أورام الجهاز التناسلي الأنثوي الخبيثة في سورية: دراسة لـ (5000) حالة

وليد الصالح*

الملخص

خلفية البحث وهدفه: تسليط الضوء على الأنواع المختلفة من أورام الجهاز التناسلي الأنثوي الخبيثة في سورية وتوزعها وفقاً للجهاز التناسلي الأنثوي، ونسبة كل منها. من جهة ثانية، هي لا تعكس بالضرورة نسبة الحدوث الفعلية قطعاً لعدم مراجعة الحالات جميعها في سورية بالضرورة مشفى التوليد الجامعي وأمراض النساء في دمشق، لكنها تعكس نسبة النماذج المختلفة لأورام الجهاز التناسلي الأنثوي الخبيثة التي تصيب المرأة.

مواد البحث وطرائقه: هذه الدراسة من البحوث الإحصائية التحليلية (Descriptive-analytic study)، وهو شكل من أشكال الدراسة الأترابية القهقرية (cohort studies) اعتمد فيها على المعلومات المستقاة بشكل راجع. درسنا 5000 حالة من أورام الجهاز التناسلي الأنثوي الخبيثة بين عامي 2000 إلى 2015 في مشفى التوليد الجامعي في دمشق لنساء بأعمار مختلفة من 9 سنوات إلى 86 سنة.

النتائج: بلغ عدد أورام الفرج والمهبل الخبيثة 350 حالة بنسبة 7%، معظمها كانت من النمط شائك الخلايا، وبلغ عدد سرطانات عنق الرحم 2190 حالة بنسبة 43,8%، معظمها أيضاً من النمط شائك الخلايا، وسرطانات جسم الرحم 610 حالات بنسبة 12,2%، معظمها من نمط سرطان بطانة الرحم، وسرطانات المبيض 1660 حالة بنسبة 33,2%، معظمها من نمط سرطانات الظهارة السطحية، وسرطانات البوق 20 حالة بنسبة 0,4%، وسرطانات الطبقة المغذية 170 حالة بنسبة 3,4% معظمها من نمط كوريوكارسينوما.

الاستنتاج: لُحِظَ أن سرطانة عنق الرحم هي أكثر الأورام شيوعاً في سورية، وهذا لا يتوافق مع الدراسات العالمية التي تؤكد أن سرطانة عنق الرحم أصبحت في المرتبة الثالثة بعد سرطانة المبيض وجسم الرحم؛ وذلك بسبب استخدام وسائل الكشف المبكر، مثل اللطاخة، واستعمال لقاح ضد الحمة الحليمية الإنسانية HPV والتي لها دور مهم في حدوث سرطان عنق الرحم، كما لُحِظَ أيضاً ازدياد مستمر لسرطانة عنق الرحم عند الشابات؛ وهذا توافق مع بعض الدراسات العالمية، وتبيَّن أيضاً أن معظم النساء المصابات بسرطانة عنق الرحم لم يُجْرَ لهن لطاخة عنق رحم. وبهذا يمكن لهذه الدراسة وفقاً لمعطياتها أن تتمكن من وضع الطرائق والوسائل اللازمة للكشف عن هذه الأورام، أو الوقاية منها، أو وضع أفضل الطرائق في سبيل معالجتها.

كلمات مفتاحية: سرطانات الجهاز التناسلي الأنثوي، سرطانة عنق الرحم، دراسة إحصائية تحليلية.

* أستاذ مساعد – قسم التشريح المرضي – كلية الطب البشري – جامعة دمشق.

Malignant Tumors of Female Genital Tract in Syria: A Study of (5000) Cases

Walid Al-Saleh*

Abstract

Background and objective: Focus on different variants of female genital tract malignant tumors in Syria and its distribution according to female genital tract, and percentage of each of it. On the other hand, it doesn't express necessarily actual percentage because not all cases in Syria consult necessarily the University Hospital of Obstetric and Female Diseases in Damascus, but it reflects the percentage of different types of malignant tumors of female genital tracts which attack the women.

Materials and Methods: This study is Descriptive-Analytic research which is a form of Cohort studies, its information is building recurrently. We studied 5000 cases of female genital tract malignant tumors between the years 2000 – 2015 in the University Hospital of Obstetric and Female Diseases in Damascus for women of different ages from 9 years to 86 years.

Results: The number of vaginal and vulvar malignant tumors was 350 cases (7%) most of it was squamous cell carcinoma, the number of cervical malignant tumors was 2190 cases (43.8%) most of it was also squamous cell carcinoma, the number of uterus corpus malignant tumors was 610 cases (12.2%) most of it was endometrial carcinoma, the number of ovarian malignant tumors was 1660 cases (33.2%) most of it was surface epithelial ovarian carcinomas, the number of fallopian tube malignant tumors was 20 cases (0.4%), the number of gestational trophoblastic malignant tumors was 170 cases (3.4%) most of it was choriocarcinoma .

Conclusion: It was observed that cervical carcinomas was the most female genital tract malignant tumors publicity in Syria and this doesn't accord with universal studies which put cervical carcinomas in the third degree of female genital tract malignant tumors after ovarian and corpus uteri tumors because the use of methods of early detection such as smears and the use of HPV vaccine which has a significant role in cervical carcinomas, it was noticed also that the incidence of cervical carcinomas is continually increasing among the young women and that agrees with some universal studies, and it was observed also that most of women which have cervical carcinomas did not have cervical smear. So, this study, according to its data, can put the materials and methods which are necessary for detection of these tumors and protection of them and put the best methods for their therapy.

Key Wards: Female genital tracts carcinomas, cervical carcinomas, descriptive-analytic study.

* Ass. Prof. Pathology Department , Faculty of Medicine , Damascus University .

المقدمة:

تعدُّ سرطانات الجهاز التناسلي الأنثوي خصوصاً سرطان عنق الرحم، وسرطان جسم الرحم (التي تتضمن غالباً السرطانات الغدية الناشئة من بطانة الرحم وبعض السرطانات النادرة الأخرى، مثل الساركوما)، وسرطان المبيض، والفرج، والمهبل، وأنبوب فالوب، والكوريوكارسينوما – سبباً مهماً للإمراضية والوفاة بسبب السرطان عالمياً. وسرطانات عنق الرحم، وبطانة الرحم، والمبيض تكون شائعة نسبياً كما هو مبيَّن في الشكل(1)، وتكون سرطانات الفرج والمهبل وأنبوب فالوب، والكوريوكارسينوما نادرة جداً.

