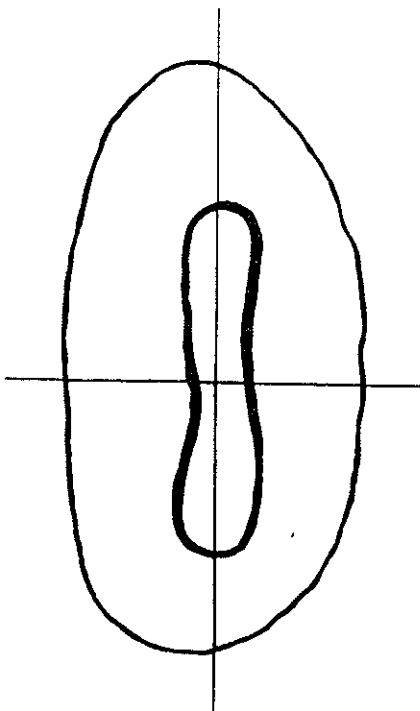


## گسترش و درجه بندی سرطان در گردن رحم

در ۱۰۰ مورد که ابتدا کوئی زایسیون گردن رحم و بعداً هیسترکتومی انجام گرفته است گسترش و درجه بندی سرطان اینسایتو گردن رحم مطالعه شد در هر یک از این موارد تشخیص کارسینوم اینتاپوپس از کون بیوپسی و امتحان پاتولوژی مسجبل گردید برای تقسیم بندی چهار خاصیت در نظر گرفته میشود که عبارتند از درجه آتی پی سلوالی گسترش در طول محیط و داخل غده گردن رحم سن مریض وجود یا عدم باقیمانده تومر در هیسترکتومی معین گردیده است در حدود نصف موارد ضایعات سرطانی در محل اتصال پوشش سنگ فرشی به اپیتیلیوم استوانه ای (Squamo – columnar Junction) پیدا شده بخوبی دیفرانسیه و پیشرفت آنها از عدد سطحی و دور بع محيط گردن رحم تجاوز نمیکرد در نصف دیگر تومر کامل آناپلاستیک و پیشرفت و بیماران مسن تر میباشند در ۱۷۰ مورد بعداز هیسترکتومی باقیمانده تومر وجود داشت که تمامی آنها منبوط به دسته اخیر میباشند تعیین درجه پیشرفت طولی و حلقه‌ی تومر برای حدس باقیماندن تومر دور هم بعد از بیوپسی بطریقه کوئی زایسیون از مهمترین عوامل میباشد . در نمونه‌های بیوپسی شده از روی درجه بندی سرطان اینسایتو مطابق این متد عملکن است اندیکاسیون هیسترکتومی معین گردید و در عین حال کوئی زایسیون درمان نهائی بحساب آید . امر وظه تقریبا در همه‌جا با استفاده از سیتوالوژی تشخیص ضایعات گردن رحم در محل اولیه در حال افزایش بوده و در باره تشخیص و درمان سرطان اینسایتو اختلاف عقیده زیاد در کار است چه نظریه عمومی اینستکه وقتی تشخیص سرطان اینسایتو در سیتوالوژی پیشنهاد گردید کون بیوپسی انجام گیرد و چنانچه در امتحان پاتولوژی تشخیص تأیید شد درمان اصلی هیسترکتومی خواهد بود .

با پی بردن به اختصاصات بافت‌شناسی و راههای گسترش تومر در گردن رحم باین اختلافات دیگر اهمیت چندانی داده نمیشود کوشش های زیادی برای تعیین درجه شیوع باقیماندن تومر در رحم بعد از کوئی زایسیون بعمل آمده که بر روی اهمیت درجه بندی آنها تکیه نداشته است مطالعه جدید اهمیت دیفرانسیون سلوالی را در ضایعات مختلف گردن رحم تأکید میکند . مقصود از این مطالعه عبارتست از :

وقتی درکار است که گرفتاری غددی از این ناحیه بطرف پائین تجاوز کند این اندازه ها دلخواه و اختیاری بوده اصل همانست که برای تشخیص آدنومیوز بکار میرود.



