

بررسی ارتباط بین توده‌های شکمی زیرجلدی و عمقی با خصوصیات جمعیت‌شناختی بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان امیرالمومنین (ع) تهران طی سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۴۰۲

مرجان شاه‌منصوری

دستیار بیهوشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

ORCID: 0000-0002-3598-9029

سید عبدالمجید حسینی

استادیار پاتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد واحد تهران، تهران، ایران

ORCID: 0000-0001-8143-1977

نویسنده مسئول

استادیار پاتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد واحد تهران، تهران، ایران

E.mail: majid12us@yahoo.com

چکیده:

مقدمه و هدف: با توجه به اهمیت، شیوع و عوارض بالای توده‌های شکمی، این مطالعه با هدف تعیین شیوع ضایعات خوش‌خیم و بدخیم شکمی و ارتباط آن با خصوصیات جمعیت‌شناختی طی یک مطالعه‌ی وسیع شش‌ساله انجام گرفت. **مواد و روش‌ها:** در این مطالعه‌ی تحلیلی-مقطعی، پرونده‌های بالینی ۷۲۱ بیمار مبتلا به توده شکمی زیرجلدی و عمقی تحت جراحی در بیمارستان امیرالمومنین (ع) تهران طی سال‌های ۱۳۹۱-۱۴۰۲، با توجه به معیارهای ورود، به روش در دسترس بررسی شد. اطلاعات دموگرافیک و پاتولوژی از این پرونده‌ها استخراج گردید.

یافته‌ها: در کل، ۶/۹ درصد (۵۰ مورد) بدخیم و مابقی خوش‌خیم بودند. شایع‌ترین توده‌های خوش‌خیم، میوم (۳۶/۷ درصد) و هایپریپلازی پروستات (۲۰/۱ درصد) و شایع‌ترین موارد بدخیم، به‌ترتیب: سرطان‌های مثانه (۱۶/۰ درصد) و تخمدان (۱۴/۰ درصد) بود. سن افراد دچار تومورهای بدخیم، با تفاوت معنی‌داری بالاتر از افراد با تومورهای خوش‌خیم بود (۱۵/۲۳ ± ۵۴/۹۶ در مقابل ۱۵/۵۹ ± ۴۵/۴۲ سال و $p < ۰/۰۰۱$). شیوع موارد بدخیمی در مردان به میزان معنی‌داری بالاتر از زنان بوده است (۵۴/۰ در مقابل ۴۶/۰ درصد و $p < ۰/۰۰۱$). اما بین سابقه خانوادگی توده شکمی ($p = ۰/۰۵۵$) و سال مراجعه ($p = ۰/۲۵۹$) با نوع توده، ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: توده‌های بدخیم شکمی در سنین بالاتر و مردان، شایع‌تر است.

کلید واژه‌ها: شکم، بدخیمی، توده خوش‌خیم، مشخصات دموگرافیک

مقدمه:

شایع‌ترین سرطان دستگاه گوارش است که حدود ۱۰ درصد از میزان بروز و مرگ‌های ناشی از سرطان را به خود اختصاص می‌دهد. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۲۰، بیش از ۹/۱ میلیون مورد جدید و بیش از ۹۳۵ هزار مرگ ناشی از سرطان کولورکتال در جهان رخ داده است (۹).

با توجه به رشد جمعیت، تغییر سبک زندگی، افزایش مصرف سیگار و کاهش فعالیت بدنی، سرطان کولورکتال در ایران روند رو به رشدی دارد (۱۰ و ۱۱). میزان بروز آن در نسل جوان کشور نسبت به جوامع غربی، بالاتر بوده است؛ تقریباً یک‌پنجم از کل موارد سرطان کولورکتال در سنین زیر ۴۰ سال گزارش شده که این امر می‌تواند بار بیماری را در آینده به‌صورت چشمگیری افزایش دهد (۱۲).

