	سرطان مثانه **Blader cancer**	
کد سند:EDNO۰۰۱ تاریخ تدوین: ۱۴۰۳/۰۱/۲۷ شماره ویرایش:۰۰ شماره بازنگری:۰۰ تاریخ بازنگری۱۴۰۳/۰۸/۰۵		

ماهیت بیماری:

چندین تقسیم بندی برای سرطان های مثانه وجود دارد:

۱. سرطان سطحی مثانه

۲. تومور مثانه مهاجم به عضله و متاستاتیک

از آنجا که سرطان یوروتلیال سرطان عوامل زیست محیطی و سن است میزان بروز و شیوع آن با افزایش سن افزایش مییابد. اوج آن در دهه هشتم زندگی (به طور متوسط سن ۶۵ سالگی) است و ارتباط قوی بین سموم محیط زیست و شکل گیری سرطان یوروتلیال وجود دارد. مردان در ایران تقریبا ۴ برابر بیشتر از زنان احتمالا ابتلا به سرطان مثانه را دارند و احتمالا به خاطر افزایش مصرف سیگار و قرارگرفتن در معرض سموم آلاینده محیط زیست است. احتمال ابتلا به سرطان مثانه غیرتهاجمی تمایز یافته نسبت به نوع تهاجمی بیشتر است. با این حال میزان مرگ و میر مرحله به مرحله برای سرطان مثانه بین همه گروه های سنی یکسان است. سرطان مثانه دومین سرطان شایع دستگاه ادراری- تناسلی است. سرطان مثانه در سفید پوستان بیشتر از سیا ه پوستان بروز میکند. به طور کلی ۷ درصد از سرطان های بدن را تشکیل میدهد.

➢ انواع تومورهای مثانه:

شایعترین این تومور ها شامل متاپالزی اپی تلیال(۴۰ درصد در زنان و ۵ درصد در مردان که ناشی از عفونت، تروما و جراحی است)
لکوپالکیا (در آن در مثانه کراتین رسوب میکند و نیازی به درمان ندارد) .
پاپیلوم معکوس (همراه با عفونت های مزمن و یا انسداد گردن مثانه و درمان آن رزکسیون آندوسکوپیک از راه مجرا است) و پاپیلوم است که دسته خوش خیم ها را تشکیل میدهند .
TCC (ترانزیشنال سل کارسینوما) که عمده ترین تومور بدخیم مثانه است.۹۰ درصد سرطان های مثانه یوروتلیال کارسینوما، ۵ درصد اسکوآموس سل کارسینوما و کمتر از ۲ درصد آدنوکارسینوما است.
این بیماری شایعترین کانسر دستگاه ادراری و دومین عامل مرگ در اثر سرطان های ادراری تناسلی است.۸۰درصد یوروتلیال کارسینوما از نوع سطحی است.

➢ مراحل سرطان مثانه:

مرحله بندی سرطان معمولا تا حدودی مشخص میکند که یک سرطان رشد کرده و یا پخش شده است یک سیستم مرحله بندی یک راه خاص است که نشان میدهد که سرطان چقدر پیشرفت کرده است به طور معمول، سیستم TNM برای سرطان مثانه استفاده میشود و نشان دهنده موارد زیر است:

T توصیف میکند که تا چه حد تومور رشد کرده است.

N نشان می دهد که آیا هر سرطان به غدد لنفاوی در نزدیکی مثانه گسترش یافته است.

M نشان می دهد که آیا سرطان به نقاط دیگر دورتر از مثانه گسترش)متاستاز(یافته است.

✓ مرحله بندی سرطان مثانه:

Taمحدود به اپی تلیوم

T۱درگیری لامیناپروپریا

T۲تهاجم به عضله

T۲aتهاجم به عضله سطحی

T۲b تهاجم به عضله عمقی

T۳تهاجم به بافت های چربی اطراف مثانه

T۳aدرگیری میکروسکوپیک

T۳bدرگیری ماکروسکوپیک

T٤ تهاجم به سایر اعضا

T٤a تهاجم به پروستات – رحم- واژن

T٤b تهاجم به دیواره لگن و شکم

N درگیری غدد لنفاوی

N۱ غدد لنفاوی منفرد کمتر از ۲ سانتی متر درگیر است.

