

نامه دانشکده پزشکی تهران

مهرماه ۱۳۴۴

شماره اول از سال بیست و سوم

جستجوها و کردآوری‌های علمی

دکتر جهان شادصالح

خصوصیات انگورک و سرطان چفت در ایران

بیماری انگورک و سرطان چفت و عوارض گوناگون بافت تروفوبلاستیک در ایران بسیار شایع است بطوریکه مشاهدات ماتقریباً با نظریات دانشمندان چین و ژاپن و هندوستان وفق میدهد. اگرچه بطور قاطع و دقیق نمیتوان گفت که در مملکت ما چند مورد ازباروری‌ها منجر به انگورک میگردد ولی بهر حال بادر نظر گرفتن گزارش و نمودارهای مربوط بزایشگاه‌های میتوان دریافت که شیوع این عارضه از میزان $\frac{1}{2500}$ که مربوط به ممالک اروپائی و امریکائی است بسیار زیادتر میباشد و عجیب تر آنست که این میزان روز بروز رویترا یاد است.

آمار بیمارستان زنان در دهه اول قبل از نشان میدهد که رویه مرتفه از هر ۷۰۰ نفر بانوی حامله ایکه بعنایین مختلف از قبیل حاملگی و زایمان طبیعی و غیرطبیعی و حالات گوناگون سقط به بخش و درمانگاه‌ها مراجعه نموده اند یک مورد مول هیداتی فورم دیده شده است و بطور کلی سالیانه در حدود ۳۵ الی ۵۰ بیمار مبتلا باین عارضه دریخش جراحی بستری و تحت درمان

قرار گرفته و بطور مستو سالیانه در حدود ۴ الی ۶ مورد بیمار مبتلا به کوریوآدنوما و کوریو-کارسینوما بستری و تحت درمان قرار گرفته اند. درسالهای اخیر تعداد بیماران مبتلا بضایعات تروفولاستیک بطور محسوس رویت زاید است. گرچه سال بیشتر بر تعداد بستری شدگان باحالات غیرطبیعی حاملگی افزوده میشود و بخشهای ما از پذیرائی بسیاری از بانوانیکه بطور طبیعی زائیده اند عاجز است ولی باز هم بطور محسوس برشماره بیماران گرفتار با انگورک و سرطان جفت اضافه شده است بطوریکه تقریباً از هر ۴۰۰ بانوی بارداری که بعلل گوناگون به بخش و درمانگاههای بیمارستان زنان مراجعه نموده اند یک مورد بیمار مبتلا به انگورک مشاهده میشود و تعداد مبتلایان به کوریوآدنوما و کوریو-کارسینوما در حدود ۴ الی ۸ نفر میباشد.

در سال گذشته تعداد بانوانیکه باحالات گوناگون زایمان طبیعی و غیرطبیعی و سقط جنین در بخش بستری شده اند ۸۵۷ نفر بوده و درین آنان ۲۷ بیمار مبتلا به انگورک وجود داشته بنابراین میزان شیوع بیماری انگورک به نسبت $\frac{1}{۱۲۵}$ بیماران بستری در بخش بوده است. در عرض مدت یک سال اخیر تعداد ۶ مورد کوریوآپی تلیوما در بین بیماران بستری در بیمارستان زنان مشاهده شده است که چهار نفر آنان در خارج از بیمارستان سابقه سقط انگورک و یا آستنسی داشته و یا از شهرستانها مراجعه نموده اند و تعداد ۶ نفر از آنان بیمارانی بودند که سابقه بیماری انگورک داشته و در بیمارستان زنان تحت درمان قرار گرفته بودند و بعد از آن بطور مرتب تحت نظر قرار داشتند.

باایستی خاطرنشان ساخت که از تعداد ۲۷ مورد بیماران مبتلا به انگورک که در سال اخیر در بیمارستان زنان تحت درمان قرار گرفته بودند فقط ۲ نفر آنها بطور مرتب جهت معاینه و آزمایش ادرار مراجعه نموده و تحت نظر قرار گرفته اند و متأسفانه از سرنوشت ۱ بیمار دیگر اطلاعی در دست نیست ولی باحتمال قریب به یقین عارضه مهمی نداشته اند تا مرراجعه نمایند. به حال ما از ارائه آماریکه چند درصد از بیماران مبتلا به انگورک در آنیه به کوریوآدنوما و یا کوریو-کارسینوما دچار میشوند عاجزیم زیرا تمام بیماران پس از معالجه انگورک بطور مرتب و منظم مراجعه نمی نمایند. اما از بروزی شرح حال و سابقه بیماران مبتلا به کوریوآپی تلیوما باین نتیجه رسیده ایم که برخلاف آنچه که در گزارشهای خارجی قید شده فقط ۵ درصد بیماران دچار سرطان جفت، سابقه ابتلاء انگورک داشته اند و یقیه متعاقب حاملگی و زایمان طبیعی و یا سقط جنین باین عارضه دچار شده اند.

