hossam maghraby

شبكة المعلومات الجامعية

بسم الله الرحمن الرحيم

hossam maghraby

شبكة المعلومات الجامعية

شبكة المعلومات الجامعية

التوثيق الالكتروني والميكروفيلم

hossam maghraby

شبكة المعلومات الجامعية

جامعة عين شمس

التوثيق الإلكتروني والميكروفيلم

قسم

نقسم بالله العظيم أن المادة التي تم توثيقها وتسجيلها علي هذه الأقراص المدمجة قد أعدت دون أية تغيرات

يجب أن

تحفظ هذه الأقراص المدمجة بعيدا عن الغبار

hossam maghraby

شبكة المعلومات الجامعية

بعض الوثائق الأصلية تالفة

hossam maghraby

شبكة المعلومات الجامعية

بالرسالة صفحات لم ترد بالأصل

B١٢٤٤٠

جامعة دمشق
كلية الطب البشري

الحديث في تشخيص الآفات ما قبل السرطانية في عنق الرحم وتدبيرها

The speech about Diagnosis of Cervical Precancerous lesions and it's management

بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا "الماجستير"
في التوليد وأمراض النساء

أعد في قسم التوليد وأمراض النساء
(جامعة دمشق)

برئاسة الأستاذ الدكتور
محمد طباع

بإشراف الأستاذ الدكتور
بسام الكردي

إعداد الدكتورة
سناء سلمة

٢٠٠٤-٢٠٠٥

كلمة شكر :

(ما الأمس إلا ذكرى اليوم وما الغد سوى أحلامه)

كلمات اختصر فيها جبران خليل جبران مغزى دوام الحياة واستمراريتها , بالأمس كنا صغاراً , نأمل بالمستقبل ونتطلع لتحقيق أحلام نصبوا إليها وما نكاد نشرع بالعمل والجد حتى يصبح جهدنا ذكريات تمر ببالنا عبر ما حققناه من نجاح وهكذا تدور الحياة بين اليوم والغد .

نأمل من الله أن يسدد خطانا لتحقيق أحلام الغد العظيمة ، وطالما أن هنـــاك غـــد فهناك أمل بالنجاح والتجدد والسعادة .

لذلك لا يسعنا إلاّ أن نتوجه بالشكر العميق لأساتذتنا الكرام ممتنين أكبر الامتنـــان لأستاذنا :

الدكتور بشار الكردي

الذي أشرف مشكوراً على هذه الرسالة مزوداً إيانا بخبرته ومعرفته وإهداء خاص لأساتذتي الكرام :

الأستاذ الدكتور محمد طباع رئيس قسم التوليد وأمراض النساء الجامعي لتفضـــله بمناقشة هذه الأطروحة .

الأستاذ الدكتور وليد الصالح لتفضله بمناقشة هذه الأطروحة .

الأستاذ الدكتور محمد نذير ياسمنة مدير مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي

وكل الشكر للأساتذة الكرام في مشفى التوليد الجامعي مع باقة حب وتقدير .

سناء

الفهرس

الموضوع	رقم الصفحة
مقدمة	
الدراسة النظرية : الفصل الأول : مقدمة تشريحية مرضية	١
١- البنية النسيجية لعنق الرحم	١
٢- الحؤول الرصفي للبشرة الغدية .	٧
الفصل الثاني : الآفات التنشوئية داخل البشرة العنقية	٩
١- تعريف الثدن .	٩
٢- الآلية الامراضية .	٩
٣- دور فيروس HPV	١٢
٤- دور فيروس HIV .	١٦
٥- مكان نشوء الثدن .	١٦
٦- أهمية التشخيص الباكر لثدن عنق الرحم وتطوره	١٧
٧- التصنيف النسيجي لثدن عنق الرحم .	١٨
الفصل الثالث : طرق تشخيص الآفات التنشوئية داخل البشرة العنقية .	٢٣
١- اللطاخة العنقية .	٢٣
٢- تنظير عنق رحم المبكر .	٢٨
٣- خزعة عنق رحم الموجهة .	٣٦
٤- تجريف باطن عنق الرحم .	٣٦
٥- الخزعة المخروطية التشخيصية.	٣٧
الفصل الرابع : تدبير الآفات التنشوئية داخل البشرة العنقية :	٣٩
١- التخثير الكهربائي.	٤٠
٢- الكي بالبرودة .	٤٠
٣- الليزر .	٤١
٤- قطع العروة الكهربائية الجراحي LEEP .	٤٣
٥- الخزعة المخروطية .	٤٤
٦- استئصال الرحم .	٤٥

