

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji Kliniğinde 1978-1991 yılları arasında takip edilen tiroid tümörlerinin retrospektif değerlendirilmesi

Gürbüz ERDOĞAN, Nuri KAMEL, Nilgün BAŞKAL, Demet ÇORAPÇIOĞLU, Mustafa K. BALCI

A.Ü.T.F. Endokrinoloji BD. ANKARA

A.Ü.T.F. Endokrinoloji kliniğinde 1978-1991 yılları arasında 415 malign tiroid tümürlü hastanın takip ve tedavisi yapılmıştır. Bunların 240'ı (%5.83) papiller, 86'sı (%20.72) folliküler, 26'sı (%6.26) mikst, 22'si (%5.30) medüller, 27'i (%5.05) anaplastik, 12'si (%2.69) hücreli tiroid karsinomu; 4'ü (%0.96) tiroide metastaz yapmış karsinom, 3'ü (%0.72) tiroide lenfoma 77 (%0.24) skuamöz hücreli karsinom tanısı almışlardır.

Cerrahi girişim yönünden hastalar değerlendirildiğinde; 36 hasta (%8.67) inoperabl bulunmuş, 136 hastaya (%32.77) bilateral subtotal tiroidektomi, 112'sine (%26.99) bilateral total tiroidektomi, 22'sine (%5.3) bilateral total tiroidektomi ile birlikte (Ok veya iki taraflı boyun disseksiyonu, 15'ine (%3.61) lobektomi, 10'una (%2.4) nodülektomi, 5'ine (%1.2) bilateral subtotal tiroidektomi ile birlikte tek veya iki taraflı boyun disseksiyonu yapılmıştır. 115 hastanın (%27.97) ise cerrahi müdahale şekli bilinmemektedir. 31 hasta (%7.46) cerrahi müdahalenin yetersizliği nedeniyle 2. kez opere edilmiştir.

72 hastada (%17.35) lokal nüks, 86 hastada (%20.72) ise lenf ve uzak metastaz gelişmiştir.

Hastalarımıza tanılarına uygun I¹³¹ ablasyonu, T4 replasmanı veya supresyonu, gerektiğinde I¹³¹ tümör dozu verilmiş, bazı vakalara radyoterapi uygulanmış, uygun görülen vakalara da kemoterapi verilmiştir.

Belli bir program içinde 1-13 yıl izlenen hastalarda uygulanan tedavi yöntemlerinin etkinliği gözlenmeye çalışılmıştır. (Türk Tıp Araştırma 1992, 10(1):54-62J

Anahtar Kelimeler: Tiroid bezi, malign tümörler

Ülkemizde tiroid hastalıklarının çok yaygın olması sebebiyle tiroidin malign neoplazmlarının çok iyi değerlendirilmesi gerekirken bu konuya yolcrin.ee önem verilmediği gözlenmektedir. Pek çok meslektaşımız tiroid hastalıklarının tanısında yalnızca fizik muayene ile yetinmekle veya önemini yitirmiş laboratuvar yöntemlerinden yararlanmaya çalışmaktadırlar. Bu sebeple uygun olmayan tedavi yöntemlerinin talbiki ve gelişen olumsuz sonuçlar; tıbbi, sosyal ve ekonomik pek çok problemlere sebep olmaktadır. Bu cümleden olarak gerek hekimlerimizde, ge-

rekse tiroid hastalarında çoğu zaman hasıl olan kanser kuşkusu, ivedi ve gereksiz girişimlere neden olmaktadır (19,21).

Yurdumuzdaki tiroid kanseri vakalarının sayısı bilinmemekle beraber yapılan hesaplara göre 75.000-100.000 hastanın bulunduğu tahmin edilmektedir (3,23,24,26).

Diğer taraftan özellikle differansiye tiroid kanserlerinin cerrahi (11) ve soraki tedavileri konusunda müellifler arasında fikir birliği olmadığı (6,11,29,32,33) gibi uygulamada çok çeşitlilik vardır. Ayrıca indifferansiye tiroid kanseri ve diğer malign neoplazmların tedavisinde de farklılıklar söz konusudur (38).

Bu çalışmamı/da 415 vakadan oluşan serimizde uyguladığımız tedavi yöntemini ve izlem sonuçlarını sunuyoruz.

Geliş Tarihi: 20.10.1991

Kabul Tarihi: 13.12.1991

Yazışma Adresi: Mustafa Kemal BALCI
Meneviş Sok. 56/2
06540 A.Ayrancı - ANKARA

VAKALAR VE YÖNTEM

Bu çalışmaya 1978-1991 yılları arasında malign tiroid neoplazmi tanısı konarak, gerekli tedavileri yapılan 415 vaka dahil edilmiştir. 331 kadın, 84 erkekten oluşan, yaşları 15-85 arasında, ortalama yaşın 42.87 ± 0.68 olduğu vakalarımızı histolojik tanılarına göre gruplayıp tedavilerini buna göre değerlendirdik. Özellikle 1980 yılından itibaren tanıda "tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi (TİAB)"ndan yararlanıldı (19,24,30,31,33,39). Böylece operasyon endikasyonu ve yapılacak operasyonun bilinçli olacağı ve sonuçta da reoperasyonların gerçermiyecği inancından hareket ettik. TİAB'da malign veya kuşkulu bulunan vakalar ile adenom tanısı alan vakalarda cerrahi girişim uygulandı (14,19,26).

Maalesef bütün vakalarımızın aynı düşünce ve yöntemle operasyonu imkanını bulamadık. Çünkü vakalarımız değişik merkezlerde, değişik cerrahlar tarafından ameliyat edildiler. Ayrıca bütün vakaların intraoperatif patolojik değerlendirilmesi önerilmesine rağmen sağlanamamış, çok az sayıda vakamızda uygulanabilmiştir (14,26).

Genellikle differansiye tiroid kanser vakalarımızda lobektomi, islmektomi ve kontrateral parsiyel lobektomi yapılmış, lenfatik yayılımı olanlara modifiye, bazen de radikal tek taraflı, gerekiyorsa bilateral boyun disseksiyonu uygulanmıştır (1,4,6,7,10,15,22,29,34,40). Vakalarımızın bir kısmına reoperasyon gerekmiş ve uygulanmıştır (11,14,26,52).

Meduller tiroid kanserli vakalarda total tiroidektomi (11) önerilmiş, fakat vakalarımızın ancak bir bölümünde bu sağlanabilmiş, bir kısmında ise reoperasyon gerekmiştir (14,17,24,26,50,52).

