

Tiroid Nodülü- Nodüllü hastaya yaklaşım

Tiroid nodülü tanımı, epidemiyolojisi

Tiroid bezinde saptanan tümörlere çok sıklıkla benign olması nedeni ile tiroid nodülü adı verilmektedir. Toplumda çok sık karşılaşılan bir sorundur. Toplum taramalarında palpasyon ile % 3-5 oranında, ultrasonografi ile taramalarda ise % 20-35 oranında saptanmaktadır. Kadınlarda görülme olasılığı erkeklere göre 5-6 kat daha sıktır. Yaş ilerledikçe hem kadında hem erkekte görülme olasılığı artar. İyot eksikliği olan toplumlarda daha sık görülür.

Tiroid Nodülü Prevalansı

- Genel popülasyonda % 3-5 arasında
- İyot eksikliği olan bölgelerde fazla
- İleri yaşlarda fazla
- Kadınlarda erkeklerden fazla (5-8 / 1)
- Ultrasonografik taramalarda % 20-35
- Otopsi çalışmalarında % 50

Tiroid nodüllü bir hastada tedavi seçenekleri

Tiroid nodüllerin büyük çoğunluğu benign, % 3-5 kadarı maligndir. Malign olanlar az oranda görülse de ayırt edilmeli ve uygun şekilde tedavisi düzenlenmelidir. Tiroid kanserlerinde önerilen cerrahi tedavi tüm nodüllü hastalara uygulanırsa çok sayıda gereksiz operasyon ve operasyona bağlı komplikasyon ile karşılaşılır. Bu nedenle operasyon malignite tanısı kesinleşmiş veya yüksek olasılıklı nodüllü hastalara yapılmalıdır. Benign lezyonların izlenmesi genellikle yeterlidir. Nodüllü bir hastayı değerlendirirken göz önüne alınması gereken diğer bir konu nodülün toksik olup olmamasıdır. Toksik nodüllü hastalarda tirotoksikoz tedavisi gerekli olur. Tedavi kararında göz önüne alınması gereken diğer bir önemli başlık da nodülün çevre dokulara yaptığı baskı ile hastaya rahatsızlık verip vermediğidir. Tiroid nodüllerinde medikal tedavilerle nodülün küçültülebilmesi pek mümkün olmadığından baskı semptomu olan hastalarda sıklıkla cerrahi tedavi önerilebilmektedir.

Anamnez, fizik muayene

Tiroid nodüllü bir hastada anamnez ve fizik muayene özellikleri malign benign ayırımında çok fazla fikir veremez. Tiroid kanserleri her yaşta görülebilir. Hastanın yaşı ayırıcı tanı için önemli bir parametre değildir. Tiroid kanserleri kadınlarda yaklaşık 2 kat daha sık görülür. Ancak tiroid nodülü kadınlarda çok daha sık (5-8 kat) görüldüğü için nodüllü bir hastanın erkek olması malignite olasılığını biraz daha artırır.

Tiroid dokusu radyasyona en hassas dokulardan birisidir. Radyasyona maruz kalan hastalarda 10-15 yıl sonra tiroid kanseri gelişme olasılığı artar. Çernobil sonrası bölgede yıllar içerisinde en çok artan kanserlerden birisi tiroid kanseridir. Boyuna lokal olarak eksternal radyasyon uygulanan hastalarda da

yıllar sonra tiroid kanseri gelişebilir. Bu nedenle Hodgkin lenfoma gibi bir nedenle daha önce boyun bölgesine radyoterapi alan hastalarda tiroid nodülü ile saptanırsa malignite olasılığı daha fazladır.

Anamnezde dikkat edilmesi gereken diğer husus bazı tiroid kanserlerinin ailesel geçiş özelliği olmasıdır. Tiroid medüller kanser hastalarının bazılarında ailesel geçiş riski yüksektir. Medüller kanser tanısı konulan tüm hastalarda ailesel geçiş özelliğini gösteren RET-protoonkogen genetik analizi yapılır. Tiroid nodüllü hastalarda medüller kanser olasılığı nedeni ile aile anamnezi sorgulanmalıdır.

Tiroid nodüllü hastanın fizik muayene özellikleri çok sıklıkla benign malign ayırıcı tanısı için fazla fikir vermez. Tiroid kanserli hastalar genellikle ötiroidiktirler. Nodülün büyük veya küçük olması malign benign olasılığını göstermede yardımcı değildir. Nodülün palpasyonla düzensiz yapıda olması, çevre dokulara yapışık olması, hızlı büyümüş olması gibi özellikler var ise malignite göstergesi olabilir. Ancak çoğu malign nodülde bu bulgular görülmez. Malign nodüllerde fizik muayene bulgusu çok sıklıkla sadece ele gelen tiroid nodülüdür. Servikal şüpheli lenfadenomegali saptanması nodüllü bir hastada tiroid kanseri olasılığını artırır.