پژوهش‌های متعددی در رابطه با انواع و عوامل ایجادکننده‌ی سرطان‌های دستگاه گوارش انجام شده و در بیشتر آن‌ها ثابت شده است که وجود تاثیر متقابل عوامل متعدد محیطی و ژنتیکی، در بروز این سرطان‌ها نقش داشته است (۱۳-۱۵). فقر اقتصادی و فرهنگی، مصرف کم سبزی و میوه تازه، بالابودن میزان نیترات در رژیم غذایی با مصرف غذاهای آماده، مصرف زیاد دخانیات و مشروبات الکلی و همچنین، مصرف داروهای متعدد، کم‌تحرکی، مصرف زیاد گوشت قرمز، وجود بیماری‌های التهابی روده و داشتن سابقه فامیلی، از جمله عوامل مهم خطر سرطان‌های دستگاه گوارش و مخصوصاً سرطان‌های روده‌ی بزرگ به شمار می‌روند (۱۴ و ۱۵). از سویی، برخی عوامل مانند: فعالیت مناسب بدنی، وزن متعادل، دوری از استرس و مصرف مناسب سبزیجات و میوه‌های تازه‌ی دارای ترکیبات آنتی‌اکسیدانی، اسید فولیک و فیبر، اثر محافظتی در برابر

در حال حاضر، ابتلا به سرطان یکی از مسائل مهم در ایران و تمام دنیاست (۱). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، سرطان‌های ریه، معده، پستان، کبد و کولورکتال، دلایل بیشترین مرگ و میرهای ناشی از سرطان در کل دنیا می‌باشند. به‌طوری که سالیانه بیش از ۹/۶ میلیون نفر بر اثر سرطان جان خود را از دست می‌دهند؛ به این معنی که از هر شش مرگ، یک مورد به دلیل سرطان بوده است (۲). توده‌های بدخیم شکمی، یکی از شایع‌ترین بدخیمی‌ها در بین قسمت‌های مختلف بدن است؛ به‌طوری که سرطان‌های معده و روده بزرگ، به عنوان یکی از شایع‌ترین بدخیمی‌های شکمی و از علل مهم مرگ و میر در سراسر جهان بوده‌اند (۲ و ۳). توده‌های بدخیم شکمی، دسته‌ای از بیماری‌های غیر واگیر است که با وجود داروهای مختلف و وسایل تشخیصی مجهز، به عنوان یکی از بزرگ‌ترین عوامل مرگ انسان‌ها مطرح می‌باشند (۴). پیش‌بینی می‌شود که این بدخیمی‌ها، به‌طور فزاینده‌ای از شایع‌ترین بیماری‌های جهان در دهه‌های آینده خواهد بود که حدود ۶۰ درصد موارد جدید این سرطان در کشورهای در حال توسعه مانند ایران ایجاد می‌شود (۳). در ایران، بدخیمی‌های معده و کولورکتال، پس از سرطان پستان در رتبه سوم شیوع قرار دارند (۵). تقریباً نیمی از موارد بروز و مرگ و میر ناشی از سرطان در قاره‌ی آسیا در سال ۲۰۲۰ مربوط به توده‌های بدخیم شکمی و مخصوصاً سرطان کولورکتال بوده است (۶ و ۷). بدخیمی‌های گوارشی، یکی از پرخطرترین و شایع‌ترین سرطان‌ها در ایران به‌شمار می‌رود که حدود نیمی از مرگ‌های حاصل از سرطان در ایران (۴۴/۴ درصد) را به خود اختصاص داده است (۸). سرطان کولورکتال،

مواد و روش‌ها:

این مطالعه‌ی تحلیلی-مقطعی شش ساله، پس از تصویب در شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران و در نهایت، دریافت کد اخلاق انجام گرفت. در این مطالعه، پرونده‌های بالینی مربوط به ۷۲۱ نفر از افراد مبتلا به توده‌های شکمی (خوش‌خیم و بدخیم) زیرجلدی و عمقی که در یکی از سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۴۰۲ در بیمارستان امیرالمومنین (ع) تهران تحت جراحی قرار گرفته بودند، با توجه به معیارهای ورود، به روش آسان یا در دسترس، انتخاب و مورد بررسی قرار گرفت. حجم نمونه‌های آماری، بر اساس فرمول محاسبه‌ی حداقل حجم نمونه برای برآورد نسبت (صفت کیفی)، با در نظر گرفتن اطمینان و توان ۹۵ درصد (خروجی نرم افزار جی پاور) و نیز، با در نظر گرفتن نتایج مطالعات مشابه (۸ و ۱۲)، برآورد گردید. معیارهای ورود به این مطالعه، شامل: سن ۱۸ سال و بالاتر، دسترسی به پرونده‌های بالینی و تایید تشخیص نوع توده توسط پاتولوژیست بود. نقص پرونده‌ی بیماران به شکلی که اطلاعات مورد نیاز قابل استخراج و ارزیابی نباشد، انتقال بیمار به مرکز درمانی دیگر یا پذیرش از دیگر مرکز درمانی و نیز، ابتلای همزمان به سرطان شناخته‌شده دیگر، از جمله معیارهای خروج این مطالعه بوده است.

برای شروع کار، با کسب هماهنگی و مجوزهای لازم، پرونده‌های بالینی افراد واجد شرایط شرکت در مطالعه، با کسب مجوزهای لازم، از بایگانی بیمارستان امیرالمومنین (ع) تهران استخراج شد. در این مطالعه، ابزار گردآوری داده‌ها، شامل چک‌لیست محقق‌ساخته‌ی حاوی سوالات مرتبط با اطلاعات دموگرافیک و نیز، نتایج پاتولوژی گزارش‌شده در پرونده‌های بالینی بود.

این نوع سرطان‌ها دارند (۱۶). بیشترین میزان سرطان کولورکتال، در کشورهای با مصرف سرانه بالای گوشت قرمز و کمترین میزان در کشورهای با مصرف سرانه پایین گوشت قرمز گزارش شده است (۱۷).

یکی از راه‌های کاهش هزینه‌های نظام سلامت، پیشگیری از سرطان‌ها در کنار غربالگری و تشخیص زودهنگام است (۱۶ و ۱۷). این امر در صورتی میسر خواهد شد که اطلاعات پایه‌ای در مورد این بیماری افزایش یابد، تا به کمک این اطلاعات بتوان با انجام مداخلات هزینه - اثربخش با غربالگری مناسب و تشخیص زودهنگام بیماری از بار مالی نظام سلامت کاست. از آن‌جا که طبق بررسی‌های انجام‌گرفته، عوامل مؤثر مختلفی در بروز بدخیمی‌های شکمی دخیل بوده است (۱۴-۱۷)، اما مطالعات مشابه که به صورت جامع، شاخص‌های اپیدمیولوژیک و مشخصات هیستوپاتولوژی این اختلال بسیار شایع و پرهزینه و عارضه را در یک مطالعه مورد بررسی قرار داده باشند، نه تنها در شهر تهران که در ایران محدود بود، مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین و بررسی ارتباط بین توده‌های شکمی خوش‌خیم و بدخیم زیرجلدی و عمقی با خصوصیات جمعیت‌شناختی بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان امیرالمومنین (ع) تهران طی یک بازه‌ی زمانی شش ساله (۱۳۹۱ تا ۱۴۰۲) انجام گرفت. انتظار می‌رود تعیین شاخص‌های اپیدمیولوژیک توده‌های شکمی، با شناسایی مهمترین عوامل تاثیرگذار و فاکتورهای خطر این بیماری، در تشخیص و درمان به موقع و استفاده از این آمار، در برنامه ریزی‌هایی که سبب بهبود کیفیت پیشگیری و درمان سرطان‌های شکمی می‌گردد، از کاربرد بالایی برخوردار باشد.

$p < 0.001$). بر اساس جدول ۳، بیش تر افراد مبتلا به تومورهای بدخیم، در گروه سنی مسن (۵۸/۰ درصد) و بیش تر افراد دارای توده های خوش خیم، در گروه میانسال (۶۴/۴ درصد) قرار داشتند که این تفاوت، معنی دار بود ($p = 0.001$). شیوع موارد بدخیمی در مردان به میزان معنی داری بالاتر از زنان بوده است (۵۴/۰ در مقابل ۴۶/۰ درصد و $0.001 < p$). اما بین سابقه خانوادگی توده شکمی با نوع آن، ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت ($p = 0.055$).

