



Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği

TİROİD HASTALIKLARI TANI VE TEDAVİ KILAVUZU 2023



TİROİD HASTALIKLARI TANI VE TEDAVİ KILAVUZU

Tiroid Çalışma Grubu tarafından hazırlanmıştır.

2023 - ANKARA

TİROİD HASTALIKLARI TANI VE TEDAVİ KILAVUZU

© Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği • 2023

ISBN: 978-605-66410-3-9

7. Baskı: Mayıs 2023 (Çevrimiçi yayın)



TÜRKİYE ENDOKRİNOLOJİ ve METABOLİZMA DERNEĞİ

Meşrutiyet Cad., Ali Bey Apt. 29/12

Kızılay 06420, Ankara

Tel. (0312) 425 2072

Faks (0312) 425 2097

E_posta: president@temd.org.tr

www.temd.org.tr



Grafik Tasarım ve Yayın Hizmetleri

**BAYT Bilimsel Araştırmalar
Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.**

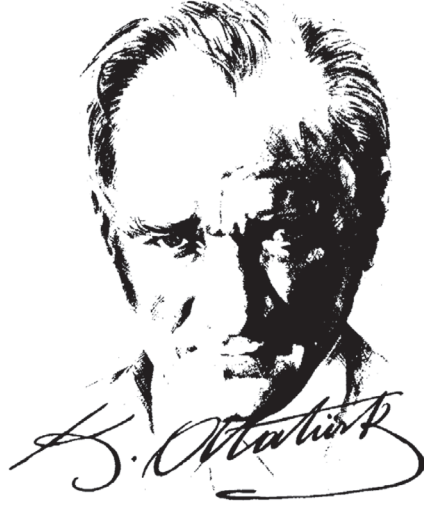
Ziya Gökalp Cad. 30/31

Kızılay 06420, Ankara

Tel. (0312) 431 3062

Faks (0312) 431 3602

Baskı Tarihi: Mayıs 2023



**“BÜYÜK İŞLER, MÜHİM TEŞEBBÜSLER; ANCAK,
MÜŞTEREK MESAI İLE KABİL-İ TEMİNDİR.”**

MUSTAFA KEMAL ATATÜRK, 1925

**TEMĐ TİROİD HASTALIKLARI TANI VE TEDAVİ KILAVUZU-2023 YAZARLARI***(Alfabetik sıra ile)*

Alper Gürlek	Gökçen Ünal Kocabaş	Selçuk Can
Asena Gökçay Canpolat	Göksun Ayvaz	Serpil Dizbay Sak
Aşkın Güngüneş	Hasan Ali Altunbaş	Sibel Güldiken
Ayşe Kubat Üzüm,	Hülya İlıksu Gözü	Taner Demirci
Ayşenur İzol	İşlay Kalan Sarı	Tevfik Demir
Bekir Çakır	İnan Anaforoğlu	Uğur Ünlütürk
Bekir Uçan	Kemal Ağbaht	Ziyet Alphan Üç
Burak Özbaş	Koray Ceyhan	
Cevdet Aydın	Mehmet Erdoğan	
Çiğdem SOYDAL	Mehmet Muhittin Yalçın	
Demet Çorapçioğlu	Mehtap Evran	
Dilek Gogas YAVUZ	Mine Araz	
Dilek Tüzün	Muhammed Kızılgül	
Dilek Yazıcı	Mustafa Cesur	
Duygu Yazgan	Mustafa Kulaksızoğlu	
Erman Çakal	Mustafa Şahin	
Ersen Karakılıç	Mustafa Ünlübol	
Ersin Akarsu	Müge Özhan Yılmaz	
Ersen Karakılıç	Nurdan Gül	
Faruk Alagöl	Oya Topaloğlu	
Fatma Nur Korkmaz	Reyhan Ersoy	
Filiz Ekşi Haydardedeoğlu	Rıfat Emral	
Fusun Baloş Törüner	Sait Gönen	



Değerli Meslektaşlarımız,

“Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) **Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Klavuzu**” nun 2023 yılı baskısını sizlere takdim etmekten mutluluk duyuyoruz. Tiroid hastalıkları günlük hekimlik pratiğimizde önemli yer tutuyor. Bu hastalıklarla ilgili sorunları yönetmek için yıllarca çalışmanın ürünü olarak elde edilen bilgi birikimi ve tecrübe bizler için en önemli kaynak olmak özelliğini her zaman koruyacaktır. Diğer taraftan değişen ve gelişen bilimsel verilerin içinde yer almak ve bilimi takip etmek doğruyu bulmak için elzemdir.

TEMED Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Klavuzu da yıllardan beri tiroid hastalarının sorunlarını çözmek için bizlere ışık tutmaya çalışmaktadır. Dünya’daki konuyla ilgili Amerikan Tiroid Derneği (ATA) ve Avrupa Tiroid Derneği’nin (ETA) hazırladığı daha geniş kapsamlı klavuzlar öteden beri bizim için önemli kaynaklardır. Buradaki bilgiler Ülkemiz gerçekleri gözönüne alınarak, Türkiye’de yapılan çalışmalar ve bilimsel kaynaklardan da yararlanarak klavuzumuzda yer almaktadır. Bu çerçevede içinde bulunduğumuz 2023 yılı TEMED kongremize yetiştirmek için son 1.5 yıldır yoğun uğraş verdiğimiz klavuzumuzun eski kılavuzlarımız gibi hekimlerimize faydalı olmasını dileriz. Yeniden konu başlıkları kararlaştırılan klavuzumuz hocalarımızın üstün emekleri ile yeniden yazılmıştır. Yeni klavuzumuza Nükleer tıp, Patoloji ve sitoloji bilim dallarımızın hocalarının değerli katkıları ile yeni bölüm konuları eklenmiştir. Ayrıca iyot dışındaki eser elementler ve vitaminler bölüm konusu da ilk kez eklenmiştir. Gene ilk kez tiroid nodüllerinde preoperative genetik inceleme ve ileri ve anaplastik tiroid kanserlerinde ilaç tedavisi gibi yeni bölüm başlıkları eklenmiştir. Ayrıca, medüller tiroid kanserlerinin ayrıca bir konu başlığı olması, acil tiroid hastalıklarının iki ayrı konu başlığı olması sağlanmıştır. Toplam 28 bölümden oluşan klavuzumuzda 53 değerli hocamız tiroid çalışma grubumuzun yazım hayatında bulunmuşlardır. Klavuzda yer alan bilgilerle ilgili oldukça hassas davranılması gerektiği ve her konuda halen cevap bekleyen sorular olduğu elbette kabul edilmelidir. Hiç şüphesiz tiroidolojide daha birçok alanda önemli oranda yeni bilgi, tanı ve tedavi önerisi mevcuttur. Ancak, bunların tamamının Ulusal Klavuzumuzda hemen yer alması elbette uygun olmamaktadır.

Önümüzdeki dönemlerde yazılacak Ulusal Klavuzlarımızda Türkiye geneline ait daha çok verinin yer alması oldukça önemlidir. Bunu sağlamak için tiroidolojide Ülkemiz genelini kapsayan çok merkezli çalışma sonuçlarına ihtiyaç vardır. Tiroid Çalışma Grubu’nun buna ilişkin yapmayı planladığı çalışma sonuçlarının sonraki klavuzlarda yer alacağını ümit ediyoruz.

TEMED Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Klavuzu ile ilgili pekçok meslektaşımız görüş ve önerilerini bildirmiştir. Bu durum klavuzumuza gösterilen ilgiyi yansıtmaya açısından son derece memnuniyet vericidir ve daha iyi bir kaynak olmasına katkı sağlamaktadır. Burada klavuzun hazırlanmasında başlangıçtan şimdiye kadar emeği geçen tüm meslektaşlarımız ve yazımında görev alan tüm değerli hocalarımıza şükranlarımı sunarım. Yine önceki klavuzlarımızın yazılmasında önemli emekleri olan TÇG başkanlarımız Ersin Akarsu ve Murat Faik Erdoğan’a ve diğer katkı sunan hocalarımıza teşekkür ederiz. Tiroid Çalışma Grubu başkan yardımcılarımız dr. Erman Çakal ve Dr. Hülya Gözü’ye, katkıları için Dr. Asena Canpolat ve Dr Bekir Uçan’a teşekkür ederiz. Ayrıca baskı ve dizgi hizmetlerini itina ile yürüterek okumaya hazır hale getiren değerli arkadaşlarımıza teşekkürlerimizi bir borç biliriz.

Son olarak; klavuzun yeniden basılması çalışmalarına sağladıkları destek için TEMED başkanı **Prof. Dr. Ayşegül Atmaca ve Yönetim Kurulu’na** şükranlarımı sunar, klavuzumuzun tüm meslektaşlarımıza faydalı olmasını dilerim.

Prof. Dr. Mustafa Şahin

TEMED Tiroid Çalışma Grubu Başkanı



Adile Begüm Bahçecioglu	Dilek Berker	Gülsüm Gönülalan	Miray Yaman	Seda Sancak
Adnan Batman	Dilek Gogas Yavuz	Gürcan Kısakol	Mithat Bahçeci	Sedat Can Güney
Ahmet Dirikoç	Dilek Tüzün	Güven Barış Cansu	Muhammed Kızılgül	Selçuk Can
Ahmet Sadi Gündoğdu	Dilek Yazıcı	Hakan Doğruel	Muhammed Masum Canat	Selçuk Yusuf Şener
Ali Rıza Çimen	Duygu Yazgan Aksoy	Hakan Korkmaz	Muhammed Cüneyt Bilginer	Selim Kurtoğlu
Alptekin Gürsoy	Ece Harman	Hakkı Yılmaz	Murat Çalapkulu	Selin Çakmak Demir
Anara Karaca	Ekin Yiğit Koroğlu	Halil Dinçer Azizlerli	Murat Faik Erdoğan	Selin Dinçer Genç
Arif Bayram Hacıhasanoğlu	Ekrem Algün	Haluk Sargın	Murat Suher	Sema Çiftçi Doğanşen
Arif Yöner	Eldaniz Yunusov	Handan Bekdemir	Mustafa Şahin	Sema Hepşen
Arzu Or Koca	Eldaniz Yunusov	Harika Boztepe	Mustafa Altay	Semin Melehat Fençki
Asena Gökçay Canpolat	Elif Ece Doğan	Hasan Ali Altunbaş	Mustafa Aydemir	Serap Baydur Şahin
Aslı Eriş	Elif Nazlı Serin Atas	Hasret Cengiz	Mustafa Burak Yaşar	Serdar Kayihan
Aslı Sezgin Çağlar	Elif Önder	Hatice Çalışkan Burgucu	Mustafa Cesur	Serdar Kayihan
Aşkın Güngüneş	Elif Turan	Hatice Sebila Dökmetaş	Mustafa Koçak	Serhat Özçelik
Aydan Usman	Elif Tutku Durmuş	Havva Sezer	Mustafa Kulaksızoğlu	Serpil Çenesiz Salman
Ayhan Arnik	Emel Şenol	Hayati Ayakta	Mustafa Sait Gönen	Serpil Yanık Çolak
Ayhan Zengi	Emre Arslan	Hidayet Mammadzade	Mustafa Ünal	Sevim Güllü
Aykut Çimşir	Emre Bozkırlı	Hikmet Soyul	Mustafa Ünübol	Sibel Ertek
Aysen Akalin	Emre Sedar Saygılı	Hülya Hacısahinoğulları	Mutlu Niyazoğlu	Sibel Güldiken
Ayşe Arduç	Ender Arıkan	Hülya İllıks Gözü	Muzaffer Serdar Deniz	Sibel Temiz
Ayşe Kubat Üzüm	Engin Güney	Hünkar Ağgöl	Mücahit Özyazar	Süleyman Hilmi İpeçki
Ayşe Nur İzol Torun	Enver Çiftel	Hüsvrev Hatemi	Müge Özcan	Şafak Akın
Ayşe Özdemir Yavuz	Ercan Tuncel	İşlay Kalan Sarı	Müge Özsan	Şazi İmamoğlu
Ayşen Akkurt	Erdal Kan	İffet Dağdelen Duran	Müjdat Kara	Şefika Burçak Polat
Aysenur Özderya	Erdinç Ertürk	İlker Altun	Mümtaz Takır	Şerife Ezgi Doğan
Ayten Eraydın	Eren Gürkan	İlknur Öztürk Ünsal	Necdet Ünüvar	Şerife Nur Boysan
Ayten Oğuz	Erhan Hocaoğlu	İnan Anaforoğlu	Necmiye Tijen Erdem	Şule Canlar
Bahri Evren	Erkam Sencar	İsmail Engin	Nevzat Bilal	Şule Temizkan
Banu Aktaş Yılmaz	Erman Çakal	İsmail Yıldız	Nilgün Başkal	Taner Demirci
Banu Kale	Ersen Karakılıç	İsmet Aydın	Nurdan Gül	Tayfun Garip
Banş Önder Pamuk	Ersin Akarsu	Kader Uğur	Nurhan Caneroğlu	Tevfik Demir
Bekir Çakır	Ertuğrul Taşan	Kağan Güngör	Nuri Çakır	Tevfik Sabuncu
Bekir Uçan	Esa Nur Ademoğlu Dilekçi	Kamil Başköy	Oğün İrem Bilen	Uğur Avcı
Belgin Efe	Eşref Mesut Özer	Kamile Gül	Oğuz Dikbaş	Uğur Ünlütürk
Bengür Taşkıran	Evin Bozkur	Kemal Ağbaht	Oğuz Kaan Ünal	Ümit Karayalçın
Berçem Ayçiçek Doğan	Faruk Alagöl	Kerem Sezer	Onur Elbasan	Ümmü Mutlu
Berna Evranos	Fatma Avcı Merdin	Levent Özsan	Orhan Demir	Ümrhan Yıldırım
Berna İmge Aydoğan	Fatma Dilek Dellal	Leyla Yılmaz Gürbüze	Osman Son	Yavuz Nasıfova
Berna Rukiye Temel	Kahramanca	Mahmut Apaydın	Oya Topaloğlu	Yalçın Aral
Betül Uğur Altun	Fatma Neslihan Çuhacı Seyrek	Mahmut Yazıcı	Ömer Alper Gürlek	Yasemin Aydoğan Ünsal
Beyza Olcay Öztürk	Fatma Nur Korkmaz	Mazhar Tuna	Ömer Komaç	Yasemin Tütüncü
Birsen Ünsal Koyuncu	Fatma Sağlam	Mehmet Aşık	Ömercan Topaloğlu	Yavuz Selim Demir
Burak Özbaş	Fatma Tuğçe Şah Ünal	Mehmet Baştemir	Özcan Karaman	Yavuz Yalçın
Burcu Meryem Atak Sançmış	Ferhan Mantar	Mehmet Çelik	Özge Başıksu	Yurdaer Sermez
Bülent Can	Ferhat Deniz	Mehmet Çölbay	Özgür Demir	Yusuf Aydın
Bünyamin Aydın	Feride Pınar Altay	Mehmet Doruk	Özgür Özçelik	Yusuf Bozkuş
Canan Çiçek Demir	Ferihan Aral	Mehmet Erdoğan	Özkan Sandalcı	Yusuf Karadeniz
Cem Onur Kıracı	Fettah Acıbcu	Mehmet Muhittin Yalçın	Özlem Sezgin Meriçliler	Yusuf Kayhan
Cevdet Aydın	Fevzi Balkan	Mehmet Sercan Ertürk	Pınar Akhanlı	Yusuf Özkan
Cevdet Duran	Feyza Yener Öztürk	Mehtap Çakır	Pınar Karakaya	Yusuf Öztürk
Ceyda Dinçer Yazan	Filiz Ekşi Haydardedeoğlu	Mehtap Evran Olgun	Ramazan Gen	Yüksel Altuntaş
Cihançir Erem	Fulya Akın	Mehtap Navdar Başaran	Reyhan Ersoy	Zehra Candan
Cüneyd Anıl	Füsün Baloş Törüner	Melek Tezcan	Rıfat Emral	Zeliha Yazar
Çağlar Keskin	Gamze Gelir Çavrar	Melia Karaköse	Röşen Hasanov	Zerrin Kır
Çiğdem Tura Bahadır	Gökçen Ünal Kocabaş	Melin Uygur	Rukiye Dilara Tekin Uzman	Zeynel Abidin Sayınar
Damla Tüfekçi	Gökhan Özgen	Merve Çatak (Bahçeci)	Rümeysa Selvinaz Erol	Zeynel Beyhan
Davut Sakız	Göksun Ayvaz	Merve Korkmaz Yılmaz	Sabriye Özkaya Kafesçiler	Ziynet Alphan Üç
Demet Çorapçioğlu	Gökтуğ Sarıbeyliler	Merve Yılmaz	Sadettin Öztürk	Zübeyde Şebnem Aktaran
Deniz Çetin	Gönül Koç	Merve Yılmaz	Saida Dashdamirova	Züleyha Cihan Karaca
Deniz Engin Gök	Gülhan Akbaba	Metin Özata	Samet Alkan	
Derun Taner Ertuğrul	Gülhan Cavlak Duman	Mina Gülfem Kaya	Samir Şükürov	



Değerli meslektaşlarım,

Tiroid hastalıkları, birinci basamaktan üçüncü basamağa kadar tüm branşlardan hekimlerin çalışma hayatında çok sık karşısına çıkan sorunlardandır. Hekimlerin, yoğun çalışma koşullarında tiroid hastalarına doğru yaklaşımlarını sağlayacak güncel, pratik kılavuzlara gereksinimleri vardır.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Tiroid Çalışma Grubu tarafından hazırlanan bu kılavuz, yıllardır ülkemiz hekimleri arasında kendini kanıtlamış önemli bir başvuru kaynağıdır. Bu kılavuzda, tiroid hastalıklarının tanı ve tedavilerine güncel yaklaşımlar; dünyaca kabul gören otoritelerin görüşleri, ülkemizdeki veriler ve kanıtların süzgecinden geçirilmiş olarak sunulmaktadır.

Başta Tiroid Çalışma Grubu Başkanı Prof. Dr. Mustafa Şahin olmak üzere, Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu-2023'ün yazılmasında emeği geçen tüm çalışma grubu üyelerine sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum, tiroid hastalarına yaklaşımınızda ışık tutacak olan bu kılavuzun yararlı olmasını temenni ederek çalışmalarınızda kolaylıklar diliyorum.

Yönetim Kurulu Adına Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Başkanı

Prof. Dr. Ayşegül Atmaca



AF: Atrial fibrilasyon	PTx: Profilaktik tiroidektomi
AJCC: American Joint Committee on Cancer	RAI: Radyoaktif iyot
Anti-Tg: Anti-tiroglobulin antikoru	RAIU: Radyoaktif İyot yakalama (uptake)
Anti-TPO: Anti-tiroperoksidaz antikoru	RECIST: Response Evaluation Criteria In Solid Tumors
ATA: American Thyroid Association	RFA: Radyo frekans ablasyon
ATİ: Antitiroid ilaç	rhTSH: Rekombinant human TSH
DTK: Diferansiye tiroid karsinomu	rT3: Reverse T3
ETA: European Thyroid Association	SAT: Subakut tiroidit
EUGOGO: European Group On Graves' Orbitopathy	SLND: Santral lenf nodu diseksiyonu
FMTK: Familial medüller tiroid kanseri	SSKİ: Satüre potasyum iyodür
FTK: Folliküler tiroid kanseri	sT3: Serbest triiyodotironin
GO: Graves orbitopati	sT4: Serbest tetraiyodotironin
HPT: Hipotalamo-pitüiter-tiroid	STV: Sonografik tiroid volümleri
İE: İyot eksikliği	SVO: Serebrovasküler olay
KAS: Klinik aktivite akoru	T3: Triiyodotironin
KKH: Koroner kalp hastalığı	T4: Tetraiyodotironin
KMD: Kemik mineral dansitesi	TA: Toksik adenom
KS: Kortikosteroid	TBG: Tiroksin bağlayan globulin
KT: Kalsitonin	TEM: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
LT4: Levotiroksin	TFT: Tiroid fonksiyon testleri
MMI: Metimazol	Tg: Tiroglobulin
MNG: Multinodüler guatr	THD: Tiroid hormon direnci
MTK: Medüller tiroid kanser	TİİAB: Tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi
OİTH: Otoimmün tiroid hastalığı	TKİ: Tirozin kinaz inhibitörü
ÖBA: Önemi belirsiz atipi	TMNG: Toksik multinodüler guatr
ÖBFL: Önemi belirsiz folliküler lezyon	TSH: Tiroid stimulan hormon
ÖDG: Ötiroid diffüz guatr	TRAb: TSH reseptör antikoru
ÖDMNG: Ötiroid diffüz multinodüler guatr	TTx: Total tiroidektomi
ÖHS: Ötiroid hasta sendromu	TVT: 131I ile tüm vücut taraması
PEE: Perkütan etanol enjeksiyonu	US: Ultrasonografi
PTK: Papiller tiroid kanseri	ÜİK: Üriner iyot konsantrasyonu
PTU: Propiltiyourasil	WHO: Dünya Sağlık Teşkilatı



BÖLÜM 1	TİROİD FONKSİYON TESTLERİ.....	1
BÖLÜM 2	TİROİD VE LENF NODU SONOGRAFİSİ VE ELASTOGRAFİ.....	15
BÖLÜM 3	TİROİD SİNTİGRAFİSİ VE RADYOAKTİF İYOT UPTAKE ÖLÇÜMÜ KILAVUZU.....	43
BÖLÜM 4	İYOT EKSİKLİĞİ HASTALIKLARI VE TÜRKİYE'DEKİ DURUM.....	51
BÖLÜM 5	İYOT DIŞI ESER ELEMENTLER, VİTAMİNLER VE TİROİD.....	67
BÖLÜM 6	ÖTİROİD DİFFÜZ GUATR	77
BÖLÜM 7	HİPOTİROİDİ: TANI VE TEDAVİSİ	85
BÖLÜM 8	HİPERTİROİDİ VE TİROTOKSİKOZ	95
BÖLÜM 9	GRAVES' ORBİTOPATİ	111
BÖLÜM 10	TİROİD NODÜLLERİ.....	123
BÖLÜM 11	TİROİD İNCE İĞNE ASPİRASYON BİYOPSİSİ VE DİĞER ÖRNEKLEME TEKNİKLERİ	131
BÖLÜM 12	TİROİD NODÜLLERİNDE ABLASYON TEDAVİLERİ.....	145
BÖLÜM 13	TİROİD KANSERİ SINIFLANDIRMASI VE EVRELEMESİ	165
BÖLÜM 14	TİROİD KANSERİ - TİROİDEKTOMİ ÖNCESİ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	173
BÖLÜM 15	DTK'DA CERRAHİ SONRASI DEĞERLENDİRME	179
BÖLÜM 16	MEDÜLLER TİROİD KANSERİ.....	201
BÖLÜM 17	İLERİ TİROİD KANSERLERİNDE YENİ İLAÇLAR.....	215
BÖLÜM 18	TİROİD NODÜL VE KANSERLERİNDE PREOPERATİF GENETİK İNCELEME	233
BÖLÜM 19	TİROİD HORMON DİRENCİ (BOZULMUŞ TİROİD HORMON DUYARLILIĞI)	241
BÖLÜM 20	TİROİDİTLER.....	253
BÖLÜM 21	TİROİD VE İLAÇLAR.....	265
BÖLÜM 22	TİROİD DIŞI HASTALIK SENDROMU (TDHS).....	277
BÖLÜM 23	GEBELİK VE HİPOTİROİDİ.....	287
BÖLÜM 24	GEBELİK VE HİPERTİROİDİ	291
BÖLÜM 25	TİROİD KRİZİ (TİROİD FIRTINASI).....	297
BÖLÜM 26	MİKSÖDEM KOMASI TANI VE TEDAVİSİ.....	303
BÖLÜM 27	TİROİD SİTOLOJİSİ.....	311
BÖLÜM 28	DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ 2022 SINIFLAMASI TEMELİNDE TİROİD TÜMÖRLERİNİN PATOLOJİK ÖZELLİKLERİ	329

TİROİD FONKSİYON TESTLERİ

Doç. Dr. Mehmet Muhittin YALÇIN, Prof. Dr. Faruk Alagöl

GİRİŞ

Tiroid fonksiyon testleri, tiroid hastalıklarının gerek tarama/teşhisinde, gerekse de izlemi esnasında yol gösterici olmaktadır. Toplumda tiroid fonksiyon bozukluklarına oldukça sık rastlanmaktadır. Bunun yanı sıra duyu durum değişiklikleri, saç dökülmesi, yorgunluk, obezite gibi sağlık sorunlarında ayırıcı tanılar arasında sıklıkla tiroid fonksiyon bozuklukları gelmekte ve bu yönde testler istenmektedir. Bir hastanın tiroid fonksiyon durumu hakkında karar vermek için hastanın şikayetlerini, fizik muayene bulgularını ve laboratuvar bulgularını birlikte değerlendirmek gerekir. Bazen tiroid fonksiyonlarında gerçek bir anormallik olmadığı halde TFT’de anormallikler izlenebilir. O zaman laboratuvar interferansı yapan bazı faktörlerden şüphelenilir ve daha ileri tetkikler istenebilir. Bazen tiroid hastalığının durumu zamanla kendiliğinden değişmektedir. Bu durumda karar verebilmek için periyodik olarak testler tekrarlanarak çözümleme zamana bırakılır. Laboratuvar testlerinin doğru yorumlanamaması hastada var olan bir hastalığın tedavi edilememesine ya da var olmayan bir durumun varmış gibi tedavi edilmesine yol açarak hasta için ciddi sonuçlar doğurabilir.

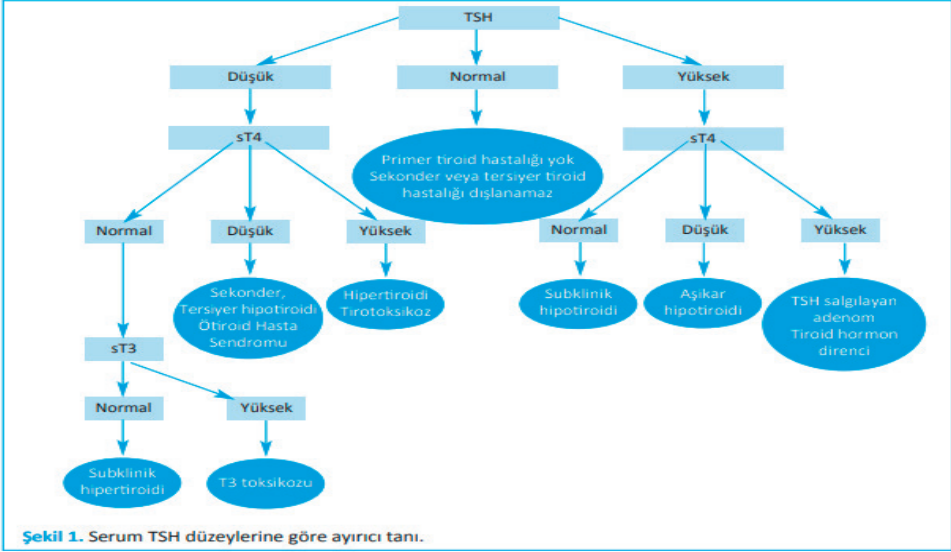
KİMDE, HANGİ TESTİ KULLANALIM?

Tiroid disfonksiyonu ilişkili semptomu olmayan bireyde tiroid hastalığı tarama amaçlı TSH bakılması yeterlidir. Sistemik bir hastalık bulunmadıkça normal bir TSH konsantrasyonu, primer hipotiroidi ve hipertiroidii dışlamada %99 negatif prediktif değere sahiptir. Serum tiroid hormonları ile TSH arasında, ters log-lineer ilişki vardır; yani serum tiroid hormonlarındaki çok küçük değişiklikler bile TSH’de büyük oynamalara yol açar. Bu sebeple, hassas immüno-metrik yöntem ile yapılan TSH ölçümleri tiroid fonksiyonunu değerlendirmede tarama testi olarak kullanılabilir. TSH normal ise ek araştırmaya gerek duyulmaz. TSH düzeyi yüksek ise sT4 düzeyi, TSH düzeyi düşük ise sT4 ve sT3 düzeylerine bakmak uygun olacaktır.

Hipotiroidi ilişkili semptom/bulguları olan hastada tanı amaçlı TSH ve sT4 düzeylerine bakılması önerilir. Hipertiroidi ilişkili semptom/bulguları olan hastada ise tanı amaçlı TSH ve sT4 yanında T3/sT3 düzeyinin de istenmesi önerilir. (test sonuçlarının yorumlanması ileride tartışılacaktır)

TSH

Günümüzde TSH ölçümleri 3.jenerasyon immünoradyometrik (IRMA) yöntem veya immüno-kemiluminisans (ICMA) yöntemleri ile yapılmaktadır. Bu yöntemlerin analitik ve fonksiyonel hassasiyetleri 0.01 mU/Lden daha azdır. 3. jenerasyon testler, tiroid disfonksiyonu olan ile olmayan hastaları ayırt etmekte oldukça başarılıdır. Bazı laboratuvarlarda halen kullanımda olan



1.4. Tiroid Hormon Ölçümleri

2. Jenerasyon immunometrik TSH ölçümlerinin hassasiyeti ise yaklaşık 0.1 mU/L civarındadır ve özellikle normale yakın disfonksiyonu, normalden ayırt etmede başarılı değildir.

TSH sekresyonu sirkadyen bir ritim izlemektedir. Sabahın erken saatlerinde TSH değeri en yüksek bulunurken, gece TSH konsantrasyonu düşme eğilimi gösterir. TSH'nin gün içindeki değişkenliği 0,95 ila 2 mU/mL arasında olabilir.

Bu durum tedavi kararlarını etkileyebilecek kadar önemli olabilir. Ayrıca aynı kişide TSH normal sınırlarda kalmak üzere günler içinde %40-50'ye varan değişkenlik gösterebilir. Daha pratik olarak söylemek gerekirse, kişinin farklı zamanlardaki TSH'sinin 0.2-1.6 mU/mL arasındaki oynamalarını normal kabul etmek gerekir. Bu nedenle TSH ölçümlerinin standardizasyonu açısından sabah saatlerinde ölçüm yapılması önerilir.

TSH'nin normal değerlerinin ne olması gerektiği konusundaki tartışma devam etmektedir. Genel olarak laboratuvarlar, TSH için normal değerlerin sınırlarını 0.35-4.5 mU/mL arasında vermektedir. Fakat yaşla TSH fizyolojik olarak yükselir. Bu nedenle yaş gruplarına göre TSH sınırlarının bilinmesinde fayda vardır. NHANES-III verilerine göre 20-29 yaş arasında TSH üst sınırı (97.5'uncu persantil) 3.5 mU/mL, 50-70 yaş arası 4.5 mU/mL, 80 yaş üzeri 7.5 mU/mL'dir. Yaşla birlikte TSH artışının adaptif bir mekanizma olabileceği ileri sürülmüştür. TSH'nin normal laboratuvar sınırları kavramı ile hipotiroidi tanısı konulup replasman tedavisi başlama sınırı farklıdır (gebelik hariç). (Bkz Gebelik ve Tiroid Hastalıkları, Hipotiroidizm, Subklinik Hipotiroidizm).

Ayrıca TSH'nın obezite ile doğru orantılı olarak arttığı, Afrika kökenli kişilerde ise daha düşük olduğu çeşitli çalışmalarda saptanmıştır.

Tanıda önemli bir yeri olan TSH ölçümlerinin laboratuvaradan kaynaklanan bazı nedenlerle yanlış ölçülebileceğini de bilmek, özellikle hastanın klinik bulguları ile uyumsuz anormalliklerde, bir hastalık tanısı koymakta acele etmeden önce bu nedenleri gözden geçirmek doğru olur (Bkz: Klinik ile uyumsuz TFT).

Serbest T4 (ST4)

Her laboratuvarıda, immünoimetrik yöntemlerle tiroid hormonlarının doğru ölçümleri yapılabilmelidir. Çeşitli hastalıklar veya ilaçlara bağlı olarak tiroid hormonlarını bağlayan proteinlerin düzeyleri değiştiğinde veya T4 ve T3'ün proteinlere bağlanma afiniteleri azaldığında veya arttığında, total T4 ve total T3 ölçümleri yanıltıcı olabilir. Bu sebeple klinik pratikte immünoimetrik yöntemlerle yapılan sT4 ölçümleri bazı özel durumlar dışında total T4 ölçümüne kıyasla çok daha sık kullanılmaktadır. Her ne kadar sT4 ölçümünde kullanılan direkt analog immünoimetrik yöntemler ile proteine bağlı olmayan serbest tiroid hormon seviyeleri ölçülebilirse de, bu yöntem ile, tanımlanmış bazı proteine bağlanma sorunlarında (Örneğin familial disalbuminemi hipertiroksinemide (FDH)) yanıltıcı sonuçlarla karşılaşılabilceğini bilmek gerekir. Benzer şekilde yoğun bakımda yatan kritik hastalarda; malnutrisyonda; heparin, furosemid gibi ilaçlar kullananlarda; gebeliğin ilerleyen dönemlerinde sT4 ölçümü tiroidin gerçek durumunu yansıtamayabilir.

sT4 ölçümünün altın standardı “equilibrium dializi” olmakla beraber özel laboratuvarlar dışında yapılamamaktadır. Sıvı kromatografi-kütle spektrometri (LC-MS/MS) yöntemi, “equilibrium dializi” ile iyi bir korelasyon göstermektedir ve direkt immunometrik ölçümlerle doğru sonuç alınamadığı durumlarda kullanılabilir.

Ne Zaman Total T4 Ölçülmeli?

- Gebelikte sT4 yöntemleri güvenilir değildir. Tek adımlı analog yöntemler albümin eksikliğinden etkilenir ve sT4 düşük saptanır. İki adımlı yöntemler ise dilüsyondan etkilenir ve TSH düşük saptanabilir. Ancak total T4'de %150 artış söz konusudur.
- Gebelikte sT4 ve sT3 düzeylerinin normal referans değerleri belirli değildir. Total T4 ve total T3'ün 1,5 kattan fazla artışı patolojik olarak kabul edilmektedir.
- Kritik ötiroid hasta sendromunda, sT4 yöntemlerine güvenilmez.
- Çok yüksek dozda, heparin, furosemid gibi, T4 ile bağlayıcı proteinler için yarışan maddeler kanda bulunduğu zaman serbest hormonlar yüksek çıkacağı için total hormonlar fikir verebilir.
- Ailevi fonksiyonları etkileyen tiroid hastalıklarında
- Klinik ile uyumlu olmayan tiroid testleri varlığında
- T4 ve T3 uyumsuzluğu varsa
- TSH'nin ölçülebilir olduğu durumda, sT3 ve sT4 yüksekliği saptanır
- Tiroid fonksiyonlarında art arda ortaya çıkan açıklanması zor değişikliklerde

T3/sT3

sT3 ölçüm yöntemleri de sT4 ölçüm yöntemlerine benzerdir; fakat sT4 ölçümlerine göre daha geniş değişkenlik gösterebilmektedir. Bu nedenle güvenilirlikleri daha düşüktür. Öte yandan, klinisyen tercihi ve ilgili merkezin imkanları göz önüne alınarak total ya da sT3 ölçümü kullanılabilir.

T3/sT3 düzeyine bakılması önerilen durumlar;

- T3 toksikozu şüphesi durumunda
- İhtiyaç halinde hipertiroidi-tirotoksikoz ayırımında
 - o Genellikle hipertiroidide T3(ng/dl)/T4 (µg/dl) oranı >20
- Antitiroid ilaç kullanan hastaların takibinde
 - o Bazı Graves hastalarında tedavi ile sT4 normalleşmesine rağmen T3/sT3 normale inmeyebilir.
- Amiodaron, propranolol gibi T4'ün T3'e dönüşümünde blokaj yapan ilaçların kullanımında
 - o İlaçların etkisi ile sT4 yüksek, T3/sT3 normaldir.
 - o T3/sT3 artışı amiodaron ilişkili hipertiroidiyi düşündürür.
- Ötiroid hasta sendromunda
 - o TSH ve sT4 veya sT4'ün normal olmasına rağmen, T3/sT3 düşüktür.
- Ciddi iyot yetersizliğinde
 - o TSH normal, sT4 düşük, T3/sT3 yüksek olabilir.

Tablo 1: Tiroksin Bağlayan Globulin Bağlanması Etkileyen Faktörler

TBG azalmasına bağlı ötiroid hipotiroidizm	TBG artmasına bağlı ötiroid hipertiroksinemi
Konjenital	Hereditör (X-linked)
Androjen	Östrojen, gebelik, tamoksifen, raloksifen
İlaçlar (fenitoin, L-asparaginaz, nikotinik asit)	Eroin
Glukokortikoid	Klofibrat, fenotiazin, 5-florourasil
Hipoproteinemi, malnutrisyon, nefrotik sendrom, protein kaybettirici enteropati, ağır kronik hastalıklar	Östrojen salgılayan tümörler, Hepatit (akut, kronik, aktif)
Renal dializ, siroz	HIV

Tablo 2 Serum Total T4 Düzeylerinin Çeşitli Tiroid Hastalıklarında Gösterdiği Değişiklikler

	Yüksek serum total T4	Düşük serum total T4	Normal serum total T4
Tirotoksik	Hipertiroidi, subakut tiroidit, tirotoksikozis faktisia, struma ovarii, pitüiter rezistans, TSH sekrete eden hipofiz tümörleri	Triiodotironin ile meydana gelen tirotoksikozis faktisia	Düşük TBG, T3 toksikozu (özellikle iyot eksikliğinde), tirotoksikoz nüksünde
Ötiroid	TBG artışı, FDH, transthyretin anomalisi, endojen T4 antikorları, jeneralize THD	Düşük TBG, endojen T4 antikorları, T3 replasmanı, iyot eksikliği, T4 bağlayıcı proteinler ile yarışan ilaçlar	Normal durum
Hipotiroidi	Ciddi THD	Primer, sekonder, tersiyer tiroid yetersizliği	Yüksek TBG, deiodinaz defekti, transporter defekt

TİROİD OTOANTİKORLARI

Otoimmün tiroid hastalığında serumda bazı otoantikörler bulunur. Anti-TPO (tiroid peroksidaz) ve anti-Tg (tiroglobülin), kronik tiroiditte (Hashimoto tiroiditi) %95-100 oranında, Graves hastalığında %60-90 oranında pozitifdir. Tiroid fonksiyonlarını değerlendirmede bu antikörlerin ölçümü önerilmemekle birlikte otoimmün tiroid hastalığı (OİTH) tanısında kullanılabilirler. Bu amaçla en sık kullanılan antikör, antiTPO'dur.

AntiTPO

Tiroid peroksidaz Tg tirozin rezidülerinin iyodinazasyonunu katalizleyen enzimdir. Bu enzime karşı gelişen antikörler kronik otoimmün tiroiditli hastaların çoğunda saptanabilmektedir. Aşık primer hipotiroidisi olan hastaların büyük kısmında OİTH bulunduğu bilirse de tanı için anti TPO ölçümünün katkısı yine de önemli olabilir. Sublinik hipotiroidisi saptanan hastalarda kalıcı hipotiroidiye ilerlemeyi öngördürmesi açısından antiTPO ölçümü önem kazanır. Anti TPO, Hashimoto tiroiditi tanısının konulmasında değerli olmakla beraber, postpartum tiroidit ve Graves hastalığında da saptanmaktadır, fakat nadiren bu hastalıklarda tanıya katkıda bulunur.

OİTH açısından riskli gruplarda (Tip1 diyabet, ailevi otoimmün hastalıklar vs) gebelik öncesi ve/veya gebelikte anti TPO varlığının saptanması, gebelikte ötiroidi hedeflerinin belirlenmesi ve gerekli hallerde tedavinin önünü açacaktır. (Bkz Bölüm 11: Gebelik ve Tiroid Hastalıkları).

AntiTg

Anti-Tg antikörleri; normal popülasyonun %10'unda, DTK'lı hastaların %25'inde bulunur. Serum anti-Tg ölçümlerinde İRMA (immünoradyometrik analiz) yöntemi kullanılmalıdır.

Ancak anti-Tg ölçüm yöntemleri ne yazık ki çok güvenli değildir ve bazen var olan anti-Tg'yi gösterememektedirler.

OİTH olan ve anti TPO pozitifliği bulunan çoğu hastada anti-Tg de yüksek bulunacağından bu antikör tanıya fazla bir katkı sağlamamaktadır. Anti-TPO düşük/negatif olup, anti-Tg düzeyi yüksek olan OİTH sıklığı %5 civarındadır. Düşük derecede anti-Tg titrelerine yaşlılarda ve başka otoimmün hastalıkları olanlarda da rastlanabilir. Bu sebeple OİTH'de rutin anti-Tg bakılması önerilmez. Sadece klinik olarak OİTH düşünülen anti-TPO negatif hastalarda tanıya katkı sağlar.

Tiroid kanseri takibinde ise anti-Tg varlığı, Tg ölçümlerini etkileyeceği için rutin olarak Tg ile birlikte mutlaka anti-Tg bakılması gereklidir (Bkz:Tiroglobulin).

Tablo 3: Tiroid Otoantikor Ölçümünün Kullanıldığı Durumlar

- İnfertilite veya tekrarlayan düşük hikayesi olan kadınlarda bakılması kuvvetle önerilir.
- Gebelik sırasında tiroid otoantikor varlığı, postpartum tiroidit için öngördürücü niteliktedir.
- Subklinik hipotiroidide, özellikle yüksek titrelerde, aşikar hipotiroidi gelişeceğinin habercisi olabilir (progresyonu öngörmeye)
- Anti-TPO yüksekliği bazı ilaçların tiroid disfonksiyonuna neden olabileceğinin habercisidir (amiodaron, interferon, IL-2, lityum).
- Tiroid otoantikor pozitifliği, IVF cevapsızlığı için risk faktörüdür.
- Tiroid otoantikorları neonatal hipotiroidi için risk faktörüdür.
- Tiroid lenfomada genellikle çok yüksek anti-TPO titreleri mevcuttur.
- DTK takibinde Tg ile birlikte Anti Tg istenmelidir.

TİROGLOBULİN

Tiroglobulin tiroid foliküler hücreleri tarafından üretilir ve folikül lümenine salgılanır. Tg ölçümünün tiroid kanseri tanılmasında yeri yoktur. Buna karşılık Tg, opere olmuş tiroid kanseri hastalarının izleminde bir tümör belirteci olarak kullanılır.

Tg IRMA ile ölçülebilmekle birlikte farklı yöntemler arasında iki kata varan farklılıklar saptanmıştır. Günümüzde 2.jenerasyon ICMA (immünokemiluminometrik analiz) yöntemiyle 0,05 ng/mL'ye kadar hassasiyetle Tg ölçülebilmektedir. İRMA yöntemiyle ölçülen Tg ye, anti Tg varlığında güvenilemez, çünkü Tg'yi olduğundan daha düşük gösterir. Bu sebeple Tg ile birlikte mutlaka anti-Tg bakılmalıdır. Tg ölçümleri RIA ile yapılırsa Anti-Tg antikörlerinin varlığından daha az etkilenir. Ancak RIA yeteri kadar hassas değildir ve her merkezde yapılamamaktadır. Sıvı kromatografi-kütle spektrometri yöntemi ile Tg ölçüldüğünde, anti-Tg mevcudiyeti sonuçları etkilememektedir, ancak yöntem yeni ve rutinde kullanım için zor olduğundan ancak referans laboratuvarlarda ölçülebilmektedir.

Tirotoksikozis faktisyanın diğer tirotoksikozlardan (örneğin sessiz tiroidit) ayırt edilmesinde de Tg yardımcıdır. Tiroid cerrahisi veya ablasyon sonrası anti-Tg antikörlerinin geçici olarak yükselmesi immün bir fenomendir.

KALSİTONİN

Kalsitonin, medüller tiroid kanserinde tümör belirteci olarak kullanılır. Bu nedenle tiroidektomi sonrası MTK tanısı almış tüm hastaların izleminde kalsitonin kullanılır.

Kalsitonin yüksekliğinin, medüller tiroid kanseri (MTK) erken tanısında kullanılabileceğine dair yayınlar bulunmakla birlikte tiroid nodülü bulunan tüm hastalarda rutin kalsitonin ölçümü henüz önerilmemektedir. Tiroid nodülü bulunan hastalarda rutin pratikte kalsitonin ölçümüne hasta özelinde karar verilmesi önerilir. Ultrasonografi ve ince iğne aspirasyon sitolojisinde malignite açıdan riskli bulunan nodül varlığında ve nodüler guatr nedeni ile cerrahi olacak tüm hastalarda operasyon öncesi kalsitonin ölçümünün faydalı olacağını düşünmekteyiz.

TSH RESEPTÖR ANTİKORU

TSH reseptör antikoları; stimulan (TSHSAb), Blokan (TSHBAb) ya da nötral (TSHNAb) olarak sınıflandırılabilir. Stimulan antikor baskın olduğunda Graves hastalığı saptanırken, blokan antikor baskın olduğunda hipotiroidi gelişir. Hem stimulan hem blokan antikolar karışık halde ise baskın olan gruba göre zaman içinde değişen hipertiroidi-hipotiroidi geçişleri gözlenebilir.

TSH reseptör antikoları (TRAb) değişik biyolojik aktiviteye sahip immunoglobülinlerden (Ig) meydana gelir. Bu Ig'lerden TSH'nin kendi reseptörüne bağlanmasını bloke eden antikolar (TRBAb); ICMA veya radyoizotop işaretli yöntemlerle stimulan, blokan ve nötral antikoların tamamını ölçerken, tiroid stimulan immünglobülin (TSI) ölçen üçüncü jenerasyon testler sadece stimulan antikoları ölçerler. Üçüncü jenerasyon TSI yöntemlerde insan monoklonal TSH antikoları kullanılmaktadır. Bu yüzden sensitivite %95-97, spesifite %100'e çıkmıştır. "Bioassay"lerde TRAb biyolojik etkinliği ölçülmekte ve hücre dizilerinde cAMP üretimi araştırılmaktadır. TSH reseptör stimulan antikor (TRSAb), cAMP üretimini artırırken, TRBAb inhibisyona yol açmaktadır.

Graves Hastalığı tanısında radyoiyot uptake testi kullanılıyorsa çoğu zaman bu antikolarla gerek duyulmaz. Ancak son dönemlerde tanıda radyoiyot uptake testinin yerini almaya başlamıştır. Aynı zamanda 12-18 aylık antitiroid ilaç sonrası remisyonu öngördürmede TRAb titresindeki azalmanın faydalı olabileceği düşüncesi ile tanı esnasında bazal TRAb düzeyini bilmek önemli olabilir.

Gebelikte annede Graves hastalığı olduğunda, plasental TRAb geçişi nedeniyle, fetusta ve yenidoğanda tirotoksikoz görülebilir.

TSH Reseptör Antikoları Ne Zaman Kullanılabilir?

- Egzoftalmi ayırıcı tanısı (ötiroid Graves hastalığı, unilateral egzoftalmi)
- Pretibial miksödem ayırıcı tanısı
- Tirotoksikoz ayırıcı tanısında sorun varsa (klinik ve US yeterli olmuyorsa)
- Gebelikte annede Graves hastalığı olduğunda (neonatal tirotoksikoz riski bakımından)
- Antitiroid tedavi sonrası Graves hastalığının remisyonu açısından karar vermede
- Antitiroid tedavi sonlandırılacağı zaman
- Gebeliğin geçici tirotoksikozu/graves ayırıcı tanısında

TİROİD FONKSİYON TESTLERİNİN YORUMLANMASI

Tanıda

TSH yüksek iken sT4'ün düşük saptanması **primer hipotiroidi**yi destekler.

TSH düşük iken sT4 ve/ve ya T3/sT3'ün yüksek saptanması **primer hipertiroidi**yi destekler.

TSH yüksek iken sT4 normal saptanması **subklinik hipotiroidi** lehine yorumlanır.

Subklinik hipotiroidi durumunda tedavi başlama kararı hastada OİTH varlığı, gebelik varlığı, ek hastalık varlığı değerlendirilerek verilmelidir.

TSH düşük iken sT4 ve sT3 normal saptanması **subklinik hipertiroidi** lehine yorumlanır.

Gebelikte tiroid fonksiyon testleri yorumlanırken trimestere özel referans değerleri göz önüne alınmalıdır.

Santral hipotiroidide TSH normal/düşük, serbest tiroid hormonları düşüktür.

TSH salgılayan hipofiz adenomu varlığında TSH yüksek/normal, serbest tiroid hormonları yüksektir.

Ötiroid hasta sendromunda TSH: normal/düşük, T3/sT3 düşük saptanır. Kritik hastalarda sT4 de düşük saptanabilir.

Tiroid hormon direnci varlığında reseptör mutasyonuna göre farklı kombinasyonlarda TFT sonuçları izlenebilir.

Tablo 4: TSH, sT4 ve sT3 Düzeylerinin Hastalıklarla İlişkileri

	Yüksek sT4 ve sT3	Normal sT4 ve sT3	Düşük sT4 ve sT3
Düşük TSH	Graves hastalığı, TMNG,TA, tiroditler, aşırı LT4 alımı, amiodarona bağlı tirotoksikoz, struma ovarii, Jod-Basedow hastalığı, gestasyonel tirotoksikoz	subklinik hipertiroidi, LT4 süpresyon tedavisi, steroid tedavisi, dopamin, dobutamin, ÖHS, Cushing sendromu	ÖHS hipertiroidi tedavisi sırasında ilaç altında, hipofiz hastalığı (sekonder hipotiroidi) izole TSH/TRH eksikliği

Yüksek TSH	anti -T ₄ ve anti -T ₃ antikor, FDH (T ₃ normal), amiodaron etkisi ,	subklinik hipotiroidi, heterofil antikor varlığı,	primer hipotiroidi, sessiz tiroiditlerin geçici hipotiroidi safhası,
	yüksek doz LT ₄ alımı sonrası ölçüm (T ₃ normal),	replasman sırasında hasta uyum eksikliği,	IF, IL-2, GM-CSF etkisi, amiodaron veya lityum, TKİ ilaçlar, İnfiltratif tiroid hastalıkları
	akut psikiyatrik hastalık,	malabsorpsiyon,	ciddi iyot eksikliği ciddi iyot fazlalığı, tiroid disgenезisi,
	TSH salgılayan adenom,	ÖHS nekahat dönemi,	NİS, tiroid peroksidaz enzim mutasyonları, konjenital tiroglobulin sentez defektleri,
	THD	hipofizer THD	TSH rezistansı,
	TSH reseptör defektleri	Pendred sendromu	

Tedavide

Primer hipotiroidi nedeni ile levotiroksin tedavisi alan hastanın takibinde sabah TSH düzeyi istenmesi tedavi doz ayarlaması için yeterlidir.

Sekonder hipotiroidi nedeni ile levotiroksin tedavisi alan hastalarda takip, sT₄ düzeyi ile yapılmalı ve sT₄ seviyesi normal referansın üst yarısında olacak şekilde doz titrasyonu yapılmalıdır.

Tiroid kanseri nedeni ile levotiroksin tedavisi alan hastalarda takibin ve doz ayarının nasıl yapılması gerektiği ilgili bölümde detaylı olarak anlatılmıştır (Bkz:Tiroid Kanseri)

Antitiroid ilaç (Metimazol ya da PTU) kullanan hastaların takibinde özellikle ilk aylarda TSH düzeyinin yanıtıcı olacağı bilinmeli ve doz ayarı tiroid hormon düzeylerine göre yapılmalıdır.

Hipertiroidi nedeni ile radyoaktif iyot tedavisi alan hastalarda da ilk aylarda TSH düzeyinin yanıtıcı olacağı bilinmeli ve doz ayarı serbest tiroid hormon düzeylerine göre yapılmalıdır.

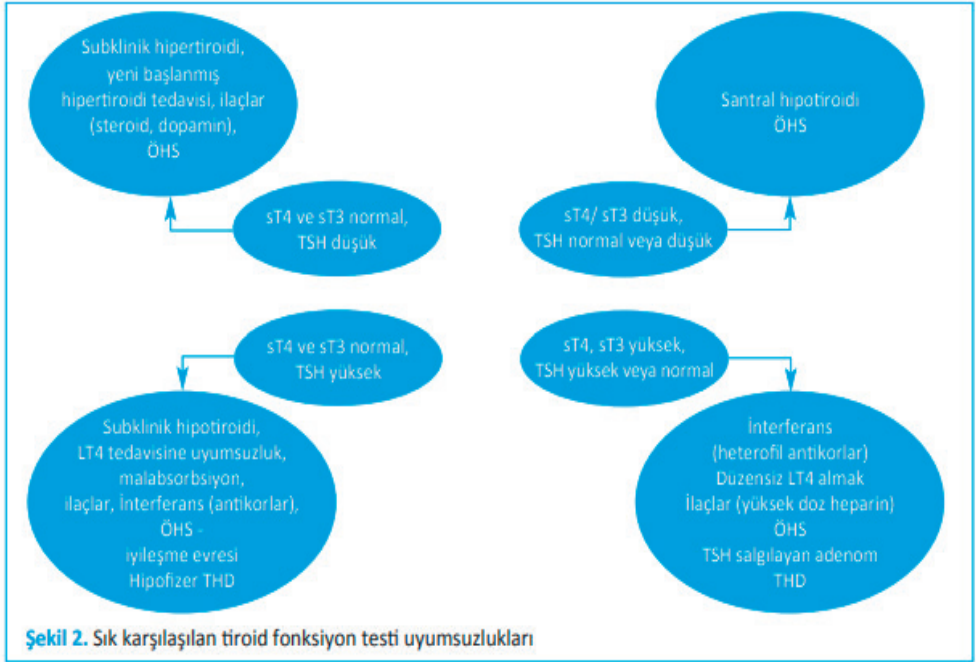
Diferansiye tiroid kanserli olguların takibinde Tg ve anti Tg birlikte yorumlanmalıdır. Hastanın geçirdiği cerrahinin şekli, ablatif radyoaktif tedavi alıp almamasına göre hedefler ve takip belirlenmelidir (Bkz: Tiroid Kanseri İzlem)

KLİNİK İLE UYUMSUZ TFT

- Yüksek doz eksojen biyotin** (5-10 mg/gün) alanlarda biyotin-streptavidin ayrıştırıcı sistemi kullanan yöntemlerle analitik interferans olduğundan sT₄ değerleri yalancı olarak yüksek ölçülmekte; buna karşılık TSH düşük olarak saptanmaktadır. Sonuçta yanlışlıkla hipertiroidi tanısı konulabilmektedir. Bu nedenle biyotin kullanan hastalar-

da biyotin alımı en az 2 gün kesildikten sonra testler istenmelidir.

- b) **MakroTSH** denilen durumda TSH kanda mevcut olan bir Ig ile birleşmekte ve böbreklerden atılamayan büyük bir kompleks oluşturmaktadır. Bu kompleks biyoaktif olmayıp, immünoaktiftir. Bu durumda klinik olarak ötiroid olan bir kişi TSH yüksekliği sebebiyle subklinik hipotiroidi tanısı alabilir. TSH partikülünün yapısındaki heterojenite veya TSH izoformlarının mevcudiyeti hormonun biyolojik aktivitesini bozmaktadır. TSH molekülünün glikozile formları (siyalik asid kalıntıları) biyoaktif değildir.
- c) **Hipotalamik hipotiroidi:** TSH, santral hipotiroidili olguların %35'inde düşük, %41'inde normal, %25'inde yüksek bulunmuştur. Bu sebeple TSH, hipotalamik hipotiroidide normal sınırların üzerinde bulunabilir. Bu durum yanlışlıkla primer hipotiroidi gibi değerlendirilmemelidir.
- d) **Hipertrigliseritemi ve hiperbilirubinemi:** Hastanın serumu lipemik ise (trigliserid >700 mg/dl) ölçülen TSH değerleri normalden düşük çıkar. Serum bilirubin düzeyleri >10 mg/dl olduğunda TSH etkilenebilir.
- e) **Heterofil antikorlar:** Aynı şekilde kanda heterofil antikorların bulunması durumunda da TSH düzeyleri yalancı olarak yüksek bulunabilir. Bu durumda tiroid hormon değerleri normal sınırlarda olduğu için gene yanlışlıkla subklinik hipotiroidi tanısı konulabilir. Heterofil antikorlar (HA), hayvan Ig'ne karşı insanda gelişmiş olan antikorlardır. Özellikle fare monoklonal antikorlarının kullanıldığı hormon ölçüm yöntemlerinde interferansa yol açarlar. Hayvanlarla uğraşan veya tanı/tedavi amaçlı fare monoklonal antikorunun parenteral verildiği insanlarda heterofil antikorlar gelişebilir. Immünetrik yöntemlerde antijeni yakalayan ve işaretleyen iki antikor kullanılmaktadır. HA her iki antikor ile reaksiyona girerek antijen olmadığı halde, yüksek antijen varmış gibi yanlış bir sonuca yol açarlar. Daha nadir olarak, ölçülen antijenin düşük görünmesine sebep olurlar. DTK'de Tg ölçümlerinin yalancı yüksekliklerine neden olarak gereksiz RAI tedavilerinin yapılmasına neden olabilirler. HA rastlanma sıklığı %30 civarında olmakla beraber, TSH'yi yalancı olarak yüksek veya düşük göstermeleri ancak 3000 hastadan birinde görülmektedir. HA, İCMA ile interferansa sebep olarak TSH, Tg, total T4, total T3, sT4'ün yüksek bulunabilmesine yol açarlar. Bu antikorları elimine etmenin en pratik yolu, hasta serumu ile non-immünize fare serumunu inkübe etmektir (1 saat oda sıcaklığında). PEG presipitasyonu veya anti-immün Ig eklenmesi de mümkündür. HA bloke edici tüp (fare IgG) kullanılması daha da hassas bir yöntemdir.



TEMĐ Önerileri

1A "TİROİD FONKSİYON TESTLERİ KULLANIMI"

- Tiroid hastalıklarının değerlendirilmesi anamnez, fizik muayene, endokrin ve biyokimyasal testler ile yapılır.
- Tiroid disfonksiyonu ilişkili semptomu olmayan bireyde tiroid hastalığı tarama amaçlı TSH bakılması yeterlidir.
- Hipotiroidi ilişkili semptom/bulguları olan hastada tanı amaçlı TSH ve sT4 düzeylerine bakılması, hipertiroidi ilişkili semptom/bulguları olan hastada ise tanı amaçlı TSH ve sT4 yanında T3/sT3 düzeyinin de istenmesi önerilir.
- Tiroid fonksiyon testleri yorumlanırken ve hastaların tiroid statüsü belirlenirken, hastanın o an içinde bulunduğu durum (stres, kronik hastalık, yoğun bakım şartları vs) ve ilaç öyküsü mutlaka göz önüne alınmalıdır.

1B "TİROİD HORMON ÖLÇÜMLERİ"

- Tiroid fonksiyonlarını tarama testi olarak, 3. veya 4. jenerasyon (ultrasensitif) TSH ölçümleri yeterlidir.
- TSH'nın sirkadien ritmi göz önüne alınarak, ölçümlerin standardizasyonu açısından TSH ölçümlerinin sabah saatlerinde ölçülmesi önerilir.
- TSH normal üst sınırı yaşla artar. Klinik karar verme aşamasında TSH'nin yaşa göre normal aralıklarının kullanılması önerilir.
- Sekonder hipotiroidi gibi daha az rastlanan durumları atlama için taramaya sT4 ilave edilebilir.
- Kullanılan ticari malzemeye bağlı olarak sT4 ölçümleri farklılıklar gösterebilmektedir. Özellikle tek adımlı direkt sT4 ölçümleri bazı durumlarda yanıltıcı olabilir.
- Rutin ölçümlerle karar verilemeyen durumlarda, sT4 ölçümünün altın standardı olan "equilibrium dializi" ve/veya "sıvı kromatografi-kütle spektrometri" yöntemi kullanılması önerilir.
- Total T4 düzeyi ölçümü bazı durumlarda fikir verse de günlük pratikte kullanımı sınırlıdır.
- Klinik bulgular ile laboratuvar uyumsuzluğu ya da interferansa yol açabilecek nadir hastalık varlığında daha ileri testlere başvurulmalıdır.

1C "TİROİD OTOANTİKORLARI"

- OİTH tanısı için anti-TPO bakılması yeterlidir.
- OİTH risk faktörlerinin mevcudiyetinde veya tedavi kararlarını etkileyebilecek durumların varlığında anti-TPO ölçülmelidir.
- Anti-Tg ölçümü, Anti TPO'nun negatif olduğu ÖİTH'de yapılmalıdır.
- Diferansiye tiroid kansinomu (DTK) takibinde Tg ile birlikte anti-Tg bakılmalıdır.

1D "TİROGLOBULİN VE ANTI-TİROGLOBULİN ÖLÇÜMLERİ"

- Tg, DTK takibinde anti-Tg ölçümü ile birlikte kullanılmalıdır.
- Hem Tg, hem de anti-Tg 2. jenerasyon hassas immünometrik yöntemler ile ölçülmelidir.
- DTK takibi dışında, Tg ölçümü çok özel durumlar (tirotoksikozis faktisiya) dışında kullanılmamalıdır.
- Tiroid nodülleri olan hastalarda diferansiye tiroid kanseri tanısında serum Tg ölçümlerinin değeri yoktur, kullanılmamalıdır.

1E "TRab ÖLÇÜMLERİ"

- Graves Hastalığı tanısında klinik belirti/bulgular ve TFT'nin yanında TRab ölçümü yararlı olabilir.
- Ötiroid Graves hastalığı, pretibial miksödem, orbitopati ayırıcı tanısı, gebelikte annede Graves hastalığı olduğunda (neonatal tirotoksikoz riski bakımından), antitiroid tedavi sonrası Graves hastalığının remisyonu açısından karar vermede ve antitiroid tedavi sonlandırılacağı zaman TRAb kullanılabılır.

1F "KLİNİK İLE UYUMSUZ TFT"

- Laboratuvarıda tirotoksikoz saptanan hastada tirotoksikoz semptomları yoksa hastanın biyotin kullanımının sorgulanması önerilir.
- Hastanın klinik bulguları ile uyumlu olmayan TFT sonuç varlığında biyokimya uzmanı ile ortak bir değerlendirme yapılarak tanisal sürecin yönetilmesi önerilir.

Kaynaklar

1. Sheehan MT. Biochemical testing of the thyroid : TSH is the best and, oftentimes, only test needed- A review for primary care. *Clin Med Res* 2016;14:83-92.
2. Führer D, Brix K, Biebermann H. Understanding the healthy thyroid state in 2015. *Eur Thyroid J* 2015;4(suppl 1): 1-8.
3. Zhelev Z, Abbott R, Rogers M, et al. Effectiveness of interventions to reduce ordering of thyroid function tests: a systematic review. *BMJ open* 2016; 6:e010065.doi10.1136.
4. LeFevre ML. Screening for thyroid dysfunction: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2015;162:641-51.
5. Levy JM. How to interpret thyroid function tests ? *Clinical Medicine* 2013;13:282-6.
6. Jonklaas J, Bianco AC, Bauer AJ, et al. Guidelines for the treatment of hypothyroidism : prepared by the ATA task force on thyroid hormone replacement. *Thyroid* 2014;24:1670-751.
7. Elston MS, Sehgal S, Toit SD, Yarnldley T, Conaglen JV. Factitious Graves disease due to biotin immunoassay interference. A case and review of the literature. *J Clin Endocrinol Metab* 2016;101:3251-55.
8. Koulouri O, Moran C, Halsall D, Chatterjee K, Gurnell M. Pitfalls in the measurement and interpretation of thyroid function tests. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2013;27:745-62.
9. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al. 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 2016;26:1-133.
10. Coene KLM, Demir AY, Broeren MAC, et al. Subclinical hypothyroidism: a laboratory induced condition. *Eur J Endocrinol* 2015;173:499-505.
11. Garber JR, Cobin RB, Gharib H, et al. AACE Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults. *Endocr Pract* 2012;18:988-1028.
12. Biondi B. The normal TSH reference range: what has changed in the last decade ? *J Clin Endocrinol Metab* 2013;98:3584-7.
13. Matyjaszek-Matuszek B, Pyzik A, Nowakowski A, Jazorsz MJ. Diagnostic methods of TSH in thyroid screening tests. *Ann Agric Environ Med* 2013;20:731-5.
14. Van Deventer HE, Mendu DR, Remaley AT, Soldin SJ. Inverse log-linear relationship between thyroid stimulating hormone and free thyroxine measured by direct analog immunoassay and tandem mass spectrometry. *Clin Chem* 2011;57:122-7.
15. Thienpont LM, Beal G, Christofides ND, et al. International federation of clinical chemistry and laboratory medicine (IFCC), Scientific Division working group for standardization of thyroid function tests. Measurement of free thyroxine in laboratory medicine: proposal of measure and definition. *Clin Chem Lab Med* 2007;45:563- 64.
16. Loh TP, Kao SL, Halsall DJ., et al. Macro-thyrotropin: A case report and review of the literature. *J Clin Endocrinol Metab* 2012;97:1823-8.
17. Estrada JM, Soldin D, Buckley TM, Burman KD, Soldin OP. Thyrotropin isoforms: Implications for thyrotropin analysis and clinical practice. *Thyroid* 2014;24:411-3.
18. Gurnell M, Halsall DJ, Chatterjee VK. What should be done when thyroid function tests do not make sense? *Clin Endocrinol* 2011;74:673-8.
19. Stockigt JR, Lin C-F. Medications that distort in vitro tests of thyroid function with particular reference to estimates of serum free thyroxine. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2009;23:753-67.
20. Mitchell A, Pearce SHS. How should we treat patients with low serum thyrotropin concentrations? *Clinical Endocrinol* 2010;72:292-6.

TİROİD VE LENF NODU SONOGRAFİSİ VE ELASTOGRAFI

Prof. Dr. Reyhan Ersoy, Prof. Dr. Oya Topaloğlu

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

Ultrasonografi (US), tiroid hastalıklarının değerlendirilmesinde mümkünse her endokrinoloğın mutlaka kendisi tarafından yapması uygun görüntüleme yöntemidir. Her ne kadar tanısal açıdan sınırlı olsa da özellikle tiroid bezi, ilişkili hastalıkları ve komşu yapılar hakkında oldukça değerli bilgiler verir. US ile elde edilen veriler tiroid hastalıklarının klinik, cerrahi, radyoterapi, ablasyon gibi tedavi kararında ve yönetiminde olduğu kadar hastalık tanısında da belirgin oranda iyileşmeye neden olur. US ayrıca tiroid hücrelerinin ve dokularının ince iğne aspirasyon (İİA) biopsisi ile sitolojik, biyokimyasal, moleküler ve genetik araştırmalar için örneklenmesinde yardımcı olur.

Ultrasonografi, tiroid bezinin değerlendirilmesinde altın standart görüntüleme yöntemidir. Güncel US metodları, gerçek zamanlı olarak oldukça küçük boyutta 2 mm'ye kadar olan lezyonların tanınmasına yardımcı olur. Bu nedenle, tiroid ve paratiroid bezlerinin çok küçük tümörlerinin görüntülenmesine imkan sağlar. Ele gelmeyen nodüllerin US ile tespit edilme oranı 60 yaş üzeri bireyler için %50-60 olup oldukça yüksektir. Yine tiroid kanserlerinin tüm dünyada son yıllarda belirgin olarak artma nedeni görüntüleme yöntemlerinin yaygın şekilde kullanılması neticesinde artan insidental tiroid nodül sıklığıdır. Tiroid kanserlerinin artışı büyük oranda düşük riskli hastalar rol oynamaktadır. Tiroid US hem malignite açısından riskli nodüllerin belirlenip İİA ile değerlendirilmesi hem de daha düşük malignite riski olan nodüllerin takibinde değerlidir. Ayrıca tiroid bezinin bütün ve bölgesel kan akımı hakkında da bilgi verir. Ancak, tiroid US verilerinin histopatolojik bulgular ile korelasyonunun mükemmel olduğu söylenemez. Hatta, tecrübeli kişiler yaptığında dahi görüntüler yorumlanırken korelasyon iyi olmayabilir. US yapan kişiler arası değişkenlik özellikle tiroid nodüllerinin zaman içinde büyümesinin takibinde önemli olabilir.

Ultrasonografi ile tiroid bezinin boyutu değerlendirilir, tiroid lezyonları tespit edilir ve ayrıntılı olarak tanımlanır, tiroidit gibi tiroidin diffüz hastalıkları tespit edilir, renkli dopler görüntüleme ile vasküler akım değerlendirilir, anatomik varyasyonlar örneğin piramidal lob ve tiroglossal kanal lezyonların tanısı konur.

Ultrasonografi tiroid nodüllerinin anatomik özelliklerinin değerlendirilmesinde, tiroid nodüllerinin takibinde, tiroid kanseri cerrahisinin planlanmasında ve takipteki hastalarda rekürrens saptanmasında, yüksek riskli gruplarda tiroid kanserinin taranmasında yaygın olarak kullanılır. Ayrıca tiroid nodülleri ve servikal lenf nodlarının İİA işleminde kılavuz görevi yapması açısından oldukça önemlidir.

Tiroid US kimlere yapılmalıdır;

1. Tiroid malignitesi riski olan kişilere (örn: baş ve boyuna ışınlama öyküsü; ailede medüller tiroid karsinomu, papiller tiroid karsinomu veya MEN-2 öyküsü varlığı; <14 yaş veya >70 yaş; erkek cinsiyet; servikal lenfadenopati varlığı; fiks nodül varlığı; nodül kıvamının sert olması; persistan dispani, disfaji, dispne varlığı)
 2. Fizik muayenede tiroid nodülü şüphesi ya da nodüller guatrı olan veya palpabl tiroid bezi olan tüm hastalara,
 3. diğer görüntüleme yöntemleri ile insidental (karotis US, bilgisayarlı tomografi, magnetik rezonans görüntüleme, FDG pozitron emisyon tomografi ile yapılan incelemelerde) olarak tespit edilen nodül varlığında mutlaka US ile değerlendirme yapılmalıdır.
- Genel popülasyon için tarama testi olarak US yapılması önerilmez. Yine palpasyonda tiroid bezi normal veya tiroid hastalığı açısından düşük riskli olan hastalara da önerilmemektedir.

Tiroid Nodüllerin US ile değerlendirilmesi:

Yüksek çözünürlüklü US ile tiroid nodüllerinin ayrıntılı haritalandırılması yapılabilir. US, hem nodüllerin hem de boyundaki çevre yapıların tanımlanmasına yardımcı olur.

Ultrason sadece tiroid bezi içerisindeki nodülün varlığı, yeri ve boyutları hakkında bilgi vermez aynı zamanda nodülün yapısı ve histopatoloji ile ilişkili diğer özellikleri hakkında da bilgi verir. US özelliklerinden hangilerinin malignansi ile ilişkili olduğu kararını vermek kolay değildir. Çünkü çalışmaların pek çoğunda metodolojik olarak tutarsızlıklar vardır. En basitinden eski çalışmalarda 7 MHz US ile değerlendirme yapılmışken güncel çalışmalarda çözünürlüğü daha iyi olan 10 MHz ve üzeri probalar kullanılmıştır.

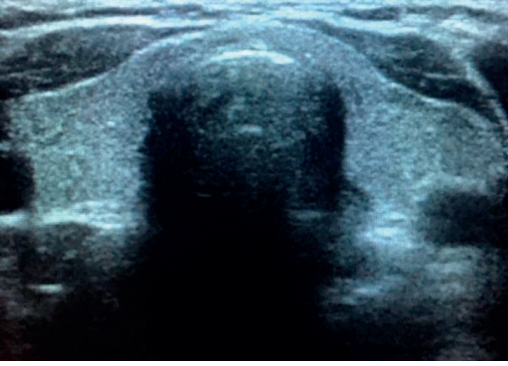
US bulguları nasıl raporlanmalıdır:

1. US raporları malinite risk sınıflaması odaklı olmalıdır
2. Nodülün yeri, boyutu, şekli, sınır özellikleri, içeriği, ekojenik paterni, kanlanma özellikleri tanımlanmalıdır
3. Birden fazla nodülü olan hastalarda en büyük (dominant) nodülü tanımlamaktan ziyade malinite ilişkili US özellikleri olan nodüller ayrıntılı olarak verilmelidir
4. Boyunda şüpheli lenf nodları olan hastalarda servikal kompartman; sayı, şekil, boyut, sınır özellikleri, içerik, ekojenite paterni, hilusun varlığı ve kanlanma özellikleri açısından ayrıntılı olarak tanımlanmalıdır

Nodülün ve özelliklerinin tanımlanmasında kullanılacak terimler:

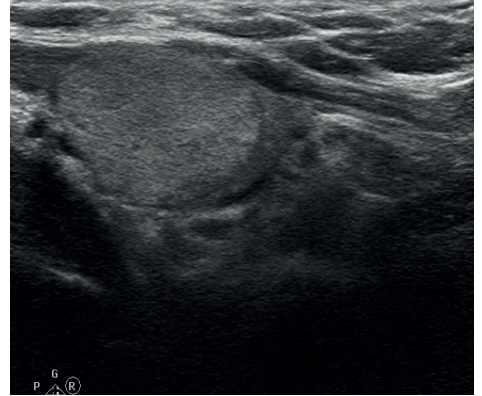
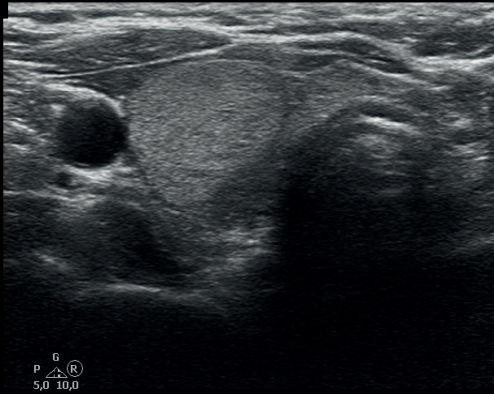
1. Ekojenite:

Tiroid US ile solid nodüller tanımlanırken normal tiroid dokusu referans alınarak tanımlama yapılmalıdır. Normal tiroid bezi parankimi sonografide homojen şekilde hiperekoik veya göreceli olarak parlaktır. Bunun nedeni normal tiroid folliküllerinin içerisinde fazla sayıda akustik arayüzlerin varlığıdır (Şekil 1)



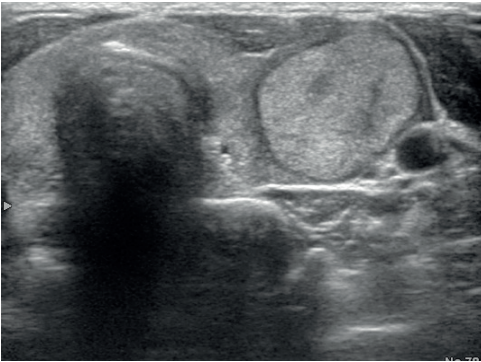
Şekil 1. Tranvers kesitte ultrasonografide normal tiroid bezi görüntüsü ve tiroid bezine komşu yapılar

İzoekoik: Ekojenitesi normal tiroid dokusu ile aynı olan nodüller (Şekil 2)

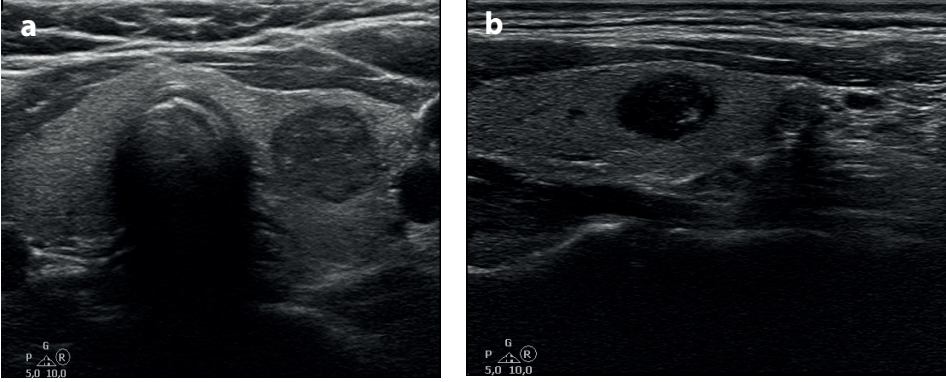


Şekil 2. Tranvers ve longitudinal kesitte izoekoik nodül

Hiperekoik: Ekojenite normal tiroid dokusundan daha fazla ya da daha parlak olan nodüller (şekil 3)



Şekil 3. sol lobda hiperekoik nodül



Şekil 4. Hipoekoik nodül (a), belirgin hipoekoik nodül (b)

Hipoekoik: Ekojenite normal tiroid dokusundan daha az ya da daha koyu olan nodüller (Şekil 4a)

Belirgin hipoekoik: Ekojenitesi çevre boyun strep kasları ile kıyaslandığında onun kadar ya da ondan daha koyu olan nodüller (Şekil 4b)

Bazı nodüller değişik ekojeniteler içerebilir. Baskın ekojeniteye göre nodülü tanımlamak daha uygun olur. Şayet baskın bir ekojenite paterni yoksa nodül heterojen ekojenitede olarak tanımlanabilir.

Kısmi olarak kistik olan nodüllerde tanımlama yapılırken solid alanın ekojenitesi üzerinden tanımlama yapmak daha doğru olur.

Nodül içine olan kanamalar sonografik görüntüyü değiştirir. Nodül içindeki pıhtı hiperekoik olarak görülebilir, likefaksiyondan sonra hipoekoik hale dönebilir. Hemorajik nodülde kistik ve solid alan olabilir ve bunlar karışık nodül olarak tanımlanır

2. İçerik (Kompozisyon)

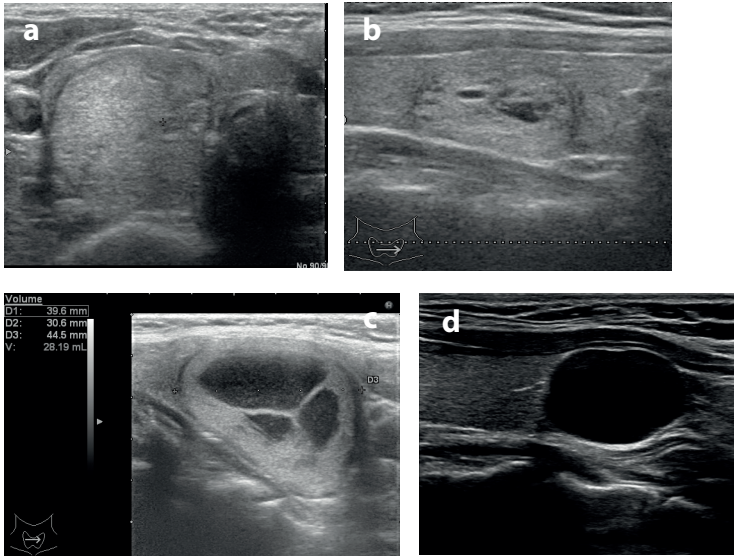
İçerik dendiğinde solid yumuşak doku ve nodülün sıvı içeriği miktarı veya oranı kast edilmektedir. Nodüller içeriklerine göre solid, baskın olarak solid, baskın olarak kistik, pür kistik olarak tanımlanır.

Solid: Tamamı ya da tamamına yakını yumuşak doku içeren nodüller, küçük kistik alanlar oldukça azdır ve yumuşak doku içerisinde dağınık şekilde bulunmaktadır (Şekil 5a).

Baskın olarak solid: Yumuşak doku içeriği nodül volümünün en azından %50 ya da daha fazlasını oluşturmaktadır (Şekil 5b)

Baskın olarak kistik: Yumuşak doku içeriği nodül volümünün %50'sinden daha azını oluşturmaktadır (Şekil 5c).

Pür kistik: Hiç solid komponenti olmayan tamamen sıvı içeriği olan nodüller (Şekil 5d)

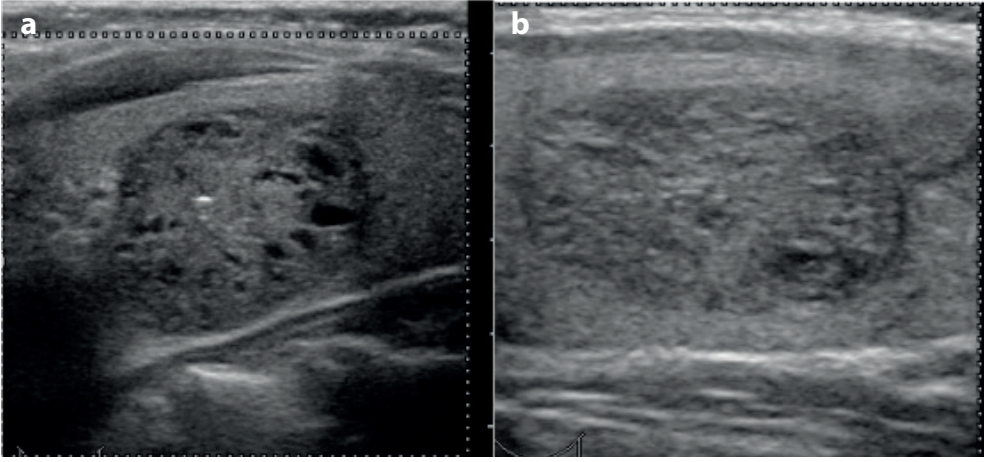


Şekil 5. Solid (a), baskın olarak solid (b), baskın olarak kistik (c), saf kistik nodül (d)

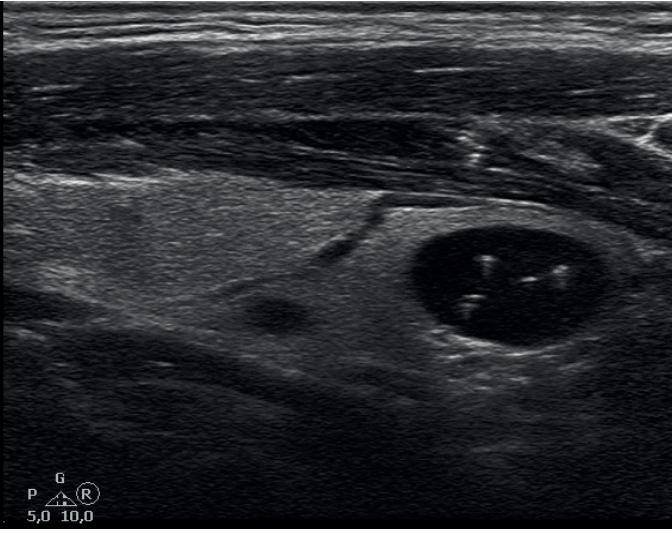
Solid veya kistik içeriğin tanımlanması için yüzdesel oranlar kullanmak da sıklıkla tercih edilen raporlama terminolojisidir.

Basit kistler US ile ince duvarlı, daha yuvarlak, içinde yapı barındırmayan oluşumlardır. Kist içerisindeki sıvı anekoik veya siyah olarak görülür. Çünkü ultrason dalgaları etkin bir şekilde sıvıdan geçer. Sonuç olarak kistik yapının arkasında artmış ekojenite veya beyaz bir görüntü olur. Buna posterior akustik gölgelenme (enhancement) denir. Bu US'da tespit edilen posterior artmış ekojenite lezyondaki artmış sıvı içeriğinin varlığı açısından ipucu olabilir. Saf ya da basit kistler nadir olmakla birlikte benigndir. Fakat daha öncesinde solid, benign ya da malign nodüllerde kistik dejenerasyona da sık olarak rastlanır.

Pür kistik nodüller tiroid nodüllerinin oldukça az bir kısmını oluşturur. Bu nodüller her zaman benign olarak kabul edilirler. Süngerimsi olan nodüllerin de malign olma riski oldukça düşüktür. Süngerimsi nodül, nodül volümünün %50'sinden fazlasını kaplayan mikrokistik alanlar varlığı ile tanı alır (şekil 6). Süngerimsi nodüllerde sıklıkla lineer tarzda ekojenik odaklar içerirler. Bu ekojenik parlak odaklar çok daha küçük punktat görünüm oluşturan mikrokalsifikasyon ile karıştırılmamalıdır. Kuyruklu yıldız artefaktı sıklıkla paralel lineer eko oluşturan ters üçgen şeklinde görülür (şekil 7). Yoğun kolloid içeriğinden ses dalgalarının yansımına bağlı olarak meydana gelen bu görünüm hem pür kistik nodüllerde hem de süngerimsi nodüllerde olabilir. Kolloidin hem benign hem de malign nodüllerde olabileceği akılda bulundurulmalıdır.



Şekil 6. Süngerimsi nodüller (a,b)



Şekil 7. Kuyruklu yıldız artefaktı içeren kistik nodül

3. Kalsifikasyonlar:

Kalsifikasyonlar nodüllerin %30'unda görülebilir.

Kalsifikasyonlar parlak yansıma yapan ekojenik dansitelerdir. **Mikrokalsifikasyonlar** küçük, noktasal ekojenik odaklardır. 1 mm'den daha küçük olup tiroid kanser için sensitif olmaktan çok spesifiktir (şekil 8a). Bazı çalışmalarda spesifisitesi %96'lara kadar çıkmaktadır. Mikrokalsifikasyonların psammoma cisimcikleri agregatlarının olduğu alanları göstermektedir. Papiller tiroid kanserlerinin yaklaşık olarak %40'ında bulunur. Benign nodüllerde ve Haşimoto tiroiditi olan hastalarda çok daha az oranda görülür. Kalsifikasyonlar 1 mm'den daha büyük

olduğunda **makrokalsifikasyonlar** olarak adlandırılır (şekil 8b). 2 mm'den daha büyük olan yoğun veya kaba kalsifikasyonlar ultrason sinyallerinin engellenmesine bağlı olarak gölgelenmeye ve bu durum kalsifikasyonun arkasında kalan dokunun görüntülenememesine neden olur. Akustik yolak değiştirilerek (veya US probunun açısı değiştirilerek) bu durum engellenebilir ve kalsifikasyonun posterioru görüntülenebilir. Bu kalsifikasyonlar fibrozis alanlarında ya da nekrotik alanlarda bulunur. Kalsifikasyonlar nodülün çevresinde ince ve düzenli şekilde bulunabilir. Buna **yumurta kabuğu (eggshell)** kalsifikasyon denir (Şekil 8c). Bunlar sıklıkla benign nodüllerde görülür. Düzensiz ve kesintili şekilde olan kalsifikasyonlar malignansi ile ilişkilidir. Çevredeki kalsifikasyonun yumuşak doku ile kesintiye uğraması kansere bağlı invazyonun göstergesi olabilir. Hava ve metalik artefaktlar (örneğin cerrahi klipsler) sonucu oluşan gölgelenme organik kalsifikasyonlardan farklı olup tipik olarak linear şekilde görülür.



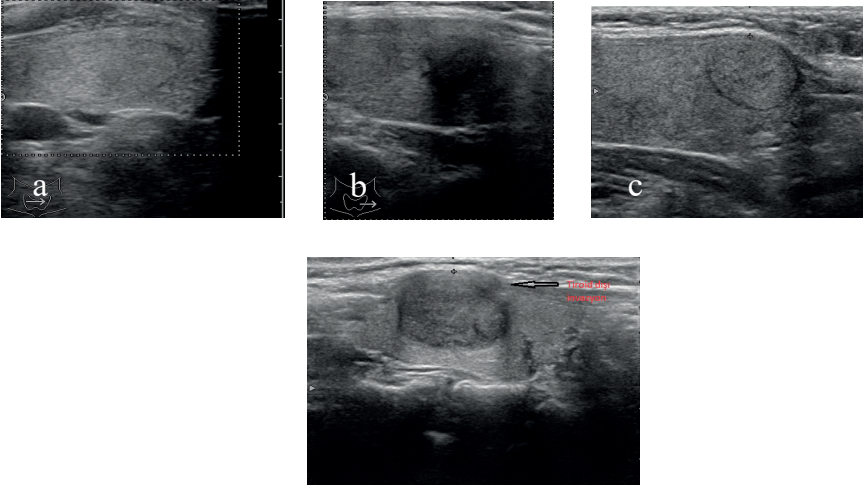
Şekil 8. mikrokalsifikasyon (a), makrokalsifikasyon (b), yumurta kabuğu kalsifikasyonu (c)

4. Kenar düzeni:

Yüksek çözünürlüklü problemlerle tiroid nodülü ve çevre tiroid parankimi arasındaki sınırı değerlendirmek mümkündür. Çevre tiroid parankimi ve nodül ekojenitesi arasındaki farklılığa göre ya da tiroid nodülü ve çevre tiroid parankimi aynı ekojenitede ise demarkasyon hattına göre kenar düzeni değerlendirilebilir. Şayet tiroid parankimi homojen şekilde normal hiperekoik ekojenitede ise hipoekoik bir nodül rahatlıkla ayırt edilebilir. Ancak Haşimoto tiroiditinde olduğu gibi parankim heterojen ise hipoekoik bir nodülü ayırt etmek zor olabilir.

Nodül kenar düzenine bakarak malignite riskine karar vermek zordur. Çünkü bu durum farklı terimlerle tanımlanmaktadır. Sıklıkla kullanılan terimler sınırları net ayırt edilemeyen, infiltratif veya düzensiz kenarlı terimleri kullanılmaktadır. Ancak sınırları net ayırt edilemeyen ve infiltratif kenar birbiri ile eş anlamlı değildir ve birbirinin yerine kullanılmamalıdır.

Sınırları net ayırtedilemeyen: nodülün sınırlarının net olmamasının tanısal değeri azdır. Benign izoekoik nodüller çevre normal tiroid parankimi ile eko yapısı benzer olduğundan nodülün sınırları net ayırtedilemeyebilir (Şekil 9a). Haşimoto tiroiditi zemini olan tiroid bezindeki malign hipoekoik nodüller yine çevre tiroid parankimi ile eko yapısı benzer olduğundan sınırları net ayırtedilemeyen olarak tanımlanabilir. Benzer durum adenomatöz hiperplazi durumlarında da görülebilir. Adenomatöz hiperplazi olan tiroid bezlerinde konglomere şekilde sayısız nodüller olabilir ve normal tiroid parankimi ya minimaldir ya da yoktur. Bu hastalarda nodülleri tek tek değerlendirmek zordur, bu nodüllerin malign olma ihtimali oldukça düşüktür.



Şekil 9. sınırları parankimden net ayırt edilemeyen (a), infiltratif kenar (b), hipokoik halo varlığı(c), ön kapsülü aşan çevre dokuya invazyon yapan nodül (d)

İnfiltratif veya düzensiz nodül kenar düzeni: Bu durum artmış kanser riski ile ilişkilidir. Benzer şekilde nodüllerin çevre tiroid dokusuna invazyon yapması malignansi için oldukça spesifik bir bulgudur (Şekil 9b). Şayet %50 veya daha fazla tümör tiroid kapsülünü tutarsa o zaman %75 doğruluk oranı ile preoperatif olarak papiller tiroid kanserin tiroid dışı yayılımı değerlendirilebilir.

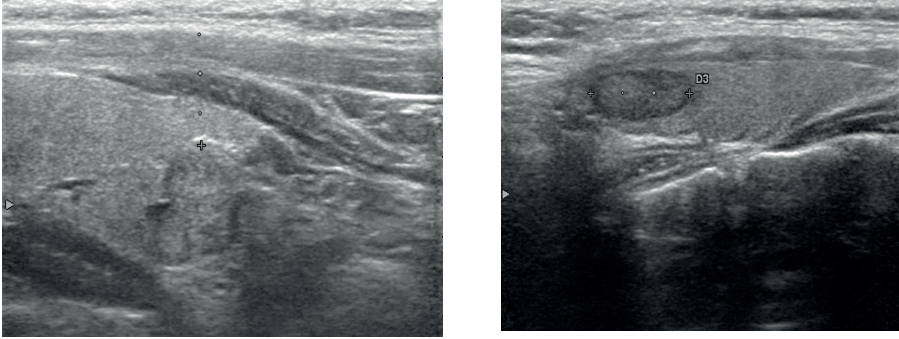
İnfiltratif, spiküle, ve/veya irregüler, lobüler kenar düzeni enkapsüle olmayan, invazif tiroid kanseri ile ilişkilidir.

Nodül çevresinde halo varlığı da tespit edilebilir. Halo nodülü çevreleyen sonolusan halkadır (Şekil 9c). Halo genellikle izo veya hiperekoik nodüllerin çevresinde bulunur. Benign hiperplastik nodüller yavaş büyürler ve çevredeki vasküler yapılara kompresyon yaparlar. Böylece çevrelerinde ince bir halo oluşmasına neden olurlar. Halo renkli doplerde nodül çevresindeki vaskülerite olarak kendini gösterir. Benign nodüllerin yaklaşık yarısında halo vardır. Halo kalın, irregüler ve avasküler de olabilir. Bu durumda folliküler veya Hurthle hücreli bir neoplastik dokuyu çevreleyen fibröz kapsül olduğu anlamına gelir. Halo sadece tiroid dokusu ve nodül arasında bir arayüz olduğunu gösterir. Halonun ekojenitesi nodül ya da tiroid bezinden daha azdır. Halo komprese olmuş veya atrofik tiroid dokusuna bağlı olabilir ya da lokal inflamasyon ya da ödeme bağlı olabilir. Renkli dopler ile bakıldığında halo genellikle vaskülerdir ve kapsüler damarları temsil edebilir

Bilinen bir tiroid malignitesi varlığında tümörün tiroid dışına çıkarak çevre yumuşak dokuya invazyon yaptığının değerlendirilmesi de önemlidir. Tümörün anterior veya posterior tiroid kapsülü dışına çıkarak ekstratiroidal invazyon yapması US ile tespit edilebilir (şekil 9d). Kapsül tiroidi çevreleyen parmak, beyaz bir çizgi şeklinde görülür. Tümör invazyon yaptığında kapsül US'de kesintili olarak görülür.

5. Nodülün şekli:

Nodülün önarka çapının transvers çapa oranı ile tiroid malignitesi arasında ilişki vardır. Transvers görüntülemeye önarka çap/transvers çap oranının >1 olması tiroid malignitesi ile ilişkilidir (Şekil 10). Tiroidin normal düzleminden ziyade nodülün önarka çapında görülen orantısız büyüme agresif büyüme paterninin bir göstergesidir. Bu nodül şeklinin tiroid malignitesi için sensitivitesi yüksek değildir. Spesifisitesi %82-93 arasındadır. Genellikle 1 cm^2 'nin altındaki tiroid malignitelerinde tespit etmek mümkündür.



Şekil 10. önarka çap/transvers çap oranının >1 olduğu sferik nodül (a), önarka çap/transvers çap <1 olduğu eliptik nodül (b)

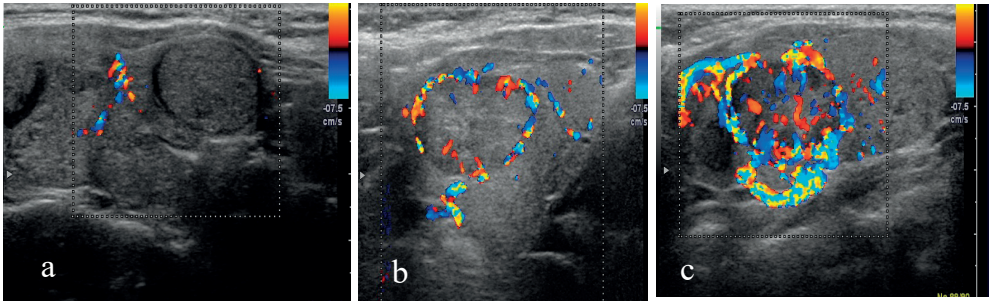
6. Vaskülarite:

Tiroid nodülün kanlanması renkli dopler ve power dopler görüntülerinde değerlendirilir. Power dopler nodül değerlendirmesinde daha duyarlıdır. Dopler kanlanma evrelemesi için farklı tanımlamalar mevcuttur. Dopler kullanılarak yapılan nodül kanlanması 3 evrede tanımlanır.

Tip 1 kanlanma: Nodül kanlanması mevcut değil (Şekil 11a)

Tip 2 kanlanma: Nodül periferinde kanlanma mevcuttur (Şekil 11b)

Tip 3 kanlanma: Hem nodül periferinde hem de nodül içinde kanlanma mevcuttur (Şekil 11c)



Şekil 11. Tip 1 kanlanma (a), Tip 2 kanlanma (b), Tip 3 kanlanma (c)

Daha önceki çalışmalarda nodül kanlanması malignite ile ilişkili olarak rapor edilse de gri mod US özelliklerinin (örn hipoekojenite, ön arka çapta artış, irregüler kenar) malignite ile ilişkisi

daha fazladır. Nodül içi kanlanma küçük papiller tiroid kanserlerinde görülmezken özellikle folliküler tiroid kanserlerinde görmek mümkündür.

Yukarıda da kısaca değinildiği gibi bir nodülde malignite şüphesini gösteren bazı ultrasonografik özellikler vardır. Tek bir şüpheli bulgunun bulunması malignite tanısı koymada yetersizdir, aynı zamanda şüpheli özelliklerin olmaması da maligniteyi dışlamaz. Buna rağmen, ultrason özellikleri özellikle çoklu nodülü olan hastalarda İİA biopsisi yapılacak nodüllerin seçilmesinde kullanılır.

Tiroid US raporlarında malignite risk sınıflaması ile tiroid lezyonlarının US özelliklerine göre ayrıntılı tanımlanması tahmini kanser riskinin belirlenmesinde en güvenli değerlendirme şeklidir.

Nodüllerde malignite açısından belirleyici özellikler şunlardır:

1. Ekojenite (veya ekoların yoğunluğu)
2. Mikrokalsifikasyonlar (noktasal ekojenik odaklar)
3. Düzensiz veya infiltratif kenar
4. İçerik (solid veya kistik)
5. Şekil (transvers görüntüde uzunluğunun genişliğinden fazla olması)
6. Büyüklüğü

Bütün bu özelliklerin prediktif değeri çok değişkendir. Tek bir sonografik özelliğin varlığında sensitivite ve spesifisite sırası ile %83 ve %74 olup birden fazla şüpheli özellik varlığında malignite ihtimali daha da artmaktadır.

Tiroid nodüllerinde malignite olasılığını değerlendirmek ve biopsi yapılacak nodülleri belirlemek için değişik risk sınıflama sistemleri geliştirilmiştir. İlk olarak 2009 yılında Tiroid Görüntü Raporlama ve Veri Sistemi (TIRADS) tanımlanmıştır. Burada 6 tane kategori vardır. TIRADS 1 normal tiroid, TIRADS 2 benign nodüller, TIRADS 3 muhtemel benign nodüller, TIRADS 4 şüpheli nodüller, TIRADS 5 muhtemel malign nodüller, TIRADS 6 malign nodüller. TIRADS 2 nodüller benign iken, 3, 4, 5'te malignite oranı sırası ile %3.4, %14 ve %87'dir. 2011 ve 2013 yıllarında kullanımı daha kolay olan daha basit formlara modifiye edilmiştir. Daha sonra geliştirilen sistemlerden en çok kullanılanları şunlardır: Amerikan Tiroid Derneği (ATA) sonografi sistemi, American College of Radiology Thyroid Imaging Reporting and Data System (ACR-TIRADS), the American Association of Clinical Endocrinologists/Associazione Medici Endocrinologi (AACE/ACE), the European Thyroid Association TIRADS (EU-TIRADS) ve the Korean Society of Thyroid Radiology (K-TIRADS).

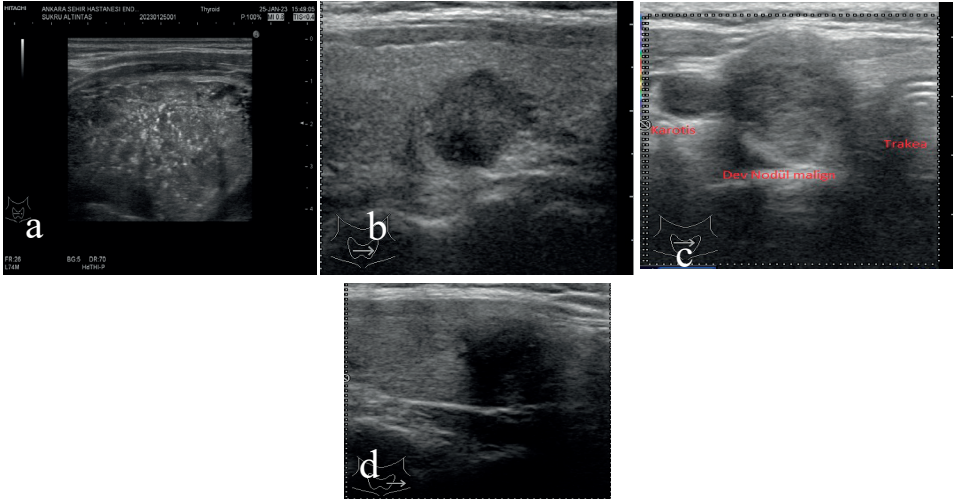
ATA 2015 de 5 sonografik patern vardır. Benign (pür kistik) , çok düşük (Süngerimsi nodüller, şüpheli özellikleri olmayan kısmi kistik nodüller), düşük (hiperekoik solid düzenli sınırları olan nodüller, izoekoik solid düzenli sınırları olan nodüller, ekzantrik solid alanı olan kısmi kistik nodüller), orta (hipoekoik solid düzenli sınırları olan nodüller), yüksek derecede şüpheli (mikrokalsifikasyon, hipoekoik nodül, düzensiz sınır, hipoekoik olup yüksekliği genişliğinden büyük olan nodüller, ekstratiroidal uzanım gösteren nodüller, kesintili çevresel kalsifikasyonu olup yumuşak dokuya yayılım yapmış nodüller, boyunda şüpheli lenf nodlarının varlığı) . Malignite oranları sırası ile %0, <%3, %5-10, %10-20, >%70-90 olarak belirtilmiştir. Pür kistik nodüllere törepatik olarak boşaltma yapılmayacaksa biopsi gereksinimi yoktur. Diğer kategorilerde biopsi endikasyonu için nodül boyutunun eşik değerleri sırası ile çok düşük, düşük, orta ve yüksek derecede şüpheli nodüller için ≥ 2 cm, ≥ 1.5 cm, ≥ 1 cm ve ≥ 1 cm'dir.

En son güncellenen Amerikan Klinik Endokrinologlar Derneği (AACE), Amerikan Endokrinologlar Derneği (ACE) ve Tıbbi Endokrinologlar Derneği (AME)'nin 2016 yılındaki kılavuzuna göre US ile malignite risk sınıflama sisteminde 3 sınıf önerisi mevcuttur:

Sınıf 1. Düşük riskli tiroid lezyonları: >%50 kistik olan nodüller, izoekoik süngerimsi düzenli halosu olan nodüller. Bu nodüllerde malignite riski yaklaşık olarak %1'dir.

Sınıf 2. Orta riskli tiroid lezyonları: Çevre tiroid dokusu ile kıyaslandığında hafif hipoekoik olan nodüller, düzenli veya düzensiz kenarlı oval-yuvarlak şekilli izoekoik nodüller, nodül içi kanlanma artışı varlığı, elastosonografide sertlik artışı, makrokalsifikasyon veya devamlı özellikle çevresel kalsifikasyon varlığı, önemi bilinmeyen hiperekoik noktasal ekojenitelerin varlığı. Bu nodüllerde malignite riski yaklaşık olarak %5-15'dir.

Sınıf 3. Yüksek riskli tiroid lezyonları: şüpheli özelliklerin en az birini içeren nodüller; belirgin hipoekoik görünüm (tiroid önündeki kaslarla kıyaslandığında), spiküle veya mikrolobüle kenar varlığı, mikrokalsifikasyon, nodül yüksekliğinin genişliğinden fazla olması, ekstratiroidal yayılım veya patolojik lenfadenopati varlığı. Bu nodüllerde bir ya da daha fazla şüpheli bulgunun varlığına bağlı olarak malignite riski yaklaşık olarak %50-90'dir (Şekil 12).



Şekil 12. sol lobe dolduran mikrokalsifikasyonlar içeren heterojen nodül (a), spiküle kenarlı hipoekoik nodül (b), transvers incelemede anterior posterior/transvers çap oranı >1 kapsül dışına taşma eğilimi olan nodül (c), parankim içerisinde gölgelenme şeklinde olan alan

Biopsi endikasyon eşik değeri sınıf 1,2 ve 3 lezyonlar için sırası ile >2 cm, >2 cm ve ≥ 1 cm'dir.

Kişinin demografik özellikleri de örneğin hastanın yaşı, komorbid durumları, serum TSH seviyesi, ailede tiroid kanseri öyküsü varlığı, ışınlama öyküsü de malignite riskine etki edebilir ve nodül değerlendirmesi yaparken dikkate alınmalıdır. Mevcut olan risk sınıflama sistemleri hastanın bu demografik özellikleri dikkate almamaktadır.

Maligen nodüllerin ultrason özellikleri:

- **Ekojenite:** Maligen tiroid nodülleri sıklıklara ultrasonda hipoekoik ekojeniteye sahiptir. Hiperekoik ekojenite maligen nodüllerin çok azında görülmektedir. Bazı yayınlarda maligen nodüllerin hiçbirinde hiperekoik ekojenite tespit edilmemiştir. Buna karşılık benign tiroid nodüllerinin birçoğu çevre normal tiroid dokusuna göre ekojenitesi daha azdır. Hipoekoik görünümün sensitivite ve spesifitesi sırası ile %53 ve %73'tür.
- **Nodül kenar düzeni:** İnfiltratif, spiküle, ve/veya irregüler, lobüler kenar düzeni enkapsüle olmayan, invazif tiroid kanseri ile ilişkilidir. Benzer şekilde nodüllerin çevre tiroid dokusuna invazyon yapması malignansi için oldukça spesifik bir bulgudur. Şayet %50 veya daha fazla tümör tiroid kapsülünü tutarsa o zaman %75 doğruluk oranı ile preoperatif olarak papiller tiroid kanserin tiroid dışı yayılımı değerlendirilebilir.
- **Nodül çevresinde halo varlığı:** Kısmi halo varlığı ya da halo olmaması malignite için bir kriter olarak rapor edilmiştir ancak sensitivite ve spesifitesi sırası ile %64 ve %61 olup yüksek değildir, bu nedenle nodüllerin malignite sınıflaması için değerlendirmede kullanılması düşünülmemiştir.
- **Kalsifikasyonlar:** Kalsifikasyonlar hem benign hem de maligen nodüllerde bulunabilir bu nedenle histopatoloji için sadece kısmen belirleyici bir bulgudur. Kalsifikasyonun özelliği nodül ya da lenf nodu hakkında bilgi verebilir. Nodül solid kısmında görülen 1 mm'lik mikrokalsifikasyonlar papiller tiroid kanserlerinde görülebilir, bazı vakalarda mikroskobik psammoma cisimciklerinin histolojik olarak varlığı ile ilişkili olabilir. Nadiren ultrasonda ayrı bir lezyon olmaksızın görülen mikrokalsifikasyonlar da papiller tiroid kanseri ile ilişkilidir. Bu durum sıklıkla Haşimoto tiroiditi zemininde gelişen diffüz sklerozan varyant papiller tiroid kanserlerinde görülebilir.

Periferik veya kesintisiz yumurta kabuğu kalsifikasyonu kronik, uzun süreli varolan benign tiroid nodülü göstergesidir. Fakat bazı kanserlerde dejeneratif değişiklikler ve periferik kalsifikasyon görülebilir, bu nedenle tanısal biopsi yapılması uygun olabilir. Ancak yumuşak dokuya doğru çıkma ve kalsifikasyonda kesinti olması maligniteyi gösterir.

Kaba, dağınık kalsifikasyonlar genellikle benign veya maligen nodüllerde görülebilir. Geniş alan kalsifikasyonları, medüller tiroid kanserinde görülebilir.

- **Nodülün içeriği:** Nodül iç yapısının uniform olması kanser tanısı için faydalı bir belirleyici değildir. Kanser olan tiroid nodülleri tamamen solid olabileceği gibi kistik komponent de içerebilir ki bunlar karışık nodüller olarak tanımlanır. Hem benign hem de kanserli nodüllerdeki karışık patern kistik veya hemorajik dejenerasyon ya da oto-infarktüs sonucudur. Genel olarak kistik içerik ne kadar fazla ise nodülün maligen olma olasılığı o kadar azdır. Kistik içeriği >%50 olan nodüller nadiren maligindir. Süngerimsi ya da balpeteği görünümü kolloid nodüller her zaman benigndir.

Kuyruklu yıldız gibi uzantısı olan parlak noktaların varlığı küçük kolloid birikimleri varlığında görülmektedir. Bu görünüm noktasal kalsifikasyonlar olan psammoma cisimciklerinden (mikrokalsifikasyonlar) ayırt edilmelidir. Kuyruklu yıldız bulgusu nodülün kistik kısmında görülür ki bu da her zaman benign bir lezyon ile ilişkilidir. Aksine nodülün solid kısmında kuyruklu yıldız görünümü olması benign veya maligen lezyonlarla ilişkili olabilir.

- **Nodülün şekli:** Nodül normalde transvers doğrultuda büyür. Şayet bir nodül bu doğrultunun aksine büyürse (uzunluğunun genişliğinden fazla olması) daha agresif bir lezyon olduğu anlamına gelir. Uzunluğun genişlikten fazla olmasının bazı yayınlarda

malignansi için spesifitesinin yüksek olduğu (%81.5 ile %96.6 arasında) rapor edilmiştir. Önarka çapın transvers çapa oranının (AP/T) 1'den büyük olmasının santral kanlanma, mikrokalsifikasyon veya düzensiz sınıra varlığına göre kanser tanısı daha yüksek ihtimalle gösterdiği vurgulanmaktadır. AP/T şekil varlığı diğer şüpheli US özelliklerinin herhangi biri ile kombine kullanıldığında kombine hipoekojenite ile herhangi bir şüpheli US özelliği varlığı ile kıyaslandığında kanser tanısı koymada daha iyi olarak bulunmuştur.

- **Nodül boyutu:** Daha büyük nodül boyutu ve hacmi durumunda tiroid kanseri olma olasılığı daha fazladır. 1 cm'nin üzerinde nodül varlığında her 1 cm boyut artışında malignansi riski %15-30 artar.
- **Renkli dopler kan akımı paterni:** Nodül içinde dopler incelemede kanlanma olması malignansi şüphesinde artma anlamına gelebilir. Renkli dopler kan akımı benign patolojileri malign olanlardan ayırt etmede güvenli olmayabilir. Bu nedenle güncel sonografik risk sınıflama sistemlerinde malignite riskini değerlendirmede yer almamaktadır. Tiroid kanserlerinde sıklıkla nodül içi kanlanma görülmemektedir ve kanlanması artmış nodüller adenomlar veya adenomatöz yapılarıdır. Kanlanma artışı papiller tiroid kanserlerinden ziyade sıklıkla medüller ve folliküler tiroid kanserlerinde görülür.

Ultrason eşliğinde İİAB:

US aynı zamanda tiroid nodülü veya lenfadenopatiye iğne biopsisi yapılması sırasında bir kılavuz olarak da kullanılabilir. Böylece İİAB işleminin tanısal değerinin artmasına yardımcı olur. Biopsi yapılacak nodülün özellikleri ve boyutu US ile net bir şekilde değerlendirilir. Farklı kılavuzların nodülün US özelliklerine göre İİAB önerdikleri nodül boyutu önerileri farklıdır.

ATA 2015 kılavuzuna göre US eşliğinde İİAB için nodül boyutu önerileri aşağıdaki gibidir:

US paterni	Tahmini Malignite riski (%)	İİAB önerilen eşik nodül boyutu
Yüksek şüpheli	>70-90	≥1 cm (ilk biopsi benign ise 1 yıl içinde tekrar edilmeli)
Orta şüpheli	10-20	≥1 cm
Düşük şüpheli	5-10	≥1.5 cm
Çok düşük şüpheli	<3	≥2 cm veya takip
Benign	<1	Biopsiye gerek yok

AACE/ACE/AME 2016 kılavuzuna göre US eşliğinde İİAB için nodül boyutu önerileri aşağıdaki gibidir:

US paterni	Tahmini Malignite riski (%)	İİAB önerilen eşik nodül boyutu
Yüksek risk	50-90	≥1 cm
Orta risk	5-15	≥2 cm
Düşük risk	<1	≥2 cm veya büyüme olması

Tiroid nodüllerinin takibinde:

Ultrasonografi sitolojik olarak benign tiroid nodüllerinin takibinde ve başlangıç değerlendirmede İİAB indikasyonlarını karşılamayan nodüllerin izlenmesinde de faydalıdır. Seri US değerlendirilmesinde nodül boyutunda meydana gelen küçük değişiklikler aspirasyon tekrarı gerektirmez. Nodül hacminde %50'den daha fazla artış meydana geldiğinde veya nodül boyutunda %20 büyümeye ki, iki ya da daha fazla boyutta en az 2 mm artış olması anlamlıdır, bu durumlarda tekrar değerlendirilmesi zorunluluğu ortaya çıkar. Buna karşılık tek başına boyut artışı malignansinin atlanması için zayıf bir belirteçtir. Bunun yerine ilk değerlendirmede sitolojik olarak benign olan bir tiroid nodülünde malignansi olma ihtimali şüpheli US bulgularının gelişimi ile daha fazla ilişkilidir. Bu durumu değerlendirmek günlük pratikte zordur. Çünkü tecrübeli kişiler yaptığında bile nodül boyut tanımlamalarında farklılıklar olabilir.

Nonpalpabl nodüller (insidentaloma)

İnsidentalomalara palpe edilemeyen tiroid nodülleridir. Tiroid dışı patolojiler nedeni ile yapılan görüntüleme yöntemleri sırasında tespit edilirler. Nonpalpabl tiroid nodülleri palpabl tiroid nodülleri ile benzer malignansi riskine sahiptir. Bu nedenle insidental nodüller zararsız olarak tanımlanmamalıdır. Bu hastalara mutlaka tiroid US ile değerlendirme yapılmalıdır.

Tiroid kanseri:

Ultrasonografi tiroid nodülleri veya yeni tespit edilen tiroid kanseri olan hastalarda lenf nodu durumunun değerlendirilmesinde önemli bir rol oynar. Yine tedavi edilmiş tiroid kanseri hastalarında rekürrens tespitinde de önemlidir.

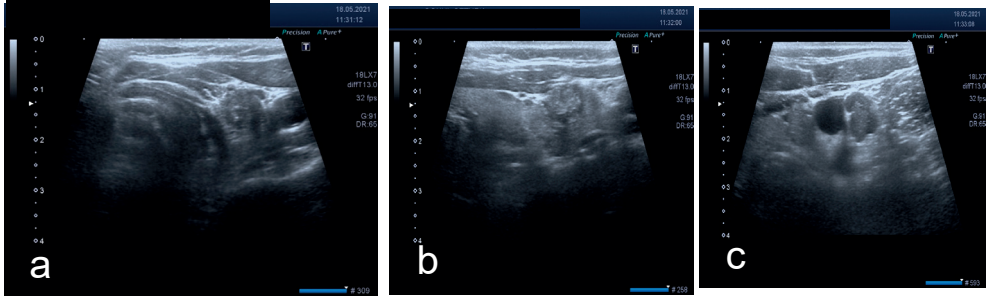
Lenfadenopati:

Ultrasonografi tiroid nodülü olan bir hastada veya yeni tanı almış tiroid kanserli hastalarda servikal lenfadenopatinin tespitinde önemlidir.

Tiroid kanseri tanısında: tiroid nodülü olan bir hastada şüpheli lenf nodlarının tanımlanması malignansi olasılığını artırır. US şüpheli servikal lenf nodlarından İİA sitoloji örneği alınmak için de kullanılmaktadır.

Servikal lenf nodlarından yapılan US eşliğinde yapılan aspirasyon biopsisi ile alınan örneklerde tiroid kanser metastazlarını inflamatuvar lenf nodlarından ayırmak için sitolojik ve immünojenik inceleme yapılır. Şüpheli lenf nodlarından alınan aspiratta az miktarda salin ile iğnede yıkama yapılarak elde edilen örnekte tiroglobulin bakılması tanısal anlamda faydalı olur. Lenf nodlarından yapılan aspiratlardan elde edilen yıkama sıvısında Tiroglobulin seviyesinin yüksek çıkması (şüpheli medüller tiroid kanseri olan hastalarda kalsitonin seviyesinin yüksek çıkması) sitoloji negatif olsa bile metastatik tiroid kanserinin varlığı anlamına gelir. Aksine tiroid nodülünden aspirasyonla yıkama yapmak tanı açısından faydalı değildir çünkü tiroid dokusu kanser olsun ya da olmasın tiroglobulin içerir.

Preoperatif değerlendirme: Biopsi ile papiller tiroid kanseri tanısı almış hastalarda tiroidektomi öncesi şüpheli lenf nodlarının belirlenmesi için preoperatif boyun ultrasonografisi yapılmalıdır. Çünkü intraoperatif lenf nodları klinik olarak cerrah tarafından görülemeyebilir. Papiller tiroid kanser olan hastalarda preoperatif yapılan servikal US ile klinik olarak nonpalpabl metastatik lenf nodları %30 hastada tespit edilebilir. Bu durumda %40 hastada cerrahi yaklaşımın değiştiği de rapor edilmiştir (Şekil 13).



Şekil 13. transvers (a) ve longitudinal görüntülerde (b) sol lobda papiller tiroid kanseri olan tiroid nodülü, aynı hastada sol seviye IV'de juguler ven lateralinde patolojik görünümü lenf nodu

Reküransin takibinde: Cerrahi sonrası tiroid kanseri olan hastalarda reküransin tespit edilmesinde de US gereklidir. Çünkü papiller tiroid kanserlerinde reküransin en sık görüldüğü yerler servikal lenf nodlarıdır.

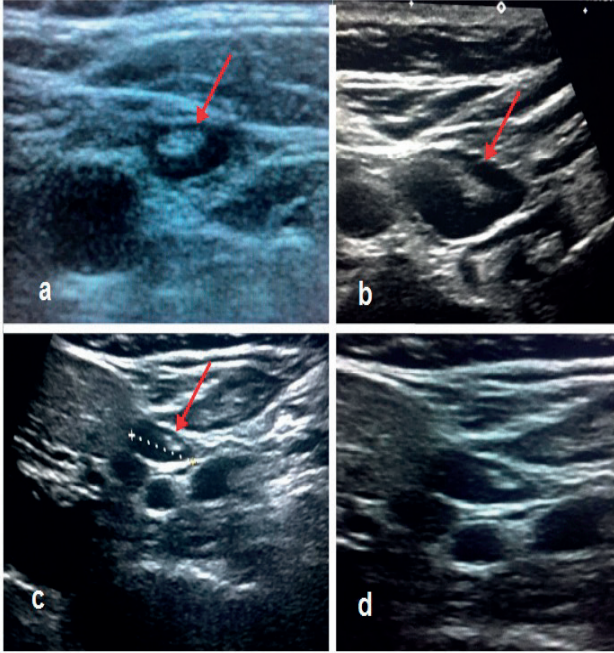
Lenf nodunun ultrasonografik görünümü:

Lenfadenopatının en iyi şekilde değerlendirilmesi için B mod ve dopler özelliği olan, 12-14 mHz lineer probu yüksek rezolüsyonlu US cihazına ve bu konuda deneyimli bir operatöre ihtiyaç vardır. Normalde boyun bölgesinde yaklaşık 300 adet lenf nodu bulunur.

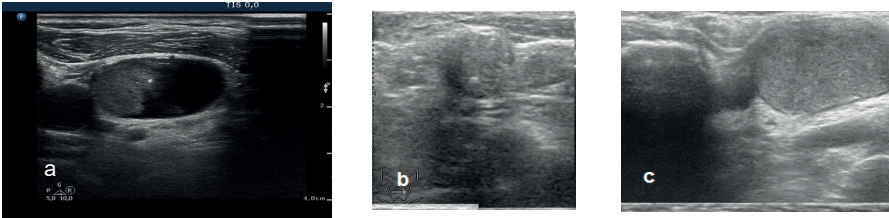
Boyun bölgesindeki lenf nodlarını tanımlarken kolaylık olması açısından 6 bölgeye ayırarak tanımlama ve haritalama yapılır. Seviye I: Hyoid kemik üzerinde diğastrik kasın anterior ve posterior bacaklarının üzerinde kalan, mandibulanın alt kenarının altında kalan bölgedeki lenf nodlarını ve submental lenf nodlarını içerir Seviye II-IV'ün anterior sınırını laringeal kompleks ve posterior sınırını sternokleidomastoid kasın posterior kenarı oluşturur. Seviye II (üst juguler bölge) üstte kafa tabanı ve spinal aksesuar sinire altta hyoid kemiğe uzanır. Spinal aksesuar sinir altında kalan bölge IIA, üstünde kalan bölge ise IIB olarak tanımlanır. Seviye III (orta juguler bölge) üstte hyoid kemikten altta krikoid kırıkdağa kadar uzanır. Seviye IV (alt jugular bölge) krikoid kırıkdaktan klavikulaya kadardır. Seviye V: Önde sternokleidomastoid kası posterior kenarı ile arkada trapezius kası ön kenarı arasında kalan üçgenden oluşur. 5A krikoid kırıkdağ üzeri, 5B (supraklavikular bölge) krikoid kırıkdağ altında kalan bölgedir. Seviye VI (santral bölge) 4 alt bölgenin birleşiminden meydana gelir: Prelaringeal (Delphian), pretrakeal, sağ paratrakeal, sol paratrakeal. Üstte hyoid kemikten altta klavikulaya kadar olan bölgeyi içerir. Seviye VII veya superior mediastinal grup lenf nodları ATA tarafından alt santral bölge olarak değerlendirilir. Seviye II-V lateral, Seviye VI-VII santral bölge olarak ifade edilir. Papiller tiroid kanserine bağlı standart lenf nodu diseksiyonu, bu bölge tutulumları nadir olduğu için, seviye I, IIB ve V'i kapsamaz.



Enfeksiyon, inflamasyon, allerji veya malignansi lenf nodlarında büyümeye neden olur. Seviye I-II lenf nodları daha çok Üst solunum yolu enfeksiyonları ya da inflamasyona bağlı olarak büyür. Lenf nodu boyutuna bakarak benign veya malign ayrımı yapmak yanıltıcı olur, ancak US özellikleri bu ayırım için daha yardımcıdır. Lenf nodunun şekli, hilar çizgisi (yağ ve intranodal damarlanma nedeni ile), kalsifikasyonu, kistik dejenerasyonu ve kanlanması malignansi olasılığını değerlendirmek açısından bilinmesi gereken özelliklerdir. Benign lenf nodları ince olma eğilimindedir (kısa aksı < 5 mm'dir) ve oval şekillidir (fuziform olarak da adlandırılır), ekojenik bir hilusu vardır (Şekil 14). Aksine malign olan lenf nodları mikrokalsifikasyon veya kistik alanlar içerir, dolgun veya yuvarlak şekillidir, belirgin bir hilusu yoktur, kanlanması fazla olabilir (Şekil 15). Renkli doplerde santral kanlanmadan çok periferik kanlanma paterni gösterir.



Şekil 14. Boyunda benign özellikli lenf nodları (oval şekilli, ekojenik hiluslu)



Şekil 15. Servikal bölgede patolojik görünümlü lenf nodları; kistik (a), sferik mikrokalsifik (b), hipoekoik görüntüsünü yitirmiş, tiroid ekojenitesi görünümünde (c)

Lenf nodları uzun aks ve kısa aks olacak şekilde iki ölçümle değerlendirilir. Uzun aksın/kısa aksa oranı değerlendirmede önemlidir. Benign lenf nodlarında bu oran >2 'dir. Malign lenf nodları daha yuvarlak görülür ve uzun aks/kısa aks oranı <2 'dir. Bu oran için eşik değer olarak 2 kullanıldığında benign malign ayrımının %95 doğruluk oranı ile yapılabildiğini gösteren yayınlar vardır.

Lenfadenopati için malignansi açısından yüksek spesifitesi ancak düşük sensitivitesi olan ultrasonografik özellikler vardır. Lenf nodunun malign olduğunu gösteren minör ve majör kriterler de tanımlanmıştır.

Majör kriterler:

Kistik görünüm (%100 spesifsite, %11 sensitivite), Parlak hiperekoik noktasal alanlar (%100 spesifik, %46 sensitif), Yağlı hilus olmaması, Periferik kanlanma

Minör kriterler:

Yuvarlak şekilli olması, Hipoekojenite, Hiperekoik hilus olmaması

Farklı çalışmalarda santral boyun bölgesinde yerleşim ve lenf nodunun boyutunun da anlamlı şekilde metastatik tutulum ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Lenf nodu boyutunun 7.5 mm den büyük olmasının en yüksek sensitivite ve spesifiteye sahip olduğunu göstermiştir. Klinisyenler açısından en doğrusu tek bir özellikten ziyade birkaç özellik kullanılarak değerlendirme yapılmasıdır.

Diyabet ve/veya obezitesi olan yaşlı hastalarda lenf nodlarında yağlanma (lipoplastik lenfadenopati olarak da adlandırılır) lenf nodlarında büyümeye neden olabilir ve tiroid metastazını taklit edebilir. Bu durum ultrason tanısında yanılgılara neden olabilir. Adolesanlarda ve çocuklarda ise sıklıkla inflamatuvar lenf nodları görülür, malign lenf nodları görülmesi oldukça nadirdir, bu nedenle tiroid nodülü olsa bile bu yaş grubunda lenf nodları daha konzervatif olarak değerlendirilmelidir.

Cerrahi yapılacak hastalarda boyun US de şüpheli görülen lenf nodlarından mutlaka İİAB ile örnek alınarak lenf nodlarının malignansi durumları doğrulanmalı ve ona göre cerrahi planlanmalıdır. ATA2015 kılavuzuna göre en küçük boyutu >8-10 mm olan şüpheli lenf nodlarına şayet tedavide de değişikliğe neden olacaksa İİAB yapılması önerilmektedir. İİAB ile lenf nodu sitolojisini değerlendirmek zordur. Bu nedenle diferansiye tiroid kanseri metastazını saptamak için tiroglobulin ölçümü yapmak da faydalı olacaktır. İİAB ile sitolojik örnek yayıldıktan sonra 1 cc salin ile sulandırarak tiroglobulin ölçümü yapıldığında değer >10 ise metastazı anlamına gelir. Kistik lenf nodlarında sitolojiden çok tiroglobulin yıkama tanıda faydalı olacaktır.

Ultrasonografi tiroid kanserli hastaların takibinde de önemlidir. Yine total tiroidektomi veya lobektomi sonrası tiroid yatağında veya karşı lobda görülen reküren kanserler tiroid US ile tespit edilebilir. US görüntülemesi tümör markırı olarak tiroglobulin ile birlikte kullanıldığında reküren tiroid kanseri tespiti açısından sensitivitede artış görülür.

Diferansiye tiroid kanserli hastalarda boyun US ile lenf nodlarının palpabl hale gelecek kadar büyümesine müsaade etmeden metastatik lenf nodları tanımlanabilir. Hatta bu durum negatif TVT'si olan veya düşük ya da tespit edilemeyen serum TG düzeyi olan hastalar için de geçerlidir. Papiller mikrokarsinom nedeni ile totale yakın tiroidektomi yapılan ancak I131 tedavisi almayan hastalarda da nodal metastazların tespit edilmesinde de US oldukça sensitiftir.

Önemli bir nokta, tiroid kanserli hastalarda cerrahiden sonraki ilk birkaç ayda ultrasonografi ile değerlendirme yanıltıcı olabilir. Bu dönemde boyun bölgesinde ve operasyon lojunda fazlaca malign olmayan büyümüş lenf nodları ve ödemli veya inflamatuvar postoperatif değişiklikler heterojen fokal yapılar görülebilir. Bu bulgular tümör dokusu ile karıştırılmamalıdır, bu durum postoperatif ultrasonografik değerlendirmeyi cerrahi sonrası 3. aydan sonra yapmakla önlenir.

Rekürensin sonografik olarak yalancı pozitif olduğu farklı durumlar da olabilir. Örneğin sütür granülomu tiroid US'da ve FDG PET'de malignansiyi taklit edebilir, bu durumu ancak US eşliğinde yapılan İİAB ile doğrulamak mümkündür.

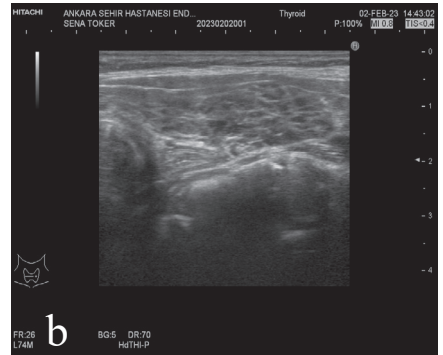
Tiroid kanseri açısından düşük riskli hastalarda rutin olarak toplum taraması yapılması maliyet etkin değildir. Küçük kanserlerin tarama ile tespit edilmesinin de tiroid kanserine bağlı sürviyi değiştirmediği çalışmalarda gösterilmiştir. Tiroid kanseri açısından US taraması riskli hastalarda örneğin çocukluk döneminde boyun bölgesinde ışınlama yapılanlarda faydalı olabilir

Ultrason tiroid bezi büyümesinin tespit edilmesi açısından da önemlidir. İyot eksikliği bulunmayan sağlıklı erişkinlerde normal bir tiroid lobunun boyutu yaklaşık olarak 4-4.8 cmx1-1.8 cmx0.8-1.6 cm olup her iki lob için ortalama total hacim 8-10 ml'dir (ortalama 3-20 ml). Bu normal ölçümlerin üzerinde olacak şekilde tiroid bezinin büyümesi guatr olarak kabul edilir. Tiroid bezindeki büyüme nodüllerde olduğu gibi fizik muayeneden daha çok US ile tespit edilir. Ayrıca nodüler veya diffüz guatr bezi içerisinde palpe edilemeyen tiroid nodülleri tanımlanabilir.

Otoimmün tiroid hastalığı

Kronik otoimmün tiroiditi olan hastalarda tiroid bezi diffüz olarak büyümeye ve düşük ekojeniteye sahip olma eğilimindedir. Diffüz düşük ekojenite Graves hastalığı olan veya tiroiditi değişik formları olan hastalarda da görülebilir. Hipoekojenite otoimmün tiroid hastalığı açısından bir belirteç olarak alındığında pozitif prediktif değeri %88 ve negatif prediktif değeri %95'dir.

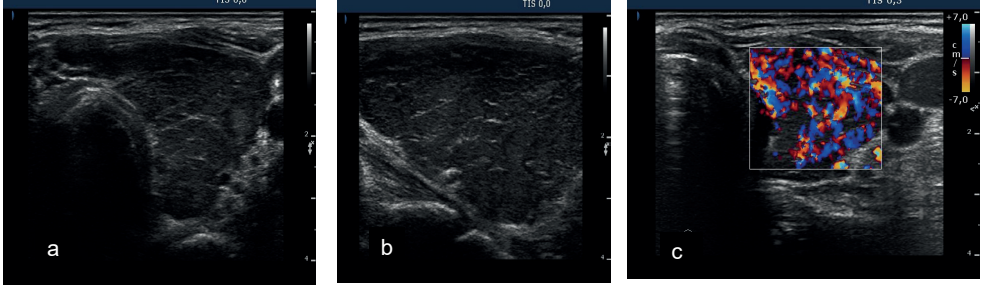
Tiroidit ilerledikçe tiroid bezi büyür ve daha hipoekoik hale gelir. Hashimoto tiroiditi olan hastalarda tüm bezde istmus ve piramidal lob da dahil olacak şekilde büyüme görülür. İlerleyen dönemlerde fibröz bantlar gelişir. Parankimal kanlanmada artış görülür. Yamasal hipoekoik mikronodüler değişiklikler de eşlik eder. Mikronodüller milimetrik olup parankimden net ayırt edilemeyen hipoekoik alanlar şeklindedir (Şekil 16). Yalancı nodüller olarak tarif edilir. Mikronodüler değişikliklerin varlığı Hashimoto tiroiditi için oldukça spesifiktir.



Şekil 16. Hashimoto tiroiditi ; transvers görüntü (a), sol lob longitudinal görüntü(b)

Graves Hastalığı olanlarda US'de tiroid bezi diffüz olarak büyümüştür, bezin anterior kenarında konveksite artışı olur, hafif yapısında kabalaşma görülür. Normal tiroid parenkimine göre ekojenitede azalma saptanır. Daha ekojenik normal tiroid parankimine göre hipoekoik ekojenite nedeni artmış vasküler kan akımı, artmış selülerite, kolloid içeriğinde azalmaz (Şekil 17). Hashimoto tiroiditine kıyasla bez daha az heterojendir ve hipoekojenite daha azdır, mikronodüler görünüm ve fibrozis Hashimoto tiroiditine göre daha az tespit edilir. Radyoaktif iyot tedavisi ile ablasyon yapıldıktan sonra tedavi öncesi ile kıyaslandığında tiroidin total hacminde belirgin azalma olur, kanlanma azalır, kaba ekojenik görünüm gelişir, hiperekojenite olur. Graves hastalığı olanlarda

nodül varlığında AACE ve ATA kılavuz nodül önerileri dikkate alınarak US eşliğinde İİAB ya



Şekil 17. Graves hastalığı sol lob; transvers görüntü (a), longitudinal görüntü(b), dopler görüntüsü (c)

pımalıdır.

Dopler kan akımı:

Dopler ile inceleme yapılması ek klinik bilgi sağlayabilir. Dopler kan akımı bakılması ile tedavi edilmemiş Graves hastalığı olan hastalarda artmış dopler kan akımı tespit edilirken, Haşimoto tiroiditi olan hastalarda düşük kan akımı olması ile birbirinden ayırt edilebilir. Graves hastalığında kanlanma paterni diffüz şekilde artmış olarak tespit edilir. Renkli dopler incelemede parankim kanlanmasında aşırı artış olması tiroid inferno olarak tanımlanır. Bu iki hasta grubunda da gri mod US bulguları benzerdir. Subakut tiroidit ve ağrısız tiroidit olan hastalarda Gravesli hastalardan farklı olarak normal kan akımı elde edilir. Yine Graves Hastalığı olan hastalarda antitiroid ilaç veya radyoaktif iyot tedavisi ile ötiroidi sağlandığında da US ile değerlendirmede dopler kan akımı ve tiroid volümünde azalma görülür.

Nodüler Haşimoto tiroiditi:

Haşimoto tiroiditi olan hastaların tiroid bezinde US'de sıklıkla mikronodüler patern tespit edilir. Parankimden ayrı olarak tespit edilen nodüller de görülebilir. Nodüler Haşimoto tiroiditi olan hastalardaki nodüller sıklıkla solid ve hipoekoik olsa da US özellikleri değişkenlik gösterebilir. Dopler US'de nodüller hipervasküler, hipovasküler veya izovasküler olabilir. Haşimoto zemininde de malign tiroid nodülleri görülebilir. Diffüz haşimoto tiroiditi olan hastalarda benign ve malign nodüllerin US özellikleri genel popülasyonda görülen US özellikleri ile benzerdir. Bu nedenle bu hasta grubunda da biopsi kararı verirken aynı US kriterleri kullanılmalıdır.

Amiodaron ilişkili tirotoksikoz:

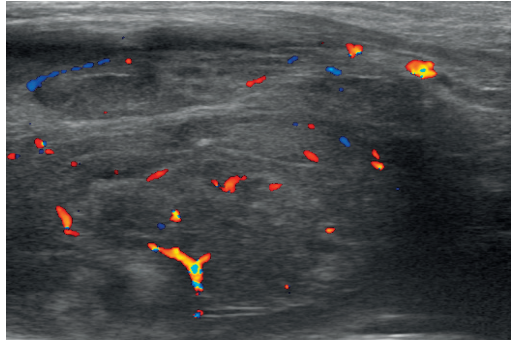
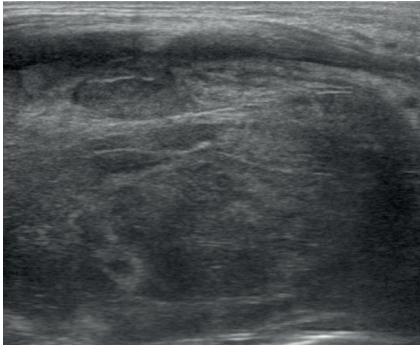
Dopler US ile amiodaron ilişkili tirotoksikozun iki tipi arasında ayırım yapılabileceği bildirilmiştir. Alta yatan tiroid hastalığı olanlarda (nodüler guatr) kanlanma artmış şekilde tespit edilirken (tip 1 amiodaron ilişkili tirotoksikoz) alta yatan tiroid hastalığı olmayıp ilaç ilişkili tiroidite bağlı tirotoksikozu olan hastalarda kan akımı ya düşük tespit edilir ya da kan akımı yoktur (tip 2 amiodaron ilişkili tirotoksikoz)

Tiroid lenfoması:

Tiroid lenfoması olan hastalarda US'da kronik tiroiditten ayırıcı tanısı güç olan hipoekoik görünüm mevcuttur. Şüpheli lezyon içindeki eko görüntüsüne, lezyonun sınır özelliklerine ve lezyonun arkasında kalan ekonun yoğunluğuna göre 3 tip patern mevcuttur:

Nodüler lenfoma: tek tip hipoekoik patern mevcuttur. Yalancı kistik görünüm oluşturacak şekilde hipoekoik görünüm olabilir. Lenfomalı doku ile lenfoma dışı doku arasındaki sınır oldukça net bir şekilde ayırt edilebilir. Lezyon sınırı lobüle şekilde düzensiz olabilir. Diffüz tip lenfomada lenfoma içeren doku ile lenfoma dışı doku sınırı birbirinden net ayırt edilemez. Lezyon içinde ileri derecede düşük ekojenitede alanlar mevcuttur (Şekil 18).

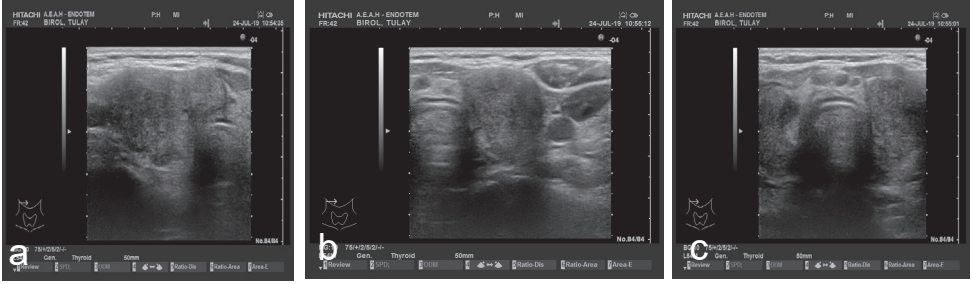
Karışık tip lenfomada çok sayıda yamasal tarzda hipoekoik lezyonlar vardır, her bir lezyonun artmış posterior ekosu mevcuttur.



Şekil 18. İleri derecede büyümüş heterojen tiroid bezi, diffüz tip lenfoma vakası ; gri mod ultrason (a), dopler inceleme (b)

Subakut granüloamatöz tiroidit:

Her ne kadar subakut tiroidit tanısı klinik ile konulsa da US tanıda yardımcı bir yöntem olarak kullanılabilir. Subakut granüloamatöz tiroiditin akut tirotoksik fazında US'de büyümüş tiroid bezinde kanlanması azalmış sınırları düzensiz hipoekojenite ve heterojen alanlar tespit edilir (Şekil 19). Hipoekoik alanlar tiroid bezinin uzun aksı boyunca uzanabilir, bir veya her iki tiroid lobunu tutabilir. Hipoekoik alanlar yamasal olup sınırları belirgin değildir. Hipoekoik alanların dopler kanlanması çok azdır. Çevre normal tiroid parankiminin kanlanması ise normaldir. Tiroidit tablosu düzeldikçe gri mod görüntüleme zamanla normal patern yeniden elde edilir.



Şekil 19. Subakut tiroidit; hipoeoik heterojen alanlar, sağ lob (a), sol lob (b), istmus önünde reaktif lenf nodları (okla gösterilen, c)

Riedel tiroiditi:

US'de tiroid bezi büyümüştür, tiroid bezinde ya kaba hipoeoik eko yapısı ve yalancı nodül görünümü oluşturacak şekilde fibröz saptasyonlar vardır ya da sınırları düzensiz aşırı hipoeoik tiroid bezi dışına doğru uzanım gösteren bir kitle görünümü vardır. Hipoeoik kitle görünümü karotid arterini de çevreleyen bir görüntü oluşturabilir. Hipoeoik kitle görünümünün dopler incelemede kanlanması mevcut değildir.

Tiroid dışı lezyonlar da US'de görüntülenebilir. Örneğin, paratiroid adenomları veya kistleri, subkutan lezyonlar, schwannomalar, paragangliomalar, vasküler anomaliler, brankial yarık kistleri. Özellikle paratiroid cerrahisinden önce tiroid lezyonlarının ultrason ile değerlendirilmesi cerrahi sırasında tiroidin de cerrahi girişim ihtiyacının öncesinde saptanması açısından değerlidir. Paratiroid nedeni ile opere olan hastalarda rutin preoperatif yapılan boyun US ile tiroid hastalığı tespit edilme oranı yaklaşık olarak %43'dür. Tiroid kanseri yaklaşık olarak %4.6 hastada saptanmıştır. Paratiroidektomi sırasında uygulanan total tiroidektomi ile ikinci bir operasyon gereksinimi önlenmiş olur. Eş zamanlı daha az hastada tiroid cerrahisi için sonografik olarak tespit edilen tiroid nodüllerinin İİAB ile değerlendirilmesi uygun olur. İntratiroidal paratiroid lezyonları olabileceği de akılda tutulmalıdır.

Elastosonografi:

Elastosonografi (ES), malign lezyonların benign lezyonlara göre daha sert olduğu prensibine dayanılarak geliştirilmiş ve son yıllarda kullanıma girmiş invaziv olmayan bir yöntemdir. B mod US tiroid nodüllerinde mükemmel bir görüntülemeye olanak sağlar. Ancak tiroid nodüllerinde malignite tespitinde duyarlılığı düşüktür.

Elastosonografi, öncelikle meme, prostat, karaciğer gibi dokularda kullanılmışken daha sonra kullanım alanları genişlemiş ve 10 yıldan fazla bir süredir de tiroid nodüllerinin ayırıcı tanısında yerini almıştır. Son yıllarda endokrinoloji alanında tiroid dışında paratiroid lezyonların tanısı ve ayırıcı tanısında da kullanılmaya başlanmıştır.

Elastisite; bir dokunun, uygulanan dış bir güç ile deforme olabilme ve dış güç ortadan kaldırıldığında orijinal şekil ve boyutuna gelebilme yeteneğidir. Doku deformasyonu, dokunun sertliği ile

ters orantılıdır. Genel olarak, yağ dokusu kolay deforme olurken fibröz veya kanser dokuları yağ ve kasa göre ilk durumlarına daha geç dönerler. Diğer kanserlerde olduğu gibi tiroid kanserlerinin de benign patolojilere göre daha sert olduğu bilinmektedir. ES ile doku sertliğinin palpasyona göre çok daha objektif bir şekilde değerlendirilmesi mümkündür.

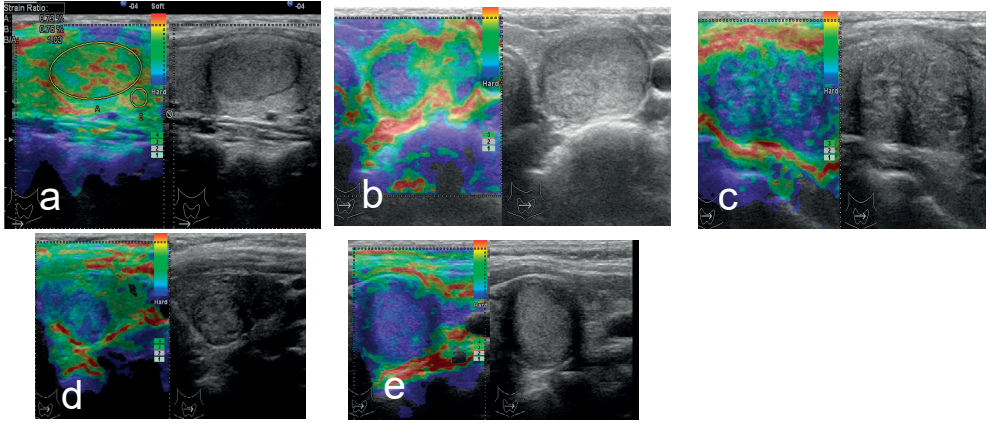
Normal tiroid dokusuna göre tiroid kanserlerinde doku sertliğinin artmasının ve elastisitesinin azalmasının bazı nedenleri vardır. Mikroskobik olarak bu durumun en az 3 nedeni olduğu belirtilmektedir: 1. Sellülaritede veya tümör epitelyal hücrelerinde artma, 2. Epitelyal olmayan tümöral hücrelerde artma (fibroblastlar, endotelyal hücreler, skuamöz metaplazi, inflamatuvar hücreler), 3. Matriks yapılarında artma (kollajen, kalsifikasyon, amiloid, müsün). Bu özellikler ES’de tespit edilen doku sertliğinde artmaya neden olur. Değişik tümörlerle yapılan in vitro çalışmalarda malign lezyonlarda normal dokular ile kıyaslandığında doku sertliğinin 10 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir.

Papiller tiroid kanseri tespit edilmesinde ES’nin etkin olmasının nedeni ile daha çok malign tiroid nodüllerinde görülen mikrokalsifikasyonlar ile ilişkilidir. Bu durum papiller kanserde psammoma cisimciklerine bağlıdır ve medüller tiroid kanserlerinde de çoğunlukla görülür. Psammoma cisimcikleri mikroskobik olarak görülen kalsiyum agregatlarıdır.

Mikrokalsifikasyonlar < 2 mm akustik gölgelenmeye neden olmayan küçük, parlak, noktasal dansitelerdir. Bazı mikrokalsifikasyonlar küçük olduğu için özellikle küçük ve yeni gelişen tiroid kanserlerinde B mod US’da görülmeyebilir, ancak ES’de artmış sertlik olarak bulgu verir.

Gerçek zamanlı ES’de sert objelerin uygulanan basınca karşı komprese olmadan yer değiştirdiği, yumuşak dokuların ise kompresyon sırasında deforme olduğu prensibinden hareket edilmektedir. İşlem sırasında prob, incelenecek bölge/nodül üzerine konularak ritmik baskı uygulanır. Uygulanan baskı cihaz üzerinde 1 ile 5 arasında değişen bir skalada gösterilir ve ES değerlendirme için uygun olan baskı düzeyi 3-4 olmalıdır.

ES ile elde edilen görüntüler bir renk skalasına göre sınıflandırılır ve ilgi alanındaki bölgenin/nodülün ES skoru belirlenir. Bu renk skalası için genellikle Itoh ve ark tarafından geliştirilmiş olan skala kullanılmaktadır. Bu skalada lezyon, renklenmesine göre 1 ile 5 arasında değişen gruplardan birine dahil edilir. ES skoru olarak adlandırılan bu sınıflandırma 1’den 5’e doğru gittikçe lezyonun sertliğinin arttığı anlamını taşır. Neredeyse tamamı yeşil renkte görünen lezyonlar skor 1, yeşil, sarı ve mavi şeklinde mozaik bir patern gösteren nodüller skor 2, merkez kısmı mavi, periferi yeşil olan nodüller skor 3, çevre dokuyu içermeyecek şekilde neredeyse tamamı mavi olan nodüller skor 4 ve çevre dokuyla birlikte tümü mavi olan nodüller skor 5 olarak sınıflandırılır (Şekil 20). ES skoru subjektif bir değerlendirmedir, bu nedenle daha sayısal ve objektif bir değerlendirme için strain indeks (Sİ) kullanılabilir. Bu yöntem yine gerçek zamanlı ES cihazı kullanılarak yapılır ve incelenecek lezyonun sertliğinin tiroid parankiminin sertliğine oranlanması esasına dayanır. Lezyon ve parankimdeki bölge belirlendikten sonra Sİ, US cihazında bulunan işlemci tarafından otomatik olarak hesaplanır.



Şekil 20. Nodül değerlendirmesinde elastosonografi skorları; skor 1 (a), skor 2 (b), skor 3 (c), skor 4(d), skor 5 (e)

Teknolojideki gelişmelerle birlikte ES yöntemi de geliştirilerek strain elastografiye göre daha pahalı bir elastografi teknolojisi olan Shear-wave elastografi (SWE) kullanıma girmiştir. Son nesil US cihazlarda bulunan bu yöntemlerin daha az kullanıcı bağımlı ve tekrarlanabilir olduğu düşünülmektedir. Dış kompresyon yerine US problemleri ile dokuya kısa süreli, yüksek güçlü akustik itici radyasyon kuvveti uygulanmaktadır. Bu kuvvetin dokuda oluşturduğu yer değiştirmelere “shear wave” adı verilir. “Shear wave” hızı, dokunun sertliği ile doğru orantılıdır ve SWE ile oluşturulan dalgaların dokuda ilerleme hızı ölçülmektedir. Bu yöntemle elde edilen sonuçlar renk haritası, oran veya değer (m/s veya kilopaskal) şeklinde belirtilebilir. Dalganın yayılma hızı genelde malign nodüllerde benign nodüllere göre daha fazladır.

Yakın zamanda geliştirilen 2D-Shear Wave Elastography (2D-SWE) ise tek bir fokal bölge yerine multiple fokal bölgelerde daha hızlı bir şekilde mekanik vibrasyon oluşmasını sağlar. Bu şekilde silindiriğe yakın bir dalga konisi elde edilir. ES kalitatif bir metodken 2D-SWE kantitatif değerlendirme sağlar. Bu nedenle bu yöntemler tiroid nodüllerinin değerlendirilmesinde birbirlerini tamamlayıcı olarak kullanılabilir. ES'nin benign ve malign tiroid nodüllerinin ayırımında tanısal değeri ile ilgili çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Az sayıda hasta ile yapılan ilk çalışmalarda sensitivite ve spesifitesi %100'e yakın bulunsa da, bu oranların bu kadar da yüksek olmadığı hatta gri skala US bulgularına göre tanısal değerinin daha düşük olduğunu gösteren çalışmalar da vardır.

Gri skala US bulguları da değerlendirmeye alındığında ES'nin tanısal değerinin arttığı saptanmıştır. Metaanalizlerde, ES sensitivitesi %79-89, spesifitesi %77-80 arasında bildirilmiştir. ES'nin sitolojik olarak indetermine veya tanısal olmayan nodüllerde de klinik karar vermede yardımcı olabileceğine dair veriler vardır.

SWE'nin değerlendirildiği çalışmaların alındığı farklı metaanalizlerde ise bu yöntemin sensitivitesi %84-85,9, spesifitesi %88,4-%90 olarak belirlenmiştir. B-mode US ile ES veya 2D-SWE birlikte kullanıldığında malign nodüllerin saptanmasında sensitivite ve spesifitenin artırabileceği bildirilmiştir. Gerçek zamanlı ES, SWE ve her ikisinin kullanıldığı çalışmaların alındığı bir

metaanalizde ES sensitivitesi ve spesifitesi sırasıyla %84 ve %90, SWE sensitivite ve spesifitesi ise sırasıyla %79 ve %87 bulunmuş, sensitivite ve spesifite benzerken ES spesifitesinin anlamlı yüksek olduğu belirtilmiştir.

Tiroide fibrozis ve otoimmün tiroidite olduğu gibi ciddi heterojenite olması doku sertliğinde artmaya ve yüksek ES skorlarına neden olabilir.

Elastosonografi ve Haşimoto tiroiditi:

ES, çevre tiroid dokusuna göre nodül sertliğini ölçen bir yöntemdir. Otoimmün tiroid hastalığı olanlarda doku sertliği değişebileceği için değerlendirmede yanıltıcı bir faktör olarak karşımıza çıkar. Bu durumlarda ES ile tiroid nodüllerinde malignite riski yanlış olarak değerlendirilebilir. Yapılan çalışmalarda hafif-orta derecede heterojenite varlığı ES ölçümlerini etkilemezken, ciddi heterojenite ve fibrozisin ES skorlarını arttırdığı ve yalancı pozitif sonuçlara neden olduğu gösterilmiştir.

Kompleks tiroid nodüllerinin elastosonografi ile değerlendirilmesi:

ES'nin sıvı içeriğinden dolayı kompleks tiroid nodüllerinde tanısal değeri sınırlıdır. Kistik içerik değerlendirmede yanıltıcı neden olabilir. Bu nedenle nodülün solid kısmı değerlendirilmelidir. Kompleks tiroid nodüllerinin solid veya kistik yüzdeleri değerlendirmede baz alınmalıdır. >%50 kistik komponenti olan nodüllerde yanlış tanı ihtimali daha fazladır.

Servikal lenf nodlarında elastosonografi:

Benign ve malign servikal lenf nodlarının ayırımında ve değerlendirilmesinde SWE yardımcı gibi görünmektedir. SW hızının metastatik lenf nodlarında benign nodlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu gösterilmiştir.

Strain ve Shear wave ES incelemenin kısıtlılıkları şunlardır:

1. >%50 kistik içeriği olan kompleks tiroid nodülleri
2. Trakeaya yakın olduğu için istmusa yerleşmiş tiroid nodüllerinde ES strain skorları ve SWE hız değerleri yüksek tespit edilebilir
3. Derinde yerleşmiş tiroid nodüllerinde ve alt polde olan tiroid nodüllerinde değerlendirme kısıtlıdır
4. Kalsifiye tiroid nodülleri her iki yöntemde de karışıklığa neden olur
5. Tiroide fibrozisi ve ciddi Haşimoto tiroiditi olanların tiroid nodüllerinde her ne kadar İİAB benign olsa da ES skorları yüksek tespit edilebilir.
6. İncelenecek olan nodülün önünde başka nodül bulunması doğru sonuç alınmasını engelleyebilir.
7. Birbiri ile iç içe geçmiş konglomere nodüllerde ve 3-4 cm üzerindeki nodüllerde kullanımı kısıtlıdır.

8. Ayrıca daha elastik olma eğilimindeki folliküler kanserler ve medüller tiroid kanserleri ES'nin yanlış negatif sonuç vermesine neden olan önemli faktörlerdendir.

Bütün bu nedenlerden dolayı ES, tiroid nodüllerinde preoperatif risk değerlendirmesinde faydalı olmakla birlikte rutin kullanıma girmemiştir ve henüz risk sınıflama sistemlerine dahil edilmemiştir.

Sonuç olarak, hem strain ES hem de SWE tiroid nodüllerinde malignite riskini kullanım açısından B mod US özellikleri ile birlikte kullanıma uygundur. Tiroid nodüllerinde US incelemesine ilaveten kullanılabilir.

Tiroid ve Lenf Nodu Sonografisi ve Elastografi ile ilgili TEMD önerileri:

2.A. Ultrasonografi, tiroid hastalıklarının değerlendirilmesinde mümkünse her endokrinoloğun mutlaka kendisi tarafından yapması uygun bir görüntüleme yöntemidir

2.B. Tiroid malignitesi riski olan kişilere, fizik muayenede tiroid nodülü şüphesi ya da nodüler guatrı olan veya palpabl tiroid bezi olan tüm hastalara, diğer görüntüleme yöntemleri ile insidental olarak tespit edilen nodül varlığında mutlaka US ile değerlendirme yapılmalıdır.

2.C. Ultrason raporları malinite risk sınıflaması odaklı olmalıdır. Nodülün yeri, boyutu, şekli, sınır özellikleri, içeriği, ekojenik paterni, kanlanma özellikleri tanımlanmalıdır. Birden fazla nodülü olan hastalarda en büyük (dominant) nodülü tanımlamaktan ziyade malignite ilişkili US özellikleri olan nodüller ayrıntılı olarak verilmelidir. Boyunda şüpheli lenf nodları olan hastalarda servikal kompartman; sayı, şekil, boyut, sınır özellikleri, içerik, ekojenite paterni, hilusun varlığı ve kanlanma özellikleri açısından ayrıntılı olarak tanımlanmalıdır

2.D. Ultrasonda şüpheli özelliklerin en az birini içeren nodüller yüksek riskli tiroid lezyonları olarak kabul edilmelidir: belirgin hipoeoik görünüm (tiroid önündeki kaslarla kıyaslandığında), spiküle veya mikrobüle kenar varlığı, mikrokalsifikasyon, nodül yüksekliğinin genişliğinden fazla olması, ekstratiroidal yayılım veya patolojik lenfadenopati varlığı.