N۲ یک غده لنفاوی بین ۲تا ۵ سانتی متر یا چندین غده لنفاوی که هیچ کدام.

N۳ یک یا چند غده لنفاوی بزرگتر از ۵سانتی متر درگیر هستند.

NX وضیت درگیری غدد لنفاوی نامشخص است.

M متاستاز

M۰ متاستاز دور دست وجود ندارد.

M۱ متاستاز دور دست وجود دارد.

MX متاستاز دوردست نا مشخص است

عوامل مستعد کننده:

سرطان مثانه با اختلالات ژنتیکی و عوامل خطر خارجی شامل قرار گرفتن در معرض عوامل سرطان زا، فاکتور های تغذیه ای، میزان دریافت مایعات، الکل، التهاب، عفونت، شیمی درمانی، اشعه و احتماال شیرین کننده های مصنوعی ایجاد میشود.

ریسک فاکتور های خارجی :

علاوه بر پوست و ریه، مثانه، اصلی ترین ارگان داخلی است که تحت تاثیر مواد سرطان زای شغلی قرار میگیرد. عوامل اصلی سرطان زا، آمین های آروماتیک هستند که بهDNA باند می شود . از جمله اولین مواد شیمیایی دخیل در شکل گیری سرطان مثانه در کارگران لاستیک و رنگ Benzidine – B-Napahthylaminc است . به طور کلی افزایش خطر شکل گیری سرطان مثانه در کارگران صنعتی در حدود ۳۱در صد برآورد میشود و کارگران کشاورز پایین ترین و کارگران لاستیک سازی بالا ترین خطر ابتلا سرطان مثانه را دارند.

سیگار:

عامل اصلی شناخته شده برای شکل گیری سرطان یوروتلیال است. خطر نسبی ابتلا به سرطان یوروتلیال ناشی از سیگار ۲/۶ و ۳/۷۳ به ترتیب در زنان و مردان است. به طور کلی شانس ابتلا به سرطان یوروتلیال با سیگار ۲ تا ۶ برابر بیشتر است و شدت و مدت زمان سیگار کشیدن به صورت خطی با افزایش خطر مرتبط است. قطع سیگار کشیدن شانس ابتلا به این بیماری را پایین می آورد و هرچه زمان قطع عادت سیگار کشیدن طولا نی تر باشد احتمال ابتلا به سرطان نیز کمتر میشود.

عوامل غذایی :

بیشتر مواد غذایی و یا متابولیت های دیگر در ادرار دفع شده و تماس طولانی مدت با یوروتلیوم به خصوص در مثانه دارد، بنابراین تغذیه نقش مهمی در شکل گیری سرطان مثانه دارد. یک رژیم غذایی مدیترانه ای منجر به پایین ترین ریسک سرطان یوروتلیوم میشود. ریز مغذی های با اثر پیشگیرانه از شکل گیری سرطان مثانه، عمدتا آنتی اکسیدان ها از جمله ویتامین E ، C، A، سلنیوم و روی هستند.

سفید بودن :

افراد سفید پوست نسبت به نژادهای دیگر بیشتر در معرض خطر سرطان مثانه قرار دارند.

مصرف مایعات :

مصرف کمتر مایعات منجر به ادرار کمتر و غلظت های بالاتر از مواد بالقوه سرطان زا در ادرار و در نتیجه افزایش خطر ابتلا به سرطان مثانه است.

	سرطان مثانه **Blader cancer**	
کد سند:EDNO۰۰۱ تاریخ تدوین: ۱۴۰۳/۰۱/۲۷ شماره ویرایش:۰۰ شماره بازنگری:۰۰ تاریخ بازنگری۱۴۰۳/۰۸/۰۵		

شیرین کننده مصنوعی :

مانند ساخارین که در بعضی از مطالعات ممکن است پیشرفت سرطان را تحت تاثیر قرار دهد.

