

سرطان کولورکتال و پیشگیری از آن

گردآوری از: شیرین جفرودی*

- سابقه ابتلا به سرطان کولورکتال یا پولیپ های آدنوماتوز در فرد.

- سابقه ابتلا به بیماریهای مزمن التهابی روده بزرگ، کولیت اولسراتیو و یا بیماری کرون (Chrohn's disease).

- مصرف غذاهای پرچرب بخصوص از نوع چربی حیوانی و مصرف کم سبزیجات.

- سبک زندگی غیرفعال (۳).

- چاقی و قرار داشتن در محدوده سنی بالای ۵۰ سال (۶و۴). تحقیقات نشانگر شیوع بیشتر این بیماری در افراد بالای ۵۰ سال هستند. به طوریکه میانگین سنی بیماران در زمان تشخیص ۶۲ سالگی است (۷). در انگلستان نیز ۷۵ درصد از موارد ابتلا را افراد بالای ۵۵ سال تشکیل می دهند (۳).

- نوشیدن مقادیر زیاد الکل و استعمال سیگار و توتون به مدت بیش از ۳۵ سال (۶و۴).

- سابقه سرطان های دستگاه تناسلی یا پستان در زنان (۲).

- سابقه جراحی یورتروسیگموئیدوستومی در فاصله زمانی ۱۵ تا ۳۰ سال قبل که به منظور درمان اکسترونی مادرزادی مثانه انجام شده بود (۶و۴).

- سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان کولورکتال یا پولیپ آدنوماتوز در دو نفر از خویشاوندان درجه اول (شامل والدین، خواهران، برادران و یا حتی فرزندان) از هر رده سنی و یا یک خویشاوند درجه اول در سن کمتر از ۶۰ سال (۵). نتایج تحقیقات انجام شده در انگلستان نشان می دهند که ۱۰-۵ درصد افراد مبتلا به سرطان کولورکتال دارای سابقه خانوادگی ابتلا به این عارضه بوده اند (۲).

سرطان کولون و رکتوم یکی از انواع شایع سرطانهاست که با وجود ایجاد مشکلات و عوارض متعدد در سلامتی انسانها، هنوز به طور جدی و کافی مورد توجه قرار نگرفته است. به طوریکه در سال ۲۰۰۴ بیش از ۱۳۰ هزار مورد جدید ابتلا به این بیماری در امریکا گزارش شده است (۱) و طبق آمارهای انجمن سرطان آمریکا در سال ۲۰۰۲، از ۱۸۳۳۰۰ مورد ابتلا به سرطان کولورکتال، ۵۶ هزار مورد به مرگ منتهی گشته است (۲). طبق نتایج تحقیقات انجام شده سرطان کولون دومین علل مرگ پس از سرطان ریه در کشور آمریکا محسوب می گردد. به طوریکه سالانه تقریباً ۵۵ هزار نفر جان خود را در اثر ابتلا به این بیماری از دست می دهند (۱). در حالیکه باید تاکید نمود سرطان کولورکتال در صورت تشخیص زود هنگام و به موقع آن یکی از قابل درمان ترین انواع سرطان است (۳). اسملتزر و بار (۲۰۰۴) نیز می نویسند پیشگیری و غربالگری سریع و بموقع سرطان از روش هایی است که سبب آشکار شدن زود هنگام و کاهش موارد مرگ و میر ناشی از این بیماری می شود (۲). لازمه این امر شناخت دقیق علت، عوامل خطر آفرین و همچنین راهکارهای غربالگری و روشهای مؤثر در درمان آن می باشد.

علت اصلی بروز سرطان کولورکتال شناخته شده نیست. اما نظریه ای در این مورد مطرح است که طبق آن، احتمالاً فعال شدن یک انکوژن و کاهش فعالیت ژنهای جلوگیری کننده رشد سلولهای سرطانی در بروز این سرطان دخالت دارد (۴). با توجه به ناشناخته بودن علت اصلی بروز بیماری، شناسایی عوامل خطرآفرین در بروز آن حائز اهمیت می باشد (۲و۳) که از میان آنها می توان به موارد زیر اشاره نمود:

* کارشناس ارشد پرستاری داخلی - جراحی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت.

