

سارکوم رحم چیست؟

سارکوم‌های رحم تومورهای بدخیم نادری هستند که از بافت‌های رحم منشأ می‌گیرند. میزان بروز این سرطان حدود یک و نیم تا دو مورد در هر صد هزار زن در سال است. در زنانی که به دلیل فیبروم رحم تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند، احتمال اینکه توده در واقع سارکوم باشد، حدود یک تا سه دهم درصد است.

سارکوم‌های رحم به سه گروه اصلی تقسیم می‌شوند:

لیومیوسارکوم

سارکوم استرومایی آندومتر

سارکوم استرومایی تمایز نیافته آندومتر

لیومیوسارکوم شایع‌ترین نوع سارکوم رحم است و حدود چهل و یک تا شصت درصد موارد را تشکیل می‌دهد. این تومورها معمولاً در زنان دهه پنجم و ششم زندگی تشخیص داده می‌شوند.

علائم سارکوم رحم چیست؟

شایع‌ترین علائم شامل خونریزی غیرطبیعی رحمی، چه قبل و چه پس از یائسگی، وجود توده قابل لمس در لگن و درد شکم یا لگن است. با این حال، حدود یک‌چهارم بیماران هیچ علامتی ندارند.

از آنجا که علائم سارکوم رحم بسیار شبیه فیبروم‌های خوش‌خیم است، تشخیص آن پیش از عمل جراحی ممکن است دشوار باشد. رشد سریع توده رحمی در زنان یائسه می‌تواند احتمال بدخیمی را مطرح کند.

گاهی نخستین تظاهر بیماری به علت پارگی تومور یا وجود متاستاز در سایر اندام‌ها است.

عوامل خطر چیست؟

عوامل زیر با افزایش خطر ابتلا به سارکوم رحم ارتباط دارند:

افزایش سن و یائسگی

نژاد سیاهپوست

مصرف تاموکسیفن

قرار گرفتن طولانی‌مدت در معرض استروژن بدون پروژسترون

سندرم تخمدان پلی‌کیستیک

سابقه پرتودرمانی لگن، به‌ویژه در سارکوم استرومایی آندومتر

آیا آزمایش غربالگری برای سارکوم رحم وجود دارد؟

در حال حاضر هیچ روش غربالگری مؤثری برای تشخیص زودهنگام سارکوم رحم وجود ندارد و انجام غربالگری باعث کاهش مرگومیر ناشی از این بیماری نشده است.

سارکوم رحم چگونه تشخیص داده می‌شود؟

مجموعه اطلاعات برای بیماران – آنچه باید بدانید و چه پرسش‌هایی باید مطرح کنید

تشخیص سارکوم رحم ممکن است دشوار باشد، زیرا علائم و یافته‌های تصویربرداری آن می‌تواند بسیار شبیه فیبروم‌های خوش‌خیم باشد.

ارزیابی تشخیصی معمولاً با معاینه زنان و انجام سونوگرافی تخصصی یا تصویربرداری تشدید مغناطیسی آغاز می‌شود تا ویژگی‌های توده با دقت بررسی شود.

برای بررسی گسترش بیماری، ممکن است سی‌تی‌اسکن شکم و لگن درخواست شود.

در برخی بیماران، سطح برخی مارکرهای توموری مانند **آنتی‌ژن سرطانی صد و بیست و پنج و لاکتات دهیدروژناز** افزایش می‌یابد، اما این یافته اختصاصی نیست و ارزش تشخیصی محدودی دارد. اگر این مارکرها پیش از درمان افزایش یافته باشند، ممکن است در پیگیری پس از درمان نیز اندازه‌گیری شوند.

در برخی انواع سارکوم استرومایی که داخل حفره رحم قرار دارند، نمونه‌برداری می‌تواند تشخیص را تأیید کند، اما در بعضی موارد به علت خطر انتشار سلول‌های تومور، انجام نمونه‌برداری توصیه نمی‌شود.

پیش‌آگهی بیماری چگونه است؟

پیش‌آگهی به نوع سارکوم بستگی دارد.

لیومیوسارکوم توموری بسیار تهاجمی است و معمولاً پیش‌آگهی نامطلوبی دارد.

سارکوم استرومایی آندومتر معمولاً رشد آهسته‌تری دارد و پیش‌آگهی آن نسبتاً مطلوب است.

سارکوم استرومایی تمایز نیافته آندومتر بسیار تهاجمی بوده و پیش‌آگهی ضعیفی دارد؛ به‌طوری‌که بیشتر بیماران طی دو سال پس از تشخیص بر اثر بیماری فوت می‌کنند.

درمان سارکوم رحم چگونه است؟

درمان اصلی سارکوم رحم جراحی است و معمولاً شامل برداشتن رحم، تخمدان‌ها و لوله‌های رحمی و همچنین خارج کردن هرگونه توده خارج از رحم می‌شود.

ضرورت برداشت غدد لنفاوی هنوز قطعی نیست و بسته به شرایط بیمار تصمیم‌گیری می‌شود.

در زنان جوان مبتلا به مراحل اولیه سارکوم استرومایی آندومتر که تمایل به حفظ باروری دارند، در برخی موارد می‌توان تنها توده را برداشت و رحم و تخمدان‌ها را حفظ کرد.

در بیماران مبتلا به لیومیوسارکوم، پرتودرمانی معمولاً تأثیر قابل‌توجهی بر بقای بیمار ندارد و نقش شیمی‌درمانی در مراحل اولیه نیز همچنان مورد بحث است.

در برخی تومورهای حساس به هورمون، درمان هورمونی با داروهایی مانند پروژستین‌ها، مهارکننده‌های آروماتاز یا آنالوگ‌های هورمون آزادکننده‌گنادوتروپین، گاهی همراه با مژستروول استات، می‌تواند مؤثر باشد.

سارکوم استرومایی آندومتر معمولاً به درمان‌های هورمونی پاسخ مناسبی می‌دهد و این داروها ممکن است پس از جراحی نیز تجویز شوند.

در سارکوم استرومایی تمایز نیافته، درمان اصلی جراحی است و بسته به شرایط بیمار ممکن است پرتودرمانی یا شیمی‌درمانی نیز پس از عمل انجام شود.

مجموعه اطلاعات برای بیماران – آنچه باید بدانید و چه پرسش‌هایی باید مطرح کنید

پس از درمان چه پیگیری‌هایی لازم است؟

پس از درمان، مراجعات منظم پزشکی ضروری است.

در هر ویزیت، پزشک علائم بیمار را بررسی کرده و معاینه بالینی انجام می‌دهد. در صورت بالا بودن مارکرهای توموری پیش از درمان، ممکن است این آزمایش‌ها نیز تکرار شوند.

برحسب شرایط بیمار، بررسی‌های تصویربرداری مانند سونوگرافی، رادیوگرافی قفسه سینه، تصویربرداری تشدید مغناطیسی یا سی‌تی‌اسکن نیز ممکن است انجام شود.

در دو سال نخست پس از درمان، معمولاً ویزیت‌ها هر دو تا سه ماه یکبار انجام می‌شوند. پس از آن، فاصله مراجعات افزایش یافته و معمولاً سالانه یک یا دو بار تا پنج سال ادامه پیدا می‌کند. برنامه دقیق پیگیری ممکن است بر اساس سیاست‌های مرکز درمانی متفاوت باشد.

آخرین به‌روزرسانی: آوریل سال دو هزار و بیست و سه

سلب مسئولیت

محتوای این بروشور/ و بسایت صرفاً برای اطلاع رسانی عمومی ارائه شده است و نباید به عنوان جایگزین توصیه پزشکی تخصصی در نظر گرفته شود. پیش از انجام یا خودداری از هر اقدامی بر اساس این اطلاعات، لازم است مشاوره پزشکی حرفه‌ای متناسب با شرایط فردی خود دریافت کنید. اگرچه تلاش شده اطلاعات به روز باشد، هیچ گونه تضمینی در مورد دقت، کامل بودن یا به روز بودن محتوا ارائه نمی‌شود.

مترجم:

دکتر آناهیتا دادعلی، پزشک، لینکلن شایر، انگلستان

ویراستار:

دکتر سولماز پیری: پریناتولوژیست، سفیر ایزوگ در خاورمیانه و شمال آفریقا و عضو کمیته‌های

بیسیک ترینینگ و ویزوگ