

Multinodüler guatr nedeniyle ameliyat edilen hastalarda insidental tiroid karsinomu

Incidental carcinoma in patients operated for multinodular goiter

Ali Güner*, Mehmet Altan Kaya*, Akif Aydın*, Süleyman Bozkurt*, Yusuf Erkan Kılıç*, Kadri Güler*, Faik Çelik*

Amaç:

Bu çalışmanın amacı multinodüler guatrli hastalarda görülen insidental karsinom sıklığını belirlemek ve multinodüler guatrda tercih edilen ameliyat yöntemlerini irdelemektir.

Durum Değerlendirmesi:

Tiroid nodülleri toplumun % 4-7'sinde görülmesine rağmen tiroidin malign tümörlerine daha az rastlanır. Tüm kanserlerin sadece %2'sini oluştururlar. Ancak yapılan çalışmalar sonucunda tiroidin malign hastalıklarının bilindiğinden çok daha fazla olduğu belirlenmiş ve genellikle iyi seyirli olmaları nedeni ile çoğunlukla teşhis edilemedikleri kanaatine varılmıştır. Multinodüler guatlarda uygulanan cerrahi tedavi sonrası saptanan insidental karsinom sıklığının seçilen hasta popülasyonuna göre farklı çalışmalarda %3-16 arasında olduğu bildirilmektedir.

Yöntem:

Çalışmamızda multinodüler guatr tanısıyla opere edilmiş 267 hastanın retrospektif incelenmesi ile hastalarımızdaki insidental tiroid karsinomu oranını saptadık ve bu hastaların tedavi protokollerini değerlendirdik.

Sonuç:

MNG için uygulanan cerrahi tedavi sonrası insidental karsinom sıklığı seçilen hasta popülasyonuna göre farklı çalışmalarda %3-16 arasında değişmektedir. Bizim insidental karsinom oranımızda % 3.9 olarak saptandı. Multinodüler guatlarda reoperasyon risklerinden veya tamamlayıcı tiroidektominin komplikasyonlarından kaçınmak için ilk ameliyatta totale yakın veya total tiroidektomi gibi bir ameliyatın tercih edilmesi gerektiği kanatine varıldı.

Anahtar Kelimeler:

Multinodüler guatr, insidental karsinom, tiroid cerrahisi

Tiroid nodülleri yetişkin nüfusunun %4-7'sinde görülen yaygın bir patolojidir (1-3). Nodüller tek veya birden fazla olabilirler. Multinodüler guatlarda (MNG) cerrahi tedavi endikasyonları arasında malignite şüphesi, bası semptomları, hipertiroidi ve kozmetik nedenler vardır (4). MNG için uygulanan cerrahi tedavi sonrası saptanan insidental karsinom sıklığı seçilen hasta guruplarına göre %3-16 arasında değişmektedir (5-7). MNG'lı hastalarda cerrahi tedavi kararı ve uygulanması düşünülen cerrahi yöntem kritik bir önem taşımaktadır. Bu çalışmada MNG tanısıyla ameliyat edilmiş 267 hastanın retrospektif incelenmesi sonucunda insidental tiroid karsinomu (İTK) oranının saptanması ve bu hastalarda uygulanan cerrahi yöntemlerin incelenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem

Ocak 2000- Aralık 2005 tarihleri arasındaki dönemde MNG tanısıyla ameliyat edilen 314 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Boyun bölgesine radyasyon öyküsü, ailede tiroid karsinomu, nüks guatr ve preoperatif ince iğne aspirasyon biopsisi (İİAB) malign ya da şüpheli olan 47 hasta çalışma dışı bırakıldı. Sonuçta 267 hasta çalışmaya alındı. Hastaların demografik bilgileri, özgeçmişi, tiroid hormonları profili, tiroid ultrasonografisi (USG) sonuçları, İİAB sonuçları, tiroid sintigrafisi sonuçları, uygulanan cerrahi teknik, ameliyat sonrası erken komplikasyonlar ve postoperatif dönemdeki histopatolojik inceleme sonuçları kaydedildi. Çalışma grubuna giren hastalar iki gruba ayrılarak değerlendirildi. İlk grupta İTK saptanan hastalar, ikinci grupta benign tiroid hastalığı (BTH) saptanan hastalar yer almaktaydı.

Çalışmada istatistiksel analizler Grandpad Prisma V3 paket programı ile yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma) yanı sıra ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi, nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare ve Fisher gerçeklik testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular

267 hastanın 221'i kadın (%82,8), 46'sı erkekti (%17,2). Kadın erkek oranı 4.8/1, hastaların yaş ortalaması $43,6 \pm 11,53$ (18-78) idi.

Makalenin Geliş Tarihi : 17.02.2007
Makalenin Kabul Tarihi : 19.06.2007

* Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 4. Cerrahi Kliniği AD, İSTANBUL

Dr. Mehmet Altan KAYA
Ressam Salih Ermez Cad. 23/1
Merdivenköy / İSTANBUL
Tel: (0216) 566 02 12
e-posta: mehmetaltankaya@hotmail.com

Tablo 1: Grupların demografik özelliklerinin karşılaştırılması.

	İTK (n=9)	BTH (n:258)	p
Yaş (yıl)	44,3±13,7	43,6±11,53	t= 0,17 p= 0,858
Nodül boyutu (mm)	14±10,9	32,1±24,2	t= 2,22 p= 0,021*
Cinsiyet (E/K)	2/7	44/214	p= 0,655
Toksikite/ fonksiyon	1/8	46/212	p= 0,998

*: istatistiksel anlamlı fark

Hastaların tamamına en az bir kez tiroid USG yapıldığı ve T3-T4-TSH değerlerinin ölçüldüğü, USG bulgusu olarak dominant nodül olduğu belirlenen 178 (%66,6) hastaya İİAB uygulandığı saptandı. Hastaların 116'sına total tiroidektomi (TT) ya da totale yakın tiroidektomi (BTYT), 123'üne bilateral subtotal tiroidektomi (BST), 28'ine ise olgular tek taraflı MNG olduğu için tek taraflı lobektomi (UL) uygulandığı belirlendi.

Postoperatif patolojik incelemede 9 (%3,37) hastada İTK tespit edildi. Bunlardan 7'si kadın (7/221, %3.16), 2'si erkekti (2/46, %4.3). Bu hastaların yaş ortalaması 44,3±13,7 (20-65) idi. Hastalar yaş ortalaması ve cinsiyetlerine göre değerlendirildiklerinde İTK grubu ile BTH grubu arasında fark saptanmadı (p=0,858; p=0,655) (Tablo 1). 7 hastada papiller karsinom (7/267, %2,62), 1 hastada folliküler karsinom (1/267, %0,3) ve 1 hastada

medüller karsinom (1/267, %0,3) saptandı. Ortalama tümör boyutu 14±10,9 mm (0,2-3) idi ve bu değer BTH saptanan hastalardaki nodül boyutu ortalamasından anlamlı olarak düşüktü (p=0,021). Hastaların özellikleri, yapılan ameliyatlara, patoloji sonuçları, post operatif erken dönem komplikasyonları Tablo 2'de sunulmuştur.

Hastalar tiroid fonksiyonlarına göre değerlendirildiklerinde 220 (%82,4) hastada non-toksik, 47 (%17,6) hastada toksik tiroid hastalığı mevcuttu. Karsinom saptanan 9 hastadan 8'i (8/220; %3,63) non-toksik, biri (1/47; %2,12) toksik tiroid hastalığına sahipti. İki grup arasında tirotoksikoz açısından anlamlı fark saptanmadı (p=0,998) (Tablo 1).

Papiller karsinom saptanan 7 hastanın yaş ortalaması 46,7, ortalama tümör boyutu 15 mm idi. Hastaların sadece 3'ündeki patoloji mikrokarsinomdu. Bu 7 hastanın birine TT, 2'sine BTYT ve 4'üne BST uygulanmıştı. BTYT uygulanan bir hasta ve TT uygulanan hastaya tamamlayıcı tiroidektomi ameliyatı gerekmemişti. (BTYT

Tablo 2: İnsidental tiroid karsinomu saptanan hastaların özellikleri.

