

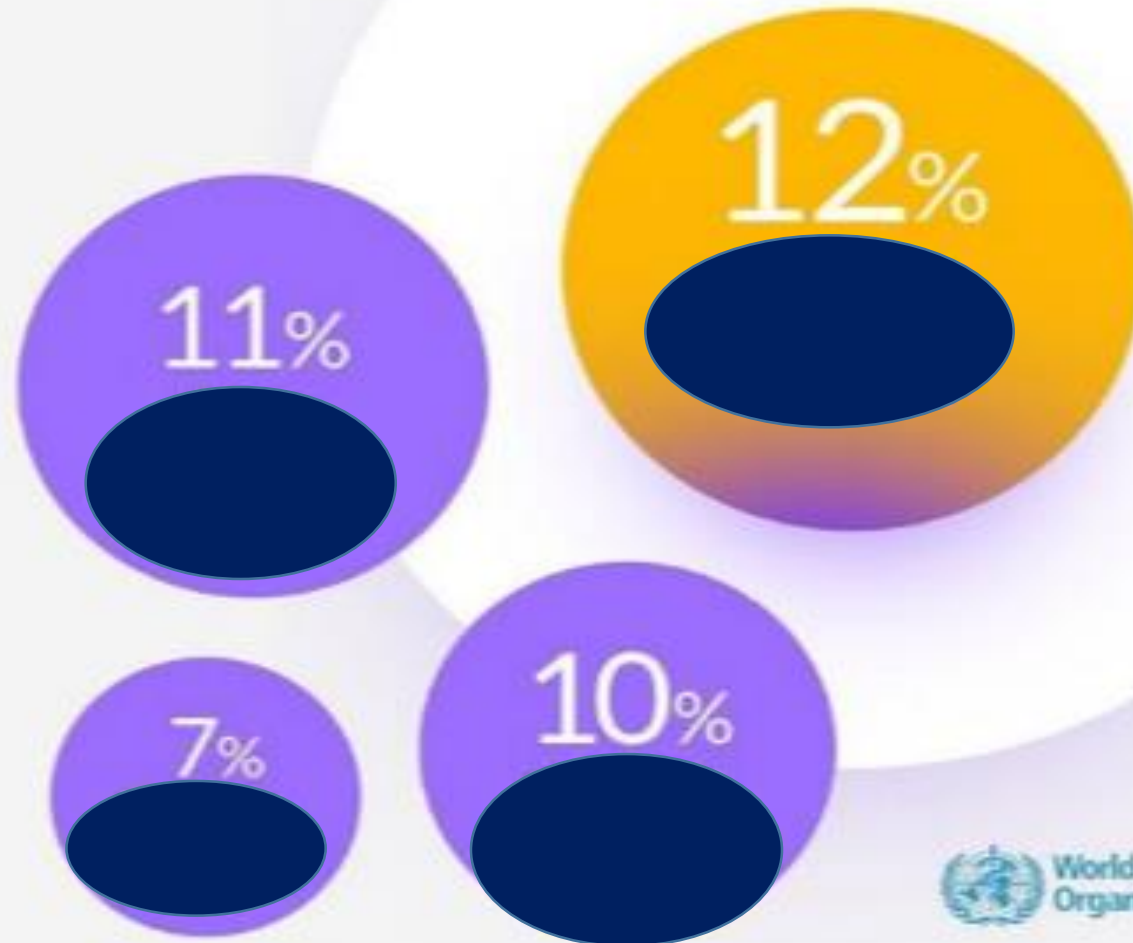
پزشک خانواده و کانسره‌های کولورکتال

دکتر نسیم عبادتی

متخصص پزشکی خانواده
استادیار گروه تخصصی پزشکی خانواده
دانشگاه علوم پزشکی تهران

اسفند ۱۴۰۰

Among new diagnoses of cancer,
[redacted] is the most common



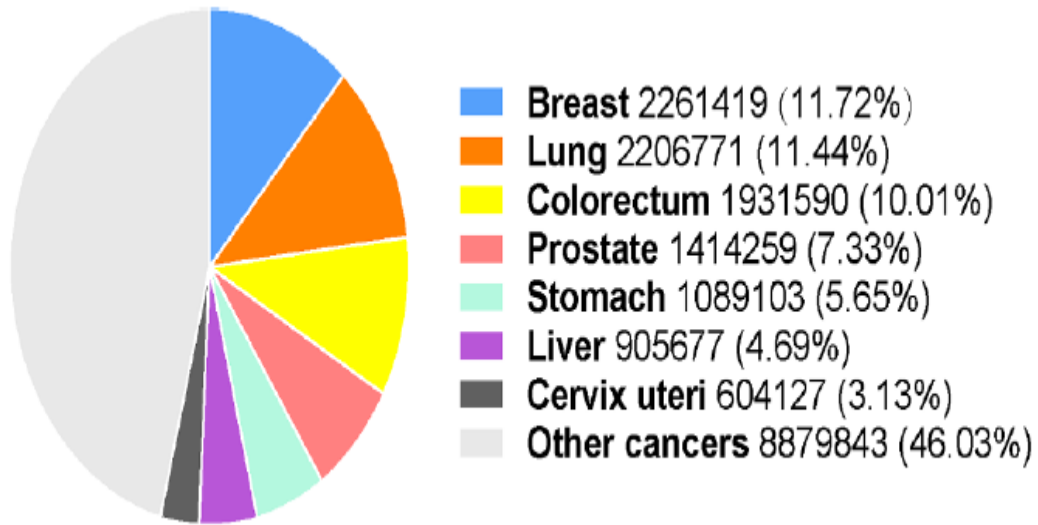
سرطان
کولورکتال؟



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

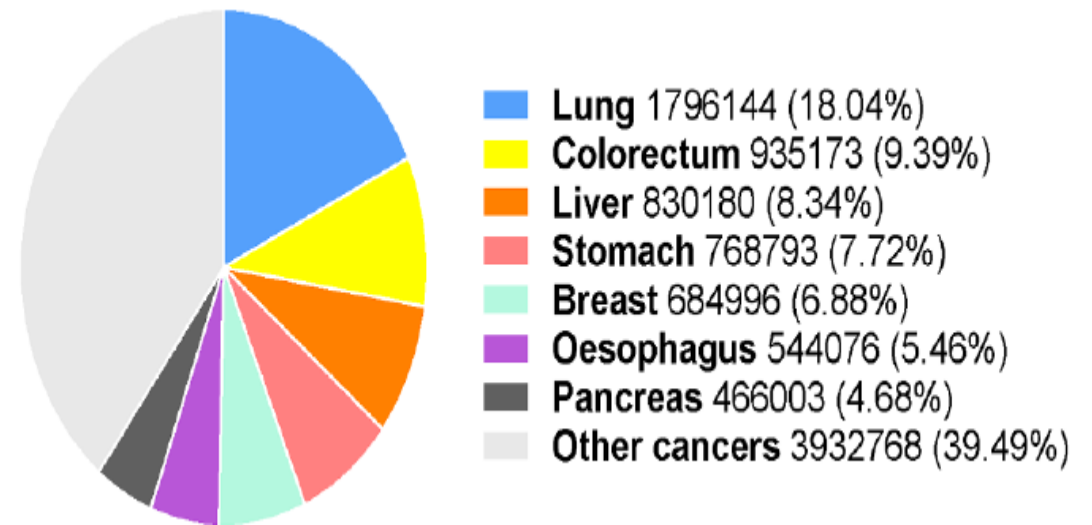
Among new diagnoses of cancer,
breast cancer is the most common





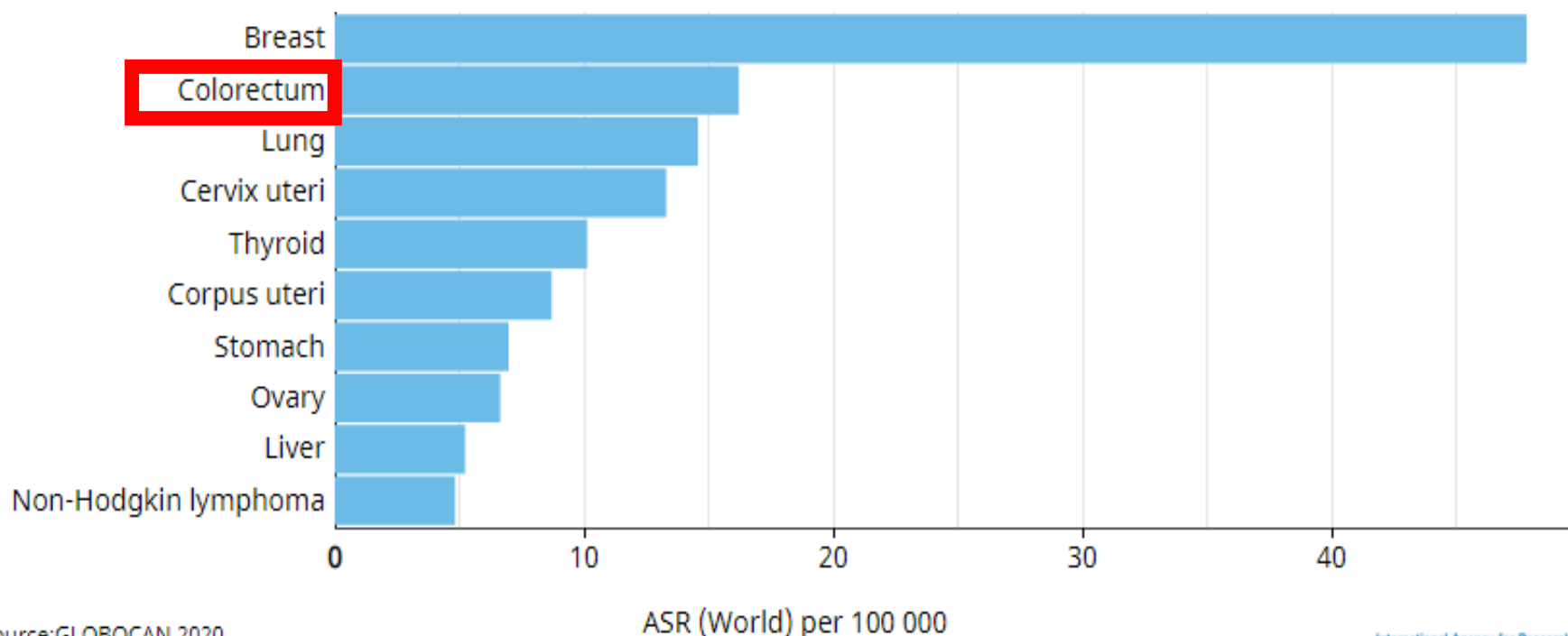
سرطان کولورکتال (CRC)
 سومین بدخیمی شایع در
 سراسر جهان در سال ۲۰۲۰
 است.

سرطان کولورکتال (CRC)
 دومین سرطان کشنده در
 سراسر جهان در سال ۲۰۲۰
 است.



کanser کولورکتال دومین علت سرطان در جنس مونث است.

Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2020, worldwide, females, all ages



Data source: GLOBOCAN 2020
Graph production: Global Cancer Observatory (<http://gco.iarc.fr/>)
© International Agency for Research on Cancer 2022

International Agency for Research on Cancer



Activate Windows

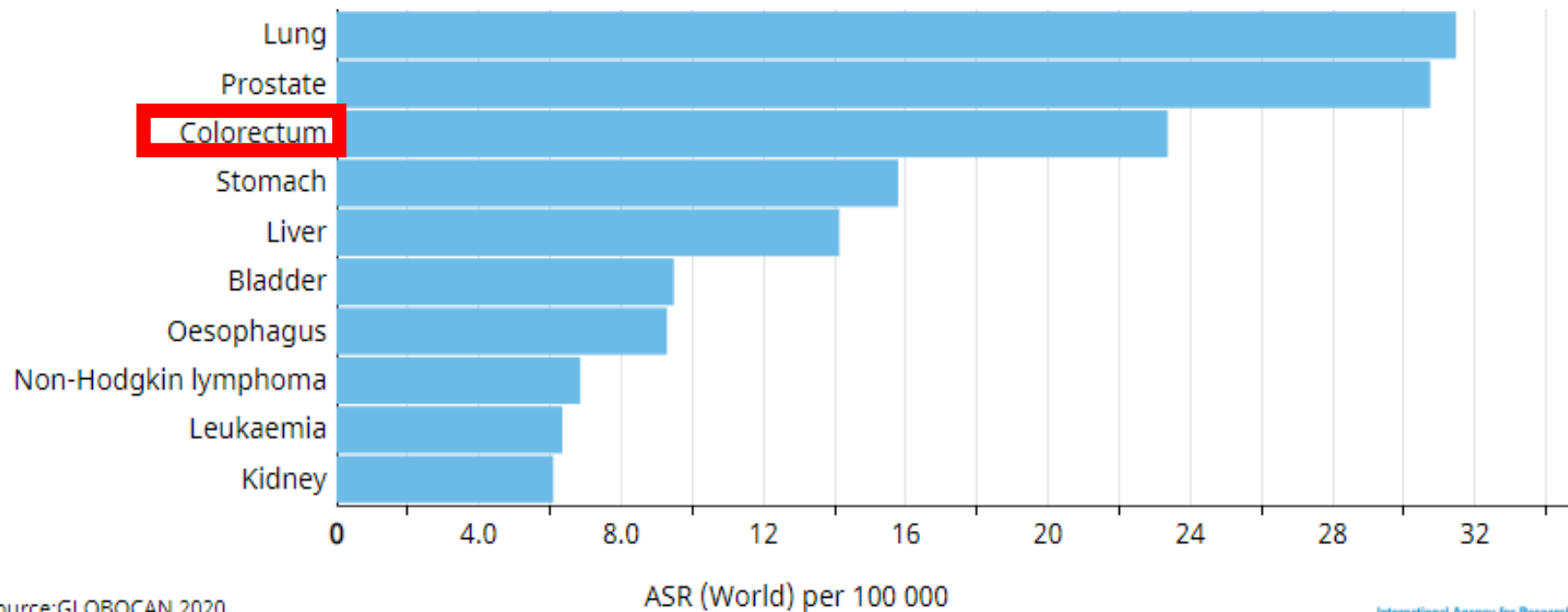
Go to Settings to activate Window



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

کanser کولورکتال سومین علت سرطان در جنس مذکر است.

Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2020, worldwide, males, all ages



Data source: GLOBOCAN 2020
Graph production: Global Cancer Observatory (<http://gco.iarc.fr/>)
© International Agency for Research on Cancer 2022

