

TİROİD NODÜLLÜ HASTAYA YAKLAŞIM

Prof. Dr. Erdiñç ERTÜRK

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi

Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

erdincerturk@erdincerturk.com

TİROKURS- 18 OCAK 2013, BURSA

Tiroid nodülü sorunu

- Prevalans
 - Palpasyon ile % 3-8
 - Ultrasonografi ile % 30-50
 - Otopsi incelemesi % 50-70
- Daha sık görülen kişiler
 - Kadınlarda
 - Yaşlılarda
 - İyot eksikliği olan toplumlarda
- Tanısal değerlendirme
 - Tiroid kanseri prevalansı % 0.1
 - Türkiye’de 75 000
 - Bursa’da 2 000

Tiroid nodüllü hastaya yaklaşımda temel sorun

- Tiroid kanseri prevalansı % 0.1
 - Türkiye’de 75 000
 - Bursa’da 2 000
- Tiroid nodülünün malign olma olasılığı % 3-6
- Malign / benign ayırımının yapılması

Tiroid nodüllü hastada yeterli değerlendirme yapılmaması

- Gereksiz tiroidektomi
- Gereksiz hipotiroidi tedavisi ve izlemi
- Hipoparatiroidi olasılığı
- N. Rekürrens felci olasılığı
- Postop kanser tanısı nedeni ile reoperasyon gerekliliği
- Reoperasyona bağlı komplikasyon olasılığı
- Reoperasyon durumunda uygun rezeksiyonun yapılamaması

Bir klinikte tiroid nodüllü hastanın iyi değerlendirilip değerlendirilmediği göstergesi

- Tiroid operasyonu başına malignite oranı
(Malign patoloji/Tiroid Operasyonu)
 - $> \% 30$ Olması tercih edilir
 - $< \% 5$ Değerlendirme hiç yapılmamış
 - $\% 5 - \% 30$ değerlendirme yetersiz

Tiroid nodüllü hastaya yaklaşım

Temel AMAÇ:

Malignite olasılığı yüksek olan hastaları ayırteyerek cerrahi önermek

Tiroid nodüllü hastaya yaklaşım

- Anamnez
- Fizik Muayene
- Laboratuar
- Görüntüleme yöntemleri

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
mezunu musunuz?

EVET

HAYIR

20 yıldan beri nodülün olduğu ve hiç
değişiklik göstermediği bilinen bir
hastanın nodülünün benign olduğuna
karar verilebilir?

EVET

HAYIR

Anamnez

Malignite olasılığını artıran faktörler

- Medüller ca aile öyküsü
- Boyuna uygulanmış radyasyon öyküsü
- Malignite riskini düşük oranda artıranlar
 - Erkek hastalar
 - 14 yaşından küçük hastalar
 - 70 yaşından büyük hastalar

Aniden oluşan ağrılı, 3 cm'den büyük bir
nodül saptanan hastada malignite
olasılığı çok yüksektir

EVET

HAYIR

Fizik Muayene

Malignite olasılığını artıran faktörler

- Tek nodül
 - Nodüllerin nadiren tek oldukları görülmüştür
- Büyük nodül
 - Boyut büyüklüğü ile malignite paralel değildir
- Hızlı büyüme
 - Nadiren görülür (anaplastik ca)
- Fikse nodül
 - Nadiren görülür (anaplastik ca)
- Ağrılı nodül
 - Sıklıkla neden nodül içine olan kanamaya bağlıdır
- Bası belirtileri
 - Malign nodüllerin çoğunda bulunmaz
 - Bu belirtilerin bulunması spesifik değildir

Nodüllü bir hastada malignite şüphesi
varsa tiroglobulin ölçümü yapılmalıdır

EVET

HAYIR

Nodüllü bir hastada laboratuvar inceleme

- Tiroid fonksiyon testleri
 - Serum TSH ölçümü (genellikle tek başına yeterlidir)
 - Serbest T4 ölçümü (hipo/hipertiroidi kliniği varsa yapılmalıdır)
- Serum tiroglobulin ölçümü
 - Tiroid kanser tanısı almış hastaların izleminde kullanılır
 - Tiroid nodüllü hastada kanser tanısı için hassas değildir
- Serum kalsitonin ölçümü
 - Medüller tiroid kanser tanısı almış hastaların izleminde kullanılır
 - Tiroid nodüllü hastada ölçümü gereksizdir
- Tiroid otoantikorları (TPO/Tg)
 - Malign / benign ayırımı için hiçbir katkısı yoktur

