

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

عنوان :

بررسی فراوانی مبتلایان به

ضایعات رحم و سرویکس

ضایعات التهابی

سرویسیت مزمن

سرویسیت مزمن یافته‌ای بی‌نهایت شایع است که تمایل دارد محل اتصال اپی‌تلیوم سنگفرشی - استوانه‌ای را در گردن رحم گرفتار نماید و گاهی با پرخونی، ادم، فیروز و تغییرات متاپلاستیک همراه می‌باشد.

این ضایعه اغلب بدون علامت می‌باشد ولی از آنجائیکه می‌تواند موجب بروز آندومتری، سالپنژیت، PID، عوارض دوران بارداری گردد دارای اهمیت می‌باشد.

ارگانیس‌های شایع مسئول این ضایعه HSV و کلامیدیا می‌باشند ولی ابتلا به سیفلیس، آمیبیاز و آکتینومایکوزیس نیز بندرت اتفاق می‌افتد. در بسیاری موارد ارگانیس خاصی شناسایی نمی‌شود ولی بنظر می‌رسد تغییرات پاتولوژیک سلولی در گروهی که مبتلا به علایم بالینی (به صورت ترشحات موکوئیدی - چرکی) بوده و ارگانیس مشخصی از کشت ترشحات قابل تفکیک است بارزتر می‌باشد.

پولیپ‌های سرویکس

پولیپ‌های آندوسرویکس ضایعات تومورال التهابی بی‌خطری می‌باشد که در ۵-۲ درصد زنان در سنین بلوغ دیده می‌شوند. این پولیپ‌ها اغلب کوچک بوده و از سرویسیت‌های مزمن پولیپوئید مشتق می‌گردند.

این ضایعات به علت ایجاد خونریزی واژینال غیرطبیعی (اغلب به صورت لکه بینی) نیازمند افتراق از ضایعات خطرناکتر می باشند. اپی تلیوم سطح این ضایعات اغلب دچار متاپلازی بوده اما میزان بروز نئوپلازی داخل اپی تلیالی گردن رحم (CIN) در آنها بیش از سایر نواحی طبیعی سرویکس نمی باشد و در اغلب موارد کورتاژ ساده یا برداشتن پولیپ ها با روشهای جراحی موجب برطرف گردیدن عوارض می شود.

متاپلازی های گردن رحم

انواع مختلف متاپلازی در گردن رحم رخ می دهد که خصوصیات هر یک از آنها به نوع بافتی که درگیر می باشد مرتبط است.

متاپلازی سنگفرشی شایعترین نوع متاپلازیهای گردن رحم می باشد که در محل اتصال دو اپی تلیوم سنگفرشی و استوانه ای، در گردن رحم روی می دهد. انواع دیگر متاپلازی های گردن رحم عبارتند از متاپلازی ترانزیشنال، متاپلازی لوله ای، متاپلازی لوله ای- روده ای و متاپلازی روده ای که اولی در اپی تلیوم سنگفرشیی آگروسرویکس و مابقی در اپی تلیوم غددی آندوسرویکس دیده می شود.

اصطلاح متاپلازی سنگفرشی هنگامی به کار می رود که اپی تلیوم مطبق سنگفرشی جایگزین اپی تلیوم غددی گردیده باشد. این یافته در سرویکس به حدی شایع است که عملاً آنرا یافته ای طبیعی تلقی می کنند تقریباً در تمامی زنان در سنین باروری درجاتی از متاپلازی سنگفرشی دیده می شود. در اغلب موارد این ضایعه بخش سطحی اپی تلیوم را درگیر می کند به نحوی که غدد آندوسرویکس بوسیله سلولهای سنگفرشی

پوشانیده می شود، در درجات پیشرفته، اپی تلیوم ناحیه مبتلا از اپی تلیوم آگزوسروویکس
غیرقابل افتراق می گردد.

سرطانهای گردن رحم

نئوپلازیهای سلولهای سنگفرشی گردن رحم

۵۰ سال قبل کارسینومهای گردن رحم اولین علت مرگ و میر زنان مبتلا به سرطان
در اغلب کشورها بودند ولی امروزه میزان مرگ و میر زنان در اثر سرطانهای گردن
رحم به دو سوم کاهش یافته و پس از سرطانهای ریه، پستان، کولون، لوزالمعده،
تخمدان، غدد لنفاوی و خون در مکان هشتم قرار گرفته است.

این موفقیت به میزان زیادی مرهون ابداع روش Pap smear و سایر روشهای
تشخیصی نوین و بکارگیری گسترده آنها در دهه های اخیر می باشد.

نئوپلازی داخل اپتیلیایی گردن رحم (Cervical Neoplasia= CIN
Interaepithelial) ضایعه پیش سرطانی گردن رحم می باشد که تقریباً همیشه از محل
اتصال اپی تلیوم سنگفرشی - استوانه ای گردن رحم (Transformation) مشتق
می گردد.

این ضایعه سیری بطئی داشته و برای سالیان متمادی در مراحل غیر تهاجمی باقی
می ماند در این مدت ریزش سلولهای غیرطبیعی می تواند تنها علامت ضایعه باشد.

مطالعات نشان داده که میزان بروز این ضایعه به میزان چشمگیری با فعالیت جنسی
فرد مرتبط می باشد، به نحوی که تقریباً هرگز در میان زنان راهبه دیده نمی شود و
ریسک فاکتورهای اصلی ابتلاء به این ضایعه عبارتند از:

(۱) سن پائین فرد در هنگام شروع فعالیت جنسی

(۲) داشتن شرکای جنسی متعدد

(۳) داشتن شریک جنسی مذکری که با شرکای جنسی متعددی در ارتباط بوده باشد.

در این ارتباط امروزه ویروس پاپیلوهای انسانی (HPV) به عنوان مهمترین فاکتور در اونکوژنسیته ضایعات گردن رحم مطرح می‌باشد HPV یک DNA ویروس و دارای ۶۰ تیپ مختلف بوده و امروزه به عنوان مسئول بروز طیفی از بیماریهای سرویکس از ضایعات خوش خیم مانند Condyloma acuminatum تا ضایعات بدخیمی همچون کار سینوم سلول سنگفرشی شناخته شده است. این ویروس به روش مقاربتی منتقل گردیده و بافت‌های متاپلاستیک را ترجیح می‌دهد.

از بین ۶۰ نوع مختلف این ویروس ابتلاء به انواع 6, 11, 42, 44 شایعتر بوده ولی به نظر می‌رسد آلودگی به انواع 18, 16, 31 پرخطرتر بوده و موجب بروز ضایعات درجه بالا (High grade) می‌گردد. علاوه بر ارتباط مشخص HPV با CIN و تومورهای سلول سنگفرشی امروزه شواهدی دال بر ارتباط این ویروس با سایر نئوپلاسم‌های گردن رحم مانند آدنوکارسینوم‌ها و کارسینوم‌های آدنواسکوآموس بدست آمده است.

علیرغم اینکه نقش ویروس HPV در ایجاد سرطانهای گردن رحم به اثبات رسیده است شواهد نشان می‌دهد که از خیل زنان دارای سابقه آلودگی به این ویروس (۷۵ درصد کل زنان) تنها حدود ۱۰ درصد به نئوپلازیهای داخل اپتیلیایی (CIN) و درصد

اندکی (۱/۳ درصد) به کارسینوم مهاجم مبتلا می گردند. علاوه بر این در درصدی از موارد CIN نه تنها ضایعه به سمت کارسینوم مهاجم پیشرفت نمی کند بلکه ضایعه متوقف گردیده و دچار پسرفت نیز می گردد.

این وضعیت نشاندهنده اهمیت وجود و تجمع سایر ریسک فاکتورها نظیر سیگار کشیدن، مولتی پاریتی، فاکتورهای تغذیه ای و تغییرات سیستم ایمنی برای ابتلاء به نئوپلاسم های گردن رحم می باشد. در مورد اثرات OCP و سایر هورمونها مانند دی اتیل استیل بسترول روی سیر این ضایعات هنوز توافق نظر قطعی وجود ندارد.

هنگامی که پاتولوژیست در یک نمونه بیوپسی از سرویکس تشخیص CIN را مطرح نمود دیگر مسئولیت تعیین وجود یا عدم کارسینوم مهاجم با متخصصین زنان و زایمان می باشد که البته در مورد ضایعات درجه بالا از اهمیت درمانی فراوانی برخوردار می باشد.

درمان

در گذشته هیستریکتومی به عنوان تنها درمان و درمان اولیه CIN انجام می گرفت ولی از آنجائیکه تحقیقات نشان داده که ۹۹/۷٪ از دیسپلازی های سرویکس (شامل کارسینوم درجا) محدود به عمق ۳/۸ میلی متری سطح اپی تلیوم سرویکس می باشند، امروزه روش های جراحی محافظه کارانه تری برای درمان این بیماری در نظر گرفته می شود ولی به هر ترتیب کماکان هیستریکتومی یکی از روشهای درمانی مطرح در موارد عودکننده یا درجه بالا و گسترده این ضایعات بخصوص در مورد افرادی که تمایل به حفظ قدرت باروری خود ندارند می باشد.

کارسینوم سلول سنگفرشی گردن رحم (SCC)

علیرغم کاهش میزان مرگ و میر ناشی از SCC این ضایعه کماکان شایعترین بدخیمی دستگاه تناسلی زنان در اغلب نقاط جهان محسوب می‌گردد. SCC در هر سنی از ۲۰ سالگی تا سنین پیری روی می‌دهد ولی شایعترین سنین بروز این ضایعه در ضایعات مهاجم ۴۰ تا ۴۵ سالگی و در ضایعات پیش سرطانی درجه بالا ۳۰ سالگی می‌باشد. امروزه به علت بکارگیری وسیع روش ۱ اپ اسمیر و شاید کاهش سن اولین تماس جنسی در جوانان میانگین سنی ابتلاء به این ضایعات در حال تقلیل است.

سرطان سرویکس سیری بطئی دارد و معمولاً مدتها بدون ایجاد علامتی بالینی باقی می‌ماند به نحوی که در بسیاری موارد ضایعه طی انجام تست‌های غربالگری یا به طور اتفاقی در موارد هیستروکتومی که به علت یک ضایعه دیگر انجام گرفته یافت می‌گردد. در مراحل پیشرفته و مهاجم بیماری ایجاد الگوی عروقی غیرطبیعی و سایر تغییرات ساختاری در سرویکس مبتلا موجب بروز لکه‌بینی، خونریزی غیرطبیعی، دیس پارونی، دیزوری، و لکوره می‌گردد.

امروزه برخی مراجع پاتولوژی، SCC مهاجم را که مهاجم استرومایی آن کمتر از ۵ میلی‌متر باشد در گروه مجزایی تحت عنوان micro invasive squamous cell carcinoma طبقه‌بندی می‌کنند. این ضایعات که اغلب با stage IA در سیستم FIGO تطابق دارند بیشتر مشابه درجات بالای CIN (کارسینوم درجا) بوده و از نظر سیر بالینی و نحوه درمان با مابقی کارسینوم‌های مهاجم سرویکس متفاوتند. این ضایعات

تقریباً همیشه از محل یک CIN اولیه منشاء گرفته و اغلب در لبه قدامی سرویکس قرار دارند. بررسی های اخیر نشان می دهد که این گروه از کارسینوم های گردن رحم تنها در ۱٪ موارد به متاستازهای لنفاوی منجر گردیده و کرایتریای اصلی برای تفکیک این ضایعات و تخمین احتمال بروز متاستاز به غدد لنفاوی حجم تومور می باشد.

Staging

Stage 0 : کارسینوم درجا (carcinoma insitu)

Stage I : ضایعه محدود به سرویکس

Stage II : ضایعه به خارج از سرویکس گسترش یافته ولی به دیواره لگن نمی رسد

یا تومور واژن را گرفتار کرده اما ثلث تحتانی آن درگیر نمی باشد.

Stage III : تومور به دیواره لگن گسترش یافته و در معاینه رکتال فاصله ای سالم

بین تومور و دیواره لگن وجود ندارد.

Stage IIV : ضایعه به خارج لگن گسترش یافته و یا مخاط مثانه و رکتوم درگیر

می باشند.

نحوه گسترش و متاستاز

کارسینوم های سرویکس عمدتاً به روش مستقیم به ارگانهای مجاور (رحم، واژن، مجاری ادراری تحتانی و لیگامانهای یوتروساکرال) گسترش می یابند ولی متاستاز غدد لنفاوی نیز رایج است اما بندرت متاستاز خونی به ارگانهای دوردست (اغلب استخوان و ریه) گزارش می گردد.

درمان و پیش آگهی

نحوه درمان ضایعات مهاجم گردن رحم بر حسب میزان گسترش ضایعه و وضعیت عمومی بیمار می تواند شامل جراحی، پرتودرمانی یا ترکیبی از این دو روش باشد. ضایعات مهاجم اغلب بروش هیستریکتومی درمان می گردند و در ضایعات پیشرفته رادیوتراپی نیز به همراه آن انجام می شود.

در مواردی که یک کارسینوم مهاجم مخفی پس از عمل هیستریکتومی بطور اتفاقی کشف می گردد معمولاً انجام عمل مجدد رادیکال الزامی است در ضایعات پیشرفته ای که تحت درمان بروش رادیوتراپی قرار می گیرند در صورتیکه ظرف ۱ تا ۳ ماه اثرات بهبودی مشاهده نگردد شیمی درمانی همراه نیز در نظر گرفته می شود.

پیش آگهی و میزان بقاء مبتلایان عمدتاً به stage ضایعه در هنگام کشف بستگی دارد و با روش های درمانی موجود میزان بقاء ۵ ساله برای stage I بین ۸۰ تا ۹۰ درصد، برای stage II ۷۵ درصد، برای stage III حدود ۳۵ درصد و برای stage IV حدود ۱۰ الی ۱۵ درصد می باشد.

سایر کارسینوم های آدنو اسکوآموس، clear cell carcinoma کارسینوم های تمایز نیافته در مجموع ۲۵ درصد از کل ضایعات سرطانی گردن رحم را تشکیل می دهند. آدنو کارسینوم های سرویکس ۱۵-۵ درصد از کل ضایعات سرطانی گردن رحم را تشکیل می دهند.

آدنو کارسینوم های سرویکس ۱۵-۵ درصد کل کارسینوم های سرویکس را تشکیل می دهند این میزان در زنان یهودی بیشتر است در حالیکه شیوع SCC در این گروه

کمتر از جمعیت نرمال جامعه می‌باشد. برخی مراجع منشاء ضایعات SCC، آدنوکارسینوم و آدنواسکوآموس گردن رحم را یکسان می‌دانند. (Ackerman's p.1371) ولی در مراجع دیگر سلولهای اندوسرویکس به عنوان منشاء آدنوکارسینومها معرفی گردیده‌اند. (Robbin's pathologic basis diswase p.1053)

آدنو کارسینومها شباهت‌های فراوانی با SCC دارند ولی بنظر می‌رسد بیشتر با HPV18 مرتبط بوده و در سنین بالاتری نسبت به SCC روی می‌دهد.

کارسینوم آدنواسکوآموس (adenosquamus) دارای هر دو جزء سنگفرشی و غددی بطور همزمان می‌باشد. این ضایعات در دوران حاملگی شایعتر بوده و نسبت به سایر کارسینومهای سرویکس پیش آگهی بدتری دارند.