ASR (World) per 100 000

International Agency for Research on Cancer



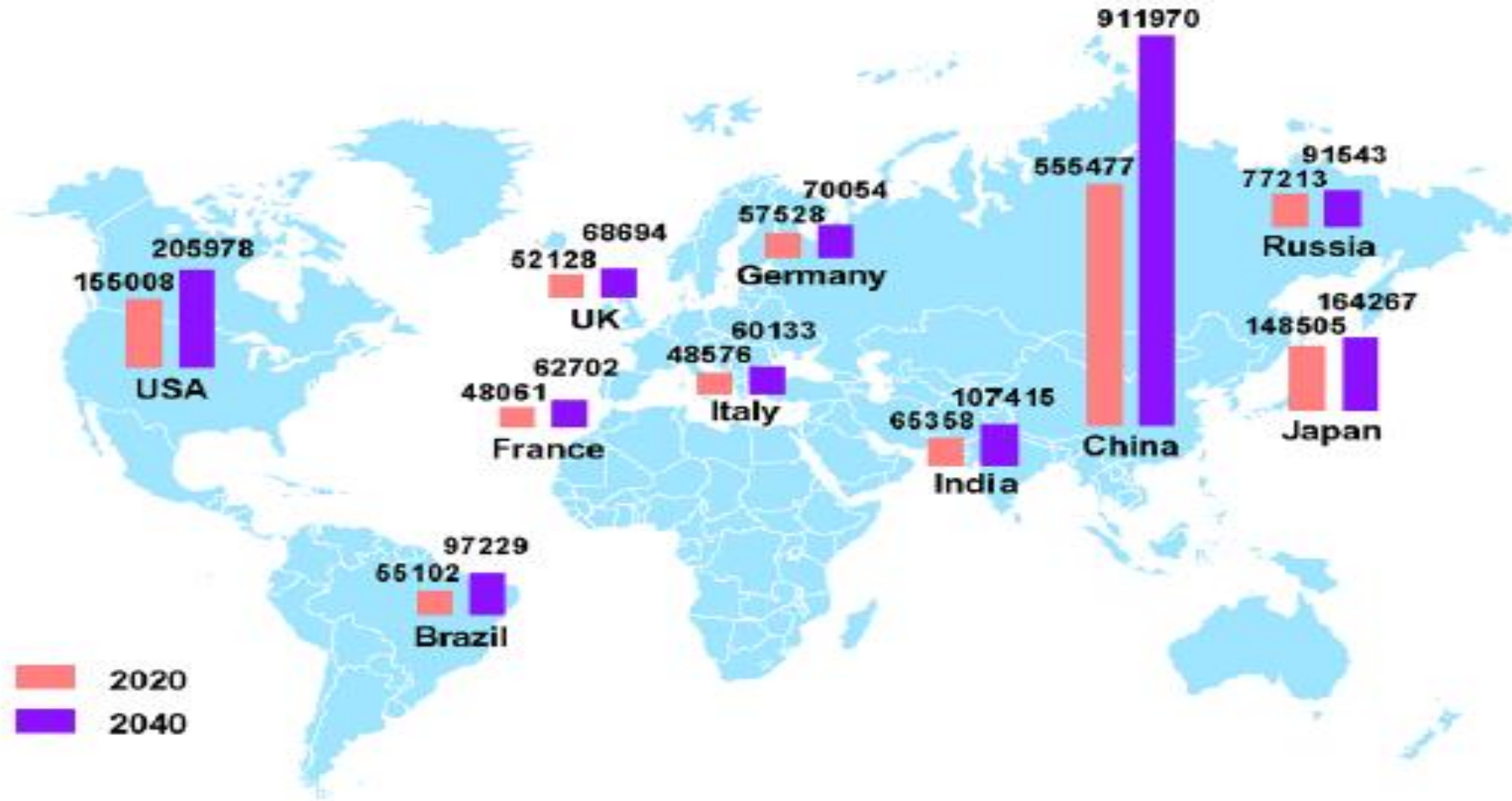
Activate Windows

Go to Settings to activate Window

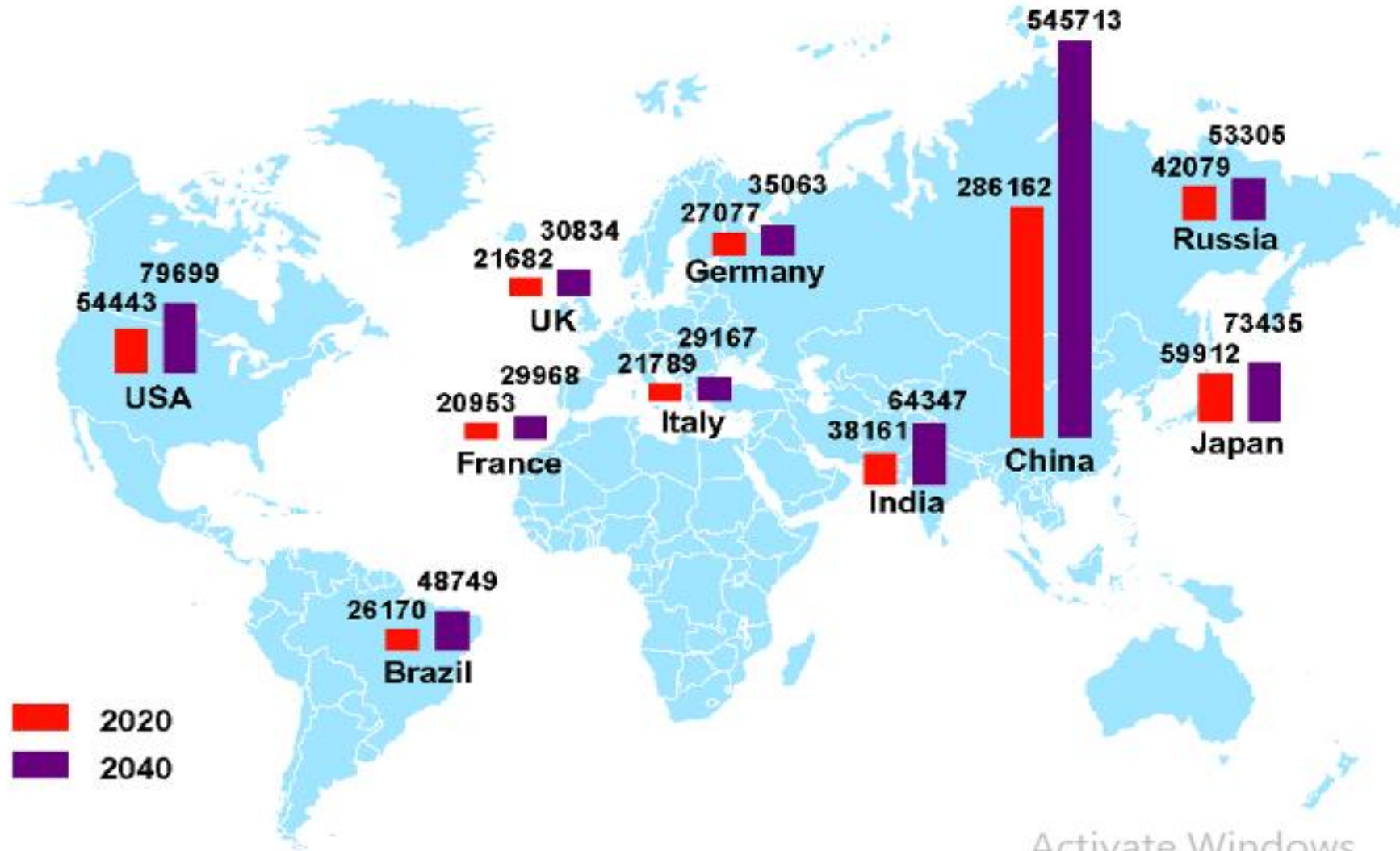


دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

Estimated number of CRC incident cases



Estimated number of CRC deaths



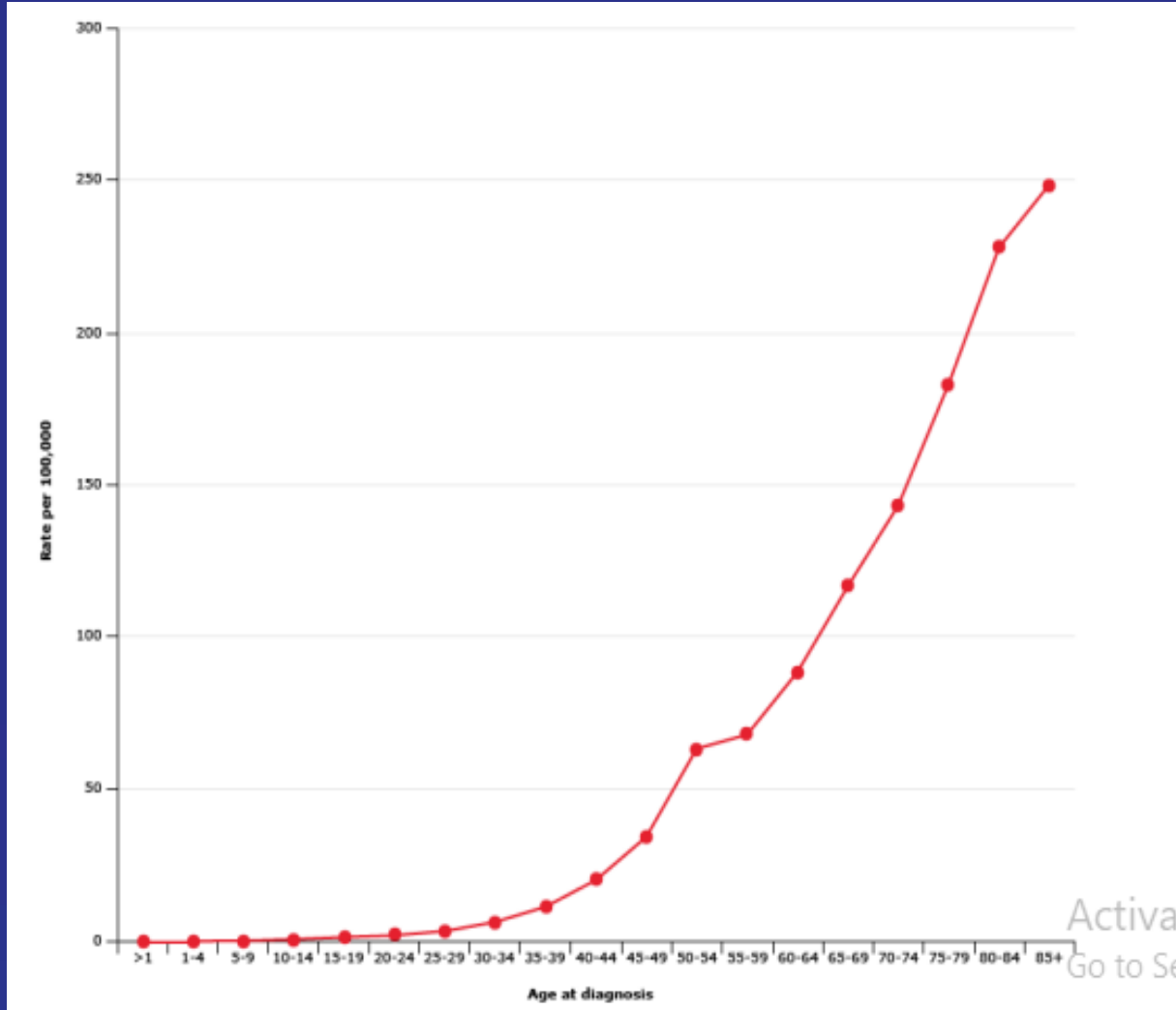
Activate Windows

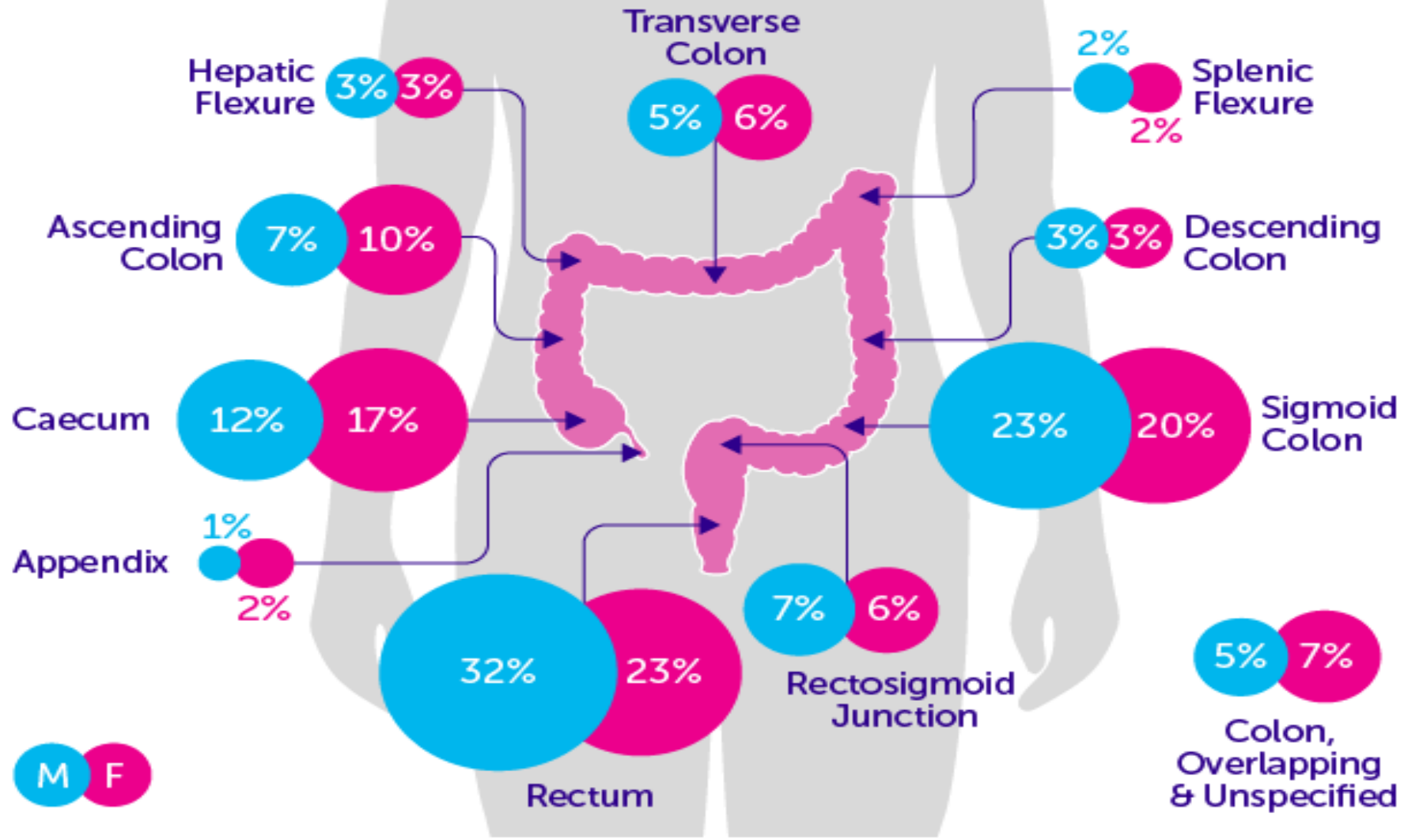
Go to Settings to activate Windows

سن یک عامل خطر اصلی برای کانسره‌های کولورکتال اسپورادیک است.

سرطان روده بزرگ قبل از ۴۰ سالگی غیر معمول است.

بروز در سنین ۴۰ تا ۵۰ سالگی به طور قابل توجهی شروع به افزایش می کند و میزان بروز در هر دهه بعد از آن افزایش می یابد.

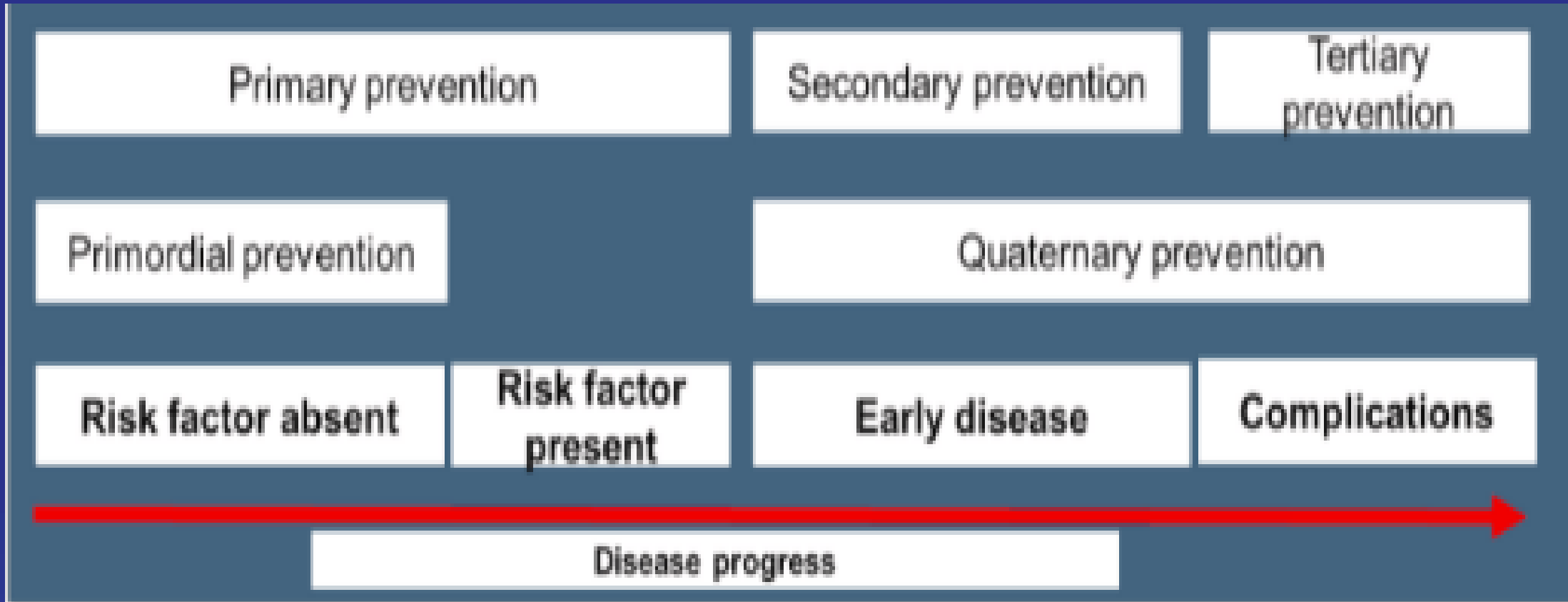




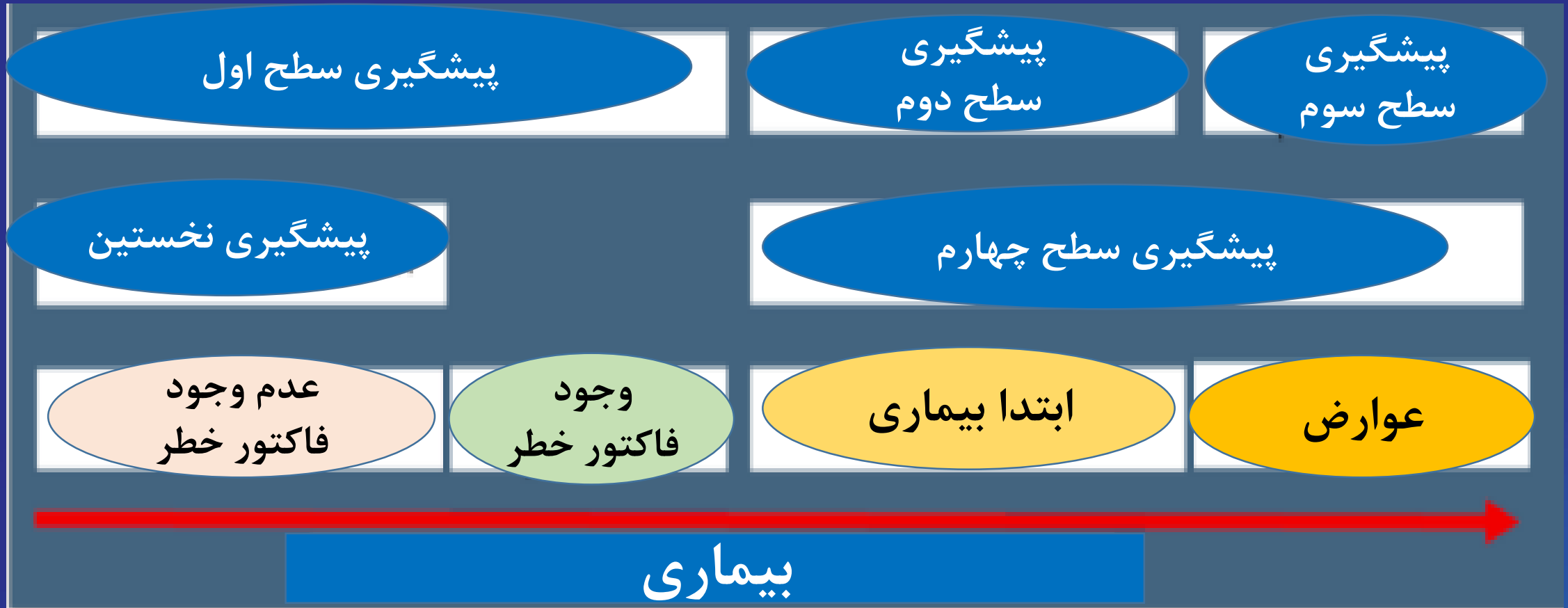
نقش پزشک خانواده در کانسر کولورکتال؟



نقش پزشک خانواده



نقش پزشک خانواده



● عوامل خطری که در حال حاضر بر توصیه های غربالگری
تأثیر می گذارد.

