



Foliküler adenom ile papiller karsinom ilişkisi

The relation between follicular adenoma and papillary thyroid carcinoma

Mehmet Erikoğlu*, Bayram Çolak*, Faruk Aksoy*, Murat Çakır*, Şükrü Özer*

Amaç: Foliküler adenomlar, tiroidin en yaygın neoplazmı olup kapsüllü ve genellikle soliter lezyonlardır. Bu çalışmamızda amacımız; kliniğimizde son beş yılda yapılmış tiroid ameliyatlarının içinde histopatolojik inceleme sonucu foliküler adenom gelen hastaları değerlendirmek ve papiller tiroid karsinomu ile foliküler adenom arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Hastalar ve Yöntem: Son 5 yılda Anabilim Dalımızda yapılan 1081 tiroid ameliyatı içinde, ameliyat sonrası patolojik inceleme sonucunda foliküler adenom saptanan 144 hasta değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 104'ü (%72,2) kadın, 40'ı (%27,7) erkek idi. Ameliyat sonrası foliküler adenom saptanan hastaların patoloji raporları değerlendirildiğinde, 29 hastada (%20.1) foliküler adenom ile papiller karsinom birlikteliği tespit edildi. Foliküler adenom ile papiller karsinomun birlikte görüldüğü 29 hastanın 17'sinde (%59) foliküler adenom boyutu 3 cm' nin üzerinde, 12'sinde (%41) ise adenom boyutu 3 cm' nin altındaydı (p:0.058).

Sonuç: Çalışmamızda patolojik incelemede foliküler adenom saptanan hastalarda papiller karsinomun sık görüldüğü tespit edildi. Bu nedenle foliküler neoplazi tespit edilmiş hastalarda eğer aynı ya da karşı tiroid lobunda da nodüller tespit edilmiş ise cerrahi tedavinin total tiroidektomi olması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Papiller karsinom, foliküler adenom, foliküler neoplazm, tiroid.

*Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Konya

Dr. Mehmet Erikoğlu
E-posta: merikoglu@hotmail.com

Makale Geliş Tarihi: 18.07.2011
Makale Kabul Tarihi: 22.09.2011

GİRİŞ

Tiroidin en sık görülen selim tümörü foliküler adenomlardır. Adenomda histopatolojik olarak selim ve kapsüllü bir dokunun büyümesi söz konusudur. Foliküler adenomlar iyi sınırlı tek lezyon şeklinde olup adenomu normal tiroid dokusundan ayıran kapsülleri vardır. Genellikle genç erişkinlerde görülürler ve sıklıkla 3 cm'den daha küçük soliter lezyonlardır. Mikroskopik olarak foliküler adenomlar kolloid, embriyonal, fetal ve Hurtle hücreli varyant olarak sınıflandırılabilir (1).

Bu çalışmamızda amacımız, Anabilim Dalımızda son beş yılda yapılmış tiroid ameliyatlarının içinde histopatolojik inceleme sonucu foliküler adenom gelen hastaları değerlendirmek ve papiller tiroid karsinomu ile foliküler adenom arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

HASTALAR VE YÖNTEM

Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda 2006-2011 yılları arasında tiroid ameliyatı yapılan hastalar için, histopatolojik incelemeler sonucunda foliküler adenom tespit edilen 144 olgu retrospektif

olarak incelendi. Hastalar, yaş, cinsiyet, uygulanan ameliyat tekniği, ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) sonuçları, adenomun tipi, diğer tiroid lezyonları ile birliktelikleri, ultrasonografi (US) ve tiroid fonksiyon testleri (TFT) sonuçlarına göre incelendi. Bulgular istatistiksel olarak ki-kare testi ile değerlendirildi. İİAB değerlendirmesinde yetersiz, selim, foliküler lezyon, foliküler neoplazm, şüpheli habis ve habis tanısal kategorileri kullanıldı. İİAB yapılacak nodülü seçerken nodül boyutuna ilave olarak US özellikleri açısından daha fazla malignite riski taşıyan nodüllerden biyopsi alınmasına özen gösterildi. Solid ve kistik komponenti mevcut olan semisolid nodüllerin solid kesiminden örnek alınmasına dikkat edildi.

