# تفسیر پاپ اسمیر

ارائه دهنده: زهره میرکازهی
عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر

# سرطان دهانه رحم

- زمانی اتفاق می افتد که سلول های غیرطبیعی در دهانه رحم در بخش پایینی رحم تولید می شوند و گسترش می یابند
- یکی از علل مرگ در کشورهای در حال توسعه است چون در مراحل پیشرفته تشخیص داده می شود و به دلیل عدم درمان به موقع و عدم دسترسی به درمان های مناسب در مدت کوتاهی پس از تشخیص فوت می کنند
- در کشورهای توسعه یافته در مراحل اولیه تشخیص داده می شود و با درمان از مرگ و میر آن ها پیشگیری می شود

- برای پیشگیری از کانسر سرویکس در مرحله اول باید ریسک فاکتورها را شناسایی و حذف نمود و با انجام واکسیناسیون از بروز آن جلوگیری کرد
- در مرحله دوم با انجام تست غربالگری پاپ اسمیر باید بیماری در مراحل اولیه تشخیص داده و ریشه کن شود و پس از بروز علائم بالینی مانند ضایعه سرویکس و یا لکه بینی به دنبال **COITUS** شروع به اقدامات تشخیصی و درمانی نمود

- برای اینکه یک سلول به سلول سرطانی تبدیل شود مراحل متنوعی را طی می کند و با تغییرات سلولی به سمت مراحل غیرطبیعی و سپس پیش سرطانی و پس از گذشت چند سال به سلول سرطانی تبدیل می شود.این روند ،گاه حدود ده سال طول می کشد.

# ریسک فاکتورهای سرطان سرویکس

- سن پایین هنگام اولین نزدیکی (کمتر از ۱۶ سال)
- داشتن شرکای جنسی متعدد
- سیگار
- پاریتی بالا
- سرکوب ایمنی
- سطح اجتماعی پایین

# توصیه های خودمراقبتی برای پیشگیری سرطان دهانه رحم

- ✓ داشتن فقط یک شریک جنسی
- ✓ شروع نخستین نزدیکی جنسی در سنین بالاتر
- ✓ پیشگیری از ابتلا به بیماری های آمیزشی
- ✓ عدم مصرف سیگار و دخانیات
- ✓ رعایت بهداشت جنسی
- ✓ استفاده از کاندوم
- ✓ درمان عفونت های رحمی
- ✓ مصرف زیاد میوه و سبزیجات
- ✓ داشتن فعالیت بدنی منظم

# عفونت HPV

- **HPV** شایعرتین علت لکوپلاکی است و شایعترین عفونت ویروسی سرویکس است که و اغلب منجر به سرویسیت موکوپرولانت نمی شود
- سلول بالونی یا کوئیلوسیت در واقع سلول های اپی تلیالی هستند که دارای هسته چند قطعه ای و سیتوپلاسم واکوئولیزه و هیپرکرومازی است و این نشانه عفونت **HPV** است
- در ویروس پاپیلوما انسانی لکوپلاکی یعنی اپی تلیومی که پیش از تماس با اسید استیک سفید رنگ می شود و علت آن وجود یک لایه کراتنین در سطح اپی تلیوم است.
- **HPV** تیپ ۶، ۱۱ و ۳۵ با ضایعات خوش خیم سرویکس و تیپ های ۱۶، ۱۸ و ۳۱ با بدخیمی سرویکس همراه بوده است
- **HPV** ۱۶ شایعترین نوع همراه با بدخیمی و حالت نرمال است از این رو اختصاصی نیست
- **HPV** ۱۸ اختصاصی ترین نوع همراه با بدخیمی است

# واکسن HPV

- واکسیناسیون HPV بسیار خوب عمل می کند. واکسیناسیون HPV توانایی جلوگیری از بیش از ۹۰٪ سرطان های قابل انتساب به ویروس HPV را دارد.
- از آنجا که واکسیناسیون HPV برای اولین بار در سال ۲۰۰۶ انجام شد ، کاهش قابل توجهی در عفونت‌های ناشی از ویروس HPV به وجود آمد.
- نوجوانان و جوانان کمتری به زگیل تناسلی مبتلا شدند.
- واکسیناسیون HPV همچنین تعداد موارد پیش زمینه سرطان دهانه رحم در زنان جوان را کاهش داده است.
- با بیش از ۱۲ سال داده و اطلاعات ، حالا ما می دانیم که واکسیناسیون HPV بطور طولانی مدت در برابر عفونت های HPV از ما محافظت و بیماری های ناشی از آن را کاهش می‌دهد.
- همچنین واکسیناسیون HPV به مرور زمان توانایی محافظت در برابر عفونت های جدید HPV را از دست نمی‌دهد.

# عوارض جانبی واکسن HPV چیست؟

- واکسن ها مانند شایعترین عوارض واکسیناسیون HPV معمولاً خفیف بوده و شامل موارد زیر است:
- محل درد ، قرمزی یا تورم در بازو
- تب
- سردرد یا احساس خستگی
- حالت تهوع
- درد عضله یا مفصل

- نشستن یا دراز کشیدن هنگام واکسیناسیون و حدود ۱۵ دقیقه ماندن در آن وضعیت پس از واکسیناسیون می تواند به جلوگیری از غش و آسیب های ناشی از زمین خوردن کمک کند.
- در موارد بسیار نادر ، ممکن است واکنش های آلرژیک شدید (آنافیلاکتیک) پس از واکسیناسیون رخ دهد. افرادی که حساسیت شدید به هر یک از اجزای واکسن دارند نباید آن را دریافت کنند.
- واکسن ویروس HPV ممکن است در مطب های پزشکان خصوصی ، کلینیک های بهداشت ، مراکز و بخش های بهداشتی موجود باشد.

# کاربرد واکسن در پیشگیری از سرطان دهانه رحم

واکسن هایی برای پیشگیری از دو نوع پرخطر HPV (۱۶ و ۱۸) وجود دارد از واکسن های سرواریکس یا گارداسیل

باید در سه نوبت در طول یک دوره ۶ ماهه استفاده شوند

# انواع واکسن HPV

سه نوع واکسن برای کنترل ویروس HPV وجود دارد که توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) مجوز گرفته اند.

- واکسن HPV ۹ ظرفیتی GARDASIL
- واکسن HPVچهار ظرفیتی GARDASIL
- واکسن HPVدو ظرفیتیCERVARIX
- هر سه واکسن از انواع ویروس HPV 16و ۱۸ HPV که بیشتر سرطان های HPV را ایجاد می‌کنند، محافظت می‌کنند.
- (GARDASIL-9 (MERCK، یک واکسن HPVنه ظرفیتی است که از انواع HPV 6، ۱۱ ، ۱۶ ، ۱۸ ، ۳۱ ، ۳۳ ، ۴۵ ، ۵۲ و ۵۸ محافظت می کند.

