

Epidemiologic, Colonoscopic and Histologic Characteristics of Colorectal Polyps

Omid Emadian¹,
Zhila Torabizadeh¹,
Homa Taheri²

¹ Associate Professor, Department of Pathology, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Medical Student, Student Research Committee, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received April 4, 2015 Accepted February 13, 2015)

Abstract

Background and purpose: Colorectal cancer is one of the most common types of cancers worldwide. Most of the times it is superimposed on an adenomatous polyp. Today, colonoscopy is the gold standard screening test for diagnosis of colorectal cancer which prevents developing cancer on the adenocarcinoma sequence path way. The goal of this study was to evaluate the gross and microscopic characteristics and the type of colonic polyps.

Materials and methods: A descriptive cross-sectional study was performed using the information available in pathology department in Sari Imam Khomeini Hospital, 2004-2014. Data including age, gender, site of polyp, size and histologic type was recorded.

Results: There were 548 polyps of which 56.7% were seen in male patients. The patients were between 14 to 88 years of age. More than half of the polyps were found in those aged 50 to 70 years of old, but 15.1% were observed in cases under 40 years of age. 54.8% of the polyps were located in rectosigmoid and 16.5% were found in left part of the colon before splenic flexure. Histologic studies revealed different types of polyps including adenomatous (57.6%), hyperplastic (16.4%), juvenile (6%), retention (5.8%), adenocarcinoma (4%), high grade dysplasia (3.9%), no polyp (3.3%), and mixed hyperplastic adenomatous polyps (3.2%). Among adenomatous polyp, there were tubular (83.1%), tubulovillous (16.3%), and villous (2.4%) adenomas.

Conclusion: Adenomatous polyp, especially tubular adenoma was the most common colonic polyp and it was more common in rectosigmoid area among male patients aged 50-70 years old.

Keywords: epidemiology, colon polyp, histopathology

J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(134): 242-250 (Persian).

ویژگی های اپیدمیولوژیک، کولونوسکوپیک و بافت شناختی پولیپ های کولورکتال

سید امید عمادیان^۱

ژیلا ترابی زاده^۱

هما طاهری^۲

چکیده

سابقه و هدف: سرطان کولورکتال یکی از شایع ترین سرطان ها در سراسر جهان است و در اکثر موارد در زمینه پولیپ آدنوماتوز منشاء می گیرد. امروزه کولونوسکوپی روش غربالگری استاندارد طلایی برای سرطان کولورکتال است که توسط آن می توان آدنوم های پیش ساز سرطان را برداشته و توالی آدنوم- کارسینوم را قطع کرد. هدف از این مطالعه بررسی ویژگی های ماکروسکوپی و میکروسکوپی پولیپ ها و انواع آن ها بوده است.

مواد و روش ها: این مطالعه مقطعی و توصیفی روی بیماران پولیکتومی شده توسط کولونوسکوپی در بیمارستان امام خمینی (ره) ساریاز سال ۱۳۸۳ تا ۱۳۹۳ با استفاده از اطلاعات موجود در بخش پاتولوژی آن مرکز صورت گرفت. بدین منظور پرسش نامه ای شامل سن، جنس، محل پولیپ، اندازه و نوع بافت شناختی آن تهیه گردید.

یافته ها: از ۵۴۸ پولیپ بررسی شده، ۵۶/۷ درصد متعلق به مردان بودند. محدوده سنی بیماران از ۱۴ تا ۸۸ سال بود. بیش از نیمی از پولیپ ها در سنین ۵۰ تا ۷۰ سال دیده شدند و تنها ۱۵/۱ درصد آن ها در سن زیر ۴۰ سال دیده شدند. در کل فقط ۱۶/۵ درصد بیماران، پولیپ در سمت چپ کولون قبل از خم طحالی داشتند. ۵۴/۸ درصد پولیپ ها در ناحیه رکتوسیگموئید قرار داشتند. از لحاظ نوع بافت شناختی پولیپ های تشخیص داده شده در کولونوسکوپی، به ترتیب شیوع ۵۷/۶ درصد از نوع آدنوماتو، ۱۶/۴ درصد هیپرپلاستیک، ۶ درصد از نوع Juvenile، ۵/۸ درصد التهابی، ۴ درصد آدنوکارسینوما، ۳/۹ درصد دیس پلازی درجه بالا، ۳/۳ درصد بافت نرمال کولون (no polyp) و در ۳/۲ درصد موارد نیز هم زمان دارای انواع مختلف بافت شناختی بودند. ۸۱/۳ درصد پولیپ های آدنوماتو از نوع توبولار، ۱۶/۳ درصد توبولوویلوس و ۲/۴ درصد ویلوس بودند.

استنتاج: شایع ترین نوع پولیپ انواع آدنوماتو و به ویژه نوع توبولار آن بود. پولیپ در مردان و در سن ۵۰ تا ۷۰ سال و در ناحیه رکتوسیگموئید شایع تر بود.

