

## چگونگی وضع سرطان در ایران خصوصیات اپیدمیولوژیک برخی از انواع آن

دکتر عبدالله حبیبی

خلاصه :

چون مراکز ثبت و ضبط و تهیه آمار سرطان هنوز در ایران تشکیل نشده است برای بدست آوردن اطلاعاتی از وضع سرطان و شیوع نسبی انواع مختلف آن و شناخت و بررسی برخی از خصوصیات اپیدمیولوژیک سرطانها در ایران مبادرت به مطالعه ۴۰۶۹۰ مورد سرطان که در آزمایشگاههای آسیب شناسی تهران تشخیص داده شده نموده ایم . شایعترین انواع سرطانها را سرطانهای پوست تشکیل میدهد که با نسبت ۲۳ درصد در رأس جدول قرار میگیرد و انواع شایع دیگر به ترتیب عبارتند از سرطان دهانه زهدان (۸٫۶ درصد) سرطانهای اولیه غدد لنفاوی (۸٫۴ درصد) سرطان مری (۷٫۵ درصد) و سرطان پستان (۶ درصد) .

مقدمه :

بررسی اپیدمیولوژیک سرطانها در هر کشور و هر منطقه جغرافیائی و تزد دسته‌های مختلف اقوام بشری جزو برنامه‌های بهداشتی است که معمولاً در سطح مملکتی و جهانی انجام میگردد و براساس نتایج این مطالعات است که وضع شیوع سرطانها روشن میگردد؛ انتشار جغرافیائی انواع آن در کشورها و مناطق تعیین میگردد ، علل و عواملی که ممکن است در ایجاد این بیماریها دخالت داشته باشد مورد بررسی قرار میگیرد و از مجموعه این اطلاعات است که در امر مبارزه با سرطان استفاده میشود .

جمع‌آوری اینگونه اطلاعات و تهیه و تنظیم آمارهای سرطان معمولاً بعهدہ سازمانهای خاص ثبت و ضبط تومورها و سرطان میباشد که مرتباً نتایج بررسیهای خود را بصورت آمارها و نمودارهای کاملی شامل وضع شیوع ، بروز و مرگ و میر از سرطان در اختیار مقامات بهداشتی و درمانی کشور میگذارند .

چنین مؤسسه‌ای هنوز متأسفانه در ایران تشکیل نگردیده است و اطلاعات پزشکان و مقامات بهداشتی کشور از نسبت مبتلایان بسرطان - تعداد موارد تازه سرطان درسال نسبت مرگ و میر از سرطان و بالاخره هرگونه اطلاعات دیگری در زمینه تأثیر درمان

و پی گیری بیماران بسیار ناقص میباشد و فقط محدود است به آنچه متخصصین ضمن کار روزمره خود بآن برخورد مینمایند .

بدست آوردن اطلاعاتی از شیوع نسبی سرطانهای مختلف و بررسی برخی از خصوصیات اپیدمیولوژیک سرطانهای شایع ایران از طریق مطالعه پرونده مبتلایانی که جهت تشخیص به آزمایشگاههای آسیب شناسی مراجعه مینمایند امری است تا اندازه ای مقدر و عملی و در حقیقت آزمایشگاههای آسیب شناسی ضمن تأیید تشخیص سرطانها، منبع غنی و با ارزشی از اینگونه اطلاعات درباره سرطانها میباشد و در صورت لزوم میتوان تا تشکیل سازمانهای ثبت و ضبط سرطان از این منابع استفاده نمود .

### منابع آمار و طرز تهیه آن :

آنچه در این گزارش ارائه میشود متکی به مدارک آزمایشگاههای آسیب شناسی تهران میباشد و بطور کلی از دو گروه آزمایشگاهی مختلف جمع آوری شده است :

۱- آزمایشگاههای آسیب شناسی دانشکده پزشکی دانشگاه تهران و انستیتو تاج پهلوی که امتحانات بیماران بستری و مراجعین به درمانگاهها و بیمارستانهای آموزشی دانشکده پزشکی تهران و برخی از مراجعین بسایر بیمارستانها و مؤسسات درمانی دولتی تهران و سایر شهرستانها را انجام میدهند . این بیماران معمولاً افراد کم بضاعتی هستند که به بیمارستانها و درمانگاههای عمومی و مجانی کشور مراجعه مینمایند و از لحاظ شغلی افراد کارگر - زارع - و خدمتگزاران جزء هستند که برای درمان و مراقبتهای پزشکی خود از بیمارستانها و مؤسسات عمومی استفاده می کنند .

از پروندههای مراجعین به این آزمایشگاهها از نتایج یکصد و چهل هزار آزمایش آسیب شناسی که از سال ۱۳۵۱-۱۳۱۸ در دانشکده پزشکی و از سال ۱۳۵۱-۱۳۴۴ در انستیتو تاج پهلوی انجام گرفته صورت برداری و بررسی آماری بعمل آمده است .

۲- آزمایشگاههای خصوصی تهران که معمولاً بیماران طبقات مرفهی را که به پزشکان خصوصی و بیمارستانهای خصوصی تهران مراجعه می کنند تحت آزمایش قرار میدهند . این دسته از مراجعین که بالغ بر ۳۱۵۰۰ نفر بوده اند دارای موقعیت اجتماعی و اقتصادی بهتری میباشد و این تعداد از سال ۱۳۵۱-۱۳۲۷ به برخی از آزمایشگاههای خصوصی تهران مراجعه نموده اند .

اگر با يك دید کلی باین دو دسته بیماران که منابع آماری ما را تشکیل میدهند نظری بیفکنیم ملاحظه میشود که از دو دسته کم و بیش مشخص تشکیل شده اند که يك دسته دارای زندگی مرفه با سطح درآمد بالاتر و خصوصیات اجتماعی خاص خود و دسته دیگر افراد کم بضاعت و در سطح زندگی پائین تر و برخی خصوصیات اجتماعی دیگر میباشد .

مسائل شخصی و اختلافی که در وضع زندگی - شغل - بهداشت فردی - بهداشت محیط و وضع اجتماعی و خانوادگی این دو دسته از بیماران وجود دارد ممکن است کم و بیش در مسئله ابتلا و شیوع برخی از سرطانها مؤثر باشد که در موقع بحث در باره سرطانهای شایع ایران مورد توجه قرار خواهیم داد و شیوع این سرطانها را نزد این دو دسته از بیماران با هم مقایسه مینماییم .

روش طبقه‌بندی بیماران و طرز تهیه آمار همان روشی است که از بدو شروع بکار (سال ۱۳۴۰) با همکاری سرویس آمارهای سرطان انستیتو ملی بهداشت فرانسه\* آغاز نمودیم و بعداً نیز بهمان روش بکار خود ادامه دادیم (۲ و ۱).

ترتیب طبقه‌بندی تومورهای بدخیم برحسب روشی است که سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۵۵ توصیه نمود و براساس پنجمین تجدید نظری که انجام گرفته است تومورهای سرطانی را در این بررسی طبقه‌بندی نموده‌ایم. علیهذا این آمارها از این جهت قابل تطبیق و مقایسه با آمارهای سایر کشورها می‌باشد.

