

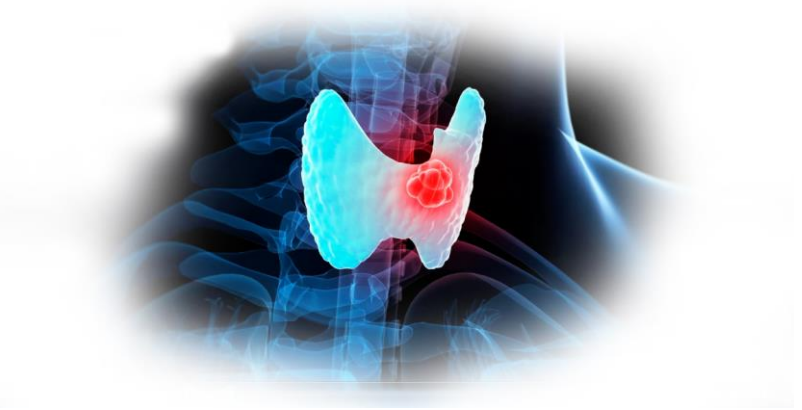
آن چه که باید در باره

گره تیروئید

و

سرطان تیروئید

بدانید



دکتر محمد حسن هدایتی آمامی

متخصص داخلی - غدد

بهار ۱۳۹۷

این کتاب با استفاده از دو منبع زیر فراهم شده است:

1)-

Thyroid cancer

Version 1, 2017

American Cancer Society

The National Comprehensive Cancer Networks (NCCN)

NCCN Guideline for patients

<https://www.cancer.org/cancer/thyroid-cancer.html>

2)-

What You Need To Know About Thyroid Cancer

Revised January 2012

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

National Institutes of Health

<http://www.cancer.gov>

| | |
|---------|----------------------------------------|
| ٦..... | تیروئید..... |
| ٩..... | تیروئید بزرگ: گواتر..... |
| ١٠..... | یاخته سرطانی..... |
| ١٢..... | انواع سرطان تیروئید..... |
| ١٨..... | تشخیص..... |
| ٢٤..... | سرطان تیروئید در چه مرحله ای است؟..... |
| ٢٧..... | درمان..... |
| ٣٠..... | جراحی..... |
| ٤١..... | پی گیری..... |
| ٤٣..... | کمک دیگران..... |
| ٤٤..... | شرکت در کارهای پژوهشی..... |

این کتاب برای کسانی نوشته شده که به دلایلی نگران ابتلاء به سرطان تیروئید هستند، یا هم اکنون دچار سرطان تیروئید ند، یا تازه، به آن ها خبر داده اند که طبق نتیجه بررسی ها، دچار سرطان تیروئید شده اند،

انجمن های علمی سراسر جهان هر یک برای بررسی، تشخیص، درمان، و پی گیری سرطان تیروئید، بر مبنای آخرین دستاوردهای پزشکی، دستورالعمل هائی برای پزشکان پیشنهاد کرده اند. این دستورالعمل ها گرچه تفاوت های اندکی باهم دارد، لیکن در اساس بسیار شبیه هم اند، زیرا بر مبنای مدارک علمی یکسانی فراهم شده اند. این کتاب بر مبنای همان دستورالعمل ها برای افراد عادی نوشته شده است. این دستورالعمل ها برای همه افراد، چه سالم و چه بیمار است. ممکن است داستان بیماری شخص شما، کم و بیش با آن چه در کتاب نوشته شده، تفاوت داشته باشد و این پزشک و تیم پزشکی شما ست که می تواند آن ها را متناسب با وضعیت خودتان و بیماری تان تطبیق بدهد.

سرطان های تیروئید یکی از سرطان های شایع است. در بین سرطان های دستگاه های هورمون ساز، شایع ترین آن است. طبق یک گزارش از ایران از هر صد هزار زن $3/54$ و از صد

هزار مرد ۱/۱۹ نفر هر سال دچار سرطان تیروئید می شوند. بنابراین از جمعیت حدود دو و نیم میلیون نفری گیلان، هر سال، حداقل ۴۵ زن و ۱۵ مرد دچار سرطان تیروئید می شوند. ولی مثلا در ایالات متحده آمریکا هر سال به بیش از ۴۳۰۰۰ زن و ۱۳۰۰۰ مرد خبر می دهند که دچار سرطان تیروئید شده اند. اکثر آن ها سنی بیشتر از ۴۵ سال دارند.

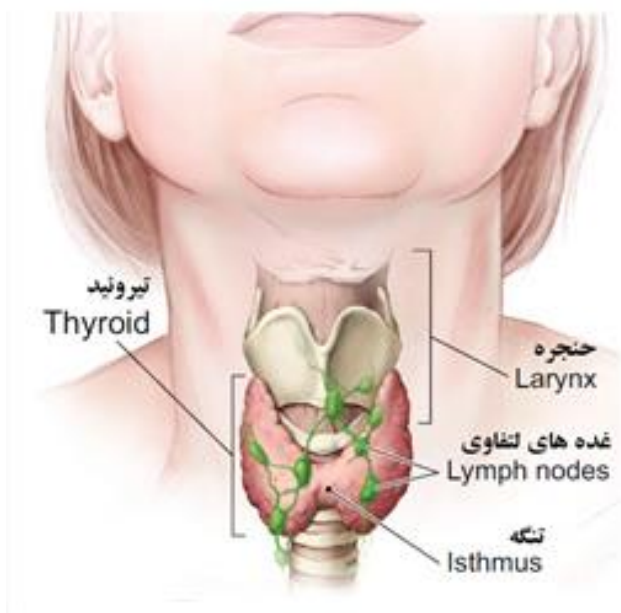
در باره مراقبت های پزشکی مربوط به سرطان تیروئید، مطالعه و کنجکاوی بکنید. نگوئید این کار، بی فایده است. هرچه آگاهی تان در باره سرطان تیروئید بیشتر باشد، بهتر می توانید در انتخاب شیوه های درمان، مشارکت آگاهانه و فعال داشته باشید. در این کتاب در باره تشخیص و تعیین مرحله سرطان، درمان، پی گیری ها، و مشارکت در کارهای پژوهشی نکات ارزشمندی نوشته شده است.

این کتاب را می توانید از اول تا آخر بخوانید یا تنها به بخشی که هم اکنون مورد نیاز شما است مراجعه بکنید. از تیم پزشکی هم پرسید کدام بخش این کتاب مناسب حال شماست. در این کتاب فهرست پرسش های مهم هم نوشته شده است. آن ها را از پزشک تان پرسید. بسیاری از افراد پیشاپیش پرسش های خود را یادداشت می کنند، تا در زمان ملاقات، با پزشک خود در میان بگذارند. می توانید هنگام گفتگو با پزشک،

یادداشت بردارید تا چیزی را فراموش نکنید. شاید بخواهید هنگام ملاقات با پزشک، فردی از اعضاء خانواده، یا یک دوست هم حضور داشته باشد تا یادداشت بردارد، بپرسد، یا تنها بنشیند و گوش بدهد.

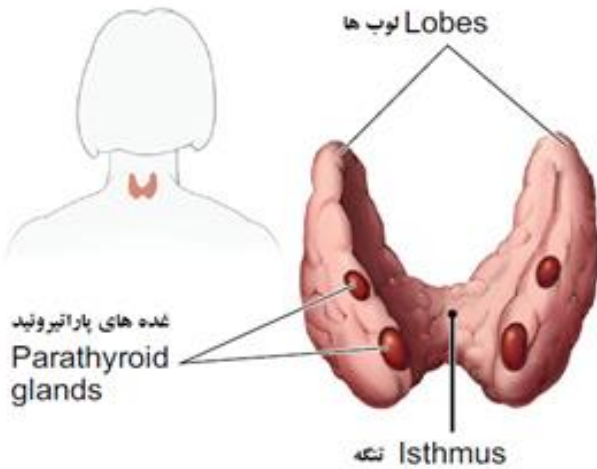
تیروئید

تیروئید یکی از غده های هورمون ساز طبیعی بدن است. در جلوی گردن، پائین تر از حنجره قرار دارد. شکل آن شبیه پروانه است. غده تیروئید طبیعی چندان بزرگ نیست. کوچک تر از بند آخر شست دست خود آن فرد است. معمولا می توان از روی پوست آن را لمس کرد.



غده تیروئید - نمای روبرو

یک قسمت تیروئید در طرف راست گردن (به نام لوب راست) و یک قسمت تقریباً مساوی با آن، در طرف چپ گردن (به نام لوب چپ) قرار دارد و بافتی کوچک از همان جنس تیروئید به نام تنگه (Isthmus، ایسم)، این دو قسمت را به هم وصل می کند.



غده تیروئید- نمای پشت.

به چهار غده پاراتیروئید توجه نمایید.

در تیروئید چندین نوع یاخته وجود دارد. دو دسته از آن ها هورمون می سازند. یکی یاخته های فولیکولی که یاخته های اصلی تیروئید هستند و دسته دیگر که تعدادشان بسیار کمتر است یاخته های C نام دارند. یاخته های دیگر از جمله لنفوسیت

ها و یاخته های بستر تیروئید هم در لابلای یاخته های اصلی وجود دارند. هر یک از این یاخته ها ممکن است به صورت تومورهای خوش خیم یا بدخیم درآیند.

تیروئید دو دسته هورمون می سازد: هورمون های تیروئید (Thyroxine, Triiodothyronine) و کلسیتونین (Calcitonin).

