مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (29) العدد (4) 2007
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research- Medical Sciences Series Vol. (29) No. (4) 2007

مقارنة الموجودات التنظيرية لعنق الرحم مع لطاخة بابانيكولاو

الدكتورة صفاء سلمان *
الدكتور محمد النقري **
إياد ططري ***

(تاريخ الإيداع 28 / 8 / 2007. قبل للنشر في 23 / 9 / 2007)

□ الملخّص □

تم إجراء البحث في قسم التوليد وأمراض النساء بمشفى الأسد الجامعي في اللاذقية في الفترة ما بين 4\8\2005 و4\8\2007 ، حيث شملت الدراسة 300 مريضة مسحت للتحري عن الآفات التنشؤية والسرطانية في عنق الرحم، باستخدام لطاخة بابانيكولاو والتنظير المكبر لعنق الرحم، وقيمت نتائج كل اختبار على حدة، ومن ثم العلاقة بين نتائج التنظير واللطاخة واعتبار الفحص النسيجي كمعيار تشخيصي أكيد لتحديد الحساسية والنوعية لكل من الاختبارين. وكانت حساسية التنظير أعلى من حساسية اللطاخة في حين نوعية التنظير أقل من نوعية اللطاخة وعند إشراك لطاخة بابانيكولاو مع تنظير عنق الرحم المكبر ارتفعت الحساسية إلى 92 % .

ومن ثم دراسة العلاقة بين نتائج التنظير المكبر لعنق الرحم ولطاخة بابانيكولاو مع بعض عوامل الخطورة لسرطان عنق الرحم حيث وجدنا ارتفاع في نسبة وجود البشرة الشاذة في عنق الرحم في الحالات الآتية: العمر المتقدم ، التدخين ، الحمول المتعددة، فترة الزواج، الزواج في سن مبكرة .

الكلمات المفتاحية: سرطان عنق الرحم - التنشؤ ضمن البشرة لعنق الرحم - التنظير المكبر لعنق الرحم - لطاخة بابانيكولاو.

* أستاذة مساعدة في قسم التوليد وأمراض النساء . كلية الطب . جامعة تشرين . اللاذقية . سورية.
** أستاذ في قسم التوليد وأمراض النساء . كلية الطب . جامعة تشرين . اللاذقية . سورية.
*** طالب دراسات عليا في قسم التوليد وأمراض النساء . كلية الطب . جامعة تشرين . اللاذقية . سورية.

مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (29) العدد (4) 2007
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research- Medical Sciences Series Vol. (29) No. (4) 2007

A Comparison of Colposcopy and Papanicolaou Smear

Dr. Saffa Salman*
Dr. Mohamad Alnockary **
Eiad Tatary***

(Received 28 / 8 / 2007. Accepted 23/9/2007)

□ ABSTRACT □

The study was carried in the Department of Obstetrics and Gynecology at Al-Assad University Hospital in Lattakia between 4/8/2005 & 4/8/2007. The study included 300 patients who were screened for cervical intraepithelial neoplasia and invasive cervical cancer by simultaneous papanicolaou smear and colposcopy. The accuracy of each screening test was evaluated independently, and the results of colposcopy and papanicolaou smear were compared with the histological results like the "gold standard" to detect the sensitivity and specificity of both screening tests.

Colposcopy was more sensitive than the papanicolaou smear; whereas its specificity was less than papanicolaou smear. When we combined the papanicolaou smear and colposcopy, the sensitivity increased to(92) % .

We also studied the relation of papanicolaou smear and colposcopy with the risk factors of cervical cancer. There was an increase in the incidence of epithelial abnormalities of the cervix in the following cases: age, cigarette smoking, multiple pregnancy, period of marriage, and early marriage.

Keywords: Cervical Cancer, Cervical Intraepithelial neoplasia { CIN }, Colposcopy, Papanicolaou Smear { Pap Smear .

*** Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.**
**** Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.**
***** Postgraduate Student, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.**

المقدمة:

يعد سرطان عنق الرحم ثاني أكثر الخباثات شيوعاً التي تصيب النساء في العالم على الرغم من الانخفاض الكبير في نسب حدوث المرض الغازي في البلدان المتطورة التي استعملت برامج المسح والكشف المبكر عن الآفات ما قبل الغازية في عنق الرحم Preinvasive Disease [1]، حيث تبين أن هذه التبدلات البشروية في عنق الرحم لها مظهر السرطان الغازي نفسه ولكنها محدودة ضمن البشرة، وقد دعيت هذه الآفات بعسرة التصنع Dysplasia أو الثدن [CIN] cervix Intraepithelial Neoplasia، التي تحمل إمكانية التطور إلى سرطان عنق رحم غازي في المستقبل، وهي ذات تطور بطيء ومن السهل تشخيصها ومعالجتها. لذلك كان لابد من اكتشاف وسائل مساعدة تمكننا من الكشف المبكر عن هذه الآفات وعلاجها الذي يضمن لنا الشفاء التام قبل الوصول إلى مرحلة الغزو [2, 3] .

ومن المهم التمييز بين عسر التصنع Dysplasia والحؤول Metaplasia والتي تعتبر حالة طبيعية، وهذا يقودنا إلى تعريف المنطقة المتحولية [T. Z] Transformation Zone وهي منطقة من عنق الرحم محصورة بين الوصل الرصفي الاسطواني الأصلي والوصل الرصفي الاسطواني الجديد الناتج عن عملية الحؤول الفعال للبشرة الاسطوانية لعنق الرحم إلى بشرة مطبقة رصفية غير متقرنة نتيجة لتكاثر الخلايا الاحتياطية تحت الاسطوانية نتيجة لعوامل متعددة أهمها حموضة المهبل والحث الهرموني [3]، وهذه الخلايا الحؤولية تعتبر أكثر تأثراً بالمحرضات المسرطنة وأهمها الخمج بال {Human Papilloma Virus} HPV، والتعرض لعوامل بيئية مثل تدخين السجائر، والحالة المناعية، والفعالية الجنسية [4, 5].