وجه مشخصه clear cell carcinoma وجود سلولهایی با سیتوپلاسم فراوان و روشن در اطراف غدد سرویکس می‌باشد. این ضایعات رایج‌ترین کارسینومهای سرویکس در سنین جوانی می‌باشند هر چند در هر سنی ممکن است ایجاد گردند.

بنظر می‌رسد بین بروز این ضایعه و مصرف دی‌اتیل استیل بسترول در دوران حاملگی ارتباط مشخصی موجود باشد. پیش آگهی این ضایعات نسبتاً مناسب است به نحوی که در یک تحقیق بلند مدت میزان بقاء ۵ ساله و ۱۰ ساله مبتلایان به این ضایعه به ترتیب ۵۵ و ۴۰ درصد بوده است.

ضایعات پاتولوژیک رحم

اندومتریس (Endometritis)

برخلاف سرویسیت که یافته‌ای رایج و کم اهمیت است، به علت نقش حفاظتی سرویکس و وضعیت آناتومیک رحم در ارتباط با آن اندومتریس بندرت رخ می‌دهد و اغلب از وجود یک زمینه مستعد کننده قبلی در بیمار خبر می‌دهد.

اندومتریس حاد اغلب بدنبال باقی ماندن اجزاء حاملگی پس از سقط یا زایمان و یا وجود جسم خارجی در رحم روی می‌دهد. این وضعیت تقریباً همیشه پس از خارج کردن بقایای حاملگی و درمان با آنتی بیوتیک‌های مناسب درمان می‌گردد.

اندومتریس مزمن با انفیلتراسیون لنفوسیت‌ها و پلاسماسل (Plasma cell) در رحم مشخص می‌گردد و معمولاً بدنبال حاملگی، سقط، وجود IUD در رحم، ابتلا به PID یا توبرکولوز دستگاه تناسلی ایجاد می‌گردد.

شایعترین علایم این بیماری خونریزی واژینال و دردهای لگنی می‌باشد و در صورت شک بالینی انجام کشت برای تأیید، تشخیص و تعیین میکروارگانیسم مسئول صورت می‌گیرد در این رابطه اثبات وجود پلاسماسل (Plasma cell) مهمترین اصل تشخیصی بوده و یافتن نوتروفیل‌ها اغلب نشانه خوبی از وجود PID می‌باشد.

اندومتریس مزمن موضعی یا گسترده به همراه نکروز و متاپلازی سنگفرشی رایج‌ترین یافته در زنان دارای IUD می‌باشد در برخی مواقع التهاب از طریق لوله‌های فالوپ منتقل گردیده و منجر به بروز PID و آبسه‌های تخمدانی می‌گردد.

این گروه از بیماران اغلب با اقدامات محافظه کارانه‌ای مانند انتخاب دقیق آنتی‌بیوتیک مناسب و برطرف کردن عامل زمینه‌ای درمان می‌گردد ولی در موارد بسیار نادری که بیماری راجعه و به درمان مقام بوده یا موجب بروز عوارض جانبی (مانند آبسه‌های تخمدانی) گردیده باشد و یا فرد مبتلا تمایلی به حفظ قدرت باروری خود نداشته باشد انجام هیستریکتومی مدنظر قرار می‌گیرد.

آندومتریوزیس و آدنومیوزیس Endometriosis and Adenomyosis

آندومتریوزیس به وجود بافت‌های رحمی در محلی غیر از رحم گفته می‌شود و آدنومیوزیس در حقیقت جایگزینی جزایری از بافت آندومتریال در میومتر رحم است. اگرچه هر دو ضایعه به علت وجود بافتهای رحمی در محل غیرطبیعی ایجاد می‌گردند ولی دارای پاتوژنومای میکروسکوپی کاملاً متفاوتی می‌باشند.

در آندومتریوزیس بافت رحمی اتوپیک اغلب فعال بوده و هماهنگ با فازهای رحمی دچار تغییرات ساختاری می‌گردد، برعکس بافت آندومتریال اتوپیک در آدنومیوزیس از لایه بازال آندومتر مشتق گردیده و غیرفعال می‌باشد به نحوی که در فاز ترشحي رحمی تغییرات متناسب با این وضعیت تنها در یک چهارم بافت مذکور دیده شده و اغلب این بافت اتوپیک دارای نمای پرولیفراتیو می‌باشد.

از نظر علائم بالینی هر دو ضایعه موجب بروز دردهای لگنی مرتبط با قاعدگی می‌گردند که مهمترین علامت این ضایعات است و افتراق این دو را با توجه به علائم بالینی مشکل می‌سازد.

آدنومیوزیس Adenomyosis

دو بخش آندومتر و میومتر رحم معمولاً به نحو مشخصی از یکدیگر مجزا می‌باشند ولی در برخی موارد حد فاصل آنها براحتی رویت نمی‌گردد با توجه به این نکته و برای ساده‌تر کردن تشخیص میکروسکوپی آدنومیوزیس معمولاً مواردی را که بافت آندومتر با فاصله‌ای حدود یک میدان میکروسکوپی (HPF) از حد فاصل میومتر و آندومتر درون میومتر قرار گرفته باشد را به عنوان آدنومیوزیس در نظر می‌گیرند.

علت ایجاد این ضایعات مشخص نمی‌باشد ولی بنظر می‌رسد ارتباطی مستقیم بین بروز این ضایعه و حاملگی وجود داشته باشد به دلیل خصوصیات ویژه این ضایعه و اینکه تشخیص آن تنها از طریق میکروسکوپی مسجل می‌گردد در مورد میزان شیوع آن اختلاف نظر وجود دارد. در حالیکه مراجع پاتولوژی اغلب شیوع این ضایعه را بین ۱۵ تا ۲۰ درصد عنوان می‌کنند در مراجع مختلف زنان و زایمان طیف وسیعتری از (۷ تا ۴۰) درصد گزارش گردیده است در یک روش جدید که به طریق نمونه‌گیری متعدد از رحم انجام گرفته است میزان شیوع این ضایعه را تا حد ۶۵ درصد نیز اعلام نموده است.

آدنومیوزیس اغلب با رحم بزرگ و گلوبولار همراه است که به علت هیپرتروفی میومتر همراه با ضایعه می‌باشد. این وضعیت ممکن است توجیهی برای بروز عارضه خطرناک آدنومیوزیس یعنی پارگی رحم در دوران حاملگی باشد. سایر علایم بالینی آدنومیوزیس عبارتند از تندرns رحمی، دردهای کولیکی لگنی، دیسمنوره و منوراژی.

آدنومیوزیس در اغلب موارد به هورمون درمانی و کورتاژ پاسخ مناسب می دهد و به ندرت نیاز به انجام هیستریکتومی بوجود می آید. بنابراین علیرغم اینکه این ضایعه یافته ای شایع در نمونه های هیستریکتومی می باشد ولی نمی توان آنرا یک اندیکاسیون شایع اولیه برای انجام هیستریکتومی محسوب کرد.

آندومتریوزیس Endometriosis

آندومتریوزیس در بافتهای متفاوتی دیده می شود که شایعترین آنها به ترتیب عبارتند از: تخمدانها، لیگامانهای رحمی، سپتوم رکتوواژینال، پریتوئن لگنی، آپاندیس و ... آندومتریوز شایعترین علت بستری زنان ۱۵ تا ۴۵ ساله در بیمارستانها محسوب می گردد و ۳۰ تا ۴۰ درصد مبتلایان به این ضایعه نهایتاً دچار ناباروری می گردند که مهمترین عارضه این بیماری است. از آنجائیکه تائید تشخیص آندومتریوزیس نیازمند عمل جراحی می باشد در مورد میزان شیوع آن اطلاعات کاملاً قطعی وجود ندارد ولی برخی مراجع فراوانی معادل ۱۰ درصد کل زنان را نزدیک به واقعیت می دانند و در آمریکا بنظر می رسد این میزان بین ۱ تا ۷ درصد باشد.

علیرغم آنچه ذکر گردید در مورد هیستریکتومی های مرتبط با آندومتریوزیس اطلاعات دقیقی وجود دارد به این ترتیب که مشخص گردیده این ضایعه تنها مسئول ۵ درصد موارد هیستریکتومی بوده و در بیش از ۹۰ درصد موارد تشخیص قبل از عمل این ضایعه با یافته های پاتولوژیک پس از آن تطابق می نماید.

تشخیص پاتولوژی

تشخیص میکروسکوپی آندومتریوزیس بر اساس دو مورد از ۳ یافته زیر می باشد:

۱- وجود غدد اندومتر

۲- وجود استرومای اندومتر

۳- وجود پیگمان هموسیدرین

پولیپ‌های آندومتریال

عمده پولیپ‌های آندومتریال نئوپلاسم‌های واقعی نبوده و در حقیقت از نواحی محدودی هیپرپلاستیک به همراه تغییرات کیستیک غددی تشکیل یافته‌اند. غدواسترومای پولیپ‌های آندومتر در برابر تحریکات پروژسترونی مقاوم بوده و ثبات خود را طی فازهای مختلف رحمی حفظ می‌نمایند البته به ندرت پولیپ‌های واجد بافتهای فعال و عملکردی نیز گزارش گردیده‌اند.

تشخیص این ضایعات بر اساس الگوی کلی و ظاهری تومور راحت‌تر انجام می‌گیرد تا یافته‌های میکروسکوپی آن.

تصمیم‌گیری در مورد نحوه درمان پولیپ‌های آندومتر معمولاً بر اساس علائم بالینی بیمار، تعداد و وسعت ضایعات و وضعیت جسمی و سنی بیمار انجام می‌گیرد که می‌تواند شامل طیف وسیعی از روشهای درمانی محافظه کارانه یا جراحی را در برگیرد.

هیپرپلازی آندومتر

هیپرپلازی آندومتر به علت ارتباط اتیولوژیک با بروز DUB (به عنوان دومین علت DUB پس از سیکل‌های بدون تخمک‌گذاری) و احتمال ایجاد تغییرات نئوپلاستیک مرتبط با کارسینوم آندومتریال از اهمیت فراوانی برخوردار است.

امروزه مشخص گردیده که هیپرپلازی آندومتر در اثر تحریکات استروژنیک قوی و طولانی مدت و فقدان فعالیتهای پروژسترونی مناسب ایجاد می‌گردد. (unopposed strogenic effect) این وضعیت در حقیق ریسک فاکتور اصلی برای ایجاد کارسینوم آندومتر نیز تلقی می‌گردد. برخی از حالاتی که با ایجاد شرایط فوق موجب بروز هیپرپلازی آندومتر می‌گردند عبارتند از سیکل‌های بدون تخمک‌گذاری مکرر و متوالی، بیماری‌های تخمدان پلی کیستیک (از جمله سندرم stein leventhal)، تومورهای فعال سلولهای گرانولوزای تخمدان و تجویز طولانی مدت مواد استروژنیک طبقه بندی صحیح و تعیین میزان دقیق آتپیی در هیپرپلازی آندومتر از اهمیت فراوانی برخوردار می‌باشد و تعبیر بکار گرفته شده توسط پاتولوژیست است که پزشک را در انتخاب روش درمانی مناسب از درمان دوره‌ای با پروژستین تا هیستروکتومی راهنمایی می‌کند.

هیپرپلازی آندومتر به ۳ نوع (cystic) simple, complex, Atypical تقسیم می‌گردد که نحوه افتراق میکروسکوپی این ۳ نوع ضایعه به شرح زیر است:

۱- در انواع ساده (simple) غدد آندومتر دیلاتاسیون پیدا کرده و شکل cystic پیدا می‌کنند و پوشش این غدد از نوع لیفراتیو با جوانه‌زنی (budding) اندک بوده و فاقد آتی پی می‌باشند.

۲- در انواع complex همانند نوع ساده پوشش غدد پرولیفراتیو و بدون آتی پی بوده ولی جوانه‌زنی‌ها (budding) فراوان وجود دارد.

۳- نوع Atypic (آتیبیک) در هر یک از دو نوع قبلی ممکن است روی دهد و با تغییرات آتیپیسیم از آنها متمایز می‌گردد اهمیت این نوع در وجود احتمال بالای بروز بدخیمی در این ضایعات می‌باشد.

کارسینوم آندومتر

کارسینوم آندومتر مهاجم‌ترین و شایعترین بدخیمی دستگاه تناسلی مونث در آمریکا بوده و حدود ۷٪ کل نئوپلاسم‌های دستگاه تناسلی مونث (بجز بدخیمی‌های پوستی) را تشکیل می‌دهد.

این ضایعه اغلب در سنین بالا روی می‌دهد به نحوی که در سنین زیر ۴۰ سالگی بسیار نادر بوده، در ۸۰ درصد موارد ضایعه پس از یائسگی کشف می‌گردد و بزرگترین گروه مبتلایان زنان بین ۵۵ تا ۶۵ ساله می‌باشند.

ریسک فاکتورهای اصلی کارسینوم آندومتر عبارتند از:

۱- چاقی

۲- دیابت

۳- فشار خون بالا

۴- عدم تخمک‌گذاری یا اختلال تخمک‌گذاری

۵- ناباروری

۶- استفاده طولانی مدت از هورمون‌های استروژنی

۷- تومورهای سلولهای تکال و گرانولوزای فعال تخمدانی

۸- دیس ژنزی گنادال (سندرم ترنر)

۹- پرتودرمانی (رادیوتراپی) لگنی

۱۰- مصرف طولانی مدت تاموکسی فن (برای درمان سرطان سینه)

آدنوکارسینوم آندومتر ۸۰ درصد بدخیمی های آندومتر را تشکیل می دهد که از این بین ۵۰ درصد تمایز یافته (grade I) ۳۵ درصد نیمه تمایز یافته (grade II) و ۱۵ درصد تمایز نیافته اند (grade III)

علائم بالینی و تشخیص

خوشبختانه علیرغم مهاجم بودن کارسینوم آندومتر از آنجائیکه اغلب موجب خونریزی پس از یائسگی می گردد به سرعت تشخیص داده شده و در مراحل اولیه درمان می گردد.

کارسینوم آندومتر می تواند مدتی بدون علامت باقی بماند ولی اغلب موجب بروز خونریزی غیرطبیعی، لکوره و در مراحل پیشرفته بزرگی رحم می گردد در صورت شکل بالینی به این ضایعه تشخیص باید با کورتاژ آندومتر و آزمایش میکروسکوپیک تأیید گردد.

پیش آگهی

پیش آگهی کارسینوم آندومتر به میزان فراوانی به مرحله بالینی (clinical staging) و درجه بافت شناسی (histologic grading) ضایعه در هنگام تشخیص بستگی دارد.

در آمریکا حدود ۸۰ درصد مبتلایان به هنگام تشخیص در مرحله بالینی I و دارای ضایعات تمایز یافته می باشند. انجام عمل جراحی در مرحله I بیماری با میزان بقایی

معادل ۹۰ درصد، در مرحله II ۳۰ تا ۵۰ درصد و در مراحل بالاتر حدود ۲۰ درصد
برای ۵ سال همراه می باشد.

Staging کارسینوم آندومتر در سیستم FIGO سیستم درجه بندی FIGO عمدتاً بر
اساس الگوی رشد تومور و به میزان کمتری بر اساس درجه آتیپی سلولی تعریف
گردیده است.

