



سرشناسه

عنوان و نام پدیدآور

مشخصات نشر

مشخصات ظاهری

شابک

وضعیت فهرست نویسی

یادداشت

موضوع

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

رده بندی کنگره

رده بندی دیویی

شماره کتابشناسی ملی

اطلاعات رکورد کتابشناسی

پورطباطبایی، مهدیه سادات، ۱۳۶۸-

آنکولوژی زنان A کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۳ **Novak's Gynecology & Berek Edition 16 2020** ترجمه و تلخیص مهدیه سادات پورطباطبایی، معصومه اشرفزاده.

تهران: کاردیا، ۱۴۰۲.

۳۰۴ص: مصور، جدول، نمودار.

۹۷۸-۶۲۲-۵۶۰۳-۳۴-۹ : ۹۷۸-۶۲۲-۵۶۰۳-۳۴-۹

فیبا

کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخش‌هایی از کتاب **Novak's gynecology, 16th. & Berek " [2020]**، اثر جانانان برک است.

تولیدمثل -- اندام‌های مادینه -- سرطان

**Generative organs, Female -- Cancer**

سرطان در زنان - **Cancer in women** - پزشکی زنان - **Gynecology**

تولید مثل -- اندام‌های مادینه -- سرطان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها

**Generative organs, Female -- Cancer -- Examinations, questions, etc**

سرطان در زنان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها

**Cancer in women -- Examinations, questions, etc.**

پزشکی زنان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها

**Gynecology -- Examinations, questions, etc.**

اشرفزاده، معصومه، ۱۳۶۷-

برک، جانانان

**Berek, Jonathan S.**

نواک، امیل، ۱۸۸۳ - ۱۹۵۷م.

**Novak, Emil**

۵/۱۰۷VRG

۱۰۷۵۴۵/۶۱۸

۹۲۲۴۸۰۰

فیبا

چاپ و لیتوگرافی: **رزیدنت یار**

نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۵۶۰۳-۳۴-۹

قیمت: ۵۶۲،۰۰۰ تومان

کتاب: آنکولوژی زنان A برگرفته از کتاب

**Novak & Berek s Gynecology edition 16** است.

ترجمه و تلخیص: دکتر مهدیه سادات پورطباطبایی، دکتر معصومه

اشرفزاده،

ناشر: انتشارات کاردیا

صفحه‌آرا: **رزیدنت یار - منیرالسادات حسینی**

طراح و گرافیک: **رزیدنت یار - مهرداد فیضی**

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۰۸ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۱۶ - ۰۲۱ - / [www.residenttyar.com](http://www.residenttyar.com)

هر گونه کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

# آنکولوژی زنان A

کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۳  
Berek & Novak,s Gynecology Edition16 2020

## ترجمه و تلخیص

### مهدیه سادات پور طباطبایی

بورד تخصصی در رشته زنان زایمان

دانشگاه علوم پزشکی تهران

### دکتر معصومه اشرف زاده

رتبه دوم آزمون بورد تخصصی ۱۴۰۱



## فهرست مطالب

فصل ۳۷: سرطان رحم	۹
سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۷	۸۳
فصل ۳۸: سرطان سرویکس و واژن	۹۳
سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۸	۱۴۵
فصل ۳۹: سرطان تخمدان، لوله فالوپ و پریتوئن	۱۵۷
سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۹	۱۹۵
فصل ۴۰: سرطان ولو	۲۰۹
سؤالات و پاسخنامه فصل ۴۰	۲۳۱
فصل ۴۱: بیماری تروفوبلاستیک بارداری	۲۳۷
سؤالات ارتقا و مورد فصل ۴۱	۲۷۳
فصل ۴۲: سرطان پستان Breast cancer	۲۸۳
سؤالات ارتقا و مورد فصل ۴۲	۲۹۷



