

هُوَالشَافِي

تصویرات و حقایق در مورد سرطان روده بزرگ

گردآوری و ترجمه از حسین ملا اسماعیلی (سرپرستار بخش سانترال مردان انستیتو کانسر)

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

مقدمه: سرطان روده بزرگ در زمره بیماری‌های بد خیم شایعی است که همه ساله عده‌ای از مردم جهان را مبتلا می‌کند. این بیماری هم چنین یکی از انواع درمان پذیر سرطان است، به شرطی آن که در مراحل اولیه تشخیص داده شود. خوشبختانه روش‌های غربالگری به طور وسیعی در دسترسی مردم هستند و با دقت در کشف این بیماری در مراحل اولیه، شانس درمان را در بیماران افزایش می‌دهند. برای مثال شنا سایی پولیپ‌ها و برداشتن آنها، مانع از سرطانی شدن این پولیپ‌ها می‌شود. تصور غلط درباره بیماری‌ها عمومیت دارد و سرطان نیز از این قاعده مستثنی نیست. با وجود این که به خیال عامه مردم این نوع بیماری بیشتر در مردان مشاهده می‌شود ولی واقعیت این است که شیوع آن در زنان تقریباً برابر مردان است. تصور غلط در مورد درمان این بیماری هم وجود دارد، همچنین در مورد چیزهایی مانند پولیپ‌ها که رشد کرده و سرطانی می‌شوند. این پولیپ‌ها را در طول یک کولوتوسکپی می‌توان براحتی برداشت - حتی بدون آنکه نیازی به جراحی باشد. اگر برای درمان نیاز به جراحی باشد، عده اندکی از بیماران نیاز به کلتومی خواهند داشت. ما دریافته‌ایم که تصورات غلط و واقعیت‌ها درباره سرطان روده بزرگ را باید مشخص کرد، لذا این تصورات و واقعیت‌ها در این مقاله به شما عرضه می‌شود. البته این مقاله راهنمای جامعی برای درمان نیست ولی به مواردی که شما به کمک پزشکتان می‌توانند به اهداف درمان، سنجش خطرها، مزایا و نتایج حاصله از روش‌های مختلف درمانی پی ببرید اشاره می‌نماید. ما در این مجموعه جواب بسیاری از پرسشهای شما در مواجهه با این بیماری را گنجانده‌ایم، همچنین بعضی از نقل قولها را از زبان بیماران، خانواده و دوستان آنها آورده‌ایم.

درباره‌ی سرطان روده بزرگ

این بیماری از جمله مشکلات عمده در سلامتی بشر، به ویژه در کشورهای صنعتی می‌باشد. در آمریکا به تازگی مشخص شده که هر ساله رده دوم و در مردان پس از سرطان‌های پروستات و ریه در رده سوم از سرطان‌های شایع قرار دارد. از سال 1970 این بیماری در میان سیاهان آمریکا رو به افزایش نهاده است ولی تا کنون دلیل روشنی برای آن یافت نشده است.

در سرطان تکثیر سلول‌ها خارج از کنترل بوده و در اثر رشد غیر طبیعی سلول‌های سرطانی به صورت تومور ظاهر می‌شوند که می‌توانند موجب تخریب بافت‌های دیگر در بدن گردند. همه چیزهایی که به صورت غیر طبیعی رشد می‌کنند و به عنوان تومور خوانده می‌شوند سرطانی نیستند. یک تومور خوش خیم سرطانی نیست. سلول‌های تومورهای خوش خیم شبیه سلول‌های طبیعی بدن هستند. اگر چه رشد زیاد از حد آنها نیز می‌تواند باعث اختلال در کار طبیعی بدن گردد ولی آنها در قسمت‌های دیگر بدن منتشر نمی‌شوند. تومورهای خوش خیمی که برداشته می‌شوند به ندرت عود خواهند کرد. تومورهای بدخیم یا سرطانی می‌توانند بافت‌های دیگر بدن را مورد تهاجم قرار دهند که به این فرآیند متاستاز می‌گویند و در آن سلول‌های بدخیم در سراسر بدن حرکت کرده و در یک جا به شکل تومور نمایان می‌شوند. سرطان روده بزرگ در قسمت تحتانی دستگاه گوارش رخ می‌دهد.

روده بزرگ آب و ویتامین‌ها را از غذای هضم شده جذب و زواید آنرا در مدفوع متراکم کرده و از راه مقعد دفع می‌کند. روده بزرگ در حدود 3 اینچ قطر و 150 سانتی متر طول دارد و به چهار قسمت تقسیم می‌شود. قسمت رو

به بالا یا صعودی، قسمت عرضی، قسمت رو به پایین یا نزولی و سپس قسمت خمیده‌ای به نام سیگنویید که به راست روده متصل می‌شود بیشتر سرطان‌های روده بزرگ در بخشی از دیواره آن که بنام غشا مخاطی نامیده می‌شود رخ می‌دهند. 95-90 درصد از این سرطان‌ها با عنوان ادنوکارسینوم شناخته می‌شوند.

