



सीएमई मॉड्यूल

पीएचएमएस डॉक्टरों के लिए स्त्री रोग संबंधी कैंसर



राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, उत्तर प्रदेश
सौजन्य से : जननांग कैंसर नियंत्रण इकाई, किंग जॉर्ज मेडिकल
यूनिवर्सिटी, लखनऊ

स्वीकृति

मार्गदर्शन

श्री पार्थ सारथी सेन शर्मा, आईएएस
प्रमुख सचिव,
चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग,
उत्तर प्रदेश सरकार

दिशा और नेतृत्व

डॉ. राजागणपति आर., आईएएस
निदेशक, एसआईएचएफडब्ल्यू, उत्तर प्रदेश एवं निदेशक
(प्रशासन)
चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएँ, उत्तर प्रदेश

संपादक एवं प्रमुख लेखक

डॉ. निशा सिंह
प्रोफेसर व यूनिट हेड,
प्रभारी जननांग कैंसर नियंत्रण इकाई
प्रसूति एवं स्त्री रोग विभाग
किंग जॉर्ज मेडिकल यूनिवर्सिटी, लखनऊ

लेखक: प्रसूति एवं स्त्री रोग विभाग, केजीएमयू, लखनऊ

डॉ. एस. पी. जैसवार
प्रोफेसर और हेड

डॉ. रेखा सचान
प्रोफेसर और यूनिट हेड

डॉ. रेणु सिंह
प्रोफेसर

डॉ. शुचि अग्रवाल
एडिशनल प्रोफेसर

डॉ. शालिनी सिंह
जूनियर रेजिडेंट

संपादकीय बोर्ड (SIHFW)

डॉ. महेश नाथ सिंह
सहायक प्रोफेसर

डॉ. मनीष सिंह
सहायक प्रोफेसर

मुदस्सिर अहमद
सहायक प्रोफेसर

डॉ. दिवाकर यादव
सहायक प्रोफेसर

डॉ. नीलम
अनुसंधान सहायक



SIHFWUP
State Institute of Health and Family Welfare, Uttar Pradesh





सीएमई मॉड्यूल

पीएचएमएस डॉक्टरों के लिए

स्त्री रोग संबंधी कैंसर



राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, उत्तर प्रदेश

सौजन्य से : जननांग कैंसर नियंत्रण इकाई, किंग जॉर्ज
मेडिकल यूनिवर्सिटी, लखनऊ

कॉपीराइट:

राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, उत्तर प्रदेश

सी-ब्लॉक, इंदिरा नगर, लखनऊ

फोन: (91) 522- 2310679, 2340579

ईमेल: sihfwlu-up@nic-

in.directorsihfw@gmail.com

वेबसाइट: www-sihfw-up-nic-in

सारांश की सामग्री को उचित स्वीकृति के साथ गैर-व्यावसायिक उद्देश्यों के लिए स्वतंत्र रूप से उपयोग किया जा सकता है।

सभी अधिकार सुरक्षित। कॉपीराइट धारक की पूर्व अनुमति के बिना, प्रकाशन के किसी भी हिस्से को पुनः प्रस्तुत नहीं किया जा सकता है, पुनर्प्राप्ति प्रणाली में संग्रहीत नहीं किया जा सकता है, या किसी भी रूप में, या किसी भी माध्यम से, इलेक्ट्रॉनिक, मैकेनिकल, फोटोकॉपी द्वारा प्रसारित नहीं किया जा सकता है। ऐसी अनुमति का आवेदन, पुनरुत्पादन के उद्देश्य और सीमा के विवरण के साथ, निदेशक, राज्य स्वास्थ्य और परिवार कल्याण संस्थान, उत्तर प्रदेश, इंदिरा नगर, लखनऊ, भारत को संबोधित किया जाना चाहिए।

प्रसंस्कृत और साकार

Processed and Realization





संदेश



श्री ब्रिजेश पाठक

माननीय उप मुख्यमंत्री जी
मंत्री चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग
उत्तर प्रदेश


तेजी से बदलते चिकित्सा विज्ञान और अनुसंधान ने डॉक्टरों के लिए निरंतर चिकित्सा शिक्षा कार्यक्रम में भाग लेना अनिवार्य बना दिया है ताकि वे चिकित्सा विज्ञान के हालिया विकास के साथ अच्छी तरह से अवगत रहें। यह न केवल चिकित्सकों के ज्ञान को बढ़ाने के लिए आवश्यक है, बल्कि उनके रोगियों को भी इसका लाभ देने के लिए आवश्यक है।

सरकार द्वारा बताए गए 3ए (सामर्थ्य, पहुंच और उपलब्धता) स्वास्थ्य देखभाल लक्ष्य की ओर बढ़ते हुए, और कोविड-19 महामारी द्वारा और तेज करते हुए, उत्तर प्रदेश सरकार अपने हेल्थकेयर इकोसिस्टम को बेहतर बनाने के अपने प्रयासों में, तकनीकी और चिकित्सा प्रगति को शामिल करके सतत चिकित्सा शिक्षा (सीएमई) के माध्यम से विशाल प्रगति करने का इरादा रखती है।

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र सार्वजनिक स्वास्थ्य क्षेत्र में एक योग्य चिकित्सक के लिए कॉल के प्रथम बंदरगाह के रूप में कार्य करते हैं और यद्यपि ये सीएमई कार्यक्रम चिकित्सा अधिकारियों की मौजूदा दक्षता को अद्यतन करने के लिए चिकित्सा अधिकारियों को व्यवस्थित तरीके से हाल के ज्ञान और कौशल प्रदान किए जाएंगे।

यह निश्चित रूप से रोगी देखभाल, रोगी आत्मविश्वास और रोगी संतुष्टि में सुधार करेगा। उपर्युक्त के स्थान पर, राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान (एसआईएचएफडब्ल्यू) ने सतत चिकित्सा शिक्षा (सीएमई) के लिए मॉड्यूल विकसित करना शुरू कर दिया है जो हमारे स्वास्थ्य कामकों के लिए आवश्यक समय की आवश्यकता है। मुझे आशा है कि उत्तर प्रदेश में प्रांतीय स्वास्थ्य और चिकित्सा सेवाओं में चिकित्सा अधिकारियों के लिए स्त्री रोग संबंधी कैंसर पर सतत चिकित्सा शिक्षा (सीएमई) पर यह मॉड्यूल, आने वाले कई मं से पहला है, जो हमारे चिकित्सा अधिकारियों को समवर्ती हस्तक्षेप प्रथाओं पर ज्ञान उन्नयन में सहायता करेगा।

मैं राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान (एसआईएचएफडब्ल्यू), लखनऊ, उत्तर प्रदेश के शिक्षकों को शुभकामनाएं देता हूँ कि वे उत्तर प्रदेश में प्रांतीय स्वास्थ्य और चिकित्सा सेवाओं में चिकित्सा अधिकारियों के लाभ के लिए सतत चिकित्सा शिक्षा (सीएमई) पर ऐसे मॉड्यूल का विकास जारी रखें जो अंततः उनके रोगियों को भी लाभान्वित करेगा।


(ब्रिजेश पाठक)





संदेश

श्री मयंकेश्वर शरण सिंह



माननीय राज्य मंत्री
चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग
उत्तर प्रदेश सरकार

मुझे इस बात पर गवें हैं कि एसआईएचएफडब्ल्यू उत्तर प्रदेश में प्रांतीय स्वास्थ्य और चिकित्सा सेवाओं में चिकित्सा अधिकारियों के लिए स्त्री रोग संबंधी कैंसर पर सतत चिकित्सा शिक्षा (सीएमई) पर इस मॉड्यूल के माध्यम से स्त्री रोग संबंधी कैंसर के प्रबंधन और उपचार में ज्ञान उन्नयन की आवश्यकता को संबोधित कर रहा है।

ओवेरियन और सर्वाइकल ग्रीवा के कैंसर दुनिया भर में और भारत में महिलाओं को प्रभावित करने वाले सबसे आम स्त्री रोग संबंधी कैंसर हैं। सर्वाइकल कैंसर में गिरावट की प्रवृत्ति है, लेकिन स्तन कैंसर के बाद महिलाओं में दूसरा सबसे आम कैंसर बना हुआ है।

स्त्री रोग संबंधी कैंसर पर सीएमई का यह मॉड्यूल हमारे चिकित्सा अधिकारियों को स्त्री रोग संबंधी कैंसर के उपचार और प्रबंधन के मुद्दे को संबोधित करने और बदले में लाभार्थियों के स्वास्थ्य में सुधार करने की सुविधा प्रदान करने का इरादा रखता है।

यह सबसे महत्वपूर्ण तथ्य है कि स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग के वांछित लक्ष्यों और उद्देश्यों को प्राप्त करने के लिए, हमारे पास परिवार कल्याण सेवाओं की देखभाल करने के लिए उनकी सर्वोत्तम क्षमताओं के साथ उच्च योग्य प्रशिक्षित और समर्पित मानव संसाधन होना चाहिए। स्त्री रोग संबंधी कैंसर पर सतत चिकित्सा शिक्षा (सीएमई) पर यह मॉड्यूल निश्चित रूप से एक समान लक्ष्य की सेवा करेगा।

मैं राज्य स्वास्थ्य और परिवार कल्याण संस्थान (एसआईएचएफडब्ल्यू), लखनऊ, उत्तर प्रदेश के शिक्षकों को स्त्री रोग संबंधी कैंसर पर इस तरह की सतत चिकित्सा शिक्षा के माध्यम से एक बेहतर स्वास्थ्य सेवा वितरण प्रणाली की सहायता करने के उनके प्रयासों में सफलता की कामना करता हूँ।

(मयंकेश्वर शरण सिंह)





अग्रेषित



श्री पार्थ सारथी सेन शर्मा

प्रमुख सचिव चिकित्सा,
स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग,
उत्तर प्रदेश सरकार

उत्तर प्रदेश में प्रांतीय स्वास्थ्य और चिकित्सा सेवाओं में चिकित्सा अधिकारियों के लिए स्त्री रोग संबंधी कैंसर पर सतत चिकित्सा शिक्षा (सीएमई) पर इस मॉड्यूल का उद्देश्य ज्ञान, क्षमता और पेशेवर प्रदर्शन और संबंधों को विकसित करना, बढ़ाना और बनाए रखना है जो एक चिकित्सा अधिकारी रोगियों, जनता और पेशे के लिए सेवाएं प्रदान करने के लिए उपयोग होता है।

इस मॉड्यूल के माध्यम से चिकित्सा अधिकारियों को क्रिटिकल केयर, सेवा वितरण और संक्रमण नियंत्रण के अलावा स्त्री रोग संबंधी कैंसर स्क्रीनिंग और उपचार पर ज्ञान, कौशल और प्रथाओं को अद्यतन करने के अवसर प्रदान किए जाएंगे।

यह निश्चित रूप से रोगी की देखभाल, रोगी विश्वास और रोगी की संतुष्टि में सुधार करेगा और प्रणाली के अंत में व्यक्ति को स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करके राज्य के स्वास्थ्य देखभाल पारिस्थितिकी तंत्र को बढ़ाने का अवसर प्रदान करेगा।

यह मॉड्यूल इस तथ्य की मान्यता में विकसित किया गया है कि स्वास्थ्य और कल्याण कार्यक्रमों को स्वास्थ्य देखभाल और जैव चिकित्सा अनुसंधान के क्षेत्र में हाल के विकास के साथ रखने की आवश्यकता है।

जबकि उत्तर प्रदेश हेल्थकेयर स्पेस सीएमई डिलीवरी में प्रामाणिकता, अनुसंधान, नैतिकता और हस्तक्षेप से भरा हुआ है जिस से की आबादी पर स्त्री रोग संबंधी कैंसर पर इस सीएमई का बड़ा प्रभाव केवल आने वाले समय में मापा जा सकता है।

मैं इस अवसर पर राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान (एसआईएचएफडब्ल्यू), लखनऊ, उत्तर प्रदेश और अन्य विषय विशेषज्ञों को स्त्री रोग संबंधी कैंसर पर इस महत्वपूर्ण सीएमई मॉड्यूल को विकसित करने के लिए बधाई देना चाहता हूं। मुझे उम्मीद है कि एसआईएचएफडब्ल्यू राज्य के स्वास्थ्य देखभाल वितरण तंत्र के परिवर्तन को सुविधाजनक बनाने के लिए अन्य विषय सम्बंधित सीएमई मॉड्यूल लेकर आयेगा।

(पार्थ सारथी सेन शर्मा)





संदेश



डॉ. रेनू श्रीवास्तव वर्मा

महानिदेशक
चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएं
उत्तर प्रदेश

स्त्री रोग संबंधी कैंसर महिलाओं में सबसे आम कैंसर में से हैं और इसलिए यह एक महत्वपूर्ण सार्वजनिक स्वास्थ्य मुद्दा भी है। कैंसर में जागरूकता की कमी, परिवर्तनीय विकृति और उचित स्क्रीनिंग सुविधाओं तक सीमित पहुंच के कारण, अधिकांश महिलाएं उन्नत चरणों में रिपोर्ट करती हैं जिससे रोग का निदान और नैदानिक परिणामों पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ता है। ओवेरियन कैंसर भारत में महिलाओं को प्रभावित करने वाली सबसे आम विकृतियों में से एक के रूप में उभरा है और पिछले कुछ वर्षों में घटना दर में वृद्धि देखी गई है।

उत्तर प्रदेश में प्रांतीय स्वास्थ्य और चिकित्सा सेवाओं में चिकित्सा अधिकारियों के लिए स्त्री रोग संबंधी कैंसर पर सतत चिकित्सा शिक्षा (सीएमई) पर इस मॉड्यूल के माध्यम से, राज्य स्वास्थ्य और परिवार कल्याण संस्थान ने एक व्यापक सीएमई विकसित किया है जिसमें महत्वपूर्ण देखभाल, सेवा वितरण, रोगी सुरक्षा, गुणवत्ता प्रबंधन, संक्रमण नियंत्रण और ज्ञान वितरण में उन्नयन कदमों का विवरण दिया गया है, जो प्रारंभिक स्क्रीनिंग में घातक नियोप्लाज्म का पता लगाना और उपचार में मदद करेगा।

मुझे उम्मीद है कि इस सीएमई के बाद, उत्तर प्रदेश में चिकित्सा अधिकारी अपनी स्वास्थ्य सुविधाओं में स्क्रीनिंग, प्रबंधन, रेफरल और उपचार प्रदान करने में सेवा वितरण को बढ़ाने में सक्षम होंगे, इस प्रकार विशेषज्ञता के नैदानिक और तकनीकी क्षेत्र में सुधार के अलावा समुदायों को लाभान्वित करेंगे, जिसके परिणामस्वरूप स्वास्थ्य सेवाओं तक बेहतर पहुंच होगी और रोगी संतुष्टि और जनसंख्या स्वास्थ्य में वृद्धि होगी।

उत्तर प्रदेश में प्रांतीय स्वास्थ्य और चिकित्सा सेवाओं में चिकित्सा अधिकारियों के लिए स्त्री रोग संबंधी कैंसर पर सतत चिकित्सा शिक्षा (सीएमई) पर इस मॉड्यूल के विकास के साथ, राज्य स्वास्थ्य और परिवार कल्याण संस्थान ने स्वास्थ्य देखभाल प्रबंधन के सिद्धांत और अभ्यास के बीच वास्तविक संबंध स्थापित किए हैं। मैं राज्य स्वास्थ्य और परिवार कल्याण संस्थान (एसआईएचएफडब्ल्यू), लखनऊ, उत्तर प्रदेश के संकायों को शुभकामनाएं देती हूँ और आशा करती हूँ कि निकट भविष्य में ऐसे कई अनुकूलित सीएमई मॉड्यूल प्रकाशित किए जाएंगे।

(डॉ. रेनू श्रीवास्तव वर्मा)





संदेश



डॉ. अनीता जोशी

महानिदेशक परिवार कल्याण,
परिवार कल्याण निदेशालय
उत्तर प्रदेश

उत्तर प्रदेश में प्रांतीय स्वास्थ्य और चिकित्सा सेवाओं में चिकित्सा अधिकारियों के लिए स्त्री रोग संबंधी कैंसर पर सतत चिकित्सा शिक्षा (सीएमई) पर इस मॉड्यूल का उद्देश्य उन चिकित्सा अधिकारियों को भी लक्षित करना है जो सीएचसीएस / पीएचसी में तैनात हैं। यह मॉड्यूल स्त्री रोग संबंधी कैंसर की स्क्रीनिंग, रोकथाम और उपचार में सीएचसीएस/पीएचसी में चिकित्सा अधिकारियों की भूमिका के महत्व को बढ़ाएगा और तदनुसार जिलों में सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं की समीक्षा करेगा।

स्त्री रोग संबंधी ऑन्कोलॉजी के क्षेत्र में प्रासंगिक जानकारी को इकट्ठा करके, बुनियादी विज्ञान, निवारक ऑन्कोलॉजी, पैथोलॉजी, रेडियोलॉजिकल इमेजिंग, नैदानिक परिणामों जैसे सभी डोमेन को कवर करके और सर्वोत्तम अभ्यास को चित्रित करने के लिए केस स्टडी प्रदान करके, मॉड्यूल एक कामकाजी दस्तावेज बनना चाहता है जिसे सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं के कार्यान्वयन के अनुभव के आधार पर समय-समय पर समीक्षा और अद्यतन किया जा सकता है।

मुझे यह जानकर विशेष रूप से प्रसन्नता हो रही है कि हालांकि उत्तर प्रदेश हेल्थकेयर इकोसिस्टम में सीएमई अभी भी अपने नवजात चरण में हैं, लेकिन इस तरह के विकास से क्रिटिकल केयर, सेवा वितरण, रोगी सुरक्षा, गुणवत्ता प्रबंधन, संक्रमण नियंत्रण और प्रामाणिक ज्ञान वितरण के लिए अनुरूप सीएमई बनाने में आगे का मार्ग प्रशस्त होगा।

आगे के प्रभाव को मापने के लिए सिमुलेशन-आधारित कौशल मॉड्यूल और विशेषज्ञों के नेतृत्व में कठोर आकलन के साथ वीडियो और लाइव प्रदर्शनों के संयोजन वाले सीएमई को पेश करना महत्वपूर्ण है।

मैं राज्य स्वास्थ्य और परिवार कल्याण संस्थान (एसआईएचएफडब्ल्यू), लखनऊ, उत्तर प्रदेश के शिक्षकों को चिकित्सा के क्षेत्र के विशेषज्ञों के साथ इस अभिसरण मॉड्यूल को विकसित करने के लिए बधाई देती हूँ। यह मॉड्यूल गाइडबुक में सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा वितरण प्रणाली की तलाश करने वाले अन्य प्रासंगिक दिशानिर्देशों और नीतियों पर चर्चा करके सार्वजनिक स्वास्थ्य पर एक समग्र दृष्टिकोण रखने की आवश्यकता को संबोधित करता है।

(डॉ. अनीता जोशी)





संदेश



डॉ. दीपा त्यागी

महानिदेशक (प्रशिक्षण)

चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण

उत्तर प्रदेश

उत्तर प्रदेश में प्रांतीय स्वास्थ्य और चिकित्सा सेवाओं में चिकित्सा अधिकारियों के लिए स्त्री रोग संबंधी कैंसर पर सतत चिकित्सा शिक्षा (सीएमई) पर यह मॉड्यूल विभिन्न स्त्री रोग संबंधी कैंसर के उपचार के लिए एक व्यापक, सुसंगत और अनुसंधान-आधारित अंतर्दृष्टि प्रदान करता है। यह चिकित्सा अधिकारियों और स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों के लिए डिजाइन और लिखा गया है और सरकार के परिप्रेक्ष्य को ध्यान में रखता है तथा राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय स्वास्थ्य देखभाल प्रथाओं से विचारों और विकास को आकर्षित करता है और उनकी तुलना करता है।

मॉड्यूल को इस तरह से संरचित किया गया है कि यह स्त्री रोग संबंधी ऑन्कोलॉजी के क्षेत्र में शामिल है, जिसमें सार्वजनिक स्वास्थ्य के संदर्भ में बुनियादी विज्ञान, निवारक ऑन्कोलॉजी, पैथोलॉजी, रेडियोलॉजिकल इमेजिंग और नैदानिक परिणामों जैसे सभी डोमेन शामिल हैं और भविष्य के विकास और स्त्री रोग संबंधी कैंसर उपचार में रुझानों के बारे में अवलोकन प्रदान करते हैं।

राज्य स्वास्थ्य और परिवार कल्याण संस्थान (एसआईएचएफडब्ल्यू), लखनऊ, उत्तर प्रदेश के संकायों ने उत्तर प्रदेश में प्रांतीय स्वास्थ्य और चिकित्सा सेवाओं में चिकित्सा अधिकारियों के लिए स्त्री रोग संबंधी कैंसर पर सतत चिकित्सा शिक्षा (सीएमई) पर इस मॉड्यूल को प्रकाशित करके एक सराहनीय काम किया है। मुझे उम्मीद है कि अपने आगामी सीएमई में भाग लेने के लिए आने वाले प्रतिभागी इस पहल का लाभ उठाएंगे और इस आसान मॉड्यूल के साथ अपने क्षेत्र में सबसे अधिक लाभ उठाएंगे।

(डॉ. दीपा त्यागी)





स्वीकृति



डॉ. राजागणपति आर.

निदेशक

राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान
उत्तर प्रदेश

चिकित्सा विज्ञान और अनुसंधान में विकास डॉक्टरों को वर्तमान प्रथाओं और रुझानों को अद्यतित रहने के लिए मजबूर करता है। यह व्यापक रूप से महसूस किया जाता है कि डॉक्टरों की मौजूदा दक्षता को अद्यतन करने के लिए व्यवस्थित तरीके से हाल के ज्ञान और कौशल प्रदान करने के लिए सीएमई कार्यक्रमों की ईमानदारी से आवश्यकता है।

उत्तर प्रदेश में स्वास्थ्य और चिकित्सा सेवाओं में चिकित्सा अधिकारियों के लाभ के लिए और रोगी देखभाल, रोगी विश्वास और रोगी संतुष्टि को बढ़ाने के उद्देश्य से, राज्य स्वास्थ्य और परिवार कल्याण संस्थान ने विषय विशेषज्ञों की मदद से उत्तर प्रदेश में प्रांतीय स्वास्थ्य और चिकित्सा सेवाओं में चिकित्सा अधिकारियों के लिए स्त्री रोग संबंधी कैंसर पर सतत चिकित्सा शिक्षा (सीएमई) पर एक मॉड्यूल विकसित किया है।

स्त्री रोग संबंधी कैंसर पर सीएमई के इस मॉड्यूल में घातक नियोप्लाज्म की जांच, निदान, प्रबंधन और उपचार के अभिसरण दृष्टिकोण पर जोर दिया गया है। इस मॉड्यूल को विकसित करने का उद्देश्य चिकित्सा अधिकारियों के बीच सीखने की सुविधा प्रदान करना है ताकि उनकी कार्यप्रणाली उनके रोगियों के लिए सर्वोत्तम चिकित्सा देखभाल को प्रतिबिंबित कर सकें।

मैं इस मॉड्यूल की कल्पना करने और उसे आकार देने के लिए स्टेट इंस्टीट्यूट ऑफ हेल्थ एंड फैमिली वेलफेयर (एसआईएचएफडब्ल्यू), लखनऊ, उत्तर प्रदेश के संकाय और क्वीन मैरी हॉस्पिटल, किंग जॉर्ज मेडिकल यूनिवर्सिटी, लखनऊ, उत्तर प्रदेश के वरिष्ठ संकाय सदस्यों को बधाई देना चाहता हूँ।

यह चिकित्सा अधिकारियों के ज्ञान और कौशल में वृद्धि के माध्यम से सेवा वितरण की गुणवत्ता को समर्थन और बढ़ाने के प्रयास में केवल एक कदम है। निकट भविष्य में कई और विषय केंद्रित और अनुकूलित सीएमई मॉड्यूल विकसित और प्रकाशित किए जाएंगे।

(डॉ. राजागणपति आर.)