يعدُّ سرطان عنق الرحم ثالث أكثر سبب للسرطان شيوعاً لدى النساء عالمياً، بعد سرطان الثدي وسرطان الكولون والمستقيم، وهو أيضاً سابع السرطانات شيوعاً بشكل عام، وقدّر حدوث نحو530232 حالة جديدة سنة 2008 (الجدول1).[1] أكثر من 85% من الأعباء العالمية لسرطان عنق الرحم تحدث في المناطق الأقل تطوراً ، إذ يشكل نحو 13% من السرطانات كلّها لدى النساء. مستويات الحدوث العالية (أكثر من 20 لكل 100000 امرأة) توجد في غرب إفريقيا وشرقها وجنوبها، وجنوب وسط آسيا، وأمريكا الجنوبية، وماليزيا، ووسط إفريقيا. النسبة تكون أقل في غرب آسيا، وأمريكا الشمالية، واستراليا/نيوزيلاندا (أقل من 6 لكل 100000 امرأة).[1] الوفيات الإجمالية: نسبة حدوث سرطان عنق الرحم 52%، وهي مسؤولة عن 275000 وفاة سنة 2008، أي نحو 88% منها حدث في المناطق الأقل تطوراً كما هو مبين في الشكل (2).

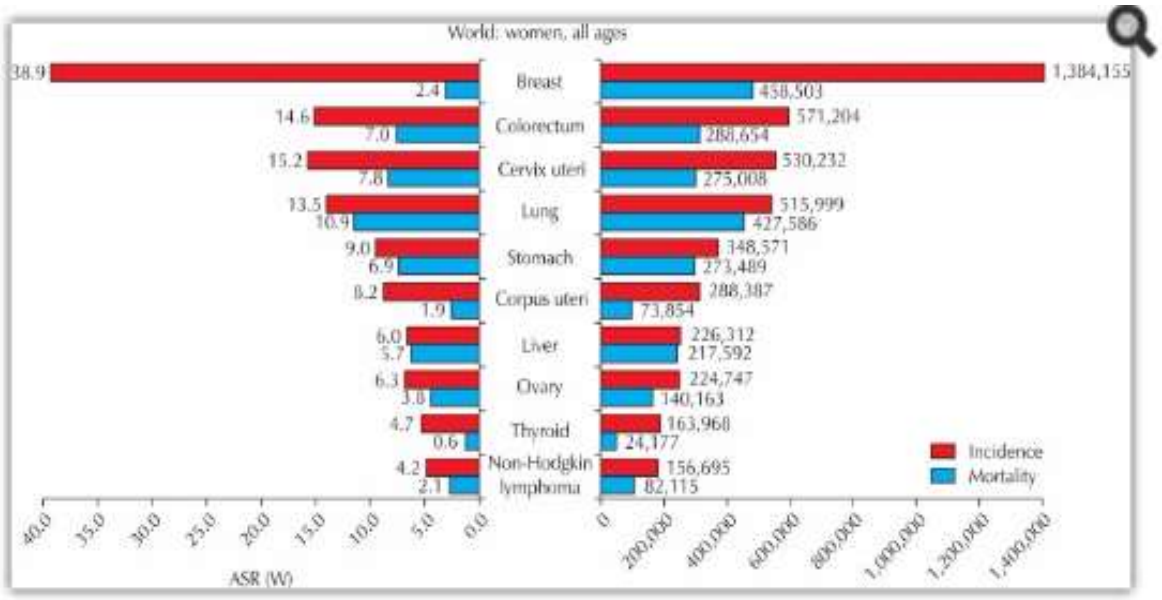
سرطان بطانة الرحم يعدُّ سادس أكثر السرطانات شيوعاً لدى النساء عالمياً، وقدّر حدوث نحو 288387 حالة جديدة سنة 2008، ونسبة الحدوث القياسية 8,2 لكل 100000 امرأة (الجدول 1). بينما العبء العالمي، وذلك بحسب عدد الحالات، يتوزع توزّعاً متساوياً بين المناطق الأقل تطوراً والمناطق الأكثر تطوراً (الشكل 2 أ)، تكون نسب الحدوث والوفيات أعلى في المناطق الأكثر تطوراً (الشكل 2 ب). تُبدي أمريكا الشمالية وأوربا الغربية نوعاً ما نسب حدوث قياسية أعلى (أكثر من 10 لكل 100000 امرأة)، مع نسب حدوث منخفضة تحدث في آسيا وإفريقيا.[2] بشكل عام، الوفيات: نسبة حدوث سرطان بطانة الرحم 26%، وكان مسؤولاً عن 73854 حالة وفاة سنة 2008.

تُشَكِّل سرطانات المبيض والملحقات المبيضية ، بما فيها سرطانات أنبوب فالوب، ثامن أكثر السرطانات شيوعاً لدى النساء عالمياً (الشكل 1)، مع حدوث 224747 حالة (نسبة الحدوث القياسية 6,3 لكل 100000 امرأة)، حصلت 140163 حالة وفاة عام 2008. تصاب كل من المناطق الأقل تطوراً والمناطق الأكثر تطوراً من العالم (الشكل 2)، على الرغم من أن نسبة الحدوث على الأقل مرتين أعلى في أوروبا وأمريكا الشمالية منها في آسيا وإفريقيا.[1,2] الوفيات: نسبة الحدوث 62% (الجدول 1).

عدد حالات سرطانات الجهاز التناسلي الأنثوي الجديدة عالمياً غير معروف بالنسبة إلى معظم البلدان. على كل حال، يمكن أن تقدر اعتماداً على نسب الحدوث في البلدان التي تكون فيها المعلومات متاحة.[3] في سنة 2002، كان عدد سرطانات الجهاز التناسلي الأنثوي الجديدة المقدر عالمياً 40000. نسبة الحدوث القياسية لسرطانات الفرج عالمياً قدّر بين 0,5 إلى 1,5 حالة لكل 100000، دون نموذج توزع جغرافي واضح. قُدِّرَت نسبة الحدوث القياسية لسرطان المهبل بين 0,3 إلى 0,7 حالة لكل 100000 في معظم البلدان.[4، 5]