لازم است یادآور شویم که چون نمونه‌های بافتی امتحان شده در کلیه بخشهای تخصصی و بیمارستانی برداشته شده و بیماران از تمام طبقات اجتماعی و گروههای سنی بوده‌اند و بررسی در یک دوران دراز مدتی انجام گرفته است علیهذا میتوان گفت که وسعت برنامه و حجم کار بحدی است که نتایج حاصله نشان‌دهنده وضع شیوع نسبی سرطانها باشد. از طرف دیگر چون تا مدت مدیدی پس از تشکیل اولین آزمایشگاههای آسیب‌شناسی در تهران (از سال ۱۳۱۸ تا حدود سال ۱۳۴۰) در سایر شهرستانهای ایران مرجعی برای این نوع آزمایش وجود نداشت بیماران شهرستانی یا شخصاً به تهران می‌آمدند و یا نمونه بافتی برداشته شده به آزمایشگاههای آسیب‌شناسی تهران ارسال می‌گردید (و اکنون نیز این رویه برای تعداد زیادی از بیماران شهرستانی نیز کماکان اجرا می‌گردد) علیهذا میتوان پذیرفت که نسبتهای بدست آمده در آزمایشگاههای آسیب‌شناسی تهران نمایانگر وضع سرطان نزد بیماران نقاط مختلف کشور باشد و میتوان اطلاعات بدست آمده را به اکثریت ایرانیان تعمیم داده واز سرطان در ایران صحبت نمود.

#### بررسی آمارها :

آنچه در این گزارش مورد بررسی قرار می‌گیرد نتیجه مطالعه ۴۰۶۹۰ مورد تومورهای بدخیمی است که بصورت گذشته‌نگری از پرونده‌های ۱۷۱،۵۰۰ نفر مراجعین به آزمایشگاههای آسیب‌شناسی استخراج شده است و قسمت اعظم این امتحانات با کمک کلیه همکاران آسیب‌شناسی که از بدو تشکیل اولین آزمایشگاه آسیب‌شناسی در تهران تا پایان سال ۱۳۵۱ در این آزمایشگاهها فعالیت نموده‌اند بعمل آمده است.

نسبت موارد بدخیمی به امتحانات آسیب‌شناسی بطور کلی ۲۴ درصد است و این نسبت در سالهای مختلف از ۲۱ تا ۳۵ درصد نوسان نموده است. این نوسانات تابع هیچگونه نظم و ترتیب خاصی نبوده تا بتوان نتیجه‌ای گرفت که احیاناً موارد سرطان در نزد بیماران ما رو به افزایش یا کاهش است.

از مجموع ۴۰۶۹۰ مورد تومور بدخیم تشخیص داده شده ۲۲،۹۴۰ مورد مربوط به مردان و ۱۷،۷۵۰ مورد مربوط به زنان بوده است و با توجه به شیوع فوق‌العاده سرطانه‌های اختصاص زنان در ایران (سرطانه‌های تناسلی و پستان) معهداً در مجموع آمار

\* این مؤسسه فرانسوی درسالهای ۱۹۶۰ - ۱۹۶۲ مبادرت به تهیه آمارهای سرطان در کشورهای خاورمیانه و خاور نزدیک نمود که بصورت منوگرافیهائی در فرانسه منتشر شده است.

سرطان نزد مردان فراوانتر و در مقابل هر پنج نفر مرد ۴ نفر زن مبتلا به سرطان داشته‌ایم (۵۶ درصد سرطانه‌های نزد مردان و ۴۴ درصد نزد زنان است).

از لحاظ مقایسه نسبت سارکومها به‌دپی‌تلیوماها نسبت بدست آمده در ایران در حدود يك به شش می‌باشد و این نسبت از نسبت‌های بدست آمده در کشورهای اروپائی و امریکائی که از ۱/۱۵ تا ۱/۴۰ متغیر است خیلی بالاتر است و میرساند که سارکومها در ایران (و در اکثر کشورهای خاورمیانه و خاور نزدیک) خیلی فراوانتر از کشورهای اروپائی و امریکائی است و شیوع فوق‌العاده سارکومهای لنفاوی در ایران که در قسمتهای بعدی مورد بررسی قرار می‌گیرد تا اندازه‌ای جوابگوی این اختلاف می‌باشد.

تمامی ۴۰۶۹۰ مورد سرطان مطالعه شده نسبت به‌محل بافت‌برداری نزد زن و مرد بطور جداگانه و دو جنس مخلوط در جدول شماره ۱ بموجب طبقه‌بندی سازمان بهداشت جهانی تنظیم شده است. در تعداد قلیلی از این موارد (جمعاً ۵۱۳ مورد) از محل دقیق بافت‌برداری اطلاع نداشته‌ایم ولی در سایر موارد سعی کرده‌ایم که با استفاده از اطلاعاتیکه همکاران ضمن ارسال درخواست آزمایش بما داده‌اند تومورهای بدخیم را از لحاظ عضوی و موقعیت تشریحی طبقه‌بندی نمائیم.

شایعترین سرطانی که در دو جنس تشخیص داده‌ایم سرطان پوست است با ۲۳ درصد کل سرطانه‌ها در رأس جدول قرار می‌گیرد. سرطان دهانه زهدان با شیوع ۸٫۶ درصد در آمار کلی در ردیف دوم شیوع و سرطانه‌های اولیه‌ی غدد لنفاوی با نسبتی در حدود ۸٫۴ درصد در ردیف سوم شیوع قرار می‌گیرد. سایر سرطانه‌های شایع در دو جنس به‌ترتیب سرطانه‌های مری - پستان - حنجره - معده - ریه و برنش - بافت همبند و رکتوم می‌باشد که نسبت‌های شیوع هر یک در جدول شماره ۱ ذکر شده است.

### بحث انتقادی در باره نسبت‌های بدست آمده:

از آنجا که آمار تهیه شده بر اساس نتایج امتحانات آسیب‌شناسی می‌باشد ممکن است تصور شود که نمونه‌برداری از اعضا و بافتهای مختلف بصورت یکنواخت انجام نگرفته باشد و فراوان بودن دسته‌ای از سرطانه‌ها مانند سرطانه‌های پوست و غدد لنفاوی بعلت سهولت در امر بافت‌برداری در اینموارد و کسباب بودن برخی از سرطانه‌های دیگر مانند سرطانه‌های پروستات و روده‌های بزرگ بعلت اشکال در بافت‌برداری از این اعضا و لزوم اعمال جراحی بزرگ در اینموارد باشد. چون این موضوع اولین مسئله‌ای است که مورد توجه قرار می‌گیرد برای بررسی مطلب و توجه به‌تنوع نمونه‌های بافتی که معمولاً به‌آزمایشگاههای آسیب‌شناسی میرسد و تعیین نسبت صحیح انواع آنها بیکدیگر از تمامی نمونه‌های بافتی که در مدت پنج سال به‌آزمایشگاهها ارسال شده است صورت‌برداری نموده و بررسی از این نظر نموده‌ایم که نتایج آن بطور خلاصه بصورت زیر است:

بافت‌برداریه‌ای از آندومتر و دهانه زهدان با نسبت‌های ۱٫۴۵ درصد و ۱۰٫۲۲ درصد تمامی بافت‌برداری‌ها در ردیف اول و دوم قرار دارند و در حقیقت با اینکه ممکن است تصور شود که زن ایرانی با اشکال خود را تحت معاینات لازم زنانه‌قرار می‌دهد معده‌ها يك چهارم بافت‌برداریه‌ای را بافت دهانه زهدان و آندومتر تشکیل میدهد.

