

نامه دانشکده پزشکی تهران

مهرماه ۱۳۴۴

شماره اول از سال بیست و سوم

حسبجو باوگرواوریهای علمی

دکتر جها نفاصا لاج

خصوصیات انگورک و سرطان جفت در ایران

بیماری انگورک و سرطان جفت و عوارض گوناگون بافت تروفوبلاستیک در ایران بسیار شایع است بطوریکه مشاهدات ماتقریباً با نظریات دانشمندان چین و ژاپن و هندوستان وفق میدهد. اگرچه بطور قاطع و دقیق نمیتوان گفت که در مملکت ما چند مورد از باروریها منجر به انگورک میگردد ولی بهرحال با در نظر گرفتن گزارش و نمودارهای مربوط بزایشگاهها میتوان دریافت که شیوع این عارضه از میزان $\frac{1}{2500}$ که مربوط به ممالک اروپائی و امریکائی است بسیار زیادتر میباشد و عجب تر آنستکه این میزان روز بروز رویتزاید است.

آمار بیمارستان زنان در ده سال قبل نشان میدهد که رویه مرفته از هر ۷۰۰ نفر بانوی حامله ایکه بعنوان مختلف از قبیل حاملگی وزایمان طبیعی و غیر طبیعی و حالات گوناگون سقط به بخش و درمانگاهها مراجعه نموده اند یک مورد مول هیداتی فورم دیده شده است و بطور کلی سالیانه در حدود ۳۰۰ الی ۴۰۰ بیمار مبتلا باین عارضه در بخش جراحی بستری و تحت درمان

قرار گرفته و بطور متوسط سالیانه در حدود ۴ الی ۶ مورد بیمار مبتلا به کوریوآدنوما و کوریو-کارسینوما بستری و تحت درمان قرار گرفته اند. در سالهای اخیر تعداد بیماران مبتلابضایعات تروفوبلاستیک بطور محسوس رویتزاید است. گرچه سال بسال بر تعداد بستری شدگان باحالات غیرطبیعی حاملگی افزوده میشود و یخشهای ما از پذیرائی بسیاری از بانوانیکه بطور طبیعی زائیده اند عاجز است ولی باز هم بطور محسوس بر شماره بیماران گرفتار بانگورک و سرطان جفت اضافه شده است بطوریکه تقریباً از هر ۱۰۰ بانوی بارداری که بععل گوناگون به یخش و درمانگاههای بیمارستان زنان مراجعه نموده اند یک مورد بیمار مبتلا به انگورک مشاهده میشود و تعداد مبتلیان به کوریوآدنوما و کوریوکارسینوما در حدود ۴ الی ۸ نفر میباشد.

در سال گذشته تعداد بانوانیکه باحالات گوناگون زایمان طبیعی و غیرطبیعی و سقط جنین در یخش بستری شده اند ۸۵۷ نفر بوده و در بین آنان ۶۷ بیمار مبتلا به انگورک وجود داشته بنابراین میزان شیوع بیماری انگورک به نسبت $\frac{1}{13}$ بشماران بستری در یخش بوده است. در عرض مدت یکسال اخیر تعداد ۹ مورد کوریوآپی تلیوما در بین بیماران بستری در بیمارستان زنان مشاهده شده است که چهار نفر آنان در خارج از بیمارستان سابقه سقط انگورک و یا آبستنی داشته و یا از شهرستانها مراجعه نموده اند و تعداد ۵ نفر از آنان بیمارانی بودند که سابقه بیماری انگورک داشته و در بیمارستان زنان تحت درمان قرار گرفته بودند و بعد از آن بطور مرتب تحت نظر قرار داشتند.

بایستی خاطر نشان ساخت که از تعداد ۶۷ مورد بیماران مبتلا به انگورک که در سال اخیر در بیمارستان زنان تحت درمان قرار گرفته بودند فقط ۲ نفر آنها بطور مرتب جهت معاینه و آزمایش ادرار مراجعه نموده و تحت نظر قرار گرفته اند و متأسفانه از سرنوشت ۱۴ بیمار دیگر اطلاعی در دست نیست ولی با احتمال قریب به یقین عارضه مهمی نداشته اند تا مراجعه نمایند. بهر حال ما از ارائه آماریکه چند درصد از بیماران مبتلا به انگورک در آتیه به کوریوآدنوما و یا کوریوکارسینوما دچار میشوند عاجزیم زیرا تمام بیماران پس از معالجه انگورک بطور مرتب و منظم مراجعه نمی نمایند. اما از بررسی شرح حال و سابقه بیماران مبتلا به کوریوآپی تلیوما باین نتیجه رسیده ایم که برخلاف آنچه که در گزارشهای خارجی قید شده فقط ۵ درصد بیماران دچار سرطان جفت، سابقه ابتلاء انگورک داشته اند و بقیه متعاقب حاملگی و زایمان طبیعی و یا سقط جنین باین عارضه دچار شده اند.