Nodüllü bir hastada tiroid sintigrafisi
çekilerek nodülün soğuk veya sıcak
olduğu ayırtedilmelidir

EVET

HAYIR

Tiroid için görüntüleme yöntemleri

- Tiroid ultrasonografisi
- Tiroid sintigrafisi
- Boyun tomografisi
- Boyun MRI
- PET

Tiroid Ultrasonografisi

- Palpe edilen nodülün gerçek nodül olduğu anlaşılır
- Varsa başka nodül tespit edilir
- Nodülün boyutları tam olarak tespit edilir
- Nodülün US karakteristikleri (malign/benign) kaydedilir
 - Şekli, kenar düzeni, ekojenitesi, kanlanması, kalsifikasyonu
- Biyopsi yapılacak nodül tespit edilir
- Çevre lenf nodları değerlendirilir

Tiroid için görüntüleme yöntemleri

- Tiroid ultrasonografisi
 - Tiroid morfolojisi en iyi gösteren görüntüleme yöntemidir
 - Tüm nodüllü hastalarda US değerlendirmesi yapılmalıdır

Tiroid için görüntüleme yöntemleri

- Tiroid ultrasonografisi
- Tiroid sintigrafisi
 - Morfolojisi yanında aktivitesi hakkında fikir verir
 - Nodülün hormon-aktif olup olmadığını gösterir
 - Sıcak nodüllerin hemen tamamı benignedir. Benign kabul edilirler. İİAB gerekmez.
 - Soğuk/belirsiz nodül saptanması benign / malign ayırımı için ek bilgi vermez (% 3-10)
 - Sadece sıcak olma olasılığı olan nodüllerde tiroid sintigrafisi yapılmalıdır (TSH seviyesi baskılı olanlar)

Tiroid için görüntüleme yöntemleri

- Tiroid ultrasonografisi
- Tiroid sintigrafisi
- Boyun BT / MRI / PET
 - Nodül hakkında kıymetli bilgi vermezler
 - Nodüllü hasta tanısında nadiren gerekli olurlar

Tiroid nodülünde malign / benign
ayırımında altın standart tetkik ince iğne
aspirasyon biyopsisidir

EVET

HAYIR

Tiroid İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi (İİAB/FNAB)

- Tiroid nodülünün değerlendirilmesinde altın standart tetkiktir
 - Sensitivite % 83, spesifisite % 92
- Tanı konulabilen maligniteler
 - Papiller ca (% 75-80)
 - Medüller ca (% 5)
 - Anaplastik ca (% 3)
 - Tiroid lenfoma (< % 1)
 - Metazistik ca (< % 1)
- Folliküler ca (% 15) tanısı konamaz
 - Vasküler/kapsüler invazyon ayırtedilemediği için

Tiroid İİAB eksik yönleri

- Hatalı negatif olasılığı % 10-15
 - Örnekleme hataları
 - Sito-patolog yetersizliği
- Hatalı pozitif olasılığı % 5-10
 - Folliküler lezyon
 - Hatalı değerlendirme
- Yetersiz materyal % 5-20

Tiroid İİAB eksikliklerinin minimalizasyonu

- Ultrasonografi eşliğinde ince iğne aspirasyonu
- Aspirasyonun birkaç kere yapılması
- Multipl nodüllerde US özelliğine göre İİAB yapılması
- Semisolid/kistik lezyonlarda solid kısımdan aspirasyon
- Kist aspirasyonunda sediment değerlendirilmesi
- Preperatın uygun koşullarda hazırlanması
- İzleme alınan hastalardan gereğinde İİAB tekrarı
- İİAB yapan kişinin tecrübeli olması
- Sito-patologun tecrübeli olması

Tiroid İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi - SONUÇ

- Sitolojik değerlendirme (Bethesda)
 - Yetersiz (% 5-20)
 - Benign (%60-80)
 - Folliküler lezyon (% 10-20)
 - Şüpheli (% 3-10)
 - Malign (%3-10)

