

عوامل خطر مرتبط با شیوع توده های تخدمانی در زنان استان ایلام طی سال های ۱۳۸۶-۸۸

^۱ رضا احمدی^۱، هادی پیمان^۲، منیره یعقوبی^۲، جواهر خواجهی خان^۲، مسعود یاسمی^۲، محمد رسول یاسمی^۲، لیدا بی مانند^۲، کریم همتی^{}^۳

- (۱) گروه پاتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
- (۲) کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
- (۳) گروه بیهودشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۱/۲۸

تاریخ دریافت: ۹۳/۴/۹

چکیده

مقدمه: سلطان تخدمان ششمین سلطان شایع جهان است. عوامل خطر متعددی از جمله سن، شروع زودرس قاعده‌گی، تغیر در پائسگی، سابقه نازایی، چاقی و نولی پاریتی برای سلطان تخدمان مطرح شده اند. در این مطالعه شیوع عوامل خطر مرتبط با توده های تخدمانی مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی-مقطعي، کلیه پرونده های زنان مبتلا به توده های تخدمانی مراجعت کننده به مراکز پاتولوژی استان ایلام، در سال های ۱۳۸۶-۸۸ به صورت سرشماری (n=۷۰) مورد بررسی قرار گرفت. ابزار گردآوری داده ها یک چک لیست بود که از طریق مصاحبه تلفنی تکمیل گردید. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS vol.16 و آزمون کای اسکوئر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته های پژوهش: میانگین سنی نمونه های مورد مطالعه $34/60 \pm 13/63$ سال و بیش از دو سوم نمونه ها ($70/2$ درصد) اضافه وزن و چاقی داشتند. بیشترین فراوانی توده های تشخیص داده شده به ترتیب کیست های تخدمانی ($28/5$ درصد)، موسینوس سیست آدنوما ($21/4$ درصد)، تراتوم کیستیک خوش خیم ($18/5$ درصد) و سروز سیست آدنوما ($15/7$ درصد) بودند. $6/2$ درصد زنان مورد مطالعه به توده های بدخیم مبتلا بودند. ارتباط معنی داری بین سن شروع اولین قاعده‌گی، مصرف قرص های ضد بارداری خوارکی (OCP) و داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی (NSAIDs) با نوع توده های تخدمانی وجود داشت (به ترتیب: $P<0.006$, $P<0.008$).

بحث و نتیجه گیری: کیست های تخدمانی و موسینوس سیست آدنوما شایع ترین توده های تشخیص داده شده بودند. عواملی چون مصرف OCP و NSAIDs، سن منارک بیشتر از ۱۳ سال و پایین بودن شاخص توده بدنی (BMI) باعث کاهش خطر ابتلاء به توده های تخدمانی می شوند.

واژه های کلیدی: توده های تخدمان، زنان، شیوع، ایلام

*نویسنده مسئول: گروه بیهودشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

Email: khematy@gmail.com

مقدمه

سرطان تخدمان با فرآیندهای التهابی از قبیل بیماری التهابی لگن و اندومنتریوز همراه می باشد و به نظر می رسد که مصرف داروهای خدالتهابی غیراستروئیدی(NSAIDs) به علت اثرات اثبات شده آن ها به عنوان عامل ضد سرطان قوی، باعث کاهش خطر سرطان تخدمان شوند(۷). مصرف فرصه های ضد بارداری(OCP)، شیردهی، هیسترتکتومی و عمل جراحی بستن لوله ها(TL) نیز از عواملی هستند که باعث کاهش خطر سرطان تخدمان می شوند(۵).

در مطالعاتی که روی مقایسه عوامل خطر سرطان تخدمان در بین زنان آفریقایی و آمریکایی تبار در آمریکا انجام شده، عمل جراحی TL و سابقه خانوادگی مشبت سرطان پستان و تخدمان همراهی بیشتری با خطر ابتلاء به سرطان تخدمان در این نژاد و از طرفی سن پایین مnarک فقط در زنان سفیدپوست به عنوان یک عامل خطر مطرح گردیده بود(۸). در مطالعه یوسفی و همکاران شیوع تومورهای بینایی تخدمان ۱۶/۰ درصد گزارش گردید که شایع ترین نوع آن ها از نظر آسیب شناسی موسینوس سیست آدنوم(۷۱/۳) درصد) بود(۹). در مطالعه دیگری که توسط نجفی و همکاران در شیراز انجام شده است تا هل، سن اولین قاعده‌گی، متاستاز، سقط، سابقه شیردهی و حاملگی با شانس مرگ در ارتباط بودند. در این مطالعه میزان بقای بیماران ۸۶/۱۴ ماه گزارش گردید(۱۰).

