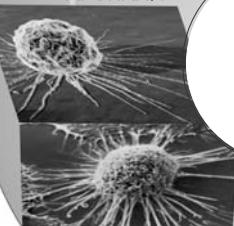


د سرطاني (انکالوژي) نارو غنيو اساسات

پوهاند دوكتور محمد ظاهر ظفرزى

AFGHANIC



Nangarhar Medical Faculty
ننگر هار طب پوهانخى

In Pashto PDF
2011

Funded by:
Kinderhilfe-Afghanistan

Principle of Cancer Diseases

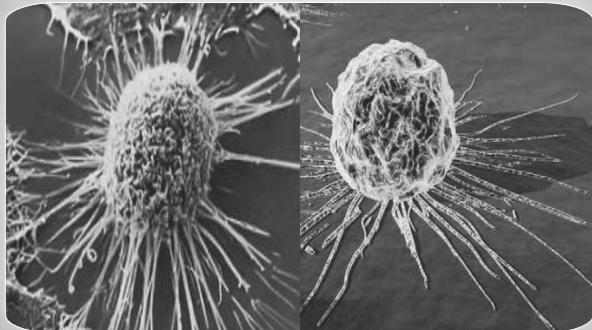
Prof. Dr. M. Zahir Zafarzai

Download: www.ecampus-afghanistan.org



ننګهار طب پوهنځی

د سرطانی (انکالوژی) ناروغیو اساسات



پوهاند دوکتور محمد ظاهر خلفزی

۱۳۹۰



د سرطانی (انکالوژی) ناروغیو اساسات

Principle of Cancer Diseases

مُؤَلِّف: دوکتور محمد ظاهر خلفزی



Nangarhar Medical Faculty

Prof. Dr. M. Zahir Zafarzai

Funded by:
Kinderhilfe-Afghanistan



AFGHANIC

Principle of Cancer Diseases

ISBN 978-9936-400-50-4



Printed in Afghanistan

2011

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
صَلَوةُ اللَّهِ عَلَى مَحْمُدٍ الْجَيْرَانِ

دلوروزده کرو وزارت
دستگره سار پوهنتون
د طب پوهنه نخی
داداخلى خانگه

دسرطاني (آنکالوژي)

ناروغېو اساسات

مولف: پوهاند دوكتور محمد ظاهر (ظفرزى)

د سرطاني (انکالوژي) ناروغیو اساسات	د کتاب نوم
پوهاند دوکتور محمد ظاهر ظفرزی	لیکوال
نگرهار طب پوهنه‌خی	خپرندوی
www.nu.edu.af	ویب پاپه
سهرمطبعه، کابل، افغانستان	چاپ خای
۱۰۰	چاپ شمېر
۱۳۹۰	د چاپ نېټه
www.ecampus-afghanistan.org	د کتاب ډاونلوډ

دا کتاب د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمبتي (www.Kinderhilfe-Afghanistan.de) لخوا تمويل شوي دي.

اداري او تخنيکي چاري بي د افغانیک موسسی لخوا ترسره شوي دي.

د کتاب د محتوا او ليکني مسؤوليت د کتاب په ليکوال او اړوندې پوهنه‌خی پوري اړه لري. مرسته کوونکي او تطبيق کوونکي تولني په دي اړه مسؤوليت نه لري.

د تدریسي کتابونو د چاپولو لپاره له موب سره اړیکه ونیسئی:

ډاکټر یحیی وردک، د لوړو زدکړو وزارت، کابل

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

موبایل: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴

ایمیل: wardak@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بي ان: ISBN: 978 993 640 0504

د لوړو زده کړو وزارت پیغام

کتاب د علم او تکنالوژۍ په تر لاسه کولو کې د تاریخ په اوږدو کې یو ډېر مهم رول درلودلی دی او د تحصیلی نصاب اساسی جز او د زده کړو د کیفیت په لوړولو کې خورا مهم رول لري. نو ځکه باید په علمي معیارونو برابر او تازه مواد د ټولنې د ارتیاواو په نظر کې نیولو سره د محصلینو لپاره برابر او چاپ شي.

زه د هغو محترمو استاذانو ستاینه او ورڅخه مننه کوم چې ګلونه، ګلونه یې زحمت ويستلى دی، او کتابونه یې تأليف او ژبایلې دی او نورو بناغلو استاذانو ته بلنه ورکوم چې دوى هم پخپلو رشتو کې درسي کتابونه برابر کړي، تر خوچاپ او د ګټې اخیستې لپاره بېرته د محصلینو په واک کې ورکړل شي.

د لوړو زده کړو وزارت دا خپله دنده بولي چې د خپلو ګرانو محصلینو د به روزلو لپاره نوي او تازه درسي مواد برابر کړي.

په پای کې د ټولو هغه ادارو او کسانو خخه، په تېرہ بیا د Dr. Eroes او ډاکټر یحيی وردګ خخه مننه کوم، چې د طبی کتابونو د چاپ زمينه یې برابره کړې ده. هيله لرم چې دغه ګټور کار ته ادامه ورکړل شي او هم د نورو برخو تدریسي کتابونه د چاپ په ګډانه سمبال شي.

په درښت

قانونپوه سرور دانش

د لوړو زده کړو د وزارت سرپرست، کابل ۱۳۹۰

د درسي کتابونو چاپ او د طب پوهنځيو سره مرسته

قدرمنو استادانو او ګرانو محصلينو!

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی يوه لویه ستونزه ګفلي
کيږي. د دې ستونزې د هوارولو لپاره مور په تېرو دوو ګلونو کې د طب پوهنځيو د
درسي کتابونو د چاپ لړي پيل او تراوسه مو ۶۰ طبي درسي کتابونه چاپ او د افغانستان
تولو طب پوهنځيو ته ورکړل.

د افغانستان د لوړو زده کړو وزارت د ۲۰۱۰-۲۰۱۴ ګلونو په ملي ستراتېټيک پلان کې

راغلي چې :

”د لوړو زده کړو او د بنوونې د بنې کيفيت او محصلينو ته د نويو، کره او علمي معلوماتو
د برابرولو لپاره اړينه ده چې په دري او پښتو ژبو د درسي کتابونو د لیکلوا فرصت برابر
شي، د تعليمي نصاب د رiform لپاره له انګلیسي ژبه خخه دري او پښتو ژبو ته د کتابونو
او مجلو ژبارل اړین دی، له دې امکاناتو خخه پرته د پوهنتونونو محصلين او بنوونکي نشي
کولای عصری، نويو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسی پیدا کړي“.

د افغانستان د طب پوهنځيو محصلين او استادان له ډپرو ستونزو سره مخ دي. دوی په زاره
مېټود تدریس کوي، محصلين او استادان نوي، تازه او عصری معلومات په واک کې
نلري، دوی له کتابونو او هغه چېټرونو خخه ګته اخلي، چې زاره او په بازار کې په ټېټ
کيفيت کاپي کيږي. باید هغه شمبر کتابونه چې د استادانو له خوا ليکل شوي دي راټول او
چاپ شي.

په ۲۰۱۱ کال کې د کابل طبي پوهنتون خخه (۹ عنوانه)، د ننګرهار (۱۳ عنوانه)، کندهار
(۷ عنوانه) او هرات (۴ عنوانه) طبي درسي کتابونه (ټول ۳۳ عنوانه) راټول او چاپ کړل،
چې يوه بېلګه ېې ستاسي په لاس کې همدا کتاب دي.

د افغانستان د پوهنتونونو او د لوړو زده کړو وزارت د غوبښنو له مخي، غواړو، چې دغه
پروګرام د هېواد نورو پوهنځيو ته هم وغڅوو.

لكه خنګه چې زموږ هېواد تکړه او مسلکي ډاکټرانو ته اړتیا لري، نو باید د هېواد د طب
پوهنځيو ته لازياته پاملننه وشي.

خرنگه چې د کتابونو چاپول زموږ د پروګرام یوه برخه ده، غواړم دلته زموږ د نورو هڅو په اړوند خو تکي راوړم:

۱. درسي طبي کتابونه

دا کتاب چې ستاسو په لاس کې دی د درسي کتابونو د چاپ د لپي یوه برخه ده.
موږ غواړو چې دې کار ته دوام ورکړو او د چېټېر او نوت ورکولو دوران ختم شي.

۲. د نوي مېټود او پرمختللو وسايلو په کارولو سره تدریس

د ننګرهاو او بلخ پوهنتونونو طب پوهنځي یوازې د یو پروجیکټور درلودونکې وو،
چې په ټول تدریس کې به تري ګټه اخیستل کېدله او ډېرو استادانو به په تیوريکي
شکل درس ورکاوه. په ۲۰۱۰ کې مو د DAAD په مرسته وکولای شول د ننګرهاو،
خوست، مزار، کندهار او هرات طب پوهنځيو ټولو تدریسي ټولکیو کې پروجیکټورونه
نصب کړو.

۳. د هېدل برګ پوهنتون په نېړوال طب کې ماستري

په نظر کې ده چې د هې بواسد د طب پوهنځيو د عامې روغتیا د خانګو استادان د جرمني
هیدل برګ پوهنتون ته د ماستري لپاره ولپرل شي.

۴. د اړتیاوو ارزونه

په کار ده چې د پوهنځيو روان وضعیت (اوسنی ستونزې او راتلونکي چېلنځونه)
وارزول شي، او بیا ددې پر بنسټ په منظمه توګه اداري، اکادمیک کارونه او
پرمختیایي پروژې پلې شي.

۵. کتابتونونه

په انګلیسي ژبه په ټولو مهمو مسلکي مضمونونو کې نوي نېړوال معیاري کتابونه د
پوهنځيو کتابتونونو ته وسیارل شي.

۶. لابراتوارونه

په هر طب پوهنځي کې باید په بېلا بېلوا برخو کې لابراتوارونه موجود وي.

۷. کدری روغتونونه (د پوهنتون روغتونونه)

د هې بواسد هره طب پوهنځي باید کادری روغتون ولري او یا هم په نورو روغتونونو کې
د طب محصلینو لپاره د عملی زده کړو زمينه برابره شي.

۸. ستراتیژیک پلان

دا به ډېره ګټوره وي، چې د طب هر پوهنځي د اړوندې پوهنتون د ستراتیژیک پلان په
رپا کې خپل ستراتیژیک پلان ولري.

له ټولو محترمو استادانو خخه هيله کوم، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه ولیکي، وزبارې او یا هم خپل پخوانی لیکل شوي کتابونه، لکھر نوړونه او چېپېرونه اډېټ او د چاپلو لپاره تيار کړي او بیا یې زموږ په واک کې راکړي، چې په نسه کييفيت چاپ او بیا یې په وړیا توګه طب پوهنځيو او د محصلينو په واک کې ورکړو.
همدارنګه د پورته یادو شوو نورو ټکو په اړوند خپل وړاندیزونه موږ ته په لاندې آدرس وسپاري،
څو په ګډه مؤثر ګامونه واخلو.
له ګرانو محصلينو هيله کوم، چې په یادو چارو کې له خپلو استادانو او موږ سره مرستندوي شي.

په آلمان کې د افغانی ماشومانو سره د مرستی ټولنې (Kinderhilfe-Afghanistan e.V.) او د ټولنې مشر بناګلي Dr Eroes نه د زړه له کومی منه کوم، چې تر او سه یې د دغه کتاب پر شمول د ۱۳ کتابونو د چاپ لګښت په ورین تندی پر غاړه واخیسته او له دې سربېره یې د لانورو مرستو وعده هم کړې ده. همداراز د افغانیک (Afghanic) موسسې خخه هم منه کوم، چې د کتابونو د چاپ تخنیکي او اداري کارونه یې تر سره کړي .

په افغانستان کې د کتابونو د چاپ په برخه کې د لوړو زده کړو وزارت سرپرست قانونپوه سرور دانش، علمي معین پوهنواں محمد عثمان بابري، مالي او اداري معین پوهاند صابر خویشکي، د پوهنتونو او پوهنځيو له ريسانو او درنو استادانو خخه یوه نړۍ منه کوم، چې موږ یې تشویق کړي یو او د کتابونو د چاپ په برخه کې یې له موږ سره همکاري کړي .

ډاکټر یحيی وردګ، د لوړو زده کړو وزارت
کابل، ۲۰۱۱ م، دسامبر

د دفتر تليفون : ۰۷۵۶۰ ۱۴۶۴۰
موبایل تليفون: ۰۷۰ ۶۳۲۰ ۸۴۴
ایمیل: wardak@afghanic.org

× × ×

هالى

داكتاب دەغەچا لپارە ھالى كوم چى دىرىطاني ناروغۇزۇنداد اوپىدوالىي
لپارە شىپە او ورخ زيارباسى او دىتل لپارە ددى ناروغانو د ستۇنزو د لە منئە
ورپۇپە ھكىلە فكىر كوي.

منزلیک

خونگه چی ددی کتاب تالیف او لیکنه یې د محترم گران ورور ډاکټر یحیی (وردگ) له
خوا هڅول شوی او زما پاملنه یې هروخت د طبی کتابونو په تالیف او د هیواد طبی
پرسونل د لایپر مختگ لپاره راوړی ده دزړه دتل خخه منه کوم او د هغه روغتیا او سلامتیا
او د سلیم عمر او بدواں ورته د الله جل جلاله له دربار خخه غواړم.

همدارنگه د ډاکټر رحمت الله (رحمت) دزيار خخه چی ددی کتاب په کمپوز، ډیزاین او
چاپ کې برخه اخيستی ډیره منه کوم او د لوی الله جل جلاله خخه ورته د برياليتوبونو
غونښتونکی یم.

د محترم پوهندوی دکتور بريالي (ولي زاده) چی د داخلی خانگی دندو دنبه تنظیم او
ترتیب کې پراخه ونده لري. زما سره یې د کتابونو دنوی معلوماتو په راټولولو، ترتیب ،
تنظیم او د کتاب په معیاري کولو کې زیار ایستلی دی دزړه دتل خخه منه کوم او دتل
لپاره ورته کامیابي او خوشحالی د الله جل جلاله خخه غواړم.

او هم د داخلی خانگی غړی پوهنيار دکتور کامران (ظرفرزی) خخه دزړه له کومی منه
کوم چی ماسره یې د کتابونو په ترتیب، تنظیم او د موادو په راټولولو کې کې زیار ویستلی
دی او په راتلونکې کې دلا برياليتوب هيله کوم.

فهرست

عنوان	مخ
سریزه	الف.....
د نارو غیو ستونخی Oncologic	۱.....
ایتولوزی	۳.....
تصنیف بندی	۲.....
درملنه	۱۴.....
د کانسر پتالوزی	۳۱.....
د تعریف Dysplasia	۴۲.....
د کانسر جراحی تدابیر او اهتمامات	۴۴.....
د کانسر دپراختیا فکتورونه او دهگی کلینیکی خواص	۴۵.....
د کانسر تشخیص	۴۸.....
د شعاعی درملنی پرنسیپونه	۶۸.....
د شعاعی تراپی دول دول موخی	۸۰.....
د کیمودریپرنسیپونه	۹۱.....
د سرطان روحی او عقلی ارخونه	۱۱۴.....
پارا نیوپلاستیک سندروم	۱۲۴.....
دثدیو کانسر	۱۳۵.....

کلینیکی تشخیص

۱۳۷	تصنیف بندی
۱۴۱	د تداوی پرنسیپونه
۱۴۶	د درملنی پایلی
۱۵۴	د تداوی په ذریعه ژوند بنه کولو پوبنتنه
۱۶۰	د سبو کانسر
۱۶۰	عمومی کتنه
۱۶۱	کلینیکی تشخیص
۱۶۵	تصنیف بندی
۱۶۸	د تداوی پرنسیپونه
۱۷۰	د کیموتراپی پرنسیپونه
۱۷۴	د هضمی جهاز کانسر
۱۷۴	د مری کارسینوما
۱۷۵	ایتالوژیکی فکتور
۱۷۷	کلینیکی تشخیص
۱۷۷	تصنیف بندی
۱۷۷	آناتومیکی کتنی
۱۸۵	د معده کارسینوما
۱۸۵	پیژند گلوی

۱۸۷	کلینیکی بنه
۱۹۰	تصنیف بندی
۱۹۵	دکوچنیو کولمو تومورونه
۱۹۵	پیژنده
۱۹۷	کلینیکی منظره
۲۰۱	دکولون، ریکتم او دمکعد تومورونه
۲۰۲	ایتالوژی
۲۰۲	کلینیکی نسبی
۲۱۸	دهضمی جهاز اساسی غدواتو کانسر
۲۱۸	كتنه
۲۱۸	پانکراس
۲۱۹	کلینیکی پلتئنی
۲۲۱	تشخیصی طریقی
۲۲۳	تصنیف بندی
۲۲۳	پتالوژیک ڈولونه
۲۲۸	ینه
۲۲۸	ایتالوژی
۲۲۸	کلینیکی پلتئنی
۲۳۴	خارج الکبدی صفراوی قنات

۲۳۴	کلینیکی پلتینی
۲۳۶	تصنیف بندی
۲۳۷	پتالوژیکی دولونه
۲۳۸	صفراوی کثورو
۲۳۸	کلینیکی پلتینی
۲۴۱	دنداوی پرنسیپونه
۲۴۲	دبخوتناسلی لاری کانسر
۲۴۲	کتنه
۲۴۵	درحم کانسر
۲۴۶	کلینیکی پلتینی
۲۴۸	دشخیص طریقی
۲۵۱	مرحله بندی
۲۶۱	داندومتریم کانسر
۲۶۲	کلینیکی پلتینی
۲۶۴	تصنیف بندی
۲۶۷	دنداوی پرنسیپونه
۲۷۳	دمبیض کارسینوما
۲۷۴	کلینیکی پلتینی
۲۷۵	تصنیف بندی

۲۸۵	دېنځو د تناسلي لارو نیوپلازم
۲۸۶	کلینيکي تصنیف بندی
۲۸۷	د مهبل کارسينوما
۲۸۷	کلینيکي منظره
۲۹۳	يورالوجيکي او نارينه تناسلي کانسر
۲۹۳	د پښتوري ګو تو مورونه په کاهلانو کې
۲۹۴	کلینيکي پلتني
۲۹۸	د کليوي حويصل کارسينوما
۲۹۹	د پښتوري ګو رشيمي تو مورونه
۲۹۷	کلینيکي پلتني
۳۰۳	حال
۳۰۴	کلینيکي پلتني
۳۰۵	دمثاني کانسر
۳۰۶	کلینيکي پلتني
۳۱۹	پروستات
۳۱۹	ایتالوژي
۳۲۷	خصي
۳۲۸	کلینيکي تشخيص
۳۳۶	د پوستکي کانسر

۳۳۹	کلینیکی تشخیص
۳۵۱	مالگنینت میلانوما
۳۵۱	پیژندنه
۳۵۳	کلینیکی پلتنه
۳۵۷	دسر او غارپی تومورونه
۳۵۹	کلینیکی پلتنه
۳۷۷	دخولی دجوف خمکه
۳۷۸	کلینیکی پلتنه
۳۹۶	دلعابیه غدوات او دژامی هدوکی
۳۹۶	کلینیکی پلتنه
۴۱۱	دم رکزی عصبی سیستم تومورونه
۴۱۲	ویشه
۴۳۶	سترگه
۴۳۶	دسترگو د جفن او منضمی تومورونه
۴۳۶	پیژندنه
۴۳۷	کلینیکی پلتنه
۴۴۲	داخل کروی تومورونه
۴۵۵	دسترگی دکری تومورونه
۴۵۵	پیژندنه

٤٦١	دھلہوکو تومورو نہ
٤٦١	دھلہوکو تومورو نہ
٤٧٣	ویشنہ
٤٧٥	درخوہ انساجو سار کوماگانی
٤٧٩	کلینیکی پلتنه
٤٨١	درملنہ
٤٩٤	داندوکراینی غدواتو کانسر
٤٩٤	درقیہ غدی کانسر
٤٩٧	کلینیکی لتهنہ
٥١٢	دفوق الکلیہ غدی د قشر کانسر
٥١٤	کلینیکی لتهنہ
٥٢٣	خبیث لمفوما
٥٢٤	هوجکن ناروغی
٥٢٤	پیژندنہ
٥٢٥	کلینیکی منظرہ
٥٤٤	خبیث لمفوما لمفوسایتیک اور یتوکولوم حجراتو ڈولونہ
٥٤٤	پیژندنہ
٥٥٩	ماکرو گلوبولینیمیا
٥٥٩	پیژندنہ

۵۶۰	کلینیکی لوحه
۵۶۲	لوکیمیا گانی
۵۶۲	پیژنده
۵۶۲	کلینیکی سیر او سل میچوریتی
۵۷۵	کرونيک ميلوسايتيك لوکيميا
۵۷۹	کرونيک لمفوسايتيك لوکيميا
۵۸۲	د اطفالو جامد تومورونه
۶۰۲	د منتشر کانسر تنظيمول او کنترول
۶۰۸	د کانسر په پاملننه کې د نرس رول
۶۲۰	ماخذونه

سریزه

سره له دې چى سرطانى ناروغى دتگرھار دطب پوهنخى په
داخلى، جراحى، پتالوژي او نورو مضمىنۇ كې لوستل كېرىچى د هر غربى داھول ناروغى
په مختلفو معيارونو نظر اچولى شويىدى چى دطب د ڈاكترانو او خصوصا دجراحى او
انکالوجستانو لپاره ستونزه پيداکرپى او دھفى دلتهون لپاره زيات وخت په کار دى تر خو
چى قبول شوي نېيوال مودي فيكىشن دتداوي په هكله پيداکرپى.

امكان لري چى دتداوي بىرنى اقدام تيرشى نوماله ئان سره پريکە و كە چى ددى
ستونزى دمخيوي لپاره داسى يوكتاب تاليف كرم چى دانسان دبدن دھر عضوى
دسرطانى ناروغى لاملونه، كلينيكي بنه، اختلاطات او دتداوي ۋيرمنل شوي نېيوالى
لارى چارى او د درملنى ارزانه ميتودونه خرگند كرم
په دى تكس كتاب كې دھمى موخى لپاره دنپى نوى خپرونى او د اترنيت دلارى ددى
ناروغى لپاره غنى زيرمه برابره كېيدە.

برسirه پردى دطب دمحصلينو دتدریس لپاره او دسرطانى ناروغ سره كېنه او دھغە سره
دمخامخ كيدو په وخت كې دكمى مانورى خخە كار واخلى په گوتە كېيدى او همدارنگە
په كتاب كې ديو سرطانى ناروغ سره چى دبدن ۋير مهموا اضاوته لكە (سېرى، دمااغ،
ئىگىر، ھلەوکى او دھلەوکى مغزا او داسى نورو) تە ميتاستاز ورکرپى دى او په ناعلاجه
ناروغى اختە وي دھغە روحى تقويه كولو، د درد زغم كچە او دپر مختللەي Depression
او داسى نورى ستونزى چى دھغە د درد او مرگ د زياتيدو لامل گرئى مخه ونيسى.

الف

خړګند شوی دی او د پاتې ژوند د سمبالښت لاری چاری د داکترانو له خوا ډاډ ګيرنه
ورکړل شي.

يادونه کوم چې پخوا فکر کیده چې د انارو غې زمونږ په هیواد کې کمه ده خوزمونږ په
او سنی خیرنه او پرکتیس کې د اخړګنده شویده چې نومورې سرطانی افت زمونږ دخلکو
ګريوان ته لاس اچولی او د مرګ کندی ته يې راکابې نوبی ئایه به نه وي چې د خپل هیواد
داکترانو او طبی پرسونل خانګړې پاملننه دی افت ته را وګرخوم او د زړه سواندی له مخی
ددی ناهيلی نارو غانو تداوي ته په بېړه سره راودانګې ترڅو چې کم تر کمه ددي نارو غانو
د ژوند او بدواли لامل شي او یا اقلاده ګوی د درد ، خفگان او نا اميدی په هکله ډاډ ګيرنه
ورکړي او ده ګوی پاملننه دالله جل جلاله دربارته راواړوي.

زما په عقیده دا کتاب داوس لپاره بدایه زیرمه ده او په راتلونکي وخت کې به د علمي
کاروان د حرکت سره سم مونږ هم خپلی علمي پريکرو ته دوا مورکرو او د دی نارو غې په
هکله به دنې د نورو انکشافاتو او خیرونو سره ئان د تيارسي په حال کې وساتو.

همدارنګه بايد خړګنده شي چې دراتلونکي لپاره دا زما هود دی چې د داخلی
د ټپارتمنت د ملګرو په مرسته د خپل هیواد د سرطانی نارو غيو او انکالوژي په هکله بشپړ
نوی معلومات راټبول او غوره علمي خیرنه تر سره کرم ترڅو په ګران هیواد کې ددې بې
رحمه نارو غې د لاملو نو، تشخيص او درملنی لپاره یقیني علمي ډګر پرانستل شي.

د ناروغیو ستونځی Oncologic

انکولوجي د نیوپلاستیک ناروغی خیړنی او مطالعی ته ویل کېږي او په عمومي ډول کانسری پرابلمونه په دغه بحث کې شاملېږي. او همدارنګه یو شمیر زیات ډول ډول تو مورونه چې خبیثه خاصیت لري او د ناروغانو مرینې لامل گرخي تربخت او خیړنی لاندی نیسي.

کانسری حجرات د عضویت د هر نسج په هر سن کې پیدا کېږي او په وصفی ډول په موضعی تژدي حجراتو ویا د دوران او لمفاتیک چینل له لاری نورو حجراتو ته خپریدا شې. په هغه ټولنه کې چې اتناني ناروغی د کنترول لاندی راغلی دی او د نفوس عمر او بډ شوی دی په دا ډول خلکو کې د کانسری پیښو وقوعات زیاتېږي. په پرمختللي جامعو کې د کانسری ناروغیو مرینه نظر قلبی وعايی او کلیوي ناروغیو مرینې ته مخ په زیاتیدو ده. برسيره په دغه مرینې طبی اهتمامات او د نرسنګ څارنې هم په دغه کې زیات رول لوړوي.

The Rise of Death from cancer USA ۱۹۰۰ - ۲۰۰۰

د ۱۹۰۰ راپه دې خوا زيات مرگ په خرگند ډول په ټولنو کې د عمر د زيات والي له امله راپيدا شوېدي (لمړۍ شکل).

په امریکا کې د کانسر له امله کلنی مړینه د ۳۰۰۰۰۰ پوری رسیبې او د اسی باید ووايو چې د هر کورنی یو غږي د دغه خطر سره مخامخ دي. یوکم شمير خلک پیدا کیدا شی چې هیڅ ډول اړیکې د کانسری پر ابلمونو سره نه لري د خبيشه ناروغیو نمونی د جنس او جغرافیا یې موقعیت له نظره فرق لري. بسحی نظر نرانو ته د کانسر د پیدا کیدو لپاره ډیره مساعده زمینه لري. ليکن هغه واتن چې د سرو د کانسر زیاتوالی په نرانو او دور میږ، د کانسر په بسحو کې چې شتون در لوده او س ډیره نژدی شوی دي. په بسحو کې د ثديه، کولون، رحم او پوستکې کانسر زیات عمومیت لري او په نرانو کې د سرو، GI، پوستکې، پروستات او د خولی د جوف او لرنګو فرنکس او مثانی کانسر زیات د لیدنی وړ دي. په ماشومانو کې کانسری وقوعات نظر کاهلانو ته ډير کم دي.

ليکن د Mortality په لحاظ زیات اهمیت لري په انگلستان کې هغه ماشومان چې د ۱۴ کلنی په سن کې وي د کانسری وقوعاتو مړینې د پامنرنې وړ ده خود ترضیضي وقوعاتو مړینه هم د پام وړ ده.

کانسر نظر نورو ناروغیو ته زیات ماشومان مړه کوي، تقریباء ۴۵۰۰ ماشومان مخکی له ۱۵ کلنی څخه په یوه کال کې په امریکا کې مړه کېږي. لوکیمیا، د ماغی تو مور، د پنستور ګئی کانسر او لمفوما ډير لوی او عمدہ د مرگ فکتورونه ګنل کېږي.

Etiology

په واضح ډول د کانسر لامل تراوسه معلوم نه دی. که خه هم د کانسری حجراتو او دنورمال حجراتو په منځ کې د هستوپتالوجیک له نظره په واضح او بسکاره ډول فرق او توپير موجود دی بياهم لپر خه میتابولیک توپيرونه هم شته.

د کیمیاوي جورښت له نظره د نوکلییک اسید ساختمان په دواړو حجراتو کې یوشاته دی. خو بیا هم په کانسری حجراتو کې حیاتي پروتیس یو خه اندازه نظر نورمال حجراتو ته کم دی او برسيره پردي تنفسی انزايم (Respiratory Enzymes) ، سایتوکروم، او ستيوكروم او کتيداز هم کم ليدل کيرېي. د Aerobic او Anaerobic حالتونو لاندی د کانسری حجراتو د Glycolysis ثابت او په وصفي ډول توپير لري که خه هم یو شمير مولفینو په دغه باره کې زياتي خیرپنۍ کړیدي. بياهم ډيری کړکیچنۍ ستونځی د کیمیاوي له نظره په کانسری حجراتو کې لاهم شته. او سنی معلومات د کانسر نیوجنیک موادو په هکله دقیقی کیمیاوي عامل په حيث ډير وړو کې رول لوبيوي. په حیواناتو کې د پولي سایکلیک هائیدروکاربن د نیوپلازم د پیداکوونکی عامل په حيث پراخه مطالعات شوي دي. او همدارنګه د پترولي فابریکو په کارگرانو کې د پوستکي کانسر او اوروفرنجیل او برانکوجنیک په چلمی کسانو کې یادونه شوي ده.

Aniline رنګه مواد د مثاني په کانسر و کې چې زيات رول لري خو بیا هم په ئينو واقعاتو کې ډير نادر لامل ګنيل شويدي. دريدیشن شعاع د کانسری عامل په هکله ډير

زيات او لور توقعات موجود دي خوبیا هم دتولو کانسری پینسود ۱% نه زيات رول نشي لوبلی يورانيم، سترونیتم، Niclel او بیريلیم وايی چې په حیواناتو کې کانسر پتوجنيک خاصیت لري او په اغلب احتمال دمعدن په کارگرانو کې د سرو د کانسر لامل گرئي. د میزوپیلوما په پیداکيدو کې په کارگرانو کې مشخصه رول لري. Asbestes د ریسرج کارگران او د DNA په هکله د معلوماتو زیاتوالی داسی څرګنده وي چې کانسر پتوجنيک او ارثي، Viral او کیمیاوي مواد او ریدیشن عمدہ فکتورونه دي، په اخر کې وايم چې بیا هم تراوسه د کانسر په هکله واضح او یقیني جواب نشه.

۳- تشخيص

مقدمه تشخيص د ناروغ د تعليم او د خبرو په ربتنیوالی او داکتر پوري اړه لري. د کانسر مقدمه علامه په مختلفو اعضاء کې ډول ډول وي دمثال په ډول په ثديه او نامعلوم نزف د کوم جوف خخه باید کانسر فکر مینځ ته راوري. ليکن په ناروغیو کې د کانسر د تشخيص داینسودلو ویره ناروغ سره مشوره د ځنډ سره مخامنځ کېږي. هر داکتر باید د کانسری ناروغیو لټول زده کړي خصوصاء په هغه ناروغانو کې چې عمر یې د ۴۰ څخه زيات وي د پوستکې موضعی افات، رحم، خولی، ثديه، دسرې او ریکتم پروستات او تایروئید په ناروغانو کې لټول ضروري وي. ځکه چې دوامداره خبرتیا د ناروغ په هکله که خه هم اعراض کم وي ناروغی په مقدمه مرحله کې تشخيص کېږي او د تداوي له نظره زيات

بريا ليتوب مينخ ته راوري. حکه چى پە ناروغ كې د كانسر شكمى كيدل خير او ضروري مناسبي مشورى ته ضرورت پيدا كىري. شكمى علامى پرله پسى معainى او جراحي مداخلى ته ارتيا پيدا كىري ترخو چى تشخيص قاطع او رينستنى كرى او نور تستونه او راديوگرافيك معainات باید اجرashi. خوباید لومرى داتستونه زيات اقتصادي ضرر ناروغ ته ونه رسوي. همدارنگه باید زمونب اتكىل دتايىد ور وگرخى. كه چىرى يوئل پتالوجيك تشخيص وضع شو ئىنى اضافي تعيني تستونه د كانسر داناتوميك پراختياء د معلوماتو لپاره ضروري اجراء كىري. دغه مرحلى د كانسرى ناروغ د تداوي د پلان او د ناروغى دانزارو لپاره زيات اهمىت لري كه چىرى هستالوجيك كانسرى تشخيص اينسودل شوي وي بياهم د كانسر تشخيص بشپر نه دى نو ددى مقصد لپاره اضافي تشخيصي معainات ضروري دى ترخو چى د كانسر پراختياء د TNM د كتگوري پر بنست كينسودل شي.

۱ - ابتدائي افت (T) :

د ابتدائي افت د معلومولو لپاره كه چىرى داخلي موقعىت ولري لكه د عنق اويا مثانى كانسر بنه به داوي چى د عمومي انستيزيا وروسته لتهون وشى او دناحىي راديوگرافى په مرسته د كثيفه مواد او د تموگرافى تكنىك باید اجراء شى او د Scopes پواسطه مستقيم او غير مستقيم ليدل بنه وتيره ده.

۲ - (N) Lymph Nodes

که چيرى لمفاوي عقدات د جس وړ وي ګلينيکي معاينات يې ضروري دي. نو ددي مقصد لپاره د کثيفه موادو پواسطه لمفوانجيوجرافۍ، راديوايزوتوب معاينه د کانسر اټکل کولاي شي په اوسيني وختو کې د ستنۍ بايوپسي د لمفوانجيوجرافۍ سره یوهای استعمالېږي.

۳- ميتاستاز (M) Metastasis

عموما د کانسر دا پراختيا سبرو، ئيگر دهه وکي مخ او د ماغتہ زيات وي. نوله دې کبله د سبرو راديوجرافۍ دهه وکو سروي معمولاً اجرائیږي.

دراديوايزوتوب طريقه د ئيگر Scans ۹۹m Technicum دماغي Scans ۱۹۸ (Au) دهه وکو Scans ۸۵,۸۷m) Scans دهه وکو (Strontium ۸۵,۸۷m) صورت نيسې. لبراتواري تستونه لکه انزايم الکالين او داسيد فاسفتاز او داسى نور باید اجرائي همدارنګه د خگر او دهه وکي دمغ بايوپسي یوکومکي عملیه ده دھري عضوي د کانسر وصفي انتشار او خاصيت په مشرح ډول اويا تزدي هغې ته تربخت لاندې ونیول شي.

تصنيف بندی (Classification)

ډيره ضروري خبره داده چې د کانسر تصنیف بندی داناتومیک او هستالوجیک له نظره اجراء شي. ټکه چې د کانسری اнатومیک کمی او هستالوژیک کيفي طبیعت پوهیدل

داناروغى د سير لپاره کونجى ده ليكن د نشرات او مجلات او د مطالعى خخه د اسى

معلوم ميرېي چى پە بشپەرە توگە د دغە وصفونو پوهيدل ناممکن خبرە دد.

ھەملاط چى پە هەم دكەنسر د مراحلو له نظرە لمىنى ، منخنى او پرمخ تللې بولى

پرته د زيات تو تشيرحاتو خخە دا جملى تراوسە لاهم نا اشنا بىكارى او حتى د كەنسر د يرماھر

داكتىر نە پوهىرى چى د كوم ئايە او پە چە ۋوللىن گذاري و كېرى ھەملاط لكە

"Nonoperable" "Operable" Nonresectable" "respectable"

او پرته له كوم خرگىد معلومات او پوهى خخە تراوسە پە مجھول ۋول استعمالىرى او

خصوصا دا خبرە لانورهم ھەم وخت ستۇن ئەمنە شوھ چى كريتريا دەر جراح له خوا پە هەر وخت

او زمان كې بدل شول.

كلە چى تكىنەك او وسايىل زيات امادە شول د كەنسر پە ھكىلە دغە بىلۇنونە مىنئ تە راغللى.

ھەم يوشمىز زيات بىن الملىي كميىتى شتە چى كوشش كوي چى يو ستندرد بىن الملىي

نامگذاري د كەنسر پە بارە كې مىنئ تە راوري. او عمدە خبرە دادە چى دوى ھەم كوي چى

د كلىنيكىي له نظرە د مغلقو نومونو او تشيرحاتو خخە چە و كېرى.

پدى موضع كې سادە گىي د ير زيات اھيمىت لرى سره له دى د كەنسر د پلىتونكى سره پە

ھە كىتگۈرى كې كافى معلومات نشتە دوھ عمدە چى د كەنسر ناروغىيو تصنىف بىندى يې

كېرىدە عبارت دى لە UICC او بلە (AJCC) امرىكىن خبات كومىتىي ان كەنسر Staging

American Cjoint committee on cancer staging د تصنىف بىندى گتۈرى لارى دادى:

الف: داکتر دناروغ دنداوي په پلان کې مرسته کوي.

ب: دناروغی دائزارو په باره کې معلومات وړاندی کولای شي.

ج: دنداوي د تييجي د تخمين په باره کې ارزیابي کوي.

د: دمعلوماتو د بدلون لپاره لاره اسانه کوي.

ه: دکانسر د پلتهنى د دوام لپاره لاره خلاصوي.

اناٹوميک فكتور

دکانسری ناروغيو معنى داډول تصنیف بندی د هغى دوصفي وسعت پوري اړه لري

لکه چې مخکي مو وویل دا خبره په دری جملو کې یادول کيربي.

۱- د T کلمه د Primary tumor لپاره تاکل شويده.

۲- د N کلمه د ناحيوي لمفاوي عقداتو داخله کيدو سره ارتباط لري.

۳- د M کلمه دناروغيو د Metastasis سره اړه نيسسي.

۱- M N T : تصنیف بندی

ڇيره نوي تصنیف بندی دا بتدائي تومور دتعريف له مخى او دلمرنې ساحي داخله کيدوله

کبله T₁, T₂, T₃, T₄ په ډول یادونه کيربي. او دساحي د پراختيا په لحاظ دغه کلمات ذكر

کيربي او همدارنګه N₀, N₁, N₂, N₃ د پرمخ تللي لمفاوي عقداتو د مصاب کيدلو

معنى ورکوي. دغه پورتني تصنیف بندی شايد او یا بنايی چې پوره منطقی اثبات په ئيني

تموري واقعاتو کې ثابت نشي کړا او تول کلينيکي واقعاتو له دغه لاري په تمام معنی تول اړخونه نشو مطالعه کولای خو بياهم دغه ميتوود د تومور د انتشار لپاره د لتهولو ډير به لياره ده. د مثال په ډول T د ابتدائي موضعی افت لپاره د N په ثانوي ډول د لمفاتيک سيستم د احتوا کولو او M د اوعيوي انتشار لپاره معنی ورکوي مهمی ستونزی چې د AJCCS او UICC په کيماتيک ډول تshireح شويدي او س ديو سمبول په ډول TNM په شکل يادونه کېږي او دا په مختلفو ساحو کې ئانګړي معنی ورکوي ده کانسرۍ واقعاتو ساده کيماتيک دياګرام په ډير ساده ډول په هر مبحث کې علیحده ذکر کېږي د محصلينو او داکترانو لپاره دا ضروري نه دې چې هر Table يادکړي.

۲- د کلينيک له نظره په نسبې ډول جراحۍ کريتريا د Stage د معلومولو لپاره:

کلينيکي کريتريا د جراحۍ عملياتو لپاره ډير ضروري ده او بايد د امكان دحده پوري يو صحيح او درست Staging وشي. او بايد د کلينيکي معايناتو رينتينوالی دغور لاتدي ونيول شي ترڅو چې د تيروتنۍ خخه ډده وشي او دا بايد وویل شي چې هيڅکله کانسرۍ واقعه د جراحۍ معايناتو له مخى دوباره نه تصنيف کېږي د عمومي لارښودنې په توګه دا پير قانع کونکۍ رپورت دی چې ناروغه په یو مناسب گروپ کې خای ورکړل شي دا پول توموري اوصاف کولاي شي چې دغیر عملياتي تومورونو ميتوود اویا جراحۍ ستندرد د عملياتي لارو یو له بله بیل کړي.

Symbolic Oncotaxonomy

په کلینيکي طبات کي ددغه پورتنى عنوان تصنيف بندی ډير زيات اعتبار نه لري.

تصنيف بندی باید دناروغی د انزار او تداوی په لحاظ ډير معنی دار او وصفي اهميت

ولري او دناروغی کلینيکي پريکره دکلینيکي معايناتو پوری اړه نيسسي

الف: دابتدائي تمور (T) او لمفاوي عقداتو (N) او ميتاستاز M اريکى په پورتنى لاري

دایرو کي په ګوته شویدي Overlapping

ب: په عمومي ډول ويلی شو چې ابتدائي تموری افت کولاي شي چې په دری خواو اتشار

وکړي.

ج: برسيره د کانسر په تصنيف دناروغ او دناروغتیا دو خامت تشخيص هم ضروري وي.

ئکه چې مخکي صفحه کي دناروغی خفي، نابسکاره او یاتحت الکلینيکي مرحله کي قرار

لري.

دانکوجنيک Toxonatomy تعريف چې دناروغی جغرافيائي ساحه په غير Verbal مرحله

روبانه کوي دناروغی د راتلونکي اتزار لپاره کافي ګنل کېږي

۴- د سیستم اساسی تاثیرات:

په عمومي ډول خلور اناتوميك Stages موجود دي.

دابرہ ډيره د تشویق وړ ده چې وویل شي چې Staging په منظم ډول نشي کولاي چې

د کانسر پیشرفت او پرمختگ بسکاره کري که خه هم په ځیني پیښو کي کانسر په وصفي

ډول دابتدائي افت خخه نظر يا افت ته زيات پرمختگ کولاي شي خوبیاهم حیني
اختلافات شته میتاستاز په حقیقت د کانسر د پراختیا لمرنی علامه ده چې د جسامت له
نظره وړوکۍ او حتی میکروسکوپیک جسامت لري. Staging په مطلق صورت د کانسر
د تداوي او اتزار د تداوي پلان له پاره ډیره موثر لاره ده.

: Stage I, T¹, N⁰, M⁰

په دی مرحله کې کلینیکي معاينات یوه واحده محدوده کتله چې دیوی عضوی او یا
ناحیه کې ئای لري بسکاره کوي. دا ډول کتله د عملیات سره د غوشیدلو وړ ده او دغه افت
یوه مطلوبه کتله ده چې یواحی موضعی ناحیه یې نیولی او د لمفاوي عقدات او دوعایي
انتشار په کې نه لیدل کېږي دا ډول ناروغ د ژوندانه د پاره بنه چانس لري او ۹۰-۷۰ سلنہ
پوری د ژوندي پاتی کيدلو بخت لري.

Stage II, T², N¹, M⁰

په کلینیکي معايناتو کې دا افت د موضعی ناحیي چارچاپيره انساج احتوا کوي او
داولین ستیشن لمفاوي عقداتو ته انتشار کوي. دا افت د عملیات او ایستلو وړ دي. لیکن
د موضعی پراختیا له کبله ده ګی بشپړ ایستل دشک او تردید سره مخامنځ دی. ده ګی
پارچه د میکروسکوپیک له نظره کپسول او لمفاتیک ساحی ته توپیر کړیدی ددی
ناروغانو د ژوندانه لپاره بنه چانس د $50 \pm 5\%$ اټکل شویدی.

: Stage III, T^۳, N^۲, M^۰

په کلينيکي معايناتو کې ډير پراخه ابتدائي اتشار او د عميقه نسج د التصاق بسکاره کوي او همدارنگه د لمفاوي عقداتو او هدوکو باندي دعين افت تيري منحنه راغلی دی. دا افت د عمليات وړ لیکن د ايستلوا وړندی ځکه چې په بسکاره ډول افت د ماوفي ناهي. شاته پټ دی. ئيني ناروغان په دی مرحله کې د (5% ± 2%) دژوند چانس لري.

: Stage IV, T^۴, N^۳, M⁺

دلري ميتاستاز شواهد د ماوفي ناهي شاته ليدل کيربي دا ډول افت د عمليات وړ نه دی ډير لپاوايا هيچ د ژوندانه چانس نشه. (د 5% خخه کم وي).

NB

کټه مت کريتيريا یا د هماجي عضوي د ساحي پوري اړه نيسې. لیکن د ايو عمومي لارښود دی چې د اعتبار وړ او ډير ګټور Staging د اتشار د روښانه کيدلو او د کلينيکي له نظره د کانسر دو صف د تخمين سره اړه لري. او دا باید وویل شي چې د کانسر عميقه او ژور اتشار یوائي اناتوميك فكتور دی چې د ناروغۍ وخت بسکاره کوي په خپله د کانسر جسامت او سطحي اتنان دو مره اهميت نه لري.

همدارنگه نور خلور کريتيريا هم موجود دي چې د کانسری واقعاتو په څرنګوالی کې استعماليربي او هغه عبارت دي له: کلينيکي، راديولوژيک، جراحې او پتالوجيک

ازمويني خخه مونې کولاي شوچى د دوولارو د کانسر و خامت او تهاجم او كيفي انتشار معلوم كپو.

هستالوجيك فكتور

د کانسر هستولوجيك تخمين له ڈير پخوا خخه استعمال يېري او د اعمال يېري د تمور د تداوي دپلان او د ناروغرى په انزارو کې د اناتوميك وسعت خخه زيات او يا برابر رول لري مونې کولاي شوچى د کانسر و خامت او كيفي طبيعيت د انتشار له دوولارو معلوم كپو.

۱- هستالوجيك : Grade

د کارسينوما د Grading تخمين لکه خرنگه چى د Broder's له خواشويدي د کارسينوما Squamous cell دو خامت درجه ڈيره بنه پوهيدل شويده. عيني ترتيب کولاي شي چې د ثدي د کانسر، مثاني او نورو لپاره استعمال شي. که خه هم د راديوتراپي د نتيجي اتكل کول لې خه مشكل کار دی خوبىا هم ويلى شوتر يوى حده پوري د کانسر دراديوتراپي سره مستقيم اريکى لري Anaplasticity.

۲- هستالوجيك Type

دمبيض او خصيوى تمورونو حقيقي پيرنجل ڈير زيات اهميت لري د مثال په ڈول د تداوي له نظره د کوريو کارسينوما دعين Stage تمور ڈير خراب انزار لري نظر دعين تمور ته هم دارنگه د ثدي د کانسر ڈولونه چى Tornberg Stage Seminoma له خوا او

دماگي تمورونه چى د Kernchan لە خوا بىودل شويدي د اهتماماتو دنيولو لپاره چىر

گتپور دى.

Dual Classification

ترکومه حده چى امکان لرى د Dual اناتوميك او هستولوژيک تصنیف بندى بايد د کانسر

پە هكىله وشى ئىكەنلىك د رپورت دبرا بىرولو لپاره بىنە مىتىود دى ترخو چى يوه سلسە سره

مقايىسه شى كله دجراحي او راديشن تداوي دعىين كتگورى د مشابه گروپ سره مقايىسه

كىربى د يو حقىقىي اندو مايزشن د هر سلسە لپاره بايد داسادە تست پە Retrospect او

مطالعاتو كى اجراشى يواحى لار چى پە هغى شك كمېرىي شايد پە راتلونكى Prospect

Authors د مجلاتو Editor د داھىنە د مجلاتو Decade كى تصنیف بندى پە پراخە معنى چى پە هغى كى

اساسى رول ولوبوي او د يو بىن المللې كومىتى پە خىر و منل شى.

درملنە

بالاخرى د کانسر د ناروغانو د تداوي لپاره بايد يو بىنە مناسب او ماھر سرى لە خوا

اجراشى چى پە دى برخە كى كافى زده كېرى ولرى پە طبابت كى د کانسر پە لحاظ ئىنى

داسى واقعىت شتە چى فيصلە كۈونكى اقدام ناروغۇ د ژوند او د مرگ پە منئ كى ژغۇرلاي

شى.

دادي ناروغانو په هکله مسوليت زيات او قضاوت مشكل دی دتداوي اساسی معطله داده چي ناروغ جور او هير کم وظيفوي نقصان پيداکړي. فيصله بايد داسی وشي چي د صحيوی فكتورونو له مخې چي خه ډول ناروغ بېخي او مطلق تداوي کولاني شو.

۱- دکانسر تهاجم او وحامت

۲- داتشار په لحاظ دکانسر اټکل

۳- دتداوي طريقو مورتاليتي او موريديتي.

۴- دکانسر دناروغ دجوريدو خيرنه دتداوي د طريقو له لاري.

کله چي دتداوي چانس کم وي دکانسر د بشپړ ايستلو لار ډير قناعت بخښوونکي ده لیکن دبده مرغه په طبي شرایطو کې شايد داسی فيصله وشي کوم چي دناروغ په هکله بریالی تيجه لاسته رانشي او دا یوه محافظوي اقدام دی چي دمرض دبازګشت علت وګرځي او په کانسر زيات جراحی عمليات او اقدامات دزياتو وفيا تو لامل ګرځي.

ډيرو پرابلمونو له کبله چې په طبات کې موجود دي دتداوي چانس ډير نسبې دي او داسی سوال منځ ته رائي چې په کومه فيصدي دحيات او زوندانه اندازه په ډير پرمختللي کانسر په تداوي کې د جراحی له کبله او راديوتراپي او یا کيموتراپي له کبله منځ ته رائي؟

چي ددي سوال په هکله کوم فارمول او یا کوم Figure په لاس کې نشته پرته داکتر د تشخيصي تجاربو او خيالتو څخه که چيری مطلق علاج ناممکن وي داکارد Palliation

لپاره ڏير بنه لارښود گنيل کيږي. که خه هم عمومي دناروغ په اساسی اهتماماتو کې موافقی شته. خو بيا هم په ټينو واقعاتو کې موقعیت د قدرت نه ليږي خبر نه دی.

د ټيم په شکل دپتالوجست، جراح، راديوتراپیست او داخله داکتر تامه همکاري د یوکانسر په تداوي کې په زره پوری اقدام دی لیکن دغه ډله ايزه اقدام ددي معنی نه لري چې دهريوداکتر مسوليت، قضاوت په خپله برخه کې له منيځه يوسي. د طب محصلين بايد په تدریجي ډول د تومورو نو توپیرونه په مختلفو برخو کې موافقی ده رناروغ په برخه کې په ڏير احتیاط سره تعقیب کړي او روزمره نشراتو په ويلو خپل اذهان روښانه کړي پوخ قضاوت د کلينيکي تجاربو په اوردو اينسول شويدي.

يواخی کلينيکي Staging درست نه دی ترڅو چې ميكروسکوپيك وسعت په لاس کي نه وي سره له دې تشخيصيه وسائل او تخنيک ڏير زيات اصلاح شوي او په لاس کې شته خو بيا هم د کلينيکي Stage حقيقی پتالوجيك د پوهيدلو لپاره ټیني ستونزی په منځ کې شته او هم دغه مشکلات دي چې د کانسری ناروغی داهتماماتو لپاره ڏيری بدی اغیزنا که تاثيرات منځ ته راوري دی په لږ وخيم کانسر کې کله چې د پوستکي کانسر په هکله حقيقي تداوي بايد تshireح شي او وخيم کانسر لکه د سربو کانسر لپاره موضعی تداوي غير موثر دی.

نتایج (Results)

: دپنخو کالو د ژوندانه Rate A

دپنخو کالو پوري د کانسر دناروغ د ژوندانه حد په عمومي ډول د کانسر ناروغ د علاج لپاره

بهترین کلينيکي لارنسود قبول شويدي دغه ډير يو مغلق او کړي چن لارنسود دی چې

دمختلفو سببو له کبله لکه Stage د تداوي موثریت او د ناروغ د عضویت د مقاومت منځ ته

راغلی دی په هغه دوهم شکل کې دپنخو کلو ژوند د ساحي او جنس په لحاظ بسodel شويدي

ئيني په زړه پوري نقاط په لاندني ډول دي:

۱- بسخي نظر نرانو ته په عين کانسر کې د ژوند پاتي کيدو بنه چانس لري.

۲- په موضعی افت کې (په لومړي ساحي ابتدائي تمور) د علاج لپاره ډير مساعد دی او

کله چې تمور موضعی لمفاوي عقدات احتوا کړي دغه علاج نيميايي ته راټيتيږي.

۳- د ټولو Stage نتيجه د موضعی لمرنۍ افت په اساس مقاييسه کېږي او دا باید وویل شي

چې خومره او په خه ډول د کانسر میتا ستاز شته.

۴- ئيني کانسرونه په ډير زياته اندازه په موضعی Stage کې علاج پذير دي.

۵- ژوندي پاتي کيدل ډير بهتر چانس لري په دی شرط که چيری په اضافي اعضاو کې

څای ونیسي او د ژوند چانس په داخلی ناحيو کې کم دی دغه علامې او پورتنې جز د کانسر

د مقدم تشخيص او میندلو پوري اړه لري.

د کانسر دموخر Stage در پورت نشتوالی.

ددغه پورتنیو معلوماتو عدم موجودیت د کانسر د تداوی په تیجه او تداوی کي داکتر دشك سره مخامنځ کوي. لکه چې مخکي مو وویل دغه موافقی د Dual د اناتوميك او پتalogic تصنیف بندی د هر کانسر په حصه کي مینځ ته راغلی دی. کله چې دغه تصنیف بندی اجرائیري دغه لاندنې طریقه او تکي بايد ولټول شي.

۱- د Sub viral دشروع وخت د امریکایي د کانسر د کومیتی له خوا داسی بیان شویدی چې د تداوی دشروع دپیل اویا هغه وخت چې په منظم ډول د تومور شروع شوی نه وي دغه تعريف عموما د کلينيکي له نظره د کانسر د Stage د تخمین د زمان را په دې خوا منځ ته راغلی دی.

۲- د ۵% خخه کم ۰.۵ په احتمالي ډول عموما د احصائيوي خيرنو لپاره ډير وصفی دی هغه ۱۱ اپنديکس ۹۵% قناعت بخښونکي ريفرنس دی.

۳- د تداوی تیجه بايد مطلق Sub Viral وي خصوصاء په هغه ناروغانو کې چې ترڅارني لاندی دي او که چيری دڅارني دلست خخه وتلي شي په داسی ناروغانو کې د Sub Viral تعين مشکل دي خو بیا هم کولای شو چې نسبی Sub Viral خیال په فکر کې راورو.

۴- د Sub viral اندازه بايد تعین د درې میاشتو نه تر لسو کلو پوري وي دايې اعظمي حد دی که چيری Sub viral کلو پوري اړکل نشي هیڅ معنی نه لري.

۵- که خه هم د ۵ کلوو Sub viral اندازه معمولاً استعمالی پری او دا باید د عود اویا

د عراض خخه ازاد ناروغوي ډيره ترجیح ورکول کېږي لیکن په ټینو کانسری ناروغیو کې
لکه د تائیروئید کارسینوما کې دا کافی Follow up نه ګنهل کېږي.

۶- د معلوماتو معرفی کول باید حقیقی اویا Life table میتود په شکل وي او د عمر او
جنس په لحاظ باید اصلاح شي او د غه میتود د امریکا د کانسر د مشترکی کمیتی له خوا
 AJC تشریح شویدی.

۷- ډير راپورونه د ناروغانو د جراحی او شعاعی تداوی په لحاظ تقسیم شویدی او
Retrospective تداوی لپاره مهم دي مولف باید د دغه تقسیماتو لپاره خپل دلایل و وايی
نه د Randomization له مخی.

۸- د ناروغانو (دوامداره خارنه د ۱۰-۱۵ کالو پوري او د هفوی شمیر د کانسر مرینه اویا
نور اضافي ناروغی چې کانسر ناروغان وژني او س دفعاء لپاره اماده په لاس کې نشه.
"Cure" باید د مولف له خوا د ټینو نقاطو له مخی په مناسب وخت کې چې معمولاً د تداوی
څخه لس کاله وروسته ناروغ ژوندی یادونه کېږي ئکه چې او س د عود کولو ضرر پس له
دي ډير زيات پرابلم نه دی ګرچې عیناء کانسر د Stage او هستالوجي له مخی په مختلفو

میتودونو تداوی کېږي. خوبیا هم ثانوی فکتورونه باید تعین او انتخاب شي د جراحی
کاندیدان ټوان او د بنه صحت خاوندان دی نظر هغه ناروغانو ته چې د شعاعی تداوی لپاره
کاندید کېږي او د غه اخري ډله د نورو داخلی اضافي ناروغی سره یوئای وي د غه لاندنسی

دوه میتودونه د کانسر د ناروغانو د اخرني تيجه دراپور د شکل برابرولو لپاره

استعمالېږي.

۱- د کانسر اخرني تيجه راپور نمبر ۳ چې د USPHs له خوا تشریح شویدی دغه میتود د کانسری ناروغانو اختلاطات په ۱۰۰% افاتو کې چې د Type او خاصیت له لحاظه فرق لري تيجه گيري شویدی په مقایسوی ډول په دغه میتود کې عمر، د ۵ کالوژوندون اندازه او د ناروغ د بهبودي وخت په نظر کې نیوں شویده.

۲- د کانسر دانزار د Manual او Author G.James له خوا د امریکا د کانسر د کمیتی څخه نشر شویدی. په دغه راپور کې د کانسری واقعاتو تازه اختلاطات مطالعه چې ۱۹۵۳-۱۹۶۴ پوري تداوي شویدي ذکر راغلی دی په دی کې د پنځو کالوژوندانه اندازه د Staging تداوي او هستالوجي سره مترافقه فهرست سره بیان شویدي. او په دغه تشریح کې په تازه ډول د علاج حالت په نسبتي ډول بنودل شوی او د هري عضوي د کانسر لپاره خصوصي هم وي.

بيا هم باید وویل شي چې د دواړو میتودونا کافي والي واضح او بنکاره دی ئکه په دغه راپورونو کې په Randomized شکل ذکر نه دی راغلی او د کانسری واقعاتو د اخرني مرحلې د تيجه گيري لپاره اجازه نه ورکوي.

دناکامي دليل او وروسته دتداوي Index

دناکامي مکمل دليل دی چی تراوشه پوري په تولو نشراتو کي دکانسرۍ واقعاتو لپاره غیر ضروري مناچسي او ناندرۍ مينځ ته راغلی دی ددي لپاره چې بشپړ معلومات د کانسر د ناروغانو په هکله را پيداشي نوباید په واضح او تعيني دليل دناکامي لپاره ذکر شي.

ایا دغه ناکامي د ابتدائي افات د کنترول د ناقابليت، لمفاوي عقداتو اويا ميتاستاز اويا په ګډه سره د تولو له مخې پيدا شوي مينځ ته راغلی دی. د واضح ناکامي د پوهيدو لپاره درستوالی اتخابي تداوي پلان بايد بسکاره شي د معالج داکتر له خواشويدي ديوکانسرۍ ناروغ د خارني لپاره ابتدائي تداوي دتداوي خخه وروسته تصنيف بندی ډيره ضروري ده.

د کانسر د پلتني تازه لارښونه:

د کانسر پلتهنه بايد له دری جهته مطالعه شي: کانسر د حجراتو ناروغی وخيم، همدارنګه د یوی عضوی دانساجو مرض په ډول او بالاخره د اورگانيزم ناروغی په شکل مطالعه کېږي. د سايتولوجي له مخې کله چې نورمال حجرات په خبيشه حجراتو باندی بدل شي هغه ته کانسر ويل کېږي.

کانسر د حجراتو د ناروغیو په څير

A : جنتیک او کروموزومي فکتورونه

۱- دجن مسئله د کانسری ناروغیو د نظریاتو یو قبوله شوي او واحده نظریه ده چى د ویروسی اتنا ناتو پواسطه یو میوتوجنیک بدلون په حجره کې منځ ته راوري او برسیره پردي د تشعشع حادثی هم ددی میوتوجنیک حادثی مسوله ګنل کېږي. DNA غیر منظم کيدل په حجره کې د ترانسفر میشن بدلون منځ ته راوري او په تیجه کې د کانسر ناروغیو لامل ګرخي.

۲- Deltation دانظریه (یا په حجره کې د حیاتی اتزایم له منځه تلل).

۳- داسی عقیده موجود ده چى کروموزوم د خبیشه ناروغیو په پیدا یښت کې مهم رو لري. ټکه چى کروموزوم د حجراتو په Multiplication او ترانمیشن باندی اغیزه کوي او د طبیعی او نورمال حجری د خاصیت د بدلون سبب ګرخي.

Boveri's : a نظریه وايي چى خبیشه ناروغی د یو غير نورمال کروموزوم پوری اړه لري ليکن د انظر دومره ثابت نه دی په دی حادثه کې د Polyplody او تغیرات نه د کروموزوم شمير زيات اهمیت لري Tetraploid.

b: تراوسه پورى کومه وصفي قاطع نظریه په دى باره کې نشته پرته د PH کروموزوم ۲۱

څخه چې تراوسه معلوم شويدي چې په مزمن هيلوئيد لوکيميا په پيداينت کې رول لوبيوي
(دی حالت ته د فلاډيفيا کروموزوم وايي).

c: د منگوليزم او د لوکيميا اړيکى او س پيژندل شويدي.

d: د کانسری ناروغيو فاميلى ارتباطات او حساس کيدل بنکاره شويدي.

B: ميتابوليک او بايوکيميكل فكتورونه

د خبيشه حجري او نورمال حجري ميتابوليک او بايوکيميكل تحولات پيژندل د کانسر

دانروغيو په کيموتراپي او راديوتراپي کې زيات جنتيك رول لوپولاي شي.

۱- د DNA د خرابولي نظر شته خو تراوسه پوره نه دی پيژندل شوي د DNA محتويات

دجرات په نشوونما کې رول لري ليکن د حجرات د Type او شکل سره کوم ارتباط نشته.

۲- په حجره کې د پروتين د ميتابوليزم د خرابولي پيداکيدل چې د حجراتو RNA & DNA

د غلط ترانس کريپشن له کبله مينځ ته راهي او ياداچي د پروتين Messenger د ترانس ليشن

له کبله پيداکيربي کمي تظاهرات نظر کيفي تظاهراتو ته په نتيجه کې پيداکيربي چې په

تيجه کې د حجراتو بدلون منځ ته راوري ليکن د خبيشه ناروغيو لامل نه ګرخي.

۳- او اکسيجينيشن او د حجراتو PH د Warburg تيوري له نظره ذيد خيل دي په کانسری

حجراتو کې په زيات مقدار د Aerobic او Anaerobic موندل شويدي د ګلوكوز ترانس

فارمیشن په لکتیک اسید باندی په زیات مقدار د مختلفو اوکسیجن حالتونو کې ليدل

کېږي خبیثه حجره کولای شي چې په Glycolysis حالت کې تر ډیره وخته ژوندی پاتې شي.

۴- خبیثه حجراتو کې په زیات مقدار د انزایمونو فعالیتونه ليدل کېږي کله Hexokinase

او ګلوکوز ۲ فاسفات دی هائیدروجنیز او داسی نور.

C: د سطحی خواص فکتورونه

۱- په خبیثه حجراتو کې د تماس خاصیت له منځه ئې او د اخاصلیت د خبیثه حجری د تهاجم

وتیری لپاره بسکاره د لیل کیدای شي نورمال حجره په یوه نازکه Monolyer کلچر کې کله

چې د بلی حجری د جدار سره په تماس کې راشی خپل تحریکت له لاسه ورکوي حال دا

خبیثه حجره په ازاد ډول پرته له کوم ډار څخه حرکت کوي او ډیر په کمه اندازه بین

الحجروي التصاق لري.

۲- د حجروي جدار د پردی مطالعه د الکتروفوریزنسن او یابایو کیمیکل انالیزس

او د الکترولیک میکروسکوپی مطالعاتو بسودلی دی چې د حجری واحد Sialomuco

خاصیت شاید د خبیثه خواصو یو دلیل وي peptides.

د فبرین او یا د انساجو کلچر (PUCK) تکنیک

۱- د دی تکنیک پواسطه د کلچر شوي حجراتو مطالعات د پورتنی تکنیک له مخى

ناممکن دی چې حجرات په واقعی ډول اندازه کړي.

۲- حجرات دباكتيريا په ډول باید کلچر شي او پريښو دل شي چې کلون او یا کالونۍ جوړ کړي په دغه وخت کې کولونې ضرب ۱۰-۱۲ ورڅو په وخت کې حساب کېږي اووروسته له هغې اخيستل کېږي معمولاً هغه کولون چې اخيستل کېږي باید له ۵۰ حجره خخه کم نه وي.

۳- د اسيستم د راديوبايو لوجيکل مقصد لپاره د کلې په ډول استعماليداً شي په دی میتود کې تقسيمات ضرب د بايوکميکل دوز او د راديوسنیستريشن له مخى اجرا کېږي.

کانسر د انساجو د ناروغیو په ډول

د حجراتو د مطالعات يو ډير لوی د ريسرج پروگرام دی چې Cell Kinetics په اورګانيز انساجو کې معلومېږي او د حجراتو سېکل وخت د Turnover په نورمال او خبيشه انساجو کې تربخت لاندی نيسې.

۱- Lose شوي استعمالېږي:

چې بيل شوي د حجراتو د پروليفريشن مرحله متاثره کوي او DNA په خير د حجراتو تقسيمات او ويش په گوته کولائي شي.

۲- د حجراتو د Generation سېکل

S مرحله کې DNA جوړېږي او حجرات د تقسيمات لپاره اماده کوي او د Lable په واسطه معلومېږي M مرحله د ميتوسيزس په نوم يادېږي دغه دواړه پيژندل شوي مرحلې

په دوه جداگانه (خانګړي) ډول په G1 او G2 جداکېږي. لیکن تراوشه پوری معلومات په لاس کې نشته چې څه تحولات د حجرۍ په داخل کې په دغه وخت کې صورت نیسي. GI په غیر په پرولیفريشن مرحله کې د طول په لحاظ فرق لري په خپله حجره معمولاد G0 په مرحله کې دي.

۳- Cell Tumor wer د حجراتو دغه مرحله په کاري سره صورت نیسي نوله دی کبله د Rapid growing په نوم يادېږي. تومور په نورمال انساجو کې لکه هيماتوپوييتيک سيستم او د GI سيستم کې يادونه کېږي لیکن په خبيشه حجراتو کې د حجراتو د مينځه تللو ميكانيزم د خرابي سره مخامنځ کېږي او دغه غير نورمال حادثه په خبيشه ناحيه کې ئاي نیسي.

۴- د شعاعي تداوي عاجل اهتمامات او يا کيموتراپي دا تاثير لري چې حجرات د Q (غیر پرولیفريشن مرحله) څخه (پرولیفريشن مرحله) ته راګرځوي.

A او او کسيجنيشن : B Microcirculation

۱- د کانسری حجراتو قدرت چې خپل ځان لپاره یوميکروسرکوليشن د ثانوي نيوپلازم په توګه مينځ ته راړپري داسې فکر کېږي چې د یو انجيوپلاستيک ماده پوری اړه لري.

۲- دوسکوليزيشن او سرکوليشن او او کسيجنيشن په مينځ کې اړيکې مطالعه شويدي چې د تومور د نکروزس نمونه نښکاره کړي.

۳- او کسيجنيشن د راديشن تاثير کنترولوي او د حجراتو پرولیفريشن متاثره کولاني شي.

۴- دسرکوليشن او ديفيوزن نمونه په تموري حجراتو کې د فارموسيسوکل تقسيمات لپاره کلی گنل کېږي.

د کانسري حجراتو هغه قدرت ته وايي چې د انساجو په نورمال حجراتو کې تيرى او ارتشاح وکړي.

۱- د انفلتریشن Passive قدرت:

هغه حالت دی چې داخل حجروي التصاقات کموي او کانسري حجرات تر فشار لاندی نيسی او داخل او اسانه یې دنه کوي او بالاخره نورو انساجو ته د فشار په ډول داخلوي.

۲- فعاله تهاجم او تيرى Active View-

د غه لاندنی مغلقو وتيرو پوری اره لري لکه د حجراتو مغلق حرکت فګوستيک خاصيت او د موادو افراز لکه هائيلوريندار، پروتوليتيک اترايمونه او د ځيني توکسيني موادو افراز لکه د پيپتايد توکسين چې د کولاجن او منظم نسج لپاره د ارتشاح لپاره ضروري دی رول لري.

D: هغه مادل چې د مطالعاتو لپاره استعمال ګېږي:

۱- تمور په Synegrenetic ميزبان کې غرس کېږي.

۲- په ځينو حيواناتو کې بنفسه ګړي تمور پیداکوي.

۳- د ګړکۍ میتود د موږک په پوستکي، سوی په غور او هماستر په بارخو ګانو کې.

٤- د اورگان کلچر سیستم

٥- د حیواناتو د مادل تنبه چى د کلینیکی پرابلمونو په خير وي.

کانسری اور گانیزم د ناروغى په ډول

A: اميون فكتورونه

١- د تمور و صفي انتيжен د لمپري حل لپاره د ١٧ Foley پواسطه معلوم او شروع شو او وروسته له هغى Main Prehn او مطالعه کړه.

٢- د تمور و صفي انتيжен په ويرولي او كيمياوي توليد شوي کانسر کې تعين شويدي لیکن په بنفسه ی تمورونو کې تراوشه پوري کوم ثابت انتيжен نه دی موندل شوي.

٣- په موازي ډول د نومو ګرافت ريجكشن او د ميزبان عضوي مقاومت په خبيشه ناروغى کې برابردي.

٤- اميون ميكانيزم زياتره د حجروي او یا لمفاتيک معافيت پوري اره لري نه داچى ديو هارمونل او اتي باهدي معافيت نوم ورکړل شي.

٥- تمور چى و صفي انتيжен ولري اکثرا د حجري په منځ په سطح او ساختمان کې ئاي لري او د انظريه Alexander ورکړيده. او وايي چى دا انتيжен د عضويت اميونيتی يعني معافيتی خاصيت پوري اره لري.

٦- او د اسی کوشش د پرمختګ په حال دی که چيرى په شعاعي تداوي کى تموری حجرات په یو ناروغ کې زرق شي د ناروغ معافيتی ميكانيزم تنبه کولاني شي.

Nutrition :B

د اخبره تراوسه پوري دمناوشى اولانجى سره مخامخ ده چى وايى د پروتین كموالى اويا زيات والى دتمور نشونما كمه اويا زياتوی دپروتین زياد مقدار اخيستل فبرش كپسول زياتوی اودناروغ دعضويت مقاومت دتمور په مقابل كې لور ورپي.

Ecology :C

دمحيطي فكتورونو مطالعات اودهغى كارسينوجنيك تاثيرات:

- ١- دفابريکو ئينى مواد لكه Aniline رنگ، پولي سيكليك هايدروكاربن اونور محيطي مخرش مواد لكه Nickel Beryllium، او كروميم داسى پىژندل شويدي چى كارسينوجنيك تاثيرات لري.
- ٢- ئينى بىالوجيكل فكتورونه كله ويروسي ، او Burkitt's Malaria دتمور دپيدايىبست مسول بلل كيربي او همدارنگه شىستوزوميازس دمثانى دكانسر په پيداكيدلو كې رول لري.
- ٣- تشعشع هم په ئينو واقعاتو كې كانسرى واقعات مينخ ته راوراي شي لكه دشعاع بهر ته وتل په تصادفي ۋول اويا د طبى شعاع سره مخامخ كيدل په اطفالو كې ۋول ۋول كانسرى واقعات پيداكولانى شي.

VIII : کلینيکي Trials کوشش:

نن ورخ دا خبره ټولو موافقه کړیده او زيات دلچسپي لري چې کانسرۍ واقعات په ګډه سره کله جراحې، تشعشع او کيموتراپي پواسطه شروع کړي. ليکن داموضوع هره ورخ تغير او بدلون پيداکوي او په امریکا کې ډیری شفاخانې او هر مرکز علیحده پروتوكول لري. نو په دی اساس نشو ويلاي چې کوم پروتوكول دی کوم مرض لپاره اهمیت لري او ډير کوششونه روان دی چې یو واحد او قبول شوی پروتوكول په دی برخه کې منځ ته راشي او ددي مقصد لپاره هلى ئڅي روانی دی.

د کانسر پتالوژي

ددى لپاره چى يو خوگ د کانسر ناروغ و پىرېنى دا خبره ضروري ده چى د کانسر په پتالوژي

و پوهېرى.

تعريف:

کانسر اصلاح يو لغت دى چى د مختلفو لارو تعريف شويدي.

۱- کانسر هغه حالت ته وايى چى په هغى كى دانساجود حجر و دنشونما نورمال گنترول مېکانيزم په ثابت ډول خرابېرى او دغه حجر و ته دېر مختللىي نشوونما اجازه ورکوي يوشمير نور مرضونه چى په هغى كى احتمالا حجرات زياتېرى او د مختلفو سببونو له كبله په انسانانو او حيواناتو كې مينځ ته رائي چى په دغه عملیه کې حجرات ډيرې چېكтиيا

سره تقسيمات مومني.

۲- د سوماتيك حجراتو يو جنتيك ناروغى دى چې ديوى مقدمى نورمالى حجري د تىيجه ده چى په نوي شكل په خبيشه حجره بدليېرى. Mutation

۳- د عضويت دانساجو مرض دى چې په هغه کى حجره په يو نوي شكل بدليېرى او هغى ته حجره وايى. Cancerous

۴- کانسر يو مرض دى چى هغى كې حجره بنسىھي ۋول تھاجمي خاصىت پيداکوي اودغە

خبيشە خاصىت د Stem cell د Mutation پە وخت كې پيداکيرپى.

خوبىا ھم تر نن ورئى پورى يو ئانگىرى او عمومى كوم تعريف دكالس لپارە قبول شوى نە

دى. ليكن دېخوانى تعريف لە مخى كانسر د حجرى بنسىھى چتىك نشونىما دە چى غير

قابل علاج ناروغى مىنئە تە راۋپى خودابايد ھم وويل شى چى دەغە تجاربولە مخى چى پە

لاس كې لرو دكالس او د تمورونو بنسىھى نشونىما او بىا وروكى كىدل داسى عقىدە

پيداکوي چې غير قابل رجعت خاصىت دكالس ناروغى لپارە دا پورتنىي دضعف سره

مخامخ كولانى شى.

مهمترین اواساسى ترتىبات دكالس د وقاىي لپارە انسانانو كې عاجل اقدامات دى.

دتعريف او دكالس ناروغى د اساسى علت لە مخى باید دكالس خواسسى او ثابت تېكى

پە نظر كې ولرو.

۱- نيوپلازم يواخى دەغە حجراتو ڭخە پيداکيرپى چى دارتىشاح قابلەت ولرى.

۲- تمورى حجرات ھىشكەلە مشخصە نە دى او دا كاملا شەحمى حجرى نە دى نولە دې كبلە

ممولا دى خاصىت تە Anaplastic وايى.

۳- كانسر وروستە د دوامدارە تخرىش لە كبلە (كيمياوي او ويروسىي) پيداکيرپى ليكن ڦير

وروستە ديوى اوردى خفى مرحلى ڭخە منئە تە رائى.

۴- اکثرا دعین نسج کانسر Multicentric وي داډول مثال د دوه طرفه ثديه په کانسر کې ليدل کيدای شي.

۵- هايپرپلازيا او Dysplasia په حجراتو کې تمور پيداکوي او د حالت وروسته د خومياشتو او يا کلو څخه راپيداکيربي (ددغه حالت پيزندل او مناسبه تداوي په دغه مرحله کې شايد د کانسر د پيداکيدو مخنيوي په انساجو کې وکړي).

۶- د کانسر حجرات د Dormant په شکل د ډير وخت لپاره ئاي نيولى دي.

۷- یو خو محدود شمير کانسرونه شايد په خپله وړوکي شي او د هيچني کانسرونو بيالوجيکي خاصيت شايد هارمون او يا کيموتراپي بواسطه بدلون و مومي د کانسري حجرات هيڅکله Autonomous نه دي.

۸- تراوسه پوري په بشپړ توګه ديوی کانسری حجري او نورمال حجري ساختمان او بايوکيميکل خاصيت یوتربله پيزندل شوي نه دي لکه چې په لمړي بحث کې موولوست د کانسر تشخيص او تعريف تقریباء او هميشه د ميكروسكopic معایناتو پوري اړه لري لیکن دا ډيره مهمه ده چې په ياد کې ولرو چې هستالوجيک کانسر د کلينيکي کانسر سره یو برابر شويدي او همدارنګه هر کانسر په هر ناروغ کې په انفرادي ډول د کلينيکي له نظره زيات فرق لري.

د ۲۷ خخه زيات نيوپلازم په انسانانو کې پيژندل شوي او د هستالوجيك له نظره تعريف شويدي. په يوه ئانگري تمور کې ڏول ڏول بدلونونه شايد لايتناهي وي خودابايد ووايو چى د کانسر پيژندل دير مهم دى او په يوه ناروغى د کانسر موجوديت په خپله د ميزبان د مقاومت پوري زيات اره لري نظر د کانسر هستالوجيك خاصيت ته د کانسر کلمه يواхи هغه ناروغيو ته چى خبيشه خاصيت لري ورکول كيري. او د کلينيكي لوحى د کانسر خواص لايتناهي دى او د چتك مرگ نه نيلولى تر بنفسه هي جوربنت پوري اتكل كيداي شي کلينيكي اعراض او علاميم په زياته پيمانه د کانسر د موقعیت پوري په هر ناروغ کې اره لري او دابايد بيا تاكيداء وويل شي چى د ناروغ د خارجي او داخلی محطي تغيرات او بدلون د کانسر په وقایه او پرمختگ کې عمدہ رول لوبي. د زياتو معلوماتو ټولول او تجارب او ماھريت دادى چى کانسر بایدو قایه شي چكە چى د پيداينت خخه وروسته ټول هلی حلی ناروغ د دغه و ژونكى ناروغى خخه نشي ژغورلى.

د کانسر پيژندل

دناروغى طبى تاريچه او د ميكروسکوب لاندى د حجراتو كتنه د کانسر پيژندل تعريف او تصنيف بندى لپاره چيره بنه لارده او داكار د يو ماھر پتالوجست دذکاوت سره مستقيمه رابطه لري چكە چې كله كله په ئينو واقعاتو کې هايپرپلازيا د نيوپلازم حجرات په صحنە کې د شک خواته را كابي او بايد دهفعى کلينيكي ملگرى د دغه مشكلاتو خخه

خبروی او د تل لپاره بیاد پتالوجست معاينه کلينيکي داکتران او نور لابراتواري معلومات په کافي اندازه معلومات ديو کانسر ناورغ په هکله راټول کري دبایوپسي ساحه او پارچي په زيرکانه ډول تعين شي ترڅو چي پتالوجست ته ددي موقع ورکړل شي چي یو واضح او تعيني تشخيص وضع او کلينشن دتداوي او انزار په هکله لارښونه وکړاي شي دکانسر بیالوژيکي خواص ده ګاري فارمولوجيکي نورمو سره اره نيسسي دمثال په ډول د یو خبيشه تمور په Pushing edge غاره دامعنی ورکوي چي مرض لپ اتشار لري او ناورغ ژرنې وزني حال داچي دعين کانسر هغه متظره چي غير منظم او ترشح غاره لري په زيات خبات دلالت کوي او همدارنگه د یو تمور په حجراتو د زياتو لمفوسیت او یا پلازما سیل حجراتو موجودیت د بنه انزار نښه او نښانه ده او همدارنگه هستوسایت دلمفاوي عقداتو په سینوزوئيد ناحیه کې هم د ناروغی د بنه سیر زيری ورکوي. ټول دغه علامیم د عضویت د معافیتي میکانیزم د پیاوړی توب پشنھاد کولای شي د معافیتي میکانیزم مقاومت د کانسری ناروغیو د کنترول په هکله په ډیرو موسسو کې تر خیرنې لندی دی.

د سليم او خبيث تومورونو تفریقی تشخيص د طبیعی، خاصیت او ظاهري ساختمان په لحاظ په I Tab کې بسodel شویدی.

دنيوپلازم انتشار او پراخ کيدل

A: سليم نشوونما

۱- معمولاً يواحی دپراختیاء او وسعت په لحاظ غتییرېي او په خپله مجاوره انساجو کې

اتروفی مینځ ته راپړي.

۲- کوم کپسو نه لري لکه (فیبروزس، Facilitis، Pseudosarcomatous،

B: نشوونما Cancerous

په اساسی ډول متهاجم او یرغل کوي او پرته له پراختیاء او وسعت څخه ډيره په ابتدائي

مرحله کې کولای شي چې میتاستاز ورکړي د پراختیاء عمق ډير زیات اهمیت لري.

a: د نشوونما اندازه دومره زیاته وخیمه علامه نه ده چې په دې شرط چې تمور د کانسر د

غتیدلو لپاره حجرات برابر نه کړي د موضعی فشار زیاتوالی دوران ته شاید د ځینې

کانسری حجراتولاره اواره کړي.

b: ځینې کانسری حجرات متحرک هم وي لیکن د اضوري نه ده چې د ګه خاصیت دتهاجم

لامل و ګرځي.

Loss of Cohesiveness :c

کانسری حجرات لپ کلسیم ایون لری او زیات الکتریک چارچ دخپل ممبران له پاسه لری او په ډیره اسانی سره دنور مال حجری خخه بیلیری (د کانسر حجراتو د کلسیم کموالی په دی تازه وختو کې د فشار له خوا چلینج ورکول شویدی)

دا حاطه شو انساجو د تمور او استرومما په منځ کې د اړیکو پیژندل ډیر مهم او اساسی کار دی او په دغه هکله زیاتو معلوماتو ته ضرورت دی.
د کانسر د ته اجم په باره کې دیو Dormant موادو خیرنہ هم زیات اهمیت لری او په کانسری واقعاتو کې د هیالورویندار، پروتیاز امینو پیپتیداز لیدل شویدی.

۲ - Permeation : دا عیو لومینار ته خصوصاء (وریدونه) او لمفاوی او عیی ته ته اجم د کانسر د نشونما په تصنیف چې دا عیو د جدار ته ترددی صورت نیسي مینځ ته رائی.
۳ - میتاستاز او د کانسر نشوونما د خپلی ابتدایی ناحیي خخه تفریق کیدای شي اساسی او مهمه کلمه نشوونما ده په دروان کې د کانسری حجراتو موجودیت یوازی یوازی په میتاستاز دلالت نه کوي.

کانسری حجرات په Dormant مرحله کې تر ډیرو کلونو پوری ژوندی پاتی کیدلاني شي د کانسر نشوونما دیو مناسب داخلی محیط او مطلوب Soil پوری اړه لری.
C: د میتاستاز د جو پیدلو مرحلی (په اول شکل کې یې وګوري)

۱- ابتدائي تمور د منبع په ډول:

د ميکروانجيوجرافيك، هستوپتالوجيك د مطالعاتو د ارتباط له مخى د تمورونو د عادي ساختمانو نه ديوقانوي نيوپلازيا په ډول نشوونما کوي دغه اوعيي د ترتيب له مخى غير منظم او شكل يې نامکمل دی او ئينى تمورى حجرات د شعرىه اوعيو اوستيوزيدل د جدار په امتداد ليدل کيربي او ئينى وخت کيداي شي چى يواز دوران دهه وکي دمخ په خير مينځ ته راوري.

۲- دوراني کانسرى حجرات

يوشمير مطالعاتو د اخبره بسکاره کېيده چى په دوران کې کانسرى حجرات په زياته پيمانه سيستميک په وريدي وينه کې ليدل کيربي اوحتى په زياته اندازه ناحيوي وريدونو کې خصوصاء وروسته درجاهي عمليي خخه ليدل کيربي ليکن تراوسه دغه حجراتو او بعدي تمور د ميتاستاز او يا دناروغ ژوندي پاتي کيدلو په باره کې په لاس کې نشه.

۳- امبوليزيشن او ترومبوزس

د کانسرى حجراتو تجمع په ميکروسکوليشن د نورو انساجو اويا په احشاو کې په بسکاره ډول د امبوليزيشن ته ډير ورته دي کوم چى دغه حجرات د فبريني اليافو سره مخلوط دي انتي کواگولات مواد په تجربوي ډول په ټولو سيستمونو کې د ميتاستاز مخنيوي کولاني شي.

۴- دمیتاستاز نظریه

a: میکانیکل تیوری

میتاستاز د کانسری حجراتو مستقیم و ظیفه ده چې یوشمیر خبیشه حجرات دوران ته داخلېږي دهضمی جهاز کانسر تر ټولو رو مبی ټیگر ته میتاستاز ورکوي ټکه چې د دغه جهاز وينه د ورید باب له لاری ټیگر ته توھی او میکانیکي فکتورونه ترانس کپیلري پساز، فلتريشن او د کانسری حجراتو حساسیت څخه عبارت دی د اوعیه قطر، موقعیت او تقسیمات، دمیتاستاز ډیر لوی فکتورونه ګنل کېږي.

b: انتخابي Affinity تیوری

په خپله محیط دنایه نظر تخم ډیر رول لوبوی یعنی ټینی احشاء د کانسر و نشوونما مهمترین محیط دی نظر د تمورته Wilm's تumor ډیر ژر په سبرو کې تخم ګذاري کولانی شي او نیوروبلستوما د هدوکې په مخ کې او همدارنګه کولانی شو چې حجرات په زیاته اندازه چې د میتاپولایت له نظره ډئره غنی دی د اسکلیت د عضلاتو څخه لاس ته راورو او دغه عضلات کانسری حجراتو ته په کمه اندازه دمیتاستاز اجازه ورکوي چې ده ګی علت تر او سه معلوم نه دی.

C: ترانسفرمیشن تیوری

د جینوم د میزبان حجري ته داخلېږي او دغه نورمال حجره په کانسری حجري بدلوی دانظریه ډیر لې قبوله شویده شاید چې معافیتی (امیون) فکتور دلته زیات رول ولوبوی.

٥- دشوريه اوعيو دجدار سورى كيدل:

a: د كانسرى حجراتو Diapedesis دلكوسىت حجراتو له لارى د شوريه اوعيو دجدار ته په چير بنه ڇول Summer wood له خوا د Cinephotomicroscopy چى دسوی دغوبه چمبر کې بنودل شويدي او شايد ھينى Lytic مواد دھينى كانسرى حجراتو د افراز له لارى ددغه عمل مهم فكتور وي.

b: د شوريه اوعيو په داخل کې د كانسرى حجراتو نشونما شايد اوعيو التصاق سبب شي.

٦- د ميكروسركوليشن انڌكشن (شروع):

كله چى كانسرى حجرات دبلی عضوي اويا انساجو سترومما ته داخل شي دا حجره دخپل ئان لپاره ئانگري اوعيو ساختمان پيداكوي (شايد چى ديو Lytic مواد د افراز له لارى) چى په ثانوي ڇول دھماجي حجري دنشونما زمينه برابره کوي.

IV: هغه فكتورونه چى دميتاستاز نشوونما متاثره کوي:

په تجربوي ڇول ثابت شويدي

١- موضعی ميخانيکي جروحات دميتاستاز د پرمختگ لامل گرئي.

٢- اتي کواگولات (لکه هيپارين) دميتاستاز د پرمختگ مخنيوي کوي.

كانسرى حجرات د ميزوتيل خط په امتداد ميتاستاز وركوي ليكن كله كله د مجروه ناهي له لارى هم ميتاستاز وركولاي شي. كانسرى حجرات ندرتا دا پيتيل خط په امتداد هم ميتاستاز وركوي (لکه دھضمی جهاز او حالب)

متعدده تومورونه چې دیوروپلولیم له پاسه لیدل کېږي داپنیشل جدار له پاسه دتموري حجراتو د عمومي تاثیر له کبله مینځ ته راخي او هغه کارسينوما د عملیاتي ناحيې په خیاطه کې لیدل کېږي د کانسری حجراتو بندش د فبریني الیافو له خوا تسيجه ده چې د هماماغی ناحيې په ساحه کې د شعریه او عیو د زیات پیدایښت له کبله د په وخت کې مینځ ته راخي.

کله چې میتاستاز پیداشو ډير موضعی او سیستمیک فکتورونه د هغه نشوونما باندی تاثیر کوي. په انسانانو کې دتمور مستقيم غرس ناممکن دی. لیکن شاید مشابه فکتورونه د حیواناتو په خیر تاثیر ولري. (دوهم شکل و گوری) دتمورونو تصنیف بندی (چې د Florey له خوا مودیفای شویده). (زیات تشریحات په علیحده مبحث کې ولوی).

دلته دغه لاندنې تصنیف بندی شویده:

۱- هیتوجنسریشن : د حجراتو جنس او اولیه انساج

۲- بیالوجیک خاصیت : سليم او خبیث

۳- د حجراتو تشخیصیه اندازه poorly, partly, well

۴- اناتومیک ناحیه چې عضو یا ساحه

۵- دتمورونو اضافي وظيفه Psammomatous, Papillary

۲- حینى تمورونه لاهم ډير بنه Eponymically تصنيف شويدي لکه د Evings,

تمور B renners، Sarcoma, Hodgkin disease,

د Dysplasia تعريف

ديس پلازيا په عمومي ډول د حجراتو او انساجو د حجراتو د ساختمان تشوش ته وايي

که خه هم په ساده تعريف کې د حجراتو تشوش دی لیکن دپرکتس له نظره په عمومي ډول د

حجراتو نشونما ته وايي. انساج په عمومي او متداوم ډول د حجراتو زياتيدل تشخيص

کيدل، جورپست او مرگ سره مخامخ دي (اپي درميس او ميكوزول سطحي اکثرا همدغه

ناحیي د Dysplasia ساحي دي. همدارنګه ديس پلازيا عموما په مzman التهابي افاتو او

ارتشاري ناروغنی کي هم ليدل کيربي او اکثرا دغه و تيره د ډورو تمورونو د نشونما او

پيداينت په خير مينځ ته رائي.

Appearance	Benign	Malignant
۱. Structure and differentiation	Typical of tissue or origin as cells as tissue	Atypical cells as tissue
۲. Rate of growth	Usually slow	May be rapid
۳. Progrestion	Slowly progressive (my remain stationary)	Usually progressive and usually fatal if untreated
۴. Mode of growth	Expansive (Usually poorly encapsulate)	Infiltrative as well as expansive (often encapsulate)
۵. Metastasis	Absent	Common present
۶. Recurrence after simple removal	Rare	Common
۷. Vascularity	slight	Moderate or morked
۸. Necrosis and ulceration	usual	Common
۹. Constitutional Effect	Un common Except endocrine	Common
۱۰. Cytologic		
a. Nuclear cytoplasmic ratio	Normal	Increased
b. Nucleolar nucleare ratio	Normal	Increased
c. Nuclear staining	Normal	Increased
d. Cytoplasmic staining	Normal	Increased
e. Number of mitosis	Usually few	Often frequent
f. Type of mitosis	Normal	Frequently abnormal
۱۱. Ultra structure		
a. Nuclear membrane		Frequently irregular
b. Mitochondria		Decreased in number (often simple)
c. Endoplasmic reticulum		Diminished and generally smooth
d. Cytoplasm		RNA particles often free from ER and scattered
e. Golgy apparatus		Ofter inclusions of unknown composition
f. Cell membrane		My be diminished or increased Often made up by microvesicle Often simplified (Desmosomes often lacking in carcinomas)

د کانسر جراحی تدابير او اهتمامات

Prespective - ۱

جراحی اهتمامات د هر دریو کانسری واقعاتو خخه یو علاج کولای شی. په یقینی ډول جراحی عملیات اساساتو هغه کانسر چې سلیم او موضعی شکل ولري او د جراحی کولای شي چې ټولی کانسری حجری له ناحیي خخه وباسی.

دغه یو قبول شوی لارښود دی که چیری ناروغ ژر تشخیص شوی وي نو ويلاي شو چې د هریو دری کانسری واقعاتو خخه دوه واقعی د جراحی پواسطه تداوي کیدای شي. که چیری د جراحی عملیات دامکان خخه لیری وي نو جراحی یواختی Palliate تداوی ده چې د ناروغ اعراض او نور هغه اختلالات چې د مرگ ډار پیداکوي مخنيوی و کړي. دانسداد د منځه وړل د هیموراژ بندول او د درد کاریدل او فنګسي یوی ناکه تمورا یستل ټول د اسی اقدامات دی چې یواختی ناروغ د ارامي سبب ګرځي. دا ډول اقدامات د ناروغ د عمر داوردوالی او دوباره د ژوند زیری ورکوي.

د کیموترپی او رادیوتراپی د مینځ ته راتلو له کبله برسيره د جراحی په عملیاتو د کانسر د تداوی په هکله د غور وړ بدلون را پیدا شوی دي او د دغه میتودونه دراتګ له کبله هغه نا اميد کوونکی تمورونه چې د علاج وړنه وه او س بهبودي او د ناروغ د عمر داوردوالی هيله شته کوي د مثال په ډول د Wilims تمور جراحی عملیات، تشعشع او Actinomycin کوي د مثال په ډول د Adramycin همدارنګه د تدие کارسينوما کیموترپی هورمونل او تشعشع او جراحی مرستیال لاری چاری دي.

II : د کانسر د پراختیا فکتورونه او د هغى گلینیکی خواص:

A: لمفاتیک خپریدنه

د کانسر د اتشار لمرنی لار موضعی لمفاتیک سیستم دی د مثال په ډول د ثدی کانسر د ټولو رو مبی په اساسی ډول د تخرګو او تحت الترقوي وریدونو ته نتوؤخي. د ثدی د کانسر په کلاسیکی سستیکتومی او د موضعی لمفاوی عقداتو ایستل دي او د هغى سره یوچای د تمور سالم نسج د جدار پوری ایستل کيږي.

د ثدی د لمفاتیک سیستم دریناژ لپاره بله لاره هم شته ليکن د گلینیکی ازمونوله مخی داسی بسودل شویده چې د غه لار د ثدی د کانسر په اتشار کې دومره رول نه لري. پدې شرط چې هماگی اولنی لمفاتیک سیستم د تمور له کبله بندش نه وي پیداکړي. ليکن په دي باید پوه شو چې د لمفاتیک سیستم تداوی کول په مستقیم ډول د سینی د جدار په او بدواли او یا د دیافراګم له لاری حیکر ته نه اجرائی.

ليکن یوه استثناه هم شته او هغه داچی داخلی ثدیوی لمفاوی عقدات چې د ابتدایي لمفاتیک سیستم رول لري او د ثدی د نیمایی داخلی لمف هلتہ توئیری کولای شو چې یا وایستل شي او یادشعاعی تداوی پواسطه تداوی کړو د ثدی په کانسر کې که چيری د میتا ستاز شک هم موجود نه وي بیا هم د تخرګو لمفاوی عقدات په ۳۵ - ۴۰ % واقعاتو کې د کانسر لپاره میکروسکوپیک ساحه ګنل کيږي.

B: (وریدي انتشار) Venous spread

خینی تمورونه لکه سرکوما په وصفی ډول د هیماتوجنسیس لاری نظر لمفاتیک سیستم ته انتشار کوي کله چې یو تمور د وریدي لاری انتشار وکړي دغه تمور نظر لمفاتیک سیستم ته ډیر خطرناک دی دتمورونو امبولي د لمفاوي عقداتو پواسطه کم کېږي مخکي له دې چې دسرو اویا نورو لیری اعضاو ته ورسیبری او دغه وتیره د کانسر د علاج لپاره بنه چانس بلل کېږي او همدارنګه کله چې دتمور امبولي دوینی دوران ته داخل شوه چې دامعمولا سربو، ئیگر او نورو اعضاو ته پراحتیا مومي او په خپله امبولي د ثانوي نشوونما لامل ګرئي او دغه حالت تمور علاج دستونخوسره مخامنځ شي په ډیرو سرکوما کې د لمفاتیک لاری دتمور انتشار نادر دی ترڅو چې په خرګند ډول دیسوی لمفاوي عقدی غتوالي ونه لیدل شي.

که چيری لمفاوي عقده غته شوی وي ایستل کيدل یې اړین دی او که چيری انالیزیس د میکروسکوپیک انالیزیس پواسطه ونسودل شي چې تمور د وریدونو له لاری انتشار کړیدی دنارو غ علاج خطرناکه لیکن نامايدکوونکي نه دی.

د Fisher او سنی تجاري په حيواناتو کې بنکاره کړیده چې دتمور لمفاتیک انتشار او وریدي انتشار یو تربله سره اړیکی لري ټکه چې د لمفاوي عقداتو له لارې دوینی وریدي جريان ته داخلیدای شي داچې تمور دهري لاری انتشار کړي وي خو دلمفاتیک انتشار اثبات د کلينيکي له نظره د تداوي دپلان لپاره بنه لارښوونکي بيلېږي.

C: په دروان کې د کانسری حجراتو اهمیت او ارزښت

په لمري وختو کي داسى فکر کيده چي محطي دوران کي دکانسرى حجراتوشتون په ډير خراب اتزاو دلالت کوي. د Enell's کارونو دا خبره خرگنده کړه چي که هم دکانسرى واقعاتو په نيمائي پينسو کي په دوران کي کانسرى حجرات موندلاني شو خوبیا هم داتبول رنهوران په زياته فيصدي تر پنهو کالو پوري ژوندی پاتي کيداي شي پرته له دې چي د ميتاستاز شواهد بسكاره کړي له دې خبرى داسى معلوميږي چي دوراني کانسرى حجرات د ميتاستاز لپاره کم مسوليت په غاره لري او په خپله د ناروغ د عضويت مقاومت ميتاستاز په شاتمبولي شي ليکن دکانسرى واقعاتو په پرمخ تللي مرحله کي دغه دفاعي ميکانيزم د خرابي سره مخامنځ کيږي.

D: ايا دتمور مساز اوډ الاتو استعمالول د ميتاستاز د واقعاتو د پرمختګ او بالاخره د مرګلامل ګرځي.

په حيواناتو کي دتمورونو مساز په دوران کي دکانسرى حجراتو د زيات والي لامل ګرځي. يو خو ګلينيکي حادثاتو هم دا خبره تائيد کړيده په تجربوي ډول دا خبره خرگنده شويده چي د جراحې تروما د ناروغ د عضويت مقاومت کموي اوډ ميتاستاز لپاره لاره برابريېي کله چي د ناروغ ټيګر سالم وي دتمور دانجکشن په وخت کي ميتاستاز ډير کم اويا هيڅ نه وي.

خوتر ټولو بنه خبره داده چي دتمور د تماں او له استعمال او مساز خخه ډډه وشي که چيرې په پراخه ډول دتمور مساز ترسره شي د ناروغ د ژوند معیاد کميږي سره له دې چي

مونږ دى خبرى ته پاس اشاره وکړه چې په دوران کې دتموري حجراتو شتوالي دژوندانه دمعيار سره هیڅ نیغ په نیغ اړیکى نه لري.

دتمور انتشار او وخت تر مینځ اړیکى

ډير زيات متخصصين په دې عقيده دی که چيرى يو تمور په مقدم ډول تشخيص شي دهغى دعالج چانس ډير زيات دی درحم دعنق دکانسر په In situ مرحله کې ۱۰۰% دعالج وړ دی حال داچى په پرمخ تللى مرحله کې دا ناروغى يواхи ۲۰-۱۵% واقعاتو کې علاج کيداى شي او د اخربه په څرګند ډول د وخت د Passage پوري اړه لري او وايي چې ژر تشخيص غوره علاج دی همدارنګه د ماشومتوب تمورو نه دوخت په تيريدو سره د بشپړ علاج د مرحلې خخه ووخي.

ددغه عمومي نظریاتو په هکله ئینى سوالونه هم شته کله Colon (I) او د ثدي دکانسر په هکله داسى ويل کېږي.

۱- دتمور غتوالى په خراب انزار دلالت کوي.

۲- دزياتو لمفاوي عقداتو اخته کيدل هم خراب انزار لري.

دغه پورتنى دواړه فکتورونه دوخت د Passage پوري اړه لري نو د مقدم تشخيص لپاره (پاپ سمیر Pap smear ، Xerography ، Monography ، smear سگموئيدوسکوپي او نور روتيں معاینات غوره گام وي)

III: د کانسر تشخيص

A: په وګرو کې د کانسر پلتنه : (Asymptomatic Patient)

په وګره ايزه توګه د کانسر پلتنه مطلوب کار دی. لیکن په عملی توګه په دی هکله کوم خاص پروگرام نشته. که خه هم په وګرو کې د شکمنو واقعاتو په هکله گام اخیستل شويدي. خو بیا هم لکه چى وموويل چى مقدم تشخيص غوره گام دی نوباید ددی مقصد لپاره ډير مطلوب پروگرام جوړ شي چى دا کار په اقتصادي لحاظ ارزانه او د تداوي لپاره بنه ګټوره لارده او دا کار د هغه ګروپ ناروغانو مقدم پیژندل دی چى د خطر سره مخامنځوي او برسيره پردي دهغوي د یوی ارزانه لاري تاکل وي چې هر (۳-۵) کاله په استروال کې ترسره کېږي.

B: د هغه ناروغانو تشخيص چى اعراض او علامي لري

په عمومي ډول د تشخيص یقيني میتود د هستولوژي معاينه ده خو بیا هم یو ماهر داکتر کولاي شي چى د ګردش ازمویني د ناروغى ربنتيني تشخيص ترسره کړي لیکن د مرض د پوره تداوي لپاره ترڅو چى هستولوژيک معاينات نه وي شوي باید تراجرالندی ونه نیوں شي او خصوصاء دی کارته تر هغه وخت پا ملننه په کار ده چى د کانسر د میتاستاز ویره په مینځ کې وي یو ذکي داکتر باید متکرر بايوپسي، پاپ سمیر اجرا کړي خصوصا که چيري د کارسينوما خواته فکروشي اوافت په زړو خلکو کې موجود وي.

C : دتشخيص میتودونه :

Excision biopsy

یوه وروکي تموري افت کي داپول عملیه هم دتشخيص اوهم دعالج لپاره ترسه کيربي خصوصا که چيرى داتمور د جلد اويا تحت الجلدي انساجو پوري اره ولري که چيرى دپراخه شق لپاره ضرورت موجود وي ناروغ باید ددى عملی خخه رومبی خبر كرایشي.

Incisional biopsy : ۲

که چيرى پورتنى عملیه کوم ستونخه مينخ ته راوري اويا داچي گرانه وي اويا اکسريز تراپي دناروغ دعالج لپاره غوره تداوي وي نود Incisional biopsy اجراء کول غوره کار دى.

Needle Biopsy - ۳

داپول بايوپسي دهغه ناروغ لپاره اجراکيربي چي دهغه خبيث افت دعالج ورنه وي کله داسی هم کيربي چي اخيستل شوي پارچه دتشخيص لپاره کافي نه وي اودتمور تشخيص دغلطي سره مخامخ شي دکبد تمور اودهدوکي مخ دستني دبايوپسي لپاره غوره ئايونه دى خو سره له دى چي لمف نود ، سربى ، هلهوکي ، ثديه ته هم رسيداي شي.

Exfoliatvie cytology - ۴

پاپ سمیر Pap smear در حم دعنق دکانسر د تشخيص لپاره او Insitu کارسينوما لپاره غوره عملیه ده دا عملیه نن ورخ دسپرو ، خولي ، خبيشه ايفيوزن دثدي افرازات اوحتى کله کله د مرى په کانسر معده او د کولون په کانسر کي ورخ په ورخ زيات استعماليربي او خپل اهميت زياتوي.

D: د جراحی میتود د تشخیص پاملرنه

داوعیی خبیشی تمورونه لکه سرکوما شاید د Incisional بایوپسی وخت کې شدید نزف ورکړي جراح باید په عاجل ډول د نزف د مخنيوی لپاره په لوی عملیات لاس پوري کړي په شدید خبیشه تمورونو کې د Incisional بایوپسی عملیه د کانسری حجراتو د پراختیا له امله مضاد استطباب او په دی ډله کې د پانقراس، سربو کارسينوما او میلانوما شامل دي.

IV : هغه فکتورونه چې د تداوي په پريکره اغیزه کوي:

A: د اسوال باید وشي چې ایا د علاج چانس شته او که نه؟ داکتر باید پوه وي چې دنادر علاج لپاره وروکې چانس شته او یا د علاج ورنه دی که چیری د علاج لپاره چانس موجود وي داکتر باید دهغى خخه منکر نه شي.

۱- ایالیری میتاستاز یې ورکړیدی؟

يواخینې قبول شوي معذرت چې د عملیاتو مخ یې نیولی دی د تمور لیری میتاستاز دی "مثلاً د سربو په کانسر کې د Scalene Distant metastases) عقداتو مثبته بایوپسی د عملیات ورنه بلل کېږي همدارنګه دقق د هدوکې او د حررقی هدوکې د Crist مثبته بایوپسی هم ناعلاج ناروغۍ بلل کېږي.

۲- ایا د ناعلاج توب لپاره کوم موضعی شواهد شته؟

برسيره په لیری میتاستاز موضعی خواص هم شته چې ناروغ د انزار له پاره ډير با آوري دی د مثال په توګه د سربو په کانسر کې د پلوراپی انصباب شتوالي د ناعلاج توب نښه ده

دبلی خوامحیطي تموري التصاق چى دجداري پلورا سره يې لري چې دى ته a "grave sign" هم وايي شايد دهمدى التصاقى پلوراء او سبېي ايستل دعالاج لپاره لېه لاره پرانيزي.

كوم ميتدود بهتر ده؟ Curative treatment : B

داناروغى په شروع او مناسب وخت کې بايددا پريکره وشي چې ايا ناروغ دتداوي چانس لري او که نه؟ وروسته له هغى دنورو معلوماتو را تپولول ضروري دي دېر مختللىي ناروغى لپاره دا خبره بايد خرگنده شي چې جراحى تداوي او يا راديوترابې خخه کار واخيستل شي ددى مقصد لپاره تموري حالت، پخوانى تجارب او دتداوي زيات معلومات بنه لارښونه کولاي شي په ئىينو ناروغانو کې د جراحى او X-ray تداوي برابره تىيجه ورکړيده ئىينى اضافي فكتورونه لکه Cosmetic ، اقتصادي، اجتماعي او روحي زمونې د تداوي په اخرنى فيصله اغيزنا که رول لو بولاي شي.

كله کله په ئىينى ناروغانو کې جراحى تداوي په زړه پورى اقدام دی خو په دى شرط چى رنځور دناروغى دعالاج ناخوالى وزغملاي شي.

نادرائى ئىينى ناروغان دتداوي مطلوب پيشنهادونه ردوی نوبه به داوي چى دا ډول رنځوران په بله الترتیف ميتدود تداوي شي.

۱ - Curative surgery

په علاج پذير کانسر کې يعني که چيرى کانسر موضعى وي او مجاور لمفونود باندى يې برید نه وي کړي د جراحى عملیه غوره تداوي ده.

په دې هکله ۸۰-۸۵% د تداوی نتيجه بنه بنودلى ده که چيرى يو تمور په احتمالي ډول
شكمن خباثت بسکاره کړي د جراحی عملی په وخت کې بايد په لړه اندازه نورمال نسج هم
وايستل شي.

Common cancers in surgery is curative

۱. All GI cancer – Lower Esophagus, Stomach , Biliary system, Large and small bowel (Pancrease)
۲. Bone
۳. Breast
۴. Eye
۵. Genitalia
۶. Endometrium
۷. in situ carcinoma of cervix
۸. Larynx
۹. Lungs
۱۰. Melanomas
۱۱. Most head and neck cancers with cervical metastasis or evidence of radioresistance
۱۲. Most skin cancers
۱۳. Ovary
۱۴. Renal Cancer
۱۵. Salivary Gland
۱۶. Sarcomas
۱۷. Some tumors of the brain
۱۸. Thyroid

در خوه اجسامو په تومورو کې لکه تائیروئید، پاروئید کې د استعمال وړ د همدارنګه په اپي تلیل کارسینوما کې په پراخه اندازه د نورمال نسج ایستل توصیه کېږي. د معده، مری او مثانی په کانسر په پراخه اندازه د مخاطی غشا اشغال مینځ ته رائی نو تر هغه پوری Frozen اجرا کېږي چې نورمال نسج بسکاره شي نو دلته باید تر هماغه ئای Resection اجراء شي.

لیکن در خوه اعضاو په سرکوما کې ۲۵-۵۰٪ پوری غلطی مینځ ته رائی څکه دا پول تمور زیات عمومیت نه لري او د ګروس له نظره سليم معلومېږي. اکثراً د اتمور کېږي او رنځور ته ډاډ ګیرنه ورکوي او د سیتالوزی د راپورتله انتظار وباسو. Enucleated په دی ناروغانو کې X-Ray تداوي کومه ګته نه لري خو کله چې سرکوما ثابته شوه د اتمور ایستل غوره تداوي ده.

Excision a: موضعی

څینی کانسرونه چې کمه اندازه خباثت لري په دې میتسود سره تداوي کېږي څکه دا کانسر ناردا مجاور لمفوی عقداتو ته برید کوي د اتمورونه عبارت دی له : Small cell

Basal cell carcinoma, Adamantinomas

Block dissection : b

هغه تومورنه چي مجاور لمفاوي عقداتو ته اتشار کپي وى ددى ميتود پواسطه تداوي
کيربي حيني دهمغو لمفاوي عقداتو خخه عمليه شروع کوي او دابتدايي تumor خواته راخي.
داپول عمليه د ثدي، معدى، امعا ميلانوما او حيني دخولي په کانسرونو کي داجرا وړد.
ليکن د شوندهو په کارسينوما کي چي لمفاوي عقدات نه غتيربي او ميتاستاز هم نادر دی
کله کله پورتنى عمليه اجراء کيداي شي که چيرى خوموده وروسته رقيبي لمفاوي عقدات په
کانسر اخته شي د غاري Dissection د علاج غوره دايими لارده.
که چيرى لمفاوي عقدات ونه ايستل شي د جراح مسوليت زياتيربي او ناروغ بايد دتل لپاره
د خپلی مشاهدي لاندی خارنه وکپي.

: Resection C

ديوئانگري ميتاستاز Resection په حيرانوونکي دول د علاج فيصدي پورته ورې.
دمثال په ډول د سبرو د کانسر د ئانگري ميتاستاز غوشول تقربيا په ۴۰٪ واقعاتو کي
د پنهو کالو د ژوند هيله زياتوي او دا نتيجه د سبرو دابتدايي کانسر ايستلو خخه ديره بنه
ده همدا عمليه د امعاء، پښتوريکو او تائيروئيد په کانسر کي هم بنه نتيجه ورکولاي شي.
ليکن ددي لپاره چي دا خبره بسکاره کړو چي یواхи ئانگري ميتاستاز موجود دي بايد د
بايوپسيي او B.M معاینه اجراء شي. برسيره پردي Liver Scan او حتی لپراتومي
استطباب لري چي دا کار کبد د ميتاستاز او د داخل البطيني ميتاستاز شک له مينځه
ورې.

d: جراحی Excision پواسطه دکانسر وقايه :

د اعمالیه په معایي پولیپونو دمخت Kerateses د مخاطی غشا لوکوپلاکیا په قرحتو کې داجراء وړ ده. ټکه دا پورتني افات په زیاته پیمانه د خبات خواته میلان لري.

د طفولیت دوخت سنتی د قضیب د کانسر او رحم او د کارسینوما مخینوی کولای شي.

e: جراحی خصوصی تکنیک

په موضعی ډول د کیمودرایپی انفیوژن هیڅکله سفلی اطراف په میلانوما او ځینی سرکوما او د سر او غارپی په کانسر کې دومره ګتیور نه تمامیږي. لیکن په ځینو پیښو کې دامیتود ګته لري په ځانګړې پیښو کې خصوصی جراحی تکنیک کله د Mohs میتود د مهم نواحی په محافظوی تداوی کې بنه تاثیر لري. نوی تکنیک چې د Cryotherapy په نوم یادېږي په تازه ډول د بولی تناسلي جهاز او مرکزي عصبی سیستم په کانسر ونو کې د بنه والي اميد مینځ ته راوري.

په حیرانوونکي ډول درکتم په کارسینوما کې تردیره وخت پوری بنه والي پیداکوي لیکن دنورو کانسر ونو په تداوی کې د اتكتیک دومره زیات رول نه لري.

۲ - Curative radiotherapy

په ۱۷ فصل کې د اخبره په مفصل ډول بسکاره شویده چې خه وخت رادیوتراپی علاج کوونکی تاثیر لري خودلته دومره ویل کېږي چې د ناعلاج کانسر او د هغه کانسر چې ژر عود کوي د رادیوتراپی رول لري دا ډول پیښی د ټول کانسر ونو نیمايې پیښی په کې شامل دي.

Curative chemotherapy - ۳

دادول تداوي لتراوسه هم د ئينو تمورونو په تداوي کي محدود رول لري لکه Burkitt's Chorio Carcinoma، Wilm's tumor لفوما، او نور خو سره له دى شايد په راتلونکي

وخت کي د تداوي داميتود دنبه والي هيله پيدا کړي.

۴- د کانسر په تداوي کي د جراحې او رېډیشن ګډون:

تداوي ګډون (کیوراتیف او پالیاتیف) ډيره ګټوره ده او د هغې استعمال ورځ په ورځ زیاتیدونکي طرفداران لري.

د هري خانګي د مختلفو متخصیصینو په مینځ کي نژدي همکاري او کانسولتیشن ډير زيات اهمیت لري ترڅو چې د تداوي په هکله شک له مینځه یورل شي او کیداي شي چې يو ډاکتر د نور په مشوره د ناروغ د تداوي لارښونه په غاره واخلي او ناروغ خپل معالج ډاکتر و پیژنې د کانسر په تداوي کي د ناروغ او ډاکتر تر مینځ اړیکې د زیاتی پا ملنې وړ دی او دا باید Jeopard zed نه شي.

Palliative treatment : C

۱- دا تداوي په عمومي ډول په دريو گروپونو ويشل شويدي

a: دارام ژوند او بردوالي

په ئينو تمورونو کي د پا ملنې وړ د ژوند او بردوالي شته او د هغې غوره مثال د ثديبي منتشر کانسر دی يعني وروسته د Adrenalectomy او Oophorectomy او څخه په دراميک ډول د هدوکو د میتا ستاز بنه والي په وروستي پېړي کي د کانسر د تداوي د پرمختګ یوه لاره ده په ئينو تمورونو کي لکه د کولون او تائيروئيد په کانسر کي د پنځو

کالو دژوند او بدوالي هم غوره اقدام وي لیکن ئىنى كانسر ونه شته چى دەغى دپالياتيف تداوي هيلىه ڈيره كمه ده.

b: دپاسيف تداوي بل شكل دناروغ د عمومي اعراضو كموالي دى.

يعنى كه چيرى ناروغ نزف، درد، تېپ، انيميا او داسى نور ولرى دغه اعراض تول وروسته دپالياتيف تداوي خخه كموالي مومي او دايو عادلانه فيصله ده چى بايد نوموري تداوي اجراء شي.

c: ترېولو گرانه پالياتيف تداوي داعراضو وقايه او مخنيوي دى مثلا په پالياتيف ڈول د کولون قطع کول د کولون د کانسر دترف او انسداد مخه نیولاي شي.

۲- دناروغ عرضي او روحى گلودېي ساتنه

ئىنى داكتران د ناعلاج کانسر ناروغ ته وايي چى نور له دى زيات ستا ناروغى لپاره خه نشي كولاي او ناروغ او دھغه فاميل دھفوی د شخصي لاربسوونى لپاره پريبردي. ئىنى نور ناروغ ته پالياتيف تداوي او ڈاچىگىرينه دواوه ورکولاي شي او داكار ناروغ روحى فشار خخه ساتلای شي.

۳- اضافي : Comment

a: په ساده ڈول د جراحى او X-Ray او كيموتراپي پواسطه دتمور حجم كموالي دناروغ سره مرسته كولاي شي. لىكىن كه چيرى دغه تداوي لپاره كوم ربىتىنى او حقيقى چانس موجود نه وي بايد د استعمال خخه يې ڏوھ وشى كه چيرى داكتر دتجربوي پروتكول له مخى كوم ناروغ ته د تداوي ڈاچىگىرينه ورکپى چى هر خه ڈاكتر په وس كې دى دسانى لپاره ڏوھ نه كوي چى داكار د روحى ساتنى لپاره بنه اقدام دى.

Objective regression -b

دادول کلمه معمولاد پالتیف تداوی په سیر کې د کیمومترای او رادیوتراپی خخه استعمالیږي او اکثرا دادول معنی لري چې د تمور په داخلی جسامت کې د نیما ی خخه کموالی راغلی وي او دا یودیر گټور میتود دي ئکه مونږ کولای شو چې د دی له مخی موثره دوا ی د نورو د ډلی خخه جدا کړو د اخبره ضروري نه ده چې د تمور د کموالی سره سم د ناروغ په عمومي وضعیت کې بنه والي و ګورو.

"Subjective Respons" :C

دادول کلمه په انکالوجي کې زیات د استعمال وړ ده مثالاً: ناروغ وايي (زه بنه یم) او یابنه معلومېږي دادول کلمات د ناروغ د روحي فشار د ژغورنی لپاره بنه لار ده که خه هم په اصلی ناروغی کې کوم ربنتینی بدلون نه وي راغلی
V: هغه فکتورونه چې د ناروغی انتزار باندی اغيزه کوي:

ټول طبیبان باید یو خه ناخه په هغه عواملو باندی پوهشی کوم چې په انتزارو باندی تاثير لري لو مری باید ڈاکتر د نوموري فکتورونو د پیژند ګلوی قدرت ولري.
دمثال په توګه مقدم تشخيص، ثانیاء ڈاکتر باید د ناروغی انتزار و پیژنی او د هغى له مخی خپله دوامداره تداوی ترتیب کړي او باید د ناروغ د فامیل پا ملننه دا وړدی مودی د پلانونو په ترتیبولو کې راوګر څول شي یا په یوه خرگنده موقع کې کیدای شي چې یوشمیر زیات فکتورونه د مریض د ژوند چانس دوه دری پلا زیات کړي.

A: دتمور او كوربه تر مينخ اريکى (The Tumor and Host Relationship)

ديو تومور پت خباتت بسايي چې دتمور په انزارو باندی دټولو څخه مهم تاثير ولري او همدارنگه مونبيه پوهېږو چې تقریبا د پانفراس، مری او د سربو ټول کانسرونه مرګ منځ ته راوري او داد تشخيص څخه وروسته فوراء صورت نيسی که خه هم په ځینې مريضانو کې يوزيات شمير Host فكتورونه وجود لري چې دتمورونو دېرمتختګ مخه نيسی لکن هغه وزونکي تمورونه چې دخباتت قوه يې زياته ده او د ناروغ دفاعي فكتور په مکمل ډول له منځه وړي او د تمور د انتشار لپاره زمينه برابروي او ډير ژر ناروغ وزني Macdonald له خوا داد حياتي مقدم خبريت Biological predetermines په نوم يادشوي دي.

د Fisher له خوا يوشمير كوربه فكتورونه په حيواناتو کې مطالعه شويدي او شايد ددي جملې څخه ځینې فكتورونه په انساني پيښو کې هم اهميت ولري.

B: مقدم تشخيص (Early Diagnosis)

د کانسر مقدم تشخيص یو عمدہ او مهم فكتور دی چې په انزارو باندی تاثير لري چې د سروکس په کانسر کې مقدم تشخيص یو فيصله کوونکي غوره والي او اهميت لري او مونبي د اسى عقيده لرو چې دپراخو مقدمو تشخيصونو په اساس دنوموري کانسر له کبله د مرګ د مينځ ته راتلو مختنيوی کولای شو (پاپ سمیر د استعمال پواسطه) دشیدي خورلوا او طفوليست په دوره کې د کانسر انزار دشیدي خورونکي ماشوم د عمر سره سه مستقيم اريکى لري او په همدي ترتیب دتمور د عمر سره هم چې یوچل بیا دلاندنې نظر يې اهميت روښانه کوي يعني هرڅو مره چې ژر تشخيص شي هغومره بنه والي لري.

دکولون هغه کانسرونه چې د روتین سگموئید سکوبې پواسطه په Asymptomatic مرحله کي تشخص شي دنورو متوسطو کانسر و خخه بنه انزار لري همدارنګه د ثديو په کانسر کي د مقدم تشخص پواسطه انزار يې هم بنه کيدا شي خودايو مشکل کار دی په یقيني ډول سره کوچنی تمورو نه چې ورسره د تخرګ لمفاوي عقدات په محدوده پيمانه اويا هیڅ اخته شوي نه وي یقيناء ډير بنه انزار لري په ھينو مراکزو کې ډاکتران داسی کوشش کوي چې د مقدم تشخص اهميت کم کړي دا ډول کوشش د کانسر د متخصصينو له خوا دزياتې شکمنۍ سبب کېږي نن ورځ د کانسر د مقدم تشخص د اهميت ثبوت د ټولو کانسر ونو لپاره ګران کار دی.

C: د لمفاوي عقداتو اخته کيدل

ديو عمومي اصول په حيث د کانسر پواسطه د لمفاوي عقداتو اخته کيدل د مرض انزار ډير خرابوي او اکثرا له هغه مریضانو په نسبت چې لمفاوي عقدات يې اخته شوي نه وي یو نیم خله زيات خراب انزار لري او د دی حالت لپاره بندیز وجود لري یعنی که یواخی یوه لمفاوي عقده اخته شوي وي نو دا مرض نسبت هغه حالت ته ډير بنه دی چې ټول لمفاوي عقدات يې اخته کړي وي.

D: د کانسر پر اخтиما

په عمومي توګه که د یوی عضوي کانسر هر خومره لوی وي په هماماغه اندازه د مرض انزار خراب وي همدارنګه د کانسر تمور لوی والی د لمفاوي عقداتو داخله کيدو سره یو مثبت ارتباط لري.

Venous invasion :E

که لوى وريدونه په ڏيره زياته پيمانه د كانسر دحملی لاندی راغلی وي نو په دی حالت
کي دعضويت يوي ليږي برخى ته د كانسر دميتابستاز امکانات زيات وي که دوريدونو
اخته کيدل د مايكروسكوب پواسطه تشخيص شي نو داول ناروغان نسبت هغه ناروغانو
ته چې وريدونه یې اخته شوي نه وي یوه اندازه (۱۰-۱/۵) خرابيري. په زره پوري خبره
داده چې په محطي درواني وينه کي د ژوندي توموري حجراتو شته والي دومره بد انزار نه
لري خومره چې یو شخص فکر کولاي شي.

هستالوژي

په عمومي توګه اناپلاستيک تومورونه ډير خراب انزار لري او بنه تفريقي شوي تومورونه
نسبتا بنه انزار لري لakin خرنگه چې په ڈي لپکي یو شمير استثناء هم وجود لري نوله دي
کبله په یوه ئانگري پيسني کي ددي ادعا ثبوت گران کاردي.

Age :G

يوزيات شمير طبيان داسي نظر لري چې هغه تومورونه چې په ځوانانو کي پيداکيربي
خراب انزار لري او که هم داول تومورونه په زړو خلکو کي پيداشي نو انزار یې بنه دي
کيداي شي چې په ڈي خبره کي یوه کمه اندازه ربستيابالي هم وجود ولري لakin باید په ڈي
باندي ټينگار وشي موږ باید د عمر داولني برخو تومورونه وژونکي (خبيث) او د وروستني
عمر تومورونه دهفوی په نسبت سليم ونه گنو.

H: عمومي طبي عوامل

هغه خراب انزار چي د عمومي طبي پرابلمونو سره يوئاي وي او په تالي دول دنوموري پرابلمونو خخه دژوند دتوقع کموالی مينځ ته راخي نو په دی حالت کې مناسبه تداوي کيدای شي د مريض له خوابنه تحمل نشي په کلينيك کې داسى شواهد وجود نه لري چې دا دول عوامل دمراض انزار او همدارنګه دخبات انزار تبديل کړي.

I: د مريض بنه خارنه

ئيني مريضان چي کانسر يې عود کړي وي دشفاکيدو يو خه ناخه اميد لري. علاوه پردي په هغو مريضانو کې چي اولنى کانسر يې مکمل تداوى شوي وي ديو دويم مقدم کانسر (خصوصا جلد، کانسر او کولون کې) منځ ته راتللو امكانات ډئرزيات دي نوله همدي کبله د کانسر مريضانو دښي طبي ساتني لپاره ده ګوی په موثره توګه تعقيبول ډير ضروري دي په داسى حال کې چي معمولا ددى خبری خخه غفلت کېږي يا په بل عبارت دي خبری ته توجه نه کېږي.