واژه های کلیدی: اپیدمیولوژی، پولیپ کولون، انواع بافت شناختی

مقدمه

پولیپ کولون ضایعه ای برآمده به داخل مجرای کولون است که انواع مختلفی می تواند داشته باشد (۱) برخی از انواع این پولیپ ها مانند انواع آدنوماتو پتانسیل بدخیمی داشته و می توانند پیش ساز بدخیمی باشند (۲). اگرچه

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۱۷۵۸ است که توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران تامین شده است.

E-mail: zhtorabi@yahoo.com

مؤلف مسئول: ژیلای ترابی زاده ساری، خیابان رازی، بیمارستان امام خمینی، بخش پاتولوژی

۱. استاد، گروه پاتولوژی، مرکز تحقیقات بیماری های روده و کبد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱/۱۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۴/۱/۱۶ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۱۱/۲۴

است و بروز آن در سرتاسر زندگی حدود ۵ درصد می باشد (۲۵،۲۴). این شیوع بالای پولیپ و سرطان تاکید می بر اهمیت شناسایی و درمان زودرس آن ها است.

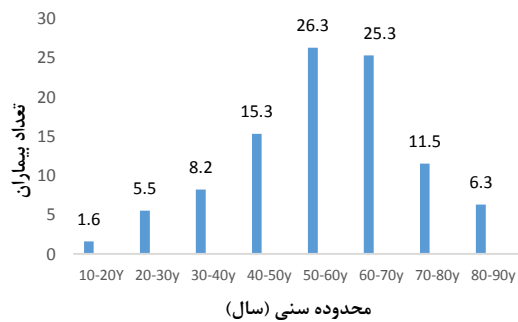
تاکنون مطالعات مختلفی در مورد شیوع و توزیع مکانی و فراوانی نسبی انواع مختلف آن ها انجام شده است. نتایج آن ها با وجود هم خوانی قابل توجه در اکثریت قریب به اتفاق موارد، تفاوت های آشکاری را در برخی جوامع با مناطق دیگر نشان داده است. لذا بررسی ویژگی های آن ها در هر منطقه اجتناب ناپذیر به نظر می رسد. از طرفی در جوامع مختلف تغییراتی در ویژگی های مختلف پولیپ ها در گذر زمان ایجاد شده است، برای مثال می توان به تمایل پیشرونده پولیپ ها به قرارگیری در سمت راست در سالیان اخیر در برخی جوامع مانند آمریکا اشاره کرد (۲۶). پی گیری این تغییرات نیز مستلزم انجام مطالعات پایه ای در مورد پولیپ های کولون در هر منطقه است. هدف از این مطالعه بررسی ویژگی های ماکروسکوپی و میکروسکوپی پولیپ ها و انواع آن ها در بیمارستان امام (ره) ساری بوده است.

مواد و روش ها

این مطالعه به صورت مقطعی و توصیفی روی بیماران پولیپکتومی شده توسط کولونوسکوپی در بیمارستان امام خمینی (ره) ساری (بزرگ ترین مرکز ارجاعی گوارش در استان مازندران)، از سال ۱۳۸۳ تا ۱۳۹۳ با استفاده از اطلاعات موجود در بخش پاتولوژی آن مرکز صورت گرفت. بدین منظور پرسش نامه ای شامل سن، جنس، محل پولیپ، اندازه و نوع ماکروسکوپی و بافت شناختی آن تهیه گردید. سپس با مراجعه به بایگانی بخش پاتولوژی با لحاظ معیارهای ورود به مطالعه کلیه گزارش های مربوط به سال های ۱۳۸۳ تا ۱۳۹۳ مورد بررسی قرار گرفت و اطلاعات بیماران در پرسش نامه ها درج شد. معیارهای ورود شامل تمامی بیماران دچار پولیپ کولون دارای گزارش پاتولوژی در بخش پاتولوژی بیمارستان امام خمینی (ره) ساری طی سال های