تصور غلط

فقط افراد پیر دچار این بیماری می‌شوند.

حقیقت

میان سالی یعنی 62 سالگی سنی است که بیشتر این نوع سرطان در آن رخ می‌دهد، ولی خطر ابتلا از سن 41 سالگی افزایش می‌یابد، به علاوه بسیاری از جوان‌ترها عوامل خطرزای سرطان روده بزرگ را دارا هستند. همچنین جوان‌هایی شناسای شده‌اند که عوامل خطرزا در آن‌ها پیش از 40 سالگی شناخته نشده است.

مرحله بندی

تعیین وسعت یک سرطان را مرحله بندی می‌نامند. مانند بیشتر سرطان‌ها، مرحله سرطان روده بزرگ در هنگام تشخیص در تعیین پیش‌آگهی و نتایج حاصله برای بیمار مهم است. می‌شود که آنرا سرطان بازگشت و عود خواهد کرد. گونه زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد، عوامل دیگر مانند سن، جنس را این که یک شخص چه علائمی دارد و چه مدت است که این علائم را دارد، ارتباط چندانی به پیش‌آگهی ندارند.

تصور

این بیماری ابتدا در کسانی که سابقه خانوادگی از سرطان دارند رخ می‌دهد.

حقیقت

حدود 70 درصد از کل موارد جدید این بیماری در کسانی دیده شده که عوامل خطرزا در آنها شناخته نشده است.

علل ایجاد این بیماری چیست؟

علت قطعی و دقیق تاکنون شناخته نشده است. اما عود ویژه‌ای شنا سایی شده‌اند که خطر ابتلا به این بیماری را افزایش می‌دهند. عوامل دیگری که احتمالاً خطر این نوع سرطان را افزایش می‌دهند مورد تردید بوده و در مورد آنها مدارک مستندی به دست نیامده است.

عوامل ذیل خطر ابتلا به این بیماری را افزایش می‌دهد.

1- وجود سابقه‌ای پولیپ‌های آدنوماتوز

سرطان روده بزرگ اغلب در پی نوع ویژه‌ای از پولیپ‌ها که در طول روده بزرگ رخ می‌کند و پولیپ آدنوماتوز نام دارند، ایجاد می‌شوند. عموماً پولیپ‌های آدنوماتوز بزرگ قابلیت بیشتری برای سرطانی شدن دارند. این پولیپ‌ها که قطری بیش از 2 سانتی‌متر دارند 40 درصد احتمال سرطانی شدن را دارا می‌باشند. احتمال ابتلا به سرطان روده بزرگ به تعداد پولیپ‌های آدنوماتوز موجود در روده بزرگ هم بستگی دارد. در افراد خصوصاً کسانی که روده کولی پولیپ آدنوماتوز را به ارث برده‌اند معمولاً پولیپ‌های متعددی در سراسر روده بزرگشان یافت می‌شود و این تا زمانی است که آنها به سن 20-18 سالگی برسند. این حالت را پولیپوز آدنوماتوز خانوادگی می‌نامند. بدون مراقبت‌های پزشکی تقریباً همه این موارد در سنین جوانی به سرطان روده بزرگ منجر می‌شوند.

تصور غلط

پولیپ در افرادی که یک سابقه خانوادگی از سرطان روده بزرگ دارند، سریع‌تر از کسانی که فاقد این سابقه‌اند تبدیل به سرطان می‌شوند.

حقیقت

دلیل وجود ندارد که پولیپ‌ها حتماً تبدیل به سرطان شوند. در یک مقایسه بین کسانی که سابقه‌ای از سرطان داشته‌اند و کسانی که این سابقه را نداشته‌اند فرقی در سرعت ابتلا به سرطان دیده نشد.

2- بیماری التهابی روده

بیماری‌هایی مانند زخم التهابی روده بزرگ و بیماری کرون که سبب التهاب روده می‌شوند خطر ابتلا به سرطان روده بزرگ را افزایش می‌دهند و در این بین خطر زخم التهابی روده از بیماری کرون بیشتر است و با چگونگی انتشار و تعداد زخم‌های التهابی در فرد ارتباط مستقیم دارد.

خطر با طولانی‌تر شدن زمان ایجاد زخم التهابی روده افزایش می‌یابد. به ویژه اگر زخم بیش از 30 سال وجود داشته باشد. خطر ابتلا به سرطان روده بزرگ افزایش سی در صد خواهد یافت. مناطقی از روده بزرگ که ملتهب شده‌اند اغلب به سلولهای دیسپلاستیک و آنگاه به سلول‌های سرطانی تبدیل می‌شوند.

تصور غلط

همه انواع پولیپ‌هایی که در روده بزرگ یافت می‌شوند باعث سرطان می‌شوند.

