

تعیین عوامل موثر بر بقا در بیماران مبتلا به سرطان معده مراجعه کننده به کلینیک امام خمینی استان همدان از سال ۱۳۹۶-۱۳۸۲

فاطمه گوهری انصاف^۱، زینب برنگی^۱، محمد عباسی^۲، قدرت‌اله روشنایی^{۳*}

مقاله پژوهشی

مقدمه: سرطان معده چهارمین سرطان شایع و دومین دلیل مرگ ناشی از سرطان در جهان است. با وجود پیشرفته‌های اخیر در کنترل و درمان بیماری، میزان بقای این سرطان نسبتاً پایین است. عوامل مختلفی می‌تواند بر بقای بیماران مبتلا به سرطان معده مؤثر باشد هدف این مطالعه تعیین بقا و عوامل مؤثر بر آن در بیماران مبتلا به سرطان معده است.

روش بررسی: در این مطالعه کلیه بیمارانی که طی سال‌های ۱۳۸۲-۱۳۹۶ به کلینیک تخصصی امام خمینی همدان مراجعه کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. پیگیری بیماران از طریق مراجعات دوره‌ای و تماس تلفنی انجام شد. بقای بیماران با استفاده از روش کاپلان-مایر محاسبه شد و از مدل مخاطرات متناسب کاکس برای تعیین عوامل مؤثر بر بقا استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS Inc., Chicago, IL; Version 16 و در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ آنالیز شدند.

نتایج: از ۳۵۰ بیمار مبتلا به سرطان معده، ۷۴/۳ درصد مرد بودند. میزان بقای یک، سه و پنج ساله بیماران به ترتیب ۶۷٪، ۳۶٪ و ۲۷٪ بود. نتایج آزمون لگ-رتبه، بیانگر آن بود که متغیرهای سن، نوع تومور، مرحله بیماری، نوع جراحی و متاستاز بیماری بر بقای بیماران مؤثر است اما در تحلیل چندمتغیره کاکس، تنها متغیر سن در زمان تشخیص و شیمی‌درمانی متغیرهای تأثیرگذار بر بقا بودند ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج این بررسی نشان داد که متغیر سن یک فاکتور قوی در بقای بیماران محسوب می‌شود، بنابراین تشخیص هر چه سریع‌تر بیماری در سنین پایین و مراحل اولیه بیماری با استفاده از یک برنامه غربالگری، ضروری می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: سرطان معده، تحلیل بقای، کاپلان مایر، مدل کاکس، همدان

ارجاع: گوهری انصاف فاطمه، برنگی زینب، عباسی محمد، روشنایی قدرت‌اله. تعیین عوامل موثر بر بقا در بیماران مبتلا به سرطان معده مراجعه کننده به کلینیک امام خمینی استان همدان از سال ۱۳۸۲-۱۳۹۵. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۳۹۸؛ ۲۷ (۱۲): ۶۹-۲۱۵۹.

۱- مرکز پژوهش دانشجویان، دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

۲- گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

۳- گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدل‌سازی بیماری‌های غیرواگیر، همدان، ایران.

* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۹۱۲۲۱۴۵۵۲۸، پست الکترونیکی: Gh.roshanaei@umsha.ac.ir، کد پستی: ۶۵۱۴۸۵۶۸۵۳

درصد رسیده است (۱۹، ۱۸). میزان بقا و شناسایی عوامل موثر بر آن یک شاخص مهم در ارزشیابی و کنترل هر نوع سرطان است (۲۰). عموماً میزان بقای ۵ ساله سرطان معده پایین است و مطالعات مختلف مقادیر متفاوتی از میزان بقای این نوع سرطان گزارش نموده‌اند. بر طبق نتایج مطالعه باراده و همکاران میزان بقای ۵ ساله بیماران مبتلا ۰/۲۴ می‌باشد (۲۱). آخوندزاده و همکاران نیز در مطالعه خود گزارش کردند که تنها ۱۷ درصد بیماران مبتلا به سرطان معده تا ۵ سال پس از تشخیص زنده می‌مانند (۲۲). بنابراین با توجه به این‌که آنالیز بقای بیماران مبتلا به سرطان معده نیازمند آگاهی از عواملی دموگرافیکی و بالینی همانند درجه تمایز یافتگی تومور، رادیوتراپی، زمان شیمی‌درمانی، مرحله بیماری، شاخص توده بدنی، جنس و سن تشخیص بیماران است که بر طبق نتایج مطالعات انجام شده این عوامل از فاکتورهای موثر بر زمان بقا می‌باشند (۲۳، ۶)، و بانظر به شیوع بالای این بیماری در مناطق غرب کشور (۲۴) این مطالعه با هدف بررسی عوامل موثر بر آن در بیماران مراجعه کننده به کلینیک امام خمینی همدان طی سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۹۶ انجام شده است.

