

اپیدمیولوژی تومورهای تخمدان در ایران با معرفی ۱۲۰ بیمار

مجله نظام پزشکی

سال ششم، شماره ۳، صفحه ۱۹۶، ۲۵۳۶

دکتر حسین پارسا - دکتر علی اصغر پلاسید - دکتر هرمز دبیر اشرافی * دکتر رضا جمالیان **

مقدمه

بافت‌های متعددی در تشکیل تخمدانها شرکت دارند بنا بر این تومورهای مختلفی اعم از نیک‌خیم و بدخیم و حالات شبه تومور در این عضو پیدا می‌شود (۳). با آنکه میزان شیوع سرطانهای تخمدان در تمام کشورهای جهان از سرطان دهانه زهدان کمتر است، با این وجود بعلت عدم امکان دسترسی به تخمدانها و نبودن روش‌های مناسبی برای تشخیص زودرس سرطانهای تخمدان، آینده بیماران بسیار تاریک و امید بزندگی برای بیشتر گروه‌های سنی پس از تشخیص بیماری کمتر از یکسال است (۱۲-۱۱-۲).

تلفات حاصل شده از تومورهای تخمدان مساوی و یا اغلب بیشتر از سرطان دهانه زهدان است (۳). به موجب يك آمار جدید ۲۵٪ تومورهای اختصاصی دستگاه تناسلی زنان و ۴۴٪ تلفات سرطانهای اختصاصی بانوان را در امریکا تومورهای تخمدان تشکیل میدهد (۲) و با توجه به اختلاف شرایط اقلیمی، این نسبت‌ها در کشورهای مختلف متفاوت است. پیشرفت‌های سریع در جراحی و پرتو درمانی متأسفانه درازد یاد امید این بیماران به زندگی طولانی‌تر تأثیر اندکی داشته است (۱).

روش و وسایل تحقیق

این مطالعه به روش گذشته نگری (Retrospective) انجام شده است. برای این منظور پرونده‌های کلیه بیمارانی که با تشخیص تومور

تخمدان در ۵ سال ۲۵۳۴ تا ۲۵۳۰ در بیمارستان دکتر جهان‌شاه صالح مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اند و ضایعات آنها جواب آسیب شناسی داشته‌اند، مورد مطالعه قرار گرفته‌اند.

نتیجه

در این مدت ۱۲۰ بیمار به علت تومور یا ضایعات شبه تومور تخمدان در بیمارستان دکتر جهان‌شاه صالح مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اند که گروه بندی آنها در رابطه با نوع ضایعه، در جدول‌های ۱ و ۲ خلاصه شده است.

جدول شماره (۱) توزیع فراوانی انواع تومورهای تخمدان در بیمارستان دکتر جهان‌شاه صالح ۲۵۳۰-۲۵۳۴ شاهنشاهی

ردیف	نوع تومور	تعداد	%
۱	انواع کیست‌های تخمدان (به جدول شماره ۲ مراجعه شود)	۹۶	۸۰/۰۰
۲	آدنوکارسینوم تخمدان	۶	۵/۰۰
۳	ترا توم تخمدان	۴	۳/۳۴
۴-۶	تومور گرانولوزا	۳	۲/۵۰
۴-۶	سندرم اشتاین لوتنال	۳	۲/۵۰
۴-۶	لیومیوم تخمدان	۳	۲/۵۰
۷	فیبروم تخمدان	۲	۱/۶۶
۸-۱۰	دیس ژرمینوم تخمدان	۱	۰/۸۳
۸-۱۰	تومور تیروئیدی تخمدان	۱	۰/۸۳
۸-۱۰	کیست هیداتیک	۱	۰/۸۳
جمع		۱۲۰	۱۰۰

* بیمارستان دکتر جهان‌شاه صالح، دانشکده پزشکی رازی دانشگاه تهران.
** دانشگاه آزاد ایران، تهران.

