

نگاهی به رابطه سرطان و سبک زندگی

سرطان در کمین کیست؟

امروزه برای انواع سرطان، روش‌های درمانی متعددی وجود دارد. اما چه کسی می‌خواهد به سرطان مبتلا شود؟ حتی با وجود پیشرفت‌های پزشکی در سال‌های اخیر همه می‌خواهند از خطر بیماری‌ها در امان باشند تا اینکه با صرف هزینه زیاد از شرشان خلاص شوند. یکی از مهمترین راه‌ها اصلاح سبک زندگی است. نمی‌توانیم هر طور می‌خواهیم زندگی کنیم و از عوارض تغذیه نادرست و استرس زیاد و زندگی کم تحرک دور بمانیم.

اولین اقدام، قبول این واقعیت است که سبک زندگی خاصی که به طور کامل و صد درصد به دور از سرطان باشد وجود ندارد، لیکن می‌توان تصمیماتی اتخاذ کرد که در صورت عمل به آنها احتمال ابتلا به سرطان، به شدت تحت تأثیر قرار گرفته و محدود شود. این تصمیمات بیشتر بر پایه احتمالات بوده و اغلب افراد برای درک صحیح از آن با مشکل مواجه‌اند.

مهاجرت سرطان‌ها

میزان شیوع انواع سرطان‌ها در مناطق گوناگون جهان با یکدیگر متفاوت است اما دیده شده که اگر گروهی از یک کشور به جای دیگری مهاجرت کرده و به جمعیت کشور جدید اضافه شوند، این میزان در آنها تغییر می‌یابد.

در قرن بیستم تعداد قابل توجهی از ژاپنی‌ها به آمریکا مهاجرت کردند، با مطالعات گوناگون روشن شد که میزان شیوع سرطان در نسل‌های اول و دوم زن‌های ژاپنی به مرور زمان در آمریکا تغییر یافت. بیشتر این مطالعات متوجه سرطان پستان در نزد خانم‌ها بود زیرا میزان شیوع این سرطان در ژاپن کم و در آمریکا بالاست. جالب این است که نسل دوم زنانی که در آمریکا به دنیا آمده و همان جا بزرگ شده‌اند، میزان شیوع بالاتری از سرطان پستان را در خود نشان داده‌اند، به طوری که با میزان شیوع همین سرطان در جمعیت زنان آمریکایی سفیدپوست تقریباً برابری می‌کند. جالب‌تر اینکه شیوع سرطان معده در این گروه روند معکوس داشته و کمتر شده است و هر چه مدت زندگی زنان ژاپنی و اولاد آنها در آمریکا بیشتر می‌شود، این شیوع کمتر می‌شود.

خطر شغلی

احتمالاً در کشورهای توسعه یافته درصد کوچکی از سرطان‌ها با شغل فرد مرتبط است. در عین حال این موضوع از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، چون مهر تأییدی بر ارتباط سرطان با عوامل محیطی است. افزایش شیوع سرطان مثانه در کارگران صنایع رنگرزی و لاستیک سازی دیده شده که به واسطه ارتباط این کارگران با عوامل شیمیایی مورد استفاده در شرکت‌های یاد شده بود. این عوامل خطرزا شامل گروهی از مواد شیمیایی به نام "آمین‌های آروماتیک" هستند. در یک مورد نشان داده شد که استفاده از یک ماده شیمیایی خاص سبب ایجاد سرطان مثانه در تمامی ۱۹ کارگر یک کارخانه شده است. از جمله مواد بسیار خطرناک آزبستوز (آزبستوز عبارت است از التهاب ریه‌ها به علت استنشاق ذرات آزبست. این یک اختلال مزمن است اما مسری نیست. آزبستوز ممکن است منجر به سرطان ریه شود، آزبستوز شاید مهمترین بیماری ریوی ناشی از کار باشد.) است که در بعضی کارخانه‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد. این ماده عامل ایجاد نوعی سرطان نادر ریه به نام مزوتلیوماست. این ماده در معادن آزبستوز و در شغل‌های مرتبط با آن به مقدار زیاد وجود دارد.

رفتار پرخطر جنسی

رفتار پرخطر جنسی با بیشتر مسائل زندگی مرتبط است. سرطان نیز از این موضوع مستثنا نیست. به طور مثال درباره سرطان دهانه رحم این ارتباط به طور مستقیم وجود دارد و درباره لنفوم و سارکوم کاپوزی به طور غیرمستقیم و با واسطه درباره بیماران مبتلا به ایدز، این ارتباط به اثبات رسیده است. ابتلا به ویروس پاپیلوما‌ی انسانی در ایجاد سرطان دهانه رحم نقش دارد. قابل ذکر است که به طور اولیه خصوصیات سرطان زایی این ویروس در ژن‌هایی مشاهده می‌شود که در معرض ابتلا به این سرطان قرار دارند. بنابراین به نظر می‌رسد که می‌توان سرطان دهانه رحم را به عنوان یک بیماری که از راه جنسی قابل انتقال است در نظر گرفت و این در شرایطی است که مردان به عنوان ناقلان اولیه بیماری به حساب می‌آیند. در سال‌های اخیر بحث‌های فراوانی درباره احتمال سرطان‌زا بودن قرص‌های ضد حاملگی شده است. گرچه به نظر می‌رسد که در ابتدا مدارکی دال بر این خطر ارائه داده‌اند اما این فرضیه توسط مطالعات جدید حمایت نشده است. بنابراین در حال حاضر مجبوریم بپذیریم که احتمال ابتلا به سرطان در زنان مصرف کننده این گونه قرص‌ها بیشتر نیست.

تغذیه به وسیله شیر مادر

مسئله تغذیه نوزاد از طریق پستان مادر، موضوع جالبی است. مطالعات قبلی نشان داده‌اند که زن‌های بچه‌داری که بچه‌های خود را از طریق پستان تغذیه کرده‌اند، کمتر به سرطان پستان مبتلا می‌شوند. به عبارت دیگر، هر چه یک خانم مدت زمانی طولانی‌تری از طریق پستان خود شیر دهد، از حفاظتی بیشتر در برابر سرطان این عضو برخوردار می‌شود.

درمان جایگزین با هورمون

در درمان جایگزین با هورمون (HRT)، از هورمون استروژن برای جبران کاهش ترشح استروژن که به طور طبیعی در دوران یائسگی در زنان اتفاق می افتد، استفاده می کنند. این کاهش در میزان ترشح استروژن به طور مستقیم موجب کاهش تراکم استخوان ها می شود. افزایش میزان استروژن با هورمون درمانی (HRT) خطر ابتلا به پوکی استخوان را کاهش می دهد و استحکام استخوان ها را بیشتر می کند.

این درمان در بیشتر خانم ها بسیار مفید بوده، لیکن نگرانی هایی را به وجود آورده است که به واسطه احتمال افزایش خطر سرطان در مصرف کنندگان است. این مطلب در حال تحقیق و مطالعه است و به نظر می رسد که خطر ابتلا به سرطان پستان را افزایش می دهد اما باید دانست که احتمال ایجاد سرطان تخمدان و دهانه رحم با استفاده از اینگونه هورمون ها افزایش نمی یابد و مشابه زنانی است که هورمون دریافت نمی کنند. همچنین مدارکی دال بر افزایش خطر ابتلا به سرطان رحم در خانم هایی که فرآورده های هورمونی از نوع استروژن تنها مصرف می کنند، وجود دارد. این مسائل نشان می دهد که سبک زندگی می تواند در پیشگیری و یا ایجاد سرطان نقش اساسی را داشته باشد. سالم زندگی کنید تا به سرطان مبتلا نشوید.

مردان؛ قربانیان اصلی سرطان پوست

در یک گزارش جدید اعلام شد که نرخ مرگ و میر ناشی از سرطان پوست در بین مردان، طی ۳۰ سال اخیر دو برابر افزایش یافته است.

به گزارش سرویس بهداشت و درمان ایسنا، محققان می گویند؛ بسیاری از مردان فراموش می کنند از کرم های ضدآفتاب استفاده کنند یا این وظیفه را در مواقع پیک نیک و تفریحات در فضای باز به زنان محول می کنند. این بدان معنی است که نرخ ابتلا به این سرطان در مردان با سرعت بیشتر رو به افزایش است.

طبق آمار مرکز تحقیقات سرطان انگلیس، تنها در این کشور نرخ تلفات مردان در دهه ۱۹۷۰ کمتر از ۴۰۰ مورد از هر ۱۰۰ هزار نفر بوده در حالی که این رقم در حال حاضر به ۱۱۰۰ قربانی از هر ۱۰۰ هزار نفر بر اثر ابتلا به این بیماری رسیده است.

در حالی که در زنان شمار قربانیان سرطان پوست با روند کندی افزایش داشته است.

این تحقیقات هم چنین نشان داده است که شمار قربانیان در افراد بالای ۶۰ و ۷۰ سال بیشتر است.

به گزارش تلگراف، پیشگیری، اولین گام مهم برای متوقف کردن این روند رو به گسترش و نجات جان انسان ها است. محققان توصیه می کنند به منظور متوقف ساختن این افزایش سریع تلفات سرطان ملانوم، مردان باید بیش از همیشه نسبت به خطرات تماس زیاد با نور خورشید آگاه شوند.

عوامل سرطانزا

مطالعات انجام شده روی جمعیت های مهاجر، با روش زندگی و عادات غذایی متفاوت نشان داده است که اکثر سرطان های تحت تاثیر عوامل اتیولوژیک، محیطی هستند و در این میان، عوامل مداخله گری نظیر سن از اهمیت به سزایی برخوردارند. تعیین اینکه کدام عامل محیطی بیشترین سهم را در بروز سرطان به خود اختصاص می دهد، مشخص است. سرطان زاهای ساده در غذا (از جمله غذاهایی که به دنبال گرم کردن، پروتئین هایی تولید می کنند) می توانند با آسیب به DNA سلولی، موجبات بروز سرطان را فراهم کنند. به بیان ساده تر، باید گفت مهم ترین تاثیر رژیم غذایی روی خطر بروز سرطان از طریق وزن بدن اعمال می شود.

وزن بیش از حد، چاقی و بی تحرکی نیز از دیگر عوامل مهم هستند.

افزایش تجمع چربی در بدن، به خصوص افزایش اندازه دور مچ دست، عامل مهم پیش بینی کننده شیوع سرطان روده در میان زنان و مردان محسوب می شود. همین طور، افزایش وزن بیش از ۱۰ کیلوگرم که می تواند با افزایش احتمال ابتلا به لنفوم و سرطان پستان پس از یائسگی همراه باشد.

از طرفی، انجام فعالیت بدنی منظم همراه با کاهش وزن، باعث کاهش شیوع سرطان می شود.

یکی دیگر از عوامل خطر ساز سرطان، مصرف الکل است که زمینه ساز بروز سرطان های کبد، مری، حفره دهان، حنجره و پستان است.

عوامل غذایی از قبیل مصرف زیاد چربی حیوانی نیز با افزایش احتمال بروز سرطان‌هایی نظیر سرطان پستان، روده (کولون) و پروستات همراه است.

مطالعات متعددی توانسته‌اند نشان دهند که افزایش مصرف چربی با افزایش بروز سرطان پستان همراه است؛ سرطانی که شایع‌ترین سرطان در زنان است. البته ارتباط افزایش مصرف چربی و افزایش خطر سرطان پروستات و کولون نیز در بعضی مطالعات نشان داده شده است.

سایر سرطان‌هایی که با مصرف زیاد چربی حیوانی مرتبط هستند، عبارتند از: سرطان رحم، سرطان تخمدان و سرطان ریه (اگرچه مطالعات آینده‌نگر هنوز آن را تایید نکرده‌اند).

از آنجا که میوه‌ها و سبزیجات حاوی مقادیر زیادی ویتامین C، فولات (اسید فولیک)، کاروتن، پتاسیم و فیبر هستند، به نظر می‌رسد مصرف این مواد با کاهش بروز انواع سرطان همراه باشد.

البته در برخی مطالعات انجام‌شده بین کاهش بروز انواع سرطان، به خصوص کولون و معده و پستان و ریه با افزایش مصرف سبزی و میوه‌جات، ارتباط چندانی یافت نشده است. در واقع، اطلاعات به‌دست‌آمده از مطالعات آینده‌نگر نشان داده‌اند که ارتباط چشمگیری بین مصرف زیاد سبزی و میوه با سرطان وجود ندارد؛ اگرچه افزایش مصرف فولات، خواص پیشگیرانه دارد.

در هر صورت، به دلیل وجود شواهد مستدل و علمی مبنی بر کاهش بروز خطر فشار خون بالا، بیماری قلبی و سکته با افزایش مصرف سبزیجات و میوه، مصرف این مواد برای هرچه سالم‌تر کردن رژیم غذایی توصیه می‌شود.

علائم سرطان مثانه چیست؟

(بیمار)

آقای ۶۵ ساله ای هستم که از حدود ۲۰ سال پیش سیگار می‌کشم. اخیراً متوجه لکه‌های خون در ادرار خود شده‌ام. از ۲ ماه قبل هم، اکثر اوقات دردهای ناخوشایندی در پاهایم داشتم.

پزشک پس از انجام آزمایشات مختلف، تشخیص تومور مثانه را برایم داده‌اند. لطفاً مرا راهنمایی کنید.

سرطان مثانه چیست؟

سرطان مثانه، دومین سرطان شایع دستگاه ادراری می باشد که از کل سرطان های موجود، حدود ۷ درصد از سرطان های مردان و همچنین ۲ درصد از سرطان های زنان را تشکیل می دهد. ۶۵ سالگی سن متوسط ابتلا به این نوع سرطان می باشد. علت ایجادکننده سرطان مثانه کدام است؟

علت ایجاد کننده سرطان مثانه در ۳۵-۱۵ درصد از مردان تماس های شغلی می باشد.

همچنین در ۶-۱ درصد زنان نیز تماس های شغلی باعث بوجود آمدن سرطان مثانه می شود.

افرادی که شغلشان به عنوان مثال در ارتباط با صنایع چرم می باشد یا کارگرانی که با موادی مثل رنگ، بنزین، مواد چاپ و مواد شیمیایی سر و کار دارند، بیشتر در معرض خطر می باشند.

یکی دیگر از علت های ایجاد کننده سرطان مثانه استفاده از داروهایی مانند سیکلوفسفامید و شیرین کننده های مصنوعی است. عفونت و سنگ مثانه نیز خطر بدخیمی مثانه را افزایش می دهند. قابل ذکر است که سیگار عامل ۵۰ درصد تومورهای مثانه می باشد.

علائم سرطان مثانه کدام است؟

شایع ترین علامت سرطان مثانه وجود خون در ادرار (هماچوری) می باشد که در ۹۰-۸۵ درصد موارد دیده می شود. همچنین درد مشترک (متاستاز) در پهلو و درد استخوانی (ناشی از انتشار استخوانی) از سایر علائم این بیماری اند.

راه های تشخیص سرطان مثانه کدام است؟

راه های تشخیص سرطان مثانه در ابتدا آزمایشات روتین از لحاظ وجود خون در ادرار و سیتولوژی ادرار از لحاظ وجود سلول های بدخیم در ادرار است در ادامه انجام سیستوسکوپی و گرفتن بیوپسی (نمونه برداری) از تومور جهت تایید نهایی تشخیص انجام می شود.

برای تشخیص هماچوری ناشی از تومور مثانه انجام IVP انتخابی است.

راه های پیشگیری از ابتلا به سرطان مثانه کدام است؟

برای پیشگیری کردن از ابتلا به سرطان مثانه لازم است از کشیدن سیگار خودداری کرد، چون کشیدن سیگار عامل ایجاد کننده نیمی از سرطان های مثانه می باشد.

افراد باید شغل‌هایی را انتخاب کنند که باعث تشدید یا به وجود آمدن سرطان مثانه نشود. به طور مثال کارگران صنایع لاستیک سازی و صنایع شیمیایی و نفت بیشتر از سایرین در معرض خطر ابتلا به سرطان مثانه می‌باشند.

هفت‌سنگ بنای سرطان پوست

در آمریکا سرطان پوست جزو شایع‌ترین سرطان‌ها به شمار می‌رود و میزان مرگ و میر نوعی از آن به نام "ملانوما" در دهه‌های اخیر تا ۵۰ درصد در بین زنان زیر ۳۹ سال، بالا رفته است.

همه ی افراد در برابر این نوع از سرطان آسیب‌پذیرند، حتی اگر نشانه شناخته‌شده‌ای مثل پوست روشن، سابقه خانوادگی یا آفتاب‌سوختگی نداشته باشند.

محققان عوامل متعددی را نام می‌برند که می‌توانند احتمال بروز سرطان پوست را افزایش دهند. برای محافظت از خودتان این عوامل خطر را بشناسید و برای پیشگیری از این سرطان اقدام کنید.

۱- پزشک، پوست شما را معاینه نمی‌کند.

در تحقیقی که از پزشکان آمریکایی به عمل آمد، مشخص شد ۶۸ درصد آن‌ها، به دلیل کمبود وقت، به طور منظم، پوست بدن بیمارانشان را معاینه نمی‌کنند. وقتی که ملانوما هنوز به اندازه یک خال کوچک است، شانس درمان آن تا حدود ۹۰ درصد افزایش می‌یابد. طبق مطالعه‌ای که اخیراً انجام شده، پزشکان چهار برابر بیشتر از افراد عادی توانایی تشخیص ملانوما را در این مرحله دارند.

* چه باید کرد: زمانی که برای معاینه ی خودتان به پزشک مراجعه می‌کنید، از او بخواهید تمام خال‌های غیرعادی شما را بررسی کند. هیچ دستورالعمل استانداردی درباره اینکه شما باید هر چند وقت یک بار آزمایش پوست انجام دهید وجود

ندارد، ولی اگر طبق تشخیص پزشک متخصص پوست احتمال خطر در شما زیاد است، باید سالی یک بار این آزمایش را انجام دهید. این نکته را هم به خاطر بسپارید که تمام سرطان‌های پوست لزوماً ملانوما نیستند.

در هر صورت اگر روی پوست‌تان لکه یا خال مشکوکی ظاهر شد، حتماً به پزشک مراجعه کنید.

۲- خیلی کم آفتاب می‌گیرید.

دکتر ماریان بیرویک، پروفیسور دانشگاه نیومکزیکو، می‌گوید: "آفتاب کم می‌تواند خطر سرطان را در شما افزایش دهد، حتی خیلی بیشتر از یک کشاورز یا کارگر ساختمان که هر روز در معرض نور خورشید است، زیرا پوست قادر نیست خود را با شرایط متغیر وفق دهد، یعنی اگر شما تا به حال فقط از آفتاب کم زمستانی بهره برده‌اید، پوست‌تان دیگر مکانیسمی برای محافظت از آفتاب تند ندارد و یک آفتاب سوختگی جزئی یا برنزه کردن پوست در آفتاب ملایم هم می‌تواند آسیب‌رسان باشد."

* چه باید کرد: زمانی که در معرض آفتاب هستید، از ضدآفتاب با SPF حداقل ۱۵ استفاده کنید. کلاه لبه پهن روی سرتان بگذارید و لباس آستین بلند بپوشید. از سولاریوم دوری کنید. نور فرابنفش مصنوعی ضمن اینکه به پوست آسیب می‌رساند و شما را در معرض سرطان قرار می‌دهد، باعث می‌شود پوست نتواند در برابر آفتاب واقعی نیز از خود محافظت کند.

۳- پوستی تیره دارید.

هر چند در بین مردم این‌طور جا افتاده است که پوست‌های روشن خیلی بیشتر از دیگران در معرض خطر سرطان هستند و افراد دارای پوست تیره یا سیاه‌پوست‌ها معمولاً کمتر سرطان می‌گیرند، ولی وقتی بیماری به سراغ کسی آید و دیر تشخیص داده شود، معمولاً دیگر کاری از دست کسی ساخته نیست. دکتر گلاستر، پروفیسور دانشگاه سینسیناتی، معتقد است: "به دلیل همین باور غلط بسیاری از کسانی که پوست‌شان آسیب دیده، زمانی مراجعه می‌کنند که بیماری‌شان در مراحل پیشرفته است."

* چه باید کرد: در بین افراد با پوست‌های تیره، اغلب ملانوما جایی ظاهر می‌شود که کمتر در معرض آفتاب بوده است. توصیه ی دکتر گلاستر به افراد دارای پوست تیره این است که از زدن ضدآفتاب غفلت نکنند و هرگاه بین انگشتان پا، کف دست و پا و زیر ناخن‌های‌شان، خال یا رگه‌های تیره‌ای مشاهده کردند، حتماً به پزشک‌شان مراجعه کنند.

۴- پوست‌تان را بررسی نمی‌کنید.

فقط کمتر از نیمی از افراد به بروز خال‌های مشکوک اهمیت می‌دهند و همیشه پوست‌شان را بررسی می‌کنند، در حالی که تنها یک بررسی چند لحظه‌ای می‌تواند جان بسیاری را از مرگ نجات دهد. تحقیقات نشان می‌دهد احتمال ابتلا به ملانوما کشنده، در بین کسانی که مرتب پوست‌شان را چک می‌کنند تا ۳۴ درصد کاهش می‌یابد.

* چه باید کرد: با یک آینه دستی جاهایی از بدن را که احتمال بروز خال یا لکه در آن بیشتر است، نگاه کنید. می‌توانید برای آسان‌تر شدن کار، از یک آینه تمام‌قد کمک بگیرید.

در خانم‌ها ۲۰ درصد از سرطان‌های پوست، از پشت پا شروع می‌شود، پس باید این ناحیه از بدن را خوب بررسی کنند. اگر جزو افراد پرخطر محسوب می‌شوید، هر ماه یک بار تمامی پوست بدن‌تان را بررسی کنید.

۵- هر روز صبح ضدآفتاب می‌زنید و حمام آفتاب می‌گیرید.

با اینکه ضدآفتاب خیلی چیز خوبی است، اما خانم‌هایی که مقدار زیادی ضدآفتاب به پوست‌شان می‌مالند و کل روز را حمام آفتاب می‌گیرند، ۳۹ درصد بیش از سایرین در معرض پرتوهای مضر خورشید هستند و حتی ممکن است بیشتر از کسانی که از ضدآفتاب استفاده نمی‌کنند، آسیب ببینند. به همین دلیل بعضی از تحقیقات درباره ضدآفتاب‌ها، آنها را در زمره عوامل پرخطر در بروز ملانوما قرار می‌دهد. محققان می‌گویند: ضد آفتاب شاید جلوی آفتاب سوختگی را بگیرد، ولی قادر به محافظت از پوست در برابر طیف کامل پرتوهای فرابنفش و اشعه‌های زیان‌آور خورشید نیست.

* چه باید کرد: نیم ساعت پیش از بیرون رفتن از خانه، ضدآفتاب بزنید و هر دو ساعت یک بار آن را تجدید کنید. با ۳۰ گرم (حدود ۲ قاشق غذاخوری) ضدآفتاب می‌توانید کل پوست‌تان را محافظت کنید و سعی کنید بیش از حد، در آفتاب نمانید.

۶- رژیم غذایی مناسبی ندارید.

همین غذایی که می‌خورید می‌تواند به تنهایی احتمال سرطان را کم یا زیاد کند. محققان پی برده‌اند افرادی که از غذاهایی مثل گوشت قرمز، محصولات فرآوری‌شده، لبنیات پرچرب و نوشیدنی‌های شیرین زیاد استفاده می‌کنند، خطر ابتلا به سرطان در آنها ۸۳ درصد بیشتر است و کسانی که در رژیم غذایی‌شان میوه، سبزیجات، غلات سبوس‌دار، ماهی و لبنیات کم چرب بیشتر است، با ۵۴ درصد کاهش احتمال ابتلا به سرطان مواجه می‌شوند.

* چه باید کرد: از همان الگوی غذایی پیروی کنید که برای بیماران قلبی و دیابت توصیه می‌شود؛ یعنی مصرف گوشت قرمز و پرچرب و غذاهای بسته‌بندی‌شده را کم کنید و در عوض بیشتر غذاهای تازه و مرغ و ماهی بخورید. غلات کامل و

لبنیات کم چرب را هم فراموش نکنید. محققان مصرف ویتامین D را هم توصیه می‌کنند، چون می‌تواند از بروز تومورهای بدخیم جلوگیری کند و امید به زندگی را در بیماران مبتلا به ملانوما افزایش دهد.

۷- به طور منظم و مکرر به پزشک مراجعه نمی‌کنید.

اگر با مورد غیرطبیعی در پوست‌تان مواجه شدید، درنگ نکنید. حتی ممکن است شما تماس بگیرید و درخواست یک ویزیت فوری از یک متخصص پوست را داشته باشید، ولی باز هم زودتر از یکی دو ماه آینده به شما وقت ندهند، در حالی که یک زخم یا آسیب مشکوک باید فوراً ارزیابی شود. اگر خدای نکرده به ملانوما مبتلا شده باشید، تاخیر در درمان می‌تواند به بالا رفتن هزینه درمان و کاهش شانس بهبودی منجر شود.

* چه باید کرد: اگر دسترسی فوری به یک پزشک متخصص پوست ندارید، از پزشک دیگری بخواهید مداخله کند و از یک متخصص پوست، برای‌تان وقت خارج از نوبت بگیرد. برای اطمینان بیشتر از کیفیت درمان، درخواست نمونه‌برداری از پوست را از پزشک داشته باشید، زیرا مطالعات اخیر نشان می‌دهد بیش از نیمی از موارد جراحی تنها به این دلیل لغو شده که تومور خطرناک نبوده است.

عقاید ابن سینا درباره سرطان

بعضی اظهار نظرهای شیخ الرئیس درباره ی سرطان بعد از گذشت ۱۰ قرن هنوز معتبر است.

بیش از یک هزار سال قبل، ابوعلی سینا حکیم وارسته، برجسته و منحصر به فرد ایرانی اولین کسی بوده که در تاریخ بشر از سرطان به درستی صحبت کرده است.

بعضی از جملات و عقاید سرطان شناسی ابوعلی سینا با گذشت ۱۰ قرن هنوز تغییر محسوسی نکرده است.

زکاوت، پشتکار و تحقیق مستمر ابوعلی سینا توانسته است از او طبیعی استثنایی در عالم خلقت معرفی کند. ابوعلی سینا به دلیل شناخت عمیقی که از فقه و فلسفه اسلامی داشت و با آگاهی از امور اجتماعی و سیاسی وقت، جامعیت لازم را برای حکمت و طبابت پیدا کرده بود.

او از علم تشریح اطلاع خوبی داشت و حتی روابط بین اعضای بدن را که به صورت عادی ارتباط تشریحی ندارند، شناخته بود.

او در کتاب قانون خود ارتباط بیماری های پستان و رحم و تخمدان ها را شناخته و گزارش کرده است. این رازی است که یک هزار سال بعد از وفات وی روشن شده است.

ابوعلی سینا از سرطان به عنوان "ورم سرطانی" یاد می کند و آن را به خوبی تعریف کرده و دسته بندی می کند.

ورم سرطان چند نوع گوناگون دارد که از این قرار هستند:

(۱) ورم سرطانی که بسیار درد دارد.

(۲) ورم سرطانی که کمتر درد همراه دارد و آرام است.

۳) ورم سرطانی که چرک می‌کند. این نوع سرطان از ماده‌ی سودایی به وجود آمده است که آن ماده‌ی سودایی نیز سوخته‌ی خلط صفراوی خالص است و با ماده‌ی دیگری مخلوط نیست.

۴) ورمی سرطانی که ثابت و بی‌حرکت است و چرکین نمی‌شود.

گاهی رخ می‌دهد که ورم سرطان چرکین به ورم سرطان بدون چرک تبدیل شود. گاهی هم اتفاق می‌افتد که ورم سرطانی بدون چرک به ورم سرطانی چرکین تبدیل شود. این حالت وقتی رخ می‌دهد که طیب آن را عمل کرده و با نیشترزنی ورم را به چرک کردن درآورده است و در نتیجه کناره‌های ورم غلیظ‌تر و سخت‌تر شده‌اند.

ابوعلی سینا درباره‌ی علت نامگذاری سرطان که به معنای خرچنگ است، چنین اظهار عقیده می‌کند:

چرا این نوع از ورم را «سرطان» نامیده‌اند که سرطان معنی «خرچنگ» را می‌دهد؟ به عقیده‌ی من، در این نام گذاری یکی از دو حالت زیر را در نظر داشته‌اند:

۱) ورم سرطان به اندام ورم زده چنان چنگ اندر زده است که خرچنگ شکار خود را در بر گرفته و چنگ اندر آن می‌زند.

۲) ممکن است از آن رو نامش را سرطان گذاشته باشند که ورم به شکل و شمایل خرچنگ بوده، مستدیر (مُدَوَّر) است، رنگش به رنگ خرچنگ شبیه است و شعبه‌هایی را از خود پراکنده است که به پاهای خرچنگ که در پیرامونش قرار دارند، شباهت دارد.

شیخ الرئیس تفاوت های درستی بین ورم غیر سرطانی که آن را ورم سقیروس گفته، با ورم سرطانی ذکر کرده است.

ورم سقیروس منظور ورم های سخت است که تموج (موج دار) دارد و کاملاً سفت ولی خوش خیم است. ما همه ی توده های خوش خیم اندام ها و اعضا را منطبق با ورم سقیروس می دانیم. اما ورم سرطانی با آن متفاوت است که این تفاوت از زبان ابوعلی سینا در کتاب قانون جلد چهارم به شرح زیر است:

ورمی را سرطان می نامیم که منشا آن سوخته ی ماده ی خلط صفراوی تبدیل شده به ماده ی سودایی است. یا نوع دیگر از خلط است که سوخته است و ماده ی صفراوی در آن بوده و به سودایی تبدیل شده است.

شاید علم امروز ما با علم یک هزار سال پیش ابوعلی سینا درباره ی سرطان تغییر محسوسی نکرده باشد. منظور از سرطان موقعیتی است که ضایعه از محل اصلی خود حرکت کرده و به نقاط دیگر بدن دست اندازی کرده باشد.

فرق میان ورم سرطان و ورم سقیروس از قرار زیر است:

ورم سرطان درد دارد. به شدت و جدّت آزاردهنده است. نوعی تپیدن دارد و به سرعت افزایش می یابد، زیرا ماده ی به وجود آورنده اش در اندازه زیاد است و بادکردگی همراه دارد.

سبب این بادکردگی آن است که ماده ی به وجود آورنده ی ورم وقتی از جای خود به حرکت درافتد، به سوی اندامی راهی می شود که در حالت غلیان و جوشش باشد.

در ورم سرطانی، رگ ماندهایی (شعبه هایی) همانند پاهای خرچنگ از ورم کشیده شده اند و اطراف ورم را اشغال کرده اند.

ورم سرطان به سرخ رنگی ورم فلغمونی نیست. سرخ رنگی اش تمایل به سیاه رنگی و بدرنگی و سبزرنگی دارد، که ورم سقپروس این حالت ها را ندارد.

ورم سرطان اکثراً بدون سابقه سر بر می آورد، اما ورم سخت (که سقپروس نامیده می شود) اکثراً از ورم گرم نتیجه می شود.

فرق ورم سرطان با ورم سقپروس خالص در این است که ورم سرطان دارای حساسیت است، اما ورم سقپروس خالص هیچ حساسیتی ندارد.

بوعلی سینا سرطان را در حدی از کمال شناخته است که درمان آن را به خوبی توضیح می دهد. تعریف ایشان از درمان سرطان تا امروز تغییر نکرده است. او می گوید:

اگر در سرآغاز پیدایش ورم سرطان به علاج پردازی ممکن است بتوانی در حالتی که هست آن را نگهداری و نگذاری بزرگ تر شود و بیشتر نمود کند و نگذاری به چرکین شدن برسد.

گاه گاهی اتفاق افتاده که چون در سرآغاز پیدایش ورم سرطانی به علاجش پرداخته اند، از بین رفته و بیمار شفا یافته است. اما اگر ورم ریشه دوانید و خود را محکم کرد، علاجی ندارد و شفا نمی یابد.

امروز هنوز مناسب ترین راه درمان سرطان را در بسیاری از موارد جراحی می دانیم و برداشتن ضایعه، اولین هدف جراحان سرطان است. شرط موفقیت در این باره آن است که سرطان در مراحل اولیه کشف و تحت درمان قرار گرفته باشد.

شیخ الرئیس نیز معتقد است: اگر ورم سرطان کوچک باشد، شاید به وسیله ی قطع کردن از بین برود و دستور عمل کردن و بریدن سرطان را چنین می گوید:

باید علاوه بر اصل ورم، هر چه که از ورم تاثیرپذیر و از آن منشعب شده و در پیرامون ورم موجود است و می دانی که ممکن است به همه ی رگ ها چنگ بزند، همه را به کلی ریشه کن کنی و از بیخ و بن برآوری و چیزی از آن باقی نماند که از ورم آبیاری شود. بگذار خون زیادی از اثر جراحی از جای جراحی خارج شده و بیرون بریزد.

شاید علم امروز ما با علم یک هزار سال پیش ابوعلی سینا درباره ی سرطان تغییر محسوسی نکرده باشد. منظور از سرطان موقعیتی است که ضایعه از محل اصلی خود حرکت کرده و به نقاط دیگر بدن دست اندازی کرده باشد. او در این باره می گوید:

ممکن است ورم سرطان در اندرون بدن پیدا شود و به حالت پنهانی باشد. در این باره چنانکه بقراط فرماید، بهتر آن است ورم تحریک نشود، زیرا همین که به حرکت درآمد به مرگ بیمار خاتمه می یابد. اما اگر ورم را به حالت خود بگذاری و به علاجش نپردازی ممکن است مدت ماندگار بودن ورم به طول انجامد و تا حدی بیمار احساس بهبودی کند، به ویژه اگر غذای بیمار سازگار باشد، یعنی غذاهایی بخورد که سردی بخش و رطوبت زا باشند و ماده ی غذایی آرام و سالم تولید کنند، غذاهای سازگار با بیمار سرطان زده از قبیل: آبجو(ماءالشعیر)، ماهی رضاضی، زرده ی تخم نیم بند و امثال آنهاست. به جز جراحی، ابوعلی سینا نسخه های متعدد دارویی نیز برای سرطان های مختلف تجویز کرده است که بعضی خوراکی هستند و بیشتر به صورت موضعی استفاده می شوند.

اگرچه تلاش برای شناخت محتوای آنها و شیوه ی اثربخشی صورت نگرفته است و از این بابت علم امروز به ابوعلی سینا بدهکار است، اما به هر حال بعضی از آنها را می شناسیم که در موارد مختلف اثربخش هستند.

شناخت سرطان سینه

سرطان سینه در خانم ها شایع است، اما آقایان نیز به این سرطان دچار می شوند.

