saratan.news

از سین سرطان تا سین سلامتی

مدیرمسئول: دکتر پوریا عادلی
سردبیر: دکتر پوریا عادلی
دبیر سرویس خبری: محمدرضا شاهمرادی
دبیر علمی: دکتر امیرعلی حریری
طراحی و صفحه آرایی: افروز کاظمی **چاپ:** رنگارنگ
روابط عمومی و جذب آگهی: رحمت‌الله صنعت پور
تلفن: ۰۳۱۳۱۱۱۱۵ ۰۹۳۶۰۶۸۱۸۴۶

ماهنامه تخصصی حوزه سرطان • شماره پنجاه و نهم • اردیبهشت ماه ۱۴۰۲ • تیراژ: ۲۰۰۰ نسخه

https://azsintasin.ir @azsintasin @azsintasin



زنگ خطر پیشی گرفتن استهلاک از سرمایه گذاری در بخش درمان

هوش مصنوعی عود سرطان آندومتر را پیش بینی می کند ۲

USPSTF توصیه های به روز شده در مورد غربالگری سرطان پوست را منتشر کرد ۳

آزمایش جدید ژنتیکی برای مردان مبتلا به سرطان پروستات متاستاتیک ۷

زنگ خطر پیشی گرفتن استهلاک از سرمایه گذاری در بخش درمان



دکتر پوریا عادلی

دکتر پوریا عادلی استراتژیست حوزه سلامت و دبیر هیات مدیره سازمان نظام پزشکی اصفهان گفت: اتفاقی که در چند سال اخیر در کشور مارخ داده است این بوده که به علت عدم افزایش متناسب تعرفه ها در طی سالیان متمادی با افزایش تورم و نقدینگی کشور و افزایش قیمت تمام شده خدمات، و کاهش یا عدم سوددهی ناشی از آن در سرمایه گزاری های بخش درمان، سرمایه گذاری در بخش بهداشت و درمان انجام نشده است و این موضوع باعث شده که استهلاک از سرمایه گذاری در بخش درمان پیشی گرفته است.



او افزود: این افزایش استهلاک نسبت به سرمایه گذاری در بخش درمان به زودی خودش را با یک بخش بهداشت و درمان فرسوده نشان خواهد داد و اصراری که برخی مراجع سیاست گذاری در حوزه تعیین تعرفه های پزشکی بر عدم افزایش متناسب تعرفه های درمانی با سایر بخش ها دارند در اقتصادی که ما شاهد این هستیم که تمامی هزینه ها با دلار افزایش پیدا می کند و به شدت اقتصاد ما دلاریزه شده و تمامی هزینه ها خود را به سرعت با نرخ دلار مطابق می کنند، پایین نگه داشتن تعرفه های درمانی منجر به این خواهد شد که به زودی این ناوگان در حال استهلاک سیستم خدمات بهداشتی و درمانی قادر به ترمیم خود نبوده و ما دچار کلاپس در سیستم بهداشت و درمان خواهیم شد.

این استراتژیست حوزه سلامت ادامه داد: این موضوع بسیار مهم است که ما به بحث اقتصاد درمان یک دید علمی داشته باشیم و با پرهیز از تصمیم گیری های مقطعی، سیاسی و غیرکارشناسانه به اقتصاد این بخش صدمات جبران ناپذیری وارد نکنیم.

او افزود: به هر حال ما کشوری هستیم که شاهد آنیم که در ۱۰ سال گذشته سهم خدمات در یک اقتصاد کشور افزایش پیدا کرده است و ما شاهد این بودیم که خدماتی که تا ۱۰ سال قبل ۴۰ درصد اقتصاد کشور را داشته است امروز ۵۴ درصد سهم اقتصاد کشور را دارد و همین بخش های خدماتی از جمله درمان نقش بسیار زیادی در اشتغالزایی کشور داشته اند و زمین گیر شدن بخش بهداشت و درمان نه تنها باعث این خواهد شد که ما در بحث بهداشت و درمان با مشکلات عدیده ای مواجه شویم و سلامتی مردم به خطر بیفتد و مشکلات ملی و امنیتی از این منظر داشته باشیم بلکه علاوه بر مشکلات حوزه بهداشت و درمان ما با مشکلات بسیار زیادی در حوزه از دست رفتن بسیاری از موقعیت های شغلی مواجه خواهیم شد که اینها خود می توانند همراه با مشکلات امنیتی مضاعفی برای کشور باشند که باید پیش از اینکه به این مرحله از مشکلات برسیم برای آنها چاره اندیشی کنیم.

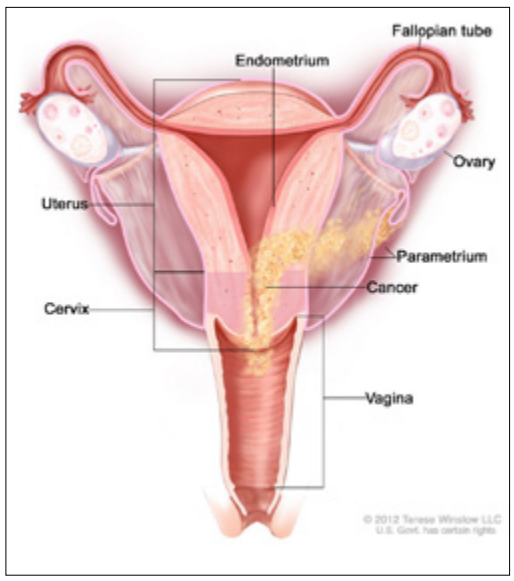
عادلی ادامه داد: در حوزه بهداشت درمان سهم متناسبی از تولید ناخالص ملی (GDP) برایش اختصاص داده نشده است و این عدم اختصاص بودجه متناسب برای بخش بهداشت و درمان و عدم حمایت سازمان های بیمه گر اینکه ما در نظر بگیریم که در سبد خانوار هم بخش بهداشت و درمان سهم بسیار کمی را به خود اختصاص داده است هم از نظر فرهنگی و هم اینکه با توجه به اینکه هزینه مسکن، خوراک و پوشاک افزایش پیدا کرده است خانوار ها به سمت کاهش هزینه های بهداشت و درمان رفته اند و ما می بینیم که ۴.۵ درصد از هزینه های خانوار به بهداشت و درمان اختصاص پیدا کرده است در حالی که ۲،۱ درصد صرف هزینه های ارتباطی همچون موبایل و اینترنت میشود و خانواده ها شاید کمی بیش از ۲ برابر از هزینه هایی که خرج مسائل ارتباطی می کنند به عنوان هزینه های درمانی در نظر میگیرند و این علاوه بر اینکه یک مشکل سیاست گذاری و برنامه ریزی است یک مشکل فرهنگی هم هست و ما اگر بخواهیم مشکلات بهداشت و درمان حل شود و سیستم بهداشت درمان بتواند با همین کیفیتی که الان دارد ادامه دهد نیاز مند یک بازنگری جدی هم در سیاست گذاری های کشوری و هم در سیاست های هزینه کرد خانوار ها و مباحث فرهنگی مرتبط به آن هستیم. به هر حال خانواده ها لازم است که سهم بیشتری از درآمد خود را به درمان اختصاص دهند و همچنین باید حمایت ها و سیاست گذاری های صحیح دولتی در این حوزه انجام شود.