विषयसूची

अनु क्र.	विभाग	अध्याय	विषय	पेज नंबर
1.	सर्वाइकल कैंसर	1.	सर्वाइकल कैंसर स्क्रीनिंग	1-9
		2.	सीआईएन का निदान और उपचार	10-17
		3.	एचपीवी टीकाकरण	18-20
		4.	सर्वाइकल कैंसर की नैदानिक विशेषताएं, निदान और स्टेजिंग	21-23
		5.	सर्वाइकल कैंसर के उपचार के तौर-तरीके	24-26
2.	बुल्वर कैंसर	1.	बुल्वर कैंसर की नैदानिक विशेषताएं और निदान	28-30
		2.	बुल्वर कैंसर का उपचार अवलोकन	31-38
3.	शानुगत स्त्रीरोग संबंधी कैंसर	1.	वंशानुगत स्त्रीरोग संबंधी कैंसर	40-42
4.	एंडोमेट्रियल कैंसर	1.	नैदानिक विशेषताएँ और निदान विधियाँ	44-48
		2.	एंडोमेट्रियल कैंसर का उपचार अवलोकन	49-52
5.	ओवेरियन कैंसर	1.	ओवेरियन कैंसर की नैदानिक विशेषताएं	54-57
		2.	ओवेरियन कैंसर में निदान के तौर-तरीके	58-62
		3.	ओवेरियन कैंसर का उपचार अवलोकन	63-65
6.	गर्भावधि ट्रोफोब्लास्टिक रोग	1.	पूर्ण एच मोल और आंशिक एच मोल	67-69
		2.	गर्भावधि ट्रोफोब्लास्टिक नियोप्लासिया	70-74
7.	उपचार के बाद निगरानी	1.	सभी कैंसरों में उपचार के बाद निगरानी का महत्व	76-79

राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, उ०प्र०

SIHFWUP



ज्ञानादृते न मुक्तिः

Section

1

सर्वाइकल कैंसर

1. सर्वाइकल कैंसर की जांच
2. सीआईएन का निदान और उपचार
3. एचपीवी टीकाकरण
4. सर्वाइकल कैंसर की नैदानिक विशेषताएं, निदान और स्टेजिंग
5. सर्वाइकल कैंसर के लिए उपचार के तौर-तरीके





परिचय

दुनिया भर में सर्वाइकल कैंसर के सालाना लगभग 510,000 नए मामले सामने आते हैं, जबकि दुनिया भर में 288,000 मौतें होती हैं। यह भारत में सबसे आम स्त्री रोग संबंधी कैंसर है, और स्तन कैंसर के बाद महिलाओं में दूसरा सबसे आम कैंसर है।

अनुमान है कि भारत में प्रति वर्ष लगभग 13200 नए मामले और 74000 मौतें होती हैं, जो वैश्विक सर्वाइकल कैंसर से होने वाली मौतों का लगभग एक-तिहाई है। भारतीय महिलाओं को सर्वाइकल कैंसर से 2-5% संचयी जीवनकाल जोखिम और 1-4% संचयी मृत्यु जोखिम का सामना करना पड़ता है। यह अब एक स्थापित तथ्य है कि ह्यूमन पैपिलोमा वायरस (एचपीवी) संक्रमण सर्वाइकल कैंसर का प्राथमिक कारण है। एक निश्चित समय में सामान्य आबादी में एचपीवी संक्रमण की व्यापकता 6-6% है।

सर्वाइकल कैंसर के कारण घटनाओं और मृत्यु दर में गिरावट आई है, जिसका मुख्य कारण कुशल उपयोग के साथ बेहतर जांच के तौर-तरीके हैं। स्क्रीनिंग से सर्विक्स के पूर्व-आक्रामक घावों का शीघ्र पता लगाया जा सकता है और उपचार किया जा सकता है, जिसका 10 से 20 वर्षों तक उपचार न किया जाए तो सर्वाइकल कैंसर का कारण बन सकता है। सर्वाइकल कैंसर की ओर ले जाने वाले सर्विक्स के पूर्ववर्ती घावों को एक साथ सर्वाइकल इंट्रापीथेलियल नियोप्लासिया (सीआईएन) कहा जाता है।

सीआईएन की प्रारंभिक पहचान और शीघ्र उपचार के महत्व को अधिक महत्व नहीं दिया जा सकता है जब हम जानते हैं कि पूर्व आक्रामक घाव की अवधि और डिसप्लेसिया की गंभीरता स्पष्ट रूप से सर्विक्स के घाव की नियोप्लास्टिक क्षमता को दर्शाती है।



सर्विक्स का हिस्टोलॉजी

एंडोसर्विक्स स्तंभ एपिथेलियम (लंबे बेसल नाभिक के साथ लंबे स्तंभ के आकार की कोशिकाओं की एक परत) से ढका होता है, जबकि एक्टोसर्विक्स स्क्वैमस एपिथेलियम (फ्लैट कोशिकाओं की कई परतों) द्वारा कवर किया जाता है।

इन दो प्रकार के एपिथेलियम के बीच के जंक्शन को स्क्वैमोकोलमनार जंक्शन (एससीजे) कहा जाता है। यह एक गतिशील जंक्शन है जो यौवन, गर्भावस्था, रजोनिवृत्ति के दौरान शारीरिक हार्मोनल परिवर्तनों और एस्ट्रोजेन रिप्लेसमेंट थेरेपी जैसे बाहरी हार्मोन पर भी प्रतिक्रिया करता है।

एससीजे को गतिशील कहा जाता है क्योंकि यह प्रजनन वर्षों के दौरान स्तंभ कोशिकाओं से स्क्वैमस कोशिकाओं में मेटाप्लास्टिक परिवर्तन के कारण अपनी स्थिति बदलता रहता है। यह मेटाप्लासिया ही परिवर्तन क्षेत्र के निर्माण का कारण भी है।

जन्म के समय मौजूद मूल एससीजे एक्टोसर्विक्स के स्क्वैमस एपिथेलियम और एंडोसर्विक्स के कॉलमर एपिथेलियम के बीच एक आकस्मिक जंक्शन है।

एस्ट्रोजेन के संपर्क में आने से (जन्म के समय, यौवन के दौरान और पूरे प्रजनन जीवन में), योनि की एक्सफोलीएटेड कोशिकाओं में ग्लाइकोजन लैक्टिक एसिड में परिवर्तित हो जाता है, जो योनि स्राव की अम्लता (पीएच 4-5) के लिए जिम्मेदार होता है।

अम्लता, अन्य कारकों के साथ, स्क्वैमस एपिथेलियम के साथ स्तंभ एपिथेलियम के प्रतिस्थापन को उत्तेजित करती है, जिससे नए एससीजे का निर्माण होता है। मूल(एससीजे) और नए (एससीजे) के बीच के क्षेत्र को परिवर्तन क्षेत्र (एससीजे) के रूप में जाना जाता है।



सर्वाइकल कैंसर का इटियोपैथोजेनेसिस

अधिकांश मामलों में सर्वाइकल कैंसर और सीआईएन ह्यूमन पैपिलोमा वायरस (एचपीवी) संक्रमण के कारण होता है। एचपीवी एक गैर-आच्छादित डबल स्ट्रैंडेड डीएनए वायरस है, जो यौन संपर्क के माध्यम से फैलता है। एचपीवी के 150 से अधिक उपभेद अब तक ज्ञात हैं और उनमें से 30 एनोजेनिकल प्रकार के हैं। उच्च जोखिम वाले घाव अधिकतर एचपीवी प्रकार 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51 और 58 के कारण होते हैं।

एचपीवी 16 (54%) और 18 (13%) सर्वाइकल कैंसर के अधिकांश मामलों के लिए जिम्मेदार हैं। एचपीवी 16 अन्य एनोजेनिकल (वल्वा, योनि, गुदा) और ऑरोफरीन्जियल कैंसर का भी कारण बनता है। कम जोखिम वाले एचपीवी प्रकार जैसे 6, 11, 40 और 42 ऑन्कोजेनिक नहीं हैं, लेकिन 6 और 11 अधिकांश जननेंद्रिय मस्सों का कारण बनते हैं।

अधिकांश यौन रूप से सक्रिय प्रजनन आयु की महिलाओं को जीवनकाल में एक बार एचपीवी संक्रमण होता है, लेकिन यह प्राकृतिक प्रक्रिया के माध्यम से ठीक भी हो जाता है। लगभग 20% में लगातार एचपीवी संक्रमण होता है जो बाद में सीआईएन या सर्वाइकल कैंसर में परिवर्तित हो सकता है। लगातार एचपीवी संक्रमण के जोखिम कारक निम्न सामाजिक आर्थिक स्थिति, मासिक धर्म में खराब स्वच्छता, पोषण संबंधी कमियां, खराब प्रतिरक्षा, कम उम्र में पहला संभोग, एकाधिक यौन साथी, प्रजनन पथ संक्रमण, जातीयता (एशियाई,



अफ्रीकी), बहु समानता, धूम्रपान और मौखिक गर्भनिरोधक का उपयोग हैं।

डब्ल्यू एच ओ का निष्कासन के लिए कॉल

2020 में, विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) ने 2030 तक सर्वाइकल कैंसर निष्कासन के लिए रणनीति की घोषणा की और फिर उसे लॉन्च किया। डब्ल्यूएचओ के अनुसार, सर्वाइकल कैंसर को समाप्त किया जा सकता है यदि:

90 पात्र उम्मीदवारों को एचपीवी के खिलाफ पूरी तरह से टीका लगाया गया हो।

70% महिलाओं की 35-45 वर्ष की आयु तक उच्च प्रदर्शन परीक्षणों द्वारा जांच की जायें।

सीआईएन या सर्वाइकल कैंसर से पीड़ित 90% महिलाओं का इलाज किया जायें।

सर्वाइकल कैंसर स्क्रीनिंग

सर्वाइकल कैंसर की जांच का उद्देश्य अग्रदूत (सीआईएन) का पता लगाना और उसका इलाज करना है। यह द्वितीयक रोकथाम का सबसे अच्छा उदाहरण है और वर्ष 2030 तक सर्वाइकल कैंसर के निष्कासन के डब्ल्यूएचओ के लक्ष्य के लिए एक मजबूत स्तंभ है। तीन मुख्य स्क्रीनिंग के तौर-तरीके एचपीवी डीएनए परीक्षण, साइटोलॉजी और वीआईए ये हैं।

एचपीवी डीएनए टेस्ट

एचपीवी परीक्षण का उपयोग करके स्क्रीनिंग आवृत्ति कम से कम 5 वार्षिक है, क्योंकि इस पद्धति में बहुत अधिक संवेदनशीलता और नकारात्मक पूर्वानुमानित मूल्य है। भारत में, ये परीक्षण केवल अच्छे संसाधन सेटिंग्स में ही उपलब्ध हैं।

सैंपल संग्रह एक विशेष रूप से डिजाइन किए गए ब्रश के साथ किया जाता है और फिर तरल ट्रांसपोर्ट माध्यम में रखा जाता है। सैंपल को रूम तापमान पर प्रयोगशाला में भेजा जाता है। स्वयं एकत्र किए गए नमूने का उपयोग एचपीवी परीक्षण के लिए भी किया जा सकता है। डीएनए या आरएनए दोनों आधारित परीक्षण



उपलब्ध हैं। डीएनए परीक्षणों में प्रत्यक्ष जीनोम का पता लगाना, पीसीआर विस्तारण का उपयोग करके वायरल डीएनए टुकड़े का विस्तारण और एचपीवी 16 और 18 का जीनोटाइपिंग शामिल है। आरएनए परीक्षणों में E6/E7 प्रोटीन या मोनोक्लोनल एंटीबॉडी का विस्तारण शामिल है

सर्वाइकल साइटोलॉजी

पैप स्मीयर – पूर्वकाल योनि दीवार रिट्रेक्टर के साथ कस्को के सेल्फ रिटेनिंग स्पेकुलम या सिम के स्पेकुलम का उपयोग करके सर्विक्स के उचित दृश्य के बाद परिवर्तन क्षेत्र से पैप स्मीयर नमूना लिया जाना चाहिए। आयर के लकड़ी के स्पैटुला में दो सिरे, एक हैंडल और एक असममित दिल के आकार का बिजनेस अंत होता है। बिजनेस एंड के लंबे हिस्से को एंडोसर्विकल कैनल पर स्थिर रखते हुए, छोटे हिस्से को 360 डिग्री तक घुमाया जाता है। एंडोसर्विकल/साइटोब्रश को एंडोसर्विकल कैनल में डालकर और घुमाकर एंडोसर्विकल सैंपल प्राप्त किया जाता है। आयर के स्पैटुला से लिए गए नमूने को कांच के दो-तिहाई हिस्से पर लगाया जाता है, एंडोसर्विकल नमूने को शेष क्षेत्र पर फैलाया जाता है। स्लाइड को जल्दी से ठीक करने के लिए, इसे 95% एथिल अल्कोहल और ईथर या फिक्सेटिव स्प्रे के 1:1 घोल वाले पैप जार में डुबोया जाना चाहिए। फिर पैप जार को साइटोलॉजिकल जांच के लिए भेजा जाता है।

एक सरल परीक्षण होने के कारण, इसे सीखना आसान है और इसके लिए अधिक प्रशिक्षण की आवश्यकता नहीं होती है, लेकिन स्लाइड के मूल्यांकन के लिए प्रयोगशाला सहायता और साइटोलॉजिस्ट की आवश्यकता होती है और रिपोर्ट करने में काफी समय लगता है। पैप्समीयर की विशिष्टता बहुत अधिक (98%) है, लेकिन इसकी संवेदनशीलता 50% तक कम हो सकती है। नमूनाकरण और व्याख्या संबंधी त्रुटियां हो सकती हैं।



लिव्किड बेस्ड साइटोलॉजी (एलबीसी) –

सर्विक्स के नमूने को एकत्र करने और संरक्षित करने के लिए तरल आधारित माध्यम का उपयोग किया जाता है। एलबीसी किसी भी आर्टीफॉक्ट को हटा देता है, बेसल, पैराबेसल और सतही कोशिकाओं के बेहतर साइटोलॉजिकल मूल्यांकन की अनुमति देता है और नमूने का उपयोग एचपीवी परीक्षण के लिए भी किया जा सकता है। यह तुलनात्मक रूप से महंगा है और इसके लिए बेहतर बुनियादी ढांचे और प्रयोगशालाओं की आवश्यकता है। साइटोलॉजी परिणाम 2014 में संशोधित साइटोलॉजी परिणाम 2014 में संशोधित बेथेस्डा प्रणाली के अनुसार रिपोर्ट किए गए हैं। रिपोर्टिंग में संक्रमण और प्रतिक्रियाशील सेलुलर परिवर्तनों के अलावा नमूना पर्याप्तता, स्वैमस घावों (एएससीयूएस, एलएसआईएल। एएससी-एच, एचएसआईएल, एससीसी) और ग्रंथियों की असामान्यताएं (एजीसी, एंडोकर्विकल एडेनोकार्सिनोमा) के बारे में व्याख्याएं शामिल हैं।

वीआईए (एसिटिक एसिड के साथ दृश्य निरीक्षण)

सर्विक्स पर एसिटिक एसिड के अनुप्रयोग से कोशिका प्रोटीन का अवक्षेपण और जमाव होता है जो सामान्य पारदर्शी फिल्टर को अपारदर्शी एपिथेलियम में बदल देता है। अपारदर्शी एपिथेलियम से परावर्तित प्रकाश एपिथेलियम को एक सफेद रंग देता है। बड़े नाभिक, अतिरिक्त क्रोमैटिन और अक्षुण्ण साइटोप्लाज्म के कारण नियोप्लास्टिक एपिथेलियम में प्रोटीन की मात्रा अधिक होती है। नियोप्लासिया का ग्रेड जितना अधिक होगा, प्रोटीन की मात्रा उतनी ही अधिक होगी और एसिटोव्हाइटनिंग का घनत्व भी उतना ही अधिक होगा। 5 मिलीलीटर ग्लेशियल एसिटिक एसिड को 95 मिलीलीटर डिस्टिल जल के साथ मिलाकर 5% घोल बनाया जाता है जिसका उपयोग वीआईए परीक्षण के लिए किया जाता है। एसिटिक एसिड पूरे एक मिनट तक लगाना चाहिए। अप्रयुक्त एसिटिक एसिड को दिन के अंत में त्याग देना चाहिए।



वीआईएलआई (लूगोल के आयोडीन के साथ दृश्य निरीक्षण)

आयोडीन ग्लाइकोफिलिक है और महोगनी को भूरा या काला रंग देता है। स्क्वैमस एपिथेलियल कोशिकाएं ग्लाइकोजन से भरपूर होती हैं जबकि प्रीकैंसरस घावों और आक्रामक कैंसर कोशिकाओं में ग्लाइकोजन बहुत कम या बिल्कुल नहीं होता है। स्तंभ एपिथेलियम कोशिकाओं में ग्लाइकोजन की कमी होती है इसलिए इन कोशिकाओं द्वारा आयोडीन ग्रहण नहीं होता है। अपरिपक्व मेटाप्लासिया और सूजन संबंधी घाव आंशिक रूप से ग्लाइकोजिनेटेड होते हैं और जब दाग हो जाता है तो बिखरे हुए, खराब क्षेत्र के रूप में दिखाई देते हैं। प्रीकैंसरस घाव और आक्रामक कैंसर आयोडीन नहीं लेते हैं (क्योंकि उनमें ग्लाइकोजन की कमी होती है) और अच्छी तरह से, मोटे, सरसों या कंसरिया पीले क्षेत्र के रूप में दिखाई देते हैं। लूगोल का आयोडीन 10 ग्राम पोटेशियम आयोडाइड को 5 ग्राम आयोडीन क्रिस्टल और 100 मिलीलीटर डिस्टिल जल या रूम के तापमान पर उबले हुए पानी के साथ तैयार किया जा सकता है। इसे एक गहरे रंग की बोतल में 5% लूगोल के आयोडीन घोल के रूप में एक महीने तक संग्रहीत किया जा सकता है।

सर्वाइकल कैंसर स्क्रीनिंग के लिए दिशानिर्देश

सर्वाइकल कैंसर की जांच के लिए डब्ल्यूएचओ के दिशानिर्देशों (2021) में 23 सिफारिशें और 7 अच्छे नैदानिक अभ्यास कथन शामिल हैं। अन्य स्क्रीनिंग विधियों के साथ गुणवत्ता आश्वासन बनाए रखने में कठिनाई को देखते हुए प्रमुख परिवर्तन एचपीवी डीएनए परीक्षण को प्राथमिक स्क्रीनिंग पद्धति के रूप में उपयोग करने की सिफारिश की गई है। सामान्य आबादी में 30 से 50 वर्ष की आयु वाली सभी महिलाओं की जांच के लिए एचपीवी डीएनए परीक्षण का उपयोग किया जाना चाहिए। यहाँ दो मार्ग हैं:

स्क्रीन और ट्रीट मार्ग – एकल विज़िट, सामुदायिक सेटिंग



एचपीवी स्क्रीन नेगेटिव का मूल्यांकन 5–10 वर्षों के बाद किया जाना चाहिए, जबकि एचआईवी से पीड़ित महिलाओं का हर 3–5 वर्षों में मूल्यांकन किया जाना चाहिए।

एचपीवी स्क्रीन पॉजिटिव महिलाएं जो एब्लेटिव प्रक्रिया के लिए उपयुक्त हैं, उनका 12 महीने के बाद इलाज और अनुवर्ती कार्रवाई की जानी चाहिए। एब्लेटिव प्रक्रिया के लिए पात्रता तय करने के लिए 3–5% एसिटिक एसिड के साथ वीआईए परीक्षण की सिफारिश की जाती है। जो लोग स्क्रीन पॉजिटिव हैं लेकिन एब्लेटिव प्रक्रिया के लिए पात्र नहीं हैं, उन्हें एलईईपी से गुजरना चाहिए। स्पष्ट वृद्धि या संदिग्ध कैंसर वाले मामलों की बायोप्सी की जानी चाहिए और तदनुसार प्रबंधन किया जाना चाहिए।

वीआईए या साइटोलॉजी स्क्रीन नेगेटिव मामलों की 3 साल के बाद दोबारा जांच की जानी चाहिए।

एससीयूएस के साथ साइटोलॉजी स्क्रीन पॉजिटिव होने पर एचपीवी डीएनए परीक्षण के साथ तत्काल परीक्षण किया जाना चाहिए, यदि पॉजिटिव है, तो कोल्पोस्कोपी करें, यदि एचपीवी नकारात्मक है, तो 3 साल के बाद दोबारा जांच करें। एससीयूएस या एचपीवी पॉजिटिव से ऊपर असामान्यता वाले मामलों में कोल्पोस्कोपी से गुजरना चाहिए।

स्क्रीन ट्राइएज और उपचार मार्ग – एकाधिक दौर, अस्पताल सेटिंग्स

ट्राइएज आंशिक जीनोटाइपिंग, कोल्पोस्कोपी, वीआईए या साइटोलॉजी के साथ संभव हो तो किया जा सकता है।

एचपीवी 16/18 या वीआईए पॉजिटिव ट्राइएज को पात्रता के अनुसार एब्लेटिव या एक्सिशनल प्रक्रिया के लिए लिया जाना चाहिए। सकारात्मक एचपीवी डीएनए वाले वीआईए ट्राइएज



नकारात्मक मामलों को सामान्य आबादी में 2 साल के बाद और एचआईवी से पीड़ित महिलाओं में एक साल के बाद दोबारा एचपीवी परीक्षण से गुजरना चाहिए। संबंधित रिपोर्ट के अनुसार कोल्पोस्कोपी और साइटोलॉजी ट्राइएज का पालन किया जाएगा।

नकारात्मक साइटोलॉजी स्क्रीनिंग परीक्षण के बाद, सामान्य आबादी के लिए 2 साल के बाद या एचआईवी से पीड़ित महिलाओं के लिए 1 वर्ष के बाद दोबारा एचपीवी परीक्षण किया जाना चाहिए। साइटोलॉजी ट्राइएज पर, एएससीयूएस वाले मामलों को कोल्पोस्कोपी और बायोप्सी से गुजरना चाहिए, आगे का प्रबंधन हिस्टोलॉजी पर निर्भर करेगा।

साइटोलॉजी पॉजिटिव ट्राइएज (जहां ट्राइएज के लिए एचपीवी परीक्षण उपलब्ध नहीं है)

ASCUS/LSIL से पीड़ित 25–29 वर्ष की महिलाओं को सालाना दो बार दोबारा साइटोलॉजी से गुजरना चाहिए। यदि ASCUS या इससे ऊपर की पुनरावृत्ति होती है, तो कोल्पोस्कोपी और बायोप्सी की जानी चाहिए। यदि एनआईएलएम है, तो 3 साल में कोशिका विज्ञान दोहराएं, फिर नियमित आयु-विशिष्ट जांच करें।

