

غربالگری سرطان های کولورکتال: بیانیه هم اندیشی انجمن گوارش اصفهان ۱۳۹۵ (نسخه ۴.۳)

پیمان ادیبی / وحید سبقت الهی / احمدشواخی / محسن اسماعیلی / زیبا خرم / سید محمد حسن امامی

مقدمه:

سرطان های کولورکتال جز سرطانهای شایع و کشنده می باشند. این سرطان ها دومین سرطان شایع در خانم ها و سومین سرطان شایع در آقایان می باشند. مرگ و میر ناشی از این سرطان باعث شده که سرطان های کولورکتال به عنوان دومین رده در مرگ و میر ناشی از سرطان رده بندی شود. بروز این نوع از سرطان با افزایش سن بالا می رود. سرطان های کولورکتال زیر سن ۴۰ سال تقریباً ناشایع است ولی با افزایش سن بروز آن بالا می رود و تا سن ۸۰ سالگی به ۳۷۰ نفر به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر می رسد. احتمال بروز این بیماری در طول زندگی هر نفر آمریکایی به حدود ۵ تا ۶ درصد می رسد.

اکثر سرطان های کولورکتال از پولیپ های آدنوماتوز منشا می گیرند که تحت عنوان adenoma- carcinoma sequence شناخته می شود این فرایند به طور متوسط حداقل ۱۰ سال طول می کشد لذا برداشتن این پولیپ های آدنوماتوز از ابتلا به سرطان پیشگیری می کند.

عوامل خطر:

مهمترین عوامل خطر ابتلا به کانسره های کولورکتال افزایش سن و سابقه فامیلی مثبت می باشد. سایر عوامل خطر ابتلا به کانسره های کولورکتال شامل چاقی عدم انجام ورزش و فعالیت های بدنی، سیگار کشیدن، عادات غذایی (مصرف گوشت قرمز، کاهش مصرف سبزیجات، مصرف الکل، مصرف غذاهای فرآوری شده و کنسرو) می باشد. جنسیت افراد هم جز عوامل خطر است و جنس مرد بیشتر به کانسره های کولورکتال مبتلا می شوند و بروز پولیپ های آدنوماتوز هم در مردان در سنین پایین تر رخ می دهد. نژاد سیاهپوست هم بیشتر به سرطانه های کولورکتال مبتلا می شوند.

به هر حال به جز سن و سابقه فامیلی مثبت اثر بقیه ریسک فاکتورهای فوق الذکر آن قدر قوی نیست که برنامه اسکرین کولورکتال کانسر را تحت تاثیر قرار دهد و اکثر توصیه های موجود برای اسکرین این سرطان ها بر پایه سن و سابقه فامیلی مثبت می باشد.

البته موارد خاصی مثل سندروم های ارثی کولورکتال کانسر (FAP, HNPCC) و سابقه رادیاسیون شکم در کودکی و سابقه بیماری های التهابی روده (IBD) هم وجود دارد که این افراد High risk محسوب شده و برنامه اسکرین این افراد در سنین پایین تر شروع می شود و تکرار آن با فواصل کمتری انجام می شود.

وضعیت غربالگری در ایران و اصفهان:

براساس مطالعات و اطلاعات موجود شیوع سرطان های کولورکتال در ایران در دهه های اخیر رو به افزایش است و حدس زده می شود که توزیع سنی آن هم در سنین پایین تری نسبت به جوامع غربی می باشد. این که چند درصد مردم ایران در برنامه های غربالگری کانسر کولورکتال شرکت می کنند نامشخص می باشد. با توجه به جمعیت استان اصفهان افراد بالای ۵۰ سال حدود ۷۰۰۰۰۰ نفر می باشند و اگر ما هدف غربالگری را فقط ۱٪ جامعه قرار دهیم بایستی حدود ۷۰۰۰ کولونوسکوپی انجام شود.

البته لازم به ذکر است در سال ۲۰۱۲ در کشور آمریکا ۶۵/۴ درصد افراد بالای ۵۰ سال غربالگری سرطان های کولورکتال را انجام داده اند و تا رسیدن به این اهداف بزرگتر نیاز به آگاهی رسانی زیادی به جامعه می باشد.

متن حاضر حاصل از مرور توصیه های انجمن های معتبر جهانی و مراکز علمی و بحث انتقادی بر اساس شرایط و تجربیات در محیط بالینی و شرایط حاضر توسط نویسندگان است. این متن به عنوان پایه توصیه برای اجرای برنامه غربالگری در استان اصفهان تهیه شده است و نسخه چهارم بازنویسی است. واضح است که مانند تمامی متون مشابه بر حسب یافته های جدید علمی و شرایط قابل باز اندیشی خواهد بود.

