

# BÖLÜM 27

## TAMAMLAYICI TİROİDEKTOMİ

Özkan SUBAŞI<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Tiroid karsinomları; tiroid bezinden kaynaklanan, diferansiye tiroid karsinomları ( papiller, foliküler ve Hürthle hücreli karsinom), medüller tiroid karsinom ve anaplastik tiroid karsinom olarak sınıflandırılan nadir kanserlerdir (1). Tedavi, histolojik alt tipe göre değişir; diferansiye tiroid karsinomunun optimal tedavisi, cerrahi ve ardından radyoaktif iyot tedavisi (seçilmiş hastalarda) ve tiroksin tedavisinden oluşur (1). Ayrıca diferansiye tiroid karsinomları genellikle % 90-95'i aşan 10 yıllık sağkalım oranları ile mükemmel bir prognoza sahiptir (1).

Cerrahi, tiroid kanserlerinin çoğunun tedavisinde standart tedavidir. Tedavideki cerrahi prosedürler: Total tiroidektomi; gözle görülen tüm glandüler tiroid dokusunun çıkarılmasıdır. Totale yakın tiroidektomi ise; çevre dokulara zarar vermeden diseksiyonun yapılamadığı durumlarda her iki lobda ya da tek lobda rekürren laringeal sinire komşu çok az bir tiroid dokusu (< 1gram) bırakılarak yapılan tiroidektomi olarak adlandırılır. Subtotal tiroidektomi ise geride

2-4 gram kadar tiroid dokusunun bırakıldığı tip rezeksiyondur ancak kanser tedavisi için uygun bir prosedür değildir (2,3). Tiroid lobektomisi ve isthmusektomi tüm unilateral benign durumlar ve seçilmiş maligniteler için cerrahi teknik olarak kullanılabilir (4). Tamamlayıcı tiroidektomi ise; tek bir lobun çıkarılmasından sonra patolojik incelemesinde malignite gözlenmesi veya hastalığın nüks etmesi halinde rezidü dokunun tam olarak çıkarılarak total tiroidektomiye tamamlanmasıdır (5).

Uzun yıllardan beri tamamlayıcı tiroidektomi konusu tartışma yaratmıştır. Çeşitli uluslararası kılavuzlarda tamamlayıcı tiroidektominin endikasyon ve komplikasyonlarının, prognoz ve sonuç üzerindeki etkisine ilişkin farklı görüşler devam etmektedir.

Tedavi planlamasında cerrah ve hasta; tedavinin potansiyel fayda ve tedavi ile ilişkili olumsuzlukların kar-zarar durumunu iyi belirlemelidir. İyi diferansiye tiroid kanser tanılı hastalar için; total tiroidektominin, tiroid lobektomisine karşı potansiyel faydasını belirlemek zordur (6-8). Bu özellikle T1-2 N0 diferansiye tiroid

<sup>1</sup> Op. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, osubasi25@hotmail.com

Bazı cerrahlar ve endokrinologlar; tamamlayıcı tiroidektomi yerine kalan tiroid dokusunun radyoaktif iyot ablasyonunu savunmuşlardır. Ancak bu yaklaşım; tekrarlayan ve yüksek dozda  $I^{131}$  e ihtiyaç duyulması, paratiroid hasarı ve paratiroid adenomu gelişme riski, pulmoner fibrozis, tiroidit, kemik iliği supresyonu, gonadal hasar, lösemi ve genç hastalarda uzun dönemde skar gelişimi gibi çeşitli dezavantajlara sahiptir (23). Avantajı ise; hastayı sekonder bir girişimden ve olası morbiditelerinden kurtarmasıdır.

Artan kanıtlar radyoaktif iyodun, yüksek riskli vakalar için gerektiğini göstermektedir ve uluslararası kılavuzlar artık çoğu durumda adjuvan tedavinin dikkate alınması önerisinden uzaklaşmaktadır (24,25). Çünkü uzun vadeli sonuçlar üzerinde önemli bir etkisi yoktur (26).

Bu karmaşıklığa rağmen İngiliz Tiroid Derneği kılavuzları; diferansiye tiroid kanseri ile ilgili klinisyen bölümünde tamamlayıcı tiroidektomiden hiç bahsetmemektedir (9). Amerikan Tiroid Derneği kılavuzları ise; primer tedavi olarak lobektomiye karşı total tiroidektomiye seçerken, belirsiz tiroid nodülü olan hastalarda lobektominin ve ardından tamamlayıcı tiroidektominin artan etkisinin dikkate alınmasını önermektedir (26). Bu nedenle uluslararası kılavuzlar, yalnızca potansiyel onkolojik yönlere odaklanmayı seçerek ek tedaviyle ilişkili rahatsızlık ve morbidite olduğu gerçeğini ele almıyor gibi görünmektedir.

## SONUÇ

İyi diferansiye tiroid kanseri nispeten yüksek bir insidansa sahiptir ve uygun merkezlerde yaygın olarak tedavi edilen bir durumdur. İnce iğne aspirasyon biyopsisinde; belirsiz, yetersiz veya foliküler neoplazi olarak bildirilen benign tiroid nodüllerinin aşırı tedavisini önleyen daha konservatif bir yaklaşım tercih edilmektedir.

