

بررسی عوامل مؤثر در سرطان سرویکس در اصفهان

دکتر علی اکبر طاهریان* - عشرت فتاحی**

* دانشیار گروه زنان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

** دانشجوی کارشناسی ارشد مامائی

چکیده

سرطان دهانه رحم یکی از سرطانهای شایع دستگاه تناسلی در زنان می باشد که از نظر شیوع، سومین سرطان در زنان است. تعیین عوامل خطرزای سرطان دهانه رحم، هدف اصلی این تحقیق می باشد. این پژوهش به صورت مورد و شاهد است. از مجموع ۲۸۲ نمونه، ۸۷ نفر با تشخیص کانسر مهاجم سرویکس در گروه مورد و ۱۹۵ نفر افراد سالم در گروه شاهد قرار داشتند. روش نمونه گیری در گروه مورد به طریق آسان و در گروه شاهد، تصادفی بود که دو گروه از نظر سنی همسان شده بودند. محل پژوهش در دو بیمارستان امین و سیدالشهداء اصفهان تعیین گردید. تجزیه و تحلیل اطلاعات با کامپیوتر و نرم افزار SPSS انجام شد. نتایج حاصل نشان داد کانسر سرویکس با سن در اولین ازدواج وقتی کمتر از ۱۵ سال باشد ($OR = 5$) و 95% حدود اطمینان $1/5$ تا $16/6$ و $P = 0/001$ و تعداد زایمان بیشتر از ۶ عدد ($OR = 3/2$) و 95% حدود اطمینان $1/2$ تا $8/8$ و $P = 0/0001$ و روش جلوگیری از حاملگی (Ocpills) رابطه دارد. در مورد مدت زمان استفاده از قرص جلوگیری از بارداری، نتایج نشان داد: در زنانی که بیشتر از ۵ سال Ocpills مصرف می کردند ($OR = 3/3$ و $P = 0/008$) می شود. میانگین دفعات آمیزش جنسی در هفته، در دهه های اول، دوم، سوم و چهارم زندگی زناشویی، در گروه مورد نسبت به شاهد بیشتر بود ($P = 0/001$). همچنین بررسی وضعیت اقتصادی - اجتماعی دو گروه رابطه نداشت ولی بین میزان سواد، در دو گروه، رابطه معنی داری وجود داشت ($P = 0/018$). در این تحقیق نتایج پاپ اسمیر $15/5\%$ منفی کاذب را نشان داد. برخی ریسک فاکتورهای ذکر شده در این پژوهش ممکن است باعث افزایش بروز سرطان سرویکس گردد. که با غربالگری بیشتر و تلاش در حذف آنها می توان امید داشت که میزان بروز آن کاهش یابد.

کلید واژه: آبستنی / پیشگیری از آبستنی / سرطان دهانه رحم / سرطان دهانه رحم - علت شناسی

مقدمه

شد و نشان داد که شیوع کانسر سرویکس در خانمهای ازدواج کرده شایع تر است. این سرطان از نظر شیوع، سومین بیماری بدخیم در زنان هنگ کنگ و آمریکا می باشد (۲). در یک مطالعه انجام شده در سال ۱۹۶۷، عوامل کم خطر و پرخطر که در کانسر سرویکس مؤثر است، مثل: ازدواج و زایمان در سنین پایین، تعداد شریکهای جنسی (Partner)، تعداد زایمان و... بررسی و گزارش گردید. (۱-۳) مصرف قرصهای جلوگیری از بارداری که حاوی استروژن و

سرطان دهانه رحم یکی از بیماریهای شایع دستگاه تناسلی زنان در جهان می باشد. این بیماری تا سال ۱۸۶۶ کاملاً ناشناخته بود و آن را نوعی بیماری مقاربتی و مسری می دانستند. تا این که اولین کلینیک ژینکولوژی در سال ۱۸۸۴، در نیویورک، به همت آقای جیمس ماریون پدر علم ژینکولوژی پایه گذاری شد. (۱) اولین مطالعه اپیدمیولوژی سرطان دهانه رحم توسط آقای ریگونی استرن (Rigoni Stern)، در سال ۱۸۴۲ انجام

کانسر مهاجم سرویکس گزارش گردیده بود. ابزار جمع آوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای بود که توسط یک کارشناس ورزیده تکمیل می‌شد.

