

۷۲۲۷

دانشگاه علمی ایران

دانشکده پزشکی

موضوع :

سرطان جسم رحم و درمان آن

پایان نامه :

برای دریافت درجه دکترا

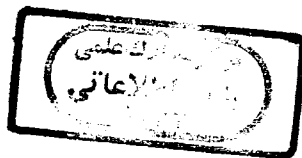
استاد راهنما :

جناب آقای دکتر پرویز معیلی

تهیه و تنظیم :

دانیال صیونیست

سال تحصیلی ۱۳۵۰ - ۵۱



۷۲۲۷

فهرست مطالب

| صفحه | شرح |
|------|---|
| ۱ | مقدمه |
| ۲ | وضع بیماری |
| ۲ | فاکتورهای مساعد کننده |
| ۳ | جزئیات آسیب شناسی |
| ۴ | کلاسیفیکاسیون بالینی آدنوکارسینوم |
| ۱۲ | آدنوکارسینوم |
| ۱۵ | درجه هیستولوژیکی آدنوکارسینوم |
| ۱۶ | آدنو اکانتوم رحم |
| ۱۹ | مزونفرم آندومتر |
| ۲۲ | تئوری استروژن در تولید سرطان |
| ۲۶ | ارتباط آدنوکارسینوم با سندرم اشتین لونتال |
| ۲۸ | اختصاصات کلینیکی |
| ۲۹ | تشخیص بیماری |
| ۳۶ | انتشار آدنوکارسینوم |
| ۳۸ | تشخیص افتراقی |

| <u>صفحه</u> | <u>شرح</u> |
|--------------|--|
| ۳۹ | عوارض |
| <u>درمان</u> | |
| ۴۱ | راد یوتراپی |
| ۴۴ | بهترین روش درمان |
| ۴۸ | امکانات عملی تاثیر پروژستین در سرمان رحم |
| ۵۵ | نتایج درمان با پروژسترون |
| ۵۶ | درمان سرمان عود کننده با پروژسترون |
| ۵۹ | راد یاسیون و جراحی |
| ۶۰ | بهبودی و نجات |
| ۶۲ | خلاصه |

تقـدیم به :

استاد عزیزم دکتر پرویز محیلی

مطالعه محلی دانش
۵۹۱

تقدیم بہ :

استادگرامی ، دکتربلوانی نسب .

تقدیم بہ : استادان عزیز :

دکتربزرع و دکتربلوانی .

تقدیم به :

نامزد م ، ژاله .

آدنوکارسینوم جسم رحم

مقدمه : آدنوکارسینوم آندومتر، بعد از سرطان گردن شایع ترین سرطان دستگاه تناسلی مونث است. و بیش از نود درصد نئوپلاسمای آندومتر را تشکیل می دهد، ولی نسبت به سرطان اپید و موئید گردن رحم کمتر شایع می باشد. ابروراسیون های جدید تر نشان می دهند که آدنوکارسیوم آندومتر از لحاظ انسیدانس افزایش یافته است مخصوصا این افزایش را میتوان به نسبت زیاد در مناطقی که بیماران فقیر سفید پوست زندگی می کنند دید.

Novak و Vill Santa مشاهده کردند افراد Ghetto

(محله فقیر نشین یهودی در آمریکا) که از لحاظ اجتماعی و اقتصادی فقیر هستند و به بیمارستان آنها مراجعه کردند بیشتر مبتلا به سرطان گردن رحم بودند. باید دانست که سرطان رحم بیشتر در نزد سفید پوستان دیده میشود و آشکار است که کیفیت جغرافیائی، نژادی و دینی از عوامل مهم بیماری بوده، بهر حال باید گفت که افزایش طول عمر در زنان امریکائی احتمالا امکان شیوع بدخیمی های آندومتر را بیشتر فراهم خواهد نمود، سرطان آندومتر یک بیماری مشخصه زنان مسن می باشد، و چون حد متوسط سن به ۷۵ سال افزایش یافته است میتوان گفت که این بیماری بیشتر دیده خواهد شد و سن متوسط ۵۷ سال میباشد.

