



Tamamlayıcı Tiroidektominin Son Dekadda Değişen Yapısı

The Ever-Changing Configuration of the Completion Thyroidectomy in the Last Decade

Suat Benek, Ahmet Kocakuşak*, Bahri Özer*, Mehmet Celal Kızılkaya**, Fazilet Erözgen*, Fatih Çiftçi***, Hüsnü Aydın****, Cihad Tatar*****

İdil Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Şırnak, Türkiye

*Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

**Bulanık Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Muş, Türkiye

***Gelişim Üniversitesi Safa Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

****Doğu Beyazıt Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ağrı, Türkiye

*****Besni Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Adıyaman, Türkiye

Özet

Abstract

Amaç: Tamamlayıcı tiroidektomi (TT) yapılan hastaların ince iğne aspirasyon biyopsi sonuçları, ilk ve ikinci operasyon sonuçları ile komplikasyon oranlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntemler: Ocak 2011-Aralık 2013 tarihleri arasında kliniğimizde ameliyat edilen 43 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların tamamına ilk ve ikinci ameliyatında lobektomi uygulanmıştır. Hastaların 38 (%88,37) tanesi kadın, 5 (%11,63) tanesi erkek idi. Hastaların yaş ortalamaları 43,34±15,19 yıl idi. İlk ameliyatında 34 hastada malignite tespit edildi (31 papiller, 2 medüller, 1 foliküler kanser). Diğer lob alındığında karşı tarafta 9 hastada kanser tespit edildi. İlk ameliyatında kanser tespit edilmemiş olan 9 hastanın hiçbirinde diğer lobda da malignite yoktu. İlk operasyonda 29 hastaya sağ lobektomi, 14 hastaya ise sol lobektomi uygulanmıştı. İnce iğne aspirasyon biyopsinin benign hastaları tespit etme oranı %27,2 iken, malign hastaları tespit etme oranı %29,4 olarak bulunmuştur. Komplikasyonlar irdelendiğinde sinir hasarı ve kalıcı hipokalsemi hiç görülmezken, geçici hipokalsemi 17 hastada (%39,5) tespit edilmiştir.

Sonuç: Günümüzde subtotal TT uygulanmış hasta sayısı azaldığından ve sinir monitorizasyonu gibi yeni teknikler de geliştiği için tamamlayıcı tiroidektomi güvenle uygulanabilen bir yöntemdir. (*Haseki Tıp Bülteni* 2015; 53: 225-8)

Anahtar Sözcükler: Tamamlayıcı tiroidektomi, revizyon, remnant, kanser

Aim: We aimed to evaluate the results of fine needle aspiration biopsy (FNAB), first and second surgical interventions and complication rates in patients who underwent completion thyroidectomy (TT).

Methods: We retrospectively evaluated medical records of 43 patients who had been operated on between January 2011 and December 2013.

Results: All patients underwent lobectomies both in their first and second surgical interventions. Thirty-eight (88.37%) patients were female and 5 (11.63%) were male. The mean age of the patients was 43.34±15.19 years. Malignancy was detected in 34 patients in the first surgery (papillary cancer in 31, medullary cancer in 2, and follicular cancer in 1). Nine patients were found to have a contralateral cancer according to the second surgery results. Nine patients, who had no cancer in the first operation, had still no malignancy in the contralateral lobe. Right lobectomy in 29 and left lobectomy in 14 patients were performed in the first operation. While FNAB detected benign cases with a rate of 27.2%, it could detect malignancies with a rate of 29.4%. Nerve injury and permanent hypocalcemia were not detected although the rate of temporary hypocalcemia was 39.5% (17 patients).

Conclusion: Completion TT is a safe method nowadays since the number of patients with subtotal thyroidectomy with more than one lobe declined and new techniques such as nerve monitorization have been employed. (*The Medical Bulletin of Haseki* 2015; 53:225-8)