شکل (۲) - نمای شماتیک تقسیم‌بندی دلخواهی گردن رحم به چهار ناحیه که هر یک ربع از محیط گردن رحم را شامل می‌شود

با توانم کردن خواص مذکور در فوق شکلی از سلطان اینسا یتو که در آن آتی پی‌سلولی و درجه گسترش از همه اشکال دیگر کمتر است GO I نشان داده می‌شود (یعنی ضایعه از سلولهای اپی‌تلیالی بالغ تشکیل یافته گسترش طولی آن از  $\frac{1}{3}$  طول اپی‌تلیوم سنگ فرشی تجاوز نکرده بیش از یک ربع از محیط گردن رحم را اشغال نمی‌کند و دارای گسترش غددی نمی‌باشد) در صورتیکه شکلی که در آن درجه آتی پی‌سلولی و گسترش تومر از همه بیشتر است به C4GD IV نشان داده می‌شود (یعنی ضایعه از سلولهای اندیفرانسیه و آتی‌پیک تشکیل شده تمام طول و محیط گردن رحم را اشغال کرده و بداخل غدد عمقی گسترش یافته است). حد متوسط و معدل سن بیماران در موقع هیستوکنومی تبیین گردید (Average and Median age ) حد متوسط سن با تقسیم کردن مجموع سن بیماران بر تعداد آنها باضافه ۱ یا  $(\frac{n}{2} + 1)$  بدست می‌آید بیماران بر حسب وجود یا عدم رزیدو بد و دسته تقسیم می‌گردند.

تابلوی ۱- طرز گسترش و درجه بندی سرطان اینسایتو در گردن رحم از روی مطالعه ۱۰۰ نمونه کون بیوپسی و نسبت موارد دارای رزیدو ( باقیمانده تومر ) در نمونه های هیسترکتومی

نسبت درصد	تعداد	مجموع موارد با رزیدو		مجموع موارد	کون بیوپسی
		نسبت درصد	تعداد		
آتبی سلولی					
۰	۰	۱۰۰	۱۶	۱۶	درجه I
۱۱	۶	۸۹	۵۰	۵۶	درجه II
۴۰	۱۱	۶۰	۱۷	۲۸	درجه IV
گسترش طولی					
۰	۰	۱۰۰	۴۰	۴۰	درجه A
۱۶	۸	۸۴	۴۳	۵۱	درجه B
۱۰۰	۹	۰	۰	۹	درجه C
گسترش حلقوی					
۰	۰	۱۰۰	۴۷	۴۷۱	درجه ۱
۴	۱	۹۶	۲۵	۲۹	درجه ۲
۵۰	۸	۵۰	۸	۱۶	درجه ۳
۷۳	۸	۲۷	۳	۱۱	درجه ۴
گسترش غددی					
۰	۰	۱۰۰	۱۳	۱۳	درجه GO
۲	۱	۹۸	۴۵	۴۶	درجه GS
۳۹	۱۶	۶۱	۲۵	۴۱	درجه GD

### نتایج :

در تابلوهای ۱ و ۲ خلاصه میشوند .

### آتبی سلولی

درجه I از بین ۱۰۰ نمونه در ۱۶ مورد ضایعه از این دسته بود در هیچیک از آنها

گسترش طولی ضایعه از ناحیه ترانزیشنال  $\frac{1}{3}$  طول اپیتیلوم سنک فرشی از حد تلاقی

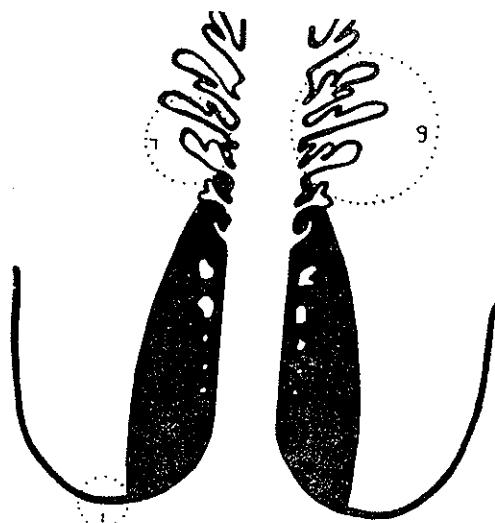
رزیدو وجود نداشت ولی در مواردیکه هر چهار مربع گرفتار شده بود بیشتر از ۳۰ موارد رزیدونشان داده میشد.