سوءمصرف داروهای ضد درد :

مصرف مقادیر زیاد از استامینوفن یا فناستین (۵ تا ۱۵ کیلوگرم در مدت ۱۰سال)همراه با افزایش خطر سرطان کلیه و شاید سرطان مثانه است.

التهاب وعفونت :

عفونت یکی از عوامل شکل گیری سرطان سلول سنگفرشی در بیمارانی است که به طور مزمن با شیستوزوما هماتوبیوم آلوده شده اند. ارتباط محتملی بین ویروس پاپیلومای انسانی HPV و شکل گیری سرطان وجود دارد.

باکتری :

عفونت باکتریایی مزمن ممکن است در شکل گیری سرطان مثانه نقش داشته باشد و از نظر بالینی استفاده مزمن از کاتتر، سنگ و عفونت با سرطان اسکوآموسل مثانه ارتباط دارد اما مکانیسم شکل گیری بدخیمی به خوبی درک نمیشود مکانیسم عمل ممکن است مربوط به تولید مواد سرطان زایی مثل نیتروزامین باشد که میتواند در عفونت های مزمن دستگاه ادراری تولید شده باشد.

تابش اشعه :

ارتباط بالقوه ای بین قرارگرفتن در معرض تابش اشعه و سرطان مثانه وجود دارد ولی وابسته به سن نیست و دوره نهفتگی آن ۱۵-۳۱سال است. تابش اشعه در آن دسته از بیماران مبتلا سرطان پروستات یا گردن رحم که با پرتودرمانی تحت درمان قرار گرفتند خطر ابتالا به سرطان یوروتلیال را افزایش میدهد.

شیمی درمانی :

تنها عامل شیمی درمانی که در ایجاد سرطان مثانه اثبات شده سیکلوفسفامید است که به طول مدت و شدت درمان با آن نیز بستگی دارد.

وراثت :

در بستگان درجه اول بیماران مبتلا به سرطان مثانه، خطر ابتال به سرطان یوروتلیال ۲ برابر افزایش مییابد.

مرد بودن :

مردان در مقایسه با زنان بیشتر در معرض خطر سرطان مثانه قرار دارند .

البته در همه موارد عامل ایجاد سرطان مثانه مشخص نیست و در برخی از افراد مبتلا به سرطان مثانه هیچ فاکتور خطر آشکاری وجود ندارد.

علائم و نشانه ها:

هماچوری گروس و بدون درد علامت اولیه در ۸۵ درصد از بیماران مبتلا به تومور مثانه تازه تشخیص داده شده است و هماچوری میکروسکوپیک تقریبا در تمامی بیماران رخ میدهد. هماچوری در این بیماران متناوب است و میتواند مربوط به مانوروالسالوا باشد .تغییرات مثانه که گاهی اوقات بروز میکند شامل تکرر ادرار، احساس نیاز فوری به داشتن ادرار بدون تولید ادرار، درد یا سوزش ادرار بدون شواهدی از عفونت ادراری است.

روش های تشخیصی:

معاینه و شرح که شامل هماچوری بدون درد باشد، سیستوسکوپی، بیوپسی در طی سیستوسکوپی، آزمایش کامل ادراری شامل آنالیز ادراری و یا سیتولوژی ادراری، سی تی اسکن شکم و لگن و ارزیابی میزان PSA در خون بیماران، بیوپسی از مثانه که معمولا حین سیستوسکوپی انجام میشود. گاهی انجام IVP توصیه میشود.

درمان:

➢ رزکسیون تومور مثانه:

برای درمان اولیه کانسر مثانه باید رزکسیون آندوسکوپی آن انجام شود. سیتولوژی ادرار قبل از رزکسیون بهتر است انجام شود، هم به عنوان پایه و هم به صورت مثبت بودن بیوپسی های تصادفی در زمان رزکسیون. تصویر برداری سیستم ادراری غیر از موارد تومور منفرد Ta low gradeدر بقیه توصیه میشود. قبل از شروع رزکسیون انجام معاینه دو دستی در تومورهای بزرگ که احتمال سیستکتومی وجود دارد کمک کننده است. در تومور های کوچک نیازی به این کار نیست.

