

وقتی تومورهایی از قسمت‌های دیگر بدن خارج از لگن به ساختارهای لگنی مانند رحم یا دهانه رحم گسترش می‌یابند، این به چه معناست؟

این فرایند **متاستاز** نامیده می‌شود. متاستاز به این معناست که سلول‌های یک تومور اولیه که در نقطه دیگری از بدن منشأ گرفته‌اند، به اندام‌های لگنی، به‌ویژه پوشش داخلی رحم (آندومتر)، جسم رحم یا دهانه رحم (سرویکس)، گسترش یافته و آن‌ها را درگیر می‌کنند.

این فرایند چگونه اتفاق می‌افتد؟

وقتی تومورهای خارج از دستگاه تناسلی به رحم متاستاز می‌دهند، معمولاً نشانه‌ای از بیماری منتشر است. متاستاز به رحم می‌تواند از طریق جریان خون رخ دهد. همچنین سرویکس دارای عروق لنفاوی است که لنف، یعنی مایع شفافی حاوی سلول‌های ایمنی، را منتقل می‌کنند. سلول‌های سرطانی می‌توانند از طریق این مسیرهای لنفاوی گسترش یابند، به‌ویژه زمانی که این مجاری توسط تجمع سلول‌های توموری که «آمبولی توموری» نامیده می‌شوند، مسدود شده باشند.

ایجاد توده‌های رحمی و آندومتر ناشی از تومورهای اولیه سایر اندام‌ها تا چه اندازه شایع است؟

متاستاز تومورهای اولیه خارج از دستگاه تناسلی به آندومتر یا سرویکس بسیار نادر است. تنها حدود ۱۰٪ از تمام موارد متاستاز به دستگاه تناسلی زنان، رحم را درگیر می‌کنند. جسم رحم (کورپوس) شایع‌ترین محل درگیری است، در حالی که متاستاز محدود به آندومتر حتی کمتر دیده می‌شود. سرویکس نادرترین محل متاستاز در دستگاه تناسلی زنان است و تنها در حدود ۰/۳٪ موارد مشاهده می‌شود.

چگونه می‌توان به وجود این تومورها در رحم یا آندومتر که از محل دیگری منشأ گرفته‌اند، مشکوک شد؟

شایع‌ترین تظاهرات بالینی شامل خونریزی غیرطبیعی واژینال و درد شکم است. زنانی که سابقه کارسینوم پستان یا دستگاه گوارش دارند، باید به‌طور منظم از نظر احتمال متاستاز به رحم و سرویکس بررسی شوند.

عوامل خطر ایجاد توده‌های رحمی و آندومتر ناشی از تومورهای اولیه سایر اندام‌ها چیست؟

اگرچه این وضعیت نسبتاً نادر است، زنانی که سابقه کارسینوم کولورکتال، کارسینوم لوبولار پستان یا کارسینوم معده دارند، در معرض خطر بیشتری برای ایجاد متاستاز در رحم یا آندومتر قرار دارند. زنانی که متاستاز ناشی از کارسینوم معده دارند، اغلب در سنین پیش از یائسگی هستند.

پیش‌آگهی زنان مبتلا به توده‌های رحمی و آندومتر ناشی از تومورهای اولیه سایر اندام‌ها چگونه است؟

متأسفانه پیش‌آگهی این بیماران ضعیف است و برداشتن رحم پس از تشخیص این تومورهای متاستاتیک معمولاً تأثیر قابل توجهی بر پیامد نهایی بیماری ندارد.

این توده‌های رحمی و آندومتر چگونه تشخیص داده می‌شوند؟

متاستاز تومورهای اولیه خارج از دستگاه تناسلی به آندومتر یا رحم/سرویکس نادر است و ممکن است از نظر تصویربرداری از تومورهای اولیه این اندام‌ها قابل افتراق نباشد؛ بنابراین تشخیص آن می‌تواند برای پزشکان و آسیب‌شناسان چالش‌برانگیز باشد. به همین دلیل، وجود شک بالینی بالا ضروری است. برای مثال، در صورت تشخیص آدنوکارسینوم سرویکس یا آندومتر، باید بررسی کامل دستگاه گوارش و پستان انجام شود.

سونوگرافی برای بررسی وجود ضایعه در آندومتر یا سرویکس و نیز تعیین اندازه، محل و الگوی خون‌رسانی آن استفاده می‌شود. با این حال، تشخیص قطعی تنها با نمونه‌برداری (بیوپسی) یا بررسی بافت‌شناسی امکان‌پذیر است.

توده‌های رحمی و آندومتر ناشی از تومورهای اولیه سایر اندام‌ها چگونه درمان می‌شوند؟

در تعیین برنامه درمانی، پزشک سه عامل را در نظر می‌گیرد: مرحله بیماری، درجه تومور (میزان غیرطبیعی بودن و تهاجمی بودن سلول‌ها در بررسی میکروسکوپی) و نوع تومور اولیه. در برخی موارد هدف درمان، درمان قطعی بیماری است، در حالی که در موارد دیگر هدف، افزایش طول عمر یا کاهش علائم بیمار است.

در بسیاری از موارد، هیستریکتومی (برداشتن رحم) اولین درمان است. اغلب تخمدان‌ها نیز برداشته می‌شوند و در صورت لزوم، نمونه‌برداری از غدد لنفاوی یا برداشت کامل آن‌ها انجام می‌شود. در برخی بیماران مبتلا به بیماری پیشرفته یا افرادی که خطر بالایی برای جراحی دارند، جراحی مناسب نیست و شیمی‌درمانی به عنوان درمان اصلی در نظر گرفته می‌شود.

گاهی شیمی‌درمانی پیش از جراحی (شیمی‌درمانی نئوآدجوانت) برای کوچک کردن تومور و تسهیل برداشت آن انجام می‌شود. بسته به میزان گسترش بیماری، شیمی‌درمانی ممکن است همراه با پرتودرمانی تجویز شود یا از رژیم‌های شیمی‌درمانی قوی‌تر استفاده گردد.

که به آن پرتودرمانی لگن نیز گفته می‌شود، (EBRT یا External Beam Radiation Therapy) پرتودرمانی خارجی در مواردی که خطر عود بیماری، به ویژه در ناحیه کاف واژن، بالا باشد، مورد استفاده قرار می‌گیرد. این درمان معمولاً انجام می‌شود و گاهی نیز به عنوان درمان اولیه در بیمارانی که به علت II و I پس از جراحی در کارسینوم رحم مرحله شرایط خاص کاندید جراحی نیستند، به کار می‌رود.

چه پرسش‌هایی را باید از پزشک خود پرسیم؟

آیا ضایعه آندومتر یا سرویکس که در سونوگرافی دیده شده، متاستاز تومور اولیه من است؟

تشخیص اینکه ضایعه مشاهده شده در سونوگرافی یک متاستاز از تومور اولیه باشد یا یک تومور اولیه جدید، اغلب دشوار است. از آنجا که تومورهای متاستاتیک نادر هستند و ممکن است از نظر ظاهری بسیار شبیه تومورهای اولیه باشند، تشخیص نیازمند تطابق دقیق یافته‌های تصویربرداری با سابقه پزشکی بیمار و نتایج بررسی آسیب‌شناسی است.

آیا من دو تومور اولیه دارم؟ شانس بقای من چقدر است؟

تومورهای ثانویه رحم که از اندام‌های خارج از دستگاه تناسلی منشأ می‌گیرند، متاستاز محسوب می‌شوند و تومور اولیه دوم نیستند. متاستاز به رحم کمتر از ۱۰٪ از تمام متاستازهای دستگاه تناسلی زنان را تشکیل می‌دهد و ممکن است قبل از تشخیص تومور اولیه، همزمان با آن یا پس از آن ایجاد شود. متاستاز آندومتر معمولاً نشان‌دهنده انتشار گسترده بیماری است و با کاهش امید به زندگی همراه است. متوسط بقا پس از تشخیص متاستاز آندومتر یا سرویکس حدود ۱۲ ماه گزارش شده است.