اپیدمیولوژی توده های تخدمان در هر منطقه با توجه به نژاد و عوامل محیطی و تغذیه ای آن منطقه متغیر است و بدین منظور بایستی مطالعات منطقه ای برای بررسی اپیدمیولوژی توده های تخدمان و عوامل موثر بر آن در هر منطقه مورد توجه ویژه قرار گیرد. انجام مطالعات اپیدمیولوژیک در این زمینه می تواند زمینه ای برای انجام مطالعات مداخله ای باشد. با توجه به این که تاکنون مطالعه مشابهی در این زمینه در استان ایلام صورت نگرفته است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع عوامل خطر مرتبط با توده های تخدمانی در زنان مبتلا به توده های تخدمانی در استان ایلام در فاصله سال های ۱۳۸۶-۸۸ صورت گرفته است.

سرطان تخدمان ششمین سرطان شایع جهان و دومین سرطان شایع دستگاه تناسلی است که سالانه ۲۰۰/۰۰۰ مورد جدید از این سرطان تشخیص داده می شود و به این دلیل که در ۷۵ درصد موارد در مراحل آخر بیماری تشخیص داده می شود کشنده ترین سرطان ژنیکولوژی در دو دهه اول زندگی است(۱). با این حال هنوز درمان موثر در مراحل اولیه بیماری امکان پذیر است به طوری که بیش از ۹۰ درصد بیماران در مرحله اول بیماری قابل درمان هستند(۲). از این رو تشخیص زودرس این بیماری و درمان به موقع آن می تواند ابتلاء به سرطان تخدمان را کاهش دهد(۳).

سرطان های تخدمان بر اساس منشاء سلولی به سه دسته اپی تلیوم سطحی، استرومایی و ژرم سل طبقه بندی می گردند. نوع اپی تلیالی که شایع ترین نوع تومورهای تخدمان می باشد، خود به زیر مجموعه های خوش خیم، حد واسط یا مرزی و نوع مهاجم تقسیم می شود(۴). از آن جا که سرطان تخدمان در میان دیگر حیوانات نادر است و به دلیل کمبود مدل های آزمایشگاهی، اکثر مطالعاتی که در خصوص این سرطان صورت می گیرد بر روی فاکتورهای اپیدمیولوژیکی و ژنتیکی بیماری متمرکز شده اند.

عوامل خطر متعددی برای سرطان تخدمان
مطرح شده اند از جمله سن، شروع زودرس قاعده‌گی(سن کمتر از ۱۲ سال)، تأخیر در یائسگی، سابقه نازایی و مصرف داروهای نازایی، چاقی، درمان جایگزینی هورمون(HRT) و تعداد حاملگی ها می باشند(۵). سابقه خانوادگی خطر سرطان تخدمان را ۱۰ برابر بیشتر می کند. نولی پاریتی از دیگر عوامل خطر این بدخیمی می باشد، به طوری که خطر سرطان تخدمان با هر حاملگی ۱۰ درصد کاهش می یابد. چاقی به عنوان یک عامل خطر و موثر بر پیش آگهی سرطان های وابسته به هورمون های استروئیدی(پستان و اندومنتر) می باشد و این احتمال وجود دارد که بر روی سرطان تخدمان نیز موثر باشد. پژوهش های اخیر نشان می دهد که خطر مرگ و میر سرطان تخدمان با افزایش BMI بالا می رود(۶).

محاسبه گردید و مقادیر بیشتر از 25 kg/m^2 به عنوان اضافه وزن و بیشتر از 30 kg به عنوان چاقی در نظر گرفته می‌شد. داده‌های استخراج شده با نرم افزار SPSS vol.16 و آزمون آماری کای اسکوئر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. مقادیر کمتر از 0.05 به عنوان سطح معنی داری قابل قبول در نظر گرفته شد.

یافته‌های پژوهش

در مجموع برای ۷۰ بیمار پرسش نامه از طریق تماس تلفنی تکمیل گردید. میانگین سنی نمونه‌های مورد مطالعه 34.6 ± 13.6 سال و اکثربت بیماران ($85/2$ درصد) متاهل بودند. در این مطالعه تنها یک مورد فوت توسط خانواده‌ها به پژوهشگر گزارش گردید.

نمودار شماره ۱ سابقه فعالیت‌های ورزشی، کم تحرکی، مصرف داروهای ضدبارداری، مصرف NSAIDs و نازایی را در بیماران نشان می‌دهد. درصد کمی از نمونه‌های مورد مطالعه $3/7$ درصد سابقه بیماری‌های قلبی و عروقی، دیابت، چربی خون بالا، میگرن، بیماری‌های اعصاب و مشکلات ادراری تناسلی را ذکر نمودند. در حالی که $22/4$ درصد و $7/7$ درصد آنان به ترتیب سابقه بیماری‌های گوارشی و سرطان سینه را در خانواده خود گزارش نمودند. اما هیچ گونه سابقه‌ای از سرطان تخمدان و کولون گزارش نگردید. میانگین شاخص توده بدن BMI در نمونه‌های مورد مطالعه $27.76 \pm 5.65 \text{ kg/m}^2$ بود. بیش از دو سوم نمونه‌ها $70/2$ درصد به اضافه وزن یا چاقی مبتلا بودند و فقط 20 درصد آنان BMI نرمال داشتند و 8 درصد آنان BMI کمتر از 19 داشتند.

بیشترین توده‌های تشخیص داده شده به ترتیب کیست‌های تخمدانی $28/5$ درصد، موسینووس سیست آدنوما $21/4$ درصد و تراتوم کیستیک خوش خیم درصد و سروز سیست آدنوما $15/7$ درصد بودند و شیوع توده‌های بدخیم $6/2$ درصد گزارش گردید. کسانی که سن قاعده‌گی آن‌ها کمتر از 13 بود نسبت به کسانی که بیشتر از 13 سال بوده $1/6$ برابر بیشتر به انواع توده‌های تخمدانی مبتلا بودند (OR: 1.6, 95% CI: 1.1-2.7) که از این لحاظ در خصوص ابتلاء به کیست (۱) به (۱) با هم برابر بوده ولی در خصوص موسینووس سیست

مواد و روش‌ها

در این پژوهش توصیفی-مقطعي، ابتدا پرونده کلیه زنانی که جهت تشخیص توده‌های تخمدان به مراکز پاتولوژی استان ایلام (بیمارستان امام خمینی (ره) ۱۳۸۶-۱۳۸۸ و قائم شهرستان ایلام) طی سال‌های مراجعه نموده بودند، مورد بررسی قرار گرفت. در مجموع ۷۰ بیمار مبتلا به توده‌های تخمدانی شناسایي گردید که همگی آنان به روش سرشماری مورد مطالعه قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده‌ها در مرحله اول یک چک لیست بود که با استفاده از آن داده‌های اولیه از پرونده بیماران استخراج گردید. در این مرحله داده‌هایی هم چون سن، گزارش پاتولوژی، سال تشخیص، پزشک معالج و شماره تلفن تماس استخراج می‌گردید. در مرحله بعدی پس از هماهنگی‌های اولیه با پزشک بیماران و مسئولان بهداشتی با بیماران تماس حاصل گردید. در ابتدا پژوهشگر ضمن معرفی خود به عنوان محقق، توضیحاتی را در خصوص مطالعه ارائه می‌نمود. بیماران و خانواده ایشان پس از کسب آگاهی‌های لازم رضایت خود را جهت حضور در مطالعه اعلام داشتند. قبل از شروع مصاحبه پژوهشگر اطمینان لازم در خصوص محترمانه ماندن اطلاعات بیمار، به بیمار و خانواده ایشان ارائه می‌داد. در نهایت گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه تلفنی در سه ماهه اول سال ۱۳۸۹ صورت پذیرفت.