متاستازی (تومور کرومئورگ و غیره) ۶/۵٪ موارد را تشکیل می‌دهند.

آمار ارائه شده توسط کیسner (Kisner) از بیمارستان زنان بوستون می‌تواند مبنای جالبی برای مقایسه میزان شیوع تومورهای تخمدان با بیمارستان زنان تهران (دکتر جهان‌شاه صالح) قرار بگیرد. در این آمار ۲۴٪ کلیه تومورهای تخمدان از نوع سرو (۶۵/۵٪ خوش خیم)، ۱۷/۵٪ کیست در موئید (۹۸/۸٪ خوش خیم)، ۲۹/۲٪ فیبروم (۹۹/۹٪ خوش خیم) ۱/۷٪ تومورهای گرانولوزا (۶۶/۶٪ خوش خیم) بوده است، در مجموع ۱۳/۸٪ تومورهای تخمدان در این بیمارستان بدخیم بوده‌اند (۷).

وفور فیروم‌های تخمدان در بوستون و کمی آنها در بیمارستان دکتر جهان‌شاه صالح در تهران نشان دهنده یک اختلاف واقعی نیست؛ بلکه بنظر ما از آنجا که فیروم‌های تخمدان معمولاً حجم زیادی پیدا نمی‌کنند و بیشتر در جریان لاپاراتومی و یا اعمال جراحی کاوشی یا درمانی بخاطر بیماری دیگر کشف می‌شوند، این امر موجب ایجاد اختلاف شده است. در حقیقت این اختلاف بیشتر مولود مراقبت بیشتر وامکانات زیادتر خدمات درمانی در امریکا است.

در جدول شماره ۳ توزیع فراوانی گروه‌های سنی بیماران محاسبه شده است.

جدول شماره (۳) توزیع فراوانی گروه‌های سنی بیماران مبتلا به تومورهای تخمدان در بیمارستان دکتر جهان‌شاه صالح ۲۵۳۴-۲۵۳۰

تعداد	%	گروه‌های سنی
۰	۰	۰-۱۴ ساله
۴/۱۶	۵	۱۵-۱۹
۱۶/۶۶	۲۰	۲۰-۲۴
۱۷/۵۰	۲۱	۲۵-۲۹
۱۴/۱۶	۱۷	۳۰-۳۴
۱۵/۰۰	۱۸	۳۵-۳۹
۱۲/۵۰	۱۵	۴۰-۴۴
۷/۵۰	۹	۴۵-۴۹
۷/۵۰	۹	۵۰-۵۴
۰/۸۴	۱	۵۵-۵۹
۳/۳۴	۴	۶۰-۶۴
۰	۰	۶۵ سال بالایا
۰/۸۳	۱	نامشخص
۱۲۰	۱۰۰	جمع

جدول شماره (۲) توزیع فراوانی انواع کیست‌های تخمدان در بیمارستان دکتر جهان‌شاه صالح ۲۵۳۴-۲۵۳۰ شاهنشاهی

ردیف	نوع کیست	تعداد	%
۱	کیست درموئید	۲۳	۲۳/۶۵
۲	کیست سرو	۱۹	۱۹/۸۰
۳	کیست فولیکولر	۱۷	۱۷/۷۱
۴	کیست (نوع آن ذکر نشده)	۱۳	۱۳/۵۵
۵	کیست موسینو	۹	۹/۲۶
۶-۷	کیست یا اپیلر	۴	۴/۱۷
۶-۷	کیست هماتیک	۴	۴/۱۷
۸	کیست لوئینی	۳	۳/۱۳
۹	سیست آدنوم	۲	۲/۰۸
۱۰	کیست باجدار فیبرو	۲	۲/۰۸
جمع		۹۶	۱۰۰

از آنجا که آسیب شناسان این بیمارستان مکاتب علمی مختلفی را دیده‌اند و یا از طبقه بندی‌های متفاوتی پیروی کرده‌اند، مثل اکثر نقاط جهان، تشخیص‌های گذشته آنها با تقسیم بندی جدیدی که سازمان بهداشت جهانی در مورد تومورهای تخمدان پیشنهاد کرده است، اختلافاتی دارد (۱۰-۳) و از جواب حاصل شده نمی‌توان طبیعت نیک خیم یا بدخیم تومور را دریافت.