تم إنتاج لطاخة بابانيكولاو Pap Smear عام1941 وأصبحت ومازالت اختبار المسح الأساسي لسرطان عنق الرحم والآفات ما قبل الخبيثة التي تصيب عنق الرحم، كما أجري تحديث وتطوير لاختبارات Pap Smear التقليدية مثل { Cytobrush, ThinPrep, SurePath } في محاولة لتحسين الحساسية والنوعية [6].

وفي عام 1988 عقد مؤتمر خاص من قبل المعهد الوطني للسرطان . Cancer Control of The Nation Cancer Institute . حيث أنشأ نظام البيتسدا Bethesda System لدراسة تقرير الفحص الخلوي لعنق الرحم Cervix Cytology Report [7] ، وعدل هذا النظام تكراراًفي عام 2001 و2005 والذي يبحث ما يأتي [8] :

- ✓وصف لنوع العينة وبيان كفاية العينة .
- ✓التصنيف العام وقراءة النتائج .
- ✓ملاحظات واقتراحات أخصائي المشرح المرضي.

أما تنظير عنق الرحم المكبر Colposcopy فيتم بواسطة مجهر مزود بعدسات تكبير مختلفة وإضاءة خاصة، وبذلك تساعد على تمييز ملامح الأنسجة غير الطبيعية التي لها عدة صفات تتعلق بحواف الآفة، لون الآفة النموذج الوعائي. والحصول على الخزع الموجهة مباشرة من المناطق المشبوهة لإجراء الفحص النسيجي الذي يعتبر المعيار الذهبي في التشخيص [9] .

إن دقة التشخيص النهائي يعتمد على قدرة المنظر على تفسير الموجودات التنظيرية وأخذ الخزع بشكل مناسب والتنسيق بين الموجودات التنظيرية ونتائج الفحص الخلوي والنسيجي لصياغة التشخيص النهائي وخطة المعالجة لكل مريضة على حدة [10] .

أهمية البحث:

إن الكشف الباكر عن الآفات ما قبل السرطانية ووضع خطة العلاج المثلى تؤمن الوقاية المثالية من حدوث سرطان عنق الرحم ويقي من الكثير من الإجراءات العلاجية الباضعة المكلفة التي لا مبرر لها.

أهداف البحث:

هدف إحصائي ودراسي : تحديد أهمية تنظير عنق الرحم المكبر في تشخيص آفات عنق الرحم ومصداقية هذا التنظير من خلال المقارنة مع نتائج الدراسة الخلوية، والفحص النسيجي إن أمكن ودراسة تغيير الموجودات التنظيرية مع عوامل الخطورة لتطوير الممارسة السريرية.

هدف وقائي وتشخيصي وعلاجي: التحري الباكر عن الحالات المرضية ما قبل السرطانية في عنق الرحم وعلاجها قبل تحولها إلى السرطان الغازي. وكشف الحالات السرطانية باكراً ما أمكن يرفع من إمكانية الشفاء ومن معدل البقاء على قيد الحياة، ويقي من الكثير من الإجراءات العلاجية العشوائية والجائرة وغير الموجهة.

طريقة البحث ومواده:

تم إجراء البحث على 300 مريضة في الفترة الواقعة ما بين 4\8\2005 و4\8\2007 في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية من مراجعات العيادة النسائية وقسم التوليد وأمراض النساء، خاصةً المقبولة بشكوى نزف شاذ من عنق الرحم أو التهابات نسائية مزمنة ومتكررة، مع تحقيق لشروط أخذ عينة اللطاخة وتتضمن { عدم وجود : جماع ، دوش مهبلي، فحص نسائي ، تعاطي للصادات لمدة 48 ساعة على الأقل }. وبعد شرح طريقة إجراء الفحص والإجابة عن أسئلة المريضة والحصول على موافقتها، تم أخذ مسحة من عنق الرحم للزرع الجرثومي ثم إجراء لطاخة لظاهر وباطن عنق الرحم وتنظير مكبر لعنق الرحم لكل المرضى مع إجراء خزع بؤرية موجهة بالتنظير لبعض الحالات المشبوهة تنظيرياً.

تم التأكد من جهوزية الأدوات والمواد قبل كل فحص، وتم وضع كل من لطاخة ظاهر وباطن عنق الرحم على شريحة زجاجية خاصة بها وتثبيتها مباشرة بالإرذاذ الخاص بالفحص الخلوي وأجري التنظير بقوة تكبير منخفضة لوضع فكرة عامة عن الشكل الإجمالي لعنق الرحم والمهبل ثم بقوة تكبير عالية للتفتيش الدقيق عن الأنماط الوعائية الشاذة وهنا يفيد بشكل خاص استعمال المرشح الأخضر في إبراز التوعية الشاذة .

تم استعمال محلول حمض الخل 3 % لتوضيح المنطقة المتحولية والمناطق التي تحتوي خلايا ذات نوى كبيرة وكثيفة حيث تعكس الضوء وتبدو بيضاء، كما تم إجراء اختبار شيللر باستخدام اللوغول اليودي، وحتى يعتبر التنظير كافياً يجب أن تكون المنطقة المتحولية مرئية بالكامل، وقد تم استثناء الحوامل من الفحص.

تم توثيق موجودات التنظير على دفتر خاص وباستعمال اختصارات عديدة تتضمن:

T.Z : منطقة متحولية.	E : بشرة هاجرة .
W.E : بشرة مبيضة.	P : تنقط .
O : بشرة مطبقة أصلية.	M : موزاييك .
A.V : أوعية غير نموذجية.	N.C : كيسات نابوت .

النتائج والمناقشة:

تم إجراء البحث على 300 مريضة تتراوح أعمارهم بين 18 و81 سنة، حيث أجري لهم لطاخة ظاهر وباطن عنق رحم وتنظير مكبر لعنق الرحم مع أخذ خزع موجهة بالتنظير عند الحاجة، مع إجراء مسحة من عنق الرحم للزرع الجرثومي، وقد توزعت الموجودات التنظيرية بين المراجعات كما في الجدول (1) :

الجدول رقم (1) الموجودات التنظيرية في العينة المدروسة ونسبتها

الموجودات التنظيرية	موجودات طبيعية *	موجودات شاذة				مجموع الشذوذ	المجموع العام
		ابيضاض	تنقط موزاييك	توعية شاذة	نسيج متقرح		
عدد الحالات	239	11	34	14	2	61	300
النسبة المئوية%	79.7	3.6	11.3	4.6	0.6	20.3	100

* الموجودات الطبيعية تضم : O, E, T. Z , NC .

يتبين لنا أن غالبية المريضات كان تنظيرهن طبيعياً بنسبة 79.7 % ، في حين كان التنقط والموزاييك الشذوذ الأكثر تكراراً.

كما تم تصنيف نتائج الفحص الخلوي حسب Bethesda System والنتائج موضحة في الجدول رقم(2):

الجدول رقم (2) نتائج الفحص الخلوي في العينة المدروسة ونسبتها

نتيجة اللطاخة	☆	1	2	ASCUS	LSIL	HSIL	SCC	AC	Sarcoma
عدد الحالات	9	38	209	10	30	.	2	1	1
النسبة المئوية	3	12.6	69.6	3.3	10	.	0.6	0.33	0.33

☆ : Unsatisfactory 1 = Normal 2 = Inflammation

نلاحظ من الجدول رقم (2) : أن عدد الحالات غير القابلة للتقييم = 9 دون أن يذكر مخبر التشريح المرضي فيما إذا كان ذلك بسبب عدم جودة إجراء اللطاخة أو عدم التثبيت الجيد للعينة أو الاختلاط بالنزف أو الالتهاب ، وأن عدد اللطاخات الطبيعية التي لا تحوي شذوذ خلوي = 1 + 2 = 247 حالة أي بنسبة 82.33 % وعدد اللطاخات الشاذة 44 حالة أي بنسبة 14066% .

كما تم أخذ مسحة من عنق الرحم لإجراء الزرع الجرثومي وكان عدد الحالات السلبية 180 حالة أي بنسبة60 % في حين كانت الزروع ايجابية في 120 حالة أي بنسبة 40 % وقد توزعت نتائج الزرع كما في الجدول رقم (3) :

الجدول رقم (3) نتائج الزروع الايجابية وتوزعها في العينة المدروسة

الزرع +	E Coli	EnteroBacter	G-	Klebesella	Proteuos	عنقوديات	عقديات	فطور
المجموع	28	15	9	12	3	1	28	24

يبين الجدول رقم (3) :أن أعلى نسبة للزرع توزعت بين E Coli والمكورات العقدية، واحتلت الفطور المرتبة الثانية، وجاءت ال EnteroBacter في المرتبة الثالثة، ثم الكلبسيلا فالبروتيوس فالعنقوديات المذهبة، وعند مقارنة

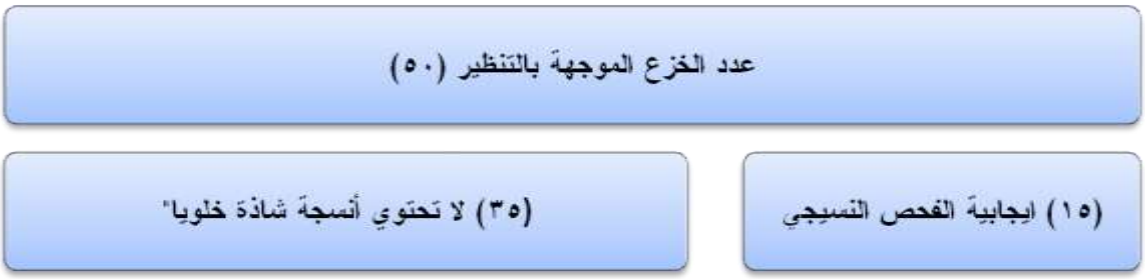
نتائج الفحص الخلوي مع الزرع الجرثومي نجد أن عدد اللطاخات الالتهابية =209 حالة، 81 منها فقط كانت إيجابية الزرع، أي بنسبة 38.75 % كما هو موضح في الجدول رقم (4) :

الجدول رقم (4) نتائج الزرع الجرثومي في اللطاخات الالتهابية

الزرع / اللطاخة	لا يوجد نمو	يوجد نمو	المجموع
Inflammation	128	81	209
النسبة المئوية	% 61.24	% 38.75	% 100

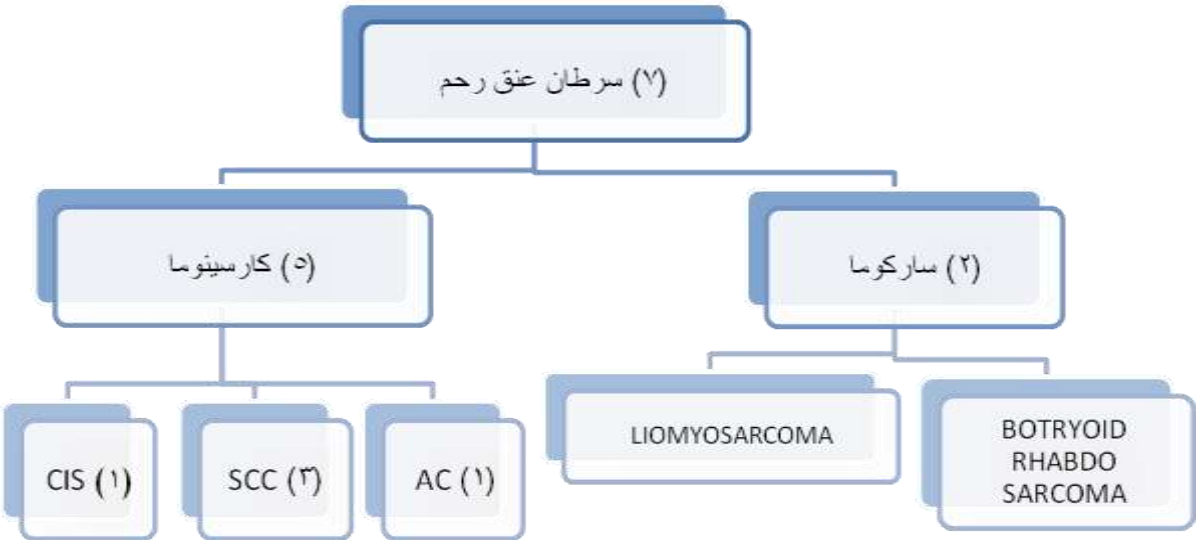
أما الفحص النسيجي لعنق الرحم فكان يضم نتائج الخزع الموجهة بالتنظير الموضحة بالشكل رقم (1)، والخزع المخروطية الموضحة بالشكل رقم (2)، ونتائج التشريح المرضي للرحم المستأصل.

