

## تشخيص وتدبير الأورام النسائية في دار التوليد الجامعي

أسماء عبد السلام\*

### الملخص

خلفية البحث: نظراً لكون دار التوليد الجامعي من أكبر المراكز التخصصية في سورية والتي تحول إليها العديد من الحالات الورمية السرطانية من المحافظات كافة لتلقي المعالجة فمن المهم إجراء دراسة واقع تدبير الأورام النسائية السرطانية فيها لتحديد نقاط القوة ونقاط الضعف التي تحتاج لتحسين وتطوير.

هدف البحث: تهدف هذه الدراسة إلى توصيف خصائص الأورام النسائية السرطانية في دار التوليد الجامعي والممارسات الطبية في ضوء الطب المسند والمعتمد على دليل.

المواد والطرائق: الدراسة من النوع الوصفي الراجع المعتمد على مراجعة سجلات الأورام السرطانية النسائية في شعبة الأورام - دار التوليد الجامعي - كلية الطب - جامعة دمشق، في المدة من 1995 وحتى 2006 حيث تم اعتيان 125 سجلاً واستخلاص البيانات منها باستخدام استبيانات خاصة بالدراسة رُمِّتْ وأُدخِلَتْ إلى الحاسوب وتحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS.

\* أستاذ مساعد - دار التوليد الجامعي - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

النتائج: أظهرت نتائج الدراسة أن سرطان عنق الرحم لا يزال يحتل المرتبة الأولى بين الأورام النسائية السرطانية المراجعة لدار التوليد يليه سرطان المبيض البشري، وأخيراً سرطان باطن الرحم، وإن متوسط العمر عند حدوث الورم منخفض مقارنةً بالدول الصناعية، راجعت وشخصت العديد من الحالات في المشفى وأول مرة في مراحل متأخرة من الورم ولم تختلف خصائص الأورام النسيجية عما هو معروف في مناطق أخرى من العالم، كما تطابقت الممارسات الطبية في بعض الأحيان مع الممارسات الجيدة و الموصى بها حسب الطب المسند. إلا أن هناك قصوراً أحياناً في دراسة العوامل الإنذارية بشكل دقيق وكذلك هناك قصور في نظام السجلات والمتابعة للمريضات بعد تلقي المعالجة.

الخلاصة: هناك حاجة ماسة لاستحداث وتطوير دليل تدبير الحالات الورمية السرطانية النسائية ودراسة العوامل المؤهبة، وكذلك العوامل الإنذارية بدراسات لاحقة، والاهتمام بسجلات الأورام فضلاً عن تكثيف الجهود للكشف المبكر عن سرطان عنق الرحم.

الكلمات المفتاحية: سرطانات نسائية - تدبير.

---

## **Diagnosis and Management of Gynecologic Cancer in Maternity University Hospital**

**Asmaa Abdulsalam\***

---

### **Abstract**

**Background: Introduction:-** Since Dar El-Tawlid maternity hospital is one of the biggest tertiary centers in Syria providing medical and surgical services for gynecological cancer cases referred to it from all provinces , it is vital to assess the quality of care provided for cancer cases in the quest to achieve optimal treatment for these patients.

**Objective:** The aim of the study is to describe the demographic and histopathological characters of the gynecological cancer cases that had been admitted and treated in the hospital in addition to the description of the care given in the light of evidence based medicine

**Methodology :-**It is a record based descriptive retrospective study of the Gynecological cancer files from Gynecological oncology department – Dar El-Tawlid maternity hospital –Faculty of Medicine- Damascus University in the period from 1995 to 2006,where 125 files have been randomly selected from which data have been extracted using questionnaires that have been designed for the purposes of the study, the questionnaires have been coded , entered into PC and analyzed using SPSS .

---

\*Ass. Prof. –Maternity university hospital- Faculty of medicine- Damascus University.

---

**Results:** With exception of breast cancer, results showed that cervical cancer is still the first prevalent cancer followed by epithelial ovarian cancer and finally endometrial cancer. The average age of cancer is lower than in industrial countries, the histopathological characters of the tumors are the same as other places all over the world. Many of the cases were admitted and treated for the first time in late stages, some of the practices were in agreement with evidence based medicine, but careful evaluation and assessment of the patients as regard the prognostic factors is still suboptimal ,moreover, the follow up and registration system is deficient.

**Conclusion:** There is a need to develop and adapt guide lines for good practices in gynecologic oncology, conduct studies in the future of both the risk and prognostic factors of gynecological cancer, pay more attention for registration ,in addition to make every effort for early detection of cancer cervix.

**Key words :**Gynecological cancer - Management

---

### المقدمة:

تشكل الأورام النسائية السرطانية جزءاً مهماً من الحالات النسائية في دار التوليد الجامعي وترجع أهمية الموضوع لكون الأورام النسائية السرطانية الأسوأ إنذاراً على الإطلاق بين الأوقات النسائية، ولكون دار التوليد واحداً من المراكز العالية التخصص في القطر التي تقوم بتدبير الأورام النسائية ومتابعتها من خلال شعبة الأورام في المشفى وكذلك عيادة الأورام وتقديم الفحوصات الاستقصائية والعلاج الجراحي والكيميائي والمتابعة، ومن ثم الإحالة إلى الطب النووي لتلقي المعالجة الشعاعية. من أهم التحديات التي تواجه الطبيب عند تشخيص الأورام النسائية هو تحديد المعالجة الفضلى وصياغة إنذار المريضة عن طريق معرفة امتداد الورم وانتشاره ومعرفة بيولوجيته. كما أن توصيف المعالجات المقدمة ونتائجها ومقارنتها بالممارسات المبرهن على صحتها بالطب المسند واستخدام دليل الممارسات في علاج الأورام يفيد