الفصل الخامس : الحمل والآفات التنشوئية داخل البشرة العنقية :	٤٦
الفصل السادس : شذوذات الخلايا الغدية .	٤٨
الدراسة العملية الفصل الأول : خصائص الدراسة :	٥٠
١- هدف الدراسة .	٥٠
٢- نوع الدراسة .	٥٠
٣- المواد والطرائق .	٥٠
٤- العينة المدروسة .	٥٣
الفصل الثاني : طرائق التشخيص ومصداقيتها	٥٤
١- اللطاخة العنقية وتنظير عنق الرحم المكبر.	٥٤
٢- دراسة مقارنة بين نتائج اللطاخة العنقية وتنظير عنق الرحم	٥٧
٣- مقارنة بين الموجودات التنظيرية ونتائج الفحص النسيجي	٥٨
٤- مقارنة بين نتائج اللطاخة العنقية والفحص النسيجي	٦٢
٥- مقارنة بين الفحص النسيجي ونتائج اللطاخة والتنظير معاً	٦٤
الفصل الثالث : مناقشة العلاقة بين التشوهات العنقية وعوامل الخطر المعروفة لسرطان عنق الرحم.	٦٦
١- دراسة العلاقة تبعاً للعمر	٦٦
٢- دراسة العلاقة تبعاً لسن الزواج الأول	٦٨
٣- دراسة العلاقة تبعاً لتعدد مرات الزواج	٦٩
٤- دراسة العلاقة تبعاً لتعدد الحمول	٧١
٥- دراسة العلاقة تبعاً لطريقة منع الحمل	٧٢
٦- دراسة العلاقة تبعاً للتدخين	٧٣
الفصل الرابع : تدبير المصابات بالتنشؤ داخل البشرة العنقية	٧٥
١- المصابات بـ CIN_1 (LSIL)	٧٥
٢- المصابات بـ CIN_{2-3} (HSIL)	٧٦
٣- الدراسة النسيجية لموجودات التنظيرية غير المقبولة	٧٧
الفصل الخامس : المناقشة	٧٨
التوصيات	٨٠
المراجع	٨١

مقدمة

يعتبر سرطان عنق الرحم السبب الرئيسي للوفيات بالسرطان عند النساء في الولايات المتحدة الأمريكية في الخمسين سنة السابقة , حيث يحتل المركز الثامن للوفيات بالسرطان بعد سرطان (رئة , ثدي , كولون, بنكرياس , مبيض , عقد لمفية , دم) مسببا ٤٥٠٠ وفاة سنوياً , بالمقارنة فقد انخفض معدل الوفاة الناجم عنه، وارتفع تحري الآفات ما قبل السرطانية بسبب انتشار اللطاخة العنقية والتنظير المكبر لعنق الرحم , حيث يقدر سنويا ١٣ ألف حالة جديدة من سرطان عنق الرحم الغازي [١] ومليون حالة من عسرات التصنع بدرجاتها المختلفة , ومن هنا تبرز أهمية طرق المسح عن الآفات ما قبل السرطانية في العنق , هذه الطرق وإن اختلفت في حساسيتها ونوعيتها لكن بمجملها تزيد من تشخيص الآفات التنشوئية في البشرة العنقية , مما أنقص من معدل حدوث السرطان بشكل ملحوظ في العقود الأخيرة وسمح بتطبيق العلاج في المراحل الباكرة فحسن معدل الشفاء من جهة والوقاية من السرطان من جهة أخرى [٢] .

