

کارسینوم (سرطان) اولیه لوله فالوپ

این بروشور به شما کمک می‌کند تا بدانید سرطان اولیه لوله فالوپ چیست، چگونه اتفاق می‌افتد، به چه بررسی‌هایی نیاز دارید و پیامدهای بلندمدت تشخیص آن چیست.

لوله‌های فالوپ از جسم رحمی در خلف و بالای رباط‌های گرد منشأ می‌گیرند. مجرای این لوله‌ها با حفره رحم و حفره داخل شکمی ارتباط دارد. آن‌ها به عنوان کانالی برای انتقال تخمک و لقاح به عنوان مجاری دو طرفه بین تخمدان‌ها و رحم عمل می‌کنند.

این بیماری چیست؟

کارسینوم اولیه لوله فالوپ یکی از نادرترین بدخیمی‌های زنان است که ۰٫۱۸ تا ۱٫۶ درصد از کل تومورهای بدخیم دستگاه تولید مثل زنان را تشکیل می‌دهد. این سرطان معمولاً در دهه‌های ۵ و ۶ زندگی (میانگین سنی در زمان تشخیص ۵۵ تا ۶۰ سال) بروز می‌کند. اکثر سرطان‌های لوله فالوپ، کارسینوم‌های پاپیلاری سروزی هستند. با این حال، گزارش شده است که کارسینوم سلول clear (شفاف)، کارسینوم آندومترئید و کارسینوم سلول سنگفرشی نیز به ندرت از لوله‌های فالوپ منشأ می‌گیرند. علت ایجاد کارسینوم لوله فالوپ ناشناخته است. با این حال، ارتباط آن با عدم بارداری و ناباروری و سابقه سل و سالپنژیت/بیماری التهابی لگن گفته شده است. همچنین، ارتباط آن با جهش‌های ژن‌های BRCA1 و BRCA2 گزارش شده است.

علائم این بیماری چیستند؟

تظاهرات بالینی سرطان لوله فالوپ ممکن است حاد یا تحت حاد باشد. در بیشتر موارد، بدون علامت است و می‌تواند به طور اتفاقی در حین معاینه، تصویربرداری یا جراحی به علل دیگر تشخیص داده شود. شایع‌ترین علائم بالینی در زمان مراجعه، ترشح یا خونریزی واژن و درد قسمت تحتانی شکم است. شایع‌ترین یافته‌های بالینی، توده قابل لمس لگن و/یا شکم (تریاد لاتزکو) و شک به آسیت است. سایر علائم عبارتند از اتساع شکم، احساس فوریت برای دفع ادرار، تغییر در عملکرد روده، کمردرد و درد ناحیه ولوا (دستگاه تناسلی خارجی) یا کشاله ران.

چطور تشخیص داده می‌شود؟

ارزیابی بیمارانی که علائمی دال بر سرطان لوله فالوپ دارند، معمولاً یک فرآیند چند مرحله‌ای است. ارزیابی اولیه شامل معاینه فیزیکی کامل، سونوگرافی لگن و اندازه‌گیری CA125 سرم برای تأیید وجود توده در آدنکس است. تشخیص قطعی نیاز به بررسی بافت‌شناسی دارد. تصویربرداری بیشتر مانند سی‌تی اسکن یا PET-CT برای مرحله‌بندی بیماری ضروری است. اکثر سرطان‌های لوله فالوپ به صورت یک توده یک طرفه "سوسیس شکل" با اندازه متوسط ۵ سانتی‌متر ظاهر می‌کنند. اکثر تومورها در دو سوم انتهایی لوله و درصد کمی در پرزهای شیپوری شکل لوله فالوپ قرار دارند.

چگونه می‌توان این وضعیت را درمان کرد؟

درمان به مرحله بیماری بستگی دارد. مرحله‌بندی جراحی و کاهش حجم تومور و به دنبال آن شیمی‌درمانی کمکی مبتنی بر داروهایی که پایه‌ی آن‌ها پلاتین است، درمان استاندارد است. بیماری باقی‌مانده پس از جراحی یک عامل پیش‌آگهی ضعیف است. پیش‌آگهی بیماری مشابه کارسینوم اولیه تخمدان است (بقای ۵ ساله برای همه مراحل بین ۴۳ تا ۵۶ درصد متغیر است).

به چه پیگیری‌هایی نیاز خواهیم داشت؟

بیمارانی که برای سرطان لوله فالوپ تحت درمان قرار گرفته‌اند، در معرض خطر بالای عود بیماری هستند. پیگیری شامل معاینه فیزیکی عمومی و معاینه لگن هر ۳ تا ۴ ماه به مدت ۲ سال، سپس هر ۶ ماه به مدت ۳ سال و در نهایت سالانه به مدت ۵ سال است. بیمارانی که در زمان تظاهر بیماری در مرحله پیشرفته قرار دارند و به درمان پاسخ کامل می‌دهند و در وضعیت پاسخ کامل می‌مانند، باید در طول عمر پیگیری شوند. پایش همچنین باید شامل ارزیابی CA 125 باشد.

چه سوالات دیگه ای باید پرسیم؟

- کدام روش درمانی برای بیماری عودکننده است؟

آخرین به‌روز رسانی مارس ۲۰۲۴

سلب مسئولیت: محتوای [این جزوه/ وب سایت ما] فقط برای اطلاعات عمومی ارائه شده است. این مطالب به عنوان توصیه های پزشکی که باید به آن تکیه کنید، در نظر گرفته نشده است. شما باید قبل از انجام یا خودداری از هرگونه اقدامی بر اساس محتوای [این بروشور/ وب سایت ما]، توصیه‌های پزشکی حرفه‌ای یا تخصصی را در رابطه با موقعیت فردی خود دریافت کنید. اگرچه تلاش‌های معقولی برای به‌روزرسانی اطلاعات [بروشورها/ وب سایت ما] انجام می‌شود، اما هیچ‌گونه تضمین، ضمانت یا قولی، خواه صریح یا ضمنی، درباره دقت، کامل یا به‌روز بودن محتوای [بروشور/ وب سایت ما] نمی‌دهیم.

مترجمین :

هماهنگ کننده و ویراستار :

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

سرپرست و همکار گروه مترجمین و ویراستار :

دکتر نجمیه سعادت : پریناتولوژیست ، دانشیار گروه زنان دانشگاه جندی‌شاپور اهواز ، مرکز تحقیقات باروری و ناباروری و سلامت جنین ، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز

سایر مترجمین :

پارمیدا بشنام : دانشجوی دکترای عمومی پزشکی – دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز