



Tiroid Patolojilerine Cerrahi Yaklaşım ve Sonuçları: 41 Olgunun Retrospektif İncelenmesi

Baran Acar, Erdem Yıldız, Ekrem Said Kankılıç, Rıza Murat Karaşen

Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ankara

Özet

Amaç: Endemik guatr bölgesi kabul edilen ülkemizde tiroid hastalıkları, toplum sağlığı ve ülke ekonomisini etkileyen önemli bir problemdir. Tiroid cerrahisi ve medikal tedavisi birçok merkez tarafından uygulanmaktadır. Bu çalışmada tiroid patolojisi tanısı ile tedavi edilen hastalar retrospektif olarak incelendi.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmaya tiroid patolojisi nedeniyle Ağustos 2009 ile Kasım 2012 tarihleri arasında Ankara Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi KBB Kliniğinde operasyona alınan 41 (8 erkek, 33 kadın; ortalama yaş 47,3 yıl; dağılım 27-79 yıl) hasta retrospektif olarak değerlendirildi. 26 hastaya (%62) total tiroidektomi, 15 hastaya (%38) lobektomi, 5 hastanın (%12) cerrahisine boyun disseksiyonu eklendi. Hastaların yaş, cinsiyet, tiroid fonksiyon testleri, tiroid ince iğne aspirasyon biyopsileri, preoperatif ve postoperatif histopatolojik raporları, hospitalizasyon süreleri, postoperatif dönemde görülen erken ve geç komplikasyonları ve uygulanan cerrahi yöntemler çalışmada incelendi. Hastalar ortalama 14 ay (dağılım 3-45 ay) süreyle takip edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların ortalama yaşları erkeklerde 55,1, kadınlarda 45,2 yıldır. Hastaların %73'ünde (31 hasta, ortalama yaş 48) benign, %27'inde (10 hasta, ortalama yaş 44) malign lezyon belirlendi. En sık malign tümör papiller karsinom (%82), ikinci olarak da %18 medüller karsinom ile karşılaştı. Hospitalizasyon açısından hastalar değerlendirildiğinde tüm grubun 4,3 gün (dağılım 2-10 hastanede kaldığı) görülmüştür. İki hastada (%5) geçici tek taraflı geçici rekürren sinir parezisi gelişti. Bir hastada (%2) tek taraflı kord paralizisi görüldü.

Sonuç: Zamanında ve uygun cerrahi tedavi uygulandığında tiroid patolojilerinde oldukça iyi sonuçlar alınmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Papiller Karsinom; Cerrahi; Rekürren Sinir.

Clinical Approach and Results to Thyroid Tumors: A Retrospective Analysis of 41 Patients

Abstract

Objectives: In our country considered endemic, thyroid diseases are an important public health problem that affects the country's economy. Medical and surgical treatment of thyroid diseases has been carried out by many medical centers. In this study, we retrospectively evaluated patients with thyroid pathologies.

Material and Methods: In this study, 41 patients (8 male, 33 female; mean age 47.3 years; range 27-79 years) who have underwent any type of thyroid surgery were included at Ankara Keçiören Training and Research Hospital Department of Otolaryngology and Head Neck Surgery between August 2009 and November 2012. Of these, 26 patients (62%) and 15 patients (38%) had total thyroidectomy and lobectomy, retrospectively. Patient demographics were recorded to include age, race, sex and thyroid hormone levels. Other data recorded included indications for surgery, fine needle aspiration cytology, types of the surgery, number of incisions, final pathologic diagnosis, and duration of hospital stay, intraoperative complications, postoperative complications and outcomes. The mean follow-up period was 14 months (range 3 to 45 months).