تومور محدود به آندومتر	Stage IA
ضایعه نیمی از دیواره میومتر را درگیر کرده	Stage IB
ضایعه بیش از نیمی از میومتر را گرفتار کرده	Stage IC
درگیری غددی آندوسرویکس	Stage IIA
درگیری استرومای سرویکس	Stage IIIB
درگیری ضمائم رحمی یا سروز رحم یا سیتولوژی مثبت پریتوئن	Stage IIIA
متاستاز به واژن	Stage IIIB
متاستاز به غدد لنفاوی لگنی یا پارائورتیک	Stage IIIC
درگیری مثانه یا مخاط روده	Stage IVA
متاستاز دوردست	Stage IVB

از دیدگاه تشخیص متاستاز تست پاپ اسمیر از کفایت لازم برای غربالگری
مناسب کارسینوم آندومتر برخوردار نبوده و تنها در ۵۰ درصد موارد مثبت خواهد بود.
وجود سلولهای آندومتریال طبیعی در سیتولوژیهای سرویکس ممکن است با توجه
به وضعیت بالینی و LMP بیمار علامتی از هیپرپلازی یا کارسینوم آندومتر باشد

واندیکاسیونی برای انجام آزمایشات سیتولوژیک آندومتر توسط وسایل اختصاصی تر
تلقی می گردد.

گسترش و متاستاز

شایعترین مکانهای گسترش خارج رحمی آدنوکارسینومهای آندومتر، غدد لنفاوی
لگنی، پارائورتیک و تخمدانها می باشند. متاساز به غدد لنفاوی تنها در ۵ الی ۲۵ درصد
تومورهای درجه بالا (high grade) در stage I روی می دهد و در ۸ درصد موارد
کارسینومهای آندومتر بطور همزمان با کارسینوم تخمدان دیده می شوند و در صورتیکه
تشابه میکروسکوپی بین دو ضایعه وجود داشته باشد تصمیم گیری در مورد اینکه
ایندو تومورهای مستقل هستند یا یکی از آنها متاستاز دیگری است مشکل خواهد بود.
متاستازهای دوردست اغلب در ریه، کبد، استخوان، CNS و پوست روی می دهد و
شایعترین محل عود ضایعات پس از درمان واژن و لگن می باشند.

درمان

درمان رایج کارسینومهای آندومتر هیستریکتومی به همراه برداشتن دو طرفه ضمام
رحمی (bilateral salpingo-oophorectomy) است که بسته به ضایعه می تواند با
برداشتن غدد لنفاوی لگنی و پارائورتیک نیز همراه گردد.

تحقیقات اخیر نشان داده است رادیوتراپی که تا سالهای اخیر به صورت درمان
همراه با هیستریکتومی بطور رایج انجام می گرفته بجز برخی موارد خاص از ارزش
درمانی چندانی برخوردار نمی باشد و امروزه استفاده از این متد بطور روتین توصیه
نمی گردد.

عود تومور در ۵۰ درصد موارد به صورت عود موضعی، در ۲۸ درصد موارد به صورت متاستاز دور دست و ۲۱ درصد موارد به صورت توام و به فاصله ۱-۲ سال پس از درمان اولیه دیده می شود و موارد عود موضعی ضایعه را می توان به نحو موفقیت آمیزی با پرتودرمانی وسیع درمان نمود.

Malignant mixed mullerian tumor (mixed mesodermal tumor)

تومورهای مختلط مولرین بدخیم نئوپلاسم های مهاجم و پیشرونده ای هستند که بخصوص در سنین بالاتر و پس از یائسگی دیده می شوند. این ضایعات اغلب موجب خونریزی رحمی غیر طبیعی و بزرگ شدن رحم می گردند. و محل شایع ایجاد آنها دیواره خلفی در ناحیه فوندوس رحم می باشد. از دید ماکروسکوپی این ضایعات توده هایی بزرگ، نرم، پولپوئید هستند که در آندومتر و میومتر رشد می نماید و در برخی موارد از دهانه سرویکس خارج می شوند و از نظر میکروسکوپی این ضایعه مخلوطی از اجزای کارسینوماتوز و سارکوماتوز آندومتر می باشد.

این ضایعات گاهی واجد اجزاء نورواکتودرمال (neuroectodermal) می باشد ولی به واسطه بروز در سنین بالاتر و فقدان اجزاء بافتهای جلدی، گلیال و تیروئید از تراتوم ها قابل افتراقند.

تومورهای مولدین مختلط نئوپلاسمهایی به شدت مهاجم تر از کارسینوم های آندومتریال بوده و گسترش و متاستاز به ارگانهای مجاور یا دوردست در آنها بسیار شایع است. پیش آگهی این ضایعات در صورتی که در هنگام عمل جراحی به خارج از

رحم گسترش پیدا کرده باشند بسیار ناامید کننده است و تنها در مواردی که کمتر از نیمی از میومتر گرفتار باشد می توان انتظار بقاء مناسب پس از عمل جراحی را داشت. روش درمانی انتخابی در مورد این ضایعات هیستریکتومی کامل شکمی به همراه برداشتن دو طرفه ضمائم رحمی و لنفادنکتومی لگنی می باشد.

Total abdominal hysterectomy with bilateral salpingo – ooporectomy
and pelvic lymphadenectomy

در مورد انجام رادیوتراپی و میزان تاثیر آن در درمان این ضایعه توافق نظر وجود ندارد و برخی مراجع آنرا توصیه می نمایند.

لیومیوم های رحمی (uterine leiomyome)

لیومیوم های رحمی شایعترین تومورهای لگنی زنان می باشند. میزان بروز کلی این ضایعات ۱۰ درصد و میزان شیوع آن در جمعیت زنان بالای ۵۰ سال حدود ۴۰ درصد در نظر گرفته می شود. این ضایعات اغلب کوچک و بدون علامت بوده و تشخیص داده نمی شوند ولی بررسی های دقیق بر روی نمونه های هیستریکتومی نشان می دهد که لیومیوم های رحمی یکی از تشخیص های بعد از هیستریکتومی می باشند. در یک مطالعه دقیق و سیستماتیک که اخیراً بر روی ۱۰۰ مورد هیستریکتومی انجام گرفته در ۷۷ نمونه لیومیوم رحمی کشف گردید که از این بین ۸۴ درصد ضایعات چندکانونی بودند، میزان شیوع و تمایل به تعدد تومورها در سیاهپوستان به مراتب بیش از سفیدپوستان می باشد.

لیومیوم‌های رحمی نئوپلاسم‌های خوش خیم و وابسته به استروژن می‌باشند بنابراین تقریباً هیچگاه ضایعات جدیدی پس از یائسگی ایجاد نمی‌گردند و ضایعات بی‌علامت قبلی علامت‌دار نگرديده، بلکه تحلیل می‌روند و دچار کلسیفیکاسیون می‌گردند. عکس این وضعیت در دوران حاملگی اتفاق می‌افتد به این ترتیب که اغلب لیومیوم‌های رحمی در دوران بارداری بزرگتر می‌شوند و حتی ممکن است به چندین برابر اندازه قبل از حاملگی برسند.

علائم

لیومیوم‌های رحمی معمولاً به ۳ نوع زیر مخاطی (submucosal) زیر سرورزی (subserosal) و داخل دیواره‌ای (Interamural) تقسیم می‌شوند که بر حسب اندازه و موقعیتشان ممکن است علامت‌دار شوند.

ضایعات زیر مخاطی بیش از سایر ضایعات علامت‌دار گردیده و شایعترین علائم بالینی در مبتلایان به؛ لیومیوم‌های رحمی عبارتند از: خونریزی غیرطبیعی رحمی، سقط خودبخودی، دردهای لگنی و تکرر ادرار.

از عوارض دیگر لیومیوم‌های رحمی می‌توان پرزانتاسیون‌های جنینی نامناسب، اینرسی رحمی و خونریزی پس از زایمان، اختلال باروری و مسدود شدن حالب را نام برد.

درمان

درمان لیومیوم‌های رحمی بر حسب تعداد و اندازه ضایعات، علائم بالینی، سن بیمار و میزان تمایل به حفظ قدرت باروری متفاوت می‌باشد.

اغلب این ضایعات بدون علامت بوده و نیازی به برداشتن آنها نمی باشد و از آنجائیکه احتمال بدخیم شدن آنها و تبدیل به لیومیوسارکوم بسیار ناچیز و حدود ۰/۲ تا ۰/۷ درصد می باشد انجام عمل جراحی پیشگیرانه به منظور جلوگیری از بروز تغییرات بدخیم در مورد این ضایعات موردی نخواهد داشت. در ضایعات علامتدار (بخصوص انواع زیرمخاطی) در صورتی که نیاز به برداشتن تومور وجود داشته باشد هیستریکتومی یا میومکتومی انجام می گردد. معمولاً در مورد بیمارانی که تمایل به حفظ قدرت باروری خویش دارند انجام عمل جراحی محدود مانند میومکتومی ترجیح داده می شود. لیومیوم های رحمی شایعترین علل انجام هیستریکتومی و مسئول ۳۰ درصد موارد آن می باشند اما امروزه روش های طبی نظیر بکارگیری آنالوگ های هورمونهای آزاد کننده گنادوتروپین ها نیز برای درمان این ضایعات و کاهش علائم بیماران استفاده می گردد.

لیومیوم های رحمی دارای انواع مختلفی می باشند که از این بین انواع آتپیک (Atypical) واجد پلئومورفیسم هسته، سلولهای بزرگ و Giant cell بوده ولی نکروز در آنها دیده نمی شوند و تعداد میتوز در ۱۰ میدان دید قوی (HPF) کمتر از ۱۰ عدد می باشد.

لیومیوسارکوم های رحمی uterine leiomyosarcoma

لیومیوسارکوم های نئوپلاسم های بدخیم رحمی هستند که نسبت به لیومیوم ها بسیار نادر بوده و درگروه سنی بالاتری نسبت به لیومیوم ها دیده می شوند به نحوی که میانگین سن مبتلایان ۵۴ سال می باشد.

امروزه نظریه تکوین لیومیوسارکوم‌های رحمی از لیومیوم‌های رحمی که مدت‌ها طولانی دارای اعتبار بود زیر سؤال رفته است و تحقیقات جدید امکان ایجاد این ضایعات را از لیومیوم‌ها تا حد زیادی رد نموده است.

برخی از لیومیوسارکوم‌ها دارای نمای ماکروسکوپی مشابهی با لیومیوم‌های رحمی می‌باشند اما اغلب این تومورها ضایعاتی نرم با نواحی نکروتیک و هموراژیک فراوان و نشانه‌های تهاجمی فراوان می‌باشند از نظر میکروسکوپی این ضایعات تومورهای پر سلول متشکل از سلولهای بیضوی و دوکی شکل واجد خصوصیات سلولهای عضلانی صاف می‌باشند که بواسطه دارا بودن اشکال میتوتیک متعدد فراوان از لیومیوم‌های رحمی قابل افتراقند.

هیچ ارتباطی معینی بین درجه بافت‌شناسی (histologic grade) این ضایعات و میزان بقاء آنها وجود ندارد و بنظر می‌رسد پیش آگهی این تومورها بیشتر به سیر طبیعی و بالینی ضایعه مرتبط باشد.

امروزه گسترش این ضایعه به خارج از رحم یک فاکتور پیش آگهی کننده بسیار بد تلقی می‌گردد در یک تحقیق معتبر که توسط Bartsich و همکارانش انجام گرفته از ۲۰ مورد بیمار واجد لیومیوسارکوم رحمی با گسترش خارج رحمی که تحت نظر قرار گرفته بودند هیچکدام تا ۲۹ ماه پس از تشخیص زنده نماندند. شایعترین علامت بدخیمی در این ضایعات عود موضعی در منطقه لگنی می‌باشد هر چند متاستاز دور دست (بخصوص به ریه‌ها) نیز روی می‌دهد.

بیان مسئله و ضرورت اجرای طرح

وضعیت فعلی مشکل بر پایه اطلاعات و داده های موجود

بیماری های رحم و سرویکس ، شامل بیماریهای پولیپ، لیومیوم اندومتریت ، سرویسیت، کانسر رحم ، کانسر سرویکس ، هیپرپلازی اندومتر، اندومیوز، اندومتریوز و لیومیوسارکوم می باشد که به بررسی وضعیت فعلی این بیماریها بطور خلاصه می پردازیم.

پولیپ

پولیپ آندوسرویکس ضایعات تومورال التهابی بی خطری هستند که در ۵-۲ درصد زنان در سنین بلوغ دیده می شود، پولیپها غلب کوچک هستند و این ضایعات به علت ایجاد خونریزی واژینال غیرطبیعی نیازمند به افتراق از ضایعات خطرناکتر می باشد.

متاپلازی گردن رحم

اصطلاح متاپلازی سنگفرشی هنگامی بکار می رود که اپی تلیوم مطابق سنگفرشی جایگزین اپی تلیوم غددی گردیده باشد این یافته در سرویکس به حدی شایع است که عملاً آن را نرمال تلقی می کنند و تقریباً در تمام زنان در سنین باروری درجاتی از متاپلازی مشاهده می شود و متاپلازی سنگفرشی شایعترین نوع متاپلازی گردن رحم می باشد.

نئوپلازیهای سلولهای سنگفرشی گردن رحم

پنجاه سال قبل کارسینوم گردن رحم اولین علت مرگ و میر زنان مبتلا به سرطان در اغلب کشورها بوده است ولی امروزه میزان مرگ و میر زنان در اثر سرطانهای گردن رحم به $\frac{2}{3}$ کاهش یافته و پس از سرطانهای ریه، پستان، کولون، لوزه المعده، تخمدان، غدد لنفاوی، خون در مقام هشتم قرار دارد.

کارسینوم سلول سنگفرشی گردن رحم (SCC)

علی رغم کاهش مرگ و میر ناشی از SCC، این ضایعه کماکان شایعترین بدخیمی دستگاه تناسلی زنان در اغلب نقاط جهان محسوب می شود، SCC در هر سنی از ۲۰ سالگی تا سنین پیری روی می دهد ولی شایعترین سنین بروز این ضایعات مهاجم در سن ۴۰ تا ۴۵ سالگی و در ضایعات پیش سرطانی درجه بالا ۳۰ سالگی می باشد. امروزه با توجه به بکارگیری روشهای غربالگری و تشخیص و درمان مبتلا به این ضایعات در حال تقلیل است.

سایر کارسینوم های گردن رحم

آدنوکارسینومها، کارسینوم آدنواسکوآموس، Clearcell careinum و کارسینوم تمایز نیافته در مجموع ۲۵ درصد کل ضایعات سرطانی گردن رحم را تشکیل می دهد. آدنوکارسینوم سرویکس ۱۵-۵ درصد کل کارسینوم های سرویکس را تشکیل می دهد.

اندومتريت

برخلاف سرویست که یافته ای شایع و کم اهمیت است به علت نقش حفاظتی سرویکس و وضعیت آناتومیکی رحم در ارتباط با آن اندومتريت به ندرت رخ می دهد و اغلب از یک زمینه مستعدکننده قبلی در بیمار خبر می دهد.

اندومتريت حاد اغلب به دنبال باقی ماندن اجزاء حاملگی پس از سقطها یا زایمان یا وجود جسم خارجی در رحم رخ می دهد.

اندومتريت مزمن با انفیلتراسیون لنفوسیت و پلاسماسل در رحم مشخص می شود.

اندومتريوزيس

اندومتريوزيس به وجود بافتهای رحمی در محلی غیر از رحم گفته می شود. از نظر علائم بالینی ضایعه موجب بروز دردهای لگنی مرتبط با قاعدگی می گردد که مهمترین علامت این ضایعه است. اندومتريوزيس شایعترین علت بستری در زنان ۱۵ تا ۴۵ ساله در بیمارستانها می باشد و ۴۰-۳۰ درصد از مبتلایان به این ضایعه نهایتاً دچار ناباروری می گردند که مهمترین عارضه این ضایعه است.