# واکسن GAEDASIL

در سه مرحله تزریق می شود:

- صفر
- ۱ یا ۲ ماه پس از اولین تزریق
- ۶ ماه پس از اولین تزریق

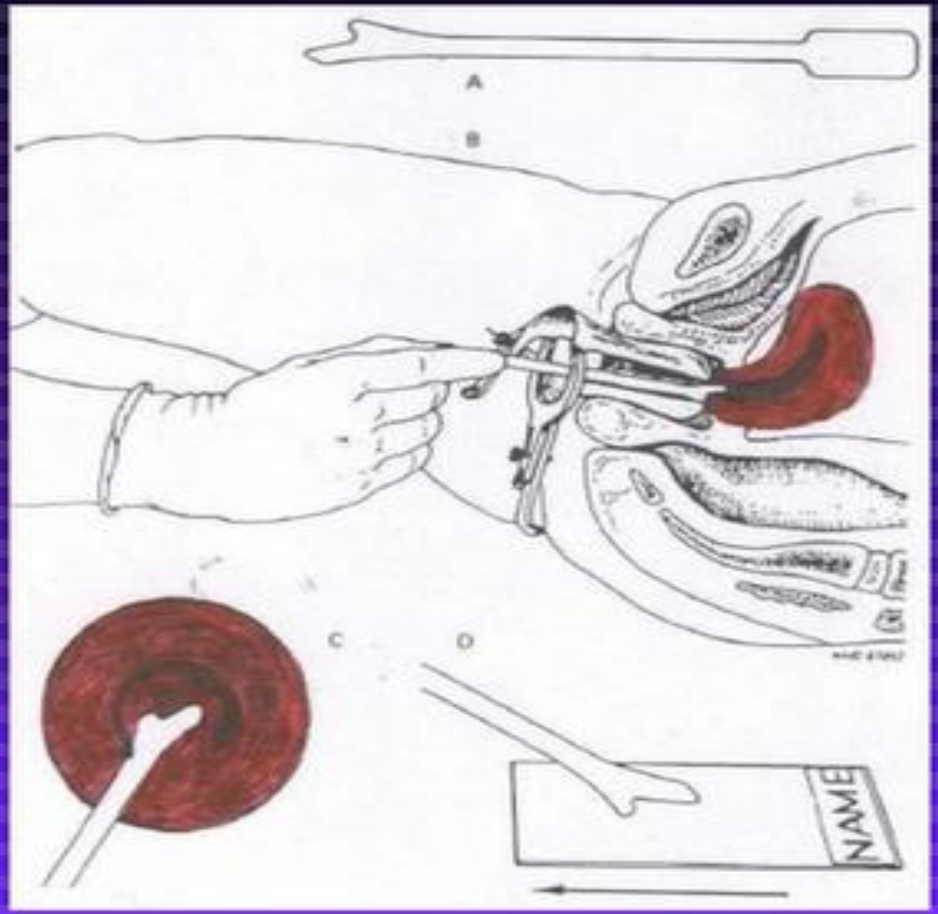
نیازی به دوز یاداور نیست. انجام واکسیناسیون از سن ۹ سالگی به بعد مجاز می باشد که اصولا سن ۱۲-۱۱ سالگی برای دختران و پسران واکسیناسیون انجام می شود.

این واکسن را برای مردان و زنانی که دوره سه دوزی را تکمیل نکرده اند در سنین ۱۳ تا ۲۶ سالگی برای زنان و در سنین ۱۳ تا ۲۱ سالگی برای مردان تزریق می کنند

در مردان پرخطر (هموسکسوئل، **HIV** مثبت، ضعف ایمنی) می توان همانند زنان تا ۲۶ سالگی تزریق نمود. موارد منع واکسیناسیون: حاملگی و آلرژی

# Screening - Pap smear

VCE




- Conventional
- Liquid - based

# پاپ اسمیر

- یکی از موفق ترین برنامه های غربالگری در طی دهه های اخیر بوده است و توانسته است بروز سرطان دهانه رحم را در کشورهایی که این برنامه را اجرا نموده اند کاهش دهد
- تست پاپ اسمیر به دو روش سنتی و THIN PERB قابل انجام است روش THIN PERB یا LIQHID BASE به علت کاهش نتایج ناکافی ارجح است
- پاپ اسمیر روشی برای بررسی سلول های سرویکس هست
- از برس یا اسپاچولا برای جمع آوری سلول ها استفاده می شود
- سلول ها روی لام شیشه ای کشیده می شوند و با فیکساتور ثابت می شوند یا به یک مایع نگه دارنده اضافه می شوند
- بررسی لام توسط سیتولوژیست صورت می گیرد
- از سن ۲۱ تا ۲۹ سالگی هر ۲ سال یکبار و از سن ۳۰ سالگی سالانه انجام شود
- در صورت داشتن سه جواب منفی به شرط عدم HIV نقص ایمنی، سابقه CIN2 و CIN3 و سابقه مصرف DES می توان هر سه سال یکبار انجام داد

# پاپ اسمیر

- در بیمارانی که **HPV DNA TEST** را همراه با پاپ اسمیر انجام داده اند و جواب هر ۲ منفی می باشد می توان هر سه سال یکبار غربالگری نمود
- در سنین کمتر از ۲۱ سال شروع غربالگری ۳ سال پس از آغاز فعالیت جنسی فرد است
- بیمارانی که در طی دوره ای غربالگری دچار علایم می شوند باید خارج از برنامه پاپ اسمیر انجام دهند و بر اساس جواب پاپ اسمیر برنامه غربالگری ادامه یابد. علائم شایع مانند: **POST COITAL BLEEDING**، ضایعه در سرویکس، ترشحات مقاوم به درمان
- بیماران **HIV** مثبت در سال اول ۲ بار به فاصله هر ۶ ماه و سپس سالانه تا آخر عمر
- بیماران با سابقه **CIN 2** و **CIN3** سالانه به مدت ۲۰ سال
- انجام اسمیر از کاف واژن در بیمارانی که علت انجام هسترکتومی بدخیمی و یا موارد مشکوک بوده است مطابق با سایر افراد است اما تهیه نمونه از بیماران با هیسترکتومی به علل خوش خیم اندیکاسیون ندارد
- زمان مناسب انجام پاپ اسمیر: در هر زمانی از سیکل قاعدگی بجز عادت ماهیانه انجام داد. اما بهترین زمان نمونه گیری روز ۱۰ تا ۱۸ سیکل می باشد.

# فواصل انجام پاپ اسمیر طبق رفرنس وزارتخانه

انجام هر ۳ سال یکبار در خانم های حداقل یکبار ازدواج کرده ۲۰ تا ۶۵ سال مشروط بر این است که خانم حداقل ۳ نتیجه منفی پاپ اسمیر در فواصل یک سال داشته باشد و در معرض خطر ابتلا به سرطان سرویکس نباشد

## آزمایش پاپ اسمیر برای تشخیص زود هنگام سرطان دهانه رحم برای چه کسانی باید انجام شود؟

برای تمامی زنانی که از نظر جنسی فعال هستند بخصوص در سنین بالای۲۰ سال انجام می شود.اولین تست پاپ اسمیر حداقل ۳سال پس از ازدواج انجام می شود

# فواصل زمانی برای انجام پاپ اسمیر در گروه های مختلف بدین شرح می باشد:

در خانمهای ۲۰–۶۵ ساله حداقل یکبار ازدواج کرده: طبیعی هر سه سال. ← سالیانه یکبار و در صورت سه پاپ اسمیر

در زنان بالای ۵۰ سال: ← با فواصل ۵ساله

خانمهای بالای ۶۵ سال که دو پاپ اسمیر اخیرشان طبیعی بوده است : انجام تست پاپ اسمیر ندارند. ← ضرورتی برای

خانمهای حامله: بعد از زایمان تست را انجام دهند ← نیازی به انجام تست پاپ اسمیر ندارند و بهتر است ۱۲هفته

در بیماران مبتلا به عفونتهای منتقله از راه تماس جنسی: از درمان عفونت،پاپ اسمیر انجام دهند. ← توصیه می شود پس

در صورتیکه خانمی دچار خونریزی یا لکه بینی پس از مقاربت باشد: است. ← انجام تست پاپ اسمیر کاملا ضروری

# شرایط انجام تست پاپ اسمیر

- ۴۸ ساعت قبل از پاپ اسمیر،شستشوی داخلی دستگاه تناسلی صورت نگرفته باشد.
- ۲۴ ساعت قبل از پاپ اسمیر نزدیکی صورت نگرفته باشد.
- ۲۴ ساعت قبل از پاپ اسمیر،لکه بینی و خونریزی وجود نداشته باشد.
- یک هفته قبل از انجام پاپ اسمیر،از کرمهای شستشوی داخلی مجرای تناسلی جهت درمان استفاده نشود.
- در صورتیکه نتیجه پاپ اسمیرغیرطبیعی بود باید آزمایشات تشخیصی تخصصی تر انجام شود.

# علائم سرطان دهانه رحم

- خونریزی بین دو قاعدگی
- افزایش میزان خونریزی قاعدگی
- خونریزی پس از یائسگی
- خونریزی پس از تماس جنسی یا معاینه
- درد ناحیه لگن غیرمرتبط به قاعدگی
- وجود ترشحات زیاد و غیرطبیعی که ممکن است رقیق،غلیظ و همراه با بوی تعفن باشد.
- علائم ادراری بدون علت مشخص در سیستم ادراری
- کاهش شدید وزن و بی اشتهایی

# افراد در معرض خطر از نظر ابتلاءبه سرطان دهانه رحم

- زنانی که در سنین پایین ازدواج می کنند.
- زایمانهای زیاد
- زنانی که همسرانشان ختنه نشده اند
- عفونتهای مکرر
- زنانی که شوهرشان قبلا همسر مبتلا به سرطان دهانه رحم داشته است
- زنانی که دخانیات مصرف می کنند(هرچه تعداد سیگار مصرفی بیشتر باشد خطر ابتلا افزایش می یابد
- زنانی که دچار کمبود ویتامین A، C و اسید فولیک هستند

# درج مشخصات روی نمونه

- لام نمونه پاپ اسمیر و ویال نمونه HPV باید با وضوح کامل با برچسب مخصوص مشخصه نگاری شود که بر روی آن مشخصات نام و نام خانوادگی بیمار و همچنین وجه مشخصه دوم شامل: تاریخ تولد، نام پدر، شماره پرونده خانوار ثبت می شود.
- همراه نمونه فرم کاغذی به ازمایشگاه ارسال شود
- شماره سریال روی ویال نمونه HPV در سامانه ثبت شود

# آماده سازی بیمار پیش از نمونه برداری

- به بیمار توضیحات لازم برای انجام و نحوه نمونه برداری داده شود و اطمینان داده شود که این آزمون خطرناک نیست و ظرف مدت چند دقیقه به پایان می رسد و امکان دارد کمی احساس ناراحتی کند
- همچنین به بیمار توضیح دهید که ممکن است لکه بینی خفیفی پس از ازمون رخ دهد

# فرایند نمونه برداری

- ابتدا بیمار روی تخت معاینه خوابانده شده و آماده نمونه برداری می شود
- از یک اسپکولوم یک بار مصرف برای مشاهده دهانه رحم استفاده می شود  اسپکولوم به هیچ نوع ماده لوبریکانت آغشته نشده باشد
- ابتدا سواب پنبه ای راداخل سرویگس کرده و ۳۶۰ درجه می چرخانیم قسمتی از اسپاچولا که دو شاخه یا انحنا دار است از قسم بلندتر وارد سوراخ خارجی سرویکس می گردد و ۳۶۰ درجه می چرخانیم در مورد اسپاچولا ابتدا با زاویه ۹۰ درجه و سپس مایل و فقط یکبار روس لام کشیده می شود
- هر دو نمونه را با سرعت و دقت بر روی لام منتقل می کنیم
- قبل از اینکه نمونه خشک شود با اسپری فیکس می شود
- اسپری با فاصله ۳۰-۲۲ سانتی استفاده شود و ۲-۱ بار فشار دادن اسپری کافی است
- برای اینکه ترشحات جذب اسپاچولا نشود اسپاچولا به نرمال سالین یا آب آغشته شود

# فرایند نمونه برداری

- برای آزمون HPV از برس استفاده می شود و با چرخاندن برس در اطراف ناحیه اتصال سنگفرشی- ستونی به صورت دورانی خراشیده می شود
- سپس برس را خارج کرده و در درون مایع ویال با حرکت چرخشی شستشو داده می شود
- سر برس در داخل ویال حاوی ماده محافظ شکسته و در ویال گذاشته می شود
- هر دو نمونه به آزمایشگاه فرستاده می شود

# فرایند نمونه برداری

- در صورتی که مقادیر زیادی ترشح در داخل واژن و اطراف سرویکس وجود داشته باشد که نمونه گیری را دچار اشکال کند می توان ابتدا داخل واژن را با گاز یا پنبه پاک کرد و سپس اقدام به نمونه گیری کرد
- در صورت هر گونه ضایعه یا زخم باید اسمیر انجام شود و ارجاع انجام شود
- نمونه نباید خیلی ضخیم یا خیلی نازک باشد درصورتی که خیلی ضخیم باشد رنگ به داخل آن نفوذ نمیکند
- نمونه باید در حدی باشد که لام شفاف نباشد نمونه خیلی نازک نتایج کاذب را به دنبال دارد
- بعد از فیکاسیون نمونه را داخل پاکت گذاشته و به آزمایشگاه ارسال شود