İndifferansiye tiroid kanserli vakalarda yapılabilecek en geniş operasyon istenmiş ve bu gerçekleştirilmiştir (11,14,16,26,27).

Squamos hücreli bir vakamızda totale yakın rezeksiyon yapılmış, metastatik tiroid karsinom vakaların da ise primer odağa ve tiroide yönelik geniş cerrahi girişim uygulanmıştır (14,20,43,52).

Tiroid lenfoması tanısı TİAB ile gerçekleştirilmiş bir vakamızda cerrahi girişime gerek duyulmamış, fakat diğer iki vakada tanı cerrahi girişim ile elde edilen materyalde sağlanmıştır. Yapılan girişim lobektomidir (6,14,30).

Differansiye tiroid kanserinde I¹³¹ ile ablasyon prensip olarak kabul edilmiştir (2,9,12,14,18,26,35,36,37,49). Bu imkanının sağlanamadığı veya herhangi bir şekilde I¹³¹'i kabul etmeyen vakalarımız bu uygulamanın dışında kalmıştır.

I¹³¹ ablasyonu değişik merkezlerde yapılabilmemiş, bu nedenle verilen dozlar değişik olmuş ve 30-100 mci arasında değişmiştir (14,49). Bu ilk dozla ablasyon sağlanamayan vakalara 2. ve 3. ablasyon dozları, metastazi bulunan vakalarda ise 200-300 mci arasında değişen tümör dozları (42) verilmiştir.

Radyoterapi lokal nüks saptanan invaziv differansiye tiroid kanser vakaları ile, inoperabl indifferansiye tiroid kanseri, lenfoma ve squamos hücreli tiroid kanseri vakalarına uygulanmıştır (14,26,47).

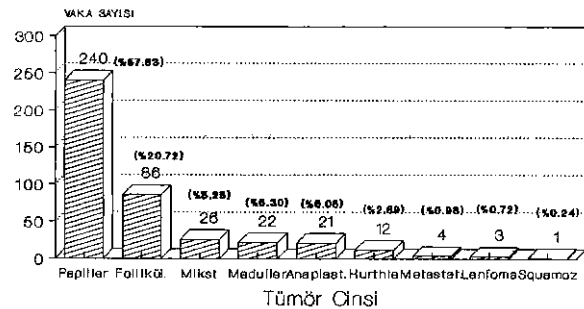
Kemoterapi, invaziv ve diğer tedavilere yanıt vermeyen, differansiyasyonu azalmış veya indifferansiye olmuş differansiye tiroid kanserleri (11), yine cerrahi girişim ile çıkarılamayan meduller tiroid kanserleri ve indifferansiye tiroid kanserlerine verilmiştir. Kemoterapi "sisplatin" 20 mg/m², "adriamisin" 60 mg/m² kombinasyonu şeklinde 21 günlük intervallarla yapılmıştır (14,26,46).

Tiroid lenfomalı vakalarımıza kemoterapi gerekiyor ise, M-BACOD tedavisi verilmiştir (14,26,45).

Bütün differansiye tiroid kanser vakalarımız ilk 3 yıl 6 ayda bir; tiroid hormonları, tiroglobulin seviyeleri, teknisium ile kemik, I¹³¹ ile tüm vücut izlenmiş, 3 yıldan sonra yılda biri fizik muayene, tiroid hormon seviyesi ve tiroglobulin yanında akciğer grafisiyle takip edilmiştir. İndifferansiye kanserler ile diğerleri belli bir takip programı yapılmaksızın en geç 3 aylık aralıklarla izlenmişlerdir (14,21,25,26,42).

SONUÇLAR

415 hastalık serimizde; hastalarımızın 240'ı (%57,83) tiroid papiller, 86'sı (%20,72) folliküler, 26'sı (%6,26) mikst, 22'si (%5,30) meduller, 21'i (%5,06) anaplastik, 12'si (%2,89) hurthle hücreli, 4'ü (%0,96) metastatik, Ti (%0,24) squamos hücreli tiroid kanseri, 3'ü (%0,72) primer tiroid lenfoması olarak tesbit edilmişlerdir (Şekil 1).

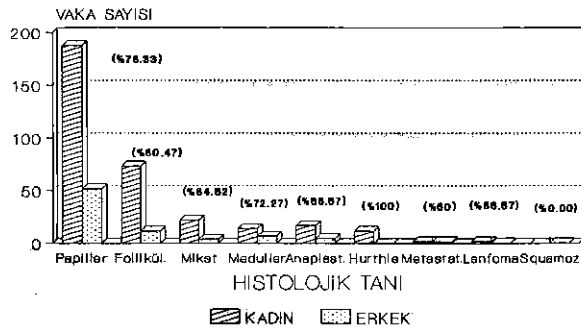


Şekil 1. Tiroid tümörlerinin histolojik tiplerine göre dağılımı.

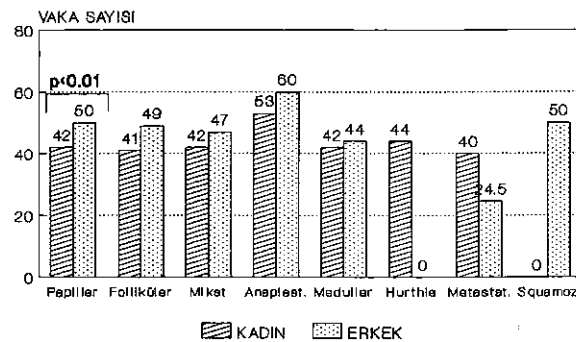
Cinse göre dağılım Şekil 2'de gösterildiği gibi Papiller tiroid kanserlerinin %78.33'ü kadın, %21.67'si erkek; folliküler tiroid kanserlerinin %60.47'si kadın, %39.53'ü erkek; mikst tiroid kanserlerinin %84.62'si kadın, %15.38'i erkek; medüller tiroid kanserlerinin %72.27'si kadın, %27.73'ü erkek; anaplastik tiroid kanserlerinin %66.67'si kadın, %33.33'ü erkek; hurllle hücreli tiroid kanserlerinin ise lamamı kadındır. Metastatik kanserlerde bu oran her iki cins için eşittir. Tiroid glandında çok seyrek rastlanan ve serimizde sayısı 3 olan primer tiroid lenfoması vakalarının %66.67'si kadın, %33.33'ü erkektir. Squamoz hücreli kanser ise 1 erkek vakadan ibarettir.