J: روحی او هيجانی عوامل

دا خرگنده خبره ده که مريض د تجويز شوي تداوي خخه انکار و کړي نو انزار يى متاثرېږي د ناروغ د پاملنۍ نشتوالي په کمه اندازه د داکتر د غلطی پوری اړه لري که طبيب داسى عقیده ولري چي تجويز شوي تداوي يو Mutilation (قطع کول داعضاو) دی اويا د قبول ورنه دی نو دا دول طبيب مريضانو ته د داسى تداوي تجويز نه کوي هغه طبيان چي

دکانسر تداوی کوي باید یو مثبت برخورد ولري او که طبیب داسی خیال ولري چی تداوی به بنه تیجه ورنه کرپي که هغه دکامیابیدو ډير کوبنبن هم وکرپي نوبیا هم د هغوي دکامیابیدو امکانات ډير کم دي. او د تداوی په نشتوالي کي نه مونبي پوهیب و چی په طبیعی ډول د مرض زیات پرمختگ په مرگ تمامیبری لakin بیا هم ھینی احصائیه اخیستونکو علماء کې ھینی مقالی لیکلی دي چی داسی مفهوم ورکوي چی د ھینی مرضونو تداوی او د مرض په انزارو باندی هیخ اویا ډير کم تاثیر اچولی دي او له دی کبله ھینی طبیبانو منفی طرز العمل غوره کرپي دي.

نوري ڪتنی

A: د هغه ډول مریضانو پرابلم چې میتاستاتیک کانسر لري لakin د مقدم کانسر کومه واضح علامه نه لري د مقدم تشخیص خخه رو مبی باید داسی ناروغتہ وویل شي چی کومه خبره نشه او داکتر بایدد باوري معلومات دکانسر د ابتدایي ئای د تشخیص لپاره راتیول او بیا د میتاستاز په هکله فکر و کرپي مثلاً په بنخو کارسینوما دشدي، تائیروئيد او لمفوما زیات عمومیت لري. که چیری د ناروغ د معایینی پواسطه دا کارسینوما تشخیص نه شي، داکتر خپل تداوی داسی پیل کوي چی عیناء همدا ډول کانسر وونه موجود دي يعني په بنخو کې د شدی کانسر زیات عمومیت لري اویا نارینه و کې د پروستات او تائیروئيد او لمفوما کانسر زیات دی که چیری لمفوما ونه پیژندل شي نو د پروستات کانسر خواته په نارینو کې زیات فکر کېږي.

B: په هغه محلاتو کې چی معقوله تداوی یو طبیب ونشی کولانی د ابهتره ده چی هغه پریبودی.

مثال:

يوه زخه چي ظاهرا سليمه بسکاري لakin په حقیقت کې دا دسلیم او خبیث تر منځ قرار لري او کله کله تقرحي کېږي چي داکتر نوموري زخه په محدود ډول یې ليږي کوي او مریض ته داسی وايی چي دا دومره خطرناکه نه ده او یواحی په موضعی ډول قطع کول یې کفایت کوي بنایي د پتالوژي له نظره دا یو میلانوماوي داکتر داسی دلایل ورکوي چي نوموري زخی مايكروسكوبیک څنډی لرلی. حال داچی هغه پوهېږي نوره تداوي یې اجراء کړي نه ده او کوشش کوي چې نوموري وتیره ناروغتہ سليمه معرفی کړي او ناروغتہ داسی ویلى دی چې دادومره خطر نه لري او س چې دوه کاله وروسته ناروغتہ داسی ویلى ویلى دی چې دادومره خطر نه لری او س چې دوه کاله وروسته ناروغ په یو داسی حالت کې مراجعه کوي چې یوزیات شمیر Recurrent په ډول په هغه ناحیه کې پیداشوی او د سپرو میتاستاز علامی هم مینځ ته راغلی دي.

C: د مریض د تعقیب او تشخيص لپاره مهمی کتنی

۱- خارنه

زيات شمیر ناروغان په Recurrence صفحه کې ډير د تداوي وړ دي او د یوزیات شمیر نورو مریضانو په ناروغی کې دكتنى وړ اندازه کمنستراتلای شي. بالاخره دايمي مقدم کانسرونه ډير عموميت لري او باید ژروپېژندل شي او تداوي شي اگر چې II جدول یوزیات شمیر مثالونه ورکوي لakin باید هره پېښه په ځانګړي توګه معامله شي او په ډير دقت سره هغه تومور چې د بيرته Recurrence امکانات یې ډير زیات وي تعقیب شي.

۲- تشخيص کول يا اندازه کول:

ديولر پيبنو تشخيص دلاندى دلليلو په اساس کيرېي:

A: لپاره ددى چى دعرض دانزارو په باره كې مكمله لاربسوونه لاسته راشى.

B: لپاره ددى چى وپوهيدل شي چى كوم ئاي كې واقع كيرېي.

C: د مختلفو سببى او عرضىي تداوي گانود مىتودونو دارزىنىت معلومولو لپاره.

D: دمراض دتداوى لپاره ديو چوكات جورول.

E: دمراض په تنظيمولو دتيروتى تجزيه کول او دهغى د اصلاح کولو لپاره اقدامات.

F: دا تيروتى عبارت دې له (د تشخيص، تداوى او د اختلاطاتو غلطى)

G: د کانسر په پرمخ تللى مراحلو كې د تمور وده او پراختىيا په هكله کافي معلومات لاسته راوري.

H: کله کله د Etiologic او اپيدميالوجيك معلوماتو دلاسته راورلو لپاره بايد هخه وشى.

I: د خپلو تايجو چى لاسته راوري دى د نورو خلکود تايجو سره مقاييسه کول.

دتعقيبولو جدول

دكانتىر موقعيت	دتعقيبولو وقفه	دكانسى رو	صدري يانور X-ray	هفه حالات چى درملنه په كې ممکن وي	دمرض دتحفييف امكانيات	دويمىي مقدم كانسرونە
١- داخل فمي كارسونوما	باید هر ٣-٢ مياشتى باید تعقيب شى	موضعى رقبي لمفاوي عقدات	١٢-٢ مياشتى بعد اجراسي ميتاستاز	X-ray Methotraxate	موضعي Recurrence ادغاري ميتاستاز	سبى او مثنانه
٢- ثدائى	باید هر ٣-٢ مياشتى باید تعقيب شى	دصر، جدار، سبى، خىگر او هلهوكى	هر ٢ مياشتى پس اجراسي X-ray او Mamogram هر ٢-١ کاله پس اجراسي	X-ray Adrenalectomy	معمولادجلي په Recurrence حالوکى Anastomotic recurrence rarely local	١٥-١٠ مقابل كې كيمـوتراپي او
٣- سبى	هر ٣ مياشتى پس	سبى، خىگر، هلهوكى او ماغزه	هر ٢ مياشتى پس	Perineal recurrence solitary metastasis	٥-FU and other Agent نادرانور عوامل	Very common
٤- كولون	هر ٣ مياشتى پس	سبى، خىگر او پريتوان	باريوم اماله هر ١-٢ کاله پس هر کال سگموئيدوسکوبى کول Digital او کل كله موضعى هر ٣ مياشتى پس ورکول او بوازى انفـرادى ميتاستازس			دير عمومىت لري

دشاعی درملنی پرنسيپونه

Prespective - ۱ (تاظر)

دخبیشه ناروغیو په تداوی کې دهغه وخت بنه لاسته ته راورنه چې تومور په بشپړ توګه ختم کړای شي او دشاوخوا نارمل انساجو په جورښت اووظیفه کې کوم سوء شکل مینځ ته نه شي دکلینیک په عملی ساحه کې داسی په زړه پوري انتخابي تاثیر کله کله لاسته رائي او د یو خطروناک مرګ بخښونکي تمور د منځه وړلولپاره که تريوه حده پوري د هغوي دشاوخوا انساج د هميشه لپاره ويچار شي نوباید داکتر ددى لپاره ئان اماده وساتي چې په دی توګه دنارمل انساجو د تخریب لو اندازه په مختلفو پیښو کې ډول ډول دي لakin دژوندي نسج روغتیا باید وساتل شي پورته ذکر شوي په زړه پوري اغيزه د تشعشع د انتخابي تاثیر په نوم يادېږي دا باید یو عاجل ضرورت وي چې نوموري نظریې ته تکامل ورکړي او په کلینیک کې دهغوي استعمال ته پراختیا ورکړو دا هکه چې د تشعشع د خیړنی ساحه کې د علم او زیاتره کونښن همدا دی چې د تشعشع نوره هم انتخابي جنبه غوره کړي او په زړه پوري حالت لاسته راړپه.

A: انتخابي تاثیر

تشعشع په تولیدي حجراتو باندی د یو انتخابي تخریب کونکي تاثیر په ذريعه عمل کوي نه د Cutery په خير هغه یوشمير مختلف تکنيکونه چې د شعاع د تطبيق لپاره نن ورڅ استعمال لري د خپل انتخابي تاثیر لپاره په لاندی دری فکتورونو متکی دي

۱- دخبيشو او نارمل انساجو د شعاعي حساسيت ترمنج فرق، نه دخبيت او نارمل نسج
خانگپري شعاعي حساسيت، دتشعشع په اتخابي تاثير کي مهم فكتور دي.

۲- دخبيشه حجراتو او نارمل حجراتو د دوبار وقامي د اندازو ترمنج فرق. يعني په توموري
حجراتو کي د تشعيش تخريبي تاثيرات دومره زيات وي چې حجرات دمرګ سره مخامن
کيږي او په نارمل حجراتو کي د تشعيش مجموعي تخريبي تاثير نسبتا کم وي نو ټکه
نارمل حجرات د ژربنه والي د خاصيت لرلو له کبله ژوندي پاتي کيږي.

۳- د تخريب څخه وروسته نارمل نسج د القيام قدرت ليدل کيږي يعني نارمل نسج د ندبي
نسج پواسطه القيام مومي او د هغوي دګتهي لپاره ندبي نسج تشكيل کوي لاکن همدغه
وتيره په توموري نسج کي صورت ونيسي نو د هغوي لپاره خطرناک ثابتېږي.

II : د تومور او انساجو شعاعي ټينګار

په راديوتراپيوتيک کي د تومور غوره عکس العمل د تشعيش په مقابل کي یو ډير ګران
ستونره جوروي.

Various tumors in decreasing order of relative Radio sensitivity Based on
Relatively direct tissue Effect (Hypoplasia)

Tumors	Relative Radio sensitivity	Tissue
Lymphoma, Leukemia, Seminoma, Dysgerinoma, Granulosa cell, Carcinoma	High	Lymphoid, Hematopoietic (Marrow), Spermatogenic, Epithelium, Ovarian cell follicular epithelium, interstitial epithelium
Squamous cell cancer of the oropharyngial, eosophagial, bladder, skin and cervical	Firly high	Oropharyngial stratified epithelium, epidermal epithelium, hair follicle

epithelium		epithelium, sebaceous gland epithelium, urinary bladder epithelium optic lens epithelium, gastric gland epithelium, urethral epithelium
Vascular and connective tissue elements of all tumors, secondary meovascular zation, astrocytomas	Medium	Ordinary interstitial connective tissue of, neurological tissue (connective tissue of the nervous system) fine vascular, growing cartilage or bone tissue
Adenocarcinoma of breast epithelia, Serous gland epithelium, salivary gland epithelium hepatic epithelium, renal epithelium pancreatic epithelium, Thyroid epithelium Colon Epithelium: Liposarcoma chondrosarcoma osteogenic sarcoma	Firly low	Mature cartilage of bone tissue, mucous or serous gland epithelium, salivary gland epithelium, sweat gland epithelium, nasopharyngeal simple epithelium, pulmonary epithelium, renal epithelium hepatic epithelium, thyroid epithelium, adrenal epithelium
Rhabdomyosarcoma, Liomyosarcoma, Ganglioneurefibresarcoma	Low	Muscle tissue, Neuronal tissue

دشاعی حساسیت تر شعاعی مقاومت پوری توله ساحه نه یواخی دهستوپتالوژی له نظره

په مختلف ډوله تومورو کې لیدل کیرې بلکه په مختلف کوربه و کې عین خبیثه پروسه

دلیدنی وړ ده.

A: نظریه او چوکات

۱- دشاعی حساسیت اصلی خرګندونی او تعریفات چې د کلینیکي او پتالوجیکي خیرنو

له مخی لاسته رائحي.

۲- د تجربوي پرمختگ هم شويدي په دی او سنی و ختو کې په Invitro کې د كالوني دشمیرلو لپاره د Tissue culture د تکنيک استعمال او په Invitro کې د Cell شيمراستعمالولو سره د Tumor transplantation تکنيک د ساععي عکس العمل داندازى د معلومولو لپاره استعمال شويدي.

۳- د كلينيك له نظره ديو تومور ساععي حساسيت دلاندنې فكتورونو پواسطه اندازه كيربي.

A: د تشعشع په وخت کې د تومور د بيا پيداکيدل، يا غونجيدو چتكتيما او اندازه.
B: د ساعع پواسطه د شفا کيدو اندازه تر ۵ کالو پوري اره لري اگر چې د ساعع پواسطه بنه کيدل او ساععي حساسيت يو په بل بدليدai نشي.

ساععي پتولوزي له نظره يو ساعع ته حساس تومور هغه دی چې په هغه کې د تشعشع پواسطه په حاد ډول حجرات له منځه تللې شي يا Hypo plasial منځ ته راتللى شي چې دازياتره په مستقيم ميخانيکيت دانسا جو په سويه پوري اره نيسسي او لره اندازه داوعيو او بين الخالي نسجونو د ويچاري دونکي تاثير له امله وي. همدارنګه هغه تومورونه چې ساعع ته مقاوم دي دنومورو تومورونو د پرانشيم حجراتو په مقدم او حاد توګه د منځه ورلو او يا Atrophy لپاره لور دوزونو ته ارتيا پينپيربي.

۴- د يو ساععي حساس تومور ساععي کلينيکي تعريف په دې ډول دی چې عبارت ده ګه تومور خخه دی چې د تشعشع په هغه دوزونو له منځه خي کوم چې دشاوخوا جورښتونو پواسطه په بنه توګه مينځ ته راتلای شي چې دا Microcirculation پواسطه بسکاره کيربي.

B: دشاعي حساسيت په اساس د تومورونو تصنيف بندی (لومري جدول دی وکتل شي)

۱- دشاعي حساسيت په اساس د تومورونو تصنيف بندی کول يا تومورونه ترتيب کول يو
بى اصوله کار دی او په دی ڏول ترتيب باندی ڦير تئيگار کول هم د نقايصو سره مخامن
کيربي.

۲- په پرله پسی ڏول شعاع ورکولو لپاره Criteria په کلينيكي او پتalogic منظرو
باندی اتكاء لري کوم چې تومور د تداوي په مقابل کې د مشابه اويا په مختلفو دوزونو چې
دشاع پواسطه عکس العمل ورکوي.

۳- دشاع په ورواندي د عکس العمل داندازه کولو لپاره D Microcirculation عکس
العمل ڦير مهم فكتور دی په شعاعي حساس تومورو کې د پرانسيم توموري حجراتو
محيط کوچني کيربي او اوعيي يې ساتل کيربي چې په نتيجه کې يو Super vascularised
تاثير منځ ته رائي په شعاعي مقاوم تومور کې وعائي تخريب لمري صورت نيسبي چې په
نتيجه کې د توموري حجراتو د منځه تللو او ختميدو لامل کيربي.

۴- د تومور عود د تمور د داخلي فكتورو د تداوي په وخت کې تغيرات، د دوباره نشوونما،
ميغاننيکيت، د توموري حجراتو د بدلون خاصيت او د ميزيان د مقاومت د بدلون پوري اره
لري.

C: د تشعشع په مقابل کې د تومور د عکس العمل اندازه کوونکي فكتورونه:
اگر چې عمومي کلينيكي لارنسوني دا ڏول خرگندول په مختلفو سويو خارل کيربي خو
بيا هم استثناء وجود لري او په يوه خانگري پينه کې رينتنى اټکل ستونزمن کار دی.

۱- دخانگرو انساجو منشاء

(لمپری جدول دی وکتل شي) دعضويت مختلف انساجو بدلون زغم او دشاعي حاسیت مختلفی سويی لري ددي خخه داسي خرگند يېري چى دشاعع په مقابل کې د حساس انساجو خخه منځ ته راغلي تومور شعاعي حاسیت لري او دشاعع ته مقاوم انساجو خخه تولیدشوی تومورو نه شعاعي مقاومت لري دعضويت انساج دشاعي حاسیت له نظره چى کوم نسج دټولونه حساس دی او کوم نسج دټولو خخه زيات مقاوم دی د ۲۰-۱ پوري درجه بندی شويدي نو په دی ترتیب Gonads Hematopoitic Lymphopoitic انساج او دعضويت دټولو خخه زيات حساس او په داسي حال کې چى منضم نسج دټولو خخه زيات مقاوم دی.

۲- په حجروي سويه :

د حجراتو یو مخصوص گروپ د تشعشع پواسطه په گراف کې یو تيپيک د حياتي بقاء منحنۍ په گراف کې رسميي د حجراتو په شعاعي حاسیت کې تغيرات په لاندی فكتورونو پوري اړه لري.

A: د حجراتو د Differentiation اندازه.

B: د سرعت Mitosis.

C: د حجري د انقسام دفعال حالت موده.

D: د انقسام قوت.

۳- په تحت الحجروي سويه:

د حجراتو شعاعي حساسيت دهغوي دحياتي تحت الحجري Targets سره اريکي لري لكه د DNA ماليكول.

هستولوجيك او هستوكميكل تلويني تكنيكونه هجه فكتورونه خرگندوي کوم چى دتشعشع په وړاندی د حجراتو د حساسيت لارښونه کوي DNA په ماليكول کي د P³² او يا دايمى (Tirtiated thymidin) علاوه کول بنيا چې د نوي DNA ماليكولو د جورښت چېکتیا د عکس العمل کولو په ذريعه د نوموري حجري د شعاعي حساسيت Indense لاسته رائي.

۴- خارج الحجري سويه :

شعاعي حساسيت د ميحط سره سم غوره اريکي لري دتشعشع په مقابل کي د عکس العمل د اندازه گيري کولو لپاره د تومور بستر Vascularity او داکسيجن شتوالي ډير غوره فكتورونه دي.

D: د شعاعي عکس العمل اټکل کول.

۱- د تراپي خخه مخکي هستالوجيكی درجه بندی

A: د سرحدونو يا کنارونو تصنيف بندی په عمومي ډول ويلى شو چې هر خومره چې کارسينوما Anaplastic وي په همغه اندازه بنه شعاعي عکس العمل بنکاره کوي لاکن دلته يو خواستناءت وجود لري لاکن مهمه داده چې دابايد ويژنډل شي. چې ټول شعاعي حساس تومورونه د شعاع پواسطه درملنه کيداي نشي مثلاء او همدارنګه بايد وييل شي چې ټول شعاعي مقاوم Lympho sarcoma تو مورونه د شعاع پواسطه د تداوي وړنه دي مثلا د ژبي Carcinoma.

۲- دامتحاني دوزونو خخه وروسته توليد شوي شعاعي پتالوزيک تغيرات:

a: در حم Cervix د کارسينوما تحليل د Glucks mann پواسطه.

b: د خصيو او مثاني د تومور مطالعه د Ried mans پواسطه (

په پورته کلينيکي پينسو کي ذكر شوي مولفينو د شعاع د يو دوز (۱۰۰۰ - ۲۰۰۰ راده

پوري) پواسطه د برخى د شعاعي حساسيت په باره کي اتكل کړيده دايosteri کونکي

کاردي امكان لري چي معاینه شوي برخه بنې بسکاره نسج نه وي او داميتد دير استعمال

شوي نه دي.

۳- Cytologic تستونه:

A: په Cervix کي د SR T?B?A? Cusbery او

B: په Cervix کي د TR RR graham او حجرات

C: د Puck او Marcus د حجري کلچر ميتد

ددی جملی خخه یو تست هم په پراخه توګه نه استعماليري.

III: د خبيشه تمورونو Radio curability

A: فكتورونه

د شعاعي تراپي داقدرت چي یو زيات شمير کلينيکي توموروونه په ځانګړي توګه تداوي

کړي یو تثبيت شوي کلينيکي حقیقت دی د جذری جراحی تراپي په مقابل کي جذری

شعاعي تراپي اتخابول د تراپيويک اندازی، د تومور اناتوميک پراختيا او د کوربه په

حالت باندی ولار دي.

۱- دکوربې حالت

د درملنې په تاکلوكې د کوربې نور طبی پرابلمونه د تومور د خباثت سره یوئحای وي رول لري د مثال په توګه په ډير مسنو خلکوکې د مثاني د سرطان جراحی تداوي اکثراء مضاد استطباب وي ځکه چې په دې عمر خلکوکې د زړه ناروغی هم موجوده وي او همدارنګه شعاعي تراپي هم په ناروغ باندي فزيکي بارونه اچوي.

په شعاعي تراپي کې د طبیعي معافيتي فكتورونو روول هم تربخت لاندی نیول شویدي لاکن فعلا، د کلينيک له نظره د دی اهميت تثبت شوی نه دی د مقدم تومورو نو قوي تداوي د کوربې معافيتي میخانیکتونه فعالوي یا یې د ځان سره ملګری کوي چې د دويمې محراق هم د حملی لاندی ونيسي.

په تجربوي شکل هغه تومورونه چې تشعشع شویدي او د هغى نه وروسته په کوربې کې بيرته زرق شوي دی چې د هغى پواسطه د پاتي تمور شعاعي عکس العمل زيات شویدي.

۲- د تومور اناتوميک پراختياء

د جذری ميتدود پواسطه د تداوي د اجراء کولولپاره ضروري دی چې د تومور د پراخوالی په اهميت باندي پوه شو په تир و کالوکې د جذری شعاعي تراپي حدود په ډير صحیح توګه تعريف شویدي د شعاعي تراپي د ابتدائي او پرمخ تللي تومورونو (T1 او T2) او ناحيوي لمفاوي عقداتو (N0 او N1 او N2) د تداوي لپاره استعمال پې ليکن شعاعي تداوي جراحی تداوي په مقابل کې د کوچنۍ کانسرنو او هغه تومورونو لپاره چې ناحيوي لمفاوي عقدات یې اخته کړي نه وي ډير منل شوي درملنه ده.

(TR) Therapeutic Ratio - ۳

دیونارمل نسج تحملی دوز Normal tissue tolerance dose او دتومور وژونکی دوز

ترمنخ اریکی دیوتومور Tumor Deathly dose (T₂ D₁) معلوموی

که نومورپی TR دیو واحد خخه زیات وی نوبنایی چی تومور په بريالی ډول له منځه لارې شي

او که دیو واحد خخه کم وی نوشاعی تداوی په زړه پوری نه ثابتیږي.

: دتومور وژونکی دوز (T D)

دھر ډول تومور لپاره یو ځانګړی دوزاتخاب کیدای شي چی دھغی پواسطه د نومورپی

تومور یوه لويه برخه حجرات له منځه تلای شي.

: نارمل نسجي تحملی دوز (NTTD)

دا عبارت دی دھغه دوز خخه چی که دمخصوصی اندازی خخه زیات شي نور غیر

رجعي نسجي تخریب منځ ته راوري او داهم دنسج ډول او دھفوی دحساسیت داندازی

سره فرق کوي کوم چی دتشعشع لاندی نیول کیږي دپورتنی بحث په اساس لاندنی فارمول

لاس ته رائي.

$$TR = \frac{NTTD}{T - D}$$

B : د خبيشه تومورونو تصنیف بندی دشاعی معالجی له نظره (۱,۳,۵,۶) په عمومی توګه

دری نور گروپونه لاس ته رائي.

۱ - دشاعی درملنی وړ کانسرونه یا Neoplasm

۲ - دشاعی تداوی وړ کانسرونه یا Neoplasm

۳ - شاعی مقاوم کانسرونه یا Neoplasm

دشاعی معالجی ور نیوپلازم TR دواحد څخه زیات دی.

A: حساس تومورونه

۱- جنینی منشاء (Embryonal Origin)

۲- ریتیکولو اندوتیلیل

او Hodgkin disease, Reticulum cell , Sarcoma, Lymphosarcoma, Ewing's

دھوکو Reticulum حجراتو Sarcoma

۳- Neurogenic

دادرینل دمخ Medulloblastoma, Retinoblastoma, Neuroblastoma

TR = ۱

B: په متوسطه اندازه تومورونه:

۱- TR= لکن اکثره د معالجی ور دی.

۱- دپوستکي، شونه و، مقعد او د قضيب Squamous cell carcinoma

۲- دخولی دجوف او د Oropharynx

۳- داخلي حنجروي (محدود قامت لرونکي)

۴- درقبي او د پورتنۍ دوه پر درې رقبې مری.

۵- د Cervix او د مهبل

۶- دنخاميه غذی Transitional cell ګانۍ.

۷- د مثاني د Adenoma کارسينوما.

۸- د پروستات د غدی Adenocarcinoma

۹- د کانسر Nasopharynx

دشعاعي تداوي ورنيوپلازم

واحد ته مساوي اويا لبركم وي TR

په عمومي توګه داډول پرابلمونه د لمونی حملی په وخت جراحی تداوي ته اړتیا لري په ډيرو
واقعاتو کې د یو موثر ژوندی پاتي کيدو تایجود لاس ته راولو لپاره د جراحی تداوي سره
يوځای تشعشع هم اجرائیږي همدارنګه په هغه حالاتو کې چې د عملیات قابلیت ونه لري يا
حجرات پاتي شوی وي اويا مرض عود کړي وي شعاع ورکول هم رول لري.

۱- دندتی کانسر Breast Cancer

۲- د سپرو کانسر Lung Cancer

۳- درحم د کانسر Carpus

۴- د مبيض کانسر Ovarian cancer

۵- د Paranasal sinuses کانسر

۶- د لعابیه غدواتو کانسر

۷- د پښتوريګو د حجراتو کانسر

۸- د Rectum کانسر

۹- د Glioma ګانۍ

۱۰- د حنجری او حنجری بلعومي او پراخ کانسر ونه

۱۱- د تایرايد د غدى کانسر

۱۲- د Chemo dectoma ګانۍ

د خصيو غير کانسرونه Seminomatous

شعاعي مقاوم نيوپلازم:

TR ديو واحد خخه کم وي داپه بارز ډول جراحی پرابلمونه دي او په نادرو واقعاتو کې

شعاعي تراپي ته ضرورت پينسيپري چي شعاعي تداوي درملنه هم اړينه وي.

Chondro sarcoma او Osteogenic - ۱

Sarcoma او درخوه انساجو Fibro sarcoma - ۲

Melanoma - ۳

Adeno carcinoma - ۴

د شعاعي تراپي ډول ډول موخي:

۱- معالجوي

A: يوشمير افتونه چي اول ذکر شوي وي دهغوي جذري تشعشع د جذري جراحی په شان موثرتماميري.

B: دابايد وپيرندل شي چي دادواړه طریقی ضرري دي او یو مخصوص Morbidity مینځ ته راوري.

C: په عمومي توګه که تراپي په مناسب ډول اجراء شي نو مريض د تراپي مکمل کورس تحمل کولاني شي او یو زيات شمير جانبي عوارض د ختميدو وروسته د یو خو هفتونه په منځ کې له منځه ئې او خيني وروستي اغيزي لکه Scaring (دندبى نسج جوري دل بنائي چي د تداوي خخه وروسته په خو کالو کې را خرگند شي.

D: مريض باید بنه وسائل شي يعني حفظ الصحه، تغذيه او دوينى حالت يې باید منظم وسائل شي.

۲- عرضي (Palliative)

A: که خه هم په دي حالت کي کم دوزونه استعمال يېري لکن داهم باید په پاملنۍ سره استعمال شي او بسايي چي جاني عوارض هم ولري د عرضي تداوي هدفونه په لاندي ډول دي.

۱- مريض ته بي عرضه او بد وخت ورکول يعني هغه افراز چي د تشعشع د تداوي په موده کي پيداشوی دي وخت يې له نوموري مودي خخه زيات دي.

۲- ناروغته او بد او ارامژوند ورکول.

۳- مريض د پريشاني او عذاب ورکونکي اعراضو خخه ازادول مهم دی اگر چي د ژوندانه مودي بسايي چي او بدنه نشي چي ددي اعراضو په جمله کي نزف، درد او بندش شامل دي چي دادتمور د پراختيا په حالت کي منح ته رائي او بالاخره د مرګ لامل گرئي.

۴- راپيدا شوي اعراض لکه نزف، بدش او تشقب خخه مخنيوي کول.

C: همدارنګه تداوي باید بي ضرره وي خود کانسر خخه بدتر احتلاطات ورنکري.

۳- مضاد استطبابات

په لاندي شرایطو کي شعاعي تراپي غير موثره تماميرېي (په استثنا د خونادر و ناروغيو).

A: بيله کوم خرگند اعراضو تداوي کول: چي دلته یونادر استثناء هفه حالت دی چي په کوم کې په موضعی توګه په هدوکو کې درد موجود وي او د ثديي دکارسينوما په شتوالي کې د هدوکو د ميتاستازس اشتباه ورباندي وشي لakin په دی حالت کې د هدوکو د معاینه بايد مثبت وي Scanning.

B: دشعاعي تراپي Psychological استعمال دا هیڅ استثناء نه لري.

IV: دشعاعي عکس العمل ترميم

خرنگه چي عمل او عکس العمل دطبعي حرکي قوانينو لپاره اساسی دی هم دارنگه عکس العمل او بيرته شفا ورکول دشعاعي بیالوزي او شعاعي پتالوزي دمیخانیکیتونو لپاره داساسي قوانینو حیثیت لري دایونايز شعاع او بیولوزیک مادی ترمنځ دلمړي تعامل خخه وروسته یو لپر تعاملات فعالېږي او بنایي چي په یو ژوندي حجروي سیستم کې یوه ژونکی بدلون مینځ ته راوري دا حجروي سیستم دکوربه نارمل نسج اویا توموري نسج کیدای شي د انرژي داتقال دطبعي تعامل په اثر یو ډول کیمياوي تعامل منځ ته رائي چي دازادو کیمياوي پاتي شو دازادي داوبو په هایدروجن OH او پر هایدروکسل ايونو باندی تجزيه کېږي دبیوکمیکل غټه تاثیرات په مورد کې داسی عقیده موجود ده چي نوكليک اسيد هم اخته کوي لکه RNA او ټول حیاتي اترایمونه چي دا په یو بارز حیاتي زخم منتیج چي دانقسام په مرحله کې د مرو حجراتو په شکل وي چې دکروموزمونو Aberration په مايكروسکوب کې دټوپه شوي پارچو په خير نښتی اویا د پواسطه تظاهر کوي بیولوزیکي زخم دمړي حجري په شکل واقع کېږي او دشعاعي تراپي له نظره د تومور دويجاړيدو سبب ګرئي.

په همدي ترتيب د Biochemical recovery او حياتي ترميم کوشش هم مينځ ته رائي چې له دي کبله د کوربه حجرات خپل سالم جورښت ساتي او خپلی عضوي وظيفي ته اجازه ورکوي چې خپل تمرکز وساتي او بالاخره اور گانيزم ضعيف او له منځه یې يوسي د شعاعي پتالوژي له نظره د هغوي اخري اغيزه د پورتنى تعاملاتو د مجموعي تاثير د مينځ ته راتلو سبب کيربي کوم چې په خپل وارد مریض د ژوندانه دمودی د او بردوالی لامل کيربي او د نيوپلازم د Recurrence خطر په کې کموي دا دوعل تعاملات او د هغوي طرز العمل په دويم جدول کې ذكر شويدي.

پاملننه:

۱- شعاعي فزيک او شعاعي بیولوژي باندي د II او III پراگراف ولوستل شي.

: فزيکي A Modifiers

۱- کلاسيک شعاعي تراپيوتيك تخنيکونه چې د X تشعشع او راديوم خخه استفاده کوي برابر شويدي چې د نورمال نسج او د تومورونو ترمنځ د هغه شعاع يا وړانګو د دوز مناسبه توزيع چې د تداوي په موخيه استعمالېږي ترسره کوي دا په دی معنۍ چې تومورنه اعظمي دوز ورسېږي او نورمال نسج ته کمترین دوز ورسېږي.

۲- په تيرولسو كالونو کې د ټولونه لوی پرمختګ د Tolo cobalt واحدونو او د جنريتر استعمال چې د ۱-۲ ميليون Mov په حدود کې د Mega voltage تشعشع تولیدوي چې Ortho voltage باندي یې فايده د لاندی فكتورو له کبله ده.

A: عمدہ ژور دوزونه: چې د تومور په تداوي کې زيات موثر دی.

B: کم ترکمه جنبي اتشار کم ترکمه شعاعي منظم دوز.

C: غیر تفریقی جز په هدوکو باندی زیات منظم دوز.

D: په پوستکی باندی غیر عرضی تاثیر یواخی خفیف جلدی التهاب (Dermatitis)

۳- د LET لوره تشعشع لکه د نوترون د Beam تداوی چى د تومور په Hypoxia تاثیر

کوي د X تشعشع او تشعشع حتی د ۱-۲ Mov حدود کي اویاد LET کمه تشعشع په

هاپوکسیک حجراتو غیر موثره دهی.

Chemical Modifiers : B

۱- اکسیدایزر کونکی عوامل oxidizing agent

تیوريکی اساسی داکسیجن داشباع لپاره په لاندی خیرنو متکی دی.

A: دتومور او د نورمال نسج ترمنخ اساسی فرق دادی چى نیوپلاستیک حجرات داقدرت

لري چى د hypoxia حالاتو کي ژوندی پاتی شي او خپل تولیدی قدرت سالم وساتي

B: دیوی حجری په داخل کي داده گوی په محیط کي د موجوده اکسیجن قسمی فشار د

هغى حجرى عکس العمل د شعاع په مقابل کي تعينوي هغه حجرات چى په بنه چول

اکسیجن ولري په بنه توګه د X د تشعشع په عین دوزونو د منئه ورل کېږي (چى د ۲.۵-

۳. پوري فرق کوي)

C: څرنګه چى په نارمل نسجونو کي اکسیجن په بشپړ توګه موجود وي نوله دی کبله اوس

داسی کوشش کېږي چى په تومور کي داکسیجن فشار لور کړاي شي.

D: هغه وسایل چى نن ورخ استعمالیېږي په لاندی توګه دی.

داتموسفیر اکسیجن تنفس کول د ۳۵%. ۰ سره یوځای د Hyperbaric اکسیجن تنفس

کول او د H2O2 پرفیوزن شامل دي.

مناسب هیموگلوبین

دانساجود اکسیجن دفشار منحنی د Hb Oxy د انفلاقی منحنی په ساده سالین محلول کې د حجم پواسطه تعینیږي. خرنګه چې په نارمل حالاتو کې د شریانی وينی د Hb او د اشباع اندازه ۹۵% ده انيميا د تومور د Anorexia لامل کیداړ شي باید د Hb مقدار ۱۲g او د Hct سویه تر ۳۵% پوری همیشه وساتل شي.

۲- ارجاع کوونکی عوامل

شعاعي تحفظ ورکوونکي مواد چې د Sulfohydryl گروپو خخه لاس ته راوستل شويدي چې په دی جمله کې Cysteamine او Cystin شامل دي.

Biochemical modifiers :C

دتی لرونکو حیواناتو د حجراتو شعاعي حساسیت ددی حجراتو په اویا نوکلیوتائید برخی پوری ارتباط لري دتی لرونکو حیواناتو د حجراتو په شعاعي بیولوژي کې د مقداري تکنیکونو د مرستی معرفی کيدو پواسطه د یوزیات شمیر دواګانو د ظانګړي تاثيراتو اویادهغوی تاثير د X د شعاع سره په تجربه اثبات شويدي داسی بنودل شويده چې په حجراتو کې د شعاعي حساسیت د پیداکولو لپاره هینی دواګانی لکه Budr, FU، ۵، Actinocycit او Methotrexate د متنوع کانسرونو تحقیق کې استعمالیږي.

Biologic modifiers :D

تردی عنوان لاندی ویتامین او انتی بیوتیکونه راچی او د هغوي د تاثير میخانیکیت د کانسر په محدود د کولو کې په بنه توګه معلوم شوي نه دی.

Synkavit (Vit K) - ۱

ددی د تاثير میخانیکیت امکان لري چى د RNA د ترکیب دنهیه کولواو انزایمو پواسطه د I (DPNH) اوکسیدایز کولو خخه عبارت دی. يو عالم د Nitchel انجام د دنمه کولو خخه د تومور او د نورمال نسج تر منخ د انزایمونو په نوم عقیده لري چى دا پورتنی حقیقت د تومور او د نورمال نسج تر منخ د انزایمونو متفرقه غلظونه تشیتیوی نومورپی عالم د سبود د کانسر تداوی د تشعشع او Vit K پواسطه اجراء کیرپی او يو خه ناخه کامیابی يې لاس ته راچی.

۲- په کې: Neuroblastoma

Vit B1 په لړه کامیابی سره استعمال شویدی.

۳- په کې: William tumor

D: Actinomycin د تشعشع سره یوځای استعمال شویدی او بنودل شوي دی چى دژوند توقع زیاتوی دجلدي شعاعي عکس العمل وروستنی Reactivation هم په کې منځ ته راتلای شي.

۴- همدارنگه د Natulan, Procarbazine استعمال هم او ستر خیرنی لاندی دی.

۵- دوخت، دوز ارتباط په شعاعي عکس العمل کې:

يواخی د شعاع، دوز یا اندازه مهم شي نه دی بلکه غوره خبره د وخت له نظره د دوز ويش دی يعني دوخت فکتور داسی خرگند شویدی چى که د تداوی گانو ترمنځ واتن زیاته شي نو د همغه ډول تاثير د پیدا کولو له پاره باید مجموعي دوز هم زیات کړي شي او ددي

خرگندوي یوازی په دی اساس کیدای شي چې ددی واتن په اوبردو کې یو خه ناخه دانساجو Recovery صورت نیسي او کلينيکي تجاري هم داسی بسودلی ده چې نورمال نسج نسبت نيوپلاستيك نسج ته په ديره چتکيتا سره بيرته بنه والي موسي او له همدی كبله ديوی او بردي مودي توصيه شوي دوز دمجموععي مقدار د زياتولو پواسطه د تومور د وژونکي دوز او نسجي تحملی دوز ترمنځ توپيري تناسب دی دوه طريقو پواسطه زياتولي شو.

اول د کسرنو Fractionation پواسطه:

لوړ شدید دوزونه په لنډه وقفه يعني دخارجی تشعشع په وخت کې Protraction پیټ شدت لرونکي دوزونه چې ديوی او بردي مودي لپاره ورکول کيرېي يعني بين الخالي راديوم او Ditrature کې خيرني په لاندې ډول ګروپ بندی شويدي.

A: د جلد کلينيکي وخت او دوز خيرني:

زمونږ او سنی نظر دادی چې مجموعي دوز، د تعاملاتو Size او شمير او د کسرنو کول ټول مهم فكتورونه دي Timing.

B: کلينيکي وخت او دوز خيرني:

د Puck د تكنیکونو د استعمال پواسطه په مختلف محدود باندی ګرافونه رسم شويدي او د هغوي پواسطه يوه Optional ناحيې د جغرافي له نظره بسودل کیدای شي چې په هغوي کې د نيوپلازم کنترول لوړ او د late necrosis واقعات کم دي.

C: تجربوي وخت او دوز خيرني:

په Marcus Puck او Tissue culture د طريقو د استعمالولو پواسطه د کسري دوز پلان د حعروي Hypoxia د بدليدونکي فيصدي سره اندازه او کسرونه لټول شويدي اگر

چې داسی اميد کیدای شي چې بنه کلينيکي رژيم داسی میتود تعقیب کړي لاکن داطریقه تراوشه اجراء شوي نه دي.

۱- (۱۰) Elkind بسودلی دی چې د Recovery پروسی د ساعه د مخامنځ کیدو خخه وروسته فوراً شروع کېږي.

۲- ژوندی پاتی شوي حجرات د دوباره تخريب او ترميم قدرت لري.

D Strandquist ine (۱۹) Iso effect time dose plots رسمونه دی که د نارمل نسج او تومور خخه لاس ته راهي نو کلينيکي ساععي تراپي ته نور هم ساينسي جنه او اساس ورکوي.

VI: ساععي تراپي په تحقیق کې او سنی لارښوونی:

د ساععي تراپي د تحقیقاتو خلور R,S عبارت دی له Repair, Reoxygenation, Reassorment او Repopulation خخه.

Repair :A يا ترميم

هغه افت چې په حجراتو کې د تشعشع نه وروسته تولید یېري امكان لري چې وژونکي وي او داسی شواهد وجود لري چې په اساسی ډول او په DNA کې یواخی ديو Standard ماتیدل بنکاره کوي.

۲- دا ډول افت هغه وخت Lethal شکل غوره کوي چې د خپل په شان د یوبيل سره تعامل وکړي د ترميمي پرسو مخه نيونکو طريقو لتهه چې زياتره د ازايمنو پواسطه صورت نيسني.

: Reoxygenation :B

۱- دتشعشعاتود کسری کورسونو په او بدو کې بنه Oxygenation لیدل شویدی چې د تومور د Paranchymal حجراتو د منئه تللو او د بین الوعایي مسافود کموالی له کبله منئته رائی له دی کبله يوفوق الوعایي نسبی حالت مینځ ته رائی (Vascularity) زیاتیرېي). چې د Oxygen د بنسه پر فیوزن سره یوچای وي همدارنګه د مردہ شوو حجراتو داکسیجن کموالی هم د O_2 نفوذ زیاتوي.

۲- د پتوفزیولوژي د مختلفو شرایطو لاندی نور هم مفصل تحقیق او لتهنى ته اړتیا لري او د هغوي تاثیر د تومور داکسیجن په فشار باندی هم ولټول شي.

۳- د تداوي په جریان کې د O_2 د مختلف ډولو تنفس کول د نومورې مطالعی کلینيکي وضاحت دی.

Reassortment :C

۱- د ادشاع پواسطه تولید شوی Synchrony څخه عبارت دی په دی معنی چې تکثر کوونکی حجرات په عین مرحله کې راوستل شي او non Cycling CO_2 په Cycle بدل شي.

۲- ئینى شواهد داسی بنېي چې اساسی پرابلم د CO_2 حجراتو اويا هغه حجراتو چې په او بده GI مرحله کې وي په انقسامي فعالیت کې راتلل راوستل دي چې له دی کبله هغه

دشاع په مقابل کې Vulnerable Micro card کې د Oxygenation او د انقسامي فعالیت ترمنځ مستقيم ارتباط وجود لري.

۳- ديوسايكل دوخت اندازه کول پدی پوري اړه لري چې په حعروي سايكل کې پيداشي په انساني تومورو کې Data او د اعظمي شعاعي حساسيت پېژندل په حعروي سايكل کې د تولو څخه زيات په کاريږي.

Repopulation : D

د تومور او د نارمل نسج د Variates مطالعات دا سی Population kinetics لکه د حعروي سايكل وخت، دنشونما کسرونه او حعروي ضياع ټول دنشونما او صاف تامينوي.

۲- د تومور دنشونما رياضي مودولونه زياته نظري جنبه نسبت عملی جنبی ته لري.
۳- د معلوماتو د لټولو لپاره د Tritium labeling تخنيک څخه استفاده کېږي بنائي چې په Invive توګه صورت ونیسي.

د کیمودراپی پرنسيپونه (Principles of Chemotherapy)

۱ - Perspective (تนาظر)

د کانسر کیمودراپی یوه نوی موضوع ده چى دانسان لپاره د چلینج حیثیت لري يوشمير زيات پر مختللى خبیثه افات يوشمير زیات حیوانات او يوشمير انسانی تومورونه چى په کامیابه توگه د کیمیاوي تداوي په واسطه معالجه شویدي زمونډ موجوده پېړۍ دلورې ترين پرمختګونو له جملی خخه دي يوشمير زیاتی نوری دواګانی تهیه شویدي او بنه به داوي چى دنومورو دواګانو دولونو خخه او دهريو ډول دوا استطبابات، دوزونو او مضاد استطبابات سره ئان اشناه کرو علاوه پردي چى نوموري دواګانی د کانسر ناروغانو ته عرضي شفا ورکوي. خو کانسری دواګانی په استقلابي ناروغيو لکه Allopurinol په نقرص کې، وايرولي ناروغيو کې لکه Varicella په immune کې د Organ transplant په منظور لکه suppressive ناروغيو کې لکه Psoriasis، ۲-Azauridine کې هم استعمال شویدي.

I- فارمکالوجیکی پرنسيپونه:

A: د سیستمیک ناروغیو لپاره سیستمیک تراپی:

۱- موضعی نیوپلازم باید په موضعی توگه تداوی شي لکه د جراحی د جراحی او شعاعي تراپی په ذريعه.

۲- تیت شوی کانسر بسايي چې د سیستمیک میتودونو پواسطه تداوی کړای شي.

۳- دکانسر انتشار کیدای شی چی لاندنی دری حالتونه ولري.

متبارز:

دکانسر دلمهني ئاي خخه د ليرى ميتاستاتيك محرائقو شتوالى.

B: مخفى:

۱- Myelogenous leukemic يو ڏول نيوپلازم دى چى يوائى د هدوکي مخ او وعايى سىستم ماوفوي.

۲- Melanoma داسى کانسر دى چى په لمرنى وختو كې د وينى پواسطه ميتاستاز ورکوي.

C: امکاني

هغه تومورونه چى جسامت يې غت وي او يا تخليه شوى لمفاوي عقداتو ته يې ميتاستاز ورکپى وي اكثرا د مخفى ميتاستاز سره يو خاي وي.

۴- يوه موضعى لakin شدیده ناروغى بنايى چى دموضعى كيموتراپي پواسطه تداوي شى مثلاد پواسطه Per fusion infusion دى ولوستل شي
B: د دواگانود Optional (مناسب) استعمال لپاره د حجراتو دانکشاف Kinetics دى
حتما تر نظر لاندى ون يول شى.

۱- د يوی خبيشه حجري Kinetics

A: د حجراتو لويء برحه په فعالانه ڏول په نارمل حجراتو تقسىمېرىي، تر كيموري او ضد استقلابي عمل ته حساس دى.

B: توموری حجرات بى کفایه وي یعنی په بطی توګه تقسیمیرېي (د تقسیم وخت يې

اوږدېږي) او ورڅخه تولید شوی زیات شمیر حجرات Daughter cell په خپله مړه کېږي.

C: د تومور حجم په سریع توګه زیاتېږي (د دوه چنده کیدو وخت يې لندېږي) لakin دا د

حجراتو د ئانګړي سریع ویش له کبله نه وي بلکه د تقسیم کوونکو حجراتو دیو لویی کتلی
څخه بنودنه کوي.

D: په څو تجربوي مودل کې د اسى تومورونه هم ليدل شویدي چې هلتہ د حجراتو Kinetics

دانارمل انساجو څخه ډير تفاوت نه لري دا ډول شرایط د کيموتراپي اویا شعاعي تراپي

پواسطه د متفرقه تاثير دلاسته را اور لو په لاره کې مشکلات پیدا کوي.

۲- د نارمل حجراتو Kinetics

A: د حجراتو یوه کوچنی کتله انقسام کوي، د حجراتو لویی برخی پاخی او رسیدلی وي

د حجراتو لویی برخی د استراحت په مرحله کې وي یعنی تقسیم کولای شي لakin ددي لپاره

تنبه شوی نه دي.

B: د استراحت په حال کې حجراتو ته په کنترول شوی تقسیم باندی تنبه گول، د ترضیض يا

مرضونو پواسطه د ضایع شوی حجراتو د معاوضی لپاره (مثلاً دوینی ضیاع يا دانتان په

حالت کې د هدوکې مخ د خپل نارمل حالت څخه ۵-۷ چنده زیات په سریع توګه حجرات

تولیدولای شي).

C: نوله دی کبله امكان شته چې د دواګانو متناوب دوزونه په ثابته توګه تقسیم کوونکي

حجرات تخریبوي په د اسى حال کې چې نارمل حجراتو ته هیڅ ضرر نه ورکوي کوم چې په

هغه وقهه د دوا نه ورکوي خپل نارمل تکثر ته ادامه ورکړي او انکشاف وکړي.

داسی خطر هم وجود لري چي دوا په غلطه وقهه کې ورکړل شي چي هغه وخت په نتيجه کې نارمل حجرات ددى دوا پواسطه تخريب شي کوم وخت چي نارمل حجرات دمخ عظم ته کولو لپاره د تکثر او انکشاف په مرحله کې وي Repopulate.

۳- ددوا او د تومور د تعامل : Kinetics

- A: هره يوه دوا په خپل هر دوز کې د مورد هدف حجراتو يوه مخصوصه برخه له منځه وړي.
- B: د توموري حجراتو امکاني Lethal تعداد په انسان کې ۱۰-۱۲ یا يو کيلوگرام وي.
- C: امکاني او د تومور کوچنۍ ترين حجم چې پيژندل کيدای شي 10^9 حجرات دي یا يو ګرام د توموري حجراتو واره کلوني ګانۍ د 10^2 - 10^3 حجراتو پوری د Cytology پواسطه تشخيص کيدای شي یعنی د Cervix کانسر د Vaginal smear سايتولوجيك معاینه.
- D: څرنګه چي 10^1 (مساوي په يو حجره) نه تر 10^1 (مساوي په لس حجراتو) (یا د حجراتو حقيقي شمير د $\log 1 \pm 1$ په اندازه زياتيرې) پوري حجرات 3.3×10^3 دوه چنده کېږي.
- E: او س زياتره دوا ګانۍ یواхи د حجراتو $\log 2-3$ د منځه وړلې شي چي ددى په نتيجه کې تومور غير قابل جس دی لakin بیا هم 10^9 حجرات ورڅه ژوندي پاتی کېږي.
- F: د اعراضو د منځه تللو څخه وروسته د تداوي ادامه د تومور هغه حجم چې د تشخيص وړ نه دي کموي او همدارنګه د حجراتو تعداد د 10^9 څخه هم کموي دا پول تعقيبيه تداوي د مرض د شفاء لپاره ضروري ګهل کېږي او د مرض دغیر عرضي مودي د اوږدوالي سبب ګرئي.
- G: همدارنګه په وجود کې د حجراتو د شمير د کمولولپاره Combination therapy هم اجراء کيدای شي.

مثلاً که دوه داسی دواگانی استعمال شی هر یو یې ۹۹.۹% حجرات د منځه وړای شي ددی دواگانو یوځای استعمال د حجراتو شمیر د ۱۰۰ خخه تر^۴ ۱۰۰ کموي چې د حجراتو دا اندازه د وجود د معافیتی سیستم پواسطه په اسانی سره کنترول کیدا شی.

Surgical Excision + Radiation therapy - ۱

Surgical excision + Chemotherapy - ۲

Radiotherapy+ Chemotherapy - ۳

- ۴- کیمودرایپی Surgical Excision + Roentgen therapy

C: د دوا، کوربه تومور ترمنځ تعامل

- ۱- دواگانی باید یوځای استعمال شی ټکه چې د تومور ضد تاثیر زیاتری. لکن مختلف توکسیستی لري مثلا Lymphatic Leukemia, Vincristin paresthesia, سایکلوفاسفاماید د WBC انحطاط منځ ته راوري او کورتیکوستروئید د ګلوكوز د غیر نارمل استقلاب لامل کېږي لکن پورتنی دری واره دواگانی Antigenicity خفيفه حجرات د منځه وړي.
- ۲- څرنګه چې په ټینې تومورونو کې خفيفه Colon لیدل شوی ده (لکه په کوريو کارسينوما کې)، او په نورو کې اشتباه شویده نو ټکه داسی نظر وجود لري چې داتاني عواملو په شان د توموری حجراتو په تخريب کې معافتي میخانیکیتونه مرسته کولاي شي لکن بیا هم په دی حالاتو کې د حجراتو د شمیر کمولو لپاره نورو تداوي گانو ته هم ضرورت شته.

۳- داسی ډول عواملو ته ډير زيات ضرورت شته چي د کوربه د معافيتي تعاملاتو او قدرت
باندي بريد ونکري او د تومور اتنيجن په پيژندلو او د هغه په مقابل کي عكس العمل تنبه
کولاني شي.

۴- معافيتي عكس العملونه خصوصا Bloking Humoral ډول بنيا چي توليد کري کوم
چي د توموري حجراتو د پاسه پوبن جوروسي او هفوی ساته کوي چي په پايله کي د تومور
نشونما پرمختگ کوي نوله دي کبله د Immune therapy د ترتيبولو په وخت کي د ډيره
زياته پاملنہ او احتیاط وشي.

II: نورو دوا ګانو جورول

A: منابع Sources

1- Empirical

2- Biological

A: ديو مخصوص Histopathological Screening فعالیت لرونکی عامل کول مثلا
نايتروجن مسترد (War gas) دلمفونید انساجود تخريب لامل کيربي نوئکه په
(Lymphoma) کي ورخه په ازمايشي توګه کار واخیستل شي يوه ضد حشری دوا چي
Ortho P Dichlor diphenol dichloro sthane نوميرې چي د ادرینيل د قشد نکروزس
لامل گرخي او د ادرینيل د قشد په کارسينوما کي ورخه استفاده کيربي.

B: د داسی عاملو Screening کول چي د انساجو Differentiation تنبه کوي لکه
په دنارمل او کانسری Endometrial Differentiation حجراتو د Progestin لامل گرخي.

C: لکه څرنګه چې فولیک اسید په انسان کې د لوکیمیا نشوونما تنبه کوي چې په دی ډول دساختمانی Analogy مفکوره پیدا شوه چې د فولیک اسید د تاثیر خخه مخنيوی کوي نو له دي کبله د فولیک اسید د مخنيوی لپاره اولنی عامل Aminopterine ترکیب شو چې د په حیث استعمالیېږي.

Rational - ۳ (عضلي)

څرنګه چې Uracil دنورو پرامیدنی په نسبت د توموري حجراتو پواسطه زیات اخیستل کېږي نوله دې کبله ۵-Flurouracil او ۶-Azauracil ۷- تهیه شول.
B: د تیټه درجه DNA ترکیب د تومور پواسطه Pyrimidine او پیودین Basis ته ضرورت لري له دې کبله ۷-Mercapto, ۸-Azapurines, Arabinosylcytocene, Arabinosyl adenine او نور ترکیب شول.

Stages : B

Preclinical - ۱

A: مرکبات د فعالیت د معلومولو لپاره په داسی سیستمونو باندی معاینات اجراء کېږي چې په ډیر سریع توګه نمو کوي لکه Antiviral, antibacterial موږک او د صحرایي موږک تومورونه.

B: د اعضاو مخصوص سمي تاثیرات هم په لورو حیواناتو کې معاينه کېږي لکه Doga, monkeys

Clinical Phase - ۲

د دوز متغيری سویی، دزرق لیاری او متعدد زرقيات ددی مقصد لپاره اجراکيږي چې
د سريري له نظره تحمل وړ دوراني رژيم اندازه تعين شی.

Clinical phase - ۳

Alkalyting : A : د موثره عواملو ترمنځ د پرتله وشي چې د تومور لپاره ورڅه یوه
Standard therapy لاس ته راولې شي.

III- د تومور دواګانو ټولکۍ

Alkalyting : A عامل:

۱- د عضويت په مهمومرکباتو باندي مستقميه حمله کوي د DNA په انترایمونو او معمولا
د فزيولوژي له نظره د مالیکول په Critical برحه باندي حمله کوي او Covalent رابطه
جوروي چې په تبيجه کې نوموري مالیکول په نارمل استقلابي تعاملاتو کې استعماليداي
نشي.

۲- کيداي شي چې د حجراتو د DNA په تركيب او د توموي حجره په تقسيم باندي هیڅ
تاثير ونه کړي چې د مخکي خخه عيار شوي مالیکولو باندي عمل کوي مثلا دا هول عامل
د لمفوما، او لوکيميا په هغه حجراتو باندي چې انقسام نه کوي هير زييات تاثير کوي.

۳- د دوا تاثير اکثراه ده ګوئي په مستقيم سمی تاثير پوری اړه لري او همدارنګه د دوز د
سوی سره هم اړه لري نو څکه لور سمی دوزونه د کوچني دوزونو په نسبت هير موثر
تماميرې.

٥- مثالونه :

مركب Proto type (HN₂, Mastargen, Mechro ethamine) Nitrogenmastard دی. په سریع توګه شروع کوي غیر ثابت دی یواحی د وریدي لاري ورکول کېږي.

B: سایکوفاسفامايد

ډير عمومي مشتق دی چې په زياته توګه استعمالېږي

- ١- ثابت دی ټکه دخولی له لاري، داخل ورید، تحت الجلدي او داخل عضلی ورکول کېږي.
- ٢- خرنګه چې د خيگر پواسطه فعالېږي باید د سیستمیک لاري څخه تطبیق شي.
- ٣- په ادرار کې اطراح کېږي ددې لور دوزونو د غلیظو میتازو سره یوئۍ د لامل کیدا شی چې ددې د مخنیوي لپاره د ناروغ باید

٣mgm/Kbw/day یا ١٥mgm/kg/week iV Hydration صحیح شي.

C: Phenyl alanine mastard

(PAM, ALeran, Melphalan) .٥ mgm/Kbw/day PO or IV

B: Anti metabolites

- ١- دا پول دواګانی د تقسیم کونکو حجراتو استقلابي پاتوی باندی تاثیر اچوي او معمولاً د ترکیب تر حملی لاندی نیسي دا په عادي توګه د استقلابي پاتوی د پیش قدم مالیکولو د ساختمانی Co factor او په وجود کې د ترکیب شوی انترايمونو په

فعالیت کې مداخله کوي او ياپه غير طبی او غیر وظیفوی محصولاتو کې گلهون کوي کوم

چې د حجراتو د مرینی لامل کېږي.

۲- څرنګه چې د نوموري عاملو هدف هغه حجرات دي چې د DNA ترکيبي نوله دی کبله

نوموري د Cyclo sensitive په نوم هم يادېږي. Mitotically linked

۳- څرنګه چې د خپل فعالیت لپاره مخصوص حعروی انزایمونه Antimetabolites

ضرورت لري نوله دی کبله د نوموري تاثير ددي انزایمو په شتوالي پوري متکی دی

همدارنګه که حجرات ددي په ډول انزایمو څخه نشتمن وي نود دوز زیاتوالی داعمل تاثير

نه زیاتوي همدرانګه دزیات والي بواسطه د سمیت داندازی زیاتوالی هم تاثير زیاتولی

شي.

خلورم ټولګي

Anti folics

۱- د Dihydrofolate reductase دفعاليت سره مداخله کوي چې د کاربن داتقال لپاره

دیز مهم انزایم دی او د پیسودین د دویم (C۲) او اتم (C۸) کاربن او Pyramidine د

Methyl بقیي دعلاوه کولو لپاره حجرات ورته ضرورت لري.

۲- دانسان په بدن کې په استقلاب نه رسیبری او د پنستور ګو بواسطه یې اطراف صورت

نيسي نوله دی کبله هغه ناروغانو ته نه ورکول کېږي چې د پنستور ګي خرابوالی لري.

III: د نوموري عاملو دفعاليت اندازه د حجراتو د اخيستلو سره متناسب ده چې دیوی خاص

لاري بواسطه یې واخلي نو ئکه زرقی لار غوره لار ده ئکه چې په پلازما کې لورې غلظتونه

منج ته راولی او د مورد هدف حجراتو پواسطه ژر اخیستل کیری او په سریع توګه دپنتور گو خخه اطراح کیری.

IV: د مرکب ډول یې Methotrexate دی.

او د یوزیات شمیر جامد تومورونو په خلاف Chorio carcinoma, Acute Leukemia : V

بنه تاثیر لري.

VI: بهترین دوز یې په هفتنه کې دوه ئلی د ورید له لاری دی.

B: د پیورین د سره په ډیرو خواو مداخله کوي Inter conversion او Biosynthesis.

۲- فعالیت یې په مورد هدف حجراتو کې په Phosphorylation باندی اتكاء کوي.

۳- د مرکب ډول یې ۶-Mercaptopurine یود Hypoxanthine دی.

۴- په اساسی یا مقدم توګه په Acute leukemia باندی تاثیر لري.

۵- معمولاً دخولی له لاری ورکول کیري.

۶- که د Xanthin oxidase نهیه کونکی مواد هم استعمال شویدی لکه Allo purinol نو

دوز دیو پر خلور په اندازه کم کړل شي.

C: Anti pyrimidine

۱- د اعمال یا خود Uridin او Biosynthesis سره مداخله کوي کله % -Fu Thymidin.

۲- او یا په DNA کې د گډون کولو پواسطه خپل تاثیر و بنایی لکه Budr او Ana uracil

Cytosine arabinoside

۲- دمرکب ڏول یې Fluro uracil ۵ دی چى د استقلابي عملیي د ختم نه وروسته د مادی باندی تبديليري او دثديود کانسر په خلاف بنه تاثير لري.

او سنی دوز یې 20 mg/K.BW ۲۰ هفته کې یوئل دخولی اويا ورید دلاري وشي.
Cytosor,: "CA" Cytarabine "Arac" Cytosine arabinoside :IV
دی د حاد لوکيميا په خلاف بنه تاثير لري.

V: عادي دوز یې 5 mg/K.I.V په هفتہ کې دوه ئيلي دی.

Hormones :C

۱- د تومورونو خلاف په فارمکالوجيك دوزو تاثير کوي کوم چى د فزيالوجيك دوزونو ۱۰۰% دی نو چكە د تاثير ميخانيكيت يې دهورمون په خير نه وي.

۲- لakin که خه هم نوموري هورمونونه دهجه تومورونو په خلاف ډير فعال دی کوم هورمونونه چى په هدفي اعضاو کې منج ته رائي مثلاً: ثديي، پروستات او لمفوسیت.

۳- جنسی ستيروئيدي هورمونونه په بطی توګه عمل کوي نوله دی کبله د نوموري Anti tumor تاثير تر ډير و هفتونه ظاهريري.

A: د لموري چل لپاره داهورمونونه دويمى جنسى اعضاو باندی د نهие کونکي تاثيراتو د لرلو له کبله انتخاب شوي وه مثلاً اندروجن د ثديود کانسر لپاره استعمال شويدي.

خوبیا هم Over Cross عمومیت لري دثديي دغدی کانسر هغه ڏول مریضان چى داندروجن په مقابل کې خواب وايي او مرض یې عود کوي دامریضان وروسته د استروجن په مقابل کې عموماً خواب ورکوي.

D: کله کله د ستروئيد تراپي قطع کول د تومور د بیا پاتى کيدولاميل كيربي چى د
په نوم يادىپري داخبره په دى پورى اره نه لري چى تومور په
ابتدايى مرحله کې د هورمون په مقابل کې خواب ورکر يا نه؟

۴- دشديي د كانسر تراپي په دى اساس ولاده ده چى هفه مريض بايد وپىژندل شى چې
د هورمون په مقابل کې حساس مرض پورى، اكثراء د لمپنى جنسى هورمونو تراپي په
مقابل کې د خواب ورکولو پواسطه مريض تصنيف بندى كيربي Ablative داولنى (لکه په
بىخۇكىي premenopausal او Post menopausal Oopherectomy Hypophysectomy Adrenalectomy
او د ۷۰ کلنى خخە زيات بىخۇكىي استروجن) عموما داسى مفهوم ورکوي چى
مرض د نومورى تراپي چى د جنسى هورمون يا Ablative پواسطه صورت نىسى خواب
ورکوي كه مريض د ابتدايى هورمونى تراپي په مقابل کې خواب ورنە كېي نو داسى معنى
ورکوي چى نومورى مريض د Non hormonal تراپي پواسطه تداوي شي.

۵- تولگى:

A: استروجن

د مركباتو ڈول يې دادى "DES" چى دخولى له لاري Diethylstil besterol ۱۵mg/day
ورکول كيربي، Estradiol ben zoate د عضللى زرق له لاري د ۵mg په اندازه په هفتە كې
دوھ ئلىي ورکول كيربي نومورى دواگانى د پروستات په پىشرفتە كانسر او دزرو بىخۇد
ئدىي په كانسر كى گتھوردى.

B: اندورجن:

دمرکباتو ډول يې دادى Delatatin, Hydroxy progesterone caproute دوز يې ۵mg

د عضلی زرق له لاري د ۵mg په اندازه هفته کې درې خلی دي او، Flu oxymestrone

چى دخولی له لاري چى دخولی له لاري Halotestin ۳۰ mg/day ورکول کېږي.

Progesterone :C

دمرکباتو ډول يې دادى Delatutin hydroxyl progesron caproute چى دوز يې

د عضلی له لاري ۲mg/K.W دی او ۳۰۰ mg/day Medroxy progestron Accera

دخولی له لاري ورکول کېږي.

D: کورتیکوستروئید:

دمرکباتو ډول يې دادى Prednisone چى دخولی له لاري ورکول کېږي او Prednisolon

د عضلی يا وريدي له لاري ورکول کېږي. نومورى دوا په لورو دوزونو ۱ mg/K/day

زيات د حاد لمفوما لپاره گټور ثابت شويدي. Lymphocytic leukemia

په تېتيو دوزونو کې ۳۰ mg/day دشديي دکانسر په ئىنى واقعاتو کې دخبات دكمى

کم خونى، يا دپروستات دکانسر Fibrinolytic سندروم لپاره گټور تماميرې.

۱- متفرقه طبعي محصولات ، اتي بايوتك او نور

۱- N-Isopropyl –P- Toluamide(Metulane) Arocurbazine Methyl hydrazine

A: بنايى چې د H2O2 د ازادولو اويا داول خخه د تهيه شوي DNA د تخریبولو په ذريعه

عمل کوي.

B: د H2O2 د ازاديدل بنايى چې حجرات د Roentgen تراپي په مقابل کې حساس کړي.

C: همدارنگه Hodgkin ناروغی ، کانسر او د سپرو Ca Out cell کې گټور ثابت

شویدی.

D: بسايي چى دلبدي، كانگى او Myelo suppression منخ ته راولي.

E: دخولى له لاري او وريدي دوز يې $100 \text{ mg/m}^2/\text{day}$ دى.

(Cosmegen, Dactinomycin) ctinomycin D - ۲

A: په DNA کې د گوانين د بقيو سره يوئاي او مغلق جورو وي چى په تيجه کې د RNA د

تركيب خخه مخنيوي کوي.

B: د William's تومور او Chronic carcinoma په خلاف ڏير بنه تاثير لري.

C: معمولاً د وريدي لاري د 115 mg/Kg/day ورکول کيربي يا هغه ورئو کې چى مریض

شعاعي تراپي اخيستي وي دا دوا د وريدي له لاري په اندازه ورکول کيربي.

د - ۳ اکلوئيدونه Vinca

A: دشنه باغونو د Cathransis roseas يا Linn, Vincarosea, peri winkle خخه.

B: داسى معلوميري چى نوموري د Linid, RNA تركيب او په Microtulules

Bandi تاثير لري Cytoplasmic

(Nocvin, VOR) Vincristin :C

1- په حاد دشديي کانسر او Lymphocytic leukemia lymphoma

کې گټور دى.

2- پيسرفته Cumulative او محيطي نيوروباتي بسايي چى دمزمن استعمال په تيجه کې

منخ ته راشي.

۳- خرنگه چی ډير کم Myelo suppression منج ته راولي نوئکه د Leucopenia په

مریضانو کي استعمالیداي شي.

۴- یواحی دوريد له لاري استعمالیداي شي چی مکمل دوز يې ۱۵gama/k/week او

دماشومانو دوز يې ۱۵۸/Kg دی.

: (VLB, Velben) Vinblastin -D

۱- د Chorio carcinoma, Lymphoma او دثديي دکانسر په ضد بنه تاثير لري.

۲- سره یوئحای لري Neuro toxicity د ډير کم Myelo suppression.

۳- دوريدي لاري ۱۰۰۰ اومي مستحضرات يې دخولي له لاري ۱۰/day

په اندازه استعمال شويدي.

Mitomycin -۴

A: دباکتريا و یو محصول دی چی د عامل په خير فعاليت لري Alkulyting.

B: ډير غوره تاثير يې د هلهوکو په مخ باندي دی خصوصاء Thrombocytopenia منج ته

راولي خرنگه چی موضعی توکسيک سمی تاثير لري نو په ډير پام سره دوريدي لاري

ورکول کېږي.

C: یواحني عامل دی چی دمعدی د کانسر په ضد د کتنی وړ او مهم تاثير لري.

D: عادي دوز يې ۱۲۵/Kg/IV په هفته کې دوه ئللي دی.

(Mithracin) Mithramycin -۵

A: داهم دبکتريا و محصول دی چی جنبي عوارض لري چی دويني په لخته کيدو باندي

تاثير اچوي او Hypoculcemia توليدوي.

B: دخصیو د Embryonal cell کانسر په خلاف ډیر زیات موثر دی چې $25-50$ Kg په

اندازه اته ساعتو لپاره ورکول کېږي چې ددی infusion تر دوو او نیو پوري تطبیق کېږي.

C: همدارنګه دهه وکود Pagets ناروغی په تداوی کی ورڅخه کار اخیستل کېږي او د

په هفته کې یوئلی دی Hypercalcemia په تداوی کې چې ده رسپبې وي گټور دی دوز یې 25 mg/kg دورید له لاری

په هفته کې یوئلی دی.

D: یوائۍ دورید له لاری استعمال پري.

Atabrine - ۲

A: د ملاریا ضد درمل دی چې په لور غلظتونو یوه اندازه د تومور ضد تاثیر هم لري.

B: که مستقیما په خبیثه Effusion ما یعاتو کې زرق شی نو بنا یې چې د Ascitis او پلورل

مایع د تجمع په مخنیوی او کنترول کې مرسته کوي.

C: که زیات دوزونه یې استعمال شی نو Retinopathy تولیدوي مجموعی دوز یې باید

400 mg/day څخه زیات نه شی چې $4-5$ څله ورکول کېږي.

(BCNU) Bischloro ethyl nitrous urea

A: د تاثیر میخانیکیت یې څرګند شوی نه دی.

B: Hodgkin Lymphoma ددی د استعمال سره 25% څواب وايې په داسی حال کې چې

دنورو عاملو په مقابل کې مقاوم دی.

C: څرنګه چې د Blood brain barrier څخه تیریږي نو د دماغ میتاستاتیک او مقدم

تومورو په تداوی کې کمک کوي.

D: مستحضر يې د دوو ورخو لپاره هره ورخ 200 mg/m^2 د وريدي له لاري ديوساعت

لپاره ورکول کيربي.

E: خرنگه چي په موخر ډول سره په مخ باندي توکسيك تاثير واردوی نو تکرار کورسونه

يې د ۲-۴ هفتوا په وقهه ورکول کيربي.

(IV) (DTIC): Dimethyl triazeno imidazo carbox amide : A

A: امكان لري چي Alkulyting عامل وي.

B: په Melanoma باندي ۲۰% موثر دی او يواخني دوا ده چي دنوموري تومور په خلاف

دكتنى وره مهم تاثير لري.

C: د ۱۰. ۲. ۵mg/Kg/day. د ۱۰ په اندازه دوريد له لاري ورکول کيربي چي په دی صورت کي د

خفيف لوکوپينيا یوڅه ناخه دلبدي او د Grippe په شان سندروم لامل کيربي.

۹- اتزایمونه لکه L-Asperginase چي دموږ کانود حجراتو د غشاء تركيب خرابوي او

دلمفوسیتو د حجري غشاء جورپيدل بي نظمه کوي په دی جمله کي د 100 m/Kg په اندازه

په هفته کي دوه ئلي ورکول کيربي.

10 - (Deunorabycin) Daunomycin

د Adriamycin په خيراتي بيوتيك دی.

A: د DNA او RNA په جورپيدو کي مداخلت کوي.

B: دوى د Anti lukemic تاثير او سمی تاثيراتو ترمنځ فاصله ډيره کمه ده.

C: که د 20 mg/K.W اندازه استعمال شي نو په قلب باندي تاثيرات واردولائي شي.

D: په حاد Myelogenous leukemia کې يواخى ۱-۲ mg/Kg په هفته کې دوه ئىلىي استعمالىپرى.

Bleomycin - ۱۱

A: جاپانى اتى بیوتىك دى او يواخنى دوا ده چى په كانسر باندى تاثير لىي.

B: جانبى عوارض يې Atrophy جلدى Allopecia تبە او كله كله دسپرو دفبروزس خخە عبارت دى.

C: دوز يې د ورید لە لارى W.K. ۱۵mg/ K. ۳۰۰-۲۰۰ mg/Kg تە رسىپرى.

IV: د تومور ڈول او د هغۇي عكس العمل:

د عكس العمل سرعت د كانسر د بنه كيدو د ڈولونواو وختونوا او په عمومي ڈول د بنه راپور ورکە او شمير خخە لاربسوونە كوي دوخت اندازه مياشتولە مخى كىپرى چى لە بدە مرغە دا اندازه محدود ده په پرتە لە Category A كيموترابى چى داوردى مودى لپاره د كنترول د شفا حاصلولو په هكىلە غير موثرە ثابت شويده په پرتە د يو خو پىينسۇ د كانسر د ترميم تعريف داسى كىپرى چى د خلورو اندازه شوو توموري كتلود ۵۰% خخە زياته بىرخە كوچنى شي چى موده ددى ترميم يوه مياشت ده، او همىدارنگە ترميمم معمولاً د مريض د صحت د بنه والي د احساس د زياتيدو او د ژوند د اور دوالى سره يو خاي وي.

A: د كيموترابى پواسطه د شفاء تتايىج منح تە رائىي (بىلە دى چى د كانسر په پاتى كيدو كې كوم شواهد موجود دى مريض تر پنخو كالو پورى ژوندى پاتى شي)

تومور د عکس العمل اندازه هفه دواگانی چی استعمال شویدی:

۱- کوریو کارسينوما چی %۷۰ VLB ATD MTX یواحی Transplant شوی انسانی

تومور دی

ACtd + X-ray or Vincristin %۷۰ William, tumor - ۲

Cyclophosphamide %۵۰ Burkett's Lymphoma - ۳

Arednison + MTX ۲ MP VCR %۵۰ Acute lymphocytic leukemia - ۴

۱۳- لور حساسیت لرونکی (مکمل ترمیم په کې شمولیت لرلای شي) تومور د عکس

العمل اندازه هفه دوا چی استعمال يېرى:

۱- حاد لمفوسياتيک لوکيميا Arednison, MTX, VoR, ۲-MP Ara-C Cyt %۹۰

(Any ۲)

۲- پروستاتيک کارسينوما Diethyl stel besterol %۷۵

۳- هوچکن لمفوما مکمل ۵۰% دلاندی ورکپل شوو دواگانو د کلاسو خخه

(YT) Procarbazine, VLB

۴- مزمن لوکيميا Vcr, Arednison , Hn ۲, Bcun %۲۰

Cyt, Busulfan (cm ۱ only)

CYT %۴۰ Seminoma - ۵

۶- نور لمفوما CTT Vincos, Procarbazine %۳۰

۷- Multiple Myeloma Pre BCNU CYT or PAM+Pred %۷۵-۵

د دواگانو يوئاي ورکول عموما د لور عکس العمل فيصدی ورکوي

C: حساس (ئىنى مكمل او يوشمير زيات ناتام شفا بىي)

تومور دعكس العمل اندازه دوا چى استعمال يېرى.

Germinal epithadno carcinoma - ۱

	CTT, HN۲	%۴۰	مبىض
Mithramycin	%۵		خسيو (رشيمى چول)
Provera, Delatutin	%۴۰		Endo material adeno carcinoma - ۲
Des T.P, CYT, Fu, Vcr	%۳۰		Brest adeno carcinoma - ۳
OP DDD	%۳۰		- ۴ د ادرىنيل دقشر كارسينوما
CYT, Procarbazin, BCNU	%۳۰		- ۵ دسپرو Out Cell Carcinoma
FU	%۲۵		- ۶ دكولون ادينوما
Dimethyl triazeno imidazo	%۲۵		Melanoma - ۷
Carboxamide CYT, Vcr	%۲۵		- ۸ نيوروبلاستوما
Mitomycine C	%۲۰		- ۹ دمعدى ادينوكارسينوما
Combination of C=CY+VC	%۲۰		- ۱۰ درخوه انساجو
FU	%۲۵		- ۱۱ دكولون ادينوكارسينوما
درمل چې استعمال يېرى			D: تومور
Tuber cidin, or streptozotocin, FU			- ۱ دپانكراس كانسر
Prevera or T.P			- ۲ Renal Cell Adeno carcinoma

Combination of MTX + Vcr+ ۲-M.P ۳- نارينه Chroic Carcinoma

درمل چي استعمال ييري تومور

Beleomycin Epidermoid ۴- دپوستكى

E: دكيموتراپي په مقابل کي مقاوم

۱- دسپرو Epidermoid کانسر

۲- دبولي تناسلي طرق کانسر

۳- دماغي تومورونه

۴- درقيه غدى کانسر

۵- دهدوكو او غضروفونو Sarcoma

V- عمومي تراپيوتىك نظريات:

A: موضعی كيموتراپي

۱- Infusion (زرقي)

A: داخل وعائي کتيتر او Portable پمپونه.

B: دهفتوا او مياشتولپاره. ۸-۲۴ h/day Infusion

C: د استعمال Anti metabolitic

- ۲ Perfusion

A: د داخل شرياني وريدي کتيتر په ذريعه د دوا د لور دوزونو کوچنۍ او شدید دوباره

Circulation

B: د بدن خخه دباندي ديمپ داستعمال په ذريعه د وجود هغه برخه چي تومور لري.

D: هغه Cytotoxic او Alkulyting دواگانی استعمالیېرې چى د ژور دوز عکس العمل

منحنی لري.

E: په اساسی توګه د Melanoma لپاره مخصوص دی (PAM) یا DTIC

B: کوم وخت بايد کيموتراپي استعمال شي (يعنى استطباب لري).

۱- هغه تومورونه چې زياتره دشفا وړدي دهغوی په مقدم مرحله کې بايد کيموتراپي شروع

کړي شي لکه William's tumor dactinomycin کې

۲- د نورو نیوپلازم لپاره چې مترقي Symptomatic ناروغى منځ ته راولي.

۳- د مریض د مجموعی Palliative او استنادي تداوي د پروگارم د برخى په حیث.

۴- هغه مریضان چې شفامومي بايد په دوامداره توګه تداوي اجراكول او په وجود کې د

تومور د بارکمول شفاء د اوږدوالي په منظور اجراءشي البتہ سمي عوارض دی په دقت سره

وکتل شي.

۵- د مزمن دوامداره او متناوب تعقیبیه تراپي اصل ئای تراوسه تاکل شوی نه دی او

دمطالعی لاندی دی.

۶- د تطبیق په وخت بايد ډیر تر پام لاندی ونیول شي.

C: عکس العمل ورکونکی مریض ته مجموعی گتی:

۱- د ژوند دپاتی کیدو وخت زیاتیرې.

۲- د تموری کتلی له کبله په داخلی نارامی کې کموالی.

۳- د کانسرود استقلابي فعالیت له کبله په Para neoplastic سندورم کې کموالی.

دسرطان روھي او عقلی اړخونه:

د کانسر نوم او یا داچې یو شخص خبر شی چې هغه په کانسر اخته شویدی تقریباً په ټولو خلکو باندی یو ډول ویره اچوی دا خبره هم دوه علتونه لري یو داچې په خپله کانسر ونو کې اخته شوی ناروغ کوم بل کانسری ناروغ یې لیدلی وي او بل داچې د کانسر په مورد د خلکو خبری په کتابونو او مجلو کې لیکنی او او سنی مبارزه چې خلکو ته د کانسر په هکله تعليم ورکوي نو په دی مورد کې خلک داسی فکر کوي چې دایوه ډیره دردناکه او وژونکی ناروغی ده لakin دبل خوا دغیر کانسری حینی ناروغیو چې دوفیاتو اندازه یې لوره ده د کانسر په شان روھي تشویش منځ ته نه راولی. د کانسر نوم انسان ته دیوی خطرناکی او وژونکی ناروغی مفکوره پیداکوي د نورو خطرناکو ناروغیو اساسی ګروپ یعنی اتناني ناروغی یوه داسی مفکوره ورکوي چې د مریض د وجود مقاومت او دنتی ورخنی اتنی بیوتیکو موثر استعمال د ناروغی مخنيوی کولای شي یو شمیر نوری ناروغی چې د کانسر په شان خطرناکی دی لکه د قلبی ریوی، کلیوی یا د ماغی وعایی عدم کفایی له کبله منځ ته رائي ډیری کمی خطرناکی ناروغی ګنډل کېږي او د دی په هکله داسی فکر کېږي چې د عمر د پرمختګ له کبله منځ ته رائي. په هغه ناروغی چې لکه ترضیضات، تسممات، قلبی احتشاء، چې په حاد ډول منځ ته رائي د کانسر په نسبت ډیری کمی خطرناکی دی دا خکه چې زیاتره ستونځی د تداوی په بیرونی تداوی سره بنه کېږي او د ناروغ ستونځی په لنډه موده کې له منځه ئې او یا د ناروغی په حالت کې څرګند بنه والی یا د هفوی د مرګ لامل کېږي.

دکانسر ناروغی مریضانو دهغوي دخپلوانو او طبیبانو لپاره کړکيچنه لوحه دروحي
 تشویش Anxiety څخه عبارت دی (۱) په دی ډول مریضانو کې د تشخيص او تداوي په
 سنجولو کې د Anxiety سره تطابق کول دير مهم ګنډل کېږي. دکانسر مریضان او هغوي
 معالجینو ته هغه خبره چې دير اهمیت لري هغه دمعالج دمهارت او پوهی په جراحی،
 شعاعی تداوی یا کیمومترایپی پوری تراو لري دوهمه خبره چې اهمیت لري هغه د طبیب له
 خوا د ناروغانو سره دخپلواړیکو ساتل او دهغوي د عمومي او روحی ستونځو پیژندنه ده
 چې په ناروغانو کې منځ ته راحي دمریض په روحی ستونځو باندی پوهیدل او هغوي ته
 پاملنډ کول بسا یې چې جراحی، شعاعی کیمیاوی تیراپیوتیک میتودونو کې د ناروغ
 ګډون او کومک اړین وي او همدارنګه دمریض لپاره ارام محیط برابروي یوڅه اندازه
 داسی ډول نښی شتون لري چې دکانسر مریض روحی حالت دکوربه د مقاومت یاد کوربه
 تطابق دنیوپلاستیک پروسوسره یوخيال وي هر هغه شخص چې دکانسر مریض د روحی
 ستونځو ته کتنه کوي هغه دا ډول کتنه دخپل دید او تجربې په اساس پیژندلای شي دهريو
 معالج هغه پوهه د کتنی لاندی نیول کېږي کوم چې دخپل کانسر مریض هیجانی عکس
 العمل سره او دهغی د تداوی د اصولو سره لري نو په داسی حالت کې بايد د مربوطه معالج
 خصوصي تجربى او خصوصي رايى ته اهمیت ورکړل شي نه دا چې زه تاسو ته د کوم
 شخص ځانګړي کتنی، مشورى او حل په هکله پراخه معلومات وړاندی کرم زه غواړم چې
 اول هغه اساسی عوامل تاسو ته وړاندی کرم کوم چې دیو ځانګړي شخص دکانسر مریض
 روحی عکس العمل معلومات او دوهم ځینې هغه کتنی وړاندی کرم کوم چې طبی
 محصلین د کانسر مریض سره د مخامخ کیدو په وخت کې لري په پای کې یوشمير

ريفرنسونه کوم چى په داسې ډول انتخاب شوي دى چى دهغى خخه تاسو يو پراخ نظر
دنومورو ستونخو په مورد کي برابر کولانى شي وړاندی کرم او داسى ريفرسونه هم په کي
شتون لري چى دستاسود نوري مطالعى لپاره انتخاب شويدي.

دکانسر مریض روحي حالت ديو شمير زيات خصوصياتو په اساس تاکل کېږي کوم چى
ددی حالت لامل شويدي او یوزيات شمير نور عوامل چى دهغى مرض دتگ لاري سره اړه
لري هم په دی جمله کي شامل دي چى په لاندی ډول خلاصه کېږي.

۱- د مریض برخورد د کانسر په مقابل کي.

۲- د مریض پوري اړوندہ وصفی خرگندونی

۳- د تداوي لپاره په او سنی لاس رسی.

۴- د مریض د شخصیت جو ربست او دهغى طرز العمل خپل ژوند خواه

۵- ئینى موجوده اجتماعي منابع لکه مذهبی اړخونه، کار او اقتصادي حالت.

۶- د معالج برخورد او شخصیت.

۷- د مریض برخورد د کانسر په مقابل کي:

هر هغه مریض چې په خپل بدن کي د کانسر د موجودیت اشتباه وکړي یا واقعاء دهغوى
په وجود کي کانسر تولد شوي وي دا ډول مریضان یو خه معلومات ترلاسه کوي کوم چى
دهغوى د ناروغى په باره کي د عکس العمل اساس جوړوي کله کله دا ډول عکس العمل
یو ائې یوه اشتباه وي چى راپور د یو داسى شخص په معلوماتو باندی ولاروي کوم چې ډير
کاله پخوا په کانسر اخته شوي وه او وروسته یې په بشپړ ډول شفا موندلی وه اکثراء دا ډول
ناروغې چان باندی د یو داسى نېټدی خپل ګمان کوي کوم چى یوه او بدنه ناروغى تیره کړي

وی او کیدای شی چى دناروغپه فکر کې د خپلو گاوند يانو خپرى رايادى شى كوم چى دهغۇي ديو داسى شخص پە باره کې خبرى كولى كوم چى بالاخره دخپل مرض لە كبلە مەشۇرى ياد عامو خپرونو دمجلاتو لە مخى ديو داسى شخص دمرگ خخە خبرشى كوم چى دخپلى ناروغى دشدىد تكليف او درد لە كبلە مەشۇرى وە زيات شمير خلک كوشش كوي چى دخپلى ناروغى د منئە تە راتلۇ لپارە كوم معقول دليل پە فکر کې راپوري لە زيات ۋەرى خورپ، دتمرين نشتىوالى، سگرت خكول، دجنسى فعالىت زياتوالى، دعمر زياتوالى يا پرمختىگ دخپلى ناروغى لامى گىنىي خپل معالج تە دdasى ۋول خيالاتو داظھار كولو بواسطە مريض ۋېر ارامتىا مومى او ددى لپارە ضروري نە دە چې معالج كوم وصفىي اقدام و كېي يواحى ورته غور و نىسىي او ئانپرى پوه كېي.

۲- پە مرض پورى ارۇند وصفىي تظاهرات:

مختلف اشخاص د درد د زغم، تحمل اويا د هركلې كولو لپارە مختلف قابلیت لرى او پە فوق العادە ۋول دهغە درد چى د ضعيفي ملگۈتىيا كوي د خبيشە ناروغى سره تېلى وي پە دى لې كې استثنات ھم وجود لرى لىكىن زياترە خلک دداسى ۋول خبيشە افاتو سره چى حياتى دندى گەۋەپى كوي لە تنفس، خوراك كول او تغوط پە خفه كوونكى كې د مشكلاڭاتو سره مخامن كوي وروستە لە دى خخە ۋېر زيات مشوش كوونكى ستونخى ھفە دى چى دمىتى لف لە پە خرابولي دلالت كوي منئە تە رائىي لە د نزتوب يا بىخىنە خواص بدلۇن چې پە دې ھله كې سترگى، اطراف، ثديە غدى يا تناسلىي غېرى بدلۇن شامل دى دداسى ۋول ستونخۇ دپراختىا اندازە چې د Anxiety پواسطە خەنگىدىپەي پە دى خو

دابايد معلومه شي چى ايا ناروغ خپله Reproductive مرحله تكميل كري ده ايا دهغوي دمخصوص عضوي په دندو كې خرابوالى مينخ ته راغلى وه.

زيات شمير خلک ديو داسى دول خبيشه افت خخه په عذاب کي وي کوم چى نورو خلکو ته بسکاره کيداي شي ليكن بيا هم ئينى خلک د داسى افت خخه ارامتىا حس کوي او په اساتىيا سره خرگند او تداوي کيداي شي ئينى خلک ديو داخلى افت خخه چى دليدو ورنه دى او په وجود کې په يو نامعلوم ئاي کى قرار ولرى زيات شمير ناروغان ديو داسى افت خخه چى دليدو ورنه دى او په بطن يا سينه کې ئاي لرى بى علاقه وي او توجه ورته نه کوي.

۳- دتداوي لپاره په لاس کې موجوده طريقي:

زيات اندازه مريضان د منتشر کانسر دمنخه ورلولپاره دجراحي عمليى سره موافقه کوي ليكن ديو کم شمير ناروغانو لپاره دايوه ڏيره خطرناكه مسله ده مخصوصاء که نومورو مريضانو مخکى له دى خخه کومه جراحي عمليه تيره کري نه وي يا که دجراحي په عمليه کې په پراخه اندازه د عضوي د قطع کيدو امکان موجود وي هغه مريضان چى ڏيرڙر د جراحي مشکلاتو سره تطابق کوي بنايى چى د شعاعي تداوي سره په معامله کولو کې د ستونخو سره مخامن شي داچكه چى داچول تداوي ڇير او بد وخت نيسى او مبهم وصف لري کيداي شي چى يو شخص ڇير ڙر شعاعي تداوي قبوله کري په داسى حال کې چى بل شخص د Cobalt ماشينى يا ورانگو خخه ويره پيدا كري.

۴- د مريض د شخصيت جوربنت او د هغه طرز العمل د خپل ڙوند خواته:

داناروغ برخورد دخپل کانسر او دهغى د تداوي سره او دهغه د Anxiety دمنج ته راتلو
اندازه په اساسی ډول د هغه د شخصیت د جورېست پواسطه تعین کېږي ایا مريض اجباري
یا اشتباہ کوونکی Counter phobic یا Hitrionic, depressive یا نورو باندی متکى دی
یو اجباري یا Compulsive یا نورو باندی متکى دی یو اجباري یا Comulsive ناروغ ديو
پاک Counter Amputation سره لړ مشکلات پیداکولای شي چې دیو یا Hystoric یا
phobic شخص لپاره ډیروخیم او تباکن تمامېږي.

لاکن Compulsive خلک د ilostomy سره اجراشوی Colectomy له کبله نهایي
اندازه Anxiety بسکاره کوي په عمومي ډول هغه مريضان چې په کانسر باندی اخته کېږي
د احساساتو له نظره او د خپل خواهشاتو د تكميليدو له نظره دخپل ژوند خواته په مختلفو
وختو کې مختلف برخورد بسکاره کوي ئينى داسى احساس لري چې دهغوى ژوند په
ارامتيا سره بشپړ شویدی او ئينى نورو یې مخکى د وخت خخه ڈژوند ارمان دلاسه
ورکړي وی په داسى حال کې چې ئينى نور د خپل ژوند د مقصد یا خواهشاتو د ساتلو یا
تكميلولو لپاره کوشش کوي.

۴- موجوده اجتماعي منابع

په زيات عموميت سره داسى شميرل کېږي چې کانسر مريض Anxiety یا
کيدل دهغوى دناروغى په مقابل کې یو طبعي عکس العمل دی.
په حقیقت کې کيدای شي چې مريض دخپل فاميل د غرو دارتباټ دبدلون له کبله مشوش
او Depress شي.

کله کله د کانسر د تظاهراتو د شروع خخه و روسته او هم ئىينى وخت د کانسر د استيلا
 كيدو په تيجه كي هم انكشاف مومي په زياتره واقعاتو كي نوموري Depressive عكس
 العملونه په تصادفي چول د الواقع شوي اجتماعي تغيراتو سره ارتباط لري کوم چى باید د
 هغه عمر د گروپ په هريوداسي شخص باندى تيرشي چى په کوم كي کانسر منخ ته راغلى
 دى اکثراوقات د نومورو ارتباطاتو او په محیط كي د اساسى اشخاصو په عضلى چول لتهن
 د مریض په روحى تشوشات له منخه و راي شي کوم چى مخکى لري د مریض د خبىشە افت
 له كبله بلل شوي وه يوه ارام ور مذهبى عقیده او د يو مذهبى رهنما سره ارتباط د
 کارسينوما د مریض لپاره فوق العاده گتھور ثابتىپى ليكن هغه خلک چى دا احساس کوي
 چى هغوي په خپل مذهبى کارونو بنه وه بنايى چى کوم وخت چى په کانسر اخته شي نوبىا
 هم مشوش پاتى شي.

دايو داسى چول حالت دى چى لېزيات پاملىنى ته اپتيا پيداكوي د مریض وظيفه په کور
 اويا په دوکان كي بنايى چى دھغه د روحى بنه والي لپاره فوق العاده زيات اهميت لري او
 دھغه له خوا خپل کارتە ادامە ورکولو كي عدم كفایە اويا مخکى له وخت خخه دھغى په
 وظيفه كي د كمبىت منخته راتللى بنايى چى دھغه د روحى تشویش يو اساسى منبع وي
 زياتره مریضان د خپلو پيسو د گتھور له پلان سره علاقە لري چې خپل فاميل لپاره او د ئاخان
 د تداوي لپاره ارامى برابره كړي.

٥- د معالج شخصىت او طرز العمل:

ئىنى معالجىن غوارپى چى دكارسينوما مريضان تداوي كرى او پە دې لىر كى ۋېر
باصلاتىتە هم دى چى پە اختصاصى ۋول دەغە نواحى سره دمعاملە كولو پە مورد كى
ۋېر مهارت لرى.

ئىنى نورمعالجىن نە غوارپى چى دكارسينوما مريضان ترخپلى پاملىنى لاندى ونىسى
او كىدai شى چى پە دى ساھە كى مهارت ونە لىري پە هرى يو كتگوري كى داسى ڈاكتران
وجود لرى چى دەغۇي د شخصىت ساختمان يو وسیع تنواع لرى كله خىنگە چى مريضان لە^١
دى نظرە چى دەغە خپل كارسينوما خىنگە معاملە كوي فرق لرى نو پە ھەمدى ۋول
معالجىن ھم د كارسينوما مريض دتداوي كولو لە نظرە فوق لرى. خىنگە چى كىدai شى
چى يو مريض ديو داكتەر دتداوي سره ۋېر زيات ارامتىاء حس كوي او پە ھەمدى ۋول بل
ڈاكتەر مريض ديو محتاط نىدى او علاقە لرونكى معالج خىخە خپلە ارامتىاء مومى.

خوشختانە پە زياتە اندازە معالجىن دكتنى ور ۋول دومرە بىسە والى لرى چى دەغە خپلە
اساسى طريقە د ئانگۈرى مريض د ضرورياتولە نظرە ترميمولى شى پە عمومى ۋول د
كارسينوما يو مريض ديو داسى معالج سره ۋېر بىنە رفتار كوي كوم چى يو فعال او
دوامدارە ارتىاط وجودلىرى.

٢- دطب محصلين او دكانسر مريضى:

ديو طبىي محصل پە حيث او د هرچا پە شان تاسو دكانسر مريضانو سره اول خل دمخامخ
كيدو پە وخت كى يو مخصوص طرز العمل به غورە كرى كوم چى د تاسى د مطالعى
او داسى ۋول اشخاصو سره او ھم د نىرى خپلوانو سره دستاسو پە خپلى تجربى باندى
اساس لرى.

داسی امکان لري چي ستاسود لمرنی تجربی کوم چي تاسود یو کانسر مريض خخه
 اخيستی دی ستاسو خيالاتو په عمومي ډول د ڈاکترانو د معالجوي مهارت د ستاسو
 داستاذانو او حتی د ستاسود خپل ئان په مورد کې په ډير ژوره توګه په امتحان شي تاسو
 کيدای شي چي دكتنى وړ اندازه مشکلاتو سره هغه وخت مخامخ شي کوم وخت چي
 ديو کانسر مريض سره د اړیکو پیداکولو کوشش وکړي د مریضي د پامرني په اوږدو کې
 کيدای شي چي تاسو ډير زيات بافهمه متھیج، یا ډير زيات تھیه شوي اوسي دابه بنه وي
 چي په ياد ولرو چي تاسو د مریض دحالت سره په زياته اندازه نارامتیاء احساسوي نه پخپله
 د مریض سره باید په ياد ولرو چي د کانسر مریضانو مثال چې د بستر مریضانو کې ليدل
 کېږي په لوړه اندازه غلط معلومات راکوي او د هغو مریضانو خخه نماینده گې کوي کوم
 چي د مرض پواسطه په حاد ډول په تکلیف اخته شويدي او په ډير خراب ډول بنه والي
 پیداکوي او په دی ډله کې یوزيات شمير هغه ناروغان شامل نه دي کوم چي د ناروغۍ
 سره د روغتون خخه د باندی ډير بنه وظيفه اجراکولي شي.

کله کله تاسو سره د کانسر مریضي سره د هغه خبرو له نظره چي تاسو د هغى تشخيص او
 خارجي بنه د معلومولو په منظور هیڅ ګته وانخلی او تاسو بشایي چي زياتره د مریضي سره
 په تماس راشي او مریض هم په دغونقا طو کې ازمايش کړي د ستاسونه دا توقع کېږي چي
 د سرويس د موظفينو خخه ياد مریض د شخصي معالج خخه داسی پوبنستني وکړي چي خه
 او په خه ډول مریض ته د هغه شرایطوارون د معلومات ورکول کېږي. په خيني حالاتو کې
 تاسو د مریض د خرابو حالاتو له کبله او د هغه د تداوي دغیر موثر ډول تداوي کولو کې د طب
 د ناتوانی خخه نماینده گې کوي کيدای شي چي په نوموري شرایطو کې تاسو په عذاب

شي او همدارنگه کيداي شي چي تاسوده گه دېسکاره غفلت او بى پروايني له كبله په عذاب شي کوم چي ستاسو په خيال کي د ستاسو دمريض سره کيربي او تاسوداسي فکر کوي چي تداوي يوبيل ډول کورس د ترجيح وړ دي په ځيني شرايطو کي کيداي شي چي ستاسو نظريه مناسبه وي او په ځيني نورو وختونو کي کيداي شي چي ستاسو خيال صحيح نه وي دابه بنه وي چي په ياد ولرو چي دکانسر دمريضي په پاملننه کي دټولونه اغيزه ناک فكتور د هغه اړيکي د معالج داکتر سره دی کوم چي معالج داکتر د بستر خخه مخکي، دبستر په جريان او وروسته له هغه په دوامداره ډول د مريض په پاملننه کي برخه اخلي ده ګه د معالج له خواسنجلو شوي مخصوص پلان او طريقه بنايي چي ده ګه دمريض لپاره دټولو خخه زيات اغيزناکه لاره ده.

په داسي حال کي چي دکانسر مريض سره د ستاسو داړيکو پواسطه په مختلفو وختونو کي د ژورو ازموينو خخه تير شي چي بالاخره کيداي شي چي تاسوته نور هم اساتنيا پيداکړي.

په دې ډول تاسو کولاني شي چي دخپل مريض مشاهده او ده ګه د تداوي په سنجولو او عملی کول په ډيره اغيزناکه ډول سرته ورسوي تاسو به ددي خبری د مشاهده کولو لپاره چي څرنګه یوزيات شمير مريضان دخپل مرض د تاثيراتو سره تطابق کوي یو بنه موقع پيداکړي او همدارنگه تاسو به ددي خبری د ليدو موقع هم پيداکړي چي په څومره قهرمانه ډول یوزيات شمير اشخاص د داسي مرضو د تکليفونو شفا کولي شي کوم چي مرض منځ ته راړې او مخکي له وخت خخه مريض د ژوند د ختميدو لامل ګرخي.

The Para Neoplastic Syndrome

دمريضي يوه زياته برخه چى دكانسر سره ملگرى وي په حقيقت کې داد كانسر حملى يا دنارمل عضوى د وظايفو سره ميخانىكى بريد مستقمية تىيجە دەمکان لرى چى ديوغران (سکە) په اندازه جسامت لرونكى دسپرو Out Cell كارسينوما په ناروغ کې تبه، بى اشتھايىي ، كم خونى ، Cachexia په شدید شكل پيدا كړي په داسى حال کې چى يوه بىحه چى دندىي په كانسر باندى اخته وي امکان لرى د ۱ کيلو ګرام په اندازه تومور په خپله ثديه کې ولري په داسى حال چى دهفوی د وجود وزن، اشتھا او نور دندو کې شايد ډير كم ونه ليدل شي يوزيات شمير تومورونه د خپل ئان خخه حىنى مواد توليدوي چى په ليرى واقع شوي عضو باندى تاثير اچوي او د كوربه په وظايفو باندى تاثير اچوي چى دنوموري موادو پيدا كيدل د مخصوصو تومورو خخه په مختلفو طريقو صورت نيسى چى په تىيجە کې Hyper calcemia كم خونى او د ادرينل دغدى د قشر فرط فعالیت، Hypo immunity او داسى نور منع ته راخي د جسامت له كبله منع ته راغلى استقلابي پىنسى پوهينه او تshireح لېتر لې په جزوی توګه د Neoplastic حجراتو او انساجود Patho physiology په اساس كيداى شي د پرمختللې كانسر لرونکو ناروغانو مكمel په لې كې نوموري سندروم ته زياته پاملنە وشى.

۱- تعداد او ڏولونه :Frequency and types

دپرمنځ تللي خبيشه امراضو له جملی څخه ۱۵% ناروغان چي په روغتون کې بستر شويدي بارز ڪلينيکي تظاهرات په هغه عضو کې نسيي کوم چي دلمونۍ عضو څخه ليري واقع شوي وي او د Metastatic تومور ذخاير په کي شامل نه دي که په ډيره توجه سره لته وشي نو په همغه اندازه د Sub clinical سندرومونو شتوالي هم معلوميدايو شي دمريض د ژوند په موده کې د Para neoplastic امکان لري ۷۵-۵۰ ته ورسيندي.

۱- د Ectopic تومورونو توليدول معمولاً زيات ليدل کيربي (د تولو سندرومونو يو پر درې

برخه کې) جوروسي

۲- منضم انساج يو پر شپرد مجموعى جوروسي

۳- دموي ۱/۲ دمجموعى

۴- عضلي ۱/۲ دمجموعى Neuro muscular

Mediators

۱- تروفيك هورومونه د هغه هورمونو سره ورته والي لري کوم چي په طبعي توګه ورڅخه

توليد يېري مثلاً: ADH, MSH, ATCH

۲- د معافيتي سيستم د نظره نه فعال مواد مثلاً: Myeloma پروتين

۳- د فزيالوژي د نظره فعال مواد مثلاً: Plasmin activator serotonin

۴- نارمل حجر و محصولات چي معمولاً وجود کي نه ازاد يېري مثلاً: Casein- Mucin

۲- جنسی حجراتو د دندو خرابوالی:

A: ټول غیر جنسی حجرات Somatic خپل محتوا کې مکمل او مساوی کروموزومونه لري.

B: په يو نسج کې د حجراتو جنتیک ظرفیت زیاتره برخى د ساختمانی او وظیفوي definition سرته رسول دکتلوي او انتخابي انحطاط پواسطه سرته رسی.

C: توموري حجرات چی Depress شوي وي:

۱- په دی اندازه چی دهغوی د ویش ظرفیت تنبه شوي وي.

۲- له دی نظره چی دیو Histogenetic anloge Clones د حجراتو خپل مخصوص ظرفیتونه محدود ساتي یعنی کلیوی نسج یواحی د اکسیجن په نشتوالي د Endocrine تولیدوي لاکن بسايی چی د کلیوی حجراتو تومور بيله Anoxia, Erythropoeitin د کنترول میخانیکیت څخه Erythropoeitin توپید کړي. Anoxemia توپید کړي.

۳- همدارنګه هغه توموري حجرات چی Brandual cleft څخه منشاء اخيتسی وي لکه سپري، بسايی چی دهغو نورو انساجو محصولانافراز کړي کوم چی د نوموري Anlage څخه منشا اخلي مثلاً دنخاميه قدامي فص په تبيجه کې د سپود کانسر سره یوئهای MSH، او ADH توپید هم ملګری وي ATCH.

د سپو کانسر پواسطه د Parthomone توپيدidel بسايی چی د brandual cleft څخه دا غذی ګارسينوما عموماً Medulary Thyrocalcitonin توپيدوي.

۴- دیوبی توموري حجراتو څخه دیو غیر نارمل هورمون تركيبول بسايی چی د اسی محصولانو زياته اندازه توپید کړي کوم چی Receptor بلاک کوي او دفعال نارمل هورمون

کنترول کوي مثلاً کلیوی حجراتو کارسینوما بنایي چی غیر موثر Erythropoetin تولید

کړي کوم چی دهلوکي منځ کې Receptors پونبوي او د کم خونی لامل کېږي.

۴- پتوjenis: Forbidden Contact (د تماس خخه ڏڻه):

A: څرنګه چی په کانسری حجراتو کې Contact inhibition د منځه تللی وي نو خکه داخله

شوو حجراتو قاعدي غشاء حملی لاندی نيسی او نسجي خالیگاو کې خپل مخصوص

محصولات افرازوی په عوض ددی چی په افرازی جوفونولکه غدوی قناتو، د معده معايي

ليومن او قصباتو کې افراز کړي نوموري افراز شوي محصولات چی دنسج په داخل کې

داجنبي موادو په حیث داخلېږي بنایي چی په کوربه کې د نورو انساجو پواسطه Antigenic

عکس العمل د تولیديدو لامل و گرئي Auto immune پیښی لکه تبه، Arthropathy

او Vasculitis hemolysis مینځ ته راوري.

B: د تومور Endothelium د نارمل شعريه او عيو سره غير دوامداره اړیکې لري. داخلی

توموري دوران زياته برخه د Sinusoidal شعريه او عيي لري وينه د توموري د جدار تر منځ

چي منظم Endothelium نه لري مستقمي دوارن کوي دوراني سره کرويوات د هغوسطحه

سره د تماس پواسطه چې پرته دوعائي Endothelium وي ژرويجاريې چی په پايله کې د

په ډول Hemolysis Starr volve مینځ ته رائي.

C: نارمل حجرات چې په لويءه پيمانه په وجود کې په دوامداره توګه مره کېږي او د وجود

دسطحي خخه په تفلسي شکل د منځه خي (پوستکي، معده معايي لاره، ثدي،

اويا د مخصوصو ميخانيکتو پواسطه معامله کېږي (لكه RBC) Endometrium sperm

او WBC) لکن نور حجرات چې په وجود کې مره کېږي وجود د هغوى د ليرى کولو د پاره ډير

محدود ظرفیت لری توموری حجرات ډیر ژر مرگ سره مخامنگ کیری. چې په تیجه کې همدغه ئایو کې د Poly peptides او نورو محسولاتو د ازادیدو لامل گرئی کوم چې التهابی عکس العمل (لکه تبه) د تولید لامل گرئی او Antigenic خاصه هم لري.

۵- دپارانیوپلاستیک سندروم د دمحضول په حیث:

Histological Anlage	Normal Tissues	Normal Product	Tumor type	Tumor syndrome
A. Branchial cleft	Anterior Pituitary	ADH ACTH MSH Gonadotropin	Lung Lung Lung Lung	Schwartz barter Cushing's Pigmentation Clubbing (Estrogen)
	Parathyroid	Parathormone	Lung	Hypercalcemia
	Thyroid	Thyrocalcitonin	Medulary thyroid	Hypocalcemia
	Thymus	Myelokentric substance	Thymoma	Aplastic anemia
B. Foregut	Pancrease	Insulin	۱. Islet cell cancer ۲. Liver ۳. Retroperitoneal cancer	Hypoglycemia Hypoglycemia
	Stomach	Gastrin	Stomach Cancer	Zollinger Ellison
C. Urogenital ridge	Kidney	Erythropoitin	Renal cell,Ovary and Endometrial Ca	Erythremia, Anemia
	Prostate	Plasmin Activitor	Stomach Cancer Adeno Ca Prostate	Intravascular fibrinolysis

V: دپارانیوپلاستیک سندروم د تومور پواسطه تولید شوی معافیتی تعاملاتو کې کمنست

د محسولاتو په حیث.

A: دمعاقيت كموالي.

1 - Hodgkin's ناروغى:

دعقدوي لمفوسیت معاوضه کيدل دحجروي معافيت دمنخه تللو سبب کيربي کوم چې په خپل وار په لاندنيو حالاتو کې منځ ته رائي.

A: وايرولي انتخابات. مثلا H.Zoster او

B: فنگسي افات مثلاً Histoplasmosis.

C: اتنانات Acid Fast

2 - Myeloma

د Mعاوضه کيدل د ګاما ګلوبولين دمينخه تللو لامل کيربي کوم چې په خپل وار د بكتريايي اتناناتو لامل کيربي.

B: کسبې او تواميون شرایط:

1 - Hodgkin's ناروغى: د Ag ازاديدل چې داتي بادي دتوليديدو لامل کيربي کوم چې په لاندنيو حالاتو منتج کيربي.

A: کسبې هيمولايتك کم خوني.

B: او د منضم انساجو ناروغى Arthritis

2 - د ثدي کانسر

ازاديدل ديوانتى باډي دتوليديدو سبب کيربي چې په لاندنيو حالاتو منتج کيربي . Casein

A - هيمولاستيك کم خوني .

B - دماغي استحاله cerebral degeneration

٣- دسپروکانسر:-

داتيچن ازاديدل د حجر و معافيتي تعاملات منخ ته راوري چي د لاندانيو حالتو سبب

كيربي .

A: دماغي استحاله

B: محطي Neuropathy

٤- پارانيوپلاستيك ناروغى د مخصوص اعضاء د عكس العمل په حيث:

A: دهه و کي مخ

١- دم خ دعناصر د توليد تنبه کيدل د تومور د (هارمون) دافراز په حواب کي (هارمون په

يوناني ژبه کي زه هيجاني کوم معنى وركوي).

Product	Tumor	Syndrome
Erythropoitin	Renal cell cancer	Erythromia
	Ovary cancer	Erythromia
Hemolysis	Lymphoma	Hemolytic anemia
	Brest cancer	Hemolytic anemia
Cytokinins	Lung cancer	Leukocytosis

٢- دم خ دعناصر د توليد انحطاط د تومور خخه توليد شوي "Kalones" (چي يوناني کي

زه انحطاط کوم معنى وركوي) په حواب کي .

Product	Tumor	Syndrome
Thymic product	Thymoma	Aplastic anemia
Anaerythropoitin	Renal cell cancer	Anemia

B: دەھەوکو Matrix

۱- دتوموري حجراتو سره مستقىم تماس:

Product	Tumor	Syndrome
Fibrogenic substance	Brest, Stomach Colon cancer	Myelofibrosis with Erythro leukokoblastic anemia
Direct contact osteolysis	Myeloma, Prostate, Breast cancer	Hypercalcemia

۲- دليرى ئاي تومورو هارمونى تاثيرات

Product	Tumor	Syndrome
Parathormon	Lung	Hypercalcemia
Thyrocalcitonin like	Breast Clear cell of parathyroid	Hypercalcemia Hypercalcemia

C: مرکزى عصبى سىستم (CNS)

۱- تنبه كيدل

Product	Tumor	Syndrome
Mediator unkown	All time	Cachexia, anorexia

۲- انحطاط كول

Mediator تومورونه معلوم نه دى Cachexia, Anorexia

White mater :D

۱- انحطاط كول:

Product	Tumor	Syndrome
Mediator unknown	Lung cancer	Prepheral neuropathy
Mediator unknown	Colon, Renal Cell	Orthostatic hypotension

Endocrine :B

Gonads - ۱

Product	Tumor	Syndrome
Gonadotropin	Lung, Liver	Androgenicity, Ferminization

Adrenals - ۲

Product	Tumor	Syndrome
ACTH	Lung, Liver, Thymus	Cushing's Syndrom
مستقیم حمله کول	Breast, Lung	Addison's

۳- پانکراس

Product	Tumor	Syndrome
Gastrin	Stomach, Cancer	Zollinger, Ellison

۴- پنستورگ

Product	Tumor	Syndrome
ADH	Lung	Schwartz batter
Ca ++	Myeloma Breast	Hypercalcemia Uremia Hypercalcemia Uremia
Uric acid	Leukemia, Lymphoma	Urate Nephraphthy

G: منضم نسج

Product	Tumor	Syndrome
immunoglobulin	Lymphoma Lymphoma	Arthritis and Vasculitis Amyloid

VII: پارنیوپلاستیک ناروغی د پتوجنیک میخانیکیت په لته کې:

(چى دپورته ذکر شوي نظرىي په اساس شرح كيداي نشي)

A: د کلیوی حجراتو کانسر څخه او Hyper calcemia Myelogenous leukemia څخه د تولیدیدل.

B: د پروستات کانسر څخه د ATCH تولیدیدل.

C: د Gonadotropins پواسطه د Hepato blastoma تولیدیدل.

D: د سپرو د کانسر څخه د TSH نه تولیدیدل.

E: د Thyroid یا سپرو کانسر څخه د هارمونن تولیدیدل.

F: د Colon په کانسر کې د پوستکي Acanthosis Melantic pigmentation او Nigricans

VIII: د پاراپلیاستیک سندروم تنظیمول او تداوی کول:

A: د هغه ډول تومور تداوی کول کوم چې او بدي مودی کنترول ته اړتیا لري لakin خرنګه چې پاراپلیاستیک سندروم په پرمختللى کانسرو کې لیدل کېږي نود تومور د معالجي یاشفا کيدو امکان لبدي لakin بیا هم د سپرو یو کانسر د جراحی تداوی یا شعاعي Palliation ته مقاوم وي بنایي له دی کبله بايد تشعشع یا قطع شي چې د PTAH په خير Hypercalcemia مخه ونیول شي.

B: پتوفزیولوژیک میخانیکیتونه تداوی کول:

يعني د هورمون د تولید څخه مخنیوی کول هم کله کله گټور ثابتېږي.

1- د کلیوی کانسر څخه د تولید شوي Biosynthesis Parthormone هورمون په خير د مخنیوی کول د Actinomycin د استعمال په واسطه مینځ ته راتلای شي.

۲- دسپرو یا Thymas دتومور پواسطه تولید شوی ATCH په مقابل کې د ادرینل عکس

العمل نهیه کولو لپاره Anino gluterthimide Metopyropone of DDD استعمال

او هدوکي کسر په دی تومور کې مینځ ته راخي Diabet miacshing syndrome

C: داعراضو او علايمو تداوي:

په ډير واقعاتو کې د مریض د ارامتیاء او سکون لپاره دا ډير ضروري ګنډ کېږي او

يواخى شوی وي د عملی پواسطه اجرائیدا شی یوشمير سندرومونه او د هفوی درملنه

په لاندی ډول دي.

Syndrome	Corresponding therapy
Hemolytic anemia	Prednison ۳۰ mg/day P.O
Aregenerative anemia	Depotesteron ۲۰۰ mg/wk/im
Erythremia	Venesction, estrogen
Hypocalcemia	Hypervitaminosis D
Hypercalcemia	Mithramycine ۲۵mg microgram/kg ivx ۲
Hyper adrenocorticism	Op DDD metapyropone, aminoglutathimide
Neuropathy	Prednisone ۳۰ mg/day P.o
Cacheixa anorexia	Depotestesterone ۲۰۰ mg/wk/im
Hypogamalglobulinemia	Humon gamma globulin in ۲-۳ wks
Postural hypotension	۹ fluorohydrocortison
Hypoglycemia	Streptozotocin ۳۰ mgm/day p.o Diazoxide
Fibrinolysis	Prednisone ۳۰ mg/day, po

دېدیو ڪانسر (Breast Cancer)

تاظر (Perspective)

دېدیو ڪانسر د ڪانسرونو د پرابالمونو د جملى خخه دومره برحه احتوا کړي ده چې د یو محصل لپاره د ډېدیو د ڪانسر په مورد کې خپل تاظر ته دانکشاف ورکولو لپاره یو منطقې ځای دی (البته د ڪانسر ځای) پرته له دی چې اپیدیمیالوجیکی مطالعاتو په وګرو کې دنوموري ڪانسر توزيع په هکله معلومات فوق العاده زیات او پراخ ډگر ته راوتلي دي لاکن تراوسه پوری ډېدیو د ڪانسر لپاره کوم عادي سببي فکتور خرگند شوي نه دی اتیالوژیکی فکتورونه چې لابراتوار کې پیژندل شوي دي عبارت دي له هارموني میخانیکيت، ویروسی عامل او معافیتی پرسو خخه خوبیا هم یوشمیر زیات نظریات ورپاندی شویدی لاکن دانسان مغلقو حالانو باندی ددی مستقیم استعمال تراوسه سرتنه ندی رسیدلی په سپین پوستکو بسخو کې چې ۴۰ کالو خخه زیات عمر لري د ډېدیو ڪانسرونه د ټولو خخه زیات عمومیت لري. پرته له دی چې د امراض ډېر عمومیت لري په Literature کې کافي راپور نشه چې په حتمي توګه یوزیات شمیر هغه بحثونه چې د درملنی په لړ کې کېږي

تیجی ته ورسیبېي خوبیا هم جذری Mastectomy په مقدمو پیښو کې د تداوي اساسی برخه ده خوبیا هم یوشمیر جراحان شته دي او داسی فکر کېږي چې داعملیه جذری نه ده اویا ډير زیات جذری ده. همدارنګه د شعاعی تراپی قیمت او قدر د معالجوی عامل په توګه او خصوصا لمفاوي عقدی برید کولو په لړ کې تراوشه تاکل شوی نه دي په حقیقت کې ئینی د احصایی عالمان داسی وايی چې تراوشه پوری یوی تداوی هم د ژوند اندازی باندی تاثیر نه دی اچولی.

دهارمون ورکول په مختلفو طریقو او استطبابات یې پرمخ تللو پیښو لپاره په مختلفو مراکزو کې توپیر لري مګرد اختلف په عوض زیات اتفاق وجود لري. د کیمو تراپی رول یوځای د جراحی عملی سره د عملی ور پیښو لپاره په یوزیات شمیر روغتونو کې د او د ډول ترمطالعی لاندی نیول شویدی Random.

څرنګه چې د مريضانو ۵۰% یې روغتون ته د مراجعه کولو په وخت کې او یا وروسته له دی نه سره مخامخ کېږي نو د مرض د علاج لپاره موضعی اقدامات له جراحی او شعاعی تراپی مکمل علاج نه ګنل کېږي د بسه ژوند داندازی د حاصلولو لپاره مقدم تشخيص او نوی تراپتیک طریقی اختيارول ضروري دي که دا درملنه کیمیاوی یا معافیتی وي او یا تر هغه وخت چې د مرض د Pathogenesis میخانیکیت خرگند او وپوهيدل شی نو د مرض مخنيوی د ژوندی پاتی کیدو هيله مندی زیاتیرېي.

دعلماو دخیرنی له نظره دلاندниوا حصایو پر بنسټ د ٿڌيو کارسینوما واقعاتو کې زیاتوالی منج ته راغلی دی.

وقوعات: بسحو څخه ٧٢ ته کانسر پیبنیبی (د اخبره نوي واقعات په یو کال کې تشخيص معلوماتو څخه اټکل کېږي)

شیوع: بسحو څخه ۱۰۰ ته کانسر پیبنیبی (د مرضونو تعداد په یو کال کې)
وفیات: بسحو څخه ۲۷ مرگ سره مخامن کېږي (د مرپو شوو بسحو تعداد په یو کال کې) یو شمیر زیات د خیرنی وړ حقایق وړاندی شویدی.

A: د ٿڌيو کارسینوما په بني طرف کې نسب چپ طرف ته زیات واقع کېږي (نسبت یې دادی ۱۰۰:۱۱۰)

B: په خارجي اربعه کې نسبت داخلی اربعه ته زیات واقع کېږي.

C: هغه بسحی چې ماشومان یا اولاد نه لري هغوي کې زیات پیبنیبی.

D: هغونه بسحو کې چې خپل تی په ذريعه شودی نه دی ورکړي زیات پیبنیبی.

E: په ۴% پیبنو کې د وطرفه پیبني یې ليدل کېږي.

F: نزانو او بسحو تر منج تناسب ۱:۱۰۰ دی.

G: فاميلي وقوعات یې زیات وي (په حله زیاتوالی)

II: ڪلينيکي تشخيص

A: مریض تیپیک ډول په خپل ٿديه کې دكتلى څخه گيله کوي کوم چې ابتدائي مراحلو کې جلد، متحرک او بى درده وي کله چې کانسر پرمختگ وکړي نومورې کتله مجاورو و انساجو سره ثبیت Fixation کېږي د پوستکي يا چوشک Nipple کش کيدل يا

غونجی کيدل تپي کيدل درد erythema او په تخرگ کې دلمفاوي عقداتو کتلی جوریدل مينځ ته رائي.

B: د کانسر ابتدائي تشخيص په دې ولار دي چې ياخونښه په خپله ئان هره مياشت معاینه کړي او یا هر کال د طبیب په ذريعه ئان معاینه شي.

C: موقعیت
په علوی اربعه کې ۵% واقع کېږي په مرکزي برخه کې ۲۰% واقع کېږي ۱۰% په سفلی خارجي اربعه او ۲۰% په منځني نيمائي کې واقع کېږي
D: کلينيکي بهير:

که په ثديو کې کتله ديو مياشت خخه دی خواته موجود وي نود تخرگ عقدات ۵۰%
(ماوف شويدي) مثبت دی که کتله د ۲ مياشتو خخه دی خواته موجود وي نود تخرگ عقدات ۲۸% مثبت دی.

III: د تشخيص لاري چاري:

A: په ډير پاملنې سره تې په مختلفو حالانو کې جس کول Transillumination په تخرگ کې د عقداتو لټپول او د فوق الترقوی جوف د عقداتو لټپول او د اسی نور.

B: د ايو سکريک تکنيک دی چې د Egam دخوا کشف کيدونه وروسته په ډير وسیع توګه قبول شويدي هغه کانسرونه چې د جس ورنه وي ددى پواسطه تشخيص کيداي شي تقریبا ۹۰% کانسرونه چې د راديوكرافی پواسطه تشخيص کېږي موضعی افت لري.

دنوموري تخنيک پواسطه معلوم شويپي کانسرونو په ذريعه د ۴۰-۶۰ کالو بنسخو ګروپ د هرزه بنسخو خخه ۲-۴ واقعات په ابتدائي معاینه کې تشخيص کېږي.

د ۴ کالو خخه زیات زرو بسخو کتلوي سکرنيک يو په زره پوري طريقه ده په کلينيکي

ډګر کي زيات شمير داکتران دنوموري مطالعی لپاره لوړ خطر لرونکي گروپ High risk

تاکي چې په لاندی توګه دي.

۱- Single (چې واده يې کړي نه وي) بسخه چې عمر يې ۳۰ کالو خخه زيات وي.

۲- هغه بسخې چې Menarch يې ډير ژر شروع شوي وي او د تحیض دوام يې د ۳۰ کالونه زيات وي.

۳- هغه بسخې چې هیڅ ماشوم يې زیبولي نه وي يا د دوه ھلې خخه کم حامله شوي وي.

۴- د ټيونو کانسر قوي فاميلى تاریخچه.

۵- هغه مریضان چې اول هم د ثديبي کانسر باندی اخته شوي وه او اوس دپاتي تي د معایينې لپاره مراجعه کوي.

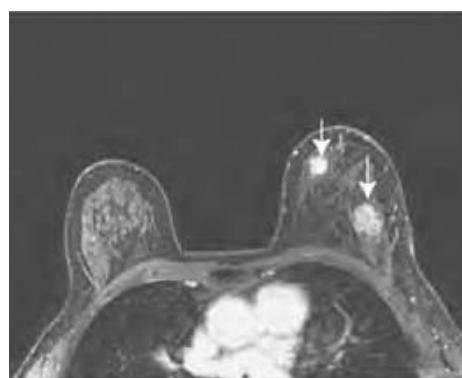
د نوراستطبابات عبارت دي له: Mamography

د Pendulum په شان لوی ټيونه کوم چې کلينيک کي په اسانه معایينه کيداي شي او کتلوي Cystic ټيونه خصوصا Multiple biopsies نه پس.

همدارنګه د راديوجرافی سره یوځای اویا د هغوي په عوض Xerography او

عموما Thermography Technical apparatus لکن دنوموري ګټور تمامېږي بسايې چې

نه پیداکېږي.



A positive breast magnetic resonance image showing two breast cancers

C: دسپرو اویاپنستیو Metastasis دتشخیص لپاره روتین صدری عکس اخیستل.

D: دکوچني کتلی لپاره Excisional بایوپسی او لوی کتلولپاره Incisional بایوپسی چی فورا دتشخیص لپاره ورڅه Frozen section واخیستل شی دکانسر د Mastectomy په وخت کې دبلی سالم ثدی څخه Biopsy اخیستل دخینی خلکو پواسطه ضرور ګنډل کېږي ټکه چې د Urban له خوا ۱۰٪ واقعاتو کې په بلی سالمی ثدی کې هم کانسر شتوالي تثبیت شوي دي.

E: د عقداتو دکتلوده ګو برخی څخه Aspiration biopsy اخیستل چې عملیه کیدای نشي.

F: مخکی لدی چې تراپی شروع کړشی دهه وکي Survey اجرا کېږي او راتلونکی وخت کې چې کوم عکسونه اخیستل کېږي ده ګوی سره مقایسه کولولپاره اساس جوروی او بل زیات اهمیت یې په دی کې دی چې دلیری ځایو Metastasis شتوالي تثبیت کېږي.