# WARM SPECULUM

- WARM WATER
- NOT TOO HOT
- LUBRICATES SPECULUM
- DON’T USE K-Y, SURGILUBE OR VASELINE TO LUBRICATE SPECULUM

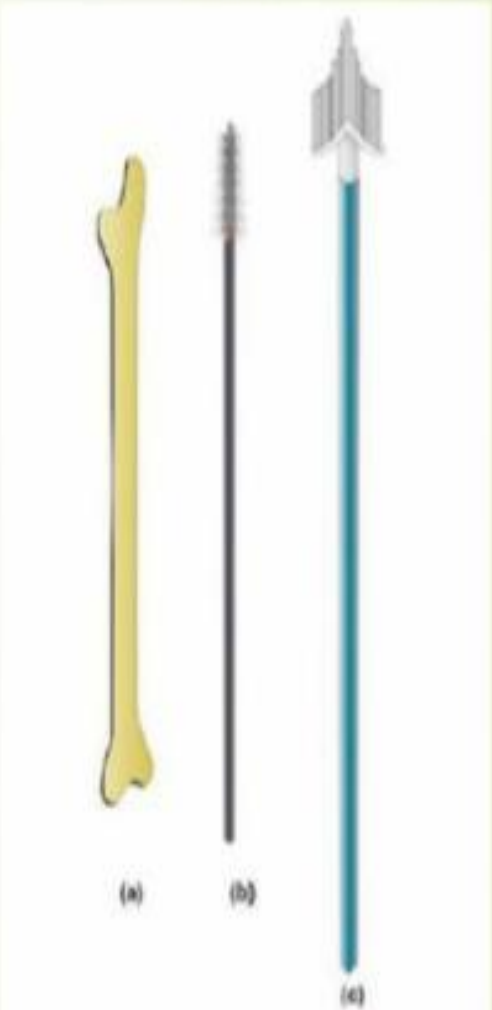
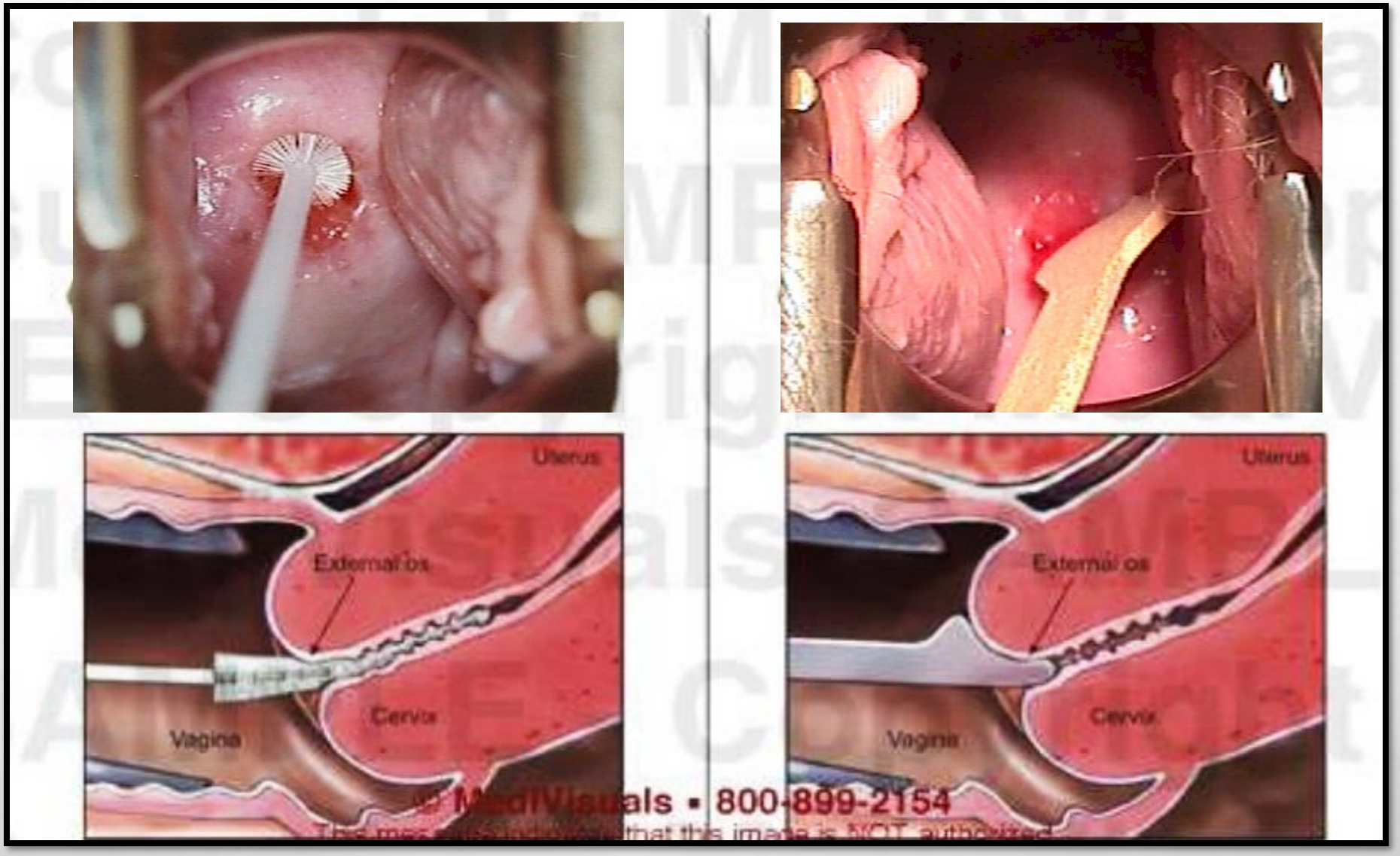
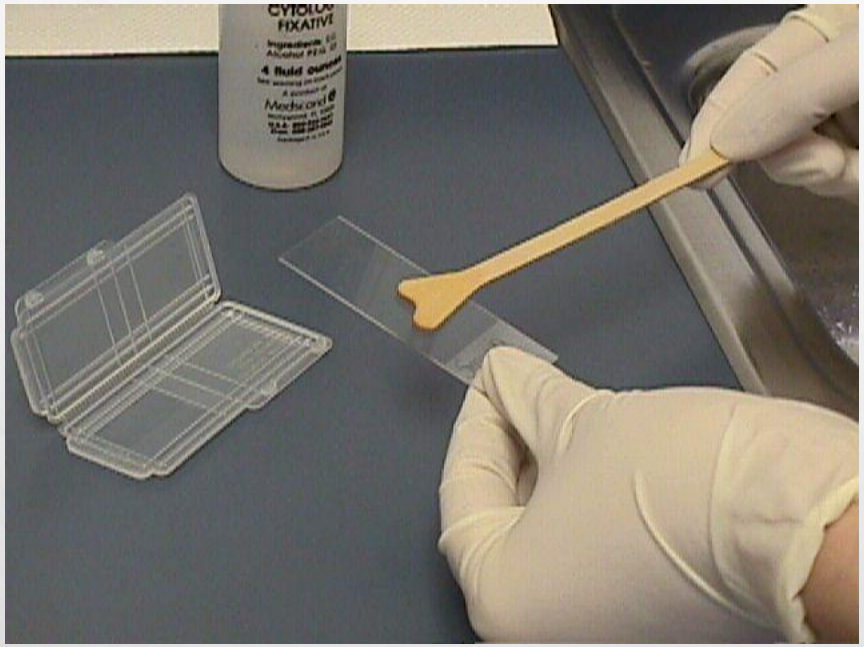



Figure 1. Sampling devices: (a) combined spatula with an *Ayledbury* end (extended tip above and an *Ayre* end (below); (b) endocervical brush; (c) cervical broom.

