

- 25- Tavani A, Soler M. Body weight and risk of soft tissue sarcoma. *Br J Cancer* 1999 Nov;81(5):890-2
- 26- Vincent T, Devito JR, Hellman S, et al. *Cancer principle and practice of oncology*. 5th ed. Philadelphia. Lippincott-raven Publishers. 997.349-387
- 27- Alalla Gallo MA, Delgado Porres I, Mignel Vaquez MP, et al. Cachexia. *Rev Enferm*.2004 Jul-Aug;27(7-8):49-53,55-6
- 28- Davis MP, Dickerson D. Cachexia and anorexia: cancer's covert killer. *Support care Cancer*. 2000 May;8(3):180-7
- 29- Ramus EJ, Suzuki S, Marks D, et al. Cancer anorexia- cachexia syndrome: cytokines and neuropeptides. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2004 Jul;7(4):427-34
- 30- Bruera E, Higginson I. *Cachexia-Anorexia in cancer patients*. London. Oxford University Press.1996.124-156
- 31- Zurcher C. Anorectic syndrome. *Z Gastroenterol*. 2002 Apr;40suppl 1:571-5
- 32- Deutsch J, Kolhouse JF. Assessment of GI function and response to megestrol acetate in subjects with GI cancers and weight loss. *Support Care Cancer*. 2004 Jul;12(7):503-10
- 33- Majumdar SR, Fletcher RH, Evans AT. How does colorectal cancer present? *Am J Gastroenterol*.1999 Oct;94(10):3039-45
- 34- Maconi G, Kurihara H, Panizzo V, et al. Gastric cancer in young patients with no alarm symptoms. *Scand J Gastroenterol*.2003 Dec;38(12):1249-55
- 35- Ockenga J, Pirlich M, Gastell S, et al. Tumor anorexia-tumor cachexia in case of GI tumors: standards and visions. *Gastroenterol*. 2002 Nov;40(11):929-36
- 36- Kim HL, Bellegrun AS, Fritas DG, et al. Paraneoplastic signs and symptoms of renal cell carcinoma: implications for prognosis. *J Urol*.2003 Nov;170(5):1742-6
- 37- Wang C, Li L, Qi X. *Zhohgua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2000 Jul;35(7):420-2
- 38- Wilkinson JD, Wohler-Torres B, Trapido E, et al. Cancer among Hispanic women in South Florida. *Cancer*. 2002 Oct 15;95(8):1752-8
- 39- Fakhro AE, Fateha BE, Alasheeri N, et al. Breast Cancer: patient characteristics and survival analysis. *East Mediterr Health J*. 1999 May;5(3):430-9
- 40- Chille G, Tomasello R, Silipigni AM, et al. Malignant Lymphoma. Epidemiologic review of 150 cases. *Minerva Medicine*.1999 May-Jun;90(5-6):159-64
- 41- Gonzalez Fernandez M, Sanchez JL. Malignant Melanoma in Puerto Rico. *P R Health Science J*. 1999 Jun;18(2):958
- 42- Jones WO, Harman CR, NG NK, et al. Incidence of malignant melanoma in Auckland, New Zealand. *World J Surg*. 1999 Jul;23(7):732-5
- 43- Forman D. Review article: oesophago-gastric adenocarcinoma- an epidemiological perspective. *Aliment Pharmacol Ther*.2004 Oct;20 suppl 5:55-60,discussion 61-2
- 44- Umeda M. Malignant Lymphoma, Multiple Myeloma and Myeloproliferative diseases in elderly. *Nippon Ronen Igakhaï Zasshi*. 2004 Nov;41(6):594-7
- 45- Pan SY, Johnson KC, Ugnat IM. Association of obesity and cancer risk in Canada. *Am J Epidemiol*.2004 Feb 1;159(3):259-68
- 46- Ho Jw, Lam TH, Tse Cw, et al. Smoking, drinking and colorectal cancer in Hong Kong Chinese: a case-control study. *Int J Cancer*.2004 Apr 20;109(4):587-97
- 47- Nunez JT, Delgado M, Pino G, et al. Smoking as a risk factor for preinvasive and invasive cervical lesions in female sex workers in Venezuela. *Int Gynaecol Obstet*. 2002 Oct;79(1):57-60
- 48- Engel LS, Chow WH, Vaughan TL. Population attributable risks of esophageal and gastric cancers. *J Natl Cancer Inst*.2003 Sep 17;95(18):1404-13
- 49- Gonzalez CA, Pera G, Agudo A, et al. Smoking and risk of gastric cancer in the European prospective Investigation Into Cancer and Nutrition (EPIC). *Int J Cancer*. 2003 Nov 20;107(4):629-34

