

۷۲.۵

دانشگاه ملی ایران

دانشکده پزشکی

پایان نامه

برای دریافت درجه دکترا پزشکی

موضوع:

((سرطان دهانه زهدا و روشهای نوین تشخیص))

براهنمایی:

استاد ارجمند جناب آقای دکتر پرویز معیلی

نگارش:

مهدخت توفیق رفیعی

سال تحصیلی ۱۳۵۰-۱۳۴۹

۷۲.۵

تقدیم ہے :

استاد گرامی جناب آقای ^{دکتر} پرویز مہدی رئیس بخش زنان
وزایمان بیمارستان جرجانی کہ راهنمائی این پایان نامہ
را تقبل فرمودہ اند .

۷۷۰۸

تقديم بـ : _____

عزیزترین کسانم

پدر و مادرم

تقدیریں : ہ

حسرتیں : م

فهرست مندرجات

- ۱- مقدمه
- ۲- تشریح گردن زهدان
- ۳- بافت شناسی گردن زهدان
- ۴- مقایسه و تفاوت بین گردن زهدان و اندومتر
- ۵- تغییرات گردن زهدان در دوره آبستن
- ۶- پاتولوژی گردن زهدان
- ۷- شیوع سرطان گردن زهدان
- ۸- انواع سرطانهای گردن زهدان
- الف - اپی تلیوماى سنگفرشى یا اپی تلیوماى مالپیگى
- ب - اپی تلیوماى استوانه ای یا ادنوکارسینوم
- ج - سارکوم دهانه زهدان
- ۹- تقسیم بندی بالینی گردن زهدان
- ۱۰- فاکتورهای اتیولوژیک و عوامل مستعدکننده سرطان دهانه زهدان
- ۱۱- علائم سرطان دهانه زهدان
- ۱۲- عوارض سرطان دهانه زهدان

۱۳- تشخیص سرطان گردن زهدان و آمار مربوط بان :

الف - فروتی و ائینال

ب - امتحان شملر

ج - کولپوسکپی

د - بیوپسی

ه - کر نیزاسیون

۱۴- آمار مربوط به سیر تکاملی سرطان *in situ* و احتمال تبدیل

به سرطان انوازیو

۱۵- تشخیص افتراقی سرطان گردن زهدان

۱۶- پیش گیری سرطان گردن زهدان

۱۷- پیش آگهی

۱۸- درمان سرطان دهانه زهدان

الف - تقسیم بندی بین المللی سرطان دهانه زهدان

ب - درمان جراحی سرطان دهانه زهدان

ج - آمار مربوط به درمان جراحی سرطان دهانه زهدان

د - پرتودرمانی سرطان دهانه زهدان

ه - عوارض درمان با اشعه

۱۹- سرطان دهانه زهدان در جریان حاملگی

۲۰- آمار و مشاهدات

٢١ - نتیجه و خلاصه

٢٢ - منابع و مآخذ

امروزه بشر با نیروی دانش و ترقیات روزافزون علم پزشکی توانسته است به اغلب بیماریها که در سابق قدرت مبارزه با آنها را نداشت فائق شده و از - مهلكه های حتمی بخوبی نجات یابد ، ولی هنوز يك دشمن بزرگ با تمام ابهتش در سر راه زندگی و سلامت وجود دارد و بشریکه با زحمات و تلاشها از همه ورطه ها و بیماریها جان سالم بدر برده است خود را بسا این دشمن مهیب مواجه می بیند . و این دشمن وحشتناک که حتی عصوم از نام آن هراس دارند بیماری مخوف سرطان است چه باید کرد ؟

امروزه در تمام دنیا تحقیقات راجع به سرطان یکی از اساسی ترین و مهمترین تحقیقات است و همگان در انتظار پیروزی بشر در کشف علل و درمان قطعی این بیماری میباشند و آنچه که از هم اکنون باعث امیدواری است که با وجودی که هنوز علت قاطع آن معلوم نشده ولی گره از بسیاری از مصمنا گشوده شد . و لا اقل در بعضی موارد طرق پیشگیری و درمان موثر این بیماری مهیب مشخص شده است . یکی از این موارد سرطان دهانه زهدان است که یکی از شایعترین سرطانهای دستگاه تناسلی در زن بعد از سرطان پستان است و خوشبختانه بخوبی در دسترس مطالعه و معاینه است و امروزه طرق

