



راهنمای شماره 3

تشخیص کوردوما

راهنمایی برای بیماران و خانواده های آنها

برگرفته از : بنیاد جهانی کوردوما

ترجمه: دکتر معصومه فلاح، دکتر مریم جالسی





خداوند شما را از شرایطی عبور می دهد که هیچ از آن سر
در نمی آورید. فقط به این دلیل که شما را به جایگاهی برساند
که شایسته اش هستید.
پس به او اعتماد کنید

تشخیص کوردوما

رهنمودهای بالینی برای تشخیص و درمان کوردوما که در اینجا می بینید توصیه های درمانی هستند که توسط گروه اجماع جهانی کوردوما ارائه شده است - یک گروه بین المللی و چند رشته ای با بیش از 60 پزشک متخصص در مراقبت از بیماران کوردوما.

بنیاد کوردوما و انجمن پزشکی انکولوژی پزشکی اروپا این گروه را گرد هم آوردند تا توصیه ها را برای درمان و تشخیص کوردوم بر اساس تمام شواهد پزشکی و علمی موجود ارائه کنند. رهنمودهای حاصل این گروه در ژورنال پزشکی The Lancet Oncology در فوریه 2015 منتشر شد.

برای دانلود می توانید از لینک ([https://sci-hub.st/10.1016/S1470-2045\(14\)71190-8](https://sci-hub.st/10.1016/S1470-2045(14)71190-8)) استفاده کنید.

تشخیص کوردوما همیشه آسان نیست. می تواند با انواع دیگر تومور اشتباه گرفته شود. دریافت تشخیص صحیح از همان ابتدا برای یافتن و انتخاب بهترین روش درمانی امری حیاتی است.

اگر شما MRI انجام داده اید و به شما احتمال ابتلا به کوردوما داده اند، یافتن پزشکانی که تجربه تشخیص و معالجه بیماران کوردوما را دارند برای تأیید تشخیص بسیار مهم است. اگر شما بیوپسی کرده اید و کوردوما تأیید شده است، یا اگر به دنبال یک جراحی دیگر تشخیص کوردوما دریافت کرده اید، مهم است که مورد شما توسط یک تیم چند رشته ای از متخصصان کوردوما مورد ارزیابی قرار گیرد که می توانند با شما در مورد مراحل بعدی صحبت کنند.

هنگامی که به شما تشخیص داده شد، گرفتن نظر دوم برای تأیید تشخیص قبل از تصمیم گیری در مورد درمان می تواند مفید باشد. مانند هر نوع سرطان نادر، نظرات دوم و حتی سوم نیز گام مهم و منطقی می باشد.

مراجعه به یک بیمارستان یا مراکزی که پزشکان با تجربه تشخیص و درمان کوردوما را دارند بسیار مهم است. برای تأیید تشخیص کوردوما در خارج از مرکز ارجاع باید از انجام بیوپسی یا جراحی خودداری کنید زیرا اگر به درستی انجام نشود، این روش ها می توانند باعث گسترش کوردوما شوند.

علائم و نشانه های کوردوما چیست؟

شایعترین علائم کوردوما درد و تغییرات عصبی است.

¹ Chordoma Global Consensus Group

کوردوم پایه جمجمه (Skull base) اغلب باعث سردرد، گردن درد، یا دید دوتایی می شود. اگر به اندازه کافی بزرگ باشند، ممکن است بر احساس صورت یا حرکت، صدا، گفتار و عملکرد بلع تأثیر بگذارند.

کوردومای ستون فقرات و استخوان خاجی می تواند باعث تغییراتی در عملکرد روده و / یا مثانه، درد، سوزن سوزن شدن، بی حسی یا ضعف بازوها و پاها شود. غالباً، کوردوم ساکروم تا زمانی که تومور کاملاً بزرگ نشود، علائمی ایجاد نمی کند و گاهی اوقات توده اولین نشانه کوردومای خاجی است.

آیا تومور من می تواند چیز دیگری باشد؟

کوردوما را می توان با سایر تومورهای خوش خیم و سرطانی اشتباه گرفت، از جمله:

- تومورهای خوش خیم نوتوکوردال سلولی (BNCT) - این تومورهای خوش خیم ستون فقرات در MRI یا سی تی اسکن دیده می شوند و گاهی اوقات می توانند مانند کوردوما به نظر برسند. با این حال، BNCT در استخوان محدود می شود و مانند کوردوما در بافت های دیگر گسترش نمی یابد. اگر مشکوک به BNCT هستید، باید هر از گاهی MRI یا CT اسکن کنید تا به دنبال تغییرات باشید. تصاویر باید توسط یک رادیولوژیست متخصص در تومورهای استخوان بررسی شود.
- کندروسارکوما - این نوع سرطان استخوان شباهت زیادی به کوردوما در CT و MRI دارد. یک نوع خاص از MRI به نام MRI دیفیوژن یا D-MRI، ممکن است به پزشکان کمک کند تفاوت را تشخیص دهند. اما گاهی اوقات فقط پس از انجام بیوپسی می توان دانست که تومور کندروسارکوما نیست. کندروسارکوما پایه جمجمه معمولاً بهتر از کوردوم پایه جمجمه به تابش پاسخ می دهند و پیش آگهی بهتری دارند.
- Eccordosis Physaliphora (EP) - یک تومور مادرزادی خوش خیم که از بقایای نوتوکوردال تشکیل می شود و در هر نقطه از ستون فقرات یافت می شود. مانند BNCT، بعضی اوقات می توانند مانند کوردوما به نظر برسند اما معمولاً مانند کوردوما در بافت های دیگر گسترش نمی یابند.
- تومور سلول غول پیکر استخوان (GCTB) - این تومورها در آزمایشات تصویربرداری تا حدودی متفاوت از کوردوما به نظر می رسند و تمایل دارند در قسمت فوقانی خاجی قرار بگیرند.
- شوانوما - این تومورها به استخوان متفاوت از کوردوم آسیب می رسانند، در آزمایشات تصویربرداری متفاوت به نظر می رسند و به عضلات یا مفاصل مجاور گسترش نمی یابند.

- تومورهای دیگر ستون فقرات و پایه جمجمه - این موارد شامل سایر سرطان های استخوان مانند سارکوم یوینگ و استئوسارکوم و همچنین نوعی تومور سیستم عصبی به نام اپاندیموم ماکسوپایلاری است. لنفوم، سرطان سیستم ایمنی بدن و میلوم چندگانه، سرطان خون نیز می تواند باعث تومور در این مناطق شود.
- متاستاز (گسترش) سرطان دیگر - گاهی اوقات سرطان ها در مکان های دیگر بدن می توانند به استخوان های ستون فقرات یا پایه جمجمه منتقل شوند.

کوردوما چگونه تشخیص داده می شود؟

هرگونه نمونه برداری یا جراحی برای تأیید تشخیص کوردوما باید در مرکزی با تخصص در زمینه درمان کوردوما انجام شود. اگر به درستی انجام نشود، این روش ها می توانند باعث گسترش کوردوما شوند. اگر نمی توانید برای دیدن پزشکی که تجربه کار به بیماران کوردوما دارد بروید، قبل از معالجه یا بیوپسی، آزمایشات تصویربرداری خود را برای نظر دوم به پزشک با تجربه در کوردوما ارسال کنید. تومورهای کوردوما به طور معمول از طریق آزمایش های تصویربرداری که اندام ها و سایر ساختارهای داخل بدن، از جمله تومورها را نشان می دهد، تشخیص داده می شوند. نوع نگاه تومور در آزمایشات تصویربرداری می تواند به رادیولوژیست تشخیص دهد که ممکن است کوردوما باشد.

این ویدیو را در <https://www.youtube-nocookie.com/embed/4jKd-2w2m1s> تماشا کنید ،

انواع آزمایشات تصویربرداری

در صورت مشکوک شدن به کوردوما، برای کمک به پزشکان برای تشخیص و برنامه ریزی برای درمان، به تصویربرداری MRI نیاز دارید. MRI بهترین روش برای مشاهده کوردوما و چگونگی تأثیر آن بر بافت اطراف آن است، مانند عضلات ، اعصاب و رگ های خونی. مهم نیست که تومور در کجا قرار داشته باشد، باید MRI از کل ستون فقرات انجام شود تا ببینید تومور ممکن است به سایر مناطق ستون فقرات گسترش یافته یا در آن گسترش یافته باشد. کوردوما به بهترین وجه در MRI با تنظیماتی به نام تصویربرداری وزنی T2 دیده می شود. آزمایش تصویری دیگری به نام computed tomography (CT) اسکن علاوه بر MRI در صورتی که تشخیص قطعی کوردوما نباشد توصیه می شود. برای اطمینان از عدم انتشار تومور، سی تی اسکن از قفسه سینه ، شکم و لگن توصیه می شود. آزمایشات تصویربرداری باید توسط رادیولوژیستی که تجربه تشخیص تومورهای استخوانی را دارد تفسیر شود.