هورمون تیروئید: یاخته های فولیکولی تیروئید، هورمون های تیروئید را می سازند. غده تیروئید برای ساختن هورمون های تیروئید، عنصری معدنی از خون می گیرد. نام آن یُد است. برخی از غذا ها و نمک، مخصوصا نوع یُد دار آن حاوی مقدار قابل ملاحظه ای یُد است. تولید هورمون تیروئید تحت کنترل هورمونی است به نام "هورمون محرک تیروئید (TSH)". TSH را هیپوفیز می سازد که خود غده هورمون سازی است که در درون جمجمه، در قاعده مغز قرار گرفته است.

هورمون های تیروئید بر ضربان قلب، فشار خون، دمای بدن، وزن و بسیاری از کارهای دیگر بدن تاثیر دارند. به عنوان مثال اگر هورمون های تیروئید بدن زیاد شوند، دچار تپش قلب می شوید، ضربان قلب تان نامنظم می شود، مشکلات در خوابیدن پیدا می کنید، عصبی می شوید، میل تان به خوردن غذا زیاد می شود، و در عین حال وزن تان کاهش می یابد و

احساس گرما می کنید. اگر هورمون تیروئید کم شود، در انجام کارها مثل قبل چابک نیستید، زود احساس خستگی می کنید، و وزن تان تا اندازه ای زیاد می شود.

کلستونین: یاخته های C موجود در تیروئید، کلستونین می سازند. این هورمون نقشی، گرچه اندک، در تنظیم سطح کلسیم بدن دارد. کلسیم بدن را در حد طبیعی نگه می دارد. در پشت تیروئید، چهار و گاهی بیش از چهار **غده پاراتیروئید** وجود دارد. این غده ها، **هورمون پاراتیروئید** می سازند. این هورمون نقشی بس مهم در تنظیم کلسم بدن دارد و کمک می کند سطح کلسیم خون در حد طبیعی نگه داشته شود.

تیروئید بزرگ

گواتر

یاخته های تیروئید در حال طبیعی رشد می کنند و تقسیم می شوند. هر وقت بدن به هورمون بیشتری نیاز داشت، این یاخته ها تقسیم می شوند و یاخته های تازه ای می سازند. یاخته های طبیعی که پیر می شوند یا آسیب می بینند، می میرند. جای آن ها را یاخته های تازه می گیرند.

تیروئید بزرگ می شود. ممکن است هم شکل آن تغییر بکند، هم حجم آن. تیروئید بزرگ شده را "گواتر" می نامند. برخی از گواتر ها منتشر هستند؛ به عبارت دیگر تمام غده تیروئید تقریبا به طور یکنواخت بزرگ شده است. برخی دیگر از گواتر ها "گره ای" هستند. به عبارت دیگر، این جا و آن جا غده تیروئید، بزرگ شده و به صورت برجستگی یا توده هائی کوچک تا بزرگ در آمده است. توده درون تیروئید یا برجستگی روی تیروئید را "گره" (نُدول = Nodule) تیروئید می نامند.

علت این که اندازه و شکل تیروئید تغییر می کند بسیار است. و اکثر آن ها هم سرطانی نیستند. یکی از علل عمده هر دو حالت، هم گواتر منتشر و هم گواتر گره ای، بهم خوردن تعادل هورمونی بدن است. به عنوان مثال هرگاه ید کافی به بدن نرسد، سطح هورمون ها در بدن تغییر می کند و با دخالت چند رویداد پی در پی، باعث گواتر می شود. یکی دیگر از علل مهم بزرگ شدن تیروئید، بیماری هاشیموتو (Hashimoto) است. در این بیماری، لنفوسیت ها که یاخته های دستگاه ایمنی بدن اند و بافت همبندی در غده تیروئید رسوخ می کنند و آن را هم به طور منتشر و هم به طور گره ای بزرگ می کنند.

گره تیروئید علت های دیگری هم دارد. گاهی فرایند پیدایش و مرگ یاخته ها، درست پیش نمی رود. در این گونه

موارد، کنترل طبیعی بر تقسیم یاخته ها، از بین می رود. یاخته های تازه زمانی ساخته می شوند که بدن به آن ها نیازی ندارد، و یاخته های پیر و فرسوده و آسیب دیده هم، آن طور که انتظار می رود، نمی میرند. این یاخته های سرسخت و اضافی، اغلب در کنار هم باقی می مانند و به صورت توده یا همان گره (نُدول) در می آیند. می توان گفت که این ها در واقع **تومور** هستند، چه خوش خیم و چه بدخیم.

یاخته های طبیعی در جای خود، در کنار هم می مانند، لیکن یاخته های سرطانی تمایل به جابجائی دارند، و به جاهای دیگر بدن می روند و شگفت انگیز آن که جایگاه تازه را برای رشد و نمو خود آماده می کنند، و همان جا توده ای کم و بیش بزرگ می سازند. این ها را **متاستاز** می نامند.

اکثر گره های تیروئیدی خوش خیم اند. لیکن در هر ۱۰۰ نفر ۱۰ الی ۱۵ نفر گره شان سرطانی است. برخی از این گره ها بیش از اندازه هورمون می سازند و باعث حالت پرکاری تیروئید می شوند. تقریباً تمام گره هائی که هورمون زیادی می سازند، خوش خیم اند.

در هر سنی، انسان ها دچار گره تیروئید می شوند. لیکن افراد مسن و سالخورده، بیش از جوانان دچار گره می شوند. از هر ده فرد مسن یک نفر گره ای قابل لمس در تیروئید خود دارد.

هرگاه تیروئید با سونوگرافی بررسی شود، معلوم می شود که تعداد بیشتری از افراد، دارای یک یا چند گره کوچک هستند. طبق آمار، این گره ها خوش خیم اند.

اکثر گره ها، کیست هائی هستند انباشته از مایع یا کولوئید؛ کولوئید همان شکل ذخیره ای هورمون تیروئید است. گره های توپر، مایع یا کولوئید اندکی دارند. گره های توپر بیش از گره های کیستی سرطانی هستند. لیکن باز هم اکثر گره های توپر، سرطانی نیستند. برخی از انواع گره های توپر، نظیر گره های هیپرپلاستک یا آدنوم ها دارای انبوهی از یاخته اند، لیکن یاخته هایشان سرطانی نیست.

گره های خوش خیم:

--- معمولاً بی ضررند

--- به بافت های همجوار خود حمله و در آن

ها رسوخ نمی کنند

--- پخش نمی شوند و به نواحی دیگر بدن

نمی روند.

--- معمولاً نیازی نیست آن ها را بردارند.

گاهی گره های خوش خیم را بدون هیچگونه اقدام درمانی، فقط تحت نظر می گیرند. برخی دیگر از همین گره ها نیاز به درمان دارند.

یاخته سرطانی

در بین اجزاء موجود در هر بافت، این یاخته است که سرطانی می شود. یاخته واحد ساختمانی بافت است. بافت ها در کنار هم، یک عضو را می سازند. تیروئید هم از بافت ها و یاخته ها ساخته شده است.

گره های بدخیم (سرطانی):

--- گاهی جان بیمار را تهدید می کنند

--- ممکن است در بافت ها و اعضای همجوار

رسوخ بکنند.

--- ممکن است پخش شوند و به نواحی دیگر

بدن بروند.

--- اغلب باید آن ها را برداشت یا نابود کرد.

--- گاهی سرسختی نشان می دهند و دوباره بر

می گردند.

یاخته های سرطان تیروئید از توده اصلی جدا می شوند

و به نواحی دور دست می روند. از راه های لنفاوی به غده های

لنفاوی همجوار می روند. از راه گردش خون هم می توانند به

ریه، کبد، یا استخوان گسترش یابند. این یاخته های گریخته به

هر جا که بروند، جا خوش می کنند، بدون ضابطه و رابطه ای، شروع می کنند به تقسیم های پی در پی؛ به صورت تومور های تازه ای در می آیند و بافت های همجوار آن جا را به مخاطره می اندازند.

انواع سرطان تیروئید

چند نوع سرطان تیروئید وجود دارد:

--- سرطان های ناشی از یاخته های فولیکولی تیروئید (شامل سرطان پاپیلری تیروئید، سرطان فولیکولی تیروئید، سرطان یاخته هرتل یا اونکوسیتی). یاخته های این سه دسته سرطان، بسیاری از خصوصیات یاخته های طبیعی تیروئید را حفظ می کنند؛ شباهت های زیادی با یاخته های طبیعی تیروئید دارند.

--- سرطان های ناشی از یاخته های C (سرطان مدولری تیروئید)

--- سرطان بسیار بدخیمی که گرچه از یاخته های فولیکولی تیروئید منشاء می گیرد، لیکن بسیار بهم ریخته و دارای توانائی تقسیم و تکثیر بسیار زیاد است (سرطان آناپلاستیک تیروئید)

سرطان پاپیلری تیروئید:

سرطان پاپیلری تیروئید در بین سرطان های تیروئید، از همه شایع تر است. در ۷۶٪ کسانی که دچار سرطان تیروئید هستند، سرطان تیروئیدشان از این نوع است. سرمنشاء آن ها ، یاخته های فولیکولی تیروئید است و معمولا رشدشان بسیار آهسته است. معمولا تنها در یک لوب پیدا می شوند. گرچه رشدی آهسته دارند، لیکن اغلب به غدد لنفاوی گردن گسترش می یابند. اگر زود تشخیص داده شوند، حتی هنگامی که غدد لنفاوی گردن را هم فرا گرفته اند، اکثر بیماران کاملا از دست این سرطان پاپیلری تیروئید نجات پیدا می کنند. به ندرت باعث مرگ می شود.

