

هوالشافی

سرطان کلیه

توجه: این مطالب جنبه اطلاع رسانی دارد و توصیه می شود حتماً با پزشک معالج خود مشورت فرمائید.

سرطان چیست؟

هر گاه سلول های قسمتی از بدن به طور غیرقابل کنترل شروع به رشد کنند، سرطان ایجاد می شود. هر چند که انواع گوناگونی از سرطان وجود دارند اما شروع همه آنها به دلیل رشد غیرطبیعی سلول ها می باشد.

سلول های طبیعی بدن طبق روال خاصی رشد می کنند، تقسیم می شوند و می میرند، در سال های نخستین زندگی، تکثیر سلول های طبیعی بدن نسبت به دوران بزرگسالی، سریع تر است. در دوران بزرگسالی، سلول های بیشتر قسمت های بدن فقط در حد جایگزین کردن سلول های جدید به جای سلول های مرده و یا به منظور ترمیم آسیب ها، تقسیم می شوند. از آنجا که سلول های سرطانی بی وقفه به رشد و تقسیم ادامه می دهند با سلول های طبیعی تفاوت دارند. این سلول ها به جای آنکه بمیرند از سلول های طبیعی بیشتر عمر می کنند و به تشکیل سلول های غیرطبیعی جدید ادامه می دهند.

غالباً سلول های سرطانی ایجاد شده در قسمتی از بدن، به قسمت های دیگر بدن نیز گسترش می یابند و در آنجا هم شروع به رشد و تکثیر می کنند و جایگزین بافت طبیعی می شوند این پدیده متاستاز نامیده می شود. متاستاز زمانی رخ می دهند که سلول های سرطانی وارد گردش خون یا عروق لنفاوی می شوند. وقتی سرطان پستان وجود داشته باشد و سلول های سرطانی به عضو دیگری مثلاً به کبد نیز گسترش یابند این سرطان ایجاد شده در کبد، باز هم سرطان پستان نامیده می شود، نه سرطان کبد.

سلول های سرطانی به دلیل آسیبی که به DNA وارد شده، ایجاد می شود.

DNA ماده ای است که در تمامی سلول های بدن وجود دارد و همه فعالیت های سلول را سازماندهی می کند. در بیشتر اوقات وقتی DNA آسیب می بیند، بدن توانایی ترمیم آن را دارد، ولی سرطان وقتی ظاهر می شود که DNA آسیب دیده ترمیم نشود. ممکن است فردی DNA آسیب دیده را از والدین به ارث ببرد که در این صورت جزء سرطان های موروثی به حساب می آید. خیلی وقت ها هم DNA فرد به دلیل قرار گرفتن در معرض عوامل محیطی نظیر سیگار کشیدن، آسیب می بیند. معمولاً در سرطان توده ای تشکیل می شود که به آن

تومور می گویند ولی در برخی سرطان ها مثل لوسمی، تومور تشکیل نمی شود و در عوض سلول های خونی و اعضاء خونساز بدن را درگیر می کنند و با گردش خون به بافت های دیگر بدن رسیده در آنها رشد می کنند. به خاطر داشته باشید که همه تومورها سرطانی نیستند، تومورهای خوش خیم (غیرسرطانی) به قسمت های دیگر بدن گسترش نمی یابند (متاستاز نمی دهند) و بجز موارد نادر، تهدید کننده حیات نیز نیستند.

انواع گوناگون سرطان رفتار متفاوتی دارند و بعنوان مثال سرطان ریه و سرطان پستان دو بیماری کاملاً متفاوت هستند، سرعت رشد آنها با هم فرق می کند و درمان های متفاوتی دارند. به همین دلیل بیماران مبتلا به انواع گوناگون سرطان به درمانی احتیاج دارند که مخصوص آن نوع به خصوص سرطان است.

سرطان دومین علت مرگ و میر در ایالات متحده آمریکا است. نصف مردان و یک سوم زنان آمریکایی در طول زندگی خود دچار سرطان می شوند. در حال حاضر میلیون ها نفر مبتلا به سرطان هستند یا کسانی هستند که قبلاً سرطان داشته اند. شانس ابتلا به بیشتر سرطان ها را می توان با ایجاد یکسری تغییر در عادات زندگی افراد از جمله ترک سیگار و تغذیه بهتر، کاهش داد. هر چه سرطان زودتر تشخیص داده شود و درمان آن سریع تر آغاز شود امید به بیشتر زنده ماندن، افزایش می یابد.

سرطان کلیه (سرطان سلول کلیوی) چیست؟

سرطان سلول کلیوی شایع ترین نوع سرطان کلیه است.

مطالبی درمورد کلیه ها

کلیه ها دو عضو بزرگ لوبیا شکل می باشند که در قسمت فوقانی - خلفی (بالایی - پشتی) حفره شکم قرار دارند. یکی از کلیه ها در سمت راست و دیگری در سمت چپ ستون مهره ها قرار دارد و هر دو توسط دنده ها محافظت می شوند.

کار اصلی کلیه ها پالایش خون و دفع آب اضافی، نمک و مواد زائد می باشد، مواد زائد، تصفیه شده و در ادرار تغلیظ می شوند ادرار توسط لوله هایی به نام حالب که به مثانه متصل می شوند، از کلیه خارج می شود، ادرار تا زمان تخلیه، در مثانه انباشته می شود.

علیرغم اهمیت کلیه ها، فی الواقع اندکی کمتر از یک کلیه جهت انجام تمام امور گفته شده در بالا کفایت می کند. در آمریکا، از هر هزار نفر، ده نفر فقط با یک کلیه زندگی می کنند و حیات طبیعی دارند.

بعضی اشخاص ممکن است اصلاً کلیه فعال نداشته باشند و با کمک روشی طبیی به نام دیالیز زنده می مانند. در دیالیز از دستگاهی که به طور اختصاصی طراحی شده تا مثل یک کلیه طبیعی عمل کند، جهت تصفیه و پالایش خون استفاده می شود.

سرطان سلول کلیه

مثل تمام سرطان ها، سرطان سلول کلیه در ابتدا کوچک بوده و تدریجاً در زمان، رشد کرده و بزرگ می شود. علیرغم اینکه این سرطان معمولاً به صورت توده ای منفرد در داخل کلیه رشد می نماید، ممکن است کلیه حاوی بیش از یک تومور بوده و یا تومورها می توانند در هر دو کلیه به طور همزمان وجود داشته باشند. بعضی از انواع سرطان کلیه تنها زمانی قابل تشخیص هستند که بزرگ شده اند اما بیشتر آنها قبل از گسترش (متاستاز) به سایر ارگان های بدن، جریان خون یا لنف، قابل شناسایی می باشند. مثل بقیه سرطان ها درمان سرطان کلیه، هنگامی که گسترش یافته (متاستاز داده)، مشکل می باشد.

پنج نوع اصلی که بوسیله آزمایش میکروسکوپی تومور شناسایی شده اند عبارتند از : نوع سلول روشن (Clear Cell)، پاپیلاری، کروموفوب، سرطان مجاری جمع کننده ادرار (Collection Duct) و گروه طبقه بندی نشده. سرطان سلول روشن در زیر میکروسکوپ به صورت سلول های بسیار روشن یا رنگ پریده نمایان می گردد. این سرطان شایع ترین نوع سرطان کلیه است و حدود 70 تا 80٪ اشخاص مبتلا به سرطان کلیه، به آن مبتلا می باشند.

سرطان سلول کلیوی نوع پاپیلاری دومین نوع شایع بوده و 10 | 15٪ موارد سرطان کلیه را شامل می شود این سرطان ها در برخی موارد، در تومور زوائد کوچک انگشتی شکل به نام پاپیلا ایجاد می کنند. برخی پزشکان این سرطان را کروموفیل می نامند چون سلول های آن، رنگ معینی را که در آماده سازی بافت برای مشاهده زیر میکروسکوپ بکار می رود، جذب می کنند لذا صورتی به نظر می رسند. سرطان سلول کلیوی نوع کروموفوب سومین نوع شایع است که حدود 5٪ موارد را در بر می گیرد، سلول های این نوع سرطان نیز مانند سلول های روشن رنگ پریده هستند. لکن سلول های کروموفوب از سلول های روشن بزرگ تر هستند و ویژگی های دیگری نیز دارند که آنها را قابل تشخیص می کند.

نوع چهارم که سرطان سلول های مجاری جمع کننده است، بسیار نادر می باشد. تظاهر اصلی آن است که سلول های سرطانی می توانند مجاری نامنظمی بوجود آورند. حدود 50٪ سرطان های کلیه، طبقه بندی نشده اند چون تمامی آنها با هیچ یک از طبقه بندی های دیگر هماهنگ نمی باشد.

نکته مهم دیگر در مورد کارسینوم سلول کلیوی درجه آنهاست. این مرحله بندی دال بر آن است که هسته های سلول سرطانی (قسمتی از سلول که حاوی DNA می باشد) تا چه حد شبیه سلول های طبیعی کلیه به نظر می رسد. سرطان های سلول کلیوی معمولاً از مرحله 1 تا مرحله 4 مرحله بندی می شوند. در مرحله 1، سلول های سرطانی کلیه هسته ای دارند که فرق بسیار کمی با هسته سلول های طبیعی دارند، این سرطان ها معمولاً به صورت آهسته رشد و گسترش می یابند و معمولاً پیش آگهی خوبی دارند. در مقابل، هسته سلول های سرطانی مرحله 4، تفاوت قابل توجهی با سلول های طبیعی داشته و پیش آگهی بدی دارند.

هر چند که نوع و مرحله آن در پیش آگهی مفید واقع می شود اما مرحله (Stage) سرطان هنوز هم بهترین راه پیش بینی میزان بقاست. مرحله، اندازه سرطان و گسترش آن را توصیف می کند. شرح چگونگی مرحله بندی در مبحث « چگونه سرطان کلیه مرحله بندی می گردد » آمده است.

انواع دیگر تومورهای کلیه

کارسینوم سلول کلیه شایع ترین نوع سرطان کلیه است و مسئول 90٪ سرطان های بدخیم کلیه است. انواع کمتر شایع تومورهای سرطانی شامل: ترانزیشنال کارسینوم، تومور ویلمز، سارکوم کلیه، آدنوم سلول کلیه، انکوسیتوم کلیه و آنژیومیولیپوما می باشند.

ترانزیشنال سل کارسینوما: حدود 5 الی 10٪ سرطان های کلیه از این نوع هستند که با نام اروتلیال کارسینوما نیز شناخته می شوند. این سرطان در لگنچه کلیه آغاز می گیرد (محل اتصال حالب به کلیه). در زیر میکروسکوپ سلول های آن بسیار شبیه به سلول های سرطان مثانه بوده و بسیار شبیه به آن رفتار می نمایند. مطالعات نشان داده اند که این سرطان همانند سرطان مثانه، با سیگار کشیدن و مواجهات شغلی با مواد معین سرطان زا در ارتباط می باشد.

اگر شما به ترانزیشنال سل کارسینوما مبتلا هستید، می توانید همان علایم و نشانه های سرطان سلول کلیه، مثل خون در ادرار و گهگاه کمردرد داشته باشید.

این سرطان‌ها معمولاً به وسیله جراحی و با خارج کردن تمام کلیه و حالب آن و نیز بخشی از حالب که به مثانه متصل می‌گردد، درمان می‌شوند.