تومورهای سرو (Sereux) در بیشتر کشورهای غربی در حدود ۴۰٪ ثانوپلازیهای تخمدان را تشکیل می‌دهد در صورتی که تنها ۱۵/۸۳ درصد از تومورهای بیماران مورد مطالعه ما کیست سرو (Kyste Sereux) بوده است. بطور کلی در حدود ۸۰٪ تومورهای تخمدان در بیشتر کشورها حالت کیستی دارد (۳) که کاملاً مشابه شیوع این نوع تومورها در ایران است. در ۲۰٪ موارد کیست‌های سرو دو طرفه می‌باشند (۳).

در مورد نوع تومورهای تخمدان در ایران یکی از بررسی‌های دکتر عبدالله حبیبی اطلاعات دقیقتری در اختیار ما می‌گذارد. بموجب این مطالعه (۴) که روی ۱۸۰۵ آزمایش آسیب شناسی تومورهای تخمدان در ایران انجام گرفته، تومورهای کیستیک (کیست آدنوکارسینوم و تراتوکارسینوم) شایعترین نوع تومورهای تخمدان را تشکیل می‌دهند و ۴۹٪ کلیه ضایعات بدخیم این عضو هستند، تومورهای توپر (آدنوکارسینوم) در حدود ۱۶٪ و تومورهای اختصاصی تخمدان (دیس ژرمینوم، آرنوبلاستوم و مامبران گرا-نولوزا) ۲۵٪ تومورهای تخمدان را شامل می‌شوند. در این آمار سارکوم‌های تخمدان ۲/۵٪، کوریوکارسینوما ۱٪ و تومورهای

مطابق نوشته‌های ژانوسکی، دیس ژرمینوم در ۵۰٪ موارد در تخمدان راست، در ۳۵٪ موارد در تخمدان چپ و در ۱۵٪ موارد بطور دوطرفه مشاهده می‌شود و تومور بر نرهم در تخمدان راست بیشتر است (۶).

در جدول شماره (۵) توزیع فراوانی زادگاه بیماران نشان داده شده و شیوع این تومورها در آذربایجان شرقی مثل اکثر ضایعات توموری و کم بودن آن‌ها در آذربایجان غربی چشمگیر است.

جدول شماره (۵) توزیع فراوانی استان زادگاه بیماران مبتلا به تومور تخمدان، بیمارستان دکتر جهان‌شاه صالح ۲۵۳۴-۰۰۰۰۰۰

ردیف	استان	تعداد	%
۱	تهران بزرگ	۴۰	۳۳/۳۳
۲	آذربایجان شرقی	۲۲	۱۸/۳۳
۳	استان مرکزی	۱۷	۱۴/۱۷
۴	خراسان	۸	۶/۶۶
۵	یزد	۶	۵/۰۰
۶	مازندان	۵	۴/۱۷
۷	همدان	۳	۲/۵۰
۸-۱۰	اصفهان-گرگان و گیلان-هریک	۲	۱/۶۶
۱۱-۱۴	کرمانشاه- لرستان- سیستان	۱	۰/۸۴
۱۵	وبلوچستان و خوزستان هر یک	۱	۰/۸۴
۱۶	نامشخص	۹	۷/۵۰
	آذربایجان غربی	۰	۰
	جمع	۱۲۰	۱۰۰

این مسئله موقعی ابعاد مشخص‌تری پیدا می‌کند که بدانیم تعدادی از بیماران آذربایجان شرقی توسط بیمارستان‌ها و پزشکان دانشگاه آذرآبادگان مورد درمان قرار می‌گیرند. در صورتی که این امکانات در دسترس اکثر استان‌های دیگر مثل گرگان، مازندران، گیلان و کرمانشاهان و... نیست. این پدیده که توسط یکی از ما (ر-ج) در جمعیت ملی مبارزه با سرطان در بین تعداد زیادی از سرطانیها مشاهده شده از مسائل جالب توزیع جغرافیایی سرطان ایران است که هنوز بخوبی تعبیر و توجیه نشده است.

