Original Article

مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۱۸، شماره ۲، تابستان ۸۷، صفحات ۱۱۳ تا ۱۱۹

فراوانی یافته های هیستوپاتولوژیک ضایعات کولورکتال Flat و Depressed در بیماران مراجعه کننده به بخش گوارش بیمارستان طالقانی در سال ۱۳۸۵

محمدابراهیم قمرچهره[۱]، بابک نوری نیر[۲]، حمید محقق شلمانی[۳]، محمدرضا زالی[۴]

[۱] فوق تخصص گوارش، بیمارستان بقیه الله، تهران ، ایران
[۲] فوق تخصص گوارش، مرکز تحقیقات بیماری های گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران ، ایران
[۳] پزشک عمومی، مرکز تحقیقات بیماری های گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران ، ایران
[۴] استاد، مرکز تحقیقات بیماری های گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران ، ایران

چکیده

سابقه و هدف: *با توجه به این که تشخیص نئوپلاسم‌های کولورکتال غیرپولیپوئیدی و سرطان‌های برخاسته از آنها با کولونوسکوپی‌های معمولی بسیار مشکل است و امکان عدم تشخیص آنها وجود دارد، ما از کولونوسکوپی با بزرگ‌نمایی (high-magnify colonoscopy) استفاده کردیم تا فراوانی ضایعات Flat و Depressed کولورکتال را در آنها به دست آوریم.*

روش بررسی: *در این مطالعه توصیفی در بیمارانی که به دلایل طبی اندیکاسیون کولونوسکوپی داشتند و به بیمارستان طالقانی در سال ۱۳۸۵ مراجعه کرده بودند، کولونوسکوپی انجام شد. تمام ضایعات ابتدا براساس نمای ماکروسکوپی و تقسیم‌بندی Paris شناسایی شدند. تمامی آنها تا ۱۰۰ بار بزرگ‌نمایی شدند و خصوصیات الگوی Pit آنها با طبقه‌بندی‌های استاندارد مورد بررسی قرار گرفت. تمامی ضایعات مشاهده توسط دو پاتولوژیست مجرب بطور مشترک از نظر خصوصیات بافت‌شناسی مورد بررسی قرار گرفتند.*

یافته‌ها: *در ۱۰۰ بیمار با میانگین سنی ۱۶/۱ ± ۴۴/۳، ۱۸ بیمار (۱۸ درصد) ۲۷ ضایعه غیرطبیعی یافت شد که ۱۷ مورد آن از نوع پولیپوئید و ۱۰ مورد آن از نوع غیرپولیپوئید بود. بیشترین ضایعه مورد نظر از نوع Pedunculated (۹ مورد) بود. ۸ مورد ضایعه Flat و ۲ مورد ضایعه Slightly elevated یافت شد. هیچ موردی ضایعه Depressed مشاهده نشد. در بررسی بافت‌شناسی ضایعات، ۲۱ مورد آدنوم (۷۷/۸ درصد) یافت شد که سهم آدنوم توبولر بیش از همه و به میزان ۱۲ مورد (۴۴/۴ درصد) بود. یک مورد آدنوکارسینوم یافت شد. در بزرگ‌نمایی ضایعات در بررسی الگوی Pit بیشترین مورد مشاهده شده مربوط به Pit pattern II در ۱۷ مورد (۶۳ درصد) بود.*

نتیجه‌گیری: *با توجه به وجود نئوپلاسم‌های غیرپولیپوئیدی در ایران، انجام کولونوسکوپی با بزرگ‌نمایی در بیمارانی که نماهای مشکوک در کولونوسکوپی معمولی دارند یا موردی در آنها کشف نمی‌شود، توسط کولونوسکوپیست‌های آموزش دیده توصیه می‌شود.*

واژگان کلیدی: *نئوپلاسم‌های کولورکتال Flat، نئوپلاسم‌های کولورکتال Depressed، high-magnify colonoscopy، ایران*

مقدمه

میزان بروز کانسر کولورکتال در هر دو جوامع شرقی و غربی در حال افزایش روزافزون است (۳-۱) و تشخیص زودرس آن بهترین اقدام در کاهش مرگ‌ومیر ناشی از کانسر کولورکتال است. یک مسیر شناخته شده ایجاد کانسر کولورکتال توالی آدنوما – کارسینوما است و تخمین زده می‌شود که دوسوم کارسینومای کولورکتال از پولیپ‌های آدنوماتوز منشاء می‌گیرند.

بر طبق طبقه‌بندی WHO (سازمان جهانی بهداشت) در مورد تومورهای کولورکتال (۴) زمانی واژه کارسینوما اطلاق می‌شود

آدرس نویسنده مسئول: تهران، بیمارستان بقیه الله، دکتر محمدابراهیم قمرچهره
(**email**: article@rcgld.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۹/۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۳/۴

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-02]

که تومور به ماسکولارین موکوزا نفوذ کرده باشد و به لایه زیر مخاطی ارتشاح یافته باشد، در حالی که پاتولوژیست‌های ژاپنی این تعریف را قبول ندارند (۵). تمام کارسینوماها از اپی‌تلیوم مخاطی منشاء می گیرند و ممکن است که پس از تهاجم تومور به زیر مخاط، برای تشخیص آن خیلی دیر باشد و در این مرحله ضایعات متاستاز داده باشند. به نظر می‌رسد که برای کارسینوماهای محدود به مخاط از واژه بدخیم استفاده نمی‌شود تا از درمان بیش از حد جراحی اجتناب شود، زیرا کارسینوماهای داخل مخاطی متاستاز نمی‌دهند. با این حال می‌توان سرطان‌های کولورکتال زودرس را ضایعاتی بدخیم تلقی کرد و به طریقه آندوسکوپی آنها را درمان نمود. بنابراین سرطان‌های کولورکتال زودرس را می‌توان ضایعاتی بدخیم تلقی کرد که به لایه زیر مخاطی روده بزرگ تهاجم نیافته‌اند.