شیمی‌درمانی و پرتودرمانی معمولاً علاوه بر جراحی مورد استفاده قرار می‌گیرند که بستگی به بزرگی سرطان یافت شده دارد. اگر شما مبتلا به ترانزیشنال سل کارسینوما در مراحل اولیه هستید، چندین روش برای درمان شما مهیاست. راه‌های مختلف جهت درمان سرطان در مراحل اولیه موجودند تکنیک‌های جدیدتر جراحی نیز در حال مطالعه هستند شما باید با جراحان صحبت کنید تا درباره اعمال جراحی، مزایا و معایب آنها، آگاهی‌های لازم را به دست آورید.

حدود 90٪ از سرطان‌های نوع ترانزیشنال در کلیه به شرط کشف زودرس، قابل درمان هستند. اما اگر تومور به داخل دیواره حالب یا داخل کلیه رشد کرده باشد یا مهاجم‌تر باشد، میزان علاج بسیار پائین‌تر است.

پس از جراحی، ویزیت‌های بعدی به منظور پیگیری به وسیله اشعه ایکس و سیستوسکوپی (نگاه کردن به داخل مثانه) اهمیت بسیاری دارند چون ترانزیشنال سل کارسینوما می‌تواند مجدداً در داخل مثانه ایجاد همانطور که می‌تواند در هر نقطه‌ای از بدن بوجود آید.

تومور ویلمز: حدود 5 تا 6٪ از کل تومورهای کلیه تومور ویلمز هستند این نوع از تومور تقریباً همیشه در بچه‌ها و ندرتاً در بالغین دیده می‌شود. جهت دستیابی به اطلاعات بیشتر در مورد آن به کتاب «تومور ویلمز» مراجعه کنید.

سارکوم کلیه: سارکوم کلیه نوع نادری از سرطان‌های کلیه می‌باشد (کمتر از 1٪ کل تومورهای کلیه) و در داخل بافت همبند کلیه شروع به رشد می‌کنند.

آدنومای کلیه: آدنوماهای کلیه بسیار کوچکند، به آرامی رشد می‌کنند، خوش‌خیم هستند و در زیر میکروسکوپ بسیار شبیه به کارسینومای درجه پائین کلیه به نظر می‌رسند. در موارد نادر، گمان می‌رود که تومور که تومور ابتدا به صورت آدنومای

کلیه بوده و سپس به سرطان سلول کلیوی تبدیل می‌شود.

انگوسیتوم: انگوسیتوم‌ها انواع خوش‌خیمی از تومورهای کلیه هستند و گهگاه بسیار بزرگ می‌شوند از آنجا که این تومورها به سایر ارگان‌ها متاستاز نمی‌دهند، برداشتن کلیه گرفتار معمولاً سبب علاج بیمار می‌گردد.

آنژیومیولیپوما: نوعی از تومورهای نادر کلیه است که غالباً در افراد مبتلا به بیماری توبروسل اسکروزیس ایجاد می شود. جهت اطلاعات بیشتر به مبحث « عوامل خطرزای ابتلا به سرطان کلیه » مراجعه کنید.

ادامه این کتابچه تنها به کارسینوم سلول کلیوی می پردازد.

آمار کلیدی راجع به سرطان کلیه کدام است؟

انجمن سرطان آمریکا تخمین می زند که در سال 2003 میلادی 31900 مورد ابتلای جدید (19500 مرد و 12400 زن) در آمریکا بروز خواهد کرد و حدود 11900 نفر (4700 مرد و 4500 زن) به علت این بیماری خواهند مُرد.

این داده های آماری شامل جماعت بزرگسالان و اطفال بوده و شامل کارسینوم سلول کلیوی و ترانزیشنال سل کارسینومای لگنچه کلیه می باشد. سرطان سلول کلیوی (کارسینوم سلول کلیوی) شایعترین نوع سرطان در بزرگسالان است.

در حدود 50٪ موارد سرطان سلول کلیه در هنگام کشف شدن به خارج از کلیه گسترش نیافته اند. در 25٪ موارد، سرطان در حالی که به ناحیه اطراف کلیه محدود است به خارج کلیه گسترش یافته است و در 25٪ باقیمانده، سرطان به اعضای دیگر بدن مثل ریه ها و استخوان ها متاستاز داده است.

میزان بقای 5 ساله به درصدی از بیماران اطلاق می شود که حداقل 5 سال پس از تشخیص سرطان، زنده می مانند. بسیاری از این بیماران بیش از 5 سال زنده می مانند. اما میزان 5 ساله جهت ایجاد راهی استاندارد که به پیش آگهی می پردازد مورد استفاده قرار می گیرد. البته میزان بقای 5 ساله برای بیماران که 5 ساله از تشخیص بیماریشان می گذرد و از همان ابتدا درمان شده اند استفاده می شود.

میزان بقای 5 ساله برای تمام بیماران تشخیص داده شده با سرطان سلول کلیوی (شامل موارد محدود به کلیه یا آنهایی که متاستاز داده اند) حدود 60٪ می باشد. این میزان برای افرادی با تومورهای کوچک، بیشتر بوده و برای افراد با تومورهای بزرگ که به خارج از کلیه گسترش یافته اند. کمتر خواهد شد. جهت دستیابی به جزئیات آماری بیشتر راجع به میزان بقات به مبحث « درمان سرطان کلیه به چه ترتیب است » مراجعه نمائید.

عوامل خطرزای سرطان کلیه کدامند؟

یک عامل خطر، چیزی است که امکان ابتلا به یک بیماری مثلاً سرطان را در شما افزایش می دهد. سرطان های مختلف، عوامل خطرزای گوناگونی دارند به عنوان مثال، قرار گرفتن در معرض نور شدید آفتاب بدون پوشش محافظتی، عامل خطر برای سرطان پوست است. دانشمندان عوامل خط متعددی را یافته اند که سبب ایجاد استعداد بیشتر جهت ابتلا به سرطان کلیه در شما می شود.

عوامل خطر مربوط به نحوه زندگی و عوامل خطر مربوط به شغل

سیگار : سیگار کشیدن خطر ابتلا به سرطان کلیه را تا 40٪ افزایش می دهد.

چاقی : اگر خیلی اضافه وزن دارید خطر بسیار بالاتری در مورد ابتلا به سرطان کلیه شما را تهدید می کند. برخی پزشکان بر این باورند که چاقی به عنوان یک عامل خطرزا در 20٪ بیماران مبتلا به سرطان کلیه مطرح است. چاقی ممکن است باعث تغییر هورمون های خاصی شود که منجر به سرطان کلیه گردد.

رژیم غذایی: خوردن گوشت کاملاً پخته شده یا سرطان سلول کلیوی در ارتباط است.

تماس های شغلی: طبق برخی مطالعات، مواجهه با آزبست (پنبه نسوز)، کادمیوم و حلال های آلی خصوصاً آلی خصوصاً تری کلرواتیلن، در محل کار، خطر سرطان کلیه را بالا می برد.

فاکتورهای خطر ژنتیکی وارثی

بعضی اشخاص تمایل ابتلا به بعضی انواع مشخص سرطانها به ارث می برند. DNA که از والدین خود به ارث می برند. ممکن است دچار تغییرات خاصی شده باشد که مسئول این تمایل برای ابتلا به سرطان باشد. گهگاه این اختلالات DNA به هنگام تکامل جنین در داخل رحم مادر رخ می دهند.

جهت اطلاع بیشتر از اختلالات DNA به مبحث « آیا می دانید چه چیز سبب سرطان کلیه می گردد» مراجعه نمایید. سرطان کلیه ارثی توسط حداقل 3 وضعیت به ارث رسیده متفاوت بوجود می آیند.

بیماری فون - هیپیل - لاندو: در این حالت افراد دچار انواع متعددی از تومورها می گردند. بین 25 تا 45٪ این اشخاص به سرطان سلول کلیوی مبتلا می شوند غالباً از نوع سلول روشن (Clear Cell) می باشد. همچنین ممکن است تومورهای خوش خیم عروق خونی در چشم ها، مغز و نخاع بروز کند که همانژیوپلاستوما نامیده می شوند کیست در داخل لوزالمعده (پانکراس) آنها رشد می کند و انواعی از تومور غده فوق کلیوی به نام فنوکروموسیتوما نیز به وجود می آید.

سرطان سلول کلیوی ارثی نوع پاپیلاری: در این گروه احتمال به وجود آمدن یک یا چند نوع از سرطان پاپیلاری سلول کلیوی بیشتر است. ولی دیگر مشکلات طبی که بیماران مبتلا به فون هیپل لاندو را متأثر می سازد، در اینها دیده نمی شود.

انکوسیتوم ارثی کلیه: بعضی اشخاص تمایل ابتلا به توموری کلیوی به نام انکوسیتوم را به ارث می برند. اینها به میزان ناچیزی احتمال بدخیم شدن دارند.

سایر عوامل خطر

داروها:

فناستین یک نوع داروی مسکن است که بدون نیاز به نسخه نیز تهیه شده، در گذشته با سرطان کلیه مرتبط بوده است. اما از آنجا که حدود 20 سال است که در آمریکا منسوخ شده، دیگر عامل خطر عمده ای محسوب نمی شود.

دیورتیک ها (داروهای ادرارآور که در درمان فشار خون بالا و نارسایی احتقانی قلب به کار می روند و کلیه ها را در جهت دفع آب و نمک از بدن تحریک می کنند) نیز با سرطان کلیه مرتبط بوده اند. از طرفی فشار خون بالا نیز با بروز سرطان کلیه ارتباط دارد و ممکن است با دیورتیک درمان شود لذا در چنین مواردی معلوم نیست که عامل خطر فشار خون است یا دیورتیک که برای درمان آن بکار رفته است. در هر حال اگر نیاز به مصرف دیورتیک به دستور پزشک لازم باشد، مصرف شود و نباید از مصرف آن به دلیل کاهش خطر سرطان کلیه، خودداری کنید.

بیماری کلیه: اگر بیماری پیشرفته کلیه دارید و نیازمند دیالیز هستید، ممکن است برای شما خطر بالاتری برای ابتلا به سرطان کلیه وجود داشته باشد. دیالیز روشی درمانی جهت خارج کردن سموم از بدن است که در مواردی که کلیه ها به درستی کار نمی کنند، بکار می رود.

سن: بیشتر سرطان های کلیه در بزرگسالی، در سنین بین 50 تا 70 سالگی به وجود می آیند و بندرت در کودکان و بالغین جوان رخ می دهد.

جنس: شیوع سرطان کلیه در مردان دو برابر زنان است، آمار مردان سیگاری بیش از زنان سیگاری است و مردان بیشتر از زنان در معرض مواد شیمیایی سرطانزا در محل کار هستند که ممکن است علت این تفاوت باشد.

ایا می دانید چه چیز سبب سرطان کلیه می گردد؟

محققان چندین عامل خطرزای مهم در ایجاد کارسینوم سلول کلیوی را شناسایی کرده اند، آنها شناسایی چگونگی اثر این عوامل خطرزا را با مطالعه چگونگی اثر این عوامل در تغییر DNA سلول های کلیه در جهت سرطانی شدن، آغاز کرده اند.

DNA و جهش ژنتیکی

سالیان درازی است که دانشمندان در یافتن جواب این پرسش هستند که « چرا سلول های طبیعی سرطانی می شوند؟» برای شناخت چگونگی شکل گیری سلول های سرطانی، دانستن مطالبی راجع به ژنتیک (مطالعه ژن ها) لازم است؟

ژن بخشی از DNA است که عملکرد بیولوژیکی قابل تشخیص دارد به عنوان مثال، این ژن های شما هستند که رنگ چشم، رنگ پوست، گروه خونی و حتی در مواردی رفتار شما را تعیین می کند.

