

مجله دانشکده پزشکی تهران

شماره سوم و چهارم - آذر، دی ۱۳۴۶ صفحه ۶۰

سرطان دهانه رحم از نوع In Situ

* دکتر محمد مهدی رضائیزاده

سالگی است، ۲۸ سالگی برای این سایتو ۱۵ سالگی برای اینوارازیو.

۵-۵/۸۲ درصد بیماران قبل از ۱۶ سالگی ازدواج کرده

۵/۶۷ درصد قبل از ۱۷ سالگی زایمان داشته و ۵/۸۰ درصد بیماران بیش از سه زایمان داشته‌اند.

۶- از نظر توزیع محلی بیماری نسبت به صد هزار نفر جمعیت: استان مرکزی، فرمانداری لرستان، استان گیلان، فرمانداری سمنان، استان کرمانشاه، استان خراسان، و استان کرمان به ترتیب قرار دارند.

با توجه به آمار دیگر که در حدود رایران مبتوا ند جالب توجه باشد و با کمک و همکاری بخش سیتو لوژی تاج پهلوی گرفته شده نتایج زیر بدست آمده است.

با بررسی بر روی ۵۱۳۶۸ لام اسمیر واژنال که از نقاط مختلف طی ۵۶ ماه بدین بخش رسیده ۱۹۱ لام مثبت و ۲۵۰ لام حیلی مشکوک داشته‌اند و از آین تعداد با پیگیری برای بیوپسی ۵۰ کاسر این سایتو تشخیص داده شده که ۳۰ نفر دارای لام مثبت و ۲۰ نفر لام مشکوک داشته‌اند و با توجه به خصوصیات این بیماران شیوع سنی این بیماری در ایران بصورت جدول شماره ۱ است.

از بین زنان انگلستان که دریکسال از ضایعات بدخیم دیمیرند ۱۰ درصد آنها شروع ضایعه از رحم و ۵/۶ درصد این ضایعات سرطان کل رحم است [۶] و بدین ترتیب نسبت متر گ و میرضایعات کل رحم بجسم رحم تقریباً ۲۱ است ولی در گذشته این نسبت ۷ یا ۸ یک بوده است که خود نتیجه تحولی در شناسایی زودرس ضایعه بدخیم کل رحم درمان بموقع آن است و حتی در بعضی نقاط این نسبت ۱ به ۱ است.

بررسی اجمالی در روی سرطان دهانه رحم در ایران از سال ۱۳۴۶ تا ۱۳۵۴ : از مطالعه حدود ۱۸ هزار پرونده بیماران مبتلا به سرطان که ۱۴۹۱ نفر دچار سرطان دهانه رحم بوده‌اند در مرآکزی چون تاج پهلوی، بیمارستان جهانشهر صالح و بخش زنان دانشکده پهلوی نتایج زیر بدست آمده :

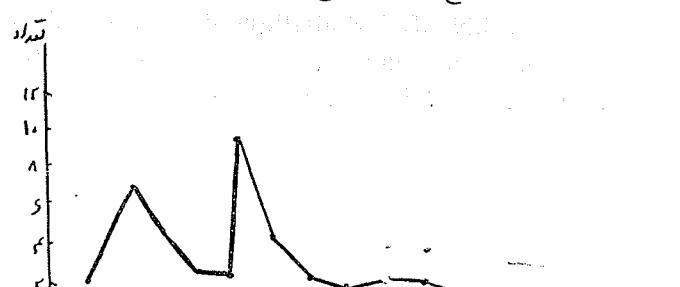
در کشورهایی که از نظر طبی پیشرفت هستند سرطان دهان دو میلیون گ و میر بعد از ضایعات قلب و عروق است ولی در ایران چهار میلیون عامل میباشد چون هنوز بیماریهای واگیر مقام اول را دارد.

۱- سرطان کل رحم ۸/۲۱ درصد سرطان‌ها را تشکیل میدهد و بعد از پوست، مری و غدد لنفاوی در درجه چهارم قرار دارد.

۲- سرطان دستگاه ژنیتال ۸/۵۹ درصد کلیه سرطان‌هارا تشکیل میدهد و در نتیجه ۸۴ درصد سرطان‌های ژنیتال در کل رحم است.