چک لیست مورد استفاده در مصاحبه شامل دو قسمت بود: بخش اول شامل سوالاتی در خصوص اطلاعات دموگرافیک (سن، وزن، قد، محل سکونت، شغل، وضعیت تاہل، سن اولین قاعدگی، سن ازدواج، سن اولین حاملگی، سن یائسگی و تعداد موارد حاملگی) و بخش دوم شامل اطلاعات بالینی (سابقه بیماری‌های مزمن، مصرف قرص‌های ضد بارداری (OCP)، سابقه خانوادگی سرطان تخمدان، آندومتر روده و پستان در خانواده و خود بیمار) بود. در ضمن سوالاتی نیز در خصوص الگوی زندگی و میزان فعالیت بیماران از آنان پرسیده می‌شد. اطلاعات مربوط به پاتولوژی بیماران از پرونده آنان جمع آوری گردید. شاخص توده بدنی (BMI) از طریق تقسیم وزن بر مجدور قد

نسبت ابتلاء به تراتوم کیستیک خوش خیم در خانم هایی که OCP مصرف می کردند ۳ برابر کمتر از آن هایی بود که OCP مصرف نمی کردند در حالی که تفاوتی بین مصرف NSAIDs و ابتلاء به تراتوم کیستیک خوش خیم وجود نداشت($P<0.008$). در خصوص ابتلاء به سروز سیست آدنوما و مصرف NSAIDs و OCP نسبت تقریباً مشابه ۵ به ۱ و ۶ به ۱ به دست آمد.

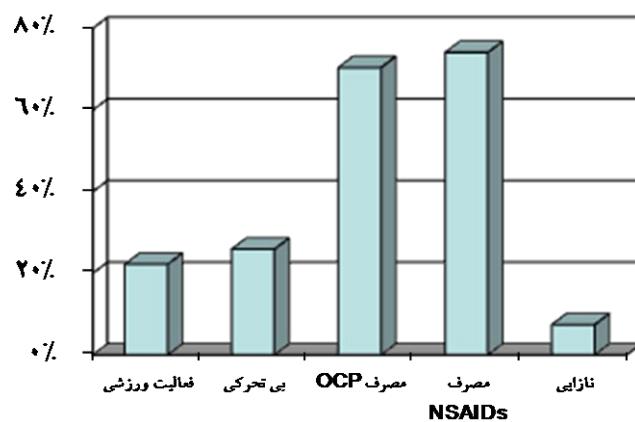
در این مطالعه بین تعداد زایمان ها و شیردهی با شیوع توده های تخدمان رابطه معنی داری پیدا مشاهده نشد، اما بین گروه های سنی و ابتلاء به توده های تخدمانی رابطه معنی داری وجود داشت($P<0.001$).

آدنوما دارای نسبت ۳ به ۱، سروز سیست آدنوما ۳ به ۱ و از نظر سیست تراتومای مچور دارای نسبت ۲ به ۱ بودند اما از نظر آماری معنی دار نبود($P=0.08$).

در مجموع ۷۴/۱ درصد و ۷۰/۴ درصد نمونه های مورد مطالعه به ترتیب سابقه مصرف NSAIDs و OCP داشتند. افرادی که NSAIDs مصرف می کردند ۴ برابر کمتر به موسینوس سیست آدنوما مبتلا بودند در حالی که این نسبت در کسانی که OCP مصرف می کردند ۳ برابر کمتر بود. نسبت کیست ساده در افرادی که NSAIDs مصرف می کردند در مقایسه با سایرین ۲/۳ برابر کمتر بود در حالی که این نسبت در نمونه های OCP مصرف می کردند در مقایسه با افرادی که OCP مصرف نمی کردند ۱/۵ برابر کمتر بود.