اتیولوژی: ازلحاظ علت و عوامل مستعد کننده برای ابتلاء به بیماری انگورک دررسی

شرح حال و سابقه بیماران متأسفانه هنوز از نظر محیط زندگی و آب و هوای بمعطاب قابل توجهی

برخورد نکرده‌ایم فقط دونکته تاکنون جلب توجه کرده است: اول آنکه اغلب بیماران مبتلا با انگورک بسیار جوان و کم‌سن بوده و درستین کمتری ازدواج نموده‌اند بطوریکه اکثر آنان بین ۱۶ الی ۳۰ سال دارند. دوم آنکه بطور کلی در اغلب بیماران ما مسئله فقر غذائی و کمبود مواد پروتئینی در رژیم غذائی بچشم می‌خورد و در آزمایش خون مقدار پروتئین سرم کمتر از طبیعی است. آمار بیمارستان‌های دولتی وینن اشخاص قمیر و کم بضاعت بیشتر دیده می‌شود و حال آنکه در بیمارستان‌های دولتی وینن اشخاص قمیر و کم بضاعت بیشتر دیده می‌شود و حال آنکه در بیماران خصوصی بمراتب کمتر است.

تصویر میرود که بیماری انگورک و سلطان جفت‌چون از دسته ضایعات دژنراتیو بیباشد درائر سوی تغذیه و کمبود پروتئین ممکن است بوجود آید بنابراین بهتر است علت اساسی این بیماری را در نرسیدن غذای کافی و اکسیژن به سلول‌های تروفوبلاست‌جستجو نمود زیرا کم خونی و نقصان اکسیژن نیز رشد سلول‌هارا از سیر اویله خود منحرف مینماید و آنها را دچار استحاله و خرابی مینماید و بطوریکه میدانیم در اکثر تومرهای دژنراتیو سوی تغذیه و نرسیدن اکسیژن یکی از علل مساعد کننده بشمار میرود. از نظر وجود سابقه، بعضی از بیماریهای مزمن وضعیف کننده از قبیل بیماری سل، برخلاف آنچه در گزارش‌های خاور دور ذکر شده، در بیماران ماسیله قابل توجهی بنظر نمیرسد.

نشانه‌های بالینی

از لحاظ علامت‌بالینی و ناراحتی هایی که باعث مراجعه بیماران می‌گردد خونریزی و کم خونی و ضعف در درجه اول اهمیت قرار دارد. گذشته از بیمارانیکه سابقه خونریزیهای مکرر و طولانی داشته ویا باحالات خونریزی شدید و حاد به بیمارستان آورده شده‌اند بطور کلی در بیماران مبتلا به انگورک غالباً بدون آنکه خونریزی قابل توجهی وجود داشته باشد یک حالت کم خونی ورنگ پریدگی شدید و حتی علامت شبیه به یرقان بچشم می‌خورد بطوریکه با اولین برخورد قیافه مخصوص این بیماران را میتوان تشخیص داد علی‌الخصوص که اغلب بانوان مبتلا با انگورک در مملکت ما سفیدرو و دارای موهای بور و یا خرمائی می‌باشند. گذشته از خونریزی و کم خونی، دسته‌ای از بیماران بعلت ویارشید و استفراغ‌های مبرم حاملگی و حالت توکسمی حاملگی بدرجات مختلف حتی در بعضی از سوارد باحالات آکلامپسی مراجعه مینمایند. بانوان مبتلا به انگورک معمولاً دارای رحمی بزرگ‌تر از مدت حاملگی می‌باشند در مواردی هم مواجه با بیمارانی شده‌ایم که رحم بسیار بزرگ شبیه حامله نه ماهه داشته‌اند. خونریزی این بیماران بسیار شدید و حتی گاهی علامت خونریزی داخلی در محوطه درونی رحم ولا بلای

شکل ۱ رنگی - نمای ظاهری
رسم مبتلا انگور لثه با محتویات
درونی آن که بیکباره به سبله
عمل هسته‌کنومی برداشته
شده است

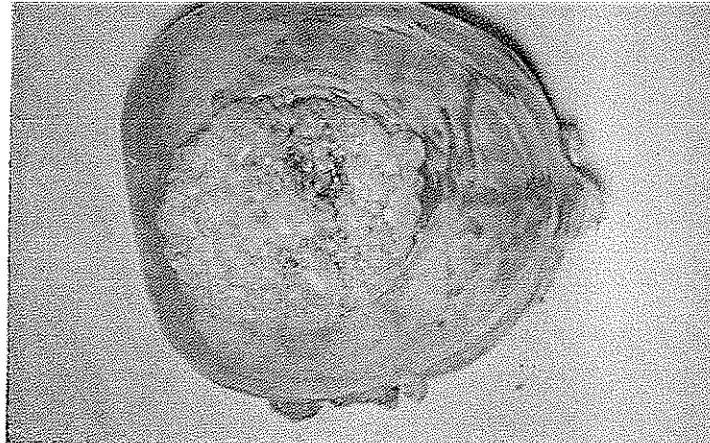


شکل ۲ رنگی - نمای ظاهری
انگور لثه در مژوپالپنکس با
کانون اولیه بسیار کوچک
نفوذ انگور لثه در جهاد رسم
که مبداء این دست اندامی
نیز سرطانی بوده است