ماهیت پیش بدخیم آن ها در گذشته محل مناقشات بسیاری بوده است؛ در حال حاضر استعداد پیش بدخیم آن ها به ویژه در مورد پولیپ های کمپلکس انکارناپذیر است (۴،۳). از طرفی طبق نظر بسیاری از صاحب نظران، اغلب سرطان های کولورکتال از این پولیپ های آدنوماتوی پیش ساز سرطان برمی خیزند (۴). با وجودی که آدنوم ها پیش بدخیم محسوب می شوند فقط جزئی از آن ها در نهایت به سرطان تبدیل می شوند (۵،۳). در حقیقت حدود دو دهه یا بیش تر طول می کشد تا یک پولیپ آدنوماتو به سرطان تبدیل شود. همین فاصله زمانی فرصتی طلایی برای شناسایی زودرس آن ها قبل از تبدیل شدن به بدخیمی را فراهم می کند. تا کنون تلاش های بسیاری به منظور کشف زود هنگام این پولیپ ها و در نتیجه جلوگیری از تبدیل آن ها به سرطان کولو رکتال صورت گرفته است. نتیجه این تلاش ها ابداع کولونوسکوپی به عنوان روشی هم برای کشف و هم برای درمان این پولیپ ها بوده است، به طوری که امروزه کولونوسکوپی به روش غربالگری استاندارد طلایی برای سرطان کولورکتال تبدیل شده است (۶). در گذشته ای نه چندان دور شناسایی هر پولیپ کولون معادل برداشتن قسمتی از کولون بیمار بوده است ولی امروزه با استفاده از کولونوسکوپ می توان اکثریت قریب به اتفاق این پولیپ ها را برداشت. در جوامع پیشرفته مانند آلمان و ژاپن، غربالگری روتین پولیپ و آدنوکارسینوم چندین سال است که برای تمام افراد هدف در جامعه آغاز شده است (۷). ولی متأسفانه در حال حاضر چنین امکانی در کشور ایران وجود ندارد. پولیپ های کولون ضایعات نسبتاً شایعی هستند و بار درمانی و مالی نسبتاً سنگینی را سالانه به سیستم درمانی وارد می کنند. شیوع آن ها در جوامع مختلف تا ۴۰ درصد ذکر شده است (۸،۲). متأسفانه در اکثر مطالعات شایع ترین پولیپ ها نیز انواع آدنوماتوی پیش ساز بدخیمی بوده اند (۲۱-۸). در مطالعات مختلف از ۴/۵ تا ۸۳/۳ درصد از پولیپ ها از انواع آدنوماتو بوده اند (۲۲-۸). سرطان کولورکتال یکی از شایع ترین سرطان ها در سراسر جهان

هیچ پولیپی در گروه سنی زیر ۱۰ سال دیده نشد. به زبان ساده می‌توان گفت که بیش از نیمی از پولیپ‌ها (۵۱/۶ درصد) در سنین ۵۰ تا ۷۰ سال دیده شدند. تنها ۱۵/۳ درصد مجموع پولیپ‌ها در سن زیر ۴۰ سال دیده شد و ۸۴/۶ درصد پولیپ‌ها در سن بالای ۴۰ سال دیده شدند. محدوده سنی بیماران این مطالعه از ۱۴ تا ۸۸ سال بود. در این میان محدوده سنی بیماران دچار پولیپ آدنوماتو از نوع توبولار ۱۴ تا ۸۸ سال، توبولوویلوس ۳۰ تا ۸۳ سال و ویلوس ۲۶ تا ۷۶ سال بود. از بیماران دچار پولیپ آدنوماتوی دارای دیس پلازی درجه بالا، تنها مورد توبولار ۵۹ ساله بود و محدوده سنی انواع توبولوویلوس ۴۶ تا ۷۷ سال و ویلوس ۳۵ تا ۷۰ سال بود.



نمودار شماره ۱: توزیع سنی پولیپ‌های کولورکتال

جدول شماره ۳: فراوانی نسبی پولیپ‌های کولورکتال بر حسب انواع بافت شناختی

نوع هیستولوژی	تعداد (درصد)
آدنوماتوز	(۷۵)۶/۳۱۶
هیپرپلاستیک	(۴۱۶)۹۰
جوانان	(۳۳)۶
التهابی	(۳۲)۵/۸
آدنوکارسینوم	(۲۲)۴
دیسپلازی گرید بالا	(۲۱)۳/۹
بدون پولیپ	(۱۸)۳/۳
انواع مختلف	(۱۶)۳/۲
مجموع	(۵۴۸)۱۰۰

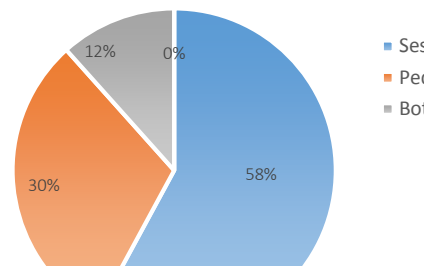
در ۳۹۲ مورد از کل پولیپ‌ها (۷۱/۵ درصد) پایه‌دار یا مسطح بودن پولیپ ثبت نشده بود. نمودار شماره ۲ اطلاعات ۱۵۶ مورد دارای داده‌های ثبت شده را نشان می‌دهد. ۲ مورد نیز دارای پولیپ‌هایی از