۳- از نظر نوع کانسر، ۰/۷۰ درصد اپی، ۹/۳ درصد اپی، تلوما سینیو- سلولر، ۵/۰۹ درصد آدنو کارسینوما و ۱/۰۷ درصد این سایتو است.

۴- از نظر توزیع سنی، شیوع جدا کثیر در سنین ۳۰ تا ۶۰



جدول ۱- شیوع سنی

** بخش جراحی زنان - دانشکده پزشکی، پهلوی

دلیلی بر کانس این سایتو دانست مطابق آمار خانم دکتر آذری [۲] شیوع نسبی این بیماری در ایران بصورت جدول شماره ۲ است.

۲- ازدواج وزایمان: ازدواج و بطور کلی مقادیر دل مهمی در بیگدادسر طان دهانه رحم دارد چون طبق آمار [۴، ۵، ۷۶] دریک خانم مجرد بدون مقادیر کل به نسبت یک در ۲۰ هزار است در حالیکه ازدواج وبا مقادیر برابی چنین ذهنی نسبت ابتلاء را دوپرا بر میکند و به نسبت یک درده هز امریک سد و بخصوص هرچه مقادیر دستین پائین تر صورت گیرد درجه ابتلاء پیشتر میشود. یک دلیل دیگر تأثیر عامل فوق نادر بودن سرطان دهانه رحم در بین راهیه هاست [۴۰.۳ و ۵۵] در صورتی که سرطان جسم رحم بین این دسته و سایر مردم یک نسبت دارد. [۷۶]

[۷] درجه ابتلاء کانس این سایتو را ۳/. تا ۴/. درصد در بین زنان انگلستان و آمریکای شمالی میداند. و با توجه به آمار تاج پهلوی این نسبت در ایران ۱/. درصد و طبق گزارش دیگری از ایران [۲] با بررسی ۳۵۰۰ اسپرم و اژینال اگر بتوان اسپرم مثبت را کانس دانست این نسبت ۲/. درصد است. آنیولزی :

۱- سن . گرچه در هر سنی حتی در نوزادان دیده شده [۷۰.۶.۴] ولی قبل از ۴۰ سالگی شایع نیست و سن حدا کثر ابتلاء ۵۵-۵۹ است و بعد از آن کم میشود . و با بررسی بر روی آمارهای که تاکنون در ایران داده شده [۲] : این شیوع سنی در ایران یا کشورهای دیگر مطابقت دارد . و اگر بتوان هر اسپرم مثبتی را

سن	منفی	مشکوک	ثبت	سلولهای آتی پیک	جمع	(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)		
۱۴-۱۹	۱۶۴	(۹۸/۲)	۳	(۱/۸)	۱۶۷	(-)	-	(-)	-	(-)	(۰/۲)	(۱۸/۳)	۶۴۰	(۰/۳)	۲	(-)	-
۲۰-۲۴	۶۳۶	(۹۹/۰۴)	۲	(۰/۳)	۷۰۴	(۰/۹)	۶	(۰/۳)	۲	(۰/۳)	(۲۰/۱)	۷۶۹	(۰/۵)	۴	(-)	-	
۲۵-۲۹	۶۹۴	(۹۸/۰۶)	۲	(۰/۳)	۷۵۸	(۰/۵)	۴	(۹۹)	۴	(۰/۵)	(۲۱/۹)	۶۳۸	(۰/۵)	۳	(۰/۵)	۳	
۳۰-۳۴	۷۵۸	(۹۸/۰۹)	۱	(۰/۲)	۶۲۱	(۰/۷)	۳	(۰/۴)	۲	(-)	(۱۸/۲)	۴۰۱	(۰/۷)	۳	(۰/۷)	۳	
۳۵-۳۹	۳۹۶	(۹۸)	-	(-)	۳۹۶	(۰/۷)	۳	(۰/۴)	۲	(-)	(۱۱/۵)	۱۸۴	(-)	-	(-)	-	
۴۰-۴۴	۱۸۴	(۱۰۰)	-	(-)	۱۸۴	(۰/۵)	۱۸	(۰/۲)	۷	(۰/۳)	(۵/۳)	۳۵۰	(۰/۵)	۱۲	(۹۹)	۱۲	
۴۵ و بالاتر	۳۴۶۳	(۹۹)	۱۲	(۰/۳)	۳۴۶۳	جمع											

