

# روش‌های درمانی در کانسر سرویکس بر مبنای Stage بیماری

**چکیده**

مهمترین فاکتور در انتخاب روش درمان در کانسر سرویکس Stage بیماری می‌باشد. اما فاکتورهای دیگر در انتخاب نوع روش درمانی موثر است که شامل محل تومور، نوع تومور، سن بیمار، وضعیت سلامت عمومی بیمار و اینکه آیا فرد قصد بارداری دارد یا خیر، می‌باشد. در اینجا روش‌های درمانی مختلف را بر اساس Stage بیماری مورد بررسی قرار می‌دهیم.

**کلیدواژه‌گان:** کنسر سرویکس، هیسترکتومی رادیکال، کونیزاسیون، پروگنوکنسر سرویکس.

## پیشگفتار

یکی از روش‌های اصلی درمان در کانسر سرویکس، جراحی می‌باشد. جراحی می‌تواند در تشخیص کانسر سرویکس، بررسی میزان گسترش تومور و همچنین جهت درمان آن به کار رود.

**کرایو سرجوی:** یک پروب فلزی بسیار سرد روی سرویکس به طور مستقیم قرار می‌گیرد و سلول‌های غیرطبیعی از بین می‌روند. عارضه این روش وجود ترشحات آبکی برای چند هفته بعد از درمان می‌باشد.

**لیزر سرجوی:** با این روش هم می‌توان سلول‌های غیرطبیعی سرویکس را از بین برد و هم می‌توان قسمت کوچکی از بافت سرویکس را جهت مطالعه خارج کرد.

**Conization:** یک بافت مخروطی شکل از سرویکس برداشته می‌شود. این کار را می‌توان با چاقوی جراحی یا با روش لیزر یا بالوب اکتروسرجیکال انجام داد.

**هیسترکتومی ساده کامل:** شامل در آوردن رحم و سرویکس با یا بدون خارج کردن آدنکس و تخمدان‌ها که به روش‌های شکمی، واژینال و لایاراسکوپیک قابل انجام است.

**هیسترکتومی رادیکال:** در این روش رحم و سرویکس و بافت‌های پارامتر و لیگامان یوتروسکرال خارج می‌شود. همچنین ۲-۳ سانتی‌متر از قسمت فوقانی واژن نیز خارج می‌شود و تخمدان‌ها و لوله‌های فالوب می‌توانند خارج یا حفظ شوند. همچنین لنف‌نودهای لگنی به طور کامل خارج می‌گردد.

**تراکلکتومی:** این روش برای حفظ باروری در خانم‌ها انجام می‌شود. سرویکس و قسمت فوقانی واژن و بافت پارامترها خارج می‌شود و فوندوس رحم، لوله‌ها و تخمدان‌ها حفظ می‌گردند.

بعضی خانم‌ها بعد از تراکلکتومی قادر به بارداری و حاملگی ترم وزایمان به روش سزارین هستند. هرچند در ریسک بالاتری از سقط و عوارض بارداری خواهد بود.

## Stageo یا Carcinoma In situ

کارسینوم درجا به صورت تغییراتی در ضخامت کلی بافت اپیتلیال و عدم تهاجم به استرومَا شناخته می‌شود. ویژگی

رادیکال و دایکسیون لنف نودهای لگنی است و برای خانم‌هایی که تمایل به حفظ باروری ندارند، رادیکال هیسترکتومی و لنفادنکتومی لگنی و پارآثورت یا کمورادیوتراپی می‌تواند صورت گیرد.

### Stage IB2 and IIA2

هیسترکتومی رادیکال یا کمورادیوتراپی توصیه می‌شود.

### Stage IIIB , III and IVA

کمورادیسیون درمان استاندارد این مرحله است. رادیوتراپی شامل External لگنی و برآکی تراپی می‌باشد.

### Stage IVB

این مرحله از تومور قابل درمان در نظر گرفته نمی‌شود و رادیاسیون و کموترابی فقط جهت کنترل علائم بیمار صورت می‌گیرد.