وفور بیماری :

دوره ۱۰ ساله ۲۲۵ بیمار که بوسیله ویلیام و همکاران معرفی شده است
 از ۱۶۲۱۱ بیمار ژنیکولوژیک که در فواصل ۱۹۵۶ تا ۱۹۶۵ دیده شده است
 ۷۸۴ نفر آنها ۴/۸ درصد سرطان دستگاه تناسلی داشته اند .
 به ترتیب سرطان ولو ۲۸ بیمار ، لوله ۴ بیمار و سرطان جسم رحم ۲۲۵
 بیمار . در حقیقت میتوان گفت که سرطان آندومتر ۱٪ بیماران ژنیکولوژیک را
 در جریان این دوره تشکیل داده اند . از ۲۲۵ بیماری که سرطان جسم رحم
 داشته اند ، ۱۰ ساله بیمارستان زنان نشان میدهد که هر سال در حدود
 ۳۴ مورد سرطان دهانه زهدان بین ۱۸۰۰ بیمار بستری در بخش جراحی
 مشاهده میگردد ، در حالی که سرطان جسم رحم بیش از ۲ الی ۳ مورد
 دیده نمیشود .

فـاکتورهای مساعد کننده

۷۵ بیمار مبتلا به کانسراوند و متراکمین تعداد از بیماران مبتلا به

Invasive Cervical Ca. و Carcinoma insitu گردن رحم

در این تحقیق مورد مطالعه قرار گرفته است ، شیوع کانسراوند و متراکمین در نازایان

، دیابت بی مزه و فشارخون بطور مشخص افزایش دارد بین جولای ۱۹۶۵ تا

۱۹۷۱ ، ۹۰ بیمار مبتلا به کانسر آندومتر مورد مطالعه قرار گرفته است ،

در دانشگاه کنتاکی در این موارد فشارخون بالای $\frac{140}{100}$ رافشارخون

محسوب میکردند و وزن بیش از ۲۰ پوند را (۶۴ کیلوگرم) چاق و به فردی

دیا بتیک می گفتند که ارزش تست GTT بعد از ۲ ساعت بیش از ۱۴ میلی

گرم در ۱۰۰ سی سی خون باشد ، کلیه افراد از یک نژاد بودند ، حد متوسط

سن با گروه کنترل ۶۲ سال بود .

سرطان کمتر در چند نژاد دیده شده است و بالاترین شیوع ۲۵٪ بین

نازایان وجود داشت ، در مورد آزمایش فوق فقط ۵ بیمار کانسر آندومتر

داشتند که چاق نبودند و فشارخون و دیابت هم نداشتند . شکل شماره ۱

جزئیات آسیب شناسی :

آدنوکارسینوم ممکن است از هر قسمت رحم شروع شود ، و ممکن است

دو نوع اساسی آن خود نمائی کند :

۱ - نوع منتشر : این نوع که نوع منشر موسوم است یک قسمت بزرگ

یا تمام سطح آندومتر بطور منتشر مبتلا می شود . این نوع بیشتر پولیپوسی

شکل Polypoid یا خارچی شکل Fungoid میباشد

که سطح آن زخمی بوده و دارای نکروز نیز می باشد ، در مراحل پیشرفته

دیواره عضلانی ممکن است ابتلای زیادی داشته باشد. و به‌سرور نیز سرایت کرده‌باشد، درحالات پیشرفته تر ابتلای میومتر سبب افزایش مشخص اندازه رحم میگردد. اندازه رحم در بعضی از کلا سیفیکاسیون های بالینی بیماری دارای اهمیت فوق‌العاده می‌باشد. بااین وجود موم یا آد نومیسوز همراه با بیماری ممکن است سبب اشتباه در تشخیص بیماری گردد. و در نتیجه امروز از روش‌های دیگر طبقه بندی این بیماری استفاده میگردد.