تهاجم فضای لنفاوی - عروقی	- اپیدمیولوژی و عوامل خطر
گسترش به ایسم و سرویکس	- هایپرپلازی آندومتر
سیتولوژی پریئوئن	درمان حفظ باروری در هیپرپلازی و سرطان
مرحله IIIA، درگیری سروز رحم یا آدنکسها	آندومتر
متاستاز به لنف نود	- غربالگری سرطان آندومتر در جمعیت عمومی
متاستاز داخل پریئوئن	مراقبت و پیشگیری در بیماران در معرض خطر
تایپ یک و دو سرطان آندومتر، اختلالات مولکولی	بالا
درمان جراحی	- سرطان آندومتر
درمان رادیوتراپی به عنوان درمان اولیه	ویژگی‌های بالینی
الگوی انتشار متاستاز	علامت‌ها
بررسی برای درمان پس از جراحی و درمان بر اساس	نشانه‌ها
بیماری	تشخیص
روش‌های درمان پس از عمل	پاتولوژی
تحلیل	آدنوکارسینوم اندومتروئید
رادیوتراپی کاف واژن	کارسینوم موسینوس
رادیوتراپی خارج لگنی	کارسینوم سروز
رادیوتراپی با فیلد گسترده	کارسینوم سلول روشن
رادیوتراپی کل شکم	کارسینوم سنگفرشی
پروژستین‌ها	تومورهای همزمان اندومتر و تخمدان



شیمی درمانی	بررسی قبل از درمان
مرحله بالینی II	مرحله بندی بالینی
مرحله بالینی III و IV	مرحله بندی جراحی
عود بیماری	متغیرهای پیش آگهی
جراحی	سن
درمان رادیوتراپی	نوع بافت شناسی
شیمی درمانی	گرید بافت شناسی
هورمون درمانی	سایز تومور
سارکوم رحمی	وضعیت گیرنده های هورمونی
طبقه بندی و مرحله بندی	پلوئیدی DNA و اندکس پرولیفراتیو
سارکوم استرومایی اندومتر	تهاجم میومتر
لیومیوسارکوم	
آدنوسارکوما	

### نکات کلیدی

- ۱- شایع ترین عوامل خطر برای ایجاد کارسینوم اندومتر، مربوط به تحریک طولانی مدت و بلامنازع استروژن می باشد.
- ۲- آسپیراسیون بیوپسی اندومتر در مطب، به عنوان اولین قدم پذیرفته شده در ارزیابی یک زن با خونریزی رحمی غیرطبیعی یا مشکوک به پاتولوژی اندومتر، قرار گرفته است.
- ۳- کارسینوم اندومتر نوع سروزی و سلول روشن، کمتر از ۱۰ درصد سرطان های اندومتر را تشکیل می دهد، با این حال بیش از نیمی از موارد مرگ و میر ناشی از سرطان اندومتر را شامل می شود.
- ۴- اکثر بیماران مبتلا به کانسر اندومتر باید مرحله بندی جراحی شامل هیستریکتومی، سالپنگوآوووفورکتومی دوطرفه و سیتولوژی پریتونئال را انجام دهند. ارزیابی غدد لنفاوی برای بیشتر بیماران ضروری است، اما ممکن است بتوان در بیماران با خطر ناچیز گسترش لنفاوی، از آن صرف نظر کرد.

## اهمیت و شیوع:

سرطان سرویکس سومین بدخیمی شایع دستگاه تناسلی زنان (بعد از رحم و تخمدان) و دومین علت شایع مرگ و میر ناشی از سرطان در زنان محسوب می‌شود. سرطان سرویکس به سه دلیل یک بیماری قابل پیشگیری محسوب می‌شود: ۱- با وضعیت درازمدت قبل از تهاجم همراه است. ۲- برنامه غربالگری دارد. ۳- ضایعات پیش تهاجمی آن قابل درمان است. توزیع سنی این بیمار حالت دو قله‌ای دارد. ← ۳۹-۳۵ سالگی و ۶۴-۶۰ سالگی.

