

مطالعات و تحقیقات دهانه زهدان

دکتر داریوش شیروانی

مقدمه

در دهه‌های گذشته بین المللی سرطان که در ماه می ۱۹۷۰ در هوستون برگزار گردید چنین نتیجه گرفته شد که تنه‌راه تشخیص بهنگام سرطان گردن زهدان آزمایش سیتولوژی است و همچنین در قطعنامه سمپوزیوم بیماریهای سرطان در سال ۱۳۵۰ در اصفهان اظهار گردید که هرگاه سرطانهای گردن زهدان بموقع تشخیص داده شود در درصد قابل‌علاج میباشد.

با همکاری جمعیت ملی مبارزه با سرطان در واحد شماره دو سیتولوژی این جمعیت در بنگاه حمایت مادران و نوزادان از کلیه بیمارانی که برای اولین بار مراجعه نمایند بدون استثناء آزمایش سیتولوژی (پاپانیکالائو) بعمل می‌آوریم و این افراد اگر از قرص پیشگیری یا I. U. D استفاده نمایند سالیانه یکبار جهت کنترل دقیق‌تر تحت آزمایش پاپانیکالائو قرار می‌گیرند و گسترده‌های سیتولوژی که از مراجعه کنندگان برداشته می‌شود ندرطبق رنگ آه‌پزی پاپانیکالائو آماده گردیده و همچنین براساس گسروند پاپانیکالائو تشخیص داده میشوند.

این لایه‌ها از دهانه زهدان و کانال سرویکس تهیه میگردند.

روش کار و نوع بیماران

زنانی که به‌زایشگاه قرص مراجعه نمایند از طبقه کم‌بضاعت جامعه تهران هستند و از تمام خدمات رایگان بنگاه حمایت مادران و نوزادان استفاده میکنند.

بر اساس ۲۰۰ نمونه از مراجعه کنندگان معلوم شد که میانگین سنی در حدود ۲۶ سال میباشد (با حدود اعتماد ۰/۹۵ بین ۱۷ تا ۳۶ سال تغییرات میانگین ۰/۲۲) میانگین سن

ازدواج مراجعین در حدود ۱۵ سال (با حدود اعتماد ۰/۹۵) آن بین ۱۴ تا ۱۶ سال و واریانس میانگین سن ازدواج ۰/۲۵) میانگین دفعات آبستنی و حدود اعتماد ۰/۹۵ آن بین ۳/۸۳ و ۴/۵۳ میباشد و واریانس میانگین دفعات آبستنی ۰/۲۲۴) میانگین دفعات سقط ۰/۲۹ میباشد. بیمار اگر بار اول مراجعه نماید و از لحاظ آزمایش پاپانیکالائو منفی تشخیص داده شود برای آزمایش سالیانه و کنترل سالیانه راهنمایی میشود.

اگر اسمیر بیمار آماس شدید و در اثر باکتری یا تریکوموناس (گروه II) تشخیص داده شود با امکانات مالی محدودی که افراد داوطلب در اختیار واحد قرار میدهند بیمارانی که حامل تریکوموناس و تعدادی از بیماران دیگر معالجه میشوند. بنگاه حمایت مادران و نوزادان نیز تعدادی از بیماران را که دارای آماس شدید باشد معالجه میکنند. اگر اسمیر مشاهده شده در تشخیص اول مشکوک (III) باشد پس از درمان آماس دوباره اسمیر گرفته میشود اگر پس از درمان‌های متوالی در گروه (III) باقی ماند یا به درجات بالاتر (IV و V) رسید برای بیمار بی‌پوسی مخروطی پیشنهاد میشود همچنین برای بیمارانی که بار اول (IV و V) بوده و در همین گروه باقی بمانند بی‌پوسی مخروطی انجام میشود. اگر نتیجه بی‌پوسی نیز مثبت بود بیمار همیشه کتومی میگردد. بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند هر سه ماه یکبار آزمایش سیتولوژی در موردشان انجام می‌پذیرد.

نتیجه

از بهمن‌ماه ۱۳۴۸ تا بهمن‌ماه ۱۳۵۰ جماعاً سی و دو هزار و سیصد و هشت لام سیتولوژی را مورد مطالعه قرار دادیم که در جدول یک تا چهار نتایج آن مشاهده میگردد.

