

تومورهای استخوانی

تومورهای سیستم عضلانی استخوانی انواع مختلفی دارند، شامل تومورهای استخوان، غضروف و عضلات و گاهی منشأ تومورها سلولهای مغز استخوان، سلولهای چربی، عروقی و عصبی میباشند. تومورهای استخوانی ممکن است اولیه یا ثانویه (متاستاتیک) باشند. سرطانهای اولیه مثل سرطان پستان، ریه، پروستات و کلیه، می توانند به استخوان مهاجم یافته و تومورهای ثانویه استخوانی را ایجاد کنند. تومورهایی که ناشی از متاستاز و مهاجم هستند شایع تر از تومورهای اولیه ی استخوانی هستند.

تومور های خوش خیم استخوان

✓ از تومورهای بدخیم شایع ترند.
✓ رشد آهسته و حدود کاملاً مشخصی دارند.
✓ علایم معدودی ایجاد می کنند. باعث مرگ نمی شوند.
✓ با اعمال فشار روی بافت های استخوانی مجاور موجب شکستگی مرضی می گردد.
✓ بعضی تومورهای خوش خیم به تومورهای بدخیم تبدیل می شوند.
★ **استئوکندروم** شایع ترین تومور خوش خیم استخوانی که به شکل برجستگی های بزرگ استخوانی در انتهای استخوان های بلند (از جمله شانه یا بازو) دیده می شود.
در کمتر از یک در صد بیماران بافت استئوکندروم به دنبال ضربه به کندروسارکوم که یک تومور بدخیم است تبدیل می شود.
★ **انگندروم** تومور شایع غضروفی، در دست، استخوان ران، درشت نی و یا بازو می باشد. تنها علامت این تومور درد خفیف است و گاهی باعث شکستگی های مرضی استخوان مبتلا می شود.

★ **کیست های استخوانی** در مسیر شریان استخوان های بلند، مهره ها یا استخوان های پهن، به صورت توده دردناک و ضربان دار ایجاد می شوند. در بالغین جوان شایع تر است.

★ **کیست های منفرد استخوانی** در کودکان موجب درد خفیف و شکستگی های مرضی در قسمت های فوقانی استخوان بازو و ران شده که ممکن است خود به خود بهبود یابند.

★ **استئوئید استئوما** تومور دردناکی در بچه ها و بالغین جوان است. استخوان سازی به دور تومور در عکس رادیولوژی مشخص است.

★ **تومورهای سلول غول پیکر (استئوکلاستوما)** تومورهای نرم و خونریزی دهنده که در بالغین جوان ایجاد می شوند. مدت ها به حالت خوش خیم باقی مانده ولی در نهایت دچار تغییرات بدخیمی شده به بافت های اطراف مهاجم نموده و باعث تخریب آنها می شوند.

تومورهای استخوانی بدخیم

تومورهای بدخیم بافت های استخوانی مجاور خود را تخریب می کنند.

متاستاز تومورهای استخوانی به ریه ها بسیار شایع است.

★ **سارکوم استئوزنیک (استئوسارکوم)** شایع ترین تومور بدخیم اولیه استخوانی که در مراحل اولیه به ریه ها انتشار می یابد. تومورها نرم و خونریزی دهنده هستند؛ و بعد از تغییرات بدخیمی، متاستاز می دهند. بیشتر در مردان بین سنین ۱۰ و ۲۵ سال، در استخوان هایی که رشد سریع دارند، و به دنبال تابش پرتوهای یونیزان دیده می شود. به صورت درد، تورم، محدودیت حرکتی و کاهش وزن ظاهر می شوند.

★ **تومورهای بدخیم غضروف هیالین** که کندروسارکوم نامیده می شوند، از نظر شیوع دومین تومور بدخیم اولیه ی استخوان محسوب می شوند. کندروسارکوم بیشتر افراد بالغ را مبتلا می کند و به صورت توده های بزرگ، حجیم و با رشد آهسته هستند. مکان های شایع تومور: لگن، استخوان ران و بازو، مهره ها، کتف و درشت نی.

اگر تومور از نظر پاتولوژی خوب تمایز یافته باشد، با قطع اندام مبتلا و یا برداشت وسیع تومور می توان طول عمر بیمار را افزایش داد. این تومورها ممکن است پس از درمان مجدداً عود کنند.

(تومورهای ثانویه ی استخوان)

این تومورها از تومورهای اولیه استخوان بسیار شایع ترند. تومورهای سایر بافت های بدن، ممکن است به استخوان دست اندازی کرده و باعث تخریب یا افزایش رشد استخوان شوند.

تومورهای کلیه، ریه، پروستات، پستان، تخمدان و تیروئید شایع ترین تومور هایی هستند که به استخوان انتشار می دهند.

تومور متاستاتیک بیشتر استخوان های جمجمه، ران، بازو، لگن، و مهره ها را مبتلا می کنند. اغلب چند استخوان همزمان درگیر می شوند.

تظاهرات بالینی

* فرد ممکن است بدون علامت باشد و یا
* درد (خفیف، مداوم یا شدید)
* ناتوانی و درجاتی از معلولیت
* رشد واضح استخوانی
* کاهش وزن

* ضعف و بیحالی
* تب

* گاهی تومور پس از ایجاد شکستگی مرضی تشخیص داده می شود.
* متاستاز به مهره ها ممکن است به تدریج یا ناگهانی باعث فشردگی و روی هم خوابیدن مهره ها شود.