منابع

- 1- Goldman L, Bennet JC. Cecil Textbook of Medicine. 21st ed. Philadelphia. W.B. Saunders. company.2001.754-82
- 2- Micheli A, Mugno E, Krogh V. et al. Cancer prevalence in European registry areas. Ann Oncol.2002 Jun;13(6):840-65
- 3- Khan ZR,T Neugut AJ,T Ahsan H, et al. Risk factors for biliary tract cancers. Am J Gastroenterol. 1999 Jan;94(1):149-52
- 4- Sasco AJ, Secretan MB, Straif K. Tobacco smoking and cancer. A brief review of epidemiological evidence. Lung Cancer.2004 Aug;45 suppl 2:53-9
- 5- Jee SH, Samet JM, Ohrr H, et al. Cancer Causes Control. Smoking and cancer risk in Korean men and women. 2004 May;15(4):341-8
- 6- McLellan RA, French CC, Bell DG. Trends in the incidence of bladder cancer in Nova Scotia. Can J Urol. 2003 Jun;10(3):1880-4
- 7- Alagic-Smailbegovic J, Kapidzic A, Sutalo K, et al. Incidence of malignant tumors of larynx and their treatment. Bosn J Basic Med Sci. 2004 Oct;4(4):25-7
- 8- Slattery ML, Samowitz W, Ma K, et al. Cyp1A1, cigarette smoking and colon and rectal cancer. Am J Epidemiol.2004 Nov1;160(9):842-52
- 9- Koizumi Y, Tsubono Y, Nakaya N, et al. Cigarette smoking and the risk of gastric cancer. Int J Cancer. 2004 Dec 20;112(6):1049-55
- 10- Au WW. Life style, environmental and genetic susceptibility to cervical cancer. Toxicology. 2004 May 20;198(1-3):117-20
- 11- Burns DM. Tobacco-related diseases. Semin Oncol Nurs. 2003 Nov;19(4):244-9
- 12- Pan SY, Ugnat AM, Mao Y, et al. Association of cigarette smoking with the risk of ovarian cancer. Int J Cancer. 2004 Aug 10;111(1):124-30
- 13- Fauci G, Braunwald E, Isselbacher K, et al. Harison's principles of Internal Medicine.2002. 15 ed. Mcgrow-Hill Companies Inc. 2160
- 14-Lucena RA, Allam MF, Costabeber IH, et al. Breast Cancer risk factors: pcb congenors. Eur J Cancer Prev. 2001 Feb;10(1):117-9
- 15- Wang Q, Li L, Zhu W, et al. Study on risk factors of breast cancer among urban women in China. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Ahi. 2000 Jun;21(3):216-20
- 16-Ford ES. Body Mass Index and colon cancer in a national sample of adult US men and women. Am J Epidemiol 1111 Aug 15;150(4):390-8
- 17-Winther JF, Dreyer L, Overvad K. Avoidable cancers in Nordic countries. Diet, obesity and low physical activity. APMIS suppl 1997;76:100
- 18- Samanic C, Gridley G, Chow WH, et al. Obesity and cancer risk among white and black over weight United States veterans. Cancer Causes Control. 2004 Feb;15(1):35-43
- 19- Hisose K, Tajime K, Hamajima N. Comparative case-referent study of risk factor among hormone-related female cancers in Japan.Jpn J Cancer Res 1999 Mar;90(3):255-61
- 20-Dalmaso L, La Vecchia C. A pooled analysis of thyroid cancer studies V. anthropometric factors. Cancer causes Control 2000 Feb;11(2):137-44
- 21- Putnam SD, Carhan JR. Life style and anthropometric risk factors for prostate cancer in a cohort of Iowan men. Ann Epidemiol. 2000 Aug;10 (60):361-9
- 22-Chow WH, Blot WJ. Body mass index and risk of adenocarcinoma of the esophagus and gastric cardia. J Nah cancer Inst 1998 Jan 21;90(2):150-5
- 23-Shapiro JA, Williams MA, Weiss NS. Body mass index and risk of renal cell carcinoma Epidemiology 1999 Mar;10(2):188-9
- 24-Silverman DT, Swanson DA, Gridly G. Dietary and nutritional factors and pancreatic cancer: a case-control study based on direct interviews. J NaH cancer Inst 1998 Nov 18;90(22):1710-19