جدول شماره ۱. میانگین و انحراف معیار سن، تعداد حاملگی، سن منارک، سن ازدواج و تعداد سال های شیردهی نمونه های مورد مطالعه و ارتباط آن ها با نوع توده های تخدمانی

P	انحراف معیار	میانگین	
.۰۰۰	۱۳/۶۳	۳۴/۶۰	سن
.۰۰۹	۵/۷۶	۱۹/۹۰	سن ازدواج
.۰۳۲	۲/۸۰	۳/۴۳	تعداد حاملگی
.۰۴۰	۲/۷۷	۳/۲۱	تعداد زایمان
.۰۰۰۸	۱/۴۷	۱۳/۰۹	سن منارک
.۰۲۷	۰/۵۹	۱/۲۵	طول مدت شیردهی(سال)



نمودار شماره ۱. وضعیت عوامل خطر افراد مبتلا به توده های تخدمانی در استان ایلام طی سال های ۱۳۸۶-۱۳۸۸

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع عوامل خطر مرتبط با توده های تخدمانی در زنان مبتلا به توده های تخدمانی در استان ایلام انجام شده است. بر اساس نتایج این مطالعه شایع ترین توده های تشخیص داده شده به ترتیب کیست های تخدمانی، موسینوس سیست آدنوما، تراتوم کیستیک خوش خیم، سروز سیست آدنوما و توده های بد خیم بودند. مصرف داروهای NSAIDs و OCP، سن منارک و شاخص توده بدنی مهم ترین عوامل مرتبط به شیوع توده های تخدمانی بودند.

طی سال های اخیر این فرضیه که التهاب مزمن در پیشرفت سلطان های کولون، پانکراس و پستان و احتمالاً تخدمان نقش داشته باشد مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است؛ تخمک گذاری های مکرر در بافت اپی تلیال تخدمان یک فاکتور مستعد کننده برای شروع سلطان تخدمان است. از این رو التهاب اپی تلیال تخدمان وابسته به حوادث تخمک گذاری است که موجب افزایش سیتوکین های التهابی و نیتریک اکساید در مکان تخمک گذاری می شود و آن را در ایجاد پاتوژن تومور تخدمان موثر دانسته اند(۱۱). به نظر می رسد مصرف داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی با کاهش التهاب و واژودیلاتاسیون و بازسازی بافتی باعث کاهش خطر ابتلاء به سلطان تخدمان شوند(۱۲). هم چنین عواملی که با دوره های تخمک گذاری کمتر و در نتیجه پارگی کمتر بافت اپی تلیال تخدمان همراه باشد مثل مصرف OCP، افزایش تعداد زایمان ها و دوره های طولانی شیردهی می توانند باعث کاهش خطر سلطان تخدمان گردند(۱۱). هر چند که برخی مطالعات قادر به اثبات اثرات محافظت کننده NSAIDs بر روی سلطان تخدمان نبوده اند(۱۳،۹). با این حال اکثر مطالعاتی که رابطه بین مصرف NSAIDs و سلطان اپی تلیالی تخدمان را تحت مطالعه قرار داده اند به این نتیجه رسیده اند که مصرف حداقل یک روز در هفتة این داروها حداقل به مدت شش ماه باعث کاهش خطر سلطان اپی تلیالی تخدمان می شود(۱۴،۱۵). برخی مطالعات نیز کاهش خطر سلطان اپی تلیالی تخدمان را تنها با

برخی NSAIDs گزارش کرده اند(۷). در مطالعه ورنلی و همکاران (۱۲)، ۳۰ درصد کاهش خطر سلطان تخدمان در مصرف NSAIDs گزارش شده، هم چنین در این مطالعه پاریته پایین و عدم مصرف OCP به عنوان عوامل خطر سلطان تخدمان اپی تلیالی معرفی شده اند. در این مطالعه نیز همانند سایر مطالعات انجام شده شیوع کمتر توده های اپی تلیالی تخدمان در بین مصرف کنندگان NSAIDs مشاهده شد به طوری که بین مصرف این داروها با شیوع سیست موسینوس آدنوما و سروسیت سیست آدنوما رابطه معکوس گزارش شد. هم چنین در این مطالعه شیوع سروسیت سیست آدنوما در بین افرادی که OCP یا NSAIDs مصرف می کردند نسبت به آن هایی که OCP یا NSAIDs مصرف نمی کردند کمتر بود.