İİAB: Yetersiz materyal

- Nedenleri
 - Teknik yetersizlik
 - Lezyon özelliği
 - Kistik, kalsifiye, hipervasküler, nekrotik, sklerotik
- Reaspirasyon
 - Malignite şüphesi fazla değil ise 1-3 ay sonra
 - % 10-30 lezyon tekrar yetersiz sonuç
 - Malignite riski % 2-12
 - Karar genellikle operasyon
 - US özellikler belirgin benign ise izlem

Tiroid İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi - SONUÇ

- Sitolojik değerlendirme (Bethesda)

- Yetersiz (% 5-20)
- Benign (%60-80)
- Folliküler lezyon (% 10-20)
- Şüpheli (% 3-10)
- Malign (%3-10)

İİAB sonucu benign olarak değerlendirilen
nodülde levotiroksin tedavisi verilerek
nodül süpresyonu uygulanmalıdır

EVET

HAYIR

İİAB: Benign

- L-tiroksin ile TSH baskılama tedavisi
 - Amaç L tiroksin ile TSH seviyesini baskılayarak nodül boyutunu küçültmektir
 - Subklinik hipertiroidi oluşturulur
 - Etkinlik yüzdesi düşüktür
 - Yıllarca kullanılmalıdır
 - Bırakıldığında yüksek oranda relaps görülür
 - Kardiyak taşiaritmi riski vardır
 - Uzun dönemde osteoporoz riski olur
 - TSH süpresyonu hedef seviyesi kesin değildir
 - Etkin maliyet belirsizdir
- Nadiren önerilmektedir

iiAB: Benign

- Cerrahi tedavi
 - Baskı belirtileri varsa
 - Estetik nedenle hasta istiyorsa
- Nadiren önerilmektedir

İİAB: Benign

- Tedavisiz izlem

(6-12 ay aralıklarla)

- Klinik değerlendirme
- TSH ölçümü
- Ultrasonografik değerlendirme
- Nodül boyutunda büyüme tespit edilenlerde rebiyopsi

- Sıklıkla önerilen yaklaşım

İİAB: Benign

- Radyoaktif iyod tedavi
 - Toksik adenomlarda
 - Büyük multinodüler guatrli hastalarda
- Sık tercih edilen yaklaşımdır

Tiroid İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi - SONUÇ

- Sitolojik değerlendirme (Bethesda)

- Yetersiz (% 5-20)
- Benign (%60-80)
- Folliküler lezyon (% 10-20)
- Şüpheli (% 3-10)
- Malign (%3-10)

İİAB sonucu folliküler lezyon olarak
değerlendirilen nodülde İİAB
tekrarlanmalıdır

EVET

HAYIR

İİAB: Folliküler lezyon

- İİAB tekrarı önerilmez
- İmmünohistokimyasal yöntemler spesifik değildir
- Malignite olasılığı % 15-25
- Sintigrafi ile aktif nodül dışlanır
- Genellikle cerrahi önerilir
 - Frozen önerilmez
 - Cerrahi tipi hastaya göre karar verilir
 - Lobektomi, istmektomi, total tiroidektomi
- Ultrasonografik özelliklerine göre izleme alınabilir

İİAB: Şüpheli / Malign lezyon

- Cerrahi önerilir

- Preoperatif ayrıntılı değerlendirme yapılmalıdır

- Boyun ultrasonorafisi
 - Şüpheli LAP varlığında İİAB
 - Gerekirse CT/MR değerlendirme

- Tecrübeli cerrahi rezeksiyon

- Papiller/foliküler ca Total tiroidektomi
 - Medüller ca Total tiroidektomi + Modifiye boyun diss.
 - Anaplastik ca Total tiroidektomi + Boyun disseksiyonu

TANISAL ALGORİTM

TIROİD NODÜLÜ

FM + US + TSH

Eutiroidik

İİAB

Hipertiroidik

Sintigrafi

SOĞUK

SICAK

BENİGN

MALİGN

ŞÜPHELİ

Toksik
Nodüler
Guatr

İZLEM

OPERASYON

TİROİD NODÜLLÜ HASTAYA YAKLAŞIM

Prof. Dr. Erdinç ERTÜRK

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

erdincerturk@erdincerturk.com

TİROKURS- 18 OCAK 2013, BURSA