ضایعات Flat و Depressed کولون بیش از ۲۰ سال است که توسط پژوهشگران ژاپنی توصیف شده‌اند (۶). از نظر آندوسکوپی ضایعات Flat و Depressed در تعریف، ضایعات غیر اگزوفیتیک قابل مشاهده‌ای هستند که ارتفاع آنها کمتر از نیمی از قطر ضایعه هستند. این ضایعات نسبت به ضایعات پولیپوئید بطور تیپیک کوچکتر هستند و معمولاً در کولون راست یافت می‌شوند (۱۰-۶). از زمانی که Muto و همکاران از سال ۱۹۸۵ ضایعات Flat را در مخاط کولون توصیف کرده‌اند، این ضایعات به میزان فراوانی مورد تحقیق قرار گرفتند. ژاپنی‌ها بطور غیرمعمولی بروز بالایی از دیسپلازی شدید و حتی سرطان تهاجمی زودرس را در آدنوماهای کولورکتال Flat و Depressed در مقایسه با آدنوماهای پولیپوئید یافته‌اند (۱۲-۱۰، ۶). در عوض در کشورهای غربی در مورد اهمیت و حتی فراوانی بالای ضایعات Flat مخاط روده بحث وجود دارد (۱۵-۱۳).

کروموانداوسکوپی (CE) از دهه ۱۹۸۰ در ژاپن مورد استفاده قرار گرفت (۱۶). این تکنیک به آندوسکوپیست کمک می‌کند که حاشیه ضایعه را بهتر ببیند و نمای کامل‌تری از حالت و حاشیه ضایعه را فراهم می‌کند و این امکان را می‌دهد که طبقه‌بندی ماکروسکوپیک دقیق‌تری از ضایعات پولیپوئید و غیرپولیپوئید (Dipressed, Flat) انجام شود. از سوی دیگر کروموانداوسکوپی با بزرگ‌نمایی (MC) با بزرگ کردن تصویر این اجازه را می‌دهدکه درون بدن Pit Pattern یا کرپیت سطحی هر یک از ضایعات منفرد کولورکتال بررسی شود و مشخص شده است که این یافته ها همبستگی بالایی با یافته‌های استرئومیکروسکوپ و آسیب‌شناسی نمونه‌های برداشته شده دارد (۱۷).

در مطالعات مختلفی که در ژاپن و کشورهای غربی صورت گرفته، فراوانی ضایعات غیرپولیپوئید در بیماران علامت‌دار بین ۶/۸ درصد تا ۴۴/۵ درصد بوده است (۲۰-۱۸، ۷،۹). ما در بررسی بانک‌های اطلاعاتی مجلات ایرانی به مقالاتی که در مورد این ضایعات باشد، برخورد نکردیم. با توجه به این که تشخیص نئوپلاسم‌های کولورکتال غیرپولیپوئیدی و سرطان‌های برخاسته از آنها با کولونوسکوپی‌های معمولی بسیار مشکل است و امکان عدم تشخیص آنها وجود دارد، ما از کولونوسکوپی با بزرگ‌نمایی (high-magnify colonoscopy) در بیمارانی که بطور پشت سرهم با اندیکاسیون طبی کولونوسکوپی به بیمارستان طالقانی مراجعه کرده بودند استفاده کردیم تا فراوانی ضایعات Flat و Depressed کولورکتال را در آنها به دست آوریم.

مواد و روشها

در این مطالعه توصیفی ۱۰۰ بیماری که به دلایل طبی (رکتوراژی، درد شکمی با علت نامعلوم، اسهال و یبوست مزمن) اندیکاسیون کولونوسکوپی داشتند و به بیمارستان طالقانی در سال ۱۳۸۵ مراجعه کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. بر اساس فراوانی احتمالی ۵۰ درصد در بیماران ایرانی و آلفای ۰/۰۵ و بتای ۱۰ درصد حجم نمونه ۱۰۰ بیمار محاسبه شد. در ابتدا شرح حالی از بیماران گرفته شد بیمارانی که سابقه بیماری‌های التهابی روده (IBD)، سرطان کولورکتال، Polyposis coli، سرطان‌های کولورکتال غیرپولیپوئیدی ارثی (HNPCC) داشتند، افرادی که تمایل به همکاری در این مطالعه نداشتند، و نیز در صورت بررسی‌های ناکامل از قبیل عدم امکان کولونوسکوپی توتال و آمادگی غیرمطلوب از مطالعه خارج شدند. پس از اخذ رضایت از بیماران، ابتدا به بیماران مورد مطالعه دستورات آمادگی روده از ۲۴ ساعت قبل از انجام کولونوسکوپی داده شد. بدین صورت که به آنها توصیه شد از ۲۴ ساعت قبل از انجام کولونوسکوپی رژیم مایعات (آب، سوپ، آب میوه، چای کم رنگ، ...) شروع شود و ماست و شیر اصلا خورده نشود. عصر روز قبل از کولونوسکوپی از پلی‌اتیلن گلیکول (PEG) استفاده کنند. هر بسته PEG در یک لیتر آب حل شود و از عصر روز قبل از کولونوسکوپی هر ربع ساعت یک لیوان بخورند تا زمانی که مواد دفعی کاملا آبکی و زلال شود (حداقل ۱۶ لیوان طی ۴ ساعت بخورد) و پس از مصرف PEG تا زمان کولونوسکوپی از مصرف غذا پرهیز کنند. در صبح روز کولونوسکوپی یک شیافت بیزاکودیل به بیماران

