

## یافته‌های کولونوسکوپی و هیستوپاتولوژیک بیماران مبتلا به هماتوشزی

دکتر سیده نرجس مظفری چینیجانی<sup>۱</sup>، دکتر رامین آذر هوش<sup>۲</sup>، دکتر تقی امیریانی<sup>۳\*</sup>، دکتر غلامرضا روشندل<sup>۴</sup>

۱- پزشک عمومی، ۲- دانشیار، گروه آسیب‌شناسی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، ۳- استادیار، گروه داخلی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، ۴- دانشجوی دکتری تخصصی اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان.

### چکیده

**زمینه و هدف:** بهترین روش در برخورد با بیماران مبتلا به هماتوشزی یا خونریزی از رکتوم، کولونوسکوپی است. این مطالعه به منظور تعیین یافته‌های کولونوسکوپی و هیستوپاتولوژیک در بیماران مبتلا به هماتوشزی انجام شد.

**روش بررسی:** این مطالعه توصیفی - تحلیلی روی ۱۱۷ بیمار (۵۰ مرد و ۶۷ زن) مبتلا به هماتوشزی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی پنجم آذر گرگان در سال ۱۳۸۹ انجام شد. اطلاعات دموگرافیک، سابقه پزشکی، نتایج کولونوسکوپی و هیستوپاتولوژیک همه بیماران ثبت گردید.

**یافته‌ها:** شایع‌ترین یافته کولونوسکوپی، هموروئید بود. شایع‌ترین یافته در افراد زیر ۴۳ سال بیماری‌های التهابی روده و افراد بالای ۴۳ سال آدنوکارسینوم بود ( $P < 0/05$ ). در بررسی هیستوپاتولوژیک شایع‌ترین یافته کولیت اولسراتیو (۲۲/۲ درصد) بود. شایع‌ترین محل آنتومیک در افراد مبتلا به بیماری‌های التهابی روده رکتوسیکموئید بود. تمام موارد بیماری‌های التهابی روده و سرطان در سمت چپ کولون یافت شد.

**نتیجه‌گیری:** برای بررسی علل هماتوشری در افراد با سن کمتر از ۴۲ سال سیگموئیدوسکوپی توصیه می‌شود و در افراد ۴۳ ساله و بالاتر، انجام سیگموئیدوسکوپی یا کولونوسکوپی باستی براساس شرایط بیمار صورت گیرد.

**کلید واژه‌ها:** دستگاه گوارش، هماتوشزی، کولونوسکوپی، آدنوکارسینوما، بیماری‌های التهابی روده

\* نویسنده مسؤول: دکتر تقی امیریانی، پست الکترونیکی [dr\\_amiriani@yahoo.com](mailto:dr_amiriani@yahoo.com)

نشانی: گرگان، خیابان ۵ آذر، آذر دهم، مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان، تلفن ۰۱۷۱-۲۳۴۰۸۳۵، شماره ۲۳۶۹۲۱۰

وصول مقاله: ۹۱/۴/۱۸، اصلاح نهایی: ۹۲/۱۰/۱۵، پذیرش مقاله: ۹۲/۱۰/۱۷

### مقدمه

نئوپلاسم و کولیت است. علل ناشایع عبارت از خونریزی پس از پولیپکتومی، سندرم زخم منفرد رکتوم، زخم یا کولیت ناشی از NSAIDs، ضربه، واریس، هپریپلازی ندولی لنفوئید، واسکولیت و فیستول آئورت - کولون است. به ندرت به کمک شرح حال و معاینه فیزیکی می‌توان منشأ خونریزی گوارشی را تشخیص داد. در بیماران مبتلا به خونریزی از دستگاه گوارش تحتانی، کولونوسکوپی پس از تجویز محلول شستشوی خوراکی، بهترین روش تشخیصی است (۱). توانایی در لوکالیزه کردن محل خونریزی، جمع‌آوری نمونه آسیب‌شناسی و امکان انجام مداخله درمانی از جمله مزایای استفاده از کولونوسکوپی است (۷-۵). در مطالعاتی کولونوسکوپی در تمام بیماران با خونریزی از رکتوم پیشنهاد شده (۸و۹)؛ در حالی که در مطالعات دیگر کولونوسکوپی برای بیماران بالای ۵۰ سال توصیه شده و سیگموئیدوسکوپی در بیماران زیر ۵۰ سال که براساس معاینه بالینی یا آندوسکوپی و پروکتوسکوپی منشأ احتمالی خونریزی مشخص نشده دارند؛ پیشنهاد گردیده است (۱۲-۱۰).