Results: In this study, the mean age of male patients was 55.1 years and female patients 45.2 years, retrospectively. 73% of tumors was benign (31 patients, mean age 48 years) and 27% malignant (10 patients, mean age 44 years). Histopathologically, the most common malign tumor was papillary carcinoma (82%) followed by medullary carcinoma (18%). Median hospital stay was 4,3 days (range, 2-10 days). Recurrent nerve paresis that developed in two patients (5%) and one patient (2%) developed unilateral cord paralysis. No recurrences were observed.

Conclusion: Surgical results of thyroid pathologies may be favorable if they are timely and appropriately treated.

Key Words: Papillary Carcinoma; Surgery; Recurrent Nerve.

GİRİŞ

Tiroid hastalıkları ülkemizde en sık karşılaşılan endokrin sorunların başında gelir. Endemik guatr bölgesi kabul edilen ülkemizde hastalığın sıklığı %7-10 arasında bildirilmiştir. Tiroid nodülleri sık rastlanan ve klinik olarak günümüzde tanı zorluğu olmayan lezyonlardır. Palpasyonla muayenede normal olan tiroid glandların çoğunda ultrasonografi (USG) ile küçük nodüller kolaylıkla saptanabilmektedir. Tiroid nodülleri sık

görülmesine rağmen tiroid maligniteleri nadirdir ve tüm malign tümörlerin %1'ini oluşturur (1).

Günümüz tiroid cerrahisinde, cerrahideki teknik, yöntem ve tecrübenin, asepsi ve antisepsi ilkelerinin gelişmesiyle mortalite ve morbidite oranları en aza indirilmiştir. Tiroidektomi ameliyatının morbitidesi yaklaşık %13 olduğu bildirilmektedir (2). Total tiroidektomi özellikle her iki tiroid lobunun tutulduğu ve nüks riskinin yüksek olduğu durumlarda uygun seçenek olarak görülmektedir. Tiroidektominin başlıca ve en korkulan ameliyat sonrası

komplikasyonları reküren larengeal sinir felci ve hipoparatiroidizmdir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Keçjören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniğinde Ağustos 2009 Kasım 2012 tarihleri arasında multinodüler guatr veya tiroid karsinomları nedeniyle tiroidektomi yapılan 41 hastanın (8 erkek, 33 kadın; ortalama yaş ;47.3 yıl dağılım 22- 79 yıl) verileri geriye yönelik olarak incelendi. Ameliyat öncesinde hastalar tiroid ultrasonografisi, tiroid hormon seviyeleri (fT3, fT4, TSH), tiroid nodüllerinden ince iğne aspirasyon biyopsileri (İİAB) ve vokal kord muayeneleri ile tetkik edildi. Benign nodülü ve tiroid karsinomu olan hastalar çalışmaya dahil edildi. 15 hastaya unilateral tiroidektomi (lobektomi), 26 hastaya total tiroidektomi ve 5 hastaya tamamlayıcı boyun diseksiyonu uygulandı. Ameliyat sonrası ilk gün hastaların tümünde tam kan sayımı, kan kalsiyum, fosfor, albümin, total protein seviyeleri ve vokal kord hareketleri değerlendirildi. Hastaların postoperatif histopatoloji raporları incelendi. Uzun dönemdeki komplikasyonlar, kan testleri ve larengoskopik muayeneler ile takip edildi.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 42 hastanın; 8'i erkek, 33'ü kadın ve yaş dağılım aralığı 22-79 yıl olarak rapor edilmiştir. Hastaların ortalama yaşları erkeklerde 55,1, kadınlarda 45,2 ve tüm grupta 47,3 yıldır. Hastalardaki preoperatif tiroid nodül boyutları erkeklerde 2,1 cm, kadınlarda 3 cm ve tüm grupta 2,7 cm olarak ölçülmüştür. Hospitalizasyon açısından hastalar değerlendirildiğinde; erkeklerin ortalama 4,6 gün, kadınların 4,2 gün ve tüm grubun 4,3 gün hastanede kaldığı görülmüştür. Hastaların preoperatif histopatolojik incelemelerinde 27 hastada benign nodüler lezyon, 5 hastada kuşkulu sitoloji, 7 hastada malign sitoloji ve 2 hastada da tiroglossal duktus kisti rapor edilmiştir. Preoperatif papiller ca rapor edilen bir hastaya total tiroidektomi+level I-V boyun diseksiyonu, diğer bir hastaya ise total tiroidektomi+santral boyun diseksiyonu uygulandı. Preoperatif papiller kanser rapor edilen 3 hastada ise cerrahi sonrası patoloji sonuçları sırasıyla 2'de medüller ca 1'de papiller ve medüller kanser birlikte olarak bulunmuştur. Kuşkulu sitoloji ile operasyona alınan 3 hastaya malign sitoloji sonucu ile boyun diseksiyonu da yapıldı. Benign nodüler lezyonu olan hastalardan 3'ünde folliküler adenom, 2'sinde Haşimato tiroiditi saptandı.

Benign hastalardan birinde papiller mikrokarsinom raporlandı. Tiroglossal duktus kisti nedeniyle sistrunk operasyonu yapılan iki hastada papiller kanser raporlanmıştır. Sistrunk operasyonu yapılan hastalardan birine ayrıca sağ tiroid lobektomi yapılmıştır. İİAB'nde önemi belirlenemeyen atipik hücreler bulunan bir hastanın patolojisi folliküler adenom olarak raporlandı. Mortaliteye rastlanmadı. Hastalarda aile anamnezi ve radyasyon maruziyet hikayesi saptanmadı. Hastaların takip sürelerinde nüks, uzak metastaz veya mortalite saptanmadı. 2 hastada vokal kord paralizisi ve 1 hastada unilateral vokal kord paralizisi izlendi.

TARTIŞMA

Endemik guatr bölgesi kabul edilen ülkemizde tiroid hastalıkları, toplum sağlığı ve ülke ekonomisini etkileyen önemli bir problemdir ve ülkemiz endemik guatr bölgesi olarak kabul edilmektedir (1,3). Endemik guatr, epidemiyolojik açıdan, tiroid hiperplazisinin belli bir coğrafi bölgede yoğunlaşmasıdır (4,5). Niteliği açısından endemik guatrdaki tiroid hiperplazisi, diffüz veya nodüler olabilmektedir. Tiroid fonksiyonu açısından genellikle ötiroid (basit guatr) olmakla birlikte bazen hipotiroidi de söz konusu olabilmektedir. Nodüllerin bir veya birkaçının farklılaşmasıyla hipertiroidi görülebilmesi de nadiren olabilmektedir.

Tiroid bezi hastalıklarında egzoftalmi, tirotoksikoz ve guatr gibi Graves hastalığının klasik bulguları olabileceği gibi saç dökülmesi, halsizlik, kabızlık, sinirlilik gibi belirsiz klinik bulgu ve semptomlar da görülebilmektedir (6).

Tiroid bezi hastalıklarındaki tedavi başarısı, temel olarak doğru teşhise bağlıdır (6). Tiroid bezi hastalıklarının tanısında tiroid fonksiyon testleri, ultrasonografi ve gerek görülmesi durumunda sintigrafi rutin olarak kullanılmaktadır. Fakat özellikle tiroid nodüllerinin benign/malign ayrımı bu yöntemler ile kesin olarak yapılamamaktadır. İİAB, diğer tanı yöntemleri ile değerlendirildiğinde tiroid nodüllerinin patolojik tanısı hakkında daha doğru bilgiler vermektedir. Günümüzde tiroid nodüllerinin tanısında kullanılan İİAB en değerli tanı yöntemidir (7). Çalışmamızda da kuşkulu patolojisi olan üç hastada sonuç ameliyat sonrası histopatolojik değerlendirme malign geldi.

