	سرطان کلیه **Kidney cancer**	
کد سند:EDNO۰۰۱ تاریخ تدوین: ۱۴۰۳/۰۱/۲۷ شماره ویرایش:۰۰ شماره بازنگری:۰۰ تاریخ بازنگری۱۴۰۳/۰۸/۰۵		

ماهیت بیماری:

تومور سلول کلیه کشنده ترین تومور ارولوژی است. نسبت ابتلا مرد به زن ۳ به ۲ است. بیشتر این تومورها در سنین ۶۰ ۷۰ سالگی خود را نشان میدهند. واژه سرطان کلیه برای تمام نئوپلاسم های بدخیم پوششی کلیه بکار برده میشود.

تقسیم بندی پاتولوژیک تومور کلیه به صورت زیر میباشد:

- **Clear cell** شیوع آن ۷۰الی ۸۰ درصد می باشد.
- **پاپیلری** شیوع آن ۱۰ الی ۱۵ درصد می باشد.
- **کروموزومی** شیوع آن ۴ الی ۵درصد می باشد.
- **مجاری جمع کننده** شیوع آن کمتر از ۱ درصد می باشد.
- **سرطان مدولاری** شیوع آن کمتر از یک درصدمی باشد.

شایع ترین فرم پاتولوژیک تومور کلیه نوع سلول روشن معمول یا conventional است. این نوع از سرطان کلیه پیش آگهی بدتری نسبت به انواع پاپیلری وکروموفوب دارد، اگر چه پاسخ آن به درمان با ایمونوتراپی بهتر از سایر موارد است .سرطان پاپیلری به صورت ارثی، چندکانونی و دو طرفه تظاهرکرده و پیش آگهی آن بهتر میباشد. سرطان کروموفوب ۵ ٪سلول های پوششی را تشکیل میدهد و به نظر میرسد از بخش قشری مجاری جمع کننده منشا میگیرد.

سرطان لوله های جمع کننده از گروه نادر تومورهای کلیه میباشد. برخلاف سرطان سلول روشن این تومورها از لوله دیستال منشا میگیرد. این نوع تومور اکثرا در افراد جوان دیده میشود و پیش آگهی آن بد است.

سرطان مدولری کلیه در بیماران مبتال به کم خونی سیکل سل دیده میشود. این بیماری عمدتا در آمریکایی های آفریقایی تبار یا بالغین جوان دیده میشود و بیشتر در افراد مذکر گزارش شده است. این نوع از تومور بسیار مهاجم و متاستاتیک است. متوسط طول عمر ۳ ماه و به ندرت تا یکسال گزارش شده است. بیماران اغلب با هماچوری ماکروسکوپی تظاهر میکنند، بنابراین با وجود چنین علامتی در بیمار مبتلا به صفت سیکل سل باید فورا اقدام به بررسی کرد. رشد ارتشاحی تومور و تهاجم به ورید و لنفاتیک معمولا دیده میشود.

نوع سارکماتوئید، فرم خاص و گروه جداگانه از تومورهای کلیه نیست بلکه نوع تمایز نیافته سایر فرم های تومور کلیه خصوصا فرم سلول روشن و نوع کروموفوب است. ۵ تا ۱ ٪تومورهای کلیه را شامل میشود. تهاجم موضعی و متاستاز زودرس دارد. به درمان خوب پاسخ نمیدهد و طول عمر این بیماران کوتاه است.

مرحله بندی سرطان کلیه:

Tx تومور کلیه قابل ارزیابی نیست.

T۰ کلیه عاری از تومور است.

T۱ تومور محدود به کلیه وکمتر از ۷ سانتی متر در بیشترین قطر

T۱A تومور کمتراز ۴ سانتی متر

T۱B تومور ۷-۴ سانتی متر

T۲ تومور محدود به کلیه ودر بیشترین قطر آن بیش از ۷ سانتی متر

T۲A تومور بین ۱۶-۷ سانتی متر

T۲B تومور بزرگتراز ۱۶ سانتی متر

T۳A تومور به ورید کلیه یا شاخه های سگمنتال آن،چربی اطراف کلیه یا سینوس کلیه تهاجم کرده ولی ژروتا خارج نشده است.