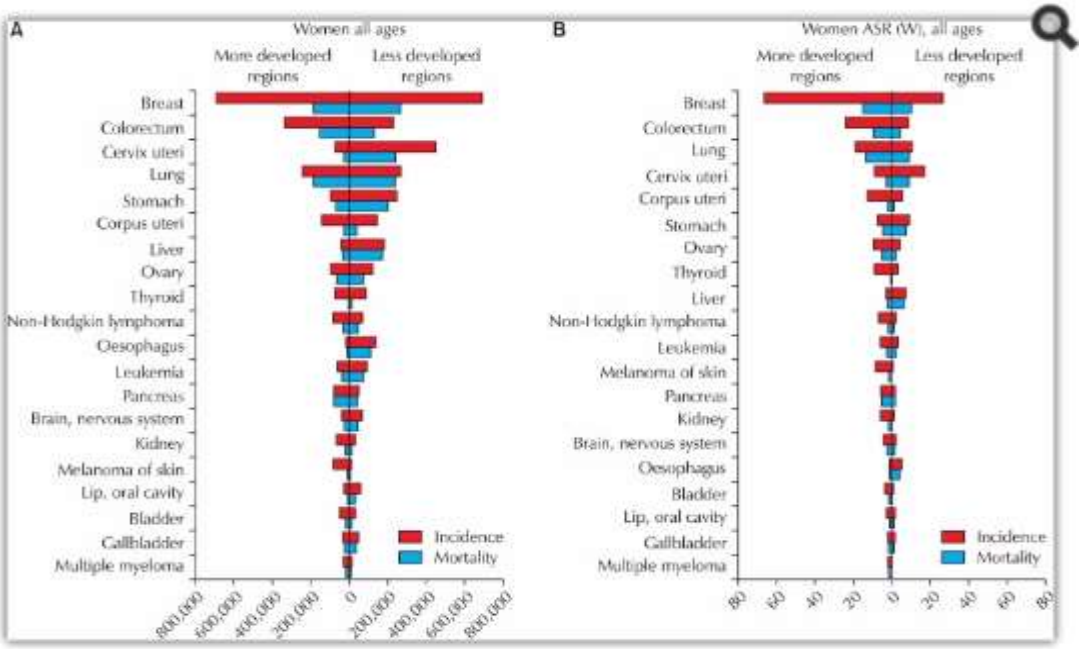
تشكل الكوريوكارسينوما نحو 0,6% من كل سرطانات الجهاز التناسلي الأنثوي. في سنة 2002، كان هناك نحو 5800 حالة مسجلة عالمياً، معظمها حدث في المناطق

الأقل تطوراً. تراوح نسبة الحدوث القياسية من 0,04 في امرأة في جنوب شرق آسيا. [6,7] في فيتنام، سجلت نسبة جنوب إفريقيا وأوروبا الشمالية إلى 0,43 لكل 100000 الحدوث نحو 1,98 لكل 100000 امرأة.[7]



الشكل (1): حدوث السرطان والوفيات بين النساء

GLOBOCAN, 2008 [1]. ASR (W): World age-standardized incidence rate.



الشكل (2): حدوث السرطان والوفيات بين النساء في المناطق الأكثر تطوّراً والأقل تطوّراً من العالم

GLOBOCAN, 2008 [1]. ASR (W): World age-standardized incidence rate.

Cancer site	Cancer incidence			Cancer mortality		
	Annual estimated number worldwide	Standardized incidence rate per 100,000 (world standard)	Cumulative risk per 100 (age 0-74 years old)	Annual total number worldwide	Standardized mortality rate per 100,000 (world standard)	Cumulative risk per 100 (age 0-74 years old)
All cancers	6,044,710	164.4	16.48	3,345,176	87.2	9.06
Breast	1,384,155	38.9	4.13	458,503	12.4	1.33
Cervix uteri	530,232	15.2	1.56	275,008	7.8	0.87
Corpus uteri	288,387	8.2	0.96	73,854	1.9	0.23
Ovary and ovarian adnexae	224,747	6.3	0.68	140,163	3.8	0.43

الجدول (1): إحصائيات على سرطانات مختارة بين النساء في العالم
GLOBOCAN, 2008 [1]

وأكثر من ذلك، آلية سرطانات الجهاز التناسلي الأنثوي كانت تأثراً أساسياً بعوامل طبيعة الحياة لدى الشخص. بالنسبة إلى النساء المسهمات بشكل فاعل بالحياة المجهدة، فإنَّه من الضروري تقييم هل للعوامل البيئية دور أيضاً في الآلية الإمراضية؟، فمثلاً متلازمة نقص المناعة المكتسب (HIV) تغير بشكل ملحوظ نموذج انتشار سرطانات الجهاز التناسلي الأنثوي في المناطق المنتشر فيها هذا الفيروس.[8] في البلدان المتقدمة، أدّى إدخال الاستقصاءات الروتينية ومعالجة الآفات ما قبل الخبيثة لعنق الرحم إلى نقص واضح في حدوثها، وفي نسبة وفيات سرطان عنق الرحم على مدى العقود الخمسة الماضية .[9]

في البلدان النامية، يُعدُّ الاستقصاء الروتيني لسرطان عنق الرحم حتى الآن إجراء قليل الحدوث؛ وذلك لأسباب عدَّة منها نقص الوعي عن سرطان عنق الرحم بين العامة، وقلة مراكز الرعاية الصحية والأطقم الطبية في بعض البلدان، وغياب برامج الاستقصاء أو سوء نوعيتها، وقلة مراجعة المراكز الصحية، ونقص برامج التوعية الفعالة.[10] على كل حال، ليست النساء كلّهن اللواتي بحاجة لبرامج تقصي عنق الرحم يستفدن من مثل هذه الإجراءات، لذلك فإنَّ هناك زيادة في نسبة حدوث سرطان عنق الرحم، ويعدُّ سرطان عنق الرحم من أكثر خباثات الجهاز التناسلي الأنثوي شيوعاً في البلدان النامية.[11] ويعدُّ توزعه ونسبة انتشاره متماثلة في البلدان النامية؛ لأنَّ معظم الحالات تكتشف في المراحل المتقدمة من المرض.[11]

يعدُّ سرطان المبيض السبب الأساسي للموت بسبب خباثات الجهاز التناسلي الأنثوي. نحو 75% من مرضى سرطان المبيض يكون لديهنّ المرض في مراحل متقدمة؛ وذلك بسبب الأعراض غير النوعية للمرض، وإخفاق كشف المرض باكراً، بسبب الموقع التشريحي للمبيض في الجسم، وغياب برامج التحري المتعلقة بالمبيض.[12]

هدف البحث:

دراسة تحليلية إحصائية تلخص وبائيات سرطانات الجهاز التناسلي الأنثوي التي تصيب المرأة في بلدنا سوريا، وتحديد نسبة توزع كل منها بالنسبة إلى أورام الجهاز التناسلي الأنثوي، وهل كانت هذه النسبة مختلفة عن النسب العالمية لتوزع الأورام من النوع نفسه؛ وذلك بسبب اختلاف طبيعة الحياة.

المواد والطرائق:

دُرِسَت 5000 حالة سرطان جهاز تناسلي أنثوي جُمِعَت من مشفى التوليد الجامعي بجامعة دمشق بين عامي 2000

و2015، أُنْجِزَت الدراسة بواسطة المعايير الإحصائية المعتمدة الحالات كلّها، ورُوجِعَت أضابيرها؛ وذلك لمعرفة عمر المريضة، وقصتها السريرية، وسوابقها العائلية والمرضية، وراوحت أعمار المرضى المصابات بين 9 سنوات إلى 86 سنة.

النتائج:

توزعت الـ 5000 حالة سرطان جهاز تناسلي أنثوي كما يأتي: 350 حالة سرطان فرج ومهبل؛ أي بنسبة 7%، 2190 حالة سرطان عنق رحم؛ أي بنسبة 43,8%، 610 حالة سرطان جسم رحم؛ أي بنسبة 12,2%، 1660 حالة سرطان مبيض؛ أي بنسبة 33,2%، 20 حالة سرطان بوق؛ أي بنسبة 0,4%، 170 حالة سرطان طبقة مغذية؛ أي بنسبة 3,4%، وبيِّن ذلك في الجدول رقم (2).

الجدول (2) عدد سرطانات الجهاز التناسلي الأنثوي ونسبة توزّعها في دراستنا

الموضع	العدد	النسبة
الفرج والمهبل	350	%7
عنق الرحم	2190	%43,8
جسم الرحم	610	%12,2
المبيض	1660	%33,2
البوق	20	%0,4
الطبقة المغذية	170	%3,4
المجموع	5000	%100

أمَّا بالنسبة إلى توزّع الأنماط النسيجية لكل نوع من السرطان في دراستنا فكان كالآتي:

أورام الفرج والمهبل الخبيثة: (350 حالة، 7%):

- سرطانة شائكة الخلايا SCC: 300 حالة (86%).
- سرطانة كيسية غدية Adenoid cystic carcinoma: 10 حالات (3%).
- ساركوما عضلية مخططة Rhabdomyosarcoma: 30 حالة (8%).
- ميلانوما Melanoma: 10 حالات (3%).

أورام عنق الرحم الخبيثة: (2190 حالة، 43,8%):

- سرطانة شائكة الخلايا SCC: 1970 حالة (90%).
- سرطانة غدية Adenocarcinoma: 170 حالة (8%).
- سرطانة غدية شائكة Adenosquamous carcinoma: 30 حالة (1%).
- أنواع أخرى: 20 حالة (1%): 10 حالات سرطانة مخاطية بشرانية، 5 حالات أورام مشبهة بالكارسينوئيد، 5 حالات كارسينوما غدية كيسية.

من بين الـ 1970 حالة سرطانة شائكة الخلايا كان لدينا:

- 1800 حالة سرطانة شائكة كبيرة الخلايا، غير متقرنة (91%).
- 50 حالة سرطانة شائكة متقرنة (2%).
- 120 حالة سرطانة صغيرة الخلايا (7%).

أمَّا بالنسبة إلى أعمار المريضات المصابات بسرطان عنق الرحم فكانت كالآتي:

780 حالة أقل من عمر 35 سنة (40%).

1190 حالة أكبر من عمر 35 سنة (60%).

أورام جسم الرحم الخبيثة (610 حالات، 12,2%):

- سرطانة بطانة رحم Endometrial carcinoma: 540 حالة (88%).
- كارسينوساركوما: 10 حالات (1,6%).
- ساركوما بطانية لحمية Endometrial stromal sarcoma: 20 حالة (3,4%).
- ساركوما عضلية ملساء Leiomyosarcoma: 40 حالة (7%).

أورام أنبوب فالوب الخبيثة: أورام نادرة

فقط 20 حالة كارسينوما غدية حليمية Papillary adenocarcinoma (0,4%).

أورام الطبقة المغذية الخبيثة: (Gestational Trophoblastic Tumor: GTT**) (170 حالة ، 3,4%):**

- كوريوكارسينوما: 140 حالة (82%).

– رحى غازية: 30 حالة (18%).

أورام المبيض الخبيثة (1660 حالة، 33,2%):

– أورام الظهارة السطحية الخبيثة: 1200 حالة (73%).

– أورام الخلية الإنتاشية الخبيثة: 220 حالة (13%).

– أورام الحبل الجنسي واللحمة الخبيثة: 140 حالة (8%).

– أورام خبيثة غير مصنفة: 20 حالة (1%) من ضمنها 10 حالات لمفوما خبيثة.

– أورام انتقالية: 80 حالة (5%).

بالنسبة إلى أورام المبيض كانت الحالات كما يأتي:

1 – أورام الظهارة السطحية الخبيثة : 1200 حالة

– أورام حدية Borderline: 80 حالة (7%).

– أورام مصلية خبيثة Serous: 740 حالة (61%).

– أورام مخاطية خبيثة Mucinous: 260 حالة (22%).

– أورام مشبهة بباطن الرحم خبيثة Endometrioid : 90 حالة (7%).

– سرطانة رائقة الخلايا Clear cell: 20 حالة (2%).

– ورم برنر الخبيث 4 حالات وسرطانة غير متمايزة 6 حالات (1%).

بالنسبة إلى أعمار المريضات كانت فوق عمر الـ 35 سنة بشكل عام، وكانت الأورام ثنائية الجانب بنسبة 60% بالنسبة إلى الأورام المصلية الخبيثة، وبنسبة 40% بالنسبة إلى لأورام المخاطية الخبيثة.

2 – أورام الخلية الإنتاشية الخبيثة: 220 حالة

– ورم خللي إنتاشي Dysgerminoma: 70 حالة (32%).

– أورام خلية إنتاشية مختلطة خبيثة: 50 حالة (23%).

– ورم جيب الأديم الباطن Endodermal sinus tumor 70 حالة (32%).

– الورم العجائبي الخبيث: 30 حالة (13%).

بالنسبة إلى أعمار المريضات فقد راوحت بين الـ 11 إلى 30 سنة، وكان الورم أحادي الجانب في معظم الحالات باستثناء 20 حالة كانت ثنائية الجانب؛ أي بنسبة 9%، ومعظم الأورام كانت في مراحل متقدمة عند التشخيص.