در برخی موارد تغییرات غیرعادی در DNA ژن ها می تواند بر نوع بیماری که شما احتمالاً مبتلا می شوید، تأثیر بگذارد. این تغییرات DNA، جهش نامیده می شوند. گاهی اوقات این جهش ها از والدین به ارث می رسند. و این امر شیوع بیشتر برخی از بیماری ها را در یک خانواده توجیه می کند اما بیشتر اوقات جهش ها ارثی نیست و در طول زندگی یک شخص به وجود می آید.

ژن ها قسمتی از کروموزم هستند، پس کروموزم یک DNA (دی اکسی ریبونوکدوئیک اسید) فوق العاده طویل است که شامل هزاران ژن می باشد.

DNA در 23 جفت کروموزم سازماندهی شده است. شما از هر جفت کروموزوم خود یکی را از مادر و یکی را از پدر به ارث می برید. در طول سالیان اخیر، دانشمندان مطالب بسیاری درباره تغییرات منجر شونده به سرطانی شدن سلول های کلیوی که در کروموزم ها و ژن ها رخ می دهد آموخته اند. برخی از این تغییرات موروثی هستند و موارد ارثی سرطان کلیه را ایجاد می کنند که در مبحث « عوامل خطرزای سلول های کلیه کدامند؟» توصیف شده اند، برخی اوقات این تغییرات ارثی نیستند و پس از تولید ایجاد می شوند و احتمالاً به دلیل عوامل شیمیایی سرطان زا یا عوامل ناشناخته به وجود می آیند.

اخيراً محققان جهش ژنتیکی ارثی ایجاد کننده بیماری فون هیپل لیندو (VHL) را شناسایی کرده اند این کشف آغازی برای مطالعه چگونگی اثر ژن فون هیپل لیندو (VHL) در ایجاد سرطان سلول کلیوی و سایر تومورهای دارای شرایط مشابه است.

آنها همچنین دریافته اند که تغییراتی که در این ژن پس از تولید ایجاد می شود می تواند فقط منجر به سرطان سلول کلیوی شود. سایر مشکلات طبی که در بیماری فون هیپل لیندو (VHL) شخص را تحت تأثیر قرار میدهد. در این حالت ایجاد نمی شود. دانشمندان همچنین جهش های ژنی مسئول سرطان سلول کلیوی پاپیلاری ژنتیکی را کشف کرده اند. ژن معیوب، مت انکوژن نامیده می شود و قسمتی از کروموزوم شماره 7 می باشد.

جهش ژنی ایجاد کننده انکوسیتوما موروثی کماکان ناشناخته است.

چندین تغییر در سطح DNA و ژن کروموزوم نیز در سرطان سلول کلیوی کشف شده بودند. بیشتر این سرطان ها را مواردی به وجود می آورد که دارای نمونه های زیادی از کروموزوم های ویژه می باشند، بسیاری هم جهش هایی را که در ژن های سرکوب کننده تومور نظیر ژن P53 و یا ژن RB دارند.

تحقیقات در مورد سرطان سلول کلیوی با تمرکز بیشتر به چگونگی ایجاد تومورهای کلیه در نتیجه جهش های ژنی ادامه دارد. پزشکان امیدوارند که با استفاده از این اطلاعات در طراحی داروها و واکسن های درمان این سرطان، هر چه مؤثرتر گام بردارند.

با شناسایی چگونگی افزایش خطر ابتلا به سرطان سلول کلیوی در صورت استفاده از دخانیات پیشرفت هایی بدست آمده است. بسیاری از مواد شیمیایی سرطانزای موجود در دود تنباکو از طریق گردش خون در ریه ها جذب می شوند. از آنجا که کلیه ها این خون را تصفیه می کنند لذا بسیاری از این مواد شیمیایی یا غلظت بالا در کلیه یافت می شوند. بسیاری از این مواد شیمیایی DNA سلول کلیوی را در جهت سرطانی شدن آسیب می زنند.

چاقی به عنوان یکی دیگر از علل این سرطان با ایجاد عدم تعادل هورمونی بدن شما را تغییر می دهند همانگونه که می دانیم هورمون های رشد سلول های بافت های مختلف بدن از جمله کلیه را، اعم از طبیعی یا غیرطبیعی کنترل می کنند.

آیا می توان از سرطان کلیه پیشگیری کرد؟

برخی از موارد سرطان کلیوی قابل پیشگیری هستند از آنجا که استعمال دخانیات مسئول بیش از 40٪ موارد است لذا ترک سیگار می تواند خطر ابتلای شما به این سرطان را کاهش می دهد چاقی و رژیم غذایی هر دو با سرطان کلیه مرتبط هستند. داشتن وزن متعادل و همچنین مصرف مقادیر کافی میوه و سبزیجات تازه می توانند خطر ابتلا به این بیماری را در شما کاهش دهند و بالاخره اجتناب از فعالیت در محیط هایی که در معرض مقادیر بالای مواد مضر نظیر کادمیوم، آزبست (پنبه نسوز) و حلال های ارگانیک، می تواند از خطر ابتلا به سرطان کلیه در شما بکاهد.

ایا می توان سرطان کلیه را در مراحل اولیه شناسایی کرد؟

بسیاری از سرطان های کبد در مراحل نهایی شناسایی می شوند، آنها می توانند بدون آنکه ایجاد درد یا ناراحتی کنند کاملاً بزرگ شوند از آنجا که کلیه در اعمال قسمت های درونی بدن است، تومورهای کوچک کلیه در طی معاینات فیزیکی پزشکی قابل لمس نیستند، هیچ گونه آزمایش ساده ای برای کشف زود هنگام سرطان کلیه موجود نیست. در آزمایشات معمول ادرار (که بخشی از ارزیابی های کامل پزشکی دوره ای به حساب می آیند)، ممکن است مقادیر اندکی خون در ادرار را در برخی از بیماران مبتلا به سرطان کلیه در مراحل اولیه نشان دهد. هر چند که باید به خاطر داشته باشیم که هماچوری (وجود خون در ادرار) علل متنوعی دارد که می توان از آن میان به عفونت های مجاری ادراری، سیستیت (التهاب و عفونت مثانه) سرطان مثانه و یا موارد خوش خیمی چون سنگ کلیه اشاره کرد. از طرفی برخی از بیماران مبتلا به سرطان کلیه نیز تا وقتی که تومور سرطانی کاملاً بزرگ نشده و سایر قسمت های بدن را درگیر نکرده دچار هماچور (وجود خون در ادرار) نمی شوند.

بررسی های تصویربرداری نظیر CT اسکن و MRI می توانند تومورهای کوچک کلیه را هم مورد شناسایی قرار دهند. این تصویربرداری ها از هزینه بالایی برخوردارند. گذشته از این نمی توان با استفاده از آنها تومورهای خوش خیم کلیه را از سرطان کلیه با سایزهای کوچک تشخیص داد. به همین دلیل CT اسکن و MRI را جهت یافتن سرطان کلیه فقط در تعداد کمی از افراد به عنوان گام های نخستین بررسی های تشخیصی مورد استفاده قرار می دهند در اشخاصی که عوامل خطرزای سرطان کلیه دارند مثل آنهایی که به بیمار فون هیپل لیندا VHL مبتلا هستند. این نکته حائز اهمیت است که به پزشک خودتان بگوئید سابقه ابتلا به سرطان کلیه یا سایر اختلالات مرتبط با بیماری فون هیپل لیندا در فامیل درجه 1 شما وجود داشته یا نه؟

آزمایشهای ژنتیکی جهت یافتن جهش ژنی VHL در دسترس است اما در حال حاضر این آزمایش ها برای تشخیص VHL استفاده می شوند، آنها بری تشخیص سرطان کلیه مورد استفاده قرار نمی گیرند. تست های آزمایشگاهی VHL فقط در افرادی با علائم بالینی بیمار و یا سابقه فامیلی مثبت از این بیماری، انجام می شود. اگر بیماری VHL برای شما تشخیص داده شد ممکن است لازم باشد بطور دوره ای مورد CT اسکن و یا MRI قرار گیرید. سرطان کلیه در مراحل ابتدایی شناسایی می شود. آزمایش های ژنتیکی هم چنین می توانند در یافتن موارد مبتلا به سرطان کلیه در تشخیص آن از نوع پاپیلاری سودمند باشند.

بیماران مبتلا به بیماری های کلیوی که تحت درمان طولانی مدت با دیالیز بوده اند باید به طور دوره ای از کلیه آنها CT اسکن و MRI به عمل آید تا سرطان کلیه احتمالی، در مراحل اولیه که قابل درمان است، شناسایی شود.

گاهی سرطان کلیه به طور اتفاقی کشف می شود. معمولاً در این موارد، در زمان کشف بیماری هیچ گونه درد یا کسالتی وجود ندارد. میزان بقا در این موارد بسیار بالاست چرا که این موارد در مراحل بسیار ابتدایی شناسایی شده اند.

علائم و نشانه های سرطان کلیه

اگر هر کدام از این مشکلات را دارید با پزشک خود مشورت کنید.

خون در ادرار (هماچوری)

درد یکطرفه کمر بی ارتباط با ضربه.

توده در شکم.

خستگی.

کاهش وزن غیرقابل توجیه.

تب که بی ارتباط با سرماخوردگی، آنفولازا و سایر بیماری های عفونی باشد و پس از چند هفته برطرف شود.

ورم ساق پا و مچ پا.

این علائم ممکن است به دلیل وجود سرطان باشند هر چند که ممکن است به دلیل یک بیماری غیرسرطانی به وجود آید. به عنوان مثال وجود گلبول های سفید (WBC) در ادرار ممکن است در سرطان های کلیه،

مثانه یا سرطان پروستات دیده شود ولی بروز این حالت الزاماً به معنی وجود سرطان نیست، حتی بیشتر موارد در اثر عفونت مثانه یا سنگ کلیه ایجاد می شود.

سرطان کلیه چگونه تشخیص داده می شود؟

اگر دلیلی وجود داشته باشد که پزشک به امکان وجود سرطان کلیه در مورد شما شک کند یکی از روش های پیدا کردن بیماری را در شما بکار خواهد گرفت:

شرح حال پزشکی و معاینات بالینی پزشکی

پزشک به منظور آگاهی از عوامل خطرزا و علائم احتمالی از شما شرح حال می گیرد. یک معاینه بالینی پزشکی می تواند پزشک را به اطلاعاتی راجع به نشانه های سرطان کلیه و یا سایر مشکلات پزشکی راهنمایی کند.

روش های تصویربرداری

CT اسکن، MRI، پیلوگرام داخل وریدی و سونوگرافی جهت تشخیص بیشتر انواع سرطان کلیه سودمند هستند. CT اسکن: CT اسکن از یک پرتو چرخان اشعه X برای ایجاد یک سری تصاویر از زوایای مختلف بدن شما بکار می رود. کامپیوتر این تصاویر را ترکیب می کند. و یک سری عکس از مقاطع مختلف بدن شما بوجود می آورد که می تواند وجود تومور را نشان دهد. تزریق مواد حاجب به درون ورید قبل از انجام CT اسکن به ایجاد یک عکس واضح تر می انجامد که پزشک را در بهتر یافتن تومور کمک می کند.

CT اسکن یکی از سودمندترین روش های یافتن توده های کلیوی است.