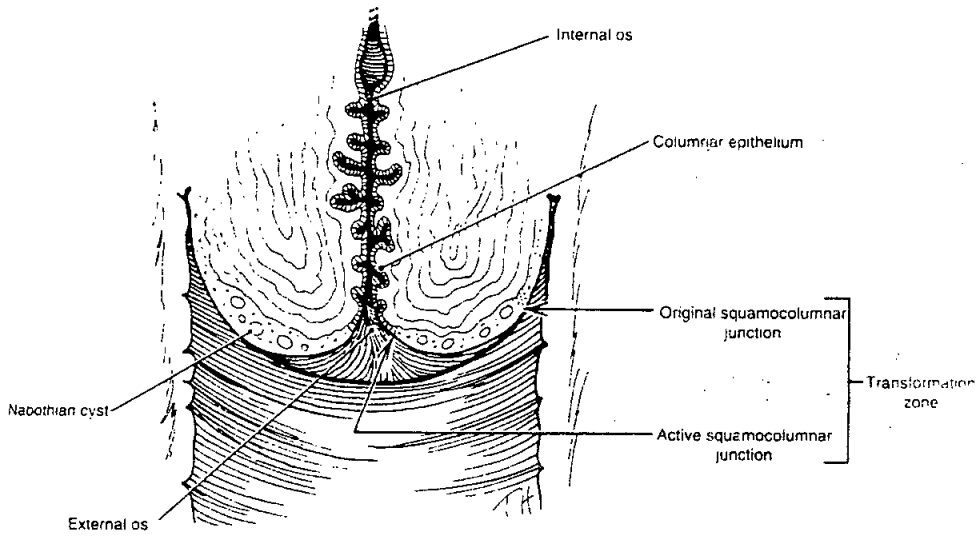
الفصل الأول

١- البنية النسيجية لعنق الرحم

يتكون عنق الرحم عند المرأة البالغة نسيجياً من ظهارة و من نسيج ضام.[٣،٥]

[أ]: ظهارة عنق الرحم:

تتكون ظهارة عنق الرحم من بشرتين رصفية و غدية، و نشاهد فيها الوصل الرصفي الاسطواني و المنطقة الانتقالية.



شكل (١): يوضح مقطع عرضي في العنق و باطن العنق [٤]

[١]: البشرة الرصفية المطبقة:

تقيس البشرة الرصفية ٠,٥ مم سماكة، و يتشكل سطحها الداخلي من محاور ضامة تتدخل ضمن البشرة على شكل أصابع، تتألف هذه البشرة من طبقات يتدرج فيها النضج الخلوي من العمق باتجاه السطح، و النضج الخلوي يكون على مستويين: نضج النواة (تصبح أصغر)، و نضج الهيولى (تصبح أكبر و أغنى بالغليكوجين).

تقسم هذه البشرة إلى أربع طبقات خلوية من العمق إلى السطح على النحو التالي:

١. **<u>الطبقة القاعدية Basal layer:</u>**

مؤلفة من صف واحد من الخلايا غير الناضجة ترتكز على الغشاء القاعدي نواتها واضحة كبيرة و هيولاها أيوزينية قليلة.

٢. **الطبقة جانب القاعدية Parabasal layer:**

مؤلفة من (٢-٤) طبقات من خلايا غير ناضجة تماثل الخلايا سابقة الذكر تماماً، و هي ذات أشكال انقسامية عادية و توفر خلايا الإعاضة للبشرة فوقها.

٣. **الطبقة المتوسطة Intermediate layer:**

مؤلفة من (٤-٦) طبقات خلوية أكبر حجماً ذات شكل عديد التغصنات Dendrocytic cells، تنفصل الخلايا عن بعضها بمسافات خلوية و تتصل مع بعضها بواسطة جسور وصل desmosomes، تصغر نواتها قليلاً و تصبح هيولاها غنية بالغليكوجين فتأخذ بذلك اليود، و تمتاز الخلايا المريضة بفقرها بالغليكوجين.