تابلوی ۲ دستجات سنی را در موقع هیسترکتومی و تعداد موارد بارزیدو و بدون رزیدو را نشان میدهد

دستجات سنی(سال)	موارد بدون رزیدو	موارد بارزیدو
۲۵-۲۰	۱۱	۱
۳۰-۳۶	۱۷	۲
۳۵-۳۱	۲۴	۵
۴۰-۴۶	۱۸	۵
۴۵-۴۱	۴	۲
۵۰-۴۶	۴	۰
۵۵-۵۱	۳	۱
۵۵ به بالا	۲	۱
جمع	۸۳	۱۷

### تومورهای دارای رزیدو

در موقع هیسترکتومی مجموعاً ۱۷ مورد دارای رزیدو بودند (شکل ۳) تمام آنها از



شکل (۳) نمای شماتیک گردن رحم که در آن محل و انتشار تشریحی تومور را در ۱۷ مورد که در نمونه های هیسترکتومی شده دارای رزیدو بوده اند نشان داده میشود (در دوازده خانه چین)  
اندازه نمونه های کون بیوپسی تیره رنگ نشان داده شده است

نظر سلوی دارای آنپلازی درجه IV بوده و بیش از یک ربع از محیط را اشغال نمیکردد به استثنای یک مورد در تمامی آنها گسترش به غدد عمقی نشان داده میشد در مورد استثنائی مزبور رزیدو تومور در قسمت خارجی گردن رحم وجود داشت . با وجود اینکه در ۲۶ نمونه کون بیوپسی وجود کارسينوم انسايتودر کنار برش آندوسرویکس نشان داده میشد فقط ۱۶ مورد آنها در موقع هیسترکتومی دارای رزیدو بودند .

تابلوی ۳ - درجه بندی کارسينوم انسايتودر گردن رحم و ارتباط سنی

سن متوسط (سال)	سن متوسط (سال)	تعداد موارد	کون بیوپسی
آنتی پی			
۳۱	۳۰	۱۶	درجه I
۳۴	۳۴	۵۶	درجه II
۳۶	۳۵	۲۸	درجه IV
گسترش طولی			
۳۲	۳۴	۴۰	درجه A
۳۳	۳۴	۵۱	درجه B
۳۳	۳۴	۹	درجه C
گسترش حلقوی			
۳۱	۳۲	۴۷	درجه ۱
۳۴	۳۷	۲۶	درجه ۲
۳۷	۳۶	۱۶	درجه ۳
۳۹	۳۷	۱۱	درجه ۴
گسترش غددی			
۳۱	۳۰	۱۳	درجه GO
۳۲	۳۴	۴۶	درجه GS
۳۶	۳۷	۴۱	درجه GD

سن

سن متوسط در بیمارانیکه در موقع هیسترکتومی بدون رزیدو بودند ۳۴ سال و از

ابی‌تلیوم سطحی و عددی آندوسرویس جزو یک واحد گسترش محسوب می‌گردد در ۹ مورد که گسترش‌طلولی درجه C در کاربوده است در تمامی آنها در موقع هیسترکتومی رزیدو دیده شده در یک مورد محل رزیدو در قسمت خارجی گردن و در سه مورد هم در قسمت خارجی و هم در کانال آندوسرویکال بوده و در ۵ مورد دیگر رزیدو فقط در مجرای آندوسرویکال وجود داشت درمواردی که گسترش سطحی درجه C در کاراست رزیدو به نسبت ۰/۱۰۰ دیده شود این موضوع اهمیت درجه گرفتاری سطحی را در امتحان کون بیوپسی خاطر نشان می‌سازد.