جدول شماره ۵: توزیع فراوانی و فراوانی نسبی BMI برحسب نوع نئوپلاسم و ویژگیهای همراه آن در جمعیت مورد بررسی

ویژگی مورد بررسی	BMI	< ۲۰	۲۰-۲۵	> ۲۵/۰۱	جمع
نوع نئوپلاسم		۲۶(۱۵/۹۵)	۸۷(۵۳/۳۷)	۵۰(۳۰/۶۷)	۱۶۳
خوش خیم		۸۲(۲۵/۶۲)	۱۲۴(۳۸/۷۵)	۱۱۴(۳۵/۶۲)	۳۲۰
بد خیم					
درجه بندی نئوپلاسم بدخیم					
بسیار و یا متوسط تمایز یافته		۲۴(۳۲/۸۸)	۲۳(۳۱/۵۱)	۲۶(۳۵/۶۲)	۷۳
کم تمایز یافته و یا تمایز نیافته		۵(۱۷/۸۶)	۱۱(۳۹/۲۹)	۱۲(۴۲/۸۶)	۲۸
وجود متاستاز					
بلی		۲(۸)	۱۷(۶۸)	۶(۲۴)	۲۵
خیر		۸۰(۲۷/۱۱)	۱۰۷(۳۶/۲۸)	۱۰۸(۳۶/۶۱)	۲۹۵
غدد لنفاوی مبتلا					
دارد		۲۲(۲۲/۴۵)	۴۳(۴۳/۸۸)	۳۳(۳۳/۶۷)	۹۸
ندارد		۸۶(۱۹/۲۸)	۱۶۸(۴۸/۴۳)	۱۳۱(۳۷/۲۹)	۲۸۵
وجود کپسول					
دارد		۲(۹/۵۲)	۶(۲۸/۵۷)	۱۳(۶۱/۹۰)	۲۱
ندارد		۱۰۶(۲۲/۹۴)	۲۰۵(۴۴/۳۷)	۱۵۱(۳۲/۶۸)	۴۶۲
نوع بافت اولیه					
اکتودرم		۲۹(۲۲/۳۹)	۵۴(۴۳/۵۵)	۴۱(۳۳/۰۶)	۱۲۴
اندودرم		۳۹(۱۸/۷۵)	۸۷(۴۱/۸۳)	۸۲(۳۹/۴۲)	۲۰۸
مزودرم		۴۰(۲۶/۸۵)	۶۸(۴۵/۶۴)	۴۱(۲۷/۵۲)	۱۴۹
وجود بی اشتباهی					
بلی		۲۶(۲۲/۶۴)	۶۰(۵۴/۵۵)	۲۴(۲۱/۸۲)	۱۱۰
خیر		۸۲(۲۱/۹۸)	۱۵۱(۴۰/۴۸)	۱۴۰(۳۷/۵۳)	۳۷۳

با توجه به نتایج مطالعه موارد زیر پیشنهاد میگردد: ۱- طراحی بررسی هایی با حجم نمونه بالاتر و به صورت آینده نگر تا بتوان ارتباط علیتی بین انواع نئوپلاسم و عوامل خطر آن را بطور دقیق تر مورد مطالعه قرار داد. ۲- انتخاب افراد مورد بررسی بر اساس جمعیت و در صورت امکان بطور تصادفی تا نتایج به تمامی جامعه قابل تعمیم باشد. ۳- در بررسی عوامل خطر انواع نئوپلاسمها بهتر است از جمعیت های شاهد نیز استفاده نمود. ۴- با در نظر داشتن تفاوت خصوصیات نژادی، آب و هوایی، جغرافیایی، اجتماعی، اقتصادی و عادات غذایی جامعه ما با سایر جوامع، بهتر است مطالعاتی در سطح کشور برای تعیین عوامل خطر انواع نئوپلاسم طراحی گردد.