2. E. Biopsi ile papiller tiroid kanseri tanısı almış hastalarda tiroidektomi öncesi şüpheli lenf nodlarının belirlenmesi için preoperatif boyun ultrasonografisi yapılmalıdır. Çünkü bu hastalarda lenf nodu tespit edilmesi ile cerrahi yaklaşımın şekli değişebilir.

2. F. Boyun bölgesindeki lenf nodlarını tanımlarken kolaylık olması açısından 6 bölgeye ayırarak tanımlama ve haritalama yapılır.

2. G. Cerrahi yapılacak hastalarda boyun US de şüpheli görülen lenf nodlarından mutlaka İİAB ile örneklem alınarak lenf nodlarının malignansi durumları doğrulanmalı ve ona göre cerrahi planlanmalıdır. İİAB ile lenf nodu sitolojisini değerlendirmek zordur. Bu nedenle diferansiye tiroid kanseri metastazını saptamak için tiroglobulin ölçümü yapmak da faydalı olacaktır.

2. H. Tiroid dışı lezyonlar da US'de görüntülenebilir. Örneğin, paratiroid adenomları veya kistleri. Özellikle paratiroid cerrahisinden önce tiroid lezyonlarının ultrason ile değerlendirilmesi cerrahi sırasında tiroidin de cerrahi girişim ihtiyacının öncesinde saptanması açısından değerlidir.

2. I. Elastosonografi, tiroid nodüllerinde preoperatif risk değerlendirmesinde faydalı olmakla birlikte rutin kullanıma girmemiştir ve henüz risk sınıflama sistemlerine dahil edilmemiştir. Tiroid nodüllerinde malignite riskini belirlemede kullanımını açısından B mod US özellikleri ile birlikte kullanıma uygundur.

Kaynaklar

1. Sipos JA, Ross DS, Mulder JE. Overview of the clinical utility of ultrasonography in thyroid disease. Uptodate 2022.
2. Duick DS, Levine RA, Lupo MA. Thyroid and Parathyroid Ultrasound and Ultrasound-Guided FNA. 2018; 189-225. Fourth Edition. Springer.
3. Gharib H, Papini E, Garber JR, et al. Thyroid nodule management. American Association Of Clinical Endocrinologists, American College Of Endocrinology, And Associazione Medici Endocrinologi Medical Guidelines For Clinical Practice For The Diagnosis And Management Of Thyroid Nodules – 2016 Update, *Endocr Pract*, 2016; 22 (Suppl 1)
4. Moon WJ, Jung SL, Lee JH, et al. Benign and malignant thyroid nodules: US differentiation--multicenter retrospective study. Thyroid Study Group, Korean Society of Neuro- and Head and Neck Radiology. *Radiology*. 2008;247(3):762. Epub 2008 Apr 10
5. Sipos JA. Advances in ultrasound for the diagnosis and management of thyroid cancer. *Thyroid*. 2009;19(12):1363
6. Cappelli C, Piroia I, Cumetti D, et al. Is the anteroposterior and transverse diameter ratio of nonpalpable thyroid nodules a sonographic criteria for recommending fine-needle aspiration cytology?. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2005;63(6):689.
7. Lai X, Liu M, Xia Y, et al. Hypervascularity is more frequent in medullary thyroid carcinoma: Compared with papillary thyroid carcinoma. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(49):e5502.
8. Kouvaraki MA, Shapiro SE, Fornage BD, et al. Role of preoperative ultrasonography in the surgical management of patients with thyroid cancer. *Surgery*. 2003;134(6):946.
9. Leboulleux S, Girard E, Rose M, et al. Ultrasound criteria of malignancy for cervical lymph nodes in patients followed up for differentiated thyroid cancer. *J Clin Endocrinol Metab*. 2007;92(9):3590. Epub 2007 Jul 3.
10. Pacini F, Molinaro E, Castagna MG, et al. Recombinant human thyrotropin-stimulated serum thyroglobulin combined with neck ultrasonography has the highest sensitivity in monitoring differentiated thyroid carcinoma. *J Clin Endocrinol Metab*. 2003;88(8):3668.
11. Bauer M, Blumentritt H, Finke R, et al. Using ultrasonography to determine thyroid size and prevalence of goiter in lithium-treated patients with affective disorders. *J Affect Disord*. 2007;104(1-3):45. Epub 2007 Mar 7.
12. Pedersen OM, Aardal NP, Larssen TB, et al. The value of ultrasonography in predicting autoimmune thyroid disease. *Thyroid*. 2000;10(3):251.
13. Bogazzi F, Bartalena L, Brogioni S, et al. Color flow Doppler sonography rapidly differentiates type I and type II amiodarone-induced thyrotoxicosis. *Thyroid*. 1997;7(4):541
14. Çakır B. Tiroid Kanseri: Güncel Yaklaşım. Akademisyen Kitabevi, 2020, 1. Baskı.
15. Itoh A, Ueno E, Tohno E, et al. Breast disease: clinical application of US elastography for diagnosis. *Radiology* 2006; 239: 341–350.

TİROİD SİNTİGRAFİSİ VE RADYOAKTİF İYOT UPTAKE ÖLÇÜMÜ KILAVUZU

Mine ARAZ, Çiğdem SOYDAL

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı

Giriş

Normal tiroid dokusu foliküler hücreleri ile iyodu tutma ve tiroglobuline bağlı tiroid hormonları şeklinde depolama yeteneğine sahiptir. İyodun foliküler hücreler tarafından tutulumu tiroid foliküler hücrelerinin bazolateral membranında yer alan bir transmembran proteinini sodyum-iyot simporter (NIS) tarafından Na-K ATPaz bağımlı aktif transport mekanizması ile sağlanır (1). Normal koşullarda NIS ekspresyonu ve aktivitesi TNF ve TGF-1 gibi sitokinler aracılığı ile TSH tarafından regüle edilir. İyodür (I⁻) iyotun iyonize hali olup, foliküler hücrelerin apikal membranlarından kolloid içine iyonik bir kanal yoluyla geçer, bu süreçte bir penedrin isimli protein önemli bir rol oynar (2). Son olarak foliküler epitel hücrelerinin apikal membranlarının luminal yüzünde iyodür iyota okside olarak, tiroglobülin moleküllerinde yer alan tirozil rezidülerine bağlanarak organifiye olur. İyotun tiroid bezinin fizyolojisi ve patofizyolojisi üzerindeki ana rolü nedeniyle iyot ya da iyodür analogları tiroid görüntülemesi ve radyoaktif iyot uptake (RAIU) çalışmaları için çok uygundur. Ek olarak ^{99m}Tc-sestamibi (^{99m}Tc-MIBI) ya da ¹⁸F-florodeoksiglukoz (¹⁸F-FDG) gibi spesifik radyofarmasötikler seçilmiş vakalarda benign/malign tiroid nodüllerinin ayrımı için kullanılabilir (3).

NIS hedefli radyofarmasötikler ile tiroid sintigrafisi foliküler tiroid hücrelerinin fokal ya da diffüz patolojilerinin saptanması ve lokalizasyonu amacıyla kullanılabilir. Radyoaktif iyot uptake testi ise tiroid bezi içinde radyofarmasötik tutulumu ve kinetik süreçleri yansıtarak tiroid bezinin iyot metabolizmasının kuantifikasyonunu sağlar. ^{99m}Tc-sestamibi ve ¹⁸F-FDG ise sitolojik olarak indetermine tiroid nodüllerinin biyolojik davranış hakkında bilgi sağlar (3-8).

Radyofarmasötikler

Tiroid bezi iyodürü aktif olarak tutarak plasmaya göre 20:1'lik konsantrasyon gradienti oluşturur. Tiroid bezindeki fizyolojik iyot metabolizması temel alındığında, ¹²³I-sodyum iyodür(¹²³I⁻)'ün, optimal görüntü kalitesini sağlayan 159keV'lik gama ışınması nedeniyle NIS fonksiyonu ve tiroid hormon sentezi sırasında iyodür organifikasyonunun değerlendirilmesinde ideal radyofarmasötik olduğu düşünülmektedir. ^{99m}Tc-sodyum perteknetat (^{99m}TcO₄) iyotu farmakolojik olarak taklit ederek NIS aktivitesi ile tiroid folikül hücrelerinde konsantre edilir, ancak organifiye olmaz ve enjeksiyondan 30 dakika sonra tiroidden temizlenir. ^{99m}TcO₄ tiroid sintigrafisinde en sık kullanılan ajandır. ¹²³I ile karşılaştırıldığında, ^{99m}TcO₄'ün nükleer tıp departmanlarında günlük olarak elde edilebilmesi, daha düşük maliyetli ve daha kısa yarı ömürlü (6st'e 13st) olması gibi avantajları vardır. Ek olarak, ^{99m}Tc kısa yarı ömürlü bir pür gama yayıcı olarak, tiroidi yüksek radyasyon dozuna maruz bırakmadan daha yüksek aktiviteler uygulanabilmesine olanak tanımaktadır. Böylelikle, uygun gama enerjili fotonlarla daha yüksek sayımlarla daha kaliteli görüntüleme elde edilebilmektedir. Ancak ^{99m}TcO₄ sadece tiroide iyot tutulumunu yansıtır, daha ileri metabolizmaya giremediğinden zaman içerisinde tiroidden temizlenir. Bu nedenle ^{99m}TcO₄ ile tiroid

sintigrafisinde erken görüntüleme (radyofarmasötik enjeksiyonundan sonra 30dk içinde) yapılır. Her ne kadar $^{99m}\text{TcO}_4$ tiroide organifiye olmasa da, vakaların çoğunda $^{99m}\text{TcO}_4$ ile görüntüleme tiroid bozukluklarının tanısında yeterli ve doğru bilgi sağlamaktadır. Çok nadiren tiroid nodülünün görünümü $^{99m}\text{TcO}_4$ ve ^{123}I ile yapılan tiroid sintigrafilerinde diskordan olabilir. Bu durum nodüldeki organifikasyon defektleriyle ilişkilidir, ^{123}I nodülden hızla temizlenir ve “trapping only nodule” olarak adlandırılır (9). Her iki ajanın da tiroid bezinin görüntülenmesinde avantaj ve dezavantajları olmakla birlikte, ^{123}I ’ün yaygın olarak elde edilememesi ve yüksek maliyeti nedeniyle halen tercih edilen ajan $^{99m}\text{TcO}_4$ ’dür. ^{123}I çocuklarda veya organifikasyon defektinden şüphe edilen durumlarda tercih edilebilir. Laktasyonda tercih edilen ajan kısa yarı ömürlü oluşu nedeniyle $^{99m}\text{TcO}_4$ ’dür.

Daha Nadiren Kullanılan Radyofarmasötikler

^{99m}Tc -sestamibi hücre membranından geçebilen bir lipofilik katyon olup, hücre içerisinde mitokondiride tutulum gösterir (10)

^{18}F -FDG’nin tiroid hücrelerinde tutulumu glukoz metabolizması ile ilişkilidir. ^{18}F -FDG, transmembran glukoz transporter proteinleri (GLUT) ile hücre içine alınarak heksokinaz ile fosforillenir ancak daha ileri metabolik yollara dahil olamaz ve böylece hücre içinde hapsedilmiş olur. Dolayısıyla GLUT ve heksokinaz ekspresyonunun arttığı hücrelerde tutulumu daha yüksektir [10].

Endikasyonlar

Tiroid sintigrafisi aşağıdaki durumlarda uygulanabilir;

1. Tiroid bezinin boyutunun ve yerleşiminin değerlendirilmesi
2. Aşık ya da subklinik hipertiroidizm etyolojisinin araştırılması
3. Tiroidit şüphesi
4. Klinik muayene ve diğer görüntüleme yöntemlerinde saptanan tiroid nodüllerinin fonksiyonlarının değerlendirilmesi
5. Radyoaktif iyot tedavisi öncesi sıcak nodüllerin değerlendirilmesi
6. İndetermine biyopsi sonucuna sahip tiroid nodüllerinin benign bir otonom nodül olup olmadığının araştırılması
7. İndetermine biyopsi sonucuna sahip hipofonksiyone tiroid nodüllerinin malignite riskinin değerlendirilmesi (^{99m}Tc -sestamibi ve ^{18}F -FDG)
8. Tiroid ektopileri ve konjenital hipotiroidizm değerlendirilmesi

RAIU testi aşağıdaki durumlarda uygulanabilir;

1. Hipertiroidizmin diğer tirotoksikoz nedenlerinden ayrımının yapılması,
2. Perklorat kovma testi ile organifikasyon defektlerinin saptanması,
3. Hipertiroidizm nedeniyle radyoaktif iyot tedavisi planlanan hastalarda doz planlaması. (11,12)

Sık Endikasyonlarda Tiroid Sintigrafisi ve RAIU Bulguları

Hipertiroidizm Etiyolojisinin Araştırılması

Tiroid sintigrafisi ve RAIU testi hipertirodizm ile desktrüktif tirotoksikozis (akut ve subakut tiroidit) ve faktisiyöz tirotoksikoz ayırıcı tanısı amacıyla uygulanabilir. Hipertirodizmde tiroid sintigrafisi bulguları:

- Tiroid bezinde diffüz tarzda artmış aktivite birikimi, zemin aktivitede azalma ile birlikte tükruk bezlerinde azalmış aktivite tutulumu, Graves hastalığını düşündürür.
- Geri kalan tiroid dokusunda azalmış aktivite birikimin eşlik ettiği, tek ya da birden fazla fokal odakta artış aktivite birikimi, otonom fonksiyon gösteren tiroid nodülü/leri
- Azalmış aktivite tutulumu gösteren fokal tek ya da birden fazla alan, hipoaktif tiroid nodülü/leri

Destruküti tiroiditte, faktisiyöz tirotoksikozda ve ekzojen iyot alımı durumunda azalmış aktivite tutulumu izlenir. Amiodaron tedavisine bağı yüksek iyot alımı durumunda, tiroid bezinde hem iyot yakalama ve organifikasyon azalmış olup, bazalde Graves veya nontoksik multinodüler guatr varlığında amiodaron kaynaklı yüksek iyot maruziyeti nedeniyle hipertirodinin oluştuğı tip I amiodaron ilişkili tirotoksikoz (AİT) ve amiodarona bağı tiroid inflamasyonu ile giden tip II AİT 'da klasik tiroid görüntüleme ajanları ($^{99m}\text{TcO}_4$ – ve ^{123}I –) ile bez görünür hale gelmez. Ancak ^{99m}Tc -sestamibi ile ayırıcı tanıya gidilebilir. Tip I AİT'da tiroidde ^{99m}Tc -sestamibi tutulumu korunmuşken, tip II AİT'da tiroid bezinde ^{99m}Tc -sestamibi tutulumu azalmıştır(13,14).

Muayenede ve/veya görüntülemede saptanan nodüllerin fonksiyonel değerlendirmesi

Tiroid nodüllerine klinik değerlendirmelerde sıklıkla rastlanmakta olup, malignite potansiyeli taşıyan nodüllerin ayırımı ve ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) yapılması önem taşımaktadır. Yüksek rezolüsyonlu ultrason (US), tiroid malignitelerinin değerlendirilmesinde yüksek doğruluğa sahip bir görüntüleme yöntemi olup, US için standart bir risk değerlendirme ve raporlama sistemi (TI-RADS) mevcuttur (15). Ancak TI-RADS kriterleri tiroid nodüllerinin fonksiyonu hakkında bilgi vermez. Sintigrafik olarak hiperfonksiyone (“sıcak”) nodüllerin malignite için negatif prediktif değeri %96-99'dur (3,16,17). Tiroid sintigrafisi otonom fonksiyone tiroid nodüllerini gösterebilen tek yöntemdir. Her ne kadar bu nodüllerde malignite çok nadiren bulunsa da, indetermine sitoloji (Bethesda Klas III ve IV) sıklıkla raporlanmaktadır. Otonom fonksiyone nodüllerin önemli bir kısmında TI-RADS \geq 4 olduğu bildirilmiş olup bu nodüllere gereksiz biyopsilerin önlenmesi açısından TI-RADS modeline tiroid sintigrafisinin entegre edilmesi gerekmektedir (4,18,19).

Diğer yandan, tiroid kanserleri çoğunlukla tiroid sintigrafisinde hipoaktif (“soğuk”) izlenmekle birlikte hipoaktif nodüllerin büyük çoğunluğu (%80-90'ı) benign olup, bu bulgunun malignite tanısı için duyarlılığı düşüktür. Dolayısıyla tiroid sintigrafisinde izlenen hipoaktif nodüllerin tiroid US ile TI-RADS risk sınıflamasına göre değerlendirilmesi önerilir (15,20).

İndetermine Sitolojisi olan nodüllerin Fonksiyonel Değerlendirmesi

Tiroid nodüllerinde indetermine sitoloji önemi belirsiz foliküler lezyon veya önemi belirsiz atipi (ÖBFL/ÖBA, Bethesda Klas III) ve foliküler neoplasm (Bethesda Klas IV)'ı kapsamaktadır. Malignite riski Klass III'de %10-30, Klas IV'te %25-40 arasında değişmektedir. İİAB tekrarı, diğer radyofarmasötiklerle moleküler görüntüleme veya tanısal lobektomi yapılabilir ancak daha

önce yapılmadıysa ve özellikle TSH normalin alt sınırına yakınsa tiroid sintigrafisi yapılması ve sadece nonfonksiyone nodülü olan hastalarda moleküler test, diğer radyofarmasötiklerle moleküler görüntüleme ve tanısal lobektomi akılcı olacaktır (21).

^{99m}Tc -sestamibi ve ^{18}F -FDG ile moleküler görüntüleme hipofonksiyone nodüllerde biyolojik davranışın ve agresifliğin değerlendirilmesini sağlar. ^{99m}Tc -sestamibi ve/veya ^{18}F -FDG tutan nodüllerde malignite riski yaklaşık %35'tir (5,7). Ayrıca, ^{99m}Tc -sestamibi ve/veya ^{18}F -FDG tutulumu göstermeyen nodüllerde de malignite riski çok düşüktür. (4,28,29). Dolayısıyla ^{99m}Tc -sestamibi veya ^{18}F -FDG ile tiroid görüntüleme, yüksek negatif prediktif değeri ile indeterminate sitolojik sonucu olan nodüllerde ve tekrarlayan yetersiz/tanısal olmayan biyopsileri bulunan hastalarda tanıya yardımcıdır (3,22). ^{99m}Tc -sestamibi ve ^{18}F -FDG ile moleküler görüntülemenin bir başka endikasyonu da büyük multinodüler guatrli hastalarda malignite riski bulunan nodülün veya nodüllerin saptanarak İİAB'e yol gösterici olarak kullanılmasıdır (3-8,22).

Konjenital Hipotiroidinin Değerlendirilmesi

İyot eksikliği dışında konjenital hipotiroidizmin etiolojisinde 1) tiroid disgenezi 2) tiroid dishormonogenez 3)hipotalamik-pitüiter konjenital hipotiroidi 4) iyot yükü, maternal anti-tiroid antikoru veya gebelikte maternal anti-tiroid ilaç alımına bağlı geçici konjenital hipotiroidi yer alır (23). Yenidoğan taramalarında saptanan hipotiroidide etyolojinin araştırılması için tiroid sintigrafisi yardımcı olur. US, tiroid bezinin varlığını ve volümünü değerlendirmede kullanılır ancak ektopik tiroid bezinin ve tiroid dishormonogenezinin tanısında tiroid sintigrafisi daha duyarlıdır (24,25).

Hipertiroidizmin Destrüktif ya da Faktisiyöz Tirotoksikozdan Ayrımında RAIU testi

Hipertiroidizmde (TDG ya da toksik uni-multinodüler guatr) RAIU değeri yükselirken destrüktif ya da faktisiyöz tirotoksikozda düşük saptanır. Ancak bu sonuca varabilmek için hastanın iyot içeren medikasyon maruziyeti dışlanmalıdır.

Organifikasyon defektlerinde RAIU Testi (perklorat kovma testi)

Sodyum perklorat alımı sonrası 2. saatte RAIU değerlerinin >%10 azalması organifikasyon defekti ile uyumlu yorumlanır. %90dan fazla azalma total organifikasyon defekti ile uyumlu iken, %10-90 arası değerler parsiyel defekti düşündürür (25).

Kontraendikasyonlar

Gebelik ve emzirme kesin bir kontrendikasyon olmamakla birlikte çekim öncesinde mutlaka sorgulanmalıdır. Tiroid sintigrafisi ve uptake testinde kullanılan radyofarmasötikler plasentadan geçebilmektedir ancak tek sintigrafik inceleme ve RAIU testi ile fetusun alacağı doz gebelikte izin verilen total tüm vücut efektif radyasyon dozunun altındadır. Ancak genel prensip olarak fetusun mümkün olan en düşük radyasyon dozuna maruziyeti hedeflendiğinden, gebe hastalarda tiroid bezinin değerlendirilmesi öncelikle US ile yapılmalı, klinik olarak beklemesinde sakınca olmayan hastalarda tiroid sintigrafisi ve RAIU ölçümleri doğum sonrasına ertelenmelidir. Gebelik sırasında yapılması zorunlu ise, radyofarmasötik olarak $^{99m}\text{TcO}_4$ tercih edilmelidir. ^{123}I , diğer iyot radyoizotopları ile kontamine olabileceği için gebelik durumunda kullanılması önerilmez.

Laktasyonda ise $^{99m}\text{TcO}_4$ verildiyse, emzirmeye 12 saat süreyle ara verilmelidir. ^{123}I , kısa yarı ömürlü bir radyonüklid olmasına rağmen, diğer iyot radyoizotopları ile kontamine olabileceği için emzirmenin en az 3 hafta süreyle kesilmesi önerilmektedir. RAIU testi için verilen çok küçük dozlarda ^{131}I dahi emzirmenin benzer şekilde en az 3 hafta süreyle kesilmesini gerektirmektedir. Ancak bu süre sonunda emzirmenin devam ettirilmesi mümkün olmayacağından pratik olarak tümüyle kesilmesi önerilir (26).

Tiroid sintigrafisi ve RAIU testi öncesinde gebelik ve emzirme sorgulanmalıdır. 2 hafta süreyle yüksek iyot alımı (1mg/gün dahi) tiroid bezinde RAI ve $^{99m}\text{TcO}_4$ 'ın tutulumunu azaltmakta veya tek seferde $\geq 30\text{mg}$ iyot alımı günler-haftalar boyunca tiroid bezini suprese etmektedir. Tutulumu etkileyen ilaçlar ve tetkik öncesinde kesilmesi gereken süreler tabloda verilmiştir (Tablo 1) (27). ^{99m}Tc -sestamibi ve ^{18}F -FDG tutulumu NIS aracılı olmadığından iyot alımından etkilenmez.

Tablo 1 :

	Kesilme süresi
İyot içeren maddeler	
Amiodaron	3-6ay
İntravenöz kontrast ajanları	1-2ay
İyot içeren ilaçlar ve preparatlar	4 hafta
İyot içeren antiseptikler	4 hafta
İyot solüsyonları (Lugol veya potasyum iyodür)	4-6 hafta
Yağ bazlı iyot içeren kontrast ajanları	3-6 ay
Tiroid ilaçları	
Levotiroksin (LT4)	4 hafta
Liotironin (LT3)	2 hafta
Anti-tiroid ilaçları (metimazol, karbimazol, PTU)	3-7 gün
Perklorat	1 hafta

Çekim Protokolleri

Tiroid sintigrafisinde ve RAIU testinde kullanılabilen radyofarmasötikler, fiziksel özellikleri ve uygulama dozları tablo 2'de verilmiştir (27).

Tablo 2

	^{131}I -	^{123}I -	$^{99m}\text{TcO}_4$	^{99m}Tc -sestamibi	^{18}F -FDG
Uygulama	p.o.	p.o.	i.v	i.v	i.v.
Aktivite (MBq)	0.15-0.37 (tiroid sintigrafisi için) 0.15 (RAIU testi için)	7.4-14.8 (tiroid sintigrafisi için) 3.7 (RAIU için)	74-111	185-370	200-370
Enerji (piki)	364	159	140	140	511

Fiziksel yarı ömür	8.06 gün	13.2st	6.04st	6.04st	110dk
Efektif doz (mSv/MBq)	11 (tiroid sintigrafisi için)	0.2 (tiroid sintigrafisi için)	0.013	0.009	0.04(PET/BT)

Protokol:

Tiroid Sintigrafisi

$^{99m}\text{TcO}_4$ 'ün intravenöz enjeksiyonunu takiben 15-20. dakikada, ^{123}I -ün enjeksiyonu sonrası 2-6. saatte ve 24. saatte konvansiyonel gama kameralarda yüksek rezolüsyonlu paralel hol kolimatör veya pinhol kolimatör ile 140keV fotopikte %15-20 enerji penceresinde matriks büyüklüğü 128X128 veya 256X256 olacak şekilde 1.5-2.0 zoom faktörü ile boyun bölgesinden anterior pozisyonda görüntüleme yapılır. Ektopik tiroid dokusu araştırıldığı durumlarda mediasten de ilgi alanına girecek şekilde paralel hol kolimatör ile görüntüleme yapılır (27).

^{99m}Tc -sestamibi ile sintigrafi yapılacaksa enjeksiyon sonrası 10-30. dakikada konvansiyonel gama kamerada $^{99m}\text{TcO}_4$ ile aynı enstrümantasyon ve çekim protokolü ile görüntüleme yapılır. ^{18}F -FDG ile görüntüleme yapılacaksa 50-70 dakika sonra PET kameralarda çekime başlanır. Atanüasyon düzeltme ve anatomik korelasyon için düşük doz BT kullanılarak onkolojik görüntülemelerde kullanılan standart protokol ile PET/BT çekimi yapılır (27).

Radyoaktif iyot uptake testi

Tiroid uptake ölçümü belli bir miktar radyoaktif iyotun sindirim sonrasında tiroid bezine ulaşan ve bezde kalan miktarının seçilmiş zaman dilimlerinde ölçümü ile hesaplanabilir. RAIU değerleri genellikle tiroid bez fonksiyonlarını yansıtır. RAIU testi 3.7 MBq ^{123}I ya da 0.15 MBq ^{131}I gibi düşük doz aktivite ile yapılabilir. ^{123}I ile yapmanın bir avantajı tiroid bezinin eş zamanlı görüntülemesinin de yapılabilmesidir (27).

RAIU ölçümü için bir tiroid probu ve standardize boyun fantomu gereklidir. Alternatif olarak paralel-hol kolimatör ile gama kamerada da yapılabilir. Genellikle 4-6 saat ve 24. saat ölçümleri, nadiren ise 5. gün ölçümü yapılır. Tiroid bezinde aktivite kalış süresinin çoklu ölçümler ile değerlendirilmesi hipertroidizm nedeniyle radyoaktif iyot tedavisi planlanacak hastalarda gereklidir(27).

Normal RAIU değerleri iyot alım miktarlarına göre farklı bölgelerde farklılık gösterir ve bu nedenle her nükleer tıp merkezi için kendi normal değerlerinin belirlenmesi gereklidir. İyot eksikliği olamayan bir bölgede %25'in üzerindeki herhangi bir değer eşlik eden hipertroidi varlığında tiroid hiperfonksiyonu ile uyumlu olarak yorumlanmalıdır. Hipertiroid hastaların küçük bir kısmında iyot turnoverının hızlı olması nedeniyle 6-12. saatlerde en yüksek uptake değerleri izlenirken, 24. saat ve 5. gün uptake değerleri normal kalır. İleri yaşta ve toksik multinodüler guatr tanısı olan hastalarda RAIU değerleri normal olabilir. Destruktif tiroidit, ektopik tiroid dokusu varlığı, ekzojen tiroid hormon alımı ve iyot içeren medikasyon maruziyeti sonrasında ise RAIU değerleri düşük ölçülür. Fonksiyone metastatik tiroid karsinomu ve mediastinal guatr varlığında da RAIU değerleri düşük saptanabilir. Destruktif tiroiditin dinamik seyri nedeniyle RAIU ölçümleri yapılırken güncel tiroid fonksiyon testleri göz önünde bulundurulmalıdır. Ciddi

kronik hastalıklarda RAIU değerlerinde azalma izlenirken (ötiroid hasta sendromu) renal yetmezliği olan hastalar genellikle artmış RAIU değerlerine sahiptir(27).

TEMD Önerileri

- 3A. Her iki ajanın da tiroid bezinin görüntülenmesinde avantaj ve dezavantajları olmakla birlikte, ^{123}I 'ün yaygın olarak elde edilememesi ve yüksek maliyeti nedeniyle tiroid sintigrafisinde $^{99\text{m}}\text{TcO}_4$ tercih edilmelidir. ^{123}I çocuklarda veya organifikasyon defektinden şüphe edilen durumlarda kullanılabilir.
- 3B. Hipertirodizm ile deskütik tirotoksikozis (akut ve subakut tiroidit) ve faktisiyöz tirotoksikozis ayırıcı tanısında tiroid sintigrafisi ve RAIU testi önerilmektedir.
- 3D. Otonom fonksiyone nodüllere gereksiz biyopsilerin önlenmesi açısından TI-RADS modeline tiroid sintigrafisinin entegre edilmesi gerekmektedir.
- 3E. $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -sestamibi veya ^{18}F -FDG ile tiroid görüntüleme, yüksek negatif prediktif değeri ile indetermine sitolojik sonucu olan nodüllerde ve tekrarlayan yetersiz/tanısal olmayan biyopsileri bulunan hastalarda tanıya yardımcıdır.
- 3F. Gebelik ve laktasyon kesin kontrendikasyon olmamakla birlikte, gebe hastalarda tiroid bezinin değerlendirilmesi öncelikle US ile yapılmalı, klinik olarak beklenmesinde sakınca olmayan hastalarda tiroid sintigrafisi ve RAIU ölçümleri doğum sonrasına ertelenmelidir. Gebelik sırasında yapılması zorunlu ise, radyofarmasötik olarak $^{99\text{m}}\text{TcO}_4$ tercih edilmelidir.

Kaynaklar

1. Baker CH, Morris JC. The sodium-iodide symporter. *Curr Drug Targets Immune Endocr Metabol Disord.* 2004;4:167–74.
2. Dohan O, De la Vieja A, Paroder V, Riedel C, Artani M, Reed M, et al. The sodium/iodide symporter (NIS): characterization, regulation, and medical significance. *Endocr Rev.* 2003;24:48–77.
3. Giovannella L, Ceriani L, Treglia G. Role of isotope scan, including positron emission tomography/computed tomography, in nodular goitre. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2014;28:507–18
4. Giovannella L, Campenni A, Treglia G, Verburg FA, Trimboli P, Ceriani L, et al. Molecular imaging with $(^{99\text{m}}\text{Tc})\text{-MIBI}$ and molecular testing for mutations in differentiating benign from malignant follicular neoplasm: a prospective comparison. *Eur J Nucl Med Mol Imaging.* 2016;43:1018–26.
5. Treglia G, Caldarella C, Saggiorato E, Ceriani L, Orlandi F, Salvatori M, et al. Diagnostic performance of $(^{99\text{m}}\text{Tc})\text{-MIBI}$ scan in predicting the malignancy of thyroid nodules: a meta-analysis. *Endocrine.* 2013;44:70–8.
6. Theissen P, Schmidt M, Ivanova T, Dietlein M, Schicha H. MIBI scintigraphy in hypofunctioning thyroid nodules—can it predict the dignity of the lesion? *Nuklearmedizin.* 2009;48:144–52.
7. Treglia G, Bertagna F, Sadeghi R, Verburg FA, Ceriani L, Giovannella L. Focal thyroid incidental uptake detected by ^{18}F fluorodeoxyglucose positron emission tomography. *Nuklearmedizin.* 2013;52(04):130–6.
8. Piccardo A, Puntoni M, Bertagna F, Treglia G, Foppiani L, Arecco F, et al. $(^{18}\text{F})\text{-FDG}$ uptake as a prognostic variable in primary differentiated thyroid cancer incidentally detected by PET/CT: a multicentre study. *Eur J Nucl Med Mol Imaging.* 2014;41:1482–91.
9. Kusic Z, Becker DV, Saenger EL, Paras P, Gartside P, Wessler T, et al. Comparison of technetium- $^{99\text{m}}$ and iodine- 123 imaging of thyroid nodules: correlation with pathologic findings. *J Nucl Med.* 1990;31:393–9
10. Bongiovanni MPG, Ceriani L, Pusztaszki M. Cellular and molecular basis for thyroid cancer imaging in nuclear medicine. *Clin Transl Imaging.* 2013;1:149–61
11. Silberstein EB, Alavi A, Balon HR, Clarke SEM, Divgi C, Gelfand MJ, et al. The SNM practice guideline for the therapy of thyroid disease with ^{131}I 3.0*. *J Nucl Med.* 2012;53:1633–51.

12. Hanscheid H, Canzi C, Eschner W, Flux G, Luster M, Strigari L, et al. EANM Dosimetry Committee series on standard operational procedures for pre-therapeutic dosimetry II. Dosimetry prior to radioiodine therapy of benign thyroid diseases. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2013;40:1126–34
13. Piga M, Cocco MC, Serra A, Boi F, Loy M, Mariotti S. The usefulness of ^{99m}Tc-sestaMIBI thyroid scan in the differential diagnosis and management of amiodarone-induced thyrotoxicosis. *Eur J Endocrinol*. 2008;159(4):423–9.
14. Pattison DA, Westcott J, Lichtenstein M, Toh HB, Gunawardana D, Better N, et al. Quantitative assessment of thyroid-to-background ratio improves the interobserver reliability of technetium-99m sestamibi thyroid scintigraphy for investigation of amiodarone-induced thyrotoxicosis. *Nucl Med Commun*. 2015;36(4):356–62.
15. Tessler FN, Middleton WD, Grant EG, Hoang JK, Berland LL, Teefey SA, et al. ACR thyroid imaging, reporting and data system (TI-RADS): white paper of the ACR TI-RADS committee. *J Am Coll Radiol*. 2017;14(5):587–95.
16. Schroder S, Marthaler B. Autonomy and malignancy of thyroid gland tumors. A critical analysis of the literature on the existence of hyperfunctioning follicular and papillary thyroid gland carcinomas. *Pathologe*. 1996;17(5):349–57.
17. Lupi A, Orsolon P, Cerisara D, Deantoni Migliorati G, Vianello Dri A. “Hot” carcinoma of the thyroid. Case reports and comments on the literature. *Minerva Endocrinol*. 2002;27(1):53–7
18. Schenke S, Seifert P, Zimny M, Winkens T, Binse I, Goerges R. Risk stratification of thyroid nodules using Thyroid Imaging Reporting and Data System (TIRADS): the omission of thyroid scintigraphy increases the rate of falsely suspected lesions. *J Nucl Med*. 2019 Mar;60(3):342–347.
19. Giovanella L, D’Aurizio F, Campenni A, Ruggeri RM, Baldari S, Verburg FA, et al. Searching for the most effective thyrotropin (TSH) threshold to rule-out autonomously functioning thyroid nodules in iodine deficient regions. *Endocrine*. 2016;54(3):757–61
20. Grant EG, Tessler FN, Hoang JK, Langer JE, Beland MD, Berland LL, et al. Thyroid ultrasound reporting lexicon: white paper of the ACR thyroid imaging, reporting and data system (TIRADS) committee. *J Am Coll Radiol*. 2015;12:1272–9
21. Ross D. Evaluation and management of thyroid nodules with indeterminate cytology. Up to date. 2018. <https://uptodate.com>. Accessed Jan 6 2019
22. de Koster EJ, de Geus-Oei LF, Dekkers OM, van Engen-van Grunsven I, Hamming J, Corssmit EPM, et al. Diagnostic utility of molecular and imaging biomarkers in cytological indeterminate thyroid nodules. *Endocr Rev*. 2018;39:154–91
23. Klett M. Epidemiology of congenital hypothyroidism. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 1997;105(Suppl 4):19–23
24. Meller J, Becker W. The continuing importance of thyroid scintigraphy in the era of high-resolution ultrasound. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2002;29:Suppl 2): 425–38.
25. Keller-Petrot I, Leger J, Sergent-Alaoui A, de Labriolle-Vaylet C. Congenital hypothyroidism: role of nuclear medicine. *Semin Nucl Med*. 2017;47:135–42.
26. ICRP, 2000. Pregnancy and Medical Radiation. ICRP Publication 84. *Ann. ICRP* 30 (1).
27. Giovanella, L., Avram, A.M., Iakovou, I. et al. EANM practice guideline/SNMMI procedure standard for RAIU and thyroid scintigraphy. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 2019;46:2514–2525.

İYOT EKSİKLİĞİ HASTALIKLARI VE TÜRKİYE'DEKİ DURUM

Prof. Dr. İnan Anaforoğlu, Prof. Dr. Rifat Emral

İyot tiroid hormonlarının üretimi için esansiyel bir elementtir. Yeterli iyot alımı normal büyüme ve gelişme için gereklidir. İyot eksikliği yetersiz tiroid hormonu üretimine yol açarak iyot eksikliği hastalıklarına (İEH) sebep olur. İyodun fazla alınması da çeşitli rahatsızlıklara sebep olabilir (1).

İyot Metabolizması

İyot, sadece iyot içeren ya da iyot ilave edilmiş besinler yoluyla oral olarak alınabilmektedir. Diyetle alınan iyodun tamamına yakını (>%90) mide ve duodenumdan hızlıca emilir. İyot eksikliği durumunda tiroid bezi tarafından iyot alım oranı %80'e kadar çıkarken yeterli iyot alımında bu oran %10 civarında kalmaktadır. İyodun yarı ömrü normalde 10 saat kadardır, iyot eksikliği durumlarında bu süre uzar (2).

Sağlıklı bir erişkinin vücudunda %70-80'i tiroid bezinde depolanmış vaziyette yaklaşık 15-20 mg iyot bulunur. Kronik iyot eksikliğinde tiroid bezindeki toplam iyot miktarı 20 µg'a kadar düşebilir. İyot yeterli bölgelerde erişkin tiroid bezi günlük yaklaşık 60 µg iyot tutar. Na/I pompası tarafından plazmadakinin 25-50 katı bir gradiyente karşı iyodu tiroid bezine transfer eder. T4'ün %65, T3'ün ise %59'unu iyot oluşturmaktadır. T4'ün yarı ömrü 5-7 gün, T3'ün yarı ömrü ise 1,5-3 gündür. Plazmaya salınan iyot tiroid bezi tarafından enterohepatik sirkülasyondan tekrar tekrar geri alınarak kullanılır. Kullanılmayan iyodun fazlası ise idrarla atılır. Diyetle alınan iyodun %90'undan fazlası alındıktan sonra 24-48 saat içinde idrar yoluyla atılır (1, 2). Fekal atılım ihmal edilebilecek kadar azdır. Bu nedenle üriner iyot konsantrasyonu (ÜİK) ölçümü kişilerin son 24 saat içinde aldığı iyot miktarı konusunda fikir verir (3).

Toplumda iyot eksikliği durumunu değerlendirmek için önerilen yöntemler; ÜİK, kanda tiroglobulin ölçümü ve guatr sıklığıdır. Bu yöntemler birbirini tamamlayan yöntemlerdir. ÜİK son günlerde alınan iyot miktarını belirleyen hassas bir yöntemken, tiroglobulin (son hafta-aylarda) artmış tiroid aktivitesini gösterir, guatr varlığı ise çok daha uzun zamandır (aylar-yıllar) maruz kalınan iyot eksikliğini gösterir (4). Son zamanlarda tiroid hacmini güvenilir şekilde yansıtan tiroglobulin ölçümlerinin taramalarda kullanılabilmesi söylenmektedir. Ancak tiroglobulin eşik değerleri halen tartışmalıdır (5).

İyot ölçümü

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), eski ismi ile Uluslararası İyot Eksikliği Hastalıklarını Önleme Konseyi (ICIDD) ve yeni ismi ile 'Global Iodine Network' (IGN) tarafından 2007 yılında yayınlanan kılavuzda toplumda iyot durumunu belirlemek için toplum taramalarında ÜİK ölçümü önerilmektedir (3). Toplum taramalarında (en az 500 kişiden oluşan topluluk için) iyot eksikliğini belirlemek için spot olarak alınan tek bir iyot örneği o topluluğun iyot durumunu belirlemek için yeterli kabul edilmektedir. Bireysel olarak iyot eksikliğini belirlemede ise kişinin yiyeceklerle günlük farklı düzeydeki iyot alımına

bağlı olarak günden güne ya da bireyin kendi içindeki değişkenlikten ötürü spot idrarda ya da 24 saatlik idrarda ÜİK kullanımı önerilmemektedir.

Bireysel iyot durumunu tespit ederken birden fazla (farklı günlerde alınan en az 10 veya daha fazla) idrar iyot örneğine ihtiyaç vardır, bu durumda kişinin iyot durumu %20 kesinlikle belirlenebilmektedir (6). Yaşa ve cinsiyete göre düzeltilmiş iyot/kreatinin oranı bir alternatif olabilmekle birlikte yine kısıtlamaları vardır, kreatinin atılımının spot örneklerde bakılması özellikle kas kütleleri düşük olanlarda güvenilir değildir. Dolayısı ile kişilerin iyot durumunu belirlemede spot ya da 24 saatlik idrarda iyot atımının kullanılması yararlı değildir. Bu nedenle bireylerin değil toplumun iyot durumuna bakılır ve toplum genelinde iyot profilaksisi yapılırken (genellikle iyotlu tuz ile), risk grubuna mensup bireylerde (örneğin gebelerde) ayrıca iyot desteği verilir.

Bir ülkenin iyot durumunu ortaya koymak için okul çağı çocuklarında (OÇÇ) tarama yapmak önerilmektedir. Ulusal veri tabanı sağlamak için ortalama 1200 OÇÇ'den örnek alınması gereklidir (her kümede 40 çocuk olmak üzere 30 küme örneği sağlanmalı) (1).

ÜİK ölçümüne göre yaş gruplarına göre kişilerin alması gereken iyot miktarı Tablo 2 ve iyot eksikliği sınıflaması Tablo 3'te gösterilmiştir (3, 7).

Tablo 2: WHO-ICCIDD-IGN tarafından önerilen yaşlara göre yeterli günlük iyot alm miktarları

90 µg/gün (0-59 ay)
120 µg/gün (6-12 yıl)
150 µg /gün (>12 yaş ve Yetişkin)
>250 µg/gün (Gebede ve Laktasyonda)

Tablo 3: WHO-ICCIDD-IGN tarafından önerilen ve taramalarda toplumda iyot miktarını belirleyen, medyan üriner iyot konsantrasyonları (ÜİK)

Medyan ÜİK (µg/L)	İyot alımı (µg/gün)	İyot durumu	
100-199	150-299	İdeal iyot alımı	
200-299	300-449	Normalden fazla	
>299	>499	Belirgin olarak fazla	
Okul çağı çocukları			
<20	Yetersiz	Ciddi iyot eksikliği	

20-49	Yetersiz	Orta derecede iyot eksikliği	
50-99	Yetersiz	Hafif iyot eksikliği	
100-299	Yeterli	Uygun iyot durumu	
>300	Fazla	Olası yan etkiler (artmış iyoda bağlı toksikozis, otoimmünite riskinde artış)	
Gebe kadınlar			
<150	Yetersiz		
150-240	Yeterli		
250-499	Normalden fazla		
≥500	Fazla		
Emziren kadınlar			
<100	Yetersiz		
≥100	Yeterli		

İyot eksikliğinin sonuçları

Tiroid bezinin iyot eksikliğine uyumu

İyot eksikliği durumunda tiroid hormon sentezi aktif hormon olan T3 tarafına kayar ve tiroid bezinin iyot yakalama kapasitesi, iyot alımı (*uptake*), artar, böylece tiroid bezi iyodu daha ekonomik kullanır (1). Artmış iyot alımına serum TSH düzeylerinde yükselme eşlik edebilir. Ancak belirgin TSH yüksekliği ileri düzeylerdeki iyot eksikliklerinde beklenir. Tiroid bezi uyarılır, Tg sentez ve sekresyonu artar. İyot eksikliğine bağlı gelişen tiroid hiperplazisi ile birlikte tiroid hormon üretiminde de değişiklik olur. Kolloid içinde depolanan tiroglobulinin iyot miktarı azalır. Monoiodotirozin (MIT) sentezi, diiodotirozin (DIT) sentezine göre artar ve sentez T4'ten, daha aktif olan T3 tarafına kayarak MIT/DIT ve T3/T4 oranları artar (8). Burada iyodun daha etkin bir biçimde kullanılması hedeflenmektedir.

İyot eksikliğinin tiroid bezi üzerindeki etkileri

İyot eksikliği aynı zamanda nodüler guatra da sebep olur. İyot serbest radikallerin veya serbest oksijen radikallerinin (ROS) başlıca kaynağı olan hidrojen peroksit (H2O2) üretimini inhibe eden bir antioksidandır. İyot eksikliğine bağlı olarak ROS ve H2O2'nin fazla miktarda üretilmesi tiroid hücre büyümesi ile ilgili olan genlerde mutasyona sebep olabilir. Bu durum otonom tiroid hücresi çoğalmasını indükleyerek tiroid hormon üretimini artırabilir ve TSH düzeylerini baskılar, iyot eksikliği olanlarda TSH'nın yükselmemesi de bu şekilde açıklanabilir. İyot eksikliği aynı zamanda nodül oluşumu ve sonrasında hipertirodiye gidişi de tetikleyebilir (9).

İyot eksikliği aynı zamanda tiroid hormonu üretimi için substrat yeterli olmadığı için hipotirodiye de sebep olabilir.

İyot fazlalığının etkileri

Son zamanlarda özellikle bağışıklık sistemini güçlendirmek için vitamin takviyesi amacıyla toplumun her kesiminde iyot kullanımının arttığı görülmektedir. İyot eksikliğinin olumsuz etkileri olabileceği gibi fazla ve gereksiz iyot alımının da bazı olumsuz etkileri olabilir. Özellikle iyot eksikliği olanlarda yüksek dozda iyot alınmasının antikoru oluşumunu tetikleyebileceği, antikoru zaten pozitif olan kişilerde hipotiroidiye gidişi hızlandırabileceği bilinmektedir (9). Esasen dışarıdan aşırı iyot alımının sonuçları kişiden kişiye de değişebilmekte ve burada en önemli belirleyiciyi de intratiroidal iyot havuzu oluşturmaktadır. Örneğin intratiroidal iyot havuzu düşük olan kişilerin yüksek miktarda iyoda maruziyeti sonucu sıklıkla geçici olan iyot toksikozu (Jod Basedow) ortaya çıkarken, intratiroidal iyot havuzu zengin bireylerde tam aksi durum oluşmakta ve aşırı iyodun tiroid hormon salınımını bloke edici etkisi nedeniyle hipotiroidi gelişebilmektedir.

İyot eksikliğinin klinik sonuçları

Dünyada önlenebilir zeka geriliğinin en önemli nedeni iyot eksikliğidir. İEH yeterli iyot replasmanı ile önlenebilir bir grup hastalığı kapsamaktadır (Tablo 1) (3).

Tablo 1: İyot eksikliği hastalıkları

Fetüs	Düşük, ölü doğum
	Konjenital anomaliler
	Artmış perinatal mortalite/morbidite
	Artmış bebek ölüm hızı
	Nörolojik/miksödemli kretinizm
	Psikomotor defektler
Yenidoğan	Neonatal guatr
	Neonatal hipotiroidizm
	Endemik mental retardasyon
	Nükleer radyasyona maruziyet riskinde artış
Çocuk ve adölesan	Guatr (subklinik hipotiroidizm)
	Mental ve fiziksel gelişme geriliği
	Nükleer radyasyona maruziyet riskinde artış
Erişkin	Guatr
	Hipotiroidizm
	Mental fonksiyon bozukluğu
	Erişkinlikte spontan hipertiroidi riski
	İyoda bağlı hipertiroidi riski
	Nükleer radyasyona maruziyet riskinde artış

Türkiye'deki iyot durumunu belirleme ve iyot eksikliğini önleme çalışmaları

Geçmişteki İyot Taramalarının Kısa Özeti ve Genel Bilgiler

İyot profilaksisi için halen dünyada önerilen en etkili yöntem sofrta tuzlarının iyotlanmasıdır (3). WHO/ICCIDD/IGN tarafından önerilen ulusal tuz iyotlama programları birkaç aşamadan oluşmaktadır. Burada tuzun iyotlanması, öncelikle hedef kitleye (gebeler, çocuklar) ulaştırılması ve ardından monitorizasyon programlarının yapılması hedeflenmekte ve önerilmektedir. Bir ülkede yeterli iyot profilaksisi yapıldığını gösteren ve WHO-ICCIDD tarafından belirlenen kriterler aşağıda verilmiştir;

- Taranan popülasyonda medyan ÜİK en az 100 µg/gün olmalıdır.
- ÜİK 50 µg/L altında kalan bireyler tüm tarama popülasyonunun %20'sinden az olmalıdır.
- Evde kullanılan tuzların %95'inde en az 15 ppm ve üzerinde iyot saptanmalıdır.
- Son ülke çapındaki tarama 2 yıl içinde yapılmış olmalıdır.

Türkiye'de endemik guatr ve iyot eksikliği önemli bir halk sağlığı problemidir. T.C. Sağlık Bakanlığı Aile ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü ve UNICEF Türkiye Temsilciliği'nin değerli katkıları ile Erdoğan ve arkadaşları WHO/ICCIDD tarafından önerilen sonografik tiroid volumleri (STV) ve ÜİK ölçümleri ile endemik bölgelerde 9–11 yaş arasındaki okul çağı çocuklarında (OÇÇ) guatr prevalansını ve endemi etyolojisini belirleme çalışmaları gerçekleştirmişlerdir (10). Bu amaçla 1997–1998 ve 1998–1999 öğretim yıllarında 20 il merkezinde toplam 5948 OÇÇ'de, STV ve ÜİK ölçülmüştür. Tarama yapılan iller daha önce palpasyon verileri ile guatrın endemik olduğu bilinen illerimizden seçilmiştir. Bu bölgelerdeki OÇÇ'nin önemli bir kısmının tiroid volumleri WHO/ICCIDD tarafından aynı yaş ve cins için önerilen sınır değerlerin üzerinde bulunmuştur. Çalışma sonucunda 20 bölge için OÇÇ'lerde guatr prevalansı %31,8 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4). Yirmi ilimizden hiçbirisinde ÜİK'leri yeterli düzey olan medyan 100 µg/L üzerinde bulunmamıştır (Tablo 4) (10).

Tablo 4: 1999 yılı Türkiye iyot taramaları (bölgede sonografik guatrlı Okul Çağı Çocukları (OÇÇ) yüzdesi ve medyan ve mean±SD üriner iyot konsantrasyonların (ÜİK)

BÖLGE	ÖRNEK SAYISI	ÖNGÖRÜLEN GUATR PREVALANSI (%)	BULUNAN GUATR PREVALANSI (%)	ÜİK Mean ± SD (µg/L)	ÜİK Medyan (µg/L)
ANKARA	303	20	25**	32±58	25,5††
KASTAMONU	303	30	40***	77±134	30,5††
BAYBURT	306	30	42***	33±70	16†††
TRABZON	314	30	39***	35±62	14†††
BURDUR	394	20	27**	38±51	21††
ISPARTA	394	20	25**	55±70	28††
KONYA	187	35	15*	53±49	41††
ERZİNCAN	394	20	22**	82±89	48††
ERZURUM	383	20	33***	40±55	19†††
VAN	386	20	17*	59±70	37††
DİYARBAKIR	243	30	17*	60±59	43,5††

MALATYA	151	45	45***	97±80	78†
SAMSUN	151	40	34***	58±12	20††
ÇORUM	230	30	8*	87±77	61,5†
BOLU	187	35	5*	85±90	53†
KÜTAHYA	178	35	6*	76±65	59,5†
BURSA	385	20	7*	73±74	51,0†
EDİRNE	384	20	42***	93±77	78†
AYDIN	394	20	56***	78±75	46,5††
KAYSERİ	288	25	33***	44±51	25,5††
TOPLAM	5954		31,8		
Üriner iyot konsantrasyonları 50-100 µg/l *hafif derecede İE 20-49 µg/l **orta derecede İE 0-19 µg/l ***ciddi derecede İE			Sonografik Guatr Prevalansı: % 5-19.9 † hafif derecede İE % 20-29.9 †† orta derecede İE % >30 ††† ciddi derecede İE		

Bir bölgede guatrı, endemik, ilan etmek için guatr prevalansının %5'in üzerinde olması gerektiği bildirilmektedir (3). Bu çalışmalar ile ülke çapında iyot eksikliğinin boyutları ortaya konmuş, bilinçli, kontrollü ve etkili bir iyot profilaksi programının zorunluluğunu gösterilmiş, aynı zamanda bu program için bilimsel-epidemiolojik temel veriler sağlanmıştır (10). Bu çalışmaların ardından ulusal boyutta tuzların iyotlanması hedefine geçilmiştir (10). Ülkemizde tüm sofraya tuzlarının zorunlu olarak iyotlanması için gerekli yasal düzenlemeler Temmuz 1999'da tamamlanmış ve 2000'li yıllardan itibaren iyotlu tuz kullanımı yaygınlaştırılmıştır.

Ulusal iyotlama programı başladıktan sonra, AÇSAP Genel Müdürlüğü'nün 2002 yılında ülke çapında il merkezlerinde tamamladığı hane halkı çalışmasında hanelerin %63,9'unda iyotlu tuz kullanıldığı gösterilmiştir.

Sofra tuzlarındaki zorunlu iyotlama ile profaksi başladıktan 3-5 yıl sonraki iyot durumunu saptamak için ve OÇÇ'lere ulaşan iyot miktarını objektif olarak değerlendirmek, profilaksinin üretim, market, hane zincirindeki işlerliğini tekrar değerlendirmek amacıyla, 2002-2003 yıllarında, daha önce taranan 20 bölgenin ilköğrenim okullarından, toplam 4128 OÇÇ'den idrar örnekleri alınarak, ÜİK'ları monitörize edilmiştir (Yayımlanmamış veri). Çalışma sonucunda 20 bölgeden ikisinde (Trabzon, Kastamonu) medyan ÜİK'larının 100 µg/L olan yeterli düzeyin üzerine çıktığı; yedisinde (Ankara, Samsun, Konya, Isparta, Bayburt, Bursa, Edirne) 1997-1999'daki değerlere göre anlamlı gelişme saptanmakla birlikte yeterli düzeylere erişilemeyip hafif-orta derecede iyot eksikliğinin halen devam ettiği; yedi bölgede (Aydın, Burdur, Erzurum, Kayseri, Kütahya, Bolu, Erzincan) anlamlı değişim olmadığı; dört bölgede (Çorum, Van, Diyarbakır, Malatya) ise 1997-1999 değerlerine göre anlamlı düşüşler olduğu saptanmıştır (Tablo 5) (Yayımlanmamış veri).

Tablo 5: Türkiye iyot taramaları çerçevesinde 1997-1999 ve 2002 yıllarında 20 bölgede taranan okul çağı çocuklarının (OÇÇ) medyan üriner iyot konsantrasyonları (ÜİK) ve iyot durumundaki değişiklikler*

BÖLGE	1997-1999			2002			Bölge içinde taramalar arasında fark (p<0.001) †
	n	ÜİK Mean ±SD (µg/L)	ÜİK Medyan (µg/L)	n	ÜİK Mean ±SD (µg/L)	ÜİK Medyan (µg/L)	
ANKARA	303	32±58	25,5**	324	113±102	90*	Var, artış
KASTAMONU	303	77±134	30,5**	197	111±85	111	Var, artış
BAYBURT	306	33±70	16***	189	100±108	66*	Var, artış
TRABZON	314	35±62	14***	208	123±88	113	Var, artış
BURDUR	394	38±51	21**	194	44±71	19***	Yok
ISPARTA	394	55±70	28**	201	65±66	44**	Var, artış
KONYA	187	53±49	41**	202	80±58	72*	Var, artış
ERZİNCAN	394	82±89	48**	181	60±43	50*	Yok
ERZURUM	183	40±55	19***	200	43±75	18***	Yok
VAN	386	59±70	37**	201	36±40	21**	Var, azalma
DİYARBAKIR	243	60±59	43,5**	201	44±73	19***	Var, azalma
MALATYA	151	97±80	78*	193	73±67	54*	Var, azalma
SAMSUN	151	58±12	20**	198	104±95	93*	Var, azalma
ÇORUM	230	84±77	61,5*	200	58±72	29**	Var, artma
BOLU	187	85±90	53*	199	76±66	57*	Yok
KÜTAHYA	178	76±65	59,5*	199	75±52	68*	Yok
BURSA	385	73±74	51*	193	87±80	73*	Var, artma
EDİRNE	384	93±77	78*	225	107±71	99*	Var, artma
AYDIN	394	78±75	46,5**	203	79±85	44**	Yok
KAYSERİ	288	44±51	25,5**	220	43±45	27,5**	Yok
TOPLAM	5954	62±78	36**	4128	76±79	53*	

Medyan Üriner İyot Konsantrasyonları (ÜİK): 50-100 µg/l hafif İE, *20-49 µg/l orta İE

** 0-19 µg/l ciddi, *** iyot eksikliği (İE), >100 µg/l yeterli konsantrasyon

†Mann-Whitney testi

*Yayımlanmamış veri

1997 yılında, sofrta tuzlarının iyotlandırılması öncesi yapılan Türkiye'de okul çağı çocuklarında üriner iyot konsantrasyonu ve tiroid hacmi tayini çalışmasının Ankara'da gerçekleştirilen kolunda, 2002 ve 2007 yıllarında aynı okullardan aynı sayıda OÇÇ alınarak yapılan çalışma sonucu, 1997'de median ÜİK 25.5 µg/L, sonografik guatr prevalansı %25 iken, sofrta tuzlarındaki

iyotlandırılma sonrası 2002'deki değerlerin median ÜİK için 89,5 µg/L olduğu, sonografik guatr prevalansı %12,3'e gerilediği, 2007'de ise median ÜİK'nin 135 µg/L'ye çıkarken, sonografik guatr prevalansının %1,3'e gerilediği belirlenmiştir. (11). Bu çalışmanın sonucu da ülkemizde sofratuzlarının iyotlanması sonrası toplumun iyodinizasyonunun zaman içinde yeterli düzeye ulaştığını ve buna paralel olarak OÇÇ'de guatr prevalansının da azaldığını göstermiştir.

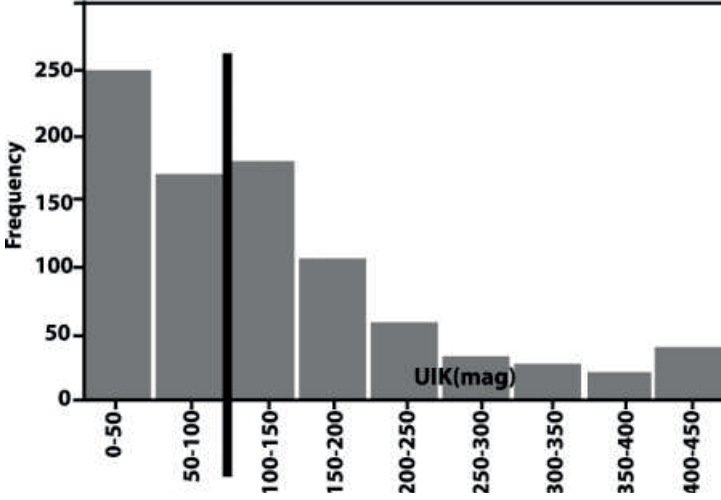
2007 Yılı Taramalarına Ait Özet Bilgiler: 2007 yılında Türkiye İyot Monitorizasyon (TİM) ve Türkiye Durum Belirleme (TDB) kısaltmaları ile iki ayrı tarama gerçekleştirilmiştir. TİM Çalışması ile daha önce iyot durumu bilinen illerdeki kısıtlı sayıda OÇÇ'den, sadece idrar örnekleri alınarak (30 il merkezi/n=2280) bu il merkezlerinde ulaşılan son durumu monitörize etmek amaçlanmıştır. TDB çalışmasında ise yeni bir durum belirleme yapılmış ve bu çalışmada, 30x30=900 deneklik bir örneklem ile '*PPS sampling and randomization*' yöntemi ile 24 il-ilçe-belde okullarından 900 idrar ve tuz örneği çalışılmıştır (12).

2007 TDB sonuçları: Tuz örneklerinin %28'inin potasyum iyodur (KI) ile, %45'inin ise potasyum iyodat (KIO₃) ile iyotlandığı saptanmıştır. Çalışma tarihindeki yürürlükteki kodekse göre değerlendirildiğinde KI ile iyotlanan tuzların %55,1'inin kodekse uygun aralıkta (50-70 mg/kg) iyotlandığı, %5,9'unda kodeksten fazla (>70 mg/kg) iyot olduğu, %39'unun ise kodeksten az iyotlanmış (<50 mg/kg) ve/veya kötü saklanmış olduğu saptanmıştır. WHO-ICCIDD kriterlerine göre değerlendirildiğinde tuzların %60'ında 15 ppm üzerinde iyot olduğu da saptanmıştır. KIO₃'lü tuzların ise; %60,6'sı kodekse uygun (25-40 mg/kg) olarak iyotlanmış, %11,3'ü kodeksten fazla (>40 mg/kg) iyotlanmış, %28,1'inin ise kodeksten az (<25 mg/kg, <15 ppm) iyotlanmış ve/veya kötü saklanmış olduğu saptanmıştır. KI veya KIO₃ olarak ayrılmadan bakılır ise tüm tuzların %73,5'i uygun şekilde iyotlu olarak kabul edilmiştir. İyotlanan tuzların %59,5'u kodekse uygun olarak iyotlanmış, iyotlu tuzların %9,2'si kodeksten fazla iyotlanmış, %32,3'u kodeksten az iyotlanmış ve/veya kötü saklanmış olarak bulunmuştur.

İdrar Örnekleri: Tablo 7'de 900 OÇÇ için, çalışılan ÜİK dağılımı verilmiştir. Şekil 1'de ÜİK frekans dağılımı görülmektedir. Bu dağılıma göre grubun median ÜİK'si 107 µg/L olarak saptanmış olsa da (>100 µg/L) dağılımın çan eğrisine uymadığı ve deneklerin %27,8'inin ciddi-orta derecede iyot eksikliğini yansıtır şekilde ÜİK'lerinin 50 µg/L'nin altında kaldığı dikkati çekmektedir. Ayrıca deneklerin %3'ü de 500 µg/L ÜİK ile iyot fazlalığı göstermektedir (12).

Tablo-7: 2007 TDB projesi çerçevesinde n=900 OÇÇ için, çalışılan ürünler iyot konsantrasyonlarının (ÜİK- µg/L)'nin dağılımı

Üriner İyot Konsantrasyonu (ÜİK)	% (Sıklık)	ÜİK	% (Sıklık)
<20 µg/L	7,2		
<50 µg/L	27,8		
<100 µg/L	47		
<200 µg/L	78,9		
<300 µg/L	89,6	>300 µg/L	10,4
<500 µg/L	97	>500 µg/L	3



Şekil 1 ÜİK-µg/L'nin dağılımı

Kırsal ve Kentsel Okulların ÜİK karşılaştırmaları: Çalışmaya alınan okullar yerleşimlerine ve öğrenci popülasyonlarına göre kırsal ve kentsel okullar olarak ayrılarak ÜİK açısından karşılaştırıldığında kırsal okulların ortalama ÜİK değeri 42 µg/L bulunurken, kentsel okullarda bu ortalama rakam 147 µg/L olarak bulunmuştur. Kırsal ve kentsel kesim arasında $p < 0,001$ düzeyinde anlamlı fark saptanmıştır. 2012 ve 2015 yılı için planlanan taramalar ise kaynak yetersizliği nedeniyle gerçekleştirilememiştir.

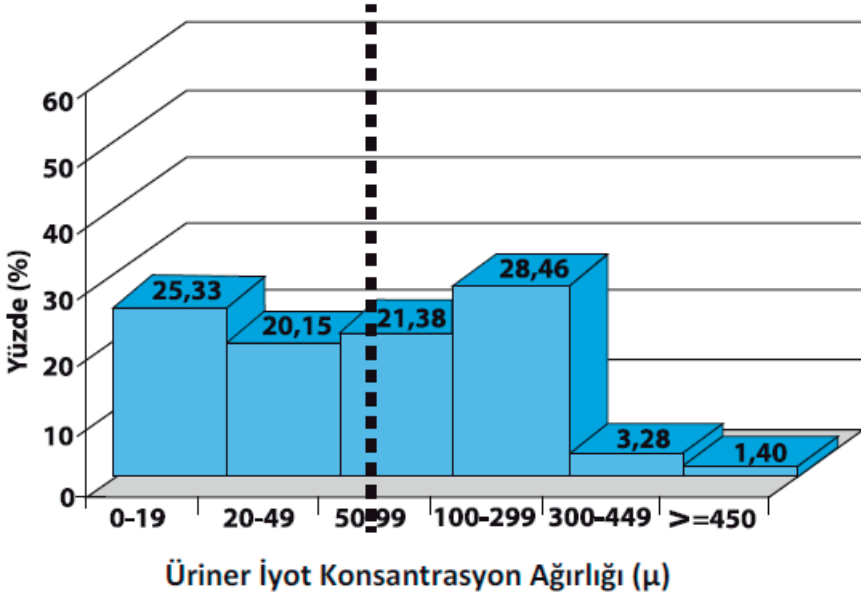
Tuz verileri: Genel olarak düşünüldüğünde, iyotlu tuz kullanımı %73,5 olarak saptansa da 15 ppm'den fazla iyot içeren tuzların oranı, yani profilaksiste kullanılabilir iyotlu tuz kullanımı oranı %56,5 olarak bulunmuştur. İyotlu tuz kullanımının tuz endüstrisinin de verilerine uygun olarak çoğu şehir merkezlerinde (TİM verileri) oldukça yeterli olduğu düşünülmüştür.

Ancak ÜİK verileri ile de birleştirildiğinde halen köy, belde gibi küçük yerleşim yerlerinde iyotlu tuz kullanımı düşüktür ve bunun yaygınlaştırılması programın ana hedeflerinden biri olmalıdır. Potasyum iyodür özellikle ülkemiz gibi nem ve ısı farkı çok olan bölgelerde stabilitesini koruyamamakta ve bunun mutlaka bir koruyucu ile birlikte tuza eklenmesi gerekmektedir. Nitekim artık birçok ülkede programlardan çekilmiş ve yeni kodeks ile 2009 yılı itibarı ile ülkemizde de kullanımı sonlandırılmıştır. Şu an geçerli kodekste ülkemizde sofraya tuzu iyotlanmasında sadece KIO₃ (25-40 mg/kg) kullanılmaktadır.

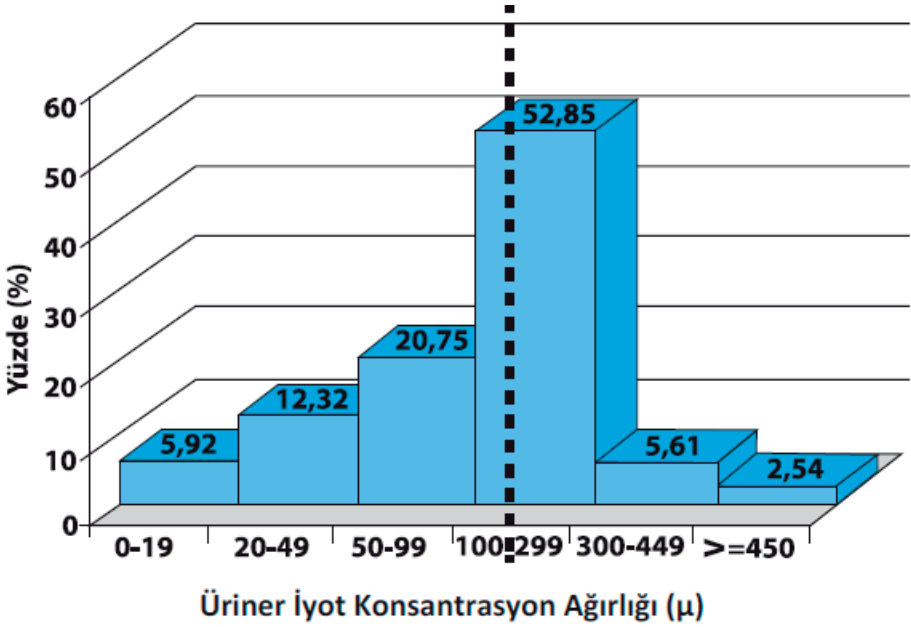
Üriner iyot verileri: Son medyan değerler TDB ve TİM verilerine göre 100 mg/L'nin üzerinde bulunmasına rağmen özellikle TDB verilerinde dağılım idealden uzaktır. Kentlerde durum oldukça iyi olduğuna göre bu veri küçük yerleşim birimlerinde halen iyotlu tuz kullanımının yetersiz olduğunu göstermektedir. Birçok şehir merkezinde istenilen dağılım ve medyanlar yakalanmıştır ancak 2007 yılı itibarı ile Türkiye'nin %27,8'inde ciddi-orta derecede iyot eksikliğinin devam etmekte olduğu gözlemlenmektedir. Bu oranın önemli bir kısmı kırsal alandan kaynaklanmaktadır. Kırsal bölgelerde sadece iyotlu tuz kullanımının artırılması ve kodekse uyumun daha iyi kontrolü ile problem çözülebilir gibi gözükmektedir.

Tablo 8'de Türkiye İyot Monitörizasyon 2007 (TİM 2007) çerçevesinde taranan, bazı illerde biliniyorsa iyotlu tuz kullanım oranları, medyan (ortanca) ÜİK'leri ve 1997 ve 2002 taramaları ile istatistiki karşılaştırmalar verilmiştir. Şekil 2 ve 3, 2002 ve 2007 arasında incelenen OÇÇ'leri ÜİK'leri arasındaki anlamlı fark gözükmemektedir.

Tablo 9'da ise bugüne değin Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü ve UNICEF Türkiye ile ortak yürütülen taramaların genel bir özeti verilmektedir. Bu tablo, Türkiye genelinde nerelerden nereye geldiğinin iyi bir göstergesidir.



Şekil 2. 2002 Türkiye iyot taramalarının dâhilinde 30 ilden taranan n=11 134. Okul çağı çocuğunun (OÇÇ) ÜİK'lerinin frekans dağılımı. Medyan 75 µg/L.



Şekil 3. TİM 2007 dâhilinde 30 ilden taranan n=2.280 okul çağı çocuğunun (OÇÇ) ÜİK'lerinin frekans dağılımı. Medyan 130 µg/L.

Yeterli iyot alımı ile guatr sıklığının azaldığını gösteren bir başka çalışma da, Emral R ve arkadaşlarının Çernobil Nükleer Santral Kazası'nın 15. yılında, kazadan etkilenen Rize bölgesi ve etkilenmeyen Beypazarı-Ankara bölgesinde yaptıkları, 1680 adolesanın incelendiği tiroid sonografisine dayalı çalışmadır. Bu çalışmada her ne kadar esas amaç guatr sıklığı ve idrar iyot konsantrasyonunu ortaya koymak olmasa da, çalışma grubunu temsil eden Rize ilinde incelenen 970 adolesanın ortalama ÜİK'si 131 µg/L, guatr prevalansı %28,25, nodül sıklığı ise %6,28 bulunmuş, buna karşılık Beypazarı'nda yaşayan 710 adolesanın ortalama ÜİK'si 54 µg/L, guatr prevalansı %61,95, nodül sıklığı ise %4,22 çıkmıştır. İki yerleşim yeri arasında ortalama ÜİK ve guatr sıklığı açısından istatistiksel fark mevcuttur ve Rize bölgesi daha yüksek ortalama ÜİK, daha düşük guatr prevalansına sahiptir. Bu çalışma da yeterli iyot alımı ile guatr sıklığının azaldığına iyi bir örnek teşkil etmektedir. (13)

Yine 2002-2003 yıllarında da bir başka proje ile Türkiye'de nüfusu yüksek olan ancak daha önce iyot durumu açısından uluslararası kriterlere uygun olarak değerlendirilmeyen, aralarında İstanbul, İzmir ve Antalya gibi büyük şehirlerin de bulunduğu, yaklaşık 13 milyonluk bir nüfusu yansıtan, on büyük şehir merkezinin iyot durumu, 7006 OÇÇ'nin ÜİK'leri saptanarak değerlendirilmiştir. İncelenen on ilimizin dördünde (İstanbul, Tekirdağ, Eskişehir, Artvin) medyan ÜİK'leri 100 µg/L olan yeterli düzeyleri geçmiş ve optimum seviye olan 100 ile 200 µg/L aralığında kalmıştır. Üç bölgemizde hafif derecede iyot eksikliği saptanmış (İzmir, Yozgat, Hatay), Antalya'da orta derecede, Kahramanmaraş ve Bitlis'te ciddi derecede iyot eksikliği bulunmuştur (Tablo 6) (Yayımlanmamış veri).

Tablo-6: Türkiye iyot taramaları çerçevesinde 2002 ve 2003 taramaları ile 10 bölgedeki 9-11 yaş arasındaki Okul Çağı Çocukları'nın (OÇÇ) saptanan iyot durumları*

BÖLGE	PLANLANAN ÖRNEKLEM SAYISI	TARANAN OÇÇ SAYISI	ÜİK Mean±SD (µg/L)	ÜİK Medyan (µg/L)
İSTANBUL	1824	122	148±112	1813
TEKİRDAĞ	383	390	129±99	107
İZMİR	1823	1823	107±87	94*
ESKİŞEHİR	384	392	130±97	110
YOZGAT	382	392	87±92	56*
ANTALYA	863	866	81±97	47**
HATAY	288	300	97±94	70*
KAHRAMANMARAŞ	384	351	31±58	19***
ARTVİN	285	299	174±129	150
BİTLİS	381	380	31±52	19***
TOPLAM	6997	7006		

Medyan Uriner İyot Konsantrasyonları (ÜİK):
 50–100 µg/L hafif iyot eksikliği
 * 20–49 µg/L orta derecede iyot eksikliği
 ** 0–19 µg/L ciddi derecede iyot eksikliği (İE)
 *** >100 µg/L yeterli konsantrasyon

*Yayımlanmamış veri

TEMD Önerileri

- Ülkemiz orta ciddi derecede iyot eksikliği ve endemik guatr bölgesidir.
- Sofra tuzlarının zorunlu olarak iyotlanması ile problem şehir merkezlerinde önemli ölçüde çözülmüştür ancak problemin özellikle kırsalda devam ettiği düşünülmektedir.
- OÇÇ'ler için en yeni verimiz 2007 yılına ait olmakla birlikte özellikle kırsalda problemin sürdüğünü göstermektedir.
- TEMD, ülke çapında rafine iyotlu sofraya tuzu tüketimini önermektedir.
- Rafine edilmeyen, içeriği net olarak bilinmeyen veya diğer katkı maddelerinin doğal veya suni olarak eklendiği, kaya tuzu, gurme tuzları gibi tuzların kullanılmasını önermemektedir.
- TEMD ülke çapında halen devam eden tuz kullanımının azaltılması kampanyalarını desteklemektedir.
- Şu an için bu kampanyalar ile, tuz tüketiminde, iyot eksikliği yaratacak düzeylerde, düşüş sağlanamamıştır. Zaman içinde kampanyanın etkili olması halinde sofraya tuzu içeriğindeki iyot miktarlarının artırılarak eksikliğin tekrar etmesi engellenebilir.
- İyot monitorizasyon çalışmaları 5 yılda bir tekrarlanarak devam etmelidir.

Gebelikte Tiroid Fonksiyonları, İyot İhtiyacı, Fizyolojik Adaptasyon

Erişkin ve OÇÇ'lerde yeterli iyot profilaksisini göstermesi bakımından ÜİK 100-199 µg/L olması yeterli iken bu değer gebelerde daha yüksektir (150-249 µg/L) (3). Gebelikte iyot ihtiyacının artmasının çeşitli sebepleri vardır. Gebelikte iyot klirensi artar. İlk trimesterden itibaren glomerüller filtrasyon hızı %50 artmaktadır; ikinci trimesterden itibaren böbrek kan akımı %75 oranında artmakta, böylece iyot klirensi de artmaktadır (14). Tiroid bezinin mutlak iyot alımı gebeliğin başlangıcından itibaren gebelerde normal kişilere göre %50 artar; ilk haftalardan itibaren tiroid hormon üretiminde de %20-50 artış gerekir (15). Tiroid hormon üretiminin artmasının asıl sebebi ise gebelik hormonu olan 'Human Koryonik Gonadotropinin' (HCG) seviyelerindeki özellikle gebeliğin ilk haftalarında olan artıştır. HCG tiroid bezini uyararak fazla hormon yapımına sebep olmaktadır. Ayrıca plasentada etkili olan ve T4 ile T3 inaktivasyonunun sağlayan iyodotironin deiyodinaz tip 3 enzimini inaktive olur. Böylece tiroid hormonlarının metabolizması hızlanmış bile olsa TSH düzeylerinde gebeliğin ilk haftalarında bir baskılanma olur (2, 8). Renal iyot klirensinin artması ve tiroid hormonu üretimindeki artma gebelikteki artmış iyot ihtiyacının temel sebebi gibi durmakla birlikte plasentada ve özellikle tiroid bezinde olmak üzere fetüste iyot birikimi (tüm gebelik boyunca sırasıyla; 15-30 µg ve 100-300 µg); plazma volümünün artmasıyla iyodun ve tiroid hormonlarının dağılım volümlerinin artması; proteine bağlı T4 ve T3 miktarında %50'ye varan bir artış diğer katkı sağlayan faktörlerdir (15, 16).

Gebelerde iyot taramaları ve replasmanı

Toplum taraması için gebelerde de spot idrar örneğinde ÜİK ölçümü önerilmekle birlikte bireysel olarak ölçümler konusunda tartışmalar vardır (3, 17). Tek bir örneğin diyet, çevresel faktörler, iyot suplementasyonu ya da gebeliğe bağlı (klirens artımı, fazla sıvı tüketimi gibi) faktörlerden etkilenmesi bekleneceğinden birden fazla örnek alınmanın gerekli olduğu söylenmektedir (17).

WHO/ICCIDD/IGN'nin 2007'deki en son raporuna göre iyot replasmanı için gebelerde de etkili yol olarak tuzların iyotlanması bildirilmiştir. İlave iyot desteğine ancak tuzların iyotlanması başarısız olursa ihtiyaç duyulacağı belirtilmektedir (3). Bu noktada önemli olan gebenin içinde bulunduğu toplumun 'iyot yeterli' bir toplum olup olmadığıdır (17). WHO/ICCIDD/IGN raporuna göre gebenin yaşadığı toplum iyot yeterli bir toplum ise teorik olarak kişinin iyot depoları gebelik boyunca yeterli olacağından ilave iyot desteğine ihtiyaç duyulmaz (3). Ancak dünyanın farklı ülkelerinde uygulama biraz daha farklıdır. Örneğin; Amerikan toplumu iyot yeterli bir toplum olmasına rağmen Amerikan Tiroid Birliği (ATA) hem bir önceki hem de bu yıl içinde yayınlanan kılavuzlarında tüm gebelerin ilave iyot desteği almalarını önermektedir. Yine, Avrupa Tiroid Birliği (ETA) 2014 kılavuzunda gebeler için 150 µg/gün iyot desteği önermektedir. Endokrin Topluluğu (Endocrine Society) ise, hem 2007 hem de 2012 kılavuzunda ilave iyot desteği önermemektedir (17-22). Bizim ülkemizde gebelerde yapılan çalışmalar son zamanlara kadar sınırlı sayıda ve sınırlı gebe ile olsa da son yıllarda sevindirici bir biçimde bu çalışmaların sayısında artış izlenmektedir. Yakın zamana kadar sınırlı sayıda gebe ile Türkiye'nin farklı bölgelerinden yapılan çalışmalarda median ÜİK 77,4-149-7 µg/L arasında değişirken taranan gebelerin %49,6 ile %90'ında iyot eksikliği gözlenmiştir (23-29). Son yıllarda yapılan geniş kapsamlı çalışmalardan, daha önceden iyot yeterli bölge olarak gösterilen Trabzon'da 864 gebede yapılan taramada, gebeler arasında iyotlu tuz kullanım oranı %90,7 olmasına rağmen median ÜİK 102 µg/L olarak bulunmuş (30), yine daha önceden iyot yeterli bölge olduğu gösterilen İstanbul'da 3543 gebede yapılan bir çalışmada median ÜİK 77 µg/L çıkmış ve gebelerin % 90'ında iyot yetersiz olarak bulunmuştur (31). Aynı şekilde Ankara'da 372 gebede yapılan çalışmada birinci

trimesterde %76, ikinci trimesterde %82 ve üçüncü trimesterde %91 gebede iyot eksikliği olduğu ortaya konmuştur (32). Bu da göstermektedir ki ülkemizin birçok bölgesi iyot yeterli olmasına rağmen gebelerde hala ciddi oranda iyot eksikliği mevcuttur. Gebelerin yeterli iyot desteği olduğundan emin olunması gereklidir. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği ülkemizde gebelerde ilave iyot desteği verilmesini önermektedir.

Sonuçlar

Son 10–15 yıl içerisinde iyot profilaksisi programında ciddi yol alınmıştır; 2007 yılına kadar alınan yol hiç de azımsanamayacak düzeydedir. Bu tarihte çoğu il merkezinde problem çözülmüş gözükmemektedir. Az sayıda il merkezinde problem sürmektedir. Ancak kırsal alanda durum farklıdır, sadece iyotlu tuz kullanımının artırılması ve kodekse uyumun daha iyi kontrolü ile kırsalda da problem çözülecek gibi görünmektedir. İki bin on iki yılı verileri 2007–2012 arasında özellikle kırsalda ne kadar yol alınabildiği konusunda son derecede önemlidir.

Gebe ve laktasyondaki kadınlar için verilerimiz her geçen gün artmaktadır. Elimizdeki mevcut veriler, gebelik ve laktasyonda artan iyot gereksinimi düşünüldüğünde sadece iyotlu tuz ile bunun karşılanamadığını göstermektedir. O halde bu risk grubunun günde 100-150 µg iyot desteği, gebede tuzun kısıtlandığı durumlarda ise 200-250 mcg/gün iyot desteği alması gereklidir. Bu konuda taramaların devam etmesi de mutlaka gereklidir.

Özellikle büyük şehirler için iyotlu tuz dışındaki kaynaklardan da iyot alımı söz konusudur. Yüksek değerlere (%2-3) dikkat edilmeli, ancak bunun profilaksiye engel teşkil etmemesine de önem verilmelidir. Özellikle İstanbul gibi, medyanların 200 µg/L civarına yaklaştığı bölgelerde besin zenginleştirmede kullanılan iyoda dikkat edilmeli ve gereksiz iyot suplementasyonu yapılmamalıdır.

Sürekliliğin sağlanması son derecede önemlidir. Unutulmamalıdır ki bulunduğumuz coğrafyada doğada iyot eksikliği devam etmektedir ve profilaksi bırakıldığı anda yıllar içerisinde başladığımız yere döneceğimiz açıktır.

Ülkemizde gebelikte izole hipotiroksinemi varlığında iyot eksikliği düşünülmeli ve öncelikle iyot desteği verilmelidir.

İyot alımı için TEMD Önerileri

- Son 10 yıl içerisinde ciddi yol alınsa da, ülkemizde halen hafif-orta derecede, kırsalda bazı bölgelerde ise ciddi-orta derecede İE sürmektedir.
- Sadece iyotlu tuz kullanımının artırılması ve kodekse uyumun daha iyi kontrolü ile çocuk ve yetişkinler için sorun çözülebilir.
- Gebe ve laktasyondaki kadınlar İE için özel bir risk grubu oluşturmaktadır.
- Gebelerin izin verilen iyotlu tuz tüketimine ve yaşadığı bölgeye göre, ÜİK tayini yapılmaksızın, günde 100-300 µg iyot desteği alması gerekir.
- Bu destek multivitaminlerle, folik asit ile kombine preparatlarla veya sadece KI içeren tabletlerle verilebilir.
- Desteğe gebelik planlandığında başlanıp, gebelik dönemi ve laktasyon tamamlanincaya kadar devam edilmelidir.
- Ülkemizde gebelikte izole hipotiroksinemi varlığında iyot eksikliği düşünülmeli ve öncelikle iyot desteği verilmelidir.

Kaynaklar

1. Zimmermann MB, Jooste PL, Pandav CD: Iodine-deficiency disorders. *Lancet* 2008; 372: 1251-1262.
2. Miot F, Dupuy C, Dumont J, Rousset B: Thyroid hormone synthesis and secretion/ Chapter 2/www.thyroidmanager.com
3. WHO, UNICEF&ICCIDD: Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring Their Elimination: A Guide for Programme Managers. Geneva, WHO, 2007.
4. Zimmermann MB, Andersson M. Global perspectives in endocrinology: coverage of iodized salt programs and iodine status in 2020. *Eur J Endocrinol* 2021; 185: R13–R21
5. Pearce EN, Caldwell KL: Urinary iodine, thyroid function, and thyroglobulin as biomarkers of iodine status. *Am J Clin Nutr* 2016; 104(Suppl): 898S-901S
6. König F, Andersson M, Hotz K, Aeberli I & Zimmermann MB. Ten repeat collections for urinary iodine from spot samples or 24-h samples are needed to reliably estimate individual iodine status in women. *Journal of Nutrition* 2011 141 2049–2054. (<https://doi.org/10.3945/jn.111.144071>)
7. Zimmermann MB. Iodine deficiency. *Endocrine Reviews* 2009; 30 376–408. (<https://doi.org/10.1210/er.2009-0011>)
8. Eastman CJ, Zimmermann MB: The iodine deficiency disorders/Chapter 20/www.thyroidmanager.com
9. Zhou Q, Xue S, Zhang L and Chen G. Trace elements and the thyroid. *Front Endocrinol* 2022; 13: 904889
10. Erdoğan G, Erdogan MF, Emral R, et al. Iodine status and goiter prevalence in Turkey before mandatory iodination. *J Endocrinol Invest* 2002; 25: 224–228.
11. Erdogan MF, Demir O, Emral R, Kamel AN, Erdogan G. More than a decade of iodine prophylaxis is needed to eradicate goiter among school age children in a moderately iodine-deficient region. *Thyroid* 2009; 19(3)
12. Erdogan MF, Ağbaht K, Altun S, et al. Current iodine status in Turkey. *J Endocrinol Invest* 2009; 32, 617–622.
13. Emral R, Baştemir M, Güllü S, Erdoğan G. Thyroid consequences of the Chernobyl nuclear power station accident on the Turkish population. *Eur J Endocrinol* 2003;148(5):497-503
14. Aboul-Khair SA, Crooks J, Turnbull AC, Hyten FE: The physiological changes in thyroid function during pregnancy. *Clin Sci* 1964; 27: 195-207
15. Burrow GN, Fisher DA, Larsen PR: Maternal and fetal thyroid function. *N Engl J Med* 1994; 331: 1071-1078
16. Andersen SL: Iodine status in pregnant and breastfeeding women: a Danish regional investigation. *Dan Med J* 2015; 62:B5074
17. Andersen SL, Laurberg P: Iodine supplementation in pregnancy and the dilemma of ambiguous recommendations. *Eur Thyroid J* 2016; 5: 35-43
18. Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, Grobman WA, Laurberg P, Lazarus JH, Mandel SJ, Peeters RB, Sullivan S. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease during Pregnancy and the Postpartum. *Thyroid* DOI: 10.1089/thv.2016.0457
19. Becker DV, Braverman LE, Delange F, Dunn JT, Franklyn JA, Hollowell JG, Lamm SH, Mitchell MI, Pearce E, Robbins J, Rovet JF: Iodine supplementation for pregnancy and lactation-United States and Canada: a recommendation of the American THYROID Association. *Thyroid* 2006; 16: 949-951
20. Lazarus J, Brown RS, Daumerie C, Hubalewska-Dydejczyk A, Negro R, Vaidya B: 2014 European Thyroid Association guidelines for the management of subclinical hypothyroidism in pregnancy and in children. *Eur Thyroid J* 2014; 3: 76-94
21. Abalovich M, Amino N, Barbour LA, Cobin RH, De Groot LJ, Glinoer D, Mandel SJ, Stagnaro-Green A: Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2007; 92:S1–S47.
22. De Groot L, Abalovich M, Alexander EK, Amino N, Barbour L, Cobin RH, Eastman CJ, Lazarus JH, Luton D, Mandel SJ, Mestman J, Rovet J, Sullivan S: Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97: 2543–25657.
23. Mocan MZ, Erem C, Telatar M, et al.: Urinary iodine levels in pregnant women with and without goiter in the Eastern Black Sea part of Turkey. *Trace Elem Electroly* 1995; 12: 195–197.
24. Egri M, Ercan C, Karaoglu L: Iodine deficiency in pregnant women in Eastern Turkey (Malatya Province): 7 years after the introduction of mandatory table salt iodization. *Public Health Nutr* 2008; 12: 849–852.
25. Kışlal F, Çetinkaya S, Dilmen U, et al.: Cord blood thyroid-stimulating hormone and free T4 levels in Turkish neonates: is iodine deficiency still a continuing problem? *Pediatr Intern* 2010; 52: 762–768.
26. Köksal E, Pekcan G: Urinary iodine excretion in pregnant women and their outcome. *Micronutrient Forum*, 16–18

- April 2007. İstanbul: Abstract Book. http://www.micronutrientforum.org/meeting2007/MN%20Forum%20Program%20Part%20II_Abstracts.pdf
27. Çetinkaya K, İnceç M, Çetinkaya S, et al.: Iodine deficiency in pregnancy and in women of reproductive age in Erzurum. *Turk J Med Sci* 2012; 42: 675–680.
 28. Kut A, Gursoy A, Şenbayram S, et al.: Iodine intake is still inadequate among pregnant women eight years after mandatory iodination of salt in Turkey. *J Endocrinol Invest* 2010; 33: 461–464.
 29. Kutlu AO, Kara C: Iodine deficiency in pregnant women in the apparently iodine-sufficient capital city of Turkey. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2012; 77: 615–620.
 30. Anaforoğlu İ, Algün E, İnceçayır Ö, Topbaş M, Erdoğan MF. Iodine status among pregnant women after mandatory salt iodisation. *Br J Nutr* 2016; 14: 405–410
 31. Oral E, Aydoğan Mathyk B, Aydoğan BI, Acıkgöz AS, Erenel H, Celik Acioğlu H, Anık İlhan G, Dane B, Özel A, Tandogan B, Cakar E, İsci H, Kayan B, Aslan H, Ekiz A, Sancak S, Celik A, Yoldemir T, Uzun O, Erdogan MF. Iodine status of pregnant women in a metropolitan city which proved to be an iodine-sufficient area. Is mandatory salt iodisation enough for pregnant women? *Gynecol Endocrinol* 2016; 32: 188-92
 32. Köse Aktaş A, Gökçay Canpolat A, Aydın Ü, Yılmaz H, Aydoğan Bİ, Erkenekli K, Koç G, Aral Y, Erdoğan MF. Intensifying Iodine Deficiency Throughout Trimesters of Pregnancy in a Borderline Iodine-Sufficient Urban Area, Ankara, Turkey. *Biol Trace Elem Res.* 2022 Jun;200(6):2667-2672. doi: 10.1007/s12011-021-02903-y. Epub 2021 Sep 1. PMID: 34468925.

İYOT DIŞI ESER ELEMENTLER, VİTAMİNLER VE TİROİD

Dr. Duygu Yazgan Aksoy, Dr. Mustafa Ünübol

Mikro besin düzeyleri ve tiroid hastalıkları arasındaki ilişki uzun zamandır araştırılmaktadır. Dünya nüfusunun üçte birinde en az bir mikro besin eksikliğinin olduğu, en sık demir, iyot, çinko, vitamin A ve folik asit eksikliğinin görüldüğü ve genellikle çoklu eksikliklerin bir arada olduğu bildirilmiştir. Mikro besin eksikliklerinin, oksidatif strese artış, bağışıklık sisteminde bozulma, nörolojik hastalıklar, otoimmün hastalıklar ve tümörler ile ilişkili olabildiği, gebelik ve çocukluk çağında büyüme ve gelişme geriliğine sebep olduğu, erişkinlerde sıklıkla görülen halsizlik, yorgunluk, baş ağrısı, baş dönmesi gibi özgül olmayan belirtilere neden olduğu bilinmektedir. Tiroid bezinin doğru biçimde çalışabilmesi ve tiroid hastalıklarının ortaya çıkmaması için yirmiden fazla mikro besin düzeylerinin normal olması gerekmektedir.

Tiroid hastalıklarına özellikle otoimmün tiroid hastalıklarına eşlik eden otoimmün gastrit, çölyak hastalığı gibi emilim bozukluğuna sebep olabilecek hastalıkların varlığı mikro besin eksikliklerinin ortaya çıkmasına neden olabilirken, bu hastalıklara bağlı gelişen mikro besin eksiklikleri tiroid hastalıklarını tetikleyebilmekte veya var olanı ağırlaştırabilmektedir. Demir, folik asit, vitamin B12, vitamin D, çinko ve magnezyum eksiklikleri tiroid hastalıkları olanlarda sık tespit edilmektedir. Bu bölümde tiroid hastalıkları ile en sık görülen mikro besin eksikliklerinin ilişkileri incelenmiştir.

5.A.Demir

Demir vücutta oksijenin taşınması ve kullanımı, oksidatif fosforilasyon, DNA ve ATP sentezi, redoks reaksiyonları ve elektron transferi başta olmak üzere pek çok fizyolojik süreçte yer alan en önemli mikro besinlerden biridir. İnsan genomunun % 2'sinin sentezlediği proteinler demir bağlayıcıdır ve tüm enzimlerin % 6-7 kadarı demir bağımlı olarak işlev görür. Sağlıklı erişkinlerde demir düzeyi sıkı biçimde kontrol edilir. Demir düzeyi proksimal ince bağırsaktan alımın düzenlenmesiyle ayarlanır, hipoksi ve demir eksikliği durumunda emilim artar. Demir eksikliği oksijen transportunda bozulmaya, demir içeren enzim düzeylerinde azalmaya neden olur. Hiperadrenerjik duruma yol açtığı, termoregülasyonda, yağ metabolizmasında, mikrobiomda, kortizol, dopamin, serotonin sentezi ve salınımında bozulmaya yol açtığı bildirilmiştir. İmmün disfonksiyon yaptığını, epigenetik değişikliklere sebep olduğunu kimyasal bozuculara hassasiyeti arttırdığını bildiren yayınlar mevcuttur. Demir eksikliği en sık görülen anemi sebebidir. Tiroid fonksiyonlarının uygun biçimde sürdürülebilmesi ancak normal demir seviyeleriyle mümkündür. Tiroid ve demir ilişkisinin incelendiği hayvan deneylerinde demir eksikliğinin TSH'ın soğuga olan yanıtını küntleştirdiği ve 5' deiyodinaz aktivitesini bozduğu görülmüştür. Tiroid fonksiyonları ve hastalıkları ile demir arasındaki ilişkiye inceleyen pek çok insan çalışması mevcuttur. Demir eksikliğinin varlığında kansızlık olsun veya olmasın, tiroid fonksiyonlarında bozulma görülmektedir. Tiroid hormon sentezinin ana basamaklarında yer alan TPO enziminin *hem* bağımlı olması sebebiyle demir eksikliğinin tiroid hormon sentezini baskılayabildiği, TSH'ın TRH'ya yanıtını

azalttığı, iyot organifikasyonunu bozduğu, periferde T4'ün T3'e dönüşümünü azalttığı, tiroid hormon aksının santral regülasyonunu bozarak fonksiyonel hipotiroidizm yapabildiği görülmüştür. T3'ün hepatik nükleer reseptörlere bağlanmasını bozduğu da bilinmektedir. Tiroid fonksiyonlarında bozulmanın hemoglobin seviyeleri ile ilişkili olduğu, hipertiroidizmi olan hastalarda demir metabolizmasının ve kullanımının bozulduğu, hemolizin arttığı ve kırmızı küre yaşam süresinin azaldığı gösterilmiştir. Öte yandan hipotiroidizm ve demir eksikliğinin enerji ve oksijen taşınması gereksiniminde ve eritropoetin düzeyinde azalma nedeniyle birlikte görülebildiği, hipotiroidizmin demir emilimini azaltabileceği bildirilmiştir. Artmış demir düzeylerinin varlığında ise otoimmün süreçlerinin alevlendiği, oksidatif stres ve lipid peroksidasyonunun arttığı, protein ve DNA hasarının ortaya çıkabildiği bilinmektedir. Tiroid kanser hücrelerinin hepsidin salgıladığı ve demir metabolizmasının tiroid kanser oluşumunda etkili olabileceği bildirilmiştir.

Hipotiroidizm ve demir eksikliğinin sıklıkla birlikte görüldüğü, iyot eksikliğinin demir eksikliğine genellikle eşlik ettiği, yeterli iyot varlığında bile demir eksikliğinin tiroid hormon seviyelerini düşürdüğü, öte yandan hipotiroidizmin sebep olduğu metabolik yavaşlamanın demir emilimini azaltabileceği, demir selenyum ve çinko düzeylerinin iyot seviyesi ile ilişkili olduğu, iyot ve demir ile zenginleştirilmiş tuz verilmesiyle sadece iyot zenginleştirilmiş tuz verilmesine göre daha iyi sonuçlar elde edildiği gösterilmiştir. 7463 gebe ve 2185 gebe olmayan kadının dahil edildiği bir çalışmada kadınlarda ciddi demir eksikliğinde tiroid otoantikör tespit edilme sıklığının arttığı gösterilmiştir. Tiroid nodülleri olanlarda sıklıkla demir eksikliğinin görüldüğü, tiroid hormon tedavisinin demir tedavisine yanıtı iyileştirdiği, ayrı ayrı verilmesine göre hem tiroid hem demir açısından tedavinin daha etkin olduğu, vücut ferritin düzeyinin özellikle gebelerde TSH ve T4 seviyelerini ile ilişkili olduğu, ferritin düzeyini 100 ng/mL'nin üzerine çıkarmanın tiroid hormon tedavisine rağmen devam eden hipotiroid semptomlarını düzelttiği, benzer şekilde tiroid hormon replasmanın demir düzeylerini arttırdığı bildirilmiştir.

Özellikle otoimmün tiroid hastalıklarına eşlik edebilen otoimmün gastrit veya Çölyak Hastalığının varlığında demir emilimi bozulmaktadır. Ayrıca barsak mikrobiomunun tiroid hormon metabolizmasını bozabileceği, tiroid bezinde ortaya çıkabilecek otoimmün süreçleri tetikleyip demir emilimi üzerinde olumsuz etkileri olabileceği rapor edilmiştir. Bunların yanında tiroid hastalıkları olan hastalarda demir düzeylerine bakıldığında hiçbir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur. Tiroid hastalığı olan bireylerde özellikle otoimmün hastalığı olanlarda mutlaka kan sayımı yapılmalı, demir ve ferritin düzeyleri ölçülmeli, kansızlık olmasa bile ferritin düzeyleri düşükse demir eksikliğinin olası nedenleri hastaların yaşı ve ek bulguları göz önüne alınarak araştırılmalıdır. Demir eksikliğinin nedeni belirlendikten sonra uygun düzeye getirecek şekilde demir desteği verilmelidir. Oral verilen demirin emiliminden emin olunmalı gerekirse parenteral tedavi ile desteklenmelidir. Demir fazlalığının proinflamatuvar sitokin oluşumunu attırdığı bildirildiğinden fazla replasmandan kaçınılması önemlidir. İyot replasmanının demir ile birlikte verilmesinin daha etkili olabileceği de akılda tutularak, özellikle gebeler ve büyüme çağındaki çocuklarda demir eksikliğini mutlaka araştırılmalı, tespit edildiğinde uygun şekilde tedavi edilmelidir.

5.B. Magnezyum

Magnezyum vücutta devam eden biyokimyasal süreçlerin 300'den fazlasında kofaktör olarak yer almaktadır. Oksidatif fosforilasyonda kompleks V'in bir parçası olarak yer alır ve enerji

metabolizmasında çok önemli bir rol oynar. Nükleik asitlerin stabilizasyonunda, DNA replikasyonu, transkripsiyonu ve onarımında yer aldığı bilinmektedir. Magnezyum eksikliğinde makrofajların aktive olduğu, IL-6, CRP ve diğer bazı sitokinlerde artış olduğu, inflamasyon ve DNA mutasyonlarının ortaya çıkarak tümör oluşumuna sebep olduğu, otoimmüniteyi tetikleyebildiği, magnezyumun inflamasyon/serbest radikalleri azaltıcı etkileri sayesinde DNA'nın oksidatif hasarını azaltabileceği, erken dönemde tiroid kanseri de dahil olmak üzere bazı kanser tiplerinde hastaların magnezyum düzeylerinin düşük olabildiği bildirilirken, tümör hücrelerinde normal dokulara göre daha fazla magnezyum olduğu da rapor edilmiştir. Tiroid hastalıkları ile magnezyum düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalardan net bir sonuca varmak mümkün değildir. Hipotiroidizmi, Hashimoto Tiroiditi ve otoantikör pozitifliği sıklığını arttırdığı, hipotiroidizm varlığında semptomları ağırlaştırdığı, uzun dönem magnezyum tedavisinin tiroid morfolojisini düzeltebildiği hem magnezyum eksikliğinin hem de fazlalığının tiroid fonksiyonlarını bozabildiğini, magnezyum seviyesinin tiroid nodülleri olanlarda yüksek olduğu bildirilmiştir ancak hiç bir ilişkinin gösterilemediği yayınlar da mevcuttur. Patogenezdeki etkilerinden farklı olarak magnezyum replasmanının tiroid hastalarında sık görülen yorgunluk, huzursuzluk, konsantrasyon güçlüğü, anksiyete gibi semptomları azaltarak genel hayat kalitesini arttırdığı gösterilmiştir. Magnezyum eksikliğinin redoks dengesini bozduğu, apoptozis ve inflamasyonu tetiklediği göz önüne alınarak tiroid hastalarında magnezyum düzeyleri ölçülmelidir. Grade 1 Hafif Eksiklik, 0.5-0.7 mmol/L, Grade 2 Orta Eksiklik 0.4-0.5 mmol/L, Grade 3 Ağır Eksiklik : 0.3-0.4 mmol/L olarak tanımlanmaktadır. Daha düşük düzeyler Grade 4 olarak tanımlanır ve hayatı tehdit eder, magnezyum eksikliğinin ciddiyetine göre ağızdan veya parenteral yoldan tedavi verilebilir. Oral verilen hastalarda eşlik eden emilim bozukluğunun olmadığından emin olunmalıdır.

5.C.Bakır

Bakır redox mekanizmasında yer alır, fosfolipid sentezi için gerekli olup, tiroid hormonlarının sentezi ve aktivitesi ile de ilişkilidir. T4 üretimini uyarırken T4'ün fazla emilimini vücut kalsiyumu üzerinden engeller. Antioksidan ve prooksidan özellikleri mevcuttur. Anti-oksidan olarak serbest radikalleri bağlayıp ortaya çıkardıkları hasarı engellerken yüksek dozda DNA hasarı ve çoğalmayı tetikleyip tümör oluşturabilir. Tiroid hastalıkları ve bakır ilişkisinin incelendiği çalışmalardan kesin bir sonuç elde edilememiştir İlişki olmadığı, bakır eksikliğinin tiroid hormon eksikliğine sebep olabildiği, nodüler guatr, diffüz guatr ve tiroid kanserlerinde artmış bakır seviyeleri bildirilmiştir. Tiroid hastalarında bakır eksikliği veya fazlalığından şüphelenildiğinde tedavi için standart tedavi dışı bir yaklaşım önerilmez.

5.D.Selenyum

Selenyum, farklı hücresel fonksiyonların (immün-endokrin fonksiyonlar gibi) sürdürülmesi için gerekli olan, insan sağlığı için önemli ve gerekli esansiyel eser elementlerden olan temel bir mikro besindir. Ana kaynağı diyetteki deniz ürünleri, yumurta, ekmek, tahıllar, süt ürünleri, kabuklu yemişler, tahıllar, yumurta ve et gibi farklı gıda içerikleridir. Etkisini yapısında bulunan selenoproteinler yoluyla gösterir. Tiroid bezi selenyumdan zengin olup, normal tiroid bezinde selenyum yüksek konsantrasyonda (0,72 µg/g) bulunur. Tiroid bezinde bulunan ve H₂O₂ gibi toksik oksijen türevlerinin detoksifiye edilmesinden sorumlu olan glutatyon peroksidaz, tiyoredoksin redüktaz ve superoksit dismutaz enzimlerinin yapısında bulunmaktadır. Buna ek olarak, T4'ün

T3'e dönüşmesinde görev alan 5' deiyodinazların (D1, D2, D3) yapısında da yer almaktadır. Spesifik olarak, bu proteinler hormon metabolizmasında önemli bir rol oynar ve tiroid hormonlarının üretimi sırasında üretilen serbest radikallere karşı güçlü bir antioksidan aktiviteyi yönlendirir.

Selenyum eksikliği, glutatyon peroksidaz eksikliğine ve böylece H₂O₂ birikmesine yol açmaktadır. Bu da tiroisit harabiyetine, tiroid bezinde fibrozis oluşmasına sebep olur. Selenyum eksikliğinde tiroid bezinde peroksitler birikir ve deiyodinaz eksikliğine neden olarak tiroid hormon sentezini bozar. Ayrıca, T4'ün T3'e dönüşmesi de bozulmaktadır. Tüm bu etkiler selenyum eksikliğine ek olarak iyot eksikliği varlığında da ortaya çıkmaktadır

Epidemiyolojik verilere bakıldığında selenyum eksikliği tüm dünyada sık görülmektedir. Selenyumun dolaşımdaki seviyeleri dar bir güvenlik seviyesine sahiptir ve toksik seviyeleri ise ihtiyaç için normalde gerekli olan seviyelere yakındır. Aşırı selenyum konsantrasyonunun Tip 2 Diyabet riskini artırdığına dair veriler mevcuttur

Çin'de yapılan bir çalışmada düşük selenyum düzeyi artmış tiroid hastalık riskiyle ilişkilendirilmiştir. Selenyum düzeyi yeterli olan bölgelerde, düşük selenyum olan bölgelere göre hipotiroidizm, subklinik hipotiroidizm, otoimmün tiroidit ve büyümüş tiroid prevalansı daha düşük saptanmıştır. Aynı yazarlar 2013-2019 yılları arasında Çin'e yürüttükleri bir kohortta, düşük selenyum alımının Anti-TPO antikor serokonversiyon insidansında artışa neden olduğunu göstermişler. Bu bulgular selenyum eksikliğinin değiştirilebilir bir risk faktörü olarak Hashimoto tiroditine katkı sağladığı hipotezini desteklemektedir.

Genel olarak, mevcut çalışmalar selenyum takviyesinin dolaşımdaki tiroid otoantikorlarında bir azalmaya neden olabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, hasta sayısı heterojenliği, farklı selenyum takviye formları, takviyenin süresi, tiroid fonksiyonlarının ve serum selenyum ölçümünün farklı cihazlarda değerlendirilmesi gibi nedenlerle veriler tutarsız olduğundan, kesin bir ilişki gösterilememektedir. Bir meta analizde, 3366 literatür verisi değerlendirilmiş ve sonuçta selenyum takviyesi, LT4 ile tedavi edilen otoimmün tiroiditli popülasyonunda 3, 6 ve 12 ay sonra ve tedavi edilmemiş popülasyonunda ise sadece üç ay sonra serum TPOAb seviyelerini düşürdüğü gösterilmiş. Ancak bu durumun klinik yansıması gösterilememiştir. Farklı bir meta analizde selenyum takviyesinin LT4 tedavisi alan ve almayan hasta gruplarında TSH ve tiroid ultrasonu üzerine hiçbir etkisinin olmadığı bildirilmiştir.

"SETI çalışması", kısa süreli selenyum takviyesinin, kronik otoimmün tiroidit nedeniyle subklinik hipotiroidizmi olan hastaların %50'sinde selenyumun kesilmesinden sonra 6 ay boyunca devam eden serum TSH düzeylerinin normalleşmesi ile ilişkili olduğunu göstermiştir.

2000-2020 yılları arasında yayınlanmış otoimmün tiroid hastalığı olan hastalarda selenyum seviyelerini ve selenyum takviyesinin etkilerini sistematik olarak değerlendiren 17 makalenin derlendiği bir meta analizde ise selenyum içeren ilaçların otoimmün tiroid hastalığı olan hastalarının tedavisinde etkili olduğu ve sT3, sT4 ve TPOAb düzeylerini büyük ölçüde azalttığı gösterilmiş. Selenyum seviyesinin otoimmün tiroid hastalığı üzerinde büyük bir etkiye sahip olduğu vurgulanmıştır. Bu etkilerin klinik olarak ilgili ölçümlerle ilişkili olup olmadığı henüz gösterilememiştir.

Selenyum otoimmün tiroitidli olgularda inflamatuvar aktiviteyi azaltabilir. Oksidatif stresin Graves hipertiroidizmi (GH) ve Graves Orbitopatisi (GO) patogeneziindeki rolü bilinmektedir. Bu nedenle antioksidan bir ajan olan selenyum ile hem *in vitro* hem de *in vivo* çeşitli çalışmalar yapılmıştır. GH'de, reaktif oksijen türleri (ROS) tiroid ve periferik doku hasarına katkıda bulunur. GO'da doku hipoksisi ve ROS, fibroadipoz orbital dokuda ve ekstraoküler kasların perimisyumunda meydana gelen tipik değişikliklerde yer alır. Antioksidanların, GH hastalarında antitiroid ilaçların etkilerini ve ayrıca GO'lu hastalarda orbital dokuların yeniden şekillenmesini iyileştirmek için önerilmiştir. Avrupa Graves Orbitopati Grubu (EUGOGO)'nin Avrupa ülkelerinde gerçekleştirdiği randomize, plasebo kontrollü, çok merkezli, klinik çalışmada marjinal selenyum eksikliğine sahip olduğu bilinen hafif GO'da, selenyum ve pentoksifilinin etkisini araştırılmıştır. Çalışmanın sonunda altı ay süreyle günde iki kez verilen 100 µg selenyum tedavisi ile egzoftalmometri, klinik aktivite skoru (CAS), göz kapağı açıklığı ölçümü, diplopi ve görme keskinliği ölçümü dahil olmak üzere bileşik bir skordaki değişikliklerle değerlendirilen genel göz sonucunun ve yaşam kalitesinin önemli ölçüde daha iyi olduğu saptanmıştır. GO'nun daha şiddetli formları hakkında hiçbir veri mevcut değildir. GH'li hastalarda selenyumun gerçek etkinliği sorgulanmaya devam etse de, hafif GO'nun tedavisinde kullanımının genellikle yararlı olduğu düşünülerek bu hastalarda selenyum tedavisi klinik uygulamaya dahil edilmiştir. Selenyum eksikliği olmayan bölgelerde yaşayan GO hastalarındaki etkisi ise bilinmemektedir. Hafif GO'lu hastalarda selenyum takviyesine ilişkin mevcut kanıtlar, selenyumun yaşam kalitesini ve GO'nun seyrini iyileştirebileceğini ve klinik kullanım olasılığını açabileceğini düşündüren umut verici sonuçlar sağlamıştır. Selenyumun, özellikle hastalarda selenyum eksikliği olduğunda, orta ila şiddetli GO'da yararlı etkilerinin olması da mümkündür. Graves orbitopatisinin tıbbi yönetimi için 2021 EUGOGO klinik uygulama kılavuzunda da hafif ve aktif GO'da, risk faktörlerinin kontrolü, lokal tedaviler ve selenyum eksikliği olan olanlarda selenyum tedavisi genellikle yeterli olarak belirtilmiştir.

Uzun vadeli sonuçlar için selenyumun etkisi hala açıklığa kavuşturulmamıştır. Bu etkileri tanımlamak için daha ileri klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.E.Çinko

Çinko, gen ekspresyonunda, hücre bölünmesinde ve büyümesinde, bağışıklık ve üreme işlevlerinde yer alan çeşitli enzimlerde rol oynar. İnsan sağlığı için gerekli bir mikro besindir. Çinko, hormon sentezi, reseptör aktivitesi, T4'ün T3'e dönüşümü ve taşıyıcı proteinlerin üretimi gibi farklı tiroid hormon metabolizmasında basamaklarında rol oynar. Çinko özellikle deiyodinaz enzim aktivitesini, TRH ve TSH sentezini düzenleyerek ve ayrıca ilgili temel transkripsiyon faktörlerinin yapılarını modüle ederek tiroid hormonlarının sentezinde önemli bir rol oynamaktadır. Serum çinko konsantrasyonlarının serum T3, T4 ve TSH düzeylerini etkilediği gösterilmiştir. Çinko taşıyıcılarının (ZnT'ler) hipotalamus, hipofiz ve tiroide bulunduğunu, ancak işlevlerinin bilinmediğini bildirilmiştir. Bu nedenle, çinkonun tiroid hormon metabolizmasının düzenlenmesindeki rollerinin ve tiroid bezi işlev bozukluğu ile ilişkili çeşitli hastalıkların tedavisindeki öneminin daha fazla araştırılması önemlidir. Çinko ve tiroid hormon seviyeleri ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Hem hipotiroidizm hem de hipertiroidizmin düşük çinko konsantrasyonları ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Bir çalışma, tiroid otoimmün hastalarında tiroid otoantikörleri ve tiroid hacmi ile çinko düzeyi arasında anlamlı bir pozitif korelasyon bulmuştur. Çinko

takviyesinin tiroid hormon konsantrasyonları üzerine etkilerini değerlendiren sekiz çalışma ve kan çinko konsantrasyonları ile tiroid hormonları arasındaki ilişkiyi değerlendiren on çalışmanın sistematik değerlendirildiği bir derlemede, kesitsel ve vaka kontrol çalışmaları çinko eksikliği ile tiroid arasında bir ilişki göstermiş olsa da, bu sistematik incelemelerden elde edilen veriler, çinko takviyesinin tiroid hormon konsantrasyonları üzerindeki etkilerine ilişkin kesin olmayan kanıtlar sunmaktadır. Farklı bir meta analizde hipotiroidili hastalarda, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığına daha düşük çinko konsantrasyonları tespit edilmiştir.

Serum çinko konsantrasyonlarının, tiroid kanseri de dahil olmak üzere birçok malign tümörde önemli ölçüde azaldığı bildirilmiştir. Papiller tiroid kanseri ve foliküler karsinomda çinko düzeyleri sağlıklı bireylere göre daha düşük saptanmıştır. Serum ve tiroid dokularındaki eser elementlerdeki değişikliklerin tiroid kanseri patogenezi ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür. Ancak, çinko düzeyi ile tiroid hastalıkları arasındaki bağlantıyı açıklamak için daha büyük örneklem boyutlarına sahip yüksek kaliteli çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.F. Vitamin A

Vitamin A lipofilik bir mikro besin olup, hücre çoğalması, farklılaşması, bağışıklık, metabolizma, üreme ve embriyo gelişimi ile ilişkisi gösterilmiştir. Vitamin A'nın anti-oksidan özellikleri olduğu, vücudu oksidatif strese koruduğu, serbest radikal oluşumunu önlediği bilinmektedir. Vitamin A eksikliği hipofiz-tiroid aksını etkiler, iyot uptake, tiroglobulin sentezi ve iyodotirozin birleşmesi bozulur. Ayrıca vitamin A ve T4 aynı taşıyıcı proteinle taşınır. Vitamin A tiroid hormonlarının hedef dokulardaki etkilerini retinoik asit metaboliti üzerinde düzenler. Vitamin A eksikliğinin iyot eksikliğine eşlik ettiği durumda hipotiroidizm sıklığının daha fazla olduğu ve guatra yol açabildiği bildirilmiştir. Vitamin A verilmesinin TSH düzeyini düşürebileceği, iyot emilimini arttırdığı, retinoik asitin tiroid kanserlerinde kullanılabileceği bildirilmekte beraber literatürde bu konuda fikir birliği mevcut değildir, uzun süreli replasman pro-oksidan etkileri ortaya çıkarma olasılığı nedeniyle önerilmemektedir.

5.G. B₁₂ Vitamini

B12 vitamini (kobalamin), hayvansal gıdalardan özellikle kırmızı ette bulunan önemli bir vitamindir. Eksikliğinde genellikle beslenme hikayesinde; kırmızı et, süt, deniz ürünleri tüketimi ve vejetaryen beslenme olup olmadığı araştırılır. İleal rezeksiyon veya gastrektomi gibi cerrahi işlemler, malabsorpsiyon veya parazitöz gibi hastalıkların bulguları, korozif madde veya uzun süreli histamin 2 reseptör blokleri ve proton pompa inhibitörü alımı da önemlidir. Otoimmün poliendokrinopatilere eşlik eden pernisiyöz anemi de önemli nedenler arasında yer almaktadır. Bu nedenle B₁₂ vitamini eksikliği özellikle otoimmün tiroid hastalıklarına eşlik edebilmektedir.

Hipotiroidizmde aneminin etiopatogenezi karmaşıktır. Kemik iliği stimülasyonunun azalması, azalmış eritropoietin üretimi, besin eksikliği (demir, vitamin B12 veya folat eksikliği) ve ayrıca komorbid hastalıklar ile ilişkili olabilir. Otoimmün tiroid hastalığı olan hastalarda, pernisiyöz anemi ve atrofik gastrit, çölyak hastalığı, otoimmün hemolitik sendrom gibi eşlik eden otoimmün hastalıklar anemi riskini artırabilir.

Otoimmün tiroiditli hastalarda yapılmış olan bir çok bilimsel araŐtırmada, B₁₂ eksikliği gösterilmiştir. Bazı çalışmalarda ise hastalarda pariyetal hücre antikorları ve intrinsek faktöre karşı oluşan otoantikolar da tespit edilmiştir. Primer hipotiroidili hastaların yaklaşık üçte birinde gastrik parietal hücelere karşı antikor geliştiği ve hastaların %12'sinde pernisiyöz anemi olduğu gösterilmiştir. Otoimmün tiroiditli hastaların %35-40'ında atrofik gastrit görülebilir. Hastalarda atrofik gastrite bağlı olarak B₁₂ vitamini emilimi bozulmakta ve pernisiyöz anemi gelişmektedir. Hipertiroidili hastalarda kemik iliği eritroid hiperplazisi ve yüksek eritropoietin seviyeleri saptanmıştır. Bununla birlikte, muhtemelen eşlik eden demir, B₁₂ vitamini veya folat eksikliği nedeniyle kan morfolojisinde eritrositoz nadirdir.

B12 vitamininin tiroid bozuklukları üzerinde herhangi bir etkisi olduğuna dair çok az kanıt vardır.

5.H.C Vitamini

C vitamini (L-askorbik asit) oğu insan için bir antioksidan olarak bilinir. Bununla birlikte, fizyolojik rolü çok daha geniştir ve epigenetik süreçlerde önemli roller için demir emiliminin kolaylaŐtırılmasından hormonlara ve karnitin sentezine katılımına kadar değişen çok farklı süreçleri kapsar. C vitamini, esas olarak antioksidan özellikleri nedeniyle genel popülasyon arasında çok popülerdir. Bununla birlikte, rolü daha kapsamlıdır.

C vitamini için klinik olarak iyi belgelenmiş tek endikasyon iskorbüt hastalığıdır. C vitamini uygulamasının kanser, kardiyovasküler hastalıklar ve enfeksiyonlar üzerindeki etkileri tartışmalıdır. C vitamini niŐpeten güvenlidir, ancak bazı duyarlı hastalarda (rneğin, oksalat böbrek taŐları olanlarda) belirgin yan etkilere neden olabildiğinden yüksek dozların uygulanması sırasında dikkat edilmelidir.

Otoimmün tiroid hastalığı olan hastalarda selenyum ve C vitamini takviyesinin TPO-Ab düzeyi üzerindeki etkisini araŐtırmak için tasarlanmıŐ bir çalışmada, takviyelerden 3 ay sonra, TPO-Ab konsantrasyonları selenyum ve C vitamini ile tedavi edilen gruplarda azalmış, ancak plasebo grubunda değişmemiştir. Bu açıdan gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışma sonucunda selenyumun otoimmün tiroid hastalıklarında antioksidan yararlı etkileri hipotezini desteklediğini, ancak tiroid spesifik antikolar üzerindeki etkileri açısından C vitamininden üstün olmadığı bildirilmiştir.

Daha yüksek dozlarda C vitamini bir prooksidan gibi davranabilir ve bu özelliğinin potansiyel olarak kanser tedavisi için yararlı olabileceği öne sürülmektedir. Bu nedenle tiroid kanseri ile ilgili yapılmış çalışmaları bulunmaktadır. C vitamininin BRAF mutant kolorektal kanser hücrelerini seçici olarak ldrdĞu bazı çalışmalarda gösterilmiştir. BRAF mutasyonu, tiroid tümörü gelişimi ve ilerlemesinde en sık görülen genetik değişikliklerdir; bununla birlikte, C vitamininin tiroid kanserindeki antitümör etkinliği henüz keŐfedilmeyi beklemektedir. C vitamininin tiroid kanseri hücre proliferasyonu ve apoptoz üzerindeki etkisinin, ksenografta ve transgenik fare modelleri kullanılarak MTT tahlili ve akış sitometrisi ile değerlendirildiği bir çalışmada C vitamininin ROS'a bağlı bir mekanizma yoluyla MAPK/ERK ve PI3K/AKT yollarını inhibe ederek tiroid kanseri hücrelerini ldrdĞu gösterilmiş sonuç olarak C vitamininin farmasötik konsantrasyonunun tiroid kanseri tedavisinde potansiyel klinik kullanıma sahip olduğunu öne srlmŐtir. Yüksek doz C vitamini takviyesi ile tiroid kanseri arasındaki ilişkiyi değerlendirme açısından ileri çalışmalara ihtiyaç mevcuttur.

5.I. Vitamin D

Vitamin D temel olarak kemik metabolizmasından, kan kalsiyum, magnezyum ve fosforun düzeylerinin ayarlanmasından sorumlu, çoğunluğu güneş ışığı aracılığıyla vücutta sentezlenen, az bir kısmı diyetle alınan, pek çok farklı hücrede reseptörleri olması sebebiyle artık sadece bir vitamin değil, bir hormon olarak kabul edilmektedir. Ciltte sentezlenmesinin ardından sırasıyla karaciğer ve dalakta aktive edilen hormon, intrasellüler vitamin D reseptörlerine bağlanarak işlev görmektedir. Vitamin D reseptörlere bağlandıktan sonra 200-500 geni aktive veya suprese edebilir. Vitamin D'nin pek çok otokrin ve parakrin fonksiyonu mevcuttur.

Tiroid hastalıkları ve vitamin D arasındaki ilişki pek çok çalışmayla incelenmiştir. Çalışmalar arasındaki farklılıkların yaş, cinsiyet, etnisite, rakım, mevsim, güneş alım süresi gibi faktörlere bağlı olarak ortaya çıkmış olabileceği bildirilmekle beraber pek çok çalışmada vitamin D seviyelerin tiroid hastalığı olanlarda özellikle otoimmün tiroiditi olanlarda düşük olduğu, vitamin D eksikliğinin sıklıkla görüldüğü, vitamin D alımının tiroid antikor düzeyini azalttığı, 25-OH-Vitamin D düzeyleri ile tiroglobulin ve otoantikor seviyelerinin ters orantılı olduğu, vitamin D tedavisi ile otoantikor düzeylerinin azalabildiği gösterilmiştir. **2695 hasta ve 2263 kontrol vakasının olduğu 25 çalışmanın incelendiği bir meta analizde vitamin D eksikliği ile Hashimoto tiroiditi arasında ilişki olduğu gösterilmiştir.** Vitamin D eksikliğinin postpartum tiroiditi tetikleyebildiği bildirilmiştir. 42 çalışmanın dahil olduğu bir başka meta analiz ve derlemede Hashimoto tiroiditi ile ilişkisi daha belirginken vitamin D düzeylerinin Graves Hastalığı arasındaki ilişki için aynı sonuçlar bildirilmemiştir. Vitamin D düzeyinin tiroid kanserlerinin prevalansını ve prognozunu etkileyebildiğini bazı yayınlarda gösterilmekle birlikte bu ilişki net değildir. Ancak bazı çalışmalarda, vitamin D düzeyleri ile tiroid hastalıkları arasında bir ilişki olmadığı, vitamin D seviyelerindeki değişikliklerin tiroid hastalıklarından bağımsız genel sağlık durumunu yansıttığı için tiroid hastalığının varlığının eş zamanlı olarak ortaya çıkabileceği keza tiroid hastalıklarına bağlı olarak vitamin D eksikliğinin de görülebileceği bildirilmiştir. Bu konuda yapılan derleme ve meta-analizlerin değerlendirildiğinde vitamin D ve tiroid hastalıkları arasında ilişkinin doğrusal olduğunu söylemek mümkün değildir. Bu nedenle tiroid hastalarında Vitamin D eksikliği tedavisinin standart yaklaşımı dışında vitamin D düzeylerini fizyolojik değerlerin üzerine çıkaracak şekilde verilmesi artmış kırık ve mortalite riski nedeniyle önerilmemektedir. Vitamin D düzeyleri ölçülmeli ve kılavuzlara uygun şekilde tedavi edilmelidir.

TEMD önerileri

- 5.1. Mikro besin eksikliği çok yaygındır ve tiroid hastalıklarında sebep veya sonuç olarak karşımıza çıkabilir. Tiroid açısından uygun tedavi almasına rağmen yakınmaları devam eden hastalarda, tiroid hastalıklarına mikro besin emilimini bozabilecek hastalıkların eşlik edebileceği de göz önünde bulundurularak vitamin ve mineral düzeyleri ölçülmeli özellikler demir, iyot ve selenyum düzeyleri yakın takip edilmeli, eksiklik tespit edildiğinde önerilen dozlarda ve uygun sürelerde tedavi verilip takip edilmelidir.
- 5.2. Son zamanlarda sosyal medyanın daha aktif kullanılmasıyla birlikte hastaların birçoğunun kanıta dayalı tedaviler yerine tiroid hastalığının tedavisi için alternatif yaklaşımlara yönelimlerinde artışlar dikkat çekmektedir. En popüler yaklaşımların bile bir çoğunun kanıta dayalı net bir faydası yoktur. Hastaları bu konuda bilimsel veriler eşliğinde potansiyel zararlar konusunda bilgilendirmek alta yatan tiroid hastalığının tedavisinin aksamaması açısından önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

- Bailey RL, West KP Jr, Black RE. The epidemiology of global micronutrient deficiencies. *Ann Nutr Metab.* 2015;66 Suppl 2:22-33. doi: 10.1159/000371618. Epub 2015 Jun 2. PMID: 26045325.
- Bartalena L, Kahaly GJ, Baldeschi L, Dayan CM, Eckstein A, Marcocci C, Marinò M, Vaidya B, Wiersinga WM; EUGOGO †. The 2021 European Group on Graves' orbitopathy (EUGOGO) clinical practice guidelines for the medical management of Graves' orbitopathy. *Eur J Endocrinol.* 2021 Aug 27;185(4):G43-G67. doi: 10.1530/EJE-21-0479. PMID: 34297684.
- Beserra JB, Morais JBS, Severo JS, Cruz KJC, de Oliveira ARS, Henriques GS, do Nascimento Marreiro D. Correction to: Relation Between Zinc and Thyroid Hormones in Humans: a Systematic Review. *Biol Trace Elem Res.* 2021 Dec;199(12):4876. doi: 10.1007/s12011-021-02597-2. Erratum for: *Biol Trace Elem Res.* 2021 Nov;199(11):4092-4100. PMID: 33959900.
- Capriello S, Stramazzo I, Bagagli MF, Brusca N, Virili C, Centanni M. The relationship between thyroid disorders and vitamin A: A narrative minireview. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2022 Oct 11;13:968215. doi: 10.3389/fendo.2022.968215. PMID: 36303869; PMCID: PMC9592814.
- Fairweather-Tait SJ, Bao Y, Broadley MR, Collings R, Ford D, Hesketh JE, Hurst R. Selenium in human health and disease. *Antioxid Redox Signal.* 2011 Apr 1;14(7):1337-83. doi: 10.1089/ars.2010.3275. Epub 2011 Jan 6. PMID: 20812787.
- Hu S, Rayman MP. Multiple Nutritional Factors and the Risk of Hashimoto's Thyroiditis. *Thyroid.* 2017 May;27(5):597-610. doi: 10.1089/thy.2016.0635. Epub 2017 Apr 6. PMID: 28290237.
- Karimi F, Omrani GR. Effects of selenium and vitamin C on the serum level of antithyroid peroxidase antibody in patients with autoimmune thyroiditis. *J Endocrinol Invest.* 2019 Apr;42(4):481-487. doi: 10.1007/s40618-018-0944-7. Epub 2018 Sep 4. PMID: 30182359.
- Larsen D, Singh S, Brito M. Thyroid, Diet, and Alternative Approaches. *J Clin Endocrinol Metab.* 2022 Nov 23;107(11):2973-2981. doi: 10.1210/clinem/dgac473. PMID: 35952387.
- Luo Y, Zeng H, Ye Y, Yu G, Song C, Liu S, Chen X, Jiang Y, Duan H, Li Y, He S, Chen Z, Liu L, Liang Y, Lin X, Wan H, Shen J. Associations of metal profiles in blood with thyroiditis: a cross-sectional study. *Environ Sci Pollut Res Int.* 2023 Feb;30(8):21072-21080. doi: 10.1007/s11356-022-23625-1. Epub 2022 Oct 20. PMID: 36264466; PMCID: PMC9938027.
- Mikulska AA, Karaźniewicz-Łada M, Filipowicz D, Ruchala M, Głowska FK. Metabolic Characteristics of Hashimoto's Thyroiditis Patients and the Role of Microelements and Diet in the Disease Management-An Overview. *Int J Mol Sci.* 2022 Jun 13;23(12):6580. doi: 10.3390/ijms23126580. PMID: 35743024; PMCID: PMC9223845.
- Pirola I, Rotondi M, Cristiano A, Maffezzoni F, Pasquali D, Marini F, Coperchini F, Paganelli M, Apostoli P, Chiovato L, Ferlin A, Cappelli C. Selenium supplementation in patients with subclinical hypothyroidism affected by autoimmune thyroiditis: Results of the SETI study. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed).* 2020 Jan;67(1):28-35. English, Spanish. doi: 10.1016/j.endinu.2019.03.018. Epub 2019 Jun 10. PMID: 31196739.
- Rabbani E, Golgiri F, Janani L, Moradi N, Fallah S, Abiri B, Vafa M. Randomized Study of the Effects of Zinc, Vitamin A, and Magnesium Co-supplementation on Thyroid Function, Oxidative Stress, and hs-CRP in Patients with Hypothyroidism. *Biol Trace Elem Res.* 2021 Nov;199(11):4074-4083. doi: 10.1007/s12011-020-02548-3. Epub 2021 Jan 7. PMID: 33409923.
- Rayman MP. Multiple nutritional factors and thyroid disease, with particular reference to autoimmune thyroid disease. *Proc Nutr Soc.* 2019 Feb;78(1):34-44. doi: 10.1017/S0029665118001192. Epub 2018 Sep 13. PMID: 30208979.
- Rezaei M, Javadmoosavi SY, Mansouri B, Azadi NA, Mehrpour O, Nakhaee S. Thyroid dysfunction: how concentration of toxic and essential elements contribute to risk of hypothyroidism, hyperthyroidism, and thyroid cancer. *Environ Sci Pollut Res Int.* 2019 Dec;26(35):35787-35796. doi: 10.1007/s11356-019-06632-7. Epub 2019 Nov 8. PMID: 31701424.
- Schomburg L. The other view: the trace element selenium as a micronutrient in thyroid disease, diabetes, and beyond. *Hormones (Athens).* 2020 Mar;19(1):15-24. doi: 10.1007/s42000-019-00150-4. Epub 2019 Dec 11. PMID: 31823341.
- Shen F, Cai WS, Li JL, Feng Z, Cao J, Xu B. The Association Between Serum Levels of Selenium, Copper, and Magnesium with Thyroid Cancer: a Meta-analysis. *Biol Trace Elem Res.* 2015 Oct;167(2):225-35. doi: 10.1007/s12011-015-0304-9. Epub 2015 Mar 29. PMID: 25820485.
- Štefanić M, Tokić S. Serum 25-hydroxyvitamin D concentrations in relation to Hashimoto's thyroiditis: a systema-

- tic review, meta-analysis and meta-regression of observational studies. *Eur J Nutr.* 2020 Apr;59(3):859-872. doi: 10.1007/s00394-019-01991-w. Epub 2019 May 14. PMID: 31089869.
- Su X, Shen Z, Yang Q, Sui F, Pu J, Ma J, Ma S, Yao D, Ji M, Hou P. Vitamin C kills thyroid cancer cells through ROS-dependent inhibition of MAPK/ERK and PI3K/AKT pathways via distinct mechanisms. *Theranostics.* 2019 Jun 9;9(15):4461-4473. doi: 10.7150/thno.35219. PMID: 31285773; PMCID: PMC6599666.
 - Taheriniya S, Arab A, Hadi A, Fadel A, Askari G. Vitamin D and thyroid disorders: a systematic review and Meta-analysis of observational studies. *BMC Endocr Disord.* 2021 Aug 21;21(1):171. doi: 10.1186/s12902-021-00831-5. PMID: 34425794; PMCID: PMC8381493.
 - Ventura M, Melo M, Carrilho F. Selenium and Thyroid Disease: From Pathophysiology to Treatment. *Int J Endocrinol.* 2017; 2017:1297658. doi: 10.1155/2017/1297658. Epub 2017 Jan 31. PMID: 28255299; PMCID: PMC5307254.
 - Wang K, Wei H, Zhang W, Li Z, Ding L, Yu T, Tan L, Liu Y, Liu T, Wang H, Fan Y, Zhang P, Shan Z, Zhu M. Severely low serum magnesium is associated with increased risks of positive bu thyroglobulin antibody and hypothyroidism: A cross-sectional study. *Sci Rep.* 2018 Jul 2;8(1):9904. doi: 10.1038/s41598-018-28362-5. PMID: 29967483; PMCID: PMC6028657.
 - Wichman J, Winther KH, Bonnema SJ, Hegedüs L. Selenium Supplementation Significantly Reduces Thyroid Autoantibody Levels in Patients with Chronic Autoimmune Thyroiditis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Thyroid.* 2016 Dec;26(12):1681-1692. doi: 10.1089/thy.2016.0256. Epub 2016 Nov 2. PMID: 27702392.
 - Winther KH, Wichman JE, Bonnema SJ, Hegedüs L. Insufficient documentation for clinical efficacy of selenium supplementation in chronic autoimmune thyroiditis, based on a systematic review and meta-analysis. *Endocrine.* 2017 Feb;55(2):376-385. doi: 10.1007/s12020-016-1098-z. Epub 2016 Sep 28. PMID: 27683225; PMCID: PMC5272877.
 - Wu Q, Rayman MP, Lv H, Schomburg L, Cui B, Gao C, Chen P, Zhuang G, Zhang Z, Peng X, Li H, Zhao Y, He X, Zeng G, Qin F, Hou P, Shi B. Low Population Selenium Status Is Associated With Increased Prevalence of Thyroid Disease. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015 Nov;100(11):4037-47. doi: 10.1210/jc.2015-2222. Epub 2015 Aug 25. PMID: 26305620.
 - Wu Q, Wang Y, Chen P, Wei J, Lv H, Wang S, Wu Y, Zhao X, Peng X, Rijntjes E, Wang Y, Schomburg L, Shi B. Increased Incidence of Hashimoto Thyroiditis in Selenium Deficiency: A Prospective 6-Year Cohort Study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2022 Aug 18;107(9):e3603-e3611. doi: 10.1210/clinem/dgac410. PMID: 35789269.
 - Yuan Z, Xu X, Ye H, Jin L, Zhang X, Zhu Y. High levels of plasma selenium are associated with metabolic syndrome and elevated fasting plasma glucose in a Chinese population: A case-control study. *J Trace Elem Med Biol.* 2015 Oct;32:189-94. doi: 10.1016/j.jtemb.2015.07.009. Epub 2015 Jul 26. PMID: 26302928.
 - Zeng H, Hu Y, Luo Y, Ye Y, Song C, Yu G, Chen Z, Liu S, Liang Y, Liu L, Wan H, Shen J. The Association of Thyroid Nodules With Blood Trace Elements Identified in a Cross-Section Study. *Front Nutr.* 2022 Apr 28; 9:870873. doi: 10.3389/fnut.2022.870873. PMID: 35571937; PMCID: PMC9096353.
 - Zhang HY, Teng XC, Shan ZY, Wang ZJ, Li CY, Yu XH, Mao JY, Wang WW, Xie XC, Teng WP. Association between iron deficiency and prevalence of thyroid autoimmunity in pregnant and non-pregnant women of childbearing age: a cross-sectional study. *Chin Med J (Engl).* 2019 Sep 20;132(18):2143-2149. doi: 10.1097/CM9.0000000000000409. PMID: 31478926; PMCID: PMC6797140.
 - Zhang J, Chen Y, Li H, Li H. Effects of vitamin D on thyroid autoimmunity markers in Hashimoto's thyroiditis: systematic review and meta-analysis. *J Int Med Res.* 2021 Dec;49(12):3000605211060675. doi: 10.1177/03000605211060675. PMID: 34871506; PMCID: PMC8711703.
 - Zhao R, Zhang W, Ma C, Zhao Y, Xiong R, Wang H, Chen W, Zheng SG. Immunomodulatory Function of Vitamin D and Its Role in Autoimmune Thyroid Disease. *Front Immunol.* 2021 Feb 19; 12:574967. doi: 10.3389/fimmu.2021.574967. PMID: 33679732; PMCID: PMC7933459.
 - Zuo Y, Li Y, Gu X, Lei Z. The correlation between selenium levels and autoimmune thyroid disease: a systematic review and meta-analysis. *Ann Palliat Med.* 2021 Apr;10(4):4398-4408. doi: 10.21037/apm-21-449. Epub 2021 Apr 16. PMID: 33894732.

ÖTİROID DİFFÜZ GUATR

Doç. Dr. Mehtap Evran, Prof. Dr. Hasan Ali Altunbaş

1. Giriş

Guatr, tiroid bezinin hastanın yaşı ve cinsiyeti için normal olarak tanımlanan boyuttan büyük olması demektir. Ülkemiz için tiroid bezi büyüklüğü için normal bir değer olmamakla birlikte genel olarak kadınlarda 10 ml'den erkeklerde 15 ml'den büyük olması guatr olarak tanımlanabilir.

Ötiroid diffüz guatr (ÖDG) diyebilmek için tiroid bezinin diffüz olarak büyümüş olması ve bu büyümeye malignite ya da otoimmünitenin eşlik etmiyor olması ile birlikte hastanın ötiroid olması gereklidir. Bu durum, fizik veya ultrasonografi (US) muayenesi sırasında klinik uygulamada sıklıkla bulunan yaygın bir patolojidir. Bu tablo için basit guatr veya toksik olmayan diffüz guatr gibi farklı isimlendirmeler de kullanılabilir. Ayrıca güncellenmiş Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasına göre koloidal guatr terimi de toksik olmayan guatr olarak sınıflandırılmıştır. Aynı zamanda bu durum endemik guatr, basit guatr, toksik olmayan nodüler guatr, toksik olmayan multinodüler guatr veya nodüler hiperplazi olarak da bilinir. İyi huylu lezyonlardır; ancak US görüntüsünde malign lezyonları taklit edebilirler.

Ötiroid diffüz guatr (ÖDG) epidemiyolojik olarak 2 şekilde sınıflandırılabilir: Sporadik veya endemik. Endemik guatr diyebilmek için toplumun %10'undan fazlasında veya 6-12 yaş okul çağı çocuklarının %5'inde guatr bulunması gerekmektedir. Bu oran %5'in altında ise sporadik guatr olarak tanımlanmaktadır. Guatr başlangıcı için en sık yaş aralığı 35- 50'dir ve guatrdan etkilenen kadınların erkeklere oranı 3:1.9'dur.

Ötiroid diffüz guatrın en sık nedeni iyot eksikliğidir (İE). ÖDG olan bireyler genelde hassas olmayan büyümüş tiroid bezi varlığı dışında asemptomatiktir. Tanı klinik olarak ve normal tiroid fonksiyon testlerin belirlenmesi ile konulur. Tedavi nedene yöneliktir, ancak çok büyük guatr varlığında cerrahi gerekebilir.

2. Etiyoloji

Ötiroid diffüz guatra yol açan bir dizi olası faktör arasında hormonal sentezi bloke eden yiyecekler, tiroid uyarıcı hormon (TSH) reseptörlerindeki mutasyonlar, tiroid gelişimini uyaran globulin, büyüme hormonu, insülin benzeri büyüme faktörü 1 (IGF-1) ve genetik faktörler yer almaktadır. İyottan fakir gıdalarla beslenmenin ÖDG' a yol açtığı zaten bilinmektedir. Dünyada İE, endemik ve sporadik guatrın en sık nedenidir. Önlenebilir bir neden olması çok önemlidir. Bir toplumdaki İE düzeltildikçe guatr sıklığı azalmaktadır. İE'nin derecesi ile guatr prevalansı ve guatr büyüklüğü arasında direkt bir bağlantı mevcuttur. Bazı çalışmalara göre, İE %5-10 guatr prevalansı ile ilişkilidir. İyot takviyesinin bu kişilerde guatr insidansını azaltabileceğine dair kanıtlar vardır; ancak bazı uzun süreli endemik guatr vakalarının iyot takviyesi ile her zaman gerilemediği bilinmektedir. Ülkemiz ciddi orta derecede bir İE bölgesi olup, 1999'da sofrta tuzlarının zorunlu iyotlanması sonucunda iyodu sınırda yeterli bir ülke hâline gelmiştir.

Aşağıda ÖDG etiyojisinde rol oynayan faktörler sıralanmıştır:

1. Fizyolojik guatr (puberte, gebelik)
2. İyot eksikliği (endemik)
3. İlaça bağlı guatr (örneğin para-aminosalisilik asit, sulfonamidler, fenilbutazon, amiodaron, lityum)
4. TSH sekresyonunda artış
5. Dismorfogenezis (sporadik)
6. Guatrojenler (manyok otu, lahanası, karnabahar, brüksel lahanası ve şalgam)
7. Genetik ve büyüme faktörleri (DICER1 sendromu, PTEN hamartom tümör sendromu, tiroid foliküler hücrelerindeki TSH reseptörü veya G proteinlerindeki mutasyonlar)
8. Kalıtsal (dishormonogenetik guatr, Plummer sendromu, Plummer-Vinson sendromu).

3. Patofizyoloji ve histopatoloji

Ötiroid diffüz guatrın en sık nedeni İE'dir. Vücutta iyot (I) öncelikle 2 tiroid hormonunun, tiroksin (T4) ve triiyodotironin (T3) sentezinde yer alır. İyot, çevrede ve diyetle öncelikle iyodür olarak bulunur. Yetişkinlerde emilen iyodürün yaklaşık %80'i tiroid bezi tarafından tutulur. Çoğu çevresel iyot, deniz suyunda iyodür olarak bulunur; küçük bir miktar atmosfere girer ve yağmur yoluyla yer altı sularına ve denize yakın toprağa girer. Bu nedenle, denizden uzakta ve yüksek rakımlarda yaşayan insanlar iyot eksikliği açısından özellikle risk altındadır. Sofra tuzunu iyodürle (tipik olarak 70 mcg/g) takviye etmek, yeterli alımın (150 mcg/gün) sağlanmasına yardımcı olur. Gebe (220 mcg/gün) ve emziren (290 mcg/gün) kadınlar için gereksinimler daha yüksektir. İyot eksikliği, iyotlu tuzun kullanıldığı bölgelerde nadir görülür, ancak dünya çapında yaygındır. Günlük alınan iyot miktarı 50 µg'ın altına indiğinde tiroid bezinin iyot içeriği hormon yapımı için yeterli olmamaya başlar. İyot eksikliği (İE) TSH'da devam eden artışa yol açarak, başlangıçta folliküllerin normal morfolojik yapısının korunduğu diffüz homojen tiroid bezi büyümesine (ötiroid diffüz guatr) neden olur. Guatrojenik stimulus devam ederse yıllar içerisinde normal sınırlar içerisinde de olsa TSH'deki artışla yapısal heterojenite ve sonuçta tiroid bezi içerisinde bir veya birden fazla nodül oluşumu gerçekleşir (ötiroid diffüz nodüler guatr). Zamanla bu nodüllerin otonomi kazanması ile de hastalar ötiroid durumdan hipertiroid duruma geçebilirler (toksik nodüler guatr).

Histolojik olarak, ÖDG'nin başlangıç aşaması, tiroid asinüslerinin hücrel hiperplazisidir, ardından histolojik incelemede bile sıklıkla normal tiroid parankiminden ayırt edilemeyen mikronodüller ve makronodüller oluşum gelir. Gerçek tiroid epitel kistleri nadirdir. Hiperplastik nodüller sıklıkla sıvılaşan dejenerasyona, biriken kan, seröz sıvılar ve koloidal maddelere maruz kalır. Bu kistik-dejeneratif süreçte, genellikle kaba ve peri-nodüler olan kalsifikasyon meydana gelebilir.

İyot eksikliği dışında ÖDG etiopatogenezinde birçok mekanizma rol oynamaktadır. Örneğin bazı Güney Amerika ülkelerinde ve Japonya'da iyot fazlalığının da tiroid hormonlarının sentez ve salgılanmasında azalma yapması nedeniyle guatra yol açtığı bilinmektedir. Bunun dışında sigara, bazı vitamin ve mineral eksiklikleri, emosyonel stres, bazı ilaçlar, enfeksiyonlar, endokrin bozucular, doğal guatrojenler ve genetik faktörler de guatra yol açmaktadır. Tablo 1'de doğal guatrojenler ile birlikte bazı guatr nedenleri ve etki mekanizmaları gösterilmiştir.

Tablo 1. Bazı doğal ve diğer guatrojenler ile etki mekanizmaları

Guatrojen	Ajan	Etki mekanizması
Darı, soya	Flavonoidler	Tiroid peroksidaz aktivitesini bozar
Cassava (manyok otu), tatlı patates, süpürge darısı, Lima fasulyesi, keten tohumu	Siyanogenetik glikozidleri tiyosiyanalara metabolize eder	İyodun tiroid bezine alımını inhibe eder
Babassu hindistan cevizi, mandioca	Flavonoidler	Tiroid peroksidaz aktivitesini inhibe eder
Lahana, karnabahar, brokoli, şalgam	Glikozinolatlar	Metabolitleri, iyodun tiroid bezine alımında iyot ile rekabet eder. Tiroid bezinin iyot alımını bozar
Deniz yosunu	İyot fazlalığı	Tiroid hormonlarının salınımını inhibe eder
Sigara	Tiyosiyanat	İyodun tiroid bezine alımında iyot ile rekabet eder
Endokrin bozucular	Fenol, polivinil florür (fitalat esterleri içerir)	Yüksek konsantrasyonlarında guatrojen olabilir
Vitamin ve mineral eksiklikleri	A vitamini eksikliği Demir eksikliği Selenyum eksikliği	Artan hipofiz TSH β subünit mRNA düzeyi ile artan TSH uyarısı Heme bağlı TPO aktivitesini azaltır ve iyot profilaksi etkinliğini azaltabilir Tiroid bezinde peroksitler birikir ve deiyodinaz eksikliğine neden olur; tiroid hormon sentezini bozar

4. Klinik

Hastalar ötiroid olduğu için hormonal olarak tiroid fonksiyon bozukluğuna ait semptom ve bulguların görülmesi beklenmez. Bu nedenle ÖDG olan hastalar genellikle asemptomatiktir. Tiroid volümü genellikle 40 mL veya daha fazla ise gözle görülebilir. Tablo 2’de Dünya Sağlık Örgütü’nün guatr sınıflaması gösterilmiştir. Boyunda şişlik tesadüfen hasta veya başkaları tarafından fark edilebilir. Fizik muayenede, düz veya nodüler olabilen ve yutma ile hareket eden santral bir boyun şişliği olacaktır. Tiroidin palpasyonu ile nodüllerin yeri, boyutu, kıvamı ve hareketliliği belirlenebilir. Multinodüler guatr, özellikle tüm nodüller benzer kıvama sahipse, benign hastalık ile uyumludur. Bazı kişilerde özefagus, trakea ve larenks sinirlerinin yakınlardaki büyük guatr tarafından mekanik olarak sıkıştırılması nedeniyle disfaji, dispne ve ses kısıklığı gibi bası semptomları olabilir. Guatr trakeayı itebilir veya retrosternal olarak uzanabilir. Ses kısıklığı veya geçirilmiş cerrahi girişim durumlarında ses telleri incelenmelidir. Büyük tiroidler boyun vasküler yapılarını da sıkıştırarak yüzde şişlik ve siyanoza neden olabilir. Bu venöz dönüş bozukluğunun kolları kaldırıncaya belirginleşmesine ‘Pemberton Belirtisi’ adı verilir. Pemberton belirtisi, özellikle substernal yerleşim gösteren “plonjan” guatlarda daha belirgin olarak ortaya çıkabilir. Retrosternal guatr sıklıkla disfajiye yol açarken, retrotrakeal guatr ise dispneye yol açabilmektedir. Bazı ileri guatrlı hastalarda vokal kord paralizisi, frenik sinir felci ve Horner sendromu görülebilir. Ağrı nadirdir, ancak bir nodülde kanama olduğunda şiddetli olabilir ve guatrda ani değişikliklerle

ilişkilendirilebilir. Malignite düşündürülen herhangi bir servikal lenfadenopati varlığında, daha ileri tetkik ile malignite dışlanmalıdır.

Tablo 2. Dünya Sağlık Örgütü Guatr Sınıflandırması

Evre 0:	Palpasyon ve inspeksiyon ile guatr yok
Evre 1a Evra 1b	Normal, nötral duruş sırasında tiroid palpe edilebilir, ancak dışarıdan görülmez Boyun ekstansiyonda iken izlenebilen ve palpe edilebilen guatr
Evre 2 Evre 3	Normal nötral duruş sırasında tiroid palpe edilebilir ve görülür Uzaktan da izlenebilen dev guatrlar

Ötiroid diffüz guatr olan hastalarda US ile tiroid bezinin yapısı incelenebilir. Ultrasonda normal bir tiroid bezi, 1 mm'yi geçmeyen ince tanecikli izoekoik homojen bir yapı sergiler. Heterojen eko yapısı, normal arka plana kıyasla eko yoğunluğunda bir fark olduğunda kaydedilir. Nodüler guatr kavramı her zaman morfolojik tanımına karşılık gelmez. Ultrason pratiğinde bu terim, herhangi bir görüntüleme yöntemiyle belirlenebilen bir kapsül içeren, herhangi bir boyuttaki tiroid lezyonu olarak tanımlanır. Tüm tiroid anormalliklerinin yaklaşık %80-85'i tiroid bezinin yaygın hiperplazisidir. Diffüz hiperplazide ultrasonografik özellikler; artmış bir tiroid hacmi ile birlikte homojen izoekoik bir eko yapısı ve düzenli kenar boşluklarından oluşur. Doppler görüntüleme, tiroid bezi içindeki damarların sayısında, göz ardı edilebilir miktarda, düzgün dağılımlı simetrik bir artış gösterebilir veya normal bir renk spektrumu genellikle görülebilir.

Nodüler bir tiroid bezi var ise klinisyen, TSH, serbest T4 (sT4) ve gerekirse serbest T3 düzeylerini ölçerek hastanın tirotoksik, subklinik tirotoksik, hipotiroid veya ötiroid olup olmadığını değerlendirmelidir. Daha sonra lezyonları değerlendirmek için US yapılmalıdır.

5. Tanı

Ötiroid diffüz guatr olan hastalarda kesin veya ayırıcı tanı için sT4 ve TSH, gerekirse tiroid antikorları, özellikle anti-TPO ölçülmeli bu değerlerin normal olduğu gösterilmelidir. Eğer ciddi bir İE'ne bağlı endemik guatr tablosu var ise, T4 düşük-normal, T3 normal-yüksek ve TSH normal ya da üst sınıra yakın bulunabilir. Hastaların tanısı için başlangıçta fizik muayene yöntemlerinden inspeksiyon ve palpasyon yapılmalı, guatr olup olmadığı, nodül varlığı veya şüphesi durumunda daha objektif bir değerlendirme için US yapılmalıdır. Amerikan Tiroid Derneği (ATA) klavuzu, guatr ile başvuran tüm hastalarda, ilk araştırmanın bir parçası olarak tiroid bezi US'nin yapılmasını önermektedir. Genellikle ÖDG'de tanı amaçlı tiroid sintigrafisi yapılmasına gerek yoktur.

6. Korunma

Ötiroid diffüz guatr endemik bir hastalık olduğundan, halk sağlığı açısından en önemli parametre İE'ni önlemektir. İyot eksikliğini önlemenin en iyi yolu ise iyot profilaksisi yapılmasıdır. Ülkemizde İE'nin önlenmesi açısından 1999'da çıkarılan bir yasa ile tüm sofrta tuzlarının iyotlanması zorunlu hale getirilmiştir. Bu bağlamda, İE olan bireylerde mutlaka iyodür tedavisi verilmesi

sağlanmalıdır. İyot eksikliği olan bebek, çocuk, yetişkin, gebelik ve emzirme gibi farklı durumlarda, belirlenmiş olan farklı dozlarda iyodür tedavisi verilmelidir. Ayrıca, gebelik ve laktasyon gibi iyot ihtiyacı artmış olan risk gruplarında iyotlu tuza ek olarak iyot desteği kullanılmalıdır. İyot piyasada multi-vitaminler içerisinde veya folik asitle birlikte bulunabildiği gibi potasyum iyodür (KI) içeren 100 µg tabletler şeklinde de mevcuttur.

7. Tedavi ve takip

Tedavide amaç, tiroid bezindeki büyümenin durdurulması veya büyümeyle ilgili olarak ortaya çıkan basının giderilmesidir. ÖDG tedavisi için literatürde kanıta dayalı yaklaşım önerisi bulunmamaktadır. Ötiroid diffüz guatr veya toksik olmayan guatr genellikle yavaş ilerler ve semptom-suzdur; bu nedenle tedavi gerektirmez, sadece takip gerektirir. Genellikle asemptomatik ve küçük ötiroid guatrı olan hastaların hiçbir özel tedaviye ihtiyacı yoktur. Uzun süreli guatlarda ise tıbbi tedavi çok az sonuç verdiği veya hiç sonuç vermediği için halen tartışmalıdır. Bu bireylerde iyotlu tuz kullanımının hastanın kendisine yararı az olmakla birlikte diğer aile bireyleri için -özellikle kendisinden küçük olanlar- mutlak yararı olacaktır.

Bası semptomları veya komplikasyonları olan hastalarda, elektif şartlarda cerrahi tedavi yapılması önerilmektedir, bu tedavi total veya totale yakın tiroid bezi çıkarılmasını içermelidir. Cerrahi tedavinin avantajlı yönü, nüks oranının nispeten düşük olmasıdır. Evre 2 guatrı olan genç, orta yaşlı hastalarda, bezde çok sayıda nodül varlığında, bası semptomları varlığında, malignite ve/veya malignite kuşkusu varlığında cerrahi tedavi düşünülmelidir. Dev guatlarda, özellikle genç, orta yaşlarda kozmetik nedenler de cerrahi seçiminde etkili olabilir. Tiroidektomi sırasında veya sonrasında hipoparatiroidizm ve tekrarlayan laringeal sinir yaralanması gibi komplikasyonlar ortaya çıkabileceği, ek olarak, total tiroidektomi geçiren hastaların ömür boyu tiroid replasman tedavisi alması gerekliliği unutulmamalıdır.

Diğer bir tedavi yöntemi radyoiyot ablasyonudur (RAI). Ancak ülkemizde ÖDG hastalarında RAI tedavisi sık kullanılan bir yöntem değildir. Cerrahi endikasyonu olmasına rağmen cerrahi tedaviyi reddetmiş olan, büyük bası yapan guatlarda veya cerrahi açıdan yüksek riskli ileri yaşlı hastalarda tiroid bezini küçültmek amacıyla RAI kullanılabilir. RAI tedavisi birkaç yıl içerisinde tiroid volumünde %40-60 oranında bir azalma sağlayabilmektedir.

Sonuç olarak, tedavi seçenekleri arasında her hasta için risk ve yarar dengesi gözetilerek seçim yapılmalıdır. İyot eksikliği (İE), ÖDG'nin temel nedeni olduğu için İE'nin düzeltilmesi tedavinin ana hedefi olmalıdır. Çocuklarda ve puberte öncesinde günde 90-150 µg iyot verilmesi önerilmektedir. İyot monoterapisi yerine, erişkinlerde LT4 ve iyodun birlikte kullanılmasını öneren çalışmalarda bu tedavi ile 12-18 ay içinde tiroid bezinde belirli bir oranda küçülme olduğu bildirilmiştir. Özellikle bu tedavi şeklinin iyot alımının düşük veya sınırda olduğu bölgelerde tiroid hacminin azaltılmasında ve yeni nodül gelişimini engellemede faydalı olduğu belirtilmiştir.

Ötiroid diffüz guatr olan hastaların takip sıklığı başlangıçta yıllık aralıklar şeklinde olmalıdır. Takipler sırasında tiroid hormonları (özellikle TSH) ölçülerek tiroid fonksiyon bozukluğu gelişip gelişmediği, ayrıca US yapılarak tiroid bez hacminde artış olup olmadığı, yeni nodül gelişip gelişmediği incelenmelidir.

TEMD Önerileri

- 6A. Ötiroid diffüz guatrın en sık nedeni iyot eksikliğidir
- 6B. İyot eksikliği düzeltildikçe guatr sıklığı azalmaktadır. İyotlu tuz profilaksisi ile toplumda iyot eksikliği düzeltilebilir.
- 6C. İyot eksikliği olan bebek, çocuk, yetişkin, gebelik ve emzirme gibi farklı durumlarda, belirlenmiş olan farklı dozlarda iyodür tedavisi verilmelidir. Ülkemiz iyot eksikliği bölgesi olduğundan, profilaktik amaçla gebelik ve laktasyon döneminde iyotlu tuza ek olarak günde 100-150 µg iyot desteği verilmelidir.
- 6D. Ülkemiz için yeterli iyot alındığında, guatrojen barındırdığı bilinen besinlerin tüketimine sınırlama önerilmemektedir (karalahana vs.).
- 6E. Genellikle asemptomatik ve küçük ötiroid guatrı olan hastaların hiçbir özel tedaviye ihtiyacı yoktur. Yetişkinde ötiroid diffüz guatr veya nodüller için LT4 tedavisi ile TSH süpresyonu tedavisi rutin olarak önerilmemektedir.
- 6F. Ancak, başı semptomları veya komplikasyonları olan hastalarda, elektif şartlarda cerrahi tedavi yapılması önerilmektedir, bu tedavi total veya totale yakın tiroid bezi çıkarılmasını içermelidir.
- 6G. Cerrahi endikasyonu olmasına rağmen cerrahi tedaviyi reddetmiş olan büyük bası yapan guatrlarda veya cerrahi açıdan yüksek riskli ileri yaşlı hastalarda tiroid bezini küçültmek amacıyla RAI kullanılabilir

Kaynaklar

1. Hoang VT, Trinh CT. A review of the pathology, diagnosis and management of colloid goitre. *Eur Endocrinol* 2020; 16:131-135.
2. World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th revision). 2018. Link: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
3. Alkabban F, Patel B. Nontoxic Goiter. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2020. Link: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482274.
4. Armstrong M, Asuka E, Fingeret A. Physiology, Thyroid Function. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2020. Link: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537039/
5. Knobel M. Etiopathology, clinical features, and treatment of diffuse and multinodular nontoxic goiters. *J Endocrinol Invest* 2016;39:357-373.
6. Medeiros-Neto G. Multinodular Goiter. In: Feingold KR, Anawalt B, Boyce A, et al. (eds). *Endotext* [Internet]. South Dartmouth: MDText.com, Inc.; 2000. Link: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK285569.
7. Dauksiene D, Petkeviciene J, Klumbiene J, Verkauskiene R, Vainikonyte-Kristapone J, Seibokaite A, Ceponis J, Sidlauskas V, Daugintyte-Petrusiene L, Norkus A, Zilaitiene B. Factors associated with the prevalence of thyroid nodules and goiter in middle-aged euthyroid subjects. *Int J Endocrinol*. 2017;2017:8401518.
8. Bruka I, Gjata A, Roshi E. Epidemiology of goiter and benign tumors of the thyroid gland in Albania. *Mater Socio-med*. 2014;26:261-263.
9. Gittoes NJ, Franklyn JA. Drug-induced thyroid disorders. *Drug Saf*. 1995;13:46-55.
10. Al-Hureibi KA, Abdulmughni YA, Al-Hureibi MA, Al-Hureibi YA, Ghafoor MA. The epidemiology, pathology, and management of goitre in Yemen. *Ann Saudi Med*. 2004;24:119-123.
11. Lima MA, Tiveron FS, Santos VM, Lima LM, Silva GP, Borges MF. C-cells in colloid goiter. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo*. 2003;58:310-314.
12. Greer MA, Studer H, Kendall JW. Studies on the pathogenesis of colloid goiter. *Endocrinology*. 1967;81:623-632.
13. Sheu S-Y, Görges R, Schmid KW. Hyperplasia of the thyroid gland. *Pathologie*. 2003;24:348-356.
14. Ramelli F, Studer H, Bruggisser D. Pathogenesis of thyroid nodules in multinodular goiter. *Am J Pathol*. 1982;109:215-223.
15. Qureshi IA, Khabaz MN, Baig M, Begum B, Abdelrehaman AS, Hussain MB. Histopathological findings in goiter: A review of 624 thyroidectomies. *Neuro Endocrinol Lett*. 2015;36:48-52.
16. Salvatore D, Davies T, Schlumberger M, et al. Thyroid physiology and diagnostic evaluation of patients with thyroid disorders. In: Melmed S, Polonsky K, Reed Larsen P, Kronenberg H, (eds) *Williams Textbook of Endocrinology*, 13th ed. Elsevier. 2015;333-368.
17. Sencha A, Patrunov YN (eds). *Thyroid Ultrasound: From Simple to Complex*. Basel: Springer International Publishing; 2019; 65-103.

18. Kharchenko VP, Kotlyarov PM, Mogutov MS, et al. *Ultrasound Diagnostics of Thyroid Diseases*. Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2010;57–125.
19. Bojunga J. Ultrasound of thyroid nodules. *Ultraschall Med*. 2018;39:488–511.
20. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, et al. American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 2016;26:1-133.
21. Erdoğan G, Erdogan MF, Emral R, Baştemir M, Sav H, Haznedaroğlu D, Ustündağ M, Köse R, Kamel N, Genç Y. Iodine status and goiter prevalence in Turkey before mandatory iodination. *J Endocrinol Invest* 2002;25:224-228.
22. Knobel M. Which Is the ideal treatment for benign diffuse and multinodular non-toxic goiters? *Front Endocrinol (Lausanne)* 2016;7 (48): 1-17.
23. Pemayun TG. Current diagnosis and management of thyroid nodules. *Acta Med Indones*. 2016;48:247–257.
24. Medeiros-Neto G, Camargo RY, Tomimori EK. Approach to and treatment of goiters. *Med Clin North Am* 2012;96:351-368.
25. Al Dawish MA, Alwin Robert A, Thabet MA, Braham R. Thyroid nodule management: thyroid-stimulating hormone, ultrasound, and cytological classification system for predicting malignancy. *Cancer Inform*. 2018;17:1-9.
26. Parsa AA, Gharib H. Update on thyroid nodule management. *US Endocrinology*. 2019;15:32–38.
27. Guille JT, Opoku-Boateng A, Thibeault SL, Chen H. Evaluation and management of the pediatric thyroid nodule. *Oncologist*. 2015;20:19–27.
28. Feldt-Rasmussen U. Radioiodine treatment for non-toxic goitre. *F1000 Med Rep*. 2009;1 (70): 1-3.
29. Grussendorf M, Reiners C, Paschke R, Wegscheider K. Reduction of thyroid nodule volume by levothyroxine and iodine alone and in combination: A randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Endocrinol Metab* 2011;96:2786-2795.

HİPOTİROİDİ: TANI VE TEDAVİSİ

Prof. Dr. Dilek Gogas Yavuz

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları A.B.D. Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı

Tanım

Hipotiroidi, doku düzeyinde tiroid hormonu yetersizliği veya nadiren etkisizliği sonucu ortaya çıkan, metabolik yavaşlama ile karakterize bir hastalıktır.

Hipotiroidi bozukluğun kaynaklandığı dokulara göre 3 grupta sınıflanır:

Primer hipotiroidi: Tiroid bezi yetersizliğinden kaynaklanan nedenlere bağlı,

Sekonder hipotiroidi: TSH yetersizliğine bağlı,

Tersiyer hipotiroidi: TRH yetersizliğine bağlı olarak ortaya çıkan hipotiroididir.

Sekonder ve tersiyer hipotiroidiye, santral sinir sisteminden kaynaklandığı için santral hipotiroidi adı da verilmektedir.

Tanı

Çoğu zaman hipotiroidiye özgü klinik belirti ve bulgular olmadığı için, tanı tamamen biyokimyasal testlere dayanılarak konulur.

Primer aşikâr hipotiroidi de serum TSH yüksek ve serum sT4 düzeyi düşüktür. Serum sT4 düzeyinin normal, serum TSH düzeyinin yüksek olduğu durumlar subklinik hipotiroidi olarak tanımlanır.

TSH üst sınırı genç erişkin popülasyonda 4 mIU/L kabul edilir.

Serum T4 değerleri alt sınırı için laboratuvar referans aralığı dikkate alınmalıdır

Santral (sekonder, tersiyer) hipotiroidi de ise serum sT4 düzeyinin düşük olmasına karşın, serum TSH düzeyi buna uygun olarak yükselmemiştir.

Epidemiyoloji

Hipotiroidi görülme sıklığı popülasyona ve tanı kriterlerine göre değişmektedir. ABD’de yapılan “NHANES III” çalışmasına göre; 12 yaş üzerinde hipotiroidi prevalansı aşikâr hipotiroidi

İçin %0,3 rapor edilmiştir. Hipotiroidi insidansı yıllık; kadınlarda 1000’de 3,5, erkeklerde 0,6 olarak verilmektedir. Hipotiroidi, kadınlarda erkeklere oranla 5-8 kat daha fazla görülmektedir.

Etyoloji

Hipotiroidi tanısı alan vakaların % 99' u primer hipotiroididir. Nadiren hipotalamo-hipofizer akstaki problemlerden kaynaklanır. Hipotiroidi tanısı konulan her olguda, hipotiroidinin nedeninin mutlaka araştırılması gereklidir. Hipotiroidi etyolojisinin belirlenmesi şu açılardan önemlidir: Sessiz (ağrısız) tiroidit gibi tiroiditlerin geçici hipotiroidilerin ekarte edilmesi ki bunların önemli bir kısmında tedavi gerekmez, ilaca bağlı hipotiroidi durumunda ilacı kesmek tedavi için yeterli olabilir, hipotiroidi hipotalamus veya hipofiz bezi hastalıklarının ilk belirtisi olabilir.

Tablo 1' de hipotiroidi nedenleri özetlenmiştir.

Tablo 1. Hipotiroidi Nedenleri

Primer hipotiroidi

- Kronik otoimmün tiroidit (Hashimoto tiroiditi)
- Tiroid cerrahisi
- RAI veya boyuna radyasyon tedavisi sonrası
- Ciddi İE veya iyot fazlalığı
- Tiyonamidler, lityum, amiodaron, IF- α , IL-2, perklorat, tirozin kinaz inhibitörleri (TKİ)
- Riedel tiroiditi, fibröz tiroidit, hemokromatozis, sarkoidozis
- Postpartum tiroidit
- Sessiz (ağrısız) tiroidit
- Subakut (granülamatöz) tiroidit
- Doğumsal tiroid agenezisi, disgenezisi veya tiroid hormon sentezinde kusurlar

Santral hipotiroidi (Sekonder, Tersiyer)

- Hipofiz veya hipotalamus bölgesi tümörleri (kraniyofarinjioma vb.)
- İnflamatuvar hastalıklar (lenfositik, granülamatöz)
- İnfiltratif hastalıklar
- Hemorajik nekroz (Sheehan sendromu)
- Hipofiz veya hipotalamus cerrahi veya ışınlanması

Tiroid hormon direnci

Dünyada hipotiroidinin en sık nedeni şiddetli iyot eksikliğidir (İE). İyot eksikliği olmayan bölgelerde en çok görülen neden ise kronik otoimmün tiroidittir (Hashimoto tiroiditi)

Kronik otoimmün tiroidit, kadında erkeklere oranla 7-8 kat daha fazla görülmektedir. Hipotiroidi; tiroid cerrahisi, RAI ablasyon tedavisi sonrası da gelişebilmektedir. Postpartum, sessiz, subakut veya sitokin aracılıklı tiroiditler sırasında kalıcı veya geçici hipotiroidi oluşabilmektedir. Daha az

sıklıkla infiltratif ve infeksiyöz hastalıklar, boyun bölgesinin dışarıdan ışınlanması, tiroid disgenezisi, tiroid hormon sentezinde biyokimyasal kusurlar hipotiroidiye neden olabilir.

Antitiroid ilaçlar, lityum, doğal veya sentetik guatrojenik kimyasallar, TKİ, IL-2 ve IF- α gibi ilaçların kullanımı da hipotiroidi yapabilmektedir.

Santral hipotiroidi, yetersiz TSH salınımı sonucu gelişir. Hipofiz veya hipotalamus bölgesi tümörleri (kraniofarinjioma vs.), inflamatuvar (lenfositik, granülomatöz), infiltratif hastalıklar, hemorajik nekroz (Sheehan sendromu), cerrahisi veya ışınlanması santral hipotiroidiye neden olabilmektedir. Santral hipotiroidili olgularda serum TSH düzeyi düşük, normal, nadiren de hafifçe yüksek olabilmektedir. Bu olgularda serum sT4 düzeyi düşüklüğünün saptanması önemlidir. Hipotiroidili olguların önemli bir kısmına otoimmün kronik tiroidit söz konusu olduğu için otoimmün kökenli bazı hastalıklar Tip 1 diabetes mellitus, pernisiyöz anemi, Addison hastalığı, myastenia gravis, çölyak hastalığı, romatoid artrit, sistemik lupus eritematosus gibi hipotiroidiye eşlik edebilir. Hipotiroidi nadir olarak da tiroid hormonuna doku düzeyinde direnç sonucu ortaya çıkabilmektedir.

Hipotiroidi Belirti ve Bulguları

Hipotiroidide belirti ve bulgular, tiroid hormon eksikliğinin neden olduğu metabolik olaylarda yavaşlama ve glukozaminoglikanların intertisiyel dokuda birikimi sonucu açığa çıkar. İzlenen belirtiler, tiroid hormon eksikliğinin derecesi ve tiroid hormon eksikliğinin çıkış hızına bağlı oldukça değişkenlik gösterir. Santral hipotiroidide klinik belirtiler primer hipotiroidide görülene benzer; santral hipotiroidide, hipogonadizm ve adrenal yetmezlik gibi diğer endokrinolojik eksiklikler de tabloya eşlik edip hipotiroidi belirtilerini maskeleyebilir.

Hipotiroidide görülen belirti ve bulgular hipotiroidiye özgü değildir. En sık görülenleri; cilt kuruluğu, kolay üşüme, yorgunluk, seste değişiklik ve kabızlıktır. Diğer belirti ve bulgular; bradikardi, yavaş konuşma, gözaltlarında ve yüzde şişme, kilo alma, terlemede azalma, saç dökülmesi, solukluk, unutkanlık, konsantrasyonda azalma, depresyon, sinirlilik, dilde büyüme, iştahsızlık, çarpıntı, işitmede azalma, âdet düzensizlikleri, kas ağrıları ve kramplardır. Ciddi hipotiroidili olgularda, perikardiyal ve plevral effüzyonlar tabloya eşlik edebilir.

Daha nadir olarak ciddi hipotiroidili hastalarda; karpal tünel sendromu, uyku apnesi, galaktore veya galaktore olmaksızın hiperprolaktinemi ve hiponatremi izlenebilir.

Hipotiroidide izlenen belirti ve bulgulara Tablo 2 de gösterilmiştir.

Tablo 2. Hipotiroidizmde Belirti ve Bulgular

Mekanizma	Belirtiler	Bulgular
Metabolik olaylarda yavaşlama	Hâlsizlik, yorgunluk, kolay üşüme, efor dispnesi, kilo alma, algılama zorluğu, unutkanlık, kabızlık, büyüme gecikmesi, el ve ayak içlerinin portakal rengi görünüm alması	Hareketlerde ve konuşmada yavaşlama, tendon reflekslerinin gevşeme süresinde uzama, bradikardi, karotenemi
İntertisiyel dokuda madde birikimi	Cilt kuruluğu, Ses kısıklığı, Ödem	Kalın kaba deri, yüzde şişme, kaşlarda dökülme, göz çevresinde ödem, dilde büyüme
Diğerleri	İştirmede azalma, kas ağrıları, kramplar, uyuşmalar, depresyon, menoraji, eklem ağrısı, puberte gecikmesi	Diastolik hipertansiyon, pleural ve perikardiyal efüzyon, assit, galaktore

Tanı

Hipotiroidiye özgü klinik belirti olmadığından, tanı biyokimyasal hormon ölçümlerine dayalıdır. Primer hipotiroidi düşünülen olgularda ilk istenecek test serum TSH düzey ölçümüdür. Serum TSH düzeyi yüksek olarak bulunduğu, serum TSH düzeyinin tekrarı ile birlikte serum serbest T4 düzeyine bakılmalıdır.

Aşikâr hipotiroidide serum TSH düzeyinde yükselme, serum sT4 düzeyinde düşme ile birlikte dir. sT3 düzeyleri deiyodinazların kompensasyonu nedeni ile genellikle derin hipotiroidi evresine kadar normal bulunur. sT3 düzeylerinin de düşük bulunması derin aşikâr hipotiroidi anlamına gelir.

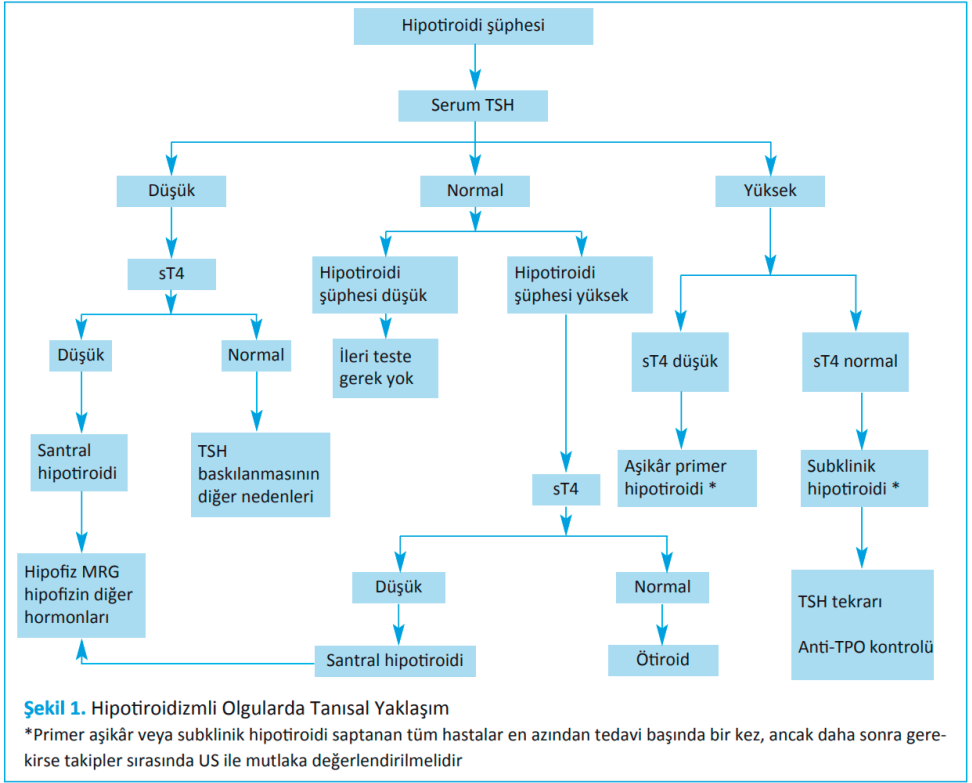
Serum sT4 düzeyi düşüklüğü ile birlikte serum TSH düzeyinin düşük veya sT4 düzeyinin düşük olmasına rağmen TSH düzeyinin normal olması, santral hipotiroidiyi akla getirmelidir.

Serum TSH düzeyi yüksekliği ile birlikte serum sT4 düzeyinin normal olması subklinik hipotiroidiyi düşündürür.

ATİ tedavisi veya hipertiroidi nedeni ile cerrahi veya RAI tedavisi sonrası gelişen hipotiroidide, TSH baskılaması aylarca devam edebileceğinden, serum serbest T4 ölçümü tanı için bu periyotta daha değerli olabilir.

TSH düzeyinin üçüncü kuşak IRMA yöntemi ile ölçümünün özgünlük ve duyarlılığı yüksektir. Primer hipotiroidi tanısı konulduktan sonra, etiyolojik nedeni belirlemek için otoimmün kökenli düşünülen olgularda tiroid otoantikörlerinden anti-TPO ölçümü önerilmektedir.

Hipotiroidi şüphesinde tanı yaklaşımı Şekil 1'de verilmiştir.



Hipotiroidi taraması:

Hipotiroidiye uyan belirti ve bulguları olan olgular, tiroid fonksiyon bozukluğu açısından değerlendirilmelidir. Semptomları olmayan olgularda rutin tarama yapılması risk faktörleri varlığında önerilmektedir. Hipotiroidi açısından değerlendirilmesi gereken riskli durumlar Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Hipotiroidizm Açısından Değerlendirilmesi Gereken Riskli Durumlar

- 60 yaş üzeri kadınlar
- Gebe veya gebelik planlayan kadınlar
- Tekrarlayan düşük, ölü doğum hikâyesi
- RAI tedavisi veya boyun bölgesine radyasyon alanlar
- Tiroid cerrahisi geçirenler
- Tip 1 diabetes mellituslu hastalar
- Otoimmün hastalığı olanlar (Vitiligo, Sjögren sendromu, sistemik lupus eritematozus, romatoid artrit)
- Down sendromu
- Turner sendromu
- Ailede OİTH öyküsü olanlar
- Guatr ve/veya anti-TPO pozitifliği
- Lityum, amiodaron, IF- α , sunitinib, sorafenib ve diğer TKİ'leri kullananlar
- Açıklanamayan hiperprolaktinemi
- Açıklanamayan hiperkolesterolemi
- Açıklanamayan anemi
- Kalp yetmezliği

Tedavi

Aşık hipotiroidi tanısı alan tüm vakalar levotiroksin replasman tedavisi almalıdır.

Serum TSH düzeyinin 10 mU/L olduğu bütün olguların tedavi edilmesinde genel bir fikir birliği vardır.

Biyolojik aktif olan T3 hormonunun, T4'ten dönüşümü ile oluştuğundan hipotiroidi tedavisinin temeli, L-tiroksin (LT4) dir. Yarı ömrü uzunluğu (yaklaşık bir hafta), günde bir kez kullanımı ile uygun T4 ve T3 kan düzeyi sağladığından tek başına replasman olarak yeterli olabilmektedir.

LT4' ün günlük doz gereksinimi yaş, cins ve vücut ağırlığına göre değişmektedir. Kısmi tiroid fonksiyon rezervi olan olgularda, başlangıçta ortalama ihtiyaç 1.2-1.6 $\mu\text{g}/\text{kg}$ (yaklaşık 75-100 $\mu\text{g}/\text{gün}$ 'dür). Tiroid dokusu hiç olmayan hastalarda ve santral hipotiroidisi olanlarda daha yüksek dozlar (100-250 $\mu\text{g}/\text{gün}$) gerekebilir

Genç hastalarda planlanan tam dozla tedaviye başlanabilir. Yaşı 60 üzeri koroner kalp hastalığı öyküsü olmayan aşık hipotiroid olgularda başlangıç dozu 50 $\mu\text{g}/\text{gün}$, koroner kalp hastalığı varsa 12,5-25 $\mu\text{g}/\text{gün}$ olmalıdır. Tedaviye başladıktan sonra, doz ayarlaması 4-8 haftalık periodlar ile TSH ölçümü ile yapılmalıdır. LT4 doz artışının 12,5-25 $\mu\text{g}/\text{gün}$ olarak yapılması ve doz değiştirildikten sonra yeni ölçüm için 6-8 hafta beklenmesi uygundur.

Hedef doza ulaşıktan 8-10 hafta sonra TSH değerlendirilmeli ve gerekirse 12,5-25 $\mu\text{g}/\text{gün}$ dozlar şeklinde dozla oynanmalıdır. Uygun doza ulaşıktan sonra, olguların izlemi 6-12 aylık sürelerde serum TSH düzeyleri ölçülerek yapılmalıdır.

Yaşlıda 12.5-25 µg/gün dozlarla başlayarak 7-10 günde bir 12.5 µg/gün olarak doz artırılmalı ve hasta olası göğüs ağrısı açısından uyarılmalıdır.

Santral hipotiroidi tablosunda levotiroksin dozu 1.6 µg/kg hesaplanarak tedaviye başlanabilir takipler ve doz ayarlamaları sT4 düzeylerine göre yapılmalıdır. Santral hipotiroidide TSH ölçümü takiplerde yardımcı olmaz.

Santral hipotiroidili olgularda, adrenal yetmezlik de tabloya eşlik ediyorsa önce mutlaka glukokortikoid replasmanı verilmeli, sonra tiroid hormonu başlanmalıdır. Ters yapırsa tiroid hormon ihtiyacı daha da artacağı için sorun yaşanabilir.

Tedavi hedefi:

LT₄ replasman tedavisinde amaç TSH hedefine ulaşmaktır. TSH hedefi yaşa göre değişkendir. Genç ve orta yaşlılarda TSH hedefi 0,4-2,5 mU/L olmalıdır. Yaşlılarda ise (≥65-70 yaş) hedef TSH 3-6 mU/L olarak alınabilir. Çok yaşlılarda (>80-85 yaş) TSH ≤10 mU/L hedef olarak belirlenmelidir.

Gebelik planlayan olgularda TSH hedefi 0,4-2,5 mU/L olabilir.

Hipotiroidiye ait bazı klinik değişikliklerin, serum TSH düzeyi normale dönse bile birkaç ay içinde normale dönebileceği konusunda hasta bilgilendirilmelidir.

Levotiroksin kullanımında dikkat edilmesi gerekenler

LT₄, aç karına daha iyi emildiği için ilaç öğünden en az 30 dakika önce bir miktar su ile içilmelidir. Bazı özel durumlarda gece yatarken, son yemekten üç-dört saat sonra boş mideye alınabilir. Mümkünse tedavide başlangıcında kullanılan ticari preparat ile devam etmeli ve preparat değişiminden kaçınılmalıdır.

Tiroid hormonunun emilimini, proteinlere bağlanmasını ve metabolizmasını etkileyebilecek yeni ilaçlar başlandığında, gerekli aralık bırakılmalı ve 6-8 hafta sonra serum TSH düzeyi ölçülerek doz ayarlamalıdır (Bkz. Bölüm: Tiroid ve İlaçlar).

Tiroid hormonu ile birlikte demir sülfat, kalsiyum karbonat gibi ilaçlar kullanılacaksa en az 4 saat ara bırakılmalıdır. H. pylori gastriti, atrofik gastrit, Çölyak hastalığı gibi bazı gastrointestinal sistem hastalıklarında doz gereksinmesi artabilir.

Günlük doz 200 µg üzerine çıkan olgularda, uygun TSH düzeyi sağlanmadı ise hasta uyumsuzluğu veya emilim sorunları düşünülmelidir. Tiroid hormon replasman tedavisi alanlarda %20 oranında aşırı doz kullanımı bildirildiğinden tedavide aşırı dozdan, kardiyovasküler sistem, kemik ve duygulanım bozukluğu gibi yan etkiler nedeni ile kaçınılmalıdır (Bkz. 7. Bölüm Subklinik Hipotiroidi).

Hipotiroidili LT₄ tedavisi alan olguların %5-10'unda uygun TSH düzeyine rağmen semptomlar devam etmektedir. Bu tip olgularda LT₃+LT₄ kombine tedavisi düşünülmüştür. Yapılan çalışmalarda, T₃+T₄ kombine tedavisinin LT₄ tedavisine üstün olduğuna yönelik kanıtlar yetersizdir. Tiroid ekstrezi ve T₃ kullanılmamalıdır.

LT4'ün emilimi mide asidinden etkilendiğinden, son zamanlarda LT4 yumuşak jel kapsülleri ve likit formları tedavide denenmektedir. Malabsorbsiyon durumlarında, barsak rezeksiyonlarında, bariyatrik cerrahi sonrasında bu formların daha yararlı olabileceğine yönelik yayınlar mevcuttur.

Yaşlı Hastalarda Hipotiroidi ve Tedavisi

Yaşlı hastalarda hipotiroidi nispeten sık görülmektedir; kadınların %5-20'sini, erkeklerin %3-8'ini etkileyebilmektedir. Yaşlılarda hipotiroidinin en sık görülen nedenleri; OİTH'ye bağlı tiroid hasarı, tiroid cerrahisi, RAI tedavisi, amiodaron, sitokinler ve lityum gibi ilaçlardır. Hastalığa özgü klinik belirti ve bulgu olmadığından, gerekli olgularda tanı için serum TSH düzeyi bakılmalıdır. Serum TSH düzeyi yüksek olan olgularda tercihen 1-2 ay sonra bir kez daha TSH ölçümü, serbest T4 düzeyi ve anti-TPO antikorları istenmeli ve tanı doğrulanmalıdır.

NHANES III çalışmasına göre; yaşla birlikte TSH düzeyi artmaktadır, bu nedenle yaşlı olgularda hipotiroidi tanısı için, o yaş için referans değerlerin üst sınırı kullanılmalıdır. NHANES III çalışmasına göre; yaşlı olguların %70'inde TSH düzeyi 4,5 mU/L'nin üzerinde bulunmuştur.

Sağlıklı 80 yaşın üzerine olan olgularda, TSH üst sınırı 6-8 mU/L kadar olabilir. Serum TSH düzeyinin >10 mU/L'nin üzerinde olduğu olgularda tedavi başlanmalıdır. Tedavide LT4 kullanılır.

Başlangıç dozu 12,5-25 µg/gün olmalıdır. Doz 7-10 günde bir 12,5 µg/gün olarak artırılmalı ve hedeflenen doza ulaşıktan 6-8 hafta sonra serum TSH düzeyi ölçülerek doz ayarlaması yapılmalıdır, dozlarda artışın 12,5-25 µg/gün olarak yapılması uygundur. Doz değişiminden 6-8 hafta sonra TSH ölçülerek yeni dozun yeterliliği araştırılır. Yaşlılarda (≥65-70 yaş) hedef TSH 3- 6 mU/L olarak alınabilir. Çok yaşlılarda (>80-85 yaş) TSH ≤10 mU/L hedef olarak belirlenmelidir.

TEMD Önerileri

- Hipotiroidi tedavisinde Levotiroksin kullanılması önerilir.
- Planlanan doz yaklaşık 1,2-1,8 µg/kg/gün olarak düşünülebilir, ancak hastadan hastaya tanı anındaki TSH'den bağımsız olarak ihtiyaç çok farklı olabilir.
- Genç olgularda planlanan tam dozla tedaviye başlanabilir.
- Yaşlı hastalarda, özellikle koroner kalp hastalığı olan olgularda başlangıç dozu 12,5-25 µg/gün olmalıdır.
- Doz artımı 12,5-25 µg/gün olmalıdır.
- Tedavi hedefine 6-8 hafta aralıklarla ölçülen TSH düzeyi ile ulaşılır.
- TSH hedefi genç ve orta yaşlılarda 0,4-2,5 mU/L, yaşlılarda ise (≥65-70 yaş) TSH 3-6 mU/L'dir.
- Çok yaşlılarda (>80-85 yaş) TSH ≤10 mU/L hedef olarak belirlenmelidir.
- Gebelik planlanan olgularda da hedef 0,4-2,5 mU/L olabilir, ancak düşük tarafa doğru tutulması konsepsiyon anından ölçüme kadar geçen dönemde TSH'nin ilk trimester üst sınırı olan 2,5 mU/L'nin üstüne çıkmasını engelleyebilir.
- Santral hipotiroidide izlem ve doz ayarlaması serum sT4 düzeyi ölçülerek ve hastanın kliniği ile yapılır.
- Replasman dozu ayarlandıktan sonra, hasta izlemi 6-12 ay aralıklarla yapılmalıdır.
- Tedavide mümkünse aynı ticari preparatla devam edilmelidir. İlaç değiştirilmek zorunda kalınırsa, değişiklikten 6-8 hafta sonra serum TSH düzeyi kontrol edilmelidir.
- **Ne zaman endokrinoloji uzmanına danışılması gerekir?**
- Primer hipotiroidi çok sık görülen bir durum olup, iç hastalıkları uzmanı veya aile hekimleri tarafından da tedavi edilebilirler. Ancak, aşağıda sıralanan durumlarda endokrinoloji uzmanına danışmak gerekir;
- Hipotiroidi şüphesi olan bebekler ve çocuklar
- Tedavi dozunun ayarlanmadığı olgular
- Gebelik
- Gebelik planlayanlar
- Kalp hastalığı olanlar
- Tiroid bezinde nodül bulunması
- Hipofizer hastalık veya adrenal yetmezlik gibi endokrinolojik hastalıkların olması
- Tiroid testlerinde uyumsuzluk
- İlaçlarla oluşan hipotiroidiler

Kaynaklar

1. Hollowell JG, Staehling NW, Flanders WD, et al. Serum TSH, T4, and thyroid antibodies in the United States population (1988 to 1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). J Clin Endocrinol Metab 2002;87:489-499.
2. Aoki Y, Belin RM, Clickner R, et al. Serum TSH and total T4 in the United States population and their association with participant characteristics: National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES 1999-2002). Thyroid 2007; 17:1211-1217.
3. Vanderpump MP, Tunbridge WM. Epidemiology and prevention of clinical and subclinical hypothyroidism. Thyroid 2002;12:839-847.
4. Vanderpump MP, Tunbridge WM, French JM, et al. The incidence of thyroid disorders in the community: a twenty-year follow-up of the Wickham Survey. Clin Endocrinol 1995;43:55-68.
5. McHenry CR, Slusarczyk SJ. Hypothyroidism following hemithyroidectomy: incidence, risk factors, and management. Surgery 2000; 128:994-999.
6. Cunnien AJ, Hay ID, Gorman CA, et al. Radioiodine-induced hypothyroidism in Graves' disease: factors associated. J Nucl Med 1982; 23:978-982.
7. Hamnvik OP, Larsen PR, Marqusee E. Thyroid dysfunction from antineoplastic agents. J Natl Cancer Inst 2011; 103:1572-1577.

8. Wong E, Rosen LS, Mulay M, et al. Sunitinib induces hypothyroidism in advanced cancer patients and may inhibit thyroid peroxidase activity. *Thyroid* 2007; 17:351-356.
9. Dittmar M, Kahaly GJ. Polyglandular autoimmune syndromes: immunogenetics and long-term follow-up. *J Clin Endocrinol Metab* 2003;88:2983-2992.
10. Smith TJ, Bahn RS, Gorman CA. Connective tissue, glycosaminoglycans, and diseases of the thyroid. *Endocr Rev* 1989; 10:366-370.
11. Garber JR, Cobin RH, Gharib H, Hennessey JV, Klein I, Mechanick JI, Pessah-Pollack R, Singer PA, Woeber KA. American Association of Clinical Endocrinologists and American Thyroid Association Taskforce on Hypothyroidism in Adults. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. *Endocr Pract* 2012;18:988-1028.
12. Gaitonde DY, Rowley KD, Sweeney LB. Hypothyroidism: An Update. *Am Fam Physician* 2012;86:244-25.
13. Brenta G, Vaisman M, Sgarbi JA, Bergoglio LM, de Andrada NC, Bravo PP, Orlandi AM, Graf H, on behalf of the Task Force on Hypothyroidism of the Latin American Thyroid Society (LATS) Clinical practice guidelines for the management of hypothyroidism. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2013;57:265-99.
14. Spencer CA. Clinical utility and cost-effectiveness of sensitive thyrotropin assays in ambulatory and hospitalized patients. *Mayo Clin Proc* 1988;63:1214-1222.
15. Gregory BA, Anthony WP. Hypothyroidism and thyroiditis In: Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, Kronenberg HM, eds. *Williams Textbook of Endocrinology*. 13th ed. Philadelphia: Elsevier; 2016. p.416-48.
16. Khandelwal D, Tandon N. Overt and subclinical hypothyroidism. Who treat and how. *Drugs* 2012;72(1):17-33.
17. Surks MI, Ortiz E, Daniels GH, et al. Subclinical thyroid disease: scientific review and guidelines for diagnosis and management. *JAMA* 2004;291:228-238.
18. Rodondi N, den Elzen WP, Bauer DC, et al. Subclinical hypothyroidism and the risk of coronary heart disease and mortality. *JAMA* 2010;304:1365-1374.
19. Serter R, Demirbas B, Korukluoglu B, Culha C, Cakal E, Aral Y. The effect of L-thyroxine replacement therapy on lipid based cardiovascular risk in subclinical hypothyroidism. *J Endocrinol Invest* 2004;27:897-903
20. Negro R, Schwartz A, Gismondi R, Tinelli A, Mangieri T, Stagnaro-Green A. Increased pregnancy loss rate in thyroid antibody negative women with TSH levels between 2.5 and 5.0 in the first trimester of pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab* 2010;95:E44-8.
21. Wiersinga WM, Duntas L, Fadeyev V, Nygaard B, Vanderpump MP. 2012 ETA Guidelines: the use of L-T4 +L-T3 in the treatment of hypothyroidism. *Eur Thyroid J* 2012;1:55-71.
22. Formenti AM, Daffini L, Pirola I, et al. Liquid levothyroxine and its potential use. *Hormones* 2015;14(2):183-89.
23. Jonklaas J, Bianco AC, et al. Guidelines for the treatment of hypothyroidism prepared by the American Thyroid Association Task Force on Thyroid Hormone Replacement. *Thyroid* 2014;24(12):1670-751.
24. Roos A, Linn-Rasker SP, van Domburg RT, Tijssen JP, Berghout A. The starting dose of levothyroxine in primary hypothyroidism treatment: a prospective, randomized, double-blind trial. *Arch Intern Med* 2005;165:1714-1720.
25. Bolk N, Visser TJ, Nijman J, Jongste IJ, Tijssen JG, Berghout A. Effects of evening vs morning levothyroxine intake randomized double-blind crossover trial. *Arch Intern Med* 2010;170:1996-2003.
26. Laurberg P, Andersen S, Bülow Pedersen I, Carlé A. Hypothyroidism in the elderly: pathophysiology, diagnosis and treatment. *Drugs Aging* 2005;22(1):23-38.
27. Bremner AP, Feddema P, Leedman PJ, et al. Age-related changes in thyroid function: a longitudinal study of a community-based cohort. *J Clin Endocrinol Metab* 2012;97:1554-1562.
28. Hennessey JV, Espaillet R. Diagnosis and management of subclinical hypothyroidism in elderly adults: a review of the literature. *J Am Geriatr Soc* 2015;63:1663-1673.

HİPERTİROİDİ VE TİROTOKSİKOZ

Prof. Dr. Mehmet Erdoğan, Uzm. Dr. Gökçen Ünal Kocabaş

GİRİŞ

Hipertiroidi tiroid bezinden fazla hormon sentez ve salgısıyla karakterize iken tirotoksikoz kaynağından bağımsız olarak fazla miktarda tiroid hormonunun oluşturduğu klinik bulgulara denir. Tirotoksikoz subklinik veya aşikar olabilir. Genel (subklinik ve aşikar) hipertiroidizm prevalansı Avrupada %0,8, ABD'de %1,3; aşikar hipertiroidi prevalansı ise Avrupada %0,5-0,8, ABD'de %0,5 olarak bildirilmektedir. Sıklığı yaşla artar ve kadınlarda daha sıktır.

Tablo 1: Tirotoksikozun klinik bulguları

Tirotoksikozda klinik bulgular	
Kalp hızında artış (Taşikardi)	Osteoporoz
Aritmiler (supraventriküler taşikardi, atrial fibrilasyon)	Hiperkalsemi
Sıcak intoleransı	Kalp yetmezliği
Terleme	Nefes darlığı
Kilo kaybı	Diyabetiklerde glisemik kontrolde bozulma
Sinirlilik, emosyonel labilite, hiperkinezi	
İnce tremor	
Güçsüzlük, halsizlik	
Göz kapağı retraksiyonu	
Bağırsak hareketlerinde hızlanma	
Adet düzensizliği	

TANI

Öncelikle anamnez ve fizik muayene bulguları tirotoksikozla uyumlu olan hastalarda ilk istenecek laboratuvar testi TSH ve serbest T₄ (sT₄) olmalıdır. Hastanın kliniği tirotoksikozu düşündürüyorsa FT₃ te ilk vizitten istenmelidir. Aşikar hipertiroidide TSH baskılı, sT₄ ve sT₃ yüksektir. TSH baskılı iken serbestlerin normal olduğu duruma subklinik tirotoksikoz denir. Bezde üretimin arttığı durumlarda (hipertiroidi) T₃ yüksekliği daha belirgin iken yıkıma bağlı nedenlerde T₄ artışı daha ön plandadır. Yüksek doz biotin kullanımı laboratuvar olarak hipertiroidiyle karışabilecek sonuçlara yol açabileceğinden hastanın öyküsünde biotin kullanımı varsa 48 saat önceden kesilmesi önerilir. Tiroid hormon düzeyleri artmış iken TSH normal veya yüksek ise TSH salgılayan adenom veya tiroid hormon direnci düşünülmelidir.

Laboratuvar olarak tirotoksikoz tanısı konduktan sonra en kritik ayırt ettirici test radyoaktif iyot uptake (RAIU) testidir. Radyoaktif iyot uptake artmış veya yüksek/normal olan olgularda artmış hormon üretimi düşünülürken düşük radyoaktif iyot uptake'ı ekzojen tiroid hormon kaynağı veya önceden üretilmiş hormonların salınımını (yıkıma bağlı) tirotoksikozu düşündürür.

Graves hastalığında diffüz olarak artmış uptake, toksik multinodüler guatr'da asimetrik ve irregüler, toksik adenomda lokalize ve fokal uptake ve tiroid dokusunun geri kalanında baskılanma tipiktir.

Tipik klinik ve ultrasonografi (diffüz büyüme, hipoekoik parankim, artmış kanlanma) bulgularının varlığında özellikle göz bulguları da varsa radyoaktif iyot uptake'e gerek olmadan da Graves hastalığı tanısı konabilir.

TRAb Graves hastalığı için spesifik biyobelirteçtir. Gravesin ayırıcı tanısının yanısıra antitiroid ilaç kesiminden sonra relaps riskini öngörmeye veya Graves hastalığı olan gebelerde fetal/neonatal tirotoksikozu öngörmeye özellikle yararlıdır.

Ekzogen tiroid hormonu kullanımı şüphesinde tiroglobulinin düşük olması dışında; tiroglobulin ölçümünün tirotoksikoz ayırıcı tanısında yeri yoktur.

ABD'de hipertiroidizmin en sık nedeni Graves hastalığıdır. Toksik nodüler guatr Gravesten daha az görülmesine rağmen sıklığı iyot eksikliği ve ilerleyen yaşla birlikte artar.

Tablo 2: Tirotoksikoz nedenleri

Artmış veya normal RAIU	Düşük RAIU
<ul style="list-style-type: none"> Graves hastalığı Toksik adenom, toksik MNG Trofoblastik hastalık Tiroid hormon direnci * 	<ul style="list-style-type: none"> Sessiz tiroidit Amiodarona bağlı tiroidit Subakut (Granülomatoz, De Quervain) tiroidit Palpasyon tirotoksikozu İatrojenik tirotoksikoz Faktisyöz tirotoksikoz Struma ovarii Akut tiroidit Yaygın folliküler tiroid Ca metastazı

* Hastalar klinik olarak hipertiroid olmayabilir.

GRAVES HASTALIĞI

TSH reseptörüne karşı antikörlerle karakterize bir çoklu sistem otoimmün hastalıktır. Kadınlarda en az 4 kat daha fazla görülür. Otoimmün tiroid hastalığı için aile öyküsü %50 kadar vakada mevcuttur. Hastaların yaklaşık yarısında diffüz guatr bulunur. Hipertiroidi tanısı sırasında klinik orbitopati %26 olguda vardır. Radyolojik olarak subklinik göz tutulumu %70 kadar hastada görülebilmektedir. Tiroid dermopatisi %1-4 hastada görülen nadir bir bulgudur. Tiroid dermopatili olguların yaklaşık %20'sinde de tiroid akropatisi görülebilir.

Birçok genin katkıda bulunduğu genetik yatkınlık zemininde iyot, sigara, stress, Yersinia Enterocolitica enfeksiyonu ve interferon alfa, alemtuzumab, immun checkpoint inhibitörü ilaçlar gibi çevresel faktörler de etyolojide suçlanmaktadır.

Graves hastalığı yıllar içinde relaps, remisyonlarla gidebildiği gibi tek bir hipertiroidizm atağından sonra kalıcı remisyon da olasıdır. Yaklaşık %10'luk bir hasta grubunda hiç remisyon

sağlanamamaktadır. Remisyonadaki hastalarda yapılan takip çalışmalarında %20 subklinik, %6 kadarında da aşikar hipotiroidi geliştiği gösterilmiştir.

3.a)TEDAVİ

Semptom kontrolü ve alta yatan hipertiroidinin düzeltilmesi tedavinin iki ayağını oluşturur.

Semptomlar çoğunlukla artan beta adrenerjik uyarıya bağlı olduğundan beta blokerler semptom kontrolü için ana tedavi seçeneğini oluşturur. Non-spesifik bir beta bloker olan propanolol T4'ten T3'e periferik dönüşümü de azaltarak ek avantaj sağlayabilir. Beta blokerlerin kontrendike olduğu reaktif havayolu hastalığı olan veya beta blokeri tolere edemeyen hastalarda oral kalsiyum kanal blokerleri verapamil ve diltiazem kalp hızını kontrol etmede kullanılabilir seçenektir.

Hipertiroidinin kontrolünde antitiroid ajanlar, radyoaktif iyot ve cerrahi; kendine özgü avantajları ve dezavantajları olan primer tedavi seçenekleridir. Avrupa'da yakın zamanda yapılan bir anket çalışmasında antitiroid ajanların klinisyenler ve hastalar tarafından RAI ve cerrahiden daha öncelikli tercih edildiğini göstermiştir. Antitiroid ilaçlar, cerrahi ve RAI'nin hepsinin kendine göre avantaj ve dezavantajları ve dolayısıyla öncelikli tercih edilebilecekleri hasta grupları vardır. Bu özellikler tablo 3'te özetlenmiştir.

Üç tedavi modalitesini kıyaslayan tek randomize çalışmada 6 haftada tiroid hormon düzeylerinin normalleşmesi üzerinde de benzer bulunmuştur.

Tablo 3: Graves hastalığında tedavi seçenekleri, avantaj /dezavantajları ve kontrendikasyonları

Tedavi modalitesi	Avantajlar	Dezavantajlar	Önerilebilecek hasta grubu	Kontrendikasyonlar
Radyoaktif iyot	Hızlı ve kalıcı hipertiroidi kontrolü Cerrahi veya Antitiroidin potansiyel risklerinden kaçınmak	Graves orbitopati gelişmesi veya kötüleşmesi riski	>6 ay sonra gebelik planlayan hastalar Cerrahi riski yüksek hastalar Antitiroid kontrendike veya başarısız olduğu hastalar	Gebelik Laktasyon Radyasyon güvenliğine uyum sağlayamayacak hastalar

Antitiroid tedavi	Cerrahi ve radyoaktiviteden kaçınma Yaşam boyu hormon replasman gerekliliğinden kaçınma	Antitiroid yan etkileri Relaps riski	Remisyon olasılığı yüksek olan (kadın, küçük guatr, TRAB negatif veya düşük titre) Gebelik Cerrahi riskini artıran komorbiditeler Sınırlı yaşam beklentisi Orta-şiddetli aktif graves orbitopatisi olan hastalar Hızlı biyokimyasal hastalık kontrolüne ihtiyaç duyan hastalar	Daha önceden antitiroide karşı majör advers reaksiyon
Cerrahi	Hızlı ve kesin hipertiroidi kontrolü Radyoaktivite ve antitiroid yan etkilerinden kaçınma	Cerrahi riskler Yaşam boyu hormon replasman tedavisi	<6 ay içinde gebelik isteyen kadınlar Semptomatik bası Büyük guatr Nispeten düşük RAIU Tiroid malignitesi şüphesi Eşlik eden cerrahi gerektiren hiperparatiroidizm Orta-şiddetli Graves orbitopatisi	Ciddi komorbiditeler Son dönem kanser Gebelik *

*Relatif kontrendike, Yapılacaksa 2. Trimestr'da fakat yine de preterm eylem ve komplikasyon riski artmış.

ANTİTİROİD TEDAVİ

Thionamid'ler inorganik iyot organifikasyonunu inhibe ederek tiroid hormon sentezini azaltırlar. Ayrıca iyodotirozin moleküllerinin 'coupling'i ile iyodotironinler tiroksin (T4) ve triiyodotironin (T3) sentezini de engellediği öne sürülmektedir. Doğrudan tiroglobuline bağlanarak veya tiroglobulin sentezini inhibe ederek de tiroid hormon sentezini engelliyor olabildikleri öne sürülen mekanizmalar arasındadır. Ayrıca propiltiourasil tip 1 deiyodinazı inhibe ederek periferik dokularda T4'ten T3 dönüşümünü azaltır. İmmünmodülatuar etkileriyle ilgili de in vivo ve in vitro kanıtlar mevcuttur.

Metimazol (MMI) günde tek doz kullanılabilir, Propiltiourasil (PTU) ise kısa etki süresi nedeniyle günde 3 kez olarak başlanır.100 mg'lık bir PTU dozu yaklaşık 5-6 mg metimazole eşdeğerdır (15-20:1). Başlangıç dozları hipertiroidizmin şiddetine göre belirlenir.

sT4 1-1,5 kat ise metimazol 5-10 mg

1,5-2 kat ise 10-20 mg

2-3 kat ise 30-40 mg olarak başlanması önerilebilir.

Daha az yan etkisi olması, günde bir kez kullanılabilmesi ve daha etkin olması nedeniyle metimazol öncelikle tercih edilir. PTU'ün öncelikli tercih edildiği durumlar metimazolden daha az embriyopati yapması nedeniyle gebeliğin 1. Trimestr'i ve T4-T3 dönüşümü inhibisyonu nedeniyle tiroid fırtınasıdır. Tirotoksikozun şiddetine göre 2-6 hafta sonra sT4 ve total T3 değerlendirilmelidir. TSH uzun süre suprese kalabileceğinden özellikle tedavinin erken dönemlerinde TSH takipte kullanılmamalıdır. Hasta ötiroid olduğunda antitiroid dozu %30-50 oranında azaltılır ve 4-6 haftada biyokimyasal test tekrarlanır. Minimal dozla ötiroidizm sağlanmışsa takip sıklığı 2-3 ayda bir yapılabilir.

Optimal antitiroid tedavi süresi 12-18 ay olarak bildirilmektedir. 6 ayda kesilirse nüks riski yüksektir.

Antitiroid tedaviyi kestikten sonra en az 1 yıllık biyokimyasal ötiroidizmin sağlanması remisyon olarak tanımlanır. 1 yıl antitiroid alan hastaların yaklaşık yarısı remisyon girer. (%30-70 arası) Başlangıçta remisyon giren vakaların üçte biri ilerleyen dönemlerde hipertiroidi nüksü yaşasa da üçte birlik bir grupta kalıcı remisyon sağlanır. Remisyonu öngördüren faktörler küçük guatr, daha hafif dereceli tirotoksikoz, tedavi öncesi minimal yüksek ve tedaviyle normalleşen TRAb titreleridir. Remisyon olumsuz etkisi olabilecek faktörler ise <30 yaş, sigara ve postpartum durumdur.

Tedaviyi kesmeden önce TRAB bakılması tedavinin kesilebilirliğini öngördürebileceğinden önerilmektedir. TRAB negatifse ve hasta 12-18 aylık kürü tamamladıysa antitiroid kesilir. İlk 6 ayda 2-3 ayda bir, sonraki 6 ayda 4-6 ayda bir ve daha sonrasında 6-12 ayda bir tiroid fonksiyon testleri izlenmelidir. Bir kür MMI tedavisini tamamlayan hasta hala hipertiroid ise RAI veya tiroidektomiye geçilmesi önerilebileceği gibi düşük doz MMI ile uzun dönem tedavi de hasta isteği o yönde ise önerilebilir. TRAB yüksekliği persiste eden olgular 12-18 ay daha antitiroide devam edebilir veya kalıcı tedaviye yönlendirilebilir. Nispeten genç, stabil düşük doz MMI altındaki hastalarda uzun dönem antitiroid makul bir alternatif olabilir. Bir çalışmada MMI 2,5-10 mg/gün dozlarında 14 yıla kadar etkin ve güvenli bulunmuştur.

❖ Block and replace

Daha önceki çalışmalarda daha iyi remisyon oranı ve tiroid hormonlarında daha fazla stabilize bildirilmiş olsa da daha sonraki çalışmalar bunu doğrulamamıştır. Tek başına antitiroid tedavi de block –and-replace tedavisi de benzer sonuçlarla ilişkilidir ve kullanılabilir seçeneklerdir. Antitiroid dozunda minimal değişikliklere rağmen tiroid fonksiyon testleri dalgalanmalar gösteren vakalarda veya sık takiplere uyum gösteremeyen hastalarda uygun bir alternatif olabilir.

❖ Yan etkiler:

Döküntü, kaşıntı ve ürtiker en sık görülen yan etkilerdir. Genellikle tedavinin ilk haftalarında görülür. (ortalama 18-22 gün) Hafif reaksiyonlarda antitiroid kesilmeden antihistaminiklerle

devam edilebilir. Orta dereceli reaksiyonda kalıcı tedavi veya diğer antitiroide geçiş, şiddetli reaksiyonda ise antitiroidden tamamen kaçınmak gerekir.

Mutlak nötrofil sayısı $<1000/\text{mm}^3$ veya transaminazlar 5 kattan fazla yüksek ise antitiroid tedavi başlanmamalıdır.

Agranülositoz: Granülosit sayısının $<0,5 \times 10^9 /\text{L}$ olmasıdır. Antitiroid alan olguların %0,2-0,5'inde görülür. Ani başlangıçlı ateş, halsizlik ve ciddi farenjit görülür. Bazı çalışmalar lökosit sayısında azalmanın kademeli olduğunu gösterse de seri hemogram takibi yapılması konusu tartışmalıdır. Hastaya ateş, boğaz ağrısı olduğunda hekimine başvurması söylenmelidir. Çoğu agranülositoz vakası tedavinin ilk 90 gününde görülür. Metimazol tedavisine bağlı agranülositoz doza bağımlı iken PTU tedavisi ilişkili agranülositoz doz ilişkili değildir. Antitiroide bağlı agranülositoz geliştiğinde antitiroid tedavi kesilmeli, antibiyotik ve destek tedavinin yanısıra G-CSF verilmelidir. Beyaz küre sayısının tam düzelmesi 7-14 gün içinde olur. Özellikle yaşlılar, septisemi gelişenler, granülosit sayısı $<0,1 \times 10^9/\text{L}$ 'nin altına düşenler daha riskli olmak üzere %5 mortalitesi vardır

Hepatotoksiste: Hipertiroidinin kendisi de %30'a kadar varan olguda hafif transaminaz yüksekliğine neden olur. Antitiroid ilaçların, hafif transaminaz yüksekliğinden hepatik nekroz ve ölüme giden bir spektrumda hepatik yan etkiler vardır. PTU ile karaciğer yetmezliği daha fazla görülmüştür. Ağır hepatotoksiste %80 olguda ilk 12 haftada gözlenmiştir.

Tirotoksik vakalarda başlangıçta transaminazlar ölçülmeli ve 5 kattan fazla yüksekse antitiroidden kaçınılmalıdır. Yine takipte de transaminazlar 3 katın üstüne çıkarsa veya zaten yüksek olan transaminazlar daha fazla yükselirse tedavinin kesilmesi gündeme gelmelidir. Seri transaminaz takibiyle karaciğer yetmezliğinin erken saptanmasıyla ilgili veri olmamakla beraber hastalar hepatotoksiste bulguları konusunda bilgilendirilmeli ve sarılık, halsizlik, çay rengi idrar veya cam macunu rengi gaita durumunda hekimiyile iletişim kurması öğütlenmelidir.

ANCA pozitif vaskülit : Tedavi başlangıcından yıllar sonra dahi pANCA (+) vaskülit veya ilaca bağlı lupus görülebilir. Bazı Graves hastalarında antitiroid almadan da ANCA (+) olabildiği gibi antitiroid alanlarda asemptomatik ANCA (+)'likleri de görülebilir. PTU kullanan olguların %40'ında ANCA (+)'liği bildirilmiştir fakat çoğunda klinik olarak vaskülit ortaya çıkmaz. Ateş, halsizlik artralji ve kutanöz, pulmoner ve renal vaskülitik tutulumla seyreder. Çoğu olguda PTU etkindir fakat daha seyrek MMI ile de görülebilir. İlacın kesilmesiyle çoğunlukla düzelir. Bazı olgularda immünsupresif tedavi gerekebilir. pANCA için rutin tarama önerilmemektedir.

Diğer: El, omuz, kalça, diz veya ayak bileğinde artraljiler nispeten sık görülen yan etkilerdir.

MMI ile nadiren insülin otoimmün sendrom vakaları bildirilmiştir.

MMI veya PTU kullanımı sırasında ciddi yan etki geliştiren olgularda çapraz reaksiyon olasılığı yüksek olduğu için diğer antitiroide geçiş de kontrendikedir.

❖ Antitiroid yan etkisi gelişen hastada tedavi:

İlaç kesilmesini gerektiren ciddi yan etkiler agranülositoz, toksik hepatit, kolestaz, poliartrit, ANCA(+) vaskülit %1-2 oranında görülür. Bu hastalarda cerrahi veya RAI gibi ablatif tedavilere

yönelinmelidir. Hasta hafif hipertiroidse beta blokaj ile RAI verilebilir. Ağır hipertiroidi varlığında hastayı hızlıca ötiroid yapmak için inorganik iyot, glukokortikoidler, kolestiramin veya gereken olgularda plazmaferéz/plazma değişimi ile ötiroidizm sağlandıktan sonra cerrahi yapılabilir.

RADYOAKTİF İYOT

Radyoaktif iyot (¹³¹I) tiroid dokusuna sodyum-iyot symporter (NIS) aracılığıyla girer. NIS geni ekspresyonu TSH reseptör aktivasyonuna bağımlıdır. Graveste bu diffüz olarak gerçekleştiği için radyoaktif iyot tüm tiroid bezine girer. Hastaların %80-90'ında takip eden 6-18 hafta içinde doku nekrozu olur. RAI tedavisinden sonraki hafta içinde nadiren akut tiroidit gelişebilir. Akut tiroidit gelişmesi durumunda non-steroid anti inflamatuvar ajanlar ve gerektiğinde steroid verilebilir. Genelde 7-10 gün süreli 16-32 mg prednisolon tabloyu kontrol etmede yeterli olur.

RAI tedavisiyle geçici bir tirotoksikoz alevlenmesi görülebileceğinden asemptomatik hastalarda bile beta blokaj uygulanmalıdır. Tirotoksikozun kötüleşmesinden olumsuz etkilenecek, komorbiditeleri fazla olan, yaşlı veya kardiyovasküler hastalığı olan hastalarda RAI öncesi antitiroid tedavi verilebilir. Böyle olgularda metimazol radyoaktif iyottan 2-3 gün önce, PTU 7 gün önce kesilmelidir, yüksek riskli hastalarda 7 gün sonra geri başlanması önerilebilir. Özel bir diyet önerilmemekle beraber yüksek dozda iyot içeren takviyeler 1 hafta önce kesilmelidir. Doğurganlık çağındaki kadınlarda RAI tedavisinden 48 saat önce gebelik testinin negatif olduğunun doğrulanması önerilir. Başarılı ablasyondan sonra stabil bir ötiroidizm sağlanana kadar kadınlarda gebelik ertelenmelidir. Bu da 4-6 ayı bulur. Erkeklerde de sperm üretiminin döngüsünün tamamlanması için 3-4 ay beklenmelidir. RAI alan olgularda her iki cinstede de ötiroid olmak koşuluyla fertilitede azalma veya fetüste konjenital anomali sıklığında artış bildirilmemiştir. Laktasyondaki kadınlarda emzirmeyle memedeki NIS aktivasyonunun normale dönmesi için emzirme kesildikten sonra RAI için 6 hafta beklenmelidir. RAI sonrası hastalar ilk 6 ay veya hipotiroidi gelişip stabil hormon replasmanı altına girene kadar 4-6 haftada bir izlenmelidir. Çoğu olguda normalleşme 4-8 hafta içinde olur. TSH düzeyleri bir süre daha suprese kalabileceğinden FT4 düşüğünde replasmana başlanmalıdır. Tipik tam replasman dozundan daha düşük dozlara ihtiyaç duyabilirler. 6. Ayda hasta hala tirotoksik ise 2. doz RAI verilebilir. Hastaya 2. doz RAI kararını vermek için en az 6 ay beklemek gereklidir. Hafif Graves orbitopatisi varlığında steroid koruması altında RAI verilebilir.

CERRAHİ TEDAVİ

Tercih edilen cerrahi yöntem total veya totale yakın tiroidektomidir. Total tiroidektomide nüks riski %0'a yakinken subtotal tiroidektomide %8 persistans veya nüks riski vardır. TYT veya TT'nin en sık komplikasyonları hipoparatiroidi (geçici veya kalıcı), rekürren veya süperior laringeal sinir hasarı, postop kanama veya genel anesteziye bağlı komplikasyonlardır. Genelde Graves'li tiroid bezi büyük, kanlanması bol ve inflamasyonlu yapışık bir doku olduğundan hematoma ve intraoperatif kan kaybı non-toksik guatr'a göre daha fazla görülür. Yılda 25'ten fazla tiroidektomi yapan cerrahların elinde komplikasyon oranları daha düşük, sonuçlar daha iyidir. Yüksek volümlü cerrahlarda kalıcı hipoparatiroidi riski <%2, kalıcı rekürren sinir hasarı <%1 olarak bildirilmektedir. Preop KI kullanımı bez kanlanmasını azaltmaya da yardımcı olur. Postop hipokalsemi riskini minimuma indirmek için preoperatif D vitamini eksikliği varsa düzeltilmelidir.

Cerrahi öncesi hastanın ötiroidizminin sağlanması gereklidir. Cerrahi öncesi ötiroidizm sağlanamayan olgularda terapotik plazma değişimi geçici olmakla beraber hastayı hızlıca kalıcı tedaviye hazırlamada etkili bir yöntemdir. Ortalama 4 seansta hastalar kalıcı tedaviye hazır hale gelmektedir. Transfüzyon reaksiyonları, sitratla ilişkili bulantı ve kusma, vazovagal veya hipotansif reaksiyonlar, hipokalsemi, katater disfonksiyonu, kanama, solunum sıkıntısı, tetani veya nöbet istenmeyen etkileridir. Plazma değişimi sırasında bir miktar koagülasyon faktörü kaybı da olabileceğinden plazma değişimi ile cerrahi arasında en az 48 saatlik süre bırakılması veya taze donmuş plazma transfüzyonu önerilmektedir. Rutin taze donmuş plazma gerekli değildir ve önerilmez. Cerrahi öncesi ötiroidizmi sağlamaya yardımcı olmak ve bez kanlanmasını azaltmak amacıyla 5-7 damla lügol (8 mg I/damla) veya SSKI (süpersatüre potasyum iyodür) 1-2 damla (50 mg I/damla) günde 3 kez cerrahiden 10 gün önce başlanacak şekilde kullanılabilir.

Tablo 4. Graves hastalığında cerrahinin tercih edileceği vakalar

Graves hastalığında Cerrahinin tercih edileceği vakalar

Gebelik veya 6 ay içinde gebelik planı
 Tiroid malignite şüphesi
 >80 gr guatr
 RAI kısıtlamalarına uyamayacak olgular
 Hızlıca ötiroidizm sağlanması gereken olgular
 Havayolu basısı
 Cerrahi gerektiren başka ek patoloji (>4 cm benign tiroid nodülü veya primer hiperparatiroidi)
 Önceden RAI tedavisi

Gebelikte cerrahi ideal olarak 2. Trimestrda uygulanmalıdır. 2. Trimestrda en düşük olmakla beraber her koşulda erken doğum riskini artırmaktadır. (%4,5-5,5)

GRAVESTE YENİ TEDAVİ SEÇENEKLERİ

Son yıllarda Graveste klasik antitiroid, cerrahi, RAI üçlüsü dışında tedavi seçenekleri de çalışılmaya başlanmıştır.

Anti CD 20 monoklonal antikor (Ritüksimab) Graves orbitopatisi dışında Graves hipertiroidizminde de ufak çaplı çalışmalarda ötiroidizmin sağlanması ve TRAB titrelerinin azaltılmasında yararlı bulunmuştur.

Anti CD 40 monoklonal antikor iscalimab (CFZ533) tedavisiz Graves hipertiroidili 15 hastada 12 haftada 5 doz IV verildiğinde %47 olguda ek antitiroide gerek kalmadan ötiroidizm sağlanmış, %27 olguda TRAB normalleşmesi sağlanmıştır. Kısa vadede, düşük TRAB titresi olan olgularda umut vaadedici görünmektedir.

İmmünglobulin geri dönüşüm blokajı, B-cell activating factor (BAFF) monoklonal antikor belimumab, monoklonal TSH reseptör blokan antikor tedavileri ve TSH reseptör spesifik immünoterapiler Graves için erken fazlarda çalışılmaktadır.

TOKSİK MULTİNODÜLER GUATR, TOKSİK ADENOM

Otonom nodüller iyot eksikliği bölgelerinde daha sık görülür. İyot eksikliğinin yanısıra sıklıkla TSH-R geninde somatik nokta mutasyonları TSH -R aktivasyonu ve dokuda büyüme ve hormon aşırı üretimiyle sonuçlanır. Sıklıkla yavaş ilerler, ötiroid otonom nodüllü olgularda yılda %4 hipertiroidiye ilerleme bildirilmiştir, fakat nodül hacmi büyükse bu süreç daha hızlıdır.

Antitiroidler otonom nodüllerde kür sağlayamayacağından öncelikli seçilecek tedavi cerrahi veya RAI'dir.

Toksik multinodüler guatr'lı olgularda totale yakın-total tiroidektomiden sonra tedavi başarısızlığı %1'den azdır. Fakat RAI tedavisinde %20 tekrar tedavi gerekliliği vardır. Cerrahiyle ötiroidizm hızlıca sağlanır fakat kesinlikle kalıcı hipotiroidi gelişir. RAI tedavisinde ise 3 ayda %50-60, 6 ayda %80 yanıt oranı bildirilmektedir. Hipotiroidi oranı 1 yılda %3, 24 yılda %64 olarak bildirilmiştir. Başlı semptomları olanda cerrahiyle %100 semptomlarda düzelme sağlanır iken RAI ile bu oran %46 'da kalmıştır. RAI ile guatr boyutu küçülmesi %30-50'de kalmaktadır.

Toksik adenomda ise ipsilateral lobektomi, veya istemektomi sonrası tedavi başarısızlığı riski %1'den azdır. Toksik adenomda lobektomiden sonra hipotiroidi %2-3 iken nontoksik nodüllerde lobektomi sonrası %20-30'lara ulaşan hipotiroidi bildirilmiştir. Toksik adenomda RAI sonrası persistan hipertiroidi riski %6-18, rekürren hipertiroidi riski %3-5,5 'tur. RAI'a 3 ayda yanıt oranı %75, 1 yılda %89'dur. Hipotiroidi prevalansı 1 yılda %7,6; 5 yılda %28;10 yılda %46; 20 yılda %60 olarak bildirilmiştir. Antitiroid antikorlar pozitifse veya RAI öncesi TSH baskılı değilse hipotiroidiye gidiş daha hızlıdır. Nodül 3 ayda %35, 2 yılda %45 küçülür. Totalde RAI ile başarı TA için %93,7, TMNG için %81,1dir.

Tablo 5: Toksik MNG'da tedavi seçenekleri

Tedavi	Tercih
RAI	İleri yaş Cerrahi riskini artıran veya yaşam beklentisini düşüren komorbiditeler Geçirilmiş baş/boyun cerrahisi Küçük guatr Yeterli RAI uptake Yüksek volümlü cerraha erişim olmaması
Cerrahi	Başlı semptom ve bulguları Tiroid kanser şüphesi Büyük guatr (80gr) Eşlik eden cerrahi gerektiren hiperparatiroidizm Substernal/retrosternal uzanım Yeterli RAI uptake olmaması Tirotoksikozun hızlıca düzeltilmesi gerekliliği
Antitiroid	İleri yaş ve cerrahi riskini artıran/yaşam beklentisini düşüren komorbiditeler varlığında hasta cerrahi veya RAI için aday değilse

Eşlik eden kuşkululu nodüllere yaklaşım non-toksik MNG'daki gibi yapılmalıdır. Toksik MNG'da tiroid kanser prevalansı non-toksik MNG'dakine benzerdir.

Otonom nodüllere etanol veya RF ablasyonu da cerrahi veya RAI veya uzun dönem antitiroid tedavisine uygun olmayan/istemeyen ve bu alanda deneyimli operatörlerin bulunduğu merkezlerde uygulanabilecek seçeneklerdir. Toksik adenomda etanol ablasyonu ile %93 fonksiyonel kür (sintigrafide RAI uptake olmaması) ve %92 olguda >%50 nodül boyutunda küçülme sağlanmıştır. Ortalama 2 haftalık aralıklarla 4 kür gerekmiştir. En sık yan etki ağrıdır, geçici rekürren laringeal sinir paralizisi, abse veya hematoma görülebilir. Geçici tirotoksikoz, ipsilateral fasiyal dizestezi, paranodüler fibrozis ilerde olası cerrahi zorlaştırması ve çevre dokuların (larinks ve cilt) toksik nekrozu kısıtlayıcı etkenlerdir.

Radyofrekans ablasyon (RFA) cerrahiye kıyaslandığında daha düşük komplikasyon ve yan etki avantajına ek olarak %70-80'lik bir nodül küçülmesi de sağlar. Tiroid fonksiyonunda düzelleme açısından başarısı nispeten daha düşüktür. En iyi tiroid fonksiyonu normalleşmesi yanıtları küçük boyutlu otonom nodülde ve %80 nodül küçülmesi olduğunda olur. Major komplikasyonlar olarak cilt yanığı, rekürren laringeal sinir hasarı, hematoma, ses kaybı, hipotiroidi ve tiroidit bildirilmişse de çok nadirdir. %5 kadar olguda hafif ağrı ve yanma hissi bildirilmiştir. RFA öncesinde ultrasonografik risk bulguları olmadığı durumda bir kez, riskli bulgular varsa 2 kez benign sitoloji görülmesi önerilmektedir Diğer ablasyon yöntemleri HIFU (high intensity frequency ultrasound) ve MWA (microwave ablation) için toksik nodüllerde yeterince deneyim yoktur.

AMİODARONA BAĞLI TİROTOKSİKÖZ

Amiodaronun molekül ağırlığının %37'si iyottur (200 mg'lık tabletinde 75 mg I içerir.) Yüksek iyot içeriği ve tiroide doğrudan toksik etkileri nedeniyle tiroid disfonksiyonuna yol açabilir. İyot yeterli bölgelerde amiodaron ile hipotiroidizm tirotoksikozdan daha sıktır.

Amiodarona bağlı tirotoksikoz için iyot yeterli bölgelerde %6, iyot eksikliği bölgelerinde %10 prevalans bildirilmiştir

Amiodarona başlamadan önce, başladıktan 3 ay sonra ve daha sonrasında 3-6 ayda bir tiroid fonksiyon testleri izlenmelidir. Ötiroid olgularda amiodaron tedavisinin ilk aylarında sT4'te hafif yükselme, alt sınıra yakın sT3 ve geçici bir TSH yükselmesi görülür. 3-6 aydan sonra TSH normalleşse de sT4 hafif yüksek veya üst sınırdadır, T3 ise alt sınırdadır kalır.

Alta yatan tiroid hastalığı olanlarda (otonom nodül veya latent Graves) iyot yüklenmesine bağlı (tip 1) ; tiroidite bağlı follikül yıkımı ve depolanmış hormonların açığa çıkması (tip 2) nedeniyle tirotoksikoz görülebilir. Amiodarona bağlı tirotoksikoz iyot eksikliği bölgelerinde daha sık görülür. Ortalama ortaya çıkışı 225-1145 gün arasında değişir ; ortalama 720 gündür.

Tablo 6: Amiodarona bağlı tirotoksikozda Tip 1- Tip 2 ayırımında kullanılabilecek belirteçler

Tip 1	Tip 2
Radyoaktif iyot uptake düşük. Ölçülebilir veya yüksekse	Radyoaktif iyot uptake düşük
Diffüz veya multinodüler guatr	Guatr yok veya küçük diffüz guatr

Tirotoksikoz nispeten daha erken başlar (ortalama 3,5 ay)	Tirotoksikoz nispeten geç başlar (ort 30 ay) Kestikten sonra da ortaya çıkabilir.
	CRP, IL-6, beta glukuronidaz yüksekliği
Color-flow dopplerde artmış vaskülarite	Color flow dopplerde azalmış vaskülarite
Tc99m sestaMIBI aktivite normal	Aktivite azalmış
	Kontrastsız BT'de tiroid dansitesinin yüksek olması (beyaz tiroid)

Amiodaronun kesilip kesilmeyeceği olgu bazında kardiyolog ile tartışılmalıdır. Etketif bir antiaritmik olmasının yanısıra lipofilik yapısı nedeniyle etkilerinin aylarca devam edebileceği, kalpte T4 T3 dönüşümünü engellemesi nedeniyle T3 antagonistik etkileri olması, kesildiğinde aritmi riskinin artması göz önünde bulundurulmalıdır. Tip 1'de kesilmesi düşünülebilir. Tip 2'de devam edilmesi ötiroidiye gidişi tamamen engellemez ama geciktirebilir. Ağır klinik vakalarda acil tiroidektomi gerekebilir.

Tip 1'de tedavi thionamidlerdir. Genelde 40 mg/gün dozu ile başlanır, ötiroidizm sağlanana kadar devam edilir. İntratiroidal iyot yükü nedeniyle yüksek doz ve uzun süre kullanım gerekebilir. Sodyum perkloratın (250 mg günde 4 kez) eklenmesi de intratiroidal iyot yükü için önerilebilir. AIT'lerde antitiroidle bağlı agranülositozun daha sık görüldüğünü bildiren yayınlar vardır. Daha yaşlı vakalar olmaları ve amiodarone'un kemik iliğine spesifik toksisitesine bağlı olabilir fakat her koşulda bu vakalarda daha yakın takip önerilir.

Tip 2 'de glukokortikoidler (30-40 mg/gün prednizolon veya eşdeğeri) kendini sınırlayan tiro-toksikozun süresini kısaltır.2-4 hafta bu dozdan sonra 2-3 ayda klinik yanıtı göre yavaşça kesilir. Düşük doz glukokortikoidi haftada 2 kez 250-500 mg IV metilprednisolone'la birleştirerek kısıtlı hasta grubunda başarılı sonuçlar bildirilmiştir.

Mikst veya ayrılanamayan formlar için önce antitiroid başlanması ve 4-6 haftada yanıt alınmazsa glukokortikoid eklenmesi veya her ikisinin aynı anda başlanması uygulanabilecek seçeneklerdir. Klinik gidişe göre hangi stratejinin izleneceğine karar verilebilir. Hastanın kliniği şiddetli ise kombine başlanması önerilir.

DİĞER HİPERTİROİDİ NEDENLERİ

Yüksek doz iyot, özellikle otonom nodülü olanlarda, latent Graves'i olanlarda ve antitiroidle remisyona girmiş Graves öyküsü olanlarda hipertiroidiye (Jod-Basedow fenomeni) yol açabilir. İyotlu kontrastın tek dozundan sonra subklinik hipertiroidi riski %2 civarında bildirilmektedir. Ülkemizden bir çalışmada ise koroner anjiyografi sonrası subklinik hipertiroidi sıklığı %5,9 olarak bildirilmiştir. Riskli olgularda veya kardiyak fonksiyonu olası bir hipertiroidizmi kaldıramayacak vakalarda antitiroid profilaksisi düşünülebilir. Çoğu olguda 1-2 ay içinde idrar iyotu normale gelir. 20-40 mg/gün metimazol tedavide kullanılır.

İnterferon alfa ve interlökin-2 ağrısız tiroidit veya Graves hastalığı yapabilir.

Tirozin kinaz inhibitörleri sunitinib, sorafenib ve nilotinib hepsi yıkıma bağlı geçici tirotoksikozu neden olabilir.

Lityum daha çok hipotiroidi daha seyrek olarak hipertiroidi yapar.

YAŞLIDA HİPERTİROİDİ

Yaşlılarda taşikardi (veya atriyal fibrilasyon), efor dispnesi, ödem gibi kardiyak semptomlar daha ağırlıklı olabilir. Kilo kaybı daha belirgin iken iştah artışı daha az belirgindir. Halsizlik ve güçsüzlük dışında hipertiroidin diğer bulguları olmadan 'aparetik tirotoksikoz' olarak tanımlanan bir tablo yaşlıda görülebilir. Yaşlılarda da en sık hipertiroidi nedenleri Graves ve toksik MNG'dir. Ayrıca yaşlılarda aimedaron kullanımı, iyotlu kontrast maddelere maruziyet gibi durumlara rastlanma olasılığı daha fazladır.

TİROİD FIRTINASI

Ciddi tirotoksikoz ve sistemik dekompensasyonu olan olgularda klinik olarak tanı konur. Burch ve Wartofsky tarafından geliştirilen vücut ısısı, taşikardi, AF ve kalp yetmezliği varlığı ve şiddeti, GİS yakınmaları (bulantı, kusma, ishal, karaciğer yetmezliği), santral sinir sistemi etkilenmesi (ajitasyon, delirium, stupor, koma) ve presipite edici faktör varlığına göre puanlama sistemi de tedavi kararını vermede kullanılabilir. Presipite edici faktörler antitiroidin ani kesilmesi, tiroidektomi veya RAI, tiroid dışı cerrahi veya tiroid dışı akut hastalık, travma, enfeksiyon, iyot maruziyeti olabilir. Mortalitesi %8-25 arası bildirilmektedir.

Tiroid hormon salgı ve sentezine yönelik tedaviler: Thionamidler; özellikle T4 T3 dönüşümünü inhibe etmesi nedeniyle PTU öncelikli tercih edilecek tedavidir. İlk 24 saatte PTU ile T3 yaklaşık %45 azalırken MMI ile %10-15 azalır. PTU dozu günde 600-1500 mg, 4-6 saatte bir; metimazol 80-120 mg/gün 4-6 saatte birdir. 500-1000 mg PTU yükleme dozu ardından 250 mg 4 saatte bir de önerilen bir protokoldür. Enteral yolu olmayan kritik durumdaki hastalarda rektal yoldan supozituar veya enema olarak ta kullanılabilir.

İnorganik iyodun yeni tiroid hormon sentezini azaltıcı ve önceden sentezlenmiş hormonların dolaşıma salınımını inhibe edici etkisi vardır. SSKI 6 saatte bir 5 damla veya lügol solüsyonu 8 damla 6 saatte bir verilmelidir. Oral yolu kullanamayan hastalar için 1 gr iyot 60 ml suyla seyreltilir ve bölünmüş dozlarda 2 gr/gün olarak rektal yolla verilebilir. Lügol solüsyonu da rektal olarak 4 ml (80 damla) dozuyla rektal verilebilir. İyot'un yeni tiroid hormon sentezine katılıp hipertiroidiyi kötüleştirmemesi için thionamidlerden en az 30 dk sonra verilmesi gereklidir İyot tedavisi radyoaktif iyot tedavisi etkinliğini azaltacağı için nihai tedavi hedefi cerrahi ise tercih edilmelidir. Lityum tedavisi de T4-T3 dönüşümünü azaltır ve depolanmış hormonların dolaşıma salınımını inhibe eder. İyotun allerji nedeniyle verilemediği veya RAI planı gibi bir nedenle verilmek istenmediği vakalarda 6-8 saatte bir 300 mg olarak, dar terapötik aralığı nedeniyle sık kan düzeyi izlenerek (0,6-1 mEq/L hedeflenerek) verilebilir.

Tiroid hormonunun enterohepatik dolaşımının engellenmesi için kolestimamin 1-4 gr günde 2 kez olarak kullanılabilir.

Oral kolesistografik ajanlar tiroid fırtınasında 2 g yükleme ardından 1 gr/gün dozuyla deiyodiazolünlere inhibe edici ve iyot içerikleriyle tiroid hormon sentez ve salınımını inhibe edici etkilerinden yararlanılabilir.

Glukokortikoidler T4-T3 dönüşümünü azaltıcı etkileri nedeniyle kullanılır. Ayrıca artan glukokortikoid üretimine rağmen adrenal rezerv yetersiz kalmaktadır bu nedenle glukokortikoidler stres dozunda verilmelidir.

Plazmaferez/Plazma değişimi: Etkisi geçici olduğundan ilaç tedavisinin etkisi sağlanan veya kalıcı tedaviye geçilene kadar tıbbi tedaviye ek bir tedavi modalitesidir. Komplikasyonları hipotansiyon, hemoliz, alerjik reaksiyonlar, koagülopati, vasküler yaralanma ve enfeksiyondur.

- *Tiroid hormonunun periferik etkilerine karşı tedaviler:* Beta blokaj (propranolol'ün T4-T3 dönüşümünü de inhibe edici etkisi vardır). Tiroid fırtınasında ilaç metabolizması da hızlandığından doz 6 saatte bir 60-120 mg'a kadar çıkabilir. IV tedavi verilmesi gerektiğinde propranolol IV 0,5-1 mg yavaş puşe ardından 15 dakikalık aralarla 1-2 mg kalp hızı ve tansiyon monitörizasyonu ile verilebilir. Türkiye'de IV propranolol ticari olarak bulunmamaktadır. Esmolol 0,25-0,5 mg/kg bolus ardından 0,05-0,1 mg/kg /dk dozunda infüzyonla verilir.
- *Sistemik dekompenzasyonun düzeltilmesi:* Hipertermi için periferik soğutma ve asetaminofen (salisilatlar serbest hormon miktarını T4 bağlayıcı globüline bağlanmayı azaltarak azaltacağından tiroid fırtınasını kötüleştirebilir)

IV sıvı –kalp yetmezliği olan hastalarda dikkatli monitörizasyonla verilmelidir.

- *Presipite eden veya araya giren hastalığın tedavisi:* Travma cerrahi gibi nedenler aşırı olursa da bazı gözden kaçabilecek nedenlerin (enfeksiyon, diyabetik ketoasidoz gibi) tanımlanıp uygun tedavisini sağlanması çok önemlidir.
- *Kalıcı tedavi :* Konvansiyonel tedaviye yanıtız vakalarda veya ciddi akciğer/kalp problemi nedeniyle ötiroidizmin hızlıca sağlanması gereken vakalarda acil cerrahi gerekebilir. Seçilecek tedavi Graves hastalığındaki gibi total – totale yakın tiroidektomidir. Acil cerrahide %0-20 arası mortalite oranları bildirilmektedir. Radyoaktif iyot planlanacaksa önce intratiroidal iyot klirensinin sağlanması beklenmelidir.

TEMD Önerileri

- 1) Tirotoksikozun tanısı TSH düşüklüğü (<0,1 mU/L) ve/veya sT4 ve/veya sT3 yüksekliği ile konur.
- 2) Ayrırcı tanıda kuşku varsa sintigrafi veya RAIU ölçülmelidir.
- 3) Graves hastalığında tedavi kararı kar/zarar oranları ortaya konarak hastayla beraber bireyselleştirilerek verilmelidir.
- 4) Graves hastalığında nüks açısından kötü prognostik faktörler olsa da öncelikle tıbbi tedavi önerilmelidir.
- 5) Yeterli süre antitiroid tedavi sonrası nüks geliştiğinde hasta özelliklerine göre RAI veya cerrahi önerilebilir.
- 6) İkinci kez antitiroid de önerilebilir fakat remisyon oranları düşüktür.
- 7) Yeterli süre antitiroid almasına rağmen halen hipertiroid hastalar nispeten genç, stabil ve düşük doz antitiroid altındaysa uzun dönem antitiroid tedavi de kalıcı tedaviye alternatif olabilir.
- 8) Antitiroid yan etkileri açısından hastalar bilgilendirilmelidir.
- 9) Hayatı tehdit eden antitiroid yan etkisinde ilaç kesilmeli ve diğer antitiroid de kullanılmamalıdır.
- 10) Kalıcı tedaviye kadar ötiroidizmin sağlanmasında plazmaferez kullanılabilir.
- 11) Toksik multinodüler guatr veya toksik adenomda ise öncelik cerrahi veya RAI ile kalıcı tedavidir.
- 12) Seçilmiş hastalara deneyimli merkezlerde etanol veya RF ablasyonu da cerrahi veya RAI'a alternatif olarak uygulanabilir.
- 13) Yaşlı hastalarda hipertiroid kliniğinin daha silik olabileceği akılda tutulmalıdır.
- 14) Amiodarona bağlı tirotoksikozda tip 1 'de antitiroid, tip 2'de kortikosteroid, çoğu vakada olduğu gibi ayırım yapılmıyorsa antitiroid ve kortikosteroid birlikte verilmelidir.

Kaynaklar

1. De Leo S, Lee SY, Braverman LE. Hyperthyroidism. *Lancet*. 2016 Aug 27;388(10047):906-918. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00278-6. Epub 2016 Mar 30. PMID: 27038492; PMCID: PMC5014602.
2. Hyperthyroid Disorder s Hollenberg A,Wiersinga WM in Williams Textbook of Endocrinology 14th edition 2019 Elsevier eBook ISBN: 9780323711548 ;365-403
3. Kahaly GJ, Bartalena L, Hegedüs L, Leenhardt L, Poppe K, Pearce SH. 2018 European Thyroid Association Guideline for the Management of Graves' Hyperthyroidism. *Eur Thyroid J*. 2018 Aug;7(4):167-186. doi: 10.1159/000490384. Epub 2018 Jul 25. PMID: 30283735; PMCID: PMC6140607.
4. Ross DS, Burch HB, Cooper DS, Greenlee MC, Laurberg P, Maia AL, Rivkees SA, Samuels M, Sosa JA, Stan MN, Walter MA. 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. *Thyroid*. 2016 Oct;26(10):1343-1421. doi: 10.1089/thy.2016.0229. Erratum in: *Thyroid*. 2017 Nov;27(11):1462. PMID: 27521067.
5. Sharma A, Stan MN. Thyrotoxicosis: Diagnosis and Management. *Mayo Clin Proc*. 2019 Jun;94(6):1048-1064. doi: 10.1016/j.mayocp.2018.10.011. Epub 2019 Mar 25. PMID: 30922695.
6. van Kinschot CMJ, Soekhai VR, de Bekker-Grob EW, Visser WE, Peeters RP, van Ginhoven TM, van Noord C. Preferences of patients and clinicians for treatment of Graves' disease: a discrete choice experiment. *Eur J Endocrinol*. 2021 May 4;184(6):803-812. doi: 10.1530/EJE-20-1490. PMID: 33780350.
7. Burch HB, Cooper DS. ANNIVERSARY REVIEW: Antithyroid drug therapy: 70 years later. *Eur J Endocrinol*. 2018 Oct 12;179(5):R261-R274. doi: 10.1530/EJE-18-0678. PMID: 30320502.
8. Fereidoun Azizi and Ramin Malboosbaf.Long-Term Antithyroid Drug Treatment: A Systematic Review and Meta-Analysis.*Thyroid*.Oct 2017.1223-1231.http://doi.org/10.1089/thy.2016.0652
9. El Kawkgi OM, Ross DS, Stan MN. Comparison of long-term antithyroid drugs versus radioactive iodine or surgery for Graves' disease: A review of the literature. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2021 Jul;95(1):3-12. doi: 10.1111/cen.14374. Epub 2020 Dec 6. PMID: 33283314.
10. Sımsir IY, Ozdemir M, Duman S, Erdogan M, Donmez A, Ozgen AG. Therapeutic plasmapheresis in thyrotoxic patients. *Endocrine*. 2018 Oct;62(1):144-148. doi: 10.1007/s12020-018-1661-x. Epub 2018 Jul 2. PMID: 29968224.

11. Apaydin T, Gogas Yavuz D. Preoperative plasmapheresis in patients with Graves' disease intolerant to antithyroid drugs. *Ther Apher Dial.* 2021 Dec;25(6):877-883. doi: 10.1111/1744-9987.13639. Epub 2021 Mar 19. PMID: 33661574.
12. Patel KN, Yip L, Lubitz CC, Grubbs EG, Miller BS, Shen W, Angelos P, Chen H, Doherty GM, Fahey TJ 3rd, Kebebew E, Livolsi VA, Perrier ND, Sipos JA, Sosa JA, Steward D, Tufano RP, McHenry CR, Carty SE. The American Association of Endocrine Surgeons Guidelines for the Definitive Surgical Management of Thyroid Disease in Adults. *Ann Surg.* 2020 Mar;271(3):e21-e93. doi: 10.1097/SLA.0000000000003580. PMID: 32079830.
13. Laura C Lane, Tim D Cheetham, Petros Perros, Simon H S Pearce, New Therapeutic Horizons for Graves' Hyperthyroidism, *Endocrine Reviews*, Volume 41, Issue 6, December 2020, Pages 873–884
14. Barbesino G, Salvi M, Freitag SK. Future Projections in Thyroid Eye Disease. *J Clin Endocrinol Metab.* 2022 Aug 8;107(Suppl_1):S47-S56. doi: 10.1210/clinem/dgac252. PMID: 36346684; PMCID: PMC9359449.
15. Cesareo R, Palermo A, Pasqualini V, Manfrini S, Trimboli P, Stacul F, Fabris B, Bernardi S. Radiofrequency Ablation on Autonomously Functioning Thyroid Nodules: A Critical Appraisal and Review of the Literature. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2020 May 22;11:317. doi: 10.3389/fendo.2020.00317. PMID: 32528412; PMCID: PMC7256164.
16. Stan MN, Papaleontiou M, Schmitz JJ, Castro MR. Nonsurgical Management of Thyroid Nodules: The Role of Ablative Therapies. *J Clin Endocrinol Metab.* 2022 Apr 19;107(5):1417-1430. doi: 10.1210/clinem/dgab917. PMID: 34953163; PMCID: PMC9016471.
17. Schubert L, Bricaire L, Groussin L. Amiodarone-induced thyrotoxicosis. *Ann Endocrinol (Paris).* 2021 Jun;82(3-4):163-166. doi: 10.1016/j.ando.2020.04.009. Epub 2020 Apr 29. PMID: 32409004.
18. Ozkan S, Oysu AS, Kayatas K, Demirtunc R, Eren M, Uslu H, Altuntas Y 2013 Thyroid functions after contrast agent administration for coronary angiography: a prospective observational study in euthyroid patients. *Anadolu Kardiyol Derg* 13:363–369.
15. Chiha M, Samarasinghe S, Kabaker AS. Thyroid storm: an updated review. *J Intensive Care Med.* 2015 Mar;30(3):131-40. doi: 10.1177/0885066613498053. Epub 2013 Aug 5. PMID: 23920160.

GRAVES' ORBITOPATI

Prof. Dr. Füsün Baloş Törüner, Prof. Dr. Göksün Ayvaz

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

Tanım

Graves' orbitopati (GO), retroorbital dokuların otoimmün bir hastalığıdır. Graves hastalığının en önemli ekstratiroidal bulgusudur, daha az sıklıkla kronik otoimmün tiroiditli hastalarda da görülebilir.

1. Tanı

1.1. Klinik Tanı

GO, genellikle hipertiroidi tanısı ile birlikte veya hipertiroidi tedavisi başlandıktan sonra ilk altı ay içerisinde ortaya çıkar. Olguların az bir kısmında ise hipertiroidi tanısından önce ya da tanıdan sonraki yıllar içerisinde, hatta bazen hasta ötiroid iken gelişebilir. GO için risk faktörleri sigara kullanımı, tiroid disfonksiyonu, yüksek TSH reseptör antikorları, radyoaktif iyot (RAI) tedavisi ve hiperkolesterolemidir. Hastaların büyük kısmında göze kum kaçma hissi, fotofobi, aşırı göz yaşarması gibi hafif göz semptomları, %70'inde bulgu olarak görünümde değişiklik vardır. Bu değişiklik daha çok göz kapağı retraksiyonu, proptozis veya periorbital ödeme bağlı olarak ortaya çıkar. En sık bulgu üst göz kapağı retraksiyonudur (%90-98) ve eğer yoksa tanı yeniden gözden geçirilmelidir. Hastaların %3-5'inde ise görmeyi tehdit edebilecek ciddi göz tutulumu mevcuttur. Çift görme, retroorbital ağrı, görmede bulanıklaşma, renk algılamasında bozulma gibi semptomlar distiroid optik nöropati (DON) habercisi olabilir.

1.2. Klinik Değerlendirme

GO, genel seyri itibarıyla farklı dönemlerden geçer. İlk olarak inflamasyonun eşlik ettiği, göz belirti ve bulgularında kötüye gidişin olduğu "başlangıç dönemi" görülür. Bu dönemi, bulgu ve belirtilerin stabil kaldığı "plato dönemi" izler. Bundan sonra tedrici bir "iyileşme dönemi" başlar, fakat bazı belirti ve bulgular kalıcıdır. Son dönemde ise inflamasyon düzeler, fibrozisle yer değiştirir, ödem çözülür ve ilerleme durur.

GO'da hastalığın derecelendirilmesinde "aktivite" ve "şiddet" kavramları kullanılır.

Hastalık Aktivitesi: İnflamasyonun varlığına ve şiddetine işaret etmektedir. Aktivite değerlendirilmesinde "Klinik Aktivite Skoru (KAS)" kullanılarak inflamasyon bulguları puanlanır. KAS, hastanın ilk muayenesinde bakılmalıdır. Takip eden muayenelerde sonradan ortaya çıkan belirti ve bulgular da üzerine eklenerek ilerleme varsa belirlenmiş olur. Her bir kriter 1 puan olmak üzere, 5 yumuşak doku bulgusu ve 2 belirti ile toplam 7 puanla değerlendirilir. Yedi puan üzerinden 3 ve daha fazlasının saptanması aktif hastalığa işaret eder (Tablo 1). GO progresini

değerlendirmek için bu 7 kritere ek olarak 3 kriter (son 1-3 ayda ekzoftalmusta ≥ 2 mm artış, göz motilitesinde $\geq 8^\circ$ azalma, görme keskinliğinde azalma) daha dikkate alınarak takipte 10 kriterli KAS skoru kullanılır.

Tablo 1. Klinik Aktivite Skoru (KAS)

1. Spontan retrobulber ağrı
2. Yukarı ya da aşağı bakışla ağrı
3. Göz kapaklarında kızarıklık
4. Konjunktivada kızarıklık
5. Göz kapaklarında şişme
6. Karunkül ve/veya plika inflamasyonu
7. Konjunktival ödem

Hastalık Şiddeti:

Hastalık dönemlerinden herhangi birinde hastadaki fonksiyonel veya kozmetik değişikliklerin derecesini tanımlar. Bu amaçla kullanılan NOSPECT, VISA ve Total Göz Skoru yöntemleri de bulunmakla birlikte bunlar klinik ve araştırma çalışmaları ile valide edilmemiştir. Bu nedenle TEMD hastalık şiddeti değerlendirmesinde “European Group On Graves’ Orbitopathy (EUGOGO)” grubunun konsensus raporundaki aşağıdaki kriterlerin kullanımını önermektedir. Tablo 2’de hafif, orta-ciddi ve görmeyi tehdit eden GO’nun özellikleri verilmiştir.

GO şiddet değerlendirme kriterleri şunlardır:

- Kapak açıklığı (milimetre cinsinden kapak kenarları arasındaki uzaklık)
- Göz kapaklarında şişlik (yok/müphem, orta, ciddi)
- Göz kapaklarında kızarıklık (yok/var)
- Konjunktivada kızarıklık (yok/var)
- Konjunktival ödem (yok/var)
- Karunkül veya plika inflamasyonu (yok/var)
- Egzoftalmus (aynı hasta için aynı Hertel ekzoftalmometre ve aynı interkantel mesafe kullanılarak milimetre cinsinden ölçüm)
- Subjektif diplopi skoru; 0= Diplopi yok, 1= Aralıklı diplopi (yorgunken ya da uyandıktan sonra primer bakış pozisyonunda gelişen), 2= Sabit olmayan diplopi (uç bakışlarda diplopi), 3= Sürekli diplopi (primer ya da okuma pozisyonunda sürekli)
- Göz kaslarında etkilenme (derece cinsinden göz hareketleri)
- Korneal etkilenme (yok/punktat keratopati/ülser)
- Optik sinirde etkilenme [düzeltmeden sonra görme keskinliği, renkli görme, optik disk, rölatif afferent pupiller defekt (yok/var), optik sinir kompresyonundan şüpheleniliyorsa görme alanı]

Tablo 2. Hastalık Şiddetine Göre GO Sınıflaması

Hafif GO

Günlük hayatı etkileyecek yakınması olmayan veya immünsupresif tedaviyi veya cerrahi müdahaleyi gerektirmeyecek kadar hafif olan hastalar

Bu hastalarda genelde şu durumlardan en az biri mevcuttur:

- Minör kapak retraksiyonu (<2mm)
- Hafif yumuşak doku tutulumu
- Irk ve cinsine göre normalden <3mm artmış egzoftalmus
- Geçici diplopi ya da diplopi yok
- Lubrikanlara yanıt veren korneal maruziyet

Orta-ciddi GO

Görmeyi tehdit eden GO'su olmayıp aktif dönemde immünsupresif tedaviyi, inaktif dönemde ise cerrahi müdahaleyi gerektirebilecek kadar günlük hayatı etkileyen yakınması olan hastalar

Bu hastalarda genelde şu durumlardan en az biri mevcuttur:

- ≥ 2 mm kapak retraksiyonu
- Orta-ciddi derecede yumuşak doku tutulumu
- Irk ve cinsine göre normalden ≥ 3 mm egzoftalmus*
- Aralıklı ya da sürekli diplopi

Görmeyi tehdit eden GO

DON olanlar ve/veya korneada ülser gelişen hastalar

Bu grup hastada acil tedavi gerekmektedir.

* Türkiye için medyan Hertel derecesi büyük bir çalışmada medyan 13 mm ve toplumun %95 üst sınırı 17 mm olarak verilmiştir. Bu çalışmada cins ayırımı yapılmamıştır. Bir başka küçük çalışmada, erkekler için min-max Hertel dereceleri (8-20), kadınlar içinse (8-19) olarak verilmiştir.

GO'da hastalığın klinik aktivite ve şiddeti yukarıda belirtilen standardize edilmiş kriterlere göre belirlenmeli ve hastalar aktif/inaktif ve hafif, orta-ciddi veya görmeyi tehdit eden GO olarak sınıflandırılmalıdır; bu değerlendirmeye EUGOGO hastalık spesifik GO-yaşam kalite anketi dahil edilmelidir (orta kanıt düzeyi).

2. GO'da Tedavi Yaklaşımı

2.1. GO'da Hipertiroidi Tedavisi

Tiroid fonksiyonları kontrol altında olmayan (hipertiroid ya da hipotiroid) hastalarda GO seyri daha kötü olmaktadır. Bu nedenle, seçilen tedavi yöntemi her ne olursa olsun hastalar bir an önce ötiroid hâle getirilmeli, ötiroidizmin stabil şekilde devamı sağlanmalıdır (yüksek kanıt düzeyi).

Tedavi değişikliğinin erken aşamalarında tiroid fonksiyonlarının sık kontrolü gereklidir (her 4-6 haftada bir). Antitiroid ilaç tedavisi (ATİ) veya total tiroidektominin ötiroidizmin sağlanmasının

dışında, GO'nun seyirinde ek bir yararının olduğu gösterilememiştir. Ülkemizde yapılan çok merkezli bir çalışmada da orta-ciddi şiddette GO'da erken cerrahi ile medikal tedavi yapılan hastalar arasında GO gidişi açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Hafif ve inaktif GO'da standart kriterlere ve hastanın da seçimine göre herhangi bir tedavi uygulanabilir (düşük kanıt düzeyi).

Hafif ve aktif GO'da ATİ veya tiroidektomi tercih edilmelidir, RAİ tedavisi seçilirse steroid profilaksisi ile verilmelidir (orta kanıt düzeyi).

Orta-ciddi ve inaktif GO'da herhangi bir tedavi uygulanabilir, ancak RAİ tedavisi seçilirse ve risk faktörleri varsa (sigara, yüksek TSH reseptör antikor düzeyi) steroid profilaksisi ile verilmelidir (düşük kanıt düzeyi).

Orta-ciddi ve aktif GO ve görmeyi tehdit eden GO'da GO tedavisi tamamlanana kadar hipertiroidi tedavisi ATİ ile yapılmalıdır (orta kanıt düzeyi).

2.1.a. Antitiroid İlaç Tedavisi (ATİ)

GO olan olgularda sıklıkla tercih edilen yöntemdir. Ancak, ilaç kesilmesinden sonra hipertiroidin nüks riski olabileceği akılda tutulmalıdır. Bu durum GO'nun ilerlemesini tetikleyebilir. Bu nedenle ATİ'nin erken kesilmemesi ve kesildikten sonra da nüks açısından yakın takibe devam edilmesi uygun olur.

2.1.b. Tiroid Cerrahisi

Çalışmalarda ATİ tedavisine üstünlüğü gösterilememiştir. Tiroid bezi büyük ise (>50 mL) ve/veya trakeal kompresyon bulguları veya tiroid kanser şüphesi olan nodüler guatr mevcutsa, cerrahi tedavi düşünülebilir. Cerrahi yöntem olarak totale yakın veya total tiroidektomi tercih edilmelidir. Cerrahi sonrası erken dönemde tiroid replasman tedavisine başlanarak hipotiroidiye izin verilmemesi, GO'nun kötüye gitmesini engellemek açısından şarttır.

2.1.c. RAİ Tedavisi

RAİ tedavisinin özellikle takip eden altı ay içerisinde, yeni GO gelişimi ya da mevcut GO'nun seyri üzerine olumsuz etkisi olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle orta-ciddi aktif ve görmeyi tehdit eden GO'su olanlarda kullanılmamalıdır. Bu konuda yapılmış olan az sayıdaki randomize çalışmada, RAİ tedavisi sonrasında hastaların %15-37'sinde GO progresyonu bildirilmiştir. Bu risk artışı özellikle RAİ tedavisi öncesi GO olan, sigara içen, şiddetli hipertiroidisi olan, TSH reseptör antikor düzeyleri yüksek hastalar için söz konusudur. Risk faktörleri olan hastalara steroid profilaksisi ile RAİ tedavisi uygulanması uygun olacaktır. Hafif ve aktif GO ve orta-ciddi ve inaktif GO olan hastalara profilaktik steroid tedavisi ile RAİ verilebilir. Profilaktik steroid tedavisi için yüksek risk varlığında RAİ tedavisinden 1-3 gün sonra oral prednizolon (0.3-0.5 mg/kg/gün) başlanarak 3 ayda azaltılarak kesilmeli, düşük risk varlığında ise 0.1-0.2 mg/kg prednizolon başlanıp azaltarak 6 hafta sonra kesilmelidir (yüksek kanıt düzeyi).

Hafif-inaktif ve en az 6 aydır stabil olduğu bilinen GO'su olan hastalar ise RAİ tedavi sonrası hipotiroididen kaçınıldığı ve sigara kullanımı gibi risk faktörleri olmadığı sürece steroid verilmenden RAİ tedavisi alabilirler. RAİ tedavisi verilecek tüm hastalarda öncelikle sigara bırakılmalıdır.

2.2. GO Tedavisi

Tedavi seçimi GO'nun klinik aktivite ve şiddetine göre yapılmalıdır.

Aşık GO olan ve kötüleşme riski taşıyan hafif olguların (aktif GO, sigara içen, tiroid hormonları çok bozuk, yüksek TSH reseptör antikoru) hem endokrin hem de oftalmolojik olarak yakın takibi için bu konuda uzmanlaşmış merkezlere sevk edilmesi önerilir (düşük kanıt düzeyi).

Hafif GO olgularında lokal tedaviler ve aktif olgularda selenyum tedavisi uygulanabilir. Orta-ciddi GO olan olgularda ise tedavide öncelikle 1. basamak tedavilerle başlanıp cevapsızlık ya da yetersiz cevap durumunda 2. basamak tedavilere geçilmelidir.

2.2.a. Semptomatik Tedavi

Tüm hastalara suni göz yaşı damlaları önerilir (düşük kanıt düzeyi).

Yeterli kapak kapanması olmayıp korneası açıkta kalan veya göz kuruluğu semptomları olan hastalarda lubrikan göz damlaları veya merhemler, uykuda gözlerin kapatılması, fotofobi, rüzgâr ve soğuk havaya karşı güneş gözlüğü kullanılması, kısa süreli lokal steroid ya da non-steroid göz damlaları semptomatik diplopsi olan hastalarda prizma gözlük, gece yatarken başın yükseltilmesi (periorbital ödemin azaltılmasına yardımcı olur; bu konuda diüretik tedavinin faydası yoktur) gibi uygulamalar semptomatik tedavide kullanılabilir.

2.2.b. Sigaranın Bırakılması

Graves hastalığı olan tüm hastalar sigaranın GO üzerine zararlı etkileri açısından bilgilendirilmeli ve GO varlığından bağımsız olarak hastaların sigarayı bırakması sağlanmalıdır (yüksek kanıt düzeyi). Hastaların gerekirse sigara bırakma ünitelerine yönlendirilerek profesyonel yardım almaları sağlanmalıdır.

Şu noktalar hastalara vurgulanmalıdır:

- Sigara içmek GO gelişimi açısından risk yaratmaktadır: Sigara içenlerde GO gelişme riskinde 7-8 kat artış söz konusudur. GO'nun ciddiyeti, içilen sigara sayısı ile doğrudan ilişkilidir.
- Sigara mevcut GO'nun kötüleşmesine neden olmaktadır.
- Sigara GO'ya yönelik tedavilerin etkinliğini azaltmaktadır.
- Sigara RAİ tedavisinden sonra GO ortaya çıkması ya da ilerlemesi riskini artırmaktadır.
- Sigarayı bırakanlarda GO'nun kötüleşme riski azalmaktadır.
-

2.2.c. Hiperkolesterolemi Tedavisi

Yüksek kolesterol düzeylerinin GO için risk faktörü olduğunu gösteren çalışmalar nedeniyle, randomize kontrollü çalışmalar olmamakla birlikte, hiperkolesterolemi olan GO'lu hastalara statin tedavisi başlanması düşünülebilir (düşük kanıt düzeyi).

2.3.a. Hafif GO Tedavisi

Hastaların çoğunda uygun olan yaklaşım yakın takiptir. "Bekle-gör" politikası uygun yaklaşımdır. Spontan iyileşme olabileceği için semptomlara yönelik lokal tedaviler genellikle yeterlidir. Ancak GO %10-15 olguda ilerleyebilir. Bu düzeyde riskleri faydalarından daha fazla olması nedeni ile steroid tedavisi önerilmez. Ancak yaşam kalitesi belirgin bozulan çok az bir grupta

GO aktifse düşük doz immünomodülasyon (kortikosteroid) tedavi veya GO aktif değilse rehabilitasyon cerrahi önerilebilir.

2.3.b. Selenyum

Selenyum otoimmün tiroiditli olgularda inflamatuvar aktiviteyi azaltabilir. Hafif GO'da, randomize, plasebo kontrollü, hafif selenyum eksikliği olan bölgelerde yapılan bir çalışmada, altı ay süreyle günde iki kez verilen 100 µg selenyum tedavisinin göz bulgularında iyileşmeye neden olduğu ve yaşam kalitesini artırdığı saptanmıştır. Selenyum eksikliği olmayan bölgelerde yaşayan GO hastalarındaki etkisi ise bilinmemektedir.

Göz bulguları ve yaşam kalitesini iyileştirdiği ve genellikle GO'nun daha şiddetli formlara ilerlemesini önlediği için yeni başlayan, hafif ve aktif GO'lu hastalara 6 ay süreli selenyum tedavisi verilmesi önerilir (orta kanıt düzeyi).

2.4.a. Orta-Ciddi GO Tedavisi

Orta-ciddi GO'da tedavi yaklaşımı hastalığın aktif/inaktif olmasına göre değişir. Aktif hastalık varlığında ilk basamak tedavi medikal (kortikosteroid +/- mikofenolat) tedavidir. İnaktif hastalık varlığında ise rekonstrüktif cerrahidir.

Medikal tedavide hedef GO aktivitesini azaltmak, kas fonksiyonunu iyileştirmek, eğer varsa optik sinir kompresyonunu düzeltmek ve daha sonra gerekebilecek rehabilitatif cerrahi gereksinimini azaltmaktır.

2.4.b. Kortikosteroid Tedavisi

Orta-ciddi ve aktif hastalıkta ilk basamak medikal tedavi anti-inflamatuvar ve immünsupresif özellikleri nedeni ile intravenöz (İV) kortikosteroid tedavisidir.

2021 EUGOGO kılavuzunda İV metilprednizolon ve oral mikofenolat sodyum (veya mofetil) ile kombinasyon tedavisi orta-ciddi ve aktif GO için birinci basamak tedavi olarak önerilmiştir (orta kanıt düzeyi).

Orta-ciddi, fakat inaktif GO olan olgularda kortikosteroidlere cevap beklenmez. GO süresi uzun olan olgular da muhtemelen hastalık inaktif fibrotik evreye ulaştığı için medikal tedaviden fazla fayda görmeyebilirler. Hastaların kortikosteroid tedaviden en fazla yarar göreceği dönem aktif hastalığın olduğu ilk aylardır. Yumuşak doku inflamasyonunu en iyi kontrol eden yöntem İV kortikosteroid tedavisidir ve birçok randomize çalışmada oral kortikosteroid tedaviye etki ve yan etki açısından üstün olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, İV kortikosteroid tedavisi ile 3-4 hafta içerisinde yanıt değerlendirilebilmekte ve yanıtsız hastalarda erken dönemde tedavi değişikliği yapılabilmektedir. Çeşitli randomize klinik çalışmalarda, İV kortikosteroid tedavisinde cevap oranı %70-80, oral kortikosteroid tedavisinde ise %50-60 olarak bulunmuştur.

İV kortikosteroid tedavisiyle ilgili genel prensipler şunlardır:

Birbirini takip etmeyen günlerde ve tek seferde tercihen 500 mg/gün olacak şekilde uygulanmalıdır. Haftada iki kez uygulanabilir, ancak "İV pulse"lar arasında en az iki gün geçmelidir.

İV kortikosteroid tedavide majör yan etki akut hepatik yetmezliktir. Fakat bu nadiren ve total dozun 8 gr'ı geçtiği hastalarda izlenmektedir. Dolayısıyla kümülatif metilprednizolon dozunun her kür için 8.0 gr'ı geçmemesi önerilmektedir.

Yüksek doz İV kortikosteroid verilecek olan hastalar, karaciğer disfonksiyonu (karaciğer enzimleri, hepatit B ve C serolojisi), kardiyovasküler komplikasyonlar için potansiyel risk faktörleri (hipokalemi, kardiyak aritmiler, kontrolsüz ciddi hipertansiyon), peptik ülser, diabetes mellitus, idrar yolu enfeksiyonu, glökom, tüberküloz varlığı açısından taranmalı ve tedavi sonrası gelişebilecek yan etkiler açısından izlenmelidir. Kontrollü diyabet ve/veya hipertansiyon, kortikosteroid tedavisi için kontrendikasyon kabul edilmemelidir. Ancak, karaciğer enzimlerinin normalin dört kat üstünde olduğu karaciğer disfonksiyonu, ciddi kardiyovasküler durumlar, ciddi hipertansiyon, kontrolsüz diyabette İV kortikosteroid verilmemelidir. İV kortikosteroid tedavisinin potansiyel ciddi yan etkilerin tedavi edilebileceği deneyimli merkezlerde uygulanması önerilir (orta kanıt düzeyi).

İV kortikosteroid tedavisi için yapılan çalışmalarda etkinliği gösterilmiş farklı uygulama protokolleri mevcuttur.

Çoğu orta-ciddi ve aktif GO vakalarının tedavisinde kullanılan protokol; 6 hafta boyunca haftada bir kez 500 mg metilprednizolon, takiben 6 hafta boyunca haftada bir kez 250 mg metilprednizolon (kümülatif doz 4,5 gr) şeklindeki uygulamadır (yüksek kanıt düzeyi).

Bu ilk basamak tedaviye aşağıda anlatılan mikofenolat tedavisinin de eklenmesi önerilmektedir.

Daha ciddi (diplopi, ciddi proptozis, ciddi yumuşak doku tutulumu olan) olgularda yüksek-doz kortikosteroid rejimi (6 hafta boyunca haftada bir kez İV 750 mg metilprednizolon, kısmi veya tam cevap alınması halinde takiben 6 hafta boyunca haftada bir kez 500 mg metilprednizolon), (kümülatif doz 7,5 gr) önerilir (orta kanıt düzeyi). İlk basamak tedaviden cevap alınmazsa, ikinci basamak tedavi için seçeneklerden biri 2. kür İV metilprednizolon olabilir. Bu amaçla ilk uygulamadan en az 3-4 hafta sonra olmak üzere 7,5 gr kümülatif dozluk protokol tekrarlanabilir.

İlk basamak tedavisi olarak oral steroid önerilmez.

Sistemik glukokortikoidler kesinlikle kontraendike ise lokal subkonjonktival/perioküler triamsinolon asetat enjeksiyonları düşünülebilir (düşük kanıt düzeyi).

Son yıllarda GO patogeneziye yönelik yeni biyolojik ajanlar ile yapılan çalışmalar belirgin olarak artmıştır.

2.4.c. Mikofenolat

Spesifik olarak aktive T ve B hücrelerini hedefleyen mikofenolatın orta-ciddi ve aktif GO tedavisinde hem monoterapi hem de İV kortikosteroid tedavi ile kombinasyonunun etkili olduğu 2 randomize kontrollü çalışma ile gösterilmiş ve bu nedenle EUGOGO 2021 kılavuzunda orta-ciddi ve aktif GO'nun ilk basamak tedavisinde İV metilprednizolon ile kombine kullanımı önerilmektedir (orta kanıt düzeyi). Buna göre; 6 hafta boyunca haftada bir kez 500 mg İV metilprednizolon + 0.72 g/gün mikofenolat sodyum (1g/gün mikofenolat mofetil) uygulanması; cevap alınırsa 6 hafta daha haftada bir kez 250 mg İV metilprednizolon ve 18 hafta 0.72 g/

gün mikofenolat sodyum (1g/gün mikofenolat mofetil) ile devam edilmesi, ilk 6 haftada cevap alınmazsa ikinci basamak tedavilere geçilmesi önerilmektedir. Ancak yukarıda bahsi geçen çalışmalardaki hasta popülasyonlarının homojen olmaması, çalışma sonuçlarının birbirleriyle tutarlı olmaması nedenleriyle bu ilacın orta-ciddi aktif GO birinci basamak tedavisinde yer alması için daha fazla kanıt ihtiyacı olduğunu düşünenler de vardır. Ayrıca gerek mikofenolatın kullanımının ülkemizde GO tedavisinde endikasyonunun onaylanmamış olması ve gerekse İV metilprednizolonla kıyaslandığında yüksek maliyeti nedenleriyle aktivite ve şiddet dereceleri yüksek olan hastalarda kullanılmasının düşünülmesi daha makul görünmektedir.

2.4.d. Rituksimab

B hücre CD20 molekülüne karşı etkili bir monoklonal antikor olan rituksimab, İV kortikosteroid tedaviye yanıt vermeyen orta-ciddi ve yeni başlayan (<12 ay) aktif GO'lu hastalarda ikinci basamak tedavi olarak kullanılabilir (düşük kanıt düzeyi). Çalışmalarda 2 hafta ara ile 2 kez 1000 mg, tek doz 500 mg ve tek doz 100 mg olarak uygulanmıştır. Düşük doz (100 mg tek infüzyon) ile de iyi sonuç alınabileceği bildirilmiştir.

2.4.e. Tocilizumab

Anti-solubl IL-6 reseptör antikorunu olan tocilizumab İV kortikosteroid tedaviye dirençli, aktif orta-ciddi GO'da 2. basamak tedavi olarak kullanılabilir (düşük kanıt düzeyi).

2.4.f. Teprotumumab

Anti IGF-1 reseptör antikorunu olan teprotumumab ile yapılan çalışmalarda özellikle proptoziste belirgin azalma ve diplopiye düzelmeye neden olduğunun yayınlanması üzerine EUGOGO 2021 kılavuzunda ikinci basamak, ATA-ETA 2022 konsensus raporunda birinci basamak tedavide kullanılması önerilen, GO tedavisinde çok umut verici bir ajandır (orta kanıt düzeyi). Ancak şimdilik sadece ABD'de onay almış olması, çok pahalı olması, yan etkilerinin fazla olması, uzun dönem etki ve yan etkilerinin bilinmemesi ve İV glukokortikoidlerle kafa kafaya karşılaştırmalı çalışmalarının olmaması nedenleriyle ilk basamak tedavide önerilmesi için erken olduğu görüşü bildirilmiştir.

2.4.g. Siklosporin, Azatioprin

Siklosporin veya azatioprin ile oral kortikosteroid kombinasyon tedavisi, orta-ciddi ve aktif GO için ikinci basamak tedavide düşünülebilir.

Orta-ciddi aktif hastalarda inflamatuvar değişikliklerde ve diplopi ile proptozisde etkileri belirgin olmakla birlikte bu yeni biyolojik ajanlar glukokortikoid tedaviye göre daha pahalı tedavi yöntemleridir ve yan etkileri fazladır. Bu tür tedavilerin potansiyel ciddi yan etkileri yönetebilecek deneyimli merkezlerde uygulanması önerilir.

2.4.h. Orbital Radyasyon (OR) tedavisi

Diplopi (progresif) ve/veya gözde hareket kısıtlılığı (ekstraoküler kas tutulumu) gelişen aktif hastalarda OR düşünülmelidir. Düşük kümülatif dozlardaki OR'nin (10 Gy) daha yüksek dozlardakine (20 Gy) benzer etkisi olduğu ve daha iyi tolere edilebileceği düşünülmekte ve >20 Gy dozlar önerilmemektedir. Kortikosteroid tedavi ile OR kombinasyonu her iki tedavinin tek başına etkisine üstündür. Otuz beş yaşından genç hastalarda potansiyel malignite gelişim riski göz önünde bulundurulmalıdır. Diyabetik retinopati ve ciddi hipertansiyon, retinal mikrovasküler

değişiklikleri artırabileceği için OR için kontrendikasyon kabul edilmektedir. Retinopatisi olmayan diyabet konusunda yeterli kanıt olmaması nedeni ile OR için rölatif kontrendikasyon olduğu kabul edilmektedir.

Orbital radyoterapi, özellikle diplopi ve/veya ekstraoküler motilite kısıtlaması varlığında, glukokortikoidlerle (oral veya İV) kombinasyon halinde, orta-ciddi ve aktif GO için etkili bir ikinci basamak tedavi olarak önerilir (orta kanıt düzeyi).

2.4.i. Cerrahi Tedavi

Orbital dekompresyon tedavisi, GO olgularında ilk tedavi olarak nadiren uygulanır. Ancak medikal tedavi başarısız olduğunda, özellikle DON varlığında düşünülmelidir. Rekonstrüktif cerrahi en az altı aydır hastalığı inaktif olan kişilerde uygulanmalıdır. Cerrahi yöntem hastanın ihtiyacına göre seçilmeli ve belirli bir sıra dahilinde uygulanmalıdır (sırası ile orbital dekompresyon, şaşılık cerrahisi ve kapak cerrahisi). Bu tedaviler ülkemizde sınırlı merkezde, sınırlı sayıda cerrah tarafından uygulanabilmektedir.

2.5.a. Görmeyi Tehdit Eden (Çok Ciddi) GO

Bu durum acil tedavi gerektirmektedir.

2.5.b. Görmeyi Tehdit Eden Korneal Ülserasyon

Kornea iyileşene kadar: Sık topikal lubrikan uygulanması, nem odası yaratan gözlükler, blefarofafi, tarsorafı ve diğer geçici tedbirler uygulanmalıdır. Bu tedaviler yetersiz kalırsa sistemik steroid veya cerrahi dekompresyon düşünülebilir. Korneal perforasyon/ciddi ülserasyon gelişmesi durumunda antibiyotik tedavi, acil yapıştırma, kalkan olarak amniyon membran uygulanması veya korneal greftleme yapılabilir. Korneal çatlama kontrol altına alındıktan sonra kapak kapanmasını iyileştirici (korneal çatlamanın tekrarlanmasını önleyici) tedavi verilmelidir.

2.5.c. Distiroid Optik Nöropati

DON olan hastalarda etkinliği kanıtlanmış tedaviler yüksek doz steroid kullanımı ve cerrahi dekompresyondur. İlk tercih edilecek tedavi yüksek doz iv kortikosteroiddir (500 mg - 1g metilprednizolon birbirini takip eden üç gün veya tercihen her iki günde bir);1-2 hafta içerisinde IV steroidlere yanıtızsızlık veya yetersiz yanıt durumunda acil cerrahi dekompresyon yapılmalıdır (orta kanıt düzeyi).

3.1.a. Tedavi Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Tedaviye başlamadan önce mutlaka yapılması önerilen GO-yaşam kalite anketi tedavi sonrasında da tekrarlanmalıdır, tedavi öncesinde yapılan göre düzelme olması beklenir. Orta-ciddi ve aktif GO tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde yakın zamanda revize edilmiş bir bileşik indeks önerilmiştir. Tamamen objektif ölçütlerden oluşan bu indeks kapak açıklığında ≥ 2 mm azalma, beş kriterli KAS'da ≥ 1 puan azalma (spontan veya bakışla olan ağrı hariç tutulur), egzoftalmusta ≥ 2 mm azalma, göz kası düksiyonunda $\geq 8^\circ$ artış olmasını içerir. Bir gözde bu özelliklerden 2 veya daha fazlasında düzelme olması ve diğer gözde bozulma olmaması tedaviye olumlu yanıt olarak değerlendirilebilir.

3.1.b. GO Hastalarının Takip ve Yönlendirilmesi

Orta-ciddi ve çok ciddi GO olan olguların sıkı takibi gereklidir. Bu nedenle, hastaların GO konusunda tecrübesi olan endokrinolog ve oftalmologların bulunduğu merkezlere yönlendirilmesi önerilir. Graves hastalığı öyküsü olup, GO belirti ya da bulgusu olmayan hastaların oftalmolojik açıdan daha ileri değerlendirmeye ihtiyacı olmamakla birlikte, GO'su olan tüm hastalar aşağıdaki tablolara uygun olarak, konuda deneyimli merkezlere yönlendirilmelidir (Tablo 3, 4).

Tablo 3. Aşağıdakilerden Herhangi Biri Varsa Acil Olarak Yönlendir

Semptomlar

- Görmede açıklanamayan bozulma
- Bir ya da her iki gözde renkli görme yoğunluğu ya da kalitesinde değişiklik
- Gözde ani dışarı fırlama öyküsü (göz küresi subluksasyonu)

Bulgular

- Belirgin korneal opasite
- Göz kapakları kapatıldığında korneanın halen görünebilir olması
- Optik diskte ödem

Tablo 4. Aşağıdakilerden Herhangi Biri Varsa Acil Olmayacak Şekilde Yönlendir

Semptomlar

- Gözlerde ışığa aşırı hassasiyet (rahatsızlık veren veya son 1-2 ay içerisinde artış gösteren)
- 1 haftalık topikal lubrikan tedaviye rağmen düzelmeyen aşırı kum kaçma hissi olması
- Göz içi veya arkasında ağrı (rahatsızlık veren veya son 1 ay içerisinde artış gösteren)
- Son 1-2 ay içerisinde göz ve/veya göz kapaklarının görünümünde ilerleyici değişiklik
- Gözün görünümünde hastayı endişelendiren değişiklik
- Çift görme

Bulgular

- Rahatsızlık verici göz kapağı retraksiyonu
- Göz kapağı veya konjunktivada anormal şişme ya da kızarıklık
- Göz hareketlerinde kısıtlılık veya aşikar strabismus
- Çift görmeyi önlemek için başın eğilmesi

TEMD Önerileri

- 9A. Tanı doğrulanmalıdır
- 9B. Hastaların sigarayı bırakmaları sağlanmalıdır
- 9C. Ötiroidi sağlanmalı ve sürdürüldüğünden emin olunmalıdır
- 9D. Hastalık aktivite ve şiddeti belirlenmelidir
- 9E. Tedavi ihtiyacı ve acil müdahale gerekliliğine hastalığın şiddetine göre karar verilmelidir
- 9F. Tedavi yöntemine hastalık aktivitesine göre karar verilmelidir
- 9G. Acil dekompresyon gerektiren durumlar dışında, aktif hastalık öncelikle medikal tedavi ile kontrol altına alınmalıdır ve halen ideal tedavi İV kortikosteroid tedavisidir
- 9H. Gerek medikal, gerek cerrahi, gerekse diğer tedavilerin seçilmesi ve uygulanması tecrübe gerektiren konulardır ve hastaların bu konuda deneyimi olan endokrinoloji ve oftalmoloji merkezlerine yönlendirilmesi önerilir

Kaynaklar

1. Bartalena L, Kahaly GJ, Baldeschi L, Dayan CM, Eckstein A, Marcocci C, Marino M, Vaidya B, Wiersinga WM, on behalf of EUGOGO. The 2021 European Group on Graves' orbitopathy (EUGOGO) clinical practice guidelines for the medical management of Graves' orbitopathy. *Eur J Endocrinol* 2021;185: G43-67.
2. Burch HB, Perros P, Bednarczuk T, Cooper DS, Dolman PJ, Leung AM, Mombaerts I, Salvi M & Stan MN. Management of thyroid eye disease: a Consensus Statement by the American Thyroid Association and European Thyroid Association. *Eur Thyroid J* 2022; 11: e220189.
3. Kahaly GJ, Douglas RS, Holt RJ, Sile S & Smith TJ. Teprotumumab for patients with active thyroid eye disease: a pooled data analysis, subgroup analyses, and off-treatment follow-up results from two randomised, double-masked, placebo-controlled, multicentre trials. *Lancet. Diabetes and Endocrinology* 2021; 9: 360–372.
4. Taylor PN, Zhang L, Lee RWJ, Muller I, Ezra DG, Dayan CM, Kahaly GJ & Ludgate M. New insights into the pathogenesis and nonsurgical management of Graves orbitopathy. *Nature Reviews: Endocrinology* 2020; 16:104–116.
5. Douglas RS, Kahaly GJ, Patel A, Sile S, Thompson EH, Perdok R, Fleming JC, Fowler BT, Marcocci C, Marinò M, Antonelli A, Dailey R, Harris GJ, Eckstein A, Schiffman J, Tang R, Nelson C, Salvi M, Wester S, Sherman JW, Vescio T, Holt RJ, Smith TJ. Teprotumumab for the Treatment of Active Thyroid Eye Disease. *N Engl J Med* 2020;382:341-352.
6. Barbesino G, Salvi M, Freitag SK. Future Projections in Thyroid Eye Disease. *J Clin Endocrinol Metab* 2022;107(Suppl_1):S47-S56.
7. Lanzolla G, Vannucchi G, Ianni I, Campi I, Sileo F, Lazzaroni E & Marino M. Cholesterol serum levels and use of statins in Graves' orbitopathy: a new starting point for the therapy. *Frontiers in Endocrinology* 2019; 10: 933.
8. Stein JD, Childers D, Gupta S, Talwar N, Nan B, Lee BJ, Smith TJ & Douglas R. Risk factors for developing thyroid-associated ophthalmopathy among individuals with Graves disease. *JAMA Ophthalmology* 2015; 133: 290–296.
9. Nilsson A, Tsoumani K & Planck T. Statins decrease the risk of orbitopathy in newly diagnosed patients with Graves' disease. *J Clin Endocrinol Metab* 2021; 106: 1325–1332.
10. Bartalena L, Baldeschi L, Boboridis K, Eckstein A, Kahaly GJ, Marcocci C, Perros P, Salvi M, Wiersinga WM, on behalf of the European Group on Graves' Orbitopathy (EUGOGO). The 2016 European Thyroid Association/ European Group on Graves' Orbitopathy guidelines for the management of Graves' orbitopathy. *Eur Thyroid J* 2016;5:9–26.
11. Marcocci C, Altea MA, Leo M. Treatment options for Graves' orbitopathy. *Expert Opin Pharmacother* 2012;13:795-8.
12. Campi I, Vannucchi G, Salvi M. Therapy of Endocrine Disease: Endocrine dilemma: management of Graves' orbitopathy. *Eur J Endocrinol* 2016;175:R117-33.
13. Prummel MF, Wiersinga WM. Smoking and risk of Graves' disease. *JAMA* 1993; 269:479-82.
14. Pfeilschifter J, Ziegler R. Smoking and endocrine ophthalmopathy: impact of smoking severity and current vs. life time cigarette consumption. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1996;45:477-81.
15. Bartalena L. The dilemma of how to manage Graves' hyperthyroidism in patients with associated orbitopathy. *J Clin Endocrinol Metab* 2011;96:592-9.
16. Bartalena L, Marcocci C, Bogazzi F, Manetti L, Tanda ML, Dell'Unto E, Bruno-Bossio G, Nardi M, Bartolomei MP, Lepri A, Rossi G, Martino E, Pinchera A. Relation between therapy for hyperthyroidism and the course of Graves' ophthalmopathy. *N Engl J Med* 1998;338:73-8.

17. Erdoğan MF, Demir Ö, Ersoy RÜ, Gül K, Aydoğan Bİ, Üç ZA, Mete T, Ertek S, Ünlütürk U, Çakır B, Aral Y, Güler S, Güllü S, Çorapçıoğlu D, Dağdelen S, Erdoğan G. Comparison of early total thyroidectomy with antithyroid treatment in patients with moderate-severe Graves' orbitopathy: a randomized prospective trial. *Eur Thyroid J* 2016;5:106-11.
18. Bartalena L, Marcocci C, Bogazzi F, Panicucci M, Lepri A, Pinchera A. Use of corticosteroids to prevent progression of Graves' ophthalmopathy after radioiodine therapy for hyperthyroidism. *N Engl J Med* 1989;321:1349-52.
19. Lai A, Sassi L, Compri E, Marino F, Sivelli P, Piantanida E, Tanda ML, Bartalena L. Lower dose prednisone prevents radioiodine-associated exacerbation of initially mild or absent Graves' orbitopathy: a retrospective cohort study. *J Clin Endocrinol Metab* 2010;95:1333-7.
20. Marcocci C, Kahaly GJ, Krassas GE, Bartalena L, Prummel M, Stahl M, Altea MA, Nardi M, Pitz S, Boboridis K, Sivelli P, vonArx G, Mourits MP, Baldeschi L, Bencivelli W, Wiersinga W; European Group on Graves' Orbitopathy. Selenium and the course of mild Graves' orbitopathy. *N Engl J Med* 2011;364:1920-31.
21. Kahaly GJ, Pitz S, Hommel G, Dittmar M. Randomized, single blind trial of intravenous versus oral steroid monotherapy in Graves' orbitopathy. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:5234-40.
22. Macchia PE, Bagattini M, Lupoli G, Vitale M, Vitale G, Fenzi G. High-dose intravenous corticosteroid therapy for Graves' ophthalmopathy. *J Endocrinol Invest* 2001;24:152-8. 14.
23. Zang S, Ponto KA, Kahaly GJ. Clinical review: Intravenous glucocorticoids for Graves' orbitopathy: efficacy and morbidity. *J Clin Endocrinol Metab* 2011;96:320-32.
24. Bilen H, Gullulu G, Akcay G. Exophthalmometric values in a normal Turkish population living in the northeastern part of Turkey. *Thyroid* 2007;17:525.
25. Beden U, Özarslan Y, Öztürk HE, Sönmez B, Erkan D, Öge I. Exophthalmometry values of Turkish adult population and the effect of age, sex, refractive status, and Hertel base values on Hertel readings. *Eur J Ophthalmol* 2008;18:165 -71.
26. Bartalena L, Veronesi G, Krassas GE, Wiersinga WM, Marcocci C, Marinò M, Salvi M, Daumerie C, Bornaud C, Stahl M, Sassi L, Azzolini C, Boboridis KG, Mourits MP, Soeters MR, Baldeschi L, Nardi M, Currò N, Boschi A, Bernard M, vonArx G, Perros P, Kahaly GJ; European Group on Graves' Orbitopathy (EUGOGO). Does early response to intravenous glucocorticoids predict the final outcome in patients with moderate-to-severe and active Graves' orbitopathy? *J Endocrinol Invest* 2017;40:547-553.

TİROİD NODÜLLERİ

Doç.Dr. Asena GÖKÇAY CANPOLAT, Prof.Dr. Mustafa ŞAHİN

Tiroid nodülü, tiroid bezinde yer kaplayan, çevresindeki normal tiroid dokusundan kıvam olarak farklı, tiroid parankiminden ultrasonografi gibi görüntüleme yöntemleri ile ayırd edilebilen ayrık lezyonlardır. Tiroid nodüllerinin etyolojik sebepleri Tablo-1'de verilmiştir. Hastanın kendisi tarafından farkedilebileceği gibi, fizik muayene sırasında ya da bir görüntüleme tetkiki sırasında (boyun ultrasonu, Pozitron Emisyon tomografisi, bilgisayarlı tomografi, magnetik rezonans görüntüleme, vb) da (insidental tiroid nodülü) teşhis edilebilir. İnsidental saptanan nodüllerin önemi malignite risklerinin olmasıdır. Toplum bazlı çalışmalarda insidental tiroid nodüllerine bağlı tiroid kanser sıklığı %1.6 olarak bulunmuştur.

Tablo 1. Tiroid Nodülü etyolojisi

- Benign nodüler guatr
- Basit veya hemorajik kistler
- Folliküler adenom
- Fokal tiroidit alanları
- Papiller karsinom
- Folliküler karsinom
- Hurthle hücreli karsinom
- Kötü diferansiye karsinom
- Medüller karsinom
- Anaplastik karsinom
- Primer tiroid lenfoması
- Nadir primer maligniteler (sarkom, teratom ve diğer tümörler)
- Metastatik tümörler (en sık renal hücreli karsinom, gastrointestinal, akciğer ve meme kanserleri)

Tiroid nodül insidansı palpasyon tekniği kullanılarak %4-7 arasında iken, görüntüleme yöntemleri ile bu oran 10 katına ulaşmaktadır. Otopsi serilerine göre erişkin çağda % 50-60 oranında tiroid nodülü bulunmaktadır. Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmekte olup (4:1); yaşla birlikte (özellikle 40 yaş sonrası) prevalans her iki cinsiyet için de artmaktadır. Ülkemizde, 18-65 yaş arasındaki sonografik prevalans %23,5 iken, 65 yaşın üzerinde bu sıklık %37 olarak bulunmuştur.

Bir tiroid nodülü saptandığında, başlangıç TSH değerlendirmesi sonrası nodül ya da nodül şüphesi olan tüm hastalara tiroid ultrasonografisi yapılmalı ve nodülün kanser olma riskini artırabilecek ultrasonografik özelliklere ait değerlendirme yapılmalıdır. Çünkü, tiroid nodüllerinin yüksek çözünürlüklü ultrasonografik yöntemlerle genel popülasyonda %60 ulaşan yüksek prevalansına rağmen, % 5 kadarı malign olarak tespit edilir.

Tiroid nodülünün ileri değerlendirmesi için üç ana faktör bulunur;

- 1) Tiroid nodülün fonksiyonel durumu
- 2) Malignite riski
- 3) Bası semptom ve bulguları

Klinik değerlendirme ve tanı

Tiroid nodülü tespit edildiğinde ilk basamakta detaylı hikaye almak önem taşır. Hikayede hastanın yaşı, tiroid fonksiyonları ile ilişkili semptomlar (hipotirodi, hipertiroidi), nodülün hızlı büyümesi ve disfaji, disfoni, dispne, ses kısıklığı ve öksürük gibi bası bulguları ile ilişkili olabilecek semptomlar, ilaçlar (özellikle iyot içeren), daha önce yapılan görüntülemeler, varsa biyopsiler, baş, boyun bölgesine alınan radyasyon, baş, boyun ve üst mediyastene ait cerrahiler, tiroid hastalıklarına ait aile hikayesi veya tiroid kanseri ilişkili sendromların varlığı (Familiyal medüller tiroid kanseri, Multiple Endokrin Neoplazi, Cowden sendromu, Carney kompleksi, Werner sendromu, Familiyal adenomatozis poli sendromu, *DICER1* sendromu, gibi) sorgulanmalıdır. Çocukluk ve adolesan çağda tiroid nodülü tanısı konanlar ve ileri yaş erkek hastalarda malignite sıklığı artması nedeniyle daha dikkatli değerlendirme yapılmalıdır.

Öneri 1: Tiroid nodülü olan hastada tıbbi öykü alma aşağıdakileri içermelidir. Hastanın yaş ve cinsiyeti ile komorbiditelerini, nodüllerin nasıl saptandığı, seyri ve oluşturduğu şikayetleri, nodül ile ilişkili olabilecek ilaç, iyot alma öyküsü, nodül hikayesi ve ona yönelik daha önce yapılmış tetkikler ve işlemler, önceki tiroid cerrahisi sonuçları, hipotirodi ve hipertirodi semptomları, bası semptomları, boyun bölgesine radyasyon öyküsü, ailede tiroid nodülleri veya tiroid kanseri öyküsü ve tiroid kanser risk faktörleri sorgulanmalıdır. *Kanıt Düzeyi A*

Fizik muayenede tiroid ile birlikte santral ve lateral lenf nodu muayenesi kapsamlı bir şekilde değerlendirilmelidir. Tiroid bezinin boyutları, kıvamı, lokalizasyonu, nodüllerin kıvamı, büyüklüğü, sayısı, eşlik eden ağrı veya lenf bezi varlığı kaydedilmelidir. Boyunda ani ortaya çıkan şişlikle birlikte olan ağrı sıklıkla nodül içi kanama düşündürürken, ilerleyici ve ağrılı büyüme anaplastik tiroid kanseri, Riedel tiroiditi veya primer tiroid lenfomasında görülebilir. Sert, çevre dokulara fikse nodül, vokal kord paralizisi, servikal lateral lenfadenopati (LAP) varlığı, bası bulguları maligniteyi düşündürmelidir. Tiroid loju hassasiyetine eşlik eden ateş, halsizlik ve disfaji ise subakut tiroiditi telkin eder. Baş boyun bölgesi harici yapılan sistemik fizik muayenede tespit edilebilecek diğer bulgular sendromik vakaların tespitine olanak sağlayabilir (kutanöz miksoma, hiperpigmentasyon varlığında Carney kompleksi, Marfanoid yapı, mukozal nörinomlarda Multiple Endokrin neoplazi 2b gibi).

Öneri 2. Fizik Muayenede tiroid bez büyüklüğünü, hipertiroid veya hipotirodiye ait bulguları, nodül sertliği, boyutu, lokalizasyonu, çevre dokuyla olan ilişkisi, nodül veya tiroid besinde ağrı olup olmaması, bası bulguları varlığı, servikal lenf nodu muayenesini içermelidir. *Kanıt Düzeyi A*

Laboratuar değerlendirmesinde tiroid nodülü olan tüm hastalara Tiroid Stimulan Hormon (TSH) değerlendirmesi yapılmalıdır. Serum TSH düzeyi, tiroid kanseri için bağımsız risk faktörüdür. İleri tiroid kanser evreleri ile yüksek TSH değerlerinin korele olduğu tespit edilmiştir. TSH düzeyi düşükse hipotirodi, yüksekse hipertirodi için ileri değerlendirme yapılmalıdır. TSH düşük olan vakalarda hiperfonksiyone nodül varlığı göz önünde bulundurulmalıdır. Eğer, TSH düşük ve özellikle nodül 1,5 cm üzerinde ise nodülün fonksiyonunu belirlemek için radyonüklid tiroid sintigrafisi yapılmalıdır. Nodülün sıcak olması durumunda, bu nodüllerde malignite

riskinin ihmal edilebilecek kadar düşük olduğu varsayımından yola çıkarak TİİAB yapılması gerekmez. Yüksek TSH düzeylerine sahip hastalarda, tiroid nodül incelemesi ötiroid hastalara benzerdir ve değerlendirmeler bu doğrultuda yapılmalıdır. Tg nodül değerlendirilmesinde tümör belirteci olarak kullanılmamalıdır. Tiroid nodüllerinin takibinde kalsitonin (KT) ölçümü şüpheli biyopsilerde, tekrarlayan yetersiz biyopsilerde ve tiroid cerrahisi öncesinde sitolojik tanı bilinmiyorsa yararlıdır. MTK veya MEN 2 şüphesi varsa KT ölçümü mutlaka yapılmalıdır. KT düzeyi yüksek bulunursa tekrarlanmalıdır. KT düzeyinin anlamlı olarak yüksek bulunması MTK açısından tanısız öneme sahiptir.

Öneri 3: Tiroid nodül değerlendirmesinde ilk basamak laboratuvar tetkiki tiroid disfonksiyonu nu değerlendirmek amacıyla TSH değerlendirmesi olmalıdır. Nodül değerlendirmesinde rutin kalsitonin ölçümü önerilmez. Kişide veya ailede MTK, MEN 2 sendromu varlığında, tiroid nodülüne eşlik eden diyare, lenf nodu metastazı veya flushing olması durumunda kalsitonin düzeyi bakılmalıdır. Tiroid nodül değerlendirmesinde Tiroglobulin ölçümü önerilmez. Tiroid nodül değerlendirmesinde rutin kalsiyum, ve/veya parathormon ölçümü önerilmez. *Kanıt Düzeyi A*

Radyolojik değerlendirmede ilk basamak tiroid ultrasonografisidir. Nodül varlığında, tiroid ile birlikte anterior ve lateral kompartmanlar da USG ile değerlendirilmelidir. Tiroid nodüllerini karakterize etmek ve malignite için bir risk öngörmek için ultrasonografik değerlendirmede nodülün ekojenitesi, kompozisyonu (solid, kistik, karışık), şekli, kenar düzeni, kalsifikasyon varlığı ve tüm servikal lenf nodları rapor edilmelidir. Malignite ile uyumlu olan bulgular hipoejojenite, infiltratif, düzensiz veya lobule kontürlü kenarlar, intranodüler mikrokalsifikasyonlar ve uzunluğun genişliğinden fazla olmasıdır (Tablo-2). Güncel kılavuzlara US özelliklere göre risk faktörleri, kategorizasyonları ve risk faktörlerine göre biyopsi endikasyonları Tablo-3'de özetlenmiştir.

Öneri 4: İnsidentalomalar ve palpable tiroid nodüllerinin değerlendirmesinde tiroid ultrasonografisi ilk basamak tetkiktir. Rutin tarama amaçlı USG önerilmez. USG raporu nodülleri tanımlamalı ve risk kategorizasyonu görüntüleme sistemlerine göre raporlanmalıdır. Türkiye'de kullanılmakta olan sistem EU-TIRADS'dır. *Kanıt Düzeyi A*

Elastografi değerlendirmesi, USG esnasında yapılmakta olan bir tetkik olup; nodül değerlendirmesinde mutlak değerlendirilmesi önemli bir parametre değildir. Pozitif ve negatif prediktif değerleri %16-94 ve %29-100 olarak belirlenmiş olması sebebiyle rutin kullanımı önerilmez; ancak seçilmiş olgularda ayırıcı olarak kullanılabilir.

Tablo 2. US özelliklerine ait hassasiyet ve özgüllükler

US özellikleri	Hassasiyet %	Özgüllük %	Tanısal Odds oranı
Mikrokalsifikasyon	40	88	6.78, 4.48–10.24
Düzensiz kenar	51	83	6.89, 3.35–14.1
Transvers kesitte uzunluk > genişlik	27	97	11.14, 6.6–18.9
Santral vaskülarizasyon	46	78	
Solid	73	53	4.45, 2.63–7.5
Hipoekojenite	63	62	4.5, 3.2–6.4
Halo yokluğu	56	72	

Remonti, Thyroid. 2015 ve Burgos ,Endocrinol Metab Clin N Am, 2022 baz alınarak hazırlanmıştır.

Tablo 3. Kılavuzlara göre tiroid nodül risk değerlendirmesi

Risk Skorları	AACE/ACE/AME	ATA	EU-TIRADS	K-TIRADS
Şüpheli US bulguları	Belirgin hipokojenite Spiküle/lobule kenarlar Mikrokalsifikasyon Uzunluğu genişliğinden fazla Tiroid dışı uzanım Patolojik lenf nodu	Düzensiz kenarlar (infiltratif veya mikrolobule) Mikrokalsifikasyonlar Uzunluğu genişliğinden fazla Kesintili kenar kalsifikasyonları Tiroid dışı yayılım	Oval olmayan şekil Düzensiz kenarlar Mikrokalsifikasyonlar Belirgin hipokojenite	Mikrokalsifikasyonlar Uzunluğu genişliğinden fazla Spiküle veya mikrolobule kenarlar
Kategori	Düşük risk Malignite riski %1 TİİAB >20 mm Kistler Çoğunluğu küçük nodüller (şüpheli US bulguları olmayan) İzoekoik süngerimsi nodüller Orta risk Malignite riski % 5-15 TİİAB > 20 mm Kısmi hipokoik veya izoekoik, ovoid-yuvarlak şekilli, düzgün veya düzensiz kenarlı, İlave olarak İntranodular vaskülarizasyon, Elastografide artmış sertlik, Makro veya devamlı kenar kalsifikasyonu Belirsiz hiperekoik noktalar	Benign Malignite riski <%1 TİİAB endike değil (saf kistik nodüller) Çok düşük şüpheli Malignite riski <%3, TİİAB ≥ 20 mm veya takip Süngerimsi veya kısmi kistik nodüller (düşük, orta veya yüksek şüpheli özellikleri olmayan) Düşük şüpheli Malignite riski %5-10 TİİAB ≥ 15 mm İzoekoik veya hiperekoik veya şüpheli US bulguları olmayan kısmi kistik nodüller Orta şüpheli Malignite riski %10-20 TİİAB ≥ 10 mm Eşlik eden mikrokalsifikasyon, tiroid dışı uzanım veya uzunluğu genişliğinden fazla özellikleri olmayan düzenli kenarlı hipokoik nodüller	Benign (EU-TIRADS2) Malignite riski %0 TİİAB endikasyonu <i>safl</i> / anekoik kistler, süngerimsi nodüller için yok Düşük risk (EU-TIRADS3) Malignite riski %2-4 TİİAB >20 mm Yüksek US riskleri olmayan oval şekil, düzenli kenarlar, izoekoik veya hiperekoik nodüller Orta risk (EU-TIRADS4) Malignite riski %6-17 TİİAB >15 mm Yüksek risk özelliklerine sahip olmayan Oval şekilli, düzgün kenarlı, hafif hipokoik nodüller	Benign Malignite riski %1-3 TİİAB ≥ 20 mm Süngerimsi veya parsiyel kistik nodüllerde kuyruklu yıldız artefaktı Saf kistik Düşük Şüpheli Malignite riski %3-15 TİİAB ≥ 15 mm 3 şüpheli US bulguları olmayan kısmi kistik veya izohiperekoik nodüller Orta şüpheli Malignite riski % 15-50 TİİAB ≥ 10 mm Şüpheli US bulguları olmayan solid hipokoik veya kısmi kistik veya izohiperekoik olup aşağıdaki faktörlerden herhangi birini içermeyen nodüller; Mikrokalsifikasyon, uzunluğu genişliğinden fazla, spiküle/ mikrolobule kenarlı
	Yüksek risk Malignite riski %50-90 TİİAB ≥ 10 mm (seçili 5 mm) ≥ 1 özelliğe sahip nodüller; belirgin hipokojenite, spiküle veya lobule kenarlar, mikrokalsifikasyonlar, Uzunluğu genişliğinden fazla olması, tiroid dışı büyüme, patolojik lenf nodu varlığı	Yüksek şüpheli Malignite riski %70-90 TİİAB ≥ 10 mm Solid hipokoik veya kısmi kistik solid hipokoik olup eşlik eden ≥ 1 risk faktörü Düzensiz kenarlar, mikrokalsifikasyonlar, uzunluğu genişliğinden fazla, tiroid dışı uzanım, yumuşak doku uzanım olan kenar kalsifikasyonu	Yüksek risk (EU-TIRADS 5) Malignite riski %26-87 TİİAB >10 mm Aşağıda eşlik eden ≥ 1; oval olmayan şekil, düzensiz kenarlar, mikrokalsifikasyonlar, belirgin hipokojenite	Yüksek şüpheli Malignite riski % 60 TİİAB >10 mm (seçili >5 mm) Eşlik eden aşağıdaki faktörlerden herhangi birine sahip solid hipokoik nodüller; mikrokalsifikasyon, uzunluğu genişliğinden fazla nodül, spiküle veya mikrolobule kenarlar

Tiroid İnce İğne Aspirasyonu Biyopsisi

US ve klinik bulgular ışığında biyopsi kararı alınmaktadır. TİİAB, tiroid nodüllerinin benign-malign ayrımında altın standart testtir. TİİAB endikasyonu temel olarak nodülün US özelliklerine göre belirlenmelidir. Bethesda Tiroid sitopatolojisi raporlama sistemi 2007'de ilk defa tartışılmış ve en son 2018 de güncellenmiştir (Tablo-4). Multinodüler guatrda malignite riski soliter nodüller için olan riske benzerdir ve nodül sayısından bağımsızdır. Dolayısıyla, multinodüler guatr varlığında, dominant nodülden biyopsi almak yerine, her nodül bağımsız olarak değerlendirilmeli ve risk faktörlerine göre endikasyonu olan her nodülden TİİAB yapılmalıdır. Galectin-3, HBME-1, fibronectin-1, CITED-1 ve sitokeratin-19 gibi immün- histokimyasal belirteçler indetermine sitolojik sonuçlarda benign ve malign nodül ayrımında faydalanılabilecek

belirteçlerdir. Ancak foliküler adenom ve diferansiye tiroid kanserlerinde görülebilen benzerlikler nedeniyle rutin kullanımı önerilmemektedir. Halen günümüzde bu ayrımı ortaya koyabilecek yeterli hassasiyet ve özgüllükte bir belirteç bulunmamıştır.

Öneri 5. Tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi kararı EU-TIRADS skoru esas alınarak verilmesi önerilir. EU-TIRADS 3 nodüller >20 mm (çok düşük risk, malignite riski %2-4); EU-TIRADS 4 nodüller >15 mm (düşük-orta risk, malignite riski %6-17); EU-TIRADS 5 nodüller >10 mm (orta-yüksek risk, malignite riski %26-87) olduğunda TİİAB yapılmalıdır. Tiroid kaynaklı metastaz varlığı düşünülen lenf nodları tespiti halinde, şüpheli lenf nodundan TİİAB, Tg veya Kalsitonin yıkama yapılmalıdır. Çoklu nodül varlığında, TİİAB kararı her nodülün boyut ve EU-TIRADS özelliklerine bakılarak alınmalıdır. Karışık yapıdaki nodüllerde solid komponentten biyopsi alınmalıdır. *Kanıt Düzeyi A*

Tablo 4. Bethesda sınıflandırması, malignite riskleri ve değerlendirilmesi

Bethesda kategori	Sitopatoloji	Malignite riski Kanser = NIFTP Kanser # NIFTP	Değerlendirme
1	Tanısal değil	%5-10 %5-10	TİİAB tekrarla
2	Benign	%0-3 %0-3	Klinik ve US takip
3	Önemi bilinmeyen atipi veya Önemi Bilinmeyen Foliküler Lezyon	%6-18 %10-30	TİİAB tekrarı, moleküler test veya tanısal lobektomi
4	Foliküler neoplazi veya Foliküler Neoplazi Şüphesi	% 10-40 % 25-40	Moleküler test veya Tanısal lobektomi
5	Malignite Şüphesi	% 45-60 % 50-75	Total tiroidektomi veya Lobektomi
6	Malign	%94-96 %97-99	Total tiroidektomi veya lobektomi

NIFTP: Non-invasive follicular thyroid neoplasm with papillary like nuclear features, Bethesda 2017 e göre adapte edilmiştir.

Günümüzde yaygın olarak kullanılmakta olan görüntüleme yöntemlerinden biri de Pozitron Emisyon Tomografisidir. 18 Floro-deoksi glukoz PET yönteminin tiroid dışı nedenlerle kullanıldığı durumlarda, tiroid bezinde %2-3 insidansında, insidental olarak tiroid nodüllerinde fokal tutulum olduğu tespit edilmiştir. Bir meta-analizde PET tutulumu olan nodüllerde %30-35 oranında malignite tespit edilmiştir.

Öneri 6: İnsidental olarak 18-FDG PET görüntülemelerinde, fokal tiroid tutulumu tespit edildiğinde tiroid USG ile değerlendirilmelidir. PET tutulumu gösteren 1 cm'den büyük EU-TIRADS 4-5 nodüller ve 2 cm'den büyük EU-TIRADS 3 nodüller için biyopsi yapılmalıdır. 18-FDG PET tutulumu olan 2 cm altında EU-TIRADS 2 ve 3 nodüller 6-12 aylık aralarla USG ile takip edilmelidir. *Kanıt Düzeyi A*

Öneri 7: Bilgisayarlı tomografi (BT) ve Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) tiroid nodüllerinin ilk değerlendirmesinde veya takipte gerekli değildir. Ancak, substernal uzanımı olan veya retrosternal olan nodüllerde trakeal veya özofajial bası veya invazyon göstermesi bakımından, vasküler anatomiye ve lenf nodlarının durumunu değerlendirmek için USG ye ilave olarak BT ve MRG kullanılabilir. *Kanıt Düzeyi A*

Moleküler Testler

Son yıllarda geliştirilmekte olan TİİAB örneklerinde moleküler testler uygulamaları, gereksiz tanısal lobektomileri/ total tiroidektomileri önleyen bir yaklaşım olmuştur. Üç moleküler ana yolla tanı konmaktadır. Bunlar *somatik mutasyon test etme, gen ekspresyonu değerlendirmesi ve micro-RNA tabanlı sınıflandırmadır*. Her ne kadar kullanımları ile ilgili güçlü kanıt derecesinde, yüksek nodül sayısına sahip, geniş kapsamlı, karşılaştırma çalışmaları olmasa da indetermine nodüller için cerrahiye oranla daha maliyet etkin teknikler olarak değerlendirilmektedir. Papiller tiroid kanseri, Foliküler tiroid kanseri için en sık görülen mutasyonlar BRAF, RAS mutasyonları, RET/PTC ve PAX8/PPARG re-aranjmanlarıdır. TERT promotör mutasyonları ve TP53 mutasyonları differensiyel tiroid kanserlerinde, kötü diferensiyel kanserlere nazaran daha az görülür. *BRAF, TERT* promotör ve *TP53* gen mutasyonlarının aranması Bethesda sınıf V ve fokal PTK özellikleri gösteren Bethesda sınıf 3 kategorisinde kullanılması önerilir. Sitolojik olarak indetermine nodüllerde (Bethesda kategori 3 ve 4) eğer mümkünse *BRAF, RET/PTC, PAX8/PPARG* ve *RAS* mutasyonları gereksiz cerrahileri önlemek veya tamamlayıcı tiroidektomilerin gereksinimini önlemek bakımından yardımcı olabilir.