Laboratuvar

Malign benign ayırımında biyokimyasal testlerin de çok fazla yararı olmaz. Serum tiroglobulin seviyesi tiroid papiller ve folliküler kanser tanısı almış ve tedavi altındaki hastalarda rekürrens ve yayılımı göstermede kullanılan hassas bir tümör belirteçidir. Ancak nodüllü bir hastada nodülün malign veya benign olduğunu göstermede hassas bir yöntem değildir. Tiroid bezinin pek çok hastalığında serum tiroglobulin seviyesi çok yüksek saptanabilmektedir. Ayırıcı tanıda hassasiyeti çok düşük olması nedeni ile nodüllü hastanın değerlendirmesinde serum tiroglobulin ölçümü yapılmamalıdır. Medüller tiroid kanserli hastaların izleminde kullanılan serum kalsitonin ölçümü de ayırıcı tanıda hassasiyeti çok düşüktür. Nodüllü hastaya yaklaşımda kullanılmamalıdır.

Nodüllü hasta değerlendirmesinde yapılması gereken biyokimyasal değerlendirme serum TSH ölçümüdür. Serum TSH seviyesi hastada hem hipotiroidi hem hipertiroidi tanısı için oldukça hassas bir yöntemdir. Nodüllü bir hastada klinik bulgu olmasa bile tiroid disfonksiyonunu saptamak için serum TSH düzeyinin ölçülmesi gerekir. Serum TSH seviyesi baskılı olduğu durumlarda nodülün toksik olma olasılığı artar. Bu yönü ile serum TSH ölçümü nodülün malign benign ayırıcı tanısını yapmada katkısı olur.

Tiroid sintigrafisi

Tiroid sintigrafisi tiroid bezinin hem morfolojisi hakkında, hem de fonksiyonu hakkında bilgi veren bir görüntüleme yöntemidir. Radyasyon etkisi çok düşük olması nedeni ile yaygın olarak iyot-131 yerine teknesyum-99 ile uygulanır. Damardan verildikten bir süre sonra tiroid üzerinde gamma kamera ile tarama yapılır. Tiroid bezindeki aktivasyon alanlarının görüntüsü elde edilir. Tiroid parankimindeki aktivasyon değişikliği ve nodülün aktivasyon durumu gözlenir. Nodüllü bir hastada tiroid nodülünün aktif olduğu saptanırsa nodülün benign olduğuna karar verilir. Yapılan araştırmalar tiroid nodüllerinin yaklaşık % 3-5 kadarının toksik olduğunu göstermiştir. Bu nedenle tiroid sintigrafisi tüm nodüllü hastalarda değil nodülün toksik olma olasılığı olan hastalarda yapılması önerilir. Serum TSH ölçümü bu anlamda yol göstericidir. Serum TSH seviyesi baskılı olarak saptanan nodüllü hastalarda tiroid sintigrafisi

yapılmalıdır. Nodül sıcak ise tiroid biyopsisi yapılmasına gerek olmaz. Nodülün soğuk veya ılık (parankim ile aynı aktivitede) olması malign benign ayırımında fazla fikir vermez.

Tiroid ultrasonografisi

Tiroid ultrasonografisi tiroid nodülünün morfolojisini göstermede en hassas yöntemdir. Öncelikle tiroid nodülünün tiroidin diğeri patolojilerinden ve ekstratiroidal kitlelerden ayırt edilmesini sağlar. Nodüllerin sayısını ve boyutlarını tam olarak değerlendirmemizi sağlar. Nodülün malignite olasılığını yüksek hassasiyette gösterir. Uzman kişilerin yaptığı ultrasonografik değerlendirmelerle nodülün benign malign ayırımı % 70-80 oranında hassasiyette yapılabilmektedir. Bu avantajları ile tiroid nodülü saptanmış tüm hastalar ultrasonografi ile değerlendirilmelidir. Nodülün belirgin hipoekoik olması, nodül sınırlarının düzensiz olması, nodül içerisinde mikrokalsifikasyon varlığı, nodül içi vasküler yapının (kanlanmanın) fazla olması ve nodülün yusuvarlak veya yüksek elipsoid olması malign olma olasılığını anlamlı şekilde artırır. Ayrıca malign olma olasılığı yüksek bölgesel lenf bezi saptanması nodülün malign olma olasılığını artırır. Buna karşın nodülün pür kistik olması, spongios (süngerimsi) olması, ekojenitesinin artmış olması, sınırı net ve periferinde ince halosu olması nodülün benign olma olasılığını artırır.