اعتبار و اعتماد علمی پرسشنامه به طریق اعتبار محتوی و آزمون مجدد (Test Retest) بررسی گردید و سپس اطلاعات زیر برای هر دو گروه مورد و شاهد، بوسیله پرسشنامه جمع آوری شد.

اطلاعات شامل: وضعیت دموگرافی، سن در اولین ازدواج (سن اولین آمیزش جنسی)، سن اولین حاملگی و اولین زایمان، تعداد زایمان، دفعات ازدواج خود زن، دفعات ازدواج همسر، دفعات آمیزش جنسی در هفته (در دهه اول، دوم، سوم و چهارم زندگی زناشویی) و روش پیشگیری از حاملگی و مدت زمان استفاده از آن وسیله و بالاخره وضعیت اجتماعی و اقتصادی و میزان درآمد خانواده، سواد و... بود. در هر دو گروه مورد و شاهد پرسشنامه‌ها تکمیل گردید. در این مطالعه، کانسر متغیر وابسته، پاپ اسمیر متغیر زمینه‌ای و بقیه عوامل متغیر مستقل بوده‌اند. اطلاعات بدست آمده بوسیله نرم‌افزار SPSS - 9 آنالیز گردید.

روش آماری مورد استفاده برای متغیرهای کیفی، آزمون کای دو (X^2) و برای متغیرهای کمی t-test بود. نسبت شانس، با Odds Ratio (OR)، معنی‌دار بودند با ($P < 0/05$) و حدود اطمینان ۹۵٪ با CI (Confidence Interval)، جهت هدف مخدوش‌کنندگان از آزمون مولتیپل رگرسیون استفاده شده است.

نتایج

سن افراد در گروه مورد $48 \pm 1/3$ و در گروه شاهد $50 \pm 1/2$ سال بود ($P = 0/387$) یعنی دو گروه از نظر سنی همسان بودند. نتیجه تست پاپ اسمیر در افراد با کانسر مهاجم سرویکس ۱۵/۵٪ منفی کاذب نشان داده شده است. نتایج این مطالعه نشان داد کانسر سرویکس رابطه دارد با: سن اولین تماس زناشویی (اولین ازدواج) وقتی کمتر از ۱۵ سال باشد ($OR=9/8$) و ۹۵٪ حدود اطمینان ۳/۷ تا ۲۵/۷ و ($P=0/0001$) و وقتی تعداد زایمان بیشتر از ۶ مرتبه باشد ($OR=7/8$) و ۹۵٪ حدود اطمینان ۳/۵ تا ۱۷/۵ و ($P=0/0001$) وقتی طول مدت مصرف قرص‌های جلوگیری از بارداری بیشتر از ۵ سال باشد ($OR=3/6$) و ۹۵٪ حدود اطمینان ۱/۸ تا ۷/۴ و ($P=0/0003$) (جدول ۱).

پروژسترون هستند، (Ocpills = Oral contraceptive pills) و ارتباط آن با کانسر سرویکس همچنان مورد اختلاف نظر محققان می‌باشد (۴-۵-۶)

آقای فرانسسی سیلوا (Franceshi Silva)، در یک مطالعه نشان داد که مصرف قرصهای جلوگیری از حاملگی که حاوی استروژن است، باعث افزایش خطر کانسر مهاجم سرویکس می‌شود (۶-۷-۸-۹). روبرت (Robert) نشان داد زنانی که به مدت شش سال یا بیشتر Ocpills استفاده کردند، خطر کانسر سرویکس در آنها ۳/۲ برابر شده است (۱۰). مکانیسم اثر قرص بر کانسر سرویکس هنوز شناخته نشده است ولی به نظر می‌رسد که وجود گیرنده‌های استروژن در سرویکس، در ایجاد آن نقش داشته باشد (۱-۶).

