

Diferansiye Tiroid Karsinomlarının Cerrahi Tedavisi

SURGICAL MANAGEMENT OF DIFFERENTIATED THYROID CARCINOMA

Dr. Ömer ŞAKRAK, Dr. Abdulkadir BEDİRLİ, Dr. Özhan İNCE,
Dr. İlkey GÜLER, Dr. Yücel ARITAŞ, Dr. Erdoğan M. SÖZÜER

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ABD, KAYSERİ

ÖZET

Amaç: Diferansiye tiroid karsinomlu hastalarda uygulanan cerrahi yöntemlerin sonuçlarını değerlendirmek.

Durum Değerlendirmesi: Diferansiye tiroid karsinomunda optimal cerrahi tedavi için tartışma sürmektedir. Tartışmanın merkezi tiroidektominin tipi ya da genişliği üzerindedir.

Yöntem: 1990-2000 yılları arasındaki 10 yıllık sürede diferansiye tiroid karsinomu tanısıyla tedavi gören 68 hastanın retrospektif analizini gerçekleştirdik. 11 erkek, 57 kadından oluşan toplam 68 hastada ortalama yaş 44 (17-83) idi. Tiroidektomi tipi ve servikal boyun diseksiyonu konusunda karar verirken operasyondaki gross bulgular ile hasta yaşı, tümör büyüklüğü, lokal invazyon, nodal tutulum ve uzak metastaz varlığı gibi prognostik faktörler dikkate alındı.

Çıkarımlar: En çok göze çarpan semptom boyunda kitle olup (87%), ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) 57 hastada yapılabilirdi ve 41 hastada (72%) tanısal doğruluk gösterdi. Histolojik inceleme 61 vakada papiller karsinomayı, 7 vakada folliküler karsinomayı doğruladı. Tanı konulduğunda 19 hastada palpabl boyun nodları ve 25 hastada çevre yapılarla lokal invazyon vardı. 49 (72%) hastaya total tiroidektomi yapılırken, 17 (25%) hastaya lobektomi + subtotal tiroidektomi, 2 (3%) hastaya ise lobektomi + totale yakın lobektomi uygulandı. Total tiroidektomi yapılan 11 hastaya modifiye boyun diseksiyonu eklendi. Operatif mortalite gözlenmezken, kansere bağlı mortalite oranı %10.3 oldu. Geçici ve kalıcı hipoparatiroidizm oranları ise sırayla %22 ve %4 oldu. Geçici ve kalıcı rekürren sinir paralizisi ise sırayla %4 ve %1 olarak gözlemlendi.

Sonuç: Diferansiye tiroid karsinomları için tedavi seçimi risk faktörleri temelinde yapılmalıdır. Lobektomi + subtotal lobektomi, totale yakın tiroidektomi ve total tiroidektomi gibi yöntemlerin tümü artık güvenle seçilmektedir. Nodal tutulumu olan diferansiye tiroid karsinomlu hastalar için total tiroidektomiye ilave olarak modifiye boyun diseksiyonu da düşünülmalıdır.

Anahtar kelimeler: Diferansiye tiroid karsinomu, total tiroidektomi, subtotal tiroidektomi, servikal lenf nodu diseksiyonu

SUMMARY

Controversy exists about optimal surgical treatment of differentiated thyroid carcinoma. The main point of the argument centers on the type or the extent of thyroidectomy. The purpose of this clinical retrospective study is to review the outcomes of surgical procedures carried out on patients with differentiated carcinoma of the thyroid. We conducted a retrospective analysis of 68 patients with differentiated thyroid carcinoma who underwent surgery between 1990 and 2000. Patients (11 men and 57 women) ranged in age from 17 to 83 years (mean 44 years). When decision making regarding the extent of thyroidectomy and servical node dissection, we took into consideration gross findings at operation and prognostic factors such as patients' age, tumor size, presence of local invasion, presence of nodal involvement and distant metastases. The most common presenting symptom was

cervical mass (87%). Fine needle aspiration biopsy (FNAB) was employed in 57 patients and was diagnostic for malignancy in 41 patients (72%). Histologic examination revealed 61 cases of papiller carcinoma and 7 cases of follicular carcinoma. At the time of diagnosis, 19 patients had cervical enlarged lymph nodes and 25 patients had local invasion. Surgical approaches consisted of total thyroidectomy in 49 patients (72%), lobectomy and subtotal lobectomy in 17 (25%), lobectomy and near-total lobectomy in 2 (3%). Modified neck dissection was added to eleven patients who underwent total thyroidectomy. There was no operative death but cancer related mortality rate was 10.3%. Temporary and permanent hypoparathyroidism rate were 22% and 4%. Rates of temporary and permanent recurrent laryngeal nerve palsy were 4% and 1% respectively. We concluded that the selection of treatment for differentiated thyroid carcinoma should be considered on the basis of risk factors. Lobectomy plus subtotal lobectomy, near total thyroidectomy and total thyroidectomy with or without cervical node dissection are all safe procedures to be performed with minimal morbidity.