احتمالاً عوامل محیطی و اقلیمی در میزان شیوع تومورهای تخمدان تأثیر زیادی دارند، مثلاً هر چند تومورهای تخمدان در زنان ژاپنی و در ژاپن نادر است، ولی در بین زنان ژاپنی که به آمریکا مهاجرت کرده‌اند، با شیوع بیشتری پیدایمی‌شود (۱۲-۹-۵).

در جدول شماره (۶) توزیع فراوانی تعداد موارد زایمان در بیماران مورد مطالعه ما خلاصه شده است. هر چند در نگاه اول کثرت باروری در بیماران بچشم می‌خورد ولی چون با گروه شاهد مقایسه

بیشترین میزان فراوانی در بیماران ما در گروه سنی ۲۵ تا ۲۹ ساله بچشم می‌خورد. از آنجا که در اکثر موارد بیماران ما بعلت احساس سنگینی در شکم و یا لمس تومور (جدول شماره ۷) به بیمارستان مراجعه کرده‌اند و بر طبق نظریه نواک ۸۵٪ از تومورهای تخمدان که قطر بیشتر از ۵ سانتی‌متر پیدا می‌کند، خوش خیم هستند و فوراً تومورهای خوش خیم تخمدان در گروه سنی ۳۰-۲۰ خیلی شایع‌تر است (۸)، بنابراین این نوع توزیع فراوانی در ایران طبیعی است. در کشورهای غربی موارد بیشتری از سرطانهای تخمدان در مراحل اولیه و قابل عمل کشف می‌شوند و بنا بر این در گروه سنی ۵۰-۴۰ ساله این تومورها بیشتر دیده شده است. (۱۱-۳) در مورد ایالات متحده بیشترین فراوانی در گروه سنی ۶۹-۶۵ ساله بوده است (۱). در حقیقت تعداد زیادی از سرطانهای تخمدان با تشخیص سرطان نامشخص شکم و یا سرطان مناساز داده و منتشر ثبت می‌شوند.

این اختلاف در گروه سنی تا اندازه‌ای هم می‌تواند مولود هرم سنی جمعیت جوان ایران و دوران کوتا‌تر زندگی است که زنان ایران در سالهای گذشته داشتند.

با توجه به این حقیقت که در حدود ۵۰٪ از جمعیت در گروه سنی ۱۴-۰ ساله هستند و در نتیجه ۲۵٪ از جمعیت کشور ما را دختران ۱۴-۰ ساله تشکیل می‌دهند (در حدود ۸ میلیون)، فقدان تومور تخمدان در جدول شماره ۳ در این گروه سنی تعجب‌آور است. با توجه به آمارهای جهان معلوم می‌شود در حدود ۴٪ از تومورهای تخمدان در دختران کوچکتر از ۱۰ سال پیدا می‌شود که در ۵۰٪ موارد این تومورها بدخیم و معمولاً از نوع تومورهای توپر هستند (۷).

شاید علت این پدیده مراجعه دختران بیمار به بخش‌های کودکان و جراحی عمومی باشد زیرا دختران خردسال به «بیمارستان زنان» که تصور می‌شود مخصوص سنین بعد از ازدواج و آبستنی است مراجعه نمی‌کنند.

در جدول شماره ۴ اختلاف معنی‌داری در شیوع تومورهای تخمدان از لحاظ وجود در تخمدان راست و چپ مشاهده می‌شود.

جدول شماره (۴) توزیع فراوانی تومورهای تخمدان در رابطه با محل استقرار آنها در بیمارستان دکتر جهان‌شاه صالح ۲۵۳۴-۰۰۰۰۰۰

محل تومور	تعداد	%
تخمدان راست	۶۲	۵۱/۶۶
تخمدان چپ	۴۲	۳۵/۰۰
هر دو تخمدان	۱۱	۹/۱۷
نامشخص	۵	۴/۱۷
جمع	۱۲۰	۱۰۰

نشده است استنتاج آماری از آنها مقدور نیست. ضمناً نمی‌توان اثر احتمالی ناباروری را در ایجاد این تومورها دقیقاً روشن کرد.

جدول شماره (۶) توزیع فراوانی تعداد موارد حاملگی در بیماران مبتلا به تومورهای تخمدان در بیمارستان جها نشاه صالح ۲۵۳۴-۲۵۳۰

تعداد موارد حاملگی	عدد	%
بدون حاملگی	۱۹	۱۵/۸۳
۱-۳ حاملگی	۲۴	۲۸/۳۳
۴-۶ حاملگی	۲۸	۲۳/۳۳
۷-۹ حاملگی	۲۲	۱۸/۳۴
۱۰-۱۲ حاملگی	۱۴	۱۱/۶۷
۱۲ به بالا	۲	۱/۶۷
نامشخص	۱	۰/۸۴
جمع	۱۲۰	۱۰۰

در جدول شماره ۷ نشانه‌های بیماری که انگیزه مراجعه بیماران به پزشک بوده دسته بندی شده و بیشترین تعداد مراجعه مربوط به حالات خیلی پیشرفته بیماری است که تشخیص در این مرحله دیگر کمکی به حفظ جان بیمار در صورت وجود ضایعه بدخیم نمی‌کند و این مسئله وقتی بیشتر ایجاد تعجب می‌کند که به سیر طبیعی بسیار کند اکثر تومورها وسالیان درازی که این تومورها ناشناخته مانده‌اند، توجه کنیم (۳).

مطالعات دقیق نشان داده است که خونریزی زیاد، دیسمنوره و منوپوز زودرس نشانه‌های اولیه این تومورها نیست (۳) و این مسئله به تشخیص دیررس این بیماری‌ها و عواقب شوم آنها می‌انجامد. در ۵٪ موارد علت مراجعه بیماران ما به بیمارستان فوریتی است که پیچ‌خوردگی پایه پدیکول، تومور و یا خونریزی داخلی پیش می‌آورد و اگر به این حقیقت توجه کنیم که عده زیادی از این موارد در بخش‌های جراحی عمومی بیمارستانها بستری شده‌اند، اهمیت و خطرات شکل‌های خوش خیم تومورهای تخمدان مشخص می‌شود.

جدول شماره (۸) توزیع فراوانی مقدار هموگلوبین در بیماران مبتلا به تومور تخمدان، بیمارستان دکتر جها نشاه صالح ۲۵۳۴-۲۵۳۰

مقدار هموگلوبین «بر حسب گرم»	تعداد	%
۷-۹	۵	۴/۱۶
۹/۰۱-۱۱	۲۶	۲۱/۶۷
۱۱/۰۱-۱۳	۳۶	۳۰/۰۰
۱۳/۰۱-۱۵	۳۲	۲۶/۶۷
بیشتر-۱۵/۰۱	۱۰	۸/۳۴
نامشخص	۱۱	۹/۱۶
جمع	۱۲۰	۱۰۰

بیشتر مطالعات انجام شده نمایانگر این واقعیت است که شرایط خانوادگی، وضع ازدواج، تعداد آبستنی، نژاد، مذهب و سطح اقتصادی - اجتماعی در میزان بروز تومورهای تخمدان بی‌اثر بوده (۵-۹-۱۱-۱۲) و این مسئله در مطالعات انجام شده در ایران هم ثابت شده است (۴-۱۳-۱۲). در شهر نیویورک با جمعیت نسبتاً مساوی بین کاتولیک‌ها، پروتستان‌ها و یهودی‌ها، تومورهای تخمدان در یهودیها بیشتر از پروتستانها و خیلی بیشتر از کاتولیک‌ها دیده شده است (۱۱).