آیا با توجه به درگیری دو محل مختلف، شیمی‌درمانی من متفاوت خواهد بود؟

شیمی‌درمانی سیتوتوکسیک نقش محدودی در درمان کارسینوم پیشرفته یا متاستاتیک آندومتر و سرویکس دارد. داروهای متداول شامل سیس‌پلاتین و دوکسوروبیسین هستند، اگرچه عوارض جانبی آن‌ها ممکن است استفاده از آن‌ها را در بسیاری از بیماران محدود کند. به دلیل بیماری‌های همراه، اجرای رژیم‌های ترکیبی شیمی‌درمانی در برخی بیماران دشوار است. رژیم‌های ترکیبی قوی‌تر، بقای بدون بیماری را بهبود می‌بخشند و ممکن است بقای کلی را نیز تا حدی افزایش دهند. به سیس‌پلاتین، میزان پاسخ به درمان را (Taxol) افزودن آنتراسیکلین‌ها مانند دوکسوروبیسین یا تاکسان‌ها مانند پاکلیتاکسل

مجموعه اطلاعات برای بیماران – آنچه باید بدانید، آنچه باید پرسید

افزایش می‌دهد. اگرچه هیچ دارو یا رژیم درمانی مشخصی برتری قطعی نشان نداده است، داروهای پلاتینی، آنتراسیکلین‌ها و پاکلیتاکسل امیدوارکننده‌ترین گزینه‌ها محسوب می‌شوند.

در صورت وجود دو تومور در دو محل مختلف، شیمی‌درمانی تا چه مدت ادامه خواهد داشت؟

شیمی‌درمانی ترکیبی معمولاً هر ۲۱ روز یکبار و در مجموع به مدت هفت دوره انجام می‌شود، مگر اینکه بیماری پیشرفت کند یا عوارض جانبی غیرقابل قبول ایجاد شود.

احتمال اینکه فرزندان یا بستگان من به همین تومورها مبتلا شوند چقدر است؟

عامل خطر به هر عاملی گفته می‌شود که احتمال ابتلا به یک بیماری مانند سرطان را افزایش دهد. سرطان‌های مختلف عوامل خطر متفاوتی دارند. برخی عوامل ممکن است خطر ابتلا به کارسینوم آندومتر یا سرویکس ناشی از یک تومور اولیه خارج از دستگاه تناسلی را افزایش دهند. با این حال، بسیاری از زنانی که عوامل خطر دارند، هرگز به بیماری مبتلا نمی‌شوند و برخی دیگر بدون داشتن هیچ عامل خطر شناخته‌شده‌ای دچار بیماری می‌شوند. حتی اگر فردی یک یا چند عامل خطر داشته باشد، نمی‌توان مشخص کرد کدام عامل باعث ایجاد بیماری شده است.

سابقه خانوادگی کارسینوم آندومتر با افزایش دو تا سه برابری خطر ابتلا به این بیماری همراه است. این ارتباط ممکن است ناشی از عوامل ژنتیکی، محیطی یا سبک زندگی مشترک باشد. مطالعات روی دوقلوها، وراثت‌پذیری این بیماری را بین ۲۷ تا ۵۲ درصد برآورد کرده‌اند. علاوه بر این، کارسینوم‌های کولورکتال، پستان و معده در خانواده‌های بیماران مبتلا به کارسینوم آندومتر با فراوانی بیشتری نسبت به جمعیت عمومی دیده می‌شوند.

آخرین به‌روزرسانی: ژوئن ۲۰۲۳

سلب مسئولیت

محتوای این بروشور/وبسایت صرفاً برای اطلاع‌رسانی عمومی ارائه شده است و نباید به‌عنوان 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 به‌روز باشد، هیچ‌گونه تضمینی در مورد دقت، کامل بودن یا به‌روز 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