Serimizde vakaların yaşlara göre dağılımı Şekil 3'te verilmiştir. Görüldüğü gibi 30-39 yaş grubu %27.23 sıklıkla önde bulunmaktadırlar. Bunu %24.82 ile 40-49, %16.87 ile 50-59, %13.73 ile 20-29 yaş grupları izlemekte, 10-19 yaş grubu ile 70 yaşın üstündekilerin oluşturduğu gruplar da tiroid malignite sıklığı %3.37'nin altındadır.

Tümör tiplerine göre yaş ortalamaları Şekil 4'te sunulmuştur. Görüldüğü gibi cinsler arasında bir vakadan oluşan squamoz hücreli kanser ile 4 vakadan oluşan metastatik kanserler sayıları azlığı sebebiyle, hurllle hücreli kanserlerde tümünün ka-



Şekil 2. Tiroid tümörlerinin histolojik olarak cinslere göre dağılımı (%'ler kadın oranlarını göstermektedir).



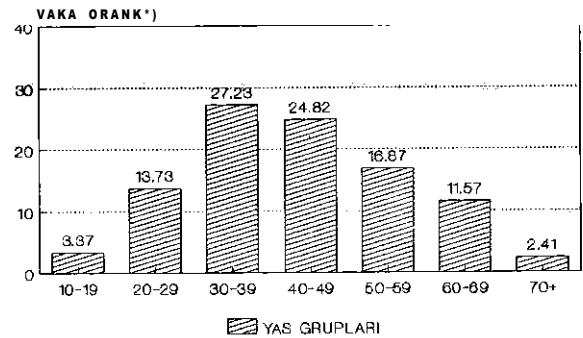
Şekil 4. Histolojik tanıya göre kadın ve erkek grupların yaş ortalamaları.

din olması nedeniyle değerlendirme dışında tutulursa yalnızca papiller tiroid kanser vakalarının yaş ortalaması erkeklere oranla anlamlı şekilde küçüktür ($p < 0.01$).

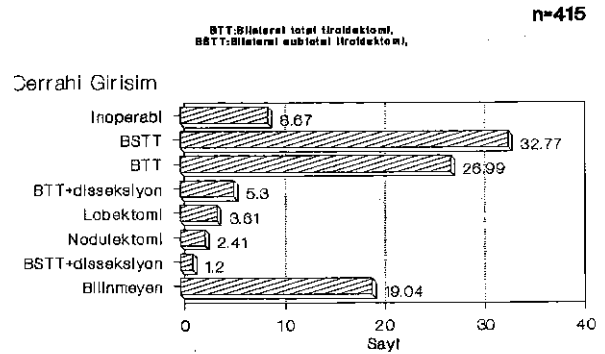
Hastalarımıza yapılan cerrahi müdahale tipleri Şekil 5'te görülmektedir. Burada "bilateral subtotal tiroidektomi" (BSTT) ve "bilateral total tiroidektomi" (BT) %32.77 ve %26.99 ile ilk sıralarda gelirken %19.04 vakada yapılan operasyonun tipi belirlenmemiştir.

Vakalarımıza uygulanan operasyon sayısı Şekil 6'da verilmiştir. İkinci operasyonlar (%16.36) birinci operasyonun yetersizliği sebebi ile uygulanmıştır. Üçüncü ve 4. kez operasyonlar, sırasıyla; %1.58 ve %0.53, lokal nüks veya lenf metastazı sebebi ile yapılmıştır.

Yetersiz birinci operasyon nedeniyle ikinci kez opere edilen vakalarda histolojik tanıya göre tasnif Şekil 7'de verilmiştir. Görüldüğü gibi Anaplastik tiroid kanseri vakalarında reoperasyon yoktur. Aynı şekilde az sayıdaki tiroide metastaz, olan vakalarımızda ve primer tiroid lenfoması vakalarında reoperasyon yoktur. Buna mukabil differansiye tiroid kanserlerinde ve medüller tiroid kanserinde, sırasıyla; %7.51 ve %9.09 oranlarında olmak üzere oldukça yüksek sayıda reoperasyon yapılmıştır.

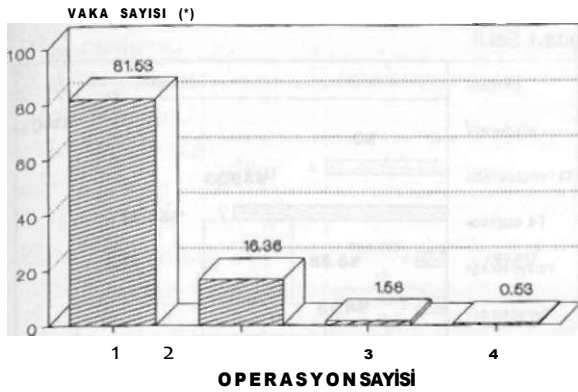


Şekil 3. Tiroid tümürlü hastaların yaş gruplarına göre dağılımı.

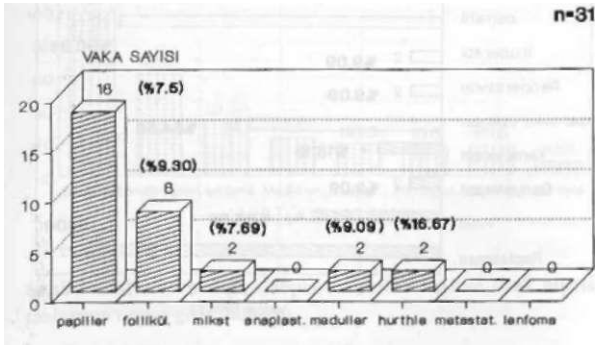


Şekil 5. Cerrahi müdahale şekline göre hastaların dağılımı (Oranlar % olarak verilmiştir).

n-37Ö

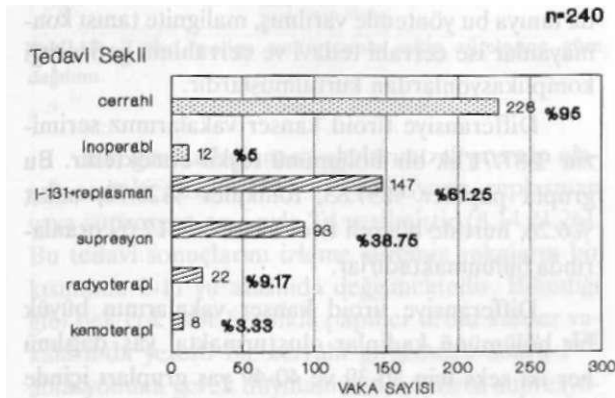


Şekil 6. Tiroid tümürlü hastaların operasyon sayısına göre dağılımı.



