتن کیسه صفرا و جراحی های ژنیکولوژی (دستگاه تناسلی زنانه) یک مسئله پذیرفته شده می باشد. کاربرد آن در جراحی کولون هنوز تجربی تلقی می گردد. طبق توصیه NCCN کولوستومی لاپارسکوپ فقط در زمینه کار آزمایشی بالینی برای هر چه بیشتر آموختن در جهت نقش درمانی آن در سرطان کولون به کار می رود.

جراحی رکتوم: جند روش برای برداشتن یا نابود کردن سرطان های رکتوم بکار گرفته می شود. برداشتن از راه مقعد یا منطقه ای برای بعضی از بیماران مرحله 1 مجاز می باشد. این عمل شامل برداشتن تمام لایه های رکتوم آلوده تا منطقه بافت سالم روده بزرگ می باشد این عمل را هم می توان از راه مقعد انجام داد و نیاز به باز کردن جدار شکم نمی باشد. در این روش چون مقدار کمی از نسج روده برداشته می شود بنابراین بیمار می تواند به عمل دفع از راه رکتوم ادامه داده و نیازی به برقراری کولوستومی نداشته باشد. از آنجایی که برداشتن بافت مسئله بسیار مهمی است این روش در سرطان هایی که قادر به برداشتن کامل آنها نمی باشد به کار گرفته نمی شود. پزشکان اندازه تومور و مکان دقیق آن را در رکتوم و میزان دست اندازی به محیط رکتوم را برآورد می کنند تا بیماران قابل جراحی از رکتوم را انتخاب کنند.

بسیاری از سرطان های مرحله 1 و بیشتر سرطان های مرحله 2 و 3 از طریق برداشت کوچک قدامی و یا برداشت از طریق شکم و نشیمن گاه انجام می شود.

برداشتن LA برای سرطان های نزدیک قسمت بالای رکتوم و نزدیک به محل اتصال کولون سیگموئید به رکتوم بکار می رود. بعد از LA کولون به مقعد یا مخرج چسبیده و فدع طبق معمول انجام می گیرد. برداشتن AP برای سرطان های پایین رکتوم انجام می گیرد. (نزدیک به ارتباط خارجی مقعد) بعد از انجام AP یک کولوستومی دائمی مورد نیاز خواهد بود. بعضی از مبتلایان در مرحله 4 سرطان رکتوم مجبور به کولوستومی انحراف می باشند.

(Diverting) در این نوع جراحی سرطان مسدود کننده راه دفع برداشته می شود ولی انسداد دور زده شده (بای پس) و مدفوع به کولوستومی ختم می شود. فتوکواگولاسیون (حرارت دادن به توده تومورال به وسیله اشعه لیزر از راه مقعد) یکی از راههای جلوگیری و تخفیف انسداد تومور می باشد. بخصوص در بیمارانی که در مرحله 4 می باشند، این روش می تواند مفید فایده باشد.

درمان جراحی متاستازهای سرطان کولورکتال: برای بیمارانی که سرطان آنها متاستاز داده است (پخش نشده است) و به مناطق محدودی در کبد ، ریه و سایر نقاط شکم دست انداخته است. برداشتن و یا نابود کردن آنها از مسائل زیادی پیشگیری خواهد کرد. گاهی از اوقات درمان این متاستازها باعث عمر طولانی تر بیماران خواهد شد. اگر متاستازهای محدودی در کبد، ریه و شکم موجود باشد می توان به روش جراحی آنها را برداشت. متاستازهای کبد را می توان به وسیله کرایو سر جری (یخ زدن تومور) برداشت یا حذف به وسیله امواج رادیویی مخصوص (حرارت دادن با امواج میکروویو) انجام می گیرد. این روش هانیز به عمل جراحی ندارند. سوزن یخ زننده و یا سوزن میکروویو از راه پوست وارد شده و به وسیله تصویرهای CT اسکن و سونوگرافی به تومور هدایت میشوند.

رادیو تراپی (درمان با اشعه)

رادیوتراپی نقش مهمی در درمان بعضی از انواع سرطان های رکتوم دارد. رادیوتراپی اشعه X را با انرژی بالا و یا ذره (مثل پروتون و الکترون) برای کشتن سلول های سرطانی بکار می گیرد. در درمان سرطان رکتوم می توان اشعه را از بیرون به کار گرفت (اشعه درمانی خارجی) یا از طریق لوله مستقیم در داخل رکتوم (داخل حفره ای) از آن استفاده کرد. رادیوتراپی خارجی معمولاً به وسیله یک شتاب دهنده خطی به طور روزانه انجام می شود. که از شنبه تا چهارشنبه به مدت چند هفته ادامه دارد. طرح این مسئله به کمک وسائل تشخیصی رادیوگرافی اشعه X و یا CT اسکن قابل انجام است. روش Endocavitary (رادیو تراپی از داخل حفره) در مراحل اولیه سرطان رکتوم سودمند بوده و اشعه X آن با شدت کم بطور مستقیم به روی تومور از راه داخل رکتوم بکار گرفته می شود. رادیوتراپی را می توان قبل از عمل به کار گرفت. این عمل باعث چروکیدگی شدن تومور شده، برداشتن آن را آسان تر و خطر عوارض را کم می کند و یا می توان بعد از عمل انجام داد که از خطر برگشت سرطان جلوگیری کند. اغلب 5FU همزمان با رادیو تراپی برا ی تاثیر بیشتر داده می شود. تحقیقات نشان داده اند که در بعضی از موارد سرطان رکتوم رادیو تراپی به همراه جراحی میزبانود سرطان را کاهش داده است.

شیمی درمانی

شیمی درمانی سیستمیک تجویز داروی ضد سرطان را از راه دهان و ورید بکار می گیرد. این داروها وارد خون شده و به تمام مناطق بدن منتشر می شوند. این درمان در آن هنگام که بیماری متاستاز داده است، می تواند بسیار سودمند باشد.

5 فلورواوراسیل (5 FU) داروی شیمیایی است که اکثراً برای درمان سرطان کولورکتال بکار می رود. این دارو اغلب به همراه داروهای دیگر داده می شود. مثل لکووورین (Leucovorin) که اثر آن را افزایش می دهد. 5 FU به همراه رادیوتراپی نیز داده می شود، تا اثر آن را افزایش دهد. 5 FU معمولاً به آهستگی در طول 5 دقیقه به داخل رگ تزریق می گردد. اگر این داروها برای 5 روز تجویز گردند، تا سه هفته برای برطرف شدن هیچ درمان شیمیایی اضافی انجام نمی شود تا بیمار از عوارض حاصله بهبود یابد بعضی از پزشکان جدول تزریق های یک بار در هفته استفاده می کنند. این درمان به مدت 6 تا 8 ماه انجام می شود.