● عوامل خطری که ممکن است بر توصیه های غربالگری
تأثیر بگذارد.

● عوامل خطری که توصیه های غربالگری را تغییر نمی دهند.



سندرم‌های ارثی کانسر کولورکتال
(FAP، سندرم لینچ و ...)

۱

سابقه شخصی یا خانوادگی کانسر
کولورکتال اسپورادیک یا
پولیپ آدنوماتوز

۲

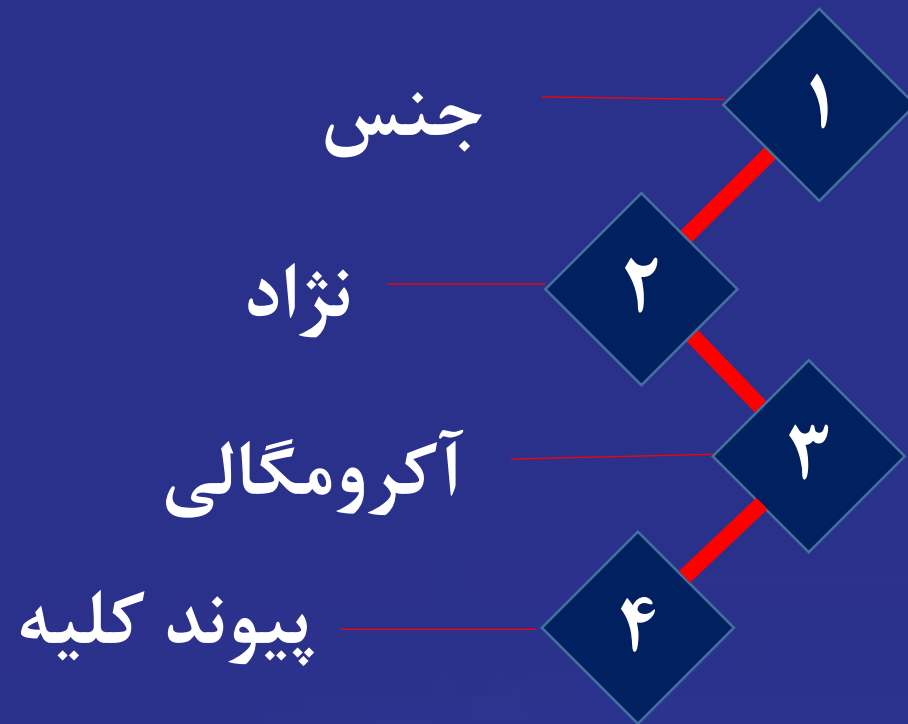
بیماری التهابی روده
(IBD)

۳

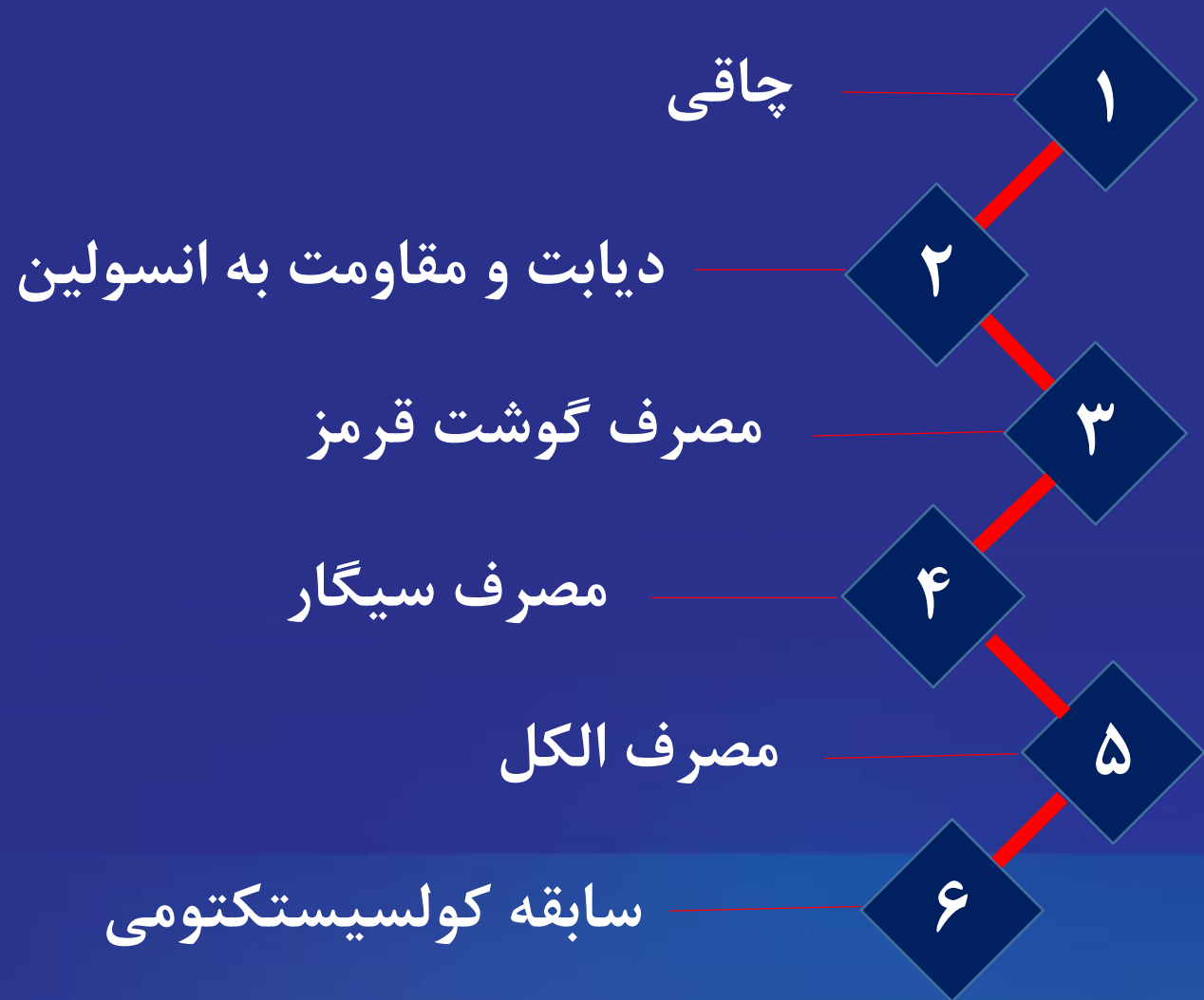
رادیاسیون شکم و لگن

۴

عوامل خطری که بر
توصیه های غربالگری
تأثیر می گذارد.

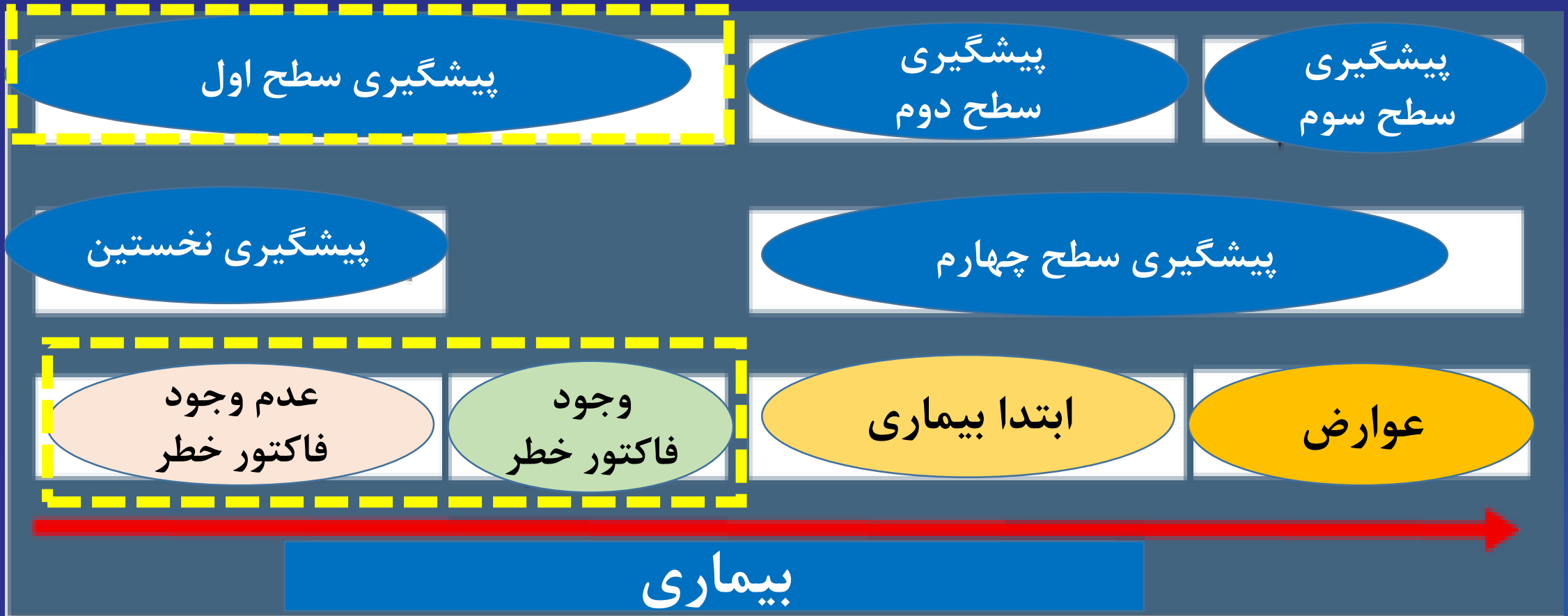


عوامل خطری که
ممکن است بر توصیه های
غربالگری تأثیر بگذارد.



عوامل خطری که
توصیه های غربالگری را
تغییر نمی دهند.

نقش پزشک خانواده



ارزیابی خطر سرطان کولورکتال اولین گام در غربالگری است و شناسایی سطح خطر ابتلا به سرطان کولورکتال در بیمار است که بر غربالگری و توصیه های پیگیری تأثیر می گذارد.

برای این منظور، بیماران به طور کلی در دو گروه در معرض خطر متوسط یا در معرض خطر بالا قرار دارند.

Average Risk

Increased Risk





آیا سابقه فردی کانسر کولورکتال یا
پولیپ آدنوماتوز در بیمار وجود دارد؟



آیا سابقه خانوادگی کانسر کولورکتال
یا پولیپ پیشرفته وجود دارد؟



آیا سابقه خانوادگی سندرم‌های
ژنتیکی با افزایش ریسک کانسر
کولورکتال وجود دارد؟



آیا سابقه فردی ابتلا به بیماری التهابی
روده (کولیت اولسراتیو یا کرون)
وجود دارد؟



Average Risk

در معرض خطر متوسط

آیا سابقه فردی کانسر کولورکتال یا پولیپ آدنوماتوز در بیمار وجود دارد؟

آیا سابقه خانوادگی کانسر کولورکتال یا پولیپ پیشرفته وجود دارد؟

آیا سابقه خانوادگی سندرم‌های ژنتیکی با افزایش ریسک کانسر کولورکتال وجود دارد؟

آیا سابقه فردی ابتلا به بیماری التهابی روده (کولیت اولسراتیو یا کرون) وجود دارد؟

آیا شما تابحال غربالگری کانسر کولورکتال را برای جمعیت
تحت پوشش خود انجام داده اید؟



۲



۱

از چه روشی برای غربالگری کانسر کولورکتال برای جمعیت
تحت پوشش خود استفاده کرده‌اید؟

از چه روشی برای غربالگری کانسر کولورکتال برای جمعیت تحت پوشش خود استفاده کرده‌اید؟

تست فیت
(FIT Test)

سیگموئیدوسکوپی
انعطاف پذیر
(Flexible sigmoidoscopy)

تست گایاک
(guaiac Test)

کولونوسکوپی
(Colonoscopy)

تست DNA مدفوع
(FIT-DNA Test)

کولونوگرافی با CT
(CT-Colonography)



به چه علت از این روش برای غربالگری کانسر کولورکتال برای جمعیت تحت پوشش خود استفاده کرده‌اید؟



آیا دستورالعمل کشوری برای غربالگری کانسر کولورکتال وجود دارد؟



۲



۱

تست‌های ساختاری (Structural tests)

کولونوسکوپی
(Colonoscopy)

سیگموئیدوسکوپی
انعطاف پذیر
(Flexible sigmoidoscopy)

کولونوگرافی با CT
(CT-Colonography)



تست‌های بر پایه مدفوع (Stool/fecal-based screening tests)

تست فیت
(FIT Test)

تست گایاک
(guaiac Test)

تست DNA مدفوع
(FIT-DNA Test)



SCREENING MODALITY AND SCHEDULE

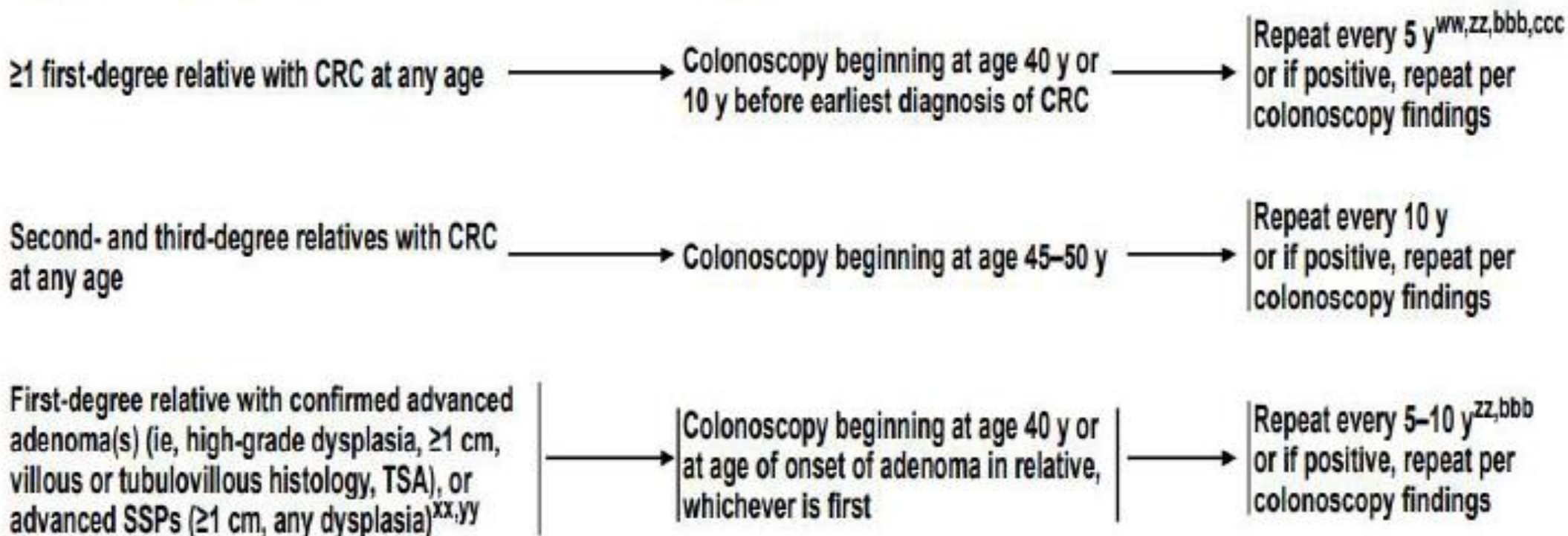
Screening Test*	Recommended Testing Interval**,1,2,3,4	Sensitivity		Specificity
		Colorectal Cancer	Advanced Adenoma	
Colonoscopy	Every 10 years	95% ⁶	89%–98% (≥10 mm) ⁷ 75%–93% (≥6 mm) ⁷	90% ⁸
Flexible sigmoidoscopy***	Every 5–10 years	58%–75% ⁹	72%–86% ⁹	92% ⁸
CT colonography	Every 5 years	96% ⁶	67%–94% (≥10 mm) ⁷ 73%–98% (≥6 mm) ⁷	86%–98% (≥10 mm) ⁷ 80%–93% (≥6 mm) ⁷
High-sensitivity guaiac-based test	Annually	62%–79% ⁷	7% ¹⁰	87%–96% ⁷
FIT****	Annually	76%–95% ⁷	27%–47% ⁷	89%–96% ⁷
mt-sDNA test****	Every 3 years is suggested ⁵	92% ⁵	24%–42% ⁵	87% ⁵

INCREASED RISK BASED ON POSITIVE FAMILY HISTORY

(Appropriate testing for a hereditary syndrome is non-diagnostic or not done^{vv})

FAMILY HISTORY CRITERIA^{ww}

SCREENING^{zz,aaa}





سن شروع
انجام
غربالگری
کانسر
کولورکتال؟



سن پایان
انجام
غربالگری
کانسر
کولورکتال؟



In 2021, the United States Preventive Services Task Force changed its recommendation to include screening for CRC in adults starting at age 45.

The American College of Gastroenterology (ACG) 2021 guidelines also recommend initiating screening at age 45 in all adults at average risk.



تصمیم‌گیری در مورد **زمان قطع غربالگری** باید بر اساس تصمیم‌گیری مشترک، با در نظر گرفتن خطر ابتلا به سرطان کولورکتال، سابقه غربالگری قبلی، نظرات شخصی و اینکه آیا شرایط همراه و امید به زندگی بیمار خطرات ناشی از سرطان روده را توجیه می‌کند، باشد.

تا زمانی که امید به زندگی بیماران ۱۰ سال یا بیشتر باشد، غربالگری را تا سن ۷۵ سالگی برای بیماران با خطر متوسط ادامه داده می‌شود.

غربالگری حداقل تا سن ۷۵ سالگی برای بیمارانی که در معرض خطر متوسط هستند، توسط اکثر دستورات عملی توصیه می‌شود.

این بر اساس افزایش فراوانی کانسر کولورکتال با افزایش سن و دوره زمانی پیشرفت از پولیپ به کانسر است.





مجموعه مداخلات اساسی بیماری‌های غیرواگیر
در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران
«ایرین»

دستورالعمل اجرایی بهبود / مراقب سلامت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر مدیریت بیماری‌های غیرواگیر
۱۳۹۶



مجموعه مداخلات اساسی بیماری‌های غیرواگیر در نظام مراقبت‌های
بهداشتی اولیه ایران
"ایرین"

دستورالعمل اجرایی و محتوای آموزشی پزشک

۱۳۹۶



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر مدیریت بیماری‌های غیرواگیر



Extraction
0501 Exp
2-30°C

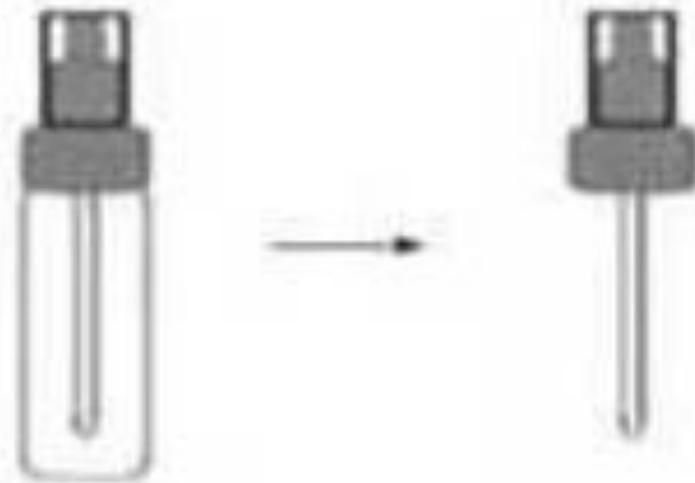
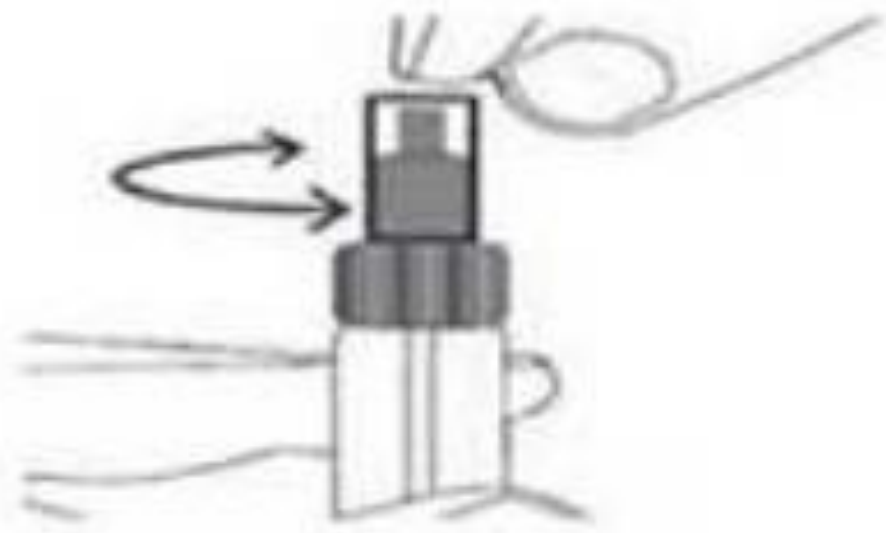
 **AERO BIOTECH, INC**



