

EDİTÖRE MEKTUP

“Multinodüler guatr nedeniyle ameliyat edilen hastalarda insidental tiroid karsinomu”

Ali Güner ve ark.

Yıl:2007 Cilt:23 Sayı:3 s.87-91

Bekir Kuru*

Sayın Editörler,

Ali Güner ve arkadaşlarının Ulusal Cerrahi Dergisi'nde (2007;23;87-91) yayımlanan “Multinodüler guatr nedeniyle ameliyat edilen hastalarda insidental tiroid karsinomu” adlı çalışmasını ilgi ile okudum. Multinodüler guatr (MNG) tanısı ile ameliyat edilen 314 hastanın retrospektif incelemesinde İAB de malignite veya şüphesi, nüks guatr, radyasyon ve aile öyküsü dışındaki 267 hastanın incelemesinde 9 insidental karsinom saptanmış ve bunlarda uygulanan cerrahi yöntemlerin incelemesi sonucu MNG'de reoperasyon risklerinden veya tamamlayıcı tiroidektominin komplikasyonlarından kaçınmak için ilk ameliyatta total veya totale yakın tiroidektomi önerilmiştir. Bu değerli çalışmanın yazarlarını kutluyorum; görüş ve önerilerimi dile getirmek istiyorum.

267 hastada ameliyat endikasyonları belirtilmemiştir. USG de dominant nodül olan 178 hastaya (%67) İAB yapılmış fakat 89, hastaya yapılmamıştır. Bilindiği gibi İAB sadece dominant nodülden yapılmaz, fakat dominant nodül yanında diğerlerinden de yapılabilir. Dominant nodül yoksa en büyük nodülden yapılabilir. Palpabl değilse USG eşliğinde yapılabilir (ATO guideline) (1). Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi (AOEAH) 5. Genel Cerrahi Kliniği'nde malignite şüphesi nedeniyle ameliyat ettiğimiz 570 hastalık serimizde, İAB dominant nodül yanında diğer büyük nodüllerden de yapılmış ve böylece insidental karsinom olasılığı %1.2 olarak saptanmıştır. Önerim dominant nodüllerin yanı sıra diğer nodüllerden de İAB yapılabileceğidir.

İnsidental karsinom gelen 9 hastadan bilateral subtotal tiroidektomi (BST) yapılan ve papiller kanser olan 4 ve foliküler kanser olan bir hastada ve bilateral totale yakın tiroidektomi (BTYT) yapılan 2 mm'lik 1 papiller mikrokarsinomda tamamlayıcı tiroidektomi (TT) yapılmıştır. Tamamlayıcı tiroidektomi yapılan 6 hastanın sadece 1'inde geçici hipokalsemi olduğu bildirilmiştir. Yazarlar TT başarı ile yapmışlardır. Sadece bir hastada geçici hipokalsemi olmuştur. Öyleyse patolojide insidental karsinom saptanan sadece 5 hasta için BST yapılan 123 hastada en baştan total tiroidektomi yapılmasına gerek yoktur. Endikasyon konulduğunda yazarların belirttiği gibi TT kalıcı bir komplikasyon olmadan gerçekleştirilebilmektedir. BST yapılan 123 hastada total veya totale yakın tiroidektomi yapılsaydı komplikasyon oranı ne kadar olurdu? Yazıda total tiroidektomide ve BST'de pos-

toperatif hipokalsemi ve rekürrens yaralanması gibi komplikasyonlar belirtilmemiştir. Acaba total tiroidektomide daha yüksek midir? Kanımca BST'de komplikasyon oranı çok daha düşük olmalıdır.

Öte yandan yazarların belirttiği gibi total tiroidektomi düşük komplikasyon oranı ile yapılabilir (6 total tiroidektomide bir geçici hipokalsemi) (1,2). Bizim hastanemizde primer total tiroidektomi yapılan hastalar (92 hasta) ile TT yapılan hastalar (141 hasta) arasında komplikasyon farkı yoktur (kalıcı rekürrens paralizi: %3.3 ve %3.5, kalıcı hipoparatiroidi: %4.3 ve %4.2) (2).

