

# بررسی عوارض درمانها در سرطان دستگاه تناسلی

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۱۳۷۵-۱۳۸۱

نویسندگان:

کاه السادات علامه\*

دانشیار گروه زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

اعظم امدی

اینترن، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

تاریخ پذیرش: ۸۵/۱۲/۵

تاریخ ارائه: ۸۵/۶/۹

## Morbidity and Mortality of Genital Cancers in Gynecology Oncology Department Isfahan University of Medical Sciences

### Abstract

**Introduction:** Genital cancers are the most common female cancers, some of which, such as ovarian cancer, have highest mortality rates. Genital cancers treatment does not only increase survival, but also improves life quality. The goal of this study was to determine genital cancers morbidity and mortality.

**Material and Methods:** This cross-sectional descriptive study was done in the years 1996- 2002 on referral patients to Beheshti and Alzahra Centers of Isfahan University of Medical Sciences, who had genital cancers. 302 cases with genital cancers, through simple sampling, were studied. Individual, treatment results, and treatment complications were recorded in a questionnaire and analyzed with SPSS –10 statistical package including chi square, analysis of variance, spearman's correlation coefficient, and T-test.

**Results:** Results of this study showed that bleeding was seen in 6.1%, operation site infection in 3%, thromboembolic disease in 1.1%, UTI in 3%, bowel obstruction in 2.7%, pelvic abscess in 1.1%, anuria in 1.1%, lymphocyst in 0.76%, incisional dehiscence in 0.38%, bladder atonia in 1.9%, major blood vessels injury in 0.38%, ureterovaginal fistula in 0.76%, rectovaginal fistula in 0.76%, rectovesical fistula in 0.38%, vesicovaginal fistula in 0.38%, ileovaginal fistula in 0.38%, urinary incontinence in 0.76%, and death in 0.38%.

**Conclusion:** In this study intraoperative complications rate was 3.04% that was 6% in other studies. Infectious complications were seen in 7% that in other studies was around 4% (perhaps due to proper antibiotics). Post infectious complications were seen in 6.8% in this study, 4% in others.

**Key words:** Genital cancer, Cervical cancer, Ovarian cancer, Endometrial cancer, Vaginal and, Vulvae cancer

آدرس:

اصفهان، مرکز آموزشی درمانی شهید بهشتی، دفتر پژوهش

تلفن: ۰۱-۲۳۶۷۰۰۱ (۰۳۱۱) داخلی ۲۹۱

پست الکترونیک: t\_allameh@med.mui.ac.ir



## مقدمه

سرطانهای دستگاه تناسلی از شایع ترین انواع سرطانهای زنان است، که در کشورهای در حال توسعه مانند ایران، بیشتر شیوع دارد. به عنوان مثال سرطان دهانه رحم، دومین سرطان شایع زنان در تمام جهان است، که ۱۵٪ از انواع سرطانهای زنان را شامل می شود و شایع ترین سرطان دستگاه تناسلی در کشورهای در حال توسعه است (۱). همچنین سرطان جسم رحم، شایع ترین نئوپلازی بدخیم لگنی در امریکا است، این سرطان چهارمین سرطان شایع زنان پس از سرطان پستان، روده و ریه و هفتمین علت مرگ ناشی از بدخیمی است (۲). ۵٪ از سرطان های زنان و ۲۳٪ از سرطان های دستگاه تناسلی، سرطان تخمدان است که ۴۷٪ از مرگهای ناشی از سرطان های دستگاه تناسلی نیز به دلیل این نوع سرطان است (۳). سرطان وولو و مهبل ناشایع هستند و به ترتیب شیوعی حدود ۵٪ و ۱-۲٪ از بدخیمی های دستگاه تناسلی دارد (۴،۳).

درمان سرطان های دستگاه تناسلی زنان، افزایش امید به زندگی بیماران و همچنین بهبود کیفیت زندگی ایشان را به دنبال دارد. بنابراین هدف اصلی تحقیق حاضر، تعیین توزیع فراوانی عوارض درمانهای مختلف انجام شده در سرطانهای دستگاه تناسلی زنان بوده است.