روش بررسی

در این مطالعه، کلیه بیمارانی که تاریخ تشخیص بیماری آن‌ها بین سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۹۶ بود و به کلینیک تخصصی امام خمینی همدان مراجعه کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. در مطالعه حاضر تمام بیمارانی که دارای تشخیص قطعی پاتولوژیک سرطان معده بودند و اطلاعات پرونده آن‌ها قابل استفاده بود، وارد مطالعه شدند. کلیه اطلاعات دموگرافیک شامل سن در زمان تشخیص، جنسیت، شغل و اطلاعات پاراکلینیکی مانند نوع تومور (آدنوکارسینوما، سلول سنگ فرشی و کارسینوئید)، محل تومور (کاردیا آنتروم، تنه و فوندوس)، مرحله بیماری، درجه تمایز یافته‌گی، تعداد گره‌های لنفاوی درگیر، متاستاز (دارد، ندارد)، محل متاستاز، نوع درمان، نوع جراحی (توتال گاسترکتومی، ساب‌توتال گاسترکتومی و پارشیال گاسترکتومی)، تاریخ تشخیص و تاریخ فوت بیماران جهت دستیابی به اهداف موردنظر در این مطالعه استخراج

سرطان یک اصطلاح عمومی برای یک گروه بزرگ از بیماری‌ها و یکی از علل اصلی مرگ در سراسر جهان است. در سال ۲۰۱۵، ۸/۸ میلیون نفر به علت سرطان جان خود را از دست داده‌اند (۱). سرطان معده رشد خارج از کنترل سلول‌های بدخیم در معده است که طی سالیان و به آرامی رشد می‌کند به طوری که اکثر افراد مبتلا به سرطان معده، تا بروز مراحل پیشرفته علامتی ندارند (۲). از مهم‌ترین عوامل خطر می‌توان به مصرف سیگار و ابتلا به عفونت‌های مزمن اشاره نمود (۳). بعضی از مطالعات، مهم‌ترین عامل تعیین کننده سرطان معده را هلیکوباکتریلوری و رژیم غذایی نامناسب می‌دانند (۴). همچنین رژیم غذایی پر نمک می‌تواند خطر این بیماری را کاهش دهد (۵). جراحی، شیمی‌درمانی و رادیوتراپی درمان‌های موجود برای سرطان معده هستند (۶). سرطان فاکتور مهم در بار جهانی بیماری در دهه‌های آینده خواهد بود و از میان سرطان‌ها، سرطان دستگاه گوارش دومین سرطان شایع در تمام دنیا است و در بین آن‌ها سرطان معده به‌عنوان دومین دلیل مرگ ناشی از سرطان است. سالانه حدود ۹۳۰۰۰۰ مورد جدید در دنیا تشخیص داده می‌شود و ۷۰۰۰۰۰ نفر هم در اثر این سرطان از بین می‌روند (۷). در ایران سرطان معده اولین سرطان در بین مردان و سومین سرطان در بین زنان است (۹)، سرطان معده با میزان بروز ۱۶/۵ در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۱۸ به‌عنوان چهارمین سرطان شایع پس از سرطان پستان در ایران است. همچنین سرطان معده با مورتالیتی ۱۲/۸ در هر صد هزار نفر، به‌عنوان دومین سرطان کشنده در ایران به‌شمار می‌آید (۱۰). بروز این سرطان اگرچه در دنیا روند کاهشی دارد ولی در کشورهای آسیایی و در حال توسعه از جمله ایران و خصوصاً در غرب ایران رو به افزایش است (۱۶) - (۱۱). سرطان معده عمدتاً در سن بالاتر از ۴۰ سال دیده می‌شود همچنین شیوع این سرطان در بین مردان دو برابر زنان است (۱۷). میزان بروز سرطان معده در استان همدان در مردان از ۱۳/۴ درصد در سال ۱۳۸۵ به ۱۴/۲۳ درصد در سال ۱۳۸۷ و در زنان نیز از ۸/۸ درصد در سال ۱۳۸۵ به ۷/۷۷

مطالعه، در جدول ۲ ارائه شده است. بر اساس نتایج جدول ۲، میزان بقای سه و پنج ساله زنان بیشتر از مردان است و بیماری‌هایی که در گروه سنی بیشتر از ۷۵ سال قرار دارند کمترین میزان بقا را دارند. همچنین میزان بقای بیمارانی که تحت درمان جراحی (توتال گاستروکتومی یا ساب توتال گاستروکتومی یا پارشیال گاستروکتومی) قرار داشتند بیشتر از بی‌ماری که درمانی به جز جراحی (رادیوتراپی یا شیمی‌درمانی) داشتند. برای مقایسه بقای بیمارانی در زیرگروه‌های مختلف متغیرها آنالیز تک‌متغیره از آزمون لگ-رتبه استفاده شد. نتایج ارزیابی اثر متغیرها بر بقا با استفاده از آزمون لگ-رتبه در جدول ۳ آمده است. نتایج آزمون لگ-رتبه نشان داد که متغیرهای سن ($P=0/006$)، نوع تومور ($P=0/02$)، مرحله بیماری ($P<0/001$)، نوع جراحی ($P=0/008$) و متاستاز بیماری ($P<0/001$) بر بقای بیمارانی مؤثر هستند. بدین‌صورت که بیمارانی با سنین بالاتر، داشتن تومور از نوع آدنوکارسینوما، رسیدن به مرحله چهارم بیماری، انجام جراحی از نوع ساب‌توتال گاستروکتومی و وجود متاستاز، بقای کمتری نسبت به سایر بیمارانی داشتند. همچنین بر طبق نتایج جدول ۳، ارتباط معنی‌داری بین تابع بقای بیمارانی با متغیرهای جنسیت، مرحله تمایز یافتگی تومور، محل تومور و نوع جراحی به‌دست نیامد ($P>0/05$). برای تعیین همزمان اثر عوامل بر بقای بیمارانی، از مدل مخاطرات متناسب کاکس استفاده شد. این مدل اثر متغیرها بر بقا را در حضور سایر متغیرها نشان می‌دهد. نتایج برازش مدل در جدول ۴ آمده است. نتایج نشان می‌دهد که متغیرهای سن در زمان تشخیص و شیمی‌درمانی متغیرهای تأثیرگذار بر بقا در حضور سایر متغیرها هستند. بدین‌صورت که بیمارانی گروه سنی بیشتر از ۷۵ سال، خطر مرگ ۲/۵ برابری نسبت به گروه سنی کمتر از ۵۰ سال دارند ($P=0/03$) اما این افزایش خطر در مورد گروه سنی ۵۱ تا ۷۵ سال معنی‌دار نبود. همچنین خطر مرگ در بیمارانی که از شیمی‌درمانی استفاده کرده بودند، یک دوم بیمارانی است که از این درمان را نداشتند ($P=0/006$).

