

کارسینومای آندومتر و تومورهای

با خاصیت ترشحی هورمون زنانه
(FEMINIZING TUMORS)

مجله نظام پزشکی

سال چهارم، شماره ۲، صفحه ۱۱۰-۱۳۵۳

* دکتر حسین پارسا، دکتر سیده لی اصغر پلاسید، دکتر، ضیاء ثابت راسخ*

بالینی بین المللی که توسط اسرائیل گزارش شده عبارتند از:

مرحله صفر: قبل از تهاجم و یا درجا (INSITU).

مرحله ۱: سرطان منحصر به جسم رحم (۳).

مرحله ۲: سرطان بددهانه رحم نیز سراایت نموده است.

مرحله ۳: سرطان از رحم خارج شده ولی از لگن خارج نشده است.

مرحله ۴ A: از رحم تجاوز نموده و به مخاط مثانه و رکتوم رسیده و در مخاط ادم و بر جستگی ایجاد نموده است.

مرحله ۴ B: از نظر بالینی و رادیو گرافی متا-تازه‌های دور دست نیز داده است.

بیمار مورد گزارش: ج-م، فرزند محمد، شماره پرونده بیمارستانی ۹۶۲۱۲، خانه دار، ۴۵ ساله، اهل وساکن گناپاد، مدت شکایت و ناراحتی بیمار از ده سال قبل بوده که در تاریخ ۱۲/۹/۵۲ بعلت خونریزی از رحم مراجعت کرده است. این خونریزی بصورت منومتر و راژی همراه با کمر درد و سنگینی ذیردل و ترشح زیاد اذ مهبل در موقعي که خونریزی نداشته، بوده است. بیمار در بیمارستان جهانشاه صالح تحت عمل جراحی کورتاژ تشخیصی قرار گرفت.

شرح حال بیمار در موقع بستره شدن: سابقه شخصی: بیمار در سن ۱۳ سالگی قاعده شده و قاعدگی مرتب داشته است و در ۱۷ سالگی ازدواج نموده و فقط یک بار حامله شده و زایمان مهبلی طبیعی داشته که فرزندش سالم است. سابقه سقط نداشته و بیماری مهمی را بخاطر ندارد.

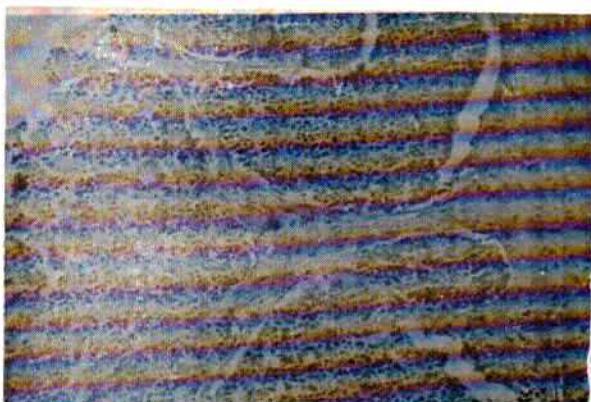
دراین مقاوله کارسینومای آندومتر و تومورهای با خاصیت ترشحی هورمون زنانه در بیمارستان جهانشاه صالح در مدت ۸ سال و گزارش یک، و در جالب تومود گرانولوزای تخدان همراه با آدنوکارسینوم آندومتر و متاستاز آن به تخدان دیگر مورد بحث واقع شده است. تعریف - تومور گرانولوزا توموری است با خاصیت ترشحی هورمون زنانه که در سنین مختلف ظاهر می‌کند. قبل از سن بلوغ دارای عالم بالینی بلوغ زودرس می‌باشد ولی در سنین باروری عالم مهمنی ندارد. بعداز یائسگی موجودیت آن بصورت خونریزیهای رحمی آشکار می‌شود (۳، ۵، ۶).

