

# HİPERTİROİDİ TEDAVİSİ OLARAK RADYOAKTİF İYOT ALMIŞ VE SONRASINDA TİROİDEKTOMİ GEÇİRMİŞ HASTALARDA TİROİDEKTOMİ ENDİKASYONLARI VE SİTOLOJİK VE HİSTOPATOLOJİK BULGULAR

**Didem Özdemir<sup>1</sup>, Hüsniye Başer<sup>2</sup>, Neslihan Çuhacı<sup>1</sup>, Nilüfer Yıldırım<sup>3</sup>, Aylin Kılıç Yazgan<sup>4</sup>, Mehmet Kılıç<sup>5</sup>, Reyhan Ersoy<sup>1</sup>, Bekir Çakır<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları, Ankara

<sup>2</sup>Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları, Ankara

<sup>3</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nükleer Tıp Bilim Dalı, Ankara

<sup>4</sup>Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, Ankara

<sup>5</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Bilim Dalı, Ankara

## AMAÇ

➤ Radyoaktif iyot (RAİ) hipertiroidinin kalıcı tedavisi için sıklıkla kullanılan bir tedavi yöntemidir. Toksik multinodüler guatr (TMNG) veya toksik nodüler guatr'lı (TNG) hastalarda ve Graves hastalarında, nodüllerin ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) açısından diğer tiroid nodülleri gibi değerlendirilmesi önerilmektedir. RAİ tedavisi ile tiroid malinite gelişimi arasındaki ilişkinin incelendiği geniş çaplı bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada, hipertiroidiye yönelik RAİ tedavisi almış ve daha sonra tiroidektomi yapılmış hastalarda malinite sıklığı araştırılmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

➤ Aralık 2008-Haziran 2014 arasında hastanemizde tiroidektomi geçirmiş hastalar retrospektif olarak incelenmiş ve operasyon öncesi RAİ tedavisi almış hastaların verileri analiz edilmiştir. Bu hastalarda preoperatif ultrasonografi (US) bulguları, tiroid İİAB sonuçları, tiroidektomi endikasyonları ve histopatolojik bulgular değerlendirilmiştir.

## BULGULAR

➤ Daha önce hipertiroidiye yönelik RAİ tedavisi alan 10 hastanın 8'i erkek 2'si kadındı ve ortalama yaş 58.4±14.3 yıl olarak bulundu.

➤ Hastaların 8'i RAİ tedavisini TMNG veya TNG nedeniyle, 2'si multinodüler guatr ile birlikte olan Graves hastalığı için almıştı.

➤ RAİ tedavisi öncesinde, TMNG/TNG olan 4 hastada, Graves olan 1 hastada İİAB yapılmış ve benign olarak saptanmıştı, 5 hastada ise RAİ öncesi İİAB sonucuna ulaşılamadı.

➤ RAİ tedavisi ile 4 hastada hipertiroidi kontrol altına alınamamıştı ve 3 hasta cerrahi öncesinde antitiroid ilaç kullanmakta idi.

➤ Tüm hastalarda ultrasonografide nodüller mevcuttu ve ortalama nodül sayısı 4.7±3.2 idi.

➤ Daha önce RAİ tedavisi almış bu hastaların 7'sinde TİİAB yapılmıştı. Bu hastalarda TİİAB yapılma nedenleri 5 hastada RAİ öncesi nodüllere ait sitoloji verilerinin olmaması, 1 hastada nodülde büyüme ve 1 hastada şüpheli ultrasonografi bulguları idi.

➤ RAİ tedavisi ile tiroidektomi arasındaki süre ortalama 46.7±42.9 (6-125) ay olarak bulundu. 1 hasta nüks Graves hastalığı, 1 hasta nüks TMNG, 1 hasta büyük ve multiple nodül varlığı, 1 hasta tekrarlayan yetersiz sitoloji, 2 hasta sitolojide önemi belirsiz atipi, 1 hasta sitolojide foliküler neoplazi şüphesi, 1 hasta malignite açısından şüpheli sitoloji ve 2 hasta malign sitoloji nedeniyle opere edildi.

➤ Operasyon sonrası 5 hastada histopatolojik olarak benign bulgular saptanırken, 3 hastada papiller tiroid kanseri, 1 hastada medüller tiroid kanseri ve 1 hastada anaplastik tiroid kanseri tanısı kondu.

**Tablo 1:** RAİ tedavisi almış ve daha sonra tiroidektomi yapılan hastaların klinik, sitolojik ve histopatolojik özellikleri

| Yaş/<br>Cinsi<br>yet | RAİ<br>end     | RAİ ö<br>ncesi<br>TİİAB | Tiroid<br>fonksiyon | Nodül<br>sayısı | TİİAB<br>endikas<br>-yonu | TİİAB<br>sonuç                   | Op.<br>endikas<br>yonu                  | Patolojik<br>tanı                  |
|----------------------|----------------|-------------------------|---------------------|-----------------|---------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------|
| 50,<br>kadın         | TMNG           | Benign                  | Ötiroid             | 4               | Şüpheli<br>US             | Malignite<br>şüphesi             | Şüpheli<br>US +<br>şüpheli<br>sitoloji  | Multifokal<br>PTC<br>(8,5,3 mm)    |
| 75,<br>kadın         | TMNG           | -                       | Hipotiroid          | 2               | RAİ<br>öncesi<br>yok      | Malign                           | Malign<br>sitoloji                      | PTC<br>(15 mm)                     |
| 41,<br>kadın         | TNG            | -                       | Hipotiroid          | 1               | RAİ<br>öncesi<br>yok      | Sellüler<br>Adenoma<br>töz Nodül | Şüpheli<br>US                           | PTC<br>(7 mm)                      |
| 69,<br>kadın         | TNG            | Benign                  | Ötiroid             | 2               |                           |                                  | Dev<br>nodül                            | Medüller<br>Ca (6 mm)              |
| 68,<br>erkek         | TMNG           | -                       | Hipertiroid         | 4               | RAİ<br>öncesi<br>yok      | Malign                           | Hipertir<br>oidi+<br>Malign<br>sitoloji | Anaplastik<br>Ca<br>(85mm)         |
| 39,<br>kadın         | Graves<br>+MNG | Benign                  | Hipertiroid         | 6               |                           |                                  | Nüks<br>Graves<br>+ MNG                 | Multinodu<br>ler koloidal<br>guatr |
| 70,<br>kadın         | TMNG           | Benign                  | Hipertiroid         | 6               | Nodülde<br>büyüme         | Benign                           | ÖBA<br>sitoloji                         | Dejenere<br>koloidal<br>nodüller   |
| 54,<br>kadın         | Graves<br>+MNG | -                       | Hipotiroid          | 3               | RAİ<br>öncesi<br>yok      | Yetersiz                         | Tekrarla<br>yan<br>yetersiz<br>sitoloji | Foliküler<br>adenom                |
| 44,<br>kadın         | TMNG           | Benign                  | Hipertiroid         | 12              |                           |                                  | Nüks<br>TMNG                            | Multinodu<br>ler guatr             |
| 74,<br>erkek         | TMNG           | -                       | Ötiroid             | 7               | RAİ<br>öncesi<br>yok      | Benign                           | Şüpheli<br>sitoloji                     | Multinodu<br>ler koloidal<br>guatr |

## SONUÇ

Literatürde, hipertiroidiye yönelik RAİ tedavisi almış hastalarda tiroid maligniteleri vaka raporları şeklinde bildirilmiştir. Bunlardan birkaçı da ölümcül seyredebilen anaplastik tiroid kanseri vakalarıdır. RAİ almış nodüler guatr'lı hastalarda, özellikle RAİ öncesi nodüllerin sitolojik değerlendirilmesi yapılmamış veya bilinmiyorsa, US olarak şüpheli görünüm veya nodüllerde büyüme varsa sitolojik olarak değerlendirme yapılmalıdır. Sitoloji sonucu benign olmayan hastalarda RAİ tedavi öyküsü varsa cerrahi seçeneğin ön planda düşünülmesi gerekebilir.