گردید. در این تحقیق بقای بیمارانی مبتلا به سرطان معده از زمان تشخیص تا زمان مرگ یا پایان مطالعه، مورد بررسی و تجزیه تحلیل قرار گرفت. سپس اثر متغیرهای مذکور بر بقای بیمارانی ارزیابی شد. اطلاعات مربوط به فوت بیمارانی از مرکز ثبت مرگ معاونت بهداشتی استان همدان جمع‌آوری شده و در صورت موجود نبودن اطلاعات از طریق تماس تلفنی (شماره تلفن ثبت شده در پرونده بیمارانی) با بستگان درجه یک بیمارانی، یا مراجعات دوره‌ای به کلینیک، تا اسفندماه ۱۳۹۶، آخرین اطلاعات در مورد وضعیت حیاتی آنان دریافت گردید. پیامد مورد مطالعه مرگ بیمارانی بود و در سایر حالات متغیر پاسخ به عنوان سانسور در نظر گرفته شد.

تجزیه و تحلیل آماری

در این مطالعه برای تعیین میزان بقا از روش کاپلان مایر و برای مقایسه بقای سطوح مختلف متغیرها از روش لگ رتبه استفاده گردید. همچنین برای تعیین عوامل مؤثر بر بقا از روش رگرسیون کاکس استفاده شد. به منظور آنالیز داده‌ها از نرم افزار SPSS Inc., Chicago, IL; Version 16 استفاده شد و سطح معنی‌داری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این تحقیق توسط دانشگاه علوم پزشکی همدان با شماره طرح ۹۶۰۶۰۷۳۶۹۳ و با کد اخلاق IR.UMSHA.REC.1396.405 تایید شده است.

نتایج

میانگین سن بیمارانی ۶۱/۹ سال بوده است. ۶۹/۷ درصد بیمارانی (۲۴۴ نفر) در گروه سنی ۵۱ تا ۷۵ سال قرار داشتند. ۲۶۰ بیمار (۷۴/۳ درصد) مرد و ۹۰ نفر (۲۵/۷ درصد) زن بودند. ۹۶/۵ درصد بیمارانی، سرطان معده از نوع آدنوکارسینوما داشتند. سایر ویژگی‌های دموگرافیک و وضعیت تومور بیمارانی در جدول ۱ آمده است. میانگین و میانه پیگیری بیمارانی به ترتیب ۱۹/۶۳ و ۱۳ ماه بود. میزان بقای یک ساله، سه ساله و پنج ساله بیمارانی با استفاده از روش کاپلان مایر به ترتیب ۶۷٪، ۳۶٪ و ۲۷٪ به‌دست آمد. همچنین میزان بقای یک، سه و پنج ساله بیمارانی به تفکیک سطوح متغیرهای مورد نظر در