سو و فاصله زمانی بین بروز اولین نشانه تا زمان تشخیص از سوی دیگر می تواند بر روی صحت پاسخ افراد اثر کند. شکایت از تغییر وزن در جریان بیماری اخیر در ۴۴/۸٪ افراد مبتلا به نئوپلاسم خوش خیم در این پژوهش گواهی بر این مدعاست. طراحی مطالعات آینده نگر می تواند به رفع این نقیصه کمک کند. البته در سایر بررسیها نیز وجود کاهش وزن در ۸۰٪ موارد همراه با نئوپلاسمهای پیشرفته ذکر شده است (۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۲). این بررسی نشان داد که وجود کپسول در اطراف نئوپلاسم پیشگویی کننده خوش خیم بودن آن می باشد، که در سایر مقالات مورد دسترس به آن اشاره نشده بود. البته اثبات این ارتباط نیاز به بررسی بیشتر و دقیق تر در نمونه های بیشتر دارد تا وجود رابطه بیولوژیک بین نوع نئوپلاسم و وجود کپسول و چگونگی آنرا اثبات کند. در انتها

مردان و افرادی با BMI غیر طبیعی بویژه بیش از ۲۵ توسط سائر مقالات تایید گردیده است (۴۱،۴۲،۴۶،۴۵،۱۵،۱۸،۴۰)، اما با وجودیکه در میان افراد مورد بررسی درصد افراد سیگاری مبتلا به نئوپلاسم بدخیم بیش از افراد غیر سیگاری مبتلا بود (۸۶/۶۷٪ در مقابل ۶۴/۲۷٪) بر خلاف نتایج سایر مطالعات (۴۹،۴۸،۶،۷،۹،۱۲،۴۷،۵) در تجزیه و تحلیل آماری با رگرسیون لجستیک بین سیگار کشیدن و نوع نئوپلاسم ارتباط معنی دار آماری یافت نشد. یکی از دلایل احتمالی این اختلاف درصد نسبتا زیاد نئوپلاسمهای بدخیم سینه، پوست و بافت نرم در میان موارد بود که حدود ۴۶٪ کل نئوپلاسمهای بدخیم را تشکیل می دادند که در منابع کمتر به سیگار بعنوان عامل خطر آنها اشاره شده است. علت احتمالی دیگر شیوع کم سیگار کشیدن در میان جمعیت مورد بررسی بود (۹/۳٪). راه حل احتمالی این مشکل نمونه گیری تصادفی می باشد. اگر چه در این بررسی فقط ۱۷/۸۱٪ افراد مبتلا به نئوپلاسم بدخیم بی اشتهایی را ذکر میکردند، اما در سایر مقالات شیوع این علامت بالینی بالاتر از ۴۰٪ بوده است (۳۱)، اما بیشتر در بیمارانی که از کانسر پیشرفته رنج می برند شایع می باشد (۲۷،۲۸،۲۹،۳۱). از علل این ناهمخوانی حداقل میتوان به سه مورد اشاره نمود: اولاً در این بررسی وجود بی اشتهایی فقط بر اساس قضاوت پاسخ دهندگان بوده است که متأسفانه زیاد قابل اعتماد نبود. چون ۴۸/۲٪ از افرادی که از بی اشتهایی شاکی بودند، دچار نئوپلاسم خوش خیم بودند. ثانياً این علامت در زمان تشخیص نئوپلاسم از مبتلایان پرسیده شده است، اما در اکثر بررسیها این علامت در مراحل پیشرفته نئوپلاسمهای بدخیم گزارش گردیده است. بالاخره اینکه بعضی از نئوپلاسمهای بدخیم تا مراحل پیشرفته نیز با بی اشتهایی همراه نمیشوند که از آن جمله نئوپلاسمهای بدخیم سینه است (۳۰) که ۱۵٪ موارد بدخیم در مطالعه ما را شامل بوده است. اگر چه ۶۵/۳٪ از موارد مبتلا به نئوپلاسم بدخیم در زمان تشخیص از کاهش وزن شکایت داشتند، اما تجزیه و تحلیل چند متغیره بین نوع نئوپلاسم و کاهش وزن ارتباط معنی دار آماری نشان نداد. عدم اطلاع دقیق افراد از وزن خود در زمان شروع اولین نشانه های نئوپلاسم از یک