خطر ابتلا به این سرطان، با افزایش سن بیشتر می گردد. خانم ها در هر سنی، باید ماموگرافی سینه را سالی یک بار انجام بدهند.

در گذشته به این نتیجه رسیده بودند که استفاده از دئودرانت ها در زیر بغل (موادی که با از بین بردن باکتری های سطح پوست، مانع ایجاد بوی بد عرق می شوند مثل مام و اسپری) و تراشیدن موهای این قسمت، باعث نفوذ مواد شیمیایی به داخل پوست و ایجاد سرطان سینه می شود. خدا را شکر که این نظریه درست نیست، اما هنوز خانم هایی پیدا می شوند که بر اساس این نظریه از مصرف دئودرانت ها و غیره اجتناب می کنند.

وجود توده سفت در سینه نیز یکی از عوامل بروز سرطان سینه می باشد. بیشتر از ۸۰ درصد توده ها بدون خطر می باشند.

سرطان سینه در هر دو سینه قابلیت رشد دارد و ربطی کوچک یا بزرگ بودن سینه ندارد. برخی معتقدند افرادی که سینه های کوچک دارند، کمتر دچار این سرطان می شوند که این عقیده کاملاً غلط است.

چه کسانی در معرض خطر بیشتری قرار دارند؟

۱- خود فرد: بر این اساس افرادی که در گذشته سرطان سینه داشته اند، احتمال دچار شدن به این سرطان در آنها بیشتر است.

۲- فامیل: اگر نزدیکان درجه اول، سرطان سینه داشته باشند.

۳- زنانی که اولین بچه خود را در سن بالایی به دنیا می آورند.

۴- تغییرات در سینه

۵- کسانی که استرس دارند

۶- چاقی و افزایش وزن

۷- نداشتن فعالیت بدنی

۸- استفاده از توتون، تنباکو و دخانیات

۹- نوشیدن مشروبات الکلی

علامت های تشخیص سرطان سینه

- جوش و یا دانه روی پوست سینه، هاله اطراف آن و یا نوک سینه

- هرگونه برآمدگی در سینه

- ترشح مایع از نوک سینه

- توده سفت و محکم در سینه

- توده سفت و محکم در زیر بازو

- حساس بودن نوک سینه

- تغییر در اندازه ی سینه

- تمایل نوک سینه به طرف داخل

توجه داشته باشید که بیشتر اوقات این علائم، دلیل بر وجود سرطان نیست. لذا بهتر است در این باره نزد یک پزشک بروید تا مطمئن شوید.

درمان

درمان های مختلفی برای سرطان سینه شناخته شده است. یکی از مهم ترین درمان ها بستگی به محل دقیق سرطان دارد و مشخص می کند که آیا هر دو سینه درگیر هستند و نیز فاصله سلول سرطانی از دیگر نقاط بدن چقدر است؟ اندازه سلول سرطانی، نوع و محل واقع شدن، وضعیت گیرنده های استروژن و پروژسترون، سن بیمار و سلامتی او و عقیده بیمار، از جمله سؤالاتی هستند که می توان درمان را با آنها شروع کرد. درمان های مختلفی وجود دارد، از جمله:

- جراحی: که شامل برداشتن سلول سرطانی، برداشتن سینه و برداشتن عضله سینه است.

- شیمی درمانی

- رادیوتراپی (اشعه درمانی)

- هورمون درمانی: این درمان باعث توقف اثر استروژن بر سلول های سرطانی سینه می گردد. این درمان وقتی استفاده می شود که استروژن و پروژسترون در بروز سرطان نقش داشته اند.

سلامت سینه و بستن سینه بند

یکی از علل به وجود آمدن این سرطان، بستن سینه بندهای فوری است.

هنگامی که خانم ها سینه بند تنگ می پوشند، باعث وارد آمدن فشار به سینه می شود و راه عبور رگ های لنفاوی را می گیرد. این مسئله باعث به وجود آمدن درد، حساس شدن و پدید آمدن کیست می گردد.

خانم هایی که ۲۴ ساعت در روز سینه بند می بندند، ۳/۴ احتمال ابتلا به سرطان سینه را دارند.

خانم هایی که ۱۲ ساعت در روز سینه بند می بندند، ۱/۵۲ احتمال ابتلا به سرطان سینه را دارند.

خانم هایی که به ندرت سینه بند می بندند، ۱/۱۶۸ احتمال ابتلا به سرطان سینه را دارند.

گره لنفاوی یک قسمت از سیستم ایمنی را تشکیل می دهد و به مقابله بدن در برابر عفونت و بیماری کمک می کند.

هنگامی که سرطان سینه شروع به رشد می کند و پخش می شود، اولین جایی را که درگیر می کند، گره لنفاوی است. اگر در این مرحله درمان شروع نشود، سلول سرطانی در بدن پخش می شود، به این ترتیب که ریه، استخوان یا مغز را گرفتار

می کند. در مطلب بعدی راجع به تاثیر ورزش و رژیم غذایی مناسب در جلوگیری از ابتلا به سرطان سینه برای شما صحبت خواهیم کرد.

سرطان معده و علائم آن

بیمار) آقای ۵۵ ساله ای هستم که از حدود دو ماه قبل دچار درد معده، درد در ناحیه وسط شکم و دور ناف شده ام. این درد اکثر اوقات همراه من است و گاهی بین دو کتف احساس تیر کشیدن شدیدی دارم.

احساس بی حالی و خستگی در طی این دو ماه من را خیلی آزار می دهد. اشتها هم کم شده است. استفاده از داروهای معده باعث بهبودی نسبی دردم می شود، ولی به طور کامل خوب نمی شود و در طی این مدت حدود ۷ کیلو لاغر شده ام. لطفاً مرا راهنمایی فرمایید که باید چه کار کنم؟

آقای دکتر سرطان معده چیست؟

سرطان معده بیماری است که در آن سلول های سرطانی در معده افزایش پیدا می کنند و باعث ایجاد توده یا زخم در معده می شوند. منشأ این سلول های سرطانی معمولاً سلول های مخاط معده می باشد. سرطان معده اغلب در کشورهای جهان سوم شایع تر از کشورهای اروپایی و آمریکایی می باشد و در بعضی از کشورهای خط ساحلی دریای خزر و نواحی از چین و آسیای شرقی نیز شیوع بالایی دارد.

سرطان معده بیشتر در چه افرادی دیده می شود و آیا ژنتیک نیز تاثیر دارد؟

سرطان معده بیشتر در افراد میانسال و مسن دیده می شود و در آقایان بیشتر از خانم ها دیده می شود. سابقه عفونت های هلیکو باکتر پیلوری می تواند علت مهمی در ابتلا این بیماری باشد و همچنین زمینه ژنتیک نیز می تواند سبب ایجاد سرطان در افراد جوان و میانسال باشد. این سرطان ممکن است همراه سرطان هایی مانند سرطان کلیه، مغز و پوست نیز دیده شود.

عوامل زمینه ساز سرطان معده کدام است؟

عوامل زمینه ساز این بیماری عبارتند از سابقه رادیوتراپی معده (به هر علتی که باشد)، مصرف زیاد و طولانی مدت غذاهای کنسرو شده، غذاهای دودی و غذاهایی که مواد نگهدارنده در آن به کار برده شده است. مصرف غذاهای مانده می تواند زمینه ابتلا به سرطان معده را بیشتر کند. سرطان معده با توجه به پیشرفت بهداشت در کشورهای غربی کاهش پیدا کرده (به جز سرطان کاردیا و فوندوس معده)، ولی در کشورهای جهان سوم نه تنها کاهش پیدا نکرده، بلکه در بعضی از نقاط افزایش نیز یافته است.

مصرف زیاد و طولانی مدت غذاهای کنسرو شده، غذاهای دودی، غذاهایی که مواد نگهدارنده دارند و نیز غذاهای مانده از عوامل زمینه ساز سرطان معده هستند. پس از مصرف غذاهای بیرون و آماده تا حد ممکن پرهیز کنید. علائم سرطان معده کدام است؟

علائم سرطان معده عبارتند از: درد در ناحیه شکم (قسمت فوقانی، میانی شکم و اپی گاستریک) و احساس توده در شکم (که از علائم دیررس و پیشرفته این بیماری می باشد)، احساس خستگی و ضعف و بی حالی که می تواند این علائم ثانویه ی کم خونی باشد. همچنین بی اشتها، به ویژه بی اشتهایی به غذاهای گوشتی و کاهش وزن که گاهی با اتساع شکم و آسیت (جمع شدن آب در شکم) همراه می شود. ممکن است همراه با توده باشد که در این صورت می تواند باعث انسداد روده گردد. گاهی نیز بیماران با علائم متاستاتیک به پزشک مراجعه می کنند مانند درگیری غدد لنفاوی ناحیه گردن که باعث بزرگی در این ناحیه می شود و یا علائم دیگر متاستاز مانند زردی و برآمدگی شکم که نشانه درگیری کبد است.

شایع ترین علائم سرطان معده شامل درد شکمی و لاغری می باشد. راه های تشخیص این بیماری کدام است؟

برای تشخیص این بیماری در کشوری مانند ژاپن از سن ۴۰ سالگی به بعد از اسکرینینگ (Screening) استفاده می کنند، یعنی بیماران را به طور دوره ای بررسی می کنند و با فلورسنت، محل هایی را که دچار دیسپلازی اند، تشخیص می دهند و نمونه برداری می کنند. مجموعه این بررسی ها باعث تشخیص زودرس بیماری می شود، ولی در سایر کشورها این روش انجام نمی شود و وقتی بیمار علامت دار می شود، به پزشک مراجعه می کند.

لازم است از سنین متوسط به بالا، بررسی آندوسکوپی دوره ای در ناحیه معده به عمل آید و در صورت مشاهده ضایعات برجسته و تومورال یا ضایعات زخمی، از سطح مخاط معده نمونه برداری انجام شود. نکته مهم در نمونه برداری این است که جهت تایید قطعی لازم است از ضایعه مشکوک حدود ۶ الی ۹ بار نمونه برداری به عمل آید تا با اطمینان بیشتری سرطان معده تشخیص داده شود.

از رادیوگرافی با ماده حاجب، در مواردی که شخص تحمل آندوسکوپی را ندارد (ماندن افراد پیر و کسانی که دارای مشکلات روانی می باشند) استفاده می شود.

جهت تشخیص گسترش بیماری می توان از CT scan و CT شکم و سونوگرافی شکم و کبد استفاده کرد.

سرطان معده چیست؟

معده یکی از اعضای موجود در شکم و بخشی از دستگاه گوارش است و مثل هر یک از اعضای دیگر بدن مستعد ابتلا به سرطان است.

پس از اینکه غذا جویده و بلعیده شد، از طریق لوله ای به نام مری، از دهان وارد معده می شود. معده عضوی کیسه مانند و دارای ۵ قسمت مختلف است که ترشحات مختلفی برای هضم اولیه ی غذا ترشح می کند. سرطان در هر کدام از این مناطق پنج گانه ممکن است شروع شود و گاهی علائم و میزان بهبودی برحسب محل ابتلا متفاوت است.

داخلی‌ترین لایه، لایه ی مخاطی نامیده می‌شود و اکثر سرطان‌های معده نیز از این قسمت شروع می‌شود. هر چه سرطان به بافت‌های زیرین نفوذ کند، احتمال بهبودی نیز کاهش می‌یابد.

سرطان معده عبارت است از رشد خارج از کنترل سلول‌های بدخیم در معده و از دسته سرطان‌هایی است که طی سالیان و به آرامی رشد می‌کند، ولی قبل از اینکه سرطان به معنای واقعی ایجاد شود، تغییراتی در لایه‌های معده ایجاد می‌شود. متأسفانه در مراحل ابتدایی علائم چندانی دیده نمی‌شود و شاید به همین دلیل، سرطان معده در مراحل ابتدایی به سختی تشخیص داده می‌شود.

از علائم شایع سرطان معده می‌توان به کاهش اشتها و کاهش وزن، درد معده، علائم مبهم سوءهاضمه مانند آروغ زدن، احساس پری معده حتی پس از خوردن مقادیر اندک غذا، تهوع و استفراغ، سوزش سردل و علائم شبیه به زخم معده اشاره کرد.

عفونت با نوعی باکتری به نام «هلیکوباکتر پیلوری» نیز منجر به گاستریت (زخم و التهاب معده) مزمن می‌شود، البته بسیاری از افرادی که این میکروب را با خود دارند، هیچ‌گاه به سرطان معده مبتلا نمی‌شوند. کشیدن سیگار، مصرف الکل و سابقه جراحی روی معده که قبلاً به منظور کنترل زخم انجام شده باشد، از دیگر دلایل ابتلا به این بیماری می‌باشد.

نوبلی برای هلیکوباکتر

اهمیت موضوع تا جایی است که جایزه نوبل پزشکی سال ۲۰۰۵ هم به باری مارشال و رابین وارن - دو پزشک و دانشمند استرالیایی - به خاطر کشف باکتری هلیکوباکتر پیلوری و نقش آن در بیماری‌های التهاب و زخم معده اهدا شد.

آنها کشف کردند که التهاب معده درست مانند زخم معده یا اثنی‌عشر (زخم دستگاه گوارش) توسط این باکتری ایجاد می‌شود.

باری مارشال، عضو جوان کلینیکی در استرالیا بود که به یافته‌های وارن علاقه‌مند شد و با همکاری یکدیگر، مطالعه‌ای را روی بافت معده ۱۰۰ بیمار شروع کردند. بعد از تلاش‌های بسیار، مارشال موفق به کشت یک نوع باکتری ناشناخته از درون این بافت‌ها شد که بعدها با نام هلیکو باکتر پیلوری شناخته شد. آنها دریافتند که این باکتری تقریباً در تمام بیماران دچار التهاب معدی که زخم معده یا زخم اثنی عشر دارند، وجود دارد. بر مبنای این نتایج، حدس زدند که هلیکوباکتر در تشخیص این بیماری‌ها نقش اساسی دارد.

تحقیق این دو نفر نشان داد که حتی اگر بیماری‌های گوارشی بتوانند با جلوگیری از تولید اسید معده بهبود یابند، به طور متناوب عود می‌کنند، زیرا باکتری و التهاب مزمن معده همچنان باقی است.

مارشال و وارن در مطالعات درمانی خود نشان داده‌اند که اگر فقط این باکتری داخل معده ریشه‌کن شود، بیماران می‌توانند از بیماری‌های گوارشی علاج یابند.

با کمک مطالعات وارن و مارشال، بیماری‌های گوارشی، دیگر مزمن و قابل بازگشت نخواهند بود و با استفاده از آنتی بیوتیک‌ها و داروهای ضداسید معده قابل درمان هستند.

هلیکو باکتر و زخم معده

هلیکو باکتر پیلوری، باکتری خمیده شکلی است که در معده جمع می‌شود و ایجاد زخم معده می‌کند. ابتلا به این باکتری معمولاً در سنین کودکی اتفاق می‌افتد و در اکثر موارد تا آخر عمر در معده فرد آلوده باقی می‌ماند. عفونت معمولاً در

قسمت‌های پایینی معده آغاز می‌شود.

در بسیاری موارد، این باکتری باعث ایجاد زخم در جدار معده نیز می‌شود که می‌تواند موجب سرطان معده شود. با کشف این باکتری و مقابله با آن، زخم معده و سایر بیماری‌های مزمن گوارشی دیگر عود نخواهند کرد.

سرطان مثانه چیست؟

مثانه عضوی است در داخل حفره لگن خاصره با دیواره‌هایی ماهیچه‌ای و قابل انعطاف که ادرار در آن جمع‌آوری می‌شود. متوسط ظرفیت ادرار در یک مثانه بالغ در حدود دو پیمانه است. ادرار به وسیله کلیه‌ها، ساخته شده و توسط دو لوله که میزنای (حالب) (۱) نامیده می‌شوند به مثانه حمل می‌شود. مثانه نیز ادرار را از طریق لوله دیگری به نام پیشابراه (مجرای ادرار) تخلیه می‌کند. پیشابراه در زنان کوتاه است اما در مردان این مجرا طویل‌تر بوده و از میان غده پروستات و آلت تناسلی عبور می‌کند.

دیواره مثانه دارای چندین لایه است. دانستن این موضوع که سرطان به چه تعداد از این لایه‌های سلولی حمله ور شده است، به پزشکان در ارزیابی و تعیین پیش‌آگهی بیماری و نیز انتخاب مناسب‌ترین راه درمانی، کمک می‌کند. لایه‌ای از سلول‌های «اوروتلیال» که سلول‌های بینابینی نیز نامیده می‌شود، داخل کلیه، میزنای، مثانه و میزراه را پوشانده‌اند. این لایه، اوروتلیوم یا «بافت پوششی بینابینی» نامیده می‌شود. در زیر اوروتلیوم، بخش نازکی از بافت پیوندی به نام «لایه همبندی مخاطی» وجود دارد. لایه عمیق بعدی، بخش عریضی از بافت ماهیچه‌به نام «لایه همبندی ماهیچه‌ای» می‌باشد. پس از این ماهیچه، بخش دیگری از بافت پیوندی چربی‌مانندی، مثانه را از سایر اندام‌های نزدیک جدا می‌سازد.

انواع سرطان مثانه

تومورهای مثانه براساس وضعیتی که در زیر میکروسکوپ دیده می‌شوند، به چندین نوع دسته‌بندی می‌شوند.

سه نوع اصلی از سرطان هایی که مثانه را مبتلا می کنند، عبارت اند از:

«کارسینوم اوروتلیال»، که «کارسینوم سلول بینابینی»، یا «1» (TCC) نیز نامیده می شود، «کارسینوم سلول سنگفرشی» (2) (SCC) و ادنوکارسینوم (3)». این سرطان ها ممکن است لگنچه کلیوی میزنا و پیشابراه را نیز درگیر نمایند. در حقیقت احتمال ابتلا بیماران مبتلا به سرطان مثانه به یک نوع سرطان مشابه در دیواره کلیه ها، پیشابراه و میزنا نیز وجود دارد. به این دلیل است که به این دسته از بیماران، توصیه می شود که ارزیابی کاملی از سیستم ادراری خود داشته باشند. کارسینوم اوروتلیال «کارسینوم سلول بینابینی»، رایج ترین شکل سرطان مثانه است و تخمین زده می شود که بیش از نود درصد از موارد ابتلا به سرطان مثانه را تشکیل می دهد.

کارسینوم اوروتلیال یکی از انواع سرطان سلول های اوروتلیال است که به طور معمول مثانه را پوشانده اند. کارسینوم سلول سنگفرشی حدود 3 تا 8 درصد از موارد ابتلا به انواع سرطان مثانه را تشکیل داده است. در زیر میکروسکوپ سلول های آن بسیار شبیه سلول های سرطان های پوست به نظر می رسد. تقریباً همه ی کارسینوم های سلول سنگفرشی مهاجم می باشند.

تخمین زده می شود که ادنوکارسینوم، تنها یک تا دو درصد از موارد ابتلا به سرطان های مثانه را تشکیل دهد. این سلول ها وجوه مشترک بسیاری با سلول هایی دارند که در سرطان های روده تبدیل به غده می شوند. تقریباً همه ادنوکارسینوم های مثانه مهاجم می باشند.

انواع سرطان های مثانه، واکنش های متفاوتی نسبت به پرتو درمانی و شیمی درمانی از خود نشان می دهند. لذا نوع درمان بیماران نسبت به نوع کارسینوم آنها متفاوت خواهد بود.

انواع تومورهای اوروتلیال

تومورهای اوروتلیال با هم یکسان نیستند. این تومورها براساس میزان تهاجم و یا به لحاظ ظاهری تومور به انواع مختلفی تقسیم می شوند:

کارسینوم درجا(۴)

در این حالت، سرطان فقط درونی ترین لایه مثانه یعنی اورتلیوم را درگیر می کرده است و هنوز به لایه های عمیق تر مثانه گسترش پیدا نکرده است.

تومورهای مهاجم

در این حالت، سرطان از اورتلیوم به لایه های عمیق دیواره مثانه گسترش پیدا می کند. در گذشته پزشکان این اصطلاح را فقط زمانی به کار می بردند که سرطان به لایه ضخیم ماهیچه ای (که پروپریای ماهیچه ای نامیده می شود) گسترش پیدا کرده بود. نظریه رایج در طبقه بندی هر نوع سرطان مثانه، تنها منحصر به مهاجم بودن غده سرطانی اورتلیوم نیست.

بلکه مشخص کردن این مسئله که سرطان تا چه اندازه در دیواره مثانه نفوذ کرده است نیز بسیار مهم است. تهاجم سرطان به لایه ماهیچه ای ضخیم مثانه بسیار جدی تر از تهاجمی است که فقط محدود به «لامینا پروپریا» (لایه پیوندی مخاط) یا لایه ماهیچه ای نازک و سطحی است.

تومورهای سطحی

این دسته شامل سرطان های مثانه ای است به لایه های عمقی هجوم نبرده اند. چنانچه یک سرطان لایه ماهیچه ای اصلی مثانه را مورد تهاجم قرار دهد، دیگر سطحی به حساب آورده نمی شود. سرطان ممکن است کاملاً به لایه های نزدیکترین سلول های اوروتلیال به درون مثانه، محدود شود یا همچنین ممکن است به لایه نازک بافت پیوندی (که لایه همبندی مخاط نامیده می شود) که درست در زیر سلول های اوروتلیال قرار دارد، گسترش پیدا کند.

پاپیلار

ی دارای برآمدگی های باریک انگشت مانند می باشند که در داخل حفره ی مرکزی مثانه رشد می کنند.

گاهی اوقات نیز گفته می شود که این تومورها شبیه یک نوع گیاه کاکتوس شاخه شاخه هستند. برخی از تومورهای اوروتلیال پاپیلار فقط به سمت مرکز مثانه رشد پیدا می کنند که به آنها تومورهای اوروتلیال پاپیلار غیرمهاجم گفته می شود.

«پاپیلوم نوع خوش خیم تومور اوروتلیال است. از آنجا که این تومورها بدخیم نیستند، معمولاً به سایر بخش های بدن گسترش پیدا نمی کنند. این تومورها به وسیله عمل جراحی با موفقیت خارج و درمان می شود و به ندرت بازگشت می نماید بیماران مبتلا به پاپیلوم به ندرت دچار سایر تومورهای پاپیلار در قسمت های دیگری از سیستم اداری خود می شوند.

تومور « اوروتلیال پاپیلار» از نوع تومورهای نیمه بدخیم نهفته می باشد که معمولاً به وسیله عمل جراحی به طور موفقیت آمیز خارج و درمان می شود. اما ابتلا بیماران مبتلا به این نوع تومور به یک یا چند تومور پاپیلار در آینده در سایر قسمت های سیستم اداری چندان دور از انتظار نیست. بیشتر این تومورها شبیه تومور اصلی می باشند. اما گاهی اوقات ممکن است تومور جدید سرطانی یا حتی مهاجم باشد.

کارسینوم اوروتلیال پایپلار نوعی تومور پایپلاری است که میزان ناهنجاری آنها از لحاظ ظاهر، اندازه و نحوه قرارگیری سلول ها متفاوت است. دسته ای از این تومورها که ناهنجاری نسبتاً اندکی دارند، تومور خفیف یا خوش خیم نامیده می شوند و اگرچه به ندرت به دیواره مثانه هجوم می آورند اما قالب اوقات پس از انجام عمل جراحی عود می کنند.

دسته دیگری از این کارسینوم که دارای ناهنجاری حادثی هستند، کارسینوم بدخیم نامیده می شوند و این احتمال وجود دارد که به دیواره داخلی مثانه هجوم برده یا حتی به سایر بخش های بدن نیز گسترش پیدا کنند.

برخی از کارسینوم های پایپلار به سمت بخش مرکزی مثانه و همچنین برخی دیگر به طرف دیواره مثانه رشد می کنند. این دسته از تومورها، کارسینوم اوروتلیال پایپلار مهاجم یا سرطانی نامیده می شوند.

تومورهای مسطح

کارسینوم اوروتلیال مسطح هرگز به سمت حفره مثانه رشد پیدا نمی کنند. بعضی از آنها فقط سلول های نزدیک ترین لایه به درون مثانه و برخی دیگر بخشی از حفره مثانه را درگیر می سازند.

این تومورها کارسینوم اوروتلیال مسطح غیرمهاجم نامیده می شوند. برخی از کارسینوم های اوروتلیال مسطح، لایه های عمیق (بخش خارجی حفره مثانه) به ویژه لایه ماهیچه را درگیر می کنند. این تومورها، کارسینوم اوروتلیال مسطح مهاجم نامیده می شوند.

پیشگیری و عوامل خطر (۵)

هر چیز که شانس ابتلا به یک بیماری نظیر سرطان را در افراد افزایش دهد، یک عامل خطر به حساب می آید.

سرطان های مختلف دارای ریسک فاکتورهای متفاوتی می باشند. مثلاً عدم محافظت از خود در برابر تابش شدید اشعه خورشید، یک ریسک فاکتور برای سرطان پوست می باشد. چندین ریسک فاکتور باعث مستعدتر شدن فرد در ابتلا به سرطان پوست می باشد.

در عین حال به یاد داشتن این موضوع بسیار مهم است که ریسک فاکتورها خطر ابتلا را در فرد افزایش می دهند اما همیشه باعث بیماری نمی شوند. بسیاری از افراد هستند که دارای یک یا چند مورد از این ریسک فاکتورها می باشند. اما هرگز دچار سرطان مثانه نشده اند. حال آنکه بعضی ها مبتلا به سرطان مثانه هستند در حالی که ریسک فاکتورهای آنان ناشناخته است.

به هر حال برای کنترل دقیق یک سرطان نهفته، آگاهی داشتن از ریسک فاکتورها بسیار مهم است به گونه ای که انجام یک واکنش به موقع و مناسب در برابر آنها نظیر تغییراتی که در عادات مزاجی و سلامتی بروز می کند، می تواند مؤثر واقع گردد.

کشیدن سیگار

بزرگترین عامل خطر در ابتلا به سرطان مثانه کشیدن سیگار است. افراد سیگاری دو برابر بیشتر از افراد غیرسیگاری در معرض ابتلا به سرطان مثانه قرار دارند. سیگار کشیدن دلیل نیمی از مرگ و میر مردان در اثر ابتلا به سرطان مثانه و نیز بیش از یک سوم در زنان است. بعضی از (مولد شیمیایی سرطان زا) موجود در توتون سیگار، توسط ریه ها جذب شده و در داخل خون رها می شوند.

سپس به وسیله کلیه ها تصفیه شده و در ادرار جمع می شوند. این مواد شیمیایی درون ادرار به سلول های اوروتلیال که بخش داخلی مثانه را پوشانیده اند، آسیب وارد می نمایند.

این آسیب احتمال ابتلا به سرطان مثانه را افزایش می دهد.

قرار گرفتن در معرض استنشاق مواد شیمیایی سرطان زا (آلودگی شغلی)

برخی از مواد شیمیایی صنعتی با سرطان مثانه در ارتباط می باشند. این مواد شیمیایی که اسیدهای آمینه معطر نامیده می شوند، مانند: «بنزیدین» و «نفتیل آمین» که گاهی اوقات در صنایع رنگ مورد استفاده قرار می گیرد، می توانند عامل بروز سرطان مثانه باشند.

همچنین اگر سایر صنایعی که از برخی مواد شیمیایی ارگانیک استفاده می کنند، ایمن سازی محیط و اصلاح شیوه انجام کار را به صورت صحیح انجام نداده باشند، ممکن است کارگران را در معرض خطر ابتلا به سرطان مثانه قرار دهند.

صنایعی که با خودداری بیشترین خطر می باشند شامل کارخانجات سازنده لاستیک (کائوچو)، چرم، نساجی و تولیدات رنگ و تا حدی نیز چاپخانه ها می باشند.

کشیدن سیگار و نیز قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی سرطان زا که به اقتضای حرفه کاری صورت می گیرد هر دو با هم در پیشرفت سرطان سروکار دارد، در خطر بسیار بیشتری در ابتلا به سرطان مثانه قرار دارد.

نژاد

سفیدپوستان بیشتر از سیاهپوستان در معرض ابتلا به سرطان مثانه می باشند. دلیل این اختلاف به خوبی مشخص نشده است.

افزایش سن

خطر ابتلا به سرطان مثانه با افزایش سن بالا می رود. میانگین سن در تشخیص سرطان مثانه ۶۵ سال است. کمتر از یک درصد از موارد ابتلا به سرطان مثانه در میان افراد زیر ۴۰ سال رخ می دهد.

التهاب مزمن مثانه

عفونت های ادراری، سنگ های کلیه و مثانه و نیز سایر دلایل ناراحتی های مزمن مثانه، با سرطان مثانه مرتبط می باشند (به ویژه کار سینوم سلول اسکواموس مثانه) اما لزوماً باعث بروز سرطان مثانه نمی شوند. همچنین کرم انگلی که «شیستوزما هماتوبیوم» نامیده می شود و می تواند به داخل مثانه نفوذ پیدا کنند به عنوان یک عامل خطر برای سرطان مثانه و معمولاً کارسینوم سلول اسکواموس به حساب می آید. گرچه اکثراً این انگل در شمال آفریقا یافت می شود اما سبب بروز موارد نادری از سرطان مثانه در ایالات متحده، در میان افرادی که قبل از مهاجرت شان به این کشور مبتلا به این کرم انگلی بودند، نیز شده است.

سابقه ابتلا به سرطان مثانه

همانگونه که کارسینوم اوروتلیال می تواند در بسیاری از نواحی مثانه شکل بگیرد به همان صورت نیز می تواند در دیواره کلیه، میزنای و میز راه به وجود بیاید. حتی زمانی که تومور مثانه به صورت کامل خارج می شود خطر بسیار زیادی بیمار را در شکل گیری تومور دیگری در همان موضع یا در قسمت های دیگر اوروتلیوم، تهدید می کند. به همین دلیل، افرادی که مبتلا به سرطان مثانه می باشند به صورت مداوم به مراقبت های پزشکی دقیق نیاز دارند. این مراقبت ها شامل آزمایشات ادرار و آزمایشات اشعه ایکس برای تشخیص هر نوع سرطان جدید در مراحل اولیه و بیشتر علاج پذیر آن هستند.

نقص های مادرزادی مثانه

پیش از تولد مجرای بین ناف (فرورفتگی کوچک روی شکم) و مثانه وجود دارد. این اتصال و پیوند، «اوراک» نامیده می شود که معمولاً پس از تولد از بین می رود. اگر بخشی از این مجرا بعد از تولد باقی بماند، امکان دارد که سرطانی شده و یک آدنوکارسینوم شکل بگیرد. چنین سرطانی بسیار نادر بوده و علت بروز کمتر از یک و نیم درصد از موارد ابتلا به سرطان مثانه است.

در هر حال، بر اثر بروز این نقص در حدود یک سوم از آدنوکارسینوم های مثانه شکل می گیرند که با این حال باز هم نادر به شما می روند.

نقص کمیاب دیگری در هنگام تولد به نام «اکستروفی» وجود دارد که خطر ابتلا به سرطان مثانه را در افراد افزایش می دهد. در اکستروفی، پوست، ماهیچه و بافت پیوندی جلوی مثانه ضعیف شده و تحلیل می رود تا این که کاملاً به هم می چسبند به گونه ای که یک سوراخ یا نقصی در دیواره شکم به وجود می آید. اکستروفی می تواند به بافت مجاور مثانه سرایت کرده و آن را در معرض یک عفونت حاد و مزمن قرار دهد که در نهایت ممکن است به شکل گیری یک آدنوکارسینوم در مثانه بیانجامد.

پیشگیری

در حال حاضر روش های مطمئنی برای پیشگیری از بروز سرطان مثانه وجود ندارد. بهترین برنامه تا حد امکان دوری از عوامل خطر می باشد.

سیگار نکشید

عقیده بر این است که تقریباً نیمی از مرگ و میرهای ناشی از سرطان مثانه در بین مردان و بیش از یک سوم در میان زنان بر اثر کشیدن سیگار رخ می دهد.

اجتناب از قرار گیری در معرض استنشاق برخی از موارد شیمیایی

اگر شما با نوعی از مواد شیمیایی به نام آمینه های «آروماتیک» سروکار دارید، از ایمن سازی صحیح محیط و نیز شیوه انجام کار اطمینان حاصل نمایید. صنایعی که استفاده از این مواد شیمیایی در آنها رایج و معمول است عبارت اند از: لاستیک سازی، چرم، مواد چاپی، نساجی و تولیدات رنگ.

نوشیدن مایعات به مقدار زیاد

یک تحقیق جدید اعلام کرده است که نوشیدن مقادیر زیاد مایعات می تواند خطر ابتلا به سرطان مثانه را در افراد کاهش دهد. توجیه محققین این است که نوشیدن مایعات زیاد، تولید ادرار را افزایش داده و در نتیجه مثانه فرد فعالیت بیشتری می کند. این کار (نوشیدن مایعات زیاد) باعث می شود تا هر نوع ماده سرطانی زایی که ممکن است در ادرار وجود داشته باشد، رقیق شده و به این ترتیب مدت زمانی که اینگونه مواد شیمیایی در مجاورت سلول های مثانه باقی می مانند، محدود گردد.

دلیل بروز سرطان مثانه

ما هنوز علت واقعی بروز اکثر سرطان های مثانه را نمی دانیم. اما، محققان به برخی از عوامل خطر (سرطان مثانه) پی برده اند و درباره این موضوع که چگونه این عوامل باعث سرطانی شدن سلول های مثانه می شوند به پیشرفت هایی دست یافته اند.

در طی چند سال اخیر، دانشمندان به پیشرفت های زیادی دست یافته و دریافته اند که برخی تغییرات در DNA می تواند باعث شود تا سلول های عادی مثانه به صورت غیرطبیعی رشد کرده و سرطانی شوند. DNA یک ماده ژنتیکی می باشد که تقریباً برای هر کاری که سلول های ما انجام می دهند، دستوراتی را منتقل می سازد. ما معمولاً شبیه والدین مان هستیم زیرا آنها DNA خود را به ما انتقال می دهند. بعضی ژن ها (بخش هایی از DNA) حاوی دستوراتی برای نظارت بر سلول ها در هنگام رشد و تقسیم می باشند. برخی از ژن ها که به تقسیم سلولی کمک می نمایند، آنکوژن (۶) نام دارند. سایر ژن

هایی که عمل تقسیم سلولی را کند نموده یا باعث نابودی سلول ها می شوند، ژن های باز دارنده تومور نامیده می شوند. این مسئله شناخته شده است که سرطان ها می توانند ناشی از نقص های DNA باشد که باعث می شود آنکوژن ها فعال شده یا ژن های بازدارنده تومور غیرفعال شوند. بعضی از افراد نقص های DNA را از والدین شان به ارث می برند که این مسئله سبب می شود خطر ابتلا به سرطان های سینه، تخمدان، کولوکتال و چندین نوع سرطان دیگر در آنها افزایش یابد. با این اوصاف سرطان مثانه از طریق توارث منتقل نمی شود و در حال حاضر به نظر نمی رسد که به ارث بردن نقص های ژنتیکی علت بروز این بیماری باشد.