30–64 वर्ष की आयु की महिलाओं में एलएसआईएल के मामले में कोल्पोस्कोपी और बायोप्सी की जानी चाहिए।

एएससी-एच या एचएसआईएल को बायोप्सी और एंडोकर्विकल मूल्यांकन के साथ कोल्पोस्कोपी से गुजरना चाहिए।

गर्भधारण की इच्छुक महिलाओं में एएससी-एच या एचएसआईएल को कोल्पोस्कोपी और बायोप्सी करानी चाहिए। यदि सीआईएन 2 या 3 नहीं है, तो साइटोलॉजी और कोल्पोस्कोपी 6 को 2 साल तक मासिक रूप से दोहराएं, यदि 2 साल तक कोई उच्च जोखिम नहीं है, तो नियमित आयु विशिष्ट अनुवर्ती पर वापस लौटें। यदि 2/3 सीआईएन 2 साल तक बना रहता है, 6 मासिक के फॉलोअप पर तो एक्सिजनल प्रक्रिया की जानी चाहिए।

असामान्य एंडोमेट्रियल कोशिकाओं या असामान्य ग्रंथि कोशिकाओं को दिखाने वाले स्मीयरों में, एंडोमेट्रियल और एंडोकर्विकल इलाज पहले और कोल्पोस्कोपी और बायोप्सी के साथ किया जाना चाहिए।



सीआईएन वाली महिलाएं पूरी तरह से स्पर्शोन्मुख हो सकती हैं और नियमित जांच में सीआईएन पाया जाता है या योनि में खुजली, लालिमा, गंदा, दुर्गन्धयुक्त स्राव या उन्नत मामलों में, संभोग या सर्विक्स परीक्षण के दौरान रक्तस्राव के साथ उपस्थित हो सकता है। कोल्पोस्कोपी निर्देशित बायोप्सी सीआईएन के लिए नैदानिक परीक्षण है जो घाव का हिस्टोलॉजी देता है जो उपचार का मार्गदर्शन कर सकता है।

कोल्पोस्कोप एक दूरबीन स्टीरियोस्कोपिक माइक्रोस्कोप है जो कम से कम 16× आवर्धन में सक्षम है, इसमें हरे फिल्टर के साथ एक केंद्र प्रकाश और एक समायोज्य स्टैंड है। समायोज्य आवर्धन, वास्तविक समय वीडियो, स्थिर कैमरे, नेत्र हथियार सहित कई प्रकार के सहायक उपकरण हैं जो एक छात्र या शिक्षक द्वारा एक साथ परीक्षा की अनुमति देते हैं।

कोल्पोस्कोपी प्रक्रिया

कोल्पोस्कोपी एक सेल्फ रिटेनिंग क्यूस्को स्पेकुलम का उपयोग करके की जाती है, जिसे संपूर्ण गर्भाशय ग्रीवा की कल्पना करने के लिए योनि में समायोजित और स्थिर किया जाता है। सर्विक्स से अतिरिक्त बलगम और मलबे को सामान्य सेलाइन से धोना चाहिए। इसके बाद सर्विक्स का स्कवैमोकॉलमनार जंक्शन पर ध्यान केंद्रित करते हुए, कोल्पोस्कोप के माध्यम से दक्षिणावर्त तरीके से निरीक्षण किया जाता है। यदि निरीक्षण पर कोई असामान्यता नहीं दिखाई देती है, तो गर्भाशय ग्रीवा पर एक मिनट के लिए 5% एसिटिक एसिड लगाया जाता है। इसके बाद सर्विक्स का सफेद रोशनी और हरी फिल्टर वाली रोशनी दोनों से निरीक्षण किया जाता है, जो संवहनी पैटर्न को बढ़ाता है। असामान्य कोल्पोस्कोपिक निष्कर्षों में एसिटोव्हाइट एपिथेलियम, विराम चिह्न, ल्यूकोप्लाकिया, मोजेकिज्म और असामान्य वाहिकाएं शामिल हैं।



पर्याप्त कोल्पोस्कोपी – परिवर्तन क्षेत्र से शुरू होने वाले किसी भी घाव की पूरी सीमा के साथ-साथ संपूर्ण परिवर्तन क्षेत्र को स्पष्ट रूप से देखा जाता है।

अपर्याप्त कोल्पोस्कोपी – जब परिवर्तन क्षेत्र का पूरा दृश्य संभव नहीं है। रजोनिवृत्त महिलाओं में, एस्ट्रोजेन की कमी के कारण परिवर्तन क्षेत्र एंडोकार्विक्स में स्थानांतरित हो जाता है। एक एंडोकार्विकल स्पेकुलम उपयोगी हो सकता है या बेहतर दृश्यता के लिए योनि एस्ट्रोजेन थेरेपी के 4-6 सप्ताह के बाद दोबारा कोल्पोस्कोपी की जा सकती है।

कोल्पोस्कोपी के निष्कर्षों के अनुसार परिवर्तन क्षेत्र को वर्गीकृत किया गया है:

- टाइप 1 टीजेड: एससीजे एक्टोसर्विक्स पर स्थित होता है और इसे स्पष्ट रूप से देखा जा सकता है।
- टाइप 2 टीजेड: एससीजे या तो पूरी तरह से या आंशिक रूप से एंडोकार्विकल कैनल के भीतर स्थित होता है और इसे एंडोकार्विकल स्पेकुलम के साथ या उसके बिना देखा जा सकता है।
- टाइप 3 टीजेड: एससीजे एंडोकार्विकल कैनल के भीतर स्थित होता है और एंडोकार्विकल स्पेकुलम के साथ भी केवल आंशिक रूप से दिखाई देता है या बिल्कुल भी दिखाई नहीं देता है।

कोल्पोस्कोपी निष्कर्षों की रिपोर्टिंग-

इंटरनेशनल फेडरेशन ऑफ सर्वाइकल पैथोलॉजी एंड कोल्पोस्कोपी (आईएफसीपीसी - 2011) ने कोल्पोस्कोपी निष्कर्षों के दस्तावेजीकरण के लिए एक मानक नामकरण प्रदान किया है। रिपोर्टिंग स्वीडन के स्कोर पर आधारित है जिसमें पांच पैरामीटर हैं; घाव का आकार, किनारा, संवहनीता, एसिटिक एसिड और लुगोल का आयोडीन अवशोषण। 0-4 का स्कोर सामान्य/सीआईएन1 से संबंधित है, 5-6 का स्कोर सीआईएन2/सीआईएन3 से और 7-10 का स्कोर सीआईएन3/सरवाइकल कैंसर से संबंधित है।



पंच बायोप्सी या टिश्लर संदंश के साथ 5 से ऊपर स्वीडिश स्कोर में कोल्पोस्कोपिक निर्देशित बायोप्सी ली जा सकती है। अपर्याप्त कोल्पोस्कोपी के मामले में डायग्नोस्टिक एक्सिशनल प्रक्रिया की जानी चाहिए। यदि एक्टोसर्विक्स पर कोई घाव दिखाई नहीं देता है, हालांकि स्क्रीनिंग टेस्ट सकारात्मक है या जब साइटोलॉजी पर ग्रंथि संबंधी असामान्यताओं का संदेह होता है, तो टाइप 3 टीजेड के लिए एंडोकेर्विकल इलाज का संकेत दिया जाता है।

सर्वाइकल इंटरपीथेलियल नियोप्लासिया का प्रबंधन

30 वर्ष से अधिक उम्र की महिलाओं के लिए CIN1 प्रबंधन

यदि पिछला एचपीवी परीक्षण सकारात्मक था या साइटोलॉजी ने एएससीयूएस/एलएसआईएल दिखाया था, तो 1-2 साल में स्क्रीनिंग दोहराएं, यदि नकारात्मक हो तो नियमित अनुवर्ती कार्रवाई पर वापस लौटना चाहिए। यदि CIN1 2 साल तक बना रहता है, तो एब्लेटिव या एक्सिशनल प्रक्रियाएं की जानी चाहिए। पूर्ववर्ती एएससी-एच या एचएसआईएल के मामले में, नैदानिक एक्सिजन किया जाना चाहिए। गैर-अनुपालक मामलों के लिए एब्लेटिव उपचार का उपयोग किया जा सकता है।

30 वर्ष से कम उम्र की महिलाओं के लिए CIN1 प्रबंधन

यदि पूर्ववर्ती कोशिका विज्ञान ASCUS / LSIL था, तो 1 वर्ष पर दोबारा जांच करें। यदि पूर्ववर्ती कोशिका विज्ञान एएससी-एच या एचएसआईएल था, तो 6 महीने पर दोबारा जांच कराएं। यदि दोहराए गए परीक्षण से पता चलता है कि एएससी-एच, एचएसआईएल या कोल्पोस्कोपी पर उच्च श्रेणी का घाव 1 वर्ष तक बना रहता है, तो डायग्नोस्टिक एक्सिशनल प्रक्रियाएं की जानी चाहिए।



गर्भधारण की अनइच्छुक महिलाओं में CIN2/3 प्रबंधन

सीआईएन 2 के लिए एलईईपी एक्सिजन बेहतरीन उपचार है, सभी मानदंडों को पूरा करने पर ही उच्छेदन किया जाना चाहिए। ब्छ 3 के लिए शीत संकरण की अनुशंसा की जाती है।

गर्भधारण की इच्छुक महिलाओं में सीआईएन 2/3 प्रबंधन।

अपर्याप्त कोल्पोस्कोपी वाले CIN3 के लिए, एक्सिजनल प्रक्रिया की जानी चाहिए।

ब्छ2 के लिए, यदि p16 या Ki67 जैसे सहायक परीक्षण की सुविधा उपलब्ध है, तो इसे किया जाना चाहिए। अन्यथा, कोल्पोस्कोपी 6 महीने में की जानी चाहिए, यदि घाव बना रहता है तो कोई सीधे एक्सिशनल प्रक्रिया के लिए जा सकता है, या 1 वर्ष में साइटोलॉजी या कोल्पोस्कोपी दोहरा सकता है। किसी भी बिंदु पर, यदि उच्च ग्रेड कोशिका विज्ञान पाया जाता है या कोल्पोस्कोपिक निष्कर्ष खराब हो रहे हैं, तो व्यक्ति को एक्सिशनल प्रक्रियाओं के लिए जाना चाहिए अन्यथा 1 वर्ष के बाद सह-परीक्षण दोहराया जा सकता है।

गर्भावस्था में सीआईएन— किसी को कोल्पोस्कोपी रिपोर्ट की समीक्षा करनी चाहिए, यदि कोल्पोस्कोपी में आक्रामक कैंसर या सीआईएन 3 के साथ अपर्याप्त कोल्पोस्कोपी की विशेषताएं हैं, तो रोगी को परामर्श दें और गर्भधारण की अवधि के अनुसार निश्चित उपचार प्रदान करें। यदि पर्याप्त कोल्पोस्कोपी के साथ आक्रामक कैंसर का संकेत मिलता है, तो गर्भावस्था के बाद तक उपचार को स्थगित कर दें।

सीआईएन के उपचार के मूल सिद्धांत इस प्रकार हैं:

घाव के आकार की परवाह किए बिना, पूरे परिवर्तन क्षेत्र का इलाज (एक्साइज या एब्लेटेड) किया जाना चाहिए, क्योंकि संपूर्ण परिवर्तन क्षेत्र एचपीवी-प्रेरित क्लोनल परिवर्तन से गुजरता है और सीआईएन विकसित होने का खतरा होता है।

- 25 वर्ष से कम उम्र की महिलाओं को छोड़कर CIN2 और CIN3 घावों का हमेशा इलाज किया जाना चाहिए।



- सीआईएन घाव के इलाज का निर्णय हिस्टोलॉजिकल सत्यापन की प्रतीक्षा किए बिना कोल्पोस्कोपिक निष्कर्षों ("देखें और इलाज करें") पर आधारित हो सकता है।
- वीआईए या एचपीवी पॉजिटिव महिलाओं का इलाज उन स्थितियों में कोल्पोस्कोपिक या हिस्टोलॉजिकल सत्यापन ("स्क्रीन और ट्रीट") के बिना एब्लेटिव या एक्सिजनल प्रक्रियाओं द्वारा किया जा सकता है, जहां इन नैदानिक प्रक्रियाओं की अनुपलब्धता है।

एब्लेटिव उपचार के तौर-तरीके – उनमें टिश्यू विनाश शामिल होता है जो 7–8 मिमी तक बढ़ जाना चाहिए क्योंकि उच्च श्रेणी के सीआईएन घाव अक्सर परिवर्तन क्षेत्र में मौजूद क्रिप्ट में 5 मिमी तक फैल जाते हैं।

क्रायोथेरेपी – क्रायोथेरेपी की तकनीक सामान्य और नियोप्लास्टिक एपिथेलियल कोशिकाओं पर ठंड की चोट की विनाशकारी शक्ति पर निर्भर करती है। सर्विक्स पर ठंडक प्रभाव उत्पन्न करने के लिए नाइट्रस ऑक्साइड (N₂O) या कार्बन डाइऑक्साइड (CO₂) गैसों का उपयोग किया जाता है। किसी भी गैस का तापमान, जब संकुचित अवस्था में वायुमंडलीय दबाव में छोड़ा जाता है, तो -60 से -80 डिग्री सेल्सियस तक गिर जाता है। जब गैस को सर्विक्स पर लगाया जाता है, तो टिश्यू का तापमान -20 डिग्री सेल्सियस तक कम हो जाता है, जिससे एपिथेलियल कोशिकाओं को स्थायी क्षति होती है। एक्टोसर्विक्स में विरल संवेदी तंत्रिका अंत होते हैं। परिणामस्वरूप, क्रायोथेरेपी जैसी एक्टोसर्विकल प्रक्रिया में किसी एनेस्थीसिया की आवश्यकता नहीं होती है।

क्रायोथेरेपी के लिए पात्रता – इसका उपयोग केवल उन सीआईएन घावों के इलाज के लिए किया जाना चाहिए जो एंडोसर्विक्स या योनि तक किसी भी विस्तार के बिना एक्टोसर्विक्स तक सीमित हैं। परिवर्तन क्षेत्र प्रकार 1 का होना चाहिए और घाव सर्विक्स के 75% से अधिक पर नहीं होना चाहिए। क्रायोथेरेपी जांच में घाव को कवर



किया जाना चाहिए और आक्रामक कैंसर या ग्रंथि संबंधी असामान्यता का कोई संदेह नहीं होना चाहिए।

थर्मल कोगुलेशन

थर्मल कोगुलेशन, सेम कोगुलेटर नामक एक जांच का उपयोग करता है जिसे इंट्रासेल्युलर पानी को उबालने और परिवर्तन क्षेत्र की सामान्य और असामान्य दोनों कोशिकाओं को नष्ट करने के लिए 20–45 सेकंड के लिए 100–110 डिग्री सेल्सियस तक गर्म किया जाता है। थर्मल कोगुलेशन के साथ जांच के एकाधिक अनुप्रयोग संभव हैं। इसलिए, क्रायोथेरेपी के विपरीत, तकनीक घाव के आकार और जांच के बीच असमानता तक सीमित नहीं है। उपयोग किया गया तापमान (100 डिग्री सेल्सियस) इलेक्ट्रोकोटरी के लिए उपयोग किए जाने वाले तापमान से कम है, इसलिए पारंपरिक रूप से, इस तकनीक को “कोल्ड” कोगुलेशन के रूप में जाना जाता है।

थर्मल कोगुलेशन द्वारा उपचार के बाकी सिद्धांत और संकेत क्रायोथेरेपी के समान ही हैं। बिजली और हाल ही में बैटरी चालित पोर्टेबल उपकरणों के उपयोग के लाभ के साथ सभी सीआईएन घावों के इलाज में थर्मल कोगुलेशन क्रायोथेरेपी जितनी ही प्रभावी है।

एक्सिजन आधारित तौर-तरीके

एलईईपी (लूप एक्सिजन इलेक्ट्रोसर्जिकल प्रक्रिया) या एलएलईटीजेड (ट्रान्सफॉर्मेशन जोन का बड़ा लूप एक्सिजन)।

यह उन मामलों में संकेत दिया गया है जो एब्लेशन के लिए उपयुक्त नहीं हैं। इसके अलावा हिस्टोलॉजिकल मूल्यांकन के लिए टिशू प्राप्त करने का भी लाभ है। LEEP को CIN1 घाव के लिए भी संकेत दिया जाता है जो 2 साल से अधिक समय तक बना रहता है, ASC-H या HSIL प्रकार 3 परिवर्तन क्षेत्र के साथ और कोल्पोस्कोपी पर कोई दिखाई देने वाला घाव नहीं होता है, कोल्पोस्कोपी पर दिखाई देने वाले किसी भी घाव की अनुपस्थिति में



लगातार असामान्य कोशिका विज्ञान होता है, LEEP भी किया जा सकता है सर्वाइकल ग्लैंडुलर इंद्रापीथेलियल नियोप्लासिया (सीजीआईएन) (एडेनोकार्सिनोमा इन सीटू) और माइक्रो इनवेसिव कैंसर के लिए जहां कोल्ड-नाइफ कनाइजेशन को प्राथमिकता दी जाती है। इस प्रकार, यह एक चिकित्सीय प्रक्रिया है जहां घाव एक्टोसर्विक्स पर होता है अन्यथा यह अनिवार्य रूप से हिस्टोपैथोलॉजिकल मूल्यांकन के लिए "कोन" को हटाने के लिए एक नैदानिक प्रक्रिया है। एक्सिजनल प्रक्रिया के दौरान, कोन को इस तरह से तैयार किया जाना चाहिए कि क्रिप्ट की पूरी लंबाई सहित संपूर्ण परिवर्तन क्षेत्र हटा दिया जाए।

कोल्ड-नाइफ कनाइजेशन

यह एक स्केलपेल का उपयोग करके उच्च-ग्रेड सीआईएन का इलाज करने और एडेनोकार्सिनोमा इन सीटू और माइक्रोइनवेसिव कैंसर के मामले में सर्विक्स के कोन के आकार के हिस्से को हटाने की एक बाहरी विधि है। इसका उपयोग उच्च श्रेणी के स्वचैमस घावों में भी किया जा सकता है जहां ऊपरी सीमा दिखाई नहीं देती है, ऐसी सेटिंग्स में जहां एलएलईटीजेड सुविधाएं उपलब्ध नहीं हैं। कोन की चौड़ाई और लंबाई रोग की सीमा और गंभीरता पर निर्भर करेगी। हटाए गए कोन में संपूर्ण परिवर्तन क्षेत्र, रोगग्रस्त एपिथेलियम और पर्याप्त घाव मुक्त मार्जिन शामिल होना चाहिए। सीकेसी का प्रमुख लाभ यह है कि नमूने को एक ही टुकड़े में हटाया जा सकता है और मार्जिन किसी भी थर्मल क्षति से मुक्त होता है।

यह प्रक्रिया एलएलईटीजेड की तुलना में अधिक जटिल है और इसके लिए अत्यधिक कुशल प्रदाताओं की आवश्यकता होती है, क्षेत्रीय/सामान्य एनेस्थीसिया और अस्पताल में भर्ती की आवश्यकता होती है, और इसमें जटिलता दर अधिक होती है।

लगातार या अवशिष्ट रोग प्रारंभिक उपचार के बाद किसी भी अंतराल पर हिस्टोपैथोलॉजिकल उच्च-श्रेणी के घाव की निरंतरता है, जिसमें रोग की कोई हस्तक्षेप संबंधी दस्तावेजी अनुपस्थिति नहीं



होती है। लगातार या अवशिष्ट रोग में वे कैंसर शामिल नहीं हैं जिनकी पुष्टि सर्जिकल नमूने से निदान के बाद की गई है।

बार-बार होने वाली बीमारी को एक हिस्टोपैथोलॉजिकल उच्च-श्रेणी के घाव का पता लगाने के रूप में परिभाषित किया गया है, जिसका प्रारंभिक उपचार के बाद किसी भी समय अंतराल पर उच्च-श्रेणी के घावों की अनुपस्थिति के दस्तावेज के बाद बायोप्सी या बाद के सर्जिकल नमूने (हिस्टेरेक्टॉमी, सीकेसी और एलएलईटीजेड सहित) से निदान किया गया था।

अनुवर्ती परीक्षण – यदि किसी महिला का हिस्टोपैथोलॉजी के आधार पर या हिस्टोपैथोलॉजी के बिना एब्लेशन या एलएलईटीजेड के साथ इलाज किया जाता है, तो अनुवर्ती कार्रवाई आवश्यक है। इसे 12 महीनों में किया जाना चाहिए, यदि सकारात्मक हो तो एलएलईटीजेड के साथ फिर से परीक्षण किया जाना चाहिए और उसके बाद 12 महीनों के भीतर पुनः परीक्षण किया जाना चाहिए। सामान्य आबादी और एचआईवी पॉजिटिव महिलाओं के लिए अनुवर्ती सिफारिशें समान हैं।

निष्कर्ष

सर्वाइकल इंटरपीथेलियल नियोप्लासिया सर्वाइकल कैंसर का अग्रदूत है जो ज्यादातर एचपीवी संक्रमण के कारण होता है। एचपीवी परीक्षण, वीआईए या साइटोलॉजी के माध्यम से सीआईएन की जांच और एब्लेटिव और एक्सिशनल प्रक्रियाओं के साथ स्क्रीन पॉजिटिव घावों का उपचार निश्चित रूप से दुनिया से सर्वाइकल कैंसर को खत्म कर देगा। इस ज्ञान के बारे में जागरूकता फैलाना और इन कौशलों को सभी स्वास्थ्य कर्मियों तक पहुंचाना समय की मांग है।



परिचय

ह्यूमन पेपिलोमावायरस (एचपीवी) महिलाओं और पुरुषों में महत्वपूर्ण रुग्णता और मृत्यु दर का कारण बनता है। ह्यूमन पेपिलोमावायरस संक्रमण एनोजिनिटल कैंसर (गर्भाशय ग्रीवा, योनि, वुल्वर, पेनाइल और गुदा सहित) और ऑरोफरीन्जियल कैंसर (जीभ, टॉन्सिल के पीछे) से जुड़ा हुआ है। एचपीवी संक्रमण, यौन संचारित संक्रमण है। 80% से अधिक यौन सक्रिय महिलाएं अपने जीवनकाल में एचपीवी संक्रमण से संक्रमित होती हैं। सर्विक्स पर एचपीवी संक्रमण वाली लगभग 10% महिलाओं में लंबे समय तक रहने वाला एचपीवी संक्रमण विकसित होगा जो उन्हें सर्वाइकल कैंसर के खतरे में डालता है। (सीडीसी दिशानिर्देश) लगभग सभी सर्वाइकल कैंसर एचपीवी के कारण होते हैं और दो प्रकार यानी एचपीवी16 और एचपीवी18 70% मामलों के लिए जिम्मेदार होते हैं। एचपीवी संक्रमण 99% सर्वाइकल कैंसर, 91% गुदा कैंसर, 75% योनि कैंसर, 90% जननेन्द्रिय मस्सा का कारण बनता है। एचपीवी वैक्सीन की शुरुआत के बाद एचपीवी से संबंधित कैंसर की मृत्यु दर और रुग्णता दर में कमी आई है।

एचपीवी संबंधित कैंसर के लिए टीके

तीन अलग-अलग टीके, जो एचपीवी स्ट्रेन के प्रकार में भिन्न हैं—

- ह्यूमन पैपिलोमावायरस क्वाड्रिवैलेंट वैक्सीन (गार्डासिल) एचपीवी प्रकार 6, 11, 16 और 18 को लक्षित करता है।
- ह्यूमन पैपिलोमावायरस 9-वैलेंट वैक्सीन (गार्डासिल 9) चतुर्भुज वैक्सीन (6, 11, 16, और 18) के साथ-साथ प्रकार 31, 33, 45, 52 और 58 के समान एचपीवी प्रकारों को लक्षित करता है।
- ह्यूमन पैपिलोमावायरस बाइवैलेंट वैक्सीन (सर्वारिक्स) एचपीवी प्रकार 16 और 18 को लक्षित करने के लिए पेश की गई थी, लेकिन आजकल उपलब्ध नहीं है।



नया क्या है?