بر حسب عقیده Wilenga و همکارانش کارسینوم انسایتو میل دارد که بداخل مجرای آندوسرویکال گسترش یا بد بنا بر این لازم است که برای امتحان هیستولوژی بطریقه کون - بیوپسی نمونه خوبی از گردن رحم برداشته شود و از لب داخلی آن امتحان میکرو‌سکبی دقیق بعمل آید وجود تومر در محاذاات خط برداشت مستلزم پیدا شود رزیدو در هیسترکتومی نمی‌باشد بطوریکه از ۲۶ مورد که تومر در لب داخلی نمونه کون بیوپسی وجود داشت فقط در ۱۶ مورد رزیدو دیده شد این فئونمن رامیتوان چنین تفسیر کرد که تروماتیسم و پروسس‌های رُنرا تیو و ترمیم کنند سبب می‌شوند که کانونهای کوچک کارسینوم انسایتو از بین بروند. با وجودیک میل به گسترش نئوپلاسم در کانال آندوسرویکال است می‌بینیم که پیشرفت آن درسه جهت صورت می‌گیرد یعنی درمسیر غدد درجهت حلقوی و در سطح هم بطرف اگزو سرویس و هم بطرف آندوسرویس می‌باشد با اینکه در نمونه‌های هیسترکتومی رزیدو بیشتر از همه در کانال آندو سرویکال یافته می‌شود احتمال دارد که بعلت محدودیت نمونه کون بیوپسی و یا باقی گذاشتن محلی باشد که هدف تومر می‌باشد «Target area» گرفتاری اگزو سرویس در کارسینوم انسایتو وسیع است بطوریکه در ۱۷ مورد از ۴۱ موردی که دارای رزیدو بودند نه تنها آندوسرویس بلکه تمامی اگزو سرویس گرفتار بود بنا بر این ما معتقدیم که ضایعه با گسترش درجه C دلیل بر وجود رزیدواست اگرچه در نمونه هیسترکتومی ممکن است رزیدو در قسمت خارجی دیده نشود ولی می‌توان تومرا در سطح آندوسرویس و یا در غدد عمقی پیدا کرد.

#### Foot and Stewart توجه را به اهمیت گرفتاری محیط گردن رحم جلب کرددند بعداً

در یافتند که گسترش حلقوی ضایعه ممکن است از ۳ میلیمتر تا تمامی محیط متفاوت باشد در حدود ۵ درصد موادر ضایعات محدود یک ناحیه بوده و باندازه نمیرسیدند که از وسعت یک مریع محیط تجاوز کنند در نصف دیگر و یا ۳ و یا ۴ ویاهر چهار مریع گرفتار بود. گرفتاری حلقوی تومر با درجه آن بالازی سلوی گسترش طولی توأم افزایش می‌باشد ارتباط مشابهی بین افزایش سن و

افزایش ابتلاء بیماران یافت میشود (تابلو ۳) احتمال پیدایش رزیدو بطور مهمی در خایعات درجه ۴ بالاتر از درجه ۱ میباشد.

درسریهای Regan and Hicks ۹۰ مورد از صدور دارای گسترش غددی بود ولی درسری مااز ۱۰۰ مورد فقط در ۱۷ مورد گرفتاری غدد در کاربود.

امروزه مورد قبول عموم است که گسترش غددی نماینده تهاجم نیست ولی وجود گسترش تومر در غدد عمقی به خصوص در نزدیک لب داخلی نمونه کون بیوپسی یک علامت بد میباشد در ۷۰٪ از موارد ما که دارای گسترش به غدد عمقی بودند رزیدو نشان داده شد همچنین در ۷۰٪ مورد بارزیدو گسترش در غدد عمقی آندوسرویس دیده شد بنا بر این باستی به عمق گسترش غددی توجه داشت اگر گسترش عمقی عدد شکل پیشرفته ای از کارسینوم انسایتورا نشان داد باید تومر بین کارسینوم انسایتو و یا با تهاجم واضح قرار گیرد همانظور که قبل از کرد ترمومتریسم آماس پرسوسهای ترمیمی ممکن است بتواتند نواحی کوچکی از تومر سطحی را خراب کرده از بین بینندولی بعلت اینکه این پرسوسهای در قسمتی از غدد دخالت نمیکنند تومر در داخل آنها باقی خواهد ماند.

