



## TİROİD PAPİLLER KARSİNOMU

Mustafa YENİ<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Tiroid kanserleri tüm kanserler içinde yaklaşık %1 oranında görülmektedir. Tiroid kanserleri son yıllarda özellikle kadınlarda artış göstermekte olup, tüm maligniteler içinde sıklığı kadınlarda %2, erkeklerde %0,5'tir (1-3). Dünya genelinde GLOBOCAN 2018 verilerine göre tiroid kanserinin kadın cinsiyette en fazla görülen 5. kanser olduğu, Türkiye verilerinde ise tiroid kanserleri tüm kanserlerin arasında %6,2 görülme oranı ile cinsiyetten bağımsız olarak en sık görülen 5. kanser olarak sunulmaktadır. Tiroid kanserlerinin ortalama insidansı 100.000 de 14,3 iken, kadınlarda görülme oranı 22,4, erkeklerde 5,7'dir. Bu veriler ışığında tiroid kanserleri kadınlarda görülen tüm kanserlerin %11,5'ini oluşturmakta ve sıklık olarak tüm kanserler arasında meme kanserlerinden sonra 2. sırada yer almaktadır (4). Otopsi serilerinde tiroid kanseri görülme oranı ise %0,1-2,5 arasındadır. Diğer kanserlerle karşılaştırıldığında en iyi kür, uzun yaşam oranı ve genellikle iyi diferansiye histolojik özellikler gösteren kanserler olarak bilinmektedir (5).

Tiroid kanserleri tiroid dokusunun epitelyal ve non-epitelyal kısımlarından gelişir. Tiroid folikül epiteliinden kaynaklanan papiller karsinomlar, foliküler ve anaplastik kanserleri ile beraber Diferansiye Tiroid Kanserleri ana grubu olarak sınıflandırılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2004 yılında kabul ettiği Tiroid Tümörleri sınıflaması **Tablo 1**'de verilmektedir. Tiroidin diğer kanserleri ise medüller kanser, tiroidin primer lenfoması, tiroid sarkomu ve diğer organlardan tiroide metastaz yapan kanserlerdir. Tiroide en sık meme kanseri, kolon kanseri, böbrek kanseri ve melanomun metastaz yaptığı görülmektedir.

Papiller tiroid kanseri (PTK) tiroid kanserleri içerisinde en sık görülen tip olup, tüm tiroid kanserlerinin yaklaşık %80'nini oluşturmaktadır (1, 2, 5-7). Dün-

<sup>1</sup> Doç. Dr., Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, mustafayeni31@hotmail.com

**İndetermine Cevap**

Benign veya malign olarak sınıflanamayan ve spesifik olmayan biyokimyasal ya da yapısal bulguların olması. Yapısal hastalık bulgusu olmamakla birlikte, stabil veya azalan anti-Tg antikör düzeyleri olan hastalar bu gruba girerler.

Fonksiyonel ya da kesitsel görüntüleme tetkiklerinde spesifik olmayan bulgular (1cm'den küçük avasküler tiroid yatağı nodülleri, atipik görünümlü biyopsi yapılmamış servikal lenf nodları)

TVT'de tiroid yatağında zayıf tutulum

Bazal Tg ölçülebilir ama <1 ng/

Stimüle Tg ölçülebilir ama <10 ng/mL veya

Yapısal ya da fonksiyonel hastalık yokluğunda stabil veya azalan anti-Tg antikörleri

**KAYNAKLAR**

1. BurinCARDI F Charles et al. Schwartz's principals of surgery. In: Lal G, Clark HO. Thyroid, parathyroid, adrenal. McGraw Hill Company, Ninth Edition, Newyork 2010:1343-1408.
2. Townsend MC et al. Sabiston Textbook of Surgery. In:Hanks BJ. Thyroid. Saunders Elsevier, 17th edition, Philadelphia 2004:947-999.
3. Braverman EL, Utiger DR. The thyroid a fundamental and clinical text. In: Schneider BA, Ron E. Carcinoma of follicular epithelium. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2005:889-905.
4. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL., Torre LA and Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018; 68:394-424. DOI: 10.3322/caac.21492
5. Jameson JL, De Groot JL. Endocrinology adult and pediatric. In: Pacini F, Marchisotta S, De Groot JL. Thyroid neoplasia. Saunders Elsevier, 6th edition, Philadelphia 2010:1668-1701.
6. Schlumberger MJ. Papillary and follicular thyroid carcinoma. *N Engl J Med*. 1998;338:297-306. DOI: 10.1056/NEJM199801293380506
7. Guerrero AM, Clark HO. Controversies in the management of papillary thyroid cancer revisited. *ISRN Oncol*. 2011;2011:303128. DOI: 10.5402/2011/303128
8. Kronenberg MH et al. Williams textbook of endocrinology. In: Schlumberger JM, Filetti S, Hay DL. Nontoxic diffuse and nodular goiter and thyroid neoplasia. Saunders Elsevier, 11th edition, Philadelphia 2008:411-442.
9. Liu S, Semenciw R, Ugnat AM, Mao Y. Increasing thyroid cancer incidence in Canada, 1970-1996; time trends and age period-cohort effects. *Br J of Cancer* 2001;85:1335-1339. DOI: 10.1054/bjoc.2001.2061
10. Haselkorn T, Bernstein L, Preston MS, Cozen W, Mack WJ. Descriptive epidemiology of thyroid cancer in Los Angels County, 1972-1995. *Cancer Causes and Control*. 2000;11:163-170. DOI: 10.1023/A:1008932123830
11. Ron E, Lubin JH, Shore RE et al. Thyroid cancer after exposure to external radiation: a pooled analysis of seven studies. *Radiat Res* 1995;141:251-77. DOI: 10.2307/3579003 PMID:7871153
12. Schneider AB, Sarne DH. Long term risks for thyroid cancer and other neoplasms after exposure to radiation. *Nat Clin Pract Endocrinol Metab*. 2005;2:82-91. DOI: 10.1038/ncpendmet0022

13. Morris LE, Ragavendra N, Yeh MW. Evidencebased assessment of the role of ultrasonography in the management of benign thyroid nodules. *World J Surg.* 2008;32:1253-1263. DOI: 10.1007/s00268-008-9494-z
14. Malloy MK, Cunnane FM. Pathology and cytologic features of thyroid neoplasms. *Surg Oncol Clin N Am.* 2008;17:57-70. DOI: 10.1016/j.soc.2007.10.012
15. Rahman A G. Extend of surgery for differentiated thyroid cancer: Recommended guideline. *Oman Med.* 2011;1:56-58. DOI: 10.5001/omj.2011.15
16. Tuttle M, Ross SD, Mulder EJ. Overview of the management of differentiated thyroid cancer. 2012. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com) (Erişim Tarihi: 10/12/2022)
17. Gosnell JE, Clark HO. Surgical approaches to thyroid tumors. *Endocrinol Metab Clin N Am.* 2008;37:437-455. DOI: 10.1016/j.ecl.2008.02.002