شیوع بدخیمی در تومورهای شکمی جراحی شده در سال های ۱۳۹۱، ۱۳۹۲، ۱۳۹۳، ۱۳۹۴، ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶، به ترتیب برابر: ۶/۸، ۵/۷، ۴/۵، ۵/۷ و ۷/۱ و ۱۱/۱ درصد گزارش شد که این روند، مطابق نمودار شماره ۱، طی سال های اخیر تفاوت آماری معنی داری نداشته است ($p = 0.259$).

در نهایت، آنالیز داده ها با استفاده از نسخه ی ۲۵ نرم افزار آنالیز آماری SPSS^۱ انجام شد. توزیع نرمال متغیرهای پیوسته، با استفاده از تست شاپیروویلیک^۲ ارزیابی شد. تفاوت بین گروه ها، با آزمون آماری تی^۳ (داده های پارامتریک) و من ویتنی^۴ (داده های غیر پارامتریک) بررسی گردید. آزمون آماری مجذور کای^۵ برای متغیرهای کیفی استفاده شد. در تمام آزمون ها، سطح اطمینان برابر با ۹۵ درصد و سطح معنی داری کم تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها:

در این مطالعه، ۷۲۱ نفر (۷۶/۸٪ زن)، با متوسط سنی 46.08 ± 16.02 سال (بیش تر افراد مسن: ۴۵/۵) بررسی شدند. ۱/۸ درصد، دارای سابقه خانوادگی توده های شکمی بودند (جدول ۱).

از بین توده های مورد بررسی، ۶۷۱ مورد (۹۳/۱ درصد) خوش خیم و ۵۰ مورد (۶/۹ درصد) نیز، بدخیم بودند. بر اساس جدول ۲، شایع ترین توده های خوش خیم، به ترتیب مربوط به میوم (۳۶/۷ درصد) و هایپرپلازی پروستات (۲۰/۱ درصد) می شد. از بین توده های بدخیم نیز، سرطان های مثانه (۱۶/۰ درصد) و تخمدان (۱۴/۰ درصد)، شایع ترین موارد بدخیمی بودند.

میانگین و انحراف معیار سن افراد دچار تومورهای بدخیم، با تفاوت معنی داری بالاتر از افراد با تومورهای خوش خیم بود (54.96 ± 15.23 در مقابل 45.42 ± 15.59 سال و $0.001 < p$).

1. SPSS for Windows 23 software
2. Shapiro-Wilk
3. Unpaired t-test
4. Mann-Whitney U-test
5. Chi-square test

جدول ۱: توزیع اطلاعات زمینه‌ای افراد مبتلا به توده‌های شکمی تحت جراحی در بیمارستان امیرالمومنین (ع) تهران (۱۳۹۱-۱۴۰۲)

درصد	تعداد	اطلاعات دموگرافیک	
		گروه سنی (سال)	جنسیت
15/5	112	جوان (18 – 29)	
39/0	281	میانسال (30 – 59)	
45/5	328	مسن (≤ 60)	
23/2	167	مرد	جنسیت
76/8	554	زن	
1/8	13	دارد	سابقه خانوادگی توده شکمی
98/2	708	ندارد	

جدول ۲: توزیع شایع‌ترین انواع توده‌های شکمی خوش‌خیم و بدخیم در افراد تحت جراحی در بیمارستان امیرالمومنین (ع) تهران (۱۳۹۱-۱۴۰۲)

درصد	تعداد	توده‌های شکمی شایع	
		خوش‌خیم	بدخیم
36/7	246	میوم	خوش‌خیم
20/1	135	هایپرپلازی پروستات	
8/8	59	آدنوم سرویزیت	
8/5	57	پولیپ اندوسرویکس	
6/4	43	لیومیوم	
3/7	25	تراتوم بالغ	
2/9	20	اندومتریوز	
2/2	15	پولیپ اندومتر	
1/9	13	موسینوس سیست آدنوما	
8/8	58	سایر	
16/0	8	سرطان مثانه	بدخیم
14/0	7	سرطان تخمدان	
10/0	5	سرطان معده	
10/0	5	سرطان بیضه	
10/0	5	سرطان سیگموئید	
8/0	4	سرطان کولون	
32/0	16	سایر	