معمولاً جهش های DNA مرتبط با سرطان مثانه به جای این که از زمان قبل از تولد به ارث برده شوند، در خلال دوره زندگی بروز می کند. هر زمان که یک سلول آماده تقسیم به دو سلول جدید شد، DNA آن نیز باید مشابه سلول تکثیر پیدا کند. این فرآیند بی نقص نمی باشد و ممکن است خطاهایی در هنگام تکثیر DNA رخ دهد. خوشبختانه سلول ها دارای دسته ای از آنزیم های ترمیمی می باشند که خطاهای صورت گرفته در تقسیم DNA را اصلاح می نمایند. اما ممکن است بعضی از این خطاهای صورت گرفته در DNA نیز از کنار این آنزیم های ترمیمی اشتبهاً عبور نمایند خصوصاً اگر سلول ها در حال رشد سریع باشند. ممکن است نقص های اکتسابی DNA ناشی از استنشاق مواد شیمیایی سرطان زای موجود در توتون سیگار باشد چرا که این مواد به وسیله خون جذب شده و سپس توسط کلیه ها تصفیه و به داخل ادرار رها می شوند. تصور بر این است که تغییرات اکتسابی در ژن هایی نظیر: P53 یا ژن های بازدارنده تومور آر.بی و نئو آنکوژن HER2 در پیشرفت سرطان مثانه بسیار مهم باشد. ممکن است تغییرات حاصل در این نوع ژن ها و نیز سایر ژن های مشابه باعث به وجود آمدن بعضی سرطان های مثانه شود که نسبت به سایر انواع آن سریع تر رشد و تکثیر پیدا کند. تحقیقات جدید در این زمینه در نظر دارد تا با آزمایشات پیشرفته بتواند تغییرات حاصل در DNA را تشخیص داده و سرطان های مثانه را در همان مراحل نخستین ردیابی نماید.

اگرچه هنوز این مسئله کاملاً مشخص نشده است که سرطان های مثانه بر اثر جهش های موروثی موجود در آنکوژن ها یا ژن های بازدارنده تومور به وجود می آیند، به نظر می رسد بعضی از افرادی که دارای این نقص ها می باشند قدرت پایینی در پس زدن برخی از مواد شیمیایی سمی سرطان زا دارند. این افراد در برابر اثرات عوامل سرطان زای موجود در توتون سیگار و برخی مواد شیمیایی صنعتی، دارای حساسیت بیشتری می باشند. محققان آزمایشاتی را که ممکن است به شناسایی چنین افرادی کمک کند گسترش داده اند اما اینگونه آزمایشات به طور معمول و مرتب در دسترس نمی باشد.

سرطان لوزالمعده، سرطان تندرو

سرطان لوزالمعده در تمامی گروه‌های سنی، از جوان ۱۵ ساله گرفته تا سالمند ۹۰ ساله دیده می‌شود. اما حداکثر شیوع آن در سنین ۵۵ تا ۸۵ سالگی است. علت واقعی بروز این سرطان هنوز شناخته شده نیست، ولی مشاهده شده که سیگار می‌تواند احتمال بروز آن را افزایش دهد. مطالعات نشان می‌دهد که غذاهای پُرچرب نیز در ایجاد این سرطان نقش دارند.

دکتر ایرج خسرونی، رییس جامعه متخصصان داخلی ایران درباره سرطان لوزالمعده توضیح می‌دهند.

چه اتفاقی برای لوزالمعده می‌افتد که دچار سرطان می‌شود؟

بیش از ۹۰ درصد از سرطان‌های لوزالمعده از سلول‌های مجاری لوزالمعده که مسئول انتقال آنزیم‌های گوارشی به دوازدهه (اولین قسمت روده باریک) است، سرچشمه می‌گیرد، به طوری که دو سوم تومورهای مجرا در سر و یک سوم بقیه در تنه و دم لوزالمعده ایجاد می‌شوند. این سرطان‌ها اغلب به وسیله بافت‌های ملتهب لوزالمعده احاطه می‌شوند، به طوری که در تشخیص لوزالمعده ایجاد مشکل می‌کنند. تومورهای لوزالمعده می‌توانند باعث انسداد مجرای صفراوی شوند و موجب بیماری زردی گردند.

آیا این سلول‌های سرطانی به اطراف نیز کشیده می‌شوند؟

بله. سلول‌های سرطانی اغلب به بافت‌های اطراف، غدد لنفاوی لوزالمعده و کبد گسترش می‌یابند. گاه سلول‌های جزایر لانگرهانس (مجموعه‌ای از سلول‌های متمرکز در لوزالمعده که وظیفه‌شان تولید هورمون‌های مختلف است) سرطانی می‌شوند، ولی بیشتر تومورهای این سلول‌ها خوش‌خیم هستند. تومور سلول‌های این جزایر وقتی ترشح‌کننده هورمون باشند، تومور فعال نامیده می‌شوند. در صورتی که تومور ترشح‌کننده انسولین باشد، موجب ترشح مقادیر زیاد انسولین می‌شود و علائم هیپوگلیسمی (کاهش قند خون) را ایجاد می‌کند.

در مقابل، تومورهای غیر فعال چه می کنند؟

این تومورها نمی توانند مقادیر زیاد انسولین که سبب افت قند خون شود را تولید کنند. این نوع سرطان لوزالمعده گرچه بسیار نادر است، ولی اغلب نسبت به سرطان‌های مجرا، احتمال بیشتری برای بهبود دارد.

چه عللی موجب سرطان لوزالمعده می شود؟

علت شناخته شده‌ای برای این سرطان بیان نشده است، اما تحقیقات بیانگر این مطلب است که افراد سیگاری دو برابر افراد غیر سیگاری به سرطان لوزالمعده مبتلا می شوند. رژیم غذایی نیز ممکن است در ایجاد سرطان لوزالمعده دخالت داشته باشد، به طوری که این سرطان در افرادی که کافئین مصرف می کنند و همچنین افرادی که غذاهای پُرچرب، به خصوص چربی‌های حیوانی مصرف می کنند، بیشتر مشاهده می شود.

برای پیشگیری از این سرطان چه راهکارهایی را پیشنهاد می کنید؟

برای جلوگیری از ابتلا به سرطان لوزالمعده پیشنهاد می شود که رژیم‌های غذایی متنوع، کم‌چرب و با فیبرهای غذایی فراوان مصرف گردد و از استعمال دخانیات پرهیز شود.

دیابت بر این سرطان تأثیرگذار است یا خیر؟

دیابت نیز با سرطان لوزالمعده ارتباط دارد، به طوری که زنان دیابتی احتمال بالاتری برای ابتلا به سرطان لوزالمعده دارند. این نکته را نیز اضافه کنم که سرطان لوزالمعده با مواد صنعتی ارتباط دارد. ترکیبات صنعتی خاصی که در صنایع شیمیایی، فلزی و گازی استفاده می شود، می توانند موجب افزایش احتمال ابتلا به سرطان لوزالمعده شوند.

این سرطان چه علائمی از خود نشان می دهد؟

سرطان لوزالمعده به سرعت رشد می کند و گاهی وجود خود را با ایجاد یک درد مبهم در شکم نشان می دهد. بسیاری از بیماران این درد مبهم را در شکم شان با ناراحتی های معده اشتباه می کنند.

برای آشنایی بیشتر، به برخی علائم اشاره می کنم اما دقت کنید که این علائم دست کم باید دو هفته طول بکشد.

چه علائمی؟

درد مبهم در قسمت فوقانی شکم که گاه به پشت انتشار می یابد و یا درد پشت که اغلب دائمی است و هنگام خوردن و دراز کشیدن بدتر می شود و با نشستن و خم شدن به جلو بهتر می شود. همچنین کاهش وزن شدید و سریع که با رژیم غذایی در ارتباط نباشد.

همان طور که اشاره کردید، زردی نیز از علائم این سرطان است. آیا پس از ظاهر شدن آن نیز دو هفته باید صبر کرد؟

خیر، در صورت بروز زردی بلافاصله باید به پزشک مراجعه کرد.

تشخیص این سرطان چگونه صورت می گیرد؟

سونوگرافی شیوه مناسبی است. این روش بدون درد و غیر تهاجمی بر اساس اصول رادار کار می کند. امواج صوتی به سمت لوزالمعده فرستاده می شود و بازگشت آنها دریافت می شود و به وسیله رایانه، به تصویری از بافت لوزالمعده تبدیل می شود. امواج صوتی هیچ عارضه شناخته شده ای ندارند. این روش به عنوان بهترین وسیله غربالگری سرطان لوزالمعده شناخته شده است.

آندوسکوپی نیز در تشخیص مؤثر است. در این روش، با بی‌حسی موضعی، لوله‌ی بلند قابل ارتجاع و باریکی که به آن آندوسکوپ می‌گویند، از طریق دهان به داخل معده و دوازدهه فرستاده می‌شود. آن‌گاه از طریق آندوسکوپ لوله باریک‌تری به نام "کانولا" وارد مجاری لوزالمعده می‌شود.

آندوسکوپی چگونه انجام می‌شود؟

نخست سلول‌های لوزالمعده که در شیره گوارشی وجود دارند، برای مطالعات بیشتر برداشته می‌شوند و سپس ماده حاجب داخل مجرا تزریق می‌گردد تا با گرفتن عکس رادیولوژی مشخص شود که آیا مجرای لوزالمعده تنگی و انسداد دارد، یا خیر.

چه روش‌های درمانی برای این سرطان وجود دارد؟

درمان اصلی این سرطان، عمل جراحی است. پیشرفت‌های جدید در روش‌های جراحی و مراقبت‌های پیش و بعد از عمل موجب شده است که این جراحی وسیع با ایمنی انجام شود. میزان برداشت بافت لوزالمعده بستگی به محل قرار گرفتن تومور و اینکه آیا سلول‌های سرطانی به کبد و یا سایر اعضای مجاور گسترش یافته‌اند، دارد.

اگر تومور در سر لوزالمعده قرار داشته باشد، سر لوزالمعده، قسمت اول روده باریک، قسمتی از معده و مجرای صفراوی، همگی برداشته می‌شوند.

با درمان دارویی پس از جراحی، بسیاری از بیماران زندگی نسبتاً طبیعی خواهند داشت.

بعضی از تومورها آنچنان لوزالمعده را در بر گرفته‌اند که برداشتن تومور امکان‌پذیر نیست. نظر شما چیست؟

بله. در این صورت باید تمام لوزالمعده برداشته شود و پس از آن نیز بیمار از انسولین استفاده کند تا وضعیت قند خون وی طبیعی شود.

سرطان زبان؛ شایع ترین تومور دهان در تهران

یافته‌های یک پژوهش ۱۰ ساله نشان داد که "سرطان زبان" شایع ترین تومور دهان در تهران به شمار می‌رود.

دکتر کتایون سرگران گفت: "اکثر سرطان‌های دهان در مراحل انتهایی (پیشرفته) تشخیص داده می‌شوند و کمتر از ۳۰ درصد بیماران این شانس را پیدا می‌کنند که در صورت ابتلا به این بیماری حداکثر پنج سال زنده بمانند."

سرگران با تاکید بر تشخیص زودهنگام این بیماری از طریق اطلاع رسانی به پزشکان و مردم یادآور شد: "در صورتی که بیمار بیش از دو هفته در دهان خود نشانه غیرعادی را مشاهده کرد، حتما باید به پزشک متخصص مراجعه کند و معاینات منظم سالیانه به ویژه برای افراد بالای ۶۰ سال توصیه می‌شود."

وی گفت: "سرطان‌های دهان دو تا چهار درصد سرطان‌ها را تشکیل می‌دهند که با وجود شیوع نسبتاً کم آن به دلیل قابل پیشگیری بودن، حایز اهمیت است."

این پژوهشگر بیان داشت: «در صورت تشخیص به موقع، این بیماری در مراحل اولیه قابل تشخیص است که باعث افزایش شانس بقای بیمار و کاهش هزینه‌های درمان می‌شود."

سرطان ریه ، معده و مری

سرطان ریه یکی از شایع ترین سرطان ها در سراسر جهان به شمار می رود و بیش از ۸۰ درصد مبتلایان به این بیماری در فاصله پنج سال از تشخیص بیماری، جان خود را از دست می دهند. سرطان ریه دارای پنج حالت متفاوت است که از هر پنج مورد آنها یکی سرطان ریه از نوع یاخته های کوچک (شایع ترین نوع سرطان ریه) است.

علائم هشدار دهنده سرطان ریه افزایش یا شدت سرفه در افراد سیگاری، سرفه همراه با خلط خونی، تنگی نفس در اثر فعالیت، خس خس حاد سینه، درد مبهم یا مشخص در قفسه سینه، خش شدن صدا، کاهش وزن، بی اشتها، تورم در ناحیه گردن و صورت، و ضعف و خستگی مفرط است. این سرطان در مراحل ابتدایی هیچ نشانه ای ندارد و بیماران اغلب زمانی به پزشک مراجعه می کنند که بیماری در مراحل پیشرفته قرار دارد و همین امر باعث افزایش آمار مرگ و میر در میان مبتلایان این سرطان شده است.

اعتیاد به دخانیات، آلاینده های موجود در هوا، استنشاق دود سیگار توسط افراد غیرسیگاری، عوامل ژنتیک و عوامل ایمنولوژیک (ایمنی) مهمترین دلایل بروز سرطان هستند؛ به اضافه این که سن بالای ۶۰ سال به صورت بالقوه عامل مهمی در مبتلا شدن فرد به سرطان ریه است. تشخیص این بیماری با عکسبرداری اشعه X از ریه ها، آزمایش خلط، سی تی اسکن، پرتونگاری با استفاده از تشدید میدان مغناطیسی و نمونه برداری های مختلف امکان پذیر است.

سرطان ریه معمولاً به دلیل غنی بودن سیستم خون رسانی و لنفاوی ریه می تواند به راحتی به اندام های دیگر سرایت کند.

فعالیت های پیشگیرانه این بیماری، دوری از آلاینده ها، عدم استعمال دخانیات و بررسی خانه از نظر عدم وجود گاز رادون است. با این حال روش های درمانی آن بسته به مراحل پیشرفت بیماری و وضعیت عمومی آن به ترتیب جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، درمان فوتودینامیک، درمان بیولوژیکی و سوزاندن ضایعه بدخیم است.

این سرطان که همانند تمام سرطان های دیگر بر اثر رشد خارج از کنترل بافت های سرطانی به وجود می آید، معمولاً در افراد بالای ۴۰ سال مشاهده می شود و شیوع آن در مردان دو برابر زنان است. این بیماری از آنجا بسیار خطرناک است که بیماران تا مراحل پیشرفته بیماری، هیچ علامتی که حاکی از بروز سرطان معده باشد در خود مشاهده نمی کنند. علائم این بیماری در مراحل اولیه سوءهاضمه، تهوع و کم اشتهایی است، اما در مراحل بعد، کاهش وزن غیرقابل توجیه، بی اشتهایی، استفراغ خونی، کم خونی، درد شدید شکم و گاهی اوقات وجود توده های قابل لمس در بالای شکم است. علل این سرطان هم ناشناخته است، ولی گفته می شود کمبود میوه ها و سبزیجات تازه در رژیم غذایی می تواند باعث پیدایش آن شود. مردان بالای ۴۰سال بالقوه در معرض ابتلا به سرطان معده هستند. کسانی که در خانواده آنها بیماری سرطان وجود دارد، باید حتماً با پزشک مشاور در این زمینه مشورت کنند و تحت مراقبت باشند.

کم خونی حاد، نوشیدن نوشابه های الکلی، فقدان اسید معده، سابقه جراحی معده یا برداشتن جزئی از معده می تواند منجر به سرطان شود. پزشکان برای جلوگیری از ابتلا به سرطان توصیه می کنند غذاهای دودی شده، ترش شده و نمک سود شده از رژیم غذایی حذف شوند و مقادیر زیاد پروتئین و سبزی و میوه تازه جایگزین آن شوند. برای پیشگیری از بروز سرطان معده چندین توصیه بهداشتی کرده اند که مهمترین آنها دوری از مصرف الکل، انتخاب یک رژیم غذایی مغذی و متعادل، آزمایش های سالانه غربالگری و توجه به مشکلات گوارشی مداوم هستند.

این بیماری غیرقابل علاج است و عوارض احتمالی آن خونریزی داخلی، تشخیص اشتباه به عنوان زخم معده و گسترش آن به کبد، استخوان ها و ریه است. آزمون های تشخیصی این بیماری شامل بررسی های آزمایشگاهی خون از لحاظ کم خونی و آزمایش های معده از لحاظ اسید هستند. در صورتی که سرطان گسترش نیافته باشد، جراحی برای بخشی از معده یا تمامی آن پیشنهاد می شود. شیمی درمانی ممکن است موقتاً پاسخ دهد.

عامل اصلی ایجاد سرطان مری، رشد بافت های سرطانی است که سلول ها بدون هیچ کنترلی در آن شروع به تقسیم شدن می کنند. این بافت ها معمولاً در جایی از مری شکل می گیرند که مری هنوز در زیر قفسه سینه قرار دارد. این سرطان که معمولاً در افراد بالای ۵۰ سال به وجود می آید، در هر دو جنس شایع است، اما شیوع آن بیشتر در مردان مشاهده می شود. این بیماری دارای علائم خاصی است که دشواری در هنگام بلع، کاهش سریع وزن و استفراغ مخاط خون آلود از آن دسته هستند. علل ایجاد سرطان مری ناشناخته هستند و می توان آنها را به دو دسته تقسیم کرد؛ سرطان هایی که از خود مری آغاز می شوند و سرطان هایی که از دیگر اعضای بدن به مری سرایت می کنند. با این حال نکته مثبت در مورد این بیماری این است که اثری نیست. عوامل تشدید کننده این بیماری موارد زیر هستند: سیگار کشیدن، استفاده بیش از حد از الکل، تنگی مری، کمبود آهن و ترش کردن معده.

برای پیشگیری از این بیماری، پزشکان به مردم توصیه می کنند که سیگار نکشند، هرگز الکل ننوشند و در صورت بروز هرگونه اختلال گوارشی که بیش از ۵ روز طول بکشد به پزشک مراجعه کنند. در حال حاضر هیچ درمانی برای این بیماری وجود ندارد و بیماران مبتلا به آن هیچ شانسی برای بهبود ندارند. به همین خاطر تشخیص زود هنگام این بیماری نقش مؤثری در کنترل آن دارد. البته در چند مورد مشاهده شده که سرطان بدون هیچ دخالتی کاملاً مرتفع شده است.

اگر این بیماری سریعاً کنترل نشود به ریه ها و کبد هم گسترش می یابد که در آن صورت کنترل آن بسیار سخت خواهد شد. داروهایی که برای مبتلایان به سرطان مری تجویز می شود، بیشتر مسکن ها و آرام بخش هایی است که برای بهبود روحیه بیمار مورد استفاده قرار می گیرند و گاهی هم داروی ضد سرطان تجویز می شود. پزشکان برای تشخیص بیماری از نمونه ها توموربرداری می کنند و درمان آن معمولاً جراحی، اشعه درمانی، شیمی درمانی یا ترکیبی از آنهاست.

تحول در تشخیص سرطان

اتحادیه اروپا بورسیه ای را برای محققان سراسر دنیا تعیین کرده است تا آنها تحقیقات خود را روی سنسورهای زیستی معطوف کنند. این طرح که توسط دانشگاه نیوکاسل انگلستان هدایت می شود به طور خاص روی سنسورهایی است که نوع بیماری را مشخص می کنند. دانشمندان با استفاده از این بورس می توانند تحقیقات فراوانی روی سنسورهای زیستی

انجام دهند. در صورت تکمیل این پروژه، آنها موفق خواهند شد بیماری‌ها را سریعاً تشخیص دهند و برای درمان آن اقدام کنند. فن آوری مدنظر برای استفاده در این طرح از همان نوعی است که پیشتر در سیستم‌های ناوبری و کیسه‌های هوای اتومبیل استفاده شده، اما در اینجا اندازه دیسک‌های لرزشی از اندازه یک غبار بیشتر نخواهد بود.

این سنسور علائم سرطان و پروتئین‌هایی که توسط سلول‌های سرطانی تولید می‌شوند را از پروتئین‌هایی که توسط سلول‌های سالم تولید می‌شوند تشخیص خواهد داد. از آنجا که تشخیص زودهنگام سرطان نقش بسیار مهمی در درمان آن دارد، این تکنولوژی می‌تواند تحولی در درمان سرطان ایجاد کند.

سرطان روده بزرگ، خاموش و مرگبار

سرطان روده بزرگ به عنوان یک بیماری شایع و در عین حال قابل پیشگیری، همواره توجه مراکز سلامت و بهداشتی سراسر دنیا را به خود جلب کرده‌است.

این سرطان دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان‌ها را به خود اختصاص داده است. اکثر موارد، سرطان روده در کشورهای غربی تحت عنوان سرطان روده‌ای منفرد و بعد از ۵۰ سالگی بروز می‌کند.

در سال‌های اخیر در کشور ما آمارهای به دست آمده از سرطان روده نشان می‌دهد که حدود ۳۰ الی ۴۰ درصد موارد این سرطان در سنین پایین‌تر از ۵۰ سال بوده و سابقه خانوادگی از نظر وجود سرطان‌های غیر روده‌ای و همچنین روده‌ای در بین افراد مبتلا بیشتر است و این خود مؤید وجود الگوی اپیدمیولوژی متفاوت با کشورهای غربی می‌باشد.

توجه ویژه کشورهای غربی به امر بیماریابی و پیشگیری از سرطان روده، باعث کاهش چشمگیر میزان مرگ و میر بر اثر سرطان روده در این کشورها شده است. از هر ۱۸ نفر یک نفر به سرطان روده مبتلا شده و نیمی از افراد مبتلا در نتیجه بیماری از بین می‌روند.

طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی، سالانه حدود ۸۷۵ هزار مورد جدید به بیماران اضافه می شود.

این سرطان، مقام چهارم را در بین انواع سرطان ها و مقام دوم را در بین سرطان‌های دستگاه گوارش (بعد از معده) دارد. این سرطان در زنان در رتبه سوم و در مردان در رتبه پنجم قرار گرفته است. آمارها نشان می دهد، شیوع بیماری در کشور ما رو به افزایش است و به عنوان یکی از مهم ترین سرطان‌ها در هر دو جنس مطرح می باشد.

انواع سرطان های روده

سرطان روده بزرگ را می توان به سه نوع تقسیم کرد:

نوع منفرد (Sporadic): که حدود ۷۰ تا ۸۰ درصد سرطان روده را تشکیل می دهد. در این نوع سرطان، سابقه مشخصی در بستگان بیمار از نظر ابتلا به سرطان روده و یا سایر سرطان‌های مرتبط وجود ندارد و فرد به صورت اسپورادیک (موارد تک گیر) به بیماری دچار می شود. این فرم اغلب در افراد بالای سن ۵۰ سال مشاهده می شود.

در این نوع سرطان، سن و عوامل محیطی نقش مهم تری نسبت به عوامل ژنتیکی ایفا می کنند. غربالگری برای این نوع سرطان از سن ۵۰ سالگی در تمامی افراد شروع می شود که این غربالگری نقش عمده‌ای در شناسایی بیماران در مراحل اولیه بیماری و کاهش میزان مرگ و میر آن داشته است.

نوع ارثی: حدود ۵ تا ۱۰ درصد از سرطان‌ها را تشکیل می دهد که در این فرم ژن فرد، نقش بسیار مهمی در ابتلای وی به بیماری ایفا می کند. شایع ترین سندرم ارثی شناخته شده سندرم لینچ ((Lynch syndrome است که دو نوع آن وجود دارد:

سندرم لینچ یک: معمولاً در فامیل فرد بیمار، سرطان روده شایع است.

سندرم لینچ دو : علاوه بر سرطان روده، تومور تیروئید، رحم، تخمدان و سینه در افراد فامیل شایع است که تا ۸۰ درصد این افراد به سرطان دچار می شوند.

نوع خانوادگی: امروزه مشخص شده که سرطان روده در بعضی خانواده‌ها بیش از حد طبیعی مشاهده می شود. بر اساس مطالعات اپیدمیولوژی، میزان خطر ابتلا به سرطان روده در افراد فامیل درجه یک بیمار، به ۱/۶ تا ۸ برابر افزایش می یابد. در حال حاضر اخذ شرح حال و تاریخچه فامیلی از اقدامات بسیار مؤثر برای تعیین میزان خطر ابتلا به سرطان روده در افراد فامیل است. این نوع از سرطان‌ها در حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد کل موارد سرطان روده را شامل می شود.

علائم بالینی و میزان بقا

اکثر تومورهای روده تا مراحل پیشرفته بدون علامت هستند و حتی علائم دیررس آن برای این بیماری اختصاصی نیست و ممکن است در سایر بیماری‌های روده نیز مشاهده شوند. اغلب بیماران مبتلا به سرطان با علائم خونریزی و درد شکم و تغییر در اجابت مزاج مراجعه می کنند. از آنجا که علائم بر اساس محل تومور تفاوت دارد، باید به این نکته توجه شود که اغلب تومورهای قسمت چپ با درد، خونریزی، اسهال، دل پیچه و نفخ همراه هستند، در حالی که تومورهای قسمت راست روده، اغلب بی‌سر و صداتر و با ضعف، بی‌حالی، کم خونی و لاغری تظاهر پیدا می کنند.

میزان بقای عمر بیماران شدیداً به مرحله پیشرفت بیماری بستگی دارد. متأسفانه ۴۵ درصد بیماران در زمان تشخیص، در مرحله ۳ یا ۴ بیماری هستند که شانس زنده ماندن ۵ ساله این افراد زیر ۵۰ درصد است، حال آنکه اگر بیماری در مرحله یک تشخیص داده شود، احتمال نجات فرد تا ۹۵ درصد بالا می رود. این امر اهمیت تشخیص زودرس بیماری را بیش از پیش روشن می کند.

علاوه بر مرحله بیماری، محل قرار گرفتن تومور نیز در میزان بقای بیمار تأثیرگذار است. تومور انتهایی روده بدترین پیش آگهی را دارد حال آنکه معمولاً پیش آگهی موارد درگیری ناحیه روده عرضی بهتر است. وجود مایع شکمی نیز اغلب با پیش آگهی پایین همراه است.

در سال‌های اخیر، پس از چندین دهه سیر صعودی این بیماری در کشورهای غربی، اکنون به تدریج شیوع و مرگ و میر آن رو به کاهش گذاشته است و مهم ترین دلیل آن غربالگری با استفاده از تست‌های ژنتیک و برداشتن پولیپ‌ها، تشخیص زودرس و دقیق‌تر و درمان‌های مؤثرتر بوده است.

بدین ترتیب اهمیت غربالگری و تست‌های ژنتیک در پیشگیری و تشخیص زودرس بیماری و در نهایت افزایش طول عمر بیماران مشخص می‌شود.

سرطان روده بزرگ

سومین سرطان شایع دنیا

روده بزرگ از اعضای دستگاه گوارش است که از آپاندیس شروع شده و به راست روده یا رکتوم ختم می‌شود و به شکل یک علامت سوال بزرگ روده کوچک را احاطه می‌کند. وقتی ما غذا می‌خوریم، مواد مغذی و مفید قبل از رسیدن به روده بزرگ جذب شده و مابقی به عنوان مواد زائد وارد روده بزرگ شده و در آنجا تخمیر و سرانجام دفع می‌شوند. هر چه این مواد بیشتر در روده بزرگ بمانند، آب بیشتری از دست داده و دفع آنها سخت‌تر می‌شود.

سرطان روده بزرگ، سومین سرطان شایع در دنیا بوده و دومین سرطان کشنده پس از سرطان ریه محسوب می‌شود. مرگ ناشی از این سرطان ۱۱ درصد مرگ و میر ناشی از کل سرطان‌ها است. اما خوشبختانه اگر این سرطان زود شناخته شود،

یکی از قابل درمان ترین سرطان ها است. سرطان روده معمولا با ایجاد برآمدگی هایی به نام پولیپ در دیواره روده به وجود می آید. پولیپ ها خیلی شایع هستند، ولی بیشتر آنها به سرطان تبدیل نمی شوند ، حتی اگر پولیپ های مشکوک زود تشخیص داده شوند، قابل درمان هستند.

فاکتورهای موثر در ابتلا به سرطان روده بزرگ

- سن : معمولا افراد بالای ۶۰ سال به این بیماری مبتلا می شوند. البته این بیماری می تواند جوان ترها را نیز مبتلا سازد.

- سیگار: سیگار کشیدن خطر ابتلا به این بیماری را افزایش می دهد.

- مشروبات الکلی: افرادی که مرتب از مشروبات الکلی استفاده می کنند، خطر ابتلا به این بیماری را افزایش می دهند.

- نوع غذا: رژیم غذایی پر چرب، پرگوشت و کم فیبر در ابتلا به بیماری موثر است.

- عوامل وراثتی: سابقه فامیلی از عوامل موثر بروز این بیماری است.

- نشانه بیماری اسهال، یبوست یا هر تغییری که در عادت دفع روزمره به وجود آمده و بعد از چند هفته به حالت اولیه برنگردد.

- وجود خون در مدفوع یا مدفوع خیلی تیره رنگ.

- کم خونی غیر قابل توجیه .

- درد شکمی .

- انسداد روده ای .

- کاهش وزن بدون دلیل موجه .

- خستگی مداوم .

نکته مهم این است که بیشتر سرطان های روده ای، نشانه ای ندارند و معمولاً وجود خون در مدفوع اولین علامت است که اغلب با چشم غیر مسلح قابل رویت نبوده و با آزمایش های میکروسکوپی تشخیص داده می شود.

این نشانه به خصوص در افراد بالای ۶۰ سال باید جدی گرفته شود. اگر متوجه نشانه ای شدید، سعی کنید عادت غذایی خود را برای مدتی تغییر داده و نتایج را بررسی کنید. گاهی مصرف بعضی داروها نیز می تواند چنین نشانه هایی تولید نماید، یا حتی مصرف بعضی از غذاها مانند گوجه فرنگی، فلفل قرمز، چغندر،... در مدفوع رنگ قرمز ایجاد می کند، که نباید با خونریزی اشتباه گرفته شود.

عوامل موثر در جلوگیری از ابتلا به این بیماری

از مهمترین عوامل جلوگیری از ابتلا به سرطان روده، رژیم غذایی پرفیبر و انجام تمرینات ورزشی است. شما می توانید روزانه با چند دقیقه بالا و پایین پریدن، از پله ها بالا و پایین رفتن یا هفته ای ۳ بار پیاده روی به سلامتی روده های خود کمک کنید .

نکته بسیار مهم دیگر، خوردن میوه و سبزی است. برای سلامتی روده ها لازم نیست که حتما سبزی و میوه خام مصرف نمایید، بلکه آنها می توانند به شکل پخته، خشک شده و یا فریز شده باشند. البته عمل پختن باید در حداقل زمان ممکن و با آب و حرارت کم انجام شود. سبزیجات برگ سبز، مانند اسفناج، کلم و کاهو نیز بسیار مفید هستند. در آخر به خاطر داشته باشیم که اکثر سرطان های روده در مراحل اولیه، تشخیص داده شود تا ۹۰ درصد قابل درمان است.

سرطان دهان

سیگار و الکل، به خصوص با مصرف هم زمان، احتمال بروز سرطان دهان را به شدت افزایش می دهند.

سرطان دهان از جمله سرطان های خطرناک است که درصد بالایی از مرگ و میر را به همراه دارد و معمولا در افراد بالای ۴۰ سال دیده می شود.

قبلا درصد شیوع این سرطان در مردان بیشتر بود، اما امروزه، با افزایش رفتارهای پرخطر نظیر مصرف سیگار و الکل در بین خانم ها، این سرطان تقریبا با شیوع مساوی در بین مردان و زنان دیده می شود.

اغلب سرطان ها با پیشرفت و نفوذ به غدد لنفاوی، به نواحی دیگر بدن دست اندازی می کنند و به دلیل نزدیکی دهان به غدد لنفاوی گردن، احتمال انتشار آن در کل بدن زیاد است، اما در کنار تمام این نکات خطرناک، یک نکته بسیار خوب و آرامش بخش وجود دارد و آن نکته این است که سرطان دهان از زخم ها و لکه های سفید یا قرمزی در دهان شروع می شود که معمولا بدون درد هستند.

از آنجایی که محیط دهان به خوبی قابل مشاهده است، می توانیم مراحل ابتدایی شروع سرطان را در دهان تشخیص دهیم. درمان سرطان دهان در مراحل اولیه، بسیار آسان و کم هزینه بوده و با شانس بهبود زیادی همراه است. به عبارتی اگر زود دست به کار شویم، می توانیم بر سرطان دهان پیروز گردیم.

نمی‌خواهم سرطان بگیرم

عامل ایجاد سرطان در بدن انسان کاملاً شناخته شده نیست، بنابراین نمی‌توانید صد در صد جلوی ایجاد آن را در بدنتان بگیرید، اما با رعایت این نکات، شانس ایجاد سرطان را تا حد زیادی در خود پایین می‌آورید. این قواعد برای تمام سرطان‌ها و مخصوصاً سرطان دهان صادق است.

چه قدر در روز از میوه و سبزی تازه و غلات سبوس‌دار استفاده می‌کنید؟

مصرف بیش از ۵ واحد میوه و سبزی در روز بسیار مفید است. غلات را با سبوس آن مصرف کنید. از گوشت قرمز پرچرب کمتر استفاده کنید.

فعالیت روزانه شما چه قدر است؟

شما باید هفته‌ای ۵ بار و هر بار ۳۰ تا ۴۵ دقیقه فعالیت بدنی متوسط تا شدید داشته باشید.

وزن شما چه قدر است؟

چاقی و اضافه وزن شما را در معرض خطر سرطان قرار می‌دهد.

آیا شما درگیر عادات پرخطر هستید؟

مصرف مداوم انواع سیگار و الکل، به خصوص اگر هم‌زمان باشند، شما را به شدت در معرض انواع سرطان‌ها، به خصوص سرطان دهان قرار می‌دهند.

من را بشناس!