حقیقت

توده‌هایی که در طول روده بزرگ یافت می‌شوند به نام پولیپ خوانده می‌شوند. پولیپ‌های آدنوماتوز 50-30 درصد در کل پولیپ‌های روده بزرگ را تشکیل می‌دهند. اگر اینها برداشته نشوند تبدیل به سرطان می‌شوند. 30 - 10 درصد از پولیپ‌ها که با نام‌های هیپرپلاستیک و موکو سال تگر نامیده می‌شوند خطر سرطان روده بزرگ را افزایش می‌دهند.

3- وجود سابقه از سرطان در خانواده

خطر ابتلا به سرطان روده بزرگ برای افراد در سابقه فAMILIAL بیشتر است. سرطان غیر پولیپی ارثی روده بزرگ یک گروه از بیماری‌هاست که تمایل زیادی به شیوع در خانواده‌ها به خصوصی را دارد. اعضای این خانواده‌ها در معرض خطر بالای سرطان روده بزرگ قرار دارند. دو نوع از سرطان غیر پولیپی ارثی خانوادگی وجود دارد. نوع A که تومورهای روده بزرگ منجر می‌شوند و بیشتر دیواره سمت راست روده بزرگ را مورد تهاجم قرار می‌دهند و نوع B که به دیگر سرطان‌ها، مثل پستان- معده کلیه- رحم و تخمدان منتهی می‌شوند.

عوامل خطر زای دیگر محیط

خطر بروز سرطان روده بزرگ در آسیا- آفریقا- و آمریکای جنوبی پایین است، ولی کسانی که از این مناطق کم خطر به مناطق پر خطر مهاجرت می‌نمایند در معرض خطر بالا قرار می‌گیرند. این عقیده وجود دارد که عوامل ویژه محیطی نقش بسزایی را در ابتلا به این بیماری بازی می‌کنند.

رژیم غذایی

رژیم غذایی حاوی چربی و کلسترول بالا خطر ابتلا به این بیماری را افزایش می‌دهد.

دخانیت

مطالعات جدید بیانگر این نکته است که مصرف طولانی سیگار با افزایش تعداد موارد این بیماری همراه است ولی خطر آن با توقف سیگار کشیدن کاهش می‌یابد. دلیل روشنی برای آن پیدا نشده ولی سیگار و عوامل خطرزای دیگر به پیدایش این بیماری کمک می‌کنند.

پیشگیری

در گذشته مطالعات به رژیم پرفیبر و سبزیجات و کلسیم اشاره داشتند که ممکن است بر علیه این نوع سرطان عمل نماید. مطالعات جدید نیز نشان می‌دهند که بهر حال رژیم‌های پر فیبر خطر ابتلا به سرطان را کاهش می‌دهند. آسپرین و ضد التهابی‌های غیر استروئیدی: بعضی مطالعات نشان داده است که استفاده از این نوع داروها مانند سولیناک می‌تواند پولیپ‌ها را در پولیپوز آدنوماتوز خانگی کاهش دهد مطالعات دیگر عوامل دیگری مانند سلبرکس را در مقابل سرطان روده بزرگ یافته‌اند که نقش آن در برابر سرطان روده بزرگ در دست تحقیق است.

این بیماری چگونه تشخیص داده می‌شود؟

کشف زود هنگام این بیماری و پلیپ‌های پیش سرطانی خیلی مهم است. این کار شانس درمان را بالا می‌برد.

علایم شناسایی این بیماری

به مرحله بیماری و منطقه‌ای از روده که مورد تهاجم واقع شده بستگی دارد. در مراحل اولیه ممکن است بیمار علامتی نداشته باشد، یا این که از درد شکم- نفخ- گاز- تغییر کمی در حالت روده و خستگی شکایت داشته باشد. بیشتر این علائم در بیماری‌های دیگر مثل زخم معده= سنگ کیسه صفرا، بواسیر و یا حساسیت و بعضی از داروها دیده می‌شود. بنابراین بسیاری از مردم فقط مراقبت‌های اولیه را انجام می‌دهند. عوامل دیگر به محل استقرار سرطان در روده بزرگ یا راست روده بستگی دارد. اگر این نوع بیماری به قسمت دیواره راست روده بزرگ حمله کند سبب کاهش وزن- احساس وجود توده و درد شکمی می‌شود. کمبود خون ممکن است سبب آنمی- کاهش گلبولهای قرمز و در نتیجه باعث سستی و خستگی شود. ولی اگر به قسمت دیوار چپ روده بزرگ حمله کند ممکن است سبب انقباضات شکمی- دردشکم- استفراغ- تهوع- یبوست و اسهال متناوب شود.

خونریزی دوره‌ای از راست روده ممکن است اتفاق بیافتد. در آخر کار کسانی که سرطان به قسمت انتهایی روده بزرگ یا همان راست روده آنها حمله کند، ممکن است احساس پر بودن و خونریزی از راست روده- انقباضات دردناک و تغییر در حرکات روده و قطر مدفوع داشته باشند.

