

TİROİD KANSERLERİ

Dr. A. Volkan Sünter

S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2.KBB Kliniği

Sınıflandırma

- İyi Diferansiye
 - Papiller
 - Foliküler
 - Hurthle Hücreli
- Kötü Diferansiye
 - Medüller
 - Anaplastik
- Diğer
 - Lenfoma
 - Metastatik

Risk Faktörleri

- İyonize Radyasyon
 - Küratif doz değil, düşük doz
 - Maruziyetten 6-55 (ort 25.4) yıl sonra kanser gelişebilir
 - RT sonrası %90 papiller ca gelişmekte, genellikle multisentrik ve lenfatik metastaz riski yüksek
- Cinsiyet
 - Kadınlarda daha fazla
 - Doğum sayısının artması riski arttırmakta

Risk Faktörleri

- Çevresel Faktörler
 - Endemik guatr bölgeleri, iyot eksikliği (Foliküler ve anaplastik)
 - İyot desteği sağlanınca sıklıkları azalır
- Benign nodüller, otoimmün tiroiditler, Graves Hastalığı
- Genetik
 - Medüller Ca
 - Papiller Ca (Gardner Sendromu)
 - Foliküler Ca (Cowden Sendromu)

Semptomlar - Bulgular

- Yavaş büyüyen tiroid nodülü
- Basınç-gerginlik hissi
- Ses kısıklığı, boyun ağrısı, dispne, disfaji
- Boyunda LAP
- Uzak Met (kemik - akc)

Tiroid Nodülleri

- Populasyonun % 3-7'sinde
- % 4'ü malign
- Tek nodülde multiple nodüllere göre daha fazla kanser potansiyeli
- Çocuk yaş grubu ve ileri yaşta artmış kanser riski

Papiller Karsinom

- Tiroid kanserlerinin % 80'i
- En sık 30-40 yaş arası, K/E: 3
- Beyaz ırk
- En iyi seyirli diferansiye tiroid ca
- Uzun, sessiz seyir, düşük mortalite
- Ailesel geçiş (Gardner Send)

Papiller Karsinom

- Kapsülsüz, 2-3 cm çapında, tiroid dokusu içine infiltrasyon, kalsifikasyon, nekroz ve kistik değişiklikler gösterir
- Stroma içi kalsifikasyonlar >Psammoma cisimcikleri
- %10 oranında tiroid kapsül invazyonu, çevre dokulara yayılım

Papiller Karsinom

- %30-82 oranında kontralateral lobda mikroskopik kanser odakları olabilir
- Servikal LAP % 46-90
- Level VI, II-IV, üst mediastinal bölge (VII)
- Papiller ve foliküler ca da lenfatik kapsül invazyonu çok düşük> fonksiyonel boyun disseksiyonu yeterli

Papiller Karsinom

- Uzak metastaz başlangıçta %1, ileri dönemde %10
- En sık 20 yaş altı ve 50 yaş üstünde ve akc. ile kemik dokusuna
- Metastazlar gençlerde stabil kalıyor ancak yaşlılarda agresif seyirli
- 10 yıllık survi %85-90

Papiller Ca

- Histolojik tipler
 - Mikrokarsinom (1 cm'den küçük)
 - Makrokarsinom
 - Enkapsüle
 - Foliküler tip
 - Solid/Trabeküler tip
 - Diffuz sklerozan
 - Yüksek ve silindirik hücreli

Foliküler Karsinom

- %10-25,kadınlarda 2-5 kat fazla,40yaş üzeri
- İyot eksikliği,endemik guatr bölgelerinde sık
- Ailesel tipler tanımlanmış
- Cowden Sendromunda %10 görülür.
- Graves Hastalığı ile birlikte olabilir

Foliküler Karsinom

- Genellikle soliter-kapsüllü,2-4 cm
- Multifokal hastalık nadir
- Vasküler ve kapsüler invazyonla benign adenomdan ayrılır
- Hematojen yayılım gözlenir
- İİAB de yalancı negatiflik %62 dolayındadır

Hürthle Hücreli Karsinom

- Olguların %3-5 i
- En az %75 i hürthle (onkositik) hücreli bir yapı gösteren kapsüllü, foliküler hücre grupları
- Daha az diferansiye, daha agresif
- Servikal ve uzak metastaza eğilimli
- TSH reseptörleri içerir ve tiroglobulin üretir

Hürthle Hücreli Karsinom

- Sıklıkla multifokal ve bilateral yerleşimli
- Tüm hürthle hücreli neoplazmların %20 si malign
- Foliküler karsinomlu hastalardan 2 kat daha fazla akciğer metastazı

İyi Diferansiye Tiroid Karsinomlarında Tedavi

- Total tiroidektomi ve santral boyun diseksiyonu, lateral servikal nod metastazı varsa modifiye boyun diseksiyonu
- Radyoaktif iyot tedavisi
- RT
- Hormonal replasman

İyi Diferansiye Tiroid Karsinomlarında Tedavi

1.Tiroidektomi

- 2.Lobektomi+isthmektomi frozen eşliğinde yapılırsa ve ca (+) gelirse tamamlayıcı tiroidektomi
- 3.TSH değeri 35'e gelince hormon replasman tedavisi
- 4.Cerrahiden 6 hafta sonra radyoaktif iyot taraması
- 5.Önemli derecede rezidüel iyot tutulumu varsa radyoaktif I tedavisi
6. 1. yılda tarama negatif ise 2 yıl sonra kontrol, yine negatifse 5 yılda bir kontrol
- 7.Rekürrens varsa yüksek doz radyoaktif iyot tedavisi

