

بررسی تومورهای مثانه در دانشکده پزشکی دانشگاه اصفهان

دکتر حسین سعیدی نژاد - دکتر سیروس سیدالمجاهدین - دکتر رضا نغنائیان

خلاصه مقاله

متدهای جدید تشخیصی و چه از نظر درمان امکاناتی بوجود آمده است اما هنوز این بیماری برای پاتولوژیست، جراح و - رادیو تراپیست بخاطر تصمیم در تعیین نوع ضایعه و گسترش آن و چگونگی انتخاب درمان با غامضترین و سنگین ترین وظیفه را در اتخاذ نوع درمان که بایستی برپایه دو هدف یکی تسکین درد و دیگری ادامه زندگی بیشتر و وضعی که از نظر روانی نیز در اجتماعی که بیمار در آن زندگی میکند قابل پذیرش و عمل باشد مواجه می باشد.

اتیولوژی

هرچند علت پیدایش تومورهای مثانه مثل سایر تومورهای بدخیم سایر نقاط کاملاً مشخص نشده اما بنظر میرسد که تاثیر طولانی بعضی مواد شیمیائی صنعتی و یا بیماریهای مزمن مثانه بعلت تحریکات مخاطی در ایجاد آن بدون علت نمیتواند باشد.

در سال ۱۸۹۵ Rehn و Ludwig با ایجاد تومور مثانه در کارگران کارخانه های رنگ سازی که با انیلین کار میکردند توجه نموده و در سال ۱۹۳۵ دانشمندانی مثل Schaefer و Perlmann و Staehler آزمایشاتی با نتیجه مثبت در روی خرگوش انجام دادند در سال ۱۹۳۸ Hueper با تزریق زیرجلدی بتانفتیل آمین تومورهای مشابه تومور مثانه

در این مقاله ضمن بررسی پرونده ۵۰ بیمار مبتلی به کانسر مثانه در بخش رادیو تراپی مرکز پزشکی نریا دانشگاه اصفهان در مورد اتیولوژی - پاتوژنی - طبقه بندی - علائم کلینیکی درمان و بالاخره پیش آگهی این دسته ضایعات بحث شده است. باید در نظر داشت که متاسفانه ضایعات تومورال این دسته بیماران در هنگام مراجعه پیشرفته (۷۶٪ درجه ۳ و ۴) و یا متا - ستازهای لنگاوی و یا ژنرالیزه همراه بوده است.

۸۲٪ بیماران با علامت هماتوری مراجعه و حداکثر ابتلا در سن ۵۱-۶۰ سال و بیشترین نوع تومور ترانزیشنل سل کار سینوما (۶۶٪) و بیشتر در کف مثانه (۶۴٪) بوده است.

دکتر حسین سعیدی نژاد - دکتر سیروس سیدالمجاهدین - دکتر رضا نغنائیان

مقدمه

تومورهای مثانه یکی از مشکل ترین مسائل اجتماعی و پزشکی را برای بیمار، اطرافیان او و بخصوص برای پزشک معالج بوجود آورده است. هرچند با پیشرفت روزافزون علم پزشکی چه از نظر پیشرفت

دانشیار گروه جراحی دانشکده پزشکی دانشگاه اصفهان
دستیاران رادیولوژی دانشکده پزشکی دانشگاه اصفهان

پاتونوز و پاتولوژی

بعد از کانسر پروستات، تومورهای بدخیم مثانه شایعترین تومورهای دستگاه ادراری را در مردان تشکیل میدهد بطوریکه تقریباً ۲٪ تمام تومورهای بدخیم را شامل میشود.

در آمارهای مختلف بطور نسبی ۳/۸-۴/۵٪ تومورهای بدخیم مثانه در مردان و ۱/۵-۲٪ در زنان دیده میشود. این تومورها اغلب در سنین ۶۰-۵۰ سالگی شایع بوده ولی در جوانان نیز گزارش شده است (۱۱-۸-۷-۱).