BULGULAR

Son 5 yılda tiroid ameliyatı geçiren 1081 hastanın 144'ünde (%13,3) foliküler adenom tespit edildi. Olguların 104'ü (%72,2) kadın, 40'ı (%27,7) erkek, ortanca yaş 49 (17-78) idi. Hastaların genel şikâyetleri boyunda ele gelen şişlik ve uzun süredir mevcut guatr öyküsü idi. Hastalar operasyon öncesi TFT açısından değerlendirildiğinde 103

Tablo 1. Foliküler adenom boyutu ile papiller karsinom birlikteliği arasındaki ilişki (p:0.058).

Foliküler adenom (n: 144)	Foliküler adenom (n)	Foliküler adenom ile papiller karsinom birlikteliği (n)
3 cm'den küçük nodüller (n:82)	70	12
3 cm'den büyük nodüller (n:62)	45	17

hasta (%71.5) ötiroid, 33 hasta (%22.9) hipertiroid, 8 hasta (%5.5) hipotiroid idi.

Ameliyat öncesi yapılan ultrasonografik incelemede tiroid nodülleri boyut, içyapı, kontur yapısı, mikrokalsifikasyon varlığı ve vaskülarite açısından değerlendirildi. Nodülün içyapısı solid, kistik veya kistik komponent içeren semisolid olarak değerlendirildi. US incelemesinde olguların 88'i (%61.1) solid içerikli düzgün sınırlı, vaskülarite içermeyen multinodüler guatr, 56'sı (%38.9) düzgün sınırlı hipoekoik heterojen soliter nodül olarak tespit edildi.

Operasyon öncesi İİAB yapılan 106 hastadan 42'si (%39.6) foliküler neoplazi, 40'ı (%37.7) selim hücreler, 18'i (%16.9) şüpheli hücreler, 6'sı (%5.6) malign hücreler olarak bildirildi. Uygulanan ameliyat tekniklerine bakıldığında, 124 olguya (%86,1) total tiroidektomi, 2 olguya (%1.4) total tiroidektomiye ek olarak santral boyun diseksiyonu, kalan 18 (%12.5) hastaya da hemitiroidektomi yapıldı. Boyun diseksiyonu yapılan hastalardan birinde görüntüleme tetkiklerinde, diğerinde ise ameliyat esnasında lenf nodülü tespit edilmişti.

Histopatolojik inceleme sonuçlarında foliküler adenom ile diğer tiroid lezyonları birlikteliği gözden geçirildi. Foliküler adenom olgularından 88'i (%61,1) multinodüler guatr, 29'u (%20,1) papiller karsinom, 15'i (%10,4) tiroidit ile birliktelik göstermekteydi. Kalan 12 (%8.3) olgunun herhangi bir lezyon ile birlikteliği tespit edilmedi. Papiller karsinom saptanan 29 hastanın 15'i (%52) mikropapiller karsinom, 10 hasta (%34.3) klasik papiller karsinom, 4'ü (13,7) papiller karsinom foliküler varyant idi. Histopatolojik incelemelerde ayırt edilen foliküler adenom tiplerine bakıldığında %17,3'ünde mikrofoliküler tip, %15,2 mikst tip, %8,3 makrofoliküler tip, %2,7 onkositik tip, %1,3 Hurthle hücreli tip tespit edildi.

Patolojik inceleme sonucunda foliküler adenomlar boyutlarına göre değerlendirildi-

ildiğinde ise 82 (%56.9) hasta da 3 cm altında, 62 (%43.1) hasta da ise adenom 3 cm üzerinde idi. Papiller karsinom saptanan 29 hastanın 17'sinde (%59) foliküler adenom boyutu 3 cm'nin üzerinde, 12 (%41) hastada ise adenom boyutu 3 cm'nin altında idi. Papiller karsinom saptanan 29 hastanın 18'inde (%62) foliküler adenom ile papiller karsinom farklı tarafta, 11 (%38) foliküler adenom ile papiller karsinom aynı tiroid lobunda idi.

