

16. Bölüm

Papiller Tiroid Kanseri ve Cerrahi Tedavisi

Dr. Talar VARTANOĞLU AKTOKMAKYAN¹

Tiroid maligniteleri insanlarda görülen tüm kanserlerin %1'ini oluşturmaktadır. Bunlardan en sık görüleni papiller kanser olup 45-50 yaş arasında görülme sıklığı artmaktadır.

Artan tanısal yöntemlerle papiller karsinomun insidansı her geçen yıl artmaktadır. Yaş, cinsiyet, tümör büyüklüğü, ekstra-tiroidal tutulum gibi faktörler prognozu belirlemektedir. Genellikle, prognozu iyi olan ve sağ kalım oranları yüksek olan papiller tiroid kanserlerinin etiyolojisinde çevresel, hormonal ve genetik etkilerin olduğu bilinmektedir. Güçlü aile hikayesi ve radyasyon maruziyet öyküsünün papiller kanser riskini arttırdığı bilinmektedir. Ultrasound, sintigrafi gibi gerekli radyolojik tetkiklerle görüntülenen tiroid dokusunda lüzum halinde yapılan İİAB ile tanı konulmaktadır. Mikroskopik ve makroskopik tipik görüntüsüyle papiller karsinom ayırt edilmektedir. Papiller karsinomun çeşitli varyasyonlarına göre farklılık gösterebileceği akılda tutulmalıdır. Güncel yaklaşımlara göre, gerçekleştirilecek cerrahi şekli lenf nodu tutulumuna göre farklılık arz etmektedir.

GİRİŞ

Tiroid maligniteleri insanlarda görülen tüm kanserlerin %1'ini oluşturmaktadır. Bu maligniteler içerisinde en sık görüleni papiller kanser olup 45-50 yaş arasında görülme sıklığı artmaktadır. Artan teknoloji ve tanısal yöntemlerle papiller karsinomun insidansı her geçen yıl artmaktadır. ABD' de her yıl 22.000 papiller kanser saptanmaktadır. (1)

En sık görülen tiroidin epitelyal kökenli tümörü olan papiller kanserde kadın erkek oranı 1/4'tür. Bu oransal fark 50 yaşın üstünde azalmaktadır. %90 üzerinde sağ kalım özellikle 45 yaşın altında oldukça yüksektir. Tiroid kanserlerinde yaş önemli bir prognostik faktördür. Papiller tiroid kanserleri ileri yaşlarda daha agresif seyretmektedir. Kadınlarda bu yaş 50 iken erkeklerde 40'tır. (2)

Yaşın yanı sıra cinsiyet de önemli bir faktördür. Kadınlarda nüks oranı daha düşükken daha uzun bir yaşam süresi seyrettiği gösterilmiştir. (3)

Tümörün büyüklüğü de prognozu belirleyen başka bir faktördür. 4 cm'den büyük tümörlerde prognozun daha kötü olduğu görülmektedir. (4)

Ekstratiroidal tutulumlarda nüks oranları %39 a kadar yükselmektedir ve kötü bir prognostik faktördür. (5)

Papiller tiroid kanserlerinin etiyolojisinde çevresel, hormonal ve genetik etkilerin olduğu bilinmektedir. Ayrıca papiller tiroid kanseri radyasyonla da yakından ilişkilidir. Çocukluk çağında maruz kalınan radyasyon ileri yaşlarda gelişecek tiroid malignitelerinden sorumludur. Örneğin; 1986 yılında gerçekleşen Çernobil faciasından sonra o bölgedeki çocuklarda tiroid kanser insidansının arttığı bildirilmiştir. (6) Papiller kanserde radyasyona bağlı meydana gelen DNA hasarı sonucu oluşan RET ve TRK mutasyonları görülmektedir. Bu onkogenlerin görülmediği vakalarda ise BRAF mutasyonları tespit edilmiştir.

¹ Dr., Sarıkamış Devlet Hastanesi, Kars talarim@gmail.com

olmakla birlikte ERT'nin en azından özellikle papiller histolojiye sahip olgularda, cerrahi ve RAI tedavisinin başarılı olmadığı durumlarda lokal kontrolü sağlamada katkı sağladığını söylemek mümkündür.

