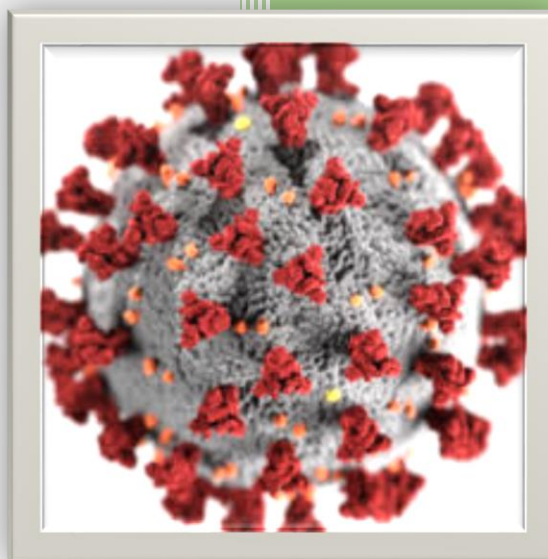


دانشگاه تربیت مدرس  
دانشکده علوم پزشکی  
معاونت پژوهشی و فناوری



## دیده‌بانی علمی بیماری کووید ۱۹



شماره بیست و پنجم:

بیماری کووید-۱۹ و سرطان‌های شایع زنان

دکتر نجمه تهرانیان، دکتر شهیده جهانیان،

دکتر لیدا مقدم‌بنائم

گروه بهداشت باروری و مامایی، دانشکده علوم پزشکی

دانشگاه تربیت مدرس

[Shahideh.Jahanian@modares.ac.ir](mailto:Shahideh.Jahanian@modares.ac.ir)

فضای مجازی آمیخته از اطلاعات علمی و شبه علمی است که ممکن است باعث سردرگمی استفاده‌کنندگان شود. هدف از این سلسله مباحث علمی، ارائه اطلاعات معتبر، دارای شناسنامه و تهیه شده توسط اساتید درباره کووید ۱۹ می‌باشد.

برای مشاهده سری کامل یادداشت‌ها به لینک زیر مراجعه فرمایید:

[HTTP://WWW.MODARES.AC.IR/~COVID](http://www.modares.ac.ir/~COVID)

۳۰ اردیبهشت ۱۳۹۹

## بیماری کووید-۱۹ و سرطان‌های شایع زنان

دکتر نجمه تهرانیان، دکتر شهیده جهانیان، دکتر لیدا مقدم‌بنائم  
گروه بهداشت باروری و مامایی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

[Shahideh.Jahanian@modares.ac.ir](mailto:Shahideh.Jahanian@modares.ac.ir)

### مقدمه

در زمان همه‌گیری بیماری کووید-۱۹، توصیه‌های جدیدی برای مدیریت جراحی بیماران مشکوک یا مبتلا به کووید-۱۹ منتشر شده است [۱]. بر اساس آن، کلیه جراحی‌های غیرضروری و خدمات سرپایی به تعویق افتاده‌اند و صرفاً موارد ضروری مانند جراحی‌های مربوط به اندیکاسیون انکولوژی می‌توانند اجرا شوند [۲ و ۳]. در این نوشتار به بررسی توصیه‌های لازم جهت پیگیری، مراقبت و درمان افراد دارای سرطان‌های شایع زنان در دوره همه‌گیری کووید-۱۹ می‌پردازیم.