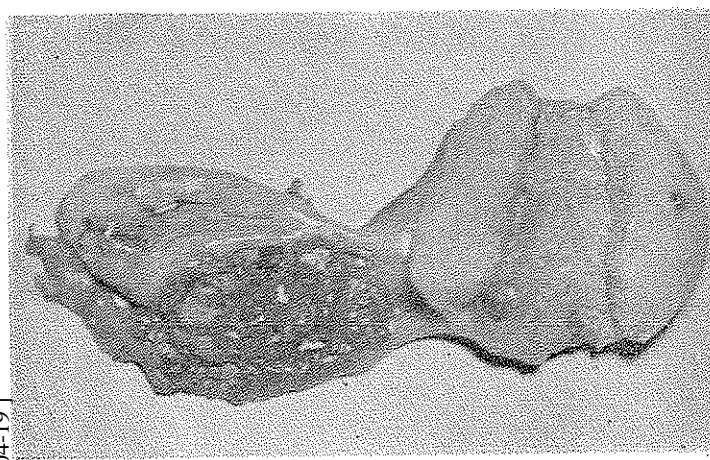


شکل ۳ رنگی - نمای ظاهری
رسم مبتلا به کوریوکارسیدوما
با گیرهای او تیزی هردو تخدان
و چشم‌نهانی چادرینه بسحل
نفوذ سرطان جفت در عمق
رسم

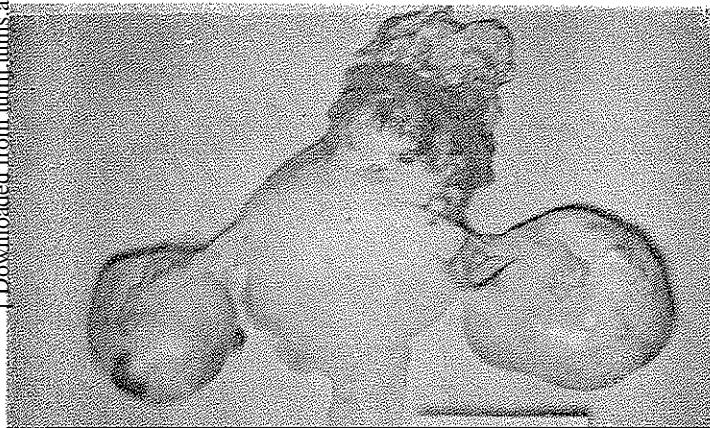
شکل ۱ رنگی - نمای ظاهری
رسم مبتلا بالانگور لک پامتحنیات
درولی آن که یکباره بوسیله
عمل شیستر کثومی بوده است
شده است



شکل ۲ رنگی - نمای ظاهری
انگور لک در مژو سالنگس با
کانون اوایه بسیار کوچک
نشود انگور لک در جدار رحم
که مبداء این دست ابهازی
نیز سرطانی بوده است



شکل ۳ رنگی - نمای ظاهری
رسم مبتلا به کوریو کار میتوان
با چیزی های او تشبیه هر دو تحمدان
و چیزی هایی چادریه بمحصل
نشود سرطان جفت در عمق
رسم



نسج انگورک وجود داشته و رحم درحال انقباض دائم بوده و تابلوی بالینی جدا شدن قبل از موقع بوجود آمده بود.

در ماههای اول ابتلاء تشخیص مول هیداتی فورم اشکالات فراوانی دارد زیرا بالا بودن عیار هورمن گونادوتrop کوریونیک در حاملگی طبیعی نیز وجود دارد و چنانچه حالت خونریزی و سقط درین نباشد نمیتوان تصمیم بخالی نمودن رحم گرفت مخصوصاً که در واپسی کار فقط لکه بینی و ترشحات خون آلود آنهم بمقدار کم وجود دارد.

حالت استحاله انگورک درسته ای از جفت بطوریکه جنین کامل از رحم سقط شود و یا در زایمانهای طبیعی فقط درناحیه‌ای از جفت آثار استحاله انگورک مشاهده شود، بسیار کم است و هرسال یکی دومورد بیشتر دیده نمیشود و فقط یک بیمار که حساسگی دو قلاده است در حال سقط مراجعة نموده بود که یکی از حاملگی‌ها بصورت انگورک درآمده بود و حال آنکه جنین دیگر بطور کامل باجفت مربوطه خارج گردید.

