

# TİROİD NODÜLÜ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

## 23. BÖLÜM

Gülhan DUMAN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Ultrasonografik görüntüleme ya da diğer tekniklerle tiroid parankiminden net olarak ayırt edilebilen lezyonlara tiroid nodülü adı verilir. İyot eksikliği olan bölgelerde ve kadınlarda daha yaygındır.

Nodüller başka nedenlerle kliniğe başvuran hastalarda ortaya çıkan çoğunlukla asemptomatik olan lezyonlardır. İyot yeterli olan bölgelerde prevalansı % 5 iken, yüksek çözünürlüklü ultrasonografi (USG) ile bu oran %68'lere yükselmektedir. Tiroid nodüllerinin malignensi riski yaklaşık %10'dur<sup>1</sup>.

Tiroid nodülü için başvuran bir hastada yapılacak olan her hastada olduğu gibi iyi bir öykü almak ve fizik muayene yapmaktır. Öyküde dikkat edilmesi gereken en önemli konular ve malignensi ile ilişkili durumlar; erkek cinsiyet, yaşın <14 ve >70 olması, baş boyun bölgesine radyasyon alma öyküsü (çocukluk ya da adölesan dönemde), ailede tiroid kanseri ya da tiroid kanseri olan herediter hastalıkların bulunması (medüller tiroid kanseri 2 ya da familial polipozis koli, Cowden, Carney kompleksi ve Gardner sendromu gibi), hızlı büyüyen kitle ve horlama öyküsüdür<sup>1,2</sup>.

Genellikle asemptomatik olmalarına karşın; bazı hastalarda boyunda ele gelen kitle, boğulma hissi, ses kısıklığı, öksürük, yutma güçlüğü ve bazen de ağrı tarifleyebilirler<sup>3</sup>.

### VAKA SUNUMU

45 yaşında Sivas'ta yaşayan kadın hasta, boyununun sağ tarafında 3 ay önceden eline gelen kitle nedeni ile endokrinoloji polklineğine başvurdu. Hastada boyun ağrısı ya da tiroid disfonksiyonu düşündürecek bulgusu yoktu. Hastanın fizik muayenesinde tiroid sağ alt polde 2,5-3 cm büyüklüğünde soliter, ağrısız, mobil nodül palpe edildi. Lenfadenopati saptanmadı. Hastanın boyuna radyasyon öyküsü ya da ailesinde tiroid kanseri öyküsü yoktu. Yapılan ultrasonografide hastanın tiroid sağ alt polünde 3 cm düzgün sınırlı, izohipoekoik, periferik dopler vasküler aktivitesi gösteren nodül ile beraber istmusta 1 cm hiperekoik, periferik dopler vasküler aktiviteli nodül ve sol lob alt pol posteriorda 2 cm saf kistik, dopler vasküler aktivitesi olmayan nodüller izlendi. Hastaya yapılacak ek tetkikler ne olmalıdır? Bu nodülün biyopsi sonucu önemi belirsiz atipi (AUS) olarak rapor edildiye hasta nasıl yönlendirilmelidir?

<sup>1</sup> Dr. Öğrt. Üyesi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları, gulcavlak@hotmail.com

nodül benign olarak kabul edildiği için bu nodüllerden biyopsi yapılmadı.

Biyopsi yapılan 3 cm'lik nodül Bethesda kategori 3 (AUS/FLUS) olarak raporlanmıştı. Bu sonuç hastayla tartışılarak sonraki müdahale planlanabilir. Hastada bası semptomları yoksa 3 ay sonra FNAB tekrarı yapılmalıdır. FNAB benign gelirse USG ile takibe devam edilebilir. Sonuç tekrar AUS ya da 4,5 ya da 6. kategorileri olarak raporlınırsa hastaya total tiroidektomi uygulanmalıdır. Hastanın soliter bir nodülü olsaydı lobektomi+istektomi de düşünülebilir bu şekilde postoperatif takibe alınabilir. Ayrıca, moleküler veya genetik test yapma imkanı var ise yapılabilir ve bu sonuçlarla da cerrahi ya da takip kararı yönünde hareket edilebilir.

