

## Tiroid Kanseri

### Epidemiyoloji

Tiroid kanserleri tüm kanserli hastaların yaklaşık % 1 kadarını oluştururlar. Bir yılda yeni vaka görülme olasılığı milyon nüfusta 40 kişi kadar olduğu hesaplanmıştır. İyi tedavi edildiklerinde genellikle prognozu çok iyidir. Hastaların çok büyük kısmı tiroid kanseri nedeni ile yaşamlarını kaybetmezler. Toplumda çok sık görülen kanserler olmamakla birlikte görülme olasılığı en fazla artan kanserlerdir. Bunun en önemli nedeni tiroid ultrasonografisini yaygınlaşması ile erken tanı konmasıdır. Bunun dışında radyasyon maruziyetinden sonra en fazla artışı görülen kanser olmasının da yıllar içerisindeki artışta rolü olduğu düşünülmektedir.

### Tiroid kanseri tipleri

Tiroid bezinden kaynaklanan 4 tip kanser vardır. En büyük grubunu follikül hücrelerinden kaynaklanan tiroid papiller kanser hastaları oluşturur. Tiroid papiller kanseri tüm tiroid kanserlerinin % 75-80'ini oluştururlar. Tiroid kanserlerinin % 15 kadarı folliküler kanserdir. Bunlar da tiroid follikül hücrelerinden köken alan kanserlerdir. Histopatolojik olarak farklı sınıflanmış olsa da klinik davranışı, tedavi yaklaşımı papiller kanser ile çok benzerlik gösterir. Bu iki tiroid kanserine ortak olarak farklılaşmış (differentiated) tiroid kanseri adı verilmektedir.

Farklılaşmış tiroid kanserleri çok nadiren hızlı, kontrol edilemeyen yayılım gösterirler. Buna karşın tiroidin farklılaşmamış (undifferentiated) kanserinin klinik davranışı ise çok agresiftir. Vücudun en agresif kanserlerinden birisidir. Anaplastik tiroid kanseri olarak adlandırılırlar. Nadir olarak karşılaşılan tiroid kanserlerindedir. Tanı konduktan sonra tüm tedavilere rağmen ortalama yaşam süresi birkaç aydan fazla değildir.

Tiroid bezinin folliküler hücrelerinden köken alan kanserleri dışında parafolliküler-C hücrelerinden köken alan kanserleri de sıkça görülür. Parafolliküler-C hücrelerinden köken alan tiroid kanserlerine medüller tiroid kanserleri adı verilir. Tüm tiroid kanserleri arasında % 3-5 oranında görülürler. Prognoz göstergesi olarak 10 yıllık sürvisi % 50 civarındadır denilebilir. Bunlar dışında tiroid bezinde çok nadir görülen kanserler de vardır. Primer olarak tiroid bezinden başlayan lenfoma, squamoz hücreli kanser nadir görülen kanserlerdendir. Bunlar dışında çok nadir olarak tiroid bezine metataz yapan kanserler görülebilir.

### *Tiroid kanseri tipleri ve yaklaşık görülme oranları-*

- Papiller karsinoma % 75
- Folliküler karsinoma % 16
- Medüller karsinoma % 5
- Anaplastik karsinoma % 3
- Nadir tipler (lenfoma, squamoz h. ca, mtx, teratoma) < % 1