هوش مصنوعی عود سرطان آندومتر را پیش بینی می کند

یک مدل هوش مصنوعی یادگیری عمیق (AI) که تنها از یک اسلاید هیستوپاتولوژیک استفاده می‌کرد، در یک مطالعه جدید خطر متاستاز را در میان بیماران سرطان آندومتر پیش‌بینی کرد.

به گفته سارا فرموند، MSc، نویسنده این تحقیق (چکیده ۵۶۹۵)، که او در نشست سالانه انجمن تحقیقات سرطان آمریکا ارائه کرد، بیماران در مراحل اولیه حدود ۹۵٪ بقای ۵ ساله دارند، اما عود دور (distant recurrence) با بقای بسیار ضعیف همراه است. اکثر بیماران مبتلا به سرطان آندومتر پیش آگهی خوبی دارند و نیازی به درمان کمکی ندارند، اما احتمالی وجود دارد که عود دوردست ایجاد کند. در حال حاضر، تنها راه درمانی مناسب ادجوانت کموتراپی می باشد، زیرا در شرایط کمکی، این تنها درمانی است که خطر عود از راه دور را کاهش می دهد، اما این نیز باعث عوارض می شود. از این رو، سوال اصلی می تواند این باشد، که چگونه می توان با یک راهکار دقیق و کم خطر بیماران با احتمال عود بیشتر را غربالگری کرد تا بتوان درمان های مناسب را بگیرند و سایر بیماران با احتمال عود کم، درمان اضافی دریافت نکنند.

پاتولوژیست ها می توانند چنین پیش بینی هایی را انجام دهند، اما خانم فرموند خاطرنشان کرد که چالش هایی وجود دارد. "تغییرات زیادی بین پاتولوژیست ها وجود دارد، و ما حتی از کل اطلاعات بصری موجود در اسلاید تومور H&E [هماتوکسیلین و ائوزین] استفاده نمی کنیم. وقتی نوبت به آزمایش مولکولی می رسد، هزینه، زمان چرخش و بهبود آن با مشکل مواجه می شود. گاهی اوقات تفسیر این داده ها برای هدف قرار دادن خاص خطر عود دوردست



برای بیماران مبتلا به سرطان آندومتر بسیار پیچیده است."

خانم فرموند در ارائه خود توضیح داد که چگونه او و همکارانش از اسلایدهای هیستوپاتولوژیکی دیجیتالی در تحقیقات خود استفاده کردند. او و همکارانش مدل هوش مصنوعی را به عنوان بخشی از همکاری شامل کنسرسیوم AIRMEC، مرکز پزشکی دانشگاه لیدن، کنسرسیوم TransPORTEC و دانشگاه زوریخ توسعه دادند.

محققان از داده‌های پیگیری طولانی‌مدت ۱۴۰۸ بیمار که از سه گروه بالینی و شرکت‌کنندگان در مطالعات PORTEC-۱، PORTEC-۲ و PORTEC-۳ گرفته شده بودند، استفاده کردند که نتایج رادیوتراپی و درمان کمکی را در سرطان آندومتر آزمایش کردند. بیمارانی که قبلا شیمی ادجوانت تراپی دریافت کرده بودند از مطالعه خارج شدند. در مرحله توسعه مدل، سیستم یک تصویر اسلاید هیستوپاتولوژیک را از هر بیمار تجزیه و تحلیل کرد و آن را با زمان شناخته شده تا عود دور برای شناسایی الگوها مقایسه کرد. هنگامی که این سیستم آموزش داده شد، محققان آن را روی یک گروه جدید متشکل از ۳۵۳ بیمار اعمال کردند. ۸۹ بیمار را در معرض خطر کم عود، ۱۷۵ بیمار در معرض خطر متوسط و ۸۹ در معرض خطر بالای عود قرار داد. این سیستم عملکرد خوبی داشت: ۳،۳۷٪ از بیماران کم خطر عود دور را تجربه کردند، همانطور که ۱۵،۴۳٪ از گروه در معرض خطر متوسط و ۳۶٪ از گروه در معرض خطر بالا عود دوردست را تجربه کردند.

USPSTF توصیه های به روز شده در مورد غربالگری سرطان پوست را منتشر کرد

گروه ویژه خدمات پیشگیرانه ایالات متحده (USPSTF) در به روز رسانی توصیه های خود در سال ۲۰۱۶ برای غربالگری سرطان پوست، بار دیگر مشخص کرد که شواهد کافی برای توصیه موافق یا مخالف غربالگری با معاینه پوستی بصری در نوجوانان و بزرگسالان بدون علائم وجود ندارد.

این توصیه نهایی برای عموم مردم اعمال می شود و برای افرادی که در معرض خطر بالاتری هستند، مانند افرادی که سابقه خانوادگی سرطان پوست دارند یا علائمی مانند خال های نامنظم دارند، مناسب نیست.

دکتر کاترینا دوناهو، عضو این گروه، گفت: توصیه های جدید با توصیه‌های سال ۲۰۱۶ مطابقت دارد و ما نمی‌توانیم مزایا و مضرات را متعادل کنیم. متأسفانه، شواهد کافی برای توصیه موافق یا مخالف غربالگری وجود ندارد و متخصصان باید هنگام تصمیم گیری در مورد غربالگری یا عدم انجام آن از قضاوت خود استفاده کنند.

دوناهو به Medscape Medical News گفت که این درخواست برای تحقیقات بیشتر است. داناهو، پروفسور و معاون پژوهشی در این زمینه گفت: توصیه های ما برای بیمارانی است که بدون علائم به مراقبت های اولیه مراجعه می‌کنند و پس از ارزیابی دقیق فواید و مضرات، شواهدی نداشتیم که ما را به سمت غربالگری به‌عنوان یک فایده سوق دهد. ما داده‌های دو برنامه بزرگ غربالگری را بررسی کردیم، اما آنها از اروپا بودند و نماینده جمعیت ایالات متحده نبودند.