### نتیجه

عوامل متعددی گزارش شده است که در پیش آگهی سرطان سرویکس تاثیرگذار است. هر چند مهم‌ترین عامل پیش آگهی مرحله‌ی بالینی (Stage) می‌باشد ولی عوامل دیگری مثل متابستاز به گره‌های لنفی پارآثورت و لگنی، تهاجم به فضاهای لنفی عروقی (LVSI)، زیر گروه بافتی نیز در پیش آگهی موثر هستند.

جهت تعیین مرحله بالینی، بررسی و معاینه‌ی لگن به صورت مشاهده و لمس و برآورد اندازه‌ی تومور باید صورت گیرد. علاوه بر این کمونیزاسیون به عنوان فاکتوری برای مرحله بندی بالینی در ضایعات نهفته و مراحل اولیه مورد استفاده قرار می‌گیرد.

براساس نیاز، مطالعات تشخیصی دیگر مانند یوروگرافی داخل عروقی (IVU)، بررسی سیستوسکوپی مثانه و مجرای ادرار، پروکتوسیگmomیدوسکوپی، باریوم انما، کولپوسکوپی واژن و فورنیکس واژن انجام می‌گیرد. علاوه بر این بهبود کیفیت MRI لگن، اطلاعات انکولوزی و زنیکولوزی بهتری درباره گسترس ثوبالازی سرویکس در اختیار قرار می‌دهد.

PET Scan از کل بدن، اگرچه برای تریاژ درمان مفید هستند اما برای همه زنان و در کشورهای در حال توسعه در دسترس نیستند.

بالاترین ارزش CT Scan در ارزیابی قبل از درمان بیمارانی با سرطان

این تغییرات سلوی شامل آتبیی سلوی، افزایش فعالیت میتوزی و از دست رفتن قطبیت سلوی است که تحت عنوان دیسپلазی شدید نیز معرفی می‌شود. درمان در Squamous cell carcinoma insitu عمدتاً Leep، Laser surgery، Cold knife conization شامل هیسترکتومی ساده می‌باشد.

درمان در آدنوکارسینوم Insitu شامل هیسترکتومی و کونیزاسیون است. در کونیزاسیون مارژین‌ها باید منفی باشد و به علت احتمال وجود Skip lesion بعد از تکامل فرزنده، انجام هیسترکتومی حتماً مدنظر باشد.

### Stage IA1

درمان در این Stage از بیماری منوط به این است که بیمار خواهان باروری باشد یا خیر؛ همچنین در گیری فضاهای لنفی و عروقی وجود دارد یا نه. درمان در بیمارانی که خواهان حفظ باروری هستند شامل کونیزاسیون می‌باشد. اگر مارژین نمونه بافتی برداشته شده از سرویکس منفی باشد بیمار تحت Fallow up قرار می‌گیرد و در صورتی که margin مثبت باشد، کونیزاسیون مجدد یا تراکلکتومی انجام می‌شود. در صورت در گیری فضاهای لنفی عروقی، بیمار کاندید تراکلکتومی رادیکال و لنفادنکتومی لگنی می‌شود. درمان در این مرحله در خانم‌هایی که خواهان حفظ باروری نیستند شامل هیسترکتومی ساده در صورت عدم در گیری فضاهای لنفی عروقی و هیسترکتومی رادیکال همراه با لنفادنکتومی لگنی در صورت وجود در گیری فضاهای لنفوواسکولار است.

### Stage IA2

درمان در این Stage بستگی به تمایل بیمار به حفظ باروری دارد. درمان در بیمارانی که خواهان حفظ باروری می‌باشند انجام رادیکال تراکلکتومی (Trachelectomy) همراه با لنفادنکتومی لگنی است و برای خانم‌هایی که حفظ باروری مدنظر نیست، کمورادیوتراپی و یا رادیکال هیسترکتومی و دیسکیون لنف نودهای لگنی و پارآثورت باید صورت گیرد. اگر تومور پارامترها را در گیر کرده باشد و یا در گیری لنف نود داشته باشیم و یا مارژین جراحی مثبت باشد، کمورادیوتراپی ادجونت توصیه می‌شود.