## روش کار

این مطالعه توصیفی مقطعی در سالهای ۱۳۷۵-۱۳۸۱ بر زنان مبتلا به سرطان دستگاه تناسلی شامل دهانه رحم، رحم، تخمدان، مهبل وولو که به بخش سرطان زنان مراکز بهداشتی و الزهراء در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مراجعه می کردند، انجام شده است. جامعه پژوهش ۹۰۰ نفر بودند که ۲۶۲ نفر از بیماران که سرطان دستگاه تناسلی آنها تایید شده بود، مورد مطالعه قرار گرفتند. مشخصات فردی، سن، شغل، محل سکونت، نوع سرطان، آسیب شناسی، مرحله بیماری، شکایت اصلی، اقدامات درمانی انجام شده، عوارض ناشی از اعمال جراحی

و نحوه ارجاع در پرسشنامه جمع آوری شد. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و جداول توزیع فراوانی و نرم افزار SPSS ۱۰ و آزمونهای کای اسکوئر، تی، ضریب همبستگی و واریانس تجزیه و تحلیل گردید.

## نتایج

در بررسی توزیع فراوانی هرکدام از سرطان های دستگاه تناسلی حداکثر فراوانی مربوط به سرطان دهانه رحم با فراوانی نسبی ۴۳/۵٪ بود و بعد از آن به ترتیب سرطان تخمدان، رحم، وولو و مهبل، که در جدول (۱) نشان داده شده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی انواع سرطان در بیماران مورد مطالعه ۱۳۷۵-۱۳۸۱ اصفهان

نوع سرطان	تعداد	درصد
دهانه رحم	۱۱۴	۴۳/۵
رحم	۴۱	۱۵/۷
تخمدان	۹۸	۳۷/۴
مهبل	۴	۱/۵
وولو	۵	۱/۹
جمع	۲۶۲	۱۰۰

با توجه به نتایج به دست آمده در این مطالعه فراوانی مراحل مختلف سرطان دهانه رحم: ۱۵/۸٪ در مرحله 0 و ۳۱/۶٪ در مرحله I و ۳۲/۵٪ در مرحله II و ۱۶/۷٪ در مرحله III و ۳/۵٪ در مرحله IV دیده شد. در مورد مبتلایان به سرطان رحم: ۷/۳٪ در مرحله 0 و ۶۱٪ در مرحله I و ۴/۹٪ در مرحله II و ۹/۸٪ در مرحله III و ۱۷/۱٪ در مرحله IV شناسایی شدند.

در مبتلایان به سرطان تخمدان: ۱۹/۱٪ در مرحله I و ۷/۴٪ در مرحله II و ۳۴٪ در مرحله III و ۳۹/۴٪ در مرحله IV بودند.

در مبتلایان به سرطان مهبل: ۲۵٪ در مرحله I و ۵۰٪ در مرحله II و ۲۵٪ در مرحله IV بودند.

AUB با ۱۹/۶٪ و خونریزی پس از یائسگی با ۱۶/۲٪ بود.

در بررسی توزیع فراوانی عوارض ایجاد شده به دنبال اعمال جراحی در هر یک از سرطانها این مطالعه نشان داد که در مجموع، شایع ترین عارضه بعد از عمل تب است (۱۷/۹٪) و بعد از آن به ترتیب خونریزی (۶/۱٪) و عفونت محل عمل (۳٪) قرار دارد. جدول ۲، توزیع فراوانی عوارض هر یک از سرطانها را جداگانه نشان می دهد. با توجه به اینکه امکان بررسی عوارض دیررس نیز در بعضی موارد موجود بوده است، در صورت وجود این عوارض هم وارد مطالعه شده است.

