

کور یو اپی تلیوم ما در ایران

نگارش

دکتر نعمت الله برهانی

کور یو اپی تلیوم توموری است بدخیم و سرطانی که در رحم و از سلولهای جفتی پیدا میشود و بنامهای مختلف از قبیل دسی دوام مالن (۱) و «سرطان اپی تلیال و یلوزیته های کوریال» (۲) و جفت بدخیم (۱) و «سن سی سیوم» (۳) «کور یونیک کارسینوما» (۴) معروف است. بطور کلی واجمال توموری است بدخیم که از سلولهای پوششی جدار خارجی تخم یعنی «کور یون» ایجاد میشود و مبداء آن سلولهای جفت است و امروزه نام «دسی دوام مالن» را که در سال ۱۸۸۸ میلادی توسط پرفسور «سانگر» روی این بیماری گذاشته است قبول ندارند زیرا مشارالیه تصور میکردند مبداء این تومور سلولهای هم بند کادوک است و این تومور را نوعی سارکوم از سلولهای مزبور میدانسته است ولی در ۱۸۹۵ میلادی پرفسور «مارشاند» ثابت کرد که تومور مزبور از تقسیم و تکثیر غیر طبیعی و پیشرفت و نمو سرطانی سلولهای لانگهانس و سن سی سیوم بوجود میآید.

بدو باید دانست که این تومور اولاً بیشتر از آن حد که تصور میکنند بدخیم و خطرناک است و خصوصاً کور یو اپی تلیوم بمعنی اصلی و حقیقی خود یعنی «کور یو کارسینوما» خیلی بیشتر از آنچه در کتابهای کلاسیک نوشته شده است بدخیم و خطرناک است و ثانیاً آنچه مسلم است در کشور ایران کور یو اپی تلیوم وضع خاصی بخود میگیرد و اغلب درمان آن با ناکامی پزشک مواجه میگردد و بیمار بدبخت هم از این درمان طرفی نمی بندد. بیشتر و خامت

۱ - deciduom malin

۲ - cancer epithelial des villosités choriales

۳ - syncytium ۴ - chorionic carcinoma

مرض در ایران بعلت عدم مراجعه بیماران در موقع لزوم به طبیب کاردان و متخصص است . این اصل کلی یعنی عدم مراجعه بطیب که منشاء آن از او هام و خرافات مختلف سرچشمه گرفته است و متأسفانه در افکار مردم این کشور خیلی زیاد رسوخ پیدا کرده است در مورد بیماری های زنان بعلت حجب و حیا و شرمی که ایشان از طبیب مرد و یا باصطلاح نامحرم دارند شدت یافته است و در این شدت بی منتهای خود جامعه زنان کشور را دستخوش بدبختی فراوان نموده است . بیماری که تازه مبتلا به سقط جنین شده یا مثلاً دچار مول هیداتیفرم گشته است و اندکی خونریزی دارد اولاً بعلت سهل انگاری و بی علاقهگی به بهداشت خود و ثانیاً بعلت حجب و حیا، بیماری خود را ناچیز می شمارد و خیال میکند مثلاً باری سنگین برداشته است یا عملی مشابه آن انجام داده و احتیاج مراجعه بدکتر ندارد این است که چند صباحی را با استعمال داروهای خانگی و انجام دادن دستورات زنان پیر همسایه بدفع الوقت میگذرانند و لحظات حساس و پر ارزش را بیهوده تلف میکنند و بالاخره موقعی مراجعه میکنند که چاره از دست رفته است و کاری از دست طبیب ساخته نیست . در اینجا يك نکته دیگر را هم باید یادآوری کرد و آن اینست که مردم این کشور روی تربیت ناقص و جهل عمومی اعتماد کامل به طبیب معالج خود ندارند مثلاً اگر بیمار فهمیده ای در ابتدای امر که دچار سقط جنین و یا مول هیداتیفرم شده است به طبیب مراجعه کند و دستور بگیرد که باید تا مدتی مدید مرتب تحت نظر پزشك باشد باین سخن پزشك توجهی نکرده و دیگر مراجعه نمیکند و این خود یکی از علل بدخیمی این مرض در ایران است زیرا اگر مریض سخنان طبیب را گوش کند و بموقع مراجعه بنماید چاره کار

آسان است و در لحظات اول که تازه بافت چنگاری شروع به نمو نموده است خطری متوجه بیمار نیست. لذا منظورم از تحریر این مقاله آنست که علائم اولیه مرض را بیشتر خاطر نشان کنم و همکاران عزیز و ارجمند را متوجه این نکته نمایم که پیوسته بفکر این بیماری باشند و بیمارانی را که پس از سقط جنین یا زایمان طبیعی یا مول هیداتی فرم، خونریزی نامرتب و لوهه قدر هم مختصر و ناچیز باشد دارند تحت نظر قرارداد آزمایش های لازم را عملی فرمائید و بیمار بدبخت را در اولین دقایقی که دچار این سرطان خطرناک شده است بدست جراح سپارند و از مرگ حتمی نجات بخشند.