کیست‌های لوئیزی تخدمان : معاینه دقیق مبتلایان به انگورک بعداز خالی شدن رحم نشان میدهد که کیست‌های لوئیزی تخدمانها دره درصد از بیماران ما وجود داشته و در ۵۲ درصد بقیه مشاهده نمیشود.

نشانه‌های آزمایشگاهی : از آزمایشهای بیولوژیک حاملگی استحان بوفو از نظر مشتبه یا منفی بودن دارای ارزش فراوانی است ولی این آزمایش بطور کمی یعنی با ادرار رفیق شده ارزش چندانی ندارد. بطوریکه مواردی از بیماری انگورک و سرطان چفت مشاهده شده است که فقط آزمایش بوفو معمولی مشتبه بوده است و با ادرار رفیق شده جواب منفی بدست آمده است. حتی مواردی نیز دیده شده است که با وجود مسلم بودن بیماری از نظر بالینی و آسیب شناسی، جواب آزمایش زیست‌شناسی حاملگی منفی بوده است. اندازه گیری استروژنها و پرگنا-نديول در بیماران مبتلا به انگورک و سرطان چفت بتازگی شروع شده است. مطالعه سلوی شناسی مهبلی نیز در مبتلایان به عوارض تروفوبلاستیک مدتی است ادامه دارد اما هنوز بطور قطع و یقین درمورد زیادی یا کسی فولیکولین نمیتوان اظهار عقیده نمود.

درمان : نحوه درمان در بیماران مبتلا به انگورک در بخش‌های تابع دانشگاه بیشتر عبارت از خالی نمودن محتويات رحم از راه بائین میباشد. زیرا اصولاً بسیاری از بیماران یعنی در حدود ۷۰ درصد (به نسبت $\frac{3}{4}$) از آنها با حالت سقط انگورک و خونریزی به بیمارستان آورده

میشوند. در اینگونه موارد طبیعاً پس از انجام مقدمات لازم و انتقال خون تزریق سرم با پیتوسین بعمل میآید و عمل خالی کردن رحم و کورتاژ برای امکان پذیر است حتی الامکان سعی برآن است که در همان جلسه اول تمام محوطه داخلی رحم و جدارهای آن ازنسج مول هیدراتی فورم خالی و تمیز شود. بعضی عقیده دارند که بهتر است در جلسه اول اصرار در کورتاژ منفصل و طولانی نشود و تنها بخالی نمودن رحم و بندآوردن خونریزی اکتفا نمایند و یک هفته بعد که رحم تا اندازهای انسولوسیون پیدا نمود یک بار دیگر با خیال راحت رحم را که جدار آن سفت تر شده کورتاژ و تمیز نمایند. اما تجربه بمانشان داده است که این روش نتایج مطلوبی ندارد و چه بسا در جلسه اول مقدار نسج انگورک در یک قسمت از دیوار رحم باقی میماند و در کورتاژ مجدد قسمتی از نتایای انساج مزبور بوسیله کورت در محل دیگر از جدار رحم جایگیر میشود. این عمل خود بایجاد حالاتی از دست اندازی‌ها و لانه‌گزینی نسج تروفولاست کمک میکند و در این دسته از بیماران عوارضی از قبل کوریوآدنوما و کوریو-کارسینوما بیشتر از دستجات دیگر دیده میشود. در حدود ۲۵ درصد از بیماران که مبتلا به انگورک هستند و بدون علائم شروع سقط در بخشها بسترهای میشوند سعی برای نشانه بکمک سرم همراه با پیتوسین دردهای مصنوعی ایجاد نمایند و باین ترتیب سقط انگورک انجام گیرد و سپس مطابق معمول تمیز نمودن و کورتاژ رحم اجرا گردد. با این وصف عمل هیستوتومی و خالی نمودن رحم از راه شکم در بخشهای مابین درت انجام میگیرد و آن در موادی است که خونریزی بیمار بسیار شدید و دهانه رحم غیرقابل اتساع بوده و خالی نمودن رحم از بائین امکان پذیر نباشد. در مواردی که سن بیمار بیشتر از ۴ سال باشد و آنکه سابقه چندین زایمان داشته و باندازه کائن صاحب اولاد بوده باشد یک باره عمل هیستوتومی انجام داده و رحم را باتمام محتویات آن بر میدارند و باین ترتیب از عواقب خطرناک این بیماری آسوده خاطر میشوند مخصوصاً که بسیاری از اینگونه بیماران ازدهات و نقاط دور دست آمده‌اند و تجت نظر گرفتن و تعقیب آنان عمل اشکالات فراوانی دارد.