جدول ۳ - نتیجه اسپرم و اژینال در سنین مختلف

عامل دیگر در ایجاد سرطان دهانه رحم زایمان است و تمایل بخشنود را دارد مقاومت نمیکنند و اگر در بین زنان این قوم سرطان دهانه رحم دیده میشود بعلت مقاومت با مردان ختنه نشده است و حتی نسبت ابتلاء در بین نزادها و قومهایی که ختنه منسوم شده است کمتر شده است [۶]

در مورد آنیولوژی نزادی، بررسی اسپرم مثبت در ایران جالب توجه است [۲] چون این نسبت برای مسلمانان ۱/. درصد برای ارامنه ۴۴٪. درصد و در بین کلیمی ها ۷۲٪ موردار بیمارستان کورش کبیر) همچو رودی یافت نشده است . گرچه باستی توجه داشت که این تعداد نسبتاً اند مبنای مقایسه آمار باشد . (جدول ۳)

۳- نزاد - زنان کلیمی در مقابل این عارضه مصون هستند [۷۰.۵.۰.۴۰.۳.۰.۲] و بنظر میرسد که یک کیفیت ارشی دخالت داشته باشد ولی باستی توجه داشت مقدار زیادی با ختنه نمودن مردهای کلیمی ارتباط دارد و ثانیاً مردهای کلیمی در تمام مدت قاعد گز ن و چند روز بعد از آن که مخاط کل خاصیت تحریک پذیری

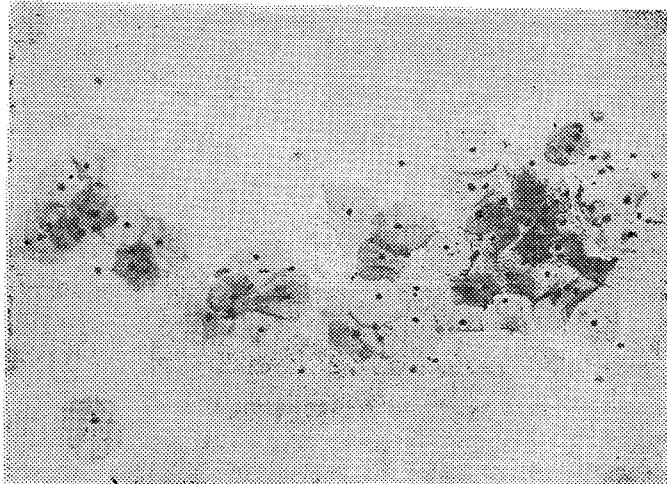
۳- نزاد - زنان کلیمی در مقابل این عارضه مصون هستند [۷۰.۵.۰.۴۰.۳.۰.۲] و بنظر میرسد که یک کیفیت ارشی دخالت داشته باشد ولی باستی توجه داشت مقدار زیادی با ختنه نمودن مردهای کلیمی ارتباط دارد و ثانیاً مردهای کلیمی در تمام مدت قاعد گز ن و چند روز بعد از آن که مخاط کل خاصیت تحریک پذیری

مذاهب	منفی	مشکوک	ثبت	سلول آتی پیک	جمع	(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	
مسلمان	۱۷۴۶	(۹۸/۹)	۷	(۰/۴)	۱۷۶۵	(۰/۶)	۱۰	(۰/۱)	۲	(۰/۱)	(۰/۸)	۱۰۱۴	(۰/۸)	۸	(۰/۵)	۵
ارمنی	۹۹۶	(۹۸/۲)	۵	(۰/۵)	۹۹۶	(۹۸/۲)	۵	(۰/۵)	۵	(۰/۵)	(۷۲۱)	(-)	-	(-)	(-)	-
کلیمی	۷۲۱	(۱۰۰)	-	(-)	۷۲۱	(-)	-	(-)	-	(-)	(۳۵۰)	(۰/۵)	۱۸	(۰/۲)	۷	(۰/۳)
جمع	۳۴۶۳	(۹۹)	۱۲	(۰/۳)	۳۴۶۳	جمع										

