

اپیدمیولژی تومورهای تخدمان در ایران

با معرفی ۱۲۰ بیمار

مجله نظام پزشکی

سال ششم، شماره ۳، صفحه ۱۹۶، ۱۹۷۶، ۲۵۳۶

* دکتر حسین پارسا - دکتر علی اصغر پلاسید - دکتر هرمز دیر اشرفی * دکتر رضا جمالیان *

تخدمان 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 تخدمان 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 ۱۱ نوزیع فراوانی انواع تومورهای تخدمان در بیمارستان دکتر جهانشاه صالح ۲۵۳۰-۲۵۳۶ شاهنشاهی

ردیف	نوع تومور	تعداد	%
۱	الواع کیست‌های تخدمان (بدجدول شماره ۲ مراجمه شود)	۹۶	۸۰/۰۰
۲	آدنوكارسینوم تخدمان	۶	۵/۰۰
۳	تراتوم تخدمان	۴	۲/۲۴
۴-۶	تومور گرانولوزا	۲	۲/۵۰
۴-۶	سندرم ابشتاین لوونتال	۲	۲/۵۰
۴-۶	لیومیوم تخدمان	۲	۲/۵۰
۷	فیبروم تخدمان	۲	۱/۶۶
۸-۱۰	دیس زدمینوم تخدمان	۱	۰/۸۳
۸-۱۰	تومور تیروگلوبولی تخدمان	۱	۰/۸۳
۸-۱۰	کیست هیداتیک	۱	۰/۸۳
جمع		۱۲۰	۱۰۰

مقدمه
بافت‌های متعددی در تشکیل تخدمانها 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 تخدمان در تمام کشورهای جهان از سلطان دهانه زهدان کمتر است، با این وجود بعلت عدم امکان دسترسی به تخدمانها و نبودن روش‌های مناسبی برای تشخیص زودرس سرطانهای تخدمان، آینده بیماران بسیار تاریک و امید بزندگی برای بیشتر گروههای سنی پس از تشخیص بیماری کمتر از یکسال است (۲-۱۱-۱۲).

تلفات حاصل شده از تومورهای تخدمان مساوی و یا اغلب بیشتر از سلطان دهانه زهدان است (۳). بهموجب یک آمار جدید ۲۵٪ تومورهای اختصاصی دستگاه تناسلی زنان و ۴۴٪ تلفات سرطانهای اختصاصی بانوان را در امریکا تومورهای تخدمان 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 دراز دیده امید این بیماران به زندگی طولانی‌تر تأثیر اندکی داشته است (۱).

روش و وسائل تحقیق

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

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

** دانشگاه آزاد ایران، تهران.

مناستازی (تومور کروکنبرگ و غیره) ۵/۶٪ موارد را تشکیل می‌دهند.

آمار ارائه شده توسط کیسنر (Kisner) از بیمارستان زنان بوستون می‌تواند مبنای جالبی برای مقایسه میزان شیوع تومورهای تخدمان با بیمارستان زنان تهران (دکتر جهانشاه صالح) قرار بگیرد. در این آمار ۲۴٪ کلیه تومورهای تخدمان از نوع سرخ ۶۵/۵٪ خوش خیم، ۱۷/۵٪ کیست در موئید (۸/۸٪ خوش خیم)، ۹۹/۹٪ فیروم (۲۹٪ خوش خیم) ۱/۷٪ تومورهای کرانولوزا (۶۶٪ خوش خیم) بوده است، در مجموع ۸/۱۳٪ تومورهای تخدمان در این بیمارستان بد خیم بوده‌اند (۷).

وفور فیروم‌های تخدمان در بوستون و کم آنها در بیمارستان دکتر جهانشاه صالح در تهران نشان دهنده یک اختلاف واقعی نیست؛ بلکه بنتظر ما از آنجا که فیروم‌های تخدمان عمولاً حجم زیادی پیدا نمی‌کنند و بیشتر در جریان لایه‌راتومی و یا اعمال جراحی کاوی شی یا درمانی بخارتر بیماری دیگر کشف می‌شوند، این امر موجب ایجاد اختلاف شده است. در حقیقت این اختلاف بیشتر مولود مراقبت بیشتر و امکانات زیادتر خدمات درمانی در امریکاست.

درجول شماره ۳ توزیع فراوانی گروههای سنی بیماران محاسبه شده است.

