

## کارسینوم تیروئید

### ندول ها و کارسینوم های تیروئید

دکتر علی چراغوندی

\* فوق تخصص بیماری های ریه \*

بیمارستان مسیح دانشوری

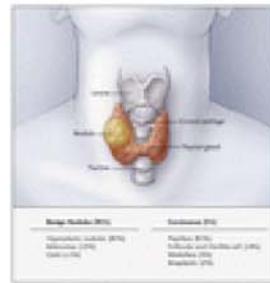
پیش گفتار :

آقایی ۳۹ ساله با سابقه مدلاری کارسینوم تیروئید و تیروئیدکتومی با شکایت هموپنزی نان ماسیو دو ماهه، لنفادنوباتی آگزیلر و سوپراکلاویکولر مراجعه می کند. رادیوگرافی قفسه سینه، بزرگی مدیاستن و ندول های پراکنده در ریه را نشان می دهد. فراوانی چنین نمونه هایی در سراسر کشور، نیاز به برنامه ریزی دقیق برای تشخیص و درمان زود هنگام دارد. در این زمینه مقاله زیر که ترجمه مقاله‌ی دکتر Robert D. Utiger, M.D. گرچه مربوط به سال ۲۰۰۵ است ولی هنوز هم با ارزش است.

این ندول ها با افزایش سن بیشتر دیده می شود.  
ندول تیروئید می تواند اشکال مختلف داشته باشد.  
(۲۱)

حدود ۹۵٪ ندول هایی که نمونه برداری می شوند غیر سرطانی هستند. با توجه به اینکه ندول هایی که بیوپسی می شوند انتخاب شده هستند (عمولاً با قطر به اندازه‌ی ۱ سانتی مترو یا بیشتر)، درصد ندول های غیر سرطانی احتمالاً از ۹۵٪ نیز بیشتر است.

ندول های خوش خیم تیروئید، بیشتر ندول های هیپرپلاستیک در زمینه گواتر مولتی ندولار می باشند. ولیکن برخی آدنوم و معدودی سیست هستند. برخی ندول های هیپرپلاستیک و آدنوم ها می توانند رسپتور تیروتropین یا پیغام رسانی داخل سلولی را تحریک کرده و هیپر تیروئیدی ایجاد کنند. لذا، در بیمارانی که ندول تیروئید یافت می شود، میزان تیروتropین سرمی اندازه گیری می شود که عموماً طبیعی است.



حدود ۵٪ از جمعیت بزرگسال در آمریکا دارای ندول قابل لمس تیروئید هستند.

اندازه‌ی ابعاد طویل بیشترین ندول ها دست کم ۲ سانتی متر بوده است. فراوانی آن ها چندان با سن تغییر نمی کند.

بی گمان سونوگرافی حساس ترین وسیله تصویر برداری از تیروئید محسوب می شود و می تواند ندول های کوچکی را در شمار بیشتری از افراد را نشان دهد. و تعداد

# تاشکھس

آزمایشگاهی

## Tashkhis

Azmayeshgahi

سال سیزدهم

فروردین-اردیبهشت

۱۳۹۰

شماره ۷۰-۷۱

از میان ده خانم که این شرایط را داشتند، در پنج فرد از آنان کانون های گوناگون کارسینوما مشکل از جمعیت سلول های مونوکلونال، دارای یک نوع همسان و یا نوع دیگری از پلی مورفیسم ها بودند. به عبارت دیگر، این پنج خانم، دو نوع کارسینوم پاپیلر متغیر داشتند.

این کارسینوما می تواند از یک کلون واحد، و یا از کلون های دیگر بپوشید باشد. کلیه این کارسینوم ها ۴۰ سانتی متر یا بزرگتر بودند، ولیکن احتمال آن می رود که کارسینوم های متعدد تر و کوچک تر (۱۰ سانتی متر یا کمتر) نیز ممکن است و دیگر باشند. این مونوکلون بودن متناسب با این است که کارسینوم ها می توانند رشد کرده و انتشار یابند و پس از لوپکتومی در مقایسه با تیروئیدکتومی نزدیک به توتال، امکان بازگشت تumor بیشتر است.<sup>(۳)</sup> انجمن سلطان آمریکا تخمین می زند که کارسینوم تیروئید امسال در ۲۵۶۹۰ فرد در آمریکا تشخیص داده خواهد شد. یعنی در سال های اخیر، افزایش سریع تراز رشد جمعیت داشته است، ولیکن ممکن است این تخمینی مجازی باشد.<sup>(۴)</sup>

تومورهای بزرگ تر در سنین بالاتر و با متاستاز دوردست در هنگام تشخیص پیش آگهی بدتری دارد.<sup>(۳)</sup> ولیکن اقدامات درمانی همواره بوده و نتایج تیروئیدکتومی نزدیک توتال و درمان با بد رادیواکتیو در مقایسه با لوپکتومی و عدم درمان با بد رادیواکتیو بهتر می باشد.