جدول شماره (۷) توزیع فراوانی نشانه‌های بالینی در بیماران مبتلا به تومورهای تخمدان، بیمارستان جها نشاه صالح ۲۵۳۴-۲۵۳۰

نخستین نشانه‌های بیماری	تعداد	%
زیر دل درد و احساس سنگینی شکم	۸۳	۶۹/۱۶
بزرگی شکم یا لمس تومور	۱۷	۱۴/۱۶
اختلال قاعدگی	۱۶	۱۳/۳۴
آمنوره	۱۵	۱۲/۵۰
هیپر منوره	۱۵	۱۲/۵۰
کمر درد	۱۳	۱۰/۸۳
ترشح	۴	۳/۳۴
نازائی اولیه	۴	۳/۳۴
آسیت	۱	۰/۸۴
عوارض حاد شکم - پیچ‌خوردگی پدیکول تومور	۶	۵/۰۰

عده‌ای از بیماران بیشتر از یک نشانه داشته‌اند

از جدول شماره (۸) معلوم می‌شود که کمخونی در تومورهای تخمدان شایع نیست و فقط در ۴/۱۶٪ بیماران مشاهده می‌شود.

در جدول شماره (۹) توزیع فراوانی اندازه تومورهای تخمدان با معیارهایی که جراح یا آسیب شناس بیان کرده‌اند، نوشته شده است و معلوم می‌شود که صرف نظر از موارد نامشخص، بیشتر تومورها در موقع جراحی بسیار بزرگ بوده‌اند.

در جدول‌های شماره ۱۰ و ۱۱ نتیجه آزمایش گراواند کس در تمام بیماران و کسانی که درباره آنها گراواند کس انجام شده منعکس گردیده است و معلوم می‌شود که هر چند از لحاظ بالینی یکی از تشخیص‌های اولیه تومور هیپوگاستر در یک زن جوان آبستنی است، معذک آن‌ها از تشخیص حاملگی به تشخیص افتراقی کمک زیادی می‌کند. (در ۲/۱۸٪ موارد که تومور تخمدان با

دستگاه تناسل خانمها، ۴/۴٪ کلیه سرطانهای زنان و ۲٪ کلیه سرطانهای شناخته شده در ایران (در بین دو جنس) در تخمدان پیدا شده اند (۴). به موجب این مطالعه ۱۸٪ تومورهای تخمدان در ایران حالت بدخیمی داشته اند که کمی بیشتر از ارقامی است که توسط بقیه محققان در جهان گزارش شده است (۷-۶-۵-۲) و این آمارها اهمیت پزشکی و بهداشتی این بیماری را در مورد جامعه ما نشان می دهد.

البته ناموقعی که ثبت موارد سرطان Cancer registry در ایران در سطح ملی انجام نشود نمی توان دقیقاً شیوع و فراوانی و میزان مرگ و میر این بیماری را مشخص کرد.

در بیشتر کشورهای جهان در سالهای اخیر تومورهای تخمدان بشکل نگران کننده ای افزایش یافته اند (۱). مثلاً در ۴۰ سال اخیر تعداد مبتلایان در ایالات متحده آمریکا ۳ برابر بیشتر شده است و هم اکنون از هر ۱۰۰ دختری که در آمریکا متولد می شود یکی به سرطان تخمدان دچار می گردد و امید به زنده ماندن برای این افراد پس از تشخیص بیماری بسیار ناچیز است (۵-۲).

سرطانهای تخمدان ۵٪ ضایعات بدخیم اختصاصی زنان را در آمریکا تشکیل می دهد و در ممالک اسکاندیناوی و فور این بیماری در حدود ۲ برابر ایالات متحده است (۳). بررسی های آمار نشان داده که افزایش طول عمر زن ها در این کشورها تئودلیل افزایش این تومورها نبوده است (۵).