### Stage IB1 and IIA1

درمان برای خانم‌هایی که قصد حفظ باروری را دارند تراکلکتومی

متاستاز دور دست باید اصلاح گردد و جراحی در این موارد جایگاهی ندارد و درمان کمودادیوتروپی توصیه می‌شود.

سرویکس پیشرفته (مرحله IB2 و بالاتر) در تشخیص و بیوپسی از متاستاز گره‌های لفی مشکوک و انسداد احتمالی حلب است، چرا که برنامه درمان در بیماران با بیماری پیشرفته منطقه‌ای یا درگیری غدد لنفاوی و یا

#### Reference:

- Adam E, Kaufman RH, Adler-Storthz K, et al. A prospective study of association of herpes simplex virus and human papillomavirus infection with cervical neoplasia in women exposed to diethylstilbestrol in utero. *Int J Cancer*. 1985;35:19-26.
- American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2018. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2018.
- American Joint Committee on Cancer. Cervix Uteri. In: AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer; 2010:395-402.
- Anderson TA, Schick V, Herbenick D, Dodge B, Fortenberry JD. A study of human papillomavirus on vaginally inserted sex toys, before and after cleaning, among women who have sex with women and men. *Sex Transm Infect*. 2014 Apr 16. [Epub ahead of print]
- Arbyn M, Kyrgiou M, Simoens C, et al. Perinatal mortality and other severe adverse pregnancy outcomes associated with treatment of cervical intraepithelial neoplasia: meta-analysis. *BMJ*. 2008;337:a1284.
- Ault KA. Future II study group. Effect of prophylactic human papillomavirus L1 virus-like-particle vaccine on risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 2, grade 3, and adenocarcinoma in situ: A combined analysis of four randomised clinical trials. *Lancet*. 2007;369:1861-1868.
- Bentivegna E, Maulard A, Pautier P, et al. Fertility results and pregnancy outcomes after conservative treatment of cervical cancer: A systematic review of the literature. *Fertil Steril*. 2016;106:1195-1211.
- Castellsagué X, Bosch FX, Mu?oz N, et al. Male circumcision, penile human papilloma virus infection, and cervical cancer in female partners. *N Engl J Med*. 2002;346:1105-1112.
- Castellsagué X, D?az M, Vaccarella S, et al. Intrauterine device use, cervical infection with human papillomavirus, and risk of cervical cancer: A pooled analysis of 26 epidemiological studies. *Lancet Oncol*. 2011;12:1023-1031.
- Chaturvedi AK, Engels EA, Gilbert ES, et al. Second cancers among 104760 survivors of cervical cancer: Evaluation of long-term risk. *J Natl Cancer Inst*. 2007;99:1634-1643.
- Chaturvedi AK, Kleinerman RA, Hildesheim A, et al. Second cancers after squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the cervix. *J Clin Oncol*. 2009;27:967-973.
- Cuzick J, Myers O, Hunt WC, et al. A population-based evaluation of cervical screening in the United States: 2008-2011. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2014;23:765-73.
- Del Priore G, Gudipudi DK, Montemarano N, et al. Oral diindolylmethane (DIM): pilot evaluation of a nonsurgical treatment for cervical dysplasia. *Gynecol Oncol*. 2010;116:464-467.
- Klopp AH, Eifel PJ, Berek JS, Konstantinopoulos PA. Chapter 72: Cancer of the cervix, vagina, and vulva. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *Cancer: Principles and Practice of Oncology* 10th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
- Ghosh C, Baker JA, Moysich KB, et al. Dietary intakes of selected nutrients and food groups and risk of cervical cancer. *Nutr Cancer*. 2008;60:331-341.