۱. افرادی که قرار است تحت غربالگری کولورکتال کانسر قرار گیرند بایستی به ۴ سوال پاسخ دهند:

الف) آیا شما تا به حال دچار کانسر کولورکتال یا مبتلا به پولیپ های کولورکتال شده اید؟ (ب) آیا شما سابقه بیماری التهابی روده یا رادیاسیون شکمی داشته اید؟ (ج) آیا در فامیل شما کسی مبتلا به کانسر کولورکتال یا پولیپ های روده ای بوده است؟ (د) اگر کسی مبتلا بوده آیا فامیل درجه یک بوده است؟ سن بروز آنها چه سنی بوده است؟ اگر پاسخ فرد به سوالات فوق «نه» باشد فرد مورد نظر با خطر معمول (AVERAGE RISK) محسوب می شود و اگر به هر کدام از سوالات فوق پاسخ «بله» بدهد فرد پرخطر (HIGH RISK) محسوب می شود.

۲. سن غربالگری در فرد با خطر معمول از سن ۵۰ سالگی شروع می شود. به صورت بهینه در افراد چاق یا دیابتی سن ۴۵ سالگی توصیه می شود.

۳. پایان دوره غربالگری در فرد با خطر معمول ۷۰ سالگی است. در افراد بالای ۷۰ سال وضعیت سلامتی و بدنی فرد برای تصمیم گیری برای غربالگری لحاظ خواهد شد.

۴. در فرد با خطر معمول کولونوسکوپی هر ۱۰ سال یکبار به عنوان آزمون بهینه توصیه می شود.

۵. اگر کسی از کولونوسکوپی امتناع کند که بهترین جایگزین آن تست immunochemical مدفوعی (FIT) می باشد که باید سالیانه انجام شود.

۶. تست گایاک برای غربالگری توصیه نمی شوند.

۷. باریوم انما برای استفاده غربالگری توصیه نمی شود.

۸. به صورت بهینه استفاده از سی تی کولونوگرافی و سیگموئیدوسکپی برای غربالگری سرطان کولورکتال توصیه نمی شوند.

۹. در صورت مثبت شدن تست خون مخفی با هر روشی ، سیگموئیدوسکپی یا سی تی کولونوگرافی باید برای رد ضایعه محتمل حداکثر ظرف یک ماه کولونوسکوپی انجام شود .

۱۰. پایش پولیپ برداشته شده: اگر در کولونوسکپی پولیپ آدنوماتو با هر اندازه ای کشف شود ولی به صورت کامل برداشته نشده باشد باید پایش مجدد با کولونوسکپی حداکثر ظرف شش ماه بعمل آید.

۱۱. پایش پولیپ برداشته شده: اگر در کولونوسکپی حداقل سه پولیپ آدنوماتو با هر اندازه ای کشف شود یا حداقل یک پولیپ بالای یک سانتی متر یا حداقل یک پولیپ با نمای ویلوس یا دیسپلازی درجه بالا یافت شود باید پایش مجدد با کولونوسکپی سه سال بعد بعمل آید.

۱۲. پایش پولیپ برداشته شده: اگر در کولونوسکپی حداقل ده پولیپ آدنوماتو با هر اندازه ای کشف شود بیمار باید از نظر پرخطر بودن به علت سندرم FAP بررسی شود.

۱۳. پایش پولیپ برداشته شده: اگر در کولونوسکپی یک یا دو پولیپ آدنوماتو توبولار کمتر از یک سانتی یافت شود باید پایش مجدد با کولونوسکپی پنج سال بعد بعمل آید.

۱۴. پایش پولیپ برداشته شده: بیماران با پولیپ هیپرپلاستیک بالای یک سانتی متر بالاتر از سیگموئید یا پولیپ دندانان ای با اندازه زیر یک سانتی متر بهتر است پنج سال بعد کولونوسکپی شوند. در صورت وجود پولیپ دندانان ای بالای یک سانتی متر یا با دیسپلازی زمان پایش بعدی سه سال است.

۱۵. توصیه در افراد پرخطر : فردی با یک یا بیشتر فامیل درجه یک با سابقه سرطان کولورکتال یا

آدنوم پیشرفته (آدنوم بالای ۱ cm یا هیستولوژی ویلوس یا دیسپلازی High grade) در سن زیر ۶۰

سال: کولونوسکوپی ده سال زودتر از زمان ابتلای جوان ترین فرد بیمار در فامیل به شرطی که از سن ۴۰ سالگی دیرتر نشود و در صورت نتیجه طبیعی هر ۵ سال تکرار شود.