Keywords: Differentiated thyroid carcinoma, total thyroidectomy, subtotal thyroidectomy, cervical lymph node dissection

Tiroid karsinomalarının tüm malign tümörler içindeki oranı % 1 olup her yıl için milyonda 40 insidans bildirilmektedir (1). Dört farklı histolojik tipten tanımlanmakla beraber diferansiye karsinomlar karşılaşılan tiroid kanserlerinin %85'ini teşkil eder (1,2). Baş boyun bölgesine radyasyon hikayesi, yaş, histoloji, tümör büyüklüğü, servikal nodal tutulum ve uzak metastaz varlığı gibi belirli risk faktörleri prognozla doğrudan ilgilidir. Bu amaçla Cady ve Rossi tarafından AMES, Hay ve ark. ise AGES skorsistemleri tanımlanmıştır (3,4). Devam eden tartışma ise ideal cerrahi yaklaşımın genişliği üzerinedir. Ne kadar tiroidektomi ya da ne tip tiroidektomi ile kür sağlanacağı hasta seçimi ve risk faktörleri temelinde tartışılırken total tiroidektomi sonrası lokal nüks ihtimalinin oldukça azalacağı, reoperatif cerrahinin elimine edileceği, böylece tamamlayıcı tiroidektomi sonrası korkulan komplikasyonların önlenebileceği savunulmaktadır (5,6). Hasta takibinde ise serum tiroglobulin ölçümlerinin daha duyarlı hale geleceği, nüks ya da metastatik hastalığı taramada, nüks ya da metastatik hastalık durumunda ise radyoaktif ¹³¹I ile ablasyon başarısında artış sağlanacağı vurgulanmıştır (7,8,9). Öte yandan diferansiye tiroid karsinomlu hastalarda nodal metastazlar için de tartışmalar sürmektedir. Geçmişte, yüksek nodal tutulum oranı tiroid cerrahlarını profilaktik boyun diseksiyonlarına yöneltirken, artan eğilim boyunca lokal kontrolün terapötik amaçlı nodal diseksiyonlarla sağlanabileceği yönündedir (10,11).

Bu çalışmanın amacı diferansiye tiroid karsinomu tanısıyla kliniğimizde tedavi gören hastalarda uygulanan cerrahi girişimler ve diğer tedavi modaliteleri ile ilgili bir analiz yapmaktır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Erciyes Üniversitesi Genel Cerrahi Kliniğinde Ocak 1990-Ocak 2000 yılları arasında tedavi gören diferansiye tiroid karsinomlu 68 hasta çalışma kapsamına alındı. Soliter tiroid nodülü tanısıyla 25'i dış merkezlerde, 8'i kliniğimizde olmak üzere sınırlı tiroidektomi geçiren ve sonradan malignensi tanısı alan 33 hasta çalışmaya dahil edilmedi. Bu grupta yer alan tüm hastalara totale tamamlayıcı tiroidektomi yapılmış olup tedavi öncesi ve sonrası klinikopatolojik verilerin dökümantasyon işleri tamamlandığında ayrı bir çalışma kapsamında analizleri planlanmaktadır. Ayrıca diferansiye tiroid karsinomu ile birlikte paratiroid adenomu olduğu anlaşılan bir hasta da çalışmaya dahil edilmedi. Hastalar Cady ve Rossi tarafından (3) tanımlanan AMES skor sistemine göre iki farklı risk grubunda toplandı (Tablo 1). Hastalar semptom ve fizik bulgular, ultrasonografik ve sintigrafik incelemeler, endokrinolojik çalışmalar ve ince iğne aspirasyon sitolojisi sonrası eksplozasyona alındılar.

Yaklaşım transvers servikal insizyonla yapılırken boyun diseksiyonu eklenen vakalarda insizyon servikal üst laterale doğru uzatıldı. Tiroidektominin tipi ve genişliği ne olursa olsun tüm vakalarda her iki rekürren sinir identifiye edildi ve en az iki paratiroidin intakt kalması sağlandı. Tiroidin diseksiyonu sırasında hatalı olarak spesimende kalan paratiroid bezler tiroidektomi tamamlandıktan sonra hastalık için baskın olmayan taraftaki sternokleidomastoid kasi içine yeniden implante edildiler. Tüm cerrahi girişimler dren konularak sonlandırıldı.