جدول شماره (۳) توزیع فراوانی گروههای سنی بیماران مبتلا به تومورهای تخدمان در بیمارستان دکتر جهانشاه صالح ۲۵۳۰-۲۵۴۴

%	تعداد	گروههای سنی
۰	۰	۱۴-۰۰ ساله
۴/۱۶	۵	۱۹-۱۵
۱۶/۶۶	۲۰	۲۴-۲۰
۱۷/۵۰	۲۱	۲۹-۲۵
۱۴/۱۶	۱۷	۳۴-۳۰
۱۵/۰۰	۱۸	۳۹-۳۵
۱۲/۵۰	۱۵	۴۴-۴۰
۷/۵۰	۹	۴۹-۴۵
۷/۵۰	۹	۵۴-۵۰
۰/۸۴	۱	۵۹-۵۵
۲/۲۴	۴	۶۴-۶۰
۰	۰	۶۵-۱۴ سال بیالا
۰/۸۳	۱	نامشخص
۱۰۰	۱۲۰	جمع

جدول شماره (۲) توزیع فراوانی انواع کیست‌های تخدمان در بیمارستان دکتر جهانشاه صالح ۲۵۳۰-۲۵۴۴ شاهنشاهی

ردیف	نوع کیست	تعداد	%
۱	کیست درموئید	۲۳	۲۳/۲۵
۲	کیست مردو	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 پایپلر	۴	۴/۱۷
۶-۷	کیست هماتیک	۴	۴/۱۷
۸	کیست الوئیتی	۳	۳/۱۲
۹	سیست آدنوم	۲	۲/۰۸
۱۰	کیست با جدار فیبر	۲	۲/۰۸
جمع			۹۶
۱۰۰			

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

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

در مورد نوع تومورهای تخدمان 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 تخدمان در ایران انجام گرفته، تومورهای کیستیک (کیست آدنوكارسینوم و ترااتوکارسینوم) شایعترین نوع تومورهای تخدمان را تشکیل می‌دهند و ۴۹٪ کلیه ضایعات بد خیم این عضو هستند، تومورهای توپر (آدنوكارسینوم) در حدود ۱۶٪ و تومورهای اختصاصی تخدمان (دیس‌ژرمینوم، آرنوبلاستوم و مامبران گرا-نولوزا) ۲۵٪ تومورهای تخدمان را شامل می‌شوند. در این آمار سارکوم‌های تخدمان (۲/۵٪)، کوریوکارسینوم (۱٪) و تومورهای

مطابق نوشته‌های ژانووسکی، دیس ژرمنیوم در ۵۰٪ موارد در تخدمان راست، در ۳۵٪ موارد در تخدمان چپ و در ۱۵٪ موارد بطور دو طرف مشاهده می‌شود و تومور بر نره در تخدمان راست بیشتر است (۶).

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

جدول شماره (۶) توزیع فراوانی استان زادگاه بیماران مبتلا به تومور تخدمان، بیمارستان دکتر جهانشاه صالح ۲۵۳۰-۰۵۳۴

ردیف	استان	تعداد	%
۱	تهران بزرگ	۴۰	۲۲/۳۳
۲	آذربایجان شرقی	۲۲	۱۸/۳۳
۳	استان مرکزی	۱۷	۱۴/۱۷
۴	خراسان	۸	۶/۶۶
۵	بزد	۶	۵/۰۰
۶	مازندران	۵	۴/۱۷
۷	همدان	۳	۲/۵۰
۸-۱۰	اصفهان- گرگان و گیلان‌هریک	۲	۱/۶۶
۱۱-۱۴	كرمانشاه - لرستان - سیستان		
۱۵	لامپوشان و خوزستان‌هریک	۱	۰/۸۴
۱۶	آذربایجان غربی	۰	۷/۵۰
جمع		۱۲۰	۱۰۰

این مسئله موقعی ابعاد مشخص‌تری پیدا می‌کند که بدانیم تمدادی از بیماران آذربایجان شرقی توسط بیمارستان‌ها و پزشکان دانشگاه آذربایجان مورد درمان قرار می‌گردد. 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 (رج) در جمعیت ملی مبارزه با سرطان در بین تمداد زیادی از سرطان‌ها مشاهده شده از مسائل جالب توزیع جغرافیائی سرطان ایران است که هنوز بخوبی تعبیر و توجیه نشده است.