* اختلالات عصبی شامل درد پیش رونده، ضعف، اختلال در راه رفتن، پارستزی، فلج، احتباس ادراری و بی اختیاری ادرار و مدفوع)
* برای کنترل اختلالات عصبی، قبل از آسیب دایمی ستون فقرات، با عمل لامینکتومی، فشار از روی نخاع برداشته شود.

بررسی و یافته های تشخیصی

* تشخیص بر اساس

* شرح حال

* معاینه ی بالینی سی تی اسکن

* اسکن استخوان

* میلوگرافی (بررسی بافت میلوم)

* آرتروگرافی (بررسی عروق و خون رسانی به استخوان)

* ام آر آی



یا من اسم دواء و ذکره شفاء



راهنمای بیمار

آشنایی با مراقبتهای

تومورهای استخوانی

کد محتوا: ۱۸۶

<http://www.Alzahra.mui.ac.ir>

تلفن پیام گیر: ۰۳۱-۳۶۲۰۲۰۰۸

ایمیل: a.Salamat@azh.mui.ac.ir

تدابیر طبی در تومورهای ثانویه استخوان

درمان سرطان متاستاتیک استخوان، به شکل تسکینی انجام می گیرد.

هدف از درمان، تخفیف درد و ناراحتی بیمار همراه با افزایش کیفیت زندگی او می باشد.

برای تقویت استخوان های بلند دارای ضایعات متاستاتیک و پیشگیری از شکستگی مرضی آنها می توان استخوان ها را ثابت کرد تا ناراحتی و درد را به حداقل برسد.

خطر احتقان ریوی، هیپوکسی (کاهش دریافت اکسیژن)، التهاب و سفتی وریدهای عمقی و خونریزی به دنبال عمل جراحی در متاستاز استخوان شایع است.

هیپر کلسمی (افزایش کلسیم خون) ناشی از تخریب استخوان است و باید سریع درمان شود. درمان شامل هیدراسیون (تجویز داخل وریدی محلول نرمال سالین)، افزایش حجم ادرار با نوشیدن مایعات و تجویز دارو است.

چون عدم فعالیت منجر به کاهش توده ی استخوان و افزایش کلسیم خون می شود، باید بیمار را برای حرکت و فعالیت یاری کند.

برای کاهش درد و تسریع التیام در تخریب بافت استخوانی از روش پرتودرمانی و هورمون درمانی نیز استفاده می شود.

شیمی درمانی برای کنترل بیماری اولیه به کار می رود.

تهیه کننده: اکرم یزدانی "کارشناس آموزش سلامت"

منبع: درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر سوارث ۲۰۱۸

مشاور علمی: دکتر علی حاجی غلامی "فوق تخصص انکولوژی"

طراحی و تدوین: محمود نصرافهانی "سوپروایزر آموزش سلامت"

بروز رسانی دفتر آموزش سلامت الزهرا(س) شهریور ۱۳۹۹



* بیوپسی

* بررسی های بیوشیمیایی خون و ادرار

* عکس قفسه ی سینه متاستاز ریوی را مشخص می کند.

تدابیر طبی در تومورهای اولیه ی استخوان

هدف از درمان، تخریب یا برداشتن کامل آن است.

جراحی

برداشتن موضعی تومور یا قطع اندام از محل استخوان یا مفصل. از طریق برداشتن گسترده ی تومور و اقدامات ترمیمی و پیوندی می توان به بهترین نتایج درمانی دست یافت.

گاهی برای خارج کردن تومور به روش جراحی و کنترل موضعی ضایعه ی اولیه، قطع اندام از بالای تومور انجام می گیرد.

برای حفظ و نجات اندام، ابتدا تومور و بافت های مجاور را برمی دارند و به جای آنها از پروتز یا بافت استخوانی از خود بیمار (اتوگرافت) یا جسد (آلوگرافت) استفاده می کنند. گاهی تعویض کامل مفصل انجام می گیرد.

گاهی لازم است پیوند عروق خونی و بافت نرم صورت پذیرد.

عوارض احتمالی این اقدامات شامل عفونت، شل شدگی و یا جا به جایی پروتز، شکستگی، جوش نخوردن پیوند آلوگرافت، نکروز پوست و بافت های نرم، فیروز مفصلی و عود تومور هستند و کنترل این عوارض موجب موفقیت در نوتوانی و بهبود عملکرد اندام می گردد.

پرتودرمانی

در صورت حساسیت تومور به پرتوهای یونیزان.

سارکوم های بافت نرم با پرتودرمانی، خارج کردن تومور (با حفظ اندام) و شیمی درمانی کمکی درمان می شوند.

شیمی درمانی

شیمی درمانی قبل و بعد از عمل جراحی به عنوان درمان کمکی برای:

✓ از بین بردن سلول های سرطانی

✓ ریشه کنی متاستازهای میکروسکوپی

✓ کاهش اثرات سمی داروها

✓ کاهش بروز مقاومت سلول های بیمار، استفاده می شود.

با خارج کردن کامل استئوسارکوم موضعی و شروع شیمی درمانی، احتمال زنده ماندن بیمار در دراز مدت افزایش می یابد.