भारत ने 24 जनवरी 2023 को CERVAVAC वैक्सीन (सीरम इंस्टीट्यूट ऑफ इंडिया) लॉन्च की है।

यह एक चतुर्भुज टीका है (6,11,16,18) ये सभी रोगनिरोधी टीके हैं, जो प्रारंभिक एचपीवी संक्रमण और बाद में एचपीवी से जुड़े घावों को रोकने के लिए डिज़ाइन किए गए हैं।

एचपीवी वैक्सीन के लिए समय और खुराक

11 या 12 साल की उम्र में नियमित टीकाकरण के लिए एचपीवी वैक्सीन की सिफारिश की जाती है। टीकाकरण 9 साल की उम्र में शुरू किया जा सकता है और 15 साल से पहले समाप्त होना चाहिए।

एसीआईपी 26 वर्ष की आयु तक सभी के लिए टीकाकरण की सिफारिश करता है, यदि कम उम्र में पर्याप्त टीकाकरण नहीं किया गया हो। (एचपीवी टीकाकरण दो या तीन खुराक की श्रृंखला के रूप में दिया जाता है, जो प्रारंभिक टीकाकरण के समय उम्र पर निर्भर करता है। डब्ल्यूएचओ या आईएआरसी अनुशंसा करते हैं कि 15 वर्ष से कम उम्र की लड़कियों के लिए, एकल खुराक भी उतनी ही प्रभावी है)।

एसएजीई की समीक्षा ने निष्कर्ष निकाला कि एक एकल खुराक वाला ह्यूमन पैपिलोमावायरस (एचपीवी) टीका एचपीवी, वायरस जो सर्वाइकल कैंसर का कारण बनता है, के खिलाफ ठोस सुरक्षा प्रदान करता है, जो 2-खुराक शेड्यूल के बराबर है। टीके की एकल खुराक का विकल्प लागत प्रभावी, कम संसाधन गहन और प्रशासन में आसान है। यह लड़कियों को उनकी दूसरी खुराक के लिए ढूँढने की चुनौतियों को कम करता है और वित्तीय और मानव संसाधनों को अन्य स्वास्थ्य प्राथमिकताओं पर पुनर्निर्देशित करने की अनुमति देता है।

26 वर्ष से अधिक उम्र के सभी लोगों के लिए टीकाकरण की अनुशंसा नहीं की जाती है। 27 से 45 वर्ष की आयु के कुछ वयस्क अपने चिकित्सक से चर्चा के आधार पर एचपीवी टीका लगवाने का निर्णय ले सकते हैं, यदि उन्हें छोटी उम्र में पर्याप्त टीकाकरण नहीं मिला हो। इस आयु सीमा के लोगों का एचपीवी टीकाकरण कई कारणों से कम लाभ



प्रदान करता है, जिसमें इस आयु सीमा के अधिक लोग पहले ही एचपीवी के संपर्क में आ चुके होते हैं।

27 से 45 वर्ष की आयु के वयस्कों के लिए, चिकित्सक उन लोगों के साथ एचपीवी टीकाकरण पर चर्चा करने पर विचार कर सकते हैं जिन्हें लाभ होने की सबसे अधिक संभावना है। 26 वर्ष से अधिक आयु के अधिकांश वयस्कों के साथ एचपीवी टीकाकरण पर चर्चा करने की आवश्यकता नहीं है।

यौन शोषण या हमले के इतिहास वाले बच्चों को, एचपीवी टीका यथाशीघ्र, 9 वर्ष की आयु से शुरू करके दिया जाना चाहिए।

एचपीवी टीका 26 वर्ष और उससे कम उम्र की स्तनपान कराने वाली महिलाओं को दिया जा सकता है और दिया जाना चाहिए, जिन्हें पहले टीका नहीं लगाया गया है।

प्रशासन का मार्ग और स्थान— इंद्रामस्क्युलर रूप से, ऊपरी बांह के डेल्टॉइड क्षेत्र में या जांघ के ऊपरी पूर्व पार्श्व क्षेत्र में।

एचपीवी वैक्सीन के लिए अंतर्विरोध

- 1) एचपीवी वैक्सीन के किसी भी घटक या एचपीवी वैक्सीन की पिछली खुराक से जीवन-घातक एलर्जी प्रतिक्रिया।
- 2) वो जिन्हें यीस्ट (गार्डसिल और गार्डसिल 9) से एलर्जी है।
- 3) गर्भवती महिलाएं

एचपीवी वैक्सीन के दुष्प्रभाव

आम दुष्प्रभाव हैं दर्द, लालिमा या उस बांह में सूजन जहां गोली दी गई थी, बुखार, सिरदर्द या थकान महसूस होना, मतली, मांसपेशियों या जोड़ों में दर्द।



भारत में सर्वाङ्कल कैंसर एक रोकथाम योग्य त्रासदी है जिस पर तत्काल ध्यान देने की आवश्यकता है।

सर्वाङ्कल कैंसर सभी कैंसरों का 9.4% और नए मामलों का 18.3% है। भारतीय महिलाओं में होने वाले कैंसरों में सर्वाङ्कल कैंसर दूसरे स्थान पर है और यह भारत में सबसे आम जननांग कैंसर है। इसका द्वि-मॉडल वितरण होता है, जिसमें एक शिखर 35 से 39 वर्ष पर और दूसरा शिखर 60 से 64 वर्ष पर होता है।

सर्वाङ्कल कैंसर के लक्षण

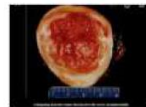
- रजोनिवृत्ति के बाद रक्तस्राव
- सहवास के बाद रक्तस्राव
- पेट के निचले हिस्से में दर्द होना
- खून से सना हुआ और आपत्तिजनक स्राव

सर्वाङ्कल कैंसर के लक्षण
स्पेकुलम जांच

- 80% मामलों में एक्सोफाइटिक फूलगोभी जैसी वृद्धि देखी जाती है
 - 20% मामलों में अल्सरेटिव वृद्धि देखी जाती है
 - छूने पर वृद्धि से खून बहने लगता है
 - सर्वाङ्कल ओएस की कल्पना की जा सकती है या नहीं भी की जा सकती है
- वृद्धि निकटवर्ती योनि की दीवारों तक फैल सकती है



एक्सोफाइटिक वृद्धि



अल्सरेटिव वृद्धि



द्विमासिक योनि परीक्षण

- सर्विक्स के निष्कर्षों की पुष्टि करें— आकार, आकार और वृद्धि की सीमा
- गर्भाशय आमतौर पर आकार में सामान्य होता है, प्योमेट्रा में बड़ा हो सकता है।
- पैरामीट्रियल भागीदारी (योनि के पार्श्व और पीछे के छिद्रों के माध्यम से महसूस की जाती है)

मलाशय परीक्षा

- सर्विक्स का आकार और स्थिरता।
- रोग का पैरामीट्रियल विस्तार
- गर्भाशय—त्रिक स्नायुबंधन की अवधि की सराहना की जा सकती है।
- रेक्टल म्यूकोसा मुक्त या शामिल हो सकता है।
- कुछ उन्नत मामलों में ग्रीवा/इंगुइनल लिम्फ नोड्स स्पर्शनीय हो सकते हैं।

हिस्तोपैथोलोजी

सबसे आम हिस्टोलॉजिकल प्रकार स्क्वैमस सेल कार्सिनोमा है। लगभग 20% मामलों में एंडोकर्विकल एडेनोकार्सिनोमा देखा जा सकता है। स्क्वैमस सेल कार्सिनोमा और एडेनोकार्सिनोमा दोनों के अधिकांश एचपीवी से जुड़े हैं।

निदान

- निदान की पुष्टि के लिए सर्वाइकल बायोप्सी अनिवार्य है। सामान्य और असामान्य ऊतकों के जंक्शन से एक पंच बायोप्सी ली जाती है और हिस्टोलॉजिकल मूल्यांकन के लिए भेजी जाती है।



- एमआरआई पेट और पेल्विस का उपयोग प्री-ऑप स्टेजिंग (बीमारी की सीमा) के लिए किया जाता है।
- नोडल मेटास्टेसिस के लिए सीटी स्कैन उपयोगी है
- छाती का एक्स-रे फुफ्फुसीय मेटास्टेसिस को बाहर करने में मदद करता है।

सर्वाइकल कैंसर का स्टेजिंग – FIGO 2018 के अनुसार, सभी चरणों में ट्यूमर के आकार और सीमा के संबंध में नैदानिक निष्कर्षों को पूरक करने के लिए, जहां उपलब्ध हो, इमेजिंग और पैथोलॉजी का उपयोग किया जा सकता है। शल्य चिकित्सा द्वारा उपचारित सभी मामलों के लिए, अंतिम स्टेजिंग हिस्टोलॉजिकल निष्कर्षों के अनुसार होती है।

FIGO 2018 सीए सर्विक्स स्टेजिंग

Stage	Description
I	Carcinoma is strictly confined to the cervix (extension to the uterine corpus should be disregarded)
IA	Invasive carcinoma that can be diagnosed only with microscopy, with maximum depth of invasion <5 mm
IA1	Stromal invasion <3 mm in depth
IA2	Stromal invasion ≥3 mm and <5 mm in depth
IB	Invasive carcinoma confined to the uterine cervix, with measured deepest invasion ≥5 mm
IB1*	Tumor measures <2 cm in greatest dimension
IB2*	Tumor measures ≥2 cm and <4 cm in greatest dimension
IB3*	Tumor measures ≥4 cm in greatest dimension
II	Carcinoma invades beyond the uterus, but has not extended onto the lower third of the vagina or to the pelvic wall
IIA	Limited to the upper two-thirds of the vagina without parametrial involvement
IIA1	Tumor measures <4 cm in greatest dimension
IIA2	Tumor measures ≥4 cm in greatest dimension
IIB	With parametrial involvement but not up to the pelvic wall
III	Carcinoma involves the lower third of the vagina and/or extends to the pelvic wall and/or causes hydronephrosis or nonfunctioning kidney and/or involves pelvic and/or para-aortic lymph nodes
IIIA	Involves the lower third of the vagina, with no extension to the pelvic wall
IIIB	Extension to the pelvic wall and/or hydronephrosis or nonfunctioning kidney from tumor
IIIC*	Involvement of pelvic and/or para-aortic lymph nodes, irrespective of tumor size and extent [†]
IIIC1*	Pelvic lymph node metastasis only
IIIC2*	Para-aortic lymph node metastasis
IV	Carcinoma has extended beyond the true pelvis or has involved (biopsy-proven) the mucosa of the bladder or rectum
IVA	Spread to adjacent pelvic organs
IVB	Spread to distant organs



सर्वाइकल कैंसर का उपचार रोग की अवस्था पर आधारित होता है जिसका मूल्यांकन नैदानिक निष्कर्षों और उचित इमेजिंग तकनीकों द्वारा किया जा सकता है।

प्रारंभिक बीमारी और प्रजनन क्षमता संरक्षण के लिए सर्जरी उपचार का मुख्य आधार है। रोग के विभिन्न चरणों के उपचार के लिए उपलब्ध विभिन्न सर्जिकल तकनीकों के लिए स्त्री रोग संबंधी ओन्को सर्जनों के पास सर्जिकल प्रशिक्षण और विशेषज्ञता की आवश्यकता होती है। इसलिए इन मामलों को विशेषज्ञों द्वारा ही संभाला जाना चाहिए।

रेडिकल हिस्टेरेक्टॉमी वर्गीकरण जो पहले पिवर और रटलेज (टाइप 1-5) द्वारा दिया गया था, अब व्यापक रूप से क्वेरलो और मुरो (क्लास एडी) द्वारा दिए गए वर्गीकरण से बदल दिया गया है।

शल्य चिकित्सा उपचार के सिद्धांत

उद्देश्य ऐसे मामले का चयन करना होना चाहिए जिसमें लिम्फ नोड मेटास्टेसिस की न्यूनतम संभावना हो क्योंकि रोगी को आदर्श रूप से एकल उपचार पद्धति के साथ इलाज किया जाना चाहिए। प्रीऑपरेटिव एमआरआई इसके लिए सबसे उपयुक्त तरीका है।

इसके अलावा विच्छेदन सही सर्जिकल प्रक्रिया का चयन करते हुए पर्याप्त होना चाहिए ताकि सर्जिकल मार्जिन बीमारी से मुक्त हो।

पोस्टऑपरेटिव रुग्णता को कम करने के लिए लिम्फैडेनेक्टॉमी करते समय और मूत्रवाहिनी, मूत्राशय या आंत को संभालते समय पर्याप्त देखभाल की जानी चाहिए।

चरणवार उपचार प्रोटोकॉल नीचे दी गये टेबल में दिखाया गया है:





स्टेज	प्रजनन के लिए अनईछुक	प्रजनन के लिए ईछुक
1A1	एक्स्ट्रा फेशियल हिस्टेरेक्टॉमी या सिंपल हिस्टेरेक्टॉमी	उपचारात्मक संकरण
1A2, एलवीएसआई स्टेज 1B1 के साथ 1A1, स्टेज IIAI (अधिकतम व्यास <2 सेमी)	बाइलैटरल पेल्विक लिम्फैडेनेक्टॉमी के साथ संशोधित रेडिकल हिस्टेरेक्टॉमी	बाइलैटरल पेल्विक लिम्फैडेनेक्टॉमी के साथ रेडिकल ट्रेचेलेक्टॉमी
IB2 IIA1(अधिकतम व्यास >2 लेकिन <4 सेमी)	टाइप प्प (क्लास सी) पेल्विक लिम्फनोड विच्छेदन के साथ रेडिकल हिस्टेरेक्टॉमी यदि आवश्यक हो तो सहायक कीमोथेरेपी के बाद	लिम्फनोड विच्छेदन के साथ रेडिकल हिस्टेरेक्टॉमी
IB3 IIA2 और उसके ऊपर	समवर्ती कीमोथेरेपी के साथ रेडियोथेरेपी	

सहायक थेरेपी

इन मामलों में पोस्ट सर्जिकल एडजुवेंट केमोराडिएशन की आवश्यकता होती है

1. सकारात्मक सर्जिकल मार्जिन
 2. लिम्फ नोड मेटास्टेसिस
- सीएमई मॉड्यूल
3. ट्यूमर >4 सेमी
 4. एलवीएसआई सकारात्मक
 5. गहरा स्ट्रोमल आक्रमण >1/3

रसायनविकिरण

समवर्ती रसायन विकिरण उन्नत बीमारी या प्रारंभिक बीमारी वाले खराब सर्जिकल उम्मीदवारों के लिए उपयुक्त है। छवि संशोधित विकिरण के उपयोग और कीमोथेरेपी को शामिल करने से प्रभावकारिता में काफी वृद्धि हुई है और विकिरण उपचार से जुड़ी रुग्णता कम हो गई है।





एक्सटर्नल बीम रेडिएशन (ईबीआरटी) आमतौर पर साप्ताहिक सिस्प्लैटिन थेरेपी के साथ 5 सप्ताह में 25 अंशों में दिया जाता है। इसके बाद इंटरकैवेटरी रेडिएशन (आईसीआरटी) के 3 कोर्स होते हैं।

निष्कर्ष

सर्जरी या कीमोराडिएशन दोनों तरीकों से इलाज किए जाने वाले मामलों में सर्वाइकल कैंसर का समग्र पूर्वानुमान अच्छा है। केवल मूत्राशय आंत की भागीदारी या दूर के मेटास्टेसिस के साथ चरण 4 की बीमारी का पूर्वानुमान खराब है।



Section

2

वुल्वर कैंसर

1. वुल्वर कैंसर की नैदानिक विशेषताएं और निदान
2. वुल्वर कैंसर का उपचार अवलोकन



चित्र 1: प्रारंभिक-चरण वुल्वर कैंसर





परिचय

वुल्वाल कैंसर एक दुर्लभ कैंसर है जो मुख्य रूप से बुजुर्ग महिलाओं को प्रभावित करता है और 50 वर्ष से कम उम्र में यह असामान्य है। किसी भी स्त्रीनिंग टेस्ट ने अचयनित आबादी में वुल्वर कैंसर की जांच करने में कोई फायदा नहीं दिखाया है। लाइकेन स्क्लेरोसिस और उच्च जोखिम वाले एचपीवी प्रकारों के साथ संक्रमण स्वैमस नियोप्लास्टिक परिवर्तनों के लिए पूर्वगामी कारक हैं। आमतौर पर, एचपीवी से संबंधित बीमारी युवा महिलाओं में देखी जाती है और यह मल्टीफोकल हो सकती है। बढ़ते एचपीवी संक्रमण के साथ, 40–49 वर्ष की आयु की महिलाओं में इसकी घटना दोगुनी हो गई है।

नैदानिक सुविधा :

रोग की अवस्था के अनुसार नैदानिक प्रस्तुति भिन्न-भिन्न होती है। महिलाओं को अक्सर चिकित्सकों को वल्वल लक्षणों के बारे में बताने में कठिनाई होती है और वल्वल लक्षणों वाली सभी महिलाओं की जांच की जानी चाहिए। वुल्वाल कैंसर का कभी-कभी किसी अन्य प्रक्रिया के दौरान जांच करने पर निदान किया जाता है, उदाहरण के लिए, कोल्पोस्कोपी या कैथीटेराइजेशन। अक्सर ये स्पर्शोन्मुख नहीं होते हैं, लेकिन महिलाओं को या तो निदान के लिए प्रस्तुत नहीं किया जाता है, या उचित रूप से संदर्भित नहीं किया जाता है। कई बार, पहले से मौजूद वल्वल रोग जैसे, लाइकेन स्क्लेरोसिसोरबीआईएन के फॉलो-अप के दौरान निदान किया जाता है।

जबकि पूरा इतिहास लेने की आवश्यकता स्वयं-स्पष्ट है, विशिष्ट पूछताछ की भी आवश्यकता होगी। महिलाएं अक्सर ओवर-द-काउंटर सामयिक तैयारी के साथ स्वयं-चिकित्सा करती हैं जो वल्वा कैंसर के लक्षणों को बढ़ा सकती हैं। योनी की देखभाल और इन दवाओं को छोड़ने के संबंध में सलाह प्रबंधन का एक महत्वपूर्ण हिस्सा है।

वल्वा कैंसर के लक्षणों में वल्वा में खुजली, जलन या दर्द शामिल है। महिलाओं को गांठ, रक्तस्राव या डिस्चार्ज भी दिख सकता है। यदि एक अस्पष्टीकृत योनि गांठ या अल्सर पाया जाता है, तो एक तत्काल विशेषज्ञ रेफरल किया जाना चाहिए। ऐसे रोगी के लिए जो खुजली या दर्द से पीड़ित है और जहां कैंसर का तुरंत संदेह नहीं है, प्रबंधन की एक विधि के





रूप में 'उपचार, निगरानी और प्रतीक्षा' की अवधि का उपयोग करना उचित है। लेकिन इसमें लक्षणों के ठीक होने तक सक्रिय अनुवर्ती कार्रवाई शामिल होनी चाहिए या निदान की पुष्टि होनी चाहिए। रजोनिवृत्ति के बाद महिला में किसी भी रंग परिवर्तन (सफेदी या रंग का जमाव), सतह, आकृति, गांठ, अल्सर या मस्सों की ऊंचाई या अनियमितता की बायोप्सी की जानी चाहिए।

जांच के निष्कर्षों से दृढ़ता से संकेत मिलता है कि वल्कल कैंसर में अनियमित, कवकीय वृद्धि, अनियमित अल्सर या गांठ और बढ़े हुए ग्रोइननोडस शामिल हैं। योनि, मूत्रमार्ग, मूत्राशय के आधार, या गुदा की किसी भी भागीदारी पर ध्यान दिया जाना चाहिए। आकलन करने के लिए बड़े ट्यूमर को छूकर देखा जाना चाहिए। क्या यह प्यूबिक और इस्चियल हड्डियों में गहराई तक प्रवेश कर रहा है।

बड़े ट्यूमर से जुड़े दर्द के कारण अक्सर स्थानीय एनेस्थीसिया के तहत जांच करनी पड़ सकती है। ग्रोइन लिम्फैडेनोपैथी की उपस्थिति या अनुपस्थिति पर भी ध्यान दिया जाना चाहिए।

निदान

निदान की आधारशिला असामान्य और सामान्य दोनों क्षेत्रों सहित घाव के किनारे से एक पंच बायोप्सी है। घावों को एक्साइज करने के बजाय बायोप्सी किया जाना चाहिए, जिससे पूरे घाव को हटाने से बचा जा सके। नैदानिक बायोप्सी पर्याप्त आकार की होनी चाहिए (सतही आक्रामक और स्पष्ट रूप से आक्रामक ट्यूमर के बीच अंतर करने के लिए 1 मिमी से अधिक गहराई) और गुणवत्तापूर्ण रोग संबंधी व्याख्या की अनुमति देने के लिए उन्मुख होनी चाहिए। यह स्थानीय एनेस्थीसिया के तहत 3 या 4 मिमी कीज़ बायोप्सी उपकरण के साथ, या एक चीरा लगाने वाली या वेज बायोप्सी के साथ किया जा सकता है। भले ही घाव छोटा हो, बायोप्सी के समय पूरे घाव को न निकालना बेहतर है, क्योंकि इससे बाद की सर्जरी की योजना बनाना मुश्किल हो जाता है।





हिस्टोपैथोलॉजिकल प्रकार

स्क्वैमस सेल कार्सिनोमा (एससीसी) अधिकांश वुल्वर कैंसर (80% से अधिक) के लिए जिम्मेदार है, और मेलानोमा अगला सबसे आम कैंसर है। दुर्लभ हिस्टोलॉजिकल प्रकारों में शामिल हैं:

- बैसल सेल कार्सिनोमा
- वैरुकस कार्सिनोमा
- एक्स्ट्रा- मैमरी पगेट रोग से संबंधित एडेनोकार्सिनोमा
- बार्थोलिन ग्रंथि कार्सिनोमा (स्क्वैमस, एडेनो कार्सिनोमा, या संक्रमणकालीन सेल कार्सिनोमा)
- सार्कोमा

हिस्टोलॉजिकल ग्रेड, अच्छी तरह से विभेदित (जी1), मध्यम रूप से विभेदित (जी2), खराब या अविभाजित (जी3) हो सकते हैं। जीएक्स: ग्रेड का मूल्यांकन नहीं किया जा सकता।

एक बार कैंसर की पुष्टि हो जाने पर, रोगी को व्यापक उपचार से पहले बहु-विषयक टीम द्वारा समीक्षा के लिए स्त्री रोग संबंधी कैंसर केंद्र में भेजा जाना चाहिए।