۲- نوع محدود: بعضی از حالات بیماری وجود دارند که آدنو کارسینوم در منطقه کوچک آندومتر محدود به نظر میرسد و در بعضی از انواع محدود که بیماری خیلی پیشرفت کرده‌باشد سرطان ممکن است از نیسوس پولیپی وجود داشته باشد که در این گونه حالات کورتاژ می‌تواند بیماری اصلی را از بین ببرد، در این صورت آزمایش رحم بعد از برداشتن ممکن است علائم سرلانی نشان ندهد.

کلا سیفیکاسیون بالینی آدنو کارسینوم:

فاکتور مهم در فرموله کردن بیان آگهی سرطان آندومتر انتشار بیماری و در ثانی نمای میکروسکپی تومور می‌باشد این دو علامت اغلب ولی نه همیشه

بطور متذخیر یا یکدیگر می باشند . فدراسیون بین المللی زنان و مامائی در گزارش
 سالانه خود درباره نتایج درمان در کارسینوم رحم (چاپ شده در سال
 ۱۹۶۳) دستورات فاست کارسینوم جسم رحم باید به مراحل زیر
 تقسیم گردد :

مرحله ۰ - کارسینوم بدون انتشار (Insitu) وغیر

مهاجم حدس یاخته هیستولوژیک گاهی نیز اثبات نمی گردد .

مرحله ۱ - کارسینوم محدود به جسم رحم است .

مرحله ۲ - کارسینوم شامل جسم و گردن است .

مرحله ۳ - کارسینوم از رحم تجاوز کرده ولی از لگن حقیقی خارج نشده

است .

مرحله ۴ - کارسینوم از لگن حقیقی گذشته و مخاط مثانه یا رکتوم را آلوده

نموده است .

(دقت) گاهی تشخیص اینکسرطان فقط داخل گردن استویا هم گردن و

هم رحم هر دو را گرفتار کرده است مشکل است . اگر بوسیله امتحان قطعه

بیوپسی شده تشخیص آدنوکارسینوم داده شد باید آنرا سرطان جسم رحم و

اگر کارسینوم اپی درموئید تشخیص داده شد کارسینوم گردن محسوب گردد .

این طبقه بندی منطقی است و اگر این چنین نباشد یک طبقه بندی ایده آل میباشد ، ولی در مرحله اول در ضایعاتی که با آندومتر به سختی مخلوط شده اند ۱۰۰٪ قابل علاج می باشد .

در صورتی که در ضایعات با درجه ابتلای میومتر بهبودی حاصل نمی شود ، فرضیه های کمپوسیله میلر و فیسن و گسبرگ بیان شده است که اندازه رحم مورد نظر قرار گیرد غیر قابل قبول بنظر می آید . زیرا امراض شبیه تومر عضلانی و آدنومیوزیز با آن همراه باشند که در این مورد رحم هم بزرگ شده و در جه سرطان آن بسیار ناچیز می باشد .

اصطلاح Carcinoma corpus et Endocervix ترمینولوژی

پیشنهاد شد های میباشد که در آن وجود تومر در هر دو محل سبب غیر ممکن شدن تشخیص میگردد .

کورتاژ قسمت ابتداء در آندومتر سرویکس و سپس در جسم رحم

و وجود تومر در هر دو قسمت ممکن است سبب راهنمایی مبداء اولیه گردد .

هنگامی که از نظر میکروسکپی سرطان غیر قابل تشخیص باشد و تخمدان و آندومتر

را مبتلا نموده باشد پیشنهاد شد است که از لخت کارسینوم رحم و تخمدان

Carcinoma Uteri et Ovarii استفاده گردد ، این ترکیب

آندومتريال و گونادی تومر ها با کمي شدت وضعف ایجاد شده و غالباً امکان دانستن اینکه از نوع اوليه است یا دارای دو نوع ضایعه میباشد غیر ممکن است.

کمیته امریکائی درجه بندی مراحل سرطان پیشنهاد می کند که هرگونه

تومر را با حرف T (تومر اوليه) N (ابتلا به گره لنفی) و M (متاستاز) نمایش دهند.