## جدول شماره (۱)

نسبت سرطانهای مختلف در مرد و زن بر حسب طبقه‌بندی بین‌المللی

کد بین‌المللی	نوع سرطان	مردان		زنان		زوجین	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱۴۰	سرطان لب	۹۵۷	۴/۲۰	۲۱۶	۱/۲۱	۱۱۷۳	۲/۸۷
۱۴۱	سرطان زبان	۴۲۱	۱/۸۳	۲۴۲	۱/۳۶	۶۶۳	۱/۶۲
۱۴۲	سرطان غده بزاقی	۳۶۳	۱/۶۰	۲۸۹	۱/۶۲	۶۵۲	۱/۶۰
۱۴۴-۱۴۳	سرطان حفره دهان	۴۸۶	۲/۱۰	۲۷۳	۱/۵۳	۷۵۹	۱/۸۶
۱۴۶	سرطان اوروفارنکس	۳۲۱	۱/۴۰	۱۲۸	۰/۷۲	۴۴۹	۱/۱۰
۱۴۷	سرطان نازوفارنکس	۱۷۰	۰/۷۴	۷۹	۰/۴۴	۲۴۹	۰/۶۱
۱۴۸	سرطان هیپوفارنکس	۲۲۷	۰/۹۸	۱۰۷	۰/۶۰	۳۳۴	۰/۸۲
۱۵۰	سرطان مری	۱۹۸۰	۸/۶۵	۱۱۰۲	۶/۲۰	۳۰۸۲	۷/۵۷
۱۵۱	سرطان معده	۸۳۶	۳/۶۴	۲۸۰	۱/۵۷	۱۱۱۶	۲/۷۴
۱۵۲	سرطان روده‌های کوچک	۷۰	۰/۳۰	۶۰	۰/۳۳	۱۳۰	۰/۳۱
۱۵۳	سرطان روده‌های بزرگ	۲۸۸	۱/۲۵	۱۷۸	۱/۰۰	۴۶۶	۱/۱۴
۱۵۴	سرطان رکتوم	۴۹۴	۲/۱۵	۳۳۰	۱/۸۵	۸۲۴	۲/۰۲
۱۵۵-۱۵۶	سرطان کبد و مجاری صفراوی	۲۰۴	۰/۹۰	۱۲۱	۰/۶۸	۳۲۵	۰/۷۹
۱۵۷	سرطان نوزائمه	۴۱	۰/۱۷	۲۵	۰/۱۴	۶۶	۰/۱۶
۱۵۸	سرطان پیریتون	۷۰	۰/۳۰	۵۲	۰/۲۹	۱۲۲	۰/۲۹
۱۵۹	سرطان گوارش (غیر مشخص)	۸۴	۰/۳۶	۷۲	۰/۴۰	۱۵۶	۰/۳۸
۱۶۰	سرطان حفره بینی و سینوس	۱۹۷	۰/۸۵	۸۶	۰/۴۸	۲۸۳	۰/۶۹
۱۶۱	سرطان خنجره	۱۰۹۲	۴/۸۰	۴۶۷	۱/۵۰	۱۳۵۹	۳/۳۳
۱۶۲	سرطان ریه‌ها (اولیه)	۸۳۸	۳/۶۵	۲۲۴	۱/۲۶	۱۰۶۲	۲/۶۰
۱۶۳	سرطان ریه (غیر مشخص)	۸۴	۰/۳۶	۲۵	۰/۱۴	۱۰۹	۰/۲۵

چگونگی وضع سرطان در ایران

دو جنس		زنان		مردان		نوع سرطان	کد بین المللی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۱/۰۷	۴۳۷	۰/۹۳	۱۶۶	۱/۲۰	۲۷۱	سرطان استخوان	۱۷۰
۲/۲۸	۹۳۰	۲/۰۰	۳۵۸	۲/۵۰	۵۷۲	سرطان بافت همبند	۱۷۱
۲۲/۲۶	۹۵۰۹	۱۶/۶۵	۲۹۵۳	۲۸/۶۰	۶۵۵۶	سرطان پوست	۱۷۲
۵/۶۷	۲۳۰۸	۱۲/۶۰	۲۲۰۴	۰/۴۵	۱۰۴	سرطان پستان	۱۷۴
۸/۶۱	۳۵۰۴	۱۹/۷۵	۳۵۰۴	—	—	سرطان دهان مزه‌دهان	۱۸۰
۵/۴۶	۱۹۰	۱/۰۷	۱۹۰	—	—	سرطان جفت	۱۸۱
۱/۴۰	۵۶۷	۳/۱۹	۵۶۷	—	—	سرطان مخاط زه‌دهان	۱۸۲/۰
۵/۱۶	۶۹	۰/۳۸	۶۹	—	—	سرطان جدار رحم	۱۸۲/۹
۱/۲۶	۵۱۳	۲/۹۰	۵۱۳	—	—	سرطان تخمدان و لوله‌ها	۱۸۳
۵/۵۵	۲۲۶	۱/۲۷	۲۲۶	—	—	سرطان تناسلی زنان (غیر مشخص)	۱۸۴
۵/۱۸	۷۶	—	—	۰/۳۳	۷۶	سرطان پروستات	۱۸۵
۱/۵۴	۴۹۴	—	—	۱/۸۵	۴۲۴	سرطان بیضه	۱۸۶
۵/۱۳	۵۵	—	—	۰/۲۳	۵۵	سرطان تناسلی مردان (غیر مشخص)	۱۸۷
۱/۵۰	۶۱۲	۰/۱۵	۹۷	۲/۲۵	۵۱۵	سرطان مثانه	۱۸۸
۵/۷۵	۲۸۵	۰/۴۷	۸۵	۰/۸۷	۲۰۰	سرطان کلیه	۱۸۹
۵/۵۰	۲۰۵	۵/۵۲	۹۴	۵/۴۸	۱۱۱	سرطان چشم	۱۹۰
۱/۹۴	۷۹۳	۱/۴۷	۲۶۱	۲/۳۰	۵۳۲	سرطان دستگامه‌صی	۱۹۱-۱۹۲

کد بین‌المللی	نوع سرطان	مردان		زنان		دو جنس	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱۹۳	سرطان تیروئید	۲۳۰	۱/۰۰	۳۳۳	۱/۸۷	۵۶۳	۱/۳۸
۱۹۴	سرطان سایر غد در ترشح داخلی	۳۳	۰/۱۴	۱۵	۰/۰۸	۴۸	۰/۱۱
۱۹۶	سرطان غد لنفاوی (شانوی)	۱۰۳۲	۴/۴۹	۶۱۹	۳/۴۸	۱۶۵۱	۴/۰۵
۱۹۷	سرطان کبد (شانوی)	۱۴۹	۰/۶۴	۱۲۹	۰/۷۲	۲۷۸	۰/۶۸
۱۹۸	سرطانهای غیر مشخص	۸۰	۰/۳۴	۴۳۳	۲/۴۳	۵۱۳	۱/۲۶
۲۰۰-۲۰۲	سرطانهای اولیه غد در لنفاوی	۲۶۷۷	۱۱/۷۰	۷۴۳	۴/۲۰	۳۴۲۰	۸/۴۰
۲۰۳-۲۰۸	سرطانهای هماتو پوئیک	۱۰۰	۰/۴۳	۳۵	۹/۱۹	۱۳۵	۰/۳۳
۱۴۰-۲۰۸	تمامی سرطانها	۲۲۹۴۰	۱۰۰/۰	۱۷۷۵۰	۱۰۰٪	۴۰۶۹۰	۱۰۰٪

بافت برداریهای از غد لنفاوی و پوست که بظاهر ساده‌تر و عملی‌تر است با نسبتهای ۹۳ و ۹۲ درصد تمامی بافت برداریها در ردیفهای سوم و چهارم و پستان در ردیف پنجم قرار دارد.