۸۳ تا ۹۳ و نداشتن سابقه مکتوب از سندرم‌های پولیپوز یا کولیت اولسرو یا سرطان کولون بود. سن بیماران به ۸ گروه ۱۰ تا ۲۰ سال، ۲۰ تا ۳۰ سال، ۳۰ تا ۴۰ سال، ۴۰ تا ۵۰ سال، ۵۰ تا ۶۰ سال، ۶۰ تا ۷۰ سال، ۷۰ تا ۸۰ سال و ۸۰ تا ۹۰ سال تقسیم شد. محل آناٹومیک پولیپ نیز به ۹ گروه سکوم، کولون صعودی، خم کبندی، کولون عرضی، خم طحالی، کولون نزولی، سیگموئید، رکتوم و نامشخص تقسیم شد. انواع ماکروسکوپی آن‌ها به ۴ گروه پایه دار، مسطح، دارای ویژگی‌های هر دو نوع و نامشخص تقسیم شد. از لحاظ نوع بافت شناختی نیز در ۸ دسته آدنوماتو، هیپرپلاستیک، التهابی، Juvenile، آدنوکارسینوم، آدنوماتوی دارای دیس پلازی درجه بالا، بدون پولیپ و دارای چندین نوع مختلف قرار گرفتند. در کلیه مراحل این مطالعه اصول اخلاقی مطابق مفاد عهدنامه هلسینکی و موازین اسلامی کشور رعایت شد. از درج نام بیماران در پرسش‌نامه‌ها خودداری شد و به جای آن شماره گزارش پاتولوژی آن‌ها ثبت گردید. اطلاعات پس از ثبت با استفاده از نرم‌افزار SPSS V.15.1 مورد تحلیل آماری قرار گرفت. در تحلیل توصیفی از شاخص‌های مرکزی، درصد فراوانی، میانگین و دامنه استفاده شد. در آنالیز تحلیلی داده‌ها نیز برای متغیرهای پیوسته با توزیع نرمال از آزمون آماری مربعات و برای متغیرهای پیوسته با توزیع غیر نرمال از داده‌ها، سطح معنی‌داری ۹۵ درصد ($p < 0.05$) در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر از سال ۱۳۸۳ تا ۱۳۹۳ در کل تعداد ۵۴۸ پولیپ در بخش پاتولوژی بیمارستان امام (ره) ساری گزارش شده بود. ۳۱۱ پولیپ در مردان (۵۶/۷ درصد) و ۲۳۷ پولیپ در زنان (۴۳/۳ درصد) دیده شد. داده‌های سنی و جنسیت پولیپ‌های کولورکتال طبق اطلاعات نمودار شماره ۱ و جدول شماره ۱ بوده است.

هر دو نوع پایه دار و مسطح بودند که هر دوی آنها مرد بودند. در افراد مذکر ۲۹/۳ درصد پولپ ها پایه دار و ۶۸/۵ درصد پولپ ها مسطح و ۲/۲ درصد نیز حامل پولپ هایی از هر دو نوع بودند ولی در جنس مونث ۴۰/۶ درصد پولپ ها پایه دار و ۵۹/۷ درصد آنها مسطح بودند. ۵۰/۹ درصد ضایعات پایه دار در مردان و ۴۹/۱ درصد آنها در زنان دیده شد در حالی که ۶۲/۴ درصد ضایعات مسطح در مردان و ۳۷/۶ درصد آنها در زنان مشاهده شد.



نمودار شماره ۲: توزیع فراوانی نسبی پولپ های کولورکتال پایه دار و مسطح

از لحاظ توزیع مکانی پولپ ها در ۱۲/۶ درصد موارد (تعداد ۶۹ پولپ) مکان دقیق آنها مشخص نشده بود. اطلاعات ۴۷۹ مورد با موقعیت مشخص را نشان می دهد. در ۱۱/۵ درصد بیماران (۵۵ مورد) بیش از یک پولپ دیده شد که در نواحی مختلف قرار داشتند. در کل فقط ۱۶/۵ درصد بیماران پولپ در سمت چپ کولون (قبل از خم طحالی) داشتند. ۵۴/۸ درصد پولپ ها در ناحیه رکتوسیگموئید قرار داشتند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: توزیع پولپ های دیس پلاستیک در روده بزرگ

نوع هیستولوژی	پولپ ها تعداد (درصد)	توبولار تعداد (درصد)	توبولو ویلوس تعداد (درصد)	ویلوس تعداد (درصد)	دیسپلازی گرید بالا تعداد (درصد)	آدنوکارسینوم تعداد (درصد)
سکوم	۱۲ (۳۳)	۱۰ (۸۳/۳)	۱ (۸/۳۳)	۱ (۸/۳۳)	۰	۰
کولون صعودی	۵۱ (۱۴)	۴۰ (۷۸/۳)	۶ (۱۱/۷)	۲ (۴)	۲ (۴)	۱ (۲)
خم کیدی	۱۷ (۴/۷)	۱۳ (۷۶/۴)	۱ (۵/۹)	۰	۱ (۵/۹)	۱ (۱۱/۸)
کولون عرضی	۲۹ (۷/۹)	۲۳ (۷۹/۳)	۴ (۱۳/۷)	۰	۱ (۳/۵)	۱ (۳/۵)
خم طحالی	۴ (۱)	۳ (۷/۵)	۰	۰	۰	۱ (۲/۵)
کولون نزولی	۳۶ (۱۰)	۲۷ (۷۵)	۵ (۱۳/۹)	۱ (۲/۸)	۱ (۲/۸)	۲ (۵/۵)
سیگموئید	۹۲ (۲۵)	۶۲ (۶۷/۴)	۲۰ (۲۱/۸)	۲ (۲/۲)	۴ (۴/۳)	۴ (۴/۳)
رکتوم	۸۳ (۲۲/۷)	۴۸ (۵۷/۸)	۱۷ (۲۰/۵)	۲ (۲/۴)	۷ (۸/۴)	۹ (۱۰/۸)
نامشخص	۴۳ (۱۱/۷)	۳۳ (۷۶/۷)	۷ (۱۶/۳)	۰	۰	۳ (۷/۰)
مجموع	۳۶۷ (۱۰۰)					