Şekil 7. Yetersiz operasyon nedeniyle reopere olanların histolojik tanıya göre dağılımı.

Histolojik tanılarına göre tiroid kanseri vakalarında uyguladığımız tedavi ve sonuçları Şekil 8,9,10,11,12,13'te ve Tablo 1'de gösterilmiştir. Bu şekiller ve tabloda belirtilen I^{131} ablasyon ve tümör dozlarına ait bilgiler Şekil 14'te sunulmuştur. Tek-



Şekil 8. Papiller tiroid Ca'da tedavi.

nik nedenlerle I^{131} uygulaması değişik merkezlerde yapılmış olup 166 vakaya bir kez I^{131} ablasyon sağlanmış (%66.53), diğer vakalarda (%33.47) 2,3 ve 4. kez, 1131 ablasyon ya da metastaz sebebiyle tümör dozu olarak, verilmiştir.

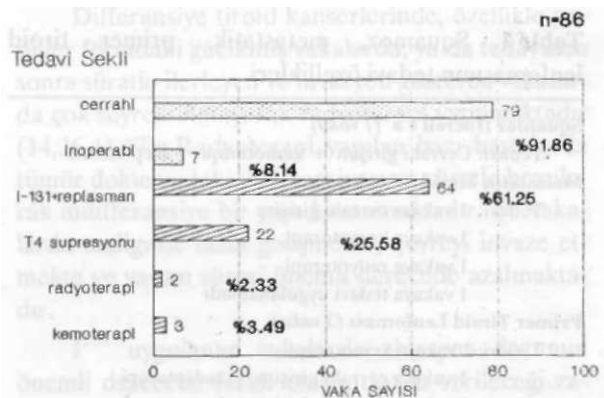
Şekil 15'te görüldüğü gibi toplam 72 vakada (%17.33) lokal nüks lesbil edilmiş, bir vakadan oluşan squamoz hücreli kanser bir tarafa bırakılırsa diğer gruplarda %12.79 ile %33.33 arasında değişen lokal nüks gözlenmiştir.

Lenf ve uzak metastaz 86 vakada (%20.72) görülmüştür (Şekil 16). Burada da 1 vakalık squamoz hücreli kanser dikkate alınmazsa anaplastik tiroid karsinom, bilgilere uygun şekilde %61.90 oranla önde, hurthle hücreli tiroid kanseri %8.83 ile sonda yer almışlardır. Şekil 17'de görüldüğü gibi takip ettiğimiz vakaların %67'sinde nüks veya lenf ve uzak metastaz değişik senelerde ortaya çıkmıştır.

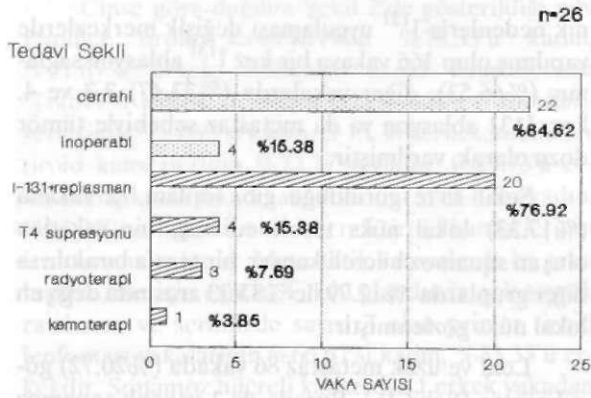
Takip süreleri şekil %18'de verilmiş olup vakaların ancak %18.07'si 5 yıldan daha uzun bir zaman dilimi içinde izlenebilmiş, diğerleri için bu süre 4 yıl ve daha azdır.

TARTIŞMA

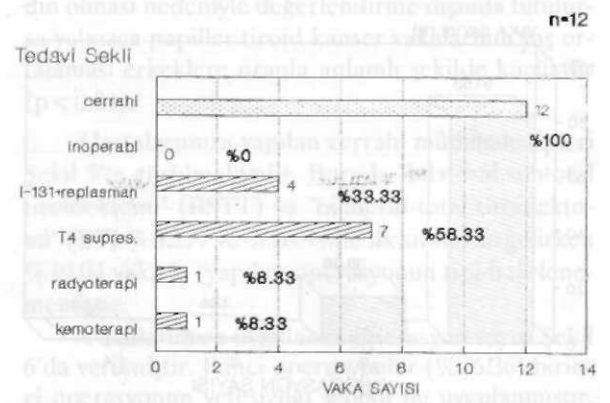
Geçmiş yıllarda tiroid nodüllerinin tanı problemleri ve malignitenin tesbitindeki güçlükler sebebiyle büyük tereddütler ortaya çıkmış, bu yüzden hi-poaktif nodüller malign olabileceği kuşkusunu ile operasyon endikasyonu almışlardır (11). Ancak çoğu malign olmayan bu nodüllerin operasyonu sırasında pek çok komplikasyonun ortaya çıkabildiği görülmüştür (29,41). Diğer taraftan malign olduğu operasyondan önce veya operasyon sırasında belirlenmemiş tiroid nodüllerinin operasyonu çok yetersiz kalmış, bu sebeple ikinci, hatta üçüncü defa cerrahi girişim gereği duyulmuştur. Ayrıca tiroidin çok sık



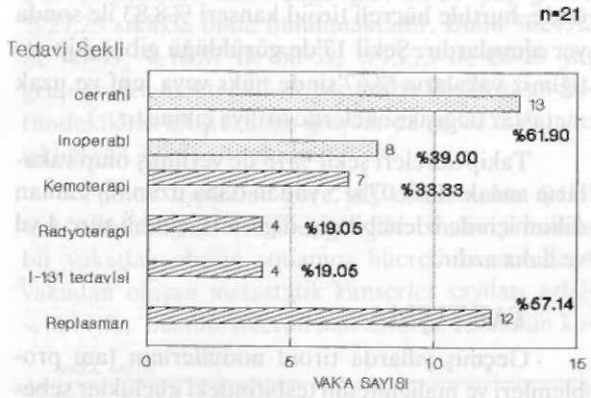
Şekil 9. Folliküler tiroid Ca'da tedavi.