معاینه پزشکی

معاینه پزشکی برای حفظ سلامتی معمول بدن، به ویژه برای افراد بالای 40 سال توصیه می‌شود، سرطان راست روده که به حد کافی در قسمت پایین با این معاینه معمولاً قابل کشف است. ولی سرطان روده بزرگ چون بالاتر از راست روده واقع شده با وسایل شخصی مکمل قابل کشف است.

آزمایشات تشخیصی

آزمایش وجود خون مخفی در مدفوع در آزمایش گایاک که یک برگه حاوی مواد شیمیایی برای کشف مقادیر کم خون در مدفوع استفاده می‌شود که چشم غیر مسلح قادر به دیدن آن نمی‌باشد. وجود خون در مدفوع حتماً به معنی وجود سرطان نیست. ولی حتماً دلیل وجود یک بیماری است. این آزمایش نسبتاً ارزان و بدون درد است اما همیشه هم دقیق نیست، چون در خونریزی‌هایی که در هنگام آزمایش قطع شده‌اند مانند پولیپ‌های روده بزرگ قابل تشخیص نمی‌باشد.

تصور غلط

خونریزی از راست روده که گاهی هم در قطع می‌شود می‌تواند منجر به این بیماری شود.

حقیقت

خونریزی از راست روده می‌تواند به علل مختلفی پیش آید که یکی از این علل سرطان می‌باشد. بیماران اغلب خونریزی از راست روده را به بواسیر نسبت می‌دهند وقتی که خونریزی قطع شد از پیگیری درمان منصرف می‌شوند. خونریزی متناوب در پولیپ‌ها و سرطان‌ها وجود دارد این می‌تواند به عنوان اولین علامت سرطان روده بزرگ باشد. بنابراین خونریزی از روده بزرگ را همیشه جدی بگیریم و دقیقاً پیگیری نماییم تا وقتی که وجود سرطان رد شود.

سیگموییدسکوپی و کولونوسکوپی:

هر دوی اینها به یک منظور به کار می‌روند. سیگموییدسکوپ یک دستگاه نرم تا شش است که مستقیماً دیواره روده بزرگ را در طول 60 سانتی متر به وضوح نشان می‌دهد. اما کولونوسکوپ تمام روده بزرگ را نشان می‌دهد. در کولونوسکوپی می‌توان از بافت روده بزرگ نمونه و بیوپسی تهیه کرد. این نمونه‌ها را می‌توان در زیر میکروسکوپ برای یافتن سلول‌های بدخیم و کشف سرطان مشاهده نمود. اغلب پولیپ‌ها را در طول کولونوسکوپی برمی‌دارند. به دست آوردن نتایج درست از کولونوسکوپی منوط به این شرط است که پیش از آن روده بزرگ کاملاً پاک شده باشد. زیرا در این حالت مخاط روده بهتر دیده می‌شوند. برای این بیمار باید 3-1 روز قبل از انجام آن از خوردن غذا خودداری نموده به نوشیدن مایعات اکتفا نماید. هم سیگموییدسکوپی و هم کولونوسکوپی را می‌توان در درمانگاه انجام داد و نیازی به بستری کردن بیمار نیست. درست است که این اقدامات تهاجمی محسوب می‌شوند ولی خطر آن‌ها خیلی

کم است و از جمله این خطرهای می‌توان به عفونت - سوراخ شدگی و خونریزی از روده اشاره نمود که در معاینه یا انگشت (توشه رکتال) این خطرها به حداقل می‌رسد.

تصور غلط

اگر در اولین آزمایش وجود خون مخفی در مدفوع منفی بود آزمایش بعدی ضرورتی ندارد.

حقیقت

پولیپ‌ها مثل سرطان‌ها ممکن است باعث خونریزی متناوب شوند. بنابراین در آزمایش اولیه ممکن است جواب منفی باشد ولی دقت این آزمایش با افزایش نمونه‌ها و دفعات آزمایش بیشتر می‌شوند.

باریم انمای دوبل کمتر است:

یک راه مشاهده دیواره روده بزرگ استفاده از این روش است، باریم و هوا برای یافتن مناطق غیر طبیعی به طور توأم در روده بزرگ به کار می‌روند. بر خلاف کولونوسکپی در این روش نمی‌توان از بافت روده نمونه برداری کرد.

پیشنهادهایی برای غربالگری

غربالگری سرطان روده بزرگ می‌تواند موارد غیر طبیعی را پیش از تبدیل شدن آنها به سرطان کشف نماید. هم چنین می‌تواند سرطان را در مراحل اولیه که شانس درمان بالاست بیابد. این پیشنهادها با توجه به خطر ایجاد سرطان در هر فرد متفاوت است.

گروه با خطر متوسط

در افراد این گروه عوامل خطرزای گروه‌های پرخطر و خطر افزایش یابنده وجود ندارند و غربالگری از سن 50 سالگی شروع می‌شود.

