

Bölüm 83

TİROİD NEOPLAZİLERİ

Faruk Kadri BAKKAL¹

GİRİŞ

Neoplazi kelime olarak “yeni büyüme” anlamına gelmekte olup yeni doku oluşması ve proliferasyonunu ifade etmektedir (1). Tiroid bezinde çoğalan benign yada malign neoplastik hücreler tiroid neoplazileri veya genel olarak tiroid tümörleri olarak isimlendirilir (Tablo 1). Tüm endokrin tümörlerin yaklaşık %90-95’ini teşkil eden tiroid neoplazileri ile kulak burun boğaz hastalıkları klinik pratiğinde sık karşılaşılmaktadır.

Tablo 1. Tiroid neoplazileri

Benign tümörler (Adenomlar)
Malign tümörler
• Primer
• Epitelyal tümörler
1. Diferansiye karsinom (Papiller Ca, Foliküler Ca)
2. Az diferansiye karsinom (İnsüler Ca)
3. Anaplastik karsinom
• C-Hücreli tümörler
• Medüller karsinom (Sporadik, Familyal)
• Mikst tip (epitelyal+c-hücreli) tümörler
• Mezenkimal/Stromal tümörler
• Hematopoetik tümörler
• Diğer nadir tümörler
• Metastatik (Renal hücreli Ca, Meme Ca, Akciğer Ca, Melanoma)

TİROİD ADENOMU

Genellikle 30 yaşın üzerindeki kadınlarda görülen, en sık benign foliküler tiroid kitleleridir. Hastalar sıklıkla ötroid olup asemptomatik, tek ve non-fonksiyone tiroid nodülü şeklinde prezente olmaktadır. Genellikle yavaş büyüyen ağrısız kitlelerdir. Hastaların fark etmesi yıllar sürmekte ve sıklıkla rutin kontrollerde saptanmaktadır. Adenom içine ani kanama gelişirse ağrı ve hızlı büyüme ile belirti verirler. Hormon üreten adenomalara bağlı hipertiroidi ve tirotoksikoz kliniği (toksik adenom-Plummer hastalığı) gelişebilmektedir. Tüm adenomların yaklaşık %1’ini oluşturan toksik adenomlar genellikle 3 cm’den büyük olarak tespit edilmektedirler. Sintigrafide sıcak soliter nodül olarak izlenirler. Hastaların T3 ve T4 değerleri yüksek olup TSH seviyesi baskılıdır (2).

Tiroid adenomları düzgün sınırlı, fibröz bir kapsülle çevrili, yuvarlak yada oval yapıda yumuşak kitlelerdir. İçerisinde kistik değişiklikler, kanama, fibrozis ve kalsifikasyon görülebilmektedir. Histopatolojik olarak; konvansiyonel, onkositik (Hurthle) hücreli ve berrak hücreli tipleri mevcuttur. Mikroskopik incelemede lümeninde kolloid içeren epitelyal foliküller izlenir. Folikül hücreleri yassı, küboid yada kolumnar olabilir. Hurthle hücreli adenom hücrelerinin sitoplazmalarında bol miktarda eozinofilik granüller mevcuttur. Adenomların çekirdeklerindeki kromatin dizilimi normaldir. Foliküllerde yalancı papiller yapı-

¹ Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Uzmanı, Uşak Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB Kliniği, farukkbakal@yahoo.com

NADİR GÖRÜLEN TİROİD MALİGNİTELERİ

Lenfoma

Tiroid malignitelerinin %5'ten azını oluşturmaktadır (27). Yaşlılarda görülme sıklığı daha fazladır. Hashimoto tiroiditi ile ilişkisi tespit edilmiş olup kadınlarda 2 ile 8 kat daha sıktır (28). Genellikle hızlı büyüyen ve bası semptomlarına yol açan kitle olarak belirti vermektedir. Havayolu problemleri yaygındır. Lenfomaya bağlı b-semptomları (ateş, kilo kaybı ve gece terlemesi) nadir olup ancak hastaların %10'unda görülmektedir (29). Kliniği anaplastik tiroid ca ile karışsa da lenfomadaki kitle ağrısız olması ile ayrılmaktadır. Tiroidin primer lenfoması sistemik lenfomadan ayrt edilmelidir. Ultrasonda diğer tiroid lezyonlarında görülmeyen "posterior eko" belirtisi ayırıcı tanıda yardımcıdır. Kesin tanısında ince iğne biyopsisi yeterli olmayıp çoğu zaman core-biyopsi yada açık biyopsi gerekmektedir. En sık rastlanan histolojik tipi ektranodal diffüz büyük b-hücreli lenfomadır. Tedavisinde cerrahinin yeri yoktur. Hava yolu problemleri olan olgularda trakeotomi açılabilir. Primer tedavisi kemoterapi ve radyoterapidir. Prognozu histopatolojik tip ve hastalığın evresine bağlı olarak değişmektedir. 5 yıllık sağkalm ortalama %66 civarındadır (30).