در بعضی از موارد 5 FU به عنوان یک تزریق مداوم داخل وریدی به عمل می آید بیمار پمپ باطری داری را حمل می کند که مداوماً 5 FU را به داخل ورید تخلیه می کند. در بیمارانی که بیماری به کبد متاستاز داده است می توان 5 FU را مستقیماً به داخل شریان کبدی تزریق کرد. به این روش درمان متاستازهای کبدی، انفوزیون شریان کبدی گفته می شود.

ایرینوتکان (Irinotecan) داروی شیمی درمانی دیگری است که اکثراً برای بیمارانی بکار می رود که دیگر به درمان با 5 FU جواب نمی دهند. ممکن است آن را به تهایی و یا با 5 FU بکار برد.

درمان کمکی و درمان کمکی نوین ADJUVANT THERAPY

کلمه درمان کمکی و درمان کمکی نوین به درمان خاصی اطلاق می شوند. بدین طریق مشخص می شود که چگونه، کی و چرا درمان های خاص (رادیوتراپی و یا شیمی درمانی) تجویز می شوند.

درمان کمکی: بعد از جراحی اولیه نسج برداشته شده در زیر میکروسکوپ بررسی می شود، تا مرحله پاتولوژیک سرطان تشخیص داده شود که تا کجا انتشار یافته است. تصاویر رادیوگرافی و CT اسکن به تعیین پخش تومور زیر نسج برداشته شده کمک می کنند. اگر سرطان به محدوده های بالاتر از مرز برداشته شده سرای کرده باشد، درمان کمکی (اضافی) مثل شیمی درمانی و یا رادیوتراپی برای نابود کردن باقیمانده سرطان بکار گرفته می شود.

در سایر موارد هیچ باقیمانده سرطانی مشخص نیست اما پزشکان اعتقاد دارند تعداد محدوده سلول پراکنده سرطانی ممکن است باقیمانده باشد. گاهی ممکن است هیچ دلیلی برای تشخیص سلول های سرطانی باقیمانده وجود نداشته باشد. اما چون پزشک در

این قضیه مشکوک است لازم می بیند که از درمان های اضافی کمک بگیرد. بعضی از ارزیابی های اولیه نشان می دهد که آلودگی وجود ندارد و امکان برگشت بیماری هم بسیار پایین است و درمان اضافی داده نخواهد شد.

درمان کمکی نوین: وقتی رادیوتراپی و یا شیمی درمانی قبل از عمل جراحی داده می شود. درمان کمکی نوین نامیده می شود. بعضی از بیماران که به این روش درمان می شوند بعد از عمل جراحی هم از درمان های اضافی استفاده می کنند. هدف از درمان های کمکی نوین این است که بیش از عمل جراحی تومور را تا آنجا که ممکن است کوچک کند.

درمان درد و سایر علائم

بیشتر بحث های این مقاله درباره راههای برداشتن، نابود کردن و متوقف کردن رشد تومور بوده است. اما تشخیص حفظ کیفیت زندگی به عنوان یک هدف مهم اهمیت دارد. با تیم درمانی خود درباره درمان، عوارض درمان و آنچه که بعد از درمان برای بیمار باقی می ماند مشورت کنید و اطلاعات لازم را به دست آورید. راههای موثر و سالمی برای درمان درد و بیشتر علائم سرطان کولورکتال و عوارض ناشی از درمان بیماری وجود دارد.

درمان های تکمیلی: اگر درمان تکمیلی را در نظر دارید که هنوز مفید بودنش به اثبات نرسیده است، قطعات آن را تیم درمانی خود در میان بگذارید و اطلاعاتی را از انجمن های مربوط بخواهید. بعضی از درمان های اثبات نشده ممکن است در کار درمان های پزشکی استاندارد دخالت کرده و اثرات سوء جدی بر جای بگذارد.

عوارض درمان کولون و رکتوم

جراحی:

کولوستومی: کولوستومی عبارت از باز بودن قسمت قدامی جدار شکم برای دفع مدفوع که به ندرت برای درمان سرطان کولون به کار می رود. این درمان معمولاً موقتی است. بعد از بهبودی از جراحی برداشت تومور کولون می توانند کولون را به راه دفع مدفوع طبیعی که به مخرج ختم می شود متصل نمایید، به این ترتیب کولوستومی بسته می شود. کولوستومی معمدتاً برای سرطان رکتوم مورد استفاده قرار می گیرد. اگر چه پیشرفت هایی در شیمی درمانی و رادیوتراپی نیاز به این مسئله را کمتر کرده است، توصیه می شود که این بیماران بهتر است به متخصصین دهانه های روده ای مراجعه کنند. البته پرستارهای آموزش دیده ای هم هستند که در این زمینه می توانند به بیماران کمک کنند. این افراد به بیماران می آموزند که چگونه از کولوستومی خود مراقبت به عمل آورند آنها

تأثیرات کولوستومی را در زندگی روزانه بیماران با آنها در میان می گذارند. بسیاری از مراکز درمان سرطان می توانند بیماران خود را با کولوستومی هایشان به گروه های مراقبت و دیگر افراد دست اندر کار معرفی کنند. آنها به این افراد اطلاعات بیشتری در مراقبت از خود می دهند.

رادیاسیون

عوارض رادیوتراپی ممکن است در منطقه رادیوتراپی ظاهر شود. این عوارض عبارتند از تحریک پوست، تهوع، اسهال، تحریک کرکتوم، مثانه و فرسودگی. این عوارض در طول رادیوتراپی به وجود آمده و بعد از رادیوتراپی از بین می رود. بعضی از تأثیرات مثل خونریزی و جای زخم به طور دائمی ممکن است حادث شوند. این عارضه ها کولیت یا پروکتیت رادیو تراپی نامیده می شوند. گاهی از اوقات ممکن است این تغییرات رکتوم و مثانه به طور دائمی باقی بمانند. رادیوتراپی ممکن است گاهی باعث افزایش عوارض جراحی شود. این عوارض ممکن است به روش طبی و جراحی درمان گردند. متخصصین رادیوتراپی، شیمی درمانی، برنامه درمانی بیمار را با در نظر گرفتن احتمال اینگونه عوارض و سعی در برطرف کردن شان تنظیم می کنند. اگر شما اینگونه عوارض را تحمیل می کنید، آن را با پزشک خود در میان بگذارید.