کوریوایپی تلیوم توموری است بدخیم که در رحم میروید معمولاً پس از مول هیداتی فرم یا سقط جنین ساده و یا زایمان طبیعی پیدا میشود و در موارد نادر ممکن است بدون وجود داشتن آبستنی قبلی ظاهر شود. برای آنکه بطور تقریباً کامل معلوم شود این تومور بدخیم در چه مواردی در رحم رشد میکند ذکر آماری را که «پالوسون» و «ویوله» تهیه کرده اند در اینجا ضروری میدانم:

در نزد ۴۵۵ مریض مبتلا به کوریو ایپی تلیوم ۲۵۳ نفر پس از انداختن مول هیداتی فرم مبتلا شده اند یعنی تقریباً ۵۵ درصد و ۱۰۵ نفر پس از سقط جنین معمولی و ۷۹ نفر پس از زایمان طبیعی مبتلا شده اند و در نزد بقیه سابقه بیمار مشکوک بوده است.

پس مطابق آمار فوق معلوم میشود که این بیماری همانطور که در کتب کلاسیک نوشته اند پس از مول هیداتی فرم بیشتر دیده میشود و در ایران مطابق تجربیاتی که در بیمارستان زنان بعمل آمده است در اغلب

بیماران مبتلا به کوریوآپی تلیوم سابقه روشن مول هیداتی فرم وجود دارد و حتی طبق تجربه ای که شخصاً در لا براتوار مرحوم دکتر حبیبی باراهنمائیهای استادانه و برادرانه آقای دکتر آرمین بعمل آوردم سابقه مول در نزد این بیماران تقریباً همیشه وجود دارد و حتی در عده زیادی از بیماران که علائم کلینیکی و تشخیص کلینیکی فقط مول هیداتی فرم بوده است در امتحان بافت شناسی مخاط رحم وجود کوریوآپی تلیوم محقق شده است. باید دانست که این تومور گاهی در دنبال يك آبستنی خارج از رحم در اوله های زهنان ممکن است پیدا شود و یا مطابق عقیده پرفسور روسی و پرفسور ابرلین بطور استثناء در اعضای دیگر مانند کبد و ریه بطور اولیه ظاهر میشود و یا ممکن است در بیضه نزد مرد نیز دیده شود. بطور کلی پیدایش این تومور در خارج دستگاه تناسلی بواسطه این است که سلولهای کوریال در نقاط دور دست مهاجرت میکنند.

علت - علت این بیماری مانند علت سایر سرطانها هنوز معلوم نیست. بطور کلی وجود يك آبستنی قبلی همیشه هست و مطابق آخرین اطلاعاتی که در این خصوص بدست آمده این بیماری را دنباله مول میدانند و در خصوص دژنرسانس کیسه ای و یلوزیته های کوریال، عدم تجانس R.H. پدر و مادر را دخالت میدهند.

بطور کلی وقتی حاملگی صورت میگیرد، سطح پلاسمو دیال و یلوزیته های جفت برای رساندن مواد غذایی از بدن مادر به جنین فعالیت مخصوص میکنند. در حالت سلامت در ۱۶-۲۰ هفته اول حاملگی قطعاتی از سن-سی سیوم بصورت توده پلاسمو دیال کوچکی متحرک شده، نه فقط در ضخامت کادوک و جدار عضلانی رحم بحرکت در میآیند بلکه در خون مادر و بخصوص

در ریه متمرکز میشوند. این نوع متاستاز فیزیولوژیکی در مشی و پیشرفت آبستنی دخالت تام دارد ولی در موارد مرضی تولید آسیب های مخصوص یا تومورهای بدخیمی میکنند که بنام تومورهای جفتی معروفند و سر دسته آنها همین کوریو اپی تلیوم است.