۸۰٪ تومورها از کف مثانه (تریگون) و دیواره خلفی طرفی منشاء گرفته که باعث ابتلاء یک یا هر دو Ostium و گردن مثانه شده و هیدرواورترنوز و پیلونفریت بوجود میآورند. (۱۵-۳-۲).

۹۹٪ تومورهای مثانه اولیه بوده که از ساختمان بافتی خود مثانه بوجود آمده و ۱٪ بقیه ثانویه (متاستاتیک) میباشد. در بین تومورهای اولیه مثانه ۹۵٪ منشاء اپیتلیال داشته که به دو نوع خوش خیم و بدخیم تقسیم میشود. تومورهای مزانشیمی که ۴٪ تومورهای مثانه را تشکیل میدهد تنها ۵/۵ در صد آنها شکل بدخیم بخود میگیرند (۳) جدول ۱

A معمولترین تومورهای مثانه پاپیلوما - پاپیلاری کارسینوما و ترانزیشنل سل کارسینوما میباشد.

الف - PAPILOMA توموریست پایه دار که از سطح مخاط برخاسته، دارای قاعده باریک و مقدار زیادی ویلوز (پرز) میباشد. شاخه‌های ویلوز دارای بافت همبندی کم و عروق خونی است، این پرز در قاعده دارای غشائی است که سطح آن را سلولهای اپیتلیال ترانزیشنل پوشانیده است - سلولهای اپیتلیال دارای اندازه، شکل و رنگ یکنواخت میباشد. پاپیلوما اغلب متعدد و تمایل به عود دارند. هر چند ممکنست مدت‌ها خوش خیم بمانند ولی تمایل به بدخیمی داشته و این تمایل از قاعده پدیکول تومور شروع میشود، پیشرفت تومور بعلت پاره شدن غشاء بازال و گسترش ضایعه بطرف جدار داخل مثانه میگردد (۱).

ب - PAPILLARY CARCINOMA ساختمانی مشابه پاپیلوم خوش خیم داشته و اغلب تنها و سفت میباشد. قاعده وسیع داشته و ایجاد توده برجسته گل گلمی که تمایل بخونریزی و نکروز دارد، مینماید. از نظر نظم، اندازه و

بوجود آورد (۱۵-۳-۲) امروزه موادی نظیر تریپتوفان و مشتقات آن را (بنانفتیل آمین - بنزیدین - تولیدین و xenylamin) بعنوان مواد کانسرژن مثانه میشناسند. مواد فوق بیشتر در تکنسیین‌های لابراتوار (استعمال و کاربرد بنزیدین)، مکانیکها، کارگران بافندگی و رنگریزی، اسفالت سازی، کارگران معادن ذغال سنگ دیده میشود. شاید طولانی بودن عامل تماس در این گروه‌ها اصلی داشته و ۲۰٪ مبتلایان طبق مطالعات فقط یک شغل داشته و جوان بوده‌اند (۱۶-۱۵-۱۰-۸-۴).

در سالهای اخیر به رابطه سیگار و کانسر مثانه توجه شده بطوریکه Kerr (۱۹۶۵) و Lilienfeld نشان دادند که در ادرار افراد معتاد به سیگار متابولیت مواد کانسرژن نظیر مشتقات تریپتوفان (Tryptophan Metabolit) ۲-۳ برابر بیشتر ظاهر شده که پس از ترک سیگار ادرار بوضع طبیعی بر میگردد (۱۶) Boyd و Scott (۱۹۵۳) باثبات رساندند که مواد فوق در سگهایی که حامل آنها بروده پیوند شده دیده نمیشود (۱۵-۱۰-۳).

در تحقیقات آماری COBB و ASSEL ۱۲۸ نفر از ۱۳۶ نفر مبتلایان به کانسر مثانه بطور متوسط روزانه ۱۰ سیگار و بمدت ده سال میکشیدند (۱۶-۳).

COLE ارتباط قهوه و کانسر مجاری ادراری تحتانی را یاد آور و ماده کارسینوزن 3,4 Benzpyrene را متذکر شده است. خطر ابتلا در زنان ۲/۵۸ و در مردان ۱/۵۴ و در افراد جوان بیشتر از افراد مسن میباشد (۴).