CT اسکن همچنین در بررسی این موضوع که آیا سرطان به ارگان ها یا بافت های دیگر غیر از کلیه هم گسترش یافته یا نه کمک می کند. اخیراً CT اسکن با روشی که اسکن مارپیچی نامیده می شود پیشرفت کرده، این نوع CT اسکن اساساً یک اسکن با سرعت بالاست. به این معنی که وقتی ماده حاجب تزریق می شود. CT اسکن عبور آنرا در کلیه به تصویر می کشد. این عمل، تصویر را آنچنان واضح ایجاد می کند که حتی تومورهای کوچک را نیز دیده می شود.

سونوگرافی: در سونوگرافی امواج صوتی برای ایجاد تصاویر از بخش های درونی بدن بکار گرفته می شود. امواج صوتی از یک ترانسدایوسر خارج شده سپس امواج صوتی بازتاب شده از بخش های داخل بدن را می گیرد و یک کامپیوتر با استفاده از الگوی امواج صوتی بازتاب شده تصویری را ایجاد می کند.

الگوی امواج تولید شده در روش سونوگرافی تومورهای کلیوی را نشان می دهد.

الگوهای متفاوت بازتاب های صوتی می توانند انواع خوش خیم و بدخیم تومورهای کلیوی را از یکدیگر تمییز دهند.

MRI : در تصویربرداری، امواج رادیویی و میدان مغناطیسی قوی به جای اشعه X بکار می رود. بافت های بدن انرژی امواج رادیویی را جذب می کنند، سپس این انرژی جذب شده دوباره آزاد می شود و این آزاد شدن مجدد انرژی الگوهای متفاوتی را ایجاد می کند که بسته به نوع بافت و بیماری متفاوت است. سپس یک کامپیوتر الگوی امواج رادیویی بازتاب شده توسط بافت های مختلف بدن را به صورت یک تصویر واضح و یا جزئیات کامل ارائه می دهد. تصویر بدست آمده از MRI بسیار دقیق تر از تصاویر CT اسکن و سونوگرافی است و می تواند به پزشکان کمک کند که اگر سرطان به یکی از عروق اصلی نزدیک کلیه حمله کرده باشد، آنرا هم نشان دهد.

پیلوگرافی داخل ورید (IVP): این یکی از موارد تصویربرداری با اشعه X می باشد. به این صورت که یک ماده حاجب رنگی به درون ورید تزریق می شود.

و به صورت مفیدی روی زمینه سیاه عکس رادیوگرافی نمایان می گردد. ماده رنگی حاجب در کلیه تغلیظ شده و سپس توسط کلیه به درون ادرار دفع می شود. از طریق IVP می توان سرطان کلیه یا آسیب وارد به کلیه در اثر تومور را مشاهده کرد.

آنژیوگرافی: در این روش نیز مانند IVP از ماده رنگی حاجب استفاده می شود. ماده رنگی به درون شریانی که به کلیه ختم می شود، تزریق می گردد عروق کلیه را نمایان می کند. از آنجا که آنژیوگرافی عروق خون رسان کلیه را نمایان می کند به جراح کمک می کند که عمل جراحی خود را طراحی کند. همچنین در تشخیص برخی سرطان های کلیه که نمای خاص آنژیوگرافی ایجاد می کنند، کمک کننده است.

رادیوگرافی قفسه سینه : رادیوگرافی قفسه سینه برای بررسی ریه ها از نظر گسترش تومور، بکار می رود. همچنین ممکن است پزشک رادیوگرافی قفسه سینه را به منظور بررسی وضعیت سلامت عمومی بیمار جهت تصمیم گیری برای اطمینان در انجام روش های خاص درمان سرطان کلیه از جمله ایمنی درمانی با جراحی، درخواست کند.

اسکن استخوان: در اسکن استخوان از تزریق مقادیر کم مواد خاص رادیواکتیو به جریان خون شما به منظور بررسی وجود بیماری سرطانی یا غیرسرطانی در استخوان های شما استفاده می شود، تصاویر رادیواکتیو استفاده شده در این روش بسیار ناچیز بوده، مضر نیست.

آزمایش ها

تجزیه ادرار: در ادرار نیمی از بیماران مبتلا به سرطان کلیه خون وجود دارد.

معمولاً تجزیه ادرار بخشی از یک بررسی کامل پزشکی است در خلال بررسی های میکروسکوپی و شیمیایی حتی مقادیر بسیار کم خون که با چشم قابل رؤیت نیست. اندازه گیری می شود، گاهی اوقات برخی بررسی های میکروسکوپی نمونه های ادرار که سیتولوژی نامیده می شود، سلول های حقیقی سرطان را در ادرار نشان می دهد. سیتولوژی ادرار سرطان نوع سلول ترانزیشنال را بیش از سرطان کلیه شناسایی می کند.

آزمایش های خون : شمارش کامل خون و آزمایش های شیمیایی خون می تواند یافته های مرتبط با سرطان کلیه را نمایان کند کم خونی (آنمی) بسیار شایع است. اوتیروبلاستوز (مقادیر بالای گلبول های قرمز خون) در برخی از سرطان های کلیه که مترشح هورمون اریتروپوئتین هستند، دیده می شد اریتروپوئتین روی مغز استخوان اثر می کند و تولید سلول های قرمز خون را افزایش می دهد). افزایش آنزیم های کبدی (بدون دلیل مشخص و هیپرکلسمی (میزان بالای کلسیم خون) در برخی موارد رخ می دهد.

FNA = آسپیراسیون با سوزن ظریف: از این روش خیلی کم برای تشخیص تومور کلیه استفاده می شود. یک سوزن نازک به کلیه یا قسمتی از بدن که مشکوک به متاستاز است، وارد می شود و مقداری مایع و اندکی بافت از آن قسمت خارج می شود تا در زیر میکروسکوپ مطالعه شود. معمولاً مطالعات تصویربرداری اطلاعات کافی را در اختیار جراح قرار می دهد که تصمیم بگیرد آیا جراحی لازم است یا نه؟

FNA در موارد نادری با ارزش است، هر گاه که نتوان با نتایج تصویربرداری درد مورد برداشتن کلیه تصمیم قطعی گرفته و همین طور در مواردی که پزشک تشخیص دهد. که سرطان گسترش یافته و ترجیح دهد FNA را از مکان های متاستاز تهیه کند و نه از خود کلیه. می توان در خلال FNA، از CT اسکن به عنوان راهنمای سوزن در وارد شدن به تومور استفاده کرد.

سرطان کلیه چگونه مرحله بندی می شود؟

مرحله بندی شامل جمع آوری اطلاعات بدست آمده از معاینات و آزمایش های تشخیصی به منظور تعیین میزان گسترش سرطان است، شناخت مرحله بیماری سرطان یکی از مهمترین عوامل در انتخاب نوع درمان آن است.

ممکن است اقدامات تصویربرداری بخصوص نظیر رادیوگرافی، پیلوگرافی داخل وریدی (IVP)، CT اسکن یا سونوگرافی انجام شود همچنین ممکن است لازم باشد که به منظور ارزیابی سلامت عمومی شما و به منظور کشف گسترش سرطان به اندام های بخصوص، آزمایشات خون انجام می شود.

سیستم مرحله بندی یک روش استاندارد شده است که تیم مراقبت سرطان با استفاده آن میزان گسترش سرطان را توصیف می کنند. سیستم مرحله بندی کمیته سرطان آمریکا (AJCC)، تحت عنوان سیستم TNM شناخته می شود.

حرف T که به دنبال آن عدد 1 تا 3 می آید توصیف کننده اندازه تومور و گسترش آن به بافت های مجاور است. اعداد بالاتر T بیانگر تومور بزرگ یا کاملاً گسترش یافته به بافت های مجاور است.

حرف N که به دنبال آن اعداد 0 تا 2 می آید بیانگر این مطلب است که آیا سرطان به غدد لنفاوی نزدیک کلیه گسترش یافته و اگر اینطور است چه تعدادی از این غدد درگیر هستند لازم به یادآوری است که غدد لنفاوی مجموعه ای از دانه های به اندازه لوبیا هستند که حاوی سلول های سیستم ایمنی می باشد که به مبارزه با عفونت و سرطان کمک می کنند.

حرف M که به دنبال آن اعداد 0 تا 1 قرار می گیرد این مفهوم است که آیا سرطان به اندام های دور دست (به عنوان مثال ریه یا استخوان) و یا غدد لنفاوی دور از کلیه گسترش یافته یا نه.

سپس معیارهای T، N و M به یکباره با هم بررسی می شوند، این اطلاعات مخلوط، مرحله بندی نامیده می شود. طبق این مرحله بندی سرطان بیمار تعیین می شود و با اعداد رومی (لاتین) نمایش داده می شود از مرحله I (ابتدایی ترین مرحله) تا مرحله IV (جدی ترین و پیشرفته ترین مرحله).

بخش بعدی با جزئیات بیشتری به طبقه بندی های بخصوص T، N و M می پردازد و به این امر که چگونه با این طبقه بندی ها می توان مرحله سرطان را تعیین کرد، اختصاص دارد.

خلاصه ای از مرحله بندی TNM مربوط به سرطان کلیه

مرحله I : اندازه تومور 7 سانتی متر (سه چهارم و دو، اینچ) یا کوچک تر و محدود به کلیه است و هیچ گسترشی به غدد لنفاوی یا اندام های دوردست وجود ندارد.

مرحله II : اندازه تومور بیش از 7 سانتی متر است ولی کماکان محدود به کلیه است و به غدد لنفاوی و یا اندام های دور دست گسترش نیافته است.

مرحله III : این مرحله شامل چندین ترکیب N و T است. این ترکیب شامل تومورهایی با گسترش به یکی از غدد لنفاوی نزدیک ولی بدون گسترش به غدد لنفاوی دور یا اندام های دیگر است. درجه III همچنین شامل تومورهایی با گسترش به بافت چربی اطراف کلیه و با گسترش به وریدهای بزرگی که از کلیه به قلب می روند، می باشد ولی در این حالت هم گسترش به سایر اندام ها و غدد لنفاوی دوردست دیده نمی شود.

مرحله IV : این مرحله شامل چندین ترکیب از T، N و M است و شامل کلیه سرطان هایی است که گسترش مستقیمی از خلال بافت چربی اطراف به فاسیا داشته اند، فاسیا بافت احاطه کننده اطراف کلیه است، مرحله IV همچنین شامل سرطان هایی است که به بیش از دو غده لنفاوی اطراف استخوان و مغز دست اندازی کرده اند.

تعریف جزئیات طبقه بندی T، N و M

تومور ابتدایی T

TX : تومور ابتدایی غیرقابل ارزیابی (اطلاعات در دسترس نداریم).

T1 : تومور 7 سانتی متر یا کوچک تر و محدود به کلیه است.

T2 : تومور بزرگ تر از 7 سانتی متر و محدود به کلیه است.

T3a : تومور گسترش یافته به بافت چربی اطراف کلیه است ولی به فاسیای احاطه کننده کلیه و چربی پشت آن نرسیده است.

T3b : تومور به ورید کلیوی (وریدی که از کلیه خارج می شود) و یا به بخشی از ورید اجوف (ورید بزرگی که به سمت قلب می رود) در شکم گسترش یافته است.

T3e : تومور به ورید کلیوی (وریدی که از کلیه خارج می شود) گسترش یافته و به ورید اجوف (ورید بزرگی که به قلب می رود) و قفسه سینه نیز دست اندازی کرده است.

T4 : تومور به پشت فاسیا گسترش یافته است (بافت احاطه کننده کلیه).