3 – أورام الحبل الجنسي واللحمة الخبيثة: 140 حالة

– ورم الخلايا الحبيبية Granulosa cell tumor اليفعاني وعند البالغين: 100 حالة (71%).

– ورم خلايا سيرتولي–لايديغ: 40 حالة (29%).

بالنسبة إلى أعمار المريضات أخذت طيفاً واسعاً، وشملت الأعمار كلّها، ومعظمها كان أحادي الجانب باستثناء نسبة 5% كانت ثنائية الجانب.

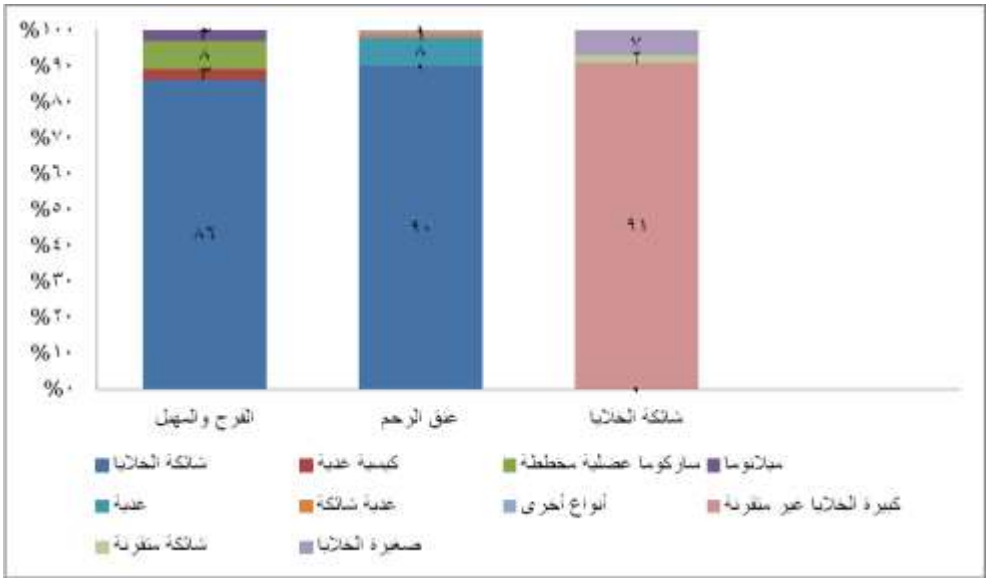
4 – الأورام الخبيثة الانتقالية: 80 حالة

– 30 حالة (37,5%) كانت نقائل من الثدي: 22 حالة منها كانت كارسينوما ثدي فصيصية، و8 حالات كانت كارسينوما قنوية.

– 50 حالة (62,5%) كانت نقائل من السبيل المعدي المعوي: 32 حالة كانت من المعدة، و18 حالة كانت من الكولون (ورم كروكنبرغ Krukenberg).

وقد وضّحنا الحالات جميعها بما فيها الأنماط النسيجية لكل حالة مع عددها ونسبتها في الجدول رقم (3).

توضّح المخططات البيانية رقم (1، 2، 3، 4، 5، 6) نسب توزع سرطانات الجهاز التناسلي الأنثوي لدى النساء في دراستنا التي تعكس نسبة توزعها في بلدنا سوريا، ونسبة توزع كل ورم خبيث بحسب موقعه من جهة وبالنسبة إلى أورام الجهاز التناسلي الأنثوي كلّها من جهة أخرى.

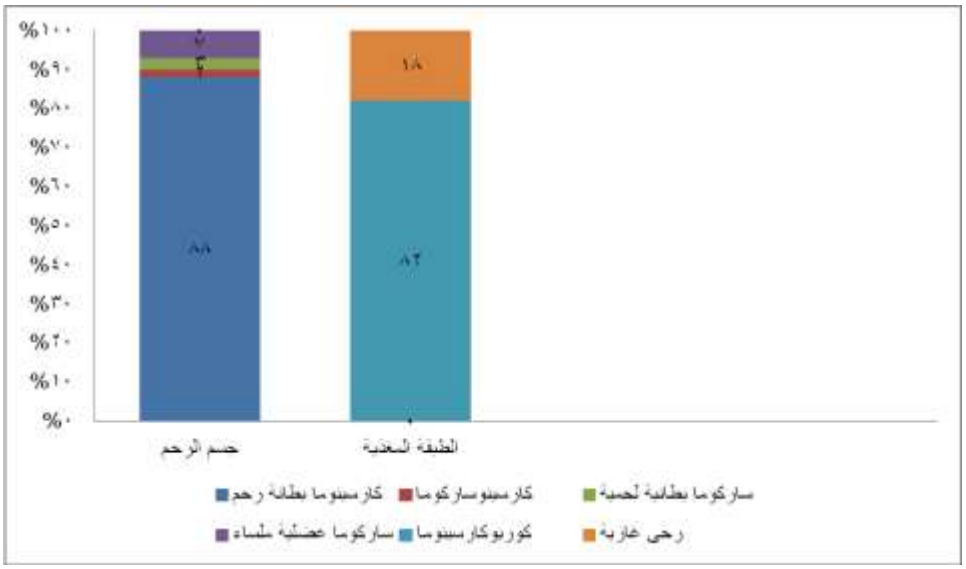


المخطط 1: توزّع الأنماط النسيجية لسرطانات الفرج والمهبل وعنق الرحم وأنواع السرطانة شائكة الخلايا في عنق الرحم في دراستنا

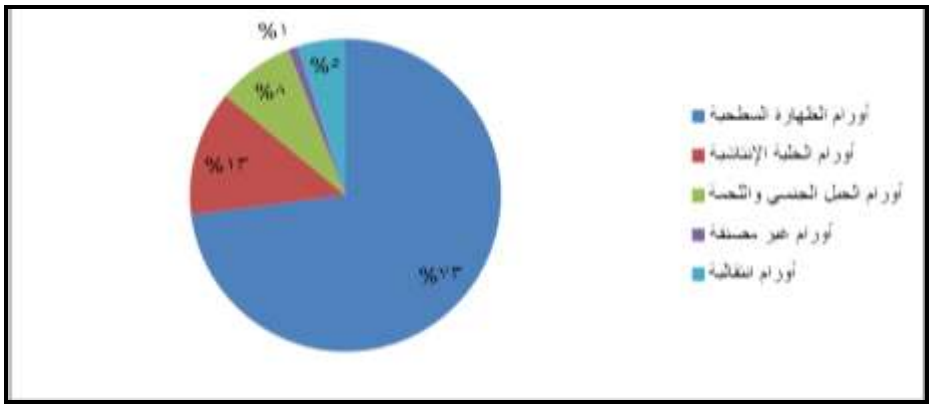
الجدول (3) عدد الأنماط النسيجية لسرطانات الجهاز التناسلي الأنثوي ونسبة توزّعها في دراستنا