سرطان دهان معمولاً از زخم‌ها، لکه‌ها و برجستگی‌های بدون علامت و بدون درد آغاز می‌شود. سیگاری‌ها و مصرف‌کنندگان سایر فرآورده‌های تنباکو از جمله پپ، قلیان و تنباکوه‌های جویدنی و مصرف‌کننده‌هایی مواد مخدر استنشاقی، معمولاً در صف اول مبتلایان به سرطان دهان قرار می‌گیرند.

زخم‌هایی که بیش از ۱۴ روز (دو هفته) در دهان باقی بمانند، مشکوک هستند و پیگیری بیشتر این زخم‌ها بسیار ضروری است. سرطان دهان ممکن است در ناحیه حلق یا حنجره نیز ایجاد شود، بنابراین به تغییرات بلع و یا صدای خود دقت کنید و این تغییرات را دست کم نگیرید.

دهان خود را بیازمایید

ماهی یک بار، فقط چند دقیقه برای این کار وقت بگذارید. جلوی آینه بایستید و در یک نور مناسب، دهان خود را معاینه کنید.

برجستگی‌ها و زخم‌هایی که بیش از دو هفته باقی بمانند، لکه‌های سفید، لکه‌های قرمز و زخم‌های خون‌ریزی دهنده، ممکن است از ضایعات پیش سرطانی باشند که باید برای بررسی بیشتر آن‌ها، به پزشک مراجعه کنید.

در مقابل آینه، ناحیه دهان و گردن خود را به این ترتیب معاینه کنید:

لب خود را با دست بگیرید و به بیرون بکشید و داخل لب‌ها را نگاه کنید.

گونه و لب‌های خود را بین دو انگشت لمس کنید تا مطمئن شوید توده‌ی سفتی وجود ندارد.

تمام نواحی لثه خود را به دقت بررسی کنید.

به کمک یک پارچه خشک، نوک زبان خود را نگه داشته و تمام سطوح بیرونی، داخلی و کناری زبان را بررسی کنید.

مشاهده کف دهان را فراموش نکنید.

زبان خود را با دو انگشت معاینه کرده و به دنبال توده‌های سفت بگردید.

گردن و زوایای فک پایین را با دست لمس کرده و معاینه کنید. توده‌های سفت لمس شده قابل تأمل‌اند.

اختلال در بلع و تکلم، بی‌حسی زبان و ناحیه‌ای از دهان و اشکال در حرکت‌های زبان و فک را پیگیری کنید.

سقف دهان و ناحیه کام نرم (زبان کوچک) را به خوبی بررسی کنید.

سرطان خون

(لوسمی)

سرطان خون یا همان "لوسمی" یکی از شایع ترین و مهلک ترین بیماری هایی است که هر ساله تعدادی از افراد جهان را قربانی می کند.

طبق تحقیقات، سلول های اجدادی یا همان سلول های بنیادین مغز استخوان اقدام به تولید گلبول های قرمز، گلبول های سفید با نام عمده نوتروفیل، لنفوسیت، مونوسیت و نهایتاً ذرات پلاکتی می کنند. این ها بخش جامد خون را تشکیل می دهند و بخش مایع آن "پلازما" نام دارد که حاوی پروتئین ها، املاح، هورمون ها و آب است.

تنظیم تعداد سلول ها در خون مستقیماً به عهده عوامل کنترلی رشد در مغز استخوان هستند.

دکتر سیدمحسن رضوی، فوق تخصص بیماری های خون و سرطان در گفتگو با "جام جم" می گوید: منظور از سرطان خون این است که سلول های اجدادی (بنیادین) مهار طبیعی رشد را بر نمی تابند، یعنی زیر بار قدرت کنترل بدن نمی روند و بی رویه تکثیر می کنند و در یک کلام لوسمی یعنی تکثیر بی رویه سلول های بنیادین خون ساز در مغز استخوان که وقتی شروع به تکثیر می کنند، فقط همانند خود را تولید می کنند و جلوی ساخت عوامل طبیعی دیگر سلولی را می گیرند که نتیجه آن تولید یک رده سلولی بیش از حد طبیعی است که بالغ شده و با ایجاد سلول نهایی منجر به سرطان خون مزمن می شود.

در این نوع سرطان (سرطان خون مزمن) سلول بنیادین سرطانی شده و در حال تکثیر بی رویه است و راه بلوغ سلولی باز است و معمولاً بیمار سنی بالای ۵۰ سال دارد و ممکن است مدت ها و حتی سال ها دچار این بیماری باشد و از آن خبر نداشته باشد و به طور تصادفی در آزمایش های چکاپ از بیماری خود مطلع شود یا این که چندین سال بعد به دلیل کاهش وزن، بزرگی طحال، تعریق، تب و خستگی پیش رونده مشخص شود که فرد به لوسمی مزمن دچار شده است.

ولی در لوسمی حاد تکثیر بی رویه ی سلول های بنیادین خون ساز در مغز استخوان، در شرایطی که حتی بلوغ این سلول ها هم ساقط شده است، سلول های بنیادین (Blast) شروع به تکثیر سلول های مشابه خود می کنند و مغز استخوان سرشار از این سلول ها می شود، بی آن که راه بلوغش باز باشد.

در لوسمی حاد، مغز استخوان با تعداد کثیری سلول مواجه است که نه تنها جای زیادی را برای سایر سلول های طبیعی اشغال کرده اند، بلکه حتی خودشان هم قادر به بلوغ و سیر فرآیند رشد نیستند و نتیجه آن می شود که فرد بیمار گلبول های سفید، پلاکت ها و گلبول های قرمز خود را از دست می دهد.

آمار نشان می دهد علائم بالینی سرطان خون حاد به مراتب جدی تر از سرطان خون مزمن است که به شکل کم خونی، ضعف، بی حالی و رخوت از جانب گلبول های قرمز خود را نشان می دهد و وقتی گلبول های سفید کاهش پیدا می کنند، عفونت های پرخطر فرد را تهدید به مرگ می کند و هنگامی که پلاکت های خون افت کرد، فرد مستعد خونریزی های غیرعادی و غیرمترقبه می شود.

دکتر رضوی با بیان این که خونریزی، تب و عفونت، ضعف و بی حالی و خستگی می تواند از دلایل مراجعه فرد به پزشک باشد، عنوان می کند: در برخورد با افراد مشکوک به سرطان لازم است مغز استخوان آن ها که سرچشمه ی سلول های خون ساز است، مورد بررسی قرار گیرد.

درمان

دکتر رضوی با بیان این که امروزه سرطان خون مزمن (میلوئید) با کپسول های خوراکی درمان می شود، در خصوص لوسمی مزمن لنفوئید اذعان می کند: این نوع از سرطان بیشتر در سالمندان مشاهده می شود و به قدری سیرش آرام است که تا پایان عمر نیازی به درمان ندارد و گاهی به اندازه ای سریع رشد می کند که با بهترین درمان ها هم بیش از چند ماه نمی توان به بیمار کمک کرد.

در حالی که در لوسمی حاد لنفوئید که بیشتر در کودکان شایع است، در ۸۰ درصد مواقع، بیماری قابل درمان است و بالعکس آن، این بیماری در بزرگسالان سرنوشت درخشانی ندارد و کمتر از ۳۰ درصد از آن‌ها در پایان ۵ سال زنده می‌مانند.

از هر ۱۰۰ هزار نفر در طول سال، ۱۰ تا ۲۰ نفر به لوسمی حاد مبتلا می‌شوند که عوامل محیطی و ژنتیکی در ایجاد آن نقش موثری دارند.

عوامل محیطی همچون پرتوهای رادیواکتیو، پرتوهای الکترومغناطیسی، داروهای شیمی درمانی، بنزن و سیگار و عوامل ژنتیکی در بروز و ظهور سرطان‌ها نقش بسیار مهمی دارند، بنابراین بخشی از درمان‌های مدرن سرطان خون حاد بر پایه تغییر رفتار ژنتیکی سلول سرطانی پی ریزی شده است.

استفاده از میوه و سبزیجات می‌تواند سیستم ایمنی افراد را تا حدی قوی نگه دارد و مانع از بروز برخی از سرطان‌ها شود؛ ولی این موضوع هم کاملاً ثابت نشده است.

سرطان پوست چیست؟

سرطان پوست، بیماری است که سلولهای سرطانی (بدخیم) در لایه‌های بیرونی پوست بوجود می‌آیند. پوست، بدن شما را در مقابل گرما، نور، عفونت و جراحت محفوظ نگه می‌دارد. پوست همچنین آب، چربی و ویتامین D را در بدن ذخیره می‌کند. پوست دارای لایه‌های اصلی متعدد و انواع مختلفی از سلولها می‌باشد. لایه فوقانی پوست، اپیدرم نامیده می‌شود که حاوی ۳ نوع سلول است: سلولهای پهن فلس مانند روی سطح پوست که سلولهای فلسی نام دارند، سلولهای گرد که سلولهای پوست فلسی نام دارند، سلولهای گرد که سلولهای ایه نامیده می‌شوند و سلولهایی که ملانوسیت نام دارند و رنگ پوست شما را تعیین می‌کنند.

سلولهای پایه و سلولهای فلسی

انواع مختلفی از سرطانها در پوست شما می‌تواند ایجاد شود. عمومی ترین سرطانها، سرطان سلولهای پایه یا سرطان سلولهای فلسی است. سرطان پوست در کسانی که پوست روشن دارند و مدت زیادی در آفتاب سپری می‌کنند، شایعتر است. سرطان پوست می‌تواند در هر جایی از بدن ایجاد شود، اما در مکانهایی که بیشتر در معرض نور خورشید است مانند صورت، گردن، دستها و بازوها رایجتر است.

سرطان پوست به شکلهای گوناگونی به نظر می‌رسد عمومی ترین نشانه سرطان پوست تغییر در پوست است: مانند رشد غیر طبیعی یا ایجاد زخمی که ترمیم نمی‌شود. گاهی اوقات قلمبه‌ای کوچک ظاهر می‌شود. این قلمبه می‌تواند صاف، براق یا واکش مانند به نظر آید یا می‌تواند به رنگ قرمز قهوه‌ای باشد. سرطان پوست ممکن است به لکه پهن قرمز زبر یا فلس مانند باشد. هر درد یا کسالتی در پوست نشانه سرطان نیست ولی به محض دیدن تغییر در پوست خود آن را جدی گرفته و به پزشک مراجعه کنید.

ملانوم

ملانوم بیماری است مربوط به پوست که در آن سلولهای سرطان (بدخیم) در سلولهای رنگ دهنده پوست (ملانوسیت) یافت می‌شود. ملانوم معمولاً در بزرگسالان رخ می‌دهد، اما گاهی اوقات در کودکان و سالخوردگان نیز دیده شده است. پوست، بدن را در مقابل گرما، نور، عفونت و جراحت حفظ می‌کند. پوست از دو لایه اصلی تشکیل شده است: اپیدرم (لایه بالایی) و درمیس (لایه داخلی). ملانوسیتها در اپیدرم وجود دارند و حاوی ملانین می‌باشند که رنگ پوست را تعیین می‌کند. ملانوم گاهی اوقات به ملانوم جلدی یا ملانوم بدخیم معروف است.

ملانوم، نوع بدتری از سرطان پوست در مقایسه با سرطانهای معمولی پوست، سرطان سلول پایه یا سرطان سلولهای فلسی که در سلولها پایه یا سلولهای فلسی اپیدرم شروع می‌شوند، می‌باشد. مانند همه سرطانها، ملانوم در صورتی که در آغاز تشخیص داده شود بهتر درمان می‌شود. ملانوم می‌تواند به سرعت از طریق دستگاه لنفاوی یا خون در تمامی بخشهای بدن پخش شود.

نشانه‌های هشدار دهنده ملانوم

عمده نشانه‌های هشدار دهنده ملانوم عبارتند از: تغییر در اندازه، شکل یا یک خال، خونریزی از خال، احساس خارش، سفت شدن، ایجاد قلمبه، متورم شدن در محل خال یک احساس ناراحتی هنگام دست دادن، ملانوم همچنین می‌تواند به صورت خال جدید در بدن ایجاد شود. در مردان ملانوم بیشتر در ناحیه تنه (ناحیه از بدن بین شانه‌ها و لگن)، سر یا گردن ایجاد می‌شود ولی در زنان ملانوم بیشتر روی بازوها و پاها رخ می‌دهد. اگر این نشانه‌ها در کسی باشد بایستی به دقت توسط پزشک متخصص مورد معاینه قرار گیرد. در صورتی که یک خال یا ناحیه رنگی، طبیعی به نظر نرسد، پزشک با برش ظریفی در پوست و نمونه برداری، وجود یا عدم سرطان را تشخیص خواهد داد. این عمل باید توسط پزشک صورت گیرد و نحوه صحیح انجام کار بسیار اهمیت دارد.

چه عواملی باعث سرطان پوست می‌شوند؟

آفتاب سوختگی و نور آفتاب

آفتاب سوختگی و اشعه ماورای بنفش به سادگی می‌تواند به پوست صدمه بزند و این صدمه می‌تواند موجب سرطان پوست شود. میزان کل تشعشع خورشید طی سالها و در معرض خورشید قرار گرفتن به میزان زیاد که موجب آفتاب سوختگی می‌شود، می‌تواند باعث سرطان شود. بیشتر مردم تا سن ۱۸ سالگی ۸۰٪ در معرض خورشید بودن سراسر عمرشان را تجربه می‌کنند. بنابراین به والدین توصیه می‌شود که از کودکان خود محافظت کنند. بونزه شدن، واکنش پوست شما به پرتو فرابنفش است. در واقع برنزه شدن واکنش محافظتی برای جلوگیری از صدمه بیشتر پوست در مقابل نور خورشید است. از سویی این واکنش، پوست شما را از سرطان محافظت نمی‌کند. بخاطر داشته باشید که سرطان پوست خیلی به کندی رخ می‌دهد. آفتاب سوختگی که در این هفته در شما ایجاد می‌شود ممکن است در ۲۰ سال بعد یا بیشتر باعث ایجاد سرطان پوست شود.

وراثت

در صورتی که سابقه سرطان پوست در خانواده شما وجود دارد، شما احتمالاً در معرض خطر بیشتری هستید. کسانی که پوست تر دارند و از نژاد اروپای شمالی هستند، بیشتر مستعد سرطان پوست می‌باشند.

در حال حاضر میزان پرتو فرابنفش در مقایسه با ۵۰ تا ۱۰۰ سال گذشته بیشتر است و علت آن کاهش لایه اوزون (سوراخ شدن لایه اوزون) در جو زمین می‌باشد. هر چند لایه اوزون کمتر شود میزان رسیدن پرتو فرابنفش به زمین بیشتر می‌شود. سایر عوامل موثر عبارتند از: ارتفاع، عرض جغرافیایی و پوشش ابر. هر چه ارتفاع افزایش می‌یابد، پرتو فرابنفش قویتر می‌شود. در عرض جغرافیایی بالاتر، جو نازکتر نمی‌تواند پرتو فرابنفش را به اندازه‌ای که سطح دریا، تصفیه می‌شود، کاهش دهد. در خط استوا تشعشع خورشید قویتر است.

در قطب جنوب، شیلی و نیوزلند (زلاندنو) میزان پرتو فرابنفش بویژه در فصل بهار به علت سوراخ شدن لایه اوزون در نیمکره جنوبی خیلی بیشتر از میزان طبیعی است، عاملی که بطور واقعی پرتو فرابنفش را کاهش می‌دهد، پوشش ابر است. آب و هوای مرطوب با پوشش منظم ابر، ممکن است به میزانی کمتر از ۵۰ درصد دارای پرتو فرابنفش باشد. میزان واقعی پرتو تحت تاثیر چگالی ابرها است. اندازه گیریهای لایه اوزن در خطر استوا در سپتامبر ۱۹۹۵، موجود می‌باشد. گزارشهای سازمان ملل متحد، نشان می‌دهد که در سال جاری سرعت کاهش لایه اوزن بیشتر از آنچه که انتظار می‌رفت، بوده است. و منطقه‌ای به وسعتی بیش از اروپا، بطور مشخص میزان بیشتری از پرتو فرابنفش را دریافت کرده است.

چگونه می‌توان خطر سرطان پوست را کاهش داد؟

آفتاب سوختگی شدید می‌تواند خطر سرطان را به میزان ۵۰ درصد افزایش دهد. اثر پرتو فرابنفش روی پوست شما بستگی به شدت پرتو و طول مدت در معرض قرار گرفتن آن دارد. نحوه واکنش پوست شما به میزان پرتو تابیده شده به زمینه ژنتیکی تان بستگی دارد. از سویی اگر شما بندرت دچار آفتاب سوختگی می‌شوید مناطق حساس مانند لبهایتان، بینی و کف دستهایتان را باید محافظت کنید. از طرف انجمن پوست شناسی در مورد سرطان پوست توصیه‌های زیر ارائه شده است که برای کاهش خطر سرطان پوست به کار ببندید.

- خود را در معرض تابش نور خورشید بویژه در اواسط روز و بین ساعات ۱۰ صبح و ۳ بعد از ظهر کمتر قرار دهید.
- کرمهای ضد آفتاب حداقل با SPF-۱۵ یا بیشتر را در مناطقی از بدن که در معرض نور خورشید می‌باشد، به کار ببرید.
- کرمهای ضد آفتاب را هر دو ساعت یکبار حتی در روزهای ابری به کار ببرید. پس از شنا کردن یا عرق کردن، کرم را مجددا استفاده کنید.
- از لباسهایی استفاده کنید که تمام بدن شما را بپوشانید و روی صورت شما سایه ایجاد کنید. (کلاه‌های لبه‌دار هم بر صورت و هم بر پشت گردن شما سایه می‌افکند).
- از کودکان خود مراقبت کنید. از در معرض قرار گرفتن آنها در نور خورشید بویژه زمانی که شدت دارد (بین ساعت ۱۰ صبح تا ۳ بعد از ظهر) خودداری کنید. در ضمن کرمهای ضد آفتاب در کودکان ۶ ماهه و بالاتر استفاده کنید. از مصرف کرمهای ضد آفتاب برای کودکان کمتر از ۶ ماه جدا خودداری کنید. از در معرض قرار گرفتن کودک کمتر از ۶ ماه در نور خورشید جدا باید خودداری کنید.

سرطان پوست چگونه ایجاد می شود؟

پوست و بیماری های آن (قسمت دوازدهم)

در قسمت قبل درباره ی بیماری های پوستی "لیکن پلان"، "سالک" و "خارش پوستی" مطلبی را ارائه نمودیم . اینک در ادامه می خوانیم..

بیشتر سرطان های پوست فقط به طور موضعی رشد کرده و بافت های مجاور خود را گرفتارمی کنند ولی بعضی از آنها بخصوص ملانوم (سرطان سلول های رنگدانه) که نادرترین نوع سرطان پوست است، ممکن است از طریق سیستم گردش خون یا لنفاتیک گسترش یابد و به دورترین نقاط بدن برسد. چون ملانوم خصوصیات متفاوتی نسبت به دو نوع دیگر سرطان پوست دارد.

شایع ترین نوع سرطان پوست

سرطان سلول های پایه ای BCC است که به آهستگی رشد کرده و به ندرت گسترش می یابد ولی اگر این بیماری درمان نشود می تواند به استخوان های زیرین یا پوست اطراف گسترش یابد و مشکلات جدی ایجاد نماید. سرطان سلول های سنگفرشی SCC که کمتر از سرطان با سلول های پایه ای دیده می شود به ندرت می تواند رشد سریع داشته باشد. چون هر دو نوع این سرطان در صورت تشخیص زودهنگام به راحتی قابل درمان می باشند، بنابراین کشف زودرس و درمان مناسب اهمیت ویژه ای دارد. این سرطان های پوست تقریباً در تمامی نقاط پوست بدن می توانند ایجاد شوند ولی شایع ترین محل های ایجاد این تومورها، مناطق باز بدن مثل صورت، گردن، ساعد و پشت دست ها می باشد.

علل ایجاد سرطان پوست

مهمترین عامل شناخته شده سرطان پوست تماس های مکرر با اشعه ماورای بنفش در طی سال های طولانی است. هیچکس از ابتلا به سرطان پوست مصون نیست ولی کسانی که در معرض خطر بیشتری هستند عبارت اند از:

مردان و زنان با پوست روشن که دچار آفتاب سوختگی می شوند، افرادی که مدت زمان طولانی را در آفتاب سپری می کنند، مثل کشاورزان، دریانوردان و فروشندگان دوره گرد. (گرچه تماس با نور خورشید به طور مطلق قابل جلوگیری نیست ولی باید در افرادی که پوست روشن دارند، به حداقل کاهش یابد).

افراد با پوست روشن به علت فقدان مقادیر کافی ملانین که رنگدانه پوست است و در مقابل نور خورشید به صورت یک صافی عمل می کند، مستعد ابتلا به صدمات پوستی ناشی از تابش آفتاب می باشند. هرچه پوست تیره تر باشد، میزان ملانین آن بیشتر است. در سیاهپوستان به علت وجود مقادیر کافی ملانین، سرطان پوست نادر است. از طرف دیگر افراد آلبینو(زال) که در پوست خود فاقد ملانین هستند و محافظی در برابر اشعه ماورای بنفش نور خورشید ندارند، بسیار مستعد ابتلا به سرطان پوست می باشند. کسانی که به علل شغلی یا فعالیت ورزشی در معرض نور آفتاب شدید قرار می گیرند، باید از کرم های محافظ آفتاب و در صورت امکان از کلاه و دستکش های بلند استفاده نمایند. سایر عوامل مستعد کننده سرطان پوست که کمتر شایع است معمولاً در تماس طولانی مدت با ذغال، قطران، آرسنیک، روغن پارافین و رادیوم ایجاد می شود.

تشخیص

همه افراد باید نسبت به تغییرات غیرطبیعی پوست مثل زخم هایی که بهبود نمی یابند حساس باشند و با پزشک مشورت نمایند. فقط پزشک می تواند تشخیص دهد که کدام ضایعه خوش خیم ، کدام پیش سرطانی و کدام بدخیم است . در بسیاری از موارد ، پزشک برای رسیدن به تشخیص ، از ضایعه نمونه برداری می کند. نمونه برداری یک اقدام جراحی نسبتاً بدون درد است که در طی آن قسمت کوچکی از بافت منطقه مشکوک برداشته می شود و در زیر میکروسکوپ بررسی می گردد. اگر ضایعه به حد کافی کوچک باشد ممکن است کل آن در هنگام بیوپسی برداشته شود. نمونه برداری تنها راه قطعی تشخیص سرطان است. نمونه برداری از ضایعات خوش خیم باعث تبدیل شدن آن به ضایعه بدخیم نخواهد شد. همچنین نمونه برداری اگر صحیح انجام شود ، باعث گسترش بیماری به سایر نقاط نیز نمی شود.

درمان

اگر نمونه برداری، وجود سرطان یا ضایعات پیش سرطانی را نشان دهد، پزشک راجع به بهترین درمان آن ضایعه تصمیم گیری خواهد کرد. چهار روش کلی درمان ضایعات پوستی شامل جراحی، تخریب ضایعه پوستی با جراحی، تخریب ضایعه به وسیله یخ زدن آن کرایوتراپی و یا رادیوتراپی (اشعه درمانی) است.

اندازه ضایعه و محل آن مشخص کننده نوع درمان آن است. تمام این روش ها با ۹۵٪ موفقیت همراه است.

در بعضی از موارد، ترکیبی از این روش های درمانی استفاده می شود و گاهی نیز تکرار درمان ضروری به نظر می رسد. در سال های اخیر استفاده از پمادها یا محلول های دارویی مثل داروی ۵ - فلوئورواوراسیل در درمان بعضی از ضایعات پوستی توصیه شده است. میزان موفقیت در درمان سرطان پوست بستگی به اندازه، گسترش و نوع آن دارد. در سرطان های سلول های پایه ای و سلول های سنگفرشی، با تشخیص و درمان به موقع می توان به بهبودی کامل دست یافت.

ملانوم بدخیم

ملانوم بدخیم به ندرت دیده می شود، و میانگین سنی آن حدود ۵۳ سال است و ممکن است به اعضای دیگر گسترش یابد. ملانوم معمولاً خود را به صورت سفید، صورتی ، آبی یا خاکستری مخلوط شده نشان می دهد. معمولاً این بیماری به

صورت یک ضایعه ی زگیل یا خال مانند شروع می شود که شکل، اندازه و رنگ آن در حال تغییر است. ممکن است خارش و حتی در موارد نادر در اثر صدمات خفیف خونریزی داشته باشد. هرگونه تغییر در خال های سابق و یا ایجاد خال های بزرگتر از یک سانتی متر بلا فاصله باید مورد مشورت پزشکی قرار بگیرد.

ملانوم ممکن است به طور ناگهانی ایجاد شود یا در نزدیکی و یا بر روی خال ها و سایر نقاط تیره رنگ پوست ظهور یابد. بنابراین ضروری است که محل و شکل خال های خود را به طور کامل بدانیم تا متوجه تغییرات آن گردیم. نکات زیر می تواند علامت یک ملانوم باشد به این دلیل با مشاهده هر ضایعه رنگی با این خصوصیات باید سریع به پزشک مراجعه کرد:

- قرینه نبودن ، عدم مشابهت یک طرف ضایعه با طرف دیگر

- حاشیه نامنظم یا غیر مشخص

- تغییر رنگ از یک نقطه به نقطه دیگر (در منطقه ضایعه)

- قطر بیشتر از ۶ میلی متر

پزشک ممکن است برای اطمینان از تشخیص، مانند سایر انواع سرطان پوست، نمونه برداری انجام دهد. اگر ملانوم تشخیص داده شود، در این صورت مؤثرترین درمان، عمل جراحی است ولی سایر روش های درمانی نیز ممکن است استفاده شود. گرچه وسعت جراحی لازم برای ملانوم، بیشتر از سایر انواع سرطان پوست است ولی از لحاظ زیبایی نتایج بسیار خوبی خواهد داشت. اگر ملانوم در مراحل اولیه تشخیص داده و درمان شود نتیجه درمان بسیار خوب خواهد بود ولی در مراحل پیشرفته تر معمولاً به اعضاء دور دست منتشر می شود و نتیجه درمانی مناسبی نخواهد داشت. سایر اعضای خانواده فرد مبتلا به ملانوم در معرض ابتلا به این بیماری قرار دارند، به همین دلیل باید به طور مرتب توسط متخصص پوست معاینه گردند.

چگونه خود را در مقابل ابتلا به سرطان پوست محافظت کنیم؟

- بین ساعات ۱۱ صبح تا ۴ بعد از ظهر حتی الامکان در معرض نور خورشید قرار نگیرید.

- دست ها و پاهای خود را با پوشیدن لباس مناسب بپوشانید.

- از کرم های محافظ آفتاب مناسب استفاده کنید.

- از لامپ های مخصوص برنزه کردن استفاده نکنید.

- کودکان خود را در معرض نور شدید آفتاب قرار ندهید.

- محافظت از پوست در برابر آفتاب را به فرزندان خود بیاموزید.

کلید حفظ سلامت درمقابل سرطان پوست، ابتدا پیشگیری از آن و در صورت بروز، کشف زود هنگام و درمان مناسب آن است.

روش های تشخیص سرطان روده

در قسمت قبلی این مقاله با عنوان " سرطان روده بزرگ، خاموش و مرگبار "، انواع سرطان روده (کولون) و علائم بالینی آن را توضیح دادیم. حال درباره اقدامات تشخیصی آن صحبت می کنیم.

در اغلب موارد تشخیص این سرطان چندان مشکل به نظر نمی رسد. با کسب اطلاع درباره ی تغییر در اجابت مزاج، درد شکم و یا خونریزی می توان به انجام اقدامات تشخیصی مبادرت ورزید. از طرف دیگر، مدت زمان زیاد مورد نیاز برای تبدیل یک پولیپ به تومور بدخیم، این فرصت را به تیم درمانی می دهد تا بتوانند با برداشتن پولیپها تا حد زیادی از بروز سرطان جلوگیری کنند.

مهم ترین اقدامات تشخیصی و غربالگری که تا کنون مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته اند، شامل اقدامات ذیل است:

معاینه؛ تست خون مخفی در مدفوع (FOBT)؛ سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر؛ تنقیه باریم همراه با تزریق هوا؛ کولونوسکوپی اپتیکال و مجازی؛ آزمایش DNA مدفوع و اندازه گیری مارکرهای خونی.

*سیگموئیدوسکوپی قابل انعطاف:

نمونه برداری ضایعات کوچک حین سیگموئیدوسکوپی امکان پذیر است، اما برداشتن پولیپهای بزرگ تر (بیش از سانتی متر) نیازمند اقدامات بیشتر با کولونوسکوپی است. سیگموئیدوسکوپ قابل انعطاف به طول ۶۰ سانتی متر می تواند تا خم طحالی روده (در صورت تمیز بودن روده) را مورد ارزیابی قرار دهد، بدین معنی که تا حدود دو سوم ضایعات روده ای در مردان توسط این روش قابل دسترسی است.

*تنقیه باریم همراه با تزریق هوا:

روش DCBE که به دنبال اقدامات آمادگی روده انجام می شود، روش نسبتاً بی خطری بوده و امکان انجام آن در اکثر مراکز درمانی وجود دارد. گرچه بیمار حین آزمایش دردهایی را تجربه می کند، اما به تسکین شدید بیمار احتیاجی نیست و بعد از آزمایش می تواند به کارهای معمول زندگی ادامه دهد. در این روش تمام روده تحت بررسی قرار می گیرد و حساسیت آن در ردیابی تومور کولورکتال حدود ۸۵ درصد است. باریوم انما تنها حدود ۵۰ درصد ضایعات بزرگ تر از یک سانتی متر را ردیابی می کند و در مورد پولیپهای کوچک تر این عدد پایین تر است.

علاوه بر این پاسخ‌های مثبت کاذب این تست در موارد باقی ماندن تکه مدفوع، هوا یا سایر نامنظمی‌های احتمالی مخاط روده مشاهده خواهد شد. تا کنون هیچ مطالعه مشخصی که به تأثیر این روش بر کاهش مرگ و میر سرطان روده بزرگ دلالت کند در دسترس نیست، اما به نظر می‌رسد این تست با توجه به حساسیت بالای آن بتواند مقدار زیادی از مرگ و میرها را کاهش دهد. این روش هر ۵ سال یک بار توصیه می‌شود و برای کسانی پیشنهاد می‌شود که تمایل به انجام کولونوسکوپی ندارند و لازم است که تمام روده مورد بررسی قرار گیرد.

*کولونوسکوپی:

کولونوسکوپی روش ارجح و پیشنهادی برای غربالگری است. کولونوسکوپی یعنی بررسی روده توسط کولونوسکوپ (لوله قابل انعطافی که به داخل بدن فرستاده می‌شود و پزشک توسط آن می‌تواند داخل روده را ببیند). حساسیت آن برای پولیپ‌های بزرگ تر از یک سانتی‌متر بالای ۹۰ درصد است و تنها پولیپ‌هایی که در بین چین‌ها یا در موقعیت آناتومیک خاصی قرار داشته باشند، ممکن است از دید پزشک در امان بمانند. در این روش علاوه بر ردیابی ضایعات امکان برداشتن ضایعه نیز میسر است و در واقع هم یک روش تشخیصی و هم درمانی است و بعد از سن ۵۰ سالگی، هر ۱۰ سال یک بار در همه افراد توصیه می‌شود.

کولونوسکوپی با امکان رؤیت تمام روده، مشاهده پولیپ و برداشتن آن توانسته در میزان مرگ و میر و ابتلای به سرطان روده تأثیر بارزی بگذارد. سیگموئیدوسکوپی، مهم‌ترین عارضه کولونوسکوپی سوراخ شدگی است، که حدود ۰/۲ درصد موارد را شامل می‌شود (دو برابر موارد سیگموئیدوسکوپی). بیماری‌های همراه و سن بالای بیمار احتمال این عارضه را بالاتر می‌برد. این روش نسبتاً گران بوده و به آمادگی کامل روده نیازمند است. از آنجا که حین بررسی، تجویز داروهای مسکن و آرام بخش به بیمار ضروری است، بیمار بعد از کولونوسکوپی قادر به انجام فعالیت‌های روزانه نیست و باید استراحت کند.

*کولونوسکوپی مجازی:

کولونوسکوپی مجازی بعد از اقدامات آمادگی روده و تزریق هوا با دستگاه Spiral CT scan انجام شده و امکان مشاهده تمام مخاط روده را به صورت دو بُعدی و سه بُعدی میسر می کند. حساسیت آن در مطالعات مختلف بسیار متفاوت برآورد شده و در مجموع به نظر می رسد حساسیتی تقریباً نزدیک به کولونوسکوپی داشته باشد.

احساس ناراحتی بیماران در این روش نسبت به کولونوسکوپی اپتیکال کمتر بوده، احتیاج به داروهای مسکن ندارد و عوارض آن نیز کمتر است. همچنین انجام آن در زمان بسیار کمتری مقدور است. متتها کلیه بیمارانی که در آنها ضایعه‌ای یافت شود، باید متعاقباً تحت بررسی بیشتر با کولونوسکوپی اپتیکال قرار بگیرند. با این حال این روش هنوز به عنوان یک روش غربالگری توصیه نمی شود، چراکه احتیاج به اقدامات آمادگی دقیق روده دارد، بسیار گران است، در همه جا در دسترس نیست و همچنین اکثر پزشکان هنوز مهارت تفسیر نتایج آن را ندارند.

چه افرادی در معرض سرطان پوست قرار می گیرند؟

خوشبختانه اکثر مردم با راه های جلوگیری از سرطان پوست تا حدودی آشنایی دارند. استفاده از کرم های ضدآفتاب، پوشیدن لباسهای مناسب، قرار نگرفتن در مقابل نور مستقیم و عمودی خورشید و انجام معاینات منظم توسط متخصصان پوست، از آن جمله اند.

در میان سه نوع سرطان پوست، شایع ترین نوع که در ۸۰ درصد از موارد تشخیص داده شده است، " کار سینوما " یا وجود سلول سرطانی است. ممکن است این سلول به غدد لنفاوی و یا جریان خون نیز سرایت کند. حتی ملانوم فقط ۵ درصد از سرطان های پوست را تشکیل می دهد و در صورت تشخیص به موقع، قابل درمان است.

محققان می گویند: اگر تعداد کک و مک و خال های فرد زیاد باشد، بیشتر از بقیه در معرض ابتلا به سرطان پوست است. کک و مک کوچک با اشکالی نامنظم یا گرد و قهوه ای روشن است و خال اصولاً تیره تر از بقیه نشانه ها بوده و گرد می باشد.