Foliküler adenom boyutu 3 cm'nin üzerinde olan hastalarda papiller karsinom görülme oranı adenom boyutu 3 cm'nin altında olanlara göre yüksek bulundu (p:0.058) (Tablo 1).

TARTIŞMA

Tiroidin en yaygın tümörleri foliküler hücrelerden gelişen adenomlardır ve foliküler adenom olarak isimlendirilirler. Nodül ve adenom terimi çoğu zaman bir-biri yerine kullanılsa da bu doğru değildir. Adenomda patolojik olarak saptanan spesifik, yeni ve benign bir dokunun büyümesi söz konusu iken nodülde karsinom, normal gland lobülü veya herhangi bir foliküler lezyon olabilir (2-5).

İİAB, cerrahi tedavi gerektiren hastaların seçiminde ilk sırada kullanılan değerli bir yöntemdir. Tiroid kanserlerinin saptanmasında ortalama duyarlılığı %83, özgüllüğü %92, tanısal doğruluk oranı ise %95 olarak saptanmıştır (6). İİAB ile papiller, medüller ve anaplastik karsinom tanısı konulabilirken, foliküler karsinom ve foliküler adenom tanıları konulamaz. Foliküler karsinom ve foliküler adenom ayrımı yapılabilmesi için kapsül ya da vasküler invazyonun gösterilmesi gerekir. İİAB materyalinde ise bunu göstermek mümkün değildir. Bu nedenle materyal foliküler neoplazm olarak tanımlanır. Foliküler neoplazm nedeniyle opere edilen hastaların %20-25'inde foliküler karsinom, geri kalan %75-80'inde ise foliküler adenom tespit edilmektedir (7). Çalışmamızda yapılan İİAB sonuçlarına bakıldığında, foliküler neoplazi oranı beklenenin aksine

düşük tespit edilmiştir. Bunun nedeni olarak, çalışmanın ilk yıllarında biyopsilerin görüntüleme eşliğinde yapılmadığından ve hastaların çoğunluğunun multinodüler guatr nedeni ile opere edilmesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Foliküler adenomların çoğunluğu sintigrafide soğuk veya ılık nodül olarak görülür. Çok az bir kısmı ise iyodu tutan ve geride kalan tiroid dokusunu baskılayan hiperfonksiyonel sıcak nodüllerdir ve bunlar soliter toksik adenom olarak isimlendirilirler. Foliküler adenomların çıkarılma endikasyonları, kanser ihtimali, toksik adenomların tedavisi ve lokal bası semptomlarının giderilmesidir (1). Olgularımızın %71,5'i ötiroid, %22,9'u hipertiroid, %5,5'i ise hipotiroid idi.

US'de malignite kriterleri, mikrokalsifikasyon, solid ya da predominant olarak solid iç yapı, düzensiz kontur, hipoekoik iç yapı ve ön arka çapın transvers çapa oranla fazla olmasıdır. Nadir görülen lenfadenopati ve komşu organ invazyonu malignite için spesifitesi yüksek bulgulardır (8). Olgularımızın çoğunluğu yapılan US'de multinodüler guatr, bir kısmı da soliter nodül idi; ultrasonografik olarak belirgin malignite bulgusu tespit edilmedi. Lezyonlar düzgün sınırlı, solid ve hipoekoik nodüllerdi.

