

BÖLÜM 19

NADİR GÖRÜLEN TİROİD KANSERLERİ

Tayfun BİLGİÇ¹
Semih Lütfi MİRRAPOĞLU²

GİRİŞ

Tiroid kanseri tüm kanserlerin %1'ni oluşturmasına rağmen, endokrin kanserleri arasında en sık görülen kanser türüdür. Tiroid kanserleri; Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization=WHO) tarafından Primer Tümörler (tiroid dokusu epitelyal, non- epitelyal) ve sekonder tümörler olarak sınıflandırmaktadır (1, 2).

Tiroid kanserleri, benign tümörler içinde nadir görülmekle beraber endokrin malignitenin en yaygın nedenidir (3, 4, 5). Epitelyal tümörler arasında bulunan Follikül hücre kökenli karsinomlar, C hücre kökenli karsinoma oranla daha fazladır ayrıca Follikül hücre kökenli karsinomların büyük çoğunluğu, 10 yıllık yaşam sürecinde sağ kalım %90 üzerindedir ve yavaş seyirli iyi diferansiye malignitedir. Tiroid karsinomlarının yaklaşık %70-80'lik bölümünü Papiller tiroid karsinomu (PTK), %10-15'lik bölümünü Folliküler tiroid karsinomu (FTK), %7-10'luk bölümünü Medüller tiroid karsinomu (MTK) ve %5-10'luk kısmını Anaplastik tiroid karsinomu (ATK) oluşturmaktadır. (7,8). Diğer karsinom türlerinin görülme oranı daha azdır (1,2,6).

Anaplastik Tiroid Kanseri

Tiroidin epitelyal hücrelerinden köken alan, diferansiye olmayan tümördür. Diferansiye tiroid tümörlerinden farklı olarak daha agresif ve prognozu kötüdür. Tüm dünyadaki görülme sıklığı incelendiğinde; tüm kanserler içinde 16. sırada yer almakta, ayrıca genel olarak tüm tiroid kanserlerinin %1,7'ini oluşturmakla beraber (7). Ülkemizde anaplastik tiroid kanseri görülme sıklığı; tiroid kanserlerinin %1'den daha azını oluşturmaktadır (8).

Göreceli olarak iyi prognoz kriterleri; tümörün tek taraflı olması, tümör çapının 5 cm'den küçük olması, ekstra tiroidal uzanım ve servikal lenf nodu tutulumu olmamasıdır. Kötü prognostik faktörler ise hastanın tanı anında ileri yaşta olması, nefes darlığı ve erkek cinsiyet olarak sıralanabilir (9,10).

Hastada boyunda ağrı ve hassasiyet, üst solunum yollarına basınç, dispne, disfaji, ses kısıklığı, öksürük görülebilir. Fizik muayenede bileteral asimetrik tiroid glandı gözlemlenir, tipik olarak da boyunda var olan bu kitlenin hızlıca büyümesi söz konusudur. Kitle çevre dokulara fikse

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Nişantaşı Üniversitesi Meslek Yüksek Okulu Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü Genel Cerrahi Uzmanı, tbilgic77@gmail.com

² Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahi Kliniği

tomorfolojik değerlendirmeler altın standarttır. Tanıda ve tedavide yaşanan zorluklar nedeniyle gerekli görüldüğünde ek yardımcı tanı yöntemleri de yaygın olarak kullanılmaktadır. Tedavi sürecinde kombine tedaviler ve palyatif tedavilerle hastanın yaşam kalitesi ön planda tutulmaya çalışılmaktadır. Uygulanan diğer bir yöntem olan cerrahi tedavide kullanılacak yöntem seçimi, kanserin prognostik faktörleri göz önüne alınarak yapılmaktadır. Kötü prognostik faktöre sahip tümörlere daha agresif bir tedavi yapılırken, iyi prognostik faktörlere sahip tümörlerde agresif tedaviden kaçınılmalıdır. Böylece, gereksiz agresif tedavinin yaratabileceği morbiditenin de önlenmesi sağlanmış olacaktır.

