

7. Bölüm

Tiroid Nodüllerinin Tanısal Yaklaşımı ve Tedavisi

Dr. Zeki ÖZSOY¹, Dr. Uğur ÖZSOY²

Tiroid nodüllerinin prevalansı ve insidansı son yıllarda muhtemelen tanısal görüntüleme artışı nedeniyle artmıştır. Tiroid nodülü saptanan hastalarda en önemli sorun nodülün malign (% 10) veya benign (% 90) olduğunun saptanmasıdır. Tiroid nodül yönetiminin temelini yüksek çözünürlüklü Ultrasonografi (USG), Tiroid stimülan hormon (TSH), ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) ve klinik bulgular oluşturur. Tiroid sintigrafisi bir nodülün fonksiyonel durumunu belirlemek için kullanılır.

GİRİŞ

Tiroid nodülü, tiroid bezinde çevredeki normal tiroid dokusundan radyolojik olarak farklı olan ayrı bir lezyondur (1). Rutin fizik muayene esnasında veya farklı bir amaçla yapılan radyolojik görüntüleme sırasında (Karotis ultrasonografi, baş boyun bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme ve pezitron emisyon sintigrafisi) saptanabilir. Sağlıklı kişilerde % 50-65 oranında tiroid nodülü saptanabilmektedir. Tiroid nodüllerinin prevalansı ve insidansı son yıllarda muhtemelen tanısal görüntüleme artışı nedeniyle artmıştır. Kadınlarda erkeklerden 4 kat daha yaygındır (2). Nodül görülme sıklığı yaşla birlikte artış göstermektedir ve çoğu zaman semptom vermez (3).

Tiroid nodülü saptanan hastalarda en önemli sorun nodülün malign (%10) veya benign (%90) olduğunun saptanmasıdır. Ele gelmeyen nodüller (insidentalomalar) aynı boyuttaki ele gelen nodül-

ler ile aynı malignite riskine sahiptir (4). Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) bireylerin yaklaşık %4'ünde soliter tiroid nodülü varken, tiroid kanseri görülme sıklığı bu vakaların sadece 1/1000'i kadardır (5). Çocuklar, 30 yaşından küçük yetişkinler, baş ve boyna radyasyon öyküsü olan hastalar ve ailede tiroid kanseri öyküsü olan hastalarda kanser prevalansı daha yüksektir (4).

Tiroid nodüllerine yaklaşımın esasını ultrasonografi (USG), tiroid sitümulan hormon (TSH) ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) ve klinik bulgular oluşturur. Bu nedenle tiroid nodülü saptanan tüm hastalarda;

- Hikaye ve fizik muayene
- Serum TSH ölçülmesi
- Nodülerliğin varlığını doğrulamak, sonografik özellikleri değerlendirmek ve ek nodül ve lenfadenopati varlığını değerlendirmek için USG dikkatli şekilde planlanmalıdır.

¹ Dr., Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı zekiserkanozsoy@hotmail.com

² Dr., Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

görmek için moleküler testlerin kullanılabilir. Moleküler test yapılamadığı durumlarda cerrahinin tercih edilmesi gereken seçenektir.

Malignite şüphesi (Bethesda V): Bu kategori papiller tiroid kanserini düşündüren ancak kesin olmayan bazı özelliklere sahip lezyonları içerir. Tipik olarak, bu kategorideki nodüller, papiller benzeri nükleer özelliklere sahip % 50-75 malignite veya noninvaziv foliküler tiroid neoplazmi riskine sahiptir (NIFTP, daha önce papiller tiroid kanserinin noninvaziv foliküler varyantı olarak adlandırılırdı, ancak daha sonra benign bir varyant olarak yeniden sınıflandırıldı). Bu tür hastalar ameliyat edilmelidir. Bu kategori için moleküler markırlar kullanılmamalıdır; bununla birlikte, lobektomi ile total tiroidektomi arasındaki seçim belirsiz olduğunda mutasyon analizi sonuçları bu açıdan yönlendirici olabilir.

Malign (Bethesda VI): Malign kategoride papiller kanser, MTC, tiroid lenfoma, anaplastik kanser ve tiroide metastatik kanser bulunur. Malignite tanısı sitolojisi olan hastalar ameliyat edilmelidir. Tiroidle sınırlı, servikal lenf nodları veya yüksek dereceli özellikleri olmayan biyopsi ile kanıtlanmış papiller mikrokarsinom için yakın takip, özellikle cerrahi komorbid ve riski yüksek olan hastalar için cerrahiye bir alternatiftir (16).

OTONOM NODÜLLER

Otonom nodülü olan hastaların optimal tedavisi tartışmalıdır. Nodülün hipertiroidizme neden olduğu hastalar, antitiroid ilaç tedavisi döneminden sonra radyoiodot veya cerrahi ile tedavi edilmelidir. Subklinik hipertiroidizmi olan hastalar (düşük serum TSH ve normal serum T4 değerleri) zor bir problem sunmaktadır. Subklinik hipertiroidizm, 60 ila 65 yaş üstü hastalarda aritriyal fibrilasyon ve postmenopozal kadınlarda kemik mineral yoğunluğunda azalma riski ile ilişkilidir.

KİSTİK TİROİD NODÜLLERİ

Tanısal olmayan sitolojisi olan küçük kistik nodülü olan birçok hasta, nodülün iyi huylu olduğu varsayımıyla takip edilebilir. Bununla birlikte, bazı hastalarda, tekrarlayan kanama veya kist reformasyonu, rahatsızlık, endişe veya nadiren obstrüktif semptomların kaynağı olabilir.