احتباس و نفوذ انگورک و پیدایش حالت کوریوآدنومادرستوانس

در تعداد کمی از بیماران ممکن است اینگورک داشته اند این کسالت دیده شده است بطوری که آنسته از بیماران مشکوک بکوریو کارسینوما که علائم متاستاز ریوی و متاستازهای قهقرائی در بجزای تناسلی ندارند و بیزان هورمن گونادوتروپ کوریونیک ادرار آنها زیاد بالا نیست عملاً جزو دسته کوریوآدنوما دستروانس شناخته میشوند. اگرچه در عمل جراحی اینگونه بیماران مشاهده حبابچه‌های سالم انگورک به تشخیص این عارضه کمک میکند ولی عقیده ما

براین است که بسیاری از بیماران که با تشخیص کوریو کارسینوما تحت عمل قرار گرفته و نتیجه مشبت و رضایت‌بخش داشته‌اند و بیماری عود نکرده است در حقیقت بیماری اصلی آنها کوریوآدنوما بوده است چه در کوریو کارسینوما چنانچه معلوم است نتیجه عالی بعد از عمل بسیار کم است. درین بیماران مایکرورد متاستاز غیر سرطانی انگورک در مژو سالپنکس مشاهده شده است (شکل ۲ رنگی) با این معنی که بیمار سابقه سقط انگورک داشته و پس از خالی شدن رحم کیست‌های لوئیسینی فروکش نمی‌نمایند و آزمایش بوفو بعد از چهارماه باز هم مشبت جواب میدهد. پس از باز کردن شکم مشاهده می‌شود که علاوه بر کیست لوئیسینی تخدمان یک توهر کیستیک در مژو سالپنکس وجود دارد که ابعاد آن $10 \times 5 \times 5$ سانتی‌متر و پرازو زیکول‌های انگورک است. در بررسی جدار رحم یک کانون نفوذ انگورک بقطر نیم سانتی‌متر مشاهده می‌گردد. این بیمار هیچ‌گونه دست‌اندازی دور دست و یا متاستاز قهقهائی نداشته و بعد از عمل هیسترکتومی بهبودی کامل پیدانمود. این شرح حال نشان میدهد که دست‌اندازی سلو لهای تروفی بل است بدون حالت بد خیمی نیز وجود خارجی دارد و اصولاً مابین بافت کوریون عادی و نسج انگورک و کوریو کارسینوما از لحاظ آسیب‌شناسی حد و حصری



شکل ۱- قطع ماکروسکوپی رحم مبتلا به کوریو کارسینوما که دوسال و نیم بعد از سقط انگورک پیش از آمد است

وجود ندارد و در شرایط بالینی مخصوصاً تمام آنها قابل تبدیل به میگرمه می‌باشند. زمینه دفاعی بیمار و شرایط زندگانی و عوامل دیگر همانطور که در اینجا در تکوین کوریو کارسینوما داخلت دارد بهمان

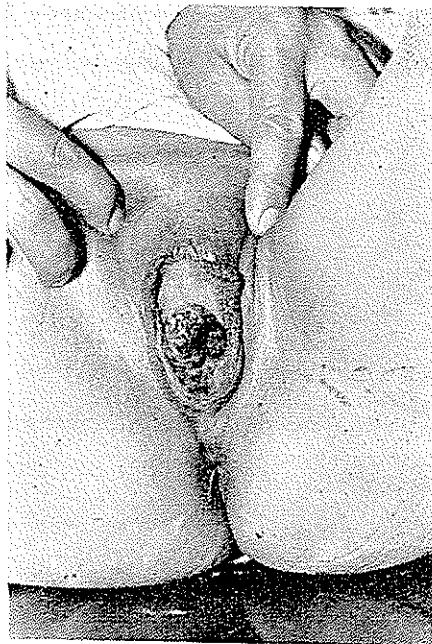
اندازه نیز قادر است ملولهای تروفوبلاست را دراندامها از بین برد و کانونهای پراکنده انگورک و حتی سرطان جفت را مستهلک نماید. بهمین دلیل بقایای سلوشهای تروفوبلاست که ممکن است بعداز زایمان یاسقط یادفع انگورک درجادار رحم باقی مانده باشد بزودی از بین برود و یا آنکه درموارد بخصوص مدت‌ها بحال اختفا باقی بماند و روزی شروع بفعالیت نماید.

شرح حالي در دست است که بیماری از غالی مازندران دو سال و نیم بعداز سقط انگورک مبتلا به کوریوکارسینوم واضح و پیشرفت‌های شده و در بیمارستان زنان تحت عمل قرار گرفته است (شکل ۱).