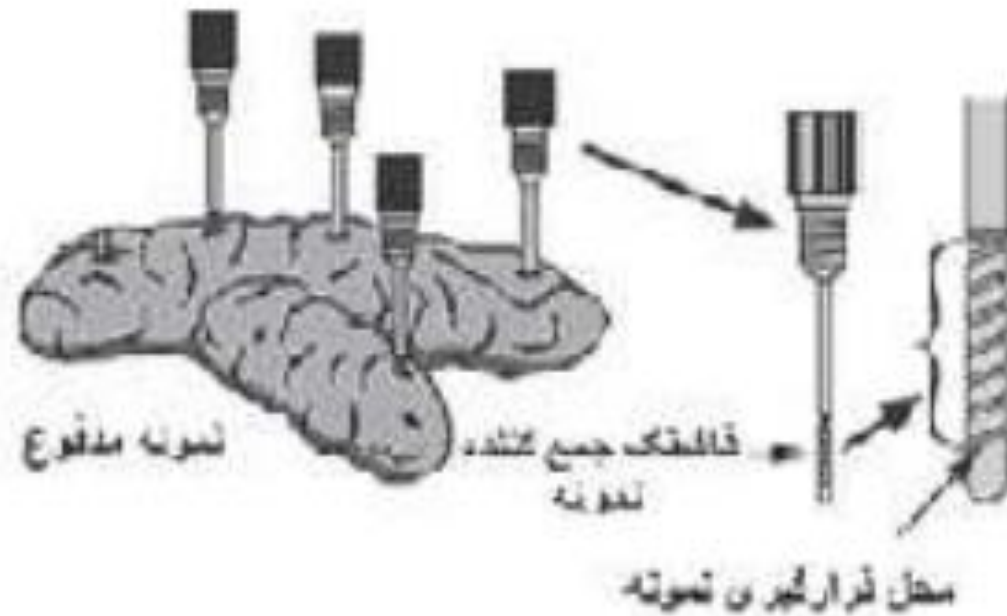
CE Σ_1 IVD    

چارت ارزیابی علایم و نشانه‌های مشکوک به سرطان روده بزرگ

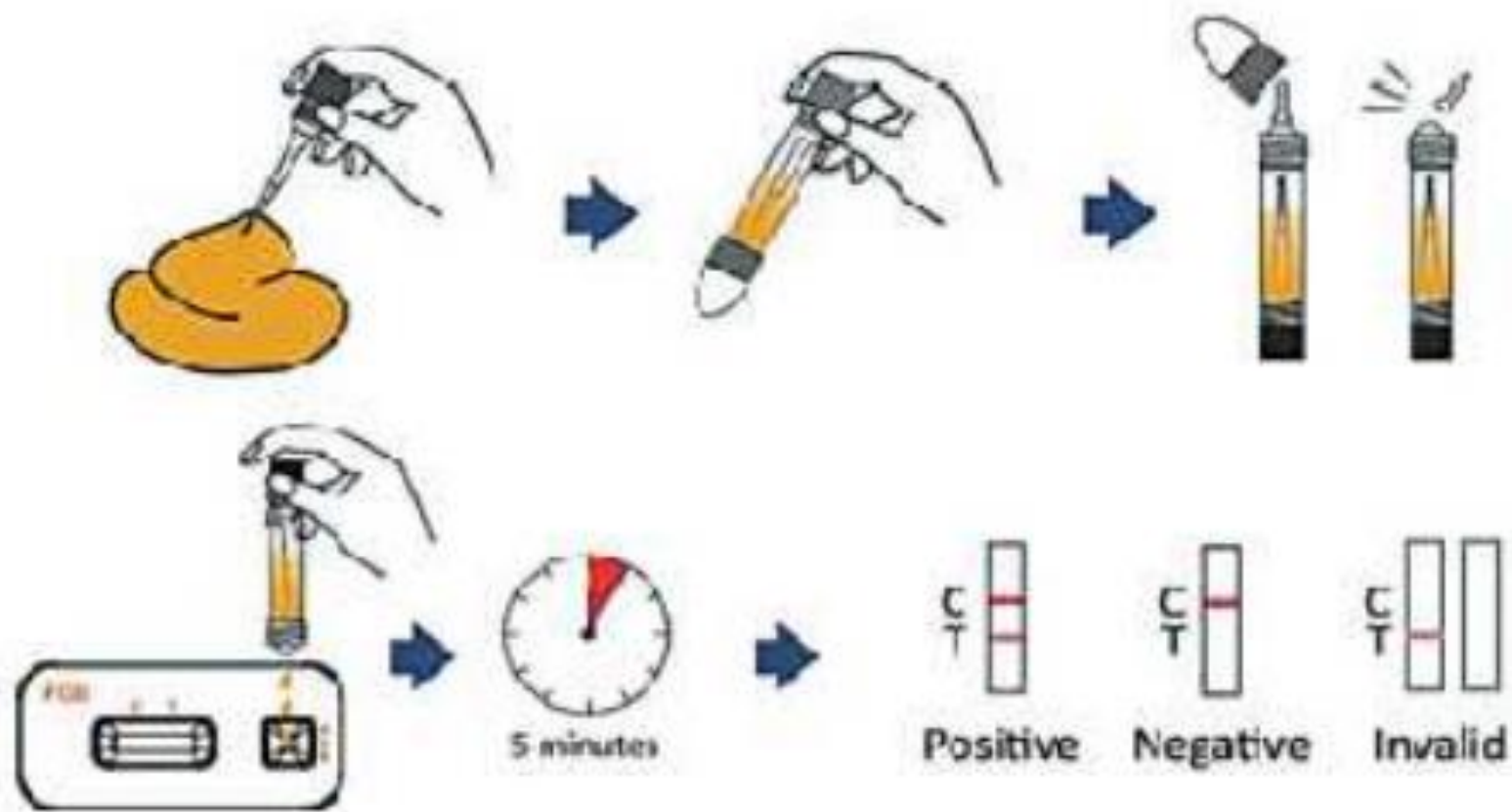
یبوست	اسهال	خونریزی رکتال	کاهش وزن	درد شکم	تندرنس شکم	معاینه غیرطبیعی مقعد	Hgb<11 در زنان Hgb<12 در مردان	
علامت به تنهایی	علامت به تنهایی	علامت به تنهایی	علامت به تنهایی	علامت به تنهایی	علامت به تنهایی	علامت به تنهایی	علامت به تنهایی	هر علامت به تنهایی
پایداری در ویزیت دوم								یبوست
	پایداری در ویزیت دوم							اسهال
		پایداری در ویزیت دوم						خونریزی رکتال
			پایداری در ویزیت دوم					کاهش وزن
				پایداری در ویزیت دوم				درد شکم
					پایداری در ویزیت دوم			تندرنس شکم



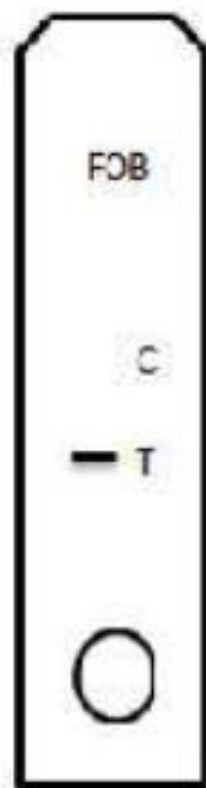
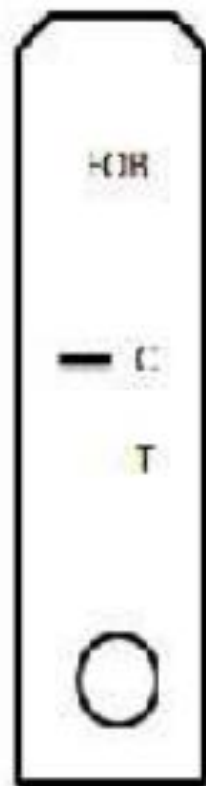
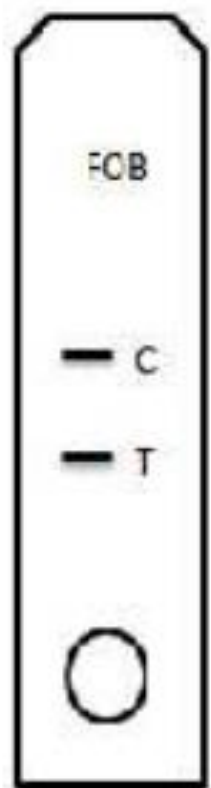
شکل - نحوه باز کردن لوله جمع آوری نمونه



شکل - نحوه نمونه برداری از مدفوع



شکل - مراحل انجام آزمایش خون مخفی در مدفوع

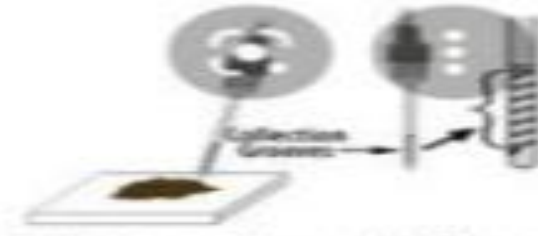




After an evacuation, wipe normally and retain a small amount of feces on toilet paper



Unscrew cap from buffer tube
Do not empty liquid from tube.



Collect a small sample of feces onto the grooves of the wand



Return wand to tube



Shake tube for three (3) seconds



Unscrew smaller, clear cap



Apply 3 drops from buffer tube to sample well.



Negative



Positive



Positive



Invalid

Interpret results after five minutes. Do not read results after 10 minutes.

یبوست: منظور سختی و کاهش تعداد دفعات دفع مدفوع و یا دفع مدفوع خشک است که در طی یک ماه اخیر ایجاد شده باشد. ممکن است بیمار احساس پر بودن مقعد پس از اجابت مزاج را نیز ذکر کند.

اسهال: منظور افزایش در تعداد دفعات مدفوع است که در طی یک ماه اخیر ایجاد شده است که ممکن است به تنهایی یا به صورت متناوب با یبوست باشد.



خون ریزی رکتال: منظور دفع خون روشن چه به صورت قطره قطره یا بر روی مدفوع و یا دفع خون تیره است.

کاهش وزن: منظور کاهش بیش از ده درصد وزن بدن در طی شش ماه اخیر است که بدون رژیم غذایی خودخواسته ایجاد شده باشد (مثلا اگر فردی با ۸۰ کیلوگرم وزن، در طی شش ماه اخیر لاغر شده باشد به طوری که وزن کنونی وی زیر ۷۲ کیلوگرم باشد).



درد شکم: منظور درد ژنرالیزه یا درد ناحیه پایین شکم است.

معاینه غیرطبیعی رکتوم: پس از تخلیه مدفوع در صورت لمس توده، زخم یا خونی شدن دستکش، معاینه غیر طبیعی تلقی می شود.

جدول راهنمای برنامه تشخیصی زودهنگام و غربالگری روده بزرگ، بهورز یا مراقب سلامت

ارزیابی	طبقه بندی	تصمیم گیری
<p>الف- شرح حال:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ بررسی علایم 1. خونریزی دستگاه گوارش تحتانی در طی یک ماه اخیر داشته اید؟ 2. بیوست در طی یک ماه اخیر (با یا بدون اسهال در طی یک ماه اخیر، درد شکم و احساس پر بودن مقعد پس از اجابت مزاج) داشته اید؟ 3. کاهش بیش از ده درصد وزن بدن در طی شش ماه اخیر داشته اید؟ ○ بررسی سابقه خانوادگی 1. سابقه خانوادگی سرطان یا آدنوم روده بزرگ در فامیل درجه یک دارید؟ (پدر، مادر، برادر، خواهر یا فرزندان) 2. سابقه سرطان روده بزرگ در فامیل درجه دو که در سن زیر پنجاه سال بروز کرده باشد دارید؟ (عمه، عمو خاله، دایی، مادر بزرگ و پدربزرگ) ○ بررسی سابقه فردی 1. سابقه فردی آدنوم روده بزرگ در گذشته 2. سابقه فردی آدنوم روده بزرگ در گذشته 3. سابقه بیماری التهابی روده بزرگ (IBD) (بیماری کرون یا کولیت اولسروز) <p>ب- انجام تست خون مخفی در مدفوع (FIT)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ دلرا بودن همه موارد زیر: <ul style="list-style-type: none"> • بدون علامت • سابقه خانوادگی منفی • سابقه فردی منفی • تست خون مخفی در مدفوع (FIT) منفی ○ دلرا بودن یکی از موارد زیر: <ul style="list-style-type: none"> • علامت دار • سابقه خانوادگی مثبت • سابقه فردی مثبت • تست خون مخفی در مدفوع (FIT) مثبت 	<ul style="list-style-type: none"> • اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده شود. • توصیه شود پس از دو سال جهت ارزیابی مجدد مراجعه کنند. • توصیه شود در صورت داشتن مشکلات گوارشی در فواصل معاینات مراجعه کنند. • فرد به پزشک ارجاع داده شود. • اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده شود.

افراد در فاصله ۵۰ تا ۶۹ سال توسط
بهورز / مراقب سلامت، از نظر دارا
بودن علائم و سوابق زیر بررسی و
آزمون FIT انجام می شود^۱

- # آیا فرد سابقه فردی سرطان، ادنوم یا بیماری التهابی روده بزرگ را دارد؟
- # آیا فرد سابقه خانوادگی سرطان روده بزرگ دارد؟
- # آیا فرد هر یک از علائم بندهای ۱، ۲ یا ۳ را دارد؟
 ۱. خونریزی دستگاه گوارش تحتانی در طی یک ماه اخیر
 ۲. یبوست در طی یک ماه اخیر (با یا بدون اسهال، درد شکم و احساس پر بودن مقعد پس از اجابت مزاج)
 ۳. کاهش بیش از ده درصد وزن بدن در طی شش ماه
- # آیا تست FIT مثبت است؟

همه موارد
منفی است

خودمراقبتی و
ارزیابی دوباره هر
دو سال تا ۷۰
سالگی

یکی از موارد
مثبت است

ارجاع به پزشک

بررسی علائم و سوابق
توسط پزشک^۲

افراد در فاصله ۵۰ تا ۶۹ سال توسط
بهورز / مراقب سلامت، از نظر دارا
بودن علائم و سوابق زیر بررسی و
آزمون FIT انجام می شود^۱

- # آیا فرد سابقه فردی سرطان، ادنوم یا بیماری التهابی روده بزرگ را دارد؟
- # آیا فرد سابقه خانوادگی سرطان روده بزرگ دارد؟
- # آیا فرد هر یک از علائم بندهای ۱، ۲ یا ۳ را دارد؟
 ۱. خونریزی دستگاه گوارش تحتانی در طی یک ماه اخیر
 ۲. یبوست در طی یک ماه اخیر (با یا بدون اسهال، درد شکم و احساس پر بودن مقعد پس از اجابت مزاج)
 ۳. کاهش بیش از ده درصد وزن بدن در طی شش ماه
- # آیا تست FIT مثبت است؟

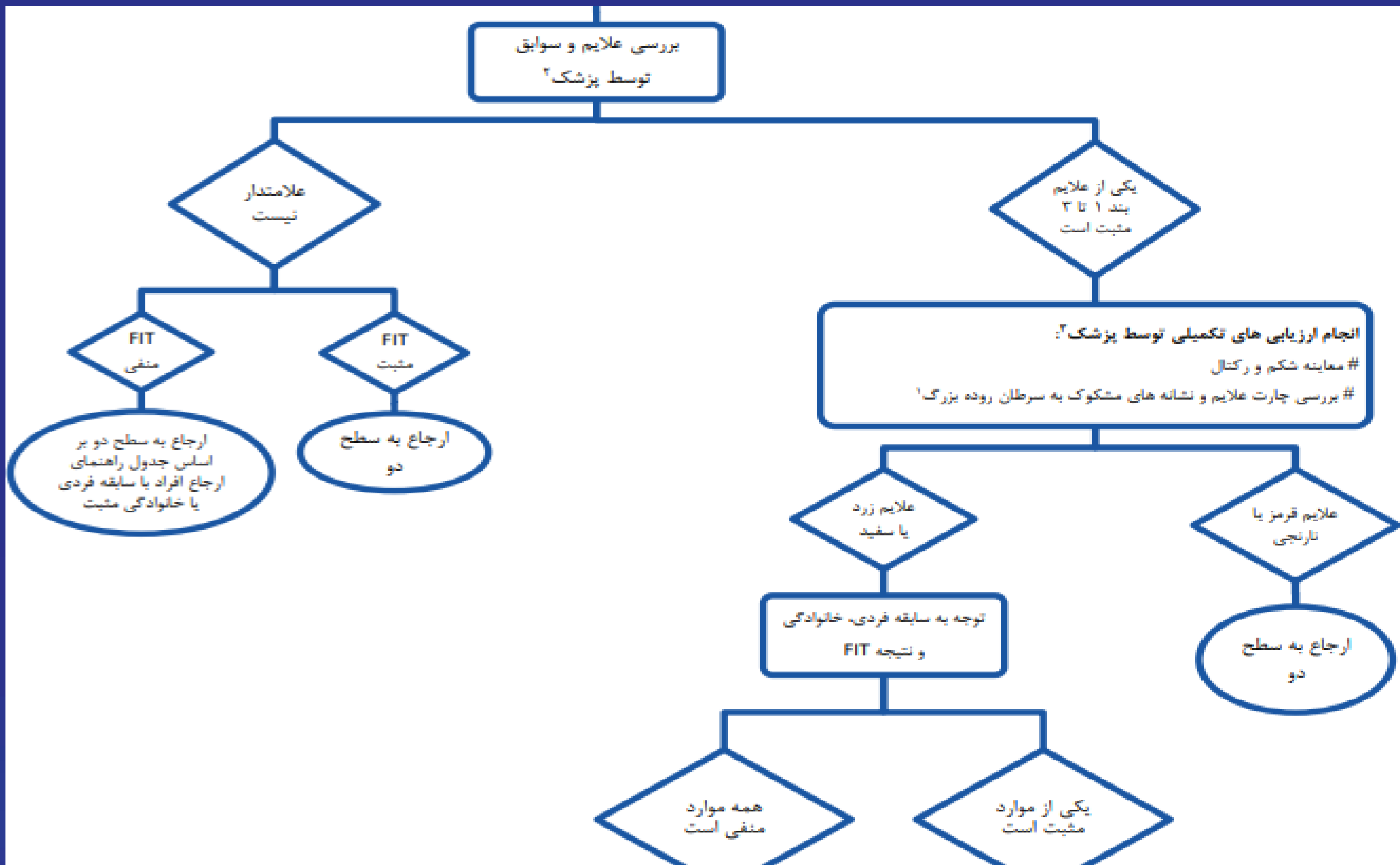
همه موارد
منفی است

خودمراقبتی و
ارزیابی دوباره هر
دو سال تا ۷۰
سالگی

یکی از موارد
مثبت است

ارجاع به پزشک

بررسی علائم و سوابق
توسط پزشک^۲





۱- در صورتی که سن فردی **زیر ۵۰ یا بالای ۶۹ سال** باشد یا در هر سنی اما در فواصل بین معاینات معمول و به دلیل مشکلات گوارشی مراجعه کند، مشخصات او نیز ثبت و بر اساس دستورالعمل بررسی شود.

۲- پزشک در صورت هر گونه تردید در خصوص نتیجه تست FIT که توسط بهورز/ مراقب سلامت انجام شده است، خود باید با کیت مشابه تست را **تکرار کند** و به آزمایشگاه ارجاع ندهد.

۳- اگر فردی آزمایش هموگلوبینی به همراه داشته باشد که **در طی یک ماه اخیر** انجام شده باشد، نیازی به تکرار آزمایش هموگلوبین نیست.

برنامه تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ، پزشک

تصمیم‌گیری	طبقه‌بندی	ارزیابی و معاینه
<ul style="list-style-type: none"> ○ فرد به سطح دو ارجاع داده شود (پزشک متخصص داخلی گزارش در بیمارستان‌های عمومی یا مراکز تشخیص زودهنگام سرطان) ○ اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده شود (لازم است در مورد روش انجام کولونوسکوپی توضیحات لازم به فرد داده شود) 	<ul style="list-style-type: none"> ● فرد علامت‌دار نیست، تست FIT مثبت است 	<p>الف - شرح حال</p> <ul style="list-style-type: none"> ● بررسی علائم، سابقه فردی و سابقه خانوادگی ● بررسی نتیجه تست خون مخفی در مدفوع (FIT) <p>ب - معاینه (در افراد علامت‌دار)</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. معاینه شکم ۲. معاینه رکتال <p>ج - بررسی چارت علائم و نشانه‌های مشکوک به سرطان روده بزرگ (در افراد علامت‌دار)</p> <p>د - درخواست هموگلوبین (در صورت نیاز)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ اگر فردی به تازگی درمان شده است و پیش از جراحی سرطان، کولونوسکوپی نشده باشد، به فاصله ۶ ماه از پایان درمان، برای کولونوسکوپی به سطح دو ارجاع شود. ○ اگر پیش از جراحی، کولونوسکوپی شده باشد، در فاصله ۳ سال از پایان درمان، برای کولونوسکوپی به سطح دو ارجاع شود. ○ در بیمارانی که بیش از ۳ سال از پایان درمان آنها گذشته باشد، تصمیم‌گیری در مورد نیاز به کولونوسکوپی با پزشک معالج در سطح سه خواهد بود. ○ اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده شود (لازم است در مورد روش انجام کولونوسکوپی توضیحات لازم به فرد داده شود) 	<ul style="list-style-type: none"> ● فرد علامت‌دار نیست، تست FIT منفی است و سابقه فردی سرطان روده بزرگ دارد 	

تصمیم‌گیری	طبقه‌بندی
<ul style="list-style-type: none"> ○ اگر پولیپ بیمار هیپرپلاستیک و سمت چپ کولون و غیر پایه دار (SSP) و کمتر از ۱ سانتیمتر بوده است، به فاصله ۱۰ سال از کولونوسکوپی قبلی، برای کولونوسکوپی به سطح دو ارجاع داده شود. ○ اگر پولیپ بیمار هیپرپلاستیک و سمت راست و غیر پایه دار (SSP) و کمتر از ۱ سانتیمتر بوده است، به فاصله ۵ سال از کولونوسکوپی قبلی، برای کولونوسکوپی به سطح دو ارجاع شود. ○ اگر پولیپ آدنوماتوز یا پایه دار (SSP) بوده است، بیمار به سطح دو (پزشک متخصص داخلی گوارش در بیمارستان‌های عمومی یا مراکز تشخیص زودهنگام سرطان) ارجاع داده شود و زمان ویزیت بعدی توسط سطح دو مشخص می‌گردد. ○ اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده شود (لازم است در مورد روش انجام کولونوسکوپی توضیحات لازم به فرد داده شود) 	<ul style="list-style-type: none"> ● فرد علامت‌دار نیست، تست FIT منفی است و سابقه فردی پولیپ یا آدنوم روده بزرگ دارد

<ul style="list-style-type: none"> ○ با گذشت ۱۰ سال از شروع بیماری، برای کولونوسکوپی به سطح دو (پزشک متخصص داخلی گوارش در بیمارستان‌های عمومی یا مراکز تشخیص زودهنگام سرطان) ارجاع داده شود. زمان کولونوسکوپی‌های بعدی توسط سطح دو و سه مشخص می‌شود. ○ اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده شود (لازم است در مورد روش انجام کولونوسکوپی توضیحات لازم به فرد داده شود) 	<ul style="list-style-type: none"> ● فرد علامت‌دار نیست، تست FIT منفی است و سابقه فردی بیماری التهابی روده (IBD) دارد
<ul style="list-style-type: none"> ○ در سن ۴۰ سالگی یا ۱۰ سال زودتر از سن ابتلای فامیل درجه یک، برای انجام کولونوسکوپی به سطح دو (پزشک متخصص داخلی گوارش در بیمارستان‌های عمومی یا مراکز تشخیص زودهنگام سرطان) ارجاع داده شود، که هر ۵ سال تکرار می‌شود. ○ اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده شود (لازم است در مورد روش انجام کولونوسکوپی توضیحات لازم به فرد داده شود) 	<ul style="list-style-type: none"> ● فرد علامت‌دار نیست، تست FIT منفی است و سابقه خانوادگی سرطان روده بزرگ در فامیل درجه یک (پدر، مادر، برادر، خواهر یا فرزندان) دارد

- فرد علامت دار نیست، تست FIT منفی است و سابقه خانوادگی سرطان روده بزرگ در فامیل درجه دو (عمه، عمو خاله، دایی) در سن زیر پنجاه سال دارد

- در سن ۵۰ سالگی برای انجام کولونوسکوپی به سطح دو (پزشک متخصص داخلی گوارش در بیمارستان‌های عمومی یا مراکز تشخیص زودهنگام سرطان) ارجاع و بر اساس یافته‌های کولونوسکوپی، زمان ارجاع بعدی توسط سطح دو مشخص می‌شود.
- اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده شود (لازم است در مورد روش انجام کولونوسکوپی توضیحات لازم به فرد داده شود)

- فرد علامت دار نیست، تست FIT منفی است و مورد شناخته شده FAP یا HNPCC در خانواده دارد

- پس از تکمیل فرم ارجاع غیرفوری به سطح دو (پزشک متخصص داخلی گوارش در بیمارستان‌های عمومی یا مراکز تشخیص زودهنگام سرطان) ارجاع داده شود.
- اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده شود (لازم است در مورد روش انجام کولونوسکوپی توضیحات لازم به فرد داده شود)