یکی از علل انجام این مطالعه، نداشتن آگاهی از ریسک فاکتورهای کانسر سرویکس در اصفهان بود و هدف از این تحقیق هم تعیین عوامل خطرزا در سرطان دهانه رحم به جز بیماریهای مقاربتی (Sexual Transmitted Disease) و ویروس پاپیلوماهای انسانی (Humans Papilloma Virus) و ویروس هرپس تپ دو در زنان مراجعه‌کننده به بیمارستانهای امین و سیدالشهدای اصفهان و سپس ارائه پیشنهادات مبتنی بر یافته‌های پژوهشی است و امید است نتایج آن مورد استفاده همه همکاران و پژوهشگران قرار گیرد.

مواد و روش‌ها

در سال ۱۳۷۳ در بیمارستان امین و سیدالشهدای اصفهان (کلیه سرطانهای دهانه رحم به این دو مرکز ارجاع داده می‌شد)، یک مطالعه تحلیلی از نوع مورد - شاهدی انجام شد. کل نمونه ۲۸۲ نفر بودند. ۸۷ نفر که از نظر پاتولوژی مبتلا به کانسر مهاجم دهانه رحم بودند و برای درمان و یا پیگیری به این دو مرکز مراجعه می‌کردند، گروه مورد (Case) را تشکیل دادند و ۱۹۰ نفر نیز خانمهای سالمی بودند که نتایج پاپ اسمیر آنها طبیعی بود، و به عنوان گروه شاهد (Control) انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری در گروه مورد به طریق آسان و در گروه شاهد، تصادفی (Random) بود و دو گروه از نظر سنی همسان‌سازی (Matching) شدند. برای کلیه زنان شاهد پس از معاینه کلینیکی، تست پاپ اسمیر انجام شد و در صورتی که نتایج تست، دیسپلازی یا مثبت گزارش می‌شد از مطالعه خارج می‌گردیدند. کلیه ۸۷ نفر بیمار، جواب پاتولوژی آنها

جدول شماره ۱ - مقایسه ویژگیهای باروری، سن، وضعیت اجتماعی - اقتصادی و سواد در گروه مورد مطالعه و ارتباط آن با کانسر سرویکس

متغیرها	کانسر	کنترل	OR* %۹۵ حدود اطمینان	P**
سن در اولین ازدواج (اولین تماس زناشویی)				
۱۹ سال یا بیشتر	۶	۴۵	۱	
۱۵ تا ۱۸ سال	۳۸	۹۸	۲/۹	۰/۰۲
کمتر از ۱۵ سال	۲۳	۳۳	۹/۸	۰/۰۰۰۰۱
			$X^2=19/8$	۰/۰۰۰۰۱
سن در اولین زایمان				
بیشتر از ۱۷ سال	۳۵	۱۲۵	۱	
۱۷ سال کمتر	۵۲	۵۱	۳/۶	۰/۰۰۰۰۱
تعداد حاملگی (باریتی)				
۳ حاملگی یا کمتر	۱۱	۵۸	۱	
۴-۶ حاملگی	۳۶	۹۱	۲۰/۱	۰/۰۵۲
بیشتر از ۶ حاملگی	۴۰	۲۷	۷/۸	۰/۰۰۰۰۱
			$X^2=29/1$	۰/۰۰۰۰۱
دفعات تماس زناشویی در هفته				
۳ مرتبه یا کمتر	۴۵	۱۴۹	۱	
بیشتر از ۳ مرتبه	۴۲	۲۶	۵/۳	۰/۰۰۰۰۱
مصرف قرص OCpills***				
مصرف نکرده	۴۵	۱۲۵	۱	
مصرف ۱ تا ۵ سال	۲۰	۳۳	۱/۷	۰/۱۱
مصرف بیش از ۵ سال	۲۲	۱۷	۳/۶	۰/۰۰۰۰۳
			$X^2=13/2$	۰/۰۰۰۰۲
وضعیت بد اقتصادی				
خیر	۲۸	۷۹	۱	
بلی	۶۱	۹۹	۱/۸	۰/۰۴۳
وضعیت بد اجتماعی				
خیر	۲۶	۷۷	۱	
بلی	۶۱	۹۹	۱/۸	۰/۰۰۳
سواد				
خیر	۶۴	۷۷	۴/۶	۰/۰۰۰۰۱
بلی	۲۳	۹۹	۱	