په پورته شکل کې د ثدیو کانسر بنو دل شویدی

٤- تصنیف بندی:

A: داناتومی له نظره (سریری مشاهداتو پواسطه)

اولنى مرحله: دتى كتله موضعی او تول عقدات منفي دجس ورنه وي.

دوهمه مرحله: دتى كتله موضعی او دتخرگ عقدات مثبت وي غت او دجس ورنه وي.

درىمه مرحله: دتى كتلی په موضعی توګه اتشار کړي تخرگ، فوق الترقوی او داخلی
ثديوي عقدات مثبت وي او لوي شوي وي.

B: د هستالوزي د نظره:

دتیونو دنيوپلازم متنوع دلوونه وجود لري چى ددى جملی خخه ټولونه عموميت لري

Ackerman د ويشه په لاندی توګه ترميم کړیده.

اولنى ډول میتاستاز نه ورکوي: داخل قناتي Stroma چى Comede carcinoma حملی
لاندی نیولی نه وي.

دوهم ډول نادراء Metastasis ورکوي: خالص خارج الحجري Mucinous يا

کانسر Medullary ګارسينوما د لمفوسیت ارتشاح سره یو ئای او بنه Differentiated

. Adeno carcinoma شوي

دریم ډول: په متوسطه اندازه Metastasis ورکوي: داخل قناتي Adeno carcinoma

کارسينوما چى Stroma يې هم ماوف کړي وی. Intraduct

خلورم ډول: ډير زيات ورکونکي Metastasis Undifferentiated carcinoma

C سره بنه UICC په ۱۹۶۲ کالی یو سريري تصنيف بندی وړاندی کړه کوم چې AjCCCs:

موافقه کوي داسيستم د ۳ غتيو حروفو يعني MNT په استعمال باندی اتكا کوي (لومړۍ

جدول او لمړۍ شکل)

جدول (۱)

د تيونو د کارسینوما د TMN د تصنيف بندی خلاصه:

T1: چې کتله ۲cm څخه کم NO عقدات ماوف شوي نه دی

او جلد سره تثبيت شوي نه وي

T2: کتله ۲ ساتي مترپوستکي N1 تخرګ عقدات تحرکيت لري

کي ارشاح يا تقرح او Pectoral تثبيت نشتوالي A: د کتنی وړ نه دی

B: کتنی وړ دی.

T3: کتله د ۵-۱۰ cm په پوستکي ارشاح N2 د تخرګ عقدات تثبيت شوي

يا تقرح صورت نیولي

تشبيت نشتوالي

T4: د ۱۰ cm څخه کتله زياته N3 فوق الترقوی عقدات ماوف لویه

او پوستکي اذیمايی وي لویه پوستکي دی څخه

دباندی ماوف شوي ندي

د صدر جدار سره تشبيت نشتوالي

M0 میتاستاتیک نه دی ورکړي.

Metastasis M1 ورکری دی پوستکی د شدیو خخه باندی ماوف شوی او مقابل طرف

عقدات هم ماوف شوی دی.

د اپورتنی مراحل د TNM علامو پواسطه په لاندی توګه بشودل کېږي.

T1 NO MO اولنی مرحله

T2 NO MO

T1 N1 NO

T2 N1 MO

دوهمه مرحله:

T1 N2 or N3 MO دريمه مرحله

T2 N2 or N3 O

T3 NO, N1 N2 or N3 NO

T4 NO, N1 N2 or N3 NO

څلورمه مرحله: د T او N علامو هرييو Combination چې M1 سره یوځای وي.

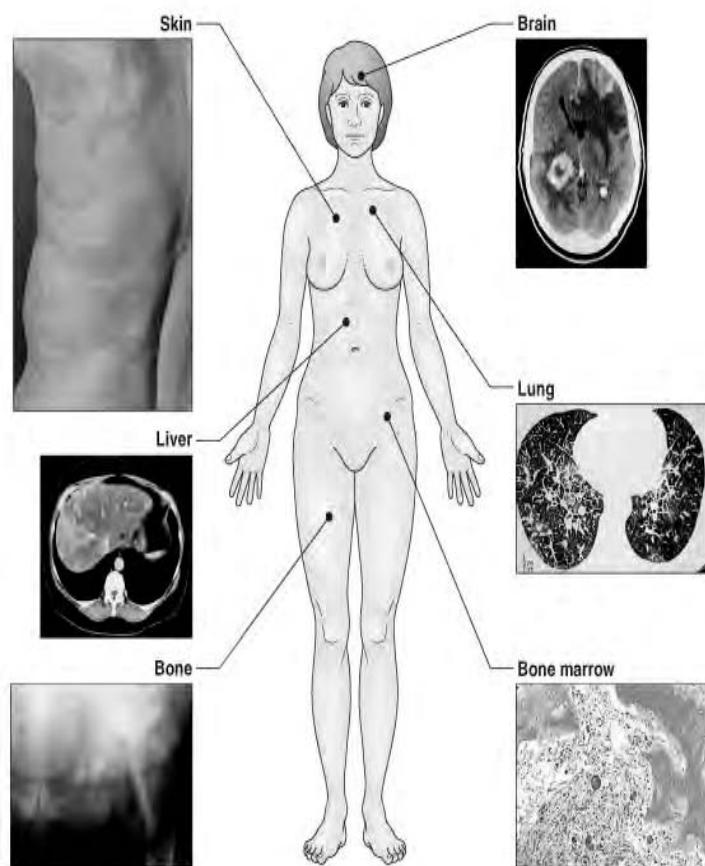
C: د میتاستاز په ذريعه انتشار: Metastasis spread

1- مستقیم انتشار د لمفاوي سیستم پواسطه Emboli په ډول او عیوته نفوذ او وعايي

سیستم کې Subarealor Emboli په حیث د نسج لمفاوي او عیو په ذريعه تخرگ کې تحت

الجلدي انتشار فوق الترقوي انتشار، داخلی ثدوی انتشار، بين الصلعی انتشار د

Azyogs او فقروي وريدو په ذريعه اتشار د عادي ظایونه عبارت دی له سپري، هلهوکي، ادرینل غدي، دماغ، مبيض او خيگر خخه په موضعی توګه پوستکي کې د کانسر نکس Recurrence کافي عموميت لري.



Common sites of metastasis for breast and other cancers.

دریم جدول

داداخلي ثديوي خنچير ماوف کيدل: بايوپسي په ۳۵۰ واقعاتو کي تيجه ورکوي.

مجموعه	خارجی	داداخلي اربعه او مرکز	مجموعه
۲۵۰ پینسی	۱۷۵ واقعات	۱۷۵ واقعات	مجموعه
۱۲۴ پینسوکي	۷۴ پینسوکي	۲۰ پینسوکي	تول عقدات ازاد وي
۱۲۲ پینسوکي	۷۹ پینسوکي	۴۳ پینسوکي	دترگ عقدات يواخي ماوفوي
۳۰ پینسوکي	۳ پینسوکي	۱۷ پینسوکي	داداخلي ثديوي خنچير يواخي ماوف شوي
۸۴ پینسوکي	۲۹ پینسوکي	۵۵ پینسوکي	داداخلي ثديوي خنچير او تخرگ دواړه ماوف شوي

(د داخلي اربعه او sub alveolar تومور ۴۱٪ پينسي داخلي ثديوي خنچير ماوف کوي)

Bateson II: وبنول چې خرنګه Mammary وريدونه په ازادنه ډول سره د فقروي وريدي

ضفiro سره د بين الصلعي وريدونو په ذريعه ارتباط پيداکوي.

D: پتالوژي

د کانسر روش او طرز العمل متعلق په کلينيکي اتكل کولو دپاره دپتالوژي په اهميت

باندی ډير فشار اچول شويدي.

دریم جدول

% ۵۰: دلچسپ افات A % ۲۰: غیر دلچسپ افات B

حاد يا التهابي

Lobular % ۵

متغير افات %٧٥ Modularly %٤

كارسينوما چى هىخ مخصوص ڏول نه لري (متغير شوي) Papillary %٤

شكلونه چى هىخ اهميت نه لري.

Sclerosing %٧٢ Comedo %٤

Mucinous %٢ محيطي قناتي

Epidermis %١

۲- دتداوى پرسپيونه

اساسي خبره داده چى كانسرونه زياتره په يو واحد محراق کي شروع گيردي او په يوه

نامعلومه موده کي نژدى ترين لمفاوي عقداتو ته انتشار کوي او معمولاً په راتلونکي

وخت کي دموي دروان ته داخليري نو دهمدي قبله لمري تراپتيك قدم کي Mastectomy

ده چى باید دمقدم لمفاوي دوران سره یو ئاي وايستل شي د ڈاڪٽر مهارت پوري اړه لري.

ددی فيصله کول چى خومره Mastectomy وشي خومره عقدات ليري کړاي شي او ورسره

يوئاي شعاع استعمال شي اندوکراينو تراپي يا کيموتراپي استعمال شي په يو زيات شمير

فكتورونو باندي ولاردي لکه دناروغى مرحله په تيونو کي دافت موقعیت د رنحوری عمر

او د Menopause سره اړيکى لري.

A: سريري اولني مرحله:

۱- د USA زياتره جراحانو لخوا جذري Mastectomy ته اهميت ورکول کيربي پداسي حال کي چي نور جراحان ساده Mastectomy دتشعشع سره يوئحای بنه گنې ياترميم شوي چي د Pectoral عضله ورخنه سلامت پاتي شي داخرنې ميتوود واقعه د Lobular isitu کارسينوما لپاره مناسب درملنه ده.

۲- که افت منځني اربعه Quadrant يا Sub alveolar ناحيه کي وي داخلی ثديوي عقداتو هنځير ته باید د جراحې عملېي نه وروسته شعاع ورکړل شي. Varban (۳۰) داسی تجویز کوي چي په دی حالاتو کي جذري Mastectomy سره يوئحای داخل الثديوي هنځير وویستل شي (لومړۍ جدول دی وکتل شي)

۳- که د تخرګ پورتنى عقدات مثبت وي نو د جراحې عملېي نه وروسته د Prophylaxis په ډول معمولاً ورکول کيربي.

۴- تيرولسو کالو کي د ډیرو مشترکه تعاون کوونکو ګروپونو د مطالعاتو موضوع د پورتنى تراپي سره يوئحای کيموتراپي اجرا کول وه د لنډي مودي لپاره Thio tapa يا ۵- د جذري ميتاستاز خخه فورا وروسته ورکول د ژوند ساتلو يا د ثديي کانسر Fluroruacil خخه Metastasis مخينوي کولو لپاره بریالي ثابته شوي نه ده یوشمير نور مطالعات او خيړنې په دی لړ کې جريان لري چي داوبه د مودي کيموتراپي اغيزناكه يا بنه والي معلوم شي کوم چي د نظرېي په اساس د توموري حجراتو پاتي برخې په مکمل توګه د مينځه ورلوا لپاره ګټور تمامېږي.

B: سريري دوهمه مرحله :

جذری Mastectomy دعملی نه پس دتشعشع سره یوئای اویا یې د تشعشع په زړه پوري ګنډل کېږي.

۱- که پورتنی خارجی اربعه افت سره یوئای تخرګ عقدات منفي وي هیڅ تشعشع نه ورکول کېږي.

۲- که د تخرګ عقدات مثبت وي نودلا په شکل باب تشعشع اجراء کېږي ټکه چې فوق الترقوي او داخل الثدیوی عقدات هم په کې شاملېږي.

C: سریري دريمه لوجه:

دمقدم افت عقدات تو د ماوف کيدو له نظره ډول ډول د تداوي پلانونه شتون لري.

۱- ساده Mastectomy د Whirter's تختنیک سره یوئای استعمالېږي د دی تختنیک په جمله کې د صدر جدار تداوي د ټول چاپیریال لمفاوی عقدات درن کول د سبې د ساتلو لپاره Transgential implant پواسطه تداوي کیدا شی.

۲- د تخرګ لویو عقدات تو پریکول په ئینی پیښو کې د ساده Mastectomy سره یوئای اجراء کیدا شی.

۳- هیڅ جراحی Excision ته ضرورت نشه خصوصا هغه وخت چې تومور د صدر جدار سره تثبیت شوی وي اویا شدید جلدی Metastasis شتون لري لکن یواحی شعاعي تراپې د ترمیم شوی Mewhirters تختنیک سره یوئای اجراء کېږي.

D: سریري خلورمه مرحله:

لیری ځایو ته Metastasis چې د عقدات تو ماوف کيدو سره یوئای وي.

۱- دعرضي ليرى ئاي Metastasis چى دشعايي تراپي او دمقدام افت تشعشع سره يوئاي او بيله هغه خخه وي.

۲- Mastectomy په حينى پىبنو كي Taitlette درد لري.

۳- په راتلونكى جدول كي هورموني اقدامات خرگند شويدي.

۴- دېرەنخ تللىي کانسر دتداوي او كنترول لپاره يو مرحله وار تراپيوتىك لاره خىرل شويدي دتداوي داتخاب لپاره د اساسى طريقى په لاتدى ۋول ده عكس العمل اندازه په قوسونو كي ورکرل شويدي.

خلورم جدول:

دەيینپاز عمر	لومپى تراپي	لەمپى تراپي تە عكس العمل ورکۈونكى	لەمپى او دويimi تراپي تە عكس العمل نە ورکۈونكى
دەيینپاز خخه مخكى	تراپيوتىك Castration	جنسىي ستروئيدونه، Adrenolectomy	كيموتراپي (۲۰ %) يا Hypophysectomy

دەيینپاز خخه Estrogen مخالف جنسىي ستروئيد كيموتراپي (۲۰ %) وروستنى عمر كله

كله اندروجن تە بدلۇن يا Drenomy ، Hypophysectomy (۲۰ - ۳۰ %) Adenolectomy

% ۵۰ - ۴۰

د لپاره د مريضانو اتخابول بسايى چى وروستنى هورموني تراپي مقابل كى عكس العمل خخه پرته دنورو فكتورونو پواسطە متاثيرىي. هغە تومورونه چى بطي توگە نشوونما كوي او دمرض طبىعى تارىخچە كي دير وروسته Metastasis ورکوي د

Adrenolectomy مقابل کې ډير بنه خواب ورکوي ژروده کوونکي تومورونه هغه مريضان چي دهدوکي Metastasis لري د Adrenolectomy څخه بنه تيجه اخلي نسبت هفوته چي درخوه انساجو او د حيگر Metastasis لري.

۵- د ثديو کارسينوما کې کوم کيمياوي عامل چي ګټور ثابت شويدي خپل خان سره زيادت شمير Alkyceting خصوصا Cyteran, Thiotepe او Leukeran لري. ضد استقلابي مواد لکه ۵-FU او Meffutremate همدارنگه داخل جوفي Nitrogen ۵-FU tabrine, mustard لپاره دی.

دسيستميک تراپي د عکس العمل اندازه ۱۵-۲۰% ده دکلينيکي اهميت د کمولى سره یوځای چي ديوکال پوري دوا لري خوبیا هم اکثراً ۲-۲ مياشتوبوري هموږي.

VI: خصوصي کتنی

A: التهابي کارسينوما: جذری Mastectomy مضاد استطباب دی که مرض دشعاع مقابل کې عکس العمل ورکوي نو Mastectomy څخه ۲ هفتۍ وروسته شعاعي تراپي اجراء شي په مقدم او لمړي مرحله کې اندوکراين ايستل دژوند د اوردولو لپاره بنایي چي یوځه ناخه ګټه ورکوي.

Dae راپور ورکوي چي او د پام او Adrenolectomy او Oophrectomy سره دپام ور اندازه د ژوند موده او بدېږي معمولاً ناروغی وخيمه وي او ډير لې کمک مريض سره کيداي شي.

B: حمل يا او د ثديو کارسينوما Lactation

د حمل په او بدېږو کې د هفوی نه وروسته دثديو کارسينوما بايد په داسې ډول تداوي شي په کوم ډول نورو حالاتو کې کېږي داسې بسكاري چي د حمل هارموني تاثيراتوله کبله ناروغی

نور هم خطرناک وي لakin دحمل دهارموني تاثيراتو له کبله مرض نور هم خطرناک وي لakin که شدید تراپي اجراسي نو دغیر حمل لرونکي مریضانو په شان بنه نتيجه ورکوي دمرض په سير باندي دحمل سقط په زره پوري تاثيرات تراوسه بنودل شوي نه وي.

۲- دجذري Mastectomy څخه لې، وروسته واقع شوي حمل بسايي چې د منتشر مرض پت اووидеه محراق بيرته فعالوي زيات شمير داکتران دجرافي نه پس دحمل کيدو څخه ډده کولو هدایت کوي خصوصا هفه وخت چې دجذري Mastectomy په وخت کې د تخرگ عقدات هم ماوف شوي وي که حمل ته ډير خواهش موجود وي نو د دري کالولپاره د انتظار موده تجويز کيرې.

C: دثديو پته کارسينوما:

که یوی روغي بسخی کې د تخرگ عقدات بايوپسي اجراء ششي او Carcinoma adeno په کې وليدل شي نو جذري Mastectomy دی اجراسي پداسي حال کې چې هیڅ دجس وړ کتله په ثديه کې موجود نه وي اکثراء یو کلينيکي مقدم محراق ميندل کيرې ددي ډول افت انزار په زره پوري دی.

D: دنه عملی کيدو چوکاټ يا Criteria :

Steut Hoogensen او داسی فكتورونه ترتیب کړیدي کوم چې دهغوی په خیال کې دجذري Mastectomy لپاره مضاد استطباب دي ټکه چې داسی پینسو کې Recurrence ۱۰۰% هغه په خپله تجربه موندلی دی.

۱- دثديو د پاسني پوستکي شدید او منتشر اذيمما

۲- دثديو دپاسه پوستکي کې Satellitemodular شتوالي.

۳- بین الضعی یا Parasperval توموری نودولونه.

۴- دلاس اذیما

۵- فوق الترقوی میتاستازس چی با یوپسی په ذریعه ثابت شوی وي.

۶- التهابی کارسینوما

۷- دلیری ځایوته د Mastectomy په شتوالي کې.

۸- دلاندنسیو جملی خخه دوه یا زیاتی نښی.

دپوستکی تقرح دپوستکی اذیما چی لبرانشار ولري اوژدیي یوه پردری برخی کم وي د صدر دجدار سره د تومور تثبیت د تخرگ د عقداتو قطر دیوانچ خخه غټه شوی او یا یوپسی پواسطه ماوف کیدل تثبیت شوی وي د تخرگ عقدات تثبیت کیدل پوستکی سره یا د تخرگ عمیق جوربنتونو سره. که Borderline حالات موجود وي مریض دی شک خخه خلاص او جذری عملیه دی اجراء شي.

E: د مقابل ژدیي کانسر:

تقرباً ۱۰% ناروغان په عین وخت کې د دواړو طرفو ژدیو کانسر لري او تقریباً ۴-۱۰% مریضان چی د یو طرف ژدیو کانسر لري دبل طرف ژدیي کانسر باندی هم اخته کېږي د مقابل طرف ژدیي ساده Mastectomy لپاره به دلایل وړاندی کیدای شي مخصوصاً هغه مریضانو کې چی کسر زیات محراfonه په خبیشه لمونی ناحیه کې ولري د Drban دراپور په اساس د ۱۵۹ بسخو خخه ۲۰% بسخو کې د جذری Mastectomy په وخت کې مقابل ژدیي Mirrorlluage با یوپسی مثبت ده نوموری زیاتره ابتدایي افات وه چی زیاته اندازه يې Ca Lobularinsitu دی.

F: Prophylactic کاستریشن د تراپتیک کاستریشن په مقابل کې:

هغه او Menopausal بسخو کې چې ثديو مرض Metastatic کارسينوما لري Oophorectomy په لې کمه اندازه او دنبه والي احساس په ۴۰٪ واقعاتو کې مينځ ته راوري دجذري Mastectomy اجراء کول شايد چې دژوند موده زياته ونه کړي.

d Rophylactic کاستریشن په خلاف لاندی دلایل شتون لري:

۱- ټول Mastectomy نور د نسجي Metastasis سره نه مخامنځ کېږي چې نور د تداوي اړتیاء پیدا کړي په دوهمه مرحله کې دشفا کيدو مجموعي اندازه ۳۵-۳ ده که چيرى عمليه ناکame وي ئانګړي نيمګرتیاوی شتون یواخی ۴۰٪ گته اخيستي شي همدارنګه هر يو گتوري Oopherectomy لپاره ۳ بیکاره هم اجراء کېږي يعني د روغتون د خڅ لپاره یو لوی قيمت ورکول وي همدارنګه وخت او کوشش ديو خفيف گتې لپاره له لاسه وحی.

۲- هغه مریضان چې بالاخره په Metastasis اخته کېږي د نوری درملنۍ استطباب خڅه محروم ساتل کېږي يعني Ca stration ته ټواب ورکوونکي ۲-۳ څله زیات خارنۍ ته اړتیا لري چې Adrenolectomy ته ټواب ووايې.

دابه یو منل خبره وي چې د Adrenolectomy عملیه د هغه ناروغانو لپاره ئانګړي وي کوم چې د ثديو منتشر کانسر لري.

G: هغه نران چې د ثديو کانسر باندی اخته کېږي نسبت بسخو ته ډير خراب اتزار لري.

VII: د درملنی پاپلی

A: داوسنی مرحلی کانسر په جذري mastectomy تداوی شوي وي او د ناروغی دپتالوجيکي معایيني له مخی په تيونو کي محدود دی ۸۰% تر پنهو کالوپوري ژوندي پاتی کيداي شي بيله دی چي دناروغی کومي نبئي ولري ۲۲% تر ۱۰ کالوپوري ژوندي پاتی شوي دي.

B: دثديو کانسر چي دجذري Mastectomy پواسطه تداوی شوي او په قطع شوي برخی کې خپل دلمفاوي عقداتو Metastasis ولري ۳% تر ۵ کالوپوري ژوندي پاتی شوي وي پرته له دی چي دمرض کومي نبئي ولري او ۲۲% تر ۱۰ کالوپوري ژوندي پاتی شو.

C: د ۵ کالوپوري ژوندي پاتی کيدو قطعي اندازه په هغه مريضانو کې چي په عمومي توګه دجذري mastectomy پروگرام لاندی تداوی شوي وه د ۵۰-۵۵% او که دثديو کانسر تول رنحوران په کې شامل کړي شي نود ۵ کالو ژوند اندازه ۳۸% ده چي ددي جملی خخه تقيباء ۲۵% داوسنی فزيکي معایيني په وخت کې د عملبي کيدو مرحلی خخه تير شوي حالت کې وه مقدم تشخيص چي په خپله ډاکتر معایينه کولو پواسطه اويا کتلوي سکرينج پروگرام په واسطه سرته رسيدلى وي ددغه غيرشفاء وړ ګروپ رنحورانو په سيركمبنت راوستي دی بيله دی چي دنتي ورڅ تراپتیک میتود کې کوم بدلون راولي.

D: دثديو په کارسينوما کې د مختلفو تداوی ګانو ارزښت بیابیا ترڅیرنی لاندی نیول شویدی.

۱- د تداوی په ذريعه ژوند نبه کولو پونتنه:

ددی بحث لپاره اساس دنه تداوی شو خلکو ژوندی پاتی کيدل دی. Dalands (۹۱۰) چی د ۱۰۰ پینسو خیرنہ سرتہ رسولی وہ د ۵ کالو ژوند اندازه ۲۲٪ او دلس کالو ژوند اندازه ۵٪ ورکری وہ همدارنگه د Shinkin مطالعی په اساس دیر راپورونو خخه جور شویدی د ۵ کالو ژوند اندازه ۲۰٪ ورکریده د تداوی شوی خلکو دپاره مقایسوي تایج که چیری د تشخیص د نیتی خخه دا یو منل شوی وخت دی.

Middelsen روغتون خخه لې نور هم رینتنی خیرنہ مطالعه لاسته راول شوی ده چی په دیر بسکاره توګه د تداوی کولو په هکله پینگار کوي نسبت نه تداوی کولو ته بنه به داوی چی د تومور درجه را خرگنده کري.

۲- Re د مختلفو جراحی میتودونو ارزښت:

گرچي جذري Mastectomy د ۵ کالو ژوند اندازه ورکوي. احصائيه او د مختلفو تداوی گانو خخه اخيستل شوی اعدادو باندی اجراشوی تجزيو په اساس د کم تر کمه تراپي (ساده او زياتره جذري قطع کول چی عملیه نه وروسته شعاع استعمال شوی یا نه Mastectomy وی استعمال شوی یواحی متوسط اندازه فرق ليدل شویدی.

د پنځو کالو ژوند اندازه د مرض شواهدو سره یا پرته د هغوي خخه:

۱- Mast Kennedy (۱۷) Daual ireson (۱۹) super red Mandley ساده

Mastectomy، جذری Mastectomy، Red mast haogensis ترميم شوی.

جمع شعاع ورکول

او سنی مرحله %۷۰ %۷۷ %۸۸ %۷۵ %۲۲

دو همه مرحله %۵۰ %۴۸ %۲۲-۵ %۵ %۴۱

۳- Re دعملیه نه وروسته شعاعی تراپی ارزبست:

د عملیه نه وروسته شعاعی تراپی ارزبست بنه تاکل شویدی د Russel او د Paterson کنترول مطالعاتو ونسودل چی د Prophylactic شعاعی تراپی سره یوئای تقریبا په نیمايی گچه د مرض با بیرونی لیدل کیری چی د جذری تداوی سره په ئانگری ډول هم دلیدنی وردی گرچی د مرض دعود کولوپوری شعاعی تراپی نه اجراء کولوپواسطه په مجموعی توګه د ژوند اندازه باندی کوم تغیر ندی لیدل شوی یواحی یو پردری برخه ۳۶٪ مريضان چی تشعشع ورباندی اجراشوی نه وه په موضعی توګه د جذری Mastectomy نه وروسته مرض بيرته عود کړی وي په داسی حال کې چی د عملیه نه وروسته د Prophylactic شعاعی تراپی اجراء کولوپواسطه یواحی ۱۸٪ مريضانو کې عود ولیدل شو یعنی په بل عبارت که مريض د عملی نه وروسته تشعشع نشي نو په یو پردری پینسو کې دا مريض بيانتداوی ته به مراجعه کوي برخلاف که د عملیه نه وروسته فوراء تشعشع شي نو په ۵٪ کې دا چانس شته چې بيرته مرض ته راوګرځی د جراحی نه وروسته تر کومی مودی پوری چی شعاعی تراپی استعمالیې دابه ڈژوند په کچه باندی کوم تاثیر نه اچوي.

۴- د مقدم تداوی په حیث د شعاعی تراپی ارزبست:

په تیروحو کلونو کې په موضعی توګه قطع کول او شعاعی تراپی پواسطه په ۲ برخو کې ۷۵-۱۰۰٪ مريضان په اولني او دويم مرحله کې تداوی شویدی چې په او سنی مرحله کې د ۵ کالو ژوند اندازه ۷۱-۸۵٪ او دويم مرحله کې ۵۰-۵۵٪ ده. چې دواړو مرحلو لپاره په مجموعی توګه وسطي اندازه ۲۷٪ ته رسپېږي. دا نتایج د هغو تیيجو سره چې د جذری

پواسطه همدی موسسه کې برابر شوي ود پرتله وردي همدارنگه Mastectomy (۱۳) هغه مریضان د تداوی لاندی و نیول کوم چى د جذری Guttermah لپاره سم نه گنل کېري خکه چى داخلی ثدیوی خنخیر کې د هستالوزی له نظره مثبت عقدات موجود وه یا د تخرگ زروه کې موجود او کوم چى کلینیکي اول یا دوهمه مرحله کې ود ۵ کالو ژوند اندازه %۲۰ وه.

غیر صحیح شوي دلس کالو ژوند اندازه %۳۰ وه چى په دی جمله کې هغه مریضان هم شامل دي کوم چى د مرض کوم شواهد په غیر مړه شوي وه.

۵- د فوق الجذری جراحی ارزښت Re Newhirter تخنیک په مقابل کې.

په موضعی پیښو (او سنی او دوهمه مرحله) کې د ۵ کالو ژوند نسبی اندازه د فوق الجذری Mastectomy پواسطه مقایسی وردي چى تقریباً %۵۵ ته رسیبی داد (۱۸) د کنترول شوي مطالعاتو په اساس وه Johansen K.

۶- د ۵ کالو ژوند راپور دلس کالو په مقابل کې ارزښت:

۱۰ کالو او ۱۵ کالو ژوند اندازه داسی بنی چى د صدر جدار او تخرگ هغه مرضونو کې وروسته خرگندیزی یو ثابت کمبیت لیدل کېری چى په بسکاره توګه دیو پروگرام لاندی یادبل لاندی کوم فرق نه لري او لیری حایوته Metastasis هم دومره کم شوي نه وی داندازه گیری لپاره یو صحیح میتود د ۵ کالو په نسبت ۱۰ کالو اندازه ته اړتیا لري.

۷- د اندوکراینی لیری کولو جراحی ارزښت:

دهارمونی طریقو پواسطه د عرضی تداوی اندازی گیری کولولپاره د مجموعی ژوند اندازه او د Metastasis د بسکاره کیدونه وروسته د بی اعراضو ژوند اندازه مقایسی کولو

لپاره زیات گته ور اساس ورکوی نسبت د طریقی دشروع د نیتهی خخه د ژوند اندازه کولو
ته دا اخرنی خبره خصوصاء مهمه ده ځکه چی ئینی جراحان په ابتدایی مرحله او داوسنی
Dبسكاره کيدو په وخت کي د غدواتو دليري کولو عملیه اجراء کوي Mastectomy.

۸- Re دtrapي اختلاطات:

د Mastectomy اختلاطات معمولاً دزم دخيال ساتلو پوري ارتباط لري چي په دي
جمله کي د Flaps تولیدل او د Flaps لاندی سيروم جمع کيدل دي په هغه ئايونو کي باید
دپوستکي پيوند اجراء شي کوم ئاييو کي چي دپوستکي خندي د فشار له کبله ischemia
سره مخامخ وي دجذري Mastectomy نه وروسته د دوه پر درې برخه ناروغانو علوی
اطراف کي په خفيفه درجه اذيمه ليدل کيربي چي معمولاً کوم وظيفوي ګډوډي مينځ ته نه
راولي د زخم دمنتن کيدو او د عملی نه وروسته دشعاعي تراپي پواسطه دا اختلاط په ډل
کوم دكتنى وړ ګډوډي غير معمول ده Super voltage شعاعي تراپي پواسطه د اختلاط
وقوعات ۱% نه هم کم دي.

۹- دداخللي ثديوي خنچير ميتاستاز:

د Haogensen او ملګرولخوا داوسنی مطالعی (۱۹۷۹) په اساس (۱۵) داسی ليدل
شویدي چي دداخللي ثديوي خنچير ته Mastectomy خطر زياتيري.

۱- په مقدم کانسر د ثديو په موقعیت سره:

۷، ۲۸، ۴۳٪ مرکزي په مقابل د ۱۷، ۱٪ دخارجى اربعى.

۲- د مقدم افت د جسامت سره:

مقدم کانسر چي ۳۰ وه ۱۲، ۳٪ واقعات ورکري ۴، ۳۴٪ ۵٪ واقعات ورکري.

۳- دتخرگ ماوف کيدو سره:

تخرگ منفي ۱۹،۶٪ تخرگ مثبت ۲،۵٪

۴- دمرض مرحلی سره:

تیره شوي تراپي کې درى بايوپسي گانى شامل دى.

کە مثبت داخل ثديوي عقداتو کي Mastectomy تثبيت شي نوبىا مريض د مقدم او دويمى افت جذري شعاعي تراپي لاندى دى ونيول شي يوائى تشعشع سره د Test لس كاله ژوند اندازى (۱۱.۳٪) لە كبلە تنى وختو کي دجذري Mastectomy چى پە تعقيب سره د داخلى ثديوي چۈنخىر لور ولتىج (۱۰۰۰-۵۰۰۰ راد پوري) تشعشع د ۵-۶ هفتى پوري كول پە زړه پوري گەل كېرىي کە پە تخرگ کي د خخە زيات عقدات مثبت وي نو د صدر د جدار تشعشع ھم اجراء كېرىي.

(Metastasis عود (داخلى ثديوي عقدى Parasternal Re - ۱۰

ميتاستاز د نوموري عقداتو Prophylactic Parasternal تشعشع نه وروسته نادراليدل كېرىي (پە شفاخانى کي تداوي شوي مريضانو کي تراوشه نه دى ليدل شوي.).

پە شفاخانى کي ۱۲ تشيخص شوي پىينسو کي د جذري Mastectomy Strong memorial نه وروسته د Xiphisternal زاويى خخە اولنى ۳ بىن الينى خالىيگا و پە فاصلە (دندبى نسج انسىي کي) مخصوص موقعىت کي طبىب خبردار كوي چى دا افت د پوستكى يو ساده او كە دا يواخنى عود وي نو شعاعي شفا يو امكاني شى دى چى ۲۰٪ تر ۵ Metastasis كالو پروي ورسره ژوندى وي.

دسرپو کانسر

عمومي ڪته:

دسرپو کانسر يو وڙونکي ناروغى ده ده گه ناروغانو څخه چي د قصباتو کارسينوما لري ۵۰% د اوسنی تشخيص په وخت کې د عمليات وړنه وي او د هغوي جملی څخه چي عمليات کيربي نود ۵۰% (اويا اوسنی گروپ ۲۵%) سپري د قطع کولو وړنه وي. ۱۵% ناروغان په کلو پوري ژوندي پاتي کيربي شفا کمه او غير یقيني ده ځكه قصباتو کارسينوما په لمپنيو مراحلو کې Metastasis ورکوي دسرپو کانسر اساساً د متوسط عمر خلکو مرض دی ددى افت د وقوعاتو اندازه هر کال زياتيربي او د ترددی وختو په احصائيه کې زيات بسخي او خوان سپري هم شامل دي د تشخيص دوخت او سط مجموعی ژوندي پاتي کيدو موده يې ۹-۲ مياشی ده چي ۲۰% يواحی يو کال پوري ژوندي پاتي کيربي.

: Introduction - ۱

A: دسرپو د کانسر واقعات هر Decade (لس کالو) نه وروسته زياتيربي او نرانو کې نسبت بسخو ته تقریباً ۱۰ ځله زيات واقع کيربي.

B: متوسط عمر تقریباً ۶۰ کال دی د وقوعاتو لوره اندازه د ۵۰-۶۰ کلنی تر منځ ده د ۱% څخه کم واقعات د ۳۰ کلنی څخه کم عمر کې هم واقع کيربي او ۱۰% څخه زيات واقعات د ۷۰ کلنی څخه وروسته مینځ ته راخي.

C: هفه خلک چى پە دى ناروغى اختە كىرىي كوم تولنیز گەۋەدى نە لرى.

D: مختلف اتىالوجىكى فكتورونە دكتنى لاندى نى يول شوېدى چى ددى جملى خخە

پىرمعمول يې سگرت خكول، Coaltar او Asbsetos سره مخامخ كىدل دى د Pitch

blende پە نادرو واقعاتو كې چى شعاعي فعال فلزات سره مخامخ دى ديو مستقىم اپىكى

بنودلى شوېدى پە بىارو كې نسبت كلىوتە دسپرو كانسر زيات واقع كيدو سبب د فضا

كىرتىا Air Pollution گەنل شوېدى.

E: دسپرو دكانسر كارسينوما پە رغول شوي او پە مزمن توگە مرضي شوي سپرو كې زيات

عمومىت لرى.

II: كلينيكى تشخيص:

سريرى نبى دول دى او دسپرو نورو ناروغىو تە ورتە دى:

A: دسپرو پە كانسر كې تر تولو مهم دسپرو پە وظيفە كې بدلۇن دى.

B: تۆخى، سىينى درد، قىحى بلغم پىدا كىدل Hemoptysis او نفس تنگىي د دنومورىي

مرض اعراض دى.

C: دموضعي اختلاطاتو پە جملە كې SVC انسداد، او برو اولاسونو درد اود علوى Sulcus

تومور سره د Branchial plaxes ماوف كىدل عود كوونكى Effusion penu pleural d/f

قصباتو بندش شامل دى monitis.

D: دسپرو كارسينوما خارج ريوى اعراض تشخيص، مخكى لە دى چى پە خپله سپري

دكانسر خپل اعراض پىدا كېي صورت نىولاى شى چى پە لاندى توگە درجه بندى كىرىي:

1- استقلابي: Cushing سندروم Hypercalcemia زياتوالى او ADH سندروم.

۲- عضلی عصبی محیطی نیوروپاتی

Myopathy, Cortical cerebral Degeneration

Dermatomyositis, Acanthosis Nigricans: ۳- جلدی

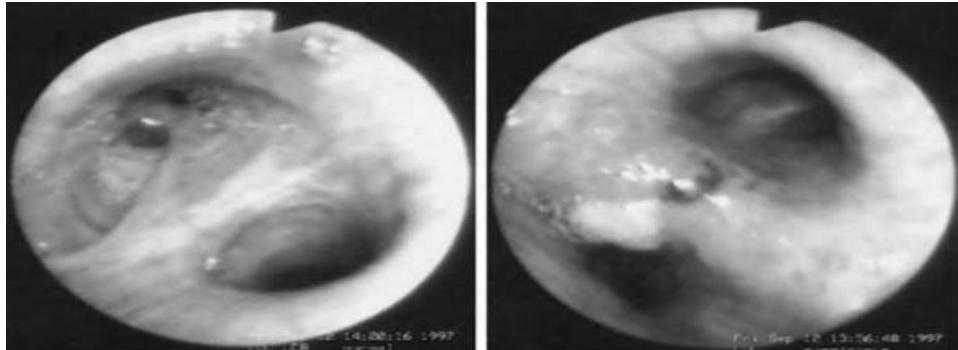
Clubbing pulmonary hypertrophic osteoarthropathy, Fibrinolytic purpura: ۴- عظمی

Fibrinolytic purpura: ۵- دوینی کموالی

III: دتشخیص لاری چارپا

A: دسرپه نیوپلازم کې په دیر پام سره د تاریخچی اخیستل او فزیکی معاینات د تشخیص لپاره دیر ارزښت لري.

B: خلفی قدامی PA او جنبي صدری عکسونه هغه وخت دیر نسه د تشخیصه وسائل دي کله چې په کلینیک کې د Bronchogenic carcinoma شک شتون ولري نومورې بسايی چې یولوي Paranchymal تومور په خرگندولو کې ياد قصباتو د بندش په هکله اويا ناحیوي Metastasis (د Hilar یا خلفی ناحیي کې د نبنتی Erosion) په نبونه کې مرسته وکړي. که چېږي استطباب ولري نو د اخته شوي ناحیي پراختیا او طبیعت معلومولو لپاره استعمالیږي. Angiography او Emography Fluroscopy, Bronchography



Squamous cell carcinoma.

D : Cytologic هغه وخت مثبت هستالوژيکي تيجه ورکوي کوم وخت چى برانکوجنيك

كارسينوما په مرکزي برخه کې وي اويا مرزي برخه يې حملی لاندې نيولى وي.

D : Cytology گتنو په جمله کې د Fapanicalau تخنيک په دلاري بلغم معاينه شامل

دي. ديو رسيدلي Cytologic په مرسته دتکاري معايناتو وروسته د Bronchogenic Ca

په ۷۵% واقعاتو کې مثبت پايلى لاسته راوري شود بранکوسکوپي په اوبردو کې قصباتو

۴۴% دبرانکوسکوپي نه وروسته دبلغم معاينه اجراکولو په نسبت بنه نتيجى

نه ورکوي.

E : Scalene لمفاوي عقداتو بايوپسي په عمومي توگه اجراکيربي او په ۳۰ - ۲۰%

واقعاتو کې د Metastatic مثبت تایاج ورکوي بайд دا وپيزندل شي چى دنبى Scalene

شحم طبقة نبى سربى او چپ دسفلې قص تخلیه کوي همدارنگه چپ Scalene شحم طبقة

او چپ علوی فص تخلیه کوي په دى موسسه کې د Scalene لمفاوي عقداتو Lingual

په هغه ناروغانو کې اجراء كيربي چى ورباندى د Bronchogenic Ca شک پيدا

شوي وي او موخه يې د عمليات د تجربى په منظور وي که د Scalene شحمي طبقي

بايوپسي کې Metastatic حجرات ولیدل شي نو Thoractomy استطباب نه لري.

F : Mediastinoscopy د عملياتو د ورتيا Operability معلوممولو لپاره يوبيل Test دى او

بيله دى چى Thoractomy Microscopic اجراسي د معايناتو لپاره داخل صدرى نسج

اخيستلولپاره يوبنه ميتود دى د قصباتو کارسينوما ۷۵% ناروغانو کې د منصف

لمفاوي عقدات ماوف شوي وي کوم چى Mediastinoscopy او منصف عقداتو تسلیخ

پواسطه تشخيص کيادي شي که د مقابل طرف عقداتو کې توموري حجرات وليدل شي نو

استطباب نه لري Thoracotomy

G: د قصباتو گارسينوما د تشخيص تائيدي لپاره د هستالوزي کي معایينى بسايى چى هغه

وخت گتپوره ثابتە شى چى كوم وخت توموريا د هغوى Metastasis په مستقيم توگه

شى او بنه ولتول شى په کم سلنی پىبنسو کې د جراحى عمليى خخه مخکى Biopsy

تشخيص هم اجراء كيربي Microscopic

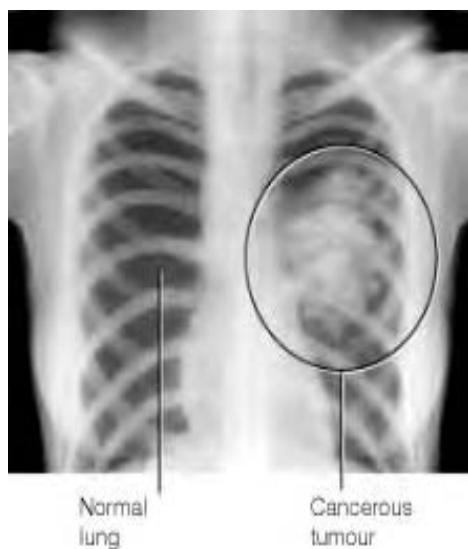
: H لاري Radioscopic

د لپاره Angiogram ۹۹m Technicium استعمال او SVC بندوالى او ريوى وينى جريان

اندازه كيربي د RISA Macroagrygatis ڈير کم ارزبنت لري

ئكھە چى داسوء شكل ناخانگرى حالت لري يعنى د كانسر او Pneumonitis او ددى

سره توپير كيادي نه شي Infarction



په پورته شكل کې د سېرو كانسر بنسدل شويدي

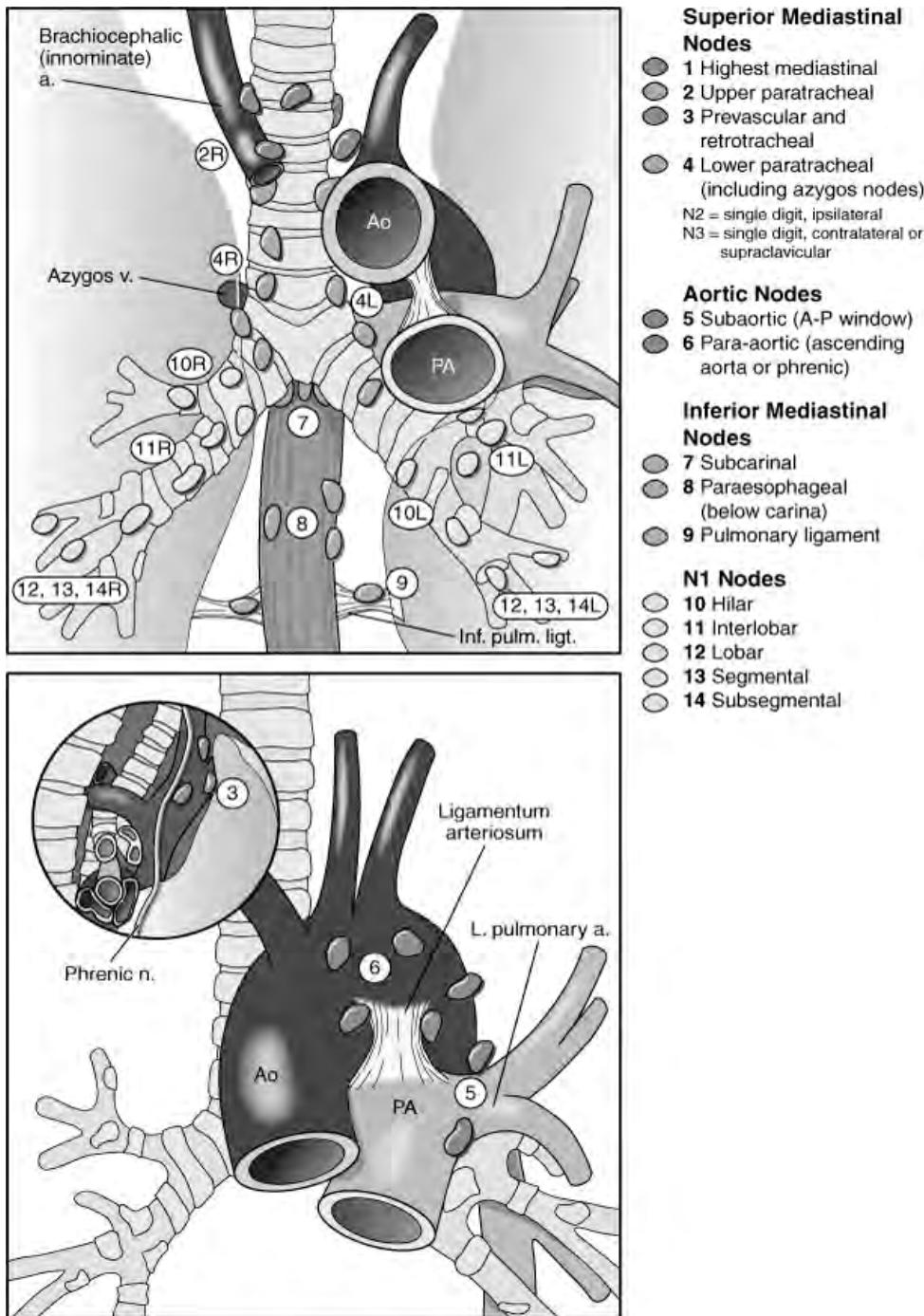
IV: تصنیف بندی:

A: اناتومیک طبقه بندی

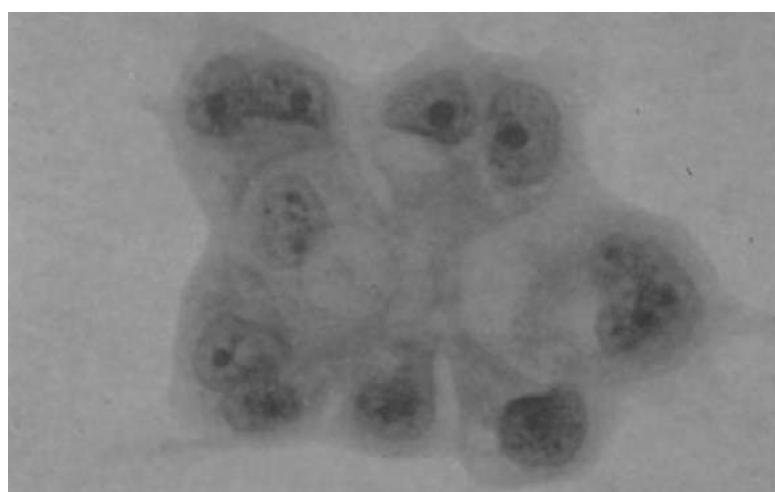
تراوسه پوری په عمومي ډول کومه منل شوي ويشهه نده شوي.

۷) ددی پرابلم دحل کولو لپاره کوشش کړیدی هغه خپل عمومي طبقي په شکلونو کې رسم کړیدي او هغو خپل عمومي ليکل شوي موادو ته په تفصلي چوکات کي ځای ورکړي دی. د TNM سیستم په پراخه توګه نه استعمالیږي.
 اولني مرحله: امکان لري چې افت دقطع کولو وړوي او د شفا کيدونه موقع هم لري.
 دوهمه مرحله: افت د عملیات کيدو وړدي او د قطع کولو امکان هم لري د شفا هيله شتون لري.

دریمه مرحله: دافت دقطع کولو وړتیا د شک لاندی ده همدارنګه جراحی عملیات کول دnarوغری عمومي حالت پوری اړه لري شفا کيدو امکان يې شکمن دی.
 خلورمه مرحله: افت دقطع کيدو وړنه دی جراحی تداوي یواحی د ډیرو خاصو سببوله نظره استطباب لري (يعني د عرضي تداوي په منظور چې ابسی تشکل کړي وي)



Regional lymph node stations for lung cancer staging

B: هستالوژيکي گتنى**۱- کارسينوما Epidermoid****۲- Anaplastic یا Undifferentiated کارسينوما (اولنى او دويم دول يې د واقعاتو لويه****برخه جوروچي****۳- Adeno carcinoma****۴- د گارسينوما مخلوط ډولونه.****۵- د قصباتو کارسينوما****۶- د قصباتو ادينوما****۷- د سپرو سرکوما****۸- د RE سیستم نیوپلازم.****۹- د سپرو Mesothelioma تومور****۱۰- Metastatic****Adenocarcinoma cells in a sputum smear**

C: پتالوژیکی طرز العمل

- ١- بنه تفريقي شوي او Anaplastic دسپرو دواړه تومورونه په موضعی توګه باندی حمله کوي او په پراخه توګه Metastasis ورکوي.
- ٢- ادينوکارسينوما دسپرو د Epidermoid او Anaplastic تومور په شان د کولو قدرت لري.
- ٣- دلمف پواسطه عمومي اتشار د Paratradiual او د منصف لمفاوي عقداتو ته دی چې په دی جمله کي د Pre scalene لمفاوي عقداتو گروپونه هم شامل دي.
- ٤- ليږي ځایو ته Metastasis خخه وروسته بدنه ټولو اعضاو ته کمېږي لاکن څيګر، ادرینل غده، دماغ، هدوکۍ او مقابل سېږي په عمومي توګه مصابوي.

V: د تداوي پرنسيپونه:

A: د جراحی پرنسيپونه.

- ١- که افت موضعی او د قطع کولو وړوی نو جراحی غوره تداوي ده د Lobectomy یا انتخابول د خبيشی ناروغی پراختیاء او د ناروغ ظرفیت پوري اړه لري Pneumonectomy.
- ٢- د ليږي ځایو یا خارجي الريوي Metastasis شتوالي د نه شفاکيدو حتمي او قطعی علامه ده په دې حالت کې جراحی استطباب نه لري د قطع پواسطه ناروغ Palliation به پیداشي پداسي حال کې چې Metastasis هم موجود وي یو نامعلوم خبره ده.
- ٣- د زيادتره ناروغانو اساسي فكتور چې د قصباتو د کارسينوما خخه په کالوپوري ژوندي پاتي شوي یواحی د قطع کيدو وړتیا لرل دي.

B: د شعاعي تراپي پرنسپونه

- ۱- هغه ناروغان چى د عملیات ورنه وي نو د عرضي تداوي لپاره شعاعي تداوي اجراء كىري (د جراحى ياطبى سببونوله كبله) همدارنگه هغه ناروغان چى جراحى عملیات ته غاره نه بىدى هم د شعاعي تراپي پواسطه در ملنە كىري.
- ۲- د شعاعي تراپي اساسى مقصود زورونكى او تکلیف ورکونكى اعراضو دپاره عرضي تداوي اجرا كول ضروري دى. د قصباتو كارسينوما په تداوي کې شعاعي تراپي د شفاكيدو لپاره ديرلىق فيصدىي اميدداري شته.
- ۳- د جراحى عملیات خخه و روسته تشعشع اجراء كول د قصباتو كارسينوما د ناروغانو په تداوي کې يواحى د سبرود Sulcus او Apex تومورو پورى ترلىپاتى كىري.
- ۴- د شعاعي تراپي اساسى خبره Super voltage تشعشع اجرا كول دي كوم چې لوره اوزيات عميق دوز د كم جنبي عوارضو اولىچى جلدى عكس العمل سره يوئاي وي اجازه ورکوي.
- ۵- د تشعشع لپاره لوئى ساحى استعمالىري او كه شعاعي تراپي د توموري حجراتود وزولو په سويه اجراشى (يعنى ۴۵۰۰-۴۰۰۰ راد د ۶-۷ هفت و تر منځ) نوشعاعي Pneumectomy په منځ ته راشى.
- ۶- شعاعي Isotopes په داخل پلورا يى توګه او د شعاعي فعال يافاسفورس په شكل د پلورا كې د خبيثه حجراتو عود كونكى حملاتوله كبله توليد شوي Pleural effusion د مخنيوي لپاره اجراء كىر كه د نوموري Effusion سبب لمفاوي عقداتو توموري كوم چى د سبرو او پلورا د لمف تخليه كيدو خخه مخه نيسى نو پورته ذكر شوي عناصر د Effusion د مخنيوي لپاره د شعاعي فعال اتومونو په عوض نايتروجن Mastrad استعمالىري.

٧- دسپرو منتشر کانسر لرونکي ناروغچى بى داعراضو هم وي دتداوي لپاره شعاع نادرا
اجراء كىري.

٨- دتداوي په اوبردو كې اتموسفيرى او Hyper baric اكسىجين تنفس كول چىر كم گىته
رسوى.

C: د كيموتراپي پرنسيپونه:

١- كيموتراپي د اعراض ورکوونكى سپرى Metastatic کانسر د عرضى تداوي لپاره
استعمالىپرى د كيمياوى عواملو دپراخ چولۇنۇ د جملى خخە په عمومى توگە Alkylatin
مواد چىر استعمالىپرى.

٢- يواوسنى او لوى A خىپنى داسى بىسۇدلۇشوي چى د ورید په ذرىعە متناوب
تراپي د ناروغانو په يوبىخە كې د ژوند اندازه زياتوی. نومورپى ناروغان د
نه تفريق شوي (Small cell) كارسينوما د چىلە خخە په داسى حال كې چى نايتروجىن
مسترد تراپي Sqaumous cell كارسينوما د چىلە ناروغانو كې د وسطى Survival اندازه
٣- ٥ مياشتى زياته كە.

٤- د دوز كم رژىم د ورید لە لاي فى مربع متربى د بدن
Cylcoophosphamides ber sagel د هەدرى اونى لپاره بىسۇدلۇ ده كوم چى دەھەوكىي مخ د تخرىب د كمولولپاره ترتىب شويدە
چى دا دسپرو پرمختىلىي کانسر ڈژوند اندازه زياتوی (وسطى ژوند اندازه ٤٢ ورئى).

٥- Nitrogen mastrade يو موثر جراحى Adjuwnat نە دى.

٦- Matulane proarbazine د پرمختىلىي برانكوجنېك كارسينوما او د ادىنوكارسينوما
پە ئىنۇپىنسو كې (كوم چى په عمومى توگە دنورو عواملو مقابل كې مقاوم گەنل شويدى).

عرضي جوروالی مينج ته راوري دی Procaben zine په دی اوسيني وختو کې په
برانکوجنيک کارسينوما کې خپل Radio sensitizing (شعاعي حساسيت) تاثيراتولپاره
خپرني لاندی نيوں شوي دی همدارنگه نايتروجن 5-Fu- Actimomycin D mustard دشاعي تداوي دتاثير لپاره اضافه کيدو ورانديزنه دی شوي.

VI: ځانګړي کتنی:

A: جراحی: قلبي Embolism او برانکوپلورل فستولونه Empyema, Arthmial دسرېو
تنفسی عدم کفایي عمومي اختلالات دی د جراحی نه وروسته د خو
میاشتو لپاره Incisional (قطع کولو) صدری درد هم کله کله پیداکیدا شی.

B: شعاعي تراپيويك

ددی ټولونه معمولي اختلالات Esophagitis, Trachiatis او شعاعي نمونيابيس دی
شعاعي Myelitis یوهير نادر اختلاط دی Super voltage تشعشع استعمال په سبب
پیدا شوي جلدي عکس العمل کومه ستونځه نه جوروي.

C: د کانسر حملات:

په ۵۰% پیښو کې SVC بندش منج ته رائي چې دشاعع درمني بايېري پیښي په خير
معامله کېږي، دوريد دلاري دايوريتيك دوالکه Ethacrynic acid چې دپیښي دوريد
څخه شروع کوي او وروسته بیا هره ورڅ لور تشعشعي بسته والي اجراکېږي په دوامدار
توګه ۲-۵ ورڅو پوري ګټهور ثابت شويدي او په عين وخت تشخيصي کار جريان لري او
ناروغ په ترتیب سره د Tey gm دانجيو ګرام پواسطه دخارني لاندی نيوں کېږي.

D: دقصباتو د Stamp په څير پيدا یېښت په کامیابه توګه تشعشع او بیا تشعشع سره کیدای شي او شدید تداوي ته ضرورت لري ځکه داوبدي مودي کنترول او ژوندي پاتي کيدل ممکن دي.

VII: پايلى:

A: Strong memorial روغتون کې د اسی پايلى لاس ته راغلي دي چې د ناروغانو د جملی خخه ۵۰% په هغه ناروغانو کې چې لمپي څل د براڭو جنيک کارسينوما د تشخيص سره ولید شونوري لتهنۍ ته هم ضرورت لري، ددي جملی خخه ۵۰% د قطع کولو وړتیا لري په بل عبارت د اوسنی گروپ د جملی خخه ۲۵% د قطع کولو وړوي او د نومورو د جملی خخه یواحی ۲۰% د ۵ کالو ژوند اندازه لري او هغه ناروغان چې په کالو پوري ژوندي پاتي کېږي، هغوي خپل تومورونه د جراحی عملیات په واسطه ایستلى دي.

B: په تیرولسو کالو کې ۴۰۰ ناروغانو د جملی خخه چې Super voltage شعاع په واسطه تداوي شویدي د ۱۲-۱% په کالو ژوندي پاتي شوي ددي ناروغانو دېلى خخه یواحی ۸ نور هم ژوندي پاتي شویدي د شعاع په مقابل کې خواب ورکول او د تومور د مینځه تلل او ژوندي پاتي کيدو ترمنځ اړیکې زموږ په تجربه کې بسودل شویدي یعنی د نوموري خیال نیمايې یا زیات د مینځه تلل د ژوند اندازه د یوکال خخه زیات ۲۰% بسودلی ده برخلاف ضعیف خواب ورکوونکی ناروغانو د ژوند اندازه ۱۰-۲۰% د یوکال لپاره و بسودله.

C: او ملګرو و بسودل په علوی Sulane تومور په تداوي کې جراحی عملیاتونو ته مخکي تشعشع د ټول نه بنه تئیجه ورکړیده (۱۶) او د ژوند اندازه ۳۴۰% د ۸-۴ ناروغانو کې راپور ورکړیده. د عملیاتو خخه مخکي تشعشع ورکولو ارزښت د Routine

اقدام په حیث تراوسه پوری ثابت شوی نه دی ئىگە چى پرته لدی چى Inoperable ناروغانو د قطع كولولپاره يو لور ۳۰% بدلون هم ليدل شويدي او هم دمقدم (۳۵%) او د منصف لمفاوي عقداتو (۳۲%) د عقامت اندازه خخه پرته داوردى مودى ژوند اندازى کي کوم حتمى زيات والى ليدل شوی نه دی يعني ديوکال لپاره ۱۳۵%.

D: په V.A شفاخانى کي Roswit له خوا په Inoperable او پرمخ تللىي کانسر باندي اجراء شوي کنترول مطالعى د بسولو کي ناكامي بسكاره کره چى تشعشع ژوند اندازه اضافه كولو کي کوم مرسته کوي نسبت نه تداوي شوي کنترول ناروغانو ته ژوند له پاتى کيدو کنترول شويدي ليکن د ميتاستاز په صورت کي د اورد ژوند امكانات کم دي.

E: د بريطانيه دولايit د مانچستر په Cristic کلينيك کي شوي کنترول مطالعه او نه بسول چى عملياتو خخه و روسته تشعشع د ژوند اندازه زياتوي.

F: د سره داخل پلورايي تراپي شعاعي راديوايزوتوب يا موضعی مخرش کوونکي مواد لكه د کانسر Ablative کنترول د خبيشه ايفيوژن په شتوالي کي ۲۰-۵% ناروغان کنترول کوي. موضعی (د جراحى پواسطه ليرى کول) Irritants دهپوكونه کم ترين ضرر ورکوي.

G: د انگلستان طبىبى تحقيقى کونسل يو په Randum توگه ازمایش په Out cell کانسر ناروغانو اجرا کرو چى په نتيجه کي د تشعشع شوي گروپ ژوند اندازه ۲۲ ورخى او يوازى جراحى عمليات شوي ژوند اندازه ۱۹۰ ورخى معلوم کره.

H: شعاعي حساسيت ورکونکي یامخلوط کيموتراپي او تشعشع د موضعی کانسر لپاره په کتنی وړ توګه دژوند اندازه زياته کړي نه ده.

دهضمي جهاز کانسر

دهضمي طرق کانسر که دمری نه کولون خواته بسته شي نوبه انزار لري دعلوي هضمی لارو د کانسر علاج کې د ټولونه لویه بدختي داده چې زياتره افات دخپل مرض سير په اوږدو کې اعراض نه ورکوي اويا ډير وروسته اعراض ورکوي کله چې لمپي حل کلينيك ته مراجعه وکړي نو نومورې کانسر ډير پرمخ تللى وي دمعدی معایي نیوپلازم اساسا د جراحی دنظره ډير د دلچسپي وړ دی څرنګه چې د نارمل هضمی لارو شعاعي حساسيت زيات دی او زیادتر Adeno carcinoma شعاع ته مقاوم دی چې ډير خراب منځ ته راولي Radio therapeutic.

د شعاعي تراپي اول اساساً د عرضي تداوي په حيث دی او په مقدم توګه دهضمي جهاز دواړه اخري برخى لکه مری، ریکتم او مقعد کارسينوما د تداوي لپاره کمه دی چې په دی او سنی وختو کې دلچسپي په دی لړ کې مخ په زياتيدو دی چې دمری او Rectum ټینې افات په تداوي کې د عملیاتو خخه مخکي تشعشع او جراحی یوئائي باید اجراء شي.

دمری کارسينوما

Introduction - ۱

A: وقوعات: په جاپان کې ټولونه زيات واقع کېږي. د ۱۰۰۰۰ نرانو خخه ۴۲، ۳ کسان چې د ۱۰۰۰۰ کې ۱۰ خخه ۳۵ زيات دی.

۱- د دوهم نړیوالی شخري خخه نه وروسته افريقا کې هم دكتنى وړزيات والي ليدل شويدي.

۲- د جنوبی Carolina په ساحلي علاقو کې خصوصا نارينه تور پوستانو کې دوقعاتو اندازه زياته ده.

۳- دپورتنى توپيرونو لاملونه پوهيدل شوي نه دي.
B: شيوع: په VSA کې نرانو کې زيات واقع کېږي چې نسبت ۱:۳ دی لکن په سويدن او فنليند کې ۴۰-۵۰% بنځۍ مصاب کېږي.

C: وفيات: په پرمختللي سن نرانو کې مرض زيادتر د ۲۰ کلنۍ خخه وروسته عموميت لري بسايي چې Achalasia او Hiatal Herna سره يوځای په لې عمر (خوانې) کې هم واقع شي.

اتيالوژيکي فكتور

تراوسه پوري معلومه شوي نه ده ليكن ظانګړۍ شرایط د نوموري کانسر د منځ ته راتلو لپاره بنه زمينه مساعد وي مثلاً Pulmmer Vinosn syndrome (چې دروغو خلکو په نسبت ۹۱ ئېل زيات په کې واقع کېږي) همدارنګه Hiatalus bernia achalasia ناروغانو کې (په داسي ناروغ کې چې د نوموري ناروغی خخه یو ولري او مناسب تداوي په مقابل کې ژرخواب ورنکري بايد هغوي باندی د کارسينوما دشتولالي اشتباہ وشي).

E: موقعیت: په پورتنی یو پردری برخه کې ۳۷% او لاندنی یو پردری برخی کې ۴۳% واقع کېږي.

F: اهمیت: د USA د کانسله کبله ۲% مرګ منځ ته راوري.

II: گلینيکي تشخيص

A: په ۹۰% پينسو کي ناروغان د Dysphagia دكبله مراجعه کوي.

B: وزن بايلل هم عموميت لري.

C: دنورو اعراضو او علايمو په جمله کي Hematemesis anorexia malaise او (نادر) او

رقبي عقداتو Adenopathy

D: بداو خراب علامي

۱- چپ صوتي کورد فلح (درابعه حنجرى عصب فلح له کبله).

۲- دوامداره توخى (په شزن کې د فستول د جورې دو له کبله)

III : توپري تشخيص

A: باريوم بلع کول: په مری باندی غير منظم جدار ليدل ډير زيات مخصوص کتنه ده.

B: Biopsy Esophagus scope سره.

C: دمری دلواژ په ذريعه Exfoliative cytology ډيره نسه معاينه ده لakin ډير وخت ته اړتیا

.5

D: Bronchoscopy laryngo scope دحتمي تداوي د اجراکولو خخه مخکي د ناروغى د

پراختيا دا تکل کولولپاره ډير غوره معاينه ده.

IV: تصنيف بندی

اناتوميك کتنی:

۱- موقعیت: دتراپی داتخابولو لپاره دنیوپلازم معلوم مول دټولو خخه مهم او واحد فکتور دی د علوی مری افات ډیر زیات خراب انتزار لري لکن د شعاع ورکولونه وروسته د جراحی په نسبت ناروغ نسبتا ډیر بنه حالت غوره کوي. دبستکتنی مری افات یو خه ناخه بنه انتزار لري ګرچی خطرناک هم وي او هغه ناروغان چی په بسکاره افات لري ده گوی غوره تداوی جراحی ده.

۲- د کانسر نفوذ او ژوروالي:

د تپلو جورېستونو ته اتشار لپاره د کانسر ژور والي ډير مهم فکتور دی او یو کامياب جراحی قطع کولو عملیات چانس هم محدود کوي. د Serosa طبقی نشتوالي بنایي چی کانسر اتشار سره مرسته کوي او د Anastomosis جراحی قطع کولونه وروسته کیدو ته لارښونه کوي د عقداتو مصاب کيدل امکان لري چی Leak Anastomose د مری دا خته کیدو ڈزوروالي سره اړیکی ولري.

۳- د کانسر پراختیا په طولانی ډول

په تحت المخاطی او عضلي لمفاوي او عيو کي د کانسر Endolization ډير عموميت لري او جراحی پواسطه ليري کولو خرابوالی سبب کيربي. همدارنګه د قطع کولو په خط باندی دعود سبب هم کيربي. د Scalons راپور نبیي چی ۴۵% تر ۸۰% د قطع شوي خنډی باندی پراختیا چی مری Sub totally قطع شوي وي په دې ګروپ ناروغانو کې شامل دي.

۴- عقداتو پواسطه پراختیاء:

دا افت د جسامت سره ارتباط بنودل شویدى كه افت د ۵ نه کم وي نو ۵% ناروغانو ورکپيدى او كه ۵ خخه زيات وي نو ۲۰% عقدات ماوف شويدى Metastasis.

۵- وعایي (درگونو پراختيا)

وعایي اتشار هم واقع كیربي، لakin دلمفاوي قناتونو د مصاب كيدلو په خير عموميت نه لري، دليري ئاييو Metastasis د دموي دروان خخه دومره عموميت نه لري ئكه ناروغان دومره وخت پوري ژوندي نه پاتى كيربي.

۶- Metastasis

ئيگر ته ۳۲% اوسرپو يا پلوراته ۲۱% ناروغانو كي صورت نيسى.

B: هستالوجيك كتنى:

۱- ټولو خخه عادي ډول يې په متوسط توګه تفریق شوي Epidermoid carcinogen دى ددى درجه بندى كوم كوشش نه دى شوي.

۲- Adeno carcinoma: معمولاء په لاندی مثلت كې ليدل كيربي او زياتره د معدى د افت خخه منح ته راھي Fundus (شكل).

C: پتالوژيكي درجه بندى : SMH

۱- مرى پوري محدود، د ۵cm خخه کم او بدواли لري.

۲- مرى پوري محدود د ۵cm نه زيات او بدواли او دقطع كولو ور عقدات لري.

۳- دمرى افت د ۱۰cm خخه لوئ وي دمرى خخه مجاورو جوربستونو ته اتشار د عقداتو يا افاتو شتوالي Inoperable.

د خراب انزار فکتورونه

دوزن بايلل په شديد توگه دعضالاتو ضياع کيدل، دمرى لور اندازى نه ترمکمل بندش د سورى کيدو شتوالي ثبوت شتون زيادتره واقعات داولنى ليدنى په وخت Hemoptysis کي III يا IV مرحله کي وي په زره پوري افات او دابتدايي انسدادي علايمو سره يوهای وي زيادتره واقعات حملات کوونکى وي او دتشخيص خخه مخکى انتشار يې کړي وي.

۵- د تداوي پرنسيپونه

A: د عملیات کولولپاره د جراحی چوکات د تکنيک او انسټيزى د پرمختګ سره زيات شويدي لاکن نوموري اړوند پر مختګ په نتيجو کي ندی ليدلی شوي د جراحی طريقي نور هم جذری شويدي چې د مکمل Esophagotomy د حجاب حاجز خيری کول د پانفراص لکي پريکول، د توري او د Coclac عقداتو ليري کولو خخه متشكل دي د معدي او مري تر منځ دوباره اړیکو جورولو لپاره دبئي کولون تحت الفسي Transplant پيوند اويا په صدر کې د ټیني بشكتنى افاتو لپاره دمرى د معدي سره Anastomosis ورکړل شويدي.

B: دمرى د Epidermoid کارسينوما ش ساعت هؤواب وايي او ددى په واسطه موضعي تومور ختمول اکثرا صورت نيسبي.

C: دابهر د قوس خخه پورته واقع شوي افات دپاره تشعشع په زره پوري ګنهل کيربي ئکه چې د جراحی وفياتو اندازه په لاندنى ثلت کي ۱۲% په منځنۍ دريمه برخه کي ۲۴% او په پورتنۍ دريمه برخه کي ۴۰% ده دژوند کچه له نظره نتيجي تشعشع سره نسبت جراحى ته بنې دي.

D: دشاعی تراپی عملیاتونه مخکی او وروسته جراحی یوئای اجرا کولو پروگرام په او سنی وختو کې خیرنی لاندی دی په دې اميد سره چې ژوند اندازه به نوره هم لوره شي لakin تر نن ورخی پوری نتيجې په زړه پوری نه دی.

E: د مقدم افت د Metastasis لپاره کيموتراپی ډير لې ګته ورکوي.

F: د ناروغانو په یو لوی برخی کې د تراپی اساسی موخه عرضی تداوی کول دی او د دی مقصد د حاصلولو لپاره باید شعاعی تراپی یا جراحی دجملی خخه یو د انتخاب کړی شي که ناروغان په توجه سره انتخاب شي نو که دواړه تراپی یوئای اجرا شی نو ناروغتہ د ګتني په عوض زیات نقصان ورکوي.

G: شعاعی تراپی یوبنه Palliative طریقه ده چې نبه عرضی عکس العمل تقریباً په ۵۰% ناروغانو ورکوي او نسبتاً نبه عکس العمل په ۲۵% نور ناروغانو کې هم لیدل کېږي.

E: د عسرت بلع خخه په موقعي ډول خلاص والي لپاره د یو مصنوعی تیوب د Endoscope په ذريعه په دی توګه چې تومور باندی د پل کار ورکړي یوبنه طریقه ده.

۱ - SMH کې د درجه بندی لپاره په زړه پوری پلانونو لندېز:

د ۱ مرحلې ۱۱ لپاره:

عملیاتو خخه مخکی تشعشع او جراحی لakin د پورته ذکر شوي پرنسيپونو په اساس په انتخابي پیښو کې یواهی یو میتود هم استعماليداً شي.

د III او IV مرحلې لپاره:

که د فیستول تثقب صورت نیولی وي نو Gastrostomy مضاد استطباب لري.

VI: شعاع ورکولو طریقی:

A: Super voltage تشعشع: یو ڈیر لوی شعاعی ساحه استعمالیبری جی په طولانی جهت ۲۵-۲۰ ساتی متر ته رسیبیری چی دتولو مری خپل تاثیر لاندی راوستلو Surity ورکوی ساحی پراخوالی یواخی ۵-۲ ساتی متر دی چی سربو ته دشعا دوز کمولو کی مرسته کوی.

B: داساسی ماوفی ناحیی لپاره Tumorocidal دوز rad ۶۰۰۰ ۴-۲ ہفتولپاره دی ٹرنگکه چی تراپی پرمخ حئی دشعا ساحه هم کمیری اوخرنی یو خوزره Rad جی ۱۵ او ردی ساحه کی اچول کیبری.

C: دعملياتو مخکی یا وروسته شعاعی تراپی اجراکول معمولان Subcan cericdal دوز په حدود دی عملیاتو خخه مخکی شعاعی تراپی د Nakagana له خوا rad ۲۰۰۰ په یو ھفته کی او Cliffon etal لخوا rad ۲۰۰۰ یعنی مکمل دوز ۷ ہفتوا کی ورکول شویدی (۳) دعملياتو خخه وروسته شعاعی تراپی د Reconstruction لپاره ۴۵۰۰ نه تر ۵۰۰۰ پوری دمدعی یا کولون دشعا حساست د لور اندازی له کبله ورکول شویدی.

مری:

د تراپی په ابتدائکی تثقب یا نزف بنايی منئ ته راشی کوم چی دمرض طبیعی تاریخچی یوه برخه ده یا وروستنی مرحلو کی التصاق منئ ته رائي.

سربی:

ابتدا کې بىايىچى دىراپى خخە وروستنى مودە كې شعاعى Pneumonitis منئ تە راشى او وروستە لە هغە خخە شعاعى Fibrosis تشكىل كولانى شى دا اختلاط دىر عمومىت نە لرى او دناروغانو پە يو كوچنى فيصدىي كې منئ تە راھى نورا اعضاء لكە زە او شوکىي نخاع دىر كم ماوف كىرىي ؟

مستعرض Myelitis

د ٥٠٠٠ rad خخە زيات دوز دىطبقى نە وروستە ليدل شويدي.

VII: پايلى

A: دشعا عتراپى يا جراھى دوارو سره تىيجى تر نن ورخ پورى دىر خراب دى.

B: پە Edinburgh كې تىيجى

٣٩ - عمليات كولو ورنە وو يا د عمليات پە وخت قطع كولو ورنە وو = (٢١)

٤٣ - دجراھى عمليات پە تىيجە كې مړه شول.

٢٦ - پە او سنى كال كې د Metastasis د كبله مړه شول =

٨ - دپاتى شوى Metastasis د كبله مړگونه =

ددغو ٨ د جملى خخە ٣ د قطع كولونە وروستە ٥ كالونە لېزوندى پاتى شول او يابىلە

Metastasis كوم بل علت سره مړه شول.

د ټولومراجعه كوونكولپاره پە كالو ژوند اندازه ٥% چى معمولاراپور شوى اعدا و خخە

زياتە ده گرچى Smeets (١٥) پە يو شمير كې ٥ كالو ژوند اندازه ٨% بىسۈلى ده.

C: تيجه په بستنی مری کې نسبت پورتنی صدری مری کې چيرته چى هيچ د ۵ کالو ژوند اندازه نشته بنه دی زيادتره جراحان داسى فکر کوي چى پورتنی صدری مری کانسر کې قطع کولو کوشش په ډير غير معمولي واقعاتو کې اجرashi (لەن ئوانو ناروغانو کى كوچنى افت شتوالي او انتشار په نشتولى).

D: دا تداوي د دوارو ستندر ميتودونو سره د خرابو تيجه له كبله په ئينو مراكزو کې چى د عملياتو خخه مخكى تشعشع او په تعقيب سره قطع کول په يو ئاي توگه اجراکوي د تداوي ميتود په حىث اختيار شويدى Semmour او Pettit ديوئاي تراپي سره ددوه کالو ژوند اندازه ۱۲% مشاهده کريده په داسى حال کې چى دهفوی ابتدائي تجربى اساس يواحى جراحي سره داندازه ۲۰% او يواحى دتشعشع نه وروسته ۵% وه. قطع کولو سره د هستالورژي پواسطه په زيادتره Specimen کې د توموري حجراتو يقيني وليدل شوي لەن تومور کوچنى واو قطع کول يې تداوي سره کومك وکړ (دادول مطالعه دومره مهم نه ده چى په کوم کې ناروغان په هغه زمان Roudomize کېږي په عوض ددي چى په مختلف زمانى وقو کې تداوي کړي شي).

E: د SMH د مطالعاتو په لړ کې د شعاعي تراپي سره يو ئاي يو ناروغ ۵ کالو پوري ژوندى پاتى شو.

F: په طبي Literature کې بهترین تيجه جاپان خخه د Nakayame له خواراپور ورکړل شويدي. په دى راپور کې د عملياتو خخه مخكى تشعشع او جراحي يو ئاي اجراء شويدي دامطالعه تراوسه پوري يواحى د تحقيق کوونکو لخواتاييدشوي نه دى. د علوی او وسطي صدری مری د کانسر د تداوي تيجه

د ۳ کالوژوند اندازه

۱- د عملیاتو څخه مخکی تشعشع شوي ۴۴، ۴ پیسی ۴۴ ژوندی

۲- یواهی قطع شوی تشعشع شوي ۶۸ پیسی ۲۱، ۷ ژوندی

۳- یواهی تشعشع شوي ۱۲۸ پیسی ۲، ۸ ژوندی

G: د Edimbargh او سنی تجربی اساس چې Pearson (۱۰) لخوا راپور ورکړل شویده چې په کې د مری د ټولو سویود Squamous کارسینوما لپاره د فواد په شمولیت سره یواهني تداوی جذری شعاعی تراپی rad/۲۸ rad ۵ ده چې تیجې یې ۲۰% د ۵ کالوژوند اندازه ورکوي patients ۲۰/۹۹ چې ناروغ ۳ نارمل معدي، نارمل او از سره ژوندی وه او بنه نشونما یې هم لرله چې په موازي جراحی پیښو کې د ژوند اندازه دوه چنده کوي.

H: د Rider او Mendoza (۱۲) لخوا د شعاعی تراپی طريقو مقاييسه په ۴۴۶ اجراشوه د تورتسو mangrett Zmerbetaron طريقي لپاره بهترینه يا بنه ژوند اندازی بسودلی دی (۳ کالوژوند اندازه ۲۳%) په نسبت د دوایي دوری يا ثابت ساحي Tole cobalt طريقي (۳ کالوژوند اندازه ۴-۱۰%)

۱- د مری د کانسر ۱، ۸۵۹ واقعاتو د تفصيلي تحليل يا تجزيې په اساس ۲۲۰ پیښي انتخاب شوي او په مقدم توګه جراحی پواسطه تداوی شوي د جراحی مختلف ډوله طريقو یو ۱، ۶% ژوند اندازه ورکړه چې د هغوي په جلد کي Esophagectomy او Esophago ۹۱/۶۴ patients او ۴% ژوند اندازه ورکړله Delayed transplant (۶/۳۱) په ۱۹، ۳% ژوند اندازه ورکوي

د عملیاتو خخه مخکی تشعشع (په لوره دوزونو) خرگند وي چې د قطع کولو و پتیا زیاتوی ۳۴، ۴، ۲۱% نه، لakin ژوند اندازه نه زیاتوی.

د معدی کارسینوما

۱- پیژند ګلوي:

A: د معدی د خبیثه تومور د ډلی خخه Adeno carcinoma د تولو خخه زیات عمومیت لري چې تقریبا ۹۷% یې تشکيلوی.

۱- د Sarcomas په ډله کې (معدی خبیثه افاتو پاتی ۱% نه تر ۳% جوروی) ۲۰% لمفوما وروسته Adeno carcinoma و Lyemosarcoma نه زیات واقع کيږي.

۲- د Leimyoma معدی ډير معمولي او سليم تومور دی چې د Autopsy په معايناتو کې ډير ليدل کيږي ليکن د کلينيکي اعراضو ورکولوله نظره ګيلی زیاتي نه وي ددي خو معمولي ګيلی یې د معدی معايي کتلوي يا Occult تزف دی.

B: Adeno carcinoma وقوعت په جاپان، چيلی او ايس ليند کې ډير لوره دی (پورتنی ټول هیوادونو کې دوفياتو اندازه د USA د سپین پوستو نفوس په نسبت ۴ حلی زیاته ده).

۱- په USA کې چې اوسيدونکي جاپانيانو کې نسبت د نورو نژادو خلکو ته زیات ليدل کيږي.

۲- په هفه خلکو کې چې تیټ اقتصادي وضعیت لري ډير ليدل کيږي هم دارنګه هغه خلکو کې چې زیات شایسته لرونکي غذا، او په کمه اندازه تازه میوه جات او سبزیجات لرونکي غذا باندی تغذیه کيږي زیات مینځ ته راخي.

C: شیوع

په USA کې نران زیات اخته کېږي نسبت یې ۱:۲ دی همدارنګه نوره نړۍ کې هم نران زیات اخته کېږي البتہ اندازه یوڅه بدلون لري.

D: وفياتو اندازه :

په یو منځني او وروستنى عمر کې ددي ناروغى د وقوعاتو لور اندازه د ۵۰ نه تر ۵۹ کلني تر منځ زیات لیدل شوي دي.

E: سببی فکتورونه:

۱- خرنګه چې پورته هم ذکر شول نامناسبه غذا.
 ۲- دمعدی پولیپ چې دا نادرافت دی، بنایي چې دکانسر خخه مخ کې مینځ ته رائی دnarوغى خپریدونکی ایلچې وي.

۳- خبیثه کم خونی:

د سره یوچای خبیثه کم خونی وقوعات هم لور وي لاکن تراوشه ددواړو ترمنځ سببی اړیکې په پوره ډول خرګند شوي نه دي.

۴- دمعدی قرحة د ډیری مودی خخه داسی گمان کېږي چې دمعدی سليم قرحة امکان لري چې په خبات بدله لاکن داسی هم واقع کیدای شي لاکن نادرای یوزیات شمیر معدوي کانسرونه تقرح کوي لاکن نوموری دابتداء خخه کانسری وصف لري.

F: موقعیت

۵۰٪ خخه زیات په Pyloric ناحیه کې واقع کېږي، ۲۵٪ خخه زیات په صغیره انحناه کې شتون لري، ۱۰٪ خخه کم د کاردياک په معصره کې او تقریباً همدی اندازی ټولو معدی کې واقع کېږي، او ۲٪ نه تر ۳٪ پوری کبیره انحناه کې واقع کېږي لakin د کبیره انحناه په امتداد کی سليم قرحوت ډير زیات نادر دی اوله دی کبله په نوموری ناحیه کې هره یوه قرحوه باید د کانسر اشتباہ ونيول شي.

G: اهمیت

د کانسر مرینی ۱۰٪ جورپوي، لakin په USA کې په تیرو ۳۰ کالو کې ددي وقواتو اووفیاتو اندازی کمی شویدی او ددی د کمیدو لامل معلوم شوي نه دی.

II: کلینیکي بنه:

A: د اپي ګستريک ناحیي مبهم نارامي چې د عادي طبی تداوي سره ټوابونه وايي او دبی اشتهايي او وزن بايللو سره یوځای يا پرته له دغوا عراضو شتون لري نوبайд د معدی د کارسينوما امکان رد نه کړي شي.

B: د تپ په ځینې ډولونو کې درد کم عموميت لري لakin بیا هم که د قرحي اعراض موجود وي او د عادي طبی تداوي سره ټواب ورنکړي نو د معدی کارسينوما خه ناخه خارنه وشي.

C: د اوسيپني فقادان کم خونی چې کوم څرګند سببونه لري د معدی معايي یو افت په شتوالي لارښونه کوي او معدی کانسرونه د Metastasis د ورکولو پوری هیڅ ډول اعراض نه ورکوي خوکله چې د ریكتم Shelf (په حوصله کې د پریتوان Implants خخه) یو.

جيګر د یا Ascitis د توموري میتاستازس له کبله د لیدنی وړوي Nodular

III: تشخيصی خپرنی

A: دمعدی معايي خخه Occult وينى راتگ لپاره دغايطه مواد و معاينه هفه وخت ڏير ارینه ده چى د داسى کم خونی سره یوئحای وي چى لامل يې خرگندنه وي خصوصاء د وصف لري. Hypochromic Microcytic

B: دمعدی عصارى اناليزس:

دمعدی دقرحی ناروغانو کې د Achlorhydria شتوالي دمعدی کانسر ته لارنسونه کوي او د بطنې پلتېنى او معاينه ته ضرورت لري چى معلومه کراي شي چى نوره د گيدى معاينه په نورمال ده او د ناروغ عمومي وضعیت د معايني لپاره برابر دى او که نه.

C: د علوی معدی معايي Series د تشخيص لپاره د تولونه به میتود دی يو ماهر اکثرا دمعدی ديو قرجه سليم يا خبيث طبیعت تشخيص کولاني شي په داسى حال کې چى د ڏирه موقعیتونو خخه اخیستل شوي به عکسونه ورسره موجود وي خود کړنلارو د حل لپاره خپلی موخي ته رسیداى نه شي.

D: دمعدی يو سليم تومور چى د X-ray پواسطه ۲-۴ هفتونو کې ترميم شي نو د خبات اټکل بايد رد شي.

E: استعمالوي چى Exfoliate cytology يا Abravis ballon يا Chromatrip singlarage که مثبت وي ڏير غوره نتيجه ورکوي لاکن ڏير دا کار وخت نيسى او ڏير ماهر پرسونل ته ضرورت لري.



Benign (left) and malignant (right) gastric ulcer

F: ولچک ور (الاستيكي) گستروسكوب او دمعدى كمره دمعدى مخاطي غشاء امكاني منظره بيله كوم مشكلاتو په لاس کي راوري او هغه ډول معدوي قرhatو يا Polypoid افاتو په باره کي دپيدا سوالونو د معلومولو او حلولو لپاره کمک کوي.

: Scan G

كله کله دھيگر Laparatomy تشخيص کوي او يوبى تييجى Metastasis خخه مخنيوي کولي شي. لakan داطريقه دھيگر هغه چي 5.5cm خخه کم وي او ھيگر کي ژور موقعیت لري په تشخيص کي لبه مرسته کولي.



په پورته شکل کي دمعدى کانسر بنودل شويدي

IV : تصنيف بندی:**A: اناتومیک تصنیف بندی:**

اولنی مرحله: دمعدی جدار پوری محدود (معدی جدار عضلات تو کی برید کریدی بیله دی چی مجاور احشاو یا عقداتو ماوف کیدو په کې شتون ولري موجود وي) د عملیاتو اقطع کولو وړ افت دی.

دوهمه مرحله: معدی پوری محدود (تر سیروزا طبقی پوری نفوذ) د عقداتو ماوف کیدو لیدنه د میکروسکوپیک د نظره د عملیات او قطع کیدو وړ دی.

دریمه مرحله: د ملحقه مجاورو اعضاو ته اتشار لکه حیگر پانکراس، مستعرض کولون کله کله د لیدنه وړ مثبت عقداتو سره یوځای د عملیاتو وړ دی لکن معمولاً د قطع کولو وړ نه دی.

خلورمه مرحله: د لیری څایو Metastasis خصوصاً حیکر، د پریتوان جدار shaft Krunkenberg تومور عملیات یواخی د تشخیص داثبات لپاره او یاد اعراضو د منځه وړلو ازادولو لپاره لکه د پیلور انسداد اجراء کېږي.

B: د تومور ډولونه:

۱- په محیطی توګه اتشار کونکی کارسینوما یو غیر معمول ډول چې یواخی مخاطی غشاء ماوف کوي چې اکثراء منځنی برخی یې سالم پاتی کېږي.

۲- تقرحی کارسینوما: ددی ټولو څخه عادي ډول دی چې ژور تقرحی افت نه ورکوي بلکه سطحی وي او یوه پراخه نو دول څنډه لري.

۳- Polypoid کارسینوما: دمعدی په لومن کې دجله جلا افتونو په خير وده کوي.
۴- Linitis: غیر معمول ډول دی چې ضخیم Nodular او مخکی څخه کوچنی شوی جدار سره یوځای وي چې هستالوژی پواسطه یو زیات اندازه د فایبروس نسج په کې لیدل کېږي.

V: د تداوی پرسپکونه

A- جراحی اتخابی میتودی لکن دومره غوره عملیه نه ده.

۱- جذری Subtotal Gastrectomy چې عادي اتخابی تداوی ده او د معدی لویه برخه د سره یوځای لری کوي. چې ئینی وخت Splenectomy greater omentum او او طحال ددی لپاره لیری کېږي Distal ancreatectomy هم ورسه اجرا کېږي Omenta چې هغه ناحیه تخلیه کونکی لمفاوی عقدات قطع کولو ته اجازه ورکوي. که تردی اعضاو ته مستقیم اتشار صورت نیولی وي لکه ئیگر یا مستعرض کولون ته نو د نوموري اعضاو ماوف شوی برخی د لیری کولو پواسطه تداوی کېږي Gastro jejunostomy یا پواسطه بیرته ترمیم یې صورت نیسي.

۲- تام Gastrectomy هغه وخت استطباب لری چې د موضعی افت لیری کول موخه وي ددی میتود عادي استعمال په داسی ئای کې چې Subtotal gastrectomy کترکتومي کاراخیستل کیدای شي د عملیاتو زیاته Mortality او کې منځ ته راوري. اود

۵ کالو خخه کم دژوند هيله لري. او که چيرى تام گستريكتومي ناروغان داود ډير وخت لپاره ژوندي پاتى شى نونومورپى تول ناروغان (دپراخى ناتام گستريكتومي حينى ناروغان) په خبيشه کم خونى اخته گيربي او داوسپنى فقدان کم خونى باندى هم اخته کيداي شي.

B: شعاعي تراپي او ڪيموتراپي د معدى کارسينوما په جراحى تداوي کې موثر کمک نه کوي.

C: ڪيموتراپي د پرمخ تللو ناروغيو او هغه معدى کارسينوما چى د عملياتو وړنډ دی په منظور استعماليداى شي. لakin د ضعيف عکس العمل په شتوالي کې خطري جنبي تاثيرات او ناروغتنه نارامي د هغه اعراضو د وزن سره مقايسه شي کوم چى د عرضي تداوي پواسطه ليرى کول غواړو.

۱- FU-۵ جي دوريد دلاري په اوئني کې يوچل په وقفوي دوز په اندازه تطبيق گيربي چى ديو دوز سره یوځای يا بيله هغى دوز خخه وي د هغه ناروغانو په ۲۰ - ۱۵ % کې چى سميت مقابل کې زغم لري دافت یو په زړه پوري Regression منځ ته راولي.

۲- C- Mitomycin چى یواتتى بيوتىك دی د معدى په کارسينوما کې تراپيوتىك فعالیت بنکاره کوي او ۲۹ % ناروغانو کې خرگند عکس العمل بنکاره کوي ۲۸/۳۲۹ inssris چى مخه نيسېي چى د موضعې او هدوکې مخ سميت په کې ليدل گيربي.

D: د معدى یواخى د Lymphosarcoma عادي تداوي قطع کول دی او که لمفاوي عقدات یې هم lympho sarcoma لري نو د عملياتو خخه وروسته X-ray تراپي مهم ده نو که

عقدات ماوف شوي نه وي نوشاع معمولاء نه اجرا كيربي که دمعدى Lympho sarcoma

دمنتشرى ناروغى په خير موجود وي نوشاعي تراپي اتخابي تداوي ده.

E: دمعدى Leimo sarcoma لپاره قطع کول موثر دی لانک دكارسينوما په نسبت لبر

Radical جنبه لري نوموري افات نادرا لمفاوي عقداتو ته Metastasis وركوي او دعقداتو

ليري کولو ته ضرورت نه لري.

F: دهげه افاتو Palliation لپاره چې دشفا وړنه دی بهترینه طریقه دافت قطع کول دی چې

يوه وينه وركونکي ناحيه يا انسدادي ناحيه ددي په واسطه ليري کيربي دجنبى لارو

Anastomose چې افت په خپل خاي پرېږدي او بطني علوی برخى ته شاع وركول نادرا

دكتنى وړارام وركوي.

VI: نتيجي

A: تداوي: د تداوي په واسطه ضعيفي او ناهيلى پايلى لاسته راغلى دي.

B: په Minopalis کي نتيجي:

دمعدى کارسينوما ۱۰۰ ناروغان

۱۵ ناروغان د عملياتو ورتیا نه لري = ۸۵

۳۴ ناروغان د جراحې عمليات په وخت کې د اسې افت درلود چې د قطع کولو وړنه و = ۵۱

۷ د جراحې عملياتو په نتيجي کې مرې شول = ۴۴

= ۳۱ د Metastasis په نتيجه کې مرې شول

۱۳ چې ۵ کالو پوري ژوندی پاتې شول

C: په جنوبې Carolina کي نتيجي:

دمعدى کارسينوما ۱۰۰ ناروغان

۴۲ ناروغان د عملیات کيدو ورنه وو = ۵۸

۳۸ ناروغان د عملیات په وخت کې د اسى افت درلوده چې د قطعه کولو ورنه و = ۲۰

۳ ناروغان د جراحی عملیات په تيجه کې مره شول = ۱۷

۹ د Metastasis په تيجه کې مره شول = ۸ ناروغان په کالو پوري ژوندي پاتى شول

نوموري Series د تجربى خخه لوی هيوا د پاره تىپيك ده.

D: دلمفاوي عقداتو دماوف کيدو شتوالى يا نشتوالى، دشفا کولو په غرض اجراشوی

Resection د کامياب کيدو ياناکام کيدو د معلوم مولولپاره ديو اساسی فكتور په حيث رول

لوبوي، دجنبوی کرولنيا په سريز د منفي عقداتو سره تقربيا ۶۷٪ او مثبت عقداتو سره

تقربياء ۰٪ ناروغان چې Resection ورباندي اجراء شوي وه په کالو پوري ژوندي پاتى

شول.

E: شعاعي تراپي او کيموتراپي (FU) ۵ يوئاي اجراء کول د MWyo په کلينيك کې

د ژوند اندازه زياتولو کې ناكام شويده.

د کوچنیو کولمو تومورونه

پېژندنه

A: وقوعات

۱- کوچنی کولمی په عضویت کې د تولونه لوی اپتیلیل نسج لرونکی عضوه ده لakin د کوچنیو کولمو کارسینوماگانی يا نور تومورونه چیر نادر دی.

۲- ۱۹۱۳-۱۹۵۷ ماساچوستس گنرال هاسپیت : د کالپوری یواخی ۱۳۲

کوچنیو کولمو داسی تومورو ته تداوی شویدی چې کلینیکی اهمیت یې درلود . د نوموري

۱۳۲ پیښو وقوعات په لاندی ډول دی:

%	اليوم	وجيونم	اثناشر	
% ۳۵	۱۲	۲۰	۱۴	سلیم تومورونه
% ۱۱	۱۵	۰	۰	کارسینوئید
% ۲۵	۴	۱۹	۱۰	کارسینوما
% ۲۲	۱۷	۱۲	۰	لمفوما
% ۷	۴	۴	۱	سرکوما

B: د Adeno metraspleup تولو خخه زیات عادي سلیم تومور دی.

C: کارسینوماگانی په اثناشر او جيوجيونم اولنى يو خو عرواتو کې عمومیت لري. د

کارسینوما په دی مطالعی کې شامل شوي نه دی. Ampulo of vater

D: د ۱۵ مريضانو د جملى خخه يواخى دوه په Carcinoid سندروم اخته شو.

Carcinoid syndrome :B

۱- ددى اعراضو په جمله کې د Episode په ډول او برپين اسهال بطني کرمپونه د پوستکي متناوب Flushing ديو متتحول او Ratchy په ډول داستما په خير اعراض دنسې زره دمسامو افاتو خصوصا Triicuspid regurgitation او Pulmonic stenosis شامل دي.

۲- زياتره کولمو کې واقع کېږي او د کولمو دافت له کبله د نوموري اعراضو تولیديدو لپاره بايد د هیگر منتشر Metastasis موجود وي دا زياتره د کوچنيو کولمو په کې عموميت لري (همدارنګه که چيرى Carcinoid) په داسى ئاي کې موقعیت ولري چې د باب الوريدي دوران خخه د باندی وي لکه قصبات نو نوموري سندروم بنایي چې بيله دی چې د هیگر ماوف کيدو منځ ته راشي.

۳- د کولمو Carcinoid اپنديکس کې زيات واقع کېږي لakin څرنګه چې نادراء Metastasis ورکوي نو ئکه د اپنديکس دافت سره یو ئاي کارسينوئيد سندروم غیر معمول دی همدارنګه ریكتم کارسينوئيد چې معمولاً ديو وړوکې پولیپ په خير او تصادفه د Sigmoide scopy په اوږدو کې څرګندېږي نادراء Metastasis ورکوي او هم له دی کبله نادراء اعراض تولیدوي.

۴- داسى یو سندروم دی چې د Peptide Histamine seratoni يا يو Bradykinine لکه دلور مقدارونو د تولید له کبله منځ ته رائي.

Peutz Jeghers syndrome :C

۱- یو سندروم دی چی په جنتیک ډول منځ ته رائحي او اول داسی خیال کیده چی

Peneterance وصف لري لکن اوس داسی گمان کېږي چی ناتام Mendellion dominant

سره ملګر提ا کوي

۲- مریضان د ژوند په اولني مرحلو کې دپوستکي صباغات بسکاره کوي چی په شونډو

او دخولی دجوف مخاطي غشاء کې د کوچني مدور يا بیضوي داغونه چی نصواري يا حتی

توررنګه صباغات په خير وجود لري دامریضان تیره نصواري يا تیاره بى رنګه Irises هم

لري، وینستان بی هم تیاره رنګ لري.

۳- دا ډول مریضانو کې معدی معايي پروليپونه شتوالي توقع ساتل به دی اکثرائي سليم

وي چې Human tomas هم کيداي شي لکن کم تر کمه ۶ واقعات Metastasis

هم لیدل شویدي چی ددي جملی خخه ۴ مریضانو په اثناعشر کې مقدم افت carcinoma

درلود.

D: په کوچنيو کولمو کې واقع شوي لمفوما بنائي چی دانسداد لامل شي او په غير عمومي

توګه داسی راپور ورکړل شویدي چی دکولمو انسداد سره یوهای Steatorrhea او بطني

دردونو لامل کېږي په داسی حال کې چې محيطي Lympho adenopathy هم موجود نه

وي.

II: کلينيکي منظره:

A: د ټولو خخه زيات عمومي عرض بې انسداد دی.

- ۱- سليم تومورونه په کاهلانو کې زیادتره د Intussuscption لامل کېږي.
- ۲- کارسينوماګانی د Napkin حلقوي تضيق په ذريعه انسداد پیداکوي.
- ۳- لمفوماګانی زیاتره دحمله کولو، اعصابو تخربولو پواسطه د کولمو تحرکيت خرابوي او انسداد منځ ته راولي او حقيقی تضيق په ذريعه انسداد نه تولیدوي.
- B: داعراضو ورکوونکي مریضانو په نیمايی کې خونریزی واقع کېږي.
- ۱- د کوچنيو کولمو تومورونه د ھینی وخت نامعلومه Melana لامل کېږي.
- C: د بطن کيني کتلی داعراضو سره یا بی د کوم اعراضو د وجود درولودای شي.
- D: تثقب عموميت نه لري لاکن معمولاد لمفوما یا سرکوما سره ارتباط لري.
- E: د Sprue سندروم چې Malabsorption په خير منظره لري لمفوماګانو سره نادراء واقع کېږي.

III: تشخيصي خپرني

- A: کوچني کولمی چې د X-ray پواسطه یا دبل کوم میتود پواسطه په ډير مشکل سره معاينه کيداي شي لاکن که څه هم د کوچنيو کولمو Radiographic معاينه په مثبته پينبو کې بايد اجرائي.
- B: که د معدی معايي جهاز په خونریزی موجود وي اوسبب يې معلوم نه وي نو د ډيون مناسب سوری لرونکي String تيرول د X-ray پواسطه موقعیت اندازه کول. د Flourescein زرق کول، د String دايستلو نه وروسته د ويني یا د Flouresein سويه معلومول، بنايی چې دخونریزی سويي خواهه لارښونه وکړي.

C: د کوچنيو کولمو ورسول شي اوزيات شمير Aspiration او د Occult ويني معاني

اجراء شي چې دخونزيرزي موقعیت تعین کولو کې کومک کوي.



په شکل کې د کوچنيو کولمو کانسر بندول شويدي

D: د Celiac يا علوی صاريقي شراینو Angiography بسايي چې د کوچنيو کولمو نامعلوم

ترفي موقعیتونه بسکاره کولائي شي.

E: همدارنگه د ترف موقعیت معلوم مولو لپاره بطني لټپولو ته ضرورت پیښېږي لakin بسايي

چې ګټور ثابتېږي د عملیاتو خخه مخکي کوچنيو کولمو تیوب موقعیت تاکل په تیوب کې

کولمی هموار Pleating پواسطه تیوب موقعیت تاکل په تیوب کې کولمی هموار

استعمال بسايي چې داسی ډول کوچنۍ تومورونه بسکاره کوي چې عادي Sigmoidoscopy

ميتدونو پواسطه معلوميداي شي.

F: په ادرارو کې ٥-Hydroxyindol acetic acid چى د سیروتنین د توقه کیدو محصول دی، اندازه کول بسايي چى Carcinoid سندروم تشخيص په تاکنه کې کومک کوي.

G: د پوستکي او مخاطي غشائانو معاینه کې د صباغاتو ناحيي په دقت لتيول بسايي چې د تشخيص تبارز کوي Jegher syndrome.

IV: د تداوي پرنسپونه او نتيجى

A: زياتره افات د جراحى عملیاتو پواسطه تداوي کېږي يا د Enterotomy هم سليم افت ورسه ليرى کېږي او يادکولمو قطع کولو او Anostomosis په ذريعه

B: د کوچنيو کولمو لمفوما قطع کول د عملیاتو وروسته X-ray تراپي سره یوځای او بى دهغوى بسايي چى د ژوند اندازه او بى دو.

C: همدارنګه کارسینوما گانى چى مساريقه لمفاوي عقداتونه Metastasis کوي د نوموري عقداتو په پراخه پیمانه قطع کول لازمي کوي. (چى د Sarcoma د جملی خخه ډير عموميت لري) مساريقه عقداتو ته میتاستاز نه کوي او مساريقه عقداتو په محدود توګه قطع کولو ته ارتیاء پیدا کوي.

D: که خه هم په منتشر توګه حیگر ته میتاستاز کړي. مریض ډير ورو ورو وژني. د مقدم افت قطع کولو ته دانسداد د مخنيوي په منظور اجازه لري. که خه هم Para chlorophenyl alanine Metastasis مرض موجود وي داعراضو خخه ارامتیا د داستعمال سره په دی او سنی ورخو کې لیدل شویده.

H: دکوچنيوكولموپول خبيشه تومورونو خراب انزار لري چې ددى جملى خخه Carcinoid

ډير زييات بارز دی نومورپی تومور مجموعاء په كالوژوند اندازه د ۲۰٪ خخه نه زياتيري.

دکولون ، ريكتم او مقعد تومورونه

Introduction - ۱

A: وقوعات: په USA کې په ۱۹۷۰ کې دکولون او مقعد دکانسر خخه مرگ اندازه

۴۵، ۸۰۰ وه په داسی حال کې چې دکوچنيوكولمو دکانسر وفیاتو اندازه ۷۵۰،

دمعدی ۱۵، ۲۰۰ دمری ۱۰۰، ۲۱، ۷۰۰ بالترتیب وه USA کې د وجود دی ئای

خخه واقع شوي مرگ اندازی کې په دريم ئای باندی لور اندازی خخه بنودنه کوي. دسفلی

معدی معايي ليارو تومورونو وقوعات په جاپان او فنليند کې ډير کم او برخلاف دمری

معدی کانسر واقعات لور اندازه لري.

B: شيوع

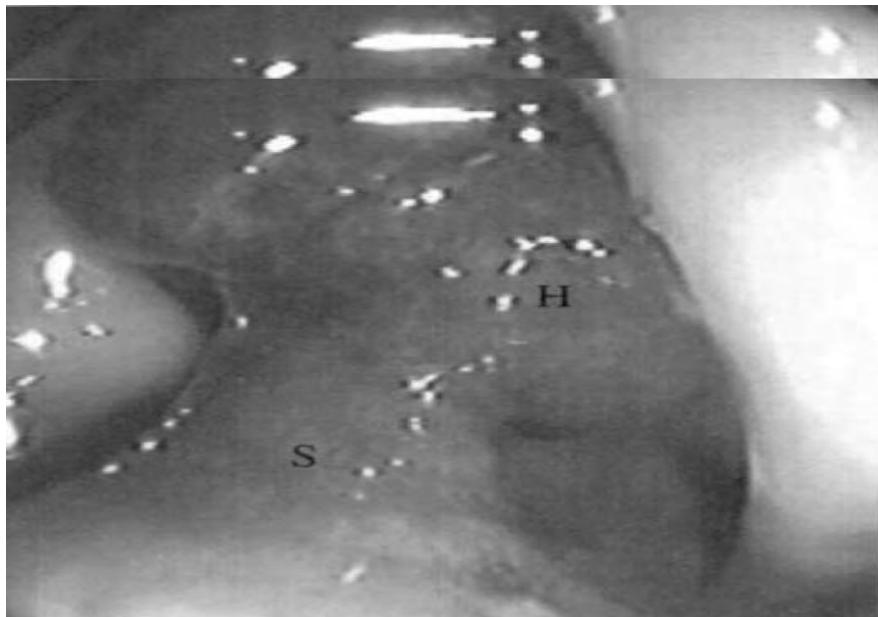
په USA کې دکولون او ريكتم کانسرونه دواړه جنسونه په مساوي توګه مصابوي اودهغه

داخلی کانسر و د جملی خخه دی چې ډير زييات واقع کيربي.

C: عمر

دوه پر دری برخه د ۵ کلنی خخه زييات عمر خلکو کې واقع کيربي، گرچى د فاميلي

يا تقریحي سره کانسر د ژوند په نسبتاً لمپی مراحلو کې ليدل کيربي. Polyposis Colitis



شکل کې سلگونه د Adenomatous Polyposis لیدل کېږي چې د فاميلی Adenomatous Polyps څخه ايسټل شويدي

D: اتيالوژي

0 - د کولون فاميلی Peletposis : دا يوارثي مرض دی او په دواړو جنسونو کې د بارزو وصف په توګه اتقاليرې نومورې Polype Mendelian د خباثت خواته بدليدو د پاره کتنې وړ ميلان لري چې دخوانۍ په عمر کې Colon کانسر کې دامعمول وي د Polyposis داعراضو د شروع کيدونه ۱۵ کاله وروسته د کولون څخه وروسته د کولون په ټولو برخو کې کانسر چې د مرګ وسطي عمر يې ۲۷ کاله ده (داد Duke د مطالعې په اساس ۴۰ نومورې په ۴۱ فاميلو کې د ۱۵۲ مريضانو د جملې څخه ۱۱۶ مريضانو کې کانسر پيدا کرو .



دمخاطي غشا Pigmentation بنيي چي د سندروم لپاره وصفي ده Peutz Jeghers

۲- داوردي مودي Colitis لرونکي مريضانو کي مزمن colitis شتوالي د

کانسر توليديدو حتمي نښه ده، ډير و مريضانو چي اعراضو کي هريو بدلون بايد داشتباه
دنظر وليدل شي داکانسر کثير المركز منشا او ډير خراب اتزار لري. دکانسر دمنج ته راتلو
څخه مخکي Colitis د دوام موده ۱۶ کاله ده او د خبات خواته بدليدو لپاره ۲۸ کاله ده.

۳- Diverticulosis او کانسر بنياي چي یوئائي وليدل شي او بنياي چي د X-ray
نه وروسته د ګراس دناظره تفريقي کول ګران دي لakin داسي کوم شواهد وجود نه
لري چي د کانسر په توليد کي د Diverticulosis رول لري.

۴- Hemorrhoid : دريكتم کانسر چي ډير معمولي افت دي او د Hemorrhoid سره يې
تراوشه کوم ارتباط معلوم شوي نه دي لakin که څه هم Hemorrhoid دريكتم څخه دوامداره

وینی راتلو او ياداسی نوروا عراضو یواخنی سبب ندی گنهل شوي خورسره یو ئای د کانسر پلتنه په کار ده.

Adeno matouspolyp - ۵

دايو ډول کوچنی سره بخن افتونه دی چی اکثراً Stalk لري او د Colon په او بدو کې په هر ئای کي پيدا كيداي شي عموما په ريكتم او Sigmoid برخه کې وي په دې باره کې اختلاف موجود دی چی ايا نوموري د خباثت لمپنی افات دی يانه؟

همدارنگه هغه افات چې د Sigmoidoscop په ذريعه په اسانی سره کيداي شي د تشخيص لپاره باید Histological معاينه اجراء شي.

خرنگه چی ئينى کانسرونه د Polypoid په ډول وده کوي نو دباريوم امالى نه وروسته چی کوم افت د Sigmoidsop دسوئي خخه پورته وليدل شي د ډيرو مشكلا تنو سبب کيربي. داسى تجويز كړي چی که افت د قطر د نظره د خخه کوچنی وي نود دی امکان Grinmell زيات دی چی نوموري افت خباثت خواته ئي خصوصاً که افت Stalk هم ولري که دا افتونه د هستالوژي له نظره هم خبيث وي نادرأ Metastasis ورکوي.

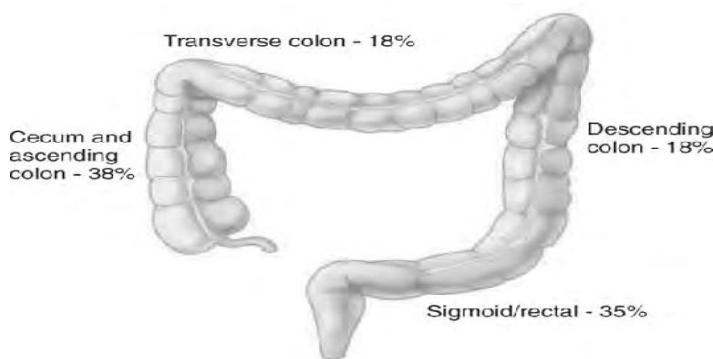
Villous adenoma - ۶

دايو ډول اسفنجي هموار او بي حرکته افت دی چی د Colon د جدار خخه منشاء اخلي (معمولاء په ريكتم يا Rectosigmoid ناحيه کې ليدل کيربي). چی Stalk لري او زييات شمير ذغابات د استطالى په خير لري، خپري دونکي کانسر امکانات چی نوموري افاتو کې نسبت Adenomatous پوليپ ته زييات دی.

٧- دكيمياوي Carcinogenic مواد دكولون دكارسينوما په منج ته راتلو کې رول لري او
بنايي چې مزمن قبضيت دا رول نور هم قوى کړي لakin تراوسه ثبیت شوي نه دی.

E: موقعیت

١- داکانسر ٣٨% په سیکم او صاعدہ Colon کې ١٨% مستعرض کولون او طحالی زاویه کې ١٨، ٩% په نازله کولون کې ٣٥، ٩% په سگموئید او په ریكتم کې واقع کېږي ددی ډول توزيع د پاره کوم واضح دلیل يا تشریح وجود نه لري.



په شکل کې د کولون د کانسر موقعیتونه بنودل شویدي

٢- په اپنډکس کې Adeno carcinoma نادره ده البته Carcinoid ډير عمومیت لري او
نومورې د Meso appendix خخه دباندي خواته انتشار يا کوي Metastasis
داپنډکس یو سلیم افت دی کوم چې Rupture کولي شي د Pseudomyxoma
peritonitis دمنج ته راتلو سبب کېږي او د پریتوان د انتشار له کبله د مرګ سبب هم کیدای
شي او ادینوکارسينوما داپنډکس د نورو تو مورو لویه برخه جوړوي.

٣- په ریكتم کې کله یو کوچنی Polyp بنایي چې د هستالوژي له نظره Carcinoïd
ثابت شي نومورې سلیم سیر لري Metastasis يا Carcinoid syndrome يا لپاره ډير لې
میلان لري.

۴- دمکعدي قنات زياتره کارسينوماگاني Epidermoid دنوعي خخه دی برخلاف دکولون

تیپیک Adeno carcinoma

II: کلینیکی نبی

A: ددی اعراض په کولون کې د تومور د موقعیت پوری اړه لري.

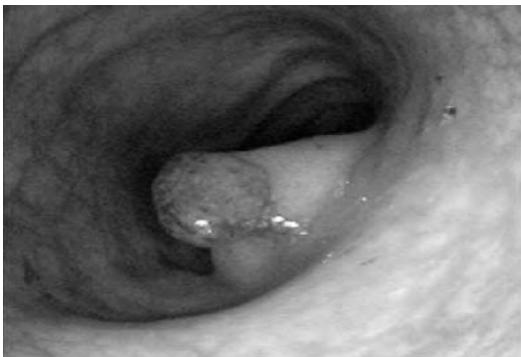
۱- دنبی کولون افات په تیپیک ډول نامعلومی کمخونی او معدی معايي نزف په واسطه بسکاره کېږي. ئینى وخت یو بى عرضه بطني کتله د PE پواسطه د پام وړ ګرئي نوموري نادراء د ileocecal دسام بند وي چې د کوچنيو کولمو حاد بندش پواسطه بسکاره کوي د بطن د سفلی برخو په عذاب کوونکي او دوامداره درد نوموري تومور یو بل نادر شکایت دی.

۲- د Sigmoid تومورونو معمولاً د Nepkin حلقى دانکشاف له کبله خرگندېږي دریکتم خخه په ډول کله کله وينه راتلل لیدل کېږي لakin عموميت نه لري همدارنګه کم خونی هم معموله نه ۵۵

۳- دریکتم د تومور ظاهر د ریکتم درد په Gross (Tenesmus) Microscopic او دریکتم د ناتام تشیدو احساس سره یوځای دی او نادراء دمکعده خخه تومور Prolapse کوي.

۴- دریکتم ویلاي adenoma د الکترولایتو د ضایع کيدو یو نادر سبب دی چې د تومور د سطحی خخه په لیومین کې د مخاط زیاته اندازه ضایع له کبله په تالي توګه منځ ته راخي.

۵- د تشخيص د پاره یو immunologic معاینى امکان د خیرنۍ لاندی نیول شویدی چې دکولون مقدم او تالي کانسر کې Carcino embryonic Ag شتوالی باندی اتكاء کوي.



په پورته شکل کې د کولون کانسر بنودل شویدی

III: تشخيصي طريقي

A: ديوه بسى فزيکي معاينى عادي برخه دريكتم معاينه ده دكولون اوريكتم نيمایي
كانسرone يواخى د گوتى دمعاينى پواسطه تراشتباه لندى ن يول كيداي شي او يوه مفکوره
دكансريه باره کي وركولائي شي.

B: دسفلی كولمود دوامداره اعراض په شتوالى کي ټولو مریضانو ته يو کلينيزه فزيکي
معاينه او سگموئيد و سکوبې استطباب لري.

C: دبطني کتلې په شتوالى کي چى سبب يې معلوم نه دى دباريوم اماله اجراکيربي
همدارنگه داوسيپنى دفقدان په کم خونى دريكتم خخه ډيره وينه راتلل چى په ريكتم کي
فعاله نرفي ناحيه موجود نه وي دريكتم د پوليپ په شتوالى کي دكولون دنورو برخو پوليپ
شتوالى درد کولولپاره هم دباريوم اماله استطباب لري.

اوئينى داخل جداري افات لكه : Dieunti glosis Endometriosis
كولون مصابوي ئينى وخت ددى تفريق دكولون دكانسر خخه ډير مشكل كيربي. لakin
زيادتره Napkin كارسينوما کانى چى X-ray کي مخصوصه منظره وركوي دسيكم دافت
ليدل گران دى ترهغه پوري چى ټول سيكم دباريوم خخه ډك نشي حتى اليومن کي هم داخل
نشي دكارسينوما د پلتنهى دپاره اجراشوی باريوم اماله منفي ونه گنهل شي.

دغايطه موادو خخه دپوليپ په تفريقي تشخيص کي مشكلات را پيدا كيربي ده کيدو
نقىصه بايد يو Stalk يا ثابت موقعیت کي په زيات شمير X-ray پانو کي وليدل شي

همدارنگه Air centrist عکسونه خینی وخت کمک کوي لاکن اکثر اورته ارتیا نه

پیبنیبری.



شکل کې د Apple Core رادیوگرافیکه منظره بنې چې د کولون په Adeno Carcinoma کې لیدل کېږي.
D: د سفلی معدی معایي لاری د لیدنی لپاره Cillican foam اماله یوبل میتود دی خارج
شوې east داسی نبى لري چې کارسينوما یا پولیپ په شتوالي دلالت کوي
همدارنگه د Sillicane د سطحی خخه د هستالوزیکی خیړنی د پاره حجرات هم لاسته راول
کیدای شي.

C: دسفلی قدامی افت د موضعی اتشار د معلومولو لپاره Cystoscopy اهمیت لري.

IV: تصنیف بندی:

A: د Duke تصنیف بندی داناتومیک پراختیا ژوروالی او د Metastasis شتوالی يا نشتوالی پوری اره لري او د Broder's تصنیف بندی دمیکروسکوپ Anaplasia د درجی باندی تکیه کوي دنومورو د ډلی خخه هريود کانسر دائزاري هکله کې يو Raugh اندازه ورکوي لاکن په تومور کې دژور والي او Anaplasia ترمنځ توپیرونون له کبله لړه ګته لري.

داخل جداري پراختیا

B: برخلاف دمری د کانسر دریکتم د کولمو په اوړدو کې تر دیر ليری ئای پوری اتشار نه کوي ددي ګراس تومور نادراء 5 cm خخه لوی وي.

C: د ملحقه جوړښتونو سره التصاق عمومیت لري ددي ډول اتشار د پاره بولي تناسلي طرق ، بطني جدار ، کوچۍ کولمي عادي ئايونه دي په بسحوب کې د مبيض ماوف کيدل هم غيرمعمولی نه دي.

Metastasis :D

- ۱- تقریبا په ۵۰% واقعاتو کې لمفاوي عقدات هم ماوف کېږي.
- ۲- د کولون زیادتره کانسرونه د مصاريفی شراینو د سیر په تعقیب کې Periaortic عقداتو ته پراختیا کوي لاکن د مقعد کارسينوما حوصلی Perineal عقداتو ته اتشار کوي او د Reroperitoneal په عوض د Groin په عقداتو کې بسکاره کیدا شی.

۳- هغه عقدات چى تومور په کې گراس دنظره موجود نه وي نادراد كولون مثبت افات

بىكاره كوي همدارنگه هغه عقدات چى د گراس لە نظره مثبت وي بسايى چى يواحى

التهابى بدلۇن بىكاره كېرى.

۴- درىكتم افات چى دموضعي لمفاوی عقدات تو خخە دباندى اتشاركپى وي داعصابو

ماوف كوي او يو ده Dall لامل كىربى چى انزار يې خراب peri neural Sheath

دى.

۵- لىرى ئايىته انتشار : زىادترە ئىيگر او بىا سېرى ماوف كوي.

V: علاج پىنسىپونە:

د Retrosigmoid دسوىي خخە بىكتە واقع شوئى پولىپ بايد د Sigmoidoscope په

ذرىعە د هستالوژىك معاينى د پارە وايسىتل شى.

B: ددى سوئى خخە پورتە واقع شوئى پولىپ كە قطر يې 1cm خخە لوى نود Lapratomy

پواسطە وويسىتل شى ئىكە چى د هستالوژى دنظرە نومورى كارسينوما كىدای شى كە

دافت قطر د 1cm خخە كوچنى وي او بى عرضە وي نومولفين وايى چى كتنە دى اجراشى.

سرە لە دى دخباتت دپارە كم ميلان لري نور مولفين داسى فكر كوي چى د طبى وضعى

دنظرە تىدرستە خلکو باندى دى Leparatomy اجراء شى.

C: دفامىلىي Polyposis په تولۇ ناروغانو كې مخكى لە دې چى كارسينوما تشكىل و كېرى

بايد په بشپړ دول Colectomy اجراء شى مولفين په دې اختلاف لري چى د

دله كې شامل شى يانە؟ خرنگە چى د ركتم په برخە كې كانسر منخ تە راتلاي شى نوددى

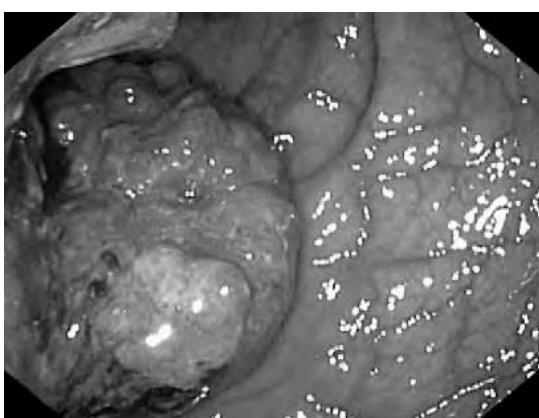
لیری کول اویا دهمیشہ د اجراکول د ilostomy Conservative procedure په جمله کې رائحي.

D: ذغابي Adenoma باید په دی توګه لیری کړای شي چې د نارمل مخاطي غشاء خندي هم ورسره یوئاي قطع شي که یو کانسر هستالوژي له نظره ثبیت شي نود کانسر مناسبه درملنه باید اجرائي.

E: کانسر د کولون او مساريقى د پراخى برخو د قطع کولو د معابي Anastomosis يا بطنی عجاني Colostomy او Resection پواسطه لیری کړي شي چې د د کانسر دسوبي پوري اړه لري. د مقدم تومور سره التصاق شوي اعضاء لکه: کوچني کولمي Loops ، مثانه، رحم په برخو کې به د کولون سره یو ئاي قطع کړل شي، امکان لري چې په بسخو کې د تومور پواسطه د مبيض د ماوف کيدوله کبله Oophrectomy اجراکيرې.

F: د جراحى عملی نه وروسته د ژوند اندازه دکتى و راندې زیاتولو لپاره د Turubull او د ملګرو میتود Notond استعماليداي شي.

G: که معقوله وي نود مقعد کارسينوما کې د دواړو خواو خصيو تسلیخ ته او هم دارنګه عجاني Resection ته ضرورت پیداکيرې دا چې شفا سبب کيداي شي او نشي کيداي ددي عملی اجرا ارينه ده.



په شکل کې د ریکتم کانسر بندول شویدی

H: دريكتم دناعلاج افتودپاره Colostomy نادراء Palliative تماميرئ داچول افت که امكان ولري دبطني عجاني Resection پواسطه تداوي شي پرته ددى چي دشفا اميد شتون لري يا نه لري.

I: په هغه مريضانو کي چي دبطني عجاني Resection لپاره Major جراحی مناسبه نه وي Palliative په ذريعه بنه موضعی Rendon seed implantation او Neat coagulation لاسته راورل کيداي شي.

J: په اوسنی وختونو کي د کولون کارسينوما د علاج لپاره د کيموتراپي اجراکولو دپاره کوم شواهد وجود نه لري او داپرابلم دخیرنى لاندى دي.

K: شعاعي تراپي:

دريكتم Adeno carcinoma په عمومي توګه او په متوسط ډول شعاعي حساسيت لري او د هغو پينسو د جملی خخه چي تام Cancericidal دوز ۲۰۰۰ rad په ۲ هفتونو سره معامله شويدي د ۵۰% نه تر ۷۰% پوري مريضانو کي د مقدم افت شفاليدل کيداي شي په لاندى حالاتو کي د شعاعي تداوي استطباب لري.

- ۱- په موضعی عجاني Recurrence کي د تومور دلوی والی او د درد د کمولو لپاره.
- ۲- په هغه افاتو کي چي د عمليات ورندي دانسداد او نزف د ختمولو لپاره.
- ۳- هغه مريضان چي قلبي وضع يې بنه نه وي او جراحی عمليات خطر لري.
- ۴- هغه مريضانو کي چي جراحی عمليات سره موافقه نه کوي.

L: دعمليات خخه مخکي شعاعي تراپي یواخى اجراء کول مخکي او اوس په یوشمير زيات مطالعاتو کې خيرل كېږي.

1- په ابتدائي مرحلو کې داسی راپور ورکړل شويدي چې دعمليات خخه مخکي یو تيټ دوز rad ۲۰۰۰-۱۶۰۰۰ عملياتو وړ موضعی کانسر کې د Dyuvawl تراپي په ډول استعمالولو پواسطه ۵-۱۰٪ واقعاتو کې دژوند اندازه بنه شويده. دايو Randomized مطالعه نه ده او په کلينيك کې کنترول شوی ارزیابی خیرنو کې ثابت شوی نه دی.