Yapay Zeka ve Tiroid Nodül Risk Kategorizasyonu

Yapay zeka uygulamaları bilgisayar sistemleri tarafından insana ait öğrenme ve problem çözüme yeteneğine dayanır. Tiroid nodülleri için uygulanmasında da riskli sonografik özelliklere sahip görüntülerin tanımlanmasıyla malign nodüller benign olanlardan ayrımı öngörülebilir.

Tiroid Nodül Takibi

Tiroid nodülleri radyolojik görünümüleri ve klinik özellikleri göz önüne alınarak takibe alınırlar. Nodüllerin sitolojik tanıları temel alınarak yapılacak takip planları belirlenmelidir. Tanısal olmayan nodüllerde, biyopsi tekrarı, biyopsiyeye bağlı reaktif değişiklikler nedeniyle en az 1 ay sonrasında yapılması önerilir. Tekrarlayan tanısal olmayan solid nodül sitolojilerinde 6-12 ay aralıklarla sonografik takip veya ilave şüpheli özellikler varlığında cerrahi düşünülebilir. Benign sitolojide, asemptomatik ise klinik ve radyolojik olarak takip edilir. Klinik özellikler ve nodül hacim artışına bağlı 12-24 ay aralıklarla US ile takip edilebilir. Nodül boyut artışı, en az 2 boyutta ve en az 2 mm olmak üzere, büyüme veya volümde %50'den fazla artış şeklinde tanımlanmalıdır. Stabil US özellikleri varlığında 2 yılda bir takip edilebilir. Semptomatik hale gelen, büyüme gösteren, şüpheli US özellikleri geliştiren nodüllerde re-biyopsi düşünülebilir. Benign nodüllerde LT4 supresyon tedavisi nodül boyut azalması için önerilmez. 4 cm üzeri nodüllerde neoplastik olma ihtimali arttığı için elektif olarak veya semptomatik hale gelen nodüllerde cerrahi düşünülebilir. Tekrarlayan benign kistik nodüllerde perkutan etanol enjeksiyonu ilk basamak tedavidir. Büyük

tiroid nodülü varlığında, kozmetik nedenlerle veya bası bulguları varlığında US kılavuzlu lazer termal ablasyon veya Radyofrekans ablasyon tedavileri de kullanılabilir.

İndetermine sitolojik tanıların varlığında, kişisel ve aile içinde tiroid kanseri hikayesi veya risk faktörleri, nodül boyutu, US özellikleri, elastografik bilgiler ışık tutabilir. Gereklilik halinde US ve/veya biyopsi tekrarları, immün-histokimyasal çalışmalar veya TİİAB örneklerinde moleküler testler yararlı olabilir.

Gebelikte Tiroid Nodülleri

Tiroid nodüllerine yaklaşım gebe olmayanlar gibidir. Radyonüklid tanı ve tedavi yöntemlerinden kaçınmak gereklidir. Eğer nodül için biyopsi endikasyonu varsa, fetüsün gestasyonel haftasından bağımsız olarak işlem için herhangi bir kontrendikasyon bulunmamaktadır. Gebeliğin sitolojik sonuçlar üzerine etkisi bulunmamaktadır. İyot yetersiz bölgelerde yaşayan gebeler için nodülleri mevcut olsa da iyot desteği önerilmelidir. Gebelikte elde edilen indetermine sitoloji sonuçları durumunda, US takibe devam edilmesi ve cerrahi kararının doğum sonrasına kaydırılması önerilir. Ancak birinci veya ikinci trimester içerisinde maligh sitolojik sonuç elde edilmesi durumunda ikinci trimesterde cerrahi yapılması önerilir.

TEMĐ Önerileri

- Tiroid nodülü olan hastada tıbbi öykü alma hastanın yaş, cinsiyet, komorbiditelerini, nodüllerin nasıl saptandığı, seyri ve oluşturduğu şikayetleri, nodül ile ilişkili olabilecek ilaç, iyot alma öyküsü, nodül hikayesi ve ona yönelik daha önce yapılmış tetkikler ve işlemler, önceki tiroid cerrahisi sonuçları, hipotiroidi ve hipertiroidi semptomları, bası semptomları, boyun bölgesine radyasyon öyküsü, ailede tiroid nodülleri veya tiroid kanseri öyküsü ve tiroid kanser risk faktörlerini içermelidir.
- Fizik Muayene tiroid bez büyüklüğünü, hipertiroid veya hipotiroidiye ait bulguları, nodül sertliği, boyutu, lokalizasyonu, çevre dokuyla olan ilişkisi, nodül veya tiroid besinde ağrı olup olmaması, bası bulguları varlığı, servikal lenf nodu muayenesini içermelidir.
- Tiroid nodül değerlendirmesinde ilk basamak laboratuvar tetkiki tiroid disfonksiyonunu değerlendirmek amacıyla TSH değerlendirmesi olmalıdır.
- İnsidentalomalar ve palpable tiroid nodüllerinin değerlendirmesinde tiroid ultrasonografisi ilk basamak tetkiktir. Rutin tarama amaçlı USG önerilmez.
- Tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi kararı EU-TIRADS skoru esas alınarak verilmesi önerilir.
- İnsidental olarak 18-FDG PET görüntülemelerinde, fokal tiroid tutulumu tespit edildiğinde tiroid USG ile değerlendirilmelidir.
- Substernal uzanımı olan veya retrosternal olan nodüllerde trakeal veya özofagal bası veya invazyon göstermesi bakımından, vasküler anatomiye ve lenf nodlarının durumunu değerlendirmek için USG ye ilave olarak BT ve MRG kullanılabilir.

REFERANSLAR

1. Remonti LR, Kramer CK, Leitaó CB, Pinto LC, Gross JL. Thyroid ultrasound features and risk of carcinoma: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Thyroid: official journal of the American Thyroid Association*. 2015; 25(5):538-50.
2. Burgos N, Ospina NS, Sapos JA. The Future of Thyroid Nodule Risk Stratification. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*. 2022; 51(2):305-21.
3. Gharib H, Papini E, Garber JR, Duick DS, Harrell RM, Hegedus L, et al. American Association of Clinical En-

- ocrinologists, American College of Endocrinology, and Associazione Medici Endocrinologi Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules--2016 Update. *Endocrine practice: official journal of the American College of Endocrinology and the American Association of Clinical Endocrinologists*. 2016; 22(5):622-39.
4. Ha EJ, Chung SR, Na DG, Ahn HS, Chung J, Lee JY, et al. 2021 Korean Thyroid Imaging Reporting and Data System and Imaging-Based Management of Thyroid Nodules: Korean Society of Thyroid Radiology Consensus Statement and Recommendations. *Korean journal of radiology*. 2021; 22(12):2094-123.
 5. Paschke R, Cantara S, Crescenzi A, Jarzab B, Musholt TJ, Sobrinho Simoes M. European Thyroid Association Guidelines regarding Thyroid Nodule Molecular Fine-Needle Aspiration Cytology Diagnostics. *European thyroid journal*. 2017; 6(3):115-29.
 6. Russ G, Bonnema SJ, Erdogan MF, Durante C, Ngu R, Leenhardt L. European Thyroid Association Guidelines for Ultrasound Malignancy Risk Stratification of Thyroid Nodules in Adults: The EU-TIRADS. *European thyroid journal*. 2017; 6(5):225-37.
 7. Khan TM, Zeiger MA. Thyroid Nodule Molecular Testing: Is It Ready for Prime Time? *Frontiers in endocrinology*. 2020; 11:590128.
 8. Grani G, Sponziello M, Pecce V, Ramundo V, Durante C. Contemporary Thyroid Nodule Evaluation and Management. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 2020; 105(9):2869-83.
 9. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid: official journal of the American Thyroid Association*. 2016; 26(1):1-133.
 10. Baloch ZW, LiVolsi VA, Asa SL, Rosai J, Merino MJ, Randolph G, et al. Diagnostic terminology and morphologic criteria for cytologic diagnosis of thyroid lesions: a synopsis of the National Cancer Institute Thyroid Fine-Needle Aspiration State of the Science Conference. *Diagnostic cytopathology*. 2008; 36(6):425-37.
 11. Fisher SB, Perrier ND. The incidental thyroid nodule. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2018; 68(2):97-105.
 12. Christine Do Cao, Magalie Haissaguerre, Charlotte Lussey-Lepoutre, Gianluca Donatini, Véronique Raverot, Gilles Russ, SFE-AFCE-SFMN 2022 Consensus on the management of thyroid nodules: Initial work-up for thyroid nodules, *Annales d'Endocrinologie*, Volume 83, Issue 6, 2022, Pages 380-388,

TİROİD İNCE İĞNE ASPIRASYON BİYOPSİSİ VE DİĞER ÖRNEKLEME TEKNİKLERİ

Doç. Dr. Bekir Uçan, Prof Dr. Erman Çakal

TİROİD İNCE İĞNE ASPIRASYON BİYOPSİSİ

Tiroide nodül saptandığında temel sorun benign ve malign ayrımının yapılmasıdır. Yüksek rezolüsyonlu (7,5-14 MHz) lineer prob ile ultrason kılavuzluğunda 22-27 Gauge ince iğne kullanılarak yapılan tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi (TİİAB); poliklinik şartlarında uygulanabilen, non-invaziv, düşük maliyetli, komplikasyon riski minimal, etkin bir tanı aracıdır (1). En az travma ve kanama ile örneklem alınması amaçlandığından ve yeterli materyal alma oranı yüksek olduğundan, palpe edilen nodüllerde dahi TİİAB işleminde ultrason kılavuzluğu tercih edilmelidir (2).

TİROİD İNCE İĞNE ASPIRASYON BİYOPSİSİ (TİİAB) NE ZAMAN YAPILIR?

Solid ve/veya solid komponenti bulunan ≥ 1 cm tiroid nodülünde; mikro/makro kalsifikasyon, belirgin hipoekojenite (tiroid glandı anteriorunda bulunan strep kaslardan daha hipoekoik), spiküle/mikrolobüle kontur, anteroposterior çapın transvers çaptan büyük olması, ekstratiroidal uzanım gibi malignite için yüksek riskli ultrasonografik bulgular varsa yapılır (3, 4)(Resim-1).



Resim 1. Mikrolobüle konturlu, mikrokalsifikasyon alanı içeren hipoekoik malign nodül

Tamamı kistik ve/veya kuyruklu yıldız artefaktı bulunan ekojenik kolloid içeren kistik nodüller benignedir ve TİİAB gerektirmez (Resim- 2). Ekstratiroidal uzanım olmayan, mikrokalsifikasyon içermeyen, anterior posterior çapın transvers çaptan uzun olmayan düzgün sınırlı hipoekoik solid nodüller orta risk sınıfına girmekte olup malignite oranı %10-20 arasındadır.



Resim 2. Posteriorunda kuyruklu yıldız artefaktı izlenen ekojenik kolloid (kısa ok) içeren, benign kistik nodül.

Ultrasonografik olarak nodül tanımında güvenilir ve tekrarlanabilir kriterlere ihtiyaç duyulması nedeni ile çeşitli kılavuzlar yayınlanmıştır. Bu kılavuzlardan Amerikan Radyoloji Birliği -ACR'nin yayınladığı TIRADS (Thyroid Imaging, Reporting and Data System) ultrasonografi paternlerini puanlayan bir sistemdir ve gereksiz biyopsi sayısını azaltmada diğerlerinden daha başarılıdır. Her bir US paterninin puanlandırıldığı ve çocuk hastalarda da kullanılabilen bu kılavuzda TIRADS 4 ve 5 lezyonlardan mutlaka TİİAB yapılıdır (5, 6,7).

Ailesinde tiroid kanseri öyküsü olan kişilerde nodül saptandığında; Birinci derece akrabalarında tiroid kanseri bulunan kişilerde tiroid kanseri görülme olasılığının 4-10 kat arttığı bildirilmiştir (8, 9). Bu hastalarda tiroid nodülü örnekleme kriterlere bakılmadan yapılmalıdır.

Klinik olarak tiroid kanseri için yüksek risk grubunda olanlarda;

- Çocukluk ve adölesan çağında boyuna radyasyon alanlar
- PET incelemesinde aktif, insidental nodül saptananlar
- 15 yaştan küçük ve 45 yaştan büyük erkekler
- Tiroid kanseri tanısı ile lobektomi yapılanlar
- Tiroidektomi yapılmış ve kalsitonin seviyesi yüksek olanlar
- Tiroid kanseri ile birliktelik gösteren Familial Adenomatöz Polipozis, Carney Kompleksi, Cowden Sendromu ve Multiple Endokrin Neoplazi (MEN) Tip-2 varlığında; boyutu >5mm olan şüpheli nodüllerde mutlaka biyopsi yapılmalıdır (10, 11).

Yardımcı testler ve prognostik parametreler için materyal elde edilmesi; Moleküler ve genetik testler için materyal elde edilmesini sağlar.

Tiroid glandında ani, hızlı büyüme olan ve klinik olarak anaplastik karsinom, lenfoma veya metastaz düşünülen durumlarda TİİAB yapılır. Lezyon boyutu doku örneğine izin verecek büyüklükte ise bu gibi lezyonlarda tru-cut biyopsi tercih edilebilir.

Takip edilen düşük-orta riskli bulgulara sahip bir nodülde kistik içeriğin kaybolması, nodül hacminde %50'den fazla artış veya iki boyutta en az %20'lik boyut artışı olması rebiyopsi endikasyonudur.

Şüpheli servikal lenf nodu varlığında; Tiroid bezinde eşlik eden nodül olmasa bile lenf nodundan biyopsi yapılmalıdır.

TİİAB pek çok faktöre bağlı olarak yapılmakta olup her hasta için spesifik faktörler biyopsi için ayrıca değerlendirilmelidir (10, 12).

BİYOPSİ ÖNCESİ İŞLEMLER

Tiroid nodül takibi, multidisipliner bir yaklaşım ile mümkündür. Hastalardan biyopsi öncesi onam formu alınmalıdır. Prosedürün hastaya anlatılması biyopsi sırasında anksiyetenin azaltılması ve hasta kooperasyonunu sağlamak açısından önemlidir.

İnce iğne aspirasyon biyopsisi öncesi pıhtılaşma testlerinin kontrolü rutin değildir. Ancak kanama diatezini arttıracak hastalık öyküsü sorgulanmalı, koagülasyon testlerinin istenmesine öyküye göre karar verilmelidir. Antikoagülan veya antiagregan kullanımı işlem sonrası hematoma gelişimi için olduğu kadar aspirasyon sırasında gelen materyalin hemorajik vasfını kolaylaştırması nedeni ile de tercih edilmez. Yeni nesil antikoagülan kullanan ve kullanmayan hastalarda yapılan retrospektif çalışmalarda işlem sonrasında hematoma gelişimi açısından fark saptanmamıştır (13). Koumadin kullanılarda INR < 1.5 ise güven aralığındadır. Son dönemde yapılan bir çalışmada antitrombotik alanlarda ilacı kesmeye gerek olmadığı gösterilmiştir (14).

Tiroid İnce İğne Aspirasyon Biyopsi Tekniği

Supin pozisyonda yatan hastaya, boyun hiper ekstansiyona getirilerek pozisyon verilir. Multiple nodülü olan hastalarda aynı anda en fazla 4 nodülden biyopsi yapılması önerilmektedir (13). Hastaya işlem esnasında konuşmaması ve yutkunmaması belirtilir.

TİİAB kolay tolere edilen bir işlem olduğundan **lokal anestezi** genellikle gerekli değildir. Derin lokalizasyonlu nodüllerde ve yüksek anksiyeteli hastalarda lokal anestezi uygulanması önerilir. 1-2 ml %1-2 lik lidokain hidroklorid ile lokal anestezi yapılabilir. Topical lidokain krem veya lidokain sprey uygulamaları da lokal anestezi için kullanılabilir. Lokal buz uygulaması uyuşma etkisinin yanı sıra vazokonstriksiyon yaparak kanamayı da azaltmaktadır (15,16).

Cilt temizliği %10 povidon-iyot solüsyonu veya alkol ile yapılır. Ultrason ile nodül lokalize edilir. Ultrason jeli, alınan sitolojik materyal yaymalarında çökelti oluşturduğundan kullanılmamalıdır (17). Nodül glandın alt ucuna yakın yerleşimli ise biyopsi sırasında ekspirasyon sırasında tekrar nefes almaması söylenir. Bu sayede nodül daha anterior lokalizasyona gelir ve nodül ile cilt arasındaki mesafe de kısılır (14).

TİİAB, bir elde prob tutulurken diğer el ile ince iğne nodüle ilerletilerek yapılır. En az travma ve kanama ile en çok materyal almak amaçlanır. Biyopsi için 21- 27 Gauge(G) arasında değişen klasik enjeksiyon iğneleri tercih edilir. Gri renkli 27 G dental iğne ince kalibrasyonu ve en az

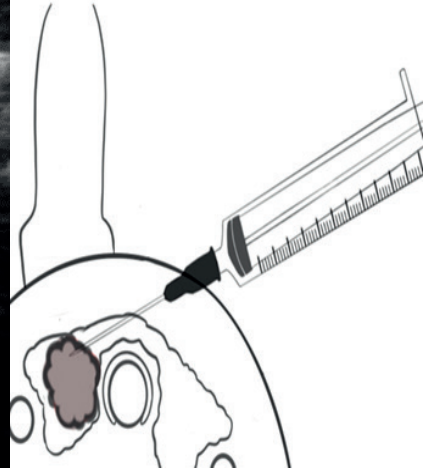
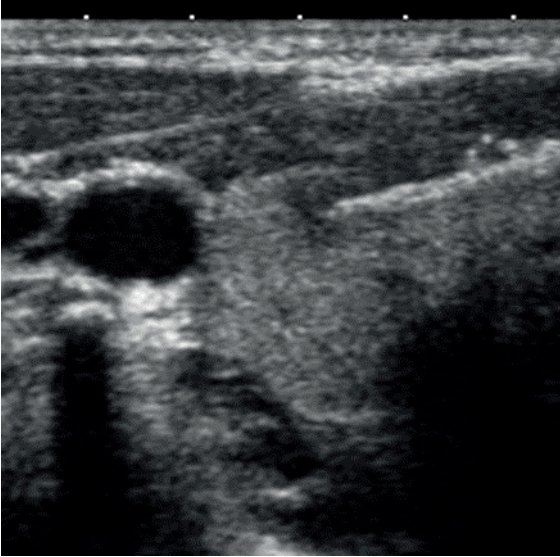
travma uygulaması nedeni ile tercih edilir ancak özellikle derin yerleşimli lezyonlara ulaşırken inceliği nedeni ile bükülüp hedeften sapabilir. Derin lezyonlarda ve/veya kalsifiye nodüllerde 21-23 G iğneler tercih edilir. Klasik uzun iğnelerin ucu 9-14 derece açılanma gösterir, biyopside kullanılan bu iğneler tiroid dokusu içerisinde ilerletildiğinde giyotin etkisi göstererek örnek alır (Resim.3)(16).



Resim 3. İnce iğne aspirasyon biyosisinde kullanılan 21 G/yeşil, 22G/siyah ve 27G/ gri iğne uçları

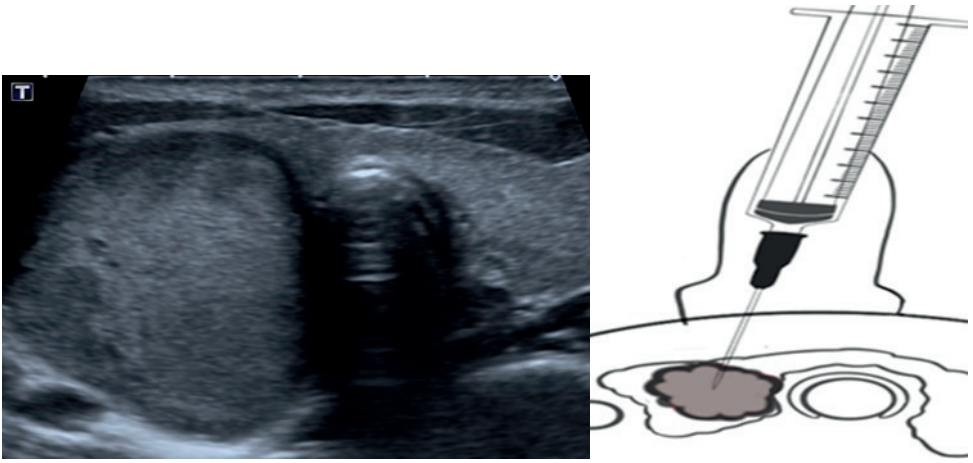
İğnenin ultrason eşliğinde nodüle uzanımı ultrason yüzeyine **paralel** veya **perpendiküler** (kısa aks) yaklaşım ile olur.

Nodüle Ultrason yüzeyine paralel yaklaşımda iğne ve prob yüzey aksı paralel olup iğne probun lateralinden cilde girer (Resim 4). İğne tüm işlem boyunca çok iyi görüntülenir; emniyetli olduğu için tercih edilir. İğnenin eğik ucu yukarı bakacak şekilde giriş yapılırsa iğne ucu ekojenitesi daha da iyi izlenir.



Resim 4. Paralel yaklaşım ile nodüle uzanan iğne tüm trasesi boyunca rahatça izlenebilmektedir.

Nodüle Ultrason ile Perpendiküler yaklaşımda (kısa aks tekniği) ise derin yerleşimli, vasküler yapılara ve trakeaya yakın nodüllerde tercih edilir. İğne prob yüzey aksına dik pozisyonundadır ve probun hemen yakınından cilde girer (Resim-5). Perpendiküler teknikte iğnenin yalnızca ucu görüntülenir; iğnenin takibi zordur; bu nedenle iğnenin ucu daima kontrol edilmelidir.



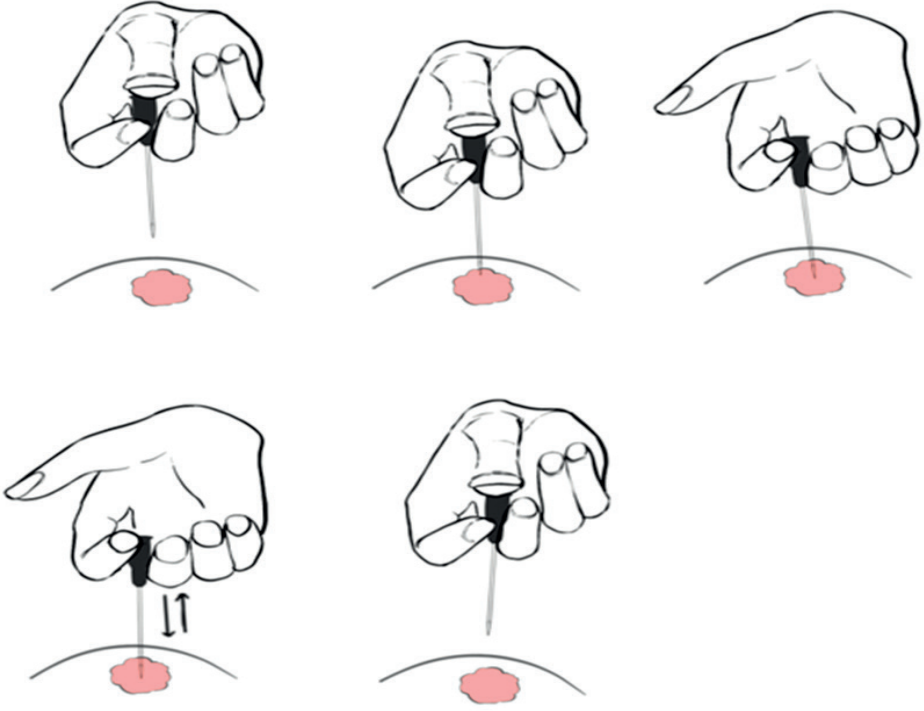
Resim 5. Perpendiküler yaklaşım ile iğne ucu ve trasesi zor ayırılmaktadır.

Paralel veya perpendiküler yaklaşım seçimi tamamen biyopsiyi gerçekleştiren hekimin deneyimi ve tercihinə bağlıdır (16).

Tiroid İnce İğne Biyopsi Teknikleri

1. Kapiller/Non-Aspirasyon Tekniği
2. Aspirasyon Tekniği

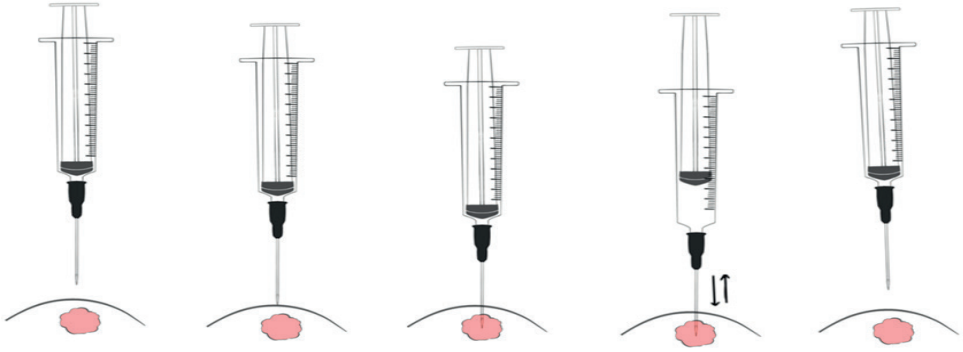
1. Kapiller/Non-Aspirasyon Tekniği: Arkasına enjektör takılmamış ince iğnenin hazne ağzı parmakla kapatılarak nodüle girilir, nodüle girildiğinde hazne ağzındaki parmak kaldırılır ve ileri-geri, rotasyon hareketleri ile iğne nodül içinde 1-2 saniye hareket ettirilir. İğne nodülden çıkarılırken hazne ağzı tekrar parmakla kapatılır ve iğne çıkarılır (Resim 6).



Resim 6. Kapiller teknik uygulanarak iğne ucu ile nodülden örneklem alınması

Alınan materyal, iğne arkasına takılan içerisinde önceden çekilmiş 4-5 cc hava bulunan 10 ml'lik enjektör ile pozitif basınç uygulanarak yayılır. Vakum etkisi uygulanmayan non-aspirasyon tekniğinde kesici iğne ile dökülen hücreler kapiller sistemdeki itme gücü ile iğne lümenine dolar. Non-Aspirasyon ya da kapiller teknik ile yapılan ince iğne biyopsisi daha az travma ve kan kontaminasyonu ile yüksek kalitede materyal alınmasını sağlar. Hipervasküler nodüllerde, kapiller yöntem ilk tercihtir (15,16,17).

2. Aspirasyon Tekniği; İnce uçlu iğneye enjektör takılarak nodül içerisine girilip ileri geri hareketler yaparken enjektöre 2-3 mL'lik vakum uygulanarak aspirasyon yapılır (18). İğne pistonu tekrar başlangıçtaki vakum öncesi pozisyonuna getirilerek nodülden çıkılır (Resim 7). Vakumu sonlandırmak aspirasyon materyalini iğne içerisinde tutarken olası tümör ekilimini de engeller. Aspirasyon yapıldığında tanısal örnek enjektörün içindeki kan değil iğne içindeki aspirattır. Her bir nodül için 2-3 kez aspirasyon yapılabilir.



Resim 7. Aspirasyon tekniği ile nodülden örneklem alınması.

Kapiller ve aspirasyon teknikleri ile yapılan biyopsiler arasında sitolojik yeterlilik açısından fark saptanmamıştır (18).

Tiroid ince iğne biyopsilerinde iğnenin içeride kalacağı örnek toplama süreci ortalama 10-15 saniye sürer. İdeali kapiller teknik ile biyopsiyeye başlayıp yeterli materyal gelmez ise aspirasyon tekniği ile devam edilen kombine bir yöntem uygulamaktır (15,16,17). Aspirasyondan sonra iğne arkasındaki enjektör çıkarılarak içi hava ile doldurulmuş bir enjektör iğneye takılıp iğne ucundaki sitolojik materyal lama yayılmalıdır. Aspirasyonlarda tanısal örnek iğnenin içindeki kısımdadır. Yaymalar esnasında ezilme (crush) artefaktı oluşturulmamasına dikkat edilmelidir. Yaymalar ince bir tabaka halinde yapılmalıdır. Yaymaların havada kurutulması ve/veya etil alkole konularak patoloji ünitesine gönderilmesi gerekir. İdeali en az iki adet havada kurutulmuş ve iki adet de % 95'lik etil alkole konulmuş ince yayma hazırlanabilmesidir (19). Havada kurutulmuş bir yayma sonradan etil alkol içerisine konulmamalıdır.

Klasik yayma preparatlarında bulunan hücre kümelerinin şekillerinin ve arka planın doğası teşhis için değerlidir. Bu nedenle diğer bir sitolojik preparat hazırlama yöntemi olan ve çoğunlukla kadın-doğum smear incelemesinde kullanılan, tiroid aspirasyonları için de uygulanmaya başlayan konforlu bir yöntem olan **sıvı bazlı sitoloji değerlendirilmesinin** üstünlüğü konusunda net bir fikir birliği henüz yoktur. Sıvı bazlı sitoloji kolloidi ve lenfoid hücreleri uzaklaştırabilir ayrıca spesifik eğitim alınmış olmasını gerektiren, sitopatolojik deneyime ihtiyaç duyar ve nispeten biraz daha pahalıdır (20).

İnce iğne biyopsisi yapılar yapılmaz sitolojik değerlendirmeyi amaçlayan, **hasta başı yeterlilik değerlendirilmesi** (Rapid On-Site Evaluation -ROSE) zaman alıcı, mali yükü fazla, bir işlemdir (21). Hasta başı yeterlilik değerlendirilmesi, deneyimsiz operatör ve daha önce nondiagnostik sonuçlanmış tiroid biyopsi tekrarlarında faydalıdır (22).

Tiroid İnce İğne Biyopsilerinde Yeterlilik Nasıl Arttırılır?

- Nodülün sonografik özelliklerine göre iğne seçimi yapılmalıdır. Vasküler lezyonlarda 27

G ince iğne tercih edilirken kistik, bol kolloid içeren nodüllerde 21 G-23 G ince iğneler kullanılmalıdır.

- Vasküler nodüllerde kapiller biyopsi tercih edilmelidir.
- Kistik kompleks nodüllerde biyopsi sırasında önce nodülün kistik komponenti boşaltılıp ardından solid komponentten aspirasyon yapılmalıdır.
- Nodülün farklı 2-3 yerinden biyopsi yapılmalıdır.
- Kısa aspirasyon zamanı, düşük negatif basınç ve kapiller teknik, yaymalarda hemorajik kontaminasyonu engeller.
- Patoloji sonucu yetersiz/nondiagnostik olan ince iğne biyopsilerinde biyopsi tekrarı reaktif değişiklikler nedeni ile yanlış pozitif çıkmaması için 3 aydan önce tekrarlanmamalıdır.
- Hücre bloğu sitolojisi yapmak, sitopatolojide ince iğne aspirasyonlarından veya sıvı aspirasyonlarından elde edilen dokunun değerlendirilmesi için kullanılan bir tekniktir. Herhangi bir hücre veya sıvı süspansiyonundan hazırlanan parafin blokları kesit alma, boyama ve mikroskopik inceleme için uygundur. Hücreler, santrifüjleme veya filtreleme teknikleriyle konsantre edilir ve bu da agregasyonun katı bir doku örneğiymiş gibi işlenmesiyle sonuçlanır. Hücre bloğu materyali, numunenin tanınabilirliğini artırarak tanıyı kolaylaştırır ve tekrarlanan İİAS prosedürlerini azaltmaya yardımcı olur. Selülariteyi iyileştirerek, hücresel mimariyi koruyarak, kan gibi karartma faktörlerini ortadan kaldırarak ve tanıyı doğrulamak için immünohistokimya gerçekleştirme yeteneğini geliştirerek tiroid lezyonlarının tanısını doğrulama ve belirlemede yardımcı olan ek bilgiler sağlar.

Hücre bloğu tekniği, tiroid lezyonları olan hastalarda uygun maliyetli bir tanı aracı olarak kullanılabilir.

DİĞER ÖRNEKLEME YÖNTEMLERİ

TİROİD KOR BİYOPSİ

TİİAB biyopsisinde başarı nodülün özellikleri ile birlikte, biyopsiyi yapan kişi ve sitopatolojistin deneyimi ile ilişkilidir. İnce iğne aspirasyon biyopsilerinde %10-33 arasında yetersiz /nondiagnostik sonuç gelmektedir. Bu durumda çoğu kılavuz TİİAB tekrarını tavsiye eder. Tekrar edilen biyopsilerde de % 9.9 - 47.8 arasında nondiagnostik sonuç gelebilir. Tekrarlanan ince iğne biyopsileri sonucu tanı alamayan şüpheli nodüllerde, 18-21 Gauge yarı otomatik tru-cut biyopsi iğnesi ile kor biyopsi yapılarak doku tanısı konulur. Kor biyopsi özellikle lenfoma, metastaz, anaplastik karsinom ve medüller karsinomun spesifik tanısında yararlıdır, bu patolojilerden şüphelenilen ve boyutu tru-cut için yeterli büyüklükte olan lezyonlarda kor biyopsi ilk tercih olabilir. Kor biyopsi işlemlerinde de % 1.1 ile % 7.2 arasında nondiagnostik sonuç gelebilir (15,16,17). Teknik olarak ince iğne aspirasyon biyopsisine oranla kor biyopsi zor ve komplikasyon riski, maliyeti daha yüksektir.

LENF NODU BİYOPSİSİ, TİROGLOBULİN YIKAMA, PARATİROİD YIKAMA, KALSİTONİN YIKAMA

Tiroid ultrasonunda patolojik görünüm olmaksızın servikal lenf nodu metastazı ile tanı konulan tiroid kanserleri tüm tiroid kanserlerinin %20'sidir. Bu durumda total tiroidektomiye ek olarak

boyun diseksiyonu gerekeceğinden, ameliyattan önce servikal lenf nodu metastazının gösterilmesi çok önemlidir. Ayrıca tiroid kanser nüksleri boyun bölgesinde meydana geldiği için takipte TİİAB çok önem arz etmektedir. Şüpheli servikal lenf nodlarının ince iğne aspirasyon biyopsisisi diferansiye tiroid karsinomu metastazı tanısı için altın standarttır. Şüpheli Lenf nodu özellikleri ; Büyümüş lenf nodları, yağlı hilus kaybı, yuvarlak konfigürasyon, kistik değişiklikler, kalsifikasyonlar, hiperekojenite (tiroidize görünüm), periferik veya diffüz vaskülaritedir (Resim 8).

Yetersiz sellülarite ve/veya kistik lenf nodlarından alınan materyalin düşük sensitivitesi tiroglobulin yıkama tekniği ile arttırılır. Diferansiye tiroid kanserlerinde tiroisitlerin tiroglobulin üretmesi nedeniyle bu işlem tanıda çok yardımcı olmaktadır. Lenf nodu aspirasyon biyopsi materyali iğne içerikleri yayıldıktan sonra iğneler 1 ml izotonik ile yıkanır. Kanla kontamine yıkama örnekleri ise santrifüj edilerek çökeltilinin üzerinde kalan sıvı tiroglobulin çalışılması için laboratuvara gönderilir (23,24). Tiroglobulin yıkama ile lenf bezlerinin malign veya benign ayırımında 1,0 ng/mL eşik değeri ile sensitivite, %93, spesifitesi %95 düzeyinde bulunmuştur (24). Çeşitli çalışmalarda opere diferansiye tiroid kanserlerinde lenf nodu metastazını belirlemede kullanılan lenf nodu yıkama sıvısında Tg kestirim noktası 0,9 - 39 ng/mL arasında değişmektedir. Tam bir kestirim noktası olmamakla birlikte Tiroglobulin <1 ng/İAAB ise normal, 1-10 ng/İİAB ise sitoloji ile karar verilir, >10 ng/İİAB ise patolojik kabul edilebilir. Bir derlemede sağlam tiroid bezi olanlarda Tg yıkama eşik değeri 32 ng/ml olarak belirlenmiştir (25). Bir çok neden Tiroglobulin yıkama sonucunu yanlış pozitif veya yanlış negatif olarak değiştirebilir. Bu faktörler aşağıda sıralanmıştır ;

Tg yıkama işlemi preanalitik sorunlar;

- Yeterli aspirat eldesi,
- Kaç G iğne kullanıldığı
- Aspire edilen materyal hacmi,
- Yıkama sıvısı içerisinde yıkanan materyalin hacmi,
- İğnenin yıkama sıvısı içerisinde kaç kez yıkandığı,
- Hangi tüpte toplandığı(düz tüp, lityum heparin tüp, seperatör tüp)
- Yıkama sıvısının hacmi (0.5-3 ml)- genellikle 1 ml
- Yıkama sıvısının cinsi (%0.9 salin)
- Örneğin stabilizasyonu için temin edilmesi gereken sıcaklık durumu

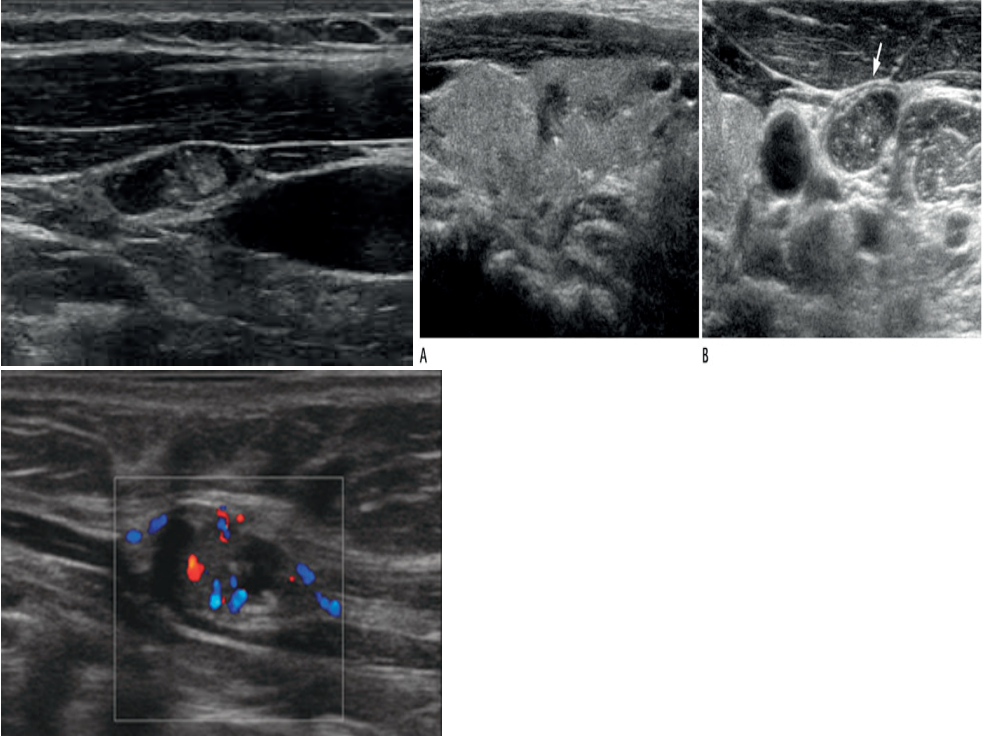
Analitik sorunlar ;

- Çalışılacak kitin interferansı,
- Metodolojik standardizasyon yokluğu,
- Kite ait analitik değişkenlik
- Kanca etkisi
- Serumda anti-Tg antikor varlığı = yalancı negatif sonuç veya daha düşük değerler
- Kan kontaminasyonu
- Tg antikor pozitifliği için farklı referans değerleri kullanılması
- Geniş aralıkta inter-assay değişkenlik
- Matriks etkisi (salin içinde Tg düzey ölçümü, Tg içermeyen tampon solüsyonlarına göre daha yüksek)

Postanalitik sorunlar

- Konsantrasyonu ne cinsten ifade edilmeli (ng/İİAB ünite ? µg/L veya ng/L?)

- Histopatolojik tanı,
- Hemi veya post-tiroidektomize olup olmaması, TSH düzeyi (26)



Resim 8. Şüpheli Lenf nodu Örnekleri

Paratiroid Yıkama

Şüpheli paratiroid dokusunun ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) ve sitolojik örneklerin hazırlanmasından sonra iğne yıkamasında PTH testi, paratiroid adenomlarını lokalize etmenin etkili bir yöntemidir (27).

Paratiroid adenomlarında en yaygın olarak kullanılan iki görüntüleme tekniği ultrasonografi (USG) ve sintigrafidir. Ancak bu iki yöntem PHPT'li hastaların bir kısmında adenomun yerinin tespit etmede yetersiz kalabilmektedir. Bu durum hastalığın cerrahi tedavisinde başarısızlıklara yol açmaktadır. USG kılavuzluğunda ince iğne aspirasyon (İİA) ile elde edilen yıkama sıvısında PTH ölçümü ise boyun bölgesindeki lezyonlara kolay erişilebilme, maliyet etkinlik, minimal invazif ve güvenli olması dolayısıyla paratiroid lezyonunu lokalize etmek ve doğrulamak için kullanılmaktadır (28).

Yıkama sıvısında parathormon düzeyi ile ilgili net bir konsensus yoktur. Genel literatür verisi çok değişik aralıkta olmakla birlikte; %70-100 hassasiyet, %75-100 özgüllük, %90.8 tanısal doğruluk oranına sahiptir. Tiroglobulin yıkama ile benzer prosedürdür. Sitolojik yayma işlemi

yapıldıktan sonra, İğne içindeki aspirat 1 ml salin (%0.9 NaCl) mikrosantrifüj tüpleri içerisinde birkaç kez yıkanır. Tüpler santrifüj edilir. Süpernatant sıvıda PTH düzeyi ölçümü yapılır PTH Kemilüminisans immünoassay ile ölçüm yapılır.

Yıkama ne zaman pozitif kabul edilmelidir ;

- Kan PTH düzeyine göre daha yüksek düzeyler pozitif yıkama sonucu (26)
- Yıkama sıvısı PTH düzeyi/ Serum PTH düzeyi > 2 (27) , > 3.05 (28)
- Yıkama PTH düzeyi >1000 ng/L (29)

Paratiroid yıkama İşlem öncesi Pre-analitik Faktörler ;

- İyi bir aspirasyon işlemi yapılmalı,
- Epitelial hücre aspirasyonu yapılmaya bile, alınan sıvı içerisinde hormon düzeyi yüksekse elde edilebilir
- Kaç G iğne kullanıldığı
- Aspire edilen materyal hacmi,
- Yıkama sıvısı içerisinde yıkanan materyalin hacmi,
- İğnenin yıkama sıvısı içerisinde kaç kez yıkandığı,
- Yıkama sıvısının hacmi (0.5-3 ml)- genellikle 1 ml
- Yıkama sıvısının cinsi (%0.9 salin)
- Örneğin stabilizasyonu için temin edilmesi gereken sıcaklık durumu
- Mevsimsel PTH serum düzeyi değişkenliği

Paratiroid yıkama Analitik problemler ;

- Üreticiler tarafından kitlerin serum dışı vücut sıvılarında çalışma validasyonları yok,
- Hook= Kanca etkisi
- Geniş aralıkta bir inter-assay varyasyon olması, standardizasyon problemleri
- Biyolojik sıvılarda yer alan dallı fragmanların IMA sırasında kullanılan antikorlarla çapraz reaksiyon vermesi,
- Kan kontaminasyonu
- Matris etkisi= yıkama sıvısının ph, polaritesi, içindeki solid partikül miktarı ölçüm etkileyebilir.

Kalsitonin Yıkama

Medüller tiroid kanserinde lenf nodu İİAB, differansiye tiroid kanseri biyopsilerine göre %50 az sonuç alınabilmektedir. Bu nedenle **Kalsitonin** yıkamanın, sitolojiye eklenmesi hassasiyeti arttırmaktadır. Tiroglobulin ve parathormon yıkamalarıyla benzer prosedürdür. Görüntüleme yöntemlerinde saptanmayan fakat serum kalsitonin düzeyi yüksek olan hastalarda şüpheli kitleden yapılmaktadır. Yapılan bir metaanalizde kalsitonin yıkama kestirim noktası : 10, 17, 36, 39 , 67 arasında değişen değerlerde yüksek sensitivite ve spesifite oranları saptanmıştır (30, 31,32,33,34).

First author, year [Refs]	Lesions (nodules or lymph nodes)	Analytic method	Adopted cutoff, ng/L	Sensitivity, %	Specificity, %
Boi, 2007 [38]	36	CLIA	36	100	100
Kudo, 2007 [39]	14	NA	67	100	ND
Diazzi, 2013 [40]	60	CLIA	17	100	88.8
Trimboli, 2014 [41]	90	CLIA	39.6	100	100
De Crea, 2014 [42]	62	CLIA	10.4	89	100

TEMD Önerileri

- DTK lenf nodu metastazlarını saptamak için lenf noduna aspirasyonu sırasında Tg yıkama kullanmak oldukça etkili bir yöntemdir ve ülkemizde daha yaygın olarak kullanılmalıdır.
- Bu yöntem, DTK metastazlarını saptamada lenf bezi sitolojik değerlendirmesinden daha üstündür. Ancak sitolojik değerlendirme de dışlanmamalıdır.
- Aspirasyon ultrasonografik olarak şüpheli veya indeterminate lenf nodlarından USG eşliğinde yapılmalıdır.
- Sitolojik değerlendirme için yapılan aspirat yayıldıktan sonra kalanı Tg yıkama için yeterlidir, tekrar aspirasyona gerek yoktur.
- İşlem sırasında 2-5 mL düz serum tüpü veya eppendorf tüplerine konan 0,5-1 cc serum fizyolojik kullanılabilir.
- İİAB yapılan enjektörden yayma yapıldıktan sonra, tüp içindeki SF enjektör ile arka arkaya çekilip geri verilir ve Tg veya KT ölçümleri için laboratuvara yolları.
- Tg yıkama için eşik değeri kesin değildir. Tiroidi olmayan kişilerde sensitif yöntemlerle bakılıyorsa ve sonografik şüphe varlığında 1 ng/mL'yi aşan değerler serum Tg değerini de geçiyor ise şüpheli kabul edilebilir, ancak 10 ng/mL'yi geçen değerler tanı koydurucudur.
- KT yıkama MTK tespitinde tiroid nodülü veya şüpheli lenf bezi için kullanılabilir. Tiroidde MTK'yi tespit etmede sitolojiye üstün olabilir, ancak bu konudaki çalışmalar sınırlıdır. Atiroidik kişiler için lenf bezinde tespit edilen KT anlamlı kabul edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Kim MJ, Kim EK, Park SI, Kim BM, Kwak JY, Kim AJ, et al. US-guided fine-needle aspiration of thyroid nodules: Indications, techniques, results. Radiographics. 2008 ; 28:1869-86.PubMed PMID: 19001645
2. Frates MC, Benson CB, Charboneau JW, Cibas ES, Clark OH, Coleman BG et al. Management of thyroid nodules detected at US: Society of radiologists in ultrasound consensus conference statement. Radiology. 2005;237(3):794 – 800. PubMed PMID: 16304103
3. Moon WJ, Baek JH, Jung SL, Kim DW, Kim EK, Kim JY, et al. Ultrasonography and ultrasound-based management of thyroid nodules :consensus statment and recommendations. Korean J Radiol 2011; 1:1-14.PubMed PMID: 21228935
4. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid 2016; 26: 1-133
5. Uner C, Aydın S, Ucan B. Thyroid image reporting and data system categorization: effectiveness in pediatric thyroid nodule assessment. Ultrasound Quarterly; 2020 ; Mar;36(1):15-19. PubMed PMID: 31725067
6. Grani G, Lamartina L, Ascoli V, Bosco D, Biffoni M, Giacomelli L, et al. Reducing the number of unnecessary thyroid biopsies while improving diagnostic accuracy: Toward the "Right" TIRADS. (2019) The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 104 (1): 95. doi:10.1210/jc.2018-01674
7. Ha EJ, Na DG, Baek JH, Sung YJ, Kim J, Kang SY. US Fine-Needle aspiration biopsy for thyroid malignancy:

- Diagnostic performance of seven society guidelines applied to thyroid nodules1. *Radiology*.2018;287 (3): 893-900. PubMed PMID: 29465333
8. Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, Barry MJ, Davidson KW, et al. US Screening for thyroid cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2017 ; 317:1882-87. PubMed PMID: 28492905
 9. Galanti MR, Ekblom A, Grimelius L, Yuen J, et al. Parental cancer and risk of papillary and follicular carcinoma. *Br J Cancer* 1997; 75: 451-456. PubMed PMID: 9020497
 10. Nachiappan AC, Metwalli ZA , Hailey BS, Patel RA, Ostrowski ML, Wyenne DM. The Thyroid: Review of imaging features and biopsy techniques with radiologic-pathologic correlation1. *RadioGraphics* 2014; 34:276–293. PubMed PMID: 24617678
 11. Hamming JF, Goslings BM, van Steenis GJ, van Ravenswaay CH, Hermans J, van de Velde CJ. 1990. The value of fine-needle aspiration biopsy in patients with nodular thyroid disease divided into groups of suspicion of malignant neoplasms on clinical grounds. *Arch Intern Med* 150:113–116
 12. Na DG, Baek HJ, Jung SL, Kim J, Sung JY, Kim KS et al. Core Needle Biopsy of the Thyroid: 2016 Consensus Statement and Recommendations from Korean Society of Thyroid Radiology. *Korean J Radiol* 2017;18(1):217-237. PubMed PMID: 28096731
 13. Abu-Yousef MM, Larson JH, Kuehn DM, Wu AS, Laroia AT. Safety of ultrasound-guided fine needle aspiration biopsy of neck lesions in patients taking antithrombotic/anticoagulant medications. *Ultrasound Quarterly* 2011;27:157-159 PubMed PMID: 21873852
 14. Crockett JC. The thyroid nodule: fine-needle aspiration biopsy technique. *J Ultrasound Med* 2011; 30:685-694 PubMed PMID: 21527617
 15. Oertel YC. Fine-needle aspiration of the thyroid: technique and terminology. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2007;36:737–751. PubMed PMID: 17673126
 16. Lee HY, Baek JH, Jung SL, Kwak JY, Kim J, Shin JH. Ultrasound-Guided fine needle aspiration of thyroid nodules: A consensus statement by the Korean Society of thyroid radiology. *Korean Journal of Radiology* 2015;16(2): 391-401. PubMed PMID: 25741201
 17. Pitman MB, Abele J, Ali SZ, Duick D, Elsheikh TM, Jeffrey RB, et al. Techniques for thyroid FNA: A synopsis of the national cancer institute thyroid fine-needle aspiration state of the science conference. 2008; 36(6):407-424. PubMed PMID: 18478608
 18. Comparative analysis of diagnostic adequacy rate between aspiration and nonaspiration techniques of fine-needle cytology in patients with thyroid cancer and ultrasonographically suspicious cervical lymph nodes - 2017 Aydın Cevdet, Dellal Fatma Dilek, Tam Abbas Ali, Ogmen Berna, Kılıcarıslan Aydan, Topaloglu Oya, Ersoy Reyhan, Cakir Bekir Diagnostic Cytopathology, 2017, 45(10), 889-894., Doi: 10.1002/dc.23793
 19. Song H , Wei C, Li D , Hua K, Song J, Maskey N, et al. Comparison of fine needle aspiration and fine needle nonaspiration cytology of thyroid nodules: A meta-analysis. *Biomed Res Int*. 2015;796120. PubMed PMID: 26491689
 20. Sidiropoulos N, Dumont LJ, Golding AC, Quinlisk FL, Gonzalez JL, Padmanabhan V. Quality improvement by standardization of procurement and processing of thyroid fine-needle aspirates in the Absence of On-site Cytological Evaluation THYROID 2009 Oct;19(10):1049-52, Number 10, 2009: 1049-1052. PMID: 19732010
 21. Chong Y, Ji S-J, Kang CS, Lee EJ. Can liquid-based preparation substitute for conventional smear in thyroid fine-needle aspiration? A systematic review based on meta-analysis. *Endocr Connect* 2017 Nov;6(8):817-829. PubMed PMID: 19732010
 22. Shield PW, Cosier J, Ellerby G, Gartrell M, Papadimos D. Rapid on-site evaluation of fine needle aspiration specimens by cytology scientists: a review of 3032 specimens 2014 Oct;25(5):322-9. PMID: 24844295
 23. Witt BL, Schmidt RL. Rapid onsite evaluation improves the adequacy of fine-needle aspiration for thyroid lesions: a systematic review and meta-analysis. *Thyroid* 2013;23:428-435 PubMed PMID: 23043247
 24. Cunha N, Rodrigues F, Curado F, Ilheu O, Cruz C, Naidenov P, et al. Thyroglobulin detection in fine-needle aspirates of cervical lymph nodes: a technique for the diagnosis of metastatic differentiated thyroid cancer. *European journal of Endocrinology* 2007;157(1):101-107 PMID: 17609408
 25. Moon JH, Kim YI, Lim JA, et al. Thyroglobulin in washout fluid from lymph node fine-needle aspiration biopsy in papillary thyroid cancer: large-scale validation of the cutoff value to determine malignancy and evaluation of discrepant results. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2013;98:1061-1068 PMID: 23393171
 26. Aydın C, Ozdemir D, Sacikara M, Polat SB, Yazgan AK, Turkolmez S, Onal ED, Ersoy R, Cakir B. A new approach for standardization and increased accuracy of lymph node washout thyroglobulin in patients with differentiated thyroid carcinoma. - 2016 *Diagn Cytopathol*. 2016 Mar;44(3):177-86. doi: 10.1002/dc.23414. PubMed PMID:

26685703

27. Aydın C, Polat SB, Dellal FD, Kaya C, Dogan HT, Turkolmez S, Kılıç M, Ersoy R, Çakır B. The diagnostic value of parathyroid hormone washout in primary hyperparathyroidism patients with negative or equivocal 99 m Tc-MIBI results. *Diagn Cytopathol.* - 2018 Nov 21. doi: 10.1002/dc.24065
28. Pak K, Suh S, Hong H, Cheon GJ, Hahn SK, Kang KW, Kim EE, Lee DS, Chung JK. 2015. Diagnostic values of thyroglobulin measurement in fine-needle aspiration of lymph nodes in patients with thyroid cancer. *Endocrine* 49:70–77
29. Dahiya N, Patel MD, Young SW. Neck Procedures: Thyroid and Parathyroid. *Radiologic clinics of North America.* 2020;58(6):1085-1098. PMID: 33040850
30. Marcocci C, Preoperative localization of suspicious parathyroid adenomas by assay of parathyroid hormone in needle aspirates. *Eur J Endocrinol* 1998;139:72-7.
31. Trimboli P, Measurement of thyroglobulin, calcitonin, and PTH in FNA washout fluids. *Clin Chem Lab Med* 2016;55:914-925
32. Gökçay Canpolat A, Diagnostic accuracy of parathyroid hormon levels in washout samples of suspicious parathyroid adenomas: A single center retrospective cohort study, *Clin Endocrinology (Oxf)*, 2018 Oct;89(4):489-495.
33. Maser C, Sonographically guided fine needle aspiration with rapid parathyroid hormone assay. *Ann Surg Oncol* 2006;13:1690-5.
34. Pierpaolo Trimboli, Jacopo Giannelli, Bernardo Marques, Arnaldo Piccardo, Anna Crescenzi, Maurilio Deandrea. Head-to-head comparison of FNA cytology vs. calcitonin measurement in FNA washout fluids (FNA-CT) to diagnose medullary thyroid carcinoma. A systematic review and meta-analysis. *Endocrine.* 2022 Jan;75(1):33-39. doi: 10.1007/s12020-021-02892-x. Epub 2021 Oct 4.

İNDEKS/DİZİN KELİMELERİ

1. Biyopsi
2. Nodül
3. Biyopsi Endikasyonları
4. İnce iğne
5. Kapiller teknik
6. Aspirasyon tekniği
7. Paralel yaklaşım
8. Perpendiküler yaklaşım
9. Kısa aks tekniği
10. Cilt temizliği
11. Lokal anestezi
12. Yeterlilik artırımı
13. Ultrason
14. Kor biyopsi
15. Tiroid biyopsi
16. Sıvı bazlı sitoloji

TİROİD NODÜLLERİNDE ABLASYON TEDAVİLERİ

Prof. Dr. Bekir Çakır, Prof Dr. Selçuk Can

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

Benign ve malign tiroid hastalıklarının tedavisinde kullanılan ultrason (US) kılavuzluğundaki ablasyon işlemlerine artan global bir ilgi vardır. Bu işlemler radyologlar, endokrinologlar ve cerrahlar tarafından kullanılmaktadır ve yakın zamanda birkaç profesyonel dernek tarafından klinik uygulama kılavuzları yayınlanmıştır (1-5).

İşlem öncesi değerlendirme

Lezyonun yapısının değerlendirilmesi, prosedürün amacına karar vermek için ilk adımdır. Nodülün ultrasonografik özelliklerini, sitolojisini ve fonksiyonel durumunu saptamak için tanısal değerlendirme yapmak gereklidir. Hastalar, bu işlemlerin standard tedavi yöntemlerine göre avantajları ve kısıtlılıkları hakkında sözlü ve yazılı olarak dikkatli bir şekilde bilgilendirilmelidir.

Hastanın semptomları değerlendirilmelidir. Görsel ölçekler kullanılarak semptomlar nicelleştirilir, nesne ölçekleri kullanılarak estetik kaygılar belirlenir. Genellikle 10 puanlık bir görsel analog skalası semptomatik skalayı ölçmede kullanılır (2). Estetik skala: 1, palpe edilen kitle yok; 2, estetik kaygı oluşturmayan palpe edilen kitle; 3, yutkunurken görünen kitle; ve 4, kolayca görülebilen kitle olarak değerlendirilir (6). Ultrason muayenesi, tedavinin mihenk taşıdır. Nodülün özellikleri, lokalizasyonu, sınırları, kritik yapılarla ilişkisi ve hacmi belirlenmelidir. Otonom fonksiyone nodül tanısının konfirmasyonunda sintigrafi önerilir. Nodülün benign olduğu (Bethesda II) US eşliğinde yapılmış 2 ince iğne aspirasyon biyopsisi (FNA) veya 1 FNA ve 1 kor iğne biyopsisi (CNB) ile gösterilmiş olmalıdır. Otonom fonksiyone nodüller, pür kistik veya spongioform nodüller 1 FNA ya da 1 CNB sonrası tek benign sitolojiye sahipse de ablate edilebilir (2, 6, 7).

Laboratuvar testleri olarak tiroid stimule edici hormon (TSH), TSH normal sınırın altındaysa ek olarak serbest tiroksin (sT4), serbest triiyodotironin (sT3) de ablasyon öncesi görülmelidir. Bu prosedürlerden önce kanamaya yatkınlığı olan vakalardan sakınmak için temel koagülasyon değerlendirilmesi önerilir. Bazı vakalarda retrosternal uzanımı değerlendirmek için bilgisayarlı tomografi (CT) (ve diğer kesitsel görüntülemeler) gerekebilir. Radyo frekans ablasyon (RFA) önemli derecede büyük retrosternal guatrı olanlarda önerilmemektedir (2, 6).

Bu bölümde, kimyasal bir ablasyon yöntemi olan perkütan etanol enjeksiyonu (PEI) ve termal ablasyon (TA) yöntemleri olan lazer ablasyon (LA), radyofrekans ablasyon (RFA), mikrodalga ablasyon (MWA) ve yüksek yoğunluklu odaklanmış ultrason'dan (HIFU) bahsedilecektir.

Perkütan Etanol Enjeksiyonu

Teknik ve Temel Prensipler

Perkütan etanol enjeksiyonu (PEI) hastanın kliniğe yatırılmasına gerek olmadan poliklinik şartlarında lokal anestezi altında US eşliğinde yapılır. %95-99'luk etil alkol (etanol) kullanılır. Teknik, hedef lezyona bağlıdır. Solid bir lezyonda etanol, lezyon hacminin üçte biri kadar bir hacimde birçok alana uygulanır. Enjeksiyon esnasında etanol US'de hiperekojen bir görüntü oluşturur. İşlem sonrasında, lezyonda alkol difüzyonunun sağlanması ve kan akışının (Doppler) kaybolması değerlendirilir. Lezyonda ek alanların tedavi edilmesi gerekip gerekmediğine karar vermek için ikinci gün bir değerlendirme yapılması önerilir. Kistik bir lezyonda kist önce boşaltılır ve boşaltılan hacmin yaklaşık %20-50'si kadar etanol enjekte edilir; 2 ila 5 dakika sonra alkol geri çekilir. Bazı uygulayıcılar alkolü kist boşluğunun içinde bırakmayı tercih etmektedir.

PEI yapılan hastalar, birkaç yıl boyunca her 6 ayda bir izlenir, hedef lezyonun boyutunda maksimum azalma sıklıkla ilk yılda elde edilir. Semptomlarda iyileşme olmazsa ve büyüme devam ederse işlem tekrarlanabilir. Takip, malignite riski olan ek lezyonların ve nadiren de olsa tekrar tedaviye ihtiyaç duyan lezyonların belirlenmesine yöneliktir.

Etanolün doku üzerindeki etkisi koagülasyon nekrozu ve endotel hasarına bağlıdır. Endotel hasarı küçük damarların trombozuna, protein denatürasyonuna ve iskemik hasara neden olur. Böylece dokuda kalıcı nekroz gelişir. PEI bu etkileri sayesinde benign ve malign tiroid lezyonlarının yanısıra patolojik servikal lenf nodlarının tedavisinde de kullanılmıştır.

Benign Tiroid Nodüllerinde PEI (Solid veya Kistik)

PEI vakaların %50 ila 98'inde nodül hacminde azalmaya neden olarak lokal bası semptomlarında iyileşmeye yol açar. Böylece kistik tiroid nodülleri bası veya estetik sorunlara neden olduğunda cerrahiye makul bir alternatif oluşturur (8, 9). Semptom kontrolü ile birlikte >%50 hacim azalması olarak tanımlanan PEI başarı oranı %64 ila %95 arasında değişir (10). PEI ile tedavi edilen kistik nodüllerin uzun vadeli sonuçları genellikle mükemmeldir ve zamanla stabil bir etki gösterir (11). Bu nedenle PEI, solid tiroid nodüllerinde az etkili olmasına rağmen, benign tekrarlayan kistik tiroid nodüllerinde birinci basamak tedavi olarak kabul edilir (12). Önceki müdahaleler, solid bileşenin boyutunun artması, multilokülerite, nodul hacminin >10 mL olması, lezyonun vaskülarizasyonunda artış PEI'nin etkinliğini olumsuz etkileyebilir (9). Bir çalışmada, toksik tiroid adenomlarında PEI ile hastaların yaklaşık yarısında normal tiroid fonksiyonu ve %21 ila %88'inde hacim azalması sağlanmıştır (13). Toksik (klinik) adenomlarla karşılaştırıldığında pre-toksik (subklinik) adenomlarda ve <15 mL'lik hacmi olanlarda daha iyi sonuçlar gözlemlenmiştir. Sonralarda, TA tedavilerindeki ilerlemelerle solid nodüller için PEI kullanımı gözden düşmüştür. Son zamanlarda yayınlanan Avrupa Tiroid Birliği (ETA) Klinik Uygulama Rehberi ve Kore Topluluğu Konsensus Açıklaması PEI kullanımını pür kistik ya da çoğunluğu kistik olan benign tiroid nodüllerinde birinci basamak tedavi olarak önerirken, miks solid/kistik nodüllerde ve solid nodüllerde önermemektedir.

Primer Tiroid Malignitelerinde PEI Kullanımı

PEI'nin papiller tiroid karsinomunda (PTC) kullanımı şimdilik dikkatle seçilmiş vakalarla sınırlıdır (14). Kolayca tanımlanabilir kapsülü olan sahip ve lenf nodu metastazı olmayan küçük intratiroidal PTC'lerde kullanılmıştır. Hastaların çoğu aktif takibi ve cerrahiye kabul etmeyen, ya da cerrahi yüksek riskli hastalardır. Mayo klinikte yapılmış olan bir çalışmada T1aN0M0 papiller mikrokarsinomlu (PMTc) 15 hasta vardır ve 67 aylık takip yapılmıştır. Hastaların hepsinde primer lezyon boyutunda küçülme, %93'ünde median hacimde azalma, %47'sinde lezyonların

tamamen kaybolduğu görülmüştür. Etkinlik açısından iyi bir gösterge olarak, tüm lezyonların Dopplerle vaskülaritesi kaybolmuştur.

Malign Lenf Nodu Ablasyonunda PEI Kullanımı

PTC kaynaklı az sayıda servikal nodal metastazı olan cerrahi veya radyoiyot tedavisine uygun olmayan hastalarda US eşliğinde PEI değerli bir tedavi seçeneği olabilir (15). PEI ortalama %37.5-96 volüm reduksiyonuna (15), %31-65 oranında tamamen kaybolmasına (16) ve bazı hastalarda da serum tiroglobulininde (Tg) azalmaya (16, 17) neden olarak %70.8-98 tedavi başarısı sağlamıştır (15, 18). Cerrahi için uygun olmayan ya da cerrahiye reddeden hastalarda özellikle >1 cm lezyonlarda seçilmiş hastalarda cerrahi rezeksiyon yerine kullanılabilir (15, 19). PEI ve cerrahinin başa baş karşılaştırıldığı bir çalışma olmamasına rağmen, 27 çalışmalık bir metaanalizde, cerrahi başarı oranı (%94.8), PEI başarı oranından (%87.5) daha yüksek bulunmuş, beklendiği üzere komplikasyon oranları cerrahide biraz daha yüksek saptanmıştır.

Komplikasyonlar ve Yönetimi

En sık komplikasyonlar, lokal anesteziye rağmen gelişebilen lokal ağrı ve rahatsızlıktır (16-18, 20). Bu solid nodüllerde daha sık görülür ve çeneye doğru yayılır. Bu lokal ağrı narkotik olmayan ağrı kesici tedavilere iyi yanıt verir ve saatler günler içinde iyileşir. Rekürren laringeal sinir (RLN) irritasyonuna bağlı disfoni nadiren gelişir ve sıklıkla geçicidir (14, 16, 18). Arka ve medial lezyonların veya nadiren lenf nodlarının ablasyonunda görülür. Eğer lezyon RLN'ye yakınsa, etanol enjeksiyonu öncesi kısa etkili lokal anestetikler oraya uygulanarak sinire yakınlık test edilebilir. Tedavi edilen kist veya nodülden etanol ekstravazasyonu ağrıya ve nadiren de sinir hasarına neden olabilir (21). Etanol ekstravazasyonunu azaltmak için, iğneyi çekmeden önce iğne içi ve iğne ucu %0,9 NaCl ile yıkanabilir (22). Nadir olsa da, RLN'de ve diğer yapılardaki beklenmeyen yaralanmalar, eş zamanlı sonografik izlem ve kritik yapıların anatomik bilgisiyle ve hastanın ağrı seviyesine ve fonasyon durumuna dikkat edilerek en aza indirilebilir. Nadiren posterior lezyonların ablasyonu sırasında, vagal sinirin irritasyonuna bağlı geçici vazovagal reaksiyonlar gelişebilir.

Diğer Değerlendirmeler

PEI lokal anesteziyle poliklinik şartlarında gerçekleştirilebilir. Enjekte edilen alkol miktarı ve alkolün kistik bir lezyonda tutulma süresi ile ilgili uygulamalarda bazı değişkenlikler mevcuttur (örneğin, bazı operatörler alkolü geri çekmez). Bu konuda ideal protokolün hangisi olduğuna dair yeterli veri yoktur (23). Tanımlanan komplikasyonların sıklığı ve bildirilen başarı oranları, operatörün deneyimi ile sıkı bir şekilde ilişkilidir. Bu işlemler acil müdahaleler olmadığından, literatürde bildirilen sonuçlara benzer sonuçlar elde edebilmek için bu işlemlerin ideal olarak yüksek işlem hacmine sahip üçüncü basamak merkezlerde gerçekleştirilmesi önerilir. PEI normal tiroid fonksiyonlarını değiştirmemekte ve tiroid malignitesi oluşturmamaktadır. PEI ile tedavi edilen bazı kistler takip süresince malignite açısından riskli bir görüntüye (hipoekojenite ve mikrohiperekoik alanlar) sahip olabilir ancak takipte bu nodüllerin hiç birinde malignite saptanmamıştır (24). Bu nedenle PEI sonrasında FNA yapmaktan kaçınılmalıdır.

Termal Ablasyon Tedavilerinin Prensipleri

Tüm TA tedavileri aşırı hipertermik koşullar ile gelişen doku hasarına dayanmaktadır. Hücre ölümünün primer mekanizması koagülasyon nekrozudur. 40 C altındaki sıcaklıklarda oluşan hücre hasarı kalıcı etki gelişmeden iyileşir. 50- 60 C arasında, sıcaklık arttıkça daha hızlı meydana gelen, geri dönüşü olmayan hasarlar indüklenir. Sabit ablasyon teknikleri sıcaklıkları 4-6 dakika

boyunca bu seviyede tutmaya çalışır. 60- 100 C arasında, protein denatürasyonu ve hücre zarı hasarı ile doku nekrozu gelişir ve bu RFA'da kullanılan tekniğin temelidir. 100–110 C'nin üzerindeki sıcaklıklarda, doku buharlaşması ve karbonizasyonu meydana gelir ve elektrot çevresinde gaz oluşur, bu da yalıtıma neden olarak ablasyon etkinliğini azaltabilir. TA teknikleri temel olarak bu sıcaklık derecelerini oluşturabilmek için kullandıkları yöntemlerle birbirlerinden farklılaşır.

Radyofrekans Ablasyon Teknik ve Temel Prensipler

Kullanılan Tiroid RFA tekniği tedavi edilen tüm nodul tiplerinde benzerdir. Prosedür çoğunlukla lokal anestezi altında poliklinik şartlarında gerçekleştirilir, ancak bazı uygulamalar daha yüksek sedasyon seviyelerini gerektirebilir (25-28). Hasta supin pozisyondayken, baş hedeflenen taraftan uzağa çevrilerek ve servikal omurga yastığı desteği ile işlem alanı genişletilir. Lezyon lokalizasyonu, iğne yolunun planlanması ve işlemi yapacak kişinin pozisyonun optimizasyonunu sağlamak için yüksek frekanslı bir lineer US transdüseri kullanılarak öncesinde boyun değerlendirilmesi yapılır. İğnenin yolu ile ilgili önemli hususlar, yol üstünde kan damarlarının olmaması ve elektrot ucunun hedef lezyon içinde optimal pozisyon ve hareketinin sağlanabileceği bir yörünge seçilmesidir. İdeal olarak tek bir giriş yeri olur ancak bazı büyük nodüller çoklu giriş yeri gerektirebilirler. Yutma sırasında istenmeyen elektrot hareketini ve ablasyon hedefinden ısınmış sıvı sızıntısını en aza indirmek amacıyla transistmik yaklaşım önerilmektedir (27, 29). Planlama sırasında hedef lezyon tedavi edilecek birçok kısma ayrılmalıdır. En derin kısımlar ilk olarak tedavi edilmelidir, çünkü dokularda RFA sırasında sonografik görüntüyü engelleyen hiperekoik gaz üretimi olur. RF elektrodunun aktif uç uzunluğu, nodül boyutu, konfigürasyonu ve komşu yapılara bağlı olarak istenen ablasyon hacmini üretecek şekilde seçilir. Daha büyük ablasyon uçları prosedür süresini azaltabilirken, daha küçük ablasyon uçları, özellikle lezyon endişe kaynağı olabilecek kritik dokulara (trakea, sinirler, özafagus ve cilt) bitişik olduğunda daha belirli ve sınırlı ablasyon yapabilmeyi sağlar. Nodulün merkezinde ablasyon alanları daha agresifken, güvenliği arttırmak için tiroid sınırlarında daha küçük ablasyon alanları oluşturulur (30).

Bazı durumlarda (büyük nodüller ve bitişik kritik yapı), güvenlik nedenleriyle, kasıtlı olarak nodül çevresinin birkaç milimetresi ablate edilmeden bırakılabilir (26). Aksine malign nodüller iyileştirme niyetiyle tedavi ediliyorsa nodülün dışındaki çevrede de ablatif kenarlar istenir. Bir çalışmada, PTMC olan hastalarda minimum 2 mm'lik çevre ablasyon alanı elde edilmesi gerektiği bildirilmiştir (31). Steril teknik kullanılarak lokal anestezi, hedeflenen tiroid alanının planlanan cilt giriş yerine, aplikatör yoluna ve perikapsüler bölgesine uygulanır. Tek bir RF elektrodu, eş zamanlı US kılavuzluğunda hedef lezyonun içine yerleştirilir. Tiroid RFA için sıklıkla monopolar RF kullanılır, RF akımı topraklama pedleri (tipik olarak bacaklara yerleştirilir) ve hedef lezyonun içine yerleştirilen elektrod arasında dolaşır. Yeni tek aplikatörlü bipolar sistemler, bipolar RF'in avantajlarına ek olarak monopolar RF'e benzer bir yaklaşıma izin verir (tek giriş ve bir aplikatör). Bipolar RFA'de topraklama pedlerinde yanık olmaz, daha hızlı ve daha etkin enerji birikimi sağlanır ve işlem yapılan kişide RF akımından uyarılma olasılığı azdır. Ancak literatürde tiroid bipolar RFA ile ilgili veri, monopolar RFA'in aksine sınırlıdır (32). Ablasyon, ablasyon cihazına özel üretici parametrelerine göre gerçekleştirilir. Çoğu tiroid RFA deneyimi, hareketli atış tekniğiyle oluşmuştur, alan geçici olarak hiperekoik olana kadar ablate edilir (5-10 saniye), sonrasında aktif uç doku direnci çok yükseğe çıkmadan sıradaki alana yerleştirilir (29). Ablasyon öncesi ve sırasında aplikatörün biplanar US değerlendirmesi, güvenli ve eksiksiz bir ablasyon bölgesi

sağlamak için çok önemlidir. Her bölge ablate edildikten sonra, Doppler akışına veya ekojeniteye dayalı olarak tanımlanabilecek yetersiz tedavi edilmiş alanları aramak için nodülün tamamı US ile yeniden değerlendirilir. RFA sırasında meydana gelen ilk hiperekoik değişikliğin ardından, doku hipoekoik hale gelir ve ablate edilen doku genellikle tedavi edilmemiş dokudan kolayca ayırt edilir. Çok sayıda nodul tek bir seansta tedavi edilebilir. Bilateral sinir hasarı oluşturmaktan kaçınmak gerekir, aynı taraf sinir foksiyonlarının laringeal muayene ile değerlendirilmesi önerilir. Hedeflenen nodül veya nodüller tedavi edildikten sonra, aplikatör çıkarılır ve potansiyel komplikasyon açısından US ile değerlendirilir.

Teknik başarı ve güvenliği sağlamak için ek manevralar yapılabilir. Önemli bir kistik komponent olduğunda ablasyon öncesi aspirasyon, gerekli ablasyon volümü ve zamanını azaltacaktır. Nodul için tedavi edilecek bölge önemli kritik dokulara yakınsa hidrodiseksiyon yapılması düşünülebilir. İşlem sırasında sonografik görüntünün bozulmaması için, hava oluşumunun engellenmesi gerekir. Ek olarak hidrodiseksiyon için, iyonik sıvıların RF akımını yayma riski nedeniyle, salin yerine dektroz ya da steril su kullanılması önerilir (33, 34). US eşliğinde, hidrodiseksiyonun istendiği boşluğa veya yakınına bir spinal iğne (18-22 gauge) ilerletilir ve ardından eş zamanlı izlenerek sıvı verilir. Görebilmeyi daha fazla engelleyebilecek havanın ortama girmesini önlemek için, stiletsiz iğne tüp veya sıringaya bağlı olarak iğne yerleştirilmeden önce hazır olarak bekletilmelidir. Sıvıyı periyodik olarak tekrar eklemek gerekir çünkü ablasyon işlemi süresince sıvı çevre dokulara yayılır. RF elektrodu, bir nodülü fiziksel olarak daha ulaşılabilir bir yere kaydırmak için de kullanılabilir. US ile görüntülerken elektrot hedef lezyonun içine yerleştirildikten sonra elektrot hafif kaldırılarak nodül kritik yapılardan uzaklaştırılabilir. Eğer ablasyon alanı çevre boyun kaslarına doğru uzanırsa, bupivakain gibi uzun etkili bir lokal anestetik işlem sonrası gelişebilecek ağrıyı hafifletebilir. Sinir monitorizasyonu tiroid RFA sınırsında rutin kullanılmaz.

Endikasyonlar ve Uygun Hasta Seçimi

RFA, septomatik benign nodüllerde alternatif tedavi seçeneği olabilecek görüntü kılavuzluğunda yapılan TA işlemidir. Bu prosedür, genel anesteziye gerek olmadan, skar veya hipotiroidizm gelişmeksizin poliklinik şartlarında gerçekleştirilebilir ve bu da onu cerrahi dışı çekici bir tedavi seçeneği haline getirir. RFA'yı da içeren TA tedavileri benign nodülleri ve hem palyatif hem de küratif amaçlı malign lezyonları tedavi etmek için kullanılan tedavi seçenekleridir (35, 36). RFA uygulama endikasyonları lezyonun yapısına ve tedavi içeriğine göre değişir. Benign nodüllerde RFA'nın 3 önemli endikasyonu vardır: 1) estetik kaygılar, 2) kompresif semptomlar, 3) otonom fonksiyone nodüller (35-37). Dikkate alınabilecek bir endikasyon, semptomatik hale gelmeden önce büyüyen nodülleri tedavi etmektir, çünkü daha küçük nodüller daha büyük nodüllere göre daha iyi hacim azalma oranı (VRR) ile yanıt verir (36). Malign lezyonların tedavisi, rekürren (palyatif amaçlı) ve primer (küratif amaçlı) hastalıkta yapılabilir. Benign ve malign tiroid lezyonlarında RFA endikasyonları, girişimsel tedavi modalitelerinde deneyimli uzmanları içeren multidisipliner bir ekip tarafından değerlendirilmelidir. Uygun işlem ve lezyonun seçimi, tümör tipi, boyutu ve lokalizasyonuna bağlıdır. Ayrıca, ekip deneyimine, kaynaklara ve işlem yapılan hastanın yaşına ve komorbiditelerine de bağlı olur.

Benign Nonfonksiyone Nodüller

Birçok çalışmada benign nonfonksiyone nodüllerde RFA'nın güvenli bir seçenek olduğu gösterilmiştir (38). %50-85 volüm azalması görülür. Özellikle küçük hacimli nodüllerde (<10 mL) ilk tedaviden birkaç yıl sonra hacim azalması korunabilirken, daha büyük benign nodüller zaman

içinde birden fazla tedavi gerektirme eğilimindedir. RFA veya LA ile tedavi edilen 406 hastanın (yaş aralığı, 17-87 yaş) yer aldığı çok merkezli retrospektif bir İtalyan çalışmasında 5 yıllık uzun süreli takip ile, RFA vakalarının %77'sinde hacim azalmasının sağlandığı ve yalnızca %12'sinde ileri tedavi gerektiği görülmüştür (39). Son zamanlardaki konsensuslar ve rehberler, US eşliğinde TA tedavilerinin, özellikle RFA'nın, öncelikli olarak solid ya da miks solid ve kistik semptomatik benign tiroid nodüllerin tedavisinde kullanımını önermektedir (3, 4, 40, 41). Bazı faktörler RFA'nın VRR'sini etkiler. Sıklıkla küçük nodüllerde büyüklere göre daha iyi bir volüm redüksiyonu olur. Büyük nodüllerde (>20 mL) sıklıkla daha fazla sayıda tedavi gerekir. Spongioform ve miks nodüller RFA sonrası solid nodüllere göre daha iyi küçülürler. Her hacme verilen enerji de (en az 2000 J/mL) VRR ile korele ve önemli bir parametredir. Kistik tiroid nodüllerinin tedavisinde RFA ve PEI benzer etkinlik göstermesine rağmen, PEI daha maliyet etkin bir tedavidir. Tek başına PEI ile yetersiz tedavi durumunda RFA ve PEI kombinasyonu VRR'yi artırır.

Benign Otonom Fonksiyone Tiroid Nodülleri

Benign otonom fonksiyone tiroid nodüllerinde (AFTN), RFA'nın cerrahi veya radyoaktif tedaviye (RAI) alternatif bir tedavi seçeneği olarak güvenle ve etkili olarak kullanılabilmesine dair yayınlar birikmektedir. 31-77 yaşlarında 53 hastanın (24 AFTN) tek merkezli bir retrospektif çalışmasında, hacim azalması, tiroid fonksiyon testlerinde düzelme ve tiroid nükleer görüntülerinde iyileşme saptanmıştır (42). Bazı çalışmalar daha küçük nodüllerde büyüklere göre daha iyi sonuçların sağlandığını göstermiştir. Güney Kore ve İtalya'da yapılan çalışmalarda semptom ve kozmetik skorlarda anlamlı iyileşmelerle beraber, 6. ve 12. ayda ortalama %50-93.4 hacim azalması olduğu belirtilmiştir. Son zamanlarda yayınlanmış 10 çalışmalık bir derlemede, hastaların %61.7'sinde tiroid fonksiyonlarında normalleşme, nodül volümünde %52.1-%86.1 azalma görülmüştür (43). Avrupa ve Kore uygulama rehberleri, RFA'yı küçük (<10 mL) nodüllü ve genç hastalarda (geç hipotiroidizm riskinin daha az olması nedeniyle) önermektedir. Ancak büyük AFTN'de tiroid fonksiyonlarının normale dönme olasılığı düşük olduğundan TA'nın birinci basamak tedavi olarak kullanılmaması önerilir, TA büyük AFTN'de yalnızca RAI tedavisi veya cerrahi için aday olmayan veya bu tedavileri reddeden hastalarda düşünülmelidir. Lokal basınç semptomlarına neden olan büyük AFTN'li seçilmiş hastalarda, daha hızlı bir hacim azalması sağlamak ve daha düşük bir RAI aktivitesi kullanmak için, LA veya RFA ile RAI kombinasyon tedavisi düşünülebilir.

Malign Tiroid Lezyonları

Cerrahi primer tiroid kanserlerinin standart tedavisidir. Ancak alternatif bir seçenek olarak RFA önerilebilir. İlk tanı ve rekürrensün konfirmasyonu sitoloji, CNB veya Tg yıkama ile yapılmalıdır. Sonrasında tedavinin palyatif ya da küratif amaçlı olacağını belirleyebilmek için tümör evresi değerlendirilmelidir. Birçok çalışma RFA'nın düşük riskli PTMC ve rekürren tiroid kanseri için etkin ve güvenilir olduğunu göstermiştir. Uygun hasta seçimi önemlidir, birçok çalışma düşük riskli PTMC için aktif takibin de yeterli bir tedavi seçeneği olduğunu göstermiştir (44). Kore Tiroid Radyoloji Derneği, faydayı destekleyen kanıt azlığı nedeniyle, primer tiroid kanserlerinde RFA kullanımını önermezken (45), birçok çalışma küçük (<1 cm) ve düşük riskli tiroid kanserlerinde RFA kullanımını desteklemektedir. Tiroid lobektomi ya da RFA tedavisi alan 884 hastanın 4 yıllık takibini içeren yeni bir retrospektif çalışmada, düşük riskli PTMC hastalarında RFA ve lobektomi için benzer sonuçlar elde edilmiştir (46). RFA, düşük riskli PTMC için mevcut tedavi seçeneklerine umut verici bir alternatiftir. PTMC'li 37 hastayı tedavi etmek için RFA kullanan

başka bir çalışmada, 1 yıllık takipte tüm nodüllerin majör komplikasyon gelişmeden ablate olduğu görülmüştür (47). PTMC için tüm ablasyon tekniklerinin güvenlik ve etkinliğini araştıran 715 hastalık 11 çalışmanın metanalizinde RFA ile en yüksek hacim azalması (VRR) (%99.3) görülmüştür (48). RFA'nın uzun dönem etkinliğinin değerlendirildiği 414 hastalık PTMC hastasının 24-69 aylık takibinde, hastaların %88.4'ünde ablate edilen tümör tamamen kaybolmuş ve % 98.81 ± 6.41 hacim azalması olmuştur. RFA sonrasında %0.97'sinde lenf nodu metastazı saptanmıştır. Bunların tamamına ek RFA uygulanmış ve takipte lenf nodları tamamen kaybolmuştur. Rekürrens sadece 10 (%2.42) vakada saptanmış ve ikinci bir RFA işlemi ile başarılı şekilde tedavi edilmiştir (46). Kore Tiroid Radyoloji Derneği, boyun lenf nodlarında tiroid kanseri nüksü olduğunda, özellikle cerrahi riski yüksek olan veya tekrarlayan cerrahi reddedenlerde, RFA kullanımını desteklemektedir. Ekstratiroidal yayılımı veya metastazı olmayan, cerrahinin yüksek riskli veya uygun olmadığı rekürren nonagresif PTC'lerde RFA'nın güvenli ve etkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (49). RFA'nın büyük boyutlu PTC'lerde, kötü diferansiye veya anaplastik kanserlerde ve medüller tiroid kanserinde kullanımı ile ilgili yeterli veri yoktur. Tam bir ablasyonu riskli yapabilecek olan hedef lezyonun çevre kritik dokularla ilişkisi işlem öncesi dikkatlice değerlendirilmelidir. Bu nedenle tehlikeli üçgene (trakea, sempatik gangliyon veya karotis) yakın lezyonlar dikkatlice değerlendirilmelidir.

Komplikasyonlar ve Yönetimi

Lokal Ağrı Analjezi

İdeal olarak, tiroid nodüllerinin RFA'sı poliklinik şartlarında yapılır. Ancak girişimsel radyolojide, sedasyon veya genel anestezi ile ameliyathane odalarında da yapılabilir. Kore Girişimsel Radyoloji Topluluğu 2017 yılında, tiroid RFA için derin sedasyon ya da genel anestezi yerine peritiroidal lokal anestezi kullanımını önermiştir (2). Genel anestezi veya derin sedasyon, ablasyon sırasında gelişebilecek komplikasyonların farkedilmesini geciktirebilir. ETA da tiroid nodul ablasyonunda lokal anestezi yapılmasını önerirken, seçilmiş bazı hastalarda hafif sedasyonun da düşünülebileceği bildirilmiştir (3). Peritiroidal lokal anestezi uygun bir şekilde yapıldığında, hastalar minimal ya da hiç rahatsızlık olmadan işlemi tolere edebilirler. Lokal anesteziyle, ses değişikliği ve pitozis gibi komplikasyonlar hastayla iletişim kurularak takip edilebilir. Hastalardan, boyun ağrısını (genellikle tiroid kapsülünün ısınmasını ve tiroid bezi dışına termal ısının yayılmasını gösterir), başlayınca bildirmeleri istenmelidir. Tedavinin durdurulması ve RFA probunun yeniden konumlandırılması gerekir. Bölgesel ağrı kontrolü, servikal plexus blokajı ile de sağlanabilir. Bazı nadir durumlarda RFA'yı yalnız peritiroidal anestezi ile tolere edemeyen büyük nodüllü hastalarda bölgesel bloklar fayda sağlayabilir. Ağrı işlemle ilişkili en sık semptomdur. Büyük aurikuler ve supraklaviküler sinir dağılımlarıyla lateral boyun ve kulağa yayılabilir. Sternokleidomastoid kasın orta noktasının arkasına lokal anestetik enjeksiyonu, ipsilateral boynu innerve eden servikal pleksusu bloke eder. Bazı doktorlar, hasta konforunu artırmak için anksiyolitikler kullanır. Periprosedürel ortamda beklenti kaygısını ve semptomatik hipervijilansı yönetmeye yardımcı olur. Düşük doz benzodiazepinler işlemden hemen önce uygulanabilir, bu da hastanın rahatlamasına yardımcı olabilir, hem de ağrı veya istenmeyen yaralanma belirtileri yaşarsa, hastanın kolayca uyanmasına ve gerektiği gibi iletişim kurmasına izin verir. Periprosedürel steroid ya da antibiyotige gerek yoktur. Hemen işlem sonrasında, hastalar şişme, rahatsızlık veya ağrıdan bahsedebilir. İşlem nedeniyle gelişen lokal inflamasyon, bazen kompresif semptomları arttıracak şekilde nodül ve çevre dokularda geçici ödeme neden olur. Buz torbaları uygulanabilir.

Asetaminofen veya nonsteroid anti-inflamatuvarlar işlem sonrası gelişen ağrıyı kontrol etmede etkili ve yeterlidir. Opioid kullanımı önerilmez.

Disfoni

RLN'nin termal yaralanmasından kaynaklanan ses değişikliği, RFA'nın en sık görülen majör komplikasyonudur. Seste bir değişiklik meydana geldiğinde, şüpheli termal yaralanma olan bölgeye soğuk irrigasyon RLN yaralanmasını hafifletmek için önerilen yöntemdir (50). Ses değişikliği sıklıkla geçicidir.

Cilt Hasarı

Cilt hasarı ve hatta yüzeysel yanıklar meydana gelebilir. Topraklama pedlerinin yapıştığı yerlerde ve cilde çok yakın yerde ablyon yapılıyorsa elektrod giriş yerinde gelişebilir. Basit vakalarda cilde merhem uygulaması gerekir.

Horner Sendromu ve Diğer Sinir Yaralanmaları

Tiroid ve/veya servikal lenf düğümlerinin ablyonu sırasında RLN'ye ek olarak, diğer sinirler de termal yaralanma riski taşırlar. RLN dışındaki sinir yaralanmaları nadir olmakla birlikte, özellikle lateral boyundaki metastatik servikal lenf düğümleri tedavi edilirken karotis kılıfındaki vagus siniri, karotid arterin posteriorundaki sempatik zincir, supraklaviküler fossadaki brakiyal pleksus, derin boyun kasları arasındaki spinal aksesuar ve frenik sinirler risk altındadır (51).

Nodül Rüptürü

Nodul rüptürü, nodülde gecikmiş bir kanama veya boyun masajı sonrasında tümör duvarında bir yırtılma ile gelişen nodülde ani hacim artışı olarak tanımlanır. Genellikle takip sırasında RFA bölgesinde ani bir boyun şişkinliği ve ağrı olarak ortaya çıkar. Genellikle US veya BT'de tiroid kapsülünün bozulduğu ve tümörün boynun önüne doğru ilerlediği görülür. Ses değişikliğinden sonra gelişen ikinci en sık majör komplikasyondur. Nodül rüptürü olan hastalar sıklıkla antibiyotikler ve/veya analjezikler ile konservatif olarak tedavi edilir, ancak apse durumunda cerrahi tedavi gerekebilir (52).

Hematom

Hematom tipik olarak iğnenin anterior juguler veya diğer önemli peritiroidal venlerden yanlışlıkla geçmesi nedeniyle gelişir. Aslında elektrot yerleştirilmeden önce ultrasonla bu venlerin yerleri tanımlanabilir.

Tanımlanan komplikasyonların çoğu iğnenin ucu ultrasonla sürekli izlenerek ve hedef lezyonun kapsülü dışındaki alana ısının verilmemesi ya da yayılmamasıyla engellenebilir. Diğer nadir ve önemli komplikasyonlar, enfeksiyon, tirotoksikoz, hipotiroidizm, trakea hasarı, özafagus hasarı ve lidokain toksisitesidir. Gebe bir kadına veya implantabil kardiyoverter-defibrilatörü (ICD) olan bir hastaya tiroid RFA uygularken dikkatli olmak gerekir. Tiroid RFA için sıklıkla monopolar elektrodlar kullanılır. Monopolar elektrod elektrik akımının dağılmasına izin verir. Üretilen elektrik dalgaları fetal yaralanmaya neden olabilir. ICD fonksiyonlarında bozulmalara neden olabileceğinden, ICD'ye bağımlı olanlar için ölüm tehdidi oluşturabilir. Bu hasta popülasyonunda, oluşturabileceği teorik risk nedeniyle, elektrik yayılmasını en aza indiren bipolar elektrotların kullanılması daha uygun olacaktır. Sıklıkla monopolar elektrodlar kullanıldığından, ICD'li hastalarda ve gebelerde faydadan daha fazla zarar olabileceği için RFA kullanımı önerilmez.

Lazer Termal Ablasyon

Teknik ve Temel Prensipler

Tiroid lazer ablasyon (LA) tekniği, hasta pozisyonu, analjezi, prosedür riskleri, istenen ablasyon bölgesi ve ablasyon bölgesinin US görüntüsü gibi RFA ile pek çok ortak noktayı paylaşır. Tıbbi lazer kullanımı sırasında hasta ve işlemi yapan, üretici kılavuzuna ve yerel düzenlemelere uygun koruyucu gözlük takmalıdır. Tiroid LA ve RFA teknikleri arasındaki primer fark aplikatörün yerleştirilmesi ve ablasyon süresince hareketidir. LA lifleri esnektir ve tiroid bezi içinde sert RF aplikatörleriyle aynı şekilde manipüle edilemez. Hedef nodülün uzun eksenini boyunca derin kısıma incek şekilde 21 gauge bir giriş iğnesi yerleştirilir. Daha sonra LA filamanı iğnenin içinden geçirilir, fiber iğnenin 5 mm ilerisine itilir. İşlem öncesinde, ablasyon yapılacak bölgenin şekil ve boyutuna bağlı olarak çok sayıda iğne ve lif 1 cm aralıklar bırakarak yerleştirilebilir. RFA'ya benzer şekilde LA da ilk olarak nodülün en dip kısmına yerleştirilir. Bir alanda uygulanması gereken LA süresi, aletin istenilen enerjiyi verebilmesi için gereken süreye ve ultrason görünümüne bağlıdır. RFA gibi LA ile de ablasyon yapılan dokuda hiperekoik görüntü oluşur. Bir bölgede ablasyon tamamlandıktan sonra iğne ve lif ilk alanın eksenini boyunca ablasyonu proksimale uzatmak için hafifçe geri çekilebilir (geri çekme yöntemi) (53).

Endikasyonlar ve Uygun Kişilerin Hazırlanması/Seçimi

Tiroid nodüllerinin tedavisinde US eşliğinde LA etkin ve güvenilirdir (54-56). Endikasyonları RFA gibi diğer TA tedavileri ile benzerdir.

Komplikasyonları ve Yönetimi

Periprosedürel yönetim ve komplikasyon insidansı RFA ve LA için benzerdir. Lazer termal işlemlerinin çoğu lokal anestezi ile yapılır ve en sık semptom ağrıdır. Hematom, sinir hasarı ve rüptür en sık görülen komplikasyonlardır. Komplikasyon yönetimi RFA ile benzerdir (57, 58).

Perkütan Mikrodalga Ablasyon

Perkütan mikrodalga ablasyon (MWA) benign tiroid nodülleri, PTC ve metastatik lenf nodlarının tedavisinde kullanılır (59). Şimdilerde en az 9 MWA ticari sistemi mevcuttur, çoğunun bir anteni vardır ancak bazılarında daha büyük alanların ablasyonunda kullanılacak 3 anten mevcuttur (60). MWA, elektromanyetik alan oluşturarak, çevre dokuyu doku hasarı yapacak sıcaklıklara ulaştırır. MWA'nın diğer modalitelere göre avantajları arasında yüksek özgülüğü, hücre ölümünü tetikleyecek optimum sıcaklık, ablasyon hızı ve ısı düşüşü etkisi nedeniyle çevre dokular üzerinde daha az zarar etkisi yer alır. Daha büyük ablasyon hacmi, büyük lezyonlarda bir avantaj olabilir, ancak anatomik olarak dar bir alan olması ve bitişik hayati yapılar düşünüldüğünde bir dezavantaj da olabilir. 1845 nodülün MWA'sını içeren bir meta-analizde, 3. ve 12. ayda VRR'ler %54,3 ve %88,6 iken, majör ve minör komplikasyonlar %4,8 ve %48,3 olarak saptanmıştır (61). Bu çalışmada majör komplikasyon, tedavi edilmezse hastanın hayatını tehdit edebilen, önemli morbidite veya disabiliteye yol açabilen ve hastane yatışını uzatan durumlar olarak tanımlanmıştır. Geçici veya kalıcı ses kısıklığı, nodul rüptürü, hipotiroidizm, brakial pleksus yaralanması, Horner sendromu, omuz güçsüzlüğü ve ciddi Graves oftalmopatisi bu grupta yer almaktadır. Hematom, kusma, cilt yanıkları ve ağrı minör komplikasyonlardır. MWA ve RFA'yı karşılaştıran 2 çalışma, benign tiroid nodüllerinde ikisinin de etkin ve güvenilir olduğunu, ancak RFA ile uzun dönemde (6 ay ve sonrası) volüm azalmasının daha belirgin olduğunu

göstermiştir. Ekstratiroidal yayılımı veya metastatik hastalığı olmayan PTMC hastalarında vakaların %93.6'sında tam remisyon sağlanmıştır (62).

Yüksek Yoğunluklu Odaklanmış Ultrason

Yüksek yoğunluklu odaklanmış ultrason (HIFU), cilt penetrasyonu olmadan cilde yakın bir yerden, seçilen bir odakta TA yoluyla irreversibl doku nekrozu yapar (63). Yalnızca benign tiroid nodüllü küçük hasta gruplarında kullanılmıştır. Tedavi ultrason ve manyetik rezonans görüntüleme eşliğinde uygulanabilir, ancak HIFU sistemlerine ulaşım zordur, 2020'de sadece 35 ülkede mevcuttur. 2017'deki bir metanaliz, HIFU'nun tiroid nodüllerinde kullanıldığı yalnızca 5 çalışma bulmuştur, en büyüğünde de 22 nodul mevcuttur. Bu küçük metaanalizde HIFU'nun güvenilir bir tetkik olduğu, ilk 3-6 ayda %45-50 volüm azalması olduğu gösterilmiştir ancak uzun dönem etkinlik verisi eksiktir. Aynı grup tarafından yapılan iki yeni çalışmada, HIFU ile 6. ay ve 2. yılda nodül hacminde %68,3 ve %70,4 azalma olduğu gösterilmiştir. HIFU'nun AFTN tedavisinde etkinliği konusunda sınırlı veri mevcuttur. Az sayıda AFTN'li hastada HIFU ve RAI'nin karşılaştırıldığı tek merkezli bir çalışmada sintigrafik yanıtta iyileşme ve hipertiroidizmde düzelleme RAI grubunda daha belirgindir (64). HIFU'nun en büyük sınırlılığı ulaşımın zor olması ve diğer ablasyon tekniklerine göre daha uzun tedavi süresi gerektirmesidir (65, 66).

Çeşitli Ablasyon İşlemlerinin ve Cerrahinin Karşılaştırılması

Cerrahi, benign ve malign tiroid lezyonlarının ilk tedavi seçeneğidir. Ancak cerrahiye uygun olmayan yaşlılar veya ameliyatı reddeden kişiler ve/veya cerrahi komplikasyonlardan ve hipotiroidizmden kaçınmak isteyenler için ilk tercih olamamaktadır. Minimal invaziv tedaviler cerrahiye etkili, hızlı ve daha ucuz bir alternatif oluştururlar. Tekrarlayan, benign tiroid kistleri için PEI düşünülmelidir, RFA ve lazer teknikleri ise benign, semptomatik ve/veya otonom fonksiyone solid nodüller için daha uygundur. Bununla birlikte, daha büyük nodüller istenen sonucu elde etmek için birden fazla seans gerektirdiğinden, daha küçük boyutlu nodüllerle daha iyi sonuçlar elde edilebilir.

Benign Tiroid Nodülleri

1289 benign tiroid nodüllü hastayı içeren 7 çalışmanın meta-analizinde, TA ve konvansiyonel tiroidektomi, güvenilirlik ve etkinlik açısından karşılaştırılmıştır. Genel olarak, TA daha güvenlidir ve daha az ses kısıklığı, hipotiroidizm ve postoperatif ağrı gelişmiş, daha kısa süre hastane yatışı ve daha iyi kozmetik etki oluşmuştur, ancak semptom iyileşmesi açısından benzerdir (67). Benign tiroid nodüllü 450 (18-50 yaş) hasta içeren TA ve tiroidektominin karşılaştırıldığı randomize kontrollü bir çalışmada, TA grubunda yaşam kalitesi daha iyi ve hastalar tedavi etkilerinden daha memnundurlar. Ancak TA ile istenen etkinin daha uzun sürede çıkacağı unutulmamalıdır (68). Cerrahi ile hipotiroidizm, RLN hasarı ve hipoparatiroidizm gibi komplikasyonlar daha çok görülmüştür. Ancak bu veriler TA prosedürleri yalnız deneyimli merkezlerde yapıldığında uygundur. Ayrıca hızlı klinik iyileşme isteniyor veya derin/retrosternal yerleşim varsa tiroid nodülüne RFA yapılmamalıdır. Bazı az sayıda küçük çalışmada RFA ve RAI karşılaştırılmıştır. AFTN'lerde tek bir RFA seansının etkililiğini RAI tedavisi (15 mCi'lik sabit doz) ile karşılaştıran küçük bir çalışmada, RAI ve RFA'dan sonra sırasıyla %68,4 ± %28,9 ve %76,4 ± %16,9'luk hacim azalması izlenmiştir, aralarında istatistiksel bir fark saptanmamıştır. RAI alan hastaların %72'sinde RFA yapılan hastaların %90.9'unda ötiroidizm sağlanmıştır (69). TA büyük toksik multinoduler guatrlar için ilk tedavi seçeneği değildir, ancak TA ile RAI'yi birlikte kullanmanın erken

sonuçları tekli tedaviye göre daha iyi volüm azalması sağladığını göstermiştir (70, 71). Benign tiroid nodüllerinin tedavisinde RFA ve LA sonuçlarını karşılaştıran 5 yıllık takip süreli geniş, çok merkezli retrospektif bir çalışmada, her iki TA tekniğinin de benign tiroid nodüllerinde klinik olarak anlamlı ve uzun süreli hacim azalması sağladığı görülmüştür. RFA grubunun %85'inde, LA grubunun %63'ünde volüm azalması sağlanmıştır. Yeniden büyüme RFA grubunun %20'sinde LA grubunun %38'inde olmuştur. Yeniden büyüme olan hastaların sadece %18'i tedavi gerektirmiştir (RFA grubunda %12, LA grubunda %24). RFA yapılan hastalarda yeniden büyüme ve zamanla tedavi gerekmesi daha azdır. Ek tedaviler daha büyük nodüllü, daha genç, daha az enerji verilmiş ve birinci yılda hacim azalması az olanlarda gerekmiştir (72).

Malign Tiroid Lezyonları

Malign tiroid lezyonların tedavisinde TA tedavisinin etkinliğini diğer teknikler veya cerrahi ile karşılaştıran birçok çalışma ve metaanaliz mevcuttur. RFA ve PEI'nin 270 malign tiroid lezyonlu hastada etkinlik ve güvenliğini karşılaştıran 10 çalışmalık metaanalizde, volüm azalma oranı RFA grubunda (%100) PEI grubuna (%89.5) göre daha yüksek saptanmıştır. RFA sonrası malign tiroid lezyonlarının tamamen kaybolması (% 68.8), PEI sonrasında (%53.4) daha fazladır ve rekürrens RFA yapılan hastalarda daha azdır. Ancak bu farklar istatistiksel anlamlı değildir. RFA sonrasında Tg düzeyinde azalma %71.6 iken PEI sonrası %93.8'dir ($p<0.001$). RFA ve PEI sonrası komplikasyonlar az görülmüştür. Gerekli RFA seansı sayısı PEI seansı sayısından hafifçe daha azdır. Bazı yeni çalışmalar, TA tekniklerinin PTMC tedavisindeki etkinlik ve güvenliğini değerlendirmiştir. 715 hastalık 11 çalışmanın yeni yapılan metaanalizinde, RFA'nın diğer TA tekniklerine göre en iyi hacim azalma oranını sağladığı (%99.3), sonrasında MWA (%95.3) ve LA (%88.6)'nın geldiği görülmüştür ($p<0.001$) (48). 12 çalışmalı başka bir metaanalizde, 1000'den fazla sayıda PTMC'li hastada, RFA, MWA ve LA termal tedavilerinin etkinlik ve güvenliliği karşılaştırılmıştır. Tüm tedavilerin tümör volümünde anlamlı azalma sağladığı, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da MWA'nın RFA ve LA'ya göre volüm azalmasında daha etkin olduğu, tümör rekürrensının RFA grubunda daha az olduğu görülmüştür (73). Malign tiroid nodüllerinin tamamen kaybolma oranları RFA, MWA ve LA sırasıyla %76.2, %62,9 ve %57,3 olarak saptanmıştır. Komplikasyon oranları tüm modalitelerde benzerdir. İzole intratiroidal PTMC'si olan 174 hastalık retrospektif bir çalışma, RFA etkinliğini birinci seçenek tedavi gibi cerrahi ile karşılaştırmıştır. 5 yıllık uzun süreli takip sonucuna göre iyi seçilmiş düşük riskli intratiroidal PTMC'li hastalarda RFA'nın cerrahiye göre etkinliğinin daha düşük olmadığı gösterilmiştir. RFA ile karşılaştırıldığında, cerrahi daha uzun süre hastane yatışı ve daha fazla maliyet gerektirmiştir ($p<0.001$). Cerrahi grubunda daha fazla komplikasyon görülmüştür ve tedavi sonrası tiroid ilişkili yaşam kalitesi daha düşüktür (74). 182 soliter T1bN0M0 PTClı hasta içeren retrospektif bir çalışmada RFA cerrahi ile karşılaştırıldığında, iki grup arasında lokal tümör progresyonu açısından anlamlı fark görülmemiştir. Ancak cerrahi grupta daha fazla komplikasyon (kalıcı hipoparatiroidizm) görülmüştür (75). Diğer tek merkezli bir çalışmada lokal rekürrens tiroid kanserli 221 hastada RFA ve tekrarlayan cerrahinin 1-10 yıl takip süresince etkinlik ve komplikasyon oranı karşılaştırılmıştır. Rekürrenssiz sağ kalım RFA ve cerrahide benzerdir, serum Tg düzeylerinde fark yoktur, ancak tekrarlayan cerrahide daha fazla komplikasyon (özellikle hipokalsemi) görülmüştür. RFA az sayıda lokal nüksü olan diferansiye tiroid kanserli hastaların tedavisinde tekrarlayan cerrahlere göre etkin ve güvenilir bir seçenektir (76).

Diğer Durumlar

Hastaların Uzun Dönem Takibi

Ablasyon işlemleri geçiren hastaların uzun dönem takibi önerilir, ancak klinik çalışmalar klinik ve sonografik takip için farklı takvimler önermektedir (77). Maksimum nodül küçülmesi neredeyse her zaman işlemden 1 yıl sonra elde edildiğinden, zaman içinde olası yeniden büyümeyi izlemek için sonraki boyun US muayenelerinin her 1 ila 2 yılda bir yapılması önerilir; yeniden büyüme genellikle işlemden 3 ila 5 yıl sonra ortaya çıkar (78). Prosedürden sonra yeniden nodül büyümesinin tanımı, değerlendirme için kullanılan kriterlere bağlı olarak değişse de, çoğunlukla kaydedilen en küçük hacme göre $> \%50$ nodül hacmi artışı olarak tanımlanır (77, 79). Maligniteyi ekarte etmek için sitolojik değerlendirme yaptıktan sonra, daha önce tedavi edilmemiş periferik alanlardan gelişen büyümelere ek ablasyon prosedürleri düşünülmelidir (80). Uzun süreli biyokimyasal değerlendirme, hiperfonksiyonel tiroid nodülleri dışında genellikle gerekmez.

Termal Ablasyon Yapılan Lezyonların Tekrarlanan Biyopsisine / Cerrahi Gerekliliğine İlişkin Uyarılar

Termal ablate edilmiş lezyonların tekrarlayan biyopsi zamanlamasına ve endikasyonuna dair sınırlı sayıda kanıt vardır. Maligniteyi ekarte etmek için sitolojik değerlendirme tekrarlayan ablasyondan önce önerilmektedir. Tiroid nodüllerinin RFA ve LA ile tedavisinden sonra gelişen patolojik değişiklikleri az sayıda çalışma değerlendirmiştir (81, 82). Küçük de olsa bu çalışmalardan elde edilen veriler, bir seans RFA veya LA ile tedaviyi takiben tedavi edilen bölgeye bitişik tiroid dokusunda atipik değişiklikler veya neoplastik dönüşüm göstermemiştir. Uzmanlar, işlem sonrası 6. ayda nodül hacminde $> \%30$ azalma sağlanmazsa veya bası semptomlarına neden olan nodülde yeniden büyüme olursa cerrahi düşünülmesini önermektedir. Klinisyenler, cerrahiye yönlendirmeyi düşünürken, bireysel tercihleri ve cerrahi sonrası gelişecek hipotiroidizm gibi komorbiditeleri de dikkate almalıdır.

Ablasyon Tedavilerinin Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkileri

Görüntü eşliğinde yapılan PEI ve TA prosedürleri artık seçilmiş vakalarda cerrahi veya izleme göre daha uygun maliyetli ve güvenli terapötik alternatifler olarak kabul edilmektedir. Semptomları ve kozmetik kaygıları değerlendiren mevcut çalışmaların çoğu onaylı anketler kullanmamıştır (83). Benign tiroid nodülleri veya tiroid kanseri için ablasyon uygulanan hastalarda sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi (HRQOL) ile ilgili veriler azdır. Benign tiroid nodülleri veya kistleri için ablasyon tedavilerini takiben HRQOL'yi değerlendiren çalışmalar, çoğunlukla PEI veya RFA ile tedavi edilmiş az sayıda hasta içeren tek merkezli çalışmalardır.

Perkütan Etanol Enjeksiyonu

Semptomatik benign tiroid kistleri olan 30 hastalık tek merkezli bir çalışma, PEI sonrası 6. ayda semptom kalıcılığını ve fiziksel ve mental sağlık bileşenlerini içeren 36 maddelik kısa sağkalım anketi kullanarak HRQOL'ü değerlendirmiştir. Bu çalışma, PEI'den sonraki 6. ayda hastaların QOL anketindeki puanlarının sağlıklı genel popülasyon ile benzer olduğunu göstermiştir. Onaylanmamış bir anketle değerlendirilen semptomlar ve kozmetik endişeler, tedaviden önce 22 ± 8 iken tedaviden sonra 13 ± 5 'e düşerek önemli ölçüde iyileşmiştir ($P < .05$) (84).

Radyofrekans Ablasyon

Birkaç çalışmada, RFA yapılan hastalarda 6 aydan 2 yıla kadar değişken takipte 36 maddelik kısa sağkalım anketi kullanarak HRQOL değerlendirilmiştir (83, 85). İşlem sonrası değerlendirildiğinde HRQOL genel sağlıklı popülasyondan farklı değildir ve işlem öncesi ile karşılaştırıldığında

takipte iyileşmiştir. Benign tiroid nodüllerinde RFA ve cerrahinin HRQOL açısından karşılaştırıldığı en büyük çalışma Çin'de yapılmıştır (86). 6. Ay kontrolünde RFA grubunda genel popülasyonla fark saptanmazken, cerrahi grup genel popülasyonla karşılaştırıldığında QOL'in fiziksel ve mental komponentleri anlamlı olarak düşüktür. Başka bir çalışmada benign solid tiroid nodülleri için RFA yapılan 40 hastada semptom ve kozmetik skorlar 0'dan 10'a kadar görsel analog skorla değerlendirilmiştir (83). 2 yıllık takipte semptom skoru 5.6 ± 3.1 'den 1.9 ± 1.3 'e, kozmetik skor 5.7 ± 3.2 'den 1.9 ± 1.5 'e düşmüştür ($p < 0.001$). Diğer çalışmalarda da semptom ve kozmetik skorlar için benzer sonuçlar elde edilmiştir. PTMC için RFA yapılan hastalarda da HRQOL değerlendiren birkaç çalışma vardır. Genel olarak bu çalışmalar RFA'nın cerrahiden daha iyi bir QOL sağladığını göstermiştir.

Mikrodalga Ablasyon

PTMC'li 92 hasta içeren 42 aylık takip çalışmasında MWA yapılanlarda QOL cerrahiye göre daha iyi saptanmıştır (87).

Tablo 1 Ablasyon tedavileri öncesinde gerekli olan tiroid nodül değerlendirmeleri

Değerlendirme	Benign	Malign
Tanı	Çoğu solid nodüller için 2 kez benign sitoloji Spongiform veya pür kistik nodüllerde 1 kez benign sitoloji Otonom fonksiyone nodüller için 1 kez benign sitoloji Düşük riskli ultrasonografik özellikler	Primer malignite: Sitolojik olarak gösterilmiş Rekürrens: Sitoloji ya da Tg yıkama ile gösterilmiş
Ultrason	Volüm değerlendirmesi, sonografik özellikler, nodül sınırları, riskli kritik yapıların tanımlanması	Volüm ve lezyon sayısının değerlendirilmesi, nodül sınırları, riskli kritik yapıların tanımlanması
Laboratuvar	Tam kan sayımı, koagülasyon testleri, TSH ve serbest T4	Tam kan sayımı, koagülasyon testleri, TSH ve serbest T4, Tg ve anti Tg
Ek görüntüleme	Büyük substernal guatr-CT veya MR Teknesyum veya I-123 ile tarama	CT veya MR

TSH:Tiroid stimule edici hormon, T4:tiroksin, CT:Bilgisayarlı tomografi, MR: Manyetik Rezonans

Tablo.2 Termal Ablasyon Tedavileri ve Teknik Özellikleri

	LA	RFA	HIFU	MWA
İğne boyutu, G	21	15-18		14-16
Aktif uç, mm	5	3.8-20		20-40
Ortalama Güç, W	Fiber başına 3-7	35-60	30-40	30-50
Süre, dk	15-30	15-40	45-60	10-20

Kontreendikasyonları		Pacemaker Gebelik	Kistik Komponent	
Öneriler	2 operatör Hareketli atış yöntemine gerek yok	Hareketli atış yöntemiyle ilgili deneyim	Hareket ve ağrı kontrolü Uzun süre	

G, gauge; RFA,radyofrekans; HIFU, Yüksek yoğunluklu odaklanmış ultrason; MWA, mikrodalga

Tablo 3. Ablasyon tedavilerinin etkinlik karşılaştırması

	Solid/çoğunluğu solid benign nodül	Kistik/çoğunluğu kistik benign nodül	Fonksiyone nodül	Primer malignite	Rekürren Malignitee
RFA	+++	++	+	++	+
PEI	N/A	+++	+	++	+
MWAAA	++	+	+	++	+
LA	++	++	+	++	+
HIFU	++	N/A	+	N/A	N/A

RFA: Radyofrekans ablasyon, PEI:Perkütan alkol enjeksiyonu, MWA: Mikrodalga Ablasyon, LA:Lazer ablayon, HIFU: Yüksek yoğunluklu odaklanmış ultrason

Not: +, ++ veya +++ her klinik durum için teknolojik etkinliği (+++ en etkin) göstermektedir, N/A, değerlendirmek için yetersiz veri anlamındadır.

Nodül yapısı için çoğunluğu tanımı, nodül volümünün >%50 oluşturan komponent için kullanılmıştır.

TEMĐ Önerileri

- Ablasyon işlemi öncesinde nodülün benign olduğu İnce İğne Aspirasyonu(FNA) ya da Kor İğne Biyopsisi(CNB) ile gösterilmektedir. AFTN, spongioform veya pür kistik nodüllerde bir benign sonuç yeterli olabilirken, diğer tüm nodüllerde en az iki kez konfirmasyon gerekir.
- Basit aspirasyon ile tedavi edilemeyen pür kistik ya da çoğunluğu kistik benign nodüllerin birinci seçenek tedavisi Perkutan Etanol Enjeksiyonu'dur.
- Perkutan Etanol Enjeksiyonu miks solid/kistik nodüllerde ve solid nodüllerde önerilmemektedir.
- Kompresif ve/veya kozmetik semptomları olan ve cerrahi istemeyen benign tiroid nodüllü hastalarda, Termal Ablasyon(TA) tedavileri cerrahiye birinci seçenek alternatif olarak kullanılabilir.
- Asemptomatik lezyonlarda Termal Ablasyon tedavileri önerilmemektedir.
- Hastalar işlem öncesinde ablasyon tedavi seçenekleri, potansiyel etkinlikleri ve yan etkileri, tedavi alternatifleri ve tedavinin gerekliliği konusunda sözlü ve yazılı olarak dikkatli bir şekilde bilgilendirilmelidir.
- Termal Ablasyon işlemi öncesi tiroid ve vokal kord fonksiyonları, komorbiditeler ve Termal Ablasyon tedavisine kontrendikasyonlar değerlendirilmelidir; ses kısıklığı olan, boyun ameliyatı geçirmiş veya kritik yapılarla yakın nodülleri olan hastalarda laringoskopi önerilir.
- Büyük AFTN'li hastalarda, tiroid fonksiyonlarının normalleşme olasılığı düşük olduğundan ilk seçenek tedavi olarak Termal Ablasyon önerilmemektedir, yalnızca RAI veya cerrahi istemeyen ya da tedaviye uygun olmayan hastalarda düşünülebilir.
- Perinodüler tiroid dokusu az baskılanmış olan küçük AFTN'li genç hastalarda, tiroid fonksiyonlarının normalleşme ihtimali yüksek olduğundan Termal Ablasyon düşünülebilir.
- Termal Ablasyon tedavileri, cerrahiye uygun olmayan veya cerrahiye veya aktif izlemi reddeden düşük riskli PTMC hastalarının tedavisinde düşünülebilir.
- Cerrahiye uygun olmayan veya cerrahiye veya aktif izlemi reddeden, rekürren PTC'li hastalarda Termal Ablasyon tedavileri düşünülebilir.

FNA: İnce iğne aspirasyonu, CNB: Kor iğne biyopsisi, AFTN: Otonom fonksiyone tiroid nodülü, PEI: Perkutan etanol enjeksiyonu, TA:Termal ablasyon, PTMC: Papiller tiroid mikrokanseri, PTC: Papiller tiroid kanseri

Kaynaklar

1. S.Y. Hahn, J.H. Shin, D.G. Na, E.J. Ha, H.S. Ahn, H.K. Lim, J.H. Lee, J.S. Park, J.H. Kim, J.Y. Sung, J.H. Lee, J.H. Baek, J.H. Yoon, J.S. Sim, K.H. Lee, S.M. Baek, S.L. Jung, Y.K. Kim, Y.J. Choi, R. Korean Society of Thyroid, R. Korean Society of, Ethanol Ablation of the Thyroid Nodules: 2018 Consensus Statement by the Korean Society of Thyroid Radiology, Korean J Radiol 20(4) (2019) 609-620.
2. J.H. Kim, J.H. Baek, H.K. Lim, H.S. Ahn, S.M. Baek, Y.J. Choi, Y.J. Choi, S.R. Chung, E.J. Ha, S.Y. Hahn, S.L. Jung, D.S. Kim, S.J. Kim, Y.K. Kim, C.Y. Lee, J.H. Lee, K.H. Lee, Y.H. Lee, J.S. Park, H. Park, J.H. Shin, C.H. Suh, J.Y. Sung, J.S. Sim, I. Youn, M. Choi, D.G. Na, R. Guideline Committee for the Korean Society of Thyroid, R. Korean Society of, 2017 Thyroid Radiofrequency Ablation Guideline: Korean Society of Thyroid Radiology, Korean J Radiol 19(4) (2018) 632-655.
3. E. Papini, H. Monpeyssen, A. Frasoldati, L. Hegedus, 2020 European Thyroid Association Clinical Practice Guideline for the Use of Image-Guided Ablation in Benign Thyroid Nodules, Eur Thyroid J 9(4) (2020) 172-185.
4. E. Papini, C.M. Pacella, L.A. Solbiati, G. Achille, D. Barbaro, S. Bernardi, V. Cantisani, R. Cesareo, A. Chiti, L. Cozzaglio, A. Crescenzi, F. De Cobelli, M. Deandrea, L. Fugazzola, G. Gambelunghe, R. Garberoglio, G. Giugliano, L. Luzi, R. Negro, L. Persani, B. Raggiunti, F. Sardanelli, E. Seregni, M. Sollini, S. Spiezia, F. Stacul, D. Van Doorne, L.M. Sconfienza, G. Mauri, Minimally-invasive treatments for benign thyroid nodules: a Delphi-based consensus statement from the Italian minimally-invasive treatments of the thyroid (MITT) group, Int J Hyperthermia 36(1) (2019) 376-382.
5. H. Dobnig, W. Zechmann, M. Hermann, M. Lehner, D. Heute, S. Mirzaei, A. Gessl, V. Stepan, G. Hofle, P. Riss, A. Simon, Radiofrequency ablation of thyroid nodules: "Good Clinical Practice Recommendations" for Austria : An interdisciplinary statement from the following professional associations: Austrian Thyroid Association (OSDG), Austrian Society for Nuclear Medicine and Molecular Imaging (OGNMB), Austrian Society for Endocrinology and Metabolism (OGES), Surgical Endocrinology Working Group (ACE) of the Austrian Surgical Society (OEGCH),

- Wien Med Wochenschr 170(1-2) (2020) 6-14.
6. R. Garberoglio, C. Aliberti, M. Appetecchia, M. Attard, G. Boccuzzi, F. Boraso, G. Borretta, G. Caruso, M. Deandrea, M. Freddi, G. Gallone, G. Gandini, G. Gasparri, C. Gazzera, E. Ghigo, M. Grosso, P. Limone, M. Maccario, L. Mansi, A. Mormile, P.G. Nasi, F. Orlandi, D. Pacchioni, C.M. Pacella, N. Palestini, E. Papini, M.R. Pelizzo, A. Piotto, T. Rago, F. Riganti, L. Rosato, R. Rossetto, A. Scarmozzino, S. Spiezia, O. Testori, R. Valcavi, A. Veltri, P. Vitti, M. Zingrillo, Radiofrequency ablation for thyroid nodules: which indications? The first Italian opinion statement, *J Ultrasound* 18(4) (2015) 423-30.
 7. B.R. Haugen, E.K. Alexander, K.C. Bible, G.M. Doherty, S.J. Mandel, Y.E. Nikiforov, F. Pacini, G.W. Randolph, A.M. Sawka, M. Schlumberger, K.G. Schuff, S.I. Sherman, J.A. Sosa, D.L. Steward, R.M. Tuttle, L. Wartofsky, 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer, *Thyroid* 26(1) (2016) 1-133.
 8. F.N. Bennedbaek, L. Hegedus, Percutaneous ethanol injection therapy in benign solitary solid cold thyroid nodules: a randomized trial comparing one injection with three injections, *Thyroid* 9(3) (1999) 225-33.
 9. R. Guglielmi, C.M. Pacella, A. Bianchini, G. Bizzarri, R. Rinaldi, F.M. Graziano, L. Petrucci, V. Toscano, E. Palma, M. Poggi, E. Papini, Percutaneous ethanol injection treatment in benign thyroid lesions: role and efficacy, *Thyroid* 14(2) (2004) 125-31.
 10. M.C. Ferreira, C. Piaia, A.C. Cadore, Percutaneous ethanol injection versus conservative treatment for benign cystic and mixed thyroid nodules, *Arch Endocrinol Metab* 60(3) (2016) 211-6.
 11. M. Deandrea, P. Trimboli, A. Creanza, F. Garino, A. Mormile, S. Bertolino, R. Garberoglio, P.P. Limone, M. Zingrillo, Long-term follow-up of cystic thyroid nodules treated with percutaneous ethanol injection (PEI) using two different approaches, *Eur J Endocrinol* 183(5) (2020) 489-495.
 12. N.M. Iniguez-Ariza, R.A. Lee, N.M. Singh-Ospina, M.N. Stan, M.R. Castro, Ethanol Ablation for the Treatment of Cystic and Predominantly Cystic Thyroid Nodules, *Mayo Clin Proc* 93(8) (2018) 1009-1017.
 13. C.L. Perez, T.M. Figuera, F. Miasaki, C.O. Mesa Junior, G.J. Paz Filho, H. Graf, G.A. Carvalho, Evaluation of percutaneous ethanol injections in benign thyroid nodules, *Arq Bras Endocrinol Metabol* 58(9) (2014) 912-7.
 14. I.D. Hay, R.A. Lee, S. Kaggal, J.C. Morris, M.N. Stan, M.R. Castro, V. Fatourechi, G.B. Thompson, J.W. Charboneau, C.C. Reading, Long-Term Results of Treating With Ethanol Ablation 15 Adult Patients With cT1aN0 Papillary Thyroid Microcarcinoma, *J Endocr Soc* 4(11) (2020) bvaa135.
 15. B.D. Lewis, I.D. Hay, J.W. Charboneau, B. McIver, C.C. Reading, J.R. Goellner, Percutaneous ethanol injection for treatment of cervical lymph node metastases in patients with papillary thyroid carcinoma, *AJR Am J Roentgenol* 178(3) (2002) 699-704.
 16. C.Y. Lim, J.S. Yun, J. Lee, K.H. Nam, W.Y. Chung, C.S. Park, Percutaneous ethanol injection therapy for locally recurrent papillary thyroid carcinoma, *Thyroid* 17(4) (2007) 347-50.
 17. A. Heilo, E. Sigstad, K.H. Fagerlid, O.I. Håskjold, K.K. Grøholt, A. Berner, T. Bjørø, L.H. Jørgensen, Efficacy of Ultrasound-Guided Percutaneous Ethanol Injection Treatment in Patients with a Limited Number of Metastatic Cervical Lymph Nodes from Papillary Thyroid Carcinoma, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 96(9) (2011) 2750-2755.
 18. B.M. Kim, M.J. Kim, E.-K. Kim, S.I. Park, C.S. Park, W.Y. Chung, Controlling recurrent papillary thyroid carcinoma in the neck by ultrasonography-guided percutaneous ethanol injection, *European Radiology* 18(4) (2008) 835-842.
 19. S.Y. Kim, S.-M. Kim, H. Chang, B.-W. Kim, C.Y. Lim, Y.S. Lee, H.-S. Chang, C.S. Park, Long-term outcomes of ethanol injection therapy for locally recurrent papillary thyroid cancer, *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* 274(9) (2017) 3497-3501.
 20. I.D. Hay, R.A. Lee, C. Davidge-Pitts, C.C. Reading, J.W. Charboneau, Long-term outcome of ultrasound-guided percutaneous ethanol ablation of selected "recurrent" neck nodal metastases in 25 patients with TNM stages III or IVA papillary thyroid carcinoma previously treated by surgery and 131I therapy, *Surgery* 154(6) (2013) 1448-54; discussion 1454-5.
 21. Horner's Syndrome as a Complication of Percutaneous Ethanol Treatment of Thyroid Nodule, *Thyroid* 21(3) (2011) 327-328.
 22. B. Cakir, Ultrasound Guided Therapeutic Applications in Nodular Thyroid Diseases: Percutaneous Ethanol Injection, Percutaneous Laser Thermal Ablation, Radiofrequency Ablation, High-Intensity Focused Ultrasound; Therapeutic Indications, Different Techniques, Possible Adverse Events and Complications, Short and Long Term Outcomes, *Turkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics* 1(3) (2008) 36-53.

23. H.S. Park, Y. Yim, J.H. Baek, Y.J. Choi, Y.K. Shong, J.H. Lee, Ethanol ablation as a treatment strategy for benign cystic thyroid nodules: a comparison of the ethanol retention and aspiration techniques, *Ultrasonography* 38(2) (2019) 166-171.
24. A. Ozderya, K. Aydin, N. Gokkaya, S. Temizkan, Percutaneous Ethanol Injection for Benign Cystic and Mixed Thyroid Nodules, *Endocr Pract* 24(6) (2018) 548-555.
25. M. Deandrea, F. Garino, M. Alberto, R. Garberoglio, R. Rossetto, N. Bonelli, S. Spiezia, M. De Santis, S. Monti, M.G. Deiana, T. Vincenzo, C. Cugini, G. El Dalati, P.P. Limone, Radiofrequency ablation for benign thyroid nodules according to different ultrasound features: an Italian multicentre prospective study, *Eur J Endocrinol* 180(1) (2019) 79-87.
26. O. Hamidi, M.R. Callstrom, R.A. Lee, D. Dean, M.R. Castro, J.C. Morris, M.N. Stan, Outcomes of Radiofrequency Ablation Therapy for Large Benign Thyroid Nodules: A Mayo Clinic Case Series, *Mayo Clinic Proceedings* 93(8) (2018) 1018-1025.
27. S.L. Jung, J.H. Baek, J.H. Lee, Y.K. Shong, J.Y. Sung, K.S. Kim, D. Lee, J.-h. Kim, S.M. Baek, J.S. Sim, D.G. Na, Efficacy and Safety of Radiofrequency Ablation for Benign Thyroid Nodules: A Prospective Multicenter Study, *Korean J Radiol* 19(1) (2018) 167-174.
28. A.W. Park, J. Hwan Baek, Radiofrequency Ablation Therapy for Large Benign Thyroid Nodules, *Mayo Clinic Proceedings* 93(9) (2018) 1327-1328.
29. W.K. Jeong, J.H. Baek, H. Rhim, Y.S. Kim, M.S. Kwak, H.J. Jeong, D. Lee, Radiofrequency ablation of benign thyroid nodules: safety and imaging follow-up in 236 patients, *European Radiology* 18(6) (2008) 1244-1250.
30. S.L. Jung, J.H. Baek, J.H. Lee, Y.K. Shong, J.Y. Sung, K.S. Kim, D. Lee, J.H. Kim, S.M. Baek, J.S. Sim, D.G. Na, Efficacy and Safety of Radiofrequency Ablation for Benign Thyroid Nodules: A Prospective Multicenter Study, *Korean J Radiol* 19(1) (2018) 167-174.
31. H.K. Lim, S.J. Cho, J.H. Baek, K.D. Lee, C.W. Son, J.M. Son, S.M. Baek, US-Guided Radiofrequency Ablation for Low-Risk Papillary Thyroid Microcarcinoma: Efficacy and Safety in a Large Population, *Korean J Radiol* 20(12) (2019) 1653-1661.
32. K.D. Kohlhase, Y. Korkusuz, D. Gröner, C. Erbeling, C. Happel, W. Luboldt, F. Grünwald, Bipolar radiofrequency ablation of benign thyroid nodules using a multiple overlapping shot technique in a 3-month follow-up, *International Journal of Hyperthermia* 32(5) (2016) 511-516.
33. S.N. Goldberg, M. Ahmed, G.S. Gazelle, J.B. Kruskal, J.C. Huertas, E.F. Halpern, B.S. Oliver, R.E. Lenkinski, Radio-frequency thermal ablation with NaCl solution injection: effect of electrical conductivity on tissue heating and coagulation-phantom and porcine liver study, *Radiology* 219(1) (2001) 157-65.
34. E.A. Chen, Z. Neeman, F.T. Lee, A. Kam, B. Wood, Thermal Protection with 5% Dextrose Solution Blanket During Radiofrequency Ablation, *CardioVascular and Interventional Radiology* 29(6) (2006) 1093-1096.
35. Q. Zhao, G. Tian, D. Kong, T. Jiang, Meta-analysis of radiofrequency ablation for treating the local recurrence of thyroid cancers, *Journal of Endocrinological Investigation* 39(8) (2016) 909-916.
36. R. Garberoglio, C. Aliberti, M. Appetecchia, M. Attard, G. Boccuzzi, F. Boraso, G. Borretta, G. Caruso, M. Deandrea, M. Freddi, G. Gallone, G. Gandini, G. Gasparri, C. Gazzera, E. Ghigo, M. Grosso, P. Limone, M. Maccario, L. Mansi, A. Mormile, P.G. Nasi, F. Orlandi, D. Pacchioni, C.M. Pacella, N. Palestini, E. Papini, M.R. Pelizzo, A. Piotto, T. Rago, F. Riganti, L. Rosato, R. Rossetto, A. Scarmozzino, S. Spiezia, O. Testori, R. Valcavi, A. Veltri, P. Vitti, M. Zingrillo, Radiofrequency ablation for thyroid nodules: which indications? The first Italian opinion statement, *Journal of Ultrasound* 18(4) (2015) 423-430.
37. Radiofrequency Ablation for Autonomously Functioning Thyroid Nodules: A Multicenter Study, *Thyroid* 25(1) (2015) 112-117.
38. S. Jasim, K.N. Patel, G. Randolph, S. Adams, R. Cesareo, E. Condon, T. Henrichsen, M. Itani, M. Papaleontiou, L. Rangel, J. Schmitz, M.N. Stan, American Association of Clinical Endocrinology Disease State Clinical Review: The Clinical Utility of Minimally Invasive Interventional Procedures in the Management of Benign and Malignant Thyroid Lesions, *Endocr Pract* 28(4) (2022) 433-448.
39. Five-Year Results of Radiofrequency and Laser Ablation of Benign Thyroid Nodules: A Multicenter Study from the Italian Minimally Invasive Treatments of the Thyroid Group, *Thyroid* 30(12) (2020) 1759-1770.
40. L.A. Orloff, J.E. Noel, B.C. Stack, Jr., M.D. Russell, P. Angelos, J.H. Baek, K.T. Brumund, F.Y. Chiang, M.B. Cunnane, L. Davies, A. Frasoldati, A.Y. Feng, L. Hegedus, A.J. Iwata, E. Kandil, J. Kuo, C. Lombardi, M. Lupo, A.L. Maia, B. McIver, D.G. Na, R. Novizio, E. Papini, K.N. Patel, L. Rangel, J.O. Russell, J. Shin, M. Shindo, D.C. Shonka, Jr., A.S. Karcicoglu, C. Sinclair, M. Singer, S. Spiezia, J.H. Steck, D. Steward, K. Tae, N. Tolley, R. Valcavi, R.P. Tufano, R.M. Tuttle, E. Volpi, C.W. Wu, A.H. Abdelhamid Ahmed, G.W. Randolph, Radiofrequency

- ablation and related ultrasound-guided ablation technologies for treatment of benign and malignant thyroid disease: An international multidisciplinary consensus statement of the American Head and Neck Society Endocrine Surgery Section with the Asia Pacific Society of Thyroid Surgery, Associazione Medici Endocrinologi, British Association of Endocrine and Thyroid Surgeons, European Thyroid Association, Italian Society of Endocrine Surgery Units, Korean Society of Thyroid Radiology, Latin American Thyroid Society, and Thyroid Nodules Therapies Association, *Head Neck* 44(3) (2022) 633-660.
41. H. Gharib, E. Papini, J.R. Garber, D.S. Duick, R.M. Harrell, L. Hegedus, R. Paschke, R. Valcavi, P. Vitti, A.A.A.T.F.o.T. Nodules, American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and Associazione Medici Endocrinologi Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules--2016 Update, *Endocr Pract* 22(5) (2016) 622-39.
 42. I. Hussain, F. Zulfiqar, X. Li, S. Ahmad, J. Aljammal, Safety and Efficacy of Radiofrequency Ablation of Thyroid Nodules-Expanding Treatment Options in the United States, *J Endocr Soc* 5(8) (2021) bvab110.
 43. H. Muhammad, A. Tehreem, J.O. Russell, R.P. Tufano, Radiofrequency Ablation and Autonomous Functioning Thyroid Nodules: Review of the Current Literature, *Laryngoscope* 132(4) (2022) 906-914.
 44. Y. Ito, A. Miyauchi, H. Inoue, M. Fukushima, M. Kihara, T. Higashiyama, C. Tomoda, Y. Takamura, K. Kobayashi, A. Miya, An Observational Trial for Papillary Thyroid Microcarcinoma in Japanese Patients, *World Journal of Surgery* 34(1) (2009) 28.
 45. D.G. Na, J.H. Lee, S.L. Jung, J.H. Kim, J.Y. Sung, J.H. Shin, E.K. Kim, J.H. Lee, D.W. Kim, J.S. Park, K.S. Kim, S.M. Baek, Y. Lee, S. Chong, J.S. Sim, J.Y. Huh, J.I. Bae, K.T. Kim, S.Y. Han, M.Y. Bae, Y.S. Kim, J.H. Baek, R. Korean Society of Thyroid, R. Korean Society of, Radiofrequency ablation of benign thyroid nodules and recurrent thyroid cancers: consensus statement and recommendations, *Korean J Radiol* 13(2) (2012) 117-25.
 46. L. Yan, M. Zhang, Q. Song, Y. Luo, Ultrasound-Guided Radiofrequency Ablation Versus Thyroid Lobectomy for Low-Risk Papillary Thyroid Microcarcinoma: A Propensity-Matched Cohort Study of 884 Patients, *Thyroid* 31(11) (2021) 1662-1672.
 47. M. Ding, X. Tang, D. Cui, J. Chi, Y. Shi, T. Wang, B. Zhai, P. Li, Clinical outcomes of ultrasound-guided radiofrequency ablation for the treatment of primary papillary thyroid microcarcinoma, *Clinical Radiology* 74(9) (2019) 712-717.
 48. Efficacy and Safety of Thermal Ablation Techniques for the Treatment of Primary Papillary Thyroid Microcarcinoma: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Thyroid* 30(5) (2020) 720-731.
 49. J.H. Kim, W.S. Yoo, Y.J. Park, D.J. Park, T.J. Yun, S.H. Choi, C.H. Sohn, K.E. Lee, M.W. Sung, Y.K. Youn, K.H. Kim, B.Y. Cho, Efficacy and Safety of Radiofrequency Ablation for Treatment of Locally Recurrent Thyroid Cancers Smaller than 2 cm, *Radiology* 276(3) (2015) 909-18.
 50. S.R. Chung, J.H. Baek, Y.J. Choi, J.H. Lee, Management strategy for nerve damage during radiofrequency ablation of thyroid nodules, *Int J Hyperthermia* 36(1) (2019) 204-210.
 51. S.R. Chung, C.H. Suh, J.H. Baek, H.S. Park, Y.J. Choi, J.H. Lee, Safety of radiofrequency ablation of benign thyroid nodules and recurrent thyroid cancers: a systematic review and meta-analysis, *Int J Hyperthermia* 33(8) (2017) 920-930.
 52. S.R. Chung, J.H. Baek, J.Y. Sung, J.H. Ryu, S.L. Jung, Revisiting Rupture of Benign Thyroid Nodules after Radiofrequency Ablation: Various Types and Imaging Features, *Endocrinol Metab (Seoul)* 34(4) (2019) 415-421.
 53. A. Ben Hamou, E. Ghanassia, S. Espiard, H. Abi Rached, A. Jannin, J.M. Correas, C. Do Cao, M. Kyheng, M.C. Vantygthem, H. Monpeyssen, Safety and efficacy of thermal ablation (radiofrequency and laser): should we treat all types of thyroid nodules? (dagger), *Int J Hyperthermia* 36(1) (2019) 666-676.
 54. B. Cakir, O. Topaloglu, K. Gul, T. Agac, C. Aydin, A. Dirikoc, M. Gumus, K. Yazicioglu, R.U. Ersoy, S. Ugras, Effects of percutaneous laser ablation treatment in benign solitary thyroid nodules on nodule volume, thyroglobulin and anti-thyroglobulin levels, and cytopathology of nodule in 1 yr follow-up, *J Endocrinol Invest* 29(10) (2006) 876-84.
 55. H. Døssing, F.N. Bennedbaek, L. Hegedüs, Interstitial Laser Photocoagulation (ILP) of Benign Cystic Thyroid Nodules—A Prospective Randomized Trial, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 98(7) (2013) E1213-E1217.
 56. Percutaneous Laser Ablation of Cold Benign Thyroid Nodules: A 3-Year Follow-Up Study in 122 Patients, *Thyroid* 20(11) (2010) 1253-1261.
 57. M.K. Shahrzad, Laser Thermal Ablation of Thyroid Benign Nodules, *Journal of Lasers in Medical Sciences* 6(4) (2015) 151-156.
 58. B. Cakir, K. Gul, R. Ersoy, O. Topaloglu, B. Korukluoglu, Subcapsular hematoma complication during percutane-

- ous laser ablation to a hypoactive benign solitary thyroid nodule, *Thyroid* 18(8) (2008) 917-8.
59. W. Zhou, Y. Chen, L. Zhang, X. Ni, S. Xu, W. Zhan, Percutaneous Microwave Ablation of Metastatic Lymph Nodes from Papillary Thyroid Carcinoma: Preliminary Results, *World Journal of Surgery* 43(4) (2019) 1029-1037.
 60. R. Hoffmann, H. Rempp, L. Erhard, G. Blumenstock, P.L. Pereira, C.D. Claussen, S. Clasen, Comparison of four microwave ablation devices: an experimental study in ex vivo bovine liver, *Radiology* 268(1) (2013) 89-97.
 61. B.-w. Zheng, J.-f. Wang, J.-x. Ju, T. Wu, G. Tong, J. Ren, Efficacy and safety of cooled and uncooled microwave ablation for the treatment of benign thyroid nodules: a systematic review and meta-analysis, *Endocrine* 62(2) (2018) 307-317.
 62. W.W. Yue, L. Qi, D.D. Wang, S.J. Yu, X.J. Wang, H.X. Xu, S.R. Wang, US-guided Microwave Ablation of Low-Risk Papillary Thyroid Microcarcinoma: Longer-Term Results of a Prospective Study, *J Clin Endocrinol Metab* 105(6) (2020).
 63. B.H. Lang, A.L.H. Wu, High intensity focused ultrasound (HIFU) ablation of benign thyroid nodules - a systematic review, *J Ther Ultrasound* 5 (2017) 11.
 64. L. Giovannella, A. Piccardo, C. Pezzoli, F. Bini, R. Ricci, T. Ruberto, P. Trimboli, Comparison of high intensity focused ultrasound and radioiodine for treating toxic thyroid nodules, *Clin Endocrinol (Oxf)* 89(2) (2018) 219-225.
 65. B.H.H. Lang, Y.-C. Woo, K.W.-H. Chiu, Two-year efficacy of single-session high-intensity focused ultrasound (HIFU) ablation of benign thyroid nodules, *European Radiology* 29(1) (2019) 93-101.
 66. Single-Session High-Intensity Focused Ultrasound Treatment in Large-Sized Benign Thyroid Nodules, *Thyroid* 27(5) (2017) 714-721.
 67. S.-H. Guan, H. Wang, D.-K. Teng, Comparison of ultrasound-guided thermal ablation and conventional thyroidectomy for benign thyroid nodules: a systematic review and meta-analysis, *International Journal of Hyperthermia* 37(1) (2020) 442-449.
 68. H. Jin, W. Lin, L. Lu, M. Cui, Conventional thyroidectomy vs thyroid thermal ablation on postoperative quality of life and satisfaction for patients with benign thyroid nodules, *European Journal of Endocrinology* 184(1) (2021) 131-141.
 69. R. Cervelli, S. Mazzeo, G. Boni, A. Boccuzzi, F. Bianchi, F. Brozzi, P. Santini, P. Vitti, R. Cioni, D. Caramella, Comparison between radioiodine therapy and single-session radiofrequency ablation of autonomously functioning thyroid nodules: A retrospective study, *Clin Endocrinol (Oxf)* 90(4) (2019) 608-616.
 70. A. Mader, O.M. Mader, D. Gröner, Y. Korkusuz, S. Ahmad, F. Grünwald, W.T. Kranert, C. Happel, Minimally invasive local ablative therapies in combination with radioiodine therapy in benign thyroid disease: preparation, feasibility and efficiency - preliminary results, *Int J Hyperthermia* 33(8) (2017) 895-904.
 71. M. Chianelli, G. Bizzarri, V. Todino, I. Misischi, A. Bianchini, F. Graziano, R. Guglielmi, C.M. Pacella, H. Gharib, E. Papini, Laser Ablation and I31-Iodine: A 24-Month Pilot Study of Combined Treatment for Large Toxic Nodular Goiter, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 99(7) (2014) E1283-E1286.
 72. S. Bernardi, F. Giudici, R. Cesareo, G. Antonelli, M. Cavallaro, M. Deandrea, M. Giusti, A. Mormile, R. Negro, A. Palermo, E. Papini, V. Pasqualini, B. Raggiunti, D. Rossi, L.M. Sconfienza, L. Solbiati, S. Spiezia, D. Tina, L. Vera, F. Stacul, G. Mauri, Five-Year Results of Radiofrequency and Laser Ablation of Benign Thyroid Nodules: A Multicenter Study from the Italian Minimally Invasive Treatments of the Thyroid Group, *Thyroid* 30(12) (2020) 1759-1770.
 73. M. Tong, S. Li, Y. Li, Y. Li, Y. Feng, Y. Che, Efficacy and safety of radiofrequency, microwave and laser ablation for treating papillary thyroid microcarcinoma: a systematic review and meta-analysis, *Int J Hyperthermia* 36(1) (2019) 1278-1286.
 74. Ultrasound-Guided Radiofrequency Ablation Versus Surgery for Low-Risk Papillary Thyroid Microcarcinoma: Results of Over 5 Years' Follow-Up, *Thyroid* 30(3) (2020) 408-417.
 75. J. Xiao, Y. Zhang, M. Zhang, Y. Lan, L. Yan, Y. Luo, J. Tang, Ultrasonography-guided radiofrequency ablation vs. surgery for the treatment of solitary T1bN0M0 papillary thyroid carcinoma: A comparative study, *Clin Endocrinol (Oxf)* 94(4) (2021) 684-691.
 76. Y. Choi, S.L. Jung, J.S. Bae, S.H. Lee, C.K. Jung, J. Jang, N.Y. Shin, H.S. Choi, K.J. Ahn, B.S. Kim, Comparison of efficacy and complications between radiofrequency ablation and repeat surgery in the treatment of locally recurrent thyroid cancers: a single-center propensity score matching study, *Int J Hyperthermia* 36(1) (2019) 359-367.
 77. H. Dobnig, W. Zechmann, M. Hermann, M. Lehner, D. Heute, S. Mirzaei, A. Gessl, V. Stepan, G. Höfle, P. Riss, A. Simon, Radiofrequency ablation of thyroid nodules: "Good Clinical Practice Recommendations" for Austria, *Wiener Medizinische Wochenschrift* 170(1) (2020) 6-14.
 78. H. Dossing, F.N. Bennedbaek, L. Hegedus, Long-term outcome following interstitial laser photocoagulation of

- benign cold thyroid nodules, *Eur J Endocrinol* 165(1) (2011) 123-8.
79. Image-Guided Thyroid Ablation: Proposal for Standardization of Terminology and Reporting Criteria, *Thyroid* 29(5) (2019) 611-618.
 80. J.S. Sim, J.H. Baek, Long-Term Outcomes Following Thermal Ablation of Benign Thyroid Nodules as an Alternative to Surgery: The Importance of Controlling Regrowth, *Endocrinol Metab* 34(2) (2019) 117-123.
 81. S.M. Ha, J.Y. Shin, J.H. Baek, D.E. Song, S.R. Chung, Y.J. Choi, J.H. Lee, Does Radiofrequency Ablation Induce Neoplastic Changes in Benign Thyroid Nodules: A Preliminary Study, *Endocrinol Metab* 34(2) (2019) 169-178.
 82. B. Cakir, N.S. Ugras, K. Gul, R. Ersoy, B. Korukluoglu, Initial report of the results of percutaneous laser ablation of benign cold thyroid nodules: evaluation of histopathological changes after 2 years, *Endocr Pathol* 20(3) (2009) 170-6.
 83. R. Valcavi, P. Tsamatropoulos, Health-Related Quality of Life After Percutaneous Radiofrequency Ablation of Cold, Solid, Benign Thyroid Nodules: A 2-Year Follow-Up Study in 40 Patients, *Endocrine Practice* 21(8) (2015) 887-896.
 84. J.L. Reverter, N. Alonso, M. Avila, A. Lucas, D. Mauricio, M. Puig-Domingo, Evaluation of efficacy, safety, pain perception and health-related quality of life of percutaneous ethanol injection as first-line treatment in symptomatic thyroid cysts, *BMC Endocr Disord* 15 (2015) 73.
 85. S. Bernardi, C. Dobrinja, A. Carere, F. Giudici, V. Calabrò, F. Zanconati, N. de Manzini, B. Fabris, F. Stacul, Patient satisfaction after thyroid RFA versus surgery for benign thyroid nodules: a telephone survey, *International Journal of Hyperthermia* 35(1) (2018) 150-158.
 86. W.W. Yue, S.R. Wang, X.L. Li, H.X. Xu, F. Lu, L.P. Sun, L.H. Guo, Y.P. He, D. Wang, Z.Q. Yin, Quality of Life and Cost-Effectiveness of Radiofrequency Ablation versus Open Surgery for Benign Thyroid Nodules: a retrospective cohort study, *Sci Rep* 6 (2016) 37838.
 87. J. Li, Y. Liu, J. Liu, L. Qian, Ultrasound-guided percutaneous microwave ablation versus surgery for papillary thyroid microcarcinoma, *International Journal of Hyperthermia* 34(5) (2018) 653-659.

TİROD KANSERİ SINIFLANDIRMASI VE EVRELEMESİ

Prof. Dr. Ersin Akarsu, Prof. Dr. Mustafa Cesur

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2022 yılında yayınladığı sınıflamada Endokrin ve Nöroendokrin Tümörler için yeni öneriler getirmiştir. TEMD tiroid tümörleri için bu sınıflamanın kullanılmasını önermektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Tiroid Tümörleri Sınıflaması

<p>Gelişimsel Bozukluklar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tiroglossal Duktus Kisti 2. Diğer Konjenital Tiroid Anormallikleri <p>Foliküler Hücre Kaynaklı Neoplazmlar</p> <p>1. Benign Tümörler</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tiroidin Foliküler Nodüler Hastalığı b. Foliküler Adenom c. Papiller Yapı Gösteren Foliküler Adenom d. Tiroidin Onkositik Adenomu <p>2. Düşük Riskli Neoplazmlar</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Papiller Benzeri Nükleus Özellikleri Gösteren Non-İnvaziv Foliküler Tiroid Neoplazmı b. Malignite Potansiyeli Belirsiz Tiroid Tümörleri c. Hiyalinizasyon Gösteren Trabeküler Tümör <p>3. Malign Tümörler</p> <ol style="list-style-type: none"> Aa. Foliküler Tiroid Karsinomu b. Papiller Karsinom, İnvaziv Enkapüle Foliküler Variant c. Papiller Tiroid Karsinomu d. Onkositik Karsinom e. Foliküler Yüksek Evre (Dereceli) Karsinomlar - Diferansiye Yüksek Evre (Dereceli) Tiroid Karsinomu - Az Diferansiye Tiroid Karsinomu f. Anaplastik Karsinom 	<p>Tiroid C-Hücre Kaynaklı Karsinom</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medüller Tiroid Karsinomu <p>Miks Medüller ve Foliküler Hücre Kaynaklı Karsinomlar</p> <p>Tiroidin Tükürük Bezi Tipi Karsinomları</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mukoepidermoid Karsinom 2. Tükürük Bezi Tipi Sekretuar Karsinom <p>Belirsiz Histogenezli Tiroid Tümörleri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eosinofilili Sklerozan Mukoepidermoid Karsinom 2. Kribriform Morular Tiroid Karsinomu <p>Tiroid içinde timik tümörler</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timomalar 2. Timus Benzeri Elementleri Olan İgşi Epitelyal Tümör 3. Timik Karsinomlar <p>Embriyonel Tiroid Tümörleri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tiroblastoma
--	--

Yeni sınıflamada; tiroid tümörlerinin biyolojik davranışlarının daha açık anlaşılabilmesi için, hücrelerin orijinini, patolojik özelliklerini ve moleküler sınıflamalarını dikkate alan birkaç yeni kategori yer almaktadır.

Foliküler hücre kaynaklı tümörler, tiroid neoplazmalarının çoğunluğunu oluşturur. Bu tümörler; benign, düşük riskli ve malign tümörler olarak üçe ayrılır. Benign tümörler; foliküler adenomlar, hiperfonksiyonel ve onkositik adenomlar gibi klinik öneme sahip varyantları kapsamaktadır.

Multinodüler guatrda sıklıkla görülen multifokal hiperplastik/neoplastik lezyonları tanımlamak için tiroidin foliküler nodüler hastalığı (FNH) teriminin kullanımı uygundur. FNH'de foliküler nodüller, nodüler hiperlazinin karakteristik histolojik bulgularına sahiptir ve neoplastik değildir. Bunlar genellikle hiperplastik ve nonklonal lezyonlar olarak kabul edilir. Bazı lezyonlar ise moleküler olarak klonaldır (yani neoplastik) ancak ama morfolojik olarak adenoma benzerler.

Foliküler hücre kaynaklı düşük riskli neoplazmlar; papiller benzeri nükleer özellikler gösteren non-invaziv foliküler tiroid neoplazmı (NIFTP)'nı, malignite potansiyeli belirsiz tiroid tümörlerini ve hiyalinizasyon gösteren trabeküler tümörleri kapsamaktadır. Bu neoplazmlar belirsiz davranışlı olarak kabul edilir. Bu neoplazmların tanısal histolojik kriterlerinde değişiklik yoktur.

Foliküler hücre kaynaklı malign tümörler moleküler profillerine ve agresifliklerine dayalı olarak göre gruplandırılmıştır. Yeni DSÖ sınıflaması ile paralel olarak papiller tiroid kanserinde "variant" terimi yerine "alt tip" teriminin kullanılmasını TEMD olarak öneriyoruz. Birçok morfolojik alttipleri olan papiller tiroid karsinoma (PTK)'ları BRAF-tipi malignitelerdir. Diğer taraftan invaziv enkapsüle foliküler variant PTK (İEFVPTK) ve foliküler tiroid karsinomu RAS-tipi malignitelerdir. İEFVPTK ayrı antite olarak kabul edilmiştir ve artık PTK'nın alt tipi değildir. İEFVPTK kapsülde ve damar invazyonu ve hematojen yolla uzak metastaz yapabilir.

PTK'da agresif histolojik alt tipler; tall cell, kolumnar cell ve hobnail olgularını kapsar. Papiller mikrokarsinomaların da kendi içinde alt tip sınıflamalarının yapılması önemlidir. Bu yüzden de mikrokarsinoma, PTK'nın alttipi olarak düzenlenmemelidir. Nitekim agresif alttipler de mikrokarsinoma olarak görülebilir.

Tall cell PTK'da öncelikle kriterleri; tall cell tanımı için hücrenin boyunun genişliğinin en az üç katı olması, yoğun eosinofilik sitoplazmaya ve belirgin hücre membranlarına sahip olması zorunludur. Tümörün tall cell hücre alttipi olarak tanımlanması için, o tümörde tall olarak nitelenen tümör hücrelerinin en az %30 oranında bulunması gerekmektedir.

Kriboform-morular tiroid karsinomu PTK'nın bir alt tipi olarak sınıflanmamalıdır. Hürthle hücre terimi tarihsel olarak yanlış isimlendirmedir. Yeni DSÖ sınıflaması ile paralel biçimde TEMD olarak "Hürthle hücre" yerine "onkositik hücre" ifadesi uygundur kabul etmektedir. Bu değişikliğin sonucu olarak, Hürthle hücreli adenom ve Hürthle hücreli karsinom sırasıyla onkositik adenom ve onkositik karsinom olarak isimlendirilmiştir. Onkositik karsinoma; PTK'nın karakteristik nükleus özellikleri ve yüksek evre (dereceli) karsinom özellikleri (nekroz ve her 2 mm² başına ≥ 5 mitoz) olmayan, onkositik foliküler hücre kaynaklı neoplazmlarla uyumlu bazı özelliklere sahip, ayrı antitedir.

Diferansiye yüksek evre (dereceli) tiroid karsinomu ve az diferansiye tiroid karsinomu, foliküler kaynaklı yüksek evre (dereceli) karsinomlar kapsamında yer almaktadır. Her ikisi de artmış mitotik aktivite ve tümör nekrozuyla karakterizedir; ancak anaplastik histolojileri yoktur ve klinik olarak benzer davranış gösterirler. Yeni alt tip olan diferansiye yüksek evre tiroid karsinomu her

2 mm² için ≥ 5 mitoz bulunmasını ve/veya tümör nekrozunu gerektirir. Az diferansiye papiller tiroid karsinomunun tanısal kriterleri ise değişmemiştir.