✓ تزریق داخل مثانه ای داروهای شیمی درمانی بعد از رزکسیون تومور:

فلسفه این کار پیشگیری از کاشته شدن سلول های تومورال در جاهای دیگر مثانه به علت تروماهای آشکار و پنهانی که در حین رزکسیون اتفاق میافتد، میباشد.

Mitomycine Cموثرترین داروی داخل مثانه ای است که بدین منظور استفاده شده است. این دارو در فاصله ۲ الی ۶ ساعت بعد از رزکسیون در حالی که شستشوی مثانه قطع است از طریق سوند وارد مثانه کرده و راه خروجی را نیز میبندند و فرصت میدهند که دارو یک ساعت در داخل مثانه بماند. سایر داروها شامل : تیوتپا، دوکسی روبیسین و...

✓ ایمنوتراپی داخل مثانه :

به صورت تزریق BCG داخل مثانه انجام میشود، تزریق داخل مثانه ای BCG باعث تجمع گرانولوسیت ها، مونوکلئر ها و سلول های دندریت در مثانه میشود. در اثر این واکنش های ایمونولوژیک سیتوکین ها در جدار مثانه و ادرار آزاد میشوند. این مجموعه باعث تحریک ایمونولوژیک سلولی و شروع پدیده ضد آنژیوژنز میشود. توصیه بر این است که اولین تزریق ۲ تا ۴ هفته بعد از رزکسیون در شرایط سونداژ آتروماتیک و ادرار استریل انجام پذیرد. تزریق BCG در بیماران با پاتولوژیTa high grade -T۱ low grade T۱ high grade توصیه میشود. ب ث ژ داخل مثانه ای تومورهای سطحی را درمان میکند ولی هیچ وقت جایگزین رزکسیون نیست .کاهش عود بیماری به میزان۳۱ درصد با یک دوره ۶ هفته ب ث ژ نشان داده شده است.

✓ پارشیال سیستکتومی (برداشت ناکامل مثانه) :

دراین روش بعد از برش شکم، بخش درگیر مثانه و کمی بافت اطرافش برداشته میشود و تلاش میشود قسمت سالم مثانه جهت تداوم وظیفه اش باقی بماند. سیستکتومی جزئی تحت بیهوشی کامل انجام میشود.

✓ رادیکال سیستکتومی:

درمان ارجح در مورد تومور های مهاجم به عضله لوکالیزه یا پیشرفته، رادیکال سیستکتومی است. در مردان درمان استاندارد شامل : برداشتن کامل مثانه، برداشتن انتهای حالبها و برداشتن غدد لنفاوی میباشد. در زنان جراحی استاندارد خارج سازی لگن قدامی شامل برداشتن مثانه، کل مجرا، سقف واژن، رحم و انتهای حالب ها و غدد لنفی مربوطه است.

✓ رادیوتراپی (پرتودرمانی):

از اشعههای با انرژی بالا به منظور از بین بردن سلولهای سرطانی استفاده میشود. همانند جراحی، پرتودرمانی نیز یک روش درمانی موضعی (Therapy Local)است. این روش تنها بر سلولهای سرطانی موجود در ناحیه تحت درمان تأثیر میگذارد. تعداد کمی از بیماران ممکن است پیش از جراحی و به منظور کوچک کردن تومور، تحت پرتودرمانی قرار بگیرند. دیگر بیماران پس از جراحی و به منظور از بین بردن سلولهای سرطانی که ممکن است در ناحیه مزبور باقی مانده باشند، تحت پرتودرمانی قرار میگیرند. گاهی، بیمارانی که نمیتوانند تحت عمل جراحی قرار بگیرند، پرتودرمانی میشوند.

✓ شیمی درمانی :

اگر سرطان به اعماق مثانه نفوذ کرده باشد یا به غدد لنفاوی یا دیگر اندام ها سرایت کرده باشد، شیمی درمانی وریدی برای بیمار انجام میشود. این شیوه، یک روش درمانی فراگیر است، به این معنا که داروها از طریق جریان خون به تقریباً تمام بدن میرسند. داروها را معمولا با فاصله زمانی مشخص به بیمار تزریق میکنند. در فاصله بین تزریقها، بدن فرصت مییابد تا خود را بازسازی کند .