Tiroid ultrasonografisi ile nodüllerde benign ve malign özellikler

- Malign özellikler
 - Nodülün belirgin hipoekoik olması
 - Nodül sınırlarının düzensiz olması
 - Mikrokalsifikasyon varlığı
 - Nodül içi vasküler yapının (kanlanmanın) fazla olması
 - Yusuvarlak veya yüksek elipsoid nodül olması
 - Birlikte şüpheli LAP varlığı
- Benign özellikler
 - Kistik nodül
 - Spongios (süngerimsi) nodül
 - Nodülün ekojenitesinin artmış olması
 - Sınır çok belirgin ve ince halosu olan nodül

Tiroid ince iğne biyopsisi

Nodülün toksik olduğu gösterilmiş ise veya ultrasonografik özellikleri ile benign olduğuna karar verilmiş ise biyopsi yapmadan izleme alınabilir. Bunlar dışındaki nodüllere tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi yaparak nodülün benign veya malign olduğu gösterilmelidir. Hasta sırtüstü, başı fleksiyonda yatırılır. Lokal anestezi şart değildir. Ultrasonografi eşliğinde yapılmalıdır. Ultrasonografik görünüme göre şüpheli nodülden yapılmalıdır. İnce iğne ile nodül içine girilerek enjektörle aspirasyon yapılır. Sitolojik bir tetkiktir.

Tiroid nodüllü hastaya yaklaşımda ince iğne aspirasyon biyopsisi altın standart tetkik olmakla birlikte yetersiz olabilecek durumlar vardır. Öncelikle biyopsi yapan hekimin ve preparatı değerlendiren patologun bu konuda tecrübeli olması gerekir. Biyopsi herhangi bir nodülden değil ultrasonografik özelliklerine göre şüpheli nodülden yapılmalı ve değerlendirme için yeterli materyal alınabilmelidir.

Sitolojik tetkik olduğu için patoloğun sitoloji konusunda deneyimli olması gerekir. İyi merkezlerde tiroid ince iğne aspirasyon biyopsi sonuçlarının sensitivite ve spesifite % 90 civarındadır.

Biyopsi raporlarında yüksek olasılıkla benign ve malign tanılar dışında tanılar da raporlanabilmektedir. Biyopsiyi yapan kişinin tecrübesine bağlı olmak üzere değişen oranlarda “yetersiz materyal” raporu ile karşılaşılabilir. Bu durumda genellikle biyopsinin tekrar edilmesi gerekir. Tiroid biyopsi sonucu olarak tam olarak ayırdedilemeyecek bazı sitolojik özellikler “önemi belirsiz atipi” veya “önemi belirsiz folliküler lezyon” olarak raporlanabilmektedir. Bu lezyonlarda gözlenen sitolojik değişiklikler kesin tanı koydurucu özellikler göstermezler. Yapılan araştırmalar önemi belirsiz atipi olarak raporlanmış hastalarda % 6-18 oranında, önemi belirsiz folliküler lezyon olarak raporlanmış hastalarda %10-40 oranında malignite bildirmiştir. Bu hastalarda klinik özelliklerine göre hekim takip ve tedavisine karar verir.

Tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi gerektirmeyen tiroid nodülleri