سرطان پاپیلری تیروئید دارای چند زیر گروه است. شایع ترین زیر گروه، نوع مختلط است که در آن، هم نمای سرطان پاپیلری و هم نمای سرطان فولیکولی دیده می شود. سرنوشت بیماران (یا همان پیش آگهی بیماری) در هر دو نوع معمولی و مختلط سرطان پاپیلری تیروئید، هر گاه زود تشخیص داده شوند، یکسان و خوب است و شیوه درمان هر دو هم یکسان است. زیر گروه های دیگر سرطان پاپیلری تیروئید (ستونی، با یاخته بلند، جزیره ای، و با رشته های همبندی درهم تنیده و منتشر) شیوع

چندانی ندارند، لیکن سریع رشد می کنند و به سرعت پخش می شوند.

سرطان فولیکولی تیروئید

"سرطان فولیکولی تیروئید" دومین نوع شایع سرطان تیروئید است. نه درصد افراد مبتلا به سرطان تیروئید، دچار این نوع سرطان هستند. در مناطقی از جهان که کمبود ید وجود دارد، فراوان تر است. سرمنشاء این سرطان هم یاخته های فولیکولی تیروئید است و رشدش هم معمولا آهسته است. این سرطان کمتر به غدد لنفاوی گردن گسترش می یابد. گسترش آن معمولا از راه گردش خون است و به نواحی دور دست، نظیر ریه و استخوان می رود. سرنوشت بیماران مبتلا به سرطان فولیکولی تیروئید به خوبی مبتلایان به سرطان پاپیلری تیروئید نیست. با این حال اگر این نوع سرطان تیروئید را زود تشخیص بدهند، اکثر بیماران مبتلا به سرطان فولیکولی تیروئید را می توان با موفقیت درمان کرد.

سرطان یاخته هرتل (Hürthle)

این نوع سرطان که سرطان یاخته اُکسی فیل (Oxiphil) هم نامیده می شود، شیوع چندانی ندارد. تنها سه درصد سرطان

های تیروئید را تشکیل می دهد. تشخیص آن راحت نیست و درمانش هم مشکل است.

سرطان مدولری تیروئید

سرطان مدولری تیروئید شایع نیست. تنها دو درصد کسانی که سرطان تیروئید دارند، دچار سرطان مدولری تیروئید هستند. سرمنشاء آن ها یاخته های C است و مقدار بسیار زیادی کلسیتونین می سازند. سرطان مدولری تیروئید رشدی آهسته دارد. این سرطان گاهی، حتی پیش از آن که متوجه وجود این سرطان در غده تیروئید شوند، گسترش یافته است و به غدد لنفاوی گردن، ریه و کبد رفته است. اگر پیش از دست اندازی و گسترش آن به نواحی دیگر بدن، تشخیص داده شود، راحت می توان آن را تحت کنترل در آورد.

سرطان مدولری تیروئید به صور مختلف پیدا می شود. یک نوع آن انفرادی است. مبنای ارثی ندارد. عمدتاً در افراد سالخورده دیده می شود. تنها یک لوب تیروئید گرفتار آن است. هشتاد درصد سرطان های مدولری تیروئید از این نوع هستند.

سرطان مدولری تیروئید گاهی خانوادگی است.

جهشی در ژنی به نام **RET** از پدر و مادر به کودک می رسد. تقریباً همه کسانی که دارای این ژن جهش یافته **RET** هستند، بالاخره دچار سرطان مدولری تیروئید می شوند. این بیماری به دو صورت روی می دهد؛ یا به تنهایی به صورت سرطان مدولری تیروئید خانوادگی، یا به صورت یک سرطان به همراه سرطان های دیگر در قالب سندرمی به نام سندرم نئوپلازی اندوکرینی متعدد (**MEN**).

معمولاً با یک آزمایش خون می توان آن جهش در ژن **RET** را پیدا کرد. هرگاه این جهش را در فردی مبتلاء به سرطان مدولری تیروئید یافتند، معمولاً به بیمار می گویند که همه افراد درجه یک وی هم، این آزمایش را انجام بدهند. هر یک از بستگان بیمار هم که دارای آن جهش در ژن **RET** بود، برای کشف هر چه زودتر سرطان باید مورد معاینه و بررسی قرار بگیرد و اگر چیزی نیافتند، در بقیه عمر دوره ای آزمایش بکنند و از تیروئیدشان تصویربرداری انجام بشود.

نوع خانوادگی سرطان مدولری تیروئید سیر بدتری دارد. در هر نسل، چندین نفر از افراد خانواده گرفتار آن هستند یا

بالاخره دچار آن می شوند. معمولاً در دوران کودکی یا اوایل سنین بزرگسالی پیدا می شود و خیلی زود گسترش می یابد. معمولاً هر دولوب و چندین ناحیه تیروئید گرفتار آن است.

سرطان آناپلاستیک تیروئید

سرطان آناپلاستیک تیروئید کمترین شیوع را دارد. تنها حدود یک درصد کسانی که دچار سرطان تیروئید هستند، سرطان شان از این نوع است. اکثر این بیماران سنی بیش از ۶۰ سال دارند. سرمنشاء این سرطان، یاخته های فولیکولی تیروئید است. ممکن است در سرطان پاپیلری یا فولیکولی قدیمی تیروئید، که تشخیص داده نشده است، شکل بگیرد. یاخته های بسیار درهم ریخته است و چون هیچ شباهتی به یاخته های طبیعی تیروئید ندارد، **سرطان تمایز نیافته تیروئید** هم نامیده می شود. سرطان آناپلاستیک تیروئید، رشد بسیار سریعی دارد و به سرعت به اطراف گسترش می یابد و به دور دست ها می رود. کنترل کردن سرطان آناپلاستیک تیروئید بسیار دشوار است.

سرطان های ناشایع در تیروئید

کمتر از ۴ درصد سرطان هایی که در تیروئید یافت می شوند، لنفوم، انواع سارکوم ها و تومور ها دیگر است.

دو نکته در مورد پاراتیروئید

یک یا چند تا از غده های پاراتیروئید ممکن است توموری شوند. معمولاً خوش خیم هستند. حتی تومور های کوچک پاراتیروئید، کلسیم خون را افزایش می دهند و به همین دلیل خیلی زود تشخیص داده می شوند. به ندرت به صورت گره در می آیند. خیلی به ندرت آنقدر بزرگ می شوند که در لمس به دست بخورند. بیشتر با سونوگرافی باید دنبال آن ها گشت.

سرطان پاراتیروئید هم بسیار بسیار نادر است. ممکن است به صورت توده هائی در تیروئید و/یا گردن قابل لمس باشد.

درمان توده های پاراتیروئید، هر چقدر هم کوچک یا بزرگ باشند، جراحی است.

میزان شیوع و بروز سرطان تیروئید در چند دهه اخیر افزایش یافته است، لیکن مرگ و میر ناشی از آن تغییری نکرده است. بخشی از افزایش آمارها، واقعی است، بخشی دیگر از آن، مربوط به کشف زودرس سرطان تیروئید با سونوگرافی است. در سال های اخیر سرطان هائی کشف می شوند که به خاطر کوچکی اندازه آن ها، با لمس نمی توان آن ها را پیدا کرد.

همچنین استفاده از سونوگرافی، باعث شده که سرطان های تیروئید را در سنین پائین تری پیدا بکنند. هر نوع سرطان تیروئید، آزمایش های خاص خودش را دارد و درمان آن ها هم با هم فرق می کند.

عوامل خطر سرطان تیروئید

هر عاملی که باعث بدشانسی شود و زمینه ابتلاء به سرطان را زیاد کند، "عامل خطر سرطان" نامیده می شود. در مورد سرطان تیروئید هم چندین عامل خطر وجود دارد:

- سابقه تابش پرتوهای مضر به سر و گردن
- سابقه بالابودن **TSH**
- چاقی
- سابقه خانوادگی تیروئید
- سابقه وجود سندرم های زمینه ساز سرطان های متعدد در خود و خانواده.

چه کسانی ممکن است دچار سرطان تیروئید شوند؟

زن ها بیش از مردان دچار سرطان تیروئید می شوند. از هر صد نفر فرد دچار سرطان ، ۸۰ نفر زن هستند. سن هم یکی

از عوامل زمینه ساز است. بروز سرطان در سنین بیش از ۵۰ سال به سرعت افزایش می یابد. تابش پرتوهای مضر یکی دیگر از عوامل خطر است. در گذشته برای درمان لوزه های بزرگ و کچلی سر، به سر و گردن اشعه X می تاباندند. چند دهه اخیر این کار ممنوع شده است. وجود پرتوهای رادیوآکتیو در پیرامون محل کار و زندگی ما یکی از عوامل خطر می باشد. افراد چاق هم بیش از افراد دارای وزن طبیعی دچار سرطان تیروئید می شوند.

وجود جهش های ارثی در ژن ها هم فرد را مستعد ابتلاء به سرطان تیروئید میکند. البته همه کسانی که دارای این جهش ها هستند دچار سرطان تیروئید نمی شوند.

سابقه خانوادگی سرطان تیروئید یکی از عوامل خطر است. وجود سرطان تیروئید در بستگان درجه یک (مادر، پدر، برادر، خواهر، و فرزندان) هشدار است که ممکن است شما هم دچار سرطان تیروئید شوید.

چند سندروم زمینه ساز، احتمال پیدایش سرطان در تیروئید و در دستگاه دیگر بدن را زیاد می کند. پولیپوز آدنوماتوز خانوادگی، کمپلکس کارنی، سندرم کودن ، و نئوپلازی متعدد اندوکرینی چند نمونه از آن هاست. سرطان مدولری هم، همان طور که قبلا گفته شد مبنای ارثی دارد.