٤. **الطبقة السطحية Superficial layer:**

مؤلفة من (٥-٨) طبقات من خلايا تترقق تدريجياً، تكون نواتها صغيرة نقطية متجانسة، تمتلئ هيولاها تقريباً بالغليكوجين، تتوسف هذه الخلايا (و هي الخلايا التي تتواجد باللطاخة العنقية) و تحافظ على نواتها، فهي لا تخسرها كما يحصل في البشرة المطبقة بالجلد و هذا ما يفرق بين البشرة الرصفية للمهبل و العنق و بين البشرة الرصفية الجلدية.

[٢]: البشرة الغدية الاسطوانية:

تتألف من صف واحد من الخلايا الاسطوانية، لا تبدو هذه البشرة عيانياً ملساء كما لا تأخذ مظهر واحد، ففي ظاهر العنق تأخذ شكل حليمات بجانب بعضها البعض، بينما تأخذ مظهر أثلام عمودية في باطن العنق و في عمق هذه الأثلام تنغرس البشرة ضمن النسيج الضام الذي تحتها معطية بذلك أقنية غدية متشعبة، فيزيولوجياً باطن العنق ليس غدة لكن غالباً ما تستعمل تسمية فوهات غدية، و أثناء التحضير النسيجي يمكن للمقاطع أن تمر بشكل طولاني أو عرضي عبر هذه الأقنية الغدية و تتكون مجهرياً من صف واحد من الخلايا و لكن هذه الخلايا على ثلاثة أنواع:

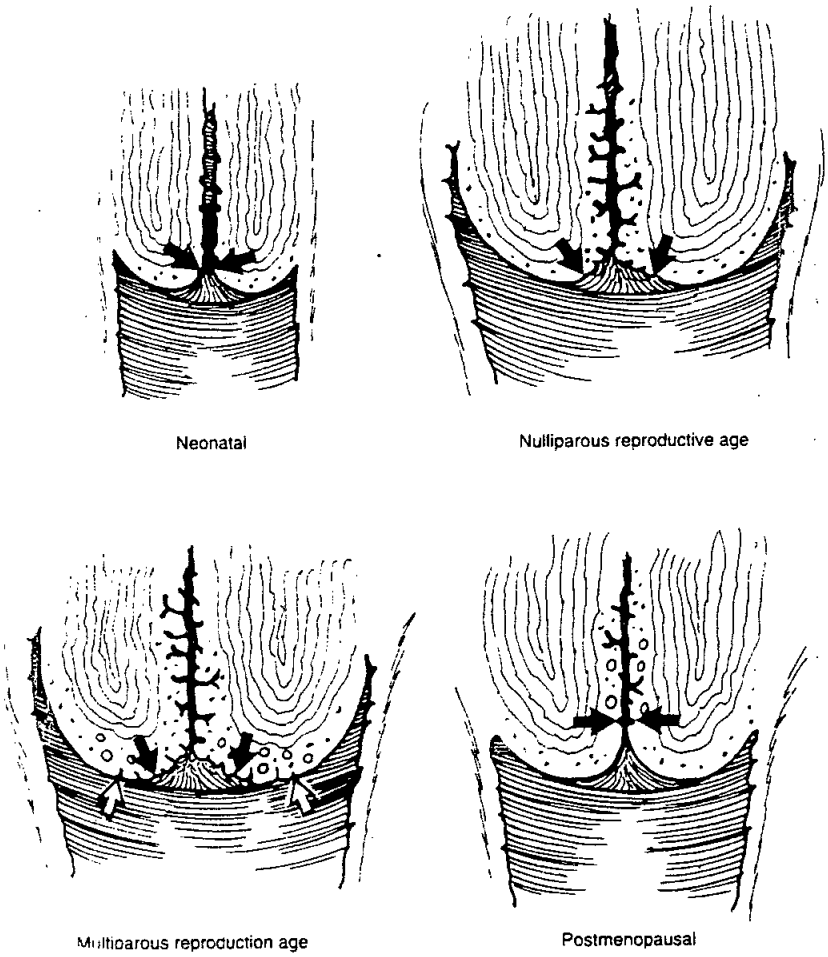
- اسطوانية غير مهدبة: نواتها مدورة و قاعدية و قطبها العلوي يمتلئ بالمخاط.
- اسطوانية مهدبة: أقل عدداً و تتوضع بين الخلايا السابقة.
- احتياطية.

