



سرطان تیروپید در کودکان

ترجمه: دکتر فریدون سیامکنژاد

علیرغم مسائل گفته شده سرطان تیروپید در میان کودکان روسیه سفید و اوکراین به دلیل انفجار مرکز اتمی چرنوبیل در آوریل ۱۹۸۶ افزایش چشمگیری داشته است.

درباره احتمال ارتباط ابتلاء به سرطان تیروپید در کودکانی که در معرض ید ۱۲۱ ناشی از واقعه چرنوبیل قرار گرفته‌اند، یک بررسی اپیدمیولوژیک توسط انتستیتوی ملی سرطان امریکا و دیارتمان انرژی آن کشور صورت گرفته است.

تعداد سرطانهای تیروپید شناسایی شده در کودکان روسیه سفید و اوکراین، رشد قابل توجهی را در سال ۱۹۹۰ نشان داده است. چنانچه این گونه تومورها به دلیل در معرض اشعه قرار گرفتن باشد، دوره کومون آنها بسیار کوتاه‌تر از زمانی است که برای کار سینمایی تیروپید مبتلا شرح داده شد.

لازم به یادآوری است که افزایش مراقبت از غدد تیروپید غیر طبیعی حکایت از آن دارد که این غدد تحت تأثیر اشعه قرار گرفته‌اند. حتماً پیدایش زود هنگام تومورهای تیروپید که ارتباطی با اشعه نداشته‌اند، نیز بعداً گزارش شده‌اند.

همچنین احتمال تشبعات مختصر رادیواکتیو قبل از انفجار چرنوبیل وجود داشته

سرطان تیروپید در کودکان نادر بوده و تعداد مراجعات بیمارستانی آن در هر سال بین ۰/۵ تا ۵ کودک در میلیون می‌باشد، که از این تعداد ۸۵ تا ۹۰ درصدشان از نظر بافت‌شناسی از نوع پاپیلاری می‌باشد. مطالعات متعدد نشان داده است که بین اشعه یونیزه و پیشرفت بعدی سرطان تیروپید رابطه وجود دارد، اگر چه اغلب بیماران سابقه قرار گرفتن در معرض اشعه را ندارند. در کودکان تظاهرات بیماری بسیار شدیدتر از بزرگسالان است، همچنین تهاجم تومور قسمت بالایی و قسمت میانی غده تیروپید

تعداد سرطان‌های تیروپید شناسایی شده در کودکان روسیه سفید و اوکراین رشد قابل توجهی را در سال ۱۹۹۰ نشان داده است.

و نیز متاستازهای بعدی آن در اطفال بیشتر بروز می‌کند. بعد از درمان نیز عود سطحی و متاستازهای قسمت میانی تیروپید در اطفال بیشتر ظاهر می‌شود. با این وجود مرگ و میر ناشی از سرطان تیروپید درمان شده در دوران کودکی نادر است.

لازم به یادآوری است که در رابطه با درمان جراحی، هم برداشت کل غده تیروئید، و هم برداشت قسمتی از آن قابل دفاع است. مسأله اصلی اینست که عوارض ناشی از برداشت کامل غده تیروئید بالقوه افزایش می‌یابد. صدمه به اعصاب حنجره‌ای و کم کاری دائم تیروئید از عوارض جدی برداشت کامل غده تیروئید است، و چنانچه دلیل کافی مبنی بر نتایج بهتر درمان از طریق برداشت کامل غده تیروئید وجود نداشته باشد، بعضی از متخصصین مدافع برداشتن قسمتی از غده تیروئید هستند. البته عده‌ای نیز معتقدند که برداشت کامل غده تیروئید روش بهتری برای درمان سرطان تیروئید می‌باشد، زیرا گزارش‌هایی مبنی بر نتایج عالی با عوارض بسیار کم در دست دارند. طرفداران برداشت کامل غده تیروئید اعتقاد دارند که:

۱- برداشت کانون‌های مخفی بیماری که در بیشتر از ۴۰ درصد بیماران وجود دارد، با عمل جراحی کامل غده تیروئید حتمی است.

لازم به یادآوری است که در رابطه با درمان جراحی، هم برداشت کل غده تیروئید، و هم برداشت قسمتی از آن قابل دفاع است.

۲- جراحی کامل غده تیروئید به استفاده از یک رادیواکتیو در نوار تشخیصی بعد از عمل و درمان میکروسکوپی بیماری ناحیه‌ای یا فاصله‌دار کمک می‌کند.

۳- جراحی کامل غده تیروئید به استفاده از

که یا مشخص نگردیده و یا گزارش نشده است. یک احتمال نیز وجود دارد که در آن زمان، بعضی افراد در ابتدای ابتلا به سرطان تیروئید یا در گیر مراحل پیشرفت بیماری بوده‌اند.

تاکنون یک حالت مطلوب جهت کنترل کودکان مبتلا به سرطان تیروئید ارایه نشده است.