T۳Bتومور به داخل ورید کلیه یا ورید اجوف در پایین دیافراگم رشد کرده است.

T۳C درگیری ورید اجوف تحتانی در حد بالای دیافراگم یا درگیری جدار وریداجوف.

T٤ تومور به فاشیای ژروتا تهاجم کرده است(آدرنال همان طرف).

NX غدد لنفاوی منطقه ای قابل ارزیابی نیستند.

N۰غدد لنفاوی عاری از تومور است.

N۱ درگیری غدد لنفاوی

MX متاستاز دوردست قابل ارزیابی نیست.

M۱متاستاز دوردست وجود ندارد.

M۲متاستاز دوردست وجود دارد.

عوامل مستعد کننده:

یک ارتباط مثبت بین سرطان کلیه و مصرف سیگار وجود دارد و میزان نسبی خطر بروز سرطان سلول های کلیه در افراد سیگاری ۱/۴ تا ۲/۵ برابر دیگران است. چاقی نیز یک ارتباط مثبت با سرطان کلیه نشان میدهد. ارتباط افزایش فشار خون با افزایش خطر ابتلا به سرطان کلیه۳ برابر نشان داده شده است. دیورتیک ها که اغلب در درمان فشارخون بکار میروند نیز از عوامل موثر هستند. تماس های شغلی با آزبست، نفت، کادمیوم و سرب ممکن است سبب افزایش خطر ابتلا شود. سایر عواملی که به عنوان عوامل خطر احتمالی ذکر میشوند عبارتند از : وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین، مصرف زیاد چربی، افزایش مصرف قهوه و چای، رادیوتراپی و بیماری کلیوی مراحل نهایی.

علائم و نشانه ها:

تومورهای کوچک اغلب بدون علامت بوده و تعداد زیادی از ضایعات تا زمانی که به مرحله پیشرفته نرسند کشف نمیشوند. **علائم** تومور ممکن است به دلیل تهاجم موضعی، خونریزی، سندروم های پارا نئوپلاستیک یا متاستاز ها باشد. اگر چه **ترياد کلاسیک علائم(درد، هماچوری و توده پهلو)**به همراه سرطان کلیه گزارش شده ولی هرسه علامت به ندرت با یکدیگر دیده میشوند. **هماچوری شایع ترین** علامت منفرد است که در

بیش از ۶۰ ٪بیماران دیده میشود. علائم غیر اختصاصی مثل : تب، کوفتگی، کاهش وزن و تعریق شبانه نیز شایع هستند. واریکوسل ناشی از فشار یا انسداد وریدهای بیضه گاهی مشاهده میشود.

علائم پارا نئوپلاستیک در ۲۰٪بیماران دیده میشود که شامل اریتروسیتوز، کم خونی، افزایش کلسیم خون، افزایش فشارخون، نارسایی حاد کبدی و آمیلوئیدوز است. سطح فریتین بیماران مبتلا به سرطان کلیه به میزان قابل توجهی بالاست. **کم خونی شایعترین** اختلال خونی همراه با سرطان کلیه است. بعد از برداشت تومور کم خونی معمولا بهبود می یابد. افزایش کلسیم نیز در برخی از بیماران دیده میشود. افزایش حاد آنزیم های کبدی نیز در بعضی موارد سرطان کلیه گزارش شده است. البته بعداز برداشت تومور آنزیم های کبدی به حالت عادی برمیگردد.

روش های تشخیصی:

- گرافی ساده شکمی که کلیه ها را حاوی کلسیفیکاسیون (در ۱۰٪موارد سرطان کلیه)نشان میدهد.
- IVPکه روش ارزیابی استاندارد برای سیستم فوقانی میباشد.
- سونوگرافی که حساسیت آن در تشخیص ضایعات کوچک در کلیه ها از IVP بیشتر است.
- سی تی اسکن که نوع اسپیرال آن با دقت بیشتری تومورهای کوچک کلیه را تشخیص میدهد.
- MRI .بخصوص در بررسی ابتلا عروقی و گسترش ترومبوز تومور در سرطان کلیه بی نهایت مفید است.