الشكل رقم (1) نتائج الخزع المخروطية لعنق الرحم وتوزعها



الشكل رقم (2) نتائج الخزع الموجهة بالتنظير

وكان هناك (7) حالات سرطان عنق الرحم تم تشخيصها في دراستنا أي بنسبة 2.33 % من المرضى وقد توزعت النتائج كما في الشكل رقم (3) :



الشكل رقم (3) عدد حالات سرطان عنق الرحم وتوزعها

CIS : carcinoma in situ .
SCC : Squamous Cell carcinoma .
AC : Adeno carcinoma .

والنسبة المئوية لحدوث سرطان عنق الرحم شائك الخلايا في دراستنا = 1.33 %

في حين النسبة المئوية لحدوث السرطانة الغدية لعنق الرحم = 0.33 %

والنسبة المئوية لحدوث الساركوما عنق الرحم = 0.66 %

مقارنة بين نتائج اللطاخة Pap Smear والفحص النسيجي :

تم استبعاد الحالات التي نتيجة لطاخاتها Unsatisfactory من هذه الدراسة فأصبح عدد الحالات 291 حالة وقد توزعت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (5) :

الجدول رقم (5) مقارنة نتائج اللطاخة مع الفحص النسيجي

الفحص النسيجي / اللطاخة	سلبي *	ايجابي					المجموع
		CIN 1	CIN 2	CIN3	ancer	المجموع	
Normal +Inflammation	75	3	.	.	2	5	62
مجموع الحالات الشاذة	12	8	.	.	5	13	25
ASCUS	6	1	.	.	.	1	7
LSIL	6	7	.	.	1	8	14
HSIL	.	.	.	.	.	.	.
Cancer	.	.	.	.	4	4	4

* تضم : Normal + Inflammation + Metaplasia

يبين الجدول رقم (5) أن عدد اللطاخات التي أجري لها فحص نسيجي = 62 حالة، وكان الفحص النسيجي طبيعي في 57 حالة، أي إن اللطاخة أغفلت 5 حالات غير طبيعية اثنان منها سرطان، حيث هناك سلبية كاذبة=27% كما يظهر الجدول رقم (6)، وهذا يبرز الحاجة لوجود وسائل أخرى مساعدة تنقص من هذه السلبية

الكاذبة للطاخة. كما يبين الجدول أن عدد الحالات غير الطبيعية للطاخة التي أجري لها فحص نسيجي = 25 حالة، 12 حالة منها كانت طبيعية بالفحص النسيجي أي 48 % من هذه اللطاخات كانت إيجابية كاذبة لتنخفض هذه النسبة إلى 42 % في حالة ASCUS ولتصبح مساوية للصفر في حال وجود سرطان، مما يدل على انخفاض الإيجابية الكاذبة للطاخة كلما ازداد درجة الشذوذ الخلوي. ونستنتج أن هناك توافقاً مقبولاً بين نتائج اللطاخة والفحص النسيجي، خاصة في حالات الشذوذ الخلوي عالي الدرجة.

يمكن استنتاج مدى التوافق بين اللطاخة والفحص النسيجي من الجدول رقم (6) وكانت النتائج كما يأتي:

الحساسية = 13 × 100 ÷ 18 = 72 % النوعية = 57 × 100 ÷ 69 = 72 %

القيمة التنبؤية الايجابية =13×100÷25= 52% القيمة التنبؤية السلبية =57×100÷62= 91%

السلبية الكاذبة = 5 × 100 ÷ 18 = 27 % الإيجابية الكاذبة = 12 × 100 ÷ 69 = 17 %

الجدول رقم (6) التوافق بين اللطاخة والفحص النسيجي

الفحص النسيجي / اللطاخة	إيجابي	سلبي	المجموع
إيجابية	13	12	25
سلبية	5	57	62
المجموع	18	69	87

مقارنة الموجودات التنظيرية والفحص النسيجي :

الجدول رقم (7) مقارنة الموجودات التنظيرية مع نتائج الفحص النسيجي

الفحص النسيجي / التنظير	سلبي *	ايجابي					المجموع
		CIN1	CIN 2	CIN3	Cancer	المجموع	
طبيعي **	**57**	**3**	.	.	**2**	**5**	**62**
غير طبيعي	**12**	**8**	.	.	**5**	**13**	**25**
ابيضاض	**6**	**1**	.	.	.	**1**	**7**
تنقط موزاييك	**6**	**7**	.	.	**1**	**8**	**14**
توعية شاذة	.	.	.	.	.	.	.
نسيج متقرح	.	.	.	.	**4**	**4**	**4**

* تضم : Normal + Inflammation + Metaplasia

** يضم : O , T , E , N.C

نلاحظ من الجدول رقم (7) أن عدد الحالات التي كانت طبيعية من حيث الموجودات التنظيرية التي أجري لها فحص نسيجي = 55 حالة، 3 حالات منها غير طبيعية الفحص النسيجي وكلها CIN1 أي ثدن منخفض الدرجة. ونجد أن التنظير المكبر لعنق الرحم قد أغفل التشخيص بنسبة 5.45 % من الحالات مقارنة مع 8 % بالنسبة للطاخة

وكلها منخفضة الدرجة في حين كانت هناك حالتا سرطان تم إغفالها في اللطاخة، وهذا يدل على السلبية الكاذبة المنخفضة والحساسية العالية للتنظير.