جدول 3: توزیع اطلاعات زمینه‌ای افراد مبتلا به توده‌های شکمی تحت جراحی در بیمارستان امیرالمومنین (ع) تهران (1391-1402) به تفکیک نوع توده

P*	نوع توده شکمی				اطلاعات زمینه‌ای	
	بدخیم		خوش خیم			
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
0/001	4/0	2	16/4	110	جوان (18 – 29)	گروه سنی (سال)
	38/0	19	64/4	439	میانسال (30 – 59)	
	58/0	29	19/2	122	مسن (≤ 60)	
< 0/001	46/0	23	21/5	144	مرد	جنسیت
	54/0	27	78/5	527	زن	
0/055	6/0	3	1/5	10	دارد	سابقه خانوادگی توده شکمی
	94/0	47	98/5	661	ندارد	

*آزمون مجذور کای



نمودار 1: توزیع تغییرات سالیانه شیوع توده‌های شکمی بدخیم در افراد تحت جراحی در بیمارستان امیرالمومنین (ع) تهران (1391-1402)

بحث:

مطالعه همسو نبوده است. به عبارت روشن‌تر، اگرچه سرطان معده در مطالعه‌ی ما، جزو یکی از شایع‌ترین سرطان‌های شکمی بود، اما شایع‌ترین موارد بدخیمی، سرطان‌های مثانه و تخمدان بودند. این تناقض می‌تواند به این دلیل بوده باشد که با توجه به آموزش‌های ارائه‌شده پیرامون خطرات و پیشگیری از سرطان معده (مانند اصلاح رژیم غذایی و یا بهبود فعالیت بدنی)، شیوع این سرطان در جامعه‌ی ایرانی مورد بررسی، کاسته شده و بنابراین، بایستی، به سایر سرطان‌های در حال افزایش (سرطان‌های مثانه و تخمدان) نیز، توجه بیش‌تری گردد.

نتایج این مطالعه نشان داد که سن افراد دچار تومورهای بدخیم، با تفاوت معنی‌داری بالاتر از افراد با تومورهای خوش‌خیم بود. همچنین، بیش‌تر افراد مبتلا به تومورهای بدخیم، در گروه سنی مسن قرار داشتند. در مطالعه‌ی، **Dahmani** و همکاران (۲۰۲۳) در الجزایر، به بررسی شیوع سرطان کولورکتال در منطقه‌ای از غرب الجزایر پرداختند که نتایج نشان داد بیش‌تر افراد مبتلا در گروه سنی مسن بودند و میانگین سن بروز، ۶۰ سال بود (۲۲) که این یافته‌ها، همسوی با نتایج این مطالعه بود. در مطالعه‌ی دیگر، **جعفرآبادی و همکاران (۲۰۲۲)** در یزد، نشان دادند اوج سنی سرطان‌های گوارشی در گروه سنی بالای ۶۰ سال (افراد مسن) بود (۲۳) که این یافته‌ها نیز، همسوی با نتایج این مطالعه بود. در مطالعه‌ی دیگر، **عظیمی (۲۰۲۰)** در تهران، با استفاده از مطالعات کتابخانه‌ای، اسنادی و نرم افزارهای مربوط به تحلیل جامعه آماری حدود ۱۵۱۲ بیمار مبتلا به سرطان کولورکتال طی سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۳ را بررسی کرد که نتایج نشان داد بیش‌ترین شیوع بیماری در افراد با میانگین سنی ۶۰ تا ۶۹ سال بود (۲۴) که این یافته‌ها نیز، همسوی با نتایج این مطالعه بوده است. در مقابل، **Shaaban** و همکاران (۲۰۲۳) در مصر، به بررسی اپیدمیولوژی سرطان کولورکتال در جمعیت روستایی