Key Words: Completion thyroidectomy, revision, remnant, cancer

Giriş

Tamamlayıcı tiroidektomi (TT) için son iki dekat verileri birbiri ile kıyaslandığında çarpıcı değişiklikler mevcuttur. TT, nüks nodüler guatr veya total TT'den daha az kapsamlı ameliyatlardan sonra histopatolojide malignite çıkması durumunda veya benign sebeplerle tiroit bezinin kalanının çıkartılmasıdır. Tiroit kanserinin her türünde standart tedavi toplam TT veya TT'nin toplama tamamlanmasıdır. Hipertiroidi veya remnant nodülde büyüme gibi benign sebeplerle de TT yapılmaktadır. İster tamamlayıcı ister toplam; her iki girişimin de amacı geride kanserli doku bırakılmamasıdır. Geçmişe göre TT, artık nerede ise her zaman lobektomiden ibarettir, çünkü multinodüler guatrda her iki lobdan da biraz alan subtotal yaklaşım terk edilerek tarihteki yerini almıştır. Yeni yaklaşımlar TT ameliyatını lobektomiye dönüştürdüğünden hasta her iki ameliyatında da genellikle birer lobektomi geçirmektedir. Komplikasyonların azalmasında tek önemli etken TT'nin lobektomiye dönüşmesi değildir (1). Artan deneyimle beraber sinir monitorizasyonu da süreçte çok önemli bir yer edinmiştir (2). Bu çalışmanın konusu olmasa da, TT endikasyonlarındaki değişim de ameliyat edilen her beş hastadan birinde kanser tespit edilmesi sonucunu getirmiştir. Bundan daha az oranda kanser çıkması, o grubun gereksiz endikasyonla ameliyat yaptığının delili kabul edilmektedir. Otuz altı aylık süreçte 43 TT hastasının dışında 312 guatr hastası kanser veya değişik nedenlerle ameliyat edilmiştir. Verilerin retrospektif değerlendirilmesi geçmiş deneyimlerimize göre çok farklı bir tablo ortaya koymuştur.

Yöntemler

Ocak 2011-Aralık 2013 tarihleri arasında ameliyat edilen 43 TT hastası retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hasta dosyaları, bilgisayar kayıtları ve patoloji raporlarının değerlendirilmesi sonucu elde edilen veriler kaydedilmiştir. Cinsiyet, yaş, ince iğne aspirasyon biopsisi (İİAB), ilk ameliyat metodu, ilk ameliyat patolojisi, son ameliyat patolojisi değerlendirildi. Hastaların her birinden verilerin bilimsel araştırmada kullanılması için onam alınmıştır. Kıyaslanan iki grup olmadığı için istatistiksel inceleme yapılmamış, klinik veriler üzerinde çalışılmıştır. Ayrıca araştırma taburcu olmuş hasta dosyaları üzerinden retrospektif yapıldığından etik kurul onayı alınmamıştır.

Bulgular

Çalışmadaki 43 hastanın tamamının ilk ameliyatı günümüzdeki yaklaşımlara uygun olarak lobektomi idi. Hastaların 38 (%88,37) tanesi kadın, 5 (%11,63) tanesi erkek cinsiyette idi ve erkeklerin tamamında ilk operasyonda malignite tespit edilmişti. Kadın hastaların 9 tanesinde ilk ve son operasyon patolojileri benign idi. Yaş

ortalaması 43,34±15,19 yıl idi ve en genç hasta 21, en yaşlı hasta ise 76 yaşında idi. En genç ve en yaşlı hastalar kadın idi. İlk ameliyatında malignite tespit edilmiş olan hasta sayısı 34 idi. Bunların 31 tanesi papiller kanser, 2 tanesi medüller kanser, 1 tanesi foliküler kanser idi (Tablo 1). Kalan lob alındığında 34 kanser hastasının 9'unda gene kanser tespit edildi. İlk ameliyatında kanser tespit edilmiş olan 25 hastanın (%73,53) ikinci ameliyatı benign sonuç verdi. Serimizde %26,47 (9 hasta) oranında bilateral kanser mevcuttu. İlk ameliyatında kanser çıkmamış olan ve kanser dışındaki herhangi bir endikasyonla ameliyat edilen hiçbir hastada (9 hasta) ikinci ameliyatında da kanser tespit edilmedi. İlk operasyon lobektomisi 29 hastada sağ, 14 hastada sol tarafa uygulanmıştı. İlk ameliyatında benign bulgular olan 9 hastanın 2 tanesine hipertiroidi nedeni ile TT uygulanmıştı. Hürthle hücre metaplazisi ile birlikte pleomorfik yapılar 2 hastada, remnant lobda nodülde büyüme ise 5 hastada TT sebebi olmuştu.

Medüller kanser tespit edilen 2 hastadan birinde bilateral hastalık saptanırken foliküler kanserli hastada kontralateral lobda kansere rastlanmadı. İlk ameliyat sağ lobektomilerinde 29 hastanın 24'ünde, sol lobektomilerde ise 14 hastanın 10 tanesinde malignite çıkmış olup oranlar benzerdir. İkinci ameliyat için 3 ay bekleme süresi sadece 7 hastada gerçekleşmiştir. Diğer hastaların tamamı 1.