### سرطان پستان [۴]

- انجام غربال‌گری سرطان پستان با استفاده از ماموگرافی و معاینات کلینیکی جهت کاهش مراجعات به مراکز درمانی باید به تعویق انداخته شود تا کادر درمانی برای کمک به بیماران کووید-۱۹ در دسترس باشند.
- روش‌های استاندارد تشخیص و مرحله‌بندی سرطان پستان باید قبل از عمل جراحی صورت گیرد، اما توصیه می‌شود از تعیین سطح مارکرها در محل غدد لنفاوی زیربغل و بیوپسی‌های پستان در مرحله‌ی پیشرفته بیماری اجتناب شود، همچنین باید انجام آزمایش‌های مرحله‌بندی قبل از درمان‌های ادجوانت به‌ویژه برای سرطان‌ها در مرحله‌ی T0-M0، N0-N1، T3 را به حداقل رسانده تا بار مراجعه به مراکز رادیولوژی کاهش یابد [۵].
- انجام جراحی می‌تواند طبق پروتکل‌های درمانی مربوط به دوران بحران جهانی ادامه یابد، اما لازم است که تیم جراحی، انجام جراحی الکتیو خود را کاهش داده تا خطر عفونت را هم برای بیماران و هم کادر مراقبتی کاهش دهند. باید در نظر داشت که بیمارانی که نیازمند شیمی‌درمانی نئوادجوانت قبل از جراحی می‌باشند، دارای سیستم‌ایمنی نسبتاً ضعیفی هستند که سبب افزایش خطر ابتلا به کووید-۱۹ در آن‌ها می‌شود.
- برای یافتن محل تومورهایی که قابل لمس نیستند می‌توان از مارکرها معمول استفاده کرد. استفاده از مواد رادیواکتیو برای تعیین محل توده در بیماران تحت درمان نئوادجوانت، توصیه نمی‌شود چراکه باعث افزایش خطر ابتلا به کووید-۱۹ می‌شود.
- انجام جراحی‌هایی که باعث کاهش خطر می‌شوند حتی در بیماران دارای موتاسیون شناخته شده باید پرهیز کرد، این اعمال جراحی می‌تواند به ماه‌های بعد از فرونشستن کووید-۱۹ موکول شود.

- از آنجایی که اثر رادیوتراپی با انجام ماستکتومی در درمان کارسینومای داکتال درجا یکی است، لذا باید بیماران را از افزایش احتمال خطر ابتلا به کووید-۱۹ در صورت مراجعات مکرر جهت انجام رادیوتراپی آگاه نمود و ماستکتومی بر جراحی کنزرواتیو ترجیح داده شود. در صورتی که بیمار نیاز به رادیوتراپی کامل سینه دارد، بهتر است رادیوتراپی را تا دو هفته بعد از جراحی کنزرواتیو سینه به تعویق انداخت. این مورد برای بیمارانی که خطر عود موضعی در آنها پایین است کاربرد دارد.
- بدون در نظر گرفتن نوع ترمیم، بازسازی پستان باید تا زمان فروکش نمودن کووید-۱۹ به تعویق افتد.

## سرطان تخمدان

بیشتر بیماران مبتلا به سرطان تخمدان نیاز به جراحی رادیکال / فوق-رادیکال دارند که ترکیبی از برداشتن چند ارگان می‌باشد. این بیماران نیاز به ارزیابی در بخش جراحی یا واحد مراقبت‌های ویژه (ICU) دارند [۶]. به دلیل شیوع بیماری کووید-۱۹، دسترسی به این بخش‌ها کاهش پیدا کرده و ارسال بیماران به نزدیک‌ترین مراکز سرطان غیرممکن شده است [۷]؛ بنابراین توصیه می‌شود که برای بیمارانی که نیاز به جراحی تهاجمی‌تری دارند، از شیمی‌درمانی کمکی جدید (NACT; Neo Adjuvant Chemotherapy) استفاده شود؛ با امید به اینکه در پایان شیمی‌درمانی اوج همه‌گیری از بین برود یا حداقل دسترسی به تخت‌های مراقبت ویژه افزایش یابد. اگرچه NACT خطر مرگ پس از جراحی و عفونت‌های جدی را کاهش می‌دهد، اما کماکان باید به آسیب‌پذیری بیمار تحت شیمی‌درمانی توجه شود [۷].

### پیام به متخصصان برای مدیریت سرطان تخمدان [۸]:

۱. به منظور ارزیابی خطر بدخیمی در توده آدنکس در افراد مشکوک به مراحل اولیه بیماری، فاکتورهای خطر در نظر گرفته و بررسی شوند.
۲. در افراد مبتلا به مرحله‌ی پیشرفته بیماری، بیوپسی بافتی به منظور تأیید بیماری تهیه گردد و روند NACT تا برطرف شدن بحران بیماری کووید-۱۹ ادامه یابد. تاریخ جراحی پس از بحران کووید-۱۹، تعیین شود.
۳. در بیمارانی که درمان با NACT را شروع کرده‌اند، ادامه برنامه درمانی تا شش سیکل (به جای سه سیکل) قبل از جراحی با فاصله زمانی و با توجه به دسترسی به منابع و اتاق عمل مؤسسه مربوطه در نظر گرفته شود.
۴. در بیمارانی که شیمی‌درمانی کمکی بر پایه پلاتین را تکمیل کرده‌اند، درمان بیشتری در نظر گرفته نمی‌شود.
۵. برای بیمارانی که جهت درمان مسافت‌های طولانی را طی می‌کنند، انجام درمان توسط آنکولوژیست محلی ترتیب داده شود.
۶. در بیمارانی که با درمان فعلی، امکان پیشرفت بیماری عودکننده وجود دارد، تصمیم‌گیری جهت شروع مجدد سیکل‌های شیمی‌درمانی باید براساس قضاوت بالینی و مزایای مورد انتظار باشد.