میانگین مدت بستری بیماران دچار عوارض، ۱۳/۶۷ روز و کسانی که عارضه ندارند، ۸/۳۹ روز بود. آزمون تی نشان می دهد که میانگین مدت بستری در بیمارانی که دچار عارضه شده اند به طور معنا دار بیشتر از بیمارانی است که عارضه نداشته اند ( $p < 0/05$ ;  $T=5/01$ ).

در مبتلایان به سرطان وولو ۴۰٪ در مرحله I و ۴۰٪ در مرحله III و ۲۰٪ در مرحله IV بودند.

در مراجعین شهری، ۳۵/۹٪ بیماران مبتلا به سرطان دهانه رحم و در مراجعین روستایی این میزان ۴۲/۳٪ می باشد و به همین ترتیب در مورد سایر سرطانها، آزمونها نشان می دهد که بین محل زندگی و نوع سرطان رابطه معنی داری وجود ندارد ( $p=0/822$ ).

میانگین سنی بیماران مبتلا به سرطان دهانه رحم ۵۱/۹۸ سال و در بیماران مبتلا به سرطان رحم ۵۵/۲۹ در بیماران مبتلا به سرطان تخمدان ۴۹/۲۵ و در بیماران مبتلا به سرطان مهبل ۳۵/۲۵ و در بیماران مبتلا به سرطان وولو ۶۰/۸ و در بیماران مبتلا به دیسپلازی اینترا اپیتلیال ۴۰/۶۵ سال به دست آمد و اختلاف آماری معنی داری مشاهده شد ( $p < 0/05$ ).

نتایج بررسی میانگین مدت بستری بیماران مورد مطالعه به تفکیک نوع سرطان، از این قرار است، بیماران مبتلا به سرطان دهانه رحم ۹/۷۸ روز بیماران مبتلا به سرطان رحم ۸/۶۳ و در بیماران مبتلا به سرطان تخمدان ۱۰/۰۵، بیماران مبتلا به سرطان مهبل ۱۱/۲۵ و بیماران مبتلا به سرطان وولو ۲۲/۲. با توجه به این نتایج بیشترین میانگین مدت بستری مربوط به سرطان وولو است. آزمون آنالیز واریانس نشان می دهد که میانگین مدت بستری در سرطانهای دهانه رحم، رحم، تخمدان و مهبل اختلاف معنی داری ندارند ولی بین میانگین مدت بستری این سرطانها و سرطان وولو اختلاف معنی دار وجود دارد ( $p < 0/05$ ).

شایع ترین علامت در سرطان های دهانه رحم و رحم، خونریزی غیر طبیعی رحم (AUB) و خونریزی بعد از یائسگی بود. همچنین در سرطان تخمدان بیشترین فراوانی مربوط به درد شکم و بزرگی شکم بود. در موارد پیش تهاجمی دهانه رحم شایع ترین علت ارجاع، پاپ اسمیر غیر طبیعی بوده است. به طور کلی شایع ترین شکایت اولیه بیماران،

1- AUB: Abnormal Uterine Bleeding

جدول ۲: توزیع فراوانی عوارض بعد از عمل در بیماران مورد مطالعه به تفکیک نوع سرطان دستگاه تناسلی در بیماران مورد مطالعه ۱۳۷۵-۱۳۸۱ اصفهان

عوارض	درصد فراوانی نوع سرطان					
	دهانه رحم	رحم	تخمدان	مهبل	وولو	درصد عارضه در کل موارد
خونریزی	۶/۱	۲/۴	۸/۱			۶/۱
عفونت محل عمل			۳/۰	۵۰/۰	۶۰/۰	۳/۰
ترومبو آمبولی	۰/۸۷	۲/۴	۱/۰			۱/۱
عفونت ادراری	۲/۶		۴/۰		۲۰/۰	۳/۰
انسداد روده	۲/۶		۴/۴۰			۲/۷
آبسه لگنی			۳/۰			۱/۱
آنوری			۳/۰			۱/۱
لنفوسیت	۰/۸۷	۲/۴				۰/۷۶
باز شدن زخم	۰/۸۷					۰/۳۸
آتونی مثانه	۴/۳					۱/۹
آسیب به عروق بزرگ حین عمل	۰/۸۷					۰/۳۸
فیستول یوترو واژینال	۱/۷					۰/۷۶
فیستول رکتو واژینال	۱/۷					۰/۷۶
فیستول رکتو و زیکال	۰/۸۷					۰/۳۸
فیستول و زیکو واژینال	۰/۸۷					۰/۳۸
فیستول ایلئو واژینال	۰/۸۷					۰/۳۸
بی اختیاری ادرار	۰/۸۷				۲۰/۰	۰/۷۶
فوت			۱/۰			۰/۳۸

