



سرطان پوست

کارسینوم سلول قاعده‌ای و سلول سنگفرشی

اپیدمیولوژی و سیر طبیعی

کارسینوم سلول قاعده‌ای [1] و سلول سنگفرشی [2] شایعترین سرطانهای پوست و دو نوع از شایعترین انواع سرطان به شمار می‌آیند. مرگ و میر حاصل از این سرطانها بسیار کم است، با این حال کمتر از 1/0 درصد از مرگ و میر ناشی از سرطان را شامل می‌شود. هر دو نوع سرطان مذکور در نواحی در معرض آفتاب و در جمعیت سفید پوست شایعتر می‌باشند. برخلاف سرطان سلولهای قاعده‌ای که به زدرت متاستاز می‌دهند، سرطانهای سلولهای سنگفرشی می‌تواند به غدد لنفاوی ناحیه‌ای دست‌اندازی کند. بدین ترتیب معایه غدد لنفاوی در بیمار مبتلا به سرطان سلول سنگفرشی به ویژه در نواحی لب، گوش، اطراف مقعد و اطراف نواحی تناسلی، ضروری می‌باشد.

ملانوم

همه‌گیری شناسی

میزان بروز ملانوم هر ساله در ایالات متحده 4 درصد افزایش می‌یابد هر سال بیش از 44000 مورد جدید ملانوم تشخیص داد می‌شود و بیش از 7000 نفر بر اثر این بیماری فوت می‌کنند. میزان بروز بیماری با افزایش سن بالا می‌رود و در سفید پوستان ده برابر بیش از سیاه‌پوستان آمریکا است. ملانوم با قرار گیری در معرض

اشعه فرابنفش B به خصوص آفتاب سوختگی در دوران کودکی ارتباط دارد. سابقه خالهای دیسپلاستیک و سابقه خانوادگی ملانوم نیز خطر بروز این بیماری را افزایش می‌دهد.

تظاهرات بالینی

بیماران دچار ملانوم اغلب با تغییر يك ضایعه پوستي پیگمانته مراجعه می‌کنند. هر چند 90 درصد ملانوم‌ها ممکن است از هر ناحیه ای که ملانوسیت‌ها در آن وجود دارند، از جمله مشیمیه چشم، پرده‌های مننژ و مخاط دستگاه گوارش و دستگاه تنفس منشأ گیرند. تقریباً در 5 درصد موارد ملانوم مکان اولیه بیماری مشخص نیست. ملانوم‌ها همچنین ممکن است به صورت بیماری متاستاتیک در گره‌های لنفي، ریه، استخوان، کبد و مغز ظاهر کنند

مرحله بندی

مرحله بندی ملانوم بر اساس ضخامت تومور اولیه و عمیق تهاجم به پوست (هر دو برحسب میلی‌متر) انجام می‌شود. ضخامت تومور مهم‌ترین عامل منفرد تعیین‌کننده پیش آگهی است. برای مرحله بندی کامل بیماری دیسکسیون تمامی گره‌های لنفي قابل لمس ضروري است. متاستازهای انتقالي گره‌های لنفي متاستازهایی هستند که بین ضایعه اولیه و نخستین حوزه گره‌های لنفي ناحیه‌ای بروز می‌کنند.

درمان

برای درمان قطعي ضایعات پوستي اولیه، برداشتن ضایعه با حاشیه پهن ضروري است. حاشیه جراحی مطلوب بر اساس مکان و ضخامت ضایعه تعیین می‌شود. در صورت امکان ضایعات عود کننده موضعي از طریق جراحی امکان پذیر نباشد پرتودرمانی انجام می‌شود تزریق باسیل کالمیت گرین داخل ضایعه می‌تواند در 40 درصد ضایعات موجب پسرغت تومور شود. در بیماران دچار درگیری گره‌های لنفي ناحیه‌ای، ایمنی درمانی کمکی و تجویز دوازده ماهه انترفرئون آلفا

سبب افزایش میزان بقای عاری از عود و بقای کلی بیماران می‌شود. در بسیاری از بیماران عوارض جانبی شدیدی نظیر درد عضلات و تب بروز می‌کنند و قطع درمان در مرحل اولیه ضرورت می‌یابد. برای درمان ملانوم تاستاتیک می‌توان از ایمنی درمانی، شیمی درمانی ترکیبی یا رزکسیون جراحی متاستازهای مجزا استفاده کرد. استفاده از هیستامین در کنار اینترلوکین - 2 ممکن است میزان بقا را در موارد متاستاز کبدی ملانوم افزایش دهد که از طریق فعال شدن سیتوکین‌های سیتوتوکسیک می‌باشد. برای درمان متاستازهای مغز، طناب نخاعی و استخوان از پرتودرمانی استفاده می‌شود .