ریسک فاکتورها:

- سن پایین در اولین مقاربت (کمتر از ۱۲ سال)
- داشتن شرکای جنسی متعدد
- دخانیات
- نژاد
- پاریته زیاد
- وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین
- سرکوب مزمن سیستم ایمنی

\* ارتباط با مصرف قرص‌های ضدبارداری مورد شک قرار گرفته است. برخی محققین بر این باورند که قرص‌های ضدبارداری ممکن است باعث افزایش اختلالات غده‌ای سرویکس شود اگرچه این تئوری به صورت کامل تأیید نشده است.

بسیاری از این عوامل خطر با فعالیت جنسی و تماس با بیماری‌های منتقله از طریق جنسی در ارتباط هستند:



- ویروس HPV به نظر می‌رسد رخداد شروع کننده در سرطان سرویکس است.
- هرپس و کلامیدیا به عنوان عوامل همراه (کوفاکتور) عمل می‌کنند.
- HIV هم از طریق سرکوب ایمنی در ایجاد سرطان سرویکس مؤثر است.

رویداد تسریع کننده در دیسپلازی سرویکس و ایجاد کارسینوم، عفونت با HPV است، عفونت HPV در بالغ بر ۹۹٪ زنان مبتلا به کارسینوم سنگفرشی سرویکس شناسایی شده است. HPV عامل سببی برای هر دو نوع سنگفرشی و آدنوکارسینوم سرطان سرویکس است. اما هر یک از آنها می‌توانند سیرهای کارسینوزنیک متفاوتی داشته باشند. مکانیسمی که HPV از طریق آن باعث رشد و تمایز سلولی می‌شود از طریق واکنش‌های متقابل پروتئین‌های ویروسی E<sub>6</sub> و E<sub>7</sub> به ترتیب با ژن‌های سرکوبگر تومور P53، Rb می‌باشد.

مهار P53 از توقف سیکل سلولی و آپوپتوز پیشگیری می‌کند که این موارد به طور طبیعی هنگامی که DNA آسیب دیده است اتفاق می‌افتد، در حالی که مهار Rb نسخه‌بردار فاکتور E<sub>2</sub>F را مختل می‌کند که موجب پرولیفراسیون تنظیم شده سلولی می‌شود.

دو نوع واکسن جدید چهار ظرفیتی گارداسیل، دو ظرفیتی cervarity توسط FDA تأیید شده که به خصوص در مقابل زیرگونه‌های پرخطر ۱۸ و ۱۶ حفاظت می‌کند ولی با این وجود زنان واکسینه شده هم باید همچنان به غربالگری پاپ اسمیر ادامه بدهند چون HPV انواع متعددی دارد و واکسن در مقابل همه انواع مصونیت ایجاد نمی‌کند.

اخیراً FDA نوع سومی از واکسن HPV را تأیید کرده به نام گارداسیل ۹ که در مقابل چهار زیرگروه واکسن چهار ظرفیتی به اضافه ۵ زیرگروه (۳۱ / ۳۳ / ۴۵ / ۵۲ / ۵۸) محافظت ایجاد می‌کند سن پیشنهاد شده بر این واکسن ۹-۴۵ سال است.

### تشخیص:

خونریزی واژینال شایع‌ترین علامت در بیماران مبتلا به سرویکس است که اغلب به صورت خونریزی پس از نزدیکی رخ می‌دهد اما می‌تواند به صورت AUB و PMB (Postmenopausal bleeding) هم باشد.

ترشح بدبوی واژن، کاهش وزن، اوروپاتی انسدادی در مراحل پیشرفته بیماری دیده می‌شود. در زنان بدون علامت، اغلب با بررسی پاپ اسمیر غیرطبیعی کشف می‌شود، اما باید بدانید که **منفی کاذب**



# سرطان تخمدان، لوله فالوپ و پریتوئن

## فصل ۳۹

Novak's Section 39

### سرطان تخمدان، لوله فالوپ و پریتوئن

- اهمیت کنسر تخمدان به میزان بالای مرگ و میر آن می‌باشد و اغلب بدون علامت و در مراحل پیشرفته بیماری شناسایی می‌شوند. تست‌های غربالگری روتین نباید مورد استفاده قرار گیرد. درمان آن جراحی و کاستن حجم تومور و شیمی درمانی بر پایه پلاتینیوم است و بیشترین نسبت کشندگی به ازای هر مورد در بین بدخیمی‌های تناسلی متعلق به کانسر تخمدان می‌باشد.

