

هوالشافی

سرطان تیموما

توجه: این مطالب جنبه اطلاع رسانی دارد و توصیه می شود حتماً با پزشک معالج خود مشورت فرمائید.

اطلاعات کلی

تیموما تومور اپی تلیال تیموس است. این تومور در برخی موارد باعث انتشار وسیع لنفوسیت های غیرسرطانی در بدن می شود. واژه ی تیموما عموماً شامل نئوپلاسم هایی است که هیچ گونه تغییر غیرطبیعی در سلول های اپی تلیالی آنها رخ نداده باشد.

سرطان تیموس یا تیموما ی نوع III، تومور اپی تلیال تیموس است که تغییرات واضح سلولی از خود نشان می دهد و از لحاظ بافت شناسی با تیموس متفاوت است. تیموما ی مهاجم و سرطان تیموس تومورهای نسبتاً محدودی می باشند که شامل حدود ۱/۵ تا ۲٪ از تمام بدخیمی ها می باشند. سرطان تیموس فقط شامل ۰.۶٪ از نئوپلاسم های تیموس می شود. به طور کلی تیموما تومور غیرفعال است که به جای متاستاز تمایل به عود موضعی دارد اما سرطان تیموس مهاجم بوده، امکان عود آن زیاد است. سن اغلب بیماران مبتلا به سرطان تیموس بین ۴۰ تا ۶۰ سال است، علت اصلی بروز این تومور ناشناخته است. نیمی از این تومورها به طور اتفاقی تشخیص داده می شوند، ۹۰٪ از آنها در مדיاستینوم قدامی بوجود می آیند. تقریباً ۳۰٪ از بیماران مبتلا به سرطان تیموس یا تیموما در هنگام تشخیص اولیه هیچ گونه علامتی ندارد. در سایر موارد، علائم بالینی این تومور ممکن است سرفه، درد قفسه سینه و احتقان راه های هوایی فوقانی باشد. سندرم خودایمنی پارانئوپلاستیک به همراه تیموما شامل میاستنی، پلی میوزیت، لوپوس اریتماتیک، آرتریت روماتوئید، تیروئیدیت و سندروم شوگرن می باشد. آپلازی خودایمنی گلبول های قرمز خالص و هیپوگاما گلوبولینمیا هر کدام تقریباً در ۵٪ از بیماران مبتلا به تیموما دیده می شود. تیموما یی که به همراه بیماری های خودایمنی است باعث اختلال در جریان سلول های T می شود. بنظر می رسد که غیرعادی بودن اولیه ی سلول های T به غیرفعال شدن ژن CD45RA به اضافه فنوتیپ ساده ی روی CD4 به اضافه سلول های T فعال شده، وارد جریان خون می شوند، علاوه بر نقص سلول های T، لنفوپنی سلول های B نیز در تیموما وابسته به اختلال سلول ایمنی، هیپوگاما گلوبولینمی (سندرم خوب) و عفونت های فرصت طلب دیده شده است. برخلاف تیموما، سرطان تیموس با بیماری های خودایمنی ارتباط چندانی ندارد.

در تحقیقی گذشته نگر حدود ۴۷٪ از موارد تیموما با بیماری میاستنی گراو همراه بودند. اگرچه پیش آگهی تیموما در بیماران مبتلا به میاستنی گراو بهتر است، اما برداشتن تیموس در بیماران مبتلا به میاستنی گراو اثر چندانی در روند بهبود بیمار ندارد.

تیموما و سرطان تیموس با نئوپلاسم های غیراپتیلیالی تیموس تفاوت دارند. از جمله ی این نئوپلاسم ها، تومور نورواندوکربن، تومور ژرم سل، لنفوما، تومور استرومال، تومور شبه زخم، کیست تیموس، تومورهای متاستیک و سرطان ریه می باشند. درمان اولیه این تومورها جراحی است. در صورتی که تومور مهاجم باشد، برش یکپارچه صورت می گیرد. درمان براساس مرحله ای که تومور در آن قرار دارد، شامل رادیوتراپی و شیمی درمانی با، یا بدون جراحی است.