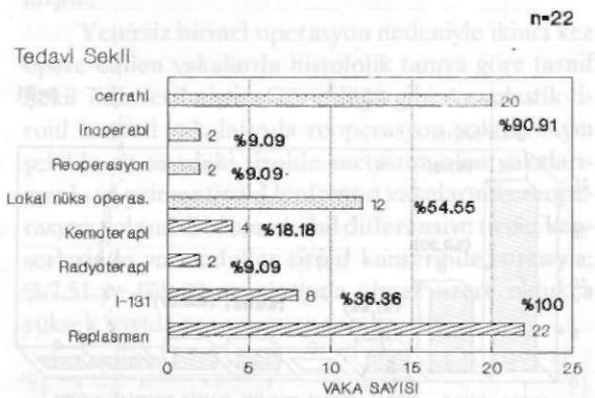
Şekil 10. Mikst tiroid Ca'da tedavi.



Şekil 11. Hurthle tiroid Ca'da tedavi.



Şekil 12. Anaplastik tiroid Ca'da tedavi.



Şekil 13. Meduller hücreli tiroid Ca'da tedavi.

görülen, diğer hastalıkları arasında küçük bir oranı oluşturan malign neoplazik hastalıklarının pek çoğu uzun yıllar semptom vermeyip sessiz kalmaktadır. Seyirlerindeki yavaşlık yanında ölüm sebebi olma oranları da düşüktür. Nitekim her tür kanserden ölenlerin ancak %0.4'ünü tiroid kanserlerinden ölenlerin oluşturduğu bilinmektedir (11,21). Bu se-

Tablo 1. Squamoz, metastatik, primer tiroid lenfomasının tedavi özellikleri

Squamoz Hücreli Ca (1 vaka)

Tedavi: Cerrahi girişim + kemoterapi + Replasman

Metastatik Tiroid (4 vaka)

Tedavi: 1 vakaya cerrahi girişim

1 vakaya kemoterapi,

1 vakaya radoterapi

1 vakaya tedavi uygulanamadı

Primer Tiroid Lenfoması (3 vaka)

Tedavi: 1 vakaya kemoterapi,

1 vakaya cerrahi girişim + radoterapi

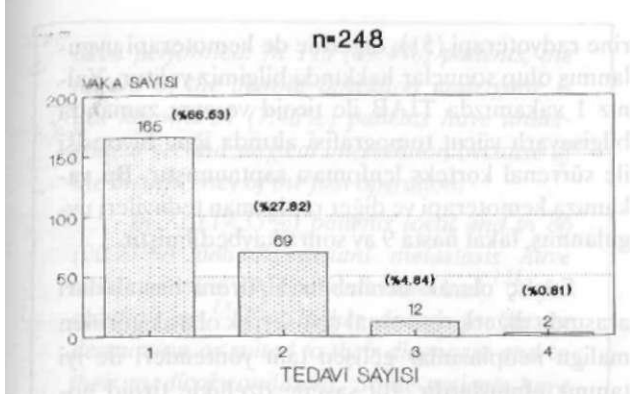
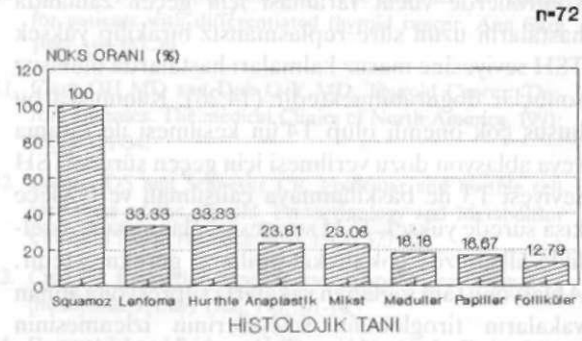
1 vakaya cerrahi girişim + kemoterapi

beple ve tiroidin malign neoplazmlarına uygulanacak tedavide en önemli basamağın yeterli cerrahi girişim olduğu düşünülürse (14,21,26,52), bu tür hastalıklarda tanının preoperatif veya intraoperatif olarak bilinmesi çok önemlidir. Biz 1980 yılından beri TİAB'ı bu maksatla geniş bir şekilde kullanmakta ve önemli sonuçlar elde etmiş bulunmaktayız (30). Bu seride taktığımız vakaların bir kısmında tanıya bu yöntemle varılmış, malignite tanısı konmayanlar ise cerrahi tedavi ve cerrahinin getireceği komplikasyonlardan kurtulmuşlardır.

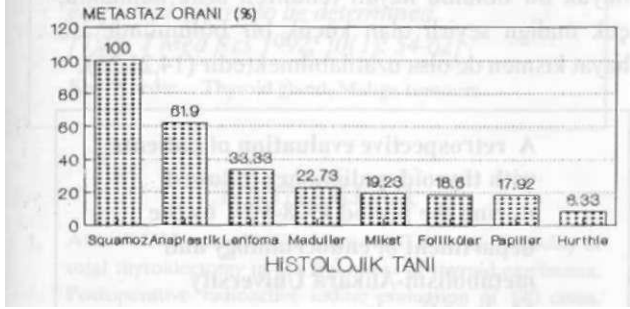
Differansiye tiroid kanser vakalarımız serimizin %87.71'lik bir bölümünü teşkil etmektedir. Bu grupta papiller %57.83, folliküler %20.72, mikst %6.26, hurthle hücreli tiroid kanseri %2.69 oranlarında bulunmaktadırlar.

Differansiye tiroid kanser vakalarının büyük bir bölümünü kadınlar oluşturmakta, yaş dağılımı her iki seks için 30-39 ve 40-49 yaş grupları içinde kümelenmiş bulunmaktadırlar.

TİROİD TİMÖRLERİNİN RETROSPEKTİK DEĞERLENDİRİLMESİ

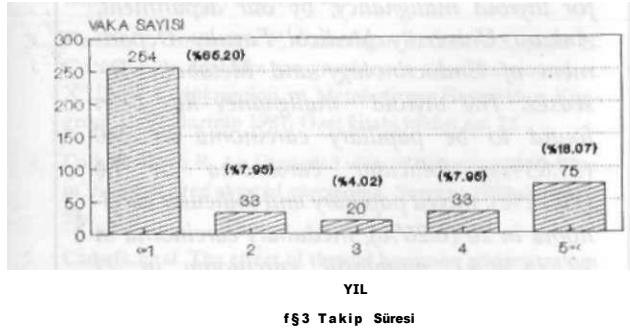
Şekil 14. I¹³¹ tedavisi yapılanların tedavi sayısına göre dağılımı.

