

دانشگاه تهران - ران

دانشکده پزشکی - سی

پایان نامه

برای دریافت درجه تخصصی در رشته جراحی اعصاب

موضوع

وضعیت تومورهای داخل جمجمه‌ای در ایران

براهنمائی

استاد ارجمند جناب آقای پروفیسور عاملی

نگارش

دکتر کریم حدادی - ان

۱۱۸۱۲

تقديم بيانه :

شمسورم .

11812

تذریعہ جناب آقای پروفیسور نصرت الہ عالمی

تقديم به : جناب آقای دکتر حسین صالح

مقدمه -----  
-----

در این مختصر تومورها ی داخل جمجمه ای ایران را از سال ۱۳۳۵ الی

نیمه اول ۱۳۵۳ مورد مطالعه قرار میدهم.

با وجود اینکه از بنیان گذاری جراحی مغز و پسی در ایران در حدود ۲۵ سال و واندی سپری میشود این مطالعه که بر مبنای امتحان هیستولوژیک تومورهای مغزی استوار است تنها سالهایی را شامل میشود که امتحانات بافت شناسی و بخصوص تئالیمونگهداری نتایج آزمایشگاهی تومورهای مغزی ممکن شده و یا بر مبنای صحیحی پایه گذاری گردیده است.

شیء حقیقتی تومورهای داخل جمجمه ای در ایران مشخص نیست ، مطالعه فسلوی یک گزارش از شیوع نسبی ۱۳۰۰ تومور داخل جمجمه ای در ایران است که از طریق امتحان هیستولوژیک محقق شده است . ضایعات فضاگیر ناشی از ضربه و بعضی عوامل عفونی وانگلی نظیر آبسه مغز ، و همچنین کارسینوم ای نازو فارنکس ، جزو این مطالعه بحسب اب نیامده است .

این مطالعات با تولژیک تنها آن قسمت از تومورهای مغزی را شامل میشود که در انستیتوی پاتولژی دانشکده پزشکی دانشگاه تهران، انستیتوی سرطان تاج پهلوی و کلینیک خصوصی آقای دکتر آرمین آزمایش شده است.

داتق مختلفى برای جمع آوری اطلاعات آماری تومورهای داخل جمجمه ای وجود دارد این اطلاعات ممکن است بر مبنای امتحان هیستولژیک بیماران عمل شده استوار شده باشد یا اینکه اتوپسی بیماران و یا گواهی فوت بیماران مد رکی برای جمع آوری این اطلاعات محسوب شود. ولی در هر یک از روشهای فوق نقائص وجود دارد.

در آن سری که جراحی میشوند فقط به بیماران توجه میشود که قابل عمل بودند بعنوان مثال اغلب تومورها مستاتیک غیر قابل عمل اند بنابراین بایستی روش شیوع تومورهای مستاتیک مغز کمتر از آنچه که هست نشان داده خواهد شد. مشهور بودن جراح یا یک بیمارستان برای عمل مغزی بخصوص نیز در تغییر شکل آمار موثر خواهد افتاد. تعداد آدنوم های هیپوفیز ها روی کوشینگ مثال خوبی برای تاءثیر این عامل است.

از دارف دیگر گزارش شیوع تومورهای مغزی از روی اتوپسی بیماران نیز نمیتواند

ایده آل باشد زیرا که اغلب اوقات اتوپسی وقتی انجام می‌گیرد که مسأله -  
 تشخیصی در کار باشد و تنها چند مورد بیمار قابل عمل نیز ممکن است در بین  
 بیماران اتوپسی شده دیده شود و منژیومها که کاملاً قابل عمل هستند  
 عده کمی گزارش شود شیوع تومورهای متاستاتیک مغز در بیمارستانهایی  
 که مخصوص بستری کردن بیماریهای مزمن و یا بیماران سرطانی است خیلی بالا  
 است. همینطور که Natsky و Less در اتوپسی  $\frac{1}{3}$  بیمارانی که  
 بهیچوجه انتشار متاستاز مغزی نداشته اند متاستاز گزارش کرده اند. از طرفی  
 مطالعه بیماران بستری شده در یک بیمارستان نیز ممکن است تحت تأثیر بعضی  
 فاکتورها نظیر توزین نژادی بیماران و یا قدرت سرویس‌هایی که این بیماران را -  
 می‌پذیرند قرار بگیرند.

در آمارهایی که شیوع تومورهای مغزی را از روی گواهی فوت بیماران تنظیم کرده‌اند  
 نقائص چشم‌گیر وجود دارد زیرا که گواهی فوت بیماران تنها تشخیص‌های  
 کلینیکی را بدون اینکه از نظریا نولوژی محقق شده باشند مطرح مینماید -  
 در بعضی از کشورهای انسیدانس تومورهای مغزی با تشخیص کلینیکی بدون -  
 انجام اتوپسی یا اتوپسی گزارش کرده‌اند این روش نیز مقبول نیست - - - - ت.