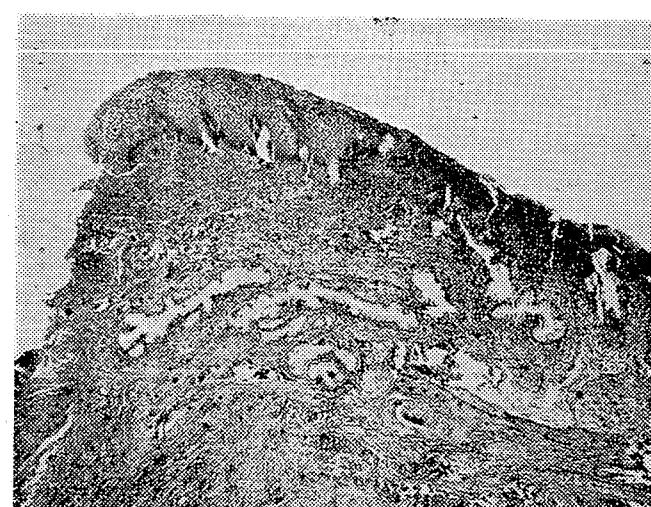
جدول ۳ - نتیجه اسپرم و اژینال در مذاهب مختلف

پاتولوژی Intera epithelial Carcinoma یا کانسر
 این سایتو یک مرحله از سرطان اسکواما است که رشد و نمو محدود به طبقه اپی تلیال بوده و بیشتر یک کیفیت میکروسکپیک است تا یک حالت بالینی و برای تائید آن علامت هیستولوژیکی چندی باشیستی وجود داشته باشد : محققین انگلیسی چند علامت ذیر را توأم میدانند :

- ۱- بهم خوردن نظام سلولی در تمام لایه های اپی درم بطور یکه حالت مطبق بهم خورده باشد .
- ۲- پرولیفر اسیون نامنظام سلولی طبقه بازال که بطرف اپی درم پراکنده باشد .
- ۳- تغییر شکل و اندازه سلولی .
- ۴- تغییر اندازه شکل و طرز قرار گرفتن هسته سلولی .
- ۵- میتوز سلولی بمقدار زیاد .



۱- سیتو لژی طبیعی دهانه رحم



۲- نمای میکروسکویی دهانه رحم طبیعی

۴- عوامل اقتصادی و اجتماعی : این عارضه در بین زنانی که در وضع اقتصادی بدی هستند بیشتر دیده میشود و مخصوصاً وضع اجتماعی و تربیتی (بهداشت آلت تناسلی مردان ، پائین بودن سن ازدواج) در این مورد مؤثر است مثلاً نسبت ابتلای در پیش خانمی که توسط یک فرد عادی فارغ میشود تا زن حامله ای که نزد یک متخصص مامائی زیمان میکند ۲۰ برابر بیشتر است .

۵- مقایب : مطالعات انجام شده نشان داده که آلت تناسلی مرد و اسپرم کانسر و زن هستند [۶۰.۵] چون دریک کشت بافتی از سلولهای اندوسر ویکس وقتی اسپرم اضافه شد دیدند که بسیاری از سلولها اسپرم را جذب میکند و تمایلی بصورت هیپرپلازی و متاپلازی نشان میدهد ولی باشیستی توجه داشت که کثافت ذیب پرپوس (Smegma) دل مهمنی را دارد و نه خود آلت تناسلی .

و اگر قیول داشته باشیم که بر خورد متواالی کل رحم با آلت تناسلی باعث سرطان میشود بنابر این راه های جلوگیری از حاملگی چون Condom و یا دیافراگم و اژئنال خود یک زاده است حفاظتی است در حالیکه قرص های جلوگیری و IUD با جایگزین کمک میکند .

۶- تحریک دهانه رحم : هر نوع تحریک سرویکس میتواند ایجاد کننده سرطان باشد مثل مقایب و عفونت های مزمن ولی بمنظور میرسد که ترشحات طولانی واژن بیشتر ایجاد کننده سرطان باشد . برای مثال نادر بودن این عارضه در پرولاپس های رحمی است با وجودی که سرویکس در مععرض ترومای دائم میباشد .