Şekil 15. Tiroid malign neoplazmalarının lokal nükslerinin histolojik tanılarına göre dağılımı.



Şekil 16. Tiroid malign neoplazmalarının lenf ve uzak metastazlarının tanıya göre dağılımı.

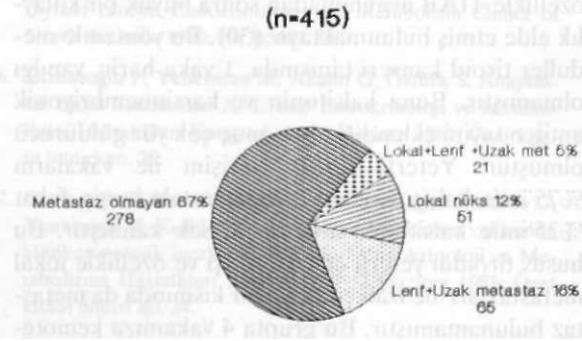
n=415



Şekil 18. Tiroid malign tümörlerinin takip sürelerine göre dağılımı.

Bu grupta bulunan vakalarımıza prensip olarak cerrahi girişim (52), I¹³¹ ablasyonu, replasman veya supresyon amacıyla T4 verilmiştir (8,14,21,26). Bu tedavi sonuçlarını izleme süremiz vakaların bir kısmında 2-11 yıl arasında değişmektedir. Bilindiği gibi pek çok otör özellikle papiller tiroid kanser vakalarında yeterli bir cerrahi girişimden sonra I¹³¹ ablasyonuna gerek duymamakta, yalnızca supresyonun yeterli olduğunu savunmaktadır (14,26,44,53).

(n=415)



Şekil 17. Tiroid malign neoplazmalarının metastaz şekline göre dağılımı.

Her iki yöntemi nüks ve yaşam süresi açısından kıyaslayan yayınlar mevcuttur. Bu yayınlarda birinin diğerine üstünlüğü tam olarak kanıtlanmış değildir. Ancak kanaatimizce bu konuda tam bir karara varabilmek için belirlenen kurallara uygun cerrahi girişim yapılmış vakaları gruplayarak en az 20 yıllık gözlem gerekmektedir. Böyle bir çalışmanın sonuçlarına henüz sahip olmadığımızı göre I¹³¹ ablasyon uygulanmasında yarar vardır.

Differansiye tiroid kanserlerinde, özellikle papiller formdaki gecikmiş vakalarda, ya da tedaviden sonra süratle ilerleyen ve invazyon gösteren vakalarda çok seyrek olmayarak radyoterapi yapılmaktadır (14,26,44,47). Radyoterapi yapılan bazı hastalarda tümör dokusundaki differansiyasyon süratle bozulurak indifferansiye bir yapı kazanmaktadır. Bu vakalarda malignite hızla gelişmekte, çevreyi invaze etmekte ve yaşam süresi önemli derecede azalmaktadır.

I¹³¹ uygulanan vakalarda ablasyon dozunun önemli derecede farklı oluşu, dozun verileceği zamanın geciktirilmesi ve gerek bu amaçla, gerekse

kontrollerde vücut taraması için geçen zamanda hastaların uzun süre replasmanlı bırakılıp yüksek TSH seviyesine maruz kalmaları hastalarda olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir (14,26). Kanımızca bu husus çok önemli olup T4'ün kesilmesi ile tarama veya ablasyon dozu verilmesi için geçen sürede TSH seviyesi T3 ile baskılanmaya çalışılmalı ve böylece kısa sürede yüksek TSH seviyesi sağlanmasına, özellikle ülkemizde çok dikkat edilmesi gerekmektedir. Ablasyonu tam sağlanan vakalarla supresyona alınan vakaların tiroglobulin seviyelerinin izlenmesinin nüks ya da metastazların saplanması önemi büyüktür (11,14,26).

Medüller tiroid kanserli vakalarımızda tanıda özellikle TİAB uygulamadan sonra büyük bir kolaylık elde etmiş bulunmaktayız (30). Bu yöntemle medüller tiroid kanseri tanısında, 1 vaka hariç, yanlış olmamıştır. Buna kalsitonin ve karsinoembriyonik antijen tayini eklendiğinde sonuç çok yüz güldürücü olmuştur. Yeterli cerrahi girişim ile vakaların %75'inde kalsitonin seviyeleri normale inmiş, fakat %25'inde kalsitonin seviyesi yüksek kalmıştır. Bu husus tiroidin yeterli çıkarılmayı ve özellikle lokal metastazları ile izah edilmiş, bir kısmında da metastaz bulunmamıştır. Bu grupta 4 vakamıza kemoterapi uygulanmış (14,23,26,44,50), bu vakalar 2. takip yıllarını tamamlamış olup yaşamlarını sürdürmektedirler.

21 vakalık indifferansiyeli tiroid kanseri grubunda yaşlı erkekler hakim bulunmaktadır. Bu gruptaki vakalarımıza uygulanabilen en geniş cerrahi müdahale, kemoterapi ve hatla bazılarına radyoterapi (14,26,27,44,40,47), etkinliği çok bilinmemekle beraber uygulanmış, buna rağmen 1 yılı geçen yaşam süresi yalnızca 3 kişide sağlanabilmektedir.

Squamos hücreli vakamız orta yaşlı bir erkektir. Bu vaka preoperatif TİAB ile malign bulunmuş, ancak türü saptanamamış differansiyeli tiroid kanser kliniği gibi görülerek opere ettirilmiştir. Postoperatif histolojik tipi belirlenmiş, kemoterapi uygulanmaya başlanmış kısa sürede yakın ve uzak metastazla radyoterapiye imkan kalmadan, kaybedilmiştir.

Tiroide metastatik kanser tarafımızdan çok seyrek olarak, ancak 4 vakada tesbit edilmiştir. Bunların tümünde primer patolojinin geliştirdiği komplikasyonlar tiroide yönelik tedaviye imkan bırakmamıştır.