در بعضی موارد پزشکان ممکن است positron emission tomography یا اسکن PET را تجویز کنند. این ها معمولاً اسکن های تمام بدن هستند که به دنبال فعالیت گسترده تومور هستند. اسکن PET اطلاعات مربوط به عملکرد متابولیک بدن شما را فراهم می کند. به طور خاص برای سرطان ، اسکن PET بیشتر برای تومورهایی را که به سرعت از گلوکز (قند) استفاده می کنند استفاده می شود. سلولهای سرطانی گلوکز بسیار بیشتری نسبت به سلولهای معمولی متابولیزه می کنند، بنابراین تومورها در اسکن "روشنتر هستند. از آنجا که سلولهای کوردوما معمولاً به آرامی رشد می کنند، با این وجود همیشه با اسکن PET به خوبی دیده نمی شوند، بنابراین در تشخیص کوردوما کاربرد چندانی ندارند.

آیا نمونه برداری برای افراد مشکوک به کوردوما توصیه می شود؟

مطالعات تصویربرداری می تواند احتمال وجود کوردوما را نشان دهد، اما تشخیص قطعی فقط توسط یک آسیب شناس انجام می شود که نمونه ای از بافت تومور را زیر میکروسکوپ بررسی می کند. به همین دلیل، در صورت دسترسی بی خطر به تومور، ممکن است تیم پزشکی شما قبل از عمل جراحی درخواست بیوپسی بدهد.

(به اطلاعات مهم زیر در مورد نمونه برداری مراجعه کنید(https://www.youtube-nocookie.com/embed/cXa_tpJn9RY)).

نمونه های بافتی باید توسط پاتولوژیستی که تجربه تشخیص تومورهای استخوانی را دارد ارزیابی شود. آسیب شناس شما ممکن است بافت تومور شما را از نظر وجود پروتئینی به نام براکیوری آزمایش کند. تقریباً همه کوردوماها دارای مقادیر بالایی از براکیوری هستند، که آن را برای تشخیص مفید می کند.

برای تومورهای خاجی و متحرک ستون فقرات، نمونه برداری با راهنمای CT تروکار (trocar) توصیه می شود و باید از پشت انجام شود. در بیوپسی با راهنمای CT Trocar با استفاده از سی تی اسکن سوزن نمونه برداری را دقیقاً به محل صحیح هدایت می کند. سوزن بیوپسی در لوله ای محصور شده است تا سلولهای تومور در مسیر سوزن گسترش پیدا نکنند.

دستیابی راحت به تومورهای پایه جمجمه برای بیوپسی دشوار است، بنابراین جراح شما ممکن است در طی جراحی نمونه برداری را انتخاب کند. این به این معنی است که یک آسیب شناس آماده خواهد شد تا نمونه بافت توموری را که در آغاز جراحی برداشته شده است بررسی کند و بلافاصله تشخیص دهد و تیم جراحی بر اساس این اطلاعات اقدام به جراحی می کند.

اگر قبل از جراحی بیوپسی انجام داده اید، به شما توصیه می شود در حین جراحی، بافت اطراف ناحیه بیوپسی را خارج کنید تا سلولهای کوردوما را که ممکن است در هنگام اختلال در تومور در بیوپسی گسترش یابد ، از بین ببرد.

منابع و اطلاعات بیشتر

Stacchiotti S, Sommer J, Chordoma Global Consensus Group. Building a global consensus approach to chordoma: a position paper from the medical and patient community. *Lancet Oncology*. 2015 Feb;16(2):e71-83. doi: 10.1016/S1470-2045(14)71190-8.

Stacchiotti S, Gronchi A, Fossati P, et al. Best practices for the management of local-regional recurrent chordoma: a position paper by the Chordoma Global Consensus Group. *Ann Oncol*. 2017 Jun 1;28(6):1230-1242. doi: 10.1093/annonc/mdx054.

Walcott BP, Nahed BV, Mohyeldin A, Coumans JV, Kahle KT, Ferreira MJ. Chordoma: current concepts, management, and future directions. *Lancet Oncology*. 2012 Feb;13(2):e69-76. doi: 10.1016/S1470-2045(11)70337-0.

Diaz RJ, Cusimano MD. The biological basis for the modern treatment of chordoma. *J Neurooncol*. 2011 Sep;104(2):411-22. doi: 10.1007/s11060-011-0559-8. Epub 2011 Mar 8.

Sciubba DM, Cheng JJ, Petteys RJ, Weber KL, Frassica DA, Gokaslan ZL. Chordoma of the sacrum and vertebral bodies. *J Am Acad Orthop Surg*. 2009 Nov;17(11):708-17.

Koutourousiou M, Snyderman CH, Fernandez-Miranda J, Gardner PA. Skull base chordomas. *Otolaryngol Clin North Am*. 2011 Oct;44(5):1155-71. doi: 10.1016/j.otc.2011.06.002. Epub 2011 Jul 21.

Our list of commonly used terms can help you understand the medical and scientific terms you may hear when discussing your diagnosis with your care team.