به نظر می‌رسد که افزایش خطر بدخیمی در تیوما با رادیوتراپی، برداشتن تیموس یا وجود بیماری میاستنی گراو همراه نیست. به دلیل افزایش خطر بروز مجدد بدخیمی و نیز این واقعیت که تیوما می‌تواند پس از یک دوره‌ی طولانی وقفه، مجدداً عود کند، توصیه می‌شود بیمار تا پایان عمر تحت نظر باشد. اندازه‌گیری اینترفرون آلفا و آنتی‌بادی اینترلوکین ۲ برای مشخص شدن بیمارانی که در معرض خطر عود این بیماری قرار دارند، مفید است. اگرچه در طبقه‌بندی تیوما اختلاف نظر وجود دارد اما یک سری راهنماهای عمومی برای طبقه‌بندی منطقی بیشتر ارائه شده است. طبقه‌بندی سازمان بهداشت جهانی برای تیموس بر اهمیت ارزیابی مستقل، میزان تهاجم و بافت‌شناسی تومور تأکید می‌کند. برخی انواع تیوما از لحاظ بافت‌شناسی مهاجم‌تر و شدیدتر می‌باشند، به نظر می‌رسد پیش‌آگهی و درمان و نیز عود تومور با خواص تهاجمی و متاستاتیک سلول‌های تومور ارتباط دارد. بنابراین تیوماهایی که از لحاظ بافت‌شناسی نسبتاً خوش‌خیم به نظر می‌رسند، ممکن است بسیار مهاجم باشند. برای پیش‌بینی رفتار بالینی تیوما بایستی ارزیابی‌های مستقل که شامل بررسی میزان تهاجم تومور از یک سو (با استفاده از مرحله‌بندی) و بافت‌شناسی تومور از سوی دیگر است، به همراه هم بکار روند.

طبقه‌بندی سلولی

طبقه‌بندی که برای تیوما و سرطان تیموس ارائه می‌شود براساس جدولی است که سازمان بهداشت جهانی (WHO) در سال ۱۹۹۹ به چاپ رسانده است. اگرچه دسته‌بندی تیوماها براساس بافت‌شناسی ممکن است پیش‌آگهی مستقلی ارائه دهد اما مرحله‌بندی نیز روشی برای تعیین میزان بقای بیماران مبتلا به تیوما است. برعکس یک تحقیق آینده‌نگر بر روی ۴۰ مورد از سرطان تیموس نشان می‌دهد که استفاده از یافته‌های بافت‌شناسی برای تعیین پیش‌آگهی بقای بیماران بهتر از مرحله‌بندی است. امروزه هیچ‌گونه آنومالی کروموزومی خاصی به همراه انواع مختلف تیوما از لحاظ بافت‌شناسی یا سرطان تیموس دیده نشده است.

تیوما

تیوما تومور اپی‌تلیالی تیموس است که در اجزاء اپی‌تلیال آن هیچ‌گونه بی‌نظمی آشکاری که باعث ایجاد تفاوت‌های ظاهری از لحاظ بافت‌شناسی در آن شود، مشاهده نمی‌شود. در انواع مختلف تیوما از لحاظ بافت‌شناسی، لنفوسیت‌های نابالغ غیرنئوپلاستیک به تعداد متنوع مشاهده شده است، انواع تیوما از لحاظ بافت‌شناسی به شرح زیر است:

• تیومای نوع A

نام‌های دیگر این نوع تیوما عبارتند از؛ تیومای مدولا (مرکزی) و تیومای سلول‌های دوکی شکل. تقریباً شامل ۷-۴٪ از تمام تیوماها است و در ۱۷٪ موارد با بیماری میاستنی گراو همراه است. شکل ظاهری آن، ترکیبی از سلول‌های نئوپلازی یافته‌ی بیضی یا دوکی شکل است که هسته‌ی آنها حالت غیرطبیعی ندارد و گاهی با تعداد کمی لنفوسیت‌های غیرنئوپلاستیک همراه است. ظاهر این تومور طوری است که ممکن است با تومور نئوپلاسم مزانشیمی اشتباه گرفته شود اما سونوگرافی و مطالعات (بررسی‌های) بافت‌شناسی و بیوشیمیایی به‌وضوح نشان می‌دهند که تومور از نوع نئوپلاسم‌های اپی‌تلیالی است. اغلب تیوماهای نوع A کپسول‌دار هستند اما برخی از آنها به خارج از کپسول گسترش یافته و در موارد نادر به ریه گسترش می‌یابند. در صورت وجود اختلالات کروموزومی این حالت تشدید می‌شود.

پیش‌آگهی این نوع تومور خوب است و براساس تحقیقات گذشته‌نگر بقای افراد مبتلا در طی ۱۵ سال ۱۰۰٪ است.

• تیومای نوع AB

این نوع، تیومای ترکیبی نیز نام دارد و شامل حدود ۲۸ تا ۳۴٪ از تمام موارد تیوما است. تقریباً در ۱۶٪ موارد با بیماری میاستنی گراو همراه است. در این نوع تیوما، لنفوسیت‌های غیرنئوپلاسمی فراوان در مرکز تومور به همراه اشکال مشاهده شده در نوع A دیده می‌شود. این تمرکز سلولی می‌تواند به شکل واضح یا نامشخص باشد و مقادیر متفاوتی از این ۲ جزء دیده می‌شود.

میزان بقای افراد مبتلا به این نوع تومور در طی ۱۵ سال حدود ۹۰٪ و گاهی بیشتر از این مقدار است.

• تیومای نوع B1

نام‌های دیگر این نوع تیوما عبارتند از تیومای لنفوتیک، تیومای اندامی، تیومای پر از لنفوسیت و تیومای قشری غالب. براساس مطالعات انجام شده تقریباً شامل حدود ۹ تا ۲۰٪ از تمام تیوماها است. در ۵۷٪ موارد با بیماری میاستنی گراو دیده می‌شود. از لحاظ شکل ظاهری این تومور مشابه تیموس طبیعی است چون شامل مقادیر زیادی از سلول‌هایی است که ظاهر آنها شبیه سلول‌های طبیعی قشر تیموس به همراه نواحی شبیه بخش مرکزی تیموس است. شباهت‌های بین این تومور و تیموس فعال طبیعی آنقدر زیاد است که افتراق گذاشتن بین آنها در زیر میکروسکوپ تقریباً غیرممکن است. پیش‌آگهی بیماران مبتلا به این نوع تومور بسیار خوب است و میزان بقای بیماران در طی ۲۰ سال حدود ۹۰٪ است.

• تیومای نوع B2

این نوع تیوما، تیومای قشری یا تیومای پلی‌گونال نیز نامیده می‌شود براساس مطالعات شامل حدود ۲۰ تا ۳۵٪ از تمام تیوماها است. در ۷۱٪ موارد همراه بیماری میاستنی گراو است. از لحاظ بافت‌شناسی اجزاء اپی‌تلیالی نئوپلاسمی این نوع تومور شامل سلول‌های دسته‌ای و بزرگ پراکنده به همراه هسته‌های وزیکولی و مجزا در بین تعداد بسیار زیادی لنفوسیت‌های غیرنئوپلاسمی است. فضای اطراف عروقی در آن عموماً بسیار زیاد هستند. ممکن است ترتیب نردبانی عروق در اطراف سلول‌های تومور دیده شود. این نوع تیوما از لحاظ لنفوسیت‌ها شبیه نوع B1 است اما تنوع در بخش مرکزی آن ممکن است وجود داشته یا نداشته باشد. پیش‌آگهی آن از تیومای نوع A، AB، B1 بدتر است و میزان بقای بیماران حدود ۶۰٪ است.

• تیومای نوع B3

نام دیگر این نوع تیوما، تیومای اپی‌تلیالی، تیومای آتپیک، تیومای اسکواموئید و کارسینوم متنوع تیموس است. تقریباً شامل ۱۰ تا ۱۴٪ از تمام موارد تیوماها است. در ۴۶٪ موارد با بیماری میاستنی گراو همراه است. از لحاظ بافت‌شناسی به‌طور برجسته شامل ترکیبی از سلول‌های اپی‌تلیالی گرد یا چندوجهی است که بی‌نظمی آشکار یا خفیفی دارند. سلول‌های اپی‌تلیالی به همراه اجزاء کوچکی از لنفوسیت‌های غیرنئوپلاسمی در آن دیده می‌شود که این حالت باعث رشد ورقه مانند سلول‌های اپی‌تلیالی نئوپلاسمی می‌شود. میزان بقای ۲۰ ساله‌ی افراد حدود ۴۰٪ است.

• کارسینوم تیموس

کارسینوم تیموس تیومای نوع C نیز نام دارد. این کارسینوم، تومور سلول‌های اپی‌تلیالی تیموس است که در سلول‌های آن بی‌نظمی واضحی دیده می‌شود. از لحاظ بافت‌شناسی شبیه تیموس نیست بلکه شبیه کارسینوم سایر اندام‌ها است. بر خلاف تیومای نوع A و B، در کنار سینوم تیموس لنفوسیت‌های نابالغ وجود ندارد. تمام لنفوسیت‌ها بالغ هستند و عموماً با سلول‌های پلازما ترکیب شده‌اند. ممکن است کارسینوم تیموس ناشی از بدخیم‌شدن تیومای اولیه باشد. این فرضیه می‌تواند دلیلی برای وجود سلول‌های اپی‌تلیالی آسیب‌دیده‌ی تیموس باشد که شکل ظاهری آنها ترکیبی از تیوما

و سرطان تیموس در داخل همان تومور است. کارسینوم تیموس اغلب زمانی تشخیص داده می‌شوند که پیشرفت زیادی کرده است و در موارد زیادی عود می‌کند. پیش‌آگهی آن در مقایسه با تیوما بسیار بد است. در مطالعه بر روی ۴۰ بیمار مبتلا به این نوع سرطان میزان بقای بیماران در مدت ۵ سال حدود ۲۸-۳۸٪ بوده است، کارسینوم تیموس برخلاف تیوما بندرت با بیماری‌های خودایمنی همراه است.

زیرگروه‌های سرطان تیموس از لحاظ بافت‌شناسی موارد زیر است:

• سرطان اسکواآموسل (اپی‌درموئید)

در این نوع سرطان سلول‌های غیرطبیعی سلول‌های غیرطبیعی زیادی دیده می‌شود، معمولاً در رنگ‌آمیزی برش‌های سلولی، اشکال گراتینیزه‌ی سلول، انواع متفاوت سلول‌های اسکواآموس را به شکل پل‌های بین‌سلولی یا دانه‌های مروارید مانند اسکواآموس نشان می‌دهند، در حالیکه اشکال غیرگراتینیزه‌ی آن نیز علائم آشکار کراتینیزاسیون را دارند. کارسینوم سلول پایه (بازال) ترکیبی از لب‌های بهم فشرده‌ی سلول تومور است و در اطراف تومور پارانشیم نردبانی دیده می‌شود، روی هم‌رفته الگوی رنگ‌های بازوفیل دارد که به دلیل مقدار زیاد نوکلئوپلاسم است و حالت گراتینی‌شدن در آن دیده نمی‌شود.

• کارسینوم لنفوآپی تلیوم

شکل ظاهری این سرطان لنفوآپی تلیوم مجاری تنفسی است. تشخیص آن از تومورهای ژرم‌سل، بویژه سمینوما مشکل است اما این مطلب در درمان اهمیت دارد.

• سرطان سارکوما توئید تیموس (کارسینو سارکوما)

تمام بخش‌ها یا بخشی از این نوع تومور شبیه یک نوع از سارکوم‌های بافت نرم بدن است.

• کارسینوم سلول شفاف (Clear Cell)

در این نوع کارسینوم سلول‌ها بطور مشخص یا اندک با سیتوپلاسم شفاف بینابینی همراه هستند.

• کارسینوم موکوپپی درموئید

ظاهر این نوع سرطان شبیه سرطان موکراپی در-موئید غدد بزاقی بزرگ یا کوچک است.

• آدنوکارسینوم پاپیلاری

این نوع سرطان به شکل پاپیلاری رشد می‌کند. از لحاظ بافت‌شناسی ممکن است همراه شکل‌گیری اجسام ساموما باشد و شبیه سرطان پاپیلاری غده تیروئید است.

• سرطان تیموس غیرقابل تفکیک

این نوع سرطان نادر است به شکل غیر قابل تفکیک رشد می‌کند و شکل سارکوموتوئید (دوکی شکل یا پلی‌مورفیک) از خود نشان نمی‌دهد.

• تیمومای مرکب

از لحاظ بافت‌شناسی گاهی ترکیبی از انواع ذکر شده نیز رخ می‌دهد و در چنین حالتی اغلب لیستی از اجزاء و مقدار نسبی هر کدام از اجزاء نیز به‌دنبال نام آن ذکر می‌شود.

• اطلاعات مرحله‌بندی تومور

طبقه‌بندی تیوما از لحاظ بافت‌شناسی برای تشخیص تیومای خوش‌خیم از نوع بدخیم آن کافی نیست. میزان تهاجم یا مرحله‌ای که تومور در آن قرار دارد شاخص مهم‌تری است. برای ارزیابی میزان تهاجم تیوما در مراحل گوناگون از شاخص‌هایی نظیر وجود داشتن و میزان تهاجم، وجود پیوستگی بافتی، گسترش به گره‌های لنفاوی یا مناطق دور دست بدن، بدون توجه به بافت‌شناسی تومور بهره گرفته می‌شود.