İsim	Yaş/ Cinsiyet	Preoperatif Tetkikler			Yapılan Ameliyat	Postoperatif Patoloji	Tümör Çapı (Cm)	Tamamlayıcı Tiroidektomi	Postoperatif Komplikasyon
		Usg	İiab	Sintigrafi					
Fİ	56/K	MNG	Benign	-	TT	Papiller	3	-	
NA	43/K	MNG	Benign	Hipoaktif	TT	Medüller	0,5	-	Geçici Hipokalsemi Geçici Ses Kısıklığı
GU	50/K	MNG	-	Hipoaktif	BTYT	Papiller	0,2	+	
SŞ	50/E	MNG	-	Hipoaktif	BTYT	Papiller	0,5	-	
DK	20/K	MNG	Benign	-	BST	Papiller	2	+	
PT	29/K	MNG	Benign	-	BST	Foliküler	1,5	+	
SÇ	65/K	MNG	-	-	BST	Papiller	0,4	+	Geçici Hipokalsemi
Nİ	38/K	MNG	Benign	Hipoaktif	BST	Papiller	1,5	+	
NG	48/E	MNG	Benign	Hipoaktif / Hiperaktif	BST	Papiller	3	+	

MNG: Multinodüler guatr BST: Bilateral Subtotal Tiroidektomi TT: Total Tiroidektomi BTYT: Bilateral Totale Yakın Tiroidektomi

uygulanan diğer hastaya tamamlayıcı tiroidektomi onkolojinin talebi üzerine yapıldı; diğer 5 hastada 2. ameliyat gerekti. Tamamlayıcı tiroidektomi yapılan hastaların sadece birisinde postoperatif geçici hipokalsemi bulguları gelişti. Başka komplikasyon görülmedi. Tüm hastalara radyoaktif iyot (RAİ) ablasyon tedavisi uygulandı ve sonrasında yapılan tüm vücut taramasında hiçbir hastada metastaz saptanmadı. Tüm hastalara hormon replasman veya supresyon tedavisi başlandı. Takipleri sorunsuz devam etmektedir (ortalama 19 ay).

Foliküler karsinom saptanan hastanın patolojik değerlendirmesinde kapsül invazyonu mevcuttu ancak damar invazyonu yoktu. Tamamlayıcı tiroidektomiden sonra RAİ ablasyon tedavisi uygulandı. Replasman tedavisi ile hastanın takibi devam etmektedir (34 ay).

Medüller kanserli olgu yapılan tetkikleri sonucu sporadik medüller kanser olarak tanımlandı ve ek patoloji saptanmadı. Aile öyküsü bulunmayan, RET protoonkogenleri (ekson 10, 11,13) negatif olan, bazal kalsitonin, uyarılmış kalsitonin ve karsinoembriyoenik antijen (CEA) değerleri normal sınırlarda seyreden hastaya ek bir cerrahi girişim uygulanmadı. 28 aydır sorunsuz takiptedir.

Tartışma

Tiroid nodülleri toplumun %4-7 sinde görülmesine rağmen tiroidin malign tümörleri daha nadirdir, nodüllerin %4-5'inde kansere rastlanır. Kansere bağlı ölümlerin sadece %0,2 gibi çok küçük bir bölümünü oluşturur. Diğer yandan yapılan çalışmalar sonucunda iyi differansiye tiroid kanserlerinin bilindiğinden çok daha fazla olduğu, ancak iyi seyirli olmalarından dolayı genellikle tanı konulmadığı sonucuna varılmıştır (8-13). Bizim çalışmamızda da ameliyat öncesi benign tiroid hastalığı düşünülen ve ancak

postoperatif İTK tanısı konan hasta sayısı 9 (%3,37) dur.