چنانچه مشخص شود که تعداد زیادی از سرطان‌های تیروئید که اخیراً کشف شده‌اند، مرتبط با تشعشعات رادیو اکتیو ناشی از انفجار چرنوبیل بوده‌اند، بنابراین بایستی نمونه‌های جدید سرطان تیروئید در سال‌های آینده کاهش بیابند.

تاکنون یک حالت مطلوب جهت کنترل کودکان مبتلا به سرطان تیروئید ارایه نشده است. زیرا آزمایش‌های بعدی روی بیمارانی که ابتدا طبقه‌بندی شده و سپس به طور نمونه تحت درمان‌های مختلف یا دوره‌های طولانی قرار گرفته‌اند، هرگز مؤثر نبوده است.

البته با توجه به تعداد محدود نمونه‌ها و تاریخچه طولانی بیماری، یک مطالعه قطعی و هدایت شده در مورد سرطان تیروئید کودکان غیر محتمل است. با این وجود بایستی اعمال غده تیروئید در کل در برابر درمان‌هایی از قبیل برداشت قسمتی از تیروئید، برداشت قسمت‌هایی از غدد لنفاوی گرفتار، درمان با یک رادیواکتیو بعد از جراحی و اقدام سریع در متوقف کردن ترشح هورمون تیروئید کنترل شده و در خیلی از نمونه‌ها مورد بررسی قرار گیرد.

اضافی در کودکان و بزرگسالانی که سرطان تیروئید در آنها بخوبی مشخص شده است، انجام می‌شود.

آزمایش‌هایی که بر روی حیوانات انجام گرفته نشان داده است که تحریک رشد تومور سرطانی باعث افزایش غلظت هورمون تیروتروپین می‌شود. همچنین تحقیقات بالینی مشخص کرده است که وقتی ترشح هورمون تیروئید بوسیله درمان باشد رادیواکتیو متوقف می‌شود، موجب رشد سریع تومور می‌گردد. با نگهداری بیماران بوسیله دوز متوقف کننده هورمون تیروئید می‌توان تیروتروپین سرم را با غلظت‌هایی که به سختی قابل اندازه‌گیری هستند، کاهش داد. نتیجه اطلاعات درباره تأثیر درمان از طریق متوقف کردن کار تیروئید در انسان ناقص است.

اگر چه گزارش‌هایی که تاکنون وجود دارد حاکی از اینستکه مرگ ناشی از کار سینومای پاپیلاری تیروئید در دوران کودکی نادر است، ولی مراقبت بیشتر برای اطمینان از زمینه عود بیماری، ۵۰ تا ۷۰ سال بعد از درمان لازم است. پیشروی بعدی بیماری بستگی به پیدا شدن سلول‌هایی دارد که باعث گسترش سرطان تیروئید می‌گردد. احتمال تغییر در این سلول‌های سرطانی شناسایی شده، زمینه مساعدی برای تحقیق پیرامون عوامل ذی مدخل در بیماری‌زایی سرطان تیروئید اطفال فراهم می‌کند.

منبع:
1. Kuhel WI, Ward RF. Thyroid Cancer in Children. LANCET. 1995; 346: 719

اندازه‌گیری تیروگلوبولین سرمی به منظور تشخیص بیماری دائمی یا عود کننده بعد از عمل جراحی کمک می‌کند.

اطلاعات موجود از یک مطالعه بزرگ که در آینده قابل استفاده خواهد بود، حاکی از آن است که بزرگسالان مبتلا به سرطان تیروئید که درمان اولیه آنها آینده‌ای از جراحی نزدیک به کامل یا کامل غده تیروئید و به کار بردن ید رادیواکتیو برای باقیمانده تیروئید بوده و همچنین بیمارانی با تومورهای ۱/۵ سانتی‌متر یا بزرگتر و یا بیمارانی با تومورهای چند مرکزی، متاستاتیک و مهاجم که درمان اولیه آنها کاربرد ید رادیواکتیو برای درمان تومورهای فوق بوده است، دوره طولانی‌تری را تازمان عود بیماری و مرگ ناشی از سرطان طی می‌کنند.

آزمایش‌هایی که بر روی حیوانات انجام گرفته نشان داده است که تحریک رشد تومور سرطانی باعث افزایش غلظت هورمون تیروتروپین می‌شود.

اگر چه این یافته‌ها، مدرکی دال بر سودمندی برداشت کامل غده تیروئید و کاربرد ید رادیواکتیو در جمعیت مورد آزمایش است، ولی قابلیت اجرای این نتایج به منظور درمان سرطان تیروئید اطفال، احتمالاً پی‌آمدهای بحث‌انگیزی را در بر خواهد داشت.

صرف‌نظر از انجام کارهای اصلی در درمان سرطان تیروئید، از کاهش ترشح هورمون تیروئید نیز به‌طور وسیعی به عنوان درمان