سرطان پوست شایع ترین سرطان تشخیص داده شده در ایالات متحده است، اما انواع مختلفی وجود دارد که در بروز و شدت آنها متفاوت است. USPTSF خاطرنشان می کند که کارسینوم سلول های بازال و سنگفرشی شایع ترین انواع سرطان پوست هستند، اما به ندرت منجر به مرگ یا عوارض قابل توجهی می شوند. ملانوما حدود ۱ درصد از سرطان های پوست را تشکیل می دهد و بیشترین مرگ و میر ناشی از سرطان پوست را به همراه دارد. حدود ۸۰۰۰ نفر در ایالات متحده در سال ۲۰۲۳ بر اثر ملانوما خواهند مرد.

تفاوت های نژادی در بروز ملانوم وجود دارد. این بیماری در افراد سفیدپوست نسبت سیاه‌پوست ۳۰ برابر شایع‌تر است، اما بیماری در افرادی که رنگ پوست تیره‌تر دارند در مراحل بالاتر تشخیص داده می‌شوند. این تفاوت ها ممکن است به دلیل تفاوت در عوامل خطر، دسترسی به مراقبت و تظاهرات بالینی باشد.

در یک سرمقاله ضمیمه، مریم ام. عسگری، از گروه پوست، بیمارستان عمومی ماساچوست،، ولری کرین، از دانشکده بهداشت عمومی کلرادو، به این نکته اشاره می کنند که افرادی که دارای فنوتیپ پوست تیره‌تر هستند نیز در معرض ابتلا به سرطان های پوستی غیرمرتبط با اشعه ماوراء بنفش قرار می‌گیرند، مانند ملانوم آکرال که در کف دست و پا ایجاد می‌شود و سرطان های پوستی که در مناطق التهاب مزمن مانند زخمها، ایجاد می‌شود.

آنها اشاره می کنند به نکته که، تفاوت در توزیع آناتومیکی سرطان های پوست در زیر جمعیت های مختلف باید در هنگام انجام غربالگری پوست در نظر گرفته شود. علاوه بر این، در حالی که خطر ابتلا به سرطان پوست در میان افرادی که رنگدانه‌های پوست تیره‌تر دارند کمتر است، بقا برای سرطان هایی مانند ملانوم اغلب بدتر است و نیاز بالقوه به غربالگری را برجسته می‌کند.

عسگری و کرین می افزایند: «داده های بیشتری مورد نیاز است، به ویژه در مورد عوامل خطر ژنتیکی و محیطی برای سرطان پوست در افراد با رنگدانه های تیره تر، برای کمک به اطلاع رسانی دستورالعمل هایی که می تواند به طور گسترده برای جمعیت ایالات متحده اعمال شود.» تنوع جمعیت ایالات متحده به جغرافیا، فرهنگ، و وضعیت اجتماعی-اقتصادی نیز تسری پیدا می کند که همگی بر خطر ابتلا به سرطان پوست تأثیر می گذارند.

بررسی شواهد

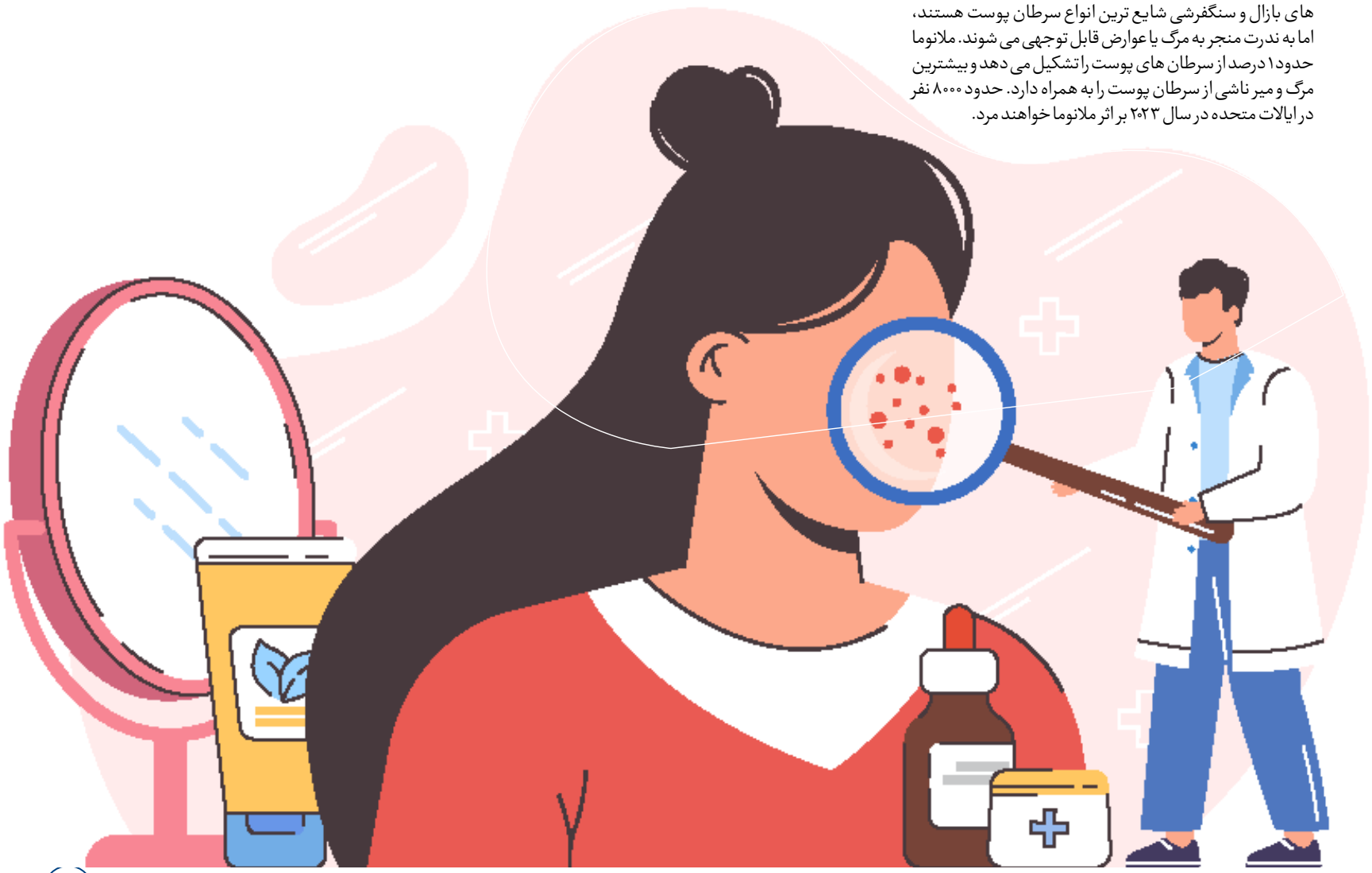
USPSTF یک بررسی سیستماتیک را برای ارزیابی فواید و مضرات غربالگری سرطان پوست در نوجوانان و بزرگسالان بدون علامت، از جمله شواهدی برای سرطان کراتینوسیت (کارسینوم سلول پایه و کارسینوم سلول سنگفرشی) و ملانوم پوستی درخواست داد.