اتیولوژی: از لحاظ علت و عوامل مستعد کننده برای ابتلاء به بیماری انگورک در بررسی

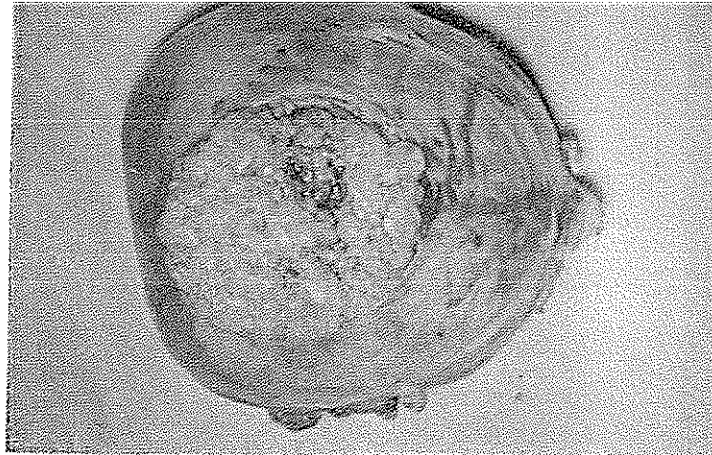
شرح حال و سابقه بیماران متأسفانه هنوز از نظر محیط زندگی و آب و هوا به مطالب قابل توجهی

برخورد نکرده ایم فقط دونکته تاکنون جلب توجه کرده است: اول آنکه اغلب بیماران مبتلا بانگورک بسیار جوان و کم سن بوده و درستین کمتری ازدواج نموده اند بطوریکه اکثر آنان بین ۶ الی ۳۰ سال دارند. دوم آنکه بطور کلی در اغلب بیماران ما مسئله فقر غذایی و کمبود مواد پروتئینی در رژیم غذایی بچشم میخورد و در آزمایش خون مقدار پروتئین سرم کمتر از طبیعی است. آمار بیمارستانهای مختلف نشان میدهد که مبتلایان به بیماری مول هیداتی- فورم در بیمارستان های دولتی و بین اشخاص فقیر و کم بضاعت بیشتر دیده میشود و حال آنکه در میان بیماران خصوصی بمراتب کمتر است.

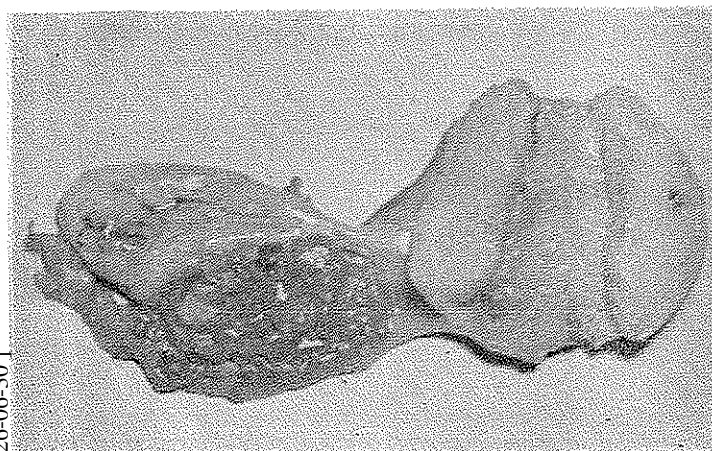
تصور می رود که بیماری انگورک و سرطان جفت چون از دسته ضایعات دژنراتیو میباشد در اثر سوء تغذیه و کمبود پروتئین ممکن است بوجود آید بنابراین بهتر است علت اساسی این بیماری را در نرسیدن غذای کافی و اکسیژن به سلولهای تروفوبلاست جستجو نمود زیرا کم خونی و نقصان اکسیژن نیز رشد سلولها را از مسیر اولیه خود منحرف مینماید و آنها را دچار استحاله و خرابی مینماید و بطوریکه میدانیم در اکثر تومرهای دژنراتیو سوء تغذیه و نرسیدن اکسیژن یکی از علل مساعد کننده بشمار میرود. از نظر وجود سابقه، بعضی از بیماریهای مزمن و ضعیف کننده از قبیل بیماری سل، برخلاف آنچه در گزارشهای خاور دور ذکر شده، در بیماران ما مسئله قابل توجهی بنظر نمیرسد.