Koh ve ark. (14)'nın MNG hastalığı bulunan 107 hastayı içeren retrospektif çalışmada, bizim çalışmamıza göre çok daha yüksek (%3,37) olarak 8 hastada (%7,5) malignite saptanmıştır. İki çalışma arasındaki bir diğer fark yaş ortalamalarıdır. Çalışmamızda MNG'li ve İTK'lı hastaların yaş ortalamaları arasında farklılık yokken ($P>0.05$) (multinoduler guatrli hastalardaki 43.6 yıla karşılık insidental karsinomlu olgularda 44.3 yıl), Koh ve ark. (14)'nın bu çalışmada İTK saptanan hastalarda daha yüksekti fark belirgindi (sırasıyla 45.6'a karşın 35.2 yıl). Kanser tiplerinin görülme oranları iki çalışmada da benzerdi. Pelizzo ve ark. (15) tarafından yapılan benzer bir çalışmada da 539 hastada İTK oranı %7,6 (41/539) olarak saptanmıştır. Bu oran da çalışmamızdaki değerlerden daha yüksektir. Özellikle kadın hastalardaki insidans belirgin farklılık göstermektedir [%8,3 (38/455)'e karşın %3,16 (7/221)]. Ancak erkek hastalar arasındaki oran birbirine daha yakındır [%3,6 (3/84)'ya karşın %4,3 (2/46)].

İTK konusunda en geniş seri Miccoli ve ark. (16)'nın 998 hastalık çalışmasıdır. Bu çalışmada da İTK oranı %10,4'dür (104/998). Bu çalışmada İTK'nın ötiroid hastalarda tirotoksik hastalardan daha sık oranda görülmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise iki grup arasında fark saptanmadı. Hasta sayısının daha düşük olması veya hasta populasyonlarının demografik özellikleri bunun nedeni olabilir. Yine benzer şekilde İTK oranı Gandolfi ve ark. (17)'nin çalışmada %13,7; Giles ve ark. (18)'nin çalışmada oran %8,2 olarak saptanmıştır. Bu farklı çalışmalarda farklı oranların bulunmasını seçilen hasta gruplarının özelliklerinin belirlediğini düşünmekteyiz. Örneğin Koh ve ark. (14)'nın çalışmada sadece tek nodülü olan hastalar çalışma dışı bırakılmış, diğer tüm MNG hasta-

ları çalışmaya dahil edilmişti. Pelizzo ve ark.'nın çalışmada ise sadece tiroid kanseri için predispozan faktörü bulunan hastalar çalışma dışı bırakılmıştı. Benzer şekilde Miccoli ve ark. (16)'nın çalışmada tek tiroid nodülü bulunan hastalarda çalışmaya dahil edilmişti.

BTH olduğu düşünülen hastalarda yapılacak ameliyatta geniş rezeksiyon mu yoksa sınırlı bir cerrahi mi uygulanacağı halen tartışmalıdır. Giles ve ark. (18), Sakorafas ve ark. (19), Düren ve ark. (20) malignite şüphesi olmayan hastalarda 2. ameliyata bağlı riskleri ortadan kaldırmak için TT/BTYT uygulanmasını önermektedirler. Bizim kliniğimizde MNG sebebiyle ameliyat edilen ve çalışmaya dahil edilen hastaların %43,4'üne (116/267) TT/BTYT, %46,1'ine (123/267) BST ve %10,5'ine (28/267) unilateral lobektomi (UL) uygulanmıştı. İTK saptanan 9 hastanın 4'üne TT/BTYT, 5'ine BST uygulanmıştı. Bu verilere göre BST'den sonra nüks ihtimali ve reoperasyona bağlı komplikasyon riskinden dolayı MNG'de TYT veya TT gibi bir rezeksiyonun daha uygun olacağı düşüncesindeyiz.

Diğer bir tartışmalı konuda TT dışında ameliyat uygulanmış ve patolojik inceleme sonucunda İTK saptanan hastalara tamamlayıcı tiroidektomi gerekip gerekmediğidir. Bu konuda bazı merkezler papiller kanser saptanan ve yüksek risk grubunda olan hastalara tamamlayıcı tiroidektomi önerirken bazıları da tüm olgularda tamamlayıcı tiroidektomi yapılması gerektiğini savunmaktadır. Rodrigues ve ark. (21) evre I, iyi differansiye ve lenf nodu tutulumu olmayan insidental papiller karsinomlu hastalarda tamamlayıcı tiroidektomi yapılmasının gerekmediğini savunmuşlardır. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) grubu, yayınladığı kılavuzda, benign hastalık için sınırlı tiroidektomi sonrası negatif cerrahi sınır, karşı tarafta lezyon olmaması, 1 cm altında