في تحسين نوعية الخدمة المقدمة سواء التشخيص المبكر أو الجراحة الواسعة التخصصية بالمشاركة مع المعالجة الكيميائية والشعاعية. إن وجود نظام تسجيل دقيق لنوع وأنماط ومرحلة الورم وسنوات بقيا المريضة وغيرها من البيانات الديموغرافية هو الخطوة الأولى لإنشاء سجل أورام خاص بكل مشفى، ومن ثم سجل وطني عام لكل سورية والذي يخدم في تقديم قاعدة بيانات وتوصيف نزعة الأورام النسائية السرطانية المختلفة من حيث النوع والعمر والمنطقة وعوامل الخطورة الأخرى والتي تمهد لدراسات وبائية ومن ثم وقائية تهدف إلى خدمة المجتمع ووقايته. تهدف هذه الدراسة إلى توصيف تشخيص ومعالجة و تدبير الأورام النسائية في دار التوليد الجامعي و دراستها في ضوء الطب المسند.

**الطرائق:** الدراسة هي من النوع الوصفي الراجع.

أُجريت الدراسة في دار التوليد الجامعي وذلك بأخذ عينة ممثلة من أضايير مريضات الأورام النسائية المراجعات لدار التوليد واللاتي تم قبولهن في المشفى للتشخيص والعلاج في المدة من 1995 حتى 2006. تم إعطاء رقم متسلسل لأضايير الأورام الخبيثة الداخلة في الدراسة كلها. ومن ثم تم استخدام الاعتيان العشوائي البسيط Simple random sampling عن طريق جدول الأرقام العشوائي Table of random numbers لتحديد الأضايير الداخلة في الدراسة.

اعتمدت الطريقة على مراجعة الأضايير يدوياً من قبل الباحث وتصميم استمارات خاصة بكل من سرطان المبيض البشري وسرطان عنق الرحم وسرطان باطن الرحم وملء هذه الاستمارات من واقع الأضايير من قبل الباحث.

تمت مراجعة نتائج التشريح المرضي لكل حالة قبل إدخالها في الدراسة ومطابقتها مع سجلات شعبة التشريح المرضي الخاصة بمسشفى دار التوليد الجامعي. أُدخِلَت البيانات إلى الحاسوب وحُلَّت باستخدام برنامج SPSS.

**النتائج:** كان عدد حالات سرطان عنق الرحم وسرطان المبيض البشري وسرطان باطن الرحم المقبولة في دار التوليد الجامعي من أول عام 1995 حتى نهاية عام 2006 أي خلال اثني عشر عاماً هي 550 حالة.. وكان وسطي حالات سرطان عنق الرحم 21 حالة.. سنوياً وسرطان المبيض 18 حالة سنوياً وسرطان باطن الرحم 7 حالات سنوياً. أُجريت دراسة 21 إضبارة سرطان عنق رحم من أصل 250 إضبارة و73 إضبارة سرطان مبيض من أصل 216 إضبارة و31 إضبارة سرطان باطن رحم من أصل 84 إضبارة، وتم استبعاد جزء من أضايير عنق الرحم لعدم وجود بيانات كافية ونقص في تسجيل نتائج الفحوصات وخطوات العمل الجراحي وإحالة العديد إلى الطب النووي دون تسجيل بيانات

الفحص السريري والمرحلة. بعكس أضاير سرطان المبيض كانت البيانات أكثر دقة نظراً إلى أن حالات سرطان المبيض تخضع كلها للفتح الجراحي وما يتبعه من علاج كيميائي داخل المشفى. احتل سرطان عنق الرحم المرتبة الأولى بين الأورام النسائية في دار التوليد وكان متوسط العمر للإصابات 49 عاماً بانحراف معياري عشر سنوات، وكن كلهن من المتزوجات وفي 61% من الحالات كان عدد الولادات أكثر من أربع، ومن حيث مكان الإقامة فإن محافظات حماة وريف دمشق ودمشق احتلت المراتب الأولى. تم كشف الورم أول مرة في دار التوليد ومعالجته في أكثر من نصف الحالات في حين لمتابعة المعالجات المجرة في مكان آخر في ثلث الحالات تقريباً. كان توضع الورم أولاً في عنق الرحم في كل الحالات، وكانت الأعراض وصفية في 76% من الحالات، و50% من الإصابات كانت تشمل العنق بأكمله، كذلك نصف الحالات كانت قبل الضهي والنصف الآخر بعد الضهي. بالنسبة لمرحلة الورم حسب تصنيف FIGO كانت 30% من المقبولات مصنفة مرحلة I و40% في المرحلة II وكان 5% فقط من الحالات سرطان موضع داخل البشرة. وبالنسبة للتشريح المرضي كانت معظم الحالات سرطان شائك الخلايا بنسبة 90.5%. من حيث المعالجة فقد تم أُجْرِي استئصال رحم وملحقات والجزء العلوي من المهبل في ثلثي الحالات، والباقي حول للمعالجة في الطب النووي نظراً لتقدم المرحلة، وفي معظم الحالات باستثناء حالتين تم استئصال المبيضين مع الرحم، ولم يتم إجراء إفراغ حوض لأي من الحالات وأظهر التشريح المرضي أن 60% من عينات العمل الجراحي كانت سليمة الحوفات. إلا أنه في 28.5% من الحالات كان هناك غياب لبيانات تفصيلية للتشريح المرضي للعينة المستأصلة. احتل سرطان المبيض المرتبة الثانية من حيث عدد المقبولات في دار التوليد،

وكانت 45% من الحالات تحت عمر خمسين عاماً وكان وسطي العمر خمسين عاماً بانحراف معياري خمسة عشر عاماً وكانت 16% من العينة من غير المتزوجات و35% من العينة لم ينجبن على الإطلاق، و41% من المريضات لديهن أكثر من أربعة أطفال. من حيث التوزيع على المحافظات كانت الغالبية من السويداء وريف دمشق ودير الزور.