परिचय

सभी वलवल कैंसरों में से नब्बे प्रतिशत स्क्वैमस सेल कार्सिनोमा होते हैं, जिनमें मेलेनोमा, पैगेट रोग, बार्थोलिन ग्रंथि ट्यूमर, एडेनोकार्सिनोमा और बेसल सेल कार्सिनोमा शेष अधिकांश ट्यूमर के लिए जिम्मेदार होते हैं। हिस्टोलॉजी महत्वपूर्ण है, क्योंकि यह लिम्फ नोड की भागीदारी की संभावना को निर्धारित करने में एक चर का प्रतिनिधित्व करता है। लिम्फोवास्कुलर स्पेस आक्रमण (एलवीएसआई) और घुसपैठ ग्रोथ पैटर्न पूर्वानुमान खराब के मार्कर हैं।

वुल्वाल कैंसर या तो आसन्न संरचनाओं में सीधे विस्तार से या लसीका के माध्यम से इंगुइनल और फेमरल नोड्स (क्षेत्रीय लिम्फ नोड्स) तक या हेमेटोजेनस प्रसार से फैलता है। कुल मिलाकर, ऑपरेशन योग्य बीमारी से पीड़ित लगभग 30% महिलाओं में नोडल प्रसार होता है। बिना लिम्फ नोड भागीदारी वाले मामलों में 5 साल तक जीवित रहने की संभावना 80% से अधिक है। यदि इंगुइनल नोड्स शामिल हैं तो यह 50% से कम हो जाता है और यदि इलियाक या अन्य पैल्विक नोड्स शामिल हैं तो 10–15% हो जाता है।

उपचार के सिद्धांत

वुल्वाल कैंसर का उपचार मुख्य रूप से सर्जरी द्वारा होता है। पिछले कुछ वर्षों में यह अधिक व्यक्तिगत और रूढ़िवादी हो गया है। फिर भी, पर्याप्त स्नेह मार्जिन (टिश्यू निर्धारण के बाद 1 सेमी) और ग्रोइन नोड विच्छेदन या मूल्यांकन की आवश्यकता महत्वपूर्ण बुनियादी सिद्धांत बनी हुई है। प्रबंधन काफी सरल से लेकर बहुत जटिल सर्जरी तक काफी भिन्न हो सकता है। प्रत्येक मामले पर उसके गुण-दोष के आधार पर विचार किया जाना चाहिए और स्त्री





रोग संबंधी कैंसर टीम द्वारा प्रबंधन की एक सहमत योजना तैयार की जानी चाहिए।

ट्यूमर का आकार, स्थान, चिकित्सा फिटनेस और रोगी की इच्छाएं जैसे कारक प्रबंधन को प्रभावित करेंगे।

माइक्रोइनवेसिव वुल्वर कैंसर का उपचार (स्टेज IA)

स्टेज IA वुल्वर कार्सिनोमा को 2 सेमी या उससे कम व्यास वाले घाव के रूप में परिभाषित किया गया है, जिसमें आक्रमण की गहराई 1.0 मिमी या उससे कम है। आक्रमण की गहराई को सबसे गहरे, आसन्न, डिसप्लास्टिक, ट्यूमर-मुक्त रेटे रिज के बेसमेंट मेम्ब्रेन से आक्रमण के सबसे गहरे बिंदु तक मापा जाता है। इन घावों को व्यापक स्थानीय एक्सिजन के साथ प्रबंधित किया जाना चाहिए, और ग्रोइन नोड विच्छेदन आवश्यक नहीं है।

प्रारंभिक वुल्वर कैंसर का उपचार

प्रारंभिक वुल्वर कैंसर वे होते हैं जो योनी तक ही सीमित होते हैं, और जहां नैदानिक परीक्षण, अल्ट्रासाउंड, या क्रॉस-सेक्शनल रेडियोलॉजिकल मूल्यांकन पर कोई संदिग्ध लिम्फ नोड्स नहीं होते हैं। इसमें स्टेज आईबी और स्टेज II रोग शामिल हैं।

प्रारंभिक वुल्वर कैंसर के उपचार का स्वर्ण मानक ट्यूमर का व्यापक स्थानीय एक्सिजन है। आक्रमण के किसी भी अन्य क्षेत्र को बाहर करने के लिए, और तथाकथित "असामान्य क्षेत्र" में उत्पन्न होने वाले नए ट्यूमर को रोकने के लिए संबंधित प्रीइन्वेसिव बीमारी को भी समाप्त किया जाना चाहिए। जबकि सर्जन को कम से कम 8 मिमी (स्थिर टिश्यू के संकुचन की अनुमति) के पैथोलॉजिकल मार्जिन को प्राप्त करने के लिए 2 सेमी के सर्जिकल मार्जिन का लक्ष्य रखना चाहिए, अब यह माना जाता है कि कई "रीकरंट" वुल्वर कैंसर संभवतः नए ट्यूमर हैं जो अपर्याप्त मार्जिन के कारण रीकरंट के बजाय आसपास के असामान्य टिश्यू में विकसित हुए हैं।

अधिकांश ट्यूमर के साथ, प्राथमिक समापन संभव है, लेकिन बड़े दोषों को बंद करने और योनि समारोह के रखरखाव के लिए





पुनर्निर्माण सर्जरी पर विचार किया जाना चाहिए। जब पुनर्निर्माण आवश्यक होता है, तो सबसे अधिक उपयोग किए जाने वाले तीन पलैप में वी-वाई पलैप, रॉमबॉइड पलैप और ग्लूटस मैक्सिमस मायोक्व्यूटेनियस पलैप शामिल हैं।

इंगुइनोफेमोरल लिम्फैडेनेक्टॉमी

ग्रोइन लिम्फ नोड्स का उचित प्रबंधन प्रारंभिक वुल्वर कैंसर से मृत्यु दर को कम करने में सबसे महत्वपूर्ण कारक है, क्योंकि ग्रोइन में पुनरावृत्ति "बचाव" उपचार के रूप में मल्टीमॉडल थेरेपी का उपयोग करने के बावजूद खराब अस्तित्व से जुड़ी हुई है। वर्तमान मानक में अलग-अलग चीरों के माध्यम से प्राथमिक ट्यूमर और लिम्फ नोड्स का उच्छेदन शामिल है। यह दृष्टिकोण योनी और कमर के एन ब्लॉक रिसेक्शन की तुलना में बेहतर उपचार की अनुमति देता है। इंगुइनल और फेमोरल दोनों नोड्स को हटा दिया जाना चाहिए, क्योंकि इंगुइनल नोड विच्छेदन अकेले ग्राइन पुनरावृत्ति की एक उच्च घटना से जुड़ा हुआ है।

वे सभी महिलाएं जिन्हें स्टेज आईबी या रिसेक्टेबल स्टेज II कैंसर है, उन्हें इंगुइनोफेमोरल लिम्फैडेनेक्टॉमी करानी चाहिए। 1% से कम रोगियों में छोटे पार्श्व घाव (वुल्वर मिडलाइन से 4 सेमी और ≥ 2 सेमी से कम) और नकारात्मक इप्सिलैटरल नोड्स में कॉन्ट्रैटरल ग्रोइन नोड्स में मेटास्टेस होते हैं, और इसलिए इन रोगियों के लिए एक इप्सिलैटरल ग्रोइन विच्छेदन पर्याप्त उपचार है।

जिन रोगियों में ट्यूमर (< 2 सेमी) के करीब या मध्य रेखा को पार कर रहा है, विशेष रूप से पूर्वकाल लेबिया मिनोरा से जुड़े ट्यूमर, और जिन महिलाओं में बहुत बड़े पार्श्व ट्यूमर (> 4 सेमी), या सकारात्मक इप्सिलैटरल नोड्स हैं, उनमें द्विपक्षीय ग्रोइन नोड होना चाहिए विच्छेदन।

सेंटिनल नोड बायोप्सी: प्रक्रिया का उद्देश्य "सेंटिनल" नोड (जो मुख्य रूप से ट्यूमर को बाहर निकालता है) में नोडल मेटास्टेस का पता लगाना है, और फिर सेंटिनल नोड नकारात्मक रोगियों में पूर्ण





लिम्फैडेनेक्टॉमी को छोड़ना है, जिससे पूर्ण इंगुइनोफेमोरल नोड विच्छेदन से जुड़ी रुग्णता कम हो जाती है।

सेंटिनल नोड प्रक्रिया के लिए संकेत:

- 1) यूनिफोकल ट्यूमर योनी तक ही सीमित होते हैं
- 2) 4 सेमी से कम व्यास वाले ट्यूमर
- 3) 1 मिमी से अधिक स्ट्रोमल आक्रमण
- 4) चिकित्सकीय और रेडियोलॉजिकल रूप से नकारात्मक ग्रोइन नोड्स

सेंटिनल लिम्फ नोड्स की पहचान रेडियोलेबेल्ड टेक्नेटियम और ब्लू डाई दोनों का उपयोग करके की जाती है। हाल ही में, निकट अवरक्त फ्लोरोसेंट तकनीक के साथ उपयोग की जाने वाली इंडोसायनिन हरी डाई सेंटिनल नोड का पता लगाने के लिए एक विकल्प बन गई है।

ध्यान दें, जब एक इप्सिलेटरल सेंटिनल लिम्फ नोड का पता नहीं चलता है, तो एक पूर्ण इप्सिलेटरल इंगुइनो फेमोरल लिम्फैडेनेक्टॉमी की जानी चाहिए। इसके अलावा, यदि एक इप्सिलैटरल सेंटिनल लिम्फ नोड सकारात्मक है, तो एक पूर्ण द्विपक्षीय इंगुइनो फेमोरल लिम्फैडेनेक्टॉमी की सिफारिश की जाती है।

प्रारंभिक चरण के कैंसर में सहायक चिकित्सा

सकारात्मक ग्रोइन नोड्स वाले रोगियों में पेल्विक और ग्रोइन विकिरण के संकेत हैं:

- अतिरिक्त कैप्सुलर नोडल स्प्रेड की उपस्थिति।
 - दो या दो से अधिक ग्रोइन नोड्स में मेटास्टेस की उपस्थिति।
- रेडियोथेरेपी के संदर्भ में, बाहरी बीम रेडियोथेरेपी (ईबीआरटी) के दौरान विकिरण क्षेत्रों में अधिकांश रोगियों में इंगुइनो फेमोरल और बाहरी और आंतरिक इलियाक लिम्फ नोड्स शामिल होने चाहिए। यदि कई या भारी सकारात्मक इंगुइनल नोड्स हैं, या यदि पेल्विक नोड मेटास्टेस का संदेह है, तो विकिरण क्षेत्र की ऊपरी सीमा को बढ़ाया जा सकता है।





उन्नत वुल्वर कैंसर का प्रबंधन

उन्नत वुल्वर कैंसर में ऐसे ट्यूमर शामिल होते हैं जो योनी और योनि के निचले तीसरे हिस्से से आगे तक फैलते हैं, और/या जहां भारी सकारात्मक ग्रोइन नोड्स होते हैं। उन्नत वुल्वर कैंसर वाली महिलाओं का प्रबंधन जटिल है और इसे व्यक्तिगत रूप से एक बहु-विषयक टीम द्वारा किया जाना चाहिए।

जब उन्नत वुल्वर कैंसर का सामना करना पड़ता है, तो उपचार की योजना बनाने से पहले ग्रोइन नोड्स की स्थिति निर्धारित की जानी चाहिए। चिकित्सकीय दृष्टि से संदिग्ध नोड्स वाले मरीजों को नोड्स की बारीक सुई से एस्पिरेशन या बायोप्सी करानी चाहिए। पेल्विक सीटी, एमआरआई, या पीईटी-सीटी इंगुइनो फेमोरल या दूर के मेटास्टेटिक रोग की सीमा निर्धारित करने में सहायक हो सकते हैं।

यदि चिकित्सकीय रूप से या इमेजिंग पर कोई संदिग्ध नोड्स नहीं हैं, तो द्विपक्षीय इंगुइनो फेमोरल लिम्फ़ेडेनेक्टॉमी की जा सकती है; यदि नोड्स नकारात्मक हैं, तो कमर और पेल्विक नोड्स के लिए रेडियोथेरेपी आवश्यक नहीं होगी। हालाँकि, यदि हिस्टोलॉजी सकारात्मक नोड्स का खुलासा करता है, तो प्रारंभिक चरण की बीमारी के लिए कमर और ग्रोइन के लिए सहायक रेडियोथेरेपी या कीमो की पेशकश की जानी चाहिए।

जिन रोगियों में नैदानिक रूप से सकारात्मक नोड्स हैं, यदि संभव हो तो बढ़े हुए ग्रोइन और पेल्विक नोड्स को हटा दिया जाना चाहिए, और रोगी को पोस्टऑपरेटिव ग्रोइन और पेल्विक रेडिएशन दिया जाना चाहिए। पूर्ण लिम्फ़ेडेनेक्टॉमी नहीं की जानी चाहिए क्योंकि कमर के पूर्ण विच्छेदन के बाद कमर में ईर्रैडीएशन के परिणामस्वरूप गंभीर लिम्फ़ेडेमा हो सकता है।

प्राथमिक ट्यूमर के प्रबंधन के संदर्भ में, जब भी संभव हो, स्पष्ट सर्जिकल मार्जिन के साथ और स्फ़िक्टर क्षति के बिना प्राथमिक ट्यूमर का सर्जिकल एक्सिजन, उन्नत वुल्वर कैंसर के इलाज का इष्टतम तरीका है, साथ ही स्थानीय दर्द और आक्रामक निर्वहन जैसे लक्षणों को कम करना है।





प्राथमिक कीमो— रेडीऐशन

ऐसे मामलों में जहां सर्जरी को व्यक्तिगत रोगी के लिए अनुपयुक्त माना जाता है, प्राथमिक ट्यूमर के साथ-साथ ग्रोइन और पेल्विक नोड्स के इलाज के लिए प्राथमिक केमोराडिएशन का उपयोग किया जा सकता है।

निदान की पुष्टि करने के लिए अल्सरयुक्त या स्थिर कमर के लिम्फ नोड्स की बायोप्सी की जानी चाहिए, और फिर कीमोसेंसिटाइजेशन के साथ या उसके बिना, प्राथमिक रेडियोथेरेपी के साथ इलाज किया जाना चाहिए। यदि रेडीऐशन के प्रति अपूर्ण प्रतिक्रिया होती है, तो उपयुक्त होने पर नोड्स को काटा जा सकता है।

एक वैकल्पिक रणनीति रेडियोथेरेपी से पहले नोड्स को सिकोइने के लिए सिस्प्लैटिन या कार्बोप्लाटिन और पैक्लिटैक्सेल के साथ नियोएडजुवंट कीमोथेरेपी का उपयोग है। यदि प्राथमिक ट्यूमर का पर्याप्त एक्सिजन केवल एक्सेंटेशन और आंत्र या मूत्र रंध्र के गठन से ही प्राप्त किया जा सकता है, तो रेडियोथेरेपी (समवर्ती कीमोथेरेपी के साथ या बिना) एक पसंदीदा उपचार विकल्प हो सकता है।

यदि रेडीऐशन के बाद किसी भी अवशिष्ट ट्यूमर को हटा दिया जाए तो जीवन रक्षा में सुधार होता है।

समवर्ती कीमो रेडीऐशन बड़े ट्यूमर वाले उन रोगियों के लिए एक अच्छी तरह से वर्णित उपचार विकल्प है, जिनमें प्राथमिक सर्जिकल रिसेक्शन केंद्रीय संरचनाओं (गुदा, मूत्रमार्ग) को नुकसान पहुंचा सकता है, और जिनको दीर्घकालिक पूर्ण प्रतिक्रियाओं की सूचना दी गई है। जैसा कि प्रारंभ में निर्धारित किया गया था, ग्रोइन नोड्स की स्थिति के आधार पर ग्रोइन नोड्स और पेल्विस को विकिरण क्षेत्र में शामिल करने की आवश्यकता हो सकती है।

बार-बार होने वाला रोग

बार-बार होने वाली बीमारी का प्रबंधन अक्सर मुश्किल होता है, और उपचार के विकल्प पुनरावृत्ति के स्थान, रोगी के प्रदर्शन की स्थिति और पिछला उपचार क्या दिया गया है, साथ ही पुनः स्टेजिंग जांच के निष्कर्षों पर निर्भर करते हैं। उपचार के विकल्पों में सर्जरी, (कीमो)





विकिरण, नियोएडजुवेंट या उपशामक कीमोथेरेपी, एक लक्षित एजेंट (यदि उपलब्ध हो), या सर्वोत्तम सहायक देखभाल शामिल हैं।

पालन करें

स्थानीय पुनरावृत्ति अक्सर उपचार के बाद पहले 2 वर्षों में होती है, और स्त्री रोग संबंधी विकृतियों वाली अधिकांश महिलाओं में पहले 2 वर्षों तक हर 3–6 महीने में और फिर कम से कम 5 साल तक हर 6–12 महीने में देखी जाती है। निगरानी दौरे में पुनरावृत्ति या उपचार के प्रतिकूल प्रभावों से संबंधित लक्षणों की समीक्षा और संपूर्ण नैदानिक परीक्षा शामिल होनी चाहिए।

निष्कर्ष

वुल्वर कैंसर का उपचार मुख्य रूप से सर्जिकल है, विशेष रूप से एससीसी के लिए, हालांकि उन्नत ट्यूमर या निष्क्रिय मामलों के लिए समवर्ती कीमोराडिएशन एक प्रभावी विकल्प है। प्रबंधन को वैयक्तिकृत किया जाना चाहिए, और एक समर्पित स्त्री रोग संबंधी कैंसर केंद्र में एक बहु-विषयक टीम द्वारा किया जाना चाहिए।



Section

3

वंशानुगत स्त्रीरोग संबंधी कैंसर

1. वंशानुगत स्त्रीरोग संबंधी कैंसर



परिचय

वंशानुगत कैंसर वह है जिसमें आनुवंशिक प्रवृत्ति होती है और संतानों में म्यूटेटेड जीन का स्थानांतरण उन्हें ऐसे कैंसर के उच्च जोखिम में डाल सकता है।

हेरीडेटोरी कैंसर सिंड्रोम (एचसीएस) को ऐसे सिंड्रोम के रूप में परिभाषित किया गया है, जहां कैंसर की आनुवंशिकी कम प्रवेशक बहुरूपताओं या मेन्डेलियन फैशन में विरासत में मिली एकल जीन विकार का परिणाम है। पिछले दशक के दौरान, लगभग 10–15% के ठोस सबूत जमा हुए हैं। सभी कैंसरों का श्रेय वंशानुगत कैंसर सिंड्रोम को दिया जा सकता है।

कुछ पहचाने गए वंशानुगत स्त्री रोग संबंधी कैंसर सिंड्रोम हैं –

- वंशानुगत स्तन और ओवेरीअन कैंसर (HBOC) – (BRCA1, BRCA2)
 - लिंच सिंड्रोम (एंडोमेट्रियल और ओवेरीअन कैंसर) (MLH1,MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM);
 - ओवेरीअन के कैंसर से जुड़े ली-फ्रामेनी सिंड्रोम (TP53);
 - काउडेन सिंड्रोम (PTEN) एंडोमेट्रियल कैंसर से जुड़ा हुआ;
 - पुटज़-जेगर्स सिंड्रोम (STK11) ओवेरीअन और सर्वाइकल कैंसर से जुड़ा हुआ है। अन्य जीन बहुरूपताओं में ओवेरीअन के कैंसर से जुड़े RAD51C, RAD51D और अंडाशय के सर्टोली-लेडिग सेल ट्यूमर (SLCT) के साथ DICER1 शामिल हैं।
- सभी स्त्रीरोग संबंधी कैंसरों में से, ओवेरीअन का कैंसर अक्सर वंशानुगत संवेदनशीलता जीन से जुड़ा होता है, जो लगभग 20% मामलों में हो सकता है।

निम्नलिखित विशेषताओं वाली महिलाओं में कैंसर वंशानुक्रम का जोखिम दर्शाया गया है:

- एक ही महिला में विभिन्न प्रकार के कैंसर की उपस्थिति



- एक ही व्यक्ति में एक ही अंग (जैसे स्तन या कोलन) में एकाधिक प्राथमिक ट्यूमर
- कई करीबी रक्त संबंधियों को एक ही प्रकार का कैंसर है, खासकर तब जब रक्त संबंधी परिवार में एक ही पक्ष के हों
- एक विशिष्ट प्रकार के कैंसर की असामान्य प्रस्तुति (जैसे, एक आदमी में स्तन कैंसर)
- विशिष्ट बनाइन स्थितियों की उपस्थिति, विशेष रूप से त्वचा की वृद्धि या कंकाल संबंधी असामान्यताएं, जिन्हें वंशानुगत कैंसर सिंड्रोम से जुड़ा हुआ माना जाता है

निम्नलिखित विशेषताओं वाली महिलाओं में वंशानुगत स्तन कैंसर का खतरा अधिक होता है:

- शुरुआत की आयु <50 वर्ष
- ट्रिपल-नेगेटिव स्तन कैंसर (एस्ट्रोजन और प्रोजेस्टेरोन रिसेप्टर्स की अभिव्यक्ति में कमी और ईआरबीबी2 की कमी (जिसे एचईआर2 या एचईआर2/न्यू के रूप में भी जाना जाता है) ओवरएक्प्रेशन, (वंशानुगत स्तन और ओवेरीअन कैंसर सिंड्रोम का सुझाव देता है (60 वर्ष से कम उम्र में 30%)।

निम्नलिखित विशेषताओं वाली महिलाओं में ओवेरीअन/एंडोमेट्रियल कैंसर होने की संभावना अधिक होती है:

व एपिथेलियल ओवेरीअन कैंसर, फैलोपियन ट्यूब कैंसर, या पेरिटोनियल कैंसर, विशेष रूप से सीरस हिस्टोलॉजी (वंशानुगत स्तन और ओवेरीअन कैंसर सिंड्रोम का सुझाव (10–15%)

व डीएनए मिस्मैच रिपर की कमी के साथ कोलोरेक्टल कैंसर (लिच सिंड्रोम का सुझाव (24%))

व डीएनए मिस्मैच रिपर की कमी के साथ एंडोमेट्रियल कैंसर (लिच सिंड्रोम का सुझाव (12%))”



अगली पीढ़ी की अनुक्रमण तकनीक के माध्यम से कई जीनों के एक पैनल का उपयोग करके आनुवंशिक परीक्षण किया जाता है। इस मल्टीजीन परीक्षण प्रक्रिया से अज्ञात महत्व के वेरिएंट खोजने की संभावना बढ़ जाती है और यह कई जीनों में रोगजनक और संभावित रोगजनक वेरिएंट के परीक्षण की भी अनुमति देता है जो एक विशिष्ट कैंसर सिंड्रोम या पारिवारिक कैंसर फेनोटाइप से जुड़े हो सकते हैं।

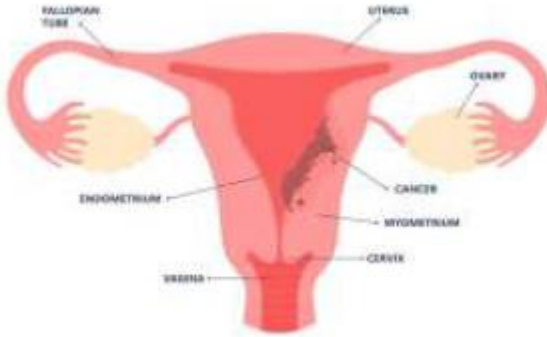


Section

4

एंडोमेट्रियल कैंसर

- 1: एंडोमेट्रियल कैंसर की नैदानिक विशेषताएं और निदान
- 2: एंडोमेट्रियल कैंसर का उपचार



चित्र 2- सीएएंडोमेट्रियम - ट्यूमर का प्राथमिक स्थल



परिचय

एंडोमेट्रियल कैंसर छठा सबसे आम कैंसर है, जिसमें 2020 में 417 000 नए मामले और 97 000 मौतें हुई हैं। यह महिलाओं में सबसे अधिक बार पाया जाने वाला कैंसर है और उच्च आय वाले देशों में इसकी सबसे बड़ी घटना है। बढ़ते मोटापे के साथ-साथ एंडोमेट्रियल कैंसर की घटनाएं भी बढ़ रही हैं। भारत सहित विकासशील देशों में प्रति 100,000 जनसंख्या पर 1.8 लोगों में एंडोमेट्रियल कैंसर देखा जाता है। एंडोमेट्रियल कैंसर की चरम घटना 55–70 साल की उम्र में होती है, 20–25% पेरी मेनोपॉज़ल महिलाओं में होती है और केवल 5% 45 साल से कम उम्र की महिलाओं में विकसित होती है जब वे अच्छी तरह से विभेदित होती हैं और अच्छी तरह से जीवित रहती हैं। एंडोमेट्रियल कैंसर से पीड़ित अधिकांश महिलाओं का निदान शुरुआती चरण में ही हो जाता है और उनकी बीमारी का इलाज संभव है, जो 5 साल की उत्कृष्ट जीवित रहने की दर में परिलक्षित होता है। प्रतिकूल क्लिनिको पैथोलॉजिकल विशेषताओं वाले मरीजों में खराब पूर्वानुमान के साथ जैविक रूप से आक्रामक एंडोमेट्रियल कैंसर फेनोटाइप होते हैं।

जोखिम

अधिकांश जोखिम कारक एंडोमेट्रियम के लंबे समय तक, निर्विरोध एस्ट्रोजन उत्तेजना से संबंधित हैं जैसे अशक्तता, देर से रजोनिवृत्ति, टैमोक्सीफेन थेरेपी और एटिपिकल एंडोमेट्रियल हाइपरप्लासिया। मोटापा, उच्च रक्तचाप, मधुमेह मेलिटस और लिंच II सिंड्रोम (वंशानुगत गैर पॉलीपोसिस कोलोरेक्टल कैंसर सिंड्रोम) अन्य जोखिम कारक हैं। 7-10% मामलों में एंडोमेट्रियल कैंसर स्पर्शोन्मुख हो सकता है।



**संकेत और लक्षण**

एंडोमेट्रियल कार्सिनोमा से पीड़ित लगभग 90% महिलाओं में असामान्य प्रीमेनोपॉज़ल या पोस्टमेनोपॉज़ल योनि से रक्तस्राव, दर्द या डिस्चार्ज उनके एकमात्र लक्षण के रूप में होता है। एंडोमेट्रियल कैंसर के नैदानिक लक्षणों में द्वि-मैनुअल परीक्षण पर सामान्य या बढ़े हुए गर्भाशय शामिल हैं। उन्नत मामलों में, सर्विक्स, पैरामीट्रियम या एडनेक्सा शामिल हो सकता है। सीरस किस्म ओवेरीअन के कैंसर के समान जलोदर और पेरिटोनियल मेटास्टेसिस के साथ प्रस्तुत होती है।

हिस्टोपैथोलॉजिकल वर्गीकरण

एंडोमेट्रोइड एडेनोकार्सिनोमा(80%)

म्यूसिनस कार्सिनोमा(5%)

पैपिलरी कार्सिनोमा

क्लीयरसेल कार्सिनोमा (<5%)

स्क्वैमस कार्सिनोमा (दुर्लभ)

अविभाज्य कार्सिनोमा

मिश्रित कार्सिनोमा

एंडोमेट्रियल कैंसर के क्लिनिको पैथोलॉजिकल प्रकार

	प्रकार 1	प्रकार 2
जोखिम के कारक	निर्विरोध एस्ट्रोजन	आयु
आयु	पेरिमेनोपॉज़	मेनोपॉज़ के बाद
एंडोमेट्रियल हाइपरप्लासिया	उपस्थित	अनुपस्थित
टिश्यू विभेदन	ठीक	खराब
मायोमेट्रियल आक्रमण	न्यूनतम	गहरा
हिस्टोलॉजी	एंडोमेट्रियोइड	सीरस, स्पष्ट





एंजोमेट्रियल कैंसर के आणविक लक्षण

आणविक लक्षण	प्रकार 1	प्रकार 2
प्लोइडी	पॉलीप्लॉइड	एन्यूप्लोइड
HER2 / दमन अतिअभिव्यक्ति	नहीं	हाँ
पी-53	नहीं	हाँ
पीटीईएन म्यूटेशन	हाँ	नहीं
पूर्वानुमान	अनुकूल	अनुकूल नहीं

फिगो स्टेजिंग	विशेषताएँ
स्टेज I स्टेज IA स्टेज IB	ट्यूमर कॉर्पस तक ही सीमित है गर्भाशय या आधे से भी कम आक्रमण मायोमेट्रियम के आधे के बराबर या उससे अधिक आक्रमण
स्टेज II	ट्यूमर सर्विक्स के स्ट्रोमा पर आक्रमण करता है, लेकिन गर्भाशय से आगे नहीं बढ़ता है
स्टेज III स्टेज III A स्टेज III B III C ₁ III C ₂	ट्यूमर का स्थानीय और/या क्षेत्रीय प्रसार ट्यूमर कॉर्पस गर्भाशय और/या के सेरोसा पर आक्रमण करता है एडनेक्साई योनि और/या पैरामीट्रियल सम्मिलन पैल्विक और/या पैराओर्टिक लिम्फ में मेटास्टेसिस नोड्स सकारात्मक पैल्विक लिम्फ नोड सकारात्मक पैरा-महाधमनी लिम्फ नोड्स सकारात्मक पैल्विक लिम्फ नोड्स के साथ
स्टेज IV स्टेज IV A स्टेज IV B	ट्यूमर मूत्राशय और/या आंत्र म्यूकोसा, और/या दूर तक आक्रमण करता है मेटास्टेसिस ट्यूमर मूत्राशय और/या आंत्र म्यूकोसा पर आक्रमण करता है अंतर-पेट और/या इंगुइनल लिम्फ नोड मेटास्टेसिस सहित दूर के मेटास्टेसिस





फीगो ग्रेडिंग

ग्रेड1—<5% गैर—स्क्वैमस या गैर—मोरुलर विकास पैटर्न

ग्रेड2— 6—50% गैर—स्क्वैमस या गैर—मोरुलर विकास पैटर्न

ग्रेड3—>50% गैर—स्क्वैमस या गैर—मोरुलर विकास पैटर्न

खराब रोगसूचक चर — बढ़ती उम्र, नॉन एंडो मेट्रिओड हिस्टोलॉजी, ग्रेड 2 या 3, ट्यूमर का आकार 2 सेमी, मायोमेट्रियल आक्रमण की बढ़ती गहराई, लिम्फ संवहनी स्थान आक्रमण, इस्थमस और ग्रीवा विस्तार, सकारात्मक पेरिटोनियल साइटोलॉजी, एन्यूप्लोइड और ट्यूमर का उच्च प्रसार सूचकांक।

ईआर पीआर रिसेप्टर सकारात्मक मामलों का पूर्वानुमान अच्छा है।

एंडोमेट्रियल कैंसर के लिए स्क्रीनिंग

सामान्य आबादी में स्क्रीनिंग की अनुशंसा नहीं की जाती है। उच्च जोखिम समूह (जैसे: लिंचसिंड्रोम) के लिए टीवीएस और एस्पिरेशन बायोप्सी के साथ स्क्रीनिंग की जा सकती है। इसे 35 साल की उम्र में शुरू किया जाना चाहिए, जो हिस्टेरेक्टॉमी तक हर साल जारी रखा जाना चाहिए।

निदान

ट्रांसवजाइनल सोनोग्राफी — रजोनिवृत्ति की स्थिति के अनुसार एंडोमेट्रियल मोटाई का आकलन किया जाता है। रजोनिवृत्त महिलाओं के लिए 4 मिमी और रजोनिवृत्त महिलाओं के लिए 16 मिमी का कटऑफ मान लिया जाता है। अनियमित एंडोमेट्रियम की किसी भी अंतःगुहा वृद्धि को भी संदिग्ध माना जाता है।





एंडोमेट्रियल बायोप्सी – ऑफिस एंडोमेट्रियल एस्पिरेशन बायोप्सी 90–98 सटीकता के साथ एंडोमेट्रियल कार्सिनोमा का निदान करने में पहला कदम है। हिस्टेरोस्कोपी गाइडेड बायोप्सी फोकल एंडोमेट्रियल वृद्धि या मोटाई, अनियमित एंडोमेट्रियम, गर्भाशय ग्रीवा स्टेनोसिस, नकारात्मक एंडोमेट्रियल बायोप्सी के बाद आवर्ती रक्तस्राव या ईए पर प्राप्त नमूना अपर्याप्त होने पर रोगियों में की जानी चाहिए।

सह-मौजूदा सर्वाइकल विकृति को दूर करने के लिए लिक्विड आधारित साइटोलॉजी (एलबीसी) और एंडोकर्विकल क्यूरेटेज (ईसीसी) किया जा सकता है।

एमआरआई पेट और पेल्विस मायोमेट्रियम और लिम्फ नोड मेटास्टेसिस में आक्रमण का पता लगाने के लिए उपयोगी है। फेफड़े के मेटास्टेसिस के लिए चैस्ट एक्सरे जोड़ा जाता है।





सर्जरी एंडोमेट्रियल कैंसर के इलाज का मुख्य आधार है और इसका निर्णय नैदानिक परीक्षा और इमेजिंग के आधार पर रोग के चरण के पूर्व-ऑपरेटिव मूल्यांकन के अनुसार किया जाता है।

1) **स्टेज IA जीआई या II, एंडोमेट्रोइड हिस्टोलॉजी** – द्विपक्षीय सैलिगो ओओफोरेक्टॉमी (बीएसओ के साथ टीएएच) के साथ एक्स्ट्राफेशियल टोटल एब्डॉमिनल हिस्टेरेक्टॉमी।

2) **स्टेज आईबी या आईए GIII या नॉन-एंडोमेट्रोइड हिस्टोलॉजी या ट्यूमर > 2 सेमी या स्टेज II** – बीएसओ के साथ पेल्विक और पैरा-महाधमनी लिम्फैडेनेक्टॉमी के साथ टीएएच

3) **सीरस हिस्टोलॉजी** – ओमेंटेक्टॉमी और पेरिटोनियल बायोप्सी के साथ टीएएच बीएसओ

4) **स्टेज III** – डिबल्किंग सर्जरी – बीएसओ के साथ ओमेंटेक्टॉमी के साथ टीएएच, एब्डोमिनोपेल्विक मेटास्टेसिस और बड़े हुए नोड्स को हटाना

5) **स्टेज IV**– नियोएडजुवेंट कीमोथेरेपी एफ/बी साइटोरेडेक्टिव एसएक्स।

योनि से रक्तस्राव/स्थानीय ट्यूमर/पैर की सूजन से दर्द: पेल्विक रेडियोथेरेपी

सर्जिकल दृष्टिकोण का विकल्प

आरसीटी न्यूनतम आक्रामक दृष्टिकोण की श्रेष्ठता दिखाते हैं। एमआईएस हिस्टेरेक्टॉमी के दौरान ध्यान देने योग्य बातों में गर्भाशय





को हटाने के लिए पावर मोर्सलेटर के संपर्क और बचाव को सुविधाजनक बनाने के लिए गर्भाशय मैनिपुलेटर का उपयोग शामिल है।

अत्यधिक गर्भाशय आकार, ट्रेंडेलनबर्ग स्थिति के विपरीत मामलों में एमआईएस मुश्किल हो सकता है।

सेंटिनल लिम्फ नोड बायोप्सी जहां जरूरत हो, वहां पूरी लाइमाडेनेक्टॉमी को सुरक्षित रूप से बदल सकती है।

सहायक थरेपी :

कम जोखिम स्टेज IA, ग्रेड 1-2, एंडोमेट्रोइड, LVSI नकारात्मक	स्टेजिंग लैपरोटॉमी+ एक्स्ट्राफेशियल हिस्टेरेक्टॉमी+ बीएसओ + ओमेंटेक्टॉमी पेल्विक और पैरा-महाधमनी लिम्फ नोड्स का नमूना कोई सहायक चिकित्सा नहीं
मध्यवर्ती जोखिम स्टेज आईबी, ग्रेड 1-2, एंडोमेट्रोइड, एलवीएसआई नकारात्मक	उपरोक्तानुसार सर्जरी + सहायक ब्रेकीथेरेपी
उच्च मध्यवर्ती जोखिम स्टेज IA, ग्रेड 3, एंडोमेट्रोइड (LVSI की परवाह किए बिना) स्टेज IA/IB, ग्रेड 1-2 एंडोमेट्रोइड LVSI पॉजिटिव के साथ	नोडल बायोप्सी पर नकारात्मक नोड्स: सहायक ब्रेकीथेरेपी, नोडल स्टेजिंग नहीं हुई है लेकिन एचपीई बिना एलवीएसआई के ग्रेड 3 ट्यूमर दिखाता है: एडजुवेंट ब्रेकीथेरेपी नोडल स्टेजिंग नहीं हुई है लेकिन एचपीई बिना एलवीएसआई के ग्रेड 3 ट्यूमर दिखाता है एलवीएसआई: एडजुवेंट एक्सटर्नल बीम रेडिएशन थरेपी (ईबीआरटी)
भागी जोखिम स्टेज आईबी ग्रेड 3, II, III एंडोमेट्रोइड बिना किसी अवशिष्ट रोग के, गैर-एंडोमेट्रोइड हिस्टोलॉजी	स्टेज I% यदि नोडल स्टेजिंग नहीं की गई है तो एडजुवेंट ईबीआरटी एडजुवेंट कीमोथेरेपी स्टेज II% ग्रेड 1-2, एलवीएसआई नकारात्मक: योनि ब्रेकीथेरेपी ग्रेड3/एलवीएसआई सकारात्मक/नोडल स्टेजिंग नहीं हुई: सहायक ईबीआरटी ± वैजाइनल ब्रूस्ट ± एडजुवेंट कीमोथेरेपी स्टेज IIIA, IIIB IIIC1: कीमोथेरेपी + EBRT IIIC2: कीमोथेरेपी + विस्तारित क्षेत्र EBRT
विकसित	स्टेज III अवशिष्ट रोग, आईवीए प्रणालीगत चिकित्सा (कीमोथेरेपी या हार्मोनल)
मेटास्टैटिक	आईवीबी प्रणालीगत चिकित्सा (कीमोथेरेपी या हार्मोनल)

विशेष ध्यान

हिस्टेरेक्टॉमी के बाद निदान: यदि ग्रेड 3 घाव, गहरा मायोमेट्रियल आक्रमण, या एलवीएसआई – एडनेक्स या सहायक ईबीआरटी को हटा दें

चिकित्सकीय रूप से ऑपरेशन योग्य रोगी में: सबसे आम कारण रुग्ण मोटापा या गंभीर कार्डियोपल्मोनरी डिसफंक्शन है।





प्राथमिक रेडियो थेरेपी एक विकल्प है, अच्छी तरह से विभेदित घाव, सामान्य एनेस्थीसिया के लिए विपरीत, रेडियो थेरेपी के लिए अनुपयुक्त, उच्च खुराक वाले प्रोजेस्टिन या अंतर्गर्भाशयी हार्मोन रिलीजिंग ड्रिग्स के साथ इलाज किया जा सकता है।

युवा महिलाओं में निदान: असामान्य, गंभीर एटिपिकल हाइपरप्लासिया के साथ भ्रमित किया जा सकता है। प्रजनन संरक्षण की सिफारिश केवल नोमायोमेट्रियल आक्रमण वाले ग्रेड 1 ट्यूमर में की जाती है। एलएनजी-आईयूस के साथ प्रोजेस्टिन (मेजेस्ट्रोल एसीटेट 160–320एमजी/डी या एमपीए400–600एमजी/डी) तब तक दिया जाना चाहिए जब तक रोग स्थिर या ठीक न हो जाए। बच्चे का जन्म पूरा होने के बाद हिस्टेरेक्टॉमी की सिफारिश की जाती है

लक्षित थेरेपी: इसमें कैंसर से बचने के लिए महत्वपूर्ण आणविक मार्गों को लक्षित करने वाली दवाएं शामिल हैं। उपलब्ध दवाएं हैं टेम्सरोलिमस, डेफोरोलिमस, और एवरोलिमस (एमटीओआर अवरोधक), बेवाकिजुमैब (एंजियोजेनेसिस अवरोधक) एकल एजेंट के रूप में या विथपैक्लिटैक्सेल और कार्बोप्लाटिन, गेपिटनिब (टायरोसिन कीनेज अवरोधक), पालबसिक्लिब (सीडीके4/6 अवरोधक) और ट्रैस्टुजुमैब (हर2/न्यू रिसेप्टर)

पालन करें:

- 18-23 साल तक हर 3-4 महीने में फॉलो-अप की सिफारिश करता है, फिर हर 6 महीने में, 5 साल के बाद सालाना
- नियमित छाती एक्स-रे और योनि कोशिका विज्ञान की अनुशंसा नहीं की जाती है
- पेल्विक जांच और लक्षण निर्देशित जांच की सिफारिश की जाती है





- अन्य कैंसर के लिए उच्च जोखिम इसलिए जीवनशैली में संशोधन की वकालत की गई

पुनरावृत्ति:

- उपचार का मुख्य आधार सर्जरी, विकिरण चिकित्सा या दोनों है
- गैर-स्थानीयकृत ट्यूमर का इलाज प्रोजेस्टिन थेरेपी से किया जाता है: एमपीए 50 – 100 मिलीग्राम टीडीएस या मेजेस्टेरोलैसेटेट 80 मिलीग्राम बीडी या टीडीएस
- प्लेटिनम आधारित कीमोथेरेपी (सिस्प्लैटिन और डॉक्सोरोबिसिन या कार्बोप्लाटिन और पैक्लिटैक्सेल) की सिफारिश उन्नत या आवर्ती बीमारी वाले रोगियों के लिए की जाती है जिन्हें सर्जरी और/या रेडियोथेरेपी द्वारा ठीक नहीं किया जा सकता है।



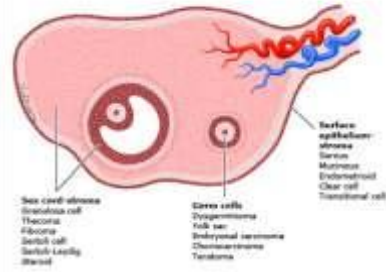
Section

5

ओवेरीअन कैंसर

1. ओवेरीअन कैंसर की नैदानिक विशेषताएं
2. ओवेरीअन कैंसर में निदान के तौर-तरीके
3. ओवेरीअन कैंसर का उपचार अवलोकन

Origins of ovarian tumors



चित्र 3-सीएओवेरी – विभिन्न प्रकार के ओवेरीअन कैंसर की उत्पत्ति

चित्र 4-

एक घातक ओवेरीअन द्रव्यमान का यूएसजी चित्र



परिचय

ओवेरीअन कैंसर स्त्री रोग संबंधी कैंसर से मृत्यु का सबसे आम कारण है, हालांकि यह दुनिया में दूसरा सबसे आम स्त्री रोग संबंधी कैंसर है। इसका कारण यह है कि अधिकांश रोगियों का निदान उन्नत चरण में किया जाता है। प्रारंभिक चरण की बीमारी संभावित रूप से ठीक हो सकती है। दुर्भाग्य से, पेल्विक इमेजिंग या ट्यूमर मार्करों का उपयोग करके ओवेरीअन के कैंसर के लिए मजबूत स्क्रीनिंग कार्यक्रम अभी तक सफल नहीं हुए हैं। वर्तमान में ओवेरीअन नीओप्लाज़म की प्रारंभिक पहचान जोखिम वाले व्यक्तियों में लक्षण पहचान पर निर्भर करती है।

ओवेरीअन कैंसर स्त्री रोग संबंधी कैंसर से मृत्यु का सबसे आम कारण है, हालांकि यह दुनिया में दूसरा सबसे आम स्त्री रोग संबंधी कैंसर है। इसका कारण यह है कि अधिकांश रोगियों का निदान उन्नत चरण में किया जाता है। प्रारंभिक चरण की बीमारी संभावित रूप से ठीक हो सकती है। दुर्भाग्य से, पेल्विक इमेजिंग या ट्यूमर मार्करों का उपयोग करके ओवेरीअन के कैंसर के लिए मजबूत स्क्रीनिंग कार्यक्रम अभी तक सफल नहीं हुए हैं। वर्तमान में ओवेरीअन नीओप्लाज़म की प्रारंभिक पहचान जोखिम वाले व्यक्तियों में लक्षण पहचान पर निर्भर करती है।

कई रोगियों में रोग की प्रारंभिक अवस्था में भी रोग से संबंधित लक्षण उत्पन्न होते हैं। लक्षण पहचान के माध्यम से ओवेरीअन के कैंसर का शीघ्र पता लगाना निम्नलिखित नैदानिक दृष्टिकोण पर निर्भर करता है।

इतिहास लेना

प्रारंभिक अवस्था में ओवेरीअन के कैंसर के लक्षण मामूली, क्षणिक हो सकते हैं और रोगी और चिकित्सक द्वारा इन्हें नजरअंदाज किया जा सकता है। इतिहास को स्पष्ट करते समय, उन महिलाओं पर ध्यान केंद्रित करना महत्वपूर्ण है जो अधिक जोखिम में हैं, जैसे 40 वर्ष से अधिक उम्र की महिलाएं या जिनके परिवार में ओवेरीअन या संबंधित कैंसर का इतिहास है। बांझपन, एंडोमेट्रियोसिस (क्वियर सेल, एंडोमेट्रिओड कार्सिनोमा) वाली महिलाओं में ओवेरीअन नियोप्लाज़म का खतरा बढ़ जाता है।





मासिक धर्म के इतिहास के बारे में विस्तार से पूछताछ की जानी चाहिए। प्रीमेनोपॉजल महिलाओं में मासिक धर्म के रक्तस्राव के पैटर्न में बदलाव या पोस्टमेनोपॉजल रक्तस्राव की उपस्थिति चिंताजनक है। गर्भनिरोधक इतिहास में मौखिक गर्भ निरोधकों का पिछला उपयोग शामिल होना चाहिए क्योंकि 5 वर्षों से अधिक इसके उपयोग का सुरक्षात्मक प्रभाव होता है। इतिहास में स्तनपान की अवधि, यदि कोई हो, भी शामिल होनी चाहिए। चूंकि 12 महीने से अधिक समय तक स्तनपान कराने से सुरक्षात्मक प्रभाव पड़ता है। सिगरेट पीने के इतिहास से महिला को म्यूसिनस कार्सिनोमा का खतरा बढ़ जाता है।

इन महिलाओं में पेट में सूजन, बार-बार पेशाब आना, खाने में कठिनाई या पेट भरा हुआ महसूस होना, पेट या पेल्विक दर्द जैसे लक्षणों पर ध्यान केंद्रित करना संभवतः सबसे प्रभावी है। कोई इन गैर-विशिष्ट लक्षणों का कारण गैस्ट्रोइंटेस्टाइनल समस्याओं को बता सकता है। जो मरीज़ इन लक्षणों के बारे में शिकायत करते हैं, उनका संपूर्ण इतिहास के साथ आगे मूल्यांकन किया जाना चाहिए। इन लक्षणों की आवृत्ति और गंभीरता की जांच की जानी चाहिए। ओवेरीअन के कैंसर के निदान से पहले इन रोगियों में पेट में दर्द और बेचैनी, पेट में सूजन या पेट फूलना अधिक आम है, अधिक बार होता है और अधिक गंभीर होता है। लक्षणों का पैटर्न और गुणवत्ता भी महत्वपूर्ण है। इन महिलाओं में लक्षण अधिक बार होते हैं (20 से 30 बार बनाम प्रति माह 2 से 3 बार), अधिक गंभीर होते हैं