تحقیقات نشان داده است افراد مبتلا به سندروم خال غیر عادی، ۴۰ تا ۶۰ درصد بیشتر از دیگران مبتلا به "ملانوم" می شوند. با این حال توصیه می شود در سال دو بار به متخصص پوست مراجعه کنید. هر خالی که خونریزی کند نشان از سرطان زا بودن آن نیست؛ یک خال برجسته ممکن است زخم شود و خارش ایجاد کند حتی خونریزی هم بکند؛ این خطر حتی در مورد خال های صاف و سطحی نیز که لباس با آن ها سایش دارد، صدق می کند. به طور حتم هر چیزی که بیش از یک بار خونریزی کند باید توسط پزشک مورد ارزیابی قرار گیرد.

به طور کلی مصرف منظم کرم های ضد آفتاب، پوست را از ابتلا به سرطان محفوظ می دارد. کرم های ضد آفتاب مانند پمادهای سوختگی که قبلاً استفاده می شد به پوست این امکان را می دهد که با صدمات حاصل از نور برخورد کند. دکتر "گدارل ریگل" در مورد مواد شیمیایی موجود در ضد آفتاب ها می گوید: هیچ مدرکی حاکی از این که کرم های ضد آفتاب می توانند منجر به سرطان شوند، وجود ندارد، البته اختلاف نظری نیز در این زمینه وجود دارد، زیرا برخی تحقیقات نشان داده اند افرادی که از کرم های ضد آفتاب استفاده می کنند، بیشتر در معرض ابتلا به سرطان پوست قرار می گیرند، اما این موضوع قطعیت نداشته و ثابت نشده است. این مسأله ممکن است به این دلیل باشد که افرادی که پوست روشن تری دارند و بدون استفاده از وسایل محافظ، ساعت های طولانی در معرض نور مستقیم خورشید قرار می گیرند، بیشتر به پوست خود آسیب می رسانند.

تومورهای چشمی

آقای دکتر، واقعا چشم هم دچار تومور و سرطان می شود؟

بله. شیوع این بیماری بین ۶ تا ۷ نفر در یک میلیون جمعیت تخمین زده می شود، البته در سیاه پوستان کمتر از سفید پوستان است.

شایع ترین تومورهای بدخیم چشم به دو دسته تقسیم می شوند که به آنها ملانوم و رتینوبلاستوم می گویند. مبنای این تقسیم بندی چیست؟

این تومورها برحسب اینکه در چه سنی دیده شود، تقسیم بندی می شوند. ملانوم در بزرگسالان و معمولاً در ۶۰ تا ۷۰ سالگی دیده می شوند و از سلول های رنگینه ای لایه انگوری چشم منشأ می گیرد. منظور از لایه انگوری چشم، مشیمیه، جسم مژگانی و عنبیه است.

ولی رتینوبلاستوم در سنین زیر ۷ سال شایع است. در ایران سن تشخیص این تومور در حدود ۳/۵ سالگی است.

از علل به وجود آمدن آن ن گفتید؟

عوامل مختلفی مثل اشعه خورشید و سیگار در بروز آن دخالت دارند.

علائم آن چیست؟

متأسفانه این تومور در مراحل اولیه هیچ علامتی را از خود نشان نمی دهد و معمولاً پس از گسترش علایمش ظاهر می شود حتی گاهی از طریق دست اندازی های فراوان آن به دیگر اندام ها (که بیشتر کبد است) تشخیص آن صورت می گیرد. به طور کلی تومور براساس اینکه از چه قسمتی منشأ گرفته باشد، علایم مختلفی بروز می دهد. مثلاً تومور مشیمیه ممکن است موجب کاهش دید شود. تومور جسم مژگانی با گسترش به سمت جلوی چشم، باعث جابجایی عدسی و بروز آب مروارید (کاتاراکت)، گلوکوم (آب سیاه چشم) و بالاخره جلو راندن عنبیه می شود و در این موقع خود را آشکار می کند.

راهی برای تشخیص زودتر این بیماری وجود دارد؟

معمولاً زمانی که بیمار هیچ گونه آگاهی از عارضه چشمی خود و هیچ علامتی ندارد، تومورهای رنگدانه ای درون چشمی با آزمایش روتین چشم به وسیله چشم پزشک تشخیص داده می شود.

در معاینه، تومور به صورت یک برجستگی گنبدی شکل با رنگ قهوه ای دیده می شود. در ۹۵ درصد از موارد، تومور با بررسی های چشم پزشکی قابل تشخیص است، اما می توان از آزمایش های تکمیلی مثل سونوگرافی برای نمایان شدن یک تومور جامد و همچنین برای تشخیص حجم گسترش تومور در درون چشم یا کاسه چشم استفاده کرد. در ضمن، انجام سی تی اسکن و MIR برای تشخیص خود تومور و گسترش آن بسیار مفید است.

روش درمان؟

قبل از شروع هر درمان، بررسی کامل برای تشخیص متاستازی های تومور (پخش تومور در بدن) الزامی است که از مهم ترین این بررسی ها، انجام تست های کبدی است. در چند دهه اخیر پیشنهاد می شد که پس از تشخیص تومور، سریعاً چشم تخلیه شود، ولی بعدها درمان های دیگری هم پیشنهاد شد. مثلاً برای تومورهای کوچک تر، لیزر درمانی یا حرارت درمانی و برای تومورهای بزرگ تر، درمان های رادیواکتیو تماسی یا تابش اشعه با انرژی بالا پیشنهاد شد.

شانس درمان چه قدر است؟

کلا پیش آگهی این تومور رنگینه ای خوب نیست. در تومورهای بزرگ، مرگ و میر بعد از پنج سال حدود ۵۰ درصد و در تومورهای کوچک حدود ۱۲ درصد است.

تومور های استخوان و سرطان استخوان ، پاسخ ساده به بیست سوال شایع

دکتر سام حاجی علیلو سامی جراح و متخصص بیماریهای استخوان و مفاصل و دارای بورس تخصصی ارتوپدی میباشد که فوق تخصص خود را در زمینه درمان تومورهای استخوان و بافت پیوندی و درمان سرطان استخوان احراز کرده اند. دکتر سامی در سال ۱۳۷۹ شمسی پس از گذراندن دوره فوق تخصصی خود در دانشگاه هاروارد آمریکا و بیمارستان های عمومی ماساچوست و بیمارستان کودکان بوستن آمریکا به ایران مراجعه و از همان تاریخ به عنوان دانشیار گروه ارتوپدی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران و بیمارستان ارتوپدی شفای یحیائیان واقع در خ. مجاهدین اسلام نرسیده به میدان شهدا شروع به کار کرده اند. دکتر سام حاجیعلیلو سامی علاوه بر فعالیت های آکادمیک و دانشگاهی ؛ در بیمارستان پارس تهران بعنوان سهامدار مشغول به درمان بیماران خود می باشند. کلینیک تومور های ارتوپدی هر شنبه صبح ها از ساعت ۹ الی ۱۲ در بیمارستان شفا و عصر روزهای زوج (شنبه-دوشنبه و چهارشنبه ها) در مطب خصوصی واقع در تهران خ. مطهری خ. قائم مقام شمالی نبش کوچه چهارم ساختمان پزشکان ۱۷۹ طبقه سوم بشماره تلفن ۸۸۷۳۰۸۰۵ دایر می باشد.

سخنی با خواننده

با وجود اینکه خوشبختانه تومور های استخوان و کیست استخوانی ضایعات نادری در سیستم اسکلتی هستند ولی درمان برخی موارد بخصوص تومر های بدخیم و سرطان استخوان مشکلات عدیده ای را برای بیمار و خانواده ایجاد می کند. آگاهی از نوع بیماری و سیر آن و راههای مقابله ؛ سپری کردن دوران پر اضطراب درمان را برای بیمار و خانواده آسانتر خواهد کرد. مشکلات خاصی که درمان این بیماران را از سایر ضایعات ارتوپدی متمایز می کند این است که اکثر این بیماران در سنین نوجوانی و جوانی به این نوع تومورهای استخوان مبتلا می شوند و این چه از نظر روانی و چه از نظر تشخیص و درمانی مشکل ساز است. این ضایعات چون نادر هستند حتی در مواردی همکاران بخصوص جوان گاه آنها را تشخیص نداده و این باعث می شود یا شروع درمان به تاخیر بیفتد و یا مداخله های درمانی نامناسب بروی بیماران انجام شود که در نهایت نتیجه نهائی درمان به آن صورت که مورد نظر می باشد حاصل نگردد.

در این وب لاگ کوشش شده است تا با زبانی ساده و در عین حال علمی به سوالات شایعی که اکثراً توسط بیمار و خانواده آنان مطرح می شوند پاسخ داده شود. بدیهی است در صورت وجود سوالات و مسائلی که هنوز ابهام انگیز می ماند ؛ میتوانید مستقیماً در وب لاگ مطرح و پاسخ آن را دریافت کنید. بسیار ممنون خواهم بود تا در بر طرف کردن مشکلات احتمالی در وب لاگ ما را راهنمایی و در رفع نواقص آن کمک کنید.

در صورت داشتن هر گونه سؤال و یا درخواست اطلاعات بیشتری در مورد بیماری خاص ؛ میتوانید مستقیماً از طریق وب لاگ آن را مطرح بفرمائید. لطفاً آدرس الکترونیکی و یا شماره تلفن خود را جهت ایجاد ارتباط مرقوم بفرمائید. آدرس پست الکترونیکی مولف samhaji@yahoo.com می باشد.

تومور چیست ؟

فرایند تکثیر سلول های بدن تحت کنترل عوامل خاصی صورت می گیرد که بهم خوردن این نظم باعث تکثیر غیر قابل کنترل سلولها در یک محیط و در نتیجه ایجاد یک توده خواهد شد که به آن اصطلاحاً تومور نیز گفته میشود . اینکه چه مسائلی باعث حذف فاکتورهای کنترلی در تکثیر و ازدیاد سلولها میگردد تا حد زیادی ناشناخته می باشد اگرچه فرضیه هایی برای آن مطرح می باشد که به آنها اشاره خواهد شد .

تومور استخوانی چیست ؟

اگر سلولهای استخوان ساز بدن که به آنها استئوبلاست نیز گفته میشود شروع به تکثیر غیرعادی و غیرقابل کنترل بکنند توده استخوانی در محل ایجاد میگردد که به آن تومور استخوانی گفته میشود .امروزه موتاسیونها و یا جهش های ژنتیکی را عامل اصلی بوجود آمدن اکثر سلولهای تومورال در بدن میدانند ولی اینکه چه عامل و یا عواملی باعث این جهش ها در هسته سلولهای بدن شخص می شود خیلی مشخص نمی باشد. عوامل ارثی و محیطی مانند ویروس ها و برخی از گازها و

مواد شیمیائی را موثر می دانند. بیماران برحسب محل توده و یا قابلیت دست اندازی آن به نقاط دیگر بدن از خود علائم خاص آن بیماری را نشان می دهند .

انواع تومورهای استخوانی کدامند؟

تومورهای استخوانی می توانند اولیه و یا ثانویه باشند . تومورهای اولیه توده هایی هستند که بطور اولیه از تکثیر سلولهای استخوان ساز در محل ایجاد میگردند . اگر تومورهای غیراستخوانی با سرایت به سیستم اسکلتی آن را دچار تخریب کنند به آن تومور ثانویه استخوان گفته میشود . این نوع تومورهای ثانویه و یا تومورهای متاستاتیک استخوان برخلاف نوع اولیه آن در سنین بالا دیده شده و یک نمونه بارز آن سرایت سرطان پستان به سیستم اسکلتی در خامنهایی است که قبلاً به دلیل سرطان پستان درمان شده اند .

تومورهای اولیه که در این سایت منحصراً در مورد آنها بحث خواهد شد می توانند خوش خیم بوده و یا سیر بدخیمی و سرطانی داشته باشند . تومورهای اولیه خوش خیم که انواع کیست های استخوانی نیز از آن دسته می باشند بسیار شایع تر از انواع بدخیم بوده و تمایل دارند تا بصورت خودبخود بهبودی کامل پیدا کنند در مقابل تومورهای اولیه بدخیم احتیاج به درمانهای دارویی و جراحی داشته و در سیر خود تمایل دارند تا از محل ابتدایی خود جدا شده و در نقاط دیگر بدن ایجاد توده بکنند که به این قابلیت آنها متاستاز گفته میشود و اکثراً این حالت در ریه ها اتفاق می افتد . شایع ترین نوع سرطان اولیه استخوان استئوسارکوم نامیده میشود .

درمان کیست استخوان و انواع تومورهای خوش خیم استخوانی چیست؟

کیست های استخوان از جمله ضایعات خوش خیم سیستم اسکلتی می باشند که بصورت نسبتاً شایع بخصوص در استخوان های بازو و ران بوجود می آیند. کلاً تومورهای خوش خیم استخوانی منجمله کیست های استخوان خوشبختانه به نسبت تومور های بدخیم استخوان بصورت شایعتری ایجاد میگردند. این ضایعات خوش خیم معمولاً علامتی نداشته و

اکثراً بصورت اتفاقی کشف می شوند. در موارد نادری این ضایعات باعث ضعیف شدن استخوان و در نتیجه ایجاد شکستگی پاتولوژیک می گردند. کیست ها و تومور های خوش خیم استخوان معمولاً نیازی به درمان جراحی ندارند و در برخی موارد بخودی خود بهبودی پیدا می کنند. در موارد خاصی که تخریب استخوان توسط تومر خوش خیم شدید باشد و یا اینکه ضایعه تمایل به رشد نشان دهد بیمار نیاز به انجام عمل جراحی و تخلیه تومور و پیوند استخوان خواهد داشت.

تعداد مبتلایان به سرطان استخوان به چه میزان است؟

اگرچه آمار دقیقی در دست نمی باشد ولی تصور می شود که از هر یک میلیون نفر جمعیت کشور در یک سال تعداد ۱۰ مورد بیمار مبتلا به سرطان اولیه استخوان می گردند. با این حساب تعداد مبتلایان به سرطان استخوان در کشور ما سالیانه حدود ۷۰۰ نفر باشد.

سرطان استخوان در چه کسانی و در کدام قسمت از بدن شایع تر است؟

متأسفانه سرطان اولیه استخوان اکثراً در گروه سنی نوجوان و جوان و بین ۱۰ الی ۳۰ سالگی شایع می باشد. نسبت ابتلا در دختران و پسران مساوی می باشد. شایع ترین محل بروز تومور در اطراف زانو، اطراف شانه و لگن خاصره می باشد.

علت ایجاد سرطان استخوان چیست؟

اختلالات ژنتیکی و تغییراتی که در قسمت های خاصی از هسته سلولی صورت می گیرد باعث تبدیل پروتین های غیر فعالی بنام پروتوانکوژن به نوع فعال آن بنام انکوژن ها می گردد. انکوژن ها پروتین هائی را در سلول تولید می کنند که نظم کنترل شده تکثیر سلولی را تحت تاثیر قرار داده و باعث ازدیاد سلولی و تکثیر بیش از حد آنها در بدن می گردند. اینکه چه

عواملی باعث این اختلالات ژنتیکی می گردند هنوز بخوبی مشخص نشده است. برخی عوامل محیطی مانند تابش اشعه های یونیزان و برخی مواد شیمیائی و همچنین برخی از ویروس ها در این امر مقصر شناخته شده اند.

نقش توارث و ژنتیک در ایجاد سرطان استخوان چیست و آیا افراد دیگر خانواده در معرض ابتلا می باشند؟

انطور که گفته شد تغییرات ژنتیکی عامل اصلی ایجاد اکثر تومرهای بدخیم میباشند ولی سرطان استخوان ارثی نمی باشد و این بدان معنی است که این تغییرات ژنتیکی پس از تولد در سلولها ایجاد میشود و از پدر و مادر به فرزندان منتقل نمی گردد. همچنین سرطان استخوان مسری نبوده و امکان ابتلا افراد دیگر خانواده برابر با افراد دیگر جامعه می باشد و بیشتر از آنها نیست.

آیا میتوان از بروز سرطان استخوان جلوگیری کرد؟

با توجه به اینکه علت اصلی ایجاد سرطان استخوان نا شناخته است بنظر می رسد نتوان از ابتلا به آن پیشگیری کرد ولی اجتناب از اشعه یونیزان و برخی مواد شیمیائی خاصی که در ایجاد تومر های استخوان موثر شناخته شده اند از ابتلا به سرطان استخوان جلوگیری می کند.

علائم سرطان استخوان کدام می باشد؟

درد اولین علامت می باشد. شروع آن خفیف می باشد که با مسکن های معمولی نیز بر طرف می گردد. با توجه به اینکه این تومور ها اکثراً در افراد جوان و فعال ایجاد می شود و در این مرحله معمولاً کوفتگی ها و ضربات حین ورزش را اشتباهاً عامل ایجاد درد قلمداد می کنند. به تدریج بر شدت درد افزوده شده و در نهایت درد حالت مداوم و طاقت فرسائی پیدا می کند و بخصوص درد شبانه شدید می باشد و اکثراً مانع از آن می شود که بیمار بخواب برود و یا پس از خواب از شدت درد بیمار بیدار بشود. در این مرحله رشد تومور سریع بوده و به بافت نرم اطراف نیز دست اندازی می کند و ایجاد

تورم در ناحیه را می‌کند. پس از ایجاد ورم است که خانواده‌ها متوجه جدیت موضوع شده و به پزشک مراجعه می‌کنند که در نتیجه با انجام رادیولوژی‌های خاص بیماری تشخیص داده می‌شود.

راه‌های تشخیصی چه می‌باشند؟ آیا تشخیص زودرس ارزشی دارد؟

وجود درد و تورم در اندام یک فرد جوان پزشک را بر آن می‌دارد که با عکس برداری ساده چرخه تشخیصی بیماری را شروع کند. معمولاً یک رادیوگرافی ساده برای تشخیص تومر استخوانی کفایت می‌کند اگرچه روش‌های پیشرفته رادیولوژیک جهت ارزیابی وسعت ضایعه لازم است. بیماران مبتلا به سرطان استخوان بر خلاف مبتلایان به سرطانهای احشائی و خون حال عمومی خوبی دارند و بجز موارد نادر علائمی مانند تب کاهش وزن و بی‌حالی در مراحل اولیه دیده نمی‌شود. هیچ یافته آزمایشگاهی نیز در تائید این بیماری وجود ندارد و قطعی‌ترین راه تشخیصی انجام نمونه برداری از تومور استخوان می‌باشد که این کار بایستی توسط همان پزشکی صورت گیرد که جراحی نهائی را بروی بیمار انجام خواهد داد.

درمان سرطان استخوان چیست؟

درمان سرطان استخوان نیاز به همکاری تیم‌های مختلف پزشکی و غیر پزشکی دارد. از بین پزشکان جراحان ارتوپدی که در جراحی تومورهای ارتوپدی دوره‌های تکمیلی دیده‌اند در راس کار قرار می‌گیرند. در کنار آنها پزشکان متخصص خون و انکولوژی؛ متخصصان پرتو درمانی؛ رادیولوژیست‌ها و پاتولوژیست‌ها قرار می‌گیرند. علاوه بر گروه پزشکی؛ مددکاران اجتماعی؛ متخصصان ساخت ارتوز و پروتز؛ روان‌شناسان و فیزیوتراپیست‌ها نقش مهمی در تکمیل تیم درمانی دارند. بیمار مبتلا به سرطان استخوان نیاز به انجام شیمی‌درمانی قبل و بعد از عمل و گاهاً انجام رادیوتراپی خواهد داشت. هدف از انجام جراحی خارج کردن ضایعه تومورال بطور کامل و با حاشیه مطمئن از بدن بیمار می‌باشد.

نقش شیمی‌درمانی و پرتودرمانی در درمان تومورهای بدخیم استخوان چیست؟

منظور از شیمی درمانی استفاده از داروهای شیمیائی جهت سرکوب سلول های سرطانی است که در نتیجه نه تنها حجم تومور در اندام کاهش یافته و جراح با سهولت بیشتری آن را خارج می کند؛ بلکه شیمی دزمانی به از بین رفتن کانونهای متاستاتیک کمک و از تشکیل متاستاز های جدید جلوگیری می کند. استفاده از روش های شیمی درمانی جدید و موثر تحولی را در سالهای اخیر در درمان تومور های سرطانی ایجاد کرده است و در نتیجه میزان شانس زندگی در این بیماران را تا چند برابر بیشتر کرده است. البته این دارو های شیمیائی عوارض ناخوشایندی مانند بی حالی و ضعف مفرط؛ حالت تهوع و استفراغ؛ ریزش مو و دیگر عوارض خونی و گاه قلبی را در بر دارد که خوشبختانه اکثر آنها موقت بوده و بیمار پس از شیمی درمانی به حال طبیعی خود باز میگردد. از بین سرطان های اولیه استخوان؛ استئوسارکوم و سارکوم یوئینگ نسبت به دارو های شیمی درمانی حساس تر می باشند. در رادیوتراپی یا پرتو درمانی اشعه هائی با طول موج های مختلف به ناحیه تومورال تابانیده می شود و در نتیجه سعی به کنترل تکثیر بی رویه آنها می گردد. برخی از سرطانهای استخوانی مانند سارکوم یوئینگ نسبت به پرتو درمانی بسیار حساس بوده و حتی در نواحی از بدن که از نظر جراحی غیر قابل دسترسی می باشند از پرتو درمانی جهت درمان لوکال و موضعی تومر استفاده می شود. عوارض کوتاه مدت رادیوتراپی محدود به تغییرات حاصل از سوختگی در پوست و سختی آن و بافت زیرین و بی حالی و حالت تهوع می باشد. در مان همزمان پرتو درمانی و عمل جراحی خطر باز شدن زخم ناحیه عمل و ایجاد عفونت های عمقی را افزایش می دهد و در دراز مدت احتمال ایجاد تومور های بدخیم دیگر در آن ناحیه را بالاتر می برد.

انواع درمانهای جراحی کدامند؟

در دوران گذشته برای درمان سرطان اولیه استخوان جراحان چاره ای جز قطع کردن اندام را نداشتند و حتی با آن وجود تعداد زیادی از بیماران در زمان کوتاهی دچار متاستازهای دور دست بخصوص به ریه ها شده و فوت می کردند. امروزه خوشبختانه با پیشرفت هائی که در امر تشخیص زودرس و بوجود آمدن پروتوکول های موثر شیمی درمانی و تکنیک های بالای جراحی شده است نه تنها در بسیاری از بیماران شانس زنده ماندن بالا رفته است بلکه در بیش از ۹۰ درصد آنها دیگر مجبور به قطع اندام نبوده و کیفیت بهتری از زندگی را نیز صاحب می شوند. در روش های مدرن جراحی امکان خارج کردن کل ضایعه تومورال و بازسازی اندام به روش های مختلف بیولوژیک مانند استفاده از آلوگرافت های استخوانی و یا استفاده از انواع پروتز های مفصلی وجود دارد.

عوارض احتمالی در حین و پس از درمان کدامند؟

مهمترین عوارضی که پیش آمدن آنها می تواند سیر درمان را تغییر دهد متاستاز تومور به نقاط دوردست و یا عود موضعی تومور در محل جراحی قبلی می باشد. حتی با وجود تمامی روش های موثر درمانی ممکن است تعدادی از سلول های بد خیم جان سالم بدر برده و در نهایت مجدداً در همان محل قبلی و یا جای دیگری ایجاد توده سرطانی کنند. اگرچه بوجود آمدن این عوارض بیمار و پزشک معالج را دچار یاس و نگرانی میکند ولی راههای درمانی برای مرتفع کردن هر کدام از عوارض فوق نیز پیشبینی شده است. عوارض دیگر از جمله عفونت ها؛ شکستگی ها و عوارض مربوط به شیمی درمانی به نسبت از اهمیت کمتری برخوردارند.

نقش تغذیه در درمان سرطان استخوان چیست؟

این سوالی است که اکثر بیماران از پزشک خود دارند. واقعیت اینکه با توجه به بیماری بدخیمی که این بیماران در بدن دارند و اینکه دوره های سنگین شیمی درمانی باعث کاهش محسوس اشتها و حالت تهوع و استفراغ می گردد این بیماران مقدار زیادی وزن و انرژی خود را از دست می دهند. در کنار آن انجام عملهای جراحی سنگین به همراه مصرف آنتی بیوتیک های قوی و طولانی مدت به این مشکل تغذیه بیشتر دامن میزند. در نتیجه این بیماران و بخصوص خانواده ها نگرانی شدید از لاغری مفرط داشته و در صدد رفع آن می باشند. توصیه می شود بیماران را تشویق به خوردن غذاهای سالم و طبیعی و راحت الهضم کنیم و از خوراندن مواد غذائی سنگین و پر چرب و یا انواع ترشیجات و ادویه ها بر هذر کنیم. همچنین بهتر است مقدار هر غذا در هر وعده کم ولی تعداد وعده ها را افزایش دهیم. نوشیدن هر گونه مایعات اعم از آب؛ چای؛ دوغ و نوشیدنی های بدون گاز دیگر بخصوص توصیه می گردد.

آیا امکانات کشور ما برای درمان این بیماران کافی است؟

خوشبختانه بخصوص در سالهای اخیر گام های بسیار مثبتی از طرف مسئولان در جهت تهیه و تدارک امکانات بهینه برای درمان بیماران مبتلا به سرطان استخوان در کشور برداشته شده است. به جرات میتوان گفت در حال حاضر تقریباً کمبود و محدودیتی در امر درمان این نوع بیماران در داخل کشور وجود ندارد. مراکز مجهز دولتی مانند بیمارستان شفای یحیائیان واقع در خیابان مجاهدین اسلام و بیمارستان میلاد تهران واقع در بزرگراه همت و بیمارستان خصوصی پارس تهران واقع در بلوار کشاورز تهران از آن جمله مراکزی هستند که آمادگی پذیرش بیماران را دارند.

هزینه تقریبی درمان بیماران چیست و به چه عواملی بستگی دارد؟

هزینه درمان بیماران مبتلا به تومور های استخوان در خارج از ایران تا حدود صد برابر بیشتر از داخل می باشد؛ با این وجود بخصوص در مورد تومر های بدخیم و سرطان استخوان بیماران در ایران مجبور به تقبل هزینه های نسبتاً بالائی می شوند. دوره های طولانی درمان و قیمت بالای داروهای شیمی درمانی و همچنین هزینه های گزاف وسایل مصرفی جهت عمل های جراحی مزید بر علت می باشند. محدودیت های مراکز دولتی در سرویس دهی به این بیماران و نداشتن پوشش مناسب بیمه درمانی نیز از جمله عواملی است که باعث بالا رفتن هزینه نسبی درمان این دسته از بیماران میگردد. با این وجود همانطور که گفته شد هزینه درمان بیماران مبتلا به تومر های استخوان در داخل کشور به نسبت خارج بسیار کمتر میباشد.

آیا امکان درمان قطعی و مادامالعمر برای بیماران مبتلا به سرطان استخوان وجود دارد؟

خوشبختانه با پیشرفت هایی که در امر تشخیص زودرس و درمان های موثر صورت گرفته است در صد به نسبت بالائی از بیماران در نهایت بر بیماری غلبه کرده و به آغوش اجتماع باز میگردند. البته اینکه تا چه حدی تشخیص زود داده شود و اینکه پروتوکل های درمانی و جراحی تا چه میزانی به موقع و منظم و بطور صحیحی انجام شود تاثیر بسزائی در موفقیت درمان دارد. متأسفانه حتی در بهترین مراکز درمانی جهان در صدی از بیماران با وجود دریافت به موقع و صحیح درمان در طی مراحل مختلف درمانی دچار مشکلاتی مانند متاستاز دور دست تومور و یا عود موضعی آن شده و در مقابل غول بیماری سر شکست فرود می آورند.

تحقیقات و درمانهای جدید درباره سرطان استخوان چیست؟

پیشرفت های بسیاری در فهم تغییرات خاص در هسته سلول و مهندسی ژنتیک بوجود آمده است. این اطلاعات تست های جدیدی را برای تشخیص و طبقه بندی سرطان استخوان فراهم کرده است. دانشمندان امید بسیاری دارند که این اطلاعات و راهکار های جدید راهگشای متد های موثر برای جلوگیری و درمان انواع سرطان های استخوانی قرار گیرد. همچنین پیشرفت های که در امر شناخت مقاومت ذاتی افراد بر تاثیر داروهای شیمی درمانی و راه های مقابله با آن بوجود آمده است؛ نوید آن را می دهد که داروهائی جدید با عوارض کمتر و قابلیت جذب سلولی بالاتر و اختصاصی تر توسط سلولهای سرطانی در آینده نزدیک تهیه گردد. استفاده از روش های ایمونوتراپی و درمان های تجربی دیگری که مقاومت سیستم ایمنی بدن را در مقابل سارکوم های بافت نرم و استخوانی بالا ببرد بطور موثری مورد آزمایش قرار گرفته است. در برخی از درمانها داروهائی مانند اینترلوکین ۲ استفاده شده است که سیستم ایمنی بدن را تا حد زیادی تقویت می کند. در ایمونوتراپی فعال؛ بیمار واکسن هائی دریافت می کند که آن باعث می شود سیستم ایمنی بدن سلول های سرطانی را شناسائی و از بین ببرد. همچنین می توان سلول های غیر طبیعی و سرطان زا را به آنتی بادی های مخصوص متصل کرد تا بطور خاص مورد شناسائی داروهای شیمی درمانی و اشعه ها قرار گرفته و در مقابل سلول های سالم بدن در مقابل اثرات داروها و پرتو درمانی مصون باقی بمانند.

استئو سارکوم چیست؟

استئوسارکوم و یا استئوژنیک سارکوما شایع ترین تومور بدخیم اولیه استخوان است که در سنین جوانی و اکثرا بین ۱۰ الی ۳۰ سالگی بوجود میاید. در طی این بیماری سلولهای بدخیم استخوان ساز شروع به تکثیر و ایجاد تومور می کنند. شیوع این بیماری سالیانه دو الی سه نفر به اذای هر یک میلیون نفر جمعیت می باشد بنابراین اینطور تخمین زده میشود که در کشور ما هر سال ۱۵۰ تا ۲۰۰ نفر مبتلا به این بیماری میشوند. اولین و مهمترین علامت بیماری درد میباشد و با پیشرفت آن تورم نیز در محل مبتلا ایجاد میگردد. این بیماری به نسبت مساوی بین دختران و پسران دیده می شود و شایع ترین محل درگیری در اطراف مفصل زانو می باشد. امروزه مو تاسیون های ژنتیکی را عامل اصلی ایجاد بیماری می دانند ولی

اینکه چه عامل و یا عواملی باعث این جهش های ژنتیکی می شود؛ نامعلوم است. امروزه با پیشرفت های که در درمان این بیماری بوجود آمده است خوشبختانه درصد بالائی از این بیماران بهبودی کامل پیدا کرده و به آغوش اجتماع باز میگردند. درمان استئوسارکوم عبارت است از چند مرحله شیمی-درمانی قبل از عمل جراحی و چند مرحله بعد از عمل. در عمل جراحی؛ جراح سعی به خارج کردن تومور و بازسازی اندام به نحوی که برای بیمار قابل استفاده باشد را میکند.

کندرو سارکوم چیست؟

کندروسارکوما پس از استئوسارکوم شایع ترین تومور اولیه بدخیم استخوانی در سنین نسبتاً جوانی است که در آن سلولهای بدخیم غضروف ساز تولید تومور می کنند. شیوع کندرو سارکوم نصف استئوسارکوم می باشد بنابراین آن طور حدس زده می شود که در کشور ما سالانه یکصد مورد جدید آن ایجاد می شود. کندروسارکوم گروه سنی وسیع تری را شامل می شود و از جوانی تا انتهای میانسالی و حتی در سنین بالا انواع آن مشاهده می شود. کندروسارکوم میتواند بطور اولیه و یا ثانویه به تومورهای خوش خیم موجود قبلی ایجاد شود و شایع ترین محل آن در بدن در حلقه لگنی و اطراف شانه است. همانند استئوسارکوم دلیل بوجود آمدن آن هنوز ناشناخته می باشد. درد و در مراحل بعدی تورم علائم اصلی این تومور استخوانی می باشد. کندروسارکوم به نسبت به درمانهای غیر جراحی مقاوم بوده و شیمی درمانی و رادیو تراپی در آن تاثیر چندانی ندارد. بهترین راه درمان آن خارج کردن ضایعه تومورال با حاشیه مطمئن از بدن می باشد. امروزه پیش آگهی درمان این بیماران به نسبت گذشته بهبودی چشم گیری یافته است.

سارکوم یوئینگ چیست؟

نوعی تومور بدخیم اولیه استخوان است که در آن سلول های مغز استخوانی دچار تغییراتی در هسته و کروموزوم سلولی گشته و سرطانی می شوند. به نسبت استئوسارکوم در گروه سنی پائین تری ممکن است ایجاد شود و برخلاف دیگر تومور های استخوانی ممکن است با علائم سیستمیک مانند تب و کاهش اشتها و وزن همراه باشد. همانند دیگر تومورهای بدخیم استخوانی درد شایعترین علامت اولیه آن می باشد که معمولاً ماهها قبل از تشخیص شروع می شود. شایع ترین محل ایجاد آن در تنه استخوانهای ران و ساق پا می باشد. سارکوم یوئینگ به خوبی به درمان های کمکی مانند شیمی

درمانی و پرتودرمانی پاسخ می دهد. پرو توکل درمانی آن به این صورت است که ابتدا پس از تشخیص بیمار شیمی درمانی میشود سپس عمل جراحی خارج کردن تومور با حاشیه امن صورت می گیرد و پس از جراحی مجدداً شیمی درمانی ادامه میابد. در صورتی که تومور بطور کامل با عمل جراحی نتواند خارج شود برای کنترل رشد آن می توان از پرتو درمانی نیز سود جست.

تومورهای بافت نرم کدامند؟

تومورهای بافت نرم به آن دسته از ضایعات تومورال اطلاق می شود که منشا غیر استخوانی داشته و از بافت پیوندی بدن مانند بافت چربی؛ عضله؛ عروق خونی؛ بافت عصبی و سایر بافت های همبندی بدن ریشه می گیرند. این تومورها به نسبت شایعتر از تومورهای استخوانی بوده و به دو گروه خوش خیم و بدخیم تقسیم می شوند. شایع ترین تومور خوش خیم لیپوما و شایع ترین تومور بدخیم لیپوسارکوما می باشد. تومورهای بافت نرم برخلاف تومورهای استخوانی حتی در مواقعی که بدخیم هم باشند معمولاً بی علامت بوده و اکثر بیماران به صرف داشتن برجستگی بدون درد به پزشک مراجعه می کنند. موارد استثناعی مانند همانژیوماها و تومورهای بافت عصبی دردناک هستند. اکثر این توده های بی علامت مدت های طولانی ممکن است ایجاد شده باشند و همانند تومورهای استخوانی در بیشتر موارد دلیل خاصی برای تشکیل آنها وجود ندارد گو اینکه عامل تروما و ضربه در درصد بالاتری از آنها به نسبت تومورهای استخوانی وجود دارد. برخی از انواع آنها مانند رابدومیوسارکوما در کودکان و انواع دیگر مانند لیپوسارکوما و هیستئوسیتوز فیروز بدخیم در افراد مسن دیده می شوند. ام-ار-ای روش رادیولوژیک بسیار موثری در تشخیص این دسته از ضایعات ارتوپدی می باشد. تومورهای خوش خیم اکثراً نیازی به مداخله جراحی ندارند و در بعضی از موارد بخودی خود از بین میروند ولی انواع بزرگتر (قطر بالای ۵ سانتی متر) و انواع عمقی بدلیل آنکه امکان بدخیمی در آنها بالاتر است نیاز به خارج کردن از بدن دارند. بعضی از تومورهای بافت نرم مانند رابدومیوسارکوم و سینوویال سارکوما به داروهای شیمی درمانی حساس می باشند. پرتو درمانی نیز در درمان تعدادی از تومورهای بافت نرم موثر می باشد.