هماتوشزی یا خونریزی از رکتوم، تظاهراتی از خونریزی دستگاه گوارش تحتانی است که به معنی خونریزی از محلی دورتر از لیگمان تریز است (۱). خونریزی روشن خفیف از رکتوم تقریباً در ۱۵ درصد افراد اتفاق می‌افتد. این مشکل ممکن است در افراد جوان به علت گزارش کمتر پزشکان، بیشتر از این مقدار باشد (۴-۲). در ایالات متحده و اروپا، میزان بروز سالانه بستری‌های بیمارستانی به دلیل خونریزی از دستگاه گوارشی فوقانی تقریباً ۰/۱ درصد و میزان مرگ و میر در حدود ۵-۱۰ درصد است. موارد بستری به واسطه خونریزی از دستگاه گوارشی تحتانی تقریباً یک پنجم بستری به دلیل خونریزی از دستگاه گوارش فوقانی است. بواسیر احتمالاً شایع‌ترین علت خونریزی از دستگاه گوارش تحتانی است. شقاق مقعد باعث خونریزی خفیف و درد می‌شود. اگر این دو اختلال موضعی مقعد کنار گذاشته شوند؛ شایع‌ترین علل خونریزی از دستگاه گوارش تحتانی در بزرگسالان عبارت از دیورتیکول، اکتنازی عروقی،

### یافته‌ها

میانگین سنی بیماران  $44.7 \pm 16.1$  سال بود. حداقل و حداکثر سن به ترتیب ۱۸ سال و ۸۷ سال بود. نسبت جنسی مرد به زن  $0.75$  بود. توزیع فراوانی سنی افراد ۴۳ ساله و بالاتر، بیشتر بود.

بیشترین شیوع خونریزی از نظر مدت زمانی (۳۷ نفر،  $31/6$  درصد) در فاصله ۲ هفته تا ۳ ماه رخ داده بود (جدول یک).

جدول ۱: توزیع فراوانی مدت زمان خونریزی در ۱۱۷ بیمار مبتلا به خونریزی دستگاه گوارش تحتانی در گرگان طی سال ۱۳۸۹

مدت خونریزی	تعداد (درصد)
تا ۲ هفته	۳۰ (۲۵/۶)
۲ هفته تا ۳ ماه	۳۷ (۳۱/۶)
۳ ماه تا ۱ سال	۳۰ (۲۵/۶)
۱-۵ سال	۱۴ (۱۲)
بیش از ۵ سال	۶ (۵/۱)

شایع‌ترین علامت بالینی همراه در بیماران، درد شکم (۵۴ نفر،  $46/2$  درصد) بود (جدول ۲). بین وجود درد شکم ( $P < 0.004$ ) و کاهش وزن ( $P < 0.001$ ) با شیوع سرطان کولورکتال ارتباط آماری معنی‌داری یافت شد. بین اسهال و یبوست با شیوع سرطان کولورکتال ارتباط آماری معنی‌دار نبود.

جدول ۲: توزیع فراوانی علایم بالینی همراه در ۱۱۷ بیمار مبتلا به خونریزی دستگاه گوارش تحتانی در گرگان طی سال ۱۳۸۹

علایم بالینی	تعداد (درصد)	ندارد
اسهال	۴۰ (۳۴/۲)	۷۷ (۶۵/۸)
یبوست	۴۷ (۴۰/۲)	۷۰ (۵۹/۸)
درد شکم	۵۴ (۴۶/۲)	۶۳ (۵۳/۸)
کاهش وزن	۴۲ (۳۵/۹)	۷۵ (۶۴/۱)

سابقه خانوادگی درجه اول سرطان کولورکتال در ۱۱ بیمار ( $9/4$  درصد) و سابقه خانوادگی درجه دو در یک بیمار ( $0.9$  درصد) مشاهده شد ( $P < 0.001$ ).