شواهد اساسی نشان داد که حساسیت معاینه بصری پوست توسط پزشک برای تشخیص ملانوم از ۴۰٪ تا ۷۰٪ و ویژگی بین ۸۶٪ تا ۹۸٪ بود. شواهدی که دقت تشخیصی معاینه پوستی بصری را برای تشخیص کارسینوم کراتینوسیت ارزیابی می‌کرد، محدود و متناقض بود. هیچ مطالعه جدیدی در مورد دقت تشخیصی برای جمعیت غربالگری بدون علامت گزارش نشده است.

USPSTF همچنین ۲۰ مطالعه را در ۲۹ مقاله بررسی کرد (n = ۶۰۵۳۴۱۱). این شامل سه مطالعه غیرتصادفی بود که دو برنامه غربالگری سرطان پوست را در آلمان ارزیابی کردند، اما نتایج متناقض بود. علاوه بر این، طراحی زیست محیطی و غیرتصادفی سازی شده مطالعات، نتایجی را که می توان گرفت، محدود کرد و به دلیل تفاوت در تنوع جمعیت و ارائه مراقبت های بهداشتی در ایالات متحده، ارزیابی قابلیت کاربرد برای جمعیت ایالات متحده دشوار بود.

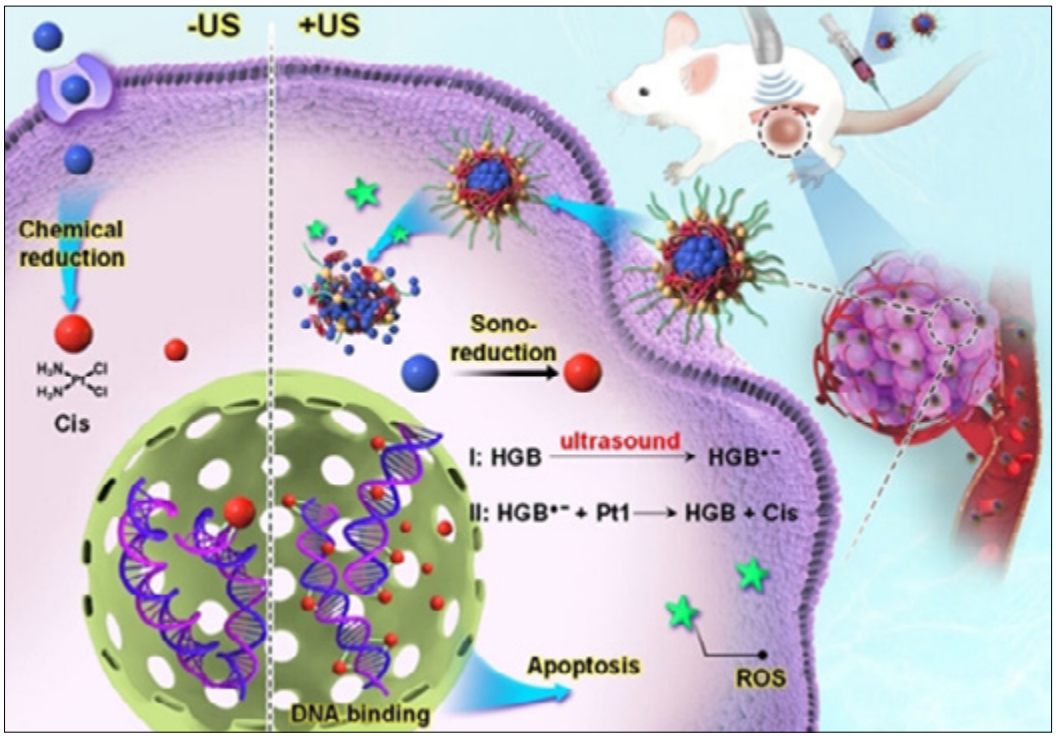
سایر مطالعات غیرتصادفی که به پیامدهای مختلف مانند آسیب ها و مرحله تشخیص و ملانوم یا مرگ و میر ناشی از همه علل پرداختند نیز شواهد کافی برای حمایت از غربالگری ارائه نکردند.

بیانیه توصیه نهایی USPSTF و خلاصه شواهد مربوطه به صورت آنلاین در JAMA و همچنین در وب سایت USPSTF منتشر شده است.



اولتراسوند عامل ضد سرطانی را فعال می کند

"شیمی درمانی عوارض جانبی قوی ایجاد می کند. عامل جدیدی که در بافت تومور جمع می شود و در آنجا توسط امواج اولتراسوند فعال می شود، این مشکل را ندارد."



کمپلکس های پلاتین از جمله رایج ترین داروهای مورد استفاده برای مقابله با سرطان هستند. آنها موفق هستند، اما عوارض جانبی شدیدی دارند. یک تیم تحقیقاتی بین المللی به سرپرستی دکتر یوهانس کارگز از دانشکده شیمی و بیوشیمی در دانشگاه روهر بوخوم، آلمان، مجموعه ای راتوسعه داده اند که در بافت تومور تجمع می یابد و توسط امواج اولتراسوند در آنجا فعال می شود. بنابراین اثر تخریب سلولی آن تنها در جایی آشکار می شود که واقعاً می خواهید. کارگز می گوید: «جایی که مطالعات قبلی بر فعال سازی های نوری تکیه می کردند که می توانستند تنها چند میلی متر به عمق بافت نفوذ کنند، ما اکنون یک روش درمانی با فعال سازی اولتراسوند ایجاد کرده ایم که چندین سانتی متر به عمق بدن نفوذ می کند». این می تواند درمان با عوارض جانبی کمی را حتی برای تومورهای بزرگ و عمیق ممکن کند. محققان نتایج خود را در مجله AngewandteChemie International Edition در ۲۴ مارس ۲۰۲۳ منتشر کردند.