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

در جدول شماره (۶) توزیع فراوانی تمداد 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 ۲۹ تا ۲۵ ساله بچشم می‌خورد. از آنجا که در اکثر موارد بیماران ما بعلت احسان سنگینی در شکم و یا لمس تومور (جدول شماره ۷) به بیمارستان مراجعت کرده‌اند و پر طبق نظریه نوواک ۸۵٪ از تومورهای تخدمان که قطر بیشتر از ۵ سانتی‌متر پیدا می‌کند، خوش خیم هستند و وفور تومورهای خوش خیم تخدمان در گروه سنی ۲۰-۳۰ ساله شایع‌تر است (۸)، بنابراین این نوع توزیع فراوانی در ایران طبیعی است. در کشورهای غربی موارد بیشتری از سلطنهای تخدمان در مراحل اولیه و قابل عمل کشف می‌شوند و بنا براین در گروه سنی ۳۰-۵۰ ساله این تومورها بیشتر در گروه سنی (۳-۱۱) در محدود ایالات متده متجده بوده است (۱). در حقیقت تعداد زیادی از سلطنهای تخدمان با تشخیص سرطان نامشخص شکم و یا سرطان متاستاز داده و منتشر ثبت می‌شوند.

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

با توجه به این حقیقت که در حدود ۵۰٪ از جمعیت در گروه سنی ۱۴-۲۰ ساله هستند و در نتیجه ۲۵٪ از جمعیت کشور مارا دختران ۱۴-۲۰ ساله تشکیل می‌دهند (در حدود ۸ میلیون)، فقدان تومور تخدمان در جدول شماره ۳ در این گروه سنی تعجب آور است. با توجه به آمارهای جهان معلوم می‌شود در حدود ۴٪ از تومورهای تخدمان در دختران کوچکتر از ۱۰ سال پیدا می‌شود که در ۵٪ هستند (۷).

شاید علت این پدیده مراجعت دختران بیمار به بخش‌های کودکان و جراحی عمومی باشد زیرا دختران خردسال به «بیمارستان زنان» که تصور می‌شود مخصوص سینه، بعداز ازدواج و آبستنی است مراجعت نمی‌کنند.

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

جدول شماره (۶) توزیع فراوانی تومورهای تخدمان در رابطه با محل استقرار آنها در تخدمانها در بیمارستان دکتر جهانشاه صالح ۲۵۳۰-۰۵۳۴

محل تومور	تعداد	%
تخدمان راست	۶۲	۵۱/۶۶
تخدمان چپ	۴۲	۲۵/۰۰
هر دو تخدمان	۱۱	۹/۱۷
لامپوشان	۵	۴/۱۷
جمع	۱۲۰	۱۰۰

در جدول شماره ۷ نشانه‌های بیماری که انگیزه مراجعه بیماران به پزشک بوده دسته بندی شده و بیشترین تعداد مراجعه منوط 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 و سایلان درازی که این تومورها ناشناخته مانده‌اند، توجه کنیم (۳).

مطالعات دقیق نشان داده است که خونریزی زیاد، دیسمنوره و منوپوز زودس نشانه‌های اولیه این تومورها نیست (۳) و این مسئله به تشخیص دیررس این بیماری‌ها و عواقب شوم آنها می‌انجامد. در ۵٪ موارد علت مراجعته بیماران ماباید بیمارستان فوریتی است که پیچ خوردگی پایه «پدیکول» تومورو یا خونریزی داخلی پیش‌می‌آورد 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 تخدمان مشخص می‌شود.

جدول شماره (۸) توزیع فراوانی مقدار هموگلوبین در بیماران مبتلا به تومور تخدمان، بیمارستان دکتر جهانشاه صالح ۲۵۳۰-۲۵۴۶

%	تعداد	مقدار هموگلوبین «بر حسب گرم»
۴/۱۶	۵	۷-۹
۲۱/۶۷	۲۶	۹/۱-۱۱
۳۰/۰۰	۲۶	۱۱/۱-۱۳
۲۶/۶۷	۲۲	۱۲/۱-۱۵
۸/۳۴	۱۰	۱۵/۱-۱۷
۹/۱۶	۱۱	نامشخص
۱۰۰	۱۲۰	جمع

از جدول شماره (۸) معلوم می‌شود که کم خونی در تومورهای تخدمان شایع نیست و فقط در ۱۶٪ بیماران مشاهده می‌شود.

در جدول شماره (۹) توزیع فراوانی اندازه تومورهای تخدمان با معیارهایی که جراح یا آسیب شناس بیان کرده‌اند، نوشته شده است و معلوم می‌شود که صرفاً از مواد دنامشخص، بیشتر تومورها در موقع جراحی بسیار بزرگ بوده‌اند.