2- د V.A شفاخاني Randomized کلينيكی Trail دعملياتو خخه مخکي تشعشع استعمال او د ریکتم په موضعی کانسر یواخى Resection اجراکولو ترمنځ هیڅ توپير ليدلى نه دی.

3- یو ملي مطالعه چې جريان لري rad ۴۵۰۰ په اندازه دوز انتخاب کړیدی کوم چې دی لakan به تحمل کېږي چې د جراحی عملياتونه وروسته د خارني درملنه کې تطبيق کېږي.

M: کيموتراپي:

دمولفينو د تجربى په اساس د کولون Metastasis کانسر کې کيموتراپي نادراء ګټور ثابتيرې البته لاندې ورکړل شوی بيانات په طبی Literature کې خرګند شويدي.

1- د کولون په پرمخ تللي عرض او منتشر کارسينوما په ھينى مريضانو کې په یواندازه د Fu % پواسطه تداوي کيداي شي د خيکر، سرب او نورو څایود Palliation

اعراض ددی پواسطه بنایی چی لیری او بی عرضه Metastasis ناروغی

تداوی کیدای شی.

۲- ۵ Fu معمولاد ورید له لاری تطبیق کیری. ۵ دخولی دلاری هم دتطبیق ورده دی او سنی

خپنی غوره گنی چی ۱۵mg/Kg دورید د لاری هره اونی ورکول دعادي ۵ ورخنی

دوز په شان موثر دی او سمیت هم کم دی Loading.

۳- دسمیت جنبی عوارض عبارت دی د Stomatitis, Nausea (لومړی علامی وچوالی،

دبکتنی شونډی داخلی طرف باندی Soreness دی) اسهال او د هډوکو د مخ انحطاط

څخه دی ددی دوا تراپیوتیک تاثیر دکتنی ور اندازه سمیت ته اړتیا نه لري.

۴- دواته Adjective عکس العمل ورکوونکی ژوند اندازه او بد بسکاره کوي ۲۰ میاشتو

برخلاف هغه ناروغاند عکس العمل نه ورکوونکی دی د ۱۰ میاشتنی او بد والی منځ ته

راوړي.

VI: انزار

که په ناحیوی لمفاوی عقداتو کې Metastasis نه وي ور کړی نو انزار بنه دی، لکن

دافتکور د معنی معايی لارو په علوی برخو کې دومره مهم نه دی.

B: د بطني عجاني Resection څخه وروسته په عجاني ناحیه کې دیو دوامدار يا عود

کوونکی Sinus شتوالي داسي خرګندوي چی په حوصله کې باقي پاتي يا عود کوونکی

تومور هم شتون لري.

C: دبني کولون کانسر تیجی نسبت چپ کولون کانسر ته یوڅه اندازه بنه دی.

D: نتيجي

دکولون یا ریکتم ثابت شوی کارسینوما ۱۰۰ مريضان

D: ۹ مريضان چي جراحی عملیات سره موافقه ونکره = ۹۱

- ۳۲ مريضان چي د Resection ورنه وه یا یواحی Palliation د پاره د ورنه وه =

۵۹

- ۹ مريضان د عملیات خخه وروسته مره شول = ۵۰

- ۲۳ دیولو سببو خخه تیجتاء د ۵ کالو خخه مخکی مره شول (چي ۲۰٪ د کانسر له

کبله مره شول) = ۲۷

(۲۷ خلک د ۵ کالو لپاره ژوندی پاتی شول)

- ۲ مريضان تر ۵ کالو پوری د کانسر ژوندی پاتی شول = ۲۵ (په کالو کلينيکي شفا)

د تصنیف بندی په پلان باندی اخري ټکي TNM سیستم:

خرنگه چي د TNM تصنیف بندی زیادتره په کلينيک کي اجرا شوی خيرنو په شمير

ولاره دایواحی په تیرو خو کالو کې ممکن شوه چي AJCC او VICC او دواره د هضمی

جهاز د تصنیف د پاره دیو سیستم د جورولو د پاره یووالی لري د Wood او سنی بهترین

بحث د TNM د پاره نوی بنسته جوروی نوموري تصنیف بندی ډير او بد تفصیلات لري او

په ممکنه توګه دلته وړاندی کیدای نه شي لاکن دوه ځانګړې تیاوی په لاندی ډول ورکړل

شویدی.

د TNM تصنیف بندی د تومور کلينيکي مرحلو د پاره.

VICC معدہ**ناحیه**

۱- دپراکزیمل (Fundus) ناحیه

۲- وسطی ناحیه یعنی دمعدی جسم

۳- دستل (Antral) ناحیه.

توجه: یو تومور په هغه ناحیه کې گنل کېرې چى زیادتره برحى يې په کې موجود وي.

T: مقدم تومور

T₁: دیوی ناحیی دنیمايی برحى خخه عبارت دى چى زیات يې نیولی نه وي.T₂: چى دیوی ناحیی دنیمايی خخه زیاته برحه يې نیولی وي لakin یو خخه زیاته ناحیه يې نه وي.T₃: تومور چى دیو خخه زیاتی ناحیی نیولی وي.

N: ناحیوي لمفاوي عقدات:

خرنگه چى داخلی بطئی عقداتو معاينه ممکن نه ده نود NX علامه استعمالیېرى، چى ده ستالوژىکي معاينى استعمال اجازه هم ورکوي چى په دې حالت کې NX+ باي_NX علامى استعمالیېرى.

M: لیرى ئای ته Metastasis

M₀: كه لیرى ئای ته د Metastasis هىچ نبى موجود نه وي.M₁: لیرى ئای ته Metastasis شتون وي.

هستوپتالوجیکل پراختیا (دعملیات په وخت کې)

P₁: کارسینوما چې یواحی دمعدی مخاطی غشاء کې ارتشاح لري.

P₂: کارسینوما چې تحت المخاطی غشا پوری ارتشاح لري لیکن Muscularis propria پوری نه لري.

P₃: کارسینوما چې Muscularis propria پوری ارتشاح لري بلکه Subserosa پوری منتشر دی.

P₄: کارسینوما چې Serosa چې دهغوي خخه دباندی ارتشاح لري.

کولون : AJCCS

T_{1s} : د کارسینوما دپاره Insitu.

T₀: د کلینیک دنظره تومور وجود نه لري (او د هستالوجیکی طریقی په ذریعه کانسر باندی کولون ریکتم منشاء اشتباه کېږي).

T₁: دجدار عضلي دماوف کیدو هیڅ ثبوت منشه (شخوالی وجود نه لري).

T₁: کارسینوما Polypoid شواهد adenoma کې بايوپسي مثلاً په Polypoid د کارسینوما د محراقونو سره یوځای وجود لري.

شواهد د کارسینوما د محراقونو سره یوځای موجود وي.

T₂: د عضلي جدار ماوف کیدل چې دشخوالی یا جس پواسطه خرگند وي لakin دباندی سیروزا طبقي همواره ده.

T₃: د کولون دټول جدار ماوف کیدل دملحقه جورېښتونو ته داتشار سره یوځای.

T^۳: د T^۴ په څير لکن د فيستول تشكيل سره یوئهای (Gastrocecalic فستول)

TC: ملتیپل مقدم کارسينوماکانی.

د هضمی جهاز اساسی غدواتو کانسر

کته:

د هضمی جهاز اساسی غدواتو کانسر مخکی له دی چې تشخيص شي ډير پر مخ تللی وي په نوموري احشاو کې د کانسر شروع ډيره بطی دی او د دی لمپنی اعراض اکثراء په پته توګه مهم غیر و صفي معدي معايي حکایو خخه بد هضم ، اپي گاستريک ناحيي نارامي، بطني يا د ملا درد اويا غیر و صفي علامي لکه Cachexia وزن بايلل او کم خوني بواسطه بنکاره کېږي ترکوم وخت پوری چې د کوچني او موضعی افاتو سکریننگ او پلتهنى د پاره نو بهتره تشخيصي معايني په لاس کې نه دي نو د نوموري اعضاء کانسر دژوند د کچۍ کموالی کې هیڅ بنه والي يا بدلون راولپاني نشي.

پانقراص

Introduction - ۱

A: وقوعات: د پانقراص خبيثه توموروونه نسبتا نادر دي او د کانسر د تولوډولونو ۲-۳% او

د بطني خبيثه وژونکو ناروغيو ۱۰% جوره وي.

B: شیوع: نارینه د بسخو په نسبت ۳-۴ حلى زيات مصاب کيربي داتومورونه په اساسی توگه او ۳۵ او ۷۰ کلنی په منخ کي منخ ته راخي او دوقواعتو اعظمي اندازه په ۲۰ کلنی کي

.۵

C: اسباب: پانقراص دکارسينوما سبب تراوسه خرگند شوي نه دى په دى کي هیچ شواهد وجود نه لري چى مزمن pancereatitis يا سلفيس کوم سببي اهميت لري.

II: کلينيكي پلتني

A: پانقراص کارسينوما

۱- زياتره رنحورانو کي داد Anorexia ، Asthenia وزن بايلل او Nausea دبطى شروع خخه وروسته بسکاره کيربي دوزن بايلل دير عمومي عرض اوپه تىپيك چول چتىك اويا بارز سير لري درد ۷۰-۸۰% پينبو کي شتون لري چى معمولا Dull يا Boring وصف لري او د ملاپوري خاي لري Epigastrum يا ملاپوري خاي لري.

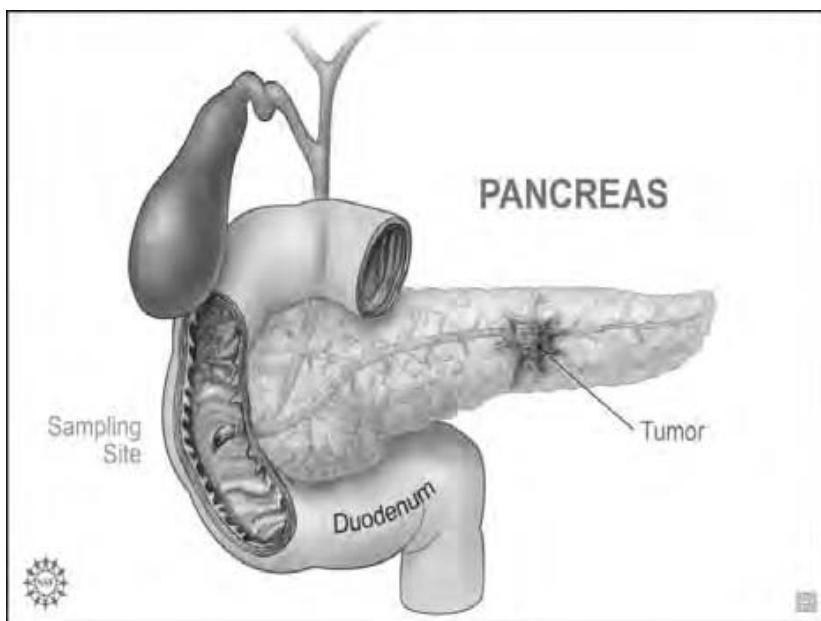
۲- که کارسينوما د پانقراص په سر کي وي نو پورتنى اعراض معمولا ورو ورو او پرمخ تللی ژيرپى دمنخ ته راتللو خخه مخکى بسکاره کيربي. دزيرپى وصف دادى چى دامعمولا دوامداره او خاربست Pruritus سره يو خاي وي.

صفراوي كخوره توسع کوي او په ۵% واقعاتو کي د جس ور وي د اپي گاستريک ناحيي د ملا درد په ۱/۳ پينبو کي موجود وي.

۳- دپانقراص دجسم دکارسينوما سره خرنگه چى تومور وده وکري د Celiac ganglia په چاپيريال کي زيات شمير عصبي ذفирونه نفوذ کوي او هغه ماوف کوي چى په نتيجه کي د ملا درد منخ ته راخي نومورپى درد معمولا دوامداره وي لakin دهودى خورلو په وخت کي

اودملاستی په حالت کې نورهم شدید کېږي. په داسی حال کې چې د کېښناستو یا قدام ته
قات کیدو په اثر درد په شدت کې کموالی منځ ته رائېي.

۴- که کارسینوما د پانقراص په لکي کې وي نوابتدائي اعراض د نورو اعضاو ته د
دکبله پیدا کېږي چې په شدید ډول وزن بايلل او کمزوری سره ملګری وي یو
بطنی تومور په ډير عمومي توګه دلیدنی وړ دي.



په پورته شکل کې د پانکراس کانسر بسودل شويدي

B: د پانقراص د Islets حجرات تومور:

۱- هغه تومورونه چې وظيفه يې د لاسه ورکري نه وي: د Islets حجراتو دا ډول تومورونه د
زيات توليد ډول له کبله منځ ته رائېي د خفيف Hypoglycemia سره یوځای
Insulin اور نارامي او Malaise اعراض بسايي چې د اعضاو Lassitude, fatigue
داوري د دقدرت خپپوالی، بي نظمه گرخیدلو، حرارت تيټوالی او Frank coma خواته

ئى حملات يې متناب دى او د سهار چاي خىلۇ خەمە مخكى واقع كىدل يې زيات

عمومىت لرى.

۲- هغە تومورنە چى خپله وظيفه يې دلاسە ورکپى وي Zollinger Ellison تومور ددى چول

اعراض د يو شدید وزۇنكى تىپىك قرحى ناروغى تە ورتە دى.

III: تشخيصي طريقي

A: پە زپو خلکو كې دپانقراص كارسينوما تشخيص د پورته ذكرشوو اعراضو خصوصاء

دژيرى د موجودىت پە اساس دنظر لاندى نى يول كيداي شى د يو بطينى كتللى ستوالى او

او سنى شروع شوي د يابىتس تشخيص سره نور ھم كمك كوي. دژيرى پە يو مريض كې د

جس ورھ صفراوي كخورى ستوالى معمولاء دپانقراص د Periampullary ناحىي

كارسينوما باندى دلالت كوي (داد Contrast عكسونه بىايى چى داشتاعشر د Courvoisiers قانون نومىرى)

B: دمعدى او اثناعشر بارىوم Contrast عكسونه بىايى چى داشتاعشر د C.loop دبى

نظمى او Compression خرگند وي او ياد پيلور پراخە انسداد رابنى (داد معكوسى درى

علامى پە نوم يادىرى. دايواحى دپانقراص دسر Ca كې ليدل كىرى ئ او عموما دباور ورپلتنه

.55

C: دپانقراص د سر پە كارسينوما كې د Transhepatic Cholangiography د صفرا

انسداد پە Distal common duct كې بىكارە كوي داچول خىپنى دپانقراص لپارە دومره

تشخيصيه ارزښت نه لري او د Leakage bile Needle puncture ناهي څخه د داختلاط

سره ملګري وي.

D: د هيگر دوظيفي خارج الكبدي صفراوي انسداد خرگند وي کله چي د سرکارسينوما

عمومي صفراوي قنات باندی فشار واچوي نو په سيروم کي د Alkaline phosphatase

سویه همیشه دپاره لوره وي.

E: تقریباً ۱۰% څخه کم مریضانو کي د پانقراص عدم کفایي علامی لکه Steatorrhea

لیدل کېږي دلوبړۍ په وخت کې د ويني قند سویه بسايي چي لوره وي (دیابیت ملیتس)

F: د پانقراص د حجراتو هغه ډول تومورونه چي خپله وظيفه دلاسه نه وي ورکري

دويني دقند سویه دلوبړۍ په وخت ۵۰ ng وي او تشخيص يې دوريد يا خولي دلاري قند

تطبيق کولو پواسطه د اعراضو ژر د منځه تللو پواسطه کېږي لاکن اخري او حتمي

تشخيص دلتولو Leparatomy او بايوپسي په ذريعه اجرا کېږي.

G: د پانقراص د حجراتو تومورونه چي خپله وظيفه دلاسه ورکري وي د پیپتیک

قرحی د رنځور چي قرحة يې اکثراً په یو غیر معمولي ناهیه کې لکه اثناعشر دویمه برخه

اویا جیجینوم کې وي اشتباہ ورباندی کېږي. کوم کې چي ټوله شپه د معده عصاره ډیر

لور مقدار افراز وي او خپله محتوا کې لوره اندازه اسید ولري.

H: په دی او سنی وختونو کې د ئینى محقيقینو دخوا Deleniomethionine scan تجویز

شویدی لاکن دا خیرنه ډیره ګرانه او یو غیر وصفی معاينه ده ئکه چي کانسپې خير نقصان

بنکاره کېږي.

I: د Arterioles Ceeliac arteriography نارمل Epinephrine دزرق نه وروسته انتخابي

تقبض سبب گرخي ليکن دتمور اوعيي باندي تاثير نه کوي او هغوي متسع پاتي کيربي
چي په ډير اساتيء سره په عکس کي ليدل کيربي.

IV: تصنيف بندی

: Staging A: اناتوميك

په لومړي حل تشخيص کې ډير پېښۍ پرمخ تللې وي. چې لمرې مرحله کې
داعصابو Sheath او اوعيي ماوف کوي دپانقراص د سرتومورونه بشائي چې خپل مجاور
اعضاو ته نفوذ وکري چې په نتيجه کې د پايلوريک انسداد یا باب الوريد معدى او
دسفلي اجوف ورید افات منځ ته راوري ناحيوی لمفاوي عقداتو ته Metastasis په
مریضانو کې کموي.

پتالوژيک ډولونه

۱- کارسينوما ګانې

A: زيافتره کارسينوما د قنات د Epithelium څخه منشاء اخلي او پاتي د Acinay نسج

څخه منشاء اخلي ټول تومورونه Aden carcinoma د جملی څخه دي چې مختلف درجي
د تفريقي لپاره لري.

B: دپانقراص د ټولو خبيشو تومورونو اندازه Adeno Ca % ۲۰ جوروسي.

C: دوه پر دري تومورونه دپانقراص په سر کې وي او پاتي برخه یې په جسم او لکي کې
موقعیت لري.

D: دگراس له نظره تومورونه د سپین کلک نسج خخه ترکيب شويدي کوم چي د پانقراص نارمل وصف لرونکي نسج محدود کوي.

E: د پانقراص د سر تومورونه نه یواحی عمومي صفراوي قنات د بريد لاندی نيسی بلکه هجه دفشار لاندی هم راولي چي د صفراوي انسداد او د صفراوي کخوری دغتیوالی لامل کيربي.

۲- د حجراتو تومورونه

A: دا دومره عموميت نه لري او اکثراه خپل وظيفه دلاسه نه ورکوي.

B: د وظيفي لرونکي تومورونو د جملی خخه ۱۰% تومورونه زيات شمير او خبيث وي يعني Metastasis کولاي شي.

C: د Islets تومورونه چي خپله وظيفه دلاسه ورکري وي په خصوصي ډول ډيرنادر دي ددي جملی خخه ۲۵% خارج الكبدي منشاء لري او معمولاً تکثر کوي تقریباء د ۳۰-۵۰% پوري خبيث وي او په مقدم توګه حيگر ته Metastasis کوي.

D: د islets حجراتو تومورونه د گراس له نظره فولادي سوراخن رنگ لري سليم تومورونه په نسه توګه Encapsulated وي او د ميكروسكوب لاندی د نارمل Islets حجراتو ورو په خير بسکاري د يو وريد دحملی لاندی راتلل د تومور خباثت باندی دلالت کوي Cluster دا ډول تومورونه د پانقراص سر، جسم اولکي کي په مساوي توګه ويستل شويدي.

۳- Cysto adenoma او Cysto adenomas

A: دا تومورونه ډير زيات نادر او په بطی توګه وده کوي چي معمولاً د پانقراص په جسم او لکي کي موقعیت لري.

B: دوقواعاتو اندازه په بنخو کې لوره ده.

C: خرنگه چې د قنات د اپتیلیم خخه منشاء اخلي نو Adeno carcinoma د جملی خخه دی داتومورونه multi lobulated یعنی زیات شمیر و فصونه لري او خپل محتوا کې يالزوجي مایع لري Gelatinous.

V- د علاج پرنسپيونه

A: جراحی تداوي

۱- خرنگه چې د پانکراس زیادتره کارسینوما داولنی تشخیص په وخت کې Metastasis ورکړي وي نو حکه د Resection Pancreatectomy د معده دستل برخی عمومي صفراوي قنات او اثنا عشر قطع کولو سره یوئائي اجراكول (چې Whipple طریقی نوميرېي) بنايې چې لږ خطر لرونکي مريضانو کې چې د ليری ئاييو Metastasis يا په موضعی توګه باب الوريد يا اجوف سفلی حملی لاندی نیولی نه وي اجراء کيدا شی.

۲- د وظيفه لرونکو Islets حجراتو تومور تداوي په موضعی توګه قطع کول دي که يې ورکړي وي نو د وظيفه لرونکي تومور ليری کول د ناروغه Hyper Metastasis دعاوضو د ختمولو لپاره مرسته کوي insulinism.

۳- د پانکراس Monresectable کارسینوما ګانۍ چې صفراوي يا معده معايې بندش سره یوئائي وي د عرضي تداوي په منظور Palliation او Cholecystojejunostomy او Gastro jejunojunostomy بيزپه ذريعه او انسدادي ناحيه Bypass دعاوضي کيدا شی.

B: شعاعي تداوي

۱- داډول تومورونه شعاعی حساسیت نه لري او X-ray تراپی هیڅ دشفا کولو ارزښت نه لري کله کله د درد د لیری کولو لپاره د عرضي تداوي په توګه د نوموري کتلی حتمي پواسطه سره رسیداي شي. Resection

C: کيموتراپي

۱- د پانقراص اعراض ورکوونکي Non resectable ادينوكارسينوما موقتي عرضي تداوي تقریباء ۱۰-۲۰% ناروغانو کې د ۵Fu یا Mitomycin پواسطه اجراء کيداي شي.

۲- وظيفه لرونکي Islets تومورونه چې Streptozolooin مقابل کې ځواب ورکوي دايو انتي بيوتيک دی چې حيواناتو کې د بيتا حجراتو تخریب منځ ته راولي او پايله کې د زياتي اندازی انسولین افراز او د Hepatomegaly څخه تولید شوي کموالی راولي. همدارنګه ۵ Fu او Tuberudin هم استعمال شويدي چې کمه اندازه گته ورکوي.

VI: نتیجي اوانزار:

A: د پانقراص Ca یو ډير ژر پرمختګ کوونکي مرض دی او معمولاً د تشخيص داينسودلو په وخت کې Metastasis ورکړي وي. د پانقراص د Ca ۲۰% رنځوران د تشخيص کيدو څخه وروسته په یوکال کې مرګ سره مخامنځ کېږي حتی په resectable واقعاتو کې هم اترار ډير خراب دي. چې نادراء ئيني د ۵ کالو څخه زيات ژوندي پاتي کېږي. او لزما د ۵ کالو ژوند اندازه ۲% خه هم کمه ده. د یولې شمير تشعشع شوي پیښوراپور له مخى د

پرمختللىي مرضى ناروغان چى تشعشع شوي نه دى ژوند اندازه ۱، ۲ مياشت وە او

برخلاف كوم مريضان چى تشعشع شويده ژوند اندازه يې ۲، ۲ مياشتى وھ.

B: هغه ناروغان چى دوظيفه لرونكى Islet حجراتو سليم تومورونه لري پە موضعى توگە دتومور دقطع كولو پواسطە شفا موي.

همدارنگە وظيفه لرونكى Islets كارسينوما نادراء شفا كىرىي گرچى پە ئىنۋېپىنسو كې ددى سير او بىدوالىي كى منخ تە رائى او همدغە خبرە دوظيفه لرونكى Islet حجراتو تومورو نو لپارە هم صدق كوي.

پنه

Introduction - ۱

A: وقوعات

۱- دھيگر Ca په USA کې نسبتا نادر دى. دا د تولو کانسر ونو ۲٪ جوروي د شرقيانو او خلکو کى ددى وقوعاتو اندازه لوره ده دا په نرانو کې د بخوبی په نسبت ۲ نه تر ۰.۱ خله زيات واقع كېږي. د مرض دشروع په وخت کې د عمر متوسط اندازه ۶۰-۷۰ کلنی . ده.

ايتالوژي

۱- د کبدي حجراتو کانسر مریضانو کې د Cholangio sarcoma ناروغانو په نسبت (تقریباً ۷۰ ناروغانو کى دھيگر دسیروزس وقوعاتو اندازه هم لوره وي) په دی خیرنو کې تقریباء د سیروز ۵٪ ناروغان دھيگر کارسینوما باندی هم اخته وه . ۲- دامعاء Parasitism خصوصاً Schistosomiasis دھيگر مقدم ناروغى سره یوچای لیدل شوی دی.

۳- د Hemochromatosis مریضانو کې هم د وقوعاتو اندازه لوره ده.

۲- ڪلينيكي پلتني

A: دھيگر کانسر ابتدائي اعراضو په جمله کې غير وصفي حالتو حکایه لکه کمزوري، بى اشتھايي د بطن د ډکيدو احساس يا Aching dull او Bloating يا علوی بطني دردونه دی.

B: دتومور د پرمختللى ودى سره درد نورهم شدید، ثابت چى ملاته هم انتشار کولای شي
شتون لري. همدارنگه ٧٠٪ رنخوران د درد خخه حکایه کوي.

C: دھيگر د جس ورپ او حساس وي او اکثراً د جس په ذريعه د تومور Nodal دھيگر په سطح
باندي جس کيداي شي Ascites چى اکثراً په وزن بايللو باندي پرده اچوي په حتمي توگه
منجَّ ته راخي.

D: دباب وريد فرط فشار کلينيكي اعراض او علامي هم بسايي چى شتون لري.
E: ڙپري چى خفيفه درجه لري موجود وي.

۳- تشخيصي طريقي:

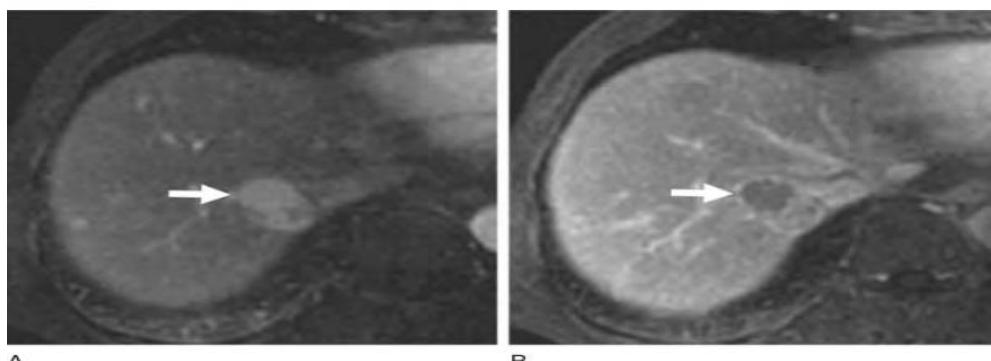
A: دتشخيص اشتباه په داسى يو مريض باندی وشي چى اول يى دھيگر سيروزس درولود
او وروسته په چتکه توگه دھيگر لوی والى د پورتنى اعراضو سره یوئاي په کي منجَّ ته
راشي.

Radio isotopic scan :B

دھيگر سكن دشعاعي فعال طلائي کلؤيد يا $^{99m} \text{TC}$ کلؤيد سره اجرا کيږي لمري او
دويمى نيوپلازم دطلاء د ډيکدو نقىصى په خير بسكاري د FO ٥-٢ دپاره تشخيص
صحيح والى ډير بنه دى لاجن دزيات شمير واره افتونه چى ١-٢٠ لوي وي ډير خراب دى
داحقيقت خصوصاء د سيروز مريض دپاره صدق کوي ددى ميتد ٨٠-٩٠٪ دى
داناروغى تشخيص باوري کوي.

C: لابراتواري خپرنى

۱- خفیف ژیری چی معمولاً دبندش له کبله وي، اکثراء موجود دی همدارنگه هم همیشه لورپوی او BSP اقتباس هم معمولاً زیاتری. نومورپی دھیگر وظیفی دتپولو خخه زیاد اعتماد ور خیرپنی دی چی دھیگر مقدم اویا دویمی کانسر بسکاره کوي که دھیگر ڈیره لویه برخه دتمور پواسطه اشغال شوی نه دی نو دھیگر نوری وظیفوی تستونه زیاترہ نارمل وي.



شكل کي ديني په CT Scan معاينه کي Hepatocellular کارسينوما ليدل کيرپي

۲- دجین دسیروم په خلاف معاف شوی سیروم په سیروم immuno electrophorosis کي استعمالول بنایي چی دھیگر ناروغی په اولنی مرحله ۱۵% ناروغانو کي Fetoprotein پیداکولای شي.

D: بايوپسي

۱- دھیگر Needle Biopsy اکثراء تشخيصی ارزښت لري خصوصاء که ئیگر Nodule دجس ورپوي او ورخخه بايوپسي اخيستل کيداي شي.

E: دھیگر مقدم Metastasis کارسينوما خخه باید حتماء توپیری شي ئكھه چی دھیگر سیکندری کانسر ڈیر عمومیت لري نور مرضونه چی باید تفریق شي عبارت دی د سلیم Tosis cysts او سلیم Hemochromatic cirrhosis ، Melanoma تومورو نه

که Fibroma، Hemangioma با یوپسی په ذریعه Ca نو بسکاره نه شی

او دتومور د مستقیم با یوپسی خخه مخکی تشخیص وضع کیدای نشی Laparatomy.

IV: تصنیف بندی:

A: اناتومیک مرحلی:

۱- تراوسه کوم و صفي ويشنه شوي نه ۵۵.

۲- میتاستاتیک انتشار

دکبد مقدم Ca چی حیگر په Centrifugal (ضد مرکز) توگه دھیگر نورو برخو ته د

انتشار پواسطه او په حجمی توگه وریدی انتشار په ذریعه باب الورید ته Parasinusoidal

انتشار پواسطه او بالآخره دلمفاوی سیستم ته انتشار پواسطه وده کوی، دمیتاستاز لیری

ئایونه عبارت دی له: ناحیوی لمفاوی عقداتو، سبی او دماغ.

B: پتالوژیکی ډولونه

۱- داتومور د Adeno carcinoma دجملی خخه دی او دده اساسی حجري لری هغه ډول

چی حیگر حجراتو خخه منشاء اخلي Hepatoma او هغه چی دصفراوي قنات دحجراتو

خخه منشاء اخلي Cholangioma ددی نوموري تومورونه سليم شکلونه هم بنايی چی منخ

ته راتللى شي لاکن زیادتره خبیث شکل لري.

۲- تومور دیولوی او واحد Nodules سره هم خرگندیدلانی شي او یا د زیات شمیر توموري

نودول پواسطه چی دیولمنی افت په شاوخوا کې موجود وي بسکاره کېږي.

۳- معمولاً دھیگر غیر ماوف شوی Nodules Paranchyme کې هم دسیروزس دشتولالی

دکبله شتون وي.

۴- همدارنگه يو متبازز وريدي جنبي دوران کې هم دباب الوريدي فرط فشار Ascitis او

سره يوهای شتون لرلى شي Esophageal varices.

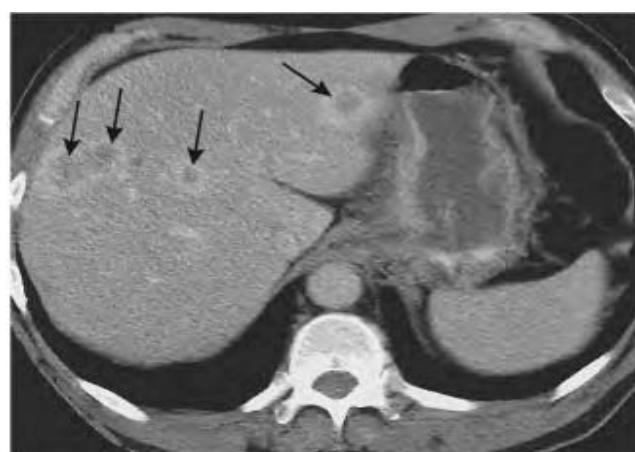
۵- دئيگر بني فص دچپ فص په نسبت زيات اخته کيردي.

۶- دئيگر ابتدائي تومور دئيگر د سطح خخه دباندي ئورندا يېي برخلاف ددى

تومور په تيپيك ډول umbilicated Metastasis سطح لري.



په شکل کې د CT معاينه کې بودل شويدي Hepatocellular Carcinoma



شکل کې CT معاينه کې د ئيگر ميتاستاز بني

V: دتداوی پرنسيپونه:

- ۱- جراحی: یواخنی حتمی تداوی جراحی پواسطه قطع کول دی د Resection چخه مخکی چی کوم حالت باید اختیار شی په لاندی ډول دی.
- ۲- کانسر باید واحد یا موضعی وي.
- ۳- لمفاوی عقداتو ماوف کيدل یا Metastasis پراختیا باید دلیدلو ورنه وي د عملیاتو منل شوی طریقه تام Hepatic lobectomy ده.

B: شعاعی تداوی:

دو مرہ ارزښت نه لري چکه چی افت شعاعی حساسیت نه لري او خیگر د Sub canceridal دوز په مقابل کې حساسیت لري.

C: کیمoterapi

کیمoterapic دواګانی چی په سیستمیک ډول یا په کبدی شریان کې د سوند په ذریعه تطبیق شویدی د تومور موضعی ترمیم باندی تاثیر لري په دی جمله کې Methotrexate او ۵Fu ټولو چخه زیات کامیاب ثابت شویدی.

VI: نتیجی

A: که تومور د Resection ورنه وي نو مرض ډیر سریع سیر لري زیاتره مريضان د تشخيص ایسندو چخه ۲ میاشتو نه وروسته د منځه ئې په او سنی وختو کې په طبی Literature کې دناتام Hepatectomy چخه وروسته په Sporadic ډول د اوږدیدو مودی پوري ژوندی پاتی کيدل بیله دی چی مرض عود وکړي لیدل شویدی.

معمولاد تشخيص په وخت کي تومور يا خود چيگر دواړه لوبوونه مأوفه کړي وي اويا ليرى
خايو ته Metastasis ورکړي وي او له دی کبله د قطع کولو وړتیا نه لري.

C: په مجموعي توګه په کالو ژوند اندازه ۱% خخه کم ده.

خارج الکبدي صفراوي قنات

introduction - ۱

A: وقوعات: ددي ناحيی کارسينوما ډيره نادره ده د ۱/۴ څله دپانقراص او ۱/۳ څله دصfraوي کخوری کارسينوما په شان عموميت لري.

B: شيوغ: په نرانو کې په زياته کچه نه وي زيادتره ناروغان ۲۰ يا ۷۰ کلن وي.

C: اسباب

ددی سبب معلوم نه دی تقریباء ۲۰% داناروغان د Ca سره یوهای Cholelithiasis هم لري.

II: ګلینيکي پلتهنى

A: ددي لمړي او ابتدائي علامه ژيرې دی خصوصاء د Periampullary ناحيی تومورونو کې ددي کانسر په او بدرو کي ټول ناروغان په زيرې اخته کيرېي دا ژيرې پر مختللې وي او هغه وخت ډير شدید کيرېي کوم وخت چې بندش بشپړ شي دپوستکي خارښت د ژيرې سره یوهای موجود وي کله اولني څل ژيرې دقنات دماوفه برخى د پرسوب (اذيم) د کبله دی کوم چې د تومور د حقيقې حملې د منځ ته راتللو نه وروسته د منځه ئې په دی ډول پيښو کې ژيرې په لومړي څل د منځه ئې او بیا وروسته عود کوي. همدارنګه دا خبره هم غير

معمولی نه ده چی تومور په موقتی ډول تفلس او سوری شی چی په پایله کې د ژیرېي
موقتی بنه والی را خرگند شي.

B: په وصفی توګه په ابتدائي مراحلو کې درد کم وي لakin د مرض په سیر کې زیادتره
مریضان د درد خخه گیله کوي چی نورهم شدید کېږي کله کله درد د صفراوي کخورې
کولیک په خیر وصف لري.

C: په $1/3$ واقعاتو کې صفراوي کخوره د جس وړ وي.

III: تشخيصي طریقی او لاري

A: اکثره واقعاتو کې تشخيص د جراحی په وخت کې سرته رسی او د مریض بطن د
انسدادي ژیرېي د شتوالي له کبله لټول کېږي.

B: X-Ray نادراء گټور تمامیږي لakin ځینې وخت د ډکیدو نقش په اثنا عشر کې هغه وخت
بنودلی شي کوم وخت چی Ca د عمومي قنات distal برحه ماوف کړي Trans hepatic
د بندش ځای يا په صفراوي سیستم کې د ګډوډي بنودلو په ذريعه
تشخيص وضع کولاني شي.

C: لبراتواري څېرنۍ

- ۱- د ځیگر کیمیاوی معاینات د خارج الکبدي صفراوي بندش ته ورته والی لري چې
د سیروم قلوي Bilirubin او Phosphatase په کې لیدل کېږي.
- ۲- د Ca په Ampulla کې غایطه موادو کې پته وينه اکثراء لیدل کېږي ځکه چې دا د
تقرح له کبله وينه بهیدنه پیدا کېږي.

D: توپيري تشخيص

دانسدادي ژيري نور اسبابو خخه ارينه ده چي توپيري وشي لكه عمومي قنات، دپانقراص

دلکي Ca د دوا پواسطه توليد شوي داخل الكبدي Cholestasis

IV : تصنيف بندی

A: اناتوميك ويشنه

دنوموري کانسر داناتومي له نظره کوم ويشنه وجود نه لري زياتره پينسي پر مختللى

حالت کې دي تقریباً ۱/۳ په عمومي قنات کې او ۱/۴ په کبدي قنات کې واقع کېږي.

تومور اکثراً دقنات دجدار ټول پندوالی ماوف کوي چي په ۳۰% پينسو کې دتمام بندش

سبب کېږي. تقریباءً ۳/۴ واقعاتو کې کانسر ئیگر ته اتشار کوي په یواحی د Ampulla

Ca ابتدائي اعراض د میتاستاز خخه مخکي ورکوي نور ټول کارسينوما ګانى په ابتدائي

مرحله کې ناحيوي لمفاوي عقداتو ته Metastasis ورکوي دليري ځایو ډير

عمومي ځایونه ئیگر او سړي دي.

B: پتالوژيکي ډولونه:

۱- دا ټول تومورونه د Adeno carcinoma دپلي خخه دي.

۲- د تومور وده کولو سره سم تومور ټول خارج الكبدي صفراوي قنات کې پراخه کېږي.

۳- د Periampullary ناحيي افاتو کې تومور د عمومي قنات د Wirsung قنات يا

د اثنا عشر هغه مخاطي غشاء خخه چي Papilla يې پونس کړيدی منشاء اخلي.

۴- تومورونه بنائي چي Papillary هموار يا تقرحي وصف ولري.

۵- هغه تومورونه چی لیری واقع شویدی عمومی قنات بند وي او د پراکزمل صفراوي
قنات او د صفراوي کخورپی د توسع سبب گرخي.

V: د تداوي لاري چاري

A: جراحی: دشفا کيدولپاره یواخنى عمدہ لاره جراحی تداوي ده. دکبدي قنات کانسر په عملی توګه هیڅ کله د عملیاتو ورندي چکه چی ئیگر ته په مستقیمه توګه اتشار کوي همده خبره هغه Ca لپاره هم صدق کوي چی د عمومی صفراوي قنات خخه منشاء اخلي نوويلای شو چی یواحی Peri ampillary Ca کي دشفا امكان وجود لري. عملیه د پواسطه اجراکيري Whupplies Pancreatico doudenostomy ھايو موجود وي نوموري عملیه مضاد استطباب ده په non resection Metastasis واقعاتو کې که افت د Cystic او عمومی قنات داتصالی نقطی خخه لیری واقع وي نود عرضي تداوي په منظور Cholosto jejunostomy اجراء کيداي شي.

B: شعاعي تداوي: نوموري افات شعاعي حساسيت نه لري.

C: کيموتراپي: داولني کيموتراپيوتیک دواگانو سره کومه دوامداره بنه تتيجه لاسته نه ده راغلی.

VI: نتیجي او انزار:

A: دھيگر يا دعمومي صفراوي قنات Ca انزار يقيناً دير خراب دي زيافتره مريضان د تشخيص کيدو په وخت کې Metastasis ورکړي دي او د عرضي تداوي سره په یو کال کې مره کېږي.

Pancreatic Resection هغه واقعات چى د Periampullary carcinoma :B وردى او د

پواسطه عمليات كىربى تقرىبا ٣٣% يې يو كال ژوندى وي .dodenestomy

صفراوي كخوره

Introduction

A: وقوعات : دهضمي جهاز دتولو خخه عمومي گارسينوما ده (شپرمه برحه) او دتولو
كانسرۇنۇ ٤% تشكيلوي.

B: شیوع

- ١- داپەبىخۇ كى نسبت نزانو تە ٤-٣ ٤ خلە زيات عمومىت لرى .
- ٢- د ٤٠ كلنى خخه مخكى نادراء منخ تە راھى .
- ٣- دوقوعاتو لورە اندازە پە ٢٠ كلنى كى واقع كىربى .
- ٤- دكىلنيكى حاد Choleccystitis مريضان چى عمليات لاتدى نى يول كىربى دا ١% جورۇي .

C: اسباب

تقرىبا ٢٥-٦% مريضان ورسە يوئاي صفراوي تىربى هم لرى . دصفراوي كخورى
كانسر پە تجربوي دول دهندى خوگ دمعقم كلك اجنبى اجسامو داخلولو پواسطه توليد
شويدى داسى معنى وركوي چى صفراوي تىربى هم سببى رول لرى .

II: كلىنikiي پلتىنى

A: رنخورانو كى دبى اشتھايىي، مبهم بطني دردونو او زن بايللو له مخى خرگندىربى .

B: په دی پینسو کې اکثراء د صفراوي کخورې تکراری حملاتو پخوانی تاریخچه موجود وي همدارنگه اعراض او علایم په عمومي توګه د Cholelithiasis او خخه د توپير ورنه دي.

C: زیادتره مریضان د نبی علوی RUR Quadrant د درد خخه شاکي وي درد دوامداره او پرمختللى وصف لري Nausea او کانگي عموميت لري.

D: تقریباء ۲۰٪ واقعاتو کې ژیرې تظاهر کوي چى انسدادي ژیرې وي چى معمولاتام اوشديد نه وي.

E: تقریباء په ۲/۳ برخه ناروغانو کې صفراوي کخورې غتې شوي او د جس ور وي.

III: تشخيصي لاري

A: اکثرا د Laparatomy په وخت تشخيص اينسودل کېږي چى ناروغ د صفراوي کخورې دالتهابي ناروغى د تشخيص لپاره د عمليات لپاره داکترته راغلى وي.

B: X-ray د صفراوي کخورې يو لړ اخيستل شوي عکسونه بسايي چى تېږي بسکاره کړي لاکن معمولاء د ليدو ورنه دی خکه چى د Cnats بندش شتون لري يا درنگه مواد د غلیظ کولو توان نه لري.

C: لبراتواري خېرنى

۱- که مریض ژیرې ولري نودیني کيمياوي معايینې د خارج الکبدي صفراوي انسداد په خير تييجي لري.

۲- د ژيرې په نشتولي کې د الکالين Phospatase سويي لوروالى دينى د باندي تومور په برید دلالت کوي.

IV: ويشه

A: اناتوميک ويشه

۱- اناتوميک طبقه بندى هىخ نه لرى په زياتو واقعاتو کې تومور پرمختىلى وي او ئىگر ته يې نفوذ كېرى وي.

۲- ميتاستاتيك اتشار

دتشخيص دوضع كولو په وخت کې تقرىبا دوه پر درى $\frac{2}{3}$ واقعاتو کې مستقىما، ئىگر ته اتشار كېرى وي دلمفاوي سىستم د لارى ليرى ئايى ته Metastasis لمرى د او عقداتو اوبيا Reroperitoneal او دى دول اتشار Duodenal کې نومورى اعضاء سېرى، هدوکىي او ادرىنيل غدى بالترتيب ماوف كوي.

B: پتالوجيكي دولونه:

۱- دوه چوله لرى Adeno carcinoma او Epidermoid carcinoma دويم يې په يقيني توگە صفراوي چبرو او حجروي Metastasis سره اريکى لرى.

۲- صفراوي كخورى جدار ضخيم او قوام يې سخت وي داد تومور د بىن الجداري اتشار له كبله وي او همدارنگە د Cholocystitis تکاري حملات هم ددى سبب كىربى.

۳- اكثراي يو انتان سره ملگرتىا كوي چى د Cystic قنات د بندش د كبله Empyema هم منخ ته راتلى شى.

V: دتداوي پرنسيپونه:**A: جراحی**

۱- دشفاء لپاره يواخني داميد لاره دعملياتو په ذريعه صفراوي كخورى ايستل دي خرنگه چي هيگر ته لمري مراحلو کي انتشار صورت نيسى نود Choleystectomy سره يوئحای دقیحي یاناتام Hepatectomy اجراکولو ته هم ارتيا پيښېري. دليرى ئاييو Metastasis په شتون کي عمليات مضاد استطباب دى ئىكە چى نومورى كانسر په ابتدائي مراحلو کي هيگر اوليرى ئاييote د Metastasis كولوتمايل لري

B: شعاعي تداوي

نومورى تومور شعاعي حساسيت نه لري.
كيموتراپي موثره ثابت شوي نه ده.

VI: پايلى او انزار

A: دتداوي تايچ دير خراب دي، ۳% خخه کم خلک په كالوپوري ژوندى پاتى كىربى د تشخيص وضع كيدو خخه وروسته ديوکال په اوپدو کي ۹۰% مريضان دمنخه ئي.

B: دبني فص Cholecystectomy سره يوئحای اجراء كولوپواسطه په ئانگكىي پيښو کي په كالوشفا په اوسمى وختو کي راپور ورکرل شويدى.

دېئو د تناسلي لاری کانسر (Female Genital Tract Cancer)

کته:

دېئو د تناسلي طرق د کانسر مطالعه، تشخيص او تداوي د

په ګله مشوری سره کامیابه تیجی لاسته راوري Gynocologest,Radiation therapist دی او برسيره پردي د نوموري پرابلمونو او په هغى پوري اړوند متخصيصنپه کمه اندازه معلومات لاسته راوري دی. همدارنګه په نسايي کانسرونو کې یوزيات شمير پرنسيپونه د کانسر د تنظيم او تداوي په هکله په بريالي توګه خرگند شویدي.

۱- درجم د عنق د کانسر د پاره یو بین المللی سويه په اناتوميک تصنیف بندی د تشکيلولو پواسطه د هغى د تداوي لپاره مختلف استعمال شوي تکنيکونو د تایجو درسته تجزيه او تحليل ممکن کړيدی.

په نړۍ واله توګه د پورتنی طریقو د منلو پواسطه د تداوي د تایجو او د انزارو د بهتره اندازه ګيري لپاره زمينه مساعده کړيده او همدارنګه یو فوق العاده بشپړ Literature یې لاسته راوستي دی.

۲- د عنق د کانسر د تشخيص لپاره Cytologic screening استعمال د مرض په مقدم تشخيص او د شفا په بهتر و اندازو لاسته راولو لپاره مرسته کړيده. د نوموري ميتوود د دی قدرت لري چې د Screening عامل دزيات او پراخ استعمال پواسطه د کاهلو بسخو د نفوسو خخه یو فوق العاده خطرناک مرض د منځه یوسې، په پورتنی تکنيک کې نوي ترميماتو سره د اندو تيرلوم او مبيض کارسينوما په تشخيص کې Cytopatholgic ګټور تایجو رکېدي درجم د عنق د پرمختللي کارسينوما و قوعاتو د اندازی د کموالي لپاره

ډاکترانو او عوامو خلکو ته د Cytologic screening داهمیت او ارزښت په پاره کې تعلیم ورکول باید زموږ او سنی هدف وي.

۳- تر نن ورځی پوری نسایي خبیشه امراض یواخنی خبیشه افات دی چې د کیمoterapy پواسطه داوبدي مودی لپاره کنترول شويدي. د Methotrexate د استعمال سره د Choric carcinoma په زړه پوری عکس العمل Chemotherapesis يې د خبیشه امراضو د تداوي فارمکالوجيکي عواملو دلټولو لپاره تشویق کړیدي.

۴- د عملیاتو خخه مخکی د تشعشع داجراء کولو ارزښت خرنګه چې مخکی درحم په کانسر کې هم ثبیت شوی دی همدارنګه د نورو کانسر وونو د تداوي په پلانو کې هم د اطريقه استعمال یېږي.

ددی میتسود پواسطه دموی او لمفاوي لارو سکلیروتیک کیدل چې په نتیجه کې د جراحی عملی په وخت کې د کانسر د انتشار خخه مخنيوی کېږي نسایي چې په مناسب ډول انتخاب شوو پینسو کې د شفا بهتره اندازه د لاسته راولو مسول وي.

۵- د کانسر په تداوي کې راديوايزوتوب استعمال دلمړي حل لپاره چې د مبیض په کارسينوما کې د شعاعي طلا د استعمال پواسطه Ascitis کنترول کولو نه وروسته رواج شويدي.

نن ورڅه طبابت کې د دی د استعمال لپاره د استطباباتو شمير کې البته نور عوامل لکه او Autobrine و Thiotepa په دې هکله په کاميابي سره استعمال شويدي.

۶- پرته لدی چې دنسایي خبات د معالجي لپاره کوم ډول تداوي اجراء شويده مریض باید داوبدي مودی لپاره تعقیب شي همدارنګه دهفعي روحي پرابلمونو ته توجه ورکولو سره چې

دېسخینه عضوی دمنج ته تلو له کبله منج ته راخی دکانسری احساس له کبله تولید شوی هیجانی ترضیضات دمعالج له خوا په ډیره همدردی او بافهمه توګه معامله شي په زیاتو پیښو کې هغه مریضان چې د ډیرنې پلان شوی تداوی لاری نیول شوی وي ده گه دشفاء کیدو اميد هم زیات وي یواحی دنه تعقیبیدو له امله دمرګ سره مخامنځ کېږي.

۷- په دسته جمعی ډول د افکارو تبادله او د کانسر د تداوی لپاره په توجه سره د پروتوكول د استعمال پواسطه په یوه لنډه موده کې د فوق العاده زیاتی تجربی د لاسته راولو لپاره زمينه برابره کېیده. دنسایي د متخصص او طبی oncologist تر منج د تعاون شتوالی د ګډي تداوی د تشکیلولو لپاره لاره سنجوی او په نتیجه کې تداوی په داسی ډول ترکیب کېږي چې ورڅخه ډژوند بهترین اندازی لاسته راول کیدا شی.

درهم کانسر

Introduction - 1

A: د کانسر د انواع ډیر زیات لیدل کېږي چې یواځی د شدیو کانسر د دی څخه زیات واقع کېږي د (USA) methorepelitan ۱۰۰ کې سرته رسیدلې یو مطالعه کې د دی دوقوعاتو اندازه په ۱۰۰۰۰ بسخو کې ۴۴ وه یعنی د بسخو د تولو کانسرونو ۲۰٪ دا درهم د جسم کانسر دوقوعاتو څخه ۲-۵ خلی زیات (هر ۱۰۰۰۰ بسخو کې ۱۷ واقعات یعنی ۸٪ دی.

ددي کانسر اناتوميك تصنیف بندی د راپوروونو Standardization لپاره اجازه ورکوي او دروند اندازی لپاره ديو Prognostic الى اودتداوي داستعمال دپاره یو معقول لاري په حیث خدمت کوي.

دنازینه ملگرو تناسلى الى ختنه کول بنيا يي چى ددى وقوعاتو داندازى دكموالى سره يوچە ناخده ارتباط ولرى.

D: ابتدایی جنس تجربہ او تیت اقتصادی حالت هم بنایی چی در حم دغاری د Ca و قواعاتو سره یو مثبت اریکی ولری.

E: همدارنگه زیات Parity هم په مثبت توګه د رحم دغارې Ca سره ارتباط لري.

F: دزهروي ناروغیو مثبت تاریخچی بنايی چی مخکی ورکړل شوی شرایطو سره ارتباط ولري.

د عنق د Ca وقوعاتو لورې اندازی چی کوم عمومي او صافو سره یوهای ليدل کېږي چی په دی جمله کې د اقتصادي سطحی تیټوالی په بسته سنو کې واده کول او یا یوهای کیدل، په زیاته اندازه وادونه او د طلاقونو موضوع د زهروي امراضو مثبته تاریخچه ګډون لري.

د وقوعاتو زیاته اندازه په فاحشه بسخو کې او تیته اندازه په راهبه بسخو (Nums) یعنی هغه بسخی چی تراخره باکره پاتی وي) ليدل کېږي دا پورتنی ټول فكتورونه داسی لارښونه کوي چی جنسی فعل او مجامعت د عنق د کارسينوما په منځ ته راتلو کې دیو سببی فكتور په حیث رول لري. Stigma د شتوالی دا په گوته کوي چی کوم کیمیاوي او یا ویروسی عامل دنوموري کارسينوما په منځ ته راتلو کې برخه لري په دې نړۍ وختونو کې اجراشوی خپنو داسی بنودلی ده یو ویروس چی شاید د Type II Herpes د جملی خخه دی کوم چی د عنق Preinvesive epidermoid کارسينوما په مریضانو کې ليدل کېږي فعلاً ټول هغه شواهد چی برابر شویدی دیو سببی او ثابت شوی فكتور د تاکلو لپاره ناکافي دي لakin په راتلونکي کې دیو حتمي ټواب امکانات روښانه کوي.

II: ګلينيکي پلېنۍ

عادی Cyto papanicolen اجراء کول د مقدم تشخيص د پاره شاید د ټولو خخه مهم میتود دی چی دنوموري مرض مجموعي mortality او اندازی په کموالي کې مرسته کوي. پتالوجستان اکثراء د دی قدرت لري چی د حجروي سمير خخه د غیر طبیعي حجراتو

منشاء بنکاره کري. لakan فعاله ديو حتمي تداوي شروع کولو خخه مخکي دمناسب هستالوزيکي درجه بندی لپاره د Tissue biopsy پواسطه تثبيت کول ضروري گنل کيربي. يو کلنی عادي حجروي سمیر دتولو کاهلو بسخو (۲۱ کلنی خخه پورته) او حنبي فعاليت لرونکي بسخو چي ۲۱ کلنی خخه کم عمره وي او دژوند وروسته دهر ۷ مياشتوا جراء کول چير ضروري گنل کيربي يو Endo cervical سمیر باید عموماً عادي خارجي Cervical scraping سره يوخاي وي.

B: نور مهم اعراض چي اضافي اندازه گيري ته ضرورت لري دادي:

- ۱- دجنسی فعل خخه وروسته خونریزی.
- ۲- دغه معلوم مهبلی Spatling يا خونریزی
- ۳- بد بویه يا خراب مهبلی افرازات
- ۴- دحوصلی درد: دمهبلی خخه متیازی او غایطه مواد و خیidel اکثراء دوزن بايللو او بی اشتهايي په خير چير پر مختللی مرضی علامي دي.

C: در حم دغارپ هر هفه ابنا رملتي چي د Speculum دمعايني پواسطه وليدل شي باید اشتباه لاندی وي او تداوي ته د ادامه ورکولو خخه مخکي مناسب تشخيص معاینه باید اجراء شي د عنق ارتیا نه زیات شخوالی او دهغوی ماتیدنه غوره خواص دی باید ولتیول شي. تئی ورخو کی د عنق داعراضو د خرگندیدو خخه مخکي د تداوي لاري چاري ولتیول شي.

III: د تشخيص طريقي

A: دانستيزی لاندی دحوصلی معاينه :

دمرض د توضیح کلینیکی درجه بندی یواحی هفه وخت په صحیح توګه اجراکیدای شي
چې مریض په تام ډول استراحت او ارام وي او د یو تجربه کار Radio Gyneacologest او therapist له خوا معاينه اجرashi.

B: Schiller تست: چې یو Loding محلول دي) د عنق او علوی مهبل درنگولو پواسطه
اجراکېږي چې د بايوپسي اخیستلو د پاره افت بسکاره کوي څرنګه چې Glycogen د مهبل
او درحم دغارې په نارمل مخاطي غشا کې موجود وي نو هر ډول حجري ابناړملي
زيادتره د Glycogen د منځه تللو پواسطه بسکاره کېږي چې نوموری نسج د تلوین په وخت
کې د Lodine محلول سره په تماس کې راشي اخته شوي ناحيې رنګ نه اخلي نودهمدي
ناحيې څخه بايد Biopsy واخیستل شي.

C: ټول غير طبیعی حجريو تشخيصونه بايد د Tissue جوفونو څخه اخیستل شوي په جلا
پتالوزي ژروفو کې کېښو دل شي دا ددى لپاره اجراء کېږي چې د Ecto او Endo يا درحم
جسم غير طبیعی نسج موقعیت په صحیح توګه معلوم شي.

B: ځانګري طريقي:

1 - Cine بايوپسي د ناروغى د پاره اجراکېږي چې په کې هدفي
نسج ډير واضح نه وي په ئينو واقعاتو کې دانه یواحی تشخيص بلکه تراپیوتیک طریقه هم

ده خيني ماهرين داسى گمان کوي چى دعنق خلور اربعى بايوپسي ۹۶% صحیح تشخیص ورکوي او خيني وخت Cone بايوپسي سره Morbidity ختمولاني شي.

۲- TVP په تولو واقعاتو کي اجراء کيربي څرنګه چى زيادتره موضعی Metastasis, Perinueteral طرف ته کميربي او د مرگ تولونه عمومي سبب د حالب بندش دی يو Isotopic رينوگرام اکثرا د تداوي خخه مخکي اجراء کيربي او په تکراری توګه تداوي نه وروسته داوبدي مودي خارني پروگرام کي هم اجرا کيربي که کوم Abnormality خرگند نه شي نو په تکراری توګه TVP اجرا کول ضروري دي.

۳- دمرض په تولو انتشاري invasive مراحلو کي Cystoscopy, Barium anemia, Sigmoidoscopy دمثانی او ریکتم ماوف کيدلو او همدارنګه د نورو سليم شرایط لوکه درد کولو دپاره اجرا کيربي.

۴- دهلهوکي میتاستاتیک پلتئنی چى تولو انتشاري مراحلو کي اجرا کيربي.

۵- Lymphoangiogram خيني وخت د لمفاوي عقداتو ته د مرض انتشار تعین کولو دپاره ګټور وي همدارنګه که جراحی تداوي د اجراء وړو وي نو د لمفاوي عقدی د تسلیخ بشپړتیا تعین کولو دپاره ورڅخه استفاده کيربي.

۶- Calposcopy د عنق په سطح باندي دیو غیر طبی ناحیه دی نورهم موضعی کولو Magnification ۱۰- ۲۰ دلله Microscopy د پاره یو میتود دی چى د ترمیم شوي استعمالوي. د تشخيص دا میتود په اروپا کې ډير مروج دی او په دی وختو کي د امریکا يي یواخی یو کوچنی گروپ ددی میتود سره د لچسپی بسکاره کړي ده. Gynecologists د نوموري الی د کار کولو قدرت د یو قيميت بها تشخيص الی په حيث په اکثرو موسسو

کې په بشپړ ډول تحقیق شوی نه دی او د کانسر د Gynocologist لخوا د نومورې الی استعمال د هغه گروپ مریضانو لپاره محدود ساتل شویدی چې ژوند ته يې خورا زیات خطر موواجه دی.

۷- د حیگر Renal معاينه په ابتدایي تداوي کی اجراء کېږي نومورې تستونه نه يواخی دمرض وسعت تعینوي بلکه د تداوي نه وروسته د اساسی مطالعی لپاره ډيرزيات ارزښت لري.

VI: ویشه

اناتومیک ویشنہ

۱- عمومي خبری یا تکي:

A: د انتشار ژورتیا: داد طبقه بندی د ټولو څخه مهم برخه ده د انتشار عمومي طریقه وحشی خواته مستقیم انتشار دی لakin دا يواخنی لاره نه ده سفلی کی مهبل ته او خلف کې رحم ته انتشار کوي او اتزار يې نور هم خرابوي.

مثاني یا ریکتم ته په شدید توګه انتشار کوي. قدامي، خلفي انتشار د ژوند اندازه کموي او اختلاطات او فيستول جوري دلو اندازه زیاتوي.

B: سطحي ناحي:

زيادره د عنق کارسينوما داخلی Os خخه منشاء اخلي او ټول عنق ماوفوي که Ca In situ موجود وي نو بايد حتماء د بشپړ کون بايوپسي په ذريعه په ډيرى توجه سره معاينه شي او مقدم انتشار دی رد کړل شي.

C: چولونه

ددی عادی چولونه تقرحی یا Endtophytic یا Bulky او Nodular، Exophytic چه عبارت دی داچولونه دتداوی دترتیب کولو باندی دانزارو چه زیات تاثیر Verrucal لری دعنق لوی Barrell type افت هم لویی او Stroma ماف کوی دانزارو له نظره یو استثناء گنل کیری.

D: میتاستازس

میتاستاز په دری عمومی گروپونو کې واقع کیری.

۱ - Prevretebral نه خارجی ریوی لمفاوی عقداتو چنخیرته.

۲ - Post sacral لمفاوی عقداتو چنخیرته.

۳ - Utero sacral (رحمی عجزی) چه د پوری.

۴ - نادرآً دوینی دلاری دمیتاستاز وقوعات ۵% او دهه و کود لاری دوینی په نسبت کم وقوعات ورکوی.

۵ - Pre invasive افت تقریبا هیچ کله دلمفاوی عقداتو میتاستاز نه لری.

دلومری مرحلی یا مقدم انتشار د کارسینوما د حوصلی عقداتو میتاستاز وقوعات اندازه

۲۰ % ده

مرحله بندی:

T1s د انتشار چه مخکی کارسینوما چی Ca in situ هم نومیری.

I.A T_{1a}: کارسینوما مطلقاء درحم دغاری پوری محدود ده Stroma ماوف کيدل په لړه اندازه نبیي (يعنی هغه پیښی چې عادي ګلينيکي معاني پواسطه تشخيص کيدای نشي داډول افت اکثراء د ۱ ساتي متر خخه کوچنۍ وي Ca, I.B, T_{1a} کاملاء.

Ca : II A: T_{2a} د عنق خخه دباندی اتشار کړیدی لکن تراوسه د حوصلی جدار پوری نفوذ نه دی کړي اويا Ca مهبل ماوف کړي لکن ده گوي سفلی ثلث پوری رسیدلی نه دی کارسینوما Parametrium ته ارتتاح نه دی کړي.

T_{2b}: کارسینوما درحم دغاری خخه دباندی اتشار کړیدی لکن حوصلی جدار ته نفوذ نه دی کړي اويا Ca مهبل ماوف کړیدی لکن سفلی ثلث ته نفوذ نه دی کړي کارسینوما Parametrium ته نفوذ کړیدی.

III: T₃: کارسینوما جدار ته اتشار کړیدی د Retro vaginal معاني په ذريعه د تومور او حوصلی جدار ترمنځ کوم مسافه کانسر خخه ازاد پاتي نده اويا کارسینوما د مهبل سفلی ثلث پوری اتشار کړیدی.

IV: AT₄: کارسینوما د حقيقي حوصلی خخه دباندی اتشار کړیدی يا د مثانې يا ریکتم مخاطې غشا ماوف کړي ده لکن بیا هم د Bullous edema شتوالی په خلورم مرحله کې د مرض تصنیف بندې د پاره کفایت وړ ثبوت ندي.

B: IV: پورتنې مرحلو کې ذکر شوو هر یو تومور چې د حوصلی خخه دباندی د ګلينيکي يا Radio شواهد ولري د عملی مقاصد د پاره دواړه Metastasis سیستمونه یوشان دي.

په استثناء دعقداتو د تصنیف بندی خخه په دویمه مرحله کې VICC په حوصلی جدار
باندی ثابت جس وړ کتلی د تومور او جدار ترمنځ ازادي مسافی سره یوځای شاملوي N²
همدارنګه AJCCS او د آخرني تایجو راپور ورکونکو د عقداتو ماوف کيدل ناممکن ګنۍ
N¹ لakin مثبت عقداتو ماوف کيدل په ساده ترتیب باندی طبقه بندی کوي N² N¹ او
عقدات په خلورمه مرحله کې ساتي لakin بيا هم د UICC مقام ته اهمیت ورکول کېږي ټکه
چې دا مخکینی طبقه بندیو سره او هم بین المللی شمیرنی سره ورته دی.

۳- تبصره:

که یو خل د پاره د مریض سریری مرحله بندی اجرائي نود Record د ساتنی په منظور
پرته له دی چې د تداوي یا نورو طریقو پواسطه کوم تغیرات منځ ته رائې ناروغ په مخکینی
مرحله کې ساتل کېږي نن ورڅو کې نوی تشخيص او سکریننگ میتودونو د استعمال
د کبله د بسحو کلینیکي تعداد کې چې پرمختللى ناروغی باندی اخته دی چټک کموالی په
کې لیدل شویدی. په موجوده وخت کې تقریباً د عنق د Ca ۸۰٪ پیښی د انتشار خخه
مخکی یا مقدم انتشاري مراحلو کې تشخيص کېږي.

په دی وروستیو وختو کې په مسى Lapratomy اجراء کول د مرض یا تومور وسعت په بنه
توګه تشریح کولو کې کمک کريدي، فعلاً نوموري طریقه د تشخيصي کارونو عادي
برخى په حیث منل شوی نه دی لakin بيا هم په راتلونکي کې شايد نوموري طریقه په
انتخابي حالاتو کې یو بنه مقام حاصل کړي.

۴- هستالوژي:

A: زیادتره واقعات د Ca Endo Cervical Epidermoid خخه دی چى د قنات

خخه منشاء اخلي همدارنگه ۹۵% پيپنی د Squamous cell ca د چلى خخه وي چى د عنق

د اتصالي ناحي خخه منشاء اخلي Squamo columnar.

B: په دى اوسينيو وختوکي د عنق د Edeo carcinoma په واقعاتو کي په دې ډول چى ۵-

۱۰% پيپنی دا ډول دي همدارنگه په دى مورد کى شواهد هم ډير لبردي چى

دا هستالوزيکي نوع Ca شعاعي مقاومت لري، خرنگه چى اول داسى كيده خرنگه چى

نوموري تومور د Adeno cervical قنات خخه منشاء اخلي او د Squamous cell

په نسبت انتشار ته زيات ميلان در لود لو دكبله ددى ډول پيپنبو په مخکيني

مرحلو کي تشخيص کول په مجموعي توګه خراب اتزار منئ ته راوري.

C: د عنق مخلوط Ca د Squamous او Edeno Ca د يو خاي کيدو دكبله منئ ته راخي دا

دواړه ډولونه Invasive وصف لري.

D: د عنق Sarcoma ډير زيات نادره ده او که داهره مرحله کي وي د تولونه زيات خراب اتزار

لري.

E: درجه بندی

د شعاع مقابل کي عكس العمل بسكاره کولو کي نادراء کم ارزښت لري Reagon او

Wentz درجه بندی د پاره یو مختلفه طریقه غوره کړیده کومه چى د حجری د نوع په اساس

ده او د نوموري ډولونو د ۵ کالو ژوند اندازی ته یې په دى ډول ارتباټ ور کړیدی

د ۵ کالو ژوند اندازی فيصدی (%)

۴۵،۱

Keratinizing Ca - ۱

Large Cell Non keratinizing - ۲**Small Cell Carcinoma**

په سکند نيويا کي دری مرحلی (تفریقی شوی، بین الینی، غیر تفریق شوی) هم په دی منظور استعمال شویدی گرچه نوموری میتوود زمونبر په موسسه کي حقیقی ثابت شویدی.
F: دهستانلوزی خصوصی ارخونو په جمله کي Ca insitu چه یو منل شوی نوع ده شامل دی. Cytology دعنق د Ca په مقدم تشخیص کي مرسته کړیده او د Intraepithelial افاتو مختلف انواع په لاندی ډول تشریح شویدی:

Ca Insitu - ۱

Intrapithelial Ca - ۲ چې غدواتو ته اتشار کړي وي.

Micro invasive - ۳ چې لمفاوي Emboli ورکړي نه دی.

Micro invasive - ۴ چې لمفاوي Emboli او دموي Emboli ورکړي وي

V: د تداوي پرنسپيونه

A: دعنق د Ca په تداوي کي دیوانتخابي طریقی په هکله فیصله کول دناروغ دتوجه او خوبنۍ نه وروسته صورت نیسي. د بهترینو تایجو دلاسته را اړلود پاره په ابتداء کي یو اوردي مودي دپاره یو نظر باندی اتفاق کول او هم هغه نظر دیو طبی ډلی پواسطه په احتیاط سره تعقیبول ضروري دی په او سنی وخت کي جراحی او شعاعی تداوي او د نومورو دواړو میتودونو ګډ استعمال په موفقانه ډول اجراء شویدی.

B: په عمومي توګه د تداوي تکنيک د مرحله بندی په اساس اجراکېږي.

۱- انتشار خخه مقدم : Ca Insitu

جراحی انتخابی تداوی ده چی په پام Hysterectomy چې علوی مهبل Alf هم احتوا کوي
ددی انتخاب چې مبیض قطع شي یا نه په انفرادي فکتورونو اتكا کوي لکه عمر تحیض
تاریخچه او داسی نور که ناروغه داولاد د لرلو ارزو لري.
نود یقینی تداوی دپاره یو کون بايوپسی باید اجرا او په دقت سره تعقیب شي.

۲- I او II مرحلی:

ن ورخ په یوزیات شمیر موسسو کې د عنق د Ca دتداوی دپاره شعاعی تداوی په زړه
پوری اوزیات استعمالیدونکی میتود دی. جراحی په ھینی انتخابی پیښو کې اجرا کېږي
چې د مقایسه وړ ژوند اندازه ورکوي. که د جراحی اجرا کول منظور وي نوموری پیښی باید
په احیاط سره اندازه شي او داسی یوه جراحی عملیه اجراء شي چې خطرې کم وي.
په دې عملیه کې پراخه Wertheim Hysterectomy او د لمفاوی عقداتو دو ه طرفه
تسليخ د مهبل د علوی یو پر دری برخی سره یو خای اجراء کېږي. ددی ډول جراحی لوی
اختلاط د بولي سیستم تخریب دی (۱۵، ۷٪) چې په کې حالب فیستول منځ ته راخي په
ھینی پیښو کې د عملیاتو خخه او وروسته تشعشع اجراء شویده لکن احصائیه په او سنی
وخت کې په کې نشته بیا هم دا ډول یو خای دتداوی ترسره کول د کتنی وړ توګه
زياتوی. د I او II مرحلی د شعاعی تداوی لپاره لاندینی تکنیکونه استعمالېږي.

A: د تومور د پاره اعظمي دوز، د نارمل نسج دپاره چې لې تر لې د تحمل وړ وي.
B: دتداوی د پلان اساسی غرې Radium دی چې داخل رحمي او مهبلی ناحيو کې یو خای
اجرا کېږي.

C: خارجي تشعشع په اساسي توګه د Parametrium او د لمفاوي عقداتو دوز ته علاوه کيربي.

D: لوی Tomorونه کوم چې يواطمینانی وړ راديوم استعمال ناممکن کوي په اول حل کې خارجي تشعشع پواسطه معامله کيربي او کوم وخت چې تومور حجم کې کموالي راشي نوراديوم اجراء کيربي. د بشپړ تداوي پرنسپ چې اعظمي تحمل وړ حدود پوري اجرا کيربي معمولاً تجويز کيربي پرته له دی چې شعاعي تداوي يا جراحی مورد استعمال وي ئه که د عود په صورت کې دويمه تداوي اجراء کول معمولاً ناکامه ثابتېږي او په اعظمي صورت سره Morbidity زياتوي.

۳- مرحلې IV-III:

ددی ډول افاتو د پاره شعاعي تداوي اساسي طریقه ده.

A: د تومور لوی حجم ته متজانس دوز پدی ډول چې د تومور د منشاء ئای ته لور دوز اجرا شي.

B: خارج تشعشع د تداوي پلان اساسي غړي دي خرنګه چې ټول حوصلی ته نور هم مساوي دوز ورکوي.

۱- نزف او انتان کموي.

۲- نارمل خطوط هم بيرته اعاده کوي.

C: راديوم په هغه حالانو کې استعمال لېږي چې عادي استعمال د پاره اناتومي اجازه ورکړي د شرایطو د پوره کولو د پاره ترمیم کیدا شي. په نادر و حالانو کې د پرمخ تللي يا عود

کوونکی Ca دتداوی لپاره چی په کی مثانه اویاريکتم ماوف شوي اوسي Enenteralion استعمال یېري.

۴- غيرمعمولی حالات چی خصوصي کتنو ته اړتیاء لري.

A: د عنق پاتی افات: خرنګه چی دناتام Hysterectomy استعمال کم شويدي نو نوموري ډول افات کم عموميت لري د جراحی پواسطه ډاډول مریضاند او سنی مرحلی په شان تداوی کیداړ شي د حوصلی لمفاوي عقداتو د تسليخ او د عنق په پراخه توګه ایستل په کې شامل وي.

شعاعي تراپي په جمله کې د خصوصي راديوم علاوه کول يا د تېټ والتیج کون تکنيک داستعمال پواسطه داخل مهبلی تداوی اجراء کول شامل دي.

B: حمل

۱- موضعی Insitu پرته له دی چی دحمل Gestation او بدوالي يا موده خومره ده تشخيص د کون بايوپسي په ذريعه اجراء کيربي (په استثناء داخري ۲-۱۰ هفت) مریض ته د مهبل دلاري دولادت اجازه ورکول کيربي او که نوره هم یقيني تداوی ضروري نو دحمل دوضع نه ۲- مياشتو وروسته اجراء کيربي معمولاً کون بايوپسي یقني وي خصوصاء هغه وخت چې مریض نور ولادتو خواهش هم ولري.

۲- انتشاري افات

A: په عمومي توګه حمل ته ۲۰-۲۴ هفت پوری سقط ورکول کيربي او تداوی چی ددي په تعقیب اجراء کيربي د مرض د وسعت له نظره انتخابيري.

B: که حمل په اخرنی ثلث کې وي او جنین هم ژوندی وي نو Caesarian section اجراء کيږي او عقداتو تسلیخ په هغوي کي اجراء کيږي او يَا دولادت Wertheim hysterectomy دمهبل دلاري ولادت مضاد استطباب دی دشفاء کيدو دپاره انزار یواخي دتداوي مرض وضعیت او طبقه بندی پوری اړه لري همدارنګه حمل دکتنی وړ اندازه په انزارو کې بدلون نه راولي.

C: عمومي تبصره:

A: مخکى له دی چې کوم ډول تداوي اجراء شي دمریض فزیکي او هیجانی حالت صحت باید اندازه شي که کم خونی موجوده وي نو باید Hb ۱۲gm Hct ۳۵% پوری راورسول شي انتان باید په مناسب توګه تداوي شي او عمومي وضع دیقین وړ وګرڅول شي فاميلي او وظيفوي استناد هم ضروري دي.

B: په هغه حالاتو کې چې پورتنی تداوي په زړه پوری توګه دمرض سیرباندي تاثير ونه لري او دليري ئاييو Metastasis موجود وي نو کيموتراپي استعماليداишی دھيني موادو سره سره محدود کاميابي راپور ورکر شويدي چې ددي جملی خخه يو Chlorambucil او بل Methotrexate دی ترا وسه پوری ددی استعمال دير محدوده او زمونږ موجوده کې دعادي استعمال ئاي نه لري.

همدارنګه او سنسنوي دواګانی لکه Vincristin او Mitomycin او Bleomycin دشاعري تداوي سره یوهای استعمالېږي ددی خیرنو تسايچ دومره پرمخ تللې ندی چې تيجه ورڅه لاسته راشي.

نتیجی VI

Fletcher : A دخپل شعاعی تداوی تیجی راپور ورکپیدی چی د ۱۰ کالولپاره ۲۵۲ مرضانو باندی Super voltage شعاع استعمال کریده.

۱- جدول

په کالو ژوند اندازه (%)	۱۹۴۸-۱۹۵۸
۹۳	۱- اوسنی مرحله
۸۳	۲ اوسنی مرحله A
%۷۸	۴ اوسنی مرحله A
۵۶	۴ اوسنی مرحله B
%۴۰	۴ اوسنی مرحله B
۱۴	۲ اوسنی مرحله
۲۳	تولی مرحلی

B: دعنق دکانسر په اوسنی مرحله کې د جراحی او شعاعی تداوی د تاثیر مقایسه.

۲ جدول

شعاعی تداوی %	جراحی %	
۸۰	۸۰	شفا کیدو اندازه ۵ کاله
۱۰۰	۸۰	استعمالیدو ورتیا
۱	۲-۱	وفیات
۷	۲۰-۱۰	Morbidity

پورتني جدول او لاندیني تبصره د *Grahan J* خخه اخيستل شويدي دشفا کيدو اندازه کي
دجراحي يا شعاعي تداوي نه وروسته کوم دكتنى ور فرق نه دى ليدل شوي دشعاع
استعمال دجراحي نه بنه ده حکه چي ۲۰٪ مريضان دعمليات قدرت نه لري. ترديرو کالو
پوري د جراحانو او شعاعي تراپيسنانو ترمنخ دخبيشو پينبو دپاره ديو بني تداوي
اتخابولو کي اختلاف موجود و مگري ياهام موفقانه تداوي خوبسول د هر ناروغ دخانگري
حالانو دنظره باید فيصله شي.

Ca in situ: چي جراحي بواسطه تداوي کيربي په کالو زوند اندازه يې ۱۰۰٪ ته رسيري
خرنگه چي ددي ډول Ca حقيقی خبيشه قوت دراپورونو اندازه متغيره ده نو باید دژوند
اندازه يې جلا جلا کتنی لاندی ونيول شي.

داندومتريم کانسر

Introduction

درحم په جسم کي کوم کانسر چي ډير ليدل کيربي عبارت دي د *Adeno Ca* خخه دي
ددی افت دعلاح دپاره بنه طريقه جراحي ده لakan او س دجراحي تداوي سره مخکي او
وروسته دعمليات خخه تشعشع ورکول هم استعماليربي دا خرگنده ده چي ديو
Pathologist او Radiotherapist Gynecologist ترمنخ ديوخايان کارکولو پرنسيپونه باید
وجود ولري کوم چي درحم دعنق دپاره بيان شويدي علاوه پردي په پرمختلي مرض کي
کيموتراپيسن هم يو فعال رول لوبيولي شي حکه چي Protestation عواملو دكتنى ور
اندازه Palliation ورکريدي.

مخکی دعنق او دجسم Ca ترمنج تناسب ۱:۴ و لakin دعنق په کی مقدم تشخيص چې د انتشار خخه مخکی مرحله کې او د ژوند داندازی زیاتوالی په دی تناسب کې فرق راوستی چې او س ۲:۱ دی.

II: کلینیکي پلتهنى

A: په Menopuasal او خاصتاء Post Menopuasa بسخو کې هر ډول غیر طبی مهبلی نزف باید ډير زیات اشتباہ لاندی ونیول شی د adeno Ca په ناروغانو کې دیو (نزفي مینوپاز) تاریخچه اکثراء موجود وي.

B: د رحم دپولیپ شتوالی د Myoma سره یوځای یا بى له هغوي دیو عمر بسخو په ګروپ کې د Adeno Ca دوقوعاتو لور اندازی سره ارتباط لري.

C: سفلی بطني او سفلی مladرد په داسی مريضانو کې عمومي اعراض وي. دعصبی ذفiro ماوف کيدل یوبيل عمومي سبب دی.

D: ددي مرض وقوعات دعنق د کارسينوما په نسبت په پيشرفته سن کې زیات وي.

E: مريضان پرته له دی چې پرمختللى مرض لري نادراء ډير ناروغه کيرپي او اکثراء چاق او دلور قدو قامت لرونکي وي.

F: داندو ميتريم کانسر سره عموماً فرط فشار او دشکر ناروغى ملګري وي.

G: که رحم دیوی کخوری په خير لوی شوي ونو د خرابه انزار علامه او پرمختللى مرض ته لاربسوونه کوي ددي ډول کتنو سره Pyometra او اکثراء ملګري وي.

H: داندو ميتريم کارسينوما وقوعاتو اندازه یهودي بسخو کې زیات دی برخلاف د رحم دعنق د کانسر وقوعاتو اندازه په یهودي بسخو کې کمه ده.

I: دمهبل خواته Metastasis پير خراب او تقریباً ۱۰% پینسوکی صورت نیسي او د ۵ کالو ژوند اندازه نبیي چى وروسته د ۵ کالو په يولر خیرنو كې يوه ناروغه هم ژوندی پاتى شوي نه ۵.

III: تشخيصي طريقي

A: يو مكمله تاريخچه چى دتحيض تاريخچى خصوصي تفصيل او هورمونو خورل په كې موجود دى.

B: د حوصلى يو معاینه زیادتره د انستیزی اجراء كول او یوکسري D او C د یقني تشخيص دپاره اجراء كوي یو کسري Curettage داسى لاربسوونه كوي چى Endo cervical قنات درحم جوف ته د داخليدو خخه مخکى Curettage شويدي دقنا د خخه اخيستل شوي انساج په جلا ظروفو كې د پتالوجيکي مطالعى لپاره اينسودل كيربي داديو Endo انساج په جلا ظروفو كې د پتالوجيکي مطالعى لپاره اينسودل كيربي داديو Cervical.

C: اضافگىي طريقي:

۱- د داخل رحم Aspiration پواسطه Inflatiative cytology دخارجى مريضانو لپاره يومرسنه كوننكى طريقه ده.

۲- داندومتريم بايوبسي كې مثبت وي نو ھيره گتهوره وي لاكن بيا هم د ضرورت مخه نيسى.

۳- Survey دهه و كې د ميتاستاز Sigmoidoscopy, Cystiscopy، IVP داريوم يو اماله داساسي مطالعى دپاره او امكاني Metastasis د تعين كولو دپاره.

۴- دوینی د قند سویه BUN دھیگر وظیفوی تستونه او د گلوكوز دتحمل تست د ابتدائي

تداوي خخه مقدم کار په حيث

۵- دعقدات او موضعی میتاستاز Arteriography او Venography ، Lymphography

داندازه گيري دپاره دتحقيق په اساس اجراء شوید.

۶- دعملياتو خخه مخکي يو مکمل اندازه گيري ضروري ده په شمول دصدری عکس

EKG سيروم الکترولاتس ئكھ چى دا دول مریضان معمولا رسیدلى وي او دعمليات خخه

مخکي اعظمي تياری ته ضرورت لري.

IV: تصنيف بندی

هغه پیبني چى د Endometrial Ca په حيث تصنيف بندی يې په کار وي نو باید اول

داسی ولتول شی چى مقدم منشاء يې درحم دجسم خخه اخيستى وي او دمرض تول

ھستالوژيکي ۋولونود پاره همدغه تصنيف بندی استعمالىرى داد مرحله بندى طریقه باید

ديقيني تداوي خخه او هغه كلينيكي معايىنې په اساس چى په احتیاط اجراء شوي وي ولاړه

وي نو په دې وخت كې د مرض داناتوميك وسعت دامكان تر حده پوري معلوم شى.

سريري تصنيف بندی اساسی باید په فزيکي كتنو او درحم دجسم د ناروغری په

ھستالوژيکي تثبيت باندى ولاړ وي.

په نادر و پینسو كې ددى فيصله كول چى Ca په حقیقت كې د Adeno cervix خخه منشا

اخيستى ياد رحم د جسم خخه د ډير مشکل سره مخامنخ كىرىي او د هغوى خخه هم زيات

نادر و حالاتو كې د مبيض Metastic adeno Ca of Endometrial درحم خخه

اوجسم مقدم Adeno Ca چی مبیض ته Metastasis ورکړی وي تفريقي کول ډير مشکلاتو

سره سرته رسپېږي.

داندوميتريم Adeno Ca چی علوی عنق یې هم ماوف کوي باید درحم د عنق کانسر وګهل شي د اټکى د حینى خلکو پواسطه اتفاق نه دی ځکه چی حینى گروپونه د لګن Corpusal calli Adeno carcinoma uterus Endocervix د احالت د اسی معامله کوي خرنګه چی د عنق یوافت وي ځکه چی د انتشار طرز او انزار د جسم په Ca په نسبت د عنق زيات ورته وي.

A: تصنیف بندی

لاندی ورکړل شوی تصنیف بندی د AJCCS او VICC دخوا منل شویده:

مرحله ۰ : T₀ N₀ M₀ د انتشار مقدمه Ca in situ يا

مرحله I : T₁ N₀ M₀ کارسينوما په کامله توګه درحم جسم پوری محدوده ده.

مرحله II : T₂ N₀ M₀ کارسينوما درحم جسم او عنق ماوف کړیدي.

مرحله III : T₃ N₀ M₀ درحم څخه دباندي انتشار کړیدي لکن حقيقي حوصلی څخه دباندي نه دی وتلى.

مرحله IV : T₄ N₀ M₀ د حقيقي حوصلی څخه دباندي وتلى ده يا په خرګنده توګه دمثاني يا ريكتم مخاطي غشاء ماوف کړیده په هر حال د Bullous اذيماشتوالي مرض په IV کې تصنیف کولو دپاره کفايت کوي.

مرحله IV : (T₁ N₀ M₊) پورته ذکر شوی مرحلو هريو تومور د حوصلی څخه دباندي کلينيکي او راديالوزيکي شواهد ولري Metastatic

B: هستالوژی

۱- داندومیتریم Adeno carcinoma %۹۰ دجملی خخه دی.

۲- همدارنگه Sarcoma Mesodermal او نور Acanthoma Adeno هر یو د

واقعاتو %۵ جورپوی.

۳- Adeno Ca يوزیات شمیر هستالوژیکی تصنیف بندی پواسطه معلومه شویده او کوم
یو چی دیر عمومیت سره استعمالیبی دتمور د Anaplasia دمقدار پوری متکی دی.

A: درجه I ۲۰% وقوعات تولونه بنه تفریق شوی

B: II ۲۵% وقوعات لپ تفریق شوی.

C: درجه III ۱۵% وقوعات دیر لپ تفریق شوی.

۴- برعلاوه دپراخی Adeno Ca داندومیتریم Hyper plasia پرابلم باید په مختصر توګه ذکر شي.

A: میتاپس Swiss ناروغی اندومیتریم Cystic glandular غیر طبیعی نزف عمومی سبب دی او امکان لري چی دغیر مبیضی دوری سره ارتباط ولري.

B: دی پروسه کې بله مرحله Adenomatous hyper plasia ده.

پتالوجستان دامرحله نور هم په Typical او Adenomatous ډولونو ویشلی ده زیادتره طبیبان په دی عقیده دی چی دا دوول Cystic Hyperplasia د نوع خخه زیات وخیم دی لakin دا پروسه رجعني وصف لري. ددی خخه وروسته بله مرحله د اندومیتریم Ca Insitu دسلیم حالت خخه خباثت خواته بدلون دی نوموری خپل حجروي جوربنت کی خبیثه تحول بسکاره کوي لakin دوسيع دنظره دقاعدوي غشاء پواسطه محدود ساتلى شویدی داسی گمان

کېرىي چى نومورپى پە حقىقىي Adeno carcinoma باندى تبدىل شى اويوغۇر رجعىي افت دى.

V: دىداوى پەنسىپونە

A: عمومى تبصرە

داستروجىن ارتباط

۱- اناتومىك موقعىت

رحم دىداوى دپاره يو مثالىي عضوه دەئكە چى دجراھى پواسطە لىرى كول دپاره دى عضوى تە رسيدل اسان دى يا نسبت شعاعىي تداوىي تە اساتىيا لرى او دحوصلىي معاينى پە منظور دوامدار تعقىب ھم اسان دى.

۲- درحم Myometrium چى دير پىپ جدار لرى دمقدم انتشار او حملات خلاف د پە حىث گەنل كېرىي كوم وخت چى Myometrium تە انتشار موجود وي نود ۵ كالو ژوند اندازه پە كىتنى ور توگە كمىرىي نورى خبرى چى خراب انزارو باندى لاربسوونە كوي عبارت دى د غىتىشوي رحم عنق او مهبل تە دخبات انتشار او نشونما چخه.

۳- مېيىضونە اكتراء دمىستقىم انتشار پواسطە حملى لاندى رائىي او يادھە لمفاوي او عيىو پە ذرىعە چى پلن رياط چخه تىرىپىي انتشار كوي.

۴- Herting او Sommers داستروجىن هارمون غير طبىي توازن او دندومترىم د Adeno Ca دمنخ تە راتللو ترمنخ يو سببىي ارتباط تجويز كېيدى.

A: ددى چول ارتباط سببونە پە لاندى چول دى.

۱- دمىيىض Peminoizing تومور لور تعداد.

۲- ددی ډول مريضانو په مبيض کې د قشر Stromal hyperplasia عموميت.

۳- هغه مريضانو کې چې اول Oopherectomy شوي وي ددی لب واقع کيدل.

۴- هغه مريضان چې دوامدار استروجن اخلي ددی عموميت.

B: جراحی تداوی:

۱- ده ګه مريضانو دپاره چې د طبی نقطی نظره د عملیات ورټیالري اتخابي تداوی تام بطنی او دوه طرفه Salpingo Oopherectomy ده په ابتدائي مرحله کې د عنق خوله د سقل تیوب تړل کېږي ددی لپاره د جراحی په اوږدو کې داخل بطنی او مهبلی Spillage مخه ونیول شي. لاکن دا ډول اضافي احتياطي تدابير د ژوند اندازه زیاته کړي نه ده یو خارج Extra fascial په ډول Hysterectomy تجویز شویدی.

۲- مخلوط Mesodermal يا درحم سارکوما په اساسی توګه اول د جراحی پواسطه تداوی کېږي ځکه چې شعاعي تراپي ددی ډول خباشتونو سره تړل شوي بدوم عواقبو باندي هیڅ تاثير نه لري تر نن ورځی پوری کيموتراپي هم د جراحی په شمير کې زيات والي نه دی راوستي.

C: یوئای تداوی

۱- په موجوده وخت کې ډير په زره پوري طریقه د عملیات خخه مخکی تشعشع ورکول دي. چې خارجي یا داخلي او په تعقیب بشپړ Hysterectomy او Adenectomy اجراء کول دي که د یو مبيض کتلې دشتولي اشتباہ وشي نو د خارجي تشعشع خخه مخکي جراحی

Laparatomy دتشخيص او هم دتداوي په منظور اجراکىري په جراحى عملیه کې دمهبل

علوي يو پر درى برخه هم ايستل كىري.

۲- هغه پيښو کې چى دعملياتو خخه مخكى تشعشع اجراشوی نه وي دعمليات خخه

وروسته تشعشع اجراکىري. كوم چى په حقيقى کي Anaplastic تومورونه وي يا
اندوميتريم کې ژور اتشار ياحوصلى عقداتو ته Metastasis ورکپى وي.

۳- په ئىنى پيښو کې دعملياتو خخه وروسته داخلى مهبلى راديوم دوقاينى په منظور په

مهبلى Cuff کى خبيشه حجراتو په ضد اجراء كىري كوم وخت چى تشعشع شوي
معاينه دتوموري حجراتو بقىه ولرى نوزمۇنپالىسى هم دنوموري Hysperectomy

اضافي طريقي استعمال وە.

: تشعشع

په شدیده توگه ناروغه مصابوي دطبى يا جراحى دنظره هغه ناروغان چى دعملياتو
ورتىا لرى درحم په داخل کې شعاعي فعال كپسول استعمال د حوصلى دخارجى تشعشع
سره يوئاي اجراء شويدى په مثالى دول درحم جوف په كتنى ور توگه بايدلۇي نشي او دنبه
استعمال دپاره بايد منظم وي.

VI: دتداوى نتایج

۱- درحم د Fundus ابتدائيي كارسينوما دپاره يواحى جراحى ياد تشعشع سره يوئاي
استعمالول د ۹۰ % خخه زيات د ۵ كالو ژوند اندازه لرى.

۲- كه Myometrium هم ماوف شوي نود ژوند اندازه ۷۰ % ته كميپى.

۳- اوکوم وخت چى تومور عنق ته ورسىبىي نودشفا كيدو اندازه ۵۰% ته رابنكته كىبى.

۴- کوم وخت چى تومور درحم خخه دباندى انتشار وکرى (لىرى حوصلى ته يا عمومي ميتاستاز) دشفا كيدو اندازه ۱۰% ته تنزيل كوي.

۵- په اوسنى تازه بىن المللې راپور چى Kotlmiar پواسطه ورکر شويدى كلينيكي تجربى په اساس ولارې دى چى د ۱۴,۷۹۲ ناروغانو باندى ۱۹۵۱-۲۰ پوري اجراشوی دى دتداوي دواړه ميتودوند واستعمال پواسطه دټولو مرحلو دپاره دژوند اندازه ۲۲% وه اويواخى جراحى دپاره ۵۵-۲۰% او يواخى دتشعشع دپاره ۴۵% وه.

۶- مخلوط Mesodermal او نور سار كوماگانى ډير خراب انزار لري چى ډير ناروغان يې دتداوي دميتود خخه پرته ۲۴ مياشتو خخه زيات ژوندى پاتى كىبى كه کانسر ديو Pedunculated Fibroid یا Tomor پوري محدود وي نو پورتنى خبرى کى انتشار وجود لرلاني شي.

۷- په دى مورد کى کوم شواهد وجود نه لري ديو زياتى جذري جراحى طريقي داضافه کولو پواسطه دحوصلى Lymph adectomy په شمول سره په مجموعي توګه دژوند اندازه بنه کړيده اوله دى کبله دتداوي دپاره عادي طريقي په هکله دا استعمال شوي نه دي.

۸- دتداوي اختلاطات

A: جراحى

عاجل پرابلمو په جمله کي قلبي بندش د فندس د محتوياتو خخه درحم د مواد توئيدل شامل دي دعملياتو خخه وروسته اختلاطاتو په جمله کي Lympho cyst incisional او Recto vaginal hernia کولمو سليم انسداد Vesico vaginal فистول شامل دي.

B: شعاع:

په دی جمله کې شعاعي Vulvitis او Necrosis دشعاعي سره تام مهبلی تضيق، مهبلی Necrosis ، ریکتم قرھى، فیستولونه او Cystitis vaginal یادمثاني قرھى شامل دي دجرائي يا دتشعشع اختلالاتو وقوعات دتداوي اجراء کوونکى پرسونل په تجاربو او مهارت باندی اتكا لري په مناسب ډول انتخاب شوي پىبنو کې Morbidity او Mortality دنظر لاندى نه نیول كىربى.

VIII: عرضي تداوى

- ۱- په ډير پرمخ تللىي مرضونو يا طب دنظره عملياتو ورتىاء لرونکى حالاتو د پاره کيموتراپي د مريض دارامي دپاره د کتنى وړ توګه کومک کوي.
- ۲- په لور دوزونو gm ۱۵۰۰ في هفته استعمال شويدي او د تومور د په حجم کې حينى وخت کموالى ورسره ليدل شويدي د درد کموالى او د بنه والى احساس هم اکثراء ددى استعمال سره ليدل شويدي.
- ۳- ددى ډول کيمياوي عواملو استعمال تراوشه د عرضي تداوى په منظور شويدي او په اساسي تداوى کې شامل شوي نه دى.
- ۴- د مرضي عود اکثراء مهبل يا حوصلى کي داتتشار خخه مخکى وي. په ۲۸-۳۳٪ واقعاتو کې ددى کنترول کول دخارجى تشعشع او راديوم او کله کله دجرائي پواسطه ممکن وي د هورمون پواسطه تداوي د دوه کالو Remission اندازه ۲۵٪ بسودلى ده.
- ۵- داندو ميتريم Metastasis کارسينوما تداوى دپاره د R.W Kistner پواسطه يوزيات هورموني تداوى رژيمونه ورکړل شويدي.

د:A اعظمي دوز د ۱۰ gm Alpha Hydroxy progesterone coproate په حدود کي داعضلى دلاري په اونى کي ورکول کيربي کله کله تيٽ دوز بنه عكس العمل بنكاره کوي.

د:B اعظمي دوزونه د ۳-۵ mg Medroxy progesterone acetate په حدود کي ماھوار او د تعقيبيه دوز په حیث ورکول کيربي په لومړي ئل د ۳ ګرام اضافه کونکي دوز د ۲ او نيو په داخل کي تجویز شوي دا پول (اضافه کول) Loading dose ۱۰۰ mg په اندازه لس ورخو دپاره بياهم ۲۰۰ mg هفته کي دری ئلې په خو دوزونو ورکولائي شو. تقریباً ۲ هفتی دیو معروضي عكس العمل د اندازه کولولپاره په کار دی که ترمیم صورت ونیسي تعقیبه دوايی په یقیني توګه تجویز کيربي.

هغه خطرات چې د فکر خخه لیری نه وي یوه قلبی ناروغی او احتباس شتوالي دی چې د دی ډول تداوي پواسطه منځ ته راتللي شي په دی ډول مريضانو کي چې Progesteren استعمالوي بايد قلبی حالت او د سبودنده په احتیاط سره تعقیب شي.

دمبیض کارسینوما

Introduction - ۱

دمبیض کارسینوما مغلقه مرضي پیښه ده ددي خبيشه قوت اندازه په کتنی وړ توګه فرق کوي لakin په عمومي توګه په بطی ډول شروع کېږي چې په تشخيص کې خنډ د ډیرو خرابو انزارو سره ملګري وي.

سره ددي چې په جراحی او کیموترپی تکنیکونو کې ډیر سریع پرمختګ شویدی دژوند دمودی اوړدواли کې ډیر کم بدلون منځ ته راغلی دی.

څرنګه چې هستالوژیکی ډولونو کې متبارز فرقونه وجود لري او مرض وسعت د مقدم اساس تداوي له نظره او دلوی Radnom sampling اندازه گيري د پاره ذخیره کولو کې مشکلاتو له نظره د تداوي بهترین Combination تراوشه فيصله شوي نه ده.

په موجوده وخت کې د تداوي بدليدونکو طريقو اختيارولو په مورد کې د کتنی وړ دلچسپی بسکاره شوي ده د تداوي د ميتودونو په پراخه پیمانه د تطبيق لپاره زيات وخت په کار دی همدارنګه باید ولیدل شي چې ددي ميتود د استعمال پواسطه دژوند په اندازو کې بنه وايی منځ ته راحي او يا دنسايي کانسرو په ډله کې نوموری مرض د عموميت له نظره دريمه درجه لري چې د ټولو تناسلي خبيشه افاتو خخه د منځ ته راغلی مرګونو لویه برخه تشکيلوي او دنسايي کانسرونو د عموميت د نظره دريمه درجه لري.

دمخکی ذكرشوي بنهينه خبيشه کانسر و په خلاف دمبيض کانسر Races نسلونو
مذهبي خطاوي اقتصادي سويو ته کوم ميلان نه لري او خكه Epidemiologic خيرنى
تراوسه بي تييجى پاتى شويدي.

II: گلينيكي پلتهنى

A: دامرض معمولاء د ۴۰-۶۰ کلنی عمر خلکو کې ليدل کيربى لakin يواحى په دى گروپ
پوري محدود نه دى.

B: دحصولى يا دبطن بى درده كتللى يوه علامه ده چى مرىض كې ۋىر عمومىت لري چى
عبارة دى دموضعي فشار اعراض او دبطن دەكيدوا حساس دى.

C: پرمختللې پىنسى بسايى چى د Ascites درد او Metastasis ناھىي اعراضو په واسطه
تظاهر و كېي اكثرا نومورى پرمختللې اعراض ديو زيات شمير مياشتۇپه موده كې منج ته
رائي چى مقدم تشخيص په تام توگه ناممکن كوي.

C: تشخيصي طريقى

دلپراتومي او بايپسي خخه هم بل داسى مكملا طمينان وركونكى طريقة نشته چى په يو
كتله كى د خبات شتوالى يا نشتولى خرنگند كېي لakin په هر حال يو مكملا
سيستميک معايىنه داساسى خيرنى او عضويت کوم بل ئاي كې د خبات درد كولود پاره
چى مبيض ته يې Metastasis ور كېيدى ضرور گنل كيربى برعلاوه دتاريچى او فزيكى
كتنو خخه چى بطنى حجم اندازه او دتومور اندازه په کى شامل ده نو هغه مطالعى چى
ضروري دى په لاندى چول دى:

A: دلوی اوسلوی معدی مکرر عکسونه دیو مقدم معدی معاایی تومور خخه Metastasis درد کولودپاره اجراء کول.

B: که دحالب بیخایه کیدل موجود وی نو IVP دی اجراء شی.

C: دثدیو مقدم خبیثه افاتو درد کولود پاره دثدیو کتنه او Mamography داستطباب په صورت کې اجراء شی.

D: د رحم، عنق او مهبل Prolaps smear کله کله د مبیض سره یوئای غیر طبی حجرات بنکاره کولای شی.

E: په اوسنی وختو کې عادی Cal De Sac اسپریشن او د غیر نورمال حجراتو تجزیه په رسیدلی عمر بنهو کې د تجربی اندازه گیری لاندی نیول شویدی نوموری تستونه په Cal De Sac وینخولو کې د مبیض Ca حجراتو اخیتسو قدرت ته لارښودنه کوي په هر حال کله چې دا وینخنی د توموري حجراتو دپاره مثبت وی نو د ژوند دپاره اتزار خراب دي.

F: د Ascites په پینسو کې د ھینی شرایط لاندی د حوروی بلای دپاره دمایعاتو د Paracentesis پواسطه جمع شویدی او د مبیض تشخیص ددی پواسطه ثبوت ته رسیبری دابنایی چې ابتدایی کیموترایپی ته د تومور د پیروالی کمولو په منظور اجرا کولو ته اجازه ورکوی او همدارنگه په یوراتلونکی نیته باندی یقینی جراحی اجراء کیدای شی.

IV: تصنیف بندی

دنورو نیوپلازم په خیر ددی کانسر طبقه بندی دیو داسی جدول د تشکیلید لو لپاره ضروري ده کوم چې داسی یو چوکات تشکیل کړی چې د ضروري Data او د تداوی د تنظیم دفلسفی دقی کولولپاره کومک وشی.

چې زيات شمير راپورونو کي اناتوميك تصنیف بندی د مرض په انزارو کې د ټولونه مهم فکتور په حیث منل شويدي او د عنق Ca پينسو په شان وړاندی شويدي ګرچي لپه شمير مولفين په دی عقيده دی چې د تومور هستالوژي په انزارو کې دير ارزښت لري لکن او سنی راپورونو د هستالوجيکي ډولونو او درجه بندی په اهمیت باندی ټینګار کړي.

د تiro وختونو راپورونو د اساسی خرابوالی د جملی څخه یود دوه اړخیزه تصنیف استعمالولو پواسطه رد کیدای شي چې دا تصنیف بندی د مرض انتشار اناتوميك وسعت او هستالوجيکي ډول او درجی په اساس ولار ده باید هیرنه شي چې د مبیض مرحله بندی په جمله کي د جراحی په اوږدو کي د عنق Ca ضد کتنی وجود لري او چيرته چې مرحله بندی اساسه یو ګلينيکي اندازه گيري وي.

د مبیض تصنیف بندی دنسائي ولادي بین المللی فيدریشن په اساس:

اناتوميك مرحله بندی (ګلينيکي او عملیاتي):

لاندی تعريفونه د Trics cynology American او International Fed of Gycology

دواړو لخوا قبول شويدي collegen of Obster

۱- ۱ مرحله: نشونما د مبیضونو پوري محدوده ده.

IA مرحله: نشونما یواحی یو مبیض پوري محدوده ده Ascites وجود نه لري.

IB مرحله: نشونما د دواړو مبیضونو پوري محدوده ده Ascites وجود نه لري.

IC مرحله: نشونما د دواړو یا یو مبیض پوري محدوده ده Ascites شتوالي لري چې خبيشه

حجرات هم په مايغ کې دليدينې وړوي.

۲- II مرحله: نشونما يا دواړه مبیض ماوف کړي دي او حوصلی ته انتشار لري.

IIA مرحله: رحم يا یواحی تیوب ته انتشار يا Metastasis شتوالی.

IIB: د حوصلی نور انساجو ته انتشار

۳- III مرحله: نشونما یو يا دواړه مبیضونه ماوف کړیدي او بطن پراخ داخل پریطوانی

هم ورکړي دي (Omentum ، کوچنی کولمو او ده ګوی مصاریقی ته) Metastasis

۴- IV مرحله: نشونما یو يا دواړه مبیض کې د اسی ئای میتاستاز سره چې د پریتوان

جوف څخه د باندی وي.

۵- خصوصي مرحله: هغه پیښی لټپول شوي (لپراتومي) ندي او هغوي باندی د مبیض

کارسینوما اشتباه ده (جراحی چې د پلتنه یا د تداوی په منظور اجراء شوي نده).

B: هستالوژيکي ډولونه او تفرق

یوزیات شمیر میتودونه چې د هستالوژي د نظره د تومور د درجه بندی د پاره

استعمالیږي په تیروخت کې د Rechesteس پوهتون طبی مرکز موږ، یو ساده میتود

استعمال کړیدي چې دنسایي متخصصینو عضوی چې د کانسر لغت تعریفوی پواسطه

منل شوي میتود څخه توپیر لري البته دواړه تصنیف بندی به وړاندی کېږي.

۱- د Strong Memoriod روغتون تصنیف بندی

۱- ډول: بنه تفرق شوي Ca Mucinous ، Cyst adeno ، Seroul يا د ددی ډول په جمله

B: ډول شامل دی (Border line Ca)

B: ډول: خراب يا کم تفرق شوي Cyst Adeno Ca يا Serous Mucinous

C: ډول: جامد کلک Adeo Carcinoma

D : داندوميتريم په ډول : Endometroid Ca, Adeno Carcroma
 E : ډول : خصوصي تومورونه Errhenoblastoma, Dysgeminoma, Granulosa Cell tumor وغیره.

۲- مصلی Cystadenoma داپیتیلیل حجراتو د تکثري فعالیت او هستوي سره لان بی دکوم ارتشاھي تخربي نشونما (تیست پوتانشيل خباث).

Mucinous cystomas : B

۱- سایتوادینوما Mucinous benign .

۲- میوسین سليم Cyst adenoma داپیتیلیل حجراتو د تکثري فعالیت او هستوي ابنارملتي سره یوچائي لان بدون دکوم ارتشاھي تخربي نشونما (د خباثت تیست قدرت).

Mucinous cysto adenoma - ۳

-I Endometroid سره ورته والي لري تومورونه (داندومتريم د Ca)

۱- Endometroid سليم

۲- Endometroid tumor داپیتیلیل حجراتو د تکثري فعالیت او هستوي ابنارملتي سره یوچائي بدون دکوم ارتشاھي تخربي نشونما (د خباثت تیست قدرت)

Brenner tumor celioblastomas : D

E: غير تصنيف شوي کارسينوما

A: دمبیض Ca په ټولونوی مرحلو کي جراحی دتداوي ااسي شکل دی چې کم ترکمه یو تام او دوه طرفه Salpingo Oopherectomy په کې شامل دی او که امکان موجود وي څومره چې ممکن وي تومور ایستل کېږي.

B: په عادي ډول Omentectomy نه اجراء کېږي او که نه Metastasis په کې صورت نیولی دی بیا ضرور اجراء کېږي.

C: په انتخابي پیښو کې دویم نظر عملیات ته هدایت ورکول کېږي (VID دی وکتل شي).

D: کوم وخت چې د Microscopic بقیه جاتو امکانات لور وي د عملیاتونه پس د حوصلی خارجی تشعشع هدایت ورکول کېږي او په حوصلی کې پاتی شوی گراس کارسینوما د پاره ضروري ګنل کېږي.

E: په انتخابي پیښو کې دوقایي او درملنی په منظور کیمoterapic دواګانی پریتوان په داخل کې نصب يا ګله کله شعاعي فعال Isotopes استعمال کېږي.

F: پورته ورکړل شوي طریقی همیش د پاره روایتی او په زړه پوری تداوي میتود ګنل شویدی لაکن تر ډیره اندازه په هر حال نومورې میتودونو د ژوند اندازه باندی هیڅ تاثیر نه دی اچولی. او سنی وختو کې هم د دی سببې یوزیات شمیر موسسو اضافي Partocali شروع کړیدی کوم چې د تداوي تیجې به کولو د کوشش د پاره مختلف طریقه استعمال او د هغوي افادیت اندازه کوي.

۱- د ټولو نه زیات اميدواره کوونکی طریقه د تشخیص څخه وروسته د پرمختللي ناروغیو تداوي د کیمoterapic د استعمال پوسیله ده. چې په دی کې د تومور حجم کمولو د پاره کوشش کېږي او بیا د ناروغی دپاتی برخی یا د ټولی ناروغی د مری کولو د پاره جراحی عملیه او شعاعي تداوي استعمال کېږي د دی ډول طریقی تیجې د ژوند داندازی زیاتولو په برخه کې تراوشه لاسته نه دی راغلی.

۲- دمبیض په ابتدایی او مخری کارسینوما په تداوی کې په عمومي صورت سره کیمoterapiotik عوامل په ابتدایی او مخری کارسینوما په تداوی کې په عمومي صورت سره کیمoterapiotik عوامل ډیر بارز رول لوبوی هغه دواګانی چی اکثراء استعمال پړی (PAM) Phenyl alanine Mastard, Chloramboucil cystoxan, (Cysto phosphamide) Actinomycin-D ۵ FU, Thio TEPA thiotriethyene عبارت دی له Velban او phosphamide شامل دي په دی او سنی وختو کې دواګانی یوئای هم استعمال شویدی چی هر یو یې په مختلف اندازه تاثیر کوي او حجروي سطح کې تخریب منځ ته راوري.

۳- Radio Therapist هم خپل د تداوی طریقه په اتخابی پیښو کې ترمیم کړیده چی د هوصلی دعادي دوز باندی په اضافي توګه تول بطني نه تشعشع ورکوي داطریقه دیوزیات شمیر تکنیکونو د استعمال پواسطه سرته رسی او په دی مربوطه Radio therapist پوری اړه لري.

G: د مراحلو د نظره د تداوی پرنسيپونه

۱- اولنی مرحله په تولو پیښو کې تام Salphingo Oopherectomy او دوه طرفه Hysterectomy اجرائیکې د خراب یا کم تفریق شوی Adenocarcioma, Cystadeno Ca جامد Dysgerminomas او د دپاره د عملیات توڅخه وروسته Histogolgic Croup B.C voltage تشعشع لپاره هدایت ورکول کېږي.

داخل پریتوانی کیمoterapy هم استعمالیبی خصوصاً په هغه پینسو کې چى په کې خبیشە حجرات د جراحی په اوپدو کې د توموري Cyst د جوریدلو له كبله منتشرشى ياكله چى عملیاتو خخە مخکى بطن وينخلو کې خبیشە حجرات ولیدل شى.

۲ - مرحله

په تولو پینسو کې تام Salpingo Oopherectomy او Hystrectomy اجرا کيږي چى په تعقیب يې تشعشع هم اجراء کيږي د تولو هستالوجيکي انواعو د پاره Super voltage A4 تشعشع هدایت کيږي د لته هم داخل پریتوانی دواگانى استعمالیبی موجوده وخت کې ۱۹۸ Nitrogen شعاعي فعال مواد معاوضه کړيدی mustard.

۳ - مرحله

دامکان تر حده پوري د توموري کتلی ايستل، تام Hystrectomy او دوه طرفه په شمول سره اجرا کيږي د عملیاتو خخە وروسته حوصلی ته Salpingo Oopherectomy تشعشع په ټینګه توګه هدایت کيږي په ځینى پینسو کې تام بطنی تشعشع ژوند اندازى کى زیات والى منځ ته راولي.

مايع د کیمoterapy عواملو د علاوه کولو پواسطه هم کنترول کیداي شي Ascites په دې جمله کې Ascites شامل دې چى Atalorine کنترول کوي لاکن کانسری حجراتو باندی هيچ اغيزه نه لري د دوا علاوه کولو خخە مخکى د بطن جوف بايد هيچ التصاقات ونه لري يا بنائي چى Loculation د شاوخوا نارمل کولمو ته شدید تخریب رسیدلو د كبله

منئ ته راتللى شي نومورى پرابلم په شعاعي فعال موادو Traces دوزونو علاوه کولوا او بطن د Scanning پواسطه چى دوا د زرق خخه مخکى په بطن کې اتشار کوي ختم کيداي شي.

دنومور و مريضانو شعاعي يا کيموتراپي درملنى خارنه يو دراماتيك عکس العمل بسايي چى منئ ته راشي چى په کلينيكي ډول په کې تومور کتلې د منئه ئى (دويم نظر) عمليات ئىنى وخت دتراپي داندازه گيري او د پاتى توموري برخى چى اوس جراحى پواسطه ليري کيداي شي دپاره تجويز گيرې په هر حال داپىنسى په ډير احتياط سره اتخاراب شي.

٤ - IV مرحله :

۱- بايوپسي يواھنى عمليه دى چى اجراکيداي شي لاکن هر خومره چى ممکن وي دتوموري کتلې دليري کولولارنسونه گيرې. يعني دمساريقه تور غتىي کتلې غت Cystic وغىرە. دتشعشع دپاره ددخول دساحى لتهول په يوه لويء نامه بطني ساحه کې دحوصلى ساحه ده.

ھە مريضان چى بنه تفريقي شوي مصلى Cystadeno Ca لري ددوی بهترىنه موقع دژوند داندازى داوردوالى ياشفا دپاره لري. دلويو توموري کتلو په شتولىي کې يوفعال Isotopes تىيجى دكبلە استعمالىري داډول علاج د مبىض په Ca کې تولونه زيات كامياپ ثابت شوي او نورنسايي خبيشه ناروغى دپاره ډيره لېرە گتە ورکوي.

۱- او Chlorambucil دير په زره پورى دى او ددخول دلارى استعمالىري دنومور و دواگانو داستعمال سره باید دھەوکو دمخ انحطاط په ډيره توجه سره تعقىب شي عمومي استنادي اقدامات د يوشمير زياتو معايىنۇ په شمول سره ضرور

گهل کيبرى ددى مريضانو خخه په ئينو كې يوزيات شمير دواگانى په يو ئاي ډول هم استعمال شويدي، لakin په او سنى وخت كې دېپينسو د واقع كيدو د كبله داوبىدى مودى ژوند دپاره ددى گته ورکونكى ډول اندازه كيداى شي د بطنى مرض په شتوالى كې د كولمو انسداد يو عمومي اختلاط دى كه طبى تداوي كاميا به نشي نو په موضعى ډول جراحى معمولاً اجراء كيبرى.

دوا مداره تداوي او جراحى تراپى ضروري ده ئىكەنچى ئىنى وخت يو مريض چى پراخه منتشره ناروغى لرى ديوخه مودى دپاره ژوندى او توليد كونكى پاتى كيبرى.

VI: نتيجى

دانزارو او ژوند اندازى په تعين كولو كې د تولونه زيات مهم فكتورونه اناتوميك طبقه بندى او هستالوژيك ډول او دنيوپلازم د درجي تعين كول دى همدغه شاند SMH نتيجى په طبى ادب كې مجموعى نتيجى د عكىس په حىث وړاندې كيبرى.

نومورې غير معمولي بنى نتيجى د I, II, III مرحلى دپاره باید په هره مرحله كې دېپينسو دلې تعداد په رنما كې ولیدل شي.

A: د مبيض Ca اناتوميك مرحله بندى پواسطه د Rechesterds پوهنتون مرکز ۵۵- ۱۹۳۱ مطلق په كالو ژوند اندازه.

مجموعه		جراحى تشعشع	يواخى جراحى	
% ۷۸	۱۸,۲۳	۸,۱۲	۱۰,۱۱	۱- مرحله
% ۲۷	۱۲,۲۴	۱۲,۱۷	۴,۷	۲ مرحله
% ۲۹	۹,۱۳	۹,۱۳	%	۳ مرحله

% ۱۰	۹,۸۲	۸,۵۲	۱,۳۳	۴ مرحله
% ۳۶	۵۲,۱۴۵	۳۷,۹۵	۱۵,۵۱	مجموعی

* - درجاتی او تشعشع گروپ کې خراب تیجى د پینسوند انتخابولو پواسطه تشریح

کیدای شی په دی گروپ زیات Anaplastic تومور موجوده ده.

E: د مبیض کارسینوما هستالوجیکی انواع او درجه بندی په اساس د Rechester پوهنتون

طبی مرکز ۵۵-۹۳

مجموعه		جراحی تشعشع	یواحی جراحی	
% ۷۸	۱۸,۲۲	۸,۱۲	۲,۷	A: بنې تفریق شوي
% ۲۷	۱۲,۲۴	۱۲,۱۷	۱,۱۴	B: لې تفریق شوي Cyst adeno Ca
% ۲۹	۹,۱۳	۹,۱۳	۱,۱۳	C: جامده Adeno Ca
% ۱۰	۹,۸۲	۸,۵۲	۳,۵	D: Endometrid Adeno Ca په ډول
% ۳۶	۵۲,۱۴۵	۳۷,۹۵	۱۵,۵۱	مبیض خصوصی کانسر

توجه:

د شعاعي تداويي ارزښت په نه تاکلو کې اساسی فکتور رول لوړوي د Randomization

نشتوالی دی او د تشعشي ارزښت دا ورد ژوند اندازه په دريمه مرحله کې چې جراحی نه

وروسته د ګراس د نظره د تومور بقيه پاتي شي.

C: د مبیض Ca تولی پیښی د مرحلی د نظره ۵ کالو ژوند مطلق اندازه مرحلی

مرحلی او او او او او - ۱

%۷۸ %۷۵ %۷۳ %۷۲ %۷۲ %۷۲

Stages	Rubin (۴۲) Grise and terry	Kott meier	Kent (۴۰) and Mckay	Laterur (۴۲) and Davis	Mumell (۴۳)	Carlin(۴۲) and Frodey
۱	۷۸%	۷۵%	۵۳%	۷۲%	۷۳%	۷۲%
۲	۷۷	۷۰	۵۹	۲۷	۲۷%	۵۲
۳	۴۴	۳۴	۴۰	۲۴	۱۲	۱۸
۴	۱۰	۹	۱۰	۲،۷	۱،۷	.
Total	۳۶	۳۵	۳۲	۳۷	۲۸	۲۳

پرته لدی چی پرمختللى تکنالوژي ددى ډول پريشان کوونکی مرض په تداوي کي استعمال

شويدى دشفا نتيجى تراوسه مايوس کوونکي دى دڙوند اندازى بنه والى يواخي هغه وخت

ممکن دى چى داخبيشه مرض په ابتداكى تشخيص او ژر تداوي شي.

خرنگه چى نومورى عضوه معاني او جس امكان کم دى نويونوی تشخيصي طريقه په

ڏير شدت سره طبيان ضرورت لري.

دبئو تناسلي لارو نيوپلازم

دبئو تناسلي طرق تول نيوپلازم ۹۰% دعنق Fundus او مبيض د Ca پواسطه

استعمال شويدى پاتى ۱۰% دومره عموميت نه لري او يواخي په مختصره توگه وړاندی

کېږي.

۱- د کانسر Vulva

A: وقوعات: دتناسلي کارسينوما ۳-۵% جوروی اعظمي وقوعات په ۷۰-۵۰ کلنی کې د جملی خخه دی Epidermoid Ca % ۹۵

B: اساسی حکایي

افرازات، خونریزی، Pruritis ، درد، تومور او قرحة.

C: ددي سره ملگري يا مخکي له دی Vulvar افت عبارت دی له:

Vulvitis Atrophic Vulvitis Diabet Vulvitis Keraurosis Leakoplakia او شعاعي زھروي امراض.

D: انتشار

پير و غني لمفاوي او عيو مثبتوالى له كبله Contralateral انتشار عموميت لري دشاوخوا ناحيي موضعی ارتشاح او Inginal ، فخذی لمفاوي عقداتو د Metastasis او په تعقیب يې نور هم لري ئاييته انتشار صورت نيسى.

E: کلينيكي تصنيف بندی

Tansig او Mokelncy له خوا تشکيل شويدي او مرض دشفا کيدو قدرت پوري مربوط د. دی.

F: تداوي

په دی اوسنی وخت کې منل شوی جراحی عملیه تام Vulvectomy او د حوصلی د عقداتو تسلیخ دی دا طریقه په یو یا دوه مرحلو کې اجرا کیدای شي.

خرنگه چى دا مريضان د ډير زيات عمر خاوندان وي او قيحي طریقه ډيره زياته استعمال يېري په داسى حال کې چى حتى نور زاره مريضان هم په بنه توګه داجراحی تحمل کولاي شي د عملیاتو دوفيياتو اندازه ۴% ده.

۲- نتيجي

ابتدائي افت (يو تومور چى ۳ ساتي متر څخه کم وي يا ۱۰-۵ ساتي متر څخه کم وي) تقربياء یو ۲۰-۸۰% پنهه کالو ژوند اندازه یي موخره افات چى عقداتو يا ليرى ځایوته سره یو ځای وي نو ډيره کمه ده د ۵ کالو ژوند اندازه ورکوي Metastasis.

II: دمهبل کارسينوما

A: وقوعات: د بخو تناسلي ۱-۲% جورو وي د مريضانو متوسط عمر ۵۶ کاله دی د توموري لوی تعداد کارسينوما دی دنورو ځایو څخه Metastasis بايد رد کړل شي لکه د عنق او فندسي څخه.

B: کلينيكي منظره:

- ۱- د تشخيص څخه مخکي داعراضو متوسط دوام اکثراً او بد وي.
- ۲- د مريض عمر او بدی مودی ژوند اندازه باندي هيچ تاثير نه لري.
- ۳- په تور پوستو بسحوبه کې افت نادر دی او یهودي بسحوبه کې.

۴- دلیدو یا جس ور افت شتوالی اساسی کتنه ۵۵.

۵- اساسی اعراض عبارت دی دمهبلي افرازات او صباغاتو درد (تول قسمتونه) بولي اعراض او مغبني کتلی خخه وي زيادته افات دمهبلي په خلفي جدار باندي وجود لري چي دائزارو دپاره يوبهترینه علامه ده خصوصاء که دمهبلي علوی ثلث کي افت موجود وي.

C: تصنیف د Meye کلینيك خخه ترسیم شوی:

۱- مرحله افت دمهبلي جدار ته محدود دی.

۲- مرحله : افت انتشار د شاوخوا انساجو ته لکن د وحشی حوصلی جدار، احليل، مثانه يا ریکتم ته منخته نه دي راغلي.

۳- مرحله: د عنق تصنیف بندی يا دریم او خلورم مرحلی سره ارتباط لري.

D: پتالوجيکي منظره:

په عمومي صورت سره Evertting ڇول بي (چي کنارونه بي پورته راوتلي وي) دي عموميت لري او دگر اصل له نظره د Papillary شکنن اسفنجي افت د هستالوزي له نظره Sqaumous لري او ده سره cell epithelioma ڇول بي دي عموميت لري او د مايکروسكوب له نظره ورته والي په اساس اکثراء د عنق ناروغى سره غلطيرې.

E: تداوي

شعاعي تراپي د راديوم Applicators په شكل کي په موضعی توګه علاوه کول د تولو حوصلی خارجي تشعشع سره اجراء کيږي د مرض په تنظيم کي تغير عموميت لري ځکه مريضانو تر منځ دي زيات فرقونه موجود دي په دی او سنی وختو کي جذري جراحی د تام

Vaginectomy او حوصلی عقداتو تسلیخ سره یوئحای او مناسب وخت کې قدامی Extenteration هم اجراء شویدی ددی طریقی سره حاصل شوی تیجی اندازه شوی نه دی.

F: نتیجی

یواحی دشعاعی تداوی سره د ۵ کالوژوند اندازه په لبر تعداد پینسو کې تقریباً %۳۵ ده دندادوی شروع کیدو نه وروسته د ۱۸ میاشتو په او بد و کې تقریباً نیما یی مریضان مړه شول.

VI: Fallopion کارسینوما

A: وقوعات: د تناسلی طرق ټول خبیشه امراض ۱% جوروی.
B: اساسی اعراض او علایم: غیر منظم مهبلی خونریزی او مهبلی افرات زچی اکثراً دشیدورنگ په خیر وی دبطن غتیدل او د حوصلی کتلی شتوالی متوسط عمر ۵۰ کلنی .
D. ۵

C: د عملیات په ذریعه تشخیص دیر کم صورت نیسي.
D: تداوی

Hystrectomy او دوه تقریباً ټول واقعات د جراحی پواسطه تداوی کېږي چې باید یو تام SC په کې شامل وی د عملیات خخه وروسته تشعشع عموماً استعمالیږي لakin ګټوره ثابت شوی نه ۵۵.

E: تیجی

په کالوژوند اندازه تقریباء ۲۵% ده چې تقریبا نیمايی مریضان د ۲ کالو خخه کم ژوند کوي.