OR = Odds Ratio P *** کمتر از ۰/۰۵ معنی دار است،

*** = Oral Contraceptive pills

با حذف اثر مخدوش کننده قرص ضدبارداری بر تعداد دفعات آمیزش جنسی، ابتدا زنانی که در هر گروه نمونه و شاهد از قرص جلوگیری (OCpills) استفاده نمی‌کردند از نظر تعداد دفعات تماس زناشویی در هفته و در هر دهه مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج پس از حذف اثر قرص جلوگیری از بارداری در دو گروه و در چهار دهه تفاوت معنی‌داری نشان داد (OR=۵/۴ و ۹۵٪ حدود اطمینان ۲/۷ تا ۱۱/۲ و $P = ۰/۰۰۰۱$). در گروهی از زنان که قرص ضدبارداری استفاده می‌کردند، اختلاف معنی‌دار بود ($P = ۰/۰۰۰۸$). نتیجه این که هم افزایش دفعات آمیزش جنسی در بیماران، و هم مصرف قرص ضدبارداری هر کدام به تنهایی از عوامل مساعد کننده می‌باشند (جدول ۲).

نتایج حاصل از بررسی استفاده از قرص جلوگیری از بارداری، در هر دو گروه نشان داد که در گروه مورد $۰/۴۹$ درصد و در گروه شاهد $۲۰/۵$ درصد قرص مصرف می‌کردند و رابطه معنی‌داری نشان داده شد ($P = ۰/۰۰۰۲$). همچنین هر چه مدت استفاده از قرص بیشتر شود، نسبت شانس (OR) بیشتر می‌شود.

در رابطه با میانگین دفعات آمیزش جنسی در هفته، در دهه اول، دوم، سوم و چهارم سن باروری، نتایج تفاوت معنی‌داری را در هر چهار دهه نشان داد که به ترتیب ($P = ۰/۰۰۱$ و $P = ۰/۰۰۱$ و $P = ۰/۰۰۱$ و $P = ۰/۰۰۳$ و $P = ۰/۰۱۲$) بود یعنی بیشتر بودن دفعات تماسهای جنسی در هفته، شانس ابتلا به کانسر سرویکس را بیشتر می‌کند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۲- مقایسه کلیه فاکتورهای جدول ۱ در دو گروه پس از اصلاح و حذف اثر مخدوش کنندگان یا آزمون مولتیپل لوژیستیک رگرسیون