در مورد اعضای داخلی مانند پروستات و روده‌های بزرگ که سرطانهای آنها در آمار نادرتر میباشند و نمونه برداری از این اعضا مستلزم اعمال جراحی بزرگ است موارد بافت برداری در ردیفهای نسبتاً مقدم‌تر قرار دارد (۳).

با وجود توضیحات فوق باید معیناً قبول کرد که در مورد برخی از سرطانها آمارهای آسیب‌شناسی نمیتواند نمایانگر شیوع نسبی حقیقی آن سرطانها باشد و اطلاعاتی که از اتوپسی در گذشتگان بدست آورده‌ایم این مسئله را در مورد برخی از سرطانها مانند سرطان کبد (اولیه) سرطانهای ریه و برنش - ضایعات بدخیم سیستم رتیکولو آندوتلیال و سیستم هماتوپوئیتیک و سرطانهای معده باثبات رسانیده است و شیوع حقیقی این سرطانها بیش از آنست که در آمار آسیب‌شناسی (بدون اضافه نمودن نتایج اتوپسی چنانچه در آمار ما انجام گرفته است) بدست آمده است زیرا این نوع سرطانها از راههای دیگری مثل معاینات بالینی - امتحانات رادیولوژیک - امتحانات هماتولوژیک و برخی روشهای دیگر قابل تشخیص میباشند و در تعدادی از موارد بعثت اشکال در تشخیص فقط در اتوپسی کشف میشوند.

بنابراین اگر با یک دید انتقادی به آمارهای آسیب‌شناسی که شامل آمارهای اتوپسی نباشد (مخصوصاً در مواردی تمام درگذشتگان در بیمارستانها اتوپسی نشوند) نگاه کنیم باین نتیجه میرسیم که این آمارها برای برخی از سرطانها نمایانگر شیوع نسبی حقیقی آنها نمیشد و این مسئله را باید در این بررسی در نظر داشته باشیم.

### بررسی خصوصیات برخی از سرطانها :

از آنجا که خصوصیات اپیدمیولوژیک سرطانها در هر منطقه منظره خاصی دارد و مسائل نژادی - محیطی و اکولوژیک در ابتلا و پیشرفت و شیوع بعضی از سرطانها تأثیر مستقیم دارد علیهذا در مورد برخی از سرطانها که بنظر میرسد در ایران وضع مخصوصی دارد بررسیهایی بعمل آمده است که در این مبحث به مطالعه می پردازیم .

ضمناً چون عدهای از همکاران آمارهائی از سرطان در سایر نقاط ایران تهیه و منتشر نموده اند (دکتر محبوبی و همکاران در سواحل دریای مازندران - دکتر حقیقی در فارس - دکتر دبیری در اصفهان ۱۲ و ۱۳ و ۱۵) در هر مبحث نسبت های بدست آمده در مورد سرطانهای شایع را با آمارهای سایر همکاران مقایسه مینمائیم .

### سرطانهای پوستی :

سرطانهای پوستی شایعترین تومورهای بدخیم را نزد ایرانیان تشکیل میدهد و ۲۳ درصد تمامی تومورهای بدخیم در دو جنس از نوع سرطانهای پوستی میباشد . شدت شیوع نزد مردان دو برابر زنان است و علت آن ممکن است علاوه بر مسائل ژنتیک نوع و محیط کار و آلودگیهای ناشی از آن نیز باشد .

این نوع سرطان نزد افراد طبقات پائین اجتماع فراوانتر از افراد مرفه است و شیوع آن در آمار مراجعین به بیمارستانهای عمومی بالغ ۲۴ درصد در مقابل ۱۱ درصد نزد مراجعین به پزشکان خصوصی است .

مراجعین به بیمارستانهای عمومی که از طبقات کارگر - زارع - و بطور کلی افراد کم درآمد میباشد اغلب بالباسی نامتناسب در زیر اشعه آفتاب یا در سرمای زمستانی در محیطهای باز کار می کنند علاوه بعلت آلودگیهای پوستی (خصوصاً نواحی باز بدن) بامواد سوزاننده و یا تحریک کننده مبتلا بدضایعات جلنی میشوند که بعلت عدم توجه مدتتها بدون درمان میماند .

بیماران طبقات مرفه اغلب در محیطهای سالم که کمتر در معرض اشعه خورشید یا سرمای زمستان میباشد کار می کنند وبهداشت و تغذیه بهتری دارند و ضایعات و عفونت های احتمالی پوستی آنان بسرعت تحت درمان قرار میگیرد . این خصوصیات زندگی و کار این دودسته از بیماران ممکن است از عواملی باشد که باعث اختلاف در شیوع سرطان نزد آنها میگردد (۵ و ۴) .

### از لحاظ محل تولید ضایعات سرطانی :

در بررسی آماری موقعیت تشریحی تومورهای پوستی باین نتیجه رسیده ایم که ۶۹ درصد تومورها در نواحی باز بدن دیده میشود و ۱۳ درصد در نواحی پوشیده و متأسفانه از موقعیت دقیق ۱۸ درصد بتیهموارد اطلاع نداشته ایم شیوع فوق العاده سرطانهای پوستی در قسمتهای باز بدن نیز مؤید نظریه اثر آلودگیها و اثرات سوء اشعه آفتاب یا سرمای شدید میباشد .



## از لحاظ انواع بافت‌شناسی :

در حدود ۴۵ درصد سرطانهای پوستی از نوع اپی‌تلیومای اسپینوسلرلر و ۳۳ درصد از نوع اپی‌تلیومای باز و سلولی میباشند. ملانولهای بدخیم پوستی در ایران نسبتاً شایع است و ۹ درصد از موارد سرطانهای پوستی از این نوع است. سایر موارد را به ترتیب شیوع نسبی : سیلندرومها - سرطانهای ضمائم پوستی و سایر سرطانهای کمیاب پوستی تشکیل میدهد.

## از لحاظ شیوع در گروههای مختلف سنی :

بطور کلی سرطانهای پوستی در سنین بالا دیده میشود اکثر بیماران ما نیز در دهه ۵۱ - ۶۰ سالگی قرار داشته‌اند و سن متوسط بیماران ۵۴ سال بوده است.

## وضع سرطانهای پوست در سایر آمارهای کشور :

سرطان‌های پوست که در آمار ما ۲۳ درصد تمامی سرطانها را تشکیل میدهد در حدود همین نسبت در آمار اصفهان ثبت شده است (۱۲) در آمار شیراز شیوع سرطان پوست در حدود ۱۵ درصد (۱۳) و در آمار سرطانهای سواحل دریای مازندران در حدود ۵۶ درصد تمامی سرطانها میباشد (۱۵).

\*\*\*

بطور خلاصه باید گفت با اینکه سرطان پوست شایعترین سرطانها نزد ایرانیان است. معهدنا بعلت سهولت در تشخیص زودرس و درمان پذیری این نوع سرطان مرگ و میر از آن بسیار کم است و فقط در موارد نادری در اثر بی‌توجهی بیماران ممکن است منجر به متاستازهای مختلف و ازپای درآوردن بیماران گردد.