ABLASYON TEKNİKLERİ

İyi huylu ve kistik tiroid nodülleri, ultrason eşliğinde etanol veya sklerozan madde enjeksiyonu ve ultrasonla yönlendirilmiş fiziksel enerji ile tedavi edilebilir. Bu yaklaşımlar, sıklıkla rastlanan proseedürden sonra uzun süreli ağrı şikayeti gibi potansiyel komplikasyonlar nedeniyle ABD'de yaygın kabul görmemiştir.

CERRAHİ TEDAVİ SEÇENEKLERİ

Şüpheli USG bulguları, nefes darlığı şeklinde baskı bulgularına neden olan dev guatr olması, sürekli büyüyen nodül, radyasyon maruziyeti olan bireyde multinodüler guatr varlığı veya kozmetik nedenler cerrahi endikasyonlarıdır. Multinodüler guatrda total tiroidektomi yapılmalı, tek nodül varlığında ise lobektomi ve istmusektomi tercih edilmelidir. Dev semptomatik guatr varlığında özellikle yüksek cerrahi risk söz konusu ise tirotoksikoz olmasa bile radyoaktif iyot (RAİ) tedavi seçeneği olarak düşünülebilir(20).

KAYNAKLAR

1. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, 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):1-133.
2. Tunbridge WM, Evered DC, Hall R, Appleton D, Brewis M, Clark F, et al. The spectrum of thyroid disease in a community: the Whickham survey. *Clin Endocrinol* 1977; 7: 481-93.
3. Gharib H, Papini E, Garber JR, Duick DS, Harrell RM, Hegedüs L, et al. AACE/ACE/AME Task Force on Thyroid Nodules. American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and Associazione Medici Endocrinologi Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules--2016 update. *Endocr Pract*. 2016;22(5):622-39
4. Steele SR, Martin MJ, Mullenix PS, Azarow KS, Andersen CA. The significance of incidental thyroid abnormalities identified during carotid duplex ultrasonography. *Arch Surg* 2005; 140:981.
5. Burinardi FC. Schwartz's principles of surgery. In: Lal G, Clark HO. *Thyroid, parathyroid, adrenal*. Mc Graw Hill Company, Tenth Edition, Newyork 2016: p. 1521-1574.
6. Thomas WEG. Neoplasm's of thyroid gland (including the solitary nodule). *Surg Int* 2004; 64: 296-300.

7. Haymart MR, Repplinger DJ, Levenson GE, Elson DF, Sippel RS, Jaume JC, et al. Higher serum thyroid stimulating hormone level in thyroid nodule patients is associated with greater risks of differentiated thyroid cancer and advanced tumor stage. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93:809.
8. M Sand, M Gelos, D Sand, FG Bechara, G Bonhag, E Welsing, et al. Serum calcitonin negative medullary thyroid carcinoma. *World Journal of Surgical Oncology* 2006; 4: 97-101.
9. Borget I, De Povourville G, Schlumberger M. Editorial: Calcitonin determination in patients with nodular thyroid disease. *J Clin Endocrinol Metab* 2007; 92:425.
10. Marqusee E, Benson CB, Frates MC, Peter M. Doubile PM, Larsen PR, Cibas ES, et al. Usefulness of ultrasonography in the management of nodular thyroid disease. *Ann Intern Med* 2000; 133:696.
11. Papini E, Guglielmi R, Bianchini A, Crescenzi A, Tacogna S, Nardi F, et al. Risk of malignancy in nonpalpable thyroid nodules: predictive value of ultrasound and color-Doppler features. *J Clin Endocrinol Metab* 2002; 87:1941.
12. Kwak JY, Han KH, Yoon JH, Moon HJ, Son EJ, Park SH, et al. Thyroid imaging reporting and data system for US features of nodules: a step in establishing better stratification of cancer risk. *Radiology* 2011; 260: 892-9.
13. Henrichsen TL, Reading CC, Charboneau JW, Donovan DJ, Sebo TJ, Hay ID. Cystic change in thyroid carcinoma: prevalence and estimated volume in 360 carcinomas. *J Clin Ultrasound* 2010; 38: 361-6.
14. Taylor A, Schuster DM, Alazraki N (eds). *The Thyroid. In: A Clinician's Guide to Nuclear Medicine*. 1st ed. Reston: Society of Nuclear Medicine, Inc 2000;181-198
15. Mc Cartney CR, Stukenborg GJ. Decision analysis of discordant thyroid nodule biopsy guideline criteria. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93:3037.
16. Brito JP, Ito Y, Miyauchi A, Tuttle RM. A Clinical Framework to Facilitate Risk Stratification When Considering an Active Surveillance Alternative to Immediate Biopsy and Surgery in Papillary Microcarcinoma. *Thyroid* 2016; 26:144.
17. Nam-Goong IS, Kim HY, Gong G, Lee HK, Hong SJ, Kim WB, et al. Ultrasonography-guided fine-needle aspiration of thyroid incidentaloma: correlation with pathological findings. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2004; 60:21.
18. Layfield LJ, Abrams J, Cochand-Priollet B, Evans D, Gharib H, Greenspan F, et al. Post-thyroid FNA testing and treatment options: a synopsis of the National Cancer Institute Thyroid Fine Needle Aspiration State of the Science Conference. *Diagn Cytopathol* 2008; 36: 442-8
19. Durante C, Costante G, Lucisano G, Bruno R, Meringolo D, Paciaroni A, et al. The natural history of benign thyroid nodules. *JAMA* 2015; 313:926
20. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Kloos RT, Lee SL, Mandel SJ, et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 2009;19:1167.