همراه بودن آن با آدنوکارسینوم آندومتر بر حسب عقیده نواک در ۲۰-۲۵٪ موارد (۵) و بر حسب عقیده پارسون و سامر زد ۱۵-۲۰٪ موارد دیده شده است (۶). در سنین باروری علامت مشخصه‌ای ندارد، مگر تومور هماندازه‌ای بزرگ باشد که مثل سایر تومورهای تخدان توجه بیمار را جلب کند و یا در معاینات زنانه کشف شود و توأم شدن تومور گرانولوزا با آدنوکارسینوم آندومتر از یک طرف و گزارش‌های دیگری در سندروم Stein-Leventhal که استروژن آنها نیز بالا است (۶، ۵، ۲) از طرف دیگر قابل توجه و بررسی است و تا حدودی رابطه بین کارسینوم آندومتر و از دید استروژن را روش می‌کند و نیز باید توجه خاص در تجویز استروژن در سنین نزدیک یائسگی و بعداز آن نمود. از نظر عاقب بیماری ۲۰-۳۰٪ عود و بد خیمی در تومورهای گرانولوزا گزارش شده است (۶). همچنین میدانیم که کارسینوم آندومتر در سنین بعد از یائسگی زیادتر از سنین دیده می‌شود. از نظر طبقه‌بندی

* گروه بیماریهای زنان و مامائی و آسیب شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تهران.

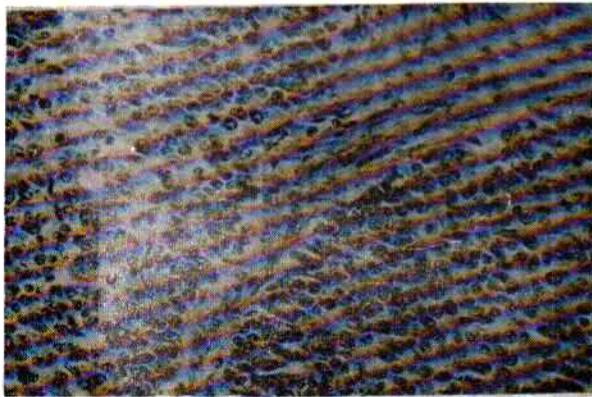
گزارش آسیب‌شناسی

رحم بوزن ۳۵۰ گرم، صورتی رنگ، قطر طولی ۱۰ سانتیمتر، قطر عرضی ۹ سانتیمتر و قطر قدامی خلفی آن ۵ سانتیمتر است. دهانه رحم ۳ × ۲ سانتیمتر، صدفی رنگ کanal اندوسرویکس ۳/۵ سانتیمتر با مخاط صورتی رنگ طبیعی نمایان است. در ته حفره رحم (فوندوس) نسج پلیپوئیدی با باعاد ۱ × ۱ × ۱/۵ سانتیمتر بر رنگ قرمز مایل به خاکستری با قوام شکننده و نقاط نکروزه مشاهده گردید. بقیه حفره اندومتر از مخاط قرمز به ضخامت ۱ میلیمتر پوشیده شده بود و تخدمان طرف راست با باعاد ۴ × ۴ سانتیمتر پشت پشه کپسول بر رنگ قهوه‌ای و در سطح مقطع کیستهای متعددی حاوی ماده ژلاتینی و قسمتهای توپر کرم رنگ نمایان بود. (شکل ۱) در طرف چپ توموری بوزن ۶۴۵ گرم به ابعاد ۶ × ۱۰ × ۱۴ سانتیمتر وجود داشت. کپسول معمولاً صاف و براق



شکل ۱- مقطع طولی رحم:

در ته رحم (بیکان) تومور آوروال در داخل عضلات رحم را نشان میدهد. در سمت چپ (ضلع ام طرف راست) مقطع تومور تخدمان راست بصورت مناطق سفید صدفی و حفرات کیستیک دیده میشود. ضمایم طرف چپ قبلاً ضمن عمل برداشته شده بود.

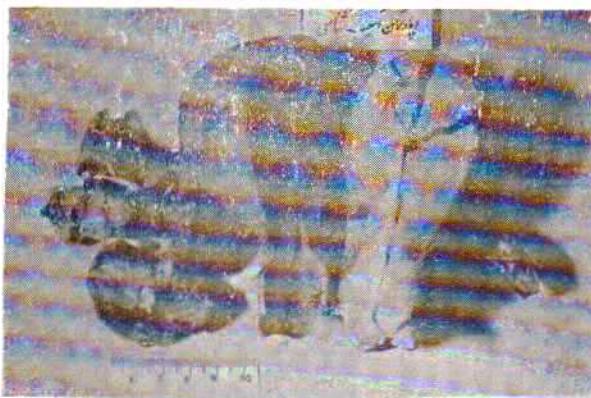


شکل ۲- تومور تخدمان طرف چپ:
منظره نسج زرد روشن (کرم رنگ) با مناطق کیستیک هموراژیک مشخص به تومورگر انولوزا را نشان میدهد.