تومورهای متاستاتیک به استخوان کدامند؟

این دسته از تومورهای استخوان در حقیقت شایعترین تومورهای بدخیم سیستم اسکلتی را شامل می شوند که برخلاف تومورهای اولیه استخوان اکثراً در سنین بالا بخصوص بالاتر از چهل سالگی دیده می شوند. آنها تومورهائی هستند که بطور اولیه در یک کانون دیگری در بدن ایجاد شده و سپس به استخوان انتشار پیدا می کنند که به آن متاستاز استخوانی نیز گفته می شود. معمول ترین آنها متاستاز تومور پستان در خانمها به استخوان می باشد. راه متاستاز این تومورها اکثراً از طریق رگهای خونی می باشد ولی طرق دیگری مانند انتشار از طریق سیستم لنفاوی و یا انتشار مستقیم و مجاورتی نیز امکان دارد. شایع ترین تومورهائی که تمایل به سرایت به سیستم اسکلتی را دارند عبارتند از سرطان پستان(در خانمها) سرطان پروستات(در آقایان) و سرطانهای ریه و کلیه ها و تیروئید که در هر دو جنس زن و مرد دیده می شود. اولین و مهمترین علامت هشدار دهنده این متاستاز وجود درد و سپس تورم در اندامها است و بهترین راه تشخیص این سرایت انجام اسکن ایزوتوپ استخوان در فواصل معین می باشد. گاهی اوقات میزان تخریب استخوان به اندازه ای است که موجب شکستگی استخوان می شود و به آن شکستگی پاتولوژیک اطلاق می گردد.

درمان این ضایعات متاستاتیک بسته به منشأ آنها و میزان انتشار در بدن متفاوت است. هدف اصلی در وحله اول درمان تومور اولیه می باشد و در اقدام بعد می توان تومور متاستاتیک به استخوان را نیز درمان کرد. راه های درمان معمولاً تلفیقی از درمانهای جراحی و درمانهای کمکی مانند پرتو درمانی؛ شیمی درمانی و هورمون درمانی میباشد. امروزه خوشبختانه با پیشرفتهائی که در امر تشخیص زودرس این تومورها صورت گرفته است کمکهای زیادی به این گروه از بیماران اعم از درمان قطعی و درمانهای نگاه دارنده کمکی را میتوان ارائه داد.

برای کدام بیمار آمپوتاسیون و یا عمل جراحی قطع اندام صورت می گیرد؟

احتمالاً عمل قطع اندام قدیمیترین روش جراحی در رشته ارتوپدی و یا حتی کل رشته های جراحی می باشد. در بررسی یافته های باستان شناسی و ترجمه متون بجا مانده این امر به دفعات اثبات شده است. به مرور و بخصوص پس از جنگهای جهانی اول و دوم تکنیکهای این روش جراحی بهتر و عوارض پس از عمل کمتر و کمتر شده است. امروزه در صورتیکه عمل جراحی بدرستی و با رعایت اصول انجام گیرد عوارض کمی در بر خواهد داشت. البته بدور از مسایل تکنیکی عوامل روحی روانی و بهم خوردن فورم طبیعی بدن در هر حال قبول این نوع روش درمانی را برای بیمار و وابستگان مشکل می

نماید بخصوص آنکه قطع اندام در برخی جوامع هنوز برای مجازات مجرمان مورد استفاده است موضوع را بغرنجتر می نماید. بایستی به این موضوع اعتراف کنم پس از سالیان سال جراحی برای بیماران مبتلا به تومورهای ارتوپدی و با علم به اینکه می دانم در شرایط خاص قطع اندام تنها راه درمان قطعی بیماری و منجر به نجات جان بیمار می گردد هنوز فکر انجام آن بسیار آزارنده و همران با تشویش و اضطراب و تالم روحی خودم می باشد. اندام هر چه قدر دور تر از بدن قطع گردد بیمار کارآئی بهتری در آینده برای استفاده از باقی مانده آن خواهد داشت مثلاً در بیمارانی که قطع اندام از زیر زانو شده اند به نسبت آنانی که بالای مفصل زانو قطع شده اند قابلیت حرکت به مراتب بهتر می باشد همچنین در قطع اندام تحتانی به نسبت اندام فوقانی امکان استفاده بهتری از اندام مصنوعی وجود دارد. در موارد خاص جراح از همان ابتدا تصمیم به قطع اندام برای درمان بیمار مبتلا به تومور بدخیم استخوان میگیرد. آن موارد عبارتند از تومورهای بزرگی که به شیمی درمانی و یا رادیوتراپی حساس نبوده و حجم آن با این دو روش کمکی کاهش نیابد؛ تومورهای حجیمی که شریان اصلی خون دهی اندام را دربر گرفته باشد؛ تومورهائی که باعث شکستگی هائی با جابجائی زیاد در استخوان مجاور خود کرده باشد؛ تومورهائی که با پاره کردن پوست به خارج از بدن گسترش کرده باشد و نمونه برداری ها و جراحی های غیر استاندارد که ممکن است قبلاً بروی اندام صورت گرفته باشد همگی از آن دسته اند. همچنین بطور ثانویه اگر پس از جراحی اولیه تومور بدخیم در محل قبلی خود عود کرده و مجدداً بوجود آید نیز جراح به فکر قطع اندام میافتد. همانطور که متوجه شدید، اگر جراح قبل و یا در حین عمل احساس کند که قادر به خارج کردن تومور بطور کامل و با حاشیه مطمئنی نیست تصمیم به قطع اندام می گیرد. خوشبختانه امروزه با پیشرفتهائی که در امر درمان سرطان استخوان شده در ۸۰ تا ۸۵ درصد موارد میتوان بدون نیاز به قطع اندام آن را درمان کرد ولی باید بدانید ممکن است در مواردی که ذکر شد از ابتدا و یا در مراحل دیگر درمان برای نجات جان بیمار و جلوگیری از پیشرفت بیماری مجبور به قطع اندام گردیم. امروزه با پیشرفت هائی که در علم ساخت اندام های مصنوعی که به آنها اصطلاحاً پروتز نیز گفته میشود به این گروه از بیمارانی که به هر دلیل دچار قطع عضو شده اند میتوان کمکهای بسیاری نمود زیرا چه از نظر ظاهر و چه کارآئی به نسبت قبل این پروتزها بسیار کارآمدتر و شکیلتر شده اند.

تومور مغزی

brain tumor

تومور مغزی به رشد یک توده غیر طبیعی در مغز که امکان دارد خوش خیم یا بدخیم باشد، اطلاق می شود. توجه داشته باشید که یک تومور خوش خیم مغز ممکن است به اندازه ی یک تومور بد خیم ناتوانی ایجاد کند، مگر این که به طور مناسب تحت درمان قرار گیرد.

انواع تومورهای مغزی

به طور کلی می توان تومورهای مغزی را به دو گروه اولیه و ثانویه تقسیم بندی کرد:

تومورهای اولیه آن هایی هستند که از مغز و پرده های پوشاننده آن (سخت شامه یا Dura mater) منشاء می گیرند.

تومورهای ثانویه از سایر مناطق بدن مثل ریه، پستان، دستگاه گوارش و... به مغز انتشار یافته اند و اصطلاحاً متاستاز نامیده می شوند.

از نظر شیوع، تقریباً هر دو مورد مشابه هستند و می توان گفت هر کدام نیمی از موارد را تشکیل می دهند. اما در برخی آمارها شیوع متاستاز، بیشتر از گروه تومورهای اولیه است.

از نظر میزان بدخیمی می توان متاستازها را تماماً بدخیم در نظر گرفت، در حالی که تقریباً نیمی از تومورهای اولیه خوش خیم هستند.

اگر چه احتمال پیدایش تومورها در هر سنی وجود دارد اما بیشتر در کودکان ۳ تا ۱۲ سال و بزرگسالان ۴۰ تا ۷۰ ساله مشاهده می شوند. اغلب تومورهای مغزی کودکان از نوع اولیه هستند.

علائم تومورهای مغزی:

تومورهای مغزی بسته به نواحی درگیر می توانند علائم بسیار متنوع و بعضاً گول زننده ای را پدید آورند.

بعضی از این علائم به حدی موذی و مرموز هستند که گاه حتی متخصصین را هم به اشتباه می اندازند. به اندازه ای که گاه ماه ها حتی سال ها زمان لازم است تا توموری تشخیص داده شود.

این علائم می توانند به صورت حاد و ناگهانی یا بسیار تدریجی و موزیانه پدید آیند.

محل درگیر، سرعت رشد تومور، میزان دقت فرد بیمار، سطح فرهنگی - اجتماعی او و بسیاری از موارد دیگر می توانند در سرعت تشخیص ارزش داشته باشند.

بعضی از علائم این تومورها عبارت هستند از:

سر درد، تشنجات، اختلال حافظه، تغییرات خلق و خو، اختلال در قدرت عضلانی بخشی از بدن، اختلالات حسی در بخشی از بدن، اختلال پیشرونده تکلمی و علائم متفرقه دیگر.

عوامل افزایش دهنده خطر

عوامل خطر ذکر شده در زیر مربوط به سرطان های سایر نقاط بدن که به مغز گسترش می یابند هستند:

* تغذیه نامناسب، به خصوص کم بودن فیبر غذایی عامل خطر سرطان روده

* سیگار کشیدن عامل خطر سرطان ریه

* مصرف الکل عامل خطر سرطان کبد

* قرار گرفتن بیش از حد در مقابل آفتاب عامل خطر ملانوم بدخیم پوست

* وجود یک سرطان دیگر در هر نقطه ای از بدن

عواقب مورد انتظار

در صورتی که تومور مغزی درمان نشود، آسیب دائمی مغز یا مرگ در انتظار بیمار خواهد بود.

رشد تومور به خارج توسط استخوان های جمجمه محدود می شود، بنابراین این مغز است که در اثر رشد تومور، تحت فشار قرار می گیرد. اگر تومور زود کشف شود و به سرعت جراحی شود یا تحت اشعه درمانی و شیمی درمانی قرار گیرد، بهبود کامل اغلب امکان پذیر خواهد بود.

عوارض احتمالی

ناتوانی یا مرگ، در صورتی که نتوان تومور را به علت اندازه یا جای خاص آن، تحت عمل جراحی قرار داد.

طرز تشخیص تومور

تشخیص تومور مغزی معمولا متضمن چند مرحله است؛ یک معاینه جسمانی و عصبی کامل می تواند پزشک را به وجود تومور مغزی مظنون سازد. بسته به نتایج حاصل از این معاینه، پزشک ممکن است برای دست یابی به تصاویر دقیق تر از

مغز یک سی تی اسکن یا ام. آر. آی درخواست کند.

ممکن است برای بررسی و مشاهده عروق خونی موجود در داخل و اطراف تومور مغزی به آرتریوگرافی (شریان نگاری) مغزی نیاز باشد. به آزمون هایی که سایر نقاط بدن را ارزیابی می کنند، ممکن است برای جستجوی خاستگاه تومور مغزی احتیاج شود.

ناگفته نماند نمونه برداری بافتی (بیوپسی) یعنی برداشتن تکه ای از تومور برای بررسی میکروسکوپی، در برخی از موارد برای شناسایی نوع تومور لازم است.

درمان

در صورت امکان، عمل جراحی و برداشتن تومور تا حد ممکن (تا به این ترتیب از فشار روی مغز کاسته شود).

امکان دارد از اشعه درمانی استفاده شود.

تومورهای خوش خیم معمولاً قابل معالجه هستند؛ هر چند گاهی محل تومور، برداشت کامل آن را غیرممکن می سازد. چنانچه توموری به داخل بافت مغز نفوذ پیدا کند، به طوری که برداشت کامل آن امکان پذیر نباشد، احتمال عود بیماری بعد از عمل جراحی وجود دارد. هم تومورهای خوش خیم و هم انواع بدخیم می توانند باعث اختلالات عصبی عمیق و جبران ناپذیر شوند. فراموش نکنید تومورهای بدخیم اولیه یا ثانویه قابل علاج نیستند. تومورهای مغزی ممکن است مسیر جریان مایع مغزی نخاعی در مغز را مسدود ساخته و با تجمع این مایع در داخل و اطراف نسج مغز باعث افزایش فشار بر ساختارهای مغز شوند. این یکی از عوارض جدی تومورهای مغزی است که اصطلاحاً به آن هیدروسفالی می گویند. برای دفع فشار و کاهش خطر آسیب بیشتر به مغز، گاهی تخلیه این مایع ضرورت پیدا می کند.

داروها

داروهای کورتیزونی برای کاهش تورم بافت مغز، داروهای ضد تشنج برای کنترل حملات تشنج، داروهای ضد درد، داروهای ضد سرطان.

فعالیت

تا حدی که قدرت شما اجازه می دهد فعالیت خود را حفظ کنید. کار، ورزش و فعالیت بدنی متوسط داشته باشید. زمانی که خسته می شوید استراحت کنید.

رژیم غذایی

رژیم غذایی عادی و متعادل داشته باشید. اگر قادر به خوردن غذای عادی نباشید، شاید اضافه کردن مکمل ویتامینی و مواد معدنی لازم باشد.

سرطان دهانه رحم

دومین سرطان مرگبار زنان

درباره سرطان دهانه رحم، دومین سرطان شایعی که موجب مرگ زنان می شود، چه می دانید؟ در کشور ما متأسفانه اطلاعات کمی در این باره وجود دارد، در حالی که به راحتی می توان از آن پیشگیری کرد، چون حداقل ۱۵ سال طول می کشد تا عامل آن، از یک ضایعه ی پیش سرطانی، یک سرطان تمام عیار بسازد. ضمن این که با معاینات دوره ای هر یک یا دو سال یک بار می توان آن را در مراحل اولیه تشخیص داد و به راحتی آن را ریشه کن کرد.

اگر می خواهید درباره سرطان دهانه رحم بیشتر بدانید، گفتگوی زیر را که با خانم دکتر نادره بهتاش، فوق تخصص سرطان های زنان و استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام داده ایم، بخوانید.

خانم دکتر، برای آشنایی بیشتر ما با سرطان دهانه رحم، کمی درباره این بیماری توضیح دهید.

سرطان دهانه رحم، دومین سرطان مرگبار بین زنان است که امروزه مشخص شده، عامل اصلی ابتلا به آن، نوعی ویروس است و در صورتی که این ویروس وجود نداشته باشد، این سرطان هم به وجود نخواهد آمد.

کدام ویروس؟

ویروسی به نام "ویروس پاپیلومای انسانی" یا به طور مخفف، "اچ پی وی (HPV)" که بیش از ۱۰۰ نوع از آن وجود دارد که ۱۵ نوع آن موجب بروز سرطان دهانه رحم می‌شود. این ویروس، عامل اصلی ابتلا به سرطان دهانه رحم است.

چه کسانی در معرض آلوده شدن به این ویروس و احتمالاً ابتلا به سرطان دهانه رحم قرار دارند؟

ببینید، این ویروس از طریق تماس جنسی با فرد آلوده انتقال می‌یابد و در نتیجه از عفونت‌های قابل انتقال از طریق تماس جنسی محسوب می‌شود. بنابراین در افرادی که در سنین باروری و پس از بلوغ قرار دارند، بروز این عفونت و ابتلا به سرطان ناشی از آن، بیشتر مشاهده می‌شود. همچنین در کشورهای غربی که روابط پرخطر جنسی و کنترل نشده و خارج از ضوابط خانواده دارند و زنانی که با چند نفر روابط جنسی دارند، خطر ابتلا بیشتر است.

یعنی خانم‌های یائسه به سرطان دهانه رحم مبتلا نمی‌شوند؟

بله، حتی شدت سرطان دهانه رحم در بانوان یائسه به مراتب شدیدتر است، چون این بانوان پیش از رسیدن به سنین یائسگی به این ویروس آلوده شده‌اند، اما به علت سهل‌انگاری یا نداشتن اطلاعات به پزشک مراجعه نکرده‌اند، لذا بیماری

پیشرفت کرده و کیفیت درمان و زندگی آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. در حقیقت وقتی خانمی به این ویروس آلوده می‌شود، دست کم ۱۵ سال طول می‌کشد تا مبتلا به سرطان دهانه رحم شود و در این مدت برای ریشه‌کنی ویروس و بازگشت به حالت طبیعی و سلامت فرصت کافی وجود دارد، البته با معاینه منظم و مرتب. اما سهل‌انگاری برابر است با افزایش شدت سرطان دهانه رحم در دوران یائسگی.

در کشور ما به چه صورت است؟ آیا آماری در این باره وجود دارد؟

در کشور ما به علت حاکمیت فرهنگ اسلامی، انتقال از طریق روابط پر خطر جنسی، بسیار کم یا ناچیز است، اما نکته مهم این است که با ازدواج‌های مکرر که طبیعتاً افراد را در معرض تماس‌های جنسی متعدد (حتی مشروع و قانونی) قرار می‌دهد، احتمال بروز سرطان دهانه رحم افزایش می‌یابد که البته همین موضوع نیز با پیگیری و معاینه منظم و مراجعه به پزشکان به مراتب کاهش، و کیفیت درمان بیماران و زندگی آنان افزایش می‌یابد.

در کشور ما به علت نبود آمار دقیق و پژوهشی در این زمینه و آمارگیری کلی از سرطان‌های رحم و دهانه رحم که دقت آمارها را زیر سوال می‌برد، متأسفانه نمی‌توان گفت که به‌طور دقیق چه تعداد از زنان به این بیماری مبتلا می‌شوند.

خانم دکتر، درباره معاینه منظم و مراجعه مرتب به پزشکان و بیماریابی و مراجعه افراد و شیوه‌های آن توضیح می‌دهید.

همان‌طور که گفتم، زنان پس از رسیدن به سن بلوغ و باروری و به ویژه پس از ازدواج که تماس جنسی وجود دارد، در معرض خطر ابتلا به سرطان دهانه رحم قرار دارند. بنابراین بانوان از همین سنین باید به فکر معاینه منظم دستگاه تناسلی به ویژه رحم و ضمایم آن باشند و پس از انجام تست "پاپ اسمیر" که جدیدترین روش آن نیز در ایران انجام می‌گیرد، از بابت بیماری خود اطلاعات کافی به دست آورند. البته ما متخصصان زنان، و به ویژه من و همکارانم که در زمینه سرطان‌های دستگاه تناسلی زنان به صورت فوق تخصصی فعالیت می‌کنیم، به خانم‌ها توصیه می‌کنیم در سنین زیر ۱۸ سال باردار نشوند، چون احتمال ابتلا به سرطان دهانه رحم در این گروه سنی بیشتر است. اما به هر حال هر قومی، فرهنگ

خاص خود را دارد، هر خانمی که به سن بلوغ و باروری می‌رسد و به ویژه کسانی که ازدواج کرده‌اند، و بالطبع روابط زناشویی دارند باید سالی یک بار یا دست کم هر دو سال یک بار تا آخر عمر برای معاینه رحم و دهانه رحم و نمونه برداری و انجام آزمون پاپ اسمیر به پزشک‌شان مراجعه کنند و در صورت ازدواج در سن زیر ۱۸ سال بهتر است از این دوران تا آخر عمر برای انجام چنین مراقبت‌های بهداشتی به پزشک مراجعه کنند.

اگر کسی مادرش به سرطان دهانه رحم مبتلا شده باشد، امکان ابتلای دختر خانواده به این بیماری وجود دارد؟

درباره برخی سرطان‌ها مانند سرطان پستان، بافت رحم (نه دهانه رحم)، دستگاه گوارش و مواردی دیگر ممکن است ابتلا به سرطان تحت تاثیر مسایل ژنتیک قرار گیرد، اما درباره سرطان دهانه رحم باید گفت که این نوع سرطان در اثر تماس جنسی و آلودگی به ویروس پاپیلومای انسانی است. بنابراین، این نوع سرطان فقط اکتسابی است و منشا ارثی ندارد.

حالا که صحبت از ویروس پاپیلومای انسانی شد، لطفا درباره واکسن این ویروس که به تازگی به بازار آمده است برایمان بگویید.

این واکسن برای پیشگیری از ابتلا به سرطان دهانه رحم تولید شده است و به تازگی به بازار دارویی آمریکا وارد شده است که هنوز گران و تا حدودی غیر قابل دسترس است. صحبت‌هایی شده که آن را برای مردم کشورمان و دست کم افرادی که بیشتر در معرض خطرند، تهیه کنیم. این واکسن را باید برای دختران ۹ تا ۱۱ ساله و بزرگ‌تر به کار برد تا پیش از رسیدن به سن بلوغ، آنتی‌بادی علیه این ویروس در بدن بانوان به وجود آید و حتی در صورت آلودگی به ویروس، از فعالیت آن در جهت ایجاد ضایعات سرطانی پیشرفته جلوگیری کند. میزان تاثیر این واکسن، حدود به صد در صد است، بنابراین در صورت ورود به کشور، استفاده از آن به همه بانوان در سنین باروری توصیه می‌شود.

تشخیص و درمان سرطان ریه

در ادامه ی مطلب قبلی با عنوان "سرطان ریه و علائم آن"، در اینجا خانمدکتر ام‌البین پاک نژاد، متخصص داخلی و فلوشیپ فوق تخصصی ریه به یک سری سئوالات دیگر در این رابطه پاسخ می دهند.

۱- روش‌های تشخیصی سرطان ریه کدام است؟

روش‌های تشخیص در این بیماران باید مرحله به مرحله انجام گیرد، ولی متأسفانه در مرحله‌ای که سلول‌ها دچار تکثیر و نامنظمی در تکثیر می‌باشند، نمی‌توان آن را تشخیص داد.

وقتی سرطان ریه تشخیص داده می‌شود که از نظر رشد به مرحله‌ای رسیده که در عکس سی تی اسکن می‌تواند خود را نشان دهد. روش‌های تشخیصی دیگر مثل بررسی خلط از نظر سلول‌های سرطانی، عکس سینه، سی تی اسکن و در صورت نیاز برونکوسکوپی و گرفتن نمونه از برونکوسکوپ از دیگر روش‌های تشخیص سرطان ریه می‌باشد.

۲- آیا تشخیص زودرس بیماری امکان‌پذیر است؟

تشخیص زودرس بیماری به خود بیمار وابسته است. اگر این افراد زود متوجه شوند و به پزشک مراجعه کنند بیماری معمولاً زود تشخیص داده می‌شود، ولی معمولاً بیماران وقتی مراجعه می‌کنند که شاید کم‌تر از ۱۰ تا ۱۵ درصد می‌توانند از درمان قطعی استفاده کنند.

معمولاً بیماران آن‌قدر دیر مراجعه می‌کنند و بیماری به حدی پیشرفته می‌شود که هیچ کاری نمی‌توان کرد. متأسفانه در مواردی نیز که بیمار به موقع و زود مراجعه می‌کند، وقتی پزشک به او می‌گوید که توده در ریه دارد و باید جراحی شود، چون حال عمومی خوبی دارد، معمولاً زیر بار نمی‌رود و اصلاً نمی‌خواهد قبول کند که دچار این مشکل است و آن‌قدر صبر می‌کند که متأسفانه ریه کاملاً درگیر می‌شود و یا آن‌قدر دیر جراحی می‌کند که نمی‌شود کار مثبت زیادی کرد.

۳- روش‌های درمان این بیماری کدام است؟

با توجه به این که سرطان ریه از نظر بافت‌شناسی انواع مختلفی دارد، درمان نیز براساس نوع سرطان متفاوت است و متأسفانه درمان قطعی وجود ندارد.

درمان‌های کمکی که در کنار درمان اصلی انجام می‌گیرند، عبارتند از: شیمی درمانی و رادیوتراپی و همچنین لیزرتراپی. یک سری درمان‌های حمایتی مثل تامین اکسیژن برای بیمار و درمان عفونت‌های عارض شده نیز همراه درمان اصلی انجام می‌شود.

۴- در درمان بیماران مبتلا به سرطان ریه با چه مشکلاتی مواجه هستید؟

در درمان سرطان ریه پیش‌ترین مشکل عدم پذیرش بیماری توسط خود بیمار می‌باشد که پزشک را مجبور می‌کند از نظر بررسی بیماری عقب بماند. ولی خوشبختانه با تکنیک‌های خاصی که امروزه موجود می‌باشد (از این نظر کشور ما فرق زیادی با روش درمانی‌های کشورهای پیشرفته ندارد) تا حد زیادی چنان که بیماران در مراحل اولیه به پزشک مراجعه کنند، می‌توان از درمان‌های مطلوبی استفاده نمود و نتایج خوبی از نظر بهبودی به دست آورد.

۵- افراد مبتلا به سرطان ریه باید چه اقداماتی را انجام دهند؟

وقتی شخصی دچار سرطان ریه شود عملاً نمی‌شود آن را درمان کرد و بهترین راه، پیشگیری در این زمینه می‌باشد. در این رابطه بیمارانی که سیگاری هستند حتماً باید تحت نظر پزشک باشند و پزشک بر اساس ضرورت، آزمایش‌های مربوطه را درخواست می‌نماید و بررسی خلط انجام می‌شود و از نظر وجود سلول‌های سرطانی با توجه به حال عمومی بیمار کارهای لازم صورت می‌گیرد.

هر چه فاصله زمانی بین تشخیص سرطان ریه و شروع درمان بیشتر باشد اوضاع وخیم‌تر خواهد شد. این نکته حایز اهمیت است که وقتی پزشک برای بیمار تشخیص می‌گذارد باید به پزشک خود اعتماد کنند. در مطالعات انجام شده، معلوم شده که پس از این که برای بیمار تشخیص بیماری توسط پزشک گذاشته می‌شود، بیماران به پزشکان مختلفی جهت صحت یا

رد تشخیص مراجعه می‌کنند و همین مراجعه به پزشکان مختلف می‌تواند باعث تأخیر در مرحله درمانی شود. معمولاً روش‌های درمان در بیماران مبتلا به سرطان ریه، خیلی متفاوت نمی‌باشد و هر چه فاصله زمانی بین تشخیص و شروع درمان بیشتر باشد اوضاع وخیم‌تر خواهد شد.

۶- چند درصد بیماران به درمان جواب مثبت می‌دهند؟

اگر بیماری در مراحل اولیه تشخیص داده شود امکان درمان تا حد زیادی بالا می‌رود، ولی هرچه قدر از مدت زمان ابتلا به بیماری بیشتر می‌گذرد امکان درمان تا حد زیادی پایین می‌آید و حتی در مراحل از بیماری عملاً درمان قطعی وجود ندارد.

۷- آیا بعد از درمان امکان عود وجود دارد و چگونه می‌توان از عود جلوگیری کرد؟

بله بعد از درمان چنانچه بیمار با پزشک خود رابطه نزدیکی نداشته باشد و مرتباً تحت نظر پزشک نباشد، به احتمال قوی بیماری عود می‌کند. در نتیجه توصیه می‌شود که بیماران حتماً به طور دائم با پزشک خود در ارتباط باشند و تحت نظر پزشک اقدامات درمانی را ادامه دهند.

امکان ابتلا به سرطان ریه در فردی که سیگار می‌کشد نسبت به کسی که سیگار نمی‌کشد، ۷۰۰ بار بیشتر می‌شود.

۸- توصیه کلی شما به افرادی که در معرض این بیماری قرار دارند کدام است؟

کسانی که با فرد سیگاری زندگی می‌کنند و خودشان سیگار نمی‌کشند توجه داشته باشند قطعاً باید از تماس با افراد سیگاری خودداری کنند.

به افراد سیگاری توصیه می‌شود که سیگار نکشند، چون با سیگار کشیدن هم به خود ضرر می‌رسانند و هم به افراد غیرسیگاری که در کنار آن‌ها زندگی می‌کنند. باید عوامل زمینه‌ساز که همراه سیگاری‌ها وجود دارد را کم کنند.

لازم به ذکر است که ۹۰ درصد افرادی که به سرطان ریه مبتلا می‌شوند سیگاری هستند، پس توصیه می‌شود که سیگار نکشند. در مورد ترک کردن سیگار باید این شعار مدنظر باشد که امروز نسبت به دیروز دیر است و فردا نسبت به امروز دیر می‌باشد.

تشخیص زود هنگام سرطان سینه

سامانه‌ی تشخیص رایانه‌ای نه تنها به متخصصان پرتوشناسی در تشخیص دقیق‌تر کمک می‌کند، بلکه می‌تواند کوچک‌ترین توده‌های سرطانی را در مراحل اولیه در سینه‌ی زنان جوان تشخیص دهد.

به گزارش پایگاه اینترنتی healthscout.com استفاده از این روش نوین تصویربرداری به همراه روش‌های قدیمی تشخیص سرطان سینه، تا ۱۶۴ درصد تشخیص توده‌های کوچک را بهبود می‌بخشد.

با این روش می‌توان توده‌های یک سانتی متری یا کوچک‌تر را در زنان تشخیص داد.

به علاوه این روش تشخیصی در زنان جوان قابل استفاده است، به عبارتی سن تشخیص تا ۵ سال کمتر می‌شود.

دکتر تومی ای کوپلز از بیمارستان ریچارد مموکیال در کلمبیا در مدت سه سال نزدیک به ۲۸ هزار غربالگری سرطان سینه را انجام داد.

از این تعداد ۱۹ هزار غربالگری با استفاده از سامانه‌ی ماموگرافی به کمک رایانه انجام شد.

تشخیص سرطان سینه با این روش جدید تا ۱۶ درصد و تشخیص توده های سرطانی کوچک تر از یک سانتی متر تا ۱۶۴ درصد بیش تر شد.

علاوه بر سرطان های کوچک، تشخیص سرطان های مهاجم، ۱۱۶ درصد و سرطان در مرحله ی اول ۷۲ درصد افزایش داشت.

توده های سرطانی تهاجمی چنانچه در مراحل اولیه تشخیص داده نشود، به ویژه در زنان جوان کشنده است.

با این روش می توان حتی زنان جوان را با توده های سفت تر و متراکم پستانی به راحتی ماموگرافی کرد.

در این زنان سرطان هم سریع تر رشد می کند و هم تشخیص آن در بافت های متراکم سینه سخت تر است.

تجمع پولیپها در روده بزرگ

برخی از بیمارانی که به ما متخصصان گوارش مراجعه می کنند، ممکن است با تشخیص هایی نظیر پولیپ روده مواجه شوند. بیشتر این بیماران پس از آنکه می فهمند پولیپ همان توده های کوچکی است که در روده بزرگ یا راست روده ظاهر می شود، دچار نگرانی می شوند و تصور می کنند که سرطان گرفته اند اما در یک جمله باید گفت که اغلب پولیپها خوش خیم و غیرسرطانی هستند.

پولیپها از پوشش داخلی روده بزرگ منشأ می گیرند. معمولاً هیچ علامتی ندارند و اغلب به طور تصادفی کشف می شوند. به عنوان مثال در خلال یک آزمایش غربالگری جهت کشف سرطان روده بزرگ یا در طی آزمایشی که به منظور دیگری انجام شده است. از آنجا که این پولیپها در صورت عدم درمان ممکن است به سرطان تبدیل شوند لذا باید آن ها

را خارج کرد. همان طور که گفته شد پولیپ ها علایم خاصی ندارند اما گاهی اوقات می توان از تغییر در اجابت مزاج، وجود خون در مدفوع (غیرقابل رویت) و ترشحات مخاطی از مقعد به وجود پولیپ شک کرد. البته پولیپ های روده بزرگ انواع و اقسامی دارند که در زیر درباره آن ها توضیح داده خواهد شد.

پولیپ های هیپرپلاستیک

شایع ترین نوع پولیپ ها، پولیپ های هیپرپلاستیک هستند. آنها معمولا قطری حدود ۵ میلی متر دارند. این پولیپ های ظریف معمولا برای سلامتی مضر نیستند اما اگر قطرشان بیش از یک سانتی متر شود باید خارج شده و از نظر سرطانی یا پیش سرطانی بودن بررسی شوند.

پولیپ های آدنومایی

پولیپ های آدنومایی (آدنوم ها) نیز شیوع بالایی دارند. آنها براساس شکل میکروسکوپی خود به سه گروه مختلف تقسیم بندی می شوند: لوله ای، لوله ای- پرزی و پرزی. شایع ترین آن ها آدنوم های لوله ای هستند که معمولا قطری حدود یک سانتی متر دارند. آدنوم های پرزی کمترین شیوع را دارند. بیش از نیمی از آنها حداقل یک سانتی متر قطر دارند. آدنوم های لوله ای- پرزی مشخصات هر دو گروه قبلی را دارا هستند. حدود نیمی از افراد بالای ۶۰ سال در برهه ای از زندگی خود به آدنوم مبتلا می شوند. واقعه ای که با افزایش سن شیوع بیشتری می یابد. پولیپ های آدنومایی دارای پتانسیل سرطانی شدن هستند. معمولا هرچه اندازه پولیپ افزایش یافته و مشخصات پرزی آن بیشتر شود، احتمال بدخیم شدن آن نیز افزایش می یابد. برای پیشگیری از سرطانی شدن، باید این پولیپ ها برداشته شوند. بیشتر اوقات این کار از طریق کولونوسکوپی صورت می گیرد. در کولونوسکوپی، یک لوله فیبر نوری باریک و قابل انعطاف از طریق مقعد به راست روده وارد شده و در روده بزرگ بالا می رود. اگر تنها چند سلول پولیپ دچار سرطان شده باشند، می توان با برداشت پولیپ از طریق کولونوسکوپی، سرطان را با موفقیت درمان کرد. اگر پزشک نگران انتشار سرطان از طریق پولیپ باشد، به شما پیشنهاد می کند قسمتی از کولون را که دچار پولیپ شده است، به همراه بافت ها و غدد لنفاوی اطراف آن از طریق جراحی خارج کند.