متغیرها	Regression coefficient	خطای متناوب ***	OR*	۹۵٪ حدود اطمینان	P**
سن در اولین ازدواج					
۱۹ سال یا بیشتر		۴	۱		
۱۵ تا ۱۸ سال	۰/۷۴	۰/۵۴	۲/۱	۰/۷ تا ۶/۱	۰/۱۷
کمتر از ۱۵ سال	۱/۶۱	۰/۶۱	۵	۱/۵ تا ۱۶/۶	۰/۰۰۸
سن در اولین زایمان					
کمتر از ۱۷ سال (بلی در مقابل خیر)	۰/۵۹	۰/۳۸	۱/۸	۰/۹ تا ۳/۹	۰/۰۱۲
تعداد حاملگی (باربیتی)					
۳ حاملگی یا کمتر			۱		
۴-۶ حاملگی	۰/۲۲	۰/۴۷	۱/۳	۰/۵ تا ۳/۲	۰/۶۳
بیشتر از ۶ حاملگی	۱/۱۶	۰/۵۱	۳/۲	۱/۲ تا ۸/۸	۰/۰۰۰۱
دفعات تماس زناشویی در هفته					
بیشتر از ۳ مرتبه (بلی در مقابل خیر)	۱/۶۹	۰/۳۶	۵/۴	۲/۷ تا ۱۱/۲	۰/۰۰۰۱
مصرف قرص OCpills****					
مصرف نکرده			۱		
مصرف کمتر از ۵ سال	۰/۷۳	۰/۴۲	۲/۱	۰/۹ تا ۳/۲	۰/۰۸
مصرف بیش از ۵ سال	۱/۳۱	۰/۴۵	۳/۴	۱/۴ تا ۸/۲	۰/۰۰۸
وضعیت بد اقتصادی					
(بلی در مقابل خیر)	۰/۰۸	۰/۳۴	۱/۱	۰/۶ تا ۲/۲	۰/۷۹
وضعیت بد اجتماعی					
(بلی در مقابل خیر)	۰/۳۸	۰/۴۲	۰/۷	۰/۳ تا ۱/۶	۰/۳۶
سواد					
(بی سواد در مقابل با سواد)	۱/۰۱	۰/۴۳	۲/۸	۱/۲ تا ۶/۴	۰/۰۱۸

OR = Odds Ratio *** P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار است ،

**** = Oral Contraceptive pills *** Standard error

در این تحقیق بین تعداد دفعات ازدواج شوهر رابطه وجود داشت ($P = 0/012$) ولی با تعداد همسران موجود شوهر (چند همسری) ($P = 0/065$) و سابقه کانسر در فامیل درجه یک و دو رابطه وجود نداشت. وضعیت اجتماعی - اقتصادی در جوامع شهری و روستایی به طور مجزا بررسی گردید. نتایج حاکی از آن بود که در متغیرهای فوق‌الذکر اختلاف معنی داری دیده نمی‌شود ($P = 0/36$, $P = 0/79$). همچنین رابطه معنی داری با میزان سواد در دو گروه مورد شاهد وجود داشت ($P = 0/018$) (جدول شماره ۲).

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه‌ای که در کلمبیا انجام شد، میانگین سن بروز کانسر سرویکس را ۴۶/۵ سال گزارش نمودند و آقای والتون و همکاران سن شیوع را حدود ۵۵ - ۴۵ سال گزارش کرده‌اند (۱۰-۱۱-۱۲). در تحقیق ما این میانگین برابر با ۴۸/۱ سال بود.

گی و همکاران (Gay et al) موارد منفی کاذب پاپ‌اسمیر را ۲۰٪ گزارش کردند (۱۳-۱۴) و در مطالعه ما ۱۵/۵٪ منفی کاذب بود.