## بحث

با توجه به نتایج این مطالعه، سرطان دهانه رحم با فراوانی نسبی ۴۳/۵٪ شایع ترین بدخیمی است و از آنجا که در بسیاری از کشورهای در حال توسعه شایع ترین نوع سرطان زنان، سرطان دهانه رحم است که شیوع ۲۰-۳۰٪ دارد، این یافته مورد انتظار است و علت این تفاوت، عدم استفاده از روشهای غربالگری منظم در این کشورها است (۱). فراوانی نسبی سرطان رحم در این مطالعه ۱۵/۷٪ بود. بررسی مطالعات انجام شده نشان می دهد که این سرطان در امریکا شایع ترین بدخیمی لگنی و چهارمین سرطان شایع در زنان است (۲). همچنین مطالعات نشان می دهد که میزان شیوع این سرطان در ژاپن و کشورهای در حال رشد ۴-۵ برابر کمتر از جوامع صنعتی است و کمترین میزان در هند و

آسیای جنوبی است (۵). با توجه به نتایج و یافته های ذکر شده، انتظار می رود در این مطالعه میزان سرطان رحم کمتر از میزانهای ذکر شده در منابع علمی باشد، اما تفاوت فاحش این میزانها نشان دهنده این است که یک عامل دیگر (میزان بالای عمل هیستریکتومی به دلایل دیگر) در این رابطه دخالت دارد.

میزان سرطان تخمدان در این مطالعه ۳۷/۴٪ بود. با توجه به اینکه طبق منابع علمی این سرطان ۲۳٪ سرطان های سیستم دستگاه تناسلی را تشکیل می دهد (۳)، می توان نتیجه گرفت که میزان این سرطان در این مطالعه بیشتر بوده است. در تحلیل این یافته دو مسئله قابل بررسی است. اول اینکه احتمال دارد کم بودن میزان سرطان آندومتر باعث به هم خوردن این کفه و تشدید

در مورد توزیع فراوانی سرطان های دستگاه تناسلی با توجه به محل زندگی بیماران، این مطالعه نشان داد که به طور مشخص تعداد مراجعین شهر نشین در همه گروههای سرطان و همچنین موارد پیش تهاجمی سرطان دهانه رحم بیشتر از بیماران روستایی بود. اما در گروههای مختلف سرطانها این میزانها تفاوت معنا داری نداشت. مطالعات نشان می دهد که سرطان دهانه رحم در جوامع فقیر نشین و روستایی بیشتر دیده می شود، همچنین در ایجاد سرطان تخمدان نیز عوامل محیط دخالت دارند و میزان بروز آن در جوامع صنعتی بیشترین مقدار بوده است (۳). شانس بروز سرطان آندومتر نیز در زنان سفید پوست امریکایی ۲ برابر زنان افریقایی ساکن امریکا بوده است و در زنان شهر نشین نسبت به روستایی ها شایعتر است (۸).

در این مطالعه، میانگین سنی در سرطان های تهاجمی دهانه رحم  $51/98 \pm 14/14$  سال بود. در منابع علمی نیز میانگین سنی  $51/4$  سال گزارش شده است. میانگین سنی در سرطان های پیش تهاجمی دهانه رحم  $40/65$  سال بوده است. این یافته با منابع علمی مطابقت دارد به طوری که سن بیماران مبتلا به سرطان در جای دهانه رحم  $15/6$  سال جوانتر از افراد مبتلا به بیماری مهاجم است (۳).