تشخیص

هنگامی که پزشک به وجود سرطان در تیروئید شک می کند، یک یا چند کار زیر را انجام می دهد: گرفتن شرح حال پزشکی، معاینه، آزمایش خون، سونوگرافی تیروئید و نسج نرم گردن، اسکن ایزوتوپی تیروئید، نمونه برداری از تیروئید یا از گره.

آیا راهی برای تشخیص زودتر سرطان تیروئید وجود

دارد؟

بسیاری از سرطان های تیروئید را می توان در همان ابتدای کار پیدا کرد. در واقع امروز خیلی زودتر از ده بیست سال قبل، سرطان های تیروئید را تشخیص می دهند، و به همین خاطر درمان آن ها هم راحت تر و موفقیت آمیزتر انجام می شود یکی از دلایل مهم تشخیص زود تر، همکاری بیماران است. سال های اخیر آگاهی مردم در مورد بیماری و تندرستی خیلی زیاد شده است. بسیاری از مبتلایان به سرطان تیروئید به خاطر وجود توده ای در تیروئید یا درگردن به پزشک مراجعه می کنند. چقدر خوب است که همه افراد، با مشاهده توده یا

برجستگی در جلوی گردن، هر چه زودتر به پزشک مراجعه
بکنند.

در تعدادی از موارد در چکاپ های دوره ای است که
پزشک می فهمد توده یا توده هائی در تیروئید یا در گردن وجود
دارد. هیچ آزمایش بیماریابی برای سرطان های تیروئید (مگر در
مورد افرادی که خطر پیدایش انواع مختلف سرطان تیروئید در
آنان زیاد است) پیشنهاد نشده است. برخی از پزشکان پیشنهاد
می کنند که گردن همه افراد سالی یکی دوبار از نظر وجود توده
در تیروئید و گردن معاینه شود.

در تعدادی از بیماران در سونوگرافی یا تصویربرداری
های سرو گردن، که برای بررسی بیماری های دیگر انجام می
شود، اتفاقی متوجه گره در تیروئید یا توده در گردن می شوند.
مثلاً در سونوگرافی داپلر شریان های گردن، در سی تی اسکن یا
ام آر آی سر و گردن، یا در تصویربرداری برای پاراتیروئید،
بیماری تیروئید هم کشف می شود.

معاینه

سرطان تیروئید یک یا چند علامت و نشانه زیر را ایجاد

می کند:

- توده ای در تیروئید، که گاه دارای رشدی سریع است

- تورم جلوی گردن

- درد در جلوی گردن، که گاهی به گوش ها تیر می کشد.

- تغییر صدا یا خشونت صدا که روزها و هفته ها دوام می کند.

- دشواری در بلع و در خوردن آب و غذا

- دشواری در نفس کشیدن

- سرفه پردوام و مزاحم

خوشبختانه غیر از توده و برجستگی جلوی گردن ، بقیه علائم و نشانه ها بسیار نادرند. هرگاه هر یک از این علامت ها و نشانه ها را داشتید به پزشک مراجعه بکنید. در بسیاری از موارد، بیماری های معمولی باعث آن علائم می شوند. حتی ممکن است سرطان های نواحی دیگر باعث آن شده باشند.

پزشک، گردن شما را معاینه می کند. توده های داخل تیروئید یا همان گره ها را جستجو و لمس می کند. ممکن است گردن و غده های لنفاوی کنار آن را هم بررسی کند تا نکند بزرگ یا زیاد شده باشند. با شرح حال و معاینه نمی توان سرطان تیروئید را تشخیص داد. و در مواردی که سرطان را تشخیص می دهند، باز برای تعیین وسعت آن، مشخص کردن مرحله آن، بررسی های بیشتری لازم است

آزمایش خون

برای تعیین کار تیروئید، پزشک دستور اندازه گیری هورمون محرک تیروئید (**TSH= Thyroid Stimulating Hormone**) را می دهد. اگر مقدار آن کم یا زیاد باشد، معلوم می شود کار تیروئید خراب است.

هیچ آزمایش خونی برای بیماریابی سرطان تیروئید پیشنهاد نشده است؛ لیکن کسانی که زمینه ابتلاء به این یا آن نوع سرطان تیروئید را دارند، مثلا دارای سابقه خانوادگی سرطان تیروئید هستند، پیشنهاد می شود که آزمایش های خاصی انجام بدهند.

مثلا کسانی که دارای سابقه خانوادگی سرطان مدولری تیروئید هستند، بدشانسی خیلی زیادی دارند که دچار این سرطان باشند یا در سال های آتی دچار آن شوند. پیشنهاد می شود که این افراد در سنین کم، آزمایش ژنتیک مربوطه را انجام بدهند تا معلوم شود که دارای جهش بیماری زای سرطان مدولری تیروئید هستند یا نیستند. هر گاه این آزمایش ژنتیک انجام نشود، می توان دوره ای، سطح کلسیتونین خون را اندازه گرفت و این سرطان را در مراحل اولیه پیدایش کشف کرد. سونوگرافی گردن هم، کار جستجو را در افراد در معرض خطر، تکمیل می کند.

سونوگرافی تیروئید و گردن

دستگاه سونوگرافی از امواج فراصوت استفاده می کند. گوش انسان نمی تواند این امواج صوتی را بشنود. دستگاه سونوگرافی این امواج صوتی را به تیروئید و گردن می تاباند و بازتاب آن را به صورت الگوهای مشخصی دریافت می کند. با کمک کامپیوتر، تصویری از تیروئید و بافت های همجوار تیروئید در گردن تهیه می شود. در این تصویر ها همه اجزای درون تیروئید و بافت های همجوار آن نمایان است. از جمله گره های بسیار کوچکی که نه تنها قابل دیدن نیستند، بلکه آن قدر کوچکند که با دست هم نمی توان آن ها را پیدا و لمس کرد. از روی تصویر های سونوگرافی پزشک متوجه می شود که اولاً گره وجود دارد یا ندارد. متوجه شکل، محل، اندازه، تعداد و ساختار درونی گره (ها) می شود. آیا توپر هستند یا توخالی (در واقع کیست هستند یا نه)؟ گره های کیستی انباشته از مایع، معمولاً سرطانی نیستند. گره هائی که توپر هستند، ممکن است سرطانی باشند. سرطان تیروئید در تصویرهای سونوگرافی نمای مشخصی دارد، راهنمای خوبی برای تمیز موارد پرخطر از موارد کم خطر است، لیکن از روی آن ها با قاطعیت نمی توان گفت که آن گره سرطانی هست یا نیست.

با کمک سونوگرافی غدد لنفاوی بخش های مختلف گردن هم بررسی می شود. در صورت گسترش سرطان به این غدد لنفاوی، می توان متوجه آن ها شد.

اسکن ایزوتوپی تیروئید

گاهی پزشک دستور انجام اسکن ایزوتوپی تیروئید را می دهد. برای این کار به شما مقداری مایع حاوی مواد رادیواکتیو (مثلا محلول ید رادیواکتیو یا تکنسیوم ۹۹ رادیواکتیو) می دهند تا بخورید. گاهی هم نوع تزریقی آن را در ورید تزریق می کنند. نوع خوراکی آن ماده از روده شما جذب می شود و می رسد به غده تیروئید. غده تیروئید آن را در خود انباشته می کند و با دستگاهی از بیرون که در جلوگردن قرار می دهند. از روی امواج آن ماده رادیواکتیو و با کمک کامپیوتر، تصویر تیروئید شما را تهیه می کنند. معمولاً تصویر اسکن ایزوتوپی، رنگی است. نواحی فعال تر به رنگ قرمز، نواحی با فعالیت کمتر، به رنگ نارنجی، نواحی بدون فعالیت، به رنگ آبی سیر یا سیاه است. اسکن ایزوتوپی، کار و شکل و البته محل غده تیروئید شما را نشان می دهد. حتی اگر غده تیروئید در درون قفسه سینه قرار گرفته باشد، به راحتی آن را پیدا می کند. گره هائی که بیش از بافت های مجاور خود، ماده

راديو اکتیو جذب می کنند، "گره داغ" نامیده می شوند. گره های داغ معمولاً سرطانی نیستند. گره ای که کمتر از بافت تیروئیدی کنار خود، آن ماده راديو اکتیو را جذب کند، "گره سرد" نامیده می شود. گره های سرد ممکن است سرطانی باشند. چون هم گره های سرطانی و هم گره های غیرسرطانی به صورت گره سرد نمایان می شوند، لیکن با آن نمی توان سرطان تیروئید را تشخیص داد.

نمونه برداری از گره یا تیروئید

نمونه برداری تنها راه مطمئن برای تشخیص سرطان تیروئید است. آسیب شناس در زیر میکروسکوپ در نمونه گرفته شده از تیروئید و گره تیروئید به دنبال یاخته های سرطانی می گردد.

نمونه برداری از تیروئید به دو صورت انجام می شود

نمونه برداری با سوزن باریک

پزشک با سوزنی باریک، باریک تر از سوزن های معمول برای تزریق های وریدی یا عضلانی، از تیروئید نمونه یا نمونه هائی می گیرد. نمونه برداری با سوزن چندان دردناک و

آزاردهنده نیست، به همین خاطر معمولاً بی حسی تزریق نمی شود.

گاهی برای رساندن سر سوزن به محل مورد نظر در تیروئید، از دستگاه سونوگرافی هم کمک می گیرند. این را "نمونه برداری با راهنمایی سونوگرافی" می نامند.