پولیپ‌های التهابی

تصور می‌شود این پولیپ‌ها از آسیب یا التهاب پوشش داخلی روده بزرگ، به عنوان مثال ناشی از کولیت اولسراتیو به وجود می‌آیند. این پولیپ‌ها نادر بوده و معمولاً برای سلامت مضر نیستند.

پولیپ نوجوانان

پولیپ نوجوانان نادر بوده و بیشتر در سنین کودکی روی می‌دهند. این پولیپ‌ها را می‌توان به سهولت از طریق کولونوسکوپی خارج کرد. پولیپ‌های نوجوانان و پولیپ‌های مشابه آن که در سندرم پوتز-جگر ایجاد می‌شوند، اختلالات ارثی هستند.

پولیپ‌های ارثی

بیشتر پولیپ‌هایی که در روده بزرگ ایجاد می‌شوند، غیر ارثی هستند اما پولیپ‌های ارثی نیز در بعضی خانواده‌ها روی می‌دهد. یکی از اختلالات مسبب پولیپ روده بزرگ که معتقدند به شدت ارثی می‌باشد، پولیپوز آدنومایی فامیلی نام دارد. مشخصه این اختلال نادر، وجود تعداد بسیار زیادی پولیپ، حداقل ۱۰۰ و اغلب ۱۰۰۰ یا بیشتر، در کل طول روده بزرگ است. این پولیپ‌ها ممکن است علامتی ایجاد نکنند یا شاید باعث خون ریزی از مقعد شوند. این پولیپ‌ها گاهی در روده کوچک نیز ایجاد می‌شوند.

این بیماری معمولاً در خلال نوجوانی بروز می‌کند. حالتی را که در آن پولیپوز آدنومایی فامیلی با تشکیل تومورهای خوش خیم در سایر نواحی بدن، همراه باشد "سندرم گاردنر" گویند. پولیپوز آدنومایی فامیلی به طور قطع به سرطان تبدیل خواهد شد. این حالت یک درصد از کل علل سرطان روده بزرگ، راست روده را شامل می‌شود. در بیشتر موارد، به محض تشخیص بیماری، برداشت کل روده بزرگ توصیه می‌شود. باید بستگان خونی فرد مبتلا، در سنین نسبتاً پایین حدود ۱۰ تا ۱۲ سالگی، از نظر وجود این بیماری بررسی شوند. در صورت کشف بیماری، مبتلایان تحت بررسی و درمان مناسب قرار می‌گیرند.

خوشبختانه بیشتر پولیپ‌ها خوش‌خیم و غیرسرطانی هستند.

طرز تشخیص

بیشتر پولیپ‌های روده بزرگ در خلال غربالگری روده بزرگ (از نظر سرطان) یا در طی بررسی آن به منظور یافتن علت خونریزی از مقعد حین اجابت مزاج یا درد شکم کشف می‌شوند. بسته به نوع پولیپ، پزشک معاینات دوره‌ای یا برداشت پولیپ را توصیه می‌کند. به یاد داشته باشید پولیپ آدنومایی دارای استعداد ذاتی سرطانی شدن است. به نظر می‌رسد اگر نه همه موارد سرطان روده بزرگ راست روده، اما بیشتر آنها از یک پولیپ آدنومایی منشأ می‌گیرند. علاوه بر این، گاهی اوقات پولیپ‌های روده بزرگ می‌توانند مشکلاتی از قبیل خونریزی و انسداد را ایجاد کنند.

اصول درمان

بیشتر پولیپ‌ها پس از تشخیص خارج می‌گردند زیرا به این طریق احتمال بدخیم شدن آن‌ها برای همیشه از بین می‌رود. در اغلب موارد، برداشت پولیپ‌ها عمل نسبتاً ساده‌ای است. اگر نتوان تومور را از طریق کولونوسکوپی خارج کرد، از اعمال جراحی دارای کمترین میزان تهاجم استفاده می‌شود. اگر شما قبلاً به پولیپ‌های آدنومایی مبتلا بوده‌اید در معرض خطر رشد پولیپ‌های جدید خواهید بود. به همین دلیل پزشک به شما توصیه می‌کند به منظور تشخیص و برداشت پولیپ‌های جدید به طور منظم تحت معاینه قرار گیرید. در افراد مبتلا به پولیپ‌های مادرزادی، احتمال ایجاد سرطان روده بزرگ، راست روده تا سن ۴۰ سالگی حدود ۱۰۰ درصد خواهد بود. به همین دلیل پزشک توصیه می‌کند برای پیشگیری از بروز سرطان، کل روده بزرگ خارج شود. ممکن است بیمار به یک عمل جراحی دیگر به منظور ایجاد راهی جایگزین برای خروج مدفوع نیاز داشته باشد.

بیماری هوچکین چیست؟

هوچکین (Hodgkin) یک نوع خاص از لنفوم یا سرطان است که با رشد غیر طبیعی سلول‌ها در دستگاه لنفاوی همراه است. پیشرفت‌های جدید در زمینه تشخیص و درمان این بیماری باعث شده است که تعداد زیادی از بیماران بهبود یابند.

در این بیماران با تشخیص زودرس و درمان مناسب، میزان بهبود افزایش خواهد یافت. گرچه بیماری هوچکین ممکن است در تمامی سنین دیده شود، شایع ترین سن شیوع آن بین ۲۰ تا ۵۰ سالگی است.

بیماری هوچکین در یک منطقه دستگاه لنفاوی و معمولاً در گره لنفی ایجاد می شود. اگر این بیماری به موقع کشف و درمان نشود، ممکن است در تمام دستگاه لنفاوی پخش گردد. هوچکین می تواند باعث درگیری ریه، اعضای داخل شکم و استخوان ها شود. با گسترش بیماری، گویچه های سفید طبیعی کاهش یافته، در مقابله با عفونت ها اختلال ایجاد می شود. بنابر این بیماران مبتلا به هوچکین ممکن است مستعد ابتلا به عفونت های گوناگون گردند.

دستگاه لنفاوی در کجا یافت می شود؟

بیماری هوچکین در دستگاه لنفاوی ایجاد می شود. دستگاه لنفاوی از شبکه عروقی کوچکی که به آنها عروق لنفاتیک می گویند، به همراه بافت های لنفاوی که محل تجمع لنفوسیت ها بوده و شامل گره های لنفاوی و بافت های دیگر می باشند، تشکیل شده است. عروق لنفاتیک مسئول باز گرداندن مایعات میان بافتی به گردش خون سیستمیک هستند. بافت های لنفاوی در بیشتر بافت های بدن به ویژه طحال، کبد، مغزاستخوان و روده یافت می شوند.

در طی مسیر عروق لنفاوی، تجمع های دانه ای شکل کوچکی از لنفوسیت ها یافت می شود که به آنها غدد لنفاوی می گویند. عمل این غدد، حذف ناخالصی ها و باکتری های موجود در لنف است.

گره های لنفاوی در همه نقاط بدن پراکنده اند. در گردن، زیر بغل و کشاله ران به راحتی یافت و لمس می شوند. این غدد معمولاً از دانه تسبیح بزرگتر نیستند ولی در صورت ایجاد عفونت یا بیماری های دیگر بزرگ می شوند. یک گره لنفاوی بدون درد بزرگ شده، اگر بیشتر از یک ماه باقی بماند باید به پزشک مراجعه کرد.

علل بیماری هوچکین

برخی از محققان عقیده دارند که بیماری هوچکین در اثر مقابله دستگاه دفاعی بدن در برابر یک تحریک خارجی مثل یک ویروس ایجاد می شود. این بیماری در کشورهای در حال توسعه که در آنها افراد جامعه تا زمان بلوغ تماس فراوانی با عوامل عفونت زا داشته اند، کمتر دیده می شود. این بیماری در کشورهای توسعه یافته صنعتی که در آنها کودکان تا سن ۱۰ سالگی با بیماری های شایع اطفال تماس نداشته اند، بیشتر دیده می شود. با این حال دانش ما راجع به علت بیماری هنوز ناکافی است.

تشخیص بیماری

چون علت بیماری هوچکین نا معلوم است، در حال حاضر پیشگیری از آن امکان پذیر نیست. ولی تشخیص زود هنگام و درمان مناسب نتایج خوبی به همراه دارد.

معمولاً اولین علامت، پیدا شدن یک غده لنفاوی بزرگ و بدون درد است که معمولاً در گردن و گاه در زیر بغل یا کشاله ران دیده می شود. این غدد لنفاوی گاه در هنگام استحمام یا اصلاح کردن موهای بدن کشف می شوند. غدد لنفاوی ممکن است در اثر عفونت ها یا بیماری های دیگر غیر از بیماری هوچکین نیز بزرگ شوند ولی غده لنفاوی که بیش از یک ماه بزرگ بماند چه دردناک باشد چه نباشد باید توسط پزشک معاینه گردد. غده لنفاوی عفونی معمولاً دردناک است.

گاه علائم دیگری نیز در بیمار مبتلا به هوچکین دیده می شود که عبارتند از:

- تب طول کشیده ای که علت آن مشخص نیست.

- عرق شبانه توجیه ناپذیر. گاه این تعریق آن قدر زیاد است که بیمار مجبور به تعویض ملحفه می گردد.

- خارش بدن

- دردهای غیرطبیعی پشت یا شکم

- کاهش وزن غیر طبیعی

- تنگی نفس

بیشتر موارد هوچکین به ویژه اگر در مراحل اولیه شناسایی گردد، قابل درمان است. بنابر این برای کشف احتمالی غدد لنفاوی بزرگ شده، گردن، زیربغل و کشاله ران، خود را به طور منظم معاینه کنید.

این علائم در بیماری های دیگری غیر از هوچکین نیز شایع است ولی در صورت بروز این علائم برای از دست ندادن شانس تشخیص زود هنگام این بیماری، باید به پزشک مراجعه کرد.

پس از مراجعه به پزشک، وی تاریخچه کاملی از وضعیت پزشکی فرد تهیه می کند. آنگاه معاینه پزشکی به عمل خواهد آمد. اگر حالت غیرطبیعی درگره لنفاوی مشاهده نماید، آن گره لنفاوی برداشته می شود و در زیر میکروسکوپ مطالعه می گردد. این آزمایش مشخص خواهد کرد که ضایعه خوش خیم یا بدخیم است.

اگر نتیجه نمونه برداری مشخص کند بیماری هوچکین است، آزمایش های تکمیلی زیرانجام می شود:

- پرتونگاری قفسه سینه

- آزمایش خون

- لنفاژیوگرافی: به معنی تزریق ماده حاجب به داخل سیستم لنفاوی و سپس تهیه رادیوگرافی از آن که نشان دهنده وضعیت سیستم لنفاوی و میزان گسترش بیماری در آن است.

- سی تی اسکن شکم

- آزمایش مغز استخوان

- نمونه برداری از اعضای داخل شکم برای نشان دادن گسترش بیماری به این اعضا

ممکن است انجام تمام این بررسی ها در یک فرد لازم نباشد. تصمیم گیری در باره بررسی های لازم توسط پزشک معالج صورت خواهد پذیرفت.

درمان

بیماری هورچکین به خوبی به درمان پاسخ می دهد. در بیشتر موارد بیماران به طور سرپایی درمان می شوند. درمان بیمار می تواند با پرتو درمانی یا شیمی درمانی یا ترکیبی از هر دو صورت پذیرد.

در پرتو درمانی سعی می شود با استفاده از پرتوهای پرنرژی X یا اشعه های ناشی از کبالت در منطقه درگیر شده توسط بیماری، سلول های سرطانی با حفظ بافت های سالم از بین برده شوند. خوشبختانه در مراحل اولیه، آسیب بیماری به دستگاه لنفاوی محدود می باشد و از این رو درمان مناسب با پرتودهی به قسمتی یا تمام دستگاه لنفاوی باعث بهبود بیماران خواهد شد.

شیمی درمانی برای از بین بردن سلول های سرطانی در تمام بدن استفاده می شود. پزشکان مقادیری از داروهای شیمی درمانی را استفاده می کنند که با حداقل صدمه به بافت های سالم بدن بتوان سلول های سرطانی را از بین برد. داروهای شیمی درمانی در تقسیم و رشد سلول های سرطانی اثر گذاشته و باعث تأخیر رشد سلول ها می شود و بیماران ترکیبی از شیمی درمانی و پرتودرمانی را دریافت می کنند.

هر دو روش درمانی ذکر شده می تواند عوارض نامطلوبی را ایجاد نماید. پرتو درمانی ممکن است باعث واکنش پوستی، تهوع، استفراغ و احساس خستگی شود. تمامی این عوارض را با استراحت مناسب و تغذیه خوب می توان تخفیف داد. بعد از قطع پرتو درمانی، این عوارض از بین خواهد رفت.

شیمی درمانی ممکن است باعث تهوع، استفراغ، اسهال، ریزش مو، کم خونی، خونریزی خود به خود، افزایش بروز عفونت و همچنین زخم های دهانی شود. این عوارض در تمام بیماران دیده نمی شود، در تمام آنها نیز به یک شدت ظاهر نمی گردد و بعد از درمان از بین خواهد رفت.

آشنایی با تومورهای استخوان

bone tumors

اختلال های استخوانی به انواع ضایعات منفرد، متعدد، منتشر، تغییر دهنده شکل استخوان، عفونت و انواع تومورها تقسیم می شوند.

تومورهای استخوانی می توانند از هر بخش استخوان که شامل بافت استخوان، غضروف، عضله، بافت چربی و عصبی است، رشد کنند.

تومور اولیه استخوان، توموری است که از بافت استخوان منشاء می‌گیرد و ممکن است خوش خیم یا بدخیم باشد.

تومور ثانویه استخوان که شایع‌تر نیز می‌باشد از نواحی دیگر بدن مانند سینه، پروستات، تیروئید، ریه و کلیه آغاز و به استخوان سرایت می‌کند.

علائم تومورهای اولیه و ثانویه استخوان:

درد، تورم و ضعف استخوانی از علائم شایع هستند.

تومورهای خوش خیم:

تومورهای خوش خیم استخوان فقط باعث ضخیم شدن سطح استخوان می‌شوند و حالت تهاجمی به بافت‌های مجاور را ندارند و تشکیل بافت نرم و حساسیت به لمس دیده نمی‌شود.

این تومورها به انواع مختلف تقسیم می‌شوند که برخی از آن‌ها عبارت هستند از:

انکندروم (enchondroma):

تومورهای بزرگ شونده و حاوی لکه‌های کلسیم می‌باشد که بیشتر در استخوان‌های دست به وجود می‌آید.

کیست های ساده استخوان (simple bone cyst):

در کودکان و جوانان به صورت اتفاقی در استخوان های ران و بازو دیده می شود.

کیست های آنوریسمی استخوان (bone aneurysm cyst):

بیشتر به دنبال یک تومور اولیه زمینه ای در مهره ها و استخوان های بلند یا لگن در کودکان و جوانان دیده می شود، اما سرطانی نمی باشند. این کیست ها گاه به سرعت بزرگ شده و مهاجم به نظر می رسند اما کاملاً خوش خیم هستند.

تومورهای اولیه استخوان:

این تومورها به انواع مختلف تقسیم می شود که برخی از آن ها عبارت هستند از:

استئوسارکوم (osteosarcoma):

شایع ترین نوع سرطان اولیه است که اغلب در سنین ۵ تا ۲۰ سال دیده می شود. منشاء این تومور در بافت تازه یک استخوان در حال رشد می باشد که بیشتر در زانوها و بازوها است و اغلب با درد و تورم و حساسیت به لمس در ناحیه بالا و پائین زانو مشخص می شود.

در اغلب موارد قبل از این که این سرطان تشخیص داده شود، تومور در قسمت های مختلف بدن پخش شده است.

یوئینگ سارکوما (ewing sarcoma):

این سرطان نیز بیشتر در کودکان و نوجوانان شایع است و معمولاً از مغز استخوان های بلند مانند استخوان ساق و دنده ها و لگن و بازو منشاء می گیرد و می تواند استخوان را برای شکسته شدن مستعد سازد.

کندروسارکوم (chondrosarcoma):

از غضروف استخوان های لگن، شانه و قسمت بالای ران منشاء می گیرد و بیشتر در سن ۳۰ تا ۵۰ سال دیده می شود و نسبت به سایر موارد رشد آهسته تری دارد.

تومورهای ثانویه استخوان:

تومورهای ثانویه از سایر نواحی بدن منشاء گرفته و از نوع اولیه شایع تر هستند و در سنین بالا دیده می شوند و با احساس درد استخوان که معمولاً از هنگام شب شروع می شود، مشخص می گردند.

استخوان های دنده، ستون مهره ها، جمجمه، لگن، ران و بازو بیشتر درگیر می شوند.

درمان

درمان بسته به نوع تومور، اندازه، محل، سرعت و پیشرفت آن و سن بیمار متغیر است، ولی معمولاً از روش های جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی و هورمون درمانی استفاده می شود.

کانسر پستان

پستان ها از بافت غددی، چربی و بافت فیبرو یا همبندی تشکیل شده اند. بافت پستان به تغییر در سطح هورمون های مثل استروژن و پروژسترون در طول سیکل قاعدگی پاسخ می دهد. هورمون ها سبب تغییرات در میزان مایع موجود در پستان ها می شوند. این حالت سبب دردناک شدن مناطق فیبرو می شوند. بافت پستان خانم ها دائماً در حال تغییر است. این تغییرات در طول سیکل قاعدگی، بارداری، شیردهی و پس از یائسگی نیز روی می دهند. همراه این تغییرات طبیعی ممکن است مشکلاتی بروز کند که اکثر این مشکلات جزئی هستند اما مواردی نیز ممکن است جدی باشند.

در صورتی که از داروهای هورمونی مثل قرص های جلوگیری از بارداری؛ درمان جایگزینی در یائسگی یا هورمون های کاشتنی مثل نورپلانت استفاده شود نیز تغییراتی در پستان ها ایجاد می شود.

مشکلات پستان در خانم ها

اکثر مشکلات پستان علائم بسیار جزئی ایجاد می کنند. با توجه به اینکه همه خانم ها در خطر سرطان قرار دارند، شما باید در مورد وضعیت بافت پستان اطلاعاتی داشته باشید. معاینات دوره ای توسط خود شما به این امر کمک می کند. در صورت احساس هرگونه تغییری به پزشکتان مراجعه کنید.

اکثر مشکلات پستان بخصوص در زنان جوان خوش خیم هستند. علائم شایع شامل موارد زیرند:

توده ها (که ممکن است در یک ناحیه از پستان یا در تمام پستان لمس شود)

ترشح از پستان

مناطق دردناک

بیماری های خوش خیم پستان

شایعترین وضعیت بیماری خوش خیمی به نام تغییرات فیبروکیستیک است. علائم تغییرات فیبروکیستیکی شامل درد، خارش، تومور و حساسیت است. احتمالاً این علائم در هر دو پستان رخ می دهد.

همچنین ممکن است کیست هایی ایجاد شود، کیست کیسه ی کوچکی است که با مایع پر می شود و ممکن است قطر آن هر اندازه ای باشد . در اکثر موارد کیست ها اندازه های متفاوت داشته و در طول سیکل قاعدگی یا در یائسگی تغییر اندازه دارند. معمولاً این کیست ها در خانم های ۲۵-۵۰ ساله ایجاد می شوند. همچنین ممکن است پس از یائسگی نیز در خانم هایی که درمان جایگزینی هورمونی دریافت می کنند دیده شود.

یک نوع شایع دیگر از تغییرات پستان فیبروآدنوم نام دارم. اینها توده های توپر و خوش خیمی هستند که در اکثر موارد زنانی که دچار تغییرات فیبروکیستیک یا فیبروآدنوما هستند در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به سرطان پستان نیستند. با این حال باید این گونه تغییرات را نیز به پزشک اطلاع دهید.

کanser پستان

کanser پستان شایعترین کanser زنان است و افراد مبتلا به آن متحمل دشواری های فراوان می شوند. در مواردی نیز منجر به مرگ می شود. با وجود منابع اطلاعاتی و تحقیقاتی بی شمار در این مورد، هنوز عموم مردم در جامعه ما به اندازه کافی در این مورد مطلع نیستند.

کanser پستان همان تومور بدخیم پستان است که در واقع رشد بیش از حد سلول های غیر طبیعی در بافت پستان است. در پستان ها غددی وجود دارند که پس از زایمان شیر تولید و ترشح می کنند. به راه هایی که از این غدد به نوک پستان می رسند و شیر آنها جاری می شوند مجاری یا duct گفته می شوند. بافت پستان از لب ها (B)، مجاری (C و A)، بافت چربی (E)، بافت همبند، عضلات (F) و بافت لنفاتیکی تشکیل شده است . کanser ممکن است در هر یک از قسمت های پستان ایجاد شود.

انواع سرطان پستان

همه موارد سرطان پستان شبیه هم نیستند. موارد سرطان پستان هم از نظر نوع سلول ها و هم از نظر مرحله بیماری و میزان گسترش آن با هم متفاوت هستند. برای تشخیص نوع و مرحله بیماری ممکن است از روش های متعددی استفاده شود.

برخی عوامل سبب افزایش خطر ابتلا به این نوع بیماری می شوند که به آنها عوامل خطر می گویند

چه کسانی در معرض خطر کانسر پستان قرار دارند؟

همه خانم ها به خصوص در سنین بالای ۵۰ سال

زنانی که مادر یا خواهر آن ها مبتلا به کانسر پستان باشند. (سابقه فامیلی)

اولین بارداری در سن بالا (بیش از ۳۰ سالگی) یا عدم بارداری.

افرادی که چربی زیاد مصرف می کنند یا چاق هستند.

زنانی که دچار بعضی از تومورهای خوش خیم هستند ممکن است در معرض خطر باشند.

سابقه فردی سرطان پستان، آندومتر، تخمدان، روده بزرگ

مصرف اخیر قرص های جلوگیری از بارداری

مصرف اخیر درمان جایگزینی هورمونی

آیا بین مصرف هورمون ها (قرص های جلوگیری از بارداری) و سرطان پستان رابطه ای وجود دارد؟

برخی از خانم ها در مورد ارتباط بین سرطان پستان و قرص های هورمونی جلوگیری از بارداری سؤال می کنند. به نظر

نمی رسد روش های خوراکی جلوگیری از بارداری خطر ابتلا به سرطان پستان را افزایش دهد.

دارو های هورمونی که پس از یائسگی استفاده می شوند در صورتی که با دوز بالا به کار روند ممکن است کمی خطر ابتلا

به سرطان پستان را افزایش دهند.

علائم و نشانه ها

ممکن است کانسر در مراحل اولیه هیچ علامتی نداشته باشد. بنابراین با توجه به شیوع و اهمیت آن باید از روش هایی برای تشخیص زود هنگام بیماری در افراد بدون علامت استفاده کرد. این تست ها به صورت دوره ای انجام می شوند و به آن ها اصطلاحاً تست های غربالگری گفته می شوند. در صورتی که کانسر پستان علامتدار شود ممکن است با موارد زیر برخورد کنیم:

احساس توده در پستان یا نواحی زیر بغل

تغییر در اندازه، شکل یا رنگ پستان

ترشح از نوک پستان

تغییر در پوست پستان (پوست فرورفته، چروکیده، پوسته پوسته، زخمی)

سه تست رایج در مورد بیماری های پستان:

۱- ماموگرافی

۲- معاینه منظم پستان ها توسط پزشک

۳- معاینه خود فرد

غربالگری کانسر پستان

روش های غربالگری برای تشخیص زود هنگام بیماری ها بکار می روند.

با توجه به اینکه کانسر پستان در مراحل اولیه بدون علامت است، همه خانم ها باید به انجام روش های غربالگری توجه داشته باشند.

بهتر است همه خانم های بالای ۴۰ سال سالانه توسط پزشک معاینه شده و ماموگرافی انجام دهند و ماهانه نیز پستان های خود را معاینه کنند (معاینه توسط خود فرد)

در سنین ۲۰-۳۹ سالگی هر سه سال یک بار توسط پزشک معاینه شوند و هر ماه نیز خود را معاینه کنند. (معاینه توسط خود فرد)

چگونه باید خود را معاینه کنیم؟

معاینه پستان در خانم ها توسط خودشان ماهانه یک بار انجام می شود و ضمن آنکه زمان کمی صرف آن می شود و هزینه ای ندارد، می تواند نجات بخش زندگی افراد باشد. در مطالعات انجام شده، به درستی روشن نشده است که آیا معاینه پستان توسط خود افراد سبب کاهش مرگ و میر ناشی از کانسر پستان می شود یا خیر ولی منطقی بنظر میرسد که این کار می تواند در تشخیص زود تر و درمان به موقع بسیار مؤثر باشد.

روش انجام معاینه پستان توسط خود فرد

اقدامات زیر را انجام دهید:

مشاهده

در سه حالت یعنی دست ها کنار بدن، دست ها پشت سر و دست ها به کمر خود را مشاهده کنید. دقت کنید تا متوجه هر گونه تغییر در اندازه، شکل یا تغییرات نوک پستان باشید.

نوک پستان ها را بین انگشتان شست و سبابه فشار دهید تا در صورت ترشح متوجه آن شوید. دست ها را بر کمر بگذارید آرنج ها را به سمت جلو سوق دهید تا عضلات قفسه سینه منقبض شوند. توجه داشته باشید که هرگونه تومور، فرورفتگی، چروکیدگی، با تغییر در بافت و رنگ پوست پستان اهمیت دارد.

زمانی که جلوی آینه میایستید حرکات چرخشی انجام دهید تا متوجه هر گونه تغییر ظاهری شوید. سپس دست ها را به کمر زده و کمی به جلو خم شوید و باز هم با دقت مشاهده کنید.

ممکن است یکی از پستان ها کمی بزرگتر از دیگری باشد که معمولاً این حالت طبیعی است.

لمس

برای لمس دو پستان از دست طرف مقابل قسمت سر انگشتان دوم، سوم، و چهارم (و نه فقط نوک انگشتان) استفاده کنید.

معاینه را از گودی زیر بغل شروع کنید، حرکات کوچک چرخشی انجام داده و فشار انگشتان را کم و زیاد کنید.

به ناحیه پستان نگاه کنید و به طور فرضی آن را به صورت شکل بالا در نظر بگیرید، سپس ضمن انجام حرکات چرخشی با انگشتان خود در راستای این تقسیمات از پائین به بالا و از بالا به پائین، همه ناحیه پستان خود را معاینه کنید.

زمانی که پوست خیس و لغزنده است، معاینه پستان آسانتر انجام می شود. زیر دوش، یک دست را پشت سر گذاشته و با دست طرف مقابل از ناحیه زیر بغل شروع به معاینه کنید. از حرکات چرخشی و لمس با سر انگشت دوم، سوم، و چهارم به همان صورتی که شرح داده شد، استفاده کنید. همین کار را برای طرف مقابل نیز تکرار کنید.

در حالت خوابیده یا درازکش، لمس پستان با فشار روی قفسه سینه راحت است. یک بالش زیر شانه راست بگذارید، با دقت معاینه را از زیر بغل شروع کنید. همان روش سه انگشتی و حرکت چرخشی را با سه نوع فشار کم، متوسط و زیاد انجام دهید. همین کار را برای طرف مقابل انجام دهید. در صورتی که دارای پستان های بزرگ هستید معاینه خود را در حالت خوابیده و با حرکات چرخشی دست انجام دهید.

توجه ۱:

شاید برای بار اول به خاطر سپردن دقیق روش معاینه کار آسانی نباشد ولی با چند بار انجام کامل آن کاملاً به این روش مسلط خواهید شد.

توجه ۲:

معاینات دوره ای توسط خود فرد جایگزینی برای معاینات دوره ای توسط پزشک نیست و انجام معاینات توسط پزشک نیز باید به همان فواصلی که گفته شده انجام شود.

معاینه توسط خود شما کار مشکلی نیست؛ وقت زیادی نمی گیرد؛ هزینه ای برای شما ندارد اما نوعی سرمایه گذاری محسوب می شود.

ماموگرافی

ماموگرافی روشی است که با استفاده از اشعه ایکس بافت پستان را مورد بررسی قرار می دهد. حسن این روش آن است که می توان توده های کوچک را پیش از قابل لمس شدن تشخیص داد. نتایج ماموگرافی شما با موارد بعدی آن مقایسه خواهد شد بنابراین کلیشه ها و نتایج ماموگرافی را نزد خود نگه دارید. اندازه پستان معمولاً نتایج ماموگرافی را تغییر نمی دهد. این بیشتر در زنان ۴۰ ساله و مسن بیشتر مفید است. زیرا در این افراد بافت پستان کم تراکم تر است و یافتن غده در آن با این روش آسانتر است.

زنان در سنین ۴۰-۴۹ سالگی باید هر ۱-۲ سال ماموگرافی انجام دهند. زنان ۵۰ ساله و مسن تر باید هر سال ماموگرافی انجام دهند. البته در صورت داشتن عوامل خطر فواصل ماموگرافی توسط پزشکان تغییر داده می شود.

برخی از خانم ها حین انجام ماموگرافی احساس ناراحتی می کنند. در صورتی که شما هنوز قاعده می شوید می توانید این تست را بلافاصله بعد از قطع خونریزی انجام دهید تا احساس ناراحتی کمتری بکنید.

گاهی اوقات ممکن است پزشک شما ماموگرافی را تکرار کند. این بدان معنی نیست که حتماً مشکل عمده ای دارید و پزشکتان ممکن است تنها بخواهد بررسی مجددی انجام دهد.

معاینه پستان ها توسط پزشک سالانه انجام می شود. به طور منظم و دوره ای باید انجام شود.

نتایج ماموگرافی

طبیعی: نتیجه نرمال یا طبیعی به این مفهوم است که یافته غیر طبیعی پیدا نشد

بسیار اهمیت دارد که خانمی که یک ماموگرام طبیعی داشته هر ۱-۲ سال ماموگرافی را تکرار کند.

غیر طبیعی: نتیجه غیر طبیعی به این مفهوم است که تغییراتی در پستان دیده شده است.

همه تغییرات پستان بدخیم و غیر طبیعی نیستند.

در صورتی که نتیجه ماموگرافی شما غیر طبیعی باشد برای تشخیص قطعی روش های دیگری انجام می شود

سایر روشهایی که جهت تشخیص بکار میروند:

اولتراسونوگرافی:

با استفاده از سونوگرافی تصاویری از قسمت های دورنی بدن و از جمله پستان ها بدست می آید که می تواند در صورت وجود توده توپر بودن یا کیست و پر از مایع بودن آن را مشخص می کند.

آسپیراسیون:

در این روش با استفاده از یک سوزن مایع یا سلول های درون توده بیرون کشیده و برای آزمایشگاه فرستاده می شود. این روش را می توان با کمک سونوگرافی انجام داد.

بیوپسی:

تنها راه بررسی ماهیت واقعی یک توده نمونه گیری از سلول های آن توده و بررسی آزمایشگاهی آن است. این روش کار ممکن است بوسیله آسپیراسیون با سوزن و یا جراحی انجام شود.

روش های درمانی سرطان پستان

درمان های انتخابی برای سرطان پستان شامل جراحی، رادیوتراپی، شیمی درمانی، و درمان هورمونی است. درمان هورمونی ممکن است با توجه به وضعیت تومور و سایر هورمون ها بر رشد آن جز رژیم درمانی قرار گیرد.

درمان های موضعی مثل جراحی و رادیوتراپی بیشتر بر خود پستان متمرکز هستند و جهت برداشتن یا نابودی سلول های خود پستان انجام می شوند. درمان های سیستماتیک مثل شیمی درمانی جهت نابودی سلول های سرطانی که در بدن پخش شده اند انجام می شود.

روش های درمانی جدید تر نیز مثل درمان های بیولوژیک مورد تحقیق و بررسی می باشد

روش درمانی شما بر اساس سن، وضعیت بیماری، محل و وسعت تومور و همچنین فواید و خطرات هر یک از این روش ها انتخاب می شود.

جراحی

جراحی برای برداشتن بافت سرطانی بکار می رود و همچنین از این طریق بافت بدست آمده جهت بررسی به پاتولوژی فرستاده می شود.

انواع روش های جراحی برای سرطان پستان

برخی از این روش ها ساده تر هستند. در یک نوع از این جراحی ها تنها قسمتی از بافت اطراف آن برداشته می شود (برداشت توده).

در نوع دیگری از جراحی پستان سرطانی و بافت های اطراف آن برداشته می شوند (ماستکتومی پارشیال).

در نوع دیگری از جراحی علاوه بر بافت پستان عضلات اطراف آن نیز برداشته می شوند که به آن ماستکتومی پارشیال کامل گفته می شود.

رادیو تراپی

با استفاده از امواج پر انرژی و نافذ سلول های سرطانی را کشته و یا از رشد آن ها جلوگیری می کند. در بیماری های متاستاتیک (یعنی سرطان به سایر نواحی بدن مثل استخوان، ریه، کبد، یا مغز گسترش یافته است) رادیوتراپی بیشتر برای درمان علائم در سرطانی که به استخوان ها رسیده است می شود.

شیمی درمانی

در صورتی که وضعیت تومور طوری باشد که به درمان هورمونی پاسخ ندهد از این روش استفاده می شود. در این روش دارو ها سلول هایی را که سریعاً در حال تقسیم هستند هدف گرفته و آن ها را نابود می کند. این روش در بیماری متاستاتیک و همچنین در مواردی برای تومور پیشرفته متاستاتیک بکار می رود تا تومور جمع شده و قابل جراحی شود.

درمان هورمونی

از این روش برای کند کردن رشد، گسترش و عود تومور استفاده می شود. در صورتی که تومور از نوع حساس به استروژن باشد با این روش درمانی می توان مانع دسترسی سلول های سرطانی به استروژن و در نتیجه جلوگیری از رشد و تقسیم تومور شد. برای پیش بینی پاسخ به این نوع درمان از آزمایش گیرنده های استروژن استفاده می شود.

درمان های هدف دار بیولوژیکی

گروه جدیدی از درمان ها برای موارد سرطانی هستند. با این درمان های سلول های سرطانی هدف گرفته می شوند و از آنجا که این درمان ها اختصاصی هستند؛ تاثیر کمتری بر سلول های طبیعی داشته و بنابراین عوارض جانبی کمتری دارند. البته این روش ها بیشتر جنبه تحقیقاتی دارند

شیوه های زندگی که با پرهیز از آن خطر سرطان کاهش می یابد:

کاهش دریافت چربی در رژیم غذایی بخصوص چربی های اشباع شده و هیدروژنه. با استفاده از گوشت کم چربی و محدودیت مصرف گوشت قرمز علاوه بر کاهش خطر بیماری های قلبی و سکتی می توان احتمال ایجاد کانسر پستان را نیز کاهش داد.

