

## Bölüm 29

# ANAPLASTİK TİROİD KANSERİNDE CERRAHİ TEDAVİ

Mehmet Tolga KAFADAR<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Anaplastik tiroid kanseri tiroidin foliküler epitelinden kaynaklanan, diferansiye olmayan tümördür. Tüm tiroid kanserlerinin yaklaşık %1'ni oluşturur. Ortalama sağ kalım süresi 5-6 aydır ve hastaların sadece %20'si 1 yıllık sağ kalıma ulaşabilir. 60-70 yaş aralığında görülme sıklığı artmakla beraber, kadınlarda biraz daha sık görülmektedir (1). Anaplastik tümörler oldukça invaziv tümörler olup, tanı anında Evre 4 olarak sınıflandırılmasına yol açar. Tiroid kanser ölümlerinin yarısından fazlasını oluşturur. Genç olmak ve rezektabilite en önemli prognostik bulgular olup, multimodal tedaviler bugün için en iyi tedavi sonuçlarını vermektedir. Tümör kitlesinin lokal invazyonu ve trakeaya oluşturduğu bası etkisi nedeniyle, hastalarda stridor ve dispne ortaya çıkabilir. Hastalarda ölüm nedeni sıklıkla havayolu tutulumu ve metastatik hastalıklardır. Hastalar genelde son zamanlarda hızlı büyüyen ve ağrılı olabilen, uzun zamandır bulunan boyunda kitle şikayeti ile başvururlar. Disfoni, disfaji, dispne gibi eşlik eden semptomlar sıktır. Tümör çevre dokulara fiskedir ya da nekroz alanları ile ülserleşebilmektedir. Tanı anında lenf nodları genelde palpabldır (2). Tanı ince iğne aspirasyon biyopsisinde (İİAB) dev ve multinükleer hücrelerin görülmesiyle doğrulanır. İİAB'de ayırıcı tanıda lenfomalar, medüller karsinomları, larinks karsinomunun direk yayılımı, diğer metastatik karsinomları veya melanomu akılda tutulmalıdır. İyi hücre elemanları mevcutsa, primer ya da metastatik sarkomların da göz önünde bulundurulması gerekir. İmmünohistokimyasal markırlar, diğer tanıları ekarte etmekte yardımcı olabilir. İİAB'de nekrotik materyal mevcutsa tanıyı doğrulamak için, bazen kor ya da insizyonel biyopsi gerekebilir. Bazen tanı cerrahi sonrası tiroidektomi materyalinin patolojik incelenmesi sonucunda konulabilmektedir. Tiroglobulin

<sup>1</sup> Op. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa drtolgakafadar@hotmail.com

İntratiroidal kitlesi olan hastalara total ya da totale yakın tiroidektomi ile terapötik lenf nodu diseksiyonu (bununla birlikte, özellikle vokal kord paralizisi şüphesi varsa lobektomi de uygun olabilir) önerilmektedir. Eğer ekstratiroidal yayılım varsa, hastalığın büyük kısmı çıkarılabilecekse unblok rezeksiyon da göz önünde bulundurulmalıdır (11). Agresif tedavi yönetimini isteyen ve metastatik hastalığı olmayan hastalara, adjuvan radyasyon seçeneği sunulmalıdır. Özellikle unrezektable hastalığı olan hastalarda neoadjuvan kemoterapi şeklinde kullanılmasına rağmen, sitotoksik kemoterapi ajanları (antrasiklin ve cisplatinin bazı kombinasyonları ile), tipik olarak eşzamanlı verilmektedir ve uzamış sağkalım ile ilişkilidir (12,13).

Cerrahi sonrası doksorubisin bazlı kemoradyoterapi adjuvan tedavide, sınırdaki rezeke olmayan vakalarda neoadjuvan kemoradyoterapi veya indüksiyon pakli-taksel kemoterapi sonrası cerrahi, en iyi tedavi seçeneğini oluşturmaktadır. En kötü gidişli hasta grubu olan metastatik hastalar olup sıklıkla palyatif yaklaşım ve hayat kalitesi ön planda olmalıdır ancak performansı iyi vakalarda kombinasyon kemoterapileri ve tirozin kinaz inhibitörleri ile tedavi edilebilirler (14). Son yıllarda gen tedavisi çalışmaları da süregelmektedir. Komplet cerrahi rezeksiyon postoperatif kemoradyoterapi ile kombine edildiğinde 5 yıllık sağkalım % 50-60 dır. Komplet rezeksiyona gros lenfadenektomi eklenmesi lokal kontrolü arttırmaktadır (15,16).