-ابتلا به سندرومهای خانوادگی کولورکتال: دو مورد شایع این سندرومها شامل پولیپوز خانوادگی آدنوماتوز و سندروم کولورکتال ارثی غیرپولیپوزی هستند. در پولیپوز خانوادگی، صدها یا حتی هزاران پولیپ تا قبل از سن نوجوانی و یا بیست سالگی در روده وی ایجاد می گردد. تقریباً تمامی این افراد در صورت عدم انجام جراحی پیشگیری کننده تا سن ۴۰ سالگی مبتلا به سرطان کولورکتال خواهند شد. ابتلا به سندروم کولورکتال ارثی غیرپولیپوزی نیز خطر ابتلا افراد به سرطان کولورکتال را افزایش می دهد. هر چند که بر خلاف پولیپوز خانوادگی با تشکیل پولیپ در روده همراه نیست(۵و۶).

لذا با شناخت عوامل خطرآفرین، امکان پیشگیری از این عارضه مرگ آور فراهم می باشد و پرستاران باید با این عوامل و همچنین اقدامات ضروری برای پیشگیری اولیه(جلوگیری از بروز بیماری) و پیشگیری ثانویه(تشخیص و درمان سریع بیماری) آشنا باشند.

پیشگیری اولیه: روشی ایده آل برای کنترل سرطان است و همیشه آسانتر و بهتر از درمان آن است. در زمینه پیشگیری اولیه برخی از عوامل خطرآفرین مانند تاریخچه خانوادگی قابل کنترل نمی باشند اما به موارد قابل پیشگیری ذیل می توان اشاره نمود:

(۱) اصلاح سبک زندگی از نکات مهم است. زیرا فعالیت منظم جسمی از عوامل تأثیرگذار در پیشگیری از یبوست و چاقی می باشد. بنابراین سبک زندگی پرتحرک می تواند عوامل خطرآفرین سرطان کولورکتال را کنترل نماید.

(۲) از روشهای مهم دیگر در کاهش خطر بروز سرطان، تعدیل الگوی تغذیه است(۷). مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده اند که تغذیه نامناسب عامل مهمی در ایجاد سرطان کولون است(۸). در این میان استفاده از رژیم غذایی پرچرب، پرپروتئین، پرکالری و گوشت(اعم از گوشت قرمز و سفید)احتمال ایجاد

سرطان کولورکتال را افزایش می دهند(۹) که مصرف غذاهای سرشار از چربی حیوانی به طور ویژه ای ممنوع شده است(۵). از طرف دیگر رژیم غذایی کم چرب و سرشار از حبوبات اعم از گندم، جو و لوبیا می تواند خطر بروز برخی از سرطانها، به ویژه سرطان کولورکتال را کاهش دهد(۱).

(۳) حفظ الگوی طبیعی دفع روده ای و پیشگیری از یبوست نیز ضروری است. برخی از محققین معتقدند که محصولات نهایی متابولیسم و عوامل باکتریایی روده سرطان زا می باشند و یبوست موجب طولانی شدن زمان تماس آنها با دیواره روده و در نتیجه افزایش خطر ابتلا به سرطان در افراد می شود(۸). بنابراین نوشیدن زیاد مایعات به ویژه آب و تغذیه سرشار از فیبر توصیه می شود(۳). چنانچه انجمن سرطان آمریکا استفاده از منابع گیاهی و مصرف میوه و سبزیجات تازه را به مقدار حداقل ۵ وعده در روز توصیه می کند(۵). در این راستا فیبر مصرفی برای بزرگسالان حداقل ۲۵ گرم در روز می باشد که از طریق مصرف غذاهای حاوی مقادیر کافی فیبر مانند گندم و سیبوس کسب می شود(۱).

(۴) چاقی نیز از عوامل خطرآفرین است و باید از چاقی بیش از اندازه اجتناب نمود و در صورت چاق بودن برنامه کاهش وزن را مد نظر قرار داد. زیرا مطالعات نشان داده اند که افزایش بافت چربی به ویژه در اطراف کمر می تواند خطر بروز سرطان کولورکتال را افزایش دهد(۵).