از نظر تشریح مرضی آنقدر که در حوصله این گفتار باشد باید دانست که مطالعات زیادی روی این تومور شده است و عقاید مختلف هم درباره آن اظهار شده است. بیشتر از همه «اومینگ» و «مارشاند» روی این تومور کار کرده اند و این تومور را بطور کلی بدو دسته مهم تقسیم میکنند، یکی تومورهای معمولی و دیگری تومورهای غیر معمولی.

تومورهای دسته اول تومورهائی هستند که از لحاظ ماکروسکپی و میکروسکپی کاملاً منظره جفت را دارند و بهین جهت هم تشخیص آنها بسیار آسان است و لسی در تومورهای دسته دوم پیدایش بافت سرطانی تغییرات مختلفیافته ای در ساختمان جفت ایجاد نموده است. ساولها بطور غیر منظمی رشد کرده اند. توده های ساوالی سن سی سیوم و لانگهانس بمقدار زیاد دیده میشوند و این خاصیت اغلب باعث اشکال تشخیص میشود.

بطور کلی این تومور در سطح جفت رشد میکنند. توده ای است سخت کمی برجسته، بدون پایه، کمی قهوه رنگ متمایل بسیاه، توموری است شکننده دارای لکه های قهوه خون آلود. حجم تومور متغیر است و در ابتدای بیماری کوچک و از یک نخود تجاوز نمیکند. پس از مدتی باندازه نارنج یا بزرگتر میشود. روی این اصل رحمی که دارای کوریو اپی تلیوما است بزرگی چندانی ندارد. رحم معمولاً منظم است و خیلی بندرت برجستگی هائی در آن دیده میشود. مرکز پیدایش تومور بیشتر به رحم

است و گاهی هم در سطوح رحم ممکن است دیده شود این تور بسیار زود متاستاز میدهد و این متاستاز سریع بیشتر از راه خون انجام میگیرد. متاستازها بیشتر در ریه، در مهبلی، در مغز، در کبد و غیره دیده میشوند.

از اجزاء میکروسکپی سطح ناحیه آسیب دار از قطعه های بی ساختمان (۱) مانند فیبرین پوشیده شده و در بالای تار و پود خود لکوسیت هائی در حالت مردگی و گلبولهای قرمز در حالت تخریب و مقداری پیگمان و میکروبهای غیر مشخص وجود دارند. در همین سطح مرده عضلانی بقایای ویلوزیته های جفت نیز دیده میشود. در زیر بافت مرده مزبور دو نوع سلول با مشخصات مخصوص دیده میشود که بنام سلولهای سن سی سیوم و سلولهای لانگهانس معروفند و برای آنکه خوانندگان محترم ساختمان میکروسکپی و خواص این سلولها و همچنین آسیب شناسی کوریوایی تلیوما را که بسیار بحث شیرین و خواندنی است بیشتر واقف شوند ایشان را بمطالعه پایان نامه شماره ۹۲۲ دانشکده پزشکی طهران هدایت مینمایم. در اینجا بهمین مختصر قناعت کرده از شرح و بسط زیاد در اطراف ساختمان بافت شناسی تومور مزبور خودداری مینمایم.

علائم بانینی : سردسته این علائم تاریخیچه بیماری است. باید دانست که متأسفانه علائم واضح بانینی خیلی دیر ظاهر میشوند و میتوان گفت در کلینیک علامتی وجود ندارد که شروع و آغاز بیماری را نشان دهد. معمولاً میتوان تصور نمود که شروع مرض در سه هفته بعد از سقط میباشد ولی این امر خیلی مسلم نیست چه زودتر از این موعد و در بعضی موارد بسیار دیرتر از این مرحله شروع مرض دیده شده است. در هر حال خونریزی زیاد و نامنظم و بی ترتیب رحمی و گاهی اوقات خونریزی مختصر

بصورت لکه های کوچکی در لباس زیر آغاز مرض را نشان میدهد و جلب توجه میکند و همیشه بیماری که از این نوع خونریزی شکایت دارد و در سابقه خود خروج مول یا سقط جنین و یا حتی زایمان طبیعی را ذکر میکند باید مشکوک تلقی شود.

گاهی اوقات بدبختانه مرض بر حسب ظاهر خیلی دیر تظاهر میکند. مثلاً ممکن است تومور بحساب خود در رحم پیشرفت کند و پس از آنکه متاستاز ریوی داد علائم ریوی جلب نظر نمایند و تنگی نفس و خلط خون آلود بیمار را نزد پزشک آورد و یا طبیب معالج را متوجه بیماری کند و زمانی ممکن است متاستاز در دیواره مهبل بوجود آید و زخمهایی ایجاد کند و وجود این زخمها در دیواره مهبل مریض یا طبیب را متوجه بیماری نماید.