## SONUÇ

Tiroid nodülleri toplumda yaygındır. Tiroid nodülü saptanan hastada yapılması gereken ilk tetkikler TSH ve USG'dir. Ancak USG, tiroid nodül tarama tetkiki olarak kullanılmamalıdır. Ailede tiroid kanser öyküsü, MEN gibi sendromik hastalıklar, boyuna radyasyon alma gibi öyküleri varsa hastada semptom olmasa bile ultrasonografik değerlendirme yapılmalıdır. Ultrasonografik görüntüler ayrıntılı olarak kaydedilmelidir. Malignite ve benignite özellikleri dikkatle incelenmeli, malignite yönünden şüpheli nodüllere biyopsi (FNAB) yapılmalıdır. Tiroid sintigrafisi rutin tanısal tetkik olarak kullanılmamaktadır, ancak hastada MNG varsa ve TSH düzeyleri alt sınırdan ise sintigrafi olası hiperaktif nodülü saptamak açısından çekilmelidir. Sintigrafi sonucu hiperaktif nodül saptanırsa bu nodüle biyopsi yapılmamalı, USG'de şüpheli ve izo-hipoaktif özellikteki nodüllerden FNAB yapılmalıdır. Biyopsi sonuçları, Bethesda sitopatolojik sınıflama sistemine göre değerlendirilip tedavi alternatifleri hasta ile tartışılmalı uygun tedavi ve takip buna göre belirlenmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Cosimo D, Giorgio G, Livia L. The Diagnosis and Management of Thyroid Nodules A Review. JAMA. March 6, 2018 Volume 319, Number 9.
2. Land CE, Kwon D, Hoffman FO. Accounting for shared and unshared dosimetric uncertainties in the dose response for ultrasound-detected thyroid nodules after exposure to radioactive fallout. Radiat Res. 2015;183(2):159-173.
3. Sorensen JR, Hegedüs L, Kruse-Andersen S. The impact of goitre and its treatment on the trachea, airflow, oesophagus and swallowing function. A systematic review. BestPract Res Clin Endocrinol Metab 2014;28:481-94. doi:10.1016/j.beem.2014.03.002.
4. Schwetschenau E, Kelley DJ. The adult neck mass. Am FamPhysician. 2002;66(5):831-838.
5. Gharib H, Papini E, Garber JR. 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):622-639.
6. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid. 2016; 26(1):1-133.
7. American Institute of Ultrasound in Medicine; American College of Radiology; Society for Pediatric Radiology; Society of Radiologists in Ultrasound. AIUM practice guideline for the performance of a thyroid and parathyroid ultrasound examination. J Ultrasound Med. 2013;32(7):1319-1329.
8. Shin JH, Baek JH, Chung J. Korean Society of Thyroid Radiology (KSThR) and Korean Society of Radiology. Ultrasonography diagnosis and imaging-based management of thyroid nodules: Revised Korean Society of Thyroid Radiology Consensus Statement and Recommendation. Korean J Radiol 2016;17:370-95.
9. Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Tiroid Hastalıkları Kılavuzu. Türkiye Klinikleri Yayın Seri No: 347. 4. Baskı. Bölüm16(syf 146,147,150), Nisan 2019, Ankara-Türkiye. ISBN: 978-605-4011-37-7.
10. Russ G, Bonnema SJ, Erdoğan MF. European Thyroid Association Guidelinesfor Ultrasound malignancy risk stratification of thyroid nodules: The EU-TIRADS, 2017, European Thyroid Journal. In Press.
11. Edmund S.C, Syed Z.A. The 2017 Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology, THYROID. Volume 27, Number 11, 2017 DOI: 10.1089/thy.2017.0500
12. Cao H, Kao RH, Hsieh MC. Comparison of core-needle biopsyand fine-needle aspiration in screening for thyroid malignancy: a systematic review and meta-analysis. Curr Med ResOpin 2016;32:1291301.Doi:10.1185/03007995.2016.1170674
13. Wolinski K, Stangierski A, Ruchala M. Comparison of diagnostic yield of core-needle and fine-needle aspiration biopsies of thyroid lesions: Systematic review and meta-analysis. Eur Radiol 2017;27:431-6. doi:10.1007/s00330-016-4356.

14. Eszlinger M, Lau L, Ghaznavi S. Molecular profiling of thyroid nodule fine-needle aspiration cytology. *Nat Rev Endocrinol.* 2017 Jul;13(7):415-424. doi: 10.1038/nrendo.2017.24. Epub 2017 Mar 31.
15. Nishino M. Molecular cytopathology for thyroid nodules: A review of methodology and test performance. *Cancer Cytopathol.* 2016 Jan;124(1):14-27. doi: 10.1002/cncy.21612. Epub 2015 Sep 8.
16. Yuri E. N, Sally E. C, Simon I. C. Impact of the Multi-Gene ThyroSeq Next-Generation Sequencing Assay on Cancer Diagnosis in Thyroid Nodules with Atypia of Undetermined Significance/Follicular Lesion of Undetermined Significance Cytology. *THYROID* Volume 25, Number 11, 2015 DOI: 10.1089/thy.2015.0305
17. Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Tiroid Hastalıkları Kılavuzu. Türkiye Klinikleri Yayın Seri No: 347. 4. Baskı. Bölüm15(syf 131-135), Nisan 2019, Ankara-Türkiye ISBN: 978-605-4011-37-7.
18. Ralf P, Laszlo H, Erik A. Thyroid nodule guidelines: agreement, disagreement and need for future research. *Nat. Rev. Endocrinol.* 7, 354–361 (2011). published online 1 March 2011; doi:10.1038/nrendo.2011.1
19. Meier DA, Kaplan MM. Radioiodine uptake and thyroid scintiscanning. *Endocrinol Metab Clin North Am.*2001;30:291-313.
20. Bonnema SJ, Bennedbaek FN, Hegedüs L. Danish endocrinologists' examination and treatment of non-toxic multinodular goiter: a questionnaire study [in Danish]. *Ugeskr Laeger.* 2001;163:1265-1269.
21. Hillenrichs H, Emrich D. Euthyroid goiter with and without functional autonomy in the euthyroid phase: a comparison [in German]. *Nuklearmedizin.* 1998;37:95-100.
22. Krohn K, Wohlgemuth S, Gerber H. Hotmicroscopic areas of iodine-deficient euthyroid goitres contain constitutively activating TSH receptor mutations. *J Pathol.* 2000;192:37-42.
23. Kwak JY, Koo H, Youk JH. Value of US correlation of a thyroid nodule with initially benign cytologic results. *Radiology.* 2010;254(1):292-300.
24. Hegedüs, L. Clinical practice. The thyroid nodule. *N. Engl. J. Med.* 351, 1764–1771 (2004).
25. Randolph GW, Shin JJ, Grillo HC. The surgical management of goiter, II: surgical treatment and results. *Laryngoscope.* 2011;121(1): 68-76.
26. Nygaard, B, Hegedüs L, Nielsen K. G. M. Long-term effect of radioactive iodine on thyroid function and size in patients with solitary autonomously functioning toxic thyroid nodules. *Clin. Endocrinol. (Oxf.)* 50, 197–202 (1999).
27. Nygaard B. et al. Radioiodine treatment of multinodular non-toxic goitre. *BMJ* 307, 828–832 (1993)