और इनकी अवधि कम होती है (3 से 6 महीने से कम बनाम एक वर्ष या अधिक)। इसके अलावा, रजोनिवृत्त महिलाओं में मासिक धर्म चक्र पैटर्न में बदलाव एक महत्वपूर्ण लक्षण है। आंतों में रुकावट, जलोदर/फुफुस बहाव के कारण खांसी या सांस फूलने के लक्षण वर्तमान शिकायत हो सकते हैं।

ओवेरीअन के कैंसर वाली महिलाओं में लक्षण श्रेणियों की आवृत्ति

लक्षण का प्रकार	प्रतिशत
पेट	77
गैस्ट्रोइंटेस्टाइनल	70
दर्द	58
संवैधानिक	50
मूत्र	34
पेल्विक	26





लक्षण सूचकांक:

प्रारंभिक ओवेरीअन कैंसर के रोगियों के मूल्यांकन में सहायता के लिए एक लक्षण सूचकांक विकसित किया गया है, लेकिन अभी तक इसे नियमित नैदानिक उपयोग के लिए अनुशंसित नहीं किया गया है। लक्षण सूचकांक को सकारात्मक माना जाता है यदि कोई मरीज निम्नलिखित लक्षणों में से कोई भी रिपोर्ट करता है:

- पिछले वर्ष के भीतर रोगी के लिए नया
- प्रति माह 12 से अधिक बार होता है
- 1) पेल्विक या पेट में दर्द
- 2) पेट का आकार बढ़ना या पेट फूलना
- 3) खाने में कठिनाई या जल्दी पेट भरा हुआ महसूस होना

शारीरिक परीक्षण:

जिस महिला में ओवेरीअन नीओप्लैज़म के लक्षण होने का संदेह हो, उसे पूरी तरह से सामान्य, पेट, पेल्विक और रेक्टोवागिनल जांच करानी चाहिए। स्तन परीक्षण के साथ-साथ सर्र्विक्स (विशेष रूप से सुप्राक्लेविक्यूलर), इंगुइनल और एक्सिलरी क्षेत्रों में लिम्फ नोड्स का स्पर्श सामान्य परीक्षण में एक महत्वपूर्ण घटक है। जांच पर निम्नलिखित निष्कर्ष ओवेरीअन नीओप्लैज़म का संकेत देते हैं:

- एडनेक्सल मास
- उदर जलोदर
- मध्य से बाएं ऊपरी पेट में एक द्रव्यमान, जो एक ओमेंटल केक का प्रतिनिधित्व कर सकता है
- फुफ्फुस बहाव
- ग्रोइन या सुप्राक्लेविक्यूलर लिम्फैडेनोपैथी
- योनि या मलाशय परीक्षण पर डगलस की थैली में गांठें





शारीरिक परीक्षण पर सामान्य निष्कर्षों वाले मामलों में, नैदानिक स्थिति के आधार पर, व्यक्ति को यह देखने के लिए 2-4 सप्ताह तक इंतजार करना पड़ सकता है कि लक्षण ठीक हो गए हैं या नहीं। हालाँकि, निर्णय लेने की प्रक्रिया को पूरा करने के लिए पेट और पेल्विस की अल्ट्रासाउंड जांच कराना बेहतर है।





परिचय

जहां भी चिकित्सीय जांच में ओवेरीअन के कैंसर का संदेह हो, निम्नलिखित जांच की सलाह दी जानी चाहिए।

1. **इमेजिंग अध्ययन:** पेट और पेल्विस (ट्रांसवजाइनल और ट्रांसएब्डॉमिनल) की अल्ट्रासोनोग्राफी आमतौर पर एक एडनेक्सल द्रव्यमान और या जलोदर या ओवेरीअन द्रव्यमान के सूचक लक्षण जटिल के निदान के लिए पहली जांच है। आंतरिक सेप्टे, टोस क्षेत्रों, आंतरिक गुँज या पैपिलरी अनुमानों के साथ एक जटिल द्रव्यमान की उपस्थिति घातकता का संकेत दे सकती है। कलर डॉपलर आंतरिक सेप्टे में संवहनीता दिखा सकता है। एक्स्ट्राओवेरियन गति को ठीक करने के लिए छाती, पेट और पेल्विस के सीटी स्कैन की सिफारिश की जाती है और एक्स्ट्राओवेरियन प्रसार के लिए छाती का सीटी स्कैन पसंद का अनुशंसित तरीका है। जलोदर, गाढ़े ओमेंटल क्षेत्र, लिम्फ नोड्स मेटास्टेसिस की उपस्थिति के इमेजिंग निष्कर्ष ओवेरीअन नियोप्लाज्म की प्रकृति का निदान करने में मदद करते हैं।

2. **ट्यूमर मार्कर** – सीरम ट्यूमर मार्करों में कैंसर एंटीजन 125 (सीए 125), सीईए (कार्सिनोएम्ब्रायोनिक एंटीजन) और सीए19-9, एएफपी (अल्फा फेटोप्रोटीन), सीरम बीटा एचसीजी और एलडीएच शामिल हैं, जिन्हें 40 वर्ष से कम उम्र की महिलाओं में किया जाना चाहिए। ओवेरीअन द्रव्यमान के साथ, जहां जर्म सेल ट्यूमर का संदेह अधिक है। अंडाशय के सेक्स कॉर्ड स्ट्रोमल ट्यूमर का संदेह या निदान होने पर सीरम इनहिबिन किया जा सकता है।

सीए125: यह कैंसर एंटीजन संदिग्ध उपकला ओवेरीअन नीओप्लैज़म वाले रोगियों में मूल्यांकन किया गया सबसे आम ट्यूमर मार्कर है। हालाँकि, CA125 एक गैर-विशिष्ट मार्कर है, और इसे कई गैर-स्त्रीरोग संबंधी स्थितियों और एंडोमेट्रियोसिस और तपेदिक जैसी अन्य सौम्य स्त्रीरोग संबंधी स्थितियों में बढ़ा



हुआ पाया गया है। यह अनुशंसा की जाती है कि सीरम CA125 को सभी

पोस्टमेनोपॉज़ल महिलाओं में एडनेक्सल द्रव्यमान के साथ मापा जाना चाहिए। रजोनिवृत्ति उपरांत महिलाओं में कटऑफ मान $>35\text{U}/\text{एमएल}$ है। हालाँकि, प्रीमेनोपॉज़ल महिलाओं में, सीरम CA125 को मापने की सिफारिश केवल तभी की जाती है, यदि द्रव्यमान की अल्ट्रासाउंड उपस्थिति दोबारा अल्ट्रासाउंड या सर्जिकल मूल्यांकन की आवश्यकता के लिए घातकता का पर्याप्त संदेह पैदा करती है। अध्ययनों से पता चला है कि $\text{CA125}>200\text{U}/\text{उस}$ के कट-ऑफ मान का उपयोग करके, रजोनिवृत्ति से पहले के लगभग 70 से 79% और ओवेरीअन के कैंसर वाले रजोनिवृत्ति के बाद के 93 से 94% रोगियों को इस सीमा तक पकड़ लिया जाएगा।

सीए 125 ट्यूमर मार्कर का बहुत उच्च स्तर एपिथेलियल ओवेरीअन कैंसर का संकेत देता है और आधारभूत मूल्य उन रोगियों की निगरानी में उपयोगी होता है जिन्हें बाद में एपिथेलियल ओवेरीअन कैंसर का निदान किया जाता है। यह ध्यान रखना महत्वपूर्ण है कि चरण 1 एपिथेलियल ओवेरियन नियोप्लाज्म वाले लगभग आधे रोगियों में, CA125 का स्तर सामान्य हो सकता है।

घातक सूचकांक (आरएमआई) का जोखिम – एक महिला में घातक सूचकांक का जोखिम प्रदान करने के लिए उभ्र, रजोनिवृत्ति की स्थिति, अल्ट्रासाउंड निष्कर्ष जैसे कई मापदंडों को जोड़ा जाता है। यह एक सूचकांक है जो किसी विशेष रोगी में घातक बीमारी की संभावना का अनुमान लगाने में मदद करता है। 200 के कटऑफ स्तर के साथ, संवेदनशीलता 87% की विशिष्टता के साथ 78% है। आरएमआई 1 स्कोर >250 वाली महिला को स्त्री रोग विशेषज्ञ ऑन्कोलॉजिस्ट के पास भेजा जाना चाहिए।



विशेषता	आरएमआई 1 स्कोर
अल्ट्रासोनोग्राफी	0=कोई नहीं
बहुकोशिकीय सिस्ट ठोस क्षेत्र द्विपक्षीय मासेस जलोदर अंतर्गर्भाशयी मेटास्टेस	1-एक असामान्यता 3-2 या अधिक असामान्यताएं
प्रीमेनोपॉज़ल 1	1
पोस्टमेनोपॉज़ल	3
सीए125(यू/एमएल)	

पेल्विक मास वाली महिलाओं को स्त्री रोग ऑन्कोलॉजिस्ट के पास रेफर करने के लिए एसीओजी दिशानिर्देश निम्नलिखित हैं:

प्रीमेनोपॉज़ल महिलाएं (यदि कोई मौजूद हो तो देखें)

1. बहुत उच्च CA125 स्तर'
2. जलोदर
3. पेट या दूर के मेटास्टेस का प्रमाण

पोस्टमेनोपॉज़ल महिलाएं (यदि कोई मौजूद हो तो देखें)

- ऊंचा CA125 स्तर
- जलोदर
- गांठदार या स्थिर पेल्विक द्रव्यमान
- पेट या दूर के मेटास्टेस का प्रमाण



सीए ओवरी की स्टेजिंग – यह एक सर्जिकल पैथोलॉजिकल स्टेजिंग है जिसे सर्जरी और हिस्टोपैथोलॉजी के बाद अंतिम रूप दिया जाता है

स्टेज IA: ट्यूमर 1 अंडाशय (कैप्सूल बरकरार) या फैलोपियन ट्यूब तक सीमित; ओवैरीअन या फैलोपियन ट्यूब की सतह पर कोई ट्यूमर नहीं; जलोदर या पेरिटोनियल वाशिंग में कोई घातक कोशिकाएं नहीं

आईबी: ट्यूमर दोनों अंडाशय (कैप्सूल बरकरार) या फैलोपियन ट्यूब तक सीमित है; ओवैरीअन या फैलोपियन ट्यूब की सतह पर कोई ट्यूमर नहीं; जलोदर या पेरिटोनियल वाशिंग में कोई घातक कोशिकाएं नहीं

आईसी: ट्यूमर एक या दोनों अंडाशय या फैलोपियन ट्यूब तक सीमित, निम्न में से किसी के साथ:

आईसी 1: सर्जिकल स्पिल

आईसी 2: सर्जरी से पहले कैप्सूल का फट जाना या ओवैरीअन या फैलोपियन ट्यूब की सतह पर ट्यूमर

आईसी 3: जलोदर या पेरिटोनियल वाशिंग में घातक कोशिकाएं

स्टेज II: ट्यूमर में पेल्विक एक्सटेंशन (पेल्विक ब्रिम के नीचे) या पेरिटोनियल कैंसर के साथ 1 या दोनों अंडाशय या फैलोपियन ट्यूब शामिल होते हैं

आईआईए: गर्भाशय और/या फैलोपियन ट्यूब और/या अंडाशय पर विस्तार और/या प्रत्यारोपण

आईआईबी: अन्य पेल्विक इंद्रापेरिटोनियल टिश्यू तक विस्तार

स्टेज III: ट्यूमर में 1 या दोनों अंडाशय या फैलोपियन ट्यूब, या पेरिटोनियल कैंसर शामिल होता है, जिसमें साइटोलॉजिकल या हिस्टोलॉजिकल रूप से पेल्विस के बाहर पेरिटोनियम तक फैलने

की पुष्टि होती है और/या रेट्रोपेरिटोनियल लिम्फ नोड्स में मेटास्टेसिस होता है।



III 1: केवल सकारात्मक रेट्रोपेरिटोनियल लिम्फ नोड्स (साइटोलॉजिकली या हिस्टोलॉजिकली सिद्ध):

III 1 (प) अधिकतम आयाम में 10 मिमी तक मेटास्टेसिस

III 1 (ii) अधिकतम आयाम में 10 मिमी से अधिक मेटास्टेसिस

IIIA2: माइक्रोस्कोपिक एक्स्ट्रापेल्विक (पेल्विक ब्रिम के ऊपर) पेरिटोनियल भागीदारी सकारात्मक रेट्रोपेरिटोनियल लिम्फ नोड्स के साथ या उसके बिना

IIIBी: सबसे बड़े आयाम में 2 सेमी तक पेल्विस से परे मैक्रोस्कोपिक पेरिटोनियल मेटास्टेसिस, रेट्रोपेरिटोनियल लिम्फ नोड्स में मेटास्टेसिस के साथ या उसके बिना

IIICसी: सबसे बड़े आयाम में 2 सेमी से अधिक पेल्विस से परे मैक्रोस्कोपिक पेरिटोनियल मेटास्टेसिस, रेट्रोपेरिटोनियल लिम्फ नोड्स में मेटास्टेसिस के साथ या बिना (किसी भी अंग के पैरेन्काइमल भागीदारी के बिना यकृत और प्लीहा के कैप्सूल तक ट्यूमर का विस्तार शामिल है)

स्टेज IV: पेरिटोनियल मेटास्टेस को छोड़कर दूर के मेटास्टेसिस

स्टेज IVA: सकारात्मक कोशिका विज्ञान के साथ फुपफुस बहाव

स्टेज IVB: पैरेन्काइमल मेटास्टेस और अतिरिक्त पेट के अंगों में मेटास्टेसिस (इंगुइनल लिम्फ नोड्स और पेट की गुहा के बाहर लिम्फ नोड्स सहित)





अध्याय 3.ओवेरीअन कैंसर का उपचार अवलोकन

लेखिका: प्रो. निशा सिंह

ओवेरीअन के कैंसर के FIGO 2014 चरण और ओवेरीअन के कैंसर के प्रबंधन के लिए एनसीसीएन दिशानिर्देशों के अनुसार, रोगियों का इलाज दो तरीकों से किया जा सकता है:

1. प्राथमिक सर्जरी (स्टेजिंग लैपरोटॉमी/प्राइमरी डीबल्किंग सर्जरी) और उसके बाद सहायक कीमोथेरेपी।
2. नव-सहायक कीमोथेरेपी के बाद अंतराल डिबल्किंग सर्जरी और उसके बाद सहायक कीमोथेरेपी

एपिथेलियल ओवेरीअन कैंसर के लिए उपचार प्रोटोकॉल

FIGO स्टेज	प्राथमिक उपचार	सहायक उपचार
स्टेज I (प्रजनन क्षमता ईच्छित)	आईए-एकपक्षीय सैलिंगो-ओफोरेक्टोमी + व्यापक सर्जिकल स्टेजिंग आईबी-द्विपक्षीय सैलिंगो-ओफोरेक्टोमी + व्यापक सर्जिकल स्टेजिंग	ग्रेड I (निम्न ग्रेड) सीरस/एंडोमेट्रोइड: निरीक्षण करें ग्रेड II: निरीक्षण या कीमोथेरेपी x 3-6 चक्र ग्रेड III: निरीक्षण या कीमोथेरेपी x 3-6 चक्र
स्टेज IA-IV (सर्जिकल उम्मीदवार, प्रजनन क्षमता वांछित नहीं)	लैप्रोटॉमी/टीएच/बीएसओ +आवश्यकतानुसार व्यापक सर्जिकल स्टेजिंग और डीबल्किंग	आईसी (ग्रेड 1,2 या 3): टैक्सैन/कार्बोप्लाटिन x 3-6 चक्र II, III, IV: कीमोथेरेपी- ए) इंद्रापेरिटोनियल कीमोथेरेपी <1 सेमी में इष्टतम रूप से डिबल्कड स्टेज II और III या बी) कीमोथेरेपी ग 6 चक्र - चयनित रोगियों में ट्यूमर की प्रतिक्रिया और विच्छेदन क्षमता के अनुसार पूर्ण सर्जरी
भारी चरण III-IV या खराब सर्जिकल उम्मीदवार	नियोएडजुवेंट कीमोथेरेपी ± इंटरवल डीबल्किंग सर्जरी (आईडीएस)	कीमोथेरेपी (नियोएडजुवेंट कीमोथेरेपी चक्र सहित कुल 6 चक्र)



नॉन एपिथेलियल ओवेरियन कैंसर के लिए उपचार प्रोटोकॉल

हिस्टोलॉजिकल प्रकार	सर्जिकल उपचार	सहायक उपचार
डिस्गर्मिनोमा	यदि संभव हो तो यूएसओ स्टेजिंग	बीईपी X 3 चक्र यदि चरण II-IV
एंडोडर्मल साइनस ट्यूमर	डिबल्क लेकिन प्रजनन क्षमता को सुरक्षित रखें हुए	बीईपी X 3-4 चक्र
भ्रूणीय कार्सिनोमा	ऊपरोक्त अनुसार	बीईपी X 3-4 चक्र
घातक टेराटोमा	ऊपरोक्त अनुसार	बीईपी या वीएसएक्स 3-4 चक्र
ग्रैनुलोसा सेल ट्यूमर	यूएसओ यदि टीएच/बीएसओ के अंतर्गत युवा है	उन्नत डीएस के लिए बीईपी X 3-4 चक्र जीएनआरएच एगोनिस्ट
सर्टोली-लेडिग कोशिका	ऊपरोक्त अनुसार	बीईपी या वीएसएक्स 3-4 चक्र

अंडाशय/ पेल्विस तक सीमित ओवेरीयन कैंसर के लिए सर्जरी का सिद्धांत – सभी पेल्विस रोगों का अधिकतम साइटोर्डेक्शन और ऊपरी पेट या रेट्रोपेरिटोनियल लिम्फ नोड्स में गुप्त रोग का मूल्यांकन।

सर्जरी के चरण

- मध्यरेखा ऊर्ध्वाधर चीरा दिया गया है
- कोशिका विज्ञान के लिए जलोदर द्रव/पेरिटोनियल लेवेज की आकांक्षा
- सभी पेरिटोनियल सतहों का व्यवस्थित मूल्यांकन
- पेट के सभी अंगों का दक्षिणावर्त दिशा में स्पर्श करना (दाएं इलियाक फोसा से शुरू)
- आसंजनों/संदिग्ध घावों की बायोप्सी



- रैन्डम पेरिटोनियल बायोप्सी (पैराकॉलिक गटर, डगलस की थैली और डायाफ्राम की सतह के नीचे)
- सभी मामलों में ओमेंटेक्टॉमी के साथ द्विपक्षीय सैलिंगो-ओफोरेक्टॉमी के साथ हिस्टेरेक्टॉमी (गर्भावस्था की इच्छुक महिलाओं में एकतरफा सैलिंगोओफोरेक्टॉमी)
- पेल्विक और पैरा-महाधमनी लिम्फैडेनेक्टॉमी।

पेल्विस और ऊपरी पेट से जुड़े ओवेरीयन कैंसर के लिए सर्जरी

- सभी पेट, पेल्विक और रेट्रोपेरिटोनियल रोगों का साइटोरीडक्शन, सभी स्थूल रोगों को दूर करने का अधिकतम प्रयास क्योंकि यह बेहतर अस्तित्व प्रदान करता है।
- कुल ओमेंटेक्टोमी
- संदिग्ध या बढ़े हुए लिम्फ नोड्स हटा दिए जाते हैं।

कीमोथेरेपी रेजीमेंस

एपिथेलियल ओवेरीयन कैंसर

ए) 3 साप्ताहिक पैक्लिटैक्सेल (175 मिलीग्राम/एम2) और कार्बोप्लाटिन (एयूसी 5-6)

बी) साप्ताहिक पैक्लिटैक्सेल (80 मिलीग्राम/एम2) और कार्बोप्लाटिन (एयूसी 5-6)

नॉन एपिथेलियल ओवेरीयन कैंसर

उनका इलाज बीईपी (ब्लोमाइसिन, एटोपोसाइड, सिस्प्लैटिन) के 3-4 चक्रों से किया जाता है।

उपचारित मामलों का अनुवर्ती कार्रवाई

यह पहले 2 वर्षों के लिए 3 मासिक, अगले 3 वर्षों के लिए 6 मासिक और फिर जीवन भर वार्षिक रूप से किया जाता है।

अनुवर्ती कार्रवाई इतिहास, शारीरिक परीक्षण और सीए 125 स्तरों के साथ की जाती है।

यदि इतिहास/परीक्षा के निष्कर्ष सीए 125 स्तर की पुनरावृत्ति या वृद्धि का संकेत देते हैं, तो यूएसजी/सीईसीटी पूरे पेट, पेल्विस और छाती/पीईटी-सीटी पूरे शरीर की सलाह दी जाती है।

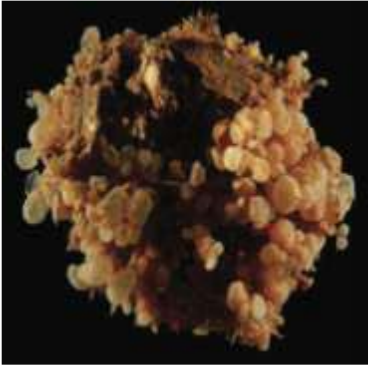


Section

6

गर्भकालीन ट्रोफोब्लास्टिक रोग

- 1: पूर्ण H मोल और आंशिक H मोल
- 2: गर्भावधि ट्रोफोब्लास्टिक नियोप्लासिया



चित्र 4— मोलर गर्भावस्था



चित्र 5— इनवेसिव मोल



परिचय

गर्भावधि ट्रोफोब्लास्टिक रोग (जीटीडी) शब्द का उपयोग परस्पर संबंधित घावों के विषम समूह का वर्णन करने के लिए किया जाता है जो प्लेसेंटल ट्रोफोब्लास्ट के असामान्य प्रसार से उत्पन्न होते हैं।

जीटीएन गर्भावधि ट्रोफोब्लास्टिक नियोप्लासिया को संदर्भित करता है जिसमें गर्भावधि ट्रोफोब्लास्ट से संबंधित घातक रोग शामिल हैं। हालाँकि जीटीएन आम तौर पर दाढ़ गर्भावस्था का पालन करते हैं, वे किसी भी गर्भकालीन घटना के बाद हो सकते हैं, जिसमें प्रेरित या सहज गर्भपात, अस्थानिक गर्भावस्था या टर्म गर्भावस्था शामिल है।

जीटीडी का वर्गीकरण

बनाइन – हाइडेटिडिफॉर्म मोल या वेसिकुलर मोल

- पूर्ण मोल (सीएचएम)
- आंशिक मोल (पीएचएम)

घातक

- कोरियोकार्सिनोमा
- आक्रामक मोल
- प्लेसेंटल साइट ट्रोफोब्लास्टिक ट्यूमर (पीएसटीटी)
- एपिथेलिओइड ट्रोफोब्लास्टिक ट्यूमर (ईटीटी)