گروه با خطر افزایش یابنده

افراد این گروه 2 برابر افراد گروه متوسط در معرض ابتلا به سرطان روده بزرگ قرار دارند. افراد مبتلا به پولیپ‌های آدنوماتوز و کسانی که یک سابقه شخصی از سرطان درمان شده یا سابقه خانوادگی از سرطان دارند در این گروه قرار می‌گیرند. افراد مبتلا به پولیپ‌های آدنوماتوز حتماً باید یک کولونوسکپی انجام دهند. اندازه- تعداد و نوع پولیپ‌های برداشته شده مشخص می‌کند که آیا کولونوسکپی باید تکرار شود یا نه؟ اگر به هر دلیل امکان انجام کولونوسکپی نباشد باید از باریم انمای دوبل کمتر است یا سیگموئیدسکپی استفاده شود. کسانی که سرطان روده بزرگ داشته و به وسیله جراحی اقدام به درمان کرده‌اند 1 سال بعد باید کولونوسکپی انجام دهند اگر جواب منفی بود 3 سال بعد باید آن را تکرار کنند و اگر باز منفی بود 5 سال بعد باید تکرار شود.

خطر افزایش یابنده در افراد با سابقه خانوادگی از سرطان روده بزرگ یا آدنوم روده بزرگ می‌تواند وابستگی درجه 1 بیمار مثل مادر- پدر- برادر- خواهر و یا فرزند او را تحت تأثیر قرار دهد. اگر در وابستگی درجه یک سرطان روده بزرگ یا پولیپ آدنوماتوز پیش از 60 سالگی تشخیص داده شده باشد. خطر افزایش می‌یابد.

هم چنین اگر چندین وابسته درجه یک به این بیماری مبتلا باشند (به جز بیماری ارثی) او باید در فواصل معین کولونوسکپی یا سیگموئیدسکپی با باریم انما نماید.

گروه پر خطر

در این گروه میزان خطر 2 برابر شده و امکان تبدیل شدن بیماری‌های عفونی روده یا یک سندرم ارثی به سرطان روده بزرگ افزایش می‌یابد. در افراد با بیماری عفونی روده که بخش زیادی از روده بزرگ را گرفتار کرده 8 سال بعد از بروز اولین علائم- افزایش خطر مشاهده می‌شود. کولونوسکپی از این پس باید هر 1-2 سال انجام شود که این کار باید همراه با نمونه برداری برای کنترل موارد غیر طبیعی یا دیسپلاستیک انجام شود. اگر سلول‌های دیسپلاستیک دیده شدند کولکتومی باید به عنوان راهی برای پیشگیری از سرطان روده بزرگ بررسی شود.

تصور غلط

کسانی که یکی از وابستگان درجه یک آن‌ها به سرطان روده بزرگ مبتلاست به علت این که هم در معرض خطر جدی ابتلا به این بیماری هستند باید روده بزرگشان برداشته شود.

حقیقت

خطر در افراد فوق 2 برابر است، اما به این معنی نیست که باید روده بزرگشان برداشته شود. ش در بیماران (پلوپوز آدنوماتوز فامیلی) برداشتن روده بزرگ باید بررسی شود. این افراد از سنین جوانی که در معرض خطر کمتری می‌باشد باید در غربالگری این بیماری شرکت نمایند.

درمان

بسته به مرحله بیماری برای درمان از روش‌های مختلفی استفاده می‌شود. برای بیماری در مرحله موضعی درمان اولیه جراحی می‌باشد. شیمی درمانی و پرتودرمانی بسته به عوامل ویژه توصیه می‌شود.

مرحله بندی

مرحله بندی این بیماری بسته به مقدار نفوذ سرطان به دیواره روده بزرگ و گسترش آن به غدد لنفاوی را مناطق دور دست طبقه بندی می‌شود که شامل سیستم مرحله این بیماری بسته به مقدار نفوذ سرطان به دیواره روده بزرگ و گسترش آن به غدد لنفاوی یا مناطق دور دست طبقه بندی می‌شود. که شامل سیستم مرحله بندی TNM و سیستم دوک می‌باشد. سیستم تی.ان.ام تومورهای بدخیم را بر اساس $T =$ تومور اولیه و $N =$ گسترش یافته و به غدد لنفاوی و $M =$ وجود یا عدم وجود متاستاز طبقه بندی می‌کند و مراحل از صفر تا چهار می‌باشد. مرحله بندی دوک بر طبق مقیاسی مشابه بالا ولی نشانه‌های O, C, B, A مشخص می‌شود. اعداد و حرف هر چه رو به بالا می‌روند نشانه پیش آگهی وخیم‌تری است. بر خلاف مرحله بندی در انواع دیگر سرطان، در روده بزرگ اندازه تومور عامل مهمی نمی‌باشد. عمق نفوذ تومور در دیواره روده یک عامل مهم برای پیش آگهی است. در کل عمیق‌تر شدن نفوذ تومور نشانه و خامت اوضاع است و هم چنین گسترش موضعی به عدد لنفاوی و خامت بیشتری را نشان می‌دهد.

تصور غلط

در این سرطان - اندازه تومور عامل بسیار مهمی برای نتیجه‌گیری محسوب می‌شود.