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-02]

تجویز می‌شد. پس از آمادگی بیماران کولونوسکوپی آنها انجام می‌شد. بیمارانی که تمایل به Sedation داشتند، زیر نظر متخصص بیهوشی Sedate می‌شدند. کولونوسکوپی تا انتهای سکوم برای بیماران مورد مطالعه انجام شد. کولونوسکوپی توسط دستگاه Olympus مدل CF-Q240ZL ساخت ژاپن و توسط یک متخصص گوارش و کبد آموزش دیده انجام شد. تمام ضایعات ابتدا براساس نمای ماکروسکوپی و تقسیم‌بندی Paris شناسایی شدند. در تقسیم‌بندی Paris، تقسیم نئوپلاسم‌های کولورکتال به دو نوع پولیپوئید و غیرپولیپوئید مختص ضایعات سطحی هستند که محدود به لایه سطحی (مخاط و زیرمخاط) دیواره کولورکتال است. نوع پولیپوئید شامل Pedunculated یا Semi pedunculated (نوع O-IP) و Sessile (O-IS) است. نوع غیرپولیپوئید، ضایعات (O-IIa) Slightly elevated، Completely flat (O-IIb) و Slightly depressed (بدون اولسر) (O-IIc) را دربر می‌گیرد. ضایعاتی که به ماسکولاریس موکوزا یا سروز نفوذ می‌کنند به عنوان پولیپوئید یا غیرپولیپوئید تقسیم‌بندی نمی‌شوند، بلکه بطور جداگانه عنوان ضایعه پیشرفته محاسبه می‌شوند (۲۱).

تمامی آنها تا ۱۰۰ بار بزرگ‌نمایی شدند و خصوصیات الگوی Pit آنها با طبقه‌بندی‌های استاندارد مورد بررسی قرار گرفت. الگوهای Pit را به ۶ گروه تقسیم می‌کنند:

- Normal round pit (نوع I)
- Star-Shaped pit (نوع II)
- Small tubular pit (نوع IIIs)
- Large tubular pit (نوع IIIl)
- Branded pit (نوع IV)
- Irregular or nonstructural pit (نوع V) (۲۲).

ضایعات مشاهده شده با ترکیبی از نمونه‌برداری‌های سرد / گرم، پولیپکتومی‌های Snare و روش‌های مختلف EMR برداشته شدند و تمامی آنها توسط دو پاتولوژیست مجرب بطور مشترک از نظر خصوصیات بافت‌شناسی (دیسپلازی، کارسینوما، آدنوم و ...) مورد بررسی قرار گرفتند.

فراوانی داده‌ها به صورت درصد بیان شد. برای داده‌های عددی از میانگین ± انحراف معیار استفاده شد. برای مقایسه داده‌های اسمی از آزمون آماری کای‌دو و در صورت لزوم آزمون دقیق فیشر و برای مقایسه داده‌های عددی از t-test استفاده شد. داده ها دو دامنه در نظر گرفته شد و $p<0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

۱۰۰ بیمار با میانگین سنی (± انحراف معیار) ۱۶/۱ ± ۴۴/۳ و طیف سنی ۸۲-۱۵ سال مورد مطالعه قرار گرفتند. نسبت مرد به زن ۳۷ به ۶۳ بود. شایع‌ترین علت کولونوسکوپی، رکتوراژی در ۳۸ بیمار (۳۸ درصد) و پس از آن غربالگری سرطان کولورکتال با ۲۳ (۲۳ درصد)، درد شکمی با ۱۷ (۱۷ درصد) واسهال و یبوست هر کدام با با ۱۱ (۱۱ درصد) مورد بود.