در کل تعداد ۳۶۷ پولپ (۶۷ درصد) از کل ۵۴۸ پولپ دیس پلاستیک بودند که شامل انواع آدنوماتو، با یا بدون دیس پلازی درجه بالا و آدنوکارسینوم می شد. گروه کوچکی از این پولپ های دیس پلاستیک به صورت متعدد و همراه با پولپ های غیر دیس پلاستیک بودند. از میان ۲۹۴ مورد پولپ آدنوماتو، ۸۱/۳ درصد آنها (۲۳۹ مورد) از نوع توبولار، ۱۶/۳ درصد (۴۸ مورد) از نوع توبولو ویلوس و ۲/۴ درصد (۷ مورد) از نوع ویلوس بودند. دیس پلازی درجه بالا در ۲۱ پولپ آدنوماتو مشاهده شد (در ۳/۹ درصد کل پولپ های کولون و در ۶/۷ درصد پولپ های آدنوماتو). از این ۲۱ مورد ۶۶/۷ درصد (۱۴ مورد) از نوع توبولو ویلوس، ۲۸/۶ درصد (۶ مورد) از نوع ویلوس و ۴/۷ درصد (۱ مورد) از نوع توبولار بودند. از کل ۲۴۰ پولپ توبولار موجود در این مطالعه (با و بدون دیس پلازی درجه بالا) ۰/۴۱ درصد آنها (۱ مورد) دارای دیس پلازی درجه بالا بود. از میان ۶۲ مورد پولپ توبولو ویلوس ۲۲/۶ درصد (۱۴ مورد) و از تمام ۱۳ مورد پولپ ویلوس ۴۶/۱ درصد (۶ مورد) دچار دیس پلازی درجه بالا بودند (جدول شماره ۱).

بحث

ویژگی های اپیدمیولوژیک و پاتولوژیک پولپ های کولورکتال در جوامع مختلف و حتی در یک جامعه در طی زمان می تواند دارای تفاوت های عمده ای باشد (۲۶).

جدول شماره ۳: فراوانی نسبی انواع بافت شناختی پولپ های کولورکتال، توزیع جنسیتی و محدوده سنی آن ها

نوع هیستولوژی	پولپ ها تعداد (درصد)	M/F	اندازه (میلی متر)	
			Age	<5 (درصد) / >5 (درصد)
تویولار	۲۳۹/۴۳/۶	۱۴۷/۹۲	۱۴/۸۸	۶۷
ویلوس	۷۱/۳	۳/۴	۲۵/۷۶	۲۸/۶
تویولو ویلوس	۴۸/۸۷	۳۰/۱۸	۳۰/۸۳	۳۵
هیپرپلاستیک	۱۶/۴ (۹۰)	۵۴/۳۶	۱۸/۸۸	۶۶/۷
جوانان	۳۳/۶	۱۶/۱۶	۱۸/۳۴	۴۸/۵
التهابی	۳۲/۵/۸	۹/۲۳	۲۱/۷۱	۷۱/۹
آدنوم دنداندار	۱۰/۲	۱/۰	۵۸	۱۰۰
کریبت نابجا	۲۲/۴	۱۳/۹	۳۶/۸۷	۹۰/۹
دیسپلازی گرید بالا	۲۱/۳/۹	۱۱/۱۰	۳۵/۷۷	۳۸/۱
آدنوکارسینوم	۲۲/۴	۱۲/۱۰	۱۷/۵۸	۶۳/۶
بدون پولپ	۳۳/۳	۸/۱۰	۲۲/۸۲	۶۶/۷
انواع مختلف	۱۶/۳/۲	۸/۸	۲۴/۸۳	۵۰
مجموع	۵۴۸/۱۰۰	۳۱۱/۳۳۷	۱۴/۸۸	۶۲