شایع‌ترین یافته کولونوسکوپی، هموروئید (۳۳ نفر،  $28/2$  درصد) و بعد از آن آدنوکارسینوما (۲۹ نفر،  $24/8$  درصد) و نادرترین آن کولیت ایسکمیک (یک بیمار،  $0.9$  درصد) بود. آندوسکوپی ۲ بیمار ( $1/7$  درصد) طبیعی بود (جدول ۳).

جدول ۳: فراوانی نتایج کولونوسکوپی در ۱۱۷ بیمار مبتلا به خونریزی دستگاه گوارش تحتانی در گرگان طی سال ۱۳۸۹

نتایج کولونوسکوپی	تعداد (درصد)
هموروئید	۳۳ (۲۸/۲)
آدنوکارسینوم	۲۹ (۲۴/۸)
کولیت اولسراتیو	۲۴ (۲۰/۵)
شقاق مقعد	۱۰ (۸/۵)
پولیپ	۹ (۷/۷)
زخم منفرد رکتوم	۵ (۴/۳)
بیماری دیورتیکولی	۴ (۳/۴)
طبیعی	۲ (۱/۷)
کولیت ایسکمیک	۱ (۰/۹)

در برخی مطالعات نیز سیگموئیدوسکوپی در بیماران جوان برای بررسی هماتوئیدی کافی دانسته شده است ( $14$  و  $13$  و  $10$ ). در مطالعه ستوده‌منش بیماران بدون علایم خطر سرطان کولورکتال مراجعه کننده با خونریزی خفیف از رکتوم و شقاق مقعد؛ کافی بودن احتمالی ارزیابی بالینی و رکتوسکوپی برای کشف علت هماتوئیدی کافی دانسته شد (۱۵). انجمن آندوسکوپی دستگاه گوارش آمریکا، کولونوسکوپی را در همه بیمارانی که منشا آنورکتال ندارند؛ پیشنهاد کرده است (۱۶). با توجه به اهمیت بیماری‌های دستگاه گوارش در استان گلستان و عدم وجود شواهد کافی برای تصمیم‌گیری صحیح در مورد نحوه برخورد با بیماران مبتلا به خونریزی دستگاه گوارش تحتانی؛ این مطالعه به منظور تعیین یافته‌های کولونوسکوپی و هیستوپاتولوژیک در بیماران مبتلا به هماتوئیدی انجام شد.

### روش بررسی

این مطالعه توصیفی - تحلیلی روی ۱۱۷ بیمار (۵۰ مرد و ۶۷ زن) مبتلا به هماتوئیدی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی پنجم آذر گرگان در سال ۱۳۸۹ انجام شد. علایم هماتوئیدی به صورت دفع خون روشن و یا خون تیره از مقعد بود. به بیماران اطلاعات کافی در مورد مطالعه داده شد و پس از اخذ رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گلستان مجوز گرفته شد.

معیار خروج از مطالعه شامل تشخیص بیماری‌های کولورکتال مانند سرطان کولون، سرطان رکتوم و بیماری‌های التهابی روده براساس انجام کولونوسکوپی قبلی و احتمال هماتوئیدی با منشا دستگاه گوارش فوقانی بود.

برای بیماران پرسشنامه‌ای شامل اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس و قومیت)، مدت زمان خونریزی، محل درگیری آناتومیک، سابقه کاهش وزن و سابقه خانوادگی سرطان کولورکتال تکمیل شد. سپس همه بیماران تحت کولونوسکوپی کامل قرار گرفتند.

داده‌ها براساس تشخیص نهایی حاصل از کولونوسکوپی و در صورت داشتن اندیکاسیون و انجام بیوپسی از کولون، براساس نتیجه هیستوپاتولوژیک جمع‌آوری گردید. بیماران از نظر سنی با استفاده از میانه سن به دو گروه جوان (تا ۴۲ سال) و گروه مسن (۴۳ سال و بیشتر) تقسیم‌بندی شدند. بیماران از نظر مدت زمان خونریزی به پنج دسته کمتر از ۲ هفته، ۲ هفته تا ۳ ماه، ۳ ماه تا یک سال، ۱-۵ سال و بیش از ۵ سال تقسیم شدند.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-16 و آزمون‌های آماری کای اسکور و تی تجزیه و تحلیل شدند. توصیف داده‌ها با استفاده از رسم جداول و برآورد پارامترهای مرکزی و پراکنندگی انجام شد. مقادیر کمتر از  $0.05$  از نظر آماری معنی‌دار تلقی شد.

قرار گرفتند. این تفاوت می‌تواند مبین آن باشد که احتمال بروز خونریزی حاد دستگاه گوارش تحتانی نیازمند کولونوسکوپی اورژانس، در سنین بالاتر بیشتر است.

در مطالعه حاضر نسبت جنسی شیوع هماتوشزی مرد به زن ۰/۷۵ به یک بود. این میزان در مطالعه نیک‌پور و همکاران ۱/۲ به ۱ (۱۴)، مطالعه ستوده‌منش و همکاران ۰/۷ (۱۵)، مطالعه Mehanna و Platell ۱/۸ به ۱ (۱۸)، مطالعه Chaudhry و همکاران ۱/۱ به ۱ (۱۹) و مطالعه Fernandez و همکاران ۱/۲ به ۱ (۲۰) بود. در نتیجه بین مطالعه ما و مطالعه ستوده‌منش و همکاران (۱۵) همخوانی وجود داشت و تفاوت اندک این دو مطالعه به دلیل تفاوت در حجم نمونه‌ها است؛ اما بین مطالعه حاضر و سایر مطالعات (۱۴ و ۲۰-۱۸) از این نظر همخوانی وجود نداشت.

در مطالعه ما توزیع فراوانی سنی در گروه مسن بیشتر بود. در مطالعه Binda و همکاران (۲۱) از بین ۱۱۲۵ بیمار مورد بررسی، ۷۳/۸ درصد بیماران سن ۵۰ سال و بیشتر داشتند که با مطالعه ما همخوانی دارد. تفاوت اندک مشاهده شده به دلیل تفاوت در حجم نمونه است.

براساس مطالعه ما ارتباط سرطان کولورکتال با سابقه خانوادگی این سرطان از نظر آماری معنی‌دار بود که از این نظر با برخی مطالعات همخوانی داشت (۱۰ و ۱۵-۱۳ و ۱۸) و با مطالعه بافنده و همکاران (۱۷) همخوانی نداشت.

در مطالعه حاضر شایع‌ترین علامت بالینی همراه، درد شکم بود. رابطه وجود درد شکم با شیوع سرطان کولورکتال از نظر آماری معنی‌دار بود که از این نظر ما با برخی مطالعات (۱۷ و ۲۰) مطابقت نداشت. همچنین براساس مطالعه ما کاهش وزن با شیوع سرطان کولورکتال رابطه معنی‌دار آماری داشت که با مطالعه Lee و همکاران (۲۲) همخوانی دارد. در مطالعه ما اسهال و یبوست با شیوع سرطان کولورکتال ارتباط معنی‌دار آماری نشان نداد که با برخی مطالعات همخوانی دارد (۱۷ و ۲۰).

از لحاظ یافته‌های کولونوسکوپی، در مطالعه ما شایع‌ترین یافته هموروئید بود که از این نظر با مطالعات (۱۴ و ۱۵ و ۱۸ و ۲۳ و ۲۴) همخوانی دارد و با مطالعه Chaudhry و همکاران (۱۹) که شایع‌ترین یافته را دیورتیکول‌های متعدد عنوان کردند؛ همخوانی ندارد. علت تفاوت با مطالعه Chaudhry و همکاران متفاوت بودن شرایط جامعه مورد مطالعه بود. به طوری که بیماران با خونریزی حاد دستگاه گوارش تحتانی که نیاز به کولونوسکوپی داشتند؛ مورد مطالعه قرار گرفته بودند (۱۹). در نتیجه می‌توان گفت هموروئیدها به ندرت باعث هماتوشزی حاد می‌شود که نیازمند اقدام اورژانسی باشد. شایع‌ترین یافته کولونوسکوپی در مطالعه ما در افراد جوان کولیت اولسراتیو و در افراد مسن سرطان کولورکتال بود. ارتباط یافته‌های کولونوسکوپی با سن در مطالعه ما از نظر آماری معنی‌دار

شایع‌ترین یافته کولونوسکوپی در مردان، هموروئید (۱۹) بیمار، ۳۸ درصد) و در زنان آدنوکارسینوما (۱۵) بیمار، ۲۲/۴ درصد) بود. وضعیت کولونوسکوپی باجنس بیماران رابطه آماری معنی‌دار نشان نداد.

شایع‌ترین یافته کولونوسکوپی در افراد جوان بیماری‌های التهابی روده (۱۸) بیمار، ۳۲/۱ درصد) و در افراد مسن آدنوکارسینوما (۲۲) نفر، ۳۶/۱ درصد) بود ( $P < 0/001$ ).

۷۲ نفر (۶۱/۵ درصد) محل درگیری آناتومیک مشخص داشتند. شایع‌ترین محل درگیری در بیماران مبتلا به بیماری‌های التهابی روده، کولیت سمت چپ (۱۳) بیمار، ۵۴/۲ درصد) و بالاترین فراوانی محل درگیری در سایر بیماران مقعد (۴۳) بیمار، ۴۷/۲ درصد) بود. در ۳ بیمار بیماری‌های دیورتیکولار در قسمت رکتوسیگموئید، در ۱۶ بیمار آدنوکارسینوما در رکتوم و در ۵ بیمار پولیپ‌ها در سیگموئید مشاهده شد. ارتباط آماری معنی‌داری بین یافته آندوسکوپی با محل درگیری مشاهده شد ( $P < 0/001$ ).

بیشترین محل درگیری در افراد مبتلا به بیماری‌های التهابی روده در افراد جوان و مسن، رکتوسیگموئید (۱۰) بیمار جوان، ۳ بیمار مسن) و در سایر بیماران، مقعد (۲۴) بیمار جوان، ۱۹ بیمار مسن) بود. محل آناتومیک درگیری با سن ارتباط معنی‌دار آماری داشت ( $P < 0/02$ ).

۷۲ بیمار کاندید بیوپسی کولون شدند و بالاترین فراوانی به کولیت اولسراتیو (۱۶) نفر، ۲۲/۲ درصد) تعلق داشت. در بررسی آسیب‌شناسی، ۱۲ مورد (۱۶/۷ درصد) پولیپ گزارش شد که از این میان ۳ مورد از نوع هیپرپلاستیک و بقیه موارد، آدنوم بود. ۵ مورد از آدنوم‌ها از نوع توبولویولوس، ۳ مورد توبولر و یک مورد ویلوس بودند.

## بحث

در مطالعه حاضر میانگین سنی بیماران  $44/7 \pm 16/1$  سال بود. این میزان در مطالعه نیک‌پور و همکاران  $43/6 \pm 15/7$  سال (۱۴)، در مطالعه بافنده و همکاران  $42/73 \pm 16/21$  سال (۱۷) و در مطالعه Mehanna و Platell  $39 \pm 9$  سال (۱۸) بود که با توجه به متفاوت بودن حجم نمونه‌ها، تفاوت اندک این مقادیر قابل انتظار است. میانگین سنی در مطالعه ستوده‌منش و همکاران  $35/8 \pm 11/4$  سال) بود (۱۵) که از مطالعه ما بالاتر است. به نظر می‌رسد این اختلاف ناشی از تفاوت در جامعه مورد مطالعه باشد. در مطالعه ستوده‌منش و همکاران (۱۵) بیماران با شقاق خط وسط مقعد که با خونریزی از مقعد وارد مطالعه شدند و بیماران با علائم خطر در مطالعه وارد نشدند. میانگین سنی مطالعه Chaudhry و همکاران ۷۵ سال بود (۱۹) که از مطالعه ما بالاتر است. به نظر می‌رسد اختلاف مشاهده شده به علت تفاوت در جامعه مورد مطالعه باشد. در مطالعه Chaudhry و همکاران (۱۹) بیماران مشکوک به خونریزی دستگاه گوارش تحتانی، تحت کولونوسکوپی اورژانس بدون آمادگی روده

سرطان در سمت چپ بود. لذا برای بررسی علل هماتوشری در افراد با سن کمتر از ۴۲ سال سیگموئیدوسکوپی توصیه می شود و در افراد ۴۳ ساله و بالاتر، انجام سیگموئیدوسکوپی یا کولونوسکوپی بایستی براساس شرایط بیمار صورت گیرد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه سیده نرجس مظفری چنیجانی برای اخذ درجه دکتری عمومی در رشته پزشکی از دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان بود. بدین وسیله مراتب سپاس خود را از کارکنان محترم بخش های آندوسکوپی گوارش و آسیب شناسی مرکز آموزشی - درمانی پنجم آذر گرگان اعلام می داریم.

### References

1. Hasler WL, Owyang C. Approach to the patient with gastrointestinal disease. In: Fauci AS, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 17<sup>th</sup>. New York: McGraw-Hill. 2008; pp: 1831-5.
2. Dent OF, Goulston KJ, Zubrzycki J, Chapuis PH. Bowel symptoms in an apparently well population. Dis Colon Rectum. 1986 Apr;29(4):243-7.
3. Talley NJ, Jones M. Self-reported rectal bleeding in a United States community: prevalence, risk factors, and health care seeking. Am J Gastroenterol. 1998 Nov;93(11):2179-83.
4. Goulston K, Chapuis P, Dent O, Bokey L. Significance of bowel symptoms. Med J Aust. 1987 Jun;146(12):631-3.
5. Jensen DM, Machicado GA. Diagnosis and treatment of severe hematochezia. The role of urgent colonoscopy after purge. Gastroenterology. 1988 Dec;95(6):1569-74.
6. Wilcox CM, Alexander LN, Cotsonis G. A prospective characterization of upper gastrointestinal hemorrhage presenting with hematochezia. Am J Gastroenterol. 1997 Feb; 92(2):231-5.
7. Van Gossum A, Bourgeois F, Gay F, Lievens P, Adler M, Cremer M. Operative colonoscopic endoscopy. Acta Gastroenterol Belg. 1992 May-Jun;55(3):314-26.
8. Penner RM, Majumdar SR. Approach to minimal bright red bleeding per rectum in adults. UpToDate. 2007.
9. Helfand M, Marton KI, Zimmer-Gembeck MJ, Sox HC Jr. History of visible rectal bleeding in a primary care population. Initial assessment and 10-year follow-up. JAMA. 1997 Jan; 277(1):44-8.
10. Carlo P, Paolo RF, Carmelo B, Salvatore I, Giuseppe A, Giacomo B, et al. Colonoscopic evaluation of hematochezia in low and average risk patients for colorectal cancer: a prospective study. World J Gastroenterol. 2006 Dec;12(45):7304-8.
11. Goulston KJ, Cook I, Dent OF. How important is rectal bleeding in the diagnosis of bowel cancer and polyps? Lancet. 1986 Aug;2(8501):261-5.
12. Wong RF, Khosla R, Moore JH, Kuwada SK. Consider colonoscopy for young patients with hematochezia. J Fam Pract. 2004 Nov;53(11):879-84.
13. Spinzi G, Fante MD, Masci E, Buffoli F, Colombo E, Fiori G, et al. Lack of colonic neoplastic lesions in patients under 50 yr of age with hematochezia: a multicenter prospective study. Am J Gastroenterol. 2007 Sep;102(9):2011-5.

بود. در نتیجه براساس مطالعه ما با افزایش سن به خصوص سن بالای ۴۳ سال، شیوع بیماری های جدی نظیر سرطان کولورکتال افزایش می یابد. این یافته با برخی مطالعات (۱۳ و ۱۷ و ۲۱) همخوانی دارد. در مطالعه حاضر بیشتر موارد سرطان در افراد مسن یافت شد که با مطالعاتی (۱۰ و ۲۲) مطابقت دارد.

در مطالعه ما تمام موارد سرطان در سمت چپ کولون یافت شد که از این نظر با مطالعه بافنده و همکاران (۱۷) همخوانی نداشت. در مطالعه بافنده و همکاران اکثر موارد سرطان در سمت راست کولون مشاهده شده بود (۱۷).