F: تبصره

په تجربوی ډول داخل وعایي موضعی Nitrogen Mustard استعمال شویدی چې لې گته ورکوي او په تعقیب جراحی اجراء کېږي د دی طریقی د استعمال سره نور تجربی دنتیجي اخذ کولونه مخکی ضروري ده.

C: کیمومترابی:

چې د مبیض د کارسینوما د پاره استعمال شوي وه سره ورته والی لري لاکن د دی میتود د گتو اندازه گیری د پاره ډیر کم مواد وجود لري.

Chorion epithelioma, Chorio Ca IV درحم

A: وقوعات: په USA کې یو ډیر نادر مرض دی چې ۱۰۰۰۰۰ بسخو کې وقوعات ۱۰۰۰ په دوہ شکلونو کې وجود لري اولني شکل یې یواخی بسخو کې دی Chorio Noepithelion دی واقع کېږي د mole Chorionic epithelium Hydatidiform سقط ۵% څخه ۰.۵% دیو شوي پریتوان څخه ۲۵% یا نشونما کړی پلاستا څخه ۲۵% منحته رائحي د تومور دویم شکل معمولاً د Teratoma څخه منځ ته رائحي چې معمولاً بسخو کې مبیض او په نارینه کې په خصيو کې وي د تومور دا شکل دو مره نادر دی چې په بسخو کې دی ته هیڅ اهمیت نه ورکول کېږي.

B: کلینیکي پلتنه

د Chorionic epitheloma خخه مخکی واقع شوی هر یو حالت فرق کوي او دحمل ډول او د پلاستاء نسج چي داور خخه منشه اخلي پوري اره لري ددي مرض ټولونه مهم فكتور چي ارتياط ورسه لري عبارت دي ددي قدرت خخه دمرض خبات تعين کولاي شي چي کلينيك کي داتشار لتيول یو مقدم ضرورت دی ددی مریضانو ترا او بدی مودی پوري معاینه او تعقیبول ضرور دي.

خصوصاً په دی او سنی وختو کي ددی نایاب مرض په تداوي کي په زړه پوري تیجو د منځته راتلو له کبله نور هم ضرور دي.

C: تصنیف بندی او هستالوجیکی درجه بندی ددی تومور دپاره دپوهیدو او باور ورنه دی د تحقیق ته دی مراجعه وشي Henting.

D: تداوي

جراحی او تشعشع ددی افت دیقینی تداوی دپاره یواخینی شکل دا تیجو په مساوی توګه خرابی دی D Hertz د تحقیق په مرسته کیموترایپی او س د تداوی انتخابی میتود دی او او بدی مودی لپاره ژوند او س زیات عمومیت لري (70%) Metastasis او زرقمی او زرقمی لارو خخه د حیرانوونکي تیجو سره استعمال شوی حتی دلیری ئای Metastasis په موجودیت کي هم ور خخه استفاده شویده نوموری تومور یواخنی خبیثه افت دی چي په دوامداره توګه کیمoterایپی سره بنه تیجه ورکوي او د کارسينوما نورو شکلونو د تداوی په منظور دنوی دواګانو استعمالولو او ازمايش کولو دپاره خلک اماده کوي.

Prognostication for the seventies in Gynecologic Oncology

په اوام لسيزه کې دنسايمى انکالوجي لپاره تگ لاره:

۱- دهجه Gynecology انکالوجي کى دلجسپي لري باید دشعاعي Therapist او طبى انکالوجستانو سره باید کوششونه گد کري او دداسى كمكى گروپونو تشکيل ديو زييات شمير موسساتو خخه يې منشاء اخيستى دى منخ ته راولى او دهمدى کوشش په اثر دتداوي گله پلانونه په کنترول شوي توگه دخیرل لو کوشش وکري چى په تىيجه کې دمريضانو دژوند په اندازو کې بنه والى وليدل شي او همدارنگه دنسايمى خبيشه امراضو اپيدميالوژي په بنه توگه و خيرل شي داپول گله کوششونه په يولند وخت دمناسب او صحیح معلوماتو دتهيه کولو لپاره زمينه مساعدوي چى په تىيجه کې دتداوي بنه ترينو طريقو لپاره موقع هم لاسته راوري.

۲- دتداوي دگه او طريقو زييات استعمال باید وشي چى په دي جمله کې كيموتراپي، شعاعي تداوي او جراحى په گد ډول سره دتداوي په يو بنه مشرح پروگرام کې استعمال شي.

۳- دهجه کانسرونو چى نسايمى منشاء لري د درجه بندى داجراء کولو په منظور باید عملياتي Lapratomy دتداوي دشروع كيدو خخه مخکى په زياته اندازه اجراء شي او د کانسر درجه بندى لپاره کلينيكي پيمانو داستعمال خخه تر و سه و سه ڏڻه وشي.

۴- د کانسر په تداوي کې داميونولوجي او وايرولوجي پيشرفته رول او همدارنگه کانسر داميونولوجي لپاره امونولوجيک يا وايرولي سبب لتهول.

يورالوجيکي او نارينه تناسلي کانسر

۱- تناظر

هغه نيوپلازم چى بولي او په نارينه تناسلي لاره کي منخ ته راخي د خبيشه افاتو دېلى
خخه دى چى ډير واقع کيربى په يو کال کي تقربياء ۳۳۰۰۰ وفيات دنوموري ناحيود کانسر
خخه منخ ته راخي ددى ناروغانو د ساتنى او نگهداري دپاره تقربياء د تداوي ټول ډولونه
استعمال يېرى.

په دى جمله کي هارموني کنترول او کيموتراپي هم شامل دى که چيرى ناروغتە دزياتى
توجه او زيات ژوند اندازى ورکول موخه وي نو په پايله کي د تشخيص او تداوي دپاره
طريقه ډيره ضروري ده. Collaberative

دېپستور گو تو مورونه په کاھلانو کي:

A: د کاھلانو د پېستور گو کانسر خخه تقربياء ۲۳۰۰ مرگونه منخ ته راخي.

B: تقربياء ۱۱، ۱۰۰ نوي پېنسى هر کال تشخيص کيربى چى ۱-۲% د ټول پېنسواحتوا

کوي.

C: د تشخيص په وخت وسطي عمر ۵۵-۶۰ کلنې ده.

D: د کلوي پرانشيم Hypernephrose adeno Ca ۸۰% پېنسو کي منخ ته راخي او ۲:۱

په نسبت نرانو کي زيات واقع کيربى.

دکلیوی حويصل Transitional cell یا Sqamous cell په ۱۵٪ واقعاتو کې ليدل کيربى.

په نرانو او بنخو کې په مساوی توگه واقع کيربى.

F: Hypernephrone ايتالوژي خرگند شوی نه دى د پښتور گو حويصل تومورونه بسايي

چى مزمن التهاب او تخرشىت سره ارتبا طولري چى د پښتور گىي د تېرو دناروغى لە كبلە په

تالي توگه منح ته راھى.

II: ڪلينيكي پلتني (اعراض او علايم)

A: Hematuria د دهيماتوريا د شروع نه د تشخيص د وضع كيدو پوري د تاخير مودى وسطي اندازه ۲۳٪.

.٪ ۳

B: د هيماتوريا د شروع نه د تشخيص د وضع كيدو پوري د تاخير مودى وسطي اندازه ۲۳٪.

مياشتى ده او د درد اولنى عرض خخه تر تشخيص وضع كيدو پوري ۱۴٪ مياشتى ده.

C: د تشخيص د وضع كيدو په وخت كې ۳۷٪ پىنسى Metastasis لري.

تشخيصي طريقي

A: Urinalysis بسايي چى RBC خرگند كري.

B: اطراحي يوروگرافى IVP د يوچاي نيوونكى كتللى شتوالى د calycal Pelvo برحى.

دېئخايىه كيدو او د پښتور گىي د خارجي شكل دېي نظمه كيدو سره يوچاي بسکاره كوي.

Retrograde Pyelography

دېپنستورگو د حويصل يا د Calyx سيستم د تومور په موجوديت کې بشائي چې د دېکيدو نقش بسکاره کوي.

Nephrotomography :D

تقريبا په ۹۵% پينسو کې Cyst د يوجامد تومور خخه تفريقي کولو کي کمک کوي.

E: اتخاربي کليوي Artrierography

تقريبا ۱۰۰% واقعاتو کې تشخيص وضع کوي چې د Neo Vasculature د مخصوص کتنو او دافت د پراختيء شواهد سره یوهای وي.

F: د افت د پراختيء په اندازه کولو کې مرسته کوي په Vena cava يا کليوي وريد کې دېکيدو نقش يا د نوموري جورېښتونو انسداد د Resection يا د جراحۍ عملیي د نوعیت د پاره استطباب دي.

G: دېپنستورگو حويصل خخه د حالبي کتيترابياري پواسطه اخيستل شوي ميتازو کې د خبيشه حجراتو تثبيت کول د جراحۍ دا جراء د پاره کفایت وړ شواهد ورکوي.

IV: تصنيف بندی

A: اناتوميك مرحله بندی

IA: داخل کليوي داخل محفظوي

تومور محفظه شوی وي او محفظه يې سالم او بى د کلیوی پرانشیم انتشاروي.

IB: داخل رحمي، خارج المحفظوي

د تومور محفظه پارچه وي او کلیوی پرانشیم ته انتشار صورت نیولی وي وریدونه يا

لمفاوي او عيي حملی لاندی راغلى د پنستورگو محفظه سالم وي.

Microscopic Peri Nephric : III

د پنستورگو د محفظي دلاري Perinephric شحم ته انتشار صورت نیولی وي او د وریدونه

لمفاوي او عيي ته انتشار، مايكروسكوبیک شواهد موجودوي گراس مرض د Resection

ورډي يواحی په ميكروسكوبیک ډول بقايا پاتي کېږي.

Perinephric گراس : III

صفاق ته انتشار دوريدونو او لمفاوي او عيي ته انتشار د گراس د نظره Perinephric

څرګند وي چې د جراحی پواسطه په ناتامه توګه تومور ليږي کېږي او د گراس په ډول پاتي

کېږي.

IV: ليږي ئاييو ته ميتاستاز

احشاو ته ميتاستاز موجود وي يعني هلهوکو، سبېي او د ماغ ته

پاملونه:

د TNM تصنيف بندې په پراخه توګه نه استعمال یېږي.

B: هستالوجيکي انواع:

Hypernephroma - ۱

۲- کليوي حويصل Squamous يا Transitional

V: دتداوي پرنسيپونه:

Hypernephroma :A

۱- مرحله: Nephrectomy (جذري نفريكتومي چي عقداتو تسلیخ په کې شامل وي)

۲- او ۳ مرحله: Nephrectomy او د عملياتو خخه وروسته شعاعي تداوي.

۴- مرحله: د درد او نزف دپاره عرضي تداوي په منظور نفريكتومي اجراکول د نفريكتومي

او واحد Resection د Metastasis (دماغ، سري او هدوکي) پواسطه کله کله شفا

حاصليدلوراپورور کرل شويدي په ھيني موسسو کي پروجستيرون يا تستستيرون

دمختلفو تيجهو سره استعمال يېري.

۵- یو ملي پروتوكول د عملياتو خخه مخکي تشعشع د ۴۵۰۰ (او ۴-۵ هفتوبوري) او په

تعقيب انتخابي کليوي Arteriography او Nephratomography د تشخيص لوره صحيح

والى (۱۰۰%) په اساس ممکن شويدي.

B: دکلیوی حويصل کارسينوما:

- ۱- که دعملياتو ورتيا و لري نو اجراکولو ته ترجيح ورکول کيربي Nephro ureterectomy.
- ۲- خرنگه چي دحويصل Transitional حجراتو تومور بشكته دحالب خواته او حتى مثاني ته د خبيشه حجراتود ورکولو ميلان لري نو ئكىه حالب ليلى كول ضروري دى (لاكن کي دانادراء منخ ته راخي). Hypernephrons

VI: پايلى

A: اولنى او دويىمه مرحله Hypernephroma

۵ كالو دپاره %۵۰ - ۳۰

۱۰ كالو دپاره %۳۰ - ۱۵

B: دريمه مرحله Hypernephroma

۵ كالو دپاره تقربيا %۱۰

۱۰ كالو دپاره تقربيا %۵

C: بهترین نتيجي Robson پواسطه راپور شويدي (د ۵ او ۱۰ كالو ژوند اندازه ۲۵%) او د

صدرى بطنى نفريكتومي دعقداتو تسليخ له كبله دى په مقدمه توگه د پنستورگو د Pedicle
بندش مخکى له دى چى پنستورگو Manipulation اجراء شي اجراء كول او د پنستورگي د ليفي شحمى غلاف سره يوئاي ايستل.

D: دحويصل Transitional کارسينوما چى اتشار كرى وي په كالوژوند اندازه ۱۴۷٪

او داتشار سره ۴٪ (دپرانشيم ماوف كيدل دژوند اندازه چيرزيات كموي)

. ۵ په كالوژوند اندازه نادره ده Squamous cell :E

F: په Hypernephroma بنسههی ترميم مقدم تومور ليرى کولوپواسطه Metastasis

Regression ليدل شويدي.

Willm's Tumor دېستورگو رشيمى تومورونه

Introduction

A: Mesoderm څخه منشاء اخلي.

B: ۷۵٪ د ۵ کلنی څخه مخکي واقع کيږي.

C: ۲۵٪ د ۳ کلنی څخه مخکي منځ ته راخي.

D: په دواړو جنسونو کې په مساوي توګه منځ ته راخي.

E: په ۲٪ مريضانو کې دواړه پېستورگي ماوف کوي.

F: دوركتوب چير لوی خبيث تومور ده.

II: ګلينيکي پلتهنى

A: په ۵۰ سلنډ پېښو کې بطني کتلې د جس وړو.

B: په ۲۰ سلنډ پېښو کې Hematuria موجود وي.

C: په ۳۰ سلنہ پینسو کې درد موجود وي.

D: په ۷۵٪ پینسو کې دوینی فشار لوروالی لیدل شویدی.

III: تشخيصي طریقی

A: د تشخيص دپاره معمولاً یو اطراحیه یوروگرام غوره معاینه ده.

B: د صدر X-ray بناي چې Metastasis خرگند کړي.

C: که اطراحیه یوروگرام تشخيص وضع نه کړي نو Retrograde pyelodrathy ته اړتیا

پینسیرې.

D: Acrtography ګټور دی.

IV: تصنيف بندی

اولني مرحله:

تومور په بنه توګه موضعی وي په بشپړ توګه ایستل کیدای شي نو روسته د تومور

Rupture منځ ته نه دی راغلی په Resect شوی برخه کې د تومور انتشار د پښتوري ګی خخه

دباندي په ګراس ډول شون نه لري.

دويمه مرحله:

دجرائي نه وروسته دگراس دنظره داخل البطيني پاتي شونى د ناروغى په دى جمله کي يواحئي بايوپسي د عملسي خخه مخکى ياددي په سير کې دنيوپلازم Rupture دلمفاوي عقداتو (بايوپسي پواسطه ثابت شوي) د كليوي وريد يا سفلی اجوف وريد ته پراختيا او توسع د پښتوري چخه دباندي انتشار خرگند گراس پراختيا او يا د مقابل طرف پښتوري گي ماوف کيدل نبى ليدل شوي دي په دى شرط چي د بطن خخه دباندي کومه بله ناروغى شتون ونه لري.

دريمه مرحله:

(ليري ئاييته Metastasis (سپويانورو اعضاو ته)

A: داخل بطيي تومور د تشخيص د وضع کيدو په وخت کې شتون لري (هغه پىبنسى چى مخالف طرف پښتوري گي په کې ماوف شوي وي په دې کې شامل دي)

B: د حقيقي داخل بطيي تومور د تداوي دشروع نه وروسته د توجه وړ گرخي.

V: توپيرى تشخيص

Hydro nephrosis :A

Neuroblastoma :B

C: د پښتوري گي Polycystic ناروغى

Retroperitoneal sarcoma :D

VI: د درملنی پرنسیپونه

A: هر خومره چی ژر امکان ولري نفريكتومي باید اجراء شي.

B: که تومور د Resection ورنه وي يا Metastatic وي نو مخکي له Resection خخه

شعاعي تداوي اويا کيموتراپي (Actinomycin Vincristine) يا (پيل شي).

C: که د Resection خخه وروسته د انتشار نبئي موجودوي نوشاعي تداوي او

کيموتراپي اجراء شي باید په ياد ولرو چي Wilm's تومور شعاعي حساسيت لري.

D: د Resection خخه وروسته منخ ته راغلى Metastasis تومور دپاره شعاعي درملنه او

کيموتراپي په گله سره ترسره کيربي.

E: په کلينيکي از مايشونو کې د کيموتراپي انتخابي درملنه ده چي دوه اونى وروسته

ورکول کيربي او ددى درملنی مقدار د تجربى لاندی نیول کيربي

VII: ئانگرېزى كتنى

د شعاعي تراپي د اختلاطاتو په ډله کې Scalosis او کله کله په موقتى توګه د هدوکو د مخ

انحطاط يا نادراء مخالف خوا پښتوري گې شعاعي ضرر سره مخامنخ کيربي.

VII: پايلى

A: بى د کيموتراپي

1- دوه کلنی خخه کم عمره: دوه کالو ژوند اندازه ۷۳%

۲- ۹- کلنى: دوه کالوژوند اندازه ۱۸،۵ %

۳- (وخت دکول) Doubling time دانزارو دپاره یو چوکات په حیث د ۳۴۰ خخه تر ۳۳۸

پینبو دپاره صحیح ثابت شویدی دانظریه وايی چې:

دمريض دپاره دتمور د عود کولو خطر د تشخيص په وخت کې دمريض عمر جمع ۹

مياشتو (تحمل موده) سره مساوي دي داد کيموتراپي تاثير کتنى لاندى نه راولي.

B: د کيموتراپي سره:

۱- دبوستن د کوچنيانو د روغتون د Farberr د تجاري بو دراپور په اساس کوم وخت چې

دنفريكتومي په سير کې Actinomycin D په عادي توګه تطبيق او تشعشع سره او بده شي

تقریباء په تولو پینبو کې Metastasis خخه مخنيوي وشودبی دوا خخه ۲ کالوژوند ۴۰

سلنه د Actinomycin سره دوه چنده ۹۸ % خخه لاهم زيات شو.

۲- هم دغه شان Tumorecidal فعالیت خرگند کړيدی. Vincristine

۳- د تداوي دلرو بشپړ تشعشع Actinomycin Metastasis ديوخاي تطبيق پواسطه.

د سړو ده ګه دوه طرفه Metastasis چې لمړي د تداوي وړتیا نه لري ددي میتود سره ۵۸ %

پینبو کې وړو د اویوخه ناکامي د نورو څایو ته د Metastasis د کبله هم منځ ته راغلی وه.

حالب

Introduction

A: دمقدم تومور دپاره نسبتا نادر ئاھى دى.

B: Transitional cells تومورنە دھستالوژى لە نظرە مثانى او كلييوى حويصل تە ورتە دى.

C: پە ٢٠ - ٧٠ كلنى كى چىر عمومىت لرى.

D: زانو كى د بىخۇ پە نسبت ١: ٢ خلە زيات واقع كىرى.

E: دحالب پە سفلې ثلت كى ٥٠ % منح تە راھى.

II: كلينيكي پلتەنى

A: پە ٧٤ % واقعاتو كى Hematuria تولونە زيات عمومىي علامە دە.

B: پە ٥٠ % واقعاتو كى دىندىش، موضعي انتشار يا Metastasis لە كبلە درد موجود وي.

III: تشخيص

A: دادرار معاینه كى : وينى سره كرويات، حالبى كاستونە

B: دغىر نورمال حجراتو دپاره سايتولوزى

C: اطراحىي يوروگرافى (IVP): بىندىش، دەكيدو نقص نشتوالى

D: دماوفە ناجىي خە دوينى تۈئىدل (Cystoscopy)

E: Pyelo graphy او Retrograde Ureterography

IV: دىداوي پرنسيپونە

- A: کە افت دقطع كولو ور وي نو دشفا په موخه اجرا كول دي. Nepheroureterectomy
- B: کە پنستورگو وظيفه کم شوي وي نو په موضعی توگه قطع كول يا ديو پنستورگي ايستل
- C: هغه پرمختللې پينسو دپاره چى موضعی اتشار لري شعاعي تداوي اجرا كول.

V: نتيجي

- A: په كالو ژوند اندازه ۱۰% خخه کم.
- B: دکم درجي تومور د بهتر ازار لرونکى دى.
- C: دحالب نرى جدار ابتدايي مرحلو کې ماوف كيدل او په موضعی توگه اتشار سره عموميت لري.

دەثانىي كانسر

Introduction

- A: دبولي طرق دير عموميت لرونکى تومور دى.
- B: په USA دتپولو كانسر د وفيا تو خخه ۳۵% په غاره لري.
- C: دەثانىي كانسر خخه د وفيا تو اندازه په ۱۹۷۰ کې په لاندى توگه ده.
- نارينه ۲۱۰۰ تىيجى ۲۸۰۰ دنرانو د بىخۇ ترمنخ تناسب ۱:۳:۲
- D: صنعتي Exposure چى دا يتولوژي سره اړه لري.

Aniline dye, rubber industry and cable industry - ۱

۲- ته راولي سگرت خکول بسايي چى دمثاني د کانسر په منئ ته راتلو کې رولو لوبي.

۳- په انسانانو کې د تومور د عامل سره مخامنځ کيدل او د تومور د منخته راتلو تر منئ اوږده.

د تفريخ دوره شتون لري (۲۰- کاله).

E: د دى کانسر د Squamous cell په ډول کې يې لامل عبارت دي د مثاني مزمن اتنانات

د تېرو او S.Hematobium د دى.

F: د وقوعاتو معمولي عمر ۵۰- ۷۰ کلنۍ ده.

G: د تومور موقعیت:

۱- ۸۴% د مثاني وحشی او خلفي جدارونو کې.

۲- ۴۰% د مثاني په Trigone کې.

II: کلينيکي پلتني

A: گراس Hematuria ټولونه زيات عموميت لري او په ۷۵% پينسو کې اولنى علامه ده.

B: د مثاني تحرشیت د فريکونسی او Dysuria سره تقریباً يو پر درې پينسو کې او د مرض

په وروستني مرحلو کې زياتيرې.

C: د Micro hematuria شتوالي د ثبیت کولو لپاره اندازه ګيري ته ضرورت پينسيې.

D: خونریزی په ئانگوئی توگه متناوب وصف لري او دتشخيص په ئند کي يو فكتور هم

دي ئىكە مريض او طبيب بنايي چى يودبل سره گارپيرېدى.

III: تشخيصي طريقي

A: كوم وخت چى دگراس له نظره متيازى پاك وي نو Urinalysis پواسطه Microscopic

خرگند يېرى Hematurea

B: دعلوي بولي طرق او مثانى دەكيدو دپاره اطراحىي يوروگرافى.

C: معمولاً تشخيص وضع كوي Cystoscopy

D: د انستىزى لاتدى Bimanual معاینه دتومور درجه معلومول دپاره اجراکول د تداوى

خخه مخکى اندازه گيري دپاره ضروري گنل كېرى.

E: بايوپسى دتومور درجه بندى او دارتىشاح ژوروالى اندازه كولولپاره د مرحله بندى

طريقي يوه برخه ده.

F: Cytology په صنعت کى بنايي چى سكرىنتگ قدرت ولري او په تعقىبىي پروگرامونو

كې بنايي چى افتونه په ابتدايىي مراحلو كې تشخيص كېي.

G: Cystography د جدار د مشانى Triple voiding cystogram په شكل كې بنايي چى

ارتىشاح خرگند يېرى.

IV: تصنيف بندى

مرحلی: ۰ یواخی سطحی مخاطی غشاء کی ئای لری

A: تحت المخاطی سطحی ته پراختیا کوي..

B: عضلاتو ته سطحی اتشار لری.

B²: عضلاتو کې عميق سطحی پراختیا مومي.

C: ارتشاح Perivesical

D: دمثاني خخه دباندی اتشار.

۱- اناتوميك فكتورونه

A: دمثاني په جدار کې د تومور د نفوذ ژوروالي یواخی تولونه مهم فكتور دی. چى د يو

مخصوص افت اخري انزارو په باره کې لارنسونه کوي او په دريم شكل کې ورکړل شوي د

مثاني کانسر درجه بندی لپاره اساسی لارنسونه هم برابروي.

B: دزيات شمير تومورونو شتوالي بيله کوم اتشار يا دافت اخته شوي ناحيي بنايي چى د

تداوي طريقي په تعين کولو کې يو مهم فكتور وي.

C: د کليوي حويصل يا د حالب د مقدم کانسر خخه بنايي چى تومور بستکته خواته خبيشه

حجرات اتشار کوي.

D: ميتاستازس دلمفاوي او دموي او عيو له لاري صورت نيسسي.

E: د انزارو تقسيم کونکي خط د B¹ او B² ترمنځ قرار لري.

F: د VICC او AJCCS له خواتشكيل شوي TNM سيستم درسم شوي اميريکائي سيستم سره مقايسه کيداي شي په هر حال په دی هيوادونو کې TNM سيستم په پراخه توګه استعمال نه لري.

۲- هستالوجيکي فكتورونه:

د تومور هستالوجيکي منظره بنايی چې د تومور د ارتتاح او اتشار کولوقدرت په باره مونږ ته يو خه ناخه لارښودنه کوي زيات شمير Anaplastic افتونه معمولاً د ديرژور ارتتاحي توموروونو کې ليدل کيردي.

A: اولني مرحله : Papilloma papillary carcinoma
B: دويم نه تر خلورم درجي : Transitional Cell Ca (بشه تفريقي شوي نه تر Anaplastic)
پوري).

C: Squamous cell carcinoma

D: Sdeno carcinoma :D
Urachas Cystitis glandularis يا چې د بنايی چې د خخه منشاء اخلي
1% خخه کم).

۳- یوئای درجه بندی

لاندی ورکړل شوي مرحله بندی د تومور اناتوميک وسعت او هستالوجيکي منظره د اساسي
كتنو په حيث.

A: ۱ گروپ سطحی مرحله (O,A,B) تست درجه I,II

B: ۲ گروپ سطحی مرحله (B ۲,C) لوره درجه III,IV,VI

C: ۳ گروپ میتاستاتیک مرحله (D) لوره درجه III,IV,V

۴- دویمی کتنی

دنداوی دهول معلومولو خخه مخکی لاندی فکتورونه باید کتنی لاندی ونیول شی.

۱- دمیریض عمومی صحت

زیاتره مریضان د ۲۰ کلنی خخه زیات عمر لرلو له کبله نو Geriatric ناروغیو سره مخامخ

وی.

۲- دبولی تناسلی نور ملگری پر ابلمونه:

لکه Prostatism بولی طرق اتنات، دحالب بندش، دپنستور گو Compromised وظیفه.

۳- دتمور دعو دکونکی اندازی تاریخچه:

دتمور دعو دکولو لوره اندازه بنایی چی دنداوی په پلان دھنډ سره مخامخ کړي.

۴- مخکی اجراء شوي جراحی یا شعاعی تداوی باید حتماء د نظر لاندی ونیول شی.

۵- دجراحی یا شعاعی درملنی تربیت، تجربه او هنر

۶- دعملیاتو خخه وروسته د کوم بولی انحرافي الی یا لاری استعمال په مورد کې دمیریض

تحمل لرلو قدرت شتوالی.

۷- د Metastasis عمومي ناحيى عبارت دى لە ناحيوي لمفاوي عقدات، ئىيگر سېرى او

ھلەوکى.

V: دتداوى پرنسيپونه:

دتداوى ۋول او وسعت يا پراخوالى دلاندى فكتورونو پواسطە معلوم كىدai شىچى

مخكى هم ذكرشوي وھ.

۱- اناتوميك هستالوژي تصنيف بندى.

۲- دتومور موقعىت.

۳- دمريض عمومي وضع ياصحت.

۴- مخكينى تداوى

A: جراحى تداوى طريقى:

۱- دھغە سطحى افتونو چى دعو د كولو اندازه يې كم يابطي وي دتشخيص دپارە معمولاء

او د برقىي صدمو Fulguration پواسطە استعمالىبىي او Endoscopic Resection

همدارنگە دېرەنخ تللې واقعاتو يا دجراحى زيات خطر لرونكىي مريضانو كې دخونرېزىي

دكترول دپارە هم استعمالىبىي.

۲- دلوى سطحى تومورونو يازيات شمير افتونو او دخونرېزىي دكترول دپارە واژلۇپ

استعمالىبىي Fulguration يا Resection.

۳- دمثانی په کنبد (Dome) یا جنبی جدار کې واقع لوی او واحد افت دپاره دمثانی

خانگری شویدی اوکه افت دحالب خولی سره تزدی موقعیت ولري Segmental resection

نو دحالب Remiplentation ضرورت گنل کېږي.

۴- تام Cystectomy دپاره یو بولی انحراف ته اړتیا پیښیږي او په دې جمله نساي

د حوصلی موضعی عقدات دپروستات د منوی کھوپری او احیلیل خومره برخه چې ضروري

وې شامل دي.

A: هغه وخت استطباب لري چې تومور اتشاري یا Anaplastic Cystectomy وي نو

ترايگون ناحيې کې وي د مریض د ژوند نبه انزار لري او د حوصلی ناحيې څخه دباندی هیڅ

دلیدو ورنه وي Metastasis.

B: جراحی نساي چې په دوه عملیاتو کې اجراء شي چې انحراف په اول او په تعقیب

وي یا همدارنګه په لمړی مرحله کې هم اجرا کولای شو. Cystectomy

C: د انحراف عمومي شکلونه

Uretroilial illeal loop - ۱

Rectal Bladder with colostomy fecal rectal - ۲

Bleeding uretro cataneus - ۳

۵: د تصنیف بندی له نظره د جراحی غوره طریقی

A: گروپ: سطحی مرحله I, II Ca O.A.B تیت درجه ۱

۱- Fulguration او Endoscopic Resection

۲- دمثانی Segmental resection په انتخابی پینسو کې.

۳- دمثانی دزیات شمیر Papillomatosis حینی مقاومو پینسو دپاره تام Cystectomy

B: گروپ: تروره مرحله C ۲ لوره درجه III, IV, Ca

۱- تام Cystectomy دبولی انحراف سره.

۲- په انتخابی واقعاتو کې د مثانی Segmental Resection

C: گروپ:

میتاستاتیک مرحله D لوره درجه III, IV, Ca کله کله بولی انحراف.

B: شعاعی تداوی:

۱- دشاعاعی تداوی اساسی غری Super voltage تراپی دی او په لاندی حالاتو کې

استطباب لرلی شي.

A: گروپ: سطحی مرحله I, II Ca O.A.B درجه ۱

۱- د Transurethral resection جراحی اقداماتو لکه د Fulguration او Conservative

دپرابلم کنترول کولو کې ناکامی نه وروسته.

۲- دکثیر التعداد Papillomatosis په واقعاتو کې که افت د ۱۰ خخه زیات وي چې

دموضعي اقداماتو سره مناسب عميق دوزونو لکه Radiu مخنيوي کوي.

۳- کوم وخت چې افت خپل هستالوژيکي درجه او د انتشار ژوروالي ته بدلون ورکړي او د

گروپ افت باندی بدل شي.

۴- د تام Cystectomy د متبادل په حیث کوم چې دافت د موقعیت يا د مریض د عمومي

صحت له نظره ورته اړتیاء پینبه شي.

V: په راتلونکي کې د Papilloma د تشكيل خخه مخنيوي د پاره دو قايوی اقدام په حیث

ګټور نه دی.

B: گروپ د پاره ژوره مرحله (B ۲, C) لوره درجه III, IV

۱- هغه افتونه چې د انتشار وصف يې معلوم شوي وي ده ګندي د انتشار د مخنيوي لپاره

جراحی محافظه کار اقدامات ناکام شویدي لکه د دريم او خلورم درجي Transitional

cell په پینبو کې.

۲- په هغه Ca کې چې عضلي طبقي Perivesical انساجو کې بنه ژور نفوذ کړي وي د

تشعشع سره لاسته راغلی ژوند اندازی ده ګنو اندازو سره چې جذری Super voltage

جراحی تداوي تام Cystectomy په واسطه لاس ته رائحي د مقاييسی وړ دی په داسي حال

کې د Super voltage تراپي خخه وروسته تومور عود و کړي نو جذری جراحی اجراکولو

مخه نیوول کیدای نشي.

۳- په دی مورد کې زیاته اندازه شواهد موجود دی چې ددی صنف مریضانو تقریباً ۵۰%

د حوصلی عقدات داسی ماوف شوي دي چې تداوی ته اړتیا پیښیږي.

C: گروپ دپاره: میتاستاتیک مرحله D لوره درجه Ca III, IV

۱- د درد او Hematuria په کنترول کولو کې د عرضی تداوی په حیث:

۲- د Anaplastic دانحراف ورکوونکی طریقو لکه استعمال دیو دوامداره لور دوز

یوځای وي دانحراف ورکوونکی طریقو لکه ileal bladder

کورس دپاره اماده ګې او اسانтиبا برابروي کوم چې د ژوند اندازه زیاتولی شي.

۲- د تشعشع نوری طریقی

A: د سطحي فتونو دپاره داخل جوفي میتدونه: لکه د مرکزي Mediu Intracavitory منبع

یا ایزوتوپس سره Dallon

B: د ضخیم افتونو او د هغه افتونو چې مثانی جدار ماوف کړي وي Cystotomy او بین

الخلالي Implantation

C: د عمیق افتونو دپاره Super voltage تشعشع:

يو توموري دوز د rads ۲۰۰ په اندازه د ۵= ۲ هفتودپاره او بوستر دوزونه د ۱۰۰-۵۰۰

راده پوري دانتخابي توموري ناحيو ته ورکول کيربي چي په دى جمله کي د حوصلى عقداتو

تراپي تر rads ۵۰۰۰ پوري په کي شامل دى.

D: دميتاستاتيک افاتو دپاره چي دعرضي تداوي په ډول تشعشع اجراکول.

۳- دتشعشع په مقابل کي تعامل:

A: فوري يا عاجل تعاملات.

۱- دا په اخري هفته کي او د X-ray تراپي خخه خورئي وروسته واقع کيربي يا په % ۲۰

مریضانو کي دايزيوتوب خخه يو خورئي وروسته منځ ته رائي.

۲- ددي په جمله کي Urgency, Frequency, Dysuria, Nocturia او سهال شامل دي

داموقتي وي او د کانزرويتو تداوي په ذريعه په موثره توګه کنترول کيدا شي.

۳- نوموري دمثاني دماوف کيدو وسعت او د تومور اختلاطاتو او نورو فكتورونو لکه

BPH اتنان پوري اره لري.

۴- دمنتن شوي مثاني يا په پراخه توګه Fulgurate شوي مثاني په واقعاتو په تداوي کي

Morbidity زياتيربي.

D: موخر شعاعي تعاملات (جنبي عوارض):

۱- په دی جمله کې اساسی تعاملات عبارت دی د Cystitis تفلس شوي مثانی تقرح او ترف Celitis یا خخه دی.

۲- دامعمولاء د تداوی خخه ۱۲-۲ میاشتی وروسته منځ ته راخي.

۳- دتشعشع خخه وفیاتو اندازه تقریباء ۲% ده.

C: کیمومترایپی

۱- دسطحي عود کوونکي افاتو په تداوی کي په موضعی ډول TEPA علاوه کول یوڅه ناخه ارزښت لري. د Leukopia پرابلم بنايی چې د جذب کيدو پواسطه منځ ته راخي.

۲- په سیستمیک ډول یواхи FU ۵ تطبیق کول د مثانی زیات تعقیمیدو هیڅ شواهد یا د عملیاتو خخه وروسته تطبیق کول د مرحلو درجی کموالی نه دی ورکړي.

: IV: تیيجی

A: یوسطحي بنه تفریق شوي تومور بهترین اتزار لري.

B: د تداوی د طریقو تایج بیل بیل اندازه کول مشکل دی ټکه مریضانو باندی دیوڅخه زیات تداوی ګانی په عین زمان کې اجراء کېږي.

C: دسطحي افاتو Endoscopic تداوی ۸۰% د ۵ کالو ژوند اندازه ورکوي. D: د ۵ کالو ژوند اندازه.

د مثانی Ca مقایسوی تیيجی په ۵ کالو کې.

Cystectomy Versus Super Voltage تشعشع په مقابل د تام

% ۷۱-۱۲

% ۲۸-۷

% ۱۲-۰

مجموعاء ۳-۲%

پاملرنه

په هره مرحله کې ورکړي شوي لوی عددونه د مریض د انتخاب او ملګرو نور طبی مرضونو

له کبله دی.

E: د عملیاتو خخه مخکی شعاعی تراپی دملی خیرنی تیجی:

۱- د مثانی انتشار کارسینوما په ۳۲ مریضانو خیرنی لاندی ونیول شوه.

۲- د هغه مریضانو د جملی خخه چې ۴۵% په علاوه شویدی ۴۵ rads یې په خپل تام توګه قطع شوي مثانه کې هیڅ تومور نه لري.

۳- د نه تشعشع شوي مثانو خخه ۱۰% د تومور خخه ازاده وه (ددی تومورو) نو مخکی له دی پواسطه تداوی شوي وو.

۴- د تشعشع شوي گروپ کې د ژوند اندازی د نه تشعشع شوي گروپ په نسبت بنه نه وو.

٥- FU د Double Whitmores non Placebo په نسبت ژوند اندازی نه بنه کوي او

مطالعه Memorial شفاخانه نيويارک بسار چي B٢C ژورو randomized F blind study

مراحلو واقعاتو بنه تایج بنودلی دي يعني د جراحی دپاره ٣ کالو ژوند اندازه ٢٠% په

مقابل ددی دتشعشع او جراحی دپاره ٣٦%.

Conclusion :C

١- دتراپي کوم يواحيني ډول وجود نه لري چي دنورو په نسبت بهتروي.

٢- دهر ظانگړي پېښۍ دپاره دهير متغيره شيانو دوزن کولو نه وروسته بايد تداوي

انتخاب شي.

٣- مرحله بندې:

دانزارو په اندازه کولو کي درجه بندې دهير زيات اهميت لري.

٤- د بهترینو مجموعي تایجو دلاسته راولو لپاره Collaborative طريقو ضروري ګنل

کېږي (جراحی، شعاعي تراپي، کيموتراپي او طبعي تنظيم د بيمارشوو کسانو دپاره).

٥- د مقاييسه کولو د مقصود دپاره د تداوي تسيجي اندازه یوم مشکل کار دی.

پروستات

Introduction

A: ايتالوژي - معلومه نه ده لakin یوڅه هورموني ارتباط وجود لري.

B: دنارینه و مرض دی چې د ۵ کلنی نه وروسته واقع کېږي او په ټوانانو کې نادراء

دلیدنۍ وړ دي.

C: د ۵ کلنی خخه زیات نرانو کې ټولونه زیات عمومي کانسر دی (پوستکې په دی

جمله کې شامل نه دي.

D: دوقوعاتو عمر USA ۱۹۵۰

۱- هر ۱۰۰۰ کې ۳۶ (مجموعي)

۲- هر ۱۰۰۰، ۸ ۳۴ (سپین پوستان)

۳- هر ۱۰۰۰ ۴۹، ۹ (چې سپین پوست نه وي).

E- د تومور د پاره وسطي عمر ۷۰ کلنی ده.

F: د پروستات Ca خخه تقریباء ۱۷۰۰۰ په یوکال کې مړه کېږي.

G: په نرانو کې د وزونکی کانسر د جملی خخه د وهمه درجه کې راخي (سرېي، پروستات،

کولون)

H: په Autopsy کې د هستالوجي د نظره تثبیت شوي پروستاتيک

وقوعات

د ۵ کلنی خخه زیات سن نرانو کې ۱۴-۲۴% دی.

I: د ۵ کلنی نه وروسته ددي دوقوعاتو اندازه ۱۷ کالو نه وروسته زیاتيرېي.

J: معمولی تومور یې Adeno Ca دی او Sarcoma نادر دی.

تقريبا هر کال ۳۵۰۰۰ نوى واقعات منح ته راهي.

II: ڪلينيڪي پلتهنى

A: موضعى

۱- هيچ اعراض نه لري.

۲- دملگري سليم پروستاتيك Hypertrophy دکله د بندش اعراض وركولاني شي.

۳- دسليم ناروغيو د پاره اجراشوي جراحى كې په تصادفي توګه ليدل كيرې.

B: پرمختللې

۱- دمتيازو د بندش اعراض.

۲- ميتاستاتيك اعراض (دهپوكو درد، وزن بايلل، يوريميا)

۳- هيماتوريا د پروستات سليم ناروغيو سره د خبيشه امراضو په نسبت زيات عموميت

لري.

III: د تشخيص طرېقى

A: موضعى

۱- د Rectum معاينى په اساس د پروستات د جملى خخه ۵۰% Carcinoma په ثابت

كولو كې كمک كوي.

۲- هستالوجیک تشخیص اکثراء دهنه Specimen دماینی په واسطه سرته رسی کوم

چی د BPH دپاره اخیستل کیری.

۳- دسیروم Phosphatase نارمل وي.

۴- یو Needle بایوپسی (عجانی یا Transrectal اکثراء مناسب وي.

۵- په انتخابی پینبو کی واز بایوپسی ته هم ضروت پیدا کیدای شي.

۶- د په ردولو کې منفي سایتولوژي لې ارزښت لري.

۷- دهه وکي Survey کوم میتا ستازس نه خرگندوي.

۸- کوم وخت چی دهه وکو سروی منفي وي نو دهه وکي Sr F\ Scan حینی وخت دفعاليت

غیر استثنائي ناحيه به خرگنده کړي.

B: پرمختللي

۱- دریکتم معاينه دجامد تومور موضعی انتشار بسکاره کوي.

۲- د دوه پر دری پینبو کې چی تومور میتا ستاتیک انتشار کړي وي سیروم اسید

سویه لوره وي Phosphatase

۳- که میتا ستازس هله وکو ته صورت نیولی وي نو الکالین Phosphatase سویه لوره وي.

۴- دهه وکو سروی میتا ستازس عمومي ئایونه (حوالله ، فقرات) بسکاره کوي چی ۹۰%

پینبو کې Osteo blastic وي

۵- Needle بايوپسي ساده او اسان تشخيص دی واز بايوپسي ته نادراء اړتیا پیښېږي.

۶- د منفي عظمي سروي سره هډوکي (Sr^{85} - $F1^{81}$) بنائي چې په ۲۰% واقعاتو کې ثبت

وي نوموري طريقه اکثرا ميتاستاتيک مرض نورهم اتشار او توسع کړي بسکاره کوي.

IV: تصنيف بندی:

A: اناتوميك (امريکائي سیستم)

A: مرحله: پټ کانسر

B: مرحله: کانسری Nodule د پروستات محفوظي پوري محدود وي.

C: مرحله: کانسر د محفوظي خخه د باندی شاوخوا جوړښتونو ته توسع کړي دی یا

د محفوظي په داخل کې محدود دی لکن ورسره د سيروم Acid phosphatase سويه لوره ۵۵.

D: مرحله: د هډوکي یا د حوصلۍ خخه د باندی اعضاء ماوف کيدل ليدل شويدي.

پاملونه

د VICC له خوا TNM په لاس کې شته لکن په پراخه توګه نه استعمالېږي د TNM مقاييسه

ور اصناف د امريکائي حرفي سیستم په څنګ کې ورکړل شويدي.

B: هستالوجيکي

Adeno carcinoma - ۱

۲- د تومور پېژندنه په انتارو کې اهمیت لري.

۳- انتشار ډير عموميت لري لakin انزار سره کوم اړيکي نه لري. Perineal

V: د تداوي پرنسيپونه

A: موضعی مرحله (A,B) شفا وړ دی.

۱- جذری Prostatectomy یا Retropubic Transrectal دعجانی لاري خخه.

A: پروستات، منوي کھوپي او د مثاني Cuff ليري کېږي.

B: په صحت مند نرانو کې د موضعی افت د پاره موثر تداوي چې معمولاً ۹۰ کلنی نه چې.

کم وي د میتا ستارس شواهد نه لري او د ۱۵ کالوژوند اندازه هم به دی وجود لري

(تقریباء د ۱۰-۵ مريضانو د پاره)

۲- هغه مريضان چې د جراحی توان نه لري د استروجن او Orchietomy پواسطه تداوي

کېږي یا یواحی مشاهدي لاندی نیول کېږي یو V.A مطالعه داسی نظر ورکوي چې

استروجن داساسي Thrombo embolism اختلاطاتو کې په کافي اندازه زيات والي منځ

ته راولي خصوصاء هغه مريضانو کې چې یو اوږدی مودی د پاره د تداوي لاندی ساتل

کېږي.

۳- شعاعي تداوي

ددی ډول تداوي کې د تجربې زيات والي د موضعی انتشاري او په متوسطه اندازه توسع

کړي کانسر (د پروستات د محفظي خخه) د Papemia داحتباس سره که موجود وي د

Super voltage شعاعی تداوی چیر شفا بخبیرونکی اول خواته لاربسودنه کوی دا د B او C

مرحلی پوری ارتباط لري.

B: پرمختللي مرحله (D) شفا وړ نه دی.

۱- استروجن او Orchectomy زیادتره استعمالیږي.

۲- شعاع دهه وکو درد دبه کولو او حینی وخت د موضعی منتشر تومور چی تراپی مقابله کی حواب نه وايی دپاره موثر تمامیږي.

۳- دعکس العمل نه ورکوونکی افتونو دپاره د Steroids استعمالیږي.

۴- دهه وکو میتاستاتیک مرضونو کې P^{32} یوڅه ناخه ارزښت لري.

۵- اوس خیرنی Anti Androge cyproterone acetate او شویدی.

نتیجې:

A: جذری Prostectomy (د شفا دپاره)

۱- تقریباء ۵% د ۵ کالو ژوند اندازه لري.

۲- تقریباء په ټولو پیښو کې Impotence منځ ته راخي.

۳- ۱۵% نه تر پیښو کې Incontinence واقع کېږي.

۴- په حینی Series کې د موضعی منتشر افت دپاره هارمونی تداوی او په تعقیب جذری

اجراء کول په مساوی توګه بنه تیجه ورکړی دی.

۵- بنه تفریق شوی افتونه بهترین انتار لري.

۶- د ۱۵ کالو ژوند اندازی ۳۳ % د ۸۲ خخه ۲۸ مريضان چي دپروستات پوري محدود

کانسر دپاره جذری Prostatectomy پواسطه معامله شول مرحله).

B: استروجن اويا Orchietomy (دعرضي تداوي دپاره):

۱- په هغه مريضانو کې چي پراخ metastasis او دهه وکو درد لري Dramatic تسيجي لاسته

ragliي دي.

۲- ۹۰-۸۰% په هغه مريضانو کې بنه عکس العمل چي اول حل دپاره تداوي لاندي نیول

شوی وه.

۳- د Orchietomy او هارموني تداوي سره مساوي عکس العمل ورکوي.

۴- دهه وکو Metastasis بنايي چي دمينځه تللى وي.

۵- پروستات معمولاً په ۴-۶ هفتوا کې کوچنۍ کېږي او معاينه کوونکي بنايي چي تومور

جس نه کړي.

۶- یو حل چي Metastasis منځ ته راشي نو پرته لدی په افت خومره تفریق شویدي د ۲-۳

کالو ژوند اندازه تاکل کېږي.

۷- دمرض پرمختللي اعراض لرونکي مرحلی دپاره داستروجن Stilphosterol داخل

وريدی لور دوزونو تخصيص بنايي چي عکس العمل نور هم بهتر کړي.

C: شعاعي تراپي (شفا دپاره)

۱- Super Voltage تداوي:

۲۶۶ مريضان چي موضعی توگه منتشر کانسر لري (B and C مرحله) کوم چي د ۱۸

مياشتونه تر ۱۰ کالو پوري تعقيب شوي دى د Cage او Borkson په واسطه دوى په کالو

ژوند اندازه ۲۰% ده هم په دى گروپ کي ۵۹ مريضان د ۵ کالو ژوند په خطر کي دى او

۲۵ د نيوپلازم شواهد نه په غير ژوندي دي.

ددى نه علاوه گستى داسى دى چى ۷۵% هغه پىنسو کي Potency په قرار ساتل كىپى كوم

چى ددى دلرلو ادعا کوي او هيچ Incontinence نه ليدل كىپى.

۲- شعاعي طلازرق په بين الخلالي مسافى کي:

يوه ڏيره لوره اختصاصي طريقه ده چى ديوکلينيکي گروپ دپاره بهترینى نتيجى

وركپيدي په هر حال ددى استعمال دومره وسيع او پراخ شوي نه دى.

D: په مختلفو Series کي استعمال شوي دتداوي مختلف طريقو دتايابي مقايسه کول

مشكل دى ئكه چى دمريضانو ور گروپونه مطالعى لاندى نه دى نيول شوي يعني مرحله

بندى او ورسه ملگرى طبي مرضونه فرق کوي.

خصي (Testis):

Introduction

A: په نرانو کې د تولو کانسرونو ۱٪ تشکيلوي.

B: متوسط عمر ۳۲ کلنی دی چې د عمر په دی گروپ کې ټولونه زیات واقع کیدونکي Ca

د جملی څخه دی.

C: په Cyprotorchid خصيو (ښکته شوي نه وي) کې وقوعاتو اندازه يې زیاته ده.

D: ایطالوژي معلوم شوي نه ده.

E: بنی طرف يې په ۵۲، ۳٪ پینسو کې او چې طرف ۷، ۷٪ پینسو کې ماوف کېږي د دوه

طرفه Cyptorchism واقعاتو کې مخالف طرف خصیې په ۲۴٪ پینسو کې باندی اخته

شوی او سفن کې ښکته شوي خصيو کې ددي اندازه ۱٪ وه.

II: ګلينيکي تشخيص

A: هیڅ ابتدائي اعراض نه لري.

B: په خصيو کې دكتلى شتوالی یو ابتدائي کتنه ده.

C: د خصيو جامد يا ګلکي تومورونو د جملی څخه ۹۶٪ خبيث دي.

D: تفريقي تشخيص

Epididymitis - ۱

Spermatocèle - ۲

Hydrocele - ۳

Benign Tumor (Rare) - ۴

Orethritis - ۵

Gynecomastia - E

F: دمیتاستاز اعراض

۱- عقداتو ماوف کیدل Periaortic

۲- ریوی میتاستازس

III: تشخیصی طریقی

A: جس

B: ثدیو معاینه

C: دخسیو افتونو Transitillumination

D: صدری عکسونه

E: اطرافیه یوروگرام بنايی چى د عقداتو ماوف کیدوله کبله تولید شوي Periaortic

دحالب انحراف بسکاره کوي.

F: د LH تاثیر اندازه کولو دپاره سیروم يا متبازو معاینه کول.

G: لمفوانجیوگرافی

۱- باید ترجیحاء دخصیو او Pedicle دواړو Lymphoangiogram اجرا شی ټول عقدات

دی ولیدل شي خصوصاء دچپ کلیوي Pedicle

۲- یو مثبت Radiography کتنی دجراحی کتو سره بهترین ارتباط بنکاره کړي په ۶۸%

پیښو کې د Pedicle lymphoangiogram پواسطه یو مثبت تسلیخ وړاندوينه شویده.

IV: تصنيف بندی:

په دی اوسنی وختو کی داناتومیک تصنیف بندی اوډه ستالوژیک ډولونو ټاکل پیژنډل

شویدی دواړه ذکر شوی فکتورونه د ازارو او تداوی په ټاکلو کی مهم رول لري.

A: هستالوژیکی ډولونه

تولیدی نسج خخه منشاء ۹۷% Semonoma .۵%

تیپیک (کلاسیک)

اناپلاستیک

Spermatocytic

غیر تیپیک

% ۲۰ - ۱۵

Embryonal Ca

% ۵ - ۱

Teratoma

Teratoma - ۱ (خیثه ناحیو سره)

% ۲۵ - ۲۰

Teratoma carcinoma

% ۱

Chorio carcinoma

% ۲۰ - ۱۵

کلپ تومورونه

غیر تولیدي نسج خخه منشاء (%) ۳

بين الخالي حجراتو تمورونه

تومورونه

B: اناتوميك مرحله بندی

Waiter Reed - ۱ سیستم

IA: تومور يو خصيي پوري محدود دی: دتومور اتشار کوم کلينيكي يا Radiographic

شواهد وجود نه لري بنايی چى په دی جمله کې اطراحیه يا Retrograde يورگرافی لمف

انجيوگرافی سفلی او صدری Reentgenography Veno cavography شامل وي.

IB: د IA په شان لakan يافوق البهري عقداتو تسلیخ پواسطه د هستالوزيکي شواهد وجود

لري.

II: د فخذدي iliac يا فوق ابهري عقداتو ته د ميتاستازس کلينيكي يا د راديوجرافی له

نظره شواهد موجود وي د حجاب حاجز خخه پورته يا دحشوی اعضاو ته د ميتاستازس کوم

ليدلو ور شواهد نشه.

III: د حجاب حاجز خخه پورته یا د عضویت نورو لیری خایو اعضاو ته د میتاستازس

کلینیکي یاراديوجرافی له نظره شواهد وجود لري.

۲- TNM , VICC، تصنیف بندی مشایع کړیده لکن دا اساسا د مرحله بندی په عوض

د مقدم افت تفصیلات لري چې کلینیکي ارزښت یې کم دي.

۳- د مثبت Seminomas وقوعات د خصیو تومورونه او نور Lymphadenectomy دپاره

. ۳۸٪ وه.

د تداوي پرنسپیونه:

: جراحی A:

۱- هر خومره چې ژرامکان ولري مغبني پلتنهنی Ingual Exploration دی اجراء شي د

لور سویه باندی ترل او داشتباہ لاندی افتونودپاره Orchiectomy اجراء کول د تومور

د جس او ګوټو پواسطه لټیلو خخه مخکی دوینی ارواء کنترول ممکن دي.

۲- د ټولو Germinal تومورونو په استثناء د خالص Seminoma او Chlorio carcinoma

دپاره دوه طرفه عقداتو تسلیخ تجویز کېږي.

B: شعاعي تداوي

۱- د Seminoma دپاره دعاوی شکل د Retroperitoneal او Homo lateral iliac

عقداتو تشعشع دي.

۲ - په Seminoma که عقدات هم ماوف شوي وي نو د پورتنی په خير

تشعشع سپارښته کيربي او همدارنگه منصف دپاره او وقايي په منظور اجراء کيربي.

عقداتوله نظره دتداوي استطباب: Retroperitoneal C

عقدات مثبت	عقدات منفي	هستالوژي
------------	------------	----------

(خالص)	Seminoma
--------	----------

S-X ±C	OX يا S	Embryonal
--------	---------	-----------

S	(خالص)	Teratoms
---	--------	----------

S-X ±C	S	Terato Carcinoma
--------	---	------------------

C يا O	Chronio Carcinoma
--------	-------------------

جراحي = S	تشعشع = X	کلی : کيموتراپي = C
-----------	-----------	---------------------

: کيموتراپي D

په ګډ ډول د پرمختللي مرضونو د Chlorambucil او Actinomycin D , Methotrexate

پاره استعمال شويدي ابتدائي تایج بنایي چې درجاتي یا X-ray تراپي سره چې

د کيموتراپي سره یوځای نه وي نسبتاً د ژوند اندازه زیاته وي.

E: د بسحوم کې کيموتراپي ډیره موثره ده لakin په نارينه و کې دومره Chrorio Carcinoma

تاثير نه لري.

د Actonomycin او Mithramycin د پاره موثر دی Seminoma د Chlorambucil :F

او Embryonal د پاره موثر دی Terato carcinoma.

نتیجی

د ۱۰ کالوژوند اندازه گیری تولو مراحلو دپاره:

د تومور نوع	٪ ۳۵	اندازی ژوند	دپینبو شمیر
Semonoma	٪ ۹۰	۳۳۲	
Embyenal Ca	٪ ۴۷	۱۵۷	
Teratoma Ca	٪ ۱۱	۲۰۶	
Chorioc Ca	٪ ۱۰۰	۹	
گه تومورونه	٪ ۲۰	۱۳۱	۸۳۹
مجموعه			

B: په ناحيوي لمفاوي عقداتو کې دعود کوونکی Seminoma ۵۵% واقعات دتشعشع

پواسطه نور ۵ کالو دپاره شفا حاصل کيدای شي.

D: د خرابو انتزاو منظره په دی ډول ده

درد، د محفظي ماوف کيدل د اوعيو ماوف کيدل بین Lymphoid stroma نشتوالي

الخلالي حجراتو Hyperplasia د Endotrophic فعالیت لوروالی Gynecomastia هغه

فكتورونه چى د انزار لە نظرە كوم اهمىت نه لرى عبارت دى دتومور د جسامت اواد

اعراضو دوام چخە.

۱- يو طرفە Lymphadenectomy د دوه طرفە Lymphadenectomy پە خىر دژوند

اندازە ورکپى ده. ۴۷% او ۴۴% بالترتيب ددى پۇبىتنى دخواب دلەولۇ دپارە كلينيكي

ازمايشونو سرتە رسول او همدارنگە دعملييات چخە مخكى يا وروستە د

سرە تشعشع اجراء كولورول اندازە كولو دپارە هم پە كلينيک كې

بە خىپنى تر سرە كىرپى.

دپوستکي کانسر

۱- تناظر

دپوستکي دخبيته افاتو دکانسر و نو مطالعه کول په زړه پوري خبره ده خکه چې نوموري کانسرونه د تداوي په مقابل کې خه ناخه حواب ورکوي خرنګه چې د دپوستکي کانسرونه سطحي افتونه دي دپوستکي D کانسرونه D بطي نشونما له کبله موضعی پاتی کېږي جراحی اویا تشعشع په ځانګړي توګه په مساوی اندازه کامياب ثابتېږي ددي د جملی خخه د هر یو ګټۍ په مختلفو نيوپلازمونو کې ډير ژر ليدل کيدای شي.

۱- تعارف

A: وقوعات: خبيته مرضونو له جملی خخه دپوستکي خبيته افات زيات عموميت لري داسی اندازه شوي ده چې د ۴۰-۵۰% ده ګلکو خخه چې ۲۵ کلنی عمر ولري اویا کم ترکمه مخکي یوئل په څيل ژوند کې په کانسر اخته شوي وي زيات عموميت لري د پوستکي کانسرونه د تولونه زيات د کانسر و نو په دويمه درجه کې رائي که یو شخصي خبيث افت ولري نو ۲۰-۵۰% ددي امكان شته چې د دويمي کانسر د اخته کيدو په جمله کې به دپوستکي کانسر وي.

B: دپوستکي دکانسر ډولونه

دپوستکي ۹۰% کانسرونه د دوه ډوله هستولوزيک ډولونو له جملی خخه دي.

Basal Cell Ca % ۲۰ - ۱

Squamous Cell Ca % ۳۰ - ۲

دپوستکي پاتي ۱۰% کانسرونه د هستالوجيکي ډولونو ډير انواع لري.

Base squamous Ca - ۳

Malignant Melanoma - ۴

۵- دعرقيه او Sebaceous دغدو اتو ادينو کارسينوما

Kaposis Sarcoma - ۶

Mycosis Fungoides - ۷

Hodking's Disease - ۸

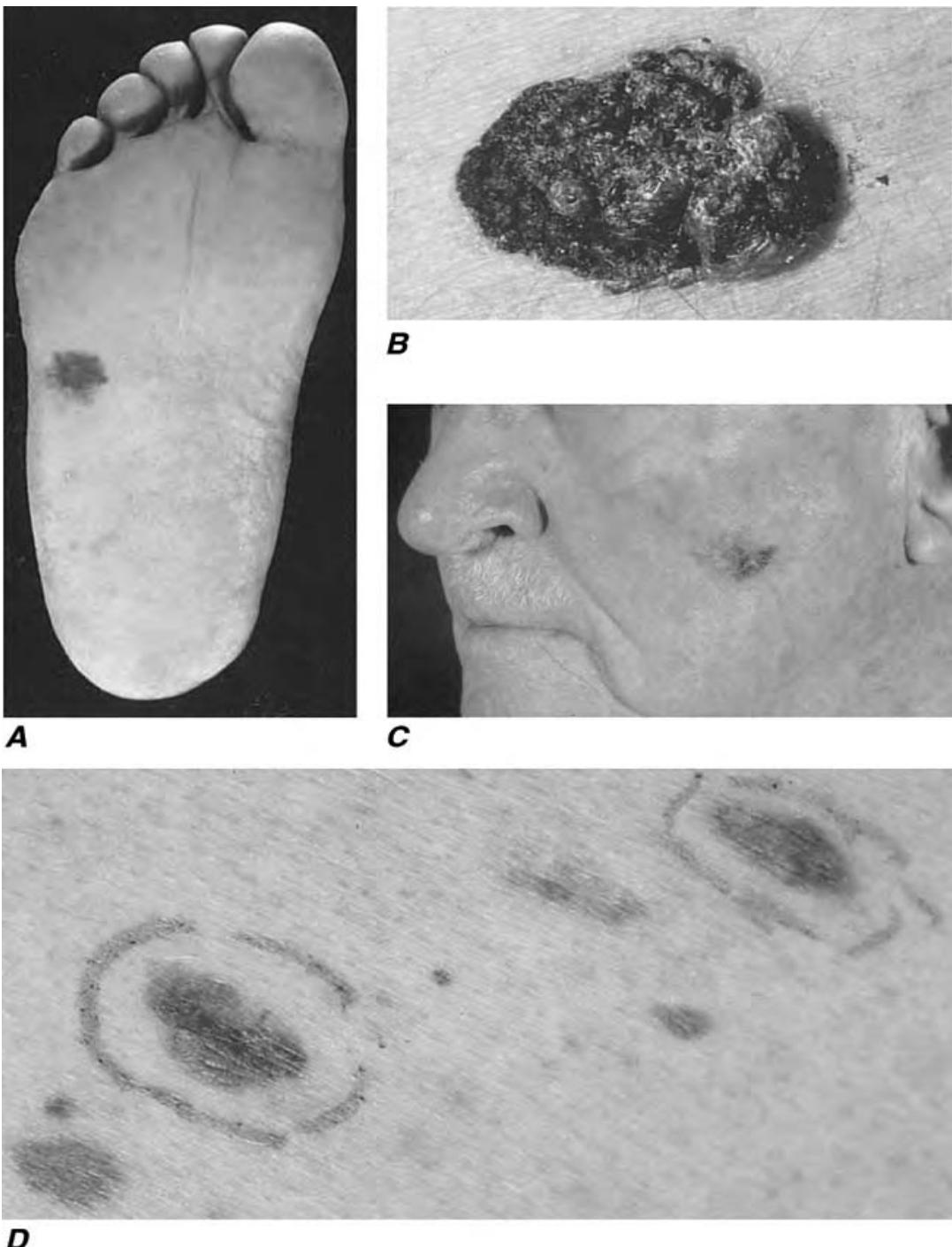
Mar Jolin's Disease - ۹

Lymphomas - ۱۰

C: وفيات : دپوستکي د کانسرونو دوفيياتو اندازه ډيره ټيته ده او د تداوي د هريو ميتد

سره د ۹۰% څخه زيات دشفا وردي یواحی د Malignant Melanoma په استثناء چې

دپوستکي په کانسر کې ئانګړي دپام ور موضع ده.



Source: Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J; *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 17th Edition: <http://www.accessmedicine.com>
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

Atypical and malignant pigmented lesions.

D: ايتولوژي فكتورونه

۹۵-۹۰٪ دپوستکي کانسرونه دعضويت په مکشوفه نواحيو کې منځ ته رائي نوله دی
 کبله د لمريزاد ايتولوژيکي فكتورونو په جمله کې شميرل شويده د نورو فكتورونو په
 جمله کې Xero derma pigmentosa چې په سابقه کې يې تشعشع اخيستى دی په مزمن
 ډول کيميايو موادو ته مخامخ کيدل د ويلی شوي فلزاتو سوئيدل او د زاره سوئيدلی
 تندبى زخم تقرحي کيدل شامل دي او د اي وصباغي Nevous مزمن تخرشيت په
 کې يو ايتولوژيک فكتور کيداي شي Malignant Melanoma.

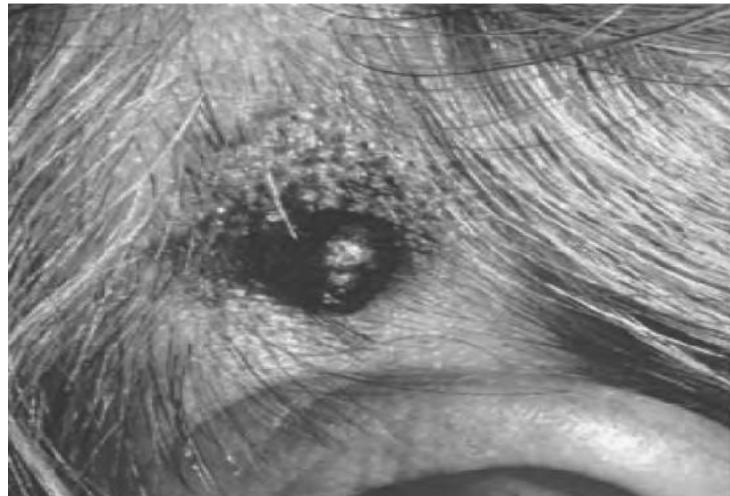
E: اپيديميولوجي

دپوستکي د کانسر زيات وقوعات دپوستکي په مکشوفه نواحيو کې قرار لري د صحیح
 هستالوژيک تشخيص نه وروسته یقيني تراپي د شفا لوري اندازی ورکوي چې له همدي
 امله دپوستکي کانسر د شفا وړ دی دپوستکي د کانسر لپاره مقدم صحیح تشخيص او
 یقيني تراپي باید په وقايوی ډول اجراسي ترڅو د شفا لوري اندازی منځ ته راشي.

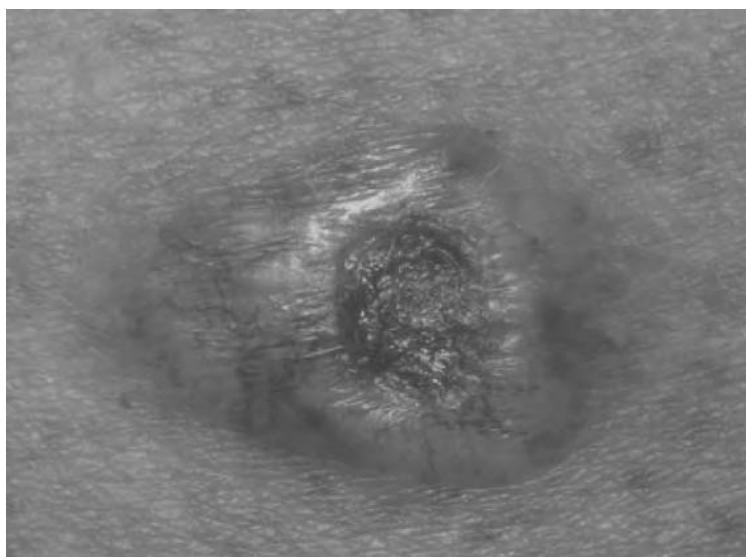
II: ګلينيکي تشخيص

Basal Cell Carcinoma : A : په پورته شوي کلک، سور يا سور فولادي شکل په خير افت
 د تندی، جفن، رخسار، پوزی او د شونډو په ناحيو کې موجودیت چې په کلاسيک شکل

Rodent قرحة چی په مرکزی برخه کې متبازره تقرحه ولري او مورفي کلک اوسي، زيادتره د خاته فکر کيرېي.



Nodular melanoma



Basal cell carcinoma

Squamous Cell Ca :B

نوموری کانسر Seales لري، keratotic وي او په خفيفه اندازه غير منظم پورته شوي څنه هی لري چې معمولاً سطحی او مزمن تقرح لري وروستني افت يې Exophytic او ماتیدونکي وصف لري چې لویه تقرح هم په کې ليدل کيرې.



Squamous cell carcinoma of the skin

C: د پوستکي نورکانسرونه

کومه وصفي منظره نه لري لکن د پوستکي هريو دوامداره نشونما چې په پیشرفته شکل دسطحي څخه پورته شي او تقرح ولري ديقيني تشخيص لپاره باید بايوپسي ورڅخه واخیستل شي.

پيش قدم خبيشه افات

د پوستکي کانسرонه په یوزيات شمير پيش قدم خبيشه افاتو سره منئ ته رائي چې په لاندی ډول دی:

Dermatitis - ۱

Senile Keratosis - ۲

Kerato A Canthoma - ۳

Bowen's Disease - ۴

Arsenical Keratosis - ۵

Unstable Burns Car - ۶

III: تشخيصي طريقي

A: بايوپسي Excisional

كه يو افت کوچنی وي او ۲ cm طول ولري او دهفوی موقعیت اجازه ورکري نود ۵. ۰ تر

۱. ۰ خندو پوری Excisional biopsy اجرا کيداي شي دا دول طريقه پتا لو جسيت ته يوه

مناسبه نمونه چي د خندو ټول جهتونه په کي وي او ژوروالي هم ولري په لاس ورکوي که

خندو مناسب او منظم وي نو دا يقيني تراپي ده او که خندو مناسب او يا منظم نه وي نو نور

تراپي ته ارتيا پيښېري معمولاً جراحى يا شعاعي تراپي ورباندي علاوه کيرېي چې په

موقعیت، مجاورت او په نورو اعضاو کې اتشار پوری اړه لري.

B: بايوپسي Incisional

دلويو افاتولپاره داډول بايوپسي چي يوه خنده احتواء کوي هدايت ورکول کيربي چي په تعقیب یې ژريقيني تداوي اجراکيربي يعني جراحی تداوي اويا شعاعي تداوي چي داهم په موقعیت دافت په نوع او دبی اعضاو سره التصاق پوري اره لري.

C: بيله کوم هستالوزيکي تشخيص خخه باید هيچ دول تعین تراپي اجراء نشي لakan دکوچني افاتولپاره يوه مناسبه Excisional بايوپسي عموماً یقيني تراپي ده.

D: که کانسر دھلکو سره ارتباط ولري نو دھلکي دتخريب د شتوالي د ثبیت کولو لپاره راديوجرافی توصیه کيربي.

E: يو داسی مریض چي Veseline میاشتی لپاره یا ولري دیوی میاشتی Multiple Keratosis علاوه کولوزیاتره افات لري کوي او هغه افات چي بیا هم دوامداره پاتی شي Aquaphor باید بايوپسي شي.

IV: تصنيف بندی

-A: اناتوميك : VICC د پوستکي کانسر چي د خخه علاوه وي.

-1 N⁰: هغه افتونه چي سطحي يې ۱cm اويا کم وي او ژوروالي يې اويا کم وي.

-2 N⁰: هغه افتونه چي سطحي قطر يې ۲cm او ژوروالي يې ترو وي.

-3 N⁰: هغه افتونه چي سطحي قطر يې ۲-۵cm د خخه زيات وي او ژوروالي يې ۲cm اويا زيات وي او هدکي اويا غضروف يې ماوف کړي دی.

۴- NO T^۴: هغه تومور چى دھلپکى او غضروف پەشان جورپىستونه تر حملی لاتدى

نېسى.

د لپاره د T^۴ ھيڭ ريفرنس نشته چى ۵cm مقدم كانسر سره Melanoma

UICC طرف تەلاربۇdone كوي كوم چى د T^۳ دى دعقداتو تصنیف بندى دپاره د Nodules

دى وليدل شى.



Lentigo malignant melanoma

B: پتالوجىكى مرحلە بندى

دپوستکي د کانسر هستالوژيك و صfonه باید دپتالوجست سره بحث شي ددي لپاره د

شمیر له نقطي نظره مرحله بندی نه اجراء کيربي لakan حجري طرزونه او اوصاف

اوهمدارنگه د خبيشه حجراتود نورو جوربستونو سره ارتباط ديقيني تراپي په تشکيليدلو

کي اهيمت لري.

V: د تداوي پرنسيپونه

د جراحی اويا شعاعي تراپي دپاره باید دشفا اندازه په مساوي توګه لوره وي.

A: جراحی

د ۲cm اويا کم افت لپاره Excisional بايوپسي چي د ۵. ۰ نه تر ۱. ۰ پوري خندي اخلي

عموما يقيني تداوي په توګه قدر لري دمخ او لاسو په ډير و نواحيو کي کي د ۲cm خخه

لوي افات قطع کيداي شي لakan داعظمي زيبايش اويا دنبايست دلاسته راولو باید

مناسبه منصوبه بندی وشي دنوموري بندی په جمله کي بنائي موضعی مرور Flaps اويا

د بشپړ پېروالي لرونکي پوستکي پيوند شامل وي.

خبيشه افت هدوکي او غضروف اخته کري وي نو معمولاً جراحی ته مراجعه کيربي په غير

معمولی حالاتو کي چي ميتاستازس رقيبي عقداتو ته صورت نیولی وي نو د ميتاستازس

ديقيني تداوي په منظور دغارې جذری تسلیخ اجراء کيربي.

B: شعاعي تراپي

که Excisional بايوپسي دتومور خنہی غیر منظم بسکاره کړي شعاعي تراپي اجراء کيدا
شي دا پول تداوي باید په داسې نواحیو کې هم استعمال شي کله دسترګو جفن چيرته چې
کوم خاکي جراحی قطع کول Reconstructive جراحی ته ضرورت پیدا کوي که خباثت
هلهوکي اویا غضروف کړي وي نو شعاعي تراپي معمولاً مضاد استطباب ده د پوستکي
د کانسر تداوي دتشعشع پواسطه دیرژر لیدل کېږي يعني Erythema نمداره
او ترميم، اتخابي تاثير او د تداوي اختلالات بسودل کيدا شي مختلفي
طريقى لکه خارجي تشعشع Radiation او نور شعاعي ايزوتوب هريوهئاته استعمال لري.

Chemo surgery - ۲

د پوستکي د کانسر د تداوي لپاره یو بل میتود چې د Monis پواسطه کشف شوي دي Znel
اونور اجزاوي د Fixing عواملو په خير استعمالوي داديyo Topical درمل په حیث علاوه
کېږي او د يوزيات شمير په نښه شوي بايوپسي گانو پواسطه په احتیاط سره کنتروليږي
او معمولاً ده ګو غیر معمولي عود کوونکي افاتو لپاره مخصوص دی کوم چې مخکي
د جراحی اویا شعاعي تراپي پواسطه تداوي شوي دي.

D: کيموتراپي

دپوستکي دغیر معمولي عود کوونکي کانسرنو لپاره مختلف کيمياوي عوامل په لاندي

ډول استعمال شويدي.

۱- عايي زرق

۲- موضعی زرق

۳- وسطي (Topical) Application

په موجوده وخت کې نوموري عوامل ډيرزيات شفابخښونکي ثابت شوي نه دي لakin

بنائي چي مشكل افات نسبتاً داوردی مودی لپاره کنترول کړي.

VI: خصوصي کتنی

A: اختلاطات:

دپوستکي دکانسر اساسی اختلاط بیا پیدا کيدل دی همدارنګه دیونوی مقدم کانسر د

منځته راتلو امکانات هم زيات دي او له همدی کبله مریض باید په کال کې ۴-۲ څله

تعقیب شي دهه وکي اويا غضروف ماوفه کيدل دیو عود کوونکي افت پواسطه تراپي ته

ارتیاء لري میتاستاتیک حادثه له نیکه مرغه عمومیت نه لري لakin که بیا هم منځ ته

راتلای شي نو باید چټک یقیني تراپي اجراء شي.

B: دنا کامي اسباب:

دنا کامی عادي سبب د مريض ناوخته مراجعه کول دي او تر هغه وخته ناروغ خپلی مريضي

ته توجه نه کوي ترکومه پوري چي مرض بنه پيشرفت وکري او هدوکي اويا غضروف ماوف

کري اويا دوسيع Metastasis سره مراجعه وکري دطبیب دنا کامي بل لامل د اولني يقيني

تراپي نه استعمال او د تعقيب نشتوالي دی خکه چي د طبيب په خيال کي دايوائي

دپوستکي يوکانسر هم وي.

C: دائزارو فكتورونه

يوخوان شخص چي دپوستکي کانسر لري ددي زيات امكان شته چي نوموري شخص په

خپل ژوند کي ديوبل داسی کانسر سره مخامخ شي له همدی کبله په دی کانسر کي د

مریض تعقیبول ضروري گنل کېږي.

ميستازس کولاي شي لakin Basal cell Ca عادي ډول

عود او ميستازس ته زيات ميلان لري او باید دioxظر لرونکي کانسر په ډله کي وشميرل

شي.

دپوستکي هغه کانسرونه چي دخوكالو نه مخکي تشعشع شوي نواحيو کي منځ ته رائي

لكه Acne هم عود کولو ته ميلان لري نوي افتونه منځ ته راولي او Metastasis ورکوي په

SMH کي لپشمير وفیات چي دپوستکي دکانسر له کبله موږ ليدلى دي ددي درد اخرييو

له جملی خخه دي.

D: دشاع اختلالات:

اساسي کتنه موخر شعاعي نکروزس دی چى د دردناكه تقرح او داپي تل نسج دبیرته

نشونما عدم کفایي سره ملگرى وي.

E: په نورو افاتو کې تداووي

۱- دپوستکي عرقىه او شحمي غدواتو Adeno Carcinoma: نوموري افات بطي

غيرفعال افات دی چى د تشخيص پرابلم گنيل كېپي او خرنگه چى شعاعي مقاومت لري نو

دجرائي بواسطه قطع کول يې بهترینه تداووي ده.

Mycosis Fungoides : A Lymphoma - ۲

نوموري بدخته مريضان د پوستکي وسیع ارتشاح لري چى ددى مرحلی خخه تيرپي.

Eographic plaques او Iching Erythingmatous scaling - ۱

۲- پورته شوي افات Nodular

۳- تقرحي او منتن شوي تومورونه

انتشار او ورسره يوچاي Lymphoma ھير عموميت لري موضعی تراپي دتشعشع سره

كامياپ وي دپوستکي د وسیع افاتو لپاره دالكتران ور انگو تراپي بنه ارزښت لري

كيموتراپي لبر تاثير لري لakan استعماليداي شي.

Kaposis Sarcoma :B

دا یو نودولر Erythematous افت دی چی معمولاً په اطرافو کې منځ ته رائي لakin بالاخره احشاوته انتشار کوي نومورپی تر ډيروخت پوري دواړم کوي نومورپی دموضعي پواسطه کنترول کيدای شي او شعاعي تراپي ته په کوچني دوزنو زيات عکس Excisional العمل ورکوي.

Hemangiomas - ۳

ددی په Strawberry ډول په طبی توګه په اولنی کال کې د جسامت زیاتوالی په دویم کال کې د Plateous راتلل او په دوهم او پنځم کال کې رجعت او د منځه تلل دلیدنی وړ دی اگر چی نومورپی شعاعي حساسیت لري لakin دنومورپی افاتو لپاره تشعشع نه ورکول کېږي لakin هغه وخت چی ډيره نارامي او ژوند ته د خطر سبب شي نو تشعشع اجراء کېږي دتشعشع موخر تاثيرات زیبايش له منځه وړي خصوصاً هغه وخت چی افت په بنفسه ی توګه رجعت کوي او له منځه هئي.

۴- دویمي اویاد پوستکي میتاستاتیک کانسر:

A: د اتحت الجلدي نودول دی چی زیاتره په څدیو، سبرو او کلیوی Primaries کې دلیدنی وړ دی ددی تراپي دتشعشع اویا موضعی Excisional پواسطه اجراء کيدای شي.

5- کثیر التعداد سطحی کارسينوما

دادکانسر يو خصوصي ډول دی چى د Basal cell اويا Squamous دنوعى څخه کيدا

شي نوموري افت د مسطح Scalling erythroid افاتو چى د یوڅو ملي متړه ژوروالي لري

پواسطه ظاهر کوي ددى اساسی پرابلم دنومور و دتعداد کثرت او ده ګوی سمت وده

کونکي طبیعت دی که د موقعیت په لحاظ دزیات تعداد له کبله ساده Excisional

اجراکول مشکل وي نو په سطحي توګه د ۳۲ پواسطه تلوین شوي برخو باندی تشعشعي

اجراء کول يو مثالی طریقه ده.

VII: تیجی

Basal Cell Ca :A

د هريومناسبي طریقی پواسطه د جراحی تعشعشی تداوي باید تعقیب شي ترخو دشفاء

لوری اندازی ۹۰-۹۵% وي.

Squamous Cell Ca :B

د هر ډول تراپي سره ۷۵-۸۰% دشفا اندازه لاسته راخي البته دادتومور موقعیت، د حجراتو

د نوع او میتاستاز پوري اړه لري.

C: د عود په تعقیب د دویمي تداوي اجراء کول د کامیابي لور چانس ورکوي او په توجه سره

دمريض تعقیبول ډيری بنې تیجی ورکوي.

Malignant Melanoma C.M.M

۱- پیژندنه

خبیشه میلانوما دجلدي مهمو کانسرونو له جملی خخه دی کوم چی دپوستکي دعادي کانسرونو سره په ډیرو طریقو توپیر لري داد Melanocyte د حجراتو یو تومور دی نوموري حجرات د په قاعدهوي طبقة کې قرار لري او Melanin تولیدوي چی یو تيره صباح دی په پوستکي کې د میلانین د مقدار اندازه دپوستکي رنگ تعین کوي له نیکه مرغه دایو غیر معمولي تومور دی.

A: وقوعات

په متوسطه اندازه ۱۵ Caucasian صباح داره افات لري او د تور پوستانو لپاره دا اندازه ۲۰۰۰۰۰۰۰۱ دی M-M د تولو کانسرونو ۱۰٪ جوروی د مرض وقوعات د ۵۰-۲۰ کلنی پوری دی خصوصاء خوش رنگه بنايسته خلقو کې ددی تولو نه عمومي ئاي او غاره ده اوپه تعقیب بې سفلی اطراف دی.

B: وفيات

M-M د تولو کانسرونو د وفياتو ۷۴، ۰ فيصده جوروی.

C: اتیالوژی

سبب يې معلوم شوي نه دى البتە ترضيضاي او ارثي مساعد كۈونكى فكتورونو ترشك

لاندى دى همدارانگە Nevi Junctional او Compound Nevi بىايىچى خبيشه بدلۇن

غوره كېرى.

II: كلينيكي پلتنه:

A: دگراس لە نظره افت ديو تومور او نصوارى نقطى پە خير بىكارى محيطي لوى والى،

درنگ غيرمنظم غلظت د وېستانو محرaci راتوكىدل، متوسع نشونما، استحالوي

تغیرات لکە تقرحى Blistering سوروالى او A.Melanotic ددى Soreness ۋول پە خپىل

محتوي كې صباغ نه لرى او د گراس ميكروسكوبىك تشخيص نورهم مشكل كوي.

III: تشخيصي طريقي

A: دپوستكىي دنورو كانسرونو پە خير بېترينە تشخيصىيە وسيلە يې Excisional بايپىسى ده.

B: كە افت لوى او تقرحى وي نو Incisional بايپىسى ھم اجراء كيداي شي.

C: دافت كلينيكي او مايكروسكوبىك تشخيص ھم اكثرا دمشكلا تو سره مخامن كېرىي

ئكە چى نومورى دپوستكىي ديوشمىر متنوع افاتو سره تر خىرنى لاندى نى يول كېرىي.

IV: تصنيف بندى:

A: Anatomiك مرحلە بندى: Anatomic Staging

دپوستکي د کانسر و تصنیف ته ورته دی.

B: د M-M طبعتی تاریخچه او حیاتی طرز العمل بنایی چی کافی متحول وي همدارنگه د

۳۰-۲۰ کالو دژوند اندازه او همدارنگه بنفسه ی ترمیم او درجعت راپور هم ورکول شویدی

مگر داد استثنایی پیشوا نماینده گی کوي.

۲- ددی انتشار په مستقیم توګه په دوامدار صفاقي طبقو سره هم نیولانی شي او دلمفاوي

اويا وعايي لاري خخه هم د Emboli په خير انتشار کوي.

۳- علاوه پردي نوموري د Junctional تغیراتو د منحنه راتلو میلان هم لري او د مقدم افت

په ناحيه کي انتشار کوي يا Intra epithelial اويا تحت الجلدي نسج ته Emboli

ورکوي Metastasis.

V: د تداوي پرنسيپونه

A: جراحی

۱- ددی مریضانو د شفالپاره جراحی غوره عملیه ده.

۲- د مقدم افت تنظیم: ددی اساسی پرنسيپو پراخ موضعی Excision دی.

۳- د عقداتو تنظیم: زیاتره مولفین په دی عقیده لري چی د مربوطه ناحیوی لمفاوی عقداتو

ویستل کومک کړي په داسی حال کی چی د مقدم افت موقعیت اجازه ورکړي او که دا

امکان ونه لري (دپنسود تلي افت) نو د مقدم قطع کولو ۳-۶ هفتى وروسته عقداتو ايستل

اجراء کيداي شي.

B: شعاعي تراپي

۱- ميلانوما دقانون په خيريو شعاعي مقاومت لري.

۲- ئينى Therapist د مقدم ناحيى او د تخليه کونكى عقداتو لپاره د عمليات نه وروسته

د وقايى په حىت تشعشع استعمال کريده او په پايله کي بنه والى منخته راغلى دى لakin

ددى نظرىي سره تراوسه موافقه موجوده نه ده

۳- كه افت يو خو ملي متراه پوري نه وى نو عرضي تداوي اجراء کول مشكل تمامىري.

C: كيموتراپي (۱۶)

۱- په عمومي توگه پرته له دى چى د Melanin کيميا په بنه توگه پوهيدل شويده خو هىخ

دوا د زوند داندازو په بنه والى کي موثره نده تمامه شوي.

۲- په دى او سنى وختو کي د M-M₂₀% پىنسى چى د Dimethyl triazeno amino

imidazo carboxiamide پواسطه معلومه شويده يو معروضي رجعت بسولى دى.

۳- په موضعى توگه دقلوي کونکو عواملو پرفيوژن Phenyl alanine mustard د اطرافو

په افاتو کي د ۵ كاللو زوند داندازو زياتوالى بسکاره کريدي.

VI: خصوصی کتنی

- A- دخوانی خخه مخکی M.M ڏير نادر دی;
- B- حمل ڏڙوند اندازی د کتنی و پ تو گه نه بدلوی.
- C- لوی وینستان لرونکی Nevi حتی دبلوغت خخه مخکی د خبائیت قدرت لري چي دهندی امله دی گروپ مریضانو ته خصوصی توجه ورکړل شي.
- D- میلانوما یوه اصطلاح ده چي دماشومانو یو صباغ داره افت ته ورکول Juvenile
- کېږي چي سليم افت دی او M.M پیشقدم هم نه دی.

VII: نتیجي او انزار:**A: نتیجي**

- ۱- سطحي افات Epidermis ته محدود چي قطربي کم وي ۷۰% د ۵ کالو پوري.
- ۲- مقدم موقعیت پوري محدود افت ۴۳، ۵% کالو ڙوند.
- ۳- دلمفاوي عقداتو سره یو چائي افت ۱۲، ۳% کالو ڙوند
- ۴- میتاستاز لرونکي افت ۰% یو چائي افت ۱۲، ۳% کالو ڙوند

B: انزار

انزار د یوشمیر زياتو فكتورونو سره ارتباط لري چي په لاندي ڏول دي:

- ۱- د افت لوی والی یا جسامت

۲- دنفود ژوروالی

۳- دعضويت ماوشه شوي ناحيه

۴- ناحيوي عقداتو ته داتتشار شتوالي اويا نشتولى

۵- ليري خايو ته ميتاستازس

دسر او غاري تومورونه

۱- تناظر

دسر او غاري تومورونه دجادو (سحر) کوونکي افاتوله جملی خخه دي ئكه چى ۋېر

تيراپيوتىك Challenge لري دېتالۇزى لە نظرە ددى ۋەل نىوپلازم گروپ بندى مصنوعى

دە لاكن اناتومىك كىتنو جذرى جراحي او شعاعي تراپى پە ۋېرە زياتە اندازە دى ۋەل گروپ

بندى تە پە تىرو كلونو كې گىته رسولى دە پە دى ساحە كې دكثير التعداد پرابلمونو خىرنە د

تومورونو جغرافيايي توزيع دكارسينوما داتتشار پە مورد كې نظر يې وظيفوي او

Aesthetic كىتنى تە ارتباط لري.

اگر چى دتداوي عمومي پرسپىونه ورلاندى كىربى لاكن دېتولو پىينبو يواحى توب ضروري

دى د ژوند داندازو اوصاف باید د فكر لاندى ونيول شى ئكه چى تداوي او خبيشە افات

دواپە ۋېر زيات دسوء شكل لامى كىربى.

د محصل لپاره دسر او غاري د کانسرو تنظيم او يا تداوي کول مشكل تمامي بري حکه چي
 د يوشو ساتي په اندازه درحم دي خايه کيدوله کبله، هماگه هستالوزيکي Ca چي
 دراحي په ذريعه تنظيم کول يې بنه اسان وه يوراديوتراپتیک پرابلم جوري داي شي خرنگه
 چي دنوموري کانسر پیښي محدودي دي او ديرى خبرى دهغى په مورد کى اثبات شوي نه
 دى همدارنگه ددى کانسر په هکله کلينيکي خيرنو تعداد کم دي.

نوله دى کبله هر سازمان کيداي شي چي دخپل ضرورت د تداوي د طریقی نسبت نورو
 ته بهتره او فوق العاده ثابت کولو لپاره د مبالغی خخه کار و اخلي چي ددى چول مسلی
 د مخنيوی لپاره باید ديو تداوي د تاکلو خخه مخکي د Cross consultation په شکل
 يودبل سره مرسته او تعاوون کول او د تعقيبي کلينيکي پروگرام لپاره په گډه سره خدمت
 کول ځمونږ موسساتو کي ثابت او تاکل شوي پرسنۍ پونه دي.

۲ - پيژندنه

اگر چي د سر او غاري کانسر د ټولو خبيشه امراض و ديره کوچنۍ فيصدي (5%) تشكيلوي
 لاکن د تبارز بسكلاء سوء تشکلات او ورسره ملګري اجتماعي کرکي يا دمخ د داغونو له
 کبله په مقاييسوي چول ددى زيات اهميت غوره کري دي هغه فكتورونه چي ددى افت لپاره
 لاره مساعدوي عبارت دي له سگرت خکول، زياته اندازه Ethanol اخيستل او سفليس.

دخولی حفظ الصحه او ده گی پاک ساتل، دخولی دجوف دکانسر وونو په وقوعاتو کې د

كتنی وړ اندازه کمولی منځ ته راوستی دی.

نوموری بحث په پنځو عمومي برخو ويشل شويدي چې په لاندی ډول دي:

A: د پزی جوف Naso Phrynx para nasal sinus

B: د دخولی جوف Oropharynx

C: Laryngo Pharynx

D: E: لعابیه غدوات Mandibula فکی هدوکی.

۳- ګلينيکي پلتنه

A: د سر او غارې اکثر تومورونه د Fungating کتلو، اتشاري تقرح یا مسطح

Exophytic او Endophytic افتونو پواسطه ظاهر کوي ددي

برخی بساي چې يوهای وي او یا د دوى څخه متبارز وي.

B: اعراض دافت په موقعیت پوري اړه لري.

۱- پزه Para nasal sinuses د پزی څخه وينی لرونکی افرازات، د پزی بندش په غابنو او

مخ کې د درد احساس د پزی په جوف کې د کتلی شتوالي.

۲- Naso Pharynx دلخی اعصابو افات، په غاپه کې دکتلو موجودیت ، دتنفسی

مشکلات، په یو طرف کې داوریدلو بدلون.

۳- دخولی جوف پرسوب یا قرحة چې نه ترمیم کیربی درد دغارپی کتلی او Trismus

Oro

-۴



عسرت بلع، درد ، نفس تنگی، دغارپی کتلی Otalgia , Pharynx

په پورته شکل کې د غارې تومور بندول شویدې

۵- داواز خپوالى، نفس تنگي، دوزن بايلل، دغارې كتلی Laryngo Pharynx

۴- تشخيصي طريقي

A: ددقىقى معاينى لپاره خولى Laryngo pharynx Oro pharynx Nasopharynx او

داينى (هنداري) پواسطه معاينه كيرېي محصلين بايد دغىر مستقيم هندارو د معاينى

پواسطه عملى پركتس و كېرى.

B: په توجه سره دقيق Bimanual جس اجراء كيرېي.

C: د تورو د اتشار د ساحى د معلومولو لپاره راديوگرافيك خېرنى ھيرى ضروري دى.

۱- ساده راديوگرافى، چى دغارې درخوه انساجو منظرى په کى شاملى دى.

۲- خصوصا د حنجرى او Para nasal sinuses او Tomograms لپاره.

۳- دباريوم بلع كول د ستندرد او Cline په چول

۴- د حنجرى Contrast خېرنه

٥- صدرى عكسونه

D: دېولو هغو افاتو خخه بايپسى اخيستل تراشتباھ لاندى وي كە گلينيکىي اشتباھ چىرە

لورە وي باید تكرار اجراء شي.

E: تراشتباھ لاندى سطحو تلوين كول د Toluidine blue پواسطە چى دخولي دجوف Insitu

خركندولى شى. Ca

٥- دتصنيف بندى تداوي او تىيجى دموقعيت له نظرە:

A: دېزى جوف Nasopharynx Para nasal sinus

Nasal Fossa - ۱

Nasal Fosa

Introduction = ۱

A: وقوعالت يې چىر نادر دى.

B: معمولاً د مخاطي غشاء اويا سفلی Concha Spetum چخه منشاء اخلي.

٢- گلينيکىي پلتەنى:

دېزى خخه وينه لرونكىي افرازات دتنفس پە مقابل كې انسداد.

٣- تشخيصي طريقي:

A: دپزی دسپیکولم پواسطه مستقیمه معاينه Nasopharynxyo scope دمخ دهپوکو-

کول او بايوپسي ray.

٤- تصنیف بندی

A: هیچ اнатومیک مرحله بندی نه لري.

B: دهستالوزیکی له مخی په لاندی ډول ده.

١- دټولو پینبو ٩٠% د Epithelial کارسينوما له جملی څخه دي.

٢- کله کله میلانوما يا Angio Sarcoma واقع کېږي.

٥- دتداوي پرنسيپونه:

A: څرنګه چې په Epidermoid کارسينوما کې د مقايسى وړ د شفاء بنۍ اندازی او زیبایش

تیجی ورکوي نو ځکه شعاعي تراپي ته ترجیح ورکول کېږي.

B: شعاع ته مقاوم تومورونه لکه Fibro sarcoma Melanoma او د هغوي

sarcoma چې هډوکو او غضروف ته یې انتشار کړیدی په مقابل کې د جراحی تداوی څخه

کاراخیستل کېږي.

٦- تیجی

د ٥ کالو په پای کې په نسبی توګه ٨٠% ژوندی وه.

Para Nasal Sinuses

۱- تعارف یا معرفی کول:

۱- وقوعات: د سراو غارپی د ټولو کانسرو ۳٪ تشكيلوي.

په بسحوبکي يې وقوعات په نومورپی ناحیه کي نظر سراو غارپی ته زيات دي (۳۵-۵۰٪) په

شرقيانو کي يې د وقوعاتو اندازه لوره ۵۵.

B: موقعیت: ۹۰٪ په Ethmoidal او پاتی ۱۰٪ په Maxillary Antrum برحه کي واقع

کيربي د Sphenoid يا Frontal جييونو کانسر دير نادر دي.

۲- ګلينيکي پلتهنى:

A: مزمن Sinusitis ته مشابه وي موضعی درد، د فشار احساس په شونډواو رخسار کي

د غابن سونو درد، د غابن دويستلو نه وروسته د دوامدار تخليه کيدونکي Paresthesia

Sinus شتوالي.

B: د اتگو تبارز يا Bulging او په وروستني واقعاتو کي د Zygoma د پوستکي ته

انتشار.

C: د سترګو د علامو په جمله کي Proptosis د سترګو فلجنونه د Lacrimal بندش.

D: دخولی دجوف علامی: دغابنونو درد، دغابنونو سست والی، دغابنونو Plate مشکلات

(په دی ډول ۲۰٪ وجود لرلی شي) په متوسطه توګه په پرمختللي Puffiness Smelling

پینبو کې د x-ray په ذريعه دهه وکو د تخریب شتولی.

E: په روتکوگرام کې د Antram د تیره خیال شتولی (Opacification)

F: معمولاً د مرض په سیر کې وروسته واقع کېږي یواحی ۱۰٪ مريضان د Metastasis

غارې د عقداتو د Metastasis سره مراجعه کوي.

۳- تشخيصي طریقی:

A: د اتروم اب پاشي او Cell Block څېپنو پواسطه.

B: د ابتدائي افاتو د بايوپسي د پاره جراحی Antrotomy

C: د X-ray مطالعات

D: Sinus د عکسونه او توموگرافونه چې د رخوه انساجو کتلې په اتروم ډکوي د هډه وکو

د جدار تخریب لیدل.

D: خارج ته د هريوراوتلي تومور بايوپسي کول.

۴- تصنیف بندی:

A: اناتوميك مرحله بندی: د Chngrengs پلين (سطحه) چې اتروم په قدامي سفلې او

خلفي علوې برخو تقسيموي فکر کېږي چې دخلفي علوې قسمت افات خراب اتزار لري.

B: هستالوژیک :

Squamous Cell Ca دبلوغت په مختلفو درجو سره همدارنگه ادینوکارسينوما په کم

عمومیت سره لیدل کیری معمولاً په Ethmoid قسمت کې.

۵- دندانی پرنسیپونه:

دجرائي او شعاعي تداوي په یوئاي استعمال سره بنى تيبحى لاسته راغلى دى.

۱- ابتدائي Hemi Palatectomy Decompression پواسطه د تومور په حجم کې کمنبت

او اتنا د کنترول لپاره.

۲- خارج تشعشع Super voltage Rads د ۱۰۰۰-۵۰۰۰ د ۷-۵ هفتولپاره.

۳- دشاع خخه ۶-۴ هفتى وروسته جذري Antrectomy اجرا کول د کارسينوما په زياتره

پينسو کې په دې عملیه کې د سترگو زجاجي احشاوى هم ايستل کيري.

۴- دجرائي په نقیصو کې د Radium mold نصبول.

A: دغاري جذري تسلیخ يواخى دمیتاستاتيکي کلينيکي شواهدو په شتوالى کې اجراء

کيري.

B: کيموتراپي په اساسي تداوي کې د کمک په ډول اويا دمرض په عود کي دعرضي تداوي

په حیث استعماليداي شي.

C: دجراحي زخم بيرته ترميم، ظاهري وضع، خبرى كول او دهودي د خورلوله نظره اهميت

لري چي ددي لپاره جراجي عمليه او Parasthetic عمليه په گله ډول سره استعمال يري.

٦- نتيجي

A: دجراحي تداوي سره د ۵ کالو د ژوند اندازه ۳۰-۳۵% ده.

۱- دهدوکو ماوف کيدل ڈژوند اندازی کموي.

B: دمقدم تومور دغیر مناسب کنترول له کبله ناکامي واقع کيږي.

C: دعملياتو د وړ پېښو لپاره د بهترینو تيجه راپور ورکړل شويدي.

۱- Chngren's دجراحي عملياتو څخه وروسته تشعشع %۳۳

۲- نوى جذری جراحی %۳۳

۳- Rad Larssen Etal عملياتو څخه مخکي تشعشع، جراحی او دعملياتو نه وروسته

. ورکول %.۴۵

۱- تعارف :

وقوعات: په USA کې د ټولو کانسرونو د ۱% څخه هم کم جوروی په چينايانو کې

دووقعاتو اندازه لوره ده د عمر له نظره په ۵۰ کلنی کې واقع کيږي په نرانو کې دوه چنده

زيات عموميت لري.

موقعیت:

٧٥% په علوی او جنبی جدارونو کې واقع كېرى.

٢- كلينيكي پلتنهنى

داد انتشار په جهت پورى اړه لري او مختلف حالات نيولاقى شي.

A: په پزه کې خبرى کول Nasal twang د پزى انسداد.

B: Hypoacusia تيوب Eustachian

C: د قحفى اعصابو ماوف كيدل.

D: سندروم Petro sphenoid jacob VI ,II

D: سندروم Retro Paratidian villaret XII =IX

D: Pain: اکثراً د هدوکي د تخریب له کبله وي (د قحف په قاعده کې)

A: Lympho adenopathy: معمولاً علوی عميق رقبي عقدات (٨٠-٧٠) او ٤٠% پينسو

کې دوه طرفه وي.

٣- تشخيصي طريقي

Naso Pharyngoscopy: مستقيم او غير مستقيم معاينه د قحف جنبی عسکونه،

توموگرام.

٤- تصنيف بندې

A: اناتوميك

۱- مرحله: Nasopharynx ته محدود

۲- مرحله: په غاره کې د عقداتو دناروغي شتوالي.

۳- مرحله: په هله وکو کې د ليدو وړ تخریب داعصابو ماووه کيدل.

۴- مرحله: ليری خايو ته میتاستازس

%۴۰ Squamous cell Ca: B

%۳۲ متفرقه

%۴ Adeno Ca

%۷ Lympho Sarcoma

%۱ Reticulo sarcoma

%۴ Lympho Epithelioma

۵- د تداوي پرنسپيونه

A: ا Anatomic موقعیت داسی لارښودنه کوي چې د جراحی په عوض شعاعي تراپي اتخابي

. طریقه ۵

B: هستالوژیک ډول یې د تشعشع ډول د ساحی داندازی دوز او د اسی نور تعین کوي مثلاً

Lور دوز لویه ساحه او د شپرو هفتولپاره تشعشع بايد اجرائي کمه اندازه Sq.Cell Ca

تفريق شوي کارسينوما لور دوز لویه ساحه او د ۸ او نيو لپاره بايد تشعشع اجراء شي.

C: متوسط اندازه دوز لویه ساحه، دغارپی د ساحی و قایوی منظور اضافه د ۸ Lymphomas

هفتولپاره بايد تشعشع اجراء شي.

C: زیادتره پیبنو لپاره Supra voltage تیراپی اجراء کېږي او Rad نادراء.

٦- نتیجې:

د ۵ کالو د شفا موده د میتاستازس دزیات عمومیت له کله مجموعی نتیجه خرابه وي.

B: د عرضي تداوي معمولاً ډير بنه ثابتېږي.

C: د ۵ کالو د ڈوند داندازو فيصدی.

۱۹۵۲ د Geist او Pothman لخوا % ۲۳

د ۲۵% Monton او Parady له خوا

۱۹۶۶ Fletcher له خوا ۴، ۳۳٪ (مطلق)

٪ ۴۰ (نسبی)

۱۹۶۶ American کانسر ۳۰، ۵٪

Society Compitation

B: شونډی اودخولی جوف:**شونډی**

۱- تعارف : دنوموری جورښت خبیثه افات د Vermillion اودمخاطي غشاء خخه منشاء اخلي د شونډی دپوستکي افات یو جلا پرابلم دی چې په خپل مربوط ئخای کې ورڅخه بحث شویدي.

د وقوعات:

۱- تقریباء همیشه په بسکتنی شونډو کې افت منځ ته رائي

۲- ۴۰% په نرانو کې واقع کیږي.

۳- په تورپوستانو کې نادردي.

۴- د ۴۰ کلنی خخه مخکی نادردي.

د عمر دېرمهختګ سره دوقوعاتو اندازه هم زیاتیرې.

B: د شونډو افات د سراو غارې د خبیثه افاتو تقریباء ۱۵% جوروی.

C: سببی عوامل

۱- شعاع

۲- مزمن تشعشع

۳- سفلیس

۲- کلینیکی پلتنهی

A: یو بی درد ه تقرح چی د دوه هفت تو خخه زیات دوا م ولری.

۳- تشخیصی طریقی:

A: با یو پسی ضروری ده که مثبت وی ۱۰۰٪ صحیح ده که منفی وی باید تکرار شی.

B: دمیتاستاتیک ناروغی دلتنهی لپاره د Submaxillary او Submental مثلث باندی د

دو گوتو معاینه اجراء شی.

۴- تصنیف بندی: اناتومیک

(ددی فصل په پای کې دی خلورم جدول ولیدل شی)

A: هغه ډول چی سطحي تکش په کې متبارز دی Exophytic

B: انتشار ۱- د عضلاتو ماوف کيدل

۲- هلهوکو ته انتشار

۳- په پرمختللي افاتو کې پوستکي ته انتشار

C: روشن: Metastatic

۱- ناحیوي لمفاوي عقداتو ته نسبتا په تأخیر سره انتشار کوي په استشنا د غیر تفریق

شوی افاتو.

۲- دمیتاستازس لپاره اول Facial Submental او لمفاوی عقداتو او بیا Jugular ساچمی

ته.

۳- لیری خایو ته میتاستاز لکه (خیگر، سبو ته) نادر دی.

هستالوجیک:

دشونډو دټولو خبیشه افاتو ۹۹% د کارسینوما دټولگی خخه دی دا معمولاء

بنه تفریق شویدی.

کله کله منج ته رائی Basal cell Ca :B

C: د کوچنی لعابیه غدوا تو مورونه.

Melanoma :D

۵- دتداوي پرنسيپونه

A: Leukoplakia د چی یو پیش قدم خبیشه افت دی) دی د لیری کولو لپاره دشونډو

B: Shewe کول د خبات د منج ته راتلو خخه مخنیوی کوي.

B: ددی ډول افت سره یو ئای دجس وړ لمفاوی عقدات اکثراء د التهابی تعامل له کبله وي

د ۶-۸ هفتولپاره یو محدود مشاهدوی کورس بنه دی.

۶- نتیجې

A: هغه پیښو کې چې اختلاطې واقعات منځ ته نه وي راغلې د ۵ کالوژوند اندازه %۹۰

.۵

B: په هغه پیښو کې چې دخولی وسیع انتشار یا لمفاوی عقداتو ته انتشار موجود وي د ۵

کالوڈ ژوند اندازه ۲۰ ده.

C: دغارې موخر تسلیخ او س هم دشفاء لورې اندازی ورکوي.

D: دناکامی اسباب

موضعی عود او نادراء دلیری ئای میتاستازس

دژبی قدامی دوه پردری برخه (%۲۰ - ۱۹)

۱- تعارف

دژبی قدامی دوه پردری برخی خبیثه افات معمولاً د مخاطې غشاء خخه منشاء اخلي نو

له دی کبله زیادتره د Epidermoid د جملی خخه دی همدارنگه دژبی دخلفي برخی

تومورونه د Oro Pharyngeal افتونو په حیث رفتار کوي او له دی کبله د همدی عنوان

لاندی خيرل کېږي.

A: وقوعات

۱- ۸۰% په نرانو کې واقع کېږي.

۲- د ۴۰ کلنی خخه بسته غیر معمولي دي متوسط عمر يې ۲۰ کلنی ده.

B: د ژبى افات د سر او غارپى دتپولو تومورونو ۱۵-۲۰% تشكيلوي.

C: ايتولوژيکي فكتورونه

۱- مزمن

۲- دتمباکو چير زيات استعمال

۳- دخولي پاك نه ساتل

۴- سفلليس

Plumer venson syndrome -۵

D: اپيدميالوجي

۱- ۱۲-۱۵% خلك د ژبى دويم مقدار تومور په حيث يې لري.

كلينيكي لتهنه:

A: دپيش قدم خبيشه افاتو لكه Erythroplasin او Leuko Plakia بدلون

B: كارسينوما ديو مزمن نه ترميم كيدونكى بى درده قرحى پواسطه تظاهر كوي.

۱- موضعىي درد يې وروستنى علامه ده.

۲- د Sub Maxillary او Digastric عقدات په ابتدايىي مراحلو كې اخته كىپى.

۳- تشخيصي طريقي

A: بايوپسى چيره ضروري دى.

B: دواعق شوي انتان دصحیح تداوي لپاره کلچر اجراء کول.

C: د X-ray خيرنی (۱) عظم فک

D: اوبارايوپسي چي دابي پواسطه لاربسوندنه کوي دپيش قدم خبيشه Exfoliate cytology

افاتو لپاره گتھور تماميرېي.

۴- تصنيف بندى

A: اناتوميك: TNM تصنيف بندى (خلورم جدول دي وليدل شي).

B: هستالوژيك: Squamous Cell Ca: دتفريق اندازه په متغيره درجو کې.

۱- ۹۵% خبيشه افات د Epidermoid Ca دتفريق اندازه په متغيره درجو کې.

۲- کله کله Adeno Carcinoma هم واقع كېرى.

۳- نادراء Sarcoma چي عضلى خخه منشاء اخلي.

۴- يو نادر ميتاستاتيك بقيه چي د يوليرى ئاي خخه د مقدم افت د اتشار پواسطه منخ ته

راغلى وي.

۵- پرنسيپونه:

A: د کوچني مقدم افت تداوي او د تشعشع اويا د جراحى پواسطه د اطمینان ور ثابتىپى.

۱- که عظم فک ماوف شوی وي یا تومور د هغوي دپاسه نبنتي وي د یو مشترک

Mandibaloectomy هدايت ورکول کېري چى د Hemi Glossectomy Resection قسمى

او دغارپ تسلیخ په کي شامل دى.

په دى ډول شرایطو کي د عملیاتو خخه مخکي تشعشع کمک کولانى شي.

B: دلمفاوي عقداتو تداوي جراحى ده.

۱- شعاعي او جراحى ساحى باید یوبل lap Over کړي او د تداوي En-Blee پرنسيپ

باندی عمل وشي.

۲- که عقدات د جس وړنه وي بیا هم د عقداتو اتخابي تسلیخ باید اجراسي.

A: تقریبا د تولو مریضانو نیمايی برخه چى عقدات یې د جس وړنه وي د تشخيص په وخت

د تولونه لمړي به یې میتاستاز ورکړي دی.

B: که مخالف طرف هم ماوف شوی وي نو دغارپ دوه طرفه تسلیخ هم ضروري دی که خه

هم ددى د Morbidity اندازه زياته ده.

C: دغارپ د تسلیخ مضاد استطباب په لاندی ډول دی.

۲- مقدم افت چى کنترول شوی نه وي.

۳- دغارپ په عميقه جورېښتونو باندی د عقداتو تثبيت کيدل.

۴- خصوصي کتنى

A: دتداوی اختلاطات

۱- دعظام فک دقادامي برخى دايستلو له كبله دمخ سوء شكل.

Dysarthria - ۲

Dysphagia - ۳

۴- دغارپى دتسليخ نه وروسته دشوکى نخاع Accessary فلچ.

B: دناكامي اسباب:

۱- دمقدم اويا ناحيوي ميتاستاز په كنترول کې كولو کې عدم كفايه.

۷- تييجى:

د ۵ كالو ژوند اندازه

دعقداتو د ماوفه كيدو خخه غير %۵۳

دعقداتو د ماوف كيدو سره %۱۶

مجموعا %۴۱

دخولى دجوف ئمكە:

۱- تعارف:

A: دخولى دجوف %۱۵ کانسر ددى ناحيى خخه منشا اخلى.

B: متوسط عمر ۲ كاله وي.

C: ۹۷٪ نزان اخته کوي.

۲- ڪلينيڪي پلتهنه :

A: معمولاً ديو ارتشاحي افت په خير تظاهر کوي چي د Fissure په شان تقرح لري.

B: انتشار يې چتک دی چي مخالف طرف او عظم فک اخته کوي.

C: تقربياً ۵۰٪ ادينوباتي سره مراجعه کوي چي عموماً دوه طرفه وي.

۳- تشخيصي طريقي:

A: دافت انتشار لپاره بهترینه معاينه مستقيم Bimanual جس دی.

B: بايوپسي هميشه استطباب لري.

C: که دھلوکي تخریب موجود وي نوباید راديوگرافی اجراء شي.

۴- تصنيف بندی: A: اناتوميک : خلورم جدول دی ولیدل شي.

B: هستالوجيک:

تقربياً ټول افات د Squamous Cell Ca د جملی څخه دی.

۵- پرنسيپونه:

څرنګه چي نوموري ساختمانونه د اناتومي له نظره د فکي هدوکي سره نژدي واقع شويدي

نو نوموري جورښت عموماً ماوف کيږي.

A: کوچنی مقدم افات چی د فک دهه و کی نه لیری واقع شوی دی دشعاعی تیراپی په

ذریعه بنه کنترول کیدای شی.

B: که تومور د هله و کی دپاسه نبنتی وي يا بې هغه ماوف کړي وي نو بهترینه طریقه يې ګله

Enblock Resection دی چی په کی دخولی حمکه، قسمی Mandibulectomy او دغارپی

تلخ شامل دی.

B: په ابتدائي مراحلو کې لمفاوي عقداتو ته شدید میتاستاز دغارپی د انتخابي تسلیخ

هدايت ورکول کېږي.

۲- نتیجې

د ۵ کالو ژوند اندازه.

بیله کوم عقداتو %۲۰

عقداتو سره %۳۰

مجموعاً %۳۷

دخولی مخاطی غشاء

۱- تعارف:

A: دخولی د جوف د کانسرونو ۱۰% جوړوي.

B: متوسط عمر ۶۴ کلنی ده.

C: نزان اخته کوي تماکوژول او دپان دانی ژول ايتالوژي فكتور دى.

D: دخولي دجوف دنورو بربخو په نسبت په دى خاى کې Lukoplakia زيات عمومىت لري.

C: دايوجير بنه بطى نشونما او تفريق شوي تومور دى چى عقداتو ته په كمه اندازه

ميتاستاز وركوي. (%) ٣٤

(Sub maxillary) او علوى رقبى عقداتو ته)

٢- كلينيكى پلتنه:

A: درخسار تقرحى نه ترميم كيدونكى افت.

B: درخسار د چيچلۇ پواسطە ترضييض ته مخامخ كىپرى.

C: خولى په لعاubo كې دوينى شتوالى.

D: دا افت معمولاً بى دردھ وي.

٣- تشخيصيه طريقي:

A: مستقيم معاینه

B: جس Bimanual

C: بايوپسى

٤- تصنيف بندى:

A: د TNM اناتوميك تصنيف بندى قابل دعمل ده.

B: هستالوژیک : ۱- تقریباً تول د Squamous Cell Ca دجملی خخه دی.

۲- دکوچنی لعابیه غدواتو خخه هم کله کله تومور منشاء اخلي (Adeno Sarcinoma)

۵- پرنسپیپونه

دابتایی افاتو لپاره شعاعی تراپی ته ترجیح ورکول کیری البته درجاحی پواسطه قطع کول

او بيرته ترمیم کول يو متبادله لوى تداوي ده.

۶- تیتجی

د ۵ کالو ژوند اندازه

غیر له کوم عقداتو % ۲۰

عقداتو سره % ۲۴

مجموعاً % ۴۳

Gingiva and Hard Palate

(وری او سخت Palate)

۱- تعارف :

A: سفلی وری: دخولی دجوف دکانسرنو % ۱۲ جوروی.

B: % ۵۰ بسخی اخته کوی.

C: متوسط عمر ۲۰ کلني ده.

D: دادغابنو په Molar ناحيئه کې بنه تفريقي شوي تومور دى.

E: ٤٠٪ عقداتو ته ميتاستاز وركوي.

۲- كلينيكي پلتهنه:

A: د مصنوعي غابنو په اچولو کې تکليف او مشكل دى.

B: درد ناک تقرحات

C: په توکانو کې په طبعي دول دويني شتوالي.

۳- تشخيصي طريقي

A: بايوپسي

B: د عظم فک او Mandibula عکسونه

۴- تصنيف بندی :

A: اناتوميك : TNM تصنيف بندی

B: هستالوژيك

۱- په کلک Palate نادره اوپه علوي وری کى دومره عموميت نه لري په Antrum کې

د مقدم تومور شتوالي باید رد کړي شي.

۲- د لعابيه غدواتو Ectopic تومورونه د کلک Palate په نيوپلازم باندي مشتمل دى.

۵- دتداوي پرنسيپونه: د عملیاتو خخه مخکی تشعشع او په تعقیب په سفلی وری کې
د جراحی اجراء کول د علوي وری یا کلک Palate دافتونو لپاره تشعشع یا جراحی
استعمالیدای شي.

۲- تیجی

د ۵ کالو ژوند اندازه

بی له کوم عقداتو %۲۳

مجموعاء %۳۲

دشوندو او د خولی د جوف تصنيف بندی:

دتداوي پرنسيپونه: (د TNM دتصنیف بندی په اساس تهیه شوی خلاصه) دھر یوی پیښی

تصنیف بندی د مقدم افت د وسعت (T_۱) او د میتا ستازس د شواهدو N_۳

د شتوالی له نظره دتداوي د طریقو په اتخابولو کې عمومي د رهنمايی پرنسيپونه په لاس

راکوي په ھیني چانګري پیښو کي استثنات هم وجود لري.

: مقدم افات د منفي عقداتو سره (ھغه عقدات چي اخته شوی نه وي). A

: T_۱ N_۰

دابتداي مقدم افاتو دكتنرول لپاره شعاعي او جراحی تداوي په مساوي توګه موثره ده او د تداوي دمیتوداتتخارب په وظيفوي Desthetic او په سرعت ورکونکي فكتورو باندي متکي دي.

T² N⁰

په متوسط ډول Exophytic افات د تشعشع پواسطه بنی نتيجې ورکوي او د ناکامي په واقعه کې د جراحی مخنيوي نه کوي.

T³ N⁰

په پرمختللي افاتو کې چې هلهوکي يې هم اخته کړي وي جراحی ته ضرورت لري چې او د غارپی Resection تسلیخ په ګډه توګه په کې اجراء کېږي.

T⁴ N⁰

وسيع افات: ګه میتودونه تر نظر لاندی نیول کېږي لکه شيموتراپي او شعاعي تراپي د عملیاتو خخه مخکي شعاع او په تعقیب جذري جراحی د عملیاتو خخه مخکي کيموتراپي په هغو اتخابي پینسو کې په دی اساس استعمالېږي چې Inoperable افات په افاتو بدل شي البته دايي عمومي پرنسيپ نه دی.

B: مقدم افات د مثبت عقداتو سره T1 N1

په انتخابي پينسو کې تشعشع او جراحی په گله توګه استعمال يېري يعني لمونی افات لکه د ژبي Ca يا فمي د شعاعي تراپي بواسطه د معامله کولو نه وروسته دغارپا د تسلیخ اجراء کول.

T_{2,3}N_{2,3}

په رقبي عقداتو کي د ميتاستازس شتوالي په عمومي توګه د جراحی پرابلم دی د مقدم کانسر او دغارپا د عقداتو د Enblok د تسلیخ لپاره استطبابات موجود دي.

T₄N₃

لوی کتلوي افات اکثراء د عملیاتو ورنه دی او د عرضي تداوي په منظور شعاعي تراپي اويا کيموتراپي استعمال يېري.

C: تکنيکونه

جراحی: د مقدم افاتو په تنظيم کې په وسیع توګه د خندهو کول ضروري دي او غير مناسب خندهی د عملیاتو نه وروسته تشعشع ته ضرورت لري نه داچی په زیاتره پينسو کي د عود لپاره اتظار وویستل شي Fulguration غير مناسب او خطرناک دي بيرته ترميم ضروري دی.

شعاعي تراپي

د تشعشع تخنيک دافت په لوی والی او موقعیت باندی اړه لري.

۱- ابتدائي افات $T1$ بين الخالي 3cm دخولي له لاري Cone Ra

۲- متوسط افات ($T2$ $3-5\text{cm}$) خارجي تشعشع ، بين الخالي Iridium ۱۹۲ ياد Ra

۳- تخم Au ۱۹۶

۴- مختللي افات ($T3$ 5cm) اساساء خارجي تشعشع

Oropharynx : C

۱- تعارف : په دی اناتومیک ناحیه کی نرم Tonsil, Palate لسانی بعلومی جدار

او دژبی خلفی یو پر درې برخی شامل دي.

A: وقوعات

۱- په نرانو کې بارز دی (%) ۹۰

۲- دوقوعاتو اعظمي اندازه د ۵۰-۹۰ کلنی ترمنځ قرار لري.

۳- کانسر یوهير عمومي مقدم ناحیه ده دغارۍ او سر دهولو کانسر وونو ۱۰% جوره وي.

۱- کلينيکي پلتنه:

A: دبلع په وخت کې د درد احساس (داعموماء د غور طرف ته اتشار سره مطالعه کېږي.

B: اکثرا دیوی لوی رقبی کتلې په شکل ظاهر کوي.

۳- تشخيصي طريقي

A: مستقیم جس: د دوو گوتو معاينه

B: غير مستقیم Laryngoscopy

C: مستقیم

D: بايوپسي ضروري ده

۴- تصنیف بندی

A: اناتومیک : TNM تصنیف بندی موجوده ده (ریفرنس دی و کتل شی)

B: هستولوژیک:

۱- اکثراء Squamous Cell Carcinoma چې عموما نظر دخولی دجوف کارسینوما ته

زيانه غير قابل تفرقه ده.

۲- Lymphous او Lymphoepitheliomas په شان منځ ته راخی چې Nasopharynx لکه

دلمفوئید نسج د Weldeger's ring دپراخوالي له کبله پیداکیږي.

۵- دتداوي اساسات

A: اناتومیک ناحیه او وسعت اکثراء شعاعی تداوی ته په جراحی برتری ورکوي.

۱- د مقدم افت لپاره: شعاعی تداوی یا جراحی هم موثره کیدای شي. جراحی تداوی دنبه

تفرقه شوي افت او شعاعی تداوی د اناپلاستیک افتونو دپاره مناسبه ده.

۲- دپر مختللي افت لپاره: په اکثرو واقعاتو کې شعاعي تداوي داتموسفيك اكسىجند

تنفس سره استطباب لري بيله دی دی چې هستولوزي په نظر کې ونيول شي.

B: که چيرى ابتدائي افت ته تشعشع ورکول کېږي عموماً پورتنى رقبي عقدات هم په بر

کې نيسى. که چيرى ابتدائي افت یو طرفه وي او کنترول کيداي شي نو دغارې شق کول په

بنه تفريقي شوي کارسينوما اجرائیداي شي.

C: جراحى مداخله مشترك Resection ته ضرورت لري مثلاً یو طرفه افت لپاره قسمى

او دغارې شق کول او اکثرا دغه کانسرونې دمتوسط خط خخه Enbole Mandibulectomy

او دژبي دقاعدې په برخه کې تيرېپې او جراحى مشكلوي Palate

۲ = نتيجي

د ۵ کالوژوند اندازه

د عقداتو سره	بى لە كوم عقداتو	
% ۲۵	% ۵۸	د تانسل کارسينوما
% ۱۴	% ۴۲	نرم پليت Palate
% ۱۹	% ۲۱	دژبي دقعاده

Hypopharynx Laryngopharynx

Hypopharynx

۱- تعارف : په دی برخه کې Vallecula، Epiglotitis Pyriform سینسونه او

شامل دی ددی برخى تو مورونه مخاطي منشا او Epidermoid وصف لري . Aryepiglottic

A: وقوعات

۱- په نرانو کې زيات واقع کيربي .

۲- د متوسط اتشار سن د ۴۰-۲۰ کلنی تر منځ دی .

B: سببي عامل

۱- مزمن الکوليزم

۲- دتمباکو زيات استعمال

۲- کلينيکي پلتنه :

A: د بلع کولو په وخت کې درد چى دغور خواته اتشار کوي (Glossopharynxgeal)

عصب د تعصیب په نواحیو کې Reflex کيربي .

B: د بلع عسرت

C: عسرت تنفس د هوایي لیارو باندی د فشار په اثر .

D: ټوخت

E: بدبویه تنفس

۳- تشخيصي طريقي

A: دگتو پواسطه مستقیمه معاينه

B: غير مستقیم

C: مستقیم Laryngoscopy او بايوپسي

۴- تصنیف بندی:

A: اناتومیک: TNM په اساس

B: پتولوژیک : Squamous Cell کارسینوما نسبتا نه تفریق شوی.

۵- دتداوي اساسات

A: په انتخابی واقعاتو کی مشترکه تداوي (دجراحي خخه دمخه شعاعي تداوي جمع

. او دغاری شق کول) Pharyngo laryngectomy

B: تداوي پواسطه Valleulae Ary epiglottic fold او هر کانسر د Laryngectous

کيدای شي.

B: د Pyriform sinus افت Pahryngo laryagectomy ته ضرورت لري.

C: د عقداتو میتاستاز ۵۰-۶۰% پیښود عین طرف دغاری داتخابی شق کولو پواسطه

تمداوي کېږي.

E: په محافظوی توګه پر مختللي واقعاتو کې شعاعي تداويي نظر په جراحی ته بنه پايله ورکوي دابتدايي Clearance لور درجه مخصوصاً داکسیجن دتنفس په واسطه حاصليداً شي.