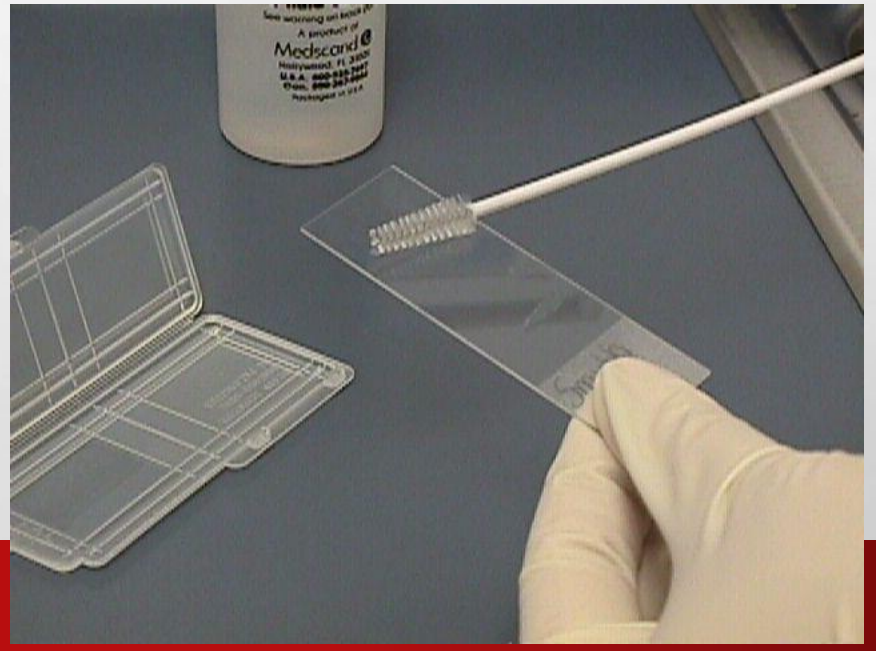



**making sure to rotate it at least 360º for the spatula and 5 rotations for the broom.**

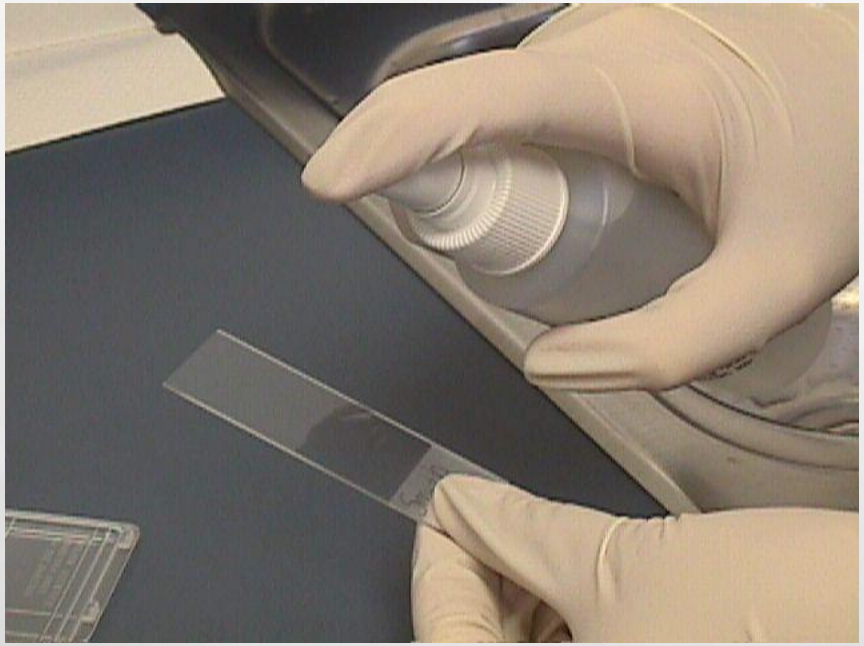
# MAKE PAP SMEAR




- AS THIN AS POSSIBLE
- PROPERLY LABELED



# SPRAY WITH FIXATIVE



- WITHIN 10-15 SECONDS
- ALLOW TO FULLY DRY BEFORE PACKAGING

# پاپ اسمیر

- ترکیبات اسمیر سرویکوواژینال به دو دسته تقسیم می شوند:

۱- سلولهای اپی تلیال سطحی (SUPERFICIAL) ، میانی (INTERMEDIATE) ، سلوله ای پارابازال، سلول های آندوسرویکال و سلول های اپی تلیال آندومتر

۲- سلول ها و ترکیبات غیر اپی تلیالی ( سلول های استرومای آندومتر، RBC- لکوسیت- نوتروفیا- هیستوسیت- موکوس و اسپرم

# پاپ اسمیر

- سلول های سطحی (**SUPERFICIAL**): این سلول ها به ترشح استروژن ارتباط دارند
- سلول های میانی (**INTERMEDIATE**): تحت تاثیر مقدار زیادی پروژسترون است در حاملگی و فاز ترشحی و التهاب مخاط که بافت پوششی اسکواموس واژن و اکتوسرویکس به رسیدگی کامل نمی رسد اکثر این سلول ها غالب می باشند
- سلول های پارابازال: تعداد این سلول ها پس از ۳۵ سالگی افزایش می یابد همچنین در حالات پاتولوژیک مثل فقدان هورمون های استروژن و پروژسترون و التهابات و نیز پس از یائسگی افزایش می یابد

# نقایص پاپ اسمیر

- کاربرد شیوه های نادرست در تهیه نمونه
- سهل انگاری در تهیه نمونه
- اشتباه در تفسیر نمونه از سمت آزمایشگاه
- وجود سلول های التهابی در نمونه که به علت خصوصیات غیرطبیعی شان با سلول های سرطانی قابل افتراق نبوده و تفسیر این تست را مشکل می کند
- حدود یک سوم موارد منفی کاذب به اشتباهات آزمایشگاه مربوط می شود و مابقی مربوط به عدم دقت در تهیه نمونه و ناکافی بودن نمونه