### نتیجه گیری

با توجه به نتایج این مطالعه تمام موارد بیماری های التهابی روده و

14. Nikpour S, Ali Asgari A. Colonoscopic evaluation of minimal rectal bleeding in average-risk patients for colorectal cancer. World J Gastroenterol. 2008 Nov;14(42):6536-40.
15. Sotoudehmanesh R, Ainechi S, Asgari AA, Kolahdoozan S. Endoscopic lesions in low-to average-risk patients with minimal bright red bleeding from midline anal fissures. How much should we go in? Tech Coloproctol. 2007 Dec;11(4):340-2.
16. [No authors listed] The role of endoscopy in the patient with lower gastrointestinal bleeding. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Gastrointest Endosc. 1998 Dec; 48(6):685-8.
17. Bafandeh Y, Khoshbaten M, Eftekhar Sadat AT, Farhang S. Clinical predictors of colorectal polyps and carcinoma in a low prevalence region: results of a colonoscopy based study. World J Gastroenterol. 2008 Mar;14(10):1534-8.
18. Mehanna D, Platell C. Investigating chronic, bright red, rectal bleeding. ANZ J Surg. 2001 Dec;71(12):720-2.
19. Chaudhry V, Hyser MJ, Gracias VH, Gau FC. Colonoscopy: the initial test for acute lower gastrointestinal bleeding. Am Surg. 1998 Aug;64(8):723-8.
20. Fernández E, Linares A, Alonso JL, Sotorrio NG, de la Vega J, Artímez ML, et al. Colonoscopic findings in patients with lower gastrointestinal bleeding send to a hospital for their study. Value of clinical data in predicting normal or pathological findings. Rev Esp Enferm Dig. 1996 Jan;88(1):16-25.
21. Binda V, Pereira-Lima J, Nunes CA, Falkenberg LT, Azambuja DB, Cruz JV. Is there a role for sigmoidoscopy in symptomatic patients? Analysis of a study correlating distal and proximal colonic neoplasias detected by colonoscopy in a symptomatic population. Arq Gastroenterol. 2007 Jan-Mar; 44(1):2-7.
22. Lee JS, Rieger NA, Stephens JH, Hewett PJ, Rodda DJ, Lawrence MJ. Six-year prospective analysis of the rectal bleeding clinic at the Queen Elizabeth Hospital, Adelaide, South Australia. ANZ J Surg. 2007 Jul;77(7):553-6.
23. Rockey DC. Gastrointestinal bleeding. In: Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 8<sup>th</sup>. Philadelphia: WB Saunders. 2006; pp: 221-48.
24. Savides TJ, Jensen DM. Acute lower gastrointestinal bleeding. In: Friedman SL, McQuaid KR, Grendel JH. Current Diagnosis and Treatment in Gastroenterology. 2<sup>nd</sup>. New York: McGraw-Hill. 2002; pp:70-83.

Original Paper

## Colonoscopic and histopathological findings in patients with hematochezia

Mozafari Chenijani SN (M.D)<sup>1</sup>, Azarhoush R (Ph.D)<sup>2</sup>  
Amiriani T (M.D)<sup>\*3</sup>, Roshandel GhR (M.D)<sup>4</sup>

<sup>1</sup>General Physician. <sup>2</sup>Associate Professor, Department of Pathology, Golestan Research Center of Gastroenterology and Hepatology, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. <sup>3</sup>Assistant Professor, Department of Internal Medicine, Golestan Research Center of Gastroenterology and Hepatology, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. <sup>4</sup>Ph.D Candidate in Epidemiology, Golestan Research Center of Gastroenterology and Hepatology, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

---

### Abstract

**Background and Objective:** Colonoscopy is the best method for management of patients with Hematochezia or lower gastrointestinal bleeding (LGIB). This study was conducted to assess the endoscopic and histopathologic findings in patients with hematochezia.

**Methods:** This descriptive –analytical study was done on 117 (50 males, 67 females) patients whom referred to 5th Azar hospital in Gorgan, northern Iran during 2010. Demographic characteristics, medical history and colonoscopic and histopathologic findings were recorded for each patient.

**Results:** Hemorrhoid was the most common finding in colonoscopic examination. Inflammatory bowel disease (IBD) and cancer were the most common feature in the under and higher than 43 age old patients, respectively (P<0.05). Ulcerative colitis (22.2%) was the most common finding in histopathological examination. Rectosigmoid was the most common anatomical location of involvement in IBD cases. Cancer and IBD were occurred in the left colon.

**Conclusion:** Flexible sigmoidoscopy can be a selected procedure for evaluation of hematochezia in the <43 age old patients but in >43 age old subjects sigmoidoscopy or colonoscopy should be made based on patients' status.

**Keywords:** Gastrointestinal tract, Hematochezia, Colonoscopy, Cancer, Inflammatory bowel disease

---

\* **Corresponding Author:** Amiriani T (M.D), E-mail: [dr\\_amiriani@yahoo.com](mailto:dr_amiriani@yahoo.com)

Received 8 Jul 2012

Revised 5 Jan 2014

Accepted 7 Jan 2014