Anaplastik tiroid karsinomu diferansiyasyonu an az olan tiptir. Tiroidin squamöz hücreli karsinomu da anaplastik karsinomun bir alt tipi olarak ele alınır. Squamöz hücreli karsinom daha sıklıkla BRAF^{V600E} mutasyonu oranı ve PAX8 immunopozitifliğine sahiptir.

Medüller tiroid kanseri (MTK) için yeni olarak kullanılmaya başlayan histolojik evreleme evreleme (derecelendirme) sistemi de mitotik sayı, tümör nekrozu ve Ki67 işaretleme indeksine dayalıdır. Yüksek evre (dereceli) MTK'ler üç özelliğten en az birine sahip olmalıdır; mitotik sayının her 2 mm² başına ≥ 5 olması, tümör nekrozu ve/veya Ki67 proliferasyon indeksinin ≥ 5 olması.

Tiroidde görülen ve sık olarak görülmemeyen bazı tümörler sitogeneze dayalı olarak yeni bölümler içinde yer alır. Mukoepidermoid karsinoma ve tükrük bezi tipi sekretuar karsinoma "tiroidin tükrük bezi tipi karsinomu" olarak ayrı bir bölümde yer alır. Timomalar, timik karsinomlar ve timus-benzeri elementli iğsi epitelyal tümör "tiroidde timik tümörler" olarak sınıflanır. Hücre kökeni belirsiz olan bazı tümörler de söz konusu olabilir ve bunlar eosinofilili sklerozan mukoepidermoid karsinom ve kribroform morular tiroid karsinomu olarak ele alınır tanımlanır. Diğer bir tümör tipi ise sık karşılaşılmayan ve DICER1 mutasyonlarıyla ilişkili embriyonal tümör olan tiroblastomadır.

Özet olarak; yüksek evre (dereceli) kanserlerin, iyi diferansiye foliküler hücre kaynaklı karsinomlar ve MTK'lerden ayrılmasına imkan veren derecelendirme sistemi önemli bir yeniliktir. Diferansiye yüksek evre (dereceli) tiroid karsinomu, histopatolojik olarak daha ileri dönem olarak kabul edilir ve diğer iyi diferansiye tiroid kanserlerine (PTK, FTK ve onkositik karsinoma) kıyasla radioaktif iyot tutma yatkınlığı daha azdır. Prognozu genel olarak az diferansiye tiroid karsinomuna benzerdir. Yüksek evre (dereceli) MTK'ler ise olguların %25'inde görülür ve diğer MTK'lerden daha kötü prognoza sahiptir. Diferansiye yüksek evre (dereceli) tiroid karsinomlu hastalar ve yüksek evre (dereceli) MTK'li hastalar daha yoğun tedavi gerektirir, nüks açısından da daha yakından izlenmelidir.

Cerrahi Sonrası Değerlendirme

Tiroid kanser cerrahisi sonrasında patolojik değerlendirme ve evreleme yapılmalıdır. Ancak, AJCC/TNM evreleme sistemi (Tablo 2 ve 3) mortalite riskini gösterdiğinden, beraberinde DTK nüks veya rekürens riskini belirlemede 2015 ATA tarafından önerilen düşük, orta ve yüksek riskli hasta şeklindeki sınıflandırmanın da yapılmasını önermekteyiz. Bu sınıflandırmanın etkin bir şekilde yapılabilmesi için operasyon patoloji raporunda aşağıdakiler belirtilmelidir;

a) Tümör çapı ve histopatolojik alt tiplendirme

b) Kapsül invazyonu ve vasküler invazyon olup olmadığı

c) Saptanan vasküler invazyon sayısı

d) Ekstratiroidal invazyonun minimal (tümöre bitişik intratiroidal yumuşak doku veya sterno-tiroid kasa sadece mikroskobik olarak saptanabilir invazyon - T3 tümör) veya yaygın (subkutan

yumuşak doku, larinks, trakea, özefagus veya rekürren laringeal sinir invazyonu - T4a tümör olduğu

e) Cerrahi sınırdaki tümör varlığı

f) İncelenen ve metastatik çıkan lenf nodu sayısı, bu lenf nodlarının büyüklüğü, lenf nodu içindeki en büyük metastazın çapı

g) Tümörün lenf nodu kapsülünün dışına çıkıp çıkmadığı

Tablo 2. Diferansiye Tiroid Kanselerinde TNM Sınıflaması - 7. AJCC/TNM Sınıflaması - 2010

T0 primer tümör bulgusu yok
T1a tümör en büyük çapı ≤ 1 cm (ekstratiroidal yayılım yok, tiroide sınırlı)
T1b tümör en büyük çapı > 1 cm ≤ 2 cm (ekstratiroidal yayılım yok, tiroide sınırlı)
T2 tümör en büyük çapı > 2 cm ≤ 4 cm (ekstratiroidal yayılım yok, tiroide sınırlı)
T3 tümör en büyük çapı > 4 cm ve tiroide sınırlı veya herhangi çapta bir tümör minimal ekstratiroidal uzanım mevcut (sternotiroid kasa veya peritiroidal yumuşak dokuya)
T4a herhangi çapta bir tümör ve tiroid kapsülü dışına, subkutan yumuşak dokuya, larinks, trakea, özefagus veya rekürren laringeal sinire uzanım mevcut
T4b herhangi çapta bir tümör ve prevertebral fasiya invazyonu veya karotid arterin etrafının sarılması veya mediastinal damarların etrafının sarılması
N0 lenf nodu metastazı yok
N1a seviye VI metastazı (pretrakeal, paratrakeal ve prelaringeal/Delfian lenf nodları)
N1b unilateral, bilateral veya kontralateral servikal (seviye I, II, III, IV veya V) veya retrofaringeal veya superior mediastinal lenf nodu (seviye VII) metastazı
M0 uzak metastaz yok
M1 uzak metastaz var

Tablo 3. Diferansiye Tiroid Kanselerinde Evreleme

Tanı esnasında hasta < 45 yaş

Evre I	Herhangi T	Herhangi N	
Evre II	Herhangi T	Herhangi N	

Tanı esnasında hasta ≥ 45 yaş

Evre I	T1a	N0	M0
	T1b	N0	M0
Evre II	T2	N0	M0
Evre III	T1a	N1a	M0
	T1b	N1a	M0
	T2	N1a	M0
	T3	N0	M0
	T3	N1a	M0

Evre IVa	T1a	N1b	M0
	T1b	N1b	M0
	T2	N1b	M0
	T3	N1b	M0
	T4a	N0	M0
	T4a	N1a	M0
	T4a	N1b	M0
Evre IVb	T4b	Herhangi N	M0
Evre IVc	T4b	Herhangi N	M1

Cerrahi Sonrası Risk Değerlendirmesi

Cerrahi sonrası risk değerlendirilmesi, prognozu öngörme yanında cerrahi sonrasında radyoaktif iyot (RAİ) tedavisine karar verme ve TSH supresyon düzeyini belirlemede yol göstericidir. Evreleme ve histopatolojik alt tipe göre risk değerlendirmesinde TEMD, ATA kılavuzunu benimsemektedir (Tablo 4).

Graves hastalığı olanlarda tiroid kanseri seyrinin daha olumsuz olduğuna dair veri bulunmadığından, Graves zemininde gelişmiş tiroid kanserlerinde yaklaşım diğerlerinden farklı değildir.

Tablo 4. Diferansiye Tiroid Kanserlerinin Risk Sınıflaması

Düşük riskli (aşağıda yazılı tüm özellikleri taşıyan PTK vakaları):

- Lokal veya uzak metastaz yok
- Tüm makroskopik tümör rezeke edilmiş
- Lokorejyonel dokulara veya yapılara tümör invazyonu yok
- Agresif histopatolojik alt tipte olmaması
- Eğer I¹³¹ tedavisi verildiyse, tedavi sonrası ilk I¹³¹ tüm vücut tarama (TVT) da tiroid yatağı dışında RAI tutan metastatik odak yok
- Vasküler invazyon yok
- Klinik N0 veya ≤5 patolojik N1 mikrometastaz (en büyük çapı <0,2 cm)
- İntratiroidal eFVPTK
- Kapsüler invazyonu olan ve <4 vasküler invazyon odağı olan intratiroidal iyi diferansiye FTK
- İntratiroidal, tek veya çok odaklı papiller mikrokarsinom (eğer biliniyorsa), BRAF^{V600E} mutasyonlu olanlar dâhil

Orta riskli (aşağıda yazılı özelliklerden en az birini taşıyan PTK vakaları):

- Tümörün peritiroidal yumuşak dokuya mikroskobik invazyonunun olması
- RAI tedavi sonrası ilk TVT'de boyunda tiroid yatağı dışında RAI tutan metastatik odak olması
- Agresif histopatolojik alt tiplerde olması
- Vasküler invazyonu olan PTK
- Klinik N1 veya >5 patolojik N1 ancak tutulan tüm lenf nodlarının en büyük çapı <3cm
- Çok odaklı papiller mikrokarsinoma ancak ekstra tiroidal uzanım var ve (eğer biliniyorsa) BRAF^{V600E} mutasyonu varlığı

Yüksek riskli (aşağıda yazılı tüm özelliklerden en az birini taşıyan PTK vakaları):

- Peritiroidal yumuşak dokulara makroskobik tümör invazyonu
- İnkomplet tümör rezeksiyonu
- Uzak metastaz (M1)
- Uzak metastaz düşündürülen postoperatif ciddi serum Tg yüksekliği
- En büyük çapı ≥3 cm olan patolojik lenf nodu metastazı (N1)
- Yaygın vasküler invazyonu olan (>4 adet) folliküler tiroid kanseri

KAYNAKLAR

1. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Endocrine and neuroendocrine tumours [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2022 [cited 2022 Sep 19]. Available from: <https://tumourclassification.iarc.who.int/chapters/36>.
2. Baloch ZW, Asa SL, Barletta JA, Ghossein RA, Juhlin CC, Jung CK, et al. Overview of the 2022 WHO classification of thyroid neoplasms. *Endocr Pathol* 2022;33:27-63.
3. Cancer Genome Atlas Research Network. Integrated genomic characterization of papillary thyroid carcinoma. *Cell* 2014;159:676-90.
4. Yoo SK, LeeS, KimSJ, JeeHG, KimBA, ChoH, et al. Comprehensive analysis of the transcriptional and mutational landscape of follicular and papillary thyroid cancers. *PLoS Genet* 2016;12:e1006239.
5. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, Pacini F, Randolph GW, Sawka AM, Schlumberger M, Schuff KG, Sherman SI, Sosa JA, Steward DL, Tu le RM, Wartofsky L. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Associa on Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differen ated Thyroid Cancer. *Thyroid* 2016;26:1-133.
6. Haugen BR, Sawka AM, Alexander EK, Bible KC, Caturegli P Dr, Doherty G, Mandel SJ, Morris JC 3rd, Nassar A, Pacini F, Schlumberger M, Schuff KG, Sherman SI, Somerset H, Sosa JA, Steward DL, Wartofsky L, Williams MD. The ATA Guidelines on Management of Thyroid Nodules and Differen ated Thyroid Cancer Task Force Review and

- Recommendation on the Proposed Renaming of eFVPTC without Invasion to NIFTP. *Thyroid* 2017;27:481-483.
7. Rivera M, Ricarte-Filho J, Knauf J, Shaha A, Tuttle M, Fagin JA, et al. Molecular genotyping of papillary thyroid carcinoma follicular variant according to its histological subtypes (encapsulated vs infiltrative) reveals distinct BRAF and RAS mutation patterns. *Mod Pathol* 2010;23:1191-200.
 8. Kim TH, Lee M, Kwon AY, Choe JH, Kim JH, Kim JS, et al. Molecular genotyping of the non-invasive encapsulated follicular variant of papillary thyroid carcinoma. *Histopathology* 2018;72:648-61.
 9. Lee SR, Jung CK, Kim TE, Bae JS, Jung SL, Choi YJ, et al. Molecular genotyping of follicular variant of papillary thyroid carcinoma correlates with diagnostic category of fine-needle aspiration cytology: values of RAS mutation testing. *Thyroid* 2013;23:1416-22.
 10. Jung CK, Kim Y, Jeon S, Jo K, Lee S, Bae JS. Clinical utility of EZH1 mutations in the diagnosis of follicular-patterned thyroid tumors. *Hum Pathol* 2018;81:9-17.
 11. Jung CK, Bychkov A, Song DE, Kim JH, Zhu Y, Liu Z, et al. Molecular correlates and nuclear features of encapsulated follicular-patterned thyroid neoplasms. *Endocrinol Metab (Seoul)* 2021;36:123-33.
 12. Hellgren LS, Stenman A, Paulsson JO, Hoog A, Larsson C, Zedenius J, et al. Prognostic utility of the Ki-67 labeling index in follicular thyroid tumors: a 20-year experience from a tertiary thyroid center. *Endocr Pathol* 2022;33:231-42.
 13. Cree IA. From counting mitoses to Ki67 assessment: technical pitfalls in the new WHO classification of endocrine and neuroendocrine tumors. *Endocr Pathol* 2022;33:3-5.
 14. Xu B, Fuchs TL, Ahmadi S, Alghamdi M, Alzumaili B, Bani MA, et al. International medullary thyroid carcinoma grading system: a validated grading system for medullary thyroid carcinoma. *J Clin Oncol* 2022;40:96-104.
 15. Chan Kwon Jung, Andrey Bychkov, Kennichi Kakudo. Update from the 2022 World Health Organization Classification of Thyroid Tumors: A Standardized Diagnostic Approach *Endocrinol Metab* 2022;37:703-718.718
 16. Xu B, Reznik E, Tuttle RM, Knauf J, Fagin JA, Katabi N, et al. Outcome and molecular characteristics of non-invasive encapsulated follicular variant of papillary thyroid carcinoma with oncocytic features. *Endocrine* 2019;64:97-108.
 17. Xu B, Farhat N, Barletta JA, Hung YP, Biase D, Casadei GP, et al. Should subcentimeter non-invasive encapsulated, follicular variant of papillary thyroid carcinoma be included in the noninvasive follicular thyroid neoplasm with papillary-like nuclear features category? *Endocrine* 2018;59:143- 50.
 18. Ito Y, Hirokawa M, Miyauchi A, Higashiyama T, Kihara M, Miya A. Prognostic significance of the proportion of tall cell components in papillary thyroid carcinoma. *World J Surg* 2017;41:742-7.
 19. Wong KS, Chen TY, Higgins SE, Howitt BE, Lorch JH, Alexander EK, et al. A potential diagnostic pitfall for hobnail variant of papillary thyroid carcinoma. *Histopathology* 2020; 76:707-13.
 20. Cameselle-Teijeiro JM, Eloy C, Sobrinho-Simoes M. Pitfalls in challenging thyroid tumors: emphasis on differential diagnosis and ancillary biomarkers. *Endocr Pathol* 2020;31: 197-217. 30.
 21. Cho J, Shin JH, Hahn SY, Oh YL. Columnar cell variant of papillary thyroid carcinoma: ultrasonographic and clinical differentiation between the indolent and aggressive types. *Korean J Radiol* 2018;19:1000-5.
 22. Chen JH, Faquin WC, Lloyd RV, Nose V. Clinicopathological and molecular characterization of nine cases of columnar cell variant of papillary thyroid carcinoma. *Mod Pathol* 2011;24:739-49.
 23. Wong KS, Dong F, Telatar M, Lorch JH, Alexander EK, Marqusee E, et al. Papillary thyroid carcinoma with high-grade features versus poorly differentiated thyroid carcinoma: an analysis of clinicopathologic and molecular features and outcome. *Thyroid* 2021;31:933-40.
 24. Xu B, David J, Dogan S, Landa I, Katabi N, Saliba M, et al. Primary high-grade non-anaplastic thyroid carcinoma: a retrospective study of 364 cases. *Histopathology* 2022;80:322- 37.
 25. Rivera M, Ghossein RA, Schoder H, Gomez D, Larson SM, Tuttle RM. Histopathologic characterization of radioactive iodine-refractory fluorodeoxyglucose-positron emission tomography-positive thyroid carcinoma. *Cancer* 2008;113:48- 56.
 26. Agaimy A, Witkowski L, Stoehr R, Cuenca JC, Gonzalez- Muller CA, Brutting A, et al. Malignant teratoid tumor of the thyroid gland: an aggressive primitive multiphenotypic malignancy showing organotypical elements and frequent DICER1 alterations-is the term "thyroblastoma" more appropriate? *Virchows Arch* 2020;477:787-98.

TİROİD KANSERİ - TİROİDEKTOMİ ÖNCESİ DEĞERLENDİRİLMESİ

Prof. Dr. Sait Gönen, Prof Dr. Mustafa Kulaksızoğlu

Tiroid kanseri insidansı son yıllarda dünya çapında artmıştır (1). İnsidanstaki bu artış, nispeten küçük (<1 cm) Papiller tiroid karsinomu (PTK) tanılarındaki büyük artışın bir sonucudur (2). Tiroid kanserlerinin çoğunda %90'ı aşan genel sağkalım oranları vardır, ancak, tekrarlama riskinin %35 kadar yüksek olduğu bildirilmiştir (3). Bu nükslerin çoğu, tanıdan sonraki ilk beş yıl içinde olur ve bu nedenle, gerçekten nüks değil, kalıcı hastalığın devamı olabilir (4). Tiroid kanseri için tekrar ameliyatların çoğunun önlenebilir olduğu ve yetersiz preoperatif görüntülemenin sıklıkla eksik ilk cerrahinin temel nedeni olduğu bilinmektedir. Primer tiroid karsinomu, bölgesel veya uzak metastazı olmayan küçük, unifokal, intratiroidal bir karsinom ise, lobektomi önerilen tedavi şeklidir (5). Buna rağmen genel olarak hastaların üçte ikisi total tiroidektomiye, üçte biri lobektomiye gitmektedir (6,7). Bu nedenle, primer tümör, multifokalite, bilateralite, santral ve lateral lenf nodu metastazını değerlendirmek için kapsamlı ve doğru preoperatif görüntüleme, uygun cerrahiye belirlemek için çok önemlidir. Ultrason, tiroid nodülleri, şüpheli veya bilinen diferansiye tiroid kanseri olan hastalar için, önerilen ilk görüntüleme yöntemidir (8).

Tiroid kanserinin operasyon öncesi ultrasonografik değerlendirilmesi

Bilinen veya şüphelenilen tiroid kanseri hastalarında preoperatif sonografik görüntülemenin amaçları; primer tümörü değerlendirmek, santral ve lateral boyundaki patolojik lenf nodlarını belirlemektir (9,10). Primer tümör boyut, yer, sınırlarının netliği, multifokalite ve lokal invazyon açısından değerlendirilmelidir. Rekürren laringeal sinirin yakınında posteromedial yerleşimli bir lezyonun bulunması hasta danışmanlığını, preoperatif değerlendirmeyi ve cerrahi stratejiyi etkileyebilir. Ayrıca ek tümör odakları açısından da değerlendirilmelidir, çünkü kontralateral odaklar, kontralateral lenf nodları için klinik şüphe uyandırabilir (11,12).

Ultrasonun patolojik lenf nodlarını tespit etmedeki duyarlılığı santral boyun için %25 ile %60, lateral boyun için ise %70 ile %95 arasında değişmektedir (13). Ultrasonun, PTK'nın metastaz yaptığı lenf nodlarını tespit etmedeki özgüllüğü, santral ve lateral boyunda %80 ile %95 arasında değişmektedir (14). Büyümüş lenf nodları, benign bir reaktif süreci veya maligniteyi işaret edebilir. Benign lenf nodları tipik olarak ovaldir ve hiperekoik bir merkezi şerit, lenf nodunun merkezinde vaskülarite mevcuttur. Hilus kaybının, tümör invazyonu ile lenfatik akışın kesildiği düşünülür (15). Bununla birlikte, benign bir lenf nodunda hilus, ultrason ile her zaman kolayca görülemeyebilir, hilus eksikliğinin, kanserin varlığını tahmin etmedeki özgüllüğü, yalnızca %29 olarak bildirilmiştir (16). Maksimum tümör çapı 1 cm'den büyük olan lenf nodlarının geleneksel olarak maligniteyi barındırma olasılığının daha yüksek olduğu düşünülse de, pek çok benign veya reaktif lenf nodu, bu boyutu aşarken, fusiform şeklinde kalma yönünde güçlü bir eğilime sahiptir (17). Tiroid kanserinde lenf nodlarının ultrason ve histolojik bulgularını eşleştiren bir çalışmada, >1 cm lenf nodu boyutu malignite için yalnızca %68 duyarlılık ve %75 özgüllük ile

ilişkilendirilmiştir (16). Metastatik tutulum değerlendirilirken, önemli olan bir diğer faktör lenf nodu yerleşimidir. Tiroid kanserine bağlı servikal metastazlar en yaygın olarak ipsilateral seviye 6'da (prevalans %50-70), ardından ipsilateral seviye 2, 3 ve 4'te bulunur (prevalans %30-45). PTK metastazlarının genellikle ipsilateral seviye 6'da başlayan ve daha sonra lateral olarak seviye 3 ve 4'e ve daha az sıklıkla seviye 2'ye ilerlediğine dair bazı kanıtlar mevcuttur.

Malign lenf nodları, yuvarlak olma eğilimindedir. Lenf nodunun en kısa çapı, metastatik tutulum olasılığını tahmin etmek için ölçülebilir. Malignite içeren lenf nodlarının en kısa çapı >0,5 cm'dir. Ancak, bu kriterin özgüllüğü (%96), duyarlılığından (%61) üstündür (16). Mikrokalsifikasyonlar oldukça spesifik bir bulgudur; PTK'sı olduğu bilinen veya şüphelenilen bir hastada mikrokalsifikasyon içeren bir lenf nodunun, aksi ispatlanana kadar malignite açısından pozitif olduğu varsayılmalıdır (16). Benign lenf nodları, genellikle üniform olarak hipoeoiktir. Malign lenf nodları hiperekoik olabilir ve hatta kistik değişiklikler sergileyebilir. Kistik lenf nodları artan tümör agresifliği ile ilişkili olabilir, çocuklarda ve genç erişkinlerde daha sık görülmektedir (18). Tipik olarak, kistik metastazlar primer odakların ipsilateralinde meydana gelir, seviye 3 ve 4 lenf nodlarını içerir (19). Lenf nodu içinde tümör tutulumu arttıkça periferde vasküler akım dikkat çeker. Kapsamlı tümör tutulumu ile lenf nodu boyunca düzensiz bir akış görülebilir (19). Periferik hipervaskülarite varlığının, metastatik tiroid kanserinden etkilenen servikal lenf nodlarının saptanmasında en yüksek duyarlılığa ve özgüllüğe sahip olduğu rapor edilmiştir (20).

Servikal lenf nodlarının ultrason kılavuzluğunda ince iğne aspirasyonu

Sonografik olarak şüpheli bir lenf nodunun değerlendirilmesinde ultrason kılavuzluğunda ince iğne aspirasyonu önemli bir tanı yöntemidir. Örneğin doğruluğunu sağlamak için iğne ucunun hedef lenf nodu içinde biyopsi sırasında görüntülenmesi zorunludur. Lenf nodunun tamamı sonografik olarak patolojik ise, iğne ucunu lenf nodu boyunca hareket ettirerek örnek elde edilebilir. Bununla birlikte, lenf nodu bir miktar normal yapıyı koruyorsa ve sonografik olarak sadece periferi şüpheliyse, iğne ucu lenf nodunun şüpheli bileşenine yönlendirilmelidir. Son olarak lenf nodu kısmen kistik ve kısmen solid ise hücre elde etmek için iğne ucu sitoloji değerlendirmesi için solid vasküler kısma hedeflenmelidir (19).

Sitoloji analizine ek olarak, İnce iğne aspirasyon yıkamasından elde edilen tiroglobulin (Tg) ölçümünün, ince iğne aspirasyon sitolojisinin duyarlılığını iyileştirdiği gösterilmiştir (21). Tg yıkama, kistik lenf nodları için özellikle önemlidir, burada sitoloji yalnızca epitel hücreleri olmayan makrofajları ortaya çıkarabilir ve tanı, aspire edilen lenf nodu sıvısının Tg yıkaması ile konulabilir. Aynı şekilde, medüller tiroid karsinomlarında kalsitonin yıkama, metastatik lenf nodlarının teşhisi için önemli olabilir (22).

Primertümörün ve lenf nodunun kesitsel görüntüleme ile değerlendirilmesi

Bilgisayar Tomografisi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) kafa tabanından medias-tene, tekrarlanabilir ve nispeten kullanıcıdan bağımsız aksial görüntüleme sağlar. Ses değişikliği, yutma güçlüğü, solunum güçlüğü, hızlı tümör büyümesi, ses teli felci ve hava yoluna kitlesel fiksasyon gibi semptomlar lokal olarak invaziv bir primer tümörü düşündürür ve ameliyat öncesi aksiyal tarama gerekebilir. BT bulguları, cerrahi öncesinde sternotomi ve/veya trakeal rezeksiyon/rekonstrüksiyon ihtiyacını belirleyerek cerrahi seçenekleri etkileyebilir. Kontrastlı boyun BT,

agresif lokal invazyon gösteren tümörlerde, laringeal, trakeal ve/veya özofagus tutulumunun derecesini belirlemede yararlıdır.

PTK'da, lenf nodu metastazlarının prognostik önemini vurgulayan yakın zamanlı bir çalışma yayınlandı. Bu çalışmada, pozitif nodların büyüklüğü ve sayısının, ektranodal tümör yayılımı için bağımsız bir gösterge olduğu gösterildi (23). Büyük nodüller (>3 cm) genellikle çevredeki damarlara ve/veya kaslara ekstrakapsüler uzanım gösterir, bu en iyi aksiyal tarama ile tanımlanır. Preoperatif lenf nodu değerlendirilmesinde BT ile ultrason kombinasyonunun, tek modaliteden daha üstün olduğunu gösteren sınırlı veri vardır. Bu çalışmalar, kombine görüntülemenin duyarlılıkta %15'lik bir kazanç sağladığını ve buna eşlik eden özgüllükte %5-10'luk bir kayıp sağladığını bildirmiştir (14,24). Geniş lenf nodu metastazı olan hastalar, mediasten, infraklaviküler, retrofarengeal ve parafaringeal bölgeler gibi tipik seviyelerin ötesinde, ultrasonla tam olarak değerlendirilmesi zor olan nodal bölgelerin tutulumu ile başvurabilirler (25). Ultrasonda 4. ve 6. seviyelerin aşağı yönlerinde belirgin adenopati bulunan hastalar, sırasıyla derin trakeoözofageal oluğu ve infraklaviküler boşluğu değerlendirmek için alt boyun/üst toraks kesitsel görüntülemesinden yararlanabilir. Bu bilgi, transservikal yaklaşımla hastalığa tam olarak ulaşılamadığı durumlarda cerrahi planlamayı değiştirebilir.

Fonksiyonel görüntüleme

Çoğu tiroid kanserinin yavaş büyüme hızı göz önüne alındığında, tiroid kanseri için ilk ameliyattan önce pozitron emisyon tomografisi (PET) veya PET-BT kullanılması önerilmemektedir. PET diferansiye tiroid kanserinin nüksetmesini saptamak için geniş çapta kabul görmüş bir görüntüleme yöntemidir. PET tek başına tekrarlayan lezyonların spesifik anatomik lokalizasyonunu sağlamaz. Eş zamanlı PET-BT, tekrarlayan tiroid kanseri ve uzak metastazların metabolik olarak aktif bölgelerinin gelişmiş anatomik lokalizasyonuna izin vererek, tanısal veya terapötik amaçlar için cerrahi eksizyonu kolaylaştırır. Yakın tarihli bir yayında PET-BT, tekrarlayan diferansiye tiroid kanserinin saptanmasında %81 duyarlılık, %89 özgüllük, %95 pozitif prediktif ve %65 negatif prediktif göstermiştir. PET-BT'den elde edilen bilgiler hastaların %28,2'sinde tedaviyi değiştirdi ve hastaların %21'inde ek cerrahiye rehberlik etti (26-29). PET-BT'nin ek bir yararı, tespit edilmeyen uzak metastatik hastalığı saptama yeteneğidir. Bu nedenle, PET-BT'nin uzak metastatik hastalığı tespit etme yeteneği, tedavisi olmayan hastalarda yönetime rehberlik edebilir ve palyatif tedavilere yardımcı olabilir (19).

Operasyon öncesi ultrason bulgularını etkileyen klinik faktörler

Diffüz tiroid hastalığının (DTH) bilinen ultrason özellikleri arasında azalmış veya artmış parankimal ekojenite, heterojen bir eko-doku, mikronodülerite ve dağınık kalsifikasyonlar bulunur (30,31). Ultrason sırasında bulunan DTH'nin heterojen ekojenitesi ve mikronodüleritesi, özellikle multifokalitenin saptanması açısından, preoperatif ultrason bulgularının tanısal performansını etkileyebilir. DTH, lenf nodu metastazını tahmin etmedeki doğruluğu da etkileyebilir (7). Yapılan bir çalışmada, altta yatan DTH ile ilişkili servikal lenfadenopatinin yanlış lenf nodu evrelemesi için bir neden olduğu bulunmuştur (32). Choi ve ark. N0 evreleme için ultrason doğruluğunun, DTH'si olan hastalarda (%48.8), DTH'si olmayan hastalara (%70.2) göre anlamlı olarak daha düşük olduğunu bulmuşlardır; ancak, N1 için anlamlı bir fark bulunmadı (7). Son

raporlar, PTK'lı hastalarda yüksek vücut kitle indeksinin daha ileri bir TNM evresi ve başvuru sırasında daha agresif patolojik bulgular ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca, Choi ve ark., preoperatif ultrason evrelemenin, obez hastalarda merkezi lenf nodu metastazını saptamada obez olmayan hastalara göre anlamlı derecede daha düşük bir negatif prediktif değer ve doğruluk gösterdiğini bildirdiler (53.1% vs. 71.7%) (33,34,35).

Kaynaklar

1. American Cancer Society. Cancer facts and figures 2016. Atlanta, GA: American Cancer Society, 2016.
2. Cho BY, Choi HS, Park YJ, Lim JA, Ahn HY, Lee EK, et al. Changes in the clinicopathological characteristics and outcomes of thyroid cancer in Korea over the past four decades. *Thyroid* 2013;23:797-804.
3. Mazzaferri EL, Kloos RT 2001 Clinical review 128: current approaches to primary therapy for papillary and follicular thyroid cancer. *J Clin Endocrinol Metab* 86:1447-1463.
4. Kouvaraki MA, Shapiro SE, Fornage BD, Edeiken-Monro BS, Sherman SI, Vassilopoulou-Sellin R, Lee JE, Evans DB 2003 Role of preoperative ultrasonography in the surgical management of patients with thyroid cancer. *Surgery* 134:946-954; discussion 954-945.
5. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, et al. 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: the American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid* 2016;26:1-133.
6. Ahn HS, Kim HJ, Welch HG. Korea's thyroid-cancer "epidemic": screening and overdiagnosis. *N Engl J Med* 2014;371:1765-1767.
7. Choi JS, Chung WY, Kwak JY, Moon HJ, Kim MJ, Kim EK. Staging of papillary thyroid carcinoma with ultrasonography: performance in a large series. *Ann Surg Oncol* 2011;18:3572-3578.
8. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Hauger BR, Kloos RT, Lee SL, Mandel SJ, Mazzaferri EL, McIver B, Pacini F, Schlumberger M, Sherman SI, Steward DL, Tuttle RM, American Thyroid Association Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer 2009. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 19:1167-1214
9. Carty SE, Cooper DS, Doherty GM, Duh QY, Kloos RT, Mandel SJ, Randolph GW, Stack BC, Steward DL, Terris DJ, Thompson GB, Tufano RP, Tuttle RM, Udelsman R, American Thyroid Association Surgery Working Group 2009. Consensus statement on the terminology and classification of central neck dissection for thyroid cancer. *Thyroid* 19:1153-1158
10. Stack BC, Jr., Ferris RL, Goldenberg D, Haymart M, Shaha A, Sheth S, Sosa JA, Tufano RP. 2012. American Thyroid Association consensus review and statement regarding the anatomy, terminology, and rationale for lateral neck dissection in differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 22:501-508
11. Koo BS, Choi EC, Park YH, Kim EH, Lim YC. 2010. Occult contralateral central lymph node metastases in papillary thyroid carcinoma with unilateral lymph node metastasis in the lateral neck. *J Am Coll Surg* 210:895-900
12. Zhao Q, Ming J, Liu C, Shi L, Xu X, Nie X, Huang T. 2013. Multifocality and total tumor diameter predict central neck lymph node metastases in papillary thyroid microcarcinoma. *Ann Surg Oncol* 20:746-752
13. Choi JS, Kim J, Kwak JY, Kim MJ, Chang HS, Kim EK. 2009. Preoperative staging of papillary thyroid carcinoma: comparison of ultrasound imaging and CT. *AJR Am J Roentgenol* 193:871-878
14. Kim E, Park JS, Son KR, Kim JH, Jeon SJ, Na DG. 2008. Preoperative diagnosis of cervical metastatic lymph nodes in papillary thyroid carcinoma: comparison of ultrasound, computed tomography, and combined ultrasound with computed tomography. *Thyroid* 18:411-418
15. Solbiati L, Osti V, Cova L, Tonolini M. 2001. Ultrasound of thyroid, parathyroid glands and neck lymph nodes. *Eur Radiol* 11:2411-2424
16. Leboulleux S, Girard E, Rose M, Travaglini JP, Sabbah N, Caillou B, Hartl DM, Lassau N, Baudin E, Schlumberger M. 2007. Ultrasound criteria of malignancy for cervical lymph nodes in patients followed up for differentiated thyroid cancer. *J Clin Endocrinol Metab* 92:3590-3594
17. Kuna SK, Bracic I, Tesic V, Kuna K, Herceg GH, Dodig D. 2006. Ultrasonographic differentiation of benign from malignant neck lymphadenopathy in thyroid cancer. *J Ultrasound Med* 25:1531-1537; quiz 1538-1540
18. Wunderbaldinger P, Harisinghani MG, Hahn PF, Daniels GH, Turetschek K, Simeone J, O'Neill MJ, Mueller PR.

2002. Cystic lymph node metastases in papillary thyroid carcinoma. *AJR Am J Roentgenol* 178:693–697
19. Yeh MW, Bauer AJ, Bernet VA, Ferris RL, Loevner LA, Mandel SJ, Orloff LA, Randolph GW, Steward DL; American Thyroid Association Surgical Affairs Committee Writing Task Force. American Thyroid Association Statement on Preoperative Imaging for Thyroid Cancer Surgery. *Thyroid*. 2015 Jan;25(1):3-14. doi: 10.1089/thy.2014.0096. PMID: 25188202
20. Görges R, Eising EG, Fotescu D, Renzing-Köhler K, Frilling A, Schmid KW, Bockisch A, Dirsch O. 2003. Diagnostic value of high-resolution B-mode and power-mode sonography in the follow-up of thyroid cancer. *Eur J Ultrasound* 16:191–206
21. Boi F, Baghino G, Atzeni F, Lai ML, Faa G, Mariotti S. 2006. The diagnostic value for differentiated thyroid carcinoma metastases of thyroglobulin (Tg) measurement in washout fluid from fine-needle aspiration biopsy of neck lymph nodes is maintained in the presence of circulating anti-Tg antibodies. *J Clin Endocrinol Metab* 91:1364–1369
22. Boi F, Maurelli I, Pinna G, Atzeni F, Piga M, Lai ML, Mariotti S. 2007. Calcitonin measurement in wash-out fluid from fine needle aspiration of neck masses in patients with primary and metastatic medullary thyroid carcinoma. *J Clin Endocrinol Metab* 92:2115–2118
23. Randolph GW, Duh QY, Heller KS, LiVolsi VA, Mandel SJ, Steward DL, Tufano RP, Tuttle RM, The American Thyroid Association Surgical Affairs Committee's Taskforce on Thyroid Cancer Nodal Surgery 2012. The prognostic significance of nodal metastases from papillary thyroid carcinoma can be stratified based on the size and number of metastatic lymph nodes, as well as the presence of extranodal extension. *Thyroid* 22:1144–1152
24. Lesnik D, Cunnane ME, Zurakowski D, Acar GO, Ecevit C, Mace A, Kamani D, Randolph GW. 2013. Papillary thyroid carcinoma nodal surgery directed by a preoperative radiographic map utilizing CT scan and ultrasound in all primary and reoperative patients. *Head Neck* 36:191–202
25. Ahn JE, Lee JH, Yi JS, Shong YK, Hong SJ, Lee DH, Choi CG, Kim SJ. 2008. Diagnostic accuracy of CT and ultrasonography for evaluating metastatic cervical lymph nodes in patients with thyroid cancer. *World J Surg* 32:1552–1558
26. Grünwald F, Källicke T, Feine U, Lietzenmayer R, Scheidhauer K, Dietlein M, Schober O, Lerch H, Brandt-Mainz K, Burchert W, Hiltermann G, Cremerius U, Biersack HJ. 1999. Fluorine-18 fluorodeoxyglucose positron emission tomography in thyroid cancer: results of a multicentre study. *Eur J Nucl Med* 26:1547–1552
27. Wang W, Macapinlac H, Larson SM, Yeh SD, Akhurst T, Finn RD, Rosai J, Robbins RJ. 1999. [18F]-2-fluoro-2-deoxy-D-glucose positron emission tomography localizes residual thyroid cancer in patients with negative diagnostic (131I) whole body scans and elevated serum thyroglobulin levels. *J Clin Endocrinol Metab* 84:2291–2302
28. Robbins RJ, Wan Q, Grewal RK, Reibke R, Gonen M, Strauss HW, Tuttle RM, Drucker W, Larson SM. 2006. Real-time prognosis for metastatic thyroid carcinoma based on 2-[18F]fluoro-2-deoxy-D-glucose-positron emission tomography scanning. *J Clin Endocrinol Metab* 91:498–505
29. Razfar A, Branstetter BF, Christopoulos A, Lebeau SO, Hodak SP, Heron DE, Escott EJ, Ferris RL. 2010. Clinical usefulness of positron emission tomography-computed tomography in recurrent thyroid carcinoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 136:120–125
30. Pedersen OM, Aardal NP, Larssen TB, Varhaug JE, Myking O, Vik Mo H. The value of ultrasonography in predicting autoimmune thyroid disease. *Thyroid* 2000;10:251-259
31. Kim DW, Eun CK, In HS, Kim MH, Jung SJ, Bae SK. Sonographic differentiation of asymptomatic diffuse thyroid disease from normal thyroid: a prospective study. *AJNR Am J Neuroradiol* 2010;31:1956-1960
32. Paksoy N, Yazal K. Cervical lymphadenopathy associated with Hashimoto's thyroiditis: an analysis of 22 cases by fine needle aspiration cytology. *Acta Cytol* 2009;53:491-496
33. Kim HJ, Kim NK, Choi JH, Sohn SY, Kim SW, Jin SM, et al. Associations between body mass index and clinicopathological characteristics of papillary thyroid cancer. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2013;78:134-140.
34. Tresallet C, Seman M, Tissier F, Buffet C, Lupinacci RM, Vuarnesson H, et al. The incidence of papillary thyroid carcinoma and outcomes in operative patients according to their body mass indices. *Surgery* 2014;156:1145-1152.
35. Choi JS, Lee HS, Kim EK, Moon HJ, Kwak JY. The influence of body mass index on the diagnostic performance of pre-operative staging ultrasound in papillary thyroid carcinoma. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2015;83:550-555.

DTK'DA CERRAHİ SONRASI DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Muhammed Kızılgül, Prof. Dr. Erman Çakal

Cerrahi sonrası, patolojik değerlendirme ve evreleme her tiroid kanser cerrahisi sonrasında yapılmalıdır. Ancak, AJCC/TNM evreleme sistemi (Tablo 1) mortalite riskini gösterdiğinden, beraberinde DTK nüks veya rekürens riskini belirlemede 2015 ATA tarafından önerilen düşük, orta ve yüksek riskli hasta şeklindeki sınıflandırmanın da yapılmasını önermekteyiz. Bu sınıflandırmanın etkin bir şekilde yapılabilmesi için operasyon patoloji raporunda aşağıdakiler belirtilmelidir;

- Tümör çapı ve histopatolojik alt tiplendirme,
- Kapsül invazyonu ve vasküler invazyon olup olmadığı,
- Saptanan vasküler invazyon sayısı,
- Eğer var ise ekstratiroidal invazyonun minimal (tümöre bitişik intratiroidal yumuşak doku veya sternotiroid kasa sadece mikroskopik olarak saptanabilir invazyon - T3 tümör) veya yaygın mı (subkutan yumuşak doku, larinks, trakea, özefagus veya rekürren laringeal sinir invazyonu - T4a tümör) olduğu,
- Cerrahi sınırdaki tümör varlığı,
- İncelenen ve metastaz saptanan lenf nodu sayısı, bu lenf nodlarının büyüklükleri ve lenf nodu içindeki en büyük metastazın çapı,
- Tümörün lenf nodu kapsülünün dışına çıkıp çıkmadığı

Tablo 1. Tiroid kanserlerinin TNM evrelemesi (8. baskı, AJCC 2017)

Diferansiye Tiroid Kanserlerinde AJCC/UICC TNM evrelemesi		
Primer Tümör (T)		
TX		Primer tümör değerlendirilemiyor
T0		Primer tümör kanıtı yok
T1	T1a	Tümör ≤1 cm, tiroide sınırlı
	T1b	Tümör >1 cm, ≤2 cm, tiroide sınırlı
T2		Tümör >2 cm, ≤4 cm, tiroide sınırlı
T3	T3a	Tümör >4 cm, tiroide sınırlı
	T3b	Strap kaslarına (sternohyoid, sternotiroid, omohyoid) belirgin ekstratiroidal yayılımı olan herhangi bir boyutta tümör
T4	T4a	Subkutan yumuşak dokulara, larinkse, trakea'ya, özefagusa veya rekürren laryngeal sinire gross ekstratiroidal yayılımı olan herhangi bir boyutta tümör
	T4b	Prevertebral fasya, mediastinal damarlara veya karotid artere yayılımı olan herhangi bir boyutta tümör
Bölgesel lenf nodu (N)		
NX		Bölgesel lenf nodu değerlendirilemiyor

N0		Bölgesel lenf nodu metastazı yok	
N0	N0a	Bir veya daha fazla sitolojik veya histolojik olarak doğrulanmış benign lenf nodu	
	N0b	Radyolojik veya klinik olarak bölgesel lenf nodu metastazı bulgusu yok	
N1		Lenf nodu metastazı var	
N1	N1a	Santral boyun metastazı (pretrakeal, paratrakeal veya prelaringeal/Delfian)	Seviye 6
		Üst mediastinal metastaz	Seviye 7
	N1b	Aynı taraf boyun	Seviye I, II, III, IV, V
		Karşı taraf boyun	
		Bilateral boyun	
		Retrofaringeal	
Metastaz (M)			
MX		Uzak metastaz değerlendirilemiyor	
M0		Uzak metastaz yok	
M1		Uzak metastaz var	
TNM Evrelemesi (S)			
		<55 yaş	≥55 yaş
Evre I		Herhangi bir T, N, M0	T1, N0/NX, M0 T2, N0/NX, M0
Evre II		Herhangi bir T, N, M1	T1, N1, M0 T2, N1, M0 T3a/b, herhangi bir N, M0
Evre III			T4a, herhangi bir N, M0
Evre IV	Evre IVA		T4b, herhangi bir N, M0
	Evre IVB		Herhangi bir T, N, M1

Sekizinci baskıdaki en önemli değişiklik prognoz açısından belirlenen yaş sınırıdır. Önceki baskılarda 45 yaş olan eşik değer, 55 yaş altı ve üstü olarak güncellenmiştir.

Sekizinci baskıda evreleme açısından değişiklikler özetlenecek olursa;

1. 55 yaşın altındaki hastalarda, uzak metastazı olanlar evre II, olmayanlar evre I olarak tanımlanmıştır.
 2. 55 yaş üzerinde uzak metastazı olan hastalar evre IVb olarak tanımlanmıştır.
 3. 55 yaş üzerinde uzak metastazı olmayanlar diğer klinik özelliklerine göre sınıflandırılmıştır.
- Evre I; 4 cm'nin altında (T1, T2) intratiroidal tümörü olup, lenf nodu metastazı olmayanlar,

Evre II; lenf nodu metastazı olanlar olarak tanımlanmıştır. Lenf nodu durumundan bağımsız olarak (N0 veya N1), intratiroidal tümörü olup 4cm'den büyük olanlar evre II olarak tanımlanmıştır. Makroskopik ekstratiroidal yayılımı olan tümörler; lenf nodu metastazından bağımsız olarak, eğer tümör sadece strap kasına yayılmışsa evre II, subkutan dokuya, larinks, trakea, rekürren laryngeal sinir ve özefagusa yayılmışsa evre III, prevertebral fascia, mediastinal damarlar veya çevre karotid artere yayılmışsa evre IVA olarak tanımlanmıştır.

4. TNM'nin 8. Baskısı önceki baskılarla karşılaştırıldığında, DTK'li hastaların büyük bir kısmını mortalite için düşük risk grubunda evrelemektedir. TNM sınıflaması DTK'de mortaliteyi öngörmeye yararlı bir metod olsa da, mortalite ve nüks riskleri her zaman birbirlerine paralel değildir. Bu nedenle, hastaların nüks riski için TNM evrelemesine ek olarak ATA kılavuzunun önerisine göre ayrıca değerlendirilmesi önerilir.

Cerrahi Sonrası Risk Değerlendirmesi

Cerrahi sonrası risk değerlendirmesi, prognozu öngörmeye yardımcı olmasının yanısıra cerrahi sonrasında RAI tedavisine karar verme ve TSH supresyon düzeyini belirleme açılarından da yol göstericidir. Derneğimiz evreleme (Tablo 1) ve histopatolojik alt tipe göre risk değerlendirmesinin de ATA kılavuzunu benimsemektedir (Tablo 2).

Graves hastalığı olanlarda tiroid kanseri seyrinin daha olumsuz olduğuna dair veri bulunmadığından, Graves zemininde gelişmiş tiroid kanserlerinde yaklaşım diğerlerinden farklı değildir.

Tablo 2. DTK'nin Risk Sınıflaması

Düşük riskli (aşağıda yazılı tüm özellikleri taşıyan PTK olguları):	Risk tahmini (%)
<ul style="list-style-type: none"> • Papiller tiroid kanser (Aşağıdakilerin hepsinin eşlik ettiği) <ul style="list-style-type: none"> ○ Bölgesel veya uzak metastaz yok ○ Tüm makroskopik tümör rezeke edilmiş ○ Bölgesel dokulara veya yapılar tümör invazyonu yok ○ Agresif histopatolojik alt tipe olmaması ○ Eğer I¹³¹ tedavisi verildiyse, tedavi sonrası ilk I¹³¹ tüm vücut taramada (TVT) tiroid yatağı dışında RAI tutan metastatik odak yok ○ Vasküler invazyon yok ○ Klinik N0 veya ≤5 patolojik N1 mikrometastaz varlığı (en büyük çapı <0,2 cm) • Intratiroidal enkapsüle FVPTK • Kapsüler invazyonu olan ve <4 vasküler invazyon odağı olan intratiroidal iyi diferansiyel FTK • İntratiroidal, tek veya çok odaklı papiller mikrokarsinom (eğer biliniyorsa), <i>BRAF</i>^{V600E} mutasyonlu olanlar dâhil 	≤5
Orta riskli (aşağıda yazılı özelliklerden en az birini taşıyan PTK olguları):	

<ul style="list-style-type: none"> Tümörün peritiroidal yumuşak dokuya mikroskobik invazyonunun olması 	>5-20
<ul style="list-style-type: none"> RAI tedavi sonrası ilk TVT’de boyunda tiroid yatağı dışında RAI tutan metastatik odak olması 	
<ul style="list-style-type: none"> Agresif histopatolojik alt tiplerde olması (tall cell, hobnail varyant, kolumnar hücreli gibi) 	
<ul style="list-style-type: none"> Vasküler invazyonu olan PTK 	
<ul style="list-style-type: none"> Klinik olarak belirgin lenf nodu metastazı (<3 cm boyutunda) veya >5 mikroskobik (<2 mm boyutunda) lenf nodu metastazı varlığı (N1) 	
<ul style="list-style-type: none"> <i>BRAF</i>^{V600E} mutasyonlu multifokal papiller tiroid karsinomu 	
Yüksek riskli (aşağıda yazılı tüm özelliklerden en az birini taşıyan PTK olguları):	
<ul style="list-style-type: none"> Peritiroidal doku ve/veya yapıların makroskopik invazyonu 	>20
<ul style="list-style-type: none"> Yaygın damar invazyonu olan foliküler tiroid kanseri 	
<ul style="list-style-type: none"> Kötü diferansiye tiroid kanseri 	
<ul style="list-style-type: none"> İnkomplet tümör rezeksiyonu 	
<ul style="list-style-type: none"> Uzak metastaz (M1) 	
<ul style="list-style-type: none"> Uzak metastaz düşündürülen postoperatif ciddi serum Tg yüksekliği 	
<ul style="list-style-type: none"> ≥3 cm boyutunda veya ektranodal uzantılı lenf nodu metastazları (N1) 	
<ul style="list-style-type: none"> Yaygın vasküler invazyonu olan (>4 adet) folliküler tiroid kanseri 	

CERRAHİ SONRASI RİSK DEĞERLENDİRMESİNDE TEMD ÖNERİLERİ

<ul style="list-style-type: none"> Cerrahi sonrası TNM klasifikasyonu ve risk değerlendirmesi mutlaka yapılmalıdır.
<ul style="list-style-type: none"> Bu amaçla ameliyat raporları detaylı yazılmalı, incelenmeli ve tecrübeli pataloglar tarafından detaylı değerlendirme yapılmalıdır.
<ul style="list-style-type: none"> TEMD patoloğların endokrin spesifik çalışmasını önermekte ve desteklemektedir.
<ul style="list-style-type: none"> Risk ve rezidü değerlendirmede postoperatif Tg düzeyleri, özellikle anti-Tg negatif hastalarda önemlidir.
<ul style="list-style-type: none"> Tg postoperatif yaklaşık dördüncü haftada en düşük düzeylerine iner. Ancak, RAI tedavisine karar vermede kullanılacak ideal bir Tg değeri tanımlanmamıştır.
<ul style="list-style-type: none"> Ülkemizde spesifik cerrahlar elinde özenle yapılan ameliyatlarda, hastaların önemli bir kısmında birinci ay Tg düzeyleri 0,5 ng/mL altında bulunabilmektedir.
<ul style="list-style-type: none"> Birinci ay Tg düzeylerinin yüksek kalması rezidü ve/veya yetersiz cerrahi konusunda klinisyeni uyarmalıdır.
<ul style="list-style-type: none"> Postoperatif dönemde varsa bakiye dokunun büyüklüğünü ve lenf nodlarının durumunu değerlendirmek ve RAI tedavisine karar verebilmek amacıyla, postoperatif birinci aydan itibaren deneyimli ellerde lateral kompartmanlar ve 2-3. ayda da tüm kompartmanlar US ile değerlendirilebilir.

- Özellikle preoperatif TİİAB pozitif bulunduktan sonra, ikinci bir boyun US yapılmadan cerrahiye alınan, deneyimsiz merkezlerde opere edildiği düşünülen ve birinci ay Tg düzeylerinin yüksek kaldığı olgularda, RAI öncesi bir US mutlaka uygulanmalıdır. Bu hastalarda postoperatif erken dönemde bakiye dokunun büyüklüğü konusunda ilaç başlanmadan veya bir hafta kadar kesilerek yapılan ^{99m}Tc sintigrafisi en önemli yol göstericidir, bu amaçla ^{131I} kullanılması önerilmez.
- Bakiye dokusu fazla ya da operasyon öncesi ve sırasında tespit edilmemiş lenf nodu metastazı saptanan hastalarda, RAI tedavisinden önce gerekli cerrahi girişimler yapılmalıdır.

Radyoaktif İyot Tedavisi

Cerrahi sonrasında; 1) bakiye dokunun ablasyonu, 2) adjuvan (nüksü/mortaliteyi azaltmak için), 3) tedavi (persistan hastalığı olanlarda) için RAI tedavisi yapılabilir. RAI tedavisi, cerrahi sonrasında dört ile altıncı haftadan itibaren uygulanabilir.

Bakiye doku ablasyonu amacıyla düşük riskli ve az sayıda risk faktörü taşıyan orta riskli hastalarda önerilen RAI dozu 30 mCi'dir. Rezidüel tümör varlığında ise önerilen dozlar 100-200 mCi'dir. Genellikle lenf nodu metastazı varlığında 150 mCi, organ metastazı varlığında 200 mCi dozlar seçilmektedir. Daha kötü prognoza sahip histopatolojik alt tiplerin varlığında ya da tiroid dışına invazyon/vasküler invazyon varlığında da >100 mCi dozlar seçilebilir. Rezidüel hastalık varlığında tümör kitlesini, tümörün iyot tutulumunu, akciğer ve kemik iliğinde tutulacak dozu hesaba katacak şekilde dozimetri ile de etkili fakat güvenli maksimum dozlar hesaplanabilir. Tüm vücut iyot taraması ile teşhis edilen tekrarlayan bölgesel lenf nodu metastazları, düşük hacimli hastalık olgularında RAI ile veya cerrahi rezeksiyon ile kombinasyon halinde tedavi edilebilir, ancak özellikle 1 cm'den büyük lezyonlar için cerrahi tercih edilir.

Çok odaklı <1 cm tümörlerin uzun dönemde tek odaklı tümörler ile kıyaslandığında metastaz, nüks ve mortaliteye olumsuz etkisi bilinmektedir. Fakat RAI tedavisi ile bu risklerin azaldığına dair yeterli veri yoktur. Bu durumda, yeni kanıtlar elde edilene dek çok odaklı tiroid kanseri olgularında, RAI tedavisi için risk değerlendirmesi ayrıntılı yapıpı hastaya göre karar verilmelidir. Uzun dönemde nüks ve mortaliteye RAI'nın etkisi belirli olmadığından RAI tedavisi kararı hasta ile birlikte alınmalıdır. Seçilmiş olgulara RAI tedavisi verilmesi önerilir. ETA 2022 Uzlaş Raporuna göre DTK'de cerrahi sonrası RAI tedavi endikasyonları Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. DTK'de cerrahi sonrası RAI tedavi endikasyonları: ETA 2022 Uzlaş Raporunun özeti

RAI tedavisi, tiroid kanserine bağlı ölüm ve nüks için ilk prognostik göstergelere dayanmalıdır	- ATA risk grupları: (1) düşük; (2) orta; (3) yüksek - Ameliyat sonrası değerlendirme: (1) boyun ultrasonu; (2) tiroglobulin
I-131 tedavisinin adjuvan tedavi veya bilinen hastalığın tedavisi olarak kullanılması yüksek risk grubunda endikedir	- Genel sağkalım ve hastaliksız sağkalım RAI ile iyileştirilir - 100 mCi'den büyük dozlar düşünülmelidir

Orta risk kategorisinde, bireysel risk faktörlerine göre RAI tedavisi endike olabilir.	<ul style="list-style-type: none"> - Aşağıdaki hastalarda en büyük fayda: (1) ileri yaş; (2) agresif histolojiler; (3) artan nodal hastalık hacmi; (4) tümörün ektranodal uzanımı; (5) çoklu N1; (6) ve/veya santral boyun dışında lenf nodu metastazı - Prospektif denemelerin nihai sonuçları bekleniyor
Düşük riskli hastalarda, RAI tedavisi bireysel risk değiştiricilere dayanmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> - <1 cm PTC'de (tek veya çok odaklı) RAI endikasyonu yoktur - Anormal boyun ultrasonu veya yüksek Tg, RAI tedavisine ihtiyaç duyulduğunu gösterebilir
TSH stimülasyonu için rekombinant insan TSH'si tercih edilir	<ul style="list-style-type: none"> - Tüm RAI dozları için endikasyonu vardır - Metastatik hastalık hariç tüm risk gruplarında kullanılabilir
30 mCi'lik dozlar, remnant ablasyonu için daha yüksek aktiviteler kadar eşit derecede etkilidir	<ul style="list-style-type: none"> - Düşük riskli hastalar tiroid remnant ablasyonu için sevk edilirse, 30 mCi'lik dozun daha yüksek aktivitelerden daha etkili ve daha güvenli olduğu düşünülmelidir.
RAI tedavisinden önce tanısal TVT rutin olarak gerekli değildir	<ul style="list-style-type: none"> - RAI tedavisinden önceki düşük RAI dozları stunning'e neden olabilir ve tedavi etkinliğini azaltabilir
RAI tedavisinden önce iyot içeren herhangi bir ilaçtan kaçınılmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> - Düşük iyotlu diyet önerilebilir

RAI tedavisine bağlı erken dönemde gelişebilecek komplikasyonlar, radyasyon tiroiditine ek olarak, tat duyusunda değişiklik ya da kayıp, sialadenit, radyasyon hastalığına bağlı bulantı ve kusma olarak özetlenebilir. Hidrasyon, RAI verilmesinden 24 saat sonra tükürük sekresyonunu artıran limon suyu, sakız çiğneme, limonlu şeker kullanımı, konstipasyonun laksatif kullanımı ile engellenmesi, antiemetikler, hem semptomların gerilemesine hem de mesane, gonadlar, tükürük glandları, kolon ve mesanenin maruz kaldığı radyoaktivite miktarının azalmasına yardımcıdır.

Tedavi Öncesi Hazırlık

Bu tedavi öncesinde hastanın TSH düzeyinin >30 mU/mL olması gerekir. Bu durum total ya da totale yakın tiroidektomi yapılan hastalarda, endojen hipotiroidi ya da endojen hipotiroidinin riskli olduğu hastalarda rhTSH ile sağlanabilir. Endojen hipotiroidi oluşturmak için farklı metotlar mevcuttur. Bunlardan ilkinde cerrahi sonrasında levotiroksin (LT4) 3-4 hafta süre ile kesilir. Diğer yöntemde ise LT4 kesilerek, iki hafta süreyle 2x25 µg ya da 3x25 µg/gün triiyodotironin (T3) başlanır ve RAI tedavisinden iki hafta önce de T3 kesilir. Bu son yöntemle hipotiroidi süresi kısaltılarak, hipotiroidiye bağlı konforsuzluk süresi kısaltılmış olur MD

Öte yandan rhTSH ile hazırlık yapılacak ise, ilk dozu RAI tedavisinden 72 saat önce başlanacak biçimde 24 saat aralıkla iki doz 0,9 mg rhTSH uygulanması ve ve son enjeksiyondan 24 saat, yani ilk enjeksiyondan 72 saat sonra RAI verilmesi önerilmektedir.

Düşük riskli veya orta riskli ve yaygın lenf nodu metastazı olmayan hastalarda (T1-T3, N0/Nx/N1a, M0) bakiye doku ablasyonu veya adjuvan amaçlı RAI tedavisi verileceğinde rhTSH kullanılabilir. Yaygın lenf nodu metastazı olan orta riskli hastalarda, uzak metastaz yokluğunda rhTSH uyarısı ile adjuvan RAI tedavisine rhTSH ile hazırlık önerilebilir, ancak kanıt düzeyi düşüktür. Yüksek riskli hastalarda ise adjuvan amaçlı RAI kullanımında rhTSH ile hazırlık konusunda yeterli veri yoktur. Ancak, endojen hipotiroidi ile RAI tedavisine hazırlık yapmanın ciddi komorbidite taşıdığı durumlarda (örneğin; hipotiroidi ile alevlenebilecek konjestif kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı gibi ciddi medikal veya psikiyatrik durum ya da tiroid hormonu kesilmesinin yeterli TSH cevabı oluşturmayacağı durumlar), hasta hangi risk grubunda olursa olsun rhTSH ile hazırlık yapılması önerilir. Bu olgularda RAI tedavisi için LT4'ün kesilmesine ve iyottan fakir beslenmeye gerek yoktur. Ancak; hastalar radyokontrastlar ve yüksek iyot içeren ilaçlardan uzak durmalıdır. Tedavi öncesi Tg'nin önemli bir prognostik faktördür. Bu nedenle tüm hastaların tedavi dozu RAI öncesinde TSH, Tg ve anti-Tg düzeyleri ölçülmelidir. Cerrahi sonrası ilk kez RAI uygulanacak hastalarda, tiroid yatağındaki tutulum derecesini belirlemek amacıyla çok düşük doz (1 mCi) 131I ile inceleme yapılabilir. Ancak bu işlemle bile sersemletici ("stunning") etki nedeniyle bakiye doku ablasyon başarısının düştüğünü gösteren yayınlar vardır. Bu nedenle, RAI tedavi dozunu belirleme amacı ile postoperatif çok düşük doz 131I tarama yapılmasının yararı tartışmalıdır. Eğer mutlaka gerekliyse bunun yerine postoperatif birinci aydan sonra boyun US ile ve/veya 99mTc sintigrafisi ile bakiye doku varlığı değerlendirilmesi önerilir. TTx uygulananlarda, tiroid lojunda RAI tedavisi öncesi tutulumun <%5 olması beklenir. RAI tedavisinden 1-2 hafta önce düşük iyot içeren (<50 µg/gün) diyet uygulamasına geçilmelidir. Doğurgan yaşta kadın hastalarda RAI tedavisi öncesinde β-hCG ölçümü ile gebelik dışlanmalıdır.

Tedavi dozunda RAI verildikten sonraki 5-8. günler arasında TVT yapılmalıdır. TVT, özellikle tiroid lojunda tutulumun %2'den küçük olduğu hastalarda lenf nodu tutulumu ve uzak metastazların belirlenmesinde değerlidir. Bu durumda 131I tedavisinden sonraki TVT radyorezistan nadir tümörler dışında hastalığın kesin evresi hakkında kesin bilgi verecektir. Endojen hipotiroidi ile hazırlanan hastalarda, RAI tedavisinden 24 saat sonra genellikle 2 ya da 3. gününden itibaren LT4 başlanmalıdır.

RAI TEDAVİSİ İÇİN TEMD ÖNERİLERİ

- TEMD, ülkemizde DTK tedavisi için gereğinden sık ve yüksek dozlarda RAI kullanıldığını gözlemlemektedir.
- RAI tedavisi sadece orta ve yüksek riskli hastalara, gereken dozlarda verilmelidir.
- RAI tedavisi verilecekse, postoperatif bir ila üç ay içerisinde verilmelidir.
- rhTSH düşük riskli veya orta riskli olup, yaygın lenf nodu metastazı olmayan hastalarda (T1-T3, N0/Nx/N1a, M0) bakiye doku ablasyonu veya adjuvan amaçlı RAI tedavisi verileceğinde kullanılabilir.
- Tedavi amaçlı RAI verilecek hastalarda ilaç kesilerek endojen hipotiroidi sağlanarak verilmelidir.
- Cerrahi eksizyonun yeterliliğini ve rezidü hastalığı değerlendirme amacıyla hipotiroid durumda iken, RAI tedavisi öncesi boyun US, TSH, Tg ve anti-Tg ölçümleri yapılmalıdır.
- TEMD risk değerlendirmede ATA 2015 risk sınıflamasını benimsemektedir (Tablo 2).
- Düşük riskli hastalarda RAI tedavisi gerekmez.
- Bakiye doku ablasyonu amacıyla genellikle 30 mCi RAI yeterlidir.
- Orta riskli olgularda RAI en az bakiye ablasyonu dozlarında (30 mCi), negatif prognostik risk unsurları arttıkça da daha yüksek dozlarda verilmelidir.
- Yüksek riskli olgularda mutlaka yüksek doz (>100-150 mCi) RAI verilmesi önerilir.
- 150-200 mCi dozlar seçilmelidir.
- RAI tedavisinden 5-8 gün sonra mutlaka TVT yapılmalıdır.

Erken Dönem Takip

Cerrahi ve gerekli ise RAI tedavisi sonrasında LT₄ dozu hastanın risk grubuna uygun şekilde ayarlanmalıdır. Başlangıç tedavisi sonrasında LT₄ dozunu ayarlama ilk yıl için hedef TSH; TTx yapılmış, ablasyon tedavisi almış ya da almamış, Tg düzeyi <0,2 ng/mL olan veya lobektomi yapılmış olan düşük riskli hastalarda 0,5-2 mU/L arası, Ablasyon tedavisi almasına rağmen, hafif düzeyde Tg pozitifliği olan veya ablasyon tedavisi almamış ve Tg düzeyi ölçülebilir olan düşük riskli hastalarda ve orta riskli hastalarda 0,1-0,5 mU/L arası,

Yüksek riskli hastalarda <0,1 mU/L olmalıdır. Yüksek riskli hastalarda sT₃ ve sT₄ normal sınırlarda olmalı, hastada iyatrojenik tirotoksikozu sebep olunmamalıdır (Tablo 4).

Tablo 4. Risk gruplarına göre başlangıç ve uzun dönem TSH hedef aralıkları

Risk grubu (ATA)	Başlangıçta TSH hedefi	Takipte (5 yıl) TSH hedefi
Yüksek riskli (yapısal inkomplet yanıt)	<0,1 mU/L	0,1-0,5 mU/L
Yüksek riskli (biyokimyasal inkomplet yanıt veya belirsiz yanıt)		
Yüksek riskli (mükemmel yanıt)	0,1-0,5 mU/L	0,5-2 mU/L
Orta riskli (biyokimyasal inkomplet yanıt veya belirsiz yanıt)	0,1-0,5 mU/L	0,1-0,5 mU/L
Orta riskli (mükemmel yanıt)	0,1-0,5 mU/L	0,5-2 mU/L
Düşük riskli (ölçülemez Tg düzeyi)	0,5-2 mU/L	0,5-2 mU/L
Düşük riskli (düşük ölçülebilir Tg düzeyi)	0,1-0,5 mU/L	0,5-2 mU/L
Düşük riskli lobektomi	0,5-2 mU/L	0,5-2 mU/L

LT4 tedavisine başladıktan sonra TSH 2-3. ayda ölçülmeli, hedefe ulaşılamamış ise genellikle 25 µg/gün doz artışı ile 2-3 ay sonrasına yeni TSH ölçümü planlanmalıdır. Uygun doza ulaşıldıktan sonra TSH ölçümleri 6-12 ayda bir tekrarlanmalıdır. Başlangıç tedavisinden sonra, aşağıda belirtildiği şekilde yapılan değerlendirme sonucu remisyonda olduğu tespit edilen hastalarda, daha yüksek TSH düzeyleri hedef olarak seçilebilir. Başlangıç için önerilen TSH supresyonunun amacı, tümörde TSH'ye bağlı büyüme potansiyelini baskılamaktır.

DTK takibinde serum Tg konsantrasyonu tümör belirteci olarak kullanılmaktadır. Takip sırasında hastanın risk derecesine göre, anti-Tg ile birlikte 6-12 ay aralıklarla ölçülmelidir. Dolaşımda anti-Tg antikorlarının varlığında, kullandığınız yöntemle göre etkileşim nedeni ile yanlış negatif ya da yanlış pozitif sonuçlar alınabilir. Bu nedenle Tg ile beraber anti-Tg'de ölçülmelidir. İyi bir cerrahi sonrasında ve/veya RAI ile total tiroid ablasyonu gerçekleştiğinde, serum Tg konsantrasyonlarının bir ila üç ay içerisinde ölçülemeyecek kadar düşük olması beklenir. TSH uyarısı altında Tg düzeylerinin ölçümünün duyarlılığı daha yüksektir. Takipte Tg düzeylerinin ölçülebilir hâle gelmesi nüks göstergesidir.

İlk takip ziyaretinde ölçülebilir Tg düzeyi olmayan, anti-Tg düzeyi negatif olan hastalarda %100'e yakın hastaliksız sağ kalım görülür. Ameliyattan 4-6 hafta sonra uyarılmış veya uyarılmamış postoperatif Tg için optimal kesme değerinin net bir şekilde belirlenmemiş olsada, aşağıdaki uyarılmamış Tg değerleri beklenmektedir:

- Total tiroidektomi sonrası <5 ng/mL
- Tiroid lobektomisinden sonra <30 ng/mL

Bu eşik değerlerin üzerindeki serum Tg değerleri, ilk ameliyatın yeterliliğinin ve kalıcı metastatik hastalık olasılığının yeniden değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

TSH uyarısı genelde bazal serum Tg düzeylerini beş ila on kat artırdığından, LT4 tedavisi altında Tg düzeyleri $>0,2$ ng/mL olan hastalarda, fonksiyonel duyarlılığı $0,5-1$ ng/mL olan bir ölçüm yöntemi ile stimüle Tg düzeylerinin $>1-2$ ng/mL çıkması beklenen bir bulgudur.

Postoperatif dönemde, cerrahinin kendisine bir immün cevap olarak ya da ablasyon tedavisi sonrasında geçici olarak anti-Tg pozitifleşmesi olabilir. Takip sırasında ortaya çıkan yeni anti-Tg pozitifliği ise nüks riskinde artış ile ilişkilidir.

Başlangıçta anti-Tg antikor pozitif olan hastalarda, takip sırasında tiroid dokusu ablasyonu ile antikor düzeylerinin yıllar içinde (ortalama üç yıl) azalması ve kaybolması beklenir. Isırcı anti-Tg antikor pozitifliği, devam eden hastalık ya da nüks işareti olarak yorumlanmalıdır.

Anti-Tg antikor pozitifliğinde Tg ölçümünün güvenilirliği azaldığından takip için boyun US ile TVT kullanılabilir. Metastaz kuşkusunda BT, MRG, 18FDG-PET/BT yöntemleri kullanılabilir.

Anti-Tg antikor negatif, standart düşük ve orta riskli hastalarda serum Tg ölçümleri, boyun ve tiroid yatağına yapılan US ile takip yeterlidir. TVT bu yöntemlerden daha hassas değildir ve standart DTK takibinde kullanılması önerilmez.

Orta ve yüksek riskli hastalarda, rhTSH stimülasyonu ile Tg, anti-Tg antikor ölçümü, RAI tedavisinden sonra en erken 9. ayda, sıklıkla 12. ayda yapılabilir. Stimülasyon sırasında 2-5 mCi ile TVT'de yapılabilir. Ancak, çoğu hastada ek yararı yoktur. Bu işlem sırasında TSH >30 mU/mL iken ölçülen Tg konsantrasyonları (stimüle edilmiş Tg) ablasyon derecesi, rezidü ve rekürrensler hakkında önemli bilgi verir.

DTK'li hastalarda postoperatif erken dönemde nüks riski değerlendirmesi düşük, orta ve yüksek olarak yapılmakla birlikte takipte hastaların tedaviye cevabı farklı olabilir ve dolayısıyla hastanın nüks riski değişebilir. O hâlde hastaların postoperatif aylar ve ilk yıllar içerisinde yeniden değerlendirilmesi, uzun vadede hastalara gereksiz düzey ve süreyle TSH supresyonu yapılmasını önlemek açısından önemlidir.

Bu nedenle 2015 ATA kılavuzunda, postoperatif uzun vadede hastaların tedavi cevabının mükemmel, biyokimyasal yetersiz, yapısal yetersiz ve indetermine olarak dört grupta değerlendirilmesi önerilmiştir (Tablo 5). Bu değerlendirmenin zamanı önce postoperatif 2. yıl olarak önerilmekle birlikte, sonrasında bu değerlendirmenin RAI ablasyon tedavisi dönemindeki Tg düzeyi ile operasyondan aylar sonra bile yapılabileceği belirtilmiştir.

Tg genelde cerrahi ve ablasyondan aylar sonra bazen de takipte yıllar içerisinde düşebildiğinden biyokimyasal yetersiz cevabı olan hastaları tanımlarken eş zamanlı bakılan TSH düzeyi, tiroidektomi sonrası kalan rezidü doku, RAI tedavisi alıp almadığı, ablasyondan sonra geçen zaman önemlidir.

Mükemmel yanıt, hastalığa ait biyokimyasal, klinik veya yapısal kanıt olmaması durumudur. Bu grup hastalarda takip aralığı 12-24 ayda bir olmalıdır. 5 yıl sonrasında aralık daha da açılabilir. Takipte rekürrens gelişmesi halinde hasta takibi ömür boyu yapılır. RAI tedavisi alan DTK'lar için ultra-hassas Tg ölçümleri $<0,2$ ng/mL olması tümör yokluğunu gösterir ve zaman içerisinde

titrasyon artışları reküren hastalığa işaret eder. RAI tedavisi verilmemiş hastalarda, normal tiroid dokusunun postoperatif kalmış olabileme ihtimali de söz konusu olabileceğinden, tümör persistans/rekürensini gösterebilecek özgül kestirim değerleri mevcut değildir. Bu nedenle özgül Tg kestirim değerleri haricinde, Tg seyrini takip etmek ve ultrasonografi ile değerlendirmek rezidü tiroid dokusu ve hastalık nüksünü ayırt edebilmek için en doğru yaklaşımdır. Bu grup hastalarda TSH düzeyi 0,5–2 mUI/L arası tutulmalıdır.

Daha önceki çalışmalarda, stimüle edilmemiş Tg değerlerinin ablasyon sonrası altıncı ayda >5 ng/mL, on ikinci ayda >1 ng/mL olması veya ablasyondan >1 yıl sonra TSH ile stimüle Tg >10 ng/mL olması biyokimyasal yetersiz cevap için kriter olarak alınmıştır. Bu grup tüm DTK'ların %10-20'sini oluşturmaktadır. Bu grup hastalarda takip aralığı 6-12 ay olmalıdır. Takipte %20'si yapısal inkomplet yanıt grubuna dönüşür. Ölüm oranı <%1'dir. Biyokimyasal yetersiz cevabı olan hastaların küçük bir kısmında bazal Tg'sinde zamanla progresif artış olabilir. Bazal Tg düzeylerinin ikiye katlanma süresi (<1 yıl, 1-3 yıl veya >3 yıl) ya da bazal Tg'nin yükselme hızı ($\geq 0,3$ ng/mL/yıl) yapısal olarak gösterilebilir bölgesel hastalık ya da uzak metastaz gelişim açısından artmış riskli hastaları tanımlar. Orta ve yüksek riskli gruptaki hastalarda mükemmel cevaba karar vermek için US veya Tg ile tespit edilemeyen hastalığı ekarte etmek için ek yapısal ya da fonksiyonel görüntüleme yöntemlerine ihtiyaç olabilir. Yüksek riskli hastalar mükemmel cevap olarak kabul edilseler bile düşük ve orta riskli hastalardan daha sık takip edilmeleri gerekebilir. Hasta özelinde değişmek üzere ve Tg ve anti-Tg antikor düzeylerine, hastanın riskine göre TSH aralığı 0,1-0,5 mUI/L veya komplet supresyonla TSH <0,1 mUI/L izlenebilir (Tablo 4).

Yapısal inkomplet yanıt, persistan veya yeni tanımlanmış bölgesel veya uzak metastaz varlığı durumudur. Bölgesel hastalığın en sık görülme bölgesi servikal lenf nodlarıdır. Uzak metastazlar ise sırasıyla en sık akciğere ve kemikleredir. Bu hasta grubu aktif takip gerektirir. Periyodik olarak hastanın biyokimyasal ve radyolojik takibi ile hastalığın durumu ve tedavi gereksinimleri dinamik olarak takip edilmelidir. Belirli aralıklarla iyot aviditesi, pozitron emisyon tomografisi (PET) ile tümör yükü taraması gerekebilir. Özellikle Tg düzeyi yüksek (genellikle >10 ng/mL) ve RAI taraması negatif hastalarda PET görüntüleme tercih edilmelidir. TSH supresyonu <0,1 mUI/L ile izlenmelidir. Radyoyot refrakter olgularda tirozin kinaz inhibitörü ile tedavi gerekebilir. Düşük tümör yüküne ve küçük servikal lenf nodlarına sahip hastalarda da ek tedavi gereksinimi olabilir. Lokalize veya tek metastazlı olgularda cerrahi, eksternal beam radyoterapi, embolizasyon, radyofrekans ablasyon gibi tedaviler de uygulanabilir. Bu grup hastalarda bölgesel metastatik olanlarda %11, uzak metastazlı olanlarda %60'lara ulaşan hastalığa özgül mortalite görülmektedir.

Belirsiz yanıt, nonspesifik kategorize edilemeyen biyokimyasal veya yapısal bulguların varlığı (yapısal hastalık olmadan stabil veya azalan anti-tg titresi olan hastalar dahil) sınıflandırılmaktadır.

TSH >30 mU/L iken Tg düzeyleri ölçülebilir (>1 ng/mL) bulunan, fakat US ve TVT'de tutulum tespit edilmeyen hastalar, daha ileri görüntüleme yöntemleri ile değerlendirilmelidirler. Bu yöntemler arasında BT, MRG, 18FDG-PET/BT sayılabilir. Bahsedilen görüntüleme yöntemleri ile patolojik bulgu tespit edilmesi, tümörün iyot alımından sorumlu sodyum-iyodür simporter sentezini yapmadığı ya da lezyonun boyutlarının küçük olması ve lokalizasyonu nedeniyle TVT'nin duyarlı olmadığı şeklinde yorumlanabilir.

Stimüle Tg düzeyleri 1-10 ng/mL arasında bulunan, fakat TVT'de tutulum saptanmayan, boyun US normal olan hastaların Tg düzeyleri ile takip edilebileceği bildirilmektedir. Bu hastalarda takip sırasında stimüle ya da TSH baskılı iken, Tg düzeylerinde artış aktif hastalığa işaret eder. İleri görüntüleme yöntemleri ile de odak bulunmaması durumunda ampirik olarak yüksek dozda (100 mCi) RAI verilip, tedavi dozu sonrası taramada patolojik RAI tutulumu olup olmadığı değerlendirilebilir. Bu, daha sonraki tedavi seçeneklerini belirlemesi açısından önemlidir. Yüksek dozda RAI sonrasında da tutulum olmayan hastaların, bundan sonra RAI tedavisinden yararlanmayacağı bilinmelidir.

TTx yapılmış, ancak RAI ablasyonu yapılmamış rezidü kanser dokusu olmayan, düşük riskli hastalarda bile kalan bakiye doku büyüklüğü ile orantılı olarak rhTSH stimülasyonu %50 olguda Tg düzeyini 1 ng/mL üzerine çıkaracağından bu hastalara rhTSH ile stimülasyon yapmaya gerek yoktur.

TTx yapılmış, ancak RAI ablasyonu yapılmamış veya lobektomi yapılmış hastalarda ise Molessio DP ve arkadaşları tarafından ilki 2014 yılında yayımlanan 2015 ATA kılavuzunda, referanslara alınan ve 2016'da güncellenmiş şekli yayımlanan risk değerlendirmesi kullanılabilir (Tablo 5). Ancak Tg düzeylerinin iyot alımından da etkilenebileceği ve toplumdan topluma değişebileceği unutulmamalıdır.

Lobektomi Uygulanan hastalarda operasyonu takiben 3-6 ay aralıklarla hastanın boyun ultrasonografisi mutlaka dahil olmak üzere değerlendirilmeyapılmalıdır. Kontralateralde veya servikal lenf nodlarında rekürrens açısından dikkatli olunmalıdır. Radyoaktif iyot tarama ve Tg ölçümleri bu hasta grubu için güvenilir değildir. Tiroid dokusu rezidüsü ile kanser nüksünü ayırt etmek için özgül Tg düzeyleri olmasa da, görüntüleme yöntemlerinde patoloji izlenmeyen, anti-Tg antikorlu ölçülemeyen ve uyarılmamış Tg düzeyi <30 ng/mL altında olan hastalar mükemmel yanıt olarak değerlendirilebilir.

Tablo 5. Total tiroidektomi ve RAI ablasyon uygulanmış hastalar için tedavi yanıtları

Kategori	Tanımı	Klinik sonuçlar
Mükemmel yanıt	Negatif görüntüleme ve aşağıdakilerden birisi; *supreseTg <0,2 ng/mL veya *TSH-stimüleTg <1 ng/mL	%1-4 rekürrens <%1 hastalığa özgül ölüm
Biyokimyasal inkomplet yanıt	Negatif görüntüleme ve eşlik eden; supreseTg >1 ng/mL veya *TSH-stimüleTg >10 ng/mL veya artan anti-Tg titres	%20'sinde yapısal hastalık gelişir <%1 hastalığa özgül ölüm
Yapısal inkomplet yanıt	Tg düzeyinden ve anti-tg pozitifliğinden bağımsız olarak yapısal veya fonksiyonel hastalık varlığı	%50-85'inde ilave tedaviye rağmen persistan hastalık devam eder. Hastalığa özgül mortalite;lokorejyonel hastalıkta %11 ve uzak metastaz varlığında %50 dolayındadır.
Belirsiz yanıt	Görüntüleme yöntemlerinde spesifik olmayan bulgular, RAI taramada tiroid yatağında zayıf tutulum, stimüle olmayan Tg ölçülebilir ancak <1 ng/mL. Stimüle Tg ölçülebilir ancak <10 ng/ml Veya yapısal ve fonksiyonel hastalık olmaksızın ant-Tg titrelerinin sabit seyretmesi veya düşmesi	%15-%20'sinde taktipe yapısal hastalık gelişir <%1 hastalığa özgül ölüm

Tablo 6. TTx Yapılmış ve RAI Ablasyonu Tedavisi Yapılmamış ya da Lobektomi Yapılmış

DTK'li Hastalarda Tedavi Cevabın Değerlendirmesi

Kategori	TTx yapılmış, RAI ablasyon yapılmamış	Lobektomi
Mükemmel cevap	Negatif görüntüleme ve anti-Tg negatif ve bazal Tg <0,2 ng/mL veya stimüle Tg <2 ng/mL	Stabil, bazal Tg <30 ng/mL ve anti-Tg negatif ve negatif görüntüleme
Biyokimyasal yetersiz cevap	Negatif görüntüleme ve bazal Tg >5 ng/mL veya stimüle Tg >10 ng/mL veya Tg düzeyleri benzer TSH düzeylerine rağmen artıyor veya artan anti-Tg antikor düzeyleri	Negatif görüntüleme ve bazal Tg >30 ng/mL veya Tg düzeyleri benzer TSH düzeylerinde giderek artıyor veya artan anti-Tg antikor düzeyleri
Yapısal yetersiz cevap	Tg ve anti-Tg pozitifliğinden bağımsız olarak yapısal ya da fonksiyonel hastalık varlığı	Tg ve anti-Tg pozitifliğinden bağımsız olarak yapısal ya da fonksiyonel hastalık varlığı
İndetermine cevap	Görüntüleme tetkiklerinde spesifik olmayan bulgular veya RAI taramada tiroid yatağında zayıf tutulum veya stimüle olmayan Tg 0,2-5 ng/mL veya stimüle Tg 2-10 ng/mL veya anti-Tg antikorları stabil veya yapısal ya da fonksiyonel hastalık yokluğunda azalıyor	Görüntüleme tetkiklerinde spesifik olmayan bulgular veya anti-Tg antikorları stabil veya yapısal ya da fonksiyonel hastalık yokluğunda azalıyor

TEMĐ ÖNERİLERİ DTK ERKEN DÖNEM

- RAI tedavisi alacak hastalarda, tedavi gününde TSH, Tg, anti-Tg antikor ölçümleri ve tedavi sonrası 5-8. günlerde TVT mutlaka yapılmalıdır.
- Düşük riskli olan cerrahi sonrası RAI verilen veya verilmeyen hastalarda TSH düzeyi 0,5-2 mU/L arasında tutmak yeterlidir.
- Ablasyon tedavisi almasına rağmen düşük düzeyde Tg pozitifliği olan veya ablasyon tedavisi almamış ve Tg düzeyi ölçülebilir olan düşük ve orta riskli hastalarda TSH 0,1-0,5 mU/L arastutulabilir.
- Orta riskli hastalarda risk faktörü sayısına göre özellikle ilk yıl TSH <0,1 mU/L tutulabilir.
- Yüksek riskli hastalarda, erken dönemde TSH <0,1 mU/L olmalıdır.
- Rezidü hastalık ya da nüksü değerlendirmede, RAI tedavisi sonrası 3. ayda TSH, Tg, anti-Tg antikor ölçümleri, 3-6. aylarda deneyimli ellerde yapılan boyun US değerlendirme için yeterlidir.
- Orta, yüksek riskli hastalarda, 3-6. aylarda deneyimli ellerde yapılan boyun US, Tg, anti-Tg antikor ölçümlerine 9-12. aylarda rhTSH uyarısı ile veya endojen hipotiroidi oluşturularak, yapılan Tg stimülasyonu eklenmelidir. Bunlardan özellikle postablatif erken TVT'lerinde tiroid yatağı dışında pozitiflik olanlara TVT önerilir.
- Yüksek riskli seçilmiş bazı hastalarda TVT takipte birkaç kez kullanılabilir, ancak çoğu hastada takipte TVT kullanılması gerekmez ve önerilmez.
- Anti-Tg antikorları negatif olan hastalarda stimüle Tg düzeyinin <1 ng/L bulunması tam ablasyona işa- ret eder.
- Tg düzeylerinin >1-2 ng/mL bulunması daha ileri incelemeleri gerekli kılar. Stimüle Tg seviyesi >1-2 fakat ≤10 ng/mL bulunan ve TVT'de tutulum olmayan hastalar başka odak yoksa ve boyun US'de kuş- kulu bulgu yoksa Tg düzeyleri ile takip edilmelidir. Bu hastalarda TSH baskılı tutulmalı ve baskılı iken ya da stimüle Tg düzeylerinde bazale göre artış olması aktif hastalık işaretidir. Bu durumda daha ileri değerlendirmeler ve tedavi gerekir.
- Stimüle Tg düzeyi >10 ng/mL bulunan ve TVT'de tutulum olmayan hastalarda, ¹⁸FDG-PET/BT lezyon lokalizasyonunu değerlendirmede kullanılabilir.
- Agresif histopatolojik alt tiplerde daha düşük Tg düzeylerinde veya Tg negatif, ancak devam eden anti-Tg antikor pozitifliği olan hastalarda da ¹⁸FDG-PET/BT kullanılabilir.
- Stimüle Tg düzeyi >10 ng/mL bulunan, TVT'de tutulum olmayan, diğer görüntüleme yöntemleri ile de odak tespit edilemeyen hastalarda, daha önce denenmemiş ise ve bir kereye mahsus tedavi dozunda (100 mCi) RAI uygulanması ve bu dozun ardından yapılacak TVT ile patolojik tutulumun araştırılması önerilir.
- Yüksek dozda RAI tedavisi sonrasında da tutulum olmayan, fakat rezidüel hastalık ya da nüks düşünülen hastaların, bundan sonra RAI tedavisinden yararlanmayacağı bilinmelidir.
- ¹⁸FDG-PET/BT kötü diferansiye tiroid kanserlerinde ve invaziv Hurthle hücreli kanserlerde, özellikle görüntülemeye hastalık bulgusu veya yüksek Tg düzeyi varsa başlangıçta evreleme amaçlı da kullanılabilir.

Uzun Dönemde Takip

DTK'nin uzun dönem standart takibi yıllık FM, LT4 tedavisi altında TSH, Tg ve anti-Tg anti-kor ölçümleri ve boyun US ile yapılır. Bu parametrelerde, lokal nüks ya da uzak metastaza işaret edecek değişikliklerin varlığında, stimüle Tg ve/veya TVT ve gerekirse ileri görüntüleme yöntemlerinin (BT, MRG, 18FDG-PET/BT) verilerine göre cerrahi, RAI, RT, multikinaz inhibitörleri gibi tedavi seçenekleri hastaya göre değerlendirilir.

Düşük riskli grupta, başlangıç tedavisinden sonra yapılan değerlendirme ile remisyona geçirilmiş ise nüks oranının <1 olduğu dikkate alınarak TSH'nin 0,5-2 mU/L aralıkta tutulmaya devam edilmesi önerilmektedir (2015 ATA kılavuz önerisi) (Tablo 3). Orta riskli grupta, başlangıçta supresyon yapılsa da uzun vadede tekrar değerlendirme ile mükemmel cevap sağlanan hastalarda, TSH hedefi 0,5-2 mU/L olacak şekilde LT4 doz azaltılmasına gidilmesi önerilmektedir (2015 ATA kılavuz önerisi) (Tablo 3). Yüksek riskli grupta, ilk tedaviden sonra 9- 12 ay arasında yapılan değerlendirmede, stimüle Tg (endojen hipotiroidi ile TSH >30 mU/L iken ya da rhTSH uyarısı ile) düzeyine göre mükemmel cevap kabul edilen hastalarda, tam supresyonun kaldırılması ancak TSH'nin en az beş yıl 0,1-0,5 mU/L arası, hafif suprese tutulması önerilmektedir (2015 ATA kılavuz önerisi) (Tablo 3).

Orta ve yüksek riskli grupta tedaviye cevaptan bağımsız olarak ve tüm biyokimyasal yetersiz, yapısal yetersiz veya indetermine cevabı olanlarda Tg düzeylerinin yıllar boyu en az 6-12 ayda bir ölçülmesi gereklidir. Yapısal yetersiz cevabı olan hastalarda her zaman TSH <0,1 mU/L tutulmalıdır. Biyokimyasal yetersiz cevabı olan hastalarda risk grubu, Tg düzeyleri, Tg gidişatı ve TSH supresyonunun riskleri göz önüne alınarak TSH 0,1-0,5 mU/L arası tutulmalıdır. Ancak, hızla yükselen veya belirgin yüksek Tg düzeyi olan hastalarda düşük risk grubunda dahi olsa TSH <0,1 mU/L tutulabilir. İndetermine cevabı olan düşük riskli grupta TSH 0,5-2 mU/L, yüksek riskli grupta ise 0,1-0,5 mU/L aralıkta tutulabilir.

DTK tedavisinde subklinik tirotoksikoz oluşturacak dozlarda LT4 kullanılması, kardiyak komplikasyonları (supraventriküler aritmiler, sol ventrikül hipertrofisi, iskemik kalp hastalığının alevlenmesi), protrombotik süreci ve kemik kaybını tetikleyebilir. Bu tür hastalarda uzun süreli tiroid hormon tedavisi için TSH hedefleri değişkenlik gösterebilir (Tablo 7). Hastalar bu komplikasyonlar açısından takip edilmeli; LT4 dozunun azaltılmadığı durumlarda, soruna yönelik beta-bloker, bisfosfonat gibi tedaviler seçilmeli ve hastanın günlük beslenmesinde yeterli kalsiyum alıp almadığı sorgulanarak, gerekirse kalsiyum ve vitamin D desteği verilmelidir.

Tablo 7. Uzun süreli tiroid hormon tedavisi için TSH hedefleri

TSH baskılanması riskinin artması	Mükemmel yanıt	Belirsiz yanıt	Biyokimyasal inkomplet yanıt**	Yapısal inkomplet yanıt
Risk yok				
Menapoz				
Taşikardi			Hafif baskılama. TSH hedefi 0,1-0,5* mU/L	Orta veya tam baskılama. TSH hedefi <0,1 mU/L
Osteopeni				
Yaş > 60				
Osteoporoz				
Atriyal fibrilasyon				

* - 0,5 mU/L, spesifik teste bağlı olarak 0,3-0,5 mU/L olabilen TSH testi için referans aralığının alt sınırını temsil eder

** - Biyokimyasal tamamlanmamış yanıtı olan hastalar için TSH hedefi, orijinal ATA riski, Tg düzeyi, zaman içindeki Tg eğilimi ve TSH baskılanma riskine bağlı olarak oldukça farklı olabilir.

 Baskılama yok. TSH hedefi 0,5*-2,0 mU/L

 Hafif baskılama. TSH hedefi 0,1-0,5* mU/L

 Orta veya tam baskılama. TSH hedefi <0,1 mU/L

Hastaların uzun dönem takibinde, boyun US rezidü ya da nüks eden hastalığı değerlendirmede en duyarlı görüntüleme yöntemidir. Metastatik lenf nodlarının değerlendirilmesi, boyutları çok küçük olsa bile bu yöntemle mümkün olabilmektedir. US rehberliğinde yapılan TİİAB ve aspirasyon sıvısında Tg ölçümü (Tg yıkama), patolojik görünümlü lenf nodunun veya boyun kitlesinin değerlendirmesinde, atitroidik olguda, sitolojiyle birlikte hatta ondan daha değerli bir yol göstericidir (Bakınız 17. Bölüm Tiroid Hastalıklarında TİİAB ve Yıkamalar).

TEM DÖNERİLERİ UZUN DÖNER TAKİP

- Düşük ve orta riskli ve tam remisyonda olan grupta TSH 0,5-2 mU/L arasında tutulabilir.
- Stimüle Tg, US veya TVT bulgularına göre remisyonda olduğu tespit edilen, fakat başlangıçtaki değerlendirmeye göre yüksek riskli olduğu bilinen hastalarda TSH 5 yıl 0,1-0,5 mU/L arasında tutulmalıdır.
- RAI tedavisi sonrasında TVT, boyun US ve stimüle Tg sonuçlarına göre remisyonda olduğu belirlenen hastalarda, rutin takip sırasında TSH baskılı iken bakılan Tg düzeylerinde ya da takip boyun US'de yeni bir bulgu belirmedikçe TVT tekrarı gerekli değildir.
- Boyun US'de şüpheli görünümdeki lenf nodlarından biyopsi ve aspiratta Tg yıkama yapılması lenf nodu metastazlarını saptamada en değerli yöntemdir.
- Orta ve yüksek riskli grupta tedaviye cevaptan bağımsız olarak ve tüm biyokimyasal yetersiz, yapısal yetersiz veya indetermine cevabı olanlarda Tg düzeylerinin yıllar boyu en az 6-12 ayda bir ölçülmesi gereklidir.
- Biyokimyasal yetersiz, yapısal yetersiz veya indetermine cevabı olan hastalarda veya LT4 tedavisi altında Tg düzeylerinde azalma meydana gelen hastalarda, tedavi cevabını tekrar değerlendirmek için rhTSH ile stimüle Tg ve TVT tekrarı gerekebilir

Aktif İzlem

Hastalığın ilerlemesi nedeniyle tedavi gerekli olana kadar düzenli izleme olarak tanımlanan aktif sürveyans (AS), belirli kriterleri karşılayan hastalara geçerli bir alternatif olarak önerilmiştir. İlk kez Japonya'da 1990'ların başında aktif bir sürveyans programı başlatıldı ve zamanla yaklaşık 1000-1500 civarında ≤ 10 mm tiroid kanseri olgusu takip edildi. Bu küçük tümörlerde çok düşük güncel büyüme oranları ve çok düşük yeni lenf nodu metastazı oranları, yaklaşık %3 lenf nodu metastazı ve ≥ 3 mm boyutunda olanlarda yaklaşık %10'a kadar artış vardı. Bazı hastalar tipik olarak kaygı nedeniyle ameliyat olmayı seçtiler. Ameliyatı daha geç seçen hastalarda, ilerleme nedeniyle daha sonra ameliyat olması gereken hastalara göre ameliyatlarının ertelenmesine rağmen olumsuz bir sonuç veya nüks riskinde artış olmadığı görüldü. Aktif sürveyansın, düşük riskli PTMC'leri olan hastalar için onkolojik güvenlik, düşük olumsuz olay insidansı ve daha düşük tıbbi maliyetler temelinde mükemmel bir strateji olduğu ileri sürülmüştür.

Aktif sürveyansın en zorlu kısmı hangi hastaların buna uygun olduğuna karar verilmesidir. Bu her zaman boyuta bağlı değildir. Rekürren laringeal sinire yakın arka lob yerleşimli 8 mm'lik nodülü olan biri aktif sürveyans önermek için iyi bir hasta olmayabilirken, lobun ortasında tiroid kapsülüne herhangi bir uzantı veya arka yerleşim göstermeyen 1,5 cm'lik bir nodül olan hastaya aktif sürveyans önerilebilir. Aktif sürveyans için karar vermedeki diğer bir zorluk, lenf nodlarının tutulumunun değerlendirilmesidir. Ultrason son derece faydalıdır, ancak her zaman yeterli değildir çünkü tiroid bezi hala yerindedir ve tiroidin arkasındaki lenf düğümü tutulumu yeterince değerlendirilemeyebilir. Hashimoto hastalarında bazen, bu lenf düğümlerini metastatik lenf düğümlerinden ayırt etmek zor olabilir. Bir hastada küçük bir tümör, küçük bir tiroid kanseri ve Hashimoto da olabilirken, peritiroidal lenf düğümleri varsa metastaz değerlendirmesi yapmak zor olabilir.

Düşük riskli tiroid kanserli 222 hastanın izlem veya ameliyatla tedavi edildiği prospektif bir çalışmada, hastalar genişletilmiş boyut (≤ 20 mm) ve büyüme (>5 mm boyut, $>\%100$ hacim) parametreleriyle güvenli bir şekilde gözlemlendi. Çalışma sonuçları, ilk kez aktif takibi seçen hastaların ameliyat geçiren hastalara göre daha az kaygı yaşadıklarını da gösterdi. 40 hastanın alındığı retrospektif bir çalışmada da <2 cm lenf nodu metastazı olan tiroid kanserli olguların güvenilir bir şekilde aktif takip ile izlenebileceğini göstermiştir. ATA kılavuzuna göre cerrahi yerine aktif takibin kullanılabilirliği durumları Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8. Cerrahi yerine aktif takibin kullanılabilirliği durumları

- Çok düşük riskli tümörleri olan hastalar^a (rekürren laringeal sinir, trakea, özofagus lokal invazyonu olmayan, nodal veya uzak metastaz kanıtı olmayan ve sitolojide agresif hastalık özelliği olmayan tiroid papiller mikrokarsinomu)
- Birden fazla komorbid durumu ve yüksek cerrahi riski olan hastalar
- Yaşam beklentisi kısa olan hastalar (önemli kardiyopulmoner hastalık, diğer maligniteler, ileri yaş)
- Tiroid ameliyatından önce ele alınması gereken eşzamanlı tıbbi veya cerrahi sorunları olan hastalar

^aAktif takip yaklaşımının değerlendirilmesi için yukarıda listelenen kriterlerden yalnızca

birinin karşılanması gerekir.

Tekrarlayan ve Metastatik Hastalığı Olanlar

Yer işgal eden ve yaygın rekürren nodal hastalıkta, havayolu veya özefagus invazyonu şüphesi olduğunda, boyun US'nin değerlendirmeyi yeterli yapamadığı nodal nükslerde kontrastlı veya kontrastsız BT ya da MRG yapılabilir. Yüksek riskli hastalarda Tg >10 ng/mL veya anti-Tg antikollarının giderek yükseldiği durumlarda, RAI görüntümeden bağımsız pulmoner parankimi görüntülemek için kontrastsız, mediasteni değerlendirmek için kontrastlı toraks BT yapılabilir. Boyun ve toraks görüntüleme sonuçları negatif olan, Tg >10 ng/mL veya anti-Tg antikollarının giderek yükseldiği yüksek riskli hastalarda 18FDG-PET/BT, beyin MRG, abdomen BT/MRG ve kemik sintigrafisi yapılabilir. 18FDG-PET/BT, 131I sonrası TVT taramasını tamamlayabilir. Metastazi ve yüksek Tg'si olan 239 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, 18FDG-PET/BT'in duyarlılığı yüzde 49, 131I'nin duyarlılığı yüzde 50 ve birleşik duyarlılık yüzde 90 olarak bulunmuştur. 131I negatif hastalarda 18FDG-PET/BT'in pozitif olma olasılığı daha yüksekti.

Boyun bölgesindeki nüksün tedavisinde cerrahi ve RAI tedavi seçenekleri kullanılabilir. Cerrahi eksizyonun mümkün olamadığı hastalarda, tümör dokusunda RAI tutulumu düşüğe özellikle 45 yaş üzerinde eksternal RT uygulanabilir.

Akciğer metastazları varlığında, 131I tutulumu olduğu sürece RAI vermek önerilmektedir. Seçilecek dozlar 200 mCi ya da "dozimetri" ye göre hesaplanan daha yüksek ve güvenli dozlar olabilir. İyot tutulumu devam ettiği sürece, yeni dozların ilk 2 yıl için 6 aydan önce verilmemesi önerilmektedir. Ardından daha seyrek (bir yıl) aralıklarla verilebilir. Yüksek doz 131I sonrası TVT, takip sırasında Tg ölçümleri, makrometastazi olanlarda diğer görüntüleme yöntemleri ile metastaz boyutlarının takibi, tedaviye cevabı belirlemede ve RAI tedavisinin devamına karar vermede önemlidirler. Tedavi cevabını değerlendirmede serum Tg düzeylerinde anlamlı azalma olması ve/veya metastazların büyüklüğünde azalma veya büyüme hızında yavaşlama olması dikkate alınır. Diffüz akciğer metastazları varlığında yukarıda belirtilenden, kısa sürelerle tekrarlayan RAI tedavisi verilen hastalarda pulmoner pnömonitis ve radyasyon fibrozisi gelişebilir.

Tümör farklılaşmasının kaybolduğu olgularda, iyot tutulumunun kaybolmasına ek olarak Tg sentezi de azalabilir. Bu nedenle, serum Tg düzeylerinde azalma olmasına rağmen RAI tutulumunun azalması ve tümör büyüklüğünde azalma olmaması veya büyüme olması RAI tedaviye direnç olduğunu gösterir. RAI tedavisine direnç DTK'de %15-20 oranında görülür.

Metastatik ya da tekrarlayan hastalığı olan hastalarda tanı amaçlı TVT'nin anlamı yoktur. Çünkü tedavi endikasyonunda değişiklik oluşturmayacaktır. 131I tedavisinin toplam üst doz sınırı yoktur. RAI tutulumu olduğu ve yarar tespit edildiği sürece uygulanabilir. Bazı hastalarda >1.000 mCi RAI vermek gerekebilmektedir. Fakat 600 mCi sonrasında lösemi ve sekonder kanserlerin sıklığında artış olduğu bilinmelidir. Ayrıca, >70 yaştaki hastalarda ampirik dozlarda bir defada 150 mCi'den yüksek doz verilmesinden kaçınılmalıdır. Tükürük bezi hasarı ya da nazolakrimal kanal obstrüksiyonu, tekrarlayan RAI dozlarından sonra daha sıktır. 400 mCi ve üzeri dozların hipospermiye yol açabileceği dikkate alınarak, tekrarlayan tedavi öncesi erkek hastalarda sperm, kadınlarda ovum örneği saklanması önerilebilir.

Uzak metastaz nedeni ile RAI tedavisi alacak hastaların rhTSH ile hazırlanması konusunda yeterli veri yoktur. Ancak, endojen hipotiroidinin komorbid durumlar nedeni ile risk yaratabileceği ya da eş zamanlı hipofizer hastalık nedeni ile TSH'nin yükselmeyeceği veya tedaviyi geciktirmenin ciddi sonuçlar doğurabileceği durumlarda rhTSH ile hazırlık yapılabilir.

RAI tedavisi sonrası gebelik 6 ay-1 yıl sonra planlanmalıdır. Bazı uzmanlar erkeklerde tedavi sonrası üç ay beklenmesini (tam bir sperm siklusu) önermektedir. Emziren annelere RAI tedavisi verilmemelidir. RAI tedavisine sekonder over harabiyeti nedeni ile genel popülasyona göre bir yıl daha erken menopoza olabilir, ancak bu durum kümülatif doz ya da tedavinin verildiği yaş ile ilişkili bulunmamıştır.

Kemik metastazlarının tedavisinde ¹³¹I ya da palyatif amaçla ve ağrı kontrolü için eksternal RT uygulanabilir. Kemik metastazlarında eğer lezyon cerrahi eksizyon için uygun ve izole ise cerrahi, değilse bisfosfonat infüzyonu, denosumab tedavisi, embolizasyon ya da sement injeksiyonu yapılabilir. Bisfosfonat verilecek hastalarda her kullanım öncesi böbrek fonksiyonları ve kalsiyum düzeyi, denosumab verilecek hastalarda kalsiyum düzeyi ve her iki ilaç için ilk kullanım öncesinde diş muayenesi yapılmalıdır. Yaygın kemik metastazlı hastalarda tirozin kinaz inhibitör (TKİ) tedavi verilecekse veya alıyorsa bile bisfosfonat olarak zoledronik asit iv. infüzyon tedavisi üç ayda bir uygulanması önerilmektedir.

Beyin metastazları seyrekdir. Uygun olduğunda cerrahi eksizyon, cerrahi olarak çıkarılamayan ve RAI tutmayanlarda eksternal RT seçilebilir. Bası semptomları oluşturması mümkün kemik ya da beyin metastazlarında RAI ya da eksternal RT sırasında glukokortikoid uygulanması önerilir. RAI tedavisi alacak hastalarda, LT4 kesilmesinden 10-12 gün sonra veya rhTSH injeksiyonundan 6-12 saat önce deksametazon 3x2-4 mg başlanması ve steroidin tedavi sonrası bir haftada azaltılarak kesilecek şekilde bir protokol izlenmesi önerilir.

LT4 kesilmesi ile stimüle Tg <10 ng/mL ya da rhTSH uygulaması sonrası Tg <5 ng/mL olan, ancak yapısal hastalığı olmayan hastalar ampirik RAI tedavisi verilmeden takip edilebilirler. Ancak daha yüksek Tg düzeyi olanlar, serum Tg düzeyleri hızla yükselen hastalar, anti-Tg antikor düzeyi yükselen ancak boyun ve toraks görüntüleme ve/veya 18FDG-PET/BT tümör odağı saptanmayan hastalarda ampirik RAI tedavisi verilebilir. Ancak tedavi sonrası TVT negatif ise hasta RAI dirençli kabul edilmelidir. RAI dirençli yapısal olarak görülen DTK beş grupta sınıflandırılır:

- a) Malign/metastatik doku hiçbir zaman RAI tutmaz (ilk terapötik TVT'de bile tiroid yatağı dışında tutulum yoktur)
- b) Daha önce RAI tutmasına rağmen artık RAI tutulumu yoktur (iyot kontaminasyonu olmadığından emin olunmalıdır)
- c) Bazı lezyonlar RAI tutarken bazıları tutmaz
- d) Metastatik hastalık önemli düzeyde RAI tutmakla birlikte progresyon göstermektedir.
- e) >22,2 GBq (600 mCi) ¹³¹I tedavisine rağmen metastazlarda progresyon olması

Bu hastalarda artık RAI tedavisi verilmesinin anlamı yoktur. RAI dirençli metastatik DTK'si olan, ancak asemptomatik, stabil veya minimal progresif hastalar TSH supresyonu altında

izlenebilirler. Takipte >1 cm yumuşak doku metastatik lezyonları hedef lezyon olarak tanımlanır ve her zaman en büyük çapları ölçülmelidir. Takipte hedef lezyonların en büyük çapı <%20 artarsa ve 12-15 aylık takipte yeni metastatik lezyon belirmezse hasta stabil kabul edilir. Progresyon gösteren hastalarda ise 18FDG-PET/BT'de tutulum olabilir, ancak 18FDG-PET/BT öncesinde rhTSH uygulamanın görüntüleme katkısı gösterilememiştir.

Bu hastalarda artık 18FDG-PET/BT, BT, MRG ile metastatik hastalığın ilerleme düzeyi saptanarak eğer RECIST ("Response Evaluation Criteria in Solid Tumors") kriterleri ile hedef lezyonların en uzun çaplarının toplamında >%20 artış oluyorsa, yeni metastatik lezyonlar çıkıyorsa ve hastalıkla ilişkili semptomlar beliriyorsa sistemik ve/veya yönlendirilmiş tedavilere geçiş düşünülmelidir.

Stereotaktik radyasyon ve termal ablasyon tekli uzak metastazlarda özellikle lokal komplikasyon riski yüksek ise cerrahiye karşı iyi bir alternatif olabilirler, ancak DTK'de kullanımları konusunda tecrübe kısıtlıdır.

Son on yılda tiroid karsinogenezinin moleküler mekanizmalarının daha iyi anlaşılması ile tirozin kinaz reseptörünün katalitik aktivitesini inhibe eden ve antiproliferatif etki oluşturan ilaçların kullanıma girmesi RAI dirençli DTK'de sistemik tedaviye yeni bir boyut kazandırmıştır (**Bakınız --. Bölüm İleri tiroid kanserlerinde, anaplastik tiroid kanserinde yeni ilaçlar**).

RAI DİRENÇLİ TEKRARLAYAN VE METASTATİK HASTALIĞI OLANLARDA TEMD ÖNERİLERİ

- TSH <0,1 mU/L tutulmalıdır.
- Takip ve tedavi cevabını değerlendirmede 18FDG-PET/BT dâhil diğer görüntüleme yöntemleri kullanılabilir.
- RAI dirençli DTK tedavisinde, ülkemizde Sağlık Uygulama Tebliği'nde sorafenib, en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu altı aylık sağlık raporuna dayanarak ve tıbbi onkoloji uzmanı reçetesi ile kullanım ve geri ödeme onayı almıştır.
- Lenvatinib endikasyon dışı raporları ile nadir hastada geri ödeme ile temin edilebilmektedir.
- Ülkemizde TKI'lerle ilgili bilgi birikimi için bu ajanların çok-merkezli çalışma protokolleri dâhilinde kullanılması önemlidir.

Kaynaklar

1. DeLellis R. Tumours of the thyroid and parathyroid. Tumors, Pathology and Genetics of Endocrine Organs; WHO Blue Books Lyon IARC Press; 2004.
2. Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A. Thyroid cancer staging. In: Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A (eds) AJCC Cancer Staging Manual. 7th edition. Springer-Verlag, New York, 2010. p.59-64.
3. Hay ID, Hutchinson ME, Gonzalez-Losada T, McIver B, Reinalda ME, Grant CS, Thompson GB, Sebo TJ, Goellner JR. Papillary thyroid microcarcinoma: a study of 900 cases observed in a 60-year period. Surgery 2008;144:980-7.
4. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, Pacini F, Randolph GW, Sawka AM, Schlumberger M, Schuff KG, Sherman SI, Sosa JA, Steward DL, Tuttle RM, Wartofsky L. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid 2016;26:1-133.
5. Haugen BR, Sawka AM, Alexander EK, Bible KC, Caturegli P Dr, Doherty G, Mandel SJ, Morris JC 3rd, Nassar A, Pacini F, Schlumberger M, Schuff KG, Sherman SI, Somerset H, Sosa JA, Steward DL, Wartofsky L, Williams MD. The ATA Guidelines on Management of Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer Task Force Review and

- Recommendation on the Proposed Renaming of eFVPTC without Invasion to NIFTP. *Thyroid* 2017;27:481-483.
6. Momesso DP, Vaisman F, Yang SP, Bulzico DA, Corbo R, Vaisman M, Tuttle RM. Dynamic Risk Stratification in Patients with Differentiated Thyroid Cancer Treated Without Radioactive Iodine. *J Clin Endocrinol Metab* 2016;101:2692-700.
 7. Baloch ZW, LiVolsi VA, Asa SL, Rosai J, Merino MJ, Randolph G, Vielh P, DeMay RM, Sidawy MK, Frable WJ. Diagnostic terminology and morphologic criteria for cytologic diagnosis of thyroid lesions: a synopsis of the National Cancer Institute Thyroid Fine- Needle Aspiration State of the Science Conference. *Diagn Cytopathol* 2008;36:425-437.
 8. Aschebrook-Kilfoy B, Ward MH, Sabra MM, Devesa SS. Thyroid cancer incidence patterns in the United States by histologic type, 1992-2006. *Thyroid* 2011;21:125-134.
 9. Nikiforov YE, Ohori NP. Follicular carcinoma. In: Nikiforov YE, Biddinger PW, Thompson LDR (eds) *Diagnostic Pathology and Molecular Genetics of the Thyroid*. 1st edition, Lippincott, Philadelphia, PA, 2012. p.152-182.
 10. Nikiforov YE, Ohori NP. Papillary carcinoma. In: Nikiforov YE, Biddinger PW, Thompson LDR, eds. *Diagnostic Pathology and Molecular Genetics of the Thyroid*. 1st edition, Lippincott, Philadelphia, PA, 2012. p.183-262.
 11. Cardis E, Howe G, Ron E, Bebeskko V, Bogdanova T, Bouville A, Carr Z, Chumak V, Davis S, Demidchik Y, Drozdovitch V, Gentner N, Gudzenko N, Hatch M, Ivanov V, Jacob P, Kapitonova E, Kenigsberg Y, Kesminiene A, Kopecky KJ, Kryuchkov V, Loos A, Pinchera A, Reiners C, Repacholi M, Shibata Y, Shore RE, Thomas G, Tirmarche M, Yamashita S, Zvonova I. Cancer consequences of the Chernobyl accident: 20 years on. *J Radiol Prot* 2006;26:127-140.
 12. Volante M, Collini P, Nikiforov YE, Sakamoto A, Kakudo K, Katoh R, Lloyd RV, LiVolsi VA, Papotti M, Sobrinho-Simoes M, Bussolati G, Rosai J. Poorly differentiated thyroid carcinoma: the Turin proposal for the use of uniform diagnostic criteria and an algorithmic diagnostic approach. *Am J Surg Pathol* 2007;31:1256-1264.
 13. Ito Y, Miyauchi A, Ishikawa H, Hirokawa M, Kudo T, Tomoda C, Miya A. Our experience of treatment of cribriform morular variant of papillary thyroid carcinoma; difference in clinicopathological features of FAP-associated and sporadic patients. *Endocr J* 2011;58:685-689.
 14. Laury AR, Bongiovanni M, Tille JC, Kozakewich H, Nose V. Thyroid pathology in PTEN-hamartoma tumor syndrome: characteristic findings of a distinct entity. *Thyroid* 2011;21:135-144.
 15. Vaisman F, Momesso D, Bulzico DA, Pessoa CH, Dias F, Corbo R, Vaisman M, Tuttle RM. Spontaneous remission in thyroid cancer patients after biochemical incomplete response to initial therapy. *Clin Endocrinol* 2012;77:132-138.
 16. Miyauchi A, Kudo T, Miya A, Kobayashi K, Ito Y, Takamura Y, Higashiyama T, Fukushima M, Kihara M, Inoue H, Tomoda C, Yabuta T, Masuoka H. Prognostic impact of serum thyroglobulin doubling-time under thyrotropin suppression in patients with papillary thyroid carcinoma who underwent total thyroidectomy. *Thyroid* 2011;21:707-716.
 17. Wong H, Wong KP, Yau T, Tang V, Leung R, Chiu J, Lang BH. Is there a role for unstimulated thyroglobulin velocity in predicting recurrence in papillary thyroid carcinoma patients with detectable thyroglobulin after radioiodine ablation? *Ann Surg Oncol* 2012;19:3479-3485.
 18. Padovani RP, Robenshtok E, Brokhin M, Tuttle RM. Even without additional therapy, serum thyroglobulin concentrations often decline for years after total thyroidectomy and radioactive remnant ablation in patients with differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 2012;22:778-783.
 19. Verkooijen RB, Verburg FA, van Isselt JW, Lips CJ, Smit JW, Stokkel MP. The success rate of I-131 ablation in differentiated thyroid cancer: comparison of uptake-related and fixed-dose strategies. *Eur J Endocrinol* 2008;159:301-307.
 20. Verburg FA, Verkooijen RB, Stokkel MP, van Isselt JW. The success of 131I ablation in thyroid cancer patients is significantly reduced after a diagnostic activity of 40 MBq 131I. *Nuklearmedizin* 2009;48:138-142.
 21. Torlontano M, Crocetti U, Augello G, D'Aloiso L, Bonfitto N, Varraso A, Dicembrino F, Modoni S, Frusciante V, Di GA, Bruno R, Filetti S, Trischitta V. Comparative evaluation of recombinant human thyrotropin-stimulated thyroglobulin levels, 131I wholebody scintigraphy, and neck ultrasonography in the follow-up of patients with papillary thyroid microcarcinoma who have not undergone radioiodine therapy. *J Clin Endocrinol Metab* 2006;91:60-63.
 22. Luster M, Lassmann M, Haenscheid H, Michalowski U, Incerti C, Reiners C. Use of recombinant human thyrotropin before radioiodine therapy in patients with advanced differentiated thyroid carcinoma. *J Clin Endocrinol Metab* 2000;85:3640-3645.
 23. Ceccarelli C, Bencivelli W, Morciano D, Pinchera A, Pacini F. 131I therapy for differentiated thyroid cancer leads to an earlier onset of menopause: results of a retrospective study. *J Clin Endocrinol Metab* 2001;86:3512-3515.

24. Brose MS, Nutting CM, Jarzab B, Elisei R, Siena S, Bastholt L, de la Fouchardiere C, Pacini F, Paschke R, Shong YK, Sherman SI, Smit JW, Chung J, Kappeler C, Pena C, Molnar I, Schlumberger MJ. Sorafenib in radioactive iodine-refractory, locally advanced or metastatic differentiated thyroid cancer: a randomised, double-blind, phase 3 trial. *Lancet* 2014;384:319-328.
25. Schlumberger M, Tahara M, Wirth LJ, Robinson B, Brose MS, Elisei R, Habra MA, Newbold K, Shah MH, Hoff AO, Gianoukakis AG, Kiyota N, Taylor MH, Kim SB, Krzyzanowska MK, Dutcus CE, de las Heras B, Zhu J, Sherman SI. Lenvatinib versus placebo in radioiodine-refractory thyroid cancer. *N Engl J Med* 2015;372:621-630.
26. Lorusso L, Pieruzzi L, Biagini A, Sabini E, Valerio L, Giani C, Passannanti P, Pontillo-Contillo B, Battaglia V, Mazzeo S, Molinaro E, Elisei R. Lenvatinib and other tyrosine kinase inhibitors for the treatment of radioiodine refractory, advanced, and progressive thyroid cancer. *Onco Targets Ther* 2016;9:6467-6477.
27. Viola D, Valerio L, Molinaro E, Agate L, Bottici V, Biagini A, Lorusso L, Cappagli V, Pieruzzi L, Giani C, Sabini E, Passannanti P, Puleo L, Matrone A, Pontillo-Contillo B, Battaglia V, Mazzeo S, Vitti P, Elisei R. Treatment of advanced thyroid cancer with targeted therapies: ten years of experience. *Endocr Relat Cancer* 2016;23:R185-205.
28. Sugitani I, Toda K, Yamada K, Yamamoto N, Ikenaga M, Fujimoto Y. Three distinctly different kinds of papillary thyroid microcarcinoma should be recognized: our treatment strategies and outcomes. *World J Surg* 2010;34:1222-1231.
29. Ito Y, Miyauchi A, Kihara M, Higashiyama T, Kobayashi K, Miya A. Patient age is significantly related to the progression of papillary microcarcinoma of the thyroid under observation. *Thyroid* 2014;24:27-34.
30. Thompson LD. Ninety-four cases of encapsulated follicular variant of papillary thyroid carcinoma: A name change to Noninvasive Follicular Thyroid Neoplasm with Papillary-like Nuclear Features would help prevent overtreatment. *Mol Pathol* 2016;29:698-707.
31. Strickland KC, Howitt BE, Marqusee E, et al. The Impact of Noninvasive Follicular Variant of Papillary Thyroid Carcinoma on Rates of Malignancy for Fine- Needle Aspiration Diagnostic Categories. *Thyroid* 2015;25:987-92
32. Kakudo K, Liu Z, Satoh S, Higuchi M, Hirokawa M. Non-invasive follicular thyroid neoplasm with papillary-like nuclear features (NIFTP): diagnosis and differential diagnoses. *J Basic Clin Med* 2017; 6: 14–21.
33. Rosario PW and Mourao GF. Noninvasive Follicular Thyroid Neoplasm with Papillary-like Nuclear Features(-NIFTP): a review for clinician. *Endocrine-Related Cancer* 2019;26:R259-R266.
34. Mehmet Uludag, Adnan Isgor. What has Changed About the Eight Edition of the Differentiated Thyroid Carcinomas TNM Classification System? How will it Effect the Clinical Practice? *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni* 2017;51(4):255-265. 10.5350/SEMB.20171224115721
35. Lamartina L, Grani G, Durante C, Borger I, Filetti S, Schlumberger M. Follow-up of differentiated thyroid cancer - what should (and what should not) be done. *Nat Rev Endocrinol.* 2018 Sep;14(9):538-551. doi: 10.1038/s41574-018-0068-3
36. Pacini F, Fuhrer D, Elisei R, Handkiewicz-Junak D, Leboulleux S, Luster M, Schlumberger M, Smit JW. 2022 ETA Consensus Statement: What are the indications for post-surgical radioiodine therapy in differentiated thyroid cancer? *Eur Thyroid J.* 2022 Jan 1;11(1):e210046.
37. Canpolat AG, Sahin M. Diferansiye Tiroid Kanserleri. In: Ucan B, Kizilgul M (eds). *Klinik Endokrinoloji*, 1th edition: Hipokrat; 2022: 151-7.
38. Tuttle RM. Differentiated thyroid cancer: Overview of management. Ross DS, MD. UpToDate <https://www.uptodate.com> (Accessed on May 2022)
39. Ito Y, Miyauchi A. Active surveillance for low-risk papillary thyroid microcarcinomas. *Ann Thyroid* 2020;5:17
40. Ho AS, Kim S, Zalt C, et al. Expanded Parameters in Active Surveillance for Low-risk Papillary Thyroid Carcinoma: A Nonrandomized Controlled Trial. *JAMA Oncol.* 2022;8(11):1588–1596. doi:10.1001/jamaoncol.2022.3875
41. Walter LB, Scheffel RS, Zanella AB, Farenzena M, Faccin CS, Graudenz MS, Dora JM, Maia AL. Active Surveillance of Differentiated Thyroid Cancer Metastatic Cervical Lymph Nodes: A Retrospective Single-Center Cohort Study. *Thyroid.* 2023 Mar;33(3):312-320. doi: 10.1089/thy.2022.0542
42. Esteva D, Muros MA, Llamas-Elvira JM, et al. Clinical and pathological factors related to 18F-FDG-PET positivity in the diagnosis of recurrence and/or metastasis in patients with differentiated thyroid cancer. *Ann Surg Oncol* 2009; 16:2006
43. Wang H, Fu HL, Li JN, et al. Comparison of whole-body 18F-FDG SPECT and posttherapeutic 131I scintigraphy in the detection of metastatic thyroid cancer. *Clin Imaging* 2008; 32:32

MEDÜLLER TİROİD KANSERİ

Prof Sibel Güldiken ve Prof Dr Ayşenur İzol

Medüller tiroid kanseri (MTK), tiroid bezindeki kalsitonin (KT) salgılayan parafoliküler C-hücrelerinden köken alır. Tüm tiroid kanserlerinin %4-5'ini oluşturur.

Klinik

Olguların %75'i sporadik iken %25'i herediterdir ve klinik prezentasyon buna göre farklılık gösterebilir. Herediter MTK, Multipl Endokrin Neoplazi (MEN) 2A ya da MEN2B'nin bileşeni olabilir. Klinik yaklaşımı ve prognozu değiştireceğinden herediter-sporadik MTK olgularının ayrımı büyük önem taşır.

Sporadik olgular soliter tiroid nodülü ya da multinodüler tiroid bezi şeklinde prezente olur. Genelde tek taraflıdır ve bilateral olma olasılığı %20'dir. Tümör yükünün fazla olduğu olgularda kliniğe flushing ve/veya diyare eşlik edebilir. Olgular sıklıkla 40-60 yaş arasındadır.

Herediter MTK olguları ise sporadik olgulara göre daha genç yaşta, hastalarda sendromik tipik bir somatik veya endokrin tutulum yoksa klinik prezentasyonu sporadik olgularla benzerdir. Herediter MTK'da bilateral ve multisentrik tümör sıklığı sporadiklere göre daha fazladır. MEN2A ve 2B olgularının hepsinde MTK varken, değişen sıklıkta çeşitli endokrin hiperfonksiyonlar ve başka sistemik bulgular görülebilir. MEN2A'da feokromositoma ve primer hiperparatiroidi (PHP), MEN2B'de ise feokromositoma, marfanoid görünüm, mukozal nörom ve intestinal ganglionörom bileşenleri saptanabilir (Tablo 1). MEN2B'de MTK, MEN2A'ya göre daha genç yaşta ortaya çıkar ve daha agresif seyir gösterir.

Tanısal algoritma

Ultrasonografi en önemli tanısal görüntüleme yöntemidir. Bir tiroid nodülünün MTK olduğunu telkin eden ve diğer tiroid kanserlerinden ayırt edilmesini sağlayan spesifik bir özellik olmamakla birlikte, çoğu MTK hipo-ekojen solid nodül yapısındadır. MTK C-hücrelerinin yerleşimine bağlı olarak tiroidin üst yarımında lokalizedir ve mikrokalsifikasyon papiller tiroid karsinomda olduğu kadar sık değildir.

Tanıda İİAB önemlidir, ancak diğer DTK'lar kadar spesifik bir sitolojik görünüm olmaması işlemin duyarlılığını azaltır. Sitolojik incelemede nükleer kromatide nöroendokrin tümör hücrelerine özgü tuz biber görünümünün varlığı yardımcı olabilir. Aspirasyon örneğinin KT, kromogranin, karsinoembriyonik antijen (CEA) ile immün boyanması ve TG ile negatif boyanması işlemin

duyarlılığını arttırabilir. Şüpheli olgularda İİAB yıkama sıvısında KT ölçümünün yararı olabilir ve serum KT yüksekliği tanıyı destekler.

Bazı olgular lobektomi sırasında insidental olarak ya da şüpheli/önemi belirsiz atipi şeklinde bir sitopatoloji endikasyonu ile ameliyat edildikten sonra MTK tanısı alabilirler. Patolojik incelemede MTK folliküler yapı oluşturmayan iğimsi pleomorfik hücreler şeklinde görülür.

Sitolojik tanı sonrası en önemli adım herediter-sporadik olgu ayrımıdır ve bu amaçla RET proto-onkogen analizi yapılması önerilir. Herediter olgularda, otozomal dominant geçişli somatik RET proto-onkogen aktive edici mutasyonu vardır ve bu mutasyon üreme hücrelerinde olduğundan jenerasyonlar arasında aktarılır.

Cerrahi öncesinde sitopatolojik olarak MTK tanısı olan bir olguda, yeterli değerlendirmelerin yapılması olgunun tedavisini yönlendirmede çok önemlidir. Bu amaçla şu değerlendirmeler yapılmalıdır:

2.1. Ultrasonografi: Eğer hastanın daha önce ayrıntılı ve dikkatli bir ultrasonografisi yapılmadıysa, boyunda metastatik lenf nodu açısından preoperatif dönemde boyun USG mutlaka yapılmalıdır. Santral ve lateral lenf nodu kompartmanları araştırılarak varsa lenf bezlerinin haritalanması önerilir.

2.2. Tümör belirteçleri: Tiroidin C-hücreleri ACTH, B-MSH, KT, CEA, kromogranin, histaminaz, nörotensin ve somatostatin gibi hormonları salgılayabilir. Bunlar içerisinde KT ve CEA, C-hücre yükü ile doğru orantılı olarak artış gösteren değerli belirteçlerdir.

2.1.1 Kalsitonin: Persistan ya da nüks hastalığı göstermesi açısından hem bazal hem de uyarılmış KT düzeyleri takipte önemli bir yardımcıdır. Analizler arası farklılıklar nedeniyle, aynı hasta için preoperatif ve postoperatif dönemde aynı analiz yönteminin kullanıldığından emin olunması, KT ölçümünün tanı ve takip değeri açısından önemlidir. Ölçüm için ICMA yönteminin kullanılması yanlış pozitif (heterofil antikor varlığı) ve yanlış negatif ölçüm riskini azaltır. Bunun dışındaki yöntemlerle yalancı pozitif ve negatif sonuçlar elde edilebilir. Yalancı pozitifliğe neden olan durumlarda (kronik renal yetersizlik, PHP, otoimmün tiroidit, akciğerin küçük ve büyük hücreli kanserleri, prostat kanseri, mastositoz, enterik ve pulmoner nöroendokrin tümörler, sistemik inflamatuvar durumlar) uyarı testleri ile KT düzeyi artmazken, MTK'da uyarı testi ile KT artışı görülür. Bu nedenle ayırıcı tanıda uyarı testleri yararlı olabilir. Tümör yükü ile uyumsuz nispeten düşük KT değerleri varlığında ise kanca etkisi düşünülmelidir ve KT ölçümünün dilüsyonlu örneklerde tekrarlanması önerilir.

Bazal KT ölçümünde tanısal bir sınır değer maalesef yoktur. Ancak preoperatif dönemde KT >500 pg/mL ise metastatik MTK olasılığı yüksektir ve hastanın USG dışında başka radyolojik görüntüleme yöntemleriyle de değerlendirilmesi önerilir.

Uyarı testi olarak günümüzde en yaygın kullanılan test kalsiyum uyarı testidir ve uzun ve kısa test protokolü olarak uygulanabilir. Uzun teste bir gecelik açlık sonrasında sabah bazal KT için kan örneği alınır. Daha sonra 15 mg/kg kalsiyum glukonat, 500 mL serum fizyolojik içinde 4 saatte infüze edilir. İnfüzyon bitiminden 1, 2, 3 ve 4 saat sonra serum KT ölçümü için kan örnekleri alınır. Bazal KT

düzeyine göre en az 20 kat artış MTK'ye işaret eder. Kısa kalsiyum uyarı testinde ise bir gece açlık sonrası bazal KT için kan örneği alınır. Daha sonra 0.2 ml/kg kalsiyum glukonat (10 mL, %10 kalsiyum glukonat ampul) 50 ml serum fizyolojik içinde hızlı infüzyon ile uygulanır. Kan örnekleri infüzyon bitimini takiben 2, 5, 7 ve 10. dakikalarda alınarak soğuk zincirde laboratuvara iletilir. Kadınlarda KT düzeyinin 120 pg/mL, erkeklerde ise 210 pg/mL üzerine çıkması anlamlı artış olarak kabul edilebilir.

1.1.2. Karsinoembriyonik antijen: Diğer tümörlerden de salgılandığından KT gibi erken tanıda kullanılması önerilmez. Ancak MTK olduğu bilinen olgularda, yani cerrahi sonrası hasta takibinde kullanılabilir. Yanlış pozitifliği (heterofil antikor varlığı, sigara kullanımı, gastrointestinal inflamatuvar hastalıklar, benign akciğer hastalıkları ya da tiroid dışı maligniteler) nedeniyle rutin kullanımı önerilmez. Yüksekliği, ancak eş zamanlı olarak KT yüksekliği de varsa anlamlıdır. Eğer MTK tanısı kesin ve KT düşük/N, CEA yüksekse kötü diferansiye bir tümöre işaret edebilir. Eş zamanlı KT ve CEA yüksekliği olan olgularda zaman içinde KT düşüşü/normalizasyonu ile CEA artışı olması da diferansiyasyonun azalmasına ve kötü prognoza işaret edebilir.

1.2. Diğer radyolojik görüntüleme yöntemleri: Ultrasonografide yaygın boyun metastazi olan, fizik incelemede bölgesel ve uzak metastaz bulguları olan ve serum KT düzeyi >500 pg/mL olan tüm hastalarda akciğer, karaciğer ve kemik metastazi açısından değerlendirmeler yapılmalıdır. Bu olgularda kontrastlı boyun ve akciğer BT, 3 fazlı dinamik karaciğer BT veya kontrastlı karaciğer MRG, aksiyel ve pelvik iskelet MRG ve kemik sintigrafisi incelemeleri önerilir. Metastaz araştırmasında 18FDG-PET/BT ya da F-DOPA-PET/BT'nin rutin olarak yapılması önerilmemektedir.

1.3. RET proto-onkogen analizi: Hereditör olguların belirlenmesi için tüm MTK olgularında önerilir. Ret proto-onkogen mutasyon tipi hem MTK seyrini hem de diğer MEN2 komponentlerinin sendroma eşlik etme olasılığını belirler. Bu nedenle klinik tanı, tedavi ve takipte büyük önem taşır. Ek olarak olası taşıyıcıların belirlenmesini sağlar.

Hemen hemen tüm MEN2A, MEN2B ve FMT olgularında ret proto-onkogen mutasyonu saptanırken, sporadik olgulardaki mutasyon sıklığı %50-60'tır. İki tip MEN2 sendromu vardır; MEN2A ve 2B. Tüm MEN2 olgularının %95'ini oluşturan MEN2A'nın ise dört varyantı vardır; klasik MEN2A (tüm MEN2A olgularının %95'i; MTC, daha az sıklıkla feokromositoma ya da PHP, veya her ikisi), kutanöz liken amiloidoz ile birliktelik gösteren MEN2A, Hirschprung hastalığı ile birliktelik gösteren MEN2A ve familial MTK (FMTK) (ret proto-onkogen mutasyonu olan izole MTK) (Tablo 1). Tüm MEN2 olgularının %5'ini oluşturan MEN2B'de ise MTK infantil dönemde prezente olur ve daha erken lenf nodu metastazi yapar. Olguların %75'i de-novo mutasyona bağlı sporadik olgulardır.

Amerikan Tiroid Birliği (ATA) 2015 yılı kılavuzunda ret proto-onkogen mutasyon tiplerine göre hastaların en yüksek (M918T), yüksek (A883F ve C634), orta risk (yüksek riskli mutasyonlar dışındaki mutasyonlar) kategorilerine alınarak tedavi ve takiplerinin yapılması önerilmiştir. Yaygın olarak görülen ret mutasyonları ve bu mutasyonların MTK agresifliği ile ilişkisi Tablo 2'de verilmiştir. Türkiye'de TEMD desteğiyle yapılan çok merkezli bir çalışmada ret proto-onkogen mutasyonlarının dağılımı Şekil 1'de verilmiştir.

1.4. MEN2 açısından değerlendirme ve yaklaşımlar: Tiroid bezinde multifokal tümör ve ailede MTK varlığı hereditör MTK açısından uyarıcıdır. Bu olgularda çoğu zaman genetik test için yeterince vakit yoktur. Onkogen analizi olmasa dahi, bu olguların cerrahi öncesi feokromositoma açısından mutlaka araştırılması önerilir. Feokromositoma tanısı kesinleşen olgularda ise cerrahi öncelik feokromositomada olmalıdır.

MEN2A olgularında MTK'ye eşlik eden sendromik komponenti ve bunun sıklığını belirleyen ret proto-onkogen mutasyonunun tipidir (Tablo 2). MEN2A'da görülen FEO her zaman benignedir, adrenal glanda sınırlıdır, sıklıkla multisentriktir ve bilateralidir. Proto-onkogen mutasyonu olan olgularda, bir adrenal bezde FEO varsa diğerinde de 10 yıl içinde FEO gelişir. Olgularda HPT daha nadirdir, varsa hafif ve sıklıkla semptomatiktir. Glandlar senkronize tutulabileceği gibi asenkron gland hiperplazisi de görülebilir. MEN2A olgularında HPT taramasının FEO taraması ile eş zamanlı olarak yapılması önerilir. Kutanoz liken amiloid ise stresle artan, güneş ışığı ile hafifleyen bir kaşıntı ile prezente olur. Sıklıkla interskapular bölgededir. Kaşıntıya bağlı olarak daha sonra hiperpigmentasyon gelişir. Bazen MTK'dan yıllar önce başlar. Semptomlar nemlendirici ürünler, topikal glukokortikoidler, sistemik antihistaminikler ve fototerapi ile kısmen kontrol edilebilir. Vandetanib lezyonda komplet remisyona olduğu bildirilmiştir. Hirschprung hastalığından ise ancak ilişkili ret proto-onkogen mutasyonu olup, kolon ile ilişkili yakınmaları olan hastalarda şüphe edilmelidir.

3. Evreleme ve risk sınıflandırması: Prognozu belirleyen en önemli faktörler yaş ve hastalık evresidir: tümör çapı, KT düzeyi lenf nodu ve uzak organ metastazının varlığı; bunlar arttıkça prognoz kötüleşir. Lenf nodu metastazını ve dolayısıyla prognozu belirleyen en önemli parametre ise tümör boyutudur. Tümörü T1 olan bir olguda lenf nodu metastaz oranı %10'larda iken, T4 bir olguda metastaz olasılığı %86-93'tür. Tanı ve tedavi alanındaki tüm gelişmelere karşın olguların %70'inde tanı anında lenf nodu metastazı vardır. Tablo 3'te MTK için evreleme ve TNM sınıflaması verilmiştir.

Tedavi:

3.1 Cerrahi Tedavi

3.1.1. Tiroidektomi ve Santral Lenf Nodu Diseksiyonu

Tedavide ilk seçenek cerrahidir ve birçok kılavuz total tiroidektomi ve santral lenf nodu diseksiyonunu (düzey VI) önerir. Yakın zamanda ise preoperatif KT <20 pg/mL ise sadece total tiroidektominin yeterli olduğu yönündeki görüş daha yaygındır.

Mutasyon durumu bilinmeksizin hemitiroidektomi veya lobektomi uygulanmış olan olgularda, postoperatif ret proto-onkogen mutasyonu saptanırsa serum KT düzeyi yüksek veya görüntüleme MTK'ye ait rezidü varsa tamamlayıcı tiroidektomi yapılmalıdır. Postoperatif mutasyon taraması negatif olgularda ise tamamlayıcı tiroidektomi yapılmayabilir. Sporadik olgularda postoperatif KT düzeyi yüksek ve boyun USG'de metastaz varsa tamamlayıcı tiroidektomi yapılmalıdır.

3.1.2. Lateral Lenf Nodu Diseksiyonu

Preoperatif görüntüleme santral boyun lenf nodu tutulumu varsa santral lenf nodu diseksiyonuna ek olarak o tarafa lateral boyun diseksiyonu da önerilir. Preoperatif görüntülemesi normal olgularda lateral boyun diseksiyonu için ATA kılavuzu KT değeri için bir sınır değeri

belirlememekle birlikte, yüksek KT düzeyi durumunda ipsilateral lenf nodu diseksiyonu önerir. Ancak preoperatif değerlendirmede hem santral hem de lateral lenf nodu tutulumu var ve serum KT düzeyi >200 pg/mL ise karşı tarafa da lenf nodu diseksiyonu önerilir. ESMO kılavuzunun serum KT düzeyine göre spesifik lenf nodu diseksiyonları ile ilgili önerileri Tablo 4'te özetlenmiştir.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) 2021 kılavuzu unilateral ve <1 cm tümörlerde total tiroidektomi ile unilateral santral lenf nodu diseksiyonu önerirken, bilateral veya ≥ 1 cm tümörlerde total tiroidektomi ve bilateral santral lenf nodu direksiyonu önerir. MEN2A ve ailesel MTK olup tümör çapı >1 cm veya santral lenf nodu metastazı varsa, total tiroidektomi, santral ve lateral lenf nodu diseksiyonu önerilmektedir.

Preoperatif görüntülemelerde lenf nodu tutulumu saptanamayan olgularda intraoperatif santral lenf nodu metastazı şüphesi varsa, bu durumda ipsilateral lateral lenf nodu diseksiyonu önerilir. İlk ameliyatta lateral lenf nodu diseksiyonu yetersiz yapılmış (≤ 5 metastatik lenf nodu) ve preoperatif KT düzeyi <1000 pg/mL olgularda ise ATA kılavuzu o kompartmana yönelik lateral lenf nodu diseksiyonu önerir. Şekil 2'de TİİAB ile MTK tanısı alan olgularda tanısız ve tedavi yaklaşımları özetlenmiştir.

Metastatik olgulara yaklaşım

Rezeksiyon şansı olmayan, uzak metastazı olan MTK olgularında bölgesel hastalık kontrolüne yönelik, paratiroid fonksiyonlarını koruyacak biçimde ve organ komplikasyonundan kaçınılacak şekilde santral ve lateral lenf nodu diseksiyonunu da içeren operasyonlar önerilir.

Cerrahi Sonrası Takip

Hastalar postoperatif dönemde fizik muayene, boyun USG, serum KT düzeyi ve CEA düzeyi ile takip edilir. ATA kılavuzu KT ve CEA düzeyinin postoperatif 3. ayda ölçülmesini önerir. Düşük veya normal serum KT düzeyi olan olguların ilk yıl 6 ay ara ile, sonrasında ise yıllık olarak takibi yapılır. Postoperatif KT yüksek ancak ≤ 150 pg/mL ise boyun USG yapılması, metastaz saptanmazsa 6 ayda bir fizik muayene, USG ve serum KT, CEA düzeyleri ile takibi önerilir. Postoperatif serum KT >150 pg/mL ise, boyun USG ve akciğer BT önerilir. Bu yöntemlerle odak saptanmazsa kontrastlı karaciğer MRG ya da 3 fazlı kontrastlı karaciğer BT, kemik sintigrafisi ve pelvik-aksiyel iskelet MRG ile tarama önerilir. Odak saptandığında cerrahinin mümkün olabildiği bir durum varsa operasyon önerilir.

Postoperatif KT düzeyi sürekli yüksek ancak tüm incelemelere rağmen odak saptanamıyorsa serum KT ve CEA düzeyinin ikiye katlanma süresi (doubling time) takip edilmelidir. İkiye katlanma süresi 6-12 ay olan olgularda bulgulara göre ek tedaviler uygulanmalıdır. İkiye katlanma süresi >2 yıl olanlarda 6 ay aralıklarla takip uygundur. İkiye katlanma süresi <6 ay olan olgularda ise 5-10 yıllık sağ kalım oranları düşüktür ve buna göre hareket edilmelidir. Bunun dışında KT düzeyi stabil olmasına rağmen CEA düzeyi hızlı artış gösteren olgularda ve akciğer metastazı olan MTK'li olgularda tümör hacminin "iki katına çıkma süresi" <1 yıl ise prognoz kötüdür. Bu hastalarda sistemik tedavi önerilir.

Sistemik tedavi

Metastatik veya lokal ileri evrede olan progresif veya semptomatik hastalığı olanlarda hedefe yönelik tedaviler (konvansiyonel radyoterapi, tirozin kinaz inhibitörleri, immünoterapi) önerilebilir. Tedavi kararı için semptom varlığı, hastalık progresyonuna bağlı yapısal sorunlar, hastalığın lokalizasyonu ve metastazın yeri gibi çeşitli klinik faktörler değerlendirilir.

Yetersiz biyokimyasal yanıtı olan ancak herhangi bir odak saptanamayan olgularda konservatif yaklaşım, yani takip tercih edilebilir. Uzak metastazı olmayan lokal hastalıkta öncelikli tedavi cerrahidir, ancak EBRT (eksternal beam radiation therapy) veya radyoterapi de uygulanabilir. Asemptomatik, küçük lenf nodu metastazı olan olgularda tekrarlayan operasyonların kür sağlamaması ve cerrahi komplikasyon riskini artırması nedeniyle bu hastalarda aktif takip tercih edilebilir.

Sistemik kemoterapi

Birçok kılavuzda sitotoksik kemoterapi tedaviler düşük etkinlikleri, ciddi yan etkileri ve tümörde direnç gelişmesine neden olma riskleri nedeniyle önerilmez. Günümüzde metastatik veya lokal ileri evre MTK tedavisinde kinaz inhibitörleri, yüksek afiniteli RET inhibitörleri, radyonüklid tedaviler ve immünoterapi denmektedir.

Tirozin Kinaz İnhibitörleri

RET proto-onkogen mutasyonları tiroidin tirozin kinaz reseptörünün aşırı üretilmesine ve bunun sonucunda hücre proliferasyonu, anjiyogenez ve apoptoz ilişkili hücrel mekanizmaların aşırı aktivasyonu neden olur. Bu durum tüm herediter MTK olguları ve sporadik MTK olgularının %40-50'inde tümör gelişiminden sorumludur.

Metastatik ve lokal ileri semptomatik veya progresif MTK olgularında ilk onaylanan sistemik tedavi ajanı tirozin kinaz inhibitörlerinden cabozantinib ve vandetanibdir. Cabozantinib yüksek riskli RETM918T mutasyonu olan olgularda daha etkilidir. Diğer tirozin kinaz inhibitörleri (lenvatinib, anlotinib, regorafenib) ile ilgili çalışmalar halen devam etmektedir.

NCCN panelinde ise diğer tirozin kinaz inhibitörlerinin de (sunitinib, lenvatinib, sorafenib ve pazopanib) kullanılması önerilirken vandetanib veya cabozantinib tedavisine rağmen hastalık ilerliyorsa dacarbazin veya kombine kemoterapiler önerilir.

Metastatik veya ileri evre MTK tedavisinde ponatinib, anlotinib ve TPX-0046 gibi birçok tirozin kinaz inhibitör ile ilgili çalışmalar devam etmektedir.

Yüksek Selektif RET Kinaz İnhibitörleri

İki spesifik RET kinaz inhibitörü (selpercatinib, pralsetinib) 2020 yılında ret proto-onkogen mutasyonu olan metastatik ve ileri evre MTK olgularının tedavisi için onaylamıştır. NCCN kılavuzunda da selpercatinib ve pralsetinib yüksek potansiyelleri ve düşük toksisiteleri nedeniyle önerilir. Bu tedaviler ret proto-onkogen somatik mutasyonu olan olgularda önerilir. Yan etkileri hipertansiyon, karaciğer enzim artışı, hiponatremi ve diaredir.

RAS Mutasyonu olan MTK Olgularında Hedefe Yönelik Tedavi

Ret proto-onkogen mutasyonu olmayan sporadik MTK olgularının yaklaşık %40'ında HRAS ve KRAS mutasyonları görülür. HRAS'a yönelik olarak tipifarnib (farnesiltransferaz inhibitör) tedavisinin faz II çalışmaları devam etmektedir.

İmmünoterapi

İmmünoterapinin anaplastik tiroid kanseri tedavisinde rolü olmasına rağmen, ileri evre MTK ile ilgili net bir öneri yoktur. Günümüzde bu alanda çalışmalar devam etmektedir. Bu tedavilerin ana hedefi RAS mutasyonlarıdır. Semptomatik, ilerlemiş, yüksek tümör mutasyon yükü (≥ 10 mutasyon/megabaz) olan progresif MTK tedavisinde NCCN kılavuzu pembrolizumabı önerir.

Eksternal Radyoterapi

Boyun ve mediastinal lokal rekürrens riski yüksek olan seçilmiş olgularda (üst havayolu obstrüksiyonu riski olanlar) ATA 2015 kılavuzu postoperatif adjuvan radyoterapi (RT) önerir. Ayrıca beyin, kemik ve deri metastazı olan olgularda palyatif amaçlı RT uygulanabilir. Ancak tedaviye karar verirken elde edilecek potansiyel yarar ile yan etki risklerinin dengesi açısından dikkatli düşünülmelidir.

Nükleer Tedavi

Seçilmiş olgularda hedefe yönelik radyoimmünoterapi hem ATA 2015 hem de ESMO 2019 kılavuzları tarafından önerilir. Somatostatin analogları ile konjuge peptit reseptör radyonüklid tedavi (^{90}Y -DOTATOC, ^{77}Lu -octreo-tate) uzun süredir kullanılmaktadır ve %62,4 gibi önemli bir oranda hastalık kontrolü sağladığı gösterilmiştir.

8. Taşıyıcı olgulara yaklaşım: Ret proto-onkogen mutasyonu saptanan taşıyıcılara da profilaktik total tiroidektomi önerilir. Çocuklarda tiroidektominin yaşını belirleyen faktör mutasyonun risk kategorisidir. Son ATA kılavuzunda çok yüksek risk grubunda (M918T) olan çocuklara yaşamın ilk yılında, yüksek risk kategorisinde olan çocuklara ise 5 yaşından önce profilaktik tiroidektomi önerilir. Ancak yüksek risk grubundaki çocuklarda bazal veya uyarılmış KT düzeyi yüksekse tiroidektomi daha erken yaşlarda yapılabilir. Ultrasonografide patolojik lenf nodu saptanırsa veya KT düzeyi $>40\text{pg/mL}$ ise santral lenf nodu diseksiyonu da yapılmalıdır. Orta risk grubundaki mutasyonların saptandığı çocuklarda ise fizik muayene, ultrasonografi ve serum KT düzeylerine göre operasyon 5 yaşına kadar ertelenebilir. MEN2B grubundaki taşıyıcılarda KT düzeyi $<30-60\text{pg/mL}$ olsa da mümkün olan en kısa sürede profilaktik tiroidektomi ve santral lenf nodu diseksiyonu yapılmalıdır. RET mutasyonu taşıyan yetişkinlerde ise KT düzeyine göre total tiroidektomi ve uygun lenf nodu diseksiyonu önerilir. Taşıyıcı olgulara yaklaşım Şekil 3'te özetlenmiştir.

TEMĐ Önerileri

- Hem hastaya yaklaşım hem de aile taraması gerektirmesi açısından sporadik ve herediter MTK ayrımının yapılması ve buna göre yönlendirmelerin yapılması önemlidir (B).
- MTK tanısında USG değerli olmakla birlikte MTK için özgül bir bulgu yoktur (A).
- Tanıda TİİAB en yararlı ve güvenilir yöntemdir, ancak MTK tanısında duyarlılığı DTK'ler kadar yüksek değildir (B).
- MTK hastalarında KT değerli bir tümör göstergesidir ve tanıda, hastalığın yaygınlığı ve prognozunu belirlemede ve takipte çok değerli rol oynar (B).
- TEMĐ her nodüler guatr vakasına rutin KT ölçümünü önermez. Ancak TİİAB şüpheli, atipik ve sonografide tipik DTK bulgusu olmayan vakalarda MTK akla gelmelidir. Bu durumda serum KT ölçümü ayırıcı tanıda yardımcı olabilir (C).
- Ülkemizde KT ölçümleri laboratuvarlar arasında değişiklikler gösterebileceği için, yüksek klinik şüphe ve beklenmeyen sonuçlarda ölçümün değişik bir laboratuvarda tekrarlanması önerilir (C).
- TİİAB ve KT düzeyleri ile MTK tanısı almış olgulara ailede MTK öyküsü şartı aranmaksızın mutlaka ret proto-onkogen mutasyon analizi yapılmalıdır (B).
- Ülkemizde en sık saptanan mutasyonlar ekzon 11(634) ve 14(804) olduğundan, TEMĐ ülkemiz için mutasyon analizinde (analizlerin güvenilir referans bir laboratuvar tarafından, tek elden ulusal bir kayıt sistemi dâhilinde yapılması önemlidir) aşağıdaki sıralamayı önermektedir (B);
- TEMĐ-A: Ailede mutasyonu bilinen kişilerde, bildirilen mutasyon için ilgili tek ekzonun çalışılması yeterlidir.

TEMĐ-B: MEN2A fenotipli indeks olgular (ailede daha önce analiz yapılmamış ise);

- 1. Basamak: Ekzon 11 negatif ise ekzon 14
- 2. Basamak: Birinci basamak negatif ise 8, 10, 13, 15 ve 16. ekzonlar
- 3. Basamak: Bir ve ikinci basamak negatif ise tüm gen dizi analizi

TEMĐ-C: MEN 2B fenotipi olan olgular;

- 1. Basamak: Öncellikle ekzon 16 negatif ise ekzon 15
- 2. Basamak: Birinci basamak negatif ise tüm gen dizi analizi

TEMĐ-D: Sporadik gibi gözükten MTK'ler;

- 1. Basamak: Ekzon 11, negatif ise ekzon 14
- 2. Basamak: Birinci basamak negatif ise 8, 10, 13, 15 ve 16. ekzonlar
- Ret "germline" mutasyonunun saptanması durumunda, indeks olgunun birinci derece tüm akrabalarına ret mutasyon analizi yapılmalıdır ve genetik danışma verilmelidir (B).
- Herediter MTK düşünülen ve/veya ret proto-onkogen mutasyonları bulunan olgularda, MTK'ye yönelik girişim öncesi FEO ve PHP dışlanmalıdır (B).
- Preoperatif dönemde iyi bir boyun USG ile santral ve lateral kompartmanların araştırılıp, varsa patolojik lenf bezlerinin haritalanması önemlidir (B).
- Preoperatif USG'de yaygın boyun metastazı olan, fizik incelemede bölgesel ve uzak metastaz bulguları olan ve serum KT düzeyi >500 pg/mL olan tüm hastalar akciğer, karaciğer ve kemik metastazı açısından değerlendirmelidir (C).
- Ülkemiz koşullarında erken PTx'ler dışında MTK'lerin tümüne SLND önerilir.
- Metastatik MTK nedeniyle TKI tedavisi planlanan hastaların ülkemizde belli bir milli protokol dahilinde takipleri önemlidir.

Tablo 1. MEN2 Sendromları ve bileşenlerinin görülme sıklığı (Gagel FR, Shefelebine S, Cote G, Principles of Molecular Medicine (JL. Jameson, ed), 1998 Humana Press Inc, Totowa NJ'den ve Wells SA Jr, Asa SL, Dralle H, Elisei R, et al; Revised American Thyroid Association guidelines for the management of medullary thyroid carcinoma. Thyroid 2015;25(6):567-610'dan modifiye edilmiştir.)

Multipl Endokrin Neoplazi 2A (MEN2A)

1) Klasik Multipl Endokrin Neoplazi 2A (MEN2A)

MTK (%100)

Feokromositoma (%50)

Paratiroid neoplazisi (%5-20)

2) Kutanöz liken amiloid ile MEN2A

3) Hirschsprung hastalığı ile MEN2A

4) FMTK

Multipl Endokrin Neoplazi 2B (MEN2B)

MTK (%100)

İntestinal ganglionöromatozis ve mukozal nörinomlar (%95-100)

Marfanoid habitus (%95-100)

Feokromositoma (%50)

Mega kolon (%60)

Tablo 2. MTK mutasyonların risk düzeyleri ve MEN2A komponentleri ile ilişkisi (FEO:feokromositoma, PHP: Primer hiperparatiroidi, KLA: Kutanöz liken amiloid. + %10, ++ %20, +++ %50) (Wells SA Jr, Asa SL, Dralle H, Elisei R, ve ark. Revised American Thyroid Association guidelines for the management of medullary thyroid carcinoma. Thyroid 2015;25(6):567-610'dan modifiye edilmiştir.)