۲- نتيجي

Survival:A

- ۱- مقدم افت چي عقدات په کي منفي وي ۳۰% د ۵ کالو دژوند اندازه لري.
- ۲- پر مختللي افات او هغه چي خو مثبتی عقدی ولري خراب انزار لري (۱۰-۱۵% د ۵ کالو دژوند موده).

Endolarynx

۱- تعارف:

- A: دغه تومورونه دحقيقی حنجری دساختمانو دمخاطي پوبن څخه منشاء اخلي لکه صوتی حبول او نوري هغى ته نژدي برخى دغه تومورونه عموميت لري دسر او دغارې د تومورونو ۱۸-۲۰% او دټولو کانسرونو ۱% تشکيلوي.
- ۱- ۹۵% په نارينو کې.
 - ۲- په تورپوستو کې نادر دی.
 - ۳- په ۵ او ۶ لسيزه کي اعظمي وقوعات لري.

B: سببی عوامل یې عبارت دی له:

۱- مزمن الكولیزم

۲- دتمباکو زیات استعمال

۳- مزمن تخرشیت

۴- تصنیف بندی

A: اناتومیک: TNM تصنیف بندی بنه مفصله او پراخه ده لکن دنوموری کانسرونو په

تنظیم کولو کې اودتداوي دتیجو په راپور کې راپورته شوي مشکلات بنه خرگندوي.

B: هستالوژیک: Leukoplakia ورسره ملگری Epidermoid Ca

C: میتاستاتیک طرز العمل:

۱- دمجاور عقداتو پواسطه انتشار بیا Diagastric عقداتو او Jugular چنخیر ته انتشار

کوي.

۲- میتاستازس عقداتو ته په مرحله وار توګه پرمختگ کوي او بیا دیوځه مودی لپاره په

هماغه ناحیه کې پاتی کېږي.

۳- خرنگه چې صوتی حبول نسبتاً لمفاوی او عیبی نه لري نو نوموری افتونه معمولاً

د میتاستازس سره ملگری نه وي.

۴- پتالوژیکی مرحله بندی

A: نوموری افات د کارسینوما دپلی خخه دی چی معمولاً یو خه درجه

پخوالی بنکاره کوي.

B: اکثراء دپراخ تومورونو مخکی واقع کیری او دمزمن تخرشیت له سببه Lekoplakia

وی.

۵- دتداوي پرنسيپونه

دصوتي حبول ازاد افات موضعی وي او معمولاً میتاستازس نه لري.

۱- شعاع انتخابي تداوي ده (T₁, T₂, N₀, M₀)

A: د ۵ کالوژوند اندازه ۸۰-۸۵%

B: دخ BRO کولو اوواز ته تنقیص نه ورکوي.

۲- دمحتاط انتخابي طریقی په ذریعه د حنجروي Fissures سره دیوصوتي حبول قطع کول

په مساوی توګه د شفاء بنی اندازی ورکوي.

A: دغیر مناسب Resection خطر موجوددي.

B: دصوتي حبول او د Commesurae تثبیت شوی افت (T₃, T₄, M₁ N₂ N₀)

۱- غضروف ته انتشار او د میتاستازس دامکاناتو شتوالي جراحی نوره هم متاثره کوي.

A: قسمی Laryngectomy په هغو حالانو کې چې انتشار محدود او عقدات منفي وي.

B: د افاتو کې تام Laryngectomy Commissure په

C: که عقدات د جس وړوي یا د جس ورنه وي خوا اتشار صورت نیولی وي نوتام

D: د غارپی د Enblok جذری تسلیخ سره اجراء کېږي (د غارپی اتخابي

تسلیخ).

۶- نتیجې:

A: د ژوند اندازې:

۱- که د X-ray یا مناسب Excision پواسطه تداوي شی د صوتی حبولو ازاد افات د ۵

کالو لپاره د ژوند فیصدی ۸۰-۸۵% ده.

۲- اتشاري تو مورونه چې د تام Laryngectomy پواسطه تداوي شوي وي د ۵ کالو لپاره

د ژوند اندازه ۷۰-۷۵% ده.

B: اختلاطات:

۱- شعاعي:

A: حنجروي اذیما

B: Chondritis

۲- جراحې

۱- غیر مناسب Resection خطر

A: Cordecomy

۱- داواز له منخه تلل چى دمرى يا ميغانىكى حنجرى : تام Laryngectomy B

پواسطه معاوضه كىرى . Asia طريقه اكثرا داواز په معاوضه كولو كې كمك كولاي شى .

۲- بشپړ Trachitis Sicca Tracheostomy او دريوى اتناتو دوقعاتو زياتوالى .

Laryngectomy قسمى C

- قسمى

D: دعملياتو دمرپىنى اندازه ۱% ده .

دلایله غدوات او دژامی هدوکی

لعاييه غدوات : (Salivary Glands)

Parotid

۱- تعارف

نسبتاً غير معمول داتومورونه د تولو نيوپلازمو ۵، ۰-۲٪ جوروبي.

A: وقوعات

۱- سليم : د Parotid دتولو تومورونو ۵٪ تشكيلوي، گه تومورونه ۵٪

Lipoma ، ۲٪ Hemangioma ، ۴٪ Lympho epithelial ۲٪ Warthin's تومور

. ۰٪ Neuro Fibroma ، ۰٪ Lympho angioma ، ۰٪ ۸٪

د تومورونو ۵٪ جوروبي Paritid ، ۳٪ Squamous ، ۲٪ Maco epidermoid

جامد ۷٪ Acinic cell ، ۴٪ Adenoid cystic cell لمفوما غير تفريقي شوي

. ۱٪ Sarcoma ، ۲٪ Metastatic ، ۳٪

۳- دجنس له نظره کوم فرق نه لري په هر عمر کې واقع کيداي شي په ماشوم کې د Parotid

يو تومور ديوکاھل په نسبت زيات امکان لري چې خبيث واوسي.

۲- کلينيكي پلتنه:

نوموري تومورونه په نكفيه غده کي دبى عرضه کتلې په خير ظاهر کوي. خباتت کلينيكي

وصف په لاندي توګه دی.

اولنی جدول	سلیم	خبیث
نشونما	بطی، دوامدار	سریع
درد	وجود نه لری	کله کله موجود وی
دمخ فلچ	وجود نه لری	که موجود وی تشخیصی قدر لری
حساسیت	نادر	عمومیت لری
قوم	Cystic	دستگی په خیر کلک
تشبیت	حرکت لری	ثبت
Trismus	وجود نه لری	موجود کیدای شی
دعقداتو اخته کیدل	وجود نه لری	موجود کیدای شی

۳- تشخیصی طریقی

A: د Stensen قنات خخه و صفي لعابي افرازات

B: د Prophyranx او دخولی دھمکی Bimanual معاينه چی په نکفيه غده کې د مقدم

افاتو د موقعیت د معلومولو لپاره.

۱- دستگو لپاره ساده عسکونه

Sialogram - ۲

C: د صدر او فکي هلوکي عکسونه

۱- دريوسي ميتاستازس نسبتاً لور و قوعات.

D: مستقيماً بايوپسي نه توصيه کيربي (په استثناء دپوستکي ته د انتشار په صورت کي).

٤- تصنیف بندی:

یوه هم په عمومي صورت سره یانه منل کېږي.

٥- د تداوي پرنسپيونه:

بهترینه طریقه جراحی ده چې د اووم زوج تسلیخ او د تومور لرونکی فص مکمل لیری کېږي. (په هغو کې چې د عملیاتو خخه مخکی د خباثت علامه نه لري).

۱- د جراحی په اوړدو کې د ګراس له نظره کتنی خخه وروسته دافت خخه Frozen برحه اخیستل ددی لپاره چې نوری فيصلی ورباندی وشي ضروري ده.

۲- په ټیټه درجه خباثتونو کې د غارپی جذری تسلیخ د لمفاوی عقداتو د جس په صورت کې اجراء کېږي.

D: په لوره درجه خباثتونو کې تامه Paratidectomy او د غارپی جذری تسلیخ استطباب لري.

C: شعاعي تراپي د لعابيه غدواتو په هغه تومورو نو کې چې عود کوي اويا د عملیاتو وړ دي حتمي دي د شعاعي عکس العمل حدود د حساس او مقاوم ترمنځ فرق کوي.

D: کيموتراپي د عملیاتو وړ اويا عود کوونکي ناروغریو لپاره مختص دي.

٦- خصوصي کتنی:

A: نور لعابيه غدوات:

۱- دلعاييه غدواتو نسج په Palate فمي مخاطي غشاء، شوندو، ژبه، Lacrimal غدواتو،

بلعوم دپڙي جوف، شزن او قصباتو کي موقعیت لري همدارنگه په Submaxillary او

غدواتو کي هم ميندل کيربي Sublingual.

۲- نوموري نسج د Parotid په ڊول تومورونه منځ ته راولي.

A: دنکفيه غدي په نسبت د تومور منځ ته راتلل لپر عموميت لري.

B: په ئيني Ratio کي دسليم او خبيث تمور نسبت دنکفيه غدواتو په نسبت دلته زيات

بنوبل شويدي.

C: په نومورو غدواتو کي زيarterه واقع شوي کتلی دالتهابي ناروغيو له کبله دی په هر حال

په کلينيك کي ددي تفريقي کول د تومور سره مشكل دي.

۳- د Submaxillary غدواتو د خباثتو لپاره بشپر Excision او دغارپي

تسليخ بهترینه تداوي ده.

۴- په نوموري غدواتو کي دنکفيه غدواتو د مشابه تومورونو په نسبت انتزار بنه دي.

B: اختلاطات

Facial Palsy - ۱

۲- (Gustatory weating) Auriculo Tempomyl syndrome دخباته کولو بواسطه خولي

لري.

C: انتزار

۱- دخباته له کبله مراجعه کول د شفا اندازه کموي.

۲- دخباته هستولوژيکه منظره او لمفاوي او عيو او دموي او عيو ته داتشان اندازه.

D: دنایکامی اسباب:

۱- د عصب دسالم پاتی کولولپاره چی Resection نامناسب گرخوی.
 ۲- په غلط توگه دبایوپسی راپور چی دتوموري حجراتو په انتشار کي مرسته کوي او دشفا
 اندازه کموي.

۳- ناوختی مراجعه کول چی مرض پیشرفته کړی وي.

۷- پایلی

سلیم تومورو نه

۱- گله تومورو نه

A: دعواد اندازه ۲%

B: د بشپړ د تطبیق کولونه مخکی دعواد اندازه ۲۰% وه.

C: عود عموماً د خبیث ۲۵% کنترول کول یې هم گران وي (۳۰%) ناکامیږي.

B: خبیثه تومورو نه: ۱ - Mucoepidermoid

د ۵ کالوژوند اندازه %۸۵ تیټه درجه

د ۵ کالوژوند اندازه %۱۵ لوره درجه

د ۵ کالوژوند اندازه %۲۰ Squamous cell Ca - ۲

د ۵ کالوژوند اندازه %۸۵ Adenoid Cystic Ca - ۳

(Cylindromas)

فکي هەدوکى

١- تعريف

عظم فك يو مغلق هەدوکى دى چى دىوزيات شمير انساجو خخه جورشويدي.
اعضاء، ورى او ددى خخه هر يو دىولپ تومورو نو دمنخ ته
راتلو لامل كيداي شي.

پيشبنى:

- ١- نزان دېنخۇ پە نسبت ٣ ئەلە زيات اختە كىبىرى.
 - ٢- پە خوان عمر خلکو كې زيات پىينىپى.
 - ٣- د فكىي هەدوکىي خېيشە تومور دكانسر دەتلىي مەرينى ٥٪ جوروى.
- C: دنسايىي انساجو ۋولونە:

Osseous - ١

Ostea sarcoma : A

Gaint cell tumor : B

Fibro Osteoma : C

Osteochondroma : D

(اعضا) Enomal , Ectodermal - ٢

Enamoloma : B

(دەھەوکىي مخ) Marrow - ٣

Ewing's Sarcoma :A

Plasmocytoma او Myeloma Plasma Cell :B

۲- کلینيکي پلتهنى

A: په استثناء د چى شدید درد لري نومورى تومورونه د بى درده Oseto sarcoma.

غتيدونكى كتلى په حيث ظاهر كوي.

۳- تشخيصي طريقي

A: دهه وکو د متنوع تومورونو دپاره د X-ray معاينه.

B: بايوپسي دتراپي خخه مخکى ضروري ده.

۱- چى دهه وکي خخه دنسج داخىستلو لپاره دهگى وارزول كيداي شي چى ضروري وي.

۴- تصنيف بندى

اناتوميك او هستالوزيک اوصاف (جدول)

ليرى ئاي ته ميتاستاز	دلەف پواسە طە ميتاستاز	مستقيم انتشار	تومور
NO	NO	Yes	Fibro osteoma
	NO	Yes	Gaint Cell Tumor
سليم			
Yes	NO	Yes	Osteosarcoma
خبىت			
NO	Rare	Yes	Amelo Blastoma
تىيت درجه خبىت			
Yes	NO	Yes	Ewing's Sarcoma

لور درجه خبيث

۵- دتداوي پرنسيپونه

A: که په غيرمناسب توګه Gaint cell tumor ترسره شي نو Excision په موضعی توګه عود کوي.

B: Osteo sarcoma دقسمي Mandibulaetomy پواسطه تداوي کيربي.

1- دغارې جذري تسلیخ استطبابات نه لري ئكھه چى ميتاستاز شتون نه لري.

C: Ameloblastomy بشپړ جراحی Excision.

1- معمولاً قسمي Mandibulectomy ته ارتيا لري. اگر چى په کوچني افاتو کې دهه وکي جوربنت ساتل کيداي شي.

A: دهه وکو د پيوند بيرته ترميم کول.

Ewing's Sarcoma :B

1- يواخي کله کله دشفا راپور ورکول کيربي.

VI: دغارې دعقداتو تنظيم:

دخلی دجوف په افاتو کې اوورسره په ثانوي توګه دعقداتو په اخته کيدلو کې اتخابي لاره د مقدم عقداتو Block تسلیخ دی د مثبت عقداتو شتوالي د خرابو انزارو علامه ده او په زياتره کانسرونو کې د موجوديت له کبله دشفا اندازه ۲۵-۵% ته رسپرېي ټول هغه ناروغان چى د مقدم کنترول شوي افاتو سره دجس وړ عقدات ولري باید دغارې تسلیخ ترسره شي دخلی دژبې په کانسرونو کې د Subclinical ميتاستازس د پیښو پیاوړی شتون دومره زيات دی چى دغارې اتخابي تسلیخ ته ارتيا پیدا کيربي او دا باید په هغه

برخوباندی هم ترسره شي چيرته چي دمقدم افت پراخه جراحی Resection ته ارتيا احساس
کيپري يعني د وری دخنه‌ي يا دخولی دھمکي په پرمختللي Ca په Resection کي دغارپي
د جذري تسلیخ اجراکول په هغه حالاتو کي چي دھستالوژي له نظره عقداتو ته میتاستاز
شتون ولري لakan د کلينيك له نظره د شفا اندازه ۲۵٪ کيداي شي.

دغارپي د میتاستاتيک عقداتو د خارني لپاره که خه هم شعاعي درملنه د جراحی په خير
اغيزمنه نه ده لakan په لاندي حالاتو کي استطباب لري.

۱- د Naso Pharynx د ژبي د قاعدي او تانسل په کارسينوما کي د غاري دنابوي
عقداتو Metastasis موجوديت په داسی حال کي چي لمرنی افت دشاعع پواسطه معامله
شي.

۲- دغارپي د جذري تسلیخ نه وروسته بيا راتلونکو غوټو شتووالولي په ډله کي دتشعش
زياتره پيښي شتوالي لري.

۳- دغارپي هغه غوتی چي د جامد انساجو سره نبتي دی او د عملياتو وړتیا نه لري.
د کلينيك له نظره N³ درجه لمف ادينوپاتي چي د Super voltage تيراپي پواسطه د
لمرنی افت سره یوځای د سر او دغارپي مختلفو کانسر وند درملنى په او بدرو کي معامله
شوی دی دهغوي د کنترول اندازه ۵۰٪ خخه زياته لاسته راغلى ده او دغه درملنه یواحئ
په ۲/۲۹ یا ۳٪ پيښو کي دناما می سره مخامن شوی وه دا حکه چي دمقدم افت د کنترول

کولو سره یوځای د لمفاوي عقداتو د Metastasis په کنترول کولو کي عدم کفایه موجوده
وي دلتہ د ۵ کالو ژوند اندازه ۲٪ وه لakan دا اندازه دليري ځایو میتاستازس له کبله
اغيزمنه شويدي.

۲- پايلى:

که په درست توګه يې درملنه وشي اتزار به يې ډير بنه وي Gaint cell Tumor
 چې په پراخه توګه Resection شوی دی د ۵% - ۳۰% د کالوپوري Osteo sarcoma : B
 ډژوند چانس شته.

۱- دناکامي اساسی سبب يې دویني له لياري لمړنۍ ميتاستاز په ئانګري توګه سبروته
 دی.

که په ډير سخاوت سره غوڅ شې دشفا لورې اندازی (%) ۷۵ - ۸۰ Amyloblastoma : C
 لري.

۱- لې لې غوڅلوا او Curretage کي دبیرته راګر خيدلو پیښې ډير وي.
 د د کوما ډير خراب اتزار لري Ewing's

۱- خيني وخت شفایاف کېږي.

تداوي باید د جراحی پرنسيپونه تعقیب کړي په دی ډول چې د تداوي ساحي باید د Block
 په خير محتويات ولري يعني Subaxillary St Cleidomastoid عضله، داخلی
 وريد او عقدات، د Triceps عضلى انسى خنډي، د Mandibula څخه تر ترقوي Jugular
 هلهوکې پوري شحمي او منضم نسج په کې شامل وي. دايواхи د Super voltage تخنيک
 او یا په بين الخالي مسافو کې Radio isotopes Nylon ريشو کې تثبيت شي او د
 تحول په حدود کې Cunicidal دوزونه لاسته را پوري شي.

پايلى: VII

۱- دشاعی تراپی او جراحی لوره درجه یوچای کارول:

او سنی اعدادو شمیره ۱۹۶۶ Fletchers Marclemb دریم جدول:

دخلی دجوف پایلی

موقعیت	د ۵ کالود ژوند اندازه (مطلق)	د ۵ کالود ژوند اندازه (تخمیناً)	د ۵ کالود ژوند اندازه (مطلق)
دزبی قدامی دوه پر دری برحی	%۴۴	%۵۲	
دخلی خمکه	%۵۵	%۷۱	
بنکتنی وری	%۴۷	%۵۵	
پورتنی وری	%۵۵	%۴۵	
دخلی مخاطی غشاء	%۵۳	%۷۱	

د کانسر پایلی Oropharynx

قدامی Facial	ستونونه	%۳۷	%۸۵
--------------	---------	-----	-----

Retro molar	زبه
-------------	-----

Tonsillar Fossa	%۳۴	%۴۰
-----------------	-----	-----

نرم Palate	%۴۹	%۲۸
------------	-----	-----

بلعومی جدارونه	%۳۱	%۳۸
----------------	-----	-----

دزبی قاعده	%۲۷	%۳۰
------------	-----	-----

د کانسر پایلی NasoPharynx

Squamous Cell Ca	%۳۲	%۳۹
------------------	-----	-----

Lymphoma Epitheloma	%۳۷	%۴۲
---------------------	-----	-----

%۵۰ %۵۰ Lymphoma

%۴۱ %۳۵ مجموعه

پورتنی پايلی د يودير لور تجربه لرونکي Radio therapist او جراحانو له خوا برابر شويدي چې ديوزيات شمير ناروغانو په کلينکي ريسرج او درملنه کې راتبول شويدي. نوموري پايلی په يودير شمير مراكزو او روغتونونو کې په کافي اندازه کم دی چې معمولاء د پورتنی اندازو ۵% پوري رسيربي.

شعاعي تراپي او داضافي ۰۲ تنفس ترسه کول

A: داتموسفيريک ۰۲ تنفس کارول (SMN)

داديادوني وره ده چې دسر او غاري د پرمختللي کانسرونو په درملنه کې داتوموسفييري ۰۲ تنفس او دشعاع یوهای کارولو په هکله او سنی تجربى د اولني افت د بيرته راتللو اندازه ۸۵% (۳۷/۳۲ پينسي) وركړي ده چې دی جملی څخه زياتره تر کنترول لاندی او ژوندي وه.

B: د Hyper Baric ۰۲ تنفس کول

اگر چې دنوموري ميتود اولني راپور دشعاعي غبرګون د زياتولو په مورد کې په زره پوري وه خوترن ورځي پوري برابري شوي پايلی دومره بنۍ نه وي او د هغوي د ريبستني ارزښت د تاکلو لپاره نورو خيرنو ته ارتيا ده د لمرنۍ سپينوالۍ او عقداتو رجعت بنه دی لakin د اوږدي مودي د راپورونو څخه خالي دی او په اتموسفييري ۰۲ باندی برتری نه لري.

۳- دشعاعي تراپي سره یوهای دکيموتراپي کارول:

A: د کیمومترایپی او شعاعی تراپی دیوچای کارول په هکله پلتهنی دوام لری او لاندی دواګانی احتوا کوي.

د تپولونه بنه بسکاري او په ملي تعاوني مطالعاتو کي منظم شویدي.
BUDR ۵FU يا IUD د MTX پروگرام

۴- دشعاخي تراپي او جراحی گه کارول:

د جراحی او شعاعی تراپی د گه کارولو دارزښت د مطالعی لپاره یولر پلتهنی د Randomizide په اساس ترتیب شویدی ھینی بنسی پایلی چې تراوسه ددی پواسطه راپور ورکړل شویدی په لاندی ډول دي.

A: د عملیاتو څخه مخکی د شعاعی تراپی او د غارپی جذری تسلیخ: د غارپی د عقداتو په Operable ناروغانو کي د عملیاتو څخه مخکی ورکړل شوی ۲۰۰۰ راده دوز په دری کالو کي د غارپی د عقداتو د عود اندازه په کنترولي گروپ کي د ۳۳% نه تر ۲۰% ته رابستکته کړیده چې دا د لاندنسیو لپاره صدق کوي (۵).

۱- د جس ور عقدات ۴۱% تشعشع شوی ۲۲% کنترول گروپ

۲- غیر قابل جس عقدات ۱۹% تشعشع شوی ۰% کنترول گروپ

۳- د مثبت هستالوژي لپاره ۴۷% تشعشع شوی ۲۹% کنترول گروپ

B: د بلعومي د پرمختللي کانسر لپاره:

په یو کال کي د ژوند په اندازو بنه والي ۲۷% خخه تر ۷۵% پوري د Rush او Green Low پواسطه راپور ورکړل شویدی (۱۹۸۶) (۴۷)

چې د حنجروي بلعلوم د پرمختللي کانسر لپاره د شعاعي تراپي دوزونو د استعمال پواسطه ۵۵۰۰-۲۵۰۰ راډه پوري د ۲-۵ او尼ولپاره او په تعقیب د جراحی د عملی خخه وروسته دا پایلی برابری تهیه شوي دي.

دخولی دجوف د کانسر و ويشهه بندی، مرحله بندی او ERRS دپاره د UICCS او AJCCCS ترمنځ پرتله کیدنه (اولنۍ شکل او خلورم جدول).

AJCCS	UICCS
ويشهه	ويشهه
T1 مقدم	T1 مقدم
Carcinoma In situ T1S	T1: تومور چې ۲ ساتي متراه لویوالی په خپل عرض کې ولري په کلکه توګه سطحي او ساتي متراه خخه کم وي.
T1 تومور چې په خپل لوی ترين قطر کې د ۲ ساتي متراه خخه کم او کم تر کمه ارشاح په نه وي	T2: تومور چې په خپل لوی ترين عرض کې د ۲ ساتي متراه خخه کم او کم تر کمه ارشاح په ژوروالي کې ولري.
T2 تومور چې په خپل لوی ترين قطر کې د دوه ساتي متراه خخه لوی لکن ۴ ساتي متراه خخه لوی نه وي	T3: تولید چې په خپل لوی ترين عرض کې د دوه ساتي متراه خخه زيات يا تومور نظر خپل لوی والي ته عميق ارشاح ولري.
T3 تومور په خپل لوی ترين قطر کې د ۴ ساتي متراه خخه زيات وي ناخ gioi لمفاوي عقدات دکلينيك له نظره رقيبي لمفاوي عقدات دجس وړنه وي يا دجس وړوي لکن د ميتاستازس شواهد نه وي	T4: تومور چې نور جوړښتونه لکه د هدوکي او یا عضلات يې ماوف کړي وي او د یو خخه زيات مجاورو ناخ gioi ته پراختيا موندلی
په ماوف خواکې د کلينيك له نظره دجس وړ	N ناخ gioi لمفاوي عقدات

لماوی عقدات ثبت نه دی او د میتا سازش شواهد نشته.	No عقدات قابل دجس و پنهوی N۱ په ماوف طرف کې حرکت لرونکی
د کلینیک له نظره په مخالفه خواکې یا دوه طرفه رقبی لماوی عقدات چې دجس و پنهوی او د میتا سازش شواهد نشته	N۲ په مخالف طرف او یا دوه طرفه حرکت لرونکی لماوی عقدات.
N۳ د کلینیک له نظره دجس و په عقدات چې ثابت وی شواهد شته	N۳ په ماوف طرف کې یا مخالف طرف کې ثابت لماوی عقدات

M: لیری خایو ته میتا سازش	M: لیری خایو ته میتا سازش
MO لیری خایو ته میتا سازش نشته	MO لیری خایو ته دمیتا ساز هیخ شواهد نشته
M۱ درقبي لماوی عقداتونه علاوه کلینیکي او یا راديوگرافيك شواهد موجود وي	M۲ لیری خایو ته میتا سازش نشته

مرحله بندی

مرحله بندی

د مرحله بندی سیستم برابر شوي شوی نه دی ۱ مرحله NO MO T۱ N۱ IV T۲ N۲ MO

MO T۱ NO MO

T۲ N۲ MO T۲ N۳ MO

T۲ NO MO مرحله II

T۳ N۲ MO T۳ N۳ NO

T۳ NO MO مرحله III

T۱ N۱ MO

T۲ N۱ NO

T۳ N۱ MO

یا د N۱ سره هر یو T یا N مرحله

Chapter (XVI)

دمرکزی عصبی سیستم تومورونه

تนาظر:

دمرکزی عصبی سیستم داخل المنشاء تومورونه چی زیاتره د Gliomas د جملی خخه دی غوره ئانگرگر تیا داده چی د تومور خپریدنه د CNS خخه د باندی خواته دیر په ندرت سره صورت نیسی ټول د Gliomas خبیث دی داپه دی معنی چی په موضعی توګه انتشار کوي او د نومورو په بشپړه توګه لیری کول ممکن نه دی د مرکزی عصبی سیستم تومورونه د Mortality او Morbidity په لور لورو درجو سره ملګر تیا کوي ځینی مخصوص تومورونه د سب ارکنوئید مسافو خخه انتشار کوي او د میتا ستازس په ډول وجود کې انتشار کوي که دا ډول د انتشار مساعد والی یواحی نخاع شوکی پوری محدود پاتی شي نو داسی فکر کېږي چی تشعشع په کامیابی سره دا ډول تومورونه کنترول کولای شي په هر صورت یوزیات شمیر Gliomas د شعاعی غبرگون لپاره چی کومو دوزونو ته ارتیا پیښېږي زیاتره د نارمل عصبی نسج د دوز سره برابر اویا ورڅخه زیاتېږي.

که لوی دوزونه و کارول شي په پاتی ژوندی خلکو کې ځینی وروستنی اړخیزی اغیزی لیدل کیدای شي د Modulo blastoma په ځینی پیښو کې د جراحی او شعاعی تراپی سره یوځای د کیمو تراپی کارول اغیزمن ثابت شویدی او په ډیر فعال توګه دنورو تومورونو لپاره تر خیزني لاندی نیول شویدی. خرنگه چی د نیوپلازم دیر ډولونه چی پیاوړ تیا او زوري په سره توپیر لري لیدل کېږي نود او بدی مودی لپاره ژوند په یو ئانگری او حتمی ډله کې منځ ته راھي چی دا باید د شعاعی درملنی او یاد جراحی تداوی ئانگری تاثیر ونه ګهل شي

بلکه دتومور طبی تاریخچه باید تر نظر لاندی و نیول شی اویوازی په اغیزه Gliomas کې د ۵ کالو ژوند اندازه دومره قدر او ارزښت لري چې د پایلی په حیث باید بیان شی.

۱- ويشه

ددماگي تومورونو په میتابولیک ويشه باندی تکيه کول دنومورو د کلینیکي اړیکو انزارو او د درملنی د پوهیدنی لپاره اړینه ده اګر چې زمونږ معلومات په دی هکله ډیر محدود دي چې دیوی باوري ويشنی بندی اساس جوړ کړي لاکن لاندی ورکړل شوی معلومات د تجربی له نظره ګټور دي.

A: داخل المنشاء تومورونه:

۱- په دی ټولګي کې د ټولونه عمومي تومور Astro cytoma Gliomas دی همدارنګه او Ependymomas او Oligo dendro glion کم پیښېږي. زیاتره د IV درجو پوری ويسل کېږي. Astro cytoma

۲- درجه دنبه توپیر شوي Astrocytes خخه جوړ شویدي او IV درجه یې بارز Cellularity، زیات شمیر pleomorphism، نکروزس او کله کله Gaint cell احتوا کوي او همدارنګه II او III درجى ددى دواړو ترمنځ بین البياني حالت لري.

د Astro blastoma Glioblastoma اصطلاح Multiform په عمومي توګه دلور خباثت لرونکۍ دیو قدیمي غیر تفریق شوي تومور په حیث تصنیف Gliomas Cytomas لپاره کارول کېږي چې د III او IV درجى خخه دی خرنګه چې ټول ارتشاري وصف لري او کپسول نه لري نو ټکه د خبیثه افاتو په ډله کې شمیرل کېږي.

۳- ئینى عالمان Medulo Blastoma دیو قدیمي غیر تفریق شوي تومور په حیث تصنیف کوي او ئینى نور یې قدیم Neuronal تومورو په ډله کې داخلوي.

دا د کوچنیتوب د دوری د Vermis Cerebelum برحی ئانگری تومور دی چى په چتىکه توگه وده کوونکى ارتشاھي نیوپلازم دی چى دتولو Sub arachnoidal مسافو په اوبردو کى خپریدنى ته میلان لري او په سحایاو کى خپارە محراقونه منخ ته راولى دهستانلۇزى لە نظرە حجرات يې كوچنی يودبل سره نىدى تېلى شكل لري چى Cytoplasma يې هم كم شويىدى نومورى تومورونه په تولو پىينبو كې مشابه اوصاف لري برخلاف د Astrocytoma چى په خپل منخ كې پراخ هستولۇزىك تظاهرات لري د Medula blastoma د قدىم حجرات تو د پاتى شونو خخە منخ ته راتللو نظرىيە په Gliomas كې دنورو تومورو د منشاء د اوسىنى مفکورى په ضد ده ئىكەن چى فكر كىرى چى د Gliomas د چلى تومورونه د كاھل حجرات تو د Differentiation خخە منخ ته راھى.

B: دعصبىي سىستىم داستنادىي جوربىستونو تومورونه

دەقىقىي اعصابو يَا عصبىي جذرونود Schwann حجرات تو خخە منخ ته راھى په داسىي حال كې چى Neuri Meningomas دەقىقىي اعصابو يَا عصبىي جذرونود Schwann حجرات تو خخە منشا اخلى د leiomomas په ئىنونواھىو كې شونما كولو ته میلان لري اولە دى كېلە پەھە Meningiomas مخصوص نواھىو كې واقع شوى Meningiomas سره وصفىي كلينىكىي سندرومونه تېل شويىدىي داخل قحفىي زياترە داتم زوج خخە منشاء اخلى اولە دى كېلە Neuri leoma زاوىيى دپاسە واقع كىرى چىرته چى داتم زوج مجاور Stem اكثرا د Cerebelo pontine توليد شوى فشار دتوليد شوى كلينىكىي سندروم اناتومىك اوپورتە په Cerebelum اساس جورپىي پەھمىدى ترتىب Meningomas او Neuri leiomomas دشوكىي قنات مهم تومورونه جورپىي چى پەنخاع شوكىي او نخاع عصبىي جذرونو باندى فشار توليدوى

دمايکروسكوب له نظره Meningiomaso د پوبن کري حجراتو ته ورته دی چي جزيري او طبقى جوروسي او په هغوي کي Psamomas او Whorls اجسام هم ليدل کيربي نوري اي او بده حجرات دي چي د Fibro blast په شان منظره لري. Neurolomomas د موجو په شان بندلونو او يو دبل سره ترپل شوي حجراتو خخه جور شويدي چي او بده دوه قطبه لرونکي حجرات لري د دوى هستي عموما په ډيرمنظم توګه ترتيب شويدي چي د Palisade په ډول حجرات په کې متبارز وي.

C: دنشونما تومور

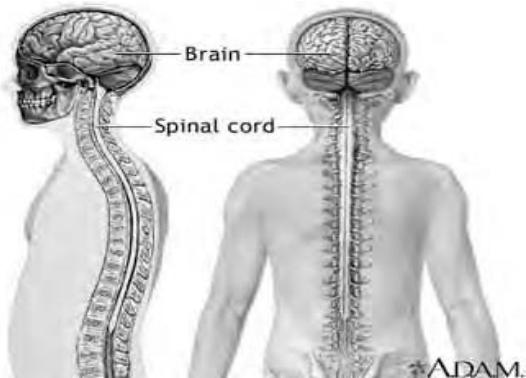
د تومورونو دريمي ټولگي دنشونما د نسج خخه منشاء اخلي دasic فکر کيربي چي د جينيني ژوند په او بدو Embryogenesis په مرحله کي دپاتي شو حجراتو د پاتي شونو خخه منځ ته رائي ددي ډلي خخه یو توميور Hemangio blastoma د چي د ويني او عيو خخه منځ ته رائي او عموما د کھولت په موده کي ليدل کيربي دا په ورو ډول وده کوي عموما دی او په اساسي توګه په Cerebelum کي واقع کيربي ددي ډلي نور تومورونه عبارت Colloid cyst او Dermoid cyst او Epidermoid craniopharyngioma د دويم بطن او نادراء Chordomas د ددي جملی خخه دجئيني افتونو Neoplastic جنبه ډير ژرتشبيت (Dermoid cyst) او Colloid cyst او Epidermoid مثلا د دويم بطن کيربي او په نورو کي ددي طرز عمل واضح نه دی نوموري په ورو ورو سره لويربي چي د حجراتو دودي او يا د شو موادو يا افراز شوي موادو او د منضم نسج د غبرګون د عناصر د توليدلو له امله د دوى جسامت زياتيري اوله دی کبله د نومورو کلينيکي طرز العمل د لويدونکي افت په شان وي.

D: د تومورونه Pituitary

د تومورونو خلورم اساسی گروپ دنخاميه غدی دقدامی فص د Chromo phobic او ادينوما پواسطه جور شوی اگر چی نوموری دعصبی سیستم حقيقی Esinophilic تومورونه نه دی لakin نوموری زياتره عصبی گیلی او نبئی دخپل اساسی اختلاطاتو په توګه منځ ته راولي چی لامل يې په Hypothalamas optic chiasma ، دريم بطيني او انسی فص باندی د فشار تولیدیدل دي او بنایي چی دداخل قحفی فشار دزياتوالي Temporal لامل شي نوموری تومورونه سليم ورو وده کوونکی افتونه دي.

E: کانسرونه Metastatic

د اتومورونه د پنځم کلاس د Metastatic تومورونو خخه تشکيل شوي دي کوم چی يو واحد يا زيات شمير کيداي شي په دی ډله کې Sarcomas نه زيات عموميت لري. سبې او تیونه ددي ټولونه زيات عمومي مقدم منابع دي هم دارنګه دپانقراص او بسكتني کولمو کانسر، دپنستور ګو کارسينوما خبيث Melanoma هم ددماغ دويمى کانسرونو مهم منابع دي. ددماغ Metastatic افتونه ډير زياته خپريدونکي او ويچارونکي وده لري چې افت په شاوخوا کې نبئی بسکاره څنډي لري په ګاونډي سپین جوهر کې زياتره اذیما موجود وي کوم چی په ځینۍ پیښو کې د تومور خخه دكتنى وړ فاصله خپريږي کله کله میتاستازس د Leptomeninges یو منتشر کارسينوماتوزس منځ ته راولي چې په زيات شمير قحفی اعصاب او دنخاع شوکي جذرونه ماوف کوي.



پورته شکلونو کې د CNS تومور بنسودل شويدي.

پامېلنه:

د هر نوع داخل قحفي تومور که داخلی منشاء ولري خبيث واوسى اويا سليم ډير تېنگتىيا او توجه ته لېراه لري ئىكەن چى دماقىي اذىما دلته مورد بحث ده د اذىما دمنئ ته راتلو مىخانىكىت په بىنه توگه پوهيدل شوي نه دى لاكن بىا هم اكثرا د كلينيكىي ستونخى او همدارنگه د ناروغرى اناتومي دپوهيدل لپاره دكتنى ور مرسته كوي.

II: وقوعات

دعصبي سيسىتم تومورونه نادر دى د Lurkand په نوم يو عالم په ۱۹۵۸ کال کى دملې نفوسو يوه احصائيه نىولى ده او داسى يې بىكاره كېيدە چى هر کال ددماغ نوي مقدم تومورونه ۱۵۰۰۰ په اندازه او دشوكى نخاع تومورونه د ۴۰۰۰ نه لې زيات پىينىېرىي تقرىباء د تولو مريينو ۲% ددماغ د تومور لە كبلە منئ ته رائى.

عمومي وقوعات:

A: د تولو تومورونو ۲-۵% جورو ي.

B: ۸۰% ددماغ او ۲۰% نخاع شوکى ماوفوي.

C: ددماغ ۲۰ - ۴۰٪ Metastatic وي (چى دسپو ٿدي، پښتوري گي، ميلانوما او معدى

معايي طرق څخه منشاء اخلي په يوه پلتنه کي په ۷۰٪ پينسو کي زيات شمير ذخاير لري.

D: کاهلانو تومورنه:

Glio 1: ددماغ دتپول مقدم تومورونو ۵٪ جورو چى ددی څخه ۵٪ Gliomas

جورو چى نوموري زياتره په ددماغ کي منځ ته رائي او ۶۰ - ۴۰٪ کلنی پوري زيات blastoma

عموميت لري.

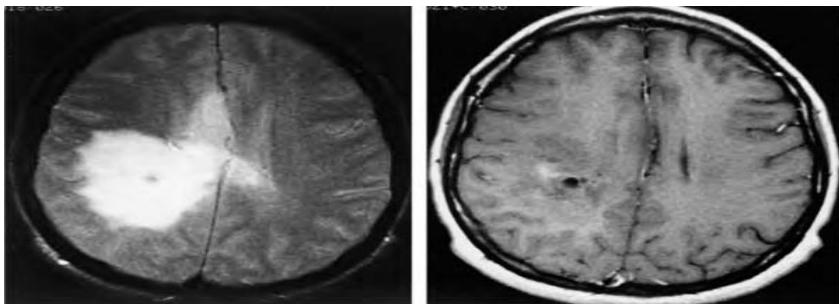


شکل کي د MRI توموري کتله نبيي Glioma

2- علاوه د تومورونو څخه Gliomas Meningiomas دير عموميت لري دوقعه اعظمي

عمر ۵ کلنی ده ددماغ sagital Para ناحيه او قاعدي قدامي برخه ددی عام خايونه دي
نادرآ په کي خبيشه بدلون ليدل کيري چى د دير چتيکي ودي او خايني خپريدنې له کبله

تبسيت وي.



Glioma. Magnetic resonance imaging (MRI) scan of a low-grade glioma. **Left**, T²-weighted image; **right**, T¹-weighted image, gadolinium contrast with minimum enhancement. The images are typical of this tumor, which is being detected with increasing frequency by MRI in seizure patients. Many are invisible on computed tomography scans.

پورته شکل په معاينه کي چى د سره اجراسوی Contrast Meningioma نبي

۳- دنخاميه غدى Adenomas دداخل قحفي نيوپلازم د ۱۲-۱۸٪ پوري جوروسي چى

زياتره برحه يې Chromophobic ده تقريبا هيچ كله خبيث نه وي.

۴- اساساء د کاھلانو تومور دى چى معمولاً سليم (Schwan noma) Neurileomas

سير لري.

E: دورکتوب تومورونه

۱- Medullo blastoma ۳۰٪ جوروسي Astrocytoma (تيهه درجه خباثت)

۱۲٪ جوروسي Ependymomas

۲- دخلفي جوف تومورونه زييات عموميت لري چى اندازه يې ۷۰-۵۰٪ ده.

۳- دخلورم بطين دير عمومي تومورونه عبارت دي د Ependymomas خخه دى.

۴- دبصري لاري Gliomas دامعمولاً بنه توپير شوي Astrocytoma دى چى ورو وده

لري او دبصري عصب په او بد و کي پرمختللې پراختيا مومي او بلاخره داخل قحفي انتشار

کوي چى دکوچني والى داخل قحفي تومورونو ۵۰٪ جوروسي د بصرى حفرى غتيدل په

زياتره پييبيو کي موجود دى.

۵- Craniopharyngioma دا د ۳۰-۸۰ کلنی عمر خخه په کم عمر کې ليدل کيربي

د هستالوژي له نظره سليم دى د Cystic تومورونو د لوئيدو له امله توليد شوي اعراض او

عاليم دنخاميي Adenomas ته ورته دى په X-ray کي په وصفي شكل د Super sellar

كليسيفيكيشن معلوميربي.

F: دنخاع شوکي تومورونه

۱- Gliomas دمجموعي تومورونو ۲۳% جوروبي ددى جملى خخه دوه پر درى

دی دنورو دجملى خخه زياتره بنه تفريق شوي Ependymomas دى

دماغ اودنخاع شوکي د Gliomas دوقعاتو تناسب ۹۳:۷ دى دوقعاتو متوسط عمر

۳۸ دى.

۲- Hemangioma او Schownaoma او Heningioma دى عموسيت لري

چير عموسيت لري.

۳- باقي پاتى تومورونه يې Chordomas Hemangio ، Dermoid cyst او Epidermoid

او متفرقه نور تشکيلوي او چيركم عموسيت لري Blastoma

III: كلينيكي لتهن:

دماغ تومورونه عمومي (يعنى چى غير موضعى وي) اعراض او علام وركوي چى په

داخل دقحف کى دشار زياتولو مستقيميا، فشار توليدولو انتشار كولو يا دماغي

تخريش پواسطه محراقي تكليفونه منخ ته راولي.

A: دداخل قحفي فشار زياتوالى:

كيداي شي چى په ابتدائيي مراحلو کي د سريع نشونما او دزيات انتشار له امله متبارزه

اذيم منخ ته راشي او په كمو حالاتو کي په داخل دتومور کي نزف اويا انفاركشن منخ ته

راتلای شي د اذيم منخ ته راتلل په چتىك ډول په لمرييو مراحلو کي سردردي، دزره

بدوالى، كانگى او همدرانگه دشعروري حالت خپرتيا منخ ته رائي. د ورو ورو نشونما

لرونکي تومورونه لكه Meningiomas زياتره ديوه خخه دزياتو كالولپاره موجود وي او

مخكى له دى خخه چى په داخل دقحف کي فشار زيات شي جسامت يې چيرى لورپى

اندازی ته رسپری یو تومور چی په داسی موقعیت کی واقع شوی دی چی د بطیناتو خخه دمایعاتو د اخراج مانع و گرئی په داخل قحفی فشار کې چټک او شدید زیاتوالی منځ ته رائی د مثال په ډول Cerebellar Colloid cyst Thalamic gliomas یا دریم بطین تو مورونه چی خلورم بلاک کوي ددی د جملی خخه دی.

B: موضعی علامی:

کیدای شي چی د Homonymous lobe Temporal یوافت د مختلف طرف د سبب شي او هغه تو مورونه چی د fissure ماوف کوي د Jack Rolando hemianpsic مرگ سبب کېږي د دماغ ناحي لکه Cerebelum, Frontal او Parital فصونه همدارنګه د دماغ Stem مدور ناحي داسی مخصوص و صفي علامی تولیدوي چی د تو مور د موقعیت په تاکلو کې ډير کومک کوي.

C: د اعراضو شروع:

دماغي تو مور د ناروغی، تاریخچه کې د اعراضو د امداره پرمختګ موجود وي دا ډول پرمختګ بنایي بطی وي اویا د یوی لنډی مودی لپاره ساکن وي لکن په ډیره توجه سره اخیستل شوی تاریخچه معمولاً د آخر ګنده کړي چی ناروغ دابتدايی ګيلود پیل نه وروسته په بشپړ توګه هيڅکله بنې شوی نه دی.

D: په کاهلانو کې د مرگي د حملاتو مفهوم:

دلته یواخینی استثناء د هغه ناروغ لپاره ده چی د هغه یواخنی عمدہ شکایت میرگي وي په پیل کې کیدای شي چی ناروغ د مرگي د حملاتو په منځ کې په مکمل ډول بنې وي.

په يو کاھل شخص کې د مرگي د حملاتو شروع کيدل چى مخکى ورسه هىچ مخامن
شوي نه وي باید دھمیش لپاره د تومور شتوالى د نظر لاندى و نیول شى تقریبا ددى ڈول
۳۵% ناروغان داخل قحفي نیوپلازم لري د Cerebelum منجیوما دوه پر درې پینسو کې
دمگي د حملاتو لامل کيرېي د Glioma په ناروغانو کې د مرگي حملی لې عموميت لري
لakin يو ابتداي عرض کيداي شي.

E: سردردي

سردردي يو عمومي عرض دی دا زياتره منتشر وي او كه يوطرفه وي نو عموماء په
ماوف طرف اويا د تومور په طرف کې وجود لري د خلفي جوف په تومور کې Sub Occinalit
حساسيت ڈير عموميت لري.
معاينه باید اجراشي عبارت دې د Disorientation, Lethergy, Somnulence او په Aphasia او د خفيف درجه Tentoriam دامعاينه د
خفيف درجه او د قحفي اعصابو د وظایفو د تناظر د خرابوالي خخه دی.

B: بصرى ساحى:

د بصرى ساحى معاينه اکثراه دیاده وئى اويا په ڈير خفيف توگه اجرا کيرېي ليکن
د معاينه د خخه پورته د تومور د موقعیت په ثبیت کولو کې ڈير صحیح
معلومات ورکوي ئكە چى د شبکى او بصرى قشر تر منخ يوزیات شمیر داسى ئایيونه
وجود لري چى هلتە بصرى عصب الیاف ماوف کيداي شي او د نوموري هريو ماوف شوي
ناحیي خخه په بصرى ساحه کې مربوط بدلون منخ تە رائى.

C: معاينه Fundoscopic

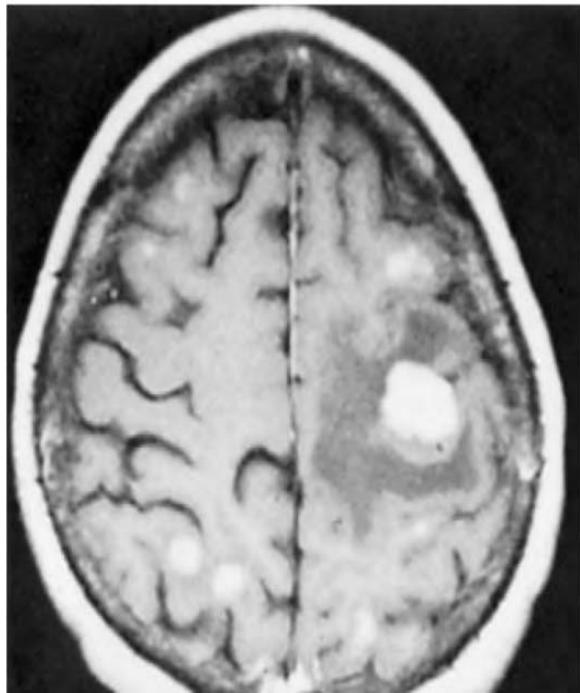
نوموری معاينه باید په عادی معايناتو کی اجراشی که دمعاينی اطاق تiarه وي نو دامعمولاً په بی له کومه Medriatic دراد استعمال خخه اجرا شی که امکان ولري ددى ډول دواګانو خخه باید ډده وشي ځکه چې غلط شواهد ورکوي.

D: قحفي روتگوگرام

دماغ د تومورو په ۳۰% ناروغانو کې په قحفي روتگوگرام کي یوڅه ناخه ابناړملتي وجود لري. تريو پرڅلورد Carnic pharngioma به کلسفايد شوي وي هم کيداي شي چې کلسفايد شوي وي او عموماً Celvaria اویا Meningioma دهه وکي دخنه‌ي سره دارتباطي نقطي په امتداد کې پېروالی تولیدوي Clenoidal د خلفي Sellaturacica په عمومي ډول د داخل قحفي فشار زياتوالی د Sphenoid په تواتو د تخریب لامل کيداي شي یاداچي دماغ د نيم کري پواسطه د متوسط خط خخه تیله شوي وي (يو کلسيفايد شوي Pineal جسم يا کيداي شي چې دلور جبهی تومور پواسطه شاته يا بسته خواته بیځایه شي.

E: د صدر قدامي خلفي راديوجرافی:

خرنگه چې په دماغ کې د تومور میتاستازس عمومیت لري نو ځکه په نومورو کي د سپو کانسر لتهول ارین دی اړخیزو او شاتنى مخکینی راديوجرافی دسینی اخیستل کېږي د سپو کارسينوما عموماً دماغ ته میتاستاز ورکوي او داسی یوزیات شمیر تومورونه چې دماغ ته میتاستاز ورکوي هم اخته کوي.



Brain metastasis. Multiple metastases from breast carcinoma are seen on this T¹ gadolinium-enhanced magnetic resonance imaging scan. The multiple smaller tumors were not visible on computed tomography, even after a contrast agent was given

Lumber Puncture :F

کوم وخت چې د داخل قحفې فشار د زیاتوالی بسکاره شواهد موجود نه وي د L.P خخه
ډډه کېږي څکه چې خطر لري کوم وخت چې نخاعي مایع وویستل شي نو په اني ډول
داداخل قحفې محتوياتو د بیحایه کیدو سبب کېږي چې دانسي Temporal lobe یا
Cerebelar herniation لامل کېږي.

L.P هغه وخت ګټور ثابتېږي چې معلوم کړو چې داخل قحفې فشار زیات شوی دی که
نه؟ یا دا د اشتباه لاندی وي یا دا چې د Subarachnoid Hemorrhage او یا Meningitis

د توپیري تشخيص لپاره ګټوره تمامېږي.
G: د نخاع شوکي مایع د پروتین محتوي

داداخلي قحفي تومورو په شتوالي کي دنخاع شوکي دمایع پروتین يو پر درې پينسو کې زياتيرې او د شوکي جبل په تومور کې د تل لپاره زيات وي همدارنګه نادراء لوره جسامت لرونکي تومورونه په سحایاو کې د شوکي مایع د قند سويي د کموالي لامل کيرې همدارنګه کله کله په شوکي مایع کې د Cytologist پواسطه توموري حجرات پیژندل کيداي شي.

H: EEG الکترو انفسالوگرام:

EEG په هغه ناروغانو کې چې د دماغي تومورو اشتباه موجوده وي په سکرينتګ کې ارزښت لري تقریباً ۷۵% ناروغانو کې EEG غیر نارمل وي. په ۴۰% پينسو کې دابنارملتي ئاي په بنه توګه خرگند شويدي ليکن هغه معلومات چې د دى معاينى پواسطه لاسته راخي دومره صحيح نه وي چې بيله کوم نور مطالعاتو د جراحى اجراء کولو ته اجازه ورکړي.

۱- دماغي Scan:

دسيما بو شعاعي فعال مرکبات ناروغتہ تطبیق اوبيا ناروغ سکن کيرې Glioblastoma او لوی ميتاستاتيك تومورونه د دى تکنيک پواسطه زياتره تشخيص meningomas کيرې او تقریباً ۸۵-۷۵% پينسو کې مثبته پايله ورکوي.

I- دماغي Arterio graphy

دثباتي اوبيا فقروي او عيو انتخابي انجيوجرافي ديره زياته کارول کيرې حکه د تشخيص د کاميابي اندازه يې ديره لوره ده (خصوصاً cerebelam) د مخکنې دوه پر

درې برخى د تومورو لپاره او علاوه پردي جراح ته د تومور داخلي وعايي سيسىتم او د هغوى د محاورو د موې او عيو سره دارتباط په هکله بالارزښته معلومات ورکوي.

K: هوا مطالعات

نومورپی خيرپنۍ د عصبي شعاعي تشخيصي مطالعاتو د جملې خخه د ټولونه زياته د درسته مطالعه ده چې په ۹۵% پينسو کې د تومورو د ئاي او د شتوالي د تثبيت لپاره ورڅه کاراخيتسل کېږي. کوم وخت چې د ناروغ داخل قحفي فشار په متبارز توګه زيات شوي وي او یا ناروغ ډير زيات بيمار او Debilitated Ventri culography وي نو په ليري يعني په بطیناتو کې دهوا په مستقيم توګه زرقول اجراء کيداي شي.

V: د درمني پرنسيپونه:

A: جراحی پرنسيپونه: د ټولو داخل قحفي تومورونو رومني درمنه تداوي د جراحي پواسطه غوشول دي.

۱- د عضويت د نورو ئايو د تومورو په شان د تومور ليري کول د مخصوص افت د جسامت او خپري د له کبله محدود کېږي يادھيني سليم افتوا په پينسو کې د عملياتو په وخت کې د کوم تکنيکي پرابلم له کبله محدود پاتي کېږي.

۲- Meningioma د هستالوژي له نظره هميشه سليم وي او معمولاً به بشپړ ډول ايستل کيداي شي خيني وخت یواخې Resection کول يې ممکن وي لakin داهم په عرضي ډول ارام منځ ته راوستلای شي. حکه چې Meiningomas ډير ورو ورو وده کوي او عود کړي اعراض يې زياته د زياتو کالو لپاره هیڅ ستونځه نه پیدا کوي.

۳- خبیث تومورونه نادراء شفا کیدای شي په عمومي توګه کوم وخت چې داډول تومورونه تشخيص شي له مخکی ددماغ ژورو برخو ته يې انتشار صورت نیولی وي ترڅو دنومورو تومورونو مکمل ډول دلیری کولو مخه ونيسي.

۴- په دی ډول پینسو کې جراح معمولاً دداخلی فشار د لیری کولو لپاره عملیات اوهر څوړه چې امکان ولري تومور لیری کوي چې په تیجه کې په ددماغ فشار کم کړي او عموماً په موقتي توګه ددماغ وظيفي اعاده کوي.

۵- زیات جسامت لرونکی Astrocytoma ژر عود کولو ته میلان لري او د درجه III IV ۸۰% هغه ناروغان چې د جراحی لاندی نیول شوی دیوکال په دنته کې د مرگ سره مخامنځ کېږي برخلاف د دی زیات سليم طبیعت لرونکی Astro cytoma زیات په زړه پوری دی او کله کله په بشپړه توګه لیری کیدای شي او هغه تومورو نه چې د ماشومانو په کې موقعیت لري تقریباً دتل لپاره په مکمل ډول ایستل کیدای شي.

B: د شعاعي تراپي پرنسيپونه:

ددماغ زیاتره خبیث تومورونه دخارجي تشعشع په وړاندی دحساسیت غبرګون ورکوي د دی ډول درملنی یوکورس د ناروغ ژوند او بدوی او کله کله د تومور د عود په صورت کې اعراض هم له منځه وری.

۱- د شعاعي تراپي استطبابات په عمومي توګه دادي:

A: که تومور مرکزي برخه کې موقعیت ولري او د جراحی مداخلی پواسطه پرابلم زیات کړي.
B: که تومور حیاتي اعضاء اخته کړي وي نودهغوی غوڅول د مرینۍ کچه زیاتوي مثلاً متوسط دماغ، دریم بطین

C: میتاستاتیک ذخیری (اگرچه دکلینیک له نظره یوه ناحیه تراشتباه لاندی نیول کیدای شی لakan نوموری دشمیر له نظره زیات وی).

D: دنخامیه غدی Sednomas چه اختلاط یې نه وي ورکړي.

E: Mandulo blastoma (دخلورم بطینی باپوپسی او د فشار لیری کول).

۲- که د تومور Resection په ناتام ډول پاتی وي نود عملیاتو وروسته X-ray تراپی په لاندی واقعاتو کې توصیه کېږي.

Astrocytomas IV III II :A

Endymoma :B

C: Oligo dendro glioma (حینی وخت د سلیم تومور په حیث عمل کوي او په مکمل ډول لیری کیدای شی).

Sarcoma :D

E: Cranio pharyng

F: Chordoma

۳- د داخل قحفی فشار د زیاتیدو په صورت کې شعاعی تراپی په محتاطانه توګه اجراءشی که دحالت د جراحی په ذریعه د فشار ختمولو ته Decompression ته ضرورت لري.

۴- د تداوی دوز یې د تومور هستالوجیکی ډول، شعاعی غبرگون او اناتومیک ئای او د هغوي دزغم دسویی پواسطه تعین کېږي.

۵- د تداوی ساحده د تومور د اناتومیک پراختیا پواسطه تعین کېږي.

۶- نیوپلازمونه لکه Medulo blastoma چى سحایا و ته دمیتاستاز ورکولو لور قدرت

لري دنخاع شوکي تشعشع دوقايى په منظور اجرا كىربى.

۷- عمر په Gliomas کي يو مهم فكتور دى حكه چى په ماشومانو کي دادير شعاعي

حساسيت لري.

ليكن دتحمل سويه کمه ده داسى چى تراپيوتىك تناسب يې د كوچنى دوزنود کارولو سره

هم يوشان دى.

۸- په رخوه انساجو کي دجانبى عوارضو دكمولو لپاره په لور دوزونو باندى Super

voltage کارول برترى لري.

۹- ابتدايي دوزونه يې تېت وي او تدريجا زياتيرى په دى ترتيب د شعاعي اذىما خخه

مخنيوى كىربى.

۱۰- دتمورونو مجموعى دوزونه د ۴۰۰۰ - ۲۰۰۰ راده د ۸-۴ اوئى په حدود کي توپير

کوي.

۱۱- کوم وخت چى دا خرگند شي چى ناروغ ددماغ Metastasis تومور لري نو نادرأ يواخى

جراحى عمليه اجرا كىربى ددى دول پىنسو په تنظيم کي خارجي تشعشع په كتلوي دوزونو

دكورتيكوستروئيد ورکول اوپه Sub temporal ناحيە کي د Dural فوحى دجورولو

پواسطه جراحى Decompression ترسره کىربى.

۱۲- شعاعي غبرگون

A: په زره پورى غبرگون: زياتره ناروغان د Resection او Decompression نه وروسته په

دراماتيك چول بنه والى مومى او شعاعي تعامل نادراء پرابلم منخته راوري نورپاتى

ناروغان يې چى يواحى دشاعع پواسطه بنه والى مومى او د درملنى په اوپردو كې په تول

دوام كې گىلى يې په ورو توگە بىرته راڭرەئى.

نامناسب يَا ناخوبىسونكى غېرگۈن:

۱- عاجل: دشاععى اذىما تshireح كول ستونخمن دى لاكى دمەكى نە دداخلى قەھفي فشار لوروي اوپر مختىگ كۈونكى پرمختىلى توموروتە ورتە والى لرى لە دى كېلە تىتپ ورخنى دوزونه يې اپىن دى دتراپى پە منج اويا نىمايى كې د Epitation ۳۰۰۰-۴۰۰۰ rad تە راھى.

۲- موخر: دتراپى نە ۲ کال او خۇ مىاشتى وروستە معمولاً داعراضاو عود منج تە راھى او معمولاً دتومور دعواد او دشاععى نىكروزس ترمنج تۆپىرىي تشخيص اجراء كىپى. او معمولاً دداخلى قەھفي فشار زياتوالى دتومور دعواد سره ملگەتىيا كوي.

C: دكيموتراپى پرنسيپيونه:

ددماغ دتومور د كيموتراپى او لەتىنى لاندى نى يول شويىدى دتومور پە بىستر كې ددماغ اروا كۈونكى اواعىي او د Subarachnoidul مسافو كې دوا تطبق شويىدە.

ترنن ورخى پورى كومەنسكارە گىتە نە دە لىدل شوى پە استثناء د Medulo blastoma

VI: پايلى

پە او س وخت كې ۴۰ % دەغە ناروغانو چى ددماغى تومور پە پواسطە كلينيك تە مراجعاھ كوي يوچە ناخە دژوندانە كارونە سرتە رسولى شى پە داسى حال كې چى ۳۰ سلنە بنه عرضي درملنە حاصلوي.

دتومورو پە ئانگەرەپەلۇنۇ يې پايلى او تبىرى:

Astrocytoma :A

۱- درجه: جراحی مداخله ممکن نه وي یا تومور د Resection ور نه

وي نوشاعی تراپی دی ترسره شي.

۲- درجه: دباقی پاتی تو Mori برخی لپاره تشعشع کارول کیری.

۳ او ۴ درجه: دانادراء لیری کیدای شي او که ناروغ شعاعی زغم ولري نوشاع په

عمومي دول تطبيقيري.

پايلی:

(۶) Kernohen (۲۳) Bonchard د ۵ کالو دژوند داندازی په درجی پوري اړه لري.

جراحی په ئانګرۍ دول: ۱ درجه ۵۹%， ۲ درجه ۳۸%， ۳-۴% درجه ۲ جراحی د X-ray سره: په اوله درجه کې تشعشع د ژوند اندازه زياتوي د Glio blastoma زياتره

ناروغانو کې ناروغی عود کوي او په لمونی کال کې مرینه واقع کیري یواخی د جراحی سره

دژوند اندازه ددوو کالو لپاره ۷% ده اودشعاعی تراپی په اضافه کولو سره ۲۰% ده په

ماشومانو کې د Cerebellum دناحيي Astrocytoma معمولاً د جراحی پواسطه شفامومي.

Medulo blastoma :B

په ماشومانو کې یو عام خبيث تومور دی چې معمولاً د Cerebelum خخه منشاء اخلي او

يې تقریبا Subarachnoid مسافو ته صورت نیسي نوله دی کبله قحف Metastasis

اودشوکي نخاع په ټولو برخو باندي تشعشع اجرائیکری د یوشمير زياتومراکزو خخه

د بهترینو تایجو راپور په دوامداره توګه ورکول کیري.

پايلى:

په ٨٢ پينبو باندي چي Royal Mersden Hospital پواسطه په Bloom دا اندازه داندازو راپور په دی ډول ورکړل شوی وه د ۵ کالو دڙوند اندازه وه دلسو کالو لپاره دڙوند داندازو راپور په دی ډول ورکړل شوی وه د ۱۰ کالو دڙوند اندازه ۳۰٪ او د هغۇ خلکو له جملى خخه چي ژوندى پاتى شول د کوم سويى شكل سره مخامخ شول او فعال ژوند يې تير کړلو چي داسى گمان ورکوي چي موخر اختلالات د تشعشع په عوض دقيقى تومور او Hydrocephalus کبله وه (۲۰) د ۵ کالو دڙوند اندازه ۴۲٪ وه چي يواحى يوه واقعه په کى ددماغي تاخري دل شوی وه.

Hope Stone

د ۵ کالو دڙوند اندازه ۷۵٪ او دلسو کالو دڙوند اندازه ۵٪ .

Ependyma : C

د ټولونه زيات عمومي ناحيه خلورم بطيني، دليري بطيناتو خخه يو بطين او نخاع شوکي وه په ھيني پينبو کې ټول Subarachnoid مسافو ته اتشار کوي.

پايلى:

ټوليز ډول دنخاع شوکي Ependymas دداخل قحفى په نسبت به انزار لري معمولاء جراحى او تشعشع اجراء کيربي.

Oligo Dendro glioma :D

د ۲۲ پيپنبو له نظره دريم Glioma گنل کيربي زياتره په عکس کې د Classification له کبله پيژندل کيربي. ۴۰-۵۰% کيداي شي چى په زيات بطى ډول پرمختگ وکري سير ولري لakan زياتره د يو مخلوط تومور په ډول چى درجه III او IV وي ليدل کيربي.

پايلى :

د کم خبات لرونکي ډولونه يې معمولاً درجاهي سره درملنه کيربي او تشعشع د ډيرو خبيشو ډولونو لپاره اجراء کيربي او د Bonchardis په تجربه کې د ۵ کالودژوند اندازه يې ۵۵% ده لakan Eluidgg يواحى ۴۱% د ژوند داندازو راپور ورکريدي.

E: د متوسط دماغ او د Pontine تومورنه:

نوموري تومورونه په ډيره حساسه ناحيه کي موقعیت لري چى عموماً ڈژوند لپاره خطرناک ثابت کيربي او دا زياتره د Gliomas ډولی خخه دی يعني Glioblastoma،

Gliomas يا ګډه Astrocytoma

پايلى

اصلاء په نوموري تومورونو باندي جراحی مداخله امكان نه لري او تشعشع هم لوړ بدلون لري.

F: Adenoma دنخامي دغدي

دواع شوي Amaurosis (فشاري اعراض) لپاره د ۵۰% خخه زيات د ډيرو ساحي له منځه تلل او یا د بصری عصب اتروفي د داخل قحفی فشار زيات والي د Cavernous ماوف کيدو یا VI, V, IV, III, Sinus څخه تيريربي

دماوفه کيدو په صورت کي، د X-ray تراپي په اوبردو کي په Scotoma کي دناخاپي زياتولي دمنج ته راتلو په صورت کي، اويا د X-ray تراپي داجراکولونه وروسته په درې مياشتو کي دبهبودي دنه حاصليدو په صورت کي جراحی ته مراجعه کيربي.

ئينى گروپونه که دكلينيکي اساساتو په تشخيص باندى يقين ولري نودنخامي غدى په تولو کوچنيو پينبو کي د Adenoma لپاره په ابتدائي مرحله کي X-ray تراپي اجراکوي لاکن په ئينى نورو تولو پينبو کي د بايوپسي په اخيستلو تينگار کوي.

که د Adenoma لپاره جراحی اجراسي نو د عملياتو خخه وروسته د تشعشع هم اجراء کيربي ئكه د نومورو په گله اجراء کول د ژوند موده اوبردوی او د عود خخه مخه نيسىي (يواحى د جراحى سره د عمليات خخه ازاده اندازه ۱۲٪ او د عملياتونه وروسته د تشعشع سره ۸۳٪ د ۵ کالو ژوند اندازه د عود خخه ازاده وه په Acromegaly کي دنخامي جسم او د هغوي كتلوي مقدارونو کي به تاثيرات د منخه يورپل شي.

Cranioparyngioma : G

ددى تنظيم يوگران پرابلەم دى د Crigler او د Matson دراپور په اساس ديرى غوه پايلى په مقدم چول د جراحى پواسطه د ليرى کولو سره منخته راغلى دى Kramer هم د تشعشع پواسطه بسى تىيجى لاسته راوري د بصرى عصب او Hypothalamas سوء تشکلات د ژوندي پاتى شوي ناروغانو ژوند اوبردى مودى لپاره دوخيم اختلاطاتو سره مخامنخ كولاي شي.

Hemi angioblastoma :H

داوعيو حقيقي نيوپلاستيك افات ڏير ڙر دعائي سوء تشکلاتو خخه توپير کيداي
شي داوعيو حقيقي نيوپلاستيك افات ڏير ڙر دعائي سوتتشکلاتو خخه توپير کيداي
شي که جراحی مداخله استطباب ونه لري نوتشعشع هم اجراء کيداي شي.

Hemangic ، Blastoma او د گه Retina او Cerebelam سندروم د Lindua von hippel
مثال دی.

توجه:

دوايی تشکلاتو لپاره د Angioma اصطلاح باید استعمال شي حکه چی نوموري
Erythoma سره يوئحای د Hemangio blastoma منشاء لري د Neoplastic
پارانيوپلاستيك سندروم هم دليد و وړ دی.

پايلى:

نوموري ورو ورو تکامل کوي او د جراحی پواسطه ڏير بنه ئواب وايي.

۱ - Meningiomas

معمولاء ورو ورو نمو کوي او د قحف د Hyperostosis سره يوئحای وي.

پايلى

ددی ڦول تومورو لپاره د جراحی لاره کارول کيرېي او که افت د جراحی مداخلی او
ورتیاء ولري نو په زړه پوري پايله ورکوي Resection

J: ددماغ لمرنی Sarcoma

داديوي غير متجانس گروپ خخه عبارت دي چى د CNS خخه دباندي هم Metastasis ورکولاني شي اوهم يې نشي ورکولاني اوپه اساسى توگه په ماشومانو او ئوانو كاھلانو كى منخ تە راھى.

پايلى:

تىيجى يې نسى نه دى لakin Bouchard دجراھى اود شعاع دتطبیق پواسطه په ۳۸% كى د ۵ کالو دژوند داندازى راپور ورکرى دى.

K: تومورونه: په اساسى ڈول دثديو او سېرو كارسينوما دماغ تە ميتاستاز ورکوي. لakin نور نيوپلازم لكه د Melanoma، دخصيو، پښتوريگو او درقيه غدى تومورونه او نور هم ميتاستاز ورکولاني شي كە دمنشاء ئاي يې معلوم نه وي نو دا ڈول افت د مقدم دماغي تومور په ڈول مطالعه كېرى.

پايلى: يواھى په هغه حالاتو كى چى مقدم تومور كنترول شوي وي او ددى دقبلولو له پاره بنه دلائل موجود وي چى ميتاستاز په انفرادي ڈول صورت ن يولى وي نو دجراھى په مقابله كى تشعشع انتخابي ميتود دى اوپه دى ڈول شرایطو كى دجراھى په ذريعه د اجراء كول اپين نه گنل كېرى او اذيمما دكورتىكوستروئندو دلور دوزونو Decompression په استعمال يا ديوريا او يادمانىتول په شان دمدرر دواگانو پواسطه كنترول كيداي شي.

(EYE) سترگه

تاظر:

دسترگو تومورونه په لاندی توگه ويشل شويدي:

۱- دسترگو دجفن او منضمي تومورونه.

۲- دسترگى د کرى (Orbit) تومورونه.

دسترگو تومورونه يوه ځانګري دلچسپي لري ځكه چې د نوموري تومورونو په کاميابه درملنه کې ناروغ ژر دليدو قدرت حاصلوي دسترگو په ساختمانو کې د خبيشه ناروغيو مينخته راتلل عيناء د وجود دنورو برخو د خبيشه افاتو په شان دی چې ډير نادر تومورونه يې داصل زجاجي تومورونه دي. ددى جملی خخه Retinoblastoma دخپلو ارثي خواصوله نظره او د خپل کلينيکي طرز العمل له کبله ډير پيچلي دي.

دسترگو دجفن او منظمي تومورونه:

۱- پيژندنه

دسترگو دجفن او منضمي بسکاره او واضح موقعیت لرونکي تومورونه د یوشمير زياتو افاتو درملنى ته ارتيا پيداكوي. خو په کوم بل ځای کې د موقعیت لرلو په صورت کې دهغوي لوی والی او طبیعت تداوي ته ضرورت نه پيداكوي دسترگو دجفن په خپله په سترگه کې هم کافي خطر منځ ته راولي او ددى موقعیت ددى اجازه نه ورکوي چې په غير له

پراخه ترمیم خخه پرته هغه لیری کړای شي نوله دی کبله په دې ناحیه کې د کلینیکي
تشخيص صحیح والی خصوصی ارزښت لري.

A: دسترگو سليم تومورونه لکه Xanthelomas او Heman giomas Nevi pa;ilomas په زيات عموميت سره واقع کيربي.

B: په Ophthulmology کې دسترگو د جفن Epitheloma ډير عام خبيث تومور دی
دنومورو تومورونو عمومي بنه د پوستکي دزرو ځایونو Ca ته ورته ده نوموري تومور د
ستركو دجفن په کنارو او د پوستکي او منضمی په اتصالي ناحیه کې زيات واقع کيربي د
ستركو دجفن کانسرونه دپوستکي دنورو کانسرو په خير میتاставاز ورکوي.

C: دسترگو دجفن صباح لرونکي تومورونه دمنضمی په ناحیه کې ډير نادر دی دنومورو
درمله ول زياتره دستونخو سره مخامن کيربي څکه چې دخبات پيل يا درجه د کلینیکي يا
شواهدو له نظره نه څرګند يربوي Histopathologic.

II: کلینیکي پلتنه:
A: دجفن د تومورونو کلینیکي لتهنه د باندېيني کتنې پواسطه صورت نيسې او جس کله کله
ګټور تمامېږي په کتنې کې دجفن د پورته کولو نه وروسته د منظمي سطحه بايد معاینه
شي.

B: دهه د کو د اخته کيدلو د یقيني کولو لپاره بايد X-ray ترسره شي.

C: دمولف نوت:
دسترگو دجفن دپوستکي د تومورونو کلینیکي تشریح دلته نه ورکول کيربي.

ئىكەچى دپوستكىي تر عنوان لاتدى مطالعه كىربى او دنومورۇ Histopathology وىشنه دپوستكىي پە كانسرونۇ كې وركرل شويىدە.



پە پورته شكل كې د سترگى كانسربنودل شويىدى



پە شكل كې د Eye led كانسربنودل شويىدى

Sq Cell Ca :D

پە پورتنى جفن كى زيات واقع كىربى دھنى ئاي خخە چى دلمفاوي او عىيى پە عقداتو كې تخليه كىربى Preauricular.

Basal Cell Ca :E

دسترگو په بستنی جفن کې زیات عمومیت لري.

F: ڪانسرونه دانسي Canthus په ناحيئه کي هم عمومیت لري او باید په فوري ډول تشخيص او تداوي شي ئکه چې په نومورې ناحيئه کي واقع شوي تومورونه په ډير ابتدائي مراحلو کې دسترگي کره تر حملی لاندی نيسی.

III: تشخيصي لاري

دسترگو د جفن او د منضمی د تومورونو د ڪلينيکي تشخيص لپاره علاوه له ڪلينيکي تشخيص خخه د Biopsy او هستوپيتولوژيک Excision مطالعاتو ته ارتيا شته او د نومورو طريقو پواسطه د تومور پيشند ګلوي اړين امر دي.

IV: ويشهنه

A: دسترگو جفن

۱- سليم: په دله کې لاندني تومورونه شامل دي.

Mallusum contagiousam, Papiloma, Xanthelosma, ، Melanosis ، Nevus خپور

Inverted Senile Keratosis Hemangioma, Kerato acan, Follicular Keratosis

۲- د ڪانسر پيش قدم افات:

Bowens dis senile keratosis, adiation melonosis, Xeroderma pegmentosum

۳- خبيث شكل: Basal Aq Cell Ca Adeno Acanthomas او د عرقیه غدواتو او د

Melanoma خبيث Ca وينستانو د بصلی

B: د منضمی تومورونه:

۱- سلیم تومورونه

Dermoid, Papiloma, Nevus, Dermolipoma, Lymphoma, Angioma
Melanoma, Lympho Sarcoma ، خبیث تومورونه : Epithelioma

V- د درملنی پرنسپیونه

A: جراحی پرنسپیونه

۱- دجفن او منضمی زیاتره سلیم تومورونه دنبایست په منظور په اسانی سره لیری کېږي
چې عموماً د اختلاطاً تو او د عود سره ملګری وي.

۲- ئینى داسى Papiloma چې دجفن خنله‌ی يې ماوف کړي وي د Diathermy سره د
پواسطه لیری کیدا شی Cuterization

۳- یواخى معاینه دسترگو دجفن دتومورو د خباتت یا سلیم توب دتاکلو لپاره ئینى وخت
دغله‌ی سره مخامنځ کوي نوله دې کبله بايوپسي اړينه ده په عملی ساحه کې دجفن زیاتره
افات د Excisional بايوپسي پواسطه تشخيص کېږي په یوداسى لوی افت چې د خباتت
شک موجوده وي دجفن داساسی Reconstruction د عملی خخه مخکی باید دبايوپسي
په واسطه قطعی تشخيص ترسره شی.

۴- منضمی د خبیثه Excision Melanoma او Epithelioma سره یوئای پراخ ته
اړتیا لري چې په دی جمله کې دسترگو د اجفانو مختلفی برخی او دسترگو دکرى محتويات
اوحتی دکرى په تام ډول ويستلو Exenteration سره یوئای اجراء کېږي.

B: دشاعی درملنی پرنسيپونه:

۱- دشاعی تراپی خخه مخکی باید همیشه دتشخیص لپاره بایوپسی ترسه شی.

۲- د X-Ray تداوی دسترگو عدسيي ته خطر لري.

دکترکت دمخنیوی لپاره سترگه باید وترپل شی.

۳- دداخلی Anthus pه ناحیه کې د Lacrimal punctum د تداوی اجراکول او د

Fraction schemes نسج تخریب کولانی شي او که په محتاطانه ډول Epithelial

تعقیب نکړی شي نو ستونخمن Epiphria منځ ته رائي.

۴- د X-ray د تداوی بل اختلاط دسترگو دبنو له منځه تلل دی او په پورتنی جفن کې

دبکلا نقصان منځ ته راوري لاکن دبکتنی جفن لپاره دومره بد نه دی په کوم ئای کې چې

زیات متبارز او عمومیت لري دتشعشع نه وروسته درنگ له منځه تلل او Epithelioma

ضمور هم یوناخوبنونکی زیبایشي نقصان منځ ته راوري.

C: دسترگو دجفن د Basal Cell Ca د تداوی لپاره دجرافي يا تشعشع اتخابول په اساسی

ډول دمسول ډاکټر په طرز العمل، پس منظر او وروستنی اختلاطاتو او په ما حول باندی اتكا

لري کله کله وسیع تومورونه دجرافي او تشعشع ګله کارولو ته اړتیا پیداکوي.

داخل کروي تومورونه (Intra Ocular Tumors)

۱- پيژندنه

A: سليم داخل زجاجي تومورونه نسبتاً كم عموميت لري د Uveal قنات Nevus تومور
بنائي چي په Iris جسم يا Choroid كي واقع كيداي شي او د خپل كلينيكي
منظري او سير په اساس بيرته كيداي شي په سترگه کي د Nevus اساسي ارزبنت په دي
کي د چي نوموري دioxibit سره بايد توپير شي چي دا معمولاً د ثابت
غتوالي د ارتفاع د نشتوالي او د دغه حققت له مخوي ويلى شو چي کوم وخت په Chroid
کي واقع شي نو پورته موقعیت ولري Retina چيره لبه دحملی لاندی نيسسي د Uveal
قنات hemangioma زييات مشكلات پيداکولاني شي او د زياتوكالو په موده کي کمه اندازه
د نشونما علامي بنكاره کوي دا پول تومورونه معمولاً داخل وريدي Fluresin د تطبيق
او دابي رينا پواسطه چي Fundus معاينه شي تر نوموري رينا لاندی Heman glioma په
ابناک ډول فلورزونس ورکوي.

C: د شبکي Angioma نادر سليم داخل زجاجي تومور دی کوم چي د بدن دنورو اعضاو
خصوصاً د ماغزو Angiomas د سوتسلاتو سره ملگري وي او د دماغ داخته کيدو په
صورت کي Von hippel landau سندروم منع ته راهي.

D: د افات دسترگي په Fundus او Neurofibromatosis و Tuberos sclerosis کي کله
کله ليدل كيربي.

E: دشبكى حقيقى Gliomas او Neurolemomas نادراء په Ciliary body کي واقع

کيربي.



په پورته شکل کي Ocular کانسر بنسودل شويدي

F: اساسی خبيث داخل زجاجي تومورنه په دوه ډوله دي:

DDS ددی څخه هر يو تومور خصوصي Uveal قنات Melanoma او د Retronoblastoma

دلچسپي او ډير زيات ارزښت لري او ددی په باره کي ډير پراخه معلومات راټول شويدي.

Retinoblastoma :II

A: وقوعات، ايتولوژي او ارثي خواص:

۱- Retinoblastoma یوارشي خبيث تومور دی چې په کوچني والی دادويم نمبر زيات

عموميت لرونکي خبيث تومور دی.

۲- د Retinoblastoma یوه واقعه په ۲۰۰۰۰ ولادتونو کي ليدل شوي وه او د وروستني

۲۵ کالو په نسبت دادو ه چنده زيات دی.

۳- وقوعات یې په خفيفه اندازه په سپين پوستانو کي نظر تور پوستانو زيات دی.

۴- که تداوي نشي هميشه ورثونکي ثابت کيربي د تداوي سره دوفياتو اندازه یې ۲۰% ده او

تقريبا تول وفيات د تومور د شروع نه د دوو کالو په دنه کي صورت نيسني.

۵- د Rethinoblastoma تقریباً ۹۴٪ پیشی په دول لیدل کیری چی بدون د کومی فامیلی تاریخچی خخه منح ته راخي داسی اندازه گیری شویدی چی ددی جملی خخه ۲۵ سلنده د Genitic mutation له کبله واقع کیری او د اندازه $10^{-5} \times 2$.
.۵

۶- ددی ۲٪ پیشی فامیلی دی او دارثیت دول بی دیوبارز Autosom ۱- gen په شان دی دفامیلی Retonoblastoma ناروغان چی ژوندی پاتی شی او دبلوغت دوری ته ورسیبری او د حمل داخلی تقریباً ۵۰٪ د دوی ماشومانو کې په دی افت اخته کیری دیوی سپورادیک پیشی خخه وروسته ۲۵٪ د ژوندی پاتی کیدل امکان شتول لري دا ناروغی دجنیتک Mutation له کبله منح ته راخي کوم چی دهله اولاد ته د Autosomal dominant خواصو په خیر انتقالیبری سالم والدين چی يو مرضي مشاوم ولري نوباید خپلو مانور ماشومانو کې د مرض حملود ۲٪ توقع وساتي.

B: کلینیکی لتهنه:

۱- کلینیکی لتهنه معمولاً هغه وخت تكميليرې چی تومور توله سترگه تر دی حده پوري ڈکه کړي وي چی د تومور له کبله حدقه سپین رنګ غوره کړي یادتالي Strabismus یا يو التهابي عکس العمل او یادتالي Glucoma اعراض او علايم توليد کړي.

۲- د Ophthalmoscope پواسطه په ابتدائي مراحلو کې تومور نسبتاً معلوميداً شی په حقیقت کې چی تومور د پیداکیدو په وخت کې همیشه موجود وي Retronoblastoma تقریباً په ۹۰٪ پیشوا کې د دری گلنی خخه دبشكته عمر په ماشومانو کې تظاهر کوي او د ۶ گلنی خخه پورته نوموري تومور په نادر دول ئاخان بسکاره کوي.

۳- په ۳۰% پىبنو کې تقریباء دواړه سترګى ماووه کوي.

C: تشخيصي له لارې

۱- تشخيصي له لارې يې په اساسی ډول د Ophthalmoscope په معاينه باندی مشتمل ده

اوتمور د کلينيک له نظره په ډير صحیح توګه پیژنډل کيدا شی.

اگر چې یو لړ شمير داسی شرایط هم وجود لري چې توپيري تشخيص دستونخو سره

مخامنځ کوي.

۲- د داخل زجاجي تومور بايوپسيي د خطرناک اتشار او د زجاج دا خته کيدو سبب گرځي.

۳- د X-Ray معاينه کله کله داخل زجاجي Calcification خرګند وي کوم چې په تېپیک

ډول د Retonoblasma سره ارتباط لري او که داسی یوه سترګه تر معايني لاندی ونيول شې

چې Cloudy وسط ولري نو د تشخيص سره ډير کومک کوي.

B: ويشه :

هیڅ اناتوميک تصنیف بندی په عمومي صورت نه منل کېږي.

۱- د Retinoblastoma هستوپتالوژيک ويشه د تومور د زيات توپير شوي او کم توپير

شوی انواعو تر منځ یو خه اندازه په بیلولوکې کمک کوي هغه تومورونه چې زيات تفریق

شوی وي کوچنۍ Rosettes.

۲- ډير بنه تفریق شوي تومورونه ۸% او نه تفریق شوي ۴۲% وفیات لري.

۳- د تومور زياتره د خپلی ارواء خخه زيات نشونما کوي چې په نتيجه کې نکروزس منځ ته

راولي او د کلسیم د ذخایرو د جوړیدو سبب کېږي.

۴- په نادر ډول سره تومور بنايی دومره نکروزس و کري چې خپل ئان په خپله ختم کري او دبنفسه‌ي ترميم نادر مثال منح ته راولي دتومور نکروزس د شدید Ocular التهاب په تيجه کي منح ته رائي.

۵- داتومور په سترگو کي په چتكتياء سره خپربروي کوي او بنايی دستركى په داخل کي اوحتى Iris او تر قدامي Chamber پوري ميتاستاز ورکري.

۶- په Retinoblastoma کي ليري ميتاستازس عموماً دبصري عصب په اوږدو کي صورت نيسني چې دلته تومور په چېک ډول سره دبصري عصب د Sheet او دسحاياو د مسافو په امتداد کي انتشار کوي او ډير ژرد قحف جوف ته ئان رسوي ليري ځایو ته انتشار دويني له لياري صورت نيولاقشي.

E: د تداوي پرنسيپونه:

۱- د Retinoblastoma تداوي دماوفي سترگي ايستل دي. خرنگه چې د بايوپسي په اجراکولو سره داسى خطرات موجود دی چې د منلورو نه دی نو په کلينيك کي د صحيح حققي تشخيص ترسره کول اړین دي.

۲- که د Ophthalmoscope پواسطه معاینه اجراء شي نو کلينيكی تشخيص ژرار په ګوته کوي او دستركى غير ضروري Enucleation ديو غلط تشخيص له کبله نادراء واقع کېږي.

۳- داسى هم کيداي شي چې مخکى له دی خخه چې د سترگو تومور تشخيص شي په پراخه توګه خپور شوي وي چې د همدی خبری په اساس دتومور سره یوځای ۲۰% داد وفیاتو مسول ډه.

۴- دجراحي په وخت کي د سترگي په ليري کولوسره دا خبره هم دپام ورده چي هر خومره شتون ولري بصری عصب د ۱۰-۱۵ مللي متر دسترنگي سره یوئائي وویستل شي دبصري عصب قطع شوي خندي بايد حتماء د Histo pathology له نظره معاينه شي که دبصري عصب مقطوعه خندي توموری برخه ولري نودوقايي په ډول دبصري عصب داخل قحفی برخه د Chiasma سره یوئائي تشعشع کړاي شي او د سحایاو مسافو ته د خپري دو په صورت کې د نخاع شوکي مایع د Cytology له نظره معاينه شي.

۵- د تداوي یو مهم پرسنی په دی حقیقت استوار دی چي دبلی خواسترنگه بايد په مفصل ډول معاينه شي ټکه چي تومور په ۳۲٪ پینسو کي دوه طرفه وي چي دامعمولاً د عمومي انسټيزي لاندی صورت نيسی حدقه بايد په کافي اندازه واژه شي او د مستقيم او غير مستقيم Ophtalmoscpe پواسطه دی وليدل شي او د فشار ورکولو پواسطه د قدامي ټولي برخی او د Ophthalmascope جوف د Viterous د منظری په حدود کې راوستل شي.

۶- Ophthalmoscope د تشعشع د متوسط دوزونو په وړاندی حساس دی دا داسی دوزونه دی چي نارمل شبکيye بې بنه تحمل کولاني شي. دسترنگو عدسیه د تشعشع پواسطه تحریب ته لږ زیات حساسه ده او پرته له دی چي عدسیه پته او X-ray په صحیح لوری باندی ترسره شوي وي شعاعي Cataract زیاتره د تومور دشفا په پايله کې منځ ته رائي دا ډول Cataract په کامیابي سره ليري کیدا شي.

۸- خرنگه چی تومور مستقیماً Ophthalmoscpe په ذریعه لیدل کیدای شی نوله دی
کبله دتداوی پايلی په ډیر احتیاط سره اندازه کیدای شی او که در ملنہ کامیاب ثابت نه
شی نودناروغ ژوند په خطر کې اچوي نوباید سترګه لیری کړای شی.
پايلی او اختلالات:

- ۱- د لیدو قدرت او دناروغ دژوندی پاته کيدو چانس انتزار او نتيجى د تومور په هغه مراحلو
تکيه لري په کوم کې چی تومور د اول ئحل لپاره ولیدل شي.
- ۲- کله کله داکتر ددوو خبرو او شرطو سره مخامنځ کېږي چې ددی شرطو تر منځ دیو شرط
قبلول او فيصله اړینه ده هغه داچې که دویمه سترګه تومور ولري هغه دی لیری نه کړاي
شي ترڅو د ماشوم ژوند په خطر کې پاتې نشي او یاد دویمه سترګه لیری کړل شي ترڅو د دید
په ئای د ماشوم ژوند وسائل شي چې د اقصاوت په ډاکټر پوري اړه لري.
- ۳- د Ocular ناحیه کې د شعاعي تداوی یو مهم اختلاط دکرى ده دوکې په ناحیه باندی
د تشبع پواسطه دنشونما تاخر منځ ته راتلل دی که دتداوی په وخت کې ماشوم د دوه
کلنی خخه کم وي نو تشبع دکتنی وړ سوء تناظر په مخکی تولیدوي.
- ۴- د Rhabdomyosarcoma په شعاعي تداوی کې په موخر ډول Retinoblastoma منځ
ته راتلل لیدل شویدي چې دا ډول خطرات د کوچني مناسب دوزونو د اجراء کولو پواسطه
ډير کم شویدي.

Melanoma :III

A: پیژندنه، وقوعات او شیوع

۱- دداخل زجاجي خبيث Melanoma وقوعات دسترگو په ناروغانو کي ۵٪ دى داد کاهلانو تومور دى چى په ۵۰ کلنی کي منخ ته رائي د ۲۰ کلنی خخه کم عمر کي داتومور ڏير زيات نادر دى همدارنگه په تورپوستانو کي په ڏير ندرت سره ليدل کيږي.

۲- دداخل زجاجي Melanoma ڏير زيات عموميت لري او په کاهلانو کي د سترگو ۱۰٪ مسول گنل کيږي چې د ترضيض خخه وروسته په دوهمه درجه ددى سبب دى.

۳- دا هر ڏول جس بيله کوم تو پير اخته کوي او کوم مهم جينتيک ميلان نه لري په استثناء د خخه نوموري په ڏير ندرت سره دنور Melanoma لکه د پوستکي سره ملګرتيا کوي بر عکس د پوستکي خبيث Melanoma معمولاً سترگي ته ميتاستاز نه ورکوي لان د Fontanel له خوا د لسو پينسو راپور ورکړل شويدي.

B: کلينيکي لته:

۱- دداخل زجاجي Melanoma کلينيکي لته معهولاد Ophthalmoscope د معاني پواسطه ترسره کيږي البته دداخل زجاجي Melanoma اصطلاح ده گه تومورو لپاره کارول کيږي چې د Uveal قنات په هر ئاي کي منخ ته رائي چى په دی جمله کي Iris هم شامل کيداي شي او د لته تومور د مستقيمي معاني پواسطه د ليدو وړ دی.

۲- کوم وخت چى تومور په Choroid کي منخ ته راشي نو په ڏير وصفي تو گه د سترگو په وسطي برخه کي ئاي نيسى داداسى مفهوم ورکوي چى په ابتدائي مراحلو کي د مرکزي

دید قدرت سالم پاتی کېږي دا هم امکان لري چې یوبنه لوی سایز لرونکی داخل زجاجي
Bileه کوم اعراضو او علایمو موجود وي او ناروغ پری خبر هم نه وي له دی کبله Melanoma
مقدم تشخيص دعادي Ophthalmoscope په معاينه باندی اړه لري.

۳- څرنګه چې د شبکي تومور کې شبکي خپله وظيفه له لاسه ورکوي ټکه چې د تومور
نشونما د دید د خرابوالی سبب کېږي تومور عموما په سترګه کې د تالي تغيراتولکه د
اویا د ګلوكوم د تولید لامل کېږي cataract

۴- د داخل زجاجي تومور نشونما تقریبا همیشه د Metastasis ورکولو څخه مخکی
داعراض مرحلی ته رسپری داخل زجاجي Melanoma په موخر ډول میتاستاز ورکوي اوکه
تومور کوچنی وي نو د کلینیکي Ophthalmologic مشاهداتو لپاره یوه موده په کار ده چې
په توپیري تشخيص کې مرسته کوي.

تشخيصیه لاري:

۱- په تشخيصیه لارو کې دالندی شیان شامل دي خارجي معاينه، د Ophthalmoscope
معاينه Slit lamp مايكروسكوپي معاينه او Transillumination.

۲- د Melanoma choriod لپاره بايوپسيي داجراء ورنه ده ټکه چې په کره کې ددي
پواسطه د تومور د خپريدو وقوعات زييات دي د Iris او body Ciliary دجسم د قدامي
برخى Melanoma زياتره ليرى کيداي شي او سترګه سالمه پاتي کيداي شي.

۳- د Radio active uptake مطالعات چې د شعاعي فعال فاسفورس پواسطه اجرashویدي
د ټینې خلکوله خوا منل شویدي لakin په پراخه توګه نه استعمالیږي.

۴- د Ultra sound (ماوراى صوتی) التو پواسطه Echogram د خپرنی لندی دی

اوکیدای شی چی د کارولو و پر ثابت شی په ئانگری ډول هغه وخت چی دستره ګو منظه د او یا داصل زجاجي ترف له کبله مکدره شوي وي Cataract.

۵- د کلينيکي تشخيص صحيح والى یواحی یوڅه اندازه بنه دی Ferry Enculeated سترګو ۷۴۴ داسی پیښی ترمطالعی لاندی ونیولی کوم چی ورباندی دخبيث Melanoma احتمالي تشخيص اينبودل شوي وه هغه داسی مشاهده کړل چی تشخيص د ۷۴۴ څخه په سلوپیښو کې غلط وه نزف د شبکي جداکيدل، شبکوي Cysts ، پرازيت، نور تومورونه او التهابي شرایط په کلينيکي تشخيص کې د غلطی مسول دي.

۶- د دستوالي اندازه چی تشخيص شوي نه وي Enucleated سترګي د داسی Melanoma دستوالي دنه معلوميدو سبب معمولاً مکدریه وسط دی هغه سترګي چی ۱۰% ده ددي دستوالي دنه معلوميدو سبب معمولاً مکدریه وسط دی هغه سترګي کې دالتهاب يا ترضيض نه وروسته یو گونئي شوي طبعي حالت غوره کري وي دداخل زجاجي Melanoma اخته کيدو ته ميلان لري او دا خبره په ځيني Enucleated سترګي کې دنه تشخيص شوي Melanoma دكتنو سبب دی ځيني سترګي چی د شبکي جداکيدوله کبله تر تداوي لاندی نیول شوي وي وروسته داسی ثابته شوه چی په Melanoma باندی اخته وه په دی شرایطو کې د شبکي جداکيدو لپاره د جراحی ترسه کول د تومور پواسطه د منځ ته راغلي وفياتو اندازه زيادوي.

D: ويشنه

۱- د لوی والی په انزارو باندی اغيزه لري لوی تومورونه لور وفیات لري تراوسه پوري د کوم افینشل اناتومیک مرحله ايز سیستم د کارولو راپور ورکړي شوي نه دي.

۲- د اوعیی اواعصاب چی Ciliary Acelera ته داخلیری ددی په اوړدو اناتومیک انشتار او یا خارج الزجاجی خپریدنه د منضمی لاندی که صورت نیولی وي نوا انزار نور هم خرابیږي.

۳- د هستالوژی پواسطه په عمومی ډول دسترګو په دوینی په اوعیو کې توموری حجرات میندل کیدای شي او تردی اندازی وي چی داسی گمان ورکوي چی حتمی يې Metastasis کری اوټول عضویت ته صورت نیولی دي. د عمومی ځایونه ھیګر، دماغ او هدوکي دی Metastasis هغه خلک چی دسترګو د Melanoma څخه ژوند پاتی شویدي د هغوي په Autopsy کې کله کله پت Metastasis دلیدنی وړوي.

د: B ډول یې دلوی اوزيات Spindle B Melanoma ډول سره دبسته شوی حجراتو پواسطه توصیف شوي وي چی دمتبارزو هستچو لرونکی دي داهم نسبتا سليم تومور دی چی دوفیاتو اندازه د ۱۵ کالو په موده کې % ۲۵ ده.

C: د Spindle شکل لرونکی حجرات چی د بندلونو په ډول ترتیب شویدي د Fascieater تومور پواسطه نامگذاري کېږي وقوعات يې نادردي او د دوفیاتو اندازه په ۱۵ کالونو کې % ۲۵ ده.

D: د خالص Epitheloid حجراتو څخه جوړ شوي ډول یې چی لړ عمومیت لري او د ۱۵ کلنی دوفیاتو اندازه ۷۰% ده ددی ډول توموری حجراتولوی Polygonal گرده هسته او د متبارز سایتوپلازم لرونکی دی چی Epitheloid تومور نوته ورته والی لري.

۵- دسترگود Melanoma نیما یی پینسی د حجراتو گله (مشترک) ډولونه لري او زيان

اړونکي د *Epithelioid* د نوع حجرات په کې معمولاً ګډون کوي هغه Melanoma چې

د حجراتو گله ډولونه لري ۱۵ کلنی دوفيياتو اندازه ۲۰ % ده.

۶- په *Melanoma* کې *Necrosis* نادراء واقع کېږي چې ددى تومورو یواحی ۷% پینسو

کې نومورې پیښه لیدل کېږي.

۷- په تومور کې د صباغاتو موجوديت دهير شدید *Ameluncitic* درجو ترمنځ توپير کوي

چې د صباغاتو دلرو اندازه یواحی یو خفيف ارتياط د خبات د درجى سره لري همدارنګه

Reticuline الیاف په ھيني تومورونو کې دير عموميت لري او نورو کې په لړه اندازه لیدل

کېږي اما په تومور کې د *Reticuline* الیافو محتوي د تومور د اتزارو سره یواحی په خفيف

ډول رابطه لري.

۸- د *Uvea* د *Melanoma* منبع موضوع د دير و مطالعات او نظریاتو لاندی نیول شویدی

او داسی امکان لري چې د *Uvea* د *Melanocyte* د بدخش *Stroma* د *Melanoma* دخیث

لپاره پیش قدم وي همدارنګه د ھيني مشاهدينوله خوا د شبکي صباغي اپتيليم اود

Neural Crest څخه مشتق شوی نور حجرات هم ددى پیش قدم ګنل شویدي.

E: د تداوی پرنسپيونه:

۹- د داخل زجاجي *Melanoma* په درملنه کې د مارفی سترگکی ایستل شامل وي اما یوه

استثناء شته او هغه دا چې که *Iris Melanoma* په کې واقع وي او د مشاهداتو پواسطه

د روښو دل شي چې نومورې نشونما کوي نو دسترگکی څخه *Excised* کيدای شي.

۲- په داسی غیر معمولی حالاتو کې چې خارج الزجاجی انتشار په کری کې صورت نیولی وي نودسترگی دکری Exentenation اجرای کیدای شی ماددی طریقی ارزبنت په کې داشتباه لاندی دی ئکه چې په دی وخت کې لیری ئایو ته په حتمی توګه Melanoma صورت نیولای وي Metastasis.

۳- که یواحی په یوه سترگه کې تومورو وي نودشعاعی تداوی لاندی نیول کیدای شی خصوصاً په موضعی توګه د Scelra Radon شحمد سره و گنډل شی چې ددی میتود پواسطه د تومور په نشونما کې یوڅه رکودت لیدل شویدی اما د اطريقه یواحی په غیر معمولی شرایطو کې ټوسيه کېږي.

۴- د منضمی Melanoma دسترنگی دنورو برخود X-Ray او د Strentium دکارولو پواسطه په بري توګه ددی تومور کنترول دشناع فعال د دید د قدرت د ساتلو سره یوهای صورت نیولی دی.

۵- کیمoterapی تراوشه پوری کوم ئانګړی ارزبنت نه لري.

F: تسيجی او انزار:

۱- د جراحی درملنی پایلی: د سره یوهای دسترنگی ایستل هغه وخت نسه دی چې تومور کوچنی وي او دسترنگی خخه د باندی پراختیا یې نه وي کړي.
 ۲- که دسترنگی خخه د باندی پراختیاء موجود وي نولیری ئایو ته Metastasis هم ډیر عمومیت لري او همدارنګه که سترگه نستاء لوی تومور ولري او مخصوصاً د Epithelioid د نوعی خخه وي نو هم لیری ئایو ته انتشار عمومیت لري.

۳- برخلاف دنورو تومورو دسترگی د Melanoma دلیری کولو خخه و روسته دوخت تیرول په قوي اندازه تحفظ نه ورکوي داعراضو ورکوونکي Metastasis دبکاره کيدو اندازه د سترگی دايستلونه وروسته د ۵ او ۱۰ ترمنخ خخه د ۱۵-۱۰ په نسبت يواحی يوه کمه اندازه زيات وي.

۴- خرگنده ده چي Metastasis دېرولونو دپاره پت پاتي کيداي شي او د اخبره چي په موقتي ډول غير فعال Metastasis د کومو فكتورونو پواسطه فعالېي تراوسه پوري معلومه شوي نده.

۵- د ناروغ عمر په اتزارو باندي اغيزه لري يعني دناروغى اتزارد زړو کا هلانو د پاره خراب دي په بنسکاره توګه د نابالغو ماشومانو دپاره بنه دي.

۶- د Iris او د Ciliary دجسم د مخکنۍ برخى Clinoid Melanoma د ميلانوما په نسبت لړ خاشت لري او د ډول تومورونه په زياته اندازه قطع شويدي او د ناروغ ژوند دليدلو قدرت هم په کاميابي سره سالم پاتي شوي دي.

دسترگی دکرى تومورونه:

۱- پيرنده:

دسترگی دکرى په تومورونو کې ټول هغه ډولونه شامل دي کوم چي دکرى د اناټوميک جورې بنت او محتوياتو له نظره په کې واقع کيداي شي او یاد مجاورو نواحيو خخه انتشار او یاد Metastasis د لارو خخه رسېږي نوله دی کبله داسې یو تومور نشه چي د سترگی دکرى سره ئانګړي اړه ولري.

دسترگی دکرى دتمور خانگرې توب په دى کى دى چى دتشخيص امکانات په کې پراخه
کوم چى د ډول ډول تشخيصي تکنيكونو دکارولو د تشخيص لپاره اړين دی نودکرى
دتمورو په توپيرې تشخيص کې ستونځي پیدا کولاي شي.

II: کلينيکي لته

A: دکرى دتمور کلينيکي لته په ډير عام ډول سره صورت مومي ئکه چى يو طرفه
يادسترگى دجفن په جورښت کى بدلون منځ ته راولي اما دنوموري نښه Exophthalmos
دتمور لپاره Pathogonomic نه ده ئکه چى دالتهابي او استقلابي ناروغيو له کبله هم
منځ ته راتلای شي.

B: دوهمه ډيره عمومي علامه چى دکرى دتمور سره اړه لري دوه دوه بسکاره کيدل دي
چى په ميخانيکي يا عصبي ډول دخارج زجاجي عضلاتو دماوف کيدوله کبله Diplopia
منځ ته راخي.

C: هغه خه چى په زياتره کروي تومورونو کې ډير لې، عموميت لري د Visual Acuity يا د
ديددساحي دمنځه تلل وي.

III: تشخيصي لاري

A: علاوه دخارجي معاینى خخه باید چى د تشخيص طريقو کې د Exophthalmas اندازه
کول دکرى د پورته بسکته اويا جوانبو ته دبیخایه کيدو د معلوماتو سره یو ئای شامل وي.
مثلاء د دغدی تومورونه چى دسترگى دکرى پورتنى خارجي Quadrant کې Lacrimal
منځ ته راخي عموما سترګه نه یواхи مخکنۍ خواته بلکه بسکته خواته هم ټيله کوي.

B: دکرى تومور بنايې چى دکروي Rim او د Eye Bale د خاليګاو ترمنځ واقع کيداي شي.

C: د اوددید دساحى خېرنه هم ارینه ده مثلاً د بصرى عصب تومورونه د

Exophthalmas د توليدولو خخه مخکى د ليدلو قدرت د منځه وړلاني شي.

D: د کري تشخيصي X-ray ډير زيات ارزښت لري او په ځانګړي توګه توپيري تشخيص

سرته رسولاني شي د کري د تشخيص X-ray د پاره د مخصوصو موقعیتونو په ډله کې

Waters projection او Caldioess progection شامل دي.

E: د کري د تومورونو په پلتنه کې دشاوخوا برخو خخه خپريدنې په ځانګړي توګه خصوصاء

دانفي جيبونو Ca بايد په نظر کې ونيول شي.

F: هغه تومورونه چې کري ته یې Metastasis کري وي بايد مقدم ناحيه ولټول شي چې په

دي پلتنه کې طبیعي معاينه X-ray او داسی نور شامل دي او داسی ځمکو تومورونه لکه

دندېي غدې، سېري، Prostat او ادرینل ولټول شي.

G: د Leukemia او Lympho sarcoma دلتولو لپاره بايد د محیطي وينى او کله کله

دهېوکو د مخ خخه Biopsy واخیستل شي.

IV: ويشه

A: د کري تومورونه معمولاً په دی لاندې ډول ويشل کېږي مقدم سليم، مقدم خبيث او

Metastasis تومورونه.

دستړګو په کره کې د تومور د ډولونو ډير زيات بيان شويدي دي چې ددې ډلي خخه زياتره

په بسكاره ډول نادر دي او يواخى هغه ډولونه یې چې ډير عموميت لري په لاندې ډول دي.

۱- مقدم سليم تومورونه

- A: د تولونه عمومي تومور دی د نورو وعائي تومورونو په ډله کې Hemangioma .
- B: Anearysm ، Telangiectasis او Fibro angioma شامل دي.
- C: Lymphoangioma د سره ورته والي لري Hemangioma .
- D: Dermoid چي عموميت لري ولادي تومور دی چي په وصفي ډول په چي د ګدو حجر و پورتنی Temporal برحکي په ماشومتوب کي مينځ ته رائي .
- E: Lacrimal غدي سليم تومورونه هم منځ ته راتلائي شي .

۲- مقدم خبيث تومورونه:

- A: د ګدو حجر و د ګري د خبيشو تومورونو په ډله کې Adeno carcinoma lacrimal چي د ګدو حجر و .
- B: د تومورونو نوع ده او Rhabdomyo sarcoma چي د ماشومتوب په دوره کې د ګري ډير عام خبيث تومور دی شامل وي .

- C: Sarcoma لکه Sarcoma او Lympho sarcoma په نادر ډول په Reticulin cell Sarcoma .
- D: نور کره کې د مقدم خبيث تومور په حيث منځ ته راتلائي شي .

۳- Metastatic تومورونه :

- A: د سترګي د ګري د Tomorونو په ډله کې د وړکتوب Neuro blastoma .
- B: د ټيونو Ca او کله کله د سپرو Carcinoma شامل وي .
- C: همدارنګه کله کله د انفي جيبونو Ca، او د پوستکي Epithelioma په ځانګړي توګه دانفي Canthus په ناحيه کې منځ ته راتلائي شي .

V: درملنه

A: کله کله دکری تومورونه په کافي اندازه په مخکنی برخه کې وي چې په ساده توګه يې ترسره کیدای شی او د جراحی عملی خخه مخکی نسجی تشخيص اماده کیدای Biopsy شی اما معمولاً د کری تومورونه په اسانی سره جراحی مداخلی ته اجازه نه ورکوي اویوی لوی طریقی ته چې دسترنگی دکری انساج بسکاره کوي اړه پیښېږي.

B: په عمومي صورت دسترنگی دکری عمیق تومورونه د تام Excision په ذریعه Biopsy کیدای شی همدارنګه دکروي محتوياتو پلته او دیوکروي تومور ایستال دسترنگو دخارجی عضلات د وظیفی او د بصری عصب سلامتیا ته ډیر خطر پیښوی کوم چې دکری دیوشمیر زیاتو کوچنيو او عیو خخه ارواء کېږي.

C: دکروي تومورونو لپاره جراحی طریقی:
قدامي طریقه یادپوستکي خخه یادسترنگو او عظمي کري ترمنځ منضمی خخه البته په زیاتره واقعاتو کې دسترنگی او عظمي کري ترمنځ دنامناسبی خالیگاه له کبله دکروي محتوياتو مناسبه لته اجرا کیدای نشي.

جنبي طریقه

دکري د عظمي اړخ خخه دکري د مخکنی او منئنۍ دريمى د لټولو لپاره اجازه ورکوي او که تومور په انفي خلورمه برخه کې موقعیت ولري نود عظمي کري Temporal Decompression Retraction ممکن سترنگی ته په موقعي دول ورکوي او د پوزی دلاري بنه جراحی مداخلی ته اجازه ورکوي.

پورتنی طریقه:

ددماغ جبهی برخی Resection اود کری دبام لیری کول دکری شاتنی برخه بسکاره کویی نوموپی طریقه دا قابلیت لري چی دکری دشاتنی دریمی خخه دقحف دجوف پراخه شوی تومور تشخیص کړي او د جراحی عملی داجرا په وختکې تداوی کیدا هم شي.

D: شعاعي درملنه:

دکری د Neuroblastoma او Lympho Sarcoma ډيديو تومورونو لکه Metastasis او سپرو د کانسر د تداوی لپاره استعمال يېږي.

E: دکری مقدم او Metastatic تومورونه په لازمي ډول د نورو ئایو د تومورو په خير برخورد کوي او تداوی د همغه طریقو پواسطه معامله کېږي کوم چی د نورو تومورونو لپاره استعمال يېږي.

دھەوکو تومورونه

تاظر:

سره له دى چى دھەوکو نیوپلازم نادر دى لakin دخپل متنوع ۋولۇنولە كېلە خصوصا د او پتالوجىست دپارە پە زىزەپورى دى كوم وخت چى دھەوکو د تولۇ تومورونو دويشنى لپارە كوشش وشى نودھەوکو د تومورونو دويشنى ۋىر تضادونە پىداكوي. اگر چى جراحى اويا شعاعىي تداوىي اساسى لارى دى دا خبرە دىيادونى ور دە چى دوينى دلارى د Metastasis پە عوض پە موضعىي ۋول دتومور اوياپەنا حىوي ۋول دتومور خېرىدىنە د ناروغ دمرگ لامى كىرىي.

خرنگە چى كومە اغىزمنە كىميما وي مادە دنومورى تومورونو د درملنى دپارە خرگىنە شوي نە دە اما او سنى انكشافات او پر مختگونە د Immune therapy پە ساحە كې د پر مختللىي Osteo sarcoma پە پىنسو كې د پلتەنى لاندى دى.

١ - پىرېندە

A: پە نادر ۋول واقع كىدل: هەوکىي پە تول ھە X-ray كې لىدل كىرىي كوم چى دەريو تشخيصىي هەف لپارە اخىستىل كىرىي لakin دھەوکو د تومور د اضافىي مىندىل نادر دى دھەوکو نیوپلازم پە زىاتو واقعاتو كې درد اولنى عرض پە خىر ئظاهر كوي او دخبيت افت چتىكى نشونما لپارە دا تصادفىي كشف ۋىر كەمە موقع ور كوي.

B: دهپوکو دتومورونو زياتى پىينسى دژوند په دوهمه لسىزه کې او د هلكتوب په دوره کې منخته راھي (اندازه ۱۰۰۰۰۰ ۳۱ نفوسو کې ۵۵). د عمر په دى دوره کې د پىينسو ددى لورپى اندازى خخه پرته دهپوکو تومورونه د ورکتوب د خبيشه ناروغى يواھى ۲، ۳% پورى وي چى د ۱۵ كلنى خخه په بىكته عمر کى واقع كىري.

د كھولت په موده کې (۳۰-۳۵ كلنى ترمنج) ددى پىينسو اندازه رابىكته كىري چى وروسته دهغه خخه ورو ورو زياتيرېي او د تر ۲۰ كلنى پورى وقوعات د هلكتوب د دورى دوقوعاتو سره مساوي كىري. هغه ماشومان چى Osteo Sarcoma لري او د عمر د تولد خخه تر ۱۸ كلنى ترمنج وي. د شفاخانى د كنترول گروپ دهغه ماشومانو په نسبت چى دهپوکي كانسر نه لري لورپ قدونه لري (۱۴) دا دول مشاهدات دانظرىيە تقويه کوي چى دهپوکي نيوپلازم دهپوکو د نشونما لرونكى برحى خخه منشاء اخلى چى دوامداره نشونما يا دير زيات تنبه شوي استقلاب كومه پتە رابطه به دنيوپلازم سره ولري چى همدغه اغيزه د كاھلانو په نسج کې منخ ته راغلى نيوپلازم کې ليدل كيداي شي چى په استقلابي ډول تنبه شوي احتشاء كسري Callusse او د ionize كونكى شاعع د وركولونه وروسته مينخ ته راھي.

C: دهپوکو د تولو مقدمو خبيشو تومورونو دېلى خخه Osteo sarcoma دير عموميت لري او د Dahilin پواسطه داسى راپور ورکرل شويدي چى دهغوى په Series کې ۲۸% پىينسى جورپى كپرى وي.

D: وروسته له دى خخه Chandro sarcoma نادر دى او ممکن دهپوکو د مقدمو خبيشه تومورونو ۱۳% پىينسى جورپى

E: په حقیقت کې د دهپوکو مقدم Fibro sarcoma نادر دی او ممکن دهپوکو د مقدمو خبیثه تومورونو د ۴% څخه کم واقعات جوروي.

F: دهپوکو پاتى خبیث تومورونه په عمومي ډول لږ عمومیت لري لکن د E.Wing Myoclinic sarcoma د سریزه کې تقریباً ۷% جوروي.

G: چې یو غیر عظمي خبیث تومور دی او د دهپوکو د مخ څخه منشاء اخلي باید د دهپوکو د تومور په حیث په نظر کې وي چې دهپوکو د تومورونو ۳۵% جوروي.

H: دهپوکو زیاتره خبیث افات د ۲۰-۲۵% د وجود د نورو ځایو د Carcinoma Metastasis پواسطه منح ته راخي په یوزیات شمیر پینسو کې یوه Carcinoma په خپله لمرنی ناحیه کې پته او بى گیلو او نښو وي اما په ناروغ کې دهپوکو د تومور په ډول رابنکاره کېږي بايوپسي داسی یوه لاره ده چې د درملنی د اجراء څخه مخکی بایدا ترسره شي او د اټکی باید همیش لپاره مد نظر وي.



په پورته شکل د دهپوکو تومور بنودل شویدی

I: دملا او د حوصلى په هډوکو کې د کارسينوما میتا ستاز ډیر عمومیت لري لakin هر خومره چى د هډوکو اناتومیک موقعیت د بطن او صدر خخه ليرى كېږي په همفه اندازه د افات Metastasis اندازه په کې ګميږي او په ډاډه زړه ويلاي شو چى د هډوکو د خنگلی او خنگون د بند خخه د باندی ډير زيات نادر دی او د لاس په نسبت په پنسو کې زيات ميندل کيدا يشي.

II: ويشنه:

A: تعریف

۱- د هډوکي کانسر یا نیوپلازم عبارت ده ګه نوي نشونما خخه دی چى ده ګه انساجو خخه منشاء اخلي چى داناتومي له نظره هډوکي ورخخه جور شویدي او د ورکولو قدرت هم لري.

۲- یو Osteogenic تومور عبارت ده ګه تومور خخه دی چى د هډوکي دانساجو خخه یې منشاء اخیستي وي یا هغوي کې یې تومور جوړ کړي وي (يعنى هډوکي غضروف، ليفي نسج، دموي رګونه، مخ، شحم او هغه حجرات چى نوموري انساج تشکيل کړيدي). نوله دی کبله Osteogenis د مجموعي نامگذاري خخه پرته استعمال نشي او کوم یو خانګړي تومور ددی بواسطه نامگذاري نشي.

B: د هډوکو نیوپلازم د اصطلاحاتو عام Terminology د خبيشه پيښو سره د تجربې بواسطه منشا اخیستي ده او د هغوي دسلیم ملګري تومورو پوری پراخه شویدي. دا هميشه د تومور مستقمي اړيکى نه بسکاره کوي او زياتره نور سليم تومورونه چى د هډوکو د انکشافي دېلى خخه وي ديو حقيقي نیوپلازم په جمله کې نه شميرل کېږي (مثاله Dysplasia

طبی نسج خخه دی کوم چی د کوربه دنشونما دتوقف سره یوخای خپلی نشونماته هم خاتمه ورکوی په داسی حال کی چی یو حقيقی تومور دکوربه دنشونما دطريقو سره بيله کوم ارتباط خخه خپلی نشونماته دواام ورکوی.

په تيرو وختو کې یوزيات شمير انکشافي Dysplasia دتومور په حیث ويسل شوي وه اوداچکه چی نوموري ئاي نيونكى افتونه وه اومن ورئ نوموري په ورو ۋول دنيوپلازم دساھى خخه دھغوي په مكمىل ۋول مختلف برخورد او Bio physiology له كبله اىستىل كىپىي نوله همىدى امله تاسى به وگورى چى Osteo Fibrous dysplasia دھەوكو په شان افت دھەوكو دتومورونو په تصنیف او د chondroma cyst بندى كى شامل شوي نه دى دلتە د اصطلاح دحجروي توپىري پروسى دغلطى په حیث كارول شوي وه او د Neo plasia نه د Metaplasia كى د Epitheloid context دى دوھم فصل وكتل شي.

C: اناتوميك فكتورونه

دتومور موقعیت دھغوي په تشخيص کې زياتره يوه نقطه وي په ھەپكى کې هريو تومور په مخبروي توگە دھمفە ناحيى دفزيولوژيک نشونما سره تعامل کوي دکوم ئاي خخه چى منشە اخلى (مثلاً Epiphysis، Metaphysis) د نشونما غضروف دمغ خالىگاه يا Periosteum) په دى مورد کې یو Lytic افت چى يواحى په Epyphysis کې تظاهراتو په نسبت مختلف موقعیت لرى د Metaphysis او Diaphysis د

شکلونه لري .) Epiphyseal ، Condroblastoma نشونما غضروف، دهه و کو سیست

Roentgenogram دهه و کو د تومورونو د مطالعی Meta physis (Fibrous dysplasia)

تشخيص او اتزارو کي خاص ارزښت لري حکه چي نوموري دافت کورس اناتومي بسکاره

کوي او همدارنگه دشاوخوا نورمال نسج دنيوپلازم په احتواکولو او دهغوي مقابل کي

دعکس العمل بندولو توان هم خرگند نه وي.

دهه و کو مايكروسكوبیک Section زیاتره غلط لاربندونه کوي او که د عضویت غبرگون او

گروس اناتومي چي د Reentgenogram پواسطه اندازه شوي وي د هستالوژي سره کوم

ربطونه لري نو په ډير خراب او خطرناک تشخيص منتج کېږي.

D: هستالوجيکي ويشهنه دهه و کو د تومورونو د اسي Terminology ده چي په عمومي ډول

منل کېږي.

د کلاسيک زياد شمير Hypemated د تشخيص څخه د ډهی کولو لپاره د تومورونو د نوم

ایبنودلو د پاره د اسي سیستم اختيار شوي دی چي دافت د ټولونه زيات توپير شوي نسج

څخه بيل شوي وي د یوزيات شمير د لایلو له کبله د مختلفو سیستمونو (مثلاً امبریالوژی

Terminology phylogeny Paleontology چي اساسی مطالعات دي دا نسج په کې د

لاندیني Seniority څخه جور شويدي چي دافت د ټولونه لور تفريقي شوي نسج باندي

اساس لري.

۱- هله و کي Osteo

۲- غضروف Chondro

۳- الیاف Fibro

٤- غير تفرق شوي Spindle cell round cell

٥- غير عظامي ،نسج شحم Lipo ،دموي اوعيه Angio عصب

يو تومور متباز او يالور وصفي ئمكىنى مادى Matrix دموادو خخه چى دافت پواسطه جور شوي دى كوم چى په تفریقیت کې لورپى درجى تەرسىدللى وي په اساسى نامگذاري كىرىي او كە بله كومه يا تولوبقىيەپاتى هم وليدل شى هغۇي دنظر لاندى نەن يول كىرىي نومورپى Termenology پە كار رائىي ئەتكە چى كلينيكيي اندازه گىري X-Ray تجزىيە او دەريوئانگىرى تومور د هستالوجىكىي تومور د ظاھرىي منظري خخه كوم چى ددى پواسطه تەھىيە شوي تشخيص سره يوئىاي استعمال شى نۇدنا روغ داخرىي انزارو سره سمون خورىي پە نورو تکو کې د ھدو كو د تومور اندازه گىري د كلينيكيي اندازه گىري دافت X-ray اناتومي او هستالوجىكىي خىرپنى ددى پايىي باندى اساس لرى (وركپل شوي جدول دى

وليدل شى)



پەپورتە شكل کې دھەوكىي Osteosarcoma بىسۇدل شويدى

III: کلينيکي لنه او تشخيصي طريقي:

A: تاريچه دير زيات ارزبنت لري مثلاً ديمعلوم شوي غضروفی تومور په پينبه کي چي په متوسط عمر کي درد ناك شوي وي په تاريچه کي چي يو خبيث بدلون خواته لاربسونه کوي په داسی حال کي چي دبایوپسي پواسطه سليم نسج بنکاره شوي وي. دهه وکي دنيوپلازم اولنی گيلی درد دی او داسی درد چی دورخی په نسبت دشپی له خوا شدید وي دير داشتباه ور دی.

B: Roentgenogram دتشخيص لپاره په ئانگري ڈول د ټولونه مهمه مطالعه ده نوموري نه يواحی دافت موقعیت په گوته کوي او دهفوی پتالوجیک اناتمی څرګندوي بلکه د لپاره دتشخيص موقعیت په تاکلو کي کمک کوي Biopsy.

C: بايوپسي ديوصحيح تشخيص لپاره ارينه گهل کيربي. لکن په دير احتياط سره واخیستل شي په دی ترتیب چي دافت زیاتره تیپیک Typic برخی ولري او داخیستل شو موادو اناتمیک حالت برقرار وسائل شي ددي يوبنه مثال په Myositis Ossificans کي ليدل کيداي شي چي دبایوپسي داخیستلو په وخت کي دانا تمیک موقعیت د سرچپه کيدوله کبله د Osteo sarcoma سره مغالطه کيداي شي یوچل بیا دا په گوته شي چي مايكروسكوبیک Section دافت د Gross anatomy سره یوچایي معاینه شي ترڅو دزياتو غلطیو مخه ونیول شي.

د تاريچي او کلينيکي کتنو پواسطه زیاتره د یو ترميمی اويا التهابي پروسی او دنيوپلازم ترمنځ د غلطیدلو کيدو خخه مخنيوي کيداي شي. دلته یومثال ورکوي چي داور توپيدي

جراح، رادیولوجست او پتالوجست ترمنج مرسته او همکاري نه يواحى گتھور دى بلکه د صحیح طریقی او سایتیفک مطالعی دپاره حتمی او ضروري وي.

D: لبراتواري معاینات:

يواحى دھەوکو دتومورونو يو لېشمیر پىنسو كې مرسته كوي مگر كه مثبت وي نو زياتره تشخيصي ارزښت لري د قلوي او اسيدي Phosphatase خيرنى په ھەوکي كې پروستاتيك Ca لور اسيدي Pagets osteo sarcoma (لور قلوي Phosphatase) خخه تفرق كوي د سيروم الکتروفوريسس مطالعات غير طبعي پروتئينونه يا د ساده G/A تناسب تجزيه myloma په واقعاتو كې د او د غير طبعي Glubulin دسوبي لور والى بىكاره كوي.

دھەوکي نور تومورونه دومره وصفي نه دى لakan Osteoblastic تومور دنورمال په نسبت لور قلوي Phosphatase سوبي لرلو ته ميلان لري او په کتلوي ھول تخربي افتونه اکشراه په سيروم كې د کلسيم لوره اندازه بىكاره كوي چى په متيازو كې د کلسيم د اطراح اندازه هم زياته وي مگر بىا هم دوينى مطالعات دپورتنى مثالونو په استثنى د X-Ray او Biopsy په نسبت صحیح پايلى نه ور كوي او ارزښت بىي کم دى.

IV: د تداوي پرنسپيونه

A: د جراحى پواسطه دسلیم تومورونو دليري كولوبنه لازه د مستقيم لارى خخه دتومور ايستل دي او دھەوکي لوی زيان Defect دھەوکو د مناسب پيوند پواسطه د کيرېي په سليم تومورونو كې Roentgen تراپي افت ختمولاي شي لakan ھەوکو او غضروفونو ته شعاع ورکول دماوف نسج شاوخوانورمال نسج كې د موخر خبيشه بدلۇن امکانات برابروي چى

دهمدى له امله ده‌پوکود سليموافاتو درملنى لپاره دشعاعي تداوي کارول د هغو ناروغانو په تزد محدود دی کوم چى ژوند په خطر کي وي او جراحي مداخلى ته افت جور نه وي.