غدد لنفاوی ناحیه ای (N):

NX : غدد لنفاوی ناحیه ای قابل ارزیابی نیستند. (اطلاعاتی راجع به آنها در دسترس نیست).

N0 : متاستاز به غدد لنفاوی ناحیه ای وجود ندارد.

N1 : متاستاز به یکی از غدد لنفاوی ناحیه ای وجود دارد.

N2 : متاستاز به بیش از یک غده لنفاوی ناحیه ای گسترش یافته است.

متاستاز دوردست (M)

MX : وجود متاستاز دوردست قابل ارزیابی نیست (اطلاعاتی در دسترس نیست)

M0 : متاستاز دوردست وجود ندارد.

M1 : متاستاز دوردست وجود دارد. از جمله به غدد لنفاوی دور از کلیه و اندام های دیگر (از جمله ریه و

استخوان ها و مغز).

مرحله بندی رابسون (Robson) برای سرطان کلیه

علاوه بر سیستم مرحله بندی TNM، گاهی اوقات از یک سیستم قدیمی تر به نام رابسون استفاده می شود.

مرحله I : سرطان محدود به کلیه است.

مرحله II : سرطان از فاسیای اطراف کلیه گذشته است و به بافت چربی مجاور یا به درون غده فوق کلیوی

(آدرنال) گسترش یافته است.

مرحله III : سرطان به غدد لنفاوی مجاور یا عروق خونی گسترش یافته است.

مرحله IV : سرطان به اندام های مجاور یا اندام های دوردست مثل کبد، ریه و مغز از طریق گردش خون

گسترش یافته است.

سرطان کلیه چگونه درمان می شود؟

این اطلاعات، نظرات پزشکان و پرستاران عضو در جامعه سرطان آمریکا را ارائه می کند. این نظرات براساس

مطالعات تحقیقاتی درمان سرطان و هم براساس تجربیات آنان بنا شده اند. اطلاعات مندرج در این مقاله الزاماً

به عنوان سیاست رسمی جامعه سرطان و نه به عنوان توصیه ای جهت جایگزین کردن درمان یا متأثر ساختن تصمیم تیم درمانی سرطان شما نمی باشند این مقاله تمایل به ارائه اطلاعاتی جهت اطلاع شما و خانواده تان از تصمیمات درمانی، به اتفاق گروه درمان سرطانتان دارد.

البته تیم درمانی سرطان شما ممکن است، دلایلی جهت پیشنهاد روش های متفاوتی از راهنمای عمومی درمان داشته باشند. در مورد اهداف درمان خودتان بدون رو درباستی سؤال کنید.

علاوه بر اطلاعات این مقاله، ما شما را برای تحقیق و پیدا کردن اطلاعات درمانی (در صورتی که خودتان مایل باشید) از دیگر منابع قابل اعتماد تشویق می کنیم.

زمانی که سرطان شما تشخیص داده شده و مرحله بندی نیز شده است، قبل از آنکه شما و پزشکتان برنامه درمانی را انتخاب نمائید. موضوعات مهمی را باید مدنظر قرار دهید. ممکن است احساس کنید که باید به سرعت تصمیم گیری کنید اما مهم است که به خودتان وقت کافی بدهید تا معنی اطلاعاتی را که تاکنون یاد گرفته اید کاملاً بفهمید.

با تیم درمان خود پرسش هایی را مطرح کنید. جهت اطلاع از انواع سؤالات بخش « چه چیز را باید در مورد سرطان کلیه از پزشکم بپرسم» در همین مقاله مراجعه نمائید.

ممکن است بخواهید میزان مزایای هر درمان را در مقابل عوارض جانبی با خطرات آنها بدانید خصوصاً اگر چندین گزینه پیش رو داشته باشید. اخذ نظرات پزشکی که در زمینه درمان سرطان کلیه تخصص دارد اطلاعات بیشتری فراهم می نماید و سبب اعتماد به نفس بیشتر شما راجع به برنامه درمانی که انتخاب می کنید، می شود.

این بخش با خلاصه ای از انواع درمان های موجود برای سرطان کلیه که برای شما قابل دسترسی هستند آغاز می گردد. و سپس درمان های معمول برای سرطان های کلیه در هر مرحله مورد بحث قرار می گیرند.

جراحی

درمان اساسی در سرطان کلیه، جراحی است. امکان بقا بدون عمل جراحی در سرطان کلیه ضعیف است. بسته به نوع و مرحله سرطان، ممکن است جراحی جهت برداشتن کامل کلیه یعنی خود کلیه و بافت های احاطه کننده آن صورت گیرد. معمولاً لازم می شود که علاوه بر موارد بالا، غده فوق کلیه (غده ای چسبیده به بالای کلیه است) نیز خارج شود. جراحان می توانند برش جراحی را در در قسمت های مختلفی ایجاد کنند، رایج

ترین محل برش، قسمت میانی شکم، زیر دنده ها و در طرفی که سرطان وجود دارد، انجام می گیرد. این برش حتی ممکن است در پشت و دقیقاً در پشت محلی که کلیه سرطانی وجود دارد. انجام شود هرکدام از این برش ها مزایای مخصوص خود را دارند و انتخاب آنها براساس اندازه غده و موقعیت آن در کلیه صورت می گیرد.

نفرکتومی رادیکال: رایج ترین نوع جراحی که برای درمان سرطان کلیه اجرا می شود، نفرکتومی رادیکال نام دارد. در نفرکتومی رادیکال همه کلیه بیمار یا سرطانش خارج می شود. همین طور غده فوق کلیه متصل به آن و بافت های چربی احاطه کننده کلیه نیز در این جراحی برداشته خواهد شد. گاهی در خلال نفرکتومی رادیکال، برداشتن غدد لنفاوی ناحیه ای نیز خارج می شوند با استفاده از این غدد لنفاوی می توان سرطان را مرحله بندی کرد (بخاطر داشته باشید که مرحله بندی در انتخاب نوع درمان و پیش بینی بقای بیمار اهمیت دارد) .

نفرکتومی پارشیال: در این روش همه کلیه خارج نمی شوند بلکه فقط بخشی از کلیه که سرطانی شده خارج می شود و بقیه آن باقی می ماند. نفرکتومی پارشیال معمولاً در بیمارانی که هر دو کلیهشان سرطانی شده یا در بیمارانی که یک کلیه مبتلا به سرطان کلیه است انجام می گیرد. بیشترین میزان این جراحی در بیمارانی انجام می شود که سرطان کلیه با اندازه کوچک در یک کلیه دارند (کوچکتر از 4 سانتی متر یا 1/75 اینچ) در این موارد نتیجه عمل بسیار رضایت بخش است. بارزترین مزیت آن این است که شما فقط بخشی از کلیه را از دست می دهید و نه تمام آنرا از آنجا که در مورد سرطان های با اندازه کوچک احتمال بروز سرطان در بافت باقی مانده کلیه بسیار کم است. جراحان ترجیح می دهند که در این موارد روش جراحی نفرکتومی پارشیال را بکار گیرند.

خارج کردن متاستازها: در حدود یک چهارم بیماران مبتلا به سرطان کلیه وقتی شناسایی می شوند که سرطان به قسمت های دیگر بدنشان نیز متاستاز داده (گسترش یافته) گاهی اوقات در این موارد خارج کردن متاستازها با جراحی به طور موقت منجر به کاهش درد بیمار یا تخفیف سایر علائم مربوط به متاستاز می شود، اما این اقدامات به طول عمر بیمار نمی افزاید.

به طور کلی، اگر میزان متاستاز (گسترش به بافت های دیگر) زیاد باشد جراحی جهت خارج کردن تمامی متاستازها یا حتی بخشی از آنها توصیه نمی شود. در هر حال جراحی خارج کردن متاستازها فقط در مواردی که فقط یک ناحیه متاستاز وجود دارد یا مواردی که متاستازهای کم و قابل دسترسی وجود دارند انجام می

شود. چرا که در این موارد خروج متاستاز بدون اینکه منجر به عوارض جانبی خطرناک شود به طور کامل صورت می گیرد.

آمبولیزاسیون شریانی: آمبولیزه کردن شریانی روشی است که در آن سرخرگ تغذیه کننده کلیه و سرطانش را مسدود می کنند یک لوله بسیار ظریف در شریانی در کشاله ران بیمار قرار داده می شود و بطرف داخل هل داده می شود تا آنجا که به شریان کلیوی برسد. (شریانی که از سرخرگ آئورت منشعب شده و به کلیه می رسد) سپس موادی داخل شریان تزریق شده، آنرا مسدود می کند. هر چند که این روش بندرت انجام می شود لیکن در پاره ای موارد مثلاً قبل از نفرکتومی و به منظور کاهش خونریزی حین جراحی انجام می شود.

خطرات جراحی

خطرات مرتبط با جراحی، عبارتند از :

خونریزی حین جراحی یا بعد از آن که ممکن است منجر به نیاز به انتقال خون شود.

عفونت زخم.

آسیب به عروق و اندام های داخلی در حین جراحی (نظیر طحال، لوزالمعده، سرخرگ آئورت، ورید اجوف، روده بزرگ یا کوچک).

پنموتوراکس (تجمع هوای اضافه در حفره قفسه سینه).

فتق برشی (برآمدگی و بیرون زدگی اندام های داخلی زیربرش جراحی، به دلیل اشکالات ترمیم زخم).

نارسایی کلیه (کلیه باقی مانده بخوبی کار نکند).

اگر بیمار به دلیل ضعف سلامت عمومی (به عنوان مثال مشکلات قلبی یا تنفسی، قادر به تحمل جراحی نباشید آنگاه ممکن است پرتودرمانی، آمبولیزاسیون شریانی، شیمی درمانی تجربی یا ایمنی درمانی بهترین انتخاب ها برای درمان سرطان کلیه بیمار باشد.

شیمی درمانی

در شیمی درمانی از داروهای ضد سرطان استفاده می شود. این داروها یا به شکل تزریق داخل وریدی یا به شکل قرص خوردنی به بیمار داده می شود. این داروها وارد جریان خون شده و به همه قسمت های بدن می رسند این ویژگی باعث می شود که شیمی درمانی در درمان مواردی که سرطان به قسمت های دیگر بدن بجز

کلیه نیز گسترش یافته، مؤثر باشد. متأسفانه سرطان کلیه به انواع موجود شیمی درمانی بسیار مقاوم است و هیچ روش استاندارد کاملاً مؤثر وجود ندارد برخی داروها نظیر وین بلاستی، فلوکسوردین و 5 فلورووراسیل (5-FV) به طور جزئی مؤثر هستند.

داروی شیمی درمانی سلول های سرطانی را نابود می کنند و لیکن همچنین می توانند به سلول های طبیعی بیمار آسیب برسانند بنابراین توجهات خاصی لحاظ شده اند تا از عوارض جانبی جلوگیری شود یا آنها را کاهش دهند.

عوارض جانبی داروهای شیمی درمانی به نوع دارو، مقدار مصرفی و طول دوره درمان بستگی دارد. عوارض موقتی ممکن است شامل: تهوع و استفراغ، کاهش اشتها، ریزش مو و زخم های دهانی باشد. از آنجا که ممکن است شیمی درمانی به سلول های خونساز در مغز استخوان آسیب برساند احتمال دارد شمارش سلول های خون بیمار کاهش یابد. این مسئله احتمال بروز عفونت (به دلیل کاهش سلول های سفید خون) و خونریزی و یا ایجاد کمبودی با ضربه مختصر (بدلیل کاهش بلاکت های خونی) خستگی (به دلیل کاهش گلبول های سرخ) خون را افزایش می دهد.