۷- استروژن : عدم تعادل وجود مقدار زیادی استروژن در حیوانات ایجاد کننده سرطان کل رحم است ولی این امر در نزد انسان ثابت نشده همان طور که سرطان سرویکس در نزد زنان منوپوزه و یا بعد از برداشتن تخدمان دیده میشود .

انواع سرطان کل رحم :

۱- آدنورکارسینوما (Adenocarcinoma) ۵ درصد سرطانهای کل را تشکیل میدهد و گاهی اوقات با آدنوکارسینومائی که منشاء از قسمت تحتانی جسم رحم و یا ایسم دارد اشتباه میشود وهم چنین ممکن است آدنوکارسینومای بقایای مجرای ولغ که با عنوان Mesonephrome شرح داده شده با آن مخلوط گردد .

۲- سرطان بافت پوششی مطبق (Squamous Cell Carcinoma) ۹۵ درصد سرطان کل را تشکیل میدهد و بردو نوع است :

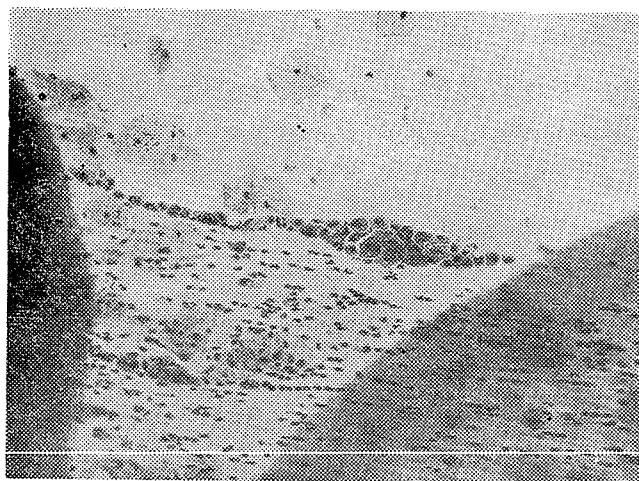
که از دسته اول Invasive-b و Pre.invasive. -a

سرطان، نوع In Situ است .

که وارد مرحله بدخیمی می‌شوند بطور کلی اذین مبرود و بر عکس درسلولهای نارس و سلوالهای سرطانی مواد چندی افزایش می‌یابد. مانند افزایش RNA فسفاتاز اسید - دهیدروژنаз و گلیکوزو- نیداز سیتوپلاسم سلوالی و همچنین در هسته سلوالی DNA لیپید و فسفاتاز کالان افزایش می‌یابد. وعده‌ای دیگری [۷] معتقدند که هیپرپلازی سلوالهای بازالت که ضمن سرویسیت مزمون دیده می‌شود گرچه عارضه‌ای خوش خیم شمرده می‌شود لکن مرحله اولیه ناآرامی سلوالی بوده و بعدها تبدیل بنوع مهاجم می‌شود.

تشخیص کانسر In Situ

این سایتوموثل دیسپلازیک کمتر بصورت ضایعه چشم گیر و بالینی بوده بلکه بیشتر یک کیفیت تشخیص سلوالی است [۴، ۵، ۶، ۷] و مبتلایان اکثر آن سالم بینظر میرسند بنا بر این برای رسیدن بدان تشخیص سلوالی لازم است [۲۶] که ضمن آزمایش اسمیر و اینال مرتب ویا در ضمن بررسی عمل دیگر ضایعات کل رحم مشخص می‌شود و تعدادی عوامل دیگری که البته باهیچ یک از این عوامل