جدول ۱- فراوانی ضایعات غیرپولیپوئید و پولیپوئید کولورکتال بیماران بر اساس محل، قطر و الگوی Pit پولیپ

	غیرپولیپوئید (n=۱۰)	پولیپوئید (n=۱۷)	P-value
محل پولیپ			۰/۴۶
کولون چپ	۷ (٪۷۰)	۱۴ (٪۸۲/۴)	
کولون راست	۳ (٪۳۰)	۳ (٪۱۷/۶)	
قطر ضایعه			۰/۲۵
قطر $\geq 5^{mm}$	۷ (٪۷۰)	۸ (٪۴۷/۱)	
قطر $< 5^{mm}$	۳ (٪۳۰)	۹ (٪۵۲/۹)	
الگوی Pit			۰/۵۴
Pit Pattern I	۱ (٪۱۰)	۲ (٪۱۱/۸)	
Pit Pattern II	۸ (٪۸۰)	۹ (٪۵۲/۸)	
Pit Pattern III	۱ (٪۱۰)	۲ (٪۱۱/۸)	
Pit Pattern IV	۰	۲ (٪۱۱/۸)	
Pit Pattern V	۰	۲ (٪۱۱/۸)	

جدول ۲- فراوانی دیسپلازی با درجه بالای پولیپ ها بر اساس نوع، قطر، محل و الگوی Pit پولیپ

	دیسپلازی با درجه بالا	P-value
نوع		
غیرپولیپوئید (n=۱۰)	۳ (٪۳۰)	۰/۴۶
پولیپوئید (n=۱۷)	۳ (٪۱۷/۶)	
محل		
کولون چپ (n=۲۱)	۵ (٪۲۳/۸)	۰/۷۱
کولون راست (n=۶)	۱ (٪۱۶/۷)	
قطر		
قطر $\geq 5^{mm}$ (n=۱۵)	۳ (٪۲۵)	۰/۷۶
قطر $< 5^{mm}$ (n=۱۲)	۳ (٪۲۰)	

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-02]

جدول ۳- فراوانی تشخیص های بافت شناسی در الگوهای مختلف pit

	آدنوم توبولر	آدنوم توبولوویلوس	آدنوم Serrated	پولیپ هیپرپلاستیک	هامارتوما	آدنوکارسینوما
Pit Pattern I	۰	۱	۰	۱	۱	۰
Pit Pattern II	۱۲	۳	۰	۲	۰	۰
Pit Pattern III	۰	۳	۰	۰	۰	۰
Pit Pattern IV	۰	۱	۱	۰	۰	۰
Pit Pattern V	۰	۰	۰	۱	۰	۱

χ^2=99.996, P=0.001

در ۱۸ بیمار (۱۸ درصد) یافته‌های غیرطبیعی به صورت ضایعات پولیپوئید و غیرپولیپوئید یافت شد که ۱۱ مورد آن (۱۷/۵) در زنان و ۷ مورد آن (۱۸/۹ درصد) در مردان بود و اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. میانگین سنی بیماران در گروه دارای کولونوسکوپی غیرطبیعی ۱۲/۸ ±۶۰/۱ و در گروه دارای کولونوسکوپی طبیعی ۴/۷ ± ۴۰/۹ بود که اختلاف معنی‌داری را نشان داد (P=۰/۰۰۰۱).

از ۱۸ بیماری که دارای ضایعات مخاطی غیرطبیعی در کولونوسکوپی با بزرگ‌نمایی بودند، ۲۷ ضایعه یافت شد که ۱۷ مورد آن از نوع پولیپوئید و ۱۰ مورد آن از نوع غیرپولیپوئید بود. بیشترین ضایعه مورد نظر از نوع Pedunculated (۹ مورد) و پس از آن Sessile (۸ مورد)، Flat (۸ مورد) و Slightly elevated (۲ مورد) بود. هیچ موردی از از ضایعات Depressed یافت نشد. اکثر ضایعات در کولون چپ (۲۱ مورد، ۷۷/۸ درصد) به خصوص در رکتوم (۱۵ مورد، ۵۵/۶ درصد) یافت شد. فراوانی ضایعات غیرپولیپوئید نیز در کولون چپ بیش از کولون راست بود (جدول ۱). در بررسی بافت‌شناسی ضایعات، ۲۱ مورد آدنوم (۷۷/۸ درصد) یافت شد که سهم آدنوم توبولر بیش از همه و به میزان ۱۲ مورد (۴۴/۴ درصد) بود. پس از آن به ترتیب آدنوم توبولوویلوس (۸ مورد، ۲۹/۶ درصد)، پولیپ هیپرپلاستیک (۴ مورد، ۱۴/۸ درصد) و آدنوم Serrated، هامارتوم و آدنوکارسینوم (هر کدام ۱ مورد، ۳/۷ درصد) قرار داشتند. در بررسی بافت‌شناسی ضایعات ۱۵ مورد (۵۵/۶ درصد) دیسپلازی با درجه پایین و ۶ مورد (۲۲/۲ درصد) دیسپلازی با درجه بالا یافت شد.

میانگین اندازه قطر ضایعات یافت شده ۱۱/۱ ± ۱۰/۶ میلی متر و در محدوده ۳۵-۲ میلی‌متر بود. میانگین اندازه قطر ضایعات مخاطی در گروه پولیپوئید ۱۲/۵ ± ۱۳/۶ میلی‌متر و در گروه غیرپولیپوئید ۵/۵ ± ۵/۴ میلی‌متر بود که اختلاف معنی‌داری را نشان می‌داد (P = ۰/۰۳).