۱۶. توصیه در افراد پرخطر: فردی با دو یا بیشتر فامیل درجه یک با سابقه کانسر کولورکتال یا آدنوم در سن بالای ۶۰ سال: توصیه می شود کولونوسکوپی از سن ۴۰ سالگی شروع و در صورت نتیجه طبیعی هر ۵ سال تکرار شود.

۱۷. توصیه در افراد پرخطر: فردی با یک فامیل درجه یک با سابقه کانسر کولورکتال در سن بالای ۶۰ سال: توصیه می شود کولونوسکوپی از سن ۴۰ سالگی شروع و در صورت نتیجه طبیعی هر ۱۰ سال تکرار شود.

۱۸. توصیه در افراد پرخطر: فردی با دو یا بیشتر فامیل درجه دو با سابقه کانسر کولورکتال: توصیه می شود کولونوسکوپی از سن ۴۰ سالگی شروع و در صورت نتیجه طبیعی هر ۱۰ سال تکرار شود

۱۹. توصیه در افراد پرخطر: فردی با سابقه خانوادگی سندروم HNPCC: شروع کولونوسکوپی از سن ۲۰-۲۵ سالگی و تکرار آن هر ۲ سال تا سن ۴۰ سالگی و سپس هر سال تکرار شود. سندرم Lynch با لحاظ وجود تمامی این شرایط تعیین می شود. اول: حداقل سه نفر از بستگان سابقه سرطانه‌های کولون یا معده یا رحم یا تخمدان یا روده باریک یا مغز یا هیپاتوبیلیاری یا لگنچه یا حالب داشته اند. دوم: افراد مبتلا در حداقل دو نسل باشند. س.م: حداقل یکی از افراد مبتلا زیر پنجاه سالگی بیمار شده است. بررسی ژنتیک بیماران مشکوک به ابتلای این سندرم در متن بیانیه مجزایی منتشر می گردد.

۲۰. توصیه در افراد پرخطر: فردی با سابقه خانوادگی سندروم FAP شروع رکتوسیگنئیدوسکوپی از سن ۱۰-۱۲ سالگی و تکرار آن هر ۱ سال و ادامه آن تا سن ۴۰ سالگی. در سندروم FAP

attenuated کولونوسکوپی توصیه می شود. بررسی ژنتیک بیماران مشکوک به ابتلای این سندرم در متن بیانیه مجزایی منتشر می گردد.

۲۱. توصیه در افراد پرخطر: در بیماران IBD بیماران پان کولیت ۸ سال بعد شروع بیماری و بیماران left sided colitis از ۱۵ سال بعد شروع بیماری هر ۱ یا ۲ سال باید کولونوسکوپی و بیوپسی شوند.

۲۲. توصیه در افراد پرخطر: فردی با تشخیص serrated polyposis باید سالیانه تحت غربالگری کولونوسکوپی باشد. کسانی که در کولونوسکوپی "بیش از بیست پولیپ از این جنس دارند" یا افرادی که "حداقل پنج پولیپ دندان‌ه‌ای یا هیپرپلاستیک در ناحیه بالاتر از سیگماید دارند به شرطی که دو تا از آنها بیش از یک سانتی متر باشند" یا فردی با "هر تعداد پولیپ از این نوع که یکی از بستگان درجه یک او همین سندرم را دارند" در این تعریف می گنجند.

۲۳. توصیه در افراد پرخطر: بیمار سرطان کولورکتال عمل شده اگر از قبل کولونوسکوپی کامل نشده باشد باید در عرض حداکثر ۶ ماه بعد عمل تحت کولونوسکوپی قرار گیرند.

۲۴. توصیه در افراد پرخطر: پیگیری اولیه در بیماران سرطان کولورکتال یک سال بعد از عمل سپس سه سال بعد و سپس هر پنج سال لازم است.

۲۵. توصیه در افراد پرخطر: در بیماران سرطان کولون علاوه بر غربالگری کولونوسکوپی معمول باید (در فواصل زمانی که کولونوسکوپی انجام نمی گردد) هر ۳ ماه یک بار در طی سه سال اول پیگیری رکتوسیگموئیدوسکوپی شود.

۲۶. در حالت مطلوب در بیش از ۹۰٪ موارد و به صورت بهینه در بیش از ۹۵٪ افراد باید در کولونوسکوپی آمادگی روده عالی (Excellent) یا کافی (Adequate) داشته باشند. آمادگی عالی حالتی است که ماده مدفوعی جامدی در روده نباشد و مواد مایع کمی وجود داشته باشد که قابل ساکشن باشد. آمادگی کافی به معنای وجود مواد نیمه جامد در حد کم است در حدی که مانع دید نشود.

۲۷. بیمار در شبانه روز قبل کولونوسکوپی فقط رژیم مایعات شفاف (clear liquid) مصرف می کند.

به صورت بهینه ۵ روز قبل کولونوسکوپی رژیم کم فیبر مصرف می کند.

۲۸. برای آمادگی روده پودر PEG را توصیه می کنیم و بهتر است بیمار آن را به صورت دو مرحله

ای TWO STEP در یافت کند یعنی هم در بعدازظهر روز قبل از کولونوسکوپی و هم در صبح روز

انجام کولونوسکوپی این محلول را مصرف کند. تقسیم مقدار دارو در وعده اول به دوم می تواند به

نسبت یک تا سه به یک تعیین شود و رد مجموع حدود ۴ لیتر خواهد بود.

۲۹. از ملین هایی مثل مانیتول سوربیتول و لاکتولوز در آمادگی کولونوسکوپی استفاده نمی کنیم

۳۰. بخصوص برای بیماران با احتمال آماده نشدن به علت کم تحرکی یا بیماری یا یبوست شدید به

صورت بهینه از بیزاکودیل استفاده می کنیم.

۳۱. همه افراد قبل از شروع کولونوسکوپی بایستی رضایتنامه کتبی حاوی علت انجام کولونوسکوپی

عوارض احتمالی، را به امضا رسانده باشند. بسیاری عوارض ناخواسته و اتفاقی است و لازم است هم

بیماران و همه پزشکان دیگر نیز به این مساله آگاه باشند. به صورت بهینه بهتر است بیمار از قبل برای

پولیپکتومی هم رضایت داده باشد.

۳۲. کولونوسکوپی به صورت بهینه در مرکزی انجام شود که امکانات پولیپکتومی در آن وجود داشته

باشد تا در صورت کشف پولیپ در همان جلسه این کار انجام شود. به این منظور بهتر است از قبل بیمار

از نظر خطر محتمل خونریزی طبقه بندی شود و آزمایشات انعقادی طبق سطح خطر رد صورت لزوم قبل

از کولونوسکوپی انجام گردد.

۳۳. میزان رسیدن به سکوم (cecal intubation rate) بایستی ۹۰٪ باشد و به صورت بهینه ۹۵٪

موارد بایستی سکوم دیده شود.

۳۴. سرعت خروج کولونوسکوپ (withdrawal time) بایستی بیش از ۶ دقیقه باشد و به صورت بهینه بیش از ۱۰ دقیقه باشد.

۳۵. میزان پیدا کردن آدنوم (Adenoma detection rate) سالیانه هر کولونوسکوپیت باید محاسبه گردد. اگر کولونوسکوپیت میزان ADR کمتر از مقدار مرجع منطقه دارد بهتر است سرعت خروج از سکوم (cecum withdrawal time) را کاهش دهد.

۳۶. همه بیماران حین کولونوسکوپي بایستی تحت آرام بخشی با بنزودیازپین و ایپوئید قرار گیرند. به شرطی که این داروها در وی ممنوعیت مصرف نداشته باشد).

۳۷. در ۱۰۰٪ موارد از ضایعه پاتولوژیک یافت شده باید نمونه بافتی تهیه شود و این موارد در درخواست پاتولوژی و گزارش کولونوسکپی ذکر شود :

الف) اندازه ب) شکل و ظاهر ج) محل د) برداشته شدن کامل یا ناکامل (به صورت بهینه یک کپی از گزارش کولونوسکوپي کار شامل موارد فوق می باشد به پاتولوژی ارسال شود)

۳۸. در همه گزارشات کولونوسکوپي بایستی عوارض شامل درد، خونریزی، پارگی، حوادث قلبی-ریوی ثبت شود.

۳۹. همه افراد بایستی تا هوشیاری کامل دوره ریکاوری را در محل کولونوسکوپي بگذرانند.

۴۰. همه افراد بعد از انجام کولونوسکوپي بایستی راهنمای پیگیری عوارض احتمالی؛ نتیجه کولونوسکوپي و پیگیری را به صورت کتبی دریافت کنند.