الموضع	النمط النسيجي	تحت النمط النسيجي	العدد/ النسبة		العدد/ النسبة الكلية
الفرج والمهبل	شائكة الخلايا		300/ 86%		350/ 7%
	سرطانة كيسية غدية		10/ 3%		
	ساركوما عضلية مخططة		30/ 8%		
	ميلانوما		10/ 3%		
عنق الرحم	شائكة الخلايا	كبيرة الخلايا غير متقرنة	1800/ 91%	1970/ 90%	2190/ 43,8%
		شائكة متقرنة	50/ 2%		
		صغيرة الخلايا	120/ 7%		
	سرطانة غدية		170/ 8%		
	سرطانة غدية شائكة		30/ 1%		
	أنواع أخرى		20/ 1%		
جسم الرحم	سرطانة بطانة الرحم		540/ 88%		610/ 12,2%
	كارسينوساركوما		10/ 1,6%		
	ساركوما بطانية لحمية		20/ 3,4%		
	ساركوما عضلية ملساء		40/ 7%		
أنبوب فالوب	كارسينوما غدية حليمية				20/ 0,4%
الطبقة المغذية	كوريوكارسينوما		140/ 82%		170/ 3,4%
	رحى غازية		30/ 18%		
المبيض	أورام الظهارة السطحية	حدية	80/ 7%	1200/ 73%	1660/ 33,2%
		مصلية خبيثة	740/ 61%		
		مخاطية خبيثة	260/ 22%		
		مشبهة بباطن الرحم	90/ 7%		
		رائقة الخلايا	20/ 2%		
		برنر الخبيث وغير متمايزة	6/ 1%		
	أورام الخلايا الإنبتية الناشئة	Dysgerminoma	70/ 32%	13/	

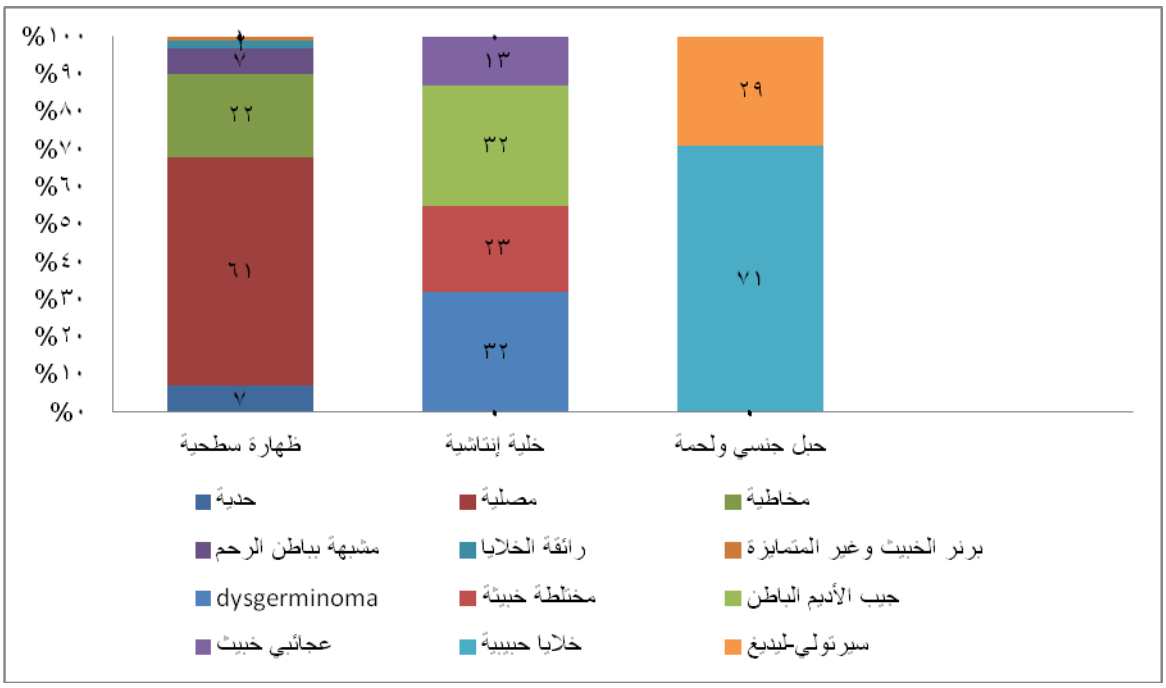
		أورام مختلطة خبيثة	%23 /50		
		جيب الأديم الباطن	%32 /70		
		عجائبي خبيث	%13 /30		
	أورام الحبل الجنسي واللحمة	الخلايا الحبيبية	%71 /100	%8 /140	
		خلايا سيرتولي–ليديغ	%29 /40		
	أورام غير مصنفة		%1 /20		
	أورام انتقالية	من الثدي	%37,5 /30	%5 /80	
		من السبيل المعدي المعوي	%62,5 /50		



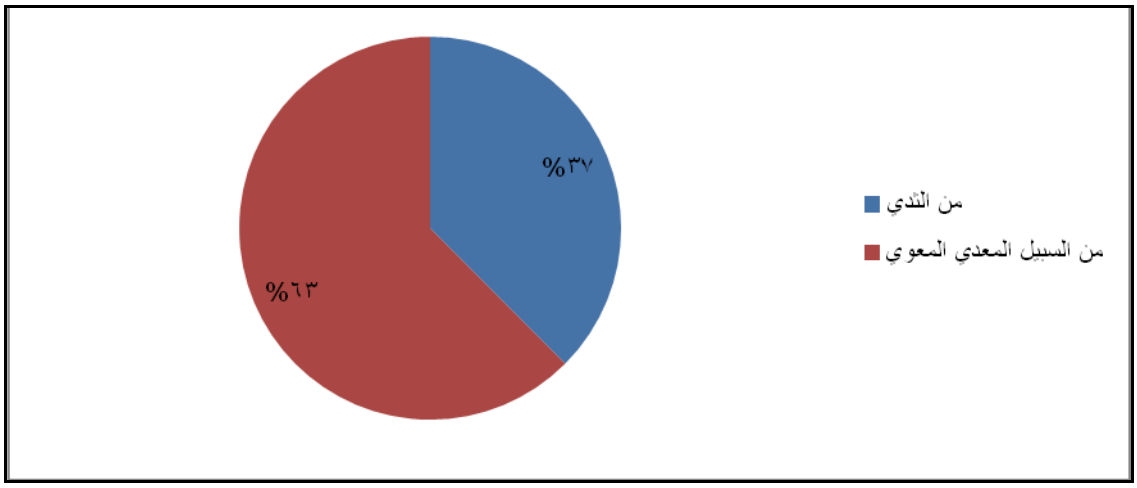
المخطط 2 : توزع الأنماط النسيجية لسرطانات جسم الرحم وسرطانات الطبقة المغذية في دراستنا