نمونه برداری با عمل جراحی

اگر با نمونه برداری با سوزن نتوان تشخیص را معلوم کرد، عمل جراحی انجام می شود. جراح یک لوب یا تمام تیروئید را برمی دارد. به عنوان مثال، تشخیص سرطان فولیکولی تیروئید از روی نمونه برداری با سوزن دشوار است؛ در این موارد پیشنهاد می دهند آن لوب تیروئید که حاوی گره مورد نظر است، با عمل جراحی برداشته شود.

پس از عمل جراحی، هر آن چه را که از گردن بیمار برداشته اند به آزمایشگاه آسیب شناسی می فرستند. آسیب شناس با دقت و حوصله، تمام آن بافت ها را از نظر سرطان، خوب ارزیابی می کند.

پیش از نمونه برداری ممکن است بخواهید
پرسش های زیر را از پزشک تان پرسید.

باید در بیمارستان بستری شوم؟
نمونه برداری چقدر طول می کشد؟ مرا بیهوش می کنند؟
ناراحتم می کند؟
آیا خطری ندارد؟ احتمال عفونت و خونریزی چقدر است؟
اثری روی گردن من می ماند؟
نتیجه نمونه برداری چند روزه حاضر می شود؟ چه کسی
نتیجه را برایم تفسیر می کند؟
اگر معلوم شود سرطان دارم، در باره گام های بعدی، چه
کسی و چه موقع با من صحبت می کند؟

سرطان تیروئید در چه مرحله ای است؟

پس از آن که معلوم شد دچار سرطان تیروئید هستید، پزشک کارهای دیگر انجام می دهد تا مرحله، در واقع وسعت بیماری شما را تعیین کند. برای این کار از جمله باید تعیین کند آیا سرطان تیروئید شما به خارج از تیروئید گسترش یافته است؟ آیا به نواحی دور دست هم رفته است؟ تا به شما کمک کند با آگاهی بیشتر، برای درمان خود، صحیح ترین تصمیم را انتخاب کنید. مرحله بندی سرطان تیروئید یک (I=1) تا چهار (IV=4)

است و هر چه عدد بزرگتر باشد، شدت و وسعت سرطان بیشتر است. گرچه سرطان تیروئید در هر فردی خصوصیات یگانه و منحصر به فردی دارد، لیکن کسانی که مرحله سرطان تیروئیدشان یکسان است، سرنوشت مشابه ای دارند، و پاسخ شان به درمان هم خیلی شبیه هم است.

برای تعیین مرحله سرطان تیروئید اغلب از نظام پیشنهادی "کمیتة مشترک سرطان آمریکا" استفاده می شود. این نظام که به نظام **TNM** شهرت دارد، سه دسته اطلاعات زیر را در مدنظر قرار می دهد:

--- وسعت یا اندازه تومور (**T=tumor**): اندازه خود سرطان چقدر است؟ آیا به درون بافت های همجوار رسوخ کرده است؟

--- گسترش به غدد لنفاوی همجوار (**N**): آیا سرطان به غدد لنفاوی همجوار گسترش یافته است؟

--- گسترش (یا متاستاز) به نواحی دوردست (**M**): آیا سرطان به نواحی دوردست، مثل ریه یا کبد راه یافته است؟

هنگامی که سرطان از جائی به جای دیگر می رود، در جای دیگر دارای همان یاخته های سرطانی محل اولیه است. مثلاً سرطان تیروئید که به ریه می رود، در ریه دارای همان یاخته های سرطانی تیروئید است، نه سرطانی از یاخته های ریه.

این نوع سرطان ها را **سرطان متاستاتیک تیروئید** می نامند. درمان آن هم عین درمان سرطان تیروئید است. پزشکان گاهی آن را **سرطان دوردست تیروئید** می نامند.

برای تعیین مرحله سرطان تیروئید، یکی یا چند کار زیر را انجام می دهند.

سونوگرافی تیروئید و گردن

سونوگرافی گردن نشان می دهد آیا سرطان به بافت های همجوار و غده های لنفاوی گردن گسترش یافته است یا نه. وسعت و شدت گرفتاری را هم نشان می دهد.

سی تی اسکن (CT scan)

با کمک دستگاه رادیوگرافی با اشعه ایکس متصل به یک کامپیوتر قدرتمند، از گردن و قفسه سینه شما عکس های بسیار دقیق و با جزئیات کامل تهیه می شود. از روی این عکس های می توان فهمید آیا سرطان به بافت های همجوار، غده های لنفاوی گردن و به درون قفسه سینه گسترش یافته است یا نه.

ام آر آی (MRI)

با کمک آهن ربائی پر قدرت متصل به یک کامپیوتر قدرتمند، از گردن و قفسه سینه شما عکس های بسیار دقیق و با

جزئیات کامل تهیه می شود. از روی این عکس ها می توان فهمید آیا سرطان به بافت های همجوار، غده های لنفاوی گردن، یا جاهای دیگر گسترش یافته است یا نه.

رادیوگرافی قفسه سینه (Chest X Ray)

رادیوگرافی قفسه سینه گاهی گسترش سرطان تیروئید به ریه را نشان می دهد.

اسکن ایزوتوپی تمام بدن (Whole Body Scan)

با اسکن ایزوتوپی تمام بدن می توان گسترش سرطان تیروئید به بافت های همجوار و نواحی دوردست را مشخص کرد و محل (های) آن را پیدا کرد. برای اینکار مقداری مایع حاوی ید رادیوآکتیو را می خورید. این ماده از راه روده جذب می شود و در هر جا که بافتی از تیروئید (چه طبیعی و چه سرطانی) وجود داشته باشد، انبار می شود و با عکس برداری تمام نواحی بدن با دستگاه تصویربرداری ویژه ای، محل انبار شدن ید رادیوآکتیو و از این طریق محل گسترش سرطان تیروئید را پیدا می کنند. بدین ترتیب هم گسترش سرطان و هم جای یاخته های گریخته معلوم می شود.

درمان

برای افراد مبتلاء به سرطان تیروئید چند راه درمان وجود

دارد:

جراحی تیروئید

درمان با هورمون تیروئید

درمان با یُد رادیوآکتیو

رادیوتراپی با پرتو X از بیرون بدن

شیمی درمانی

درمان با داروهای هدف گیر

در بسیاری از بیماران پیش از یک راه درمانی لازم می شود. به عنوان مثال درمان معمول سرطان پاپیلری تیروئید، جراحی، درمان با یُد رادیوآکتیو و درمان با هورمون تیروئید است. در اکثریت افرادی که سرطان پاپیلری تیروئید دارند، نیازی به پرتودرمانی از خارج بدن و شیمی درمانی، یا درمان با داروهای هدف گیر پیدا نمی شود.

درمان مناسب شما به چند عامل وابسته است. مهمترین آن، که نقش اصلی دارد، نوع سرطان تیروئید است. سرطان شما از کدام نوع است؟ پاپیلری، فولیکولی، مدولری، یا آناپلاستیک؟ در ردیف بعدی، اندازه گره، سن شما، و این که

آیا سرطان از آن گره بیرون رفته است یا نه، راه درمان مناسب را تعیین می کند. شما و پزشک تان با همکاری هم می توانید بهترین برنامه درمانی مناسب خود را فراهم کنید.

پزشک تان ممکن است شما را به پزشکی دیگر معرفی کند که در درمان سرطان تیروئید با تجربه است، یا خودتان تمایل داشته باشید نظر پزشکی دیگر را هم بشنوید. ممکن است درمان شما تحت نظر تیم پزشکی انجام شود. این تیم معمولاً شامل افرادی با تخصص های مرتبط است و در همه زمینه های مربوط به سرطان تیروئید شما، با هم مشورت و همکاری می کنند:

متخصص غدد داخلی: متخصص غدد داخلی پزشکی

است که تخصصش درمان بیماری های غدد داخلی است.

متخصص تیروئید: متخصص تیروئید، متخصص غدد

داخلی ای هست که برای درمان بیماری های تیروئید متخصص شده است.

جراح: جراح پزشکی هست که در جراحی تخصص

گرفته است. معمولاً کار عمده یا تنها کار وی جراحی غده تیروئید است.

متخصص پزشکی هسته ای: پزشکی است که در استفاده از مواد رادیوایزوتوپ برای تشخیص و درمان سرطان و بیماری های دیگر تخصص گرفته است.

آنکولوژیست طبی: آنکولوژیست طبی پزشکی است که برای درمان سرطان ها با داروها، تخصص گرفته است.

متخصص رادیوتراپی: متخصص رادیوتراپی پزشکی است که برای درمان سرطان ها با پرتو ها تخصص گرفته است. در تیم درمانی شما ممکن است پرستار آنکولوژی یا متخصص تغذیه هم حضور داشته باشند.

تیم پزشکی شما، راه های درمان، نتایج مورد انتظار هر راه درمانی، و عوارض ناخواسته احتمالی را برای شما شرح می دهد. چون هنگام درمان سرطان، یاخته ها و بافت های سالم هم آسیب می بینند، عوارض ناخواسته شایع است. این عوارض ناخواسته به عوامل متعددی از جمله به نوع درمان وابسته است. این عوارض ناخواسته احتمالی در همه بیماران یکسان نیست، و حتی در جلسات مختلف درمان یک بیمار هم ممکن است متفاوت باشد. پیش از شروع درمان از پزشک خود در باره عوارض ناخواسته احتمالی سوال بکنید و پرسید که درمان، چه تغییراتی در فعالیت روزمره تان ایجاد خواهد کرد.