Tablo 1. Endikasyonlara göre dağılım

Papiller kanser	31
Medüller kanser	2
Foliküler kanser	1
Hipertiroidi	2
Nodülde büyüme	5
Hürthle hücre metaplazisi	2
Toplam	43

Tablo 2. Kanserli hastalarda (n=34) bilateral olma durumu ile multisentrisme ilişkisi

	Unilateral	Bilateral
Multisentrik	4	2
Tek odak	21	7

Tablo 3. İnce iğne aspirasyon biopsisi ve patoloji sonuçları

İİAB		Spesimen nihai patolojisi	
Malignite şüphesi	10	malign	10
		benign	0
Benign bulgular	33	malign	24
		benign	9

İİAB: İnce iğne aspirasyon biopsisi

ameliyattan sonraki 25 gün ile 68 gün arası dönemde ikinci ameliyatını olmuştur. Kanserin tiroit lobu içinde multisentrik olması da araştırıldı. Bilateral kanser tespit ettiğimiz 9 hastanın ilk ameliyat patolojisi gözönüne alındığında 2 (%22) hastada, diğer 25 hastadan ise 4'ünde (%16) multisentrisite mevcuttu (Tablo 2). İkinci ameliyatlar, birinci ameliyat patolojisine göre planlanmış iken, birinci ameliyatlar ultrasonografi ve İİAB bulgularına göre planlanmıştı. Çalışma grubunu oluşturan 43 hastanın İİAB sonuçları irdelendiğinde 10 tanesinde kanser şüphesi mevcut idi ve bunların tamamında operasyon sonucunda malignite saptanmıştır. Kanser tespit edilen diğer 24 hastanın İİAB sonucu ise benign idi. İİAB'nin kanser tespit etme oranı %29,4 olarak bulunmuştur. İİAB benign olgularda %27,2 doğru sonuç vermiştir (Tablo 3). Hastaların tamamında sinir monitorizasyonu kullanılmış ve sinir hasarına rastlanmamıştır. Her iki ameliyatın da kontrollü lobektomiden ibaret olmasından dolayı kalıcı hipokalsemi de görülmemiş olup tüm TT hastalarına rutin olarak ameliyat öncesi vokal kord muayenesi yapılmıştır. Geçici hipokalsemi ise 17 hastada (%39,5) görülmüştür.

Tartışma

Literatürde tiroidektomi yapılan hastalarda kadın/erkek oranı 3,4-6,3 arasında değişmektedir (3). Serimizde bu oran 7,6 (38/5) olarak tespit edilmiştir. Serimizdeki yaş ortalaması ise (43,34±15,19 yıl) literatür ile uyumludur (4-7). Kalıcı komplikasyon oranımızın literatüre göre düşük olmasının sebebi serimizin lobektomi hastalarından oluşması olabilir. Geçici hipokalsemi oranımızın yüksek olmasının sebebinin ise çalışmada klinik değil laboratuvar hipokalsemisini değerlendirdiğimizden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Klinik geçici hipokalsemi ise literatürde %3-15 arasında rapor edilmiş olup (4,5) hastalarımızdaki sonuçlarla uyumlu olmaması da, başta hipertiroidi hastalarımızda olmak üzere hasta profilimizde aç kemik sendromu, güneş ışığından sosyal ve dini sebeplerle fazla faydalanamama, çok çocuk sahibi olma gibi sebeplerin oluşturduğu asemptomatik hipokalsemi ile açıklanabilir. Kanser nedeni ile yapılan TT'de karşı lobda tümör saptanma oranı Lefevre'nin (6) çalışmasında %21, Zohairy'nin (7) çalışmasında ise %28,5 olarak bildirilmiştir. Serimizde bu oran %26,47 idi. Bu konuda Tollefsen'in (8) 1972 yılında yaptığı yayın her geçen gün içerdiği doğrular nedeni ile referans haline gelmiştir. Bu çalışmaya göre toplam tiroidektomi yapıldığında kontralateral lobda %38 oranında kanser tespit edilmesine rağmen hastaların ömür boyu takiplerinde sadece %5'inde rekürren kanser gelişmektedir. Kontralateral lobdaki kanserin yaşam boyu okült kalması bugün birçok çalışmada kanıtlanmıştır. Ülkemizde 2013 yılında yapılan bir çalışmada karşı lobda tümör saptanma oranı %38,1 olarak tespit rapor edilmiştir (9). İkinci ameliyatın zamanlamasının literatürde önerilenin