## سرطان اندومتر [۸].

- برای بیماران کم خطر (درجه ۱) می‌توان درمان‌های محافظه‌کارانه با گزینه‌های غیرجراحی مانند هورمون‌درمانی سیستمیک یا دستگاه‌های داخل رحمی (IUD) را در نظر گرفت.
- برای بیماران پرخطر (درجه ۲ یا ۳ و یا بافت‌شناسی پرخطر) می‌توان هیسترکتومی ساده و سالپینگوآوفورکتومی دوطرفه به‌تنهایی ± گره‌های لنفوی سنتینل، در صورت در دسترس بودن، امکان‌پذیر بودن و یا مدیریت بعد از عمل براساس فاکتورهای خطر رحم را در نظر گرفت. خطر جراحی لاپاراسکوپی در مقابل خطر لاپاراتومی در مورد پنومونی صفاقی در شرایط کووید-۱۹، باید سنجیده شود.
- برای بیماران پیشرفته به‌منظور تأیید تشخیص و ادامه‌ی روند درمان سیستماتیک، بیوپسی بافتی در نظر گرفته شود.

## سرطان دهانه رحم (سرویکس)

در مورد روند غربال‌گری در افراد دارای سرطان سرویکس و همچنین بیمارانی که به ارزیابی کولپوسکوپی برای جراحی سرپایی دستگاه تناسلی تحتانی نیاز دارند، نیاز به دستورالعمل مشخصی می‌باشد. اگرچه ارزیابی بسیاری از این بیماران می‌تواند به تعویق افتد، اما درصد قابل توجهی از آن‌ها نیاز به تماس فوری برای تأیید یا عدم تأیید تشخیص سرطان سرویکس یا سایر بدخیمی‌های دستگاه تناسلی تحتانی، دارند [۹]. به همین منظور، در مارس ۲۰۲۰ انجمن کولپوسکوپی و پاتولوژی سرویکس آمریکا (ASCCP) دستورالعمل موقتی را منتشر کرد که به اختصار ارائه می‌گردد [۵]:

- ارزیابی تشخیصی برای افرادی که تست غربال‌گری سرویکس با درجه پایین دارند، می‌تواند ۱۲-۶ ماه به تعویق افتد.
- برای افرادی که تست غربال‌گری سرویکس با درجه بالا دارند، باید تلاش‌های لازم جهت ارتباط با آن‌ها و ارزیابی تشخیصی در طی ۳ ماه برنامه‌ریزی شود.
- در افراد مبتلا به بیماری سرویکس با درجه بالا ولی بدون شک به بیماری تهاجمی، باید تلاش‌های لازم برای ارتباط با آن‌ها و ارزیابی تشخیصی در طی ۳ ماه برنامه‌ریزی شود.
- باید اولین ارتباط با افراد مشکوک به بیماری تهاجمی، در طی دو هفته انجام شود و ارزیابی -های آتی در طی دو هفته انجام پذیرد (چهار هفته بعد از اولین گزارش یا ارجاع).

در مراحل اولیه سرطان سرویکس و شرایطی که جراحی آنکولوژی مجاز است، انجام مراقبت‌های استاندارد توصیه می‌شود. با این حال، هنگامی که دسترسی به جراحی محدود است، باید توسط تصویربرداری مثل سی‌تی اسکن یا تصویربرداری PET/CT (در صورت وجود) از موضعی بودن بیماری اطمینان حاصل شود؛ در این صورت عمل جراحی می‌تواند برای یک دوره ۶-۸ هفته‌ای یا تا زمانی که بحران کووید-۱۹ خاتمه یابد، به تعویق افتد در شرایطی که بیماری میکروسکوپی است (کمتر

از ۲ سانتی متر یا بافت شناسی کم خطر)، در صورت امکان کونیزاسیون یا تراکلکتومی ± گره‌های لنفاوی سنتینل در نظر گرفته شود. در صورتی که تومور قابل رویت و بزرگ باشد، NACT انجام شود [۸].