بالنسبة لخصائص الورم فإن 67% من الحالات تم فيها كشف الورم أول مرة في دار التوليد وفي 26% كان لمتابعة المعالجة المجرة في مكان آخر وكان في 94.5% الورم أولياً في المبيضين وفي 4% كان الورم بوقي المنشأ وفي 61% من الحالات كان الورم ثنائي الجانب. بينما في الحالات وحيدة الجانب كان 20% و 18% في كل من المبيض الأيمن والمبيض الأيسر على التوالي، أما في سرطان البوقين فقد كان في الجهتين في الثلاث حالات بنسبة 100%.

حسب تصنيف FIGO كانت 23% من الحالات في المرحلة الأولى وكانت 67% من الحالات في المرحلة الثالثة والرابعة وتوافق تشخيص المرحلة قبل العمل الجراحي وبعده وبالنسبة للانتقالات البعيدة كانت الانتقالات العميقة في الكبد أكثرها على الإطلاق، وكانت هناك ثلاث حالات انتقالات إلى الجلد، أظهرت نتائج التشريح المرضي أن 57.5% من الحالات هي سرطان مبيضي حليمي مصلي، وجاء السرطان المبيضي المخاطي بنسبة 19% وفي 13.7% من الحالات كانت سرطاناً غدياً دون التمييز إن كان مصلياً أو مخاطياً. ومن ناحية درجة تمايز الورم 23% من الحالات كانت جيدة التمايز و34% سيئة التمايز. بالنسبة للمعالجة كانت جراحية في 95% من الحالات، 4 حالات تم التداخل عليها خارج المشفى وأكمل العمل الجراحي داخل المشفى كان نوع العمل الجراحي واسعاً دون بقايا ورمية في 25% من الحالات وعمل جراحي واسع مع بقايا ورمية أقل من 2 سنتيمتر في



22% من الحالات، بينما كانت البقايا الورمية أكثر من 2 سنتمتر في 53% من المريضات، وبالنسبة للعمل الجراحي اختلفت الأجزاء المستأصلة من مريضة إلى أخرى حسب إمكانية الاستئصال من الناحية التقنية وصعوبة العمل الجراحي، وكانت 7% من المريضات قد تلقين معالجة كيميائية قبل العمل وتلقى الباقي المعالجة الكيميائية الملائمة أو المتممة بعد الجراحة.

جاء سرطان باطن الرحم في الترتيب الثالث وكان متوسط العمر عند الإصابة خمسة وخمسين عاماً وتم تشخيص 68% من الحالات أول مرة في دار التوليد وفي 84% من الحالات كانت الأعراض وصفية وكانت ثلثا الحالات بعد سن الضهي وتوافقت 50% من الحالات

بارتفاع توتر شرياني أو سكري أو بدانة، وكان نمط التشريح المرضي السائد في 90% من الحالات كارسينوما غدية. أُجريت عمل جراحي في 93%، من الحالات وتم استئصال العقد اللمفية في 24% من الحالات فقط وفي حوالي ثلث الحالات لم يتضمن تقرير التشريح المرضي أي معلومات عن درجة ارتشاح الورم ضمن سماكة العضلة الرحمية، وفي 50% افتقر لمعلومات عن الانتقالات خارج الرحم، وفي الحالة الأخيرة يعود السبب لاقتصار العمل الجراحي على استئصال الرحم والملحقات دون الأنسجة حول الرحم. كما لم تحول أي حالة للمعالجة الشعاعية ولم تتلق أي حالة معالجة كيميائية.

الجدول رقم (1) توزع الأورام النسائية في دار التوليد الجامعي في المدة بين 1995 و 2006

| النسبة | العدد | نوع السرطان         |
|--------|-------|---------------------|
| 45.45% | 250   | سرطان عنق الرحم     |
| 39.27% | 216   | سرطان المبيض البشري |
| 15.27% | 84    | سرطان باطن الرحم    |
| 100%   | 550   | المجموع             |

يلاحظ في الجداول الآتية أن العدد الإجمالي ليس كاملاً دائماً، وذلك لعدم توافر البيانات أحياناً وحُسبت النسبة من مجموع البيانات المتوفرة.