جدول ۱: ویژگی دموگرافیک و وضعیت تومور بیماران مبتلا به سرطان معده

متغیر	سطوح	فراوانی (درصد)
جنسیت (n=۳۵۰)	مرد	۲۶۰ (۷۴/۳)
	زن	۹۰ (۲۵/۷)
سن (n=۳۵۰)	کمتر یا مساوی ۵۰ سال	۶۳ (۱۸/۰)
	۵۱ تا ۷۵ سال	۲۴۴ (۶۹/۷)
	بیشتر از ۷۵ سال	۴۳ (۱۲/۳)
نوع تومور (n=۳۱۷)	آدنوکارسینوما	۳۰۶ (۹۶/۵)
	لنفوم	۱۰ (۳/۱)
محل اولیه تومور (n=۱۴۶)	کارسینوئید	۱ (۰/۳)
	کاردیا	۴۳ (۲۹/۴)
	تنه	۴۷ (۳۲/۲)
	آنتروم	۴۰ (۲۷/۳)
	فوندوس	۹ (۶/۲)
درجه تمایز سلولی تومور (n=۱۹۳)	پیلور	۷ (۴/۸)
	خوب	۳۸ (۱۹/۶)
	متوسط	۷۶ (۳۹/۳)
متاستاز (n=۲۳۵)	ضعیف	۷۹ (۴۰/۹)
	دارد	۲۰۱ (۸۵/۵)
مرحله پاتولوژیک بیماری (n=۲۵۳)	ندارد	۳۴ (۱۴/۵)
	I	۵ (۱/۹)
	II	۱۴ (۵/۵)
	III	۳۴ (۱۳/۴)
نوع درمان (n=۳۲۵)	IV	۲۰۰ (۷۹/۰)
	شیمی درمانی	۱۵۰ (۴۶/۱)
	رادیوتراپی	۲ (۰/۶)
	جراحی	۱۰ (۳/۱)
	دو نوع درمان	۱۳۰ (۴۰/۰)
شیمی درمانی	هر سه نوع درمان	۳۳ (۱۰/۱)
	دارد	۳۱۲ (۸۹/۱)
رادیوتراپی	ندارد	۳۶ (۱۰/۹)
	دارد	۶۵ (۱۸/۶)
جراحی (n=۱۷۴۵)	ندارد	۲۸۵ (۸۱/۴)
	دارد	۱۴۰ (۸۰/۵)
نوع جراحی (n=۱۳۱)	ندارد	۳۴ (۱۹/۵)
	توتال گاستروکتومی	۵۳ (۴۰/۵)
	ساب توتال گاستروکتومی	۳۱ (۲۳/۷)
	پارشپال گاستروکتومی	۴۷ (۳۵/۹)

جدول ۲: میزان‌های بقا براساس متغیرهای دموگرافیک و بالینی در بیماران مبتلا به سرطان معده

متغیر	میزان بقا (درصد)		
	پنج ساله	سه ساله	یک ساله
جنسیت	زن	۴۵	۶۵
	مرد	۳۲	۶۷
سن در زمان تشخیص	کمتر از ۵۰ سال	۴۵	۶۷
	۵۱ تا ۷۵ سال	۳۶	۶۹
	بیشتر از ۷۵ سال	۲۱	۵۲
نوع تومور	آدنوکارسینوما	۳۵	۶۷
	لنفوم	۴۲	۶۵
محل تومور	کاردیا	۱۶	۴۵
	تنه	۳۳	۵۹
	آنتروم	۲۶	۶۵
درجه تمایز سلولی تومور	خوب	۳۴	۶۹
	متوسط	۴۶	۷۴
	ضعیف	۳۰	۷۰
متاستاز	ندارد	۵۴	۸۳
	دارد	۲۴	۵۶
مرحله بیماری	I, II, III	۶۰	۹۳
	IV	۲۴	۶۰
جراحی	ندارد	۱۹	۷۰
	دارد	۴۶	۷۷
نوع جراحی	توتال گاستروکتومی	۴۳	۷۳
	ساب توتال گاستروکتومی	۳۵	۸۴
	پارشیال گاستروکتومی	۶۱	۷۷

جدول ۳: مقایسه میزان بقای بیماران در سطوح متغیرها با استفاده از آزمون لگ-رتبه

متغیر	رده	میان‌ه بقای (ماه)	آزمون لگ رتبه‌ای
جنسیت	زن	۲۴	۰/۳۰۵
	مرد	۲۲	
سن در زمان تشخیص	کمتر از ۵۰ سال	۳۰	۰/۰۰۶
	۵۱ تا ۷۵ سال	۲۳	
	بیشتر از ۷۵ سال	۱۳	
محل تومور	کاردیا	۲۲	۰/۱۲۳
	تنه	۱۳	
	آنتروم	۱۸	
درجه تمایز سلولی تومور	خوب	۳۰	۰/۴۵۴
	متوسط	۳۳	
	ضعیف	۲۳	

عوامل موثر بر بقای بیماران سرطان معده

۰/۰۰۱	۴۹	ندارد	متاستاز
	۱۴	دارد	
۰/۰۰۱	۴۹	I, II, III	مرحله بیماری
	۱۴	IV	
۰/۰۰۸	۲۶	توتال گاستروکتومی	نوع جراحی
	۱۹	ساب توتال گاستروکتومی	
	۵۴	پارشیال گاستروکتومی	
۰/۰۲۸	۲۲	آدنوکارسینوما	نوع تومور
	۳۰	لنفوم	

جدول ۴: برآورد اثر متغیرها بر بقای بیماران مبتلا به سرطان معده در رگرسیون چندمتغیره کاکس

