

Original Article

The Relationship between Subcutaneous and Deep Abdominal Masses with Demographic Characteristics of Patients Referred to Amir Al-Momenin Hospital in Tehran During 2012 to 2023 years

Marjan Shahmansouri¹ , Seyed Abdolmajid Hosseini^{2*}

¹ Anesthesiology Assistant, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Assistant Professor of Pathology, Islamic Azad University, Tehran Branch, Tehran, Iran

*Corresponding author: Seyed Abdolmajid Hosseini, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: majid12us@yahoo.com

DOI: [10.32592/nkums.17.1.67](https://doi.org/10.32592/nkums.17.1.67)

How to Cite this Article:

Shahmansouri M, Hosseini SA. The Relationship between Subcutaneous and Deep Abdominal Masses with Demographic Characteristics of Patients Referred to Amir Al-Momenin Hospital in Tehran During 2012 to 2023 years. J North Khorasan Univ Med Sci. 2024;17(1): 67-73. DOI: [10.32592/nkums.17.1.67](https://doi.org/10.32592/nkums.17.1.67)

Received: 07 July 2024

Accepted: 21 October 2024

Keywords:

Abdomen

Benign mass

Demographic characteristics

Malignancy

Abstract

Introduction: Considering the importance of prevalence and high complications of abdominal masses, this study was conducted to determine the prevalence of benign and malignant abdominal lesions and their relationship with demographic characteristics during a large 6-year study.

Method: This analytical-cross-sectional study investigated the clinical records of 721 patients with subcutaneous and deep abdominal masses undergoing surgery in Amir Al Momenin Hospital in Tehran during 2012 to 2023, considering the inclusion criteria and using the convenience method. Moreover, demographic and pathology characteristics were extracted from these files.

Results: Out of the total masses, 50 cases (6.9%) were malignant and the rest were benign. The most common benign masses were myoma (36.7%) and prostate hyperplasia (20.1%), and the most common malignant cases were bladder (16.0%) and ovarian (14.0%) in descending order. The age of people with malignant tumors was significantly higher than that of people with benign tumors (54.96 ± 15.23 vs. 45.42 ± 15.59 years; $P < 0.001$). The prevalence of malignant cases in men was significantly higher than that in women (54.0% vs. 46.0%; $P < 0.001$). However, there was no statistically significant relationship between the family history of abdominal mass ($P = 0.055$) and the year of referral ($P = 0.259$) with the type of mass.

Conclusion: Abdominal malignant masses are more common in older ages and men.



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^۱  سید عبدالمجید حسینی^{۲*} 

^۱ دستیار بیهوشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۲ استادیار پاتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد واحد تهران، تهران، ایران

*نویسنده مسئول: سید عبدالمجید حسینی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد واحد تهران، تهران، ایران. ایمیل: majid12us@yahoo.com

DOI: 10.32592/nkums.17.1.67

چکیده	تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۳۰
مقدمه: 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 مطالعه وسیع شش‌ساله انجام شد.	
روش کار: در این مطالعه 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 شد.	واژگان کلیدی: شکم بدخیمی توده خوش‌خیم مشخصات دموگرافیک
یافته‌ها: در کل، ۶/۹ درصد (۵۰ مورد) بدخیم و مابقی خوش‌خیم بوده‌اند. شایع‌ترین توده‌های خوش‌خیم، میوم (۳۶/۷ درصد) و هایپرپلازی پروستات (۲۰/۱ درصد) هستند و شایع‌ترین موارد بدخیم، به ترتیب عبارت‌اند از: سرطان‌های مثانه (۱۶/۰ درصد) و تخمدان (۱۴/۰ درصد). سن افراد دچار تومورهای بدخیم، با تفاوت معناداری بالاتر از افراد با تومورهای خوش‌خیم است (۱۵/۲۳ ± ۵۴/۹۶ در مقابل ۱۵/۵۹ ± ۴۵/۴۲ سال و $p < ۰/۰۰۱$). شیوع موارد بدخیمی در مردان به میزان معناداری بالاتر از زنان بوده است (۵۴/۰ درصد 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 معناداری وجود نداشت.	
نتیجه‌گیری: توده‌های بدخیم شکمی در سنین بالاتر و در مردان، شایع‌تر است.	

مقدمه

رتبه سوم شیوع قرار دارند [۵]. تقریباً نیمی از موارد بروز و مرگ و میر ناشی از سرطان در قاره آسیا در سال ۲۰۲۰ مربوط به توده‌های بدخیم شکمی و مخصوصاً سرطان کولورکتال بوده است [۶، ۷]. بدخیمی‌های گوارشی، یکی از پرخطرترین و شایع‌ترین سرطان‌ها در ایران به شمار می‌رود که حدود نیمی از مرگ‌های حاصل از سرطان در ایران (۴۴/۴ درصد) را به خود اختصاص داده است [۸]. سرطان کولورکتال، 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، ۱۱]. میزان بروز آن در نسل جوان کشور نسبت به جوامع غربی، بالاتر بوده است؛ تقریباً یک پنجم از کل موارد سرطان کولورکتال در سنین زیر ۴۰ سال گزارش شده است که این امر می‌تواند بار بیماری

در حال حاضر، ابتلا به سرطان یکی از مسائل مهم در ایران و تمام دنیا است [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 هستند. به طوری که سالیانه بیش از ۹/۶ میلیون نفر بر اثر سرطان جان خود را از دست می‌دهند؛ به این معنا که از هر شش مرگ، یک مورد به دلیل سرطان بوده است [۲].

توده‌های بدخیم شکمی، یکی از شایع‌ترین بدخیمی‌ها بین قسمت‌های مختلف بدن است؛ به طوری که سرطان‌های معده و روده بزرگ، یکی از شایع‌ترین بدخیمی‌های شکمی و از علل مهم مرگ و میر در سراسر جهان بوده‌اند [۲، ۳]. توده‌های بدخیم شکمی، دسته‌ای از بیماری‌های غیر واگیر است که با وجود داروهای مختلف و وسایل تشخیصی مجهز، یکی از بزرگ‌ترین عوامل مرگ انسان‌ها به شمار می‌آیند [۴]. پیش‌بینی می‌شود که این بدخیمی‌ها، به طور فزاینده‌ای از شایع‌ترین بیماری‌های جهان در دهه‌های آینده خواهد بود و حدود ۶۰ درصد موارد جدید این سرطان در کشورهای در حال توسعه مانند ایران ایجاد می‌شود [۲]. در ایران، بدخیمی‌های معده و کولورکتال، پس از سرطان پستان در

را در آینده به صورت چشمگیری افزایش دهد [۱۲].

پژوهش‌های متعددی درباره انواع و عوامل ایجادکننده 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، بالا بودن میزان نیترا در رژیم غذایی با مصرف غذاهای آماده، مصرف زیاد دخانیات و مشروبات الکلی و همچنین، مصرف داروهای متعدد، کم‌تحریکی، مصرف زیاد گوشت قرمز، وجود بیماری‌های التهابی روده و داشتن سابقه فامیلی، از جمله عوامل مهم خطر سرطان‌های دستگاه گوارش و مخصوصا سرطان‌های روده بزرگ به شمار می‌روند [۱۴، ۱۵]. از سویی، برخی عوامل مانند فعالیت مناسب بدنی، وزن متعادل، دوری از استرس و مصرف مناسب سبزیجات و میوه‌های تازه دارای ترکیبات آنتی‌اکسیدانی، اسید فولیک و فیبر، اثر محافظتی در برابر 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، ۱۷]. این امر در صورتی میسر خواهد شد که اطلاعات پایه‌ای درباره 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 بر طبق بررسی‌های انجام‌گرفته، عوامل موثر 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 بررسی کرده باشد، نه تنها در شهر تهران که در ایران محدود بود، مطالعه 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 بازه زمانی شش ساله (۱۳۹۱ تا ۱۴۰۲) انجام شد. انتظار می‌رود تعیین شاخص‌های اپیدمیولوژیک توده‌های شکمی، با شناسایی مهم‌ترین عوامل تاثیرگذار و فاکتورهای خطر این بیماری، برای تشخیص و درمان به موقع و استفاده از این آمار، در برنامه‌ریزی‌هایی که سبب بهبود کیفیت پیشگیری و درمان سرطان‌های شکمی می‌شود، از کاربرد بالایی برخوردار باشد.