<ul style="list-style-type: none"> ○ پس از تکمیل فرم ارجاع غیرفوری به سطح دو (پزشک متخصص داخلی گوارش در بیمارستان‌های عمومی یا مراکز تشخیص زودهنگام سرطان) ارجاع دهید. ○ اصول خودمراقبتی را به فرد آموزش دهید. (لازم است در مورد روش انجام کولونوسکوپی توضیحات لازم به فرد داده شود) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ در هر ویزیت تک علامت $Hgb < 11$ در زنان و $Hgb < 12$ در مردان^۳ یا "خون‌ریزی رکتال"^۳ دارد (بدون توجه به سابقه فردی، خانوادگی یا نتیجه تست FIT) 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ پس از تکمیل فرم ارجاع غیرفوری به سطح دو (پزشک متخصص داخلی گوارش در بیمارستان‌های عمومی یا مراکز تشخیص زودهنگام سرطان) ارجاع داده شود. ○ اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده شود. (لازم است در مورد روش انجام کولونوسکوپی توضیحات لازم به فرد داده شود) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ تک علامت "فرد شکم" که در ویزیت اول و دوم پایدار مانده باشد (بدون توجه به سابقه فردی، خانوادگی یا نتیجه تست FIT) 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ پس از تکمیل فرم ارجاع غیرفوری به سطح دو (پزشک متخصص داخلی گوارش در بیمارستان‌های عمومی یا مراکز تشخیص زودهنگام سرطان) ارجاع داده شود. ○ اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده شود. (لازم است در مورد روش انجام کولونوسکوپی توضیحات لازم به فرد داده شود) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ بیش از یک علامت دارد و تقاطع علائم وی در خانه‌های قرمز یا نارنجی چارت قرار می‌گیرد (بدون توجه به سابقه فردی، خانوادگی یا نتیجه تست FIT) 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ پس از تکمیل فرم ارجاع غیرفوری به سطح دو (پزشک متخصص داخلی گوارش در بیمارستان‌های عمومی یا مراکز تشخیص زودهنگام سرطان) ارجاع داده شود. ○ اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده شود. (لازم است در مورد روش انجام کولونوسکوپی توضیحات لازم به فرد داده شود) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ بیش از یک علامت دارد و تقاطع علائم وی در خانه‌های زرد یا سفید چارت قرار می‌گیرد و هم‌زمان یکی از موارد سابقه فردی، خانوادگی یا نتیجه تست FIT مثبت است 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ برای فرد هموگلوبین درخواست شود و بعد از دو هفته دوباره علائم و پاسخ هموگلوبین ارزیابی گردد. ○ بعد از دو هفته در صورت بروز علائم نارنجی و قرمز، فرد به سطح دو (پزشک متخصص داخلی گوارش در بیمارستان‌های عمومی یا مراکز تشخیص زودهنگام سرطان) ارجاع داده شود. ○ بعد از دو هفته در صورت پایداری علائم سفید و زرد به وی توصیه شود هر زمان پس از بروز علائم جدید یا در غیر این صورت پس از دو سال جهت ارزیابی مجدد مراجعه کند. ○ اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده شود. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ بیش از یک علامت دارد و تقاطع علائم وی در خانه‌های زرد یا سفید چارت قرار می‌گیرد و سابقه فردی و خانوادگی ندارد و نتیجه تست FIT منفی است 	

⊕ تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ - ویزیت اول (پزشک)

x

⊕ تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ - ویزیت دوم (پزشک)

x

سابقه خانوادگی (سرطان روده بزرگ در افراد درجه دو خانواده (عمه، عمو، خاله، دایی، مادر بزرگ و پدر بزرگ) در سن زیر پنجاه سال) بلی خیر

سابقه فردی سرطان روده بزرگ بلی خیر

سابقه فردی بیماری التهابی روده بزرگ (IBD) (بیماری کرون یا کولیت اولسروز) بلی خیر

سابقه سرطان یا پولیپ آدنوماتوز روده بزرگ در فامیل درجه یک (پدر، مادر، برادر، خواهر یا فرزند) بلی خیر

سابقه فردی پولیپ یا آدنوم روده بزرگ بلی خیر

وجود مورد شناخته شده FAP یا HNPCC در خانواده بلی خیر

خونریزی دستگاه گوارش تحتانی (خونریزی رکتال) طی یک ماه اخیر بلی خیر

نتیجه تست FIT:

مثبت

منفی

یبوست (با یا بدون اسهال، درد شکم و احساس پر بودن مقعد پس از اجابت مزاج) طی یک ماه اخیر بلی خیر

کاهش بیش از ده درصد وزن بدن طی شش ماه اخیر بلی خیر





تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ - ویزیت اول (پزشک)



تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ - ویزیت دوم (پزشک)

گرم درصد

Hemoglobin (Hb)

خونریزی رکتال (دفع خون روشن به صورت قطره قطره یا بر روی مدفوع و یا دفع خون تیره)

وجود آن در ویزیت اول

وجود آن در ویزیت اول و پایداری در ویزیت دوم

در هیچکدام از ویزیت ها وجود نداشته است

بیوست (سختی دفع مدفوع یا احساس پر بودن مقعد پس از اجابت مزاج در طی یک ماه اخیر)

وجود آن در ویزیت اول

وجود آن در ویزیت اول و پایداری در ویزیت دوم

در هیچکدام از ویزیت ها وجود نداشته است

درد شکم (درد ژنرالیزه یا درد ناحیه پایین شکم)

وجود آن در ویزیت اول

وجود آن در ویزیت اول و پایداری در ویزیت دوم

در هیچکدام از ویزیت ها وجود نداشته است





تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ - ویزیت اول (پزشک)



تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ - ویزیت دوم (پزشک)

تندر نس شکم

وجود آن در ویزیت اول

وجود آن در ویزیت اول و پایداری در ویزیت دوم

در هیچکدام از ویزیت ها وجود نداشته است

کاهش وزن (کاهش بیش از ده درصد وزن بدن در طی شش ماه اخیر)

وجود آن در ویزیت اول

وجود آن در ویزیت اول و پایداری در ویزیت دوم

در هیچکدام از ویزیت ها وجود نداشته است

اسهال (افزایش در تعداد دفعات مدفوع طی یک ماه اخیر، به تنهایی یا به صورت متناوب همراه با یبوست)

وجود آن در ویزیت اول

وجود آن در ویزیت اول و پایداری در ویزیت دوم

در هیچکدام از ویزیت ها وجود نداشته است





تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ - ویزیت اول (پزشک)



تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ - ویزیت دوم (پزشک)

معاینه غیرطبیعی رکتوم (لمس توده، زخم یا خونی شدن دستکش پس از تخلیه مدفوع)

وجود آن در ویزیت اول

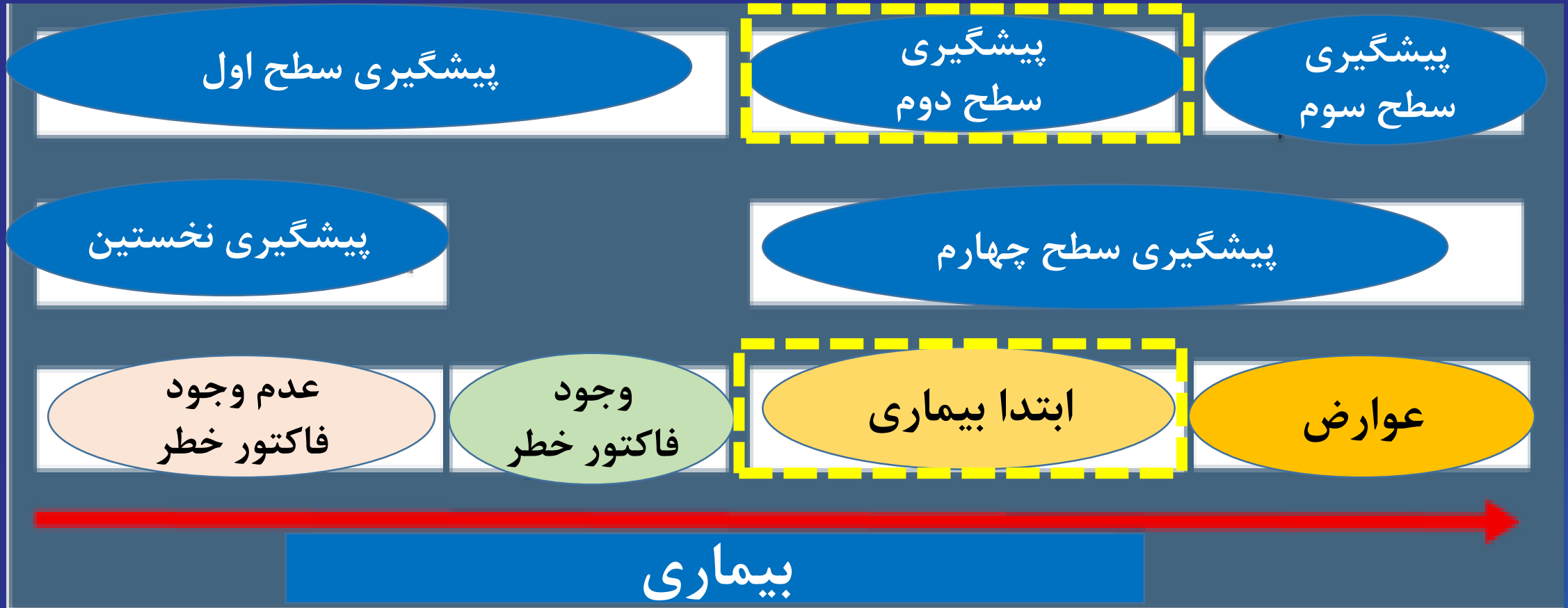
وجود آن در ویزیت اول و پایداری در ویزیت دوم

در هیچکدام از ویزیت ها وجود نداشته است

بعدي



نقش پزشک خانواده



نقش پزشک خانواده

پیشگیری نخستین

- ۱- تبیین گایدلاین‌های به روز جهت غربالگری کانسر کولورکتال
- ۲- تامین روش‌های مختلف غربالگری جهت انتخاب خود بیمار جهت استفاده از آن (تست FIT، کولونوسکوپی و)
- ۳- تهیه پمفلت‌ها و بروشورهای راهنمایی انجام صحیح تست FIT
- ۴- آموزش پزشکان، بهورزها و مراقبین سلامت در مورد اهمیت و نحوه غربالگری کانسر کولورکتال طبق دستورالعمل‌های موجود

نقش پزشک خانواده

پیشگیری سطح اول

- ۱- آموزش چهره به چهره جمعیت تحت پوشش در مورد اهمیت غربالگری کانسر کولورکتال و نحوه انجام آن
- ۲- آموزش کنترل ریسک فاکتورهای ابتلا کانسر کولورکتال به بیماران
- ۳- توصیه به مصرف مواد غذایی مناسب و دارای انتی اکسیدان جهت پیشگیری از کانسر کولورکتال (کاهش مصرف گوشت قرمز و مواد فراوری شده، افزایش مصرف فیبر، افزایش مصرف مواد و غذاهای دریایی و افزایش مصرف هویج و مرکبات ...)
- ۴- توصیه به مصرف مکمل ها و ویتامین طبق دستورالعملها (ویتامین د و کلسیم د)
- ۵- توصیه به ترک سیگار
- ۶- توصیه به فعالیت فیزیکی (حداقل ۱۵۰ دقیقه در هفته)



نقش پزشکی خانواده

پیشگیری سطح دوم

- ۱- غربالگری ابتلا به کانسر کولورکتال بر اساس دستورالعمل‌های موجود (انجام تست FIT از سن ۵۰ تا ۶۹ سال)
- ۲- استفاده از روش 5A در هر ویزیت پزشکی خانواده جمعیت تحت پوشش جهت غربالگری مصرف سیگار و ترک آن
- ۳- غربالگری و شناسایی بیماری‌های با شانس بالا ابتلا به کانسر کولورکتال در جمعیت تحت پوشش (دیابت ملیتوس، سندرم‌های ارثی CRC و ...)



نقش پزشک خانواده

پیشگیری سطح سوم

- ۱- درمان دارویی، غیردارویی و جراحی مناسب در بیماران مبتلا به کانسر کولورکتال
- ۲- استفاده از بازتوانی در بیماران تحت درمان کانسر کولورکتال (مراقبت از کولستومی و ...)

نقش پزشک خانواده

پیشگیری سطح چهارم

- ۱- استفاده از روش‌های غربالگری متناسب با هر بیمار و شرایط و امکانات موجود
- ۲- استفاده از درمان‌های دارویی و غیردارویی و جراحی متناسب با بیماری
- ۳- استفاده از داروهای **chemopreventive** ثابت شده و متناسب با هر بیمار (اساتین‌ها، آسپرین و...)

به نظر شما چه قدر این وبینار در انجام اقدامات لازم برای
پیشگیری و تشخیص کانسر کولورکتال در
جمعیت تحت پوشش شما اثر داشته است؟