تمام این حروف برحسب انتشار ضایعه طبقه بندی شده اند با این وجود ضرورت تشخیص برای استاندارد نمودن در این بحث بیان نشده و از کلا سفیکاسیون های غیر معمولی خودداری شده است.

نمایش دهند تمام این حروف برحسب انتشار ضایعه طبقه بندی شده اند با این وجود ضرورت تشخیص برای استاندارد نمودن در این بحث بیان نشده و از کلا سفیکاسیون های غیر معمولی خودداری شده است.

تشخیص میکروسکوپیك:

درجه بندی بافتی سرطان يك عامل دیگر در طبقه بندی کارسینوم

می باشد، تشخیص میکروسکپی براساس دویافته زیرانجام میگردد:

۱ - نمونه سلولی یا ساختمان سلول.

در صورتی که درآند و مترطبیعی در هر مرحله از قاعدگی یا بعد از آن نمونه غده بشکل واحدی می باشد ولی درآند و کارسینوم از حالت طبیعی می خارج شده و در آن گسیختگی مشاهده میگردد که نه تنها مقدار آن زیاد شده است بلکه دارای درجات مختلف آتیپیکی می باشد که با هیپرپلازی آدنو مائی همراه است و در استرومای سلولی (پشت به پشت) ساختمان های پایی مانند بخلت افزایش درجه مطبق شدن وجود دارد و باید گفت که ایمن گونه تکثیر سلولی نمونه غده طبیعی را بهم خواهد زد .

۲ - تشخیصات انفرادی سلولها ، درآند نو کارسینوم سلول ها درجات مختلف نارسی و تمایز داشته و دارای هسته های پلئو مورف غیر طبیعی می باشند ، بیشترین هسته ها دارای حالت هیپر کرو ماتوز بوده و دارای فعالیت طبیعی یا غیر طبیعی میتوتیک می باشند . و بقیه حالت آناپلازی دارند . تشخیصات مختلف دژنراتیو با تولید اجسام لیپوئید شکل و سلولهای اسفنجی ممکن است دیده شده و سبب ایجاد ساختمان مزو نفرومی شکل گردند .

تشخیص افتراقی میکروسکوپی :

با وجودی که تشخیص افتراقی میکروسکوپی آدنو کارسینوم اغلب سساده

می باشد . ولی ممکن است در تشخیص بعضی از انواع آتیپیکال پرولیفراتیو یا انواع آدنوماتیو دیپریلازی اشکالی پیش می آید به هنگامیکه تخییلات آتیپیک با درجه خفیف وجود داشته باشد تشخیص افتراقی ساده می باشد . وقتی که ضایعه از نوع آدنوماتیو باشد و پرولیفراسیون مشخصی در آن دیده شود بهبودی کارسینومای خفیف بقدری کامل انجام میگرد که پاتولوژیست ها به آسانی میتوانند شرح تشخیص آنرا بازگو نمایند .

در انواع دیپریلازی میتوز وجود داشته و اغلب مقدار آن زیاد است و در این صورت است که نمیتوان از آنها در تشخیص افتراقی استفاده نمود در آدنوماتیو کارسینوم های با درجه ابتدای پائین بنظر میرسد که درجه افتراق سلول های اپیتلیال کم باشد ، در این صورت هم در ضایعات خوش خیم وهم در ضایعات بد خیم لایه اپیتلیالی ممکن است مطبق باشند و باید گفت که نسبت بسیار زیادی از آدنوماتیو کارسینوم ها ممکن است فقط بسیار کم بوده و یا به طرف میومتر مهاجرت نکرد باشند علاوه بر این معمولا مهاجرت مادیجه در آدنوماتیو میوزیس کاملا خوش خیم بیشتر از انواع آدنوماتیو کارسینوم ها دیده شده است .

مثالعات سیتولوژیک آندومتر طبیعی و غیر طبیعی کهبوسیله استانلی

و Kirkland تکمیل شده است اختلاف مشخصی از آنوپلوئیدی