سرطانهای با منشأ ناشناخته

حدود 5 درصد مبتلایان به سرطان با بیماری متاستاتیک در غیاب تومور اولیه مراجعه می‌کنند. سرطان با منشأ ناشناخته (cancer of unknown primary) اغلب به صورت بیماری استخوان، کبد، ریه یا غدد لنفاوی ظاهر می‌کند. بررسی دقیق پاتولوژیک با استفاده از رنگهای ایمونوهستوشیمیایی، میکروسیکوپ الکترونی و آنالیز کروموزومی معمولاً لنفوم‌ها را از کارسینوماها تمیز می‌دهد. افتراق این دو از آن جهت اهمیت دارد که لنفوم‌ها بیشتر به درمان پالسیخ می‌دهند و درمان لنفوم‌ها با کارسینوم‌ها تفاوت دارد. در بیماران مبتلا به آدنوکارسینوم با منشأ ناشناخته معاینات رادیولوژیک مثل CT

اسکن قفسه سینه و شکم می‌تواند به شناسایی جایگاه اولیه تومور کمک کند خصوصیات دیگر بیماری متاستاتیک نیز می‌تواند به تشخیص کمک کند. به عنوان مثال، متاستازهای استخوانی در سرطان پروستات و سینه شایع هستند؛ لنفادنوپاتی آگزیلاری (زیربغلی) بزرگی غدد لنفاوی زیر بغل در زنان به وفور در زمینه سرطان سینه دیده می‌شوند و متاستازهای کبدی در بیماران مبتلا به سرطان ریه، کولون و پانکراس شایع هستند. اغلب مارکرهای تومور غیر اختصاص می‌باشند و به همین دلیل تکیه بر یک مارکر خاص برای شناسایی منشأ اولیه سرطان توصیه نمی‌شود. با این وجود، اگر عوامل خطر ساز تومور اولیه موجود باشند و الگوی بالینی نیز با آن سازگار باشد، افزایش سطح مارکر تومور می‌تواند شواهد کافی برای تشخیص را فراهم آورد.

درمان سرطان با منشأ ناشناخته بر پایه تخفیف نشانه‌ها با سرطان، پرتودرمانی، شیمی درمانی و درمان هورمونی (مثل سرطان پروستات یا سینه) استوار می‌باشد.

متاستازهای حاصل از تومورهای توپر

اغلب بیماران که در اثر سرطان فوت می‌کنند، در اثر گسترش متاستاتیک تومور اولیه به جایگاه‌های دور دست فوت می‌کنند فرآیند تهاجم و متاستاز نیازمند یکی از مراحل ذیل است: (1) پیدایش سیستم عروقی تومور از طریق آنژیوژنز، (2) تهاجم سلولهای تومور و عبور از غشای پایه بافت میزبان، (3) آمبولیزاسیون تومور از طریق لنفاتیکها یا جریان خون، (4) توقف آمبولی و تهاجم به غشای پایه اعضای دور دست، (5) رشد عروق خونی همکام با رشد سلولهای متاستاتیک، و (6) تکثیر در عضو هدف. فرایند تهاجم و متاستاز به شدت انتخابی بوده و فقط 01/0 درصد سلولهای در حال گردش به کانونهای متاستاتیک تبدیل می‌شوند.

پیشرفت در درمان سرطان، همانند استفاده از آنتی‌بادی‌های ضد مولکولهای مولد جوانه‌های شریان و گیرنده عامل رشد اندوتلیال، مانع از ایجاد عروق جدید و تکثیر سلولهای تومور می‌گردد. امید آن می‌رود که درمانهای هدفمند به تنهایی و یا همراه با شیمی‌درمانی سیتوتوکسیک، علاقت بیماری را بهبود بخشد و اثرات نامطلوب موجود برای بافتهای طبیعی را به حداقل برساند.