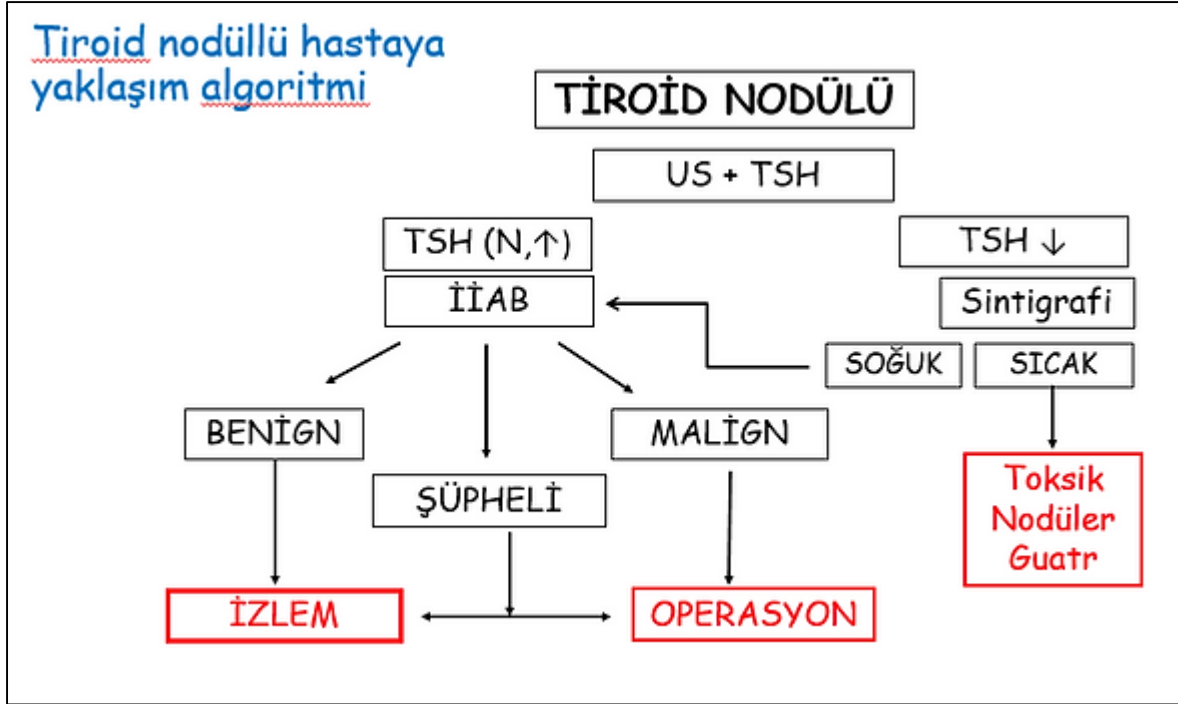
- Toksik nodüller
- Pür kistik nodüller
- Spongioz nodüller
- Malignite şüphesi düşük 1.5-2 cm den küçük nodüller

Tiroid nodülünde karar

Tiroid nodüllü hastada yapılan değerlendirme sonucunda malignite olasılığı yüksek hastalar opere edilmelidir. Operasyon tipi sıklıkla total tiroidektomi olmakla birlikte seçilmiş hastalarda lobektomi gibi farklı tip operasyona karar verilebilir. Malignite olasılığı düşük hastalar genellikle izleme alınırlar. Nodül çok büyük ve hastayı rahatsız edecek düzeyde baskı semptomları oluşturuyorsa, hasta estetik olarak nodülün görüntüsünden rahatsız oluyorsa nodül benign olsa bile hasta bilgilendirilerek cerrahi önerilebilir.

Toksik adenomların önce medikal tedavi ile ötiroidik hale getirilmesi gerekir. Ötiroidik hale getirildikten sonra kalıcı ötiroidi sağlamak amacı ile cerrahi veya radyoaktif iyot tedavisi uygulanması gerekir. Hastanın özelliğine göre cerrahi veya radyoaktif iyot tedavisinden hangisinin uygulanacağına hasta bilgilendirilerek karar verilir.

Tiroid nodüllü hastaya yaklaşım algoritmi



Benign tiroid nodülü izlemi

Benign olduğuna karar verilen ve izleme alınan tiroid nodüllü hastalarda genellikle sadece tiroid fonksiyonları ve ultrasonografik değerlendirme yeterlidir. Nodüllerin boyutunu küçültecek veya büyümeyi durduracak etkin medikal tedavi yoktur. Eski yıllarda sıkça kullanılan L-tiroksin ile TSH baskılama tedavisinin uzun dönem sonuçlarında etkinliğinin minimal olduğu, osteoporoz ve kardiyak aritmi riskini artırabildiği gösterildiğinden günümüzde önerilmemektedir. Nodüller yıllar içerisinde genellikle stabil kalırlar ve herhangi bir tedavi gerekli olmaz. Büyüdüğü saptanan nodüllerde ince iğne aspirasyon biyopsisinin tekrarlanması gerekir. Malignite riski saptananlarda veya büyümesine bağlı olarak baskı semptomu oluşturan nodüllerde operasyon düşünülmelidir. Nodülde otonomi saptanması durumunda radyoaktif iyot tedavisi veya cerrahi tedavi önerilmelidir.

TSH baskılama tedavisinde karşılaşılabilen sorunlar

- Nodül boyutunda küçülme nadiren sağlanır
- Etkinlik yüzdesi düşüktür
- TSH süpresyonu hedef seviyesi kesin değildir
- Bırakıldığında yüksek oranda relaps görülür
- Kardiyak taşiaritmi riski vardır
- Uzun dönemde osteoporoz riski olur
- Etkin maliyet belirsizdir