معماي پوليپ‌های جفتی : مشاهداتي در بیمارستان زنان داشتيم که ثابت می‌کند پوليپ هلاسانتر وجود خارجي دارد. باين معنى که ارتشاح و احتباس سلوشهای تروفوبلاست درجادار رحم ورشد و تکثیر و باصطلاح ارگانيزه شدن آنها از يك طرف و عكس العمل بافت همبند و عضلانی جدار رحم از طرف دیگر می‌تواند ایجاد تومری پایه‌دار در محوطه داخلی رحم بنماید. این تومرها از لحاظ شکل ظاهری کاملاً شبيه پوليپ رحم بوده و نشانه‌های باليني آنرا از قبل خونریزی و لکه‌بینی بدون دليل و نامرتب ایجاد نماید. اين گونه تومرها تا مدتی ممکن است بهيج وجه جنبه بدخيimi نداشته باشند اما ممکن است بدلاًلي که هنوز روش نیست دفعتاً مشی سلطاني بخود بگيرند . از اينجا است که تمام تومرهاي پوليپ‌هاي شکل رحم باید بدقت مورد امتحان آسيب‌شناسي قرار گيرد و چنانچه آثاری از رافت کورین در لابلاي رشته‌هاي عضلانی و همبندی مشاهده شد لازم است علامت راديولوري و امتحانات زیست‌شناسي حاملگي در نظر گرفته شود . بیماری را چند سال پيش مشاهده کردیم که متعاقب يك زایمان طبیعی مبتلا به پوليپ جفتی می‌شود و يکسال بعد از برداشتن پوليپ مزبور ، با کوریوکارسینوم پیشرفت‌هایکه تمام احشاء شکم را فرا گرفته و دست اندازيهای دور دست و ممتازهای قهقرائی شدیده داشت مراجعه مینماید (شکل ۲)

کوریوکارسینوم واقعی : بیماری سرطان جفت نیز مثل انگورک در مملکت ما زیاد است از لحاظ آمار کلی باز هم نمی‌توان گفت که بیماری سرطان جفت در زنان باردار نجه نسبتی دیده می‌شود و یا آنکه مبتلایان به انگورک بچه نسبتی به سرطان جفت مبتلا می‌شوند . آنچه مسلم است تعداد مبتلایان به سرطان جفت در ایران بمراتب زیاد تراز ممالک اروپائی و آمریکائی است بطوريکه میزان کوریوکارسینوما در بیمارانیکه با حالات مختلف حاملگی به بخش و درسانگاههای بیمارستان زنان مراجعه نموده‌اند در حدود $\frac{1}{4}$ و درین بیمارانیکه بعلت زایمان طبیعی و غیرطبیعی و حالات مختلف سقط دریخشها بستره شده‌اند به نسبت $\frac{1}{1000}$ بوده است .

در مشاهده بیماران مبتلا به سرطان جفت، اکثریت با آنها ای نیست که سابقه دفع بچه خوره داشته اند بلکه تعداد بانواییکه پیشینه سقط جنین و یا زایمان طبیعی دارند تقریباً مساوی بیمارانی است که سابقه انگورک نشان میدهند.



شکل ۲- متاستاز قهقرائی کوریوکارسینوما در دهیز فرج
مریوط په بیماری که از میاده یک پولیپ جفتی بعد از یکسال
مبتلا به سرطان جفت پیشرفتی شده است

این مسئله را شاید بین ترتیب بتوان توجیه نمود که اولاً بعلت قدغن بودن کورتاژ عملی و جنائی غالباً سقط جنین بواسیل گوناگون و دستکاریهای مختلف و یا بدست اشخاص ناباب وناوارد و بطور سخفی و ناقص انجام میگیرد و دراکتر سوارد منجر باحتباس جفت و ماندن مقداری نسج تروفوبلاست بمدت طولانی در داخل رحم میگردد. این مسئله خود کمک بتفوذ و ارتشاخ نسج جفت و بوجود آمدن کوریوکارسینوما مینماید. گذشته از آن در رسیاری از شهرهای کوچک و دهات و کوهپایه ها که دسترسی به بیمارستان وظیب مخصوص شکل است بسیارند بیمارانیکه دچار حالات گوناگون سقط میشوند و موقع تحت درمان کورتاژ و تمیز نمودن رحم قرار نمیگیرند و یا درمانهای خانگی و یا خود بخود بھبود پیدا میکنند و چه بسا ماهها

طول میکشد که قطعات جفت و چنین از رحم یک زن مبتلا بسقوط خارج شود . بدیهی است این موضوع نیز عامل مؤثری برای ایجاد عوارض تروفولاستیک میتواند بشمار آید . بالاخره زایمانهایکه بدون رعایت موازین علمی و اصول زایمان صحیح بدست همسایگان و پیر زنان بی سواد انجام میگیرد ، عجله بی مورد درموقع خروج جفت و فشردن رحم بهمنظور بیرون راندن آن و عدم توجه دربررسی وضع جفت و پردها و غفلت درآگاهی از دفع کامل آن . تمام این گونه اشتباهات منجر به باقی ماندن قسمت ناچیزی از نسج تروفولاست در داخل رحم میگردد و شاید این عوامل علت اساسی عدم تطابق آمار مبایانوشتیجات کلامسیک بوده باشد .
نشانههای بالینی : از احاظ علائم بالینی آنچه در مبتلایان به سرطان جفت جلب توجه

مینماید کم خونی و زنگ پریدگی بسیار شدید میباشد . درحقیقت اطلاق زنگ زرد کاهی باین بیماران روا است . گاهی اندازه هموگلوبین بدن آنها از 0.3% الی 0.4% بیش نیست و این کم خونی مفترط بهیچوجه باخونروی رحمی بیمار متناسب نیست و با وجود تجویز داروهای مقوی و خونساز و انجام ترانسفوزین ، کم خونی و زنگ پریدگی بیماران آنطوریکه باید و شاید اصلاح نمیشود . گوئی سرطان جفت مرتباً گویچه های سرخ بدن را تباہ و نابود مینماید .

