

عنوان مقاله:

درگیری صفاقی سرطان

محل انتشار:

چهارمین کنگره سراسری سرطان های زنان ایران (سال: 1391)

تعداد صفحات اصل مقاله: 1

نویسنده:

فاطمه قائم مقامی - استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران-آنکولوژیست زنان

خلاصه مقاله:

درگیری صفاقی سرطان یا پریتونئال کارسینوماتوزیس با انتشار سلول های سرطانی در حفره پریتوان و جایگزینی سلول های بدخیم در پریتوان احشایی و جداری مشخص می شود که ممکن است به همراه آسیت بدخیم باشد. کارسینوماتوزیس پریتوان اولیه نادر است و شامل مزوتلیومای پریتوان و کارسینوم اولیه پریتوان است. بدخیمی ثانویه پریتوان در مراحل پیشرفته و با عود بدخیمی های گوارشی از جمله کانسر کولورکتال، آپاندیکال، معده و بدخیمی های ژنیکولوژیک شایع تر است و اکثرا با پیش آگهی بسیار بد است. پریتونئال کارسینوماتوزیس اولیه معمولا با اتساع شکمی، تغییرات در عادات روده ای، احساس پری بعد از خوردن و درد ثانویه به تجمع آسیت تظاهر می نماید. این تومور اکثرا در سنین بالاتر از سن ابتلا به کانسر تخمدان در زنان منوپوز 55-65 سال دیده می شود. تظاهرات آتی پیک بصورت دیسپلازی شدید گلاندولار در پاپ اسمیر نیز گزارش شده است. مزوتلیومای بدخیم پریتوان نیز با علائم و نشانه های بیماری پیشرفته بصورت آسیت، درد، از دست دادن وزن و توده شکمی تظاهر می نماید. بررسی های لازم شامل اندازه گیری تومورمارکرها (CA125, CA19-9, CEA)CT، شکم و لگن خوراکی و تزریقی و آندوسکوپی جهت رد کانسر کولون و معده است. سی تی اسکن و سونو گرافی غیر حساس است و بعضی مطالعات MRI را نسبت به CT جهت نشان دادن حالات غیر طبیعی پریتوان و دیواره روده ارجح دانسته است. PET نیز در تشخیص ضایعات کوچکتر از 1CM دقت بیشتری دارد. گاهی کارسینوماتوزیس پریتونئال اولیه از نظر هیستولوژیکی از کانسر اپی تلیال تخمدان غیر قابل تشخیص است. ولی به هر حال کانسر اولیه تخمدان می تواند به وسیله چند معیار تفکیک شود: اول آنکه تخمدان ها سایز نرمال دارند. دوم اینکه گرفتاری خارج تخمدانی بیشتر از گرفتاری سطح تخمدان ها است. سوم اینکه ضایعه در تخمدان کوچکتر از 5mm * 5mm است و محدود به سطح تخمدان است. بالاخره اینکه مطالعه هیستولوژیک تیپ سرور را مشخص می نماید. در مان پریتونئال کارسینوماتوزیس جراحی سیتورداکتیو به صورت برداشتن گرفتاری امتوم (omental cake) پریتوانکتومی احشایی و جداری، هسترکتومی و اوراکتومی، در صورت گرفتاری و ناف امفالکتومی، در صورت لزوم رزکسیون روده یا برداشتن طحال و کم کردن تومور باقی مانده در حداقل ممکن و سپس استفاده از کموتراپی، هیپیرامیک می باشد. با این روش عوامل کموتراپیک با غلظت بالا بطور لوکال و با توکسیسیتی سیستمیک حداقل می تواند موثر واقع شود. هیپیرامی نیز باعث نفوذ بیشتر عوامل کموتراپیک شده و علاوه بر این خود اثرات سیتوتوکسیک دارد.

کلمات کلیدی:

لینک ثابت مقاله در پایگاه سیویلیکا:

<https://civilica.com/doc/421287>