Papiller ve foliküler kanserler iyi diferansiye olsalar da prognostik faktörlere bağlı olarak agresifleşebilmektedirler. Papiller kanserde boyun metastazı sıkça bulunmaktadır ve boyun kitlesi ile klinik hale gelebilmektedir. Papiller tiroid kanserinde tanı esnasında boyunda gizli metastaz varlığı %20-90 arasındadır. (14) Papiller tiroid kanserinde santral ve lateral boyun kompartmanlarında yüksek oranda okült metastazlar tespit edildiği için bazı cerrahlar santral boyun diseksiyonunu elektif olarak her vakaya önermektedirler. (15)

Günümüzde papiller tiroid kanserinde santral kompartman lenf nodlarına yönelik farklı 2 cerrahi yaklaşım uygulanmaktadır. Selektif SLND (Santral Lenf Nodu Diseksiyonu), preoperatif (klinik ve/veya radyolojik) veya intraoperatif saptanan anormal lenf nodu varlığında yapılan Bölge 6 diseksiyon işlemidir. Selektif SLND'nun amacı, bölgesel hastalığın kontrolünün sağlanması, hastalıksız sağ kalımın artırılması ve oluşabilecek rekürrens varlığında tümörün çevre yapıları (trakea, özofagus, ana damarlar) bası/invazyonuna engel olmaktır. (16) Özellikle Batı ülkelerinde olmak üzere tüm dünyada çoğu cerrah, selektif SLND'nu tercih etmektedir. (17)

SONUÇ

Bilinen en iyi kanser türü olarak tanınan papiller karsinomun tanı ve cerrahisi önemlidir. Farklı varyasyonlarının bulunabileceği akılda tutularak cerrahi şekli hastaya göre şekillendirilmelidir.

KAYNAKÇA

1. Friedman M, Shimaoka K, Lopez CA, Shedd DP. Parathyroid adenoma diagnosed as papillary carcinoma of thyroid on needle aspiration smears. *Acta Cytol* 1983;27:337-40.
2. Cady B. Surgery of thyroid cancer. *World J Surg* 1981;5:3-14.
3. Cady B, Rossi R. An expanded view of risk-group definition in differentiated thyroid carcinoma. *Surgery* 1988;104:947-53.

4. Goldman ND, Coniglio JU, Falk SA. Thyroid cancers. I. Papillary, follicular, and Hürthle cell. *Otolaryngol Clin North Am* 1996;29:593-609.
5. Cady B, Sedgwick CE, Meissner WA, et al. Changing clinical pathologic, therapeutic, and survival patterns in differentiated thyroid carcinoma. *Ann Surg* 1976 184:541-53.
6. Williams D. Cancer after nuclear fallout. lessons from Chernobyl accident. *Nat Rev Cancer* 2002;2:543-9.
7. Harach HR, Escalante DA, Day ES. Thyroid cancer and thyroiditis in salta, Argentina: a 40-yr study in relation to iodine prophylaxis. *Endocr Pathol* 2002;13:175-81.
8. Takahashi MH, Thomas GA, Williams ED. Evidence for mutual interdependence of epithelium and stromal lymphoid cells in a subset of papillary carcinomas. *Br J Cancer* 1995;72:813-7.
9. Hemminki K, Li X. Familial risk of cancer by site and histopathology. *Int J Cancer* 2003;103:105-9.
10. Wu Y. Differentiated carcinoma of the thyroid in children and adolescent. *Ann Chir* 2001; 126:977-80.
11. Acar GÖ, Çam OH, Benign Tiroid Hastalıkları. *Tiroid ve Paratiroid Cerrahisi*, İstanbul, 2011;5:45-74.
12. Paterson IC, Greenlee R, Adams JD. Thyroid cancers in Wales 1985-1996: a cancer registry based study. *Clin Oncol* 1999;11:245-51.
13. Chow SM, Law SC, Mendenhall WM, et al. Papillary thyroid carcinoma: prognostic factors and the role of radioiodine and external radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2002;52:784-95.
14. Grebe SK, Hay ID. Thyroid cancer: nodal metastases: biologic significance and therapeutic considerations. *Surg Oncol Clin Am* 1996;18:559-68.
15. Wittekind C, Compton CC, Greene FL & Sobin LH. TNM residual tumor classification revisited. *Cancer* 2002;94:2511-6.
16. Tuttle RM, Loboef R, Martorella AJ. Papillary thyroid cancer: monitoring and therapy. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2007;36:753-78.
17. Sakorafas GH, Sampanis D, Safioleas M. Cervical lymph node dissection in papillary thyroid cancer: Current trends, persisting controversies, and unclarified uncertainties. *Surg Oncol* 2010;19:57-70.