شیمی درمانی

داروهای شیمی درمانی سلول های سرطانی را می کشند و به بعضی از سلول های طبیعی هم صدمه می زنند. باید دقت زیادی برای اجتناب از عوارض این درمان به عمل آید و صدمات به حداقل برسد. البته اینها بستگی به نوع دارو، مقدار مصرفی و طول زمان درمان دارد.

عوارض موقتی شامل از دست دادن اشتها، زخم دهان، اسهال و ضایعات پوستی دست و پا می باشد. تهوع استفراغ و از دست دادن مو همیشگی نیست، از آنجایی که شیمی درمانی می تواند به سلول های سازنده خون در مغز استخوان آسیب برساند ممکن است بیمار مبتلا به کاهش گلبول های خونی شود. این عارضه می تواند امکان ابتلا به عفونت را بیشتر کند (به علت کاهش گلبول های سفید خون) و یا در صورتی که زخم های کم عمق در بدن بیمار به وجود آید موجب خونریزی یا کبود شدگی زی می شود، چرا که پلاکت های خون کاهش می یابد. به علت کاهش سلول های سرخ خون بیمار ممکن است احساس خستگی کند. بیشتر عوارض به محض توقف درمان از میان می رود. موها در خاتمه دوباره رشد می کند. درمان های متعددی برای بسیاری از عوارض موقتی شیمی درمانی وجود دارند، به عنوان مثال برای پیش گیری و کاهش تهوع و استفراغ می توان از داروهای ضد تهوع و استفراغ استفاده نمود.

تخیلات بیمار و مباحث جنسی:

جراحی و رادیو تراپی گاهی از اوقات ممکن است در تصور بیماران از بدنشان اثر بگذارند و منجر به تاثیرات خارجی فیزیکی شوند. اینها می تواند در احساسات جنسی اثر گذارد. تیم سرطان می توانند، در این زمینه به شما کمک کنند. اینمسائل را حتماً با تیم درمانی خود در میان بگذارید.

سایر مسائل قابل توجه در طول وبعد از درمان

در طول یا بعد از درمان سرطان کولون یا رکتوم، شما می توانید به بهبودی خود سرعت ببخشید و کیفیت زندگی خود را بهتر کنید این همه در صورتی است که شما بخواهید نقش فعال خود را در زندگی همانند پیش از بیمار شدن داشته باشید. درباره فواید و عوارض درمان های خود مطالعه کنید و در صورت نیاز پرسش هایی را با تیم درمانی خود در میان بگذارید. درباره عوارض این بیماری مطالعه کنید و مراقبت های لازم را به عمل آورید پس از آگاهی از یک عارضه فوراً آن را با تیم درمانی خود در میان بگذارید. آنها می توانند آن عارضه را به حداقل برسانند و دوره آن را کوتاه کنند.

به یاد داشته باشید بدن شما مثل شخصیت شما و اثرات انگشت شما منحصر به فرد است. اگر چه فهم مراحل سرطان و اطلاع درباره تاثیر هدف های درمانی می تواند در پیش بینی مسائل درمانی کمک نماید، هیچ کس نمی تواند به دقت بگوید که شما درباره سرطان و درمان های مربوط چه عکس العملی نشان خواهید داد.

شما ممکن است نیروهای ویژه ای مثل سابقه تغذیه خوب، فعالیت های ورزشی، سیستم حمایت خانوادگی قوی، اعتقاد مذهبی قوی داشته باشید که این نیروها ممکن است در عکس العمل و در درمان شما تاثیری عمیق بگذارند.

اشخاص با تجربه و حرفه ای مثل، مددکاران اجتماعی و مذهبی وغیره وجود دارند که می توانند شما را در مبارزه با بیماری تان یاری دهند.

شما نیز می توانید با انتخاب یک روش زندگی سالم در بهبودی از بیماری سرطان خود نقش مهمی بازی کنید. اگر از تنباکو و سیگار استفاده می کنید، فوراً آنها را کنار بگذارید. ترک سیگار و تنباکو در سلامتی کلی بدن شما موثر است و کمک به برگشت حس بویائی شما می کند. به این ترتیب شما می توانید از خوردن غذای سالم همانند گذشته لذت ببرید. اگر مشروبات الکلی مصرف می کنید، مقدار آن را محدود نمائید. در طول روز بیش از یک یا دو وعده آن هم در حد مختصر ننوشید. تغذیه خوب شما در سرعت

بخشیدن بهبودی و درمان کمک می کند. از یک رژیم غذایی متعادل و مفید حاوی میوه و سبزی فراوان و محصولات غذایی حاوی غلات استفاده کنید. درباره رژیم غذایی با تیم درمانی خودر مشورت کنید. آنها به کسانی که کولوستومی با خود دارند، رادیوتراپی شده اند و یا جراحی های خاصی در امر کولورکتال به روی آنها انجام شده است توصیه های مفیدی خواهند نمود.

شما باید بدانید که بدن شما در هنگام درمان درگیر نبرد بزرگی است.

شیمی درمانی و رادیوتراپی بیمار را خسته و بی حال کرده و می تواند موجبات بیماری هایی را به وجود آورد، به بدن خود حداکثر استراحت را بدهید.

شما با گذشت زمان متوجه وضعیت بهتر بدن خود خواهید شد. پس از یک استراحت کافی ورزش کنید. از تیم درمانی خود درباره چگونگی ورزش خود پرسید.

تشخیص و درمان سرطان یک جنگ بزرگ برای زندگی است. سنگینی این بیماری بر روی شما و اطرافیان تان کاملاً محسوس است. بیش از آن که فکر کنید بیماری بر شما استیلا یافته است. نظرتان را با تیم درمانی حتماً در میان بگذارید. اگر نیاز به کمک داشتید با ((انجمن امداد به بیماران سرطانی ایران)) 011 – 2294100 – 2290004 تماس بگیرید.

امتحانات بالینی

هنگام تحقیقات جدید و درمان های تجربی، دانشمندان می خواهند بدانند که:

- آیا این نوع درمان جدید از سایر درمان های قبلی مفیدتر است؟
- این درمان ها عارضه ای را خواهند داشت؟
- آیا منافع این درمان بیشتر از خطرات و عوارضش می باشد؟

در حین درمان سرطان کولورکتال ممکن است پزشک شما پیشنهاد درمان های نوینی را به شما بدهد. شما باید بدانید که دانشمندان فقط زمانی داروها جدید را پیشنهاد می کنند که مطمئن باشند که روش جدید بر سایر راهها برتری دارد. در حین استفاده از داروها و غذاهای جدید تعدادی از بیماران به همان روش قدیمی درمان و تغذیه می شوند. یک کامپیوتر برای اثبات این نکته که روش جدید به روش های قدیمی رجحان دارد بیماران مورد نظر را کنترل می کند. در صورتی که این درمان نوین عوارض داشته باشد تنها پیش از شروع درمان از آن مطلع خواهید شد.