ارتباط بیلارزیوز با کانسر مثانه ابتدا توسط FERGUSON (۱۹۱۱) بیان و با احتمال زیاد سیستیت، تحریک موضعی جدار مثانه توسط تخم شیتوزومیا هماتوبیوم و عوامل متابولیک را موثر میدانند (۱۶-۱۲-۱۱-۳).

سایر عوامل مثل، تحریکات مزمن جدار مثانه (سیستیت مزمن - سیستیت گلاندولر CYSTITIS CYSTICA) - سنگهای مثانه (۱۶) - سیکلامیت‌ها که در قند مصنوعی موجود است (۱-۶) - اکستروفی مثانه - دیورتیکول و اوروتروسول مثانه را موثر میدانند علت کانسر مثانه در تماس با ادرار و استاز آن کمتر قابل بحث بوده (۱۶-۸-۳) اما وجود عوامل سرطان را که با طول زمان بعنوان عامل خارجی و محرک میتواند ایجاد کانسر نمایند قابل قبول تر است.

متاستاز تومورهای مثانه

تومورهای مثانه بیشتر از راه مجاری لنفاوی به غدد لنفاوی VESICAL هپیوگاستریک - ILIACAL - پارآورتال و LUMBAL منتشر میشوند .

تقریباً ۱۲٪ متاستازهای تومورال مثانه از راه خونی است که ریه، کبد، استخوان و صفاق را مبتلی میسازد. گاهی در ۳۷٪ موارد تنها متاستاز استخوانی بصورت بلاستیک و یالبتیک در استخوانها دیده میشود.

متاستاز سرطان مثانه در تمام اعضاء مجاور میتواند صورت گیرد (۱۵-۸-۳).

درجه بندی تومورهای مثانه (STAGING)

طبقه بندی تومورهای مثانه بیشتر از نظر انتخاب درمان اهمیت دارد ولی بعلت محدود بودن معلومات ما در چگونگی نحوه ایجاد تومورها، خصوصاً شناخت محل اولیه (In = Situ) تومور مثانه و گسترش آن، تبدیل بانواع دیگر و طولانی بودن دوره بیماری تا مرحله شناخت امکان طبقه بندی را مشکل میسازد (۱۷-۸) اما این مسئله فکر اغلب بزشکان و جراحان و رادیو-تراپیست ها را بخود معطوف داشته است زیرا تعیین حدود و گسترش تومور قبل از درمان لازم است.

طبقه بندی تومورهای مثانه توسط Jewett - Strong (۱۹۴۶) و WHITMORE - MARSHAL (۱۹۵۶) انجام شد. اما امروزه نام گذاری و درجه بندی این تومورها مثل بقیه طبق سیستم T.N.M. که توسط اتحادیه بین المللی کنگره سرطان (U. I. C. C.) پیشنهاد شده انجام میشود.

برای تومورهای مثانه از نظر درمان جراحی چهار درجه در نظر گرفته اند. درجات B₁, A₀ را خوش خیم و مراحل B₂, D₂, C₁ را بر حسب پیشرفت تومور بدخیم می دانند. (۸)

علائم کلینیکی .

در ابتدای بیماری علائم ظاهری کم بوده و یا اصلاً وجود ندارد. HEMATURIA (۷۵٪) متناوب بدون درد یکی از علائم اصلی است که بایستی بعنوان زنگ خطر تلقی شود. پس از اضافه شدن عفونت علائم سیستمیت از قبیل سوزش و درد در موقع ادرار کردن - تکرر ادرار - پلاکیوری

شکل و میتوز سلولهای اپیتلیال بیش از پایلوم بوده و دست اندازی توموریه جدار مثانه و سایر نسوج مجاور از ناحیه قاعده است (۱)

ج- TRANSITIONAL CELL CARCINOMA

این تومور بصورت انفیلتراتیو پیشرونده ظاهر و پایهای پهن دارد. بسرعت طبقه عضلانی مثانه و نسوج اطراف را گرفتار و خیلی زود متاستاز میدهد. در جدار مثانه توده تومورال دیده نشده ولی نکروز و زخم وجود دارد. در تعدادی از تومورهای انفیلتراتیو سلولهای اسکوا مو کمتر از سلولهای اپیتلیال ترانزیشنل میباشد (۱) معمولاً هر چه تومور دارای قاعده بزرگتر و پدیکول پهن تر باشد بدخیم تر است (۱۵).