در مطالعه ورنلی و همکاران (۱۲) کاهش خطر سلطان در مصرف کنندگان NSAIDs که قرص های جلوگیری از حاملگی (OCP) مصرف نمی کردند گزارش شد اما در مورد مصرف هم زمان NSAIDs با OCP چنین کاهش خطری گزارش نشد. هم چنین کاهش خطر سلطان با مصرف NSAIDs در بین زنان نولی پار دیده شد در حالی که در بین زنان مولتی پار چنین کاهشی مشاهده نشد. در مطالعه کرامر و همکاران استفاده از OCP باعث کاهش خطر سلطان فقط در زنان سنین ۴۰-۵۹ سال یا زنانی که مصرف مداوم و بدون وقفه حداقل ۱۰ سال OCP داشتند گزارش شد اما برای گروه سنی زیر چهل سال چنین کاهش خطری یافت نشد(۶). در مطالعه حاضر شیوع کمتر سلطان اپی تلیالی تخدمان در بین مصرف کنندگان NSAIDs و OCP نسبت به دیگران یافت شد اما تایید این رابطه نیازمند بررسی های بیشتر و مطالعات مورد-شاهدی است که رابطه بین مطالعات مصرف NSAIDs و OCP و یا مصرف توازن آن ها را با خطر سلطان تخدمان مورد ارزیابی قرار دهد از طرفی با توجه به میانگین سنی پایین بیماران در این مطالعه و این که اکثر بیماران مورد مطالعه متاهل بوده و به عنوان روش ارجح پیشگیری از OCP استفاده می کنند، باید اثرات این موارد بر روی مطالعه مدنظر قرار گیرد. در مطالعه ای که در ایران انجام شده نیز مصرف

تخدمان رابطه معنی داری پیدا نشد که این مسئله نیز نیازمند تحقیقات بیشتر است. از جمله محدودیت های مطالعه حاضر عدم همکاری برخی از نمونه های پژوهشی بود که حاضر به مصاحبه تلفنی نبودند. در این موارد پژوهشگر با ارائه توضیحات بیشتر و دقیق تر توانست اعتماد آنان را جلب نماید. در نهایت از کلیه نمونه ها مصاحبه تلفنی به عمل آمد.

مطالعاتی که در ایران انجام شده عواملی چون مصرف OCP، کاهش میزان مصرف چربی را به عنوان عوامل کاهش دهنده خطر سرطان تخدمان و نازایی را به عنوان عامل خطر مهم برای پیشرفت این سرطان معرفی کرده اند(۲۴). در این مطالعه نیز همانند سایر مطالعات انجام شده عواملی چون مصرف NSAIDs و OCP عوامل کاهش دهنده خطر توده های تخدمان بوده و سن پایین منارک و BMI بالا به عنوان سایر عوامل خطر مرتبط با سرطان های تخدمان در این استان مطرح می باشند. اما با توجه به الگوی زندگی، کم تحرکی و عدم فعالیت های ورزشی بین زنان خانه دار و نوع تعذیه مردم این منطقه(پرچرب و پرکالری) انجام مطالعات مورد- شاهدی و کوهورت به منظور شناسایی عوامل خطر برای شروع و پیشرفت سرطان تخدمان در استان ایلام پیشنهاد می گردد. هم چنین انجام مطالعاتی که رابطه بین مصرف NSAIDs و OCP و یا مصرف توام آن ها را با خطر سرطان تخدمان و هم چنین رابطه بین چاقی، بی تحرکی و رژیم غذایی را با سرطان تخدمان را مورد ارزیابی قرار دهد؛ ضروری به نظر می رسد. بدیهی است انجام این مطالعات می تواند به تشخیص عوامل خطر موثر بر این سرطان و در نتیجه شناسایی روش های تشخیصی زودرس، غربالگری موثر و تدوین برنامه های آموزشی مرتبط کمک نماید.

OCP و کاهش میزان مصرف چربی به عنوان عوامل موثر در کاهش میزان تومور تخدمان در ایران نسبت به سایر کشورهای با شیوع بالا(استرالیا و سایر کشورهای توسعه یافته) عنوان شده اند(۱۷).

