

# 12. BÖLÜM

## TİROİD KANSERLERİNİN POSTOPERATİF ENDOKRİNOLOJİK TAKİBİ

Elif Tutku DURMUŞ<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Tiroid kanserleri en sık görülen endokrin kanserlerdir ve insidansı radyasyon, çevresel, genetik faktörler gibi birçok sebepten her geçen yıl artmaktadır. Tiroid kanserlerinde tanı aşamasında olduğu kadar postoperatif süreçte de düzenli endokrinolojik takiplerinin yapılması hastalığın seyrini belirlemede büyük önem taşır.

Tiroid kanseri tanısı alarak total tiroidektomi (TTx) yapılan tüm hastalar endokrinolojik açıdan ilk olarak cerrahiye bağlı olası metabolik komplikasyonlar (hipoparatiroidi, hipokalsemi) açısından değerlendirilmelidir. Geçici hipoparatiroidizm postoperatif hastaların yaklaşık %10'unda görülebilenken, kalıcı hipoparatiroidizm %1'den daha az sıklıkta görülmektedir (1). Tiroid kanseri nedeniyle opere edilen hastaların çoğu hormon üretiminin yerini almak ve hastayı ötiroid seviyede tutabilmek amacıyla postoperatif tiroid hormon (LT4= levotiroksin) tedavisine ihtiyaç duyarlar. Lobektomi yapılan düşük riskli hastalarda ise genellikle LT4 tedavisi postoperatif hemen başlanmaz ve postoperatif dört-altı hafta sonra serum TSH (tiroid stimulan hormon) düzeyi değerlendirilerek LT4 ihtiyacı belirlenir (2).

Cerrahi rezeksiyon sonrası tiroid spesmeninin deneyimli endokrin patologlar tarafından değerlendirilmesiyle konulan tanı ve sonrasında sınıflama ve evrelemeye bağlı olarak postoperatif takip ve tedavi şekillenmeye başlar. Bu kitap

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği  
tutkueser@yahoo.com

## SONUÇ

Tiroid kanseri tanısı alan hastalar, hastalık seyrine bağlı olarak tanı, tedavi ve takip aşamalarında endokrinoloji, radyoloji, cerrahi, patoloji, nükleer tıp, tıbbi onkoloji ve radyasyon onkolojisi alanlarında uzman hekimler tarafından değerlendirilmektedir. Tüm bu bölümleri içeren bir ekiple multidisipliner bir yaklaşımla hastalar için, literatürde önerilen evreleme, sınıflama ve algoritmaların yanısıra, bireysel özellikleri de göz önüne alarak hastaya spesifik, hastanın tedaviye verdiği yanıtın düzenli ve sürekli takibiyle dinamik bir takip süreci oluşturulmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Brandi ML, Bilezikian JP, Shoback D, et al. Management of hypoparathyroidism: summary statement and guidelines. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2016;101(6):2273-83.
2. Lee DY, Seok J, Jeong W-J, et al. Prediction of thyroid hormone supplementation after thyroid lobectomy. *Journal of Surgical Research*. 2015;193(1):273-8.
3. Shlomo Melmed RJA, Allison B. Goldfine, Ronald J. Koenig, Clifford J. Rosen, editor. *Williams Textbook of Endocrinology (14th Edition)*. Philadelphia, 2020.
4. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, 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.
5. Pacini F, Schlumberger M, Dralle H, et al. European consensus for the management of patients with differentiated thyroid carcinoma of the follicular epithelium. *European Journal of Endocrinology*. 2006;154(6):787-803.
6. Amin MB, Edge SB, Greene FL, et al. *AJCC Cancer Staging Manual 8 th Edition*. Springer; 2017.
7. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Tiroid Çalışma Grubu. *Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu*. Ankara, 2020.
8. Schlumberger M, Lacroix L, Russo D, et al. Defects in iodide metabolism in thyroid cancer and implications for the follow-up and treatment of patients. *Nature Clinical Practice Endocrinology & Metabolism*. 2007;3(3):260-9.
9. Eustatia-Rutten C, Smit J, Romijn J, et al. Diagnostic value of serum thyroglobulin measurements in the follow-up of differentiated thyroid carcinoma, a structured meta-analysis. *Clinical Endocrinology*. 2004;61(1):61-74.
10. Jameson JL, editor. *Harrison's Endocrinology, Second Edition*. New York, 2010.
11. Schvartz C, Bonnetain F, Dabakuyo S, et al. Impact on overall survival of radioactive iodine in low-risk differentiated thyroid cancer patients. *The Journal of Clinical Endocrinology*. 2012;97(5):1526-35.