## Tiroid kanseri tanısı

Tiroid kanserlerinde tanı histopatolojik olarak konur. Tiroid nodülü saptanan bir hastada tiroid fonksiyonu ve ultrasonografik olarak nodülün morfolojisi değerlendirildikten sonra kanser şüphesi giderilemiyorsa tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılmalıdır. Biyokimyasal laboratuvar yöntemleri benign/malign ayırıcı tanısı yapmada faydası çok kısıtlıdır. Toksik nodüller benign olarak kabul edilirler. Nodülün ultrasonografik özellikleri benign/malign ayırımında oldukça yararlıdır. Ultrasonografik olarak bazı nodüllerin benign olduğuna karar verilebilir. Tümör belirteci olarak adlandırılan tiroglobulin ölçümü ile benign/malign ayıcı tanısı yapılamaz. Bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme gibi daha pahalı görüntüleme yöntemlerinin de nodüllü hastada benign malign ayırımını yapmada fazla katkısı olmaz. Tiroid kanserleri sıklıkla agresif olmadıkları için uzun yıllar süresince nodül dışında klinik değişiklik göstermeden sessiz kalabilirler. Tiroid kanseri tanısı konulan hastada tedavi yaklaşımı tiroid kanseri tipine göre değişebilmektedir. Esas olarak tüm tiplerde tedavi yaklaşımı cerrahi rezeksiyondur denilebilir. Çok nadir görülen tiroid lenfomasında medikal tedavi uygulanmalıdır.

## Farklılaşmış tiroid kanserleri

Papiller ve folliküler tiroid kanserli hastalar pek çok yönü ile benzer tedavi yaklaşımı yapılır. Cerrahi rezeksiyon bu kanserlerde çok etkili bir tedavidir. Papiller ve folliküler kanserli hastaların tedavisinde amaç total tiroidektomi ile hem neoplazik dokuyu hem de geride tiroisit bırakmayacak tüm tiroid parankimini çıkarmaktır. Böylelikle nüks olasılığını en aza indirmek amaçlanır. Daha sonra geride kalmış tiroisitlerin ablasyonunu sağlamak amacı ile hastaların büyük çoğunluğuna radyoaktif iyot tedavisi uygulanır. Yüksek dozda verilen radyoaktif iyot total tiroidektomi sonrası geride kalan tüm tiroisitlerin ablate olmasını sağlar. Hastalar ömür boyu tiroid hormonu replasman tedavisi alırlar. Farklılaşmış tiroid kanserli hastalarda sıklıkla başka tedavi gerekli olmaz.

Serum tiroglobulin ölçümü tiroid papiller kanser ve folliküler kanserli hastaların izleminde kullanılan tümör belirteçidir. Serum tiroglobulin seviyesinin arttığının görülmesi rekürrensi veya metastazı hassas bir şekilde gösterir. Tiroid kanserli hastaların izleminde kullanılan diğer bir yöntem iyot-131 ile tüm vücut tarama sintigrafisidir. Tiroid papiller ve folliküler kanser metastazlarının lokalizasyonlarının gösterilmesinde hassas bir yöntemdir. Rekürrens veya metastaz saptanan hastalarda öncelikli tedavi tercihi cerrahi rezeksiyon, mümkün değil ise kemoterapi veya radyoterapi tedavileri önerilir.

## Medüller tiroid kanseri

Medüller kanserli hastalarda tanı konduktan sonra total tiroidektomi yapılmalıdır. Ancak bu hastalarda genellikle tanı anında servikal lenf bezlerine metastaz olasılığı fazladır. Bu nedenle servikal lenf bezlerinin de belli oranda rezeke edilecek şekilde modifiye boyun disseksiyonu ile birlikte total tiroidektomi yapılmalıdır. Tiroisitlerden köken alan tümör olmadığı için operasyon sonrası radyoaktif iyot tedavi uygulanmaz. Sonrasında serum kalsitonin izlemine göre yeniden cerrahi, kemoterapi veya radyoterapi uygulanır. Medüller tiroid kanseri ailesel geçiş gösterebilen bir kanserdir. Bu nedenle ailesel geçiş özelliği olup olmadığını saptamak için PET-protonkogen genetik analizi yapılır. Genetik geçiş özelliği olan hastaların birinci derece akrabalarında da aynı analiz yapılarak medüller kanser riskleri belirlenir. Riski yüksek kişilerde malignite saptanmamış olsa bile total tiroidektomi yapılmalıdır.