در دوره استقرار مرض بهترین و نفیس ترین علامت خونریزی است. خونریزی پیوسته زیاد میشود. این خونریزی رحمی نامنظم بوده مقدارش فراوان است و چه بسا که بیمار از خونریزی شدید فوت میکند. خونریزی بهیچ وسیله بند نمی آید و وسایل درمانی مطلقاً بدون فایده میمانند. علاوه بر خونریزی خصوصاً در موقعی که غده های زهدان دچار فساد گشت ترشح بدبو و متعفن نیز بمقدار فراوان خارج میشود. ورم پاهانیز گاهی پیدا میشود. درد در آغاز بیماری وجود ندارد و در مرحله ای درد ظاهر میشود که تومور تمام پارامتر را فرا گرفته است. نکته مهم، هیچوقت نباید منتظر بروز درد شد.

از علائم عمومی، کم خونی بسیار شدیدی است که خیلی زود عارض میشود بیمار را ضعیف و ناتوان میکند، تعداد گلبولهای قرمز خون بدو میلیون در میلیمتر مکعب و یا کمتر از این مقدار میرسد. مخاطها بیرنگ میشوند و

سطح پوست يك رنگ مومی بخود میگیرد. ضعف ولاغری به نهایت درجه شدت خود میرسد. نکته مهم تب همیشه وجود دارد و این تب اغلب با لرزه همراه است و این نکته بسیار مهم است زیرا بعلمت وجود تب با لرز اغلب تشخیص عفونت مطرح میشود و چون بیماری پس از زایمان تظاهر کرده است این لرز و تب را بحساب تب نفاسی میگذارند و چه بسیار که مدتها بیمار را تحت درمان سولفامید و پنسیلین قرار میدهند و متأسفانه نتیجه ای نمیگیرند.

در این بیماری متاستاز خیلی زود ظاهر میشود و همیشه هم وجود دارد. این متاستاز معمولاً باندامهای نزدیک و دور لگن سرایت میکند و در میان اندامهای نزدیک جدار مهبل از همه بیشتر مبتلا میشود. نقاطی قرمز رنگ بشکل دانه های برجسته اغلب در جدار مهبل دیده میشود که با کمترین تحریک خونریزی میدهد و اغلب تشخیص کوریوایی تلیوم با بروز علائم مزبور در جدار مهبل داده میشود. در اندامهای دور از لگن بیماری به ریه کبد کلیه و مغز سرایت میکند.

در امتحان فیزیکی در لمس شکم، بزرگی و نامنظمی رحم آشکار میشود و البته همانطور که گفته شد رحم خیلی بزرگ نیست فقط ممکن است تا حاملگی سه یا چهار ماهه بزرگ شود. در توشه و اژینال گلوی زهدان سالم و نرم و دهانه اش نیمه باز است و از آن خون میآید تنه زهدان بزرگ شده و قوام آن نرم و قابل ارتجاع است و اگر بیماری خیلی پیشرفت کرده باشد تنه زهدان بیحرکت میشود. گاهی از راه جدارهای طرفی با بن بست دو گلاس کیست های تخمدان آشکار میشوند. باید دانست که کشف این کیست ها با سابقه بیمار کمک بسیاری زیادی به تشخیص خواهد کرد.

پس بطور خلاصه علائم کلینیکی را ذیلا ذکر میکنم و خاطر

خوانندگان محترم را باین نکته معطوف میسازم که همیشه ب فکر این بیماری باشند و خصوصاً سابقه بیمار را هیچوقت از نظر دور ندارند:

- ۱ - خونریزی که نامنظم بوده مقدارش متفاوت است.
- ۲ - ترشیح سفید خون آلود که در آخر کار بدبو و متعفن میشود.
- ۳ - درد که در آغاز کم است و در اواخر مرض بسیار شدید ممکن است بشود.

- ۴ - تب که همیشه با لرز یا بدون لرز وجود دارد.
- ۵ - ورم پاها و وجود آلبومین در ادرار.
- ۶ - وجود متاستازهای سریع خصوصاً در دیواره مهبل ریه و مغز.
- ۷ - خرابی و بدی شدید حالت عمومی خصوصاً کم خونی بسیار شدید و ناتوانی مفرط.

- ۸ - در آزمایش مهبل نرمی گردن رحم و باز بودن دهانه آن و بزرگی رحم و وجود کیست های تخمدان.
- ناتمام