12. Pacini F, Capezzone M, Elisei R, et al. Diagnostic 131-iodine whole-body scan may be avoided in thyroid cancer patients who have undetectable stimulated serum Tg levels after initial treatment. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2002;87(4):1499-501.
13. Biondi B, Wartofsky L. Treatment with thyroid hormone. *Endocrine Reviews*. 2014;35(3):433-512.
14. Şazi İmamoğlu, Canan Özyardımcı Ersoy, editor. *Geçmişten Geleceğe Endokrinoloji*. Ankara, 2019.
15. Spencer C, Fatemi S. Thyroglobulin antibody (TgAb) methods—strengths, pitfalls and clinical utility for monitoring TgAb-positive patients with differentiated thyroid cancer. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2013;27(5):701-12.
16. Durante C, Montesano T, Torlontano M, et al. Papillary thyroid cancer: time course of recurrences during postsurgery surveillance. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2013;98(2):636-42.
17. Yang SP, Bach AM, Tuttle RM, et al. Serial neck ultrasound is more likely to identify false-positive abnormalities than clinically significant disease in low-risk papillary thyroid cancer patients. *Endocrine Practice*. 2015;21(12):1372-9.
18. Tuttle RM, Tala H, Shah J, et al. Estimating risk of recurrence in differentiated thyroid cancer after total thyroidectomy and radioactive iodine remnant ablation: using response to therapy variables to modify the initial risk estimates predicted by the new American Thyroid Association staging system. *Thyroid*. 2010;20(12):1341-9.
19. Vaisman F, Tala H, Grewal R, et al. In differentiated thyroid cancer, an incomplete structural response to therapy is associated with significantly worse clinical outcomes than only an incomplete thyroglobulin response. *Thyroid*. 2011;21(12):1317-22.
20. Momesso DP, Vaisman F, Yang SP, et al. Dynamic risk stratification in patients with differentiated thyroid cancer treated without radioactive iodine. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2016;101(7):2692-700.
21. Park S, Kim WG, Song E, et al. Dynamic risk stratification for predicting recurrence in patients with differentiated thyroid cancer treated without radioactive iodine remnant ablation therapy. *Thyroid*. 2017;27(4):524-30.
22. Castagna MG, Maino F, Cipri C, et al. Delayed risk stratification, to include the response to initial treatment (surgery and radioiodine ablation), has better outcome predictivity in differentiated thyroid cancer patients. *European Journal of Endocrinology*. 2011;165(3):441.
23. Peiling Yang S, Bach AM, Tuttle RM, et al. Frequent screening with serial neck ultrasound is more likely to identify false-positive abnormalities than clinically significant disease in the surveillance of intermediate risk papillary thyroid cancer patients without suspicious findings on follow-up ultrasound evaluation. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2015;100(4):1561-7.
24. Wells Jr SA, Asa SL, Dralle H, et al. Revised American Thyroid Association guidelines for the management of medullary thyroid carcinoma: the American Thyroid Association Guidelines Task Force on medullary thyroid carcinoma. *Thyroid*. 2015;25(6):567-610.

25. Adam MA, Thomas S, Roman SA, et al. Rethinking the current American Joint Committee on Cancer TNM staging system for medullary thyroid cancer. *JAMA Surgery*. 2017;152(9):869-76.
26. Barbet J, Campion Lc, Kraeber-Bodéré F, et al. Prognostic impact of serum calcitonin and carcinoembryonic antigen doubling-times in patients with medullary thyroid carcinoma. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2005;90(11):6077-84.
27. Bible KC, Kebebew E, Brierley J, et al. 2021 American Thyroid Association Guidelines for Management of Patients with Anaplastic Thyroid Cancer: American Thyroid Association Anaplastic Thyroid Cancer Guidelines Task Force. *Thyroid*. 2021;31(3):337-86.