در این مطالعه مردان (۵۶/۷ درصد) نسبت به زنان (۴۳/۳ درصد) در صد بیش تری از افراد دچار پولپ را تشکیل می دادند که از این نظر در انطباق با اکثریت مطلق مطالعات انجام شده در داخل و خارج از ایران می باشد (۲۷، ۱۳، ۱۲، ۹). در اکثر آن ها شیوع پولپ در مردان بیش تر بوده است. البته می تواند دلایل نامحتمل تری چون علامت دار شدن پولپ ها در مردان نیز داشته باشد (۲۳-۱۱). با افزایش سن تا دهه هفتم زندگی فراوانی پولپ ها افزایش می یافت به طوری که بیش از نیمی از پولپ ها (۵۱/۶ درصد) در سنین ۵۰ تا ۷۰ سال دیده می شدند. تنها ۱۵/۳ درصد مجموع پولپ ها در سن زیر ۴۰ سال دیده شد و ۸۴/۶ درصد پولپ ها در سن بالای ۴۰ سال دیده شدند. با توجه به نبود برنامه غربالگری روتین و مدون در کشورمان، به احتمال زیاد این گروه های سنی بیش تر دچار علایم گوارشی شده و مراجعه برای کولونوسکوپی داشته اند. بیش ترین فراوانی پولپ ها در دهه ششم زندگی مشاهده شد (۲۶/۳ درصد). در مطالعه بانفنده و همکاران نیز بیش ترین فراوانی در همین گروه سنی بود (۱۰). ولی در مطالعه رهبر و همکاران (۲۷) بیش ترین فراوانی مربوط به دهه پنجم و در مطالعه آگاه و همکاران (۱۲) مربوط به دهه هفتم زندگی بود. ولی در کل بیش تر پولپ ها در سنین بالا مشاهده

شدند مانند یافته های مطالعات دیگر (۲۷-۱۱). در مطالعه حاضر ثبت نشدن پایه دار یا مسطح بودن پولپ ها در درصد قابل توجهی از موارد (۷۱/۵ درصد) در اطلاعات و برگه کولونوسکوپی موجود در بایگانی بخش پاتولوژی، کاربرد داده های این قسمت مطالعه را با سوالاتی رو به رو کرده است. در این مطالعه اغلب پولپ های دارای اطلاعات، مسطح بوده اند در حالی که در اکثر مطالعات مشابه غلبه با پولپ های پایه دار بوده است (۲۸، ۱۶، ۱۲). طبق داده های به دست آمده در این مطالعه، غالب پولپ ها در ناحیه رکتوسیگموئید قرار داشته اند (۵۴/۸ درصد) که با مطالعات گرامی زاده و همکاران (۹)، رهبر و همکاران (۲۷)، قانع و همکاران (۲۸)، آگاه و همکاران (۱۲)، آذرهوش و همکاران (۱۳) و Williams و همکاران (۲۹) هم خوانی دارد. اگرچه جدیداً نظریاتی در مورد افزایش نسبت پولپ های سمت راست کولون در مقایسه با سالیان دور در برخی کشورهای غربی ابراز شده است (۲۶) ولی در مطالعه حاضر فقط ۱۶/۵ درصد پولپ ها در سمت راست قرار دارند شاید بدین معنی باشد که تنها با سیگموئیدوسکوپی که انتخاب راحت تری برای بیماران هم هست می توان اغلب موارد پولپ ها را شناسایی کرد. از لحاظ نوع بافت شناختی ۷۴ درصد پولپ ها از انواع اپی تلیال بودند (آدنوماتو و هیپرپلاستیک). در این مورد نیز هم خوانی بین اطلاعات مطالعات ایرانی و خارجی مشهود بود. شایع ترین پولپ ها در این مطالعه انواع آدنوماتو بودند (۵۷/۶ درصد). در مطالعه آذرهوش و همکاران (۱۳) و مطالعه زارع و همکاران (۱۱) نیز غلبه با این نوع از پولپ ها بوده است. تنها در دو مطالعه اکثریت پولپ ها را انواع دیگری تشکیل می دادند (۲۸، ۲۳).

در مطالعه شریفی و همکاران اکثریت پولپ ها (۵۲/۷ درصد) را پولپ های جوانان تشکیل می دادند (۲۳) ولی در این مطالعه حداکثر شیوع سنی بیماران بین ۱۰ تا ۱۹ سال بود و طبیعی است که مطالعه پولپ های این سنین چنین نتیجه ای را به دست آورد. در مطالعه قانع و