ولی با توجه به مطالب یاد شده میتوان نتیجه گرفت بهترین روش برای ارزیابی تومور

های مغزی آنست که از طریق امتحان پاتولوژی در سری های بزرگ انجام بگیرد .

در گزارش شیوع حقیقی تومورهای مغزی با بقیه بندی و در نظر گرفتن سن بیماران -

اهمیت فراوانی دارد زیرا نسبت های مختلف جمعیت در سنین متفاوت میتواند

شیوع تومورها را با ورم شخصی تغییر دهد . مدالعه بیولوژیک این تومورها و بنا بر

این مقایسه شیوع کلی تومورها بدون در نظر گرفتن سنی ارزشی است . غنی ترین

مقایسه آنست که با در نظر گرفتن تناسب مخصوص سنی انجام یافته باشد .

برای بی بردن به شیوع حقیقی یک تومور موارد اتفاق افتاده در مدت یکسال را

در یک گروه سنی مشخص پیدا کرده به تعداد کل جمعیت در همان گروه سنی

در همان سال تقسیم و در ۱۰۰ هزار ضرب می کنند .

$$\frac{\text{موارد اتفاق افتاده در مدت یکسال در یک گروه سنی مشخص}}{\text{تعداد کل جمعیت در همان گروه سنی در همان سال}} \times 100000 = \text{شیوع حقیقی}$$



## فاکتورهای جغرافیائی و اقتصادی :

اولویت های بهداشتی و درمانی در ممالک در حال پیشرفت با کشورهای صنعتی و پیشرفته متفاوت است. کنترل بیماریهای عفونی، توبرکولوز و ایجاد تسهیلات لازمه برای درمانهای جراحی و پزشکی در سرتاسر مملکت مقدم تر است بهبود و توسعه نسبی مراکز جراحی مغز و اعصاب در ایران . باید -- ن دلیل با اینکه از تاسیس بیمارستان جراحی مغز و اعصاب در این کشور در حدود ۲۵ سال می گذرد تنها در چند سال اخیر گشایش و توسعه نسبی مراکز مغز و اعصاب شروع شده است.

تا چند سال پیش تعداد تخت های جراحی اعصاب در مراکز دانشگاهی از ۴۰ - یا ۵۰ تجاوز نمی کرد . در شهرهای کوچک کلینیک های بهداشتی و در شهرهای بزرگتر و مراکز استان ها بیمارستانهای محقر وجود داشت . بیمارستانهای دولتی و یا دانشگاهی مراکز استان ها نیز تقریباً فاقد بخش جراحی مغز و اعصاب بود و چند نفر متخصص جراحی اعصاب نیز که در بعضی از شهرهای بزرگ سکونت داشتند بعد از تسهیلات ممکن بعمل جراحی مغز و اعصاب نمی نمودند . بنابراین بیماران مجبور بودند

برای عمل جراحی و حتی از اکثر شهرها برای تشخیص ناراحتی خود بتهران  
 بیایند . میدانیم فاصله نسبتاً زیادی بین ایالات جنوبی - و شرقی ایران  
 تا تهران وجود دارد بنابراین نباید انتظار داشته باشیم در بین بیمارانی که  
 بتهران می آیند لزوم های بدخیم باندازه کشورهای غربی مشاهده شود .  
 واکترا " فاصله زیاد و اشکالات مسافرت که در اثر بدی حال بیمار چند برابر  
 شده بود مانع زاین میشد که بستگاه مریض بیمار خود را بتهران بیاورند .  
 از طرف دیگر وضع اقتصادی بد مناطق روستا نشین دره (۱- ۱۰) سال پیش  
 و عدم اعتقاد کامل آنها بطب غربی که خود نیز زاعیده فقر بود سبب میشد که  
 بیشتر بقضا و قدرتن در دهند .  
 وجود اولاد زیاد بخصوص در مناطق روستائی که معمولاً " باید پیش مادر خود  
 باشند نیز از عواملی است که سبب عدم مراجعه بیماران میشد .  
 اغلباً وقتان مردها بیشتر از زنهارا برای امتحان عصبی و یا بستری شدن مراجعه  
 می کردند و این شاید بخاطر اهمیت است که یک مرد از نظر اقتصادی برای  
 فامیل خود داشته و یا بخاطر تفسیر و برداشت غلط از تعالیم مذهبی بوده است .  
 با این وجود مسلم است که تعداد بیماران زن در این آمار کمتر از گزارشهای کشورهای

غریب نشان داده خواهد شد .

