

معالجه سرطان تیروئید**

سرطانهای تیروئید بدو دسته اصلی تقسیم میشود: آناپلاستیک Anaplastic و دیفرانسیته Differentiated - (ولنر Woolner و همکارانش) - بحث زیر مربوط بدسته اخیر است که ۸۰-۹۰٪ سرطانهای تیروئید را تشکیل میدهد.

مطالعات چند ساله اخیر نحوه معالجه سرطانهای دیفرانسیته را کاملاً تغییر داده است قسمت اعظم این دسته را سرطانهای پاپیلا تشکیل میدهد. سرطان فولیکولر و آدنوم بدخیم تومرهای هر تلسل و سرطان مدولاری قسمتهای جزئی آن هستند. سرطانهای نوع پاپیلا و فولیکولر گاهی منفرداً ولی اکثراً توأماً دیده میشوند گرچه تظاهرات بیماری در انواع مختلف متفاوت است ولی مشی تمام آنها آهسته بوده و معالجهشان یکسان است و عبارتست از:

جراحی - بکار بردن هورمونهای تیروئید باید رادیوآکتیو و رادیوآکتیو را برای ازخارج.

انتخاب نحوه معالجه مربوط بدرجه پیشرفت بیماری است. طبق تقسیم بندی Halenan در چهار مرحله است.

مرحله ۱- تومر منحصر به تیروئید است ممکن است یک یا چند غده لنفاوی متاستاتیک وجود داشته باشد. تومر اولیه باید توسط جراحی برداشته شود توأم با تمام غدد لنفاوی قابل رویت ولمس در گردن - غده معتقدند لوپکتومی کاسل بکنند باضافه برداشتن ایسم - گروه دیگر عقیده دارند تیروئید کتومی توتال بکنند چون در چند ساله اخیر انتشار ضایعه سرطانی بلوب مقابل زیاد دیده شده طبق نظریه بلاک Black ۳۰٪ و طبق مطالعات اخیر کلارک Clark تا ۸۰٪ گزارش شده.

طبق نظریه هالنان عمل تیروئید کتومی توتال رضایت بخش تر است گوا اینکه هیپو تیروئید یسم شایعتر است. بعضی از جراحان ترجیح میدهند که لوب تیروئید طرف سرطان دار را بطور کامل برداشته و یک تیروئید کتومی سوب توتال در طرف مقابل بکنند بعداً تمام تیروئید را توسط مقدار زیادی ید رادیوآکتیو از بین ببرند.

در مواردی که تیروئید کتومی توتال میشود هورمونهای تیروئید باید بری تمام عمر بجدی که بیمار تحمل نماید برای او تجویز شود در نتیجه این عمل ترشح تیروئید و یک هورمن

* - رئیس درمانگاه بخش جراحی بیمارستان تاج پهلوی

هیپوفیز تخفیف پیدا میکنند که خود این هورمون بارشد بعضی از تومورها رابطه دارد. در معالجه آدنوم بدخیم Welch عقیده دارد لوکتوسی طرف تومور به تنهائی یا همراه با تیروئیدکتوسی سوپوتوتال طرف مقابل بشود و بعداً با هورمونهای تیروئید معالجه ادامه داده شود. من عقیده دارم جراحی باید وسیعتر باشد اگرچه مشکوک باشیم ضایعات ارزنی و چند کانونی وجود دارد یا نه.

مرحله ۲- که ضایعه سرطانی بنسوج مجاور کشیده شده در این مرحله تومور و نسج تیروئید تا آنجا که ممکن است بایستی توسط عمل جراحی همراه با غدد لنفاوی بزرگ برداشته شود. نسوج باقیمانده توسط یدرادیوآکتیو یا رادیوتراپی از خارج از بین برده شود. بعداً هورمونهای تیروئید باید بکار برده شود.

انجام عمل رادیکال نکد دیسکشن یا نیمه رادیکال مورد بحث است. Means معتقد است رادیکال نکد دیسکسیون بشود و تمام غدد لنفاوی قابل رویت و لمس برداشته شود تا از متاستاز طرف مقابل جلوگیری بعمل آید.

حتی زمانی که تومور با نساج مجاور چسبندگی دارد (ورید و داج عضله چناغی چنبری پستانی) میتوانیم بدقت تشریح کرده و اعضای مذکور را نگه داریم. عده معتقدند لازم نیست عمل رادیکالی را که در موارد سرطانهای دیگر گردن مانند دهان بکار میبریم در مورد سرطانهای دیفرنشیته تیروئید انجام دهیم.

مرحله III- تومور بنسوج مدیاستن انتشار یافته و متاستازهای دیگر ممکن است دیده شود واضح است که در این موارد تمام نسج سرطانی تیروئید و متاستازها را نمیتوان توسط عمل جراحی برداشت بلکه تا آنجا که مقدور است از نسج تیروئید برداشته حتی قسمتی که تا مدیاستن پیشروی کرده، بعداً باید با بکار بردن یدرادیوآکتیو و رادیوتراپی از خارج معالجه را ادامه داد.

مرحله IV- شامل مرحله ایست که متاستازهای دور دست داده و تومور غیر قابل عمل است. برای معالجه متاستازها یدرادیوآکتیو و اشعه از خارج قابل استفاده است.

باید دانست که جذب یدرادیوآکتیو توسط تومور کم و کمتر از آن چیزی است که توسط یک تیروئید معمولی جذب میشود لذا در معالجه متاستازها با یدرادیوآکتیو بایستی اول نسج تیروئید سالم را برداشت بعد مدتی صبر کرد تا میزان ترشح داخلی هورمون تیروتروپین توسط هیپوفیز افزایش یابد. تعیین مقدار احتیاس یدرادیوآکتیو توسط اسباب مخصوص باید انجام شود سپس یک دوز کافی یدرادیوآکتیو داده شود با اضافه اشعه از خارج رل سهمی در متاستازهای دور دست دارد. نه بعنوان معالجه بلکه بعنوان یک عامل تخفیف دهنده سهم

تلقی می‌شود. بعد از اینکه تمام روشها بکار برده شد باید هورمون تیروئید تجویز شود. اگر دوز ثانوی یدرادیوآکتیو با مطالعه دقیق و امتحان اندازه گیری یبجذب شده لازم تر شود بهتر است معالجه با هورمون تیروئید برای مدت کوتاهی قطع شود بخاطر اینکه از اثر متوقف کننده هورمون که از راه تعدیل ترشح هورمون تیروتروپین ایجاد میشود جلوگیری نمائیم. در گذشته معتقد بودند که سرطانهای دیفرانسیته تقریباً خوش خیم است و این بعلمت رشد بطی آن بود. در حالیکه این سرطان بالاخره کشنده است. در سرطانهای آناپلاستیک تیروئید - برداشتن تومور اولیه معلوم نیست مؤثر باشد مخصوصاً وقتیکه متاستازهای دوردست باشد.

زمانیکه یک سرطان دیفرنشیته با متاستاز دوردست تشخیص داده میشود اولین کاری که باید بکنیم برداشتن نسج تیروئید سالم و مؤثر سرطانی تا آنجا که مقدور است سپس از بین بردن سایر نساج توسط یدرادیوآکتیو و اشعه از خارج میباشد چون یک تعداد از متاستازها را توسط روشهایی که قبلاً اشاره شد معالجه میشود.

خلاصه

در مرحله I - که تومور منحصراً به تیروئید است تیروئید کتومی توتال یا تیروئید کتومی لوب سرطان دار با ضافه تیروئید کتومی سوب توتال لوب مقابل یا لوبکتومی با ضافه برداشتن ایسم. بعداً تجویز یدرادیوآکتیو و هورمونهای تیروئید. در هر صورت بهتر است جراحی وسیعتر باشد در مرحله II - که ضایعه سرطانی بنسوج مجاور کشیده شده انجام عمل رادیکال نک - دیسکشن یا نیمه رادیکال بعداً تجویز یدرادیوآکتیو - رادیوتراپی از خارج و هورمونهای تیروئید اکثریت عقیده دارند که عمل نیمه رادیکال کافی است. در مرحله III - که تومور بنسوج مدیاستن انتشار یافته تا آنجا که مقدور است باید نسج تیروئید را برداشت. بعداً تجویز یدرادیوآکتیو و رادیوتراپی از خارج. در مرحله IV - که متاستازهای دوردست دارد و تومور غیر قابل عمل است برداشتن نسج تیروئید سالم و تجویز یدرادیوآکتیو، رادیوتراپی از خارج، هورمون تیروئید.