د SQUAMOUS CELL CARCINOMA کمتر وجود داشته (۵٪) و فوق العاده بدخیم میباشد (۱۵-۳-۲). این تومور در بیلازرز یوز مثانه شیوع ۸۱٪ با منشاء کم (۲/۳٪) را در تریگون نشان میدهد. (۱۲)

ه- INTERMEDIATE CAR. تومورهای بینابینی نیز زیاد دیده میشود که بمراتب بدخیم تر از نوع پاپیلری میباشد.

و- ADENOCARCINOMA ادنوکارسینوم نادرا ایجاد و پیش آگهی بدی دارند. کانسر مجرای اوراک (ادنوکارسینوم اسکواموسل کارسینوم - بینابینی و اناپلاستیک) دیده شده که نسبت آن به کانسر مثانه یک به ۱۴۰ میباشد (۱۳). ز - سارکوم مثانه که بیشتر نوع را بدومیوسارکوم و در جوانان و اطفال شایعتر است پیشرفت سریع داشته و خیلی زود متاستاز میدهد.

ی- لنفوم بدخیم، نوروفیبروم، فتوکروموسیتوم مثانه نیز گزارش شده ولی خیلی نادر است. (۱۵-۳-۲).

B. تومورهای ثانویه (متاستاتیک) مثانه حدود ۱٪ را شامل که بیشتر از اعضاء مجاور مثل پروستات، دستگاه زینتال زنان و روده بزرگ سرچشمه گرفته که مثانه را مبتلی و ایجاد فیستول مینمایند.

تومورهای متاستاتیک دور دست از معده، ملانومهای پوست، پستان و یاریه، نیز میتوانند به مثانه دست اندازی نمایند. (۱۵-۱۳-۲) (جدول ۱).

- و شب ادراری (در ثلث موارد) ظاهر میشود. بعدا دردهای پائین شکم در ناحیه سمفیز پوبیس و یا کمردرد بعلت ایجاد هیدرونفروز میتواند جزو علائم بحساب آید. با پیشرفت ضایعه، عفونت کلیوی، تب، آنمی، ضعف عمومی، لاغری، درد شدید پاها و کمر، اسپاسم مثانه بعلت رنانسیون ادرار نیز بوجود میآید. گاه خونریزی شدید بعلت تمپانادو گرفتاری گردن مثانه ایجاد میشود (۱۵-۱۴-۳).
- تشخیص**
برای تشخیص میتوان از کارهای زیر سود برد.
- ۱- گرفتن شرح حال کامل بیمار (سابقه کار - سیگار - تماس با مواد کانسرژن) .
 - ۲- آزمایشات کامل ادرار .
 - ۳- معاینات فیزیکی (لمس مثانه زیر بیهوشی عمومی)
 - ۴- آزمایشات سیتولوژی از رسوبات ادراری و رنگ آمیزی به طریق پاپا نیکولاثو .
 - ۵- پیلوگرافی داخل وریدی و سیتوگرافی
 - ۶- سیستوسکپی تشخیص با برداشتن بیوپسی .
 - ۷- فلوروسئین سیستوسکپی .
 - ۸- انژیوگرافی مثانه و لنفانژیوگرافی .

تومورهای اولیه مثانه (۹۹٪) .