في مقارنة بين التنقط والموزاييك مع التوعية الشاذة يبين الجدول (7) ما يأتي: من بين 19 حالة تنقط وموزاييك كان هناك 8 حالات إيجابية الفحص النسيجي، أي بنسبة 42.1 % ، واحدة منها سرطان، أي يترافق التنقط والموزاييك مع سرطان عنق الرحم بنسبة 5.26 %. في حين التوعية الشاذة { وتضم الأوعية بشكل الفاصلة، لولبي، انقطاع مفاجئ في مسير الوعاء، خشنة اعتباطية }، فكانت هناك 4 حالات من أصل 9 حالات تحتوي على شذوذ بالفحص النسيجي، أي بنسبة 44.44 % أعلى بقليل من التنقط والموزاييك، واثنان منها سرطان أي بنسبة 22.22 % ، وهذا يدل على أن التوعية الشاذة تترافق مع سرطان عنق الرحم بدرجة أكبر من التنقط والموزاييك. ويمكن استنتاج التوافق بين التنظير المكبر لعنق الرحم والفحص النسيجي من خلال الجدول رقم (8) حيث يمكن حساب الحساسية والنوعية للتنظير كما يأتي:

الحساسية = 17 × 100 ÷ 20 = 85 % النوعية = 52 × 100 ÷ 71 = 73 %

القيمة التنبؤية الايجابية = 17 × 100 ÷ 36 = 47 % القيمة التنبؤية السلبية = 52 × 100 ÷ 55 = 94 %

السلبية الكاذبة = 3 × 100 ÷ 20 = 15 % الايجابية الكاذبة = 19 × 100 ÷ 71 = 26 %

الجدول رقم (8) التوافق بين الموجودات التنظيرية والفحص النسيجي

الفحص النسيجي / التنظير	إيجابي	سلبي	المجموع
إيجابي	17	19	36
سلبي	3	52	55
المجموع	20	71	91

وبالمقارنة بين حساسية التنظير واللطاخة نجد أن حساسية التنظير أعلى من حساسية اللطاخة، وهذا يؤكد أهمية التنظير في اختبارات المسح، في حين النوعية في التنظير أقل من اللطاخة التي تعتبر وسيلة مسح جيدة مع نوعية عالية، وعند إشراك الاختبارين معاً في المسح كما في دراستنا يمكن الاستفادة القصوى من حساسية التنظير ونوعية اللطاخة، حيث ارتفعت الحساسية عند إشراك الاختبارين معاً في دراستنا إلى 92 % والنوعية إلى 88 % ، بالإضافة إلى أن إشراك التنظير يمكن من أخذ الخزع الموجهة مباشرة من الآفة وزيادة مصداقية التشخيص. وبالمقارنة مع دراسة قام بها Celesta Wensveen في هولندا عام 2003 على 148 مريضة كانت حساسية التنظير = 90% والنوعية = 70% مع قيمة تنبؤية إيجابية = 33% وسلبية = 98% [11]. وفي دراسة للدكتور منير منصور في دمشق 2002م شملت 1431 مريضة كانت حساسية التنظير = 94% ونوعيته =58% مع قيمة تنبؤية ايجابية = 70% وسلبية = 91%، في حين كانت حساسية اللطاخة = 70% ونوعية اللطاخة=83% مع قيمة تنبؤية ايجابية = 80% وسلبية = 74% [12].

تبدل الموجودات التنظيرية واللطاخة حسب عوامل الخطورة :

1)حسب العمر :

الجدول رقم (9) توزع الموجودات التنظيرية حسب الفئات العمرية

العمر / التنظير	29 . 20	39 . 30	49 . 40	59 . 50	60 ≤
عدد المراجعات ونسبتها المئوية	35 % 11.66	97 % 32.33	104 % 34.66	40 % 13.33	24 % 8
ط	32	82	82	20	19
الشاذ و النسبة المئوية	3 % 8.57	15 % 15.46	22 % 21.15	20 % 50	5 % 20.8

يبين الجدول رقم (9) أن ذروة وجود التنظير الشاذ كان في العقد الخامس وبنسبة 50 %، وأن نسبة الشذوذ في الموجودات التنظيرية تزداد بازدياد الفئات العمرية حيث بلغت النسبة في العقد الثاني 8.57 % ، وفي الثالث 15.46 % والرابع 21.15 % وصولاً إلى العقد الخامس ثم انخفضت قليلاً في العقد السادس عن الخامس وربما ليس السبب تراجع حالات الشذوذ في البشرة وإنما بسبب تراجع منطقة الوصل الحرشفي الاسطواني إلى داخل القناة العنقية فيصبح من الصعب تقييمها.

الجدول رقم (10) توزع اللطاخات حسب الفئات العمرية

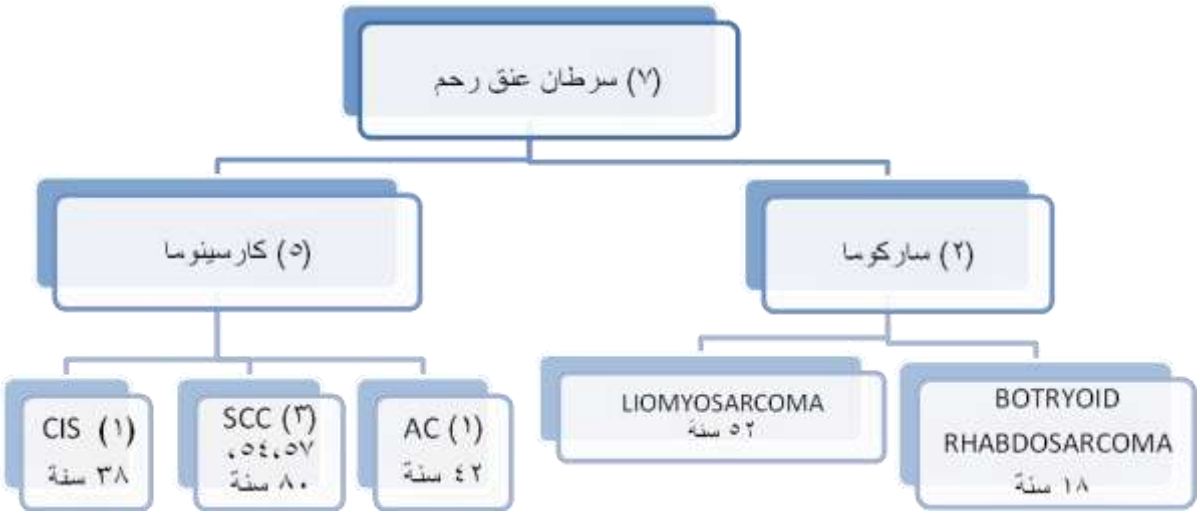
العمر / اللطاخات	29 . 20	39 . 30	49 . 40	59 . 50	60 ≤
عدد المراجعات	34	97	104	40	24
طبيعية	29	88	84	28	18
شاذة و نسبتها المئوية	5 % 14.7	9 % 9.2	20 % 19.23	12 % 30	6 % 25

يبين الجدول رقم (10) أن ذروة اللطاخة الشاذة كانت في العقد الخامس 30 % ، وأن اللطاخات الشاذة في العقدين الثاني والثالث هي الأقل 14.7 % و9.2 % ، ثم تزداد في العقد الرابع لتصبح 19 % ، ثم تزداد أكثر مع ازدياد العمر لتصبح 30 % و25 % في العقدين الخامس والسادس.

ونستنتج زيادة نسبة البشرات الشاذة في المجموعات العمرية الأكبر، التي تحمل الخطر الأكبر لحدوث سرطان عنق الرحم. ويجب عدم التردد في أخذ الخزع من الآفات المشتبه بها مهما كانت درجتها عند هؤلاء المرضى.

نلاحظ أن هناك نسبة مقبولة من المراجعات في العقدين الثاني والثالث مقارنة مع العقدين الرابع والخامس، وكلما ازدادت نسبة المراجعات في العقود الصغيرة دلّ ذلك على انتشار وزيادة الوعي الصحي بين عموم الناس. وهذا سوف يزيد طبعاً من فعالية برامج المسح.

ويظهر الشكل رقم (4) توزع الأعمار بالنسبة لسرطان عنق الرحم



الشكل رقم (4) توزع الأعمار بالنسبة لسرطان عنق الرحم

تعتبر الساركوما العضلية المخططة أو الساركوما العنقودية Batryoid Rhabdo Sarcoma أهم ساركوما في عنق الرحم وسميت كذلك بسبب شكلها الذي يشبه عنقود العنب، وهي تحدث في الأعمار الصغيرة غالباً بعمر 3 . 16 سنة عند التشخيص، أما العمر الوسطي لل LeioMyoSarcoma فهو 43 . 53 سنة والعمر الوسطي لل Cervix Carcinoma هو 52.2 سنة [3]. وفي دراستنا كان العمر الوسطي للكارسينوما هو 54.2 سنة وهو قريب من الدراسة العالمية مع العلم أن الأعمار في دراستنا تعبر عن العمر الذي اكتشف فيه الورم وليس عن العمر الذي حدث فيه الورم لأن مريضاتنا لم تكن خاضعة لكشف دوري.

2)حسب عدد الحمول :

يبين الجدول رقم (11) توزع الموجودات التنظيرية حسب عدد الحمول

الجدول رقم (11) توزع الموجودات التنظيرية حسب عدد الحمول

عدد الحمول / التنظير	لا يوجد	5 . 1	5<
عدد المراجعات	48	166	86
الطبيعي	45	133	61
الشاذ والنسبة المئوية	3 % 6.25	33 % 19.87	25 % 29.06

نلاحظ من الجدول رقم (11) أن نسب الشذوذ في الموجودات التنظيرية تزداد مع زيادة عدد الحمول، وهذا قد يعود لتأثير الولادة المباشر على عنق الرحم من تأثير رضي التهابي. أو لسبب غير مباشر حيث إنّ عديدات الحمول، خاصة أكثر من خمسة قد تعكس وجود بيئة اجتماعية واقتصادية متدنية فقيرة أو متخلفة، وكذلك قد تدل على أعمار كبيرة نسبياً وما يحمله ذلك من خطورة عالية لحدوث شذوذ في بشرة عنق الرحم.

وكذلك نلاحظ ارتفاع نسبة اللطاخات الشاذة مع ارتفاع عدد الحمول كما يظهر في الجدول رقم (12)

الجدول رقم (12) توزع اللطاخات حسب عدد الحمول

عدد الحمول / اللطاخات	لا يوجد	1 . 5	5<
عدد المراجعات	43	136	85
طبيعية	40	139	68
الشاذة والنسبة المئوية	3 % 6.97	24 % 14.72	17 % 20

3)حسب طريقة منع الحمل :

حيث ضمت الدراسة مستعملات حبوب منع الحمل الفموية واللوالب لأكثر من سنتين، وكان مجموع الحالات162 حالة. وعدد الحالات التي استعملت حبوب منع الحمل الفموية 58 حالة،17 منها تحوي موجودات شاذة تنظيرياً أي بنسبة 29.31 %. مقارنة مع 104 حالات استعملت اللوالب، 82 حالة منها كانت تحوي موجودات شاذة تنظيرياً أي بنسبة 21.15 % كما هو مبين في الجدول رقم (13) :

الجدول رقم (13) توزع الموجودات التنظيرية حسب طريقة منع الحمل

طريقة منع الحمل / التنظير	هرمونية	لولب	المجموع
عدد الحالات	58	104	162
الطبيعي	41	82	123
الشاذ و النسبة المئوية	17 % 29.31	22 % 21.15	39 % 24.07

وهذا الفرق البسيط بين نسب الموجودات التنظيرية الشاذة عند مستعملات حبوب منع الحمل الفموية واللوالب في دراستنا، خاصة انخفاض النسبة عند مستعملات اللوالب يعكس عدم وجود تفضيل لاستعمال حبوب منع الحمل الفموية على اللولب للتقليل من احتمال حدوث شذوذ في بشرة عنق الرحم.

وهذا ما يؤكده الجدول رقم (14) حيث يظهر أن نسبة اللطاخات الشاذة عند مستعملات اللوالب أخفض منها عند مستعملات حبوب منع الحمل الفموية حيث بلغت 12.74% و20.68% على الترتيب. والبحث عن العلاقة بين موانع الحمل الهرمونية ووجود الشذوذ البشروي في عنق الرحم بحاجة لمزيد من التفصيل والدراسة.

الجدول رقم (14) توزع اللطاخات حسب طريقة منع الحمل

طريقة منع الحمل / اللطاخة	هرمونية	لولب	المجموع
عدد الحالات	58	102	160
الطبيعية	46	89	135
الشاذة و النسبة المئوية	12 % 20.68	13 % 12.74	25 % 41.66

4)حسب سن بداية النشاط التناسلي :

في بلادنا حيث يكافئ سن بداية النشاط التناسلي سن الزواج فقد تمت دراسة الموجودات التنظيرية واللطاخات حسب سن الزواج وضمت الدراسة 299 حالة، حيث استبعدت حالة واحدة من الدراسة وهي غير متزوجة {لا توجد ممارسة جنسية } لكن لديها Batryoid Rhabdo Sarcoma في عنق الرحم كما هو مبين في الجدول رقم (15) & (16)

الجدول رقم (15) توزع الموجودات التنظيرية حسب سن الزواج

سن الزواج / التنظير	< 20 سنة	20 . 30 سنة	>30 سنة
عدد الحالات	137	140	22
الطبيعي	95	124	20
الشاذ و النسبة المئوية	42 % 30.65	16 % 11.42	2 % 9.09

الجدول رقم (16) توزع اللطاخات حسب سن الزواج

سن الزواج / اللطاخة	< 20 سنة	20 . 30 سنة	>30 سنة
عدد الحالات	136	134	20
الطبيعية	111	118	18
الشاذة و النسبة المئوية	25 % 18.38	16 % 11.9	2 % 10

نلاحظ من الجدولين السابقين ازدياد نسبة الشذوذ بشكل واضح في كل من التنظير واللطاخة مع صغر سن بداية النشاط التناسلي ربما بسبب تعرض بشرة عنق الرحم الفتية التي تحمل صفات خاصة {أقل مقاومة للعوامل المسرطنة} للمحرضات المسرطنة مثل الإصابة بالأمراض المنتقلة بالجنس، خاصة HPV أو بسبب زيادة عدد سنوات الزواج وما يحمله ذلك من خطورة عالية لحدوث شذوذ في بشرة عنق الرحم.

5)حسب فترة الزواج { عدد سنوات الزواج } :

الجدول رقم (17) توزع الموجودات التنظيرية حسب عدد سنوات الزواج

فترة الزواج / التنظير	< 10 سنوات	10 . 20 سنة	>20 سنة
عدد الحالات	71	95	134
الطبيعي	64	79	96
الشاذ و النسبة المئوية	7 % 9.85	16 % 16.84	38 % 28.35

الجدول رقم (18) توزع اللطاخات حسب عدد سنوات الزواج

فترة الزواج / اللطاخات	< 10 سنوات	10 . 20 سنة	>20 سنة
عدد الحالات	68	94	129
الطبيعية	61	82	104
الشاذة و النسبة المئوية	7 % 10.29	12 % 12.76	25 % 19.37

نلاحظ من الجدولين السابقين ازدياد الموجودات التنظيرية الشاذة واللطاخات الشاذة مع ازدياد عدد سنوات الزواج، وربما كان ذلك بسبب احتمال أكبر للزواج بسن مبكرة وتراكم التعرض لعوامل مسرطنة جنسية بالإضافة إلى العمر المتقدم وما يحمله من تراكم للمحرضات المسرطنة.

6)حسب التدخين :

حيث تم إجراء مقارنة بين النساء غير المدخنات مع النساء المدخنات لأكثر أو يساوي 20 سيجارة يوميا { أي بمعدل علبة سجائر يومياً }.

الجدول رقم (19) توزع الموجودات التنظيرية حسب التدخين

التدخين / التنظير	غير مدخنة	مدخنة ≤ 20 سيجارة يومياً
عدد الحالات	225	42
الطبيعي	179	31
الشاذ والنسبة المئوية	46 % 20.44	11 % 26.19

نلاحظ من الجدول (19) ازدياد الموجودات التنظيرية الشاذة عند المدخنات حيث بلغت النسبة 26.19 % مقارنة مع غير المدخنات التي بلغت نسبة الموجودات التنظيرية الشاذة عندهم 20.44 %. كما يظهر الجدول (20) ازدياد نسبة اللطاخات الشاذة عند المدخنات 22.5 % مقارنة مع غير المدخنات 15.52 % .