المخطط 3: توزع الأنماط النسيجية لسرطانات المبيض في دراستنا



المخطط 4 : توزع تحت الأنماط النسيجية لسرطانات المبيض في دراستنا



المخطط 5: توزع مصدر الأورام الخبيثة الانتقالية للمبيض في دراستنا

المخطط (6): نسب توزع سرطانات الجهاز التناسلي الأنثوي بحسب موقعها التشريحي في دراستنا

المناقشة:

يشكل سرطان عنق الرحم معظم سرطانات الجهاز التناسلي الأنثوي في هذه الدراسة. فقد كانت نسبة سرطان عنق الرحم 43,8%. وهذا توافق مع نتائج دراسة مماثلة في بورت هاركورت في نيجيريا، حيث شكل سرطان عنق الرحم نسبة 65% من سرطانات الجهاز التناسلي الأنثوي البدئية.[13] ذكر Megafu عام 1979 أن سرطان عنق الرحم شكل 73,1% من سرطانات السبيل التناسلي الأنثوي كلّها في هذا المركز، وهذه النسبة أعلى من النسبة الملاحظة في دراستنا.[14] Pindiga, et al. في دراسة أجريت في Maiduguri في نيجيريا، ذكروا أن سرطان عنق الرحم شكل نحو 72,6% من سرطانات الجهاز التناسلي الأنثوي كلّها.[15] أظهرت دراسة مماثلة في مشفى الزمالة الجامعي في Ibadan في نيجيريا أن سرطان عنق الرحم هو أكثر سرطانات الجهاز التناسلي الأنثوي شيوعاً في نيجيريا.[16] وأيضاً نَلْحَظْ أن نموذج خباثات الجهاز التناسلي الأنثوي في هذه الدراسة يختلف عن نماذجها في البلدان المتقدمة، إذ يحتل سرطان المبيض المرتبة الأولى في خباثات الجهاز التناسلي الأنثوي؛ وذلك لأسباب عدَّة منها انتشار فحوص التقصي والكشف المبكر في هذه البلدان، وعلاج الآفات ما قبل الخبيثة لعنق الرحم؛ ممَّا يؤدي إلى انخفاض ملحوظ في حدوث سرطانات عنق الرحم.[17] بيّنت دراسة أمريكية على إحصائيات سرطان عنق الرحم أجريت عام2015 ،[18] أن عدد النساء المشخصات بسرطان عنق الرحم بلغ 12042 مريضة، وعدد النساء اللواتي توفين نتيجة هذا السرطان كان 4047 امرأة، وهذا العدد أقل بكثير من نتائج الدراسات في العقود السابقة، وعزي ذلك إلى أسباب عدّة منها؛ كما ذكرنا سابقاً الفحوص الدورية والكشف المبكر، وأيضاً استخدام لقاح الحمة الحليمية الإنسانية HPV التي يعتقد أن لها دوراً في آلية التسرطن.

يشير موقع سرطان عنق الرحم كرقم واحد في هذه الدراسة إلى أن فعالية فحوص التقصي والكشف المبكر وعلاج الآفات ما قبل الخبيثة لعنق الرحم في بلدنا أقل من المستوى المطلوب. ويعزى ذلك لأسباب عدّة منها غياب التوعية الصحية للنساء في معظم المناطق من جهة، ونقص الوعي الصحي لدى المرضى من جهة أخرى، وسوء الوضع المادي، وتدني الوضع الاجتماعي في نسبة مهمة من مجتمعنا، إذ تراجع معظم المريضات المصابات بسرطان عنق الرحم عندما تكون المرحلة متقدمة ممَّا يؤدي إلى زيادة نسبة الوفيات بسببه.

تشكل سرطانات المبيض في دراستنا الدرجة الثانية من ناحية الشيوع في سرطانات الجهاز التناسلي الأنثوي إذ بلغت نسبتها 33,2% من الحالات، وهذا تعارض مع دراسة مبكرة أجريت في Enugu في إفريقيا حيث بلغت نسبة حدوث سرطانات المبيض فيها فقط 2,66%.[14] ويعزى تغير نسبة حدوث سرطان المبيض إلى تغير حجم العائلات، فمن المعروف أن الحمل والإرضاع الوالدي يقي من حدوث سرطان المبيض.[17، 19] من جهة أخرى ، فإن الأعراض غير النوعية لسرطان المبيض من الصعب ملاحظتها.[19] وهكذا يبقى تشخيص سرطان المبيض هو التحدي الأكبر؛ لأنَّ الموقع التشريحي للمبيض يجعل الأعراض متأخرة. ولا توجد فحوص تقصي وكشف مبكر لسرطان المبيض.[19] بحسب المركز الإحصائي البريطاني فإن عدد الحالات الجديدة لسرطان المبيض عام 2013 بلغ 7284 حالة، وكانت نسبة سرطان المبيض من السرطانات كلّها 2% ، وأكثر من نصف الحالات بين عامي 2011 و 2013 كانت فوق عمر الـ 65 سنة، ولُحِظَ ارتفاع في نسبة حدوث سرطان المبيض بنسبة 17% من عام 1970 حتى الآن.[20]

في Ibadan في نيجيريا، كانت الكوريوكارسينوما هي ثاني أكثر خباثات الجهاز التناسلي الأنثوي شيوعاً،[21] لكنها في دراستنا كانت بنسبة 2,8% من الحالات جميعها، وهذا كان مماثلاً لدراسات أجريت في Maiduguri،[15، 22] وأيضاً لدراسة أجريت في الهند إذ بيَّنت أن أقل نسبة حدوث لخباثات الطبقة المغذية كانت في شمال الهند، وهذه النسبة ازدادت كلما اتجهنا جنوباً حتى بلغت أعلى نسبتها في أقصى الجنوب في ولاية Kerala (Trivandrum) .[23]