Ret-protoonkogen mutasyonu	Ekzon	MTK risk düzeyi	FEO insidansı	PHP insidansı	KLA	Hirschsprung hastalığı
G533C	8	Orta	+	-	YOK	YOK
C609F/G/R/S/Y	10	Orta	+ /+++	+	YOK	VAR
C611F/G/S/Y/W	10	Orta	+ /+++	+	YOK	VAR
C618F/R/S	10	Orta	+ /+++	+	YOK	VAR
C620F/R/S	10	Orta	+ /+++	+	YOK	VAR
C630R/Y	11	Orta	+ /+++	+	YOK	YOK
C631Y	11	Orta	+++	-	YOK	YOK
C634F/G/R/S/W/Y	11	Yüksek	+++	++	VAR	YOK
K666E	11	Orta	+	-	YOK	YOK
E768D	13	Orta	-	-	YOK	YOK
L790F	13	Orta	+	+	YOK	YOK
V804L	14	Orta	+	+	YOK	YOK
V804M	14	Orta	+	-	VAR	YOK
A883F	15	Yüksek	+++	+	YOK	YOK
S891A	15	Orta	+	-	YOK	YOK
R912P	16	Orta	-	-	YOK	YOK
M918T	16	Çok yüksek	+++	+++	YOK	YOK

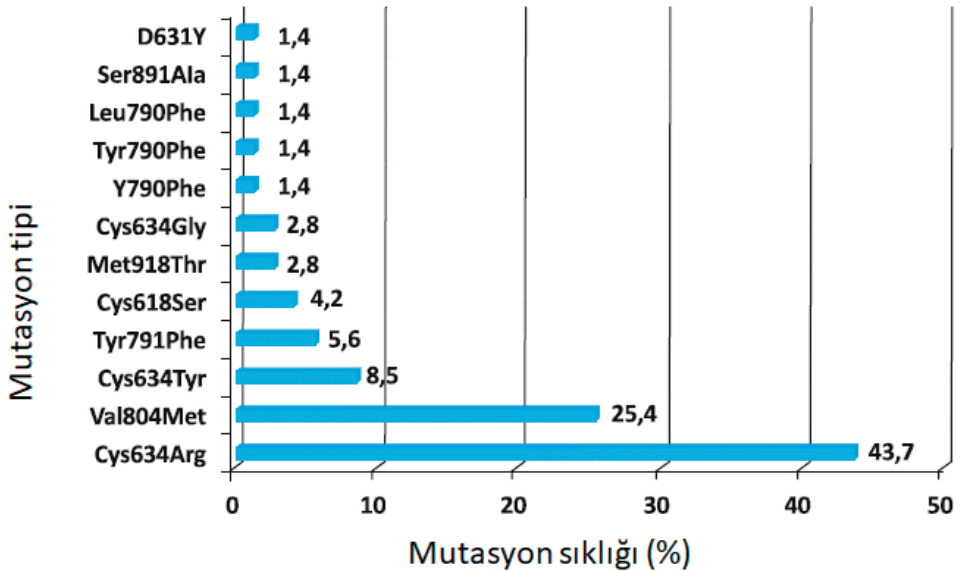
Tablo 3. MTK için Evreleme ve Risk Sınıflaması

AJCC/TNM sınıflaması-2010			
Primer tümör (T)			
T0 primer tümör bulgusu yok,			
T1 tümör en büyük çapı ≤ 2 cm (tiroide sınırlı),			
T1a ≤ 1 cm,			
T1b >1 cm ≤ 2 cm,			
T2 >2 cm ≤ 4 cm (tiroide sınırlı),			
T3 >4 cm (tiroide sınırlı) veya minimal tiroid dışı yayılım (örneğin; sternotiroid kas veya peritiroidal yumuşak doku yayılımı),			
T4a herhangi bir çapta fakat tiroid kapsülü dışına, cilt altı yumuşak dokuyu, larinks, trakea, özofagus veya rekürren siniri infiltre edecek şekilde uzanmış,			
T4b prevertebral fasyayı invaze etmiş veya karotis arteri veya mediastinal damarları içine almış.			
Bölgesel lenf nodları (N)			
Nx bölgesel lenf nodları değerlendirilmemiş,			
N0 bölgesel lenf nodu metastazı yok, N1 bölgesel lenf nodu metastazı,			
N1a “seviye VI” ya metastaz (pretrakeal, paratrakeal ve prelaryngeal/delphian),			
N1b tek taraflı, bilateral veya kontralateral servikal (seviye I, II, III, IV veya V) veya retrofaringeal veya superior mediastinal (seviye VII) lenf nodu metastazı.			
Uzak metastaz (M)			
M0 uzak metastaz yok,			
M1 uzak metastaz.			
EVRE	TNM	TANIM	EVRE
I	T1, N0, M0	Tümör çapı <2 cmve ekstratiroidal yayılım yok	1
II	T2, N0, M0 T3, N0, M0	Tümör çapı 2-4 cm ve ekstratiroidal yayılım yok	12
III	T1, N1a, M0 T2, N1a, M0 T3, N1a, M0	Tümör çapı >4 cmveya seviye VI lenf nodu metastazı veya tümör çapından bağımsız olarak mikroskopik ekstratiroidal yayılım	3
IVa	T4a, N0, M0 T4a, N1a, M0 T1, N1b, M0 T2, N1b, M0 T3, N1b, M0 T4a, N1b, M0	Uzak metastaz veya seviye VI dışındaki lenf nodu bölgelerine metastaz veya yumuşak doku yayılımı	4
IVb	T4b, herhangi bir N, M0		
IVc	Herhangi T, herhangi bir N, M1		

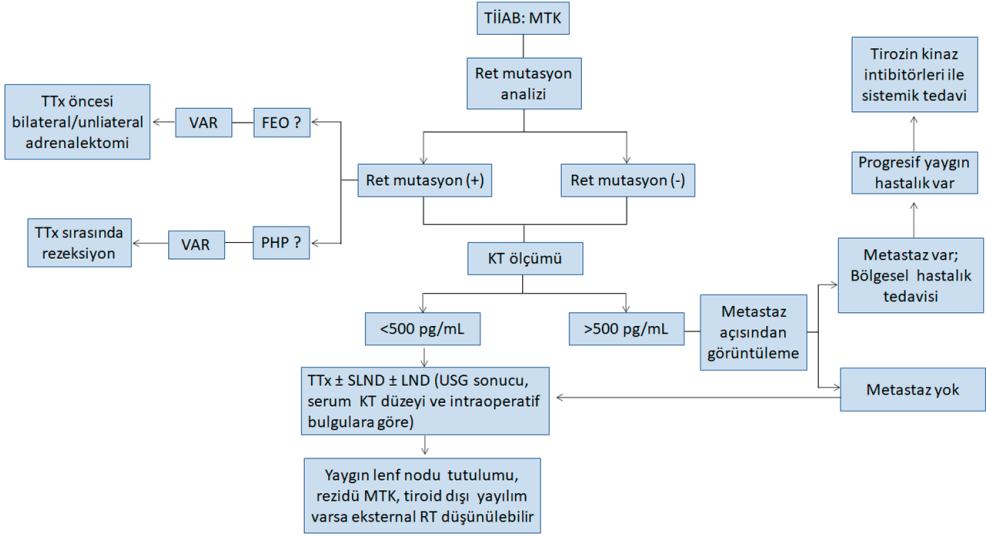
Tablo 4. Serum kalsitonin düzeyine göre operasyon önerileri (KT: kalsitonin, SLND: santral lenf nodu diseksiyonu).

KT (pg/mL)	Boyun USG: metastaz (-)	Boyun USG: metastaz (+)	KT (pg/mL)
------------	-------------------------	-------------------------	------------

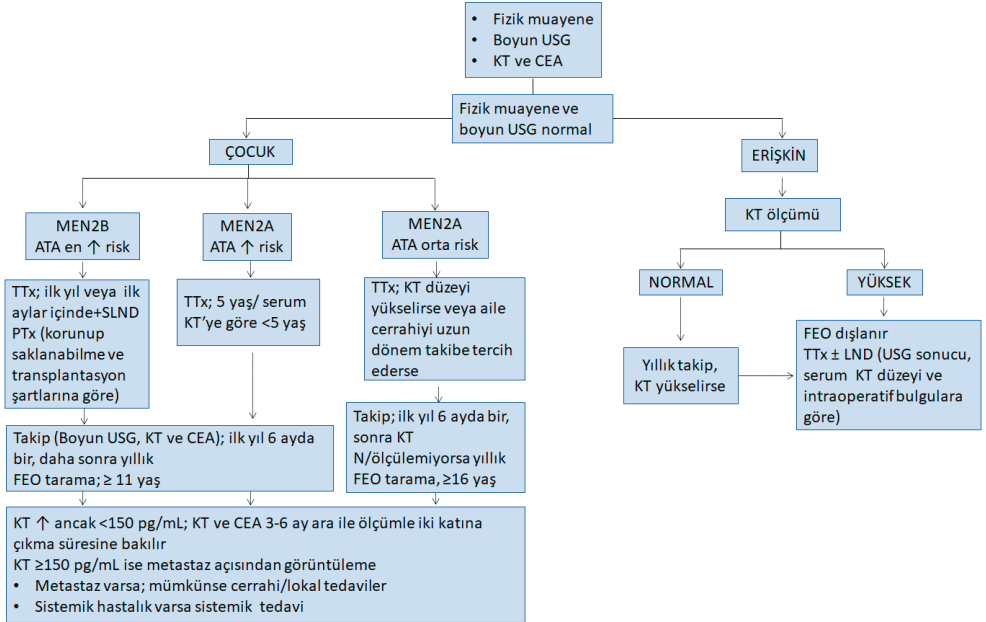
<20	TT	TT + bilateral SLND+ tutulan lenf nodu düzeyi diseksiyonu	≤200
20-50	TT+bilateral SLND		
50-200	TT+bilateral SLND+ipsilateral boyun diseksiyonu (IIA, III, IV)		
200-500	TT + bilateral SLND+bilateral boyun diseksiyonu (IIA, III, IV)	TT + bilateral SLND+ tutulan lenf nodu düzeyi + kontrlateral lenf nodu diseksiyonu	>200
>500	M0		
		TT+ bilateral SLND+ bilateral boyun diseksiyonu (IIA, III, IV)	Hastalık progresyonu ve septomlara göre karar verilmeli



Şekil 1. Türkiye’de RET proto-onkogen mutasyonlarının dağılımı (Aydoğan Bİ, Yüksel B, Tuna MM, Navdar Başaran M, Akkurt Kocaeli A, Ertörer ME, Aydın K, Güldiken S, Şimşek Y, Cihan Karaca Z, Yılmaz M, Aktürk M, Anaforoğlu İ, Kebapçı N, Duran C, Taşlıpınar A, Kulaksızoğlu M, Gürsoy A, Dağdelen S, Erdoğan MF. Distribution of RET Mutations and Evaluation of Treatment Approaches in Hereditary Medullary Thyroid Carcinoma in Turkey. J Clin Res Pediatr Endocrinol 2016;8(1):13-20’den alınmıştır).



Şekil 2. TİAB sonucu ile MTK tanısı konulan olgularda tanısal ve tedavi edici yaklaşım algoritması.



Şekil 3. Aile taraması sırasında ret proto-onkogen mutasyonu taşıyıcılarda yaklaşım.

KAYNAKLAR

1. Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A. Thyroid cancer staging. In: Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A (eds) AJCC Cancer Staging Manual. 7th edition. Springer-Verlag, New York, pp 2010. p.59–64.

2. Bockhorn M, Frilling A, Rewerk S, ve ark. Lack of elevated serum carcinoembryonic antigen and calcitonin in medullary thyroid carcinoma. *Thyroid* 2004;14:468-70.
3. Dora JM, Canalli MH, Capp C, Pinales MK, Vieira JG, Maia AL. Normal perioperative serum calcitonin levels in patients with advanced medullary thyroid carcinoma: case report and review of the literature. *Thyroid* 2008;18:895-9.
4. Wells SA Jr, Asa SL, Dralle H, ve ark. American Thyroid Association Guidelines Task Force on Medullary Thyroid Carcinoma. Revised American Thyroid Association guidelines for the management of medullary thyroid carcinoma. *Thyroid* 2015;25:567-610.
5. Schlumberger M, Bastholt L, Dralle H, Jarzab B, Pacini F, Smit JWA, The European Thyroid Association Task Force. 2012 European Thyroid Association Guidelines for Metastatic Medullary Thyroid Cancer. *Eur Thyroid J* 2012;1:5-14.
6. Erdogan MF, Gürsoy A, Ozgen G ve ark. RET protooncogene mutations in apparently sporadic Turkish medullary thyroid carcinoma patients: Turkmen study. *J Endocrinol Invest* 2005;28:806-9.
7. Aydoğan BI, Yüksel B, Tuna MM ve ark. Distribution of RET mutations and evaluation of treatment approaches in hereditary medullary thyroid carcinoma in Turkey. *J Clin Res Pediatr Endocrinol* 2016;8:13-20.
8. Barbet J, Campion L, Kraeber-Bodere F, Chatal JF. GTE Study Group. Prognostic impact of serum calcitonin and carcinoembryonic antigen doubling-times in patients with medullary thyroid carcinoma. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:6077-84.
9. Elisei R, Alevizaki M, Conte-Devolx B, Frank-Raue K, Leite V, Williams GR. 2012 European Thyroid Association guidelines for genetic testing and its clinical consequences in medullary thyroid cancer. *Eur Thyroid J* 2013;1:216-31.
10. Marsh DJ, Learoyd DL, Andrew SD ve ark. Somatic mutations in the RET proto-oncogene in sporadic medullary thyroid carcinoma. *Clin Endocrinol* 1996;44:249-57.
11. Filetti S, Durante C, Hartl D ve ark. ESMO Guidelines Committee. Thyroid cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2019;30(12):1856-1883.
12. Wells SA Jr, Gosnell JE, Gagel RF ve ark. Vandetanib for the treatment of patients with locally advanced or metastatic hereditary medullary thyroid cancer. *J Clin Oncol* 2010;28:767-72.
13. Robinson BG, Paz-Ares L, Krebs A, Vasselli J, Haddad R. Vandetanib (100 mg) in patients with locally advanced or metastatic hereditary medullary thyroid cancer. *J Clin Endocrinol Metab* 2010;95:2664-71.
14. Wells SA Jr, Robinson BG, Gagel RF ve ark. Vandetanib in patients with locally advanced or metastatic medullary thyroid cancer: a randomized, double-blind phase III trial. *J Clin Oncol* 2012;30:134-41.
15. Elisei R, Schlumberger MJ, Müller SP ve ark. Cabozantinib in progressive medullary thyroid cancer. *J Clin Oncol* 2013;31:3639-46.
16. Filetti S, Durante C, Hartl DM ve ark. ESMO Guidelines Committee. ESMO Clinical Practice Guideline update on the use of systemic therapy in advanced thyroid cancer. *Ann Oncol.* 2022;33(7):674-684.

İLERİ TİROİD KANSERLERİNDE YENİ İLAÇLAR

Doç. Dr. Uğur Ünlütürk , Prof Dr Ceydet Aydın

Tiroid kanserinin moleküler karakterizasyonundaki önemli bilimsel ilerlemeler, ilerlemiş kanserler için hedefe yönelik tirozin kinaz inhibitörleri ve antianjiojenik ilaçlar gibi tedavilerin kullanımını artırmıştır. Son zamanlarda, hücre proliferasyonu, anjiyogenez, apoptoz, immün baskılama, metabolomik yeniden programlama ve epigenetik değişiklikleri hedefleyen birkaç yeni ilaçlarla deneyimler gerçekleştirilmektedir.

Diferansiye tiroid kanserinde (DTK) sağkalım küçük bir grup hasta hariç ; esas olarak oldukça iyidir. Metastatik radyoaktif iyot -avid olmayan DTK'de , beş yıllık sağkalım %10 kadardır. Bu düşük düzey tabii ki daha kötü bir prognozun göstergesidir.

Az diferansiye tiroid kanserinde beş yıllık genel sağkalım %62-85 . Beş yıllık hastalığa özgü sağkalım % 66 dır.

Tiroid bezinde sınırlı medüller tiroid kanseri (MTK) için genel 10 yıllık sağkalım %95.6'dır. Ancak tanı anında uzak metastatik hastalığı olan hastalarda bu oran %40'a kadar düşmektedir .

DTK için standart radyoaktif iyot (RAİ) tedavisi hastaların %5-22'sinde etkili olmadığından ve metastatik hastalığı olan MTK'li hastalarda cerrahi tedavi küratif olmadığından, spesifik olarak tiroid kanserinde bulunan anormal sinyal yollarını hedef alan küçük moleküller geliştirilmiştir.

Anaplastik tiroid kanseri (ATK) için medyan genel sağkalım (OS) 4 ay ve 6 aylık OS %35 tir. ATK için hastalığa özgü mortalite %100'e yaklaşır..

Bu nedenle, ATK tüm tiroid kanserlerinin %1 ila %1,5'ini oluştursa da, ölümcül ve hızla ilerleyen doğası nedeniyle yıllık tiroid kanserine bağlı ölümlerin yarısından fazlasından sorumludur.

İleri Tiroid Kanseri Tanımı

Uzak metastaz yapmamış tiroid kanserlerinde kanser tipinden bağımsız lokal ileri tanımı için fikir birliği yoktur. Lokal ileri tiroid kanserlerinin en yaygın olarak kabul edilen şartı aşağıdaki-lerden herhangi birinin tümör veya nodal hastalık ile invazyonun mevcudiyetidir:

- Rekürren laringeal sinirlerin tutulumu
- Aerodigestif sistemin tutulumu
- Büyük damar (internal juguler ven ve internal karotid arter) tutulumu
- Yaygın yumuşak doku tutulumu olan veya olmayan. santral veya lateral kompartmanda çok sayıda hacimli bilateral nodal metastaz.

DTK ve Az Diferansiye Kanseri (PDTK) olgularında eğer hedef lezyonda iyot alımı yoksa veya iyot-131 tedavisinden 12-16 ay sonra ilerleyici hastalık izlenirse veya 22.3 GBq'nin üzerinde bir kümülatif iyot-131 dozu aldıktan sonra ilerleyici hastalık varsa ileri DTK/Az diferansiye tiroid kanseri olarak tanımlanır

Meduller Tiroid kanseri için durum baktığımızda ;tüm MTK hastalarının kabaca %10'unda tanı anında uzak metastazlar mevcuttur. Ancak takip sırasında daha yüksek oranlara (%19-38) rastlanır.

Aşağıdaki özelliklerden en az birinin varlığında olgular ilerlemiş metastatik meduller tiroid kanseri sınıflandırılır:

- RECIST kriterleri dikkate alındığında 12-14 aylık süre içinde hastalıkta ilerleme olması
- Semptomatik hastalık olması veya spesifik bir tedaviye uygun olmayan lokalize hastalık veya semptom varlığı
- Lokal tedavilere uygun olmayan yakın anatomik yapılara invazyon varlığı
- Küçük birbirinden ayrı lezyonlar olmasına rağmen büyük tümör yükü göstergesi olarak kalsitonin ve/veya CEA ikiye katlanma süresi 6 aydan az olması
- Alternatif etkili bir tedavinin olmadığı şiddetli, inatçı MTK ile ilişkili ishal veya paraneoplastik Cushing sendromu.

İleri MTK'ler genel olarak , vücutta kızarma ve ishal gibi rahatsız edici semptomlara neden olabilen çeşitli peptitlerin (örn. prostaglandinler, kininler, vazoaktif bağırsak peptitleri, serotonin, histaminaz) salgılanmasıyla ilişkilidir. Bu semptomların yönetimi tedavinin ilk hedefi olmalıdır.

Anaplastik tiroid kanserinde kanser evresinin evre IVB veya evre IVC olması ilerlemiş olarak dikkate alınır.

Tiroid kanserinde yeni ilaçlar esas olarak hücrenin farklılaşması ve büyümesinde rol alan moleküler faktörleri ve reseptörleri hedefleyen ilaçlardır.

Bu nedenle tiroid kanserinin moleküler özelliklerine kısaca değinmek uygun olacaktır:

Mitojenle aktive olan protein kinaz (MAPK), fosfoinositid-3-kinaz (PI3K), reseptör tirozin kinaz (RTK) ve Wingless/Integrated (WNT) gibi çoklu sinyal yollarının düzensizliğinin tiroid kanseri patogeneziye katkıda bulunduğu bildirilmiştir.

Tiroid kanseri genellikle bu yollarda yer alan genlerin genetik değişiklikleri ile ilişkilidir.

DTK'de gözlenen en yaygın sürücü (driver) genetik değişiklikleri, fare sarkomu viral onkogen homolog B (BRAF), sıçan sarkomu RAS ve RET (transfeksiyon sırasında yeniden düzenlenmiş)/PTC yeniden düzenlemelerindeki mutasyonları içerir; Az² diferansiye tiroid kanseri ve ATK'da, TP53 (tümör proteini p53) mutasyonları sıklıkla gözlenir. MTK'de, RET onkogenindeki nokta mutasyonları ve patojenik RAS varyantları yaygındır.

Bu moleküller değişiklikler 3 ana grupta sınıflandırılabilir:

- 1- MAPK ve PI3K Sinyal Yolundaki Moleküler Değişiklikler
- 2- RTK Sinyal Yolundaki Moleküler Değişiklikler

3- Diğer Moleküler Değişiklikler

1- MAPK ve PI3K Sinyal Yolundaki Moleküler Değişiklikler

Tiroid kanserinde MAPK ve PI3K sinyal yollarıyla ilişkili en yaygın genetik değişiklikler, BRAF, RAS, PTEN (Fosfataz ve tensin homolog), AKT (Protein Kinaz B) ve PI3KCA (Fosfatidilinositol-4,5-Bisfosfat 3-Kinase Catalytic Subunit Alpha) mutasyonlarını içerir.

2- RTK Sinyal Yolundaki Moleküler Değişiklikler

Reseptör tirozin kinazları (RTK'ler), MAPK ve PI3K yollarının yukarisındadır. RTK'lerdeki ve RTK-gen füzyonlarındaki mutasyonlar, aşağı akış RAS/MAPK ve PI3K/AKT yollarını değiştirerek onkojenik transformasyona/ilerlemeye yol açabilir.

Benzer şekilde, MAPK ve PI3K yollarının bileşenlerindeki mutasyonlar, tümörijenizi destekleyebilir.

RTK'ler, proliferasyon, farklılaşma ve metabolizma gibi süreçlerin düzenlenmesinde çok önemli bir rol oynar ve RTK'lerdeki genetik değişiklikler, kanserde sıklıkla rapor edilmiştir.

Tiroid kanserinde, RET proto-onkogen, değiştirilecek en yaygın RTK'lardan biridir.

PTK'de RET'in en yaygın genetik değişiklikleri, RET-PTC füzyonlarıdır.

PTK'lerde nörotrofik reseptör tirozin kinaz (NTRK) yeniden düzenlemeleri bildirilmiştir. NTRK'ler, NTRK1, NTRK2 ve NTRK3 genleri tarafından kodlanan reseptör tirozin kinazlardır.

Tiroid kanserinde anaplastik lenfoma kinaz (ALK) geninde de mutasyonlar ve gen yeniden düzenlemeleri bildirilmiştir. ALK gen füzyonları esas olarak ATK ve Az diferansiye tiroid kanserinde gözlenir, ancak düşük frekanslarda PTK'de de bulunur.

Diğer RTK genetik değişiklikleri, PTK'de OFD1 (Oral-Facial-Digital Syndrome 1) ve VCL (Vinculin) ile FGFR2 (Fibroblast Büyüme Faktörü Reseptörü 2) gen füzyonlarını içerir ; Az diferansiye tiroid kanseri EGFR (Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü), FGFR2 ve FLT3'te (Fms-Relat.ed Reseptör Tirozin Kinaz 3) yanlış anlamlı mutasyonlar ; ve EGFR, PDGFRa (Platelet-Türevli Büyüme Faktörü Reseptörü Alfa), PDGFRβ (Platelet-Türevli Büyüme Faktörü Reseptörü Beta), VEGFR1 (Vasküler endotelial büyüme faktörü reseptörü 1), VEGFR2 (Vasküler endotelial büyüme faktörü reseptörü 2), KIT'de kopya sayısı kazançları ATK ve FTK'da (KIT Proto-Oncogene) ve MET (MET Proto-Oncogene). HTC'de, tümörlerin %20'sinde çeşitli RTK genlerinin (EGFR, ERBB2-Erb-B2 Reseptör Tirozin Kinaz 2, PDGFR, MET ve RET) mutasyonları gözlenmiştir.

MTK'lerde en yaygın RTK değişikliği, RET onkogenindeki gain of function nokta mutasyonudur.

3- Diğer Moleküler Değişiklikler

PAX8-PPAR γ (Paired Box 8-Peroxisome Proliferator Activated Reseptör Gama) yeniden düzenlenmesi, folliküler tiroid kanserinin (FTK) %30-35'inde ve foliküler adenomların (FA) %2-13'ünde mevcuttur.

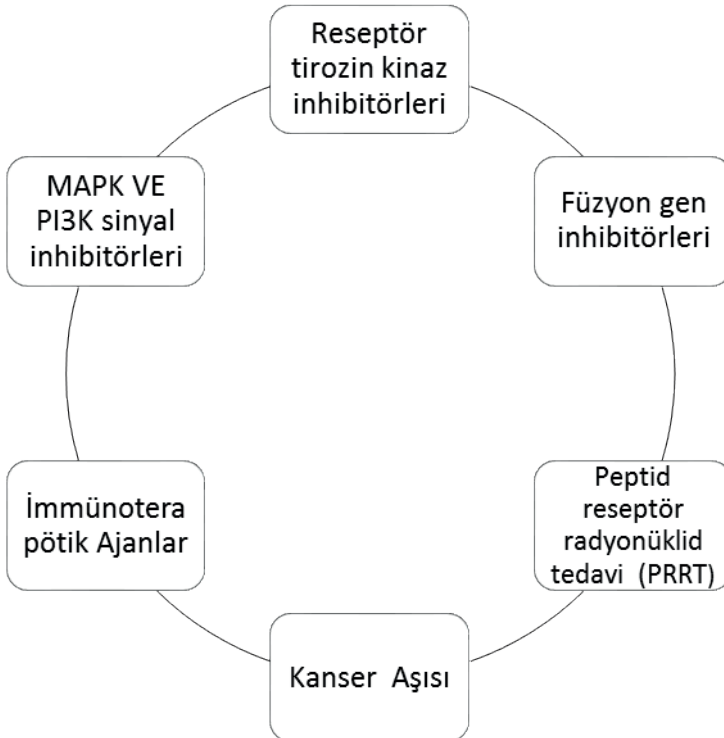
Bu tümör baskılayıcı genin inaktivasyonuna yol açan TP53 mutasyonları ATK (%50-80) ve PDK'de (%10-35) yaygındır, ancak FTK ve PTK'de da değişken sıklıkta tespit edilmiştir. Bu mutasyonlar genellikle ekson 5-8 arasında meydana gelir ve progresyonun yanı sıra tümör gelişiminde de rol alır.

Telomeraz ters transkriptaz (TERT) promotör mutasyonları ayrıca ATK de %40-70, PDK 'de %40, Hurthle hücreli tiroid kanserinde %32, PTK de' %10 ve FTK 'de %20 oranında saptanır.

ATK ve PDK'deki diğer yaygın mutasyonlar, Wnt yolunun bileşenlerinin mutasyonları ile ilgilidir.

Esas olarak tiroid dışı kanserlerde yaygın olarak kullanılan hedefe yönelik ilaçlara hergün yenisi eklenmektedir. Tiroid kanserinde kullanımı ile ilgili deneyimler ve yüz güldürücü sonuçlar da giderek artmaktadır. Hatta lokal olarak ileri diferansiye tiroid kanserinde neoadjuvan olarak da kullanımları sözkonusudur.

Hedefe yönelik tedavileri 6 ana grupta toplayabiliriz.(Şekil 1)



Şekil 1. Hedefe yönelik tedaviler

Aşağıda her gruba ait ilaçlar ve ilgili hedefleri gösterilmiştir:

Reseptör tirozin kinaz inhibitörleri

Sorafenib: VEGFR,KIT,FLT,PDGFR,RET

Lenvatinib. VEGFR,KIT,FGR,PDGFR,RET

Vandetinib:VEGFR, KIT,EGFR,RET

Anlotinib:VEGR, PDGFR,FGFR

Apatinib:VEDFR

Carbozantinib:MET,VEGFR,RET

Nintedanib:VEGFR,FGFR,PDGFR,RET,FLT

Cediranib:VEGFR

Sunitinib:VEGFR,KIT,FLT,PDGFR

Donafenib:VEGFR

Dovinitinib: RET, VEGFR,,PDGFR,FGFR

Pazopanib:RET, VEGFR,KIT,PDGFR,FGFR

Axintinib:VEGFR,KIT,PDGFR

Selpercatinib:RET

Praseltinib:RET

MAPK VE PI3K sinyal inhibitörleri

Dabrafenib: BRAF

Vemurafenib: BRAF

Trametinib: MEK

Selumetinib: MEK

Evorolimus: mTOR

Temsirolimus: mTOR

Gen füzyon inhibitörleri

Larotrectinib:NTRK fusion

Entrectinib:NTRK fusion

Crizotinib:ALK

Pioglitazone. PPRgama fusion

İmmünoterapötik Ajanlar

Pembrolizumab:PD-L1(Programmed death- ligand1)

Iplimumab:PD-L1

Nivolumab: PD-1(Programmed death reseptor-1)

Atezolizumab:PD-L1

Spartalizumab :PD-1

Peptid reseptör radyonuklid tedavi (PRRT)

177-Lu-DOTATATE-Somatostatine receptor(SSTR)

90-Y-DOTATOC-SSTR

177-Octreotate-SSTR

Kanser Aşısı

Maya CEA(recombinant carcinoembriogenic antien protein)

İleri Diferansiye ve Az Diferansiye Tiroid Kanseri Yeni İlaçlar

Az diferansiye tiroid kanserleri ayrı bir tiroid kanser alt tipi olarak tanımlanmaktadır. Prognozu diferansiye tiroid kanserleriyle anaplastik tiroid kanserleri arasındadır. Genellikle yaşlı hastalarda görülür. Tedavi rehberleri standardize edilmemiştir ve çoğu tedavi seçeneği diferansiye tiroid kanserleri için olanlardan elde edilmiştir.

RAİ dirençli ileri/metastatik foliküler hücre kaynaklı tüm tiroid kanserli hastalara NTRK ve RET gen füzyonları, BRAF V600E mutasyonları ve ALK füzyonlarını içeren genetik inceleme önerilmektedir. ESMO, RET füzyonlarını incelemek için immunohistakimyasal metodu önermemektedir. Yerine yeni nesil sekanslama (NGS) kullanılabilir.

Son yıllarda, EMA ve FDA tarafından onaylanan, vasküler endotelial büyüme faktörü reseptörünü hedef alan lenvatinib ve sorafenib gibi multikinaz inhibitörü ilaçlar ileri/metastatik tiroid kanserlerinin standart birinci basamak sistemik tedavisini oluşturmuştur. Ancak, multikinaz inhibitörlerinin yan etkileri, bazı hastalarda toksisite riskinden dolayı uygun dozdan daha düşük doz uygulanması ve ilaç altında hastalık progresyonu nedenlerinden ötürü yeni farmakolojik stratejiler geliştirilmiştir.

Kabozantinib;

Kabozantinib radyoaktif iyot (RAI) tedavisine refrakter ve önceki tedavilerde VEGFR'yi hedefleyen MKI'lerle (yani sorafenib veya lenvatinib) progresyon gösteren erişkin vakalarda, FDA ve EMA tarafından yakın zamanda onaylanmıştır. Günde bir kez, 60 mg, aç karınla oral olarak alınması önerilir (beslenme ilaçtan en az iki saat önce veya bir saat sonra olmalıdır). Piyasada ileri MTK'leri tedavi etmek için 140 mg günde bir kez kullanılan kabozantinib kapsülünün de olduğunu belirtmekte fayda vardır. İki formülasyon biyoeşdeğer değildir ve birbirinin yerine kullanılmamalıdır. Kabozantinibin ishal, lökopeni, hiperkalsemi-hipokalsemi gibi elektrolit

bozuklukları, artralji, miyalji, karaciğer fonksiyon testlerinde artış renal yetmezlik, gastrointestinal fistül ve perforasyon gibi yan etkilerinin yanında palmar-plantar eritrodistezya, hipertansiyon, yorgunluk gibi yönetilebilir yan etkileri de olabilir.

Kabozantinib multikinaz inhibitörlerini takiben progrese hastalıkta yeni bir tedavi seçeneğidir. Ayrıca lenvantinib; kabozantinib naif olup önceki tedavi rejiminde sorafenib almış hastalarda, yanıt oranlarında ve progresyonsuz sağ kalımda etkili bulunmuştur. Buna göre kabozantinib ve lenvantinib, sorafenib altında progresyon gösteren hastaların ikinci basamak tedavisinde potansiyel seçeneklerdir.

Seçici RET inhibitörleri Selperkatinib ve Pralsetinib;

İki seçici RET inhibitörü, RET füzyon genini barındıran, ileri/metastatik diferansiye tiroid kanseri için 2020'de EMA ve FDA tarafından onaylanmıştır.

Selperkatinib;

Selperkatinib RET inhibitörü olan yeni, küçük bir moleküldür. Selperkatinibin tiroid kanserlerinin bütün histolojik tiplerinde, RET füzyon eşleri (CCDC186, ERC1, KTN1 veya RUFY3) farketmeksizin etkili bulunduğu, RECIST v1.1' e (Solid tümörlerde yanıt değerlendirme kriterleri) göre objektif yanıt miktarında artma ile ilişkili olduğu, 6 ayın üzerinde süren yanıt oranlarını artırdığı gösterilmiştir.

Selperkatinib tedavisiyle ilişkili yan etkiler hastaların %25'inden fazlasında görülür. En yaygın yan etkiler; AST (aspart aminotransferaz) ve ALT'de (alanin aminotransferaz) artışlar, artmış glukoz düzeyi, lökopeni, trombositopeni, azalmış albümin, hipokalsemi, ağız kuruluğu, ishal, kreatinin artışı, alkalen fosfataz artışı, hipertansiyon, yorgunluk, ödem, total kolesterolde artış, döküntü, hiponatremi ve kabızlıktır. İlacın tamamen kesilmesini gerektirecek yan etkiler % 2 oranında bildirilmiştir. Doz kesintilerine sebep olacak yan etkiler hastaların %42'sinde bildirilmiştir. Bunlar arasında en sık AST ve/veya ALT artışlarıdır.

Elli kilogram altında olan hastalarda önerilen doz günde iki defa 120 mg'dır. Elli kilogramın üzerinde olan hastalarda önerilen doz günde iki defa 160 mg'dır. Mayıs 2020'de FDA, ilerlemiş/metastatik hastalığı olan RET füzyon pozitif, RAİ tedavisine refrakter veya uygunsuz olan, sistemik tedavi gerektiren diferansiye tiroid kanseri olan, ≥ 12 yaş hastalar için Selperkatinibe hızlandırılmış onay verdi. Selperkatinib Aralık 2020'de EMA tarafından, ileri/metastatik RET füzyon pozitif diferansiye tiroid kanserlerinde, sadece erişkin hastalarda, uygun multikinaz inhibitörlerinden (sorafenib, lenvantinib veya her ikisi) sonra kullanımı için onay aldı.

Pralsetinib;

Pralsetinib, ileri veya metastatik RET füzyon pozitif diferansiye tiroid kanserlerinde kullanılan selektif RET kinaz inhibitörüdür. ARROW çalışmasında RAİ refrakter ve sistemik tedaviler uygulanmış dokuz tiroid papiller kanser hastasında; pralsetinibin etkili olduğu ve 6 aydan uzun süren yanıt oranlarını artırdığı gösterilmiştir.

Pralsetinib için en yaygın tedavi ilişkili yan etkiler ARROW çalışmasında bildirilen hastaların %25'inde görülen konstipasyon, hipertansiyon, yorgunluk, kas-iskelet ağrısı ve ishaldir. Tedavi ilişkili yan etkilerden dolayı hastaların %46'sında (% 9'unda nötropeni, %8 lenfopeni, %6 anemi, %6 hipertansiyon) doz azaltımına gidildiği bildirilmiştir. Tedaviye %4 hastada yan etkilerden dolayı devam edilememiştir.

Pralsetinibin erişkinler ve ≥ 12 yaş adolesanlarda günde bir kez 400 mg oral, aç karınla alınması önerilmektedir (beslenme ilaçtan en az iki saat önce veya en az bir saat sonra olmalıdır). Aralık 2020'de FDA Pralsetinibe, ileri veya metastatik, RET füzyon pozitif, diferansiye tiroid kanserlerinde, Selpercatinib için aynı özellikleri taşıyan hastalar (yukarıda bahsedilmişti) için onay vermiştir. EMA, henüz bu endikasyonla onay vermemiştir.

Tropomiyosin reseptör kinaz inhibitörleri; Larotrekatinib ve Entrekatinib

Tropomiyosin reseptör kinaz (TRK) inhibitörleri, fonksiyonel nörotrofik tirozin reseptör kinaz (NTRK) füzyonları (Tiroid kanserler dahil) içeren solid tümörler için potansiyel olarak etkili tedaviler olarak kabul edilir.

Larotrekatinib;

Larotrekatinib, tropomiyosin reseptör kinaz A (TRKA), TRKB, ve TRKC'nin selektif ve spesifik inhibitörüdür. Hong ve arkadaşları tarafından, üç merkezli, açık etiketli, tek kol klinik çalışmalarının sonuçları analiz edildiğinde NTRK gen füzyonu gösteren metastatik solid tümörlerde etkinliği gösterilmiştir.

En yaygın 3. veya 4. derece ilaç ilişkili yan etkiler; artmış ALT (%3), anemi (%2) ve azalmış nötrofil düzeyidir (%2). Doz azaltma gereksinimi %8 ve dozun kesilmesi gereksinimi %1 hastada bildirilmiştir.

Larotrekatinib EMA ve FDA tarafından TRK füzyon pozitif lokal ileri veya metastatik solid tümörlerde, yetişkin ve pediatrik hastalar için onaylanmıştır. Erişkinler için önerilen dozu oral olarak günde iki kez 100 mg'dır.

Entrekatinib;

Entrekatinib, tirozin kinaz, TRKA, TRKB, TRKC, ROS1, JAK2, tirozin kinaz non-reseptör 2 ve anaplastik lenfoma kinaz inhibitörüdür. Bu ilaç, kan-beyin bariyerini geçmek için özel olarak tasarlanmıştır. EMA (Temmuz 2020) ve FDA (Ağustos 2019) tarafından NTRK gen füzyonu içeren solid tümörlerde (tiroid kanseri de dahil), erişkinler ve ≥ 12 yaş adolesanlar için onaylanmıştır. Erişkinler için önerilen dozu oral olarak günde bir kez 600 mg'dır. En sık tedavi ilişkili 3. ve 4. derece yan etkiler kilo alımı (%10) ve anemi (%12) olarak bildirilmiştir.

BRAF'ın spesifik olarak inhibitörleri (dabrafenib ve vemurafenib), dabrafenib ve RAF1 tedavisinin beraber kullanımı, MEK inhibitörleri veya MAPK yoluyla ilişkili (örn selumetinib ve trametinib) tedaviler araştırılmaya devam edilmektedir. Yine immunoterapi seçeneklerinden PDL1'i hedefleyen moleküllerle ilgili veriler artmaktadır.

ESMO Önerileri

- Kabozantinib, MKI ile tedaviyi takiben progresyon gösteren RAI dirençli ileri/metastatik diferansiye tiroid kanserli erişkin hastalarda bir tedavi seçeneğidir. [I, A; ESMO-Magnitude of Clinical Benefit Scale (ESMO-MCBS) v1.1 skor: 2].
- Avrupa’da; Sorafenib, lenvatinib veya her ikisi ile MKI tedavisi almış olan ileri metastatik RET füzyon pozitif diferansiye tiroid kanserlerde selperkatinib, yetişkinleri tedavi etmek için bir tedavi seçeneğidir. [V, B; ESMO-MCBS v1.1 skor: 3; ESMO Scale for Clinical Actionability of molecular Targets (ESCAT) skor: I-B; EMA onayladı, FDA bu endikasyonla onaylamadı].
- Amerika Birleşik Devletleri’nde erişkinlerde ve ≥ 12 yaş üzeri adolesanlarda, RAI ye refrakter, ileri/metastatik RET füzyon pozitif diferansiye tiroid kanserlerinde daha önce MKI (sorafenib, lenvatinib veya her ikisi) alıp almadığına bakılmaksızın selperkatinib bir tedavi seçeneğidir. [V, B; ESCAT skor: I-B; FDA onayladı, EMA bu endikasyonla onaylamadı].
- Amerika Birleşik Devletleri’nde, erişkinlerde ve ≥ 12 yaş üzeri adolesanlarda, RAI ye refrakter ve sistemik tedavi gerektiren ileri/metastatik RET füzyon pozitif diferansiye tiroid kanserlerinde pralsetinib bir tedavi seçeneğidir [V, B; ESMO- MCBS v1.1 skor: 3; ESCAT skor: I-B; FDA onayladı, EMA onaylamadı].
- Larotrektinib yetişkin ve çocuklarda, cerrahiye uygun olmayan, başka etkili tedavi seçeneği olmayan metastatik NTRK füzyon pozitif solid tümörlerde bir tedavi seçeneğidir [V, B; ESMO-MCBS v1.1 skor: 3; ESCAT skor: I-C].
- Entrektinib, erişkinlerde ve ≥ 12 yaş üzeri adolesanlarda, metastatik veya rezeke edilemeyen, standart tedavilere rağmen ilerlemiş NTRK füzyon pozitif solid tümörlerde, bir tedavi seçeneği olarak düşünülebilir [V, B; ESMO-MCBS v1.1 skor: 3; ESCAT skor: I-C].
- İleri/metastatik Diferansiye tiroid kanserlerde sistemik tedavi planlanmışsa tedavinin bireyselleştirilmesi için hedefe yönelik mutasyonları inceleyen genetik test yapılabilir.

Yeni nesil dizileme (NGS) analizi, mümkünse tercih edilen yaklaşım olmalıdır [III, C].

Not: ESMO-MCBS beş değerlendirme formunu içerir. Hangi formun kullanılacağı, ilgilenilen tedavinin lisanslı endikasyonuna dayanak olan hakemli yayındaki bilgilere bağlıdır. Küratif durumları derecelendirmede A,B,C kullanılır; A en yüksek derecedir. Non-küratif durumları derecelendirmede 5 en yüksek derecedir. ESCAT Skorlamasında I-A; randomize klinik çalışmalardan elde edilen kanıtlarla iyileştirilmiş sonuçlarla ilişkilidir, hayatta kalma son noktasında klinik olarak anlamlı bir iyileşme ile sonuçlanma vardır; I-B; prospektif, randomize olmayan kanıtlarla iyileştirilmiş sonuçlarla ilişkilidir, klinik olarak anlamlı fayda sağladığını gösteren klinik deneylerdir; I-C; Tümör tipleri genelinde klinik deneylerden elde edilen kanıtlarla veya ilişkili klinik faydayı gösteren sepet klinik deneylerden elde edilen kanıtlarla iyileştirilmiş sonuçlarla ilişkilidir.

İleri Diferansiye ve Az Diferansiye Tiroid Kanserinde TEMD Önerileri

- RAI dirençli ileri/metastatik diferansiye tiroid kanserli erişkin hastalarda sorafenib lenvatinib gibi multikinaz inhibitörleri düşünülebilir.
- MKI ile tedaviyi takiben progresyon gösteren RAI dirençli ileri/metastatik diferansiye tiroid kanserli erişkin hastalarda kabozantinib bir tedavi seçeneğidir.
- RAI ye refrakter, ileri/metastatik RET füzyon pozitif diferansiye tiroid kanserlerinde selperkatinib bir tedavi seçeneğidir.
- RAI ye refrakter ve sistemik tedavi gerektiren ileri/metastatik RET füzyon pozitif diferan-

siye tiroid kanserlerinde pralsetinib bir tedavi seçeneğidir.

- Larotrekatinib, cerrahiye uygun olmayan, başka etkili tedavi seçeneği olmayan metastatik NTRK füzyon pozitif tiroid tümörlerinde bir tedavi seçeneğidir.
- Entrekatinib, metastatik veya rezeke edilemeyen, standart tedavilere rağmen ilerlemiş NTRK füzyon pozitif tiroid tümörlerinde, bir tedavi seçeneği olarak düşünülebilir.
- İleri/metastatik Diferansiye tiroid kanserlerde sistemik tedavi planlanmışsa tedavinin bireyselleştirilmesi için hedefe yönelik mutasyonları inceleyen genetik test yapılabilir.
- Yeni nesil dizileme (NGS) analizi, mümkünse tercih edilen genetik yaklaşım olmalıdır

İleri Medüller Tiroid Kanserinde Yeni İlaçlar

Vandetanib ve Kabozantinib

Vandetanib ve kabozantinib birden çok tirozin kinaz reseptörünü hedefleyen iki multikinaz inhibitördür. İki ajan FDA ve EMA tarafından metastatik medüller tiroid kanserinde onaylanmıştır

Vandetanib, VEGFR2, VEGFR3, RET ve EGFR'yi inhibe eder. ZETA klinik çalışmasında vandetanib kontrol grubuna göre; başlangıçtaki RET mutasyon durumu, progresyon oranı, tümör boyutu ve hastalık lokalizasyonundan bağımsız olarak progresyonsuz sağkalım (30,5 - 19,3 ay) ve objektif görüntüleme yanıtı (%45 vs %13) açısından üstün bulunmuştur.

Kabozantinib RET, VEGFR2, Tie-2, c-MET ve KIT'i inhibe eder. EXAM klinik çalışmasında başlangıçtaki yaş, progresyon oranı, önceki tirozin kinaz inhibitörü tedavisi, tümör boyutu ve hastalık lokalizasyonundan bağımsız olarak plaseboya göre progresyonsuz sağkalım (11.2 vs 4 ay) ve objektif görüntüleme yanıtı (%28 vs %0) açısından üstün bulunmuştur.

İki ajan da %30 hastalık stabilizasyonu, %35 parsiyel regresyon ile ilişkilidir. RET mutasyonun varlığı tedaviye yanıtı gösterebilir. Ciddi toksisiteler olabilir ama çoğunlukla yönetilebilir.

Seçici RET inhibitörleri selperkatınib ve pralsetinib

İki seçici RET inhibitörü, RET mutasyonu içeren ileri/metastatik medüller tiroid kanserinin çeşitli tedavi düzenlemeleri için, EMA ve FDA tarafından onaylanmıştır.

Selperkatınib;

Selperkatınib RET inhibitörü olan yeni, küçük bir moleküldür. Çok merkezli, açık etiketli, multikohort (LIBRETTO-001, NCT03157128) çalışmasında selperkatınibin ileri veya metastatik RET mutant medüller tiroid kanseri üzerine etkisi incelendi. Daha önce kabozantinib, vandetanib veya her ikisini alan 55 hastada objektif yanıt oranı %69 (%95 GA %55 ila %81), yanıtın ≥ 6 ay sürdüğü hasta oranı %76 bulundu. 88 hastalık kabozantinib ve vandetanib açısından tedavi naif grupta, objektif yanıt oranı %73 (95% GA 62% ila 82%), yanıtın ≥ 6 ay sürdüğü hasta oranı %61 bulundu. Selperkatınib RET mutasyon genotipi fark etmeksizin etkili bulundu.

Yan etki olarak; AST (aspart aminotransferaz) ve ALT'de (alanin aminotransferaz) artışlar, artmış glukoz düzeyi, lökopeni, trombositopeni azalmış albümin, hipokalsemi, ağız kuruluğu, ishal,

kreatinin artışı, alkalen fosfataz artışı, hipertansiyon, yorgunluk, ödem, total kolesterolde artış, döküntü, hiponatremi ve kabızlık olabilir.

Mayıs 2020'de FDA, erişkin ve ≥ 12 yaş pediatrik hastalar için, sistemik tedavi gerektiren, ileri veya metastatik RET-mutant medüller tiroid kanserli hastalarda selperkatiniib kullanımına hızlandırılmış onay verdi. Aralık 2020 de EMA tarafından, 12 yaş üzeri ileri medüller tiroid kanserli hastalarda selperkatiniib; önceki tedavisi kabozantiniib veya vandetanib veya her ikisi olan hastalarda sonraki tedavide kullanılmak üzere onay aldı.

Pralsetiniib;

Pralsetiniib selektif RET kinaz inhibitörüdür. Çok merkezli, açık etiketli, multikohort ARROW çalışmasında pralsetiniibin önceki tedavi rejimi baz alınarak etkinliği incelendi. Daha önce kabozantiniib veya vandetanib alan 55 hastada objektif yanıt oranı %60 (%95 GA %46 ila %73), yanıtın ≥ 6 ay sürdüğü hasta oranı %79 bulundu. Kabozantiniib ve vandetanib açısından tedavi naif grupta, objektif yanıt oranı %71 (95% GA 48% ila 89%), yanıtın ≥ 6 ay sürdüğü hasta oranı %80 bulundu. Yanıtlarda RET mutasyon genotipi fark etmiyordu. Pralsetiniib için en yaygın yan etkiler; konstipasyon, hipertansiyon, yorgunluk, kas-iskelet ağrısı, kemik iliği baskılanması ve ishaldir.

Aralık 2020'de FDA, erişkin ve ≥ 12 yaş pediatrik hastalar için, sistemik tedavi gerektiren, ileri veya metastatik RET-mutant medüller tiroid kanserli hastalarda pralsetiniib kullanımına hızlandırılmış onay verdi.

Medüller tiroid kanseriyle ilgili önemli problemlerden biri de ilaç direncidir. AKT2 amplifikasyonuna bağlı ilaç direncinde evorolimusun kombinasyona eklenmesi veya MET amplifikasyonuna bağlı ilaç direncinde MET/ALK/ROS1 inhibitörü krizotiniibin selperkatiniib ile kombinasyonu etkili gözükmektedir.

Sistematik bir derlemeye göre önceki tedavileri bilinen veya bilinmeyen 220 metastatik medüller tiroid kanserli hastada; 90Y-DOTATOC, 177Lu-DOTA-TATE, 111Indium gibi radyonüklid ajanların; %32 biyokimyasal yanıtla %10 objektif yanıtla ilişkili olduğu gösterildi. Ayrıca metastatik medüller tiroid kanserinde immunoterapi ile ilgili çalışmalar devam etmektedir.

ESMO Önerileri

- Avrupa'da ileri RET mutant medüller tiroid kanserli erişkin ve 12 yaş üzeri adolesanlarda, önceki kabozantiniib ve/veya lenvantiniib tedavisini takiben sistemik tedavi gerekiyorsa selperkatiniib kullanılabilir [V, B; ESMO-MCBS v1.1 skore: 3; ESCAT skore: I-B; EMA uygun buldu, FDA uygun bulmadı]
- ABD' de ileri veya metastatik RET mutant medüller tiroid kanserli erişkin ve 12 yaş üzeri adolesanlarda, sistemik tedavi gerekiyorsa selperkatiniib bir seçenek olabilir [V, B; ESMO-MCBS v1.1 skore: 3; ESCAT skore: I-B; Bu endikasyonu FDA uygun buldu, EMA bulmadı].
- ABD' de ileri veya metastatik RET mutant medüller tiroid kanserli erişkin ve 12 yaş üzeri adolesanlarda, sistemik tedavi gerekiyorsa pralsetiniib bir seçenek olabilir [V, B; ESMO-MCBS v1.1 skore: 3; ESCAT skore: I-B; FDA uygun buldu, EMA uygun bulmadı].

- İleri/metastatik meduller tiroid kanserlerde sistemik tedavi planlanmışsa tedavinin bireyselleştirilmesi için RET mutasyonun hedefleyen genetik test yapılabilir. Allelik spesifik gerçek zamanlı PCR veya NGS analizi RET mutasyonunu saptamak için tercih edilen metodlardır [III, A].

Not: ESMO-MCBS 5 değerlendirme formunu içerir. Hangi formun kullanılacağı, ilgilenilen tedavinin lisanslı endikasyonuna dayanak olan hakemli yayındaki bilgilere bağlıdır. Küratif durumları derecelendirmede A,B,C kullanılır; A en yüksek derecedir. Non-küratif durumları derecelendirmede 5 en yüksek derecedir. ESCAT Skorlamasında I-A; randomize klinik çalışmalardan elde edilen kanıtlarla iyileştirilmiş sonuçlarla ilişkilidir, hayatta kalma son noktasında klinik olarak anlamlı bir iyileşme ile sonuçlanma vardır; I-B; prospektif, randomize olmayan kanıtlarla iyileştirilmiş sonuçlarla ilişkilidir, klinik olarak anlamlı fayda sağladığını gösteren klinik deneylerdir; I-C; Tümör tipleri genelinde klinik deneylerden elde edilen kanıtlarla veya ilişkili klinik faydayı gösteren sepet klinik deneylerden elde edilen kanıtlarla iyileştirilmiş sonuçlarla ilişkilidir.

İleri Medüller Tiroid Kanserinde TEMD önerileri

- İleri RET mutant meduller tiroid kanserli hastalarda, önceki kabozantinib ve/veya lenvantinib tedavisini takiben sistemik tedavi gerekiyorsa selperkatinib kullanılabilir.
- İleri veya metastatik RET mutant meduller tiroid kanserli hastalarda, sistemik tedavi gerekiyorsa prasetinib bir seçenek olabilir.
- İleri/metastatik meduller tiroid kanserlerde sistemik tedavi planlanmışsa tedavinin bireyselleştirilmesi için RET mutasyonun hedefleyen genetik test yapılabilir.
- Allelik spesifik gerçek zamanlı PCR veya NGS analizi, RET mutasyonunu saptamak için tercih edilen metodlardır.

Anaplastik Tiroid Kanserinde Yeni İlaçlar

ATK, tüm tiroid kanserlerinin %1 ila %1,5'ini oluşturur. Ölümcül ve hızla ilerleyen doğası nedeniyle yıllık tiroid kanserine bağlı ölümlerin yarısından daha fazlasında sorumlu kanser tipidir .

ATK tedavisindeki son gelişmeler, son on yılda sonlanım noktalarında ve genel sağkalım oranlarında dikkate değer olumlu yönde değişimler göstermiştir. Bu nedenle 2012 yılında yayınlanmış olan Anaplastik Tiroid Kanseri kılavuzu 2021 yılında güncellenmiştir. Bu güncellemeye yol açan asıl etken yeni ilaçlar ile yapılan çalışmaların sonuçlarıdır .

Yeni ilaçları sistemik-hedefe yönelik tedaviler olarak tanımlanmaktadır. Anaplastik tiroid kanserinde kullanılan sistemik ilaçlar : BRAF V600E -mutasyonlu varlığında kullanılan ajanlar ,BRAF mutasyonu olmayan olgularda kullanılan ajanlar, Antianjiyojenik ilaçlar, İmmünoterapötik ajanlar , mTOR inhibitörleri ,damar bozucu olmak üzere altı grupta incelenebilir.

BRAF V600E -mutasyon mevcut olgular

Bu grupta bir BRAF inhibitörü olan Dabrafenib ve MEK inhibitörü olan trametinib kombinasyonu yer alır.

Dabrafenib/ trametinib'in etkililiğini ve güvenliğini açıklayan bir faz II basket çalışmasında, ortanca yaşı 71 olan 36 ATK hastası değerlendirilmiştir. Hastaların %83 ü önceden radyoterapi

tedavisi görmüş. ORR %56 (%95 CI: %38,1–72,1) olarak izlenmiş. Üç hastada tam yanıt izlenmiş. PFS 6.7 ay, OS 14.5 ay olarak saptanmış.

Bu sonuçlar ile dabrafenib/trametininib kombinasyonunun ATK' da kullanımı FDA tarafından onaylanmıştır. EMA onayı (henüz) yok. Bu tedavi için 2 sınırlayıcı durum var. Birincisi tüm hastalarda BRAF mutasyonu olmadığı için ATK' lı hastaların ancak %20-50 sine bu tedavi önerilebilir. İkincisi BRAF inhibitörlerine karşı sonradan direnç gelişmesidir.

Bu kombinasyon neoadjuvan olarak kullanılarak rezeksiyon şansını artırabileceği gibi nonope-rabl hastalarda palyatif tedavi olarak da kullanılabilir.

İlaç kullanım şekli Dabrafenib 150 mg günde iki kez + Trametinib 2 mg günde bir kez olarak önerilmektedir.

Bu tedavi ile ilgili öneri durumu:

1-Radyoterapi ve/veya sistemik (kemoterapi veya kombine BRAF/MEK inhibitörleri) tedavinin tümörü potansiyel olarak rezeke edilebilir hale getirdiği, ilk değerlendirme sırasında rezeke edilemeyen hastalığı olan hastalarda, cerrahi rezeksiyonun yeniden değerlendirilmesini önerilir. (Öneri Gücü: Güçlü Kanıt Kalitesi: Düşük)

2-BRAFV600E mutasyonlu IVC'de ve radyasyon tedavisini reddeden rezeke edilemeyen IVB ATK hastalarında, varsa diğer sistemik tedaviler yerine BRAF/MEK inhibitörlerinin (dabrafenib artı trametinib) başlatılması önerilir. (Öneri Gücü: Güçlü ,Kanıt Kalitesi: Düşük)

3-Radyasyon tedavisinin mümkün olduğu BRAF V600E mutasyonlu rezeke edilemeyen evre IVB ATK'da, kemoradyoterapi veya neoadjuvan dabrafenib/trametininib başlangıç tedavisine alternatifler sunar. (Öneri Gücü: Koşullu,Kanıt Kalitesi: Düşük)

BRAF mutasyonu olmayan olgularda

ATK hastalarının %2-3'ünde bulunabilen NTRK, ALK ve RET füzyonları da tedavide dikkate alınma potansiyelleri olan hedeflerdir.

Bu grupta zikredilecek ajanlar Larotrectib, Entrectinib ve Selpercatinib'dir.

Larotrectinib çalışmalarının birleştirilmiş alt grup analizlerinden elde edilen sonuçlar, 7 ATK hastasının 2'sinde (%29) cevap alındığını;cevabın 3.7 ve 10.2 ay devam ettiğini göstermiştir. Median OS 14.1 ay olarak gerçekleşmiştir.

Entrectinib ayrıca TRK 1-3'ü inhibe eder ancak ek olarak ALK ve ROS1 tirozin kinazları da inhibe eder ve NTRK füzyon katı tümörleri için de onaylanmıştır.

Seçici RET inhibitörü selpercatinib 2020 yılında RET füzyon tiroid ve akciğer kanseri olan hastalar ve RET mutasyonlu MTK'sı olan hastalar için FDA tarafından onaylanmıştır. Bu onay, 19' unda RET füzyon tiroid kanseri olan 170 tiroid kanseri hastasının kaydedildiği bir faz 1/2 çalışmasının sonuçlarına dayandırılmıştır. Çalışmaya yalnızca iki ATK hastası dahil edilmiş. Bu iki hastadan biri 18 ay boyunca selpercatinib'e yanıtı olarak değerlendirilmiş.

ALK füzyonları ATK'da çok nadirdir ve yalnızca ALK inhibitörleri ile başarılı bir şekilde tedavi edilen ALK füzyonlu hastaların vaka bildirimi vardır.

Bu grupta kullanılan ilaçlar ilgili dozlar aşağıda belirtilmiştir:

RET inhibitörleri: Selpercatinib 160 mg günde iki kez(vücut ağırlığı 50 kg altında olanlarda 120 mg günde iki kez) , Praseltinib 400 mg/gün.

NTRK inhibitörleri: Larotrectinib 100 mg günde iki kez, Entrectinib 600 mg/gün

ALK inhibitörü: Crizotinib 250 mg günde iki kez, Larotrectinib 100 mg günde iki kez

Bu grup ile öneri durumu:

1-Evre IVC hastalığı olan NTRK veya RET füzyon ATC hastalarında, mümkünse tercihen bir klinik çalışmada bir TRK inhibitörü (larotrectinib veya entrectinib) veya RET inhibitörü (selpercatinib veya pralsetinib) başlanmasını önerilir.(*Öneri Gücü: Koşullu,Kanıt Kalitesi: Çok Düşük*)

Anjiyojenik İlaçlar

ATK da kullanımı sözkonusu olan antianjiyojenik ilaç lenvatinibdir. Bir multikinaz inhibitörüdür. Prospektif birçalışma sonrası ATK için Japonya'da kullanım onayı almıştır.. 17 ATK hastasından 4'ünde (%24) yanıt görülmüş. Medyan genel sağkalım 10.6 ay olarak izlenmiş.

ATK hastalarında antianjiyojenik ilaçların kullanımı ile en büyük endişelerden biri, hastalığın sıklıkla trakea, özofagus ve büyük damarları invaze ettiği için ilaç ile kanama ve fistül riskidir. Bu durum ilaç etkisi ile hızlı tümör küçülme etkisi ile olmaktadır. . Güçlü antianjiyojenik ilaçlarla tedavi edilen hastalar bu potansiyel riskler konusunda uyarılmalıdır.

İmmünoterapötik ajanlar

Bu grup ilaçlar ile yapılan sınırlı sayıda çalışmaları özetlersek:

Hatashima ve arkadaşlarının , medyan yaşın 70 olduğu 13 hastanın dahil olduğu çalışma ve-rilerine göre ;12 hasta Pembrolizumab ,1 hasta Nivolumab kullanmış. Medyan ilerlemesiz sağ kalım 1.9 ay,medyan genel sağ kalım 4.4 ay ve 1 yıllık sağkalım %38 olarak saptanmış.Capdevil ve arkadaşlarının Spartalizumab kullanan 42 hastadan oluşan çalışmasında hastaların medyan yaşı 62, medyan ilerlemesiz sağkalım 1.7 ay ,medyan genel sağkalım 5.9 ay, 1 yıllık sağkalım % 40 raporlanmış.

Lorch ve arkadaşlarının çalışmasında 10 hastada (medyan yaş 65) Ipilimumab + Nivolumab kullanımı değerlendirilmiş. Bu çalışmada ise sadece genel yanıt oranı bildirilmiş. Bu da % 30 olarak sonuçlanmış

İmmünterapötik ajanlar için öneri durumu:

1-Yüksek PD-L1 ekspresyonu olan IVC ATC hastalarında, kontrol noktası (PD-L1, PD1) inhibitörleri, diğer hedeflenebilir değişikliklerin yokluğunda birinci basamak tedavi olarak veya tercihen bir klinik araştırma bağlamında sonraki basamak tedavi olarak kabul edilebilir.(*Öneri Gücü: Koşullu,Kanıt Kalitesi: Düşük*)

mTOR inhibitörleri

Everolimus gibi PI3K/AKT/mTOR yolunu hedefleyen inhibitörler ile ilgili sonuçlar yüz güldürücü değildir. Bir faz II çalışmasına dahil edilen yedi hastanın hiçbiri tedaviden fayda görmediği izlenmiş. Başka bir faz II çalışmasında dahil edilen 6 ATK lı hastanın sadece 1 hastada yanıt alınmıştır.

Sorafenib ve temsirolimus kombinasyonunun kullanıldığı ATK lı hastadan sadece birinde objektif cevap izlenmiş.

BRAF mutasyonu negatif hastalar için bir hedefe yönelik tedaviler için öneri belirtmek zordur. 2021 tarihli Amerikan Tiroid Derneği Anaplastik Tiroid kanseri Kılavuzunda bu durum için “ iyi uygulama beyanı” not edilmiştir. Buna göre ATK'nın nadirliği, herhangi bir sistemik terapötikten sağkalmı veya yaşam kalitesinin iyileştirilmesini destekleyen verilerin yetersizliği ve ileri ATK'da kanıta dayalı güvenli ve etkili terapötik yaklaşımlar geliştirme ihtiyacı göz önüne alındığında; Agresif bir yaklaşım isteyen ve kemoradyoterapi almayan BRAF vahşi tipi (BRAF “negatif” veya bilinmeyen mutasyon durumu) IVB rezeke edilemeyen veya metastatik ATK'sı olan hastalar, **klirik araştırmalara katılmaya teşvik edilmelidir.**

ANAPLASTİK TİROİD KANSERLERİNDE TEMD ÖNERİLERİ

- Dabrafenib (BRAF inhibitörü) ve trametinib (MEK inhibitörü) kombinasyonu , BRAFV600E mutasyonuna sahip ATK hastalarında etkilidir ve artık standart bakımdır.
- BRAFV600E mutasyonu olmayan Evre IVC ATK hastaları, bu hastalar için hâlâ etkili tedaviler bulunmadığından, bir klinik çalışma kapsamında tedavi edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Smallridge RC, Ain KB, Asa SL, et al. American Thyroid Association guidelines for management of patients with anaplastic thyroid cancer. *Thyroid* 2012;22:1104–39.
2. Maniakas A, Dadu R, Busaidy NL, et al. Evaluation of overall survival in patients with anaplastic thyroid carcinoma, 2000-2019. *JAMA Oncol* 2020;6:1397–404 Bible KC, Kebebew E, Brierley J, et al. 2021 American thyroid association guidelines for management of patients with anaplastic thyroid cancer. *Thyroid* 2021;31:337–86.)
3. Hatashima, A.; Archambeau, B.; Armbruster, H.; Xu, M.; Shah, M.; Konda, B.; Lott Limbach, A.; Sukrithan, V. An Evaluation of Clinical Efficacy of Immune Checkpoint Inhibitors for Patients with Anaplastic Thyroid Carcinoma. *Thyroid Off. J. Am. Thyroid Assoc.* 2022, 32, 926–936.
4. Capdevila, J.; Wirth, L.J.; Ernst, T.; Aix, S.P.; Lin, C.-C.; Ramlau, R.; Butler, M.O.; Delord, J.-P.; Gelderblom, H.; Ascierto, P.A.; et al. PD-1 Blockade in Anaplastic Thyroid Carcinoma. *J. Clin. Oncol. Off. J. Am. Soc. Clin. Oncol.* 2020, 38, 2620–2627.
5. Lorch, J.H.; Barletta, J.A.; Nehs, M.; Uppaluri, R.; Alexander, E.K.; Haddad, R.I.; Hanna, G.J.; Margalit, D.N.; Tishler, R.B.; Schoenfeld, J.D.; et al. A phase II study of nivolumab (N) plus ipilimumab (I) in radioiodine refractory differentiated thyroid cancer (RAIR DTC) with exploratory cohorts in anaplastic (ATC) and medullary thyroid cancer (MTC). *J. Clin. Oncol.* 2020, 38, 6513
6. S. Filetti , C. Durante , D. Hartl , S. Leboulleux , L. D. Locati , K. Newbold , M. G. Papotti & A. Berruti . Thyroid cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up *Annals of Oncology* 30: 1856–1883, 2019 doi:10.1093/annonc/mdz400
- 7.S. Filetti , C. Durante , D. M. Hartl , S. Leboulleux , L. D. Locati , K. Newbold , M. G. Papotti A. Berruti, ESMO Clinical Practice Guideline update on the use of systemic therapy in advanced thyroid cancer, *Annals of Oncology-Volume 33, Issue 7, July 2022, Pages 674-684*
8. Anastasios Maniakas, Mark Zafereo , Maria E. Cabanillas, Anaplastic Thyroid Cancer New Horizons and Challenges , *Endocrinol Metab Clin N Am* 51 (2022) 391–401 <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2021.11.020>

9. Jannin, A.; Escande, A.; AlGhuzlan, A.; Blanchard, P.; Hartl, D.;Chevalier, B.; Deschamps, F.;Lamartina, L.; Lacroix, L.; Dupuy, C.;et al. Anaplastic Thyroid Carcinoma:An Update. *Cancers* 2022, 14, 1061.<https://doi.org/10.3390/cancers14041061>
10. Porter A and Wong DJ (2021) Perspectives on the Treatment of Advanced Thyroid Cancer: Approved Therapies, Resistance Mechanisms, and Future Directions. *Front. Oncol.* 10:592202. doi: 10.3389/fonc.2020.592202
11. Boudin, L.; Morvan, J.-B.;Thariat, J.; Métivier, D.; Marcy, P.-Y.;Delarbre, D. Rationale Efficacy and Safety Evidence of Lenvatinib and Pembrolizumab Association in Anaplastic Thyroid Carcinoma. *Curr. Oncol.* 2022, 29, 7718–7731. <https://doi.org/10.3390/curroncol29100610>
12. Laha D, Nilubol N and Boufraqueh M (2020) New Therapies for Advanced Thyroid Cancer. *Front. Endocrinol.* 11:82. doi: 10.3389/fendo.2020.00082)
13. Lee DY, Won JK, Lee SH, Park DJ, Jung KC, Sung MW,Wu HG, Kim KH, Park YJ, Hah JH 2016 Changes of clinicopathologic characteristics and survival outcomes of anaplastic and poorly differentiated thyroid carcinoma. *Thyroid* 26:404–413
- 14.Ibrahimpasic T, Ghossein R, Carlson DL, Nixon I, Palmer FL, Shaha AR, Patel SG, Tuttle RM, Shah JP, Ganly I 2014 Outcomes in patients with poorly differentiated thyroid carcinoma. *J Clin Endocrinol Metab* 99:1245–1252
- 15.Volante M, Landolfi S, Chiusa L, Palestini N, Motta M,Codegone A, Torchio B, Papotti MG 2004 Poorly differentiated carcinomas of the thyroid with trabecular, insular,and solid patterns: a clinicopathologic study of 183 patients. *Cancer* 100:950–957)
- 16.Mohammad Al-Jundi Shilpa Thakur , Sriram Gubbi and Joanna Klubo-Gwiedzinska Novel Targeted Therapies for Metastatic Thyroid Cancer—A Comprehensive Review *Cancers* 2020, 12, 2104)
17. Rao, et al. Advanced thyroid cancer controversy and consensus. *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology* 41 (4), 2020)
18. Du W, Shi X, Fang Q, Zhang X and Liu S (2022) Feasibility of Apatinib in Radioiodine-Refractory Differentiated Thyroid Carcinoma. *Front. Endocrinol.* 13:768028. doi:10.3389/fendo.2022.768028)
19. Bulfamante AM, Lori E, Bellini MI,Bolis E, Lozza P, Castellani L,Saibene AM, Pipolo C, Fuccillo E, Rosso C, Felisati G and De Pasquale L (2022) Advanced Differentiated Thyroid Cancer: A Complex Condition Needing a Tailored Approach. *Front. Oncol.* 12:954759. doi: 10.3389/fonc.2022.954759)
20. Medullary Thyroid Cancer Management: 5 Things to Know - Medscape - Jan 12, 2023
21. Nai-si Huang , Yu Wang , Wen-jun Wei et al.. *Holistic Integrative Oncology* (2022) 1:16 <https://doi.org/10.1007/s44178-022-00016-7>
- 22.Sadow, P.M. and W.C. Faquin, Poorly differentiated thyroid carcinoma: an incubating entity. *Frontiers in endocrinology*, 2012. 3: p. 77.
- 23.Ibrahimpasic, T., et al., Poorly differentiated carcinoma of the thyroid gland: current status and future prospects. *Thyroid*, 2019. 29(3): p. 311-321.
- 24.Capdevila, J., et al., Molecular diagnosis and targeted treatment of advanced follicular cell-derived thyroid cancer in the precision medicine era. *Cancer Treatment Reviews*, 2022: p. 102380.
- 25.Filetti, S., et al., Thyroid cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 2019. 30(12): p. 1856-1883.
- 26.Brose, M.S., et al., A randomized study of lenvatinib 18 mg vs 24 mg in patients with radioiodine-refractory differentiated thyroid cancer. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2022. 107(3): p. 776-787.
- 27.Filetti, S., et al., ESMO Clinical Practice Guideline update on the use of systemic therapy in advanced thyroid cancer. *Annals of Oncology*, 2022. 33(7): p. 674-684.
- 28.Brose, M.S., et al., Cabozantinib for radioiodine-refractory differentiated thyroid cancer (COSMIC-311): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *The Lancet Oncology*, 2021. 22(8): p. 1126-1138.
- 29.Schlumberger, M., et al., Lenvatinib versus placebo in radioiodine-refractory thyroid cancer. *New England Journal of Medicine*, 2015. 372(7): p. 621-630.
- 30.Bradford, D., et al., FDA approval summary: selpercatinib for the treatment of lung and thyroid cancers with RET gene mutations or fusions. *Clinical Cancer Research*, 2021. 27(8): p. 2130-2135.
- 31.Wirth, L.J., et al., Efficacy of selpercatinib in RET-altered thyroid cancers. *New England Journal of Medicine*, 2020. 383(9): p. 825-835.
- 32.Subbiah, V., et al., Pralsetinib for patients with advanced or metastatic RET-altered thyroid cancer (ARROW): a multi-cohort, open-label, registrational, phase 1/2 study. *The lancet Diabetes & endocrinology*, 2021. 9(8): p. 491-501.
- 33.Hong, D.S., et al., Larotrectinib in patients with TRK fusion-positive solid tumours: a pooled analysis of three phase 1/2 clinical trials. *The Lancet Oncology*, 2020. 21(4): p. 531-540.

34. Doebele, R.C., et al., Entrectinib in patients with advanced or metastatic NTRK fusion-positive solid tumours: integrated analysis of three phase 1–2 trials. *The Lancet Oncology*, 2020. 21(2): p. 271-282.
35. Laha, D., N. Nilubol, and M. Boufraqueh, New therapies for advanced thyroid cancer. *Frontiers in endocrinology*, 2020. 11: p. 82.
36. Taberero, J., et al., First-in-humans trial of an RNA interference therapeutic targeting VEGF and KSP in cancer patients with liver involvement. *Cancer discovery*, 2013. 3(4): p. 406-417.
37. Rosen, E.Y., et al., Overcoming MET-Dependent Resistance to Selective RET Inhibition in Patients with RET Fusion-Positive Lung Cancer by Combining Selpercatinib with Crizotinib. *Clinical Cancer Research*, 2021. 27(1): p. 34-42.
38. Shi, X., et al., Immune co-inhibitory receptors PD-1, CTLA-4, TIM-3, LAG-3, and TIGIT in medullary thyroid cancers: a large cohort study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2021. 106(1): p. 120-132.
39. Wells Jr SA, Robinson BG, Gagel RF, Dralle H, Fagin JA, Santoro M, Baudin E, Elisei R, Jarzab B, Vasselli JR et al. Vandetanib in patients with locally advanced or metastatic medullary thyroid cancer: a randomized, double-blind phase III trial. *Journal of Clinical Oncology* 2012 30 134–141.
40. Fallahi P, Ferrari SM, Galdiero MR, Varricchi G, Elia G, Ragusa F, Paparo SR, Benvenga S & Antonelli A. Molecular targets of tyrosine kinase inhibitors in thyroid cancer. *Seminars in Cancer Biology* 2022 79 180–196.
41. Elisei R, Schlumberger MJ, Muller SP, Schoffski P, Brose MS, Shah MH, Licitra L, Jarzab B, Medvedev V, Kreissl MC et al. Cabozantinib in progressive medullary thyroid cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2013 31 3639–3646.

TİROİD NODÜL VE KANSERLERİNDE PREOPERATİF GENETİK İNCELEME

Doç. Dr. Kemal Ağbaht, Prof. Dr. Mustafa Şahin

Bu bölümde diferansiye tiroid kanserleri ile ilişkili genetik incelemelerden bahsedilecektir. Medüller tiroid kanseri ilişkili genetik incelemeler başka bir bölümde detaylıca verilecektir.

Tiroid nodüllerine erişkinlerde sıkça rastlanmaktadır, öyle ki 60 yaş üstü nüfusta %50-70 sıklıkta rapor edilmektedir (1, 2). Son 40 yılda, tiroid kanser sıklığında, gerek tiroid ultrasonografisinin daha etkin bir şekilde kullanılarak 2 cm'den küçük nodüllerin tespit edilebilmesi, gerekse de tiroid kanser insidansında gerçek bir artışın olmasına bağlı olarak, 2 kattan fazla bir artış olmuştur. Bununla birlikte, tiroid nodüllerinin büyük çoğunluğu (%85-95) benignedir (3). Bu nedenle, benign ve malign nodüller arasında ayırım yapmak, gereksiz cerrahiye önmek açısından oldukça önemlidir (4). Bu ayırımı yapmak için 1980 li yılların başından beri tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi (TİİAB) yaygın olarak kullanılmaktadır (5). Bu yöntem, etkin, güvenli, maliyet-etkin olması nedeniyle bu amaçla uygulanacak altın standart yöntem olarak değerlendirilmektedir (6, 7). TİİAB'nin duyarlılığı % 88-97, özgüllüğü % 47-98, pozitif belirleyicilik değeri % 52-98, negatif belirleyicilik değeri % 89-96, yanlış negatiflik oranı % 0.5-10, yanlış pozitiflik oranı % 1-7 olarak bildirilmektedir (8).

2009 yılında TİİAB raporlaması için Ulusal Kanser Enstitüsü (NCI) tarafından Bethesda sınıflama sistemi önerilmiş ve sonrasında sitopatolojik özelliklere dayanarak bu sınıflama 6 kategoride yeniden gözden geçirilmiştir (Tablo 1). Her bir kategorinin malignite ihtimali farklıdır ve dolayısıyla her bir kategorinin standart yönetim ve yaklaşım önerileri diğerlerinden farklılık arz eder (9). TİİAB, tüm vakaların % 70-80 inde benign ve malign nodülleri güvenilir bir biçimde ayırt eder ve böylece benign nodülleri gereksiz ameliyatlardan korur. Ancak, TİİAB raporlarının %20 -30'unda tanımlanmamış ya da şüpheli bulgular rapor edilmektedir (Bethesda III, IV, V kategoriler) ve bunların % 6-75 i tiroidektomi spesimeninde malign olarak rapor edilmektedir (10, 11). Bu hastalarda malignitenin kesin olmamasından ötürü, yaklaşım çetrefilli olmaktadır; bazen TİİAB tekrarı, bazen de tanısal lobektomi önerilebilmektedir. Bu nedenle, tiroid nodüllerinin bu özel grubunda benign ve malign lezyonların ayırımında faydalı olabilecek moleküler belirleyicilerin geliştirilmesi yoluna gidilmiştir.

Tablo 1. Bethesda sınıflandırması, malignite riskleri ve değerlendirilmesi

Bethesda kategori	Sitopatoloji	Malignite riski Kanser = NIFTP Kanser # NIFTP	Değerlendirme
1	Tanısal değil	%5-10 %5-10	TİİAB tekrarları
2	Benign	%0-3 %0-3	Klinik ve US takip

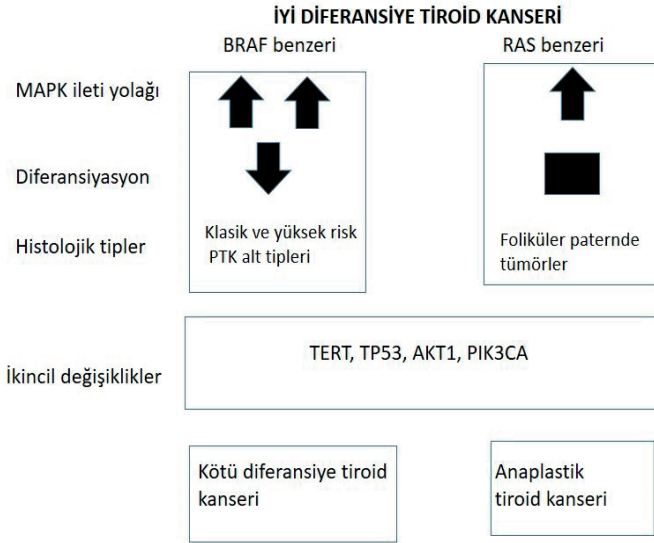
3	Önemi bilinmeyen atipi veya Önemi Bilinmeyen Foliküler Lezyon	%6-18 %10-30	TİİAB tekrarı, moleküler test veya tanısal lobektomi
4	Foliküler neoplazi veya Foliküler Neoplazi Şüphesi	% 10-40 % 25-40	Moleküler test veya Tanısal lobektomi
5	Malignite Şüphesi	% 45-60 % 50-75	Total tiroidektomi veya Lobektomi
6	Malign	%94-96 %97-99	Total tiroidektomi veya lobektomi

NIFTP: Non-invasive follicular thyroid neoplasm with papillary like nuclear features, Bethesda 2017 e göre adapte edilmiştir.

Cerrahi gerekmeden bu ayrımı başarabilmek hedefi için ilk araştırılan molekül *BRAF V600E* mutasyonu olmuştur. Bu mutasyon, papiller tiroid kanserlerin (PTK) %60-70'inde bildirilmektedir. Ancak, bu mutasyonun PTK'lar için duyarlılığı % 60 civarındadır (12), ve TİİAB tanımlanmamış ya da şüpheli (Bethesda III ve IV) bulgular için klinikte çok az katkı sağlamaktadır (13). Öte yandan, *BRAF V600E* mutasyonunun tanısallık dışında, hastalık prognozu ile ilişkisini araştıran araştırmalar da tutarsız sonuçlar rapor etmiştir. Bazı çalışmalar *BRAF V600E* mutasyonunun daha ileri hastalık (lenf nodu metastaz riski, kanser nüks riski ve mortalite) için öngördürücü olduğunu bildirirken, bazıları ise hiçbir ilişki olmadığını öne sürmüşlerdir (14).

Öte yandan, *BRAF V600E* ve *TERT* destekçi mutasyonu birlikte olan tiroid kanserleri daha kötü klinik-patolojik sonlanımlar ile ilişkili bulunmuştur (15, 16). (Şekil 1). Ayrıca, *BRAF* mutasyon testi, bilinen metastatik tiroid kanseri durumunda tedavi kararı vermede yardımcı olabilir. Zira, direk tirozin kinaz inhibitörlerinin (vemurafenib, dabrafenib, sorafenib) *BRAF V600E* metastatik tiroid kanserlerinde etkili oldukları gösterilmiştir (14).

PAX8/PPARG füzyon onkogeni, foliküler tiroid kanserleri (FTK)'nin bir kısmında patogeneizde rol oynayabilir (17).



Şekil 1: Tiroid kanserlerinde BRAF-benzeri ve RAS-benzeri moleküler değişikliklerin sonuçları. Kısaltmalar: (↑): RAS-benzeri tümörlerde upregüle MAPK yolağı çıkışı; (↑↑): BRAF-benzeri tümörler, RAS-benzeri tümörlere göre daha fazla MAPK yolak çıkışı ile sonuçlanır; (-): diferansiyasyon korunmuştur. İkincil değişikliklerin olması dediferansiyasyon ve agresif tümör davranışı ile sonuçlanır (Kaynak 21'den alınmıştır)

Tek gen mutasyon analizlerinin, Bethesda III, IV, V kategorilerdeki nodüllerde yaklaşımla belirlemede yetersiz olduklarının anlaşılması üzerine, dikkatler moleküler belirleyici panellerinin geliştirilmesine odaklanmıştır. Halihazırda, klinik uygulamada en fazla kullanılan moleküler belirleyici testler Afirma® GEC (Gene expression classifier) ve ThyroSeq®'tir. Afirma® GEC, Veracyte firması tarafından 2011 yılında geliştirilmiştir ve maligniteyi dışlama testi olarak telakki edilmektedir. 142 adet genin ekspresyonu için moleküler analiz içerir ve bu amaçla, mikrodizilim teknolojisini kullanarak mRNA ifade profillerini ölçer. Bunların sonucunda tiroid nodülünün şüpheli mi yoksa benign mi olduğunu belirlemeye yardımcı olur. Testin temel amacı TİİAB'de tanımlanamamış örnekleri gereksiz cerrahiden kurtarmaktır. Bunlarda (Bethesda III, IV) testin duyarlılığı %92, negatif belirleyicilik değeri %93'tür, ancak, özgüllüğü (%52) ve pozitif belirleyicilik değeri (%47) düşüktür. Böylece, malign lezyonları tek başına tanımlamada yetersiz kalır.

ThyroSeq®, 2014 yılında CBLPath firması tarafından geliştirilmiştir, yeni nesil sekanslama yöntemini kullanarak malignite tanısını kesinleştirmede yardımcı olur. RAS ve BRAF mutasyonları dahil 14 adet tiroid kanser ilişkili genetik mutasyonları, 42 çeşit gen füzyonlarını (PAX8/PPARG ve RET/PTC yeniden dizilimleri dahil) ve 16 genin mRNA ekspresyon düzeylerini saptar. Bethesda III, IV nodüllerde duyarlılık %90, özgüllük %92, pozitif belirleyicilik değeri %80, negatif belirleyicilik değeri %96 olarak bildirilmektedir (18, 19).

Bethesda Sınıflamasında Belirsiz (Bethesda III ve IV) Nodüllere

Yaklaşım

Bu nodüllere moleküler test yapılması 'düşünülebilir' (20). Zira, bu testler Bethesda III ve IV kategorisindeki nodüllerin yaklaşık yarısını yeniden sınıflayarak benign kategoride saptar ve bunları gereksiz ameliyatlardan koruyabilir. Ayrıca, nüks için yüksek risk oluşturmeyen nodüllere ilk yaklaşımın en uygun hale getirilmesine yardımcı olabilir (21). Eğer bu testler yapılacaksa, hastaya testlerin olası faydaları, kısıtlılıkları, uzun dönemde tedavi üzerine etkileri ve bu testlerin sonuçlarının klinik etkileri konusunda hastaya bilgi verilmelidir (20). Yakın tarihli bir çalışmada, her 2 firmanın moleküler testleri (Afirma GSC ve Thyroseq V3), Bethesda III ve IV nodüllerden ultrasonografide düşük/orta riskli olanlarda maligniteyi dışlamada iyi bir performans sergilerken, Bethesda III ve IV nodüllerden ultrasonografide yüksek riskli olanlarda maligniteyi dışlamada bu testler yetersiz kalmıştır (22).

Ancak, cerrahi için zaten endikasyon olan nodüllere (bası semptomları olan, hastanın tercihi) bu testlerin yapılması önerilmemektedir (23). Ayrıca, Bethesda tip V nodüllere de bu moleküler testlerin yapılması önerilmez. Zira, bu tip nodüllerde bu testlerin pozitif belirleyicilik değeri TİİAB sonucu Bethesda V olan sonuçlarla benzerdir. Kaldı ki, moleküler testler negatif çıksa bile bu tip nodüllerde tanısal lobektomi yine gerekebilir (14). Ancak, bu tip nodüllerde, klinik ve radyolojik özelliklerle birlikte tiroid nodülünün hangi moleküler risk grup profiline sahip olduğunun bilinmesi en uygun cerrahi yaklaşımı belirlemede (lobektomi ya da total tiroidektomi ve santral boyun diseksiyonu gibi) yardımcı olabilir (21).

Dünyadaki bazı kılavuzların önerileri:

a) Amerika Tiroid Association (ATA) kılavuzu

En son ATA kılavuzu 2015 yılında yayınlanmıştır, halen yeni tiroid nodül ve kılavuzu hazırlıkları devam etmektedir. 2015 yılındaki kılavuzda moleküler genetik testlerin tanısal kullanımı ile ilgili Bethesda III-IV sitoloji sonucu olan hastalar için özel önerileri olduğu gibi (Öneri 15 ve 16) aynı zamanda cerrahinin genişliği ile ilgili de öneriler yer almıştır (Öneri 17,19,20).

- Öneri 15: AUS/FLUS sitoloji sonucu olan nodüllerde İİA tekrarı veya kanser risk değerlendirilmesi için kullanılabilirliği önerilmiştir (Zayıf Öneri, Orta düzey kanıt).
- Öneri 16: Foliküler neoplazm/foliküler neoplazi şüphesi sitoloji sonucu olan nodüllerde, moleküler testler kanser risk değerlendirmesine katkıda bulunması için kullanılabilir (Zayıf Öneri, Orta düzey kanıt).
- Öneri 17: *BRAF* mutasyon testi veya (*BRAF*, *RAS*, *RET/PTC*, *PAX8/PPAR γ* ,... gibi) mutasyon paneli Bethesda V: şüpheli malign sitoloji sonucu olan nodüllerde cerrahi karar öncesi eğer kararı değiştireceği düşünülüyor ise kullanılabilir (Zayıf Öneri, Orta düzey kanıt).
- Öneri 19: Cerrahi düşünülen indeterminate nodüllerde lobektomi önerisi klinik, sonografik özellik ve/veya moleküler test sonuçları ile değiştirilebilir (Güçlü Öneri, Orta düzey kanıt).
- Öneri 20: İndeterminate nodüllerde moleküler testler, kanser için spesifik mutasyonlar için pozitif ise total tiroidektomi tercih edilebilir (Güçlü Öneri, Orta düzey kanıt).

b) The National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Kılavuzu:

The National Comprehensive Cancer Network (NCCN) kılavuzlarından 2.2020 versiyonunda şüpheli sitoloji sonucu olan nodüllerde izlem veya cerrahi kararı vermek, cerrahi kararı verilenlerde cerrahinin genişliğini belirlemek için moleküler test yapılmasını önermektedir.

- i) Eğer klinik ve radyolojik malignansi düşündürülen özellikler yoksa AUS/FLUS (Bethesda III) ve Folliküler veya Hurthle hücre neoplazmaları (Bethesda IV) sitolojik tanısı olan nodüllerde tanısal moleküler testlerin düşünülmesini önermektedir.
- ii) Eğer moleküler testler klinik ve sonografi ile birlikte malignansi riski yüzde 5 veya altında ise izlem önermektedir. (Benign nodüllerdeki kanser riski kadar veya daha az malignansi riski)
- iii) Eğer *BRAF*V600E mutasyonu gibi papiller tiroid kanseri düşündürülen mutasyon saptanır ise papiller kanser yaklaşımı yapılmalıdır.
- iv) Anaplastik kanserler için eylem alınabilecek mutasyonlar için genetik analiz önerilmektedir.

c) *Erişkinlerde tiroid hastalıkları için kesin cerrahi için Amerikan Endokrin Cerrahları Birliği kılavuzu (2020):*

Öneri 11: Tiroidektomi gereksinimi net olmayan şüpheli sitoloji sonucu olan nodüllerde moleküler testleri önermektedir. *BRAF* V600E ve *TERT* gibi mutasyonlar durumunda ilk cerrahi genişliği hakkında karar olarak total tiroidektomi önerirken, *BRAF*K601E gibi mutasyonlar durumunda lobektomi önermektedir.

d) *American Association of Clinical Endocrinologists (AACE), American College of Endocrinology (ACE), ve Associazione Medici Endocrinologi (AME) ortak önerileri:*

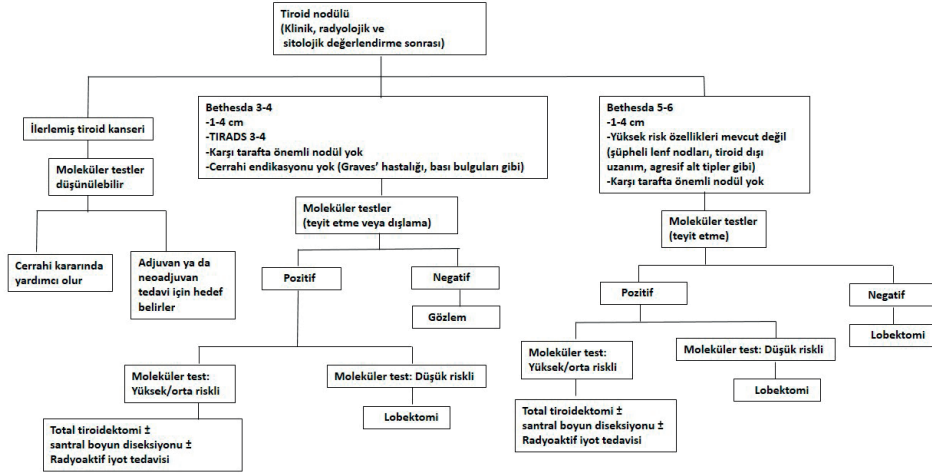
2016 yılındaki önerilerinde sitolojik olarak indetermine nodüllerde mutasyonel işaretleyciler (ThyroSeq® GC) kullanılması önerilmiştir. *Saptamak mümkün ise BRAF ve RET/PTC ve, muhtemelen, PAX8/PPARG ve RAS, mutasyonları saptanmalı (iyi kanıt seviye 2, Grade B).*

TEMĐ önerileri:

Öneri 18.A. Şimdilik pahalı olduklarından, eğer ultrasonografi ve klinik parametrelere ek bir tanısal yarar veya cerrahi genişliği hakkında yararlı olacağı düşünülüyor ise, halihazırda mevcut bulunan ticari yöntemlerden Veracyte Afirm Genomic Sequencing Classifier (GSC) ve CBLPath ThyroSeq v3 kullanılabilir. Bu amaçla, şekil 2'deki algoritmadan faydalanılabilir

Öneri 18.B. Tedavi yönünden bazı mutasyonların varlığı önemli olduğundan ilk olarak tiroid kanserini izleyen endokrin uzmanlarının hedefe veya mutasyonlara yönelik tedavileri, multi-kinaz inhibitörleri, immünotedavi ajanlarını ve direkt hedefe yönelik ilaçları yazabilmeleri ivedilikle Sağlık bakanlığı tarafından sağlanmalıdır.

Öneri 18.C. Mutlaka tedavi planlanan hastalarda hedef mutasyonlar, füzyonlar incelenmelidir.



Şekil 2. Klinik, radyolojik ve sitolojik değerlendirme sonrası, moleküler genetik testlerin kullanımına ilişkin yaklaşım önerileri (Kaynak 21'den alınmıştır).

KAYNAKLAR

- Gharib H. Changing trends in thyroid practice: understanding nodular thyroid disease. *Endocr Pract.* 2004;10:31-39.
- Guth S, Theune U, Aberle J, Galach A, Bamberger CM. Very high prevalence of thyroid nodules detected by high frequency (13 MHz) ultrasound examination. *Eur J Clin Invest.* 2009;39:699-706.
- Brito JP, Yarur AJ, Prokop LJ, McIver B, Murad MH, Montori VM. Prevalence of thyroid cancer in multinodular goiter versus single nodule: a systematic review and meta-analysis. *Thyroid.* 2013;23:449-455.
- Yassa L, Cibas ES, Benson CB, Frates MC, Doubilet PM, Gawande AA, Moore FD, Jr., Kim BW, Nose V, Marqusee E, Larsen PR, Alexander EK. Long-term assessment of a multidisciplinary approach to thyroid nodule diagnostic evaluation. *Cancer.* 2007;111:508-516.
- Nguyen GK, Lee MW, Ginsberg J, Wragg T, Bilodeau D. Fine-needle aspiration of the thyroid: an overview. *Cytojournal.* 2005;2:12.
- Werga P, Wallin G, Skoog L, Hamberger B. Expanding role of fine-needle aspiration cytology in thyroid diagnosis and management. *World J Surg.* 2000;24:907-912.
- Gharib H, Goellner JR, Johnson DA. Fine-needle aspiration cytology of the thyroid. A 12-year experience with 11,000 biopsies. *Clin Lab Med.* 1993;13:699-709.
- Gharib H, Papini E, Garber JR, Duick DS, Harrell RM, Hegedus L, Paschke R, Valcavi R, Vitti P, Nodules AAAT-FoT. American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and Associazione Medici Endocrinologi Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules--2016 Update. *Endocr Pract.* 2016;22:622-639.
- Cibas ES, Ali SZ. The 2017 Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. *J Am Soc Cytopathol.* 2017;6:217-222.
- Baloch ZW, LiVolsi VA, Asa SL, Rosai J, Merino MJ, Randolph G, Vielh P, DeMay RM, Sidawy MK, Frable WJ. Diagnostic terminology and morphologic criteria for cytologic diagnosis of thyroid lesions: a synopsis of the National Cancer Institute Thyroid Fine-Needle Aspiration State of the Science Conference. *Diagn Cytopathol.* 2008;36:425-437.
- Mazzaferri EL. Management of a solitary thyroid nodule. *N Engl J Med.* 1993;328:553-559.
- Pusztaszeri MP, Krane JF, Faquin WC. BRAF testing and thyroid FNA. *Cancer Cytopathol.* 2015;123:689-695.
- Cohen Y, Rosenbaum E, Clark DP, Zeiger MA, Umbricht CB, Tufano RP, Sidransky D, Westra WH. Mutational

- analysis of BRAF in fine needle aspiration biopsies of the thyroid: a potential application for the preoperative assessment of thyroid nodules. *Clin Cancer Res.* 2004;10:2761-2765.
14. Sahli ZT, Smith PW, Umbricht CB, Zeiger MA. Preoperative Molecular Markers in Thyroid Nodules. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2018;9:179.
 15. Xing M, Alzahrani AS, Carson KA, Viola D, Elisei R, Bendlova B, Yip L, Mian C, Vianello F, Tuttle RM, Robenshtok E, Fagin JA, Puxeddu E, Fugazzola L, Czarniecka A, Jarzab B, O'Neill CJ, Sywak MS, Lam AK, Riesco-Eizaguirre G, Santisteban P, Nakayama H, Tufano RP, Pai SI, Zeiger MA, Westra WH, Clark DP, Clifton-Bligh R, Sidransky D, Ladenson PW, Sykorova V. Association between BRAF V600E mutation and mortality in patients with papillary thyroid cancer. *JAMA.* 2013;309:1493-1501.
 16. Xing M, Westra WH, Tufano RP, Cohen Y, Rosenbaum E, Rhoden KJ, Carson KA, Vasko V, Larin A, Tallini G, Tolaney S, Holt EH, Hui P, Umbricht CB, Basaria S, Ewertz M, Tufano AP, Califano JA, Ringel MD, Zeiger MA, Sidransky D, Ladenson PW. BRAF mutation predicts a poorer clinical prognosis for papillary thyroid cancer. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005;90:6373-6379.
 17. Sahin M, Allard BL, Yates M, Powell JG, Wang XL, Hay ID, Zhao Y, Goellner JR, Sebo TJ, Grebe SK, Eberhardt NL, McIver B. PPARgamma staining as a surrogate for PAX8/PPARGgamma fusion oncogene expression in follicular neoplasms: clinicopathological correlation and histopathological diagnostic value. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005;90:463-468.
 18. Nikiforov YE, Carty SE, Chiosea SI, Coyne C, Duvvuri U, Ferris RL, Gooding WE, Hodak SP, LeBeau SO, Ohori NP, Seethala RR, Tublin ME, Yip L, Nikiforova MN. Highly accurate diagnosis of cancer in thyroid nodules with follicular neoplasm/suspicious for a follicular neoplasm cytology by ThyroSeq v2 next-generation sequencing assay. *Cancer.* 2014;120:3627-3634.
 19. Nikiforov YE, Carty SE, Chiosea SI, Coyne C, Duvvuri U, Ferris RL, Gooding WE, LeBeau SO, Ohori NP, Seethala RR, Tublin ME, Yip L, Nikiforova MN. Impact of the Multi-Gene ThyroSeq Next-Generation Sequencing Assay on Cancer Diagnosis in Thyroid Nodules with Atypia of Undetermined Significance/Follicular Lesion of Undetermined Significance Cytology. *Thyroid.* 2015;25:1217-1223.
 20. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, Pacini F, Randolph GW, Sawka AM, Schlumberger M, Schuff KG, Sherman SI, Sosa JA, Steward DL, Tuttle RM, Wartofsky L. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid.* 2016;26:1-133.
 21. Rajab M, Payne RJ, Forest VI, Pusztaszeri M. Molecular Testing for Thyroid Nodules: The Experience at McGill University Teaching Hospitals in Canada. *Cancers (Basel).* 2022;14.
 22. Hu TX, Nguyen DT, Patel M, Beckett K, Douek M, Masamed R, Rhyu J, Kim J, Tseng CH, Yeh MW, Livhits MJ. The Effect Modification of Ultrasound Risk Classification on Molecular Testing in Predicting the Risk of Malignancy in Cytologically Indeterminate Thyroid Nodules. *Thyroid.* 2022;32:905-916.
 23. Ferris RL, Baloch Z, Bernet V, Chen A, Fahey TJ, 3rd, Ganly I, Hodak SP, Kebebew E, Patel KN, Shaha A, Steward DL, Tufano RP, Wiseman SM, Carty SE, American Thyroid Association Surgical Affairs C. American Thyroid Association Statement on Surgical Application of Molecular Profiling for Thyroid Nodules: Current Impact on Perioperative Decision Making. *Thyroid.* 2015;25:760-768.

TİROİD HORMON DİRENCİ (BOZULMUŞ TİROİD HORMON DUYARLILIĞI)

Doç. Dr. Ersen Karakılı Prof Dr. Hülya Ilıksu Gözü

Tanım

Tiroid hormon direnci (THD), hedef dokularda tiroid hormonuna karşı gelişen yanıtta azalma olarak tarif edilir. Çoğu kez kalıtsal bir hastalıktır ve genellikle iki tiroid hormonu reseptöründen (TR) birindeki kusurdan kaynaklanır.

İlk kez 1967 yılında Refetoff tarafından tanımlanan ve Refetoff Sendromu olarak isimlendirilen bu tablo, 2014 yılından bu yana “Bozulmuş Tiroid Hormon Duyarlılığı” olarak adlandırılmaktadır. THD; tiroid hormon reseptör bozukluğu dışında, tiroid hormonunun bozulmuş taşınması veya metabolizması olarak da tanımlanabilir.

Altta yatan kusura bağlı olarak üç ana tip bozulmuş tiroid hormon duyarlılığından bahsedilebilir:

1. Tiroid hormon reseptör kusurları (TR-beta, THRB gen kusurları; TR-alfa – THRA gen kusurları),
2. Etiyolojisi bilinmeyen THD (nonTR-THD); ko-faktörler nedeniyle oluştuğu düşünülmektedir
3. Tiroid hormonunun bozulmuş taşınması veya metabolizmasının neden olduğu ve hedef dokularda tiroid hormonuna duyarlılığın azalması ile sonuçlanan ek tablo.

En sık form olan THD-beta, 20.000-40.000 canlı doğumda bir görülür. Kadın ve erkek sıklığı benzerdir ve çoğunlukla otozomal dominant geçişlidir.

Patogenez

Tiroid hormon reseptörleri hücre çekirdeğinde spesifik genlerin ekspresyonunu düzenleyen transkripsiyon faktörleri olarak işlev görür. Hücre çekirdeğinde iki ayrı TR (TR-alfa ve TR-beta) vardır. Bu iki reseptör de farklı kromozomlarda yer alan farklı genler tarafından ifade edilir. Ancak DNA bağlanma ve tiroid hormonu bağlanma yerleri yapısal olarak benzerdir. Tablo 1’de sık rastlanan alt tiplerin genel özellikleri verilmiştir.

Alt tipler

Ana klinik fenotipler daha önce jeneralize THD, izole hipofiz THD ve izole periferik doku THD olarak kategorize edilmişti, ancak bu sınıflandırma artık kullanılmamaktadır. Bununla birlikte hormon duyarlılığında azalmanın sebebine göre bazı alt tiplerden bahsedilebilir:

1- THD-beta: 3. kromozomda yer alan tiroid hormon reseptör beta geninin (THR β) mutasyonu, tiroid hormon duyarlılığındaki azalmanın en sık nedenidir. Tüm vakaların %85'ini oluşturur. Bugüne kadar 130'dan fazla farklı mutasyon tanımlanmıştır. Mutasyonların çoğu, THR β geninin T3 bağlama bölgesinde yer alır. Sporadik vakaların toplam görülme sıklığı %21 civarındadır ve %28'inde de novo mutasyon tanımlanmıştır.

Hastalığın kliniği, aynı gen mutasyonunu taşıyan farklı kişiler arasında dahi farklılıklar gösterebilir. Fenotipteki varyasyon tam olarak anlaşılammıştır ancak muhtemelen tiroid hormonu etkisinde yer alan ko-faktörlerin genetik değişkenliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Etkilenen hastalarda, baskılanmamış TSH ile birlikte serum iyodotironin [serbest T3(sT3), serbest T4(sT4), reverse T3(rT3)] seviyelerinde yükselmeler görülür.

2- THD-alfa: THR α geni 17. kromozomdadır. Çok nadir görülen bu mutasyon son yıllarda 2 farklı aileden 3 hastada bildirilmiştir. Bu mutasyonu taşıyan hastalarda düşük serum sT4 ve rT3, sınırdan yüksek sT3 ve normal/hafif yüksek TSH seviyeleri vardır. THR α reseptörleri ağırlıklı olarak myokard, merkezi sinir sistemi, intestinal sistem ve iskelet sisteminde bulunur. Klinik tablo bu dokularda gelişebilecek hipotiroidi ile karakterizedir. Temel bulgular kabızlık, bradikardi, hafif mental retardasyon ve diş gelişimi, kemik yaşının gecikmesi gibi iskelet sistemi anormalliklerinden oluşmaktadır.

3- Anormal ko-faktörler: Bazı bireyler, tanımlanabilir bir TR gen mutasyonu olmadan THD-beta ile benzer bir fenotipe sahiptir. Bu bozukluğa “ nonTR-THD “ adı verilmiştir ve TR ko-faktörlerindeki kusurlardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Ancak bu bozuklukların kesin sebebi günümüze kadar henüz gösterilememiştir.

4- Tiroid hormonu hücre zarı taşıma kusuru (MCT8 Eksikliği): MCT8 gen mutasyonu sonucu gelişen bu sendrom X'e bağlı geçiş gösterir. Literatürde yaklaşık 170 erkek hasta bildirilmiştir. Başlıca klinik, erken yaşta ortaya çıkan nöromusküler gelişim bozukluğu ve zeka geriliğidir. Hipotiroidi bulguları ön plandadır. Laboratuvarında yüksek sT3, normal/yüksek TSH düzeyleri ile düşük sT4 görülür.

5- Deiyodinaz Eksikliği (SBP2 Gen Mutasyonu): T4'ün aktif hormon olan T3'e deiyodinasyon reaksiyonunda yer alan faktörlerin herhangi birindeki kusurlar da tiroid hormon etkisinde azalmaya yol açan bozukluklardır. Bu kişilerde yüksek sT4 ve rT3, düşük sT3, normal veya hafif yüksek TSH görülür. Büyüme geriliği ve hafif mental retardasyon sendromun başlıca klinik özelliğini oluşturur.

Hipotalamus-hipofiz-tiroid eksenini üzerindeki etkiler

THD-beta'da, hipofiz tirotrop hücrelerdeki tiroid hormon direnci sebebiyle baskılanamayan TSH, ve buna bağlı olarak artan sT3 ve sT4 düzeyleri vardır.

Bu hastalar tarafından salgılanan TSH, sialik asit açısından zengindir ve normal TSH ile karşılaştırıldığında artmış biyoaktiviteye sahiptir. Bu, THD'li hastaların serum immünoreaktif TSH konsantrasyonları normal veya sadece biraz yüksek olmasına rağmen neden guatr ve yüksek serum sT4 ve sT3 konsantrasyonlarına sahip olduğunu açıklar.

Tablo 2. Altta yatan kusura bağlı olarak başlıca bozulmuş tiroid hormon duyarlılığı sendromları

	Mutasyon	TSH	sT4	sT3	rT3	Klinik
THD-beta	THRB	Normal/ hafif artmış	Artmış	Artmış / normal	Artmış	Dikkat eksikliği, öğrenme güçlüğü, taşikardi, guatr
THD-alfa	THRA	Normal	Azalmış	Normal/ hafif artmış	Azalmış	Bradikardi, kabızlık, mental gerilik, kısa alt ekstremiteler, gecikmiş kemik yaşı
Tiroid hücre membran transport eksikliği	MCT8	Normal/ hafif artmış	Azalmış	Artmış	Azalmış	Erken yaşta, ciddi psikomotor bozukluklar (X'e bağlı geçiş gösterir, erkek cinsiyette görülür)
Tiroid hormon metabolizma problemi	SBP2	Normal/ hafif artmış	Artmış	Azalmış	Artmış	Gelişim geriliği

Klinik

THD-beta veya nonTR-THD'nin en karakteristik klinik özellikleri, yüksek serum sT4 ve sT3 konsantrasyonlarına, rağmen tirotoksikoz semptom ve bulgularının azlığıdır.

Artan tiroid hormonu sekresyonu, THD varlığında etkisini tam olarak gösteremez ve THD-beta'lı çoğu hasta klinik olarak ötiroiddir. Ancak bu kompanzasyon farklı hastalarda ve aynı hastadaki farklı dokularda farklılık gösterebilir.

Şiddetli THRB mutasyonları, çocukluk çağında hipotiroidi ve hipertiroidi semptomlarının bir kombinasyonu ile kendini gösterir. Daha hafif mutasyonlar ise yetişkinlikte tesadüfen tanılabılır.

Hormonal direncin şiddeti, TR-beta ve TR-alfa'nın farklı dokulardaki ekspresyonundaki farklılıklar nedeniyle, etkilenen bireyde dokular arasında değişkenlikler gösterir. Örnek olarak, THD-beta hastalarında ortaya çıkan taşikardi, muhtemelen, ağırlıklı olarak TR'nin alfa izoformunu eksprese eden bir organ olan kalpteki yüksek serum T4 ve T3 etkisinden kaynaklanmaktadır.

Guatr %65-95 ile en sık rastlanan bulgudur. Yine vakaların yarısına yakınında taşikardi ve hiperaktivite görülebilir. Bununla beraber THD-beta'lı hastalar bazen büyüme geriliği, gecikmiş kemik olgunlaşması, öğrenme güçlüğü, zihinsel yetersizlik gibi hipotiroidi semptomları da gösterebilirler. Hastalar yanlışlıkla hipertiroidi için tedavi aldıklarında ise çok belirgin hipotiroidi semptom ve bulguları yaşayabilirler.

THD-beta bulunan hastalarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve öğrenme güçlüğü prevalansı yüksektir. Bununla birlikte tekrarlayan kulak enfeksiyonları, işitme sorunları, sensorinöral sağırılık ve renkli görmede sorunlar da görülebilir.

Laboratuvar bulguları

THD-beta, yüksek serum serbest sT4 düzeyleri ve normal/hafif yüksek TSH ile karakterizedir. Bu özellikler tanı için temel gereksinimlerdir. Ölçüldüğü takdirde sT3, rT3 ve serum tiroglobulin seviyeleri de genellikle yüksektir.

THD-beta, otoimmün tiroid hastalığı için artmış risk ile ilişkilidir. Bu nedenle, tiroid otoantikörlerinin antikörleri pozitif olarak saptanabilir. THD- alfa'da ise serum sT4 ve rT3 düşük, sınırdaki yüksek sT3 ve normal/hafif yüksek TSH seviyeleri vardır

Tanı

Tiroid hormon direncinden genellikle yüksek sT4 (ve genellikle yüksek sT3) ile birlikte bulunan normal veya yükselmiş TSH değerlerinde şüphe edilir.

Guatr ve taşikardi buna genellikle eşlik eder ancak diğer tirotoksikoz bulguları daha hafiftir. Ailede THD-beta öyküsü varsa tanı için oldukça yardımcıdır.

Ancak tanıda karşılaşılan en önemli zorluk benzer laboratuvar bulgularını (Yüksek TSH, sT4, sT3) veren diğer nedenlerin dışlanmasıdır.

Ayrırcı tanı sonrasında THD-beta'nın teşhisi, THRB genindeki mutasyonlar için yapılan genetik testlerle doğrulanır.

Ayrırcı tanı

Ayrıntılı incelemelere geçilmeden önce olası laboratuvar hataları, heterofil antikor varlığı, ötiroid hasta sendromu ve tiroid hormonlarını etkileyebilecek ilaç kullanımları sorgulanmalıdır. Bu durumları dışlamak için öncelikle tercihan başka bir laboratuvar da testleri ikinci bir defa ve belki üçüncü bir defa daha tekrarlamak faydalı olabilir. Ayrıca heterofil antikor testleri de değerlendirilmelidir.

İlaç kullanım öyküsünün dikkatli alınması oldukça önemlidir. Birçok ilaç tiroid fonksiyon testlerini etkileyebilir. Bu durumdan kılavuzun tiroid ve ilaçlar bölümünde daha ayrıntılı olarak bahsedilmiştir.

Bunun yanında tiroid hormon direnci çoğu kez otozomal dominant kalıtım gösterdiğinden iyi bir aile öyküsünün alınması oldukça yönlendirici olacaktır.

Ayrırcı tanı için kullanılacak bir metod şekil 1'de verilmiştir.

TSH salgılayan adenom (TSHoma)

TSHoma'lar, çoğunluğu makroadenom olan (%70- 85), nadir rastlanan TSH üreten fonksiyonel hipofiz adenomlarıdır. Klinik ve laboratuvar olarak THD'den ayırmak başlangıçta oldukça

güçtür ve ileri tetkik gerekir. TSH alfa-subunit ölçümü bu ayrımı yapmak için oldukça faydalıdır. TSHoma'da alfa-subunit artışı TSH seviyesindeki artışa kıyasla daha fazla olduğundan alfa-subunit/TSH molar oranının yüksek olması tanı için önemlidir. Bu oran "alfa-subunit ($\mu\text{g/l}$)/TSH (mU/l) $\times 10$ " formülüyle hesaplanır. Ancak alfa subunit ölçümünün de bazı kısıtlılıkları vardır. TSH salgılayan mikroadenomlarda normal olabilir. Postmenopozal kadınlarda artan gonadotropinlerin etkisiyle fizyolojik olarak çok yüksek saptanır. Ayrıca bazı non-fonksiyone adenomlar ve akromegalide de yüksek saptanabilir. Tüm bu kısıtlılıklar göz önünde tutularak, alfa-subunit/TSH molar oranı >3.2 olmasının TSHoma lehine olduğu kabul edilir. Ancak bu testin yaygın olarak bulunabilir olmaması kullanımını sınırlamaktadır.

Dinamik testler de TSHoma ile ayrımı için kullanılabilirler. Tiroid hormon direnci olan hastalarda TRH stimülasyon testine normal veya abartılı cevap vardır ayrıca T3 verilmesini takiben TSH'da baskılanma görülür. Oysa otonom tümörlerde TSH sekresyonu bu testlere cevapsızdır.

TSHomalarda tirotoksikoz bulgularının daha belirgin olması tanı konusunda fikir verebilir. TSH düzeyinin belirgin yüksekliği de TSHoma ihtimalini arttırmaktadır. Özellikle laboratuvar testlerinin sınırlı erişiminin olduğu durumlarda seçilmiş vakalarda hipofiz MRG ayırıcı tanı açısından fikir verici olabilir. Ancak insidental hipofiz adenomlarının sıklığı ve bazı küçük lezyonların MRG'de atlanabileceği hesaba katıldığında kesin tanı koydurucu olmadığı unutulmamalıdır. Bununla birlikte THD-beta aile öyküsü bulunan birinde bu testleri yapmak gerekli değildir. TSHoma, THD ayırıcı tanısı tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. TSHoma THD ayırıcı tanısı

	TSHoma	Tiroid Hormon Direnci
Prevelans	2.8/1.000.000	1/40.000
K/E	1,3	1,4
Aile öyküsü	Yok	Var
TSH	N/Yüksek	N/Yüksek
α -subunit	Yüksek	Normal
α -subunit/TSH molar oranı	>3.2	<1
TRH'a TSH yanıtı	$<1,5$ kat artış	>5 kat artış
L-T3 supresyonu ile TSH	Baskılanmaz	Baskılanır
Hipofiz MR	Makroadeom/mikroadenom	Normal/mikroadeom/hiperplazi
THR gen mutasyonu	Negatif	Pozitif

Laboratuvar interferansları (Heterofil antikorlar)

Ölçme metoduna bağlı olarak serumda bulunan bazı antikorlar yanlış yüksek sT4 ve sT3 düzeylerine yol açabilirler. Heterofil antikorlar, tiroid hormonlarına karşı antikorlar ya da kit antikor tespit edicilere karşı antikorlar ölçümleri yanıltabilir.

Otoimmün hastalıklarda ve romatoid faktör pozitifliğinde tiroid hormonlarına karşı reaksiyon görülebileceği ve interferansa yol açabileceği bildirilmektedir.

Bu antikorların varlığı kanda araştırılabilir. Ya da başka bir yöntemle/başka bir markanın kiti ile çalşılan başka bir laboratuvarlarda ölçümlerin tekrar edilmesi pratik bir yaklaşım olacaktır.

Tiroid hormon bağlanma anormallikleri

Serbest T4 düzeyini ölçen birçok laboratuvar aslında T4 bağlanma panel kiti kullanır. Bu nedenle, bazı tiroid hormon bağlanma bozukluklarında aslında serum sT4 ve sT3 düzeyleri normal olsa da kitler bunları yüksek ölçebilir. Ailesel disalbuminemik hipertiroksinemi, kalıtsal ve edinilmiş tiroksin bağlayıcı globulin fazlalığı ve transtiretin fazlalığı bu bozukluklardandır. Bunun için en iyi yöntem denge diyaliz yöntemi ile sT4 ve sT3 ölçümü yapmaktır. Ancak bu testin elde edilmesi de kolay değildir, bu bozuklukları dışlamak bazen zor olabilmektedir.

NonTR-THD

Ayrııcı tanıda dikkate alınması gereken bir hastalıkta NonTR-TRH'dir.

Tanımlanabilir bir THRB gen mutasyonu olmayan ancak tiroid fonksiyon testleri ve klinik bulguları THD-beta ile tutarlı olan kişilerde NonTR-THD düşünülmez.

Aile öyküsü olması da NonTR-THD tanısını destekler.

Ötiroid hasta sendromu

Bu tabloda gerçek bir tiroid hastalığı yokken ağır bir hastalığa bağlı olarak tiroid hormon değişiklikleri oluşur. Ötiroid hasta sendromunda hemen hemen tüm uygunsuz tiroid fonksiyon testleri formları görülebilir. En sık izlenen form serum sT3 düşüklüğü ve rT3 yüksekliğidir. Yüksek sT4 seviyeleri ile birlikte uygunsuz normal/yüksek TSH seviyeleri sıklıkla ağır hastalıkların nekahat döneminde ve akut psikotik hastalıklarda izlenen bir tablodur. Ötiroid hasta sendromunda altta yatan hastalığın ortadan kalkmasıyla birlikte tiroid fonksiyon testlerinin normalleştiği görülür.

Dinamik testlerin kullanımı

TRH uyarı testi: Bazı vakalarda TRH uyarı testi kullanımı gerekebilir. T3 supresyon testine göre daha kolay olsa da TRH elde etmek kolay değildir. Bu testte 0.2 mg intravenöz TRH verilerek 0, 30. ve 60. dakikalarda TSH ölçümü yapılır. TSH düzeyinde artış olmaması ya da bir buçuk kattan daha az artış TSHoma lehine değerlendirilir. Tiroid hormon direnci vakalarında TRH'a TSH yanıtı normal veya fazladır.

T3 supresyon testi: T3 supresyon testine yanıt olmaması da TSHoma tanısını destekler. Werner testi olarak da adlandırılan T3 baskılama testi 50 ug/gün, 100 ug/gün ve 200 ug/gün olarak 3 gün boyunca ve 3 günde bir artacak şekilde, her 12 saatte bir bölünmüş dozda T3 verilerek yapılır. Genellikle hastaneye yatırılarak mümkünse monitorizasyon ile yapılması önerilmektedir. Yakın zamanda İtalya'da yapılan bir çalışmada, TSHoma ve THD ayırımında T3 supresyon testinin yüksek doğruluğa sahip olduğu ve TSH<0,11 mIU/L eşik değerinin %100 spesifite ile ayırım sağladığı gösterilmiştir. Bu testin ileri yaş ve kardiyovasküler hastalık gibi komorbid durumu olanlarda yapılması önerilmez.

Tiroid hormon replasmanı: Direnç sendromlarında dışarıdan verilen tiroid hormonuna karşı küntleşmiş yanıt vardır. Direnç vakalarında, tiroid hormonu verilmesini takiben TSH, kolesterol ve kreatin kinaz düzeyleri üzerindeki baskılayıcı; seks hormon bağlayıcı globulin ve ferritin düzeylerindeki uyarıcı etkiler görülmez.

Tedavi

Tiroid hormon direnci sendromlarının kesin bir tedavisi yoktur. Fazla tiroid hormon seviyelerinin etkileri mevcut direnç nedeniyle dengelendiğinden pek çok kişi asemptomatiktir ve bunlar için tedavi gerekli değildir.

Olguların yarısından fazlasında sinüzal taşikardi bulunmaktadır. Eğer taşikardi egzersiz intoleransı yaratıyorsa, selektif β -bloker (atenolol) tedavisi başlanmalıdır. Propranolol kullanılması T4'ün periferde T3'e çevrimini baskıladığı için THD'de önerilmemektedir. Hipertiroidinin tremor, sıcak intoleransı, terleme, ajitasyon gibi semptomlarını kontrol etmek için yine atenolol kullanılabilir.

Dikkat eksikliği hiperaktivite varsa ayrıca spesifik yöntemler ile tedavi edilmelidir.

Bazı hastalarda, birkaç dokuda tiroid hormon direnci daha fazla olabilir ve hipotiroidi bulguları için seçilmiş bazı vakalarda levotiroksin tedavisi faydalı olabilir. Bu tip hastalarda doz yanıtın değerlendirilmesi bireysel olarak yapılmalıdır. Çocuklarda büyüme, kemik olgunlaşması ve zihinsel gelişimin düzenli olarak değerlendirilmesi için kullanılabilir.

Genel olarak orta büyüklükte bir guatr görülmekte, nadiren büyük guatr gelişmektedir. Tedavide tiroidektomiden mümkün olduğu kadar kaçınılmalıdır. Guatr için TSH'ın baskılanması kullanılabilir. Ancak genellikle tiroid hormon artışına bağlı semptomlar gelişebilir, bu yüzden önerilmemektedir.

Tiroid bezini destrükte eden radyoaktif iyot ya da cerrahi tedavi gibi yöntemlerden özellikle kaçınılmalıdır. Yanlış bir tedavi nedeniyle ya da başka bir nedenle tiroid bezi zarar görenler için TSH'ı normal ya da normale yakın bir seviyeye getirecek kadar levotiroksin replasman tedavisi gerekebilir. Ancak istenen TSH hedefi için bazen 500-1.000 $\mu\text{g/gün}$ levotiroksin gerekebilir.

Triiodothyroacetic asit (TRIAC) tiroid reseptörlerine yüksek afiniteli ancak biyo-aktivitesi düşük olan bir tiroid hormon analogudur. TRIAC, mutant reseptörlere afinitesi T3'e göre yüksek ve etki süresi kısa olması nedeniyle tedavide önerilen bir ajandır. Tiroid hormon direnci durumunda uzun dönem TRIAC kullanımına ait çalışmalar bulunmaktadır. Ancak rutinde kullanımı önerilmez.

Gebelik

THD-betalı bir kadın tarafından taşınan THRB gen mutasyonuna sahip bir fetüs, yüksek maternal tiroid hormon düzeylerinin olumsuz etkilerinden korunur, ancak mutasyonu taşımayan fetuslarda fetal tirotoksikoz oluşabilir.

Hastalığı olan annelerde, erken doğum kayıpları artmıştır. Ayrıca etkilenen annelerden doğan mutasyonu olmayan bebekler, mutasyon taşıyan bebeklerle karşılaştırıldığında daha düşük

doğum ağırlıklarına ve baskılanmış serum TSH konsantrasyonlarına sahiptir. Ancak fetusun mutasyon durumunu saptamak için yapılacak yapılacak olan koryon villus örneklenmesi için fayda–zarar oranının iyi tartılması gerekir.

Etkilenmemiş fetüsleri taşıyan THD’li anneler için fetüsün durumuna bağlı olarak antitiroid ilaç endike olabilir. Bu durumda annede sT4 normalin üst sınırının yüzde 50’sinden fazla olmayacak şekilde propiltiourasil kullanılabilir. Ancak fetusun mutasyonu belirlenemiyorsa anti-tiroid ilacın rutin kullanımı gibi bir durum fetal hipotiroidi riskini artıracağı için uygulanmamalıdır.

Annenin mutasyon taşıyıcısı olmadığı ancak fetusun babadan gelen mutasyonla ya da de novo mutasyonla hastalığı olan durumlarda, intra amniyotik levotiroksin tedavisinin fetal guatrı engelleyebileceğini bildiren vaka raporları da vardır.

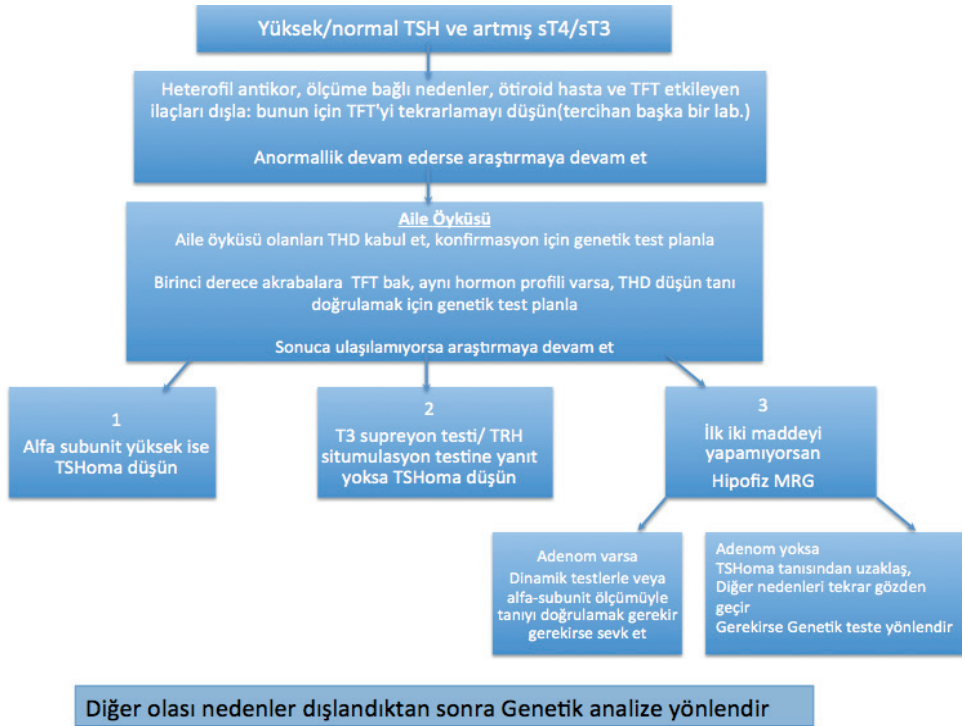
THD-alfa

Şimdiye kadar sadece 32 bireyde, 18 ayrı mutasyon bildirilmiştir. Alfa mutasyonlarında laboratuvar anormallikleri daha az belirgindir. TSH genellikle normaldir, sıklıkla sınırda yüksek sT3 mevcuttur. Sınırdan düşük veya normal serum sT4 ve nispeten düşük rT3 bu bulgulara eşlik edebilir.

THD-alfa fenotipi mutasyon bölgesine bağlıdır ve değişkendir. Hafif veya daha ağır etkilenmiş vakalar bildirilmiştir. Periferik dokulardaki etkileri tedavi edilmemiş konjenital hipotiroidizme benzebilir.

Hastalarda azalmış kemik yaşı, boy kısalığı, femoral epifiz disgenezi, patent kraniyal sütürler ve makrosefali dahil olmak üzere önemli kemik anormallikleri olabilir. Bununla birlikte gastrointestinal sistemde, kalpte, hematolojik sistemde ve merkezi sinir sisteminde otizmden zihinsel yetersizliğe kadar birtakım bozukluklar görülebilir.

Bu bireylerde vaka sayısının azlığından dolayı levotiroksin kullanımının faydasına dair kesin bir şey söylemek zordur. Faydalı olabileceğine dair bazı vaka bildirimleri olsa da tiroid hormon replasmanının faydası oldukça sınırlı gibi gözükmektedir.



Şekil 1. Tiroid hormon direnci için ayırıcı tanı algoritması

TEMD Önerileri

- 19A Tiroid hormon direnci, hedef dokularda tiroid hormonlarına karşı gelişen yanıtlarda azalma olarak tanımlanmaktadır. Çoğu kez kalıtsal bir hastalıktır.
- 19B Tiroid hormon reseptörü beta geninin mutasyonu, tiroid hormon duyarlılığındaki azalmanın en sık sebebidir. Tüm vakaların %85'ini oluşturur.
- 19C THD-beta'da , yüksek serum sT4 düzeyleri ve normal/hafif yüksek TSH ile karakterizedir. Ölçüldüğü takdirde sT3, rT3 ve serum tiroglobulin seviyeleri de genellikle yüksektir.
- 19D Tanıda karşılaşılan en önemli zorluk benzer laboratuvar bulgularını (Yüksek TSH, sT4,sT3) veren diğer nedenlerin dışlanmasıdır. Otozomal dominant kalıtım nedeniyle ailede THD-beta öyküsü varsa tanı için oldukça yardımcıdır.
- 19E Ayrıntılı incelemelere geçilmeden önce laboratuvar interferansını dışlamak için öncelikle tercihan başka bir laboratuvar da testleri ikinci bir defa belki üçüncü bir defa tekrarlamak faydalı olabilir.
- 19F Heterofil antikor bakılması uygundur.
- 19G Alfa-subunit/TSH molar oranı >3.2 olmasının TSHoma lehine olduğu kabul edilir. Ancak bu testin yaygın olarak bulunabilir olmaması kullanımını sınırlamaktadır.
- 19H Dinamik testler de TSHoma ayırımı için kullanılabilirler. Tiroid hormon direnci olan hastalarda T3 verilmesini takiben serum TSH baskılanır iken, TRH stimülasyon testine normal veya abartılı cevap vardır. Oysa otonom tümörlerden TSH sekresyonu bu testlere cevapsızdır.
- 19I Tiroid hormon direnci sendromlarının kesin bir tedavisi yoktur. Fazla tiroid hormon seviyelerinin etkileri mevcut direnç nedeniyle dengelendiğinde pek çok kişi asemptomatiktir ve bunlar için tedavi gerekli değildir.
- 19J Olguların yarısından fazlasında sinüzal taşikardi bulunmaktadır. Eğer taşikardi egzersiz intoleransı yaratıyorsa, selektif β -bloker (atenolol) tedavisi başlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Asteria C, Rajanayagam O, Collingwood TN, Persani L, Romoli R, Mannavola D, Zamperini P, Buzi F, Ciralli F, Chatterjee VK, Beck-Peccoz P. Prenatal diagnosis of thyroid hormone resistance. *J Clin Endocrinol Metab.* 1999 Feb;84(2):405-10. doi: 10.1210/jcem.84.2.5479. PMID: 10022392.
2. Chatterjee VK, Beck-Peccoz P. Hormone-nuclear receptor interactions in health and disease. Thyroid hormone resistance. *Baillieres Clin Endocrinol Metab.* 1994 Apr;8(2):267-83. doi: 10.1016/s0950-351x(05)80252-6. PMID: 8092973.
3. Demir K, van Gucht AL, Büyükinan M, Çatlı G, Ayhan Y, Baş VN, Dündar B, Özkan B, Meima ME, Visser WE, Peeters RP, Visser TJ. Diverse Genotypes and Phenotypes of Three Novel Thyroid Hormone Receptor- α Mutations. *J Clin Endocrinol Metab.* 2016 Aug;101(8):2945-54. doi: 10.1210/jc.2016-1404. Epub 2016 May 4. PMID: 27144938.
4. Dumitrescu AM, Refetoff S. The syndromes of reduced sensitivity to thyroid hormone. *Biochim Biophys Acta.* 2013 Jul;1830(7):3987-4003. doi: 10.1016/j.bbagen.2012.08.005. Epub 2012 Aug 16. PMID: 22986150; PMCID: PMC3528849.
5. Dumitrescu AM, Korwutthikulrangsi M, Refetoff S. Impaired sensitivity to thyroid hormone: defects of transport, metabolism, and action. In: Werner & Ingbar's The Thyroid: A Fundamental and Clinical Text, 11th ed, Braverman LE, Cooper DS, Kopp PA (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, 2021. p.868.
6. Flamant F, Cheng SY, Hollenberg AN, Moeller LC, Samarut J, Wondisford FE, Yen PM, Refetoff S. Thyroid Hormone Signaling Pathways: Time for a More Precise Nomenclature. *Endocrinology.* 2017 Jul 1;158(7):2052-2057. doi: 10.1210/en.2017-00250. PMID: 28472304; PMCID: PMC6283428.
7. Fu J, Refetoff S, Dumitrescu AM. Inherited defects of thyroid hormone-cell-membrane transport: review of recent findings. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2013 Oct;20(5):434-40. doi: 10.1097/01.med.0000432531.03233.ad. PMID: 23974772; PMCID: PMC4061907.
8. Macchia E, Lombardi M, Raffaelli V, Piaggi P, Macchia L, Scattina I, Martino E. Clinical and genetic characteristics of a large monocentric series of patients affected by thyroid hormone (Th) resistance and suggestions for differential diagnosis in patients without mutation of Th receptor β . *Clin Endocrinol (Oxf).* 2014 Dec;81(6):921-8. doi:

- 10.1111/cen.12556. Epub 2014 Aug 14. PMID: 25040256.
9. Moran C, Chatterjee K. Resistance to thyroid hormone due to defective thyroid receptor alpha. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2015 Aug;29(4):647-57. doi: 10.1016/j.beem.2015.07.007. Epub 2015 Jul 30. PMID: 26303090; PMCID: PMC4559105.
 10. Olateju TO, Vanderpump MP. Thyroid hormone resistance. *Ann Clin Biochem.* 2006 Nov;43(Pt 6):431-40. doi: 10.1258/000456306778904678. PMID: 17132274.
 11. Önnestam L, Berinder K, Burman P, Dahlqvist P, Engström BE, Wahlberg J, Nyström HF. National incidence and prevalence of TSH-secreting pituitary adenomas in Sweden. *J Clin Endocrinol Metab.* 2013 Feb;98(2):626-35. doi: 10.1210/jc.2012-3362. Epub 2013 Jan 7. PMID: 23295463.
 12. Özçelik S, Elbasan O, Ilıksu Gözü H.(2022). 'Uygunsuz Tiroid Fonksiyon Testleri', in Bekir Uçan-Muhammed Kızılgül.Klinik Endokrinoloji, Hipokrat Yayıncılık, s.167-180
 13. Pappa T, Anselmo J, Mamanasiri S, Dumitrescu AM, Weiss RE, Refetoff S. Prenatal Diagnosis of Resistance to Thyroid Hormone and Its Clinical Implications. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017 Oct 1;102(10):3775-3782. doi: 10.1210/jc.2017-01251. PMID: 28938413; PMCID: PMC5630247.
 14. Refetoff S, Bassett JH, Beck-Peccoz P, Bernal J, Brent G, Chatterjee K, De Groot LJ, Dumitrescu AM, Jameson JL, Kopp PA, Murata Y, Persani L, Samarut J, Weiss RE, Williams GR, Yen PM. Classification and proposed nomenclature for inherited defects of thyroid hormone action, cell transport, and metabolism. *Thyroid.* 2014 Mar;24(3):407-9. doi: 10.1089/thy.2013.3393.nomen. Epub 2014 Mar 4. PMID: 24588711; PMCID: PMC3950730.
 15. Srichomkwan P, Anselmo J, Liao XH, Hónes GS, Moeller LC, Alonso-Sampedro M, Weiss RE, Dumitrescu AM, Refetoff S. Fetal Exposure to High Maternal Thyroid Hormone Levels Causes Central Resistance to Thyroid Hormone in Adult Humans and Mice. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017 Sep 1;102(9):3234-3240. doi: 10.1210/jc.2017-00019. PMID: 28586435; PMCID: PMC5587072.
 16. Vela A, Pérez-Nanclares G, Ríos I, Rica I, Portillo N, Castaño L; Spanish Group for the Study of RTH. Thyroid hormone resistance from newborns to adults: a Spanish experience. *J Endocrinol Invest.* 2019 Aug;42(8):941-949. doi: 10.1007/s40618-019-1007-4. Epub 2019 Feb 1. PMID: 30707410.
 17. Weiss RE, Dumitrescu A, Refetoff S. Approach to the patient with resistance to thyroid hormone and pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010 Jul;95(7):3094-102. doi: 10.1210/jc.2010-0409. PMID: 20610605; PMCID: PMC2928892.
 18. Weiss RE, Dumitrescu A, Refetoff S. Resistance to thyroid hormone and other defects in thyroid hormone action. In: UpToDate, Post, TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2023

TIROIDİTLER

Doç.Dr.Filiz Ekşi Haydardedeoğlu, Prof. Dr. Demet Çorapçioğlu

Tiroiditler, tiroid bezinin inflamasyonu ile seyreden bir grup hastalıktır. Farklı etyolojik nedenlere bağlı olarak gelişmektedir. Tiroiditlerin klasifikasyonu, semptomların başlangıcına, etyolojiye ve klinik duruma göre farklılık göstermektedir. Tiroiditler ağrı varlığına göre (ağrılı, ağrısız), başlangıç hızına göre (akut, subakut veya kronik) ya da etyolojilerine göre farklı sınıflandırılmaktadır.

Etyoloji

Tiroiditlerin etyolojisinde otoimmün hastalıklar (Hashimoto tiroiditi, postpartum tiroidit veya ağrısız tiroidit), viral enfeksiyonlar (ağrılı subakut tiroidit ya da süpüratif tiroidit), ilaçlar (ami-odaron, lityum, interferonlar, interlökin-2, "check-point" inhibitörleri) ve fibrozis (Riedel tiroiditi) yer almaktadır.

Klinik özellikleri ve başlangıç hızına göre tiroiditler şu şekilde sınıflanmaktadır;

a-Akut tiroidit

b-Subakut tiroidit

c-Sessiz (ağrısız, postpartum)

d-Kronik tiroidit (Hashimoto)

e-Riedel tiroidit (Ig G4 aracılı)

f-Diğer tiroiditler

a. Akut Tiroidit

Enfeksiyöz, akut süpüratif tiroidit olarak da tanımlanır. Gram-pozitif ya da gram-negatif organizmaların sebep olduğu tiroid iltihabıdır. Akut veya kronik olabilir. Özellikle immün yetmezlikli bireylerde hematojen yayılım ile ya da priform sinüsten tiroide fistülizasyon yolu ile apse formasyonu görülebilir. Süpüratif tiroiditin en yaygın sebebi priform sinüsten fistülizasyondur ve çoğunlukla çocuklarda görülür. En sık sebep olan organizmalar stafilokoklar ve streptokokdur. Bununla beraber özellikle immün yetmezlikli bireylerde daha çok kronik seyreden, mikobakteri, mantar ve pnömosistis karini kaynaklı tiroid enfeksiyonları da görülebilir.

Akut enfeksiyöz tiroiditlerde tiroid loblarında özellikle tek taraflı, ani başlangıçlı ağrı, hassasiyet, ısı artışı ile ateş, titreme ve bölgesel lenfadenopati gibi enfeksiyon belirtileri görülür. Genellikle tek tarafta fluktuasyon gösteren bir kitle saptanır.

Tiroid fonksiyonları çoğunlukla normaldir ancak bazen destrüksiyona sekonder tirotoksikoz gelişebilir.

Boyunda ani başlayan ağrı, hassasiyet ve tek taraflı tiroid kitlesi akut tiroidit dışında nodül içine kanamalarda ve subakut tiroiditte de karşımıza çıkabilir.

Subakut tiroiditte; vücut sıcaklığında artış, tirotoksikoz kliniği, tiroid lojunda ağrı ve hassasiyet mevcuttur. Tiroid ultrasonografisi akut ve subakut tiroidit ayırımında yardımcı olur. Subakut tiroiditte ultrasonografide diffüz heterojenite ve kan akımında azalma görülürken, süpüratif tiroiditte apse mevcuttur. Ayrıca akut tiroiditlerde tiroid bezi çoğunlukla tek taraflı etkilenirken, kronik tiroid enfeksiyonlarında tutulum bilateraldir ve ağrı çok daha hafiftir.

Apsenin aspire edilmesi, hem tanının hem de tedavinin bir parçasıdır. Aspirasyon materyalinin analizi ve kültür sonuçlarına göre antibiyotik tedavisi başlanmalıdır. Hızlı tanı ve tedavi gerektiren bir durumdur. Tedavide antibiyotiklerin parenteral uygulanması tercih edilmelidir. Kültür sonuçları gelene kadar geniş spektrumlu ve özellikle stafilkoklara etkili antibiyotiklerle tedaviye başlanmalıdır. Aspirasyona ve sistemik antibiyotik tedavisine rağmen, yanıt alınamayan olgularda cerrahi drenaj ve kitlenin eksizyonu düşünülmelidir.

b. Subakut Tiroidit (SAT)

Subakut tiroidit için granümatöz tiroidit, dev hücreli ya da De Quervain tiroiditi gibi isimlerde kullanılır. Ağrılı tiroid bezi hastalıklarının en sık nedenidir. İyileşmesi bazen haftalar bazen ise ayları bulabilen tiroid bezi inflamasyondur. Genellikle tiroid bezinin tamamı tutulur ve tekrarlama eğilimindedir.

Viral enfeksiyonlar ve/veya postviral inflamatuvar yanıt sonucunda ortaya çıkar. Hastalarda çoğunlukla tiroidit bulgularının ortaya çıkışından 2-8 hafta önce geçirilmiş bir viral üst solunum yolu hikayesi vardır. SAT gelişiminde tiroid otoimmünitesinin birincil rolü bulunmamaktadır, ancak SAT lı hastaların yaklaşık %72 sinde ve özellikle ailesel olgularda HLA-B35 pozitifliği hastalığın genetik yönünü güçlendirmektedir. Hücrel immünite ile sitotoksik T-hücreleri aktive olmakta ve tiroid follikül hücrelerine hasar vermektedir.

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda, SAT lı bireylerde HLA-B35 dışında, HLA-B*18:01 , DRB1*01 ve HLA-C*04:01 yüksek oranda pozitif olduğu görülmüştür.

SAT neden olan viral ajanlar arasında; influenza, kızamık, H1N1, coxsackie, Epstein-Barr, adeno-virüs ve kabakulak virüsü yer almaktadır. Son zamanlarda pandemiye sebep olan SARS-COV-2/ COVID 19 enfeksiyonu sonrası da SAT geliştiği gösterilmiştir. SARS-COV-2 enfeksiyonu sonrası ilk SAT vakası 2020 yılında İtalya'dan rapor edilmiştir. İnaktive SARS-COV-2 aşısı (Corona vax) sonrası gelişen 3 SAT vakası da ülkemizden yapılan bir çalışmada bildirilmiştir. Etken viral ajanlar virüs, doku kültürleri ya da serum antikor titresi tayini ile saptanabilmektedir.

Olgularda halsizlik, yorgunluk, miyalji, artralji, hafif-orta derecede vücut sıcaklığında artış, grip benzeri bulgular görülebilir. Hastalık şiddeti 3-4 günde pik seviyeye ulaşırken, 1 hafta içinde hafiflemesi beklenir. Ancak genel olarak bu seyir birkaç haftaya kadar uzayıp değişen şiddetlerde 3-6 ay boyunca devam edebilir.

Tiroid bezi üzerinde şiddetli ağrı ve hassasiyet mevcuttur. Ağrı kulağa ve çeneye yayılmakta, yutkunma ve esneme ile artmaktadır. Ağrı bir lobda başlayıp diğer loba geçebilir. Bunun yanın-da ağrısız yada minimal ağrı ile seyreden atipik SAT formları da görülebilir. SAT olgularında

tiroid bezi boyutları artmıştır. Palpasyonla tiroid bezi ağrılı, hassas ve serttir. Ağrı öncelikle bir loba lokalizedir ancak günler içinde diğer loba geçebilir. Hastaların neredeyse yarısı ilk haftalarda taşikardi, tremor, terleme, sinirlilik, sıcak intoleransı gibi tirotoksikoz semptomları gösterebilir. Hastalığın klinik seyri tirotoksikoz-ötiroidi-hipotiroidi-ötiroidi şeklindedir. İnflamasyonun akut döneminde hasarlanmış tiroid bezinden dolaşıma geçen tiroid hormonları geçici tirotoksikoz oluşturur. Bu dönem yaklaşık 3-6 hafta sürebilir. Bu dönemi 1-3 hafta süren asemptomatik faz takip eder.

Yaklaşık %25 olguda geçici hipotiroidi meydana gelirken, tiroid fonksiyonları çoğunlukla normale döner. Olguların %10 undan azında kalıcı hipotiroidi gelişebilir.

Laboratuvar analizinde ılımlı lökositoz görülür, Eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) ve CRP belirgin yüksektir, sedimentasyon >100 mm/saattir. Anamnez ve muayeneyenin ardından ESR yüksekliği, yüksek serum sT4,sT3 (T3:T4<20), düşük RAIU, negatif ya da hafif titrede pozitif tiroid otoantikörleri varlığı SAT tanısında yardımcıdır. Tiroglobulin seviyesi genelde yüksektir ancak tanı için gerekmemektedir. Anemi ve hiperglobulinemi olabilir. Tirotoksik dönemde RAIU azalmış, tipik olarak %1-3 ten düşüktür. Klinik ve laboratuvar bulguları tipik olduğunda tanıda sintigrafi ya da RAIU şart değildir. Ultrasonografik görünüm tipiktir. Bezin inflamasyondan etkilenen bölgelerinde lokalize veya jeneralize hipoekojen, heterojen alanlar mevcut olup, bu bölgelerde parankim hemen hemen hiç kanlanmaz. İnflamasyon bölgelerinde nodüler görünüm izlenebilir. Elastografi ile değerlendirildiğinde SAT alanı normal tiroid glandından daha serttir. Hastalığın iyileşme döneminde bez tekrar izoekoik hale gelmekte ve vaskülarite normale dönmektedir.

Ayrıncı tanıda; akut süpüratif tiroiditler gözönünde bulundurulmalıdır. Akut süpüratif tiroiditlerde beze komşu alanlarda ciddi inflamatuvar reaksiyon mevcuttur. Genel durumu bozan, 38-40°C ateş yüksekliği vardır. Tiroid fonksiyonları ve RAIU seviyesi korunmuştur. Ultrasonografide kistik alanlarla, apse formasyonu görülür. Lökositoz ve ateş akut süpüratif tiroiditte, SAT'e göre çok daha yüksektir

Tiroid nodüllerinde, nodül içine kanama olması durumunda da ağrı olabilir, nodül boyutu büyür, ultrasonografik bulgular ayrıncı tanıda yardımcı olur.

Tiroid kanserinin veya meme, akciğer, rektum gibi tiroid dışı organ kanserlerinin diffüz tiroid infiltrasyonu "psödotiroidit" olarak tanımlanan nadir bir tabloya yol açabilmektedir. Klinik ve laboratuvar bulguları SAT ile karışabilir. Bu nedenle her hastada dikkatle sistemik muayene yapılmalı ve şüpheli olgularda Tiroid İİAB uygulanmalıdır. Anaplastik tiroid karsinomu, tiroid bezinde ani büyüme ve ağrıya neden olabilir. Tiroid fonksiyonlarında ve inflamatuvar belirteçlerde değişiklik beklenmez. Sitopatolojik incelemede malign, işsi veya belirgin pleomorfizm gösteren epitelioid hücreler, atipik mitoz, nükleer atipi görülmektedir.

SAT olgularının bir kısmında semptomlar tedavi gerektirmeyecek kadar hafiftir ve tedavi gerektirmez. Hafif ya da iyileşmekte olan olgularda NSAİİ lar ve istirahat yeterli iken, birçok vakada semptomların kontrol altına alınabilmesi için yeterli doz ve sürede glikokortikoid tedavisi gerekmektedir. Bölünmüş dozlarda NSAİİ (ibuprofen 1200-3200 mg/gün) ile tedaviye başlanıp birkaç gün içinde yanıt alınamazsa oral prednizolona geçilebilir. Tedaviye genellikle günlük 40 mg prednizolon ile başlanması 1 haftanın sonunda dozun azaltılarak yaklaşık 6 haftalık bir periyotta

kesilmesi önerilmektedir. Tedavide hedef, ağrı kontrolünü sağlayan en düşük idame dozun saptanması ve azaltılarak kesilmesidir.

Doz azaltılırken ağrının şiddetlenmesi durumunda doz bir önceki değerine artırılmalı ve bu dozda en az 2 hafta devam edilerek tekrar azaltılması denenmelidir. Hastaların yaklaşık %20 sinde steroid kesildikten sonra ağrı tekrarlamaktadır. Bu dönemde hasta tekrar fizik muayene ve laboratuvar bulguları ile değerlendirilmeli ve gerçekten nüks tespit edilirse medikal tedavi başlanmalıdır.

Tirotoksikoza bağlı çarpıntı, anksiyete ve tremor varlığında semptomların hafifletilmesi amacıyla beta-bloker tedavisi (propranolol 40-120 mg/gün, atenolol 25-50 mg/gün) verilir. Tirotoksikoz kısa sürelidir. İlerleyen süreçte gelişen hipotiroidi de kısa süreli olup hafiftir. Semptomatik ve TSH > 10 mU/L olan olgularda 6-8 hafta süreyle, 50-100 µg/gün levotiroksin verilebilir. Düşük de olsa kalıcı hipotiroidi ihtimaline karşı, ilacın kesilmesinden sonra tiroid fonksiyonları kontrol edilmelidir.

c. Sessiz (Ağrısız) veya Postpartum Tiroidit

Ağrısız Tiroidit

Sessiz tiroidit veya subakut lenfositik tiroidit olara kda isimlendirilir. Tirotoksikoz olgularının yaklaşık %1-5 inden sorumludur. Geçici tirotoksikoz ile karakterizedir, bazen hipotiroidi takip edebilir. Kronik otoimmün tiroidit (hashimoto) varyantı olarak da kabul edilmektedir.

Ağrısız tiroidit, erkeklerde veya postpartum dönemde olmayan kadınlarda görülmektedir. Olgularda semptomlar 2 aydan daha kısa süredir mevcut olup, küçük diffüz guvatur saptanabilir. Kadınlarda daha sık görülmektedir. Hashimoto tiroiditi ile patolojik benzerlikleri vardır, her ikisinde de serumda tiroid otoantikörleri (anti-TPO ve anti-Tg) yüksektir ve birçoğunda tiroid otoimmün hastalık açısından aile öyküsü mevcuttur. HLA DR3 haplotipi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Ağrısız tiroiditi tetikleyen faktörler arasında artmış iyot alımı, interferon alfa, interlökin-2, litium gibi ajanlar bulunmaktadır.

Klinik bulgular tiroid fonksiyonlarının durumuna göre tirotoksikoz ya da hipotiroidiyi göstermektedir. Tirotoksikoz döneminde T4 seviyesi T3'e göre daha yüksek ve TSH baskılıdır. Serum Anti-TPO seviyeleri hastaların yaklaşık %50'sinde yüksektir ancak Hashimoto'da olduğu kadar yüksek seviyelerde değildir. Tirotoksikoz döneminde tiroidin radyoiyot 'uptake'leri düşüktür, %1'in altındadır. Tanı, klinik bulgular, laboratuvar bulguları ve gerektiğinde tiroid sintigrafisi ile konmaktadır.

Tiroid fonksiyon bozukluğu şiddetli olmayıp genellikle geçici olduğu için çoğu hastada tedavi gerekmemektedir. Tirotoksik fazda yakalandığında anti-tiroid tedavi ya da hipotiroidi fazında yakalandığında tiroid hormon tedavisi verilmemelidir. Kendi kendisini sınırlayan bir hastalıktır. Tirotoksikoz semptomlarının belirgin olduğu hastalarda beta bloker başlanabilir.

4-8 haftalık aralarla tiroid fonksiyonları kontrol edilmelidir. Şiddetli hipotiroidi semptomları varlığında olguya özel olmak üzere, levotiroksin 50-100 mcg/gün dozunda başlanabilir. Genellikle hipotiroidi kalıcı olmayıp ilaç 3-6 ay içinde kesilmektedir.

Hastalarda kronik otoimmün tiroidit gelişebileceğinden, tiroid fonksiyonlarının periyodik takibi önerilmelidir. Hastaların %20-30'unda kalıcı hipotiroidi görülmektedir.

Postpartum Tiroidit

Postpartum tiroidit klinik ve patolojik açıdan ağrısız tiroidite benzemektedir. Ancak postpartum tiroidit doğumdan sonraki ilk 1 yıl içinde tiroidin otoimmün hasarı ile ortaya çıkmaktadır. Gebeliklerin yaklaşık %8-10'unda görülebilmektedir. Hastalarda küçük guatr saptanır, göz bulguları yoktur, TPO ve Tg antikorları düşük titrede pozitif olabilir, RAIU düşüktür. Tedavi gerektirmeden 3-6 ayda tiroid fonksiyonlarının normale döndüğü bu tiroidit grubunda, %5 oranında kalıcı hipotiroidi gelişebilir. İlk trimestırda tiroid antikor pozitifliği olan vakalarda postpartum tiroidit gelişme riski %33-50'dir.

Tanıda öncelikle TSH düzeyine bakılmalıdır. Hastalığın erken döneminde tirotoksikoz fazında çarpıntı, halsizlik, sıcak intoleransı, irritabilite gibi şikayetler olup bu dönem 2-3 ayda düzelmektedir. Doğum sonrasında, diğer otoimmün tiroid disfonksiyonları da gözlenebilir. Graves hastalığından ayırt etmek için TSH reseptör antikoru bakılmalıdır. TSH reseptör antikoru negatifliği ile beraber tiroid sintigrafisinde görüntü olmaması Graves hastalığından ayırmaktadır. Ancak laktasyon olduğu için ayırıcı tanıda gerekmedikçe tiroid sintigrafisi yapılmamalıdır. Graves hastalığında guatr daha belirgindir ve orbitopati vardır. T3/T4 oranı Graves hastalığında > 20 dir. USG de heterojenite varlığı ve doppler ultrasonografide artmış kan akımı Graves hastalığını düşündürmektedir.

Hipotiroidi fazında kuru cilt, halsizlik, yorgunluk, üşüme, unutkanlık, uyku isteği gibi şikayetler görülebilir. TSH ve anti-TPO yüksekliği saptanabilir. TSH seviyesi ve otoantikor titresi ne kadar yüksek ise kalıcı hipotiroidi gelişme riski o kadar fazladır. Ayrıca; multiparite, yaş, USG de orta-ileri hipoekojen, heterojen parankim yapısı, yüksek doz tiroid hormon ihtiyacı (>50-75 µ/gün) kalıcı hipotiroidi riskini artıran diğer faktörlerdir. Tedavide tirotoksikoz semptomları döneminde β-bloker ajanlar özellikle laktasyon döneminde kullanılabilirdiği için propranolol önerilmektedir. Kalıcı hipotiroidi gelişirse tiroid hormon replasman tedavisi verilir.

Otoimmün Tiroidit

Otoimmün tiroidit, Hashimoto tiroiditi ya da kronik lenfositik tiroidit olarak adlandırılmaktadır. Hashimoto tiroiditi iyot yeterli bölgelerde hipotiroidinin de en sık sebebidir. İlk defa 1912 yılında Dr.Hakura Hashimoto tarafından tanımlanmıştır.

Hashimoto tiroiditi; genetik faktör zemininde çevresel faktörlerle tetiklenen otoimmün bir hastalıktır. Genetik çalışmalarda Hashimoto tiroiditi ile sitotoksik T hücre antijen-4, protein tirozin fosfataz-22 geni ve zinc-finger geni, Tg gen farklılıkları arasında ilişki saptanmıştır.

Genetik yatkınlık dışında viral enfeksiyonlar, tiroid antikor gelişimini artıran ilaçlar "amiodaron, alfa interferon, interlökin 2 ", selenyum eksikliği, sigara, metaller ve kronik hepatit C gibi enfeksiyonlar da otoimmün tiroidit etyopatogenezinde rol oynamaktadır. Uzun süreli iyot maruziyeti,

Tg'in iyodinasyonunu artırarak antijenitesini arttırmakta ve genetik eğilimi olan bireylerde, otoimmünitenin tetiklenmesine yol açmaktadır. Diyetle iyot maruziyetinin artması ile, tiroid peroksidaza karşı oluşan antikor düzeylerinin arttığı gösterilmiştir. Çoğunlukla ailede Hashimoto hastalığı, Graves hastalığı veya guatr öyküsü vardır.

Viral enfeksiyonlar en güçlü sekonder nedenler arasındadır. Tiroid proteinleri ile viral yapılar arasındaki benzerlik, çapraz reaksiyon gösteren antikor oluşumuna yol açmaktadır. Oluşan bu antikorların kompleman bağlayıcı ve sitotoksik etkileri vardır. Genel populasyonun yaklaşık %10 kadarında da bu antikorlar yüksek titrede pozitif saptanabilir. Anti-tiroid peroksidaz antikorları Hashimoto hastalarının %90'ında, anti-tiroglobulin antikorları %2-50'sinde pozitif olup, anti-kor bağımlı hücre aracılı sitotoksiste ile tiroisitlerin ölümüne yol açmaktadır.

Genç ve orta yaşlı kadınlarda daha sık görülmekte olup yaşla birlikte prevalans artmaktadır. Bununla beraber çocukluk çağı dahil, her yaşta görülebilir. Yıllık insidansı, binde 0.3-1.5 tir. Kadın-erkek oranı 7/1'dir. Birçoğunun tiroid fonksiyon testleri normal sınırlarda olup, ilerleyen dönemlerde aşikar hipotiroidiye dönme riskleri bulunmaktadır. Yavaş gelişen hipotiroidi (yıllık hastaların %4-5'inde), tiroid bezinin inflamatuvar hücrelerle büyümesi ve/veya otoimmüniteye bağlı atrofiyle karakterizedir. Hashimoto tiroiditi otoimmün bir hastalık olup bezin lenfositik infiltrasyonu ile karakterizedir. Tiroid bezinde lenfosit ve plazma hücrelerinin diffüz infiltrasyonu ile lenfoid folliküller oluşur. Folliküller zamanla hücre membran hasarına yol açarak tiroid bezinde atrofi meydana getirir. Olgularda, lenfositik infiltrasyon ve serum tiroid otoantikorlarının (anti tiroid peroksidaz (anti-TPO) ve anti-tiroglobulin (anti-Tg) yüksekliği saptanır. Hashimotonun patolojik lezyonu hem tiroid hücresinin kendisini hem de folikül etrafındaki interstisyumu etkilemektedir. Bununla birlikte, farklı hashimoto formlarında patolojik lezyonların hem belirleyici hem de birbirlerinden farklı özellikler taşıdığı gösterilmiştir.