- | | |
|---|---|
| <p>۱- تومورهای اپتیلیال (۹۵٪)</p> <p>الف . خوش خیم</p> <p>۱- پاپیلوم (فیرواپتیلیوم) .</p> <p>ب . بدخیم .</p> <p>۱- کارسینوم بنیابینی</p> <p>۲- کارسینوم اپیدرموئید</p> <p>۳- آدنوکارسینوم (اوراک)</p> <p>۴- کارسینوم اندیفرنشیه</p> | <p>۲- تومورهای مزانشیمال (۴٪)</p> <p>الف . خوش خیم (۳/۵٪)</p> <p>۱- فیبروم</p> <p>۲- نوروفیبروم</p> <p>۳- میکسوم</p> <p>۴- لیپوم</p> <p>۵- لیومیوم</p> <p>۶- رابدومیوم</p> <p>۷- استئوم</p> <p>۸- گرانتوم</p> <p>۹- کندرم</p> <p>۱۰- نوروفیبروم</p> <p>۱۱- همانژیوم</p> <p>۱۲- تومورآمیلوئید</p> <p>ب . بدخیم (۵/۵٪)</p> <p>۱- سارکوم</p> <p>۲- تومورهای رتیکولوآندوتلیوم (لنفوم اولیه بدخیم - هوچکین)</p> <p>تومورهای ثانویه (متاستاتیک) مثانه (۱٪) .</p> <p>۱- تومورهای متاستاتیک - معده - ملانوم پوست - پستان - ریه - فئوکروموسیتوم - اعضاء داخل لگن .</p> <p>۲- آندومتریوز - کیست های درموئید .</p> |
|---|---|

جدول ۱- تومورهای مثانه بر حسب طبقه بندی Kalami (۳)

۴- درمان Paliative . دادن داروهای سیستمیک- داروهای ضد درد - آنتی بیوتیک تراپی و داروهای تقویتی داروهای ضد درد- آنتی بیوتیک تراپی و داروهای تقویتی (۱) اما میتوان اعتقاد داشت که درمان ترکیبی ، جراحی و رادیو تراپی ، شیمی تراپی و جراحی و یا ترکیبی از هر سه را میتوان پیشنهاد کرد (۱۷-۱۴) .

۵- اخیراً Feneley و همکاران با کشت سلولهای تومورال درخوک و تهیه سوسپانسیون غدد لنفاوی و استفاده بطریق انفوزن از سلولهای لنفوسیتهای حساس سلول سرطانی درمانی نسبتاً موفقیت آمیز در مورد قطع هماتوری و نکروز تومور پیشنهاد کرده اند (۵) . mg

۶- شیمیوتراپی موضعی . دادن ۶۰ mg Thiotepa محلول در ۵ سی سی آب مقطر تزریق داخل مثانه برای ۴ هفته پیشنهاد میشود (۱۵) متوترکسات داخل وریدی و 5-FLUOROURCIL با ۱۰۰ میلی گرم بصورت دوز منفرد از راه وریدی با فاصله ۲-۱ هفته تجویز میشود ، فونکسیون کلیه بایستی شدیداً کنترل شود . (۸)

علاوه بر داروهای بالا جدیداً دارویی بنام Bleomycin در ژاپن کشف که بیشتر در روی تومورهای اپیتلیال مثانه و مخاط دهان در صورتیکه از یک نوع سلول تشکیل شده باشند گزارش شده است .

پیش آگهی

پیش آگهی تومورهای مثانه مثل درمان آن نیز مشکل میباشد چون انتخاب عمل و نوع برای درمان مختلف است . اما آنچه مسلم است پیش آگهی بیمار رابطه مستقیم با درجه بدخیمی و پیشرفت تومور و تشخیص زود رس آن دارد . تقریباً ۳ تومورهای مثانه مطابق آمار در مراحل T₄ و T₃ بوده که دارای پیش آگهی بدی هستند (۱) .