İnsidental karsinom nedeniyle TT yapılan 5 hastanın hiçbirinde tümör boyutu 5 cm'nin üstünde değildir, vasküler, kapsüler invazyon (foliküler kanserde major kapsüler invazyon) ve lenf nodülü tutulumu ve uzak metastaz yoktur. TT yapılan bu hastaların hepsi de AMES ve MACIS risk sınıflandırmasına göre düşük risk grubundadır, uzun dönem sağkalımları çok iyidir ve sağlıklı kişilerle aynıdır (20

yıllık sağkalımları %98-99) (3,4). Bu hastaların tiroid hormonu tedavisi ile izlenmesi olanaklıdır.

Bu seride İAB yapılan hastalar arasında, kapsülü veya tiroid dokusunu aşmayan ve diferansiye karsinom gelen 6 hastada saptanan 2 tane 3 cm, bir tane 2 cm ve 2 tane 1.5 cm'lik insidental karsinomlar eğer İAB yapılan nodüllerden iseler yalancı negatif (false-negatif) kabul edilebilir. Bu durumda yalancı negatiflik oranı 6/168 (3.6%)'dir. İnsidental karsinomlar İAB yapılmayan nodüllerden değilse, bu nodüllerden de İAB yapılması gerektiği ortaya çıkmaktadır. Bizim serimizde tüm dominant ve diğer >1.5 cm'lik ve/veya palpable nodüllerden de İAB yapılmıştır. İAB yapılmayan veya yapılmayan nodüllerden insidental karsinom oranımız %1.7 ve hepsi de mikrokarsinomdur. Yalancı negatiflik oranımız ise %2'dir.

Sonuç olarak, insidental karsinom riskini en aza indirmek için MNG'de dominant nodüllerin dışındaki palpable veya >1.5 cm nodüllerden de İAB yapılabilir. Malignite şüphesi ol-

mayan MNG de insidental karsinom (İK) riski düşüktür, İK saptananların büyük çoğunluğu (bu çalışmada hepsi) düşük risk grubundadır, tiroid hormonu tedavisi ile izlenebilir ve tamamlayıcı tiroidektomiye (TT) gerek yoktur. Gerektiğinde TT primer total tiroidektomiden daha yüksek olmayan bir komplikasyon oranı ile yapılabilir. Bu yüzden malignite şüphesi olmayan MNG'de en baştan total veya near total tiroidektomiye gerek yoktur.

KAYNAKLAR

1. The American thyroid association guidelines taskforces. Management guidelines for patients with thyroid nodule and differentiated thyroid carcinomas. Thyroid 2006;16:1-31.
2. Erdem E, Gulcelik MA, Kuru B, Alagol H. Comparison of completion thyroidectomy and primary surgery for differentiated thyroid carcinoma. Eur J Surg Oncol 2003;29:747-749.
3. Cady B, Rossi R. An expanded view of risk-group definition in differentiated thyroid carcinoma. Surgery 1988;104:947-953.
4. Hay ID, Bergstralh EJ, Goellner JR, et al. Predicting outcome in papillary carcinoma: development of a reliable prognostic system in a cohort of 1779 patients surgically treated at one institution during 1940 through 1989. Surgery 1993;114:1050-1058.

Mehmet Altan Kaya, Faik Celik*

Makaleyi değerlendiren danışmanın eleştirisiyle ilgili görüşü

Sayın Editörler,

Değerlendirme ve katkılarınıza teşekkür ederiz. Çalışmamızı sunarken kliniğimizin deneyimlerini sergilemenin yanı sıra konunun katkılarla zenginleştirilmesini de amaçladık. Bundan sonra planlayacağımız çalışmalarda, öneri ve katkılarınızdan yararlanacağımızı belirtir, saygılarımızı sunarız.

Dr. Mehmet Altan KAYA
Ressam Salih Ermez Cad. 23/1
Merdivenköy / İSTANBUL
Tel.: (0216) 566 0212
E-posta: mehmetaltankaya@hotmail.com