ضایعات براساس قطر مساوی و کمتر از ۵ میلی‌متر و بیش از ۵ میلی‌متر به دو گروه تقسیم شدند و ۷۰ درصد ضایعات غیرپولیپوئید و ۴۷/۱ درصد ضایعات پولیپوئید قطر مساوی و کمتر از ۵ میلی‌متر داشتند. با این وجود اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. ۲۵ درصد ضایعات ۵< میلی‌متر و ۲۰ درصد ضایعات ۵≤ میلی‌متر دیسپلازی با درجه بالا داشتند که اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. جدول ۲ دیسپلازی با درجه بالا را در گروه های مختلف نشان داده است.

در بزرگ‌نمایی ضایعات در بررسی الگوی Pit بیشترین مورد مشاهده شده مربوط به Pit pattern II در ۱۷ مورد (۶۳ درصد) بود. جدول ۱ فراوانی الگوی Pit را در دو گروه ضایعات پولیپوئید و غیر پولیپوئید نشان می‌دهد و در بین دو گروه اختلاف معنی‌داری از نظر الگوی pit مشاهده نشد. ۷۵ درصد الگوی pit در ضایعات flat از نوع II بود و الگوی pit نوع IV و Vفقط در ضایعات pedunculated و sessile یافت شد. همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود ضایعات هیپرپلاستیک و هامارتوما (غیر آدنوم) بیشتر در الگوی pit نوع I و II مشاهده می‌شوند و یک مورد آدنوکارسینوم نمای pit pattern V داشت.

بحث

مسیر شناخته شده بدخیمی‌های کولورکتال توالی آدنوم-کارسینوم است. برآورد می‌شود که ۲/۳ کارسینوم‌های کولورکتال از پولیپ‌های آدنوماتوز منشاء می‌گیرند. در دو دهه اخیر، پزشکان ژاپنی مطرح کرده‌اند که بدخیمی‌های کولورکتال زودرس ممکن است علاوه بر ضایعات پولیپوئید از ضایعات Flat یا Depressed نیز نشأت بگیرند. در مورد ضایعات مخاطی Flat و Depressed مطالعات زیادی در کشورهای پیشرفته و به خصوص در ژاپن انجام شده است (۱۲-۱۰، ۶)، اما ما در بررسی بانک‌های اطلاعاتی، به مقاله‌ای که در مورد ضایعات مخاطی Flat و Depressed در مخاط

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-02]

کولورکتال جمعیت ایرانی پرداختـه باشـد، برخـورد نکـردیم و سعی شد که در مطالعه‌ای آزمایشی فراوانـی ایـن ضـایعات در بیماران ایرانی بررسی شود.

در این مطالعه ۱۸ بیمار (۱۸ درصد) در بررسی کولونوسـکوپیک دچار ضایعات مخاطی نئوپلاسـتیک بودنـد کـه در مجمـوع ۲۷ ضایعه شناسایی شد. از این تعداد ۱۷ مورد (۶۳ درصد) ضایعات پولیپوئید و ۱۰ مورد (۳۷ درصد) ضایعات غیرپولیپوئیدی بودند. در بررسی ضایعات نئوپلاسـتیک غیرپولیپوئیـدی در کـشورهای غربی بروز مختلفی گزارش شده است. بطوری که دو مطالعـه در سـوئد میـزان بـروز آن را ۶/۸ درصـد (۱۸) و ۳۱/۴ درصـد (۷) گزارش کرده اند در حالی که میزان بروز آن در ایالات متحده بـا توجه به پروتکل‌های مختلف و تجربـه و ملیـت آندوسکوپیـست ۸/۶ درصـد، ۱۲ درصـد و ۲۲/۷ درصـد گـزاش شـده اسـت (۲۳،۱۹،۱۳) . در مطالعه ما نیز ۶۳ درصد ضایعات پولیپوئید بود در حالی کـه ضـایعات Flat ۲۹/۶ درصـد و ضـایعات Slighitly elevated ۷/۴ درصـد بـود و هـیچ مـوردی ضـایعه Depressed یافت نشد. Kudo و همکاران در تجربه ۱۴ سـاله خـود بـر روی ۱۴۰۱۴ آدنوم کولورکتال دریافتند که ۴۴/۵ درصد موارد از نـوع غیرپولیپوئید است و ۲/۳ درصـد ضـایعات نئوپلاسـتیک از نـوع Depressed اسـت(۲۰). Rambacken و همکـاران در بررسـی ۱۰۰۰ کولونوسکوپی در بیمـاران بریتانیـایی ۳۲۱ مـورد آدنومـا یافتند که ۶۳ درصـد پولیپوئیـد، ۳۶ درصـد Flat و ۰/۶ درصـد Depressed بود (۹). در مطالعه‌ای دیگر در بریتانیا ۳۸ درصـد و ۳ درصـد ضـایعات نئوپلاسـتیک روده بـه ترتیـب Flat و Depressed بود (۲۴). همانطور که ملاحظـه مـی‌شـود، فراوانـی ضایعات غیرپولیپوئیدی در بیماران ایرانی مشابه جمعیت اروپایی و آمریکایی و کمتر از بیماران ژاپنی است. ایـن عامـل مـی‌توانـد عـلاوه بـر دلایـل ژنتیکـی و محیطـی، ناشـی از تجربـه بـالاتر کولونوسکوپیـست‌هـای ژاپنـی در اسـتفاده ازکولونوسـکوپی بـا بزرگ‌نمایی و تشخیص ضایعات غیرپولیپوئیدی باشد.