KAYNAKLAR

- DeLellis, R. A., Williams, E. D. (2004). Tumours of the thyroid and parathyroid. In R. A. DeLellis, R. V. Lloyd, P. U. Heitz, C. Eng (Eds.), *Pathology & Genetics of Tumours of Endocrine Organs* (1st ed., pp. 49-124). Lyon: IARC.
- Katoh, H, Yamashita, K, Enomoto, T, et al. Classification and General Considerations of Thyroid Cancer. *Ann Clin Pathol*, 2015; 3(1), 1045.
- Pacini, F, Castagna, MG, Brilli, L, et al. Thyroid cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*, 2012; 23(7), 110-9. Doi: 10.1093/annonc/mdq190
- Dideban, S, Abdollahi, A, Meysamie, A, et al. Thyroid Papillary Microcarcinoma: Etiology, Clinical Manifestations, Diagnosis, Follow-up, Histopathology and Prognosis. *Iran J Pathol*, 2016; 11(1), 1-19.
- Dal Maso, L, Bosetti, C, La Vecchia, C, et al. Risk factors for thyroid cancer: an epidemiological review focused on nutritional factors. *Cancer Causes Control*, 2009; 20(1), 75-86. Doi: 10.1007/s10552-008-9219-5
- Busnardo, B, De Vivo, D. The epidemiology and etiology of differentiated thyroid carcinoma. *Biomed & Pharmacother*, 2000; 54, 322-6. Doi: 10.1016/S0753-3322(00)80056-6
- Ranganath, R, Shah, MA, Shah, AR. Anaplastic thyroid cancer. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*, 2015; 22(5), 387-91. Doi: 10.1097/MED.000000000000189.
- Şencan, İ., İnce, G.N. (2016). *Türkiye kanser istatistikleri*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
- Kebebew, E, Greenspan, FS, Clark, OH, et al. Anaplastic thyroid carcinoma. *Treatment outcome and prognostic factors cancer*, 2005; 103, 1330. Doi: 10.1002/cncr.20936
- Nel, CJ, van Heerden, JA, Goellner, JR, et al. Anaplastic carcinoma of the thyroid: a clinicopathologic study of 82 cases. *Mayo clin proc.*, 1985; 60:51. Doi: 10.1016/s0025-6196(12)65285-9
- Brunicaudi, F. C., Andersen, D., Billiar, T., Dunn, D., Hunter, J., Pollock, R. E. (2005). *Schwartz's Principles of Surgery*. (8th ed). New York: McGraw Hill Professional.
- Hanberg, A. (2009). Management of Clients with Thyroid and Parathyroid Disorders. In J. M. Black, J. H. Hawks (Eds.) *Medical-Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcomes* (8th ed., pp. 1019-1039). St. Louis: Saunders Elsevier.
- Perrier ND, Brierley JD, Tuttle RM. Differentiated and anaplastic thyroid carcinoma: Major changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. *CA Cancer J Clin*, 2018; 68(1), 55-63. Doi: 10.3322/caac.21439
- Baloch, Z. W., Livolsi, V. A. (2004). Pathology of thyroid and parathyroid disease. In S.E. Mills (Ed.), *Diagnostic Surgical Pathology*. (5th ed., pp. 557-95). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Venkatesh, YS, Ordonez, NG, Schultz, PN, et al. Anaplastic carcinoma of the thyroid. A clinicopathologic study of 121 cases. *Cancer*, 1990; 66(2), 321-30. Doi: 0.1002/1097-0142(19900715)66:2<321:aid-cncr 2820660221>3.0.co;2-a
- Gaffey, MJ, Lack, EE, Christ, ML, et al. Anaplastic thyroid carcinoma with osteoclast-like giant cells. A clinicopathologic, immunohistochemical, and ultrastructural study. *Am J Surg Pathol*, 1991; 15(2), 160-8. Doi: 10.1097/00000478-199102000-00009
- Ragazzi, M, Ciarrocchi, A, Sancisi, V, et al. Update on anaplastic thyroid carcinoma: morphological, molecular, and genetic features of the most aggressive thyroid cancer. *Int J Endocrinol*, 2014; 2014, 790834. Doi: 10.1155/2014/790834
- Carcangiu, ML, Steeper, T, Zampi, G, et al. Anaplastic thyroid carcinoma. A study of 70 cases. *American Journal of Clinical Pathology*, 1990; 83(2), 135-58. Doi: 10.1093/ajcp/83.2.135
- Smallridge, RC, Ain, KB, Asa, SL, et al. American