۰/۲۷ درصد بوده است (۲۹). احتمال دیس پلازی درجه بالا در آدنوماها در مطالعه رهبر و همکاران که فقط شامل پولیپ های آدنوماتو می شد ۲۴/۶ درصد (۲۷)، گرامی زاده و همکاران ۱/۳۸ درصد (۹)، زارع و همکاران ۸/۶ درصد (۱۱) و Alatisه و همکاران ۳۴/۶ درصد (۱۶) گزارش شده بود. ضمناً تنها ۳۸ درصد کل پولیپ های دارای دیس پلازی درجه بالا کم تر از ۵ میلی متر اندازه داشتند که در تقابل آشکار با ۶۲ درصد از کل پولیپ ها است که کوچک تر از ۵ میلی متر هستند و می تواند نشانه ای از ارتباط مطرح شده از قبل بین اندازه پولیپ و احتمال حضور دیس پلازی باشد. در مطالعه آگاه و همکاران ۴۹/۲ درصد پولیپ ها کم تر از ۵ میلی متر قطر داشتند (۱۲). عدم ثبت مکان دقیق پولیپ در ۱۲/۶ درصد موارد و ثبت نشدن پایه دار یا مسطح بودن پولیپ ها در درصد قابل توجهی از موارد (۷۱/۵ درصد) در اطلاعات و برگه کولونوسکوپی موجود در بایگانی بخش پاتولوژی از محدودیت های مطالعه حاضر محسوب می شود.

در پایان می توان نتیجه گیری کرد که شایع ترین نوع پولیپ انواع آدنوماتو و به ویژه نوع توبولار آن می باشد. در این مطالعه پولیپ در مردان و در سن ۵۰ تا ۷۰ سال و در ناحیه رکتوسیگموئید شایع تر بود.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان نامه (۱۷۵۸) خانم دکتر هما طاهری جهت اخذ درجه دکترای حرفه ای پزشکی عمومی از دانشگاه علوم پزشکی مازندران است. لازم است مراتب قدردانی و تشکر خود را از همکاری صمیمانه کارکنان بخش پاتولوژی بیمارستان امام ساری اعلام نمایم.

References

1. Kumar V, Abbas AK, Faysto N. Robbins & Cotran pathologic basis of diseases. 8th ed. Elsevier & Saunders Inc 2010; Ch 7: 279.
2. Yamada T. Textbook of gastroenterology. 5th ed. Wiely & Black Well. Vol 2. 2009; Ch 63: 1611-1633.

همکاران نیز اکثریت با پولیپ های هیپرپلاستیک بود. مطالعه اخیر فقط روی ۲۰ پولیپ انجام شده بود و اطلاعات آن قابل تعمیم نمی باشد (۲۸). در سایر نقاط جهان نیز فراوانی نسبی این پولیپ ها از ۴۷/۵ درصد در مطالعه نیجریه ای (۱۶) تا ۸۳ درصد در مطالعه کانادایی (۲۱) گزارش شده است. تنها در معدودی از مطالعات روی اتوپسی ها، از جمله مطالعه Williams و همکاران، شایع ترین پولیپ ها انواع هیپرپلاستیک گزارش شده است (۲۹). از انواع پولیپ های آدنوماتو ۸۱/۳ درصد از نوع توبولار بودند. در مطالعات مشابه این نسبت از ۵۷/۷ درصد در مطالعه رهبر و همکاران (۲۷) تا ۷۰/۳ درصد در مطالعه زارع و همکاران (۱۱) گزارش شده بود. معدودی از مطالعات در کشورهای در حال توسعه آدنوماهای ویلوس را شایع تر از انواع توبولار گزارش کرده اند (۱۶). شیوع بالای پولیپ های آدنوماتو از طرفی هشدار و نشانه ای از شیوع بالای آن ها در جامعه مازندران می تواند باشد. از طرف دیگر این واقعیت که اکثریت آن ها (۶۶/۵ درصد) در زمان شناسایی کوچک تر از ۰/۵ میلی متر قطر داشته اند می تواند نشانی از کشف به موقع آن ها و قطع توالی آدنوم- کارسینوم در زمان مناسب باشد. دیس پلازی درجه بالا در ۳/۹ درصد کل پولیپ های بررسی شده (و در ۶/۷ درصد پولیپ های آدنوماتو) مشاهده شد. ۹۵/۳ درصد این پولیپ ها دارای جزء ویلوس بودند و این یافته در تایید مطالعات فراوانی است که وجود جزء ویلوس را با احتمال دیس پلاستیک بودن پولیپ ها مرتبط دانسته اند. نسبت دیسپلازی درجه بالا در کل پولیپ ها در مطالعه شریفی و همکاران ۳/۵ درصد (۲۳)، Webb و همکاران ۱/۱ درصد (۱۷) و Williams و همکاران