[٣]: الوصل الرصفي الاسطواني:

هو خط التقاء نمطي البشرتين الاسطوانية و الرصفية، حيث ترق البشرة فجأة عند الوصل و تكون البشرة الرصفية أعلى قليلاً من الغدية لتصبح مؤلفة من خلايا تماثل الخلايا القاعدية أي بنواة كبيرة و هيولى فقيرة بالغليكوجين معطية بذلك شريطاً باهتاً لدى التلوين باليود، و يمكن أن نميز الوصل (Squamous columner junction (SCJ من خلال تمييز نمطي البشرتين من جهة و من خلال ذلك الخط الباهت من جهة أخرى.

يختلف موقع الوصل الرصفي الاسطواني تبعاً لعاملين:

- العمر: حيث يدخل هذا الوصل لباطن العنق كلما تقدم العمر.



شكل (٢): المواقع المختلفة للمنطقة الإنتقالية والوصل الاسطواني الشائك خلال حياة المرأة. تبدل موقع الوصل (الأسهم السوداء) بحسب العمر و تشير الأسهم البيضاء لمنطقة الحؤول الفعالة.[٤]

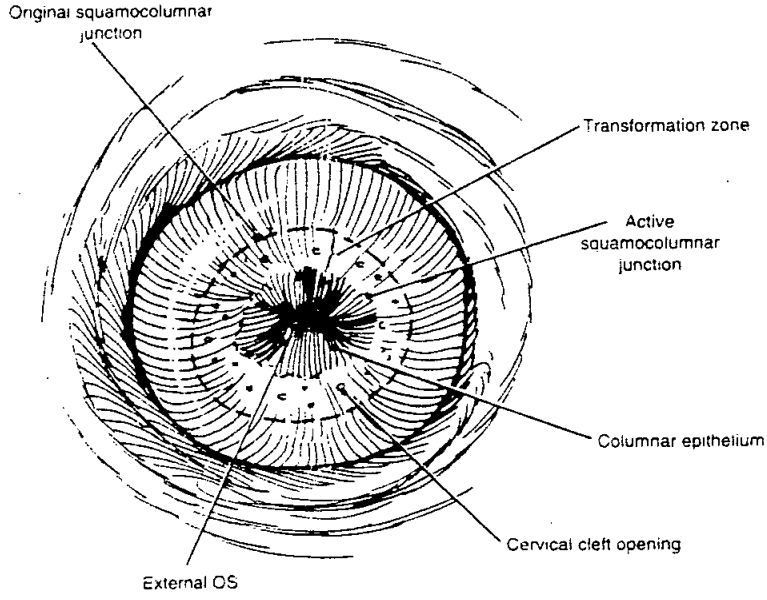
الظهارية الاسطوانية و يتشكل وصل رصفي اسطواني جديد أدنى من الأول يسمى الوصل الرصفي الاسطواني الجديد الفعال فيزيولوجياً .

يتحرك هذا الوصل تدريجياً ليقترب من الفوهة الظاهرة لعنق الرحم و من ثم قناة باطن العنق و يطلق على المنطقة المتوضعة بين الوصل الرصفي الاسطواني الأصلي و الوصل الرصفي الاسطواني الجديد و التي تحوي ظهارية رصفية حؤولية ، اسم المنطقة الانتقالية (Tz) Transformation zone، تخضع هذه المنطقة لتغيرات مستمرة في بنيتها و شكلها الهندسي و تنشأ أكثر من ٩٠% من التنشؤات على حسابها، و لهذا لا يعتبر تنظير عنق الرحم كافياً إلا إذا شوهدت هذه المنطقة بكاملها[٧] كما في الشكل (٤) .