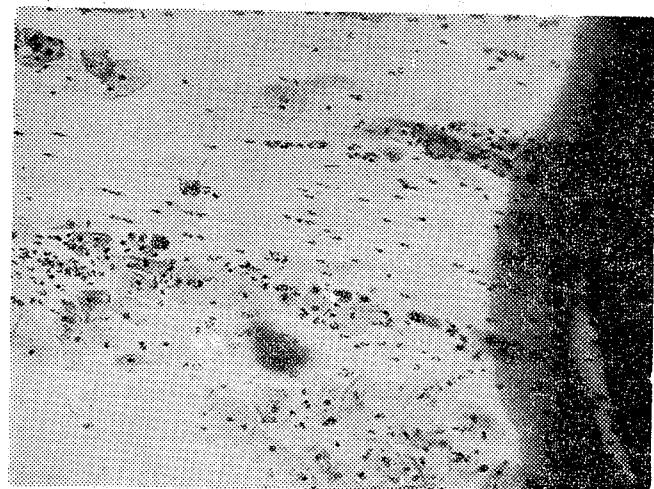


۵ - سیتو لوژی کانسر مهاجم دهانه رحم

تشخیص قطعی کانسر این سایتواده نمی‌شود مگر بیوپسی‌های متعددی که از دهانه رحم گرفته شود که معمولاً بصورت مخروط برداری یا Conization است. البته قبل از مخروط برداری اسمیر و اینال حداقل بیشتر از یک عدد لازم است [۶] چون جوابهای غلط منفی به نسبت یک درصد و مثبت غلط ۱/ درصد دیده می‌شود.

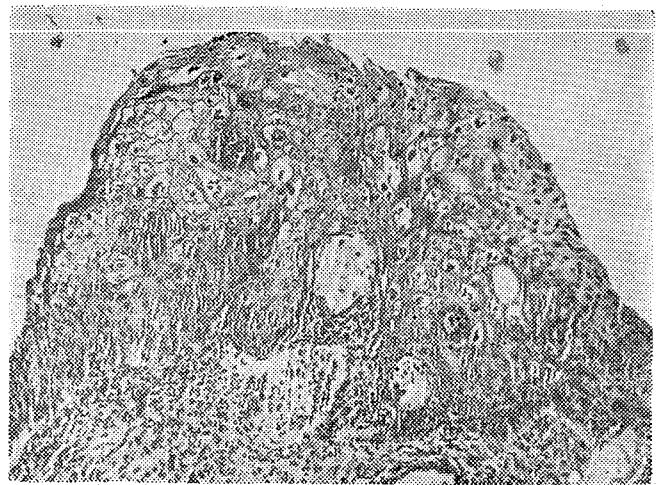
برای مشخص نمودن محل ضایعه جهت مخروط برداری از آست شیلر یا آبی تولوئیدین استفاده می‌شود. با توجه باین موضوع که نقاط ضایعه دیده گلیکوژن و درنتیجه قدرت رنگ - پذیری خود را از دست میدهند در صورتی که در ضایعه دیسپلازیک

این تغییرات مشابه تغییرات مخاطی ضمن حاملگی است [۳۱] و استرومای زیراپی تلیوم در هیچ نقطه‌ای مورد هجوم واقع نشده و اگر هجوم سلوالی از طبقه بازالحتی بمقدار جزئی عبور کرد سرطان از مرحله این سایتو گذشته وارد مرحله Micro invasive می‌شود و معمولاً تشخیص حالت invasive قبل از اینکه Invasive بحساب آید: در مورد پاتولوژی Fluhmann [۳] معتقد است که بایستی تغییرات شیمیایی سلوالی



۳ - سیتو لوژی کانسر این سایتو

نظیر پاتولوژی مورد توجه قرار گیرد مثلاً در سلوالهای استوانه‌ای آندوسرویکس و همچنین سلوالهای میانی و سطحی طبقه مطبق گلیکوژن و پلی ساکارید در یک سلوول رسیده بمقدار فراوان یافت می‌شود در حالیکه در سلوالهای نارس مقدار آنها کم و در سلوالهای



۴ - نمای میکروسکوپی کانسر این سایتو (همان بیمار)

برداشت . درمورد درمان کانسر این سایتو Jeffcoate [۶] عقیده دیگری دارد و معتقد است چون ضایعه این سایتو یک کیفیت موضعی است بنابراین برداشتن محل ضایعه و بازنهاد آن کافی است که عمولاً بوسیله کوئیزاسیون انجام میشود و بهترین راه درمان است و طبعاً راه درمانی نزد تمام ذهنای جوان و حتی تعدادی از ذهنای پیر است .