(۵) عدم استعمال سیگار، الکل و توتون.

(۶) کاهش میزان رادیکالهای آزاد اکسیژن می توانند موجب تخریب DNA و فراهم ساختن زمینه مناسب برای تغییرات بدخیمی در سلولها شوند لذا مصرف فراورده های آنتی اکسیدانت مانند ویتامین های A, C و E خطر این عارضه را کاهش می دهند. از طرف دیگر فولات نیز برای سنتز DNA و RNA مورد نیاز است و می تواند سبب

(۵) و به این نکته توجه داشت که از بروز سرطان رکتوم جلوگیری نمی کند (۴).

گام دوم پیشگیری ثانویه است که در آن تشخیص سریع و به موقع و درمان عارضه ایزاری مهم در مبارزه بر علیه سرطان است. پرستاران باید عموم افراد جامعه را به اهمیت وجود سرطان و درمان سریع آن قبل از متاستاز سرطان از مکان اولیه آگاه سازند. افراد جامعه باید با تظاهرات بیماریهای بدخیم که شبیه بسیاری از بیماریهای معمول و غیرسرطانی اجتماع است آشنا باشند (۸). زیرا با تشخیص سریع این سرطان می توان امید به زندگی ۵ ساله مبتلایان را به میزان ۹۰ درصد افزایش داد (۴).

انجمن سرطان آمریکا افراد را بر اساس میزان خطر ابتلا به سرطان کولورکتال به سه گروه افراد در معرض خطر متوسط، زیاد و خیلی زیاد طبقه بندی کرده و خط مشی های خاص هر گروه را جهت غربالگری و تشخیص سریع سرطان کولورکتال به صورت جدول (۱) ارائه نموده است.

علائم و نشانه های ابتلا به این نوع سرطان به مرحله ی بیماری و ناحیه مبتلای کولون یا رکتوم بستگی دارد با توجه به این نکته برخی از علائم و نشانه ها شامل موارد زیر می باشند:

- تغییر در عادات روده ای مانند احساس نیاز به دفع مکرر همراه با دفع مدفوع شل.
- دفع خون یا موکوس همراه مدفوع.
- خستگی خیلی زیاد یا بدون علت مشخص.
- درد مبهم یا وجود یک برآمدگی در شکم (۳).

کاهش خطر ابتلای افراد به پولیپهای کولون و سرطان کولون شود. بنابراین مصرف روزانه مکمل - های مولتی ویتامین و اسید فولیک در کاهش خطر بروز این سرطان توصیه می شود (۴).

(۷) مطالعات نشانگر تأثیر مصرف لبنیات کم چرب و فرآورده های کلسیم در کاهش خطر بروز سرطان کولورکتال در افراد دارای استعداد ارثی ابتلا به این سرطان از جمله پولیپوز خانوادگی بوده اند (۵) زیرا کلسیم به نمک های صفراوی و اسیدهای چرب متصل شده و سبب کاهش تماس غشای کولون با کارسینوژن ها می گردد. سیلینیوم نیز که در آجوسازی بکار می رود می تواند در پیشگیری از این سرطان مؤثر باشد (۴).

(۸) مصرف برخی داروها نیز ممکن است در کاهش خطر بروز این سرطان مفید واقع شوند. چنانچه مطالعات نشانگر تأثیر مصرف منظم آسپرین و سایر داروهای ضد التهابی غیراستروئیدی بر کاهش تعداد پولیپ های کولون و کاهش خطر بروز سرطان کولورکتال به میزان ۴۰-۶۰ درصد بوده اند. محققین معتقدند که مصرف این داروها مانع رشد عروق در تومورها گشته و از طرف دیگر اثرات شیمی درمانی و اشعه درمانی را افزایش می دهند (۹ و ۴). البته مصرف روزانه آسپرین علیرغم این اثرات مفید می تواند عوارض جانبی متعددی نیز داشته باشد. بنابراین توصیه می شود که این دارو تحت نظارت پزشک و پس از آگاهی از فواید و مضرات آن مورد استفاده قرار گیرد (۵).