# علل مرگ و میر ناشی از سرطان دهانه رحم

- عدم غربالگری منظم در زنانی که در معرض عوامل خطر زا قرار دارند
- عدم کفایت نمونه سلولی جمع آوری شده
- اشتباه در تفسیر پاپ اسمیر که موارد منفی کاذب را به ۶۰-۵۵ درصد می رساند

- سرویکس از اپی تلیوم استوانه ای که مجرای آندوسرویکال را پوشانده و اپی تلیوم اسکواموس که اگزوسرویکس را مفروش می کند تشکیل شده استو محل اتصال آن ها را جانکشم استوانه ای- سنگفرشی (SCJ)می گویند
- روند متاپلازی از SCJ شروع شده و ناحیه ترانسفورماسیون را به وجود می آورند
- در سرویکس سینوس وریدی وجود ندارد. به طور کلی مخاط سرویکس به اندازه آندومتر دستخوش تغییرات واضح نمی شود
- اپی تلیوم اسکواموس اگزوسرویکس و واژن دارای ٤ لایه بازال، پارابازال، بینابینی و سطحی است که سلول های سطحی اساس تست پاپانیکولا را تشکیل می دهند

# ضایعات پیش بدخیمی اسکواموس

1) سلول اسکواموس آتیپیک با اهمین نامعلوم (ASCUS) این ضایعه اغلب به صورت تغییرات آتیپی گزارش می شود

2) ضایعه اینتراپی تلیال اسکواموس با درجه پایین (LSIL) این ضایعه شامل بدخیمی اینتراپی تلیالی تیپ I (CIN1) و تغییرات ناشی از ویروس پاپیلوما (HPV) یعنی کوئیلوسیت است

3) ضایعه اینترا اپی تلیالی اسکواموس با درجه بالا (HSIL) این ضایعه شامل بدخیمی اینتراپی تلیالی تیپ II و III یعنی CIN2 و CIN3 است

# SATISFACTORY

- نمونه رضایتبخش و یا مورد قبول اما ناکافی و طی ٦ تا ١٢ ماه بعد تکرار شود
- برگه ارسالی باید حاوی اطلاعات دموگرافیک و بالینی کامل باشد
- در نمونه کافی باید ١٠ تا ٢٠ درصد سطح لام نمونه های سلول های اسکواموس باشد
- حداقل ٢ کلاستر ٥ سلولی سلول اندوسرویکال و یا موکوس سرویکال دیده شود
- خون، عفونت، مواد خارجی کمتر از ٢٥ درصد نمونه باشد

# UN SATISFACTORY

- ناقص بودن اطلاعات دموگرافیک
- خون، عفونت، مواد خارجی سطح وسیعی از نمونه را پوشانده است (بیش از ۷۰ درصد)
- سلول یا موکوس آندوسرویکال وجود ندارد
- نمونه قابل خواندن نیست و نیاز به تکرار بلافاصله دارد

# LESS THAN OPTIMAL

- زیر حد مطلوب
- ناقص بودن اطلاعات بالینی
- وجود خون، فیکساسیون غلط، ضخامت نمونه، مواد خارجی،
- تکرار نمونه لزومی ندارد مگر اینکه شک بالینی یا سیتولوژیک قوی به وجود عوامل پاتولوژیک داشته باشیم

# تغییرات عفونی

- تریکوموناس، کاندیدا، کوکوباسیل ها، اکتینومایسین یا ویروس هرپس
- در صورت وجود علائم بالینی پزشک یا ماما درمان را آغاز کند و چنانچه علایم نداشته باشد بدون نیاز به درمان تا دوره بعدی اسمیر نیاز به پیگیری ندارد
- در موارد شدید درمان عفونت بالینی و تکرار ٦ تا ١٢ ماه آینده

# تغییرات واکنشی

- علت شایع عفونت، التهابات، آتروفی، IUD
- گاهی هم به دنبال ضربه و ترمیم محل ضربه
- در مواردی مثل کوتر کردن، لیزر درمانی، اشعه درمانی، مصرف داروهای سیتوتوکسیک یا استروئیدی نیز به وجود می اید
- در صورت عفونت آنتی بیوگرام انجام شود و در صورت ضایعات اپی تلیال تست پاپانیکولائو استفاده شود
- فرم سرویسیت فولیکولر پاتولوژیک است و نشانگر التهاب مزمن

# آنومالی های غددی
# GLANDULAR ABNORMALITY

- ظهور سلول های آندومتری در اسمیرهای سرویکس دو تا سه روز قبل از قاعدگی طبیعی است
- در زمان تخمکگذاری نیز تعدادی سلول های اندمتری در اسمیر دیده می شود
- در مصرف کنندگان IUD نیز دیده می شود اما بغیر این موارد وجود سلول های آندومتری نیاز به بررسی بیشتر دارد حتی اگر این سلول ها ظاهر طبیعی داشته باشند
- در منوپوز وجود سلول های آندومتری غیر طبیعی است

# سلول های سنگفرشی آتیپیک با اهمیت نامشخص ASCUS

- سلولهای غیرطبیعی که دارای معیارهای مربوط به ضایعات داخل اپی تلیال سنگفرشی با درجه پایین یا بالا نمی شوند را ASCUS می نامند.
- ارتباط این سلول ها با سرطان سرویکس و HPV نامشخص است
- اهمیت شناخته شده ای ندارند

اقدامات لازم در زنان مبتلا به ASCUS:

- تکرار پاپ اسمیر ۱۲ ماه بعد، مناسب برای نوجوانان و زنان حامله
- کولپوسکپی فوری در بیمارانی که پیگیری مناسب ندارندو یا بسیار نگران می باشند
- آزمایش از نظر HPVنوع پرخطر
- AGC با آتیپیک آندوسرویکال سلول: انجام کورتاژ آندوسرویکال و اندومتر تحت بیهوشیو در صورت نرمال بودن بررسی های اندومتر انجام کولپوسکپی

# ضایعات داخل اپی تلیالی سنگفرشی با درجه پایین LSIL

- این ضایعات شامل CIN1 (دیسپلازی خفیف) و تغییرات ناشی از HPV است
- حدود ۷۵ درصد بیماران مبتلا به CIN و ۲۰ درصد مبتلایان به CIN2 و CIN3 هستند
- برسی اضافه اندیکاسیون دارد، روش استاندارد انجام کولپسکوپی
- احتمال پیشرفت به سمت دیسپلازی شدید وجود دارد (٪۶۰)
- احتمال پسرفت خودبه خود وجود دارد و پسرفت در عرض ۲ سال پیگیری با سیتولوژی و کولپوسکپی اتفاق می افتد
- هر ٦ ماه پیگیری و درمان انجام
- اگر در دوان پیگیری پیشرفت وجود داشت باید درمان تخریبی انجام شود
- درمان: کرایو. لیزر،اکسیزیون الکتروسرجیکال با لوپ، هیسترکتومی