در جدول‌های شماره ۱۰ و ۱۱ نتیجه آزمایش گروایند کس در تمام بیماران و کسانی که در باره آنها گروایند کس انجام شده منکس گردیده است و معلوم می‌شود که هر چند از لحاظ بالینی یکی از تشخیص‌های اولیه تومور هیپوگاستر در یک زن جوان آبستنی است، معدّل آزمون‌های تشخیص حاملگی به تشخیص افتراقی کمک زیادی می‌کند. (در ۱۸٪ موارد که تومور تخدمان با

نشده است استنتاج آماری از آنها مقدور نیست. ذمناً 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 تخدمان در بیمارستان جهانشاه صالح ۲۵۳۰-۲۵۴۶

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

بیشتر مطالعات انجام شده نمایانگر این واقعیت است که شرائط خانوادگی، وضع ازدواج، تعداد آبستنی، وزن، مذهب و سطح اقتصادی - اجتماعی در میزان بروز تومورهای تخدمان بی‌اثر بوده (۱۱-۱۲-۱۱-۹-۵) و این مسئله در مطالعات انجام شده در ایران هم ثابت شده است (۱۲-۱۳-۴). در شهر نیویورک با جمعیت نسبتاً مساوی بین کاتولیک‌ها، پروتستان‌ها و یهودی‌ها، تومورهای تخدمان 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 تخدمان، بیمارستان جهانشاه صالح ۲۵۳۰-۲۵۴۶

%	تعداد	نحوین نشانه‌های بیماری (۱)
۶۹/۱۶	۸۳	ذیر درد و احساس سنگینی شکم
۱۴/۱۶	۱۷	بزرگی شکم یا لحس تومور
۱۲/۲۴	۱۶	اختلال قاعدگی
۱۲/۵۰	۱۵	آمنوره
۱۲/۵۰	۱۵	هیبر منوره
۱۰/۸۳	۱۳	کمر درد
۲/۲۴	۴	قرش
۲/۲۴	۴	نازایی اولیه
۰/۸۴	۱	آسیت
۵/۱۰	۶	هواضن حاد شکم - پیچ خوردگی پدیکول تومور

نحوه عددی از بیماران بیشتر از یک نشانه داشته‌اند

دستگاه تناسل خانمهای، ۴/۴ کلیه سرطانهای زنان و ۲% کلیه سرطانهای شناخته شده در ایران (درین دو جنس) در تخدمان پیدا شده‌اند (۴). بهموجب این مطالعه ۱۸% تومورهای تخدمان در ایران حالت بدخیمی داشته‌اند که کمی بیشتر از ارقامی است که توسط بقیه محققان در جهان گزارش شده است (۲-۵-۶-۷) و این آمارها اهمیت پزشکی و بهداشتی این بیماری را درمورد جامعه ما نشان می‌دهد.

البته تاموقوی که ثبت‌موارد سرطان Cancer registry در ایران در سطح ملی انجام نشود نمی‌توان دقیقاً شیوع و فراوانی و میزان مرگ و میر این بیماری را مشخص کرد.

در بیشتر کشورهای جهان در سال‌های اخیر تومورهای تخدمان بشکل نگران کننده‌ای افزایش یافته‌اند (۱). مثلاً در ۴۰ سال اخیر تعداد مبتلایان در ایالات متحده آمریکا ۳ برابر بیشتر شده است و هم‌اکنون از هر ۱۰۰ دختری که در آمریکا متولد می‌شود یکی به سرطان تخدمان دچار می‌گردد و امید بدنده ماندن برای این افراد پس از تشخیص بیماری بسیار ناچیز است (۲-۵).

سرطانهای تخدمان ۵% ضایعات بدخیم اختصاصی زنان را در آمریکا تشکیل می‌دهد و در مالک اسکاندیناوی وفور این بیماری در حدود ۲ برابر ایالات متحده است (۳). بررسی‌های آمار نشان داده که افزایش طول عمر زن عادراً این کشورهای تهدیل افزایش این تومورها نبوده است (۵).

در زنانی که بدلاًیل شغلی یا محل اقامت با بعضی از مواد شیمیائی مثل پنبه‌نسوز تماس پیشتری داشته‌اند، شیوع سرطان‌های تخدمان، ریه و صفاق در آنها بیشتر بوده است (۱۲).

در زنانی که سابقه سرطان پستان یا آندومتر دارند، احتمال پیدا شدن سرطان تخدمان 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 تخدمان در یک خانواده امر جالبی است. «لی بر» ابتلاء به سرطان تخدمان را در یک مادر و ۵ دخترش گزارش کرده است (۱).