Hastaların çoğunda Anti-Tg ve Anti-TPO antikorları yüksek titrede pozitifdir. Ayrıca %10 olguda TSH reseptör antikorları pozitifliği de görülebilmektedir. Anti-Tg antikorları hemaglutinasyon metodu, Anti-TPO antikorları ise bu metoda ilaveten immünfloresans, kompleman fiksasyon ve enzim-bağlı immünsorbent yöntemi (ELISA) ile ölçülmektedir. Anti-TPO oldukça iyi bir serolojik belirteçtir sağlıklı olgularda pozitif olma olasılığı Anti-Tg ye göre daha az sıklıkla pozitifdir. Bu nedenledir ki Anti-Tg nin sensitivite ve spesifitesi Anti-TPO ya göre daha düşüktür. Hastalığın erken dönemlerinde Anti-TPO hafif yüksek, Anti-Tg belirgin olarak yüksek saptanabilir. İlerleyen dönemlerde, Anti-Tg giderek azalır kaybolurken Anti-TPO uzun yıllar pozitif kalabilmektedir.

Hashimoto tiroiditi, genellikle ağrısız guatr ile kendini gösterebilir, guatr olmayan hatta tiroid bezinin atrofik olduğu vakalar mevcuttur. Hashimoto tiroiditinin atrofik formunda HLA-DR3, guatr ile seyreden formunda HLA-DR5 ilişkisi tespit edilmiştir. Patogenezi hem hücresel hem de humoral immünite rol oynamaktadır. Yoğun lenfositik infiltrasyon tiroid yapısını bozmaktadır. Lenfositlerden salgılanan sitokinler tiroid hücre apoptozisine yol açmaktadır. Hashimoto tiroiditinin atrofik formunda tiroid uyarımını bloke eden antikorlar (TSBAb) sorumlu tutulmaktadır. Sonuçta tiroid hormon sentezi ve iyodun organik bağlanımı bozulmakta, iyodoproteinlerin salınımı artmaktadır.

Hashimoto tiroiditi diğer otoimmün hastalıklar ile birlikte görülebilmektedir. En sık kronik atrofik gastrit (%2.8), vitiligo (%2.7) ve romatoid artrit (%2.4) ile birlikte görülmektedir. Bunun dışında vitiligo, adrenokortikal yetmezlik, hipoparatiroidi, romatoid artrit, diabetes mellitus, alopesi, sjögren sendromu hipogonadizm, miyastenia gravis, primer biliyer siroz gibi hastalıklar ile birlikte görülebilmektedir. Hashimoto tiroiditi, genellikle asemptomatik seyredir. Bazı olgular hipotiroidi ya da büyüyen tiroid bezi ile kendisini gösterebilmektedir. Boyunda şişlik nedeniyle doktora başvuran olgular olduğu gibi, başka bir nedenle yapılan muayenede tesadüfen guatr saptanan olgular mevcuttur. Tiroid bezi genellikle diffüz büyümüştür, fizik muayenede sert, irregüler ve ağrısız guatr vardır. Tiroid bezi normalin 2-4 katı büyüklüğüne ulaşabilmektedir. Fibröz evrede tiroid bezi lobüle yapıdadır. İlerleyen dönemlerde fibröz doku kaybolup, doku atrofiye olmaktadır. Bu evrede çoğunlukla tiroid hormon replasmanı gerekmektedir. İg G4 ilişkili formlar erkeklerde daha sık görülmektedir. Bu olgularda antikor seviyeleri daha yüksek olup hızlı ve agresif bir ilerleme göstermektedir. Hashimoto tiroiditinin, lenfoma gelişimi için risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Hashimoto tiroiditinde asimetrik bez büyümesi, ağrı, hassasiyet, ses kısıklığı, lenf nodu gelişimi durumunda, tiroid lenfoması mutlaka akla getirilmelidir. Hashimoto ile papiller tiroid kanseri arasında ilişki olduğunu söyleyen yayınlar bulunsada, tersini savunan yayınlarda mevcuttur.

Tanı anında olguların %75'i ötiroiddir, %25'i subklinik ya da aşikar hipotiroidi semptom ve bulguları göstermektedir ve ilerleyen dönemlerde hipotiroidi gelişmektedir. Yılda yaklaşık olarak %3-5 oranında subklinik hipotiroididen aşikar hipotiroidiye geçiş vardır. Başlangıçta TSH ve antikor seviyesi ne kadar yüksekse aşikar hipotiroidi gelişme riski o kadar fazladır. Normal TSH ve otoantikor varlığında, tiroid fonksiyonları 6-12 aylık aralarla takip edilmelidir. Ultrasonografide yaygın fibröz bantlar, tiroid mimarisini bozmakta ve lobüler görünüm oluşturmaktadır. Ortaya çıkan bu yapılar psödonodül (yalancı nodül) olarak adlandırılmaktadır.

Haşitoksikoz; Hashimoto tiroiditi ile birlikte tirotoksikozun görülmesidir. Nadiren hastalığın başlangıcında stimüle eden TSHRAb sebebiyle hipertiroidi (RAIU yüksek), sonrasında ise tiroid bezinin lenfosit infiltrasyonu ile haraplanması nedeniyle hipotiroidi gelişir.

Hashimoto tiroiditi olan gebelerde, gebeliğin immünsupresif etkisinden dolayı antikor düzeyleri genellikle düşer, hastalık remisyona girer, hipotiroidi ve guatr düzelebilir. Postpartum dönemde ise antikor düzeyleri artarak tekrar hipotiroidi gelişebilir. Maternal antikorların plasentayı geçerek, fetal ve neonatal hipotiroidiye neden olduğu gösterilmiştir. Antikor pozitifliği olan kadınlarda, düşük riski çok daha yüksektir. Selenyum takviyesinin, otoantikor seviyelerini düşürdüğü bazı yayınlarda gösterilmiştir ancak hipotiroidiyi engellediğine dair yeterli veri yoktur, bu nedenle rutin kullanımı önerilmemektedir.

Riedel Tiroiditi

İlk kez 1896'da Riedel'in tanımladığı, kronik sklerozan tiroidit olarak da adlandırılan Riedel tiroiditi, en nadir görülen tiroidit formudur. Etyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber, otoimmün bir süreç eşlik etmekte ve İg G4 ilişkili hastalıklar arasında yer almaktadır. Tiroid glandının yaygın fibrozisi ile birlikte makrofaj ve eozinofil infiltrasyonu görülür. Primer olarak fibrozisle giden bir hastalıktır ve bu olguların çoğunda mediastinal ya da retroperitoneal fibroziste mevcuttur. Bu hastalık grubunda fibrozise eşlik eden İgG4 pozitif plazma hücresi ve küçük lenfositlerden oluşan

lenfoplazmositik doku infiltrasyonu ve serumda artmış İg G4 düzeyleri bulunmaktadır. Fibrozis sonucu tiroid, çevre dokulara, kaslara ve trakeaya yapışıklık gösterir.

Kadınlarda daha sık saptanmakta genellikle orta ve ileri yaşta kadınlarda görülmektedir. Tiroid bezi genellikle asimetrik büyümüş ve ileri derecede serttir. Bası sonucu dispne, disfaji, ses kısıklığı, stridor ortaya çıkabilir. Hastalık yıllarca stabil kalabilir. Tanıda TİİAB değil kalın iğne veya açık biyopsi yardımcı olmaktadır. Hastalar vücudun diğer bölgelerinde (mediastinum, retroperitoneal bölge) olabilecek sistemik fibrozis, özellikle İg G4 ilişkili diğer hastalıklar açısından değerlendirilmelidir.

Tiroid fonksiyonları genellikle normaldir, olguların üçte birinde hipotiroidi gözlenir, Anti-TPO negatif ya da hafif düzeyde artmış, RAIU normal veya azalmıştır. ESR'da artış ve lökositoz yoktur. Olguların %67'sinde tiroid otoantikoları pozitifdir ancak Hashimoto tiroiditinde görülen daha düşük titrelere sahiptir. Fibroziste otoimmün bir etyolojinin rol aldığı düşünülmektedir. Dokudaki B ve T-hücrelerin artışı, bunu desteklemektedir.

Riedel tiroiditinin spesifik bir tedavisi yoktur. Hipotiroidi ile seyreden olgularda tiroid hormon replasmanı semptomları düzeltir ancak primer hastalığın seyrini değiştirmez. Kortikosteroid ve tamoksifen medikal tedavide en sık kullanılan ajanlardır. Bazı olgularda kortikosteroid tedavisine cevap alınmıştır, tedaviye ne kadar erken başlanırsa, tedavi yanıtının o kadar iyi olacağı düşünülmektedir.

Genellikle steroid dozu ampirik olup başlangıç dozu 100 mg/gün prednizon olarak önerilmektedir. Steroid tedavisine cevap alınmayan veya kesildikten sonra tekrarlayan olgularda tamoksifen tedavisi denenmelidir. Tamoksifenin, TGF betayı uyararak fibroblast üremesini durdurduğu bilinmektedir. Tedavide prednizon ve tamoksifen birlikte kullanılması da etkili bulunmuştur.

Bası semptomlarının giderilmesi ve nadiren maliyn hastalığın ekartasyonu için, cerrahi (genellikle istmus rezeksiyonu) gerekebilir.

Diğer Tiroiditler

Radyasyon Tiroiditi.

Özellikle graves kaynaklı hipertiroidisi olan olgularda, nadiren de olsa radyoaktif iyot tedavisi sonrası, tiroid bezi üzerinde ağrı ve hassasiyet gelişebilmektedir. RAI tedavisinden 5-10 gün sonra, radyasyon hasarı, tiroid follikül hücre nekrozu ve inflamasyona sekonder ortaya çıkmaktadır. Genellikle birkaç gün içerisinde spontan düzelme görülmektedir.

Palpasyon Tiroiditi

Tiroid bezinin fizik muayene esnasında şiddetli palpasyonu, emniyet kemeri, tiroid biyopsisi ya da boyun cerrahisi sırasında bezin aşırı manipülasyonu tiroid bezi üzerinde ağrı ve hassasiyete neden olabilir. Geçici ağrı, hassasiyet ve tirotoksikoz ile karakterizedir.

İlaçlara Bağlı Tiroidit

Amiodaron:

Amiodaron, iyot içeriği yüksek olan bir antiaritmik ilaçtır. İyot içeriği %37'dir. Amiodaron birkaç şekilde tiroid fonksiyonlarını etkilemektedir. Bu etki bireyin tiroid bezinin tedavi başlangıcındaki durumuna göre farklılık göstermektedir.

Otoimmün tiroid hastalığı olan olgularda, Wolff-Chaikoff etkisinden kaçışta sorun olduğu için hipotiroidi gelişebilmektedir. Tedavi yaklaşımı standart hipotiroidi tedavisiyle aynı olup amiodaronun kesilmesi gerekmemektedir.

Amiodarona bağlı tirotoksikoz da gelişebilmektedir. Tirotoksikozun 2 formu bulunmaktadır.

Tip 1 tirotoksikoz formunda, tiroid hormon sentezi artmıştır. Özellikle multinodüler guvatur olan olgularda, amiodarondan gelen fazla iyot sonucunda tiroid hormon sentezi için fazla miktarda materyal ortaya çıkmakta ve Tip 1 tirotoksikoz gelişmektedir. Tip 2 tirotoksikozda ise artmış hormon sentezi değil destrüktif tiroidit sonucu artmış T4 ve T3 salınımı mevcuttur. Nodül dışı tiroid hastalığı olan bireylerde amiodaron tiroid folikül epitel hücrelerine direk toksik etki göstermekte ve yıkım oluşturmaktadır. Tip 1'de tedavide tiyonamidler tercih edilirken, tip 2'de prednizon 40-60 mg/gün dozunda kullanılmaktadır. Hipertiroidi tespit edilen olgularda amiodaron tedavisinin kesilmesi önerilmektedir. Amiodaron başlanmadan önce tiroid fonksiyonları bakılmalıdır. Tiroid fonksiyon bozukluğu tespit edilmese dahi, 3-4 aylık periyotlarla takip edilmelidir. Amiodaron kesildikten sonra da tiroid disfonksiyonu gelişebileceği unutulmamalı, en azından yılda bir kez tiroid fonksiyonları kontrol edilmelidir.

Lityum:

Lityum, intratiroidal iyot miktarını artırarak, iyodotirozin rezidülerinin birleşimini engellemekte, T4 ve T3 salınımını inhibe etmektedir. Lityum kullanımının en önemli yan etkisi guvatur ve hipotiroidiye yol açmasıdır. Guatr %40-50, hipotiroidi %20-30 olguda görülmektedir. Tedavi sırasında tiroid fonksiyon bozukluğu sıklıkla görülebildiğinden, tedavi öncesinde mutlaka tiroid fizik muayenesi ile serum TSH ve anti-TPO ölçümü yapılmalıdır. Başlangıçta tiroid fonksiyon bozukluğu saptanmasa dahi, tedavi süresince 6-12 ayda bir periyodik olarak tiroid fonksiyonları bakılmalıdır. Tiroid disfonksiyonu saptanırsa tedavi edilmelidir, lityum tedavisinin kesilmesi genel olarak gerekmemektedir.

İnterlökin-2:

Lösemi ve bazı metastatik kanser türlerinde, İnterlökin-2, diğer sitokin ve antikanser ilaçlar kombine kullanılmaktadır. Birçok çalışma, olguların yaklaşık %2'sinde ağrısız tiroiditi taklit eden kliniğin ortaya çıktığını göstermiştir.

İnterferon alfa:

En sık görülen tiroid anormalliği, klinik hastalık olmadan de novo antitiroid antikor gelişimidir (%5-15). Yaklaşık %5-10 olguda ağrısız tiroidit, hashimoto tiroiditi veya graves hastalığı gelişebilmektedir. Bu değişiklikler tedavinin başlangıcından 3 ay sonra ortaya çıkmakta ancak tedavi süresince devam edebilmektedir. Tedavi öncesi yüksek tiroid antikor titresi olanlarda tiroid disfonksiyonu gelişme olasılığı daha yüksektir.

Tirozin kinaz inhibitörleri

Tirozin kinaz inhibitörleri, renal hücreli kanser, diferansiye ve medüller tiroid kanseri gibi birçok kanser türünde tedavide kullanılmaktadır. Tiroid gland intakt, ötiroid olgularda yaklaşık %50-70 oranında hipotiroidi gelişebilmektedir. Özellikle sunitinib tedavisi sırasında sıkça görülmektedir. Destruktif tiroidite sekonder hipertiroidi olgularında görülmektedir.

“Check point” inhibitörleri

İmmünolojik “check point” inhibitörleri ileri evre melanoma ve birçok malignitede kullanılmaktadır. Bu ajanlar birçok endokrinopati ile ilişkililolup, sıklıkla hipofizit ve destrüktif tiroidite yol açmaktadır.

TEMD Önerileri

- 20A: Boyunda ani başlangıçlı ağrı, hassasiyet ve tek taraflı tiroid kitlesi akut tiroidit, nodül içine kanamalarda ve subakut tiroiditte görülebilir.
- 20B: Süpüratif tiroidit tedavisinde; öncelikle aspirasyon ve sistemik antibiyotik tedavisi, yanıt alınamayan olgularda cerrahi drenaj ve kitlenin eksizyonu düşünülmelidir.
- 20C: Subakut tiroidit klinik ve laboratuvar bulguların tipik olması nedeni ile tanı için sintigrafi ve/veya RAIU ölçümleri genellikle gerekmemektedir.
- 20D: Hafif ya da iyileşmekte olan SAT olgularında NSAİİ lar ve istirahat yeterli iken birçok vakada glikokortikoid tedavisi gerekmektedir. Glikokortikoid dozu 6 haftada azaltılarak kesilmelidir.
- 20E: Doz azaltılırken ağrının şiddetlenmesi durumunda doz bir önceki değerine artırılmalı ve bu dozda en az 2 hafta devam edilerek tekrar azaltılması denenmelidir. Olguların %20 sinde glikokortikoid kesildikten sonra ağrı tekrarlamakta, nüks saptanmaktadır.
- 20F: Postpartum tiroiditte tiroid fonksiyonları genellikle tedavi gerektirmeden normale dnsede %5-10 olguda kalıcı hipotiroidi gelişebilmektedir.
- 20G: Hashimoto tiroiditi, genellikle ağrısız guatr ile kendini gösterse de tiroid bezinin atrofik olduğu vakalar mevcuttur. Atrofik formunda HLA-DR3, guatr ile seyreden formunda HLA-DR5 ilişkisi tespit edilmiştir.
- 20H: Hashimoto tiroiditi olgularında yılda yaklaşık %3-5 oranında subklinik hipotiroididen aşikar hipotiroidiye geçiş saptanmıştır. Başlangıçta TSH ve antikor seviyesi ne kadar yüksekse aşikar hipotiroidi gelişme riski o kadar fazladır.
- 20I: Riedel tiroiditi, primer olarak fibrozisle giden bir hastalıktır ve olguların çoğunda mediastinal ya da retroperitoneal fibrozis mevcuttur.
- 20İ: Amiodarona bağlı hipotiroidi gelişen olgularda, amiodaronun kesilmesi gerekmemektedir, standart hipotiroidi tedavisi gibi değerlendirilip yönetilmelidir.

Kaynaklar

1. Slatosky J, Shipton B, Wahba H. Thyroiditis: Differential diagnosis and management. Am Fam Physician 2000; 61(4):1047-52.
2. Paes JE, Burman KD, Cohen J, et al. Acute bacterial suppurative thyroiditis: a clinical review and expert opinion. Thyroid 2010; 20:247
3. Brancatella A, Ricci D, Viola N, Sgro D, Santini F, Latrofa F. Subacute Thyroiditis After Sars-COV-2 Infection. J Clin Endocrinol Metab. 2020;105(7) [PMC free article: PMC7314004] [PubMed: 32436948]
4. Maria M. Fariduddin; Gurdeep Singh. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-.
5. Pearce EN, Farwell AP, Braverman LE. Thyroiditis. N Engl J Med 2003; 348:2646.
6. Dayan CM, Daniels GH. Chronic autoimmune thyroiditis. N Engl J Med 1996; 335(2):99-107.
7. Majety P, Hennessey JV, Feingold KR, et al. Acute and Subacute, and Riedel’s Thyroiditis. In: Endotext [Internet].

- South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000.2022 Jul 25.
8. Miller KK, Daniels GH. Association between lithium use and thyrotoxicosis caused by silent thyroiditis. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2001; 55:501.
 9. Duntas LH. Environmental factors and autoimmune thyroiditis. *Nat Clin Pract Endocrinol Metab.* 2008;4(8):454-60.
 10. Atmaca H, Bayram F. Hashimoto dışı tiroiditler. *TKlin J Endocrin* 2004;2:49-53.
 11. Ecemis GC, Colak R. Tiroiditler. *J Exp and Clin Med* 2012;29:321-327.
 12. Batcher EL, Tang XC, Singh BN, et al. Thyroid function abo normalities during amiodarone therapy for persistent atrial fibrillation. *Am J Med* 2007;120:880.
 13. Stagnaro-Green A. Approach to the patient with postpartum thyroiditis. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97:334.
 14. İremli BG, Şendur SN, Ünlütürk U. Three Cases of Subacute Thyroiditis Following SARS-CoV-2 Vaccine: Post-vaccination ASIA Syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2021 Aug 18;106(9):2600-2605. doi: 10.1210/clinem/dgab373.
 15. Davies L, Welch HG. Increasing incidence of thyroid cancer in the United States, 1973-2002. *JAMA*2006;295(18):2164-7.
 16. Gürsoy A, Erdoğan MF. 2. Baskı. A'dan Z'ye Klinik Tiroidoloji. Ankara: Pelikan Kitapevi; 2015.
 17. Fallahi P, Ferrari SM, Ruffilli I, Elia G, Biricotti M, Vita R, Benvenga S, Antonelli A. The association of other autoimmune diseases in patients with autoimmune thyroiditis: review of the literature and report of a large series of patients. *Autoimmun Rev* 2016;15(12):1125-1128.
 18. Caturegli P; De Remigis A; Rose NR, Hashimoto thyroiditis: clinical and diagnostic criteria. *Autoimmun Rev* 2014;13:391-7.
 19. Jankovic B, Le KT, Hershman JM. Clinical review: Hashimoto's thyroiditis and papillary thyroid carcinoma: is there a correlation? *J Clin Endocrinol Metab* 2013;98(2):474-82.
 20. Lee YJ; Kim DW. Sonographic characteristics and interval changes of subacute thyroiditis. *J Ultrasound Med* 2016; 35:1653-9.
 21. Ruchala M, Szczepanek-Parulska E, Zybek A, Moczko J, Czarnywojtek A, Kaminski G, Sowinski J. The role of sonoelastography in acute, subacute and chronic thyroiditis: a novel application of the method. *Eur J Endocrinol* 2012; 166:425-32.
 22. Sato J, Uchida T, Komiya K, Goto H, Takeno K, Suzuki R, Honda A, Himuro M, Watada H. Comparison of the therapeutic effects of prednisolone and nonsteroidal anti-inflammatory drugs in patients with subacute thyroiditis. *Endocrine* 2017;55(1):209-214.
 23. Völzke H, Werner A, Wallaschofski H, Friedrich N, Robinson DM, Kindler S, Kraft M, John U, Hoffmann W. Occupational exposure to ionizing radiation is associated with autoimmune thyroid disease. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90(8):4587-92.
 24. Burman KD, Ross DS, Mulder JE. Overview of thyroiditis. Retrieved October 26, 2016, from <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-thyroiditis>.
 25. Caturegli P, Remigis AD, Rose NR. Hashimoto thyroiditis: Clinical and diagnostic criteria *Autoimmunity Reviews* 2014;13: 391–397.

TİROİD VE İLAÇLAR

Prof Dr. Tevfik Demir, Prof Dr. Ayşe Kubat Üzüm

Tanım

Günümüzde kullanılan birçok ilaç tiroid fonksiyonlarına (TFT) etki edebilir. Bu ilaçların tiroid hormon homeostazisine etkileri geçici olsa da bu durum TFT'nin yorumunu güçleştirebilir. Bu etkileşimleri bilmek ve doğru tanımlamak uygun takip ve tedavi açısından esastır.

İlaçların Tiroid Hormon Düzeylerine Etki Mekanizmaları

Farmakolojik ajanlar tiroid hormon homeostazisini beş farklı seviyede etkileyebilirler:

- Tiroid hormonu sentezini ya da sekresyonunu etkileyen ilaçlar
- Tiroid hormonlarının transportunu veya etkisini değiştiren ilaçlar
- Periferel tiroid hormon metabolizmasını ya da hücresele düzeyde tiroid hormone girişini etkileyen ilaçlar
- Tiroid hormonunun emilimini etkileyen ilaçlar
- İmmünitede değişiklik meydana getirerek tiroid fonksiyonlarını etkileyen ilaçlar

Tablo 1. Farmakolojik Ajanların Tiroid Fonksiyonu Üzerine Etkileri

Etki yeri ve ilaç	Test				Yorumlar
	Total T4	Serbest T4	Total T3	TSH	
Hipotalamik-pitüiter aks					
Dopamin	↓	↓	↓	↓	
Levodopa	N	N	N	↓	Normalde klinik hipotiroidizm görülmez
Glukokortikoidler	↓	↓	↓	↓	
Amfetaminler	↑	↑	↑	N ya da ↑	Klinik etkiler minördür
Metoklopramid	N	N	N	↑	TSH yüksekliği geçicidir
Oktreotid	N	N	N	↓	
Tiroid hormonu sentezi/salınımı					
Sulfonamidler, sulfonilüreler, PAS, fenilbütazon, aminoglutetimid, 6-merkaptopürin	↓	↓	↓	↑	Etkiler nadirdir, minördür ve genellikle altta yatan tiroid bozukluğu ile birlikte
Lityum karbonat	↓	↓	↓	↑	İyot ile birlikte sinerjistik etki
İyodürler	↓	↓	↓	↑	
Sunitinib	↓	↓	↓	↑	

Hormonların protein bağlanmasında değişiklik

Östrojenler, perfenazin, Klofibrat, eroin, metadon	↑	N	↑	N	TBP konsantrasyonlarında artış; normal sT4, sT3
Androjenler, danazol, Glukokortikoidler, L-asparaginaz	↓	N	↓	N	TBP konsantrasyonlarında azalma; normal sT4 ve sT3
Fenitoin	↓	↓	N	N	T4, T3'ün TBG'ye bağlanmalarını inhibe eder, metabolizma üzerine etkiler
Salsalat, salisilatlar, fenklofenak	↓	N		N	T4, T3'ün TBP'ye bağlanmasını inhibe eder
Tiroid hormon metabolizmasında değişiklik					
Propranolol, propiltiourasil, glukokortikoidler	N	N	↓	N	Periferel T4-T3 dönüşümünü inhibe eder
İopanoik asit, Amiodaron	↑	↑	↑	↓	İntrapitüiter ve periferel T4-T3 dönüşümünü inhibe eder, ayrıca amiodaronun iyodür etkileri
Fenitoin	↓	↓	N	N	T4'ün hücrel alım ve kullanımını hızlandırır; klinik değişiklikler T4 ile tedavi edilen hipotiroidizmlı hastalarda gözlenir
Fenobarbitol	↓	↓		↑	Kullanımı hızlandırır; değişiklikler yalnızca T4 kullanan hastalarda dikkat çeker
Heparin	N	↑	N	N	T4'ün hücrel alımında azalma
İpodat	↑	↑	↓	↓	T4'ün hücrel alımında azalma
Tiroid hormonunun gastrointestinal emilimini inhibe eder					
Kolestiramin, kolestipol, ferröz sülfat, kalsiyum karbonat, alüminyum hidroksit, sukralfat, proton pompa inhibitörleri	↓	↓	↓	↑	LT4'ten en az 4 saat sonra alınmalıdır

sT3: Serbest triiyodotironin; sT4: Serbest tetraiyodotironin; N: Normal; TBG: Tiroksin-bağlayıcı globulin; TBP: Tiroid bağlayıcı protein; TSH: Tiroid- uyarıcı hormon; T3: Triiyodotironin; T4: Tetraiyodotironin.

I. Tiroid Hormonu Sentezini ya da Sekresyonunu Etkileyen İlaçlar^{[1][2][3][4][5][6][7][8][9][10][11][12][13][14][15][16][17][18][19][20][21][22][23][24][25][26][27][28][29][30][31][32][33][34][35][36][37][38][39][40][41][42][43][44][45][46][47][48][49][50][51][52][53][54][55][56][57][58][59][60][61][62][63][64][65][66][67][68][69][70][71][72][73][74][75][76][77][78][79][80][81][82][83][84][85][86][87][88][89][90][91][92][93][94][95][96][97][98][99][100]}

I.a TSH konsantrasyonunu etkileyen ilaçlar

Hipofizden TSH sekresyonunu baskılayan en güçlü molekül tiroid hormonları veya analoglarıdır. Bazı ilaçlar proteine bağlanmayı inhibe ederek serbest tiroid hormon konsantrasyonunun artmasına, böylelikle de TSH' nın baskılanmasına sebep olur. Bunun tam tersi olarak bazı ilaçlar da tiroid hormon konsantrasyonlarının azalmasına, buna bağlı TSH sekresyonunun ve TRH' ya yanıtının artmasına neden olurlar.

Dopamin/Dopamin agonistleri ve antagonistleri

Endojen dopamin, fizyolojik hipofiz bezinde bulunan D2 reseptörü aracılığıyla TSH sekresyonunu etkiler. Yoğun bakımda uygulanan dopamin infüzyonu, Parkinson ve prolaktinoma tedavisinde kullanılan L-DOPA, bromokriptin, kabergolin gibi dopamin agonistleri de benzer mekanizma ile TSH sekresyonunu inhibe eder. Bu etki hipotiroid hastalarda da görülebilir. Genellikle klinik olarak bir önemi yoktur ancak dopamin infüzyonu 1 mcg/kg/dk'dan daha fazla dozlarda uygulandığında kritik hastalıkta santral hipotiroidiye benzer bir laboratuvar bulgusuna sebep olabilir, ötiroid hasta sendromundan ayırt etmek güçleşir. Bazen de primer hipotiroidinin tanınmasını engelleyebilir.

Metoklopramid ise dopamin antagonistidir ve hem ötiroid hem de hipotiroid kişilerde TSH artışına sebep olabilir. Dopamin (1 mcg/kg/dk'dan daha fazla): Kardiyoloji ve YB ünitelerinde yaygın olarak kullanılan vasopressor bir ilaçtır. TSH sekresyonunun santral inhibisyonuna neden olur, dolayısıyla dopamin alan bir hastada düşük TSH sıklıkla güvenilir değildir. Dopaminin TSH inhibisyonu de- recesi, santral hipotiroidiye yol açacak kadar yüksek değildir.

Somatostatin ve somatostatin analogları

Somatostatin TSH sekresyonunun frekansını ve amplitüdünü azaltır. Bu etki >100 mcg/gün uygulandığında ortaya çıkar, akut ve geçicidir. Uzun süreli kullanımda hipotiroidiye sebep olmaz.

Reksinoidler

Reksinoidler nuklear hormon reseptörü olan retinoid X reseptörlerine (RXR'ler) bağlanır. RXR TSH beta subüniti kodlayan genlerin transkripsiyonunu etkiler.

Antiepileptik ilaçlar

Karbamazepin, oksarbazepin, valproik asit, fenitoin total ve serbest T4 konsantrasyonlarında düşüşe sebep olurlar ama TSH normaldir.

Metformin hipotiroid diyabetiklerde TSH düşüşüne neden olabilir, ancak bu etki hipotiroidik olmayan diyabetiklerde gösterilememiştir.

Ib. Tiroid Hormon Sentez ve Sekresyonu Azaltan İlaçlar

Antitiroidler (Propiltiourasil, Metimazol ve Karbimazol)

Tiroid peroksidaz; tiroglobulin üzerindeki farklı tirozin kalıntılarının iyodinasyonunda ve iki iyodine tirozinin birleşiminde rol alır. Bu ilaçlar TPO aktivitesini azaltarak tiroid hormon sentezini inhibe ederler.

Yüksek dozlarda PTU, T4'ü T3'e dönüştüren deiyodinaz 1 aktivitesini inhibe eder. Bu, şiddetli hipertiroidi veya tiroid fırtınasını tedavi ederken bir avantaj olabilir ancak bu hastalarda T4'e kıyasla nispeten yüksek bir T3 sekresyonu olduğu için bu etkinin faydası sınırlıdır.

İyotlu kontrast maddeler

İyonik İnhibitörler

İyot, Na⁺/I⁻ simporter (NIS) aracılığıyla tiroid hücrelerine aktif olarak taşınır.

Perklorat ve tiosiyanat iyodüre benzeyen hacimli anyonlardır ve taşınma için iyot ile rekabet ederler.

Perklorat tiosiyanattan çok daha güçlü bir inhibitördür. Organize olmayan intratiroidal iyotu hızla boşaltabilir ve iyotun hücreden folikül lümenine taşınmasını engelleyebilir. İyottan farklı olarak, foliküler hücrelerde organize edilemez veya tutulamaz.

Tiosiyanat sigara dumanında, manyok ve Çin lahanası gibi turpgillerde bulunur. Bu pişmemiş sebzelerin fazla miktarda yenmesi, özellikle iyot eksikliği ortamında guatr ve hipotiroidizm gelişimi ile ilişkilendirilmiştir.

Amiodaron

Günümüzde ventriküler aritmi, paroksizmal supraventriküler taşikardi, atriyal fibrilasyon, atriyal "flutter" gibi aritmilerin tedavisinde ve aritmi ataklarının önlenmesinde sıklıkla tercih edilen sınıf III antiaritmiktir.

Amiodaron benzofuranik türevi bir ilaç olup, yapısı tiroksine çok benzemektedir. Ağırlığının %37'sini iyot oluşturmaktadır. Her gün molekülün %10'u deiodinize olmaktadır. Yaklaşık 75 mg iyot bulunduran 200 mg'lık tabletin alınması sonrası günde 6 mg iyot dolaşıma salınmaktadır. Günlük önerilen iyot alımı 150-200 µg arasında olduğu göz önüne alındığında amiodaron tedavisi 50-100 kat daha fazla iyot salınımına neden olmaktadır. Amiodaronun yarı ömrü 52,6±23,7 gün iken metaboliti olan desetilamiodaronun (DEA) yarı ömrü 61,2±31,2 gündür. Bu nedenle amiodaronun etkileri, kesildikten sonra aylarca devam etmektedir.

İlacın sahip olduğu yüksek iyot içeriği tiroid ve diğer dokular üzerinde olumsuz etkilere sahip olduğundan kullanımını kısıtlamaktadır.

Amiodaron intrensek ve iyoda bağlı olarak iki farklı yol ile tiroid fonksiyonlarını etkiler

Amiodaron ile tedavi edilen hastaların %15-20' sinde amiodarona bağlı tirotoksikoz (ABT) veya hipotiroidi gelişmektedir. İyot yeterli bölgelerde amiodarona bağlı hipotiroidi sık görülürken,

iyot yetersiz bölgelerde ABT daha sıktır. Her iki tip tiroid disfonksiyonu da amiodaron tedavisinin erken veya geç döneminde ortaya çıkabilir. Normal tiroid dokusu zemininde gelişebilecekleri gibi nodüler guatr, otoimmün tiroidit veya latent Graves hastalığı zemininde de gelişebilirler.

Amiodaronun Tiroid Fonksiyon Testleri Üzerine Etkileri

Ötiroid olan hastaların çoğu ötiroid olarak kalır, ancak tüm hastalarda tiroid testleri erken (≤ 3 ay) ve kronik dönemde (> 3 ay) bazı değişikliklere uğrar. Amiodarona bağlı iyot yükünün artması ile tiroid bezi duruma adapte olur, iyot organifikasyonu inhibe olur ve tiroid hormon yapımı azalır, T4 düzeylerinde geçici bir azalma görülür (Wolff-Chaikoff etkisi). Ayrıca intraselüler T4 transportunun ve pitüiter D2 aktivitesinin inhibisyonu ve T3'ün hipofiz reseptörüne bağlanmasının inhibisyonu az da olsa tiroid hormonlarının azalmasına katkıda bulunur. Tiroid hormon yapımının azalması erken dönemde serum TSH konsantrasyonunun artmasının en önemli sebebidir. Hemen sonrasında, çoğu kişi tiroidin iyot bağımlı baskılanmasından kurtulur (kaçış fenomeni), böylece amiodaronun deiyodinaz aktivitesi ve tiroid hormon reseptörü üzerine olan inhibitör etkisi ön plana çıkar.

Ötiroid kişilerde serum total T4 ve serbest T4 konsantrasyonu tedavinin ilk ayında %20-40 artar. Serum T3 konsantrasyonu ilk birkaç haftada %30 kadar azalır ve deiyodinaz enzim aktivitesinin artması ile *reverse* T3'de (rT3) %20 artış gözlenir. Serum TSH konsantrasyonu ise tedavi başladıktan çok kısa bir süre hafif artış gösterir. Ama tedavi > 3 ay olduğunda TSH konsantrasyonu normale döner, total T4, serbest T4 ve rT3 konsantrasyonları hafif yüksek-yüksek normal kalırken serum T3 konsantrasyonu düşük-normal düzeylerde dir.

Tablo 2. Amiodaronun Tiroid Üzerindeki Etkileri

İntrinsik ilaç etkileri	İyodun indüklediği etkiler
Hücre içerisine tiroid hormon girişinin engellenmesi	Alta yatan Hashimoto hastalığı olanlarda Wolff-Chaikoff etkiden kaçış mekanizmasının bozulması, hipotiroidizm gelişimi
Tip 1 ve Tip 2 5' deiyodinaz inhibisyonu Total ve serbest T4 \uparrow rT3 \uparrow T3 \downarrow TSH \uparrow	İyoda bağlı tiroid otoimmünitinin tetiklenmesi, alta yatan tiroid hastalığının doğal seyrinin bozulması, hipotiroidizm gelişimi
T3'ün reseptörüne bağlanmasında azalma, tiroid hormon antagonizma ve muhtemel doku hipotiroidizmi	Alta yatan otonom tiroid nodülü veya latent Graves hastalığı varlığında hipertiroidizm gelişimi (Jod-Basedow etki)
Tiroid sitotoksitesite Destrüktif tiroidit (Tip 2 AIT)	

Tablo 3. Ötiroid Bireylerde Amiodaronun Tiroid Fonksiyonları Üzerine Etkisi

Hormon	Akut etki (≤3 ay)	Kronik etki (>3 ay)
Total ve sT4	↑ %50	Bazale göre ↑ %20-40
sT3	↓ %15-20, düşük-normal seviyede kalır	↓ %20, düşük-normal seviyede kalır
TSH	↑ %20-50, geçici, sıklıkla <20 mU/L	Normalize olur

Lityum

Bipolar duygudurum bozukluk tedavisinde kullanılan bir ajandır. Tiroid hormonunun tiroid bezinden salgılanmasını inhibe eder, aynı zamanda iyot tutulması ve tirozin rezidülerinin birleşmesi üzerine etkileri vardır. Altra yatan otoimmün tiroid hastalığı olan hastaların %15- 40'ında T4 konsantrasyonlarında düşme ve TSH konsantrasyonlarında yükselmeye neden olur. Daha sık olarak subklinik hipotiroidiye sebep olurken %15 vakada hipotiroidi aşıkardır.

Lityuma bağlı hipotiroidi prevalansı %17.6, hipertiroidi prevalansı %1-1.7' dir. Lityum tedavisinden önce tiroid hormonları (sT3 ve sT4), TSH, anti-TPO, (gerekten vakada anti-Tg) ölçülmelidir. Tiroid otoantikörleri pozitif olan hastalarda lityuma bağlı hipotiroidinin ortaya çıkma olasılığı daha yüksektir. Başladıktan hemen sonra veya uzun yıllar sonra ortaya çıkabileceğinden düzenli olarak TFT takibi önerilir. Tedavi yaklaşımı klasik hipotiroidizm yaklaşımı ile aynıdır. Lityuma bağlı hipotiroidi geliştiğinde ilacın kesilmesi gerekmez.

Lityum daha nadir olarak sessiz tiroidit, Graves hastalığı, hipertiroidi olmaksızın Graves orbitopati bildirilmiştir.

Lityumun tiroid hormon sekresyonunu inhibe edici etkisi ile ağır hipertiroidide adjuvan tedavi olarak kullanılabilir. Ayrıca radyoaktif iyodun intratiroidal konsantrasyonunu artırmak için Graves hastalığı ve tiroid kanser tedavisinde de kullanılabilir. Ancak terapötik doz aralığı çok dardır.

II. Tiroid hormonlarının transportunu veya etkisini değiştiren ilaçlar

Pekçok ilaç *in vitro* olarak yüksek dozlarda uygulandığında T4 ve T3 bağlanmasını inhibe eder, ancak *in vivo* olarak bu etki görülmez.

Tiroksin bağlayıcı globulin (TBG) konsantrasyonunun etkileyen ilaçlar paralel olarak total tiroid hormon konsantrasyonunu etkiler, ancak serbest hormon konsantrasyonları etkilenmez. Ötiroid kişilerde TBG' deki değişikliklerin klinik bir önemi yoktur. Levotiroksin replasman tedavisi

almakta olan hipotiroid hastalarda TBG artışı olduğunda doz ihtiyacı da artar, aynı şekilde TBG de azalma olduğunda doz ihtiyacı da azalır.

Non-steroid anti-inflamatuar ilaçlar (salisilatlar, fenklofenak)

Salisilatlar T4 ve T3' ün TBG ve transtiretine bağlanmasını inhibe ederek total T4 ve T3 konsantrasyonlarında azalmaya neden olur. Fenklofenak da T4' ün bağlanma noktalarından ayrılmasına neden olur.

Furosemid

Furosemid T4' ün protein bağlanmasını inhibe eder. Bu etki, oral yolla 100 mg/gün' den daha yüksek dozlarda kullanıldığında veya intravenöz yolla yüksek dozlarda kullanıldığında görülmektedir. Böbrek yetmezliği bu etkiyi daha da artırır.

Heparin ve yağlı asitler

Fraksiyone ve fraksiyone olmayan heparin nadir de olsa geçici olarak sT4 ve sT3 artmasına sebep olabilir. Bu artış, dolaşımda serbest yağ asitlerinin artışına bağlı olarak T4 ve T3'ün TBP'den ayrılmasına bağlıdır. Hafif olan bu artışlar takip ve tedavi gerektirmez. Mümkünse TFT değerlendirilmesi heparin tedavisinden önce yapılmalıdır.

Heparin direkt olarak TBG' yi etkilemez, ancak *in vivo* olarak sT4' de geçici bir artışa neden olur. Bu etki, heparine bağlı lipoprotein lipaz aktivitesi ile trigliseridden non-esterifiye yağlı asitlerinin ayrılması, non-esterifiye yağlı asitlerinin de bağlanma proteinlerinden tiroid hormonunu ayırması ile ortaya çıkar ve serbest T4 fraksiyonunun artmasına neden olur. Düşük dozlarda heparin ve enoksaparin ile de bu etki görülebilir. Enoksaparin uygulamasından 10 saat sonra sT4 ölçülmesi ile bu etki en aza indirgenebilir. Ancak bu değişikliklerin çoğu kez klinik önemi yoktur, takip ve tedavi gerektirmez.

Östrojen ve Selektif Östrojen Modülatörleri (SERM'ler): Tamoksifen, Raloksifen)

Endojen veya ekzojen olarak artan östrojen serum TBG konsantrasyonlarında artışa, TTR' de azalmaya neden olur. Ayrıca östrojen, TBG oligosakkarid yan zincirlerinin kompozisyonunda değişikliğe sebep olarak klirensinin azalmasına neden olur. Östrojenler TBG artışının en sık görülen sebebidir. Bu etkileri doz bağımlıdır, düşük doz östrojen içeren oral kontraseptiflerde bu etki nispeten daha düşüktür. Postmenopozal kadınlarda, transkadınlarda kullanıldığında da görülür. Transdermal östrojenlerin etkisi de oral formlara göre daha düşüktür. Tamoksifen ise paradoksik bir etki gösterir. Östrojene bağlı TBG artışını bloke eder, ancak postmenopozal kadında uygulandığında TBG artışına neden olur. Raloksifenin ise TBG üzerine etkisi minimaldir.

TBG artışı serum T4, T3 ve rT3 artışına neden olur. TBG konsantrasyonundaki artışın erken dönemlerinde sT4 ve sT3 konsantrasyonlarında geçici bir artış olsa da olay kararlı duruma

geldiğinde sT4 ve sT3 normaldir. Ovülasyon indüksiyonu sırasında hızlı östrojen artışına bağlı TSH ve sT4 konsantrasyonlarında artış görülür.

Androjenler

Androjenler TBG' de azalmaya neden olur, T4 ve T3 düşer. TTR ise artar. Östrojenler gibi serbest hormon konsantrasyonları ve degrade olan günlük hormon konsantrasyonları normal kalır.

III. Periferel tiroid hormon metabolizmasını ya da hücreseel düzeyde tiroid hormon girişini etkileyen ilaçlar

Tiroid hormon metabolizmasının major yolağı karaciğerde deiyodinasyon ve sulfasyon, karaciğer ve böbrekte glukoronidasyonudur. Karaciğerde sitokrom P450 CYP3a ile oksidatif deamidasyon ise minör bir rol oynar. İlaçlar, tüm bu yolaklar aracılığıyla tiroid hormon metabolizmasını etkileyebilir.

III a. Sitokrom P450' yi indükleyen ilaçlar

Fenitoin, karbamazepin, fenobarbital gibi antiepileptikler, selektif serotonin "uptake" inhibitörü olan sertralin tiroid hormon metabolizmasının artırır.

Rifampin T4, sT4 ve rT3' de belirgin azalma, T3' de hafif artışa neden olurken TSH etkilenmez. Ötiroid bireylerde artan klirensi kompanse edebilmek için T4 yapımı artar. Tiroid volümünde artışa da sebep olabilir.

Replasman tedavisi alan hipotiroid hastalara bu ilaçların eklenmesi durumunda levotiroksin doz artışı, tedavinin kesilmesi durumunda da doz azaltımı gerekir.

Ritonavir

HIV tedavisinde kullanılan retroviral proteaz inhibitörüdür. Yüksek Aktiviteli Antiretroviral Tedavi (HAART) HIV tedavisinde standart hale gelmiştir ve bu tedavi başladıktan birkaç hafta sonra immun rekonstitüsyon inflamatuvar sendromu olarak adlandırılan ve CD4+ hafıza hücrelerinde artış ile karakterize bir tablo gelişir. HAART ile tedavi edilen hastaların %1-2' sinde tedavinin birinci yılından sonra Graves hastalığı gelişir. Kök hücre naklinden sonra kullanıldığında ise tedavinin 16-28 ayında Graves hastalığı gelişebilir.

III b. T4 ve T3' ün deiyodinasyonunu inhibe eden ilaçlar

Propiltiourasil

Tiyonamidler içerisinde sadece PTU' nun DIO1 aktivitesini ihibe ederek T4' ün T3' e dönüşümünü baskılar. Ancak PTU' nun deiyodinasyonu bloke edici özelliği çok güçlü değildir ve bu etkiyi yüksek dozlarda gösterir.

Propranolol ve Nadolol

Tirotoksikoz semptomlarını kontrol etmek amacıyla kullanılan beta blokerler enzimatik aktiviteyi inhibe etmekten ziyade yüksek dozlarda kullanıldığında T4' ün hücreye transportunu azaltarak membran etkilerini azaltırlar.

Ötiroid bireylerde monodeiyodinasyonun inhibisyonu T4, sT4 artışına, TSH azalmasına ve TRH' ya TSH yanıtında azalmaya neden olur. Bu etkiler metoprolol, atenolol gibi beta blokerler ve labetalol (alfa ve beta bloker) kullanımında görülmez. Propranolol 160 mg/gün kullanıldığında tiroksin monodeiyodinasyonunu inhibe eder ve serum T3 konsantrasyonunda düzelme ve sT4' de artışa neden olur.

IV. Tiroid hormonunun emilimini etkileyen ilaçlar

Demir

Oral ferröz sülfat olarak alınan demir levotiroksinin emilimini azaltarak TSH artışına sebep olmaktadır. Fe³⁺ bir atomunun üç T3 molekülüne bağlanması ile barsaktan emilemeyen insolubl kompleks haline gelir. Levotiroksin ile demir preparatları arasında zaman farkı olmalıdır.

Kalsiyum karbonat

Kalsiyum karbonat, fosfat bağlayıcılar da T4 preparatlarının emilimini azaltır.

Safra asidi bağlayıcı reçinler, kolestiramin, kolestipol, kolesevelam tiroid hormonuna bağlanır ve absorpsiyonunu azaltır. Ötiroid olan hastalarda bu reçinlerin tiroid hormonları üzerine etkisi yoktur ama hipotiroid hastalarda T4 ile safra asidi bağlayıcı reçinler arasında birkaç saat olmalıdır.

Proton pompa inhibitörleri

Tiroid hormonunun emilimi için mide asiditesi gereklidir. Proton pompa inhibitörleri ve mide asit sekresyonunu azaltan diğer ilaçlar tiroid hormon emilimini azaltırlar. Levotiroksin almakta olan hastalarda proton pompa inhibitörü başlanması gerektiğinde levotiroksin dozu artırılmalıdır.

Siprofloksasin ve orlistat da bilinmeyen bir mekanizma ile tiroid hormon emilimini bozmaktadır.

V. İmmünyetede Değişiklik Meydana Getirerek Tiroid Fonksiyonlarını Etkileyen İlaçlar

Sitokinler

İnterferon, interlökin, tümör nekroz faktör gibi sitokinler hepatit gibi enfeksiyonlar, malign melanom, renal hücreli karsinom gibi malignitelerin tedavisinde kullanılmaktadırlar. Çeşitli sitokinler tiroid hormon sekresyon ve metabolizmasını değiştirir. Özellikle, IF- α ve IL-2 alta yatan kronik otoimmün tiroiditi olan bireylerde hipotiroidizme neden olabilir. Tiroid otoantikor pozitif olan kişilerde sitokin tedavisi sırasında tiroid disfonksiyonu gelişme riski daha yüksektir. Bu nedenle, sitokin tedavisi başlanmadan önce TFT ve tiroid otoantikorları değerlendirilmesi tavsiye edilir. Tedavi yaklaşımı klasik hipotiroidizm yaklaşımı ile aynıdır. Nadiren bu ilaçlar otoimmün tiroiditi olan bireylerde Graves hipertiroidizmine yol açar. Tanı ve tedavi yaklaşımı klasik hipertiroidizm yaklaşımı ile benzerdir.

İmmün Kontrol Noktası İnhibitörleri

İmmün-kontrol noktası inhibisyonunda birincil hedefler arasında Programlanmış hücre ölüm-1 (PD-1), PD-1 ligandı (PD-L1) reseptörleri ve Sitotoksik T-lenfosit-ilişkili antijen 4 (CTLA-4) yer almaktadır. PD-1'e ve PD-L1'e karşı antikorlar geliştirilmekte olup birçok malignitede büyük umutlar vaat etmektedir. PD-1'i hedefleyen Nivolumab ve Pembrolizumab ve PD-L1'i hedef alan atezolizumab, avelumab ve durvalumab çeşitli endikasyonlarda kullanım onayı almışlardır. Malign melanom, küçük hücreli dışı akciğer kanseri baş-boyun kanserleri, renal hücreli karsinom, Hodgkin lenfoma gibi solid tümörlerde kullanılmaktadır. Bu ajanlar, bağışıklık sisteminin aktivasyonunu sınırlamak ve böylece kanser hücrelerinin immün-aracılıklı yıkımını engellemek için kanser hücreleri tarafından kullanılan sistemleri hedefler. Aynı mekanizma ile hipofiz ve tiroid bezini de etkilerler. Sessiz tiroidit, Graves hastalığı, hipotiroidiye sebep olabilirler. Bu durumlar ilacın kesilmesini gerektirmez ve konvansiyonel yollarla tedavi edilirler.

Anti-CD52 Antikor (Alemtuzumab)

Alemtuzumab CD52'ye karşı gelişen bir monoklonal antikordur. B-hücreli kronik lenfositik lösemi ve MS tedavisinde onaylıdır. İlginç olarak MS nedeniyle kullanılan hastaların 1/3'ünde otoimmün tiroid hastalığı saptanırken, lösemide bildirilmemiştir. Adacık hücre transplantasyonu sonrasında da görülebilir. Tedavi başladıktan sonra haftalar içinde tiroid disfonksiyonu gelişebilir, ancak en sık tedavinin ilk 3 yılında ortaya çıkar. En sık görülen tiroid problemi Graves hastalığıdır (vakaların %20-30'unda) ve en sık da TRAb pozitif vakalarda görülür. Hastaların büyük kısmında aşikar hipertiroidi vardır ve bir kısmına oftalmopati de eşlik eder. Hipertiroidi spontan remisyona girebileceği gibi bir kalıcı çözüm de gerektirebilir. Alemtuzumab alan hastaların %5-7'sinde hipotiroidi gelişir. Hipotiroidi daha çok anti-TPO antikor pozitif olanlarda gelişir ve sıklıkla kalıcıdır. Nadiren sessiz tiroidit gelişebilir.

Tirozin kinaz inhibitörleri (TKİ)

Sunitinib, sorafenib, imatinib, motesanib bu grup ilaçlardır. Kanser tedavisinde kullanılan TKİ, TFT'de anormalliğe yol açabilir. Bu ilaçlar %14-85 oranda TSH yüksekliği riski ile birlikte. Bu TSH yüksekliği geçici veya kalıcı olabilir. Bazen de sessiz tiroidit formunda tirotoksikoz tablosuna yol açabilirler. Tiroid otoantikorları negatif olabilir. Bu ilaçlara bağlı olarak ortaya çıkan hipotiroidi ve hipertiroidi destrüktif tiroidite bağlı olduğu öne sürülmekle birlikte; tiroid peroksidaz ile interferans, tiroid vaskülarizasyonun inhibisyonuna bağlı tiroid atrofisi de öne sürülen mekanizmalardandır. Subklinik hipotiroidi geliştiğinde takip edilmeli, kalıcı olduğu

düşünülen vakalarda levotiroksin replasmanı başlanmalıdır. Tiroid dokusu olmayan hastalarda da TSH yükselmesine yol açabilir. Bu etki tiroid hormon metabolizmasını değiştirmesi ile ilişkili olabileceği öne sürülmüş ve yapılan çalışmalarda da Tip 3 deiyodinaz enzim artışına bağlı olduğu gösterilmiştir. Levotiroksin replasman tedavisi almakta olan hastalarda tiroid hormon replasman dozunda artış ihtiyacı görülebileceği unutulmamalı ve TKİ tedavisi başladıktan sonra erken TFT kontrolü yapılmalıdır.

Tablo 4. Ötiroid kişilerde tiroid test sonuçlarında yalancı bozukluğa neden olan ilaçlar

İlaç	Sınıf	Test Sonuçları			Taklit ettiği durum
		TSH	sT4	T3	
Amiodaron	Sınıf III antiaritmik	Normal referansın üst limiti	Yüksek	Normal referansın alt limiti	TSH salgılayan hipofiz adenomu, tiroid hormon direnci
Biotin	Mikrobesin	Düşük	Yüksek	Yüksek	Hipertiroidi
Karbamazapin Fenitoin	Antiepileptik	N	Düşük	Normal referansın alt limiti	Santral hipotiroidi
Enoksaparin Heparin	Antikoagulan	N	Yüksek	Yüksek	TSH salgılayan hipofiz adenomu, tiroid hormon direnci
Salisilat	Antiinflamatuvar	N	Normal referansın alt limiti	Normal referansın alt limiti	

Kaynaklar

1. Koukoku EG, Roupas ND, Markou KB. Effect of excess iodine intake on thyroid on human health. *Minerva Med* 2017;108:136-146.
2. Skelin M, Lucijanić T, Amidžić Klarić D, et al. Factors affecting gastrointestinal absorption of levothyroxine: A review. *Clin Ther* 2017;39:378-403.
3. Kornelius E, Chiou JY, Yang YS, et al. Iodinated contrast media-induced thyroid dysfunction in euthyroid nodular goiter patients. *Thyroid* 2016;26:1030-8.
4. Henry B. Burch. *N Engl J Med* 2019;381:749-61.
5. Lupoli R, Di Minno A, Tortora A, et al. Effects of treatment with metformin on TSH levels: a meta-analysis of literature studies. *J Clin Endocrinol Metab* 2014;99:E143–E148.
6. Bartalena L, Bogazzi F, Chiovato L, Hubalewska-Dydejczyk A, Links TP, Vanderpump M. 2018 European Thyroid Association (ETA) guidelines for the management of amiodarone-associated thyroid dysfunction. *Eur Thyroid J* 2018;7:55-66
7. Bogazzi F, Bartalena L, Gasperi M, Braverman LE, Martino E. The various effects of amiodarone on thyroid function. *Thyroid* 2001;11(5):511-19.
8. Harjai KJ, Licata AA. Effects of amiodarone on thyroid function. *Ann Intern Med* 1997; 126: 63-73.

TİROİD DIŞI HASTALIK SENDROMU (TDHS)

Doç Dr. Ziyet Alphan, Dr. Burak Özbaş

Tanım

Tiroid dışı hastalık sendromu (diğer isimleri ile ötiroid hasta sendromu veya düşük T3 sendromu); ilk olarak 1970'li yıllarda T3 (triiodotironin), T4 (tiroksin) ve TSH (tiroid stimüle edici hormon) ölçümü için radyoimmünassay kitlerinin geliştirilmesiyle birlikte tespit edilen ve özellikle kritik hastalık nedeniyle serviste/yoğun bakımda yatan hastalardaki tiroid fonksiyon testlerindeki değişimi tanımlayan bir tablodur.

Her ne kadar tiroid dışı hastalık sendromu (TDHS) olarak adlandırılrsa da aslında bu tablo tam olarak bir sendrom olmayıp yatan hastalarda %70'lere varan oranda gelişen ve hipotalamik-pituitar-tiroid aksında ortaya çıkan değişiklikleri tanımlamaktadır ^{1,2}. Düşük T3'ün akut süreçte artmış katabolizmaya karşı bir savunma yanıtı olduğu düşünölmektedir. Hem insan hem de deneysel çalışmalar sonucu kritik durumlarda, hipotalamik ve periferik doku düzeyinde düşük tiroid hormon seviyesi oluşmasının adaptif bir sonuç olduğu düşünölmektedir. Ancak TDHS 'nin uzun süreli kritik hastalıkta patogenezi daha karmaşıktır. Yani, tiroid hormon düzeylerinde sonraki geç evrelerdeki değişiklikler, klinik koşullara bağlı olarak mal adaptif olabilir.

1. Tanı ve Bulgular

TDHS'de tanı daha çok laboratuvar bulgularına dayanmaktadır. Bilinen herhangi bir tiroid hastalığı bulunmayıp kritik hastalığı olan vakalarda tiroid hormon seviyelerinde anormallikler saptanmaktadır. TDHS'nin kritik hastalardaki önemi, tablonun bu hastalarda prognostik önem taşımasıdır ³. Buna ek olarak TDHS, hastaların yoğun bakım takibi sonrasında miyokard infarktüsü, kalp yetmezliği ve akut inme hastalarındaki kısa ve uzun dönem sağ kalımın da bağımsız bir prediktörüdür ⁴.

TDHS'de laboratuvar bulguları farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır (Tablo 1 ve 2).⁵ Hafif hastalıkta total T3 ve serbest T3 düşüklüğü ve bunun tam tersi şekilde rT3 yüksekliği olurken, daha ciddi tablolarda buna T4, serbest T4 ve TSH seviyelerindeki düşüş de eklenebilmektedir^{3,6,7}. Ayrıca hem deneysel hayvan hem de klinik çalışmalar, TDHS sırasındaki doku TH konsantrasyonlarının serum düşük TH konsantrasyonlarını yansıtmadığını ve çalışılan organa ve hastalık türüne göre azalabileceğini, değişmeden kalabileceğini ve hatta artabileceğini göstermiştir.

TDHS'ye yol açabilecek tiroid dışı akut ve kronik pek çok kritik hastalık bulunmaktadır. Bu hastalıklar arasında uzun süredir bilinen sebepler (pnömoni, uzun süreli açlık, anoreksiya nervoza, sepsis, stres, cerrahi travma, kardiyopulmoner bypass, miyokard infarktüsü, maligniteler, yanıklar, organ nakli, kalp yetmezliği, hipotermi, inflamatuvar barsak hastalıkları, renal yetmezlik ve diyabetik ketoasidoz) bulunmakla birlikte, son yıllarda ortaya çıkan COVID-19 pandemisinin de TDHS'ye yol açtığı pek çok farklı çalışmada gösterilmiştir ⁸⁻¹⁰.

Tablo 1. Hipotiroidi ve tiroid dışı hastalık sendromunda tiroid fonksiyon testlerindeki değişiklikler

	TSH	T4	sT4	T3	r T3
Primer hipotiroidi	↑↑	↓	↓	↓/=	↓
Santral Hipotiroidi	↓/=	↓/=	↓/=	=	↓
TDHS, akut faz	=	≠/↑	≠/↑	↓	↑
TDHS, kronik faz	↓	↓	↓	↓↓	≠/↑
TDHS, iyileşme fazı	≠/↑	↓/=	↓/=	↓/=	Değişken

TSH: Tirotropin, T4: tiroksin, sT4: Serbest tiroksin, rT3: Revers triiyodotironin

↑: Yüksek, ↓: Düşük, =: Normal, TDHS: tiroid dışı hastalık sendromu

Tablo 2. TDHS’de tiroid hormon değişimlerinin olası mekanizmaları

Tiroid hormonlarının değişimleri	Olası mekanizmalar
Düşük sT3	Deiyodinaz aktivitesinin inaktivasyonu Malnütrisyon Serbest radikaller Hiperkortizolemi İlaçlar T4 doku alımının azalması Selenyum eksikliği Dolaşımda inhibitörlerin varlığı Sitokinler rT3 artması Bağlayıcı proteinlerin azalması TSH veya etkisinin azalması
Yüksek rT3	Klerensinin azalması Deiyodinaz aktivitesinin inaktivasyonu Doku alımının azalması
Yüksek sT4	Bağlayıcı proteinlerin artması Klerensinin azalması Doku alımının azalması
Düşük sT4	Bağlayıcı proteinlerin azalması Dolaşımda inhibitörlerin varlığı İlaçlar Klerensinin artması TSH veya etkisinin azalması
Düşük TSH	Stres hormonlarının artması İlaçlar Hipotalamik-pitüiter-tiroid aks disregülasyonu Glikozilasyon azalması
Yüksek TSH	İyileşme sonrası olası supresif faktörlerin düzelmesiyle geçici yükselme

(TSH: Tirotropin, sT4: Serbest tiroksin, sT3: Serbest triiyodotironin, rT3: Revers triiyodotironin)

2. Patogenez

Hipotalamo-pituiter-tiroid aksı sağlıklı durumlarda geri besleme ile çalışmaktadır. TSH anterior hipofizdeki tirotrop hücrelerden sentezlenir ve pulsatil olarak hafif bir sirkadyen ritim ile salınır. Yarı ömrü bir saat olan TSH, tiroid hormonların sentez ve salınımindaki tüm yolları aktive etmektedir. Hipotalamustan salınan tirotropin salgılatıcı hormon (TRH) ise TSH sentez ve salınımını stimüle eder. T4 ve T3'ün hem hipotalamus hem de hipofiz üzerine olan negatif geri besleme etkisi ile dolaşımdaki tiroid hormon homeostazı tamamlanmaktadır. Tiroid folikül hücreleri, içinde monoiyodotirozin ve diiyodotirozine iyotlanacak olan tirozin moleküllerini barındıran tiroglobuli üretmektedir ve bunlar sonrasında tetrayodotironin T4 ve triiyodotironin T3'ü oluşturacak şekilde birleştirilmektedir. En fazla bulunan tiroid hormonu olan sT4'ün (100 mg/gün) tamamı tiroid bezinde üretilmektedir. Biyolojik aktivitesi çok daha yüksek olan sT3'ün (en az 10 kat) ise sadece %20'si tiroid de üretilirken, kalan kısmı periferik dokularda T4'ten deiyodinasyonla oluşmaktadır. rT3 de yine ekstratiroidal deiyodinasyonla oluşmakla birlikte biyolojik olarak inaktif kabul edilmektedir.

TDHS gelişiminde pek çok farklı mekanizma suçlanmaktadır (Tablo 3)¹¹. Başlangıçta tipik olarak T3'te düşüş, buna karşın rT3'de artış ve en sonunda T4'de düşüş olmakta, T3 ve T4'deki düşüşe rağmen TSH genellikle normal aralıkta kalmaktadır. Akut stres durumunda ilk birkaç saatte T3 düşüşü ve rT3 artışı görülmektedir. Erken dönemde T4-T3 dönüşümü engellendiği için T4 seviyesinde artış olsa da sonraki süreçte T4 de rT3 dönüşümü nedeniyle tüketilir.

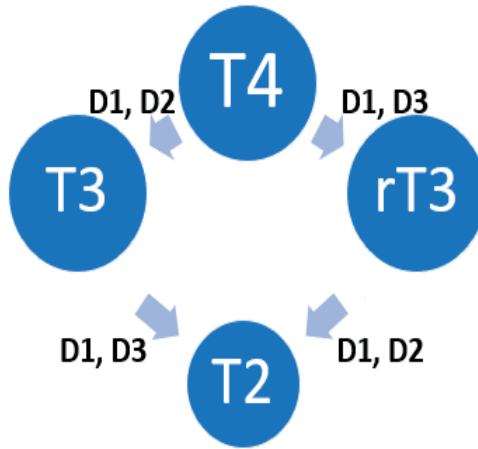
Tablo 3. TDHS'de olası patofizyolojik mekanizmalar

Patogenez	Olası Mekanizma
Deiyodinazlar	D1 ve D2 aracılı T4-T3 dönüşümünde azalma D3 ekspresyonu ve enzim aktivitesinde artış
Tiroid hormon reseptör ekspresyonunda azalma	TRα1/TRα2 ekspresyon artışı TR ekspresyonu kronik hastalıkta artar, akut hastalıkta azalır.
Sitokinler	IL-6 aracılı D1 down-regülasyonu NF-kB aracılı D1 inhibisyonu/ TRα ve TRβ1'de azalma
Hipotalamus – pituiter – tiroid aksı	IFN-α ve IL-1: IL-6 aracılı etki Hipotalamus ve hipofizde tiroid hormon geri besleme dengesinde bozulma TRH'ya bozuk TSH yanıtı TRH ekspresyonunda azalma Hipotalamusta artmış D2 aktivitesi ve T3 biyoyararlanımı İlaçların TRH ve TSH üzerindeki supresif etkileri
Tiroid hormonlarının serum ve/veya hücre salıncılarındaki değişiklikler	TBG düzeyinde azalma MCT8 ekspresyon artışı
İlaçlar	Dopamin, kortikosteroidler Östrojen, oral kontraseptifler Yüksek doz salisilat, fenitoin
Selenyum eksikliği?	D1, D2 ve D3 aktivitesinin sınırlanması

2.1 Deiyodinazlar

Deiyodinasyon hem T4'ün T3'e dönüşerek daha aktif bir tiroid hormonunun açığa çıkmasından hem de T4 ve T3'ün inaktif formlara dönüşmesinden sorumludur (Şekil 1). Tip 1 deiyodinaz

(D1), tip 2 deiyodinaz (D2) ve tip 3 deiyodinaz (D3) olmak üzere üç tip deiyodinaz vardır. Bunlar, iyodürü T4'ten uzaklaştırarak aktive/inaktive eden selenoprotein yapısındadırlar. Tip 1 deiyodinazın en etkili olduğu dış halkada 5' deiyodinasyon olup rT3'ü T2'ye deiyodinize eder. Tip 2 deiyodinaz, 5' deiyodinasyon yapmakla beraber substrat olarak T4'ü tercih eder. Tip 3 deiyodinaz ise iç halkada 5'deiyodinasyon yaparak T3'ü T2'ye ve T4'ü de rT3'e metabolize etmektedir (Şekil 1). TDHS'deki majör bulgu olan azalmış T3 seviyeleri karaciğerdeki D1 aktivitesinin azalması ve buna paralel rT3 yıkımında azalmadır. Bunun karşın, kas kökenli D2 aktivitesinin azalmasının da T3'teki akut düşüşte etkisi tartışmalıdır. Ayrıca D3 aktivitesindeki artışın da T3 seviyesindeki düşüşe etkisi bulunmaktadır^{12,13}. D2; beyinde, tiroid de iskelet kasında ve hipofizde bulunur. Böylece T4'ü T3'e ve rT3'ü 3,3'-diyodotironine (T2) dönüştürür. D2'nin T3'e katkıda bulunduğu ve özellikle beyin ile hipofizdeki T3 üretimi için gerekli olduğu düşünülmektedir.



Şekil 1. Deiyodinasyon türleri

2.2 Tiroid Hormon Reseptörleri

Tiroid hormon reseptörlerinin TDHS'de tiroid hormonlarına azalmış yanıt vermesi de patogeneze katkıda bulunmakta olup, septik şokta TR α ve TR β 1 ekspresyonunda azalma mevcuttur¹³

2.3 Sitokinler

TDHS mekanizmasında proinflatuar sitokinlerden IL-6 ve TNF- α 'nın rolünün kritik olduğu düşünülmekte olup, anahtar rolün ise IL-6'ya ait olduğu düşünülmektedir. IL-6 seviyeleri sT3 seviyesi ile negatif, rT3 seviyesi ile ise pozitif korelasyon göstermektedir¹¹. TNF- α 'nın süreçteki rolü NF- κ B'yı aktive ederek hem D1 mRNA'sındaki T3-bağımlı artışı hem de enzimi inhibe etmektedir. İnterferon- α etkisini IL-6 aracılığıyla T3 ve TSH düşüşünün yanı sıra rT3 artışı ile göstermektedir. Bunlara karşın İnterferon- γ ve IL-1'in ise çok belirgin etkisi saptanmamıştır.

2.4 Hipotalamus – pitüiter – tiroid aksı

TDHS'de TRH'ya TSH yanıtı değişkendir. Ayrıca düşük T3/T4'e karşılık TSH seviyelerinin normal veya düşük olması da dolaşımdaki tiroid hormonlarına hem pitüiter hem de hipotalamik yanıtın bozulduğunu göstermektedir. Bu duruma dolaşımdaki steroidlerin ve tedavi amaçlı

kullanılan glukokortikoidin sebep olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, deneysel çalışmalarda, be-yinde ve özellikle hipotalamusta D2 aktivitesinde artma lokal T3 üretiminde artmaya ve TSH'de anormal baskılanmaya yol açmaktadır. Bu nedenle inflamasyon, muhtemelen artan hipotalamik D2 aktivitesi yoluyla hipofizyotropik TRH nöronlarını inhibe eder, dolayısıyla TDHS sırasında HPT ekseninin hipotalamik down-regülasyonunu açıklayabilir.

2.5 İlaçlar

TDHS gelişen hastaların büyük çoğunluğu kritik hastalar olup, bu hastalar tiroid hormon seviyelerini etkileyebilecek pek çok ilaç alabilmektedir. Örneğin glukokortikoidler ve dopamin TSH supresyonu ve T4-T3 dönüşümünü bozarken, östrojen, oral kontraseptifler, yüksek doz salisilat ve fenitoin tiroid bağlayıcı globuline tiroid hormonların bağlanmasını bozarak hormon konsantrasyonunu etkilemektedir (Tablo 4).

2.6 Selenyum

Selenyum eksikliğinin başta D1 olmak üzere tüm deiyodinazların katalitik aktivitesinde bozulmaya yol açtığı iddia edilse de bu iddiayı destekleyen yeni çalışmalar çıkmamıştır.

Tablo 4. Yoğun bakım/yoğun bakım dışı kullanılan çeşitli ilaçların tiroid hormonlarına etkileri

İlaç	Mekanizma
Dopamin	TRH'ya TSH yanıtının azalışı ve TSH supresyonu
Kortikosteroidler	Hem bazal hem de TRH aracılı TSH salınımı supresyonu, Periferik deiyodinasyon supresyonu
İyot içeren kontrast maddeler	Karaciğerde T4-T3 dönüşümünde azalma, Tiroid hormon sentez ve salınım azalışı
Amiodaron	Karaciğerde T4-T3 dönüşümünde azalma Tiroid hormon sentez artışı, destrüktif tiroidit
Fenitoin	T4- T3 dönüşümünde artış (düşük fT4, düşük total T4), Tiroid bağlayıcı proteine tiroid hormon bağlanmasının supresyonu, tiroid hormon metabolizması artışı, T4'ün hücrel alımının artışı
Heparin	Tiroid bağlayıcı proteine tiroid hormon bağlanmasının supresyonu, T4'ün hücrel alımının azalışı
Propranolol, propiltiourasil	T4-T3 dönüşümünde azalma
Dobutamin, Oktreotid	TSH salınımı supresyonu
Karbamazepin, Rifampin, Fenobarbital	T4 Klirinde artış
Biotin	İnterferans
Salisilat	Tiroid bağlayıcı proteine tiroid hormon bağlanmasının supresyonu
Lityum	Tiroid hormon salınım azalışı, tiroid glanda iyot girişinin azalışı

(TSH: Tirotropin, sT4: Serbest tiroksin, sT3: Serbest triiyodotironin, TRH: Tirotropin uyarıcı hormon)

3. Ayırıcı Tanı

Tiroid hastalıkları ile TDHS arasındaki ayırıcı tanı bezen güçlük yaratabilmektedir. TDHS'yi ayırt etmede tiroid hastalığını düşündüren hikâye ve klinik muayene oldukça önemlidir. Bilinen bir hipotalamo-hipofizer hastalığı olmayan birinde TDHS'yi sekonder hipotiroididen ayırt etmek için; normal veya yüksek kortizol, gonadotropin ve normal prolaktin serum düzeyi gibi ön hipofiz hormonlarının değerlendirilmesinden yararlanılabilir. Yine de tanı koymak hastalığın düzelmesine kadar gecikebilir.

Bazı hastalarda TSH düzeyinde yükselme, baskılanmış hipofizer tiroid aksta düzelmeye işaret eder. Yoğun bakım ünitesinde yatan ve nörolojik problemleri olan hastalarda hipotermi, bradikardi, respiratuvar asidoz ve plevral efüzyon gibi klinik olarak hipotiroidiyi düşündüren bulgular ile santral hipotiroidi düşünülse bile TDHS'nin de ayırıcı tanıda akılda bulundurulması gerekir^{14,15}.

Yoğun bakım ünitesine kabul edilmeden önce hipotiroidizm olduğu bilinmeyen hastalarda, primer hipotiroidizm tanısı zor olabilir, çünkü yoğun bakım ünitesindeki hastaların çoğunda TDHS nedeniyle serum tiroid hormonları, özellikle T3 azalır. Primer hipotiroidizm ve TDHS kombinasyonu olan hastalarda serum TSH konsantrasyonu hala yüksektir ve levotiroksin tedavisine yanıt verir. Bununla birlikte, hipotiroidizmi olan hastalardan, özellikle dopamin veya yüksek dozlarda glukokortikoidler verilenlerde, hastalığın akut fazında yüksek serum TSH konsantrasyonunun düşebileceği akılda tutulmalıdır. Düşük serum T4'le birlikte yüksek serum TSH, hipotiroidizmin göstergesi olabilir, fakat bu kombinasyon TDHS'dan iyileşen hastalarda da görülebilir¹⁵.

Hipertiroidizmden şüphelenilen (örneğin, paroksizmal atriyal fibrilasyonu olan hasta bir hastada) ve yüksek veya yüksek normal serbest T4 ile TSH <0,05 mU/L olan hastalarda, hipertiroidizm ile TDHS arasında ayırım yapmaya yardımcı olmak için total T3'ü (ve bazen total T4'ü) ölçmek gerekebilir. Hipertiroidizmden şüphelenilen kritik hastalarda (TSH genellikle <0,01 ancak 0,05 mU/L kadar yüksek olabilir ve normal veya yüksek normal serum T4 ve/veya T3), TDHS 'den iyileştikten sonra yeniden değerlendirme planıyla birlikte antitiroid ilaç tedavisi önerilebilir¹⁵.

3.1 Edinilmiş transient santral hipotiroidizm:

Şiddetli TDHS olan hastalar geçici santral hipotiroidizme sahip olabilir^{1,15}. Bu durum aşağıdaki gözlemlerle desteklenmektedir:

- Tiroid dışı hastalığı olan hastalarda, diğer nedenlere bağlı santral hipotiroidizmi olanlara benzer şekilde, geceleri serum TSH konsantrasyonlarında künt bir artış olur, ancak genellikle TRH'ye normal bir serum TSH yanıtı vardır.
- TSH biyoaktivitesini azaltabilen TSH glikozilasyonundaki anormallikler, tiroid dışı hastalığı olan hastalarda ve ayrıca santral hipotiroidizmi olan hastalarda bulunmuştur.
- Hipotalamusun paraventricüler çekirdeğindeki TRH mRNA, bir raporda tiroid dışı hastalıktan ölen hastalarda azalmış ve ölüm öncesi serum T3 ve TSH konsantrasyonları ile koreledir.
- Kritik hastalığı olan hastalarda TRH (protirelin) infüzyonu serum TSH, T4 ve T3 konsantrasyonlarını yükseltir.

4. Tedavi

Uzun süreli kritik hastalığı olanlarda tiroid hormon konsantrasyonlarını normalleştirmeyi amaçlayan müdahalelerin yararlı olup olmadığı şimdiye kadar tatmin edici bir şekilde yanıtlanamamıştır. Genel olarak, düşük serum T3 ve/veya düşük T4 konsantrasyonları olan kritik hastalarda tiroid hormon replasmanı faydalı görünmemektedir. TDHS sadece hastalık sırasında azalan serum tiroid hormon (TH) konsantrasyonlarıyla sınırlı değildir, aynı zamanda TH metabolizmasındaki organ ve dokuya özgü karmaşık değişiklikleri içerir. Dolayısıyla serumdaki TH konsantrasyonlarını düzeltmek doku TH konsantrasyonlarını ve TH lokal etkisini düzeltmek demek değildir¹⁶.

Düşük serbest T4 indeksi ve serbest T3 indeks seviyeleri olan yanık hastalarında yapılan randomize bir çalışmada, T3 replasmanının plasebo ile karşılaştırıldığında mortalite veya metabolik hız üzerinde etkisi olmamıştır¹⁷. Bir başka çalışmada, düşük serum T4 konsantrasyonları olan 23 kritik hastaya T4 uygulanması, mortaliteyi veya sonucu değiştirmemiştir¹⁸. Hayvan deneyleri ve bazı klinik deneyimler, kardiyopulmoner bypass durumunda T3 replasmanının faydalı olduğunu gösterse de klinik çalışmalar bunu doğrulamamaktadır. Bu hastalarda aritmi insidansı, ameliyattan sonraki 24 saat boyunca inotropik veya vazodilatör ilaç ihtiyacı veya perioperatif morbidite ve mortalite açısından T3 replasmanı alanlar ve plasebo alanlar arasında fark saptanmamıştır¹⁹.

Tartışmalı bir konu da kalp yetmezliği olan hastalarda tiroid hormonu tedavisinin yeri olup olmadığıdır. Dilate kardiyomiyopati hastalarda yapılan küçük bir randomize kontrollü çalışmada, orta süreli (3 aylık) levotiroksin tedavisinin kardiyak performans üzerinde faydalı etkilerini göstermiştir. Buna karşın diğer bir randomize kontrollü çalışmada ise, tiroid hormonu analogu 3,5 di-iyodotiropropionik asidin, kalp yetmezliğinde semptomatik faydaya dair kanıt olmamasına rağmen sadece bazı hemodinamik değişkenleri iyileştirdiğini gösterilmiştir. Bu konuda çalışma sayısı yetersizdir¹⁶.

Son olarak, hipotalamik nöropeptitler (growth hormone releasing hormone, growth hormone releasing peptide 2, gonadotropin releasing hormone, ve TRH), ön hipofiz bezini uyarmak ve böylece plazma konsantrasyonları ve hormon pulsatilesi açısından endokrin işlevi eski haline getirmek amacıyla uzun süreli kritik hastalığı olan hastalarda kullanılmıştır. Bununla birlikte, hipotalamik nöropeptitlerle yapılan çalışmalar kısıtlı sayıda hasta içermektedir. Şu anda, bu nöropeptitler ile tedavinin morbidite ve mortalite açısından klinik fayda sağlayıp sağlamadığı belirsizdir¹⁴.

Özetle, YBÜ'de TDHS 'lu hastalarda tiroid hormon tedavisinin etkinliği hakkında henüz kesin bir sonuca varılamamıştır. Mevcut bilgiler ışığında TDHS'de tiroid hormonu replasmanı öneren kanıta dayalı bir fikir birliği veya kılavuz yoktur.

5. Prognoz

TDHS olan hastalarda tiroid fonksiyonundaki değişikliklerin büyüklüğü, hastalığın ciddiyetine göre değişir. Ciddi sistemik hastalığı olanlarda uzamış fazda düşük T3 ve T4, artmış mortalite ve morbidite ile seyreder ve kötü prognoza işaret eder. Serum T4 düşüklüğü, hormon eksikliğinin bir sonucu olmaktan çok muhtemelen kritik hastalarda multi organ yetersizliğinin göstergesidir^{1,20}. Yine rT3 düzeyi ile mortalite arasında ilişki izlenmiştir. Ciddi derecede hasta olmayan yaşlı popülasyonda rT3 ile yaşam beklentisi arasında ters ilişki izlenmektedir.

Akut hastalığın başlangıcından sonraki ilk 24 saat içinde dolaşımdaki T3'teki düşüşün büyüklüğü, hastalığın ciddiyetini yansıtır ve mortalite ile ilişkilidir. COVID-19 ile hastaneye yatırılan hastalarda da normal tiroid fonksiyonu olanlara kıyasla şiddetli TDHS vakalarında, yoğun bakım ünitesine kabul veya ventilasyon ihtiyacı riskinde artış tespit edilmiştir²¹.

15 bine yakın hastanın dahil edildiği bir meta analizde kardiyovasküler hastalıkları olanlarda TDHS, tüm nedenlere bağlı mortalite ve kardiyak mortalite riskinde artış ile bağımsız olarak ilişkilendirilmiştir²². Yine bir meta analizde, düşük T3 ve normal T3 olan kronik böbrek yetmezliği olan hastaların mortalitesi karşılaştırılmış ve düşük T3 grubunda mortalite, normal T3 grubuna göre daha yüksek saptanmıştır²³.

Bununla birlikte, düşük serum T3 düzeylerinin kritik hastalarda yararlı olabileceğine dair bazı kanıtlar vardır. Kritik derecede YBÜ hastalarında erken ve geç parenteral beslenmenin karşılaştırıldığı randomize bir çalışmada, bir hafta süreyle beslenme eksikliğini tolere etmek, daha az komplikasyon ve organ yetmezliğinden daha hızlı iyileşme ile ilişkilendirilmiştir. Beslenme açığını bir hafta tolere eden hastalarda TSH, T4, T3 ve T3/ters T3 (rT3) oranları daha düşük bulunmuştur ve daha düşük T3 ancak daha yüksek T4, daha fazla erken YB taburculuğu olasılığı ile ilişkilendirilmiştir²⁴⁻²⁶. Bu veriler, açlık ve hastalık sırasında T4'ten T3'e dönüşümün inaktivasyonunun yararlı bir adaptasyon olabileceğini düşündürürken, daha kritik hastalarda "kazanılmış santral hipotiroidizm" nedeniyle çok düşük T4 seviyeleri, zararlı sonuçlarla ilişkilidir.

TEMD Önerileri

- 22A Tiroid hastalığı klinik şüphesi olmadan, YB hastalarında TFT istenmesi gerekli görülmemektedir.
- 22B Kritik hastalarda tiroid fonksiyon bozukluğundan şüphelenildiğinde, tiroid fonksiyonunun değerlendirilmesinde tek başına serum TSH ölçümü yetersizdir. TSH ve serbest T4'ün birlikte ölçümünü önerilir. Bazı klinisyenler, karar vermeyi hızlandırmak için ilk test sırasında total T3 ve total T4'ü de ölçer. Bununla birlikte, teşhis hala şüpheli olabilir.
- 22C Tanıda total ve sT3 düzey düşüklüğü esastır. Hastalığın ciddiyeti ve süresi ile ilgili olmak üzere sırası ile T4 ve TSH'de düşebilir.
- 22D Bazı TDHS hastalarında iyileşme dönemlerinde TSH düzeyinde 20 mU/L'ye varan yükselmeler olabilir. Hipotiroidizmden şüphelenilen ve düşük serbest T4 ile TSH ≥ 20 mU/L olan kritik hastalar tiroid hormon replasmanı ile tedavi edilmeli ve iyileştikten sonra yeniden değerlendirilmelidir.
- 22E Düşük serbest T4 ve total T3'ü olan ve altta yatan bir primer tiroid bozukluğu yokmuş gibi görünen kritik hastalarda, tiroid hormonu ile tedavi edilmemesi önerilmektedir (Grade 1B).
- 22F Koroner arter baypas grefti (CABG) uygulanan daha önce ötiroid olan hastalarda, ameliyattan hemen sonra tiroid hormonu ile tedavi edilmesi önerilmemektedir (Grade 1A).
- 22G Hipertiroidizmden şüphelenilen kritik hastalarda (TSH genellikle $< 0,01$ ancak $0,05$ mU/L kadar yüksek olabilir ve normal veya yüksek normal serum T4 ve/veya T3), TDHS'den iyileştikten sonra yeniden değerlendirme planıyla birlikte antitiroid ilaç tedavisi önerilebilir (Grade 2C).
- 22H Altta yatan hastalığın düzelmesinden sonra TFT yenilenmelidir.
- 22I Ayırıcı tanıda santral hipotiroidi düşünüldüğünde diğer hipofizyotrop ve kortizol hormon düzeyleri ile tanı desteklenebilir.

Kaynaklar

1. Chopra IJ. Euthyroid sick syndrome: Is it a misnomer? *J Clin Endocrinol Metab.* 1997;82(2):329-334. doi:10.1210/jcem.82.2.3745
2. Mebis L, Debaveye Y, Ellger B, et al. Changes in the central component of the hypothalamus-pituitary-thyroid axis in a rabbit model of prolonged critical illness. *Crit Care.* 2009;13(5):1-10. doi:10.1186/cc8043
3. Wang YF, Heng JF, Yan J, Dong L. Relationship between disease severity and thyroid function in Chinese patients with euthyroid sick syndrome. *Med (United States).* 2018;97(31):1-5. doi:10.1097/MD.00000000000011756
4. Iervasi G, Nicolini G. Thyroid hormone and cardiovascular system: From basic concepts to clinical application. *Intern Emerg Med.* 2013;8(SUPPL. 1):71-74. doi:10.1007/s11739-013-0911-4
5. Patki V, Kumbhojkar A, Khilnani P. Sick euthyroid syndrome: A myth or reality. *J Pediatr Crit Care.* 2017;4(4):44. doi:10.21304/2017.0404.00213
6. Golombek SG. Nonthyroidal Illness Syndrome and Euthyroid Sick Syndrome in Intensive Care Patients. *Semin Perinatol.* 2008;32(6):413-418. doi:10.1053/j.semperi.2008.09.010
7. Maiden MJ, Torpy DJ. Thyroid Hormones in Critical Illness. *Crit Care Clin.* 2019;35(2):375-388. doi:10.1016/j.ccc.2018.11.012
8. Zou R, Wu C, Zhang S, et al. Euthyroid Sick Syndrome in Patients With COVID-19. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2020;11(October):1-7. doi:10.3389/fendo.2020.566439
9. Czarnywojtek A, Ochmańska A, Zgorzalewicz-Stachowiak M, et al. Influence of SARS-CoV-2 infection on thyroid gland function: The current knowledge. *Adv Clin Exp Med.* 2021;30(7):747. doi:10.17219/ACEM/139622
10. Naguib R. Potential relationships between COVID-19 and the thyroid gland: an update. *J Int Med Res.* 2022;50(2). doi:10.1177/030006052211082898
11. Pappa TA, Vagenakis AG, Alevizaki M. The nonthyroidal illness syndrome in the non-critically ill patient. *Eur J Clin Invest.* 2011;41(2):212-220. doi:10.1111/j.1365-2362.2010.02395.x
12. Peeters RP, Wouters PJ, Kaptein E, Van Toor H, Visser TJ, Van Den Berghe G. Reduced activation and increased inactivation of thyroid hormone in tissues of critically ill patients. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003;88(7):3202-3211. doi:10.1210/jc.2002-022013
13. Rodriguez-Perez A, Palos-Paz F, Kaptein E, et al. Identification of molecular mechanisms related to nonthyroidal illness syndrome in skeletal muscle and adipose tissue from patients with septic shock. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2008;68(5):821-827. doi:10.1111/j.1365-2265.2007.03102.x
14. Fliers E, Bianco AC, Langouche L, Boelen A. Thyroid function in critically ill patients. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2015; 3:816.
15. Ross DS, Cooper DS, Mulder J E. Thyroid function in nonthyroidal illness. Retrieved Aug 09, 2022. from <http://www.uptodate.com/contents/Thyroid-function-in-nonthyroidal-illness>.
16. Fliers E, Boelen A. An update on non-thyroidal illness syndrome. *Journal of Endocrinological Investigation* (2021) 44:1597-1607.
17. Becker RA, Vaughan GM, Ziegler MG, et al. Hypermetabolic low triiodothyronine syndrome of burn injury. *Crit Care Med* 1982; 10:870.
18. Brent GA, Hershman JM. Thyroxine therapy in patients with severe nonthyroidal illnesses and low serum thyroxine concentration. *J Clin Endocrinol Metab* 1986; 63:1.
19. Klemperer JD, Klein I, Gomez M, et al. Thyroid hormone treatment after coronary-artery bypass surgery. *N Engl J Med* 1995; 333:1522.
20. Durmuş B, Başer H, Çakır B. Nontiroidal hastalık sendromu. *Ankara Med J*, 2021;(4):687-700.
21. Zheng J, Cui Z, Shi N, et al. Suppression of the hypothalamic-pituitary-thyroid axis is associated with the severity of prognosis in hospitalized patients with COVID-19. *BMC Endocr Disord* 2021; 21:228.
22. Wang B, Liu S, Li L, et al. Non-thyroidal illness syndrome in patients with cardiovascular diseases: a systematic review and meta-analysis. *International journal of cardiology.* 2017;226:1-10.
23. Xiong H, Yan P, Huang Q, et al. A prognostic role for non-thyroidal illness syndrome in chronic renal failure: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Surgery.* 2019;70:44-52.
24. Caser MR, Mesotten D, Hermans G, et al. Early versus late parenteral nutrition in critically ill adults. *N Engl J Med* 2011; 365:506.
25. Langouche L, Vander Perre S, Marques M, et al. Impact of early nutrient restriction during critical illness on the nonthyroidal illness syndrome and its relation with outcome: a randomized, controlled clinical study. *J Clin Endocrinol Metab* 2013; 98:1006.
26. McKeever L, Peterson SJ, Lateef O, et al. Higher caloric exposure in critically ill patients transiently accelerates thyroid hormone activation. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.*2020;105(2):523-33.

GEBELİK ve HIPOTİROİDİ

Prof Dr Alper Gürlek, Doç Dr Müge Özsan Yılmaz

Gebelikte tedavi edilmeyen hipotiroidizm maternal ve fetal komplikasyonlarla birliktedir. Gebelik sırasında hipotiroidizm ortaya çıktığında veya önceden tedavi edilmiş hipotiroidizmi olan kadınlar hamile kaldığında dikkate alınması gereken birkaç önemli konu vardır. Gebelikte hipotiroidi prevalansı, aşikâr hipotiroidizm için %0,3-0,5 ve subklinik hipotiroidizm için %2-3 olarak bildirilmektedir. Tiroid otoantikor pozitifliği sıklığı doğurganlık çağındaki kadınlarda %5-15 civarındadır ve iyodu yeterli bölgede gebelikte hipotiroidizmin en sık nedeni OİTH' dir (1). TSH düzeyi yüksek gebe kadınların %30-60'ında tiroid peroksidaz (TPO) antikorları yüksektir (2).

Hipotiroidizme ait belirti ve bulgular gebelik dışı dönemden çok farklı değildir. Hastaların büyük bir kısmı semptomsuzdur. Oluşan bazı semptomlarsa gebelik ile ilişkilendirilir. Bu nedenle obstetrik bakım veren hekimin, gebe ilk defa başvurduğunda tiroid hastalığı için tarama yapması gereklidir (3).

a. Gebelikte Hipotiroidi Tanısı

Hipotiroidizme tanı yaklaşımı gebelik dışı dönemden farklı değildir. TSH yüksekliği saptanan

bir kadında, mutlaka sT4 düzeyi de bakılarak subklinik veya aşikâr hipotiroidizm varlığı doğrulanmalıdır. Gebelikte artmış TSH (>2,5 mU/L) düzeylerine eşlik eden azalmış T4 düzeyleri aşikâr hipotiroidi varlığını ifade eder. Serum TSH düzeyi 10 mU/L üzerinde olan hastalar, T4 düzeylerine bakılmaksızın aşikâr hipotiroidi olarak kabul edilmelidir (1).

Subklinik hipotiroidizm serum TSH düzeyi 2,5-10 mU/L aralığında olup, sT4 düzeyi normal olan hasta için kullanılan tanıdır. Ayrıca TPO antikorları pozitif olan ve subklinik hipotiroidizmi olan kadınların gebelik komplikasyonları riski, TPO antikorları negatif olanlara göre daha yüksektir (4).

İzole hipotiroidizmi ise, gebelik normlarına göre 2,5 persentil altında sT4 değeri (düşük sT4) ve beraberinde TSH değerinin normal olması durumudur. Gebelikte nispeten sık karşılaşılan bir durumdur. İzole hipotiroidizminin LT4 ile tedavisinin yararlı olduğuna dair literatürde halen yeterli kanıt yoktur. Bu nedenle, mevcut veri rutin LT4 tedavisini önermemektedir. Ancak bu hastalarda oluşabilecek gebelik komplikasyonları için gebenin iyot durumu ve tiroid otoantikor pozitifliği bilinmelidir (5). Bu kadınlara öncelikle optimal iyot desteğinin yapılması konusunda bütün uzmanlar hem fikirdir. Bu, ülkemiz için 100-150 µg/gün iyot desteği verilmesi anlamına gelir.

Diğer hipotiroidizm hastalarında olduğu gibi santral hipotiroidizmi olan bir gebede sadece TSH ile değerlendirme yapmak uygun değildir (6).

b. Gebelikte Hipotiroidi Tedavisi

Gebe bir kadında aşikar hipotiroidi en erken ve etkili bir şekilde tedavi edilmelidir. Subklinik hipotiroidizm ile ilgili riskler aşikâr hipotiroidi kadar net bilinmemektedir. Çok sayıda retrospektif çalışmada, subklinik hipotiroidi ile maternal ve fetal olumsuzluk riski tanımlanmıştır. Yine bir metaanalizde subklinik hipotiroidili gebelerde levotiroksin tedavisi ile gebelik kayıpları ve neonatal ölümlerin önüne geçildiği görülmüştür (7).

Klinisyenin potansiyel riskleri gözeterek LT₄ tedavisi lehinde düşünmesi önerilir. Şu ana kadar yapılan randomize plasebo kontrollü çalışmalarda, LT₄ tedavisinin anti-TPO pozitif subklinik hipotiroidide obstetrik riskleri azalttığı gösterilmiştir. Bu nedenle bu grup hastalarda LT₄ tedavisi önerilmelidir. Ancak, antikor negatif subklinik hipotiroidide obstetrik risk çalışmalarına ait veriler çelişkilidir. Riskin arttığını veya değişmediğini öne süren çalışmalar vardır. Bu nedenle, antikor negatif subklinik hipotiroidi olgularında tedavi gerekliliği konusu hâlen tartışmalıdır (8).

Normal gebelik seyri sırasında, maternal ve fetal ötiroidizmi sağlamak adına tiroid bezinin hormon salınımında %30-50 oranında artış olur. Bu nedenle, hipotiroid annelerde artmış tiroid

hormon ihtiyacı gözetilerek almakta olduğu LT₄ dozu artırılmalıdır. Doz artışı ihtiyacı hipotiroidinin etiyojisine göre değişmektedir. Fonksiyonel tiroid dokusu olmayan, ablasyon (cerrahi veya RAI tedavisi sonrası) yapılmış olan kadınlarda, doz artış ihtiyacı ve miktarı Hashimoto tiroiditine bağlı hipotiroidisi olan kadınlara göre daha yüksektir. Gebelik varlığı doğurulanı doğurulanmaz, hipotiroidizmin fetüs üzerine olabilecek risklerini gözeterek LT₄ dozu da artırılmalıdır. Gebelik şüphesinde doz artırımı şeması hastaya anlatılmalı ve en kısa sürede hekimine başvurması önerilmelidir (1). Tiroid hormonlarının uzun yarılanma ömrü gözetildiğinde, gebelik varlığı durumunda hastaya haftanın iki günü, günlük dozun iki katının önerilmesi uygun bir yaklaşımdır. Bu şekilde bir yaklaşım; günlük %29'luk bir doz artımına denk düşmektedir. Bir diğer yaklaşım da günlük dozun %25-30 oranında artırılmasıdır. Gebelik planlayan veya daha geniş bir tanımlama ile doğurganlık potansiyeli olan hipotiroid kadın hastalarda, LT₄ tedavi altında TSH değerinin <2,5 mU/L tutulması önerilmektedir. Gebelikte ihtiyaçtan fazla levotiroksin dozu erken doğum ile ilişkilidir (9).

c. Gebelikte Hipotiroidi Takibi

Gebelikte, ilk 24 haftalık dönemde takip sıklığının dört haftada bir olması önerilmektedir. Daha sonraki dönemde doz ihtiyacının değişmediği gözetildiğinde, doğuma kadar olan sürede sadece bir kez değerlendirme yapılması yeterlidir. Doğum gerçekleşikten sonra, tiroid hormon dozu gebelik öncesi doza azaltılmalı ve postpartum 6. haftada TSH kontrolü yapılmalıdır. Gebelikte hipotiroidizmin LT₄ ile tedavisinde hedef, TSH değerinin trimester spesifik değerlere uygun şekilde normalize edilmesi önerilir (1,6).

d. Gebelik ve Kronik Tiroidit

Gebelik öncesi dönemde, anti-TPO pozitif ötiroid kadın hastada gebelik süresince TSH yükselmesi riski %20 olarak bildirilmiştir. Her ne kadar bu hastalarda takip sıklığının ne olması gerektiği konusunda veri olmasa da TSH yüksekliğinin gebelik sırasında olası riskleri nedeni ile bu hastaların gebeliğin özellikle ilk 24 haftası boyunca 4-6 haftada bir izlenmesi uygun gözükmektedir (1,10).

e. Gebelik ve Laktasyonda İyot Alımı

Gebe veya laktasyonda olan kadınlarda günlük iyot alımı 250 µg/gün olmalıdır (1). Türkiye’de standart iyotlu tuz tüketen bir gebede, günlük iyot alımının ortalama 100-150 µg/gün olduğu varsayıldığında, 100-150 µg/gün tuz kısıtlaması yapılan gebede 200 µg/gün iyot desteği yapılmalıdır (11,12).

TEMĐ Önerileri

- 23A. Gebe bir kadın ilk defa başvurduğunda tiroid hastalığı için tarama yapması gereklidir.
- 23B. OİTH olan gebeler başlangıç TSH düzeyi normal olsa bile gebelik boyunca hipotiroidi riski açısından her trimesterde bir kez olmak üzere en az üç kez TSH ölçümü ile takip edilmelidir.
- 23C. Gebe ve laktasyonda olan kadınlarda günlük iyot alımı 250 µg/gün olmalıdır. Türkiye’de günlük iyot alımı bu rakamın altında olduğu için, gebelere 100-150 µg/gün iyotlu tuz alımı kısıtlanan gebelere 200 µg/gün iyot desteği verilmelidir.
- 23D. Aşikâr ve subklinik hipotiroidi gebelik seyrini ve fetal gelişimi olumsuz olarak etkileyebilir. Gebelikbaşlangıcından önce hipotiroidi düzeltilmeli ve replasman dozunda gebeliğe uygun artış yapılmalıdır. Gebelik öncesi ve ilk trimesterde TSH düzeyi <2,5 mU/L, iki ve üçüncü trimesterde TSH düzeyi <3 mU/L tutulmalıdır.
- 23E. Gebelik doğrulanır doğrulanmaz tiroid hormon replasman dozunda %25 civarında artış yapılmalıdır.
- 23F. Dört-altı haftalık takiplerle TSH düzeyine göre doz ayarlaması yapılmalıdır. Doğum sonrasında gebelik öncesi tiroid hormon replasman dozuna düşülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, Grobman W, Laurberg P, Lazarus JH, Mandel SJ, Peeters R, Sullivan S. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and the postpartum. *Thyroid* 2017;27:315-89.
2. Perinatal significance of isolated maternal hypothyroxinemia identified in the first half of pregnancy. Casey BM, Dashe JS, Spong CY, McIntire DD, Leveno KJ, Cunningham GF. *Obstet Gynecol.* 2007;109(5):1129.
3. Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, Azizi F, Mestman J, Negro R, Nixon A, Pearce EN, Soldin OP, Sullivan S, Wiersinga W: Guidelines of American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid* 2011;21:1081.
4. Maternal subclinical hypothyroidism, thyroid autoimmunity, and the risk of miscarriage: a prospective cohort study. Liu H, Shan Z, Li C, Mao J, Xie X, Wang W, Fan C, Wang H, Zhang H, Han C, Wang X, Liu X, Fan Y, Bao S, Teng W. *Thyroid.* 2014;24(11):1642.
5. Ramezani Tehrani F, Nazarpour S, Behboudi-Gandevani S. Isolated maternal hypothyroxinemia and adverse pregnancy outcomes: A systematic review. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2021 Sep;50(7):102057. doi: 10.1016/j.jogoh.2020.102057.
6. Garber JR, Cobin RH, Gharib H, Hennessey JV, Klein I, Mechanick JI, Pessah-Pollack R, Singer PA, Woeber KA; American Association of Clinical Endocrinologists and American Thyroid Association Taskforce on Hypothyroidism in Adults. *Endocr Pract.* 2012 Nov-Dec;18(6):988-1028. doi: 10.4158/EP12280.GL.
7. Bein M, Yu OHY, Grandi SM, Frati FYE, Kandil I, Filion KB. Levothyroxine and the risk of adverse pregnancy outcomes in women with subclinical hypothyroidism: a systematic review and meta-analysis. *BMC Endocr Disord.* 2021;21(1):34. Epub 2021 Feb 27.
8. Maraka S, Ospina NM, O’Keeffe DT, Espinosa De Ycaza AE, Gionfriddo MR, Erwin PJ, Coddington CC 3rd, Stan MN, Murad MH, Montori VM. Subclinical hypothyroidism in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Thyroid* 2016;26:580-90.
9. Lemieux P, Yamamoto JM, Nerenberg KA, Metcalfe A, Chin A, Khurana R, Donovan LE. Thyroid Laboratory Testing and Management in Women on Thyroid Replacement Before Pregnancy and Associated Pregnancy Outcomes.

- Thyroid. 2021;31(5):841.
10. Lee SY, Pearce EN. Assessment and treatment of thyroid disorders in pregnancy and the postpartum period. *Nat Rev Endocrinol*. 2022 Mar;18(3):158-171. doi: 10.1038/s41574-021-00604-z.
 11. Anaforoğlu İ, Algün E, İnceçayır Ö, Topbaş M, Erdoğan MF. Iodine status among pregnant women after mandatory salt iodisation. *Br J Nutr* 2016;115:405-10.
 12. Oral E, Aydoğan Mathyk B, Aydoğan BI, Acıkgoz AS, Erenel H, Celik Acioğlu H, Anık İlhan G, Dane B, Ozel A, Tandogan B, Cakar E, İsci H, Kayan B, Aslan H, Ekiz A, Sancak S, Celik A, Yoldemir T, Uzun O, Erdogan MF. Iodine status of pregnant women in a metropolitan city which proved to be an iodine-sufficient area. Is mandatory salt iodisation enough for pregnant women? *Gynecol Endocrinol* 2016;32:188-92.

GEBELİK VE HİPERTİROİDİ

Doç Dr. Dilek Tüzün, Dr. Işlay Sarı Kalın

Tiroid disfonksiyonu önemli bir halk sağlığıdır. Kadınlarda, erkeklere kıyasla 5-10 kat daha fazla görülür ve tahmini insidans %12 kadardır. Tiroid patolojisi, kadın doğurganlığı üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir ve annede tedavi edilmemiş veya kötü tedavi edilmiş hipertiroidizm, fetal gelişimi ve gebelik sonucunu etkileyebilir. Gebelikte tiroid hastalığının tanısı, normal gebeliğe eşlik eden tiroid fizyolojisi ve tiroid fonksiyon testlerindeki değişiklikler nedeniyle zor olabilir. Gebeliğin erken dönemlerinde yüksek serum insan koryonik gonadotropin (hCG) konsantrasyonları ve hatta hiperemesis gravidarumlu veya çoğul gebelikleri olan kadınlarda daha da yüksek konsantrasyonlar, gebeliğin geçici subklinik veya nadiren aşikar hipertiroidizmine neden olabilir. Gebelikte hipertiroidi %0,05-3 kadında saptanır. Gebelik sırasında hipertiroidin en sık nedeni Graves hastalığıdır. Gebelik sırasında, aşikar hipertiroidizm nispeten nadirdir ve tüm gebeliklerin %0,1-1'inde saptanır. Graves hastalığı, gebelikte ilk olarak ortaya çıkabilir veya nadiren önceden hipertiroidizmi olan hastada nüks edebilir. Toksik adenom, toksik multinodüler guatr (TMNG) daha az sıklıkla saptanır. Hipertiroidin kendisi ve/veya hastalığın tedavisi gebelik sürecini ve sonlanımını olumsuz etkileyebilir.

Klinik belirtiler

Taşikardi, sıcak intoleransı ve terleme artışı dahil olmak üzere gebelikle ilişkili nonspesifik semptomların çoğu hipertiroidizm ile ilişkili semptomlara benzerdir. Ek olarak anksiyete, el titremesi ve normal veya artan iştaha rağmen kilo kaybı da görülebilir. Guatr ve oftalmopati gibi spesifik bulgular Graves hipertiroidizmini düşündürür. Kötü kontrol edilen aşikar hipertiroidizm ile komplike gebelikte, spontan düşük, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, ölü doğum, preeklampsi ve kalp yetmezliği sıklığı artmıştır. Luewan ve arkadaşlarının yaptığı, aşikar hipertiroidizm ile komplike olan 180 gebe üzerinde yapılan bir çalışmada, 360 kontrol ile karşılaştırıldığında, daha yüksek oranda maternal hipertansiyon ve 1.3 ila 1.4 kat artmış fetal büyüme geriliği, düşük doğum ağırlığı ve erken doğum riski bulunmuştur. Casey ve arkadaşlarının subklinik hipertiroidizmi olan 433 kadında yaptıkları bir çalışmada olumsuz gebelik sonuçlarına dair bir kanıt bulunmamıştır. Zhang ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hamileliğin 4 ila 8. haftaları arasında subklinik hipertiroidizmi olan kadınlarda spontan düşük insidansı daha düşük bulunmuştur.

AYIRICI TANI

Birincil amaç, Graves hastalığını hCG aracılı hipertiroidizmden ayırmaktır. İki bozukluk tipik olarak klinik, fizik muayene bulgularına ve laboratuvar testlerine göre ayırt edilebilir. Herhangi bir nedenden kaynaklanan hipertiroidizm gebeliği zorlaştırabilse de, Graves hastalığı ve gestasyonel geçici tirotoksikozza bağlı hCG aracılı hipertiroidizm (gebeliklerin yüzde 1 ila 3'ü) en yaygın olanlarıdır. Tirotoksikozun diğer nedenleri olan sessiz veya subakut tiroidit, toksik adenom, toksik multinodüler guatr, gebelikte daha az görülür.

Graves hastalığı; hipertiroidizm, guatr, orbitopati ve bazen pretibial veya lokalize miksödem olarak adlandırılan bir dermatopiden oluşabilen bir sendromdur. Hipertiroidizm, Graves hastalığının en yaygın özelliğidir ve hemen hemen tüm hastaları etkiler. Klinik muayenede oftalmopati varlığı, laboratuvar testinde TSH reseptör antikor(TRAb) pozitifliği, diğer hipertiroidizm nedenlerinden ayırır. Tiroid bezi genellikle diffüz olarak büyümüştür. Klinik tanının belirsiz olduğu durumlarda, üçüncü nesil tirotropin bağlayıcı inhibitör immünoglobulin (TBII) testi veya tirotropin uyarıcı immünoglobulin (TSI) testi kullanılarak TRAb'lar ölçülmelidir. TRAb, Graves hastalığı olan hastaların yüzde 96 ila 97'sinde pozitifdir ve bu nedenle TRAb'ların varlığı Graves hastalığı tanısını doğrular. Tiroid doppler ultrasonunda artmış kan akımı Graves hastalığını düşündürür. Tiroid radyonüklid görüntülemesi tipik olarak gebe olmayan hastalarda Graves hastalığını tiroiditten ayırt etmek için yapılır. Bununla birlikte, hamile kadınlarda radyonüklid görüntüleme kontrendikedir.

İnsan koryonik gonadotropin aracılı hipertiroidizm; hCG'nin etkilerinin aracılık ettiği hipertiroidizm, gestasyonel geçici tirotoksikoz (GTT), hiperemezis gravidarum ve trofoblastik hipertiroidizmi içerir. Normal gebelik sırasında, hCG konsantrasyonları döllenenmeden hemen sonra yükselir ve gebeliğin 10 ila 12. haftalarında zirveye ulaşır, ardından düzeyler düşer. İnsan koryonik gonadotropin ve TSH'nin beta alt birimleri arasında önemli bir homoloji vardır. Sonuç olarak, hCG zayıf tiroid uyarıcı aktiviteye sahiptir ve en yüksek serum hCG konsantrasyonları döneminde hipertiroidizme neden olabilir. Guatr, hCG aracılı hipertiroidizmin klasik bir klinik özelliği değildir, ancak mevcut olabilir.

Gestasyonel geçici tirotoksikoz, zirve hCG konsantrasyonları sırasında (10 ila 12 haftalar civarında), toplam serum T4 ve T3 konsantrasyonları artması sonucu ortaya çıkar. Genellikle normal aralığın hafifçe üstünde serum serbest T4 ve T3 konsantrasyonları ve hafif düşük serum TSH konsantrasyonları ile karakterize subklinik veya hafif aşikar hipertiroidizm görülebilir. İlk trimesterin sonuna doğru ortaya çıkar ve hCG üretimi düştükçe, 14 ila 18. gebelik haftalarında, varsa semptomlar ve tiroid hiperfonksiyonu normale gelir.

Hiperemezis gravidarum, gebeliklerin yüzde 0,1 ila 0,2'sinde görülen, hamileliğin erken döneminde yüzde 5 veya daha fazla kilo kaybıyla ilişkili bir mide bulantısı ve kusma sendromudur. Hiperemezis gravidarum gelişen kadınların serum hCG ve estradiol konsantrasyonları normal gebe kadınlara göre daha yüksektir ve hCG'leri daha fazla tiroid uyarıcı aktiviteye sahiptir. Bu nedenle, serum TSH konsantrasyonları genellikle normal gebe kadınlardakinden daha düşüktür. Bu kadınların birçoğunda da yüksek serum serbest T4 konsantrasyonları vardır ve bu nedenle aşikar hipertiroidizm vardır. Hiperemezis gravidarumun geçici hipertiroidizmini diğer nedenlerin hipertiroidizminden ayıran özellikler bulantı ve kusmanın olması, guatr ve oftalmopatinin ve taşikardi, hiperdefekasyon, kas güçsüzlüğü, titreme gibi yaygın semptom ve bulguların olmamasıdır. Ek olarak, hiperemezis gravidarumlu kadınlarda serum serbest T4 konsantrasyonları minimal düzeyde yükselir ve serum T3 konsantrasyonları yükselmeyebilir, oysa Graves hastalığından kaynaklanan gerçek hipertiroidizmi olan hamile kadınlarda her ikisi de genellikle yükselir. Hiperemezis gravidarumlu kadınlarda tiroid hiperfonksiyonu genellikle tedavi gerektirmez çünkü hafiftir ve hCG üretimi düştükçe azalır. Tiroid hiperfonksiyonu gibi, kusma da serum hCG ve östradiol konsantrasyonlarındaki artışla orantılıdır ve östradiolün neden olduğu düşünülmemektedir. Aşikar hipertiroidizm birkaç haftadan fazla veya ilk trimesterden sonra devam ederse, muhtemelen hCG aracılı olmadığı düşünülür.

Hipertiroidizm, gestasyonel trofoblastik hastalıkta da ortaya çıkabilir. Molar gebelik, iyi huyludur ancak koryokarsinoma da yol açabilir. Her ikisinde de yüksek serum hCG konsantrasyonları ve anormal hCG izoformları görülür. Trofoblastik hastalığın neden olduğu hipertiroidizmi olan birçok hasta normal bir tiroid bezine sahiptir ve tiroid hormonu fazlalığının çok az semptomu vardır. Trofoblastik hastalığı olan kadınların yaklaşık yüzde 55 ila 60'ında tanı anında klinik olarak belirgin hipertiroidizm vardır ve bu ciddi olabilir. Bununla birlikte, bazı hastalarda hipertiroidizm ve diffüz guatrın daha tipik klinik bulguları vardır, ancak oftalmopati mevcut değildir. Hiperemesis gravidarumda olduğu gibi bulantı ve kusma baskın olabilir.

Ailevi gestasyonel hipertiroidizm, bir ailede, hCG'nin fizyolojik konsantrasyonlarına aşırı duyarlı olan mutant bir tirotropin reseptörü nedeniyle tekrarlayan gestasyonel hipertiroidizm olarak tanımlanmıştır.

Laboratuvar bulguları

Normal gebelik sırasında tiroid fizyolojisindeki değişiklikler nedeniyle tiroid fonksiyon testlerinin yorumlanması zor olabilir. Gebeliğin geçici tirotoksikozu normal bir fizyolojik bulgu olarak kabul edilir. Gerçek subklinik hipertiroidizm meydana gelebilir, ancak tipik olarak gebelik sırasında olumsuz sonuçlarla ilişkili değildir ve tedavi gerektirmez. Normal gebelik sırasında tiroid fonksiyon testleri, hamile kadınlar için popülasyona dayalı, trimestere özgü TSH ve T4 referans aralıkları kullanılarak yorumlanmalıdır. Birinci trimesterde belirgin aşikar hipertiroidizmi olan çoğu gebe kadının serum TSH'si asemptomatik sağlıklı gebelerde görülenin altındadır ve genelde <0,01 mU/L olarak izlenir. Serbest T4 ve/veya serbest T3 normal trimester spesifik aralıkların üzerindedir ya da total T3 ve T4 düzeyi üst limitin 1.5 kat üzerindedir. Birkaç popülasyon çalışmasında, ilk trimesterde sağlıklı gebe kadınlarda TSH için referans aralığının alt sınırı 0,03 ila 0,1 mU/L arasında değişmiştir. Tiroid hormon bağlayıcı globülin fazlalığı nedeniyle gebelikte toplam T4 ve T3 düzeyleri gebe olmayan kadınlara göre 1,5 kat daha yüksektir. Serbest T4 için referans aralıkları test yöntemine özgüdür ve trimestere özgü referans aralıkları test kitleriyle birlikte sağlanmalıdır. Gebelikte hipertiroidizm tanısı klinik belirtilere ve tiroid fonksiyon testlerine dayanır. Guatr ve oftalmopati gibi fizik muayenedeki spesifik bulgular Graves hipertiroidizmini düşündürür. Klinik olarak hipertiroidizm şüphesi olduğunda, serum TSH ölçülmelidir. TSH seviyesi < 0,1 mU/L ise, serbest veya toplam T4 (veya serbest T4 indeksi) elde edilmelidir. Serbest veya toplam T4 hamilelik için normal aralıktaysa, toplam T3 de ölçülmelidir. Gebelik sırasında aşikar hipertiroidizm tanısı öncelikle baskılanmış (< 0,1 mU/L) veya saptanamayan (<0,01 mU/L) serum TSH değerine ve hamilelik için normal aralığı aşan serbest T4 ve/veya serbest T3'e ölçümlerine göre olmalıdır.

TEDAVİ

Gebelikte hipertiroidinin kontrol altına alınması fetal ve maternal sonlanım açısından oldukça önemlidir. Toksik adenom, TMNG, Graves hastalığı ya da gestasyonel trofoblastik hastalığa bağlı aşikar hipertiroidisi olan ve orta-ciddi derecede semptomatik olan gebeler tedavi edilmelidir. Bu hastaların hemen hemen her zaman TSH düzeyi 0.05 mU/L' nin altında olup trimester spesifik sT4 düzeyi ya da total T3 ve T4 düzeyi üst limitin 1.5 kat üzerindedir. Geçici gestasyonel tirotoksikoz/hiperemesis gravidarum durumunda dehidrasyonun düzeltilmesi, antiemetik tedavi gibi destek tedavisi önerilirken, antitiroid ilaç tedavisi(ATD)

önerilmemektedir. Gebede tirotoksikozun tedavisi, öncelikli olarak tiyonamid türevi ATD [metimazol (MMI), karbimazol (CM) ve propiltiurasil (PTU)] ile yapılır. ATD ile tiroid fonksiyon testlerinin normalleşmesi haftalar içinde kademeli olarak gerçekleşir. ATD' nin başlangıç dozu semptomların şiddetine ve hipertiroksininin derecesine bağlıdır. Genel olarak, düşük dozda başlanması önerilir (MMI 5-10 mg/gün; CM 5-10 mg/gün; PTU 100-150 mg /gün). Ciddi hipertiroidide MMI, 5–30 mg/gün (ortalama doz 10-20 mg/gün); CM, 10–40 mg/gün; ve PTU, 100–600 mg/gün (ortalama doz 200-400 mg) kullanılabilir. PTU' nun yarı ömrü MMI' ninkinden daha kısa olduğu için, PTU genellikle günde iki veya üç doza bölünerek verilir. MMI genellikle günlük bir ya da iki dozda verilebilir. MMI' nin aplasia cutis, koanal veya özofageal atrezi; umbilikosel dahil olmak üzere çeşitli karın duvarı kusurları; ve göz, üriner sistem ve ventriküler septal defektler gibi konjenital bozukluklarla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Erken gebelik haftalarında PTU' ya maruz kalan çocuklarda ise yüz ve boyun kistleri ve idrar yolu anormallikleri gibi hafif doğumsal kusurlar olabileceği belirtilmiştir. Her iki ilaç ile de doğumsal defekt riskinde artış olabileceği göz önünde bulundurularak mümkünse ilk trimesterde ilaç kullanılmaktan kaçınılması önerilir. Ancak tedavi gerekli ise halen ilk trimesterde PTU önerilmekte ve 16. haftadan sonra annede karaciğer yetmezliği riskini azaltmak adına MMI önerilmektedir. MMI' dan PTU' ya geçerken, yaklaşık 1:20' lik bir doz oranı kullanılmalıdır (örn. MMI 5 mg/gün= PTU günde iki kez 50 mg). Hastalar ATD tedavisi ile ötiroid hale gelene kadar ya da cerrahi planlanan hastada cerrahi öncesinde hipermetabolik semptomları kontrol etmek için β -bloker ajanlar (metoprolol 25-50 mg /gün; propranolol 6-8 saatte bir 20 mg) verilebilir. β -blokerlerin 2-6 hafta içinde kesilmesi önerilir. β -blokerlerle uzun süreli tedavi, intrauterin büyüme geriliği, fetal bradikardi ve neonatal hipoglisemi ile ilişkilendirilmiştir. Graves hastalığı tanılı, ötiroid olan, düşük dozda MMI (5-10 mg/gün) veya PTU (100-200 mg/gün) alan ve yeni hamile bir kadında, potansiyel teratojenik etkiler nedeniyle tüm antitiroid ilaçları kesmek düşünülebilir. İlaç kesme kararı; hastalık öyküsü, tiroid bez boyutu, son tiroid fonksiyon testlerinin sonuçları, TRAb sonucu, hastalık süresi ve diğer klinik faktörler dikkate alınarak verilmelidir. Antitiroid ilaç tedavisinin kesilmesini takiben, maternal tiroid fonksiyon testi ve klinik muayene her 1-2 haftada bir yapılmalıdır. Gebe klinik ve biyokimyasal olarak ötiroid durumda kalırsa, ikinci ve üçüncü trimesterde test aralıkları 2-4 haftaya kadar uzatılabilir. Tirotoksikoz gelişme riski yüksek olan gebelerde (ATD altında hipertiroid olma veya ötiroid durumu sürdürmek için $>5-10$ mg/gün MMI veya $>100-200$ mg/gün PTU gereksinimi olması) ATD' ye devam edilmesi gerekebilir. TRab, ATD' ler ve çoğu maternal tiroid hormonu plasenta bariyerini etkili bir şekilde geçebilir. Fetal tiroid işlevsel olduğunda, TRAb antikorlarına yanıt vererek fetal tiroid hormonunun aşırı üretimine neden olabilir. Ayrıca, annede varolan hipertiroidi sonucu fetüs, hipertiroksiniye de maruz kalacaktır. Tipik olarak, TRAb' nin çapraz plasental geçişine bağlı fetal hipertiroidizm gebeliğin 18-20. haftasında veya sonrasında gelişir. MMI, PTU ve CM de etkili bir şekilde plasentayı geçer ve bu nedenle maternal hipertiroidizm için ATD tedavisi fetal tiroid fonksiyonunu da etkiler. Daha da önemlisi, tüm ATD' ler fetüste anneye göre daha güçlü etki gösterir. Fetal tiroid ATD tedavisine maternal tiroide göre daha hassas olduğundan anne ötiroid hale getirildiğinde, fetüs genellikle aşırı tedavi edilir. Bu nedenle, zararlı bir fetal etkiden kaçınmak için tedavinin amacı, maternal FT4 seviyesini timestere özgü normal aralığın üst sınırında veya hemen üzerinde tutmaktır. Trimestere özgü sT4 değerleri mevcut değilse TT4 ve TT3 gebelik dışı referans aralığının 1,5 kat üzerinde tutulmalıdır. TSH referans aralığın altında tutulmalıdır. (yaklaşık 0.1-0.3 mU/L). Genel bir kural olarak, her durumda

mümkün olan en düşük ATD dozu kullanılmalıdır. Fetal guatr ve/veya fetal hipotiroidizme neden olma olasılığı nedeniyle aşırı tedaviden kaçınılmalıdır. Diğer yandan yetersiz tedavinin de yenidoğanda geçici santral hipotiroidiye neden olacağı akılda tutulmalıdır. Bu nedenle maternal tiroid testlerinin her 2-4 haftada ölçülmesi önerilmektedir. Graves hastalığında gebeliğin ileri dönemlerinde ve özellikle üçüncü trimesterde tiroid otoimmunitesindeki ve TRAb'deki azalma ile birlikte hastaların %20-30'unda ATD tedavisinin kesilmesi mümkündür. Maternal TRAb'nin kaybolması, ATD'nin kesilme olasılığının yüksek olduğunu gösterir. Levotiroksin ve bir ATD (blok replasman) kombinasyonunun genel olarak Graves hastalığında remisyon oranlarını iyileştirmediği gösterilmiştir ve bu tedavide sT4'ü hedef aralık içinde tutmak için daha yüksek bir ATD dozuna ihtiyaç duyulur. Plasenta, ATD'ye karşı kolayca geçirgendir, ancak anneye verilen levotiroksine karşı geçirgen değildir. Bu nedenle gebeliğin ikinci yarısında anneye verilen blok replasman tedavisi genellikle fetal guatr ve hipotiroidizme yol açacaktır. Hamilelik sırasında bu tür bir kombinasyon tedavisinin tek endikasyonu, daha önce GD için ablatif tedavi almış bir annede maternal TRAb üretiminin neden olduğu izole fetal hipertiroidizmin tedavisidir. ATD plasentayı geçecek ve fetal hipertiroidizmi tedavi edecektir ve levotiroksin anneyi ötiroid tutmak için gerekecektir. Her iki ATD'ye alerjisi/kontrendikasyonu olan, ilaç tedavisine uyum sağlamayan ve yüksek doz ATD tedavisi ile ötiroidizmin sağlanamadığı gebelerde tiroidektomi düşünülmelidir. Tiroidektomi için ikinci trimester en uygun zamandır. ATD tedavisini tolere etmeyen veya yanıt vermeyen hipertiroid hastalarda, β -bloker ajanlarla cerrahi hazırlık ve kısa süreli (7-10 gün) potasyum iyodür solüsyonu (50-100 mg/gün) kullanılabilir. Tiroidektomi sonrası TRAb hemen değil, kademeli olarak kaybolur ve tiroidektomi sonrası ATD'nin kesilmesi izole fetal hipertiroidizme yol açabilir. Cerrahi öncesi yüksek serum TRAb değerleri izole fetal hipertiroidizm riskini gösterir ve bu gebelerde ATD'nin kesilmesini takiben dikkatli bir fetal izleme gereklidir. 40 yaş altında toksik adenom/TMNG'ye bağlı hipertiroidi oldukça nadirdir. Böyle bir hastada hipertiroidinin biyokimyasal ve klinik olarak daha hafif olması beklenir. TRAb olmayacağı için fetüsün tiroid bezi uyarılmayacak olup ATD tedavisi ile annede ötiroidizm sağlanması fetal hipotiroidizm ve guatr riskini ciddi olarak artırır. Dolayısı ile düşük dozda ilaç kullanıp annenin sT4/TT4 düzeylerinin normalin üst limitinde veya orta derecede üstünde tutulması oldukça önemlidir. Fetal hipotiroidizm gelişirse 2. trimesterde cerrahi düşünülebilir. Otoimmun bir nedene bağlı olmadığı için gebelik boyunca ATD gereksinimi olabilir. İdeali gebelik öncesi ablatif tedavi ile toksik nodül/TMNG'nin tedavi edilmesidir. Gestasyonel trofoblastik hastalığa bağlı hipertiroidide gestasyonel trofoblastik hastalığın tedavisi ve HCG düzeyinin normale inmesiyle maternal hipertiroidi düzelir ancak semptomatik hastada cerrahi öncesi hipertiroidi tedavi edilmelidir. ATD tedavisinin etkisinin ortaya çıkması beklenemeden erken cerrahi gereksinimi olduğundan öncelikli tedavi β -bloker ajanlardır. Trofoblastik hastalığı ya da ciddi hipertiroidisi olan hastalarda hızlı kontrol sağlamak için plazmaferez yapılabilir.

Kaynaklar

- Luewan S, Chakkabut P, Tongsong T. Outcomes of pregnancy complicated with hyperthyroidism: a cohort study. Arch Gynecol Obstet 2011; 283:243.
- Casey BM, Dashe JS, Wells CE, et al. Subclinical hyperthyroidism and pregnancy outcomes. Obstet Gynecol 2006; 107:337.
- Zhang Y, Li Y, Shan Z, et al. Association of Overt and Subclinical Hyperthyroidism During Weeks 4-8 with Adverse Pregnancy Outcomes. J Womens Health (Larchmt) 2019; 28:842.

- Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, et al. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. *Thyroid* 2017; 27:315.
- Dashe JS, Casey BM, Wells CE, et al. Thyroid-stimulating hormone in singleton and twin pregnancy: importance of gestational age-specific reference ranges. *Obstet Gynecol* 2005; 106:753.
- Stricker R, Echenard M, Eberhart R, et al. Evaluation of maternal thyroid function during pregnancy: the importance of using gestational age-specific reference intervals. *Eur J Endocrinol* 2007; 157:509.
- Gilbert RM, Hadlow NC, Walsh JP, et al. Assessment of thyroid function during pregnancy: first-trimester (weeks 9-13) reference intervals derived from Western Australian women. *Med J Aust* 2008; 189:250.
- Fitzpatrick DL, Russell MA. Diagnosis and management of thyroid disease in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2010; 37:173.
- Lambert-Messerlian G, McClain M, Haddow JE, et al. First- and second-trimester thyroid hormone reference data in pregnant women: a FaSTER (First- and Second-Trimester Evaluation of Risk for aneuploidy) Research Consortium study. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199:62.e1.
- Cooper DS, Laurberg P. Hyperthyroidism in pregnancy. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2013; 1:238.
- Vos XG, Smit N, Endert E, et al. Frequency and characteristics of TBII-seronegative patients in a population with untreated Graves' hyperthyroidism: a prospective study. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2008; 69:311.
- Goodwin TM, Montoro M, Mestman JH, et al. The role of chorionic gonadotropin in transient hyperthyroidism of hyperemesis gravidarum. *J Clin Endocrinol Metab* 1992; 75:1333.

TİROİD KRİZİ (TİROİD FIRTINASI)

Doç.Dr. Nurdan Gül, Doç. Dr. Taner Demirci

Tiroid fırtınası, tirotoksikoz klinik bulgularının şiddetli olarak gözlendiği, hayatı tehdit eden, nadir görülen bir klinik durumdur. Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda insidansı genel popülasyonda milyonda 2-7.6 iken, yatan hastalarda milyonda 48-56 arasında değişir. Destek tedavileri ve hastalığın tedavisindeki gelişmelere rağmen, tiroid fırtınası ile ilişkili mortalite %8 -25 civarındadır. Bu da hastalıkta erken tanı ve agresif tedavi yaklaşımını gerektirir.

Tirotoksikoz ile tiroid fırtınasının ayrımını belirleyen durum hastalığın klinik şiddeti olup genellikle hekimin kararı ile belirlenir. Daha objektif bir ayrımın yapılabilmesi amacıyla 1993 yılında Burch ve Wartofsky tarafından bir skorlama sistemi geliştirilmiştir (Tablo 1) Hastanın vücut sıcaklığı, santral sinir sistemi disfonksiyonu, taşikardi ve atriyal fibrilasyon varlığı, kalp yetersizliği, gastrointestinal disfonksiyon ve alta yatan kolaylaştırıcı bir nedenin varlığı gibi parametreler göz önüne alınarak belirli puanlar verildiğinde skor ≥ 45 ise tiroid fırtınasının olası olduğu; < 25 ise olası değil olarak değerlendirildiği bu yöntem duyarlı olmakla birlikte spesifik değildir (yüksek ateşle seyreden influenzayı tiroid fırtınasından ayıramaz). Japon Tiroid Cemiyeti de benzer klinik bulguları kullanarak tiroid krizi için bir skorlama sistemi geliştirmiştir, fakat tanı koyma açısından Burch ve Wartofsky kriterleri kadar hassas değildir.

Tiroid fırtınası genelde Graves hastalığında gözlenirse de tirotoksikozun diğer formlarında da (toksik MNG, toksik adenom vb.) gelişebilir. Ancak tiroid fırtınası oluşması için presipite (kolaylaştırıcı) edici faktörlerin eklenmesi gerekir. Genelde antitiroid ilaçların kesilmesi, fazla miktarda iyoda maruz kalınması ve hastanın uzun süre takipsiz kalması bu duruma zemin hazırlasa da cerrahi girişimler (tiroid ya da tiroid dışı), enfeksiyonlar, travma ya da doğum gibi stres yaratan durumlar da tiroid fırtınası gelişimine neden olabilir (Tablo 2). Ancak enfeksiyon tiroid fırtınasına neden olan en sık kolaylaştırıcı faktördür. Son yıllarda onkolojide kullanımı artan immün kontrol noktası (*checkpoint*) inhibitörlerinin de [ipilimumab (anti CTLA-4); pembrolizumab ve nivolumab (anti PD-1); atezolizumab, avelumab ve durmalumab (anti PD-L1) vb.] destrüktif tiroidite yol açarak nadiren tiroid fırtınası nedeni olabileceği akılda tutulmalıdır.

Tiroid fırtınası için karakteristik bir laboratuvar bulgusu yoktur. Düşük TSH ile yüksek sT4 ve sT3 düzeyi ile karakterize primer aşikar hipertiroidi bulgusu hemen her zaman vardır, ancak bu hormonların düzeyleri hiçbir zaman doğrudan tiroid fırtınası göstergesi olamaz. Bunun dışında lökositoz ya da lökopeni, hafif hiperglisemi, hafif hiperkalsemi ve anormal karaciğer fonksiyon testleri de gözlenebilir.

Klinik olarak en sık yüksek ateş ($\geq 40^\circ\text{C}$) ile birlikte taşikardi ($\geq 140/\text{dk}$) ve/veya atriyal fibrilasyon gibi kardiyak bulgular gözlenmektedir. Hastalık seyrinde dekompanse kalp yetmezliği, kardiyak kollaps gelişebilir. Bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı, sarılık, ajitasyon, anksiyete, deliryum,

psikoz, stupor hatta koma tiroid fırtınasında gözlenen diğer bulgulardır. Birçok klinisyen mental durum değişikliklerinin, diğer bulgulara nazaran tiroid fırtınasını daha çok işaret ettiğini düşünmektedir.

Tedaviye, hastalığın hayatı tehdit edici özelliği nedeniyle ivedilikle başlanmalıdır. Hipertiroidi tedavisi (normalden daha yüksek dozlar ile), destekleyici tedavi (ateş kontrolü, sempatik hiperaktivasyonun yönetimi, psikoz-deliryum yönetimi, sıvı replasmanı) ve kolaylaştırıcı faktörlerin düzeltilmesi (enfeksiyon, miyokard infarktüsü, akut pankreatit, travma vb.) şeklinde planlama hızla gerçekleştirilmelidir. Dikkat edilmesi gereken önemli hususlardan biri, tedavide iyot kullanılacaksa bunun ATİ tedavisinden en az 1 saat sonra başlanmasıdır.

Tablo 1. Tiroid Krizi Tanı Kriterleri*

Parametre	Puan	
1. Termoregülasyon bozukluğu (Vücut sıcaklığı °C)		
37.2-37.7	5	
37.8-38.3	10	
38.4-38.8	15	
38.9-39.4	20	
39.5-39.9	25	
≥40	30	
2. Santral Sinir Sistemi Bulguları		
Yok	0	
Hafif (ajitasyon)	10	
Orta (deliryum, psikoz veya aşırı letarji)	20	
Ciddi (konvülsiyon veya koma)	30	
3. GİS bulguları		
Yok	0	
Orta (diyare, bulantı, kusma ve karın ağrısı)	10	
Ciddi (açıklanamayan sarılık)	20	
4. Kardiyovasküler Sistem Bulguları		
Taşikardi (sayı/dak)	100-109	5
	110-119	10
	120-129	15
	130-139	20
	≥140	25
Konjestif yetersizlik	Yok	0
	Hafif (ödem mevcut)	5
	Orta (krepitan ral var)	10
Atrial fibrilasyon	Ciddi (akciğer ödemi)	15
	Var	10
	Yok	0
5. Kolaylaştırıcı neden		
Var	0	
Yok	10	

***TOPLAM PUAN**

<25
25-44
≥45

Tiroid krizi olası değildir
Tiroid kriz tehdidini düşündürür
Tiroid krizini düşündürür

Tablo 2. Tiroid fırtınasına yol açabilecek risk faktörleri

- Anti-tiroid ilaç tedavinin kesilmesi ya da uzun süre ara verilmesi (Graves hastalığı, toksik MNG, toksik adenom gibi hastalıkların seyrinde)
- Tiroid ya da tiroid dışı cerrahi
- Yüksek miktarda iyot maruziyeti (kontrast madde, amiodaron kullanımı vb.)
- RAİ tedavisi
- Miyokard infarktüsü
- Enfeksiyonlar
- Serebrovasküler olaylar
- Akut pankreatit
- Diyabetik ketoasidoz
- Pulmoner emboli
- Travma
- Doğum

Tiroid Krizi Tedavisi**a) Hipertiroidi etkisini azaltan tedavi****1) Antitiroid tedavi (yeni hormon yapımını önlemek amacıyla)**

PTU T4'ün T3'e dönüşümünü bloke etmesi nedeniyle tercih edilmektedir. PTU 200-400 mg, 6-8 saatte bir PO, PTU kullanılmıyorsa MMI 20-25 mg, 6 saatte bir PO kullanılır. Gastrointestinal disfonksiyon nedeniyle her iki ilacın oral olarak alınmadığı durumlarda rektal yolla (supozituar ya da lavman şeklinde) kullanımları da mümkündür. Hipertiroidi tedavisinde MMI tercih edilirken, tiroid fırtınası tedavisinde PTU "T4'ü T3'e dönüşümünü engellemesi özelliğinden dolayı" tercih edilir.

2) Tiroid hormon salgılanmasının azaltılması (ATİ tedavisinden en az 1 saat sonra),

SSKİ (1 damlada 37,5 mg iyot bulunur) 3-5 damla, 6 saatte bir PO veya Lugol solüsyonu (1 damlada 6,25 mg iyot bulunur) 4-8 damla, 6-8 saatte bir PO veya Sodyum ipodat (Biloptin 500 mg'lık tablette 308 mg iyot bulunur), 1-3 g/gün PO.

3) β adrenerjik blokaj

Propranolol; 60-80 mg, 6 saatte bir (tercihen) PO veya

Atenolol; 50-200 mg/gün PO veya
 Metoprolol; 100-200 mg/gün PO veya
 Nadolol; 40-80 mg/gün PO veya
 Esmolol; 50-100 µg/kg/dak iv.

4) Destek tedavisi

- Kolaylaştırıcı (altta yatan) hastalık tedavisi,
- Sıvı ve elektrolit desteği,
- Ateş düşürücü-sedatif-antibiyotik (gereğinde),
- KS tedavi: hidrokortizon, 50-100 mg, 6-8 saatte bir iv. veya eş değeri,
- Ek tedaviler: Lityum karbonat, 300 mg, 8 saatte bir PO, kolestimamin, 4 g/gün 4 kez PO,

5) Plazmaferez

Diğer tedavilerin etkisiz kaldığı ya da yan etki nedeniyle kullanılmadığı durumlarda başvurula-
 bilecek etkin bir tedavi yöntemidir. Plazmadan hızlı bir şekilde sitokinleri, antikorları ve tiroid
 hormonlarını temizler. Üç günlük tedavi klinik olarak belirgin düzelmeye neden olsa da etkisi
 geçicidir ve 1-2 gün sürer. Bu nedenle plazmaferez sonrasında kalıcı tedavi olarak tiroid cerrahisi
 düşünülmelidir.

TEMĐ GÖRÜŞÜ TİROİD KRİZİNDE TEDAVİ

- Hipertiroidi krizinden şüphe edildiğinde tedaviye ivedilikle, mümkünse YB koşullarında başlanmalıdır.
- Hipertiroidi krizi veya kriz tehdidi taşıyan hastalarda destek tedavisi olarak yeterli sıvı, KS, sedatif verilmeli, varsa altta yatan hastalıkla mücadele edilmelidir.
- Yüksek doz ATİ (PTU 200-400 mg, 6-8 saatte bir PO, MMI 20-25 mg, 6 saatte bir PO), ATİ verilmesinden en az 1 saat sonra SSKİ, 3-5 damla, 6 saatte bir PO veya Lugol solusyonu 4-8 damla, 6-8 saatte bir PO ve β-bloker tedavi verilmelidir.
- Selektif olmayan β-bloker (propranolol) tercih edilmelidir.

Kaynaklar

1. Akamizu T, Satoh T, Iozaki O, Suzuki A, Wakino S, Ihuri T, et al., Diagnostic criteria, clinical features, and incidence of thyroid storm based on nationwide surveys. *Thyroid* 2012; 22:661.
2. Galindo RJ, Hurtado CR, Pasquel FJ, García Tome R, Peng L, Umpierrez GE. National Trends in Incidence, Mortality, and Clinical Outcomes of Patients Hospitalized for Thyrotoxicosis With and Without Thyroid Storm in the United States, 2004-2013. *Thyroid* 2019; 29:36.
3. Ross DS, Burch HB, Cooper DS, Greenlee MC, Laurberg P, Maia AL, et al. 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. *Thyroid* 2016; 26:1343.
4. Nayak B, Burman K. Thyrotoxicosis and thyroid storm. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2006;35:663-686.
5. Eskes SA, Wiersinga WM. Amiodarone and thyroid. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2009;23:735-751.
6. Burch HB, Wartofsky L. Life-threatening thyrotoxicosis. Thyroid storm. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1993; 22:263.
7. Bahn SR, Burch BH, Cooper SD, Garber RJ, Greenlee MC, Klein I, et al. Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. *Thyroid* 2011;21:593-646.

8. Ferrari SM, Fallahi P, Galetta F, Citi E, Benvenga S, Antonelli A. Thyroid disorders induced by checkpoint inhibitors. *Rev Endocr Metab Disord* 2018; 19:325.
9. Yeung SC, Go R, Balasubramanyam A. Rectal administration of iodide and propylthiouracil in the treatment of thyroid storm. *Thyroid* 1995; 5:403.
10. Vyas AA, Vyas P, Fillipon NL, et al. Successful treatment of thyroid storm with plasmapheresis in a patient with methimazole-induced agranulocytosis. *Endocr Pract* 2010; 16:673.
11. De Leo S, Lee SY, Braverman LE. Hyperthyroidism. *Lancet* 2016;388:906-918.

MİKSÖDEM KOMASI TANI VE TEDAVİSİ

Fatma Nur Korkmaz, Aşkın Güngüneş

TANIM

Miksödem koması, günümüzde artan sağlık taramaları ve farkındalık nedeniyle nadir karşılaşılan, ancak geliştiğinde mortalitesi uygun tedaviye rağmen %20-%50 arasında değişen mental durumda bozulma, hipotermi ve diğer birçok semptomla karakterize şiddetli hipotiroidizm tablosu olarak tanımlanır(1, 2).

EPİDEMİYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Miksödem koması gelişen hastaların demografik özellikleri genel olarak hipotiroidizm ile benzerdir. Sıklıkla yaşlı kadınlar etkilenir (1).

Uzun süre tedavi edilmemiş hipotiroidi hastalarında çoğunlukla tetikleyici faktörlerin eklenmesiyle adaptif mekanizmalarını yetersiz kalması sonucu gelişir. Tetikleyici faktörler olarak enfeksiyon, soğuk maruziyet, travma, ilaçlar(sedatif anestetik yada narkotik ilaçlar, lityum, fenitoin, amiodaron gibi), cerrahi, gastrointestinal kanama, yanık sayılabilir(3-5). Santral hipotiroidi ve pembrolizumab ilişkili de gelişebilir(6-8).

KLİNİK BULGULAR

Miksödem komasının ayırt edici özellikleri mental durumda bozulma ve hipotermidir, ancak hipotansiyon, bradikardi, hiponatremi, hipoglisemi ve hipoventilasyon da sıklıkla mevcuttur (9).

Deride ve diğer dokularda anormal albümin ve glikozaminoglikan birikintileri (miksödem) ile birlikte gode bırakmayan ödeme sekonder ellerde ve yüzde şişlik, kalınlaşmış bir burun, şişmiş dudaklar ve makroglossi saptanabilir.

Tetikleyici bir enfeksiyon veya başka bir akut hastalık olasılığı her zaman göz önünde bulundurulmalıdır; Bununla birlikte, hastanın enfeksiyonu olan her hastada ateş yüksekliği olmayabileceği akılda tutulmalıdır. Soğuğa maruziyet termoregulasyonunun sağlanamaması nedeniyle vücut sıcaklığının düşmesiyle sonuçlanır. Hipotermi varlığı vücut sıcaklığındaki düşüklük saptanmasının yanı sıra aktif enfeksiyona ateş yanıtının oluşturulamamasıyla da kendini gösterebilir. Hipoterminin derinliği yüksek mortalite ile ilişkilidir.

Hastalar sıklıkla koma halinde bulunmazlar, ancak değişik derecelerde bilinç değişikliği gösterirler (10). Bu genellikle letarji ve obtundasyon ile konfüzyon şeklindedir. Alternatif olarak, miksödem çılgınlığı olarak adlandırılan belirgin psikotik özelliklerle daha aktif bir sunum ortaya

çıkabilir (11,12). Tedavi edilmeyen hastalarda koma tablosu görülebilir. Bazen eşlik eden hiponatremiye bağlı olarak fokal veya jeneralize nöbetler meydana gelebilir ve status epileptikus bildirilmiştir (13).

Çoğu hastada hipotermi mevcuttur. Hipoterminin şiddeti, mortalite ile ilişkilidir (9). Respiratuvar asidoz ile hipoventilasyon, esas olarak hipoksi ve hiperkapniye ventilatuar yanıtın azalmasıyla birlikte solunum dürtüsünün merkezi depresyonundan kaynaklanır (14). Katkıda bulunan diğer faktörler arasında solunum kaslarının zayıflığı, makroglossinin neden olduğu mekanik tıkanıklık, pleval efüzyon ve uyku apnesi yer alır. Bazı hastalar mekanik ventilasyona ihtiyaç duyar. Hava yolunun açıklığının sağlanması, farenksin miksödemi nedeniyle komplike olabilir (15).

Hipotiroidi hastalarında kardiyak kontraktilite azalmasıyla ejeksiyon fraksiyonunda azalma, bradikardi, bazı hastalarda perikardiyal efüzyon gelişmesine bağlı kalp seslerinin derinden alınması görülebilir. Artmış sistemik vasküler rezistans nedeniyle diyastolik hipertansiyon ve nabız basıncında azalma görülür. Kapiller geçirgenlik artmasıyla plazma volümünde azalma, asit, perikardiyal efüzyon ve pretibiyal ödem gelişebilmektedir. Aşıkardiyal kalp yetmezliği, önceden kalp hastalığı yokluğunda oldukça nadirdir. Bu muhtemelen hipotiroidizmde oksijenasyon ve kalp debisi için daha düşük doku talebinden kaynaklanmaktadır. Klinik belirtileri arasında kalp seslerinde azalma, elektrokardiyogramda (EKG) düşük voltaj ve akciğer grafisinde büyük bir kalp silüeti yer alır.

Azalmış intravasküler volüm nedeniyle glomeruler filtrasyonda azalma, gastrointestinal ödem ve motilitede azalma nedeniyle malnutrisyon, gastrik atoni ve paralitik ileus, soğuk, kaba, kuru cilt, derin tendon reflekslerinin azalması diğer klinik bulgulardır.

TANI

Miksödem koma tanısı başlangıçta öykü, fizik muayene ve diğer koma nedenlerinin dışlanması dayanır. Tanıdan şüphelenilen hastalarda tiroid fonksiyon testleri tanıyı doğrular.

Hipotermi, hiponatremi ve/veya hiperkapni ile beraber koma veya depresif mental durumu olan herhangi bir hastada miksödem koması akla gelmelidir (10). Olası miksödem koması varlığına ilişkin önemli ipuçları, bir tiroidektomi skarının varlığı veya radyoiodin tedavisi veya hipotiroidizm öyküsüdür. Aile üyelerinden alınan öyküde sıklıkla tiroid disfonksiyonunun öncül semptomları ve ardından ilerleyici letarji, stupor ve koma tablosu mevcuttur.

Serum T4 konsantrasyonu genellikle çok düşüktür. Serum TSH konsantrasyonu, primer hipotiroidizmi gösterecek şekilde yüksek olabilir veya santral hipotiroidizmi gösterecek şekilde düşük, normal veya biraz yüksek olabilir. Miksödem komasında TSH düzeyi geniş spektrumda olabileceğinden tanı ve hastalığın ciddiyeti ile TSH düzeyi ilişkili değildir.

Santral hipotiroidizm olan hastalarda ilişkili hipopituitarizm ve sekonder adrenal yetmezlik olabilir. Ayrıca, şiddetli hipotiroidizmde strese hipofizer ACTH yanıtı bozulabilir (16). Ek olarak, otoimmün aracılı primer hipotiroidizm olan hastalarda eşlik eden primer adrenal yetmezlik olabilir. İdeal olarak kortizol, kosintropin uygulamasından önce ve sonra ölçülmelidir.

Diğer laboratuvar bulguları arasında hiponatremi, anemi, hipoglisemi, hiperlipidemi, kreatinin yüksekliği bulunabilir. Beyin omurilik sıvısından örnek alınmışsa (genellikle ateşi ve mental durum değişiklikleri olan bir hastada enfeksiyonu ekarte etmek için), protein seviyelerinde orta düzeyde artış (<100 mg/dL) görülebilir (17). Hastaların yaklaşık yarısında hiponatremi mevcuttur. Şiddetli olabilir ve mental durumdaki azalmaya katkıda bulunabilir. Hiponatremi uygunsuz antidiüretik hormon fazlalığı veya eşlik eden adrenal yetersizlik sonucu gelişir. Tek başına hipotiroidizmin kendisi veya daha sıklıkla otoimmün adrenal hastalık veya hipotalamik-hipofizer bozukluğa bağlı adrenal yetmezlik sonucu hipoglisemi görülebilir. Varsayılan mekanizma azalmış glukoneogenezdır, ancak açlık ve enfeksiyon durumu da buna katkıda bulunabilir.

Elektrokardiyogramda bradikardi, düşük voltaj, nonspesifik ST-T değişiklikleri, değişen derecelerde atrioventriküler blok ve uzamış QT saptanabilir. Akciğer grafisinde büyük bir kalp silüeti görülebilir. Nöbetlerin yokluğunda elektroensefalogram (EEG) bulguları nonspesifiktir, amplitüd yavaşlar ve azalır, nadiren trifazik dalgalalar olur (17).

Miksödem koması tanısı konan sınırlı sayıda hastayı temel alan bir miksödem koma tanısı skorlama sistemi önerilmiştir (18). Puanlama sisteminde, presipitan bir olayın varlığı; hipotermimin derecesi; letarji, obtundasyon, stupor veya koma; bradikardinin derecesi, elektrokardiyogram (EKG) değişiklikleri, perikardiyal veya plevral efüzyonlar, kardiyomegali veya hipertansiyon; anoreksi, azalmış bağırsak hareketliliği veya parolitik ileus; ve hiponatremi, hipoglisemi, hipokse-mi, hiperkapni veya düşük glomerüler filtrasyon hızı (GFR) için puanlar verilir. Önerilen puanlama sisteminde ≥ 60 puan, potansiyel olarak MC için tanısaldır, oysa 45 ile 59 arasındaki puanlar, MC riski taşıyan hastaları gösterebilir. Ancak bu skorlama sisteminin en önemli limtasyonu az sayıda hastadan türetilmiş olmasıdır.

TEDAVİ

Miksödem koması, tedaviyle bile ölüm oranı yüksek olabilen bir endokrin acil durumdur. Bu nedenle, miksödem komasından şüpheleniliyorsa, laboratuvar onayı beklenmeden hemen tedaviye başlanmalıdır. Tiroid hormon tedavisi, glukokortikoid tedavisi (birlikte var olan adrenal yetmezlik olasılığı dışlanana kadar), destekleyici tedbirler ve birlikte var olan sorunların uygun yönetimi tedavinin bileşenleridir (9).

Tiroid hormon tedavisi

Bu hastalarda optimal tiroid hormon tedavisi tartışmalıdır, çünkü miksödem koması çok nadirdir ve farklı tedavi rejimlerinin etkinliğini karşılaştıran klinik çalışma yoktur. Tek başına levotiroksin (T4) tedavisi veya liotironin (T3) ve T4'ün birlikte başlanmasını öneren farklı görüşler mevcuttur (10,19-22).

T3'ün biyolojik aktivitesi daha fazla olduğu ve etki başlangıcı T4'ten daha hızlı olduğu için her iki hormonun birlikte verilmesi mantıklı olabilir. Ayrıca, T4'ün T3'e dönüşümü hem hipotiroidizm hem de eşzamanlı herhangi bir tiroid dışı hastalık [nonthyroidal illness] nedeniyle bozulmuş olabilir. Diğer taraftan, T4'ten T3'e dönüşümdeki azalma, ağır hastalık karşısında koruyucu bir adaptasyon olabilir. T3 uygulanırsa, aşırı replasmanın önlenmesi önemlidir. Miksödem

koması olan 11 hastanın incelendiği retrospektif bir çalışmada, tedavi sırasındaki yüksek serum T3 konsantrasyonları mortalite ile korele bulunmuştur (23).

Gastrointestinal absorpsiyon bozulabileceğinden, T4 veya verilecek ise T3 intravenöz olarak verilmelidir (19,20).

Miksödem koması olan hastalarda tiroid hormon tedavisinin optimal dozu belirsizdir. Hem çok yüksek (T4 >500 mcg, T3 ≥75 mcg) hem de çok düşük dozlar, ara dozlardan daha az etkili görünmektedir (24).

Başlangıçta T4'ün 200 ila 400 mcg lik yükleme dozu intravenöz olarak uygulanabilir, ardından kişinin günlük alması gereken replasman dozunun (1.6 µg/kg) %75'i ile intravenöz olarak tedaviye devam edilebilir. Daha hafif ve daha yaşlı hastalarda ve kardiyak komplikasyon (miyokard enfarktüsü, aritmi) riski taşıyanlarda doz aralığının alt sınırı tercih edilir. Oral tedavi, ancak hasta klinik olarak iyileştikten sonra uygulanabilir(20).

Miksödem komalı hastalarda tiroksinin triiyodotironine dönüşümünün azalabileceği ihtimali göz önünde bulundurularak T4 ek olarak intravenöz T3 verilebilir. Tedavi sırasında yüksek serum triiyodotironinin mortalite ile ilişkisi göz önüne alındığında, yüksek dozlardan kaçınılmalıdır.

T3 verilecek ise; başlangıç dozu 5 ila 20 mcg, ardından sekiz saatte bir 2.5 ila 10 mcg'dir; yaşlı hastalar ve eşlik eden kardiyovasküler hastalığı olanlar için daha düşük dozlar seçilir. Klinik düzelme olana ve hasta stabil olana kadar T3'e devam edilir(20).

Hedeflenecek terapötik son noktalar, esas olarak, etkilenen çeşitli organ sistemleriyle ilgili klinik parametreler olmalıdır (örn: mental durum, sıcaklık, solunum fonksiyonu, kardiyovasküler durum, elektrolitler ve tiroid durumunun biyokimyasal ölçümleri gibi)(20).

Klinik ve biyokimyasal iyileşme tipik olarak bir hafta içinde belirgindir. Tedavinin işe yaradığını ve çok yüksek T3 düzeylerinden kaçınıldığını doğrulamak için her bir iki günde bir serum T4 ve T3 düzeyinin ölçülmesi mantıklıdır.

TSH'nin düşme eğilimi göstermemesi veya tiroid hormon seviyelerinin düzelmemesi, levotiroksin tedavisini artırmanın ve/veya liotironin tedavisini eklemenin endikasyonları olarak kabul edilebilir. Diğer taraftan yüksek serum triiyodotironin düzeyleri, güvenlik endişeleri göz önüne alındığında tedaviyi azaltmak için bir göstergedir.

İyileşme sağlandıktan sonra (mental durum düzelir, pulmoner ve kardiyak fonksiyon düzelir), hasta tek başına oral T4 ile tedavi edilebilir. Başlangıç oral T4 dozu vücut ağırlığına, yaşa, eşlik eden kardiyovasküler hastalığa ve son intravenöz doza göre belirlenmelidir. Kararlı durumda intravenöz dozdan oral doza geçilirken oral dozun yalnızca yüzde 75 ila 80'inin gastrointestinal sistemden emildiği akılda tutulmalıdır.

Ülkemizde tiroid hormonlarının intravenöz preparatı bulunmamaktadır. Ancak miksödem koma tedavisinde intravenöz T4'e ulaşamadığı durumlarda oral T4 tedavisinin de etkin bir tedavi seçeneği olduğunu gösterir vaka serileri mevcuttur (25,26). Bu vakalarda başlangıçta 300-500 mcg lik yükleme dozu ile T4 oral olarak verilmiştir.

Glukokortikoid tedavisi

Miksödem koma tedavisinin bir parçası olarak adrenal yetmezlik olasılığı ortadan kaldırılıncaya kadar, stres dozunda glukokortikoidler verilmelidir.

Destekleyici önlemler

Bu önlemler arasında yoğun bakım ünitesinde tedavi, gerekirse mekanik ventilasyon, elektrolitler ve glukoz dahil intravenöz sıvıların makul bir şekilde uygulanması, hipotermimin düzeltilmesi ve altta yatan herhangi bir enfeksiyonun tedavisi yer alır. Plazma sodyum konsantrasyonunda daha fazla azalmayı önlemek için hiponatremik hastalarda dilüe sıvılardan kaçınılmalıdır. Hipotermimin düzeltilmesi için battaniye ile pasif ısıtma tercih edilir. Aktif yeniden ısıtma, vazodilatasyon ve hipotansiyonda kötüleşme riski taşır. Hipotansiyon genellikle tiroid hormon tedavisi ile saatler veya günler içinde düzelir. Sıvılara yanıt vermeyen şiddetli hipotansiyon, T4'ün etkisi ortaya çıkana kadar vazopresör bir ilaçla tedavi edilmelidir. Uygun kültürlerin negatif olduğu kanıtlanana kadar ampirik antibiyotik uygulaması düşünülmelidir.