شیمی درمانی می تواند تغییرات در خونریزی ماهانه بیمار ایجاد کند و یا آسیب دائمی را به تخمدان ها یا بیضه ها برساند و از این طریق منجر به عقیمی شود.

بیشتر عوارض جانبی با پایان درمان به یکباره ناپدید می شوند. درمان هایی برای بسیاری از عوارض جانبی موقت شیمی درمانی وجود دارد به عنوان مثال، داروهای ضد تهوع به منظور جلوگیری یا کاهش تهوع و استفراغ تجویز می شود.

برخی از داروهای شیمی درمانی عوارض جانبی ویژه ای دارند که ممکن است باقی بمانند. اگر شما تحت شیمی درمانی هستید از پزشک خود سؤال کنید که احتمال بروز چه عوارض جانبی وجود دارد و چه راه چاره ای برای اجتناب از این عوارض یا درمان آنها دیده می شود.

هورمون درمانی

برخی پزشکان بیماران مبتلا به سرطان کلیه از نوع گسترده را با داروئی به نام مدروکسی پروژسترون (Proverd) درمان می کنند. این دارو عملکردی مشابه هورمون زنانه پروژسترون دارد. کمتر از 5٪ بیماران

در کل مطالعات انجام شده با این روش درمانی رو به بهبودی رفته اند (تومور چروکیده شده) این روش عوارض جانبی کمی دارد البته باعث احتباس مایع و افزایش وزن می شود.

رادیوتراپی با پرتودرمانی

در پرتودرمانی از تشعشعات پرنرژی برای انهدام سلول های سرطانی استفاده می شود. در روش پرتودرمانی خارجی تشعشعات از بیرون بدن روی تومور متمرکز می شوند. این روش معمولاً در مواردی که به علت وضعیت سلامت عمومی ضعیف امکان جراحی وجود ندارد، به عنوان روش اصلی درمان بکار می رود.

پرتودرمانی همچنین به عنوان روشی موقت جهت تسکین یا کاهش علائمی از سرطان نظیر درد و خونریزی یا مشکلاتی که در نتیجه متاستاز (گسترش) ایجاد می شوند، به کار می رود. متأسفانه سرطان های کلیه خیلی به پرتودرمانی حساس نیستند استفاده از پرتودرمانی در قبل یا بعد از عمل جراحی بطور روتین توصیه نمی شود زیرا مطالعات نشان می دهد که اینکار سبب افزایش میزان بقاء نشده است.

عوارض جانبی پرتودرمانی ممکن است شامل: تغییرات ملایم پوست (نظیر آفتاب سوختگی)، تهوع، اسهال یا خستگی شود. اغلب این عوارض بعد از مدت کوتاهی برطرف می شوند.

پرتودرمانی ممکن است عوارض شیمی درمانی را در بیمار تشدید کند. پرتودرمانی قفسه سینه ممکن است به ریه ها آسیب رسانده منجر به اشکال در تنفس و تنگی نفس شود. عوارض جانبی پرتودرمانی روی مغز 1 تا 2 سال بعد خود را به صورت سردرد و اشکال در تفکر نشان می دهد.

ایمنی درمانی

شیمی درمانی سنتی در درمان انواع گسترده سرطان کلیه خیلی موفق نبوده است در حال حاضر همه توجهات به مقوله ایمنی متمرکز شده است.

که روش نوینی در درمان سرطان است. هدف ایمنی درمان تقویت سیستم ایمنی بدن بیمار جهت مبارزه و نابود کردن سلول های سرطانی است. انواع مختلفی از ایمنی درمانی در درمان سرطان کلیه گسترده، وجود دارد.

داروهایی که سیتوکین نامیده می شوند (پروتئین های فعال کننده سیستم ایمنی) به عنوان یکی از روش های استاندارد درمان سرطان کلیه شناخته شده اند. 2 نوع رایج تر این سیتوکین ها: اینترلوکین 2 (IL2) و اینترفرون آلفا می باشند. هر دوی این داروها در 20٪ از بیماران منجر به چروکیده شدن تومور و رسیدن به

اندازه ای کمتر از نصف اندازه قبلی شده اند. بیمارانی که به IL-2 پاسخ می دهند معمولاً تمایل دارند پاسخ های نهایی را نیز بدهند.

مخلوطی از دوسیتوکین حداقل معادل دوز بالای IL-2 مؤثر است. و این در که عوارض جانبی کمتری را نیز نشان می دهد. تحقیقات اخیر نشان می دهد که مخلوط IL2 و اینترفرون و شیمی درمانی (5FU) بهترین امکان را برای انهدام کامل یا نسبی تومور فراهم می کند (یعنی دیگر هیچ توموری با روش های تصویربرداری دیده نخواهد شد یا جزء کوچکی از تومور باقی خواهد ماند).

عوارض جانبی احتمالی درمان با سیتوکین شامل موارد زیر است:

کاهش فشار خون.

تجمع آب در ریه.

آسیب به کلیه

حمله های قلبی.

خونریزی گوارش.

تب بالا با لرز.

این عوارض معمولاً ایجاد می شوند ولی ندرتاً کشنده هستند. به همین دلیل تنها پزشکان مجرب مجاز به تجویز این داروها به بیماران سرطان کلیه هستند.

سیتوکسین همچنین باعث می شود سلول های ایمنی خارج شده از گردش خون فعال شوند. سلول های ایمنی فعال شده در آزمایشگاه یا سینوکسین مخلوط شده و به بدن شما تزریق می شوند به سلول های سرطانی حمله می کنند.

تومورهای سلول کلیوی علاوه بر سلول های سرطانی حاوی سلول های ایمنی هم می باشند که بر علیه سلول های سرطانی مبارزه می کنند. این سلول های ایمنی، لنفوسیت های تراوشی تومور نامیده می شوند. برخی از تحقیقات نشان می دهند که سلول های فعال شده با سیتوکین که از تومور گرفته می شوند. بهتر از سلول های با سیتوکین فعال شده گرفته شده از سلول های جریان خون، با سلول های سرطانی مبارزه می کنند.

کنترل درد

درد یکی از نگرانی های ویژه بیماران مبتلا به انواع سرطان پیشرفته کلیه می باشد. این مسئله که از درمان های تسکین درد بهره مند شوید حائز اهمیت است. اگر پزشک شما از جزئیات مشخصات درد شما بی اطلاع باشد نمی تواند به بیمار کمکی کند. درمان با مورفین یا به عبارتی مخدرها به طور قابل توجهی درد بیمار را کاهش خواهند داد. برای اینکه درمان جهت برطرف کردن درد شما مؤثر باشد باید داروهایتان را طبق یک جدول و به طور منظم دریافت کنید نه فقط در مواقعی که درد شدید به سراغتان می آید. اشکال متنوعی از مورفین های طولانی اثر یا سایر مخدرهای طولانی اثر وجود دارند که به نحوی طراحی شده اند که لازم است روزی یک تا حداکثر دوبار استفاده شوند.

طرح های تحقیقاتی

دلیل انجام طرح های تحقیقاتی : مطالعات در مورد درمان های تجربی دارای مجوز، با امتحان کردن آنها روی بیماران، تحت عنوان طرح های تحقیقاتی شناخته می شوند. یک طرح تحقیقاتی فقط زمانی انجام می شود که شواهدی دال بر ارزشمند بودن درمان های تحت مطالعه، وجود داشته باشد. درمان های بکار رفته در طرح های تحقیقاتی معمولاً فوایدی واقعی در بردارند. محققان مطالعه بر روی درمان های جدید را به منظور پاسخ به سؤالات ذیل هدایت می کنند:

آیا این نوع درمان سودمند است؟

این نوع جدید درمان تا چه حد مؤثر است؟

آیا این نوع جدید درمان نسبت به روش های در دسترس قبلی، کارآمدتر است؟

آیا این درمان جدید عوارض جانبی هم دارد؟

عوارض جانبی احتمالی نسبت به عوارض جانبی درمان های استاندارد کمتر است یا بیشتر؟

آیا عوارض جانبی نسبت به فواید درمان قابل چشم پوشی است؟

در چه گروهی از بیماران، این نوع درمان مفیدتر است؟

انواع طرح های تحقیقاتی: هر طرح تحقیقاتی باید طی سه مرحله مورد مطالعه قرار گیرد و به این طریق ارزیابی شود تا توسط مؤسسه دارو و غذا آمریکا (FDA) مورد تأیید قرار گیرد.

مرحله 1 طرح های تحقیقاتی : مطالعه جهت یافتن بهترین روش برای ارائه یک درمان جدید و اینکه چه میزان می توان این درمان را با اطمینان از بی خطر بودنش استفاده کرد. پزشکان در این مرحله بیماران را به دقت تحت نظر می گیرند تا از بروز هر گونه عارضه جانبی خطرناک آگاه شوند، هر چند که هر روش درمانی جدید که برای انسان آزمایش می شود قبلاً به دقت در مورد حیوانات آزمایش شده و عارضه جانبی نداشته است ولی اینکه آیا این درمان در مورد انسان عارضه جانبی دارد یا نه، کاملاً شناخته شده نیست. لذا پزشکان در حالی که این تحقیقات را رهبری می کنند که مطالعات با میزان کم دارو در نخستین گروه بیماران شروع می شود و در گروه های بعدی به تدریج میزان آن را بالا می برند و به محض بروز عوارض جانبی افزایش میزان دارو متوقف می شود به هر حال پزشکان امیدوارند که بتوانند به بیماران کمک کنند. بنابراین مرحله 1 مطالعه آزمون دارو از نظر بی خطر بودن آن است.

مرحله 2 طرح های تحقیقاتی : این مرحله به منظور بررسی عملکرد روش درمانی جدید طراحی شده است، بیمارانی که در مرحله 1 مطالعه تحت درمان با بالاترین مقدار دارو قرار گرفتند و عارضه جانبی در آنها ظاهر نشد در این مرحله دقیقاً تحت نظر قرار می گیرند تا از نظر اثر داروی داده شده به آنها در درمان سرطان بررسی شوند. هر چند پزشکان در این مرحله نیز مثل مرحله گذشته بیمار را از نظر ظهور عوارض جانبی تحت بررسی قرار می دهند.

مرحله 3 طرح های تحقیقاتی : در مرحله 3 طرح تحقیقاتی تعداد زیادی از بیماران تحت مطالعه قرار می گیرند. در برخی از طرح های تحقیقاتی ممکن است 1000 بیمار حضور داشته باشند.

یک گروه از بیماران تحت درمان استاندارد (درمانی که بیش از همه مرسوم است) قرار می گیرند، به این گروه، گروه کنترل می گوئیم. گروه های دیگر درمان های جدید را دریافت می کنند. معمولاً پزشکان در یک طرح تحقیقاتی، فقط یک شیوه جدید درمانی را بررسی می کنند و آن را با درمان استاندارد مقایسه می کنند تا ببینند که آیا این درمان جدید بهتر از درمان استاندارد عمل می کند یا نه؟ اما در پاره ای موارد 2 و حتی 3 نوع جدید درمان با یکدیگر و با درمان استاندارد مقایسه می شوند. تمامی بیماران در مرحله 3 موشکافانه تحت نظر قرار می گیرند، اگر در خلال مطالعه، عوارض جانبی جدی، در یکی از روش های جدید مشاهده شود یا اینکه به عکس دیده شود که در یکی از گروه های مورد مطالعه نتایج بسیار مطلوب تر از سایر گروه هاست، مطالعه متوقف می شود.