نشانه های بالینی

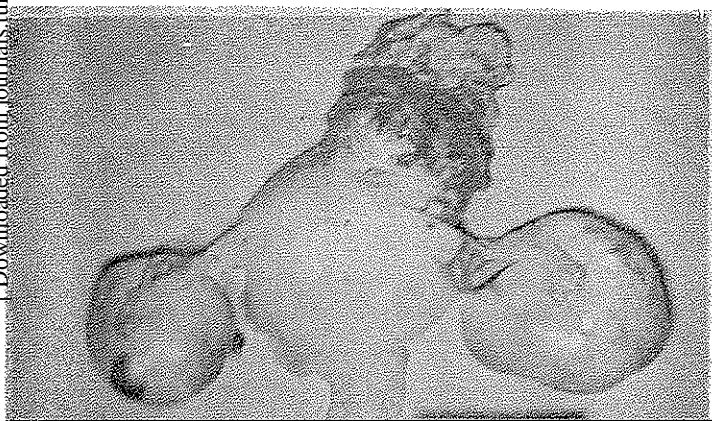
از لحاظ علائم بالینی و ناراحتی هائیکه باعث مراجعه بیماران میگردد خونریزی و کم خونی و ضعف در درجه اول اهمیت قرار دارد. گذشته از بیمارانیکه سابقه خونریزیهای مکرر و طولانی داشته و یا باحالت خونریزی شدید و حاد به بیمارستان آورده شده اند بطور کلی در بیماران مبتلا به انگورک غالباً بدون آنکه خونریزی قابل توجهی وجود داشته باشد یک حالت کم خونی و رنگ پریدگی شدید و حتی علائم شبیه به یرقان بچشم میخورد بطوریکه با اولین برخورد قیافه مخصوص این بیماران را میتوان تشخیص داد علی الخصوص که اغلب بانوان مبتلا بانگورک در مملکت ما سفیدرو و دارای موهای بور و یا خرمائی میباشد. گذشته از خونریزی و کم خونی، دسته ای از بیماران بعلت ویا رشدید و استفراغهای مبرم حاملگی و حالت توکسمی حاملگی بدرجات مختلف حتی در بعضی از موارد باحالت اکلامپسی مراجعه مینمایند. بانوان مبتلا به انگورک معمولاً دارای رحمی بزرگتر از مدت حاملگی میباشد در سواردی هم مواجه با بیمارانی شده ایم که رحم بسیار بزرگ شبیه حامله نه ماهه داشته اند. خونریزی این بیماران بسیار شدید و حتی گاهی علائم خونریزی داخلی در محوطه درونی رحم و لابلا



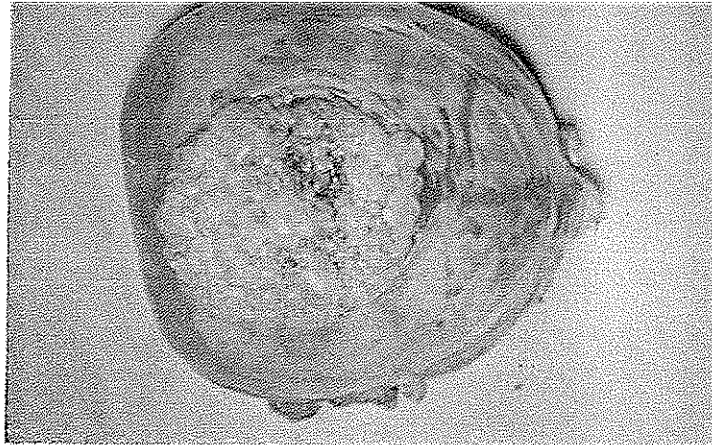
شکل ۱ رنگی - نمای ظاهری
رحم مبتلا بانگورک با منسوبات
درونی آن که یکبارہ بوسیله
عمل هیسترکتومی برداشته
شده است



شکل ۲ رنگی - نمای ظاهری
انگورک در مزوسالینکس با
کانون اولیه بسیار کوچک
نفوذ انگورک در جدار رحم
که مبداء این دست اندازی
نیرسرمائی بوده است



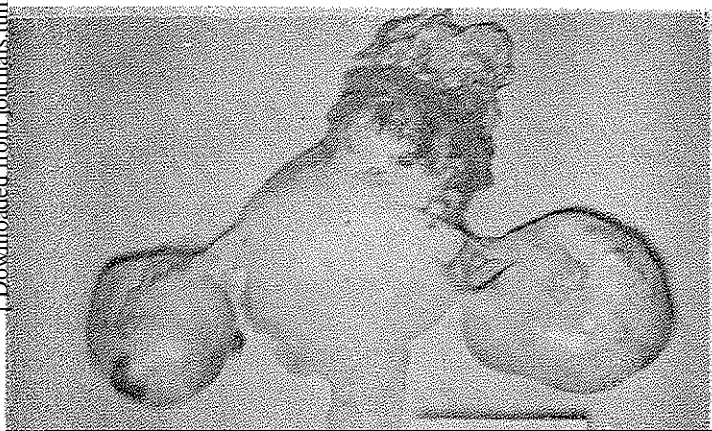
شکل ۳ رنگی - نمای ظاهری
رحم مبتلا به کورپوکارسینوما
با کیسه های اوتئینین سرد و تخمدان
و چسبندگی چادرینه به محل
نفوذ سرطان جفت در عمق
رحم



شکل ۱ رنگی - نمای ظاهری
 رحم مبتلا با انگورک با مشخصات
 درونی آن که یکپارده پوشیده
 عمل هیستوپاتولوژی برداشته
 شده است



شکل ۲ رنگی - نمای ظاهری
 انگورک در مزوسالپنکس با
 کانون اولیه بسیار کوچک
 نفوذ انگورک در جدار رحم
 که مبداء این دست اندازی
 نیرسرتانی بوده است



شکل ۳ رنگی - نمای ظاهری
 رحم مبتلا به کوریوکارسینوما
 با کیسه‌های اوتیشینی هر دو نیمه‌دان
 و چسبندگی چادرینه به جدار
 نفوذ سرطان جفت در عمق
 رحم

نسیج انگورک وجود داشته و رحم درحال انقباض دائم بوده و تابلوی بالینی جدا شدن قبل از موقع بوجود آمده بود.