مبارزه با این نوع سرطان باید بر اساس پیش‌گیری و از بین بردن علل و عوامل ایجاد کننده آن باشد که در اکثر موارد بخوبی شناخته شده‌اند.

بعلاوه سازمانهای مسئول باید وسائل تشخیص و درمان در اختیار بیماران بگذارند تا مبتلایان از درمان بموقع و کافی برخوردار شوند.

## سرطانهای تناسلی زنان :

سرطانهای تناسلی زنان جمعاً ۲۹ درصد تمامی سرطانها را نزد زنان تشکیل میدهد. این سرطانها بعلت شیوع فوق‌العاده - روشهای تشخیصی خاص و درمان پذیری دارای اهمیت خاص میباشند و خوشبختانه در ایران مورد توجه مخصوص متخصصین میباشد و بهترین دلیل آن تعداد فوق‌العاده موارد بافت برداریهای تناسلی زنان است.

در بررسی آماری ما از تعداد ۳۶۵۰۰ بافت برداریهای از قسمتهای مختلف دستگاه تناسلی زنان در ۵۰۶۹ مورد تومورهای بدخیم این‌اعضاء تشخیص داده شده علیهذا در ۱۴ درصد از بافت برداریها بدخیمی در کار بوده است.

بطور کلی متایسه شیوع سرطانهای تناسلی زنان نزد دو دسته بیماران بیمارستانهای

خصوصی (بیماران مرفه) و بیماران بیمارستانهای عمومی تهران (بیماران طبقات پائینتر اجتماع) نشان داده است که این سرطانها نزد زنان طبقات پائینتر اجتماع فراوانتر است و زنان طبقات مرفه به نسبت کمتری باین دسته از سرطانها مبتلا میشوند. این مسأله در مورد سرطان دهانه زهدان بیشتر جلب نظر می کند که در موقع بحث این سرطان مطرح خواهیم نمود.

از لحاظ موقعیت و محل انواع سرطانهای تناسلی زنان در تابلوی شماره ۲ نسبت انواع مختلف آن داده شده است.

تابلوی شماره «۲»

شیوع نسبی سرطانهای تناسلی زنان بر اساس ۵۰۶۹ مورد

رتبیب	محل ضایعه سرطان	تعداد کل موارد	نسبت به تمامی سرطانهای زنان	نسبت به تمامی سرطانهای تناسلی زنان
۱	سرطان دهانه زهدان	۳۵۰۴	۱۹/۷۰ درصد	۷۰ درصد
۲	سرطان آندومتر	۵۶۷	۳/۱۵	۱۱
۳	سرطانهای تخمدان و لوله	۵۱۳	۲/۸۰	۱۰
۴	سرطانهای جدار زهدان	۶۹	۰/۴۰	۱
۵	سرطانهای تروفوبلاستیک	۱۹۰	۱/۱۰	۴
۶	سرطانهای واژن و قسمت های خارجی تناسلی	۲۲۶	۱/۸۰	۴
	تمامی سرطانهای تناسلی	۵۰۶۹	۲۸/۹۵ درصد	۱۰۰ درصد

سرطان دهانه زهدان در رأس جدول قرار داد و ۷۰ درصد تمامی سرطانهای تناسلی زنان در این ناحیه ایجاد میشود. سرطانهای آندومتر با نسبت خیلی پائینتر (۱۱ درصد) در درجه دوم شیوع میباشد و سرطانهای تخمدان و لوله ها با نسبت ده درصد در درجه سوم اهمیت قرار دارد. بافت تروفوبلاستیک (جفت) به نسبت کمتری بدخیم میشود (۱۰ درصد تمامی سرطانهای تناسلی زنان) و بافت جدار زهدان در ۴ درصد از موارد و سرطانهای قسمت های خارجی دستگاه تناسلی زنان و واژن جمعاً ۴ درصد سرطانهای تناسلی را شامل میشود.

در بررسی ما نسبت سرطانهای دهانه زهدان به سرطانهای آندومتر بطور کلی در حدود ۶/۱ است که تقریباً در همان حدودی است که در آمارهای سایر کشورهای مشابه دیده میشود. این نسبت در کشورهایی که مبارزه با سرطانهای دهانه زهدان پیشرفت زیادی کرده است بتدریج تغییر می کند و دو عامل نسبت بهم نزدیک تر میشود زیرا هر قدر مبارزه

با سرطان به نتیجه برسد شیوع سرطانهای دهانه زهدان کمتر میشود و در عوض بعلت بالا رفتن سن متوسط زنان سرطانهای آندومتر شایعتر میگردد .  
در دسته سرطانهای تناسلی زنان بعلت اهمیت و شیوع فوق العاده سرطان دهانه زهدان به بحث بیشتری در این زمینه می پردازیم .

### سرطان دهانه زهدان :

این سرطان شایعترین بدخیمی های زنان در ایران و در اکثر کشورهای جهان است . در آمار ما ۱۹۷۵ درصد سرطانهای زنان از این نوع میباشد .

### از لحاظ متایسه شیوع نزد دو دسته بیماران :

بررسی آماری ما نشان داده است که این سرطان نزد بیماران بیمارستانهای عمومی شایعتر (۲۳ درصد سرطانهای زنان) از بیماران بیمارستانها و پزشکان خصوصی است (۱۶ درصد سرطانهای زنان) علت این اختلاف عواملی مختلف ممکن است باشد که از آن جمله اند: کم بودن سن ازدواج - زایمانهای پی در پی و متعدد و عفونتهای تناسلی و پارگیهای ناشی از زایمانهای مکرر و بالاخره بدی وضع بهداشت تناسلی نزد زنان طبقات پایین تر اجتماع (۴ و ۶ و ۷) .

### از لحاظ انواع بافت شناسی :

بیشتر سرطانهای دهانه زهدان از نوع مالپیگین اسپینوسولر است (۹۰ درصد موارد) و فقط ۷ درصد آنها از نوع غددی و مربوط به مجرای داخلی دهانه زهدان است . سرطانهای پوششی از نوع *In situ* فقط در ۱۱ درصد از موارد دیده شده است و علت آن بدون شك مراجعه بیماران در مراحل پیشرفته میباشد زیرا هنوز برنامه های منظم و مرتب معاینات مستمر زنان و امتحانات سیتوپاتولوژیک که در مراحل زودرس بیماری را مشخص می کند در ایران رواج لازم نیافته است .

### مسئله تأثیر خطنه شوهران :

این مسئله که مورد توجه برخی محافل علمی میباشد نیز مورد توجه ما قرار گرفته است . در یک متایسه آماری درازمدت از نسبت موارد سرطان دهانه زهدان به تعداد امتحانات آسیب شناسی از بافت دهانه زهدان نزد دو دسته بیماران مسلمان و ارمنی باین نتیجه رسیده ایم که اختلافی در نسبت موارد دیده نشده است و این نسبت نزد زنان مسلمان ۱۲٫۱۶ درصد امتحانات دهانه زهدان و نزد زنان ارمنی ۱۲٫۰۵ درصد بدست آمده است که عملاً یکسان است .

### از لحاظ شیوع سرطان دهانه زهدان در گروههای مختلف سنی :

بررسی آماری ما نشان داده شده است که شدت شیوع در گروههای ۳۵ تا ۵۴

سالگی بوده است و سن متوسط بیماران ما ۴۲ سال میباشد .