آدنومیوزيس

تهاجم اندومتريبال به میومتر است که منجر می شود رحم در اغلب اوقات بزرگ و ظاهری کم و بیش گلوبال پیدا می کند، مراجع پاتولوژی اغلب شیوع این ضایعه را بین ۱۵-۲۰ درصد عنوان می کند در مراجع زنان و زایمان طیف وسیعتری از ۸ تا ۴۰ درصد را گزارش کرده اند.

هیپرپلازی اندومتر

هیپرپلازی اندومتر بعلت ارتباط اتیولوژیک با بروز DUB و احتمال ایجاد تغییرات
نئوپلاستیک مرتبط با کارسینوم اندومتریال از اهمیت فراوانی برخوردار است.
هیپرپلازی اندومتر شامل انواع ساده ، Complex ، Atypical می باشد که در نوع
Atypical احتمال بروز بالای بدخیمی وجود دارد.

کارسینوم اندومتر

مهاجم ترین و شایعترین بدخیمی دستگاه تناسلی زنانه در آمریکا بوده و حدود ۷
درصد کل نئوپلاسمهای دستگاه تناسلی زنانه (بجز بدخیمی پوستی) را تشکیل می دهد.
این ضایعه اغلب در سنین بالا رخ میدهد به نحوی که در سن زیر ۴۰ سالگی بسیار
نادر بوده و در ۸۰٪ موارد ضایعه پس از یائسگی کشف می گردد و بزرگترین گروه
مبتلایان ۶۵-۵۵ ساله هستند.

آدنوکارسینوم اندومتر ۸۰ درصد بدخیمی آندومتر را تشکیل می دهد که از این بین ۵۰
درصد تمایز یافته و ۳۵ درصد نیمه تمایز یافته و ۱۵ درصد تمایز نیافته است.

لیومیومهای رحمی

شایعترین تومورهای لگنی زنان می باشد، میزان بروز کلی این ضایعات ۱۰ درصد و
میزان شیوع آن در جمعیت زنان بالای ۵۰ سال ۴۰ درصد است.

لیومیوم شامل انواع زیرمخاطی، زیر سروزی و داخل دیواره ای هست که بر حسب
اندازه و موقعیت ممکن است علامت دار شود.

لیومیوم سارکوم رحمی

نئوپلاسمهای بدخیم رحمی هستند که نسبت به لیومیوم بسیار نادر بوده و در گروه سنی بالاتری نسبت به لیومیوم دیده می شود به نحوی که سن میانگین ۵۴ سال است.

آثار بهداشتی - اقتصادی - اجتماعی - سیاسی شکل فعلی

باتوجه به طیف وسیع بیماری های رحم و سرویکس در زنان ، در درصد قابل توجه از زنان در مرحله ای از زندگی با این بیماریها مواجهه می شوند. بسیاری از این بیماریها بر روی فعالیتهای فردی، اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی اثری مستقیم و نامطلوب دارند. بررسی و تشخیص زودرس و جلوگیری از پیشرفت بیماری نقش مؤثری در کاهش یا از بین بردن این آثار نامطلوب به همراه دارد و به علت شیوع زیاد این بیماریها بررسی از هردو دیدگاه بالینی و پاتولوژی حائز اهمیت می باشد.

بطور مثال امروزه هیستریکتومی به علت بیماری های دستگاه تناسلی زنانه پس از زایمان سزارین دومین عمل جراحی عمده رایج در اغلب کشورها می باشد، به نحوی که از هر ۳ زن آمریکایی یکی تا سن ۶۰ سالگی این عمل را انجام داده است و هزینه انجام این تعداد عمل هیستریکتومی در سال بالای ۵۰ میلیارد دلار بالغ می شود.

این بیماریها اثرات زیان باری برای شخص و اجتماع و اقتصاد دارا می باشد، وضعیت اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی این بیماریها در تمام سطوح اجتماع اعم از جوامع پیشرفته و در حال توسعه دیده می شود و نیز گزارش شده که پیش آگهی این بیماریها در جوامع کمتر توسعه یافته ضعیفتر است و در جوامع توسعه یافته به دلیل بررسی

تشخیص و درمانی و غربالگری و باتوجه به امکانات وسیعتر پزشکی پیش آگهی
بهتری دارد.

عوامل مؤثر و مرتبط با موضوع

باتوجه به اهمیت موضوع باید نقش عوامل خطر ساز این بیمارها (سن، نژاد،
عفونت، حاملگی ، ...) مشخص و شناسایی شوند تا با حذف این عوامل از شیوع این
بیمارها کاست. دستگاه تناسلی زنانه به علت وضعیت آناتومیکی و تاثیر پذیری از
تغییرات فیزیولوژیکی مثل سیکل های قاعدگی و دوره های حاملگی در معرض ابتلا
به برخی ضایعات پاتولوژیک خاص می باشد، این وضعیت موجب گردیده که
بیماری های دستگاه تناسلی زنانه به علت شیوع زیاد از دو دیدگاه بالینی و پاتولوژیک
حائز اهمیت فراوان می باشد.

در مورد نئوپلازیهای سلول سنگفرشی گردن رحم مطالعات نشان می دهد که میزان
بروز این ضایعه به میزان چشمگیری با فعالیت جنسی فرد مرتبط می باشد به نحوی که
تقریباً هرگز در بین زنان راهبه دیده نمی شود و عوامل خطر ساز اصلی ابتلا به این
ضایعه عبارتند از:

۱. سن پایین فرد در هنگام شروع فعالیت جنسی
 ۲. داشتن شرکای جنسی متعدد
 ۳. داشتن شریک جنسی مذکری که با شرکای جنسی متعددی در ارتباط بوده است.
- در این ارتباط امروزه ویروس پاپیلوما ی انسانی (HPV) به عنوان مهمترین فاکتور
درانکوژنیتیه ضایعات گردن رحم مطرح می باشد و آلودگی به انواع ۱۸، ۱۶ و ۱۳

پرخطرتر بوده است و موجب بروز ضایعات با درجات بالا می شود، حدود ۷۵ درصد از زنان در طول زندگی به این ویروس آلوده می شوند که تنها ۱۰ درصد نئوپلازی داخل اپی تلیایی (CIN)، و درصد اندکی (۱/۳) به کارسینوم مهاجم مبتلا می شوند .

از عوامل خطر ساز دیگر می توان از سیگار کشیدن، مولتی پاریتی، فاکتورهای تغذیه ای و تغییرات سیستم ایمنی برای ابتلا به نئوپلاسمهای گردن رحم نام برد.

❖ در مورد سایر کارسینوم های گردن رحم که ۲۵ درصد از کل ضایعات سرطانی گردن رحم را شامل می شود و می توان عوامل موثری چون نژاد که در یهودیان از شیوع بیشتری برخوردار است و HPV₁₈ و دی اتیل استیل بستروول در دوران حاملگی اشاره کرد.

❖ امروزه مشخص گردیده که هیپرپلازی اندومتر در اثر تحریکات استروژنیک قوی و طولانی مدت و فقدان فعالیتهای پروژسترونی مناسب ایجاد می شود. این وضعیت در حقیقت ریسک فاکتور اصلی برای ایجاد کارسینوم اندومتر تلقی می گردد. برخی از عوامل مؤثر دیگر عبارتند از سیکل بدون تخمک گذاری مکرر و متوالی، بیماری های تخمدان پلی کستیک، تومورهای فعال سلولهای گرانولوزای تخمدان نام برد.

❖ عوامل خطر ساز مؤثر کارسینوم اندومتر عبارتند از:

۱. چاقی

۲. دیابت

۳. فشار خون

۴. عدم تخمک گذاری یا اختلال تخمک گذاری

۵. ناباروری

۶. پرتودرمانی لگنی

۷. استفاده طولانی مدت از هورمونهای استروژنی

۸. دیس ژنزی گنادال (سندرم ترنر)

۹. معرف طولانی تاموکسی فن

❖ در مورد لیومیومهای رحمی می توان وابستگی زیادی بین این بیماریها و استروژن قائل شد. بنابراین تقریباً هیچ گاه این ضایعات پس از یائسگی ایجاد نمی شود و ضایعات قبلی نیز تحلیل می رود.

در حال حاضر برای رفع مشکل چه اقداماتی انجام می شود یا قرار است انجام شود

باتوجه به اهمیتی که بیمارهای رحم و سرویکس دارند این بیماریها باید بیشتر موردتوجه و پژوهش قرار بگیرد و تحقیقاتی که از قبل صورت گرفته و حتی در حال حاضر تحت مورد مطالعه و پیشرفت هست مؤید این اهمیت است.

✓ کاهش شیوع سرطانهای گردن مرهون ابداع روش پاپ اسمیر و سایر روشهای تحقیقی نوین و بکارگیری گسترده آنها دردهای اخیر می باشد و برای کاهش عوارض نامطلوب این بیماری اقداماتی که انجام می گیرد شامل هیستریکتومی و جراحیهای محافظه کارانه می باشد.

✓ برای بیماری اندومتریوت نیز روشهای مطلوب و تایید شده ای مثل تجویز دقیق آنتی بیوتیک و برطرف کردن عوامل زمینه ای صورت می گیرد و در صورت شکست این روشها یا عدم تمایل به بارداری در شخص می توان از روش هیستریکتومی استفاده کرد.

✓ برای بیماری های اندومتریوز چون بیش از ۹۰ درصد موارد با یافته پاتولوژیکی منطبق بر تشخیص قطعی می باشد می توان با بررسی پاتولوژیک از انجام هیستریکتومی غیر ضروری کاست .

✓ در بسیاری از موارد هیپرپلازی اندومتر که با لکه بینی و خونریزی مراجعه می کند می توان با انجام بیوپسی و یا D & C به بررسی و تشخیص رسید و در صورت تشخیص با انجام درمانهای پروژسترونی و پیگیری آنها به درمان ضایعات پرداخت و در صورت عدم پاسخ به درمان یا هیپرپلازی آتیپیک یا عدم تمایل فرد به بارداری بیمار را تشویق به هیستریکتومی کرد.

✓ در مورد کارسینوم های اندومتر هیستریکتومی به همراه برداشتن دوطرفه ضمائم رحمی که بسته به ضایعه می تواند با برداشتن غدد لنفاوی لگنی و پارائورتیک نیز همراه باشد. تحقیقات جدید نشان داده رادیوتراپی که تا سالهای اخیر به صوت درمان همراه هیستریکتومی بطور رایج صورت می گرفته بجز موارد خاص ارزش درمانی چندانی ندارد.

✓ اغلب لیومیومهای رحمی بدون علامت و دارای احتمال بدخیمی کم بوده و نیازی به برداشت آنها نمی باشد و انجام عمل پیشگیرانه به منظور جلوگیری از بروز تغییرات بدخیم در مورد این ضایعات ضرورتی ندارد.

✓ پولیپهای سرویکس به علت ایجاد خونریزی واژینال غیرطبیعی نیازمند افتراق از ضایعات خطرناکتر می باشد، اپی تلیوم سطح این ضایعات اغلب دچار متاپلازی بوده اما میزان بروز نئوپلازی داخل اپی تلیایی گردن رحم (CIN) در آنها بیشتر از سایر نواحی سرویکس نمی باشد که در اغلب موارد با کورتاژ ساده یا برداشتن پولیپها با روشهای جراحی موجب برطرف گردیدن عوارض می شود.

پیشنهاد شما با توجه به یافته‌های فوق برای حل مشکل چیست؟

باتوجه به یافته های فوق مشخص می شود زنان پس از بلوغ با توجه به مسائل آناتومیکی و فیزیولوژی، دستگاه تناسلی در معرض انواع یماهای خوش خیم تا بدخیم قرار دارند.

لذا پیشنهاد می گردد که با بررسیهای غربالگری و تشخیص و باتوجه به یافته ها و عوامل خطرسازی که آنها را تهدید می کند اقدامات درمانی صورت گیرد.

توصیه می شود که بررسیهای سالانه پاپ اسمیر صورت گیرد، دقت به درمان دقیق و کامل عفونتهای که در طول زندگی مبتلا می شوند صورت گیرد و در صورت استفاده از وسایل مکانیکی پیشگیری از حاملگی مثل دیافراگم و IUD از نظر اندومتزیت مزمن تحت بررسی قرار گیرد.

در صورتیکه فرد مبتلا به AUB می باشد بیوپسی و بررسی کامل صورت گیرد و بیمارانی که دچار هیپرپلازی آتیپیک یا مقاوم به درمان هستند توصیه به هیستریکتومی شود.

هدف کلی

تعیین فراوانی ضایعات پاتولوژیک رحم و سرویکس در نمونه‌های آسیب شناسی دو مرکز بعثت نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۲.

اهداف اختصاصی طرح

۱. تعیین فراوانی سرویکس مزمن در بین نمونه های آسیب شناسی بیمارستانهای

بعثت نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲

۲. تعیین فراوانی لیومیوم رحمی در بین نمونه های آسیب شناسی بیمارستانهای

بعثت نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲

۳. تعیین فراوانی آدنومیوزیس در بین نمونه های آسیب شناسی بیمارستانهای بعثت

نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۷۲

۴. تعیین فراوانی پولیپ سرویکس در بین نمونه های آسیب شناسی بیمارستانهای

بعثت نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲

۵. تعیین فراوانی پولیپ اندومتر در بین نمونه های آسیب شناسی بیمارستانهای

بعثت نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲

۶. تعیین فراوانی ادنوکاریسیوم اندومتر در بین نمونه های آسیب شناسی

بیمارستانهای بعثت نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲

۷. تعیین فراوانی هیپرپلازی اندومتر در بین نمونه های آسیب شناسی بیمارستانهای

بعثت نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲

۸. تعیین فراوانی اندومتر یوزیس در بین نمونه های آسیب شناسی بیمارستانهای

بعثت نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲

۹. تعیین فراوانی اندومتريت در بین نمونه های آسیب شناسی بیمارستانهای بعثت

نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲

۱۰. تعیین فراوانی SCC سرویکس در بین نمونه های آسیب شناسی

بیمارستانهای بعثت نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲

۱۱. تعیین فراوانی آندومتر آتروفیک در بین نمونه های آسیب شناسی

بیمارستانهای بعثت نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲

۱۲. تعیین فراوانی مول هیداتی فرم در بین نمونه های آسیب شناسی

بیمارستانهای بعثت نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲

۱۳. تعیین فراوانی آندومتر ناهمگن در بین نمونه های آسیب شناسی

بیمارستانهای بعثت نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲

۱۴. تعیین فراوانی میومتريت در بین نمونه های آسیب شناسی بیمارستانهای

بعثت نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲

۱۵. تعیین فراوانی لیومیوسارکوم در بین نمونه های آسیب شناسی بیمارستانهای

بعثت نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲

۱۶. تعیین فراوانی انواع ضایعات سرویکس و رحم در بین نمونه های

آسیب شناسی بیمارستانهای بعثت نهاجا و میرزا کوچک خان برحسب سن

بیماران طی سالهای ۷۷-۸۲

سئوالات پژوهش

۱. فراوانی سرویست مزمن در بین نمونه های آسیب شناسی بیمارستانهای بعثت نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲ چقدر است؟
۲. فراوانی آدنومیوزیس در بین نمونه های آسیب شناسی بیمارستانهای بعثت نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲ چقدر است؟
۳. فراوانی لیومیوم رحمی در بین نمونه های آسیب شناسی بیمارستانهای بعثت نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲ چقدر است؟
۴. فراوانی پولیپ سرویکس در بین نمونه های آسیب شناسی بیمارستانهای بعثت نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲ چقدر است؟
۵. فراوانی پولیپ اندومتر در بین نمونه های آسیب شناسی بیمارستانهای بعثت نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲ چقدر است؟
۶. فراوانی آدنوکارسینوم اندومتر در بین نمونه های آسیب شناسی بیمارستانهای بعثت نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲ چقدر است؟
۷. فراوانی هیپرپلازی اندومتر در بین نمونه های آسیب شناسی بیمارستانهای بعثت نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲ چقدر است؟
۸. فراوانی اندومتریوزیس در بین نمونه های آسیب شناسی بیمارستانهای بعثت نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲ چقدر است؟
۹. فراوانی اندومتریوت در بین نمونه های آسیب شناسی بیمارستانهای بعثت نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲ چقدر است؟

۱۰. فراوانی SCC سرویکس در بین نمونه های آسیب شناسی بیمارستانهای بعثت

نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲ چقدر است؟

۱۱. فراوانی آندومتر آتروفیک در بین نمونه های آسیب شناسی بیمارستانهای بعثت

نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲ چقدر است؟

۱۲. فراوانی مول هیداتی فرم در بین نمونه های آسیب شناسی بیمارستانهای بعثت

نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲ چقدر است؟

۱۳. فراوانی آندومتر ناهمگن در بین نمونه های آسیب شناسی بیمارستانهای بعثت

نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲ چقدر است؟

۱۴. فراوانی میومتری در بین نمونه های آسیب شناسی بیمارستانهای بعثت نهاجا و

میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲ چقدر است؟

۱۵. فراوانی لیومیوسارکوم در بین نمونه های آسیب شناسی بیمارستانهای بعثت

نهاجا و میرزا کوچک خان طی سالهای ۷۷-۸۲ چقدر است؟

۱۶. فراوانی انواع ضایعات سرویکس و رحم در بین نمونه های آسیب شناسی

بیمارستانهای بعثت نهاجا و میرزا کوچک خان بر حسب سن بیماران طی سالهای

۷۷-۸۲ چقدر است؟

جهت خرید فایل word به سایت www.kandooon.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

فصل دوم

زمینه و پیشینه تحقیق

در تحقیقی که Baryan Hunry و Lina Blony انجام دادند، تعداد ۲۷۳ لام آسیب شناسی با عنوان ضایعات پاتولوژیک رحم و سرویکس مورد بررسی قرار دادند. که در این تحقیق شایعترین ضایعات به این شرح بوده است:

سرویکس مزمن ۲۶/۴٪، لیومیوم رحمی ۱۵/۸٪، آدنومیوزیس ۱۴/۴٪، پولیپ سرویکس ۱۳/۱٪، پولیپ اندومتر ۹٪، کارسینوم اندومتر ۷/۱٪، هیپرپلازی اندومتر ۶/۳٪ و اندومتریوزیس ۵/۱٪ بوده است.

در این بررسی شیوع انواع سرطانهای رحم و سرویکس، آدنوکارسینوم اندومتر ۶۴/۳٪ و SCC سرویکس ۲۱/۶٪ و لیومیوسارکوم ۸/۳٪ بوده است.

در تحقیق دیگری که Michel Charls انجام داده است، شایعترین سن برای درگیری رحم توسط تومورهای بدخیم سنین ۶۰-۵۰ و درگیری سرویکس سنین ۵۵-۴۵ سال است.

فراوانی پولیپ اندومتر و پولیپ سرویکس با افزایش سنی کاهش یافته است و فراوانی کانسر سرویکس و اندومتر با افزایش سنی زیاد شده بطوریکه ۷۵٪ پس از یائسگی کشف می شوند و در زنانی که به سنین باروری رسیده اند متاپلازی سنگفرشی به حدی شایع است که آن را نرمال حساب می کنند.

Handley نقش ختنه شدن همسر را در بروز سرطانهای رحم و سرویکس مورد بررسی قرار داد که در مقایسه با سایرین میزان بروز کانسر کمتر بوده است. Kessler بیان کرد در زنانی که شوهران آنها قبلاً همسرانی مبتلا به کارسینوم سرویکس داشته اند میزان بروز خطر کانسر بیشتر است. Rowls و Josseg و همکاران ارتباط بین HSV

نوع ۲ و کانسر سرویکس را پیدا کردند. در سال ۱۹۸۰ مشخص شد که DNA و HPV را در این ضایعات پیدا می کنند و وجود عفونت HPV عامل خطرزای اصلی برای پیدایش کانسر سرویکس و CIN خواهد بود. نقش مصرف دخانیات، عوامل تغذیه‌ای و OCP نیز به اثبات رسیده است.

کارسینوم سرویکس دومین کانسر شایع در زنان می باشد و این کانسر در اجتماعات با سطح اقتصادی پایین و در زنانی که ارتباط جنسی را از سن پایین تر و با تعداد بیشتر انجام داده اند و دارای همسران متعدد بوده اند بیشتر است Davidm , Eddy در مقاله‌ای تحت عنوان غربالگری کانسر سرویکس در سال ۱۹۹۸ مجموعه‌ای از اطلاعات بدست آمده از مقالات و مطالعات افراد مختلف را راجع به میزان شیوع و عوامل مساعد کننده کانسر سرویکس ارائه می دهند.

در این مقاله، انسلدانس کانسر سرویکس «۱۳۰ در ۱۰۰/۰۰۰» در سنین ۳۵-۲۵ سالگی گزارش شده که در سن ۵۰ سالگی به «۲۰۰ در ۱۰۰/۰۰۰» افزایش می یابد و تصریح می کند که این شیوع مربوط به خانمهایی است که تحت برنامه غربالگری قرار گرفته بودند.

Herman-P و Gaspard-u در تحقیقی که روی زنان ۷۵-۳۰ ساله و هیستریکتومی که روی تمام این افراد انجام شده این نتایج بدست آمده که ضایعات التهابی در سنین میانسالی شایعترین هستند و این ضایعات در سنین کمتر و بیشتر از این رنج کاهش چشمگیری داشته است و به — کاهش یافته است و ضایعات بدخیم رحم و

سرویکس در سنین بالاتر افزایش چشمگیری داشته که در سنین بالای ۵۰ سال ۱۲ برابر بیشتر از سنین زیر ۵۰ سال است.

طبق پایان نامه خانم شمیلا وحیدی در سال ۱۳۷۹ مهمترین عامل خطر در ایجاد کانسر سرویکس، شروع فعالیت جنسی خصوصاً زیر سن ۲۰ سال، سن کم در هنگام اولین حاملگی، داشتن شرکای جنسی متعدد و عدم ثبات در ازدواج و نزدیکی با مردان پر خطر هستند و دفعات تماسهای جنسی، الگوهای قاعدگی، تعداد حاملگی ها و ختنه بودن مرد عوامل مهمی به شمار نمی روند. درمانهای تضعیف کننده سیستم ایمنی و رادیوتراپی لگن از عوامل زمینه ای بشمار می رود.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

فصل سوم

روش اجرای پژوهش

نوع مطالعه

توصیفی (بررسی داده های موجود - Existing data study)

جامعه هدف

تمام نمونه های آسیب شناسی موجود در دو بیمارستان بعث نهاجا میرزا کوچک خان در طی دوره ۵ ساله ۷۷-۸۲ که با عنوان ضایعات رحم و سرویکس تهیه شده است .

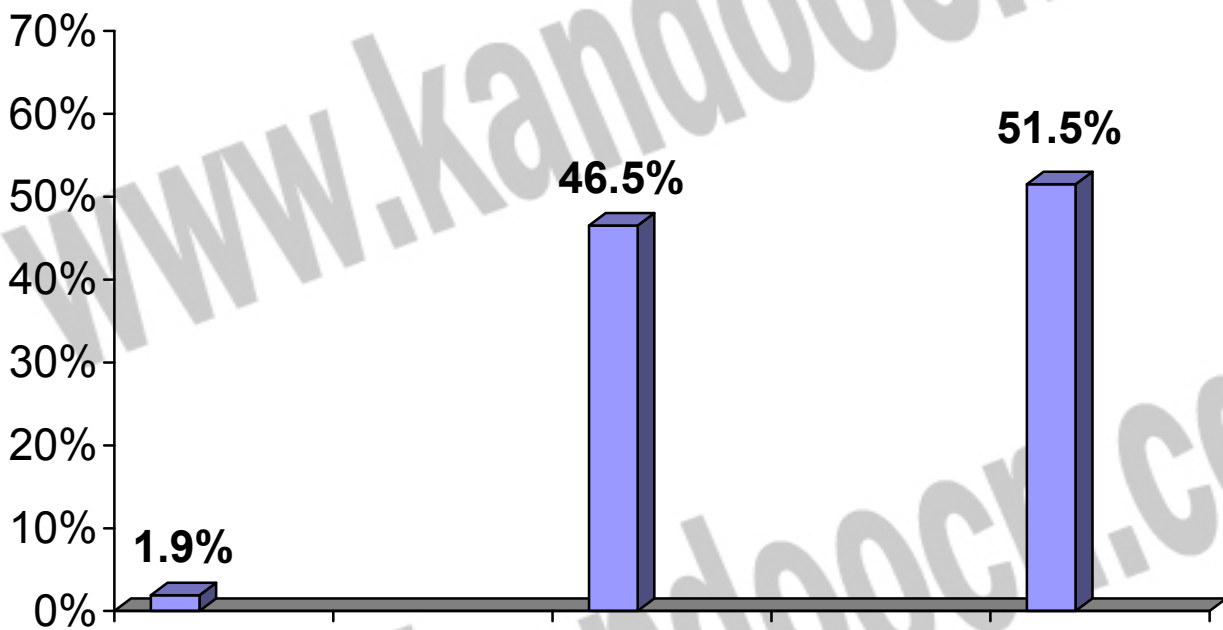
جامعه مورد مطالعه

نمونه هایی از جامعه هدف که بطور کامل کلیه داده های مورد نیاز مطالعه، در مورد ضایعات خوش خیم و بدخیم رحم و سرویکس را بطور کامل دربرگیرد.

جزئیات جمع آوری اطلاعات

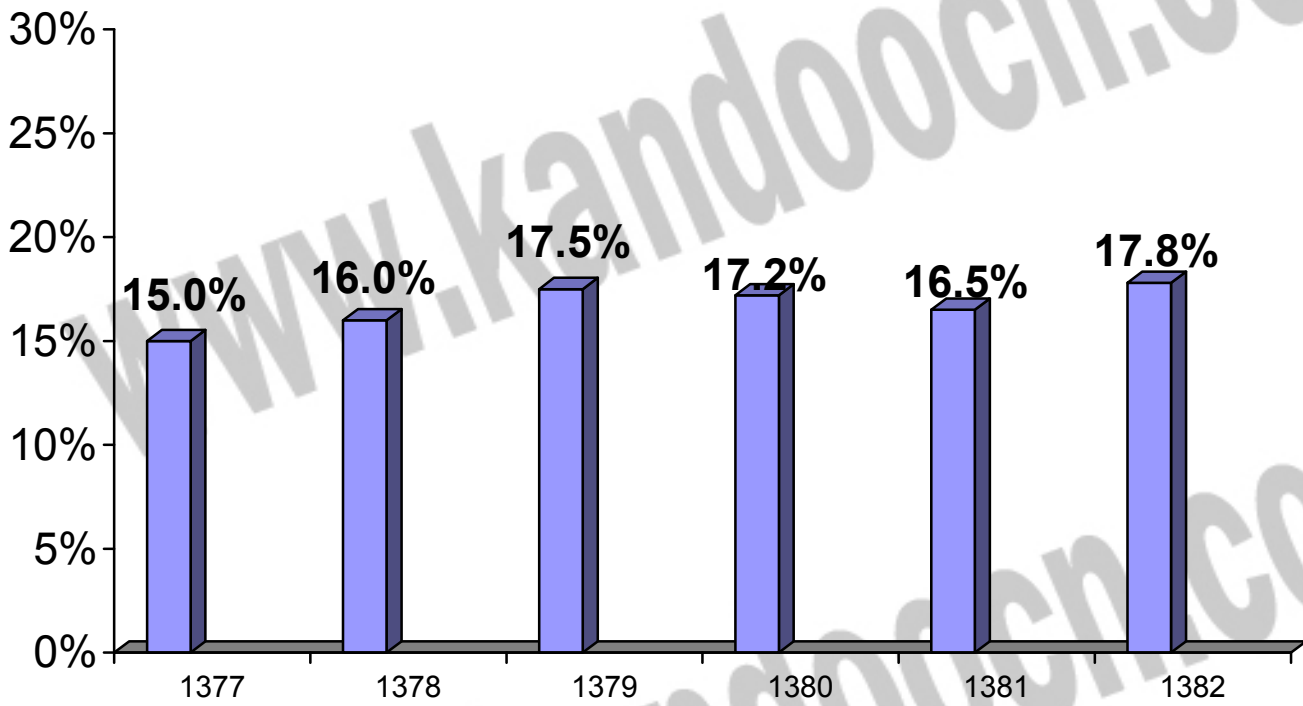
برای تحقیق این اهداف ابتدا تمامی پرونده های موجود در بخش پاتولوژی بیمارستانهای بعث نهاجا و میرزا کوچک خان از اول فروردین سال ۱۳۷۷ تا ۲۹ اسفند ۱۳۸۲ مورد بررسی قرار گرفت. از این بین کلیه موارد واجد پاتولوژی معین رحم و سرویکس اعم از هیستریکتومی، بیوپسی اندومتر و بیوپسی سرویکس صرف نظر از نوع عمل انجام گرفته تشخیص اولیه و عمل جراحی همراه (مانند آپاندیسیت یا سیستمیکومی تخمدان) مجزا گردیده و پس از استخراج اطلاعات مورد نیاز به کمک فرم اطلاعاتی از قبل تهیه شده، آنالیز آماری بر روی داده های اولیه اطلاعات نهایی بدست آمده و جداول و نمودارهای مرتبط با آنها ترسیم گردیده است.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandooon.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید



نمودار شماره ۱ - انواع ضایعات پاتولوژیک رحم و سرویکس

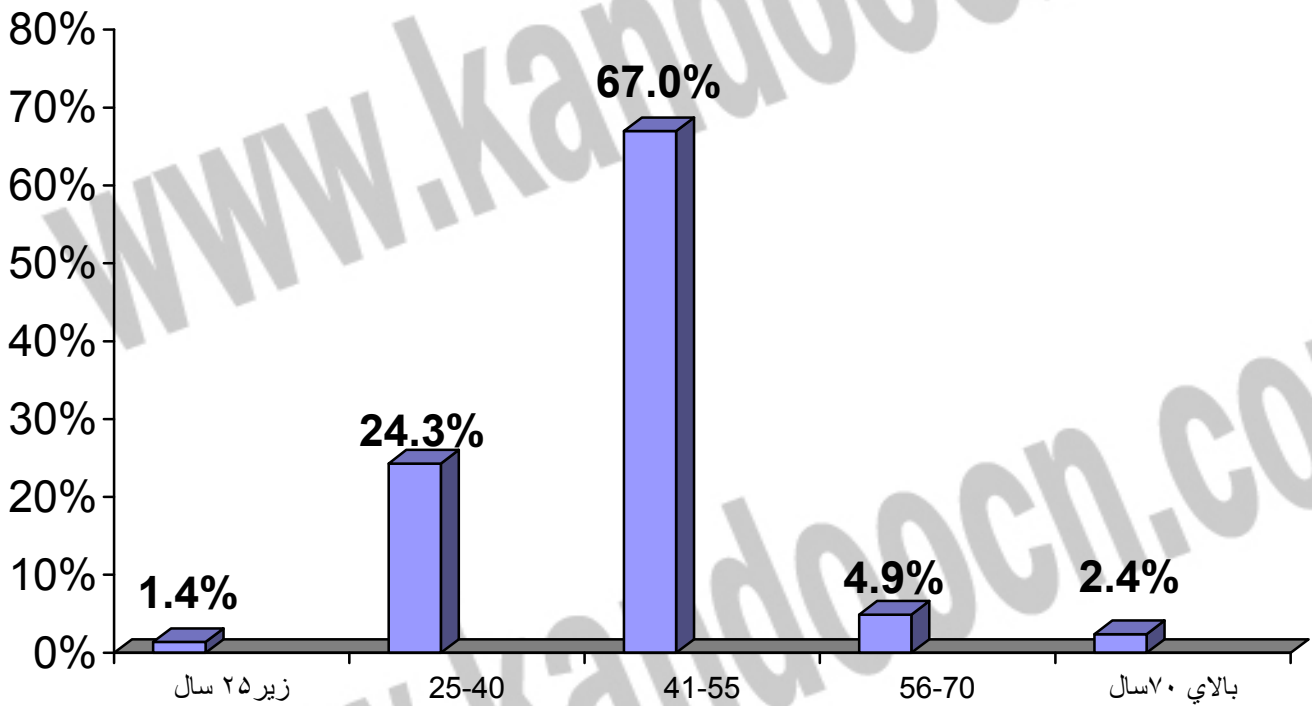
جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید



نمودار شماره ۲ - ضایعات التهای رحم و سرویکس بر حسب سالهای

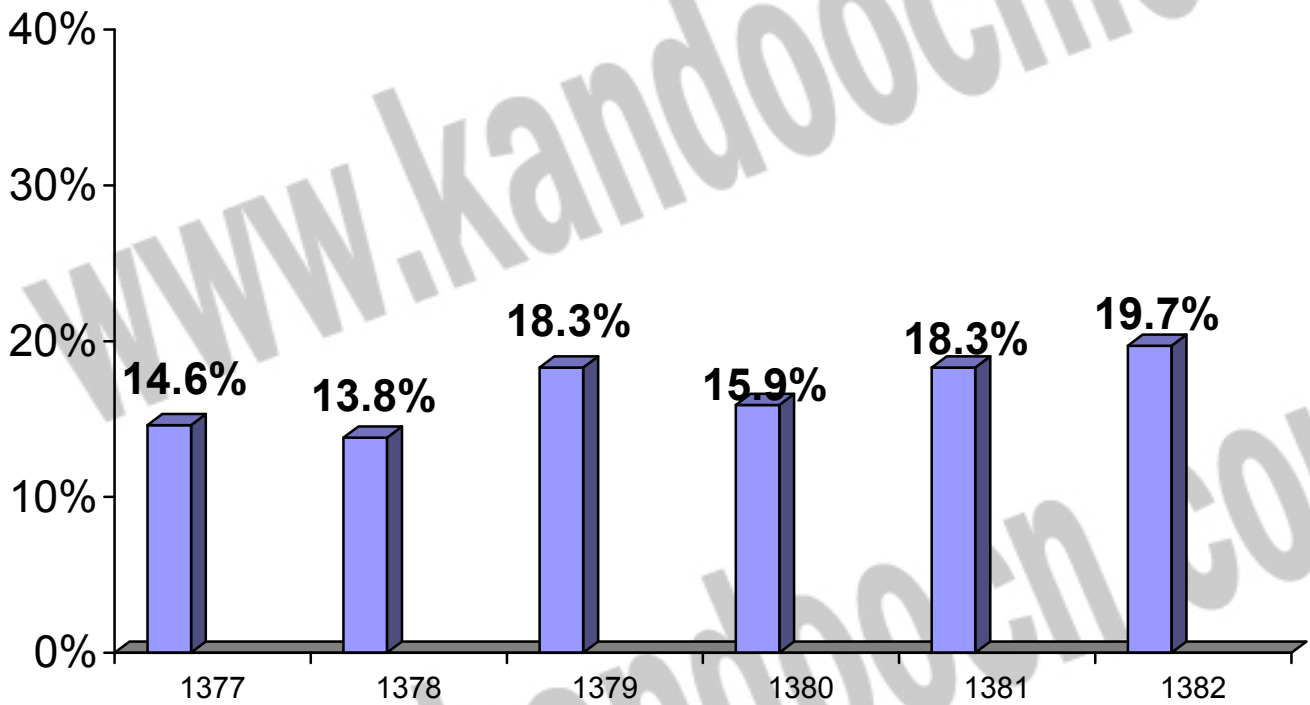
تفکیک

جهت خرید فایل word به سایت www.kandooon.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید



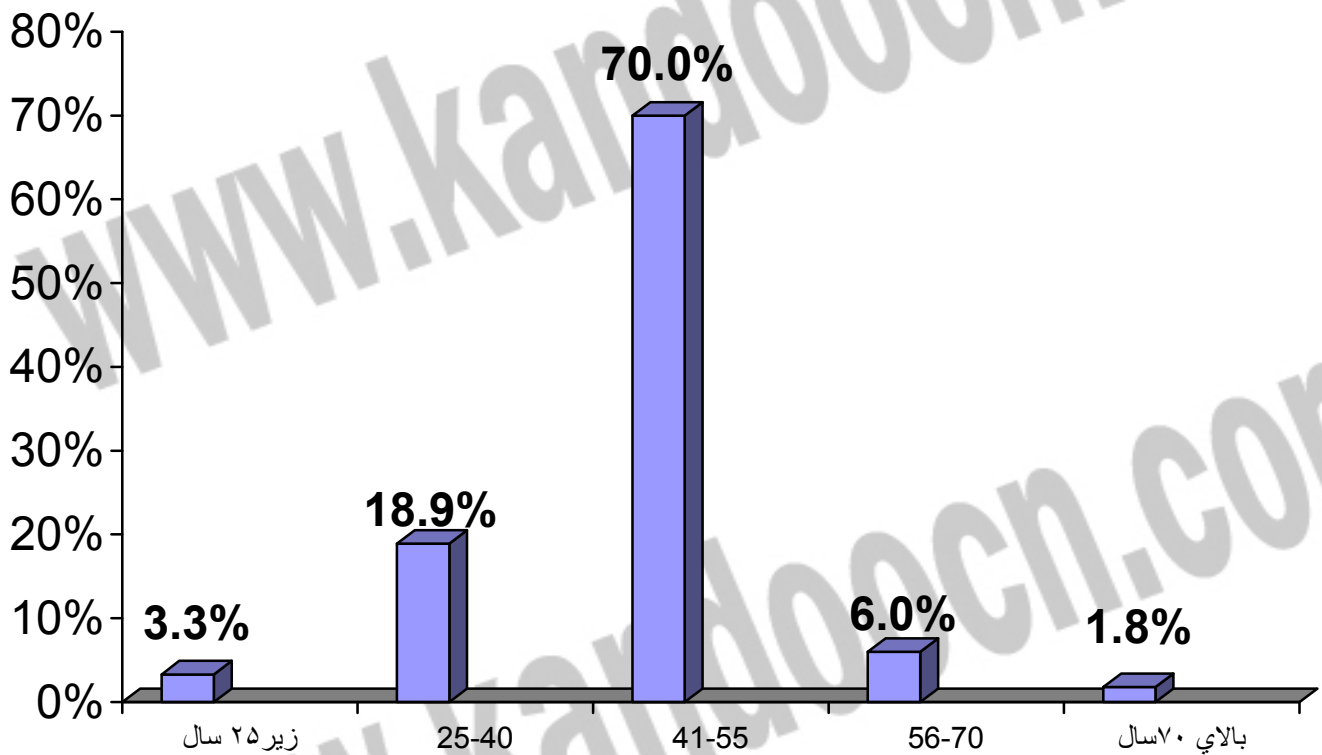
نمودار شماره ۳ - ضایعات التهابی رحم و سرویکس بر حسب سن

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید



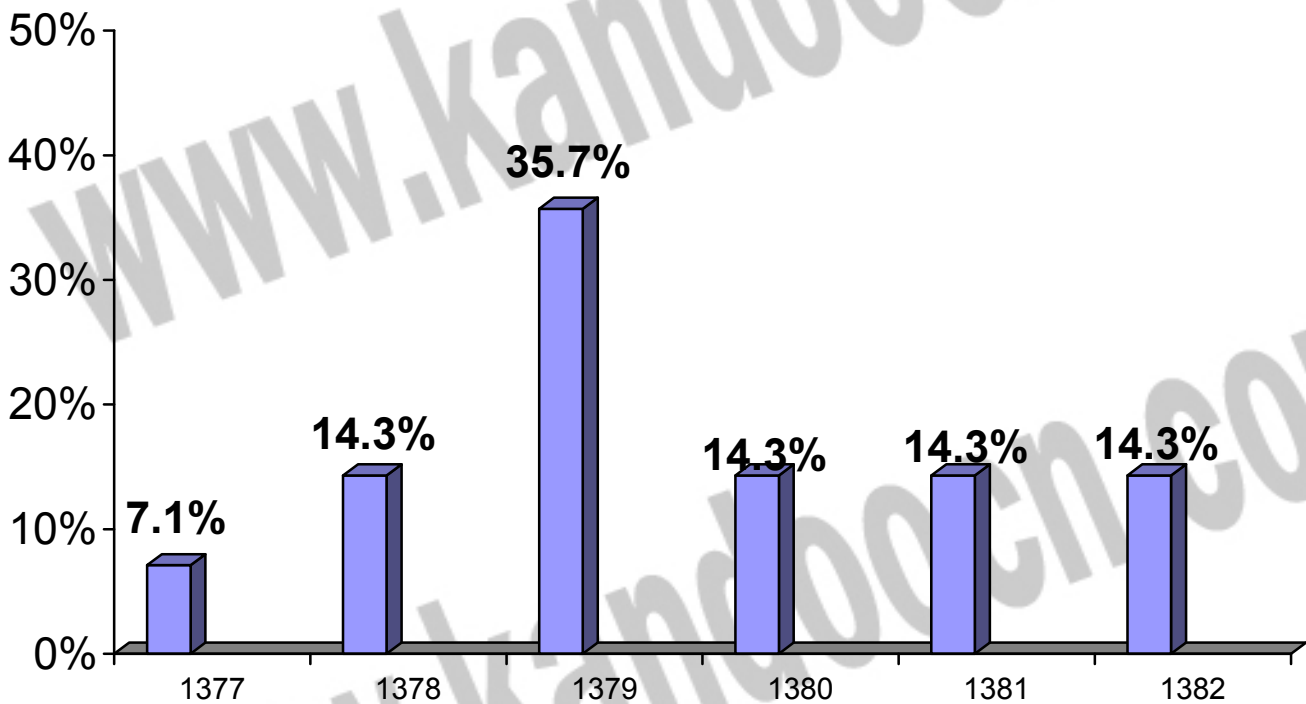
نمودار شماره ۴ - ضایعات خوش خیم رحم و سرویکس برحسب سالهای تفکیک

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید



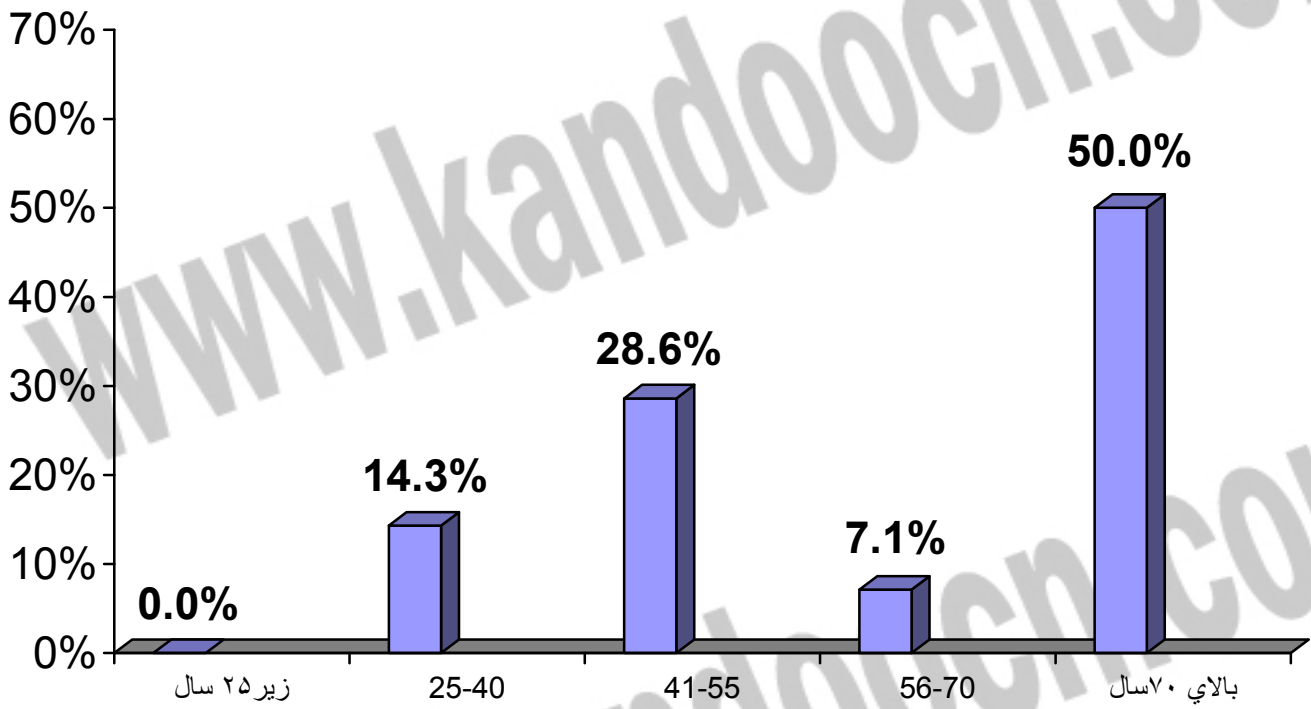
نمودار شماره ۵ - ضایعات خوش خیم رحم و سرویکس برحسب سن