برای کاهش مراجعه بیمار در مرحله‌ی پیشرفته-موضعی به بیمارستان، درمان هیپوفراکشن (افزایش دوز در روز و کاهش تعداد فراکشن‌ها) انجام شود. طبق توصیه انجمن پرتودرمانی داخلی آمریکا (ABS<sup>۱</sup>)، روش‌های پرتودرمانی داخلی نباید در بیماران مبتلا به سرطان سرویکس که فاقد علائم بیماری کووید-۱۹ هستند، به تأخیر افتد. برای پرتودرمانی بیمارانی که ویزیت می‌شوند، در صورت عدم نیاز به معاینه، ویزیت‌های حضوری هفتگی به تله‌مدیسین<sup>۲</sup> تغییر یابد [۸]. ضمناً گروه‌های زیر نیاز به ارزیابی توسط کولپوسکوپی سرپایی در کلینیک طی ۴-۲ هفته دارند [۹]:

- بیماران با نتایج سیتولوژی سرویکس کارسینوم سلول سنگفرشی، سلول‌های غده‌ای آتیپیک نئوپلاستیک (AGC-FN<sup>۳</sup>)، آدنوکارسینوما داخل سرویکس درجا یا آدنوکارسینوما.
- بیماران با تشخیص هیستوپاتولوژیک مشکوک به بیماری تهاجمی پس از انجام بیوپسی سرویکس یا واژن که برای تأیید تشخیص نیاز به Excisional Treatment دارند.
- بیماران با تشخیص هیستوپاتولوژیک بیماری تهاجمی پس از جراحی برداشتن سرویکس، برداشتن واژن، یا بیوپسی/ برداشتن ولو، که برای ارزیابی مرحله بالینی بیماری نیاز به ارتباط دارند. برای این افراد برنامه‌ریزی برای درمان در یک تیم چندرشته‌ای و یا ارجاع بیمار به مرکز تخصصی انجام شود.
- بیماران با شروع ناگهانی و علائم شدید که نشان‌دهنده بدخیمی دستگاه تناسلی تحتانی است.

## سرطان ولو

برای مدیریت سرطان ولو، جراحی تنها گزینه درمان است و نباید تغییر کند. این سرطان اغلب افراد مسن را مبتلا می‌کند و اگر تومور در بیماران مسن پیشرفت زیادی نداشته باشد، درمان می‌تواند تا چند هفته به تعویق افتد. به منظور کاهش زمان بستری، بیمار باید در اسرع وقت مرخص شود و در خانه از وی مراقبت شود. در صورتی که مدیریت جراحی شامل جراحی‌های سنگین (مانند قطع عضو) شود، استفاده همزمان از پرتوشیمی درمانی باید مورد بحث قرار گیرد [۱۰].

## سرطان واژن

بیشتر بیماران مبتلا به سرطان واژن در مرحله‌ی پیشرفته قرار دارند و نیاز به درمان انحصاری پرتودرمانی داخلی، پرتودرمانی و یا شیمی‌درمانی دارند. ارزش جراحی گره‌های لنفاوی درجه‌بندی شده باید فرد به فرد بر اساس محل، نتایج تصویربرداری و درجه بیماری بررسی شود [۱۰].

1 American Brachytherapy Society

2 Telemedicine

3 Atypical Glandular Cells, Favor Neoplastic

پیام به مسئولان درمانی: احتیاطات و اقدامات جراحی سرپایی دستگاه تناسلی تحتانی در بیماران مشکوک یا مبتلا به بیماری کووید-۱۹ [۹]:

- همه بیماران باید قبل از حضور در مراکز سرپایی، تحت غربالگری دقیق قبل از جراحی برای عفونت کووید-۱۹ قرار گیرند.
- همه بیماران باید ماسک جراحی بپوشند.
- تعبیه یک سیستم تخلیه‌ی دود با کارایی بالا که مستقیماً به اسپکولوم یا هندپیس الکترو سرجیکال متصل شده باشد، جهت از بین بردن دود جراحی و آئروسول و همچنین ایجاد دید بهتر در طی جراحی الزامی است.
- ابزارهای الکترو سرجیکال باید با کمترین قدرت ممکن تنظیم شوند؛ طولانی‌مدت و مداوم استفاده نشوند تا میزان دود ایجاد شده در زمان جراحی کاهش یابد. توصیه می‌شود که هموستاز بدون ابزارهای الکترو سرجیکال انجام شود. برش می‌تواند به وسیله حلقه الکترو سرجیکال (LEEP) و لیزر کربن دی‌اکسید ایجاد شود. جراحی با چاقوی سرد نباید اولین انتخاب برای برداشتن سرویکس یا واژن باشد [۱۱]. عمل‌های ولو (برداشتن یا بیوپسی) باید با استفاده از چاقوی سرد انجام شود و استفاده از الکترو سرجری محدود شود.
- استفاده از ابزارها و وسایل یکبار مصرف در طی مراحل جراحی به شدت توصیه می‌گردد. ابزارها یا وسایل با قابلیت استفاده مجدد باید دارای برچسب باشند و به صورت جداگانه ضد عفونی شوند. پسماندهای بالینی نیز باید دارای برچسب باشند و به صورت جداگانه دفع شوند.
- قبل و بعد از هر جراحی بهداشت دست انجام شود. به طور معمول استفاده از دستکش‌های جراحی استریل مانع مایع، یک جفت زیر دستکش، محافظ چشم، ماسک 3FFP، کلاه جراحی و گان ضروری است. این تجهیزات باید طبق روش‌های استاندارد پوشیده و سپس منهدم شوند.
- برای کاهش احتمال آلودگی، کولپوسکوپ باید توسط پوشش شفاف یکبار مصرف محافظت شود. لنز محافظ استفاده شود و بعد از هر بار استفاده، ضد عفونی گردد. استفاده از ویدیو کولپوسکوپ به جای دوربین دوچشمی ترجیح داده می‌شود.
- تمیز کردن و ضد عفونی اتاق عمل بعد از جراحی باید مطابق با پروتکل‌های ملی و محلی و توصیه‌های جدید ستاد مبارزه با کووید-۱۹، استاندارد سازی شود.

## منابع

1. Zheng, M.H., L. Boni, and A. Fingerhut, *Minimally Invasive Surgery and the Novel Coronavirus Outbreak: Lessons Learned in China and Italy*. Ann Surg, 2020.
2. Italian Ministry of Health. *Guidelines for remodeling of the deferrable planned activity during COVID-19 emergency [in Italian]*. Available from: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pagineAree\\_5373\\_6\\_file.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5373_6_file.pdf). Accessed March 28, 2020.
3. Centers for Disease Control and Prevention. *Interim Guidance for Healthcare Facilities: Preparing for Community Transmission of COVID-19 in the United States.*; Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/healthcare-facilities/guidance-hcf.html>. Accessed March 28, 2020.
4. Yang, S., et al., *Clinical Characteristics of COVID-19 After Gynecologic Oncology Surgery in Three Women: A Retrospective Review of Medical Records*. The Oncologist, 2020.
5. ASCCP *Interim Guidance for Timing of Diagnostic and Treatment Procedures for Patients with Abnormal Cervical Screening Tests.*; Available from: <https://www.asccp.org/covid-19>. Accessed March 28, 2020.
6. Davidovic-Grigoraki, M., et al., *Do critical care units play a role in the management of gynaecological oncology patients? The contribution of gynaecologic oncologist in running critical care units*. European journal of cancer care, 2017. **26**(2): p. e12438.
7. Mandato, V.D. and L. Aguzzoli, *Management of ovarian cancer during the COVID-19 pandemic*. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2020.
8. Ramirez, P.T., et al., *COVID-19 global pandemic: options for management of gynecologic cancers*. 2020, BMJ Specialist Journals.
9. Ciavattini, A., et al., *Expert consensus from the Italian Society for Colposcopy and Cervico-Vaginal Pathology (SICPCV) for colposcopy and outpatient surgery of the lower genital tract during the COVID-19 pandemic*. Int J Gynaecol Obstet, 2020.
10. Akladios, C., et al., *Recommendations for the surgical management of gynecological cancers during the COVID-19 pandemic - FRANCOGYN group for the CNGOF*. J Gynecol Obstet Hum Reprod, 2020: p. 101729.
11. Kyrgiou, M., et al., *Obstetric outcomes after conservative treatment for cervical intraepithelial lesions and early invasive disease*. Cochrane Database Syst Rev, 2017. **11**: p. Cd012847.