- Thyroid Association guidelines for management of patients with anaplastic thyroid cancer. *Thyroid*, 2012; 22, 1104-39. Doi: 10.1089/thy.2012.0302
20. Gómez Sáez, JM, Jiménez-Fonseca, P, Santamaría Sandi, J, et al. Spanish consensus for the management of patients with anaplastic cell thyroid carcinoma. *Endocrinol Nutr*, 2015; 62(3), 15-22. Doi: 10.1016/j.endonu.2014.11.006
 21. Moon, WJ, Jung, SL, Lee, JH, et al. Benign and malignant thyroid nodules: US differentiation--multicenter retrospective study. *Radiology*, 2008; 247, 762. Doi: 10.1148/radiol.2473070944
 22. Jemal, A, Murray, T, Ward, E, et al. Cancer Statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2005; 55(1). Doi: 10.3322/canjclin.55.1.10
 23. Swaak-Kragten, AT, de Wilt, JH., Schmitz, PI, et al. Multimodality treatment for anaplastic thyroid carcinoma--treatment outcome in 75 patients. *Radiother Oncol*, 2009; 92, 100. Doi: 10.1016/j.radonc.2009.02.016
 24. Sherman, SI. Thyroid carcinoma. *Lancet*. 2003; 361, 501. Doi: 10.1016/s0140-6736(03)12488-9
 25. Chen, J, Tward, JD, Shrieve, DC, et al. Surgery and radiotherapy improves survival in patients with anaplastic thyroid carcinoma: analysis of the surveillance, epidemiology, and end results 1983-2002. *Am J clin Oncol*, 2008; 31, 460. Doi: 10.1097/COC.0b013e31816a61f3
 26. Wang, Y, Tsang, R, Asa, S, et al. Clinical outcome of anaplastic thyroid carcinoma treated with radiotherapy of once- and twice-daily fractionation regimens. *Cancer*, 2006; 107, 1786. Doi: 10.1002/cncr.22203
 27. Eloy, C, Ferreira, L, Salgado, C, et al. Poorly Differentiated and Undifferentiated Thyroid Carcinomas. *Turk Patoloji Derg*, 2015; 31(1),48-59. Doi: 10.5146/tjpath.2015.01314
 28. Muro-Cacho, CA, Ku, NN. Tumors of the thyroid gland: histologic and cytologic features--part 1. *Cancer Control*. 2000; 7(3), 276-87. Doi: 10.1177/107327480000700311
 29. Agarwal, S, Rao, RS, Parikh, DM, et al. Histologic trends in thyroid cancer 1969-1993: a clinico-pathologic analysis of the relative proportion of anaplastic carcinoma of the thyroid. *J Surg Oncol*, 1996; 63(4), 251-5. Doi: 10.1002/(SICI)1096-9098(199612)63:4<251::AID-JSO7>3.0.CO;2-B
 30. Rosai, J., Tallini, G. (2011). Thyroid Gland. In J. Rosai (Ed.), *Rosai and Acherman's Surgical Pathology*. (10th ed., pp. 487-565). China: Mosby Company.
 31. Boerner, S. L., Asa, S. L. (2010). *Tiroid biyopsilerin yorumu*. (Filiz Özyılmaz, Çev. Ed.) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
 32. Adaş, G, Adaş, M, Özüiker, F ve arkadaşları. Tiroid kanserleri. *Ok Meydanı Tıp Dergisi*, 2012; 28(1), 26-64.
 33. Giuffrida, D, Ferrau, F, Pappalardo, A, et al. Metastasis to the thyroid gland: a case report and review of the literature. *J Endocrinol Invest*, 2003; 26, 560-563. Doi: 10.1007/BF03345221
 34. Lam KY, Lo CY. Metastatic tumors to the thyroid gland: A study of 79 cases in Chinese patients. *Arch Pathol Lab Med*, 1998; 122, 37-41.