الجدول رقم (2) الصفات الديموغرافية و السريرية لسرطان عنق الرحم ( 21 اصابة)

| النسبة | العدد | العمر بالسنوات |
|--------|-------|----------------|
| %20    | 4     | أقل من 40 سنة  |
| %35    | 7     | 41- 50 سنة     |
| %35    | 7     | 51- 60 سنة     |
| %10    | 2     | أكبر من 60 سنة |
|        | 1     | بيانات مفقودة  |

| النسبة | العدد | حالة الضهي |
|--------|-------|------------|
| %52.4  | 11    | قبل الضهي  |
| %47.6  | 10    | بعد الضهي  |
| %100   | 21    | المجموع    |

| النسبة | العدد | عدد الحمل           |
|--------|-------|---------------------|
| %9.5   | 2     | لم يسبق لها الحمل   |
| %90.5  | 19    | لديها ولادة أو أكثر |
| %100   | 21    | المجموع             |

الجدول رقم (3) الصفات السريرية لسرطان عنق الرحم ( 21 اصابة)

| النسبة | العدد | التشريح المرضي |
|--------|-------|----------------|
| %90.5  | 19    | شائك الخلايا   |
| %4.7   | 1     | غدي            |
| %4.7   | 1     | غدي بشروي      |
| %100   | 21    | المجموع        |

| النسبة | العدد | مرحلة الورم    |
|--------|-------|----------------|
| %5     | 1     | مرحلة CIS      |
| %30    | 6     | مرحلة 1        |
| %40    | 8     | مرحلة 2        |
| %10    | 2     | مرحلة 3        |
| %5     | 1     | مرحلة 4        |
| %10    | 2     | نكس            |
| -----  | 1     | لا توجد بيانات |
|        | 21    | المجموع        |

| النسبة | العدد | توضع الورم               |
|--------|-------|--------------------------|
| %52.6  | 10    | عنق الرحم بكامله         |
| %10.5  | 2     | ظاهر العنق               |
| %5.2   | 1     | باطن العنق               |
| %10.5  | 2     | قبة المهبل               |
| %15.8  | 3     | عنق + قبة المهبل         |
| %5.3   | 1     | عنق + ثلث سفلي من المهبل |
| -----  | 2     | بيانات مفقودة            |
|        | 21    | المجموع                  |

| النسبة | العدد | درجة تمايز الورم |
|--------|-------|------------------|
| %9.5   | 2     | جيدة التمايز     |
| %33.3  | 7     | متوسطة التمايز   |
| %33.3  | 7     | سيئة التمايز     |
| %23.8  | 5     | غير معلوم        |
| %100   | 21    | المجموع          |

| النسبة | العدد | الانتقالات البعيدة   |
|--------|-------|----------------------|
| %83.3  | 15    | لا توجد انتقالات     |
| %5.56  | 1     | عقد لمفية خارج الحوض |
| %5.56  | 1     | الجلد                |
| %5.56  | 1     | كبد +مثانة           |
| -----  | 3     | لا توجد بيانات       |
|        | 21    | المجموع              |

الجدول رقم (4)الصفات الديموغرافية لسرطان المبيض (73 اصابة)

| النسبة | العدد | العمر بالسنوات |
|--------|-------|----------------|
| %25.4  | 17    | أقل من 40 سنة  |
| %23.9  | 16    | 50 - 41        |
| %29.9  | 20    | 60 - 51        |
| %20    | 14    | 80- 61         |
| -----  | 6     | لا توجد بيانات |
|        | 73    | المجموع        |

| النسبة | العدد | حالة الزواج          |
|--------|-------|----------------------|
| %16.67 | 12    | عازبة                |
| %83.33 | 60    | متزوجة/ مطلقه/ أرملة |
| -----  | 1     | لا توجد بيانات       |
|        | 73    | المجموع              |

| النسبة | العدد | عدد الحمل           |
|--------|-------|---------------------|
| %34.24 | 25    | لم يسبق لها الحمل   |
| %64.38 | 47    | لديها ولادة أو أكثر |
| -----  | 1     | لا توجد بيانات      |
|        | 73    | المجموع             |

الجدول رقم (5) الصفات السريرية لسرطان المبيض (73 اصابة)

| النسبة | العدد | نوع الورم |
|--------|-------|-----------|
| %94.5  | 69    | أولي      |
| %1.36  | 1     | ثانوي     |
| %4.1   | 3     | غير مؤكد  |
| %100   | 73    | المجموع   |

| النسبة | العدد | مكان الورم |
|--------|-------|------------|
| %91.78 | 67    | المبيض     |
| %4.1   | 3     | البوقان    |
| %4.1   | 3     | غير مؤكد   |
| %100   | 73    | المجموع    |

| النسبة | العدد | توضع الورم             |
|--------|-------|------------------------|
| %38.18 | 22    | وحيد الجانب            |
| %61.82 | 34    | ثنائي الجانب           |
| -----  | 17    | لا يمكن تحديده         |
|        | 73    | المجموع                |
| النسبة | العدد | النوع النسيجي          |
| %57.53 | 42    | سرطان مبيضي حليمي مصلى |
| %19.18 | 14    | سرطان مبيضي مخاطي      |
| %4.11  | 3     | اندوميترويد            |
| %1.37  | 1     | غير مصنف               |
| %4.11  | 3     | سرطان بوقي حليمي       |
| %13.7  | 10    | سرطان غدي              |
| %100   | 73    | المجموع                |

| النسبة | العدد | درجة تمايز الورم |
|--------|-------|------------------|
| 23.7%  | 14    | جيدة التمايز     |
| 39%    | 23    | متوسطة التمايز   |
| 33.9%  | 20    | سيئة التمايز     |
| 3.39%  | 2     | غير محدد         |
| -----  | 14    | لا توجد بيانات   |
|        | 73    | المجموع          |

| النسبة المئوية | العدد | الانتقالات |
|----------------|-------|------------|
| 34.24%         | 25    | نعم        |
| 65.75%         | 48    | لا         |
| 100%           | 73    | المجموع    |

| النسبة المئوية | العدد | مرحلة الورم    |
|----------------|-------|----------------|
| 23.88          | 16    | مرحلة 1        |
| 4.4%           | 3     | مرحلة 2        |
| 34.32%         | 23    | مرحلة 3        |
| 37.31%         | 25    | مرحلة 4        |
| -----          | 6     | لا توجد بيانات |
|                | 73    | المجموع        |