Yassı Hücreli Kanser

Tiroid bezinin primer yassı hücreli kanseri oldukça nadirdir. İleri yaşlarda görülebilmektedir. Prognozu çok kötüdür. Komşu solunum ve sindirim yolundan lokal invazyon dışlanmalıdır. Tedavisinde cerrahi ve adjuvan kemo/radyoterapi uygulanmaktadır (31)

Metastatik Tümörler

Tiroide diğer organlardan metastaz nadirdir. En sık renal hücreli kanser olmakla beraber, meme ca, akciğer ca ve malign melanoma da tiroide metastaz yapabilmektedir. Tedavide primer hastalığın tedavisinin yanında palyatif tiroidektomi düşünülebilir (32).

SONUÇ

Tiroid neoplazileri sık görülen, tüm dünyada insidansı artan ve çeşitli klinik formları bulunan bir hastalık grubudur. Etiyopatogeneizde iyonize

radyasyon, iyot eksikliği ve birtakım genetik faktörler rol oynamaktadır. Genellikle iyi prognoza sahip olan diferansiye tiroid karsinomları bu alanın baskın tümörleridir. Erken tanı ile kür oranları oldukça yüksektir. Görüntüleme yöntemleri ve TİİAB'nin yaygınlaşması hastalığın geçmiş yıllara nazaran daha erken evrelerde tanınmalarını sağlamaktadır. Tedavi ve takipleri multidisipliner bir ekip tarafından yürütülen tiroid maligniteleri için uluslararası kılavuzlar tarafından önerilen algoritmalar doğrultusunda bireyselleşmiş yaklaşım modelleri uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Tiroid, tiroid neoplazileri, tiroid kanserleri, baş ve boyun.*

KAYNAKÇA

1. Halazonetis TD, Gorgoulis VG, Bartek, J. An oncogene-induced DNA damage model for cancer development. *Science*. 2008;319(5868):1352-1355.
2. Wang CY, Chang TC. Toxic nodular goiter with thyroid papillary microcarcinoma. *ANZ J Surg*. 2010;80:117.
3. Flint PW, Haughey BH, Niparko JK, et al. (2010). Cummings Otolaryngology-Head and Neck Surgery E-Book: Head and Neck Surgery, 3-Volume Set. 2687-2723. Elsevier Health Sciences.
4. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2013. Bethesda: National Cancer Institute, 2016. http://seer.cancer.gov/csr/1975_2013 (accessed Aug 25, 2019).
5. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2018;68(6):394-424.
6. Duntas LH, Tseleni-Balafouta S (2019). Classification of Thyroid Diseases. In *The Thyroid and Its Diseases* (pp. 87-99). Springer, Cham.
7. Mazokopakis EE, Tzortzinis AA, Dalieraki-Ott EI, et al. Coexistence of Hashimoto's thyroiditis with papillary thyroid carcinoma. A retrospective study. *Hormones*. 2010;9(4):312-317.
8. Cabanillas ME, McFadden DG, Durante C. Thyroid cancer. *The Lancet*. 2016;388(10061):2783-2795.
9. Xu B, Ghossein R. Critical Prognostic Parameters in the Anatomic Pathology Reporting of Differentiated Follicular Cell-Derived Thyroid Carcinoma. *Cancers*. 2019;11(8):1100.
10. Kurnaz SÇ, Tekat A. (2011). Malign tiroid neoplazmaları. Toprak M (Ed). *Tiroid ve Paratiroid Cerrahisi içinde*. (s.75-93). İstanbul: Deomed yayıncılık.
11. Bomeli SR, LeBeau SO, Ferris RL. Evaluation of a thyroid nodule. *Otolaryngol Clin North Am*. 2010;43:229-38.
12. Ulusoy B. The Management of Thyroid Nodules. *Turk Arch Otorhinolaryngol*. 2015;53:173-82.
13. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al. 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: the American Thyroid Association gui-