Tiroid bezinde lenfoma çok seyrek görülmektedir (14,26). Operasyonlardan elde edilen piyeslerden lenfoma tanısı alan iki vakamızdan bi-

rine radyoterapi (51), diğerine de kemoterapi uygulanmış olup sonuçlar hakkında bilgimiz yoktur. Yalnız 1 vakamızda TİAB ile tiroid ve aynı zamanda bilgisayarlı vücut tomografisi altında iğne biyopsisi ile sürrenal korteks lenfoması saptanmıştır. Bu vakamıza kemoterapi ve diğer replasman tedavileri uygulanmış, fakat hasta 9 ay sonra kaybedilmiştir.

Sonuç olarak denilebilir ki tiroid hastalıkları arasında diğerlerine oranal çok seyrek olarak görülen malign neoplazmlar gelişen tanı yöntemleri ile iyi tanınır olmuşlardır. Bu sayede özellikle tiroid nodüllerine yönelik gereksiz, cerrahi girişimler önemli derecede azalmıştır. Tiroidin malign neoplazmları bilinçli bir şekilde tedavi ve takip edildiklerinde çok büyük bir bölümü hayatı tehditten uzak kalmakta, çok malign seyirli olan küçük bir bölümünde ise hayat kısmen de olsa uzatılabilmektedir (14,21,26).

A retrospective evaluation of patients with thyroid malignancy followed during the period 1978-1991 by the department of endocrinology and metabolism-Ankara University Medical Faculty

During the period 1978-1991, a total of 415 patients have been treated and followed for thyroid malignancy, by our department, Ankara University Medical Faculty Department of Endocrinology and Metabolic Diseases. The thyroid malignancy has been found to be papillary carcinoma in 240 (57.83%), follicular carcinoma in 86 (20.72%), mixed papillary and follicular carcinoma in 26 (6.26%), medullary carcinoma in 22 (5.30%), anaplastic carcinoma in 21 (5.05%), hurthle cell carcinoma in 12 (2.69%), carcinoma with metastasis in the thyroid in 4 (0.96%), lymphoma in 3 (0.72%), and squamous cell carcinoma in 1 (0.24%) of these patients. With respect to surgical intervention, 36 (8.67%) of these patients have been found inoperable, on 136 (32.77%) bilateral subtotal thyroidectomy, on 112 (26.99%) bilateral total thyroidectomy, on 22 (5.3%) one sided lenfatic dissection of the neck with bilateral total thyroidectomy, on 15 (3.61%) lobectomy, on 10(2.41%) nodulectomy on 5(1.2%) unilateral or bilateral lenfatic dissection of the

TİROİD TÜMÖRLERİNİN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

been performed. In 115 (19.4%) patients, the nature of the thyroid operation undergone is not known. 31 (7.46%) patients have undergone a second surgical intervention because of the insufficiency of the first operation.

In 72 (17.35%) patients local and in 86 (20.77%) patients distant metastasis have been observed. Our patients have had ¹³¹I for ablation or ¹³¹I at higher dosage for tumor destruction as suited to their diagnoses and to their medical conditions. Some patients have had radiotherapy and some have had chemotherapy. Patients have been followed during the periods which changed from one to 13 years and the efficacy of various forms of treatment employed is tried to be determined.

[Turk J Med Res 1992, 10(1): 54-62]

KeyWords: Thyroid gland, Malign tumours

KAYNAKLAR

1. Attie JM, Moiskowitz GS, Marquleff D, et al. Feasibility of total thyroidectomy in the treatment of thyroid carcinoma: Postoperative radioactive iodine evaluation of 140 cases. *Am J Surg* 1979; 138:555-68.
2. Beiverwaltes WII, Nishiyama RH, Thompson NW, et al. The treatment of thyroid carcinoma with radioactive iodine. *Semin Nucl Med* 1978; 8:79-94.
3. Budak D, Dizdaroğlu F, Özarmağan S, Öztürk S, Sakar E. Çocukluk ve adolesan yaş gruplarında tiroid karsinomları. X. Ulusal Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kongresi, 11-12 Haziran 1981; Özet kitabı bildiri no. 22.
4. Cady B, Rossi R. An Expanded view of risk group definition in differentiated thyroid carcinoma. *Surgery* 1988; 104:947-53.
5. Cady B, et al. The effect of thyroid hormone administration upon survival in patients with differentiated thyroid carcinoma. *Surgery* 1983; 94:978-83.
6. Carcangiu ML, Zampi C, Pupi A, et al. Papillary carcinomas of the thyroid: A clinicopathologic study of 241 cases treated at the University of Florence, Italy. *Cancer* 1985; 55:805-28.
7. Clark OH, Levin K, Zeng QH, et al. Thyroid cancer: The case for total thyroidectomy *Eur J Cancer Oncol* 1988; 24:305-313.
8. Clark OH. TSH suppression of thyroid nodules and thyroid cancer. *World J Surg* 1981; 39-46.
9. Clark OH. Thyroid nodules and thyroid cancer, in Clark OH (ed): *Endocrine Surgery of thyroid and parathyroid glands*. St Louis: CV Mosby 1985; 56-90.
10. Clark OH. Total thyroidectomy: The treatment of choice for patients with differentiated thyroid cancer. *Ann Surg* 1982; 196:361-70.
11. Clark OH MD and Duh Q-Y MD. Thyroid Cancer; Thyroid Diseases. *The medical Clinics of North America*, 1991; 75(1): 211-34.
12. Cooper DS and Schneyer CR. Follicular and hurthle cell carcinoma of the thyroid. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America* 1990; 19(3):577-91.
13. Crile GJ. Endocrine dependency of papillary carcinomas of the thyroid. *JAMA* 1966;195:101-10.
14. Degroot LJ and Sridama V. Thyroid Neoplasia, *Endocrinology Volume 1*, Ed Degroot LJ WB Saunders Comp, Philadelphia 1989; 758-76.
15. Demeure MJ and Clark OI. Surgery in the treatment of thyroid cancer. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America* 1990; 19(3): 663-83.
16. Dizdaroğlu F, Yenerman M, Akalın G, Öztürk S. Anaplastik tiroid karsinomu, X. Ulusal Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kongresi, 11-12 Haziran 1981; Özet kitabı bildiri no. 25.
17. Dizdaroğlu F, Budak D, Değirli Ü, Özarmağan S, Akalın G, Yenerman M. Kırkçüç tiroid medullar karsinomu vakasında klinikopatolojik inceleme. X. Ulusal Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kongresi, 11-12 Haziran 1981; Özet kitabı bildiri no. 24.
18. Enrich D, Creutzig H. Benefits and Risk of Radioactive Iodine Therapy in Differentiated Thyroid Carcinoma. *Prog Surg* 1988; Vol 19, pp.133, Karger, Basel.
19. Erdoğan G. Tiroid glandının malign neoplazmaları. 6. Ulusal Kanser Kongresi Bildirileri İstanbul 1985; 1:416.
20. Erdoğan G, Başkal N, Gürel E, Bacacı K. Primer yassı epitel hücreli tiroid kanseri. *Ankara Tıp Bülteni* 1989; 11:377.
21. Erdoğan G. Tiroid glandının malign neoplazmaları; *Türkiye Klinikleri* 1990; 10(5):427-42.
22. Farrer WB, Cooperman M, James A G. Surgical management of papillary and follicular and follicular carcinoma of the thyroid. *Ann Surg* 1980; 192:701-4.
23. Friedman EW, Schwantz A E. Well Differentiated Thyroid Cancer. In *Endoc. ed. Krieger DT and Bardin Current Therapy* CW Mosby London 1984; 92.
24. Grauer A, Raue F and Gagel RF. Changing concepts in the management of hereditary and sporadic medullary thyroid carcinoma. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America* 1990; 19(3): 613-35.
25. Greenspan FS. Tumor Markers in Thyroid. *Prog Surg Karger, Basel* 1988; 19:54.
26. Greenspan FS, MD & Rapoport B, MB, ChB. *Thyroid Cancers*: Ed. Greenspan FS, Appleton & Lange, Prentice-Hall International Inc, Third Edition 1991; 239-44.
27. Harada T. Surgery for anaplastic carcinoma and the rare thyroid tumors. *Prog Surg Karger, Basel* 1988; 19:89-99.