کمی از آنها به درمانگاههای کانسر مراجعه میکردند. شایعترین نئوپلاسمهای خوش خیم و بدخیم در زنان مورد بررسی مانند نتایج سائر مطالعات در سینه بود (۲،۶،۱۴،۲۸،۳۹). در میان مردان شیوع نئوپلاسمهای بدخیم در پوست بیش از دستگاه گوارش بود که بر خلاف نتایج سایر بررسی ها بود (۲،۱۲). در این بررسی میانگین سنی افراد مورد مطالعه در زمان تشخیص نئوپلاسم $49/2 \pm 17/86$ سال بود که پایین بودن نسبی این سن، بر اهمیت انجام منظم تستهای غربالگری برای نئوپلاسمهای شایع در جامعه ما بیش از پیش تاکید می کند. شیوع بالای نئوپلاسمهای بدخیم در میان افراد ۶۵ ساله و بیشتر (۸۴/۸٪ افراد ۶۵ سال و بیشتر دچار نئوپلاسم بدخیم بودند).

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی و فراوانی نسبی نوع نئوپلاسم و ویژگیهای همراه آنها در افراد مورد بررسی

ویژگی مورد بررسی	تعداد	درصد
نوع نئوپلاسم		
خوش خیم	۱۶۳	۲۲/۷۵
بدخیم	۳۲۰	۶۶/۲۵
وجود کیسول		
دارد	۲۱	۴/۳۵
ندارد	۴۴۲	۹۵/۶۵
غدد لنفاوی مبتلا		
دارد	۹۸	۲۰/۳۹
ندارد	۳۲۳	۴۶/۱۶
وجود متاستاز		
بلی	۲۵	۷/۸۱
خیر	۲۹۵	۹۲/۱۹
نوع بافت اولیه		
اکتودرم	۱۲۴	۲۵/۷۷
اندودرم	۲۰۸	۴۳/۲۶
مزودرم	۱۴۹	۳۰/۹۷
درجه بندی نئوپلاسم		
بدخیم		
بسیارویا متوسط تمایز یافته	۷۳	۲۲/۲۷
کم تمایز یافته و یا تمایز نیافته	۲۸	۲۷/۷۳
وجود بی اشتهایی		
بلی	۱۱۰	۲۲/۷۷
خیر	۳۷۲	۷۷/۲۳

دادند. اما در تجزیه و تحلیل چند متغیره با رگرسیون لوجستیک، متغیرهای سیگار کشیدن، وجود تغییر وزن و یا کاهش وزن با نوع نئوپلاسم رابطه آماری نشان ندادند. (جدول شماره ۳).

وجود لنفادنوپاتی، وجود متاستاز و وجود کپسول در اطراف نئوپلاسم ارتباط آماری معنی دار وجود داشت (جدول شماره ۱). علیرغم اینکه در تجزیه و تحلیل آماری دو متغیره تمامی متغیرهای مورد بررسی با نوع نئوپلاسم ارتباط آماری نشان

جدول شماره ۳: برآورد نسبت خطر تطبیق شده (adjusted odds ratio) خصوصیات فردی و بیماری بر روی نئوپلاسم در جمعیت مورد بررسی