سیستم مرحله‌بندی استاندارد وجود ندارد اما مازوکا در سال ۱۹۸۱ روش مرحله‌بندی زیر را پیشنهاد کرد:

«سیستم مرحله‌بندی مازوکا»

مرحله	شرح
I	ماکروسکوپی: تومور کاملاً توسط کپسول احاطه شده است. میکروسکوپی: تومور به خارج از کپسول گسترش نیافته است.
II	تهاجم ماکروسکوپی به بافت چربی احاطه‌کننده تومور یا پرده جنب میانی وجود دارد یا تهاجم میکروسکوپی در داخل کپسول دیده می‌شود.
III	تهاجم ماکروسکوپی توده به اندام مجاورش دیده می‌شود. (نظیر ریه، عروق بزرگ، پریکارد)
IV _a	پرده جنب یا پریکارد بطور مجزا
IV _b	متاستاز از طریق خون یا لنف

به‌منظور بحث درباره‌ی روش درمانی، این مراحل به دو دسته‌ی مهاجم و غیرمهاجم تقسیم می‌شوند:

غیرمهاجم

در این حالت (مرحله ۱) تومور محدود به تیموس است. سایر بافت‌ها درگیر نشده‌اند. تمام سلول‌های تومور توسط کپسولی احاطه شده‌اند.

مهاجم

در حالت تهاجم موضعی (مرحله ۲) تومور کپسولش را پاره کرده و به بافت چربی یا پرده‌ی جنب گسترش یافته است. در تهاجم وسیع (مرحله III یا IV_a) تومور از غده تیموس به سایر اندام‌هایی که در قفسه سینه قرار دارند. گسترش یافته است. گسترش به اندام‌های داخل شکم یا متاستاز وسیعی که باعث انسداد عروق شود (مرحله IV_b) معمولاً در این زمان نادر است.

براساس این مرحله‌بندی‌ها، پیش‌آگهی ۸۵ بیماری که به روش جراحی درمان شدند. در مرحله اول بیماری ۹۵٪ در مرحله دوم ۸۶٪، در مرحله سوم ۶۹٪ و در مرحله چهارم ۵۰٪ بود. در مطالعه‌ی گذشته‌نگری که بر روی افراد مبتلا به تیوما انجام شد. میزان بقای ۲۰ ساله‌ی افراد براساس سیستم مرحله‌بندی مازوکا در مرحله اول ۸۹٪، در مرحله دوم ۹۱٪، در مرحله سوم ۴۹٪ بوده است.

برخی محققین براین باورند که سیستم مرحله‌بندی مازوکا دقت کافی را برای تعیین پیش‌آگهی کارسینوم تیموس ندارد. در مطالعه‌ی گذشته‌نگری که بر روی ۴۳ فرد مبتلا به کارسینوم تیموس انجام شده، پیش‌آگهی منحصرأ به تهاجم تومور به سرخرگ بی‌نام بدن ارتباط داشت.

برای تشخیص و مرحله‌بندی تیوما بویژه نوع مهاجم، CT اسکن مفید است. این روش عموماً اندازه، محل و تهاجم تومور به عروق و پریکار و ریه را به دقت نشان می‌دهد. اما نمی‌توان دقیقاً قابل‌برداشت بودن تومور را پیش‌بینی کرد. در CT اسکن تومور ممکن است با انواع تومور از لحاظ بافت‌شناسی که توسط سازمان بهداشت جهانی ارائه شده، متفاوت باشد. مطالعه گذشته‌نگر بر روی ۵۳ فرد مبتلا به تومور اپی‌تلیال تیموس که تیموس آنها طی جراحی برداشته شده بود نشان می‌دهد که تیمومای نوع A گرد بوده و حاشیه‌ی صاف دارد. در حالیکه حاشیه‌ی کارسینوم تیموس نامنظم است. این تومور در دسته‌ی B قرار می‌گرفت اما در این بررسی مشخص شد که این تومور با انواع AB، B₁ و B₂ متفاوت است به همین جهت آنرا در گروه C قرار می‌دهند.

انتخاب روش درمانی

اغلب تیموماها در طی جراحی تشخیص داده، مرحله‌بندی می‌شوند. جراحی بهترین روش برای درمان افرادی است که قادر به تحمل جراحی بوده و توده‌ای در جلوی قفسه سینه‌شان دارند که احتمالاً تیوما است. برداشتن کامل تومور از طریق جراحی کامل تیموس در تمام بیماران که در مرحله ۱ قرار دارند، ۲۷٪ بیماران که در مرحله II قرار دارند و ۴۴٪ از بیماران که در مرحله سوم قرار دارند، موفقیت‌آمیز بوده است.