- CIN1ثابت شده در بیوپسی در ۸۵-۶۰ درصد موارد به طور خودبه خود پسرفت می کنند
- بیمارانی که در بیوپسی حاصل از کولپوسکپی CIN1 گزارش شده است و حاضر به انجام بررسی هر ماه یکبار هستند می توان آن ها را با پاپ اسمیر (۱۲-۶ ماه بعد) یا تست DNA
- پسرفت بیماری در طی ۲ سال پیگیری به وسیله سیتولوژی و کولپوسکپی مشاهده می شود اگر در طول پی گیری دو ساله ضایعه پیشرفت داشت و یا پسرفت نکرد باید از درمان ریشه کنی استفاده کرد
- درمان بدخیمی اینترااپی تلیالی سرویکس (CIN) شامل اکسیزیون جراحی، کرایوسرجری، تبخیرلیزری، لوپ الکتروسرجیکال اکسیزیون و ...است

- درمان بدخیمی اینتراپی تلیالی سرویکس (CIN) شامل اکسیزیون جراحی، کرایوسرجری، تبخیرلیزری، لوپ الکتروسرجیکال اکسیزیون و ...است البته این اقدامات درمانی تنها در مواردی انجام می شود که:
- ۱- شواهدی دال بر کانسرمهاجم در سیتولوژی، کولپوسکپی، بیوپسی یا کورتاژ آندوسرویکال دیده نشود
- ۲-آندوسرویکس در کولپوسکپی و یا کورتاژ آندوسرویکس درگیر نباشد
- ۳- ضایعه در اکتوسرویکس باشد

- انجام پاپ اسمیر تا ۷۹ درصد در کاستن خطر بروز کانسر سرویکس و تا ۷۰ درصد در کاهش مرگ و میر موفق بوده است
- حساسیت پاپ اسمیر در تشخیص CIN3 از ٤٧ تا ٦٢ درصد متغیر بوده و ویژگی آن بین ۹۵-٦۰ درصد فرق می کند
- انجمن کانسر آمریکا توصیه کرده که غربالگری پاپ اسمیر را هر سال باید انجام داد اگر از سیتولوژی با پایه مایع استفاده می شود میتوان غربالگری هر ۲ سال یکبار انجام داد
- غربالگری را باید در سن ۲۱ سالگی یا درطول ۳ سال اول بعد از شروع مقاربت انجام داد و اگر نتایج پاپ اسمیر در طی ۱۰ سال اخیر طبیعی است می توان غربالگری را در سن ۷۰ سالگی متوقف نمود

- طبق نظر انجمن متخصصان زنان و زایمان آمریکا زنان جوانتر از ۳۰ سال باید سالیانه تحت غربالگری پاپ قرار گیرند و زنان بالای ۳۰ سال بدون ریسک فاکتور می توان فواصل غربالگری را به ۲ تا ۳ سال افزایش داد
- در سال ۲۰۰۳ انجمن FDA آمریکا تست DNA مربوط به HPV همراه با سیتولوژی سرویکس را به عنوان یک تکنیک غربالگری برای زنان بالای ۳۰ سال تصویب کرد
- اگر نتایج هر دو تست منفی باشد زنان مجبور به تست مجدد بعدی طی ۳ سال آینده نیستند
- ارزش پیشگویی منفی مربوط به دو تست منفی به ۹۹ درصد می رسد چون عفونت های HPV موقتی بوده و خود به خود رفع می شوند لذا در زنان جوان و زیر ۳۰ سال نباید از آن به عنوان تست غربالگگری استفاده کرد

# ضایعات داخل اپی تلیالی سنگفرشی با درجه بالا HSIL

- شامل CIN2 و CIN3 (دیسپلازی شدید و متوسط) و کارسینوم درجا
- تمامی این افراد باید تحت کولپوسکپی و بیوپسی قرار گیرند
- پس از کولپوسکپی و بیوپسی باید اقدام به درمان ریشه کنی و تخریب همه ناحیه T شود ( ناحیه تغییر شکل)

# ضایعات داخل اپی تلیالی سنگفرشی با درجه بالا HSIL

- احتمالا کولپوسکپی فوری حساس ترین روش برای تشخیص ضایعات CIN2یا CIN3 باشد
- تست HPV می تاند ۲۰ درصد از بیماران مبتلا به CIN2 و CIN3 را تشخیص دهد و میزان ارجاع جهت انجام کولپوسکپی را تقریبا به نصف کاهش داده است
- اگر تست HPV مثبت شود باید کولپوسکوپی انجام داد و اگر منفی باشد باید بررسی های سیتولوژیکی سالیانه انجام شود
- تمام ضایعات CIN2 و CIN3 نیازمند به درمان دارند اکثر درمان های ریشه کنی CIN را می توان به طور سرپایی درمان کرد

# کولپوسکپی

- اندیکاسیون ها:
- هر گزارش پاپ غیر نرمال: LSIL, HSIL, ASC-H
- INFLAMMATION مکرر یا UNSATISFACTORY مکرر در گزارش پاپ اسمیر
- هر ضایعه و یا زخم در سرویکس و یا خونریزی بدون توجیه سرویکس
- PCB ویا خونریزی بین قاعدگی حول و حوش یائسگی
- ترشحات مقاوم پس از ۳ باردرمان کامل و ناموفق
- سابقه مصرف DES

# کولپوسکپی

- اندیکاسیون ها:
- نئوپلازی ژنیتالیا در پارتنر جنسی
- ترشحات واژینال پس از یائسگی
- STD در بیمار و همسر
- به عنوان FALLOW UP در بیماران CIN که تحت درمان قرار گرفته اند

# زمان مناسب برای کولپوسکپی

- فاز فولیکولار پس از اتمام عادت ماهیانه
- لبمار نباید طی یک هفته گذشته از کرم واژینال استفاده کرده باشد
- بیمار نباید طی دو روز گذشته COITUS داشته باشد
- در بیماران مونوپوز کولپوسکپی ۳ هفته پس از درمان با استروژن موضعی توصیه می شود
- در بیمارانی که تحت کرایوتراپی قرار گرفته اند حداقل به مدت ۲ هفته از انجام کولپوسکپی بپرهیزند

# کولپوسکپی

- استفاده از کرایو در علم امروز جایگاهی ندارد و انجام کرایوتراپی فقط در ضایعات و ترشحات پایدار که علی رغم سه دوره درمان کافی علامتدار باقی می مانند و در کولپوسکپی سرویسیت مطرح می شود اندیکاسیون پیدا می کند. به عبارتی به شرط داشتن کولپوسکپی نرمال مجاز به انجام کرایوتراپی هستید

# اصول کولپوسکپی

- همیشه ابتدا با بزرگنمایی ۸-۶ ولو و با بزرگنمایی ۴۰-۲۰ واژن و سرویکس را بررسی نمایید
- قبل از انجام کولپوسکپی نمونه برای کشت تهیه نمایید
- اسپکولوم مناسب را جایگذاری کنید و با پنبه آغشته به نرمال سالین واژن و سرویکس را از ترشحات پاک کنید
- با نور سبز عروق به رنگ مشکی و دقیق تر دیده می شوند. قبل از رنگ آمیزی عروق را با نور سبز بررسی نمایید

# اصول کولپوسکپی

- پنبه ایی رابه اسید استیک آغشته کنید و به مدت ۶۰-۳۰ ثانیه بر روی محل نگه دارید چرا که اثر آن طی یک دقیقه از بین میرود
- اسید استیک با کوآگولاسیون پروتئین که در سلول های میتوتیک فراوان می باشد موجب تشخیص سلول های میتوتیک و نواحی با دیسپلزی می شود
- پس از شستشو با اسید استیک ابتدا به TRANSITIONAL ZONE دقت کنیداگر بخ طور کامل T.ZONE دیده شود، کولپوسکپی SATISFACTORY محسوب می شود

# اصول کولپوسکپی

- در موارد UNSATISFACTORY ابتدا سعی کنید با اسپکولوم سرویکس دهانه سرویکس را باز کنید تا T.ZONE را کامل ببینید و اگر موفق نشدید باید کورتاژ اندوسرویکس انجام شود
- در موارد SATISFACTORY باید از ضایعاتی که به دنبال شستشو با اسید استیک سفید و برجسته می شوند نمونه تهیه شود
- در مواردی که شک بالینی برای انتخاب محل بیوپسی وجود دارد توصیه می شود که سرویکس با پنبه آغشته به لوگل رنگ آمیزی شود

# اصول کولپوسکپی

- مواردی که نیاز به بیوپسی سرویکس دارند:
- تمام مواردی که قبل از شستشو با اسید استیک سفید رنگ و گچی می باشند
- تمام ضایعات پیگمانته با هر سایز و مشخصه ای
- ضایعاتی که به دنبال شستشو با اسید استیک سفید و برجسته می شوند
- نمای عروقی بدخیم
- عروقی که بر خلاف شاخه درخت که از قطور به نازک تبدیل می شوند از نازک مجددا به قطور تبدیل می شوند، زاویه حاده مانند شاخه شکسته درخت، نمای پیچ خورده و موزاییکی و اپس تلیوم شکننده و سطوح نا منظم

# مراحل سرطان دهانه رحم

- مرحله صفر: سلول های سرطانی را توصیف میکند که تنها بر روی سطح دهانه رحم یافت می شوند
- مرحله اول: سرطان محدود به دهانه رحم است
- مرحله دوم: سرطان از دهانه رحم خارج شده اما به دیواره لگن یا قسمت پایینی واژن نرسیده است
- مرحله سوم: سرطان از دهانه رحم خارج شده و به دیواره لگن یا قسمت پایینی واژن رسیده است و ممکن است با انسداد حالب ها سبب مشکلات کلیوی نیز بشود. همچنین ممکن است درگیری غدد لنفاوی لگنی هم وجود داشته باشد
- مرحله چهارم: تومور به مثانه یا راست روده رسیده یا این که سلول های سرطانی به درگیر قسمت های بدن گسترش یافته است

# کرایوتراپی

- بدخیمی داخل اپی تلیومی سرویکس گرید ۱ تا۲
- ضایعه کوچک باشد
- ضایعه فقط در اکتوسرویکس باشد
- منفی بودن نمونه آندوسرویکس
- عدم درگیری غدد آندوسرویکس در بیوپسی

# هیسترکتومی

- امروزه هیسترکتومی یک روش بسیار تهاجمی و افراطی در درمان CIN محسوب می شود اگر چه هیسترکتومی هنوز در درمان CIN و در شرایط زیر گاها انجام می شود:
- ۱- تهاجم میکروسکوپیکی
- ۲- وجود CIN3 در حاشیه های نموه برداشته شده با کونیزاسیون
- عدم پیگیری توسط بیماران
- سایر بیماری های ژنیکولوژیکی همراه نظیر فیبروم رحمی، پرولاپس رحمی، آندومتریوز و بیماری های التهابی لگن

# مخروط برداری

- قبل از دستیابی به کولپوسکپی، مخروط برداری روش استاندارد برای بررسی نتایج غیرطبیعی پاپ اسمیر بود. مخروط برداری هم ارزش تشخیصی و هم ارزش درمانی دارند.
- اندیکاسیون های مخروط برداری: ۱- حالاتی که حاشیه ضایعه با کولپوسکپی قابل رویت نباشد
- حالاتی که جانکشن استوانه ای- سنگفرشی در کولپوسکپی رویت شود
- مواردی که CIN2 و CIN3 در نمونه بافتی حاصل از کورتاژ آندوسرویکال به دست آید
- اگر نتایج سیتولوژی بیوپسی و کولپوسکپی همخوانی نداشته باشد
- شک به تهاجم جزئی در بیوپسی یا سیتولوژی
- اگر یافته های کولپوسکپی نتواند احتمال کانسر مهاجم را رد کند

# شیمی درمانی

در شیمی درمانی برای دسترسی به سلول های سرطانی موجود در سراسر بدن از دارو استفاده می کنند. در مورد سرطان دهانه رحمی که به اندام های دوگسترش یافته است، شیمی درمانی مناسب است همچنین گاهی همزمان با رادیوتراپی از شیمی درمانی نیز استفاده می شود.

عوارض جانبی بسته داروهای خاصی که مصرف می شود و دورهای آن می تواند شامل خستگی، ریزش مو، تهوع ، استفراغ و بی اشتهایی است.

ممکن است درمان سرطان باعث خستگی یا بی میلی به خوردن غذا شود اما دریافت کالری کافی برای حفظ وزن مناسب بدن اهمیت دارد. بیمار باید با یک متخصص تغذیه مشورت نماید و با متخصص تغذیه در طول درمان سرطان راهنمایی هایی دریافت کند.

# شیمی درمانی

فعالیت بدنی هم مهم است امکان دارد تمرین بدنی ملایم انرژی بیمار را افزایش دهد و در ضمن تهوع و استرس او را کمتر کند. بیمار باید با پزشک خود مشورت نماید تا بداند کدام فعالیت ها برای او مناسب هستند.

# سرطان دهانه رحم و باروری

درمان سرطان دهانه رحم در اغلب موارد شامل برداشتن رحم است و شاید برداشتن تخمدان ها را هم شامل شود و در صورت باردار شدن فرد مبتلا در آینده منتفی خواهد شد. اما اگر سرطان زود تشخیص داده شود شاید بیماری که تحت عمل جراحی قرار گرفته است هنوز هم بتواند باردار شود و زایمان کند.

# با تشکر از توجه شما