الجدول رقم (6) الصفات الديموغرافية و السريرية لسرطان باطن الرحم (31 اصابة)

| النسبة المئوية | العدد | العمر          |
|----------------|-------|----------------|
| 9.68%          | 3     | أقل من 40 سنة  |
| 35.48%         | 11    | 41 - 50 سنة    |
| 25.81%         | 8     | 51 - 60 سنة    |
| 29%            | 9     | أكبر من 61 سنة |
| 100%           | 31    | المجموع        |

| النسبة المئوية | العدد | حالة الزواج    |
|----------------|-------|----------------|
| 3.4%           | 1     | عازبة          |
| 96.5%          | 28    | متزوجة         |
| -----          | 2     | لا توجد بيانات |
|                | 31    | المجموع        |

| النسبة المئوية | العدد | حالة الضهية |
|----------------|-------|-------------|
| %64.52         | 20    | قبل الضهية  |
| %35.48         | 11    | بعد الضهية  |
| %100           | 31    | المجموع     |

| النسبة المئوية | العدد | عدد الحمل           |
|----------------|-------|---------------------|
| %24            | 7     | لم يسبق لها الولادة |
| %76            | 22    | لديها ولادة أو أكثر |
| -----          | 2     | لا توجد بيانات      |
|                | 31    | المجموع             |

الجدول رقم (7) الصفات السريرية لسرطان باطن الرحم (31 اصابة)

| النسبة المئوية | العدد | وجود مرض آخر                     |
|----------------|-------|----------------------------------|
| %25.81         | 8     | ارتفاع التوتر الشرياني           |
| %9.68          | 3     | السكري                           |
| %6.45          | 2     | ارتفاع توتر شرياني و سكري        |
| %6.45          | 2     | ارتفاع توتر شرياني و سكري +بدانة |
| %3.2           | 1     | استئصال ثدي                      |
| %48.39         | 15    | لا يوجد مرض                      |
| %100           | 31    | المجموع                          |

| النسبة المئوية | العدد | العرض الأول            |
|----------------|-------|------------------------|
| %83.8          | 26    | وصفي                   |
| %16.2          | 5     | تم اكتشاف الورم مصادفة |
| %100           | 31    | المجموع                |

| النسبة المئوية | العدد | النوع النسيجي        |
|----------------|-------|----------------------|
| %90.3          | 28    | كارسينوما غدية       |
| %3.2           | 1     | كارسينوما غدية رصفية |
| %6.5           | 2     | كارسينوما غدية شانكة |
| %100           | 31    | المجموع              |

| النسبة المئوية | العدد | درجة تمايز الورم |
|----------------|-------|------------------|
| 16%            | 5     | جيد التمايز      |
| 42%            | 13    | متوسطة التمايز   |
| 32%            | 10    | سيئ التمايز      |
| 9.7%           | 3     | غير معلوم        |
| 100%           | 31    | المجموع          |

| النسبة المئوية | العدد | امتداد الورم على حساب جسم الرحم حسب التشريح المرضي |
|----------------|-------|--|
| 6.9%           | 2     | محدود في بطانة الرحم                               |
| 13.79%         | 4     | ارتشاح الثلث الداخلي من العضلة الرحمية             |
| 27.6%          | 8     | أكثر من ثلث العضلة الرحمية                         |
| 20.69%         | 6     | ارتشاح العضلة الرحمية و المصلية و سطح الرحم        |
| 31%            | 9     | غير معلوم  |
| -----          | 2     | لا توجد بيانات                                     |
|                | 31    | المجموع  |

| النسبة المئوية | العدد | مرحلة الورم    |
|----------------|-------|----------------|
| 64%            | 16    | مرحلة 1        |
| 12%            | 3     | مرحلة 2        |
| 20%            | 5     | مرحلة 3        |
| 4%             | 1     | مرحلة 4        |
| -----          | 6     | لا توجد بيانات |
|                | 31    | المجموع        |

#### المناقشة:

من المشافي والعيادات الخاصة حيث يتم ما زالت سورية تفتقر لوجود سجل وطني نموذجي للأورام يتم فيه تسجيل الحالات الورمية السرطانية كافة من أنحاء سورية كلها بما فيها الأورام النسائية الخبيثة والتي تعتمد نظام الإبلاغ من المشافي والعيادات الخاصة حيث يتم تسجيل الأورام السرطانية حسب التصنيف الدولي للأورام. ومن ثمّ مازلنا حتى الآن نفتقر إلى المعدلات الحقيقية لحدوث وانتشار الأورام السرطانية عامة والأورام السرطانية النسائية بشكل