Bütün bu tedavi seçenekleri arasında, sıklıkla mümkün olmasa da uzun dönem kontrol ve sağ kalım açısından en iyi seçenek tam cerrahi rezeksiyondur. Trakeotomi, palyatif bir tedavi yöntemi olmakla beraber sadece ciddi solunum sıkıntısı olan hastalarda ameliyathanede elektif olarak ve preoperatif entübasyon sonrasında düşünülmelidir (17). Bu konu ile ilgili hasta ve yakınları da bilgilendirilmelidir.

## **KAYNAKLAR**

1. Wendler J, Kroiss M, Gast K, Kreissl MC, Allelein S, Lichtenauer U, et al. Eur J Endocrinol. Clinical presentation, treatment and outcome of anaplastic thyroid carcinoma: results of a multicenter study in Germany. 2016;175(6):521-9.
2. Ljubas J, Ovesen T, Rusan M. A Systematic Review of Phase II Targeted Therapy Clinical Trials in Anaplastic Thyroid Cancer. Cancers (Basel). 2019;11(7). pii: E943.
3. Chintakuntlawar AV, Foote RL, Kasperbauer JL, Bible KC. Diagnosis and Management of Anaplastic Thyroid Cancer. Endocrinol Metab Clin North Am. 2019;48(1):269-284.
4. Farahati J, Mäder U, Gilman E, Görges R, Maric I, Binse I, et al. Changing trends of incidence and prognosis of thyroid carcinoma. Nuklearmedizin. 2019;58(2):86-92.
5. Mohebbati A, Dilorenzo M, Palmer F, Patel SG, Pfister D, Lee N, et al. Anaplastic thyroid carcinoma: a 25-year single-institution experience. Ann Surg Oncol. 2014;21(5):1665-70.
6. Smallridge RC, Ain KB, Asa SL, Bible KC, Brierley JD, Burman KD, et al.; American Thyroid As-

- sociation Anaplastic Thyroid Cancer Guidelines Taskforce. American Thyroid Association guidelines for management of patients with anaplastic thyroid cancer. *Thyroid*. 2012;22(11):1104-39.
7. Steggink LC, van Dijk BA, Links TP, Plukker JT. Survival in anaplastic thyroid cancer in relation to pre-existing goiter: a population-based study. *Am J Surg*. 2015;209(6):1013-9.
  8. Brignardello E, Palestini N, Felicetti F, Castiglione A, Piovesan A, Gallo M, et al. Early surgery and survival of patients with anaplastic thyroid carcinoma: analysis of a case series referred to a single institution between 1999 and 2012. *Thyroid*. 2014;24(11):1600-6.
  9. Goffredo P, Thomas SM, Adam MA, Sosa JA, Roman SA. Impact of Timeliness of Resection and Thyroidectomy Margin Status on Survival for Patients with Anaplastic Thyroid Cancer: An Analysis of 335 Cases. *Ann Surg Oncol*. 2015;22(13):4166-74.
  10. Lee DY, Won JK, Choi HS, Park do J, Jung KC, Sung MW, et al. Recurrence and Survival After Gross Total Removal of Resectable Undifferentiated or Poorly Differentiated Thyroid Carcinoma. *Thyroid*. 2016;26(9):1259-68.
  11. Cabanillas ME, Williams MD, Gunn GB, Weitzman SP, Burke L, Busaidy NL, et al. Facilitating anaplastic thyroid cancer specialized treatment: A model for improving access to multidisciplinary care for patients with anaplastic thyroid cancer. *Head Neck*. 2017;39(7):1291-1295.
  12. Sun C, Li Q, Hu Z, He J, Li C, Li G, et al. Treatment and prognosis of anaplastic thyroid carcinoma: experience from a single institution in China. *PLoS One*. 2013;8(11):e80011.
  13. Sugitani I, Miyauchi A, Sugino K, Okamoto T, Yoshida A, Suzuki S. Prognostic factors and treatment outcomes for anaplastic thyroid carcinoma: ATC Research Consortium of Japan cohort study of 677 patients. *World J Surg*. 2012;36(6):1247-54.
  14. Saini S, Tulla K, Maker AV, Burman KD, Prabhakar BS. Therapeutic advances in anaplastic thyroid cancer: a current perspective. *Mol Cancer*. 2018;17(1):154.
  15. Molinaro E, Romei C, Biagini A, Sabini E, Agate L, Mazzeo S, et al. Anaplastic thyroid carcinoma: from clinicopathology to genetics and advanced therapies. *Nat Rev Endocrinol*. 2017;13(11):644-660.
  16. Haigh PI, Ituarte PH, Wu HS, Treseler PA, Posner MD, Quivey JM, et al. Completely resected anaplastic thyroid carcinoma combined with adjuvant chemotherapy and irradiation is associated with prolonged survival. *Cancer*. 2001;91(12):2335-42.
  17. Agrawal VR, Hreno J, Patil T, Bowles DW. New therapies for anaplastic thyroid cancer. *Drugs Today (Barc)*. 2018;54(11):695-704.