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید



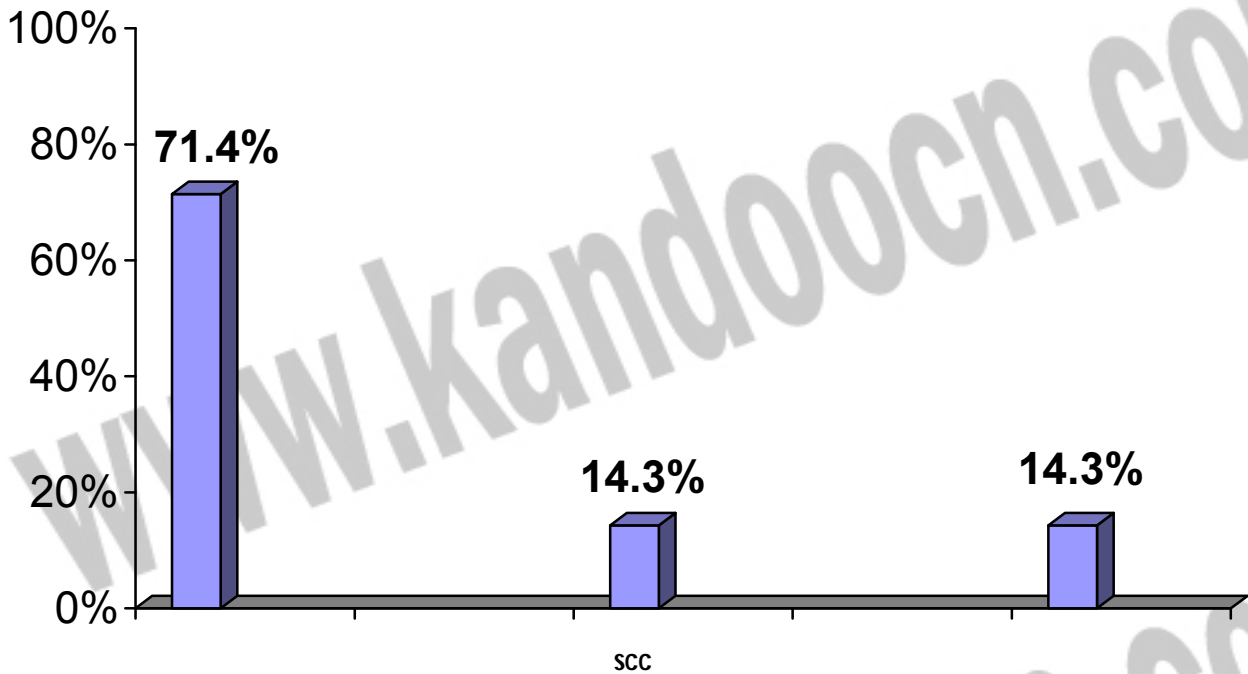
نمودار شماره ۶ - ضایعات بدخیم رحم و سرویکس برحسب سالهای تفکیک

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید



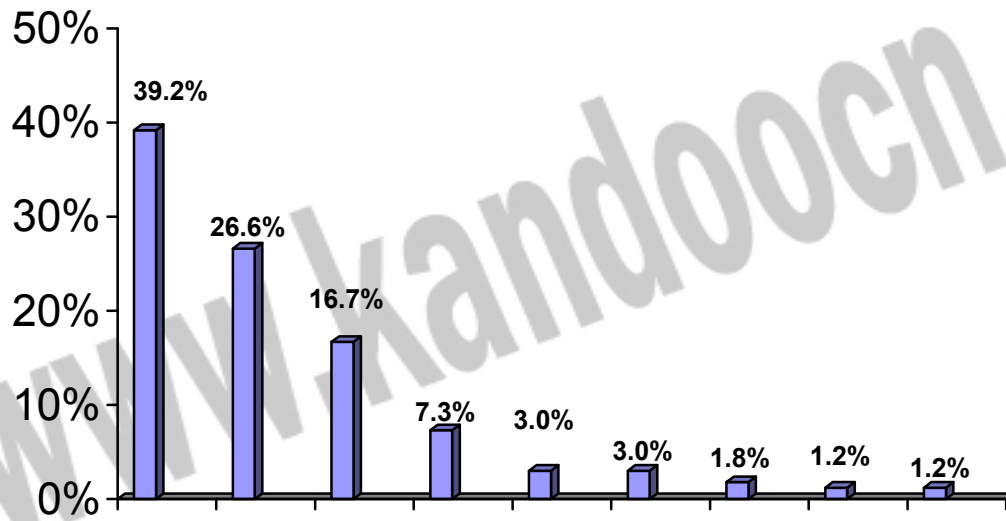
نمودار شماره ۷ - ضایعات بدخیم رحم و سرویکس بر حسب سن

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید



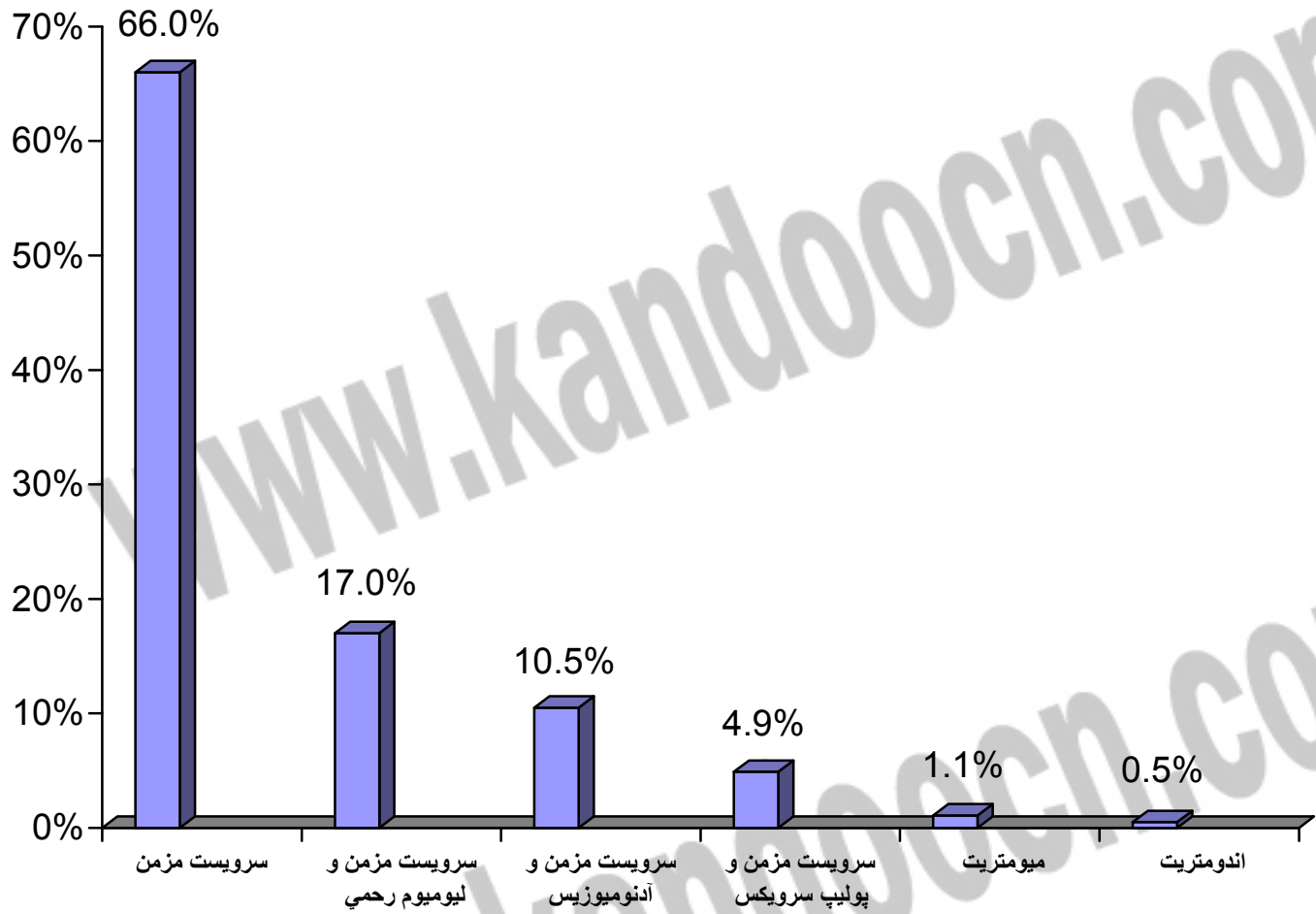
نمودار شماره ۸ - انواع ضایعات بدخیم رحم و سرویکس

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید



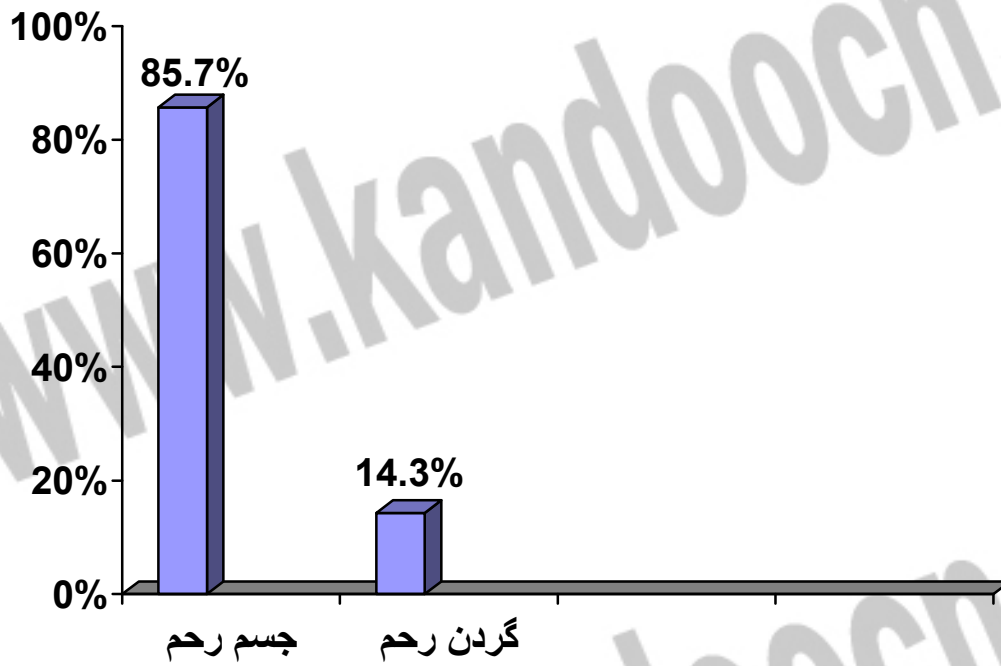
نمودار شماره ۹ - انواع ضایعات خوش خیم رحم و سرویکس

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید



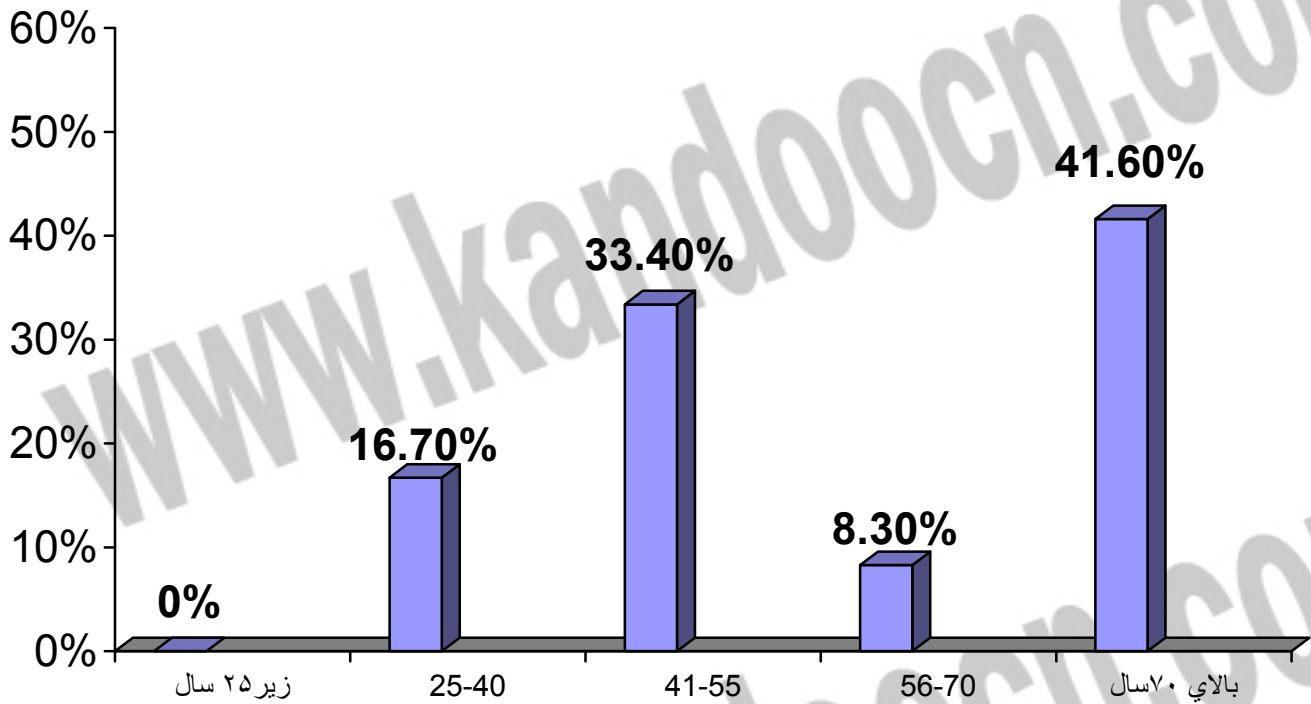
نمودار شماره ۱۰- انواع ضایعات التهابی رحم و سرویکس

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید



نمودار شماره ۱۱- انواع ضایعات پاتولوژیک بدخیم بر اساس محل درگیری

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید



نمودار شماره ۱۲- نمودار فراوانی سنی ضایعات بدخیم جسم رحم

نحوه توصیف و تحلیل داده ها

کلیه داده های موردنظر در یک چک لیست جمع آوری و سپس با استفاده از نرم افزار SPSS و بوسیله شاخص های توصیفی آماری (فراوانی مطلق و نسبی - میانگین - انحراف معیار ...) مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهند گرفت.

محدودیت و مشکلات تحقیق

بیشتر مشکلات در مورد بیماران سرپایی است که اطلاعات کامل آنها وجود ندارد که از مطالعه، حذف خواهند شد و نیز افرادی که اطلاعاتشان شامل سن و مکان برداشت ضایعه در پرونده ها ناقص یا مخدوش است، سعی خواهد شد آنها از مطالعه حذف شوند.

