

BÖLÜM 21

DİFERANSİYE TİROİD KANSERLERİNDE ERKEN VE GEÇ DÖNEM TAKİP

Gizem FIRTINA¹
Musa İLGÖZ²

GİRİŞ

Tiroid kanseri, kanserlerin %1' inden azını oluşturmasına rağmen en sık görülen endokrin kanserdir (1). Diferansiye tiroid kanseri (DTK) ise, tiroid kaynaklı kanserlerin büyük bir yüzdesini oluşturan papiller ve foliküler kanserleri içerir. DTK insidansı son yıllarda artmıştır.

Tüm kanser tiplerinde olduğu gibi DTK'da da karsinomun biyolojik özelliklerinin bilinmesi ve etkili tedavi ile DTK tanılı hastaların başarılı yönetimi mümkündür (2). Hastaların çoğu ilk tedaviden sonra klinik olarak hastalıksızdır. Ancak tiroid kanserinde nüks yaygındır ve hastaların yaklaşık %30'unda ortaya çıkabilir. Lokal rekürrenslerin büyük çoğunluğu tanıdan sonraki ilk 3 yıl içinde tespit edilir. Bununla birlikte vakaların çok azında, ilk tedaviden 20 yıl sonra bile geç ta-kipte lokal veya uzak nüks gelişebilir (3). Takibin amacı kalıcı/tekrarlayan lokorejyonel veya uzak hastalığın erken tanı ve tedavisidir. Bu nedenle DTK tanılı hastaların düzenli ve ömür boyu takibi gerekmektedir.

Takibin nasıl olması gerektiği konusunda birçok kılavuz yayınlanmış olmasına rağmen ilk tedaviden sonra hastaların yönetimi ve takibi hala tartışılmaktadır. Başlangıç evrelemesi, tedavi stratejisine rehberlik ederken, takip sırasında yeni veriler toplandıkça ilk risk tahminlerinin değişmesi gerekebileceğini bilmek önemlidir (4). Tiroid kanseri için temel yaklaşım, tanıya uygun ilk cerrahi, tirotropin baskılanması, radyoablatif iyot (RAİ) tedavisi ve tekrarlayan hastalığı tespit etmek için ömür boyu sürveyanstır.

DTK tanılı hastaların yönetimi ve takibi dinamik bir süreçtir. İzlem stratejileri, hastanın Amerikan Tiroid Derneği (ATA) nüks riskine (Tablo 1) ve her kontrolde tedaviye yanıtın (Tablo 2) yeniden değerlendirilmesine dayanmaktadır (5). Takip tiroid fonksiyon testleri (sT₃-sT₄-TSH), tiroglobülin (Tg) ölçümleri, tanısal tüm vücut taraması ve boyun ultrasonografisi (USG) ile yapılır. Sıklığı belirleyense hastanın ATA risk kategorisi ve tedavi süresince tedaviye verdiği yanıtıdır (5).

¹ Genel Cerrahi Uzmanı, Artvin Borçka Devlet Hastanesi, gizemfirtina@gmail.com

² Cerrahi Onkoloji Yandal Uzmanı, SBÜ Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, musailgoz@hotmail.com

li gözetim ile birlikte baskılama derecesi daha rahat olabilir.