Radyoaktif İyot Tedavisi

- 1.Non-rezektabl metastatik hastalıklarda I tutulumu mevcut ise
- 2.Cerrahi sonrası (+) lenf nodu olan durumlarda (I tutulumu belirgin ise)
- 3.Vasküler invazyon mevcut ise
- 4.Trakea, larenks, hipofarenks invazyonu olup iyot tutulumu mevcut ise

Radyoaktif İyot Tedavisi

•Son görüşler post-op radyoaktif iyot tedavisi öncesi iyot taraması yapmaktansa kantitatif tiroglobulin ölçümlerine göre radyoaktif iyot tedavisi verilmesi şeklindedir

Medüller Karsinom

- Tiroid kanserlerinin %7 si
- Daha kötü seyirli
- Parafoliküler C hücreleri kaynaklı
- Sıklıkla tek bir nodül olarak gözlenir
- Karsinom oluşmadan önceki dönemde C hücrelerinde hiperplazi oluşur

Medüller Karsinom

Medüller Karsinom

- CEA, PG, Serotonin, ACTH
- Hiperparatiroidizm ve buna bağlı bulgular
- Ailesel ve sporadik (%80) şekiller vardır
- %50 lenf nodu (+), %10 uzak metastaz (+)
- Ailesel tip ;MEN II'nin komponentidir ve genellikle bilateraldir, genç yaşta görülür, daha iyi prognozlidir (özellikle MEN IIa)
- Sporadik şekli soliter ve unilateral,50-60 yaş arası görülür

Medüller Karsinom

- Ret protoonkogeni nokta mutasyonu mevcut olabilir
- Eşlik edebilecek feokromositoma dışlanmalıdır
- Kalsitonin ve CEA düzeyleri takipte çok önemli
- İyot 131,DMSA ve Te99M Sestamibi ile metastaz saptanması yapılabilir
- USG,BT,MR,PET

Medüller Karsinom-Tedavi

- Total tiroidektomi ve santral boyun diseksiyonu, lateral servikal nod metastazı varsa radikal boyun diseksiyonu yapılmalıdır.
- Takiplerde kalsitonin seviyesinin normal düzeye inmesi birkaç ay sürebilir. Eğer düşmüyorsa veya sonradan yükseliyorsa nüks düşünülmelidir.

Anaplastik Karsinom

- Tüm tiroid karsinomlarının %5-14'ü

- 60 yaş üzerinde
- Genellikle uzun süreli bir guatr veya iyi diferansiye karsinom zemininde gelişir
- İyot eksikliği olan bölgelerde ve kadınlarda daha sık
- Rekürren veya tedavi edilmemiş tiroid ca da uzun yıllar sonra anaplastik değişim gözlenebilir
Anaplastik Karsinom
- Hızlı büyüyen ve hava-sindirim yollarını destrükte eden boyun kitlesi
- Lenfatik metastaz %80-90,uzak metastaz %50
- Prognoz oldukça kötü olup ortalama 6 aydır
- Tedavi: RT ve KT, Palyatif cerrahi

Tiroid Lenfoması

- %2 den az
- Sıklıkla yaşlı kadınlarda ve Hashimoto tiroiditi zemininde gelişir
- Çoğunluğu Non-Hodgkin B hücreli tip
- Tanıda açık biyopsi gerekebilir
- Kemoterapiye çok iyi yanıt verir
- Sıklıkla RT ile kombine edilir
- Cerrahinin yeri yoktur
- 5 yıllık sağ kalım %50'dir

DİĞER MALİGN NEOPLAZMLAR

- Primer Squamöz Hücreli Karsinomlar
- Sekonder Squamöz Hücreli Karsinomlar(Larinks priform sinüs)
- Sarkomlar(Total tiroidektomi+BD+RT)
- Metastatik Karsinomlar(meme,böbrek,akciğer,melanom)

TNM (AJCC-2002)

- T1: Tümör çapı 2 cm den küçük
- T2: Tümör çapı 2-4 cm
- T3: Tümör çapı 4 cm den büyük,tiroide sınırlı veya tiroid dışına uzanım minimal mevcut
- T4a: Tümör herhangi bir boyutta olabilir, ancak kapsülü invase edip çevre dokulara yayılmış (subkutan yumuşak doku, larynx, trakea, özofagus, rekürren laryngeal sinir)
- T4b: Tümör prevertebral fasyaya uzanmış veya karotis veya mediastinal damarları çevrelemiş
- Tx: Primer tümör boyutu bilinmiyor

TNM (AJCC-2002)

- No: Metastatik nod yok
- N1a: Level VI metastazı (pretrakeal, paratrakeal ve prelaryngeal/Delphian lenf nodları)
- N1b: Unilateral, bilateral, kontralateral servikal veya superior mediastinal lenf nodu metastazı

- Mo: Uzak metastaz yok
- M1: Uzak metastaz var
- Mx: Uzak metastaz değerlendirilmiyor

Evreleme

- Papiller ve Foliküler Ca

•45 yaş altı

-Stage I : Herhangi T ve N, Mo

-Stage II : Herhangi T ve N, M1

Evreleme

•Papiller ve Foliküler Ca 45 yaş üstü hastalar ile Medüller Ca

-Stage I: T1, No, Mo

-Stage II: T2, No, Mo

-Stage III: T1-3, No-N1a, Mo

-Stage IVA: T1-4a, N0-1b, Mo

-Stage IVB: T4b, herhangi N, Mo

-Stage IVC: Herhangi T ve N, M1