رادیوتراپی پس از جراحی نیز عموماً برای تومورهایی که در مرحله دوم یا سوم قرار دارند، مفید است. در مرحله چهارم بندرت می‌توان تومور را بطور کامل برداشت و معمولاً جراحی بصورت برداشت توده‌ای و رادیوتراپی پس از جراحی به همراه شیمی‌درمانی یا بدون آن توصیه می‌شود:

آزمایشات بالینی

اطلاعات راجع به آزمایشات بالینی در سایت Cancer.gov موجود است. اطلاعات مورد نیاز هر بیمار با دیگری تفاوت دارد. برای تصمیم‌گیری به منظور شرکت در آزمایش بالینی با پزشک‌تان مشورت کرده و درباره‌ی این آزمایش‌ها اطلاعاتی بدست آورید.

تیومای غیرمهاجم و کارسینوم غیرمهاجم تیموس

انتخاب روش درمانی استاندارد

۱- **جراحی:** درمان عموماً با برداشتن کامل تیومای غیرمهاجم کپسول‌دار انجام می‌شود و خطر عود موضعی آن کمتر از ۲٪ است. در بیماران مبتلا به میاستنی‌گراو در صورت توجه به وضعیت تنفسی بیمار هنگام تصمیم‌گیری برای جراحی، مرگ‌ومیر ناشی از جراحی به حداقل می‌رسد.

۲- **رادیوتراپی:** رادیوتراپی به‌دنبال برداشتن کامل تیومای کپسول‌دار توصیه نمی‌شود. اما در موارد نادری که تیومای غیرمهاجم بطور کامل برداشته شود و نیز در مواقعی که بیمار در معرض خطرات ناشی از جراحی قرار ندارد، انجام می‌شود.

تیومای مهاجم و کارسینوم مهاجم تیموس

انتخاب روش درمانی استاندارد

۱- **قابل جراحی (عمل‌کردنی):** در این حالت برش جراحی یکپارچه امکان‌پذیر است. در بیماران مبتلا به میاستنی‌گراو در صورت توجه به وضعیت تنفسی بیمار هنگام تصمیم‌گیری برای جراحی، مرگ‌ومیر ناشی از جراحی به‌حداقل می‌رسد.

۲- انجام رادیوتراپی به دنبال جراحی: بویژه زمانی که سرطان در مرحله III یا IVa قرار دارد عموماً توصیه می‌شود. مطالعات بالینی گذشته‌نگر نشان می‌دهند که انجام رادیوتراپی پس از عمل جراحی کنترل موضعی و میزان بقای بیماران را افزایش می‌دهد.

غیرقابل جراحی (مرحله III و IV به همراه انسداد و ریداجوف^۱ درگیری ریوی، قلبی و ...)

• رادیوتراپی: در ۹۰-۶۰٪ از بیمارانی که به دنبال بیوپسی یا برش جراحی، بقایای ماکروسکوپی تومور وجود داشته باشد، رادیوتراپی قادر به کنترل موضعی بیماری می‌باشد. به منظور اجتناب از خطرات ناشی از رادیوتراپی بهتر است از مقادیر بیشتر از ۶۰ GY اشعه استفاده نشود، بقای بیماران در مدت ۵ سال در حالتی که تومور در مرحله III باشد، حدود ۵۰٪ است. هنوز کاملاً مشخص نیست که برداشتن توده‌ای پیش‌آگهی بهتری برای بیماران فراهم می‌کند یا بیوپسی.

روش‌های درمانی در حال بررسی

۱- شیمی درمانی: فقط تعداد اندکی از مطالعات بالینی در مرحله دوم، نقش شیمی‌درمانی را در تعداد کافی از بیماران بررسی کرده‌اند. گزارش شده است که شیمی‌درمانی ترکیبی تسکین کامل و گاهی نسبی را به دنبال دارد اما در برخی از موارد فقط زمانی که به دنبال جراحی انجام شود، باعث تسکین کامل بیماری می‌شود. در گروه ۳۰ نفره‌ای از بیماران که در مرحله IV بوده‌اند یا به دنبال رادیوتراپی تومور در آنها عود موضعی داشت، رژیم درمانی PAC (استفاده از ۳ داروی سیس پلاتین، دوکسوروبیسین و سیکلوفسفامید) در ۵۰٪ از موارد موفقیت‌آمیز بود. میانگین زمان پاسخ‌دهی به درمان ۱۲ ماه بود و بقای ۵ ساله افراد ۳۲٪ گزارش گردید. در گروه دیگر از رژیم دارویی ADOC (دوکسوروبیسین، سیس پلاتین، وین کریستین و سیکلوفسفامید) استفاده شد. میزان موفقیت ۹۲٪ و در ۴۳٪ از بیماران بهبودی کامل بود. استفاده همزمان از ۲ داروی سیس پلاتین و اتوپوزید باعث بهبودی ۹ بیمار از ۱۶ بیمار شد و زمان نسبی پاسخ‌دهی ۳/۴ سال و بقای بیماران ۴/۳ سال بود.