معاینه دستگاه‌ها: قلب و عروق طبیعی، فشارخون ۱۲۰-۷۰، بین ۹۶ در دقیقه، در سمع و دق ریه‌ها طبیعی، درجه حرارت ۳۶/۸ است دردی در ناحیه کلیمه‌ها وجود نداشته و از ناراحتی ادراری شکایت ندارد، رفلکس‌های طبیعی است. در سایر اندامها عارضه مهمی موجود نیست.

معاینه دستگاه تناسلی: دعاشه رحم طبیعی و از مجرای داخلی آن خون سیاهرنگی جاریست. اعضای تناسلی خارجی طبیعی به نظر میرسد. در معاینه دودستی، رحم بزرگ و در حدود رحم حامله ۶ هفته و سفت است که سمت راست آن کشیده شده و در طرف چپ محل آنکه‌ها تسوده نامنظم چسبنده به ابعاد تقریبی ۶ × ۱۰ × ۱۴ میلیمتر حس میشود و در طرف راست محل تخدمان توموری کوچکتر با چسبنده‌گی قابل لمس است.

بررسیهای آزمایشگاهی: گلبول قرمز ۴/۸ میلیون و سفید ۸۰۰۰، هموگلوبین ۱۳/۵ گرم درص، زمان سیلان ۳ دقیقه و ۳۶ انقاد ۷ دقیقه، سرعت رسوب گلوبولهای قرمز ساعت اول ۱۱۰ میلیمتر، ساعت دوم ۶۸ میلیمتر، اوره خون ۲۵٪ گرم، قند ۱۱ میلیگرم، آزمایش کامل ادرار طبیعی، L. D. R. L. ۵ منفی، تست کبدی تیمول ۲ واحد و واندبرگ منفی بود. یافته‌های رادیو-گرافی ساده طبیعی است. در رادیو-گرافی بوسیله ماده حاجب Barium Enema. این ماده از تمام طول کولون گذشته و ناحیه سکوم و آپاندیس را پر نموده است. تصویر کادر کولون و روده‌های عادی است فقط اثری از فشار بر روی سیکلموئید دیده میشود. در اروتو-گرافی کلیه‌ها ترشح طبیعی دارند و شکل و اندازه آنها طبیعی بوده فقط حالب چپ کمی متسع و روی مثانه اثر فشار از خارج بچشم میخورد، درستون فقرات اسکولیوز مشاهده میشود. در تاریخ ۱۲/۹/۵۳ از بیمار کورتاژ تشخیصی بعمل آمد در گزارش آسیب‌شناسی تشخیص آدنو کارسینوم آندومتر با اనوایزون و آتنی. پس شدید سلوی داده شد. در تاریخ ۱۰/۲/۵۲ پس از تکمیل کارهای مقدماتی، بیمار جهت عمل برداشتن کامل رحم و لوله و تخدمان نهایی آماده شد. پس از باز کردن شکم در تخدمان طرف چپ توموری بزرگ با چسبنده‌گی به چادرینه دیده شد، تخدمان طرف راست کوچکتر ازاولی بود. درین بازنمودن شکم خون سیاهرنگ غیرقابل انعقاد و بدون لخته در محوطه شکم وجود داشت و تومور طرف چپ پارگی مختصراً داشت و از آن خون جاری بود. تومور در بعضی نقاط دارای کیست بوده و به جدار لکن و چادرینه چسبنده‌گی داشت. با عمل جراحی چسبنده‌گیها را بر طرف نموده و قسمتی از مهبل نیز برداشته شد. در طرف راست تومور کاملاً از چسبنده‌گیها جدا شد و رحم با شمام طرف راست و تومور تخدمان طرف چپ برای آسیب‌شناسی ارسال گردید.