çap, şüpheli lenf nodu tutulumunun yokluğunda papiller kanserde tamamlayıcı tiroidektominin gerekmediğini bildirmiştir (22). Çalışmamızdaki hastalardan TT uygulanmamış 6 papiller karsinom olgusunun 5'ine bakiye doku fazlalığı sebebiyle tamamlayıcı tiroidektomi uygulanmıştır. Tamamlayıcı tiroidektomi uygulanmayan bir hastaya TYT uygulanmıştı ve takiplerinde nüks lehine bir bulguya saptanmadı. 1 hastada reoperasyona bağlı geçici hipokalsemi saptandı.

Pezullo ve ark. (23), tamamlayıcı tiroidektomi uygulanmış 35 hastanın postoperatif komplikasyonlarını de-

ğerlendirmiş, 2 hastada geçici hipoparatiroidi, 1 hastada kalıcı hipoparatiroidi, 3 hastada geçici rekürren sinir yaralanması ve 1 hastada kalıcı rekürren sinir yaralanması saptamışlardır. Çalışmamızda tamamlayıcı tiroidektomi sonrası 1 hastada geçici hipokalsemi saptandı.

Sonuç olarak, toplumda tiroid kanserleri tahminlerin çok üzerindedir, özellikle papiller kanserler yavaş seyirlerinden dolayı uzun yıllar semptomsuz kalabilmektedirler. Kanser ve kanser şüphesi dışı tanılarla ameliyat edilen hastalarda da %3-16 arasında insidental kanser saptanmaktadır, bu

yüzden seçilecek ameliyat seçiminde bu da göz önünde bulundurulmalıdır. Ancak kanser ve kanser şüphesi tanısı olmayan hastalarda komplikasyon oranları da göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle yeni bir operasyonun risklerinden veya tamamlayıcı tiroidektominin komplikasyonlarından korunmak için ilk operasyonda BTYT veya TT gibi bir rezeksiyon tercih edilmeli, BST tercih edilmemelidir. Patoloji örnekleri de dikkatli değerlendirilmelidir. Bu konudaki prospektif çalışmaların uzun dönem sonuçları da tedavi protokollerinin daha da keskinleştirilmesine katkıda bulunacaktır.

KAYNAKLAR

1. Liebeskind A, Sikora AG, Komisar A, et al. Rates of malignancy in incidentally discovered thyroid nodules evaluated with sonography and fine-needle aspiration. *J Ultrasound Med*, 2005; 24: 629-634.
2. Tan GH, Gharib H. Thyroid incidentalomas: management approaches to nonpalpable nodules discovered incidentally on thyroid imaging. *Ann Intern Med*, 1997; 126: 226-231.
3. Tuncel E, Ersoy C, Erturk E, et al. Retrospective analysis of the histopathological pattern of thyroid cancer in the southern Marmara region of Turkey and comparison of the data with the data previous decade. *Turk JEM*, 1997; 1: 8-12.
4. Cohen-Kerem R, Schachter P, Sheinfeld M, et al. Multinodular goiter: The surgical procedure of choice. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2000; 122: 848-850.
5. Friguglietti CU, Lin CS, Kulcsar MA. Total thyroidectomy for benign thyroid disease. *Laryngoscope*, 2003; 113: 1820-1826.
6. Bron LP, O'Brien CJ. Total thyroidectomy for clinically benign disease of the thyroid gland. *Br J Surg*, 2004; 91:569-574.
7. Prades JM, Dumollard JM, Timoshenko A et al. Multinodular goiter: surgical management and histopathological findings. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2002; 259: 217-221.
8. Bondeson L, Lujenberg O. Occult thyroid carcinoma at autopsy in Malmo, Sweden. *Cancer*, 1981; 47: 319-323.
9. Lin JD, Chen ST, Chao TC, et al. Diagnosis and therapeutic strategy for papillary thyroid microcarcinoma. *Arch Surg*, 2005; 140: 940-945.
10. Carpi A, Nicolini A, Casara D, et al. Nonpalpable thyroid carcinoma, clinical controversies on preoperative selection. *Am J Clin Oncol*, 2003; 26: 232-235.

