

هر عضو بدن مثل کبد، کلیه و ریه از تعداد زیادی سلولهای یکسان تشکیل شده است. ژنهای هر سلول، به آن فرمان می‌دهند که تولید مثل و رشد کند و یا بمیرد. در حال طبیعی این فرمان‌ها بخوبی صادر و اجرا می‌شود و بدن به زندگی ادامه می‌دهد. اگر صدور و یا اجرای این فرمان‌ها دچار اختلال شود، سلول‌ها بصورت غیر طبیعی تکثیر می‌شوند و در درون عضو یک غده (تومور) را بوجود می‌آورند. اگر غده توانایی انتشار به اندام‌های دیگر بدن را داشته باشد بدخیم است و اگر این توانایی را نداشته باشد و به همان عضو محدود شود، خوش خیم می‌باشد.

استئوسارکوما :

یک نوع تومور بدخیم با منشاء استخوان است که سلول‌های نارس استخوان تولید می‌کند. این بیماری بیشتر در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان جوان اتفاق می‌افتد. ۱۵ تا ۲۰ درصد تومورها در تنه بلند استخوان ایجاد می‌شوند. تقریباً ۵۰ درصد در استخوان ران، ۲۷ درصد در ساق پا، ۱۱ درصد در بازو، دیده می‌شود ولی در لگن، فک و دنده‌ها نیز به میزان کمتر ایجاد می‌گردد. استئوسارکوما به ندرت در بافت نرم و عضلات یا در محل‌های خارج از استخوان دیده می‌شود. اوج سن وقوع بیماری ۱۲ تا ۲۴ سال است. در کودکان بیمار در پسران بیش از دختران

شیوع دارد و نسبت آن ۱/۵ به ۱ است، ولی در بزرگسالان در هر دو جنس یکسان است.

علل و عوامل خطر

علت در بیشتر موارد ناشناخته است. تعداد قابل توجهی از موارد استئوسارکوما بصورت ثانویه در بیماری که درمان نوع دیگری از تومور را قبلاً دریافت کرده اند، دیده می‌شود بخصوص بدخیمی‌های کودکی مانند رتینوبلاستوما و یوئینگ سارکوما. استئوسارکوما ثانویه ممکن است سالها بعد (حدود ۱۰ تا ۲۰ سال بعد) اتفاق بیفتد و در افراد با قد بلندتر وقوع بیشتری دارد.

تشخیص

بر اساس آزمایشات کلینیکی و عکسهای رادیولوژی صورت می‌گیرد. تشخیص قطعی و نهایی بر اساس نمونه برداری از تومور و انجام آزمایشات بافت شناسی می‌باشد. نمونه برداری باید توسط جراح انجام شود باید توسط جراح انجام شود و آزمایشات توسط متخصص پاتولوژی صورت گیرد.

علائم و نشانه‌ها

این بیماران معمولاً با درد مزمن و ورم اطراف مفصل مراجعه می‌نمایند. ندرت ممکن است بیمار با یک توده بدون درد مراجعه کند. بیماران جوان اغلب با سابقه درد شدید، مبهم و عمیق مراجعه

می‌کنند که بدون ضربه و آسیب بوجود آمده، یا با ضربه‌ای جزئی و بی‌ضرر شروع شده است. درد ظاهراً با درمان تسکین نمی‌یابد و بیش از حد انتظار طول می‌کشد. در بیمارانی که درگیری در پاها باشد، درد به نسبت افزایش وزن بدتر می‌شود. اغلب ناحیه مورد نظر حساس و تحریک پذیر بوده و ممکن است یک توده عمیق، سفت و بی‌حرکت لمس شود. گرم و حساس بودن ناحیه ممکن است با عفونت اشتباه گرفته شود. اگر متاستاز یا انتشار بیماری به ناحیه دیگر رخ داده باشد، بندرت ممکن است علائم بدنی مانند لاغری، بزرگی غدد لنفاوی و کم خونی دیده شود. در بزرگسالانی که قبلاً درد و مشکلات استخوانی داشته اند نیز باید احتمال این بیماری در نظر گرفته شود، خصوصاً اگر نوع و محل درد در این افراد تغییر کنند.