روش کار

این مطالعه تحلیلی - مقطعی شش ساله، پس از تصویب در شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران و در نهایت، دریافت کد اخلاق انجام شد. 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 بررسی شد.

حجم نمونه‌های آماری، بر اساس فرمول محاسبه حداقل حجم نمونه برای برآورد نسبت (صفت کیفی)، با در نظر گرفتن اطمینان و توان ۹۵ درصد (خروجی نرم‌افزار جی پاور) و نیز، با در نظر گرفتن نتایج مطالعات مشابه [۸، ۱۲]، برآورد شد. معیارهای ورود به این مطالعه، شامل سن ۱۸ سال و بالاتر، دسترسی به پرونده‌های بالینی و تایید تشخیص نوع توده توسط پاتولوژیست بود. نقص پرونده 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 (بازبینی) محقق‌ساخته حاوی سوالات مرتبط با اطلاعات دموگرافیک و نیز، نتایج پاتولوژی گزارش‌شده در پرونده‌های بالینی بوده است.

در نهایت، آنالیز داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۵ نرم‌افزار آنالیز آماری SPSS (SPSS for Windows 23 software) انجام شد. توزیع نرمال متغیرهای پیوسته، با استفاده از تست شاپیرو - ویلک (Shapiro-Wilk) ارزیابی شد. تفاوت بین گروه‌ها، با آزمون آماری تی (Unpaired t-test) (داده‌های پارامتریک) و من - ویتنی (Mann-Whitney U-test) (داده‌های غیر پارامتریک) بررسی شد. آزمون آماری مجذور کای (Chi-square test) برای متغیرهای کیفی استفاده شد. در همه آزمون‌ها، سطح اطمینان برابر با ۹۵ درصد و سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۷۲۱ نفر (۷۶/۸ درصد زن)، با متوسط سنی $16/02 \pm 46/08$ سال (بیشتر افراد مسن: $45/5$ درصد) بررسی شدند. ۱/۸ درصد، دارای سابقه خانوادگی توده‌های شکمی بوده‌اند (جدول ۱). از بین توده‌های مورد بررسی، ۶۷۱ مورد (۹۳/۱ درصد) خوش‌خیم و ۵۰ مورد (۶/۹ درصد) نیز، بدخیم بوده‌اند. بر اساس جدول (۲)، شایع‌ترین توده‌های خوش‌خیم، به ترتیب مربوط به میوم (۳۶/۷ درصد) و هایپرپلازی پروستات (۲۰/۱ درصد) شده است. از بین توده‌های بدخیم نیز، سرطان‌های مثانه (۱۶/۰ درصد) و تخمدان (۱۴/۰ درصد)، شایع‌ترین موارد بدخیمی بوده‌اند.

میانگین و انحراف معیار سن افراد دچار تومورهای بدخیم، با تفاوت معناداری بالاتر از افراد با تومورهای خوش‌خیم بوده است ($15/23 \pm 54/96$ در مقابل $15/59 \pm 45/42$ سال و $p < 0/001$). بر اساس جدول (۳)، بیشتر افراد مبتلا به تومورهای بدخیم، در گروه سنی مسن (۵۸/۰ درصد) و بیشتر افراد دارای توده‌های خوش‌خیم، در گروه میانسال (۶۴/۴ درصد) قرار داشته‌اند که این تفاوت، معنادار است ($p = 0/001$). شیوع موارد بدخیمی در مردان به میزان معناداری بالاتر از زنان بوده است ($54/0$ در مقابل $46/0$ درصد و $p < 0/001$)؛ اما بین سابقه خانوادگی توده شکمی با نوع آن، ارتباط آماری معناداری وجود نداشت ($p = 0/055$).