میزان دیسپلازی درجه بالا در ضـایعات پولیپوئیـدی در ۱۷/۶ درصد موارد و در ضایعات غیرپولیپوئیدی در ۳۰ درصد مـوارد مشاهده شد که با وجود بالا بودن فراوانی دیسپلازی بـا درجـه بالا در ضایعات غیرپولیپوئیـدی اخـتلاف معنـی‌داری مـشاهده نشد. در سایر مطالعات نیز میزان دیـسپلازی بـا درجـه بـالا و تهاجم زیر مخاطی نئوپلاسم در ضایعات غیرپولیپوئیدی بیشتر بوده است. در یـک بررسـی چنـد مرکـزی در ۶۶۷۲۰ ضـایعه نئوپلاستیک کولورکتال متوجـه شـدند کـه بـیش از نیمـی از ضایعات غیرپولیپوئیدی حـاوی دیـسپلازی بـا درجـه بـالا یـا کارسینوما هستند (۲۵). Rambacken و همکـاران در مطالعـه خود دریافتند کـه خطـر وجـود دیـسپلازی بـا درجـه بـالا در ضایعات Depressed ۷۵ درصد، در ضایعات Flat ۱۴/۳ درصـد و در ضایعات پولیپوئید ۸/۳ درصد بود (۹). از این رو ضـایعات Flat و Depressed نسبت بـه ضـایعات پولیپوئیـدی در خطـر بالاتری از تهاجم زیر مخاط و ایجـاد Early cancer هـستند و این امر اهمیت بالای تشخیص زودرس آنها را نشان می‌دهد.

شایع‌ترین Pit pattern مشاهده شده Pit pattern II بود که ۶۳ درصد موارد را شامل می‌شد. ۵۰ درصد دیسپلازی با درجه بالا در Pit pattern III مشاهده شد. ۷۵ درصـد Pit patternهـا در ضـایعات Flat از نـوع II بـود و در بـین ضـایعات پولیپوئیـد و غیرپولیپوئید اختلاف معنی‌داری از نظر نوع Pit pattern وجود نداشـت. در بررسـی بافـت‌شناسـی ضـایعات، ضـایعات هیپرپلاسـتیک و هامارتومـا (Non-adenoma) بیـشتر در Pit pattern نوع I و II مشاهده شدند و یک مـورد آدنوکارسـینوما نمـای Pit pattern IV داشـت. در مطالعـه‌ای کـه Kudo و همکاران انجام دادند (۲۰) بیشترین میزان دیسپلازی با درجه بالا مربوط به Pit pattern III بود که با یافته‌های مـا مطابقـت دارد. در عوض اکثر ضایعات نئوپلاسـتیک بـه صـورت نـوع II مشاهده شد. در حالی که این نـوع Pit pattern بیـشتر شـامل ضـایعات هیپرپلاسـتیک مـی‌شـود (۱۶،۲۶) و نـوع III وIV ضایعات نئوپلاستیک را شامل مـی‌شـود. همـانطور کـه انتظـار می‌رفت تنها آدنوکارسینوم مشاهده شده الگوی V را بـه خـود گرفته بود و حالت آمورف داشت. در این الگـو آسـیمتری Pit، غیرهمگونی اندازه کریپت و سازمان‌دهی نامنظم غده‌ها وجـود دارد که به نام «علائم آمورف» معروف است (۱۶).

در بررسی انـدازه قطـر ضـایعات نئوپلاسـتیک، میـانگین قطـر ضایعات غیرپولیپوئیـدی بطـور معنـی‌داری کمتـر از ضـایعات پولیپوئید بود. ما ضایعات را به دو گروه زیر ۵ میلی‌متر و بالای ۵ میلی‌متر تقسیم کردیم که مشاهده شد که بـا وجـودی کـه فراوانی ضایعات زیر ۵ میلی‌متـر درگـروه غیرپولیپوئیـدی (۷۰ درصد) بـیش از گـروه پولیپوئیـدی اسـت (۴۷/۱ درصـد) امـا اختلاف معنی‌داری مشاهده نمی‌شود. در سـایر مطالعـات نیـز اندازه قطـر ضـایعات غیرپولیپوئیـدی در مقایـسه بـا ضـایعات پولیپوئیدی کمتـر بـوده اسـت (۲۵،۲۷) البتـه قطـر ضـایعات غیرپولیپوئیدی در مطالعه‌ای در ژاپن تقریباً مشابه مطالعـه مـا بود (۸/۴ میلی‌متر) (۲۵) در حالی کـه در بیمـاران آمریکـایی قطر آن بیشتر و به میزان ۵±۱۴ میلی‌متر بود (۲۷). قطـر کـم ضـایعات غیرپولیپوئیـدی امکـان پنهـان مانـدن آنهـا را در کولونوسکوپی معمـولی مهیـا مـی‌سـازد و نیـاز بـه روش‌هـای جدیدتر مانند کولونوسکوپی با بزرگ‌نمایی و کروموآندوسکوپی

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-02]

را نشان می‌دهد. ۲۵ درصد ضایعات بالای ۵ میلی‌متر و ۲۰ درصد ضایعات زیر ۵ میلی‌متر دیسپلازی با درجه بالا داشتند و قطر ضایعات در این مطالعه نمایانگر فراوانی بیشتر دیسپلازی با درجه بالا نبود.