درمآه‌های اول ابتلاء تشخیص سول‌هیداتی فورم اشکالات فراوانی دارد زیرا بالا بودن عیار هورمن گونادوتروپ کوریونیک در حاملگی طبیعی نیز وجود دارد و چنانچه حالت خونریزی و سقط در بین نباشد نمیتوان تصمیم بختالی نمودن رحم گرفت مخصوصاً که در اوایل کار فقط لکه بینی و ترشحات خون آلود آنهم بمقدار کم وجود دارد.

حالت استحاله انگورک در قسمتی از جفت بطوریکه چنین کامل از رحم سقط شود و یا در زایمان‌های طبیعی فقط در ناحیه‌ای از جفت آثار استحاله انگورک مشاهده شود، بسیار کم است و هر سال یکی دومورد بیشتر دیده نمیشود و فقط یک بیمار که حاملگی دوقلوداشت درحال سقط مراجعه نموده بود که یکی از حاملگی‌ها بصورت انگورک درآمده بود و حال آنکه چنین دیگر بطور کامل با جفت مربوطه خارج گردید.

کیست‌های لوتئینی تخمدان: معاینه دقیق مبتلایان بانگورک بعد از خالی شدن رحم نشان میدهد که کیست‌های لوتئینی تخمدانها در ۷۰ درصد از بیماران ما وجود داشته و در ۲۰ درصد بقیه مشاهده نمیشود.

نشانه‌های آزمایشگاهی: از آزمایشهای بیولوژیک حاملگی امتحان بوفو از نظر مثبت یا منفی بودن دارای ارزش فراوانی است ولی این آزمایش بطور کمی یعنی با ادرار رقیق شده ارزش چندانی ندارد. بطوریکه مواردی از بیماری انگورک و سرطان جفت مشاهده شده است که فقط آزمایش بوفوی معمولی مثبت بوده است و با ادرار رقیق شده جواب منفی بدست آمده است. حتی مواردی نیز دیده شده است که با وجود مسلم بودن بیماری از نظر بالینی و آسیب شناسی، جواب آزمایش زیست‌شناسی حاملگی منفی بوده است.

اندازه‌گیری استروژنها و پروگن‌دیول در بیماران مبتلا به انگورک و سرطان جفت بتازگی شروع شده است. مطالعه سلول شناسی مهلبی نیز در مبتلایان به عوارض تروفوبلاستیک سدی است ادامه دارد اما هنوز بطور قطع و یقین در مورد زیادی یا کمی فولیکولین نمیتوان اظهار عقیده نمود.

درمان: نحوه درمان در بیماران مبتلا به انگورک در بخشهای تابع دانشکده بیشتر عبارت از خالی نمودن محتویات رحم از راه پائین میباشد. زیرا اصولاً بسیاری از بیماران یعنی در حدود ۷۵ درصد (به نسبت $\frac{۳}{۴}$) از آنها با حالت سقط انگورک و خونریزی به بیمارستان آورده

میشوند. در اینگونه موارد طبعاً پس از انجام مقدمات لازم و انتقال خون تزریق سرم با پیتوسین بعمل میآید و عمل خالی کردن رحم و کورتاژ براحتهی امکان پذیر است حتی الامکان سعی بر آن است که در همان جلسه اول تمام محوطه داخلی رحم و جدارهای آن از نسج مول هیداتی فورم خالی و تمیز شود. بعضی عقیده دارند که بهتر است در جلسه اول اصرار در کورتاژ مفصل و طولانی نشود و تنها بخالی نمودن رحم و بند آوردن خونریزی اکتفا نمایند و یک هفته بعد که رحم تا اندازه ای انولوسیون پیدا نمود یک بار دیگر با خیال راحت رحم را که جدار آن سفت تر شده کورتاژ و تمیز نمایند. اما تجربه بمانشان داده است که این روش نتایج مطلوبی ندارد و چه بسا در جلسه اول مقدار نسج انگورک در یک قسمت از دیوار رحم باقی میماند و در کورتاژ مجدد قسمتی از بقایای انساج مزبور بوسیله کورت در محل دیگر از جدار رحم جایگیر میشود. این عمل خود با ایجاد حالاتی از دست اندازیها و لانه گزینی نسج تروفوبلاست کمک میکند و در این دسته از بیماران عوارضی از قبیل کوریوآدنوما و کوریو-کارسینوما بیشتر از دستجات دیگر دیده میشود. در حدود ۲۵ درصد از بیماران که مبتلا به انگورک هستند و بدون علائم شروع سقط در بخشها بستری میشوند سعی بر اینستکه بکمک سرم همراه با پیتوسین دردهای مصنوعی ایجاد نمایند و باین ترتیب سقط انگورک انجام گیرد و سپس مطابق معمول تمیز نمودن و کورتاژ رحم اجرا گردد. با این وصف عمل هیستروتومی و خالی نمودن رحم از آزار شکم در بخشهای مابندرت انجام میگردد و آن در مواردی است که خونریزی بیمار بسیار شدید و دهانه رحم غیر قابل اتساع بوده و خالی نمودن رحم از پائین امکان پذیر نباشد. در مواردیکه سن بیمار بیشتر از ۵۰ سال باشد یا آنکه سابقه چندین زایمان داشته و باندازه کافی صاحب اولاد بوده باشد یک باره عمل هیستروکتومی انجام داده و رحم را با تمام محتویات آن بر میدارند و باین ترتیب از عواقب خطرناک این بیماری آسوده خاطر میشوند مخصوصاً که بسیاری از اینگونه بیماران از دهات و نقاط دور دست آمده اند و تحت نظر گرفتن و تعقیب آنان عملاً اشکالات فراوانی دارد.