به حال قبل از اقدام به مخروط برداری باید بوسیله امتحانات سلولی و تمام وسائل ممکن حدود ضایعه در نسوج اطراف سوراخ خارجی و سوراخ داخلی مشخص و سپس عمل انجام گیرد .

بعد از کوئیزاسیون یا قطع نسبی کل رحم این نگرانی وجود دارد که ممکن است تحریکات زایمانی از طریق واژنال باعث شعله ورشدن بیماری گردد در صورتی که این نگرانی بی مورد است و فقط ممکن است اسکار در نتیجه عمل باعث نارسائی کل رحم و سقط جنین یادیستوسی کل رحم در موقع زایمان شود بهمین دلیل باز این انتخابی در پایان ترمیتوان از صدمه زدن و تحریک مکانیکی دهانه رحم پرهیز نمود . مواردی که هیسترکتومی درمان انتخابی است بشرح زیر میباشد :

۱- هر وقت پس از درمان محافظه کارانه اسمیر مثبت شود و یا مثبت باقی بماند نمیتوان رحم برداری بدون دست زدن به تخدانها نمود .

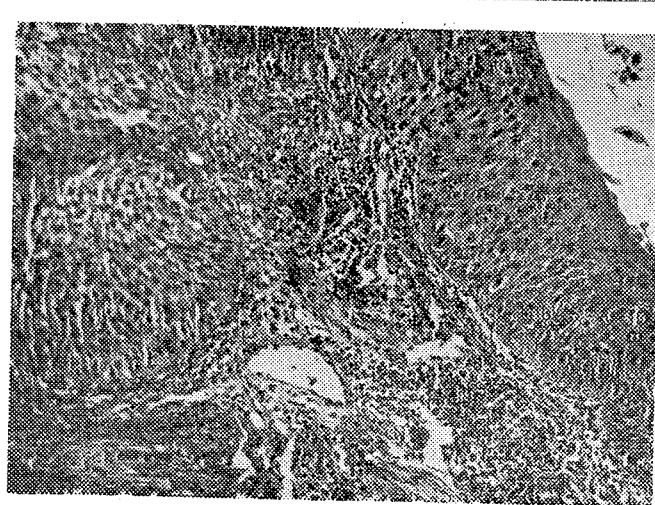
۲- هر وقت در اسمیر بعدی یا بیوپسی حالت Micro invasive دیده شود .

۳- هر وقت یک خانم با کانسر این سایتو میباشد و سن او بالاتر از ۴۰ سال است .

گرچه عده‌ای از زنیکولوگها معتقدند که کانسر این سایتو مساوی است با هیسترکتومی باقی گفته شود این عقیده مخصوص کسانی است که از تعقیب بیماران خود عاجز هستند نه یک نظریه کلی و قابل قبول !

درمورد زنان حامله همان شرایط غیر حامله وجود دارد . در مواردی که با مطالعات سیتو لسوژیک تغییرات غیر طبیعی بافت دیده شود باید اقدام به کوئیزاسیون نمود اگر با این امتحان وجود سرطان دهانه رحم رد شد پزشک باید بیمار را در تمام طول حاملگی تحت نظر قرار دهد . و هر دو ماه یک بار امتحان سیتو لسوژیک بعمل آورد . و در صورت پیدایش تغییرات شدید سلولی اقدام به کوئیزاسیون مجددی بکند .

در هنگام زایمان گشادشدن دهانه رحم اثرات سوئی داشته و موجب انتشار ضایعات دهانه رحم میگردد [۶] در مواردی که به علت جوانی و آرزوی بچه دارشدن نخواهیم بغوریت بعد از زایمان اقدام به درمان جراحی سرطان و برداشتن رحم نمائیم بهتر است



۶- نمای میکرو سکپی کانسر مهاجم دهانه رحم (عمان بیمار)

سلولهای سطحی سالم بوده و بعلت داشتن گلیکوژن رنگ پذیر هستند در مخروط برداری نه تنها محل التصاق بافت سنگ فرشی - غددی بلکه تمامی اندوسر ویکس تا سوراخ داخلی برداشته میشود . در موقع برداشتن بیوپسی یا مخروط نبایستی از کوت استفاده کرد چون باختمن نسج ممکن است سبب تغییرات پاتولوژی ضایعه شده و اگر در آینده احتیاج به هیسترکتومی پیش آید کار را مشکل میکند .