خونریزی های شدید رحمی نیز دربیماران ما نسبتاً شایع است بطوریکه گاهی با وجود وخامت حال بیمار فقط بخاطر آنکه بتوان از خونریزی شدید رحمی جلوگیری شود مجبور به انجام عمل هیسترکتومی بطور اورژانس شده ایم . تاکنون 2% بیمار مبتلا بسرطان جفت داشتیم که همانند حائلگی خارج از رحم باشانه های خونریزی داخل شکم به بیمارستان آورده شده اند و بطور اورژانس تحت عمل جراحی قرار گرفته اند و مشاهده گردیده که سرطان پیش فتد رجدار رحم و ضمائم نفوذ کرده و در یک قسمت از عمق رحم و ناحیه گوشه ها باعث خرابی جدار عرقوق و پارگی رگهای خونی شده و خونریزی داخلی خطرناکی را بوجود آورده است . (شکل ۳ زنگی) بزرگی حجم رحم و احساس کانونهایی در قسمت های مختلفه جدار آن دراکتر بیماران ما وجود دارد . اما مواردی نیز مشاهده شده است که کانون اولیه سرطان جفت بسیار کوچک و ناچیز بوده در عوض دست از ریهای دور دست و متاستازهای قهقهه ای بطور بارزو شدید وجود داشته است . جالب تر آنکه چند سال پیش بانوی جوانی با علائم تومر مغز یکی از همکاران مراجعه نموده و بعد از تعیین محل تومراقدام بیاز کردن جمجمه و برداشتن تومر مینمایند و امتحان آسیب شناسی جنس تومرا کوریو کارسینوما تشخیص میدهد درحالیکه در معاینه زنایه رحم و ضمائم همچگونه ضایعه و تغییر قابل توجهی نداشت و فقط بیمار سابقه سقط انگورک در شش ماه قبل داشته است سئله قدرت دفاعی چادرینه روده ها در بعضی از بیماران ما جلب توجه نموده است . بطوریکه

دراغلب اعمال جراحی که مواجه با کانونهای کوریوکارسینوما در جدار رحم شده‌ایم در نواحی که کانونهای سرطانی بارنگ مخصوص بزیر پوشش صفاتی رحم رسیده بود مقادیر از چادرینه متوجه آن ناحیه شده و کاملاً پانجا چسبندگی پیدا کرده بود تا باین وسیله از انتشار وسایت بیماری با حشاء داخل شکم جلوگیری نماید. از نظر دست اندازیهای دور دست متاستازهای ریوی در بیماران ما در درجه اول اهمیت قرار دارد و در درجه دوم متاستازهای قهقرائی را میتوان یاد نمود. در تئیه مواد فراگیری و انتشار بیماری با حشاء داخل شکم، کبد، ستون فقرات و مغز مشاهده گردیده است. یک مورد بسیار جالب توجه متاستاز واحد دور دست نادری است که در استخوان نک و لثه یکی از بیماران مشاهده گردیده است. کیست‌های لوتوئنی تخدمان چنانچه در بخش مربوط با انگورک گفته شد در ۷۵ درصد مبتلایان بسرطان جفت نیز



شکل ۳- متاستاز قهقرائی سرطان جفت در فورشت فرج
مربوط به بیماری که جواب آزمایش زیست‌شناسی حاملگی
او همواره منفی بوده است

مشاهده گردیده است. اندازه این کیست‌ها در بعضی موارد بسیار بزرگ و در یکی از بیماران بقطیر ۲ سانتی‌متر رسیده بود.