في Uyo South في إفريقيا كانت نسبة حدوث سرطانات الفرج نحو 1,5% ،[24] وهي نسبة أقل من النسبة الملاحظة في دراستنا، إذ كانت 7%، وفي دراسة أمريكية تبيّن أن حدوث سرطان الفرج في الموضع ازداد بين عامي 1973 و2004 بنسبة 3,5% كل سنة، في حين ازداد حدوث سرطان الفرج الغازي بنسبة 1% كل سنة، وهذه الزيادة في نسبة الحدوث لم تعرف أسبابها.[25]

الاستنتاجات والتوصيات:

نستنتج ممَّا سبق أن سرطان عنق الرحم هو أكثر خباثات الجهاز التناسلي الأنثوي شيوعاً في بلدنا، وهذا توافق مع الدراسات المجراة في بلدان إفريقيا والبلدان النامية. ممَّا يجعل الخيارات المطروحة حالياً هي الوقاية، والكشف المبكر، والعلاج، والعناية التلطيفية لطيف واسع من سرطانات الجهاز التناسلي الأنثوي. على كل حال، لدى خلفية نقص الموارد الاقتصادية عند نسبة مهمة من الناس في مجتمعنا فإن هذه الخيارات غير متاحة .[26] وبناء عليه، يجب التركيز على التوعية وتنوير العامة عن أهمية الفحوص الدورية، وفحوص الكشف المبكر، وعلاج الآفات ما قبل السرطانية لعنق الرحم، لما له من أهمية كبرى في تقليل نسبة حدوث هذا السرطان القاتل في مجتمعنا.

References

1 – Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. GLOBOCAN2008 v1.2, Cancer incidence and mortality worldwide: IARC Cancer Base No. 10 (Internet) Lyon (France): International Agency for Research on Cancer, 2010.
2 – Merritt MA, Cramer DW. Molecular pathogenesis of endometrial and ovarian cancer. Cancer Biomark. 2010, 9: 287 – 305.
3 – Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Thomas DB. Cancer incidence in five continents, Vol. VIII. IARC Scientific Publication No. 155. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer, 2002. P. 781.
4 – Parkin DM, Bray F. Chapter 2: The burden of HPV-related cancers. Vaccine. 2006, 24(Suppl 3): S3, 11-25.
5 – Bosch FX, Cardis E. Cancer incidence correlations: genital, urinary and some tobacco-related cancers. Int J Cancer. 1990, 46: 178 – 184.
6 – Sankaranarayanan R, Ferlay J. Worldwide burden of gynaecological cancer: the size of the problem. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2006, 20: 207 – 225.
7 – Altieri A, Franceschi S, Ferlay J, Smith J, La Vecchia C. Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic diseases. Lancet Oncol. 2003, 4: 670 – 678.
8 – Spitzer M. Lower genital intraepithelial neoplasia in HIV infected women. Guidelines for evaluation and management. Obstet Gynecol Surv. 1999, 54: 132-6.
9 – Franco FL, Franco ED, Ferenczy A. Cervical cancer epidemiology, prevention and the role of human papilloma virus infection. Canadian Med Ass J. 2001, 164: 1017-25.
10 – World Health Organization. Geneva: WHO, 2006. Comprehensive cancer control: A guide to essential practice.
11 – Bowa K, Wood C, Chao A, Chintu C, Mudenda V, Chikwenya M. A review of the epidemiology of cancers at the University Teaching Hospital, Lusaka, Zambia. Trop Doct. 2009, 39: 5 – 7.
12 – Hari G. Epithelial ovarian tumor. In: Edmonds DK, editor. Dewhurst's textbook of obstetrics and Gynecology. 7th ed. Oxford: Blackwell Science Publishers, 2007. pp. 625 – 35.
13 – Saleye-Fubara D, Uzoigwe SA. Pattern of primary female genital cancer in Port Harcourt Nigeria, a 12 year review. Sahel Med J. 2003, 6: 34-9.
14 – Megafu U. Cancer of genital tract among Ibo women in Nigeria. Cancer. 1979, 44: 1875-8.
15 – Pindiga UH, El-Nafety AU, Ekanem IA. Female genital malignancies in Maiduguri, Negiria: A review of 328 cases. Trop J Obstet Gynaecol. 1999, 16: 52-6.
16 – Edington GM, Hendrickse M. The geographical pathology of cancer in Africa with special reference to Western state of Nigeria. Dokita. 1972, 4: 1-4.
17 – Monaghan JM. Malignant disease of the ovary. In: Edmond's DK, editor. Dewhurst's textbook of obstetrics and gynaecology for postgraduates. 6th ed. Oxford: Blackwell Science, 1999. Pp. 591-601.
18 – U.S. Cancer Statistics Working Group. United States Cancer Statistics: 1999-2012 Incidence and Mortality Web-based Report. Atlanta (GA): Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, and National Cancer Institute, 2015.
19 – Miller BE. Ovarian Cancer. In: Ling FW, Duff P, editors. Obstetrics and Gynecology principles for practice. New York: McGraw-Hill Companies, 2001. Pp. 1298-314.
20 – Cancer Research UK. Angel Building, 407 St Jhon Street, London EC1V 4AD.
21 – Babarinsa IA, Akang EE, Adewole IF. Pattern of gynaecological malignancies at Ibadan Cancer Registry (1976-1995) Nig Qt J Hosp Med. 1998, 8: 103-6.
22 – Kyari O, Nggada H, Mairiga A. Malignant tumours of female genital tract in North Eastern Nigeria. East Afri Med J. 2004, 81: 142-5.
23 – A Study of Choriocarcinoma Its Incidence in India and Its Aetiopathogenesis. K. Narayana Pai, Volume 3 of the series UICC Monograph Series pp 54-57.
24 – Bassey EA, Ekpo MD, Abasiattai A. Female genital tract malignancies in Uyo South-South Nigeria. Niger Postgrad Med J. 2007, 14: 134-6.
25 – Cancer Causes Control. Is the incidence of invasive vulvar cancer increasing in the United States? Clara Bodelon, Margaret M. Madeleine, (…), and Noel S, Weiss. 2009 Nov, 20 (9): 1779-1782. Published online 2009 Aug 13. Doi: 10.1007/s10552-009-9418-8
26 – Cain JM, Ngan Hextan, Garland S, Wright T. Control of cervical cancer: Women's options and rights. Int J Gynecol Obstet. 2009, 106: 141-3.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2016/07/10.
تاريخ قبوله للنشر 2016/09/04.