بطور نسبی پیش آگهی تومورهای مرحله T₃M₀N₀ را تا پنج سال زندگی ۲۱٪ تخمین میزنند (۲) . مورتالیتته (مرگ و میر) بعد از عمل جراحی در تومورهای مثانه نیز متفاوت است بطوریکه در سیستمکومی کامل بین ۱۲-۵٪ و در سیستمکومی کامل با برداشتن اعضاء داخل لگن ۲۲٪ ذکر شده است . این مورتالیتته در سیستمکومی پارسیل (ناقص) و یا در الکتروزرکشن (قطع تومور از طریق مجرا T.U.R.)

۹- اندازه گیری بتاگلوکوکورونیداز ادرار (در تومور مثانه و کلیه مقدار آن بالا است) .

۱۰- اخیراً اندازه گیری مقدار آنتی ژن کارسینو آمبریوزن - (C. E. A.) یا شبیه آن را گزارش که در ادرار بیشتر بیماران (۷۰٪) میتلی به کانسر مثانه (ترانزیشنل سل کارسینوما) بمقدار زیاد و با پیشرفت تومور بمقدار زیاد دیده میشود . مقدار حداکثر طبیعی آن در مردان و زنان ۱۱۰-۲۵ mg/ml در ادرار است . باید دانست که این ماده در کانسر دستگاه گوارش - پستان - برنش نیز افزایش دارد و در موقع امتحان بایستی بوجود عفونت و ترشحات ژنیئال نیز توجه داشت (۷) .

تشخیص افتراقی

بیماریهای خونریزی دهنده سیستم ادراری مثل . سل مثانه ، سیستمیت های هموراژیک آندومتریوز مثانه و تومورهای دستگاه ادراری را میتوان نام برد .

درمان

در تومورهای مثانه ، درمان بستگی به نوع ، محل و پیشرفت ضایعه دارد . گرچه درمان قاطع و صد درصد موفقیت آمیزی را نمیتوان نام برد ولی میتوان از متدهای درمانی زیر استفاده کرد . ۱- درمان طبی (Conservative) . هورمون تراپی - شیمی تراپی - رادیو تراپی .

۲- درمان جراحی . برداشتن ویا سوزانیدن تومور از طریق مجرا (T. U. R.) برداشتن قسمتی از مثانه با تومور - برداشتن مثانه بطور کامل با تغییر دادن مسیر ادرار و قرار دادن آن در رترورپریتونئال (۱۷-۹-۳) پورتر و ایلئوستومی در مواردیکه بیماری برگشت سریع داشته ، کار سینوم انفیلتراتیو بوده و دست اندازی عضلانی داشته باشد پیشنهاد شده است .

نتیجه عمل تا ۵ سال سورویوال در ۴۵٪ موارد با درمانهای دیگر گزارش شده است کلا باید گفت که هرچه ضایعه محدودتر باشد نتیجه درمان بهتری خواهد داشت (۱۴) .

۳- درمان ترکیبی . رادیوتراپی قبل از عمل جراحی و رادیو تراپی مجدد بعد از جراحی همراه شیمی تراپی بصورت انفوزن (۸-۱۵) . بعضی تومورهای مثانه به تراپی حساس و به شیمی درمانی مقاوم میباشد . (۱۳)

تقریباً صفر است. (جدول ۲). (۹).

جدول ۲ - نوع تومور و محل متاستاز در تومورهای مثانه

نوع تومور	تعداد	درصد	متاستاز	درصد
ترانزیشنال سل کارسینوم	۳۳	۶۶	استخوان	۵۸
پاپیلاری سل کارسینوم	۹	۱۸	یوبیس بازو	
اسکواموسل کارسینوم	۶	۱۲	مهره T_{12}, L_2 دنده	
سارکوم (رابدومیوسارکوم)	۱	۲	پروستات	۱۲
ادنوکارسینوم انفیلتراتیو	۱	۲	ریه متفرقه	۱۶
			متفرقه	۱۴
جمع	۵۰	۱۰۰	—	۱۰۰

بحث

چون تومورهای مثانه نسبتاً شایع و میتواند با ذکر تنها علامت ساده هماتوری از طرف بیمار و سیستوسکپی و گاهی توشه رکتال از طرف طبیب تشخیص داده شود ما را بر آن شد که ذکری از ایندسته تومورها بعمل آوریم.