پیش از شروع درمان ممکن است بخواهید

پرسش های زیر را از پزشک تان پرسید

من چه نوع سرطانی دارم؟

آیا ممکن هست یک نسخه از گزارش آسیب شناسی در

اختیار من باشد؟

بیماری من در چه مرحله ای است؟

آیا سرطانم گسترش پیدا کرده است؟ به کجاها راه پیدا کرده

است؟

راه های درمانی ای که می توان انتخاب بکنم کدام است؟

شما کدام یکی را پیشنهاد می کنید؟

می توانم بیش از یک راه درمانی را انتخاب بکنم؟

انتظار دارید فایده هر یک از راه های درمانی چه باشد؟

خطر و عوارض ناخواسته احتمالی هر راه درمانی کدام

است؟

احتمال پیدایش آن ها چقدر است؟

آیا باید در بیمارستان بستری شوم؟

چند روز باید در بیمارستان باشم؟

هزینه درمان بیماری ام حدوداً چقدر است؟

آیا شرکت بیمه هزینه ها را تقبل می کند؟

آیا درمان بر فعالیت های روزمره ام تاثیر دارد؟
چقدر شانس دارم که بهبودی کامل پیدا بکنم؟
آیا شرکت در کارهای پژوهشی (کارآزمایی بالینی) منفعتی
برای من دارد؟

در هر مرحله از درمان برای کنترل درد، و سایر علائم،
برطرف کردن عوارض ناخواسته درمان، و سبک کردن بار
نگرانی های عاطفی، مراقبت های حمایتی فراهم است.
ممکن است بخواهید از پزشک تان پرسید آیا می توانید
در کارآزمایی بالینی شرکت بکنید. کار آزمائی بالینی پژوهش
هائی هستند که با آن درمان های نوین را مورد بررسی قرار می
دهند. برای افرادی که دچار هر مرحله ای از سرطان تیروئید
هستند، انتخابی است با اهمیت.

جراحی

اکثر افرادی که دچار سرطان تیروئید می شوند، تحت
عمل جراحی قرار می گیرند. جراح تمام یا بخشی از غده
تیروئید را بر می دارد.

شما و جراح تان می توانید در باره نوع جراحی و این که کدام شیوه جراحی برایتان مناسب است، گفتگو بکنید.

برداشتن تمام غده تیروئید

این شیوه جراحی در مورد همه سرطان های تیروئید قابل استفاده است. جراح با برشی در جلوی گردن، تیروئید را بر می دارد. هرگاه جراح نتواند تمام تیروئید را بردارد، بافت باقیمانده تیروئید را پس از عمل جراحی می توان با ید رادیوآکتیو نابود کرد. به بخش ید رادیوآکتیو در صفحه نگاه بکنید.

جراح ممکن است غده های لنفاوی همجوار را هم بردارد. هرگاه سرطان به بافت های همجوار دست اندازی کرده باشد، جراح ممکن است هرچه را که می تواند برمی دارد. هرگاه سرطان به خارج از گردن رفته باشد، برای درمان آن (ها)، ممکن است جراحی، ید رادیوآکتیو، یا پرتودرمانی از بیرون لازم شود.

برداشتن یک لوب تیروئید

برخی از افرادی که دچار سرطان فولیکولی یا پاپیلری تیروئید هستند، ممکن است دارای تومور کوچکی تنها در بخشی از تیروئید باشند. جراح گاهی تنها یک لوب و تنگه تیروئید را

برمی دارد. برخی از بیمارانی که یک لوب تیروئید را به خاطر شک به سرطان تیروئید برداشته اند، ممکن است به جراحی تکمیلی احتیاج پیدا کنند تا در عمل جراحی دوم، تمام بافت تیروئیدی را بردارند. در مواردی کمتر، به جای جراحی دوم، بافت باقیمانده تیروئید را با یُد رادیوآکتیو نابود می کنند.

پس از انجام عمل جراحی برای سرطان تیروئید ممکن است مدتی احساس خستگی بکنید و دچار ضعف شوید. این حالت ها چندان طول نمی کشند و بر طرف می شوند، لیکن مدت دوام آن ها در بیماران مختلف فرق می کند.

در چند روز پس از جراحی ممکن است درد و ناراحتی هائی داشته باشید. برای کنترل درد می توان از دارو استفاده کرد. پیش از جراحی در باره برنامه کنترل درد با تیم پزشکی خود گفتگو بکنید. پس از جراحی در صورت نیاز برنامه کنترل درد را می توان با وضعیت جدید تطبیق داد.

هنگام جراحی بافت های هورمون ساز تیروئید برداشته می شود. پس از جراحی اکثر بیماران برای جانشین کردن هورمون تیروئیدی از دست رفته، باید قرص تیروئید بخورند. احتمالاً در بقیه عمر نیاز به قرص تیروئید دارید.

اگر در هنگام جراحی غده های پاراتیروئید شما آسیب دیده باشد، ممکن است به طور موقت یا دائمی برای بقیه عمر لازم شود قرص کلسیم و ویتامین D بخورید

پیش از عمل جراحی ممکن است بخواهید

پرسش های زیر را از پزشک تان پرسید

چه نوع جراحی برای من در نظر گرفته اید؟

آیا لازم است غده های لنفاوی گردنم را بردارید؟

آیا غده های پاراتیروئید یا بافت های دیگری را هم برمی

دارید؟ چرا؟

خطرهای جراحی چیست؟

تا حالا چند بار جراحی تیروئید انجام داده اید؟

پس از انجام عمل جراحی حال من چگونه خواهد بود؟

اگر درد داشته باشم، قابل کنترل هست؟

چند روز باید در بیمارستان باشم؟

محل جراحی ام زود جوش می خورد؟ رد آن بد شکل

نخواهد بود؟

آیا عارضه ای پر دوام خواهم داشت؟

ایا لازم است قرص تیروئید بخورم؟
از چه زمانی باید شروع به خوردن قرص تیروئید بکنم؟
آیا باید برای همیشه قرص تیروئید بخورم؟
چه زمانی می توانم به کار عادی و روزمره خود برگردم؟

در تعداد کمی از بیماران، هنگام جراحی ممکن است برخی از عصب ها و عضله ها آسیب ببینند. در این صورت حرف زدن بیمار دگرگون یا مشکل می شود و یا شانه یک طرف ممکن است کمی فروافتد.

درمان با هورمون تیروئید

پس از جراحی که بخشی یا تمام غده تیروئید را بر می دارند، اکثر بیماران برای جانشین کردن هورمون طبیعی از دست رفته، باید قرص تیروئید بخورند. در کسانی که سرطان تیروئید، از نوع فولیکولی یا پاپیلری دارند، همین قرص های تیروئید اثر ضد سرطان هم دارد و مانع می شوند که یاخته های سرطانی گریخته، رشد بکنند و تکثیر شوند.

پیش از خوردن قرص تیروئید ممکن است بخواید

پرسش های زیر را از پزشک تان پرسید.

چرا به این درمان با قرص تیروئید نیاز دارم؟

این قرص چه کار می کند؟

تا چه موقع باید این قرص ها را بخورم؟

هورمون های تیروئید به ندرت عارضه ناخواسته هم دارند. اگر مقدار آن زیاد باشد، باعث کاهش وزن، و احساس گرما می شود و ممکن است عرق هم زیاد شود. زیادی هورمون تیروئید ممکن است باعث تپش قلب، درد قفسه سینه، گرفتگی عضلات، یا اسهال شود. هورمون تیروئید اگر کم باشد، وزن زیاد می شود. احساس سرما یا خستگی می کنید و پوست و موی تان خشک می شود. هر کدام از این عارضه ها را داشتید یا بعداً پیدا کردید، به پزشک خود خبر بدهید. پزشک معمولاً آزمایش خون درخواست می کند تا از روی نتایج آن، دوز مناسب قرص تیروئید را تعیین کند.

درمان با ید رادیوآکتیو

در درمان رادیوایزوتوپی سرطان پاپیلری و فولیکولی تیروئید از ید رادیو آکتیو (ید ۱۳۱) استفاده می شود. در واقع

یکی از ستون های اصلی درمان برای این دو نوع سرطان تیروئید است. هم یاخته سرطانی را نابود می کند و هم هر آن چه از یاخته های طبیعی تیروئید در گردن باقی مانده است را از بین می برد..

افرادی که دچار سرطان مدولری یا آناپلاستیک تیروئید هستند با ۱۳۱ ید درمان نمی شوند. ید ۱۳۱ تاثیری بر این دو نوع سرطان ندارد.

یکی دو هفته پیش از خوردن ید ۱۳۱، باید رژیم غذایی خاصی را رعایت کنید. غذاهائی که دارای ید هستند را از رژیم غذایی خود حذف کنید. غذاهای دریائی، جلبک، و نمک یددار نخورید. در لبنیات (شیر، ماست، پنیر و از جمله بستنی) و گوشت های بسته بندی شده (گوشت گاو و گوسفند و سوسیس و کالباس)، و بسیاری از خوردنی ها و نوشیدنی های بسته بندی شده دیگر هم، ید اضافه می کنند. این غذاها و هر غذایی دیگر را که فکر می کنید ید به آن اضافه شده است، نخورید. از خوردن قرص های ویتامین و داروهای یددار هم پرهیز کنید.

برای انجام بعضی از تصویربرداری ها (مثل سی تی اسکن) از مواد حاجب یددار استفاده می شود. اگر در شش ماه اخیر از این تصویربرداری ها انجام داده اید، به پزشک تان خبر بدهید.