Foliküler neoplazi olarak değerlendirilen sıcak nodüllerde kanser olasılığı çok düşüktür. Nodül boyutu 3 cm'nin üzerinde olan sıcak nodüllerde genellikle cerrahi girişim, 3 cm'den küçük sıcak nodüllerde ise radyoaktif iyot tedavisi önerilmektedir. Soliter toksik adenom ve foliküler neoplazide genellikle önerilen tedavi lobektomi ve ismusektomidir (9). Foliküler neoplazilerde malignite riski %15-20 olarak kabul edilmektedir ve ameliyat sırasında yapılan patolojik incelemeler sonuç vermemektedir (9). Ameliyat sonrası dönemde foliküler kanser saptanrsa tedavi total tiroidektomi olmalıdır. (9,10). Hastalarımızın %86'sına total tiroidektomi ameliyatı yapıldı. Bunun en önemli nedeni hastaların çoğunun ameliyat endikasyonunun multinodüler guatr olması ve aynı zamanda İİAB sonuçlarının şüpheli hücreler olarak gelmesidir. İİAB sonucu foliküler neoplazi gelen hastalarda eş zamanlı nodüllerin tespit edilmesi de bunun diğer bir nedenidir. Multinodüler guatr hastalarında bile ameliyat sonrası patolojik değerlendirmede kanser tanısı konulabilmektedir. Ayrıca kalan tiroid dokusunda tiroid nodülü mevcut ise bu nodülde malign dönüşüm ya da tespit edilmemiş

mikrokarsinom riski taşıdığı bildirilmiştir (11-14). Multinodüler guatr tanısı ile ameliyat edilen hastaların %7-19'unda insidental karsinom saptandığı bildirilmektedir. Ayrıca tiroidektomi serilerinde insidental papiller kanserlerin %15'in üzerinde olduğu görülmektedir (15,16). Çalışmamızda papiller karsinom tespit edilen 29 olgunun 18'inde foliküler adenom ile papiller karsinomu farklı tiroid loblarında tespit ettik. Bu hastalarda sadece foliküler neoplazinin tespit edildiği nodülün olduğu tarafa cerrahi girişim yapılsaydı, diğer lobda bulunan malignite atlanmış olacaktır.

ti. Karşı tarafta bulunan nodüllerde yüksek oranda insidental karsinom olabileceği düşüncesiyle hastalarımıza total tiroidektomi uygulandı.

Çalışmamız sonucunda %20,1 oranında foliküler adenoma eşlik eden papiller karsinom olgusu tespit edildi. Bu 29 papiller karsinom olgusunun 17'sinde adenom boyutu 3 cm'nin üzerinde, 12'sinde adenom boyutu 3 cm'nin altında olan foliküler adenomlar ile birlikteydi. Papiller karsinom ile foliküler adenom boyutları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p:0.058).

Sonuç olarak; İİAB sonucu olarak foliküler neoplazi tespit edilen hastalara gelecekteki cerrahi yaklaşım neoplazinin olduğu tarafa hemitiroidektomidir. Hastaları sekonder tiroidektominin geçici ve kalıcı komplikasyonlarından korumak ve papiller tiroid karsinomu ile foliküler adenomların birlikte görülme oranlarının yüksek olması nedeniyle ameliyat öncesi dönemde İİAB'de foliküler neoplazi tespit edilen vakalarda aynı tarafta ya da karşı tarafta nodüller tespit edilmiş ise cerrahi tedavinin total tiroidektomi olması gerektiğini düşünmekteyiz.

SUMMARY

The relation between follicular adenoma and papillary thyroid carcinoma

Purpose: Follicular adenomas are the most common neoplasms of the thyroid. They are encapsulated and generally solitary lesions. The aim of this study was to assess those patients diagnosed as having follicular adenomas as a result of histopathological examinations during thyroid surgery in our clinic over the last five years and to study the relationship between papillary thyroid carcinoma and follicular adenoma.

Patients and Method: Of the 1081 thyroid operations in the last 5 years, 144 patients who were diagnosed with follicular adenoma as a

result of histopathological examination after surgery were assessed.

Results: 104 of the patients (72.2%) were female and 40 (27.7%) were male. When the pathological reports of the patients diagnosed with follicular adenoma were considered, 29 patients (20,1%) also had papillary carcinoma. (p:0.058).

Conclusion: In our study, we commonly detected accompanying follicular adenoma with papillary carcinoma. Because of this, in patients with a diagnosis of follicular neoplasm we consider that surgical treatment should be a total thyroidectomy if there are nodules determined in the same or opposite thyroid lobe.