احتیاس و نفوذ انگورک و پیدایش حالت کوریوآدنوما دستروانس

در تعداد کمی از بیماران ما که سابقه سقط انگورک داشته اند این کسالت دیده شده است بطوریکه آندسته از بیماران مشکوک بکوریوکارسینوما که علائم متاستاز ریوی و متاستازهای قهقرائی در مجرای تناسلی ندارند و میزان هورمون گونادوتروپ کوریونیکیک ادرار آنها زیاد بالا نیست عملاً جزو دسته کوریوآدنوما دستروانس شناخته میشوند. اگرچه در عمل جراحی اینگونه بیماران مشاهده حبابچه های سالم انگورک به تشخیص این عارضه کمک میکند ولی عقیده ما

براین است که بسیاری از بیماران که با تشخیص کوریوکارسینوما تحت عمل قرار گرفته و نتیجه مثبت و رضایتبخش داشته‌اند و بیماری عود نکرده است در حقیقت بیماری اصلی آنها کوریوآدنوما بوده است چه در کوریوکارسینوما چنانچه معلوم است نتیجه عالی بعد از عمل بسیار کم است. در بین بیماران ما یک مورد متاستاز غیر سرطانی انگورک در مژوسالپنکس مشاهده شده است (شکل ۲ رنگی) باین معنی که بیمار سابقه سقط انگورک داشته و پس از خالی شدن رحم کیست‌های لوتئینی فروکش نمی‌نمایند و آزمایش بوفو بعد از چهار ماه باز هم مثبت جواب میدهد. پس از باز کردن شکم مشاهده میشود که علاوه بر کیست لوتئینی تخمدان یک تومر کیستی یک در مژوسالپنکس وجود دارد که ابعاد آن $1.0 \times 0.5 \times 0.5$ سانتیمتر و پر از وزیکول‌های انگورک است. در بررسی جدار رحم یک کانون نفوذ انگورک بقطر نیم سانتیمتر مشاهده میگردد. این بیمار هیچگونه دست‌اندازی دوردست و یا متاستاز قهقرائی نداشته و بعد از عمل هیسترکتومی بهبودی کامل پیدانمود. این شرح حال نشان میدهد که دست‌اندازی سلول‌های تروفوبلاست بدون حالت بدخیمی نیز وجود خارجی دارد و اصولاً مابین یافت کوریون عادی و نسج انگورک و کوریوکارسینوما از لحاظ آسیب‌شناسی حد و حصری



شکل ۱- قطع ماکروسکوپی رحم مبتلا به کوریوکارسینوما که دو سال و نیم بعد از سقط انگورک بوجود آمده است

وجود ندارد و در شرایط بالینی مخصوص تمام آنها قابل تبدیل بهمدیگر نمیباشند. زمینه دفاعی بیمار و شرایط زندگی و عوامل دیگر همانطور که در ایجاد و تکوین کوریوکارسینوما دخالت دارد بهمان

اندازه نیز قادر است سلولهای تروفوبلاست را در اندامها از بین ببرد و کانونهای پراکنده انگورک وحتى سرطان جفت را مستهلک نماید. بهمین دلیل بقایای سلولهای تروفوبلاست که ممکن است بعد از زایمان یاسقط یادفع انگورک در جدار رحم باقی مانده باشد بزودی از بین برود و یا آنکه در موارد بخصوص مدتها بحال اختفا باقی بماند و روزی شروع بفعالیت نماید.

شرح حالی در دست است که بیماری از اعالی مازندران دو سال و نیم بعد از سقط انگورک مبتلا به کوریوکاریسینوم واضح و پیشرفته ای شده و در بیمارستان زنان تحت عمل قرار گرفته است (شکل ۱).