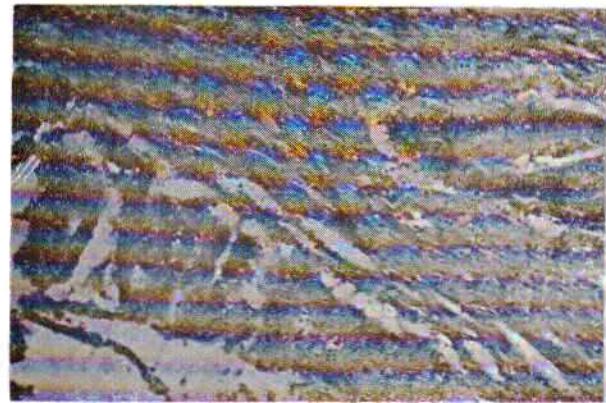
شکل ۵- نمای ریزبینی تومور آندومتر چپ:
استروumasی تومور بصورت رشدی ای قرار داشته و در لایه‌ای آنها سلول‌های تومورال بصریت صفات سلولی با سازمانهای مشخص(کالاکسنر) نمایان است.



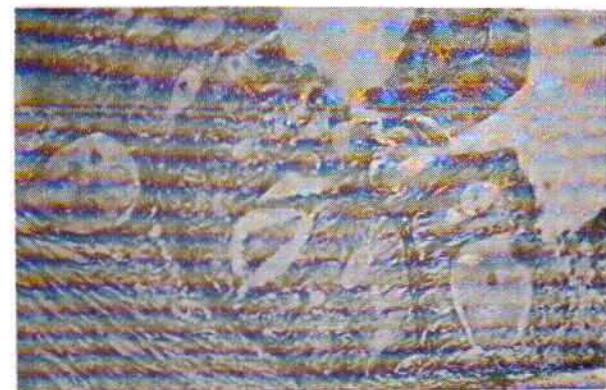
شکل ۶- درشت نمایی بزرگتر از شکل ۵:
سازمانهای (کالاکسنر) با خصوصیات سلولی ای گرانولوزا هسته هویجی شکل مشخص است.

تشخیص آسیب‌شناختی: آدنوکارسینوم آندومتر و متاستاز به تخدمان راست، همراه تومور گرانولوزا تکامل تخدمان طرف چپ.
 رابطه تومور گرانولوزا با آدنوکارسینوم جسم رحم توأم بودن تومور گرانولوزا و تکامل همراه آدنوکارسینوم رحم گزارش شده است، در نتیجه تصور می‌رود این تومورها در بودجه آمدن کارسینوم آندومتر مؤثر باشند، چه مقدار زیادی هورمون استروئن ترشح می‌کنند و شاید در سنین نزدیک یا نیزگاه و نووالک از آن باعث کارسینومای رحم می‌گردند. قبل اینگاه و نووالک ۵۴ مورد تومورهای با خاصیت زنانگی را همراه با آدنوکارسینوم رحم گزارش کرده بودند. در مطالعاتی که اخیراً مانس و هر تیک بعمل آورده نشان داده‌اند که ۱۵ درصد از سرطان آندومتر با تکوحا همراه بوده است. فلیک و باتفیلد این نسبت را در ۷/۵ درصد تکوحا همراه افزایشی‌های با خاصیت زنانگی پیدا کرده‌اند. آخرین مطالعات گرین‌نشان داده است که ازین ۱۵۵۰ مورد ۲۸۹ تومور گرانولوزا-تکامل بوده‌اند و ازین این بیماران ۵۶ رحم مطالعه شد که در ۱۳ مورد آنها کارسینوم آندومتر گزارش شد همچنین ۸ مورد تکوحا و ۵ مورد تومور گرانولوزا مشخص شده است.

جایجا لبول، درقطع مناطق توپر و نرم همراه نکروز خونریزی مشاهده گردید. جدار کیستها ساف و بدون جوانه و محتوی ماده زرد شفاف با لخته خون بوده (شکل ۲). در آزمایش ریز بینی نسج پلیپوییدی آندومتر، سرطان پیشرونده - Invasive آدنوکارسینوم با سازمانهای غددی و عالم بدخیمی نمایان بود. سلولها از نقطه شکل، اندازه رنگ پذیری کاملاً متفاوت بوده میتوز و آتیپیسم سلولی دیده شد. در آندومتر مجاور تومور هیپرپلازی و دیسپلازی غدد نیز بچشم می‌خورد. (شکل ۴-۳).