Key Words: Papillary carcinoma, follicular adenoma, follicular neoplasm, thyroid.

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:
Mehmet Erikoğlu, Şükrü Özer

Verilerin elde edilmesi:
Bayram Çolak, Murat Çakır

Verilerin analizi ve yorumlanması:
Mehmet Erikoğlu, Faruk Aksoy

Yazının kaleme alınması:
Mehmet Erikoğlu, Şükrü Özer

İstatistiksel değerlendirme:
Bayram Çolak

KAYNAKLAR

1. Doherty GM. Follicular neoplasms of the thyroid. In: Clark OH, Quan-Yang Duh. Textbook of endocrine surgery. Philadelphia: W.B. Saunders Company 2005: 115-122. [DOI:10.1016/B978-0-7216-0139-7.50017-X]
2. Rosari J, Carcangiu MI, DeLellis RA. Tumors of Thyroid Gland. In: Firminger HI. Atlas of Tumor Pathology, 3 rd series, fascicle 5. Washington DC: Armed Forces Institute of Pathology, 1992.
3. Maitra A, Abbas AK. The Endocrine System. In: Kumar V, Abbas AK, Fausto N (eds). Pathologic Basis of Disease. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005: 1164-1189.
4. İşgör A: Tiroid Hastalıkları ve Cerrahisi. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Yayınları 2000: 347-357.
5. Farid P, Gomba S, Peter I, Szende B. Bcl2, P53 and bax in thyroid tumors and their relation to apoptosis. Neoplasma 2001; 48: 299-301.
6. Castro MR, Gharib H. Thyroid disorders. Thyroid nodules. In: Camacho PM, Gharib H, Sizemore GW. Evidence-based Endocrinology. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins Co, 2003: 39-73.
7. Castro MR, Gharib H. Continuing controversies in the management of thyroid nodules. Ann Intern Med 2005; 142: 926-931.
8. Koike E, Noguchi S, Yamashita H, et al. Ultrasonographic characteristics of thyroid nodules: prediction of malignancy. Arch Surg 2001; 136: 334-337. [DOI:10.1001/arc Surg.136.3.334]
9. Erbil Y. Tiroid Nodüllerine ve Tiroid Kanserlerine Cerrahi Yaklaşım. In: Erdoğan MF. Tiroid Bülteni 3 rd. İstanbul: Deha Ozalit, 2009: 6-7.
10. Maddox PR, Wheeler MH. Approach to the thyroid nodules. In: Clark OH, Quan-Yang Duh. Textbook of endocrine surgery. ed. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 2005: 85-92.
11. Lefevre JH, Tresallet C, Leenhardt L, et al. Reoperative surgery for thyroid disease. Langenbecks Arch Surg 2007; 392: 685-691. [DOI: 10.1007/s00423-007-0201-6]
12. Bender Ö, Yüney E, Çapar H, et al. Total tiroidektomi deneyimlerimiz. Endokrin Diyalog 2004; 1: 15-18.
13. Mishra A, Agarwal A, Agarwal G, Mishra SK. Total thyroidectomy for benign thyroid disorders in an endemic region. World J Surg 2001; 25: 307-310. [DOI: 10.1007/s002680020100]
14. Giles Y, Boztepe H, Terzioğlu T, Tezelman S. The advantage of total thyroidectomy to avoid reoperation for incidental

- thyroid cancer in multinodular goiter. Arch Surg 2004; 139: 179-182. [DOI: 10.1001/archsurg.139.2.179]
15. Bellantone R, Lombardi CP, Bossola M, et al. Total thyroidectomy for management of benign thyroid disease: review of 526 cases. World J Surg 2002; 26: 1468-71. [DOI: 10.1007/s00268-002-6426-1]
16. Erbil Y, Barbaros U, Salmaslioglu A, et al. Effect of thyroid gland volume in preoperative detection of suspected malignant thyroid nodules in a multinodular goiter. Arch Surg 2008; 143: 558-63. [DOI: 10.1001/archsurg.143.6.558]