

ندول تیروئید

۱- نکات مهم تاریخچه شامل سن، جنس، رشد اخیر توده، علائم موضعی (مثل استریدور، دیسفاژی و تغییر صدا)، توده‌های گردنی دیگر، سابقه اشعه‌گیری و سابقه خانوادگی بیماریهای تیروئید می‌باشد. علائم بالینی که مطرح کننده کارسینوم می‌باشند شامل: توده سفت و ثابت، خشونت صدا و تورم غدد لنفاوی گردنی می‌باشد. علائم اختلال کارکرد تیروئید نیز باید بررسی شود.

۲- فرد معاینه کننده باید سایز و قوام ندول، چسبندگی به بافت‌های اطراف (بوسیله مشاهده متحرک بودن آن با قورت دادن) و لنفادنوپاتی گردنی را بررسی کند.

۳- اندازه‌گیری TSH جهت غربالگری باید در همه بیماران انجام شود. TSH پایین مطرح کننده تیروتوکسیکوز است و باید T₄ و اسکن تیروئید انجام شود. TSH بالا مطرح کننده هایپوتیروئیدی یا تومور نادر هیپوفیز است.

۴- FNA تنها تست بسیار مهم تشخیصی در مورد گره تیروئید است و نیاز به جراحی را بهتر از سونوگرافی یا سیستی گرافی تعیین می‌کند. مانند FNA، سونوگرافی هم می‌تواند جامد یا کیستیک بودن توده را مشخص کند. گره تیروئید تنها یا گره واضح و بزرگتر در گواتر مولتی ندولار شانس سرطان مساوی دارند (۵٪ تا ۱۰٪) و باید بیوپسی شوند. جواب FNA غیر رضایت بخش باید تکرار شود. تکنیک مناسب و تجربه زیاد، شانس FNA موفقیت‌آمیز را افزایش می‌دهد. در بیشتر بیماران سونوگرافی و اسکن غیر ضروری است و فقط باعث افزایش هزینه‌ها می‌شود. سونوگرافی سایز گره را تعیین می‌کند و می‌تواند ندول‌های غیر قابل لمس را مشاهده کند (۵۰٪ در بیماران دارای ندول تیروئید تنها در معاینه

فیزیکی). همچنین می‌تواند در بیوپسی از ندول‌هایی که به سختی لمس می‌شوند بکار رود. اسکن تیروئید می‌تواند فعال بودن گره را تعیین کند.

۵- ندول‌های تیروئیدی خوش خیم بندرت به درمان با هورمون پاسخ می‌دهند. اگر TSH سرم بالا باشد (بالتر از ۲/۵ - ۳) یک نوبت درمان با هورمون تیروئید با هدف TSH 1/0 تا ۰/۵ انجام می‌شود. بعد از ۶ - ۱۲ ماه در صورت عدم تغییر گره بیوپسی دوباره انجام می‌شود تا خوش خیم بودن گره تعیین شود.

۶- بدخیمی فولیکولر ممکن است در FNA بصورت آدنوم فولیکولر باشد. (۲۰٪ تا ۳۰٪ ریسک سرطان). همانند FNA فروزن^۱ هم نمی‌تواند بین آدنوم فولیکولر خوش خیم و کانسر فولیکولر افتراق دهد. لوبکتومی و ایسمکتومی یا تیروئیدکتومی نزدیک به کامل^۲ انتخابهای جراحی ما هستند. در گره‌های فولیکولر با ریسک بالا یعنی گره بالای ۲ سانتی‌متر و بیمار بالای ۶۰ سال که پس از لوبکتومی و ایسمکتومی جواب پاتولوژی کارسینوم گزارش شود باید تیروئیدکتومی کامل انجام شود، چون نیاز به درمان پایه رادیواکتیو دارند. در بیماران با ریسک پایین یعنی در گره‌های کوچکتر و در افراد جوان می‌توان پی‌گیری با سونوگرافی هر ۶ ماه انجام داد. (سایستون)

۷- مشخصات سیتولوژیک به نفع سرطان پاپیلاری تیروئید شامل: تعداد زیادی سلول و مقدار کمی کلئوئید، ساختارهای پاپیلاری، پلئومورفیسم و روی هم رفتگی، اجسام انکلوزیونی هسته‌ای و شکاف داخل هسته‌ای می‌باشد. بیماران با کانسر پاپیلاری با ریسک کم (کمتر از ۴۵ سال سن بدون تهاجم موضعی و متاستاز و سایز کمتر از ۲ سانتی‌متر) ممکن است بصورت لوبکتومی و ایسمکتومی درمان شوند. دیگر موارد باید تیروئیدکتومی نزدیک به کامل شوند.

۸- سلولهای آتیبیک دوکی شکل در FNA احتمال کارسینوم مدولاری تیروئید را بالا می‌برد. میزان کلسی‌تونین باید قبل از تیروئیدکتومی اندازه‌گیری شود. بیماران که کارسینوم مدولاری دارند باید تحت تیروئیدکتومی کامل به همراه دیسکسیون گردنی وسط قرار گیرند. دیسکسیون همان طرف یا سمت مقابل هم ممکن است لازم باشد.