درمان:

درمان تومورهای زیر ۴ سانتی متر پارشیال نفرکتومی و بالای ۴ سانتی متر رادیکال نفرکتومی است. در مواردی که تومور ترومبوز داخل ورید کلیه یا اجوف تحتانی وجود دارد علاوه بر رادیکال نفرکتومی تومور ترومبکتومی نیز انجام میشود. کانسرهای کلیه به شیمی درمانی و رادیوتراپی مقاوم هستند و در موارد متاستاتیک عالوه بر رادیکال نفرکتومی و متاستاتکتومی از ایمونوتراپی استفاده میشود که شامل اینتر فرون، اینترلوکین ۲ ،سونیتینیب، سورافنیب و سیرولیموس است.

پارشیال نفرکتومی:

شامل برداشتن تومور با حاشیه بافت سالم از کلیه است. لذا مقداری از بافت کارکردی کلیه حفظ میشود و همین موضوع مزیت این روش نسبت به رادیکال آن میباشد که از بیماری نارسایی کلیه پیشگیری میشود.

انجام پارشیال نفرکتومی در موارد زیر توصیه نمیشود:

۱. محل تومور اجازه این روش جراحی را نمیدهد مانند تومور های مرکزی و نزدیک سینوس و پیچیده.
۲. تومور به صورت موضعی پیشرفته باشد.
۳. وجود متاستاز

اندیکاسیون های انجام پارشیال نفرکتومی:

۱. **اندیکاسیون قطعی** : کلیه تک آناتومیک یا کارکردی.

۲. **اندیکاسیون نسبی** : عملکرد کلیه مقابل در معرض خطر آسیب در آینده باشد مانند ریفلاکس مثانه به حالب، هیدرونفروز، پیلونفریت مزمن و سنگ ادراری.

۳. **اندیکاسیون انتخابی** : تومور کلیه با کلیه سالم مقابل

***در مورد تومور دوطرفه، پارشیل نفرکتومی ابتدا در طرف ساده تر انجام میگیرد و پس از طی دوره نقاهت از عمل برای تومور پیچیده تر مقابل پارشیل نفرکتومی یا رادیکال نفرکتومی انجام میگیرد.**

در پارشیال نفرکتومی باز انسزیون بسته به سایز و موقعیت تومور و کلیه نسبت به دنده ها در تصویر برداری تعیین میشود. اولین قدم کنترل شریان و ورید کلیه با لوپ های عروقی است تا در صورت نیاز و در هنگام خون ریزی بتوان آنها را مسدود کرد. چربی پری نفریک روی تومور نباید دست کاری شود و با تومور برداشته میشود. پس از برداشت تومور اگر سیستم ادراری باز شده باشد بخیه میشود و خونریزی از عروق با روش های مختلف شامل سوچور و یا آرگون بیم یا مواد مختلف کنترل میشود.

✓ **پیگیری پس از عمل جراحی پارشیل نفرکتومی:**

مرحله پاتولوژیک	شرح حال– معاینه– آزمایش (کبدی – کلیوی)	CXR	CT- SCAN
T۱A	سالیانه	-	-
T۱B T۲B	سالیانه	سالیانه	هر دو سال
T۳	هر ۶ ماه برای سه سال سپس سالیانه	هر ۶ ماه برای سه سال سپس سالیانه	هر ۶ ماه برای سه سال سپس سالیانه

➢ **رادیکال نفرکتومی:**

شامل رزکشن پری فاشیال کلیه، چربی پری رنال، لنف نودهای رژیونال و غده آدرنال همان طرف است.

قبل از جراحی:

- شرح حال (بیماران ترياد کالسیک شامل درد پهلو، هماچوری واضح و توده قابل لمس شکمی)
- معاینه فیزیکی (بررسی توده شکمی، لنفادنکتومی گردنی، ادم اندام تحتانی و واریکوسلی که با تغییر پوزیشن کاهش نمییابد)
- بررسی آزمایشگاهی (کراتینین، ای اس آر، آلکالن فسفاتاز، ال دی اچ و کلسیم)

سی تی اسکن شکم و لگن که اطلاعات زیر را به ما میدهد:

عملکرد و شکل کلیه مقابل، توسعه موضعی تومور، درگیری وریدی و بزرگ شدن لنف نودها و وضعیت غده آدرنال وکبد MRI میتواند جایگزین CTاسکن شود به ویژه در مورد توسعه موضعی و درگیری وریدی اطلاعات خوبی میدهد. در زمانی که بیمار آلرژی به ماده کنتراست و یا حاملگی بدون نارسایی کلیه داشته باشد MRI جایگزین سی تی اسکن میشود .در روش باز رادیکال نفرکتومی، معمولا توسط انسزیون ترانس پریتونئال انجام میشود تا اجازه جستجوی شکم برای متاستاز را بدهد و همینطور اجازه دسترسی راحت تر به عروق کلیه با دستکاری حداقل تومور را میدهد. در بیماران پیر با ریسک جراحی بالا، انسزیون فلانک و روش اکسترا پریتونئال مناسب است.

- **پیگیری بیماران پس از رادیکال نفرکتومی:**

پاتولوژیک	شرح حال– معاینه– آزمایشات	CXR	CT SCAN
T۱	سالیانه	–	–
T۱B T۲B	سالیانه	سالیانه	–
T۳ T٤	هر ۶ ماه	هر ۶ماه برای دوسال	هر ۶ماه برای یکسال و سپس سالیانه

دارو های مصرفی:

در درمان سرطان کلیه معمولا **پرتو درمانی موثر تراز شیمی درمانی** میباشد که در آن از پرتوهایی با انرژی بالا برای از بین بردن سلولهای سرطانی استفاده میشود و در قسمت درمان نیز بیان شده است.

فعالیت مجاز و غیر مجاز:

به طور کلی ورزش برای مبتلایان به بیماری های سرطانی بسیار مهم و حائز اهمیت است میتواند به روند بهبود این افراد و تقویت سیستم ایمنی بدن آن ها کمک کند سیزده نوع سرطان خطرناک را با کمک فعالیت ورزشی میتوانید از خود دور کنید بدن با کمک فعالیت بدنی منظم و تمرینات ورزشی به مبارزه با سلول های سرطانی میپردازد و آن ها را ازبین میبرد.

اهمیت ورزش :

ورزش در زمان درمان سرطان نه تنها خطری ندارد بلکه بسیار مفید نیز میباشد؛ ورزش منجر به بهبود سلامت استخوانها، افزایش قدرت عضلانی و ارتقاء سایر جنبه های کیفیت زندگی بیمار مبتلا به سرطان میگردد.

- توان بدن بیمار را حفظ میکند و یا ارتقاء میبخشد .

- تعادل بیمار را بهبود میبخشد در نتیجه احتمال افتادن و ایجاد شکستگی های استخوانی کاهش مییابد
- از تحلیل عضلانی به علت عدم تحرک، جلوگیری میکند.
- از خطر ایجاد بیماری قلبی-عروقی میکاهد.
- از خطر ایجاد پوکی استخوان میکاهد (احتمال ایجاد شکستگی در استخوانهای پوک و ضعیف بیشتر است)باعث افزایش جریان خون به پاها و در نتیجه کاهش خطر ایجاد لخته میگردد
- از وابستگی بیمار به دیگران جهت انجام فعالیت های معمول زندگی روزمره میکاهد.
- عزت نفس و اعتماد به نفس بیمار را زیاد میکند.
- خطر ایجاد افسردگی و اضطراب را کم میکند.
- از میزان تهوع بیمار از شدت عالائم ناشی از خستگی میکاهد.
- کیفیت زندگی را ارتقا می بخشد.
- به کنترل وزن کمک میکند .

هفته اول پس از جراحی بیمار نیاز دارد تا یک همراهی حتما در کنارش باشد. بیمار پس از عمل جراحی در طول دو هفته اول به فعالیت سبک تشویق شود و از بلند کردن اجسام سنگین تر از۴ تا ۵ کیلو خودداری نماید. از سایر فعالیت های سنگین مانند وزنه برداری در ۶ هفته بعداز جراحی اجتناب نماید و پس از آن آرام آرام فعالیت های سنگین را شروع کند، از ورزشهای مهاجمی بپرهیزید و هنگام شرکت در ورزش هایی که احتمال افتادن در آنها وجود دارد از وسایل محافظت کننده استفاده کند. از رانندگی طولانی مدت خوداری کند. پیاده روی کوتاه مدت و استفاده آرام از پله اشکالی ندارد.