در زنانی که بدلائل شغلی یا محل اقامت با بعضی از مواد شیمیائی مثل پنبه نسوز تماس بیشتری داشته اند، شیوع سرطانهای تخمدان، ریه و صفق در آنها بیشتر بوده است (۱۲).

در زنانی که سابقه سرطان پستان یا آندومتر دارند، احتمال پیدایش سرطان تخمدان ۲ برابر بیشتر از افراد سالم است (۱۲) زیرا عواملی که افراد را در معرض خطر این بیماریها قرار میدهند (Risk factors) در تمام این بیماریها مشابه هستند (۵). گاهی شیوع سرطانهای تخمدان در يك خانواده امر جالبی است. «لی بر» ابتلا به سرطان تخمدان را در يك مادر و ۵ دخترش گزارش کرده است (۱).

خلاصه و نتیجه

سرطانهای تخمدان در ایران جز ۱۰ سرطان شایع زنان است. تومورهای تخمدان در ایران فراوان می باشد و متأسفانه دیر تشخیص داده می شود و تلفات آن زیاد است. ۸۰٪ تومورهای تخمدان کیستیک هستند و کیستهای درموئید، سرووفولیکولر در بین آنها به ترتیب شایع تر است. این بیماریها در گروه سنی

حاملگی بطور همزمان دیده شده شاید به علت وجود همزمان بودن حاملگی و پیدایش تومور تخمدان و یا احیاناً وجود تومورهای هورمون زا بوده است.

جدول شماره (۹) توزیع فراوانی اندازه های تومورهای تخمدان با معیار ذکر شده توسط پزشکان درمانگر در بیمارستان چیهان شاه صالح ۲۵۳۳-۲۵۳۰

اندازه تومور	تعداد	%
بسیار بزرگ	۱۶	۱۳/۳۳
با اندازه هندوانه	۱۳	۱۱/۶۶
با اندازه طالبی	۲۴	۲۰/۸۳
با اندازه پرتقال	۴۰	۳۳/۳۳
با اندازه نارنگی	۱۰	۸/۳۳
با اندازه گردو	۵	۴/۱۶
نامشخص	۱۲	۱۰/۰۰
جمع	۱۲۰	۱۰۰

جدول شماره (۱۰) توزیع فراوانی نتایج گمراوا بندکس در کلیه بیماران

گمراوا بندکس	تعداد	%
منفی	۹۰	۷۵
مثبت	۲	۱/۶۶
انجام نشده	۲۸	۲۳/۳۴
جمع	۱۲۰	۱۰۰

جدول شماره (۱۱) توزیع فراوانی نتایج گمراوا بندکس در بیمارانی که این آزمایش را انجام داده اند

گمراوا بندکس	تعداد	%
منفی	۹۰	۹۲/۸۲
مثبت	۲	۲/۱۸
جمع	۹۲	۱۰۰

بحث

سرطانهای تخمدان در ایران نسبتاً بیماری شایعی است (۴). این سرطانهای ۲/۹٪ کلیه سرطانهای زنان و ۱۰٪ از کلیه سرطانهای اختصاصی بانوان را تشکیل می دهد و بر مبنای بیشتر از ۴۰/۰۰۰ آزمایش آسیب شناسی پس از سرطانهای دهانه رحم، پوست، پستان، اولیه غدندلفناوی، ثانوی غدندلفناوی و مخاط رحم در ردیف هشتم از لحاظ شیوع قرار دارد (۱۴). در يك بررسی دیگر ۱۲/۸٪ سرطانهای

امید بزرگی که در تشخیص زودرس سرطانهای تخمدان بوجود آمده وجود CEA (کارسینو امبریونیک آنتی ژن) در پلاسمای خون ۳۵٪ بیماران مبتلا به سرطان تخمدان (نه تومورهای خوش خیم) است (۲) که با پیشرفت و بهبود شیوه کار شاید بتوان در آینده بصورت یک آزمون برای آزمایش دوره‌ای زنان از آن استفاده کرد.