پیش از آن که درمان های نوین به وسیله سازمان های تغذیه و دارو تایید شود، سه دوره را می گذرانند. در دوره اول بهترین روش انجام درمان جدید و این که تا چه اندازه بدون خطر می شود آن را تجویز کرد، مورد نظر پژوهندگان می باشد. پزشکان بیماران خود را به دقت جهت احتمال وجود عوارض بررسی می کنند. مرحله اول عوارض بر روی حیوانات آزمایش و بررسی می شود اما اثرات آن بر روی بیماران مشخص و قابل پیش بینی نیست.

آزمایشات مرحله دوم موثر بودن یک درمان تحقیقی را بعد از بی خطر بودن آن که در مرحله اول مورد بررسی قرار گرفته است ارزیابی می کند. پزشک بیماران را از نزدیک برای بررسی اثرات ضد سرطانی دارو با اندازه گرفتن غده قبل از شروع و بعد از درمان کنترل می کند. علاوه بر کنترل و ثبت نتایج هرگونه عارضه ای نیز یادداشت و ارزیابی می شود.

مرحله سوم، نیاز به تعداد بسیار زیادی بیمار دارد که گاهی بالغ بر هزاران بیمار می شود.

یک گروه کنترل درمان استاندارد (که بیشتر مورد قبول است) را دریافت می دارند، در حالی که بیماران دیگر از داروی در حال تحقیق استفاده می کنند. بدین طریق محققین از مقایسه در می یابند که روش جدید برای عمر طولانی تر و کیفیت زندگی سودمند می باشد یا خیر. پزشکان تمام بیماران مرحله سوم مرا از نظر بروز عوارض درمانی در طول دوره درمان کنترل می کنند در صورت وجود عوارض شدید دارو قطع خواهد شد.

شرکت در هر دوره تحقیقات کاملاً داوطلبانه می باشد. پزشک و پرستار شما اطلاعات کافی در این باره به شما می دهد و فرم های و نوشته هایی را جهت مطالعه در اختیارتان قرار خواهد داد. این عمل شما را در جریان خطر احتمالی شرکت در این تحقیق می گذارد. وقتی با انجام این تحقیق بر روی خود موافقت کردید و محققین بررسی را روی شما شروع نمودند، به هیچ وجه به معنای ادامه درمان تا پایان نیست. شما در هر زمان که بخواهید می توانید انصراف خود را از ادامه کار اعلام دارید. شرکت در این نوع تحقیقات مانع دریافت سایر درمان ها و مراقبت های پزشکی شما نخواهد شد. با شرکت بیمه در این زمینه که آیا هزینه درمان را خواهد پرداخت یا نه مذاکره نمایید. شرکت در این بررسی ممکن است مستقیماً به خود شما کمک کند. در عین حال این امکان هم وجود دارد که شرکت شما در این تحقیق به بیماران دیگری هم که به همین بیماری مبتلا هستند یاری رساند. به این دلایل شبکه ملی سرطان انجمن سرطان آمریکا مجاز به برقراری این دوره های تحقیق می باشند و کمک به افراد مبتلا به سرطان منجر به اطلاعات بیشتر در مورد این تحقیقات می شود.

ارزیابی و خطوط رهنمای درمانی

درختان تصمیم:

درختان تصمیم و یا الگوریتم در صفحه های بعد بیانگر مراحل مختلف سرطان کولورکتال است. هر کدام آنها قدم به قدم به شما و پزشک تان نشان می دهند که چگونه می شود به درمان انتخابی دست یافت. و چه چیزی برای درمان شما مورد احتیاج است. بخاطر داشته باشید این اطلاعات بدون آگاهی های پزشک شما از وضعیت جسمانی تان هیچ معنایی ندارد. او با شرایط ویژه تاریخچه پزشکی و خصوصیات شخصی شما آشنا می باشد.

شرکت در یک برنامه تحقیقی برای بیماران در هر مرحله ای از بیماری سرطان کولورکتال تصمیم بسیار درستی است. راههای تجدید نظر شده شبکه ملی سرطان به عنوان یک فرضیه ارزشمند می تواند مفید فایده باشد. برای اطمینان از این که آخرین تغییرات را در اختیار دارید با شبکه اینترنت ACS (WWW.CANCER.ORG) انجمن سرطان آمریکا (NCCN (WWW.NCCN.ORG)) شبکه ملی سرطان تماس بگیرید.

درمان اولیه سرطان کولون

انتخاب درمان برای سرطان کولون و رکتوم فاکتورهای بسیاری را شامل می شود در این عوامل براساس اهمیت تظاهرات کلینیکی (برداشت اولیه پزشک از شرایط بیمار بررسی می شوند.

برای سرطان های اولیه، درمان براساس بررسی کولونوسکوپی انجام می گیرد. برای بیمارانی که بیماریشان در مراحل پیشرفته تری است علاوه بر آزمایشات قبلی نیاز به آزمایشات بیشتری خواهد بود. البته این که بیماری پیشرفته است تنها به حدس و گمان پزشکی بستگی دارد. این آزمایشات شامل آزمایش خون، CT اسکن شکم و لگن و رادیو گرافی ریه می باشد.

بعضی اوقات به نظر می رسد بیمار یک پولیپ آدنوماتوز (یک نسخ غده ای رشد یافته به شکل قارچ) داشته باشد. فقط بعد از برداشتن تومور بررسی زیر میکروسکوپ به پزشک نشان می دهد که قسمتی از نسج به ظاهر سالم تغییرات سرطانی پیدا کرده است. اگر قسمت سرطانی رشد کرده، محدود به کلاهیک پولیپ (قسمت کلاه مانند قارچ) باشد و پولیپ از پایه برداشته شود، هیچ گونه درمان اضافی لازم نیست. به گمان پزشک گاهی سلول های سرطانی به پایه پولیپ دست اندازی کرده اند و یا به راههای غدد لنفاوی

انتشار یافته اند. زمانی هم اصولاً سلول های سرطانی خیلی غیر عادی به نظر می رسد و پزشک گمان انتشار بیماری را می دهد، در صورتی که پزشک متوجه این مسئله شده باشد نسوج اضافی را بر می دارد.