حقیقت

برعکس سایر سرطان‌ها، مثل ریه و پستان اندازه تومور اولیه اهمیت کمتری برای پیش آگهی در این سرطان دارد. عامل اصلی در این جا عمق نفوذ تومور مهاجم در دیواره روده می‌باشد. چه بسا تومور کوچکی که در دیواره روده نفوذ کرده خیلی خطرناک‌تر از تومور بزرگی است که در دیواره نفوذ نکرده است. این بیماری ممکن است پس از درمان عود کند یا در همان محل اولیه بماند که اگر عود کرد به آن عود موضعی می‌گویند. در سرطان روده بزرگ ممکن است عود موضعی در محل جوش خوردن دو قسمت از روده که بوسیله جراحی به هم وصل شده‌اند رخ دهد. عود موضعی در راست روده شایع‌تر از روده بزرگ است. همچنین عود موضعی می‌تواند در فاصله‌ای دورتر از تومور اصلی رخ دهد که این حالت را متاستاز می‌نامند. ریه و کبد شایع‌ترین محل‌ها برای متاستاز این نوع سرطان است.

برداشتن پولیپ‌ها

پولیپ‌ها اغلب در حین کولونوسکوپی برداشته می‌شوند. بافت پولیپ برای تأیید وجود سرطان و درجه نفوذ آن در دیواره روده پاتولوژی فرستاده می‌شود. بسته به یافته‌های پاتولوژی ممکن است جراحی توصیه شود. برای بیماری مبتلا به پولیپ‌های آدنوماتوز خانوادگی جهت پیشگیری از ابتلا به سرطان پیشرفته - عمل جراحی توصیه می‌شود. جراح ممکن است کل روده، روده بزرگ یا راست روده را بردارد. به عنوان یک مکمل پس از کولونوسکوپی - برداشتن پولیپ‌ها یا جراحی از دارویی به نام سلکوکسیب برای درمان بیماران مبتلا به پولیپ‌های آدنوماتوز خانوادگی استفاده می‌شود. دیده شده که این داروی خوراکی تعداد پولیپ‌ها را کاهش می‌دهد. اما نقش آن در کم کردن شانس ابتلا به سرطان تأیید نشده است. هم چنین باقی ماندن اثرات مفید دارو پس از قطع آن ثابت نشده است.

تصور غلط

اگر برای درمان سرطان روده بزرگ عمل جراحی توصیه می شود به طور خودکار به معنی آن است که باید در طول زندگی از کلاستومی استفاده کرد.

حقیقت

جراحی با یا بدون شیمی درمانی یک درمان رایج برای این بیماری به شمار می رود. بیشتر بیماران به هر حال نیازی به داشت کلاستومی دائمی ندارند. معمولاً دو سر روده بزرگ به وسیله جراحی به هم وصل می شود. در مواردی که سرطان در مناطق خیلی پایین روده قرار دارد و دریچه مقعد را درگیر کرده کلاستومی دائمی پیشنهاد می شود.

جراحی

درمان اولیه سرطان روده بزرگ جراحی است. در این جراحی شامل قطع یا برداشتن قسمتی از روده بزرگ و غدد لنفاوی آن می باشد. امکان و نوع عمل جراحی بستگی به اندازه تومور - تهاجم به بافت های اطراف و این که عضلات مقعد قابل حفظ است یا نه، دارد. این جراحی الزاماً به این معنی نیست که بیمار باید کلاستومی دائمی باشد و همیشه از آن استفاده نماید. در بیشتر مواقع می توان با عمل جراحی دو سر روده بزرگ را به هم وصل کرد و نیازی به کلاستومی دائمی نمی باشد. در بعضی از بیماران ممکن است نیاز به کلاستومی موقت باشد تا زخم روده بزرگ التیام یابد. کلاستومی دائمی وقتی لازم می شود که عضلات کافی برای وصل کردن دو سر روده بزرگ وجود نداشته باشند.

تصویر غلط

با پیشرفته ترین روش های درمانی فقط می توان تومور را به عقب راند.

حقیقت

چندین عامل در روش های درمانی جدید برای هر بیمار در نظر گرفته می شود. در سرطان واکنش تومور به درمان یکی از اهداف ویژه و مهم است اما کیفیت زندگی هم از مطالب مهم به شمار می رود. ای امر از طریق ترکیب اطلاعات پزشکی و شخصی که از بیمار کسب می شود ارزیابی می گردد. این اطلاعات از طریق سوالاتی که در زمینه های مختلف عینی و ذهنی - فیزیولوژیک - اجتماعی - فعالیت جنسی و در مورد شغل بیمار پرسیده می شود، جمع آوری می شود.