در سال‌های اخیر الگوی مرگ و میر در ایران تغییر یافته و سرطان‌ها نقش عمده‌ای در این زمینه داشته‌اند. گزارشات مختلف نشان از شیوع نسبتاً بالای بدخیمی‌های منسوب به تومورهای شکمی داشته است (۱۸). هدف از مطالعه‌ی حاضر، تعیین ارتباط بین توده‌های شکمی خوش‌خیم و بدخیم زیرجلدی و عمقی با خصوصیات جمعیت‌شناختی بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان امیرالمومنین (ع) تهران طی یک بازه‌ی زمانی شش ساله بود. با افزایش دانش جامعه‌ی پزشکی از جهت شیوع توده‌های شکمی خوش‌خیم و بدخیم زیرجلدی و عمقی و ارتباط آن با خصوصیات جمعیت‌شناختی، می‌توان جهت تسهیل اتخاذ تصمیمات موثر در پیشگیری و مدیریت بالینی با درمان به‌موقع در مراحل اولیه گام برداشت.

نتایج این مطالعه نشان داد شایع‌ترین توده‌های خوش‌خیم، به ترتیب مربوط به میوم و هایپرپلازی پروستات می‌شد. از بین توده‌های بدخیم نیز، سرطان‌های مثانه و تخمدان، شایع‌ترین موارد بدخیمی بودند. در مطالعه‌ی، **Rossi** و همکاران (۲۰۱۷)، نشان دادند که بدخیمی‌های مثانه و کلیه در آسیا، رو به افزایش بوده و این سرطان‌ها، از شایع‌ترین موارد بدخیمی‌ها در کشورهای آسیایی بوده (۱۹) که این یافته‌ها، همسوی با نتایج این مطالعه بوده است. در مطالعه‌ی دیگر، **Malaeb** و همکاران (۲۰۰۷)، با بررسی ۸۵۵۱ فرد تحت سونوگرافی شکمی از هشت کشور آسیایی به این نتیجه رسیدند که شایع‌ترین تومورهای خوش‌خیم شکمی، شامل: میوم، هایپرپلازی پروستات و کیست‌های ساده کلیوی بوده (۲۰) که این یافته‌ها با نتایج این مطالعه، هم‌خوانی داشت. در مقابل، در مطالعه‌ی **Rawla** و همکاران (۲۰۱۸)، شایع‌ترین بدخیمی شکمی، مربوط به سرطان معده بود (۲۱) که این یافته، با نتایج این

در کنار نقاط قوت این پژوهش، این مطالعه، مانند هر مطالعه‌ی دیگری، دارای یک سری محدودیت‌هایی نیز بود. یکی از این موارد، گذشته‌نگر بودن مطالعه و بنابراین، عدم دسترسی مستقیم به بیماران و در نتیجه، اکتفای به اطلاعات ثبت‌شده در پرونده‌های بالینی افراد بود. علاوه بر آن، به‌طور حتم، عوامل شناخته و ناشناخته‌ی بسیاری وجود دارند که ممکن است بر نتایج این مطالعه، تاثیرگذار بوده باشند که مسلماً بررسی همه‌ی این موارد، در یک مطالعه امکان‌پذیر نبوده و نیاز به انجام مطالعات بیشتر و در جوامع آماری گسترده‌تری خواهد داشت.

نتیجه‌گیری:

در کل، نتایج این مطالعه نشان داد شیوع موارد بدخیم بوده‌های شکمی، برابر ۶/۹ درصد است که این اختلال، در افراد با سنین بالاتر و نیز، مردان، شایع‌تر از گروه‌های دیگر می‌باشد. بنابراین، سیاست‌گذاری‌های بهداشتی مبتنی بر به‌کارگیری اطلاعات این مطالعه و نیز، فراهم‌آوردن تسهیلات مناسب جهت غربالگری و شناسایی افراد در معرض خطر بالاتر سرطان‌های حفره شکمی (مردان با سنین بالاتر) و در نتیجه، تشخیص سریع‌تر و کاهش عوارض مرتبط با آن، ضروری است که انجام آن توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی:

این مقاله، منتج از پایان‌نامه‌ی دوره‌ی پزشکی عمومی مرجان شاه‌منصوری در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران بوده که از معاونت پژوهشی این دانشگاه و مسئولین بیمارستان امیرالمومنین (ع) شهر تهران، بابت همکاری و فراهم‌آوری تسهیلات انجام این طرح تشکر می‌گردد.

