

13.2. Tiroid Kanseri

Çağrı BÜYÜKKASAP¹

Tiroid kanseri, tiroid parankim hücrelerinin malignitesidir. Tiroid Kanseri, tüm malignitelerin %1-4'ünü oluşturur. Tiroid kanseri insidansı kadınlarda erkeklere göre üç kat daha fazladır ve üç ile dördüncü dekatlarda zirve yapar.

Tiroid kanseri küresel anlamda insidansında her iki cinsiyette, tüm ırklarda istikrarlı bir artış (özellikle PTK son otuz yılda %240 arttı) gözlenmiştir. Bunun tanısal görüntüleme yöntemlerinin daha yaygın kullanılabilir olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Tiroid parankimi iki ana hücre tipinden oluşur;

- ▶ Tiroid follikül hücreleri (Diferansiye tiroid kanserine (DTK) yol açar)
- ▶ Parafoliküler hücreler veya C hücreleri (Medüller tiroid kanserine (MTK) yol açar)

Tiroid kanserleri tipleri:

- ▶ Papiller karsinomlar (PTK) (%80)
- ▶ Folliküler karsinomlar (FTK) (%10)
- ▶ Medüller tiroid karsinomları (%5-10)
- ▶ Hurthle hücreli karsinom (%2-3) ise sıklıkla folliküler karsinomun bir varyantı olarak kabul edilen nadir bir tiroid malignitesidir. Kadınlarda erkeklerden daha sık görülürler

ve tipik olarak yaşamın beşinci on yılında ortaya çıkarlar. Klinik prezentasyonu diğer tiroid malignitelerinkine benzer.

- ▶ Anaplastik karsinomlar (%1-2)
- ▶ Primer tiroid lenfomaları (nadir)
- ▶ Primer tiroid sarkomları (nadir).

Tiroid lenfomalarının intratiroidal lenfoid dokudan; sarkomların ise muhtemelen tiroid bezindeki bağ dokusundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Radyasyona (Ör. Chernobil nükleer santrali patlaması sonrası) maruz kalma, tiroid maligniteleri içinde özellikle papiller tiroid karsinomu riskini önemli ölçüde artırır. Görüntüleme çalışmalarından kaynaklanan düşük doz radyasyon maruziyetinin tümörojenik bir etkiye sahip olduğu bulunmamıştır. Benzer şekilde tiroid bezini hedefleyen radyasyon (örneğin, tiroidin iyot-131 ablasyonu) veya yüksek doz radyasyon tedavisi papiller tiroid karsinomu riskini artırıyor gibi görünmemektedir.

Düşük iyot alımı, genel olarak tiroid kanseri insidansını artırmaz. Bununla birlikte, iyot alımı düşük olan popülasyonlarda yüksek oranda foliküler ve anaplastik karsinom görülür.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD., cagribk@gmail.com

- ▶ Cerrahi sonrası radyoyodin ablasyonu (RAI ablasyonu) ve **tiroid** hormonu ile bas-kılama tedavisi endike olduğu durumlarda uygulanmaktadır. Sistemik radyasyon ve kemoterapi, geleneksel yöntemlere dirençli ileri vakalarda kullanılabilmelerine rağmen, tedavide nadiren önemli bir rol oynarlar.

MTK tedavisinin temel dayanağı lokal ve bölgesel metastazların rezeksiyonu ile total tiroidektomiyi içeren cerrahi tedavidir:

- ▶ Histolojik olarak kanıtlanmış MTK'si olan ve ultrasonda preoperatif servikal lenf nodu metastazı kanıtı olmayan hastaların çoğunda, total tiroidektomi sırasında profilaktik santral lenf nodu diseksiyonu yapılmalıdır.
- ▶ Lateral zon lenf nodu metastazı olan hastalara lateral kompartman diseksiyonu, santral boyun diseksiyonu ve total tiroidektomi yapılmalıdır.
- ▶ Serum kalsitonin, karsinoembriyonik anti-jen ve birlikte var olan hiperparatiroidizm ve feokromositoma için biyokimyasal testler yapılmalıdır.

Hastalar seri kalsitonin seviyeleri, boyun ultrasonografisi ve fizik muayene ile uzun süreli izlenmelidir. MTK folliküler orijinli olmadığı için not edilmelidir. Dirençli MTK için kinaz inhibitörleri ile sistemik kemoterapinin faydalı olduğu gösterilmiştir. RET mutasyonu olan hastalarda RET'e özgü kinaz inhibitörleri tercih edilirken, RET mutasyonu negatif olan hastalarda kinaz inhibitörleri tercih edilen ilaçlardır.

Anaplastik tiroid kanseri teşhisi konan hastalarda hastalığın ilerlemesi hızlıdır ve çoğu hasta tüm tedavi çabalarına rağmen 1 yıl içinde lokal hava yolu obstrüksiyonu veya pulmoner metastaz komplikasyonları nedeniyle ölmektedir. Hızlı ilerleyen seyri nedeniyle hastalarda ilk tanıda bile uzak metastazlar yaygındır ve trakea veya damar sistemine lokal invazyon meydana gelebilir ve bu da onu rezeke edilemez hale getirebilir. Bu kanserler için %100'e yakın mortalite yaklaşımı ve bu tür yüksek riskli hastalarda palyasyon

için konservatif cerrahi yaklaşım düşünülebilir.

Hurthle hücreli karsinomlar agresif davranır. Bu lezyonlara sahip hastalar, tekrarlayan ve metastatik hastalık için yüksek risk altındadır. Bu tümörler çoğunlukla radyoaktif iyot tutmazlar, bu nedenle papiller ve folliküler karsinomların sahip olduğu tanısız ve terapötik faydaları ortadan kaldırır. Çoğu cerrah, bu tümörleri tedavi etmek için agresif bir yaklaşımı savunur.

AYIRICI TANI

- ▶ İyi huylu tiroid nodülü
- ▶ Toksik nodüler guatr
- ▶ Primer tiroid lenfoması
- ▶ Servikal lenfadenopati

PROGNOZ

Tiroid kanserinin prognozu, tipine, tümör boyutuna, metastazın yaygınlığına, hastanın yaşına ve rezeksiyona uygunluğuna bağlı olarak büyük ölçüde değişir. Genel olarak, prognoz iyidir, tüm yaş ve ırklardaki hastalar için 5 yıllık sağkalım oranı %95'e kadardır, kötü prognostik faktörlerin büyük tümör boyutu, ekstra tiroidal uzantıların veya metastazların varlığı, ileri yaş, veya farklılaşmamış kanser gibi olumsuz tümör türleri.

KAYNAKLAR

1. American Cancer Society. Key Statistics for Thyroid Cancer. ACS. Available at <https://www.cancer.org/cancer/thyroid-cancer/about/key-statistics.html>. Revised January 12, 2021; Accessed: August 12, 2021.
2. Fagin JA. How thyroid tumors start and why it matters: kinase mutants as targets for solid cancer pharmacotherapy. *J Endocrinol.* 2004 Nov;183(2):249-56.
3. Olson E, Wintheiser G, Wolfe KM, Droessler J, Silberstein PT. Epidemiology of Thyroid Cancer: A Review of the National Cancer Database, 2000-2013. *Cureus.* 2019 Feb 24. 11 (2):e4127
4. Haugen, B.R., 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): p. 1-133.