در این مطالعه میانگین سنی سرطان رحم (به طور کلی و نه فقط آدنوکارسینوم آندومتر)  $15/02 \pm 55/29$  بود و بیشترین میزان در گروه سنی بالای ۶۰ سال قرار داشتند. در سرطان آندومتر بیشترین میزان در گروه سنی ۵۹-۵۰ سال و میانگین سنی ۶۱ سال گزارش شده است (۳). در این مطالعه میانگین سنی مبتلایان به سرطان مهبل  $26/32 \pm 35/26$  و در مورد سرطان وولو  $60/8 \pm 13/98$  سال بود. در سایر مطالعات سرطان وولو اغلب در سنین ۶۵-۷۵ سالگی دیده می شود. همچنین سن متوسط سرطان مهبل نیز حدود ۶۰ سالگی است (۳). با توجه به کم بودن تعداد بیماران در این سرطان ها، این نتایج چندان قابل بحث و ارزیابی نیست. در این مطالعه در گروههای مختلف

افزایش سرطان دهانه رحم و تخمدان شده باشد یا اینکه واقعا میزان این سرطان بالاتر بوده است، که در این صورت تحقیقات بیشتری لازم است. میزان سرطان وولو در این مطالعه  $1/9$ ٪ بود که طبق تحقیقات انجام شده انتظار داریم که این سرطان کمتر از ۵٪ سرطان های دستگاه تناسلی را شامل شود (۳). بنابراین میزان سرطان وولو در این مطالعه با یافته های حاصل از تحقیقات هماهنگی دارد. میزان سرطان مهبل نیز در این مطالعه  $1/5$ ٪ بود که با توجه به اینکه سرطان مهبل ۱-۲٪ بدخیمی های دستگاه تناسلی را شامل می شود، این یافته مورد انتظار است (۴).

نتایج این مطالعه نشان می دهد که سرطان دهانه رحم غالباً در مراحل I, II ( $31/6$  و  $32/5$ ٪) تشخیص داده می شود. با توجه به اینکه پاپ اسمیر به عنوان روش غربالگری در کشور اجرا می شود، انتظار می رود مراحل پیشرفته این سرطان باز هم کمتر و موارد پیش تهاجمی یا سرطان در جا، بیشتر تشخیص داده شود. در سرطان رحم بیشترین فراوانی ( $61$ ٪) مربوط به مرحله I بیماری بود. با توجه به اینکه AUB بخصوص در سنین بعد از یائسگی یک علامت هشدار دهنده شایع در این سرطان است، طبق مطالعات انجام شده، این سرطان در  $73$ ٪ موارد در مرحله I شناسایی می شود (۳).

در سرطان تخمدان به طور معناداری موارد تشخیص داده شده در مرحله III و IV بیشتر بود ( $39/4$ ٪). نتایج حاصل با مطالب حاصل از تحقیقات هماهنگی دارد.  $3/4$  بیماران در مراحل ۳ و ۴ مراجعه می کنند (۶). تشخیص زودرس سرطان تخمدان بیشتر یک شانس است تا یک پدیده علمی (۳). در سرطان مهبل فقط ۴ مورد بیمار بود که نتایج حاصل قابل بحث نیست. در سرطان وولو هم تعداد بیماران بسیار کم بود (۵ مورد) که ۱ مورد در مرحله IV و ۲ مورد در مرحله III قرار داشتند. این موضوع می تواند به علت توجه نکردن به معاینه دقیق این ناحیه از جانب پزشکان و همچنین دیر مراجعه کردن بیماران به دلیل حجب و حیای آنها باشد (۷). اما به هر حال این مورد نیاز به مطالعه وسیع تر دارد.

سرطانها بین سن و مدت بستری رابطه وجود نداشت، اما تحقیق گیسلر<sup>۱</sup> در سال ۲۰۰۱ که به منظور بررسی مرگ و میر و عوارض به دنبال رادیکال هیستریکتومی در سنین بالای ۶۵ سال و مقایسه آن با سنین ۵۰ سال یا جوانتر انجام شده بود، نشان داد که در بیماران مسن تر مدت بستری در بیمارستان بیشتر است اما مرگ و میر و عوارض ناشی از عمل تفاوتی ندارد (۹).

در سرطان دهانه رحم ۴۹/۱٪ بیماران با خونریزی غیر طبیعی رحم مراجعه کردند. پاپ اسمیر غیرطبیعی در ۱۷/۵٪ بیماران، ترشح مهلی غیر طبیعی در ۱۳/۱٪ بیماران شکایت اولیه بوده است. همچنین در ۸/۸٪ بیماران شکایت از درد لگنی بوده است، که در مطالعه پرتوریس<sup>۲</sup> و همکارانش بر ۸۱ زن مبتلا به سرطان دهانه رحم، ۵۶٪ با خونریزی مهلی، ۲۸٪ با پاپ اسمیر غیر طبیعی، ۹٪ با درد، ۴٪ با ترشحات مهلی و ۴٪ با سایر علائم مراجعه کرده اند (۵). البته میزان مراجعه به دلیل پاپ اسمیر غیر طبیعی در مطالعه حاضر کمتر بوده که این موضوع ممکن است به دلیل میزان کمتر غربالگری با پاپ اسمیر و یا درصد بالاتر موارد منفی کاذب در مطالعه حاضر باشد. همچنین در این مطالعه میزان مراجعه به دلیل ترشح مهلی خیلی بالاتر از مطالعه پرتوریس (۱۳/۱٪ در مقابل ۴٪) بوده است.

خونریزی غیر طبیعی رحمی در ۱۰٪، خونریزی پس از نزدیکی در ۱۲/۵٪، درد لگنی در ۱۰٪ و ترشح غیر طبیعی در ۷/۵٪ شکایت بیمار در هنگام مراجعه بود. مطالعات نشان می دهد سرطان های پیش تهاجمی دهانه رحم اغلب بدون علامت هستند و در موارد علامت دار خونریزی مهلی غیر طبیعی شایع ترین علامت محسوب می شود (۳). خونریزی پس از نزدیکی تقریباً همیشه دیده می شود. علامت مهم دیگر، ترشح رحمی است (۱). بنابراین می توان نتیجه گرفت پاپ اسمیر بهترین راه شناخت این بیماران

است و همچنین در این مطالعه فقط ۱۲/۵٪ بیماران به دلیل خونریزی بعد از نزدیکی مراجعه نموده اند. با توجه به اینکه احتمالاً بیشترین افراد این علامت را داشته اند، این موضوع نشان دهنده عدم آگاهی و توجه زنان نسبت به این مسئله است.

در سرطان رحم ۸۳٪ بیماران با خونریزی مهلی مراجعه کرده بودند. مطالعات نشان می دهد بیشترین نشانه سرطان آندومتر در مراحل اولیه، خونریزی غیر طبیعی مهلی در یک زن یائسه یا ترشح غیر طبیعی است (۸). در سرطان تخمدان شایع ترین شکایت بیماران درد شکم (۳۱/۶٪) و بعد از آن بزرگی شکم (۲۲/۵٪) بود. در این مطالعه شایع ترین شکایت بیماران با سرطان وولو خارش ناحیه دستگاه تناسلی بود که در سایر مطالعات خارش طولانی مدت در بیش از ۵۰٪ بیماران با سرطان مهاجم دیده می شود. سایر علائم به ترتیب، توده، درد، خونریزی، زخم، سوزش ادرار، ترشح و توده کشاله ران است (۳).

در سرطان مهبل نیز در ۷۵٪ موارد، شکایت بیماران ترشح مهلی بود که در سایر مطالعات ترشحات خونی مهبل، شایع ترین علامت بیماری است (۳).

نتایج حاصل نشان می دهد بین نوع سرطان و ایجاد عارضه بعد از عمل رابطه آماری وجود دارد و بیشترین عارضه مربوط به سرطان تخمدان بود. همچنین بین مرحله بیماری و ایجاد عارضه بعد از عمل رابطه وجود داشت و بیشترین فراوانی ایجاد عوارض مربوط به مرحله III بیماری بود. با توجه به اینکه سرطان های تخمدان بیشتر در مراحل III و IV (۷۵٪) تشخیص داده می شود (۶)، می توان این یافته را توجیه کرد. مطالعه گیسلر نیز نشان می دهد، مرگ و میر و عوارض به دنبال رادیکال هیستریکتومی در سنین بالای ۶۵ سال در مقایسه با سنین ۵۰ یا جوانتر تفاوتی نداشته است (۹).

در مجموع ۳۶/۶٪ از بیماران، دچار عارضه بعد از عمل شدند و شایع ترین عارضه، تب بعد از عمل و پس از آن به ترتیب، خونریزی و عفونت محل عمل بود.

1- Geisler  
2- Pertorius

۰/۷۶٪ آسیب به عروق بزرگ بود که در مطالعات دیگران، ۶٪ بوده است (۱۱).

عوارض عفونی پس از عمل در این مطالعه، ۷/۱٪ بود که در سایر مطالعات ۴٪ است، احتمال دارد عدم استفاده از آنتی بیوتیک مناسب، دلیل آن بوده است. عوارض غیر عفونی در این مطالعه ۶/۸٪ بوده که در سایر مطالعات ۴٪ بوده است (۱۲).

تب در این مطالعه ۱۷/۹٪ بوده که در سایر مطالعات ۲۰-۱۰٪ گزارش شده است (۱۳).  
انفوزیون خون در این تحقیق ۶٪ بود که در سایر مطالعات ۹٪ گزارش شده است (۱۱).

عوامل خطرزای عفونت بعد از عمل، باقی ماندن بیشتر از ۷۲ ساعت در بیمارستان بعد از عمل، چاقی مزاحم، بیماریهایی مثل فشار خون و دیابت، سابقه عفونت قبلی، جراحی طولانی مدت (بیشتر از ۳ ساعت) و خونریزی بیشتر از ۱/۵ لیتر است (۱۰).

### نتیجه گیری

عوارض حین عمل در این مطالعه ۳/۰۴٪ بود، ۰/۷۶٪ آسیب به مثانه، ۱/۱۴٪ آسیب به رکتوم و

### خلاصه

مقدمه: یکی از شایع ترین انواع سرطان در میان زنان، سرطان های دستگاہ تناسلی است که درمان آن علاوه بر افزایش طول عمر، بهبود کیفیت زندگی را نیز به دنبال دارد. هدف اصلی این مطالعه تعیین توزیع فراوانی عوارض درمانی مختلف انجام شده در سرطانهای دستگاہ تناسلی در بخش زنان بوده است.

روش کار: این مطالعه توصیفی مقطعی در سالهای ۱۳۷۵-۸۱ در بیمارستان مبتلا به سرطان دستگاہ تناسلی مراجعه کننده به بخش سرطان زنان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده است. ۳۰۲ بیمار مبتلا به سرطان دستگاہ تناسلی که به روش آسان نمونه گیری شدند مورد مطالعه قرار گرفتند. مشخصات فردی، نتایج درمان، نوع و عوارض درمان در پرسشنامه جمع آوری و سپس با استفاده از آمار توصیفی و جداول توزیع فراوانی و آزمونهای آماری کای اسکور، واریانس، ضریب همبستگی و تی پردازش شد.