اگر توده آدنوماتوز پایه مشخصی نداشته باشد اما به جداره روده متصل باشد آدنوم بدون پایه گفته می شد. اگر پزشکان مطمئن باشند که تمام نسج تومورال گرفته شده، هیچ گونه درمان اضافی لازم نیست. اما اگر در بدن کسی باقیمانده تومور بدخیمی وجود داشته باشد باید قسمت کولون مجاوز و غدد لنفاوی مربوط برداشته شود.

اگر سرطان دیواره کولون، را مورد تهاجم قرار دهد. برداشتن قطعه کولون و غدد لنفاوی نزدیک توصیه شده است. جراحی لاپاراسکوپیک یک راه درمانی برای برداشتن قطعه کولون و غدد لنفاوی مجاور است. اما هنوز به عنوان یک راه مورر بررسی تلقی می گردد.

اگر رشد سرطان بزرگ به داخل لوله کولون بوده که جریان مدفوع را سد می کند و آن چنان پخش شده است که نمی شود به طور کامل آن را برداشت، هدف اصلی از جراحی رفع انسداد جریان مدفوع خواهد بود. در این موقع هدف برداشتن قسمت مبتلا، کولون و برقراری ارتباط بین دو انتهای باقیمانده می باشد. بندرت جراح تومور را دست نخورده باقی گذاشته و جریان مدفوع را به یک کولوستومی ختم می نماید. اگر در حین بررسی های اولیه کولونوسکوپی نتوان انجام داد (به علت انسداد لوله داخلی کولون به وسیله تومور) باید بعد از برداشتن تومور کلون و غدد لنفاوی مبتلا، کولونوسکوپی انجام گیرد.

کولوسکوپی از این جهت ضروری است که مشخص می کند که آیا در قسمت دیگری از کولون و رکتوم تومور دیگری وجود دارد یا خیر.

درمان های اضافی سرطان کولون

T2NOMO, T1NOMO, Tis: در صورتی که ارزیابی های اولیه امکان وجود تومور را و یا سلول های سرطانی را منتهی بداند به درمان های اضافی نیازی وجود نخواهد داشت.

T3NOMO: بیماران این گروه در صورتی که تومور از دیوارهای کولون گذشته باشد ولی به غدد لنفاوی نفوذ نکرده باشد باز هم به درمان های اضافی نیاز خواهد بود. در بعضی موارد تومور به گونه دیگری رفتار عمل می کند (سوراخ شدن روده، کبدهای مبتلا روی

زخم، عدم اطمینان نسب به برداشتن کامل سرطان) که احتمال برگشت بیماری را تقویت می کنند. درمان تکمیلی می تواند شیمی درمانی بدون رادیو تراپی باشد.

در صورتی که سرطان کولون به مرحله T4NOMO رسیده باشد احتمالاً به این درمان های تکمیلی نیاز خواهد بود. این درمان ها عبارتند از فلورواوراسیل (5-FU) و لوکورین یا ترکیب این دو بعلاوه رادیو تراپی. گاهی هم باید دوره های کلینیکی برای انتخاب نوع درمان در نظر گرفته شود.

T1-3N1-2MO, T4N1-2MO: بیمارانی که تومور آنها به غده لنفاوی در اطراف انتشار یافته امکان بیشتری برای ظهور دوباره تومور دارند. آزمایشات نشان داده اند که شیمی درمانی در این موارد عدد تومورها را به نصف کاهش می دهد. درمان انتخابی برای این بیماران 5-FU و لوکورین یا هر دو به اضافه رادیو تراپی می باشد.

آزمایشات و امتحانات پیگیری

سرطان کولون

بعد از جراحی اولیه و در برخی موارد که درمان های تکمیلی پایان یافته است آزمایشات پیگیری بطور معمول انجام می شود. هدف از این اعمال در یافتن هر چه زودتر عود تومور می باشد. چرا که درمان تکمیلی هر چه سریعتر انجام گیرد سودمندتر می باشد.

از آنجایی که افرادی که از یک سرطان کولون و رکتوم جان سالم بدر برده اند در خطر بیشتری برای ابتلاء دوباره این سرطان می باشند، پیدا کردن هر چه زودتر دومین سرطان از اهداف مهم برنامه پیگیری می باشد بی شباهت به برگشت تومور اولیه که از محل های اولیه تومور بر می خیزند. تومورهای ثانویه از قسمت های قبلاً سالم روده سرچشمه می گیرند. انتخاب راههای پیگیری براساس مرحله تومور انجام می شود که نشان می دهد آیا احتمال برگشت وجود دارد یا خیر. عوارض دمان اولیه نیز ثبت می گردد.

امتحان رکتوم با انگشت و کولونوسکوپی برای مشاهده برگشت تومور به کار گرفته می شود. آنتی ژن کارسینوما مبريال يونيك (CEA) که نوعی تست خونی می باشد در قسمت ارزیابی ذکر شده است. اغلب برای دریافت عود تومور سودمند می باشد. به هر حال بعضی از انواع تومورهای کولور کتال CEA کافی تولید نمی کنند تا اضافه شدن آن در خون مشاهده شود. کاربرد منظم CT اسکن به نظر نمی رسد بیش از امتحانات مستقیم انگشت و کنترل CEA سودمند باشد. بنابراین CT اسکن زمانی به کار گرفته می شود که شرایط غیر عادی در آزمایشات خونی و معاینه بالینی دیده شود.

سرطان کولون با متاستاز دور ثابت شده یا مشکوک

هر T و N و M: درمان انتخابی برای بیماران سرطانی مشکوک به متاستاز دوردست و یا حتمی شامل بررسی عوامل زیادی می شود. این عوامل با شرایط دقق بررسی می شوند که از تظاهرات کلینیکی شروع می شود (تصور اولیه پزشک از شرایط پزشکی بیمار) برای بیمارانی که این بیماری به اعضاء دیگر متاستاز داده است آزمایشی از قبیل بازبینی پاتولوژی و کولونوسکوپی و همچنین آزمایشات دیگر نیاز خواهد بود. این آزمایشات شامل بررسی خون، CT اسکن شکم و لگن، رادیوگرافی ریه، بیوپسی سوزنی از متاستاز مشکوک می باشد. اگر کبد تنها منطقه مشکوک متاستاز دور می باشد آزمایشات تصویری بیشتری باید در نظر گرفته شود مثل CT اسکن ماریپیچ، پرتو گرافی، MRI، لاپاروسکوپی و آنژیو گرام و PET اسکن وقتی شک به وجود متاستاز باشد. وقتی که سرطان کولون موجود و غدد لنفاوی هنوز جراحی نشده، قدم بعدی تشخیص این سا که آیا متاستاز قابل جراحی است یا خیر. این تشخیص بر پایه تعداد متاستازها و جای دقیق آنها انجام می گیرد.