- تومورهای تخمدان به دو دسته تومورهای اپی تلیالی (۹۰٪) و غیراپی تلیالی (۱۰٪) که هر کدام از دو گروه دارای زیرگروه پاتولوژیک دیگری هستند.

### تومورهای اپی تلیال تخمدان:

#### تومورهای تهاجمی:

شامل کارسینوم‌های سروزی که منشأ از لوله فالوآپ دارند و ۷۵-۸۰ درصد سرطان‌های اپی تلیال را شامل می‌شود و سایر زیرگروه‌ها مثل clear cell و اندومترویئید از اندومتریوز منشأ می‌گیرند، شیوع کمتری دارند.

هر یک از انواع تومورهای اپی تلیال - الگوی هیستولوژیک مشابه قسمتی از دستگاه تناسلی تحتانی دارند تومورهای سروزی شبیه پوشش اپی تلیوم غده‌ای لوله فالوپ - تومورهای اندومترویئید شبیه اندومتر پرولیفراتیو - تومورهای سلول روشن شبیه اندومتر ترشچی یا حاملگی و مولرین - تومورهای موسینی حاوی سلول‌های شبیه اندوسرویکال یا روده‌ای و تومورهای ترانزیشنال شبیه اپی تلیوم موجود در بقایای waltrard و اروتلیوم مثانه می‌باشند.



امروزه شواهد زیادی وجود دارند که نشان می‌دهند کارسینوم سروزی بدخیم از انتهای فیمبریه منشأ می‌گیرند لذا امروزه معتقدند که باید تومورهای سروزی به دو گروه مجزا تقسیم کرد:

تیپ I ← تومورهای حد واسط و درجه پایین، از نظر ژنتیکی ثابت، شامل جهش در KRAS و BRAF می‌باشند.

تیپ II ← بسیار تهاجمی و پیشرفته، با منشأ از انتهای فیمبریه‌ای لوله فالوپ که از نظر ژنتیکی ناپایدار و حاوی جهش‌های P53 هستند.

### تومورهای حد واسط (Borderline):

یا تومورهای دارای پتانسیل بدخیمی پایین می‌باشند تومورهای حد واسط ضایعاتی هستند که تمایل دارند برای مدت طولانی محدود به تخمدان بمانند و به طور مشخص در زنان قبل از سن یائسگی (۵۰-۳۰) رخ می‌دهد و همراه با پیش‌آگهی بسیار خوبی است.

در تومورهای حد واسط سروزی به طور ناشایع کانسره‌های خارج تخمدانی ممکن است رخ دهد که به دو نوع مهاجم و غیرمهاجم تقسیم می‌شوند. نوع مهاجم احتمال بیشتری دارد که به بیماری پیشرونده و توسعه یافته در حفره پریتوئن تبدیل شوند و می‌تواند منجر به انسداد روده و مرگ شود.

### طبقه‌بندی تومورهای اپی تلیال تخمدان:

- تومورهای سروزی: به این علت به این نام مرسوم است که مشابه سلول‌های ترش‌حی لوله هستند. اجسام ساموما به طور شایع در این نئوپلاسم یافت می‌شوند شامل حلقه‌های متحدالمرکز از کلسیفیکاسیون هستند.
  - تومورهای حد واسط سروزی: ۱۰٪ تمام تومورهای سروزی تخمدان را شامل می‌شوند و ۵۰٪ پیش از ۴۰ سالگی رخ می‌دهند.
- معیارهای تشخیصی تومورهای حد واسط سروزی به شرح ذیل هستند:
- هایپرپلازی اپی تلیال به شکل مطبق کاذب، ایجاد اشکال کلافه‌ای می‌کند و تشکیل الگوی غربالی شکل و ساختار میکروپاپیلری می‌دهد.
  - آتیپی هسته‌ای خفیف و افزایش خفیف فعالیت میتوزی وجود دارد.
  - توده سلولی مجزا
  - فقدان تهاجم مخرب به استروما (بدون تخریب بافتی)