هورمون استروژن نیز از درمان های دارویی است که مد نظر است و تحقیقات نشان داده اند که درمان جایگزینی با استروژن در زنان یائسه نیز می تواند سبب کاهش خطر بروز سرطان کولورکتال گردد. البته این روش درمانی نیز باید طبق توصیه پزشک مصرف شود

جدول (۱): خط مشی غربالگری سرطان کولورکتال

طبقة بندی میزان خطر	اقدامات تشخیصی
افراد در معرض خطر متوسط شامل: زنان و مردان بدون علامت در سن ۵۰ سالگی و بالاتر	- آزمایش سالیانه وجود خون مخفی در مدفوع (FOBT) هر ۵ سال یکبار پس از ۵۰ سالگی و در صورت مثبت بودن آن انجام کولونوسکوپی - انجام سیگموئیدوسکوپی هر ۵ سال یکبار پس از ۵۰ سالگی - کولونوسکوپی هر ۱۰ سال یکبار پس از ۵۰ سالگی - باریم انماه هر ۵ سال یکبار پس از ۵۰ سالگی و در صورت مثبت بودن انجام کولونوسکوپی - لازم به ذکر است که معاینه ی انگشتی رکتوم نیز ممکن است در کنار هر یک از روشهای تشخیصی فوق انجام شود
بیماران در معرض خطر زیاد شامل: بیماران دارای آدنوم، افراد دارای سابقه ی جراحی به علت سرطان کولورکتال، افراد با والدین یا خواهران و برادران مبتلا به پولیپ های آدنوماتوز و یا مبتلا به سرطان کولورکتال قبل از ۶۰ سالگی	- انجام کولونوسکوپی که در صورت طبیعی بودن نیز باید هر سه سال تکرار شود. - انجام باریم انماه و در صورت طبیعی بودن، تکرار آن هر سه سال یکبار سپس آزمایشات دوره ای هر پنج سال یکبار
بیماران در معرض خطر خیلی زیاد شامل: بیماران با تاریخچه ی خانوادگی پولیپوز آدنوماتوز، سندروم کولون غیر - پولیپوز ارثی یا کولیت اولسراتیو	- شروع آندوسکوپی در سن بلوغ برای افراد دارای تاریخچه ی خانوادگی پولیپوز آدنوماتوز که در صورت مثبت بودن، ممکن است نیاز به انجام کولکتومی باشد. - آزمایش ژنتیکی و شروع مشاوره در سن ۲۱ سالگی در بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال غیرپولیپوزی ارثی و انجام آزمایش ژنتیکی و کولونوسکوپی هر یک تا دو سال یکبار - انجام کولونوسکوپی هر یک تا دو سال یکبار در بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال غیرپولیپوزی ارثی و بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو. - لازم به ذکر است این آزمایشات ممکن است به صورت هم زمان و به موازات هم انجام گیرند (۴).

شیوه های درمان:

جراحی نخستین روش درمانی است که به منظور برداشتن ضایعات پیش سرطانی مانند پولیپ ها و یا تومورها انجام می گیرد. امروزه بسیاری از اعمال جراحی را می توان از طریق لاپاراسکوپی انجام داد که عوارض آن نسبت به جراحی باز کمتر بوده و بهبودی بیماران نیز با سرعت بیشتری بدست می آید. در صورت نیاز بیمار به رادیوتراپی یا شیمی درمانی می توان این اقدامات درمانی را نیز به موازات جراحی اجراء نمود. نوع جراحی به محل تومور و وسعت بیماری بستگی دارد. در اکثر موارد جراح قسمت مبتلای روده را برداشته و یک مسیر کلاستومی موقت یا دائم برقرار خواهد نمود (۴).