داروهای شیمی درمانی:

5FU از اولین داروهایی است که در درمان این بیماری به کار رفته است. این دارو را می توان از راه ورید، به صورت کوتاه مدت یا بلند مدت داد. این دارو در ترکیبات با دارویی به نام فولینیک اسید بر روی سلول های سرطانی بیشتر اثر می کند. این ترکیب در شیمی درمانی مکمل برای سرطان روده بزرگ و درمان بیماری پیشرفته و متاستازیک آن به کار می رود. ترکیب ایرینوتکام (کامپتو سار) و فایو اف یو به اضافه لکوپورین به پیشنهاد اف دی ای (سازمان دارو و غذای آمریکا) در درمان اولیه بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته روده بزرگ به کار می رود.

کامپتو سلول های سرطانی را به روشی متفاوت از فایو اف یو از بین می برد. مطالعات نشان داده که این ترکیب موثر از ترکیب 5FU لکوپورین می باشد. کامپتو هم چنین درمانی است. برای بیماران که به لکوپورین جواب نداده اند. این دارو هم به طور وریدی، هم از راه شریان های کبدی تزریق می شود. شیمی درمانی هیپاتیک داخل شریانی چون می تواند سلول های سرطانی را در کبد مستقیماً نابود سازد روش موفق تری است. در بیماران با متاستاز کبدی این روش مناسب است اما کمی گران بوده و می تواند تأثیر سمی روی کبد بگذارد پس پزشکتان باید عوارض آن را شرح دهد. از دیگر داروها اگزالوپلاتین است که در سرطان متاستاتیک کولورکتال در ترکیب با فلوراسیل و لکوپورین در بیماران که عود بیماری را دارند یا بیماری طی درمان با ترکیب فوق پیشرفت کرده به کار می رود.

زلودا (کاپسیتابین) : از دیگر داروهایی است که جهت درمان سرطان کولورکتال متاستاتیک به کار می رود. داروهای جدید به صورت درمان های Targe Ting مانند Erbitox امروزه جای مهمی را در درمان دارند.

رادیوتراپی

رادیوتراپی - درمانی است که در سرطان راست روده بیش از روده بزرگ به کار می‌رود. در سرطان راست روده رادیوتراپی لگن می‌تواند بیش از جراحی موجب کوچکتر شدن تومور شود یا درمان عود موضعی پلوپس به کار رود. برخلاف شیمی درمانی سیستمیک - رادیوتراپی نمی‌تواند عود مناطق کناری محل رادیوتراپی را کنترل نماید. در اغلب اوقات رادیوتراپی به صورت ترکیبی با شیمی درمانی به کار می‌رود که به آن کیمورادیشن می‌گویند. این روش درمانی رایج در عود موضعی ناشی از سرطان روده بزرگ می‌باشد که به صورت رادیشین + فایو اف یو در این بیماران به کار می‌رود. وقتی این بیماری به مناطق دیگر متاستاز داده است - رادیوتراپی درمان امیدوار کننده‌ای نیست. به هر حال تحت شرایط خاص ممکن است به عنوان رفع علایمی مثل درد به ویژه دردهای استخوانی استفاده شود.

مراقبت پی‌گیرانه

این مراقبت برای تمام بیماران سرطانی ضروریست. یک مراقبت پی‌گیرانه خوب شامل آزمایش‌هایی که عود بیماری را ثابت می‌کند. حمایت فیزیولوژیکی و اجتماعی و کمک به شناخت اثرات طولانی مدت درمانی در سرطان می‌باشد. یکی از موارد ترس آور، بازگشت بیماری است. اغلب اوقات چند علامت بیماری و چند تغییر در بدن به عود بیماری نسبت داده می‌شود و این ممکن است استرس را افزایش دهد. اگر چه علائم برای بررسی عود احتمالی اهمیت دارند و نباید نادیده گرفته شوند، ولی بیماری‌های دیگر هم می‌توانند این علائم را بروز دهند. یک مراقبت پی‌گیرانه خوب کمک می‌کند تا علت واقعی این علائم را بشناسیم و اگر عودی وجود داشته زود اقدام را بشناسیم و اگر عودی وجود داشته زود اقدام نماییم. در میان کسانی که عود دارند 50 درصد یکسال و 80 درصد سه سال پس از جراحی اولیه دچار عود شده‌اند. پس مراقبت پی‌گیرانه در چند سال اول حیاتی می‌باشد.

معاینه پزشکی

کسی که سرطان روده بزرگش درمان شده باید سالیانه توسط پزشکش معاینه شود و در شرایط ویژه، مثلاً وقتی که چند علامت یا یافته‌های غیرطبیعی وجود دارد باید معاینه کامل انجام شود. وجود این یافته‌ها در آزمایشات و معاینه پزشکی مثلاً یک غده لنفاوی بزرگ (لنفانوپاتی) یا زرد شدن سفیدی چشم (ایکتر انسدادی) ممکن است علامت خطری برای وجود عود باشد. علامت دیگر آن آسیت نام دارد که به معنی تجمع مایع در شکم است. وجود تعدادی از علائم بالا بررسی بیشتری را طلب می‌کند تا عود را تشخیص یا تکذیب نماید.