معمای پولیپهای جفتی: مشاهداتی در بیمارستان زنان داشتیم که ثابت میکند پولیپ پلاسنانتر وجود خارجی دارد. باین معنی که ارتشاح و احتباس سلولهای تروفوبلاست در جدار رحم ورشد و تکثیر و باصطلاح ارگانیزه شدن آنها از یک طرف وعکس العمل بافت همبند و عضلانی جدار رحم از طرف دیگر میتواند ایجاد تومری پایه دار در محوطه داخلی رحم بنماید. این تومرها از لحاظ شکل ظاهری کاملاً شبیه پولیپ رحم بوده ونشانهای بالینی آنرا از قبیل خونریزی ولکه بینی بدون دلیل و ناسرتب ایجاد مینماید. این گونه تومرها تا مدتی ممکن است بهیچ وجه جنبه بدخیمی نداشته باشند اما ممکن است بدلائلی که هنوز روشن نیست دفتناً مشی سرطانی بخود بگیرند. از اینجاست که تمام تومرهای پولیبی شکل رحم باید بدقت مورد امتحان آسیب شناسی قرار گیرد و چنانچه آثاری از بافت کورین در لابلای رشته های عضلانی وهمبندی مشاهده شد لازم است علائم رادیولوژی و امتحانات زیست شناسی حاملگی در نظر گرفته شود. بیماری را چند سال پیش مشاهده کردیم که متعاقب یک زایمان طبیعی مبتلا به پولیپ جفتی میشود و یکسال بعد از برداشتن پولیپ مزبور، با کوریوکاریسینوم پیشرفته ای که تمام احشاء شکم را فرا گرفته و دست اندازیهای دوردست و متاستازهای قهقرائی شدید داشت مراجعه مینماید (شکل ۲)

کوریوکاریسینوم واقعی: بیماری سرطان جفت نیز مثل انگورک در مملکت ما زیاد است از لحاظ آمار کلی باز هم نمیتوان گفت که بیماری سرطان جفت در زنان باردار بچه نسبتی دیده میشود و یا آنکه مبتلایان به انگورک بچه نسبتی به سرطان جفت مبتلا میشوند. آنچه مسلم است تعداد مبتلایان به سرطان جفت در ایران بمراتب زیادتر از ممالک اروپائی و آمریکائی است بطوریکه میزان کوریوکاریسینوما در بیمارانی که با حالات مختلف حاملگی به بخش و درمانگاههای بیمارستان زنان مراجعه نموده اند در حدود $\frac{1}{4000}$ و در بین بیمارانی که بعلت زایمان طبیعی وغیرطبیعی وحالات مختلف سقط در بخشها بستری شده اند به نسبت $\frac{1}{1000}$ بوده است.

در مشاهده بیماران مبتلا به سرطان جفت، اکثریت باآنهائی نیست که سابقه دفع بچه خوره داشته‌اند بلکه تعداد بانوانیکه پیشینه سقط جنین و یا زایمان طبیعی دارند تقریباً مساوی بیمارانی است که سابقه انگورک نشان می‌دهند.



شکل ۲- متاستاز قهقرائی کوریوکارسینوما در دهلیز فرج
مربوط به بیماریکه از مبداء یک پولیپ جفتی بعد از یکسال
مبتلا به سرطان جفت پیشرفته‌ای شده است

این مسئله را شاید باین ترتیب بتوان توجیه نمود که اولاً بعلت قدغن بودن کورتاژ عمده و جنائی غالباً سقط جنین بوسائل گوناگون و دستکاریهای مختلف و یا بدست اشخاص نایاب و ناوارد و بطور مخیفی و ناقص انجام میگیرد و در اکثر موارد منجر باحتباس جفت و ماندن مقداری نسج تروفوبلاست بمدت طولانی در داخل رحم میگردد. این مسئله خود کمک بنفوذ و ارتشاح نسج جفت و بوجود آمدن کوریوکارسینوما مینماید. گذشته از آن در بسیاری از شهرهای کوچک و دهات و کوهپایه‌ها که دسترسی به بیمارستان و طبیب متخصص مشکل است بسیارند بیمارانیکه دچار حالات گوناگون سقط میشوند و بموقع تحت درمان کورتاژ و تمیز نمودن رحم قرار نمیگیرند و یا درمانهای خانگی و یا خود بخود بهبود پیدا میکنند و چه بسا ماهها