شکل ۳- آدنوکارسینوم آندومتر و ازوایون به داخل رحم مشخص است.



شکل ۴- متاستاز آدنوکارسینوم آندومتر در تخدمان را نشان میدهد.

در تخدمان طرف چپ تومور گرانولوزا با سازمانهای مشخص- کالاکسنر Calexner دیده شد. سلولها کوچک و یکنواخت دارای سیتوپلاسم مختصراً بازووفیل و هسته‌های ذوزنقه‌ای یا مستطیلی شکل بوده است. جایجا سلول‌های تومورال بصورت رشد و صفحات سلولی قرار گرفته بودند. میتوز و نکروز سلولی همراه با خونریزی مشاهده گردید (شکل ۶-۵).

مؤلفین است که میتواند مربوط به کمبود مواد مطالعه باشد، زیرا یک مورد در ۵ مورد وجود داشت . محققین مختلف به این نتیجه رسیده‌اند که ۱۵٪ موارد ، این تومورها بعد از یائسگی همراه کارسینومای رحم است و این امر را به تحریک استروژن بعدازی یائسگی و بوجود آمدن کارسینوما نسبت میدهند و نکته جالب توجه این است که تأثیر کارسینوم‌سازی تکو ما بیشتر از تومور گرانولوزاسل میباشد که خود مؤید اثر استروژن است و همچنین میدانیم مقدار استروژن در تومور تکامل بیشتر از تومور گرانولوزا میباشد، و این نکته شایان اهمیت و بررسی بیشتر است که شاید استروژن زیاد در سنین نزدیک یائسگی و بعداز آن در ایجاد سرطان آندومتر مؤثر باشد.

در بررسی بایگانی بخش آسیب‌شناسی بیمارستان جهانشاه صالح از سال ۱۳۴۴ تا خرداد ماه ۱۳۵۳ (۸ سال و ۳ ماه) ۴۰ مورد آدنوکارسینوم آندومتر موجود بود که یک مورد متاستاز به تخدمان - های راست و چپ و در مورد دیگر (بیمار مورد بحث این مقاله) متاستاز به تخدمان راست و جو داشت بنابراین نسبت متاستاز ۵٪ میباشد. تعداد تومور گرانولوزاسل در این مدت ۵ مورد و همه آنها در تخدمان چپ دیده شدند که خود از نظر موقعیت محلی جالب است و در بیمار مورد بحث همراه با آدنوکارسینوم آندومتر بود و نسبت توأم بودن این دو در این دسته ۲۰٪ و کمی بیشتر از گزارش‌های

REFERENCES:

- 1- GALLAGER, H. S. and LEWIS, R.P. Obstet_Gynec: 41-129; 1973. Megestrol acetate in the management of advanced endometrial carcinoma.
- 2- HAUSHNECHT, R.U. and GUSBERG, S.B. Am. J. Obstet_Gynec: 116_981; 1973. Estrogen metabolism in patients at high risk for endometrial carcinoma the role of androstenedione as an estrogen. precursor in postmenopausal women with endometrial carcinoma.
- 3- ISRAEL, S. L. Textbook of Diagnosis and treatment of menstrual disorders and sterility 5, Edition; 1967.
- 4- MORROW, C.P. et al. Obstet_Gynec: 24_399; 1973. Current management of endometrial carcinoma.
- 5- NOVAK, S. Textbook of Gynecology. 8 - Edition; 1970.
- 6- PARSONS and SOMMERS. Textbook of Gynecology. P: 793- 802; 1964.
- 7- ULFELDER, H. Am J. Obstet - Gynec : 117 - 794, 800 ; 1973. Stilbestrol, Adenosis and adenocarcinoma.
- 8- WHETHAM, J. C. G. and BEAN, J. L. M. Am. J. Obstet - Gynec: 112 - 339; 1972. Carcinoma of The Endometrium.