در این مطالعه همانند سایر مطالعات(۱۸،۱۲) سن منارک زودرس به عنوان عاملی برای افزایش خطر ابتلاء به توده های تخدمانی گزارش شد به طوری که توده های تخدمانی در افراد با سن شروع قاعدگی کمتر از ۱۳ سال، ۱/۶ برابر بیشتر از سایرین گزارش گردید. در مطالعه احمدی و برآزنه اصل میانگین سن منارک ۱۳/۸ سال بود که ۸/۰ سال بیشتر از مطالعه حاضر بود(۱۹). بروز سرطان تخدمان در میان کشورهای غربی نسبت به کشورهای آسیای جنوب شرقی و آفریقایی ده برابر بیشتر است که یکی از دلایل عده آن جدا از مسائل نژادی، الگوی زندگی، کم تحرکی، چاقی و افزایش وزن است(۲۰). با توجه به این که چاقی و مقاومت به انسولین به عنوان عامل خطر برای سرطان تخدمان که یک سرطان وابسته به هورمون های استروئیدی است مطرح می باشد، مطالعاتی برای بررسی اثرات BMI بر توده های تخدمانی از جمله Mطالعاتی در چین(۲۲،۲۱) که ارتباط بین چاقی و BMI بالا را با افزایش خطر سرطان تخدمان و افزایش مرگ و میر پس از آن را گزارش نمودند. هم چنین در مطالعه انگلند و همکاران نیز گزارش شد که BMI بالا در سنین جوانی با افزایش خطر سرطان تخدمان همراه است(۲۳). در مطالعه حاضر نیز اکثر زنان مبتلا به توده های تخدمانی به اضافه وزن یا چاقی مبتلا بودند. زنان با حاملگی های متعدد و شیردهی زیاد در مقایسه با زنانی که هرگز بارداری را تجربه نکرده اند کمتر به سرطان تخدمان مبتلا می شوند(۲۱،۱۶) اما در این مطالعه بین تعداد زایمان ها و شیردهی با سرطان

References

- 1.Gerd H.C, Rikke C, Gerda E, Kruger K.S. Survival of ovarian cancer patients in Denmark excess mortality risk analysis of five year relative survival in the period 1978-2002.*Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87:1353-60.
2. Bast RC JR. Status of tumor markers in ovarian cancer screening. *J Clin Oncol*2003;21:2000-5.
3. Teneriello MG, Park RC. Early detection of ovarian cancer. *CA Cancer J Clin*1995; 45:71-87.
4. Modungo F, Ness R.B, Wheeler J.E. Reproductive risk factors for epithelial ovarian cancer according to histologic type and invasiveness. *Ann Epidemiol*2001;11:568-74.
5. Hankinson SE, Hunter DJ, Colditz GA, Willett WC, Stampfer MJ, Rosner B, et al. Tubal ligation, hysterectomy and risk of ovarian cancer a prospective study. *JAMA*1993; 270:2813-8.
6. Modesitt SC, Van Nagell JR, Jr. The impact of obesity on the incidence and treatment of gynecologic cancers a review. *Obstet Gynecol* 2005; 60:683-92.
- 7.Cramer D, Harlow B, Titus-Ernstoff L, BohikeK, Welch W , Greenberg E. Over the counter analgesics and risk of ovarian cancer. *Lancet*1998; 351:104-107.
8. Moorman PG, Palmieri RT, Akushevich L, Berchunck A, Schildkraut JM. Ovarian cancer risk factors in African-American women. *Am J epidemiol*2009;170:598-606.
9. Yousefi Z, Ayati S, Homae F, Shakeri MT. Frequency of ovarian intermediate tumors, some risk factors and approach to treatment. *J Fertil Infertil* 2007;11:38-44.
10. Najafi ZH, Rivaz M, Shokrollahi P, Shamsnia Mj. [Survival rate of women with ovarian cancer in Fars province, Iran]. *J Hormozgan Med* 2012; 16: 459-65.(Percian)
11. Fairfield KM, Hunter DJ, Fuchs CS, Colditz GA, Hankinson SE. Aspirin, other NSAIDs and ovarian cancer risk (United States). *Cancer Causes control* J 2002;13:535-42.
12. Wernli KJ, Newcomb PA, Hampton JM, Trentham-Dietz A, Egan KM. Inverse association of NSAID use and ovarian cancer in relation to oral contraceptive use and parity. *Br J Cancer* 2008;98:1781-3.
13. Hannibal CG, Rossing MA, Wriklund KG, Cushing haugen KL. Analgesic drug use and risk of epithelial ovarian cancer. *Am J Epidemiol* 2008; 167:1430-7.
14. Schildkraut, Joellen M, Moorman, Patricia G, Halabi, S, Calingaert, B, Marks Jeffrey R, Berchuck A. Analgesic drug use and risk of ovarian cancer. *Epidemiol J* 2006; 17: 104-7.
15. Rosenberg L, Palmer JR, Rao RS, Coogan PF, Strom BL, Zauber AG, et al. A case control study of analgesic use and ovarian cancer. *Cancer Epidemiol Biomark Prev*2000;9: 933-7.
16. Cramer DW, Hutchison GB, Welch WR, Scully RE, Knapp RC. Factors affecting the association of oral contraceptives and ovarian cancer. *N Engl J Med*1982; 307:1047-51.
17. Arab M, Khayamzadeh M, Tehranian A, Tabatabaeefar M, Hosseini M, Anbiaee R, et al. Incidence rate of ovarian cancer in Iran in comparison with developed countries. *Indian J Cancer*. 2010; 47:322-7.
18. Chu SM, Ming YC, Chao HC, Lai JY, Chen JC, Yung CP, et al. Ovarian tumors in the pediatric age group: 37 cases treated over an 8-year period. *Chang Gung Med J* 2010; 33:152-6.
- 19.Ahmadi R, Barazandehasl I. Relationship between individual characteristics, diet, and the occurrence of non cancerous ovarian cysts. *IJNR*2008; 2:55-64
20. Lukanova A, Toniolo P, Lundin E, Micheli E, Akhmedkhanov A, Muti P, et al. Body mass index in relation to ovarian cancer: A multi-centre nested case-control study. *Int J Cancer* 2002; 603-8.
21. Zhang M, et al. Body mass index in relation to ovarian cancer survival. *Cancer Epidemiol Bio Prev* 2005;14:1307-10.
- 22.Chen Y, et al. Risk factors for epithelial ovarian cancer in Beijing, China. *Int J Epidemiol* 1992;21: 23-9.
- 23.Engeland A, et al. body mass index, and ovarian cancer a follow-up of 1.1 million norwegian women. *JNCI J Natl Cancer Inst* 2003; 95:1244-8.
24. Yousefi Z, Homae F. The survey of risk factors and affective factors on predicting the prognosis of ovarian cancer. *J Med Council Iran* 2006; 24:279-88.