مادرسری خود در موقع هیسترکتومی به نسبت ۱۷٪ رزیدو داشته Pighal و همکارانش به نسبت ۱۰ درصد Rigan and Hicks ۳۲٪ گزارش داده اند درجه شیوع رزیدو در هر یک از درجات آنپلازی سلولی گسترش طولی گسترش حلقوی و گسترش غددی مهمتر از درجه شیوع کلی آن میباشد و با افزایش شدت هر درجه شیوع رزیدو خیلی زیادتر میشود بالاترین درجه شیوع رزیدو درضایعات با گسترش طولی درجه C دیده شد که به ۱۰۰٪ میرسید بعد از آن درضایعات با گسترش حلقوی درجه ۴ است که ۷۳٪ بود درضایعات با آتنی پی سلولی درجه I و خایعات با گسترش در غدد عمقی درجه شیوع رزیدومساوی و بهتر تیپ به ۴۰٪ ۲۹٪ بالغ میگردد.

از ۱۷ مورد بارزیدو ۶ مورد در نمونه کون بیوپسی دارای آنپلازی سلولی بدرجات III-IV بوده در حالیکه در تومر رزید و آنپلازی آنها بدرجه IV میرسید این یافته موافق آنست که بوسیله Wielenga و همکارانش مشخص گردید که سرطان انسایتوره قدر در مجرای آندوسرویکال بالاتر رود دارای آنپلازی بیشتر خواهد بود احتمال میرود که این آنپلازی مر بوط بنایه ای باشد که در مقایسه سنی با سایر نواحی بتازگی پیشرفته کرده باشد.

در نمونه های از هیسترکتومی که رزیدو در یک مربع محدود میشد در نمونه کون بیوپسی گسترش محیطی بیش از یک مربع بوده است این ملاحظه ممکن است چنین تفسیر شود که

## ۲- آزمایش‌های سرم‌شناسی

الف - پرسی پیتاسیون . در نتیجه مخلوط نمودن مایع هیداتیک و سرم بیمار مبتلا به اکینوکوکوز رسوی ایجاد میشود چون در این آزمایش نتایج رضایت‌بخش نبوده است لذا بصورت آزمایش روزمره معمول نمیباشد .

## ب - هم آگلوتیناسیون غیرمستقیم

کلبو لهای قرمز گوسفند را ابتدا با تانن مجاور مینمایند بعداً کلبو لهای پوشیده شده از تانن را در مجاورت آنتی ژن قرار میدهند در این حالت کلبو لهای تانه مملکو لهای آنتی ژن را بخود جذب میکنند اگر این کلبو لهارا در مجاورت سرم بیمار اکینوکوکوزی قرار دهیم آگلوتیناسیون واضحی دیده میشود این آزمایش با رقت‌های زیاد حتی  $1:4000$  نیز جواب مثبت دیده میشود ولی گاهی در بیماران کبدی جواب مثبت نادرست دیده میشود .

ج- آزمایش فلکولاسیون پنتو نایت - پنتو نایت گلی است که از قسمت غربی آمریکا بدست می‌آورند و سلیکات آلومینیوم هیدراته میباشد . نرمان در سال ۱۹۵۹ پیشنهاد کرد که در آزمایش هم آگلوتیناسیون بجاجی کلبول تانه از پنتو نایت استفاده شود این آزمایش نیز دارای جوابهای مثبت نادرست در بیماران کبدی میباشد .

## د - ایمو نوفلورسانس

در این آزمایش آنتی کلبو لین سرم انسانی با ایزو تیوسیانات دوفلوروسئین رنگ میشود سپس با آنتی ژن و سرم اشخاص مشکوک مجاور مینمایند این آزمایش بعلت اشکالاتی که در طرز تهیه آنتی ژن وجود دارد نیز تا بحال جنبه روزمره پیدا نکرده است .