در مطالعه دیگری ۹ نفر از ۲۸ بیمار مبتلا به تیومای مهاجم یا کارسینوم تیموس که ۴ دوره اتوپوزید، ایفوسفامید و سیس پلاتین را هر ۳ هفته یکبار در میان دریافت کرده بودند، به درمان‌ها پاسخ نسبی نشان دادند. زمان نسبی پاسخ‌دهی به درمان ۱۱/۹ ماه بود و میزان بقای نسبی بیماران ۳۱/۶ ماه گزارش شد. میزان بقای ۱ ساله و ۲ ساله‌ی بیماران به ترتیب ۸۹٪ و ۷۰٪ بود.

رژیم‌های شیمی‌درمانی در حال بررسی هستند. هنوز کاملاً مشخص نیست که آیا رژیم شیمی‌درمانی ترکیبی بهتر از شیمی‌درمانی با یک دارو است یا نه. هیچ مقایسه‌ی گذشته‌نگری در این زمینه انجام نشده است. پاسخ‌دهی گذرای نسبی در درمان با دوکسوروبیسین، مایتانسنین، سیس پلاتین، ایفوسفامید و کورتیکواستروئیدها گزارش شده است. اما مهم است بخاطر بسیاری که کورتیکواستروئیدها و بسیاری دیگر از داروهای شیمی‌درمانی که باعث کوچک شدن سلولهای لنفوئید تیموس می‌شوند ممکن است بر روی اجزاء غیر بدخیم تومور بیشتر از اجزاء اپی‌تلیالی بدخیم آن اثر بگذارند.

یک تحلیل گذشته‌نگر بر روی ۱۷ بیمار که فقط با سیس پلاتین درمان شده بودند در مقایسه با افرادی که با سیس پلاتین و پردنیزون درمان شده بودند نشان داد که سیس پلاتین به تنهایی به میزان ۵۰ mg/m هر ۲۱ روز فقط در ۱۰٪ از

۱- ورید اجوف: سیاهرگ بزرگی که خون را به قلب می‌برد

بیمارانی که در مرحله دوم بیماری قرار داشتند پاسخ نسبی ایجاد کرد. درمان با ایفوسفامید به تنهایی باعث درمان کامل ۵ بیمار و درمان نسبی ۱ بیمار از ۱۳ بیمار مبتلا به تیومای پیشرفته شد.

۲- شیمی‌درمانی بدنبال برداشتن تومور از طریق جراحی

مطالعات اندکی بر روی فایده‌ی شیمی‌درمانی بدنبال جراحی با، یا بدون رادیوتراپی در بیماران مبتلا به نوع پیشرفته‌ی این سرطان انجام شده است. یک گروه ۱۶ نفره از بیمارانی که سرطانشان در مرحله III یا IVa بود با رژیم درمانی ADOC تحت درمان قرار گرفته و همه‌ی آنها به این روش شیمی‌درمانی پاسخ دادند. ۱۱ بیمار که از لحاظ بافت‌شناسی بقایایی از تومور در آنها دیده شده بود، پس از جراحی رادیوتراپی شدند. میانگین بقای افراد گروه ۶۶ ماه بود. مطالعه‌ی مشابهی که بر روی ۱۲ بیمار انجام شد میزان بقای ۱۰۰٪ و ۷۳٪ را مستقل از زمان نشان داد. مطالعات بالینی بیشتری برای اثبات ارزش شیمی‌درمانی قبل از جراحی لازم است تا این روش به‌عنوان یک شیوه متداول در درمان این بیماری بکار آید.

۳- ترکیب شیمی‌درمانی و رادیوتراپی برای درمان بیمارانی که تومور در آنها با جراحی قابل برداشت نیست با استفاده از داروهای سیس‌پلاتین، دوکسوروبیسین و سیکلوفسفامیدها میزان ۵۲٪ بقای ۵ ساله را در بیماران نشان داد.

۴- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره‌ی سایر آزمایشات بالینی می‌توانید با مشاور پزشکی انجمن امداد ایران تماس حاصل فرمائید.