بین سن در اولین ازدواج و سرطان دهانه رحم در مطالعات متعدد (۱۷-۱۶-۱۵-۱۱)، رابطه وجود داشت و با گزارش ما که در ۴۹٪ بیماران، سن اولین آمیزش جنسی آنها کمتر از ۱۵ سال بود مشابه است. در مورد رابطه بین تعداد زایمان و سرطان سرویکس، پژوهشهای زیادی شده از آن جمله در آمریکا، یونان (۱۷-۱۱) که نشان دادند، هر چه تعداد زایمان بیشتر شود، شانس ابتلا به کانسر سرویکس بیشتر می‌شود. در پژوهش ما برای تعداد زایمان بیشتر از ۶ عدد، این شانس $OR = 3/2$ بود و براساس مطالعه دیگری که در ایتالیا انجام شد هر چه سن در اولین زایمان کمتر باشد، شانس کانسر بیشتر است که این یافته در پژوهش حاضر مورد تأیید قرار گرفت. در رابطه با اثر قرص جلوگیری از حاملگی حاوی مخلوط استروژن و پروژسترون، پژوهشهای متعددی توسط فرانسیسی سیلوا (Franceschi Silva) (۹) و سازمان بهداشت جهانی (۴) و آقای برینتون (Brinton) انجام گرفت (۸-۷) و نتایج نشان داد که بین مصرف قرص ضدبارداری به مدت طولانی و سرطان سرویکس رابطه وجود دارد که این نتایج مشابه پژوهش ما بود یعنی وقتی مدت استفاده از قرص در مطالعه ما بیش از ۵ سال باشد شانس ابتلا ۲/۵ برابر ($OR = 2/5$) می‌گردید.

در رابطه با میانگین دفعات آمیزش جنسی در هفته، در دهه اول، دوم، سوم و چهارم زندگی زناشویی مطالعات نشان داده که در کسانی که تماس زناشویی در هفته بیشتر است، خطر ابتلا به سرطان سرویکس بیشتر می‌شود (۱۶-۹-۳) و در مطالعه ما پس از حذف اثر مخدوش کننده قرص، دفعات آمیزش جنسی در هفته، در چهار دهه تفاوت معنی داری را در دو گروه نشان داد (جدول ۲). در سال ۱۹۹۱ آقای نیرتودیزار طی پژوهشی نشان داد بین تعداد ازدواج همسران (چند زن داشتن) با کانسر سرویکس رابطه وجود دارد ولی در مطالعه ما این رابطه تأیید نشد. پژوهشگران در مطالعات متعدد نشان دادند که تعداد شریکهای جنسی (Partner) و تکرار ازدواج زنان در ایجاد سرطان سرویکس نقش مؤثری دارد (۳-۱۶-۱۷-۱۸). این فاکتور در جامعه اسلامی ما خوشبختانه وجود ندارد. در رابطه با وضعیت اجتماعی نتایج مطالعات متناقض بود بطوریکه بعضی پژوهشگران نشان دادند بین وضعیت اجتماعی و اقتصادی و تحصیلات و کانسر رابطه وجود ندارد (۱۰-۹). در تحقیقات دیگران نشان داده شد که میزان سرطان سرویکس در زنانی که جزء طبقات اجتماعی و اقتصادی پایین هستند، شایع‌تر است (۱۱-۱۶-۱۷). در مطالعه حاضر تنها با سواد بیماران رابطه داشت.

بعضی از ریسک فاکتورهای فوق‌الذکر مثل پایین بودن سن در اولین ازدواج، مولتی پاریتی بالا و مصرف طولانی قرص جلوگیری در مطالعه ما با کانسر سرویکس رابطه داشت که با بالا بردن سن ازدواج و کاهش تعداد زایمان و غربالگری بیشتر در این افراد احتمالاً شانس کانسر کاهش می‌یابد.

تقدیر و تشکر

از کلیه مسؤولین و پرسنل بخشهای دو بیمارستان امین و سیدالشهدا که در این پژوهش با ما همکاری نمودند تقدیر و تشکر می‌نماییم.