اگر بیمار در گروه های مطالعات تحقیقاتی شرکت کنید، مراقبت از بیمار عالی خواهد بود، بیمار تحت نظر تیمی از مجرب ترین افراد خواهید بود که پیشرفت درمان را در بیمار به دقت مورد بررسی قرار می دهند. مطالعات مخصوصاً به نحوی طراحی شده اند که بیمار در ایده ال ترین حالت مورد توجه قرار گیرد. در هر حال خطراتی هم وجود دارند. هیچکدام از افرادی که تحقیقات را هدایت می کنند به یقین نمی دانند که آیا روش درمانی جدید مؤثر خواهد بود یا نه و از عدم وقوع عوارض جانبی ناخواسته مطمئن نیستند و در واقع طراحی این تحقیقات به منظور دادن پاسخ دقیق به همین سؤالات است، ممکن است بسیاری از عوارض جانبی خطرناک نبوده و به مرور زمان برطرف شوند و گاهی ممکن است باقی بمانند و حتی تهدید کننده حیات باشند.

البته به خاطر داشته باشید که هر روش درمانی حتی روش های استاندارد نیز عوارض جانبی مخصوص خود را دارند. در هر حال بنا به دلایل مختلفی شاید شما بخواهید که در این طرح های تحقیقاتی شرکت کنید. تصمیم گیری برای شرکت در یک طرح تحقیقاتی کاملاً به خود شما مربوط می شود. پزشکان و پرستاران مطالعات طرح را با جزئیات برای شما شرح خواهند داد و فرمی در اختیار شما قرار خواهد گرفت که آنرا مطالعه کنید و در صورت تمایل به شرکت در طرح، آنرا امضاء کنید. این مرحله به منزله یک توافقنامه است هر چند، حتی پس از امضاء فرم و شروع طرح نیز شما مختارید که هر زمان و به هر دلیل از ادامه شرکت در طرح تحقیقاتی انصراف دهید. شرکت در یک طرح تحقیقاتی شما را از دریافت سایر خدمات پزشکی مورد نیازتان، محروم نخواهد کرد. در این حال شما می توانید به کتاب « سرطان و آخرین راه هی پیشنهادی درمان » مراجعه نمایید.

نمونه سؤالاتی که لازم است بپرسید به قرار زیر است:

هدف از این مطالعه چیست؟

این مطالعه چه آزمایشات و روش های درمانی را شامل می شود؟

این روش درمانی چگونه عمل می کند؟

در مورد بیماری من، شرکت کردن یا نکردن در این طرح، چه فرقی به حال من خواهد داشت؟

چه انتخاب های دیگر می توانم داشته باشم و فواید و مضرات آنها چه خواهد بود؟

این تحقیقات تا چه حد زندگی روزمره مرا تحت تأثیر قرار خواهد داد؟

انتظار بروز چه عوارض جانبی را باید داشته باشم و آیا این عوارض جانبی احتمالی، قابل درمان خواهند بود؟

آیا بستری شدن خواهیم شد؟ اگر اینطور است هر چند وقت یکبار؟ به چه مدت؟

آیا شرکت در طرح تحقیقاتی برای من مخارجی خواهد داشت؟ آیا داروهایم مجانی خواهد بود؟

اگر در نتیجه تحقیقات آسیبی به من وارد شود تحت چه درمانی قرار خواهیم گرفت؟

آیا مراقبت های پیگیرانه قسمتی از این مطالعات است؟

آیا درمان های مورد استفاده در این طرح، قبلاً در مورد درمان سرطان های دیگر امتحان شده اند؟

شیوه های مکمل یا جایگزین

اگر شما مایلید که از درمان های مکمل یا جایگزین استفاده کنید این مسئله را با تیم مراقبت سرطان در میان بگذارید و از آنها بخواهید اطلاعاتی را در اختیارتان بگذارند چرا که برخی از درمان های تأیید نشده، ممکن است یا درمان های استاندارد طبی، تداخل کنند و منجر به بروز عوارض جانبی وخیمی شوند.

انتخاب های درمان براساس مرحله بیماری

مرحله I و II : تومور در مراحل I و II معمولاً با جراحی خارج می شود، در تومورهای کوچک تر (مرحله I) برداشت کلیه به طور کامل یا بخشی از آن است. در مورد تومورهای بزرگ تر (مرحله II) جراحی برداشت کامل کلیه، بیشتر از برداشتن قسمتی از آن نتیجه بخش خواهد بود.

شیمی درمانی، پرتودرمانی با ایمنی درمانی بعد از جراحی در مراحل I و II سرطان کلیه به عنوان درمان اضافه، توصیه می شود، اما اگر شما به دلیل مشکلات جدی پزشکی نمی توانید تحت عمل جراحی قرار گیرد، می توانید تحت درمان آمبولیزاسیون انتخابی شریان کلیه یا پرتودرمانی قرار گیرید.

هر چند این روش های درمانی رشد تومور را آهسته می کنند لیکن باعث معالجه قطعی سرطان بیمار نمی شوند. با درمان مناسب میزان بقاء، 5 ساله برای بیماران مرحله I سرطان بین 90 تا 100٪ است و میزان بقاء 5 ساله بیماران مرحله II سرطان کلیه بین 65 تا 75٪ می باشد.

مرحله III : برداشت کامل کلیه (نفرکتومی رادیکال) و برداشت غدد لنفاوی ناحیه ای، رایج ترین درمان سرطان کلیه در مرحله III می باشد. برخی اوقات آمبولیزاسیون شریان کلیوی به منظور کاهش خونریزی در طول جراحی برداشت کلیه، انجام می شود. اگر سرطان بیمار در نزدیکی وریدها رشد کرده است. ممکن است جراح مجبور شود این وریدها را قطع کند، توده سرطانی را خارج کند و سپس وریدها را ترمیم نماید. میزان

بقاء 5 ساله در بیماران سرطان کلیوی در مرحله III دامنه وسیعی دارد (به دلیل اینکه انواع ترکیبی T یا N در این مرحله دسته بندی شده اند) و بین 40 تا 70٪ متغیر است.

مرحله IV : در مرحله چهارم کارسینوم سلول کلیوی، سلول های سرطانی به قسمت های دورتر بدن دست اندازی کرده اند لذا در این مرحله درمان با جراحی سودی ندارد، اگر وضعیت سلامت عمومی بدن بیمار به اندازه کافی خوب باشد و در حدی باشد که بتواند در مقابل عوارض جانبی سیتوکالین مقاومت کند، در این مرحله بهترین انتخاب سیتوکالین است. اکثر پزشکان به عنوان درمان استاندارد از آن استفاده می کنند. در طرح های تحقیقاتی روش های جدید ایمنی درمانی، ایمنی درمان توأم با شیمی درمانی و یا شیمی درمانی با داروهای جدید مورد مطالعه قرار می گیرند. در برخی از بیماران ممکن است درمان تسکینی با آمبولیزاسیون یا پرتودرمانی بهترین انتخاب باشد، برخی پزشکان ترجیح می دهند که پروورا (Provera) را به علت داشتن عوارض جانبی کمتر به عنوان اولین انتخاب درمانی بکار گیرند.

وقتی متاستاز مختصری وجود دارد و این متاستاز بدون اینکه عوارض جانبی جدی ایجاد کند، قابل برداشتن از طریق جراحی است، یک اقدام جراحی جدی برای خارج کردن تومور کلیه و متاستازهای آن ممکن است. منجر به بهبودی بیمار و کمک به طول عمر بیشتر او شود. بقای 5 ساله بیماران مبتلا به مرحله IV کارسینوم های کلیه کمتر از 10٪ می باشد، ممکن است برای مواردی که متاستاز به مغز وجود دارد، پرتودرمانی تجویز شود.

یک نوع مخصوص از پرتودرمانی که چاقوی گاما نامیده می شود می تواند در درمان متاستازهای منفرد مغزی بسیار مؤثر باشد در این روش از تشعشعات کاملاً متمرکز شده استفاده می شود.

عود کارسینوم سرطان کلیه

در مورد سرطان های راجعه (آنهايي که پس از درمان اولیه مجدداً ظاهر می شوند) همانند کارسینوم مرحله چهارم عمل می کنیم. پس در این موارد ایمنی درمانی با سیتوکالین، شیمی درمانی یا شرکت در طرح های تحقیقاتی به منظور بهره جستن از روش های جدید، بهترین انتخاب است. البته در صورتیکه بیمار تحمل عوارض جانبی را داشته باشد.

پرتودرمانی را می توان به منظور کاهش علائم متاستاز بکار برد، کنترل مناسب درد در حفظ کیفیت زندگی اهمیت بسزائی دارد. درک این مطلب که داروهای مسکن درد یا دیگر درمان های شما تداخلی ندارد، مهم است

و لازم است بدانید که درمان های مسکن هوشیاری شما را مختل نمی کند و از فعال بودن باز نمی دارد، در حقیقت کنترل درد غالباً به شما کمک می کند که فعال تر باشید. و به فعالیت های روزمره خود ادامه بدهید.

چه سؤالاتی را درباره سرطان کلیه باید از پزشک خود پرسید؟

این نکته حائز اهمیت است که یک بحث باز با تیم مراقبت از سرطان خود داشته باشید. آنها مایلند به تمامی سؤالات شما پاسخ بدهند.

به عنوان مثال به سؤالات زیر توجه کنید:

من مبتلا به چه نوعی از سرطان کلیه هستم؟

آیا فکر می کنید سرطان من فراتر از امکان اولیه خود گسترش یافته؟

سرطان من در چه مرحله ای است؟

چه انتخاب هایی برای درمان پیش رو دارم؟

توصیه شما چیست؟ و چرا؟

اطلاعات شما در مورد سرطان من بر چه اساسی است؟ پیش آگهی دراز مدت بیماری من چیست؟

خطرات و عوارض جانبی درمان های پیشنهادی شما چیست؟

با این برنامه های درمانی، احتمال عود سرطان برای من چقدر است؟

برای آمادگی جهت درمان چه اقداماتی را باید انجام دهم؟

چه زمانی باید درمان را شروع کنم؟

علاوه بر این نمونه سؤالات دیگری را که به ذهن تان می رسد یادداشت کنید. به عنوان مثال ممکن است شما مایل باشید بدانید که چه مدت طول خواهد کشید تا بهبودی پیدا کنید تا بتوانید برنامه کاری خود را طرح ریزی کنید یا ممکن است تمایل داشته باشید راجع به انتخاب های دیگر درمان یا طرح های تحقیقاتی سؤالاتی بکنید و آنها را از نظر کیفی ارزیابی کنید.

پس از درمان سرطان کلیه چه اتفاقی رخ می دهد؟

هر نوع درمان کارسینوم سلول کلیوی ممکن است عوارض جانبی به دنبال داشته باشد که می تواند از ماه ها تا سال ها طول بکشد. شما ممکن است قادر باشید با آگاهی قبلی از عوارض جانبی که بعد از درمان ایجاد می شوند، از طریق برداشتن گام هایی جهت کم کردن آنها با کوتاه کردن دوره شان، بهبودی خود را تسریع کنید. قبل از شروع هر درمان بخاطر داشته باشید که شما شرایط فیزیکی و روحی منحصر به فرد خود را دارید به عنوان مثال ممکن است در خلال تصمیم گیری برای انتخاب نوع درمان، احساس کنید گفتگو با فامیل و دوستان به اندازه گفتگو با پزشک یا پرستاران برایتان مفید است. شما باید در هر قدم در مسیر درمان، پیش از درمان و در طول درمان و نیز در دوره ی بهبودی با تیم مراقبت سرطان خود درباره ی عوارض جانبی، راهی برای اسانتر کردن آن و پیش آگهی عمومی خود گفتگو کنید.