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

اطلاعات دموگرافیک	تعداد (درصد)
گروه سنی (سال)	جوان (۱۸ - ۲۹) ۱۱۲ (۱۵/۵)
	میانسال (۳۰ - ۵۹) ۲۸۱ (۳۹/۰)
	مسن (≤ 60) ۳۲۸ (۴۵/۵)
جنسیت	مرد ۱۶۷ (۲۳/۲)
	زن ۵۵۴ (۷۶/۸)
سابقه خانوادگی توده شکمی	دارد ۱۳ (۱/۸)
	ندارد ۷۰۸ (۹۸/۲)

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

توده‌های شکمی شایع	تعداد (درصد)
خوش خیم	میوم ۲۴۶ (۳۶/۷)
	هایپرپلازی پروستات ۱۳۵ (۲۰/۱)
	آدنوم سرویت ۵۹ (۸/۸)
	پولیپ اندوسرویکس ۵۷ (۸/۵)
	لیومیوم ۴۳ (۶/۴)
	تراتوم بالغ ۲۵ (۳/۷)
	اندومتریوز ۲۰ (۲/۹)
	پولیپ اندومتر ۱۵ (۲/۲)
	موسیستوس سیست آدنوما ۱۳ (۱/۹)
	سایر ۵۸ (۸/۸)
بدخیم	سرطان مثانه ۸ (۱۶/۰)
	سرطان تخمدان ۷ (۱۴/۰)
	سرطان معده ۵ (۱۰/۰)
	سرطان بیضه ۵ (۱۰/۰)
	سرطان سیگموئید ۵ (۱۰/۰)
	سرطان کولون ۴ (۸/۰)
	سایر ۱۶ (۳۲/۰)

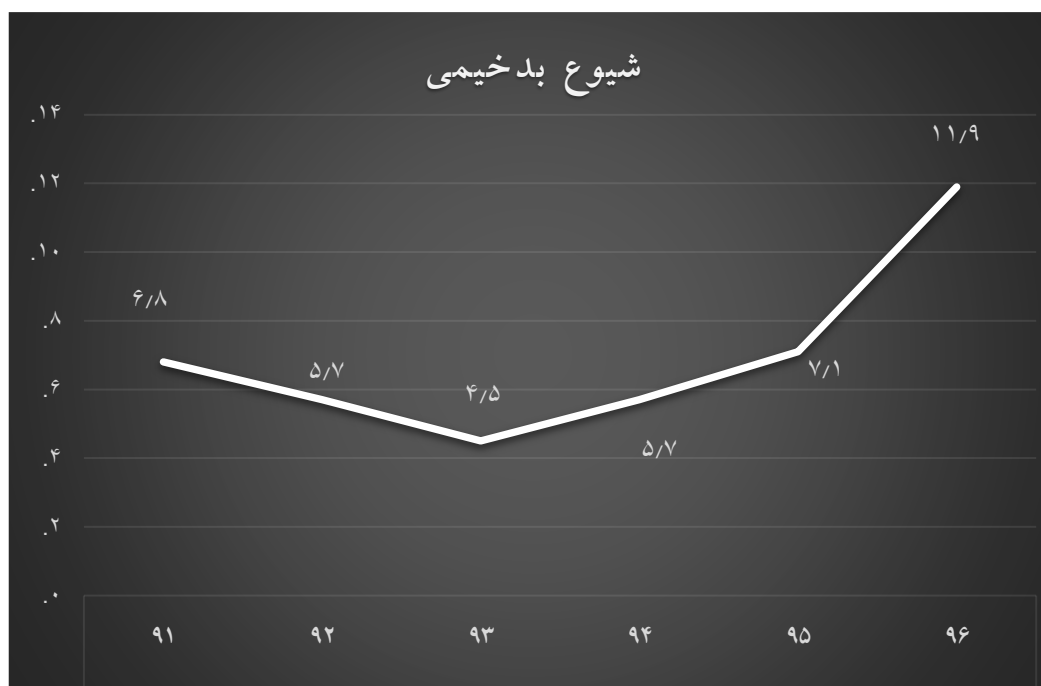
جدول ۳. توزیع اطلاعات زمینه‌ای افراد مبتلا به توده‌های شکمی تحت جراحی در بیمارستان امیرالمومنین (ع) تهران (۱۳۹۱ - ۱۴۰۲) به تفکیک نوع توده