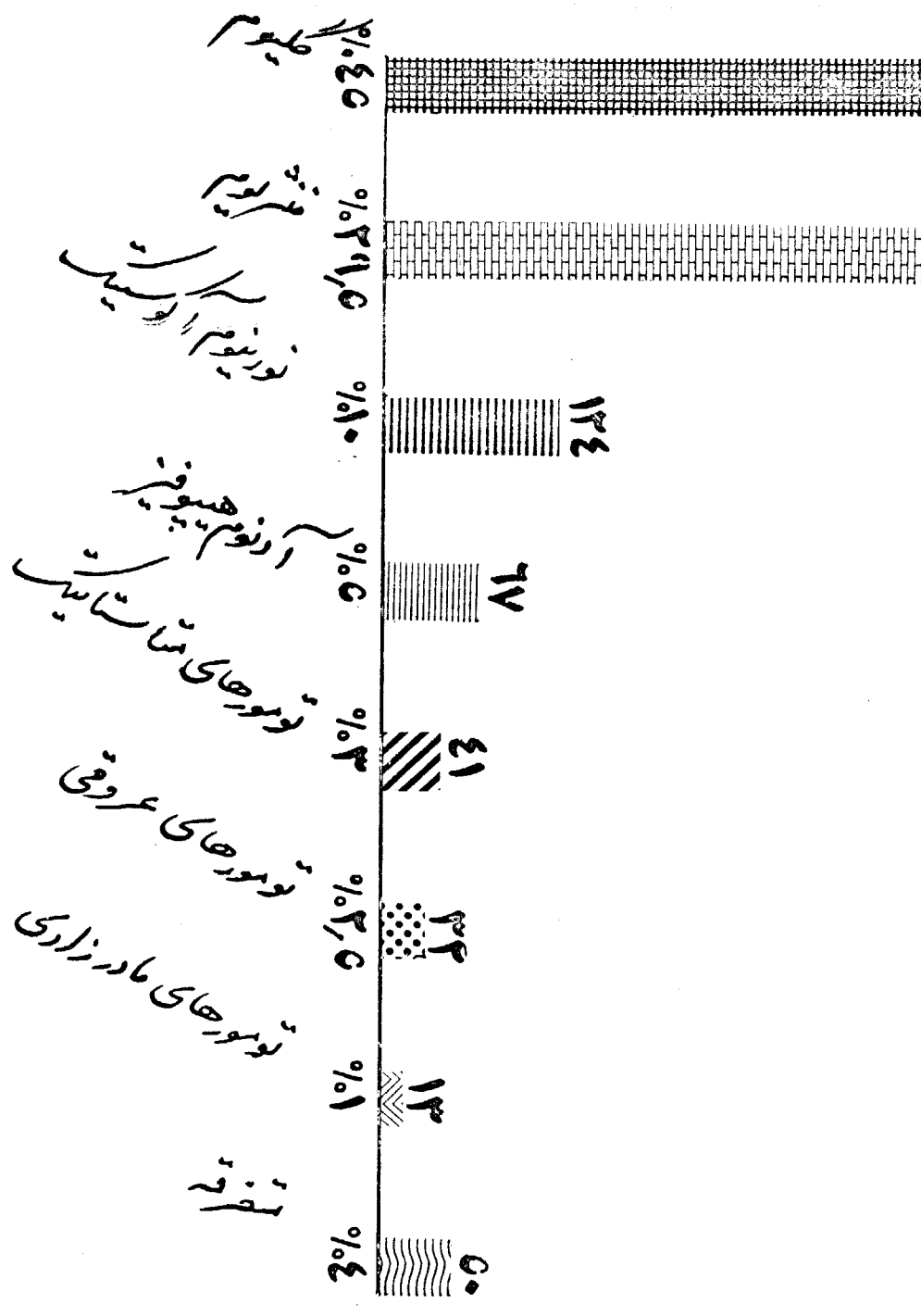
فاکتور دیگری که در تغییر شکل این آمارب اشرنیت عدم توجه های است  
 که از طرف اطباء در کلینیک های کوچک چه از نظر تشخیص و چه از نظر راهنمایی  
 بیماران یا بستگان بیمار رخ میدهد - این فاکتور بخصوص در مورد بیماران خرد  
 سال و بیماران آدنوم هیپوفیزی اهمیت زیادی می یابد و متأسفانه هنوز هم  
 کرارا بیماران آدنوم هیپوفیزی که بعلمت سهل انگاری کور شده اند در کلینیک -  
 های جراحی اعصاب دیده میشوند . و این وضع در کمبود شیوع آدنوم های  
 هیپوفیزی در این کشور تا حدودی مؤثر افتاده است .

در شکل ۱ شیوع تومورهای داخل جمجمه ای در ۱۳۰۰ مورد از سال ۱۳۳۵  
 الی ۱۳۵۳ نمایش داده شده است .

و چنانکه در جدول ۱ دیده میشود شایعترین تومور گلیوم بوده که پورسانتاژ  
 ۴۵٪ داشته و در مرحله دوم منژیوم که پورسانتاژ ۲۹٪ / ۵٪ نشان داده است .  
 پورسانتاژ نورینوم اکوستیک ۱۰٪ آدنوم هیپوفیزی ۵٪ ، تومورهای -  
 متاستاتیک داخل جمجمه ای ۳٪ ، تومورهای عروقی ۲٪ / ۵٪ تومورهای  
 مادرزادی ۱٪ و متفرقه ۴٪ بوده است .

# توزیع نسبی تفرص رهای داخل جبهه‌های

## در استان ۱۳۰۰ مرد (۱۳۳۵ - ۱۳۵۳) ۳۸۷



در شکل ۲ شیوع تومورهای مغز در ایران با سری ۱۸ ای گزارش شده دیگر -  
متایسه شده است ، چنانچه ملا حظه میشود بجز مننژیوم که شیوع بالا ای -  
داشته سایر گروه ۵ تقریباً " شیوع مشابه کشورهای غربی داشته است .  
گلیوم ها در شکل ۳ شیوع انواع گلیوم ها در این کشور نمایان داده شده  
است .

۱- استروسیتوم - تعداد استروسیتوم های سری ما ( ۴۰۱ مورد ) ۶۹٪  
گلیوم ها ) بوده است . استروسیتوم ها را از نظر بد خیمی به ۴ درجه تقسیم -  
می کنند و استروسیتوم درجه ۳ - ۴ را گلیوبلاستوم مولتیفرم نیز می نامند -  
نسبت استروسیتوم های این سری باین ترتیب بوده است .

---

استروسیتوم درجه ۱	۱۳۲ مورد	۳۲٪
استروسیتوم درجه ۲	۵۰ مورد	۱۳٪
استروسیتوم درجه ۳ و ۴	۲۱۹ مورد	۵۵٪

---

چنانکه ملاحظه میشود گلیوبلاستوم مولتیفرم شایعترین استروستوموشایعترین -  
گلیوم داخل جمجمه ای است . از ۴۰۱ مورد استروسیتوم ۱۵ مورد آن در جنس

زن بوده و نسبتاً بتلا<sup>۴</sup> در مردان به زنان تقریباً  $\frac{۳}{۱}$  است

آستروسیتوم مخچه: ۳۸ مورد آستروسیتوم مخچه وجود داشته که تنها ۱۳

مورد آن در جنس زن بود.

گلیوبلاستم مخچه: که تومور بسیار نادری است در سری ما ۹ مورد بوده است.

۴ مورد گلیوم میکس، ۵ مورد آستروسیتوم پان داری و ۳ مورد آستروسیتوم پان

وجود داشته.

شیوع نسبی آستروسیتوم ها در این کشور تقریباً "مشابه کشورهای دیگر است.

(۶۹٪ گلیوما)

کوشینک	Cushing	در سال ۱۹۳۲	۶۰/۵٪
زولخ	Zulch	در سال ۱۹۵۷	۵۹/۲۱٪
کاتسورا	Katsura	در سال ۱۹۵۹	۵۲/۹٪
داستور	Dastur	در سال ۱۹۶۹	۶۰/۵۴٪ گلیوم ۵ ارا

آستروسیتوم گزاره زکرده اند.

در سایر آمار نیز موارد ابتلا<sup>۴</sup> در جنس مرد بیشتر از جنس زن بوده و تنها -

استثناء در مورد آستروسیتوم مخچه (اسپونژیوبلاستم مخچه) است.

که بعضی ها شیوع این تومور را در جنس زن بیشتر از جنس مرد گزارش کرده اند.

شيوه تعاون‌های داخل جمع‌های و مقایسه آنها در ایران

	CUSHING	WALSHE	ADSON	CAIRNS	ک
تفرقه	۲,۲	-	-	۲,۱	۳
تومورهای عمیقی	۲	۳,۱	-	۴,۳	۲,۱
تومورهای تانتا تانتیت	۴,۳	۶,۶	۲,۱	۸,۵	۳
تومورهای مادرزادی	۶,۵	-	۳,۵	۷,۳	۱
نورینوم اسکولستیک	۸,۷	۵,۱۱	۳,۱۱	۳,۵	۱۰
نترینوم	۳,۱۱	۵,۱۱	۲,۵	۶,۱۱	۵,۶,۵
آدنوم هیپوفیز	۷,۸	۶,۳	۵,۵	۵,۱۰	۵
گلیوم	۶,۳	۵,۵	۸,۱۳	۷,۱۳	۵,۳