در بافت سالم بی ضرر است

کمپلکس های پلاتین (II) مانند سیس پلاتین، اگزالی پلاتین و کربوپلاتین از رایج ترین داروهای سرطانی هستند که مورد استفاده قرار می گیرند. موفقیت بالینی آنها با عوارض جانبی شدید مانند تهوع، استفراغ، آسیب کلیه و سرکوب مغز استخوان جبران می شود. برای غلبه بر این محدودیت ها، تلاش های تحقیقاتی عمده ای در توسعه پیش داروهای پیچیده پلاتین (IV) در دهه های گذشته شده است. یوهانس کارگز توضیح می دهد: «این پیش داروها پایدار و غیر فعال هستند، بنابراین کاملاً بی ضرر هستند. در بافت سالم، قرار است آنها به همین شکل باقی بمانند. اما در بافت سرطانی، آنها باید به سرعت به کمپلکس های پلاتین (II) فعال درمانی تبدیل شوند.»

انرژی برای کاهش مجتمع فلزی مورد نیاز است. مطالعات قبلی فعال شدن با نور ماوراء بنفش، آبی یا قرمز را گزارش کردند. یوهانس کارگز توضیح می دهد: مشکل این است که نور تنها می تواند کمتر از یک سانتی متر به عمق بدن نفوذ کند و بنابراین به بسیاری از تومورها نمی رسد. برای غلبه بر این محدودیت، تیم او برای اولین بار پیش داروهای کمپلکس پلاتین (IV) را با حساس کننده های صوتی ترکیب کرد که می توانند به طور انتخابی با تابش اولتراسوند فعال شوند.

نانوذرات در تومور انباشته می شوند

برای ایجاد یک کمپلکس موثر درمانی، محققان پیش داروهای کمپلکس پلاتین (IV) و حساس کننده های صوتی را با هم در هموگلوبین کپسوله کردند تا نانوذرات را تشکیل دهند. یوهانس کارگز گزارش می دهد: ما توانستیم مشاهده کنیم که نانوذرات به طور انتخابی در تومور روده موش پس از تزریق به جریان خون جمع می شوند، بنابراین از درمان هدفمند حمایت می کنند. پس از تابش اولتراسوند، پیش داروی پلاتین (IV) در محل تومور فعال شد و باعث آزاد شدن سیس پلاتین شد که برای سلول ها سمی است و تقریباً به طور کامل تومور را از بین می برد.

مزایای سونوگرافی

این نتایج می تواند راه را برای توسعه تکنیک ها و عوامل جدید برای درمان تومورهای بسیار بزرگ یا عمیق هموار کند. سونوگرافی می تواند بیش از یک مرتبه عمیق تر از نور مادون قرمز به بافت نفوذ کند. علاوه بر این، درمان های اولتراسوند معمولاً کمتر تهاجمی و آسان برای استفاده در نظر گرفته می شوند. مزیت دیگر این است که بیمارستان ها معمولاً از قبل به تجهیزات لازم مجهز شده اند. یوهانس کارگز تأکید می کند: کار ما هنوز تحقیقات بنیادی است. "اینکه آیا و چه زمانی درمان های مبتنی بر این می تواند در عمل بالینی ارائه شود، هنوز قابل پیش بینی نیست."

منبع:

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/۱۰.۱۰۰۲/anie.۲۰۲۳۰۱۰۷۴

پرش ژن ها در سلول های سرطانی دریچه ای را به روی ایمونوتراپی های جدید باز می کند

"ژن های پرش، بخش های کوتاهی از DNA هستند که به طور تصادفی در طول دوره طولانی تکامل در ژنوم انسان گنجانده شده اند. این قطعات DNA که عناصر قابل انتقال نیز نامیده می شوند، در ایجاد سرطان نقش دارند."

اما تحقیقات جدید از دانشکده پزشکی دانشگاه واشنگتن در سنت لوئیس نشان می دهد که عناصر قابل انتقال در سرطان های مختلف به طور بالقوه ممکن است برای هدایت ایمنی درمانی های جدید به تومورهایی که معمولاً به درمان های مبتنی بر ایمنی پاسخ نمی دهند، استفاده شود.

این مطالعه به صورت آنلاین در مجله Nature Genetics در دسترس است.

ایمونوتراپی اغلب در تومورهای دارای جهش های متعدد مانند سرطان های پوست و ریه موثر است. جهش در DNA باعث می شود سلول های سرطانی پروتئین های غیرمعمولی تولید کنند که سلول های تومور را از سلول های طبیعی متمایز می کند و به عنوان هدف - به نام آنتی ژن های تومور - برای درمان های ایمنی، مانند آنتی بادی ها، واکسن ها و درمان های مهندسی ژنتیکی سلول های CAR-T عمل می کند. اما بسیاری از انواع تومورها حاوی تعداد زیادی جهش نیستند و بنابراین تشخیص آن به عنوان یک تهدید برای سیستم ایمنی دشوارتر است.

تینگ وانگ، نویسنده ارشد و پروفسور دانشگاه استنفورد، می گوید: "ایمونوتراپی یک رویکرد بسیار امیدوارکننده برای درمان سرطان است، اما درمان های فعلی در بسیاری از انواع تومور که بار جهش در آنها کم است، کار نمی کند." ما در مورد این تحقیق هیجان زده هستیم، زیرا راه کاملا جدیدی برای شناسایی آنتی ژن های تومور در انواع سرطان هایی که قبلاً برای ایمونوتراپی نامرئی بوده اند، باز می کند.

ژن های پرش - که گمان می رود احتمالاً از ویروس ها منشا گرفته اند - معمولاً در بخش هایی از ژنوم یافت می شوند که در بافت های بالغ غیرفعال هستند. اما کار گذشته وانگ و همکارانش نشان داد که این عناصر قابل انتقال گاهی اوقات می توانند به عنوان سوئیچ مخفی، ژن را مجبور کنند همیشه روشن شود، حتی اگر اینطور نباشد. از آنجایی که این سوئیچ های مخفی باعث رشد سرطان می شوند، همچنین می توانند تکه های غیرمعمول پروتئین هایی را که منحصر به تومور هستند و در سلول های طبیعی وجود ندارند، تولید کنند.

در تجزیه و تحلیل ۳۳ نوع تومور از برنامه اطلس ژنوم سرطان موسسه ملی سرطان، محققان ۱۰۶۸ رونوشت مشتق شده از عنصر قابل انتقال - یا بخش هایی از RNA ساخته شده توسط سلول های سرطانی - را شناسایی کردند که پتانسیل تولید آنتی ژن های توموری را دارند که می توانند به آنها به عنوان اهدافی برای ایمونوتراپی های جدید خدمت کنند.

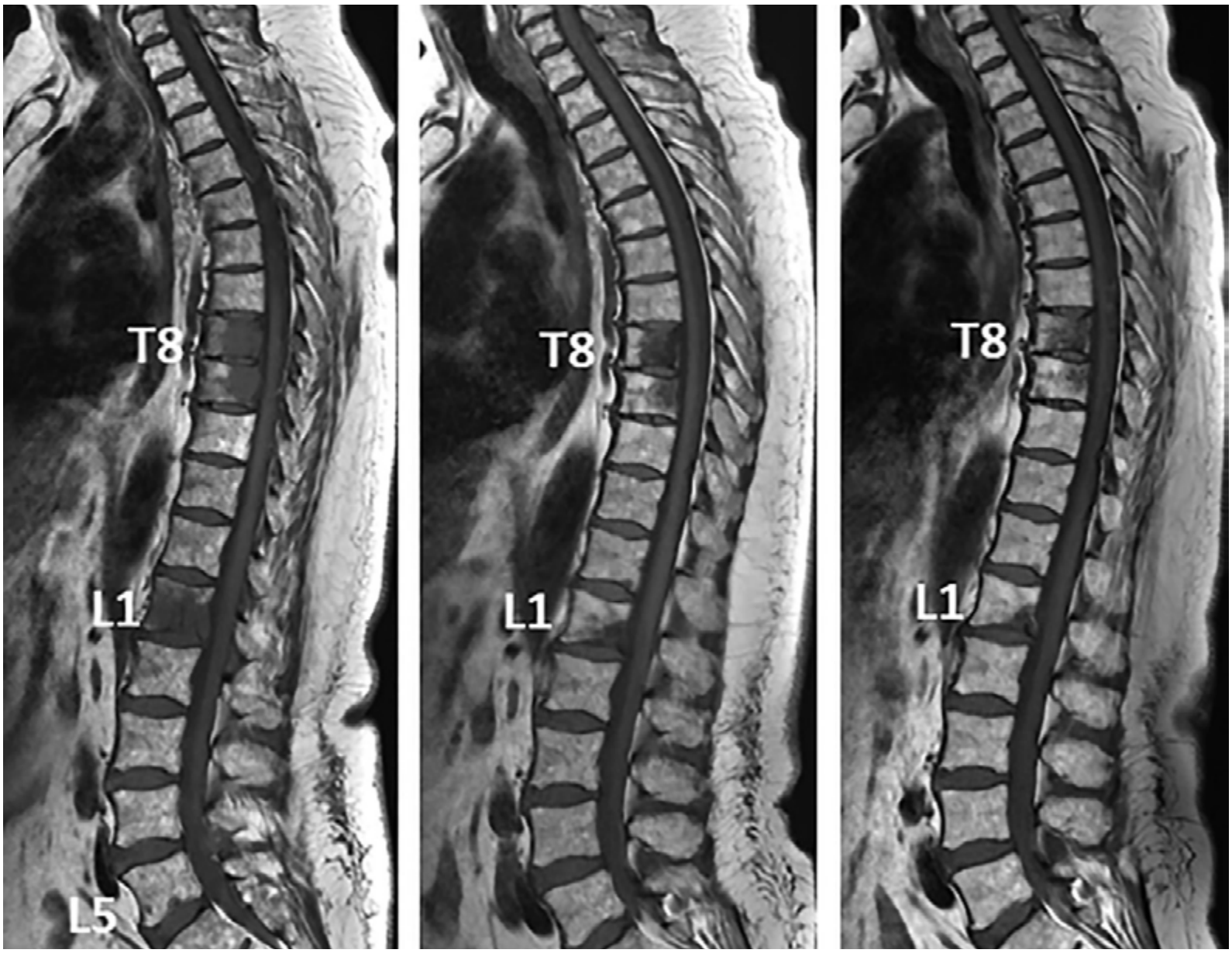
وانگ و همکارانش به این نتیجه رسیدند که این آنتی ژن های احتمالی تومور روی سطوح سلول های سرطانی وجود دارد و آنها را برای هدف قرار دادن با ایمنی درمانی ایده آل می کند. نکته مهم، آنها دریافتند که تقریباً ۹۸ درصد از بیش از ۱۰۰۰۰ نمونه تومور مورد تجزیه و تحلیل حداقل یک هدف آنتی ژن بالقوه دارند که از یک عنصر قابل انتقال ناشی می شود. اکثر تومورها از ۲ تا ۷۵ آنتی ژن ممکن داشتند.

در یافته مهم دیگری، محققان نشان دادند که بسیاری از پروتئین های کاندید که می توانند به عنوان آنتی ژن عمل کنند، در چندین تومور و در برخی موارد در انواع تومورها وجود دارند. وانگ و همکارانش حدس زدند که این امکان یک درمان مبتنی بر آنتی ژن عمومی سرطان را افزایش می دهد که می تواند چندین تومور را با یک کوکتل درمان کند که چندین مورد از رایج ترین آنتی ژن های تومور را که از ژن های پرش ایجاد می شوند، هدف قرار دهد. به عنوان مثال، داده ها نشان می دهد که واکسنی با ترکیبی از ۲۰ مورد از رایج ترین هدف های پروتئینی می تواند حدود ۷۵ درصد از بیماران را در ۲۷ نوع سرطان پوشش دهد.

منبع:

https://www.nature.com/articles/s۴۱۵۸۸-۰۲۳-۰۱۳۴۹-۳

رادیوتراپی مرسوم باید مراقبت استاندارد برای متاستازهای مهره ای موضعی ستون فقرات باقی بماند



نتایج حاصل از کارآزمایی بالینی NRG Oncology RTOG ۰۶۳۱ که رادیوتراپی استریوتاکتیک را با رادیوتراپی معمولی برای متاستازهای مهره‌ای موضعی ستون فقرات مقایسه می‌کند، نقطه پایانی اولیه آن را برآورده نمی‌کند. داده‌های این مطالعه نشان می‌دهد که رادیوسرجری از نظر پاسخ‌های درد در ۳ ماه پس از درمان برتر در نظر گرفته نمی‌شود و حتی نسبت به پرتودرمانی خارجی معمولی (cEBRT) پاسخ درد بدتری نشان می‌دهد. این نتایج اخیراً در JAMA Oncology منتشر شده است.

cEBRT در حال حاضر به دلیل اثربخشی، مراقبت استاندارد برای درمان متاستازهای ستون فقرات است، اما تسکین درد برای بیمارانی که این درمان را دریافت کردند تقریباً ۵۰ تا ۶۰ درصد بود و فقط برای مدت متوسط چهار ماه اثر داشته است. با توجه به پیشرفت‌ها در تکنیک‌های جراحی رادیوتاکتیک استریوتاکتیک (NRG-RTOG ،۰۶۳۱ SRS) به دنبال تعیین این بود که آیا این رویکرد درد را کاهش می‌دهد یا زمان تسکین درد را برای بیماران تحت آزمایش افزایش می‌دهد یا خیر.

SRS قبلاً ایمنی و امکان‌پذیری را برای درمان بیماران با ۱ تا ۳ محل متاستازهای مهره‌ای در فاز II مطالعه NRG-RTOG ۰۶۳۱ نشان داده است. فاز III برای ارزیابی تسکین درد گزارش شده توسط بیمار در ۳ ماه و ایمنی درمان در طولانی مدت طراحی شده است.

بیماران با ۱ تا ۳ متاستاز مهره‌ای ثبت‌نام شده در NRG-RTOG ۰۶۳۱ به طور تصادفی برای دریافت SRS یا cEBRT تقسیم شدند. بیماران در بازوی SRS یک دوز واحد ۱۶ یا ۱۸ گری را دریافت کردند که فقط به سطح یا سطوح مهره درگیر تحویل داده شد، بدون در نظر گرفتن سطوح اضافی ستون فقرات، و بیماران در بازوی cEBRT با ۸ گری تحویل به مهره درگیر به اضافه یک مهره اضافی بالا و پایین تحت درمان قرار گرفتند.

نقطه پایانی اولیه پاسخ درد گزارش شده توسط بیمار بود که بیشتر یا مساوی با بهبود ۳ امتیازی در مقیاس عددی درجه درد (NRPS) بدون بدتر شدن درد در ناحیه ثانویه یا استفاده از داروی مسکن در ۳ ماه پس از دریافت درمان تعریف شد. نقاط پایانی ثانویه این کارآزمایی شامل کنترل طولانی مدت درد، سمیت، کیفیت زندگی و اثرات طولانی مدت بر استخوان مهره و نخاع بود.

میانگین نمره درد پایه NRG-RTOG ۰۶۳۱ در مهره شاخص ۶٫۰۶±۲٫۶۱ در بازوی SRS و ۵٫۸۸±۲٫۴۱ در بازوی cEBRT بود. پاسخ درد در ۳ ماه به نفع بازوی cEBRT بود (۴۱٫۳٪ برای SRS در مقابل ۶۰٫۵٪ برای cEBRT). نمره زوبرود عامل مهمی در پاسخ به درد بود. هیچ تفاوتی در نسبت عوارض جانبی حاد یا دیررس وجود نداشت. شکستگی های فشاری مهره در ۲۴ ماهگی ۱۹٫۵ درصد با SRS و ۲۱٫۶ درصد با cEBRT بود (p=۰/۵۹). هیچ گونه عارضه نخاعی در ۲۴ ماهگی گزارش نشد.

ساموئل ریو، MD، از مرکز پزشکی دانشگاه استونی بروک گفت: "توجه به این نکته مهم است که NRG-RTOG ۰۶۳۱ اولین کارآزمایی چند مرکزی فاز II/III است که ایمنی و اثربخشی SRS را برای درمان متاستازهای مهره‌ای ارزیابی می‌کند. داده‌های جمع‌آوری شده از این کارآزمایی همچنین می‌تواند به کارآزمایی های آینده، به ویژه آن هایی که SRS را برای رفع فشار تومور اپیدورال، فشرده‌سازی نخاع، و درمان الیگومتاستازها ارزیابی می‌کنند، که در آن کنترل موضعی تومور بادوام بقا را بهبود می‌بخشد، جهت دهی کند."

منبع

conventional--۰۴-۲۰۲۳/https://medicalxpress.com/news
radiotherapy-standard-localized-vertebral.html

چهل و چهارمین کنگره بین المللی جامعه جراحان از تاریخ ۲۳ لغایت ۲۷ ام اردیبهشت ماه در سالن همایش‌های رازی برگزار خواهد شد.

دکتر پوریا عادلی دبیر علمی رادیوانکولوژی چهل و چهارمین کنگره بین المللی جامعه جراحان درخصوص این همایش و محورهای ارائه شده در سالن رادیوانکولوژی گفت: چهل و چهارمین کنگره بین المللی جامعه جراحان، بزرگترین رخداد علمی جامعه جراحی کشور بعد از پاندمی کرونا محسوب می‌شود، بنابر این سعی شده در این برنامه پنج روزه در قالب ۱۰ مبحث مختلف با مجموعه‌ای از جدیدترین و کاربردی‌ترین مباحث آموزشی در خدمت همکاران و اساتید سراسر کشور باشیم. عادلی با اشاره به حضور بیش از صد سخنران درطی برنامه پنج روزه در سالن رادیوانکولوژی کنگره به شرح ذیل به تشریح مباحث مطروحه در این رخداد علمی پرداخت.

سرطان پستان

سرطان پستان به عنوان یکی از شایع‌ترین و قابل درمان‌ترین انواع سرطان از اهمیت ویژه‌ای در تمام مراحل پیشگیری، تشخیص و درمان برخوردار است و در این میان کار تیمی و گروهی از اهمیتی دو چندان برخوردار است، بنابراین در این بخش سعی شده با تاکید بر اهمیت کار تیمی، بر روند تعاملات صحیح بین جراح و سایر اعضای تیم درمان سرطان تاکید گردد.

سرطان‌های زنان (ژنیکوانکولوژی)

در روز دوم همایش با دو مبحث سرطان سرویکس و سرطان تخمدان در خدمت اساتید و همکاران خواهیم بود. سرطان سرویکس به لحاظ ارتباط اثبات شده این سرطان با ویروس hpv و اهمیت واکسیناسیون بر علیه این ویروس در پیشگیری از ایجاد کانسر سرویکس از اهمیت بسیار زیادی در کشور ما برخوردار است و بنابراین سعی شده تا جدیدترین یافته‌های علمی در این حوزه با حضور برترین‌های کشور به بحث و تبادل نظر گذاشته شود.

همچنین سرطان تخمدان به عنوان یکی از مباحث پر چالش در حوزه درمان با تاکید بر اهمیت کار تیمی و نقش تصمیم گیری تیمی در خصوص این بیماران از دیگر مباحثی است که در روز دوم کنگره به بحث گذاشته خواهد شد.

سارکوم‌های اندامی

سارکوم به عنوان سرطان ناشناخته از جمله مباحثی است که شاید در کنگره‌های مختلف کمتر به آن پرداخته شده بنابراین در این کنگره با اختصاص یک مبحث خاص به این موضوع با حضور برترین اساتید جراح و انکولوژیست در این حوزه سعی خواهد شد تا تجربیات این افراد اکسپرت و کارآزموده به عموم همکاران در کشور منتقل گردد.

سرطان ریه

سرطان ریه یکی از کشنده‌ترین و شایع‌ترین انواع سرطان در جهان بوده که درمان آن در سال‌های اخیر با تست‌های ژنتیک و داروهای خاص دچار تحولی شگرف شده است، در این بخش سعی خواهد شد ضمن بحث و تبادل نظر پیرامون این درمان‌های جدید بر درمان‌های موجود در شرایط فعلی کشور و درمان‌های در دسترس موجود تاکید شود.

سرطان‌های دستگاه گوارش

در مبحث سرطان‌های دستگاه گوارش با دو سرطان رکتوم و معده در خدمت اساتید خواهیم بود که در این بخش و پانل‌های آن به دانستنی‌های لازم جراحان در پرکتیس روزانه در این حوزه توجه خاصی خواهیم داشت تا همکاران جراح که در مناطق مختلف کشور مشغول طبابت هستند در طبابت روزانه خود با مشکلات کمتری مواجه گردند.

نوروانکولوژی

در حوزه مربوط به تومورهای مغزی سعی خواهد شد ضمن آشنایی با روش‌های جدید رادیوتراپی و جایگاه آن در بیماران این حوزه، جدیدترین چالش‌های درمانی این فیلد با حضور اساتید برجسته‌ای از سراسر کشور به بحث و تبادل نظر گذاشته شود.

سرطان‌های سر و گردن

در این بخش در کنگره امسال سرطان حنجره مورد توجه قرار خواهد گرفت و ضمن توجه به جایگاه رویکرد حفظ حنجره در این بیماران در این بخش آموختنی‌های جالبی برای همکاران جراح در این فیلد خواهیم داشت.

آشنایی با اصول پرونده نویسی

با توجه به افزایش شکایات از جامعه پزشکی در این بخش ضمن آشنایی با دانستنی‌های انتظامی و بررسی چند پرونده انتظامی همکاران با اصول پرونده نویسی صحیح آشنا خواهند شد.





آزمایش جدید ژنتیکی برای مردان مبتلا به سرطان پروستات متاستاتیک

آنالیزهای معمول تشخیص جهش در DNA بدون نیاز به نمونه سلول سرطانی در بیماران مبتلا به سرطان پروستات متاستاتیک اکنون برای اولین بار در سوئد امکان پذیر است. این آزمایش توسط محققان مؤسسه کارولینسکا انجام شده است و بیمارستان دانشگاه کارولینسکا اکنون آنالیز را به بیمارستان های اطراف منطقه نوردیک ارائه می کند و بیماران بیشتری با جهش های ژنی خاص دسترسی به درمان سرطان مورد نیازشان را می توانند دریافت کنند.

یوهان لیندبرگ، محقق ارشد در بخش اپیدمیولوژی پزشکی و آمار زیستی، موسسه کارولینسکا و در SciLifeLab، که همچنین به صورت پاره وقت در تشخیص سرطان مولکولی در Karolinska کار می کند، می گوید: "خبر خوبی است که این آزمایش اکنون در روال بالینی اجرا می شود." این آزمایش به بیماران مبتلا به سرطان پروستات متاستاتیک دسترسی بیشتری به درمان شخصی محور می دهد. این آزمایش برای تشخیص جهش در مقادیر بسیار کمی از DNA بهینه شده است، که قبلا برای این گروه بیمار مشکل ساز بوده است.

این آزمایش تشخیصی معمول تحت رهبری یوهان لیندبرگ با همکاری هانس اولاسون، پاتولوژیست در بیمارستان دانشگاه کارولینسکا و پژوهشگر وابسته در بخش علوم بالینی، مداخله و فناوری، و فلیکس هاگلند، آسیب شناس در بیمارستان دانشگاه کارولینسکا و محقق ارشد در بخش انکولوژی پاتولوژی ایجاد شده است.

از ماه می ۲۰۲۲، درمان مردانی که از سرطان پروستات متاستاتیک مقاوم به جراحی رنج می برند با دارویی به نام اولاپاریب امکان پذیر بوده است، مشروط بر اینکه سلول های سرطانی او حامل جهش در یکی از ژن های BRCA۱ یا BRCA۲ باشند. تجزیه و تحلیل جدید می تواند این جهش ها را از طریق توالی یابی DNA در گردش، سلول های تومور در حال مرگ شناسایی کند، که تصویری از جهش ها ارائه می دهد. برای در دسترس قرار دادن درمان برای بیماران بیشتر، بیمارستان دانشگاه کارولینسکا اکنون این تجزیه و تحلیل را که تحت مطالعه چند ملیتی ProBio توسعه یافته است، به بیمارستان های سراسر منطقه شمال اروپا ارائه می کند.

Mikael Bjrnstedt، رئیس آسیب شناسی بالینی و تشخیص سرطان در بیمارستان دانشگاه کارولینسکا، خاطرنشان می کند که انتظار می رود تجزیه و تحلیل DNA بدون سلول در سال های آینده افزایش یابد، که نیاز به همکاری نزدیک تر بین محققان موسسه Karolinska و متخصصان مراقبت های بهداشتی در بیمارستان دانشگاهی Karolinska دارد.

دکتر Bjrnstedt می گوید: "توسعه تجزیه و تحلیل های پزشکی دقیق به سرعت در حال پیشرفت است و اگر می خواهیم به همین ترتیب ادامه دهیم، به تبادل دانش و مهارت های فعال بین دانشگاه و بیمارستان نیاز است."

منبع:
men--۰۴-۲۰۲۳/https://medicalxpress.com/news
metastatic-prostate-cancer.html






saratan
.news
سرطان نیوز
وابسته به ماهنامه تخصصی
از سین سرطان تا سین سلامتی
مدیر مسئول: دکتر پوریا عادلی