سونوگرافی برای مشاهده محل متاستازهای کبدی در جریان عمل جراحی سرطان کولون به عمل می آید. یک یا چند توموری را که از کولون به کبد متاستاز داده است می توان در جریان عمل جراحی برداشت. در صورتی که این متاستاز در ریه و یا داخل شکم مشاهده شود باز هم می توان از تومورها را در حین عمل جراحی برداشت. حذف متاستازها (ناپود کردن تومور و نه برداشتن آن) می تواند یکی دیگر از اهداف باشد. که به وسیله امواج رادیویی و یا متد منجمد کردن به وسیله کرایوسرجری (درجه های بسیار پایین که به وسیله یک سوزن دقیقاً به تومور نشانه رفته است.) اگر متاستاز به فراوانی انجام گرفته و در بخش های گوناگون بدن نفوذ کرده باشد داشتن و یا ناپود کردنشان در حین عمل جراحی ممکن نیست. چرا که در صورت انجام چنین کاری به آن بخش ها صدمات جبران ناپذیری وارد خواهد آمد. البته بهترین راه برداشتن تومور سرطانی است چرا که این روش بیشترین امکان را برای بقاء به بیمار سرطانی می دهد.

برای جلوگیری از انسداد کولون (بسته شدن جریان مدفوع) معمولاً تومور اولیه برداشته می شود و جریان مدفوع به یک کولوستومی نزدیک ختم می گردد.

اگر دانسته شود که سرطان به ماوراء منطقه جراحی شده دست انداخته است شیمیوتراپی و یا رادیوتراپی برای از بین بردن باقیمانده سرطان به کار گرفته می شود. حتی اگر تمام متاستازهای بیمار گرفته شده و یا حذف شده باشد، پزشکان از روی تجربه می دانند

که باز هم متاستازهای دیگری وجود دارد که کوچک بوده و در حین جراحی و استفاده از پدیده های تصویری به چشم دیده نمی شود. بنابراین بیماران هم باید تحت شیمی درمانی قرار بگیرند.

برای بیماران که متاستازهای آنها قابل برداشتن نیست **Salvage** درمانی بعد از عمل جراحی کولون داده می شود.

معاینه رکتوم با انگشت و کولونوسکوپی برای مشاهده عود تومور و سرطان اولیه به کار گرفته می شود. آنتی ژن کارسینوما ممبریونیک (CEA) و تست های خونی مربوط که در فصل ارزیابی مورد بحث قرار گرفته اند. اغلب در مشخص کردن عود تومور سودمند می باشند. اگر چه بعضی از انواع سرطان های کولورکتال CEA کافی ترشح نمی کنند، تا سطح بالای آنها در خون دیده شود. به نظر نمی رسد CT اسکن به اندازه معاینه انگشت و بررسی CEA در مرحله ای که تومور به وسیله دو متد نامبرده قابل مشاهده باشد کمک اضافی نماید. بنابراین کاربرد این آزمایش تصویری منحصر به موارد غیر عادی می شود که در تست خونی یا امتحانات مربوط مشاهده می شود.

عود سرطان کولون

بالا رفتن مداوم سطح CEA اولیه قویاً برگشت و عود تومور کولون را تقویت می کند و دلیلی برای تحقیق در باب بیماری می باشد. این بررسی شامل کولونوسکوپی، رادیو گرافی و CT اسکن می شود. اگر وجود توده سرطانی مشاهده شود این آزمایشات در فواصل مشخص و منظم تکرار خواهند شد. در بعضی از بیماران بالا رفتن سطح ممکن است ماه قبل از پیدایش شواهد کلینیکی دیده شود، (آزمایشات تصویری یا معاینه فیزیکی) که دال بر عود بیماری می باشد.

به بیماران فقط براساس بالا رفتن CEA شیمی درمانی داده نمی شود. در صورتی که توده در تصاویر مربوط به CT اسکن دیده شود، می شود به وجود تومور سرطانی شک کرد در چنین وضعیتی می بایست بیوپسی انجام گیرد. این نمونه برداری وجود یا عدم وجود توده سرطانی را به اثبات می رساند.

در بعضی موارد این نوع بیوپسی به راهنمایی سی تی اسکن انجام می گیرد. در صورتی که وجود تومور سرطانی به هنگام نمونه برداری ثابت شود. **Salvage** درمانی (راهانید از خطر نابودی) انجام خواهد شد. سرطان های عود شده به دو روش درمان می شوند.

گاهی ممکن است توموری را که دوباره به وجود آمده است برداشت و امکان بهبودی کامل را برای بیمار به وجود آورد. یک روش دیگر هم انجام شیمی درمانی است. البته در این صورت هم باز تومور برداشته خواهد شد. برداشتن کامل عود یا متاستازها اگر کمتر

از چهار مورد در کبد و هیچ مورد دیگر در اعضا دیگری نباشد انجام می شود حتی اگر به نظر رسد که تمام عودها و متاستازهای ظاهر، حذف شده یا برداشته شده اند. پزشکان از روی تجربه می دانند که موارد دیگری هم می تواند وجود داشته باشد. بنابراین برای درمان این بیماران نیز باید شیمی درمانی تکمیلی به کار گرفته شود.

برای بیمارانی که متاستازشان در حد وسیع مشاهده شده است تصمیم گیری برای برداشت کامل ضایعه با در نظر گرفتن این نکته که آیا قبلاً درمان تکمیلی صورت گرفته است یا خیر و یا اینکه چه مدت پس از درمان تکمیلی عود بیماری بروز کرده صورت می گیرد. برای بیمارانی که پیشرفت سرطان آنها در جریان درمان تکمیلی و یا 6 ماه بعد از تکمیل درمان یا کسانی که در شرایط خوب بشر می برند دومین راه درمان سلامتی بخش مثل 5FU و Irinoteca به صورت تجزیه مداوم وریدی و یا تزریق مستقیم به داخل شریان کبدی مورد توجه قرار می گیرند. برای بیمارانی که پیشرفت سرطان آنها بعد از 6 ماه اتمام درمان شروع می شود. و در شرایط مناسب قرار دارند، اولین راه درمانی مورد استفاده قرار می گیرد که شامل شیمی درمانی با 5FU یا ترکیب 5FU و ایرینوتکان یا شیمی درمانی که از طریق ورید هپاتیک انجام می شود، صورت می گیرد. البته اینها در صورتی است که کبد تنها عضو حای متاستاز باشد.