ضمن مطالعه پرونده‌های بیمارستانی و رادیوترابی در مرکز پزشکی شریا دانشگاه اصفهان ۵۰ مورد از این تومورها که در عرض سه سال مورد بررسی قرار گرفته و با مقایسه با سایر تومورهای بدن تقریباً ۳٪ تومورهای انسانی این مرکز را تشکیل میدهد ۹۰٪ مبتلایان روستائی که ۱۸ نفر آنها از چپق استفاده کرده و ۶ نفر اصلاً دخانیات مصرف نداشته‌اند، از این عده دو نفر بمدت بیست سال و چهل سال روزانه ۲۰-۱۵ عدد سیگار بدون فیلتر میکشیده، یک نفر کارگر دخانیات و یک نفر با محصولات پتروشیمی و نفت سروکار داشته‌است، بنابراین در این مطالعه فقط رابطه دخانیات و شغل با بیماری در ۲۸ نفر موجود و از بقیه اطلاع کامل در پرونده‌ها موجود نبوده، از نظر نوشیدن

قهوه، هیچیک قهوه نخورده و تنها یک نفر بعلت ابتلاء به دیابت از قند مصنوعی استفاده میکرد است. از این تعداد ۸۲٪ بیماران با علائم هماتوری که بصورت مختلف مراجعه کرده که میتواند علامت خوبی برای تشخیص باشد بطوریکه در مقایسه هماتوری چهار برابر بیش از سایر علائم بوده است (جدول ۵). سن بیماران از ۵-۹۰ سال متفاوت که یکمورد را بدو میو سارکوم در ۵ سالگی بوده و حداکثر ابتلاء در ۶۰-۵۱ سالگی (۴۰٪) را شامل وزان تنها ۴٪ از مجموع را شامل میشده‌اند. (جدول ۴). محل تومور بیشتر در کف مثانه (۶۴٪) و نوع تومور بیشتر ترانزیشنال سل کارسینوما (۶۶٪) را تشکیل میداده و تشخیص اولیه در اکثر بیماران (۷۶٪) تومور پیشرفته و درجات ۳ و ۴ بوده است. (جدول ۳ و ۲).

عوارض بیماران قبل از ترابی بصورت فسیتول مثانه، کبد وطحال بزرگ و شکستگی دنده (متاستاز) بوده است. بعد از ترابی صایعات جلدی و پوستی در عده‌ای از بیماران ایجاد

جدول ۳ - محل تومور ها در مثانه

درصد	تعداد	محل تومور
۶۴	۳۲	کف مثانه
۱۴	۷	تریگون
۳۰	۸	استیوم راست
۱۶	۸	استیوم چپ
۶	۳	سقف مثانه

جدول ۴ - ابتلاء بر حسب سن در تومورهای مثانه

درصد	تعداد	جنس	سن بر حسب سال
۲	۱	مذکر	۵
۲	۱	مذکر	۳۰-۴۰
۶	۳	مذکر	۴۱-۵۰
۳۶	۱۸	مذکر	۵۱-۶۰
۴	۲	مونث	۵۱-۶۰
۳۴	۱۷	مذکر	۶۱-۷۰
۱۰	۵	مذکر	۷۱-۸۰
۶	۳	مذکر	۸۱-۹۰

جدول ۵ - بررسی علائم کلینیکی

علائم	تعداد	درصد
۱ - هماتوری	۲۸	۷۶
a : گاهگاهی (متناوب)	۱۸	
b : تنها و ملایم	۵	
c : شدید	۳	
d : همراه دیزوری و پیسوری	۴	
e : همراه سوزش و تکرر ادرار	۶	
f : همراه سرفه	۲	۱۰
۲ - دیزوری و درد مثانه	۳	
۳ - سرفه و خلط خون آلود	۴	
۴ - سوزش ادرار	۵	

گرفته است. کیموتراپی تنها در یک مورد آنهم استفاده از 5-F.U. همراه با رادیوتراپی بوده است. مرگ و میر در بیماران حداکثر بین ۶ ماه تا ۲/۵ سال (۹۶٪) بعد از تشخیص بوده و تنها دو مورد که یکی ۳ سال و دیگری هنوز در قید حیات است.