نام خصوصیت	میزان معنی داری	نسبت خطر (OR)	حدود اطمینان ۹۵٪	نام خصوصیت	میزان معنی داری	نسبت خطر (OR)	حدود اطمینان ۹۵٪
سن				وجود تغییر وزن			
۱۸-۳۹	—	مرجع	—	+	۰/۹۹	۱/۰۰۹	۰/۳۶-۲/۸۵
۴۰-۶۴	۰/۳۵	۱/۲۹	۰/۷۵-۲/۲۲	-	—	مرجع	—
>۶۴	۰/۰۰۱	۳/۲۴	۱/۶۲-۶/۵۰	وجود کاهش وزن			
جنس				+	۰/۰۰۱	۶/۱۳	۳/۲۶-۱۱/۵۳
مذکر	۰/۰۰۱	۳/۶۹	۲/۱۲-۶/۴۱	-	—	مرجع	—
مونث	—	مرجع	—	وجود لنفادنوپاتی			
سیگار کشیدن				+	۰/۰۰۱	۲۳/۷	۸/۲۳-۶۸/۱۸
+	۰/۳۳	۱/۶۷	۰/۶۰-۴/۶۷	-	—	مرجع	—
-	—	مرجع	—	وجود کپسول			
BMI				+	۰/۰۰۶	۰/۱۷	۰/۰۵-۰/۱۶
<۲۰	—	۱/۹۸	۱/۰۴-۳/۷۸	-	—	مرجع	—
۲۰-۲۵	۰/۰۰۲	۲/۴۹	۱/۴۰-۴/۴۳				
>۲۵	—	مرجع	—				
وجود بی اشتها							
بی	۰/۰۰۱	۷/۸۵	۳/۹۱-۱۵/۷۴				
اشتهایی	—	مرجع	—				
+							
-							

بحث

بطور کلی در بررسی حاضر شایعترین نئوپلاسمهای خوش خیم در سینه، سیستم تناسلی زنانه، دستگاه گوارش و یا بافت نرم و شایعترین نئوپلاسمهای بدخیم پرتیب دردستگاه گوارش، پوست و سینه بود. علیرغم گزارش شیوع بالای نئوپلاسمهای بدخیم ریه در سایر جمعیتها (۱۲،۲۶). در این بررسی این نئوپلاسمها در میان جمعیت مورد بررسی شایع نبود. یکی از علل این موضوع این بود که اکثر موارد مشکوک به نئوپلاسم ریه جهت اقدامات تشخیصی به بخشهای فوق تخصصی ریه ارجاع میشدند و فقط تعداد

این موضوع بیانگر این است که در بررسی حاضر خصوصیات مذکور عوامل پیشگویی کننده مستقلی برای نوع نئوپلاسم نبودند. وجود لنفادنوپاتی در زمان تشخیص و سن بیش از ۶۴ سال اثرات نسبتاً قوی در پیشگویی نوع نئوپلاسم داشتند، اما سن ۴۰-۶۴ سال با نوع نئوپلاسم ارتباط مهم آماری نشان نداد. علاوه بر این احتمال وقوع نئوپلاسم بدخیم در کسانی که BMI بیشتر از ۲۵ یا کمتر از ۲۰ داشتند، بالاتر از افرادی بود. این بررسی داشتند. جنس زن، عدم بی اشتها و وجود کپسول در اطراف نئوپلاسم از عوامل قوی پیشگویی کننده نئوپلاسم خوش خیم بودند (جدول شماره ۳).