برای بیمارانی که اصلاً شیمی درمانی نشده اند و در شرایط جسمی مناسب به سر می برند، خط اول درمانی، اقدامات محافظتی یا مشاهده منظم است. انواع جدید شیمی درمانی از طریق شریان منتهی به کبد، فن آوری جدید از طریق منهدم کردن متاستازها، روش های جدید ایمینوتراپی با سایر راههای درمان کولون ممکن است در طرح کار آزمایشی بالینی قابل دسترس باشد. ممکن است برای این نوع بیماران بسیار سودمند باشد.

برای بیمارانی که هیچ وقت شیمی درمانی نکرده اند و در شرایط بد جسمی قرار دارند اقدامات محافظتی که علائم را کاهش می دهد و نمی تواند سرطان را نابود کند توصیه می شود.

سرطان T1, T2, T3, مقعد بدون متاستاز دور

برای انتخاب درمان سرطان رکتوم عوامل زیادی را باید در نظر گرفت. این فاکتورها که موثر پنداشته می شوند با تظاهرات بالینی شروع شده (تصور اولیه پزشک از شرایط پزشکی بیمار) و مرحله کلینیکی (ارزیابی) بیماران مرحله T1, T2, T3 براساس پاتولوژی، شمارش گلبولی، آزمایشات شیمیایی خون، CEA و CT اسکن شکم و لگن، رادیو گرافی ریه و آزمایشات اولتراسوند داخل مقعدی صورت می گیرد.

توصیه شبکه ملی سرطان امریکا این است که این بیماران تحت مراقبت ویژه یک پرستار و یا فردی که آموخته است چگونه به بیماران دارای کولوستومی کمک کند قرار گیرد. مرحله بالینی، اندازه تومور، محل دقیق تومور در رکتوم و میزان گستردگی آن عواملی هستند که در تعیین نوع جراحی دخالت دارند. هدف اصلی اجتناب از کولوستومی می باشد. بعد از جراحی موضعی یا ترانس رکتال آزمایش میکروسکوپی بسیار دقیق باید انجام شود تا مطمئن شویم که نسج تومورال کاملاً برداشته شده است یا خیر. اگر سلول های سرطانی در حاشیه منطقه جراحی شده وجود داشته یا خیلی نزدیک به لبه باشد. جریان آن را لبه های مثبت یا لبه های نزدیک نام نهاده اند. در هر صورت جراح ممکن است ناچار شود یک بار دیگر به برداشتن نسج از طریق جراحی موضعی یا (رزکسیون قدامی تحتانی) یا جراحی شکمی میاندوراهی (AP) باشد. رادیو تراپی از راه رکتوم یک راه دیگر جهت حفظ اسفنکتر می باشد. (تا از کولوستومی اجتناب شوند). این جریان بیشتر در بیمارانی که در مرحله T1 قرار داشته باشند انجام می پذیرد. بسته به محل دقیق سرطان در بیماران مبتلا به سرطان رکتوم T3 و یا بیماران مبتلا به T2, T که امکانات جراحی موضعی ندارند(در درخت تصمیم گرفته شفا)، جراحی LA و یا جراحی AP انجام خواهد شد. سرطان واقع در قسمت بالای رکتوم معمولاً با جراحی LA درمان خواهد شد. بعد از انجام این جراحی بیمار کماکان دفع مدفوع خواهد شد.

بیماران مبتلا به سرطان رکتوم قسمت تحتانی و رکتوم و نزدیک به اسفنکتر (عضله مسئول کنترل مدفوع) جراحی AP مورد نیاز خواهد بود. دفع مدفوع (از طریق کولوستومی صورت می گیرد. بیماران مبتلا به توموری که از جدار روده گذشته است (T3) و یا ابتلا همزمان یک یا بیشتر غدد لنفاوی باید درمان تکمیلی شامل 5FU و یا رادیوتراپی بطور همزمان دریافت دارند، این درمان ممکن است قبل از جراحی کمکی جدید یا بعد از جراحی کمکی باشد. اگر سرطان از غدد لنفاوی گذشته باشد بیماران فقط درمان تکمیلی (بدن جراحی) به تنهایی یا بعد از رادیوتراپی دریافت خواهند کرد. این تصمیمات براساس مرحله T و مرحله N گرفته میشود.

سرطان رکتوم T4 و سرطان رکتوم T1-4 همراه با متاستاز دور

کار اولیه (ارزیابی) بیماران این دسته بندیها شبیه بیماران T1, T2 یا T3 سرطان رکتوم می باشد و شامل بررسی پاتولوژیک به شمارش خونی، آزمایشات شیمیایی خون و CT اسکن شکم و لگن، رادیو گرافی ریه و آزمایشات اولتراسوند رکتوم، CEA خون می شود.

شبکه ملی سرطان توصیه می کند بیماران مبتلا به سرطان رکتوم به متخصص کولوستومی درمانی به عنوان قسمتی از درمان اولیه مراجعه نماید.

راهنما توصیه می کند بیماران مبتلا به سرطانهای رکتوم T4 که متاستاز دور واضح ندارند. باید درمان تکمیلی نو قبل از جراحی به وسیله شیمی درمانی، 5FU و رادیو تراپی شده و بعد جراحی می شوند. البته اگر سرطان قابل برداشتن باشد، درمان تکمیلی (بعد از جراحی) یا 5FU و لوکورین توصیه می شود.

درمان بیمارانی که سرطان آنها متاستازهای دور ریه یا کبد (سرطان های (M) دارند بسته به نتایج تصاویر رادیولوژیک و غیره می باشد که نشان دهند متاستازها قابل برداشت هستند یا خیر. اگر قابل برداشت باشد با درمان های تکمیلی می توانند دنبال شوند اگر تومور رکتوم عمیقاً در دیواره رکتوم نفوذ نکرده باشد (تومورهای T1, T2) درمان تکمیلی شامل 5FU و لوکورین می شود. اگر سرطان عمیق تر نفوذ کرده باشد (T3 و T4) درمان تکمیلی شامل 5FU و لوکورین و سپس 5FU و رادیو تراپی خواهند شد. بعد مقدراً بیشتر 5FU و لوکورین تجزیه می شود.

بیماران مبتلا به متاستازهای غیر قابل برداشت (که بوسیله جراحی کاملاً قابل برداشت نیست) . راه درمانی متعددی جهت سرطان رکتوم دارند.