aksine ilk 10 gün içinde veya 90 günden sonra yapılmasına gerek görmeyen çalışmalar da vardır (10). Eğer ilk ameliyat serimizi oluşturan hastalarda olduğu gibi lobektomiden ibaret ise, önerilen 3 aylık sürenin geçmesini beklemenin gerekmediğini düşünmekteyiz. Hastalarımızın 36 tanesi 90 gün bekleme kuralına uyulmadan ameliyat edilmiştir. Hiçbir hastamız patoloji sonuçlarımızın erken çıkmaması nedeniyle ilk 10 gün içinde ameliyat edilememiştir. İİAB sonuçlarımızın doğruluk oranı ise beklediğimizden düşüktü. Bunun en büyük sebebinin kanser veya benign sebeplerle TT dışı tiroit ameliyatı yaptığımız 312 hastanın çalışmaya alınmamış olması olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmadan elde edilen verilerle yapabileceğimiz bir spekülasyon ilk alınan lobdaki kanserin o lob için multisentrik olmasının karşı lobda kanser olma olasılığını artırıyor olmasıdır. Bilateral kanser tespit ettiğimiz 9 hastanın ilk ameliyatındaki kanserli dokunun o lob için multisentrik olması 2 (%22) hasta için geçerli iken, diğer 25 hastada kanserde multisentrisiteye 4 (%16) hastada rastlandı. Çalışmanın kısıtlılıkları arasında; retrospektif olması, kıyaslanan grup olmadığı için istatistiksel analiz yapılamaması, hasta sayısının az olması, retrospektif olması nedeni ile birçok farklı parametrelerin çalışılmaması sayılabilir.

Sonuç

Tamamlayıcı tiroidektomi hem bekleme süresi gözlemlenmeden, hem de günümüzde subtotal tiroidektomi uygulanmış hasta sayısı da azaldığından ve sinir monitorizasyonu gibi yeni yardımcı teknikler de geliştiği için ileri tecrübe gerektirmeden güvenle uygulanabilen bir yöntemdir.

Etik Kurul Onayı: Retrospektif olduğu için etik kurul onayı gerekmemiştir, **Hasta Onayı:** Çalışmamıza dahil edilen tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır, **Konsept:** Suat Benek, **Dizayn:** Suat Benek, Ahmet Kocakuşak, **Veri Toplama veya İşleme:** Bahri Özer, Mehmet Celal Kızılkaya, Fatih Çiftçi, Hüsnü Aydın, Cihad Tatar, **Analiz veya Yorumlama:** Fazilet Erözgen, Ahmet Kocakuşak, **Literatür Arama:** Bahri Özer, Mehmet Celal Kızılkaya, Fatih Çiftçi, Hüsnü Aydın, Cihad Tatar, **Yazan:** Suat Benek, **Çıkar Çatışması:** Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir, **Finansal Destek:** Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Agarwal G, Aggarwal V. Is total thyroidectomy the surgical procedure of choice for benign multinodular goiter ? An evidence-based review. World J Surg 2008;32:1313-24.
2. Chan WF, Lang BH, Lo CY. The role of intraoperative neuromonitoring of recurrent laryngeal nerve during thyroidectomy: a comparative study on 1000 nerves at risk. Surgery 2006;140:866-72.

3. Akgün YA, Öngören AU, Kuru S, Acar E, Cengiz A, Gülhan D. Tetany after thyroid surgery. Turkish Medical Journal 2007;1:80-5.
4. Levin KE, Clark AH, Duh QY, Demeure M, Siperstein AE, Clark OH. Reoperative thyroid surgery. Surgery 1992;111:604-9.
5. Chao TC, Jeng LB, Lin JD, Chen MF. Reoperative thyroid surgery. World J Surg 1997;21:644-7.
6. Lefevre JH, Tresallet C, Leenhardt L, Jublanc C, Chigot JP, Menegaux F. Reoperative surgery for thyroid disease. Langenbecks Arch Surg 2007;392:685-91.
7. El-Zohairy M, Zaher A. Re-operation for the treatment of well differentiated thyroid cancer: necessity, safety and impaction on further management. J Egypt Natl Canc Inst 2004;16:3130-6.
8. Tollefsen HR, Shah JP, Huvos AG. Papillary carcinoma of the thyroid: Recurrence in the thyroid gland after initial surgical treatment. Am J Surg 1972;124:468-72.
9. Çolak B, Küçükkartallar T, Aksoy F, Çakır M, Kartal A, Erikoğlu M. Tamamlayıcı tiroidektomi olgularının retrospektif değerlendirilmesi. Erciyes Med J 2013;33:206-9.
10. Bliss RD, Gauger PG, Delbridge LW. Surgeon's approach to the thyroid gland: surgical anatomy and the importance of technique. World J Surg 2000;24:891-7.