متغیر	رده	نسبت خطر	P-Value	فاصله اطمینان ۹۵ درصد نسبت خطر	
				حد بالا	حد پایین
جنسیت	مرد	۱	-	-	-
	زن	۰/۹۱	۰/۶۰۶	۰/۶۳	۱/۳۱
سن در زمان تشخیص	کمتر از ۵۰ سال	۱	-	-	-
	۵۱ تا ۷۵ سال	۱/۰۶	۰/۷۸۳	۰/۶۹	۱/۶۳
	بیشتر از ۷۵ سال	۲/۵۰	۰/۰۳۴	۱/۵۸	۲/۸۲
نوع تومور	آدنوکارسینوما	۱	-	-	-
	لنفوم	۱/۰۱	۰/۹۷۶	۰/۶۰	۱/۶۸
محل تومور	کاردیا	۱	-	-	-
	تنه	۱/۳۴	۰/۳۰۱	۰/۷۷	۲/۳۳
	آنتروم	۱/۲۵	۰/۴۷	۰/۶۸	۲/۲۷
درجه تمایز سلولی تومور	خوب	۱	-	-	-
	متوسط	۱/۰۲	۰/۹۶۲	۰/۵۲	۱/۹۸
	ضعیف	۱/۰۷	۰/۸۴۲	۰/۵۵	۲/۰۶
متاستاز	دارد	۱	-	-	-
	ندارد	۰/۹۹	۰/۹۹۳	۰/۱۴	۶/۸۰
مرحله بیماری	I, II, III	۱	-	-	-
	IV	۲/۶۵	۰/۳۳۷	۰/۳۶	۱۹/۳۴
نوع جراحی	توتال گاستروکتومی	۱	-	-	-
	ساب توتال گاستروکتومی	۰/۹۸	۰/۹۵۵	۰/۴۹	۱/۹۵
	پارشیال گاستروکتومی	۰/۸۵	۰/۶۰۸	۰/۴۵	۱/۶۰
شیمی درمانی	ندارد	۱	-	-	-
	دارد	۰/۵۵	۰/۰۰۶	۰/۳۶	۰/۸۴
رادیوتراپی	ندارد	۱	-	-	-
	دارد	۰/۸۴	۰/۴۵۸	۰/۵۳	۱/۳۳
جراحی	ندارد	۱	-	-	-
	دارد	۰/۷۵	۰/۳۳۶	۰/۴۱	۱/۳۵

دلیل نبود برنامه مناسب غربالگری ذکر نمود. به طوری که در ژاپن به دلیل وجود برنامه غربالگری سازمان یافته و تجربه فراوان کادر درمانی با توجه به میزان بالای بیماری در این کشور، میزان بقای پنج ساله بیماران افزایش یافته است و به ۷۱ درصد رسیده است (۲۹، ۳۲). نتایج این مطالعه نشان داد که بقای زنان بیشتر از مردان است به طوری که خطر مرگ برای زنان ۰/۹۱ برابر مردان است اگرچه این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود. این یافته با نتایج بسیاری از مطالعات در ایران و کشورهای دیگر مطابقت دارد (۲۳، ۳۳، ۳۴). براساس نتایج بسیاری از مطالعات متغیر سن در زمان تشخیص یکی از فاکتورهای مهم در پیش‌آگهی بیماران می‌باشد به طوری که میزان بقای با افزایش سن تشخیص، کاهش می‌یابد و بیمارانی که در سنین پایین شناسایی می‌شوند، بقای بالاتری دارند (۳۴، ۳۱). نتایج مطالعه حاضر نیز این موضوع را تأیید می‌کند به طوری که بر طبق این نتایج، میانه بقای بیمارانی که در گروه سنی ۷۵ سال و بالاتر قرار دارند ۱۳ ماه می‌باشد و خطر مرگ در این گروه سنی ۲/۵ برابر بیمارانی است که در سن کمتر از ۵۰ سال تشخیص داده می‌شوند. علت این امر را می‌توان به پایین بودن مراحل بیماری و شرایط جسمانی بهتر و پاسخگویی مناسب به درمان در افراد جوان‌تر دانست. همانند نتایج مطالعه بیگلریان، دهکردی، روشنایی و قربانی (۲۶، ۲۵، ۶، ۲)، در این مطالعه نیز متغیرهای مرحله بیماری و داشتن متاستاز بر بقای بیماران تأثیرگذار بودند که بیانگر کاهش میزان بقای بیماران با داشتن این دو مؤلفه می‌باشد زیرا اکثر روش‌های درمانی در این مرحله تأثیر قابل توجهی بر بقای بیماران ندارند (۸). اگر چه این دو متغیر در مدل مخاطرات کاکس و در حضور سایر متغیرها تأثیر معنی‌داری بر بقای نداشتند. از این نظر این نتایج با نتایج مطالعات رجائی فرد و روشنایی هم‌خوانی ندارد (۳۳، ۲۷). در بررسی‌های انجام شده در این مطالعه، شیمی‌درمانی اثر مثبتی در بقای بیماران داشته است بدین صورت که خطر مرگ بیمارانی که شیمی‌درمانی شده‌اند تقریباً یک دوم بیمارانی است که این درمان را دریافت نکرده‌اند. این نتایج با مطالعه روشنایی هم‌خوانی دارد گرچه این متغیر در