اطلاعات زمینه‌ای	نوع توده شکمی		P*
	خوش خیم	بدخیم	
گروه سنی (سال)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	۰/۰۰۱
	جوان (۱۸ - ۲۹) ۱۱۰ (۱۶/۴)	۲ (۴/۰)	
	میانسال (۳۰ - ۵۹) ۴۳۹ (۶۴/۴)	۱۹ (۳۸/۰)	
جنسیت	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	< ۰/۰۰۱
	مرد ۱۲۲ (۱۹/۲)	۲۹ (۵۸/۰)	
	زن ۱۴۴ (۲۱/۵)	۲۳ (۴۶/۰)	
سابقه خانوادگی توده شکمی	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	۰/۰۵۵
	دارد ۱۰ (۱/۵)	۳ (۶/۰)	
	ندارد ۶۶۱ (۹۸/۵)	۴۷ (۹۴/۰)	

*آزمون مجذور کای

شیوع بدخیمی در تومورهای شکمی جراحی‌شده در سال‌های ۱۳۹۱، ۱۳۹۲، ۱۳۹۳، ۱۳۹۴، ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶، به ترتیب برابر با ۶/۸، ۵/۷، ۴/۵، ۵/۷ و ۱۱/۱ درصد گزارش شد که این روند، مطابق با شکل (۱)، طی سال‌های اخیر تفاوت آماری معناداری نداشته است ($p = ۰/۲۵۹$).

شیوع بدخیمی در تومورهای شکمی جراحی‌شده در سال‌های ۱۳۹۱، ۱۳۹۲، ۱۳۹۳، ۱۳۹۴، ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶، به ترتیب برابر با ۶/۸، ۵/۷، ۴/۵، ۵/۷ و ۱۱/۱ درصد گزارش شد که این روند، مطابق با شکل (۱)، طی سال‌های اخیر تفاوت آماری معناداری نداشته است ($p = ۰/۲۵۹$).



شکل ۱. توزیع تغییرات سالیانه شیوع توده‌های شکمی بدخیم در افراد تحت جراحی در بیمارستان امیرالمومنین (ع) تهران (۱۳۹۱-۱۴۰۲)

بحث

در سال‌های اخیر الگوی مرگ و میر در ایران تغییر یافته و سرطان‌ها نقش عمده‌ای در این باره داشته‌اند. گزارش‌های مختلف نشان‌دهنده شیوع نسبتاً بالای بدخیمی‌های منسوب به تومورهای شکمی است [۱۸]. هدف از مطالعه حاضر، تعیین ارتباط بین توده‌های شکمی خوش‌خیم و بدخیم زیرجلدی و عمقی با خصوصیات جمعیت‌شناختی بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان امیرالمومنین (ع) تهران طی یک بازه زمانی شش ساله بوده است. با افزایش دانش جامعه 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 داده است که شایع‌ترین توده‌های خوش‌خیم، به ترتیب مربوط به میوم و هایپرپلازی پروستات است. از بین توده‌های بدخیم نیز، سرطان‌های مثانه و تخمدان، شایع‌ترین موارد بدخیمی بوده‌اند. در مطالعه‌ای، Rossi و همکاران (۲۰۱۷)، نشان داده‌اند که بدخیمی‌های مثانه و کلیه در آسیا، رو به افزایش بوده و این سرطان‌ها، از شایع‌ترین موارد بدخیمی‌ها در کشورهای آسیایی بوده [۱۹] است؛ این یافته‌ها، همسو با نتایج این مطالعه است. در مطالعه‌ای 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 است [۲۰] که این یافته‌ها با نتایج این مطالعه، همخوانی دارد. در مقابل، در مطالعه Rawla و همکاران (۲۰۱۸)، شایع‌ترین بدخیمی شکمی، مربوط به سرطان معده است