خاص، وكل ما نملكه هو دراسات المشافي الحكومية والتي بكل الأحوال لن تعطي النسبة الحقيقية لانتشار الأنواع المختلفة من الأورام الخبيثة في القطر نظراً إلى أن بعض حالات السرطان تموت دون تشخيص، أو تتم معالجتها في المشافي والعيادات الخاصة حيث لا توجد سجلات أو إبلاغ وحتى في المشافي الحكومية مازال نظام المعلومات والإحالة والإبلاغ قاصراً. وفي أثناء تدقيق الأضابير في هذه الدراسة كان هناك نقص في كثير من البيانات عن كل حالة كما أنه لم يكن التصنيف الدولي للأورام مكتوباً على الأضابير وأحياناً وضع المرحلة لم يكتب بالشكل الكامل لكل مريضة. وظهر هذا الخلل بشكل واضح في حالات سرطان عنق الرحم. وعلى هذا فإن من محددات هذه الدراسة أنها لا تعطي ولا تعبر عن معدلات حدوث و انتشار الأورام السرطانية النسائية في سورية ولكنها تعطي فكرة مبدئية وتلقي الضوء على الحالات السرطانية النسائية المراجعة لأحد المستشفيات الحكومية المركزية عالية التخصص والتي تمت فيها الدراسة وتواتر هذه الحالات وطرائق تدبيرها، ولاسيما التشخيص والمعالجة الجراحية ومدى مطابقتها هذا التدبير للطب المسند. كذلك فإن هذه الدراسة لم تكن دراسة حالة - شاهد حتى يمكن حساب أرجحية الخطر لكل من عوامل الخطورة بل هي توصيف للصفات الديموغرافية للمريضات ولواقع الممارسات الطبية في أحد المشافي الحكومية الكبيرة. ومما لاشك فيه أننا بحاجة لدراسة وطنية مجتمعية مقطعية حتى نعرف الترتيب الحقيقي لكل من الأورام النسائية السرطانية، ومن ثم مقارنتها بالنسب العالمية وحسب توزعها الجغرافي والصفات الديموغرافية يمكن معرفة بعض من عوامل الخطورة المؤهبة لحدوث هذه السرطانات. تشير التقديرات إلى حدوث 500,000 حالة سرطان عنق رحم جديدة سنوياً في العالم، 79% من الحالات تحدث في الدول النامية (1) ويودي بحياة 230,000



امرأة سنوياً على مستوى العالم غالبيةهن من العالم الثالث ويأتي ترتيبه الخامس بين السرطانات المؤدية إلى وفاة النساء (2). و بينما تراجع سرطان عنق الرحم في الدول الصناعية ليحتل المراتب الأخيرة بين الأورام النسائية ما زال سرطان عنق الرحم يتصدر القائمة في الدول النامية ويرجع ذلك لغياب نظام المسح الفعال بإجراء اللطاخة بشكل دوري لكل السيدات المتزوجات وبعد مرور ثلاث سنوات على العلاقة الجنسية، وفي سورية وعلى الرغم من جهود وزارة الصحة السورية في تدريب الكوادر على أخذ وقراءة اللطاخة إلا أن نظام متابعة وإحالة السيدات إلى المعالجة لم يصل إلى المستوى المطلوب، كما أن نظام التنقيف الصحي مازال قاصراً سواء في القطاع العام أو الخاص. أظهرت الدراسات العالمية أن الفيروس الحليمومي البشري والذي ينتقل بالجنس هو المتسبب في سرطان عنق الرحم وهناك أنماط خاصة هي الأكثر خطورة للإصابة (3). يمكن إجراء الاستقصاءات

الجزئية البيولوجية اللازمة لكشف الإصابة بالفيروس ولكنها لن تغني في النهاية عن استخدام اللطاخة لكشف عسرة التصنع في عنق الرحم، ومازالت هذه التقانات غير مجربة في نظام المسح الدوري (2). إن عدم استخدام لطاخة عنق الرحم بشكل دوري يفسر كثرة حالات سرطان عنق الرحم في هذه الدراسة وفي الوقت نفسه وصولها إلى المشفى في مراحل متقدمة وغير مناسبة للعمل الجراحي حيث إن أكثر من نصف الحالات قد تجاوز المرحلة الأولى ومع هذا فقد تم التداخل الجراحي على هذه الحالات على الرغم من أنه ليس الأمثل ومضاد استتباب أحياناً. في بعض الحالات لم يتم تجريف عقد الحوض جراحياً والذي له أهمية كبيرة في تحديد الإنذار ولا توجد أي معلومات على الأضابير عن إحالة السيدات بعد الجراحة للمعالجة الشعاعية مما يظهر ضعف التنسيق والتوجيه والمتابعة إلى الطب النووي. كذلك تقارير التشريح المرضي لم توضح

الغزو للأوعية الدموية واللمفية. والعديد من سجلات المريضات غير واضح عليها ما تم إجراؤه وهناك مريضات راجعن لتحسين الحالة العامة بسبب النزف وقصور الكلية وفقر الدم الشديد ولم نجد سوى نتائج خزعات عنق الرحم.

إن إندار المراحل الأولى والثانية (أ) يكون جيداً عندما يكون قطر الورم يساوي أو أقل من 4 سنتيمتر ويمكن السيطرة عليه بالعلاج الجراحي والشعاعي مستوى البرهان أ (4) وفي بعض حالات الدراسة فقد تم انتقاء الحالات الصالحة للجراحة وكانت المرحلة حسب نتائج التشريح المرضي متوافقة مع وضع المرحلة سريريا قبل العمل الجراحي. إلا أنه في أحيان أخرى تم التداخل الجراحي على مراحل متقدمة ولم يكن العمل الجراحي تاماً من حيث استئصال العقد اللمفية الحوضية، ولم تسجل أي حالة إفراغ حوض وافتقرت السجلات لنتائج التشريح المرضي. مما يعكس في النهاية غياب دليل موحد للعمل على الحالات الورمية السرطانية.