نتایج: طی این مطالعه نتایج زیر بدست آمد: خونریزی در ۶/۱٪ و عفونت محل عمل در ۳٪ و ترومبوآمبولی در ۱/۱٪، عفونت ادراری در ۳٪، انسداد روده در ۲/۷٪، آبنه لگنی در ۱/۱٪، آنوری در ۱/۱٪، لنفوسیست در ۰/۷۶٪، باز شدن زخم در ۰/۳۸٪، آتونی مثانه در ۱/۹٪، آسیب به عروق بزرگ حین عمل در ۰/۳۸٪، فیستول یورتررواژینال در ۰/۷۶٪، فیستول رکتوواژینال در ۰/۷۶٪، فیستول رکتووزیکال در ۰/۳۸٪، فیستول وزیکوواژینال در ۰/۳۸٪، فیستول رکتووزیکال در ۰/۳۸٪، فیستول ایلئو واژینال در ۰/۳۸٪، بی اختیاری ادرار در ۰/۷۶٪ فوت در ۰/۳۸٪ موارد دیده شد.

نتیجه گیری: عوارض حین عمل در این مطالعه ۳/۰۴٪ بود که در سایر مطالعات تا حدود ۶٪ بوده است. عوارض عفونی در این مطالعه ۷/۱٪ و بیشتر از سایر مطالعات بوده است (۴٪)، که احتمال دارد عدم استفاده از آنتی بیوتیک مناسب، علت آن بوده است. عوارض غیر عفونی در این مطالعه ۶/۸٪ بود که در حدود سایر مطالعات (۴٪) است.

کلمات کلیدی: سرطان دستگاہ تناسلی، سرطان دهانه رحم و رحم، سرطان تخمدان، سرطان وولو و مهبل

## References

- 1- Compion M. Preinvasive disease. In: Berek JS, Hacker NF. Practical Gynecologic oncology. Third edition. Philadelphia: Lippincott Williams and wilkins; 2000. 270 \_ 328.
- 2- Briton LA Hoover RN. Epidemiology of gynecologic cancer. In: Hoskins WJ, Perez CA, Young RC. Principles and practice of gynecologic oncology. Third edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2001 .3-28.
- 3- Disaia PJ, Creasman WT. Clinical Gynecologic oncology. Sixth Edition. St Louis: Mosby; 2002 .1 - 343.
- 4- Coleman RL. Anatomy and natural History. In: Eifel PJ, Levenback C. Cancer of the female lower genital Tract. First edition. London: BC Decker Inc; 2001.182 – 200.
- 5- Hacker NF. Cervical cancer. In: Berek JS, Hacker NF. Practical gynecologic oncology. Third edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Willkins; 2000. 344 –394.
- 6- Acheson N, Chan KK. Epithelial ovarian cancer. In: Shafi ML, Luesley DM Jordan J. A Hand Book of gynecology oncology.first edition. London: Churchil Livingstone; 2001. 231-241.
- 7- Caschetto S ,Caragliano L ,Cassaro N , et al. Screening strategies for vulva preneoplastic and neoplastic lesion.Minerva. Gynecol 2001; 52(12): 491- 5.
- 8- Sabbatini P, Alektiar K M, Barakat RR. Endometrial cancer. In: Barakat RR, Bevers MW, Gershenson DM, Hoskins WJ. Handbook of gynecologic oncology. First edition. London: Martin Dunitz publishers; 2000. 265 – 78.
- 9- Geisler JP, Geisler HE. Radical hysterectomy in the elderly female: A comparison to patient age 50 or younger. Gynecol oncol, 2001: 80(2) :258 – 61.
- 10- Smith JR, Delpriore G. Introduction. In: Smith JR, Delpriore G, Curtin J, Monaghan JM. An Atlas of Gynecologic oncology, investigation and surgery. First edition. London: Martin Dunitz publishers; 2001 .1-6.
- 11- Covens A, Rosen B, Murphy J et al. Changes in the demographics and perioperative care of stage IA (2)/IB (1). Cervical cancer over the past 16 years. Gynecol Oncol 2001; 81:133.
- 12- Mann WJ Jr. Radical hysterectomy. Available at: <http://www.uptodate.com>
- 13- Mann WJ Jr, Orr JW Jr, Shingleton HM et al. Perioperative influences on infectious morbidity in radical hysterectomy. Gynecol Oncol 1981; 11:207.