رژیم غذایی مجاز و غیر مجاز:

۱. رژیمی متنوع داشته باشند. به خاطر داشته باشند که مواد مغذی مورد نیاز بیمار تنها از یک یا دو منبع تامین نشود. در رژیم روزانه از تمام گروههای غذایی : میوهها، سبزی ها، غلات، گوشت و محصولات لبنی استفاده کنند.
۲. وزن بیمار همواره در حد متعادل نگه داشته شود.
۳. مصرف چربی زیاد، غذاهای حاوی چربی اشباع شده و کلسترول را محدود کند. رژیمیکه چربی آن بالاست میتواند خطر ابتلا به سرطانهای پستان، پروستات، کولون و رکتوم را افزایش دهد.
٤. میزان غذاهای نشاستهای و فیبری را در رژیم غذایی خود افزایش دهند. به آسانی میتوان مقدار نشاسته و فیبر رژیم را با خوردن میوهها، سبزیها، سیب زمینی، دانه ها، نان ها و غلات کامل افزایش داد. یک رژیم پرفیبر احتمال ابتلا به سرطان کولون و رکتوم را کاهش میدهد.
۵. .مصرف شیرینی را محدود کنند. الگوهای غذایی حاوی غذاهای شیرین، اغلب پرچرب، با کالری زیاد و تهی مواد مغذی و معدنی میباشند که چنین رژیمی زمینه ساز بروز بعضی از سرطانها است.
٦. نمک رژیم غذایی خود را تا حد ممکن کاهش دهند.
۷. مصرف نوشابههای الکلی را قطع کنند. مصرف الکل میتواند منجر به سرطان دهان، حلق، مری و کبد شود. میزان ابتلا به سرطان در الکلی هایی که سیگار میکشند چندین برابر است.

آموزش های خود مراقبتی:

۱. حمام کردن دو روز بعد از ترخیص از بیمارستان مانعی ندارد در این صورت پانسمان را برداشته و بعد از آن یک پانسمان مختصر و تمیز در محل جراحی گذاشته شود .توجه داشته باشد .

۲. از ورزشهای سنگین، فعالیت شدید و رانندگی طولانی مدت اجتناب نماید.

۳. سعی کنید از غذاهای نفاخ مثل انواع حبوبات کمتر استفاده نمایید و بیشتر از غذاهای دارای فیبر زیاد مثل میوه ها و کاهو که باعث تسهیل در اجابت مزاج میشود استفاده نماید و از خوردن غذاهایی که باعث یبوست میشود جدا خودداری نماید و در صورت لزوم از ملین (شربت ویا شیاف) استفاده نماید .

٤. تورم، کبودی و التهاب مختصر در طول محل برش جراحی طبیعی بوده و ممکن است بین ۴ تا ۶ ماه باقی باشد و نیاز به اقدام خاصی ندارد

٥. .درد و سوزش و خارش مختصر ناحیه جراحی طبیعی بوده و با استفاده از داروی مسکنی که برای وی نسخه شده و مصرف مینماید درد کاهش یافته و تسکین مییابد.

٦. .درد پهلو یا شکم در طی چند روز تا یک هفته بتدریج میبایستی بهتر شود .از دو هفته بعد از عمل جراحی میتواند فعالیت سبک مانند پیاده روی داشته باشد و از بلند کردن وزنه های سنگین در ۶ هفته بعد از عمل جراحی اجتناب کند.

منابع:

۱. ارولوژی عمومی، تالیف دکتر ناصر سیم فروش(استاد ممتاز ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)، دکتر اکبر نورعلیزاده و دکتر محمدحسین سلطانی)دانشیاران ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی شهید پزشکی)و با همکاری اعضای هیئت علمی منتخب سراسر کشور. ۱۳۹۹

۲. .گایدلاین ارولوژی، تالیف دکتر کامران احمدی . ۱۳۹۵

۳. .برونر سودارث کلیه و مجاری ادراری(پرستاری داخلی جراحی) ترجمه مریم حضرتی و زهرا نسایه)اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز(ویرایش صدیقه سالمی)هیئت عملی دانشگاه علوم پزشکی تهران).۲۰۱۴

٤. www.elmnet.ir.

٥. WWW.MEDSCAPE.COM