در این مطالعه اکثر پولیپ‌های کشف شده در سمت چپ کولون بود. در هر دو حالت پولیپوئید و غیرپولیپوئید درگیری سمت چپ کولون بیشتر بود که البته در ضایعات پولیپوئید فراوانی درگیری کولون چپ اندکی بیشتر از ضایعات غیرپولیپوئید بود. نتیجه به دست آمده با نتایج سایر مطالعات مطابقت دارد (۳۰-۲۸). در مطالعه‌ای که دکتر بافنده و همکاران در شهر تبریز انجام دادند نیز فراوانی پولیپ در سمت چپ بیشتر بود. اخیراً گزارش شده که سرطان‌های کولورکتال در سمت راست کولون در حال افزایش است و در افرادی که سابقه خانوادگی سرطان کولورکتال دارند، سرطان کولورکتال آنها بطور شایعی در سمت راست یافت می‌شود (۳۳-۳۱). در مطالعه‌ای که Patel و همکاران در یک دوره ۱۰ ساله در بیماران استرالیایی انجام دادند متوجه شدند که با افزایش سن شیوع آدنوم یا کارسینوم سمت راست کولون افزایش می‌یابد. با توجه به سن بالای بیمارانی که در این مطالعه کولونوسکوپی غیرطبیعی داشتند و نیز بروز ضایعات غیرپولیپوئیدی در سمت راست کولون و توجه به این نکته که ضایعات Flat و Depressed میل به تهاجم و تبدیل به کانسر شدن بیشتری دارند، بیش از پیش کشف ضایعات غیرپولیپوئیدی با انجام کولونوسکوپی توتال با بزرگ‌نمایی ارزش خود را نمایان می‌سازد.

حجم کم نمونه این مطالعه را با محدودیت‌هایی مواجه ساخته است، به طوری که عدم مشاهده ضایعات Depressed می‌تواند ناشی از این مورد باشد. از طرف دیگر این مطالعه تنها در بیماران علامت‌دار صورت گرفته است و انجام آن در افراد بدون علامت هم می‌تواند تخمینی از شیوع آن در جمعیت عمومی بدهد. در هر حال این مطالعه، به عنوان مطالعه‌ای آزمایشی برآوردی خام از فراوانی این ضایعات را در بیماران علامت‌دار نشان می‌دهد و می‌تواند هشداری به درمانگران باشد که به این نوع ضایعات نیز توجه خاصی داشته باشند.

از یافته‌های ما نتیجه گیری می‌شود که نئوپلاسم‌های غیرپولیپوئیدی در ایران نیز همچون ژاپن و کشورهای غربی وجود دارد و به دلیل رفتار تهاجمی‌تر آن نسبت به ضایعات پولیپوئیدی تشخیص زودرس آنها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. به دلیل اندازه کوچک و نمای غیربرجسته ضایعات غیرپولیپوئیدی، تشخیص تعداد بسیار زیادی از آنها تنها با وسایل تشخیصی جدید نظیر کولونوسکوپی با بزرگ‌نمایی و کروموآندوسکوپی امکان پذیر است و ممکن است با کولونوسکوپی‌های معمولی ضایعات تشخیص داده نشوند. از طرف دیگر تشخیص این ضایعات نیازمند کولونوسکوپیست‌هایی است که آموزش لازم را در این زمینه کسب کرده باشند. بنابراین انجام کولونوسکوپی با بزرگ‌نمایی در بیمارانی که نماهای مشکوک در کولونوسکوپی معمولی دارند یا موردی در آنها کشف نشده است، توسط کولونوسکوپیست‌های آموزش دیده توصیه می‌شود.

REFERENCES

1. De Angelis R, Valente F, Frova L, Verdecchia A, Gatta G, Chessa E, et al. Trends of colorectal cancer incidence and prevalence in Italian regions. Tumori 1998;84:1–8.
2. Cancer facts and figures, 1996. American Cancer Society, Atlanta, publication no. 5008; 1996.
3. Yoshida S. Endoscopic diagnosis and treatment of early cancer in the alimentary tract. Digestion 1998;59:502–508
4. Jass JR, Sobin LH. Histological typing of intestinal tumors: world health organization. 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag; 1992.
5. Schlemper RJ, Itabashi M, Kato Y. Differences in the diagnostic criteria used by Japanese and Western pathologists to diagnose colorectal carcinoma. Cancer 1998;82:60.
6. Muto T, Kamiya J, Sawada T, Konishi F, Sugihara K, Kubota Y, et al. Small "flat adenoma" of the large bowel with special reference to its clinicopathologic features. Dis Colon Rectum 1985;28:847–51.
7. Jaramillo E, Watanabe M, Slezak P, Rubio C. Flat neoplastic lesions of the colon and rectum detected by high-resolution video endoscopy and chromoscopy. Gastrointest Endosc 1995;42:114–22.
8. Kudo S, Tamura S, Nakajima T, Yamano H, Kusaka H, Watanabe H. Diagnosis of colorectal tumorous lesions by magnifying endoscopy. Gastrointest Endosc 1996;44:8–14.
9. Rembacken BJ, Fujii T, Cairns A, Dixon MF, Yoshida S, Chalmers DM, et al. Flat and depressed colonic neoplasms: A prospective study of 1000 colonoscopies in the UK. Lancet 2000;355:1211–14.
10. Adachi M, Muto T, Okinaga K, Marioka Y. Clinicopathologic features of the flat adenoma. Dis Colon Rectum 1991;34:981–86.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-02]

11. Mitooka H, Fujimori T, Maeda S, Nagasako K. Minute flat depressed neoplastic lesions of the colon detected by contrast chromoscopy using an indigo carmine capsule. Gastrointest Endosc 1995;41:453–59.