पूर्ण एच. मोल

लक्षण

70% मामलों में एमेनोरिया, योनि से रक्तस्राव और पेट दर्द होता है। वेसिकल्स का निकलना शायद ही कभी देखा जाता है, सिवाय इसके कि जब महिला गर्भपात करा रही हो। लगभग 30% मामलों में हाइपरमेसिस की सूचना मिलती है। 24 सप्ताह से पहले गर्भावस्था



प्रेरित उच्च रक्तचाप (पीआईएच) एक तिहाई मामलों में नोट किया गया है। थायरोटॉक्सिकोसिस के परिणामस्वरूप सुप्रावेंट्रिकुलर टैचीकार्डिया, डिस्पेनिया और बढ़ा हुआ टी 3 और टी 4 का स्तर 3% मामलों में देखा जाता है और यह इस तथ्य के कारण होता है कि थायरॉयड-उत्तेजक हार्मोन (टीएसएच) और एचसीजी दोनों की सबयूनिट एक समान संरचना साझा करते हैं। एक प्रतिशत महिलाएं स्पर्शान्मुख हैं और अनुचित रूप से बढ़े हुए गर्भाशय को पालपेटिंग से इस स्थिति का संदेह होता है।

संकेत – एमनियोटिक द्रव की अनुपस्थिति के कारण गर्भाशय में चिपचिपापन महसूस होता है। बाहरी और आंतरिक मतपत्र प्राप्त नहीं किया जा सकता है और भ्रूण के हृदय को डॉपलर पर नहीं सुना जा सकता है। द्विपक्षीय डिम्बग्रंथि (थेका ल्यूटिन) सिस्ट मौजूद हो सकते हैं।

80% हाइडेटिडिफॉर्म मोल्स उपचार से ठीक हो जाते हैं, 15% 20% में पोस्ट मोलर जीटीएन या आक्रामक मोल विकसित हो सकता है और 5% कोरियोकार्सिनोमा में विकसित हो सकता है।

विभेदक निदान – आंशिक मोल, हाइड्रोपिक गर्भपात और फ्लोरिड ट्रोफोब्लास्टिक हाइपरप्लासिया के साथ प्रारंभिक नॉनमोलर गर्भधारण। आंशिक मोल (पीएचएम) में अक्सर ऑलिगोहाइड्रामनियोस, अंतर्गर्भाशयी विकास मंद भ्रूण या विकृत भ्रूण होता है, जैसा कि दूसरी तिमाही के दौरान अल्ट्रासाउंड स्कैनिंग पर पता चला है। अल्ट्रासाउंड पर प्लेसेंटा में कुछ वेसिकल्स प्रकट हो सकती हैं। एक आंशिक मोल में बहुत कम घातक क्षमता (0–5%) होती है।

जटिलताएँ – हाइपरमैसिस ग्रेविडेरम, गर्भावस्था प्रेरित उच्च रक्तचाप, रक्तस्राव, एनीमिया, संक्रमण, थायरॉयड तूफान, तीव्र फुफ्फुसीय अपर्याप्तता और जमाव विफलता के साथ एम्बोलिजेशन।

गर्भाशय वेध – स्वतःस्फूर्त लेकिन सक्शन निकासी के दौरान अधिक सामान्यतः।

विलंबित जटिलताएँ – आवर्तक मोल और कोरियो कार्सिनोमा



निदान के तौर-तरीके

अल्ट्रासाउंड – अल्ट्रासाउंड जांच से गर्भाशय में 'स्नो स्टॉर्म' की उपस्थिति और पूर्ण दाढ़ गर्भावस्था में भ्रूण की छाया की अनुपस्थिति का पता चलता है। आंशिक मोल खराब गठन वाले भ्रूण या प्लेसेंटा में स्नो स्टॉर्म के साथ भ्रूण के कुछ हिस्सों को दर्शाता है

सीरम β एचसीजी – गर्भधारण की अवधि से काफी अधिक सीरम बी-एचसीजी का उच्च स्तर।

इलाज

जब एक महिला गर्भपात की प्रक्रिया में आती है, तो पारित उत्पादों के बीच वेसिकल्स की पहचान की जा सकती है। यदि आवश्यक हो तो रक्त चढ़ाया जाना चाहिए और 5% ग्लूकोज के 500 एमएल में 10–20 यूनिट या उससे अधिक की अंतःशिरा ऑक्सीटोसिन ड्रिप स्थापित की जानी चाहिए। सक्शन ईवैक्युएशन मशीन के साथ सर्जिकल ईवैक्युएशन (गर्भावस्था की चिकित्सा समाप्ति (एमटीपी) के रूप में), नंबर 12–14 कैनुला का उपयोग करके रक्त की हानि को कम किया जाता है। टिशू को हिस्टोपैथोलॉजिकल मूल्यांकन के लिए भेजा जाना चाहिए।

सीएचएम या पीएचएम के लिए अनुवर्ती कार्रवाई

आम तौर पर, दाढ़ गर्भावस्था के निष्कासन के बाद लगभग 6–8 सप्ताह में β एचसीजी का स्तर नकारात्मक हो जाता है। नकारात्मक होने तक साप्ताहिक β एचसीजी की सिफारिश की जाती है। एक बार जब परीक्षण नकारात्मक हो जाता है, तो रोगी की 6 महीने तक मासिक निगरानी की जाती है।





परिचय

गर्भावधि ट्रोफोब्लास्टिक नियोप्लासिया जीटीडी का घातक घटक है और इसकी पहचान और निदान पर बारीकी से ध्यान देने की आवश्यकता है। गर्भपात, एक्टोपिक और मोलर गर्भधारण का इलाज करने वाले चिकित्सकों द्वारा जानकारी की कमी के कारण यह आमतौर पर छूट जाता है। ऐसा विशेष रूप से छूटे हुए गर्भपात के मामले में होता है।

अपूर्ण गर्भपात या छूटे हुए गर्भपात के किसी भी मामले में, जो एक गर्भाशय निकासी पर प्रतिक्रिया नहीं करता है, बार-बार निकासी के लिए जाने से पहले जीटीएन का पता लगाने के लिए पूरी तरह से जांच की जानी चाहिए।

पोस्टमोलर जीटीएन

पोस्टमोलर जीटीएन के निदान के लिए FIGO 2018 मानदंड कम से कम 3 सप्ताह (यानी 4 लगातार मान) में एचसीजी स्तर में एक प्लेटौ (+/- 10%);

कम से कम 2 सप्ताह में एचसीजी स्तर में वृद्धि ($\geq 10\%$) (यानी लगातार 3 मान);

कोरियोकार्सिनोमा का हिस्टोलॉजिकल साक्ष्य

आक्रामक मोल लगभग 5–10% आक्रामक मोल होते हैं जो गर्भाशय की दीवार को नष्ट कर देते हैं, मायोमेट्रियम में घुस जाते हैं और खतरनाक आंतरिक रक्तस्राव का कारण बन सकते हैं। वे स्थानीय रूप से घातक लीज़न के रूप में व्यवहार करते हैं।

कोरियोकार्सिनोमा यह उच्च एचसीजी स्तर वाली एक मेटास्टेटिक बीमारी है। हिस्टोलॉजिकल परीक्षण से सभी



प्रकार के ट्रोफोब्लास्टिक टिश्यू का पता चलता है लेकिन कोरियोनिक विली का पता नहीं चलता है।

पूर्ण अवधि की गर्भावस्था के बाद ट्रोफोब्लास्टिक ट्यूमर हमेशा कोरियोकार्सिनोमा होता है, जबकि यदि यह गर्भपात या दाढ़ गर्भावस्था के बाद होता है तो यह या तो एक आक्रामक मोल या कोरियोकार्सिनोमा हो सकता है। गर्भपात या मोल के बाद 6 महीने तक निदान किया गया ट्रोफोब्लास्टिक ट्यूमर अक्सर एक आक्रामक मोल होता है, लेकिन 6 महीने के बाद निदान किया गया ट्यूमर आमतौर पर कोरियोकार्सिनोमा होता है।

प्लेसेंटल साइट ट्रोफोब्लास्टिक ट्यूमर (पीएसटीटी)

सभी ट्रोफोब्लास्टिक रोगों का लगभग 1% प्लेसेंटल बेड ट्रोफोब्लास्ट से उत्पन्न होता है और मायोमेट्रियम पर आक्रमण करता है। 95% में यह पूर्ण अवधि में सामान्य प्रसव के बाद होता है, हालांकि दुर्लभ मामलों में, एक मोल (5%) में होता है। एचसीजी का स्तर कोरियोकार्सिनोमा में देखे गए स्तर से कम है, और शायद ही कभी 2000– 3000 IU/L से अधिक होता है। अन्य ट्रोफोब्लास्टिक ट्यूमर के विपरीत, प्लेसेंटल-साइट ट्यूमर कीमोथेरेपी के प्रति अपेक्षाकृत असंवेदनशील होते हैं इसलिए इनका इलाज शल्य चिकित्सा या विकिरण से किया जाता है।

मेटास्टेटिक रोग

मेटास्टेस के सबसे आम स्थान फेफड़े (80%), योनि (30%), पेल्विस(20%), यकृत (10%), और मस्तिष्क (10%) हैं।

निदान के समय, मेटास्टेटिक जीटीएन वाले 80% रोगियों में छाती रेडियोग्राफी द्वारा फेफड़ों की भागीदारी दिखाई देती है। फुफ्फुसीय मेटास्टेसिस वाले मरीजों में सीने में दर्द, खांसी, हेमोप्टाइसिस, सांस की तकलीफ या छाती की रेडियोग्राफी द्वारा दिखाई देने वाला एक स्पार्शोन्मुख घाव हो सकता है। श्वसन संबंधी लक्षण तीव्र या दीर्घकालिक हो सकते हैं, जो कई महीनों तक बने रहते हैं

जीटीएन के लिए एफआईजीओ स्टेजिंग सिस्टम

स्टेज I: ट्यूमर गर्भाशय कोष तक सीमित।

स्टेज II: जननांग पथ में मेटास्टेस।

स्टेज III: गर्भाशय, योनि या पैल्विक भागीदारी के साथ या उसके बिना फुफ्फुसीय मेटास्टेस। निदान छाती रेडियोग्राफी द्वारा देखे गए फुफ्फुसीय घावों की उपस्थिति मंब बढ़ते एचसीजी स्तर पर आधारित है।



स्टेज IV: मस्तिष्क, यकृत, गुर्दे, या जठरांत्र संबंधी मार्ग की भागीदारी के साथ उन्नत बीमारी।

डब्ल्यूएचओ जोखिम स्कोरिंग प्रणाली – जोखिम मूल्यांकन के लिए

	0	1	2	4
Age (years)	≤39	>39		
Antecedent pregnancy	Hydatidiform mole	Abortion	Term	
Interval between end of antecedent pregnancy and start of chemotherapy (months)	<4	4-6	7-12	>12
Human chorionic gonadotropin (IU/L)	<10 ³	10 ³ -10 ⁴	10 ⁴ -10 ⁵	>10 ⁵
ABO groups		O or A	B or AB	
Largest tumor, including uterine (cm)	<3	3-5	>5	
Site of metastases		Spleen, kidney	GI tract	Brain, Liver
Number of metastases		1-3	4-8	>8
Prior chemotherapy			1 drug	≥2 drugs

* The total score for a patient is obtained by adding the individual scores for each prognostic factor. Total score: <7, low risk; ≥7, high risk.

नैदानिक मूल्यांकन

- बेसलाइन हीमोग्लोबिन, श्वेत रक्त कोशिका और प्लेटलेट गिनती का निर्धारण
- सीरम एचसीजी स्तर का माप हेपेटिक, थायरॉयड और गुर्दे का कार्य परीक्षण छाती रेडियोग्राफ़ या कंप्यूटेड टोमोग्राफी (सीटी स्कैन
- पेट और पेल्विस का अल्ट्रासोनोग्राफी या सीटी स्कैन

जीटीएन का उपचार

कम जोखिम वाली बीमारी (स्टेज I) वाले रोगियों में सिंगल-एजेंट कीमोथेरेपी पसंदीदा उपचार है। प्राथमिक एकल-एजेंट कीमोथेरेपी से उपचारित कम जोखिम वाली बीमारी में सुधार की दर उच्च (लगभग 80%) होती है।



सिंगल-एजेंट उपचार नियम

जब रोग सिंगल-एजेंट कीमोथेरेपी के प्रति प्रतिरोधी हो, तो संयोजन कीमोथेरेपी दी जानी चाहिए।

Box 3 First-line single agent chemotherapy regimens for low-risk gestational trophoblastic neoplasia

- MTX-FA 8-day regimen (50 mg MTX intramuscularly on days 1, 3, 5, 7 with folinic acid 15 mg orally 24 h after MTX on days 2, 4, 6, 8); repeat every 2 weeks.
- MTX 0.4 mg/kg (max. 25 mg) intravenously or intramuscularly for 5 days every 2 weeks.
- Actinomycin D pulse 1.25 mg/m² intravenously every 2 weeks.
- Actinomycin D 0.5 mg intravenously for 5 days every 2 weeks.
- Others: MTX 30–50 mg/m² intramuscularly weekly, MTX 300 mg/m² infusion every 2 weeks.

Abbreviation: MTX-FA, methotrexate–folinic acid.

उच्च जोखिम वाले जीटीएन (चरण II–IV) वाले सभी रोगियों का इलाज प्राथमिक गहन संयोजन कीमोथेरेपी और विकिरण चिकित्सा के चयनात्मक उपयोग और प्राथमिक गहन संयोजन कीमोथेरेपी के साथ सर्जरी के साथ किया जाना चाहिए।

ईएमए—सीओ आहार मेटास्टेसिस और उच्च जोखिम वाले पूर्वानुमानित स्कोर (6 से ऊपर) वाले रोगियों में पसंदीदा प्राथमिक उपचार है। शामिल दवाओं में इटॉपसाइड, मेथोट्रेक्सेट, एक्टिनोमाइसिन डी, साइक्लोफॉस्फेमाइड और विन्क्रिस्टाइन शामिल हैं।



ईएमए—सीओ के प्रति प्रतिरोधी मरीजों का 8वें दिन (ईएमए—ईपी) एटोपोसाइड और सिस्प्लैटिन को प्रतिस्थापित करके सफलतापूर्वक इलाज किया जा सकता है।

उपचार पूरा होने के बाद 1 वर्ष तक गर्भधारण से बचना चाहिए।

जीटीएन वाले मरीजों का फॉलो-अप

कम जोखिम वाला जीटीएन – एचसीजी स्तरों का साप्ताहिक माप जब तक कि वे लगातार 3 सप्ताह तक सामान्य न हो जाएं, उसके बाद एचसीजी मूल्यों का मासिक माप जब तक कि स्तर लगातार 12 महीनों तक सामान्य न हो जाए। हार्मोनल फॉलो-अप के पूरे अंतराल के दौरान प्रभावी गर्भनिरोधक।

उच्च जोखिम जीटीएन – एचसीजी स्तरों का साप्ताहिक निर्धारण जब तक कि वे लगातार 3 सप्ताह तक सामान्य न रहें, इसके बाद एचसीजी स्तरों का मासिक निर्धारण जब तक कि वे लगातार 24 महीनों तक सामान्य न रहें। एचसीजी प्रतिगमन वक्र अतिरिक्त उपचार की आवश्यकता निर्धारित करने के लिए प्राथमिक आधार के रूप में कार्य करता है।



Section

7

उपचार के बाद निगरानी

1: स्त्री रोग संबंधी कैंसर में उपचार के बाद निगरानी का महत्व

परिचय

स्त्री रोग संबंधी कैंसर एक महत्वपूर्ण सार्वजनिक स्वास्थ्य मुद्दा है क्योंकि इन कैंसर की घटनाओं में वृद्धि हो रही है। भारत जैसे विकासशील देशों में कैंसर के प्रति जागरूकता की कमी, परिवर्तनशील विकृति विज्ञान और उचित जांच सुविधाओं की कमी के कारण, अधिकांश महिलाएं स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं के लिए उन्नत चरणों में रिपोर्ट करती हैं। यह पूर्वानुमान, नैदानिक परिणामों और अनुवर्ती कार्रवाई पर प्रतिकूल प्रभाव डालता है।

परिभाषा

उपचार के बाद स्त्री रोग संबंधी कैंसर रोगियों की निगरानी या अनुवर्ती कार्रवाई पुनरावृत्ति का पता लगाने और समय पर इलाज करने के उद्देश्य से उपचार पूरा होने के बाद उनके मूल्यांकन को संदर्भित करती है। इसका एक अन्य उद्देश्य उनकी मनोसामाजिक, यौन और प्रजनन संबंधी जरूरतों का ख्याल रखना है। यह बीमारी के समग्र और रोग मुक्त अस्तित्व परिणाम का दस्तावेजीकरण करने के लिए भी अत्यंत महत्वपूर्ण है।

पारंपरिक वर्सज उपन्यास दृष्टिकोण

पारंपरिक अनुवर्ती कार्यक्रम रोगी की मनोसामाजिक और यौन सहायक देखभाल की आवश्यकता को समायोजित करने और अनुवर्ती प्रक्रिया में रोगियों और उनके रिश्तेदारों को सक्रिय रूप से शामिल करने में विफल रहते हैं। वैयक्तिकृत कार्यक्रम पारंपरिक नियमित अनुवर्ती को निश्चित अंतराल और लंबाई के साथ प्रतिस्थापित कर सकते हैं। खतरनाक लक्षणों पर ध्यान केंद्रित करने और स्व-रिपोर्टिंग से पुनरावृत्ति का पता लगाना सुनिश्चित हो सकता है, जबकि रोगी की भलाई पर निरंतर ध्यान देने और नियमित दैनिक गतिविधियों पर लौटने की अनुमति मिल सकती है। लक्षणों के बारे में अधिक जागरूकता और पुनरावृत्ति के शीघ्र निदान की दिशा में खुला संचार एक बहुत ही महत्वपूर्ण कदम है।



फिजिशियन आधारित वर्सज़ नर्स के नेतृत्व वाली निगरानी

व्यक्तिगत अनुरूप और आवश्यकता—आधारित अनुवर्ती के विभिन्न मॉडलों का परीक्षण किया गया है। नर्स के नेतृत्व वाले मॉडल का परीक्षण चिकित्सक के नेतृत्व वाले, आमने—सामने के मॉडल बनाम टेलीफोन या आभासी संपर्कों और पारंपरिक अनुवर्ती के मुकाबले स्व—प्रबंधन, सशक्तीकरण या आत्म—देखभाल में सुधार पर ध्यान केंद्रित करने वाले अन्य मॉडल के खिलाफ किया गया है। नर्स और सामान्य चिकित्सक दोनों ने पारंपरिक फॉलोअप की तुलना में समान उत्तरजीविता और जीवन स्तर की गुणवत्ता दिखाई है और एक सुरक्षित और स्थिर वातावरण प्रदान करते प्रतीत होते हैं।

विशेष रूप से, नर्स के नेतृत्व में अनुवर्ती कार्रवाई कमजोर रोगियों की सुसंगतता और अनुपालन की सुविधा प्रदान कर सकती है, रोगियों और रिश्तेदारों दोनों की भागीदारी को अनुकूलित कर सकती है, और अपूरित सहायक देखभाल आवश्यकताओं के लिए एक समग्र दृष्टिकोण प्रदान कर सकती है। इसके अलावा, पारंपरिक चिकित्सक के नेतृत्व वाले फॉलो—अप की तुलना में इसने रोगी की संतुष्टि को समान या बेहतर दिखाया है।

शारीरिक वर्सज़ डिजिटल निगरानी

डिजिटल संपर्कों पर आधारित मॉडल की तुलना अस्पताल की बाह्य रोगी सेटिंग में सामान्य आमने—सामने संपर्कों से की गई है। वीडियो या टेलीफोन—आधारित संपर्क अक्सर विशेषज्ञ नर्सों द्वारा किए जाते हैं। टेलीफोन—आधारित अनुवर्ती को एक व्यवहार्य, सुरक्षित और सुविधाजनक उच्च—गुणवत्ता वाला विकल्प बताया गया है। यह रोगियों को गोपनीयता की भावना प्रदान करता है और आमने—सामने संपर्क की तुलना में अधिक कुशल प्रतीत होता है।

कैंसर रोगियों की अधूरी जरूरतों को पर्याप्त रूप से संबोधित करने और निगरानी करने के उद्देश्य से विभिन्न इलेक्ट्रॉनिक रोगी—रिपोर्ट किए गए परिणाम उपाय (ईपीआरओएम) या पीआरओएम (पैशन्ट रिपोर्टेड आउटकम मेजर्स) विकसित और परीक्षण किए गए हैं। इसके अतिरिक्त, **PROMs** का उपयोग अनुवर्ती कार्यक्रम को और अधिक वैयक्तिकृत करने के लिए अनुवर्ती परामर्शों की आवृत्ति, सामग्री, विशेषज्ञ स्तर आदि की योजना बनाने के लिए किया जाता है।



एक व्यवस्थित समीक्षा में, PROMs के उपयोग से रोगी-प्रदाता संचार, उपचार प्रतिक्रिया और रोगी संतुष्टि में सुधार दिखाया गया। चयनित आबादी में, PROMS के उपयोग ने जीवन की गुणवत्ता में सुधार, आपातकालीन कक्ष के दौरे और अस्पताल में भर्ती होने में कमी और गुणवत्ता-समायोजित अस्तित्व में सुधार का प्रदर्शन किया है। उन कारणों से, PROMs को कैंसर रोगियों के लिए भविष्य के अनुवर्ती कार्यक्रमों के महत्वपूर्ण तत्वों के रूप में सुझाया गया है।

निगरानी प्रोटोकॉल

सर्वाइकल कैंसर – प्राथमिक उपचार के बाद दोबारा होने का औसत समय 7 से 36 महीने तक होता है। इतिहास और शारीरिक जांच की सिफारिश हर 3 से 6 महीने में 2 साल तक, हर 6 से 12 महीने में अगले 3 से 5 साल तक और फिर सालाना की जाती है। उच्च जोखिम वाले रोग वाले मरीजों का मूल्यांकन अधिक बार किया जा सकता है (उदाहरण के लिए, पहले 2 वर्षों के लिए हर 3 महीने में)। एंडोमेट्रियल कैंसर – अधिकांश (65%–85%) पुनरावृत्तियों का निदान प्राथमिक उपचार के 3 वर्षों के भीतर किया जाता है, और 40% पुनरावृत्तियाँ स्थानीय होती हैं। 2–3 साल तक हर 3–4 महीने में, फिर हर 6 महीने में और फिर 5 साल के बाद सालाना फॉलो-अप की सलाह दी जाती है।

ओवेरीयन कैंसर – लक्षणों, शारीरिक परीक्षण और सीए-125 के साथ निगरानी की सिफारिश पहले 2 वर्षों के लिए हर 3 मासिक, अगले 3 वर्षों के लिए 6 मासिक और उसके बाद वार्षिक जीवनकाल में की जाती है।

गर्भावधि ट्रोफोब्लास्टिक नियोप्लासिया– निगरानी के लिए 12 महीने तक हर महीने β HCG स्तर की जांच की सिफारिश की जाती है। इस अवधि के दौरान विश्वसनीय गर्भनिरोधक का उपयोग किया जाना चाहिए। भविष्य की प्रजनन क्षमता और गर्भावस्था प्रभावित नहीं होती है लेकिन रोगियों के लिए मनोसामाजिक और यौन परामर्श की आवश्यकता हो सकती है।





राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, उत्तर प्रदेश