تست‌های آزمایشگاهی

اینها اغلب با گرفتن نمونه خون از بیمار انجام می‌شود. بیشتر این تست‌ها در فواصل معین و برای کنترل چند یافته غیرطبیعی احتمال مشکوک انجام می‌شود. در ابتدا ممکن است چندین بار تکرار شوند، اما اگر نتایج همه طبیعی بود ممکن است هر 3-6 یا 12 ماه یکبار تکرار شوند. چون این بیماری اغلب به کبد متاستاز می‌دهد یک مجموعه از تست‌ها به نام تست‌های عملکرد کبد کار تجزیه و بررسی دقیق آن را از انجام می‌دهند که اینها غالباً همراه با دیگر آزمایش‌های روتین مثل شمارش سلولی و بیوشیمی انجام می‌شوند. تومورهای ویژه مانند سرطان روده بزرگ ماده‌ای تولید می‌کند که می‌توان آن را در خون شناسایی کرد و به آن تومور مارکر می‌گویند. در تومور روده بزرگ CEA یک تومور مارکر اختصاصی می‌باشد (کار سینو امیریونیک آنتی ژن) که افزایش سطح آن ممکن است دلیل گسترش یا متاستاز نیاز به بررسی بیشتر باشد.

کولونوسکپی

جدا از خطر عود، بیماران با سابقه سرطان روده بزرگ در معرض افزایش خطر گسترش یک سرطان روده بزرگ ثانویه می‌باشند. این مورد در 3 درصد از موارد دیده می‌شود. هدف از کولونوسکپی در آن‌هایی که بیماریشان درمان شده دو مورد است. اولی کشف عود موضعی و دومی کشف پولیپ‌ها یا تومورهای جدید است. بیمارانی که جراحی

روده بزرگ کرده‌اند باید یک سال بعد کولونوسکوپی شوند و اگر نتیجه این آزمایش طبیعی بود سه سال بعد و سپس هر پنج سال یکبار تکرار شود.

تصویر برداری‌ها

سی‌تی‌اسکن - ام آر آی و دیگر اسکن‌ها را می‌توان برای تعیین مقدار پاسخ به درمان و یافتن موارد عود یا متاستاز انجام داد. مثل بعضی تست‌های آزمایشگاهی این تصویربرداری‌ها هم ممکن است به دفعات تکرار شوند، ولی با گذشت زمان دفعات آن کاهش می‌یابد. اسکن ویژه‌ای به نام رادیوایمونوسینتی گرافی ممکن است برای کشف متاستاز انجام شود که این امر در بیماران با افزایش سطح CEA مهم است. اما وقتی با یک بیماری ناآشکار طرفیم آزمایش‌های قراردادی کمک بیشتری می‌کنند.

مراقبت از کلستومی

کلستومی راهی است که از میان شکم به روده بزرگ باز می‌شود تا اجازه دفع مدفوع را بدهد. بیشتر بیماران با سرطان روده بزرگ ممکن است بدون نیاز به یک کلستومی دائمی جراحی شوند. ولی وقتی که محل عمل در حال التیام است به یک کلستومی موقت نیاز می‌باشد. بسته به محلی از روده بزرگ که کلستومی در آن انجام شده قوام و دفعات مدفوع متغیر می‌باشد. انتهای باز کلستومی را استومی می‌نامند و آن پر از رگ‌های خونی بوده وقتی تحریک شود پر خون می‌گردد. مراقبت نه تنها از استوما بلکه از پوست اطراف آن به نام پوست پری استوما لازم می‌باشد. تخلیه استوما به طور بالقوه باعث تحریک می‌شود پس پوست پری استوما باید از تماس مستقیم محافظت شود. یک سیستم کیسه‌ای در شکل‌های مختلف ساخته شده که در همه آن‌ها پوست اطراف استوما به وسیله یک مختلف ساخته شده که در همه آن‌ها پوست اطراف استوما به وسیله یک عایق چسبدار مخصوص محافظه شده است. در کل، این پوست می‌تواند توسط هر یک از قسمت‌های نامناسب این سیستم شامل چسبندگی کم آن یا محرک بودن جنس چسب تحریک شود. این کیسه‌ها برحسب نیاز روزانه یک یا دوبار باید تخلیه شوند. چون کلستومی عضله دریچه را ندارد کنترل ارادی روی حرکات روده وجود ندارد. پس از جراحی و بهبود آن بیشتر بیماران با کلستومی قادرند به طور عادی به زندگی خود ادامه دهند. آنها معمولاً قادرند به طور طبیعی بخورند و فعالیت‌های فیزیکی و اجتماعی خود را در حد وسیعی انجام دهند، ولی باید از بلند کردن اجسام سنگین خودداری نمایند زیرا این کار می‌تواند منجر به فتق شود. کلستومی به مقدار کم رژیم غذایی - پوشاک - فعالیت‌ها - مسافرت و روابط اجتماعی را محدود می‌سازد.

منبع مورد استفاده: دانستینهایی درباره سرطان سال هفتم - شماره 19 - پاییز و زمستان 85 صفحه 26-21