جدول ۱

نوع ضایعه	تعداد	درصد
باکتری	۲۲۲۲۰	۶/۸
آماس شدید	۱۰۷۷۹	۳۳/۳
آماس متوسط	۱۰۶۵۸	۳۲/۷
ناکافی	۱۷۱	۰/۵
منفی بدون آماس	۸۵۱۸	۲۶/۱
تریکوموناس	۲۶۳۵	۵/۱
مشکوک	۶۸	۰/۲۱
کاملاً مشکوک	۱۶	۰/۰۴
مثبت	۲۱	۰/۰۶
قارچ	۳۵	۰/۱
تجدیدشود	۵۴۷	۱/۶
جمع کل	۳۴۵۷۹	

جدول ۲ - وضعیت مبتلایان در سیتولوژی مشکوک و مثبت در بررسیهای بعدی

نوع ضایعه	تعداد
کانسر	۱۸ نفر
دیسپلازی	۲۹ نفر
گمشده	۳۳ نفر
جمع کل	۸۰ نفر

جدول ۳ - منظره بافت شناسی مبتلایان به کانسر

نوع بافت شناسی	تعداد
کانسر این سایتو	۸ نفر
کانسر مهاجم	۵ نفر
کانسر پیشرفته	۵ نفر
جمع	۱۸ نفر

جدول ۴

نوع ضایعه	تعداد
موارد منفی	۳۲۲۲۸ نفر
کانسر	۳۰ نفر
دیسپلازی	۵۰ نفر
جمع	۳۲۳۰۸ نفر

باید توضیح داده شود که از ۲۹ نفر مبتلایان به دیسپلازی امتحان سیتولوژی و بافت شناسی بعمل آمد و در هیچیک از موارد کانسر مشاهده نشده و یک مورد دچار انومیزیوز بود.

از ۳۳ نفر بیمارانی که مراجعه نکرده اند ۲۶ نفر آنها دارای نشانی نامشخص بودند و ۵ نفر حاضر به بیوپسی و همکاری نشدنند و از دو نفر برش بافت شناسی در دست نیست.

با توجه باینکه از میان ۸۰ نفر بیمارانی که دارای سیتولوژی مشکوک و یا مثبت بودند وضعیت بعدی ۴۷ نفر آنها روشن و از میان آن ۱۸ نفر مبتلا به کانسر میباشند لذا در باره ۳۳ نفر گمشده میتوان این نسبت را باین شکل قبول نمود که ۱۲ نفر آنها احتمالاً مبتلا به کانسر و ۲۴ نفر مبتلا به دیسپلازی بوده باشند و در اینصورت ارقام بدست آمده در جدول ۴ خلاصه میگردد.

دلیل آنکه جمع کل ۳۴۵۷۹ از ۳۲۳۰۸ بیشتر میباشد آنستکه ممکن است بیمار در حالیکه از لحاظ سرطان منفی بوده در هر یک از گروههای (آماس شدید باکتری قارچ تجدیدشود) نیز قرار داشته باشد.

چنانکه در جدول یک مشاهده میشود از ۳۲۳۰۸ نفر مراجعه کننده به پایگاه ۲۲۲۰ نفر باکتری ۱۰۷۷۹ آماس شدید و ۱۰۵۶۸ نفر آماس متوسط دارند که به ترتیب ۳۳/۳ و ۳۲/۷ درصد کل بیمار هستند و چنانچه گفته شد برای معالجه این افراد اقداماتی بعمل آمده است و از این افراد ۵۴۷ نفر اسمیر ناکافی داشته اند که با همکاری ماماهاهی مربوط این مقدار رو بکاهش است.

نظر کلی بجدول یک نشان میدهد که تقریباً فقط ۱/۳۰٪ افراد مراجعه کننده بظاهر کاملاً سالم هستند و بقیه دارای عوارض آماسی مختلف میباشند و چنانچه اقدام لازم برای معالجه این افراد بعمل نیاید در آینده محیط دستگاه تناسلی این افراد مساعد برای بروز عوارض ماقبل سرطان خواهد بود.

از این افراد ۸۰ نفر اسمیر مشکوک یا کاملاً مشکوک و مثبت داشته اند که جدول ۲ اقدامات انجام شده در مورد آنان را نشان میدهد.

بحث

بطوریکه ملاحظه میگردد از لحاظ سیتولوژی عده‌ای از مراجعه کنندگان بطور کلی سالم اند (گروه I) و عده‌ای بعلت تأثیر باکتری‌ها یا انکل تریکوموناس واژینالیس یا قارچ کاندیدا البیکانس (مونیلیا) دارای آماس‌های متوسط و شدید بوده و تغییرات مختصر سلولی در لام‌های آنان مشاهده میگردد (گروه II) عده‌ای نیز تغییراتی بصورت دیسپلازی (ساختمان ناجور سلولی) دارند (گروه II تا III) و با تغییرات در سلول‌ها بیشتر بوده بطوریکه ساختمان سلولی بطور کلی عوض شده و این درهم پاشیدگی هرگز در اثر التهاب و غیره بوجود نیامده است (کارسینوما این سایتو) و یا سرطان در سلول (مرحله صفر سرطان) نامیده میشود . محققینی نیز سرطان موضعی و یا « اینتراپی تلیال » نامیده اند که در گروه IV پاپا نیکالائو قرار دارند . [۶]