میزان فیبر رژیمی خود را افزایش دهید. فیبرها در غلات، سبزیجات و میوه ها موجودند. این روش نیز علاوه بر کمک به سلامت قلب از سرطان های دیگر مثل سرطان روده بزرگ نیز جلوگیری می کند.

سبزیجات و میوه های تازه میل کنید. سبزیجات و میوه جات علاوه بر فیبری که دارند محتوی موادی بنام آنتی اکسیدان هستند که برای جلوگیری از بسیاری از کانسرها مفیدند.

با پیاده روی تند یا ورزش به مدت ۳۰ دقیقه در روز می توان علاوه بر شادابی و طراوت به کنترل وزن نیز کمک کرد. به یاد داشته باشید که وجود چربی اضافی در بدن تولید استروژن را تحریک می کند.

سیگار نکشید! گر چه سیگار بخودی خود عامل خطری برای کانسر پستان نیست اما می تواند احتمال ایجاد لخته های خون، بیماری قلبی و سایر سرطان ها را بیشتر کند.

در صورتی که به تازگی برای شما تشخیص سرطان پستان داده شده این قسمت را بخوانید:

با تشخیص سرطان پستان سوالات زیادی برای انسان مطرح می شود و در ضمن گاهی نیاز به تصمیم گیری فوری برای جراحی و درمان نیز وجود دارد.

گاهی با استفاده از اصطلاحات پزشکی و نامانوس با شما صحبت خواهند کرد و بنابراین نیاز به افزایش اطلاعات در این مورد را احساس خواهید کرد.

شما ممکن است در حال حاضر دچار احساساتی چون اضطراب، خشم، ترس، و غم باشید. با داشتن چنین احساساتی فکر کردن و تمرکز کردن بسیار مشکل است ولی کسب اطلاعات و آموزش نیاز به تمرکز دارد. به یاد داشته باشید که کسب اطلاعات بیشتر سبب افزایش قدرت شما در برابر سرطان می شود. در صورتی که کانسر پستان در مراحل اولیه تشخیص

داده شود تعدادی از درمان های مؤثر برای آن در دسترس خواهد بود. نوع درمان با همفکری با پزشک و با توجه به سن شما؛ محل و گسترش بیماری و فواید و خطرات شیوه درمان تعیین می شود.

درمان های اصلی برای کانسر پستان شامل جراحی، رادیوتراپی، شیمی درمانی، و درمان هورمونی هستند.

در صورت تشخیص زود هنگام سرطان پستان درمان آن آسانتر است. و اکثر زنانی که با تشخیص سرطان پستان درمان می شوند به زندگی طبیعی و فعال خود ادامه می دهند.

مربوط به افراد مبتلا به کانسر پستان:

پس از این تشخیص خانم ها با مسائل و و تغییرات جدید زیادی طی ماه ها و سال های پس از درمان مواجه می شوند. علاوه بر خطر عود، امکان ایجاد یک کانون جدید از کانسر پستان نیز وجود دارد. بهر حال در صورت جراحی و برداشتن پستان یا ماستکتومی نیز احتمال عود از بین نمی رود.

اگر چه روش قطعی برای جلوگیری از عود کانسر پستان وجود ندارد؛ روش های زیادی وجود دارد که خطر این عود را کاهش می دهند. در صورتی که شما دچار بیماری هستید با به کارگیری موارد زیر می توانید از بازگشت بیماری جلوگیری کنید.

۱- مراقبت های پیگیری

ویزیت منظم پزشک؛ معاینات و برخی آزمایشات برای جلوگیری از عود سرطان ها و یا تشخیص عود در مراحل اولیه ضروری هستند؛ در سه سال اول پس از درمان اولیه انجام معاینه هر ۳ تا ۶ ماه توصیه شده و در طی ۲ سال بعدی هر ۶ تا ۱۲ ماه و سپس به طور سالانه پیشنهاد می شود.

معمولاً معاینات پیگیری شامل معاینه پستان ها، ریه ها، گردن و نواحی زیر بغل می باشند. ممکن است برخی روش های تصویر برداری نیز درخواست شوند. شما باید هر گونه تورم، سفتی و هر گونه تغییر شکل در بازو ها و دست ها را به پزشکتان اطلاع دهید. این علائم ممکن است لنفادم باشند. لنفادم سبب تورم بازوها می شود که به علت تجمع مایع ایجاد می شوند و عارضه جانبی کانسر پستان است. با مراقبت می توان در این عارضه جلوگیری و آن را تحت کنترل در آورد.

ویزیت منظم پزشک فرصتی برای شماست تا هرگونه عارضه جانبی مثل خستگی مفرط یا مشکلات بهداشتی دیگر را با وی در میان بگذارید. این علائم می توانند نشانه هایی از عود باشند که با بررسی دقیق می توان سریعتر آن را تشخیص داده و درمان کرد. البته ممکن است این علائم اصلاً بعامل دیگری ایجاد شده و یا حتی عارضه درمان شما باشند.

۲- ماموگرافی غربالگری و معاینات ماهانه توسط خود شما:

گرچه هیچ یک از روش های تشخیص ۱۰۰٪ دقیق نیستند، ماموگرافی و معاینات ماهیانه خود فرد مراحل مهمی در مبارزه با سرطان هستند. برای اطلاع از روش معاینه توسط خود فرد اینجا کلیک کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد ماموگرافی اینجا کلیک کنید.

لطفاً توجه داشته باشید که معاینات دوره ای توسط خود شما جایگزین معاینات پزشک نخواهند شد و باید آن را نیز به طور منظم انجام دهید.

۳- ارائه درمان معمولاً درمان هورمونی کانسر پستان شامل تاموکسیفن و مهارکننده های آروماتاز مثل لرتروزل است:

بیمارانی که این داروها را مصرف می کنند باید دوره درمان را طبق نظر پزشک تکمیل کنند. در مطالعات مشخص شده است که این داروها سبب جلوگیری از عود سرطان پستان می شوند.

تاموکسیفن می تواند سبب افزایش خطر نوعی از سرطان رحم شود بنابراین در صورت استفاده از این دارو باید به طور سالانه مورد معاینه لگنی قرار گیرند و در صورت خونریزی غیر عادی پزشکتان را فوراً مطلع کنید. در صورتی که از مهارکننده های آروماتاز استفاده می کنید این داروها ممکن است سبب کاهش تراکم استخوان شوند.

۴- تغذیه سالم

تحقیقات در مورد کانسر پستان نشان داده اند که چاقی و افزایش وزن می تواند سبب افزایش خطر عود شوند بنابراین انتخاب یک رژیم تغذیه ای سالم و بهداشتی علاوه بر پیشگیری از سایر بیماری ها مثل بیماری های قلبی و دیابت خطر عود را کاهش می دهد

۵- ورزش

فعالیت منظم فواید قابل توجهی برای بیماران مبتلا به کانسر پستان دارند فعالیت های ورزشی منظم علاوه بر ثابت ماندن وزن سبب کاهش علائمی مثل خستگی، تهوع و درد می شوند. یوگا و مدیتیشن نیز سبب حفظ قدرت و انرژی بدن و کاهش استرس می شوند.

سرطان جسم رحم (کورپوکس)

آناتومی

۲/۳ بالای رحم شامل منطقه ای در بالای اینترنال OS به نام corpus نامیده می شود. و منطقه بالای محل ورود لوله ها به رحم را فوندوس می گویند.

غدد لنفاوی

غدد اصلی شامل زنجیره اینفاندیلوپلویک، پارامتر، پره ساکرال که به زنجیره هیپوگاستر، اکسترنایلیاک، ایلیک مشترک، پره ساکرال و پارائورتیک تخلیه می شوند.

محل متاستاز

واژن و ریه شایع ترین محل های متاستاز می باشند.

نحوه کلاسیفیکاسیون

FIGO از ۱۹۸۸ پیشنهاد داد که این سرطان به صورت جراحی-پاولوژی مرحله بندی شود و هیستولوژی شامل گسترش تومور و گرید آن می باشد.

نکاتی درباره گرید:

درجه تمایز آدنوکارسینوم آندومتر به صورت زیر تعریف می شود:

G1: کمتر یا مساوی با ۵ درصد تومور بافت جامد (nonsquaousar nonmorular) می باشد.

G2: از ۶ تا ۵۰ درصد بافت تومور جامد می باشد.

G3: بیش از ۵۰ درصد بافت تومور جامد می باشد.

FIGO Stages TNM Categories

O کانسر insitu قبل از تهاجم Tis

I تومور محدود به جسم رحم است T1

IA تومور محدود به آندومتر است T1a

IB تومور به کمتر از ۵۰ درصد ضخامت میومتر تهاجم کرده است T1b

IC تومور به بیش از ۵۰ درصد ضخامت میومتر تهاجم کرده است T1c

II تومور به سرویکس تهاجم کرده است T2

IIA درگیری سرویکس در حد غدد آندوسرویکال است T2a

IIB درگیری استرومای سرویکس نیز وجود دارد T2b

III انتشار موضعی یا منطقه ای تومور که شامل B,IIIA و C می باشد T3 or N1

IIIA تومور سرور رحم و یا آرنکس ها (متاستاز یا انتشار موضعی) و یا سیتولوژی پرتیوان را درگیر کرده است T3a

IIIB تومور واژن را درگیر کرده است (انتشار موضعی یا متاستاز) T3b

IIIC متاستاز به غدد لنفی لگنی یا پارائورتیک N1

IVA تومور به مخاط مثانه یا روده سرایت کرده است T4

IVB متاستاز به نواحی دوردست (بیر از واژن، سرور لگن با آرکنر، شامل متاستاز به غدد لنفاوی داخل شکم بغیر از غدد

پرتیوان) M1

غدد لنفاوی منطقه ای

-NX- غدد لنفاوی منطقه ای قابل ارزیابی نمی باشد.

-NO- متاستاز به غدد لنفاوی منطقه ای وجود ندارد.

-N1- متاستاز به غدد لنفاوی منطقه ای وجود دارد.

متاستاز

- آتی پیسم هسته ای واضح، گرید I و II تومور را یک عدد بالا می برد.

- در آدنوکارسینوم از نوع سرور و یا clearcell، گرید تومور بالا می باشد و گرید هسته در اینجا ارجح می باشد.

- آدنوکارسینوم با تمایز اسکواموس بر اساس هسته قسمت غددی گریدینگ می شود.

نکاتی در مورد staging

- کانسر رحم امروزه بر اساس جراحی مرحله بندی می شود. بنابراین روش های قبلی در مورد staging مثل فرکشنال DC امروزه کاربرد ندارد.

- تعداد کمی از بیماران ممکن است ناچاراً با رادیوتراپی اولیه درمان شوند این بیماران بر اساس FIGO 1971 مرحله بندی خواهند شد و نحوه مرحله بندی آن ها گزارش خواهد شد.

- ایده این است که ضخامت میومتر از منطقه ای که تومور تهاجم کرده است محاسبه شود.

- به عنوان حداقل غدد لنفاوی مشکوک و یا بزرگ در تمام بیماران بایستی برداشته شود و برا بیماران با ری خطر بالا مثل گرید III، تهاجم عمیق تومور به میومتر، درگیری سرویکس، پاتولوژی سرورز یا clearcell لنفادنکتومی کامل لگنی و رزکسیون غدد بزرگ پارائورتیک لازم است.

تقسیم بندی پاتولوژی (بر اساس WHO/ISGP)

تومور بایستی بر اساس یافته های میکروسکوپی بدین صورت تقسیم بندی می شود:

- کارسینوم آندومترئوئید

*آدنوکارسینوم

*آدنواکانتوما

*آدنواسکوآموس کارسینوما

- موسینوز آدنوکارسینوما

- پاپیلری سرورز آدنوکارسینوما

- آدنوکارسینوم سلول های شفاف (clearcell)

- کارسینوم تمایز نیافته

- کارسینوم مخلوط

گریدینگ هیستوپاتولوژی

GX- گرید تومور مشخص نمی باشد

GI- تومور خوب تمایز یافته (well diff).

GII- تومور با تمایز متوسط (moderately diff).

GIII- تومور با تمایز ضعیف (poorly undiff).

بحث

در کشورهای توسعه یافته که مرگ ناشی از سرطان دهانه رحم در حدود ۵۰٪ بعلت غربالگری این سرطان کاهش یافته است، سرطان آندومتر مشابه سرطان تخمدان شایع ترین علت مرگ ناشی از سرطان ژینکولوژی را تشکیل می دهد.

آمار این سرطان از ۲ در ۱۰۰۰۰۰ زن زیر ۴۰ سال به ۴۰-۵۰ در ۱۰۰۰۰۰ زن در دهه ششم، هفتم و هشتم زندگی می رسد.

آمار مرگ و میر ناشی از سرطان از ۱۹۸۸ تا ۱۹۹۸ دو برابر شده است.

علت این امر احتمالاً افزایش طول عمر و چاقی می باشد.

اتیولوژی کانسر آندومتر نامعلوم است اگرچه کانسر آندومتریوئید معمولاً از مرحله premalignant شروع می شود و در

مورد پاپیلری سروز و clearcell این توافق وجود ندارد و این کانسرها احتمالاً از موتاسیون ژنتیک نشات می گیرند به

طوری که در پاپیلری سروز موتاسیون P53 اکثراً مثبت است.

lynch روش غربالگری موثری بریا این سرطان در دست نمی باشد گرچه بیماران در ریسک خطر بالا مثل بیماران

syndrome type II بایستی توسط هیستروسکوپ یا سونوگرافی و بیوپسی مورد غربال گری قرار بگیرند.

روشهای تشخیصی

در صورتیکه بیمار علامت دار باشد، مؤثرترین روش تشخیص سونوگرافی واژینال است که **negative predictive value** بالایی در مواردی که ضخامت اندومتر کمتر از ۵ میلی متر باشد دارد.

در صورت نیاز به بیوپسی بهتر است بصورت سریانی انجام شود. امروزه وسایل یک بار مصرف مناسبی جهت این کار وجود دارد مشابه **pipelle**.

در بعضی موارد هیستروسکوپی کمک کننده است و اگر وسایل **flexible** در دسترس باشد می توان این عمل را هم بصورت سریانی انجام داد.

در صورتیکه تنگی سرویکس و یا عدم تحمل بیمار وجود داشته باشد، می توان کورتاژ تحت بیهوشی انجام داد. بهتر است در افرادی که معاینه لگنی رضایت بخش نیست سونوگرافی واژینال یا ابدومینال جهت رد ضایعات تخمدانی صورت گیرد.

نحوه برخورد با بیماران به کانسر اندومتر

متعاقب تشخیص سرطان اندومتر میزان گسترش موضعی تومور و ریسک بیماری متاستاتیک باید مشخص شود. همچنین ریسک خطر قبل، حین و بعد از عمل نیز باید بررسی شود.

در گزارش پاتولوژی حداقل دو مورد باید گزارش شود، نوع تومور و درجه تمایز آن. تستهای کامل بیوشیمیایی و شمارش خونی و **CXR** باید انجام شود. **CA125** در پیگیری بیماران با بیماری پیشرفته شاید مفید باشد. ارزیابی متاستاز بخصوص در موارد زیر اندیکاسیون پیدا می کند:

- افرادی که تستهای کبدی مختل داشته

- در معاینه احتمال گسترش تومور به واژن یا پارامتریال وجود داشته باشد

- در مواردی که احتمال گسترش مستقیم به مثانه یا رکتوم وجود دارد

جراحی در کانسر رحم مراحل زودرس

روش جراحی پیشنهاد شده از طرف FIGO در سال ۱۹۸۸:

۱- شکم بصورت میدلاین باز شود

۲- بلافاصله شستشوی پریتوان شکمی و لگنی صورت گیرد

۳- اکسیلوراسیون دقیق محتویات داخل شکم صورت گیرد

۴- سطوح آدنکس و پریتوان کولدوسک، کبد و امتوم لمس شود.

۵- در نواحی لگنی و آئورتیک هر نود بزرگ یا مشکوک لمس شود.

۶- TAHBSO صورت گیرد.

۷- برداشت آدنکس‌های دوطرف حتی اگر به نظر نرمال باشد توصیه می‌شود. و این بدلیل امکان وجود میکرومتاستاز در آن نواحی می‌باشد.

۸- درحالت معمول برداشت کاف واژن و نسوج پارامتر توصیه نمی‌شود.

۹- اگر قبل از عمل درگیری استرومای سرویکس مشخص شود و یا در حین عمل درگیری سرویکس مشخص شود، اگر امکان داشته باشد بهترین درمان رادیکال هیستریکتومی می‌باشد.

۱۰- لنفادنکتومی لگنی پاراآئورتیک هنوز کنتراورسی هست. نمونه‌برداری از نود هم مورد بحث است. ولی لنفادنکتومی کامل در موارد با ریسک خطر بالا اندیکاسیون دارد.

۱۱- از آنجائیکه اکثر افراد مبتلا به کانسر اندومتر چاق یا مسن هستند و مبتلا به سایر بیماریها لذا انجام جراحی باید قبل از عمل کاملاً بررسی و ارزش آن نسبت به انجام ندادن جراحی مقایسه شود.

هر نوع تومور تهاجمی عمیق، هر نوع درگیری لنف نود در رادیولوژی، اندیکاسیون برداشت لنف نودهای بزرگ یا مشکوک را ایجاد می‌نماید که اگر این نودها در Frozen section مثبت باشد نیازی به برداشت سایر لنف نودها نیست.

اندیکاسیون‌های نمونه‌گیری از لنف نودهای پارا آئورتیک عبارتند از:

- وجود نودهای مشکوک ایلیاک مشترک یا آئورتیک

- درگیری واضح آدنکسها

- درگیری واضح نوده‌های لگنی

- تومورهای با گرید بالا که تمام ضخامت میومتر را درگیر کرده باشد

- انواع کلیرسل، پاپیلری سروز و کارسینوم سارکوم

چند نکته

۱) اگر توموری ریسک خطر پائین داشته باشد خوب تمایز یافته و تهاجم میومتر کمتر از یک دوم باشد، شانس درگیری لنف نودها کمتر از ۰/۵ است و نیاز به staging جراحی ندارد.

۲) اگرچه لنفادنکتومی جهت Staging دقیق مورد نیاز است ولی جنبه درمانی این عمل هنوز مورد بحث است. در بعضی مطالعات اثر تراپوتیک داشته، در بعضی دیگر پروگنوز خوبی حتی با وجود نود مثبت داشته ولی در تحقیق انجام شده در انگلیس Trial the MRC Astect که بر روی بیماران Stage 1 صورت گرفته نشان داده شد که لنفادنکتومی اثر درمانی ندارد. هیستریکتومی به کمک لاپاراسکوپی در دست جراح ماهر برای Stage پائین امکان پذیر است ولی اگر حین عمل متاستاز پیدا شود باید تبدیل به لاپاراتومی شود.

ادجوان رادیوتراپی

بر اساس مطالعات انتشار یافته می‌توان چنین پیشنهاد نمود که:

- در صورتیکه بیماری Stage 1 بود، با ریسک پائین یا متوسط نیازی به رادیوتراپی ادجوان نیست. این گروه شامل

تومورهای GI بدون درگیری سروز و تومورهای G2 با درگیری کمتر از ۵۰٪ میومتر می‌باشند.

- در خانمهای با ریسک بالاتر که Staging جراحی کامل صورت گرفته و علایمی به نفع درگیری خارج رحمی وجود

ندارد، مشخص نیست که رادیوتراپی ادجوان مفید باشد و عده‌ای معتقدند در این موارد رادیوتراپی اکسترنال را فقط در

موارد عود لگنی استفاده نمائیم.

- عده‌ای هم رادیوتراپی ادجوان را فقط در موارد با ریسک خطر خیلی بالا توصیه می‌کنند یعنی تومورهای G3 با درگیری بیش از ۵۰٪ میومتر.

- عده‌ای برای بیماران با ریسک خطر بالا و نود لگنی منفی واژینال پراکی تراپی را کافی می‌دانند.

درمان با پروژستوزن

اگرچه در گذشته پروژستون خیلی زیاد تجویز می‌شد ولی در یک متاآنالیزی که ۶ تحقیق Randomised Trials که در مجموع ۳۳۳۹ خانم را بررسی نموده بود استفاده از این هورمون بصورت ادجوان هیچ اثری بر روی بقاء بیماران نداشته است.

تحقیق دیگری که بر روی ۱۰۱۲ خانم صورت گرفته نیز درمان با پروژسترون هیچ نوع تغییری بر روی بقاء بیماران نداشته است.

Stage II

بیماران Stage II که بیماری در مرحله occult باشند مشابه Stage I درمان می‌شوند.

اگر سرویکس واضحاً درگیر باشد، درمان اولیه جراحی است، بصورت رادیکال هیستریکتومی با لنفادنکتومی دوطرفه لگنی و البته لنفادنکتومی انتخابی آئورتیک. اگر چنین تصمیم گرفته شد، بهتر است قبل از عمل MR اسکن صورت گرفته تا از عدم درگیری مثانه و قابل برداشت بودن تومور مطمئن شویم.

اگر نود منفی بود اضافه نمودن ادجوان رادیاسیون هیچ سودی برای بیمار ندارد.

اگر در Stage II امکان جراحی اولیه نباشد، می‌توان بصورت زیر درمان نمود: رادیوتراپی کامل لگنی، براکی تراپی داخل حفره‌ای و سپس هیستریکتومی ادجوان به همراه لنفادنکتومی انتخابی آئورت و لگنی.

Stage III

در Stage III که واژن یا پارامتر درگیر است، بعد از رد متاستاز، بهترین درمان رادیوتراپی لگنی می‌باشد. سپس اگر تومور قابل برداشت باشد لاپاراتومی انجام شود. اگر متاستاز خارج لگنی وجود داشت یکی از روش های زیر مناسب است:

- رادیوتراپی extended field ،

- درمان سیستمیک با داروهای سیتونوکسیک ،

- هورمون درمانی.

در انتخاب این نوع درمان‌ها به حال عمومی بیمار نیز باید توجه شود. اگر درگیری تخمدان در سونوگرافی مشهود است،

Stage III ابتدا باید جراحی صورت گیرد. به این ترتیب هم نوع توده مشخص خواهد شد و هم بیمار Staging پاتولوژیکی جراحی خواهد شد.

Stage IV

وقتی متاستاز خارج لگنی وجود دارد، کموتراپی سیستمیک یا هورمون درمانی مناسب است.

GOG در تحقیقی رادیوتراپی کامل شکمی (WAI) را با کموتراپی ترکیبی دکسوروبایسین + سیس‌پلاتین (AP) در بیماران Stage III, IV مقایسه و نتیجه گرفت که بقا عمر و طول عمر بدون علامت بصورت با معنی در گروه دوم بهتر بوده است.

- رادیاسیون لوکال در موارد متاستاز مغز، متاستاز استخوان، رادیوتراپی لگنی می‌تواند مفید باشد.

سرطان ریه، علائم و نشانه هایش:

یکشنبه ۳۰ خرداد ۱۳۸۹

سرطان ریه یکی از اصلی ترین عوامل مرگ و میر از میان سرطان ها شناخته شده است سرطان ریه یکی از اصلی ترین عوامل مرگ و میر از میان سرطان ها شناخته شده است و بیشترین میزان مرگ و میر را در مقایسه با سرطان سینه، پروستات و

سایر سرطان های چندگانه دارد. سرطان ریه از سال ۱۹۸۷ به بعد بیشترین میزان مرگ را نسبت به سرطان سینه در میان زنان، به خود اختصاص داده است. در سال ۱۹۹۹، ۶۵۰۰۰ زن در اثر این سرطان جن خود را از دست دادند.

خانم ها هم اکنون جز شماری از موارد جدید سرطان ریه هستند. بین سال های ۱۹۷۴ تا ۱۹۹۴ سرطان ریه نزدیک به ۱۵۰ درصد در میان زنان افزایش پیدا کرده است. این در حالی است که در بین مردان فقط ۲۰ درصد رشد داشته است.

چرا این تعداد خانم در سال بر اثر این سرطان جان خود را از دست می دهند؟

تحقیقات نشان می دهد از آنجایی که خانم ها تعداد کمتری سیگار نسبت به آقایون می کشند و سیگار کمتری را فرو می دهند اما با این حال خانم ها ۱/۵ درصد احتمال گرفتن سرطان ریه شان از آقایان بیشتر است.

علائم و نشانه های هشدار دهنده

متاسفانه، نشانه های سرطان ریه سال های متعددی طول می کشد تا خود را بروز دهد. لذا اکثرا در مرحله ای مشخص می شود که شرایط پیشرفته مریضی است. برخی از علائمی که رخ می دهد عبارتند از :

• سرفه افرادی که سیگار می کشند زیاد می شود و از شدت بیشتری برخوردار است.

• افزایش میزان خلط سینه

• خس خس کردن سینه

• سرفه افرادی که سیگار نمی کشند بیش از دو هفته طول می کشد.

• تغییر رنگ خلط سینه

• مشاهده خون در خلط سینه

• دوره های مکرر حالت ذات الریه یا برونشیت

علائم و نشانه هایی که می تواند به مرحله نهایی این سرطان مربوط باشد:

- خستگی مفرط
- از دست دادن اشتها
- سر درد، درد استخوان و درد مفاصل
- شکستگی های استخوان که مربوط به جراحی های تصادفی نباشد
- اثرات وابسته به اعصاب، عدم تعادل در راه رفتن و یا از دست دادن حافظه به سورت دوره ای
- ورم گردن یت صورت
- از دست دادن وزن بی دلیل

سایر علائم و نشانه ها ممکن است در اثر گسترش این سرطان به سایر بخش های بدن باشد که شامل سر درد، ضعف، درد، شکستگی استخوان، خونریزی و یا لخته شدن خون باشد.

اگر در شما و یا هر فرد دیگری در اطراف شما این نشانه ها مشاهده شد سریعاً به پزشک مراجعه کنید. تعداد افرادی که طول دوره ی بقایشان نزدیک به ۵ سال است نزدیک به ۵۰ درصد می رسد.

سرطان پروستات

یکی از شایع ترین بیماری هایی که مردان با آن سروکار دارند و شاید خودشان از آن بی خبر باشند پروستات است که اگر وخیم شد باید چاره ای برای آن اندیشه شود. تحقیقات نشان می دهد، بیش از نیمی از مردان بالای سن ۶۰ سال دچار

بزرگی پروستات هستند و احتمال بروز این حالت با افزایش سن افزایش می‌یابد و در سنین ۸۰ سالگی حدود ۸۰ درصد مبتلا خواهند بود، اما فقط ۴۰ تا ۵۰ درصد موارد دچار علائم ناشی از بزرگی پروستات خواهند بود. در بزرگی غیر سرطانی پروستات ابتدا قسمت‌های مرکزی پروستات بزرگ می‌شود و بزرگی این ناحیه معمولاً بر روی مجرای ادرار که از داخل پروستات عبور می‌کند، فشار می‌آورد.

دستگاه تناسلی مردان از بیضه‌ها، چند غدد ضمیمه، مجرا و در نهایت آلت تناسلی تشکیل شده است. پروستات یکی از این غده‌ها می‌باشد و برخلاف تصور عمومی پروستات نقشی در تمایلات جنسی ندارد، بلکه وظیفه آن تأمین بخش عمده‌ای از مایع منی است. حدود ۳۰ درصد مایع منی از ترشحات پروستاتی تشکیل می‌شود.

غده پروستات معمولاً به اندازه یک چارمغز بوده ۲۰ تا ۲۵ گرم وزن دارد و در زیر مثانه قرار دارد. این غده، قسمت بالای مجرای ادرار (لوله‌ای که ادرار را از مثانه، به انتهای بیضه می‌برد) را احاطه می‌کند و لوله خروج ادرار که از مثانه خارج می‌شود از میان این غده عبور می‌کند. مثانه اندام متعلق به دستگاه دفع ادرار است و بنابراین پروستات کاری با آن ندارد جز اینکه در مجاورت آن قرار گرفته است.

چون غده پروستات در جلوی رکتوم (قسمت انتهایی روده ی بزرگ) قرار دارد، داکتر متخصص برای اینکه از بزرگ شدن یا التهاب آن اطلاع پیدا کنند می‌تواند این غده را هنگام معاینه مقعدی (معاینه پروستات با انگشت، از راه مقعد) لمس کند.

دستگاه تناسلی مردان از بیضه‌ها، چند غدد ضمیمه، مجرا و در نهایت آلت تناسلی تشکیل شده است. پروستات یکی از این غده‌ها می‌باشد و برخلاف تصور عمومی پروستات نقشی در تمایلات جنسی ندارد، بلکه وظیفه آن تأمین بخش عمده‌ای از مایع منی است. حدود ۳۰ فیصد مایع منی از ترشحات پروستاتی تشکیل می‌شود.

این غده هم مثل همه غده‌های جنسی و اندامهای متعلق به دستگاه تولید مثل در دوران جنینی شکل می‌گیرند، اما خیلی زود رشد و تکامل آنها متوقف می‌شود. سپس در دوران بلوغ، یعنی هنگامی که هورمون‌های جنسی مردانه یا زنانه در شخص شروع به ترشح می‌کند آن غده‌ها، و از جمله پروستات، شروع به رشد و تکامل می‌کنند. بنابراین در این دوران است که غده پروستات در مردان کامل می‌شود.

غده پروستات در معرض سه ابتلاء عمده است :

- پروستاتیتس

- هیپرفونی یعنی بزرگ شدن خوش خیم یا غیر سرطانی غده پروستات

- سرطان پروستات

پروستاتیتس التهاب یا ورم کردن این غده است که در دوران فعالیت جنسی مرد امکان بروز آن هست. حمله کردن باکتری ها به این اندام موجب این بیماری می شود، اما تورم (یا هیپرفونی) خوش خیم پروستات که بزرگ شدن غیرسرطانی این غده است در سنین ۵۰ تا ۶۰ سالگی عارض می شود و یک عارضه تقریباً همگانی است. و بالاخره سرطان پروستات که احتمال وقوع آن خیلی کمتر از اختلالات دیگر این عضو است باز هم در سنین بالاتر از ۶۰ شایع است.

در هر حال همانطور که در بالا اشاره شد به علت آنکه این غده دور مجرای خروج ادرار از مثانه را گرفته است بروز هر یک از این بیماریها با تنگ شدن و حتی مسدود شدن این مجرا و دشواری دفع ادرار همراه است. از همین رو، روش دیگری برای امتحان بزرگ شدن پروستات و تاثیر آن در تنگ کردن مجرای ادرار به وجود آمده که شامل استفاده از یک وسیله نوری به نام سیستوسکوپ است. با وارد کردن این وسیله مداد مانند که در نوک آن عدسی هایی است می توان مجرای ادرار را بررسی کرد و از باز بودن آن مطمئن شد.

همانگونه که در سایر انساج و اعضای بدن هم دیده میشود، رشد غیرقابل کنترل سلول ها (یعنی سرطان) در غده پروستات هم می تواند بروز نماید. طبق آمار اعلام شده در سال ۱۹۹۶ توسط National Cancer Institute of Canada انستیتوت ملی سرطان کانادا سرطان پروستات شایع ترین سرطان در مردان بوده و دومین عامل عمده مرگ ناشی از سرطان در آنان را تشکیل میدهد.

با اینحال، بیشتر مردان، همراه با سرطان پروستات از بین می روند، نه به علت سرطان پروستات.

بیش از ۳۰ درصد مردان بالای ۵۰ سال، شواهدی از سرطان پروستات دارند، اما فقط ۳ درصد به این علت از بین می روند.

خطر بروز سرطان پروستات در مردان ۷۵ ساله، ۳۰ برابر بیشتر از مردان ۵۰ ساله می باشد.

خطر پیدایش سرطان پروستات، در مردانی که افرادی از وابستگان درجه اول آنان (مانند پدر، یا برادر) دچار این بیماری شده باشند، افزایش می یابد.

علائم امراض پروستات چیست؟

در حالیکه بیشترین علائم بزرگی پروستات، به علت سرطان نیست، ولی احتمال وجود سرطان را هم باید در نظر گرفت.

سرطان پروستات می تواند سبب بزرگی غده پروستات شود. در نتیجه، علائم سرطان پروستات میتواند بسیار شبیه علائم بزرگی غیرسرطانی پروستات باشد:

- اختلال در شروع کردن ادرار
- جریان ادرار باریک تر از حد طبیعی
- فوریت در دفع مکرر ادرار
- قطره قطره دفع کردن ادرار (در انتهای جریان ادرار)
- ناتوانی در دفع ادرار
- بی اختیاری (ناتوانی در جلوگیری از عبور ادرار)

در صورت بروز این علائم، در اولین فرصت به داکتر خود اطلاع دهید.

در بعضی از مردان، علائم فوق وجود نداشته و یا بصورت خفیف بروز خواهد کرد. به جای آن، ممکن است درد ناحیه ی لگن یا درد استخوانی (ناشی از گسترش سرطان پروستات به استخوان ها) ، اولین علائم مخاطاردهنده باشند.

سرطان پروستات چگونه تشخیص داده می شود؟

اولین قدم در راه تشخیص سرطان پروستات، معمولاً معاینه مقعدی را شامل می شود (غده پروستات سرطانی، عموماً بصورت ناصاف و سخت تر از پروستات عادی لمس می گردد). اگر داکتر به وجود سرطان پروستات مشکوک شود، آزمایش های بیشتری را درخواست خواهد کرد، مانند اولتراسوند و شاید، پارچه برداری با سوزن، برای جمع آوری نمونه ای از سلول های پروستات و بررسی آن در لابراتوار. همچنین، ممکن است اسکنر استخوانی، برای بررسی گسترش سرطان پروستات به استخوان ها، انجام شود.

همزمان با آزمایش هایی که داکتر درخواست می کند، یک آزمایش خون هم اکنون در بعضی ممالک دردسترس است که میتواند به تشخیص و پیگیری مداوم سرطان پروستات کمک کند. این آزمایش خون، آزمایش آنتی ژن اختصاصی پروستات یا Prostate Specific Antigen نام دارد که مخفف آن PSA میباشد.

پی ای اس ای، پروتئینی است که توسط نسج طبیعی و سرطانی پروستات، تولید می گردد. افزایش میزان پی ای اس ای در خون، می تواند نشانگر هردو اختلال سرطانی و غیرسرطانی غده پروستات باشد. درباره ی آزمایش پی ای اس ای، با داکتر خود مشورت نمایید.

اگر سرطان پروستات تشخیص داده شد، داکتر راه های علاج مناسب را به شما توصیه خواهد کرد که این راه ها به عوامل ذیل ارتباط دارند:

• اینکه سرطان به استخوان ها یا سایر قسمت های بدن گسترش یافته یا نه

• سن شما

• وضعیت عمومی صحت شما

تهیه از: شماس دریاوش یوسف زاده

منابع :

سایت آموزشی مجله ها دات کام

www.majaleha.com