- delines task force on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. 2016;26(1):1-133.
14. Tuttle RM, Haugen B, Perrier ND. Updated American Joint Committee on cancer/tumor-node-metastasis staging system for differentiated and anaplastic thyroid cancer: what changed and why?. *Thyroid*. 2017;27(6):751-756.
 15. Tutar H, Bakkal FK, Aydil U, et al. Tiroid Cerrahisi Deneyimlerimiz. *Gazi Medical Journal*. 2013;24(4):120-122. doi: <http://dx.doi.org/10.12996/gmj.2013.34>
 16. Grani G, Lamartina L, Durante C, et al. Follicular thyroid cancer and Hürthle cell carcinoma: challenges in diagnosis, treatment, and clinical management. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2018;6(6):500-514.
 17. Nikiforova MN, Lynch RA, Biddinger PW, et al. Ras point mutations and PAX8-PPAR gamma rearrangement in thyroid tumors: evidence for distinct molecular pathways in thyroid follicular carcinoma. *J Clin Endocrinol Metab*. 2003;88:2318-26.
 18. Grebe SK, Hay ID. Follicular thyroid cancer. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 1995;24:761-801.
 19. Stojadinovic A, Ghossein RA, Hoos A, et al. Hurthle cell carcinoma: a critical histopathologic appraisal. *Journal of Clinical Oncology*. 2001;19(10):2616-2625.
 20. Wang TS, Dubner S, Szynter LA, et al. Incidence of metastatic well-differentiated thyroid cancer in cervical lymph nodes. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004;130:110-113.
 21. Donis-Keller H, Dou S, Chi D, et al. Mutations in the RET proto-oncogene are associated with MEN 2A and FMTC. *Hum Mol Genet*. 1993;2:851-856.
 22. Chen H, Sippel RS, O'Dorisio MS, et al. The North American Neuroendocrine Tumor Society consensus guideline for the diagnosis and management of neuroendocrine tumors: pheochromocytoma, paraganglioma, and medullary thyroid cancer. *Pancreas*. 2010;39:775-783.
 23. Kloos RT, Eng C, Evans DB, et al. Medullary thyroid cancer: management guidelines of the American Thyroid Association. *Thyroid*. 2009;19:565-612.
 24. Modigliani E, Cohen R, Campos JM, et al. Prognostic factors for survival and for biochemical cure in medullary thyroid carcinoma: results in 899 patients. The GETC Study Group. *Groupe d'étude des tumeurs a calcitonine. Clin Endocrinol (Oxf)*. 1998;48:265-273.
 25. Amin MB, Greene FL, Edge SB, et al. The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more "personalized" approach to cancer staging. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2017;67(2):93-99.
 26. Wells Jr SA, Asa SL, Dralle H, et al. Revised American Thyroid Association guidelines for the management of medullary thyroid carcinoma: the American Thyroid Association Guidelines Task Force on medullary thyroid carcinoma. *Thyroid*. 2015;25(6):567-610.
 27. Sangalli G, Serio G, Zampatti C, et al. Fine needle aspiration cytology of primary lymphoma of the thyroid: a report of 17 cases. *Cytopathology*. 2001;12:257-263.
 28. Derringer GA, Thompson LD, Frommelt RA, et al. Malignant lymphoma of the thyroid gland: a clinicopathologic study of 108 cases. *Am J Surg Pathol*. 2000;24:623-639.
 29. Alzouebi M, Goepel JR, Horsman JM, et al. Primary thyroid lymphoma: the 40 year experience of a UK lymphoma treatment centre. *Int J Oncol*. 2012;40:2075-2080.
 30. Graff-Baker A, Roman SA, Thomas DC, et al. Prognosis of primary thyroid lymphoma: demographic, clinical, and pathologic predictors of survival in 1,408 cases. *Surgery*. 2009;146:1105-1115.
 31. Booya F, Sebo TJ, Kasperbauer JL, et al. Primary squamous cell carcinoma of the thyroid: report of ten cases. *Thyroid*. 2006;16(1):89-93.
 32. Green LK, Ro JY, Mackay B, et al. Renal cell carcinoma metastatic to the thyroid. *Cancer*. 1989;63(9):1810-1815.