برای درمان، یکی دو کپسول یا کمی مایع حاوی ید
۱۳۱ را می خورید. حتی کسانی که به ید حساسیت دارند هم
می توانند آن را بخورند. ید ۱۳۱ از روده جذب می شود، از راه
گردش خون به یاخته های تیروئیدی، چه سالم و چه سرطانی
احتمالاً پراکنده در سرتاسر بدن می رسد. این یاخته ها اگر به
قدر کافی این ید ۱۳۱ را به خود جذب کنند، وسیله نابودی
خود را فراهم می کنند.

این مایع حاوی ید رادیوآکتیو را معمولاً در بیمارستان به
بیمار می دهند و دوسه روز در بیمارستان در اطاقی جداسازی
شده نگه می دارند. اگر دوز ید رادیو آکتیو کم باشد، گاهی
سرپائی در مرکز رادیوایزوتوپ به بیماری دهند تا بخورد و
اندکی بعد به خانه می رود. همه این احتیاط ها به خاطر دیگران
است تا در معرض امواج ماده رادیوآکتیو قرار نگیرند.

بخش عمده تابش ماده رادیوآکتیو در عرض یک هفته از
بین می رود. پس از سه هفته دیگر تنها ردپائی از تابش در بدن
بیمار باقی مانده است.

در مدت درمان برای حفاظت از مثانه و سایر اعضای
سالم بدن، مقدار زیادی آب و مایعات دیگر بنوشید. بخشی از ید
رادیوآکتیو، که جذب یاخته های تیروئیدی نشده، در بدن می

چرخد و با نوشیدن مایعات زیاد و تشکیل ادرار فراوان، این ید ۱۳۱ سرگردان، همراه ادرار، زودتر از بدن پاک می شود.

تعدادی از بیماران در همان روز اول خوردن ید ۱۳۱ دچار تهوع می شوند. تعدادی هم که هنوز باقیمانده ای از تیروئید در گردن خود دارند، دچار تورم و درد در ناحیه تیروئید می شوند. اگر یاخته های سرطانی به نواحی دیگر بدن رفته و در آن جا توده ای ساخته باشند، پس از خوردن ید ۱۳۱ ممکن دچار درد در همان جا ها بشوند.

پس از خوردن ید ۱۳۱ برخی از بیماران دچار خشکی دهان و کاهش حس چشائی می شوند. این عارض کوتاه مدت است و در عرض چندین روز از بین می رود. در این مدت جویدن آدامس یا مکیدن آب نبات ترش کمک می کند.

یک عارضه بسیار نادر در مردانی که دوز زیاد ید ۱۳۱ دریافت می کنند، از بین رفتن قدرت باروری است. در زنان قدرت باروری کاهش نمی یابد، لیکن بعضی از پزشکان به زنان توصیه می کنند تا یک سال پس از خوردن دوز زیاد ید ۱۳۱، آبستن نشوند و در این مدت از روش های جلوگیری از آبستنی حتماً مطمئن استفاده کنند.

برخی از پژوهشگران گزارش کرده اند که تعداد بسیار اندکی از بیمارانی که با دوز زیاد ید ۱۳۱ درمان شده اند، ممکن

است سال ها بعد دچار سرطان دومی بشوند. به بخش مراقبت ها در پی گیری صفحه نگاه بکنید.

چون هدف از دادن دوز زیاد یُد ۱۳۱ ، از بین بردن تمام یاخته های تیروئیدی، چه سرطانی و چه سالم است، پس از این درمان، دیگر یاخته تیروئیدی هورمون سازی در بدن شما وجود نخواهد داشت، به همین خاطر باید برای همیشه درمان جانشینی با هورمون تیروئید را ادامه بدهید

پیش از درمان با یُد ۱۳۱ ممکن است بخواهید

پرسش های زیر را از پزشک تان پرسید.

چرا به این درمان احتیاج دارم؟

این درمان چه کاری انجام می دهد؟

چگونه باید خود را برای این درمان آماده کنم؟ این آمادگی

چقدر باید ادامه پیدا کند؟

چگونه خود، بستگان و اطرافیان خود را از تابش رادیواکتیو

حفاظت کنم؟ تا چه مدت باید احتیاط بکنم و این کار های

حفظتی را ادامه بدهم؟

آیا یُد ۱۳۱ عوارض ناخواسته ای هم دارد؟ چه کارهائی

باید بکنم؟

چقدر احتمال دارد که در آینده لازم شود درمان با یُد ۱۳۱

تکرار شود؟

رادیوتراپی - برق انداختن از بیرون (Radiotherapy)

در هر چهار نوع سرطان تیروئید می توان از این راه درمانی استفاده کرد. معمولاً زمانی از رادیوتراپی استفاده می شود که درمان سرطان تیروئید با جراحی و یُد ۱۳۱ موفقیت آمیز نبوده است. گاهی پس از درمان اولیه که سرطان عود می کند، از این راه درمانی استفاده می شود. گاهی برای تسکین درد استخوان در سرطان هائی که به استخوان دست اندازی کرده است، آن ناحیه را رادیوتراپی می کنند.

در رادیوتراپی از تابش پرتو های پر قدرت برای کشتن یاخته های سرطانی استفاده می شود. دستگاهی بزرگ پرتوهای پر قدرت را به گردن یا ناحیه مبتلاء می تابانند. این کار معمولاً در مرکز رادیوتراپی انجام می شود. چندین هفته ادامه پیدا می کند و هر هفته پنج روز تحت پرتودرمانی قرار می گیرید. هر جلسه تنها چند دقیقه طول می کشد.

پرتودرمانی بی درد است، لیکن عوارض ناخواسته ای دارد. این عوارض ناخواسته بستگی دارد به این که چه مقدار پرتو و به کدام قسمت بدن شما تابانده می شود. تاباندن پرتو به گردن ممکن است باعث سوزش گلو و دشواری در بلع شود.

پوست ناحیه گردن هم ممکن است سرخ، خشک، یا در لمس حساس شود.

پیش از پرتودرمانی ممکن است بخواهید

پرسش های زیر را از پزشک تان پرسید.

هدف از این راه درمانی چیست؟

آیا باید در بیمارستان بستری شوم؟ ، اگر بستری لازم است، چند

روز باید در بیمارستان باشم؟

در مدت درمان چه حس و حالی خواهم داشت؟ عوارض

ناخواسته پرتودرمانی چیست؟

چگونه می فهمیم که پرتودرمانی دارد اثر می کند؟

آیاد در مدت درمان می توانم به کارهای روزمره خود ادامه

بدهم؟

آیا عوارض ناخواسته درازمدتی دارد؟

در مدت پرتودرمانی، مخصوصاً در هفته های آخر

ممکن است دچار احساس خستگی شوید. راه چاره آن

استراحت است، لیکن پزشکان معمولاً توصیه می کنند حتی

الامکان به آن اعتنائی نکنید و به کار روزمره خود ادامه بدهید.

گرچه عوارض ناخواسته پرتودرمانی ناخوشایند و دل آزار است، اغلب می توان آن ها را درمان یا کنترل کرد. در این باره با پزشک و پرستاران صحبت بکنید. اکثر این عوارض ناخواسته پس از پایان جلسه های پرتودرمانی، خودبخود خوب می شوند.

شیمی درمانی (Chemotherapy)

در درمان سرطان مدولری تیروئید و سرطان آناپلاستیک تیروئید از شیمی درمانی استفاده می کنند. گاهی در دو سرطان تیروئید دیگر هم برای کم کردن علائم و ناراحتی های بیمار، شیمی درمانی بکار می برند.

در شیمی درمانی از داروهائی استفاده می کنند که باعث نابودی یاخته ها می شود. اکثر این دارو ها را با سوزنی باریک، در ورید بیمار تزریق می کنند. اخیرا برای درمان سرطان مدولری تیروئید داروی خوراکی فراهم شده است.

شیمی درمانی در مطب، درمانگاه، یا حتی در خانه انجام می شود. برخی از بیماران به چند روز بستری در بیمارستان نیاز پیدا می کنند.

عوارض ناخواسته شیمی درمانی به نوع داروها و مقدار آن بستگی دارد. در مورد داروهائی که به داخل ورید تزریق می

شود، شایع ترین عوارض ناخواسته عبارتند از زخم دهان، تهوع، استفراغ، بی اشتها، و ریزش مو. در مورد داروهای خوراکی، عوارض ناخواسته عبارتند از اسهال، افزایش فشار خون، سرفه، و دانه هائی در پوست.

پزشک تان می تواند بسیاری از این عوارض ناخواسته را براحتی کنترل کند. برخی دیگر با خاتمه شیمی درمان خودبخود برطرف می شوند.

درمان با هدف گیری یاخته های سرطانی

سال های اخیر داروهای ضد سرطانی ساخته اند که آشفستگی های درون یاخته های سرطانی را هدف می گیرد. قصد آن است که همان نابسانانی های درون یاخته اصلاح شود که باعث شده اند آن یاخته ها سرطانی شوند. اساس کار داروهای شیمی درمانی آن است که به یاخته هائی حمله کند و نابودشان کند که دارای رشد سریع هستند. تمام یاخته های سرطانی دارای رشد سریع هستند و تعدادی از یاخته های طبیعی هم در مرحله ای از رشد و نمو بافت، دارای رشد سریع هستند، لذا در جریان شیمی درمانی برای سرطان ها تعدادی از یاخته های طبیعی هم آسیب می بینند یا حتی از بین می روند. مبنای عوارض ناخواسته شیمی درمانی هم همین امر است. ولی داروهای هدف گیر،

طوری ساخته شده اند که به یک یا چند نقطه خاص روی فقط
یاخته های سرطانی اثر می کنند.