سرطان یکی از مشکلات بهداشتی عمده در جهان است. در کشورهای در حال توسعه سهم قابل توجهی از منابع و امکانات بهداشتی به سرطان اختصاص داده شده است. در این بین، سرطان معده یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در بسیاری از کشورها و از جمله ایران می‌باشد (۲۵). به طوری که در ایران سرطان معده اولین سرطان در بین مردان و سومین سرطان بعد از سرطان پستان و کولورکتال در بین زنان است (۸، ۹). در این مطالعه، ابتدا میزان بقای کلی یک ساله، سه ساله و پنج ساله بیماران مبتلا به سرطان معده و به تفکیک سطوح متغیرهای مورد بررسی محاسبه شد. بر این اساس میزان بقای یک ساله، سه ساله و پنج ساله بیماران به ترتیب ۶۷ درصد، ۳۶ درصد و ۲۷ درصد به دست آمد. سپس با استفاده از آزمون لگ رتبه‌ای، تأثیر هر یک از متغیرها (بدون حضور سایر متغیرها) بر بقای مورد بررسی قرار گرفت که نتایج بیانگر آن بود که متغیرهای سن، نوع تومور، مرحله بیماری، نوع جراحی و متاستاز بیماری بر بقای بیماران مؤثر هستند. اما در تحلیل چند متغیره با استفاده از مدل مخاطرات متناسب کاکس، برخی از این متغیرها (در حضور سایر متغیرها)، تأثیر معنی‌داری بر بقای نداشتند به طوری که از بین متغیرهای مورد بررسی، تنها متغیر سن در زمان تشخیص و شیمی‌درمانی متغیرهای تأثیرگذار بر بقا بودند. میزان بقای یک‌ساله، سه‌ساله و پنج‌ساله محاسبه شده در مطالعه حاضر با نتایج مطالعات روشنایی، قربانی و باراده و همکاران نزدیک است (۲۷، ۲۶، ۲۱). برخی مطالعات بقای بیماران را کمتر از برآورد مطالعه حاضر گزارش کردند به طور مثال میزان بقای یک ساله و سه ساله در مطالعه بره‌ای و همکاران به ترتیب ۵۹ و ۱۷ درصد محاسبه شده است (۲۳). بقای پنج ساله برآورد شده در مطالعه حاضر، کمتر از بقای مطالعات سایر کشورها از جمله نروژ، ژاپن و چین است (۳۱-۲۸). این موضوع نشان‌دهنده پایین بودن میزان بقای بیماران مبتلا به سرطان معده در ایران نسبت به سایر نقاط دنیا است و یکی از مهم‌ترین علت این موضوع را می‌توان به تشخیص دیرهنگام بیماران مبتلا به سرطان معده در ایران به

معدودی به همکاری ضعیف بعضی از بستگان در دادن اطلاعات بیماران اشاره نمود.

نتیجه‌گیری

نتایج این بررسی نشان داد که بقای پنج‌ساله بیماران مبتلا به سرطان معده نسبتاً پایین است و با توجه به این که متغیر سن یک فاکتور قوی در بقای بیماران محسوب می‌شود، نیاز به تشخیص هرچه سریع‌تر بیماری در سنین پایین و مراحل اولیه بیماری با استفاده از یک برنامه سازمان‌یافته غربالگری و مراجعه دوره‌ای برای افراد، ضروری می‌باشد تا بدین وسیله با شناخت افراد در معرض خطر و شروع درمان بیماران قبل از پیشرفت بیماری و رسیدن به مرحله متاستاز، طول عمر بیماران را افزایش داد.

سپاس‌گزاری

این مقاله برگرفته از طرح مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان به شماره طرح ۹۶۰۶۰۷۳۶۹۳ می‌باشد که بدین‌وسیله از زحمات معاونت محترم تحقیقات و فناوری به عنوان حامی مالی قدردانی و تشکر می‌گردد.
تعارض در منافع: وجود ندارد.

مطالعه روشنایی معنی‌دار نبوده است (۶). در این مطالعه بیماران مبتلا به سرطان معده از نوع آدنوکارسینوما پیش‌آگهی بدتری نسبت به سایر بیماران داشتند به‌طوری که بقای این بیماران به‌طور معنی‌داری کمتر از بیماران مبتلا به سرطان معده از نوع لنفوم بود. علت این امر می‌تواند تعداد زیاد بیماران مبتلا به سرطان معده از نوع آدنوکارسینوما در این مطالعه باشد به‌طوری که تنها تعداد اندکی از بیماران تومور از نوع سایر انواع سرطان معده داشتند و بیش از ۹۶ درصد بیماران، مبتلا به سرطان معده از نوع آدنوکارسینوما بودند. به هر صورت این موضوع بایستی در مطالعات بزرگ‌تر مورد توجه قرار گیرد. در مطالعه خدمت و یانگ نیز این نتایج دیده می‌شود (۳۵، ۳۴). درجه تمایز سلولی تومور یکی از فاکتورهایی است که برطبق نتایج برخی مطالعات در بقای بیماران مؤثر است (۳۴، ۲۶، ۲۵، ۲۳). اما این متغیر در مطالعه حاضر تأثیر معنی‌داری بر بقا نداشت که علت این امر را می‌توان به عدم ثبت دقیق اطلاعات پاتولوژیک در پرونده بیماران و عدم دسترسی به متغیرهای مهم مرتبط دانست. از دیگر محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به‌نقص در پرونده‌های پزشکی بیماران، تغییر شماره تماس بیماران و عدم دسترسی به برخی از بیماران و در موارد

References:

- 1-World Health Organization. *Cancer Fact Sheets Geneva: Who*; 2018 [updated 1 February 2018. Available from: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
- 2-Biglarian A, Hajizadeh E, Gohari MR, Khodabakhshi R. *The Survival Analysis of Patients with Gastric Cancer and its Related Factors*. Kosar Medical Journal 2007; 12(4): 337-47. [Persian]
- 3-Stewart B, Kleihues P. *World Cancer Report*. Lyon: IARC press, 2003.
- 4-Yazdizadeh B, Jarrahi AM, Mortazavi H, Mohagheghi MA, Tahmasebi S, Nahvijo A. *Time Trends in the Occurrence of Major GI Cancers in Iran*. Asian Pac J Cancer Prev 2005; 6(2): 130-4. [Persian]
- 5-Boyle P, Levin B. *World Cancer Report 2008*. Lyon: IARC press, 2008; 510.
- 6-Roshanaei GA, Kazemnejad A, Sadighi S. *Estimation of Survival Rate of Gastric Cancer Patients Surged at the Cancer Institute of the Hospital Imam Khomeini Tehran and Determining the Factors Affecting it*. Journal of Hamadan University of Medical Sciences & Health Services 2010; 17(3): 13-8. [Persian]

- 7- Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. *Global Cancer Statistics, 2002*. CA Cancer J Clin 2005; 55(2): 74-108.
- 8-Malekzadeh R, Derakhshan MH, Malekzadeh Z. *Gastric Cancer in Iran: Epidemiology and Risk Factors*. Arch Iran Med 2009; 12(6): 576-83. [Persian]
- 9-Mousavi SM, Gouya MM, Ramazani R, Davanlou M, Hajsadeghi N, Seddighi Z. *Cancer Incidence and Mortality in Iran*. Ann Oncol 2009; 20(3): 556-63.
- 10-International Agency for Research on Cancer. *Estimated Number of New Cases in 2018, Asia, Iran, Islamic Republic of, Both Sexes, All Ages*. Who; 2018 [updated 2018. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/home>.
- 11-Azizi F, Hatami H, Janghorbani M. *Epidemiology and Control of Common Diseases in Iran*. 3th ed. Tehran: Khosravi publication; 2010: 915.
- 12-Bertuccio P, Chatenoud L, Levi F, Praud D, Ferlay J, Negri E, et al. *Recent patterns in Gastric Cancer: a Global Overview*. Int J Cancer 2009;125(3): 666-73.
- 13-Hartgrink HH, Jansen EP, Van Grieken NC, Van De Velde CJ. *Gastric Cancer*. Lancet 2009; 374(9688): 477-90.
- 14-Murray CJ, Lopez AD. *Alternative Projections of Mortality And Disability by Cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study*. Lancet 1997; 349(9064): 1498-504.
- 15-Rahimi F, Heidari M. *Time Trend Analysis of Stomach Cancer Incidence in the West of Iran*. Health Develop J 2012; 1(2): 100-10.
- 16-Sadjadi A, Malekzadeh R, Derakhshan MH, Sepehr A, Nouraie M, Sotoudeh M, et al. *Cancer Occurrence in Ardabil: Results of a Population-Based Cancer Registry from Iran*. Int J Cancer 2003; 107(1): 113-18.
- 17-Nagayo T. *Histogenesis and precursors of human gastric cancer*. New York: Springer-Verlag; 1986: 17-39.
- 18- Aghajani H, Etemad k, Gouya MM, Ramezani R, Modirian M, Nadali F. *Iranian Annual of National Cancer Registration Report*. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2010. [Persian]
- 19-Haghazali M, Ramezani R, Donlo M, Sedighi Z, Dabiri E, Prtoeipoor E. *Iranian Annual of National Cancer Registration Report*. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2007. [Persian]
- 20-Hajiani Eskandar, Sarmast Shoshtari MH, Masjedizadeh R, HashemiJ, Azmi M, Rajabi T. *Clinical Profile of Gastric Cancer in Khuzestan, Southwest of Iran*. World J Gastroenterol 2006; 12(30): 4832-35. [Persian]
- 21-Baeradeh N, Lotfi M, Fallahzadeh H, Kargar S, Salman Roghani H. *Survival Rate of Patients with Stomach Cancer and its Effective Factors in Yazd Province*. The Journal of Community Health Research 2015; 3: 278-87. [Persian]
- 22-Akhondzadeh E, Yavari P, Mehrabi Y, Kabir A. *Estimates of One, Three, and Five Year Survival Rate of Patients with Gastric Cancer in Iran Using the Meta-Analysis Method*. Irje 2015; 11(1): 1-12. [Persian]
- 23-Barfei F, Abbasi M, Khodabakhshi R, Gohari MR. *Survival Analysis of Patients with Adenocarcinoma Gastric Cancer Infayazkhsh Hospital, Tehran*. RJMS 2014; 21(123): 1-9. [Persian]