مقدمه

نئوپلاسم یک توده غیر طبیعی بافتی است که رشد آن بطور ناهماهنگی بیشتر از بافتهای طبیعی است و بعد از توقف محرکهای ایجاد کننده آن، در همان حالت رشد افزایش یافته باقی میماند. اساس همه نئوپلاسمها عدم پاسخ به عوامل کنترل رشد طبیعی میباشد. نئوپلاسم وقتی خوش خیم تلقی می شود که خصوصیات سلولی و ظاهری آن نسبتاً سالم هستند، یعنی موضعی باقی مانده و نمی تواند به مناطق دیگر انتشار یابد، بنابراین بطور موضعی قابل برداشت بوده و در آن حیات بیمار حفظ میشود. نئوپلاسم بدخیم به این معنی است که نئوپلاسم میتواند به ساختمانهای اطراف تهاجم کند، باعث تخریب شود، به مناطق دوردست انتشار یابد و سرانجام منجر به مرگ شود (۱) میزان اکثر نئوپلاسمهای بدخیم بخصوص آنهایی که از بافت اپی تلیوم منشاء می گیرند با بالا رفتن سن افزایش می یابد (۱،۲). عامل دیگری که احتمال نئوپلاسمهای بدخیم را افزایش می دهد جنس است، بطوریکه برای همه سرطانها بجز تیروئید و کیسه صفرا، میزان بروز در مردان بیشتر از زنان میباشد (۱،۳). بررسیهای اخیر نشان داده اند سیگار کشیدن خطر اکثر نئوپلاسمهای بدخیم از جمله سرطان حفره های بینی و سینوسهای اطراف بینی، نازوفارنکس، معده، کبد، کلیه، سرویکس، آدنوکارسینوم کولون و رکتوم، کیسه صفرا، تخمدان و لوسمی میلوئید را افزایش میدهد (۴-۱۲)، علاوه بر این از مدتها قبل معلوم شده که بسیاری از سرطانها شامل سرطانهای ریه، حفره دهان، حلق، حنجره، لوزالمعده، مری، مثانه و لگنچه کلیه نیز ناشی از سیگار هستند (۴). سیگار علت ۱/۳ همه مرگهای ناشی از سرطان در کشورهای غربی (۴)، ۱/۳ مرگهای ناشی از سرطان در مردان و بیش از ۱۰٪ این مرگها در زنان می باشد (۱۳). بطور کلی افراد چاق نیز تمایل بیشتری برای بدخیمی دارند. مطالعات انجام شده نشان میدهد بین BMI و برخی از نئوپلاسمها ارتباط وجود دارد. چاقی احتمال ابتلا به سرطان سینه (۱۴،۱۵)، سرطان کولون و رکتوم (۱۶،۱۷)، کیسه صفرا (۱۷)، آندومتر (۱۸،۱۹) و تیروئید (۲۰) را در زنان، احتمال ابتلا به انواع وخیم سرطان پروستات (۱۸،۲۱)، ملانوم بدخیم، میلوم مالتی بل، CLL،

AML و سرطان کبد (۱۸)، آدنوکارسینوم مری یا کاردیا (۱۸،۲۲) را در مردان و احتمال سرطان سلول کلیوی (۲۳)، سرطان لوزالمعده (۲۴) و سارکوم بافت نرم (۲۵) را در زنان و مردان افزایش میدهد. از طرف دیگر آشکارترین علامت بالینی نئوپلاسمهای بدخیم تحلیل بافتهای بدن یا لاغری مفرط میباشد که در حدود نیمی از بیماران سرطانی در زمان تشخیص بیماری وجود دارد (۲۶)، اما اغلب در مراحل پیشرفته بیماری دیده می شود (۲۷-۲۹). بی اشتهایی که از نظر تعریف کاهش تغذیه به کمتر از ۸۰٪ میزان تغذیه معمول روزانه است علامت دیگری است که منجر به کاهش دریافت ارادی غذا میشود یک جزء اساسی در سندروم لاغری مفرط همراه با نئوپلاسم بدخیم میباشد که با وجود آنکه در اکثر بیماران در انواع پیشرفته بیماری رخ میدهد، ممکن است در ابتدای سیر بیماری یعنی زمانی که توده کاملاً کوچک است نیز ایجاد شود و وقوع آن به نوع، محل و stage نئوپلاسم بستگی دارد (۳۱-۲۶). بی اشتهایی و کاهش وزن در انواعی از کانسرها از جمله در دستگاه گوارش، لوزالمعده، کلیه و تخمدان گزارش گردیده است (۳۲-۳۷). هدف از انجام این بررسی تعیین توزیع BMI و بعضی از خصوصیات فردی و بیماری در زمان تشخیص نئوپلاسم اعم از خوش خیم یا بدخیم و تعیین ارتباط بین نوع نئوپلاسم و این خصوصیات در افراد مورد بررسی بود.