در بیماران مبتلا به سندروم خانوادگی، معمولاً برداشتن کامل کولون و رکتوم و برقراری مسیر کلاستومی دائم ضرورت می یابد. البته باید توجه داشت که در بیماران دارای سابقه ی پولیپوز خانوادگی انجام جراحی و ایجاد کلاستومی اقدامی است که به منظور پیشگیری از بروز سرطان کولورکتال صورت می گیرد. روش جراحی دیگر برداشتن کولون همراه با برداشتن قسمتی از رکتوم و اتصال روده کوچک به رکتوم می باشد. این بیماران نیازی به کلاستومی ندارند اما باید انجام معاینات دوره ای جهت پیشگیری از بروز سرطان را مد نظر قرار داد (۵).

در محل آزاد شده و موجب مرگ سلول های سرطانی باقیمانده می شود.

- شیمی درمانی: این روش می تواند در مرحله ی قبل، حین یا بعد از عمل جراحی انجام شود. داروی آنتی متابولیت فلورواوراسیل داروی انتخابی برای سرطان کولورکتال بوده که می تواند به تنهایی یا همراه داروهای تعدیل کننده زیستی مانند لئوکوورین تجویز گردد.

در برخی از موارد از آنتی بادی های مونوکلونال به منظور جلوگیری از رشد تومور استفاده می شود.

- کرایو سرجری: در این روش درمانی، سلولهای سرطانی متاستاز یافته به کبد، فریز یا منجمد می شوند. در این روش کمترین آسیب به سلولهای غیرسرطانی وارد خواهد شد. جهت فریز نمودن این سلولها از نیتروژن مایع یا گاز آرگون استفاده میشود که با کمک اولتراسوند از طریق لاپراتومی، به ناحیه مورد نظر فرستاده می شود. این روش درمانی با توجه به وسعت عارضه ممکن است تا ۶ ساعت به طول انجامد (۴).

علاوه بر جراحی، روشهای طبی زیر نیز جهت درمان این بیماران مورد استفاده قرار می گیرد:

- کموآمبولیزیشن (Chemombolization): در این روش مقادیر زیادی از یک داروی شیمی درمانی به داخل شریان کبدی تزریق می شود. این عمل سبب اختلال در خونرسانی به تومور و کاهش خطر متاستاز کبدی می گردد. در این زمان کبد از طریق شریان باب تغذیه و عملکرد طبیعی خود را خواهد داشت. بعد از اجرای این روش درمانی، بیمار باید از نظر برخی علائم از قبیل درد در ربع فوقانی راست، حالت تهوع، استفراغ و تب کنترل گردد.

- اشعه درمانی: این روش در مرحله ی قبل از عمل جراحی جهت کوچک شدن اندازه تومور، در طول عمل جراحی جهت کاهش انتشار سلول های سرطانی و همراه با عمل جراحی برای درمان تومورهای پیشرفته، عود کننده و غیرقابل عمل و در مرحله ی بعد از عمل نیز جهت تسکین و درمان علائم استفاده می شود.

- براکی تراپی: یکی از روشهای اشعه درمانی است که در آن پزشک متخصص، منبع آزاد کننده اشعه ی رادیواکتیو را در محل برداشت تومور قرار می دهد. در نتیجه ماده ی رادیواکتیو با دوز بالا

منابع:

1. www.meds.com/colon cancer. 2004.
2. Smeltzer, Suzanne C; Bare, Brenda G. **Brunner and suddarth's textbook of medical-surgical nursing**. 10th edition. Lippincott Williams & Wilkins. 2004.
3. Jagot, Claire. "The importance of improving awareness of colorectal cancer". **Nursing Tims**. Vol(100). No(14).6 April. 2004. pp: 30-31.
4. Sargent, C; Murphy, Deborah. "Colorectal cancer". **Nursing**. Vol(33). No(2). February. 2003. pp: 37-41.
5. www.cancereducation.com/colorectal cancer risk factors and prevention. 2004.
6. www.prevent cancer.org/about colorectal cancer. 2004.
7. Otto, Shirley E. **Oncology Nursing**. St louis: Mosby. 2001.
8. Black, Joyce M; Matasarin-jacobs, Esther. **Medical-surgical Nursing, clinical management for continuity of care**. Philadelphia: W.B. saunders company. 1997.
9. www.cancer.gov/colorectal cancer prevention. 2004.