Tiroid kanserlerinde total tiroidektomi standart tedavidir (8-10). Papiller tiroid kanserinde bilateral olma olasılığının yüksek ve çok merkezli olması, folliküler tiroid kanserinin de agresif seyirli ve vasküler invazyon olan olgularda kötü prognoz göstermesi nedeniyle bu tip olgularda tamamlayıcı cerrahi uygulanması gereklidir.

Medüller tiroid kanserinde herediter formda %90,sporadik formda %20 çoklu yerleşim olmasından dolayı cerrahi tedavi tek etkili yöntemdir (11). Nodüler guatrlı total tiroidektomi yapılmayan birçok hastada ameliyat sonrası histopatolojik değerlendirme ile kanser tanısı konabildiği için yeterli tedavi uygulanmamış sayılmaktadır (12). Total tiroidektomi yapılan hastalarda; rezidüel hastalık riski ortadan kalkar, anaplastik dönüşüm riski azalır, radyoaktif iyot tedavisine yanıt artar (13,14). Benign nodüler guatrdaki total tiroidektomi yapılma oranları yıllar içerisinde %4 seviyesinden %80 seviyelerine yükselmiştir (15). Tamamlayıcı tiroidektominin muhtemel komplikasyonlarından ötürü radyoaktif iyot ablasyonu tedavisi alternatif tedavi modaliteleri arasındadır. Fakat normal tiroid dokusunun iyot tutma kapasitesi malign dokudan daha yüksek oluşu beraberinde komplikasyonları da getirmektedir. Özellikle büyük tiroid dokuları için yüksek dozda tekrarlayan ablasyon tedavisine ihtiyaç duymakta ve radyoaktif iyot tedavisi sonrası radyasyon tiroiditi (ağrı, tirotoksikoz, şişlik), özellikle yüksek dozlarda ve uzun süren tedavilerde paratiroid hasarı, lösemi, pulmoner fibrozis

gibi komplikasyonların gelişebileceği bilinmektedir (7,11,16).

Günümüzde tiroidektomi mortalitesi düşük ve komplikasyonları az olan bir ameliyattır (17-19). Komplikasyonlarının azaltılabilir ve önlenilebilir oluşu bunu etkileyen faktörler arasındadır. Cerrahin tecrübesi ve preoperatif hazırlık mortalite ve morbiditede büyük önem arz etmektedir (18-21). Rekürren sinir hasarı, kanama ve hipokalsemi tiroid cerrahisi sonrası görülen en sık komplikasyonlar olup, insidansı çeşitli faktörlere bağlı olarak değişmektedir (22). Bizim hastalarımızdaki tek komplikasyon rekürren sinir hasarıdır.

Rekürren sinirin görülme zorluğu, tiroid bezinin histolojik yapısı, hemostazın iyi bir şekilde yapılamaması, anatomik değişiklikler, cerrahi ekibinin tecrübesi sinir zedelenme riskini değiştirmektedir (22). Rekürren sinirin komplet disseksiyonunun iskemi ve fibrozise sebep olacağını düşünen otorler olsa da tiroidektomi sırasında sinirin rutin olarak bulunması ve korunması rekürren sinir yaralanma riskini en aza indireceği bilinmektedir (23,24). Tiroidektomi sonrası rekürren sinir yaralanma insidansı %0,3-14 oranındayken deneyimli cerrahlar tarafından yapıldığında bu oran %0,2-0,3'lere kadar düşmektedir (25-28). Bizde çalışmamızda iki hastada vokal kord parezisi ve bir hastada da unilateral vokal kord paralizisi ile karşılaştık.

Tiroid cerrahisi sonrası ikinci sıklıkla gözlenen komplikasyon olan hipokalseminin en önemli nedeni paratiroid bezinin tam eksizyonu, travması ve vaskülaritesinin bozulmasıdır. Bilateral subtotal tiroidektomi sonrası geçici ve kalıcı hipokalsemi oranı %0,6 ile %30 arasında değişmektedir. Total tiroidektomi sonrası ise bu oran %2,8'dir (28,29). Bizde çalışmamızda postoperatif takiplerimizde herhangi bir hipokalsemi saptamadık ve hastalarımızın kan değerleri normal sınırlarda seyretti.