[۲۱] که این یافته، با نتایج این مطالعه همسو نیست. به عبارت روشن‌تر، اگرچه سرطان معده در پژوهش پیش رو، جزو یکی از شایع‌ترین سرطان‌های شکمی است، اما شایع‌ترین موارد بدخیمی، سرطان‌های مثانه و تخمدان بوده‌اند. این تناقض می‌تواند به این دلیل باشد که با توجه به آموزش‌های ارائه‌شده درباره خطرات و پیشگیری از سرطان معده (مانند اصلاح رژیم غذایی یا بهبود فعالیت بدنی)، از شیوع این سرطان در جامعه ایرانی مورد بررسی، کاسته شده و بنابراین، بایستی، به سایر سرطان‌های در حال افزایش (سرطان‌های مثانه و تخمدان) نیز، توجه بیشتری شود.

نتایج این مطالعه نشان داد که سن افراد دچار تومورهای بدخیم، با تفاوت معناداری بالاتر از افراد با تومورهای خوش‌خیم است. همچنین، بیشتر افراد مبتلا به تومورهای بدخیم، در گروه سنی مسن قرار داشته‌اند. در مطالعه‌ای، 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 بوده‌اند و میانگین سن بروز، ۶۰ سال بوده است [۲۲] و این یافته‌ها، همسو با نتایج این مطالعه است. در مطالعه‌ای دیگر، جعفرآبادی و همکاران (۲۰۲۲) در یزد، نشان دادند اوج سنی سرطان‌های گوارشی در گروه سنی بالای ۶۰ سال (افراد مسن) بود [۲۳] و این یافته‌ها نیز، همسو با نتایج این مطالعه است. در مطالعه‌ای دیگر، عظیمی (۲۰۲۰) در تهران، با استفاده از مطالعات کتابخانه‌ای، اسنادی و نرم‌افزارهای 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 است [۲۴] و این یافته‌ها نیز، همسو با نتایج این مطالعه است. در مقابل، Shaaban و همکاران (۲۰۲۳) در مصر، به بررسی اپیدمیولوژی سرطان

بیماران و در نتیجه، اکتفا به اطلاعات ثبت شده در پرونده های بالینی افراد است. افزون بر آن، به طور حتم، عوامل شناخته و ناشناخته بسیاری وجود دارند که ممکن است بر نتایج این مطالعه، تاثیرگذار باشند که مسلماً بررسی همه این موارد، در یک مطالعه امکان پذیر نیست و نیاز به انجام مطالعات بیشتر و در جوامع آماری گسترده تری خواهد داشت.

نتیجه گیری

در کل، نتایج این مطالعه نشان داد شیوع موارد بدخیم توده های شکمی، برابر با ۶/۹ درصد است که این اختلال، در افراد با سنین بالاتر و نیز، مردان، شایع تر از گروه های دیگر است؛ بنابراین سیاست گذاری های بهداشتی مبتنی بر به کارگیری اطلاعات این مطالعه و نیز، فراهم آوردن تسهیلات مناسب جهت غربالگری و شناسایی افراد در معرض خطر بالاتر سرطان های حفره شکمی (مردان با سنین بالاتر) و در نتیجه، تشخیص سریع تر و کاهش عوارض مرتبط با آن، ضروری است که انجام آن توصیه می شود.