الأكثر احتمالاً أن تبدأ آفات التنشؤ داخل البشرة العنقية Cervical intraepithelial neoplasia أثناء الطمث Menarche أو بعد الحمل عندما يكون الحؤول أكثر فعالية و بالعكس فالمرأة التي وصلت سن الضهي دون تشكل CIN لديها حؤول قليل و هي ذات خطورة منخفضة.[٤]

و يمكن تحديد موقع المنطقة الانتقالية باحتوائها على فوهات غدية غير مغطاة بحؤول رصفي من جهة، و باللون الأكثر شحوباً للظهارية الحؤولية مقارنة بالطبقة الظهارية الأصلية من جهة أخرى.

كما أنه من الممكن رؤية كيسات نابوث ضمنها حيث تتفرع الأوعية الدموية الطبيعية فوقها لتأخذ شكلاً شجرياً.[٦]



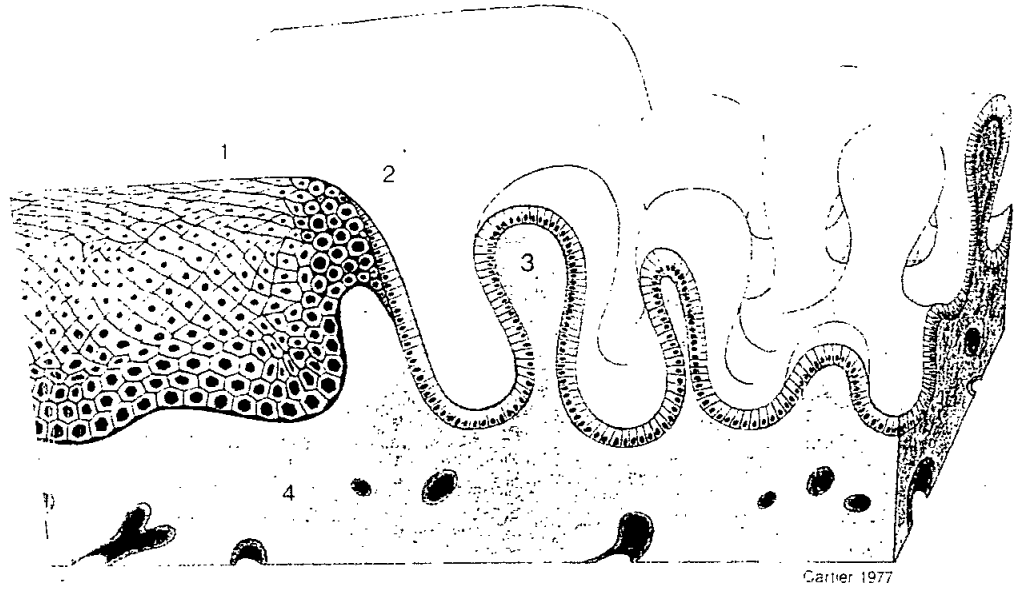
الشكل (٤) العنق و منطقة التحول [٤]

[ب]: النسيج الضام:

يتألف من خلايا و ألياف ضامة (كولاجينية و شبكية) و أوعية دموية تتدخل على شكل محاور ضامة في بشرة عنق الرحم.

تختلف بنية هذا النسيج لأسباب فيزيولوجية (بلوغ – حمل ضهي) أو لأسباب مرضية (ندبة) كما تختلف تبعاً للعمق و لهذا الاختلاف أهمية إذ اعتماداً على بنية النسيج الضام يحدد عمق التداخل الجراحي على العنق و بالتالي نجاحه في علاج عسر التصنع و يقسم إلى:

- نسيج ضام سطحي: و يسمى كذلك الاسفنجي أو الرخو فهو يحتوي على غدد و أوعية دموية متعددة رصفية.
- نسيج ضام عميق: يسمى كذلك الكثيف أو المتماسك فهو لا يحتوي على الغدد و يكون غني بالألياف الضامة، و أوعيته ضخمة.



يوضح الشكل (٥) مختلف البنى النسيجية لعنق الرحم للمرأة البالغة .

عنق الرحم نسيجياً بعد التلوين بحمض الخل :

١- البشرة الرصفية الطبيعية الغنية بالغليكوجين .

٢- منطقة صغيرة من بشرة رصفية ناقصة الغليكوجين تسبب الحافة البيضاء .

٣- حليمات المخاطية الغدية .

٤- النسيج الضام .