طول میکشد که قطعات جفت و جنین از رحم یک زن مبتلا بسقط خارج شود. بدیهی است این موضوع نیز عامل مؤثری برای ایجاد عوارض تروفوبلاستیک میتواند بشمار آید. بالاخره زایمانهاییکه بدون رعایت موازین علمی و اصول زایمان صحیح بدست همسایگان و پیر زنان بی سواد انجام میگردد، عجله بی مورد درسوق خروج جفت و فشردن رحم بمنظور بیرون راندن آن و عدم توجه دربررسی وضع جفت و پرده ها و غفلت درآگاهی از دفع کامل آن. تمام این گونه اشتباهات منجر به باقی ماندن قسمت ناچیزی از نسج تروفوبلاست در داخل رحم میگردد و شاید این عوامل علت اساسی عدم تطابق آمار مابانوشتهجات کلاسیک بوده باشد. نشانه های بالینی: از لحاظ علائم بالینی آنچه در مبتلایان به سرطان جفت جلب توجه مینماید کم خونی ورننگ پریدگی بسیار شدید میباشد. درحقیقت اطلاق رنگ زردکاهی باین بیماران روا است. گاهی اندازه هموگلوبین بدن آنها از ۳٪ الی ۴٪ بیش نیست و این کم خونی مفرد بهیچوجه باخونروی رحمی بیمار متناسب نیست و با وجود تجویز داروهای مقوی و خونساز و انجام ترانسفوزین، کم خونی ورننگ پریدگی بیماران آنطوریکه باید و شاید اصلاح نمیشود. گوئی سرطان جفت مرتباً گویچه های سرخ بدن را تباه و نابود مینماید.

خونریزی های شدید رحمی نیز در بیماران ما نسبتاً شایع است بطوریکه گاهی با وجود وخامت حال بیمار فقط بخاطر آنکه بتوان از خونریزی شدید رحمی جلوگیری شود مجبور به انجام عمل هیستریکتومی بطور اورژانس شده ایم. تاکنون ۲ مورد بیمار مبتلا بسرطان جفت داشتیم که همانند حاملگی خارج از رحم بانشانه های خونریزی داخل شکم به بیمارستان آورده شده اند و بطور اورژانس تحت عمل جراحی قرار گرفته اند و مشاهده گردیده که سرطان پیشرفته در جدار رحم و ضامئ نفوذ کرده و دریک قسمت از عمق رحم و ناحیه گوشه ها باعث خرابی جدار عروق و پارگی رگهای خونی شده و خونریزی داخلی خطرناکی را بوجود آورده است. (شکل ۳ رنگی) بزرگی حجم رحم و احساس کانونهایی در قسمت های مختلفه جدار آن در اکثر بیماران ما وجود دارد. اما مواردی نیز مشاهده شده است که کانون اولیه سرطان جفت بسیار کوچک و ناچیز بوده در عوض دست اندازیهای دور دست و متاستازهای قهقرائی بطور بارز و شدید وجود داشته است. جالب تر آنکه چند سال پیش بانوی جوانی با علائم تومر مغز بیکی از همکاران مراجعه نموده و بعد از تعیین محل تومر اقدام بباز کردن جمجمه و برداشتن تومر مینماید و امتحان آسیب شناسی جنس تومر را کوریو کارسینوما تشخیص میدهد در حالیکه در معاینه زنانه رحم و ضامئ هیچگونه ضایعه و تغییری قابل توجهی نداشت و فقط بیمار سابقه سقط انگورک در شش ماه قبل داشته است مسئله قدرت دفاعی چادرینه روده ها در بعضی از بیماران ما جلب توجه نموده است. بطوریکه

در اغلب اعمال جراحی که مواجه با کانونهای کوریوکاریسینوما در جدار رحم شده ایم در نواحی که کانونهای سرطانی بارنگ مخصوص بزیر پوشش صفاقی رحم رسیده بود مقداری از چادرینه متوجه آن ناحیه شده و کاملاً با آنجا چسبندگی پیدا کرده بود تا باین وسیله از انتشار و سرایت بیماری باحشاء داخل شکم جلوگیری نماید. از نظر دست اندازیهای دوردست متاستازهای ریوی در بیماران ما در درجه اول اهمیت قرار دارد و در درجه دوم متاستازهای قهقرائی را میتوان یاد نمود. در بقیه موارد فراگیری و انتشار بیماری باحشاء داخل شکم، کبد، ستون فقرات و مغز مشاهده گردیده است. یک مورد بسیار جالب توجه متاستاز واحد و دوردست نادری است که در استخوان فک و لثه یکی از بیماران مشاهده گردیده است. کیست های لوتئینی تخمدان چنانچه در بخش مربوط بانگورک گفته شد در ۷ درصد مبتلایان بسرطان جفت نیز



شکل ۳- متاستاز قهقرائی سرطان جفت در فورشت فرج
مربوط به بیماری که جواب آزمایش زیست شناسی حاملگی
اوهواره منفی بوده است

مشاهده گردیده است. اندازه این کیست ها در بعضی موارد بسیار بزرگ و در یکی از بیماران بقطر ۲ سانتیمتر رسیده بود.