شایع‌ترین کانسر آنژونیال در زنان بالای ۷۰ سال است. ٪ ۹۰ از نوع SCC است. در حال حاضر کانسر in situ ولو در حال افزایش در زنان جوان است که ٪ ۷۵ بیماران را تشکیل می‌دهد. میزان بروز لیکن اسکروز با افزایش ریسک کانسر ولو همراه است و در حال افزایش است.

### اتیولوژی:

احتمالاً چند عاملی است که بر اساس عوامل هیستوپاتولوژیک و محیطی به نظر می‌رسد که کارسینوم سلول سنگفرشی ولو حداقل از دو نوع اتیولوژیک برخوردار است.

(۱) انواع بازالوئید یا زگیلی: چند کانونی بوده اغلب در افراد جوان رخ می‌دهد و با عفونت HPV، VIN و استعمال دخانیات و نقص سیستم ایمنی ارتباط دارد.

(۲) انواع کراتینیزان ← تمایز یافته یا ساده که اغلب تک کانونی بوده و افراد مسن‌تر رخ می‌دهد. ارتباط به HPV ندارد و اغلب موارد در نواحی مجاور لیکن اسکروز درماتوز التهابی مزمن و differential type VIN یافت می‌شود.

عوامل خطر اپیدمیولوژیک برای انواع بازالوئید یا زگیلی کارسینوم سلول سنگفرشی ولو، مشابه عوامل خطر سرطان سرویکس و شامل سابقه ابتلا به:

(۱) نئوپلازی متعدد دستگاه تناسلی تحتانی

(۲) سرکوب ایمنی

(۳) استعمال دخانیات

در اغلب موارد HPV وجود دارد. واکسیناسیون (۹) ظرفیتی HPV باعث پیشگیری تا حدود ٪ ۹۰ کانسر ولو مرتبط با HPV می‌شود.



✓ VIN تمایز یافته پیش ساز کارسینوم کراتینیزان سلول سنگفرشی است و به صورت قوی با لیکن اسکروز همراهی دارد. کارسینوم کراتینیزان در ۸۰٪ موارد در مجاورت لیکن اسکروز یا DVIN یافت می شود. زنان با لیکن اسکروز ولو در معرض خطر افزایش یافته کانسر تهاجم سنگفرشی ولو هستند. این ضایعات محتوای آنوپلوئید DNA، بروز بیش از حد P53 و افزایش بروز K16 هستند. در کارسینوم کراتینیزان، سیکل خارش - خاراندن در ارتباط با لیکن اسکروز و درماتوز التهابی مزمن رخ می دهد و با بروز تغییرات آتیپیک در اپی تلیوم ترمیم شده همراه است. درمان فعال ضایعات لیکن اسکروز ولو با استروئید موضعی قوی باعث بهبود علائم می شود و ریسک کانسر ولو را کاهش می دهد.

### انواع سرطان های تهاجمی ولو:

(۱) کارسینوم سلول سنگفرشی: حدوداً ۹۰٪ را تشکیل می دهد. دارای سه زیرگروه: بازلوئید، زگیلی، کراتینیزان می باشد. در اکثر کارسینوم های سنگفرشی ولو، کراتینیزاسیون دیده می شود. ویژگی اصلی هیستولوژیک اصلی آن در سرطان تهاجمی ولو، کراتینیزاسیون آتیپیک است. عوامل هیستولوژیک خطر ساز از نظر متاستاز به گره های لنفاوی اینگوئینال عبارتند از: تهاجم به فضای لنفی - عروقی، ضخامت تومور، عمق تهاجم به استروما، گرید تمایز الگوی هیستولوژیک، تهاجم (متفرق و اقماری در مقابل وسیع و فشارنده)، افزایش میزان کراتینین. کارسینوم T1a : invasive micro به صورت ضایعه با قطر کمتر مساوی ۲ سانتی متر با تهاجم استرومایی کمتر مساوی ۱ میلی متر تعریف می شود. در عمق تهاجم کمتر مساوی ۱ میلی متر خطر متاستاز به گره های لنفاوی اینگوئینال بی نهایت نادر است ولی با افزایش عمق بیشتر از ۱ میلی متر خطر متاستاز به حد قابل توجهی می رسد. خصوصیات بالینی کارسینوم سلول سنگفرشی ولو:

- ✓ اغلب زنان یائسه و با میانگین سنی ۶۵ سال مبتلا می شوند.
- ✓ سابقه درازمدت از اختلال همزمان داخل اپی تلیوم مثل لیکن اسکروز یا VIN وجود دارد و حدوداً ۲۷٪ بیماران مبتلا به سرطان ولو دچار بدخیمی اولیه دیگر نیز هستند.
- ✓ اکثر بیماران فاقد علامت هستند و برخی موارد با خارش، چسبندگی یا توده ولو همراه است.
- ✓ باید از هرگونه ضایعه در ولو بیوپسی به عمل آید.

# بیماری تروفوبلاستیک بارداری

## فصل ۴۱

Novak's Section 41

### نکات کلیدی

- ۱- بیماری تروفوبلاستیک بارداری (GTD)، گروهی از تومورهای مرتبط شامل مول کامل و ناقص، مول مهاجم، کوریوکارسینوما، تومور تروفوبلاستیک محل جفت (PSTT) و تومور تروفوبلاستیک اپی تلیوئید (ETT) می‌باشد.
  - ۲- مول کامل و ناقص از نظر منشأ کروموزومی، هیستوپاتولوژی، تظاهرات بالینی و خطر نئوپلازی تروفوبلاستیک بارداری (نئوپلازی تروفوبلاستیک بارداری [GTN] - تومور پایدار) با هم متفاوت هستند.
  - ۳- گنادوتروپین جفتی انسان (hCG)، یک مارکر حیاتی در GTD برای تشخیص ایجاد GTN، نظارت بر پاسخ به شیمی درمانی و بروز عود می‌باشد.
  - ۴- متاستاز به دنبال هر نوع GTD ممکن است رخ دهد اما بعد از حاملگی‌های غیرمولار شایع‌تر بوده و بیشتر در ریه و واژن اتفاق می‌افتد.
  - ۵- شیمی درمانی تک دارویی، نرخ بهبودی بالایی در GTN غیرمتاستاتیک و متاستاتیک کم خطر دارد.
  - ۶- GTN پرخطر، به شیمی درمانی ترکیبی اولیه، جراحی برای کنترل عوارض بیماری و محل‌های مقاوم به دارو و ندرتاً پرتودرمانی نیاز دارد.
  - ۷- بعد از دستیابی به بهبودی (remission) با شیمی درمانی، بیماران می‌توانند امیدوار به توانایی تولیدمثل طبیعی در آینده باشند.
- بیماری تروفوبلاستیک بارداری (GTD) اصطلاحی است که برای توصیف گروه ناهمگونی از ضایعات مرتبط به هم استفاده می‌شود که از تکثیر غیرطبیعی تروفوبلاست‌های جفت به وجود می‌آیند. ضایعات GTD از نظر بافت‌شناسی متمایز هستند و می‌توانند خوش‌خیم یا بدخیم باشند. ضایعات خوش‌خیم،



شامل مول هیداتیفورم کامل و ناقص می‌باشد در حالی که ضایعات بدخیم شامل مول مهاجم، تومور تروفوبلاستیک محل جفت (PSTT)، تومور تروفوبلاستیک اپی تلیوئید (ETT) و کوریوکارسینوما هستند. این زیرمجموعه از ضایعات بدخیم که تمایلات متغیری از نظر تهاجم موضعی و متاستاز دارند، به عنوان نئوپلازی تروفوبلاستیک بارداری (GTN) نامیده می‌شوند. GTN ها از جمله تومورهای نادر انسانی می‌باشد که حتی در صورت انتشار گسترده، قابل درمان هستند. اگرچه GTN ها معمولاً به دنبال حاملگی مولار اتفاق می‌افتند، ولی می‌توانند پس از هر رویداد بارداری، شامل سقط القایی یا خودبه‌خود، حاملگی خارج از رحمی یا حاملگی ترم رخ دهند.

