

Bölüm 12

TİROİDİN MALİGN HASTALIKLARI

Gökhan AKKURT¹

Birkan BİRBEN²

Tiroid malign hastalıkları toplumda kadınlarda %2, erkeklerde %0,5 oranında görülebilmektedir. Son yıllarda kadınlardaki sıklığı giderek artmaktadır. Tiroid kanserlerinin en sık tipi %80-90 oranında görülen diferansiye tiroid kanserleridir. Klinik olarak çoğunlukla boyunda palpable şişlikle karşımıza çıkar. Tanıda hastanın hikâyesi, fizik muayene ve gerektiğinde tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi (TİİAB) kombinasyonu ile değerlendirme yapılır.

DİFERANSİYE TİROİD KANSERLERİ

Diferansiye tiroid kanserleri grubuna papiller, folliküler ve mikst tip tümörler girer. Nadiren tek tip hücreden oluşmuşlardır, papiller ve folliküler adlandırma hakim histolojiyi belirtmek için kullanılmaktadır. İyi diferansiye tiroid kanserlerinin genellikle yüksek tedavi şansı, metastaz potansiyelinin düşük olması ve yavaş büyüyen tümörler olduğundan prognozu oldukça iyidir. Literatürde uzun süreli yaşam beklentisi %90'nın üzerindedir. İyi diferansiye papiller kanserlerde boyun lenf bezlerine metastaz sık görülür. Folliküler kanserler ise hematogen yolla ve öncelikli olarak akciğer ve kemiklere metastaz yaparlar. Tanı sıklıkla TİİAB ile konulur. 2009 yılında tanımlanan tiroid sitopatoloji raporlama sistemi Bethesda sistemine göre folliküler lezyonları sınıflamak için iki farklı kategori tanımlanmıştır; kategori 3 (ÖBA/ÖBFL) ve kategori 4 (FN/FNK). Kategori 3 lezyonlar için tahmini malignansi riski %5-15 olup önerilen 3-6 ay sonra İİAB tekrarı iken, kategori 4 olan lezyonlarda risk %15-30 olup bu grup için önerilen tanısal lobektomi ve istemektomidir. Kategori 4 lezyonlar için ATA'nın kılavuzunda malignite risk değerlendirilmesinde moleküler testlerin de kullanılabileceği belirtilmektedir.

¹ Uzm. Dr., Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, drakkurt06@gmail.com

² Op. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi SUAM, Ankara Numune Hastanesi, birkanbirben53@gmail.com

METASTATİK KARSİNOM

Tiroid bezine metastaz nadir olmakla birlikte sıklıkla böbrek, meme, akciğer dokularından olabilmektedir. Kesin tanı koymada genellikle TİİAB yeterlidir. Primer tümörün durumu göz önüne alınarak yapılan tiroidektomi birçok hastada faydalı olabilmektedir.

KAYNAKLAR:

1. Braverman EL, Utiger DR. The thyroid a fundamental and clinical text. In: Schneider BA, Ron E. Carcinoma of follicular epithelium. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2005:889-905.
2. Townsend, C. M., Beauchamp, R. D., Evers, B. M., & Mattox, K. L. Sabiston textbook of surgery: The biological basis of modern surgical practice 20th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2017: 900-911.
3. Brunicaudi, F., Andersen, D., Billiar, T., Dunn, D., Hunter, J., Matthews, J., & Pollock, R. (2014). Schwartz's principles of surgery, 10th ed. McGraw-hill; 2014: 1540-1555.
4. Gogas YD, Akarsu E, Alagol, F, et al. Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2017: 163-213.
5. 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 guidelines task force on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. Thyroid. 2016; 26: 1-105.
6. Pacini, F., Castagna, M. G., Brilli, L. et al. Thyroid cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology, 2012; 23; suppl_7: vii110-vii119.
7. Kronenberg MH et al. Williams textbook of endocrinology. In: Schlumberger JM, Filletti S, Hay DL. Nontoxic diffuse and nodular goiter and thyroid neoplasia. Saunders Elsevier, 11th edition, Philadelphia 2008:411-442.
8. Malloy MK, Cunnane FM. Pathology and cytologic features of thyroid neoplasms. Surg Oncol Clin N Am 2008;17:57-70.
9. Suliburk J, Delbridge L. Surgical management of well-differentiated thyroid cancer: state of the art. Surgical Clinics of North America 2009;89:1171-1191.
10. Neff LR, Farrar BW, Kloos TR. Anaplastic thyroid cancer. Endocrinol Metab Clin N Am 2008;37:525-538