نشانه های آزمایشگاهی: از لحاظ بررسی های هورمونی و آزمایشهای زیست شناسی حاملگی

چنانکه ذکر گردید مواردیکه مقدار هورمون گوناد و تروپ کوریونیکی بسیار بالا نبوده و یا آنکه امتحان بوفویا ادرار رقیق شده جواب مثبت نداده است در سرطان جفت نیز دیده میشود. حتی مواردی از این بیماری با متاستازهای قهقرائی مشاهده شده که جواب امتحان زیست شناسی حاملگی منفی بوده است (شکل ۳). بنابراین فقط باتکاء آزمایش ادرار نمیتوان در مورد بیماری مبتلا بضایعات تروفوبلاستیک تصمیم قاطع گرفت بلکه لازم است نکات بالینی و جواب آزمایش آسیب شناسی نیز در نظر گرفته شود. درباره آزمایش های آسیب شناسی نیز همانطوریکه همکاران گرامی این رشته نیز معترفند قضاوت درباره سرطان جفت ورد یا قبول آن در بسیاری از موارد بی اندازه مشکل است. اگرچه دیده نشدن پرزهای سالم و فعالیت و لجام گسیختگی شدید و نفوذ و رسوخ سلولها در جدار عضلانی رحم و پیدایش فساد نسج و خونریزی موضعی تا اندازه ای تشخیص کوریو کارسینوما را مسجل مینماید اما متأسفانه این علائم همیشه در زیر میکروسکوپ جمع نیست و بعقیده اینجانب لازم است همواره سیر بالینی بیماری با جواب آزمایش آسیب شناسی و آزمایش بیولوژی حاملگی توأمأ در نظر گرفته شود. ناگفته نماند که جواب آزمایش زیست شناسی با وجود اشتباهاتی که ممکن است گاهی روی دهد نباید کاملاً بی اهمیت تلقی شود زیرا مابیماری از اهل اراک داشتیم که یگانه علامت موجود در او، یک امتحان بوفو مثبت بود و در معاینه بالینی و تراش تفحصی رحم هیچ نوع وضع غیر عادی و مشکوک وجود نداشت اما لکه بینی بیمار با هیچگونه مداوایی بهبود نیافت و آزمایش بوفو مثبت ماند و بعد از چندی با تومر کوریو کارسینوما نسبتاً بزرگی به بیمارستان مراجعه و تحت عمل قرار گرفت و مسلم بود که این استحاله بدخیم از مبداء یک حاملگی چند روزه شروع شده بود (شکل ۳ رنگی).

درمان: بنظر اینجانب از نقطه نظر معالجه، برداشتن رحم و ضامنه حتی الامکان در مبتلایان بسرطان جفت باید انجام گیرد. حتی در مواردیکه نشانه های دست اندازی بریتین و یا متاستازهای قهقرائی موجود باشد. چه برداشتن رحم نه تنها از ادامه خونریزی رحمی جلوگیری میکند، در بسیاری از حالات از شدت متاستازهای دوردست نیز میکاهد. اینجانب از این قبیل بیماران بکرات دیده ام. گرچه در بسیاری از آنان کانون های سرطانی دوردست پس از چندی مجدداً بوجود آمده اند و به پیشرفت خود ادامه داده اند ولی باز هم مواردی بوده که بیمار حتی از متاستاز سهیلی شفا یافته و تا پنج سال بعد نیز نشانه ای ازعود بیماری مشاهده نشده است.

در بعضی از بیماران مبتلا بسرطان جفت پیشرفته که تحت عمل جراحی برداشتن رحم قرار گرفته و یا آنکه بعلت پیشرفت بیماری انجام عمل مقدور نبوده است از داروهای شیمیائی استفاده میشود. در بیمارستانهای دانشکده از داروی متوترکسات و گاهی آندوکسان استفاده گردیده و میتوان گفت بطور کلی نتایج اولیه در این گونه بیماران رضابخش است و حتی

کانونهای متاستاز ریوی و مهیلی بطرز جالبی تخفیف پیدا نموده است ولی غالب اوقات دیر یازود علائم برگشت بیماری مشاهده شده و استعمال مجدد دارو نتیجه پیشین را نداشته است از طرف دیگر عوارض ناشیه از تأثیر سمی این داروها از قبیل ناراحتی های گوارشی، کم خونی، عوارض مغز استخوان و ریختن موی سر، بیماران را بسیار ناراحت میکند. حتی یکی از بیماران ما در حین تزریق آندوکسان بحال اغماء رفت و با علائم خونریزی مغزی در گذشت. سه بیمار مبتلا بسرطان جفت در بیمارستان زنان که تحت عمل هیسترکتومی قرار گرفته و بدون متاستاز مهیلی و ریوی بوده اند بعد از عمل تحت درمان متوترکسات قرار گرفته اند و تاکنون علائم عود بیماری مشاهده نشده است.

طبق گزارش زایشگاه حمایت مادران تاکنون چهار بیمار مبتلا به کوریوکارسینوما که سه نفر آنها دارای متاستاز مهیلی و ریوی نیز بوده اند بعد از برداشتن رحم تحت درمان با متوترکسات قرار گرفته اند. نتایج درمانی در سه مورد بسیار خوب بوده و فقط در یک مورد بیمار در مقابل درمان مقاومت میکرد. در یک بیمار مبتلا به کوریوآدنومادستروانس که بعلت پیشرفت بسیار و چسبندگی شدید برداشتن رحم غیر ممکن بوده با تجویز داروی فوق (دو دوره درمانی بفاصله دو هفته و هر دوره . ۵ قرص) بیمار بهبودی کامل پیدا کرده است.