بدن شما همچون شخصیت شما و اثر انگشت تان کاملاً منحصر به فرد است.

دانشمندان قادرند حقایقی را درباره ی تومورها و داروها عنوان کنند. پزشکان می توانند درمان های مختلفی را بریا خلاص شدن از سرطان به کار گیرند، اما هیچکس نمی تواند قاطعانه پیش بینی کند که بدن شما نسبت به سرطان یا درمان آن چه واکنشی نشان خواهد داد؟

شما ممکن است توانایی های به خصوصی چون سیستم ایمنی سالم، سابقه ی تغذیه ی عالی یا حمایت های قوی خانوادگی یا ایمانی قوی داشته باشید این توانایی ها باعث می شود که پاسخ افراد به سرطان با یک دیگر تفاوت داشته باشد.

آزمایش های پی گیری

پزشک بیمار براساس مرحله ی سرطان و پاسخ به درمان، تصمیم می گیرد که چه آزمایشاتی و هر چند وقت یک بار جهت پی گیری انجام شود. انجام رادیوگرافی از قفسه ی سینه، CT اسکن شکم و سینه و سایر مطالعات تصویربرداری برای بررسی عود مجدد سرطان در محل قبلی، متاستاز و یا بروز تومور جدید ممکن است لازم شود. همچنین ممکن است آزمایش های خون برای بررسی عملکرد کبد یا کلیه لازم باشد.

علائم جدید: این مسئله حائز اهمیت است که شما بروز هر علامت جدید را به اطلاع پزشک تان برسانید این علائم ممکن است نخستین نشانه های عود سرطان یا مربوط به عوارض جانبی درمان باشد، در هر حال هر چه باشند در صورتی که زودتر تشخیص داده شوند بهتر درمان خواهند شد.

شاخص های شیوه ی زندگی: شما می توانید با در پیش گرفتن روش های سالم زندگی به خلاص شدن خودتان از سرطان کمک کنید!

اگر دخانیات مصرف می کنید همین حالا ترک کنید، ترک دخانیات سلامت عمومی شما را بهبود خواهد بخشید و بازگشت کامل حواس بویایی شما ممکن است به شما در لذت بردن از رژیم غذایی سالم در دوره ی بهبودی کمک کند.

اگر الکل مصرف می کنید مصرف تان را به یک یا دو بار در روز محدود نمایید.

تغذیه ی مناسب به بهبودی شما بعد از درمان کمک خواهد کرد. از یک برنامه ی غذایی متعادل استفاده کنید و در وزن مناسب باقی بمانید. محققان همچنین به اهمیت نقش تغذیه ی سالم در محافظت اشخاص در برابر ابتلا به سرطان پی برده اند میوه جات و سبزیجات و غذاهای پرفیبر بیشتر مصرف کنید.

چربی های حیوانی کمتر استفاده کنید و در مورد رژیم غذایی خود با تیم مراقبت سرطان گفتگو کنید.

ورزش در دوره ی بهبودی: از تیم مراقبت سرطان خود بپرسید که آیا سرطان شما با درمان آن برنامه ی ورزش یا سایر فعالیت های شما را محدود خواهد کرد؟

اگر تحت درمان سرطان هستید از مبارزه هایی که در بدن شما شروع شده آگاه باشید. پرتودرمانی و شیمی درمانی به میزان خستگی ناشی از خود بیماری می افزاید پس به میزان کافی استراحت کنید، به مرور زمان احساس شما بهتر خواهد شد.

تشخیص سرطان و درمان آن بزرگ ترین چالشی است که زندگی بیمار و فردی را که از او مراقبت می کند، تحت تأثیر قرار می دهد. قبل از آن که به نقطه ای برسید که احساس خرد شدن کنید حضور در جلسات حمایتی محلی را در نظر داشته باشید. اگر در موارد دیگر به همکاری های اختصاصی احتیاج دارید یا بخش اجتماعی بیمارستان و یا « انجمن امداد به بیماران سرطانی ایران » تماس بگیرید تا از خدمات مشاوره ای بهره مند گردید.

یافته های جدید در تحقیقات سرطان کلیه کدام اند؟

تحقیقات در مورد سرطان کلیه همچنان ادامه دارد. دانشمندان در جستجوی علل و روش های پیشگیری از کارسینوم سلول کلیوی هستند. پزشکان در جهت پیشرفت درمان به عنوان بخشی از این نیروی عمده تلاش می کنند تا شمار قربانیان این نوع سرطان را کاهش دهند.

تحقیقات در مورد سرطان کلیه در حال حاضر در بسیاری از مراکز پزشکی، بیمارستان های دانشگاهی و سایر موسسات در حال انجام است. انجمن ملی سرطان آمریکا از تحقیقاتی که در جهت غربالگری، تشخیص و درمان سرطان کلیه انجام می شوند، حمایت می کند.

ژنتیک

دانشمندان مشغول مطالعه بر روی چندین ژن هستند که ممکن است در تغییر سلول های طبیعی به کارسینوم سلول کلیوی نقش داشته باشد. در یک مطالعه دانشمندان می کوشند که VHL (ون کیپل لیندلو) معیوب را با ژن نرمال جایگزین کنند. محققان دیگر در حال آزمایش این موضوع هستند که آیا جایگزین کردن ژن دیگری به نام P53 می تواند منجر به تبدیل سلول های سرطانی به سلول طبیعی شود؟ کارهای بسیاری از گذشته تاکنون در آزمایشگاه ها انجام شده است. تنها امید این است که سرانجام پزشکان قادر باشند. ژن های سالم را به سلول های سرطانی بازگردانند تا رفتارهای سرطان زایی آنها معکوس شود.

ایمنی درمانی

طرح های تحقیقاتی در روش های جدید ایمنی درمانی در حال آزمایش است. مطالعه برای یافتن بهترین مقدار سیتوکین که در عین مؤثر بودن کمترین عوارض جانبی را داشته باشد. در حال بررسی است. تحقیقات اساسی در جهت درک بهتر سیستم ایمنی است و این که چگونه می توان آن را فعال کرد و واکنش آن در برابر سرطان چه می تواند باشد؟

پیوند سلول ریشه ای

سلول های ریشه ای در مغز استخوان تکامل می یابند و به سلول های خونی و سلول های ایمنی با توانایی حمله به سلول سرطانی تبدیل می شوند. در پیوند سلول های ریشه ای این سلول ها از مغز استخوان با گردش خون بیمار (یا یک دهنده ی سازگار) جدا می شود. ابتدا بیمار تحت مقادیر بالای شیمی درمانی قرار می گیرد سپس سلول های ریشه ای به او تزریق می شود آنگاه سلول های ریشه ای جایگزین سلول های ریشه ای مغز استخوان تخریب شده با مقادیر بالای شیمی درمانی می شود.

بدون سلول های ریشه ای دهنده بیمار قادر به تولید سلول های خونی و سلول های سیستم ایمنی نخواهد بود و ممکن است در اثر عفونت تلف شود. سلول های ریشه ای پیوند زده شده از یک دهنده نیز برای بافت های بیمار ایمن می شوند. در مطالعات اخیر پزشکان مصمم هستند. این مطلب را بررسی کنند که آیا سلول های

ایمنی ایجاد شده در اثر پیوند سلول ریشه ای ، منجر به کاهش سرعت یا توقف گسترش متاستاز سرطان کلیه می شوند.

پس از پیوند سلول های ریشه ای بیمار با مقادیر کم دارو، شیمی درمانی می شود تا سیستم ایمنی سرکوب شود و پیوند سلول های ایمنی را پس نزند.

تحقیقات نشان داد که مقدار کم شیمی درمانی سلول های مغز استخوان بیمار را کاملاً تخریب نکرد لذا عوارض جانبی و خطرات آن نیز کاهش یافت. بعداً محققان بیماران را با تزریق سلول های ریشه ای و سلول های ایمنی گرفته شده از خواهر یا برادرشان یا از یک گیرنده که نوع بافتش با بافت های بیمار سازگاری دارد درمان کردند. برخی از بیماران همچنین تزریقات اضافه از سلول های ایمنی را مجدداً دریافت کرده اند.

در حالی که درمان سنتی دیگر برای هیچ یک از بیماران موثر نبود این درمان جدید باعث شد تومورها در 10 بیمار از 19 بیمار، چروکیده و ناپدید شود.

تومورهای در 3 تن از بیماران تا حدی نابود شدند و 2 نفر از بیماران از عوارض جانبی جان سپردند و دیگران دچار عوارض جانبی مثل ضایعات پوستی و درد گوارشی شدند ولی بقای طولانی تر نسبت به دیگر بیماران داشتند و این امر باعث شد، محققان تشویق شوند. در هر صورت لازم است تحقیقات بیشتری انجام گیرد تا از این درمان ها خارج از طرح های تحقیقاتی نیز استفاده شوند.

واکسن تومور

در حال حاضر محققان در حال مطالعه بر روی شیوه ی ایمنی درمانی دیگری هستند که در آن از واکسن تومور استفاده می شود، به این صورت که ژن های اضافه (بخش هایی از DNA) به سلول های سرطانی بیمار تزریق می شود که می تواند ستوکین را تحریک کند. بعد از این که تومور سرطانی از بدن خارج شد و دانشمندان این ژن ها را در آزمایشگاه به سلول های سرطانی تزریق می کنند آنگاه بقیه سلول های تغییر یافته را دوباره به بدن بیمار تزریق می نمایند اما بعد از این درمان ممکن است سیستم ایمنی شناسایی سلول های سرطانی تغییر یافته را شروع کند و حتی سلول های سرطانی تغییر نیافته را هم تشخیص دهد. این روش در حال افزایش مراحل نخستین است و هنوز معلوم نیست این روش بتواند موثرتر از ایمنی درمانی با سیتوکین باشد.

شیمی درمانی

داروهایی که در حال حاضر در دسترس هستند خیلی در برابر سلولهای سرطانی موثر نیستند. داروهای جدید به منظور یافتن روش های درمانی موثرتر، در حال تکامل و آزمایش هستند.

تحقیقات اساسی برای پاسخ به این پرسش که چرا این سرطان تا این حد به شیمی درمانی مقاوم است در حال انجام است و انتظار می رود پاسخی را به دست آورد که به تولید داروهای جدید شیمی درمانی کمک کند.

اقدامات جدید درمانی

چندین روش تازه به درمان سرطان، در مورد سرطان کلیه به کار می رود.

از جمله داروهای ضد آنژیوژنیز (دارو هایی که با قطع خون رسانی به سلول های سرطانی آن ها را می کشند) و داروهای ضد فاکتور رشد (که با مواد محرک رشد سلول های سرطانی که از خود این سلول ها ترشح می شوند، تداخل می کند). روش های جراحی نوین نیز در طرح های تحقیقاتی در حال آزمایش هستند که از آن جمله می توان به منجمد کردن (کرایوسرجری) یا جراحی با گرمای زیاد (حرارت درمانی موج کوتاه) اشاره کرد. این تحقیقات به منظور بررسی میزان مؤثر بودن این روش ها در درمان تومورهای کوچک و محدود سرطان کلیه در حال انجام است.

منبع مورد استفاده : سرطان کلیه- مترجم دکتر افسون ماهوری

نشر آویشن انجمن امداد ایران - تلفن (2290004-2294100) 0111