منابع

1. Ponten J, Adzni HO, Bergtrom R, Dillner J, Friberg G, Gustafsson L, et al. Strategies for Global Control of Cervical Cancer. *INT J Cancer* 1995; 6:1-26.
2. Rigoin Stern. In The Walton Report. *Can Med Assoc J* 1976; 114:2.
3. Marthin CE. Marital and Coital Factors in Cervical Cancer. *Am J Public Health* 1967; 57:803-14.
4. WHO. Collaborative Study Invasive: Cervical Cancer and Combined Oral Contraceptive. *Br Med J* 1985; 290:961-66.
5. Stephen A, Cannistra MD, Janathan M. Cancer of the Uterine Cervix. *New Eng J Med* 1996; Apr 18:1030-1038.
6. Kenneth JR, Ross SB, Robert L, Barbieri. *Kistner's Gynecology Principle & practice*. 6th ed. New York: Mosby, 1995: 103-136.
7. Brinton LA, Huginne GR, Lehman EF. Long Term use of Oral Contraceptive and Risk of Cervical Cancer. *Cancer* 1986; 38: 339-44.
8. Boyce JG, Lut, Nelson JH, Fruchter RG. Oral Contraceptive and Cervical Carcinoma. *Am J Obstet Gynecol* 1977; 128:761-66.
9. Franceschi S. Lavechiac. Oral Contraceptive and Cervical Neoplasia. *Tumori* 1986; 290:961-65.
10. Robert M, Borr G. Cervical cance in Cancer. In: Oral Contraceptive and Cervical Carcinoma. *Med J Austr* 1988: 126-130.
11. Walthon RJ, Blonchet M. Cervical Cancer Screening program Epidemiology. *Can Med Assoc J* 1976; 114: 1009-1019.
12. Tanathon S Berek, Elly Adashi, puala A, John R. Novak' Textbook of Gynecology. 12th ed. Philadelphia: Williams and Wilkins, 1997: 1057-1110.
13. Gay JD, Donaldson LD, Goelliner JR. False Negative Result Cervical Cytology Studies. *Acta Cytol* 1985;51:31-34.
14. Edward JW. Papsmear and screening for Cervical Neoplasia. *Clinic Obstet Gynecol* 1990; 3(4): 817-825.
15. Elizabeth A, Howell MD, Ting YA, Johoconcato MD. Diffreneces in Cervical Cancer Mortality Among Black and White Women. *Obstet Gynecol* 1999; 94:509-15.
16. Janathan SB, Neville FH. *Practical Gynecologic Oncology*. Baltimore: Williams Wilkins, 1989: 167-283.
17. Wang PD, Lin RS. Epidemiology of Cervical Cancer in Taiwan. *Gynecol Oncol* 1996; 62 (3): 344-52.
18. Biswas LN, Manna B, Moltl PK, Sengupta S. Sexual Risk Factors for Cervical Cancer: A Case Control Study. *Int J Epidemiol* 1997; 26(3): 491-495.

Study of Effective Factors in Cervical Cancer in Isfahan

Taherian AA, Fatahie E

ABSTRACT

Cancer of the cervix is a common malignancy in females' genital tract. This is the third most common malignancy in females. The main object of this study was to determine the risk factors associated with cervical cancer.

In this case-control study, from 282 cases, 87 patients with progressive disease were in the case group and 195 healthy women in the control group. Sampling method in the case group was a simple one and in the control group a randomized one. These two groups had the same age characteristics. This research was performed in "Sayed-Al-Shohada" and "Amin" hospitals. The data were analyzed by SPSS.

The results showed that cervical cancer is related to age of first marriage ($P = 0.0008$, $OR = 5$), number of delivery ($P = 0.0001$, $OR = 3.2$) and contraceptive method used (oc pills). Results showed that in the group who used oral contraceptive pills for more than 6 years, O.R was 3.3 ($P = 0.008$). The weekly mean intercourse rate at the first, second, third, and fourth decades of marriage life in the case group was more than control ($P = 0.001$). Socioeconomical status differences were not significant in rural VS urban areas ($P > 0.05$). There was a significant relationship between education in two groups ($P = 0.018$). Pap smear test results were flaes negative in about 15.5 percent of cases.

Some of the above mentioned risk factors probably increase the cervical cancer incidence. We wish by performing more interventional programs designed to omit as much risk factors as possible, this incidence rate would be reduced.

Keywords: Cervix Neoplasm/ Cervix Neoplasm- Etiology/Contraception/ Pregnancy