Tamamlayıcı tiroidektomi; kabul edilebilir ve güvenli bir yöntemdir. Ancak cerrahi kararı ol-

dukça karmaşıktır ve her cerrahın deneyimine, muhakemesine ve hastayı takip etmesi muhtemel olan endokrinoloğun dile getirdiği endişeye bağlıdır.

## KAYNAKLAR

1. Gradishar WJ, Anderson BO, Abraham J, et al. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. 2020; 18: 4.
2. Boger MS, Perrier ND. Advantages and disadvantages of surgical therapy and optimal extent of thyroidectomy for the treatment of hyperthyroidism. *Surg Clin North Am.* 2004; 84: 849-874.
3. Dackiw AP, Zeiger M. Extent of surgery for differentiated thyroid cancer. *Surg Clin North Am.* 2004; 84: 817-832.
4. Filho JG, Kowalski LP. Surgical complications after thyroid surgery performed in a cancer hospital. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005; 132(3): 490-494.
5. Lefevre JH, Tresallet C, Leenhardt L, et al. Reoperative surgery for thyroid disease. *Langenbecks Arch Surg.* 2007; 392: 685-691.
6. Nixon IJ, Ganly I, Patel SG, et al. Thyroid lobectomy for treatment of well differentiated intrathyroid malignancy. *Surgery.* 2012; 151(4): 571-579.
7. Craig WL, Smart L, Fielding S, et al. Long term outcomes of simple clinical risk stratification in management of differentiated thyroid cancer. *The Surgeon.* 2018; 16(5): 283-291.
8. Haigh PI, Urbach DR, Rotstein LE. AMES prognostic index and extent of thyroidectomy for well-differentiated thyroid cancer in the United States. *Surgery.* 2004; 136(3): 609-616.
9. Perros P, Boelaert K, Colley S, et al. Guidelines for the management of thyroid cancer. *Clin Endocrinol.* 2014; 81: 1-122.
10. Mitchell AL, Gandhi A, Scott-Coombes D, et al. Management of thyroid cancer: United Kingdom national multidisciplinary guidelines. *J Laryngol Otol.* 2016; 130(2): 150-160.
11. Lefevre JH, Tresallet C, Leenhardt L, et al. Reoperative surgery for thyroid disease. *Langenbecks Arch Surg.* 2007; 392: 685-691.
12. Adam MA, Pura J, Gu L, et al. Extent of surgery for papillary thyroid cancer is not associated with survival: an analysis of 61,775 patients. *Ann Surg.* 2014; 260(4): 601-607.

13. Pisello F, Geraci G, Sciumè C, et al. Prevention of complications in thyroid surgery recurrent laryngeal nerve injury personal experience on 313 cases. *Ann Ital Chir.* 2005; 76: 23–28.
14. Weiss A, Lee KC, Brumund KT, et al. Risk factors for hematoma after thyroidectomy: results from the nationwide inpatient sample. *Surgery.* 2014; 156(2): 399-404.
15. Reeve T, Thompson NW. Complications of thyroid surgery: how to avoid them, how to manage them, and observations on their possible effect on the whole patient. *World J Surg.* 2000; 24(8): 971-975.
16. Frank E, Park J, Simental A, et al. Six-year experience of outpatient total and completion thyroidectomy at a single academic institution. *Am Surg.* 2017; 83(4): 381-384.
17. Wang TS, Cheung K, Farrokhyar F, et al. A meta-analysis of the effect of prophylactic central compartment neck dissection on locoregional recurrence rates in patients with papillary thyroid cancer. *Ann Surg Oncol.* 2013; 20(11): 3477-3483.
18. Nicholson KJ, Teng CY, McCoy KL, et al. Completion thyroidectomy: A risky undertaking? *Am J Surg.* 2019; 218(4): 695-699.
19. Auguste LJ, Attie JN. Completion thyroidectomy for initially misdiagnosed thyroid cancer. *Otolaryngol Clin North Am.* 1990; 23: 429-439.
20. Kisaoglu A, Ozogul B, Akcay MN, et al. Completion thyroidectomy in differentiated thyroid cancer: when to perform? *Turk J Surg.* 2014; 30(1): 18-21.
21. Tan MP, Agarwal G, Reeve TS, et al. Impact of timing on completion thyroidectomy for thyroid cancer. *Br J Surg.* 2002; 89: 802-804.
22. Kepenekçi İ, Demirel S, Koçak S, et al. Timing of the reoperation in completion thyroidectomy. *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* 2009; 29: 1212-1216.
23. Bal CS, Kumar A, Pant GS. Radioiodine lobar ablation as an alternative to completion thyroidectomy in patients with differentiated thyroid cancer. *Nucl Med Commun.* 2003; 24: 203–208.
24. Mallick U, Harmer C, Hackshaw A, et al. Iodine or Not (IoN) for low-risk differentiated thyroid cancer: the next UK National Cancer Research Network randomised trial following HiLo. *Clin Oncol.* 2012; 24(3): 159-161.
25. Schlumberger M, Catargi B, Borget I, et al. Tu-meurs de la Thyroïde refractaires network for the essai stimulation ablation equivalence T. Strategies of radioiodine ablation in patients with low-risk thyroid cancer. *N Engl J Med.* 2012;366(18):1663-1673.
26. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al. 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): 1-133.