۰۱۱۱-۲۲۹۴۱۰۰-۲۲۹۰۰۰۴-۳۲۷۴۴۳۱

تیوما و سرطان تیموس عودکننده

انتخاب روش درمانی استاندارد

۱- جراحی مجدد بویژه در مواقع عود موضعی یا گسترش تومور به قلب و ریه صورت می‌گیرد. در بیمارانی که تومور بطور کامل خارج نشده باشد و نیز در برخی افراد با تیومای عودکننده رادیوتراپی بطور انتخابی انجام می‌شود.

۲- رادیوتراپی (در صورت امکان براساس درمان قبلی)

۳- کورتیکوستروئیدها در تومورهای غیرقابل برداشتی که با رادیوتراپی درمان نشده‌اند، بکار می‌روند.

روش‌های درمانی در حال بررسی از طریق آزمایشات بالینی

۱- شیمی‌درمانی: به‌دلیل مواردی که این سرطان فقط تعداد کمی از آزمایشات بالینی، نقش شیمی‌درمانی را ارزیابی کرده‌اند و لذا شواهد اندک وضعی در این زمینه موجود می‌باشد. اما گزارش شده که شیمی‌درمانی ترکیبی پاسخ‌دهی کامل گاهی نسبی را بدنبال دارد؛ برخی از این تسکین‌های کامل بدنبال شیمی‌درمانی پس از جراحی حاصل شدند. در گروهی از بیماران که در مرحله IV بودند یا تومور عودکننده‌ی پیشرونده‌ی موضعی در آنها وجود داشت، بدنبال رادیوتراپی، از رژیم PAC (سیس‌پلاتین، دوگوروبیسین و سیکلوفسفامید) استفاده شد و میزان موفقیت ۵۰٪ بود و ۳ نفر نیز به طور کامل درمانی شدند، زمان متوسط پاسخ به درمان ۱۳ ماه و میزان بقای ۵ ساله، ۳۲٪ بود. در مطالعه دیگری از رژیم درمانی ADOC (دوگوروبیسین، سیس‌پلاتین، وین کریستین و سیکلوفسفامید) استفاده شد. میزان پاسخ به درمان ۹۲٪ بود و ۴۳٪ بیماران نیز کاملاً درمان شدند در مطالعه دیگری که از سیس‌پلاتین به همراه اتوپوسید استفاده شد. ۹ نفر از ۱۶ نفر بیمار به طور نسبی درمان شدند. در حالیکه زمان پاسخ به درمان به طور متوسط ۳/۴ سال

و میانگین بقای بیماران ۴/۳ سال بود. ۹ نفر از ۲۸ بیمار مبتلا به تیومای مهاجم یا کارسینوم تیموس که ۴ دوره پاسخ نسبی دادند. میانگین زمان پاسخ به درمان ۱۱/۹ ماه و میزان بقای آنها ۳۱/۶ ماه بود. میزان بقای ۱ ساله و ۲ ساله هر کدام به ترتیب ۸۹٪ و ۷۰٪ گزارش شد.

هنوز مطمئن نیستیم که آیا شیمی‌درمانی ترکیبی بهتر است یا شیمی‌درمانی به یک دارو، هیچ مقایسه‌ی اتفاقی در این زمینه انجام نشده است. میزان پاسخ نسبی در بیماران که تومور آنها در مرحله دوم بود و تنها با سیس‌پلاتین درمان شده بودند، ۱۰٪ گزارش گردید. اما یک بررسی گذشته‌نگر بر روی ۱۷ بیمار تحت درمان با سیس‌پلاتین با، یا بدون پرونیازون طی یک دوره‌ی ۱۰ ساله مشخص کرد که میزان پاسخ‌دهی روپهم رفته ۶۴٪ است. در تحقیقی گذشته‌نگر از ۱۳ نفر بیمار مبتلا به تیومای پیشرفته ۵ نفر با ایفوسفامید به تنهایی به طور کامل ۱ نفر به طور نسبی درمانی شدند. پاسخ نسبی گذرا به کورتیکواستروئیدها نیز وجود داشت. اما مهم است بخاطر بسیاری که کورتیکواستروئیدها و بسیاری از داروهای شیمی‌درمانی که باعث کوچک‌شدن تومور می‌شوند ممکن است بر روی اجزاء غیربدخیم تومور بیشتر از اجزاء اپی‌تلیالی بدخیم آن اثر بگذارند.

• سایر آزمایشات بالینی: اطلاعات آزمایشات بالینی در سایت NCICancer.gov وجود دارد.

منبع مورد استفاده: سرطان تیموما- بنفشه جوادی- نشر آویشن- انجمن امداد ایران- بابل- تلفن - ۲۲۲۲۶۵۵