12. Adachi M, Okinaga K, Muto T. Flat adenomas of the large bowel: re-evaluation with special reference to central depression. Dis Colon Rectum 2000;43:782–87.

13. Saitoh Y, Waxman I, West B, Popnikolov NK, Gatalica Z, Watari J, et al. Prevalence and distinctive biologic features of flat colorectal adenomas in a North American population. Gastroenterology 2001;120:1657–65.

14. Mitooka H. Flat neoplasms in the adenoma-carcinoma sequence in Japan. Sem Gastrointest Dis 2000;11:238–47.

15. Kobayashi K, Sivak MV. Flat adenoma: are western colonoscopists careful enough? Endoscopy 1998;30:487–89.

16. Kudo S, Hirota S, Nakajima T, Hosobe S, Kusaka H, Kobayashi T, et al. Colorectal tumours and pit pattern. J Clin Pathol 1994:47:880–85.

17. Kudo S, Rubio CA, Teixeira CR, Kashida H, Kogure E. Pit pattern in colorectal neoplasia: endoscopic magnifying view. Endoscopy 2001:33:367–73.

18. Tsuda S, Veress B, Toth E, Fork FT. Flat and depressed colorectal tumours in a southern Swedish population: a prospective chromoendoscopic and histopathological study. Gut 2002;51:550-55.

19. Wolber RA, Owen DA. Flat adenomas of the colon. Hum Pathol 1991;22:70–74.

20. Kudo S, Kashida H, Tamura T, Kogure E, Imai Y, Yamano H, et al. Colonoscopic diagnosis and management of non polypoid early colorectal cancer. World J Surg 2000;24:1081-90.

21. Soetikno R, Friedland S, Kaltenbach T, Kazuaki C, Tanaka S. Nonpolypoid (flat and depressed) colorectal neoplasms. Gastroenterology. 2006;130:566-76.

22. Kudo S, Kashida H, Tamura S, Nakajima T. The problem of "flat" colonic adenoma. Gastrointest. Endosc Clin North Am 1997;7:87.

23. Lanspa SJ, Rouse J, Smyrk T, Watson P, Jenkins JX, Lynch HT. Epidemiologic characteristics of the flat adenoma of Muto. Dis Colon Rectum 1992;35:543–46.

24. Fuji T, Rembacken BJ, Dixon MF, Yoshida S, Axon AT. Flat adenomas in the United Kingdom: are treatable cancers being missed? Endoscopy 1998;30:437-43.

25. Okuno T, Sano Y, Ohkura Y, Kudo S. Incidence of and clinicopathological characteristics of depressed tYpe lesions: baseline findings of multicentre retrospective cohort study. Early Colorectal Cancer 2004;8:21-27.

26. Kudo S, Kashida H, Tamura T, Kogure E, Imai Y, Yamano H, et al. Colonoscopic diagnosis and management of nonpolypoid early colorectal cancer. World J Surg 2000;24:1081–90.

27. Kim KC, Friedland S, Rouse RV, Kosek J, Matsui SM, Soetikno RM. Clinical importance of flat and depressed lesions in American Veterans with in situ and submucosally invasive colorectal Adenocarcinoma. Gastrointest Endosc 2004:59:110.

28. Abe S, Terai T, Sakamoto N, Beppu K, Nagahara A, Kobayashi O, et al. Clinicopathological features of nonpolypoid colorectal tumors as viewed from the patients' background. J Gastroenterol 2006;41:325–31

29. Bafandeh Y, Daghestani D, Esmaili H. Demographic and anatomical survey of colorectal polyps in an Iranian population. Asian Pac J Cancer Prev 2005;6:537-40.

30. Patel K, Hoffman NE. The anatomical distribution of colorectal polyps at colonoscopy. J Clin Gastroenterol 2001;33:222-25.

31. Ikeda Y, Koyanagi N, Mori M, Minagawa S, Toyomasu T, Ezaki T, et al. Tumor stage in the proximal colon under conditions of a proximal shift of colorectal cancer with age. Hepatogastroenterology 1998;45:1535–38.

32. Okamoto M, Shiratori Y, Yamaji Y, Kato J, Ikenoue T, Togo G, et al. Relationship between age and site of colorectal cancer based on colonoscopy findings. Gastrointest Endosc 2002;55:548–51.

33. Andrieu N, Launoy G, Guillois R, Ory-Paoletti C, Gignoux M. Estimation of the familial relative risk of cancer by site from a French population based family study on colorectal cancer (CCREF study). Gut 2003;53:1322–28.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-02]