امروزه، اندازه تumor در زمان تشخیص و پیدایش درمان های جدید، مرگ و میر را کاهش داده است. کاهش مصرف خوراکی ید در رژیم غذایی احتمال گواتر مولتی ندولا را افزایش می دهد و می تواند درصد کارسینوم ها از کل ندولا های ملاحظه شده را کاهش داده و تاکیدی بر نیاز به روش تشخیصی غیر تهاجمی دقیق تر می باشد.<sup>(۵)</sup>

## References :

.....

### Perspective

The Multiplicity of Thyroid Nodules and Carcinomas

.Robert D. Utiger, M.D

N Engl J Med 2005; 352:2376-2378 June 9, 2005

روش غیر تهاجمی مطمئنی برای تمایز ندول غیر سلطانی از کارسینوم تیروئید در دست نیست- برای مثال نمی توان لمس، تصویربرداری یا تست ببوشیمی بدین منظور بکار برد. به ندرت، درگیری بافت های مجاور (پارالیز تارهای صوتی) یا متاستاز (لنفادنوباتی سرویکال) یا سابقه خانوادگی کارسینوم مدولاری تیروئید وجود دارد، که احتمال سلطان را افزایش می دهد. بر خلاف تصویر قبلی، وجود ندول های متعدد احتمال این که یکی از آن ها کارسینوم باشد را کاهش نمی دهد.

میزان سرمی کلسیتونین در تمامی بیماران مبتلا به کارسینوم مدولاری تیروئید بالا می رود، ولیکن این کارسینوم نادر است و میزان آن می تواند در بیماران مبتلا به ناراحتی های دیگر تیروئید نیز بالا باشد. نمونه گیری از تیروئید می تواند روشی مناسب برای تشخیص ندول های خوش خیم از کارسینوم باشد.

ندول هایی که کارسینوم های پاپیلر، مدولار یا آنابلاستیک (حدود ۵٪ کل تشکیل می دهند) هستند، توسط ببوبی تشخیص داده می شوند. برای ندول های غیر سلطانی نیز چنین است (۷۵٪). از محدودیت های ببوبی آن است که تعداد سلول ها ممکن است کم باشد (در ۱۰٪ موارد). همچنین، در مورد آدنوم های فولیکولار و کارسینوم ها (۱۰٪ بقیه موارد) از یکدیگر قابل تمایز نیستند. در مورد تومورهای هرتل سل نیز چنین است. در صورت یافت تعداد سلول های کم، ببوبی نتایج تکرار شده که بیشتر نتایج مشابه دارد.

تمایز بین آدنوم از کارسینوم فولیکولار بر اساس عدم وجود یا حضور انتشار به کپسول ندول یا عروق یا لمف در داخل ندول می باشد. برای دستیابی به چنین نتایجی نیاز به مقاطع پافتی است. یکی از هر ۵ عدد از این ندول ها کارسینوم می باشند.

استفاده گسترده از ببوبی تیروئید تعداد کارسینوم هایی که با جراحی برداشته می شوند را افزایش داده است. ندول های متعدد تیروئید می توانند از نظر سلولی یا ملکولی تقاضا داشته باشند. استفاده از این خصوصیت برای تشخیص هنوز موفقیت آمیز نبوده است. پیشرفت به ویژه برای تشخیص بین آدنوم فولیکولار و هر دو سلطان فولیکولار و کارسینوم فولیکولی - نوع پاپیلاری مورد نیاز است.

کارسینوم های پاپیلر بیشتر مولتی فوکال هستند. بیشتر این کانون ها میکروسکپی بوده و دست یابی به آن ها به دقت پاتولوژیست بستگی دارد. آیا این کارسینوم ها می توانند متاستازهایی از تumor اولیه باشند، که از طریق لنف به لوب هم طرف یا ز طریق ایستموس به لوب مقابل انتشار یافته باشند؟ یا اینکه کارسینوم های مجازی هستند؟ آن هادر اتوپسی هایی که کارسینوم بزرگی وجود ندارد، یافت می شوند، که گواهی بر جدا بودن این تومورها می باشد.

دکتر شتاک و همکاران در این زمینه مطالعاتی انجام داده اند (در همین مجله). آن ها پرسیده اند که آیا کانون های مختلف کارسینوم پاپیلر موجود در یک خانم دارای کروموزوم ایکس ، که توسط وجود یک پلی مورفیسم در زن گیرنده آندروزن وابسته به ایکس تعیین می شود، چه با منشا مادری چه پدری، یکسان اند؟ برای اطلاع باید گفت زنان در پلی مورفیسم باید هتروزیگوت باشند.