الجدول رقم (20) توزع اللطاخات حسب التدخين

التدخين / اللطاخة	غير مدخنة	مدخنة ≤ 20 سيجارة يومياً
عدد الحالات	219	40
الطبيعية	185	31
الشاذة والنسبة المئوية	34 % 15.52	9 % 22.5

نلاحظ من الجدولين السابقين ازدياد نسبة الشذوذ في بشرة عنق الرحم عند المدخنات، وأخذ التدخين بعين الاعتبار كعامل خطورة ممكن لحدوث آفات بشرة عنق الرحم السرطانية وما قبل السرطانية، وهذا مثبت عالمياً. وهذا الفارق المنخفض نسبياً بين نسبة حدوث الشذوذ في بشرة عنق الرحم عند المدخنات وغير المدخنات يحتاج للمزيد من الدراسة والبحث التفصيلي لتتضمن عدد سنوات التدخين بالمشاركة مع كمية التدخين وكذلك تحييد عوامل الخطورة الأخرى الممكنة للحصول على نتائج أكثر دقة.

الاستنتاجات والتوصيات: { لقد تم وضع توصية تحت كل استنتاج، حيث تم كتابة التوصيات بناء على الاستنتاجات التي توصلنا إليها من دراستنا }.

1)يوجد اختلاف بين نتائج التنظير المكبر لعنق الرحم والفحص الخلوي والنسيجي { السلبية الكاذبة والإيجابية الكاذبة } وهذا يعود إلى أن Colposcopy هو اختبار تشخيصي يعتمد على انطباع اختصاصي التنظير وقدرته على تفسير الموجودات التنظيرية وأخذ الخزع الموجهة بشكل مناسب. وكذلك تعتبر اللطاخة اختبار نسبي يعتمد على تقدير اختصاصي التشريح المرضي لوجود شذوذ خلوي أو لدرجة هذا الشذوذ بالإضافة لاحتمال خطأ في أخذ أو تثبيت العينة. في حين يعتبر الفحص النسيجي المعيار الذهبي في التشخيص. ويجب عدم وضع التشخيص النهائي وخطة العلاج بالاعتماد على نتائج التنظير أو اللطاخة لوحدها.

- العمل الطبي عمل جماعي ومتكامل، يتطلب التعاون بين الأقسام الطبية المختلفة لإنجاز العمل الطبي بشكل صحيح ودقيق. من المهم إشراك الموجودات التنظيرية لعنق الرحم مع نتائج الفحص الخلوي والنسيجي لوضع التشخيص النهائي وخطة المعالجة.
- إقامة دورات تدريبية لتأمين كوادر كفوءة قادرة على إجراء الاختبارات بدقة وفعالية عالية. بالإضافة لعقد المؤتمرات للاستفادة من الخبرات في هذا المجال.

2)اللطاخة وسيلة مسح جيدة ذات حساسية مقبولة ونوعية جيدة، في حين التنظير المكبر لعنق الرحم ذو حساسية عالية وأعلى من اللطاخة، والحساسية مطلوبة بالنسبة لاختبارات المسح، وإشراك اللطاخة مع التنظير في اختبارات المسح ترفع الحساسية بالإضافة للاستفادة من نوعية اللطاخة.

- إشراك اللطاخة والتنظير المكبر لعنق الرحم معاً في اختبارات المسح البدئي عن آفات عنق الرحم السرطانية وما قبل السرطانية.

3)نلاحظ ارتفاع في نسبة وجود البشرة الشاذة في عنق الرحم في الحالات الآتية: ذوات العمر المتقدم، المدخنات، عديدات الولادة، المتزوجات بسن مبكرة.

- يجب وضع اهتمام خاص في الحالات التي تحمل عوامل خطورة عالية لوجود بشرة شاذة في عنق الرحم مثل ذوات العمر المتقدم، المدخنات، عديدات الولادة، المتزوجات بسن مبكرة. وعدم التردد في أخذ الخزع من أي آفة مشبوهة.

المراجع:

1-HERRERO, R. *Epidemiology of cervical cancer*. J Natl Cancer Inst Monogr 1996,1.

2- PARKIN, D.M.; PISANI, P. *Global cancer statistics*. CA Cancer J Clin.Vol.49, 1999, 33.

3- BEREK, S.B. *Novak 's Gynecology*. J Clin .Vol.77,1998, 1650.

4-AGARWAL, S.S.; SEHGAL, A.; SARDANA, S. *Role of male behavior in cervical carcinogenesis among women with one lifetime sexual partner*. Cervical Cancer.Vol.72,1993, 1666.

5- SCHIFFMAN, M.H.; BAUER, H.M.; HOOVER, R.N. *Epidemiologic evidence showing that human papillomavirus infection causes most cervical intraepithelial neoplasia*. J Natl Cancer Inst.Vol.85, 1993, 958.

6- PAPANICOLAOU, G.N. *The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus*. Am J Obstet Gynecol .Vol. 42,1941, 193.

7- GALON ,G. *The 1988 Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytological diagnoses*. National Cancer Institute Workshop. JAMA 1989, 931.

8- SOLOMON, D.; DAVEY, D.; KURMAN, R. *The 2001 Bethesda system: terminology for reporting results of cervical cytology*. JAMA .Vol.287 ,2002, 2114.

9- MITCHELL, M.F.; SCHOTTENFELD, D.; CANTOR, S.B.; Richards, R. *Colposcopy for the diagnosis of sil.* Obstet Gynecol.Vol.91, 1998, 626.

10-PRETORIUS, R.G.; ZHANG, W.HP.; BELINSON, J.L. *Colposcopically directed biopsy, random cervical biopsy, and endocervical curettage in the diagnosis of CIN*. Am J Obstet Gynecol .Vol.191,2004, 430.

11- WENSVEEN ,C.*Detection of Cervical intraepithelial Neoplasia in Women with Atypical Squamous or Glandular Cells of Undetermined Significance Cytology:a Prospective Study*. Acta Obstetricia et Gynecologica Netherland, Vol. 82, 2003, 889.

12- منصور، منير. *تنظير عنق الرحم المكبر*. بحث علمي أعد لنيل درجة الماجستير في التوليد وأمراض النساء بإشراف الأستاذ الدكتور بشار الكردي، كلية الطب، جامعة دمشق، 2002، 76.