

گزارش تومور بورد کنسر رکتوم

زمان برگزاری: یکشنبه ۹۶/۱۱/۱۵

محل برگزاری: قم - خیابان ۱۹ دی (باجک)، کوچه ۱۰، ساختمان فرجاد، سالن کنفرانس فرجاد

مخاطبان: متخصصین رادیولوژی، پاتولوژی، گوارش، جراح، آنکولوژی، ژنتیک

۲. در زمینه‌ی **Locoregional Staging** در موارد **stage**‌های پایین و مراحل ابتدایی بیماری، اندوسونوگرافی، مودالیت‌های بسیار مناسبی در افتراق **T-Stage** (به‌خصوص در ۲/۳ انتهایی رکتوم) و امکان مناسبی جهت بیوپسی از لنف نودهای نزدیک به لومن رکتوم ایجاد می‌کند اما در کل **MRI** بعنوان مودالیت **Staging** ترجیحی در **NCCN** نام برده شده است.

در زمینه‌ی نیاز به انجام بیوپسی از نودول منفرد کبدی با وجود دقت بالای **MRI** در تشخیص متاستاز کبدی در مواردی که درمان‌های کیوراتیو برای بیمار در نظر گرفته می‌شود (جراحی متاستاز کبدی) و همچنین استفاده از شیمی درمانی که می‌تواند باعث تغییر پاتولوژیک آن گردد، بنظر می‌رسد انجام بیوپسی و اثبات پاتولوژی مناسب باشد.

۳. بررسی‌های ژنتیکی برای تعیین پروگنوز و همچنین پیشگویی پاسخ به درمان مورد نیاز است که در این رابطه **MSI** و **MMR** که بیماران با **Stage II (T3,T4,N0)** و **MSI-H (dMMR)** پروگنوز خوبی داشته و منفعتی از درمان با **FU-5** نمی‌برند.

در موارد متاستاتیک درمان مونوکلونال آنتی بادی (**Target Therapy**) برای موتاسیون در ژن‌های **k-RAS** و **N-RAS** لازم است. پاسخ به درمان **Neoadjuvant chemoradiation** یک

در این تومور بورد بیمار آقای ۵۸ ساله‌ای بررسی شد که با سابقه‌ی یکساله‌ی مشکل **Defecation** و درد ناحیه مقعد همراه با انتشار به کمر و همتوشزی وسیع به پزشک مراجعه کرده است. سابقه‌ی مصرف سیگار به مدت ۴۰ سال داشته و در **PMH** نکته خاصی نداشت.

ابتدا آزمایشات و آزمون‌های تصویر برداری و پاتولوژی بیمار بررسی شد و با توجه به محدودیت وقت جلسه نظرات اساتید مختلف راجع به سوالات زیر به بحث گذاشته شد:

۱. در موارد بیوپسی تعیین اینکه یک بیماری **Invasive** در ناحیه رکتوم وجود دارد یا نه وابسته به مشاهده‌ی ناحیه و عضله‌ی **submucosa** است. بنابراین برداشت نمونه از نواحی نکروز جواب مناسب پاتولوژی نخواهد داد.

- تعیین **LV Invasive** در صورت مشاهده‌ی تهاجم مویرگی امکان گزارش را دارد.

- تعیین **Grade** پاتولوژی بیمار بر اساس تعیین نمونه و با توجه به محل برداشت نمونه می‌تواند متفاوت باشد.

- گزارش موارد ریسک فاکتور پاتولوژیک در درمان‌های لوکال رکتوم اهمیت بیشتری دارد تا نیازمندی جراحی مجدد و درمان‌های رادیوتراپی و شیمی درمانی اضافی را مشخص کند.

می‌شود که می‌تواند بسته به گسترش بیماری و شرایط جراحی بصورت همزمان و یا باتوجه به علائم بیماری بصورت غیر همزمان انجام شود.

۵. کمورادیاسیون نئواد جوانت در موارد T3-T4 یا N+ قبل از جراحی توصیه می‌شود.

در تومورهای Low rectum درفاصله‌ی ۵ سانتی‌متر کمتر از Anal verge، نگهداری اسفنکتر براساس شرایط بیمار و پاسخ به درمان ممکن است متفاوت باشد و بهرحال Plan درمانی قبل از شروع هرگونه اقدام درمانی ریخته شود.

فاکتور پیشگویی کننده مهم در زمینه‌ی Overall survival و عود موضعی و استفاده از کموتراپی ادجوانت پس از جراحی می‌باشد. بیمارانی که پاسخ کاملی به Neoadjuvant Chemoradiation داشته باشند، Overall survival بهتری دارند، عود موضعی کمتر است و از Chemotherapy Adjuvant پس از جراحی سود می‌برند.

۴. در زمینه‌ی جراحی هرچند که متاستازهای کبدی همزمان از کانسر رکتوم نسبت به کانسر کولون کمتر اتفاق می‌افتد، جراحی تومور Primary و متاستاز کبدی در صورت امکان توصیه