از آنجا که ۹-۸٪ از بیماران مبتلا به سرطان تخمدان کسانی هستند که هیستریکتومی شده و تخمدان آنها حفظ شده است، هنوز تأیید و یا رد نظریه Gibbs که در خانمهای بالای ۳۵ سال در جریان هر نوع جراحی لگن، برداشتن تخمدانها ۲۰٪ از احتمال پیدایش کارسینوما تخمدان کم می‌کند، احتیاج به زمان و مطالعه بیشتری دارد. ناگفته نگذاریم که قابل لمس بودن تخمدانهای زن‌ها را پس از سنین یائسگی، باید قویاً مشکوک و مظنون تلقی کرد (۲).

۲۵-۲۹ ساله شایعتر می‌باشد و در تخمدان راست بیشتر دیده می‌شود. در آذربایجان شرقی این بیماری احتمالاً شیوع بیشتری دارد و رابطه آن با ناباروری یا میزان باروری در ایران تا بحال مشخص نشده است.

اکثر بیماران خیلی دیر و موقعی که تومور حجم بسیار بزرگی پیدا کرده است به پزشک مراجعه می‌کنند. در تعداد بسیار کمی از بیماران کمخونی مشاهده می‌شود و فقط در ۱۸/۲٪ آنها گراوایندکس مثبت است.

از آنجا که روش‌های ثابت شده‌ای برای پیشگیری از این بیماریها پیدا و ارائه نشده، تشخیص زودرس اساس پیشگیری از صدمات مراحل پیشرفته بیماری و مرگ و میر است. این امر تنها با آزمایش دوره‌ای (Periodic examination) و مراجعه سالانه خانمها به پزشکان متخصص و انجام آزمایش‌های دقیق و تشخیص تومورهای تخمدان در مراحل مقدماتی امکان پذیر خواهد بود (۲).

REFERENCES:

- 1- Ackerman, L. V., Del Regato, J. A. Cancer, Diagnosis, Treatment and Prognosis, PP 713 -715, 1970.
- 2- Barber, H. R. K., Ovarian Cancer, Amer. Can. Society Professional Educ. Publ. PP 2 - 21, 1975.
- 3- Condict Moore, Synopsis of Clinical Cancer, Second Edition. PP 140 - 148, 1970.
- 4- Habibi. A., Cancer in Iran, Malignant Tumors of the Female Genitalia, International Surgery Vol. 55, No. 7, PP 13-17, 1971.
- 5- Holland, I. F. Cancer Medicine. PP. 1710 - 1711, 1974.
- 6- Janovski, N. A. Ovarian Tumors. PP 24-94, 1973.
- 7- Kisner, R. W. Gynecology, Principles and practice. PP 332-335, 1971.
- 8- Novake, E. R. Gynecology. PP 238 - 239, 1975.
- 9- Peaslee, E. R. Ovarian Tumors PP. 108 - 112, 1974.
- 10- World Health Organization, Histological Typing of Ovarian Tumors. PP 13 - 21, 1973.

۱۱- جمالیان-رضاء، سرطان شناسی بالینی از انتشارات جمعیت ملی مبارزه با سرطان و ترجمه، صفحات ۱۸۶-۱۷۷، ۲۵۳۳.

۱۲- جمالیان-رضاء، علل و روش‌های پیشگیری از سرطانهای دستگاه تناسلی خانمها صفحات ۱۱-۸، ۲۵۳۵.

۱۳- حبیبی-عبدالله، چگونگی وضع سرطان در ایران، خصوصیات اپیدمیولوژیایی برخی از انواع آن، مجله بهداشت ایران، سال سوم شماره ۴، صفحات ۲۰۶-۱۸۸، ۲۵۳۳.