ممکن است به وسیله جراحی برداشته شود، امکان دارد با حرارت لیزراز بین برده شود به وسیله یک کولستومی بای پس (BY PAS) شود یا به وسیله 5FU و رادیو تراپی درمان شود. بعد از یکی از این درمان ها بیمار ممکن است شیمی درمانی اضافی دریافت دارد که این تصمیم بنا به راهنمایی درخت تصمیم گرفته می شود. متاستاز خیلی بزرگ یا بسیار زیاد که قابل برداشتن نمی باشد که به دنبال صفحات بعد ذکر می شود.

پیگیری برای عود سرطان رکتوم

بعد از درمان اولیه جراحی یا رادیو تراپی، در بعضی موارد درمان های تکمیلی که پایان یافت آزمایشات بطور عاداتی انجام می گیرد. هدف از این نوع آزمایشات یافتن عود سرطان رکتوم هر چه زودتر و سریع تر می باشد. به خصوص وقتی که درمان های اضافی به نظر سودمندتر می باشند. از آنجایی که بیماران بهبود یافته از سرطان رکتوم در خطر بیشتر ابتلا دوباره سرطان رکتوم و کولون می باشند یافتن زودرس سرطان دوم یکی دیگر از هدف های این آزمایشات می باشد. بدون شباهت به عود که سلول های سرطان بعد از درمان باقیمانده و سرطان اضافی را می سازند، سرطانهای ثانوی از مناطق سالم قبلی رشد می کنند و عوارض درمان اولیه نیز ثبت می شود.

معاینه مقعد با انگشت (DRE) و کولونوسکپی برای مشاهده عود سرطان ها بکار می روند و یا در عین حال برای وجود سرطان های ثانوی آزمایش CEA خون که در قسمت ارزیابی توصیف شد اکثراً در تایید عود سرطان بکار گرفته می شود. اگر چه بعضی از انواع سرطان های کولور کتال CEA کافی تولید نمی کنند، تا سطح خونی آن بالا رود. یافتن یک توده با معاینه مقعد با انگشت یا مشاهده افزایش مداوم سطح CEA قویاً عود سرطان را تایید می کند و دلیل بر نیاز به یک تحقیق همه جانبه در مورد عود سرطان نمی باشد. این بررسی شامل کولونوسکپی، رادیو گرافی ریه، سی تی اسکن ریه شکم و لگن می شود. اگر هیچ سرطانی یافت نشود، این آزمایشات در فواصل معمولی تکرار خواهد شد.

اگر در آزمایشات تصویری مورد مشکوکی به نفع عود سرطان مشاهده شد جهت تایید تشخیص باید بیوپسی انجام شود.

در بیشتر موارد این کار را با بیوپسی سوزنی به راهنمایی سی تی اسکن انجام می دهند. اگر عود سرطان در بیوپسی دیده شود یا اگر متاستاتیک در زمان تشخیص اولیه مشاهده گردد، تا راه درمانی بیماران به اهداف نگهدارنده و راحتی بخش تغییر می کند، انتخاب یک درمان راحتی بخش به یافتن جای دقیق، اندازه، تعدا متاستازهای تومور بستگی دارد. نوع عود و درمان های توصیه شده راحتی بخش در قسمت ((درخت تصمیم برای درمان های آسایش بخش سرطان رکتوم)) ذکر شده است.

درمان رفع خطر سرطان عود کننده یا متاستاتیک رکتوم

اگر سرطان عود شده با بیوپسی ثابت شود یا سرطان متاستاتیک در زمان تشخیص ابتدایی مشاهده شود نقشه درمانی SALVAGE THERAPY (رفع خطر) تغییر خواهد یافت. اگر سرطان در محل آناستوموز (جایی که کولون و رکتوم در پیوند L.A. می باشد). و هیچ متاستازی در جای دیگر دیده نمی شود.

5FU و رادیو تراپی تجویز می شود که بعد از جراحی AP صورت می گیرد.

برگشت انفارادی سرطان در لگن به معنای برگشت تومور نزدیک رکتوم بوده و در صورتی که در درگیری هیچ عضو دیگری مشخص نشود و به اعضای مجاور در شکم سرایت نکرده باشد (مثل کبد) یا قفسه سینه (مثل ریه)، این عودها باید شیمی درمانی همراه با 5FU بعد از جراحی در صورت امکان انجام می گیرد. به همین ترتیب عودها و متاستازها مربوط به یکعضو (مثل کبد و ریه) در صورت امکان به وسیله جراحی برداشته می شود.

شیمی درمانی حفاظتی به دو راه، راه اول و راه دوم درمانی تقسیم می شوند. راه دوم در درمان سرطان رکتوم مهاجم که حتی بعد از درمان تکلیلی به رشد خود ادامه می دهد بکار گرفته می شود در عین حال وقتی درمان به روش اول موثر نباشد از راه دوم استفاده خواهد شد. این درمان ها در رویدرخت تصمیم گیری صفحه 74 درج شده است.

راه دوم درمان برای بیمارانی پیشنهاد می شود که بیماریشان همچنان به سیر خود ادامه می دهد و یا 6 ماه بعد از درمان، بیماری عود کرده پیشرفت می کند. برای بیمارانی که سرطان آنها 6 ماه بعد از تکمیل درمان اضافی شروع به رشد می کنند راه اول درمانی پیشنهاد می شود.

در صورتی که بیمار تا لحظه پیشنهاد درمان، شیمی درمانی نشده باشد و از وضعیت جسمانی خوبی برخوردار باشد روش اول شیمی درمانی پیشنهاد خواهد شد. البته باید معاینات دقیق تجربی به عمل آید اگر کبد تنها منطقه ای که بیماری به انجام سرایت کرده است باز همین روش اول مفید فایده خواهد بود این روش برای درمان باقی اعضاء بدن نیز پیشنهاد می شود.

درمان حمایتی به روی تخفیف علائم تمرکز می یابد انا نباید انتظار داشت که سرطان را نابود سازد. اگر سرطان به رشد خود ادامه دهد و در طول درمان ها رشد یابد به خط دوم درمانی بکار گرفته می شود.

برای بیمارانی که هیچ وقت شیمی درمانی نشده اند اما در شرایط بد جسمی هستند درمان حمایتی توصیه می شود.

منبع مورد استفاده: سرطان کولول و رکتوم

مترجم: دکتر فرید نیرویی

نشر آویش

انجمن امداد ایران

تلفن : (2290004 – 2294100) 0111