## ه- آزمایش ثبوت کمپلمان و این بر گه و پاروو

اساس این آزمایش بر آزمایش برده ژانکو نهاده شده است با این نحو که در صورتی که در سرم شخص آنتی کور ضد آنتی ژنی که بکار میرود وجود داشته باشد کمپلمان روی کمپلکس آنتی ژن و آنتی کور ثابت میشود و در مرحله دوم که کلبول قرمز گوسفند و سرم همولتیک اضافه میشود بعلت عدم وجود کمپلمان هم لویز دیده نمیشود بعکس اگر در سرم بیمار آنتی کور وجود نداشته باشد وجود کمپلمان باعث هم لویز میشود . در بخش ایمو نولزی دانشکده پزشکی تهران دو تغییر مهم در این آزمایش داده شده بطوریکه نسبت نتایج که بیش از  $45\%$  نبود به ۰.۵۷ رسیده است با این نحو که آزمایش را در حرارت مناسب و حرکت خفیف انجام میدهند (تغییر تکنیکی) دوم اینکه آنتی ژن این آزمایش از سکولکس تهیه میشود .

## ۳- آزمایش‌های درون پوستی بر مبنای اللرژی

آزمایش درون پوستی را کازونی در سال ۱۹۱۲ تکمیل نمود و تا بحال آنتی ژنهای مختلفی بمقادیر مختلف پیشنهاد شده است مثلاً گراد وول زرق ۵/۰ سانتیمتر مکعب از آبگونه خالص و کلمرا ۱/۰ سانتیمتر مکعب از مایع کیست رفیق شده به نسبت  $\frac{1}{100}$  توصیه می‌نماید.

آنچه ژنهایی که تا بحال بکاربرده شده است عبارتند از آنتی ژن از مایع هیداتیک - مایع هیداتیک جوشیده ساده و با ادزه ووان (Adjuvant) - شیره تنیا - آبگونه سیستی سرک - محلول پلی ساکارید تنیا - آلبومین مایع هیداتیک - گردسکولکس - پرده درونی (مامبران پرولیپر) و از خورد شده سکولکس‌ها که در بخش ایمونولژی داشکده پن‌شگی تهران بتوسط آقای دکتر میردامادی معمول و متداول شده است این آنتی ژن بعلت خالص بودن و استانداریزه بودن و از همه مهمتر بعلت نداشتن پروتئین حیوانی که آنتی ژن از او بدست آمده است جوابهای اختصاصی‌تری میدهد و همچنین پس از یک بار تهیه و تقسیم تا مدت‌ها دناتوره نمی‌شود و میتوان آنرا بکار برد.

برای اطلاع از نتیجه و مقایسه این آنتی ژنهای آزمایش درون پوستی با دو آنتی ژن سکولکسی و مایع کیست در ۱۰۰ بیمار اکینوکوکوزی با کنترل عمل جراحی و ۱۰۰ بیمار غیر اکینوکوکوزی بعمل آورده شد و نتیجه آن بشرح ذیر می‌باشد:

- ۱- بیماران اکینوکوکوزی.

الف - ۴۷ درصد بیماران ژن و ۵۳ درصد مرد بودند.

ب - سن بیماران بین ۵ سال تا ۷۵ سال و ۸۵ درصد بیماران پائین‌تر از ۵ سال، ۸ درصد ۵۰ ساله بقیه از ۵۰ سال متتجاوز بودند.

ج - ۳۸ درصد بیماران ساکن تهران ۱۴ نفر ساکن اراک ۶ نفر ساکن همدان و بقیه از شهرهای دیگر چون اهواز و قزوین و قوچان و طارم بودند.

د - ۵۴ نفر از بیماران مبتلا بکیست هیداتیک کبد - ۳۵ درصد کیست ریه - ۶ نفر کیست کلیه یکنفر کیست رحم و تخدمان و ضمائم و یک مورد کیست نخاعی و یک مورد کیست طحال و دو تن کیست سفاقی داشتند.

۷ نفر از بیماران ما با تشخیص سل ریه پستری شده بودند که در موقع عمل پی به بیماریشان برده شد ۵ نفر از اینها سبقه هموپیزی داشتند.

۸ - نکته مهمی که در بیماران اکینوکوکوزی بچشم می‌خورد افزایش بیش از ارقام طبیعی سرعت رسوب گلیولهای قرمز می‌باشد بهین علت بیمارانی که هموپیزی مینمایند و در