B: خبيث تومورو نه د شعاعي تداوي او جراحي دگه کارولو بواسطه بنه معامله کيربي.

۱- شعاعي مقاوم تومورو نه (Fibro Sarcoma chandros Osteos)

يواخى په نسبتي ډول مقاومت لري چى هستالوزي او حجري تفريقيت سره يو ئاي مقاومت هم فرق کوي اونوموري په خپل هريو تشخيصي گروپ کي دخپل حساسيت (او دخپل خبات) دنظره دومره فرق کوي چى دخپل هر تومور په ويشهه بندى کي کوي ده‌پوکي تومورو کي دخپل ئان لپاره یونوم دکومي مخصوصي تداوي داستطباب لپاره نه لري درملنى عادي سير دمناسي شعاعي تداوي ورکول دی چى همفه مخصوص تومور ختم اويا خاموش کري او په تعقيب يې دجراحي بواسطه دافت ډول او موقعیت دنظره د جذری Resection اويا Amputation پواسطه ليږي کړل شي.

۲- شعاعي حساس تومورو نه (Ewing's Sarcoma)

چى د Ewing's تومورو نو په نوم هم يادېږي. ډول اولنى شعاعي درملنى ته څواب وايي (Multiple myeloma او Angio sarcoma, Reticulum cell Sarcoma Rationalum cell sarcoma او Ewings sarcoma) چى په مختلف sarcoma (چى هلهوکي کي په مقدم ډول منځ ته راغلى وي) دومره خراب انزار لري چى د فخذ دمنځي برخى خخه لاندې واقع شوي تومورو نو دپاره شعاعي تداوي او

دواره یوئای اجراکیربی Amputation مرکز ته زیات نژدی واقع شوی تومورونه یواخی دشعاعی تداوی پواسطه تداوی کیربی.

همدرانگه په کی کیمومترایی دشعاعی تداوی سره یوئای دتولونه زیاته دژوند موده او بدوی.

C: تیکنیکی کتنی

۱- شعاعی درملنه دتومور دحجروی بیلونی او ده گوی داناتومیک ئای دارتباٹ په اساس ترسه کیربی د ماوف شوی هدوکی توله برخه باید شعاع واخلي.

A: تیت دوزونه (rads) ۳۰۰۰-۱۰۰۰ د Leukemia lymphoma, Metastatic

Carcinoma او لپاره کارول کیربی. Multiple myloma

B: متوسط دوزونه (rads) ۵۰۰۰-۳۰۰۰ د Reticulum cell ، Ewing' Sarcoma د

sarcoma او واحد Myloma دپاره استعمالیکی.

C: لور دوزونه (rads) ۸۰۰۰-۵۰۰۰ د Osteogenic carcinoma او Chondro sarcoma

دپاره.

دهوکو خبیث تومورو نو دجرائي درملنی په مورد کی داسی عقیده موجوده ده چی تول

ماوف هدوکی باید لیری شی او دا اصول په دی منتج کیربی چی په يو Amputation کی

دتومورو خخه پورته خواته واقع شوی بند هم باید لیری کرل شی په ئینو

مخصوص شکلونو کی چی هلتہ جراحی مداخله امکان ونه لري (حوصله، دملا تیر،

قحف) پورتنی اصول داسی ترمیمیکی چی دجرائي عملی پواسطه داسی جذري

Resection صورت ونیسی خومره چی دمربو طناحی ا Anatomi اجازه ورکرپی کله کله

داسی یو تومور چی بسکاره تیپت خباثت ولری (Parosteal osteo sarcoma) د

Resection په نسبت موضعی Amputation ته اجازه ورکولانی شي.

V: پایلی او انزار

ددی تیجه دحجری ددول ، بیلوالی او دهر یو تومور مقابل کې د کوربه د غبرگون سره توپیر لري په طبی ادب کې د ۵ کلنی د ژوندداندازی د راپورونو حدود او اندازه د تومورونو د نماینده گروپ د پاره شمیرنی په سلنی په لاندی جدول کې ترتیب شویدي.

د ۵ کالو ژوند داندازی سلنے (%)

لومړیں راپور	کم ترین راپور	تومور
% ۲۰	% ۵	Osteo Sarcoma
% ۵۱	% ۲۵	Chondro sarcoma
% ۲۰	% ۲۰	Fibro Sarcoma
% ۵۵	% ۲۰	Reticulum cell sarcoma
% ۱۲	.	Ewing Sarcoma
% ۲۵		Gaint cell Tumor خیث
% ۵۰	% ۲۵	Plasma cytoma واحد myoloma
% ۲۰	% ۱۰	Multiple myoloma
د مناسب تداوی سره ۱۰۰% وي خرنگه چی داتومور ډیره بطی نشونما کوي نود ۵ کالو ژوند اندازی ورته هیڅ مفهوم نه لري.		Parosteal osteo sarcoma

پورتنى اعداد رابنى چى:

- ۱- دھپوکو خبيث تومورونه دمايوسي ورنه دى او شدید تداوي تەنەنە ارتىا لرى.
- ۲- دشميرنى سلنە دباور ورنە دەڭكە چى دەر سريزپە راپور شوو واقعاتو كې يوزيات شميرنە راپور شوي حجرىي دەلۈنە موجود دى چى دواقعاتو دراپور مقايىسە كول د ستونخۇ سره مخامخ كوي.

هر ناروغپە ئانگىرى دەل تداوي شى چى تداوي دەمغە بالخاصە افت پە مكملى مطالعى باندى اساس ولرى دتومور موقعيت دناروغ دژوند مودە ۋىرىھ اغيزمنە كوي او د شميرنو پە پلتپۇ كې د Trunk تومورونو داطرافو دتومورونو خەجلاشوی وي دەحىسىلى دەمدى دەل تومور دىوبىل تومور پە نسبت چى پە لاس كې واقع شوي وي پە لورە پىمانە خباثت لرى دوارە تومورونە يوشان هستالوژى لرلائى شى لەكىن مرکز تەرزى دى واقع شوي تومورونە پە ابتدايى مرحلە كې Metastasis ورکوي او زياتە پراختىاء لرى.

وېشى:

سليم	خبيث	دەحىرىاتو دەل	منشاء
Osteo blastoma نور افتونە چى دلتە تصنيف بندى كىرىپى اكتراء حقيقىي نىيپلازم نەدى (مەڭلازى) او Osteoidosteooma Osteo Osteoma	Osteo sarcoma Medullary Parosteal ساركوما چى لاندى كى منخ تە راھىي ناروغى تشعشع شوي ھپوکى كې	Osteoid,Osteo Blast جوپۇي	ھپوکى جوپىدونكى

blastoma Gaint cell tumor	Osteo dostoma Gaint cell tumor	Osteo blast نە جوروي Matrix	هضم كيدونكى
Chondro blastoma Choandromyoxoid Fibroma Eachondroma Osteochandroma ياساو ياسا Dysplasia دشونما نقىصى وي	Chondro sarcoma	Chandro blast Matrix دغروف جوروي	غضروف
Desmo plastic	Fibro sarcoma Spindle cell sarcoma	Fibro blast (كولاجن) جوروي) غير تعين شوي	غير تعين Fibrous شوبي
	Multiple myeloma Reticulam cell sarcoma Ewing Sarcoma	R.E System	مخ
Angioma	Angio sarcoma Adam antioma	دموي او عيى داوبدو هلاپوكو	وعائي غير تعين شوي
Nearolemom (Schowmoma) Neuro Fibro Matasis Genglio Neuroma		عصب	عصبي

د دنظره تعين شوي نه دى په ئىنوتومورونو كې نا بالغ غضروف تە ورته Histogenesis

والى لري.

درخوه انساجو سارکوماگانی

تนาظر:

درخوه انساجو سارکوماگانی عام نیوپلازم نه دی چی دهول خبیشه افاتو ۳۰-۴۰، پوری جوړو ی چی کیدای شي د ډیر ندرت له کبله د ډیری مودی پوری تر مشاهدی لاندی ونیول شي چی تداوی هم په غیر مناسب ډول اجراء کېږي درخوه نسج مشتبه کتلی باید سمدستي بايوپسي شي خصوصاء په اوسنی وخت کې د نومورو کتلوجسامت اویا قوام بدلون کړي وي اویاداچی اعراض یې ورکړي وي نوحتماء باید بايوپسي ورڅه واخیستل شي موضعی سارکوما عموماً د جراحی پواسطه تداوی کېږي او د تومور Excision باید جذری وي او که نه عود به حتماء منځ ته راخي او عموماً Amputation ته اړتیا پینېږي د عود اندازه مختلفه ده چی په مختلفو سریزو کې توپير کوي او د ۳۳-۷۷٪ پوری فرق کوي.

د مقدم لیری کولو وروسته د ۵ کلنی دژوند موده تقریباً ۲۰٪ ده او که د سارکوما Reexcision ته اړتیا پینې شي نو د اندازه ۳۰٪ ته را لوېږي.

د عود کړي شوی افت او حتی Resection د پاره Metastasis کوي بنه دی چی داوردی مودی په شفا ختمېږي شعاعي تداوی او کیموتراپي عموماً پرمخ تللی عرض داره او غیر علاج وړ تومورونو د پاره مخصوص ده.

۱- پیژندنه

A: ايتالوژي: درخوه انساجود Sarcoma سبب معلوم شوي نه دي اگر چي حيني وخت په زره پوري تندبي شوي (Scora) نسج کي منخ ته رائي لakan ترضيض د Sarcoma نوموري د سبب په حیث ثابت شوي ندي د سليمو شرايطولکه T.B يا د تايرайд ناروغی دپاره شدیده شعاع ورکول د Fibro sarcoma منخ ته راتلو لامل شويدي همدارنگه د دوامداره Lymphongic sarcoma په تعقيب Lympho adenomy ليدل شوي وه او خصوصا داد جذري Mastectomy نه وروسته منخ ته رائي هجه ناروغان چي Von Reck ling hausens ناروغى لري کله کله Neruro fibro sarcoma يا خبيث Schwanoma باندي معروضيري.

ويشه:

درخوه نسج دپخوانی Mesenchyme Sarcomas څخه منشاء اخلي کوم چي په Hemato او منضم نسج باندي دانکشاف کولو توان لري چي دنوموري منضم نسج برخه poeitic بناي چي ليفي شحمي Synovial نسج ملسا او مخطط عضلات او Schwon حجراتو ته ورته والي لرلي شي. Sarcoma دهستانوژي له نظره تصنیف بندی کېږي او د هغوي دنسج په اړه يې نوم اينسودل کېږي نوموري ډير زيات ورته والي لري خصوصي تلوين او د نسج زرع عمولاً صحیح تصنیف بندی په لاس راوري نوموري ټول تومورونه Reticulin تولیدوي. داسي هم ويلاي شو چي په دي ګروپ کي د منضم نسج هجه نيوپلازم شامل دي چي په ټول بدن کي خپور شوي وي او کوم خاص عضوي سیستم پوري اړه نه لري.

۱- ليفي نسج منشاء

Fibro sarcoma

Demato fibro sarcoma

Fibro sarcoma desmoid type

۲- شحمى نسج منشاء

Lipo Sarcoma

Myxoid lipo sarcoma

۳- عضلي منشاء

Rhaddomyo sarcoma

Embryonal rhabdomy sarcoma

Alvealar

Betryaides sarcoma

Granular cell myblastoma

Leimyeo sarcoma

۴- وعائي منشاء

Angio sarcoma

Kaposis sarcoma

Lymph angio sarcoma

Hemangio pericyloma

۵- Mesenchymal منشاء

داربطى پوبن منشاء Syovial sarcoma

۶- غير ناويشل شوى ساركوماگانى :

ديادونى ور خبر داده چى درخوه انساجود ساركوماگانوپه ويشه كې ديوى ئانگرى

عضوى پورى مربوط تومورونه لكه Reticulum cell sarcoma Ewings sarcoma

يادمудی معايي جهاز تومورونه شامل شوي نه دي خير په هر صورت د رخوه انساجو سارکوما گانی ده گه تومورونو ده لى خخه دي چي په بل کوم فصل کي خيرل کيداي نه شي.

C: پيбинدي

دسارکوما گانو د مختلفو ډولونو د نسبي پيښو اندازه چي دنيوياړک د ميموديل شفاخاني په ۲۵ ګلنې تجربې کې بسodel شوي په لاندې ډول دي.

سلنه	دناروغانو شمير	
۲۲	۲۰۰	ناویشل شوي سارکوما
۱۷	۱۳۵	Lipo sarcoma
۱۷	۱۳۳	Rhabdo myhosarcoma
۱۴	۱۱۰	Fibro sarcoma
۱۳	۱۰۴	Synovioma
۶	۴۷	Neuro sarcoma
۴	۲۸	Embryonal rhabdomy sarcoma
۱	۱۱	Hemiangic Pericytoma
	۷	Angio sarcoma
	۵	Etra osseous osteogenic S
	۲	Leiomyo sarcoma
	۲	Alveolar soft parts sarcoma
۱۰۰	۷۸۴	

كلينيكي لتهه:

A: ئايي نبى

زياتره ساركوماگانى دنرم نسج دكتلو په شان بسکاره كېرىچى وده كوي گىلى توليدوي او زياتره يوكىك يا سخت قوام غوره كوي محيطي عصبي دردونه Neuroalgias ، فلچ ياسكيميا په عصب يا دموي او عيىي باندى دفشار لە كبلە منخ تە راتلای شي نومورى تومورونه نە داحشاود وظيفو سره مداخلت لە كبلە كولمو حالب اويا دمنصف د جورېستونو د بندوالى لامى كيداي شي.

B: سىستميك اغيزى:

برخىرە لە دى خخە چى دوزن بايللو ، تبى او عمومي سترتىاء لامى كيداي شي خىنى ساركوما د دشدى د حملاتو پواسطە تظاهر كوي نو د Endocrine Hypo glycemia بى ئۆزمى گانى جاغور او دنخاميھ غدى وظيفو خرابوالى منخ تە راتلای شي هغە ساركوماگانى چى دنومورى Para neoplastic سندروم لامى كېرىئپه عمومي دول سره لوى او Retro peritoneal يا Fibro sarcoma دپلى خخە دى مىگر دنورو هستالوجىكى منظرو انواعو راپور ھم ور كېل شويدى.

دنومورۇ غير معمولى ساركوماگانى له كبلە Hypo glycemia سره ناروغان زياتره گەپو د هېجانى بى ئۆزمى گانى يا دوينى دقند دېتىمى سوی دخركىندا كيدو خخە مخكى حتى په Psychosis اختە كېرىچى.



په پورته شکل کي Soft Tissue سارکوما بنودل شويدي
دادي تشخيص دلوبرى تست دقند تحمل تيست، Leucine ۱ تحمل تعين کولو تست،
تست يا د Insulin immunoassys په ذريعه تقويه کيداي شي Talbutamide



په پورته شکل کي Soft tissue سارکوما بنودل شويدي

Roentgenogram :C

اگر چې زیاتره سارکوما ګانی د معایینی او جس پواسطه خرگند کیدا شی بساي چې په مسافه کې یا لوی نسجی کتلوا کې په مخفی توګه واقع شوي افتونو د پاره رادیوگرافی د رخوه نسج تیکنیک یا Contrast studies په شمولیت د ضرورت وړو وي درخوه نسج مکشوفه Synovio sarcoma یا د Radio opacity کم معین Liposarcoma یا د Calcification بنسکاره کولانی شي.

همدارنګه Pedulling Anterio gram وصفی بې ترتیب ګلهوډ ، شعریه او عیی او یا وعايی وریدي (AV) ارتباطات په یوزیات شمیر واقعاتو کې بسوولانی شي او علاوه له دی خخه مخصوصا د نوموري تومورونو د پراخوالی معلومولو کې ډير ګټپور دی په خانګري توګه هغه تومورونو کې چې د بدنه په اجوافو یا لوی عضلى کتلوا کې خای ولري.

D: بايوپسي

درخوه نسج په هره یوه کتله باندې چې د سارکوما ګان شوي وي باید سمدستي بايوپسي شي خرنګه چې د تداوي طریقه په زیاته اندازه د تومور د هستالوژي پواسطه تعین کېږي د نسج لوی برخی باید پتالوجست ته د معایینی د پاره ور کړل شي او با الاخره د اسى ويلاي شو چې دستني بايوپسي معمولاً غیر مناسب او Incision یا بايوپسي ته په عمومي ډول اړتیا پیښېږي.

III: درملنه

دنرم نسج سارکوما ګانی عموماً د شعاع په وړاندې کې تینګار لري او د انساجو د سطح سره سه په موضعی ډول خپرېږي چې زیاتره د جس وړ تومور سره ليری وي په خپل اولنيو

برخوکي دکنترول کولو دنظره نومورپی تو مورونه د ستونخمنو تو مورونو د ډلی خخه دي چي نومورپی يوه حقيقي محفظه نه لري او له همدي کبله بايد دخپل پوبن خخه وانه ايستل شي په موضعی ډول دعوو دکولو اندازه په يو بهترین Series کي ۳۰% ده داسی انعکاس کوي چي ده ۳ خخه يو تو مور په غير مناسب تو ګه قطع کيربي دموضعی عود منحثه راتلل ددي امكان دوه چنده کوي چي ناروغ دخپل Sarcoma له کبله به مر کوي دميوريل روغتون تجربې په خرگند ډول بنکاره کوي چي دجذري عملی خخه اجراء کول په دی منظور چي اطراف د منحه تللو او يا توهه کيدو خخه وساتل شي د عود اندازه لور وي او ليری ئایو ته د لوی خطر منج ته رائي Metastasis.

درملنه د تو مور ئای او هستالوژي پواسطه تاکل کيربي که کوم ليری ئای ته داتشار شواهد موجود نه وي تو مور بايد په پراخه تو ګه قطع شي او ورسره Frozen section کنترول دنيوپلازم دたام Excision دتعين کولو په اندازه اجراء شي ديو ماوف طرف Amputation په لاندی شرایطو کي استطباب لري.

- ۱- چي تو موري کتله دپراخ Excision پواسطه هم ليری کيداي نشي.
- ۲- چي دعملي په نتيجه کي ماوف طرف ديوبي کار طرف په خير پاتي شي او کومه مناسبه وعايي يا عصبي ارواء ونه لري.
- ۳- کتله دپخوانى قطع شوي افت دنکس له کبله پيداشوی وي.
- ۴- د تو مور د نزف، درد يا بوي له کبله د طبی اهتماما تو پواسطه په عرضي ډول تداوي کيداي شي.

دلماوی عقداتو تسلیخ په عمومي توګه تر هغه وخت پوري نه اجراء کېږي چې ترڅو پوري افت د اساسی عقداتو نواحیو سره پیوستون ونه لري یا عقدات ماوف شوی نه وي یا افت د دېول څخه وي کوم چې د عقداتو پواسطه انتشار ته میلان لري هغه چې په واحد ډول وي باید لیری کړل شي دمثال په ډول په سبرو کې د واحد موجودیت د سبرو د مقدم تومور څخه دیربنة انزار لري دا افت د ۵ کالو ژوند دپاره ۴۰٪ اندازی سره لیری شویدی.

B: شعاعي تداوي

په عمومي صورت د دمعالجوي تداوي په برخه کې شعاعي درملنه اغيزمنه نه دی لakin په Sporadic پیښو کې دیره بنه پایله تری لاسته راغلی ده. بدختانه داسی کوم دباور وړ راپور نشته چې د Sarcoma حساسیت د شعاع په وړاندی کې وړاندی وينه وکړي. ۱- په Border line عملیاتو وړ افاتو کې دارجاع لپاره عملیاتو څخه مخکي تشعشع اجراکیدا شی کله کله په ئینې نا توپير شوی سر کوم کې د دراماتیک پایلو راپور ورکړ شویدی او ۲-۸ اوئني وروسته د Resection لپاره اجازه ورکوي.

دعملیات څخه مخکي تشعشع په مورد کې دلچسپي منځ ته راغلی ده او داسی جراحی ګروپونو لکه د نیویارک د روغنتون جراحان یې طرفداري کوي څکه چې د نرم نسج دسرکوما ۷۲٪ انواع د ۳۰۰۰ - ۴۰۰۰ راډه شعاع پر وړاندی څواب ورکوي چې دشنې توب اندازه یې ۳۳٪ دی.

په دی ډول مریضانو کې د شفا اندازه ده ګه مریضانو په نسبت چې یواхи د جراحی پواسطه تداوي شوي وي لوړ دي.

۲- که مایکروسکوپیک ناروغی کوم بقیه پاتی شی نو د عملیات خخه و روسته د تشعشع استطباب موجود دی سره له دی چی په شعاعی مقاوم تومورونو کې د خبیثه حجراتو کوچنی ذخیری په کامیابی سره لیری کیدای شی البته په داسی ډول چی د ماقول لوری دزغم په اندازه کې تشعشع اجراء شی.

۳- که افت د جراحی تداوی خخه زیات پر مختگ کړی وي یا که ناروغ د کتلوي Resection تحمل ونه کړي نو په دی صورت کې د نورو تومورونو لپاره عرضی تداوی اجرائیکېږي.

Chemo therapy : C

د سرکوما ګانو کیمoterapie یواحی په محدود ډول تجربه شویده په ځانګړی وقايو کې ډير کم لakin بهه تایج د Cyclophosphamid phenylalanine master vinceo leuke blastine او د کارولو خخه راپور ورکړشویدی. Actinomycin D

Chemo therapy : C

د پورتنی موادو تطبیق کول په موضعی شکل نظر Systemic کارولو ته خه ناخه ګټه لرلاني شي لakin داموضعه تراوسه ثابته شوي نه ده او د نوموری موادو اينده یا مستقبل ده ګوی د جراحی یا شعاعی تداوی استعمال پوری ترلى دی لیکن تراوسه دا اميد هم په عمومي توګه حقیقت نه دی موندلی.

کیمoterapie په سرعت سره بدليدونکی ساحه ده په پر مختللي سرکوما ګانو باندي اخته ناروغانو کې دیوی کمی اندازی دراماتیک غبرګون منځ ته راتلل دا خرګندوي چی نوموری تیراپیوتیک سطح یا معیار په سطحی توګه تر تحقیق لاندی نیوں شویدی د کیمoterapioتیک موادو عاملو په وړاندی مختلف سرکوما ګانو غبرګون په هکله او سنی

تازه معلومات باید د اودکانسر دتحقيق او Regional cooperative oncology groups

تداوي ته وقف جورنالونو کي باید ولتول شي

IV: ئانگري (وصفي) تومورونه

A: فايبروسركوما : Fibro sarcoma

نوموري دخپلو تولو چولونو سره چيرزيات عام کانسر دى. منشه يي دمنضم نسج يا عصبي ليف خخه وي جنس پوري هيچ ارده نه لري او د تشخيص خخه وروسته متوسط عمر ۵۰ کلني پوري دى لakin په ماشومانو کي او حتى نوموري د نور سرکوما گانو په نسبت خباتت ته کم ميلان لري فايبروسركوما اساساء نيع په نيعه او دويني دلياري خپريېري سره له دى چى دنومورو کانسر ۷% او ل ناحيوی لمفاوي غوتى اخته کوي.

د Stouts په ۴۰۳ پيښو کي په سريزه کي دفايبروسركوما چاي نيونه په لاندى چول دى: تنه ۱۰۹، لاندىينى برحه ۱۰۲، سراو غاره ۵۸، علوى طرف Perosteam او نوري برحى .۹۶

دگراس له نظره افت عموماء چينگ او نرم وي ، رنگ يې سپين بخون فولادي وي ، Pseudo encapsulation لري، متجانس جوربىست لري چى كله په کي دنكروزي ساحى هم ليدل كىرى مايكروسکوب پواسطه دمنضم نسج دهر عمر حجرات موجود وي او تلوين Phosphotungstic Fibrogria, fibrils, Gaint Cell او Hemoatoxylin كله كله د

سره بنكاره کوي چى په تداوي کي يې په پراخه چول Excision ترسره کول شامل دي همدارنگه د فايبروسركوما دعود پيښي هم زياتى دى تقربياء ۲۰% يې دپراخه Excision خخه پرته هم بيرته راگرئي په هغه افاتو کي چى په بنه توگه تفريقي شوي وي په نادر چول

ورکوی او وروسته د خخه دبیرته گرخیدنی اندازه يې ۴۲% ده او ۴% وفيات لري برخلاف ددي کم توپير شوي فايبروسركوما گانو کي دعود اندازه ۷۵% او ۵% وفيات لري.

يو لب شمير فايبروسركوما گانی دشعاعي درملني پواسطه په موقتي ډول کنترول شوي دي او که تكنيك اجازه ورکړي نو ددي مقصد لپاره بين الخاللي تكنيوكونو ته اوليت ورکول کيربي.

۱ - Dermato fibro sarcoma

نوموري يو ټيټ درجه فايبروسركوما دی کوم چې دعمر په ۳۰ یا ۴۰ کلنی کې د وجود د يا د Scalp په برخه کې منځ ته رائي نوموري د یوزيات شمير کلونو لپاره غلی وي چې ديو ارغوانی (دپوستکي) یو برجسته افت په خير يا د Keloid په خير موجود وي او وروسته په چټکه توګه وده کوي.

۲ - اول درجه Sesmoid نوع فايبروسركوما.

نوموري ډول تومور يو انتهای او ورو وده کونونکی تومور دی چې په ټوانو بشو کې منځ ته رائي او د فايبروسركوما د انواعو دېلى خخه نوموري تومور یو بشه دكتنى وره انتار لري.

B: د فايبروسركوما نه وروسته Lipo Sarcoma ډير عموميت لري د بدن په هره هغه برخه کې چې شحم موجود دی ليپوسركوما پيداکيداي شي او د تشخيص په وخت کې هميشه جنitiك وي یواخي په نادر ډول د Lipomas خخه منشاء اخلي نوموري د عمر په هره دوره کې منځ ته راتلai شي لاکن د ۶۰-۴۰ کلنی ترمنځ زيات واقع کيربي.

د Stout د ۲۲۲ پينسو په سريزه کي د Lipo sarcoma ځای نيونه په لاندی ډول دی:

سلفی اطراف ۱۱۸، دگیدی جوف او Retro peritoneum ۳۲، جذع ۳۶، پورتنی اطراف ۲۰، سراو غاره ۱.

Lipo sarcoma بنايی چی دير زيات تناسب غوره کري په ۱۸۵۹ کال کي د له Delamater خوا ديو lbs په اندازه ديو Lipo sarcoma راپور ورکرپشويدي چی دنوموري تومور وزن د نوموري ناروغ دمرگ تروخته IBS پوري رسيدلى و ه. دگراس له نظره تومورونه لوی دي او يوزيات شمير فرورفته گانی لري Convulsion او بنايی چی زيرپی ولري همدارنگه نوموري زياتره Satelite nodule يا يوزيات شمير منشه يې هلهی لرلای شي.

دماکروسکوپيك معايني بواسطه بنه تفريقي شوي کاهل شحمي حجرات د ليدنۍ وړ دي. يا کيداي شي چی دزيات مختلف قسم سره د ګډوډ Giant حجراتو وليدل شي د تشخيص لپاره وصفي شحمي تلوين ګټور ثابت شويدي.

تداوي يې په وسیع ډول Excision څخه عبارت دی د تومور د عود اندازه دهغوي دلویوالی او هستولوژي پوري اړه لري، يعني ديو بنه توپير شوي کوچنی Myxoid lipo sarcoma عود د نادراتو د جملی څخه دي. د ژوندي پاتي کيدو اندازه او د تفريقي اندازی سره دير کم فرق کوي يعني که تومور Non myxoid وي نو ډوند چانس ۱۰% دی او که Myxoid منبع ولري نو ۲۲% ډوند چانس لري ډوند ټوله اندازه تقریبا ۳۶% ده همدارنگه نوموري تومور سبرو ته د میتاستاز لپاره زيات میلان لري.

که د تومور د کامل Resection په برخه کي اشتباه موجود وي نو بايد د عملیات څخه وروسته شعاعي درملنه اجراء شي.

C: داعضلى تومور

Rhabdomyo sarcoma - ۱

ربدومايوسرکوما دمخطط عضلاتو خخه منشاء اخلي. نوموري تومور د سرکوماگانو د جملی خخه خبيث ترين شميرل كيربي او زياتره دلويو Fungating وينه ورکونکو کتلوبه خيروده کوي نوموري تومورونه په چوان کاهلانو کې ديرزيات عموميت لري. پورتنى تومورونه په بستكتنى اطرافو کې دير عموميت لري او وقوعاتو اندازه يې دلاندنى ترتيب په اساس كيربي:

پورتنى اطراف، سر، غاره او Tennis Racquet دمايكروسکوب بواسطه د Trunk حجرات چى او Gaint حجرات دمحيطي واکيولونو سره لري ليدل كيربي. ددى حجراتو سايتوبلازم تل Acidophilic وي.

دنوموري تومورونو په درملنه کې پراخه Excision شامل دى چى په موضعی دول دبيرته راتلنی اندازه Memorial cancer center دى او شتون لري ۷۰-۲۷% وي.

د ۵ کالو دژوند اندازه دومره بنه نه وي دتولونه بهترین سريزه کې يواخى ۳۴% د ۵ کالو دپاره ژوند پاتى كيداي شي همدارنگه زياتره نورو سريزو کې د ۱۰% خخه کم اندازى راپور ورکرشيويدي.

Embryonal Rhabdomyo sarcoma - ۲

لمري ربدومايوسرکوما دتولونه زيات عموميت لري او په چوانو خلکو کې زيات ليدل كيربي ددى Gelatinous او خراب توگه تفريقي شوي کپسول لرونکى تومورونه نه عموماء په

ناسوفارينكس (Nasopharynx) یا سترگو کري کي ئاي لري چى اتزار يې هم خراب دى دتمورو
نه چى زيات شعاعي حاسىت لري لakin دعود اندازه يې هم زيات دى.

Alveolar Rhabdomyo sarcoma - ۳

دادريشىمى رابدو مايو سرکوما دېلى خخه يوبىل ڈول دى چى چى خراب اتزار لري او دا زياتره
دنوى ئوانانو په اطرافو كى عموميت لري.

Botryoides sarcoma - ۴

لمپى سرکوما د رشىمى رابدو مايو سرکوما يوبىل ڈول دى او دانوم ورتە دانگورو د ورىي
دجورىنىت دشباھت لە كبلە ور كېشىدى او دا دواپۇر جنسونو دبولي تناسلىي طرق او په
صفراويي قناتونو كى معمولاً منخ تە راھىي دنوموري تومور تداوي او شفا دجذري
پواسطە دى Resection.

Granular cell Myoblastoma - ۵

معمولاء سليم تومورونه دى لakin بنايى په ۱۰% پىبنو كى خبيث واوسى زياتره د ژېلى خخه
منشاء اخلي او تقرىباء نىمايى يې په خولە كى وي دنوموري تومورونو كە غوشۇل يې بىئە
پايلى لري دەستولۇزى لە نظرە دنوموري تومورونو منشاء په مورد كى اختلاف او سەم
وجود لري او امكان لري چى نوموري تومورونه بىر خلاف ددى چى عظمىي منشه ولري
دەجراتو خخه منخ تە راغلى وي.

Leimyo sarcoma - ۲

دادول تومورنه کيداي شي چي دملسae عضلاتو په خنگ کي وليدل شي او په معدی معایي، بولي تناسلي او وعائي سيستم کي نوموري تومورونه په عمومي توگه ليدل کيربي يا بسايي چي په Retro peritoneal ناحيه کي دلويو کتلاتو په ډول رابسكاره شي.

(Synovial sarcoma) Synouiomas D: خبيث

اگر چي Synovial sarcoma معمولاً Mesenchymal حجراتو په اربطو، وتری اليافو او مفاصلو کي منځ ته راخي اوD Synovial نسج په شان منظره غوره کوي لاکن Bursa داتومورنه نادراء د مفصل Synovia اخته کوي.

دم مختلف مطالعاتو پواسطه ليدل شويدي چي ۹۴-۸۰% پينسو کي افت په لاندیني اطراف کي منځ ته راخي.

دگراس له نظره نوموري تومورنه ټينگ او فولادي رنگ لري چي نزف او Calcification ورسه ملگري وي او د خپل لانداني ساختمانو سره کلك اريکه لري.

دمايكروسكوب له نظره Calcification Synovial sarcoma لپاره باید دوه عنصره موجود وي چي عبارت دي د Adeno matous جالي مانتده جوربست او Sarcomatoa چي دمايكروسكوب په ذريعه stroma خخه دي همدارنگه مخطط Calcification چي دمايكروسكوب په ذريعه مشاهده شوي دي په ۳۰% پينسو کي د X-Ray په ذريعه هم ليدل شويدي.

د تومور دودي په لحاظ داسي بسودل شويدي چي يوزيات شمير ناروغان چي Synovial سركوما لري د ۱۸-۱ مياشت د پاره مخکي د کوم کتلی د بسكاره کيدلو خخه درد يا حساسيت لري.

Synovial سرکوما په ماشومانو کې ۱۵٪ منځ ته رائی او انتاريې د کاهلانو په نسبت بنه دی په درملنه کې يې پراخه Excision شامل دي. خرنګه چې نوموري سرکوما ۲۰-۱۰٪ پیښو کې عقدات هم ماؤف کوي له دی کبله افت که د کوم عقدات لرونکی عضوي سره نژدی واقع وي او یا عقدات د جس وړوي نوباید عقدات دی قطع شي همدارنګه د Amputation په شمول د حوصلی د مفصل Disarticulation ته اړتیا پیښېږي.

تقريباً د ۴۵-۲۳٪ ناروغان د Excision نه وروسته د ۲۰ میاشتو په موده کې د تومور د نکس سره مخامنځ کېږي.

د ۵ کالو د ژوند اميد د ۲۰-۴۰٪ پوری ليکل شویدی شايد ۳۰-۳۵٪ تثقب و کړي د نوموري تومور په عرضي تداوي کې کيموتراپي او شعاعي درملنه یو مهم رول لوبيولي شې.

E: هغه سرکوما گانی چې دموي او عيو خخه منشه اخلي:

Kaposis سرکوما د دموي او عيو سرکوما دی چې په USA او اساساً په یهوديانو کې او ايتالوي اشخاصو کې د ۲۵ کلنۍ خخه وروسته منځ ته رائی. د خط استواء په افريقيا يې ممالکو کې نوموري فوراء زيات عموميت لري چې هلتہ د عمر په هر گروپ خلکو کې منځ ته رائی او د تول خبيشه افاتو ۱۰٪ جوروي.

دا افت په لاندنې طرف کې دارغوانې ډوله نودول په خير تبارز کوي کله چې زيات وخت ورباندي ووئي نور نوډولونه هم ظاهريې چې نه یوائي پوستکي بلکه په احشاوه کې هم ئاي درلودلاني شې.

دمجاور پوستکي اذيماناروغى دېرمتختگى نبىه دەنومۇرى افت پە حتمىي ۋول دىوزيات

شمىر محراقونو خخە منشاء اخلى. Asterography او درخوه انساجو Roentgenography

بنايى د پتىنۇدۇل پە خەنگىندۇلو كې مىستە و كېرى.

درملنە يې پە موضعي تىشىع ورکولۇ باندى استوارە دە چى پە Conservative توگە

داسى بايد پلان شوي وي چى دايىنە نۇدۇلونو ھەم تداوىي كىدایىشى.

دەنومۇر پە نكىس كې پە متوسط دوز شعاعىي تداوىي ڈيرە موثر تامامىرى ئىخصوصا پە ھەفە

صورت كې چى ناروغى پە ناھىيى ۋول پە پرمختىلىي شكل موجود وي لىكە پە پىنسوا او

Pedis كې دىزيات شمىر نۇدۇلونو موجودىت.

پە دى اوسىنى وختۇنۇ كې د Karpowicz Alkelaid mustard Nitrogen

پە دى اوسىنى وختۇنۇ كې د Perforation كولۇ سره بىنە تايىج لاستە راغلى دى.

د سرکوما د تشخيص نە وروستە د ژوند پاتى كىدو اندازە تىرىبا ئە دوھ كالە اتكىل

شويىدە بايد وويل شى چى دەنومۇرى تومورونو سره د Lymphoma پىينىو اندازە لورە لىدل

شويىدە.

Lympho Angio sarcoma

نومۇرى كىثيرالمرکز تومورنە دى چى پە ھەفە اطرافو كې چى مزمن اذيماناروغىي منئە تە

رائىي. نومۇرى تومور وروستە د Metastasis چخە پە عمومىي توگە دلاسونو د اذيماناروغىي

داختلات پە شكل منئە تە رائىي. لاكن Mastectomy شوى اشخاصو كې د ۱% نە كم كې

منئە تە رائىي داسى فىكىرىپى چى پە ھەفە ناروغانو كې د Lympho انجيوسركوما د پىينىو

اندازە لورە وي كوم چى د جىدرى Mastectomy چخە وروستە د شىعاع سره مخامىخ شوي وي.

داناروغری شروع متوسط عمر ۲۲ کلنی او د Mastectomy نه د تومور د پیدا کيدو متوسط عمر ۲۲ کلنی او د Mastectomy نه د تومور د پیدا کيدو متوسط وقهه ۹ کاله او ۷ مياشتى ده دوينى دلياري خپري دنه يې چتکه ده تداوي يې که جذری Amputation وي يا کيموتراپي يا شعاعي تداوي وي په عمومي صورت غير اغيزمنه ثابتيربي د ژوندي پاتي کيدو متوسط اندازه د تشخيص نه وروسته ۱۹ مياشت دد.

V: لنپيز

۱- درخوه انساجو سركوماگانى يو ډول غير معمولي تومورونه دی چى دليفي شحمي عضلی او وعائي انساجو څخه منځ ته رائي يا منشاء اخلي.
نوموري د خپل ظاهري شكل او برخورد په اساس ډير فرقونه لري او لدی کبله ويشهه کول يې ستونخمنه ثابت کيربي. په عمومي صورت سره ويلاي شو چى نوموري ډير خبيث تومورونه دی چى په مستقيم ډول دوينى دلياري انتشار کوي او په ابتدائي مراحلو کې ميتاستازورکوي.

۲- ګيلى يې معمولاً ديو فشاري او خپري دونکى کتلې له کبله دی تشخيص يې د Biopsy پواسطه ايښودل کيربي او عموماً د تشخيص ټند اچول د خصوصي تلوين په خاطر ګټور ثابتيربي.

۳- دنرم انساجو Sarcoma دوسيع او جذری Excision پواسطه تداوي کيربي چى د ۵ کالو د ژوند اميد يې ۲۰% دی مخکي له دی چى د تومور پر اخه Excision يا اجراء ترسره شي باید چى د پت ميتاستازس شته والي رد کړو.

که جراحی عمل دشفا په غرض و کارول شی نوباید Excision په پراخه ډول اجراء شی د (ویدی دک) طریقه د عود دلورو اندازو سره ملگرتیا کوي شعاعی تراپی او Trimerous کیمومتراپی عموماً دیو اضافه تداوی په حیث ګتھور ثابت کېږي لakin دا کار دومره باوري هم نه دی او کله داکار د یوی او بدی مودی لپاره بنه عرضی تداوی ده.

۴- څرنګه چی دنومورو افاتو ډولونه خورا زیات دی اووقوعات یې دومره کم دی چی محصل دیوداسی ناروغ سره مخامنځ شی چی درخوه انساجو په سرکوما باندی اخته دی. نوباید او سنی داسی طبی Literature مطالعه کړی چی د خاص د تومور موضوعات په کې دی چینی اساسی رفرنسونه چی نورو منابعو ته هم لارښودنه کوي لاندی ورکړشويدي.

داندوکراین غدواتو کانسر (Cancer of the Endocrine Glands)

درقيه او فوق الکلیوي غدوات:

درقيه غدى کانسر : Thyroid Cancer

تناظر: درقيه غدى کانسرونه متصف دی په: وروودی کولو، وروستی ګیلی، تیت څخه او د تپول کانسرونو د وفياتو 40% جورپوي. زیاتره له دی Mortality او د تپول کانسرونه د رقيه غدى Nodule په خير ظاهر کوي نوله دی کبله زمونې د کبله چی داتومورونه درقيه غدى د دلچسپی باعث ګرئي. له دی کبله چی درقيه غدى ندول زمونې دنفوس 4% مصاب کړیدی د اسبابو سره یوځای مطالعه کېږي او ورڅخه توپیر کېږي.

عمومی تعریفات:

۱- جاغور د رقیه غدی په ډول لوی والی خخه عبارت دی چی خپور یا Nodular کیدای شی.

۲- د رقیه غدی نودول (۲۸) په نومورپی غدی باندی هر یو ځانګړی کتله ده او د سریری مقاصدو د پاره معمولاً دغدی د سطح دپاسه یا ورته نژدی وي چی لوی والی یې د یو ساتني خخه باید زیات وي.

A: وظیفه لرونکی نودول:

معمولاء یو Capsule لرونکی نیوپلازم دی (Adenoma) افرازوی چی په متغير و اندازو دنخاميه غدی د کنترول خخه بهر یا ازاد فعالیت کوي او لاندنی فکتورونوتوان لري:

I: د رقیه غدی دنارمل نسج انحطاط کول.

II: د رادیواکتیف (RAI) ایودین اخیستل په متبارز ډول.

III: د Euthyroidism پوري یو لړ کلینيکي اعراض تولیدوي.

IV: په ډير نادر ډول خباثت غوره کوي.

B: وظیفه نه لرونکی نودولونه:

د RAI اخیستل یې په متبارز ډول ندي او زیاتره دلویو کلؤید داره فولیکولونو د ورو

خخه جوړ شویدی کپسول داره یا بى کپسول کیدای شي زیاتره Cystic، ترفي، یا

شوی وي. ددی ډلى خخه حینۍ رینستنۍ او کپسول لرونکی نیوپلازم Calcified

دی چی دهستالوژي له نظره دپخوانې Trabecular یا Tubular Adenoma د ډول خخه

وی اوکوم وخت چی منفرد وی خصوصاء هغه ناروغانو کې چی ۳۰ کلنی خخه کم عمر

ولري یا په نارينو کې وجود ولري نو بايد ضرور د یو خبيث نيوپلازم گمان پري وشي.

C: د سبېي، ثديو، پنستورگي او د اسې نور د کارسينوما خخه ميتاستاتيک نودول منځ ته

راتلل غير معمول نه دي.

D: همدارنګه کيداي شي چې په د رقيه غدى کې Sarcoma، Lymphoma نور نادر

تومورو نه او Grunulomas کيداي شي چې د Nodular په خير

1- پېژندنه:

A: پېښۍ

1- جراحې پېښۍ (دواقعاتو یو اتخابي گروپ دی چې MD Refer کولو پواسطه

سکرين شوي وي)

A: د رقيه غدى د تبول خانګري (منفرد) نودولونو نه ۱۵ - ۲۰ % خبيث د.

B: دزيات شمير نودول لرونکي جاغور (Non toxic) د جملې خخه ۶ - ۱۰ % پوري خبيث

وی.

C: دلو یو Thyrotoxic غدواتو د دلې خخه یواحی ۱، ۰، ۰ خبيث وي.

2- درقيه غدواتو کې د اوتوبسي دوقوعاتو اندازه چې د کلينيك له نظره نارمل د ۱، ۰.

2- پوري فرق کوي (Data ۲۰۰۰ - ۱۰۰ million) د دهجه برخو شمير له نظره چې

داتوبسي لپاره اخيستل شوي وي او د توجه له نظره چې مطالعه شويدي فرق کوي.

3- همدارنګه هر کال په هر ميلون خلکو کې د رقيه کانسر ۲۵ نوي پېښۍ ليدل کېږي.

B: شیوع

د کانسر په انواعو کې د بسخواو نارینه نسبت جدول کې وګوری

C: د مرینی اندازه:

۱- هر کال په هر میلون خلکو کې تقریباء ۵ نزان او ۸ بسخی د مرگ سره مخامن کېږي.

پاملننه:

د درقیه غدی په کانسر ده گوی د پیښو او وفیاتو تر منځ بنسکاره توپیر یا تضاد د نوموري
کانسر دور و دی او تیټه Morbidity له سببه دي.

B: سببی عوامل

۱- د TSH دوامداره تنبه (۸):

A: د درقیه کانسر په تجربوي ډول ډول حیواناتو کې دایود دشید کمښت Giotrogens
لکه کولپس او Rape تخم دغدی ناتام Resection او RAI په مفرد یا مختلفو موادو
سره یوځای تطبیق کولو پواسطه تولید یدلای شی.

B: همدارنګه د داسی پیښو راپور ورکړل شویدی چې دا خرګند وي چې نه تداوی شوي
غدواتو چې په ولادي Cretins کې موجود وي په د درقیه کانسر باندی Hyper plastic
بدلیږي.

۲- د شعاع اغیزی چې د هستوی Anrtipicality لامل ګرځی (۲۹، ۱۹، ۱۴)

A: په هغه شیدی خورونکو ماشومانو او څوان کاهلانو کې درقیه کانسر و قوعات اندازه
دكتنى و پرده کوم چې د تداوی په منظور د سرا او غارپی او یا د ماشوم د Thymus برخى
د شعاع سره مخامن شوي وي (ددی خبری پلتنه په هغه ناروغانو کې کوم چې د درقیه غدی
داشتباہ لاندی نیول کېږي).

۳- هغه سببي عوامل چي په کمه اندازه بنه تشریح شوي وي.

A: دیوی اوبردی مودی غیر سمي کلؤیدي جاغور ارتباط د Anaplastic او Papillary

سره.

B: Follicular adenoma د: ارتباط د یو پیش قدم خبيشه افات په حیث د Follicular Ca

سره.

C: د ارثيت او Neural crest analoges رول د Medullary Ca په منخته را اولو کي.

۴- حمل د رقيه کانسر باندی کوم خرگند تاثير نه لري. (۱۵)

E: ايپديمولوزي

گر چي Wegelin داسی بسکاره کره چي درقيه کانسر د جاغور په Endemic مناطقو کي
هير عموميت لرلو لakan او س زمونه په هيوا د کي د اخبره کوم عملی جنبه نه لري.

II: کلينيکي لتهنه:

A: عمومي اعراض او علاميم

۱- تاریخچه: ۲۰% رنكوران د جاغور فاميلى تاریخچه لري او زمونه Series خخه

۱۰% مريضانو يوبل ډول هم لرلو.

۲- اعراض او علاميم (۲۲) (په II جدول کي وليدل شي).

III: تشخيصي طريقي

A: راديواكتيف ايدين Scintiscan RAI ۱۳

زيادتر د راديواكتيف ايدين د رقيه کانسر له خوا په کمه اندازه اخيستل کيربي. له دی
کبله د شاو خوا د نارمل غدى په خلاف ديو فلچ ناهي په توګه تظاهر کوي له دی کبله په يخ

نودلۇونو باندی دکانسراشتباھ كېرىي لەكىن بىا ھم داپول نودلۇونە دكلىئىدىي نودلۇنو،
ترف او سليم Adenoma سره زيات عمومىت لري Calcification.

پاملىنە:

ديونودول پە شاتنى بىرخە كې واقع شوی درقىيە غدى يو نارمل نىج د نومورپى نودول يخ
طبيعت پەھلائى شي او سنى پرمختگونە داسى بىسۈلىي دى چى پە RAI فوقيت لري (25).

: Needle Biopsy B

سرە لە دى چى دستنى بايپىسى ديوى وازى طريقى مخە نى يولاي شي خوبىاھم ددى دتطبيقى
كولو طرف داري نە كېرىي او اكتراء د ناروغ طبيعت او پراخوالى اندازه كول مناسب نە گىنل
كېرىي او بىايى چى دېتالولۇزىي نمايندە گىي ھم ونكىرى بلکە تومور تە اتتشار ورکولائى شي يا
خارج خواتە دلىارو پە حذا كې دەھغۇي Seeds تە انتقال او اتتشار ورکولائى شي.

دمايىع خخە ڈك يو Cyst ستنى يا پىچكاري پە ذريعە Aspirate كول گىتىور تمامىرىي او
دغىر ضروري جراحى خخە مخنيوى كوي (13).

-) وكتل شي Transillumination -

سرعت: Metastatic C

د ھەۋىكى افات، د منصف عقداتو غتەھولى يا دىنرم Metastatic ارتشاح
موجودىت ديو داسى ناروغ پە سېرو كې چى درقىيە غدى ئانگىرى نودول يازيات شمير
نودول لرونكى جاغور باندی اختە وي داكتىر درقىيە کانسراشتباھى كوي.

پە هغە نادرو پىبنىو كې چى نومورپى Metastasis خبلە وظيفە دلاسە ورکىرى نە وي د
ترسرە Scanning طريقى پواسطە Localization تشخيصى ارزىبت لري.

D: دغارپا Roentgen کتنه:

په هغه صورت کې چې وروسته دباریوم دبلعی خخه دشزن بیحایه کيدل تثبیت شي چې د جاغور پواسطه پیداشوی دی داکتر اشتباہ د Ca په خبات باندی نوره هم قوي کېږي. که په منظم ډول ترسره شوی د سینې عکسونو کې شزن فوراء ولیدل شي او په هغه د مساوي، خرابی څنډۍ، نفیس یا نازک خیالونه، ګډوډ Calcification چې خطې یا د په خیر وي (چې د Psammowe bodies په نوم یادېږي) درقیه غدی په نرم نسج کې د X-ray پواسطه ولیدل شي نو دا ډول بدلونونه به د Papillary follicular کانسر په یوزیات شمیر پینبو کې دکتنی وړو وي.

E: غیر مستقيم Laryngoscopy

دابايد په عادي ډول ترسره شي د حبول صوتی یو طرفه یا دوه طرفه فلجه معمولا دخپريدونکي درقيي کارسينوما یوه وتلى علامه ده.

F: Transillumination

نوموري اسانه لاره ده چې بنائي ديو ساده مایع خخه ډک کلوئيدي Cyst په تشخيص کې ډير سطحي واقع شوی وي په رول ولري خوبیا هم مونږ ديو ناروغ په Colloid سټ کې د منځ ته راتلل ليدلی دی. Papillary Ca

G: درقیه غدی وظیفوی تستونه

په اشتتنی د Cold Acan درقیي غدی وظیفوی تستونه ډير کم ارزښت لري نوموري Thyroxine زیاتره Murphy pattee PBI او اونارمل او blinding لري.

خینی وخت یو غیر نارمل Iodo protein مغلق لیدل کیبری لاکن دعادي تشخيص لپاره Hyper thyroidism کي د Follicular Ca insitue او وظيفه لرونکي Ca پنهانی تولو پیښی نادری وي چی دخپور او پراخه Metastasis سره ملگری وي چی د پورتنی تولو تشخيصی طریقو ضرورت به لیری کړي.

H: د رقیی غدی :Angiography

ددی په باره کې د راپور ورکړ شوي خپرونو توقعات دیر به دی لاکن دغه تکنیک تراوشه لړه اندازه ستونخمن دی او د اجراء کولو لپاره یې یو ماهر تیم ته اړتیا وي د رقیه غدی د کانسر په ۱۰۲ ناروغانو کې ګیلی او نښی

Anaplastic Ca	Follicular Ca	Papillary Ca	
۷	۳۳	۶۶	
فیصدی	فیصدی	فیصدی	
۵۵	۱۵	۹	Hoarsness
۲۸	۱۲	۱۱	Dysphagia
۲۸	۲	۸	Pains Pressure
۴۳	۲	۳	Dyspnia
۸۵	۷۵	۵۶	زیاتیدونکی جسامت
۱۴	۷۵	۶۰	خانگړی نودول
۷۰	۲۰	۳۳	زیات شمیر نودولونه
.	۳۰	۲۷	په عادي معاینه کې لیدل شوي

IV: ويشنه

۱- کلينيكي Catagories د (۲) او AJC (TNM) سره پرتله شويدي

(اخري په Paracenthesis کي ورکړل شويده).

To Ca کي کوم د جس وړ مقدم تومور وجود نه لري.

په لوی عرض لرونکی تومورچی ۵ ساتي متر دی (کوم سوء شکل او تحرکيت خرابوالی

نه ليدل کيربي) T2 ۵cm يا لوی (سوء شکل يا زيات تعداد تومورونه د تحرکيت سره

يوخا وجود لري).

په متصله جورښتونو کي نیغه خپریدنه (د تثبیت شتوالي).

B: درقيي ناحيي غوتى د جس وړ نه وي او که د جس وړ هم وي تراشتباه لاندی نه وي.

N1 د جس وړ غوتى په عين خوا کي حرکت لري تړلې نه وي د Metastasis اشتباه موجوده

وي.

N3 تثبیت شوي رقيي عقداتو د ميتاستازس اشتباه موجوده وي.

C: Mo د ليري ځایو د ميتاستازس کوم شواهد وجود نه لري.

M1: د ليري ځایو د ميتاستازس لپاره کلينيكي اويا راديولوژيک شواهد نشه.

۲- کلينيكي مرحله بندی (TNM سیستم د کارولو پواسطه).

Stage I : او له مرحله Ca

IB

IA

TI

T0

N₀ N₁ N₂ N₃N₀ N₁ N₂ N₄T₂

دويمه مرحله:

N₀ N₁ N₂ N₃N₀

IA

دريمه مرحله III

T₃N₀ N₁ N₂ N₃N₀

تلورمه مرحه هريو N

NI

۳- د رقيه غدي کي په لاندی دول تشكيل کوي او بسايي چي په لاندی دول هم خپور شي.

A: دغدي په داخل کې.

۱- نيغه خپريده درينتنى ياكا ذبکپسول پواسطه د نارمل ميزانشيم ماوفه کول لپاره.

۲- يوزيات شمير Seeds (شحم) ورکول په دواړو خواو کې د رقيه غدي دلمفاوي سيسنتم

پواسطه اتشار کول او دغدي استيلاء کول.

B: دغدي خخه د باندی Extra glandular

۱- د رقيسي دلوب کپسول يا Isthmus کي نيغه خپريده ګاونډيو عضلی منظم نسج،

عصب ياشزنه.

۲- دناحیوی منصف یا دلیری ظای عقداتو ته دلمفاتیک خپریدنی په ذریعه.

۳- دموی اوعيی دحملی لاندی نیول او بیا لیری ظایو ته میتاستاز ورکول.

B: پتالوجیکی درجه بندی (۴) :

۱- هستالوژیکی ویشنہ

Papillary Carcinoma :A

Papillary - ۱

۲- سره یو ظای Follicular papillary .

Follicular carcinoma :B

۱- لمري ډول د Papillary Ca دبدلون خخه په ډول .

۲- دويم ډول موضعی Follicular Ca

۳- دريم ډول خپریدونکی Follicular Ca

Medulary carcinoma :C

Anaplastic :D

۲- درجه بندی (۳):

A: لمري درجه کپسول لرونکی مدور نیوبلازم چي یواختی په خفيف توګه جامده عضوه یا

اوعيی ماوف کړي.

B: دويمه درجه: دغدی شاوخوا کې نورهم زيات شدیده ارتشاح چي تومور لږ کم تفریق

شوی وي کثیر الشکل او د Multi nucleated حجراتو سره وي اوډير زيات اندازه

لري.

C: پتالوژیکی طرز العمل:

ددي غدى د تولونه عام دول کانسر Papillary Ca ده چى د کاھلانود درقىھە غدى د تولو
کانسر وونو ٥% اود ماشومانو ٧٠% جورپوي.

تر کلونو پوري په موضعىي شكل پاتى كىربى او بيا موضعىي رقبي عقداتو ته انتشار كوي او
پس له دى د منصف غدواتو او سپرو ته انتشار كوي.

كله كله لمرنى محراق خرگند نه وي چى دپام ور دوامدار Sectioning ته ارتيا لري زياتره
او دوه طرفه وي د ٤٠ كلنى خخه مخکى مرگ په دير ندرت سره واقع كىربى
خرنگه چى Papillary Ca شدید انتشار كوي نو ئكه په پراخ دول سره ميتاستاز ور كوي.

٣ - ديوجامد او Anaplastic تومور په خير تظاهر كوي لakin په حققت كې لې
ورو سير لري خرنگه چى ميتاستاز ته زيات ميلان لري نو د عقداتو ماوف كيدل زيات
عموميت لري د نوموري بارزه وتلى نبىه د تومور په دول امتداد كې د Amyloid ذخiro سره
يوئاي وي نوموري زياتره د Neural crest analoge د جينتىك سوء تشکلاتو سره يوئاي

واقع كىربى يعني Neuro fibro mitosis او Pheo chromo cytoma داسى ليدل شوي دى
چى نوموري نيوپلازم هفه Para follicular Calcification حجرات ماوف كوي كوم چى
توليدوي نادراء داتومور ACTH هم جورپولاي شي او د Cushing Syndrome د منخ ته

راتلو لامل کيربي هغه Para thyroid تومورونه چي ددي تومور سره ملگرتيا کوي هم تshireح شويدي کورني تاريخه بايد په ډير غور سره ولتهول شي.

Follicular Carcinoma - ۲

درقيه غدي دتپولو کانسرونو ۳۰% جوروی دنوموري پيښي په ۳۰-۵۰ کلنی کې اعظمي حد ته رسپيرې او عقداتو ته انتشار کولاني شي لانکن ډير ژرد موی او عيي دحملی لاندی نيسې اولدليري خايو د ميتاستازس لامل کيربي خصوصاء هډوکو ته د نوموري دريم ډول يې خپريدنې ته ډير تمايل لري زياتره دوه طرفه وي عودکولو ته ميلان لري او ډير خطرنلک انترار لري لمري او دويم ډول يې د طرز العمل له نظره Papillary Ca ته ورته والي لري.

۴- Anaplastic Ca د کوچنۍ، لوی او Spindle حجري د کانسرونو په خير تظاهر کوي چي ډيره چټکه وده کوي او د پراخه خپريدنې له کبله شدید موضعی ګيلی او نبئي منځ ته راولي.

۵- په پراخ ډول ميتاستازس ورکوي او که په Uniodular مرحله کې تشخيص نه شي نو ۱-۲ کالو په منځ کې د مرګ لامل کيربي.

۶- درقيه غدي ميتاستاتيک کانسر د رقيه مقدم کانسر هستالوزيکي لياري نه تعقيبوسي له دې کبله کيداي شي ده ډوکو ميتاستازس د یو حقيقي مقدم Papillary خخه ديو جلا شوي Follicular په ډول وليدل شي.

V: مخکي له دې چي دغدې په داخل کې يا د باندې يادليري خايو Metastasis منځ ته راشي مقدم تشخيص او په مکمل ډول د تومور ليري کول اړين ګنل کيربي.

خرنگه چې د تومور عود Morbidity او مرګ کیدای شي چې د اورډي مودی لپاره په تاخیر واقول شي نو ددی کبله د تداوي د ټول شکلونو د ګټو اندازه او شمیرنه نیول خورا ګران تماميرئ د درملنى د لارو په نسبت د کوربه فكتورونو او د تومور بیولوچیکی طرز العمل بنایي چې د زیات ارزښت لرونکی وي.

۱- جراحی

A: د Papillary کارسینوما لپاره:

په هماغه طرف کې د غوټو ترمیم شوی Resection او تام Thyroidectomy که د مخالف طرف عقدات مثبت وي نو په ۲۰% پینسو کې د دواړو خواو عقداتو Resection کول. په پورته ذکر شوي پلان باندي درملنه کول د سوال لاندی دی یوزیات شمیر بنې ترسره شوی پلتهنى په دی تیجه ته رسیدلې دی چې د عملی پراخوالی د ناروغری په سیر باندی کومه تاثیر نه لري لakin ددی په عوض درقيه غدی د باندی خخه په په انحطاط راړلوا پوري اړه لري.

B: د Follicular کارسینوما لپاره:

د لمړی او د وهم ډول لپاره Lobectomy او د موضعی عقداتو سره د Isthmus غوڅول کول په د اسى حالت کې چې استطباب ولري.

همدارنگه د دریم ډول لپاره د پورته ذکر شوي Papillary په خیر کار اخیستل کېږي.

C: د Medullary کانسر لپاره:

تام Thyriodectomy او د خایي غوټو غوڅول.

D: د میتاستاتیک کانسر لپاره:

يوائي په نادرو پينسو کې تام Thyroidectomy هغه وخت ترسره کيربي کوم چي مرضي
پروسه موضعی پاتي شوي وي همدارنگه زيات شمير ناروغاند عمليات ورنه وي او که
تنفسی لاري ماوفي شوي وي نو Tracheotomy ته ارتيا پيداکوي.

۲- شعاعي درملنه

A: دشاعاعي تداوي پروراندي درقيه غدى دكانسرد غبرگون بايد نوره هم اندازه گيري
وشي.

Smedal او ملگري يې دداسى ناروغانو په مورد کې دنسو پايلو راپور ورکري دى چي په
بيل شوي کانسر باندي اخته وه او دغاراي دعقداتو دېخه ايستنى په عوض دعملياتو خخه
وروسته د ۲ Mev شعاع پواسطه معامله شوي وه.

B: او Papillary کانسرونه په لې څه دشاعاعي په وړاندی تینګار لري او دعملياتو
نه وروسته د کنترول لپاره بهترинه وسیله داده چي بايد دباندي نه تشعشع ترسره شي
دغارې لوی کتلې په ناتام ډول ارجاع او د هغې وده په موقعي صورت سره ودریداۍ شي
ليکن په مکمل صورت سره له منځه وړل يې نادر دي.

C: د کوچنی حجري Anaplastic کارسينوما ګانى شعاعي حساسيت لري او شدید شعاع
په وړاندی درملنى ته ارتيا لري کله کله پتالوجيکي تشخيص غلط ثابتېږي او په تعقibi
مشاهده کې ديو Lymphoma په حيث تثبيت کيربي.

D: لوی حجري Anaplastic کارسينوما ګانى په حقیقت کې دشاعاعي مقابله کې مقاومت
لري.

E: د هډو کو په ميتاستازس کې موفقانه لakin په زړه پوري غبرگون مشاهده شويدي.

۳- دشعاعي فعال ايودين درملنه:

A: بنه تفريق شوي Follicular Metastasis زياتره يو خه اندازه ۱-۳۱ RAI د راتولو توان لري.

B: دنومورو دتمايل دزياتولو لپاره تام Thyriodectomy دافراز د بنه کولو په منظور ترسه کيربي.

C: دباندي نه د TSH کارول زياتره اکثراً دمایوسی سره مخامخ شويدي او خرنگه چي د رقيه غدي ضد درملونه لكه Aropyl thiouracil لور دوزونه هم ناکام ثابت شويدي.

D: ترکومه پوري چي Metastatic افتونه په اعظمي حد پوري تنبه شوي نه وي په هر اونسی کي د Tracer اخيستنه تکرار بيري.

E: درملنه د ۱۳۱ RAI د ۷۵-۲۰۰ H د ۴-۳ اوئيني و قفو پوري ورکولو سره ترهجه وخته پوري دوام کوي چي ترڅو پوري احتباس منځ ته نه وي راغلی.

F: ناروغ د Trijodo thyrosin په انحطاطي دوزنو باندي ساتل کيربي او هغه وخت ورته توقف ورکول کېبل کله چي بيرته اندازه کولو ته اړتیا پیداشي.

G: بهترین پايلی او زيات اندازه شفا په هغه ناروغانو کي راپور ورکړشوي دی چي د سب و په ميتاستازس باندي اخته وي.

H: دهه وکي ميتاستازس په عرضي ډول تداوي کيداي شي لاکن په نادر توګه دافتونو مکمل بيرته ترميم منځ ته راتلای شي.

۴- درقيه غدي انحطاطي تداوي:

خارجي تايرايد هورمون په لور دوزونو سره د TSH افراز نهие کوي انحاطي خارجي تايرايد هورمون بايد ټول مريضانو ته د مناسب مقدم درملني نه وروسته توصيه شي دasic هم امكان لري چي ديو Propanolol blocker لکه B adrenergic دعلاوه کولو په ذريعه د خارجي T⁴ په مقابل کي د ناروغ تحمل زيات کړي شي د TSH پواسطه د انحاطي درملني د تنظيم کولو لپاره بنا يې چي Radio immune Assay ګټور ثابت شي د انحاطي تداوي سره د ناروغ عود عموميت لري زاره اشخاص پير ژر د انحاط سره نه مخامنځ کېږي.

VI: پايلۍ او انزار:

A: د ژوندي پاتي کيدلو احصائيه:
د رقيه غدي د کانسر ۲۰% ناروغان د مرګ سره مخامنځ کېږي.
Follicular Papillary او Anaplastic %۸۴ Follicular %۲۲، %۱۳ Papillary کارسينوما لپاره د ۱۰-۲۰ کالو د ژوند اندازه د ۱۰ کالو د ژوند اندازه
د ۹۰%، د ۲۰ کالو د ژوند اندازه (%۲۰)

خپريدونکي Follicular کارسينوما خراب اتزار لري.

د ۱۰ کالو د ژوند اندازه د ۲۰ کالو د ژوند اندازه (%۳۵).

B: د ناروغى اختلاطات

۱- هغه ناروغان چي د رقيه غدي په کانسر اخته دي زياتره د تنفسی لارود بندوالۍ، نمونيا، ويني بهيدنۍ او Thrombo embolism له کبله مړه کېږي.

۲- دهه و کو دمیتاستازس له کبله زیاتره دردناک سوء شکل او عموماً پتالوجیک

کسرونه واقع کیږي.

۳- خرنگه چی پورته هم ذکر شول بسا ی چی وظیفه لرونکی Follicular کارسینوما د

هاپرتایروئیدیزم لامل شي.

C: دنداوی اختلاطات

A: جراحی

۱- تام Hypo Thyriodectomy کیدای شی چی دعود کوونکی عصبی فلجونو او د

لامل شي parathyroidism

۲- دیر ژر تداوی کیدای شی او دناروغی په تداوی کې کومه ستونځه Hypothyroidism

نه پیدا کوي.

۳- دغارپ جذری تسلیخ د سوء شکل سبب ګرځي.

B: د RAI ۱۳۱ درملنے

۱- خفیف شعاعی ناروغتیاء او دهه و کو دمخته انتخاط منځ ته راولي.

۲- د حوصلی دمیتاستازس په شتوالي کې دشنډ توب دمنځ ته راتلو لامل ګرځي.

۳- دیر زیات شمیر مولفینوله خوا څخه د Leukemia راپور هم ورکړل شوي.

D: دائزه و فکتورونه

د پیښو او د ژوند د پایینسته اندازه په ناروغانو کې:

مرحله	دواقعاتو اندازه (%)	د ژوند اندازه (%)
-------	---------------------	-------------------

کالو ۲۰	کالو ۱۰		
۸۸	۹۰	۱۴	IA
۸۲	۸۹	۵۵	IB
۴۲	۵۴	۱۵	II
۱۶	۲۹	۱۰	III
۱۰	۱۰	۲	IV

E: دناکامی اسباب

دغدى داخلی دوه طرفه خپریدنه او نه تشخيص کيده د درملنى د ناکامى سبب كېرىي.

۲- دماوفه لمفاوي عقداتونه ليرى كول

۳- دمقدم تومورنە ليرى كول او ليرى ئايادى ميتاستازس ددموي او عيو ماوف كيدل د تداويي دناکامى لامى كېرىي.

F: تبصره

د رقىيە غدى دكاسىر په مورد كې تراوسە پورى پلىتىنى نه دى تكميل شوي دمقدم تومور او دغۇتو دمناسب جراحىي تداويي په مورد كې افات تراوسە جريان لرى.

د فوق الکلیيە غدى د قشر کانسر

تناظر:

نومورى تومورونە دير نادر او فوق العاده خبيث دى او معمولاً هفه وخت تشخيص كېرىئ چى ليرى ئايادى يې ميتاستاز ورگۈي وي دادرىنل د قشر کانسر دىيى ليرى كتلى په ڈول تظاهر كوي كوم چى په مجاور ساختمانو پورى نبىتى وي يادى لرونكى

کارسینوما په خیر چى د Feminization، Cushing syndrome لامل کىرى چى د

ورخخه يواحى اويا په گەد ۋول منع تە رائى Hypertention ، Verilizartion

۱ - پىژندنە

A: پىپىسى

۱ - پەھرىيەمەلۇن خلکو كې دوه نفرە اختە كوي

۲ - پە Literature كې زىاترە راپورونە دەھفو پىپىسو پە پلتىنى باندى تكىھ كوي كوم چى پە ئانگىرى ۋول اويا پە كم شمىير مطالعە شويىدى.

بەتىرىن Series دلاندى عالما نولە خوانە ورکرل شويىدى Heinbecker، Rappapont

Hutter Macferlane, Lipsetf

B: شىوع

۱ - عمر: دعمر پە هەرە مرحلە كې دلىدىنى وردى چى متوسط اندازە يى ۴۰ كىلى ده.

۲ - نسل: كوم امتيازى خصوصىت پە دى مورد كې نشته

۳ - جنس: پە نزانو كې دپىپىسو اندازە يى پە خفييە توگە زياتە دە پە وارە Series او پىپىسو كى چى راپور ورکرل شويىدى زىاترە تومورونە دندى لرونكى كانسرولە جملى خخە دى (يعنى Virilism او Cushing) او پە بىخۇ كې يى پىپىسى ھىرى دى لەكىن دكانتىرۇنۇ پە لوى Series كې دپتالوژىك تشخيص د راپور پە اساس يى قواعات پە نزانو كې زيات دى.

C: وفیات: دتىلۇ كانسرۇنۇ ۲٪، ۰٪ جورپۇي.

D: سببىي عوامل: دقتىرى خبات لپاره ورخخه تراوسه بىان شوي نه دى همدارنگه كورنى مساعد كونكى عوامل هم ندى ليدل شوي ئينى تومورونه بنايى چى داخلى ACTH ته حساس وي.

E: Epidemiology

ديورپ او متعدد اىالاتو چخه چى كوم راپورونه رارسىدللى دې دكوم مخصوص جغرافيايى چخه ياد اورى نه ده شوى Climate.

II: كلينيكى لتهنە

1- موضعى انتشار او په تالىي ڈول ليرى ئايوتە ميتاستازس A: په زياته اندازه موضعى خپريدنە بنايى چى په پښتۇرگىي كې بىخايدى كىدەنە، بندوالى اويا ويچاري منختە راوري چى د درد، وينى بهيدنى او ديوى لوى بطنى كتلى دجوريدلۇ لامل كىرىي (د Lipettis پىبنو ٤٤% جورپى).

پريتواني خپريدنە د Ascitis لامل كيداي شي.

B: عميق او سطحي عقداتو تە په پراخە توگە ميتاستازس بنايى چى د يو خاموش Lymph

په خير په Chest X-Ray اويا فزيكىي معاینه كې بىسكارە كىرىي adenopathy.

C: ميتاستاتيک افات په هرە عضوه اويا سىستم كې انتشار كولاي شي او د اعراض لامل كىرىي ھەوکو تە ميتاستاز غير معمولى دى او بنايى چى Lytic اويا Blastic بنيه لرى.

D: دوزن بايلل، Fatigue ، بى اشتھايىي ، تبه ، خولە دنورو خبيشه افتونو په خير عموميت لرى.

۲- سندروم Endocrine

کوم وخت چی نیوپلازم (وظيفوي لرونکي) نسج مافق کري نوکيداي شي چی سريري
اندوکراين اعراض ورخخ منع ته راشي اويا رانشي دا خرگنده ده چی دادرينيل کانسر د ۱۷
او ۱۷ OH Corticosteroid Ketosteriod په لور مقدار و اطراح کوي بيله دی چی ددي
زياتوالی کوم کلينيکي اعراض منع ته راوري او له همدي قبله په Literature کې د
لامل شويدي Confusion Terminology.

ويشنه:

۱- غير وظيفوي: دستروئيد دافراز Output نارمل وي اويا کم وي او د ادرینيل دنسج
دانارمل پاتي شونو خخه توليد يېري.

۲- وظيفوي: دستروئيد توليد دغیر نارمل حدود خخه زياتيرېي لakin کوم سندروم منع ته نه
راولي.

۳- سندروم توليدونکي: په دی شرایطو کې دستروئيد توليد زياتيرېي چی په غير نارمل
حدود کې وي او په عمومي ډول سره د متجانس اويا مخلوط Endocrinopathy د منع ته
راتلو لامل کيرېي.

A: په نرانو کې د Feminization منع ته راتلنې:

په پيشرفته ډول د Impotence له منحئتل، Atrophic Edema، Gyne comastia،
متغير ډول د مياشتوا او کالونو په او بدو کې هم منع ته راهي.
B: په بسحو کې د Verilization منع ته راتلنې:

(Escutcheon) Hyper trichosis ، دنرانو د عانى د وينستانو په شان ترتیب غوره کول
 دواز د ژورتیا زیاتیدل، غور پوستکی، د وینستانو Bitemporal resection
 غتیدل (په ئوان نارینه و کې جنسی Precocity منخ ته راولی).

Cushing syndrome :C

معمولادیوی پرمختللي کلينيکي بنى په واسطه بسکاره کيربي کوي چى Hirsutism ورسره
 يوئاي وي او په عمومي ډول سره په بنخو کې ليدل کيربي او تر ډيره وخته پوري نوموري
 سندروم د ادريينل د کارسينوما د منخ ته راتللو لپاره لاره برابروي په يو ماشوم کې Cushing
 زيات عموميت سره د ادريينل د کانسر له کبله منخ ته راخي.

: Hypertension :D

دالدستيرون د توليدونکي کانسرونو راپور ورکړي شوي دي Halter داسى یونظر
 ورکړيدی چى کيدای شي په ځينو پيښو کې د پښتوري گي د شريان د بندش له کبله منخ ته
 راشي.

E: مخلوط سندروم

کيدای شي چى ځيني حالتونه په ګډ ډول سره وجود لري او یو مخصوص حالت په بل
 باندی متبارز وي ليکن په اساسی ډول د مخلوط سندروم موجودیت زيات عموميت لري
 همدارنگه داناروغى د پرمختگ په اوږدو کې د یو حالت خخه په بل حالت بدليدل هم بیان
 شويدي.

F: غير مناسب پولي پيپتايدي هورمونونه:

دادرينل کانسرونه په نادر صورت سره گونادوتروپين او يو Hypoglycemia ماده توليدولاني شي چى امکان لري د Insulin په خيري.

دادرينل دغدى دقشري ديو نادر تومور راپور ورکپيدى چى Atholam Walter د توليدوي او د Pheochromocytoma په بنه رابنكاره كيربي.

III: تشخيصي لاري

X-ray Localization : A د تومور د ئاي معلومول پواسطه د X-ray.

۱- داخل وريدي Pyelography دفوق الكليوى كتللى په برحه كې چى پنسنستورگىي بى ئايىه كرى وي بنه شواهد ورلاندى كوي.

۲- Nephro tomogram بنايىي په تشخيص كې زياتره مرسته و كرى خصوصاء كوم وخت چى Retro peritoneal Pneumography او د ۰۲ اويا ۰۲ متوضسط فشارونه په كې وكارول شي دادرينل كتللى په دير متبازى او واضح دول بسكاره كيربي او د Airemboli دامكاناتو د كمولولپاره باید ناروغ په بني ارخ واچول شي.

۳- انجيوجرافى بنايىي چى يو پراخ وعايىي جال (Network) دادرينل په نيوپلازم كې بسكاره كوي د نوي تكنىكونو دكارولو پواسطه دادرينل Venography پواسطه كولاي شو چى دنيوپلازم تشخيص په مورد كې نور زيات كومكونه و كرى.

B: لبراتواري Data

۱- دمتبازو خخه دستروئيد بيلول دير ارزبنت لري (باید ورخنى بدلونونه په نظر كې ونيسو اگر چى ۲۴ ساعته اندازه يې خورالوره ده ليكن د ستروئيد د توليدولو ظرفيت

يې دکانسرى نسج دفي گرام له نظره تىپ دى له دى كبله مخکى له دى چى تومور وليدل
شي ھيره زياته وده يې كپرى وي.

A: په عمومي ھول سره په وظيفه لرونکى کانسر و کي د Keto steroid 17 دسوبي
لوروالى يا په ئانگپري ھول اويا د نورو ميتابولايتو سره يوئاي دليدىنی وردى كه په دى
برخه کي زياتوالى وليدل شي نود کارسينوما خواته لاربسونه کوي. اوس دامشاهده شويده
چى DHE Dehydro epindrosterone په سويه کي په متبارز ھول زيات والى منئ ته
رائخي.

B: په غير وظيفوي کانسر و نو کي دستروئيد نارمل اطراح د ليدىنی ورده يا كيداي شي چى
په متوسط اندازه تر انحطاط لاندى راغلى وي يعني کم شوي وي. خرنگه چى مخکى موهم
وويل چى ئينى کانسر و نه خپل نارمل وظيفه اجرا کوي لakin کوم خرگند کلينيكي سندروم
منئ ته نه راولي.

D: د 17 Hydrooxycoticoid دسوبي زياتوالى هم عموميت لري لakin بياهم د Ks په
شان دكتنى ورنه وي كه په دى ھول منئ ته راغلى زياتوالى د Dexamethasone د تطبق
سره دمنخه لارنسى نو دادرينيل دقشد کانسر خواته فكر كيربي.

E: دستروئيد بین الیبیني ھولونه هم ھير عموميت لري چى د B & H په موقعیت باندی د
Hydroxylation په عملیه کي تامه او نسبی عدم کفایه زياتره ليىد شوي ده همدارنگه
دلاندى ذکر شوي ستروئيد و په تركيب کي زياتوالى هم ليىد شوي.

او Androsten dione, Estrogen, Testeserone, Aldosterone , Pregnantriol DHE

Tetra hydro S

C: په غير نارمل لمفاوي عقداتو، دپوستكىي لاندى ترشك لاندى كتلوكى بايپسي استطباب لري نومورونه په پراخه ڏول سره ميتاستاز ورکوي.

IV: ويشه

دنوموري تورمورونو لپاره اناتوميك كلينيكي او پتالوجيكي مرحله بندى په مفصل ڏول برابره شويده.

دگراس له نظره نوموري تومورونه په وصفي ڏول غت، محجم تومورونه دي چى پرى شوي سطح يې زيره وي چى زياته وينه لرونکي Cystic اونكروتىك وي نوموري تومورونه د كپسول بواسطه چاپيره شويدي.

په اولنى مرحله کي نوموري تومورونه د کوچني کپسول لرونکي تومورونو په خير بسكاره كيربي چى Adenomas ته ورته والى لري دنومورو د خبات اولنى ثبوت د هغوى د چخه عبارت دي نوموري تومورونه کولاني شوچى دادرينل دغدى په وريدي اجافو کي نشونما وکري او لمفاوي اوعيوته پراخه شي دهستانلوري له نظره نوموري تومورونه کيداي شي چى ڌير سليم اويا ڌير خبيث واوسى لakan ددوئ تر منځ يوائنى فرق په کپسول باندى تهاجم او ميتاستازس دی.

د حجراتو راپوليدنه چى ليپيدي مواد ولري په اسانه سره دپښتوري گود ادينوكارسينوما سره غلطيري کيربي په عادي منظره کي Multinucleated، حجرات او Spindle شكلونه ليدل کيربي کوم تومور چى وظيفه لرونکي Pleomorphism دي نو هغه نواحي چى ميتاستاز يې ورکري وي يا هغه افت چى عود يې کري وي دخپل مورنى هورمونو لرونکي وي خوبيا هم ديو خو تعبيراتو راپور په دى لپر کي ورکړل شويدي.

V: د درملنی پرنسيپونه

۱- د NIH په سريز کي يواخي د ۳۸ خخه د ۱۸ ناروغانو د درملنی لپاره Curative ترسره شويده.

۲- د عملياتومخکی او وروسته شعاعی تداوی دموصعی انتشار دمنخه وړلوبه منظور کارول شويده.

۳- د OPDDD کارول P Chloro phenyl , ۱,۱ Dichloro ۲- Cochloro Phenyl rthane په هغه پينسو کې چې د عملياتو وړوه يوڅه په زړه پوری پايلی ورکريدي. نوموري درمل د Tid ۱mg په دوز ورکولي شوو چې د ۱۰-۸ ملي ګرام په ورځ د مجموعي دوز دلوروونه وروسته به په Metastasis ورکولي کې دكتني ور رجعت يا کموالي وليدل شي همدارنګه به دمتيازو له لاري د ستروئيدو په غير نارمل اطراح کې کموالي هم وليدل شي نوموري دوا د ادرینل په انساجو باندی نيغه اغيزه لري لاکن درست ميخانيکيت يې څرګند شوي نه دی.

۴- دادرینل د کانسر په درمنله کې د Amino glate thimide کارول چې پخوازيات وه اوس يې خپل ارزښت له لاسه ورکريدي څکه چې وخيمى تسممي اغيزى او د کانسر په نشونما کې عدم کفایه او اندوکراين انحطاط منځ ته راوري.

۵- د درملنی دنوكليك اسييدو د جوري دلوا مخه نيسسي نوموري Analogе Pyramidine يو د چې دنوكليك اسييدو د جوري دلوا مخه نيسسي نوموري درمل د OPDD سره يوځای درملنی په منظور کارول شويدي دنوموري درملونو داغيزى داندازه کولو له پاره يوزيات شمير پينسو ته اړتیا ده ترڅو د تداوی د تاثير اندازه ورڅخه معلومه شي.

VI: پايلى او انتار:

A: دژوند اندازه: بنه کنترول شوي مطالعات چى د Ca په گروپ کي دژوند په اندازو
باندي اجراء شوي په لاس کي نشته.

٢٠ داسى ناروغان چى د عمليات ورنه وي او د Macforlan له خواپلته شوي وه
د تشخيص دوخت خخه يې دژوند متوسط اندازه ٩-٢ مياشتى وه. په طبى Literature کي
په دى مورد کي اختلاف نظر موجود دى چى ايا هげ ناروغان چى په سندروم توليدونکى
اويا وظيفه لرونکى کانسر باندى اخته وي دهげ ناروغانو په نسبت چى نارمل غير
وظيفوي تومورونه لري دژوند اندازه يې بنه ده.

B: د درملنى پايلى

١- جراحى: د وظيفه لرونکى کانسر ورنو په بشپړه ډول ايتسل معمولاً د کلينيکي سندروم
دمنه تللو سره یوهای وي د تومور عود عموميت لري او زياتره دعود خخه مخکي
دستروئيد په توليد کي عود کوونکى زياتوالى ليدل شويدي.

C: کيموتراپي:

OPDDD تراپي په هげ ناروغانو کي چى د عمليات ورنه وي او په وظيفوي اوغير وظيفوي
ادرينل په کانسر اخته وي ترسره کېږي.

د Hutter او Kayhoe په ١٣٨ هげ ناروغانو کي چى دستروئيد د غبرګون اندازه داسى
بنو dalle چى ٧٢% ده چى متوسط موده يې ٥-١٠ مياشتى وه.

D: موخر اختلالات او درملنه

- ۱- لوی كتلی په موضعی توگه نکس کوي دکولمو او پريتوان په شاتنى جوربنتونو پوري
نبنتى او هلتە ودە کوي.
- ۲- په وظيفه لرونکى کانسر کي بنايي چى په مخالفه خوا غده کي شدید او تام Artrophy منخ ته راشي چى دعملياتو خخه مخکى او وروسته په جدي چول معاوضوي تداوي ته ارپتيا لري.
- ۳- د دواتسمم معمولاً د دوا په دوز پوري اره لري او دارجاع وړ دی تقریباء د
۹۹% ناروغان دلاتدى درې جانبى عوارضو ۳ د ډلى خخه یو یا زيات لري.
معدى معايي %۸۳
عصبي عضلي %۴۱
دپوستكى رش %۱۹
- ۴- Reginsky دمشترکي درملنى ديو داسى پىبنى راپور ورکپيدى کوم چى (OPDD) او
۵ په کي یوئاي کارول شوي وھ FU دادرينل په فرط وظيفوي کارسينوما کي چى دحاد Addison ناروغى لامل شوي وھ.

خبیث لمفوما

تนาظر:

خبیث لمفوما گانی د سیستم د گلودو ډیو دیو غیر متجانس گروپ Lympho Reticular څېټه عبارت دی. د هغه ډول خلکو لپاره چې د نیوپلاستیک ناروغی یو د سبب او د پتوjenیزس په مورد کې پوره معلومات غواړي او همدارنګه غواړي چې د درملنی څخه ډیري د باور ور پایلی لاسته راوري بنه Challenge دی.

ددی ډلی څخه دیو معینی Burkitt's لمفوما بنایی چې د انسانی خبیثه افاتو په ایتولوژی کې د وايرسونو درول د منلو لپاره ثبوت وړاندی کړي او په همدی ډول د تومور په مقابل کې د کوربه معافیتی دفاعي سیستم رول هم بنکاره کړي د Hodkgin ناروغی هم د کوربه د هغه فکتورونو لپاره یو ممکنه مثال په توګه وړاندی کیدای شي کوم چې نیوپلاستیک پروسی ترمیم او کنترولوی خبیث لمفوما گانی په ډیري اسانی سره په لاندی کتهګوري یو ویشلی

شوو:

مشابه نوم	
Lymphocytic Lymphoblastoma	بنه تفریق شوي Lymphocytic
Lympho Sarcoma	خراب تفریق شوي Lymphocytic
Reticulum Cell Sarcoma	Stem Cell
	Histocytstic
Follicular Lymphoma	Histoly Phocytic
Hodkin's Disease	Hodgkin's

دپورته ذکر شوي دولونو د ډلی څخه هر يو یې کولاي شي چې د خپل ځانګړي حجراتو نودولر يا خپور تکش بسکاره کړي د دی لاری د کارولو په واسطه د Giant Follicle د اصطلاح استعمال رد کېږي کوم چې د ډول د Nodular Lymphoma شکلونو څخه یې نمایندګي کوله. د هوجکن ناروغی په جلاتو ګه خپل ډير اسان نه تمام ټامېږي ځکه چې ټینې وصفی ګلینيکي او پتولوژيک منظری لري.

Hodgkin's ناروغى

۱ - پېژندنه

A: پیښی: د خبیث لمفوما ګانو ۴۰% تشكيلوي سپین پوسته نران د ۳۵ فی میلیون سپین پوسته بسخی ۲۶ فی میلیون اخته دي. دوفياتو ګلنی اندازه په نرانو کې ۲۳ فی میلیون او په بسخو کې دیارلس فی میلیون ده.

B: عمر:

تقریباء ۵۰% پیښی یې د ۲۰-۴۰ ګلنی په منځ کې واقع کېږي. تقریباء د ۱۰% څخه کم پیښو کې د ۲۰ ګلنی څخه وروسته منځ ته رائحي او د ۱۰% څخه په کمو پیښو کې د ۱۰ ګلنی څخه مخکي تظاهر کوي.



په پورته شکل کې هوجکن لموفا بسولد شویدی

C: جنس

په نرانو کې تبارز کوي چى نسبت يې بسخو ته ۳:۴ دى او په عمومي صورت سره انزار يې هم په نرانو کې خراب دي.

D: سببي عوامل

۱- دناروغى په پيل کې سره لرى تبه او Leukocystosis موجود وي چى فكر داتاني موضوع خواته گرئوي خرنگه چى په نوموري افت کې د هستالوزي له نظره گرانولوماتوس غبرگون موجود وي چى داهم دنيوپلازم خلاف دى وايروس هم دسبب په حىث ورته فكر شويدي. لakin تراوسه تثبت شوي نه دى ناروغانو په يو سريزه کې د Herpes وايرسونو دانواعو په خلاف داتي بادي دلورى سويي راپور ورکړل شويدي لakin دهغوی ارزښت تر اوسيه بسکاره شوي نه دى.

۲- دهوجکن ناروغى دوقوعاتو اندازه درى چنده په هفو خلکو کې زياته ده چى په نژدي خپلوانوکې يې دا ناروغى تيره شوي وي.

۳- همدارنگه د حجروي معافيت ګلهو دي دلمفوسیت د حجراتو دو ظایفو دnimicگپتیاو سره یوځای بسodel شويدي د نومور وپتوجنيک رول تراوسه معلوم شوي نه دى.

II: ګلینيکي منظره:

A: دناروغى پيل معمولاً دلمفاوي عقداتو په بى درده غتيدلو باندي متصرف دى چى دتبى، خولي کول، Pruritis، وزن بايلل او دزره بدوالى څخه عبارت دى.

B: د ناروغى په پيل کې په عمومي ډول سره درقبي ناحيي لمفاوي عقدات په غتيدو پيل کوي (۲۰-۸۰%)

چې د منصف، تخرگ او مغبني ناحيی لمفاوي عقدات ۲۰%، غتیږي.

C: د پريتوان د خلف، توري، خيگر او هدوکي اخته کيدل په زياتره پينسو کي وروسته هغه وخت منځ ته راخي کوم وخت چې ناروغۍ عمومي مشکل غوره کړي اگر چې ځينې ناروغان د تشخيص په وخت کي هم د مرض په عمومي حالت سره مراجعه کوي ځينو کي کيدا شي چې د بدن هره عضوه په دی او بدرو کي ماوفه شي.

III: تشخيصيه لاري:

A: د لمفاوي عقداتو بايوپسي

۱- دغت شوي عقداتو په ډله کي د ټولونه غت او مرکزي برخه کي واقع شوي لمفاوي عقده د تشخيص لپاره په زړه پوري ده.

III: تشخيصيه لاري:

A: د لمفاوي عقداتو بايوپسي

۱- دغت شوي عقداتو په ډله کي د ټولونه غت او په مرکزي برخه کي واقع شوي لمفاوي عقده د تشخيص لپاره زياته په زړه پوري ده.

رقبي عقداتو ته ټکه ترجيح ورکول کيربي چې د مغبني ناحيی او د تخرگ لمفاوي عقدات د مزمن التهابي بدلونونو خخه مخه نيسني د عقدی تازه پريکړل شوي نښي ديو صاف سلايد لپاسه جور کړي چې دهوا په ذريعه وچ او ثبیت شي باكتريالوجيك کلچر بايد په عادي ډول اجراء شي په بفر شوي فورمالين يا Zenker محلول کي د عقدی ۳mm پارچې ژترژره ثبیت کړي. د تشخيص لپاره د reed Stermberg حجراتو موجوديت اړين دی لکن کيدا شي چې د Infectious Mononucleosis پواسطه مطالعه شي. د هوچکن ناروغۍ په شان

هستالوژي د Dilantines تراپي سره یوچای ليدل کيداي شي کوم چى ددغى دوا خخه دېدە كولو پواسطه له منخه ئى وصفى SR حجرات بنايى چى د هوچكىن په هغه ناروغانو كى چى لمفوسىت په كى متبازز وي دير نادر وي او كيداي شي چى عقدات په محرaci ۋول ماوف شوي اوسي ديو بشپر مرحله بندى دپاره په انتخابي پىنسو كى د Lapratology سره یوچاي پورته ذكر شوي محرaci عقداتول تپولو ته ضرورت موجود دى چى دابايد ديو پراخ شعاعي تداوي د تطبق كولو خخه مخكى اجراء شي.

B: هستالوژي كىيكتنى:

- 1- په وينه كى نوتروفيليك كولوسايتوزس او خفيف Normocytic Normochromic anemia عمومىت لري ايزونوفيلىا بنايى چى منخ ته راشى او لمفوپينيا په وروستنى مراحلو كى تظاهر كوي.
- 2- هيمولايتك انيميا (چى معمولاد Combs تىست منفي وي) كيداي شي چى په پرمختللې ناروغى كى منخ ته راشى.
- 3- د تداوي خخه مخكى د هدو كودمۇ بايپىسى يى Aspiration هغه وخت بابايد اجراء شي كوم وخت چى دمحىطي وينى د حجراتو په شمير كى كموالى منخ ته راغلى وي يى دكتنى ور Immuturity په كى وليدل شي.
- 4- د مرض د Exacerbation د صفحو سره دسirorum دالكالين فاسفتاز سويي لوروالى ليدل شويىدى همدارنگه دسirorum د مسو سويي هم لوره وي.

C: دوينى كيمياوي تجزيه:

۱- دسیروم الکالین فاسفتاز لوره سویه دھیگر او یا دھپوکی دماوفه کیدو خواته

لاربسوونه کوي همدارنگه Nucleotidase ۵ هم کيدای شي چی لوره وي چی داد کبد دپاره

م نفي وصفي دي.

۲- په پرمخ تللې پېښو کې د مخ په انکشاف Hypogama globolenemia سره Hyper

gam globolenemia عموميت لري.

D: راډيولوژيك معاینات:

۱- IVP او د صدر X-Ray کولاي شي چی د اسى ماوف شوي عقدات تشخيص کړي کوم

چی د هیڅ اشتباہ لاندی راوستل شوي نه وي.

۲- Lympho angiography په دويمه کلينيکي مرحله کي تقریباء ۳۰% دپریتوان دخلف

بنکاره کړي (لاندی ورکړل شوي تصنیف بندی دولیدل شي) خوبیا هم

۱۴% په هغه مريضانو کې چی رقبی عقدات يې ماوف شوي وي د II A کلينيکي مرحلی

۳۱% پېښو کې او د II B کلينيکي مرحلی ۸۸% بنکاره کولاي شي امکان لري چی ۲۰%

هغه وخت کاذب منفي وي کوم وخت چی د Lapratomy او هستالوژيجيک معایناتو

پواسطه تعقیب شي.

Restaging SMH په شفاخانه کې ديو ډير کم شمير مريضانو د Lymphoangiography

لامل شویدی که په ډير احتیاط سره فزيکي ازموينه اجراء شي نوبنایي چی مريض د

نارامي او د Lympoangiography د مصرف خخه وساتي.

B: د موخر Hyper sensitivity لپاره جلدی تستونه:

۱- ۵۰٪ مريضان چي I كلينيكي مرحله کې وي دپوستکي Anergy ليدل شويده چي خصوصا Lymphopenia ورسه يوئاي د موثری تداوى نه وروسته فعاليت بيرته اعاده کيربي د I مرحله مريضان معمولاً عكس العمل بسکاره کوي.

۲- دپوستکي تيستونه په زياته اندازه باید اجراء شي چكه چي دادسي اتي باشي په مقابل کې عكس العمل منځ ته راتلای نشي کوم چي مريض اول مخامن شوي نه وي توبرکولين Strepto kinas او د Mumps trichophyton monilia تستونه مناسب دي کيداي شي چي دفعال توبرکلوزس په موجوديت کې د Angery له کبله توبرکولين تيست منفي اوسي د سره د حساسيت پيداکيدل ته مخامن کيدل تعين کري او په نارمل Dichlorobenzene خلکو کې ۹۵٪ مثبت وي.

IV: تصنيف بندی

A: اناتوميك :

د تصنيف بندی ستونخی:

د عضويت هر هغه برخه چي لمفاوي عقدات لري ديو توري دائري پواسطه په شکل کې بندول شويدي هره يوه برخه يا Box په لاندی ورکړل شوي جدول کې دهغه مختلفو تصنيف بنديو خخه دهريو دپاره ديو مرحله په حيث نماینده ګئي کوم چي په تيروكلونو کې په عمومي ډول سره منل شوي هم دي. منځني خط د حجاب حاجز او مثلث د احشاو خخه نماینده ګئي کوم چي په تيروكلونو کې په عمومي ډول سره منل شوي هم دي.

د ناروغى دمر حلۇپىزىندىن Hodgkin

بىن المللی (نېبواھ)	Kaplan	Peters مرحلە
ھەناروغى چى يۈمىيەتلىك ناھىيە تە محدود وى () يَا دوه مجاوراناتومىك نواھىيەتە محدود وى () اوە حجاب حاجز پە عىن خوا كى موجود وى	ھەناروغى چى يۈمىيەتلىك ناھىيە تە محدود وى () يَا دوه مجاوراناتومىك نواھىيەتە محدود وى () اوە حجاب حاجز	۱- دىيى واحدى ناھىيە دلمفاوي عقداتو اختە كىدل
ھەناروغى چى د دوه نە پە زيات اناتومىك نواھىيەتە مجاورنواھىيەتە حاجز پە يو طرف كى موجود وى	ھەناروغى چى د حجاب حاجز پواسطە د وجود پورتنى يَا بىكتىنى برخوتە محدود پاتى كىرى ئاو دىيى خوانە زيات طرفونە يې اختە كىرى وى.	۲- د ۳ پراكسيمل لمفاوي ناھىيە اختە كىدل
ھەناروغى چى د حجاب حاجز پە دوارو خوا كى موجود وى لەكىن دلمفاوي عقداتو، طحال اويا دخلفىي خخە دباندى وتلى نە وى	ھەناروغى چى د حجاب حاجز خخە پورتە اويا بىكتە وى	۳- د ۴ زيات لىرى ئايى دلمفاوي نواھىيە اختە كىدل
دەپەو كومخ، دىپەو پرانشىم، پلورا، خىگر، ھەدوکىي، پوستكى، معدى معايىي طرق يَا بل كومنسج يَا عضوه بىرلاعوه	ھەناروغى چى دلاندى ورکول شوي نواھىي خخە پە هەر يۈھ كى وليدل شى. (۱) دىپەو دپرانشىم افات.	۴

دلمفاوي عقداتو طحال، يا خلفي خخه يې اخته Waldeyers کړي وي	۲) دسرو دپرانشيم افات. ۳) دپوستکي اويا تحت الجلدي ديو اويا يو خخه زيات افات. ۵) معدی معايي جهاز چې په دويمې توګه اخته شوي وي	
--	--	--

په ۱۹۷۵ کال کې د یو بین المللی سمپوزیم په موقع (۱) مرحله په دوو کې دویشلو تجویز وړاندی کړي وه او ددی نوی ترتیب په اساس ۱۲ Sub Group د حجاب حاجز په یو طرف کې د دوه مجاور اناتومیک نواحیو پوری محدود ناروغی خخه نماینده گې کوي داد مرحله IIA د Peter لري. د مرحله II او د مرحله دواړه یوشان انزار

اګر چې د هوجکن د ناروغی خرنګوالی د یوی اناتومیک ناحیي خخه بلی اناتومیک ناحیي ته تراوشه واضح شوی نه دی او په دی هکله د مرحله بندی لپاره نوری بشپړی طریقی د سره یوځای دیر مهم معلومات لاسته راورېیدي Lapratomy.

د تپولو مجاورو لمفاوي عقداتو اخته کيدل د Stan ford په تپولو مریضانو کې راپور ورکړل شویدی چې د یو واحد المحرافي او Non random انتشار خواته لارښونه کوي ځینی وخت د توری او ځیګر ماوفه کيدل د بطん او د غارې د چې خوا د عقداتو ماوفه کيدل بشایي چې د تشخيص او تداوی د پروگرامونو د ترتیبولو لپاره بالارزښته لارښونه کوي د مرحله بندی او د تداوی د پایلو په تپولو بحثونو کې اناتومیک مرحله بندی خخه کار اخلي.

B: هستالوژیک

د Hodgkin دناروغی هستالوژی کلینیکی مراحل او دژوند کچه په ډيره خير سره Lukes مطالعه کړي د ددی په نتيجه کې برابر شوي تصنیف بندی چې د Jackson او Parker له خوا تهيه شوی ده اویولوی غیرمتجانس گرانولوما گروپ لري د خيرنۍ د زحمت خخه مونږ ساتي دژوند اندازه په عمومي صورت سره اويا Histocyte دشمیر سره مستقميً فرق کوي چې د کوربه د عکس العمل اهميت او حجروي معافيت سره اره لري.

برخلاف د ددی د Stera berg reed حجراتو شمير د لمفوسیتونو د شمير او دژوند د Sterb او بدواли سره معکوس اړیکې لري باید دی ته پاملنې وشي چې تصنیف بندی د berg حجراتو په عوض د کوربه په خرګند تعاملاتو باندی په اساسی ډول اتكاء کوي.

Jackson and Parker	Lukes	Lukes et al.
۱۹۴۷	۱۹۷۳	۱۹۷۲

Paragranuloma	Lymphocytic and / or Histocytic Lymphocyte (Nodular or Diffuse) ۲۲۶ ---- Predominance (LP)
(۵%)	

Granuloma	Nodular Sclerosis ----- Nodular Sclerosis (NS) (۵۲%)
-----------	---

Mixed (Moderate Fibrosis)---Mixed Cellularity (MC) (۷۷%)

Diffuse Fibrosis ----- Lymphocyte depletion (LD) (۲%)

Sarcoma ۵%	Reticular
------------	-----------

(متوسط فايبروزس)

دهستالوژي ، مرحلی، جنس ، او انزار اريکی:

دهستالوژي	كلينيكي مراحل	سيسس تميكي اعراض	جنس	د ۵ كالودرون د اندازه
متبارز لمفوسيت	I,II,III,IV	A	MF	%۹۰
نودولر سكليروزس	I,II,III,IV	AB	FM	%۷۰
Mixed Cellularity	I,II,III,IV	AB	MF	%۴۰
				(-۲ Yr) %۷۰
Lymphocyte Depletion	III,IV,I,II	BA	MF	%۴۰

A= absent, B= Fever, night sweets, and/ or Purities (خاربنت)

V: دنداوي پرنسيپونه

A: جراحی

- ۱- درجاتي اساسی موخره د بایوپسي پواسطه دیونسجي تشخيص تراسه کول دی. دبطن لتهول، دلمفاوي عقداتو د هدوکود مخ، او حيگر بایوپسي او Spenectomy او سنه وختو کې د حئينى مريضانو د مرض د مرحله بندى دتهيه کولو په موخره اجراشويدي ئكه

چې دلمفاوی عقداتو دپراخى تشعشع داجراء کولو خخه مخکی دبطن اخته کيدل باید رد
کړای شي.

۲- اگر چې دھینې جراحانو پواسطه د هوجکن دnarوغی په اولني مرحله کي دغت شوي
عقداتو جذري قطع کول توصيه کېږي لان د SMH د حصایي له نظره تشعشع دلاندی دلایلو
له کبله بنه والي لري.

A: د جراحی خخه وروسته د یو موضعی مرض لپاره د پنهو کالو د ژوند اندازه د تشعشع
داستعمال په نسبت بنه نه ده.

B: د تشعشع مکمل کورسونه په عمومي ډول حتی د جراحی د Resection خخه وروسته هم
توصيه کېږي.

C: درقيبي عقداتو تسلیخ چې زیبايش اختلالات منځ ته راوري باید ورخخه ډډه وشي.
۳- په ھينې پرمخ تللي پېښو کي د Hyper splenism د تداوي په منظور Splenectomy
استطباب لري په یو ابتدائي (تشخيصي) Lapractomy په اوبدو کي اجراشوی
د طحال اخته کيدل بنایي چې بنکاره کړي کوم چې دھيګر دماوفه کيدو
سره یوځای کېږي همدارنګه دشديدي شعاع او کيموتراپي په مقابل کي مریضی ته یو بنه
دموي تحمل ورکوي لاکن داثابته شوي نه ده.

B: شعاعي تراپي

۱- شعاعي تداوي د I, II, III مرحى دھينې مریضانو لپاره اساسی انتخابي طریقه ده
د هوجکن موضعی ناروغی چې د شدیدي شعاعي تراپي پواسطه تداوي شوي وي په جدي
توګه دشفا وړ ده.

۲- شعاعي تداوي اکثراء هげ وخت موثر تاما ميربي چي په منتشر هوجون ناروغنی کې نواحي په بنه توګه ورسره تداوي شي لکه (دردناك موضعی عقدات، د حالب بندش، SVC سندروم، نخاعي حبل د فشار لاندی راتگ).

۲- طریقی

A: د IA او IIA مرحلو لپاره (هげ مرض چي دريم په يو طرف محدود وي) داسى نظریه د Peter له خوا وراندي شوي وه چي دماوفه مجاور عقداتو د تداوي لپاره و قايوي تداوي ديواخى ماوفه عقداتو د تداوي خخه بنه تاما ميربي او په دى او سنديو وختو کې زمونږ په مرکز کې ددى نظرې خخه استفاده کيربي.

دكلينيک له نظره په شعاعي ساحه کې ماوفه ناحي درسم په يو طرف کې د اساسي عقدی لرونکى نواحيو سره یو خايد. (د مثال په ډول هげ مرض چي چپ رقبې عقدات محدود وي د یود اسی شعاعي ساحي پواسطه تشعشع کيربي کوم چي دغارپه دواره طرفه دواره تخرګونه او منصف د بريد لاندی راغلی وي.

(دويم شكل) دشعاوي تداوي ساحي ددى رسم پورتنى نيمائي Mantle نوميربي او بنكتنى نيمائي کي تر كمه دوزونه يې ۳۵۰۰ سرچپه او د طحال ساحي خخه جور شويدي په راده ۱-

۳ او اعظمي دى رسم کې بسودل شوي توررنگه ناحيو تشعشع يې ۵۰۰۰-۴۵۰۰ rad په خاص ترتيب اجراکول د Segmental sequent وې تشعشع نوميربي.

B: IB IIIB او III مراحل:

خرنگه چي د سيستميک اعراضو په مريضانو کې د Mantle field د تداوي نه وروسته د پريتوان خلف ته د مرض د پر اخтиيا او انتشار پيني په نسبتي ډول لور وليدل شو (C³ VII)

وليدل شي) نو ځکه چې يوزيات شمير طبی مراكزو ته په شمول د Rechester طبی مرکز ددي ډول مريضانو په تداوي کې چې سيستميک اعراض لري په وسیع شکل شعاعي تداوي چې په دی کار کې اساسی لارښودنه د Kaplm د خيرنی پواسطه وشه نوموري تکنيک د (SSI) Extended Field اويا Segmental sequential Field او ملګرو له خوا هيني دلایل ويل شويدي د وجود د تولو اساسی لمفاوي عقداتو Rubin لرونکو ناحيو او طحال باندی تشعشع د ۳۵۰۰-۴۰۰۰ په اندازه د Sequential steps په طریقه اجراء کېږي (دویم شکل) دهه وکو د مخ انحطاط کیداي شي چې يو مشکل راپیداکړي او د شفا کيدو لپاره یې month ۱۲-۲ ضروري دي.

مقدم کيموتراپي د سيستميک اعراضو له منځه وړلو لپاره ګټور تماميدايشي د کيموتراپي ګله استعمال د تداوي طریقه د باندی عقداتو د اتشار د کمولو لپاره کوم چې په کې د MC او LD هستالوژي خصوصاء زيات عموميت لري فعلاء د خيرنی لاندی نیول شويده د تداوي ډاډول طریقه بايد یواخي د تجربه کاره معالجينو له خوا اجراء شي ځکه چې د کيموتراپي په زياته اندازه استعمال دهه وکي د مغز د خرابيدو لامل ګرخي او په یقيني صورت د شعاعي تداوي مخه نيسې برخلاف د دی د کيموتراپي په مقابل کى د تحمل کموالي منځ ته رائي د عقداتو خخه د باندی د پراختيا تشخيص کول په ابتدائي مراحلو کې بشپړ مرحله بندی ته ډير اهميت په برخه کوي.

IV: مرحله

په دی مرحله کې تشعشع مخصوصاء د موضوعي او اعراض لرونکو اختلاطاتو لپاره اجراء کيربئ (په پرمخ تللى پيپسو کې د وصفي پرالمونو د تنظيم او د تداوي لپاره د LSA او RCSA برحى دی مطالعه شي).

C: کيموتراپي

۱- استطبابات

A: کيموتراپي د هوجکن ناروغى د منتشر شوي اعراض د كنترول په موخه اجراء کيربئ او ياد تشعشع د تحمل وړ دوزونو په مقابل کې هواب ونه وايي هغه ناروغى چى اعراض ونه لري مونږ کولاي شو چى ديوی او بدی موده لپاره يې بى تداوي پريې دو چى په دی موده کي دامرض کله زيات او کله کمېري لاکن د دی دپاره د مریض توجه او پام ډير ضروري دی.

B: د کيموتراپي او د شعاعي تداوي ګه استعمال ترڅيرنۍ او تحقيق لاندی نیول شويدي چى مقصد يې د عقداتو خخه د باندی خايو ته د انتشار کمول دي کوم چى شايد د شعاعي تداوي د پراخه ساحو د تداوي پرته هم منځته راتلای شي.

د کيمياوي تداوي عوامل:

لاندی ورکړل شوي عوامل په عمومي ډول او په ترتیب سره په Rochester کې په لاندی ډول استعمال یېري.

A: Nitrogen mustard (HN₂, Mustargen) نوموری ماده د خپل بنه تاثير او سريع عمل له کبله په ډير زيات ډول استعمال یېري چى معمولاً مجموعي دوز يې ۰.۴ mg/kg په دوو کسري دوزونو هر مابنام د مسكن او د استفراق ضد دواګانو د ورکولونه وروسته مثاء (فينوبارييتيل او كلورپرومازين) د وريدي لاري تطبيق کيربئ چى د Infusion په شکل

واخیستل شی حکه چی د Phelebitis خخه مخنیوی کوي چی ٧٠ - ٨٠ % مريضانو کې په غټ شوي عقداتو کې کوچنی والي منځ ته راخي همدارنګه کيداي شي چی ديوی او بدی مودی لپاره مرض دمنځه ولار شی ددی جانبي عوارض دهه وکو د مخ انحطاط او په گذري ډول د دلبدي خخه عبارت دی.

Alkalyting یوډول Chlorambucil (Leukeran) او Cytoxan، Cyclo phospam:B مواد دي چی دخولي له لاري د تعقيبه تداوي لپاره گټور دی مخصوصاء د هغه مريضانو لپاره چی HN۲ ته څواب ورکوي او کله چی اعراض خفيف وي کولاي شي شو چی د HN۲ په عوض Cytoxan دوريد له لاري ورکرو

Velban Venblastine :C

داد Periwinkle ببات یو مشتق دی چی په هغه مريضانو کې چی د Alkalyting لامل په مقابل کې څواب نه ورکوي تقریبا په نیمايی مريضانو کې ډير بنه روغوالی منځ ته راړلای شي داد ورید له لاري ۵-۲ mg/Kg .. هره هفته کې یا دوه هفتی وروسته زرق کېږي ددی دوا جانبي عوارض دهه وکو د مخ انحطاط دی.

داد Methyl Hydrazine Metulane Procarbazine :D یو مشتق دی چی دخولي له لاري Venblastin HN۲ یا په مقابل ۳۰۰-۵ mg/K.w تطبيق کېږي او هغه مريضان چی د کېږي سمي عوارض یې دهه وکو د مغز انحطاط دی.

E: کورتيکوستروئيد:

په پرمخ تللی پىبنسو کې او د Systmic اعراضو او د Hemolytic anemia دکنترول لپاره ۲۰-۴۰ mg/kg BW پريدينيزولون په ورخ کې ضروري دي دكورتيكوستروئيد و د لور دوزونو استعمال پواسطه ۳۰-۴۵ mh/day دلمفاوي عقداتو، حيگر او طحال بسکاره عود دوه پردرى په هغه ډول پرمخ تللی پىبنسو کې وليدل شوچى دتشعشع او د Alkalyting عوامل په مقابل کې يې څواب نه وه ورکړي اګر چې دهه وکو دمځ په انحطاط کې Hyperglycemic ګټور تماميرېي لان و خيم اتنانات، د پيپتىك قرھات او Prednisone اختلاطات منځ ته راوري شي.

F: BCUN) (۱,۳ Bis (۲ Chloroethyl ۱- Nitrosouren

يوه ډيره بنه دوا ده چې په تحقیقاتي خيرنو کې استعمال يېي د هوجکن دناروغى په نيمائي مريضانو کې چې د تداوي په مقابل کې څواب نه ورکوي موثر ثابت شوی وه دهه وکو په مخ باندی دانحطاطي تاثير له کبله ددي ګټور اړخونه محدود شوي دي.

G: د دواګانو په ګډه استعمال کې اضافي ګټور تاثيرات او مختلف سمي تاثيرات په ډير فعال ډول تر خيرنى لاندی نیول شويدي همدارنګه MOPP, Mustard, Nitrogen او Vencistin, Oncavin, Procarbazine استعمال په ۲ مياشتني کورس په جريان کې د IV, III مرحلې ۸۱% مريضانو کې يوه اوږده او بشپړ شفا تولیدشوي ده (۹-جدول)

همدارنګه سايكلو فاسفامايد د Vinceristin او Venblastin يا Prednisolone سره يوځای او همدارنګه د Procarbazine سره د شفا لورې اندازی منځ ته راوري.

لمړي جدول

(MOPP رژیم)

۱۴		۸	ورخ ۱	HN۲ ۷mg/m۲ IV
		X	X	VCr ۱.۴mg/m۲ IV
		X	X	Procarbazine ۱۰۰/m۲ PO
XXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX		Prednizone ۴۰ mg/m۲ P.O (1 st and ۴ th Cycle only)

Repeat at minimum of ۱۴ day intervals

(دارژیم کمتر کمده ۱۴ ورخی و قفونه و روسته تکرار شی)

D: لنبیز (Summary)

دعومی زیات خطر له مخی دتداوی له نظره په (۲ جدول) کې وړاندی شویده نومورې
شیما دیو تجربه کارشعاعی معالج او د Hematologic د کلکی مرستی او فکر ته
ضرورت لري مخصوصاً د ۱۱ Sپاربنت کولوبه وخت کې.

VI: خصوصی کتنی

حمل دمرض په سیر او شدت او یا بهبودی باندی کوم اغیزه نه لري په عمومي ډول دتداوی
لپاره د سقط اجراء کول اړین نه دی هغه مریضان چې په فعال مرض باندی اخته وي هغوي
ته معمولاً د حمل دنه اخیستلو لارښونه ورکول کېږي. ئکه چې دهغوي انزار د ډاډ وړښه
نه لري او باید ورته توصیه وشي چې تر دوو کالو پوری چې ناروغی بنه شوي نه وي دحامله
کیدو لپاره انتظار و باسی ئکه چې ددی مودی په او بدرو کې به عود زیارتہ واقع شوي وي.

B: په ماشومانو کې د هوجکن ناروغی انکشاف او تکامل په کې مټ کا هلانو ته ورته والي لري Pit Cock او د ملګرو له خوا برابر شوي راپور د ۵ او ۱۰ کالو دژوند داندازی لپاره بالترتيب ۴۰-۲۰٪ ورکړي دی چې دا د مرض د لمرنۍ مرحلې لپاره د اسې مفکوره ورکوي چې د جدي شعاعي تداوي د تطبيق سره یو بنه تيجه منځ ته رائي.

VII: پايلى

A: د هوجکن ناروغی دژوند کچه بايد په ډيره غور سره و خيپل شي او له دی لاري اهميت لاسته راولپ شي ځکه چې د ژوند د اندازو مجموعي شمير د مريضانو د هغه گروپونو تر منځ چې د تشخيص په وخت کې مختلف هستولوزيکي او ګلينيکي درجه بندې لري پراخ بدلون پت وساتي د تولو مرضونو په شان په دی ناروغی کې هم په مختلفو موسسو کې د مريضي اتخابولو د طريقو تر منځ توپيرونه کيداي شي چې شتون لري او نومورې توپيرونه ددي مرض دژوند په اترارو او شمير باندې اغيزه وکړي.

B: کوم وخت چې ناروغ ګلينيک ته مراجعه وکړي نو د هغى د ناروغى انزار د برابر شوي احصائي په مرسته کولاي شو چې د ګلينيکي مرحله بندې او هستالوزيک او صافو سره یې تړ او ورکړو (VB) دی وکتل شي همدارنګه د سيستميک اعراضو میدان ته راوتل د ځيګر او ده پوکو ماوف کيدل د خراب اترارو خواهه لارښودنه کوي. د Hodgkin د ناروغى موضعی د مريضانو خخه یواخې د ۲۰٪ لپاره د شفا حتمي امکانات (دژوند نارمله توقع د ۱۰٪ کلنۍ یا زيات عمر لرونکي مريضانو لپاره د تداوي خخه وروسته) د لمرنۍ جذرې شعاعي تداوي خخه وروسته ډير زيات امکانات یې روښانه دی.

C: د Representative survival Figures

مولف	کال	مرحله	د کالو %	د کالو %	د کالو %
Craver	۱۹۷۴	I	۲۲	۱۹	۱۰ د کالو %
Memorial		IIa	۳۸	۱۰	
Torontony		IIa	۳۸	(۳۰, ۸ کاله)	
Peters		I	۵۵	(۵۰, ۸ کاله)	
Ultamawetal		I,II	۳۷	۱/۲	
Delta field		IIa	۲۵	۱۲	
Eosson		موضعی	۵۴	۴۴	
Menchester		عومومی	۱۲		۱۲
Kaplon	۱۹۷۸	I	۸۹		
Etal (۲۲)	۱۹۷۸	II	۶۷		
Stam Ford	۱۹۷۸	III	۴۲		
Somessi	۱۹۷۸	IV	۲۰		
	۳	نران	۴	۴۳	
	۶	بسخی	۷	۷۶	
Rubin	۱۹۷۹	I,II	۶۷		
Et al ۳۳(not SSI)		III,IV	۲۰		

۱- دمراض د Exacerbation اسباب:

دمرض حقيقي عود داسى تعريف كيرېي چى عبارت دى دلمف ادينپاتى اويا دنورو
فعاليتونو دشواهد دشته والى پە هغە تداوي شوو ساحو كې چى دھوجكىن دمرض لمپنى

تظاهرات يې درلوده، دشعاعي تراپي لمرنې کورس نه وروسته دا داسی شواهد ورکوي چې

تطبیق شوي دوز Retrograde Temorocidal عود منځ ته راغلي وي.

۲- عود عبارت د هغه خخه دی چې دشعاعي تداوي دساحي په خنډه کي تظاهر

کوي چې داداسي لارښونه کوي چې دمرض موضعی پراختیاء په غیر مناسب ډول اندازه شوي وه.

۳- دعرض توسع يا اتشار عبارت دی په غیر مجاور او غیر تداوي شوونواحيو کي دنوی تظاهراتو وخت مثلا هغه مرض چې د حجاب حاجز په مخالفه خواکي تظاهر وکړي.

۲- جدول

د دnarوغری د تجویز شوي تداوي (۳۳) Outline Hodgkin

مجوزه تداوي Suggested Treatment	مرحله ، هستالوژي
---------------------------------	------------------

واسیع الساحه تشعشع	IA, LP, NS
--------------------	------------

Segmental Sequential irradiation (SSI)	IA, MC, LD
--	------------

SSI	چپ فوق الترقوي عقدات
-----	----------------------

تول هستالوژي لپاره : IB, IIB, IIIB

IB, IIB, IIIB : د تول هستالوژي لپاره د SSI خخه مخکي د ګډ کيموتراپي ۳-۲ سیکلونه

(تحمل ترڅيرني لاندی وني يول شي)	IVA OR B
-----------------------------------	----------

ابتدايی تراپي : د ۴-۶ میاشتو لپاره په ګډ ډول سره تراپي دوسيع تشعشع نه وروسته په

محطاټانه ډول د ګډ یا ئانګړي عامل استعمال (Venblastine) (سايكلوفاسفاماييد

HN ۲ عکس العمل دپاره) دموضعي پرابلمونو لپاره Procarbazine

موضعي تشعشع.

داتام عقدوي تشعشع TN ۱ او تام Lymphoid Johnson total nodal (Trudution)

تشعشع Kaplan Total lymphoid irridution (TL ۱) ته ورته دی.

۴- اتشار

دعقداتو خخه دباندي دکانسر دپراختياء خخه عبارت دی چي کبد ، سري، دهد و کومخ او

په خپله هدوکي ماوف کوي.

۵- دطبي مرکز تایجو داسی بسکاره کريده چي د وسیع او پراخ ساحي Rochester

۳۵۰۰-۵۰۰۰ rads دتداوي په مقابل کي عکس العملونه دموضعي ساحي (۲۰۰۰

rad) په نسبت به دی چي لامل يې اساسه ماوفه ناحيه ته دلوره دوزونور رسيدل دي.

دوسیع الساحه تداوی ارزښت دادی چي دمایکرو سکوپیک محراقونو دعود مخه نیول

کيرئ دشعاعي تراپي سره یوهای دکیموترابي استعمال پواسطه دعقداتو خخه دباندي

دعود اندازه کميدا شي.

E: داحتلاطاتو په جمله کي انتانات Bacterial septicemia، فنگسي انتانات توبرکلوزس،

Leukpenia او همدارنګه اميونولوجيك نيمگرتيا وي لکه Herpes Zooster شامل دي

او Immuno Suppression شامل دي.

خبيث لمفوما او Reticulum حجراتو ډولونه:

۱- پیژندنه

A: وقوعات: دهوجکن دمرض نسبتي وقوعات په دی ډول دي:

تر منح تناسب په يو لوی سریزه کې Reticulum cell sarcoma, Lympho sarcoma ISA

۲:۲ وھ (۴۳).

B: عمر: اعظمي وقوعات يې د عمر په وروستنى مرحلو کې منح ته راخي چى ۲۵% پىبنسى د ۵۰-۵۴ کلنى او اعظمي خطر يې ۲۹-۲۰ کلنى کې قرار لري.

C: جنس: په نرانو کې متبارز دى چى نسبت يې ۱:۷:۱ دى.

D: سببى فكتورونه د Burkitt لمفوما داپيدىالوجى، الکتران مايكروسكوب، حجروي زرع او اميونولوجىك فكتورونو په مرسته په ھىنى پىنسو كى پام دوايرس خواته گرئولي دى چى بىلە كوم ثبوت يو Herpes Viurs ددى سبب گنەل شويدى.

۲- په دى او سنى وختو کې په انسان کې دغیر معمولى Reticulum cell Sarcoma تداوي سره ارىكى دېيىندلۇ په اساس داسى گمان پىداکوي چى يا خو كوم وايروسي علت شتون لري يا ديو توليد شوي Immunologic Defect دنومۇرۇ حجراتو دخبيشه تاثيراتو لپاره زمينه برابروي.

II: كلينيكي تظاهرات:

A: ددى مرض اعراض او علايم دھوجكى ناروغى ته ورته دى كله كله حتى توپىر هم لري:

۱- په RCSA و LSA كې دفمى بلعومي لمفوئيد نسج، پوستكىي، معدى معايىي سىيستم او دھەوكو ماوفه كيدل خەاندازە زيات عمومىت لري.

۲- د LSA او RCSA د كلينيكي مرحى په وقوعاتو كې منتشرە ناروغى د Lympho angiography پواسطە ۸۰-۹۰% پورى ليدل كيداي شي په داسى حال كې چى دھوجكى

مرض په کلينيکي مرحله کې دا اندازه ۳، ۰% ده د یوی معقولي تداوي په ترتيبولوکې دنوموري مرض د لمپنۍ اتشار پيژندل دي رمهم دي (Lympho angiography) اختلاطات لکه سړو، د ماغ او پښتوري گو ته Fat امبولي، باید په نظر کې ونيول شي خصوصاً په زړو خلکو کې چې عمومي ناروغی او یاد سړو ناروغی لري نaramي د راديولوگ وخت او مصرف هم مهم عامل دي د حالب انحراف چې د IVP پواسطه ليدل کيربي په عمومي ډول د Lympho angiogram مخه نيسی.

۳- په ماشومانو کې ابتدائي دا خل بطني تظاهرات په CRA او ISA کې برخلاف د هوچکن دناروغى په نسبتي ډول زيات (د یو پر دري څخه زيات) عموميت سره ليدل کيربي.

۴- د SA په تقربياً ۱۳% پينسو کې Leukemic بدلون د محيطي لمفوسیت دلور شمير سره یوځاي ليدل کيربي.

۵- په دی مرض کې د هوچکن دناروغى په خيراتنانات لکه بكتريا، وايرسونه، فنگسونه ته زمينه مساعده کيربي لیکن بشائي چې دا په اساسسي ډول د Hypo gamalobolemia او داتي باشي د خفيف عكس العمل له قبله وي نه د حجري معافيت د خرابولي او د پوستي کې دبى حسه کيدل چې د هوچکن دناروغى په حاملگي د ګر کې څرګند وي خوبیا هم کيداي شي دواړه ډوله معافيتی نيمګرتيا وي سره یوځاي وي.

۶- اوتوماميون Hemolytic Comb کم خوني د مثبت Tisst سره یوځاي د LSA او RSCA په کمو پينسو کې ليدل کيربي او د هوچکن دناروغى سره ملګرتيا کوي.

III: تشخيصيه وسائل: د هوچکن دناروغى په شان دي.

IV: تصنيف بندی

A: اناتوميك

اولنى مرحله: هغه مرض چى په واحد لمفاوي عقداتو اويا خارج دعقداتو خخه په واحد نسج كې محدود وي.

دويمه مرحله: هغه مرض چى په موضعى لمفاوي عقداتو اويا دعقداتو خخه دباندى نسج كې په واحد مجاور لمفاوي او عيو پوري محدود وي.

درىمە مرحلە: عمومي ناروغى چى دعقداتو خخه دباندى دليرى ئايول لمفاوي ناحىي يې اختە كېرى وي يَا حىگر، تورى يَا دەھەوكو مخ يې اختە كېرى وي پورتنى هغه سىستم تە مشابەت لرى كوم چى دھوجكەن ناروغى لپارە استعمالىيېرى او په موجودە وخت كې تر خارنى لاندى نى يول شويدي.