شده، متاستاز استخوانی (۵۸٪) و در ریه (۲۲٪) و پروستات ۱۲٪ بوده است درمان در بیماران ضمن جراحی در ۴۱ نفر (پارسیلرکزکسیون وایلنوم کندویت CONDUIT و تراپی بادوز ۶۰۰۰ و در دو نوبت ۴۰۰۰ و ۲۰۰۰ در (۱۵-جلسه بصورت پاندولرو استفاده از فیلد قدامی صورت

References

- 1- Anderson, W.A.D. Scotti, T.M. "Synopsis of pathology". 483. 8th Ed. U.S.A. C.V. Mosbey, Co. (1972).
- 2- Boshammer, K. Tumoren der Harnblase: in "Lehrbuch der Urologie". 113. Stuttgart. Gustav Fischer Verlag. (1963).

- 3- Broisig, W. Blaseu tumoren in "Klinische Urologie". 337. Stuttgart. Georg. Thieme Verlag., (1973).
- 4- Cole, P. "Coffee Drinking and Cancer of the Lower Urinary Tract". Lancet. 1: 1335-37, -26 June 1971).
- 5- Feneley, R.C.L. Eckert, H. Riddel, A.G. Symes, M.O. Tribe, C.R. "The Treatment of Advanced Bladder Cancer with Sensitized Pig Lymphocytes". Br. J. Surg. 61: 825-27, (1974).
- 6- Hainau, B. Dombernowsky, P. "Histology and Cell Proliferation in Human Bladder Tumors". Cancer. 33: 115-126. (Jan. 1974).
- 7- Hall, R.R. Laurence, D. J.R. Darcy, D. Steves, U. James, R. Roberts, S. and Murno Neville, A. "Carcinoembryonic Antigen in the Urine of Patients with Urethelial Carcinoma". Br. Med. J. 3: 609-11. (9 Sept. 1972).
- 8- Hall, T.C. Brown, R.R. et al. "The AD-HOC Bladder Cancer Committee of the CCIRC. "Tumors of the Bladder", J. of Urology. 108: 414-18, (Sep. 1972).
- 9- Harrower, H.W. Lane, L.G. Klutz, W.S. "Retroperitoneal Ureteroileal Conduit". Surg. Gynec. Obstet. 130: 414-17 (1970).
- 10- Hoover, R. Cole, P. "Population Trends in Cigarette Smoking and Bladder Cancer". Am. J. of Epidemiol. 94 (5): 409-18, (1971).
- 11- James, C. Hicks, M. Webbe, G. Nelson, G.S. "Shistosoma Haematobium and Bladder Cancer." Parasitol. 62 (2): VIII-ix. (Oct 1974).
- 12- Khafagy, M.H. Elbol kainy. M.N. Mansour, M.A. "Carcinoma of the Bilharzial Urinary Bladder". Cancer. 30: 150-159. (Jul. 1972).
- 13- Kolln, C.P. "Urachuskarzinom". Aktuelle Urologie. B2, H2, 135 (apr. 1971).
- 14- Lome, L.G. Harrower, H.W. Klutz, W.S. "Cystectomy and Uretero-ileostomy of Carcinoma of the Bladder". Am. Jour. of Surg. 120: 792-3, (Dec. 1970).
- 15- Smith, D.R. "Allgemeine Urologie". P. 221-227, München - Berlin- Wien. Urban and Schwarzenberg (1968).
- 16- Wynder, E. onderdonk, J. Mantel, N. "An Epidemiological Investigation of the Bladder", Cancer. 16 (2): 1388-1406 (1963).
- 17- Zollinger, H.U. "Speziell Pathologische Anatomie". B3: 288. Berlin-Heidelberg- New York. Nieren und Ableitende Harnwege Springer Verlag. (1966).