

خلاصه ای از گزارش نهائی طرح با عنوان:

"مقایسه پیگیری فعال با پیگیری رایج از نظر میزان عود و بقای یکساله و دو ساله در بیماران کانسر کولورکتال که در بخشهای جراحی بیمارستان امام خمینی و انستیتو کانسر عمل شده اند."

مجری اصلی: دکتر امیر کشوری

روش اجرا: در سالهای اخیر بعضی مطالعات در سایر کشورها نشان داده اند که پیگیری فعال در بیماران کانسر کولورکتال بعد از عمل جراحی، نسبت به پیگیری رایج باعث تشخیص زودتر موارد عود و افزایش بقای عمر است. بنابراین در بیمارانی که

در حال حاضر در کشور ما هیچ الزامی در مورد نحوه پیگیری بیمارانی که بعد از عمل جراحی در بیمارستان امام خمینی عمل شده اند، هدف از اجرای این طرح آن بود که میزان عود و بقای یکساله و دو ساله در بیمارانی که در بیمارستان امام خمینی عمل شده اند، نسبت به پیگیری رایج در بیمارستان امام خمینی مقایسه شود. لذا بصورت آشنانه نگر 84 بیمارانی که از مهر ماه 1386 با تشخیص کانسر کولون آرکتوم عمل شدند را با تشکیل یک درمانگاه ویژه تحت پیگیری فعال قراردادیم و میزان عود و بقای عمر آنها را با میزان عود و بقای عمر 83 بیمارانی که در فاصله حداقل دو سال قبل از شروع این طرح در همان بخشها عمل شده بودند، مقایسه نمودیم. بدیهی است اطلاعات این گروه بصورت گذشته نگر جمع آوری شده بود ولی نتایج درمان آنها نیز بصورت آشنانه نگر پیگیری شد. در هر دو گروه، بیمارانی که رزکس وون آنها جنبه درمانی (Curative) نداشته و یا به هر دلیل امکان پیگیری آنها وجود نداشت از مطالعه حذف شدند.

نتایج: از نظر سن و جنس تفاوت عمده ای بین دو گروه نبود (متوسط سنی 54/57 سال در مقابل 52/96 سال و 54/2٪ مرد در مقابل 52/4٪ مرد). با وجود آنکه در گروه آشنانه نگر درصد بیشتری از بیمارانی که تومورشان در ناحیه 4 رکتوم بوده است (60/7٪ در مقابل 51/8٪) ولی میزان عمل Abdomino Perineal Resection (APR) که منجر به محروم شدن بیمار از اسفنکتر و کلتومی دائمی می گردد، کمتر بوده (26/2٪ در مقابل 34/9٪) است. این نکته دیگر تفاوت واضح در روشهای درمانی کانسر رکتوم در این مجتمع درمانی می باشد.

میزان عود در گروه آشنانه نگر بیشتر بود، ولی ارزش آماری نداشته است (میزان عود دو ساله 26٪ در مقابل 22/7٪،

$P \text{ value} = 0/619$ ). بقای عمر در گروه آ نده نگر کمتر بوده است ولی ارزش آماری نداشته است (بقای عمر دو ساله 78/6% در مقابل 83/1% با  $P \text{ value} = 0/460$ ). از آنجا که امکان عود در کانسر رکتوم محتمل تر است، بالاتر بودن میزان عود و کمتر بودن بقای عمر در گروه آ نده نگر ممکن است تا حدی ناشی از بیشتر بودن تعداد کانسرهای رکتوم در این گروه باشد

تشخیص عود کانسر در گروه آ نده نگر 7 ماه زودتر از گروه گذشته نگر بوده است (10/5 ماه در مقابل 17/5 ماه). این تفاوت از نظر آماری با ارزش بوده است ( $P \text{ value} = 0/003$ ).

بقای عمر در بیماران عود کرده در گروه گذشته نگر بهتر از گروه آ نده نگر بوده است و بطور کلی در گروه گذشته نگر بعد از عود، بیماران 2 ماه بیشتر زنده بوده اند. اگرچه این یافته ارزش آماری نداشته ولی می تواند نشان دهد که تشخیص زودتر در گروه آ نده نگر، موجب طول عمر بیشتری برای بیماران این گروه نشده است.

در گروه آ نده نگر میزان *symptom-free detection* بسیار بهتر از گروه گذشته نگر بوده است (59% در مقابل 17/6%) و مورد این واقعیت است که اکثر موارد عود در گروه آ نده نگر قبل از آنکه علائم بالینی پیدا کنند، بر اساس آزمایشات دوره ای، تشخیص داده شده اند ولی در گروه گذشته نگر اکثر موارد عود بعد از ایجاد علائم بالینی تشخیص داده شده اند.

نتیجه گیری: در یک جمع بندی کلی در این طرح تحقیقاتی به این نتیجه می رسیم که در پی مستمر و فعالانه بعد از جراحی مبتلاان به کانسرهای کولورکتال، اگر چه موجب تشخیص زودتر موارد عود شده و طول عمر کلی بیماران را بالاتر برده است ولی نقشی در کاهش عود و طول عمر بیشتر در بیماران عود کرده نداشته است. البته ممکن است با افزایش تعداد بیماران ارجحیت در پی مستمر و دقیق را بتوان ثابت نمود.

پیشنهادها: در مجموع از آنجا که ایجاد یک درمانگاه در ری ایده آل در بیمارستانهای کشور ما کار ساده ای نمی باشد و حتی در صورت ایجاد چندین درمانگاهی نمی توان انتظار داشت که تمام بیماران بطور منظم و مرتب به آن مراجعه نمایند لذا توصیه می شود:

1 - اطلاعات کافی در مورد نحوه پیگیری بصورت کتبی و شفاهی و آتها فراهم آموزشی و CD در زمان بستری به بیمار داده شود و بعد از آن نیز هر 6 ماه از طریق تلفن و Email

، از اینکه بیمار، برنامه پیگیری خود را بطور منظم انجام می دهد، اطلاع یابان حاصل نماید.

2 - میزان مراجعه بیماران در سال دوم بعد از عمل کمتر بوده است و این در حالی است که شانس ایجاد عود در سال

دوم بیشتر است. شاید به ماران در سال دوم احساس بهبودی نسبی می کنند و از به پگ ری را کمتر احساس می کنند، بنابراین توصیه می شود در سال دوم از طریق تلفن، به ماران تشویق به انجام پگ ری های دوره ای شوند.

3- در صورت مطرح شدن احتمال عود، تصمیم گیری در مورد به مار در جلسات و ژه و با حضور تمام گروههای فوق تخصصی که در درمان کانسر نقش دارند، گرفته شود.