مهمترین داروها در شیمی درمانی شامل سیس پالتین است که میتواند به تنهایی باعث درمان ۳۰درصد از سرطان ها شود.

تشخیص های پرستاری:

۱. .ریسک اختلال دفع ادراری
۲. ترس
۳. اختلال تصور بدن
٤. ناامیدی

مداخلات پرستاری:

۱. پایش علائم حیاتی پایش جذب و دفع
۲. ثبت مقدار و رنگ ترشحات تمامی درن ها
۳. .پایش رنگ ادرار پایش استومی از نظر رنگ و التهاب

٤. .چک جریان خون کافی بافتی ناحیه
٥. پایش شکم از نظر صداهای روده، درد، نفخ و اتساع شکم
٦. .پایش پوست از نظر نشانه های ترک و گسیختگی تمامیت پوستی، قرمزی
۷. .پایش بیمار از نظر عوارض جانبی داروها

دارو های مصرفی:

به طور کلی شامل میتومایسین c ،تیوتیپا، دوکسوروبیسین، باسیل کالمت گرین، ب ث ژ به تنهایی و یا در ترکیب با اینترفرون، آلفااینترفرون، بروپیرامین و والروبیسین که به طور کامل در مبحث درمان توضیح داده شده است. در کنار این داروها در صورت درد و صلاحدید پزشک از مسکن ها نیز جهت بیمار استفاده میشود.

فعالیت مجاز و غیر مجاز:

لزوم استراحت و اجتناب از فعالیت سنگین به مدت ۴ تا ۷ روز و توجه داشته باشید از انجام فعالیت های شدید، ورزشهای سنگین، رانندگی طوالنی مدت خود داری نماید. در ۲ هفته اول پس از جراحی از بلندکردن بار بیش از ۵.۲ کیلوگرم و تا ۶ هفته از بلندکردن بار۱۰کیلو گرم پرهیز شود. پس از بهبودی کامل پس از عمل جراحی حداقل۳۰ دقیقه در بیشتر روزهای هفته ورزش کند. ورزش به دفعات ۳ تا ۵ بار در هفته (_ تا ۵ روز در هفته) مناسب میباشد کمتر از ۳ بار اثر بخشی ورزش را کاهش میدهد و بیش از ۵ بار هم فواید بیشتری را برای فرد به ارمغان نمیآورد و در بعضی مواقع شاید آسیب رسان هم باشد.

رژیم غذایی مجاز و غیر مجاز:

بیمار در طول روز آب فراوان بنوشد. از لحاظ فنی، نوشیدن مایعات، به ویژه آب، ممکن است مواد سمی احتمالی در ادرار را رقیق کند و آنها را به سرعت از مثانه بیرون بریزد .چربی های اشباع شده مثل گوشت و لبنیات احتمال بروز این سرطان را تشدید کرده اما در عوض چربی های سالم مثل روغن زیتون نقش حفاظت کننده در برابر این بیماری دارند. مصرف چای سبز منجر به کاهش التهابات در جدار مثانه و سایر سلولهای بدن میشود و نقش پیشگیری کننده در سرطان مثانه را دارد. سبزیجات مانند ترب، تربچه، کلم بروکلی و فلفل سبز نقش پیشگیری کننده ای در وقوع سرطان مثانه دارد. مصرف ماست نیز در خانمها ۴۶ درصد و آقایان ۳۶ درصد نقش پیشگیری کننده دارد. مصرف آنتی اکسیدان ها مانند ویتامین ای، آ، سی، روی و سلنیوم نقش مهمی در پیشگیری از بروز سرطان مثانه دارد. غذاهای نیترات دار مانند سوسیس، کالباس، پنیر و غذاهای کنسروی برای مبتالیان ممنوعیت دارد، اما این افراد باید حبوبات، غالت کامل و سبوس دار را بیشتر در برنامه غذایی خود قرار دهند. شیرینی و شکالت نیز برای این افراد ممنوع است زیرا افزایش وزن با افزایش احتمال ابتلا یا عود مجدد بیماری در ارتباط است. بهتر است به جای غذاهای سرخ شده از غذاهای آبپز، تنوری و یا بخار پز استفاده کنند. این بیماران باید نمک، الکل و مواد حاوی کافئین را از رژیم غذایی حذف کنند. .بادام و سایر مغزهای آجیل حاوی آنتی اکسیدان ویتامین E میباشند. مصرف موادغذایی غنی از ویتامین E میتواند در کاهش۴۱ درصدی ابتال به سرطان مثانه موثر باشد. همچنین از دیگر منابع ویتامین E میتوان به روغن زیتون و جوانه گندم اشاره کرد. گوجه فرنگی حاوی لیکوپن بوده که براساس دانشگاه تورنتو در کمک به جلوگیری از آسیب سلولی که منجر به سرطان پروستات میشود، موثر است. براساس مجله امریکایی کالج