### وضع سرطانه‌های تناسلی زنان و سرطان دهانه زهدان در سایر آمارهای کشور

سرطانه‌های تناسلی زنان در آمار سرطانه‌های تهران جمعا ۱۲۵ درصد سرطانه‌ها را تشکیل میدهد که از این نسبت ۸۶ درصد آن مربوط به سرطانه‌های دهانه زهدان است . نسبت‌های بدست آمده در سواحل دریای مازندران برای تمامی سرطانه‌های زنان ۴ درصد و برای سرطان دهانه زهدان ۲۷ درصد است (۱۵) . این نسبتها در شیراز ۶۷ درصد برای تمامی سرطانه‌های تناسلی زنان و ۴ درصد برای سرطان دهانه زهدان است (۱۳) در اصفهان سرطانه‌های تناسلی زنان ۱۱ درصد و سرطان دهانه زهدان ۵۶ تمامی سرطانه‌ها را تشکیل میدهد (۱۲) .

\*\*\*

مسئله سرطان دهانه زهدان که شایعترین سرطانه‌های زنان در ایران است بسیار حائز اهمیت میباشد زیرا از طرفی بررسیهای مختلف نشان داده است که ازدواج دیرتر اولاد کمتر و بهداشت بهتر از شیوع آن کاملا میکاهد و از طرف دیگر با پیشرفتهای برنامه‌های معاینات زنان و امتحانات سیتوپاتولوژیک که ضمن برنامه‌های تنظیم خانواده انجام میگردد میتوان موارد بسیار تازه و درمان پذیر این نوع سرطان را بموقع تشخیص داده و بیماری را در مراحل ابتدائی ریشه کن کرد و نسبت موارد مرگ و میر از این نوع سرطان را به حداقل کاهش داد . علیهذا امر مبارزه این نوع سرطان شایع در کشور ما نیز میتواند نتایج ثمربخش و ارزنده‌ای داشته باشد و بایستی وسایل تشخیص و درمان در اختیار مبتلابان قرار گیرد تا نتیجه مطلوب حاصل گردد .

### سرطانه‌های لوله‌های گوارشی :

سرطانه‌های لوله‌های گوارشی جمعا ۱۴ درصد تمامی سرطانه‌ها را در دو جنس تشکیل میدهد . نسبت‌های بدست آمده نزد مردان قدری بالاتر و در حدود یک برابر ونیم نسبت‌های بدست آمده نزد زنان است .

از لحاظ موقعیت تشریحی و شیوع تومور در نواحی مختلف لوله‌های گوارشی بررسی آماری ما نتایج زیر را نشان داده است (تابلوی شماره ۳) :

سرطانه‌های مری شایعترین سرطانه‌های لوله‌های گوارشی میباشد و ۵۵ درصد تمامی ایندسته از سرطانه‌ها را در دو جنس تشکیل میدهند . سرطان معده در درجه دوم شیوع ولی با نسبتی خیلی پایین‌تر (۲۰ درصد) و سرطانه‌های رکتوم بانسبت ۱۵ درصد در درجه سوم شیوع قرار میگیرد .

سرطان سایر قسمتهای روده‌های بزرگ و روده‌های کوچک به ترتیب نسبت شیوع ۸ درصد و ۲ درصد در ردیفهای چهارم و پنجم شیوع قرار میگیرند . از ایندسته از سرطانه‌ها بعلت اهمیت موضوع سرطان مری را بیشتر مورد بررسی و مطالعه قرار میدهیم .

## تابلوی شماره «۳»

شیوع نسبی سرطانهای لوله‌های گوارشی

دو جنس		زن		مرد		محل تومور سرطانی
درصد	تعداد	درصد	تعداد موارد	درصد	تعداد موارد	
۵۵	۳۰۸۲	۵۶	۱۱۰۲	۵۴	۱۹۸۰	مری
۲۰	۱۱۱۶	۱۵	۲۸۰	۲۳	۸۳۶	معدده
۱۵	۸۲۴	۱۷	۳۳۰	۱۳	۴۹۴	رکتوم
۸	۴۶۶	۹	۱۷۸	۸	۲۸۸	روده‌های بزرگ
۲	۱۳۰	۳	۶۰	۲	۷۰	روده‌های کوچک
۱۰۰	۵۶۱۸	۱۰۰	۱۹۵۰	۱۰۰	۳۶۶۸	تمام سرطانهای گوارشی
۱۴	۴۰۶۹۰	۱۱	۱۷۷۵۰	۱۶	۲۲۹۴۰	نسبت تمام سرطانهای دیده شده

سرطان مری :

تاریخچه مطالعات :

مسئله شیوع سرطان مری در ایران از حدود پانزده سال قبل جلب نظر جراحان - آسیب‌شناسان و رادیولوژیست‌ها را نمود و در این زمینه مطالعات و بررسی‌هایی در انستیتو تاج پهلوی (۹ و ۸) و توسط همکاران دانشگاه مشهد (۱۰) بعمل آمد که شیوع این بیماری را در ایران به ثبوت رسانید. نتیجه بررسیهای انستیتو تاج پهلوی در سال ۱۹۶۸ توسط دکتر حسین رحمتیان به کمیته کارشناسان «تشخیص زودرس سرطان» در ژنو ارائه داده شد و توجه سازمان بهداشت جهانی باین مطلب جلب گردید که ۸۰ درصد از دو هزار نفر بیمار مبتلا به سرطان مری که تا آن زمان به انستیتو تاج پهلوی مراجعه نموده بودند از ساکنین نواحی شمال ایران خصوصاً شرق دریای مازندران بوده‌اند (۱۱) سایر مطالعات اپیدمیولوژیک در تهران (۴ و ۲۰) و سپس در اصفهان (۱۲) و شیراز (۱۳) نشان داد که سرطان مری را اکثر نقاط ایران شایع است.

انتشار این گزارشات توجه اولیای وزارت بهداشتی و انستیتو تحقیقات بهداشتی را بخود جلب نمود و مسئله از طریق سازمان بهداشت جهانی و مرکز بین‌المللی مطالعات سرطان نیز مورد بررسی قرار گرفت و چون باثبات رسید که شمال ایران که در کمربند

آسیائی سرطان مری قرار میگیرد موقعیت بسیار مناسبی برای مطالعه و بررسی این نوع سرطان را دارد این ناحیه را برای مطالعات اپیدمیولوژیکی سرطان مری انتخاب نمودند و انستیتو تحقیقات بهداشتی مأمور تهیه طرح و اجرای برنامه مطالعات اپیدمیولوژیکی سرطان مری در شمال ایران گردید تا با کمک مرکز بین‌المللی تحقیقات سرطان آغاز بکار نماید .

آنچه در مرحله اول مورد توجه گروههای مطالعاتی قرار گرفت ثبت و ضبط موارد سرطان مری و سپس تمامی سرطانها در شمال ایران بود تا شدت شیوع و نسبت ابتلای بسرطان مری تعیین گردد . مطالعات مراحل بعدی شامل بررسی عادات و مسائل محیطی و کلیه عواملی بود که ممکن است در ابتلای بسرطان مری در شمال ایران مؤثر باشد . نتیجه مطالعات تاکنون بصورت گزارشها (۱۴) و مقالاتی (۱۶ و ۱۵) انتشار یافته و با دقت و توجه خاص که این برنامه اجرا میگردد امید میرود که عوامل سرطانزا و علت شیوع فوق‌العاده سرطان مری در این منطقه از جهان روشن گردد و از اینراه تا اندازه‌ای از راز سرطان پرده برداشته شود (A ۱۶) .