در این مرحله سرطان وجود دارد ولی خطر انتشار آن کم است زیرا غشاء بافت بنام مامیران بازال بافت سرطانی را از بافت طبیعی بدن جدا میسازد و این حالت ممکن است سالها ادامه داشته باشد و بالاخره امکان دارد پیشرفت بافت سرطانی حدمامیران بازال را پاره نماید و در نسوج زیر پشروی نماید و یا از راه مجاری خونی و لنفاوی بسایر نقاط بدن انتقال یابد و در آن محل جدید رشد نماید در این موقع است که صحبت از متاستاز مینمائیم و در سیتولوژی گروه V پاپانیکالائو مشاهده میگردد. با مشاهده جدول

چهار نتیجه مطالعات ما در مقایسه با گزارش بیبرگ و الکساندر دیلرز هم آهنگی ندارد [۸، ۶، ۵، ۳] . جدول چهار در درصد هزار نفر ۹۰ نفر کانسرو ۱۵۰ نفر دیسپلازی نشان میدهد در صورتیکه بیبرگ در هر صد هزار نفر ۵۶ نفر این سایتو و ۹۱ نفر دیسپلازی گزارش میدهد و صحبتی از مهاجم و پیشرفته نکرده است و میلرز در گزارش خود در هر صد هزار نفر ۲۱ نفر سرطان مهاجم و ۴۵۲ نفر این سایتو و ۱۷۸۹ نفر دیسپلازی فکر کرده البته علت این اختلافها را میتوان در مورد افراد انتخاب شده از نظر متوسط سنی و یا علل دیگری دانست که مشغول مطالعه و بررسی بیشتر آن مینمائیم .

خلاصه

از بهمن ماه ۱۳۴۸ تا بهمن ماه ۱۳۵۰ با همکاری جمعیت ملی مبارزه با سرطان ایران در واحد شماره ۲ سیتولوژی در بنگاه حمایت مادران و نوزادان ۳۲۳۰۸ لام سیتولوژی زنانی را که میانگین سنی آنها در حدود ۲۶ سال میباشد مورد مطالعه قرار دادیم و ۳۲۲۲۸ لام از لحاظ گروه بندی پاپانیکالائو منفی بود و ۳۰ نفر مبتلا به کانسر دهانه زهدان و ۵۰ مورد دیسپلازی مشاهده نمودیم و از طرفی چون افراد انتخاب شده از نظر متوسط سنی و طبقاتی با مطالعاتی که تا بحال انجام گرفته است اختلافاتی دارند مشغول مطالعه بیشتری در مورد بیش از هشتاد هزار لام سیتولوژی که تا بحال بررسی نموده ایم هستیم تا به نتیجه قطعی تری دست یابیم .

References

- 1- Anderson/ W.A.D. and S.A. Gunn , Cytologic Detection of Cancer – Acta Cytol. (Philad) 6/468 – 470 (1962)
- 2- Graham J. B. and J. V. Meige. Recurrence of Tumor After Total Hysterectomy for Carcinoma In Situ Amer. J. Obstet. Gynec. 64/ 1159 – 1162 (1952)
- 3- Graham R. m. : The Defintion of A Dycaryotic Cell . Acta Cytol. (Chic.) I, 23 (1957)
- 4- Kottmeier H. L. : Carcinoma of the Cervix . A Study of its Initial Strages . Acta Obstet. Gynec. Scand. 38/ 522_ 543 (1959)
- 5 - Krone H . A. : Die Bedeutung des Konisation FÜR die Fruherfassung des Portiocarcinoms. 2. Ost/ Schweiz./ Bayer. Gynakologentag, Lindau. 3.9._30.10.1959 . Ref. Geburtsh.U. Frauenheilk. 20/291 (1960)
- 6- Kruckemyer/ K . : Gedanken Zur Problematik des sog,* Oberflachenkarzinoms des Portio utrei. Dtsch. Med. J. 14, 465_467 (1961)
- 7- Kern. G. : Klassifizierung Patholog. Zelltypen und Ihre Bedeutung der Gynakologischen Krebsfahrrensuche. Geburts. U. Frauenheilk. 22/ 1058_ 1060 (1962)
- 8- Lange/ P . , Clinical an Histological Studies on Cervical Carcinoma. Acta PatH . Microbial . Scand . 50/ Suppl. 143/9_ 162 (1960)

- 9-Stoll/P.A.H. Motha : die Bedeutung des Vaginal - Smear in des Differential - Diagnose Gutartige Gynakolog. Erkrankungen. Geburth. U. Frauenheilk. 12/424-435(1952)
- 10-Stoll P./ J . Jaeger/ G. Dallenbach - Hellweg : Gynakologische Zytologie . Springer Verlag : Berlan . Heidelberg; New York 1968/43
- 11-Treite/ P. : die Fruhdiagnose des Plattenepittel - Karzinom am Collum Uteri : Stuttgart Ferdinand Enka Verlag 1944.
- 12-Zinser/ H.K. : Erfahrungen und Ergebnisse Zytolog. Zenter zel: Gynak. U . Geburth . 84 (1962) 905.