3. Rosai J. Rosai & Ackerman's surgical pathology. 10th ed. Elsevier Inc. 2011; Ch 11: 731-803.
4. Odze RD, Goldblum JR. Surgical pathology of the GI tract, liver, biliary tract and pancreas. 2nd ed. Saunders & Elsevier 2009; Ch 19: 481-535.
5. Gillespie PE, Chambers TJ, Chan KW, Doronzp F, Morson BC, Williams CB. Colonic adenomas. A colonoscopy survey. Gut 1979; 20(3): 240-245.
6. Zauber AG, Winawer SJ, O'Brien MJ, Lansdorp-Vogelaar I, Van Ballegooijen M, Hankey BF, et al. Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths. N Engl J Med 2012; 366: 687-696.
7. Huppe D, Lemberg L, Felten G. Effectiveness and patient tolerance of screening colonoscopy-first results. Z Gastroenterol 2004; 42(7): 591-598.
8. Shinya H, Woff WI. Morphology, anatomic distribution and cancer potential of polyps: analysis of 7000 polyps endoscopically removed. Ann Surg 1979; 190(6): 679-683.
9. Geramizadeh B, Keshtkar-Jahromi M. Pathology of colorectal polyps: A study from south of Iran. Ann Colorect Res 2013; 1(2): 59-61.
10. Bafande Y, Daghestani Y, Esmaili H. Demographic and anatomical survey of colorectal polyps in an Iranian population. Asian Pac J Cancer Prev 2005; 6(4): 537-540.
11. Zare A, Abolhasani M, Mobasher R, Kadivar M. The frequency of gastrointestinal polyps in Iranian population. Iran J Path 2012; 7(3): 183-189.
12. Agah S, Ghasemi A, Rezaei M, Ashayeri N, Fereshtehnejad S, Mohammad Sadeghi H. Frequency Determination of Polyps and Colorectal Tumors Among Patients Who Underwent Colonoscopy in Shariati Hospital. RJMS 2009; 15(60 and 61): 13-18.
13. Azarhoush R, Amiriani T, Rahimi-Nejad M. Anatomical and histopathological distribution of gastrointestinal polyps in Gorgan, Iran (1999-2008). J Gorgan Uni Med Sci 2014; 16(1): 114-119 (Persian).
14. Hajmanoochehri F, Mohammadi N, Rasoli B, Ebtehaj M. High rate of advanced colorectal polyps in a 10-year-long retrospective study in Qazvin, Iran. Asian Pac a Cancer prev. 2014; 15(22): 4649-9654.
15. Nourai M, Hosseinkhah F, Brim H, Zamanifekri B, Smoot DT, Ashktorab H. Clinicopathological features of colon polyps from African-Americans. Dig Dis Sci 2010; 55(5): 1442-1449.
16. Alatise OI, Arigbabu AO, Lawal OO, Sowande OA, Agbakwuru AE, Odujoko OO, et al. Polyp prevalence at colonoscopy among Nigerians: A prospective observational study. Nig J Clin Practice 2014; 17 (6): 756-62.
17. Webb WA, McDaniel L, Jones L. Experience with 1000 colonoscopic polypectomies. Ann Surg 1985; 201(5): 626-630.
18. Tony J, Harish K, Pamachandran TM, Sunilkumar K, Thomas V. Profile of colonic polyps in a southern indian population. Indian J Gastroenterol 2007; 26(3): 127-129.
19. Wisedopas N, Thirabanjasak D, Taweevisit M. A retrospective study of colonic polyps in King Chulalongkorn Memorial Hospital. J Med Assoc Thai 2005; 88 (Suppl 4): S36-41.
20. Coode PE, Chan KW, Chan YT. Polyps and diverticulae of the large intestine: A necropsy survey in Hong Kong. Gut 1985; 26(10): 1045-1048.

21. Khan A, Shrier I, Gordon PH. The changed histologic paradigm of colorectal polyps. *Surg Endosc* 2002; 16(3): 436-440.
22. Johannsen LG, Momsen O, Jacobsen NO. Polyps of the large intestine in Aarhus, Denmark: an autopsy study. *Scand J Gastroenterol* 1989; 24(7): 799-806.
23. Sharifi D, Akhlaghi M. Review of 145 patients with gastrointestinal polyps in Ghaem medical center, Mashhad. *Med J Mashhad Univ Med Sci* 2000; 43(69): 25-32.
24. Merrill RM, Anderson AE. Risk-adjusted colon and rectal cancer incidence rates in the United States. *Dis Colon Rectum* 2011; 54(10): 1301-1306.
25. Siegel RL, Ward EM, Jemal A. Trends in colorectal cancer incidence rates in the United States by tumor location and stage, 1992–2008. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2012; 21(3): 411-416.
26. Nourai M, Hosseinkhah F, Brim H, Zamanifekri B, Smoot DT, Ashktorab H. Clinicopathological features of colon polyps from African-Americans. *Dig Dis Sci* 2010; 55(5): 1442-1449.
27. Rahbar N, Molanai S, Khatibzadeh N. Examining the correlation between adenomatous colorectal polyps with Different grade of dysplasia and their distribution in the large intestine, Milad Hospital, 2001-2004. *Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity Tehran Medical Branch*, 2005; 15(2): 63-69.
28. Ghane M, Ameli M, Mehrabani S. Epidemiological characteristics of colorectal cancer and polyp. *Advance studies in Biology* 2014; 6(1): 19-25.
29. Williams AR, Balasooria BA, Day DW. Polyps and cancer of the large bowel: a necropsy study in Liverpool. *Gut* 1982; 23(10): 835-842.