risk factors Associated with ovarian masses among women of Ilam province during 2007-2009

Ahmadi R¹, Peyman H³, yaghoubi M², khajavi khan J², Yasemi M³, Bimanand L³, Yasemi M³, Hemati K^{2*}

(Received: June 30, 2014

Accepted: February 17, 2015)

Abstract

Introduction: Ovarian cancer is the sixth common cancer in the world. Several risk factors including age, early menarche, delayed menopause, infertility, obesity and Nulliparity for ovarian cancer have already been reported. In this study, prevalence of associated risk factors with ovarian masses was assessed.

Material & methods: In this descriptive cross-sectional study, all (n=70) women's record were recruited with ovarian masses who referred to Ilam pathobiology centers during 2007-2009. The instrument for collecting data was a checklist that completed by phone interview. SPSS software was used and data were analyzed by Chi-Square test.

Findings: The mean age of patients was 34.60 ± 13.63 years and more than two-thirds (70.2%) of them were overweight

and obese. The most frequent detected masses were ovarian cysts (28.5%), mucinous cyst adenoma (21.4%), mature cyst teratoma (18.5%) and serous cyst adenoma (15.7%) respectively. 6.2% of women were affected by malignant tumor. There was a significant correlation between menarche age, using OCP and NSAIDS drugs and type of ovarian masses ($P < 0.008$ and $P < 0.006$ respectively).

Discussion & Conclusion: Ovarian cysts and Mucinins cyst adenoma were common diagnosed ovarian masses. Using OCP and NSAIDS drugs, age of menarche more than 13 years and low BMI were factors that decrease the risk of ovarian masses.

Keywords: Ovarian Masses, Women, Prevalence, Ilam

1. Dept of Pathology, Faculty of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

2. Dept of Anesthesiology, Faculty of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

3. Student Research Center, Faculty of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

* correspond Author Email: khematy@gmail.com