إن أورام المبيض البشرية عادة ما تصيب السيدات بعمر أكبر من الخمسين عاماً (4) ويزداد معدل حدوثه ليصل للذروة في عمر ستين وحتى الرابعة والستين (5) ولكن في دراستنا ظهر جلياً انخفاض العمر حيث كان وسطي العمر خمسين عاماً وقد يكون مرجع ذلك لاختلاف متوسط الأعمار بين الدول الصناعية والدول النامية، وقد يكون لأسباب بيئية أو وراثية غير مدروسة في سورية حتى الآن، كذلك لا يعبر مكان إقامة المريضة عن انتشار الورم الجغرافي في سورية وإنما إمكانية الوصول إلى مكان الخدمة حيث يقدم دار التوليد الخدمة لمنطقة دمشق والمنطقة الجنوبية والوسطى من سورية وبكل الأحوال فإن كلاً من سرطان عنق الرحم والمبيضين هما الأكثر شيوعاً حتى في الأعمار الصغيرة (6).

ومن أهم عوامل الخطر لحدوث سرطان المبيض البشري هو عدم الإنجاب وقلته

ومن ثمَّ فإنَّ إنجاب الطفل الأول بعمر صغير والضهي الباكر واستخدام مانع الحمل الفموية مرتبطة بخطورة أقل لسرطان المبيض (5) وقد ظهر من الدراسة أن هناك مجموعة من السيدات اللواتي أنجبن أكثر من أربعة مرات هن كذلك عاليات الخطورة للإصابة بسرطان المبيض البشري فضلاً عن هؤلاء اللاتي لم ينجبن مما يستدعي أخذ هذه الموجودات بالحسبان في دراسات مستقبلية وعلى عينة أكبر.

على الرغم من أن الطريقي المحوري قادر على كشف انتشار الورم المبيضي- إلى حد كبير- إلا أن العمل الجراحي يبقى هو أفضل طريقة لتأكيد التشخيص، وكذلك وضع مرحلة الورم بدقة ومن ثمَّ إنذار المريضة (4)

لذلك عند تقييم وتحضير المريضة للعمل الجراحي يكفي إجراء الطريقي المحوري وصورة الصدر البسيطة التي تكشف الانتقالات الرئوية وعند الفتح الجراحي يجب الالتزام بتقييم سطوح البيرتوان وغسلته مع استئصال الثرب والعقد

والمفية الحوضية وحول الأبهـر بشكل انتقائي وأخذ خزعات من سطوح البيرتوان المختلفة تحت الحجاب الحاجز، رتج دوجلاس، الميزاب حول الأبهـر وجوانب الحوض ثم يتم استئصال الرحم والملحقات بشكل تام مع الزائدة الدودية حتى وإن ظهرت سليمة، وفي دراستنا فقد خضعت 95% من الحالات للعمل الجراحي بعد إجراء التقييم المبدئي باستخدام الطريقي المحوري. ومن الدراسة يظهر أنه لم يتم الالتزام كاملاً بخطوات التقييم الجراحي في كل الحالات مما يؤثر في وضع مرحلة الورم بشكل دقيق، ومن هنا تظهر أهمية وجود اختصاصي جراحة نسائية ورمية عند إجراء مثل هذه العمليات ولا يكفي أن يكون اختصاصي جراحة نسائية عامة ليستطيع أن يقوم بالجراحة اللازمة ومع الحرص على عدم ترك بقايا ورمية بقدر المستطاع والتي هي من أهم العوامل الإنذارية للمريضة والتي تزيد من البقايا ولاسيما في المراحل المتقدمة (7،8).

إن ثلثي حالات سرطان المبيض البشري تشخص في المرحلة الثالثة والرابعة (4) وذلك لأنَّ الأعراض غير وصفية في البداية مما يؤخر التشخيص والمعالجة ولذلك يعدُّ الشك الدائم لدى اختصاصي النسائية باحتمال حدوث الورم المبيضي في الأعمار ما بين الأربعين والسبعين هو مفتاح التشخيص الباكر حيث لا توجد حتى الآن وسيلة مسح معتمدة وإجراء استشارات وراثية للعائلات ذات سوابق الإصابة بأورام المبيض البشرية (9،4).

إن معايرة Ca 125 لا تفيد في وضع مرحلة الورم ولكنها مفيدة في متابعة تطور الورم المبيضي واستجابته للمعالجة الكيميائية ويتوقف إنذار سرطان المبيض على كل من المرحلة والبقايا الورمية وهي الأهم وكذلك النوع النسيجي ودرجة تمايز الورم.

في دار التوليد خضعت حالات سرطان المبيض البشري كلها للجراحة لوضع المرحلة واستئصال كتلة الورم- ما أمكن-، ثم خضعت للمعالجة الكيميائية وهو ما يتماشى مع الطب المسند (مستوى البرهان أ) إلا أن المتابعة ضعيفة بعد الانتهاء من المعالجة الكيميائية والتي عادة ما تكون بالفحص السريري العام والمهلي والشرح والتدبير وفي حال ظهور نكس نلجأ للاستقصاءات الشعاعية (مستوى البرهان الطبي ج) (4).

بالنسبة لسرطان باطن الرحم فإنه من المفيد إجراء تقييم نسيجي قبل العمل الجراحي و ذلك لتميز الحالات عالية الخطر لوجود نقائل لمفية وكذلك لسبر وجود عمق الإصابة في باطن الرحم وعنقه (مستوى البرهان ج) (4) في دراستنا تم تشخيص الحالات بإجراء تجريف رحم استقصائي وتصوير بأموح فوق الصوت لسبر مرحلة الورم بشكل مبدئي ولكنه ليس دقيقاً.

في 93.5% من الحالات تم إجراء عمل جراحي متضمنا استئصال الرحم والملحقات إلا أنه في نصف الحالات لم يتوافر أي بيانات عن الارتشاح للأنسجة حول الرحم إما لأنَّ العمل الجراحي لم

يكن كاملاً وإما لقصور في نتائج التشريح المرضي.