Summary:

Incidental carcinoma in patients operated for multinodular goiter

Purpose: Our purpose is to detect the rate of incidental carcinoma in multinodular goiter. However thyroid nodules' frequency is 4-7% in normal population, malignant nodules are much rare. They represent only 0.2% of deaths due to cancer. According to the investigations, malignant diseases of the thyroid gland is much more than detected values, but they are considered rare due to the slow and benign nature of the disease. Incidental carcinoma frequency after evaluation of specimens of multinodular thyroid disease changes between 3- 16% differentiating from population to population.

Materials and Methods: In our study we evaluated 267 patients retrospectively and detected the incidental carcinoma ratio and evaluated treatment protocols.

Result: In our patient group we found out that with considering the complication risks in benign diseases we preferred bilateral near total thyroidectomy or total thyroidectomy as the operative technique.

Conclusion: Bilateral near total thyroidectomy or total thyroidectomy could be decided as the operative technique.

Key Words: Multinodular goiter, incidental carcinoma, thyroid surgery

11. Silver RJ, Parangi S. Management of thyroid incidentalomas. *Surg Clin N Am*, 2004; 84: 907-919.
12. Ezzat S, Sarti DA, Cain DR, Braunstein GD. Thyroid incidentalomas: prevalence by palpation and ultrasonography. *Arch Intern Med*, 1994; 154: 1838-1840.
13. Mitchell J, Parangi S. The thyroid incidentaloma: An increasingly frequent consequence of radiologic imaging. *Semin Ultrasound CT MRI*, 2005; 26: 37-46.
14. Koh KBH, Chang KW. Carcinoma in multinodular goitre. *Br J Surg*, 1992; 79: 266-267.
15. Pelizzo MR, Bernante P, Toniato A, et al. Frequency of thyroid carcinoma in a recent series of 539 consecutive thyroidectomies for multinodular goiter. *Tumori*, 1997; 83: 653-655.
16. Miccoli P, Minuto MN, Galeri D, et al. Incidental thyroid carcinoma in a large series of consecutive patients operated on for benign thyroid disease. *ANZ J Surg*, 2006; 76: 123-126.
17. Gandolfi PP, Frisina A, Raffa M, et al. The incidence of thyroid carcinoma in multinodular goiter: retrospective analysis. *Acta Biomed Ateneo Parmense*, 2004; 75: 114-117.
18. Giles Y, Boztepe H, Terzioğlu T, et al. The advantage of total thyroidectomy to avoid reoperation for incidental thyroid cancer in multinodular goiter. *Arch Surg*, 2004; 139: 179-182.
19. Sakorafas GH, Giotakis J, Stafyla V. Papillary thyroid microcarcinoma: A surgical perspective. *Cancer Treat Rev*, 2005; 31: 423-438.
20. Düren M, Bukey Y, Özyegin MA, et al. Impact of initial surgical treatment on survival of patients with differentiated thyroid cancer: experience of an endocrine surgery center in an iodine-deficient region. *World J Surg*, 2000; 24: 1290-1294.
21. Rodriguez JM, Moreno A, Parrilla P, et al. Papillary thyroid microcarcinoma: clinical study and prognosis. *Eur J Surg*, 1997; 163: 255-259.
22. Sherman SI, editors. *Thyroid Carcinoma. NCCN Clinical practice guidelines in Oncology*, 2006. V2. 7-10.
23. Pezzullo L, Delrio P, Losito NS, et al. Post-operative complications after completion thyroidectomy for differentiated thyroid cancer. *Eur J Surg Oncol*, 1997; 23: 215-218.

KATKIDA BULUNANLAR:

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:

Ali Güner, Mehmet Altan Kaya, Faik Çelik

Verilerin elde edilmesi:

Ali Güner, Mehmet Altan Kaya, Süleyman Bozkurt, Yusuf Erkan Kılıç, Kadri Güler

Verilerin analizi ve yorumlanması:

Ali Güner, Mehmet Altan Kaya, Faik Çelik

Yazının kaleme alınması:

Ali Güner, Mehmet Altan Kaya

İstatistiksel değerlendirme:

Mehmet Altan Kaya, Ali Güner, Faik Çelik