## Anaplasik tiroid kanseri

Anaplastik tiroid kanseri lokal olarak çok hızla yayılan invazif kanserdir. Hastaların boynundaki şişlik günler içerisinde hızla artarak baskı ve invazyon bulguları oluşturur. Ses kısıklığı, yutma güçlüğü, nefes alamama, venöz konjesyon gibi bulgular kısa sürede ortaya çıkabilir. Gecikilmeden opere edilerek kanserli doku temizlenmelidir. Ancak çok sıklıkla sınır tanımadan invazyon ile ilerlediği için total rezeksiyon mümkün olmaz. Sonrasında yoğun eksternal radyoterapi ve kemoterapi programına alınırlar. Yine de survileri 1 yılı nadiren bulur.

## Tiroid Kanseri ile İlgili Yanlışlar

- Tiroid kanserleri genel olarak sürvisi kısa kanserlerden birisidir. **YANLIş**
- Tiroid kanseri erkeklerde daha sık görülür. **YANLIş**
- Tiroidde en sık karşılaşılan karsinom folliküler karsinomdur. **YANLIş**
- Tiroid kanserlerinde aile anamnezi olan tipi papiller tiroid kanseridir. **YANLIş**
- Tiroid kanseri olan hastaların çoğunda fizik muayenelerinde nodül dışında bir özellik saptanamaz. **YANLIş**
- Tiroid kanserlerinden çoklu endokrin neoplazi komponenti olan anaplastik tiroid kanseridir. **YANLIş**
- Differansiye tiroid kanserli olgularda tercih edilen operasyon biçimi subtotal tiroidektomidir. **YANLIş**
- Tiroid papiller kanserli olgularında en önemli izlem parametresi serum kalsitonin seviyesidir. **YANLIş**
- Tiroid papiller kanserinin tedavisinde en etkin tedavi boyuna uygulanan eksternal radyoterapidir. **YANLIş**
- Tiroid papiller kanserli hasta ömür boyu antitiroid ilaç tedavisi almalıdır. **YANLIş**

- Tiroid papiller kanserli olgularda cerrahi tedavinin amacı tiroid neoplazinin total olarak ortadan kaldırılmasıdır. **YANLIŞ**
- Tiroid papiller karsinomunda 5 yıllık sürvi ortalama % 50 kadardır. **YANLIŞ**
- Ailesinde medüller tiroid kanseri anamnezi olan bir kişi kalsitonin ile tarama yapılmalıdır. **YANLIŞ**
- Medüller tiroid kanseri tanılı hastalarda tiroid operasyonu sonrası radyoaktif iyot tedavisi verilmelidir. **YANLIŞ**
- Medüller tiroid kanserli olguların izlemi için tiroglobulin ölçümü yapılmalıdır. **YANLIŞ**
- Tiroid kanserlerinden multipl endokrin neoplazi komponenti olabilen papiller tiroid kanserdir. **YANLIŞ**
- Medüller tiroid kanserli olguların izlemi için tiroglobulin ölçümü yapılmalıdır. **YANLIŞ**
- Tiroid medüller ca en etkin tedavi yöntemi kemoterapidir. **YANLIŞ**
- Tiroid medüller ca en etkin tedavi yöntemi cerrahidir. **YANLIŞ**
- Tiroid medüller kanseri tanısı ince iğne aspirasyon biyopsisi ile konulamaz. **YANLIŞ**
- Anaplastik tiroid kanseri sürvisi en uzun tiroid kanseridir. **YANLIŞ**
- Anaplastik tiroid kanserli hastalarda genellikle nodülün çevresindeki dokulara baskı ve invazyon bulguları gözlenmez. **YANLIŞ**
- Anaplastik tiroid kanserli hastalar multipl endokrin neoplazi (MEN) yönünden değerlendirilmelidir. **YANLIŞ**
- Tiroidin anaplastik karsinomasında hastalarda sıklıkla tirotoksikoz bulunur. **YANLIŞ**