پرداخته و نشان دادند میانگین سنی برای زنان ۴۸/۵ سال و برای مردان ۴۰ سال بود و بیش‌تر افراد مورد بررسی، در گروه سنی میانسال قرار داشتند (۲۵) که این یافته‌ها با نتایج این مطالعه هم‌خوانی نداشت. علت این تناقض، می‌تواند مربوط به تفاوت در نوع جمعیت مورد بررسی در مطالعه‌ی شعبان و همکاران (۲۰۲۳) در مصر (جمعیت روستایی) بوده باشد.

بر اساس نتایج این مطالعه، بیش‌تر افراد مبتلا به سرطان کولورکتال، مرد بودند. Dahmani و همکاران (۲۰۲۳) در الجزایر، نشان دادند بیش‌تر افراد مبتلا به بدخیمی‌های گوارشی (۵۵/۴ درصد) مرد بودند (۲۲) که این یافته‌ها، همسوی با نتایج این مطالعه بود. جعفرآبادی و همکاران (۲۰۲۲) در یزد نیز، نشان دادند شیوع ابتلا به سرطان‌های گوارشی، در مردان بیشتر بوده است (۲۳) که این یافته نیز، مشابه نتایج این مطالعه بود. در مطالعه‌ی دیگر، عظیمی (۲۰۲۰) در تهران، نشان داد مردان ۱۰ درصد بیش‌تر از زنان مبتلا به سرطان کولورکتال شده بودند (۲۴) که این یافته‌ها نیز، همراستا با نتایج این مطالعه بود. در مطالعه‌ی دیگر، Mattiuzzi و همکاران (۲۰۱۹) در ایتالیا، طی یک مطالعه‌ی مروری نشان دادند مردان ۵۰ درصد در مقایسه با زنان خطر بیشتری برای ابتلا به سرطان‌های گوارشی دارند (۲۶) که این یافته‌ها نیز، همسوی با نتایج این مطالعه بوده است. در مقابل، Shaaban و همکاران (۲۰۲۳) در مصر، نشان دادند میزان بروز سرطان‌های گوارشی در زنان با نسبت زن به مرد ۱:۱/۱۸ کمی بیشتر بود (۲۵) که این یافته‌ها، برخلاف نتایج این مطالعه بوده است؛ بررسی جمعیت روستایی در مطالعه‌ی Shaaban و همکاران و در نتیجه، تفاوت در خصوصیات جمعیت‌شناختی افراد، می‌تواند دلیل توجیه‌کننده‌ی این تناقض باشد.

منابع:

1. Abdifard E, Amini S, Bab S, Masroor N, Khachian A, Heidari M. Incidence trends of colorectal cancer in Iran during 2000-2009: A population-based study. *Med J Islam Repub Iran* 2016; 30: 382.
2. Alavi Langroodi SM, Fallahzadeh H, Mostafavi F. The effect of education based on health belief model on knowledge and attitude of health care workers towards colon cancer screening in Yazd, Iran. *J Health Syst Res* 2020; 15(3): 177-83.
3. Azimi R. Analysis of environmental and human factors affecting the incidence of colorectal cancer in the coastal areas of the Caspian Sea (Gilan Province). *Geographical Studies of Coastal Areas* 2020; 1(1): 113-131.
4. Biglu MH, Tabatabaie SS. Gastrointestinal cancers in Iran: Iranian scientists approach to gastrointestinal cancers researches in international databases. *Koomesh* 2016; 19(1): 1-9.
5. Dahmani B, Boublenza L, Chabni N, Behar D, Hassaine H, Masdoua N, et al. Colorectal cancer in a region of western of Algeria: results of 581 cases in 5 years. *African Health Sciences* 2023; 23(2): 353-9.
6. De SE, Ronco AL, Boffetta P, Deneo-Pellegrini H, Correa P, Acosta G, et al. Nutrient-derived dietary patterns and risk of colorectal cancer: a factor analysis in Uruguay. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012; 13(1): 231-5.
7. Esmailnasab N, Taymoori P, Darabi F. Comparison of quality of life 3 and 9 months after surgery in patients with gastrointestinal cancer. *Studies in Medical Sciences* 2013; 24(4): 226-34.
8. Hessami Arani S, Kerachian MA. Rising rates of colorectal cancer among younger Iranians: is diet to blame? *Current Oncology (Toronto, Ont)* 2017; 24(2): e131-e7.
9. IARC. GLOBOCAN: World health organization; 2020 [Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/364-iran-islamic-republic-of-fact-sheets.pdf>].
10. IARC. Globocan: World Health Organization; 2020 [Available from: https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/10_8_9-Colorectum-fact-sheet.pdf].
11. Jafarabadi Z, Abolhasani F, Lotfi MH, Fallahzadeh H. The Burden of Colorectal Cancer in Yazd Province in 2016. *Irje* 2022; 18(2): 116-126.
12. Mahdipour P, Atri M, Naserzadeh H, Hashemi S, Tavousi GR. Cancer-genetics epidemiology and genetics investigation in colorectal carcinomas: Directions towards prevention. *Govaresh* 2001; 6(33-34): 115-9.

13. Malaeb BS, Martin DJ, Littooy FN, Lotan Y, Waters WB, Flanigan RC, et al. The utility of screening renal ultrasonography: identifying renal cell carcinoma in an elderly asymptomatic population. *BJU International* 2005; 95(7): 977-81.
14. Malekzadeh R, Riahi Ai, Sajadi AR. Review of gastric cancer in Iran. *Govareh* 2008; 13(2): 107-12.
15. Mattiuzzi C, Sanchis-Gomar F, Lippi G. Concise update on colorectal cancer epidemiology. *Annals of Translational Medicine* 2019; 7(21): 609.
16. Mohagheghi MA. Annual Report of: Tehran Cancer Registry 1999. The Cancer Institute Publication 2004.
17. Movahedi M, Bishop T, Barrett J. Association between alcohol, dietary factors and subsites of colorectal cancer: An ecological study. *Yafte* 2006; 8(1): 67-74.
18. Onyoh EF, Hsu WF, Chang LC, Lee YC, Wu MS, Chiu HM. The Rise of Colorectal Cancer in Asia: Epidemiology, Screening, and Management. *Current Gastroenterology Reports* 2019; 21(8): 36.
19. Pourfarzi F, Yazdanbod A, Daneshvar R, Saberi SH. Evaluation of effective factors in incidence of colorectal cancer. *J Ardabil Univ Med Sci* 2012; 12(5): 56-64.
20. Rafiemanesh H, Pakzad R, Abedi M, Kor Y, Moludi J, Towhidi F, et al. Colorectal cancer in Iran: Epidemiology and morphology trends. *EXCLI Journal* 2016; 15: 738-44.
21. Rawla P, Barsouk A. Epidemiology of gastric cancer: global trends, risk factors and prevention. *Gastroenterology Review/Przegląd Gastroenterologiczny* 2019; 14(1): 26-38.
22. Rossi SH, Hsu R, Blick C, Goh V, Nathan P, Nicol D, et al. Meta-analysis of the prevalence of renal cancer detected by abdominal ultrasonography. *Journal of British Surgery* 2017; 104(6): 648-59.
23. Safaee A, Moghimi-Dehkordi B, Fatemi SR, Maserat E, Ghafarnejad F, Zali MR. Risk estimation of upper gastrointestinal cancers in people with family history of cancer. *Journal of Knowledge and Health in Basic Medical Science* 2012; 7(2): 16-22.
24. Sayyari AA. Package of Essential Noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in Iran. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education, Deputy of Health; 2017. p. 54-56. [In Persian].