Postoperatif kanama tiroid cerrahisi sonrası dikkat edilmediğinde fatal seyredebilen bir komplikasyon olup yakın gözlem ve erken müdahale gerektirmektedir. Postoperatif kanama oranı bazı çalışmalarda %0,3-1,5 olarak bildirilmektedir (30,31). Cerrahi sahada ödem, seroma ve enfeksiyon tiroid cerrahisi sonrasında görülen, fakat morbidite ve mortaliteye çok fazla etkilemeyen komplikasyonlardır (29).

Postoperatif dönemde hastalarımızın bir kaçında cerrahi sahada ödem dışında herhangi bir kanama ve enfeksiyon gibi komplikasyonla karşılaşmadık.

Tiroidektomi sık yapılan bir cerrahi prosedürdür. Yapılan bu cerrahinin başarı oranını arttırmak ve komplikasyonlardan uzak kalmak anlamında yapılması gerekenler; hastanın ayrıntılı değerlendirilmesi, uygun tanimsal yöntemlerin kullanılması ve operasyon sırasında özellikle rekürren sinirin korunması ve paratiroid bezlere zarar verilmemesi olarak özetlenebilir. Bu durumlara dikkat edilmesi, vokal kord paralizisi ile kalıcı ve geçici hipokalsemi oluşma riskini azaltacaktır. Cerrahi ekibin deneyimi ile birlikte, ameliyat süresinin kısılması da

postoperatif komplikasyon oranlarını azaltacağı bir gerçektir

KAYNAKLAR

1. Yalin R, Dülger M, Oğuz M, Gültekin A, Yıldırım C, Temizkan N. Endemik bir guatr bölgesindeki araştırma sonuçları. Çağdaş Cerrahi Derg 1987;3:197-200.
2. Frates MC et al. Management of thyroid nodules detected at US: society of radiologists in ultrasound consensus conference statement. Radiology 2005;237:794-800.
3. Koloğlu S. Endemic goiter in Turkey. Etiyopatagonez 1984;1:6-30.
4. Hetzel BS, Dunn JT, Stanbury JB. The Prevention and Control of Iodine Deficiency Disorders. Elsevier 1987;3:78-9.
5. De Groot L, Larsen PR, Hennemann G. The thyroid and its diseases. Elsevier 1996;6:54-8
6. Uslu İ, Erdil TY. Tiroid glandı hastalıklarının değerlendirilmesinde nükleer tıp tetkikleri İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Sürekli Tıp Eğitim Et 1999;3:15-26.
7. Rios A et al. Utility of fine-needle aspiration for diagnosis of carcinoma associated with multinodular goitre. Clin Endocrinol 2004;61:732-7.
8. Clark OH, Levin K, Zeng QH, Greenspan FS, Siperstein A. Thyroid cancer: The case for total thyroidectomy. Eur J Cancer Clin Oncol 1988;24:305-13.
9. Samaan NA, Maheshwari YK, Nader S, Hill CS, Schultz PN, Haynie TP et al. Impact of therapy for differentiated carcinoma of the thyroid: an analysis of 706 cases. J Clin Endocrinol Metab 1983;56:1131-8.
10. De Jong SA, Demeter JG, Lawrence AM, Paloyan E. Necessity and safety of completion thyroidectomy for differentiated thyroid carcinoma. Surgery 1992;112:734-7
11. Kepenekçi D, Ulusoy C, Demirel S. Tamamlayıcı tiroidektomi. Türkiye Klin 2005;1:77-82.
12. Lefevre JH, Tresallet C, Leenhardt L, Jublanc C, Chigot JP, Menegaux F. Reoperative surgery for thyroid disease. Langenbecks Arch Surg 2007;392:685-91.
13. Kupferman ME, Mandel SJ, DiDonato L, Wolf P, Weber RS. Safety of completion thyroidectomy following unilateral lobectomy for well-differentiated thyroid cancer. Laryngoscope 2002;112:1209-12.
14. Tan MP, Agarwal G, Reeve TS, Barraclough BH, Delbridge LW. Impact of timing on completion thyroidectomy for thyroid cancer. Br J Surg 2002;89:802-4.
15. Pappalardo G, Guadalajara A, Frattaroli FM, Illomei G, Falaschi P. Total compared with subtotal thyroidectomy in benign nodular disease: personal series and review of published reports. Eur J Surg 1998;164:501-6.
16. Chao TC, Jeng LB, Lin JD, Chen MF. Reoperative thyroid surgery. World J Surg 1997;21: 644-7.
17. Tiroidektomide temel cerrahi teknikler. Sayek I, editör. Temel cerrahi. 4. Baskı. Ankara: Güneş Tıp 2012. p. 156-59.
18. Calik A, Kucuktulu U, Cinel A, Bilgin Y, Alhan E, Piskin B. Complications of 867 thyroidectomies performed in a region of endemic goiter in Turkey. Int Surg 1996;81:298-301.
19. EL K. Thyroid and parathyroid. Principles of surgery. Surgery 1988;2:34-7.
20. Harris SC. Thyroid and parathyroid surgical complications. Am J Surg 1992;163:476-8.
21. Reeve TS. Total thyroidectomy. Aust N Z J Surg 1992;62:90.
22. Herranz-Gonzalez J, Gavilan J, Matinez-Vidal J, Gavilan C. Complications following thyroid surgery. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1991;117:516-8.
23. Yamaner S. Is the dissection of the recurrent laryngeal nerve during thyroidectomy mandatory? Clin Exp Surg 1998;6:83-6.
24. Thomusch O, Machens A, Sekulla C, Ukkat J, Lippert H, Gastinger I, Dralle H. Multivariate analysis of risk factors for postoperative complications in benign goiter surgery:

- prospective multicenter study in Germany. World J Surg 2000;24:1335-41.
25. Clark OH, Total thyroidectomy: the treatment of choice for patients with differentiated thyroid cancer. Ann Surg 1982;196:361-70.
26. Bellantone R, Lombardi CP, Bossola M, Boscherini M, De Crea C, Alesina P et al. Total thyroidectomy for management of benign thyroid disease: review of 526 cases. World J Surg 2002;26:1468-71.
27. Procaccianti F, Picozzi P, Pacifici M, Picconi S, Ruggeri S, Fantini A, Basso N. Palpatory method used to identify the recurrent laryngeal nerve during thyroidectomy. World J Surg 2000;24:571-3.
28. Özarmağan S, Erbil Y, Bozbora A. Tiroid cerrahisinde primer ve reoperatif girişimlerin karşılaştırılması. Klin Deney Cerrah Derg 1997;5:7-11.
29. Farrar WB. Complications of thyroidectomy. Surg Clin North Am 1983;63:1353-61.
30. Shaha A, Jaffe BM. Complications of thyroid surgery performed by residents. Surgery 1988;104:1109-14.
31. Marohn MR, LaCivita KA. Evaluation of total/near-total thyroidectomy in a short-stay hospitalization: safe and cost-effective. Surgery 1995;118:943-7.

Received/Başvuru: 10.06.2013, Accepted/Kabul: 23.07.2013

Correspondence/İletişim

Baran ACAR
Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz
Kliniği, ANKARA
E-mail: drbaranacar@gmail.com

For citing/Atf için

Acar B, Yıldız E, Kankilic ES, Karasen RM. Clinical approach and results to tiroid tumors: a retrospective analysis of 41 patients. J Turgut Ozal Med Cent 2014;21: 17-20 DOI: 10.7247/jtomc.2013.951