## مول هیداتیفورم

### - اپیدمیولوژی

میزان بروز حاملگی مولار در ژاپن (۲ مورد در هر ۱۰۰۰ حاملگی) حدود سه برابر بیشتر از میزان بروز آن در آمریکای شمالی یا اروپا (حدود ۱/۱ تا ۰/۶ در هر ۱۰۰۰ حاملگی) می‌باشد. در تایوان، از هر ۱۲۵ حاملگی، ۱ مورد حاملگی مولار است، در حالی که در ایالات متحده این میزان، ۱ مورد در هر ۱۵۰۰ تولد زنده است. میزان بروز مول هیداتیفورم کامل و ناقص در ایرلند، با بررسی تمام محصولات حاملگی در سقط‌های سه ماه اول و دوم، مورد مطالعه قرار گرفت. بر اساس بررسی پاتولوژیک کامل، میزان بروز مول هیداتیفورم کامل و ناقص به ترتیب ۱ مورد در هر ۱۹۴۵ حاملگی و ۱ مورد در هر ۶۹۵ حاملگی بوده است.

در حالی که تغییرات در بروز حاملگی مولار در سراسر جهان ممکن است تا حدی ناشی از گزارش داده‌های مبتنی بر جمعیت در مقایسه با داده‌های بیمارستانی باشد، تعدادی از مطالعات نشان می‌دهند که میزان بروز بالای حاملگی مولار در برخی جمعیت‌ها را می‌توان به عوامل اجتماعی - اقتصادی و تغذیه نسبت داد. کاهش بروز حاملگی مولار در کره جنونی به افزایش رژیم غذایی غربی و بهبود استاندارد زندگی نسبت داده می‌شود. مطالعات مورد - شاهی در ایتالیا و ایالات متحده، حاکی از افزایش میزان مول کامل در رابطه با کاهش مصرف کاروتن (پیش‌ساز ویتامین A) و چربی حیوانی می‌باشد.

سن مادر و سابقه تولیدمثلی او بر میزان حاملگی مولار مؤثر است. خطر ابتلا به حاملگی مولار کامل در زنان بالای ۴۰ سال، ۲-۱۰ برابر بیشتر است، در حالی که از هر سه بارداری در زنان بالای ۵۰ سال،

سرطان زنان را تشکیل می‌دهد و بعد از ریه شایع‌ترین علت مرگ ناشی از سرطان در زنان محسوب می‌شود. بالاترین میزان بروز را در میان همه سرطان‌ها داشته ولی میزان مرگ و میر رو به کاهش داشته است. توانایی تومور برای متاستاز به لنف نود ناحیه‌ای نشان دهنده‌ای توانایی تومور برای متاستاز به نواحی دوردست نیست و بیماران ممکن است حتی در حضور بیماری قابل لمس اگزایلا هم قابل درمان باشند.

عوامل مستعد کننده کنسر برست شامل سن که با افزایش سن خطر کنسر برست افزایش می‌یابد و ریسک در خانم‌های جوان‌تر از ۵۰ سال کمتر از ۲٪ است. سابقه فامیلی یک فاکتور اثبات شده در ابتلا به کنسر برست است افرادی که خویشاوندان درجه اول آن‌ها مبتلا به کنسر برست هستند در معرض دو برابری افزایش خطر نسبت به جمعیت جنرال هستند. سایر ریسک فاکتورهای فامیلیال شامل ابتلای چندین نفر از اعضای یک خانواده، ابتلای زودرس در اعضای خانواده، دوطرفه بودن، کنسر برست در مردان خانواده. به صورت تجمعی تا سن ۷۰ سال حدود ۵۷٪ برای BRCA1 و ۴۹٪ برای BRCA2 است.