بسیاری جهت پیشگیری و تشخیص بموقع این بیماری ارائه شده است . با
 در نظر گرفتن این موضوع که این سرطان از سرطانهای شایع دستگانه تناسلی
 و از نظر شیوع دومین بیماری بدخیم زنان است . و در حدود $\frac{1}{3}$ تمام
 بیمارهای بدخیم دستگانه تناسلی را تشکیل میدهد . و در مراحل اولیه
 بخوبی قابل درمان است ولی متأسفانه در مملکت ما بععلل مختلف که یکی
 از مهمترین آنها حجب و حیا ی بی مورد و جهل عمومی طبقات پائین اجتماع
 و عدم وقت اطباء این مراحل اولیه تشخیص داده نشده و مبتلایان
 هنگامی مراجعه میکنند که کار از کار گذشته و نتیجه ای از درمان عاید آنها
 نمیشود . لذا اینجانب تصمیم گرفت پایان نامه خود را به این موضوع
 مهم اختصاص داده و بخصوص اهمیت تشخیص بموقع و زود رس بیماری را که از
 لحاظ درمان برای بیمار جنبه حیاتی دارد و آینده بیمار بستگی به تشخیص
 زود رس سرطان دارد تا آنجا که مقدور است و تحقیقات دانشمندان در این
 باب نشان داده است شرح دهد .

در این پایان نامه ابتدا تشریح و بافت شناسی ^{دهانه} آرزهدان و سپس
 بتفصیل آسیب شناسی و انواع سرطان دهانه زهدان و ضایعات و علل موثر
 در ایجاد این بیماری و بخصوص آمار مربوط به این سرطان از روی آخرین

مدارك و كتابها شرح داده شده و سپس طرق و وسائل تشخيص زودرس و -
 اهميت آن از نظر درمان و حيات بيمار و پيشگيري بيمارى بيان شده است.
 و در پايان راجع به درمانهاي كه امروزه جهت بيمارى متداول است ارايه
 و همچنين نمونه هاى از شاهدات در بيمارستان جرجانى ذكر شده است .
 در اينجا لازم ميدانم از استاد ارجمند جناب آقاى دكتور پرويز معيلى
 كه راهنمايى اين پايان نامه را تقبل فرموده اند سپاسگزارى كنم .

تشریح گردن زهدان :

کالبدشناسی گردن زهدان همانند استوانه ای است که کمی وسط آن محدب تراز و انتهایش میباید و مهبل در روی گردن زهدان اتصال داشته و محل چسبیدن آن سطحی است که در تاد و برگردن را احاطه میکند و ارتفاع آن ۶-۸ میلیمتر است . گردن زهدان در زیر تنگه رحمی و سوراخ داخلی قرار گرفته ، در قسمت قدامی گلوی زهدان تقریباً از ناحیه ای که صفاق بر روی مثانه برگشته است شروع میشود . بدین ترتیب گردن زهدان دارای سه قسمت مختلف میشود : یکی فوق مهبلی و دیگری مهبلی و بالاخره قسمت سوم داخل مهبلی .

۱- قسمت فوق مهبلی که ۲۰-۱۵ میلیمتر ارتفاع دارد در سطح خلفی با صفاق پوشیده شده و در نواحی طرفی و قدامی بوسیله نسج همبند به رباط پهن و مثانه متصل است .

۲- قسمت مهبلی که همان محل چسبیدن مهبل به گلوی زهدان است که بیضی شکل بوده و مانند سطحی است که بیائین و جلو مایل است یعنی در حقیقت مهبل در قسمت عقب در حلقه فاصل ثلث فوقانی و در ثلث تحتانی گردن می چسبد . در صورتیکه در طرف جلو در تحت فاصل ثلث تحتانی

ود وثلث فوقانی گردن اتصال می یابد و بالنتیجه قسمت عقب داخل مهبل می
 طویل تر از قسمت جلوی آن است .

۳- قسمت داخل مهبل که بداخل بن بست مهبل پیش میآید

قسمتی است که در موقع امتحان از داخل مهبل دیده میشود و یاد رلمس
 مهبل حس میشود . این قسمت مانند مخروط ناقص است که طول آن ۸-۱۲
 میلیمتر و ضخامت و عرض آن ۵/۲-۱ سانتیمتر است . اطراف این قسمت را
 بن بست مدوری احاطه میکند . راهس این مخروط دارای سوراخی است
 بنام سوراخ خارجی گردن که این سوراخ کاملاً مدور نیست بلکه بصورت
 بیضی است که قطر طویل آن عرضاً قرار گرفته و بقطر ۴-۷ میلیمتر است و گاهی
 مانند شکاف عرضی است که گردن را بدو نیمه یا لب تقسیم مینماید .