مواد و روشها

در این مطالعه مقطعی افراد بزرگسالی که برای اولین بار بعلت وجود توده مشکوک به نئوپلاسم به درمانگاههای کانسر بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه تهران مراجعه نموده بودند بررسی شدند. بیمارانی که برای مرتبه دوم یا بیشتر مراجعه نموده، قبلاً در آنها تشخیص سرطان داده شده بود و یا اقدام درمانی بر روی آنها آغاز شده بود وارد مطالعه نشدند. نمونه گیری به روش convenient انجام شد و اطلاعات از ۴۸۳ نفر که در طول سال ۱۳۸۲ به این درمانگاهها برای اولین بار مراجعه کرده بودند جمع آوری گردید. وزن و قد تمام بیماران در بدو ورود اندازه گیری شد. فرم جمع

توزیع شاخص توده بدن (BMI) و سایر خصوصیات فردی و بیماری و ارتباط آنها با نوع نئوپلاسم در زمان تشخیص

دکتر پریچهر توتونچی (دانشیار)، دکتر سهیلا دبیران (استادیار)

گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

مقدمه: نئوپلاسمها از علل شایع بیماری در افراد بزرگسال محسوب می شوند و انواع بدخیم آن دومین علت مرگ پس از بیماریهای قلبی می باشند. هدف از انجام این مطالعه تعیین توزیع شاخص توده بدن و سایر خصوصیات فردی و بیماری در بیماران مبتلا به نئوپلاسم و ارتباط آنها با نوع نئوپلاسم در بدو تشخیص در بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران میباشد. مواد و روشها: در این مطالعه مقطعی ۴۸۳ نفر از مراجعین به درمانگاههای کانسر بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه تهران در سال ۱۳۸۲ از طریق مصاحبه، معاینه و گزارش آسیب شناسی مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: در میان افراد مورد بررسی ۲۸۰ نفر (۵۷/۹۷٪) زن و ۲۰۳ نفر (۴۲/۰۳٪) مرد بودند. ۳۲۰ نفر (۶۶/۲۵٪) دچار نئوپلاسم بدخیم و ۱۶۳ نفر (۳۳/۷۵٪) دچار نئوپلاسم خوش خیم بودند. شایعترین نئوپلاسم های بدخیم به ترتیب در دستگاه گوارش (۲۴/۶۸٪)، پوست (۲۲/۸۲٪) و سینه (۱۵/۹۴٪) و شایعترین نئوپلاسمهای خوش خیم بترتیب در سینه (۲۶/۹۹٪)، دستگاه تولید مثل زنان (۱۷/۷۹٪)، دستگاه گوارش (۱۲/۲۶٪) و بافت نرم (۱۲/۲۶٪) بود. در میان مبتلایان به نئوپلاسمهای خوش خیم ۱۵/۹۵٪ افراد $BMI < 20$ و ۳۰/۶۷٪ افراد $BMI > 25$ و بقیه BMI طبیعی داشتند. در میان مبتلایان به نئوپلاسمهای بدخیم ۲۵/۶۲٪ افراد $BMI < 20$ و ۳۵/۶۲٪ افراد $BMI > 25$ و بقیه BMI طبیعی داشتند. ۲۲/۸٪ افراد بی اشتهایی، ۶۰/۹٪ تغییر وزن و ۵۶/۵٪ کاهش وزن در جریان ظهور علائم نئوپلاسم را ذکر می کردند. در زمان تشخیص نئوپلاسمها در ۴/۳۵٪ موارد کپسول، در ۲۰/۲۹٪ موارد ابتدای غدد لنفاوی و در ۵/۱۷٪ موارد متاستاز وجود داشت. در میان افراد مورد بررسی بین نوع نئوپلاسم و سن، جنس، BMI ، وجود کپسول در نئوپلاسم، وجود لنفادنوپاتی، وجود متاستاز، وجود کاهش وزن و بی اشتهایی ارتباط معنی دار آماری وجود داشت. نتیجه گیری و توصیه‌ها: با وجودیکه بیشتر نتایج این بررسی در تایید نتایج سایر بررسیها می باشد اما بایستی در مطالعات آینده نگر و گسترده تر در سطح شهر تهران و در تمام کشور تایید گردد.

کلمات کلیدی: شاخص توده بدن، نئوپلاسم خوش خیم، نئوپلاسم بدخیم، بی اشتهایی، لنفادنوپاتی، متاستاز