تغذیه، پیروی از یک رژیم غذایی سرشار از لیکوپن به طور قابل توجهی باعث کاهش خطر ابتلا به سرطان مثانه میشود .گوجه فرنگی تازه منبع سالمی از لیکوپن است، اما سس کچاپ و سایر محصولات گوجه فرنگی نیز مقادیر قابل توجهی از لیکوپن دارند.

آموزش های خود مراقبتی :

۱. در زنان، رحم، تخمدان و بخشی از مهبل در طول سیستکتومی رادیکال حذف میشود این به طور دائم سبب توقف قاعدگی شده و حاملگی های آینده ممنوع میشود زنانی که تحت عمل جراحی برای سرطان مثانه هستند نیز ممکن است راحتی در دستیابی به ارگاسم در آنها مشکل باشد

۲. برخی از مردان ممکن است مشکل در نعوظ داشته باشند اما در مردان جوان، این ممکن است در طول زمان بهبود یابد اگر عمل جراحی سبب حذف غده پروستات و کیسه های منی شود مایع منی نمیتواند تولید شود.

۳. حفظ سوند مجرا طبق دستور پزشک به طور معمول ۷ تا ۱۰ روز.

٤. لزوم استراحت و اجتناب از فعالیت سنگین به مدت ۴ تا ۷ روز

٥. استحمام اولیه ۲۴ تا ۷۲ ساعت پس از عمل جراحی بلامانع بوده و در کاهش عفونت موثر است. پس از آن یک روز در میان جهت کاهش عفونت زخم دوش بگیرد.

٦. از استحمام با وان، سونا و جکوزی خودداری نماید.

۷. به طور مرتب کیسه یورستومی را تعویض نموده و پوست اطراف آنرا تمیز نگه دارد.

۸. اجتناب از رابطه زناشویی به مدت ۳ تا ۴ هفته

۹. با تنظیم رژیم غذایی شامل مقدار زیادی میوه، سبزیجات و غالت سبوسدار، از خودتان مراقبت کنید و از مصرف غذاهای نفاخ مانند انواع حبوبات به مدت ۲ تا ۴ هفته خودداری کند.

۱۰. خواب کافی داشته باشد، طوری که هنگام بیداری احساس سر زندگی کند.

منابع:

۱. ارولوژی عمومی، تالیف دکتر ناصر سیم فروش(استاد ممتاز ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)، دکتر اکبر نورعلیزاده و دکتر محمدحسین سلطانی)دانشیاران ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی شهید پزشکی)و با همکاری اعضای هیئت علمی منتخب سراسر کشور. ۱۳۹۹

۲. .گایدلاین ارولوژی، تالیف دکتر کامران احمدی . ۱۳۹۵

۳. .برونر سودارث کلیه و مجاری ادراری(پرستاری داخلی جراحی) ترجمه مریم حضرتی و زهرا نسایه)اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز(ویرایش صدیقه سالمی)هیئت عملی دانشگاه علوم پزشکی تهران).۲۰۱۴

٤. www.elmnet.ir.

٥. WWW.MEDSCAPE.COM