جدول ۴۲-۱ گایدلاین NCCN جهت ارزیابی ژنتیکی در مورد کنسر برست یا تخمدان. جهش BRCA1 با افزایش خطر سرطان تخمدان و پروستات و جهش BRCA2، افزایش خطر سرطان تخمدان، کنسر برست در مردان، پروستات، پانکراس، معده، کولون و ملانوما همراه است. در حال حاضر جراحی پروفیلاکتیک ماستکتومی و اوفورکتومی از وقوع سرطان جدید جلوگیری می‌کند و گاهی میزان بقا را افزایش می‌دهد. در مطالعه روی افراد مبتلا به جهش BRCA انجام ماستکتومی با هدف کاهش خطر، کاهش خطر ابتلا به سرطان پستان همراه بوده و انجام BSO پروفیلاکتیک هم با کاهش خطر سرطان پستان و تخمدان و کاهش مرگ و میر مرتبط با آن‌ها همراه بوده است.



عوامل تولید و هورمونی: هر چه دوران تولیدمثل طولانی تر باشد خطر افزایش می یابد. منارک زودرس، نولی گراویدیتی، اولین حاملگی در سنین بالا با افزایش خطر سرطان پستان همراه است. با این وجود زنانی که اصلاً حامله نشده اند بیشتر از زنان مولتی پار در معرض خطر هستند. شیردهی میزان بروز کانسر را در زیرگروهی از بیماران که مجموع ماه های شیردهی آنها بالای ۱۲ ماه است و زیرگروهی از کانسره های قبل از منوپوز تحت تأثیر قرار می دهد.

بی نظمی قاعدگی و طول خونریزی قاعدگی با سرطان پستان ارتباط واضحی ندارد. یائسگی زودرس، مولتی پاریته، اولین حاملگی در سنین پایین تر با کاهش خطر سرطان پستان همراه است.

یائسگی مصنوعی یا BSO بیشتر از یائسگی طبیعی زودرس خطر سرطان پستان را کاهش می دهد.

\* OCP باعث افزایش خطر میزان کم ولی معنی دار از لحاظ آماری می شود.

HRT احتمال ابتلا به سرطان پستان را افزایش می دهد ولی مصرف استروژن به تنهایی با ریسک همراه است.

سابقه سرطان پستان: خطر ایجاد سرطان در پستان مقابل ۵۰ درصد از جمعیت جنرال بیشتر است و حدود ۰/۴٪ در سال است. میزان دوطرفه بودن سرطان در کارسینوم لبولی بیشتر از مجرای است. سابقه کانسر اندومتر، تخمدان یا کولون و همچنین سابقه پرتودرمانی برای لنفوم هوچکین حتی در بیماران BRCA منفی با افزایش خطر سرطان پستان همراه است.

### تشخیص:

۵۰-۱۰ درصد کانسرها که با ماموگرافی تشخیص داده می شوند قابل لمس نیستند در حالی که معاینه فیزیکی ۲۰-۱۰ درصد کانسرهایی که در تصویربرداری دیده نمی شود را شناسایی می کند. شایع ترین محل ایجاد سرطان پستان، ربع فوقانی خارجی پستان است. روش های غربالگری استاندارد یعنی ماموگرافی و معاینه فیزیکی مکمل هم هستند. یک درصد سرطان متاستاتیک پستان به صورت توده زیر بغل و غیاب بدخیمی آشکار است.

تقریباً ۵۰-۱۰ درصد سرطان های پستان در ماموگرافی کشف می شوند قابل لمس نیستند در حالی که با معاینه فیزیکی ۲۰-۱۰ درصد سرطان هایی که در ماموگرافی دیده نمی شوند کشف می گردند. هدف