سیاسگذاری

این مقاله، منتج از پایان نامه دوره پزشکی عمومی مرجان شاه منصوری در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران با کد اخلاق IR.IAU.TMU.REC.1397.282 است و از معاونت پژوهشی این دانشگاه و مسئولان بیمارستان امیرالمومنین (ع) شهر تهران، برای همکاری و فراهم آوری تسهیلات انجام این طرح تشکر می شود.

تعارض منافع

نویسندگان این مطالعه، اعلام میکنند که هیچگونه تعارض منافی که بر نتایج این پژوهش تاثیرگذار باشد، وجود نداشته است.

کولورکتال در جمعیت روستایی پرداخته و نشان داده اند میانگین سنی برای زنان ۴۸/۵ سال و برای مردان ۴۰ سال است و بیشتر افراد مورد بررسی، در گروه سنی میانسال قرار داشتند [۲۵]؛ این یافته ها با نتایج این مطالعه همخوانی نداشته است. علت این تناقض، می تواند مربوط به تفاوت در نوع جمعیت مورد بررسی در مطالعه شعبان و همکاران (۲۰۲۳) در مصر (جمعیت روستایی) باشد. بر اساس نتایج این مطالعه، بیشتر افراد مبتلا به سرطان کولورکتال، مرد بوده اند. Dahmani و همکاران (۲۰۲۳) در الجزایر، نشان دادند بیشتر افراد مبتلا به بدخیمی های گوارشی (۵۵/۴ درصد) مرد بوده اند [۲۲] و این یافته ها، همسو با نتایج این مطالعه است. جعفرآبادی و همکاران (۲۰۲۲) در یزد نیز نشان دادند شیوع ابتلا به سرطان های گوارشی، در مردان بیشتر بوده است [۲۳] و این یافته نیز مشابه با نتایج این مطالعه است. در مطالعه ای دیگر، عطیمی (۲۰۲۰) در تهران، نشان داد مردان ۱۰ درصد بیشتر از زنان مبتلا به سرطان کولورکتال شده بودند [۲۴] و این یافته ها نیز، همسو با نتایج این مطالعه است. در مطالعه ای دیگر، Mattiuzzi و همکاران (۲۰۱۹) در ایتالیا، طی یک مطالعه مروری نشان داده اند که مردان ۵۰ درصد در مقایسه با زنان خطر بیشتری برای ابتلا به سرطان های گوارشی دارند [۲۶] و این یافته ها نیز، همسو با نتایج این مطالعه بوده است. در مقابل، Shaaban و همکاران (۲۰۲۳) در مصر، نشان دادند میزان بروز سرطان های گوارشی در زنان با نسبت زن به مرد ۱:۱/۱۸ کمی بیشتر است [۲۵] و این یافته ها، برخلاف نتایج این مطالعه بوده است؛ بررسی جمعیت روستایی در مطالعه Shaaban و همکاران و در نتیجه، تفاوت در خصوصیات جمعیت شناختی افراد، می تواند دلیل توجیه کننده این تناقض باشد.

در کنار نقاط قوت این پژوهش، این مطالعه، مانند هر مطالعه دیگری، دارای مجموعه ای از محدودیت ها نیز بوده است. یکی از این موارد، گذشته نگر بودن مطالعه و بنابراین، دسترسی نداشتن مستقیم به