لب قدامی و لب خلفی که لب قدامی ضخیمتر و برآمده تر از لب خلفی
 است از آنجا شیکه جدا ر مهبل در قسمت خلفی به ناحیه بالا تری از گلوی زهدان
 چسبیده بن بست خلفی از قدامی عمیق تر است . قسمت داخل مهبل
 معمولاً دارای سطح غیر منظم است و سفید مایل به صورتی است از لحاظ
 شکل ظاهری تغییرات چندی در سوراخ خارجی گلوی زهدان میتوان یافت
 قبل از بچه دار شدن این سوراخ بیضی شکل و کوچک است و وقتی در امتحان

داخل مهبل گلوی زهدان را با انگشت ملاسه میکنیم حس غضروفی مینمائیم .
 بعد از زایمان سوراخ خارجی بشکل نامنظم عرضی تغییر شکل میدهد . اگر
 دهانه زهدان در حین زایمان پاره شده باشد این سوراخ بصورت ناهموار
 و ستاره ای شکل ترمیم می یابد .

یافت شناسی گردن زهدان :

اطراف قسمت فوق مهبلی را بافت همبند و چربی لگن احاطه
 کرده است و قسمت داخل مهبلی نیز از طبقه هم بندی پوشیده شده است .
 عضلات در ناحیه گردن دارای ضخامت نسبتاً کمتر از جسم زهدان میباشد
 قسمت عمده ساختمان داخلی گلوی زهدان از نسج پیوندی بوجود آمده است
 در بین این نسج مقدار محدودی الیاف عضلانی صاف و انساج الاستیکی
 و تعداد زیادی عروق یافت میشود قابلیت ارتجاع گلوی زهدان مربوط
 بهمین انساج الاستیکی است و بهمین جهت گردن دارای مقاومت خاصی
 است که در هنگام لمس بخوبی با انگشت حس میشود . عروق خونی در این
 قسمت کمتر از جسم زهدان است . چنین بنظر میرسد که در دوران حاملگی
 و زایمان قابلیت انبساط جالب و غیرعادی این عضو از تفسیر ماهیت توده های
 کولائین موجود در گلوی زهدان حاصل میشود . مخاط گردن زهدان از لحاظ

جنین شناسی در نهاله مستقیم مخاط داخل حفره رحمی است که بعد از زندگی جنین در این مخاط تغییراتی بوجود آمده و مشخصات مخصوص بخود را بدست میآورد . از نظریافت شناسی مخاط کردن زهدان دو قسمت است : یکی در بالا بنام مخاط مجرای کردن و دیگری در پایین بنام موزوتانس ^{one} Museau de Tan که ساختمان شبیه به مخاط مهبل دارد و بنظر میرسد که ادامه مخاط مهبل باشد یعنی از یک بافت پوششی سنگ فرشی مطبق تشکیل یافته است فقط پاپیل های زیرایی تلیال ممکن است مانند پاپیل های مهبل مشخص نبوده یا اصلاً نباشند . معمولاً حالات شاخی شدن ندارد . (مگر در پرولاپسوس) این پوشش تا دهانه خارجی زهدان ادامه دارد ولی حد آن در همه یکسان نیست . در این قسمت بطور طبیعی غد دگلیوی زهدان وجود ندارند ، ولی گاهی غد موجود در مجرای فوقانی گلیوی زهدان باین قسمت پیش آمده و بایسته شدن دهانه ایمن غد کیست های کوچکی بنام کیست های ماندابی (Retention cyst) بوجود میآورند . این کیست ها بصورت برجستگی های مدور کوچکی (باندازه يك لپسه) در اطراف دهانه گلیوی زهدان دیده میشوند و آنها را در این حال Nobethian follicles میخوانند .

مخاط گردن در قسمت مجرای گردن (اندوسروپکس) در مراحل مختلف تناسلی تغییر میکند . قبل از بلوغ صاف است و اپی تلیوم آن از یک طبقه سلول بلند منشوری و روشن (Picket cell) تشکیل یافته که توسط غلافی شفاف از کورپسون جدا میشود . کورپون دارای رشته های - همبندی متراکم با سلولهای دوکی شکل است در د وثلث فوقانی مجرای گردن فرورفتگیهایی از سلولهای پوششی بشکل غدد موجودند . از سن شش سالگی مخاط چین میخورد و ساختمان اصلی خود را بدست میآورد . و کورپون (استروما) و طبقه سلولهای بلند تغییری نمیکند . سلولهای پوششی در روی برجستگی چین ها منشوری شکل و گاهی دارای تار میشوند در قسمت عمقی چین ها از جنس سلولهای موکوسی میباشند یعنی در این موقع مخاط گلوی زهدان از طبقه واحدی از سلولهای بلند و باریک اپی تلیوم استوانه ای که بر روی ممبران نازک تحتانی قرار گرفته اند تشکیل یافته است . هسته بیضی شکل سلولها در قسمت تحتانی واقع شده و قسمت فوقانی این سلولها ناحیه روشن کم و بیش شفافی را بوجود میآورد . و این ناحیه شفاف نمود ارتراشحات موکوس است . تعداد زیادی از این سلولها دارای مژه هستند . غدد مترشحه گلوی زهدان نیز در موقع بلوغ بی اندازه بزرگ میشوند و بشکل فرورفتگی های