B: هستالوژىك:

دفصىل په شروع كې ورکۈل شوی تصنیف بندى وليدل شى (٤٥, ٤٤, ٢٧) دا خرگنده شويده چى نودولر شكلونە يې په منتشر Lymphoma تە دبدلۇن ميلان لرى.

V: د RCSA او LSA دپارە دتداوی پرنسيپونە:

دادھوجكەن ناروغى تە ورتە خو لاندىنى حالات ورباندى اضافە كېرىي.

A: دمەدى معايىي په ئانگەرىي يَا مجدد د RCSA يَا LSA باندى دجراحى Resection اجراء كول بنايىي چى خرگنده شفاء منخ تە راولىي اولە دى كبلە بايد اجراء شي.

B: شعاعي تراپي:

۱- تشعشع چی دتداوی لمرنی او اساسی کرنه دی په اخته شوی ناحیو باندی اجراء کېږي او د ناروغی په اولنى مرحله مجاور تا تړل شوی عقدوي ناحیي اکثراء د تشعشع په ډګر کې نه شاملیږي د LSA او RCSA په زيات شمیر پیښو کې د ابتدائي انتشار شتوالی باید په نظر کې ونيول شي. او دتداوی دموخى په ټاکلو کې ورڅه مرسته واخیستل شي په زیارته مریضانو کې پرمختللى سن دشديدي تداوی په مقابل کې دزغم کموالی او ددی تومورو څخه دھینې تومورونو په مخفې ډول نشونما هم ملګري لاملونه دي.

۲- دوصفي نواحیو لپاره تشعشع:

که یوئل مرض دابتدائي تداوی څخه وروسته په نوی یا پخوانی څای کې تظاهر وکړي نو شعاعي تراپې د وصفي ځایونو د تداوی په منظور اجراء کېږي او دا اکثراء د کيموتراپې سره یوځای اجراء کېږي چې دا خبره په سیستمیک تظاهراتو متکی ۵۵.

A: که د مرض په عود کې یو کال وخت تیر شوی وي او په اولنى تداوی کې Super voltage وړانګه استعمال شوی وي نو په عود اخته عقدات په همغه دوزونو سره په کاميابي سره تداوی کیداي شي.

B: معدي معايي افات باید د کوچنۍ کسرۍ دوزونو پواسطه باید تداوی شي همدارنګه د تومور دچټک وي جاري د او سورې کيدو څخه باید ډډه وشي.

C: د منصف Compression د یو قوي دوز پواسطه ۳ rad ۴۰۰ د Diuretics په ذريعه له منځه وړاي شو چې وروسته يې باید هره ورڅ ۱۵۰-۳۵۰ نه تر ۴۰۰۰ پوري باید ورکړل شي د اضافي تداوی په حیث کورتیکوستروئید هم ورکولاني شو.

که چيرى دنخاع حبل په لمپنيو خو ساعتو کې د فشار لاندی راشي نو غير ددي چې
د جراحی پواسطه فشار ليری کړي شي بله چاره نشه.

او يا دا چې ددی موخي دلاسته راوستو لپاره پورته ذکر شوي دوزونه په سريع ډول استعمال
کړای شي.

E: که د اخته شوي هډو کي اعراض او علامي مينځ ته راغلی وي نود $3000 - 4000$ rad
دوزونو د استعمال پواسطه درد له منځه ئې او تداوي بريالي ده.

F: د پلوراء د انصباب لپاره حتی که د منصف د ناحيې د Adenopathy کوم خرګند شواهد
موجود نه وي نوبیا هم د منصف د تشعشع Rad $150 - 2000$ پواسطه په کامیابی سره
کنترول کیداي شي.

۳- د خيرپنۍ او تحقيق پروګرامونه:

دلمفونو د پراخو ساحو د تداوي لپاره Johnson دوه طریقې تجویز کړیدي (۱۷)

U: د عقداتو تام تشعشع (Total nodal irradiation (T N I))

دا د SSI ته ورته والي لري لاکن په دي طریقه کې دلمفاوي عقداتو ناحيې ته ټيټ دوزونه
توصيه کېږي په دي موجوده وخت کې غير ماوف شوي ناحيې ته 2400 Rad 3000 تر
کفایت کوي.

TNI هغه وخت استطباب لري کوم چي د Lymphoma Sarcoma په دريمه مرحله کې مرض معمولاً لمفاوي عقداتو ته محدودوي يعني موضعی شکل ولري داطریقه کله کله په انتخابي ډول داولني او دويمی مرحلی دتداوي په منظور استعماليرېي . دابايد وویل شي چي د Reticulum cell sarcoma دموثره تداوي لپاره لوی دوزونه (۴۰۰۰-۴۵۰۰ راد) ته اړتیا پینپیرېي او له دی سببه زیات خطر هم لري .

B: د ټول بدن تشعشع (TBI) دا ډول طریقہ دپرمخ تللی او منتشری ناروغی لپاره استعماليرېي کوم چي لمفاوي عقداتو یا هدوکو ته محدود وي (III مرحله) همدارنګه د حشوی خارج المقاد دی ناروغی لپاره نه استعماليرېي د ساع دوز ۱۰ دری خلی په هفتہ کې دی چي مجموعی دوز یې rad ۳۰۰-۱۰۰ دی دا دوز هغه وخت په مکمل ډول ورکول کېږي کله چي دهه دکو مخ په انحطاط نه وي راغلی او سنی تجربوښودلی ده چي دمراض شفا ممکن ده .

دمراحلو له نظره

	Follicular (Rappaport) ۱۹۵۶	Diffuse (Gall and Mallory) ۱۹۴۱	All cases (Rosenberg) ۱۹۷۱	By Stage (Peters ۱۹۸۴) ۱۹۷۸
Lymphocytic type			۲۷%	I ۷۰% II. ۵۰%
Well differentiated	۵۰%	۲۵%		III ۷۰% IV ۴۰%
Poorly differentiated	۵۴%	۳%		
Reticular cell type	۲۵%	۱۴%	۲۳%	۲۰%

Burkett's Lymphomas :C

نوموری تومور سندروم په ۱۹۵۸ کال کې د Burkitt له خوا په افريقيا يې ماشومانو کې موندل شوي وه لمفوسايتیک تومورونه ډير کم تفریق شوي چې اکثراء د منتشر ماکروفاز سره یوځای (دستورونه ډک اسمان) منظره ورکوي او زیاتره په ژامه او بطن کې ئای لري. ديو Herpes ډول واپروس عامل د تومور سره تراو ورکړل شویدی چې کوم خرگند سببې شواهد هم نه لري په دوران کې د Burkett's lymphoma د موجودیت چې د IgG د حجراتو دغشاء سره تعامل کوي د تومور په مقابل کې د یو معافیتی عکس العمل په شتوالي باندی لارښونه کوي دیوی لنډی کيموتراپي نه وروسته د یوی او بدی مودی لپاره د تومور رجعت یا شفا کيدل هم د کوربه د Anti tumor عکس العمل د رول په شتوالي باندی دلالت

کوي دهستالورژي له نظره هم همدغه شان تومورونه په USA کې هم ليدل شويدي کوم چې
د مختلف اнатوميک او معافيتي لوحوله مخى فرق کوي ددى ډول تومورونو ارتباط
دا فريقايي تومور سره په فعال ډول تر خيرپنۍ لاندۍ نيوول شويدي.

C: د کيموتراپي پروگرام د هوجکن ناروغنی په نسبت یو خه اندازه فرق لري که خه هم د
هوجکن دناروغنی په خير د منتشر تشعشع په ډول ورڅخه استفاده کېږي استعمالېږي.

۱- کوم وخت چې د اعراضو چتک بهبودي ارام منځ ته راتلل موخه دی. نو Nitrogen mustard ددي لپاره یو ډير عمومي استعمال لرونکي Alkylating درمل دي.

۲- سايكلوفاسفامايد د Hodgkin مرض په نسبت په LSA او RCSA کې زيات موثر
تماميږي نوموري دوا دخولي له لاري ورکولاي شو او یوه ګته داهم لري چې په دموي
صفيحاتو باندی اغيزه نه کوي لakin د نايتروجن مسترد په نسبت په ډير بطی ډول بسه والي
منځ ته راولي LSA په نسبت د دواړو ډولو Alkalyting عواملو په مقابل کې په
عمومي ډول کم څواب ورکوي د LSA په تنظيم او تداوي کې Chlorambucil ډير ګټور
ثابت شويدي.

۳- کورتيکوستروئيدونه په حتمي ډول د LSA په زياراته پينسو کې Cytotlyic تاثير لري او
كله کله په RCSA کې هم د اتاثير بسکاره کوي چې برسيره د هدوکو د منځ په انحطاط او د
په شتوالي کې هم ګټور تماماميږي Hemolytic anemia.

۴- د Vincristine عامل Periminkle د RCSA په ځيني د نبات یو مشتق دی د
په حیث بنه پايله ورکريده په اعصابو باندی د سمی تاثيراتوله کبله ددى دوا استعمال یو
څه کم شوي دي.

۵- سايكلوفاسفامайд Vinceristine او د پريدينيزون گه استعمال تر مطالعى لاندى نيوول شويدي او دشفا لورى اندازى يې منج ته راوري دى لakan کيداي شي چى داختلاتاتو خطر

زيات شي.

VI: پايلى

A: د ۵ كالود ژوند اندازه دهستانلوزجيک تصنيف بندى په اساس (په ۲۶۴ صفحه کې) يا د اوري شويده).

B: اتار

د هوجكن ناروغى په خير LSA او RCSA لمرنى مرحله دمنتشرو پينبو په نسبت بنه انزار لري د ژوند اميد په کاهلانو کې دماشومانو په نسبت بنه دى.

۱- پيزندنه : Multiple Myeloma

ميلتيپل ميايلوما (mm) دپلازما حجراتو سرطاني يا Neoplastic تکثر خخه عبارت دى چى متصف دى په دھلەوکو تخربيي افات، کم خونى او دسيروم اويا د ادرار د متجانس گلوبولين دسوئى په لوروالى.

A: وقوعات

ددى مرض د وفياتو متوسطه اندازه په يو كال کې تقربياء ۹ في ميليون ده B: وقوعات د ۴۰ كلنى خخه وروسته منج ته رائى.

C: سببي عوامل

سرطاني Plasma cell يو متجانس گلوبولين توليدوي چى دا د نوموري حجراتو د ئانگپي او منفرد Clone دخيشه بدلون مفكوره وړاندی کوي دمايلوما په گلوبولين کې د

Antibody specificity موجودیت او همدارنگه د هغى په جوربنت کې د دداسی موجودیت کوم چى دنارمل اشخاصو په امیونی گلوبولین کې هم لیدل کېرې داسی لاربندنه کوي چى دنومورپی حجراتو کانسری تکثر امکان لري ديو ابتدائي اتیجنيک تنبه په مقابل کې دنارمل يا غیر مناسب عکس العمل پوری اړه ولري.

۲- د مېکانو په ھینی نسلونو کې د Lucite نصبول دپلازما حجراتو داسی تومورونه منځ ته راواړي چى د پیوند وړ دی (دپیوند په ډول بل مېک ته انتقالیدای شي) او ورسه په متبارز او پلازما کې متجانس Globuling دلیدو وړ دی.

۳- د وايرس په شان ذرات دانسانانو او مېکانو دپلازما حجراتو په تومورونو کې لیدل شویدی لाकن ددی کوم سببی رول خرګند شوی ندي.

II: کلینيکي تظاهرات

A: مريضان عموماء دملا درد سره مراجعه کوي پتالوژيك کسرونه عموميت لري او کوم وخت چى فقرات اخته شوي وي نو دپلوريزي په شان درد منځ ته راواړي شي په X-Ray کې تخريبي افات بنکاره کېرې او نادراء Blastic بدلون هم دلیدو وړ وي.

B: یوه داسی Normochromic کم خونی چى لامل يې معلوم نه دی او دستړتیاء سره یوځای وي مريض مجبورو وي چى داکتر ته مراجعه وکړي.

C: مکراتتانات لکه نموکاکل نمونيا Meningitis، دنورو بارزو علامو څخه مخکي تظاهر کوي چى داتې بادي په ناكافي توليد پوری اړه لري.

D: نZF د فكتورونو دخرا بي له امله منځ ته راخي چى د فكتورونو خرابولي دمایلوما د گلوبولین دلورپی سویي دمداخت تتيجه ده.

E: په حینی پیښو کې کلیوی عدم کفایه د Hyper calcemia ، Pyelonephritis او یا په پنستورگو کې د پروتینی موادو د ترسب له کبله چې اکثراء د Bence jones پروتینوریا سره ملګری وي منځ ته راتلای شي د داخل وریدي یا پایلوگرام لپاره Dehydration کیدای شي چې د پنستورگو د عدم کفایی لامل شي چې په دی ئای کې یو IVP Infusion ته بايد ترجیح ورکړل شي.

F: د تراکم له کبله Carpal tunnel syndrome منځ ته راتللى شي.

III: تشخيص

A: یقیني تشخيص مشکل دی ولی چې:

۱- دهلوکو تخریبی افات دنورو کانسرونو سره هم منځ ته راخی.

۲- دهلوکو په مخ کې Plasmocytosis په حینی نورو ناروغیو لکه د دوا سره حساسیت، کولاجن Cirrhosis، Amyloidosis، Rheum Arthritis او کله کله حینی نورو کانسرونو کې هم دلیدنی وړ دی.

۳- دسیروم متجانس گلوبولین په نورو کانسرونو (متلاع Prostate retrosigmoid) او صفراوي قنات) کې هم منځ ته راتلای شي اگر چې ددی سره د IgG ارتباط تراوشه واضح شوي نه دی کیدای شي چې کوم خرگند مرض ورسه یوئای نه وې چې دا حالت د نومیرې Monoclonal Gamopathy.

چې دا ډول مریضان د Hyper gamma glabulenemia څخه ۱۸ کاله وروسته په اخته کېږي Classical myeloma.

B: تشخيص هغه وخت یقینی دی کله چی دنسج یامخ Plasmacytosis حجراتو د ۱۰ سلنے خخه یې زیات تشكل کړي وي، د هډوکو Osteolytic افات اويا دسیروم اود میتازو ګلوبولین سویه غلط په پرمختللی ډول زیاتیرې همدارنګه اکثراء Normochromic کم خونی دلید ورپوي Normocytic.

C: دسیروم ګلوبولین تشوشات د Immuno Paper اويا electrophoresis پواسطه تشخيص کیدای شي چی دا اخرنی میتود یې په وصفی ډول electrophoresis په ۵۴% د Myelon کی ۲۲% نه کم) کې Monocolonal زیات والی پواسطه پیژندل کېږي او نومورې ډول د IgM د زیات والی سره په تفريقي کولو کې هم مرسته کوي د Bence Jones Proteinurea په سریزه کې ۲۴% کې لیدل شویده Franklin dis Proteinurea په سیروم کې د پروتین لوروالی سره یوځای وي د همدارنګه Heavy Chain IgG کې X Chain disease ناروغى اويا ۸A Heavy Chain کې A ناروغى کې

هم منځ ته راتلای شي.

IV: د تداوي پرنسيپونه:

A: کوم وخت چی MM تشخيص شي او د خارنې په یوه موده کې پرمختللی ناروغى لیدل کیدای شي نو باید کیمومتراپي پیل شي او تراخره پوري ورته دوا مورکړل شي.

B: کیمومتراپي

- ۱ Cytoxin Cyclo Phospahamide چې په اوله کې دورید اويا دخولی له لاری توصیه کېږي چې وروسته یې دخولی له لاری تراپي ته دوا مورکول کېږي چې هدف یې د ۲۰۰ mg/day - ۱۱۵ ساتل دی چې دوز یې (معمول دی) متناوب 2500 mm^3 WBC

تراپي (مثلاً ۵-۶ mg/K.W/day د ورخولپاره هر ۳-۴ هفتى وروسته زيات گتھور دی
 چکه چى دھدوکي په مغز اغيزه نه کوي چى تکثر کونکي سرطاني حجرات و وزني
 او د استراحت په حال کي په نارمل Stem حجراتو باندی تاثير نه کوي دسايكلوفاسفامايد
 د تداوي پواسطه Alopecia اکشرا منخته راخي لakin پرته له دوام دار تداوي خخه هم
 د الحالت رجعي دی مریض ته په کافي اندازه دمایعاتو توجه او د ادرار د Output ساتل د
 امکانات کموي Hemorrhagic cystitis.

۲- بله دوايي Alkeran L Phenyl alanine Mustard چى دخولي له لاري په دوامدار په
 متناوب څلور ورخنى کورسونو په ډول توصيه کېږي WBC بايد هره هفته يا مياشت کې
 تعين شي او د $3500-4500/mm^3$ ترمنځ وساتل شي. ترڅو چى دھدوکو دمخ دانحطاط
 خخه مخه ونیول شي معمولاً دوامدار تعقيبيه دوز يې $1-2 mg/day$ دی او متناوب $1-2$.
 د پريدينيزون د $25 mg/K.W/day$ سره یوهای دڅلورو ورخولپاره
 هر ۴-۸ هفتى وروسته ورکول کېږي.

۳- کورتيکosteroid بنايي چى د اعراضو په کمولود کم خونى په بنه کولواود Hyper
 کمولوکي گتھور تامايرې globolememia په.

۴- د استعمال د BCND MM دپاره په موجوده وخت کې د خيرنۍ لاندې نیول شويدي.
 C: شعاعي تداوي دھدوکي د موضعی او دردناک افاتو د ارامtie lپاره گتھور تامايرې.
 D: کلسیم بنايي چى د هدوکو په وخیم $25-50 mg/day$ P.O Sodium fluoride) او ناروغى کې کمک کوي.

E: که اعراض لرونکی Hyper calcemia تراپی او Cortico steroid نو منع ته راشی نو معاینات باید استعمال شی (داخل وریدی هایدروکورتیزون اکثراء سریع بنه والی په مريضانو منع ته راولي) چې يو Cyto toxic Methoromycin اتي بيوتیک دی بنایي چې په مقاوم Hyper cacemia کي گپور ثابت شی.

F: داتستاناتو تداوي دمناسبو اتتی بیوتیکو سره بايد اجراء شي او هغه کم خونی چې اعراض یې ورکړي وی ترانسفيوژن بايد ورته تو صیهه شي.

۱۰۷

دسايكلوفاسفامайд يا Melphalan فوري او محتاط استعمال په يو پر درې او دوه پر درې
مريضانو کې بسکاره نسه والى منځ ته راوري د مرض د بسکاره نسه والى په جمله کې د
پروتين د هيموګلوبين زيات والى او د سيروم کلسيم په سويی کې کموالى Myeloma
شامل دي د افاتوبيرته Calcification او د هپوكو دمغ Plasmacytosis

دەداوی دىشروع نە	پىكارە عکس العمل	دەرىيضاڭو تعداد	Melphalan
وروسىتە متوسط ژوند اندازە (مياشتى)			
٩-٢-١١،٢		١٢٢/٠٣	رول بىلە كت سايكلوفاسفامايىد يا
٢٥٤	%٤٨	٢٠٧	سرە تداوي Cytoxan شى
٢٣	%٤٩	٨٢	سرە هەرە Melphalan

			ورخ په متناوب صورت تداوي شوي
۲۸	%۴۱	۳۹	د ورخنی Melphalan استعمال سره ۳۹
%۲۴	%۷۳	۵۱	Melphalan او د پريدينيزون گډه استعمال

Waldenstrom's (Essential)

Macroglobulinemia

Macroglobinemia

۱ - پيژندنه

يو غير معمول حالت دی چې زياتره د ۵ کلنی خخه پورته عمر او نرانو کې ليدل کيربي او د کلينيك له نظره ديو پرمخ تللى Lymphoma په خير سير کوي او اعراض او علايم يې په اساسی ډول په دوران کې Macroglobolin S ۱۹ دپروتين لور غلاظت چې د سروکريواتو سره تعامل کوي او دويني لزوجيت دزياتيدو لامل کيربي داسى څرګند یېري چې دلمفوئيد حجراتو د یو مخصوص Clone او نشونما منځ ته راغلى ده داسى څرګند یېري چې دلمفوئيد حجراتو د یو څانګري زياتوالى منځ ته راغلى دی چې نوموري حجرات دمارفولوزي له نظره دپلازما حجراتو ته ورته دی برخلاف د Myeloma حجراتو چې ۸G يا ۸A توليدوي نوموري حجرات یو غير نارمل او متجانس Macro globulin منځ ته راولي چې نوموري مکرو ګلوبولينونه د ټولگي خخه دي او دغه بسا یې چې Rheumutiod فكتور Cold Agglutinin يا ASO په خيراتي بادي Specificity ولري.

II: کلینیکی لوحه:

A: ستپتیاء او دوزن بايلل دمرض معمول مخفی اعراض تشکيلوي.

B: تزف عموميت لري چي البته دا امكان لري چي د Macro globulin له کبله د Platelets

دندی د گلهوچی سره مخامخ کوي او د مرض په وروستني مراحلو کي Thrombocytopenia

منخ ته راخي.

C: دشبكى تشوش د دوران د خرابيدوله کبله چي دويني لزوجيت په لوروالی پوري اره لري

منخ ته راتلای شي.

D: لمف ادينوياتي او Hepato spleno megaly معمولاً متوسط درجه لري.

E: برخلاف د دهه وکو درد او کسرونې نادر دي Myeloma

F: کم خوني د RBC دژوند د کموالی او د ويني د ضایع کيدوله کبله منخ ته راخي.

G: په کوچني محيطي او عيو کي دويني د لزوجيت زيات والي Hyper viscosity

منخ ته راتلای شي Raynoldis Phenomena

H: دويني Hyper viscosity او کم خوني دواره د قلب داحتقاني عدم کفابي لامل گرخي.

III: تشخيص

A: دهه وکو دمخ Aspiration معمولاً د Plasmacytoid لمفوسیت بسکاره کوي او کيداي

شي چي په نسج کي Must cell هم زيات شي په محيطي وينه کي Lymphocytosis اكثرا

دلیدنۍ وړ دي.

B: د سيروم د پروتين الکتروفوريز په ګاما او بيتا ناحيو کي يو متجانس لوروالی بسکاره

کوي کوم چي د Immuno electro phoresis يا د Agargel precipitation technicges

پواسطه چی مخصوص استعمالوی د Am په حیث پیژنل کیدای شي همدارنگه

د Ags پواسطه Ultra centrifuge پروتین خرگندیدای شي.

C: د Sia Water test (دسیروم يوه قطره دمقطرو او بو په تويب کي اچول کيربي که مثبت

وي نو په تيوب کي SS Essential Macro globulenemia پيداکوي په Floculation کي

مثبت وي داتيست د Am له پاره وصفي نه دی بلکه د Am دمتوسطي اندازی دلور و سويو

سره او هげ وخت چي Am يو نارمل Reglobulin نه وي کیدای شي چي داتست منفي دی.

درملنه: IV

A: د Am د تداوي سره دسیروم لزوجيت په موقتی د، ل اويا Pencill amine Plasma Phoresis

كميدای شي.

B: هげ کانسری حجرات چي M پروتین تولیدوي د Alkalyting عواملو (مخصوصا د

كلورامبوسيل او سايكلوفاسفامايد سره په کورتيکوستروئيد يا لمفاوي عقداتو يا دتووري

دتشعشع پواسطه يي تعداد کميدای شي.

C: کم خوانی او انتانی اختلاطات باید دترانسفیوژن، او سپنی او اتنی بیوتیکو دمناسب

استعمال سره تداوي او تنظیم کیدای شي.

لوکیمیاگانی

۱ - پیژندنه: The Leukemias

A: پیژندنه: لوکیمیا دوینی د سپینو کریواتو زیاتوالی اوپه انساجو کې د هغوي او لمرنیو حجراتو یو عمومي کانسری ډیرښت څخه عبارت دی چې معمولاً (لیکن د همیش لپاره نه) په محیطی وينه کې د سپینو حجراتو د غیر نورمال شمیر او یا شکلونو سره یوځای وي همدارنګه کیدای شي په وينه کې د سپینو کریواتو فوق العاده لور شمیر چې په خپل محتوى کې په زیاته اندازه خام حجرات هم لري دیو غیر نیوپلاستیک Lukomoid عکس العمل څخه نماینده گي وکړي چې اکثراء په یو اتناني او یا نورو التهابي تنبهاتو په مقابل کې منځ ته راشي.

B: ویشنه

کلینیکي سیر او د Cell Maturity

۱ - حاد Acute: (په خراب ډول یا غیر تفریق شوی شکلونه په کلینیکي سیر او د حجرى د

د پخیدو اندازه



په پورته شکل کي کوليميا بنودل شويدي

دحجرى پخيدو تگ لار

نور	Lymphocysts	Granulocyte	په خرابه اندازه یا غير تفریق شوي شکلونه متبارز دی او معمولاً سیر یې لند وي
Monocytic	Lymphoblastic	Myeloblastic AML	
Plasmacytic	ALL		
Eosinophilic			
Basophilic	AUL		

Other	Lymphocyte	Granulocyte	Chronic
Monocytic	Lymphocytic	Myelocytic	بنه تفریق شوي شکلونه
Eosinophilic	CML	CML	متبارز وي چي معمولاً
Basophilic			سیر یې او برد وي

وقوعات :

(تول ڈولونه احتواء کوي)

۱- عمر او جنس (دھر سل زره خلکو د پاره ۴۵-۴۶-۱۹۴۲)

بنځۍ	نارینه	عمر
۷-۵	۷-۵	۵-۰
۳۰-۱،۸	۳۰-۱،۸	۳۰-۲۰
۳۲-۳۱،۲	۳۲-۳۱،۲	+۷۰

۲- ډول

په لویه سریزه کې (چې د عمر ټول ګروپونه یې احتوا کړي دی دمراض توزیع په لاندی ډول

: ۵

د ۴۵ کلنی خخه وروسته تبارز کوي	% ۲۹	Chronic Lymphotic
د ۴۵-۲۰ کلنی ترمنځ تبارز کوي	% ۲۲	Chronic Lymphoblastic
چې د ۲۰ کلنی خخه مخکی تبارز کوي	% ۲۰	Acute Lymphoblastic
چې د ۲۰ کلنی خخه وروسته د تومور حاد شکل دی چې ډیر عمومیت لري	% ۱۷	Acute Myeloblastic
	% ۲	Myelomonocytic
معمولاء د ۴۵-۲۰ کلنی ترمنځ واقع کېږي	% ۲۰	Histiomonocytic

D: سببي عوامل

۱- په موفقانه ډول ش ساعع دانسان د Leukemia لپاره دلامل په حیث پیژندل شویدی او په

کمه فيصدی مريضانو کې دا خبره اثبتات ته رسيدلى ده همدارنګه په جاپان کې داتوم بم د

انفلاق خخه وروسته ژوندي پاتى شوي خلکو کې ALL او AMI دوقعاتو لورې اندازی

بنودل شویدی لakin بيا هم دلوكيميا دټولو ډولونو په زياتو پيښو کې د ساعع سره د مخامنخ

کيدو کوم شواهد لاسته ندي راغلي.

۲- جنتيک عوامل

په Down سندروم کې (Trisomi ۲۱) نسبت غير منگوليا خلکو ته د حاد لوکيميا

وقوعات ۲ چنده زيات ليدل کېږي همدارنګه د ولادي نقیصو او ولادي لوکيميا یوئائي

واقع کيدل د اسى مفکوره ورکوي چې حینى محیطي عوامل لکه وايروسونه یا د X

ورانگی په داخل رحمي ژوند کې ددي سبب کېږي اگر چې په مشابه غير ګونو کې
Identical twins په نادر ډول سره دنوموري ناروغۍ ليدل شوي خوبیا هم په انسانانو کې
د اثابته شوي نده لakin په ئینى حیوانى لوکیمیا ګانو کې واپرس تر خیرنۍ لاندی نیول
شویدی چې په نومورو خیرنو کې دا لاندی شیان شامل دي:

A: د انتقال دمې ګانو یونسل ته د Leukemic نسج د حجراتو څخه
دالرافیلتريشن پواسطه.

B: د یونسل څخه بل نسل ته د جنیني انتقال پواسطه.

C: د Leukemia حیواناتو په حجراتو او پلازما کې دواپرس په خیر ذرات یا د پارتیکلو^{شتوالی} چې دحمل په اوړدو کې یې شعاع اخیستی وي د دوى په ماشومانو کې د
Leukemia خطر ډیر لوره دی.

II: دلوکیمیا اساسی ډولونه:

A: دورکتوب حاده لوکیمیا (ALL, AuL)

۱- پیژندنه

وقوعات: دورکتوب د ټولو خبيشه افاتوله جملی څخه لوکیمیا زیات عمومیت لري
وقوعات یې په هر ۱۰۰۰۰ نفرو کې ۵-۷% دی پیښی یې د ژوند په لمرنی ۵ کالو کې
لوره دی چې دوقعاتو اعظمي اندازه یې د ۳-۴ کالو تر منځ قرار لري او په نرانو کې په
خفيف ډول تبارز لري وقوعات یې د ۳۰ کلنی څخه وروسته نادر دی.

۲- ویشنہ

د چولونو وقوعات په ماشومانو کې نسبت کاھلانو ته فرق کوي %۸۰ Cytological

(د Stem Cell Leukemia یا غیر تفریق شوی)

Acute Lympho blastic All, Au

Acute myeloblastic, Monocytic monoyeloblastic

Ery thro leukemia

Chronic granulo cytic leukemia, lukemic

Reticulo endotheliosis

۳- کلینیکی لوحه:

لمړنی اعراض یې، دلبدي، تبه دوزن بايلل، دهه وکو درد، پرمخ تللى خثافت دی او عموماً د علوی تنفسی طرف داتستاناتو خخه وروسته او یاد هغوي په اوږدو کې پوستکي منځ ته رائحي Bruising.

معمولاناروغ دشديد اتنان او حاد نزف (Epistasis) له کبله داکتر ته مراجعه کوي همدارنګه Petechia او Hepato splenomegaly, Lymp adenopathy په دی حالت کي عموميت لري د مرض ابتدائي تظاهرات په جمله دموصعي اعضا او یا انساجو ماووه کيدل شامل دی مثلاً CNS، خصيي، درقيه غدى، تغلف يا Intuss usception

۴- تشخيصيه لاري چاري

دمحيطي ويني په معانيه کې اکثراً Anisocytosis, Normochromic, Poilelocytosis او کله کله Normo blastosis سره ملگري وي.

و Lukopenia Leukocytosis موجود وي Blast cell Thrombocytopenia په خير عموميت لري دهه و کود مخ Aspiration (د خلفي يا قدامي حرفى قنزعى خخه) هميشه بايد اجراء شي په دې ترتیب د دحراتو دشمیر زياتوالى د Megakaryocyte، Myelo Posis، کميدل هم ليدل کيربي Erthroposis په حاده لوکيميا کې د حراتو د نشونما تګ لار د مارفولوژي د معلومولو لپاره خصوصي Periodic acid Cytochemical تلوين بالرنسته تماميمېئ چې د نوموري تلوين په جمله کې (PAS) د گلايکوجن د تلوين لپاره (چې د تولو واقعاتو په ۷۰% کې موجود وي)، Sudan blak او B Azurophilic Peroxidase حبويات د AML په پينسو کې مثبت وي او Oil Red O (چې د خنثى شحمونو يورنگ دی چې د ALL په ۹۰% پينسو کې مثبت وي په نادر واقعاتو کې دهه و کود مخ په معاينه کې په بارز توګه Aplastic Lympho blastic او د کم خوني غير قابل تفريق دی په دې ډول پينسو کې بايد دهه و کود مخ بايوپسي اجراسي د نورو گتورو لابراتواري خيرنو په جمله کې د سيروم يوريك اسيد، د هيگر د وظايفو کيميا وي تستونه، BUN او دهه و کو معاينه شامل ده په حاده لوکيميا کې د کروموزونو کوم وصفي تشوشتات موجود نه دي.

۵- د تداوي پرنسپيونه

A: کيموتراپي: يواخني هدف د Lukemic حراتو ليري کول دی او د نارمل Hemato poisis عملی اعاده کول دی د ALL په تولو پينسو کې د هغه مريضانو د جملی خخه چې پريديزيلون w.k.w ۲mg په ورخ ورته توصيه شويدي د ۸۰-۹۰% مريضانو کې مکمل او ۰.۱mg/K.W Methotrexate لکه يا قسمي شفاء ليدل شوي وه چې ورسه نوري دواګانې لکه

۵۰۰-۱۰۰ Amethoprin ۲- mercaptopurin ۲-۵mg/K.W/day

۷۵mg/K.W/week او Vencristin هم استعمال شوی و دخانی درمانی تراپی

پروگرامونه توپیر لري او په لاندی دول دي.

۱. د ۲MP (Cytoxan) Cyclophosphamid MTX, ۲MP دوراني بدلون

۲. مرحله وار استعمال Cyto MTX ۲mp.

۳- دیوزیات شمیر دواګانو د کیمودریپاپی دشید استعمال مکرر کورسونه.

په فعلىي پروگرامونو کې Vincristin Prednisone سره یوهای استعمالیېږي چې په

تعقیب یې د داخل وریدي Methotrexate په واسطه Consultation تراپی (۱۵) او ورپسى

د Methotrexate د متناوب استعمال سره تعقیبیه تراپی او پس له هغه د میاشتنی تراپی په

څير د Prednisone او Methytrexate بيرته دوزنو تطبیق کېږي.

هغه مراكز چې نوموري پروگرام استعمالوي حتماء بایدوینی یو مناسب بانک ولري چې د

او د RBC دمهيا کولو قدرت ولري د دوايي تداوي په مقابل کې د ټواب

نه ورکونکی مریضانو د جملی خخه ۱۵-۳۰% ناروغان دنوي دواګانو لکه Cytosin

او arabenoside Daunomycin په مقابل کې نسه ټواب ورکړو اوشفایې وموند له لakin دا

باید هیر نکړو چې دواړه د هډوکو دمخت پاره په اتهايې درجه سمی دی.

دزياتره Chemo therapeutic علامو خخه دی ډډه وشي ځکه چې L-Asperginase باندی

متکی Blast حجراتو باندی وصفی تاثیر لري او ددی داستعمال په واسطه ۴۰-۶۰% شفا

منځ ته راغلی ده دنوموري اجنبی پروتین داستعمال په تیجه کې د Anphylactoid عکس

العمل د مخنيوي لپاره د Immuno suppressive عواملو استعمال لکه (۲MP) وشي.

B: شعاعي تداوي

د کيمياوي تداوي خخه وروسته د کانسر دپاتي بقايا او محراقونو موثره ده مثال لکه د CNS اخته کيدل (تقریبا په ۵۰٪ مريضانو کي موجود دی)، دھله وکو درد، دپنستور گو ارتشاح دتحت الجلي کتلوا شتوالي، دستر گو دکرى Proptosis دلوکيميا لپاره ۱۵۰۰-۱۲۰۰ راده شعاع استعمال يېري. ديو موضعی او محدود مرض لپاره ۵۰-۱۰۰ راده شعاع دوزونه اکثراء په دراماتيک ډول موثر ثابت يېري.

C: Immune therapy په فرانسه کي Mathe دلوکيميا د تداوي لپاره استعمال پيشنهاد کړو او دلمري حل لپاره يې تامه شفا ورڅخه حاصله کړله. په هره هفته کې د BCG زرق اجراء کول په يو لوشمیر مريضانو کي په غير ثابت ډول شفا نوره هم زياته کړله.

D: خصوصي کتنی او استنادي کمک

دمريض بشپړه توجه او مرسته او ده ګنو دوالدينو ده یجانی احساساتو ضرورت ډير ضروري دي جدي استنادي اقدامات چې Packed RBC دموي صفيحات، وصفي انتي بايوتiek تراپي، او جديد Isolation تخنيکونه دنوی مريضانو لپاره حياتي اهميت لري او د عود په وخت کې هم با ارزښته دي دمريض دارجاع په اوږدو کې ممکن وي د مريض تداوي دي په OPD کلينيك کې اجراء شي په ګله سره (طبي، نرسنگ او اجتماعي خدماتو پرسونل) دمريض دېژدي د مشاهدي لاندی نیول دمريض دېژوند لپاره ډير اهميت لري.

۲- پايلى

A: دژوند احصائي: د ۱۹۴۸ کال خخه مخکى په هغه مریضانو کي چى تداوي شوي نه وه دژوند اندازه ۵-۴ میاشتى وه دکیمومتراپي دېرمتختگ لە كبله په ALL کي دژوند متوسطه اندازه ۳۰ میاشتوله ورسيدله. تقریبا دهغه ماشومانو دجملی خخه چى All لري ۱۰-۱۵% يې كم ترکمه تردرى كالو پورى زوندى پاتى شول همدارنگه كله كله دیوی AML او بدي مودى لپاره زوند د ۵ کالو خخه زيات هم مشاهده شويدي. دکوچنى توب په کي دژوند متوسطه اندازه ۲-۸ میاشتى ده شفا او ترميم يواحى ۲۵-۳۰% مریضانو کي منئ ته راحي.

B: دمرض اختلالات او دهغوى تداوي:

اخلاط	وقعات	تمداوي
۱- د دوا تسمم (معدى معایي او دھلوكو دمخ انحطاط او وغیره)	دېولو عواملو سره عموميت لري پینبو کي شفالیدل شويده	دوز د بدلون سره په زياتره
۲- (CNS) لوکيميا	تر ۵۰% پورى واقع كېپى	دماغ او CNS ته شاعع ورکول او MTX ليارى Intrarhecal ورکول
۳- نرف او اتسان	دمرض عمومي سبب دى چى اكثرا، فنگسي، وايروسى (Saitomycallus Inclusion Pneumocytosis ناروغى يا	پليت ليت، مناسب انتى بيوتيك، RBC او WBC ترانسفيفيون

Allopurinol	دلوکوسایتوزس سره عمومیت لری	Hyper uricemia -۴
شعاعی تراپی	%۸۰	۵- موضعی ارتشاح (هلوکی، پستورگی، پوستکی)

C: اتزار

دترمیم او ژوند متوسطه اندازه په ALL مریضانو کې نسبت Non ALL مریضانو ته زیاته ده په ابتدا کې WBC چى د ۲۰۰۰۰ نه زیات وي دژوند د کوچنی متوسط اندازی او دلمه‌نی ترمیم د کموالی لامل کیربی اگر چى د عمر د زیات‌والی له کبله زیات ماشومان د CNS په افت اخته کیربی اتزار په ماشومانو کې چى په نوموری اختلاط نه اخته کیربی نسه دی.

D: دنا کامی اسباب

دمرض د عود معمولی سبب د دوا په مقابل کې مقاومت دی چى اکثراء د دواتسمم و رسره اضافه کیربی او د دوا د دوز کمولو ته ضرورت پیداکوي حاد نزف یا شدید انتان د مرگ معمولی سببونه دی.

(AML) Acute Myeloblastic Leukemia

۱- تعریف

ML A د عمر په هره مرحله کې واقع کیدای شی او وقوعات یې د ۲۰ کلنی نه وروسته Acute Lymphoblastic چخه زیات دی.

۲- کلینيکي لوحه:

A: دمrush شروع مخفی وي چې ديو زياتي مودي راپه دی خواسترتیا، تبه، ترف، او اتناني خطرات موجود وي يا کيدای شي چې مرض په انې شکل شروع وکړي چې حاد اتان ته ورته والي لري چې د شدیدي ضعيفي، تبى او د پوستکي خاسف کيدل په چټک ډول منځ ته راخي.

B: د تکشري لوکيميا سره په عمومي ډول خفيفه درجه Splenomegaly موجود وي لakin لمف ادينوباتي غير معمول دي.

C: د متوسط نه تر شدیده کم خونی پوري چې Herald state نوميري يا Preleukemia چې د AML او Monocytic لوکيميا خخه چې د څو مياشتونه تر یو خو کالو پوري مخکي هم منځته راتلای شي چې په دی وخت کې د هلوکو دمخ معاینه د Blast حجراتونار مل شمير بنکاره کوي.

D: Myeloblastic Acute Myeloid metapasia Poly cytemia vera څخه کله کله د تاسس کوي په نوموري انتقال کې P^{32} تراپي ديو سببي فكتور په هيٺ ګنبل شوبده لakin د اخبره تراوسه بنکاره نه ده.

۳- تشخيصيه طريقي

A: د محيطي ويني معاینه: په دی معاینه کي معمولاء یو پردرې يا ددي خخه زيات سپين حجرات د Meloblast د جملی خخه دي د Myeloblast په داخل کې Auer اجسام، استوانوي شکله Inclusion، Cytoplasmic ALL د خخه تفريق

کولانی شی د سپینو کریواتو شمیر په عمومي ډول سره په متوسطه اندازه لور وی لakin
کیدای شی چې تیت یا نارمل وي.

همدارنگه Normocytic Anemia او Throbcytopenia چې معمولاً وي عمومیت لري.
B: د هلهو کو د مخ Myeloblast Aspiration په شمیر کې خرگند زیات والی بنکاره کوي.
چې خارجی شکل یې اکشرا ګډوډی د Peroxidase تلوین مثبت وي د ۵% نه زیات
حجراتو کې، او د PAS تعامل یې ضعیف وي او دواړه تیجې د ALL سره په تضاد کې
وی.

۴- د تداوی پرنسيپونه

A: په اوسنی وختو کې د تداوی درژیم د استعمال په مورد کې نظر دادی چې د
لوكيميا د منځه وړلولپاره د Cytotoxic دواګانی استعمال شي. په دی
اميده سره چې د نارمل لوکوسیت ارتروسیت او Megakaryocyte پیش قدم حجرات په خپل
نشونماته ادامه ورکړي.

بدبختانه هغه جدی تراي چې په نسبتي ډول مقاوم Lukemic Myeloblast باندي
انحطاط راوري وي او ترمیم منځ ته راولي د هلهو کو د مخ Hypo cellularity سبب کيرئ
شدیداء Agranolocytosis منځ ته رائحي چې عموماً د Septicemia سره یوځای وي چې
په دی وختو کې د سرو حجراتو Platelets او سپینو حجراتو ترانسفيوژن ضرور دی چې
کیدای شی چې د هلهو کو مخ اعاده او بيرته ترمیم کړي د دی مرض پیش قدم حالات د
دواګانو د منع کولو پواسطه به کنترول کېږي چې په بطی ډول د پراخ او
Cytotoxic دواګانو د منع کولو پواسطه به کنترول کېږي چې په بطی ډول د پراخ او
پیشرفتنه leukemia مخه نیسي.

B: هغه دواگانی چې په AML کې د بشپړ ترميم منځ ته راتلو قدرت لري عبارت دي
Methyl glyoxabis, Cytosine arabinoside ۲ MP Methyl GAG, Guanyl
خخه. نومورې دواګانی دیوی لنډي Thioguemin , hydrazone, Daunrubicin MTX
مودی لپاره ۴۰-۴۵% مريضانو کې هغه وخت شفا منځ ته راولي کوم وخت چې په
ئانګړي ډول استعمال شي.

د L.Asperginate پواسطه یواхи په ۱۰% مريضانو کې د لنډي مودی لپاره ترميم
لیدل شويدي.

C: د ګډي تداوي داستعمال پواسطه لیدل شويدي چې د شفاء زياتي اندازی منځ ته راغلی
دي (۲۰-۵۰%) لیکن دهه وکود منځ دشديد انحطاط سره یوځای وه همدارنګه
امکان ولري دا ډول تداوي باید په داسی طبی مراکزو کې اجراء شي چې له هره حیثه مجهز
وي.

D: د Thrombo cytopenia او Brusing له کبله د نزفونو د شدت او و خامت د کمولو په
خاطر پريدينيزون د کاهلانو لپاره ۳۰-۲۰ mg/day او د ماشومانو لپاره
استعمال یېري.

د کورتيکosteroid پواسطه په Leukemic myeloblast حجراتو باندی تنبهی تاثير لیدل
امکانيت شته لakan تراوسه ثابت شوي نه ده.

E: د Lukemic حجراتو پواسطه د دا اخيستنه او استقلاب په Invitro کې د مختلفو
تكنیکونو استعمال د دوا په اتخابولو کې مقدم معلومات ورکړيدی ورکولای شي.

۵- پايلى

دنووکيميا وي عواملو استعمال او دشفا اندازى چى ورخخه حاصليري په دى مورد کى جدى خيرنى اجراشويدي چى يواحى د دوى دژوند متوسط اندازه په خفيفه توگه بنه شويده چى د کانسر دملې انسټيتوت په سريزه کي تقریبا شپږ میاشتى وه لانن بیا هم دشفا منځ ته راتگ دژوند دزياتيدو سره یوهای وه (۵۰%) په ټواب ورکوونکى مریضانو کي ۳،۵ میاشتى وه.

Chronic Myelocytic Leukemia

۱- پیژندنه

CML په اساسی ډول ۴۵-۲۰ کلنی عمر کې واقع کېږي نومورې ناروغى ځانګړۍ اړیکې د Thrombocyteopenia او Myeloid metaplasia poly cytemia vera سره لري او ددې ګروپ تشوشت د Chronic myelo proliferate سندروم په نوم یادېږي.

۲- کلينيکي تظاهرات

A: د مرض شروع معمولاً مخفی وي او په پرمخ تللې ډول سترتیا ورسره یوهای وي او کیداي شي چى د مخفی عرض څخه مخفکي Leukocytosis څرګند شي د ګېډې د ډکیدو احساس او ابتدائي Staiety بنايې چى د Splenomegaly له کبله منځ ته راشې.

B: توري اکثراء په کتلوي صورت سره لوی او کلک وي او کیداي شي چى په احتشاء اخته شي چى موضعی درد ورسره یوهای وي په خفيفه اندازه Hepato megaly عموماً دليدو وړ دی البته دلمفاوي عقداتولوی والی عمومیت نه لري.

C: دمناسبی تداوی سره یوزیات شمیر پینبو کی شفالاسته را اول شوی ده لکن بیا هم په اخره کې کم خونی او تزفي تظاهرات د Thrombocytopenia له کبله منځ ته راخي د ۸۰٪ مريضانو د ژوند اخرنی مرحله د حاد (AML) AML Myeloblastic transformation (شباخت لري چى) عموماً په یو خو مياشتوا کې د مرگ لامل کيربي (داحالت د Blastic transformation په نوم هم ياد كيربي).

۳- تشخيصي وسائل

په محطي وينه کې لوکوسایتوزس د $3 \times 10^9 / \text{mm}^3$ په اندازه ليدل کيربي چى په کې Metamyelocytes bands PMN او Myelocytes متبازروي. معمولاً ۲-۱۰٪ او دا اندازه نيمائي مرحلی پوري دوام کوي دايزونوفيل Myeloblast او Basophil تعداد زياتيربي او بزو فيل په دی مرض کې نسبت نورو ته زيات وي په ابتدا کې هيماتوكريت نارمل لکن جگيداي هم شي کم خونی دمراض دېرمتگ سره منځ ته راخي دموي صفيحات نارمل وي يا تعداد يې زيات شوی وي.

B: ده دوكودم خ بايوپسي متباز Hypercellularity نکاره کوي چى د گرانولوسایتوزس تول مراحل په کې بارز زيات ليدل کيربي کيداي شي چى Myeloblast زيات شوی وي Reticulin او كولاجن په ۱۰-۱۵٪ په هفو پینبو کې چى تداوی شوی نه وي زياتيربي د اخرنی Blast مرحلی خخه مخکي د Blast حجرات (۱۰٪) ايزونوفيل او بزو فيل (۲۰٪) مقدار زياتيربي او Fibrosis منځ ته راخي.

C: د سپینو حجراتو smear Alkaline phosphatase د محیطی وینی د تازه جورشوی EDTA تیوب په ذریعه یا د مخصوص رنگ دتلوین کولو پواسطه پیژندل کیربی (د CML کی) استقیماء اجرا کیربی.

هر ۱۰۰ Granulocyte ته یو مثبت نمره ورکول کیربی چی د $4^+ + 3^-$ پوری وي نارمل مجموعی شمیرد ۴۰ خخه زیات وي او معمولاً د ۱۲۵ خخه کم وي او په CML کی معمولاً د ۲۵ خخه کم وي (لوری یا نارمل اندازه یې په Polycytemia, Myeloid crisis) او التهابی لوكوسایتوزس او د Blastic crisis په CML (ئىنى وخت ليدل metaplasia کیربی).

Can be made to detect the Philadelphia PH 1 chromosome : D

Special preparation of peripheral blood or bone marrow نوموری غیر نارمل کروموزوم دی امکان لري چی د G گروپ کروموزومونو دا بودی برخی د ضایع کیدوله کبله (او س معلوم شویده چی د ۲۲ اوتوسوم او بده برحه ۹ Auto some ۹) ته انتقالیبی منخ ته رائی او په عمومی د، ل CMI لپاره تشخیصی ارزښت لري تقریباً ۱۵% داسی مريضان چی په کلینیک کی د CML تشخیص ورباندی اينسودل شوی وه د خخه نشتمن وه او دا دول مريضان د یو گروپ په حيث د تداوی په مقابل کی ضعیف عکس العمل ورکوی او د ڏوند اندازه یې متوسط ده.

۴- د تداوی پرنسبیونه

A: د تداوی استطبابات د استقلاب دزیاتیدو اعراض لکه (تبه، خولی کول، دوزن ضیاع، سترپتیاء، پرمختللی Splenomegaly او کم خونی ده. که د ناروغ په وینه کی WBC شمیرد

۵ خخه زيات شي نو ناروغ اکثرا اعراض ورکوي که خه هم چې $10000/\text{mm}^3$

ئينى وخت ناروغ دمرض دپيل پت يې خبره او بى گيلى وي.

چې يو Alkalyting (Myeleran) Busul fan :B لپاره اتخابي دوا ده

دادوا دخولي له لاري په ابتدائي دوزونو کي د ۱۲-۶ مللي گرامه په ورخ کي ورکول کيربئ

چې يو تابليت يې دوه ملي گرامه دی د ۳-۲ هفتى وروسته د WBC اندازه په وينه کي

كمېري چې وروسته له دی باید د دوا دوز په دې ډول کم کړاي شي چې د WBC شمير د

$5000/\text{mm}^3$ خخه کم نشي (ددی لپاره اسانه طريقه داده کله چې د WBC شمير په

نيمايي اندازه کم شي نو باید دوز هم نيم کړاي شي د خارونکي دوز $1-2 \text{ mg/day}$ پواسطه

بنائي چې دعو د کوونکي Lukocytosis او اعراضو زياته مخه ونیول شي اگر چې غير له

دي خخه هم دا وړدی مودی لپاره شفا لاسته راغلى ده. Cytoxan هم گټور تماميدا شي

او مخصوصا د Thrombo cytopenia په شتون کي ډير گټور دی.

په هغه پينسو کي چې دبوسلفان په مقابل کي څواب ورنکري Hydroxy Urea او

موثر تمامېري دا دواړه دواګانې دوامدار خارونکي تداوى استعمال Dibromo manitol

ته ضرورت لري.

C: توري ته د X-ray شعاع ورکول د توري په جسامت او د WBC په شمير کي کموالى منځ

ته راوري لاکن په عمومي ډول ددي تداوي ئاي بوسلفان نیولى دی.

D: په نيمائي مرحله کي د Blastio crisis تداوي د حاد Myoloblastic لوكيميا په شان ده

لاکن شفا په کي غير معمول ده.

E: دحمل په اوبردو کې د Basul fan استعمال د CML د تداوي په منظور کامياب ثابت

شويدى چى دجنين کوم بسکاره تخريب هم ورسه ليدل شوی نه دی دحمل په اوبردو کې

دكتلوي Spleno megally څخه بايد مخنيوي وشي.

F: Hyper Urecemia د ۳۰۰ mg Tid) Allo purinol پواسطه کنترول کيدا شي

G: Hypoxanthine Xanthine بدل ليدل په اوندي او بيا په کوم چى دا درمل

acid نهие کوي.

۵- پايلى

A: کې دژوند متوسط اندازه ۳ کاله ده د بوسلافان د تداوي سره د عمر دزيات

والى راپور ورکړل شويدى لakin ثابته شوی نه ده خوبها هم دژوند Quality حتماء بنه کېږي

که دوا مي اوبرد نشي.

B: د بوسلافان د تداوي زيات استعمال دهه وکو دمخته احاطه منځ ته وړاي شي د بوسلافان

داوردي مودي د استعمال سره یو سندروم ليدل شوی دی چى عبارت دی له Pulmonary

Addision د ناروغى په شان اعراض لکه Anorexia، د پوستکي fibrosis

Pigmentation او دوزن بايلل مينځ ته راوري.

D: Chronic lymphocytic leukemia (CLL)

۱- پيژندنه

CLL په اساسي د، ل د ۴۵ کلنۍ څخه وروسته منځ ته رائي په نرانو کې د ۱:۲،۵ په

نسبت يې واقعات زيات دی داسې نظرور رکول شويدى چى CLL ديو تکشري يا

Proliferation دتعاملا تو دنشتولى او دغیر نارمل لمفوسیت دعمر دزیاتوالی پوری اره لري.

۲- کلینیکي لوحه:

CLL گيداي شي چى بى عرضه وي او خصوصاء داپه مسنواشخاصو كې صدق كوي دمرض داشكل د Benign په نوم يادىبىي او په وينه كې ديونا معلوم Lymphocytosis دكشf نه وروسته تشخيص كېرىي دمرض تگ لاره ديوزيات شمير كلو لپاره ثابت پاتى كېرىي.

B: ددى مرض يوزيات (خراب) شكل هم ليدل كېرىي چى معمولاً ئوانان (۳۰-۵۰ کلنی) اخته كوي او دسترپتيا، وزن بايلل، خولي كول، دلمفاوي عقداتو مترقي غتپولى او په متغيره Splenomegaly باندی متصف دى. هر خومره چى مرض پرمختگ و كېرىي كتلوي لمف ادينيپاتى منخ ته راھى چى دپىشرفتە كم خونى سره چى د Thrombocytopenia لە كبلە منخ ته راھى يوخاى وي چى ترف او اتنا تاتو ته زمينه برابر وي.

C- دپوستكى تظاهرات په CLL كى دنورو شكلونو په نسبت زيات منخ ته راھى او په دى جمله كې موضعى او يىا عمومى ارتشاشات Herpes Zooster دحسراتو د چىچلۇ په مقابل كې زيات عكس العمل او د چىچك داتنان په خير شتولى لري.

۲- تشخيصيه وسائل

A: دمحيطى وينى Smear په زياتره پىنسو كې د $50000 - 200000 / \text{mm}^3$ په اندازه لو كوسايتوزس بىكاره كوي چى په كى ۷۰-۹۹% كوچنى او پاخه لمفوسیت هم شامل دى

ددي حجراتو خخه زياتره استحالوي بدلون بسکاره کوي (چى د Basket Smudy یا حجراتو په نوم ياد يېرى).

خفيفه او متوسط درجه کم خونى او Thrombocytopenia منع ته راتلای شي شدیده Spherocytosis, indirect Bilirubinemia, Icterus کم خونى چى Hemolytic %۲۰ Coomb او مثبت Reticulocytosis اتي گلوبولين تيست سره ملگري وي د CLL مريضان په دى ډول تالى کم خونى يا اعراض ورکوونکى Auto immune hemolytic کم خونى اخته كېږي.

همدارنگه کيداي شي چى د Gama comb test او یا Non gama دېلى خخه وي. پته یا مخفىي Hemolytic Coombs تيست سره یوځای کيداي شي چى د مرض په وروستنى مراحلو کي منع ته راشي د RBC د عمر یا ژوند کموالى د Splenomegaly سره یوځای وي دهه وکو په مخ کي د نورو انساجو په عوض دلمفوسیت زیاتیدلى شي چى د کم خونى لامل گرئي.

B: دهه وکو دمغ بايپسي Lymphocytosis بسکاره کوي (چى د ټولو هسته لرونکو حجراتو (۹۰ - ۳۰٪) جوروي کوم چى دهه وکو مخ یې اشغال کړيدی دهه وکو مخ په هغه حالانو کې چى دلمفوسیت حجراتو پواسطه احاطه شويدي دهه وکو دمغ د Aspiration په وخت کې ډير لې، حجرات ورڅخه لاسته راخي.

C: که دسيروم دپروتینو الکتروفوريزس اجراسي نو Hyper globolenemia دليدو وردي همدارنگه Cryo globolins هم ليتلاني شو دمرض په وروستنى مراحلو کي Hypogama

globlinemia عومىت لري چى داد Antibody دجوريدو خرابوالى او اتاناتو دزيات مساعد كيدو سره ملگرى وي.

۴- دتداوي پرنسيپونه

A: دمرض سليم شكل چى يواخى په Lymphocytosis باندی متصف وي معمولا داعراضو په عدم موجوديت کې نه تداوي کيرېي په بى عرضه پىنسو کې هرشپر مياشتى روسته دوينى يواخى د حجراتو شميرل كفایت كوي.

B: لوی شوی توري يا دعقداتو لویه كتلە چى اعراض يې هم وركري وي دتداوي له پاره موضعى X-ray تراپي گتھور تمامىپىي چى د ۵۰-۲۰۰ rad په اندازه هره ورخ وركول کيرېي او مجموعى دوز يې rad ۵۰۰۰-۲۰۰۰ پورى رسىپىي باید هره ورخ د WBC شمير او په هفتە کې ۳-۲ خلى د اجراکول ضروري گنەل کيرېي ترڅو دنومورو حجراتو دزياتو کموالى خخه مخنيوي وشى په زياتو مطالعاتو کې دټول عضويت دتشعشع اجراء كول په ئىنى مريضانو کې او بدە شفا منځ ته را اړاي شي.

C: کيموتراپي دېرمخ تللې CLL داعراضو دكترونل په موخه اجراء کيرېي د موجوده عواملو په جمله کې كلورامبوسيل Lukeron په ابتدائي دوزونو ۱۰۰ mg/day موثر تمامىپىي ددى دوا ۲mg تابليتونه باید د غرمى ډوډي خخه مخکى يا دخوب په وخت کې ورکړل شي د WBC شمير د کميدو سره سم باید دوز هم کم کړي شي او کوم وخت چى نارمل سويي ته راشي نو باید دوا قطع کړي شي تعقيبيه تداوي د ۱۰۰ mg/day په اندازه بنایي چى دترميم او ياشفا په زياتولو کې مرسته وکړي لاکن دهلهوکو دمخ دزيات انحطاط کولو خخه باید ډډه وشى همدارنګه په CLL کې Cyclo

هم گتپور تاما میری او د کلورامبوسیل په نسبت په کمه اندازه د phosphahmid Platelet د کموالی لامل گرخي چي همدغه يې په بنه والی دلالت کوي.

D: کورتیکوستروئید په لوره اندازه Lympholytic عامل دی نو خکه په CLL کي گتپور دی او خصوصا په هفه حالاتو کي چي د Alkalyting لاملو د استعمال له کبله او کم خونی دهه و کود مخ انحطاط ديرزيات د خطر سره مخمخ Thrombocytopenia شوي وي د پريدينيزون استعمال چي د ۲۰-۴۰ mg/dau شروع او په تدریج سره ۱۰-۱۵ mg/day ته کم کرای شي اکثرا اعراض لرونکي د CLL د کنترول کولولپاره مرسته کوي او که د انداوي ديو Alkalyting لامل سره یوهای شي نو کيداي شي چي داوبدي مودي له پاره شفا منځ ته راوري.

E: د کم خونی په موجوديت کي باید د کورتیکوستروئید Immune hemolytic (پريدينيزون ۴۰-۲۰ mg/day) پواسطه تداوي شي یا د ورید له لاري ۴۰۰-۲۰۰ mg د جوريد و خخه مخنيوي کيربي هفه پيښي چي د کورتیکوستروئيد په مقابل کي مقاوم دي Hydrocortisone Iso antibody که امكان ولري ترانسيفiorژن دی اجرانشي او په دی ډول د د جوريد و خخه مخنيوي کيربي هفه پيښي چي د کورتیکوستروئيد په مقابل کي مقاوم دي دوا ګانو لکه Antimetabolite Imuran یا ۲MP استعمال اغيزنake تاما ميربي په CLL کي د Acute immune hemolytic Alkalyting د عاملو استعمال خخه لړ وخت وروسته د منځ ته راتلل ليدل شويدي اگر چي د احادشه بي د کوم مخکنى تداوي خخه هم ليدل کيداي شي.

F سره یوخاری Splenectomy کم خونی کی چی دکتلوي Splenomegaly په هغه مخفی کم خونی کی چی دکتلوي

گټور ثابتېږي.

لakin Auto immune هيمولايتك کم خونی ددى عملی په مقابل کي د ۲۵% څخه کم

خواب ورکوي همدارنګه د Splenectomy لپاره یوبل استطباب هغه ډول Hyper

splenism دی کوم چی د Lukemia د اختلاطاتو څخه منځ ته راغلی وي.

5-تیجې

A: د ژوند متوسطه اندازه په CLL کي د ۳ کالو په شاوخواکی اندازه شوی ده یعنی

ته ورته ده لakin دا اندازه ده ګه مریضانو په شمیر باندی چی دلسو کالو څخه زیات دمراض

په سليم شکل مصاب وي په دی ډله کي نه حسابېږي.

B: په CLL کي د ژوند په اندازو باندی د موجوده تداويي د تاثيراتو اندازه کول ستونزمن

دي.

E: دا ډول یې اکثراء د کلینيك له نظره اکثراء AML ته ورته والي لري لakin په ځینې پیښو

کي و خیم سیر غوره کولای شي د وریو Hyper thrphy او د Oropharynx او رکتم

تقرحات کله کله لیدل کېږي. تداويي یې هم AML ته ورته والي لري د ژوند متوسطه اندازه

د تشخيص څخه وروسته ۲-۴ میاشتی ده.

لوکیمیا ګانی

دلوکیمیا ډول	دتشخیص کولو طریقی	تداوی	دژوندامید
ALL - ۱	دامعمولاً د ۲۰ کلنی نه بشکته عمر کې ليدل کیبری چې لاندی علامی لري لمف ادینوباتي، Hepatosplenomegaly, Blastemia (لوکوسایتوزس، نورموسایتیک) نورموکرومیک انیمیا، دهډوکو په مخ کې د دحرات وزیارات والی او Blast کمولی Megakaryocyte	Prednison ۷-MP, Vcr, Mix Ara C, Daunorubincin L-Asparaginase په مرحلو کې یا په ګډو ډول توصیه کیبری	۳۰ میاشتی
AML - ۲	د ۲۰ کلنی خخه وروسته واقعات یې زیات دی علامی یې دادی Thrombocytopenia, Myeloblastoma نورموسایتیک انیمیا په کې د Auer اجسامو شتوالی Myeloblast دهډوکو په مخ کې د Myeloblast حجراتو زیاتوالی او کمولی Megacaryocyte	Ara C Cyt, ۷MP, VCr Daunorubicin Prednison یوځای استعمال	۴ میاشتی
CML - ۳	معمول ۴۵-۲۰ کلنی ترمنځ واقع کیږي کتلوي سپلینومیگالۍ په کې عمومیت لري لوکوسایتوزس (۱۰۰۰۰, ۴۰۰۰۰) دخام گرانولوسیت سره یوځای وي Platelets بساي زیات شوي وي	Busulphan (Myleran)	کاله ۳
CLL - ۴	دمعمول د ۴۵ کلنی خخه وروسته منځ ته راخی متحول لمف ادینوباتي Splenomegaly لوکوسایتوزس ($5000, 20000 \text{ mm}^3$) چې په کې ۹۹-۸۰٪ لمفوسیت وي په	Chlorambacil Cyclo phosphamid Prednison	دری کاله

		کم خونی کی Hemolytic Coombs تیست ٪ ۷۰ مثبت وي دهه و کوپه منځ کي لمفوسایتوزس موجود وي	
۲-۴ میاشتی	د AML په شان	داپول یې معمولاً حاد سیر لري او کله کله مزمن سیر غوره کوي دخولی او رکتم افات وصفي منظره لري د سپينو حجراتو خخه ٪ ۲۰ یازیات Monocyte اشغالوي همدارنګه هم لیدل کیږي Myeloblastis او Myelocyte	Monocytic -۵ (Myelomonocytic mitocytic)

د اطفالو جامد تومورونه

تนาظر يا اندازی عمومي کته:

د کوچنی والي د دوری تقریباء نیمايی اندازه خبیثه ناروغی جامد تومورنه تشکیلوی چې
په دی جمله کې William's تومور شامل دي Hepatoma, teratoma او Neuroblastoma.
نور خبیثه تومورونه هم منځ ته راخي لاکن خرنګه چې ډير نادردي نوله دی کبله دلته تر
څېړنۍ لاندی نه نیول کېږي ددی په ډله کې Rhabdomyo sarcoma او Leiomyo sarcoma
شامل دي پرتله له دی دا تومورونه په نورو مبحثونو کې په عمدہ ډول شرح
شویدي لکه د ګوناد، Lymphoid سیستم، سکلیت، سترګه او د پوستکې تومورونه.
د William's تومورونو د خیرنۍ لپاره د بولی سیستم تومورنه مطالعه شي.

د کوچنی والي د خبیثه افافو و قوعات

سیتیل واشنگتن (۱۹۴۹-۱۹۶۶)

دول	وقوعات	فيصلي
لوکیمیا	۲۷۱	۳۵,۵
دمرکزی عصبی سیستم تومورونه (نوروبلاستوما)	۱۵۱	۱۹,۸
دنباتی عصبی سیستم تومورونه لکه نوروبلاستوما او نور	۷۲	۹,۴
William's تومور	۵۸	۷,۲
دلمافاتیک سیستم تومورونه غیر دلوكیمیا خخه	۵۲	۲,۸
هدوکی	۴۲	۵,۵
درخوه نسج سرکوماگانی	۴۰	۵,۲
کارسینوماگانی	۳۱	۱,۴
Teratomas	۲۳	۳,۰
متفرقه	۲۴	۳,۱
مجموعه	۷۶۴	۱۰۰

پیشندنہ : Neuroblastoma

A: وقوعات : دکوچنی والی دخیشه افاتو له جملی خخه ۱۰ - ۲ Neuroblastoma جوروی

او تقریبا هفه ماشومان چی شفاخانه کې بستر کېږي دهر ۲۰۰۰ خخه یو یې په نوروبلاستوما باندی اخته وي.

B: منشاء

داتومور د Neural crest څخه منشا اخلي او داپول توموروونه دسمپاتيک عقداتو دھنخير په امتداد کي تر غارې پوري دابهر دويش اوحتى نادراء په سر کي هم منځ ته راتلای شي. تقریباء ۲۰ دپریتوان په خلف کي او تقریبا ۴۰% دادرینل غدي په مخ کي تظاهر کوي د دری میاشتو څخه دکم عمر ماشومانو په اوتوپسي کي دادرینل دنسج پاتی شونی دلیدنى وړ ده کوم چې د میکروسکوپیک له نظره يې Neuroblastoma ته ورته والی لري داپولونه يې په کاهلانو کي ندی لیدل شوي له دی کبله داسوال منځ ته رائي چې ایا نوروبلاستوما دعضويت د نارمل دفاعي میخانيکيت دمنځته تللو له کبله منځ ته رائي يا خير؟

C: عمر :

زياتره داتوموروونه د ۴ کلنی څخه په کم عمر لرونکي ماشومانو کي منځ ته رائي چې د عمر متوسطه اندازه په دې حالت کي ۳۰ میاشتی ده ۴۰% واقعات يې د یو کلنی څخه کم عمره ماشومانو کي لیدل کېږي.

II: کلينيکي پلتنه:

A: دیوی کتلی موجودیت په بطن کي اویا غاره کي یوه عمومي علامه ده تومور ثابت او فص لرونکي وي او که په بطن کي وي نوع عموماً د متوسط خط نه تیرېږي.

B: درد کم عموميت لري درد کيداي چې په کتله کي داحتشاء له کبله منځ ته راشي يا دھپوکي نه دميستاز له کبله منځ ته راشي.

C: دسترګو د Orbit په خلف کي دميستاز له کبله Exophthalmas تظاهر کولاي شي.

D: هغه علامی چی کم عمومیت لري عبارت د خسافت والي، تبه، ضعيفتيا، وزن بايلل،
تioxhi او نفس تنگي خخه.

E: کله کله چینی اعراض او علایم د مقدم تومور په عوض د Metastasis له کبله چی منځ
ته راخيء مريض ورڅخه روغتون ته مراجعيه کوي.

III: تشخیصیہ و سائل

دبوونو د جملی خخه ۵۰% يې Calcification بسکاره کوي چې د ازیاتره په ماشومانو تومورونو د دبطن، صدر، غارې ساده یا هموار عکس دی واخیستل شي دبطنی A-Ray : دبطن، صدر، غارې ساده یا هموار عکس دی واخیستل شي دبطنی

کې د لیدنی وړ دی داخل وریدي Pyelography (IVP) د پښتوري ګو Calyceal سیستم بي ځایه شوی بسکاره کوي او په کمه اندازه ددي سیستم سوء شکل هم بسکاره کوي د ادرینل میدولاتومور اکثراء پښتوري ګي لاتدي او وحشې خواته ټيله کوي د سپرو او هډو کو میتاستازس بايد ولټول شي هډو کو ته میتاستازس اکثراء دوه طرفه او متناظر وي او اکثراء یو پر دری مریضانو کې د لیدنی وړ دی چې د امریضان اکثراء زیات عمر لري.

پیښو کی دھلکو او دھلکو دمخ میتاستازس په ۲۰ واقعاتو کي منئ ته رائحي.
Neuroblastoma حجرات په زیات عمومیت سره Pseudo ressetes جوروی په نیما یې
B: دھلکو دمخ معاینه د Metastasis دانتشار دلکولو په غرض اجراء کېږي همدارنګه د

متیازی د استقلاب دمحصولاتو دلتولوپه منظور معاينه شی Nor ephenephrine C: د استقلاب دمحصولاتو دلتولوپه منظور معاينه شی

چې په دی جمله کې HVA (Vanil mandlic acid) VMA Homo vanilic acid یا چې

Dopamine په شامل دي نوموري اخري استقلاب محسولات باید د Neuroblastoma په موجودیت لور اوسي (چې په ۹۵% مریضانو کې موجود وي) لکن نبایي چې د سلیم

Ganglic nearoma یا Phechromocytoma له کبله یې اندازه لوره شی که دمتیازو دمعاینه کولو خخه دری ورخی مخکی کوم چاکلیت ، کافی، Vanilla یا کیلی خورل شوی دی نو کاذب مثبت Pseudou positive تیجی ورکولانی شی په متبارز کي د MA اندازه کول یونه تیست دی چې دیری رینتنی تیجی ورکوی.

IV: تصنیف بندی (دتمور برخورد اوپتالوزی):

نوموری تومورونه ۲۰٪ دپریتوان په خلف کې او ۴۰٪ په ادرینل میدولاکی منځ ته رائي نوموری تومورونه په ابتدایی مراحلو کې د خپل محافظوی کپسول خخه دباندی انتشار نه کوي او په موضعی ډول توسع کوي همدارنګه کیدای شی داتومورونه په ابتدایی مراحلو کې د وینې له لاري ئیگر او هدوکو ته میتاستاز ورکوی.

په دیرو څوانو ماشومانو کې د پوستکی میتاستازس لیدل کیرېي مجاور عقدات د لمفاوی او عیو له لاري اخته کیدای شی سړو ته میتاستاز معمولاً په موخر ډول منځ ته رائي نوموری تومورونه دوه اساسی هستولوزیکی انواع لري چې عبارت دی له (چې خباتت یې زیات دی) او Ganglic Neuroblastoma (چې خباتت یې کم دی) همدارنګه کیدای شی چې د هستولوزی له نظره Lympho sarcoma او Ewing's tumor سره مغالطه شی.

V: د تداوی پرنسيپيونه

A: جراحی

۱- په بشپړ ډول د جراحی د عملی پواسطه د تومور ویستل د شفالپاره بهترین اميد دی.

۲- اوکه دا امکان ونه لري او هډوکو ته میتاستاز کوم کلینیکي شواهد موجود نه وي نو

استطباب لري Subtotal excision

۳- که دهډکو اويا دعضويت پراخ او منتشر میتاستاز موجود وي نو د بایوپسي لپاره هغه

وخت دجرائي استطباب اينسودل کيربي کوم وخت چي يواحی دهډکو دمخ په معانيه او په
متيازو کي د داستقلاب نيمائي محصولات شتون ونه ليدل شي.

B: شعاعي تداوي

نورو بلاستوما دشعاع په مقابل کي ډير لور حساسيت لري او يواحی ددي تداوي

داستعمال پواسطه شفا لاسته را اول شويده په داسی حال کي چي حيگر ته دتمور د

میتاستاز انتشار هم موجود وي.

۱- کوم وخت چي تومور په پشپر ډول سره وايستل شي نو يواحی دتمور په بستر باندي

تشعشع اجراء کيربي اگر چي د یو کلنی خخه په کم عمر ماشومانو کي ددي استعمال تر

او سه فيصله شوي نه دی حکه چي دنوموري ماشومانو اتزار بيله دی هم ډير بنه دي.

۲- که تومور په ناتام ډول سره وايستل شوي وي نو دتمور دپاتي برخى په بستر باندي

تشعشع اجراء کيربي که حيگر ته میتاستاتيك انتشار موجود وي لakin دعضويت په نورو

ئايو کي میتاستازس موجود نه وي نو په حيگر باندي هم تشعشع اجراء کيربي.

۳- که دهډکو ته يا په عضويت کي په پراخ ډول میتاستازس موجود وي نوشعاعي تراپسي

په عرضي ډول د درد دارامتياء او دلويو کتلود کوچني کيدو په منظور اجراء کيربي.

۴- په ماشومانو کي دشعاعي تداوي داستعمال په عواقب عبارت دي (دهډکو دنشونما

دمراکزو او مجاورو رخوه انساجو دتشعشع له کبله سوء شکل او دهډکو دمخ انحطاط دي.

همدارنگه کیدای شي چى شعاع په خپله سرطان منج ته راوري. په غير تداوي شوي عمومي Neuroblastoma کي دژوند وسطي اندازه خلور مياشتى ده دشاع اويا كيموتراپي داستعمال سره دژوند اندازه ۲-۵ مياشتى پوري ده.

C: كيموتراپي:

۱- ميتاستاتيك نوروبلاستوما د گهري كيموتراپي په مقابل کي بنه عكس العمل وركوي لكه Vencristin او Cytoxin sequential په مرحله وار ډول يا په ډول. تقربيا په ۵۰% مريضانو کي دتومور رجعت ياكوچنى كيدل ليدل كيربي په عمومي ډول سره په زره پوري عكس العملونه په هغه ماشومانو کي ليدل كيربي.

۲- د Metastatic Neuroblastoma په ۳۸ هغه ماشومانو باندي چى دماشومانو د كانسر مطالعه کونکي گروپ له خواتر تداوي لاندى نيول شوي وه او نوروماشومانو ته او Vincristin او Cytoxin په گه ډول سره دوريد له لاري هره يوه هفته پس تطبيق شوي وه په دى ډله کي دتداوي ئواب دتولو عمرونو ماشومانو لپاره ۳۲% وه او دژوند متوسط اندازه ۱۲ مياشتى وه ددوی نتيجي په هغه ۸ ماشومانو کي چى عمر يې ديوکال خخه کم وه بنه وه چى ددي جملى خخه ۵ ماشومان د ۱۲ مياشتولپاره دناروغى خخه خلاص پاتى وه.

۳- د ۴۸ ماشومانو په يوه بله ډله کي چى په Metastatic Neuroblastoma اخته وه د پواسطه تر خيرنى لاندى نيول شوي وه Acute Leukemia cooperative study group

د تشخيص په وخت کي اويا د مقدم ميتاستازس په وخت کي د كيموتراپي په مقابل کي عكس العمل او د عمر ترمنج کوم ارتباط نه وه ليدل شوي په دى ډله کي يواخي خلور ماشومان چى ددوا په مقابل کي يې ئواب ورکولو دژوند متوسط اندازه يې ۱۴ مياشتى

و ه په داسی حال کې په هغه ماشومانو کې چى د تداوي په مقابل کې يې خواب ورکولود ژوند متوسطه اندازه خلور میاشتى و ه دا خبره تراوسه معلومه شوی نه ده چى ايا د وقايوی کيموتراپي په مرسته په موضعی توگه په Resect شوی تومورونو کې د میتا ستازس مخه نیول کیدای شي يانه؟

۴- د VMA په Serial ډول اندازه کول د موثری تداوي د اندازه گيري لپاره او د میتا ستازس د شتوالي او يا نشتولي لپاره يو گتپور لارښود دي.

VI: تييجى او اتزار:

A: د ژوند اندازه: هغه ماشومان چى د تومور داخنی شواهدو خخه (۱۴) میاشتى وروسته هم د كلينيك له نظره تومور ونه لري دا ډول ماشومان په خرگند ډول شفاء شوي دي تقربياء د ټولو ماشومانو خخه يو پر درې د شفا قابلیت لري هغه ماشومان چى عمر يې د دوه کلنی خخه کم وي او په منتشر مرض باندی اخته وي هفوی د جملی خخه تقربياء ۲-۱٪ ماشومانو کې په بنفسه ډول په سليم Ganglic neuroma باندی بدليدai شي.

B: اتاري عوامل

عمر: د یو کلن خخه کم عمر ماشومانو کې د شفا اميد د ۲۰-۲۵٪ تر منئ قرار لري په داسی حال کې چى د هغه ماشومانو د شفا توقع يواحى ۱۵٪ و ه چى د یو کلنی خخه زيات عمر لري.

د مقدم تومور موقعیت

دوفیاتو لوره اندازه دبطن په توموروونو کې ۸۰% ته رسیبری چى دتولو خخه لوره ده د صدر يا غارى توموروونه نسبتا بنه اتزار لري.

د میتاستاز موقعیت:

دھپوکو میتاستازس په زیات عمر ماشومانو کې خراب اتزار لري او ۱-۲% ژوندى پاتى كىرىچى دا كىدai شى چى مرض په بنفسه يى توگە سليم شكل غوره كېيدى كە حىگر پوستكى اويا دھپوکو مخ ته په يوائى دول میتاستاز صورت نىولى وي نوشفا امكان لري ئىكەنچى دادول افات معمولاً په ھېرو كوچنىو ماشومانو کې لىدل كىرىچى كوم چى په زره پورى اتزار لري.

۱ - پىژندنە : Hepatoma

دھير زيات خبيث تومور دى چى لە نىكە مرغە په ماشومانو کې دھير نادر دى دا تومور په دھير نادر دول سره په ماشومانو کې د سيروزس سره يوخاي وي په هغە راپورونو كى چى دقطع كولو ور افاتو اويا د Lobectomy داجرا كولونه وروسته ور كېل شوي وي دژوند اندازه يو پر درې وە خوبىا هم دتولو پىنسولپاره دژوند اميد دھير كم دى ممكى د ۱۰% نە كم اوسي او پە نە تداوي شوو ماشومانو کې دژوند متوسطه اندازه ۵ مىاشتى ده چى دھير لېيې تر ۲ كالوپورى رسىپرى كوم خرگىند ارثى فكتورونه پكى رول نە لري.

II: ڪلينيكي لتهنە:

مهمه علامه د بطنى كتلى موجودىت دى نور اعراض او علايم يې عبارت دى دى لە كم خونى بطنى درد او تبى خخه دى او تبە كىدai شى چى دھيره لوره وي او كىدai شى چى

دانزارو له نظره يوه خرابه علامه وي ئىكەچپىرته دمناسب Resection ٿخه هم ميتاستازس منج ته رائي.



په پورته شكل کي Hepatoma بسودل شويدي

III: تشخيصيه وسائل

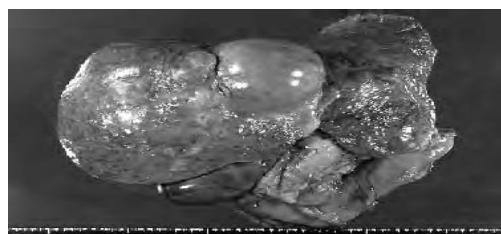
A: دپريتوان د خلف د تومورونو د ردولو لپاره IVP اجرا كىري د ميتاستازس دلتولو لپاره د صدر اوهدوکو X-Ray اخيستل كىري.

B: په متيازو کي د دردولو لپاره چى خيگر ته يې ميتاستاز ورکړي وي.

C: د ئيگر Scan دماوفه بدلون د اندازه کولو لپاره اجرا كىري.

E: د ئيگر Arteriogram د تومور ، Cyst او د سيروزس دافت د معلومولو لپاره اجرا كىري.

F: په دى اوسيني وختو کي د سيروم Feto protein (چى يواحى په جنین کي موجود دى) د ۴۰-۸۰% مريضانو په سيروم کي ليدل شويدي.



په پورته شكل کي هيپاتوما بسودل شويدي

IV: تصنیف بندی

داتومور دوه اساسی هستولوژیک انواع لري چې يو Hepatoblastoma دی چې معمولاً د دوه کلنی خخه کم عمر ماشومانو کې او دواړو جنسو کې په مساوی ډول لیدل کېږي بل يې Hepato carcinoma دی چې معمولاً د دوه کلنی خخه زیات عمر ماشومانو کې لیدل کېږي او په نارینه ماشومانو کې ۱۱ چنده زیات لیدل کېږي دهستولوژي له نظره د يو Hepatoma توپیر د کبد دسلیم Adenoma خخه ستونزمن کار دی د خبیث دوه پر درې پیښو کې په ئانګړۍ ډول يواخی دھیگر يو فص ماوشه کوي د میتاستاز لپاره دټولونه زیات عمومي ئای سربې دی چې دوینی له لاری انتشار کوي ناحیوي لمفاوي عقداتو ته انتشار صورت نیولای شي همدارنګه کیدای شي چې تومور مجاور انساج لکه حجاب جا جزا او پری کار دیوم د بربید لاندی ونیسي.

V: د تداوی پرنسپیونه

A: د بنه والي يواخني لاره د جراحی پواسطه د تومور بشپړ ایستل دی چې دايوه مشکله عملیه ده او بايد يواخی هغه وخت اجراء شي کوم وخت چې افت يواخی يو لوب ماوف کړي وي او د Metastasis کوم نښی موجود نه وي لakin بیا هم يو داسی ماشوم چې په سربو کې يې میتاستازس درلوده د مقدم افت د قطع کولو خخه وروسته د سربو افت هم له منځه لار چې دخلورو کالولپاره ژوندی پاتی شو.

B: شعاعي تداوی

شعاعي تداوي او كيموتراپي خرگنده گته نه لري لاكن داطريقي په هفوپينسو کې استعمال يېري چې درجاهي عملی ورتيا ونه لري.

C: خصوصيكتنى

د حېگر د Lobectomy څخه وروسته يو زيات شمير استقلابي تغيرات منځ ته راتلای شي کوم چې بايد تر تنظيم لاندی ونيول شي داعبارت دي د Hypo prothrombinemia او Hypo albumen څخه Hypoglycemia hypo albumen چې ددي جملی څخه د داخل ورید مایعاتو پواسطه کنترول کيداي شي.

د Labectomy څخه درې ورځي وروسته ويني دقند سويه کوم مشکل نه پيداکوي لاكن د سيروم د الومين سويه بنه والي زياته موده وروسته منځ ته راخي د بيلروبین اود S got سويه هم لوپيداي شي لاكن دالوروالۍ ګذري وي.

VI: نتيجي او ازار:

A: د عملياتو دوفياتو اندازه ۲۰-۳۰% پوري راپور ورکړل شويدي.

B: په Resectable افاتو کې بنائي دژوند اندازه ۳۰% وي.

Teratomas

۱- پيژندنه

تيراتوما په ماشومانو کې نادرافت دی په عمومي ډول سره په Sarcoma Cocygial ناحيه کې زيات منځ ته راخي د وقوعاتو اندازه يې دژوندی زيرپيدنو لپاره ۱/۴۰۰۰۰ ده دا تومورونه په کمه اندازه Retro peritoneal قدامي منصف، غاره، قحف او یا Gonads.

کې منځ ته راخي Caudal Sarcoma Coccygeal teratoma په ناحيە کې په زياته اندازه منځ ته راتلای شي چې په تعقيب يې Myelomening cell، قدامى cyst، Dermoid ابسى گانى، Sarcoma او Angomas عموميت لري.

A: عمر او جنس

څرنګه چې د Gonads او یا قدامى منصف Teratoma د ۳۰-۲۰ کلنی په منځ کې واقع کېږي البته د پاتي ځایونو Teratoma معمولاً د یو کلنی خخه کم عمر ماشومانو کې ليدل کېږي. Sacro Cocygeal او Retro peritoneal تيراتوما که خبيث نه وي نو په بسحومانو کې درې چنده زيات عموميت لري او که خبيث وي نو دواړه جنسه یو شاتته اخته کوي داخل چھفي افات په نرانو کې زيات عموميت لري.

وفيات:

هغه ماشومان چې عمر يې د ۲ مياشتولو خخه کم وي د Sacro coccygeal tertoma د جملی خخه تقریباً ۱۰-۲% يې خبيث وي او د تومور د بشپړ ایستلونه وروسته بسايی چې د لیری ځایو میتا ستاز منځ ته راشي هغه تومورونه چې د ۲ مياشتین خخه وروسته کشف کېږي د خبات فیصلې يې ۴۰-۶۲% ده.

C: پتالوژي او اپیديمولوجي

په تومور کې درشيمې ژوند درې واړه طبقى Germ layer موجود وي بسايی چې په ټول سليم Teratomas کې Glial نسج موجود وي Sacro coccygeal teratoma په مورد کې مولفین په دې عقیده دې چې داد hensen node د حجراتو او درشيمې ژوند په ۳-۲ هفتونه کې د Primitvie streale خخه منشى اخلي.

دنوموري مریضانو په فامیل کې دغیر گونی ماشومانو پیداکیدو ته زیات میلان وجود
لري چې د احقيقت داسوال راوبري چې شاید داتومورونه ديو Twins ماشوم په پیداکیدو
کې ناكافي وي.

د تولونه زیات خبیث تومور دی چې د ۳۰ خبیثه واقعاتو خخه یو پر Adeno carcinoma
درې راپور ورکړل شویدی نور ډولونه یې د Sarcoma Embryonal carcinoma او
غیر تفرق شوي او Hemangic endothelioma Rhabdomyo sarcoma
دی.

II: ګلينيکي لتهنه:

نوموري تومورونه بنايې چې ديو داخل قحفی کتلی، دغارې کتلی، ديوی بطني کتلی یاد
کناتيو سره یوهای یو کتله پواسطه تظاهر وکړي چې دا اخرنی تومور دی دعصعص
هلهوکې سره وصل وي او يولې شمير یې د عجز هلهوکې په قدام کې حوصلی خواهه پراختیاء
موندلی شي او که دبولی لاری اويا د کولمو د بندش اعراض منځ ته راشي نودا په خباثت
دللت کوي د قدامي منصف Teratoma بنايې چې دشنز یا ممکن په مری باندی فشار یا
د سېرو دانسا جو په بیخایه کولو پواسطه اعراض تولید کړي.

تشخيصي وسایل

A: افت ساده عکسونه د Calcification د معلومولو لپاره اخيستل کېږي. کوم چې د
Pathogonomic په نسبت ئيگ او تاوراتاو وي غابښونه دافت لپاره Neuroblastoma
دی.

B: په افت کې د حوصلی په داخل کې د تومور د اتشار د معلومولو Sacro coccygeal

لپاره او د باريوم اماله کمک کوي د Retro peritoneal تومورونو په شتوالي کي د IVP

تفريقي تشخيص د William's IVP د تومور سره د Neuroblastoma پواسطه اجرا كيربي.

C: د پريتوان د خلف د تومورونو په موجوديت کي د Neuroblastoma تفريقي تشخيص

د پاره د متيازو او د هدوکو د مخ Cathechol amine معلومول ضروري دي.

D: د ميتاستاتيك ناروغی د لتهونی لپاره د صدر راديوجرافی او د هدوکو Survey

اجرا كيربي.

IV: تصنيف بندی

د تومور جسامت دهغوي خباثت نه تعينوي لakin بيا هم خبيث تومورونه نسبتاً زياده جامد

او کلك وي او سليم تومورونه په عمومي ډول Cystic بنده لري ميتاستاز دويني او يا

لمفاوي سيستم دلاري صورت نيولاقشي خبيث تومورونه په موضعی ډول هم اتشار کوي

او په بشپړ ډول يې قطع کول مشکل تماميربي.

V: درملنه

A: د جراحۍ پواسطه د تومور ايستل د تداوي يواخني غوره لاره ده کيموتراپي او شعاعي

تراپي کوم بد تاثير نه لري.

B: د داخيله د اخيستو په وخت کي بايد د Specimen خخه د Sacro Coccygial teratoma

Coccy هدوکي هم ورسه پريکرپل شي حکه چي که داقطع نشي نو يو پردرې واقعاتو کي

د تومور د عود لامل کيربي که تومور د حوصلی په داخل کي توسع کړي وي نود يو مشترکي

بطني طريقي استعمالول ضروري ګنل کيربي.

VI: تييجى او اتزار:

دپاره دعملياتو د وفياتو اندازه د ۱۲-۲۳% تر منخ فرق Sacro coccygeal teratoma کوي که درجاحي عمليه دماشوم ترييو گلنپورى په ھنده واچول شي نو دوفياتو اندازه لوريبي يو سليم تومور چى په مكمل ڈول ايستل شوی وي بنه انزار لري او يو خبيث افت چير خراب اتزار لري چكه چى دافت په بشپړ ڈول ليري کول مشكلات لري او كيموتراپي اود X-Ray تراپي هم گټور ثابتيرې.

د اطفالو د خبيشه افاتو عمومي پرابالمونه د کانسر د تداوي تاثيراتې

۱- فزييكي جانبي عوارض

په دی جمله کي لاندی شيان شامل دي Cosmetic ، Hemiparesis روندوالي Seizures تشوشات، غيرمتناظر نشونما، دپوستکي Gengmentation اتروفی او Hypothyroidism hypo او Hypoparathyroidism فلچ، Vascularization ، عقامت او مهمو اعضاو دهه وکود Fibrosis Epiphysis تخریب چى دهه وکود نشونما د کموالی سبب کيرې.

۲- دويимиي کانسر

۳- هيجانى او روحى پرابالمونه.

۴- اقتصادي فشارونه

۵- د مریض مكمل توجه ته ضرورت چى د تشخيص په ورخ ددى مقصد لپاره داکترانو او نورو موظف خلکو يو تييم تشکيلوي.

دمنتشر کانسر تنظيمول او كنترول

Management of Disseminated Cancer

۱- دپرابلم پېژندنه

کوم وخت چى دکارسینوما يو مثبت Cytologic تشخيص سرتە ورسىبىي نو پە طىبب
باندى دافرض دى چى دمرض دموضعي وسعت يوه حيقىقىي اندازه گىري وكرى او
همدارنگە ورسره يوئى دلىرى ئايود ميتاستازس دانتشار پە مورد كى هم خىرنە اجراء
كېرى پە داسى حال كې چى پە موضعىي ۋول ميتاستازس دشقا ورۇي يانە وي؟

پە دې مبحث كې مونبۇ پە اساسىي ۋول دdasى مريضانو خخە ياداوري كوو کوم چى
دمقدم کانسىري افت خخە پە يو ياخوللىرى ئايىو كې پە ميتاستازس باندى اختە وي پە
زياترە مريضانو كې ديوشمىر زيات Metastasis محراقۇنۇ شتولى بىايى چى بىنە خرگىند
وي چى دمريض پە بىلەن چى دمريض پە خرگىند ۋول پە گوتە كوي او دىبلى خواھى يو تجربە لرونكىي طىبب
پە ھەفە مشكلاتو ۋېرىنە پوهىپىي کوم چى دمرض دانتشار پە مورد كې دابتدايىي معلوماتو
دراتۇلۇلۇ پە وخت كې پىدا كېرىي همدارنگە طىبب بايد د مختلفو
كارسینوما گانود ميتاستاتيك طرزالعمل پە بارە كې دناروغى دسيستميک تظاهراتو
لپارە كې برسيرە د تشخيصىيە X-ray او جراحى د بایوپسىي پە بارە كې معلومات پە كافي
اندازه حاصل كېرى كە د Metastasis پە مورد كې کوم شىك موجود وي نوبايىد داكتىر
داحصايى لە نظرە نومۇرى ناجىي تە دمتاستازس پە مورد كې خىلە زياتە پاملىنە وارپوي

کوم چې د شفا په منظور ورڅخه بنه ګته و اخيستل شي د تشخيص وړ ميتاباتيک ناروغيو موجوديت د مختلفو طريقو استعمال ته ضرورت پيداکوي او د دى راپور اساس هم د دى پواسطه تشکيل شويدي.

II: پرته د حينو استثناء تو څخه (چې د دى ټولونه زيات عمومي استثناء Choric carcinoma ده) ديو منتشر کانسر موجوديت دامعني ورکوي چې شفاناممکن ده او د تداوي لپاره کوششونه Polloay داعراضو د کموالۍ په موخه دی دابايد خرگند اوسي چې Pullicitien دژوند داورد والي مفهوم نه ورکوي بلکه د مریض ستونتري کموي چې په پايله کې د مریض ژوند ديو زغم وړ بنه ځاته غوره کوي د عرضي تداوي څخه مخکي د مریض او د هغوي د فامييل په باره کې معلوماتو ته ضرورت پيداکيردي.

II: د منتشر کانسر سريري تظاهرات:

I: د طبعي تگ لار: د یوزيات شمير عمومي کانسری ناروغيو طبعي تگ لار د دى كتاب په نورو فصلونو کې خلاصه شويده مهمه خبره داده چې دا پيژندل شي چې د حيني مخصوص دژوند اندازه د وخت له نظره فرق کوي په داسی حال کې چې د ميتاباتيک ناروغی CA څرگند شواهد موجود وي د اوبرده ژوند لپاره یو کلاسيک مثال یو Post Menopausal مریض دی چې د ډيبي پرمخ تللې کانسر لري (متوسط ۷-۲ کاله دی) او د لنډي مودي دژوندانه لپاره Standard مثال دسرو او د پانکراس د کارسينوما مریضان دی څرنګه چې داډول احصائيوي معلومات فوق العاده زيات اهميت لري.

۲- په موضعی نواحیو کې د میتاستاتیک انتشار ستونځی

خرنگه چې یو ئانګړی میتاستازس په ځینې مهمو ئایو کې د اساسی اعراضو مسول کیدای شي نو پرته له دی چې نور ئایو کې میتاستازس وجود لري د نوموري ئای لپاره تداوی اجراء کوي ډیر اهمیت لري نو په داسی ټولو ئایونو کې Capitulation ضروري ندي لakin مهم مثالونه یې په لاندی ډول دي:

A: دماغي Metastasis

B: پلورا او پریتوان ته میتاستاز او هلتہ دمایعاتو را ټولید.

C: ثانوي افات په داسی ئایو کې چې د وجود څخه دمایعاتو د خارجیدو په مقابل کې بندش منځ ته راولي لکه GI، صفراوي طرق او بولی لاری او نور.

۳- د خبيشه ناروغی سیستمیک تظاهرات

دسوء تغذی تشوشتات چې د کانسر په سیر کې منځ ته راخي د ټولو ناروغیو څخه خرابه لوحه جوروي چې د د کانسر د سیستمیک تظاهراتو په پایله کې منځ ته راخي. یاد کانسر په مقابل کې د کوربه د عمومي عکس العمل له کبله تظاهر کوي هغه بنه پایه چې د کوربه په نوموري عکس العمل باندی متصف دي په لاندی ډول دي.

A: بى اشتھائي

B: د شخص د تغذی لپاره د Hypermetabolism منځ ته را تلل.

C: د عضويت دانساجو ضایع کيدل.

دانساجو دا ډول ضایع کيدل په متبارز ډول په عضلاتو او شحم باندی تاثير اچوي او امکان لري چې ټولی اعضاو په استثناء د ټیگر او د ماغ څخه خپل تاثير لاندی راولي.

C: كيموتراپي

په عمومي ډول د تداوي ډاډول د هغه مريضانو لپاره په کار ورل کيربي چي په منتشرى

ناروغى اخته او سيستميك تظاهرات ولري

۲- عمومي اقدامات

A: د درد ارامول: که امکان ولري دوصفي تداوي پواسطه بايد درد ارامشی حتی کيداي شي چي د نزکوتينک دواګانو په شدي دوحالتو کې کار واخیستل شي لakin ډاکټر بايد د مرضي پروسی د مزم من سير غوره کيدو په مورد کې پوره معلومات دخانه سره ولري د نارکوتينکو د جانبي عوارضو په باره کې (عضلی په معدى معايي) بايد معلومات ولري. عمومي اوصول د اسي نظر ورکوي چي په لمري مرحله کې د Analgesis دواګانى استعمال شي يا د Petentiating دوا سره يوهای او په تعقیب یې کمه اندازه قوي Narcotic ورکړل شي او په اخره کې د تهولونه قوي استعماليدا شئي.

Aspirin Darvon - ۱

Codeine - ۲

Opium demerol - ۳

B: تغذيه

دانسانانو سرطاني ناروغيو سوء تغذي دعضويت په تضاعي او د وجود دشحمي ذخاير و په تضاعي باندي متصرف دی او دا په اساسي ډول د غذايي مواد د کم اخیستلو او د دعضويت ته د انرژي د ضرورت د زياتيدو له کبله وي د سرطان ناروغى په مريضانو کې د کالوري د فقدان د منځه ورل لو لپاره کوششونه یواحی هغه وخت د کاميابي سره مخامنځ کيربي کوم

وخت چى دناروغى ترميم او بىه والى منح ته راغلى وي په اجبارى ڏول په زياته اندازه مريضانو ته دخولي له لاري غذا ورکول په داسى مريضانو کي د انرژي په زيات مصرف باندی منتج شواوكلوري په فقدان کي کوم بىه والى منح ته راغلى نه وي دسوء تغذى دقيقى رجعت لپاره دتومور Regression توليدول ضروري گنل کيربي.

C: انسان

په زياتره مريضانو کي انسان ته زياته زمينه مساعدوي او کوم وخت چى Cytotoxic دواگانى استعمال شي نودانور هم زياتيربي.

D: کم خونى

دخيشه ناروغيو کم خونى معمولاً يوزيات شمير اسباب لري سوء تغذىي دسرو حجراتو دعمر کموالى او حينى وخت د Erythroblastic فعالیت تنقيص ٿول فكتورونه دکم خونى په منح راوستلو کي رول لري.

كه دفوليك اسيد فقدان په واضح ڏول سره داساسي فكتور په حيث رول ونه لري نودکم خونى تداوي معمولاً د مرض دترميم کيدو پوري اره لري حينى وخت ترانسفيوژن ته استطباب ورکول کيربي لakin دايوائي هげ وخت صورت نيولى شي چى کم خونى د اعراضو په توليد کيو يو متبارز رول ولري. او همدارنگه دايوائي دتومور دنشونما په سرعت پوري مربوط کولاي هم نشو يوزيات شمير داسى مريضان شته چى په خرگند ڏول په منتشر تومور باندی اخته وي او دپورته ذكر شوي اعراضو خخه يو هم نه لري او دبلی خوا حينى وخت زياتره مريضان دپر مختگ په او بد و کي دنشونما کوونکي تومور په مقابل کي دکوربه عمومي عکس العمل بسکاره کوي.

برعلاوه دپورته ذکر شوي عمومي عکس العملونو چى په خبيشه ناروغى كې ليدل كىري
 داسى معلوم شويده چى يولر مخصوص سندرومونه چى دستروئيد هورمون Trophic
 هورمون يا پولي پيپتاييد توليديدو پوري ارتباط ولري منح ته راتللى شي پداسى حال كې
 چى دسرپا او پښتوريگو کارسينوما په عمومي دول سره داندوکرين د وظايفو دتشوشاتو
 اعراضو سره يوچاي ليدل شويدي او دا دول حادثه تقريبا په هر دول نيوپلازيا سره منح ته
 راتلای شي په عمومي صورت سره ويلاي شو چى دهورمونو دزيات والى سندرومونه
 يواخي دميتاستاتيك ناروغى د موجوديت سره ملگرتياء کوي نوري ډيرى بنسى توضيح
 شوي پدیدي په Metastatic ناروغى كې ليدل كىري لاكن ددى لامل واضح كول مشكل کار
 دى چى په دى ساحه کي د CNS او دemyelina دئينى Hemotological او
 ناروغى شامل دي کيداي شي چى معافيتي ميخانيكتونه په کي Connective tissue
 رول ولري لاكن په موجوده وخت كې ددى لپاره کوم شواهد وجود نه لري او په حققت کي
 دئينى تومورونو سره معافيتي عدم کفایه ليدل کيداي شي.

IV: دمريض تنظيم او تداوي

۱- وصفي تداوي په هغه مریضانو کې چى مشخصه منتشره ناروغى لري.
 A: جراحى

په ميتاستاتيك خبيشه ناروغى کى دجراحي رول اوس هم ډير اهميت لري كله چى بارز
 اعراض د تومور د بندش له كبله منح ته راغلى وي نو دانسداد دمنخه ورلو په خاطر جراحى
 ته استطباب ورکول کىري دجراحي دويم استطباب ديو خانگرې تومور ايستل دى حتى كه

داتومور بى عرضه ھم وي او داعملیه په دى اميد اجراء كېرىچى چى دايواخنى میتاستاتيک
ناحىيە ٥٥.

B: شعاعي تداوي

دموضعىي میتاستاتيک نواхи چى داعراضو سبب كېرىئپه داسى نواحىو كې لكە
ھەۋوڭو، پلورا و دپريتوان عموماً دشعايى تراپى دھىنلى دولۇنۇ په واسطەپه اغىزناكە
دۈل سرە درملەنە كىدای شى.

دكانسر پەپاملىنە كې دنرس رول:

1- كتنە يا نظر اندازى: پە دې فصل كې دنرس دخدمت چخە ياد اورى شويىدە چى
ديوكانسر لرونگى شخص تەخنگە پاملىنە كېرىئى ئىكەنلى چى نرس پە فزييکىي دول دكانسر
مرىض دناروغى پە او بدۇ كې دپام لرنى لپارە دې زيات فعالىت كوي او نومۇرى پە زياتە
اندازە دكانسر دمخنیوي لپارە كوشش كوي داكتىر، نرس او مرىض پە اجتماعي شكل كې
او دمىز دتداوى پە مورد كې يودبل سرە زياتى همكارى تە ضرورت لرى ئىكەنلى چى نومۇرى
دېرسىسىي پرىيکرى كوي او نرس يو تىرىجىي رول لرى نرس دمىزىانو سرە او دەھفوى
دكورنيو سرە دمىز دتداوى او د روھى فشارونو دلىرى كولو پە مورد كې چى دكانسر
چخە پيدا كېرىچى مجادله كوي نرس مرىض تە داكتىر دەھفوى دېلىلىق دېلىلىق دېلىلىق
تشخيص او دتداوى داقداما تو دتحمل كولو لپارە او دەھفوى دتداوى چخە داعظمىي گتى
داخىستلۇ لپارە او د ژوند اطمینان لپارە دېر مەم رول لوپۇي.

II: دمراض په مختلفو مراحلو کې دنرسنگ دندی:

A: صحت مند شخص

۱- دکانسر د مخنيوي لپاره بسکاره اقدامات تدریس کړي شي.

۲- دکانسر د مقدم يا ابتدائي تشخيص لپاره اقدامات تدریس کړي شي (د شديو په خپله معاینه کول)

۳- هغه شخص چې د کانسر د خطر سره مخامنځ دي.

۱- د مریض سره د طبی توجه د حاصلولو لپاره کمک و کړل شي.

۲- د مریض د تداوی په تحمل کولو کې کمک و کړل شي.

A: د ضرورت له نظره فزیکي توجه ورکړل شي.

B: په خپل پام لرونکو خلکو باندی عقیده و ساتل شي

۳- د تداوی نه وروسته د مریض سره په لاندنې شیانو کې کمک و کړل شي.

A: د تبدیل شوي وظيفي سره تطابق کول

B: د تولید کوونکي ژوند د بيرته راتګ لپاره Rehabilitation

C: دمراض چېک او خراب پرمختګ زغمل

E: د مناسب اجتماعي سازمانو سره اړیکی کلکول.

۴- په تعقیبیه معایناتو باندی تینګار کول.

III: دنرسنگ Care عمومي اړخونه د هغه مریضانو لپاره چې کانسر لري:

A: دنرسنگ د پاملنۍ موخي

۱- د مریض او د هغه د فامیل د پاره فزیکي او روحي ارامتیاء برابرول.

- ۲- مريض دهجه اختلاطاتو خخه ساتل كوم چى دتداوي، دمريض كم زوري په محيط كې دخطراتو اودحر کاتو دكموالى په نتيجه كې منځ ته راخي.
- ۳- دمريض سره د Anxiety په كمولو كې مرسته کول.
- ۴- دضرورت په وخت كې دمريض سره دهفوی دژوند دمشکل په مورد كې مرسته کول.
- ۵- هغه مريضان چى دخپل مرض په اخرنى صفحو كې وي (جانکنندن) په وقار او درناوي دمپ کيدو احساس پيداکول.
- ۶- دمريض په حق كې د طبى امرونونو سرته رسول.
B: دنوموري هدفونو دلاسته را اولو لپاره ميتدونه:
- ۱- دماهرانو فزيكىي پاملنې برابرول.
- ۲- دمريض او كورنى پوهيدنه
A: دصحت عمومي پاملنې
- B: ديو مفصل رول په عوض فعال رول غوره کول
- ۳- دمريض سره دباور پيداکول (په كوم ئايىو كې چى دمريض او نرس ترمنځ تماس دوامدار وي)
- A: ديو ائى توب او بىچارگىي احساس كميداي شي.
- B: دستوتزمى درملنى قبلول منځ ته راتلای شي.
- C: مريض خپل منفي احساسات خرگنده وي.
- D: دتداوي په او بدو كې
- E: دتداوي په او بدو كې پاملنې چى دكانسر په تولو ۋولو پورى ارىكى لرى.

۱- جراحى:

A: په وظايفو کي بدلون له امله پيداشوی خفگان سره مجادله کول.

B: دمريض د درد په ارامولو کي کوششونه او دانلجزيك استعمالول.

C: داختلاتاتو خخه دى وساتل شي.

۲- شعاعي تراپي:

A: پوستکي ته پاملننه.

B: دمريض سره دغذاه تنظيمول، دفعاليتونو او بدلونونو كنترول، بى اشتھايي او V/N يما

اسھال په مورد کي خاصه پاملننه کول.

۳- کيموتراپي

A: داتناناتو خخه دى وساتل شي.

B: دسمى جانبي عوارضو خخه پوهاوى ورکړل شي.

C: دتغذى دنبه حالت دمنځ ته راتلو لپاره زده کړه.

IV: دنسنګ پاملننى، اهتمامات چې د کانسر دئينى ډولونو لپاره وصفي اويا مخصوص

وي:

عمومي اهتمامات لکه د جراحى خخه مخکى، دهغوي په اوړدو کې او وروسته د جراحى

خخه مريض پاملننه، په مزمن ډول ناروغ شخص پاملننه او د مرګ ئاله مريض پاملننه

د کانسر د پاملننو برخى تشکيلوي ليکن په داسي ئاي کې تربخت لاندی نه نيوں کېږي.

A: دندى کانسر

۱- په لمړي يا مقدم ډول لتهنه: دندیو خپله معاينه ورته دی زده کړي شي.

۲- دمريض ويره، قهر ته غور نيول كوم چى دطبيب په مقابل كې يې ظاهرولي نشي.

۳- د Mastectomy داجراء كولونه وروسته پاملننه.

A: په لاس او عمليات شوي خوا كې دپيچکاري كولو خخه دى چده وشى.

B: داوردى مودى دحرکاتولپاره دفزيكى تمريناتواجراء كول.

۴- دنقاھت صحفي او Rehabilitation

A: په بازار كې د موجوده ثديي Prosthesis مختلف ڈولونه مريض ته وبنودل شي او هغوى

ته دى داتوضيح شي چى د كوم ئاي خخه باید واخىستل شي او دهغوى پاملننه په خه ڈول
وشى.

B: دكورني فعاليتونو سره دتمرين په اجراء كولو كې دمريض سره كمك كول.

C: هغه مريضانو ته چى ھەوکو ته يې ميتاستازس صورت نيولاي وي دوجود دميغانىكى
حرکاتو تمرين ورته زده كېشى.

B: دسپرو ڪانسر

۱- وقايه، مريض د سگرت خكولو خخه چده و كې او په دې مورد كې دى ورسره كمك

وشى.

۲- دتداوي په اوپدو كې پاملننه.

A: د Thorocotomy نه وروسته د درد ارامتىاء او دسپرو پانسمان په منظم ڈول اجراء كول.

B: دشعاعي تداوي په اوپدو كې دمرى يا شزن دتخريش خخه مخنيوى.

۳- دنقاھت او Rehabilitation

A: د Thoracotomy خخه وروسته داوردى تمرينات زده كول.

B: دضرورت له نظره دکار او استراحت داندازی په مورد کې کمک کول.

C: دهضمی لارو کانسر، دکولون او رکتم کانسر:

۱- د پیښو کتنی: هغه مریضان چی دوامداره خاسف، ضعیف، دتفوط دعادتونوبدلون،

اویا په غایطه موادو کې وینه ولري د طبی مرستی لپاره تشویق شي. Tenesmus

A: مریضان دی د Sigmoidoscopy دغوبستنی لپاره تشویق شي.

B: دمعایناتو لپاره دی مریضان پوه اواماډه کړي شي.

۲- د تشخیص څخه وروسته پاملننه.

A: که Colostomy ډیر ضروري وي نو هغه هدایات چی د طبیب له خوا ورکول کېږي باید

تینګار پری وشي او ددی حالت لپاره دی مریضان تشویق شي.

B: ددی لپاره چی دمريض وصفی سوالونو ته ئواب وویل شي بایدد ډیوداسی شخص سره

معرفی شي کوم چی خپل ژوند یې د Colostomy سره تطابق ورکړي وي.

C: که مریض دجرافي تداوي لپاره موافقه ونه کړي نو هغه دیومتناوب تداوي د پلان

دقبلولو لپاره به رهنمايی شي او باید داسی محسوس کړي چی هغوي هيڅکله یوائي پری

نړي او د هغوي شريک ژوند (ښه او ميره) هم په دی پلان کې شامل کړي شي.

۳- د عملیاتو څخه وروسته اهتمامات:

A: دکولمو اهتمامات چی څرنګه ورته امر شویدی باید سرته ورسول شي.

B: هغه سامان اویا طریقی چی دجرافي نه وروسته استعمالیږي باید توضیح شي.

۴- د عملیاتو څخه وروسته اهتمامات:

A: دعاني د Flops دلاندى خخه Suction د معدى Decomression ، دسوند داخلول

اود عملياتي زخم پاملننه دى سرته ورسول شي.

٢- كورته بيرته تگ

A: دعامي روغتياء دنرسنگ خخه دى وغوستل شي چى دمريض د كورنى حالاتو سره

دتطابق كولو اندازه گيري وشي او مريض ته دى اطميانان وركرل شي او په دى مورد كې

ورته تدريس وشي چى دپرابلم دتوليد په صورت كې معالج ډاکتر ته راپور وركري.

B: مريض ته دناحيوى Colostomy ڪلپ يا Iliostomy ڪلپ په باره كې معلومات وركرل

شي.

C: دداسى ڇول پرابلمونو سره لكه اسهال، قبضيت، دپوستكى تخرشيت، د Stoma يا

خولي تنگيidel، دعاني په ترميم كيدو كې خندوالى، ياد مريض د حوصلى كميدل،

په تشومتيازو كې مشكلات او بى صبرى سره په بنه ڇول مجادله وشي Depression.

D: ودي ڪتل شي چى ايا مريض په دى پوهيرى چى په کوم ئايى كې بايد خپل تعويضي

مواد ذخيره كري اويانه؟

٧- دمريض په تعقيبيه پلان باندي دى ديوئل نظر واچول شي اوداهم وگوري چى مريض د

پاملننى لاندى دى او كه نه؟

D: دبنحو د تناسلی طرق خبيشه افات:

١- وقايه: مريض ته د خپلي حفظ الصحى په باره كې تدرiss وشي.

٢- مقدم تشخيص: Pap تلوين هر كال يو كال وروسته.

٣- دتداوي په او بدو كى پاملننه لكه دنورو كانسر و په شان.

۴- په پيشرفته مرضي حالت کې: حبن، د پنسوا ذيما، بى اشتھا يي، بى خوبې، Malasia،

قبضيت، درد، او ترفا ته دی توجه وشي Depression.

۵- Rehabilitation دی اجراسي يعني مريض د خپل ئان او صحت په مورد کې بى توجه

وکړي.

A: که ضرورت پيښ شي د Colostomy او فلجي مثانى تنظيم دی مريض ته ورزده کړل

شي.

B: اطراف دی دزخم خخه و ساتل شي.

دبولي تناسلى کانسر:

۱- مقدم پلتنه: د بى درده هيمتوريا او دادرار د بندش په صورت کې د داکتر خخه مشوره

واخيستل شي.

۲- د تداوي په اوږدو کې پاملننه.

A: د فلجي مثانى تنظيم يا Frequency او Dysuria ته توجه.

F: د پوستکي کانسر

۱- وقايه: پوستکي د دوامدار تحریش خخه و ساتل شي همدارنګه د اولتراوايلیت يا

Ionizing وړانګو او د کيمياوي مواد د تحرشیت خخه دی و ساتل شي.

۲- مقدم پلتنه: د پوستکي په زخمونو کې بدلون او همدارنګه زخمونو ته دی پاملننه وشي.

G: د غارې او سرکانسونه:

۱- وقايه: دخولي پاك ساتل د سگرت او تمباكود خکلو خخه اجتناب.

۲- مقدم پلتنه: دخولي افاتو او د اواز خشن والى ته دی پام وشي.

۳- دتداوي په اوردو کې.

A: مخکي له تداوي خخه پاملننه.

۱- په سختو سگرت کښانو کې دسرو د دندو دنبه والی لپاره دپروگرام سنجول.

۲- دعملياتو خخه وروسته دخبری کولو لپاره یوه وسیله جوړه کړي شي.

۳- مریض ته ده ګه هنرونه ورزدہ کړل شي کوم چې دعملياتو خخه وروسته په کار وړل کېږي.

۴- د Speech therapy په منظور دیو ټیم سره اړیکې وسائل شي کله چې اجراء کېږي Laryngectomy.

B: دعملياتو خخه وروسته پاملننه:

۱- ودي ليدل شي چې دمریض سره د Communication لپاره پنسل او کاغذ په لاس شته او که نه؟ او د لیکونکې په لاس کې وریدي زرق وجود لري اویا نه؟

۲- د Speech therapy د مقدم Laryngectomy سره دخه وروسته د Speech therapy دشروع کولو لپاره پلان جوړ کړي شي یا برقي حنجره دی تهیه شي که دمری خخه دخبری کولو امكان ونه لري.

۳- ودي ليدل شي چې مریض رنګ لري اویانه؟ دليکلو په منظور مواد داستعمال لپاره اماده دی او که نه؟

E: دشعاعي تراپي په اوردو کې دخولی پاملننه، د Xylocain استعمال او داوبوزيات غروپونه اخيستل دی اجراء شي.

۴- نقاہت او Rehabilitation (احیای مجدد).

A: مریض ته دی په خپله د Suction کولو، دتیوب خخه دتغذی کولو او دخولی خصوصی

پاملننه زده کرې.

B: د خخه وروسته دناروغ دیو داسی شخص سره معرفی شي کوم چى Laryngectomy

دمری خخه خبری کوي او د Speech Therapy په باره کې يو پلان وسنجلو شى.

H: لوكيميا گانى

۱- که مریض يو ماشوم وي نو داتستاناتو خخه دساتنى په غرض دی ورسره کومک وشي او

توجه دی ورته وشي.

۲- دمریض او د هغوي دفامیل ترمنج دقهر او غصى دخیالاتو د خرگندولو لپاره د معقول

حدود و تاکل شي.

۳- ودى ليدل شي چى Alopecia لرونکى مریضان اضافي وينستان يا خولي لري يا نه لري.

۴- د ماشومانو لپاره Preschool:

A: هغه طریقی چى د تداوي لپاره استعمالیېرې باید تشریح شي.

B: د ماشوم د میندو سره دی د ماشوم دخوراک د زیاتولو په منظور د طریقو د تشكیل په مورد

کې مفاهمه و کړي شي.

۵- دورکتون په سن ماشوم

A: وړکتون ته تګ او د نورو معقول فعالیتونو په برخه کې اخیستل دی تشویق شي.

B: د ماشوم په فاميلي کارونو کې دفعالي برخى اخیستو لپاره تشویق شي.

Adolescent - ۲

- A: د احساساتو او ويرى د اظهارولو لپاره دی اجازه ورکړل شي.
- B: د ماشوم سره د طبی رژیم په اخیستو کې کمک وشي او ضروري فزیکي فعالیتونه د ضرورت په اندازه کم کړي شي.

7- خوانکا هل

A: د معقولو مقاصدو د لاسته راولو باندی دی تینګار وشي.

B: د محدود والي په مورد کې بايد مشوره وشي.

8- زاره خلک چې لوکيميا لري:

A: دورخني عادي فعالیتيو د اجراء لپاره دی کومک وشي.

B: د انتاناتو خخه د ساتنې په غرض دی ورته تعليم وشي.

C: غير معقولي ويرى د ليري کړاي شي.

Conclusion : V

خرنگه چې زمونږ په خلکو کې د کانسر مریضان زیات دی او خرنگه چې د دی جملی خخه زیات شمیر خلک د دیری مودی لپاره ژوند کوي نونرسان او معالجین کولای شي چې د خپلو مریضانو سره دامکان تر حده پوري دارامتیاء او مکمل ژوند کولو په هکله کوشش وکړي.

A: د مرض د اختلاطاتو خخه دی مخنيوي وشي.

B: د فزیکي او اجتماعي احیا مجدد لپاره مهمو منابعو خخه استفاده وشي.

C: د کانسر د پاملنۍ په غرض دی مثبت طرز العمل غوره کړي شي.

D: ئىينى دكالسرونون پە مخنيوي كې د مريض رول او ڈول بدلۇنونە پە مقدم ڈول ولتىول
شي او ورتە زدە وکرل شي.

E: د تشخيص خخە وروستە د مريض سره دنامىدى او بىچارە گى د احساساتو د ختمولو
لپارە كوبىنىش وشى.

Abstract

As we knew Afghanistan is one of the poorest counties in the world, and still suffers from war and post war conflict. Our young students, especially medical students can't afford buying medical books and also their level of understanding from English is very low. There for, I decided to write some medical books in Pashto which is in lined with the curriculum of medical college.

I have incorporated all the international changes and progresses happened so far, so that every medical person and student will be benefited.

I believe my following books would be better resources for teaching and research for coming several decades.

1. Gastro Intestinal Disease
2. Liver and Biliary System and Pancreas Diseases
3. Hematologic Diseases
4. Renal Diseases
5. Principle of Cancer Diseases

همدارنگه محترم استاد پوهاند ظفرزی دعالی تحصیلاتو دوزارت دمكتوب ۲۵۶/۷۵۳
۱۳۸۴/۲/۱۴ هش دنتگرها پوهنتون د سرپرست ريس په حیث وتاکل شو.

د محترم پوهاند ظفرزی اوسنی دندی او فعالیتونه په لاندی دول دی:

۱- دنتگرها د طب پوهنځی د داخلی خانګي دامر په حیث ۱۳۸۹-۱۳۵۸ هش

۲- دنتگرها د طب پوهنځی د علمي شوري غړي.

۳- دنتگرها پوهنتون د علمي ترفيعاتو د کميتي غړي.

۴- دنتگرها پوهنتون د علمي عالي شوري غړي.

۵- دنتگرها پوهنتون د سپليين او انضباط کميتي ريس

۶- دنتگرها د طب پوهنځی مشورتی بوره غړي.

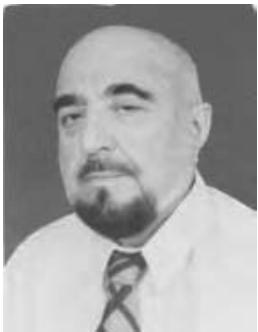
په پاي کي يادونه کېږي چې محترم پوهاند صيب یوشمير زيات علمي کتابونه، مقالې، رسالې، رسارچ او خيرنۍ چې په بهرنیو او خپل هیواد کې نشر شوي دي او د دنتگرها پوهنتون په ځانګړي توګه د طب پوهنځی ډيره پراخه ګټوره علمي زيرمه یې برابره کړيده.

په درنښت

مأخذونه

١. Andreoli and Charles C.J Car Penter, Robertc. Griggs, ivorj. Benjamin, Cecil Essentials of Medicine, Saunders company, ٢٠٠٧ England.
٢. Christopher – Haslett, EDvin.R. Chilvers DAVIDSON'S Principles and Practice of Medicine, Chruchill Living Stone, ٢٠٠٢ England
٣. Clinical Oncology For Medical Students and Physicians A Multi disciplinary approach the university of Rochester School of medicine and Dentestry, New York Third Edition ١٩٧١.
٤. Edward C. Klatt, Robbins and Cortan Atlas of Pathology, Saunders Company ٢٠٠٦, England.
٥. Fauci Anthonys. Braunwald Engene, Longo- Houser- Harrison's Principle of Internal Medicine ١٧th Edition, Mc Graw Hill Company, ٢٠٠٨ New York.
٦. KUMAR and CLARK Clinical Medicine, ٩th Edition, Saunder company, ٢٠٠٩ England.
٧. Stephen J. MC Phee – Maxine A. Papadakis, Current Medical Diagnosis and Treatment MC Graw-Hill Company ٢٠١٠ USA.

دمولف لنده پیژندنه:



نوم: محمد ظاهر ظفرزی

دپلار نوم: محمد ظفر

علمی رتبه: پوهاند

اوسمی رتبه: مافوق رتبه

علمی کدر کی دشمولیت نیته: ۱۳۴۵/۱۱/۱

محترم استاد دنتگرهاو ولايت دچپرهاو ولسوالی د سري قلعه په کلى کي زينيدلى او لمرنى بنوونخى دهمدى ولسوالى په ليسه کي پاتى ته رسولى او منخنى بنوونخى يې دکابل د ابن سيناء په متوسطه کي په کاميابى سره په اعلى درجه بشپړ او فارغ شوي دى شهادت نامه يې دکابل دعالى دارالعلمین خخه لاس ته راپړى. اوله هغى وروسته دکابل دطب پوهنخى کي شامل او په ۱۳۴۵ کال کي فارغ التحصيل او دکانکور دازمويني دبریاليتوب وروسته په ۱۳۴۵/۱۱/۱ کي دنتگرهاو پوهنتون دطب دپوهنخى دداخلى په خانګه کي داستاد په حيث قبول او خپله دندى ته يې دواو ورکړ. عالي تحصيلات دamerikada اندېياناپولس، اندېيانا مېډيکل سنتر کي د داخله ناروغيو په خانګه کي سرته رسولى او ددرې کالولپاره د Fellow Reiden او علمی کدر کي بشپړ او د برياليتوب خخه وروسته بیا په ۱۳۵۷ کال کي خپل گران هيواد ته راستون شوه.

محترم استاد په ۱۳۶۰-۱۳۶۴ کال پوري دلمپري خل لپاره دطب دپوهنخى د رياست مقام ته وتاکل شو ، په ۱۳۷۲/۸/۱۹ هـ ش ۴۴۱ گنه فرمان له مخى ددوهم خل لپاره دطب پوهنخى د ريس پوهنخى رئيس مقرر شو او د دريم خل لپاره د جهادي حکومت د راتگ په وخت کي هم دطب پوهنخى ريس په حيث په خپله دنده پاتى شو.

محترم پوهاند صاحب په ۱۳۸۰/۱۰/۲۰ نیته ۱۲۷۷ گنه حکم په اساس دنتگرهاو پوهنتون د طب پوهنخى دداخلى او بيوشمي خانګي دامر په حيث مقرر شوي دى.

Book Name Principle of Cancer Diseases
Author Prof. Dr. M. Zahir Zafarzai
Publisher Nangarhar Medical Faculty
Website www.nu.edu.af
Number 1000
Published 2011
Download www.ecampus-afghanistan.org

This Publication was financed by German Aid for Afghan Children (www.Kinderhilfe-Afghanistan.de) a private initiative of the Eroes family in Germany. The administrative and technical affaires of this publication have been supported by Afghanic (www.afghanic.org). The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your text books please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul
Office: 0756014640
Mobile: 0706320844
Email: wardak@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 978 993 640 0504

Printed in Afghanistan. 2011