خلاصه و نتیجه

سرطانهای تخدمان در ایران جزء ۱۰ سرطان شایع زنان است. تومورهای تخدمان در ایران فراوان می‌باشد و متوجه دیر تشخیص داده می‌شود و تلفات آن زیاد است. ۰.۸۰% تومورهای تخدمان کیستیک هستند و کیست‌های درموگید، سرو و فولیکول درین آنها به ترتیب شایع‌تر است. این بیماریها در گروه سنی

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

جدول شماره (۹) توزیع فراوانی اندازه‌های تومورهای تخدمان با معیار نذکر شده توسط پژوهشان در عالم نگر در بیمارستان جهان‌نما صالح ۲۵۳۰-۲۵۳۴

اندازه تومور	تعداد	%
بسیار بزرگ	۱۶	۱۲/۳۲
باندازه هندوانه	۱۳	۱۱/۶۶
باندازه طالبی	۲۴	۲۰/۸۳
باندازه پرتفال	۴۰	۲۲/۳۲
باندازه نارنگی	۱۰	۸/۲۲
باندازه گرد	۵	۴/۱۶
نامشخص	۱۲	۱۰/۰۰
جمع	۱۲۰	۱۰۰

جدول شماره (۱۰) توزیع فراوانی نتایج گروآوایندکس در کلیه بیماران

گروآوایندکس	تعداد	%
منفی	۹۰	۷۵
ثبت	۲	۱/۶۶
الجام نشده	۲۸	۲۲/۳۲
جمع	۱۲۰	۱۰۰

جدول شماره (۱۱) توزیع فراوانی نتایج گروآوایندکس در بیمارانی که این آزمایش را انجام داده‌اند

گروآوایندکس	تعداد	%
منفی	۹۰	۹۷/۸۲
ثبت	۲	۲/۱۸
جمع	۹۲	۱۰۰

بحث

سرطانهای تخدمان در ایران نسبتاً بیماری‌شایعی است (۴). این سرطانها ۲۱% کلیه سرطانهای زنها و ۱۰% از کلیه سرطانهای اختصاصی بانوان را تشکیل می‌دهد و بر مبنای بیشتر از ۴۰۰۰۰ آزمایش آسیب‌شناسی پس از سرطانهای دهانه، رحم، پوست، پستان، او لیدگددلتفاوی، ثانوی غدد لنفاوی و مخاطر رحم در ردیف هشتم از لحاظ شیوع قرار دارد (۱۶). در یک بررسی دیگر ۱۲/۸% سرطان‌های

امید بزرگی که در تشخیص زودرس سرطانهای تخمدان بوجود آمده وجود CEA (کارسینو امبریونیک آنتی‌زن) در پلاسمای خون 35% 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 آنجاکه $8\%-9\%$ از بیماران مبتلا به سرطان تخمدان کسانی هستند که هیستر کتومی 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 20% از احتمال پیدایش کارسینومای تخمدان کمی کند، احتیاج به زمان و مطالعه پیشتری دارد. ناگفته نکذاریم که قابل لمس بودن تخمدان‌های زن‌ها را پس از سنین بائسگی، باید قویاً مشکوک و مظنون تلقی کرد (۲).

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

اگر بیماران خیلی دیر و موقعی که تومور حجم بسیار بزرگی پیدا کرده است به پزشک مراجعه می‌کنند. در تعداد بسیار کمی از بیماران کم خونی مشاهده می‌شود و فقط در $2/18\%$ آنها گراوایندکس مثبت است.

از آنجاکه روش‌های ثابت شده‌ای برای پیشگیری از این بیماریها پیدا و ارائه نشده، تشخیص زودرس اساس پیشگیری از خدمات مراحل پیشرفته بیماری و مرگ و میراست. این امر تنها با آزمایش دوره‌ای (Periodic examination) و مراجعت سالانه خانمهای 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-رضا، سرطان شناسی بالینی از انتشارات جمعیت ملی مبارزه با سرطان «ترجمه» صفحات ۱۸۶-۱۷۷، ۱۷۷-۲۵۳.
- ۱۲- جمالیان-رضا، علل و روش‌های پیشگیری از سرطانهای دستگاه تناسلی خانمهای صفحات ۱۱-۸، ۲۵۳۵.
- ۱۳- حبیبی-عبدالله، چگونگی وضع سرطان در ایران، خصوصیات اپیدمیولژیائی برخی از انواع آن، مجله بهداشت ایران، سال سوم شماره ۴، صفحات ۲۰۶-۱۸۸، ۲۵۳۳.