شانه‌های آزمایشگاهی : از لحاظ بررسی‌های هورمونی و آزمایشهای زیست‌شناسی حاملگی

چنانکه ذکر گردید مواردی که مقدار هورمن گوناد و تروپ کوریونیک بسیار بالا نبوده و یا آنکه امتحان بوفو یا ادرار رقیق شده جواب مشبت نداده است در سلطان جفت نیز دیده میشود. حتی مواردی از این بیماری با متناسبات از های قهقهه ای مشاهده شده که جواب امتحان زیست شناسی حاملگی منفی بوده است (شکل ۳). بنابراین فقط با تکاء آزمایش ادار نمیتوان در مرور بیمار مبتلا بضایعات تروفولیا سیتیک تمیمیم قاطع گرفت بلکه لازم است نکات بالینی و جواب آزمایش آسیب شناسی نیز در نظر گرفته شود. در راه آزمایش های آسیب شناسی نیز همانطوری که همکاران گرامی این رشته نیز معتبرند قضایوت در راه سلطان جفت ورد یافبول آن در بسیاری از موارد بی اندازه مشکل است. اگرچه دیده نشدن پر زهای سالم و فعالیت ولجام گسیختگی شدید و نفوذ و رسخ سلولها در جدار عضلانی رحم و پیدایش فساد نسج و خونریزی و وضعی تالاندازه ای تشخیص کوریو کارسینومارا مسجل مینماید اما متأسفانه این علامت همیشه در زیر بیکرو سکوب جمع نیست و بعیده اینجا نب لازم است همواره سیر بالینی بیماری با جواب آزمایش آسیب شناسی و آزمایش بیولوژی حاملگی توأم در نظر گرفته شود. ناگفته نمایند که جواب آزمایش زیست شناسی با وجود اشتباهاتی که ممکن است گاهی روی دهد نباید کاملاً بی اهمیت تلقی شود زیرا مابین از اهل ارالک داشتیم که یگانه علامت موجود در او، یک امتحان بوفو مشبت بود و در معاینه بالینی و تراش تفحصی رحم هیچ نوع وضع غیرعادی و مشکوک وجود نداشت اما لکه بینی بیمار با هیچ گونه مداوائی بهبود نیافت و آزمایش بوفو مشبت ماند و بعد از چندی با تومر کوریو کارسینومی نسبتاً بزرگی به بیمارستان مراجعه و تحت عمل قرار گرفت و مسلم بود که این استحاله بد خیم از مبداء یک حاملگی چند روزه شروع شده بود (شکل ۳ رنگی).

درمان: بنظر اینجا نب از نقطه نظر معاشه، برداشتن رحم و ضمائم حتی الامکان در مبتلا یان بسلطان جفت باشد. چه برداشتن رحم نه تنها از داده ای خونریزی رحمی جلوگیری میکند، در بسیاری از حالات از شدت متناسبات ای دور دست نیز میکاهد. اینجا نب از این قبول بیماران بکرات دیده ام. گرچه در بسیاری از آنان کانون های سلطانی دور دست پس از چندی مجددآ بوجود آمده اند و به پیشرفت خود ادامه داده اند ولی باز هم مواردی بوده که بیمار حتی از متناسبات مهبلی شفایاقت و تا پنج سال بعد نیز نشانه ای از عود بیماری مشاهده نشده است.

در بعضی از بیماران مبتلا بسلطان جفت پیشرفت که تحت عمل جراحی برداشتن رحم قرار گرفته و یا آنکه بعلت پیشرفت بیماری انجام عمل مقدور نبوده است از داروهای شیمیائی استفاده میشود. در بیمارستانهای دانشکده از داروی متوتر کسات و گاهی آندوکسان استفاده گردیده و میتوان گفت بطور کلی نتایج اولیه در این گونه بیماران رضا بخش است و حتی

کانونهای متاستاز ریوی و مهبلی بطرز جالبی تخفیف پیدا نموده است ولی غالباً اوقات دیر یا زود علائم برگشت بیماری مشاهده شده واستعمال مجدد دارو نتیجه پیشین را نداشته است از طرف دیگر عوارض ناشیه از تأثیر سمی این داروها از قبل ناراحتی های گوارشی، کم خونی، عوارض مغز استخوان و ریختن موی سر؛ بیماران را بسیار ناراحت میکند. حتی یکی از بیماران ما در حین تزریق آندوکسان به حال اغماء رفت و با علائم خونریزی مغزی درگذشت. سه بیمار مبتلا بسرطان جفت در بیمارستان زنان که تحت عمل هیستروکتونی قرار گرفته و بدون متاستاز مهبلی و ریوی بوده‌اند بعد از عمل تحت درمان متواتر کسات قرار گرفته‌اند و تاکنون علائم عود بیماری مشاهده نشده است.

طبق گزارش زایشگاه حمایت مادران تاکنون چهار بیمار مبتلا به کوریوکارسینوما که مسنه نفر آنها دارای متاستاز مهبلی و ریوی نیز بوده‌اند بعد از برداشتن رحم تحت درمان با متواتر کسات قرار گرفته‌اند. نتایج درمانی درسه، ورد بسیار خوب بوده و فقط در یکی مورد بیمار در مقابل درمان مقاومت نیکرد. دریک بیمار مبتلا به کوریوآدنوماستروانس که بعمل پیشرفتبسیار و چسبندگی شدید برداشتن رحم غیرممکن بوده با تجویز داروی فوق (دو دوره درمانی بفاصله دوهفته و هر دوره ۴ قرص) بیمار بهبودی کامل پیدا کرده است.