- 24-Yazdanbod E, Samadi F, Malekzade R, Babaie M, Iranparvar M, Azami A. *Four-Year Survival Rate of Patients with upper GI Cancer in Ardabil*. Journal of Ardabil University of Medical Sciences 2005; 5(2): 180-4. [Persian]
- 25-Moghimi Dehkordi B, Rajaeefard A, Tabatabaee H, Zighami B, Safaei A, Tabeie Z. *Modeling Survival Analysis Using Cox Model in Patients with Gastric Cancer*. Irje 2006; 3(2): 19-24. [Persian]
- 26-Ghorbani Gholiabad S, Yazdani Charati J, Jan Babai GH, Shabankhani B. *Survival of Patients with Gastric Cancer in Mazandaran Province, 2007-2012*. J Mazand Univ Med Sci 2013; 23(100): 43-50. [Persian]
- 27-Roshanaei G, Safari M, Baghestani A, Sadighi S. *Evaluation of the Effective Factors on the Survival of Gastric Cancer Patients Referred to the Cancer Institute from 2003 to 2007*. Journal of Zanjan University of Medical Sciences 2012; 20(80): 40-50. [Persian]
- 28-Isobe T, Hashimoto K, Kizaki J, Miyagi M, Aoyagi K, Koufuji K, et al. *Characteristics and Prognosis of Gastric Cancer in Young Patients*. Oncol Rep 2013; 30(1): 43-9.
- 29-Katai H, Ishikawa T, Akazawa K, Isobe Y, Miyashiro I, Oda I, et al. *Five-Year Survival Analysis Of Surgically Resected Gastric Cancer Cases in Japan: a Retrospective Analysis of More Than 100,000 Patients from the Nationwide Registry of the Japanese Gastric Cancer Association (2001–2007)*. Gastric Cancer 2018; 21(1): 144-54.
- 30-Lello E, Furnes B, Edna TH. *Short and Long-Term Survival from Gastric Cancer. a Population-Based Study from a County Hospital During 25 Years*. Acta Oncol 2007; 46(3): 308-15.
- 31-Zheng L, Wu C, Xi P, Zhu M, Zhang L, Chen S, et al. *The Survival and the Long-Term Trends of Patients with Gastric Cancer in Shanghai, China*. BMC Cancer 2014; 14(300): 1-12.
- 32-Matsuda T, Saika K. *The 5-Year Relative Survival Rate of Stomach Cancer in the USA, Europe and Japan*. Jpn J Clin Oncol 2013; 43(11): 1157-8.
- 33-Rajaeifard A, Moghimidehkordi B, Tabatabaee H, Zighami B, Safaei A, Tabei Z. *Estimating Survival Rates in Gastric Cancer Based on Pathologic and Demographic Factors in Fars Cancer Registry (2001-2005)*. Tabib Shargh 2009; 11(1): 49-56. [Persian]
- 34-Yang D, Hendifar A, Lenz C, Togawa K, Lenz F, Lurje G, et al. *Survival of Metastatic Gastric Cancer: Significance of Age, Sex and Race/Ethnicity*. J Gastrointest Oncol 2011; 2(2): 77-84.
- 35-Khedmat H, Panahian M, Amini M, Eizadi M, Naseri MH, Ghauomi MH. *The Probability of Survival of The Official Personnel of the Armed Forces and other Cancer Patients Stomach Admitted in Baqiyatallah Al-A'zam Hospital from 2000 to 2005*. Teb Nezami 2007; 3(9): 167-77. [Persian]

Determination of Affected Factor on Survival Rates in Referral Gastric Cancer Patients to Imam Khomeini Clinic in Hamadan Province from 2004-2017

Fatemeh Gohari-Ensaf¹, Zeinab Berangi¹, Mohamad Abbasi², Ghodratollah Roshanaei^{*3}

Original Article

Introduction: Gastric cancer is the fourth most common cancer and the second leading cause of death in the world. Despite the recent advances in controlling and treating the disease, the survival rate of this cancer is relatively low. Various factors can affect the survival of the patients with gastric cancer. The aim of this study was to determine the survival rates and the effective factors in the patients with gastric cancer.

Methods: The study population included all the patients diagnosed with gastric cancer in Hamadan Province who were referred to Hamadan Imam Khomeini Specialized Clinic between 2004 to 2017. Patients were followed up by periodical referrals and/or telephone contact. The survival rate of the patients was calculated using Kaplan-Meier method and effective survival factors with Cox proportional regression. Data were analyzed using SPSS 23 software at a significance level of 0.05.

Results: Out of the 350 patients with gastric cancer, 74.3% were male and 25.7% were female. One-year, three-year and five-year survival rates were 67%, 36% and 27%, respectively. The log -rank test showed that age, type of tumor, stage of disease, type of Surgery and metastasis of the disease were effective on the survival of patients. In Cox's multivariate analysis, the only age variables at the time of diagnosis and chemotherapy were survival variables. ($P < 0.05$).

Conclusion: The results of this study showed that age variable is a strong factor in survival, so it is essential to diagnose the disease at the early age and early stages of the disease using a screening program.

Keywords: Gastric cancer, Survival analysis, Kaplan- meier, Cox model, Hamadan.

Citation: Gohari-ensaf F, Berangi Z, Abbasi M, Roshanaei Gh. **Determination of affected factor on survival rates in referral gastric cancer patients to Imam Khomeini clinic in Hamadan Province from 2004-2017.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2020; 27(12): 2159-69

¹Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

²Department of Internal Medicine, School of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

³Department of Biostatistics, Modeling of Noncommunicable Disease Research Canter, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

*Corresponding author: Tel: 09122145528, email: Gh. roshanaei@umsha.ac.ir