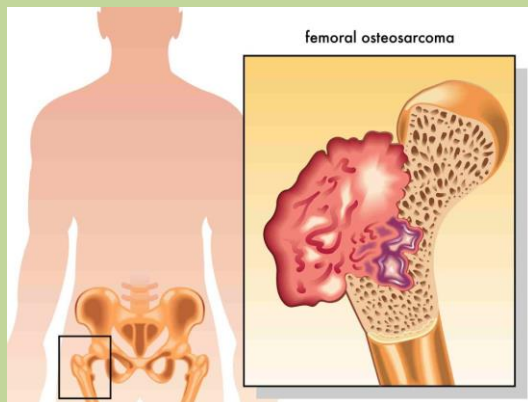
درمان

هدف از درمان معالجه کامل بیماری و حفظ عضو درگیر است. اگر حفظ عضو درگیر ممکن نباشد، توانبخشی وسیع و مداوم جسمی و روحی فرد و کمک به بازتوانی و بکارگیری نیروهای وی باید مورد توجه قرار گیرد شیمی درمانی با تلفیق چند دارو قبل از عمل جراحی و شیمی درمانی تکمیلی پس از جراحی بخش مهم و اصلی درمان است.



مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی امام علی (ع) شهرستان بجنورد

استئوسارکوما



تهیه کننده :

محسن خسروآبادی

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی

فاطمه گلستانی

سوپروایزر آموزشی سلامت

تیرماه سال ۱۴۰۴

آن بطور کامل برداشته شود. مهمترین عامل در پیش آگهی پاسخ به شیمی درمانی قبل از عمل است. در بیمارانی که پس از انجام شیمی درمانی اولیه ۹۰ درصد از تومور از بین رفته باشد، پیش آگهی بهتراست.

منابع:

1. Osteosarcoma available on:

http://www.mdconsult.com/das/pdxmd/body/401875414-4/1405867043?type=med&eid=9-u1.0-_1_mt_1017200. Accessed April 2013

پرستاری داخلی و جراحی برونر و سودارث جلد ۶: قلب و عروق و خون ۲۰۱۰ سوزان اس. اسملتزر، ژاله محمد علیها (مترجم)، صدیقه عاصمی (مترجم) انتشارات جامعه نگر - سالمی



بیمارستان امام علی (ع)

بجنورد، خیابان شهریار، مقابل دانشگاه آزاد

در صورت هر گونه سوال می توانید در ساعات اداری با شماره

تلفنهای زیر تماس بگیرید:

تلفن: 05831511607

جهت دریافت این فایل آموزشی به سایت بیمارستان به آدرس

زیر مراجعه کنید:

WWW.NKUMS.ac.ir

در اکثریت بیمارانی رخ می دهد. شیمی درمانی قبل از عمل باعث کوچک شدن تومور و تسهیل در برش جراحی می شود. در جراحی سعی می شود. تومور و اطراف آن بطور کامل برداشته شود. در بیمارانی که ضایعات با جراحی قابل برداشتن نیست، شیمی درمانی وسیع با دروز بالا و رادیوتراپی موضعی انجام می شود. گرچه تومور استئوسارکوما از نوع حساس به رادیوتراپی نیست و نتیجه در این نوع بیماران بسیار ضعیف است. بیماران معمولاً ۱۰ هفته شیمی درمانی قبل از عمل و ۱۸ تا ۳۰ هفته شیمی درمانی تکمیلی پس از عمل دریافت می کنند درمان عود بیماری بعد از شیمی درمانی کمی مشکل است و موفقیت در درمان بستگی به زمان عود و وسعت آن دارد. در درمان با دوز بالای متوتروکسات مایع درمانی فراوان صورت می گیرد و با قلیایی نمودن ادرار از صدمات کلیوی پیشگیری می شود و داروی لوکوورین برای حفاظت از مسمومیت با متوتروکسات استفاده می شود. سطح داروی متوتروکسات و عملکرد کلیه باید بررسی شود. درمان حمایتی برای پیشگیری از عوارض داروهای شیمی درمانی انجام می شود.

پیش آگهی

تقریباً ۷۰ تا ۸۰ درصد بیماران تا ۵ سال پس از تشخیص بدون مشکل بقا خواهند داشت بیماران بدون متاستاز پیش آگهی بهتری دارند. یک عامل مهم در تعیین پیش آگهی این است که تومور و حاشیه اطراف