### شیوع نسبی سرطان مری در آمار کلی سرطانها :

این نوع سرطان در آمار کلی ما ۷۵ درصد تمامی سرطانها را در دو جنس تشکیل میدهد . ابتلای زنان قدری کمتر از مردان است و ۴ مرد در مقابل سه زن مبتلا میشوند .

### از لحاظ موقعیت تشریحی تومور در مری :

بررسیهایی که شده است نشان میدهد که ۳۳ درصد از موارد تومور در ثلث وسطی مری بوده است - ثلث تحتانی مری در ۲۵ درصد از موارد و ثلث فوقانی در ۱۸ درصد از موارد محل تولید تومور بوده است در ۶ درصد از موارد تومور مخاطی مری در ناحیه کاردیا بوده است و در ۱۸ درصد بقیه موارد از موقعیت صحیح تومور اطلاعی نداشته‌ایم .

### انواع بافت شناسی :

بررسی ۳۰۸۲ مورد سرطان مری نشان داده است که ۹۶ درصد از تومورها از نوع پوششی مالپیگی و ۳ درصد از نوع غددی میباشد . سارکوم مری کمیاب و کمتر از یک درصد موارد ما را تشکیل میدهد .

### شیوع سرطان مری در گروههای سنی :

اکثر بیماران ما در گروههای سنی ۳۱ تا ۷۰ سالگی میباشد . شدت شیوع از دهه چهارم تا پایان دهه ششم است .

### وضع شیوع سرطانهای گوارشی و سرطان مری در آمارهای مختلف کشور :

چنانچه گفته شد در آمار ما در تهران ۱۴ درصد کل سرطانها را سرطانهای گوارشی

تشکیل میدهد. این سرطانها در آمار بیماران سرطانی سواحل دریای مازندران بسیار فراوانتر ۵۹ درصد کل سرطانها را تشکیل میدهد (۱۵). در آمار اصفهان (۱۲) نسبت بدست آمده ۱۰ درصد و در آمار شیراز (۱۳) این نسبت در حدود ۱۰ درصد است. در مورد سرطان مری که در آمار ما ۷٫۵ درصد کل سرطانهاست نسبت های بدست آمده در سواحل دریای مازندران ۴۳ درصد - در اصفهان ۱٫۵ درصد و در شیراز ۲٫۵ درصد ثبت شده است.

\*\*\*

بطور خلاصه سرطان مری یکی از سرطانهای شایع ایران است که متأسفانه بیماران در مراحل ابتدائی توجهی بآن ننموده و اغلب در مراحل پیشرفته بیماری به پزشک مراجعه مینمایند. چون تشخیص بیماری با روشهای خاص (رادیولوژی آندوسکپی و آسیب شناسی) داده میشود اغلب بیماران در مرحله ای که به تشخیص قطعی میرسند غیر قابل درمان میباشند. از اینرو است که برای مبارزه با این بیماری در وضع کنونی نمیتوان فعالیت چندانی نمود و باید از روشهای پیشگیری استفاده نمود که موکول به شناخت عوامل سرطانزا و عللی است که موجب شیوع فوق العاده این سرطان در شمال ایران میگردد.

### سرطانهای اولیه غدد لنفاوی :

ضایعات بافت لنفاوی و خصوصاً سرطانهای آنها در ایران فراوان است و بهترین دلیل آن بافت برداریهای زیادی است که برای رسیدن به تشخیص این ضایعات انجام میگردد. بررسی کلی بافتهای رسیده با آزمایشگاههای آسیب شناسی نشان داده است که ۹ درصد نمونههای بافتی امتحان شده را غدد لنفاوی تشکیل میدهد.

مسئله ای که شایان توجه میباشد اینست که علاوه بر غدد لنفاوی و طحال که از اعضای اصلی لنفاوی در بدن میباشد سازمانهای لنفاوی دیگری بصورت کم و بیش منتشر در اغلب نواحی بدن و اعضاء وجود دارد که هر یک از آنها میتواند مانند يك غده لنفاوی منشاء ضایعه بدخیم باشد. البته قسمت اعظم ضایعات بدخیم اولیه لنفاوی مربوط به غدد لنفاوی است و قسمت کمتری مربوط بسایر اعضاء. از لحاظ اطلاع از این نسبت مطالعه جامعی ضمن بررسی لنفوماها در ایران توسط دکتر کمال الدین آرمین بعمل آمده است که نتیجه کلی آن بصورت زیر میباشد. از ۱۳۷۸ مورد ضایعات بدخیم اولیه لنفاوی در ۸۵ درصد از موارد شروع ضایعه در غدد لنفاوی سطحی یا عمقی و در ۱۵ درصد بقیه موارد در سایر احشاء بوده است (۱۷).

### شیوع نسبی سرطانهای اولیه غدد لنفاوی :

این بدخیمیها جمعا ۸٫۴ درصد کل سرطانها را تشکیل میدهد. شیوع نسبی نزد مردان در حدود سه برابر زنان است و شدت شیوع نزد بیماران بیمارستانهای عمومی و بیماران خصوصی در يك حدود است.

از لحاظ انواع بافت شناسی :

بطور کلی ۶۰ درصد از موارد رالنفورسارکوماها یا لنفورتیکو لوسارکوماها تشکیل میدهد و ۴۰ درصد بقیه از موارد لنفوگرانولو ماتوز بدخیم یا بیماری هوجکین بوده است .

از لحاظ محل غدد لنفاوی در بدن :

نتیجه بررسی ما باین صورت میباشد که ۶۴ درصد از موارد غده لنفاوی مربوط به نواحی سر و گردن - ۱۴ درصد مربوط به حفره زیر بغل و ده درصد از ناحیه کشاله ران بوده است .

غدد لنفاوی ناحیه مدیاستن ۵ درصد غدد لنفاوی شکم ۱۲ درصد از موارد ما را تشکیل میدهد و در ۲ درصد از موارد غدد لنفاوی از چند ناحیه برداشته شده است . در حدود ۱۰ درصد از موارد از محل دقیق غده لنفاوی امتحان شده اطلاعی نداشته ایم .

از لحاظ شیوع در گروههای مختلف سنی :

باید گفت که سرطانهای اولیه غده لنفاوی تقریباً در تمام گروههای سنی دیده میشود و بیماران ما در سنین از یکسال تا ۸۴ سال بوده اند . شدت شیوع بین ۵ سالگی تا ۵۵ سالگی بوده است .

وضع سرطانهای اولیه غدد لنفاوی در آمارهای مختلف کشور :

این سرطانها که در آمار ما ۸٫۴ درصد کل سرطانها را تشکیل میدهد در آمار سرطانهای ثبت شده در سواحل دریای مازندران در حدود ۳ درصد (۱۵) در آمار اصفهان (۱۲) در حدود ۱۱ درصد و در آمار فارس (۱۳) در حدود ۷٫۶ درصد تمامی سرطانها را تشکیل میدهد .

\*\*\*

آنچه مسلم است ضایعات بدخیم اولیه غده لنفاوی در ایران شایع است و خوشبختانه این نوع سرطانها زود جلب نظر بیمار و پزشک را مینماید و تشخیص آن سهل است و اکثراً به درمانهای مختلف جواب مساعد میدهد .

سرطان پستان :

سرطانهای پستان پنجمین سرطان شایع ایران میباشد و حدود ۶ درصد سرطانها را در آمار کلی تشکیل میدهد . این نوع سرطان در موارد نادری نزد مردان نیز دیده شده است و در آمار ما در برابر ۲۸ نفر زن یک نفر مرد مبتلا به سرطان پستان داشته ایم و در آمار سرطانهای زنان سرطان پستان بانسبت ۱۲٫۶ درصد سومین سرطان شایع زنانرا تشکیل میدهد .



## از لحاظ شیوع نزد زنان طبقات مختلف اجتماع

بررسی آماری نشان داده است که سرطان پستان برخلاف سرطانهای دهاندهدان و پوست نزد زنان مرفه شایعتر است و ایندسته از زنان ۲۵ برابر بیشتر از زنان طبقات پایینتر اجتماع باین نوع سرطان مبتلا میشوند. این اختلاف شیوع ممکن است مربوط به محدود بودن تعداد زایمان - کوتاه بودن دوران شیر دادن از پستان نزد زنان طبقات مرفه باشد.

بدنیست یادآور شویم که در آمریکه از بیماران خصوصی تهیه و منتشر نموده ایم سرطان پستان در رأس جدول و بانسبت ۱۳۸ درصد کل سرطانها شایعترین سرطانها را نزد افراد مرفه اجتماع تشکیل میدهد (۲).

## از لحاظ موقعیت وضع تشریحی تومورهای پستان :

از محل دقیق تومورها در پستان متأسفانه اطلاعات کافی در اختیار نداشته ایم و فقط آنچه حائز اهمیت است اینست که از ۲۲۰۴ مورد تومور پستان زنان در ۱۰۲ مورد در موقع مراجعه به پزشک و بافت برداری تومور سرطانی در هردو پستان بوده است نزد پنجاه بیمار تومور سرطانی در خارج از پستان در ناحیه زیر بغل بوده است و این بدخیمی بر روی یک پستان اضافی ناحیه زیر بغل تولید شده که تا آن موقع ناشناخته بوده است و در اینموارد در داخل خود پستان هیچگونه عارضه‌ای دیده نشده است.

## درباره انواع بافت‌شناسی تومورهای پستان :

باید بگوئیم که ۸۰ درصد از تومورهای امتحان شده از نوع غددی ساده و لوله‌ای و ۲۰ درصد از موارد از نوع اسکپیرو بوده است. سارکومهای پستان ۱٫۴ درصد - بیماری پاجه ۰٫۵ درصد سرطانهای پستان را تشکیل میدهد. بقیه موارد را سایر سرطانهای نادر پستان (چه غددی و چه لوله‌ای) تشکیل میدهد.

## از لحاظ شیوع سرطان پستان در گروههای مختلف سنی :

بررسی آماری نشان داده است که شدت شیوع سنی ۳۵ تا ۵۴ سالگی است. در موارد نادری سرطان پستان نزد دختران جوان ۷ و ۹ و ۱۲ ساله داشته ایم (۱۸) که هر سه مورد از نوع اپی‌تلیومای داندریتیک داخل لوله‌ها بوده است.

## وضع سرطانهای پستان در آمارهای مختلف کشور :

شیوع سرطان پستان در آمارهای بدست آمده در تهران تقریباً در همان حدودی است که در آمار اصفهان و شیراز بدست آمده است. در سواحل دریای مازندران نسبت شیوع سرطان پستان کمتر از سایر آمارها و در حدود ۳ درصد کل سرطانهاست.

سرطانهای پستان در ایران شایع است مخصوصاً نزد زنان طبقات مرفه اجتماع . توجه به شیوع این نوع سرطان و استفاده از روشهای خود آزمائی که باعث توجه به وجود تومور در پستان میشود و استفاده از روشهای تشخیص زودرس از قبیل ماموگرافی و دیاسکوپمی میتواند به بیماران در مراحل ابتدائی و درمان پذیر بیماری کمک مؤثری نماید و براساس تشخیص زودرس بیماران تحت درمانهای مؤثر قرار گیرند (۱۹) .

#### REFERENCES

1. C. Laurent, J. Leguerinais et L. Majoul. Monographie de l'Institut National d'Hygiène No. 19, 26 et 30, Paris, 1960-1962.
2. A. Habibi, J. Leguerinais et C. Laurent. Enquête sur le cancer en Moyen Orient. Bulletin de l'Institut National d'Hygiène T. 16, no 4, Juillet-Aout 1961.
3. A. Habibi. Tumors of the prostate in Iran. International surgery (Under publication). U.S.A.
4. A. Habibi. Cancer in Iran. A survey of the most common cases. Jour. Nat. Cancer Institute. 34 :553-569, U.S.A., 1965.
5. A. Habibi. Enquête sur les cancers fréquents de l'Iran. Bulletin du cancer tome 57, no. 1, p.p. 133-150, Paris, 1970.
6. A. Habibi. Malignant tumors of the female genitalia. International surgery. Vol. 55, no. 7, p.p. 13-17, July 1971, U.S.A.
7. A. Habibi. Lésions histopathologiques des organes génitaux de la femme en Iran. Iran Med. chirurg. Tome 15, no. 3, 1970.
8. H. Rahmatian. Rapport sur le fonctionnement de l'Institut du cancer de l'Iran. Pub., no. 1, Juin 1964, Téhéran.
9. S. Sarkissian. A study of carcinoma of esophagus in Iran. Acta Medica Iranica, vol. III, no. 2, Téhéran.
10. A. Minou et H. Bouletin. Communications présentées aux Séances scientifiques du Collège Int. des Chirurgiens. Section de l'Iran. Sessions de 1960 et 1961 Meshed.
11. H. Rahmatian. Rapport présenté au Comité d'Experts du diagnostic précoce du cancer. Genève, 1968.
12. P. Dabiri. An epidemiological study of cancer in Isfahan. Proceedings of the XIIth. general meeting of the Persian Gulf Medical Society. Isfahan, No. 1970.
13. P. Haghighi. Cancer in Southern Iran. Cancer, Vol. 27, April 1971, U.S.A.
14. Publications of Institute of Public Health researches.
15. E. Mahboubi and all. Oesophageal cancer studies in the caspian littoral of Iran: The Caspian Cancer Registry. Br. J. Cancer, 28, 1973. G.B.
16. A. Kmet and E. Mahboubi. Esophageal cancer in the Caspian littoral of

- Iran. Initial studies. Science, Vol. 175, Feb. 1972.
- 16A. A. Habibi. Le cancer de l'oesophage en Iran. Sa place dans la statistique générale des cancers et ses particularités épidémiologiques. Rev. Med. du Moyen Orient. Beyrouth, 1973. Numéro special des Journées Méd. du Proche et du Moyen Orients.
  17. K. Armine. Histopathological aspects and frequency of lesions of lymphoid tissues in Iranians. Jour. of Med. Fac. of Tehran. Vol. 24, no. 2, Nov. 1966, Téhéran.
  18. M. Habibi. Deux cas du cancer du sein chez deux fillettes de 7 et 9 ans. Bulletin du cancer. Tome 34, no. 1, 1946, Paris.
  19. A. Habibi. Diagnostic précoce du cancer du sein. Revue Médicale du Moyen Orient. Beyrouth, 1972. Numéro special des Jour. Med. du Proche et du Moyen Orients.
  20. A. Habibi. Particularites épidémiologiques du cancer en Iran bulletin de l'Academie Nationale de Médecine. Tome 158, no. 8, Paris, Nov. 1974.