إن استئصال العقد اللمفية لا يفيد كعلاج ولكن يفيد في وضع المرحلة ومن ثم اختيار السيدات ذوات العقد المرتشحة لتلقي المعالجة الشعاعية (مستوى البرهان ج) (4) وبكل الأحوال عدد قليل هو الذي تم فيه استئصال العقد البلغمية، وقد يرجع السبب أحياناً لبدانة المريضة التي تعيق العمل الجراحي ولكن هذا يفقد المريضة فرصة تلقي العلاج الشعاعي في حال كانت الغدد اللمفية مرتشحة.

كما أن المعالجة الشعاعية المتممة لا تفيد إلا في إنقاص النكس الحوضي وليس لها فائدة في البقيا بشكل عام (مستوى البرهان أ) ولكن مما لا شك فيه أن المعالجة الشعاعية مستطبة في عاليات الخطر ومع وجود نقائل بلغمية (مستوى البرهان ب). لم يعد هناك أي استنطاب للمعالجة الهرمونية المتممة (مستوى البرهان أ) كما أن هناك إجماعاً على أن معالجة المراحل المتقدمة من سرطان باطن الرحم يجب أن تتم بيد جراح أورام

حصراً وفي النقائل البطنية والبلغمية بقطر أكبر من 2 سنتيمتر تكون المعالجة الكيميائية أفضل من تشيع البطن مستوى البرهان أ (4) وفي حالات دار التوليد لم تحول أي من المراحل المتقدمة لتلقي المعالجة الكيميائية أو الشعاعية.

**الخلاصة و التوصيات:**

لا تختلف أوصاف الأورام النسائية من جهة التشريح المرضي عن باقي دول العالم وإن كانت تختلف من ناحية متوسط العمر عند الإصابة ومراحل اكتشافها وبعض عوامل الخطر. مازالت العوامل الإنذارية لا تولى العناية اللازمة والتي تحدد أنواع المعالجة المتممة والمكلفة لاحقاً سواء كانت شعاعية أم كيميائية، كما أن المعالجة الجراحية ناقصة في بعض الحالات ولا يزال نظام التسجيل والمتابعة للحالات بعد تخرجها قاصراً، ومن ثم لا يمكن دراسة وتوثيق البقيا للمريضات بعد تلقي المعالجة وهي أساسية لدراسة ولربط صفات الورم ونوع المعالجة المقدمة من جهة والإنذار من جهة أخرى، ومن المفيد الاطلاع

على مستجدات الطب المسند في الكشف  
والمعالجة والتي تحسن من جودة الخدمة  
للمريضات المصابات بالأورام النسائية  
فضلاً عن أهمية التعاون بين الهيئات  
الحكومية وغير الحكومية و المعنية  
بتقديم الخدمات الصحية لتكثيف جهودها  
في مجال التثقيف الصحي للسيدات لرفع  
درجة وعيهن لأهمية إجراء لطاخة عنق  
الرحم كوسيلة مهمة للكشف المبكر عن  
سرطان عنق الرحم.

### المراجع

- 1- Shanta V, Krishnamrthi, Gajalakshmi CK, Swaminathan R, Ravichandran K. Epidemiology of cancer of the cervix global and national perspective. J. Indian Med Assoc. 2000 Feb; 98(2): 49-52
- 2- PATH( program for appropriate technology In health ) prevention cervical cancer in low resources settings . Outlook 18(1): 1-8(2000). Available on line [www.path.org/files](http://www.path.org/files)
- 3- Lauri E. Markowitz, Eileen F. Dunne, Mona Saraiya, Herschel W. Lawson, Harrell Chesson, Elizabeth R. Unger. Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine, Recommendations of the advisory committee on immunization practices (ACIP)., 2007, 12 March /vol.56: 1-23 MMWR (Morbidity and Mortality early report), Early release , CDC.
- 4- Staging Classifications and Clinical Practice Guidelines for Gynecological Cancers, Collaboration between FIGO and IGCS, JL Benedet et al, third edition , November 2006
- 5- Handbook of Gynecological Oncology, MD ANDERSON CANCER CENTER & MEMORIAL SLOAN-KETTERING CANCER CENTER, 2001, Richard R Barakat, Michael Weveres, David M Gershenson, William J Hoskins.  
Dainty LA, Rose GS
- 6- You W, Olsen CH, McHale MT, Krivak T, Elkas JC,. Gynecologic malignancies in women aged less than 25 years. Obstet Gynecol. 2005 Jun; 105(6): 1405-9
- 7- Vermooij F, Heintz P, Witteveen E, Vander Graaf Y. The outcomes of ovarian cancer treatment are better when provided by gynecologic oncologists and in specialized hospitals: a systematic review. Gynecol Oncol. 2007 Jun; 105(3): 801-12. Epub 2007 Apr 12. Review.
- 8- Carney ME, Lancaster JM, Ford C, Tsodikov A, Wiggins CL. A population-based study of patterns of care for ovarian cancer; who is seen by a gynecologist and who is not? Gynecol Oncol. 2002 Jan; 84(1): 36-42
- 9- N.H. Mahdy , M. Abdel-Fattah and Ghanem, Ovarian cancer in Alexandria from 1988 to 1997: trends and survival, Eastern Mediterranean Health Journal , vol.5, No.4, 1999

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: 2007/8/14.

تاريخ قبوله للنشر: 2008/2/21.