درمان سرطان دهانه رحم نوع این سایتو از آنجائیکه سرطان غیر مهاجم همواره تبدیل به سرطان مهاجم خواهد شد لذا حتماً بایستی درمان شود [۷] و این مرحله از سرطان اکثرآ در خانم های جوان دیده میشود : نوع درمان بر حسب خصوصیات ضایعه ، سن بیمار ، تعداد زایمانها و تاحدودی خواست بیمار تغییر میکند . در هر صورت سرطان غیر مهاجم بهمیچ وجه یک حالت اورژانس نمیباشد و نمیتوان در تمامی آنها از یک قانون درمانی پیروی نمود بلکه باید مطالعات دقیق در مورد هر یک بعمل آورده و با حساب آوردن تمامی عوامل نوع درمان را انتخاب نمود مثلاً پزشک باید بخواسته زنی که کمتر از ۳۵ سال دارد و بیچه ای ندارد و آرزوی مادر شدن دارد توجه کافی نماید . هم چنین در زنان جوانی که یک و یاد بیچه دارند و خواستار بیچه های زیادتری میباشند نیز این امر صادق است .

در موارد جراحی درمان انتخابی هیسترکتومی توtal از راه مهبل یا شکم و برداشتن ۳ سانتی متر از قسمت فوقانی مهبل میباشد از آنجائیکه هنوز ارتیاطی بین سرطان سنگ فرشی دهانه رحم و فعالیت تخدمانی پیدا نشده لذا تخدمانهارا نبایستی

جزء اصول اساسی درمان این بیماران میباشد چون درمان جراحی چه بصورت هیستر کتومی تو تال و یا رادیکال هیچ کدام بیمار را بطور کامل از تشکیل بعدی سرطان در مخاط مهبل این نمی‌سازد. هنوز معلوم نشده که آیا سرطان این سایتو دهانه رحم یکی از علائم نسا آرامی کلی سلولهای پوششی است یا یکی از چندین کانون سرطانی است که ممکن است در دهانه رحم و مخاط مهبل وجود داشته باشد بطور کلی ذنانی که تحت عمل جراحی برای سرطان غیر مهاجم دهانه رحم قرار گرفته اند بیشتر از خانمهای سالم، شانس ابتلاء به سرطان مهبل یا فرج دارند لذا این بیماران باید در تمام طول زندگی بعدی تحت نظر قرار گیرند و بطور مرتب مطالعات سیتو لوژیک درباره آنها بعمل آورد.

ذایمان را با عمل سزارین انتخابی از راه شکم خاتمه دهیم. معذلك هنوز ثابت نشده است که ذایمان مهبلی اثرات سوئی بر سرطان غیر مهاجم دهانه رحم داشته باشد و در مورد بیمارانی که بچه بیشتر نمیخواهند درمان انتخابی مزادرین و هیستر کتومی تو تال میباشد و در این حال بعد از هیستر کتومی، رادیوم تراپی با متدهای دوز معین در مورد کانسر مهاجم در ادامه درمان داده میشود ولی رادیوم تراپی از خارج لازم نیست.

تعقیب بیماران:

در بیماران مبتلا به سرطان غیر مهاجم دهانه رحم معالجه با عمل جراحی خاتمه نمی‌یابد و مطالعات تعقیبی هر ۶ ماه یکبار

References

- 1_ Abitbel. M. Maurice. Management of the abnormal cervical Smear and carcinoma in situ of the cervix during pregnancy. A.M.J ob/gyn. Dec. 1973
- 2_ Simin Azari M. D. ob/ gyn . A briefstady of vaginal smear in 3 different clinic groups of Iran .
- 3_ Frederic Fluhmann B. A. M.D.The Cervix uteri and its disease W. B, Saunders Company 1961
- 4_ Kistner Textbook of gyn. Tenth edition 1971
- 5_ Novak's textbook of gyn. Eighth edition 1970
- 6_ T.N. A. Jeffcoate principle of gyn Third. edition 1967,
- 7_ Robert Willson. M. D. Textbook of obstetrics and gynecology, Fourth edition 1971