- Başlangıçta düşük riskli hastalarda ve tedaviye mükemmel klinik yanıtı olan hastalar için 0,5-2 mU/L'lik bir TSH hedefi kabul edilebilir.
- Biyokimyasal olarak eksik yanıtı olan hastalar için serum TSH 0,1-0,5 mU/L arasında tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Cooper, D. S., Doherty, G. M., Haugen, B. R. et al. "Management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task-force." *Thyroid* 16.2 (2006): 109-142.
2. Caminha, L. S. C., Momesso, D. P., Vaisman, F. et al. "Long-term follow-up of patients with differentiated thyroid cancer who had negative 131I whole-body scan at first evaluation after treatment." *Clinical nuclear medicine* 38.10 (2013): 765-769.
3. Pacini, F., Castagna, M. G., Brilli, L. et al. "Differentiated thyroid cancer: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up." *Annals of oncology* 20 (2009): iv143-iv146.
4. Tuttle, R. Michael, and Rebecca Leboeuf. "Follow up approaches in thyroid cancer: a risk adapted paradigm." *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America* 37.2 (2008): 419-435.
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 Diff.
6. Haugen, Bryan R. "2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: what is new and what has changed?." *Cancer* 123.3 (2017): 372-381.
7. Giovanella, Luca. "Circulating biomarkers for the detection of tumor recurrence in the postsurgical follow-up of differentiated thyroid carcinoma." *Current opinion in oncology* 32.1 (2020): 7-12.
8. Robenshtok, E., Grewal, R. K., Fish, S. et al. "A low postoperative nonstimulated serum thyroglobulin level does not exclude the presence of radioactive iodine avid metastatic foci in intermediate-risk differentiated thyroid cancer patients." *Thyroid* 23.4 (2013): 436-442.
9. Park, S., Jeon, M. J., Oh, H. S. et al. "Changes in serum thyroglobulin levels after lobectomy in patients with low-risk papillary thyroid cancer." *Thyroid* 28.8 (2018): 997-1003.
10. Alzahrani AS, Alsuhaibani H, Salam SA, et al. Diagnostic accuracy of high-resolution neck ultrasonography in the follow-up of differentiated thyroid cancer: a prospective study. *Endocr Pract* 2005 ve 11:165.
11. Pacini, F., Molinaro, E., Castagna, M. G. et al. "Recombinant human thyrotropin-stimulated serum thyroglobulin combined with neck ultrasonography has the highest sensitivity in monitoring differentiated thyroid carcinoma." *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 88.8 (2003).
12. Torlontano, M., Crocetti, U., Augello, G. et al. "Comparative evaluation of recombinant human thyrotropin-stimulated thyroglobulin levels, 131I whole-body scintigraphy, and neck ultrasonography in the follow-up of patients with papillary thyroid microcarcinoma who have not un.
13. Chung, Y. E., Kim, E.K., Kim, M. J. et al. "Suture granuloma mimicking recurrent thyroid carcinoma on ultrasonography." *Yonsei medical journal* 47.5 (2006): 748.
14. Leboulleux, S., Girard, E., Rose, M. et al. "Ultrasound criteria of malignancy for cervical lymph nodes in patients followed up for differentiated thyroid cancer." *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 92.9 (2007): 3590-3594.
15. Mazzaferri, Ernest L., and Richard T. Kloos. "Is diagnostic iodine-131 scanning with recombinant human TSH useful in the follow-up of differentiated thyroid cancer after thyroid ablation?." *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 87.4 (2002): 1.
16. Pacini, F., Capezzone, M., Elisei, R. et al. "Diagnostic 131-iodine whole-body scan may be avoided in thyroid cancer patients who have undetectable stimulated serum Tg levels after initial treatment." *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 87.4 (2002): 1499-1501.
17. Verburg, F., A., Stokkel, M. P., Düren, C. et al. "No survival difference after successful 131 I ablation between patients with initially low-risk and high-risk differentiated thyroid cancer." *European journal of nuclear medicine and molecular imaging* 37.2 (2010): 276-283.

18. Robbins, R. J., Wan, Q., Grewal, R. K. et al. "Real-time prognosis for metastatic thyroid carcinoma based on 2-[18F] fluoro-2-deoxy-D-glucose-positron emission tomography scanning." *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 91.2 (2006): 498-505.
19. van Tol, K. M., Jager, P. L., Piers, D. A. et al. "Better yield of 18fluorodeoxyglucose-positron emission tomography in patients with metastatic differentiated thyroid carcinoma during thyrotropin stimulation." *Thyroid* 12.5 (2002): 381-387.
20. Leboulleux, S., Schroeder, P. R., Busaidy, N. L. et al. "Assessment of the incremental value of recombinant thyrotropin stimulation before 2-[18F]-Fluoro-2-deoxy-D-glucose positron emission tomography/computed tomography imaging to localize residual differentiated thyroid cancer." *The Jo.*
21. Wang, H., Fu, H. L., Li, J. N. et al. "Comparison of whole-body 18F-FDG SPECT and posttherapeutic 131I scintigraphy in the detection of metastatic thyroid cancer." *Clinical imaging* 32.1 (2008): 32-37.
22. Hall, Nathan C., and Richard T. Kloos. "PET imaging in differentiated thyroid cancer: where does it fit and how do we use it?." *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia* 51.5 (2007): 793-805.
23. Uslu, R., Kayağar, S., Özpaçacı, T. et al. "Tiroglobulin Seviyesi Yüksek, İyot-131 Tüm Vücut Tarama Sintigrafisi Negatif Diferansiye Tiroid Kanserli Olgularda F-18 FDG PET/BT Görüntülemenin Rolü."
24. Iwano, S., Kato, K., Ito, S. et al. "FDG-PET performed concurrently with initial I-131 ablation for differentiated thyroid cancer." *Annals of nuclear medicine* 26.3 (2012): 207-213.
25. Shaha, A. R., Thom R. L., and Jatin P. Shah. "Prognostic factors and risk group analysis in follicular carcinoma of the thyroid." *Surgery* 118.6 (1995): 1131-1138.
26. Verburg, F. A., Mader, U., Giovanella, L. et al. "Low or undetectable basal thyroglobulin levels obviate the need for neck ultrasound in differentiated thyroid cancer patients after total thyroidectomy and 131I ablation." *Thyroid* 28.6 (2018): 722-728.
27. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx. [Çevrimiçi]
28. Mazzaferri, E. L., Robbins, R. J., Spencer, C. A. et al. "A consensus report of the role of serum thyroglobulin as a monitoring method for low-risk patients with papillary thyroid carcinoma." *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 88.4 (2003): 1433-1441.