

این بیماری چیست؟

تومورهای سلول‌های گرانولوزا یک نوع نادر از کارسینوم تخمدان هستند که با سیر طبیعی طولانی و پیش‌آگهی مطلوب شناخته می‌شوند. میانه سن بیماران در زمان تشخیص حدود ۵۰ سال است.

دو نوع تومور سلول‌های گرانولوزا وجود دارد:

نوع بالغ تومور سلول‌های گرانولوزا که حدود ۲ تا ۴ درصد از تمام کارسینوم‌های تخمدان را تشکیل می‌دهد.

نوع نوجوان تومور سلول‌های گرانولوزا که معمولاً در بیماران زیر ۳۰ سال دیده می‌شود.

نوع نوجوان ممکن است در مقایسه با نوع بالغ، طی چند سال نخست پس از درمان با احتمال بیشتری عود کند و رفتار تهاجمی‌تری داشته باشد.

ضایعه تخمدانی استروژن تولید می‌کند. به همین دلیل، در درصد قابل توجهی از بیماران، ضایعات وابسته به استروژن در آندومتر مانند پولیپ، هیپرپلازی یا کانسر آندومتر نیز به طور همزمان مشاهده می‌شوند.

علائم این بیماری چیست؟

حدود ۲۰ درصد بیماران در زمان تشخیص هیچ علامتی ندارند.

علائمی که معمولاً گزارش می‌شوند عبارت‌اند از:

بزرگ شدن شکم یا تورم شکم، درد شکم، خونریزی واژینال و آمنوره در زنان پیش از یائسگی، حساسیت یا درد پستان‌ها.

این بیماری چگونه تشخیص داده می‌شود؟

اولین روش تشخیصی، سونوگرافی واژینال است که در صورت نیاز با سونوگرافی شکمی تکمیل می‌شود.

برای تکمیل مرحله‌بندی بیماری، توموگرافی رایانه‌ای قفسه سینه، شکم و لگن درخواست می‌شود.

همچنین اندازه‌گیری نشانگرهای توموری خون، از جمله استرادیول، هورمون ضد مولر و اینهیبین بی، توصیه می‌شود.

این بیماری چگونه درمان می‌شود؟

جراحی، درمان اصلی این بیماری است.

در زنان جوان مبتلا به بیماری در مراحل اولیه، انجام جراحی حفظ باروری امکان‌پذیر است. این جراحی ممکن است شامل برداشتن ضایعه تخمدان یا برداشتن یک‌طرفه تخمدان و لوله فالوپ باشد.

در بیمارانی که تحت جراحی حفظ باروری قرار می‌گیرند، نمونه‌برداری از آندومتر باید همیشه انجام شود.

در زنان یائسه یا بیمارانی که تمایلی به حفظ باروری ندارند، جراحی کامل شامل برداشتن رحم، هر دو تخمدان و لوله‌های فالوپ، نمونه‌برداری از صفاق، برداشتن انتوم و شست‌وشوی حفره شکم، درمان استاندارد محسوب می‌شود.

پیش‌آگهی این بیماری چگونه است؟

بیشتر تومورها در مراحل اولیه تشخیص داده می‌شوند و معمولاً نسبت به سایر انواع کارسینوم تخمدان پیش‌آگهی بهتری دارند.

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

میزان بقای کلی در پنج سال و ده سال به ترتیب حدود ۸۵ درصد و ۷۳ درصد برآورد شده است.

به چه نوع پیگیری نیاز خواهم داشت؟

از آنجا که احتمال عود دیررس وجود دارد، پیگیری طولانی‌مدت توصیه می‌شود.

معاینه منظم لگن، بررسی‌های تصویربرداری که معمولاً شامل سونوگرافی واژینال و شکمی به صورت متناوب با توموگرافی رایانه‌ای است، و همچنین اندازه‌گیری نشانگرهای سرمی مانند هورمون ضد مولر، اینهیبین بی و استرادیول، در سال اول هر سه ماه یکبار، از سال دوم تا پنجم هر چهار ماه یکبار و پس از سال پنجم هر شش ماه یکبار توصیه می‌شود.

چه پرسش‌های دیگری باید از پزشک خود بپرسم؟

آیا پس از جراحی، باروری آینده من با مشکلی مواجه خواهد شد؟

آخرین به‌روزرسانی: مارس ۲۰۲۴

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