پیش از شیمی درمانی ممکن است بخواهید

پرسش های زیر را از پزشک تان پرسید.

هدف از این درمان چیست؟

خطرها و عوارض ناخواسته احتمالی این درمان چیست؟ آیا

می توانیم برای آن کاری انجام بدهیم؟

درمان چه موقع شروع می شود؟ درمان چه موقع به پایان

می رسد؟

این درمان چه تاثیری بر فعالیت های روزمره ام دارد؟

برای سرطان های پاپیلری، فولیکولی، مدولری، و
آناپلاستک تیروئید، داروهای هدف گیر ضد سرطان فراهم شده
است و در موارد خاص که سرطان در مرحله III یا IV است، با
احتیاط و نظارت دقیق استفاده می شود.

مشورت با پزشکی دیگر

ممکن است پیش از شروع به درمان، بخواهید به پزشک

دیگری هم مراجعه بکنید و نظر او را هم در باره برنامه تشخیصی

و درمانی بدانید. بسیاری از مردم در این باره نگرانی هائی دارند؛ فکر می کنند پزشک اول از این کار آنان ناراحت و دلگیر می شود. معمولاً درست برعکس آن است. بسیاری از پزشکان از این کار استقبال می کنند. بسیاری از شرکت های بیمه اگر بیمار یا پزشک، مشورت با پزشک دیگری را درخواست کرده باشند، هزینه این کار را هم تقبل می کنند. بعضی از شرکت های بیمه، طبق مقررات خود دانستن نظر پزشک دوم را لازم می بینند.

پزشک دوم ممکن است نظر پزشک اول را تأیید کند یا در مورد برنامه تشخیصی و درمانی، راه متفاوتی پیشنهاد کند. در هر دو حالت، به نفع شماست: هم اطلاعات بیشتری به دست آورده اید و شاید هم حس بهتری در کنترل وضع تان پیدا می کنید، و با آگاهی از این که همه راه های انتخاب را جستجو کرده اید، در مورد تصمیمی که قرار است بگیرید با اعتماد به نفس بیشتری عمل می کنید.

برای گردآوری مدارک پزشکی و مراجعه به پزشک دیگر باید هم وقت صرف کنید، هم انرژی. در بسیاری از موارد تاخیر چندین و چند هفته ای برای یافتن و مشورت با پزشک دوم مسئله ای ایجاد نمی کند. این اندازه تاخیر در شروع درمان،

معمولا چندان ضرری ندارد، و تاثیر درمان را کم نمی کند. البته در این باره هم با پزشک اول تان گفتگو کنید.

برای یافتن پزشک دوم راه های مختلفی در اختیارتان هست. از پزشک اول، انجمن های پزشکی محلی یا کشوری، یا بیمارستان نزدیک شما، یا از دانشکده پزشکی بخواهید پزشکی متخصص به شما معرفی کند.

پی گیری

پس از درمان سرطان تیروئید، نیاز به چکاپ دوره ای منظم دارید. با این چکاپ ها هر نوع تغییر در وضع سلامتی شما کشف می شود و در صورتی که نیاز به درمان باشد، به موقع انجام می شود. در فواصل بین دو چکاپ دوره ای هم اگر به مشکلی برخوردید، همان موقع با پزشک تان در میان بگذارید. سرطان تیروئید پس از درمان اولیه ممکن است عود بکند. پزشک تان در هر چکاپ دوره ای دنبال این عود احتمالی هم می گردد.

چکاپ ممکن است شامل آزمایش خون یا تصویر برداری ، مثلا سونوگرافی از گردن باشد. آزمایش خون در چکاپ، بسته به نوع سرطان تیروئید فرق می کند:

برای سرطان پاپیلری یا فولیکولی تیروئید:

پس از درمان سرطان پاپیلری یا فولیکولی تیروئید، کارهای زیر انجام می شود: سونوگرافی گردن، اسکن ایزوتوپی تمام بدن، اندازه گیری سطح TSH و تیروگلوبولین در خون. اگر تمام غده تیروئیدتان را برداشته باشند، نباید در خون تان تیروگلوبولین وجود داشته باشد، یا باید مقدار آن ناچیز باشد. بالا بودن سطح تیروگلوبولین در خون به معنی آن است که سرطان تیروئیدتان عود کرده است. پیش از نمونه گرفتن از خون برای اندازه گیری تیروگلوبولین و گرفتن اسکن ایزوتوپی تمام بدن، باید سطح TSH سرم تان خیلی بالا باشد تا یاخته های تیروئیدی با حداکثر توان خود کار نکنند. برای این کار دستور می دهند به مدت شش هفته، قرص تیروئید را نخورید یا بی آن که دستور قطع مصرف هورمون تیروئید را بدهند، آمپول TSH به شما تزریق می کنند. با هر کدام از این دو کار، یاخته های سرطان تیروئید اگر هنوز در بدن شما وجود داشته باشند، شروع به فعالیت می کنند و نتیجه کار آن ها به صورت افزایش سطح تیروگلوبولین در سرم، یا نمایان شدن آن یاخته ها در اسکن

ایزوتوپی تمام بدن است. با تیروگلوبولین، بود و نبود عود و با اسکن، محل عود معلوم می شود.

برای سرطان مدولری تیروئید

پس از درمان سرطان مدولری، آزمایش خون انجام می دهند و سطح کلسیتونین و موادی دیگر را اندازه می گیرند. در چکاپ سرطان مدولری ممکن است کارهای زیر انجام می شود: سونوگرافی گردن، سی تی اسکن، و یا ام آر آی، یا گاهی تصویر برداری های دیگر.

برای سرطان آناپلاستیک تیروئید

پس از درمان سرطان آناپلاستیک تیروئید تصویر برداری های مختلف از جمله رادیوگرافی قفسه سینه، یا سی تی اسکن انجام می شود.

پس از پایان درمان ممکن است بخواهید

پرسش های زیر را از پزشک تان پرسید.

هرچند وقت یکبار باید چکاپ بکنم؟

در پی گیری چه آزمایشاتی باید بدهم؟

آیا باید پیش از انجام این آزمایشات از خوردن نمک پُردار

و هر ماده پُردار دیگر پرهیز بکنم؟

در بین چکاپ ها چه مسائل و علائمی را باید به شما خبر بدهم؟

کمک دیگران

پس از آن که متوجه شدید دچار سرطان تیروئید هستید، زندگی خودتان و اطرافیان تان دستخوش تغییراتی می شود. کنار آمدن با این تغییرات ممکن است برای تان دشوار باشد. طبیعی است که هم خودتان، هم خانواده ات، و حتی دوستانتان برای کنار آمدن با احساسات مربوط به خبر ابتلاء به سرطان تیروئید، نیاز به کمک پیدا بکنید.

نگرانی در باره درمان ها، چاره جوئی عوارض ناخواسته، اقامت در بیمارستان، و هزینه های درمان امری است شایع. ممکن است نگران مراقبت از خانواده، نگره داشته شغل و ادامه فعالیت های روزمره خود هم باشید.

برای کسب حمایت، می توانید به این افراد یا مراکز مراجعه کنید:

پزشکان، پرستاران و دیگر اعضای تیم پزشکی، به سوال های شما در باره درمان، کار و سایر فعالیت های تان پاسخ می دهند.

با مددکاران اجتماعی و مشاورین می توانید احساسات و نگرانی های خود را در میان بگذارد. گاهی مددکاران اجتماعی می توانند هزینه های درمان، مسافرت، مراقبت در خانه را کم و بیش فراهم کنند و از نظر عاطفی از شما حمایت کنند.

گروه های پشتیبانی هم می توانند کمک بکنند. بیمار و بستگان وی با شرکت در جلسات این گروه ها با بیماران دیگر و خانواده آنان ملاقات می کنند و تجربیات خود در باره کنار آمدن با سرطان و اثرات درمان را با هم رد و بدل کنند. این گروه ها می توانند چهره به چهره، با با تلفن یا در شبکه های اجتماعی نحوه حمایت های خود را در میان بگذارند. می توانید از اعضاء تیم پزشکی خود بخواهید گروه حمایتی به شما معرفی کند.

شرکت در کارهای پژوهشی مربوط به سرطان

پزشکان در سرتاسر جهان در حال انجام یا در تدارک انواع مختلف کارآزمایی بالینی هستند. بیماران داوطلبانه در این

کارهای پژوهشی شرکت می کنند. از نتایج همین پژوهش ها هم اکنون پیشرفت های خوبی در درمان سرطان تیروئید فراهم شده است.

پزشکان دائم در حال تحقیق اند تا راه های تازه بهتر و کم خطر تری برای درمان سرطان تیروئید پیدا کنند. آنان مشغول آزمایش درمان های تازه، مخصوصا شیمی درمانی هستند.

کارآزمایی های بالینی گوناگونی، طراحی کرده اند تا دریابند آیا درمان های تازه، بی خطر و موثر هستند یا نه. حتی افرادی که به قصد کمک به پزشکان در این کارآزمایی ها شرکت می کنند، در باره سرطان تیروئید و چگونگی کنترل آن اطلاعات بیشتری به دست می آورند. گرچه کارآزمایی بالینی خطرانی هم دارد، لیکن پزشکان مسئول آن، برای حمایت از بیماران، هر آن چه را که از دستشان بر می آید انجام می دهند.

اگر مایل به شرکت در این کارهای پژوهشی هستید، با پزشک خود در این باره صحبت بکنید.