References

- Esmailnasab N, Taymoori P, Darabi F. Comparison of quality of life 3 and 9 months after surgery in patients with gastrointestinal cancer. *Studies Med Sci*. 2013; 24(4): 226-234. [Link]
- Pourfarzi F, Yazdanbod A, Daneshvar R, Saberi SH. Evaluation of effective factors in incidence of colorectal cancer. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2012; 12: 56-64. [Link]
- Mahdipour P, Atri M, Naserzadeh H, Hashemi S, Tavousi GR. Cancer-genetics epidemiology and genetics investigation in colorectal carcinomas: Directions towards prevention. *Govaresh J*. 2001; 6(33-34): 115-119. [Link]
- 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): 177-183. [DOI: 10.48305/hsr.2020.15.3.109]
- IARC. GLOBOCAN: Word health organization; 2020. [Link]
- Onyoh EF, Hsu WF, Chang LC, Lee YC, Wu MS, Chiu HM. The rise of colorectal cancer in Asia: epidemiology, screening, and management. *Curr Gastroenterol Rep*. 2019; 21(8): 36. [DOI: 10.1007/s11894-019-0703-8] [PMID: 31289917]
- IARC. GLOBOCAN: Word Health Organization; 2020.
- Biglu MH, Tabatabaie SS. Gastrointestinal cancers in Iran: Iranian scientists approach to gastrointestinal cancers researches in international databases. *Koomesh*. 2016; 19(1): 1-9. [Link]
- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: Cancer J Clin*. 2021; 71(3): 209-249. [DOI: 10.3322/caac.21660] [PMID: 33538338]
- 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. [PMID: 27493926]
- Rafieemaneh H, Pakzad R, Abedi M, Kor Y, Moludi J, Towhidi F, et al. Colorectal cancer in Iran: Epidemiology and morphology trends. *EXCLI J*. 2016; 15: 738-744. [DOI: 10.17179/excli2016-346]
- Hessami Arani S, Kerachian MA. Rising rates of colorectal cancer among younger Iranians: is diet to blame? *Curr Oncol*. 2017; 24(2): e131-e137. [DOI: 10.3747/co.23.3226] [PMID: 28490936]
- 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): 231-235. [DOI: 10.7314/apjcp.2012.13.1.231] [PMID: 22502675]
- Malekzadeh R, Riahi A, Sajadi AR. Review of gastric cancer in Iran. *Govaresh*. 2008; 13(2): 107-112. [Link]
- Safaei 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. *J Knowledge Health Basic Med Sci*. 2012; 7(2): 65-69. [Link]
16. 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: 54-56. [Link]
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. [Link]
18. Santaolalla R, Fukata M, Abreu MT. Innate immunity in the small intestine. *Current Opinion in Gastroenterology* 2011; 27(12): 125-131. [DOI:10.1097/MOG.0b013e3283438dea] [PMC 3502877. PMID 21248635]
19. 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. *Br J Surg*. 2017; 104(6): 648-659. [DOI: 10.1002/bjs.10523] [PMID: 28407225]
20. 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 Int*. 2005; 95(7): 977-981. [DOI: 10.1111/j.1464-410X.2005.05451.x] [PMID: 15839917]
21. Rawla P, Barsouk A. Epidemiology of gastric cancer: global trends, risk factors and prevention. *Prz Gastroenterol*. 2019; 14(1): 26-38. [DOI: 10.5114/pg.2018.80001] [PMID: 30944675]
22. 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. *Afr Health Sci*. 2023; 23(2): 353-359. [DOI: 10.4314/ahs.v23i2.39] [PMID: 38223596]
23. Jafarabadi Z, Abolhasani F, Lotfi MH, Fallahzadeh H. The Burden of colorectal cancer in Yazd province in 2016. *Iran J Epidemiol*. 2022; 18(2): 116-126. [Link]
24. 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 J*. 2020; 1(1): 113-131. [DOI:10.22124/hgscaj.2020.16748.1047]
25. Shaaban SM, Hamdy S. Epidemiology of colorectal cancer in rural population. *Egyptian J Cancer Biomed Res*. 2023; 7(2): 15-19. [DOI:10.21608/JCBR.2023.188360.1291]
26. Mattiuzzi C, Sanchis-Gomar F, Lippi G. Concise update on colorectal cancer epidemiology. *Ann Transl Med*. 2019;7(21):609. [DOI: 10.21037/atm.2019.07.91] [PMID: 32047770]