28. Hay ID. Papillary thyroid carcinoma. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America* 19(3):545-76.
29. Ingbar SH. The thyroid Gland. Textbook of endocrinology. Ed Wilson JW, Foster DW WB Saunders London 1985; 796.
30. Koloğlu S, Erdoğan G, Kamel N, Ekinci C, Başkal N, Uysal AR, Gürsoy G. Tiroidin ince iğne aspirasyon biopsisinin tanı ve tedavideki önemi ve yararları. *Türkiye Klinikleri* 1989; 9:387.
31. Könler H, Köhler F: Aspiration biopsy cytology of the thyroid Gland *Prog Surg Karger, Basel* 1988; 19:30.
32. Ladenson PW. Disease of the Thyroid Gland. *Clinic in End and Met* 1985; 14:145.
33. Leeper RD. Thyroid Cancer. *Med Clinics of North Am* 1989; 69(5): 1079.
34. Lennquist S. Surgical strategy in thyroid carcinoma. A clinical review. *Acta Clin Scand* 1986; 152:321-38.
35. Maxon HR and Smith HS. Radioiodine-131 in the diagnosis and treatment of metastatic well differentiated thyroid cancer. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America* 1990; 19(3): 685.
36. Mazzaferi EL, Young RL, Oertl JE, et al. Papillary thyroid carcinoma: the impact of therapy in 576 patients. *Am J Med* 1981;70:511-6.
37. Mazzaferi EL, Young RL. Papillary thyroid carcinoma. A 10 year follow-up report of the impact of therapy in 576 patients. *Am J Med* 1981: 70:511-6.
38. Nel CJC, Van Hecrden JA, Golliner JR et al. Anaplastic carcinoma of the thyroid: a clinicopathologic study of 82 cases. *Mayo Clin Proc* 1985; 60:51-8.
39. Plannenstiel P, Cordes M. Thyroid cancers of follicular cell origin. *Prog Surg Karger, Basel* 1988; 19:21.
40. Reeve TS, Delbridge L. Thyroid cancers of follicular cell origin. *Prog Surg* 1988;19:78-88.
41. Rosen IB, Wallace C. Strawbridge HG-Walfish PG. Réévaluation of needle aspiration cytology in detection of thyroid Cancer. *Surgery* 1981; 90:747.
42. Ross DS. Long-term management of differentiated thyroid cancer. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America* 1990; 19(3):719-39.
43. Samaan NA and Ordoner NG. Uncommon types of thyroid Cancer *Endocrinology and Metabolism clinics of North America* 1990; 19(3):63748.
44. Sisson JC. Medical Treatment of Benign and Malignant Thyroid Tumors. *Ende and med clinics of North Am* 1989; 18:359.
45. Skarin A, Canelloss G, Rosenthal Detal: moderate dose MTX (M) Combined With Bleomycin (B), Adriamycin (A), Cyclophosphamide (C), Oncovine (O) and DXM (D) "M-BACOD" in advanced diffuse histiocytic lymphoma (DHL), *Proc Am Soc Clin Oncol* 1983; 2:220.
46. Shiamaoka K. There is benefit from chemotherapy for thyroid cancer. *Prog Surg Karger, Basel* 1988; 19:163-80.
47. Sutcliffe SB, Simpson NJK, Rosen IB. The place of external radiation therapy for differentiated and undifferentiated thyroid carcinoma. *Prog Surg karger, Basel* 1988; 19:1.
48. Thomas CG Jr. Hormonal treatment of thyroid cancer. *J Clin Endocrinol Metab* 1957; 17:232-8.
49. Urgancıoğlu İ, Seyahi V, Kapıcıoğlu T, Hatemi H, Özpaçacı DT, Berkarda Ş. Tiroid kanserinde yüksek doz I131 tedavisi ile aldığımız sonuçlar. *Türk Endokrinoloji Yıllığı 1979-1980; 108-11.*
50. Urgancıoğlu İ, Hatemi H, Seyahi V, Kapıcıoğlu T, Özpaçacı T, Gündoğdu S, Ozan S. Medüller tiroid kanseri (gözlem ve deneyler). X. Ulusal Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kongresi, 11-12 Haziran 1981; Özet kitabı bildiri no 23.
51. Walt AJ, Woolner LB, Black BM. Primary lymphoma of thyroid. *Cancer* 1957; 10(4):663-7.
52. Wheeler Mİl. Indications and strategy for surgery of thyroid nodules. *Prog. Surg Karger, Basel* 1988; 19:1.
53. Wong JB. Kaplan MM, Meyer KB and Pauker SG. Ablative radioactive iodine therapy for apparently localized thyroid carcinoma: A decision analytic perspective. *Endocrinology and Metabolism Clinic of North America* 1990; 19(3):741-56.