تعیین حجم نمونه

تمام نمونه های جامعه مورد مطالعه مورد بررسی قرار خواهد گرفت که برآورد می شود حدود ۶۰۰ نمونه باشد.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

فصل چهارم

یافته‌های پژوهش

نتایج و بحث

در مجموع از بین ۷۴۵ نمونه واجد یافته پاتولوژیک معین رحم و سرویکس که از ابتدای سال ۱۳۷۷ تا پایان سال ۱۳۸۲ به بخش پاتولوژی بیمارستانهای بعثت نهاجا و میرزا کوچک خان ارسال گردیده بود که از این بین ۲۷ پرونده به علت ناقص بودن پرونده (اغلب به علت مشخص نبودن سن) حذف گردیدند یافته های پاتولوژیک بدست آمده از باقیمانده موارد (۷۱۸ نفر) به ترتیب شیوع عبارتند از:

جدول شماره ۱: فراوانی انواع ضایعات پاتولوژیک رحم و سرویکس در دو مرکز پزشکی

بعثت نهاجا و میرزا کوچک خان از ابتدای سال ۱۳۷۷ تا پایان سال ۱۳۸۲

فراوانی تجمعی نسبی	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی پاتولوژی
۳۴	۳۴	۲۴۴	سرویکس مزمن
۵۲/۲	۱۸/۲	۱۳۱	لیومیوم رحمی
۴۶/۶	۱۲/۴	۸۹	آدنومیوزیس
۷۳/۳	۸/۷	۶۳	سرویکس مزمن و لیومیوم رحمی
۷۸/۷	۵/۴	۳۹	سرویکس مزمن و آدنومیوزیس
۸۱/۲	۲/۵	۱۸	سرویکس مزمن و پولیپ سرویکس
۸۹	۷/۸	۵۶	پولیپ سرویکس
۹۲/۳	۳/۳	۲۴	پولیپ اندومتر
۹۳/۷	۱/۴	۱۰	اندومتر آتروفیک
۹۵/۱	۱/۴	۱۰	مول هیداتی فرم
۹۶/۵	۱/۴	۱۰	کارسینوم اندومتر
۹۷/۳	۰/۸	۶	هیپرپلازی اندومتر
۹۷/۹	۰/۶	۴	اندومتر ناهمگن
۹۸/۵	۰/۶	۴	اندومتر پوزیس
۹۹/۱	۰/۶	۴	میومتريت
۹۹/۴	۰/۳	۲	آندومتريت
۹۹/۷	۰/۳	۲	SCC سرویکس
۱۰۰	۰/۳	۲	لیومیوسارکوم

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

همانطور که در جدول فوق ملاحظه می گردد شایعترین ضایعه در این مطالعه
سرویست مزمن است که در حدود ۳۴٪ می باشد و پس از آن لیومیوم رحمی با
۱۸/۲٪ و آدنومیوزیس با ۱۲/۴٪ می باشد. نادرترین ضایعه لیومیوسارکوم، SCC
سرویکس، آندومتریس با فراوانی ۰/۳٪ می باشد.
همچنین چهار ضایعه سرویست مزمن و لیومیوم رحمی و آدنومیوزیس و پولیپ
سرویکس در ۱۲۰ مورد به عنوان ضایعات همراه هم قرار داشتند.

جدول شماره ۲: فراوانی انواع ضایعات پاتولوژیک رحم و سرویکس در دو مرکز پزشکی

بعثت نهجا و میرزا کوچک خان از ابتدای سال ۱۳۷۷ تا پایان سال ۱۳۸۲ به تفکیک سال

جمع	۱۳۸۲		۱۳۸۱		۱۳۸۰		۱۳۷۹		۱۳۷۸		۱۳۷۷		فراوانی پاتولوژی	
	نسبی %	مطلق	نسبی %	مطلق	نسبی %	مطلق	نسبی %	مطلق	نسبی %	مطلق	نسبی %	مطلق		
۱۰۰	۲۴۴	۱۷/۶	۴۳	۱۷	۴۱	۱۶/۴	۴۰	۱۷/۶	۴۳	۱۶	۳۹	۱۵/۶	۳۸	سرویسست مزمن
۱۰۰	۱۳۱	۱۸/۳	۲۴	۱۷/۶	۲۳	۱۳/۸	۱۸	۱۷/۵	۲۳	۱۶	۲۱	۱۶/۸	۲۲	لیومیوم
۱۰۰	۸۹	۱۸	۱۷	۱۸	۱۷	۱۶/۹	۱۶	۲۰/۲	۱۸	۱۴/۶	۱۳	۱۲/۴	۱۱	آدنومیوزیس
۱۰۰	۶۳	۱۵/۹	۱۰	۱۷/۴	۱۱	۲۰/۶	۱۳	۱۷/۵	۱۱	۱۵/۹	۱۰	۱۲/۷	۸	سرویسست مزمن و لیومیوم رحمی
۱۰۰	۳۹	۱۷/۹	۷	۱۵/۴	۶	۲۰/۵	۸	۱۲/۸	۵	۱۸	۷	۱۵/۴	۶	سرویسست مزمن و آدنومیوزیس
۱۰۰	۱۸	۲۷/۸	۵	۱۱/۱	۲	۱۱/۱	۲	۲۲/۲	۴	۱۸/۸	۳	۱۱/۱	۲	سرویسست مزمن و پولیپ سرویکس
۱۰۰	۵۶	۲۳/۲	۱۳	۱۴/۳	۸	۱۹/۶	۱۱	۱۶/۱	۹	۱۲/۵	۷	۱۴/۳	۸	پولیپهای سرویکس
۱۰۰	۲۴	۲۵	۶	۱۶/۷	۴	۲۰/۸	۵	۱۶/۷	۴	۱۲/۵	۳	۸/۳	۲	پولیپهای اندومتر
۱۰۰	۱۰	۱۰	۱	۳۰	۳	۱۰	۱	۳۰	۳	۰	۰	۲۰	۲	اندومتر آتروفیک
۱۰۰	۱۰	۲	۲	۱۰	۱	۲۰	۲	۳۰	۳	۱۰	۱	۱۰	۱	کارسینوم اندومتر
۱۰۰	۱۰	۲۰	۲	۳۰	۳	۰	۰	۲۰	۲	۰	۰	۳۰	۳	مول هیداتی فرم
۱۰۰	۶	۱	۱	۱	۲	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۱	هیپرپلازی اندومتر
۱۰۰	۴	۱	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۰	اندومتر ناهمگن
۱۰۰	۴	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰	اندومتر پوزیس
۱۰۰	۴	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۰	۰	میومتريت
۱۰۰	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۱	آندومتریت
۱۰۰	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۰	۰	۰	۰	SCC سرویکس
۱۰۰	۲	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	لیومیوسارکوم

**جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید**

همانگونه که از جدول ملاحظه می گردد بیشترین مورد ارسال نمونه های پاتولوژی
به این دو مرکز در سال ۱۳۸۲ با ۱۳۴ مورد بوده است و پس از آن در سال ۱۳۷۹ با
۱۳۱ مورد بوده است و کمترین میزان نمونه ها مربوط به سال ۱۳۷۷ با ۱۰۶ مورد بوده
است.

از این جدول نتایج زیر بدست می آید:

(۱) شایعترین سن بروز ضایعات پاتولوژیک رحم و سرویکس در این مطالعه سنین ۴۱-۵۵ سال با ۴۸۶ مورد با فراوانی حدود ۶۹٪ بوده است و پس از آن سنین ۴۰-۲۵ سال با ۱۵۵ مورد با فراوانی حدود ۲۱٪ بوده است. کمترین شیوع ضایعات در سنین زیر ۲۵ سال با ۱۶ مورد با فراوانی ۲٪ بوده است.

(۲) در مورد ضایعات بدخیم که کلاً ۱۴ مورد را شامل می شود ۵۰٪ موارد را سنین بالای ۷۰ سال شامل می شود و در ضمن در سن زیر ۲۵ سالگی هیچ مورد بدخیمی گزارش نشده است.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

فصل پنجم

نتیجه گیری نهایی

بحث و نتیجه گیری نهایی

موضوع این تحقیق، بررسی فراوانی مبتلایان به ضایعات رحم و سرویکس در افراد مراجعه کننده به این دو مرکز درمانی می باشد تا بتوان از این تحقیق بعنوان نقطه شروعی برای تحقیقات اساسی تر و گسترده تر در سطح کشور در مورد این بیماریهای شایع و مهم و ضایعات مقدماتی آن استفاده کرد.

نکته حائز اهمیتی که از بررسی محل سکونت افراد مورد مطالعه و تعداد نمونه مورد بررسی و شیوع این ضایعات در مطالعات انجام شده در کشورمان بدست می آید، این است که با توجه به تمرکز مراکز درمانی اینگونه بیماران در پایتخت یعنی تهران بزرگ، بیماران مورد بررسی از اقصی نقاط کشور نظیر استانهای گیلان و مازندران، کرمانشاه، همدان، مرکزی، سمنان، سیستان و بلوچستان، خراسان، کردستان، آذربایجان شرقی و غربی، اردبیل، لرستان، اصفهان، فارس و زنجان به این مراکز ارجاع داده شده اند. این نکته باعث تداعی این احتمال در ذهن می گردد که یافته های حاصل از این تحقیق را شاید بتوان در سطح گسترده تری دانست.

میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۵۱/۷ سال برآورد گردید که با میانگین سنی ذکر شده در کتب معتبر طبی و مقالات تحقیقاتی انجام شده در سایر کشورها که بطور متوسط ۵۲/۲ سال بیان شده است قرابت دارد.

(۱) باید توجه داشت که نتایج بدست آمده از این تحقیق در بررسی بر روی نمونه های ارسالی به بخش پاتولوژی بیمارستانهای بعثت نهاجا و میرزا کوچک خان جنگلی بدست آمده است و نمونه ها بطور اتفاقی انتخاب نگردیده اند، بنابراین آمار

ارائه شده در مورد هر یک از ضایعات پاتولوژیک را نمی توان کاملاً معادل فراوانی مطلق این ضایعات در جامعه دانست.

(۲) بررسی شیوع سنی ضایعات در مجموع نشان می دهد که بزرگترین گروه مبتلایان به ضایعات پاتولوژیک رحم و سرویکس زنان ۴۰ تا ۵۵ ساله بوده و پس از آن زنان ۲۵ تا ۴۰ ساله و ۵۵ تا ۷۰ ساله در ردهای دوم و سوم قرار دارند که همین مسئله شیوع بالای انواع ضایعات پاتولوژیک را در سنین باروری در بین زنان نشان می دهد (بخصوص ۲۵ تا ۵۵ سال).

(۳) بررسی شیوع ضایعات در مجموع نشان می دهد که سرویکس مزمن بزرگترین گروه مبتلایان به ضایعات رحم و سرویکس را شامل می شود و پس از آن لیومیوم و آدنومیوزیس قرار دارند و در مقابل به ترتیب SCC سرویکس، آندومتریوسیت، میومتريوسیت، لیومیوسارکوم، آندومتریوزیس کمترین شیوع را در بین این گروه شامل می شوند.

(۴) در این تحقیق تمام همسران بیماران قبل از ازدواج با آنها ختنه شده بودند لذا اختلاف مشخصی بین گروه مورد مطالعه و سایر گروههای که در سایر کشورها بخصوص کشورهای غربی که اکثریت همسران زنان مبتلا به ضایعات سرطانی و پیش سرطانی ختنه نبوده اند به چشم می خورد.

(۵) پایین بودن قابل ملاحظه نئوپلاسم های گردن رحم در این مطالعه ناشی از عدم شیوع فاکتورهای خطر این سرطان در ایران می باشد که بعضی شواهد موثد این مسئله است مثل پاییندی زنان ایرانی به اصول بهداشتی- اخلاقی، عمومیت داشتن ختنه در مردان ایرانی و احتمالاً اثر محافظتی ژنتیک است.

در این مطالعه متوسط سن مبتلایان به ضایعات بدخیم ۵۱/۴ بوده است که با متوسط سن ۵۹ سال مربوط به آمار جهانی ۷/۶ سال اختلاف دارد دریل این اختلاف می تواند تعداد محدود بیماران در این مطالعه باشد.

۶) ذکر چند نکته از کتاب و نفورت زنان و مقایسه با نتایج این تحقیق ضروری بنظر می رسد.

- پولیپ رحمی که شامل ضایعات منفرد یا تعدد، پایه دار یا بدون پایه ناشی از رشد بیش از حد غدد و استرمهای اندومتر است بیشتر در زنان ۴۰ تا ۵۰ ساله است که در این مطالعه نیز در سنین ۴۰-۵۰ ساله حدود ۷۰٪ است که با آمار کتاب دنفورت قرابت دارد.

- کارسینوم اندومتر شایعترین بدخیمی دستگاه تناسلی است که در مطالعه، نیز چنین بوده است ولی سن ۶۵-۵۰ سالگی شایعترین سن را در کتاب دنفورت و پاتولوژی رابینز ذکر کرده است ولی در این مطالعه در سنین بین ۴۰-۵۵ سالگی و سنین بالای ۷۰ سالگی بیشتر مورد کارسینوم اندومتر ذکر شده که شاید علت این اختلاف تعدا کم نمونه در این مطالعه باشد.

- مارکوم رحمی بدخیم ترین تومور رحمی می باشد و بسیار نادر هستند که در این تحقیق نیز لیومیوسارکوم نیز تعداد ۲ مورد بوده که در سن بالای ۵۵ سالگی گزارش شده است و دلیل دیگر نیز می تواند مقدار کم نمونه های بررسی شده باشد.

- در مورد آدنومیوزیس همانطور که در کتاب دنفورت اشاره شده نشانه کلاسیک شایع آن شامل منوراژی است که اکثریت موارد علامتدار آن در زنان ۵۰-۳۵ سال است که با آمار مطالعه ما نیز همخوانی و قرابت دارد (سنین ۵۵-۴۰).

- لیومیوم در زنان سیاه پوست شایعتر است و شیوع آن در سنین باروری افزایش می یابد پیش از منارک نادر است و پس از منارک اندازه آن کوچک می شود که در این مطالعه در سنین ۴۵-۲۵ سالگی حدود ۸۰٪ است که پس از یائسگی نیز به شدت کاهش یافته است.

- در بین ۹۰-۹۵٪ زنانی که زایمان کرده اند شواهدی از سرویست مزمن دیده می شود که در این مطالعه در سنین ۵۰-۲۵ سالگی حدود ۸۵٪ افراد مورد مطالعه سرویست مزمن داشته اند.

(۷) در آماری که در کتاب پاتولوژی رایینز آمده است حدود ۸۵ تا ۹۰٪ کارسینوم مهاجم گردن رحم را SCC تشکیل می دهد و اکثریت بقیه آنها را آدنوکارسینوم شامل می شود که در این تحقیق ۲ مورد کارسینوم گردن رحم داشته ایم که هر دو مورد شامل SCC می شود.

با توجه به یافته های این تحقیق بنظر می رسد که می باید در زمینه آموزشی زنان و مردان و دادن اطلاعات کافی به آنها در مورد ضایعات رحم و سرویکس (بخصوص ضایعات پیش سرطانی و سرطانی) و نقش هر یک از عوامل ذکر شده در ایجاد آنها بخصوص عدم پایبندی به مسائل اخلاقی و قوانین مذهبی شرع مقدس اسلام و همچنین آشنایی زنان با علائم بالینی بیماری و مراجعه سریع به پزشک در صورت

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

مشاهده آنها انجام مرتب و منظم تست پاپ اسمیر و ترک استعمال دخانیات و استفاده از
روشهای جلوگیری بارداری نظیر کاندوم و درمان عفونتهای تناسلی و آموزش پرسنل
پزشکی و پیراپزشکی در انجام صحیح پاپ اسمیر بعنوان اولین تست غربالگری اقدام
لازم میزول شود.

لازم به ذکر است برای گسترش و تعمیم نتایج حاصل از این بررسی لازم است
تحقیقات مشابهی در سایر نقاط کشور بر روی تعداد کافی افراد مبتلا انجام شود و با
جمع بندی اطلاعات حاصله به نتایج دقیق تر و صحیح تر دست یافت.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

Filename: Document1
Directory:
Template: C:\Documents and Settings\hadi tahaghoghi\Application
Data\Microsoft\Templates\Normal.dotm
Title:
Subject:
Author: H.H
Keywords:
Comments:
Creation Date: 4/1/2012 10:42:00 PM
Change Number: 1
Last Saved On:
Last Saved By: hadi tahaghoghi
Total Editing Time: 0 Minutes
Last Printed On: 4/1/2012 10:42:00 PM
As of Last Complete Printing
Number of Pages: 72
Number of Words: 8,372 (approx.)
Number of Characters: 47,722 (approx.)