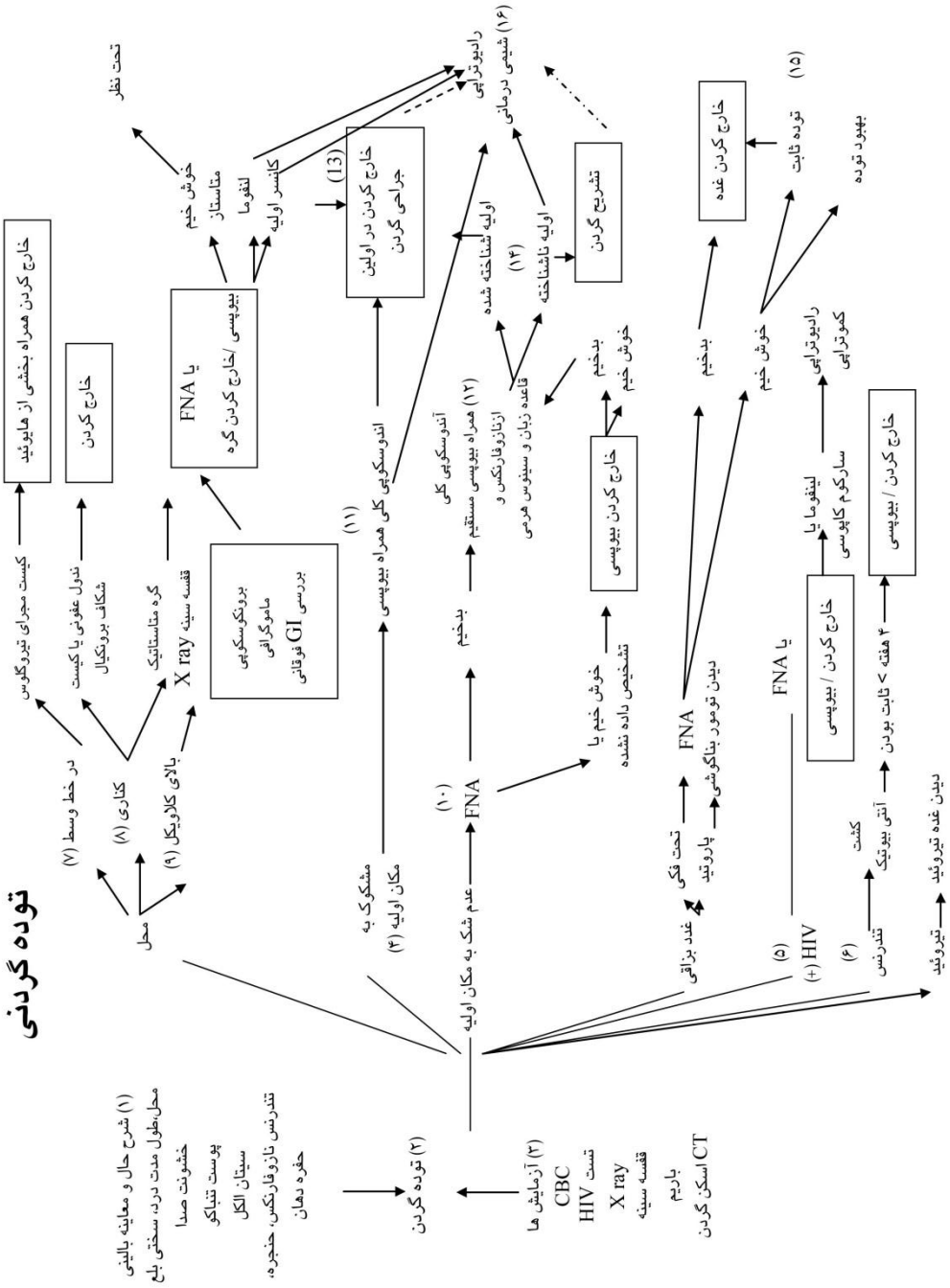
۹- اگر مایع کیست از نظر سیتولوژی خوش خیم باشد و کیست محو شود بیمار باید بوسیله معاینه فیزیکی پی‌گیری شود. کیست‌هایی که بعد از ۳-۲ بار FNA دوباره بوجود می‌آیند باید با تیروئیدکتومی درمان شوند. اگر گره با اسپیراسیون محو نشود FNA از قسمت جامد باقیمانده باید انجام شود. سونوگرافی می‌تواند در راهنمایی انجام بیوپسی قسمت جامد مفید باشد.

در صورتی که کیستی پس از ۳ بار اسپیراسیون هنوز وجود داشته باشد یا از همان ابتدا بزرگتر از 4 mm بوده و حالت کمپلکس داشته باشد لوبکتومی یک طرفه باید انجام شود. (شوارتز).

1 Frozen Section

2Near Total Thyroidectomy

توده گردنی



(۱) شرح حال و معاینه بالینی
محل، طول مدت درد، سختی بلع
خشونت صدا
پوست تنبلیگو
سیتان انکل
تندرنس نازوفارنکس، حنجره،
حفره دهان

(۲) توده گردنی
(۳) آزمایش ها
CBC
HIV تست
X ray
ققسه سینه
باریم
CT اسکن کردن

(۵) HIV (+)
(۶) تندرنس
کشت

دین غده تیروئید

تندرنس یا تشخیص داده نشده

FNA یا بیوپسی

لیفو ما یا سارگرم کالیوسی
خارج کردن / بیوپسی

خارج کردن / بیوپسی

خوش خیم

توده ثابت
بهبود توده

خارج کردن غده

خارج کردن بیوپسی

خوش خیم

بدخیم

تشریح کردن

شیمی درمانی (۱۶)
رادیوتراپی

خارج کردن در اولین جراحی گردنی

خارج کردن غده تیروئید

FNA یا بیوپسی
خارج کردن / گره

خوش خیم

متاستاز

انفوفا

کانسر اولیه

تحت نظر