TEMD Önerileri

- 26.A.Miksödem koma tanısı ilk başta öykü, fizik muayene ve diğer koma nedenlerinin dışlanmasına dayanır. Tanıdan şüphelenilen hastalarda tiroid fonksiyon testleri tanıyı doğrular.
- 26.B.Miksödem koması, tedaviyle bile ölüm oranı yüksek olabilen bir endokrin acil durumdur. Bu nedenle, miksödem komasından şüpheleniliyorsa, laboratuvar onayı beklenmeden hemen tedaviye başlanmalıdır.
- 26.C.Tiroid hormon tedavisi, glukokortikoid tedavisi (birlikte var olan adrenal yetmezlik olasılığı dışlanana kadar), destekleyici tedbirler ve birlikte var olan sorunların uygun yönetimi tedavinin temel bileşenleridir.
- 26.D.Bu hastalarda optimal tiroid hormon tedavisi tartışmalıdır. Tek başına levotiroksin(T4) tedavisi veya liotironin(T3) ve T4'ün birlikte verilebilir. Gastrointestinal absorpsiyon bozulabileceğinden, T4 veya verilecek ise T3 tercihen intravenöz olarak verilmelidir.
- 26.E.Başlangıçta T4'ün 200 ila 400 mcg lik yükleme dozu intravenöz olarak uygulanabilir, ardından kişinin günlük alması gereken replasman dozunun (1.6 µg/kg) %75'i ile intravenöz olarak tedaviye devam edilebilir. Daha hafif ve daha yaşlı hastalarda ve kardiyak komplikasyon (miyokard enfarktüsü, aritmi) riski taşıyanlarda doz aralığının alt sınırı tercih edilir. T3 verilecek ise; başlangıç dozu 5 ila 20 mcg, ardından sekiz saatte bir 2.5 ila 10 mcg'dir; yaşlı hastalar ve eşlik eden kardiyovasküler hastalığı olanlar için daha düşük dozlar seçilir. Klinik düzelme olana ve hasta stabil olana kadar T3'e devam edilir.
- 26.F. Hedeflenecek terapötik son noktalar, esas olarak, etkilenen çeşitli organ sistemleriyle ilgili klinik parametreler olmalıdır (örn: mental durum, sıcaklık, solunum fonksiyonu, kardiyovasküler durum, elektrolitler ve tiroid durumunun biyokimyasal ölçümleri gibi)
- 26.G. İyileşme sağlandıktan sonra (mental durum düzelir, pulmoner ve kardiyak fonksiyon düzelir), hasta tek başına oral T4 ile tedavi edilebilir. Kararlı durumda intravenöz dozdan oral doza geçilirken oral dozun yalnızca yüzde 75 ila 80'inin gastrointestinal sistemden emildiği akılda tutulmalıdır.
- 26.H. Ülkemizde tiroid hormonlarının intravenöz preparatı bulunmamaktadır. Miksödem koma tedavisinde intravenöz T4'e ulaşamadığı durumlarda oral T4 tedavisinin de etkin bir tedavi seçeneği olduğunu gösterir vaka serileri mevcuttur. Bu vakalarda başlangıçta 300-500 mcg lik yükleme dozu ile T4 oral olarak verilmiştir.
- 26.I. Miksödem koma tedavisinin bir parçası olarak adrenal yetmezlik olasılığı ortadan kaldırılıncaya kadar, stres dozunda glukokortikoidler verilmelidir.
- 26.İ. Destekleyici önlemler arasında yoğun bakım ünitesinde tedavi, gerekirse mekanik ventilasyon, elektrolitler ve glukoz dahil intravenöz sıvıların makul bir şekilde uygulanması, hipotermi düzeltilmesi ve altta yatan herhangi bir enfeksiyonun tedavisi yer alır.

KAYNAKLAR

1. Ono Y, Ono S, Yasunaga H, Matsui H, Fushimi K, Tanaka Y. Clinical characteristics and outcomes of myxedema coma: Analysis of a national inpatient database in Japan. *Journal of epidemiology*. 2017;27(3):117-22.
2. Mathew V, Misgar RA, Ghosh S, Mukhopadhyay P, Roychowdhury P, Pandit K, et al. Myxedema coma: a new look into an old crisis. *Journal of thyroid research*. 2011;2011:493462.
3. Kao PH. Oral Levothyroxine Treatment in Lithium Intoxication- Induced Myxedema Coma: A Case Report. *Journal of acute medicine*. 2021;11(2):68-71.
4. Zagorski E, Jayatilaka S, Hirani F, Donato A. Amiodarone-Associated Myxedema Coma. *The American journal of case reports*. 2020;21:e926757.
5. Raouf A, Goyal S, Traylor J. Amiodarone-Induced Myxedema Coma. *Cureus*. 2020;12(8):e9902.
6. Gummalla S, Manjunath M, Phillips B. Myxedema Coma: A Life-Threatening Condition in Patients Using Pembrolizumab. *Case reports in endocrinology*. 2020;2020:8855943.
7. Bhogal S, Patel N, Mawa K, Ramu V, Paul T. A Rare Case of Myxedema Coma Presenting as Bradycardia and Hypotension Secondary to Pituitary Apoplexy. *Cureus*. 2021;13(5):e15196.

8. Yafit D, Carmel-Neiderman NN, Levy N, Abergel A, Niv A, Yanko-Arzi R, et al. Postoperative myxedema coma in patients undergoing major surgery: Case series. *Auris, nasus, larynx*. 2019;46(4):605-8.
9. Douglas S Ross, Myxedema coma, www.uptodate.com
10. Kwaku MP, Burman KD. Myxedema coma. *J Intensive Care Med* 2007; 22:224.
11. Westphal SA. Unusual presentations of hypothyroidism. *Am J Med Sci* 1997; 314:333.
12. Mavrosos MM, Patel N, Akker E. Myxedema Psychosis in a Patient With Undiagnosed Hashimoto Thyroiditis. *J Am Osteopath Assoc* 2017; 117:50.
13. Jansen HJ, Doebé SR, Louwerse ES, et al. Status epilepticus caused by a myxoedema coma. *Neth J Med* 2006; 64:202.
14. Zwillich CW, Pierson DJ, Hofeldt FD, et al. Ventilatory control in myxedema and hypothyroidism. *N Engl J Med* 1975; 292:662.
15. Lee CH, Wira CR. Severe angioedema in myxedema coma: a difficult airway in a rare endocrine emergency. *Am J Emerg Med* 2009; 27:1021.e1.
16. Bigos ST, Ridgway EC, Kourides IA, Maloof F. Spectrum of pituitary alterations with mild and severe thyroid impairment. *J Clin Endocrinol Metab* 1978; 46:317.
17. Haupt M, Kurz A. Reversibility of dementia in hypothyroidism. *J Neurol* 1993; 240:333.
18. Popovniuc G, Chandra T, Sud A, et al. A diagnostic scoring system for myxedema coma. *Endocr Pract* 2014; 20:808.
19. Holvey DN, Goodner cj, Nicoloff JT, Dowling JT. Treatment Of Myxedema Coma With Intravenous Thyroxine. *Arch Intern Med* 1964; 113:89.
20. Jonklaas J, Bianco AC, Bauer AJ, Burman KD, Cappola AR, Celi FS, et al. Guidelines for the treatment of hypothyroidism: prepared by the american thyroid association task force on thyroid hormone replacement. *Thyroid : official journal of the American Thyroid Association*. 2014;24(12):1670-751.
21. MacKerrow SD, Osborn LA, Levy H, et al. Myxedema-associated cardiogenic shock treated with intravenous triiodothyronine. *Ann Intern Med* 1992; 117:1014.
22. Arlot S, Debussche X, Lalau JD, et al. Myxoedema coma: response of thyroid hormones with oral and intravenous high-dose L-thyroxine treatment. *Intensive Care Med* 1991; 17:16.
23. Hylander B, Rosenqvist U. Treatment of myxoedema coma--factors associated with fatal outcome. *Acta Endocrinol (Copenh)* 1985; 108:65.
24. Yamamoto T, Fukuyama J, Fujiyoshi A. Factors associated with mortality of myxedema coma: report of eight cases and literature survey. *Thyroid* 1999; 9:1167.
25. Nyasatu G Chamba, Abid M Sadiq , Norman J Kyala, et al. Initial treatment of myxedema coma using oral levothyroxine: a case report from Tanzania. *Endocrinol Diabetes Metab Case Rep*. 2022; 2022: 21-0197.
26. Arjun Rajendran, Nisha Bhavani, Vasantha Nair, Praveen V Pavithran, V Usha Menon, Harish Kumar. Oral Levothyroxine is an Effective Option for Myxedema Coma: A Single-Centre Experience. *Eur Thyroid J*. 2021 Mar;10(1):52-58.

TIROID SİTOLOJİSİ

Dr. Çisel Aydın Meriçöz· Dr. Koray Ceyhan

Giriş

Genel nüfusun yaklaşık %40'ında tek veya çoklu tiroid nodülleri tespit edilebilir ve çoğunlukla benignidir, Tiroid kanseri insidansı 1990'ların başından bu yana %164 artmıştır. Farklı serilerde tiroid malignitesi insidansı %5-15 arasında bildirilmiştir. Tiroid kanseri ölümlerinin çoğu non-papiller histolojik alt tiplerdendir; papiller tiroid kanserinin beş yıllık sağ kalım oranı %90'nın üzerindeyken, anaplastik tiroid kanserinin beş yıllık sağ kalım oranı %10'dur. Tiroid kanserinden kaynaklanan ölümler son 40 yılda kadınlarda yarı yarıya erkeklerde üçte bir oranında azalmıştır.

Tiroid problemlerinin daha sık araştırılması ve radyolojik incelemelerde çoklu tiroid nodüllerinin yaygın olarak bulunması, hastaların tanısı ve yönlendirilmesinde tiroid sitolojisinin kullanılması talebini artırmıştır. 1980'lerden beri yaygın olarak kullanılan tiroid ince iğne aspirasyonu (İAA) ve sitolojik inceleme önemli bir hastalık riski taşıyan hastaların araştırılması açısından faydalı olmakla birlikte gereksiz tedaviye karşı dikkatli olunması gerektiği vurgulanmalıdır. Bu bağlamda, tiroid sitolojisinin doğru raporlanması ve iyi klinik-radyolojik korelasyon sağlanması önemlidir.

Tiroid Patolojisi Olan Hastalara Yaklaşımda Sitolojinin Rolü

Tiroid sitolojisinin, tiroid patolojisi olan hastalara yaklaşımdaki rolü ve önemi birden fazla kılavuzda belirlenmiştir. Tiroid sitolojisi, potansiyel tümör çeşidi ile birlikte malignite tanısı koyarak, uygun terapötik cerrahiye tek seferde gerçekleştirmeye imkan sağlar. Malignite tespit edilmeyen hastaların cerrahi dışı tıbbi/endokrinolojik tedavi gerekenler ya da takip altında tutulması gerekenler şeklinde kategorize etmeye yardımcı olur. Tiroid malignitesi oranının düşük olması sebebiyle, İAA benign tiroid hastalıkları için yapılan cerrahi müdahale sayısını azaltmada önemli rol oynar.

Sitopatoloji raporunun doğru bir şekilde yorumlanabilmesi için, klinik bilgilerin tamamının, ultrason verileri de dahil olmak üzere, sitopatolog tarafından bilinmesi önemlidir. Hastanın klinik durumuna bağlı olarak tiroid otoantikörlerini de içeren biyokimyasal ve immünolojik değerlendirmeye bilgileri de yardımcı olabilir. Medüller tiroid kanseri şüphesi olan durumlarda, klinisyen tarafından bu durum vurgulanmalı ve bu tür vakalarda serum kalsitonin düzeyi ölçülmelidir. Bir sitoloji istek formu kullanılması bu sürece yardımcı olabilir.

Tiroid Sitoloji Örneklerinin Alınması

Genellikle ayaktan uygulanan tiroid İAA minimal invaziv ve güvenli olmakla birlikte başarısının operatöre bağlı olduğu bilinmektedir. Tiroid İAA'nın en iyi şekilde uygulanabilmesi, sadece teknik beceri gerektirmekle kalmaz, aynı zamanda işlemin sınırlamaları, kullanım endikasyonları,

İİA örneğinin yeterliliğini etkileyen faktörler ve sonrasındaki yönetim stratejisi yönünden donanımlı olmayı da gerektirir. Sonuçlar, lezyonun özellikleri, lezyon ve iğne yerleşiminin doğruluğu, yönlendirme yöntemi, aspire edilen örneklerin sayısı, iğne kalibrasyonu ve aspirasyon tekniği gibi faktörlerden etkilenebilir. Örnek alımı sırasında örnek yeterliliğini değerlendirebilecek yetkin, deneyimli ve eğitilmiş bir sitopatoloğun/patoloğun bulunması (hızlı yerinde değerlendirme [ROSE]), örnek yetersizliğini azaltmaya yardımcı olabilir.

Tiroid Sitoloji Örneklerinin Hazırlanması ve Boyanması

Tiroid İİA sitoloji örnekleri, hava ile kurutulan ve alkolle sabitlenmiş direkt yayma örnekleri, aspirasyon yıkamaları ve kist sıvısı örneklerini içerebilir. Alınan aspirasyonların hazırlık süreci doğru tanı oranlarını arttırmakta ve atipi oranlarını azaltmaktadır. Tüm örneğin sıvı bazlı sitoloji yöntemi gibi sıvı bir ortama koymayı tercih eden klinikler olmakla birlikte, herhangi bir yöntemin diğerlerinden daha iyi sonuçlar verdiği dair doğrudan kanıt yoktur. Direkt yaymalarda çoğunlukla Giemsa ve Papanicolaou boyalarını kullanılmaktadır. Burada dikkat edilmesi gereken en önemli husus ise Papanicolaou boyaları için oldukça hızlı bir şekilde alkolde fikse edilmiş preparatların kullanılmasıdır. Alkol bazlı preparasyon hazırlanırken yaymalar yayılır yayılmaz hemen alkol içerisinde fikse edilmelidir. Hematoksilen ve eozin boyanın sitoloji örnekleri için kullanılması önerilmemektedir. Kullanılan yöntem, yerel kaynaklara ve deneyime bağlı göre değişkenlik gösterebilir.

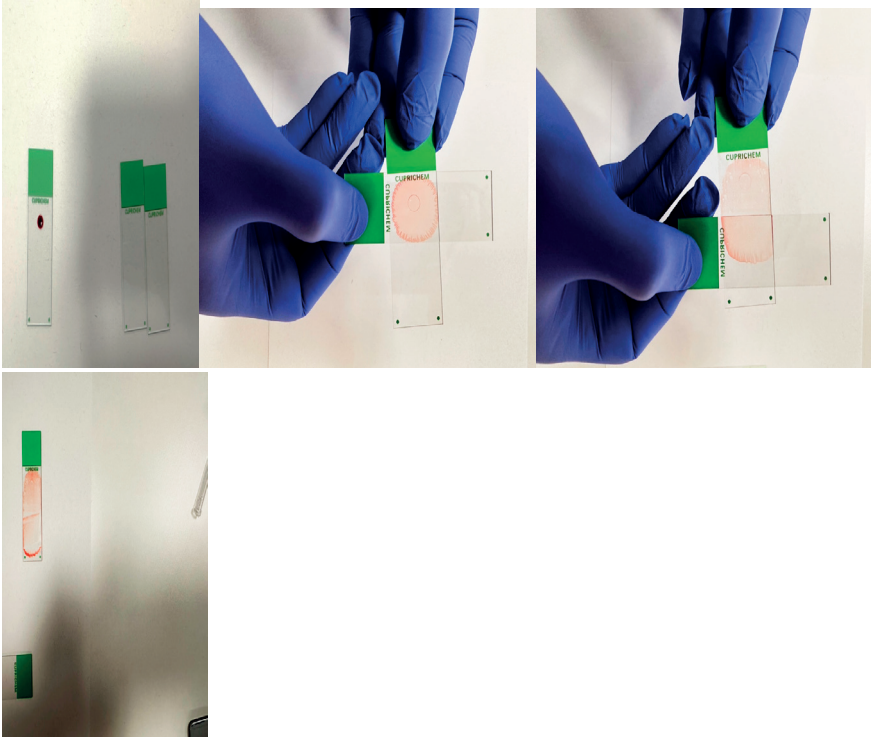
Tiroid İAA Sonrası Yaymanın Hazırlanması

1) Yayma nasıl hazırlanmalıdır?

Bunun için birçok yöntem bulunabilir ancak en önemli olan kısım püskürtülen materyalin az ya da çok olmasıdır. Tek-Slayt Yayma Tekniği aspiratların az olduğu durumda kullanılan etkili bir yöntemdir. İki Slayt Yayma Tekniği ise özellikle büyük miktarda hücre materyal elde edildiğinde kullanılabilir. Her iki yöntemde de homojen yaymalar oluşturmak hücre örneklerinin değerlendirilmesini kolaylaştırır.

Tek-Slayt Yayma Tekniği;

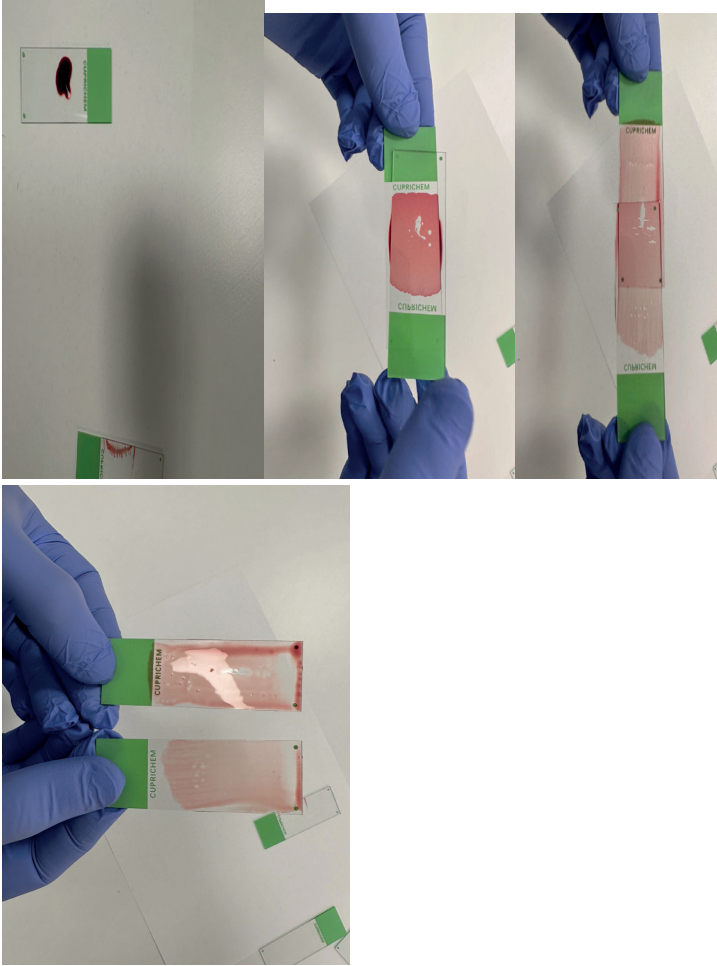
- İlk olarak, ince iğne aspirasyonundan elde edilen hücre materyal slaytın orta kısmına püskürtülerek yerleştirilir. Bu, slaytta düzgün bir yayma oluşturmak için ideal bir başlangıç noktasıdır.
- İkinci bir slayt, yayıcı slayt olarak kullanarak örnek slaytın üzerine çapraz bir açıyla yerleştirilir. Bu, hücrelerin slayt boyunca eşit olarak dağılmasını sağlayacaktır.
- Örnek slaytını sabit tutulur ve yayıcı slayt örnek slaytın sonuna doğru çekilir. Bu hareket, hücrelerin düzgün bir şekilde yayılmasını ve slaytın tamamında homojen bir hücre dağılımı elde edilmesini sağlar (Figür 1).



Figür 1. Tek slayt yayma tekniği

İki Slayt Yayma Tekniği;

- İlk adımda aspirasyon preparatın orta noktasının biraz altına damlatılır. Bu, iki slayt arasında hücrelerin eşit olarak dağıtılmasını sağlayan ideal bir başlangıç noktasıdır.
- İkinci adım ikinci slaydın örnek slaydının üzerine hizalanmasıdır. İkinci slayt, yayıcı slayt olarak kullanılarak örnek slaydın üzerine yerleştirilir ve düzgün bir şekilde hizalanır. Bu, hücrelerin her iki slayta eşit olarak dağıtılmasını sağlayacaktır.
- Üçüncü adım: Örnek slayt ve ikinci slayt zıt yönlerde doğru hafifçe çekilir. Bu hareket, her iki slaytta da düzgün ve homojen hücre dağılımı elde edilmesini sağlar (Figür 2).



Figür2. İki slayt yayma tekniği

İki Slayt Yayma Tekniği ile elde edilen slaytların her biri, benzer miktarda hücrel materyal içerir. İlk slayt hava kurutulabilir, Diff-Quik boyası ile boyanabilir ve hızlı yerinde değerlendirme (ROSE) için kullanılabilir. İkinci slayt ise, hemen %95 alkolle sabitlenmelidir, sonraki dönemlerde Papanicolaou boyaması için kullanılabilir.

2) İpuçları ve Zamanlamanın Önemi

Yayma işlemi sırasında bazı noktalara dikkat etmek işlemin başarısını arttırmaktadır.

Aspiratın dokusu, smear işleminin ne kadar hızlı başlatılması gerektiğini belirlemede önemli bir faktördür. Yayma işlemini başlatırken zamanlamanın göz önünde bulundurulması, hücre örneklerinin değerlendirilmesi için daha kaliteli ve düzgün yaymalar elde etmeyi mümkün kılacaktır.

Bu sayede, slaytlar arasında uygun bir hücre dağılımı sağlanarak daha doğru ve güvenilir sonuçlar elde edilebilir.

Zamanlamanın önemini dikkate alarak smear işlemini başlatmak için bazı ipuçları sırasıyla özetlenmiştir.

- *Kalın aspiratlar:* Kalın ve yoğun aspiratların, yayma işlemine başlamadan önce bir süre bekletilmesi gerekebilir. Bu, hücrelerin slaytlar arasında düzgün bir şekilde yayılmasına ve daha iyi bir hücre dağılımı sağlanmasına yardımcı olacaktır.
- *Sulu aspiratlar:* Aspirat sulu ve ince olduğunda, hızlı hareket etmek önemlidir. İki slaytı hemen bir araya getirerek smear işlemine başlanmalıdır. Aksi takdirde, slaytlar arasında çok fazla gerilim oluşabilir ve yayma işlemini gerçekleştirmek zorlaşabilir.

3) Yardımcı Testlerin Kullanımı

Tiroid sitoloji örneğinin olası yardımcı çalışmalar için kullanılacak olması (ör. akım sitometri, immünsitokimya ve moleküler analizi yapılabilen hücre bloğu vb.), örnek alınmasının, transportunun ve preparasyonunun nasıl yapılacağını etkileyebilir. Bu gereklilik dikkate alınmalı ve örnek alınmadan ne yapılacağı belirlenmelidir. Örneğin hastada düşük dereceli lenfoproliferatif bir hastalık düşünüldüğünde alınan materyalin bir kısmı akım sitometrik inceleme için ayrılabilir ya da medüller karsinom olma olasılığı varsa elde edilecek hücre bloğunda kalsitonin çalışılabilir. Benzer şekilde opere olmuş bir hastada tiroidektomi lojunda paratiroid / rezidü tiroid dokusu ayırımında tiroid *washout* ya da hücre bloğuna yapılacak olan immünohistokimyasal çalışmalar yardımcı olabilir. Ayrıca neoplazi ayırımında faydalı olabilecek moleküler testler de kullanılabilir (yardımcı testler kısmında detaylandırılmıştır). Hastabaşı yeterlilik değerlendirmesi bu ek testler için işlem sırasında karar verme ve duruma göre davranma imkanı sağlar. Hastabaşı yeterlilikte hızlı boyama kitleri yardımcı olabilir. Burada kullanılacak kitler de yine yerel kaynak ve deneyime göre değişkenlik gösterebilir.

Tiroid Sitolojisinin Raporlanması

Sitoloji raporunun temel amacı, sitolojik görünümleri tanımlamak, yorumlamak ve bu bilgileri hastanın doğru tanısı ve yönetimi konusunda yardımcı olacak şekilde klinisyene/klinik ekibe net, tutarlı ve tekrarlanabilir bir şekilde iletmektir. İİA raporlaması için standartlaştırılmış kategorik sistemler, sonuçların anlaşılmasını kolaylaştırabilir ve terapötik eylem önerebilir. Ülkemizde ve dünyada yaygın olarak kullanılan Bethesda Sistemi Tiroid Sitopatoloji Raporlaması (TBSRTC) tiroid İİA örnekleri için düzgün ve kademeli bir raporlama sistemi oluşturmaktadır. TBSRTC kullanarak, sitopatolog tiroid İİA yorumlarını klinisyene net, anlaşılır ve klinik olarak kullanışlı terimlerle iletebilmektedir.

Tiroid sitolojisinin raporlanması, hücresel patolojinin birçok alanında olduğu gibi, raporlama kriterlerinin bireysel uygulanmasına tabidir ve dolayısıyla öznelidir. Bu belgenin devamında ayrıntılı olarak verilecek kriterler, mevcut kanıtlara dayanmaktadır, ancak örnek kalitesi, sağlanan bilgiler ve raporlayan sitologdan etkilenebilecek gözlemci ve iç gözlemci değişkenliğinin olduğu da kabul edilmelidir. Tiroid sitolojisi raporlaması ayrıca, zaman içinde değişen WHO tiroid sınıflandırması ile uyumlu olmalıdır. Ülkemizde de yaygın olarak kullanılan TBSRCT sisteminin son baskısı 2017'ye ait olmakla birlikte 2023' de yeni baskısının gelmesi beklenmektedir ve detayları anlatılacak olan kategorizasyon sınıflamaları bu bilgiler ışığında değerlendirilmiştir.

TBSRTC'nin klinik uygulamada yaygın kabul görmesiyle, tanı kategorilerinin uygun kullanımı, önerilen yönetim (ör. tekrar İİA veya cerrahi) ve malignite riskleri konusunda sorular ortaya çıkmıştır. Kategorilerin malignite risklerine yapılan revizyonlarla ilgili olarak, ikinci baskıda (2017) değerlendirmede kullanılmak üzere hasta demografisi, nodül seçim kriterleri, sitopatolog deneyimi ve sitomorfolojik tanı kriterlerinin uygulanmasındaki değişkenlik, tiroid cerrahisi geçiren vakalarda bazı tanı kategorileri için malignite riskinin fazla tahmin edilmesi, yaygın yanlılığının yan sıra ve papiller benzeri nükleer özelliklere sahip noninvaziv folliküler tiroid neoplazmi (NIFTP) olarak bilinen ve eskiden “kapsüllü folliküler varyant papiller tiroid karsinomu “ olarak adlandırılan tanı yer almıştır.

Her kategori için değişen oranlarda kanser riski bildirilmiştir (Tablo 1). Ancak, bazı tiroid neoplazmlarının NIFTP olarak yeniden sınıflandırılmasının, malignite riski (ROM) üzerinde etkisi olmuştur, NIFTP malign olarak kabul edildiğinde farklı, edilmediğinde farklı ROM oranları çıkmaktadır (Tablo 1). NIFTP düşünülen olgularda rapora eklenecek notlar ve öneriler faydalı olabilir. Örneğin, bazı laboratuvarlar, kendi sitolojik-histolojik korelasyonlarına veya literatürde bulunanlara dayalı olarak genel kategori ile ilişkili malignite riskini belirtmek isteyebilir.

Tablo 1. 2017 Bethesda Sınıflaması, malignite riskleri ve genel klinik yaklaşım

Diagnostik kategori	Malignite Riski		Genel klinik yaklaşım
	NIFTP ≠ Kanser	NIFTP = Kanser	
I. Non-Diagnostik / Yetersiz	%5-10	%5-10	İİAS tekrarı
II. Benign	%0-3	%0-3	Klinik ve sonografik takip
III. Önemi belirsiz atipi (AUS) / Önemi belirsiz folliküler lezyon (FLUS)	%6-18	%10-30	İİAS tekrarı, moleküler testler ya da lobektomi
IV. Folliküler neoplazi / Folliküler neoplazi kuşkusu (FN/FNK)	%10-40	%25-40	Moleküler testler, lobektomi
V. Malignite kuşkusu	%45-60	%50-75	Total/totale yakın tiroidektomi ya da lobektomi
VI. Malign	%94-96	%97-99	Total/totale yakın tiroidektomi ya da lobektomi

Bethesda Sistemi Tiroid Sitopatoloji Raporlaması (TBSRTC)

I. Nondiagnostik (ND) / Yetersiz

Bir numune aşağıdaki yeterlilik kriterlerini karşılamıyorsa “nondiagnostik” veya “yetersiz” olarak kabul edilir.

Yeterlilik Kriterleri: Bir tiroid İİA örneği, tercihen tek bir slaytta, grup başına en az on hücre olmak üzere en az altı grup iyi görüntülenmiş (yani iyi boyanmış, bozulmamış ve engellenmemiş) folliküler hücre içeriyorsa değerlendirme için yeterli kabul edilir.

Bu gerekliliğin istisnaları aşağıdaki özel durumlar için geçerlidir:

1. Sitolojik atipili solid nodüller. Önemli sitolojik atipi içeren bir örnek asla ND olarak kabul edilmez. Herhangi bir önemli atipinin rapor edilmesi zorunludur; minimum follüküler hücre sayısı gerekli değildir.
2. Enflamasyonlu solid nodüller. Lenfositik (Hashimoto) tiroiditi, tiroid apsesi veya granüloamatöz tiroiditi olan hastalardaki nodüller yalnızca çok sayıda enflamatuvar hücre içerebilir. Bu tür vakalar ND olarak değil benign olarak yorumlanır. Minimum follüküler hücre sayısı gerekli değildir.
3. Kolloidal nodüller. Bol miktarda kolloid içeren örnekler benign kabul edilir ve değerlendirme için yeterlidir. Kolayca tanınabilen bir kolloid mevcutsa minimum follüküler hücre sayısı gerekli değildir.

Nondiagnostik/Yetersiz: Aşağıdaki senaryolar ND kabul edilen vakaları tanımlamaktadır:

1. Her biri on hücreden oluşan, iyi korunmuş, iyi boyanmış altı follüküler hücre grubundan daha azı (yukarıdaki istisnalara bakınız)
2. Kötü hazırlanmış, kötü boyanmış veya önemli ölçüde gizlenmiş follüküler hücreler
3. Kist sıvısı. Histiyosit içeren veya içermeyen kist sıvısı ve on benign follüküler hücreden oluşan altı gruptan azı.

Yeterlilik için öneriler genellikle sadece follüküler hücrelerin miktarı için geçerlidir ve makrofajlar, lenfositler ve diğer malign olmayan hücresel bileşenleri dikkate almaz. İİA ile follüküler hücrelerin elde edilebilmesi kısmen lezyonun yapısına bağlıdır, benign kistler gibi bazı lezyonlardan çok fazla follüküler hücre elde edilemez. Kist sıvısında sadece makrofajlar bulunabilir, ancak bu lezyonlar basit ve 3 cm'nin altındaysa malignite riski düşüktür. Bununla birlikte, sitopatolog her zaman klinik veya sonografik bilgilere sahip değildir ve izole olarak, bir örnek tamamen sıvı ve histiyositlerden oluşuyorsa, kistik papiller tiroid karsinomu olasılığı dışlanamaz. Sadece kistik sıvısı olan daha genç hastalarda, başta papiller karsinom olmak üzere malignite riskinin biraz daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle, bu vakalar ND olarak ve ardından "sadece kist sıvısı" alt kategorisiyle raporlanır. Hastanın kliniğine bağlı olarak (örn. basit, uniloküler bir kistin ultrason kanıtı), bu örnekler ND olarak rapor edilse de solid komponenti ya da aile hikayesi gibi risk faktörleri yoksa klinisyen tarafından yeterli kabul edilebilir.

Nasıl yönetilmeli: İlk değerlendirmede ND sonucu alan nodüller, tümüyle kistik olmadıkça yeniden aspire edilmelidir. yüksek kistik içeriğine sahip nodüller, tanısal sitoloji sonucu için bağımsız bir belirleyicidir. Kistik içeriği arttıkça nodüllerin ND sonucu alma olasılığı artar. Biyopsi kaynaklı iltihabın ve potansiyel olarak şüpheli atipinin çözülmesine izin vermek için bir İİA'yı tekrarlamadan önce birkaç ay beklemek alışılabilir olsa da, böyle bir kısıtlamayı destekleyen çok az kanıt vardır; 3 aydan daha kısa aralıklar, atipik sonuçların sıklığını arttırmaz. Yeni çıkacak olan 2023 Bethesda'da bu zaman aralığının kaldırılacağı ön görülmektedir.

İlk ND örneğinden sonra tekrarlanan aspirasyonlar için ultrason eşliğinde hastabaşı yeterlilik değerlendirmesi, özellikle solid nodüller için tercih edilir. Hastabaşı yeterlilik olmaksızın, nodülden üç ayrı örnek almak, yetersiz örneklerin oranını azaltabilir. Sıvı bazlı sitoloji çalışılan ve ilk başta ND olan İİA'ların kalan materyalden hücre bloğu oluşturmak, bazı örnekleri tanısal yeterliliğe sahip bir örneğe dönüştürebilir.

İİA'yı tekrarlamak, özellikle daha küçük kistik bileşenli lezyonlarda, vakaların %60-80'inde tanınan bir yorum sağlar. ND yorumu yapılan çoğu nodül daha sonra benign olarak raporlanır. İki ardışık ND/UNS örneğinden sonra, klinik bulgulara bağlı olarak klinik ve sonografik takip veya cerrahi düşünülmelidir. Kistik lezyonlarda malignite riski düşük olduğu için, başlangıçta ND sonucu alan çoğu kistik nodülün tekrar aspirasyonu, yalnızca ultrason bulguları şüpheliyse gerçekleştirilmelidir. 2023 Bethesda tiroid raporlama sisteminde bu kısmın daha çok vurgulanması beklenmektedir.

II. Benign

Tiroid İİA'nın benign tiroid nodüllerini güvenilir bir şekilde tanımlama yeteneği sayesinde, nodüler tiroid hastalığı olan birçok hastanın gereksiz cerrahiye maruz kalması önlenir. Çoğu tiroid nodülü benign olduğu için, benign sonuç en yaygın İİA yorumudur (tüm vakaların yaklaşık %60-70'i). Benign sonuçlar, benign folliküler nodül, tiroidit veya diğer daha az görülen antiteler olarak daha alt sınıflara ayrılır. Nodüler guatr (NG) İİA ile en sık örneklenen lezyondur ve kronik lenfositik veya Hashimoto tiroiditi, tiroiditin en yaygın karşılaşılan formudur.

a. Benign folliküler nodül

“Benign folliküler nodül (BFN)” tanımı, değerlendirme için yeterli olan ve farklı oranlarda kolloid ve benign görünümlü folliküler hücrelerden oluşan bir sitolojik örneğe denir. Sitoloji raporlamasında genel BFN terimi kullanılabilir; sitomorfolojik bulgulara ve ilişkili klinik sunuma bağlı olarak kolloidal nodül, nodüler guatr, hiperplastik/adenomatoid nodül veya Graves hastalığı gibi daha spesifik benign alt gruplara sınıflandırılabilir.

Benign folliküle nodül kriterleri aşağıda sıralanmıştır.

- Örnekler seyrek ila orta derecede hücrelidir.
- Kolloid viskoz, parlak, açık sarı veya altın rengindedir, Romanowsky tipi boya ile koyu mavi mor-magenta renginde, Papanicolaou boyası ile yeşil veya turuncu-pembe renktedir.
- Dokusu ince veya kalın olabilir.
- İnce, sulu kolloid genellikle “ince membran/selofan” kaplama veya film oluşturur.
- Kalın, yoğun, “sert” kolloid hiyalen bir kaliteye sahiptir ve sıklıkla çatlaklar gösterir.
- Folliküler hücreler ağırlıklı olarak tek katmanlı tabakalar halinde düzenlenmiştir ve eşit olarak tabakalar içinde aralıklı “bal peteği benzeri” olarak bulunabilir. Ara sıra sağlam, üç boyutlu, değişken toplar/küreler ve mikro doku parçaları halinde izlenebilir.
- Folliküler hücre çekirdekleri sitoplazmadan sıyrılabilir ve lenfositlerle karıştırılabilir
- Papiller hiperplazi bazen görülebilir.
- Folliküler hücreler bol kolloid ile ilişkili olduğunda büzülmüş, işsilemiş veya dejenere görünebilir.
- Makrofajlar yaygın olarak bulunur ve hemosiderin pigmenti içerebilir.
- Bazen, özellikle kistik lezyonlarda, genişlemiş çekirdekli, ince granüler kromatinli, skuamoid veya iğ şeklinde “doku kültürü hücresi” görünümüne sahip kist epitel hücrelerinin varlığı gibi fokal reperatif değişiklikler gözlenebilir.

Graves hastalığı kadınlarda sık görülen, otoimmün diffüz hiperplastik bir tiroid bozukluktur ve genellikle hipertiroidizm kliniğiyle tanı alır. Hastaların çoğunda tiroid bezinin nodüler büyümesinden ziyade diffüz bir büyüme vardır ve tanı için İİA'ya gerek duyulmaz. Bununla birlikte,

tiroidde bazen büyük ve/veya soğuk nodüller gelişebilir ve bu da eş zamanlı bir malignite şüphesi uyandırarak İA yapıldığını gerektirir. Graves hastalığının sitolojik özellikleri spesifik değildir ve kesin tanı için klinik korelasyon gereklidir. Aspiratlar genellikle hücreli olup, bol miktarda kolloid ve değişken sayıda folliküler hücre içeren Graves olmayan BFN'lerle benzer özellikler gösterir. Bazen, arka planda lenfositler ve onkositler görülebilir.

b. Lenfositik Tiroidit terimi, çok sayıda polimorfik lenfoid hücrenin, benign tiroid folliküler hücreler ve/veya onkositik hücreler ile bir arada bulunduğu bir sitolojik örnek için kullanılır. Lenfositik tiroidit farklı tiroid hastalıklarını kapsar, bunlar arasında kronik lenfositik (Hashimoto) tiroidit, subakut tiroidit ve fokal lenfositik tiroidit bulunmaktadır. Genellikle tiroid bezinin yaygın büyümesi görülür ancak nodül geliştiğinde İAA gerekir. Lenfositik tiroidit, lenfositler, lenfoid foliküller ve onkositik metaplazi ile karakterize edilir ve sitolojik inceleme sonucunda lenfositik tiroidit teşhisi konulur.

c. Granülatöz Tiroidit Granülatöz (de Quervain) tiroidit, viral bir enfeksiyon tarafından tetiklenebilen tiroidin inflamasyonu ile karakterize genellikle kendi kendine sınırlanan bir hastalıktır. İAA genellikle eşlik eden bir malignite olasılığı nedeniyle nodüllü olgularda gerekir. Granülomlar olmaksızın, sitolojik bulgular özgül değildir. Ancak, biyopsi işlemi hastalar için oldukça ağrılı olabilir ve yeterli örnekleme engelleyebilir. Granülatöz tiroidit örneklerinde hücre miktarı hastalığın evresine bağlı olarak değişir. Granülomlar, çok çekirdekli dev hücreler, nötrofiller ve eozinofiller bulunur. İlerleyen evrelerde örnekler hiposelüler olup dev hücreler, lenfositler ve makrofajlar görülür. İnvolyasyon aşamasında ise dev hücreler ve inflamatuvar hücreler bulunmayabilir; bazı örnekler değerlendirme için yetersiz olabilir.

III. Önemi belirsiz atipi [Atypia of Undetermined Significance, (AUS)] / Önemi belirsiz folliküler lezyon [Follicular Lesion of Undetermined Significance (FLUS)]

AUS ve FLUS aynı kategori için iki alternatif isim olmakla birlikte sitoloji laboratuvarları AUS veya FLUS terimlerinden yalnızca birini kullanmalıdır; her iki terimin de aynı laboratuvar da alt sınıflandırma aracı olarak kullanılması (örneğin sitolojik atipi için AUS, yapısal atipi için FLUS) önerilmemektedir çünkü bu uygulama kafa karıştırıcıdır ve AUS ile FLUS'un eşanlamı olduğu kavramına ters düşmektedir. 2023 Bethesda tiroid raporlama sisteminde bu kategori tek isimle sunulacaktır.

AUS/FLUS'un malignite riski [risk of Malignancy (ROM)] hesaplaması zordur. AUS/FLUS vakalarının sadece azınlığı eksizyona gider ve histolojik takip üzerinden ROM tahmin etmek, seçme yanlılığı nedeniyle riski yüksek tahmin etmeye sebep verir. Yeniden aspirasyon ve/veya benign moleküler test sonucu olan AUS/FLUS nodülleri cerrahiye gitmez. Cerrahiye gitmeyen nodüllerin benign olduğunun kabul edilmesi için ROM tahmini düşürür. Gerçek ROM'un, bu iki farklı hesaplamasının ortasında olması beklenir ancak yaygın yanlılığı nedeniyle olduğundan yüksek tahmin edildiği öngörülebilir.

AUS/FLUS kategorisi oldukça heterojendir. En sık gözlenen olası senaryolar AUS/FLUS aspiratlarının alt sınıflandırılmasını kolaylaştırmak için aşağıda detaylandırılmıştır. Alt sınıflandırma, diğer patolojiler ve klinisyenlerle iletişimi geliştirmek ve yeni bilgilerle kategorinin daha da rafine edilmesini sağlamak amacıyla önerilmektedir. Açıklayıcı dil, yönetimi etkileyebilir; örneğin,

başlangıçtaki aspirat az miktarda veya kötü korunmuşsa, tekrar aspirasyon daha faydalı olabilirken, hücreli ve iyi korunmuş fokal hafif atipi ya da yapısal atipi için moleküler testler tercih edilebilir.

a) Hücresel atipi

- i. Fokal sitolojik atipi:* Aspiratın çoğu benign görünmekle birlikte, nadir hücrelerde nükleer büyüme, soluk kromatin ve düzensiz nükleer konturlar görülür (özellikle lenfositik (Hashimoto) tiroiditli hastalarda yaygındır). Nükleer psödoinklüzyonlar tipik olarak yoktur.
- ii. Yaygın ancak hafif sitolojik atipi:* Çoğu hücrenin hafifçe büyümüş çekirdekleri, soluk kromatini ve sınırlı nükleer kontur düzensizliği vardır. Nükleer psödoinklüzyonlar tipik olarak yoktur.
- iii. Atipik kist epitel hücreleri:* Kist epitel hücrelerinin sitomorfolojisi iyi tanımlanmıştır ve çoğunluğu benign olarak tanımlanabilir. Nadir durumlarda, normalden daha fazla atipi varsa bunları AUS/FLUS olarak kategorize etmek uygun olabilir. Kist epitel hücreleri, nükleer yarıklanma, belirgin nükleoller, uzamış çekirdekler ve sitoplazma ve/veya nadir intranükleer psödoinklüzyonlar nedeniyle atipik görünebilir.

b) Yapısal atipi

- i. Az hücreli bir örnek:* Neredeyse tamamen mikrofolliküllerde veya kalabalık üç boyutlu gruplarda görülen nadir follikül hücreleri ve az miktarda kolloid mevcuttur. Bu patern düşük riskli olsa da, örnek daha sellüler olsaydı FN/SFN tanısı alacak bir lezyon hakkında endişe yarattığı için AUS/FLUS kategorisinde değerlendirilebilir.
- ii. Minimal nükleer atipi ile belirgin mikrofolliküller:* Orta veya belirgin hücreli bir örnekte daha belirgin mikrofolliküler popülasyon görülebilir (daha az sellüler bir yaymada orantısız bir şekilde belirgin olabilir), ancak mikrofolliküllerin genel oranı, FN/SFN tanısı için yeterli değildir. Bu, genellikle direkt yaymalarda ortaya çıkar ve aspiratın geri kalanından farklı görünen tek bir slayt veya slayt alanından oluşur. Bu patern, genel olarak karışık ancak ağırlıklı olarak makrofolliküler olan bir aspiratla karıştırılmamalıdır; bu durumda, benign olarak adlandırılmalıdır.

c) Yapısal ve hücresel atipi

Yukarıda tariflenen mikroskopik bulguların beraber görülmesi durumudur.

d) Onkositik atipi:

- i. Az hücreli, hemen hemen sadece onkositik hücrelerden ve minimal kolloidden oluşan örneklerdir. Örnek daha yüksek sellülarite içeriyorsa, Folliküller Neoplazi onkositik Hücre Tipi (FNOT)/Folliküler Neoplazi Kuşkusu, onkositik Hücre Tipi (FNKOT) tanısı gerektirecek bir lezyondan sınırlı örnekleme endişesi göz önüne alınarak AUS/FLUS olarak raporlanır.*
- ii. Orta veya yüksek sellülarite gösteren, neredeyse sadece onkositik hücrelerden oluşan örnekler, ancak klinik durum benign nodüle işaret ediyorsa (ör. lenfositik (Hashimoto) tiroiditi veya multinodüler guatr);*
 - (1) Onkositik hücreler, atipi olmaksızın düz ve uyumlu tabakalar halinde ise ve bol miktarda kolloid varsa, yüksek riskli klinik veya radyolojik bulgular olmaksızın benign tanısı genellikle uygundur.
 - (2) Lenfositik (Hashimoto) tiroidit için klinik kanıt olabilir, ancak lenfositler yoktur.

Alternatif olarak, Hashimoto tiroiditi için klinik tanı henüz verilmemişse, bazı lenfositlerin varlığı (kesin bir tanı için yetersiz) Hashimoto tiroiditi konusunda endişe yaratabilir. Tekrarlanan bir aspirasyon veya ek klinik değerlendirme tanı belirsizliğini çözebilir.

- (3) Aynı hastada birden fazla nodül, FNOT/FNKOT tanısı gerektiren özellikleri gösteriyorsa, AUS/FLUS tercih edilebilir, çünkü birden fazla hiperplastik Onkositik hücre nodülü ile MNG'nin eşzamanlı Onkositik hücre neoplazmlarından daha olası olduğu varsayılır.

d. Atypia not specified. e. Atypical lymphoid cells/ R/O lymphoma

Nasıl yönetilmeli? 2015 Amerikan Tiroid Derneği kılavuzları, çoğu durumda ilk AUS/FLUS yorumu için tekrar İİA veya moleküler test ile konservatif yönetim önerir. Tekrar İİA, daha kesin bir sitolojik yorum sağlar ve başlangıçta AUS/FLUS olan nodüllerin sadece %10-30'u tekrar AUS/FLUS olarak rapor edilir. AUS/FLUS için tek başına BRAF V600E mutasyon testi düşük duyarlılık gösterirken, genişletilmiş mutasyon panelleri daha yüksek duyarlılık sergiler. Afirma gen ekspresyon sınıflandırıcısı (GEC) gibi negatif prediktif değeri yüksek moleküler çalışmalar, AUS/FLUS aspiratlarında negatif sonuçla malignite riskini düşürür.

Sadece patern atipi olan AUS/FLUS'ta negatif GEC sonucu daha olasıdır. AUS/FLUS'un onkositik hücre paterni, düşük malignite riskine rağmen daha düşük GEC benign sonuç oranına sahiptir. Cerrahiye karşı gözlemin sürdürülmesi kararı, sitolojik, moleküler, klinik ve radyolojik bulguların yanı sıra klinik risk faktörleri ve hasta tercihlerine dayanır.

AUS/FLUS nodülü için cerrahi seçildiğinde malignite riski oranı (ROM), alt tipine bağlı olarak büyük ölçüde değişir. Hücresel atipili AUS/FLUS için ortalama ROM %47 iken onkositik hücre atipisine bağlı AUS/FLUS için yalnızca %5'tir. NIFTP'nin eklenmesi AUS/FLUS için %10-30 arasında hesaplanan genel ROM'u azaltıp %6-18 düzeylerine indirir ancak NIFTP için cerrahi eksizyonun endike olduğu göz önüne alınmalıdır.

IV. Folliküler Neoplazi / Folliküler Neoplazi Kuşkusu

“Folliküler neoplazm” veya “folliküler neoplazm kuşkusu” genel tanı kategorisi, hücre yoğunluğu yüksek ve/veya mikrofollikül oluşumuyla karakterize paterne sahip folliküler hücrelerden oluşan sellüler bir aspiratı ifade eder. Örnek en az orta düzeyde sellüler olmalıdır; seyrek hücreli aspiratlar bu kategori dışındadır ve AUS/FLUS olarak yorumlanabilir. Papiller karsinom için şüpheli veya kesin nükleer özellikler gösteren vakalar bu kategori dışında tutulmalı ve sırasıyla malignite kuşkusu veya malign olarak sınıflandırılmalıdır. Gerçek papillalar ve intranükleer psödoinklüzyonların olmaması şartıyla, nükleer boyutun artması, nükleer kontur düzensizliği ve/veya kromatin temizliği gibi hafif nükleer değişiklikler gösteren folliküler paterne sahip aspiratlar FN/FNK olarak sınıflandırılabilir. Bu tür olgulara invaziv folliküler varyant papiller karsinom veya daha indolent noninvaziv folliküler tiroid neoplazmı ile papiller benzeri nükleer özellikler (NIFTP) olasılığını artıran bazı nükleer özelliklere dikkat çeken bir not eklenebilir. Bu tanı için gereken kriterler aşağıda sıralanmıştır.

- Yayma preparatlar orta veya belirgin derecede sellüler olmalıdır.
- Mikrofolliküller ve dağınık izole hücrelerle karakterize folliküler hücre paterni bulunmalıdır.

- Folliküler hücreler normal boyutlu veya hafif büyümüş ve nispeten düzgün olup, az miktarda veya orta derecede sitoplazma içermelidir.
- Çekirdekler genellikle yuvarlak ve hafif hiperkromatik olup, belirsiz nükleoller içerir.
- Hafif nükleer atipi görülebilir; ya büyümüş, değişken büyüklükte çekirdekler ve belirgin nükleoller veya nükleer kontür düzensizliği ve/veya hipokromazi ile büyümüş çekirdekler izlenir
- Kolloid az miktarda veya hiç bulunmamalıdır.

Yukarıdaki kriterlerle beraber folliküler epitel hücreler onkositik görünüme sahip ise “Folliküler neoplazm, onkositik hücre tipi” veya “folliküler neoplazi kuşkusu, onkositik hücre tipi” yorumu yapılabilir ve sadece (veya neredeyse sadece) onkositik hücrelerinden oluşan bir hücre aspiratını ifade eder. Papiller karsinomun nükleer özelliklerine sahip onkositik hücreleri bu kategorinin dışındadır, ancak bazı durumlarda ayırım zor olabilir.

Nasıl yönetilmeli? 2015 Amerikan Tiroid Derneği yönetim kılavuzuna göre, tanısal cerrahi eksizezyon (lobektomi) bu tanı için uzun süredir uygulanan yönetim standardıdır. Bununla birlikte, klinik ve sonografik özellikler değerlendirildikten sonra, doğrudan cerrahiye devam etmek yerine malignite risk değerlendirme verilerini desteklemek için moleküler testler kullanılabilir.

V. Malignite Kuşkusu

Tanısal kategori “Malignite Kuşkusu” (MK), bazı sitomorfolojik özelliklerin (çoğunlukla PTK özellikleri) malignite şüphesini güçlü bir şekilde artırdığı ancak bulguların kesin bir teşhis için yeterli olmadığı durumlar için kullanılır. Folliküler veya Hürthle hücre neoplazmi şüphesi taşıyan örnekler bu kategoriden hariç tutulur. Malignite kuşkusu kategorisi için morfolojik değişikliklerin önemi malignitenin olasılığının fazla olması durumunda artar.

1) Papiller Tiroid Karsinomu Kuşkusu

a) Patern A (Fokal Nükleer Değişiklikler Paterni)

Örnek orta derecede veya yüksek derecede sellülerdir.

Normal folliküler hücrelerle (çoğunlukla makrofollikül paternde düzenlenmiş) nükleer büyüme, nükleer solukluk, nükleer oluklar, nükleer zar düzensizliği ve/veya nükleer şekil bozukluğu olan hücreler karışıktır.

İntranükleer psödoinklüzyonlar (INCI'ler) çok az veya yoktur ve psammom cisimleri ve papiller yapılanma yoktur.

b) Patern B (İnkomplet Nükleer Değişiklikler Paterni)

Örnek seyrek, orta derecede veya yüksek derecede sellülerdir.

Genel olarak hafif-orta derecede nükleer büyüme ile birlikte hafif nükleer solukluk vardır.

Nükleer oluklar bellidir, ancak nükleer zar düzensizliği ve nükleer şekil bozukluğu minimumdur veya yoktur.

INCI'ler çok az veya yoktur ve psammom cisimleri veya papiller yapılanma yoktur.

c) Patern C (Seyrek Hücreli Örnek Paterni)

Papiller tiroid karsinomunun (PTK) birçok özelliği mevcuttur, ancak örnek çok seyrek hücrelidir.

d) Patern D (Kistik Dejenerasyon Paterni)

Hemosiderin yüklü makrofajların varlığına dayanarak kistik dejenerasyon kanıtı vardır. Dağınık gruplar ve folliküler hücre tabakaları büyümüş, soluk çekirdeklidir, bazılarında nükleer yarıklanma vardır, ancak INCI'ler çok az veya yoktur ve psammom cisimleri veya papiller yapılanma yoktur.

2) Medüller Tiroid Karsinomu Kuşkusu

Örnek az veya orta derecede sellülerdir. Kohesyonu olmayan küçük veya orta boyutlu hücrelerden oluşan monomorfik bir popülasyon ve yüksek nükleer/sitoplazmik oran bulunur. Nükleus eksantrik olarak yerleşmiştir ve fiksasyon koşullarının suboptimal olması nedeniyle bulanıklaşmış kromatin bulunur; belirgin sitoplazmik granül yoktur. Amorf materyalin kolloid veya amiloid küçük parçaları olabilir. Medüller karsinom tanısını doğrulamak için ek immünohistokimyasal çalışmalar için yeterli materyal yoktur.

3) Lenfoma Kuşkusu

Örnek sellülerdir, çok sayıda monomorfik küçük ila orta boyutlu lenfoid hücrelerden oluşur. Örnek seyrek ve atipik lenfoid hücre içerir. Lenfoma tanısını doğrulamak için yardımcı akım sitometresi veya immünohistokimyasal çalışmalar için materyal yetersizdir.

Nasıl Yönetilmeli? "Malignite kuşkusu, PTK şüphesi" İİA sonucu ile ilgili klinik-cerrahi öneriler, bu kategorideki yüksek malignite oranı nedeniyle genellikle malignite için planlanan bir işlem düşünülmesini uygundur. Bu durumda sıklıkla total tiroidektomi uygulanır. Cerrahi ve kapsamına ilişkin önerilerde, dikkatli preoperatif klinik ve radyografik risk sınıflandırması ile elde edilen önemli klinik veriler göz önünde bulundurulmalıdır. Ultrasonografik preoperatif sınıflandırma, tiroid nodülü değerlendirmesinde en son Amerikan Tiroid Birliği (ATA) kılavuzlarına göre önem kazanmaktadır ve malignite tahminine katkı sağlar.

ATA'nın düşük riskli tiroit kanserlerinde (4 cm veya daha küçük, ekstratiroidal uzanım ve bölgesel nodal metastaz olmaksızın) cerrahi kapsamı azaltma ve postoperatif radyoaktif iyot tedavisinin rutin kullanımını azaltma girişimleri, lobektomi seçeneğini başlangıç cerrahi yönetimi olarak artırmaktadır. Ayrıca, NIFTP'nin indolentliğinin tanınması, bazı hastalarda daha az agresif bir başlangıç cerrahi işlemi uygulanmasını desteklemektedir. Bazı nodüllerin NIFTP olarak yeniden sınıflandırılması, malignite kuşkusu için malignite oranını değiştirmekte ve mevcut literatürde %15-20 aralığında bir azalma önermektedir. Bunun tam klinik ve cerrahi etkisi henüz belirlenmemiştir, ancak birçok durumda daha koruyucu bir başlangıç cerrahi işlemi düşünülmesine yönlendirecektir. Tek taraflı veya çift taraflı cerrahi kararı ile ilgili birçok faktör bulunmaktadır, bunlar arasında hastanın daha agresif bir başlangıç cerrahi işlemi ve tiroid hormonu baskılamasını kabul etmesi, ikinci bir işlem yapma isteği ve cerrahinin hastanın mesleğindeki ses kullanımını etkileme potansiyeli bulunmaktadır. İntraoperatif konsültasyon, malignite kuşkusu olan nodüller için sınırlı bir fayda sağlar.

VI. Papiller Tiroid Karsinomu (PTK)

Klasik (konvansiyonel) PTK, papiller yapı ve karakteristik nükleer değişiklikler sergileyen tiroid folliküler epitelinden kaynaklanan malign epitelial tümördür. Kriterler aşağıda sıralanmıştır.

- Papilla ve/veya tek tabakalar halinde düzenlenmiş hücreler
- Hücresel girdaplar (“soğan kabuğu” paterni)
- Üst üste binme gösteren kalabalık ovaloid nükleuslar
- Nükleer yarıklanmalar
- İntranükleer sitoplazmik psödoinklüzyonlar (INCI’ler)
- İnce kromatinli soluk çekirdekler
- Kalın nükleer membranlar
- Psammoma cisimcikleri

Konvansiyonel (klasik) PTK tanısı açısından yaymalar ve sıvı bazlı preparatlar (LBP) arasında bazı küçük farklılıklar vardır. LBP yönteminin kullanımı ile gözlenen sitomorfolojik özelliklerin farkında olmak faydalıdır.

PTK varyantları, temel nükleer özelliklere sahip olmalarına rağmen, farklı patern, sitoplazmik özellikler ve zemin özelliklerine sahip olabilirler. Onun üzerinde belgelenmiş PTK varyantı vardır; bazıları daha agresif, bazıları ise daha hafif seyirli hastalıklara yol açar. Bu varyantlar içerisinde özellikle kolumnar hücreli, “*tall cell*” ve “*hobnail*” varyantları daha agresif gidişat ile ilişkilidir. Daha agresif gidişatla ilişkili olan varyantların moleküler özelliklerinde TERT ve TP53 mutasyonları dikkati çekmektedir. Buna karşılık Noninvasiv Folliküler varyant Papiller Tiroid Karsinomu neredeyse hiç metastatik veya nüks potansiyeli olmayan indolent bir hastalıktır ve bu nedenle NIFTP olarak yeniden sınıflandırılmıştır. 2022 Dünya Sağlık Örgütü Endokrin Tümörler sınıflamasında Düşük Malignite Potansiyelli tümörler arasında yer almaktadır. İnce İğne Aspirasyonu (İİA) sırasında PTK varyantlarının tanınması genellikle gerekli değildir ve kesin alt tiplendirme nadiren mümkündür. Özetle, PTC varyantlarının tanınması genellikle İİA sırasında gerekli olmamakla birlikte, farklı alt tiplerin fenotipik özelliklerinin bilinmesi yanlış tanı riskini azaltabilir.

VII. Medüller Tiroid Karsinomu

Medüller tiroid karsinomu (MTK), tiroid bezinin parafolliküler hücrelerinden (C-hücreleri) köken alan malign nöroendokrin bir neoplazmdır. MTK tiroid karsinomlarının yaklaşık %1-2’sini oluşturmaktadır.

MTK, sporadik ve kalıtsal formlarda ortaya çıkar. Sporadik MTK (vakaların %70-80) genellikle yetişkinlerde soliter tiroid nodülü olarak ortaya çıkar. Buna karşılık, kalıtsal MTK’li hastalar genellikle multifokal bilateral tiroid tümörleri geliştirir ve tanı yaşı sendroma göre değişir. Kalıtsal sendromlar arasında multiple endokrin neoplazi (MEN) tip 2A, familial medüller tiroid karsinomu (FMTK) ve MEN tip 2B bulunmaktadır. Tanı kriterleri aşağıda özetlenmiştir.

- Aspiratlar orta ila belirgin sellülarite mevcuttur.
- İzole hücreler halinde dağılım gösterebilir.
- Hücreler plazmasitoid, poligonal, yuvarlak ve/veya iğ şeklidir.
- Neoplastik hücreler genellikle sadece hafif ila orta derecede pleomorfizm gösterir.
- İnce veya kaba granüler (“tuz ve biber”) kromatin ile binükleasyon yaygındır.
- Nükleer psödoinklüzyonlar görülebilir.

- Amiloid sıklıkla mevcuttur ve kalın kolloidi andıran yoğun, amorf materyal olarak görünür.
- Hücreler tipik olarak kalsitonin, CEA, nöroendokrin belirteçler (kromogranin, sinaptofizin) ve TTF1 ile güçlü immünoreaktiftir. PAX8 için immünoreaktivite değişkendir. Tiroglobulin negatiftir.

Nasıl yönetmeli? MTK tanısı alan hastalar için öncelikle boyun ultrasonu, serum kalsitonin ve CEA ölçümü yapılmalıdır. Metastatik hastalık belirtisi olan hastalar için sistemik görüntüleme çalışmaları gerekebilir. Ayrıca, kalıtsal RET mutasyonları için genetik testler yapılmalı ve kalıtsal MTK'li hastalar feokromositoma ve hiperparatiroidizm açısından değerlendirilmelidir. Feokromositomalı hastalar için, alfa/beta-adrenerjik blokaj ve adrenal tümörün çıkarılması tiroidektomi öncesinde yapılmalıdır. MTK'nin cerrahi tedavisi genellikle total tiroidektomi ve santral lenf nodları diseksiyonu ile birlikte, görüntüleme çalışmaları ve serum kalsitonin düzeylerine bağlı olarak lateral servikal lenf düğümü diseksiyonu düşünülür. İleri ve ilerleyici MTK'li hastalar için, vandetanib (RET, EGFR, VEGFR'ı hedefleyen) ve kabozantinib (RET, c-MET, VEGFR'ı hedefleyen) gibi tirozin kinaz inhibitörleri, tek ajanlı ilk basamak sistemik kemoterapi olarak kullanılabilir.

VIII. Az differansiye Tiroid Karsinomu

Az differansiye tiroid karsinomu (ADTK), tüm tiroid kanserlerinin %0.3-6.7'sini oluşturan nadir bir kanserdir. Başvuru yaşı 18 ila 63 yıl arasında olup, kadınlarda biraz daha sık görülür. İyi diferansiye tiroid karsinomları (papiller karsinom, folliküler karsinom ve Hürthle hücre karsinomu) ile diferansiye olmamış (anaplastik) tiroid karsinomu arasında orta düzeyde agresif klinik seyir gösterir. ADTK'ler sıklıkla ileri evrede tanı alır, yerel nüks eğilimi gösterir ve bölgesel lenf düğümlerine, akciğerlere ve kemiklere metastaz yapma eğilimindedir. ADTK olan hastaların 5 yıllık ortalama sağkalımı yaklaşık %50'dir. ADTK, folliküler hücre kökenli bir tiroid karsinomu olup, insüler, solid veya trabeküler büyüme paterni ile karakterizedir. Saf formda, ADTK papiller tiroid karsinomunun klasik nükleer özelliklerinden yoksundur ve mitozlar, nekroz veya küçük kıvrımlı çekirdekler gibi kötü diferansiye özelliklerin varlığıyla papiller tiroid karsinomundan ayrılır. ADTK'nın en klasik formu, ince fibrovasküler sınır çizgisi ile belirlenen "hücre yuvaları" veya insüler hücre gruplarıyla tanımlanan insüler tipidir. Bazı durumlarda, ADTK'ler, kötü diferansiye hücrelerle değişken oranlarda karışmış papiller veya folliküler karsinomun tipik mikroskopik özelliklerini gösteren daha iyi diferansiye bir bileşenle ilişkilendirilebilir. Oncositik (Hürthle hücre) özelliklerin varlığı, ADTK tanısını dışlamaz. Tanı kriterleri aşağıdaki gibidir.

- Sellüler preparatlar insular, solid veya trabeküler bir yapılanma izlenir.
- Az sitoplazmalı (bazen plazmasitoid) veya onkositik özelliklere sahip tek tip bir malign folliküler hücre popülasyonu vardır.
- Hücreler değişken nükleer atipi ile birlikte yüksek nükleer/sitoplazmik (N/S) oranına sahiptir.
- Kolloid azdır.
- Apoptoz, mitotik aktivite ve nekroz mevcuttur.

Nasıl yönetmeli? ADTK'lerin kötü klinik prognozu nedeniyle, genellikle iyi diferansiye tiroid karsinomlarından daha agresif bir yaklaşım gerektirirler ve ameliyat sonrası I-131 tedavisi düşünülür. Uzak metastaz olmayan T3 evreli PDTTC'ler ile tüm T4 tümörler ve bölgesel lenf

düğümü tutulumu olan vakalar ameliyata ek olarak eksternal ışın radyoterapisinden fayda sağlarlar. Gelişen hedeflenebilir tedaviler için mutasyon analizi ve mutasyon spesifik tedaviler de bu hastalar için düşünülebilir.

IX. Undiferansiye (Anaplastik) Tiroid Karsinomu

Undiferansiye (anaplastik) tiroid karsinomu (ATK), son derece agresif bir tiroid kanseri olup, tüm tiroid kanserlerinin %5'inden azını oluşturur ve en kötü prognoza sahiptir. Hastaların çoğu, başlangıç tanısından 6 ay ila 1 yıl içinde hastalıklarına yenik düşer. Genellikle 50 yaşın altındaki bireylerde nadiren görülür ve kadınlarda daha yaygındır. Hastalar sert, nodüler bir tiroid bezi ve hızla büyüyen bir kitle ile başvururlar. Boyundaki büyüme, tümörün çevredeki yumuşak dokulara infiltrate ederek büyümesi ve/veya reaktif fibrozis nedeniyle. ATK'li hastaların yarısı önemli boyun basısı bildirir ve bu nefes darlığı, yutma güçlüğü, ses kısıklığı ve/veya ağrıya yol açabilir. Hastaların %25-50'si lenfadenopati ve/veya uzak metastazlarla başvurur, en sık akciğerlere yayılır. Uzun süreli guatr öyküsü ve tiroid fonksiyon testlerinin ötiroidizmi göstermesi yaygındır. Tanı kriterleri aşağıda sıralanmıştır.

- Aspiratlar değişken hücresellik gösterir
- Neoplastik hücreler izole hücreler ve/veya değişken büyüklükte gruplar halinde dağılır.
- Hücreler oldukça pleomorfik ve heterojen görünümde olabilir.
- Nekroz, yaygın inflamasyon (ağırlıklı olarak nötrofiller, "apse benzeri") ve/veya fibröz bağ dokusu mevcut olabilir.
- Tümör hücresi sitoplazmasının nötrofilik infiltrasyonu görülebilir.
- Mitotik figürler genellikle çok sayıda ve anormaldir.
- Tümörler Pan-keratinler, PAX 8 ve vimentin ile genellikle pozitifdir ancak fokal olabilir. TTF-1 ve tiroglobulin genellikle negatiftir. TP53, CTNNB1 (β-katenin), RAS (örn, HRAS, KRAS ve NRAS) ve BRAFV600E mutasyonları vakaların sırasıyla %80, %70, %50 ve %30'unda görülür.

Nasıl yönetilmeli? ATK hastalarının genel sağ kalımı 20 yıldan fazla süredir önemli ölçüde değişmemiştir. Hastaların beşte biri, hastalığın seyri boyunca hava yolu tıkanıklığı nedeniyle trakeostomi ihtiyacı duymaktadır. Tümörün küçülmesi yoluyla rezektabiliteyi artıran preoperatif hiperfraksiyonlu radyoterapi ve/veya kemoterapi ile tam cerrahi eksizyon, en iyi tedavi stratejisidir. Bugüne kadar, çoğunlukla BRAF mutasyonuna yönelik olan moleküler hedefli tedaviler gibi yeni terapilerin ortaya çıkması da umut vaat etmektedir. Diğer mutasyon hedefleri BRAF'tan çok daha düşük sıklıklarda bulunur ve bu nedenle diğer hedefli tedaviler için daha sınırlı bir potansiyel rol öngörülmektedir. Ancak mTOR yolundaki bir mutasyona sahip hastaların mTOR inhibitörü everolimus'a direnç gelişene kadar dramatik yanıt gösterdiği de literatürde bildirilmektedir.

X. Metastatik tümörler, Lenfomalar ve Nadir Tümörler

Tiroid nodüllerinde ince iğne aspirasyonu (İİA) örneklerinde uzak organlardan metastazlar ve komşu organlardaki tümörlerden doğrudan yayılım nadirdir ancak önemlidir. Nadir durumlarda, tiroiddeki bir metastaz, uzak bir malign tümörün ilk ortaya çıkışı olarak tespit edilebilir. Tiroidi tutabilecek yakındaki yapıların tümörleri arasında farinks, larenks, özefagus, mediastinum ve bölgesel lenf düğümleri bulunur. Klinik olarak tiroid metastazı olarak ortaya çıkan en yaygın tümörler, akciğer, meme, deri (özellikle melanom), kolon ve böbrek kanserleridir. Sıklık, cerrahi ve otopsi serilerinde değişir (yaklaşık %2.7-4.0). Metastazlar, mikrometastazlar dahil olmak üzere,

kanser otopsislerinin %10'unda bulunur. Metastatik karsinomlar tipik olarak üç farklı paternde ortaya çıkar: (1) 2 mm'den küçük çapta çok sayıda küçük nodül, (2) soliter büyük nodüller ve (3) yaygın tutulum. Küçük nodüller bulunduğu, İİA örnekleri, yerli folliküler epitel hücreleriyle karışık neoplastik hücreler olarak izlenebilir. Rutin ve özel boyalarla, tiroidin primer neoplazmından ayırım çoğunlukla başarılabilir, ancak bunu desteklemek için klinisyenlerden, talep formunda malignite öyküsünü sağlamaları beklenir.

Malign lenfomalar, tiroidin primer maligniteleri olarak ya da sistemik hastalığın bir belirtisi olarak tiroid bezi içinde ikincil olarak da ortaya çıkabilir. Çoğu primer tiroid lenfoması B-hücre kökenlidir. Lenfomalar, tiroid neoplazmalarının yaklaşık %5'ini oluşturur ve genellikle Hashimoto tiroiditi ile ilişkilidir. Tiroidin primer tümörleri olarak plazma hücreli neoplazmlar, Hodgkin lenfoma ve Langerhans hücreli histiositoz nadir olsa da görülmektedir.

XI. Yardımcı çalışmalar

1- İmmünohistokimya (IHK):

Yardımcı immünohistokimyasal teknikler spesifik tiroid lezyonlarının teşhisinde yardımcı olabilir ancak bunların kullanımı kullanılan spesimen hazırlama türüne bağlıdır. İmmünohistokimya, varsa sitoloji veya hücre bloğu üzerinde gerçekleştirilebilir. IHK aşağıdaki durumlarda kullanılabilir.

- Özellikle metastatik hastalık olmak üzere sorunlu vakaların tanısının doğrulanmasına yardımcı olmak (örneğin iyi diferansiye papiller tiroid karsinomu - tipik olarak tiroglobulin +, TTF1 +, PAX8 +, HBME1 + ve, CK19 +)
- Medüller tiroid karsinomlarının tanısına yardımcı olmak (tipik olarak kalsitonin +, CEA +, kromogranin +, sinaptofizin +, TTF1 + ve tiroglobulin -).
- Lenfomalar ile anaplastik tiroid karsinomları ve/veya diğer daha nadir primer tiroid lezyonları veya tiroid bezine metastatik tümörler (örn. baş ve boyun skuamöz hücreli karsinomu, diğer metastatik karsinomlar veya melanom) arasında ayırım yapmak.

2- Moleküler testler:

Tiroid karsinomunun tanısal çalışmaları için yardımcı moleküler testler gerekli olmasa da yeni nesil sekanslama teknikleri, altın standart sitolojik ve histolojik incelemeleri tamamlayan güvenilir analizler olarak görülmektedir. Örneğin, ameliyat öncesi ve sonrası analizler için moleküler paneller bazı akademik merkezler tarafından rutin olarak kullanılmaktadır; ince iğne aspirasyonlarının (İİA) ameliyat öncesi testleri hastayı doğru cerrahi prosedüre yönlendirebilirken, ameliyat sonrası testler risk tabakalandırılmasına ve tedaviye dirençli hastalık ilerlemesi durumunda potansiyel olarak eyleme geçirilebilir genetik olayların tanımlanmasına odaklanmaktadır.

Papiller tiroid kanserleri (PTK), genellikle MAPK sinyal kaskadını düzenleyen genler içeren mutasyonlar ve füzyonlarla yönlendirilir. PTK'larda BRAF proto-onkojeninin p.V600E

mutasyonu en yaygın genetik değişikliktir. PTK'lar ayrıca RET, NTRK1-3, BRAF ve ALK gibi terapötik değeri olan füzyonları içerebilir. RET füzyonları, özellikle radyasyona maruz kalan ve pediyatrik PTC'lerde yaygın olan önemli genetik olaylardır. Bu alterasyonların bakılması dirençli hastalarda tedaviye yönlendirici olabilir. Papiller tiroid kanserleri, düşük mutasyon yükü ve genetik olarak stabildir. PTK'larda, BRAF ve TERT promotör mutasyonları önemli genetik değişiklikler olarak öne çıkmaktadır. Bu mutasyonlar, tedavi stratejilerini ve prognozları etkileyebilir.

Ayrıca, genomik yeniden düzenlemeler, özellikle RET ve diğer füzyonlar, potansiyel terapötik hedefler olarak değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

1. Torregrossa L, Poma AM, Macerola E, Rago T, Vignali P, Romani R, Proietti A, Di Stefano I, Scuotri G, Ugolini C, Basolo A, Antonelli A, Materazzi G, Santini F, Basolo F. The Italian Consensus for the Classification and Reporting of Thyroid Cytology: Cytohistologic and molecular correlations on 37,371 nodules from a single institution. *Cancer Cytopathol.* 2022 Nov;130(11):899-912. doi: 10.1002/cncy.22618. Epub 2022 Jul 5. PMID: 35789118; PMCID: PMC9796474.
2. Rossi ED, Pantanowitz L, Raffaelli M, Fadda G. Overview of the Ultrasound Classification Systems in the Field of Thyroid Cytology. *Cancers (Basel).* 2021 Jun 23;13(13):3133. Doi: 10.3390/cancers13133133. PMID: 34201557; PMCID: PMC8268099.
3. Wong KS, Barletta JA. The new endocrine WHO classification: What does this mean for thyroid cytology? *Cancer Cytopathol.* 2022 Sep;130(9):658-662. doi: 10.1002/cncy.22634. Epub 2022 Aug 15. PMID: 35969231.
4. Aydemirli MD, Snel M, van Wezel T, Ruano D, Obbink CMH, van den Hout WB, Schepers A, Morreau H. Yield and costs of molecular diagnostics on thyroid cytology slides in the Netherlands, adapting the Bethesda classification. *Endocrinol Diabetes Metab.* 2021 Oct;4(4):e00293. doi: 10.1002/edm2.293. Epub 2021 Sep 2. PMID: 34505415; PMCID: PMC8502216.
5. Cibas ES, Ali SZ. The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. *Thyroid.* 2009 Nov;19(11):1159-65. doi: 10.1089/thy.2009.0274. PMID: 19888858.
6. Cibas ES, Ali SZ. The 2017 Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. *Thyroid.* 2017 Nov;27(11):1341-1346. doi: 10.1089/thy.2017.0500. PMID: 29091573.
7. Kocjan G, Chandra A, Cross PA, Giles T, Johnson SJ, Stephenson TJ, Roughton M, Poller DN. The interobserver reproducibility of thyroid fine-needle aspiration using the UK Royal College of Pathologists' classification system. *Am J Clin Pathol.* 2011 Jun;135(6):852-9. doi: 10.1309/AJCPZ33MVMGZKEWU. PMID: 21571958.
8. Poller DN, Bongiovanni M, Trimboli P. Risk of malignancy in the various categories of the UK Royal College of Pathologists Thy terminology for thyroid FNA cytology: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Cytopathol.* 2020 Jan;128(1):36-42. doi: 10.1002/cncy.22201. Epub 2019 Nov 13. PMID: 31722134.
9. Witt BL, Schmidt RL. Rapid onsite evaluation improves the adequacy of fine-needle aspiration for thyroid lesions: a systematic review and meta-analysis. *Thyroid.* 2013 Apr;23(4):428-35. doi: 10.1089/thy.2012.0211. Epub 2013 Mar 18. PMID: 23043247.
10. Vohra P, Khanafshar E, Balassanian R. Interventional cytology benefits patients undergoing thyroid FNA. *Cancer Cytopathol.* 2023 Apr;131(4):214-216. doi: 10.1002/cncy.22649. Epub 2022 Sep 30. PMID: 36177880.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ 2022 SINIFLAMASI TEMELİNDE TİROİD TÜMÖRLERİNİN PATOLOJİK ÖZELLİKLERİ

Dr. Serpil Dizbay Sak

Giriş

Tiroid bezinin tümörleri en sık görülen endokrin tümörlerdir. Önemli bir bölümü, tiroid bezi içerisinde yer alan hücrelerin büyük bölümünü oluşturan follikül epitel hücrelerinden gelişir. Tümörlerin az bir kısmı ise, nöroendokrin sistemin bir komponenti olan ve kalsitonin salgılayan C hücrelerinden kaynaklanır. Paratiroid ve timus tümörleri, embriyolojik ve anatomik yakınlıkları ve bazı olgularda tiroid bezi içinde yer almaları nedeniyle tiroid tümörü izlenimi verecek şekilde ortaya çıkabilirler. Her organda olduğu gibi, stromal ve hematopoietik hücrelerden kaynaklanan primer tümörler olabileceği gibi, tiroide germ hücreli tümörler de ortaya çıkabilir. Son Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sınıflamasında yer alan tiroid tümörleri Tablo1’de gösterilmiştir. Bu yazıda en sık rastlanan tiroid tümörlerinin makroskopik, histolojik ve moleküler özelliklerine değinilecektir. Bu metinde yer alan bilgiler ağırlıklı DSÖ tarafından 2022 yılında yayınlanan “Endokrin ve Nöroendokrin Tümörlerin Sınıflaması” başlıklı kitabın tiroid bölümünden alınmıştır. Burada özetlenen bilgilerin daha kapsamlı haline bu kaynaktan ulaşılabilir. Histopatolojik değerlendirmenin esaslarına ilişkin olarak kaynaklar arasında bulunan *CAP* rehberinin okunması ve mümkün olduğunca uygulanması tavsiye edilir. Kaynakçada yer alan diğer makaleler de tiroid tümörlerinin patolojik özellikleri konusunda daha ileri bilgi sahibi olmak isteyenler için bir okuma listesi niteliğini taşımaktadır.

Tiroid Tümörleri

Tiroidin foliküler hücre kökenli tümörleri son sınıflamada üç ana grupta ele alınmaktadır: 1) benign neoplaziler 2) düşük riskli neoplaziler ve 3) belirti vermeyen rastlantısal olgulardan agresif, öldürücü tümörlere kadar uzanan geniş bir yelpazeyi kapsayan karsinomlar.

Tiroidin iyi huylu tümörleri olan adenomlar çoğunluğu mikro veya makrofoliküler organizasyon gösteren ve RAS benzeri bir moleküler profil sergileyen tümörlerdir. Bazı adenomlar onkositik hücrelerden oluşur (Hürthle hücreli adenomlar). Başka bir adenom tipi ise, cAMP yolakını aktive eden mutasyonlar nedeniyle hiperfonksiyon gösteren ve bunu yansıtan papiller yapılar bulunduran *‘papiller organizasyonlu foliküler adenom’*dur. Tiroidin en sık görülen lezyonlarından biri de hiperplazi-neoplazi spektrumunu kapsayan multifokal iyi huylu folliküler nodüller ile karakterlidir. *“Foliküler nodüler hastalık”* olarak tanımlanan bu hastalıkta, hiperplastik ve neoplastik karakterdeki lezyonlar morfolojik kriterler kullanılarak birbirinden her zaman güvenle ayırt edilemez. Bu lezyonlar, klinikte “multinodüler guatr” olarak bilinen tiroid büyümesi ile ortaya çıkarlar.

Son Dünya Sağlık Örgütü sınıflamasında iyi huylu ve kötü huylu neoplazi grupları arasında bir de “düşük riskli neoplazi” kategorisi yer almaktadır. Bu grup aslında çok düşük olasılıkla da olsa,

metastaza yol açabilen tümörleri içerir. Ancak bunları karsinom olarak sınıflandırmak yerine, “tümör” teriminin kullanılmasının amacı aşırı tedavi riskini azaltmaktır. Bu grup malign sitolojik özelliklere sahip olan, ancak invaziv olmayan tümörleri (NIFTP), malignite potansiyeli belirsiz tümörleri (MPB/UMP) ve papiller karsinoma nükleer özellikleri ve hiyalin sitoplazma ile karakterli bir tümör olan hiyalinize trabeküler tümörü (HTT) içerir.

Tiroid foliküler hücrelerinin maligniteleri moleküler düzeyde tanımlanmıştır ve iyi diferansiye tiroid karsinomlarının çoğunluğu iki kategoriden birine girer. Büyüme paterni infiltratif olmayan, genellikle kapsülleme ya da iyi sınırlanma gösteren ve foliküler organizasyona sahip tümörler, RAS mutasyonlarının yüksek insidansı ve ortak bir mRNA ve protein ekspresyon profiline sahip olmaları nedeniyle “RAS benzeri” tümörler olarak sınıflandırılır. Bu tümörler, morfoloji, iyot metabolizması ve ekspresyon profillerine dayalı olarak, en iyi diferansiyasyon gösteren tiroid karsinomlarıdır. Papiller organizasyon ve/veya infiltratif büyüme gösteren tümörler ise, “BRAF V600E benzeri” tümörler olarak tanımlanırlar. BRAF p.V600E mutasyonları bu grupta siktir; ancak bunun yerine RET veya NTRK gen füzyonları da gösterebilirler. BRAF V600E benzeri karsinomlar genellikle papiller karsinomun ayırt edici özelliği olan belirgin nükleer atipiyeye sahiptir ve sıklıkla psammoma cisimcikleri içerirler. Histolojik olarak iyi diferansiye olmakla birlikte, papiller tiroid karsinomları ailesi, iyot metabolizmasının bozulması ve azalmış radyoaktif iyot aviditesi ile ilişkili olarak, foliküler karsinom veya enkapsüle folliküler varyant PTK ile karşılaştırıldığında moleküler olarak daha az farklılaşma gösterir. Hem RAS benzeri hem de BRAF V600E benzeri karsinomlar, tabloya sonradan eklenen ikincil moleküler olaylara bağlı olarak yüksek dereceli özellikler, yani tümör nekrozu ve/veya mitotik aktivite kazanabilirler. Bu nedenle, ikincil genetik olaylarla (tipik olarak TP53, PIK3CA, PTEN, TERT promotor mutasyonları) ilişkili tümör progresyonu ile, az diferansiye ‘RAS benzeri’ yüksek dereceli foliküler hücre kaynaklı karsinomlar ya da BRAF V600E benzeri, yüksek dereceli papiller karsinomlar ortaya çıkar. Onkositik (Hürthle hücreli) tümörler, kendilerine karşılık gelen onkositik olmayan neoplazmaların karakteristik genetik değişikliklerine (örneğin, onkositik papiller karsinomda BRAF p. V600E mutasyonu) sahip olabilir, ancak ek olarak bunlara tipik onkositik morfolojik özelliklerini kazandıran mitokondriyal genlerdeki mutasyonlar bu grubun tipik özelliğidir.

En agresif foliküler kaynaklı karsinom, anaplastik tiroid karsinomudur. Bu tümörler tanım gereği diferansiyasyon göstermediğinden tanı genellikle dışlama yoluyla verilir. Çoğu kez, iyi diferansiye bir öncü lezyon ya da ikincil genetik olaylarla (genellikle TP53 ve/veya TERT promotor mutasyonu) birlikte RAS veya BRAF p.V600E gibi tiroid karsinomunun özelliği olan mutasyonların varlığı tanı için kanıt sağlar.

Medüller tiroid karsinomu tiroidin C hücre kökenli tümördür. Bu nöroendokrin tümörün benign bir karşılığı yoktur. Vakaların %80-90’ında saptanan RET ve RAS mutasyonları, medüller karsinomun baskın sürücü mutasyonlarıdır. RET mutasyonu, tip 2A ve 2B multiple endokrin neoplazi (MEN) sendromu olgularında izlenen germ-line mutasyondur. C hücresi hiperplazisi, ailesel yatkınlığı olan hastalarda izlenen öncü bir lezyondur.

Yukarıda sayılan ve tiroide sık görülen tümörler dışında daha önce bir PTK alt tipi olarak tanımlanmış olan, ve sporadik olarak ya da ailevi adenomatöz polipozis sendromu bağlamında izlenebilen, günümüzde artık ayrı bir antite olarak değerlendirilen kribriform moruler tiroid karsinomu, tiroidin tükrük bezi tipi tümörleri, timik tümörler ve tiroblastoma sayılabilir.

Tiroblastoma, primitif foliküler hücreler, küçük hücreler ve mezenkimal stromadan oluşan çok nadir görülen, yüksek dereceli bir embriyonal tiroid neoplazmadır. Diğer organlarda izlenen blastomalar gibi, tiroblastoma da mikroRNA işleme alan bir enzimi kodlayan DICER1 genindeki mutasyonlar ile ilişkilidir.

Diğer tiroid neoplazileri, tüm organlarda olduğu gibi hematolenfoid, mezenkimal tümörler, germ hücreli tümörler ve metastazlardır.

Tiroid tümörü açısından sorgulanan bir olguda materyali gönderen klinisyen tarafından bildirilmesi gereken veriler son 'Collage of American Pathologists' rehberinden özetlenerek **Tablo 2'** de sunulmuştur.

Yardımcı yöntemler

İmmünohistokimyasal biyobelirteçlerin uygulanması, tiroid hücresi kökenini teyit ederek primer ve metastatik tümörleri ayırt etmek açısından önemlidir. Bu amaçla Tiroglobulin, PAX8 pozitifliği folliküler kökenli; sinaptofizin, kromogranin gibi nöroendokrin biyobelirteçler yanı sıra kalsitonin pozitifliği ise medüller karsinoma lehinde delil olarak kullanılır. Tiroidin hem foliküler hem de C hücre kökenli tümörleri TTF1'i eksprese ederler. Ayrıca mutasyona özgü antikorlar kullanılarak immünohistokimyasal yöntemle tiroid tümörlerinin moleküler sınıflandırması yanı sıra, patogeneze hakkında ek bilgi sağlamak mümkün olabilir. İnce iğne aspirasyon materyalinin moleküler olarak değerlendirilmesi bazı merkezlerde sitolojik olarak belirsiz kategoride olan hastalarda malignite risk değerlendirmesi için yararlı bir yöntem olarak kullanılır.

Tiroidin iyi huylu tümörleri

1. Foliküler nodüler hastalık /Multinodüler guatr

Multinodüler guatr (MNG), foliküler nodüler hastalığın (FNH) neden olduğu çok sayıda nodüllerle büyümüş tiroid bezini ifade eden klinik bir terimdir. Büyüme faktörleri ve sitokinlere yanıt olarak birden fazla hücrenin çoğalması nedeniyle foliküler nodüller gelişir. Ancak MNG zemininde gerçek neoplazmaları temsil eden klonal nodüller de meydana gelebilir. Tiroid hormon sentezinde rolü olan genler (TG, TPO, sodyum-iyodür simportör NIS, DUOX2, XB130 ve TSHR) MNG patogenezinde en olası adaylardır. Ailesel ve erken başlangıçlı FNH, DICER1 sendromu ile de ilişkili olabilir.

MNG nedeniyle tiroid hafif ya da büyük ölçüde büyümüş olabilir. Kesit yüzü, değişen derecelerde kapsüllenme, kistik değişiklikler, fibrozis, kalsifikasyon ve hemoraji gösteren çeşitli boyut ve şekillerde nodüller gösterir.

MNG'de karakteristik histopatolojik bulgu nodüler hiperplazidir. Nodüller genellikle büyük ve küçük boyutlu foliküllerin bir karışımından oluşur. Yer yer papiller oluşumlar izlenebilir. Folikülleri ve papillaları döşeyen epitel, uzun kolumnar, kübik ya da yassı olabilir. Nükleuslarda papiller tiroid karsinomuna ait nükleer özellikler yoktur. Büyük foliküllerin birleşmesi ile "kolloid nodül" olarak bilinen kolloid dolu büyük kistik boşluklar oluşabilir. Foliküler veya papiller büyüme paternine sahip kapsüllü hücreler zengin nodüller morfolojik olarak foliküler adenomaya benzer görünürler ve bu nedenle adenomatöz /adenomatoid nodül olarak adlandırılırlar.

Nodüller içerisinde (dejeneratif değişiklikler nedeniyle ya da preoperatif İİA ilişkili) hemoraji odakları, hemosiderin yüklü makrofajlar, fibrozis, kalsifikasyonlar ve ossifikasyon izlenebilir.

Tiroid nodüllerinden alınan İİAB örneklerinin moleküler analizi, hiperplastik nodüller ve neoplazmlar arasında ayırım yapmada yararlı olabilir.

İyi huylu foliküler nodüller metastaz yapmazlar ve tamamen çıkarıldığında tekrarlamazlar. Subtotal tiroidektomi yapılan hastalarda %30'luk bir nüks oranı bildirilmiştir.

2. Foliküler adenom

Foliküler adenom (FA), papiller tiroid karsinomuna özgü nükleer özellikleri taşımayan, invaziv olmayan, iyi huylu, kapsüllü, foliküler hücre kaynaklı bir neoplazidir. FA, klonal özellikte bir tümördür. FA'daki en yaygın somatik mutasyonlar FA'ların yaklaşık dörtte birinde izlenen RAS nokta mutasyonlarıdır ve NRAS mutasyonları bunlardan en sık olanıdır. PAX8/PPARG yeniden düzenlemeleri, yaklaşık %5-10'unda izlenir. RAS mutasyonları ve PAX8/PPARG yeniden düzenlemeleri genellikle birbirini dışlar. Bunlar dışında EIF1AX mutasyonları, DICER mutasyonları ve diğer genlerdeki mutasyonlar daha az oranda izlenebilir.

FA genellikle soliter, yuvarlak-oval kapsüllü, ortalama 20-30 mm uzun çaplı; genellikle homojen kesit yüzüne sahip, grimsi beyaz, ten rengi veya kahverengi nodüller oluşturur. İnvazyonu dışlamak için FA'da tümör kapsülünü yeterince örneklemek çok önemlidir. Boyut, FA ve FK'yi ayırt etmek için kullanılamaz.

FA, kapsüller veya vasküler invazyon göstermeyen kapsüllü, foliküler organizasyonlu bir tümördür. FA kapsülü ince ya da kalın olabilir, ancak kapsül genellikle FK'de görülenden daha incedir. FA, mikrofoliküler, normofoliküler veya makrofoliküler özellikte olabilir. Genellikle foliküler organizasyon ile solid/ trabeküler büyüme de meydana gelebilir. Tümör hücreleri genellikle kübik veya poligonaldır, orta büyüklükte eozinofilik sitoplazmaya ve düzgün nükleer kontürlü yuvarlak çekirdeklere sahiptir. Belirgin nükleer büyüme ve hiperkromazi (endokrin atipi) gösteren dağınık hücreler mevcut olabilir. Mitoz genellikle nadirdir ve koagülasyon nekrozu bulunmaz. Önceki ince iğne aspirasyonuna sekonder fibrozis ve/veya kanama mevcut olabilir. Bazı FA'lar papiller hiperplazi gösterebilir, bu olguların papiller tiroid karsinomu ile karıştırılmaması önemlidir. FA'da papiller tiroid karsinomunun nükleer özellikleri izlenmez.

FA'nın bir alt tipi olan '*papiller organizasyonlu foliküler adenoma*' foliküller içinde papiller yapının varlığı ile karakterli, ancak yine papiller tiroid karsinomunun nükleer özelliklerinden yoksun olan ve sıklıkla otonom hiperfonksiyon ile ilişkili, iyi huylu, invaziv olmayan, kapsüllü bir tümördür. Bu lezyonların bir kısmı McCune Albright sendromu, Carney kompleksi ve DICER1 sendromu ile ilişkilidir. Tiroid hormon sentezi ve salgılanması ve foliküler hücre proliferasyonunu uyaran genetik değişiklikler nedeniyle ortaya çıkar. Olguların %70 kadarında aktive edici TSHR mutasyonları saptanır. Bu tümörler karakteristik bir morfolojiye sahiptir. Genellikle kistik ve karışık foliküler ve papiller organizasyon gösterirler. Genellikle büyük kistik foliküllerin lümenine uzanan; geniş, ödemli kollarına sahip ve foliküller içeren sentripetal organizasyonlu papillalar ile karakterlidir.

FA taşlı yüzük hücreli, berrak hücreli, içsi hücreli ya da berrak hücreli de olabilir. Daha az rastlanan bu hücresel özellikler diğer tiroid lezyonları ile ayırıcı tanıyı zaman zaman zorlaştırabilir. FA ile hiperplastik nodül arasındaki histolojik ayırım, FA tek, gelişmiş bir kapsülle birlikte ve çevreleyen parankimden farklı bir paterne sahip olduğunda kolaydır. Ama, nodüller hiperplazi zemininde meydana gelen bir FA'yı adenomatöz değişiklik gösteren hiperplastik nodüllerden ayırt etmek zor olabilir ve tümör ile hiperplazi ayırımında mutasyon profilini bilmeden sadece morfoloji temelinde yapılan bir ayırım hataya açıktır.

Foliküler tiroid karsinomu ve FA arasındaki ayırım, kapsülün histolojik değerlendirmesine dayandığından, kapsülden mümkün olduğunca kapsamlı bir şekilde örnek alınmalıdır. Ayrıca, şüpheli kapsüller veya vasküler invazyon odaklarını değerlendirmek için derin kesitler yapılmalıdır. Yapılan derin kesitler de tümörün FA veya foliküler tiroid karsinomu yönünde kesin olarak sınıflandırılmasına izin vermiyorsa, *malignite potansiyeli belirsiz foliküler tümör* teşhisi konulabilir.

FA, tiroid follikül epitelinde pozitiflik gösteren belirteçler ile (TTF1, tiroglobulin, PAX8) boyanır; Galectin 3, HBME1 ve CITED1 genellikle negatiftir. Ki-67 proliferasyon indeksi genellikle %5'ten azdır.

3. Onkositik adenom

Onkositik adenom (OA), %75 ten fazla onkositik (Hürthle) hücre içeren iyi huylu, invaziv olmayan, kapsüllü, foliküler hücre kökenli bir tümördür. OA, mitokondriyal genomdaki (mtDNA) değişikliklerle karakterlidir ancak mtDNA kompleks I alt birimine katkıda bulunan bir nükleer gen olan GRIM19 mutasyonlarını da gösterebilir. Bu mutasyonlar sonucu meydana gelen mitokondriyal solunum fonksiyon bozukluğu, bu tümörleri karakterize eden mitokondriyal birikimin altında yatan sebeptir. OA'ların bir bölümünde RAS mutasyonları izlenir. OA, PAX8/PPARG yeniden düzenlemeleri gibi foliküler adenomlarda bulunan füzyonları göstermez.

OA genellikle soliter, yuvarlak-ovale kapsüllü bir nodüldür. Büyük onkositik nodüller, daha küçük nodüllere göre daha yüksek malignite oranına sahiptir. OA ten rengi ya da tipik olarak maun kahverengidir. Onkositik neoplazmalar, İİAB'ye sekonder kanama ve enfarktüse eğilimlidir ve bu sekonder değişiklikler çok belirgin olabilir. OA, %75'ten fazla onkositik hücre içeren kapsül veya vasküler invazyonu olmayan kapsüllü, foliküler organizasyonlu bir tümördür. Kapsül inceden kalına değişir, ancak OA'nın kapsülü genellikle onkositik karsinomdan daha incedir. Mikrofoliküler, normofoliküler veya makrofoliküler özellikte olabilir ya da solid ve trabeküler büyüme de gösterebilir. Bazı olgularda ise, papiller organizasyon da izlenebilir. Onkositik hücreler, net sitoplazmik sınırlara sahip, bol granüler eozinofilik sitoplazma ve belirgin nükleollü yuvarlak /oval çekirdekler ile karakterize edilir. Mitoz genellikle nadirdir. OA, İİAB tarafından indüklenen enfarktüse eğilimlidir. Bazı OA'larda folikül içinde koyulaşmış kolloid ile ilişkili kalifikasyonlar bulunur; bu görünüm papiller tiroid karsinomunda bulunan psammomatöz kalsifikasyonlarla karıştırılmamalıdır.

OA ile onkositik hiperplastik nodül arasındaki histolojik ayırım, tümör soliter olduğunda ve net bir kapsüle sahip olduğunda aşıkardır; ancak, adenomatöz ve onkositik değişime sahip hiperplastik nodüllerin olduğu bir zeminde ayırım daha az nettir. Bazı durumlarda, klonal OA ile onkositik değişiklik gösteren hiperplastik nodül arasında histolojik ayırım mümkün değildir.

OA ve onkositik karsinom arasındaki ayırım, tümör kapsülünün histolojik değerlendirmesine dayanır. Bu nedenle, kapsül iyice örneklenmeli ve gerekli durumlarda seviyeli derin kesitler ile değerlendirilmelidir.

Düşük riskli neoplaziler

1. *Papiller benzeri nükleer özellikler gösteren non-invaziv foliküler tiroid tümörü (NİFTP)*

NİFTP, foliküler büyüme paterni gösteren, papiller tiroid karsinomasına benzeyen çekirdeklere sahip, son derece düşük malignite potansiyeli olan, invaziv olmayan, kapsüllü/iyi sınırlı foliküler hücre kaynaklı bir tümördür. Şu anda NİFTP olarak sınıflandırılan tümörler, daha önce non-invaziv kapsüllü foliküler varyant PTK olarak sınıflandırılmakta idi. Geriye dönük olarak incelenen, NİFTP olarak yeniden sınıflandırılan veya önceden non-invaziv enkapsüle folliküler varyant PTK olarak sınıflanan vakaların prevalansı, Batı ülkeleri (%15-20), özellikle Kuzey Amerika ile karşılaştırıldığında Asya'da (%0,5-5) çok daha düşüktür. Aynı bölgede farklı kurumlar arasında da önemli farklılıklar vardır. Bu tutarsızlıkların çoğu, NİFTP'nin nükleer özellikleri için kullanılan farklı eşiklerle ilgilidir.

RAS benzeri moleküler değişiklikler, NİFTP gelişimini destekler. EIF1AX mutasyonlarının yanı sıra PPAR gama ve THADA yeniden düzenlemeleri de rapor edilmiştir.

NİFTP, kesitinde genellikle beyaz/ten rengi ile kahverengi görünen, iyi sınırlı veya kapsüllü solid bir nodüldür. Mevcut olduğunda, kapsül genellikle incedir. Nekroz ve kanama hemen her zaman önceki bir ince iğne aspirasyon prosedüründen kaynaklanır. NİFTP 10 mmden küçük olabileceği gibi, 100 mm ye kadar ulaşan boyutlarda da olabilir. NİFTP olarak nitelendirilebilmesi için, bir tümörün tamamen kapsüllü olması veya çevredeki neoplastik olmayan parankimden iyi

bir sınır ile ayrılması gerekir. NİFTP tanımı gereği non-invaziv olduğundan, kapsüller ve vasküler invazyonu dışlamak için lezyonun çevresi mikroskopik olarak tümüyle incelenmelidir. Üçüncü bir gereklilik, PTK tipi nükleus varlığıdır. Nükleer atipi genellikle çok belirgin değildir ve sıklıkla multifokaldır ve bu nedenle değerlendirilmesi zordur. Bunun için üç nükleer özellikten oluşan bir puanlama sistemi önerilmiştir. Diffüz iyi gelişmiş PTK nükleer özelliklerinin varlığı NİFTP tanısını engellemese de bu özellikteki lezyonların total olarak histolojik incelenmesi önemlidir, çünkü diffüz aşikâr nükleer PTK özellikleri, lezyonun baskın foliküler paternli klasik PTK olma olasılığını artırır. Ağırlıklı olarak foliküler büyüme paterninin bulunması zorunludur. Gerçek papilla ya çok nadir (lezyonun %1'inden azı olacak şekilde) olmalı ya da hiç bulunmamalıdır. NİFTP tanısı için temel tanı kriterleri şöyle özetlenebilir: 1. kapsülleme veya belirgin bir sınırlanma olmalıdır. 2. büyüme paterni folliküler olmalı, gerçek papilla oranı %1'in altında bulunmalı, psammoma cisimcikleri olmamalı, solid / trabeküler/insüler büyüme paterni %30'dan fazla olmamalıdır. 3. papiller karsinomun nükleer özellikleri bulunmalıdır. 4. vasküler veya kapsüller invazyon olmamalıdır. 5. tümör nekrozu olmamalıdır. 6. mitoz sayısı düşük (<3 mitoz / 2mm²) olmalıdır. 7. foliküler varyant dışındaki PTK varyantlarına özgü özellikler (uzun hücre özellikleri,

kribriform-morüler varyant, vb) olmamalıdır. Ayrıca immünohistokimya veya genotipleme ile saptanan BRAF p.V600E mutasyonu bu tanıyı dışlar.

NİFTP, invaziv folliküler varyant PTK'den invazyon olmamasıyla, klasik foliküler baskın PTK'den papilla içermemesiyle (<%1 papilla) ayrılır. Foliküler adenom, NİFTP'den PTK nükleer değişikliklerinin olmamasıyla ayrılır. Ayrıca, NİFTP olarak tanımlanmayan PTK nükleusuna sahip, invaziv olmayan, foliküler paternli nadir tümörler de vardır. Örneğin 2 mm² de 3'ün üzerinde mitoz gösteren bu özellikteki tümörler *mitotik olarak aktif kapsüllü PTK* olarak rapor edilmelidir.

Yukarıdaki tanıma uyarak tanılandığında NİFTP onkositik ve 1 santimetre altındaki formları da dahil olmak üzere ve tamamen çıkarılması koşuluyla, son derece iyi gidişli bir tümördür, 1500'den fazla NİFTP vakasını içeren prognostik veriler, mortalite olmaksızın <%1 advers onkolojik olay oranı ortaya koymaktadır. Bu nedenle NİFTP'de evreleme yapılmaz. Radyoaktif iyot tedavisi olmadan lobektomi tercih edilen tedavi yöntemidir.

2. Malignite potansiyeli belirsiz tiroid tümörleri

Malignite potansiyeli belirsiz tümörler (MPB/UMP), kapsamlı örnekleme ve ayrıntılı bir incelemeden sonra bile invazyonun şüpheli olduğu, kapsüllü veya kapsülsüz ancak iyi sınırlı foliküler tümörlerdir. Boyut değişken, ortalama 20-30 mm'dir. Genel özellikleri foliküler adenom, foliküler karsinom veya enkapsüle foliküler varyant PTK gibi diğer kapsüllü, iyi farklılaşmış foliküler neoplaziler ile aynıdır. RAS benzeri moleküler değişiklikler, MPB/UMP kategorisinde en sık rastlanan mutasyonlardır. Nodül büyük olduğunda, çevre dokularla olan sınırı özellikle dikkatlice incelenmelidir. Nükleer morfoloji ve tümör invazyonu temelinde iyi diferansiyel foliküler paternli tümörler için önerilen terminoloji **Tablo 3** de gösterilmiştir. MPB/UMP terimi, tiroid tümörünün eksik rezeksiyonu veya yetersiz örnekleme/inceleme nedeniyle invazyon sorununun çözülemediği vakalar için kullanılmalıdır. İnce iğne aspirasyonu veya cerrahi manipülasyonla ortaya çıkan ve invazyonu taklit eden artefaktlar, gerçek invazyondan ayırt edilmelidir. Çoğu seride bu grup olgularda, nodal veya uzak metastazlar, tümör nüksü veya tümörle ilişkili ölümler bildirmemiştir.

3. Hiyalinize trabeküler tümör (HTT)

Hiyalinize trabeküler tümör intra-trabeküler hiyalin materyal ile iç içe geçen hiyalinize sitoplazmaya, belirgin yarıklanmalar ve membran düzensizlikleri ile karakterize nükleuslara sahip uzun/poligonal hücrelerin oluşturduğu trabeküllerden meydana gelen foliküler hücre kaynaklı nadir görülen bir neoplazmdir. HTT gelişiminde GLIS yeniden düzenlemeleri tipiktir. HTT de RAS ya da BRAF mutasyonları tespit edilmemiştir. HTT, makroskobik olarak yuvarlak/oval şekilli, lobüler bir görünüme ve beyaz -sarı renge sahip, iyi sınırlı, solid bir tümördür. Lezyon mikroskobik olarak genellikle iyi sınırlı veya kapsüllüdür. Tümör hücreleri geniş trabeküller veya stromal demetlerle sınırlandırılmış küçük yuvalar halinde düzenlenir. Trabekül içinde, tümör hücrelerini saran, değişken miktarda eozinofilik hiyalini, amorf, diastaza dirençli periyodik asit-Schiff (PAS) pozitif materyal bulunur. Bu materyal bazal membran materyali özelliğindedir. Tümör

hücreleri büyük veya orta büyüklükte ve poligonal veya elonge biçimli olup, trabeküllere dik olarak yönelmiştir. Sitoplazma, lizozomal kökenli fokal perinükleer sarımsı sitoplazmik cisimler içerir. Çekirdekler büyük, uzun ve belirgin yarıklanmalar, vakuoller ve membran düzensizlikleri içerir. Mitoz nadirdir. Tiroglobulin ve TTF1 her zaman pozitifdir. Anormal Ki-67 membranöz boyanması HTT için özgün olarak tanımlanmakla birlikte, yalnızca MIB1 monoklonal antikoru kullanıldığında ve oda sıcaklığında meydana gelir. GLIS ekspresyonu PAX 8-GLIS3 füzyonunun varlığı ile ilişkilidir.

Ayırıcı tanıda trabeküler büyüme paterni gösterebilen folliküler kökenli tümörler (foliküler adenom, papiller ve az diferansiye karsinomlar), medüller tiroid karsinomu ve paraganglioma yer alır. HTT'lerin büyük çoğunluğu, uzun takip süreleri sonunda olaysız seyretmiştir ve tümörün eksizyonu tedavi edicidir. Lenf düğümü veya uzak metastazları olan nadir vakalar genellikle invaziv büyüme veya vasküler invazyon ile karakterlidir.

Tiroidin malign tümörleri

1. Foliküler tiroid karsinomu

Foliküler tiroid karsinomu (FK), invaziv büyümeye sahip ve PTK nükleer özellikleri ya da yüksek dereceli özelliklere sahip olmayan, kötü huylu, iyi diferansiye foliküler hücre kaynaklı bir neoplazidir. Minimal invaziv foliküler tiroid karsinomu (yalnızca kapsül invazyonu); kapsüllü anjiyo-invazif foliküler tiroid karsinomu, yaygın invazyon gösteren foliküler tiroid karsinomu olmak üzere üç alt tipi vardır.

İyot eksikliği olan bölgelerde FK insidansının daha yüksektir. Yaklaşık %10'u kalıtsaldır. FK, PTEN hamartom tümör sendromu, DICER1 sendromu, Werner sendromu ve Carney kompleksi zemininde ortaya çıkabilir. FK'deki en yaygın somatik mutasyonlar, yaklaşık %30-50 kadarında bildirilen RAS nokta mutasyonlarıdır. PAX8/PPARG yeniden düzenlemeleri, FK'nin %10-40'ında görülür. RAS mutasyonları ve PAX8/PPARG yeniden düzenlemeleri genellikle birbirini dışlar. Onkositik karsinomun aksine, geleneksel FK genellikle TP53 mutasyonlarından yoksundur.

FK'nin büyük çoğunluğu, makroskobik olarak minimal invaziv FK'yi ya da enkapsüle anjiyo-invaziv FTK'yi temsil edecek şekilde değişken kalınlıkta kapsüllüdür. Çoğu FK 20 mm'nin üzerindedir ancak, tümör boyutu FK'yi FA'dan ayırt etmek için kullanılamaz. FK genellikle solid ve kesit yüzü ten rengi/gridir. Enkapsüle FK'de makroskobik invazyon nadirdir. Yaygın invaziv FK tanısı, tümörün tiroid parankimini sıklıkla multinodüler bir şekilde invaze etmesine dayanır. Bu vakaların bazılarında, bazı tümör nodülleri damarlar içindeki büyük tümör trombüslerini temsil eder.

FK tanısı için kapsüller ve/veya vasküler invazyonun tespiti gerekir. FK ve FA arasındaki ayrım basit gibi görünse de kapsüller ve vasküler invazyonun tanımı ve yorumlanması konusunda patoloğlar arasında tam bir anlaşma yoktur. Vasküler invazyon olarak tanımlayabilmek için kan damarları tümörün dışında, kapsül içinde veya kapsül dışında yer almalıdır. Venöz bir boşluğun anjiyo-invazyonu oldukça kolay fark edilirken, kılcal damar büyüklüğündeki vasküler boşlukları

lenfatiklerden ayırmak bazen zor olabilir. Eritrositlerin varlığı ayırımıda yardımcı olabilir. Zor olgularda, CD31 ve D2-40 gibi vasküler ve lenfatik endotel belirteçler yararlı olabilir. Vasküler invazyonun varlığı ve yaygınlığı prognostik açıdan önemlidir. Sınırlı damar invazyonu olan yani 4 odaktan daha az alanda vasküler invazyon gösteren tümörler yaygın vasküler invazyonu olan tümörlerden (4 veya daha fazla invazyon odağı) daha iyi bir prognoza sahiptir. Bu nedenle, vasküler invazyon odakları sayılmalıdır.

Kavramsal olarak basit olsa da tümör kapsül invazyonunun tanımı konusunda da bir fikir birliği yoktur. Bazı yazarlar kapsülün tamamen geçilmesini isterken, diğerleri kapsülün tamamen geçilmesinin gerekli olmadığına inanır. Tüm kapsüllü/iyi sınırlı nodüllerde, tümör kapsülü ve çevresindeki parankimi içeren tümör periferinin tam olarak incelenmesi gerekir. Seviyeli ve derin kesitler tümör kapsül invazyonunun teşhisinde yardımcı olabilir. Önceki biyopsinin etkisi, kapsül invazyonunun yorumlanmasını zorlaştırabilir. Şüpheli kapsüller veya vasküler invazyonu olan vakalarda, malignite potansiyeli belirsiz foliküler tümör tanısı konulabilir. Ancak, bu kategori sınırlı kullanılmalıdır. Yaygın invazyon gösteren FK'nin kapsülü tamamen oblitere olabilir veya yalnızca fokal olarak sağlam kalmış olabilir.

FK'nin yapısal ve hücresel özellikleri FA'ninkine benzer. Tümör mikrofoliküler, normofoliküler veya makrofoliküler olabilir. Solid veya trabeküler pattern de bulunabilir ve bu büyüme patternlerini gösteren tümörlerde kötü diferansiye tiroid karsinomu tanısının dışlanması önemlidir. Tümör mitoz açısından incelenmelidir. FK'de tümör nekrozu görülmemelidir. FK ayrıca PTK'nin nükleer özelliklerini de göstermemelidir. Nükleus yuvarlaktır ve kaba kromatine sahiptir. Papiller tiroid karsinomunun enkapsüle foliküler varyantını dışlamak için tüm potansiyel FK olguları, PTK nükleer özellikleri açısından incelenmelidir.

FK %50 üzeri berrak hücreye sahip ise berrak hücreli varyant olarak tanımlanır. FK'nin taşlı yüzük hücre varyantı, eksantrik yerleşimli çekirdekler ve sitoplazmik vakuollere sahip hücrelerle karakterlidir. Diğer nadir varyantlar glomerüloid patternli ve işçi hücreli FK'dir

FK, CK7 pozitif ve CK20 negatif bir tümördür. Bu tümörler aynı zamanda PAX8, TTF-1, tiroglobulin de eksprese eder. FK'yi FA'dan güvenilir bir şekilde ayıran hiçbir immünohistokimyasal belirteç yoktur. Ki-67 immünohistokimyası, az diferansiye tiroid karsinoma ayırıcı tanısında yardımcı olabilir. Ki-67 proliferatif indeksi, FK'de %5'in altındadır; oysa, az diferansiye tiroid karsinomlarının çoğu daha yüksek bir Ki-67 proliferatif indeksine sahiptir.

Ameliyat öncesi ince iğne biyopsilerinde, RAS mutasyonlarının ve PAX8/PPARG yeniden düzenlemelerinin varlığı, FK olasılığını artırır. Bununla birlikte, bu genetik olaylar, FA'da ve PTK'nin foliküler varyantında da bulunabileceğinden spesifik değildir.

İnvazyonun yaygınlığı FTK'li olgularda sağkalımı önemli ölçüde etkiler. Minimal invaziv, kapsüllü anjiyoinvaziv ve geniş invazyon gösteren FTK için sırasıyla %97, %81 ve %45 oranında 40 aylık hastalıksız sağkalım bildirilmiştir.

2. Papiller tiroid karsinomunun invaziv enkapsüle foliküler varyantı

(PTK-İEFV)

PTK-İEFV, kapsüllü, foliküler organizasyonlu PTK nükleer özelliklerine sahip, invazyon gösteren, kötü huylu, iyi diferansiye foliküler hücre kaynaklı bir neoplazidir. PTK-İEFV olgularının büyük çoğunluğu sporadiktir; ancak PTEN hamartom tümör sendromu, DICER1 sendromu ve Carney kompleksi zemininde de izlenir. PTK-İEFV, foliküler adenom ve foliküler tiroid karsinomuna benzer bir moleküler profile sahiptir. En sık somatik değişiklik olan RAS nokta mutasyonları, vakaların üçte ikisine ulaşan bir kısmında mevcuttur. Ek olarak, PAX8/PPARG yeniden düzenlemeleri izlenebilir.

Ortalama boyutu 20-30 mm'dir ve çoğu 40 mm'nin altındadır. PTK-İEFV tanısı için kapsüller ve/veya vasküler invazyonun tespit edilmesi gerekir. PTK-İEFV (1) minimal invaziv (yalnızca kapsül invazyonlu) (2) enkapsüle anjiyoinvaziv (kapsüller invazyon ile birlikte ya da yalnızca venöz invazyon mevcut) ve (3) geniş invazyon gösteren üç alt gruba ayrılır.

PTK-İEFV ve foliküler tiroid karsinomunun her ikisi de foliküler yapıya ve invaziv büyümeye sahip kapsüllü tümörlerdir; bu nedenle, bunlar arasındaki ayrım, PTK-İEFV'de PTK nükleer özelliklerinin varlığına dayanmaktadır. Komşu neoplastik olmayan foliküler hücrelerle karşılaşılırsa, PTK-İEFV'nin çekirdekleri geniş, oval, kalabalıklaşmış ve üst üste binmiş olarak izlenir. Ek olarak, PTK-İEFV nükleer kontür düzensizliği, nükleer yarıklar, kromatinin nükleer zara yaklaşması ile ortaya çıkan nükleer vezikülasyon ve küçük, periferik yerleşimli nükleoller bulundurur. PTK-İEFV'nin nükleer özellikleri, infiltratif foliküler varyant PTK'ya göre daha az belirgindir. Metastazlarda, PTK'nin nükleer özellikleri daha da belirsiz olabilir. PTK-İEFV kapsüller ve/veya vasküler invazyon varlığı ile NİFTP'den ayrılır.

PTK-İEFV mikrofoliküler, normofoliküler veya makrofoliküler büyüme gösterir. Solid veya trabeküler büyüme de izlenebilir. Gerçek papilla nadiren bulunabilir, ancak tümörün %1'inden az olmalıdır.

PTK-İEFV, CK7, PAX8, TTF-1 ve tiroglobulin için pozitifdir. Ki-67 mmünohistokimyası, az diferansiye tiroid karsinomu ayırıcı tanısında yardımcı olabilir. Ki-67 indeksi, PTK-İEFV olgularının çoğunda %5'in altındadır, ancak az diferansiye tiroid karsinomlarının çoğunda %5'in üzerindedir. Ameliyat öncesi ince iğne biyopsilerinde, RAS ve BRAF p.K601E mutasyonları ve PAX8/PPARG yeniden düzenlemelerinin varlığı, PTK-İEFV olasılığını artırır. Bununla birlikte, bu genetik olaylar spesifik değildir.

3. Papiller tiroid karsinomu (PTK)

Papiller tiroid karsinomu (PTK), tipik nükleer özellikler ile karakterli foliküler hücre kaynaklı malign bir tümördür. PTK, hem yetişkin hem de pediatrik popülasyonda en yaygın endokrin malignitedir. PTK genellikle sporadik bir tümör olarak ortaya çıkar. Bununla birlikte, ailevi formlar giderek daha fazla tanınmaktadır. Çocukluk döneminde radyasyona maruz kalma, PTK'nin gelişiminde en iyi belgelenmiş çevresel faktördür.

PTK'de görülen moleküler değişikliklerin çoğu, MAPK yolağını içeren nokta mutasyonları veya gen yeniden düzenlemeleridir. PTK'deki en yaygın moleküler değişiklik, BRAF ve RAS (esas

olarak NRAS) genlerindeki somatik mutasyonları ve RET füzyonlarını içerir. BRAF p.V600E, klasik PTK ve papiller yapı gösteren alt tiplerde yaygındır; foliküler paternli tümörlerde ise RAS mutasyonları ve BRAF p.K601E mutasyonu ön plandadır.

PTK'nin makroskopik görünümü oldukça değişken olabilir. Genellikle ortalama 20 ila 30 mm'dir. Tümör nodülü genellikle sert ve infiltratif bir görünüme sahip beyaz renklidir. Fokal intratümöral kalsifikasyon yaygın bir özelliktir. PTK'de değişen derecelerde kistleşme de olabilir.

Klasik (geleneksel) PTK'nin ayırt edici özellikleri papillalar ve nükleer özelliklerdir. Neoplastik papilla, kalabalıklaşma gösteren oval çekirdeklere sahip, tek ya da bazen çok sıralı tümör hücreleri ile çevrili; merkezinde ince fibrovasküler kor içeren bir yapıdır. Papilla uzun, düz olabilir veya dallanma gösterebilir. Bazı olgularda yan yana gelerek sıkıca paketlenmiş olduğundan ilk bakışta solid bir organizasyon izlenimi verebilir. Kor kısmı gevşek bağ dokusu ve değişen boyutlarda ince duvarlı damarlardan oluşur. Yalnızca papiller oluşumlar gösteren PTK nadirdir. Çoğu PTK, katılmış kolloid içeren ve papillayı döşeyenlere benzer nükleer özelliklere sahip hücrelerle çevrili neoplastik foliküller de bulundurulur.

Nükleus normal foliküler hücre nükleusundan daha büyük ve daha uzun veya oval şekildedir ve sıklıkla üst üste binme gösterir. Nükleer membran düzensiz kontürlüdür, nükleer psödo-inklüzyonlar ve/veya belirgin intranükleer yarıklar gösterir. PTK'de görülen karakteristik nükleer psödo-inklüzyonlar, sitoplazmanın çekirdeğin içine doğru invajinasyonlardan kaynaklanır, bu nedenle sitoplazma rengindedir. Nükleusun diğer karakteristik özelliği, nükleoplazmanın boş veziküler görünümüdür.

Tümör hücrelerinin sitoplazması genellikle hafif eozinofiliktir. İİAB ilişkili reaktif sahalar dışında mitoz genellikle nadirdir veya yoktur. Klasik PTK'de fokal solid büyüme paterni ya da skuamöz diferansiyasyon görülebilir. Psammoma cisimleri, konsantrik lameller, yuvarlak kalsifikasyonlardır. PTK vakalarının %40-50'sinde bulunur ve papiller büyüme gösteren PTK alt tiplerinde izlenirler. PTK'de tümörün merkezi veya periferik bölgelerinde desmoplazi görülür; kapsüllü tümörler, kapsül invazyonu alanlarında yoğun skleroz gösterir. PTK'de değişen oranlarda kist oluşumu meydana gelebilir. PTK sıklıkla multifokal tümörler olarak da ortaya çıkabilir.

Klasik papiller karsinomların ilk ortaya çıkışında bölgesel lenf düğümü metastazları son derece yaygındır. PTK, bölgesel lenf nodüllerinde metastazların yüksek insidansını açıklayacak şekilde tiroid bezi içinde lenfatik invazyon yapar. Klasik PTK'de kan damarı invazyonu ise nadirdir.

10 mm ve altında boyuta sahip PTK 'papiller mikrokarsinoma' olarak isimlendirilir. Bu ayrı bir alt tip olarak düşünülmemelidir, yeni sınıflandırma papiller mikrokarsinomların da alt tiplendirilmesini önermektedir.

İmmünohistokimya ile PTK TTF-1, PAX8, tiroglobulin ve CK7 ifade eder. CK20, kalsitonin ve nöroendokrin belirteçler negatiftir. HBME1, Galektin-3, CK19 ve CD56 immün boyalarının, PTK ile papiller yapı ve/veya atipik çekirdeklere sahip iyi huylu lezyonları ayırt etmeye yardımcı olduğu gösterilmiştir; ancak bu belirteçlerin hiçbiri spesifik değildir ve iyi huylu lezyonlarda görülebilir. VE1 klonu kullanılarak BRAF p.V600E için immün boyama, PTK'deki mutasyonun tespiti için oldukça hassas ve spesifiktir. Ayrıca RAS mutasyonuna yönelik özgü antikolar, RET, ALK ve pan-TRK'ye yönelik antikolar kullanılabilir.

PTK'nin Histolojik Alt Tipleri

PTK'nin klasik tipi dışında çok sayıda alt tipi bulunmaktadır. Aşağıda açıklanan alt tipler daha sık olarak rastlanan ya da klinik olarak daha önemli olan alt tipler olup bunlar dışında alt tipler de mevcuttur.

Enkapsüle PTK (E-PTK): E-PTK, kalın fibröz bir kapsülle sarılmış klasik PTK olarak tanımlanır; bu kapsül sağlam olabilir veya çevredeki tiroid parankimine invazyon bulunabilir.

İnfiltratif Foliküler Varyant PTC (PTK-IEFV): Hemen tamamen foliküler büyüme gösteren bir PTK tipidir. Aslında pür foliküler organizasyonlu PTK'lerin çoğu, RAS benzeri tümörler olan enkapsüle PTK'lerdir. Bundan ayrı bir form olan infiltratif folliküler varyant PTK ise oldukça nadirdir ve klinik olarak klasik PTK gibi davranır. Tiroid içinde neredeyse tamamen foliküler paternli büyümeye rağmen, metastazlarında papiller yapılara rastlanması sıkıdır. Nükleer özellikler klasik PTK'de olduğu gibi belirgindir.

Onkositik PTK (O-PTK): O-PTK tümü papiller tiroid karsinomunun nükleer özelliklerine sahip onkositik hücrelerle kaplı iyi gelişmiş papillalardan (ve nadir foliküllerden) oluşan çok nadir bir ümördür. Çekirdekler papiller karsinomdakilere benzer olabilir, ancak onkositlerde görülenleri anımsatan büyük nükleoller görülebilir. O-PTK, uzun hücreli PTK'den ayrı edilmelidir.

Warthin benzeri PTK (WB-PTK): Tükürük bezinin Warthin tümörü ile morfolojik benzerlikler paylaşan bu tümör lenfosit ve plazma hücreleri açısından zengin papiller kordlara sahip onkositik hücrelerle kaplı papillalardan oluşur. Neredeyse her zaman, kronik lenfositik tiroiditi (Hashimoto tiroiditi) zemininde meydana gelir.

Berrak hücreli alt tip: Histolojik olarak berrak hücrelerden oluşan papilla veya solid tabakalar halinde büyüyebilir ve sıklıkla tipik PTK çekirdekleri bulundurur. Metastatik renal hücreli karsinom, intratiroidal paratiroid tümörleri ve berrak hücreli medüller tiroid karsinomundan immünhistokimyasal olarak ayrılabilir.

Diffüz sklerozan PTK (DS-PTK): Çocuklarda ve genç erişkinlerde daha çok izlenen nadir bir PTK alt tipidir: Yaygın lenfatik permeasyon, yoğun skleroz, çok sayıda psammoma cisimciği ve zeminde kronik lenfositik tiroiditi ile birlikte tek bir lobun veya tüm tiroid bezinin yaygın tutulumu ile karakterizedir. Tümör, skuamöz metaplazi gösteren solid yuvalar ve papillalar meydana getirir.

Solid trabeküler PTK (ST-PTK): ST-PTK, tüm yetişkin PTK'lerinin %1-3'ünü temsil eder ancak çocuklarda yaygındır ve radyasyon maruziyeti ile ilişkilidir. ST-PTK tanısı için tümörün >%50'sinde solid, trabeküler veya insüler büyüme bulunmalıdır. Tümör tabakalarını ve yuvalarını ayıran stroma genellikle ince ve fibrovasküler bantlar gösterir, ancak bazı vakalarda yoğun skleroz görülebilir. Büyüme paterni nedeniyle ST-PTK, agresif yüksek dereceli foliküler hücre kaynaklı tiroid karsinomu ile karıştırılmamalıdır. ST-PTK'de tümör nekrozu veya yüksek mitoz bulunmaz.

Uzun hücreli PTK (UH-PTK): UH-PTK, yüksekliği genişliğinin en az üç katı olan ve belirgin bir hücre membranı ile çevrili, geniş eozinofilik sitoplazma gösteren hücrelerden oluşur. PTK'nin tipik nükleer özellikleri, özellikle intranükleer psödo-inklüzyonlar kolayca bulunur. Bu özellikteki

hücreler tümörün en az %30'unu oluşturmaktadır. Bu tümörde nispeten yüksek Ki67 indeksi ($\geq 5\%$) bildirilmiştir.

Hobnail PTK (HN-PTK): HN-PTK, adını apikal yüzeyden çıkıntı yapan geniş çekirdeklere sahip tümör hücrelerinin kendine özgü özelliğinden alan (kabara çivisi görünümü) agresif bir PTK alt tipidir. Bu tümörler genellikle karmaşık bir papiller veya mikropapiller yapıya sahiptir, ancak foliküler alanlar da mevcut olabilir. PTK'nin nükleer özellikleri mevcuttur, ancak genellikle klasik PTK'de tipik olarak görülenden daha fazla pleomorfizm vardır. Sık mitoz ve tümör nekrozu gibi yüksek dereceli özellikler sıklıkla mevcuttur. Bu tümörler saf formda son derece nadirdir ve genellikle az diferansiye veya anaplastik tiroid karsinomasına ilerleme gösteren alanlar içerdiklerinden dikkatlice incelenmelidir. Hobnail PTK genellikle klasik PTK'ye benzer bir immünohistokimyasal profile sahiptir; bununla birlikte Ki67 proliferatif indeksi genellikle %5'in üzerindedir ve bir kısmı p53 ekspresyonu gösterir. TP53 mutasyonları, TERT promotör mutasyonları ve PIK3CA mutasyonları sık izlenir.

Kolumnar hücreli PTK (KH-PTK): Soluk eozinofilik ya da berrak sitoplazmaya sahip kolumnar hücrelerden oluşan ve belirgin nükleer yalancı çok sıralanma gösteren hücrelerden oluşan nadir bir PTK alt tipidir. Sekretuar endometriumu anımsatan bir görünüm veren subnükleer vakuoller mevcut olabilir. Nükleer berraklaşma ve yarıklar bazı tümörlerde belirgindir, ancak diğerlerinde belirsizdir. Psödo-inkluzyonlar genellikle izlenmez. Tümör, ince papillalar ile karışık, uzun foliküllerden oluşan hiperselüler bir görünüme sahiptir. Morfolojik olarak bu tümörler, tipik hücresel özellikleri ile UH-PTK'den ayırt edilebilir. Alışılmadık morfolojisi nedeniyle, başka organlardan (endometrial veya kolorektal) metastazlar akla gelebilir. Diğer PTK'ler gibi, bu tümörler de PAX8, TTF-1 ve tiroglobulin pozitifdir. Ek olarak, yarısı kadarı CDX-2 pozitifliği gösterir. Bu alt tipin prognozu, kapsüllenmesine ve invazyon durumuna bağlıdır.

4. Tiroidin onkositik karsinomu (OK)

OK ya da Hürthle hücreli karsinom (OK), papiller tiroid karsinomunun nükleer özelliklerinin ya da yüksek dereceli özelliklerin bulunmadığı, onkositik hücrelerden (en az %75) oluşan invaziv bir malign foliküler hücreli neoplazidir. Anormal mitokondri birikimi, onkositik (Hürthle) neoplazilerin belirleyici bir özelliğidir. OK'de, kromozom kayıpları yaygın olup, neredeyse haploidiyeye yol açar ve kromozomal kazanımlara kıyasla daha sık gözlenir. OK'ler genellikle soliter, yuvarlak ila oval nodüllerdir ve genellikle ortalama 30–40 mm boyutunda ve kapsüllüdürler. Onkositik adenom ile karşılaştırıldığında, kapsül daha kalındır ve sıklıkla kısmen kalsifiyedir. Tümör ten renginden maun renge kadar değişen renktedir ve genellikle solid özelliktedir. Tümör ne kadar büyükse, malignite riski de o kadar fazladır. Biyopsi yapılmış bazı OK'ler kısmi ya da tam enfarktüse uğrayabilir. OK'ler genellikle kapsüler ve/veya vasküler invazyon gösteren kalın kapsüllü neoplazmalardır. Tümör hücrelerinin en az %75'i onkositik sitoloji göstermelidir. Bazı tümörler foliküler (genellikle mikروفoliküler) olsa da çoğunda solid ya da solid trabeküler büyüme vardır.

Foliküler tiroid karsinomuna benzer şekilde OK, minimal invaziv, enkapsüle anjiyoinvaziv ve geniş invazyon gösteren tiplere ayrılır. Kapsüler ve vasküler invazyon kriterleri, foliküler karsinomda kullanılanlara benzer. Tümör hücreleri, yuvarlak çekirdekli ve belirgin santral nükleollü

bol miktarda eozinofilik granüler sitoplazmaya sahiptir. Elektron mikroskobu ile çok sayıda mitokondri saptanır.

OK, diğer foliküler karsinomlardan farklı bir biyolojik potansiyele sahiptir. Foliküler karsinomlar yalnızca venöz sistem yoluyla yayılmasına rağmen, OK hematojen olarak olduğu kadar lenf düğümlerine de metastaz yoluyla da yayılabilir.

Tümör nekrozu, çok sayıda mitoz ($\geq 3/\text{mm}^2$), anormal mitozlar ve küçük hücre odakları içeren tümörlerin radyoaktif iyot tedavisine dirençli olması muhtemeldir. Metastatik bölgelerde TTF-1 ve tiroglobulin ekspresyonu bulunmayabilir ve bu durum tanısız karışıklığa neden olabilir.

Hiçbir immünohistokimyasal boya, karsinomu onkositik adenomdan ayırt edemez. Tüm onkositik foliküler tümörler, tiroglobulin, sitokeratin 7, PAX8 ve TTF1 için pozitiflik ile karakterli, diğer foliküler kaynaklı neoplazmalara benzer bir immün profil gösterir.

5. Foliküler hücre kökenli yüksek dereceli anaplastik olmayan tiroid karsinomu

Anaplastik özelliklere sahip olmayan, ancak mitoz sayısı ve tümör nekrozu ile tanımlanan yüksek dereceli özelliklere sahip tiroid foliküler hücre karsinomudur. Bu tür tümörler az diferansiyasyonla olabilir veya foliküler hücre kaynaklı iyi diferansiyasyonlu karsinomların tipik morfolojisini koruyabilirler. Buna bağlı olarak iki alt tip tanımlanmıştır: 1. Az diferansiyasyonlu tiroid karsinomu (ADTK) ve 2. Diferansiyasyonlu yüksek dereceli tiroid karsinomu (DYDTK). Bu iki tümörün tanı kriterleri **Tablo 4**'te gösterilmiştir. Bunların her ikisi de nadirdir. Ortalama tanı yaşı 55-65'tir.

ADTK ve DYDTK, sürücü moleküller imzalarını korudukları iyi diferansiyasyonlu foliküler hücre kökenli karsinomların senkron veya metakron progresyonu ile ortaya çıkar. Çok basamaklı karsinogenez modeli ile uyumlu olarak, somatik genetik değişiklikler "erken" ve "geç" olayları içerir. "Erken" sürücü mutasyonlar çoğunlukla RAS ve BRAF p.V600E mutasyonlarıdır. Aktive edici RAS mutasyonları, az diferansiyasyonlu karsinomda oldukça yaygındır; bu da, çoğunun foliküler karsinomdan veya enkapsüle foliküler varyant papiller karsinomlardan geliştiğini gösterir. BRAF p.V600E mutasyonları, çoğu yüksek dereceli papiller karsinoma özelliğinde olan DYDTK'de baskındır. En sık görülen "geç" değişiklikler, TP53 ve TERT promotör mutasyonları veya PI3K/PTEN/AKT yolağındaki değişikliklerdir.

ADTK ve DYDTK genellikle büyük boyutludur ve çoğunlukla 40-60 mm arasındadır. Kesit yüzeyi tipik olarak solid özelliktedir. Çoğu tümör makroskobik olarak invazivdir, ancak bazıları kısmen veya hatta tümüyle kapsülle çevrili olabilir.

Yüksek dereceli özelliklere sahip iki ayrı tip foliküler epitel kökenli karsinom vardır. ADTK, anaplastik histoloji olmaksızın yapısal ve sitolojik farklılaşmayı kaybetmiş bir tümördür. DYDTK ise iyi diferansiyasyonlu foliküler hücre kökenli karsinomların tipik yapısal ve/veya sitolojik özelliklerini koruduğu için hala diferansiyasyonlu olarak tanımlanabilen yüksek dereceli bir tümördür.

ADTK tanısı Torino konsensüs kriterlerine dayanmaktadır. Bu kriterler şöyle özetlenebilir: (i) ivaziv özelliklere dayalı olarak malign olarak değerlendirilen bir tümörde solid/trabeküler/insüler (STI) büyüme paterninin varlığı; (ii) papiller karsinomun tipik nükleer özelliklerinin yokluğu; (iii) şunlardan en az birinin varlığı: kıvrımlı nükleus, 2 mm²'de ≥ 3 mitoz, tümör nekrozu.

Bazı *ADTK*'ler ağırlıklı olarak onkositik foliküler hücrelerden oluşur. Olguların çoğunda anjiyo-invazyon saptanır. Ekstratiroidal invazyon sıklıdır. Tümör içinde *ADTK* alanları yanı sıra, papiller karsinom folliküler varyant veya foliküler karsinom alanları ve ayrıca agresif papiller karsinom alt tiplerine ait görünüm izlenebilir. Belirgin nükleer pleomorfizme sahip anaplastik hücre odaklarının varlığı, anaplastik karsinomaya ilerleme olarak değerlendirilmelidir.

DYDTK histolojik düzeyde hala diferansiyasyonunu koruyan, ancak artmış mitoz ve/veya tümör nekrozu içeren bir tümördür. Mitoz sayısı, mitotik olarak en aktif alanda yapılmalı ve ≥ 5 mitoz/2 mm² olmalıdır. Tümör nekrozu, karyotektik nükleer debriler veya ölü tümör hücrelerinin silüetleri ile tanımlanır. İnce iğne aspirasyonuna bağlı veya onkositik tümörlerde olduğu gibi enfarktüs tipi nekrozdan ayırt edilmelidir. *DYDTK* baskın histotipe göre alt sınıflara ayrılmalıdır. Çoğu, genellikle uzun hücreli, hobnail veya kolumnar hücre gibi agresif alt tiplere ait olan yüksek dereceli papiller tiroid karsinomlarıdır, ancak klasik ya da foliküler varyant papiller tiroid karsinomları da olabilir. *DYDTK*, anaplastik tiroid karsinomasına ilerleyebilir ve herhangi bir anaplastik bileşenin varlığı rapor edilmelidir.

Bu tümörlerde, neoplastik hücreler keratinler, tiroglobulin, TTF1 ve PAX8 ile pozitif kalitonin ve kromogranin negatiftir. Tiroglobulin ekspresyonu tipik olarak azdır. Tümör kategorisine bağlı olarak proliferasyon oranı artar ve Ki67 indeksi yükselir, ancak genellikle %10-30 arasındadır.

Bu tümörler iyi diferansiye tiroid karsinomlarına göre daha yaşlı hastalarda gelişir ve agresif klinikopatolojik özelliklere sahiptir. Prognoz, iyi diferansiye foliküler hücre karsinomları (papiller, foliküler ve onkositik tiroid karsinomu) ile anaplastik karsinom arasında yer alır. Tanı anında vakaların ~%20-25'inde uzak metastaz mevcuttur. Çoğu seride 5 yıllık genel sağ kalım %50-70'tir.

6. Anaplastik tiroid karsinomu (ATK)

Diferansiyasyon göstermeyen hücrelerden oluşan, ancak fokal olarak folikül epiteli yönünde farklılaşma gösterebilen ya da diferansiye bir tiroid karsinoması zemininde gelişebilen oldukça agresif bir tiroid malignitesidir. Genel olarak, ATK dünya çapında tiroid kanserlerinin %1-4'ünü temsil eder. ATK foliküler hücre kaynaklı karsinom progresyonunun son noktası olarak kabul edilir. ATK'lerin % 75'e varan bir bölümünde önceden bilinen veya birlikte saptanan iyi diferansiye tiroid karsinomu mevcuttur. BRAF p.V600E ve RAS mutasyonları, diferansiye tiroid karsinomunda ana itici güçler iken; ATK, TERT promotör mutasyonu ve TP53 mutasyonu gibi ek mutasyonlar kazanmıştır.

ATK'ler, her iki lobu da tutabilen büyük tümörlerdir. Tümörler sıklıkla hemoraji, nekroz ve ekstratiroidal büyüme gösterir. Nekroz, belirgin mitotik aktivite, atipik mitozlar, belirgin nükleer pleomorfizm ve anjiyolenfatik invazyon ile karakterli oldukça infiltratif malignitelere dir. ATK'ler, epiteloïd, iğsi, dev hücreli, pleomorfik, hücreden fakir, rabdoïd, anjiomatoid veya skuamöz

olabilen; metaplastik kondroid veya osteoid gösterebilen ve sıklıkla bir nötrofilik infiltrat bulunduran yüksek dereceli tümörlerdir. ATK fokal skuamöz özelliklere sahip veya tamamen skuamöz de olabilir. Primer tiroid skuamöz hücreli karsinomu, konvansiyonel ATK ile benzer şekilde, düşük bir genel sağ kalıma sahiptir ve artık bir ATK paterni olarak kabul edilmektedir. ATK ayırıcı tanısında primer ve metastatik sarkomlar özellikle anjiosarkom, melanom, medüller tiroid karsinomu, Riedel tiroiditi yer alır.

ATK genellikle zayıf/fokal sitokeratin ekspresyonu gösterir. Az bir kısmı fokal TTF1 ifade eder. Tiroglobulin hemen her zaman negatiftir. PAX8 ATK'lerin yarısı kadarında pozitiftir. p53, ATK'nin %50'sinden fazlasında ifade edilir ve Ki-67 indeksi genellikle yüksektir.

ATK, az diferansiye ya da iyi diferansiye tiroid karsinomlarına kıyasla daha karmaşık moleküler değişikliklere sahiptir. RAS (%10-50) ve BRAF (%10-50) mutasyonları erken moleküler olaylardır. Geç olaylar olarak TP53 (%40-80) ve TERT (%30-75) promotör mutasyonları ve PI3CA-PTEN-AKT-mTOR yolunun düzensizliği en yaygın genetik değişikliklerdir. ATK ve diğer foliküler kökenli tiroid tümörlerinin moleküler özellikleri **Tablo 5'** de özetlenmiştir.

ATK oldukça agresif gidişli ve neredeyse her zaman ölümcüldür. Geçmişte ATK için 3-6 ayda ölüm oranı %90 iken; multimodal tedavi, kapsamlı cerrahi rezeksiyon, yüksek doz dış radyoterapi ve kemoterapi gibi tedavi ilerlemeleri ile sağ kalım artabilir ancak çoğu olguda 2 yılın altındadır. BRAF ve MEK inhibitörlerinin klinik olarak yararlı olduğu gösterildiğinden, BRAF p.V600E immün boyama ve/veya genotiplendirme yararlıdır. İmmün tedavi de seçenekler arasında yer alabilir.

Tiroidin C-hücre kökenli karsinomu

Medüller tiroid karsinomu (MTK)

MTK, tiroid bezinin kalsitonin üreten parafoliküler C hücrelerinden kaynaklanan malign bir tümördür. Olguların %25'i germline RET mutasyonu (MEN2 sendromu) ile ilişkilidir. Aktive edici RET mutasyonları, hücre büyümesini, proliferasyonunu, hayatta kalmasını ve farklılaşmasını destekleyen MAPK ve PI3K yolakları dahil olmak üzere, birden fazla yolağı aktive ederek tümör oluşumuna neden olur. MAPK yolağını aktive eden RAS mutasyonları diğer bir sürücü mutasyonu oluşturur.

Tümörlerin çapı < 1 mm'den, bir tiroid lobununun tamamını işgal edecek kadar büyük boyutlara kadar değişir. Sporadik MTK tipik olarak tek taraflıdır, kalıtsal MTK ise genellikle iki taraflı ve çok odaklıdır. Tümörler tipik olarak iyi sınırlıdır, solid ten rengi-sarı bir kesit yüzü vardır ve kapsüllü değildir. Çapı 10 mm'den küçük olan tümörler "*medüller mikrokarsinom*" olarak adlandırılır.

MTK'nin morfolojik spektrumu geniştir ve tiroid malignitelerinin tüm spektrumunu taklit edebilir. Tipik olarak tümörler, değişken miktarda fibrovasküler stroma ile ayrılan solid, insüler veya trabeküler büyüme gösterir. Hücreler tipik olarak granüler amfofilik sitoplazmalı ve ince nükleer kromatinli ve poligonaldır. Nükleol genellikle göze çarpmaz. Tek bir tümörde plazmasitoid ve

iğsi biçimler dahil olmak üzere çeşitli hücre tipleri de görülebilir. Tipik olarak düşük ya da orta derecede bir nükleer atipi vardır, Nadiren nükleer psödo-inklüzyonlar mevcut olabilir. Mitotik aktivite genellikle düşüktür ve tümör nekrozu yaygın değildir.

Vakaların %50-90'ında kalsitonin kaynaklı stromal amiloid birikimi görülür ve Kongo kırmızısı histokimyasal boyası ile elma yeşili çift kırınım tipiktir. Kalıtsal MTK sporadik olarak oluşarlardan histolojik olarak ayırt edilemez. Kalıtsal MTK'de C hücre hiperplazisi sıkıtır; bununla birlikte, bu bulgu spesifik değildir.

MTK'de kalsitonin %95 pozitifdir, ancak boyanma fokal olabilir. Kromogranin A, sinaptofizin, nöron spesifik enolaz (NSE) ve INSM1 gibi nöroendokrin belirteçler pozitifdir. CEA çoğu kez pozitifdir. TTF-1 çoğunlukla pozitifdir. MTK'de tiroglobulin negatifdir. Monoklonal PAX8 de MTK'de negatifdir.

MTK'nin çok sayıda histolojik paterni tarif edilmiştir. Bu paternlerin çoğunun prognostik önemi yoktur ancak diğer tümör tipleriyle karışmasını önlemek için tanınmaları önemlidir. Papiller ve psödopapiller paternleri papiller tiroid karsinomundan ayırt etmek özellikle zor olabilir. Foliküler (tübüler/glandüler) paternde tümör hücreleri, salgılanan kalsitonin ve diğer proteinleri temsil eden lüminal eozinofilik materyal de içeren foliküler yapılar halinde düzenlenir. Ancak foliküler karsinomdan farklı olarak tümör hücreleri kalsitonin pozitif ve tiroglobulin negatifdir. Bazı tümörler iğsi hücreli patern, anjiyosarkom benzeri görünüm, plazmasitoid hücreler, skuamöz hücreler, dev hücreler, şeffaf hücreler ya da onkositik hücre popülasyonu içerebilir. Paraganglioma benzeri patern paragangliomanın klasik büyüme paternine benzer. Sitokeratin ve TTF-1 pozitifliği bu MTK paternini, intratiroidal paragangliomadan ayırır. Enkapsüle paternli MTK ise, tam bir fibröz kapsül ile sarılıdır, makroskopik olarak tamamen kistik de görünebilir.

Yakın zamana kadar, MTK için geniş çapta kabul gören bir histopatolojik derecelendirme şeması bulunmuyordu ancak günümüzde, proliferatif aktiviteye (mitotik sayı ve Ki67 proliferatif indeksi) ve tümör nekrozuna dayalı histolojik derecelendirme şemaları kullanıma girmiştir. MTK artık düşük ve yüksek dereceli olmak üzere ikili bir derecelendirme şemasına göre sınıflandırılmaktadır. Buna göre 2 mm²'de 5 ya da fazla mitoz ve/veya %5 üzerinde Ki67 proliferasyon indeksi ve/veya tümör nekrozu içeren MTK'ler yüksek dereceli MTK olarak sınıflandırılmaktadır.

MTK'li hastaların yaklaşık %25'inde MEN2 mevcuttur. Ekson 10 ve 11'deki sistein kodonları (609, 611, 618, 620, 630 ve 634) ve ekson 13, 14, 15 en sık mutasyon saptanan bölgelerdir. Sporadik MTK olgularının yaklaşık yarısında somatik RET mutasyonları bildirilmiştir. Sporadik MTK'deki en yaygın somatik RET mutasyonu, sporadik MTK'deki RET mutasyonlarının %80'e kadarını oluşturan RET p.M918T mutasyonudur. RET mutant olmayan tümörlerin yaklaşık %70'i RAS mutasyonları barındırır, en yaygın olanı HRAS mutasyonlarıdır. RET ve RAS mutasyonları neredeyse her zaman birbirini dışlar. RET mutasyonlarının MTK'de prognostik olarak anlamlı olduğu gösterilmiştir. MEN2B'li hastaların büyük çoğunluğu agresif RET M918T mutasyonu taşır ve tanınmazlarsa tipik olarak 21 yaşına kadar ölürlür. Hem sporadik hem de germ hattı RET mutasyonları ile ilişkili MTK'ler, RET inhibitörlerine iyi yanıt verirler.

Palpabl tiroid nodülü ile başvuran hastalarda, tanı anında klinik servikal lenf nodu tutulum oranı bazı serilerde %75'e ve uzak metastaz oranı da %10'a kadar çıkmaktadır. Bildirilen 5 yıllık ve 10 yıllık genel sağ kalım oranları, birincil olarak hastalık evresine bağlı olmak koşulu ile, sırasıyla

%75-96 ve %64-91'dir. Kalıtsal MTK vakalarında, biyokimyasal veya genetik tarama yoluyla tiroide sınırlı hastalığın erken tespiti, prognozda önemli gelişmeye yol açmıştır.

Sonuç

Tiroid tümörü açısından sorgulanan bir olguda hasta tedavisinde alınacak kararları doğru bir temele oturtabilmek için materyali inceleyen patolog tarafından raporlanması gereken özellikler çeşitli rehberlerde bildirilmektedir. Patoloji raporları bu raporlarda bildirilen özellikleri mutlaka içermelidir. **Tablo 6'** da patoloji raporunda yer alması gereken histopatolojik bilgiler, son *'Collage of American Pathologists'* rehberinden özetlenerek sunulmuştur.

TEMĐ Önerileri

27A. Tiroid spesmenlerinin değerlendirilmesinde şu bilgiler materyali gönderen klinisyen tarafından bildirilmelidir: radyasyon (RAİ, eksternal) maruziyeti, ailede tiroid kanseri öyküsü, pre-operatif biyopsi tanısı, preoperatif serum belirteç bulguları, uygun ve kısa klinik öykü, yapılan işlem (operasyon) tipi.

27B. Tiroid materyallerinin makroskopik değerlendirmesi bu konuda uzman kuruluşlar tarafından hazırlanan rehberlere göre yapılmalıdır. İlk inceleme ve konsültasyonlar sırasında daha verimli bir değerlendirmeyi sağlamak üzere, örneklenen lezyon ve nodüllerin lokalizasyonu, boyutu ve lezyon/nodül örnekleme oranının total olup olmadığı materyale oryantasyonu sağlayabilecek şekilde, makroskopik tanımlamada yer almalıdır.

27C. Foliküler organizasyonlu ve enkapsüle özellikteki folikül epitel hücreli kaynaklı tümörlerin tanısında benign (folliküler/onkositik adenom) ya da düşük riskli gruplarda (NİFTP, malignite potansiyeli belirsiz tiroid tümörleri) maligniteyi ekarte edebilmek için, tümör tanısı verilmeden önce tümör kapsülü tümüyle örneklendirilmelidir. Kuşkulu durumlarda invazyon durumu seviyeli derin kesitler ile de incelenmelidir.

27D. Tiroid tümörlerinin tanısı olguların çoğunda hematoksilen-eozin kesitler ile verilebilir. Ancak gerekli/kuşkulu durumlarda foliküler ya da C-hücre kökeninin kanıtlanması ve metastatik tümörlerin ekarte edilmesi için; lenfovasküler invazyonun değerlendirilebilmesi için, objektif bir mitotik aktivite/proliferasyon değerlendirmesi için; moleküler yolların aydınlatılması için ya da diğer amaçlarla immünohistokimyasal çalışma yapılabilir.

27E. Tiroid tümörlerinin sınıflandırılmasında DSÖ endokrin ve nöroendokrin tümörler (2022) sınıflaması ve burada yer alan kriterler kullanılmalıdır.

27F. Tiroid materyallerinin raporlanması bu konuda uzman kuruluşlar tarafından hazırlanan rehberlere göre yapılmalıdır. Tiroid tümör spesmenlerini değerlendiren patolog tarafından şu özellikler raporda mutlaka belirtilmelidir: tümör fokalitesi, lokalizasyonu, en büyük çapı, tümör tipi ve alt tipi, ekstratiroidal yayılım durumu, cerrahi sınır durumu ve en yakın sınırdan uzaklık, bölgesel lenf nodüllerinin sayısı, seviyesi ve metastaz açısından durumu.

Tablo 1. 2022 DSÖ sınıflamasına göre tiroid tümörleri

Folikül epitel hücresi kaynaklı neoplaziler

- İyi huylu tümörler
Tiroidin foliküler nodüler hastalığı (FNH)
Foliküler tiroid adenomu (FA)
Papiller organizasyon gösteren foliküler tiroid adenomu
Tiroidin onkositik adenomu (OA)
- Düşük riskli neoplaziler
Papiller benzeri nükleer özellikler gösteren non-invaziv foliküler tiroid neoplazisi (NİFTP)
Malignite potansiyeli belirsiz tiroid tümörleri
Hyalinize trabeküler tümör (HTT)
- Malign neoplaziler
Foliküler tiroid karsinomu (FK)
Papiller tiroid karsinomunun invaziv kapsüllü foliküler varyantı
Papiller tiroid karsinomu (PTK)
Tiroidin onkositik karsinomu (OK)
Yüksek dereceli foliküler hücre kaynaklı anaplastik olmayan tiroid karsinomu
Anaplastik tiroid karsinomu (ATK)

Tiroid C hücre kaynaklı karsinomu

Medüller tiroid karsinomu

Karışık medüller ve foliküler hücre kaynaklı karsinomlar

Karışık medüller ve foliküler hücre kaynaklı tiroid karsinomu

Tükürük bezi tipi tiroid karsinomları

Mukoepidermoid karsinom

Sekretuar karsinom

Histogenezi belirsiz tiroid tümörleri

Eozinofili ile karakterli sklerozan mukoepidermoid karsinom

Kribriiform morüler tiroid karsinomu

Tiroid içindeki timik tümörler

Timoma

Timüs benzeri elemanlar içeren iğsi hücreli epitelyal tümör (SETTLE)

İntratiroidal timik karsinom

Embriyonal tiroid neoplazmaları

Tiroblastom

Tablo 2. Tümör spesmenlerini değerlendirmede klinik tarafından sağlanması gereken bilgiler

Tiroid spesmenlerinin değerlendirilmesinde klinik tarafından sağlanması gereken bilgiler

- Radyasyon maruziyeti
- Ailede tiroid kanseri öyküsü
- Preoperatif biyopsi tanısı

- Preoperatif serum belirteç bulguları
- Uygun ve kısa klinik öykü
- Yapılan işlemin (operasyonun) tipi

Tablo 3. Nükleer morfoloji ve tümör invazyonu temelinde iyi diferansiyel foliküler paternli tümörler için önerilen terminoloji (DSÖ 2022)

		Kapsüler/vasküler invazyon		
		Var	Kuşkulu	Yok
PTK nükleer özellikleri	Var	İnvasiv enkapsüle FV-PTK	İyi diferansiyel tümör-MPB	NİFTP
	Kuşkulu	İyi diferansiyel karsinom-NOS	İyi diferansiyel tümör-MPB	NİFTP
	Yok	FTK	Foliküler tümör-MPB	FA

Tablo 4. DSÖ 2022 sınıflamasına göre yüksek dereceli tiroid kansinomlarında tanı kriterleri

	ADTK	DYDDTK
1.	İnvazyon varlığına bağlı olarak malignite olarak değerlendirilen bir tümörde STI büyüme paterninin bulunması	İnvazyonla birlikte 2 mm ² 'de ≥ 5 mitoz ve/veya tümör nekrozu bulunması
2.	Tipik papiller karsinom nükleer değişikliklerinin olmaması	İyi diferansiyel foliküler kökenli karsinoma tiplerinden (örn. papiller, foliküler veya onkositik) birinin ayırt edici yapısal ve/veya sitolojik özelliklerinin korunması
3.	Tiroid folikül epitel hücrelerinin bir kısım morfolojik ve immünohistokimyasal özelliklerinin korunması	Tiroid folikül epitel hücrelerinin bir kısım morfolojik ve immünohistokimyasal özelliklerinin korunması
4.	Az diferansiyel ancak anaplastik olmayan hücreli morfolojinin varlığı	Az diferansiyel ancak anaplastik olmayan hücreli morfolojinin varlığı
5.	Aşağıdaki özelliklerden en az birinin bulunması: kıvrımlı çekirdekler, 2 mm ² 'de ≥ 3 mitoz, tümör nekrozu	-

Tablo 5: DSÖ 2022 sınıflamasına göre iyi diferansiyel foliküler kökenli tiroid tümörlerinde izlenen moleküler bulgular

Diferansiyel tiroid karsinomu		Yüksek dereceli folikül epitel kökenli karsinomlar	Anaplastik karsinom
Foliküler karsinom	Papiller karsinom		

Diferansiyel tiroid karsinomu**Yüksek dereceli follikül epitel kökenli karsinomlar****Anaplastik karsinom**

<i>RAS</i> (%30–50) <i>TERT</i> (%10–35) <i>PIK3CA</i> (%0–10) <i>PTEN</i> (%0–10)	<i>BRAF</i> V600E (%40–80) <i>TERT</i> (%5–15) <i>RAS</i> (%0–10)	<i>RAS</i> (% 20–50) <i>TERT</i> (%20–50) <i>TP53</i> (%10–35) <i>BRAF</i> p.V600E (%1–35) <i>PTEN</i> (%5–20) <i>PIK3CA</i> (%0–15) <i>EIF1AX</i> (%5–15)	<i>TP53</i> (%40–80) <i>TERT</i> (%30–75) <i>RAS</i> (%10–50) <i>BRAF</i> p.V600E (%10–50) <i>PIK3CA</i> (%5–25) <i>PTEN</i> (%10–15) <i>EIF1AX</i> (%5–15) MMR genleri (%10–15)
Gene füzyonları (çoğunluğu <i>PAX8/PPARG</i>) %10-50	Gen füzyonları (<i>RET</i> , <i>NTRK1</i> , <i>NTRK3</i> , <i>BRAF</i> ve diğerleri) %5-25	Gen füzyonları (<i>RET</i> , <i>ALK</i> ve diğerleri) %5-25	Gen füzyonları (<i>RET</i> , diğerleri) %0-5
Genetik olarak 'unstable' ve anöloid olabilir. Median mutasyon sayısı 5'e kadar çıkabilir	Genetik olarak stabil, Median mutasyon sayısı: 1 ± 1	Genetik olarak 'unstable', anöloid, Median mutasyon sayısı: 2 ± 3	Genetik olarak 'unstable', anöloid, Median mutasyon sayısı: 6 ± 5
<i>RAS</i> -benzeri moleküler profil	<i>BRAF</i> p.V600E- benzeri moleküler profil	ADTK: <i>RAS</i> - benzeri moleküler profil YDDTK: <i>BRAF</i> p.V600E- benzeri moleküler profil	Sürücü mutasyondan bağımsız olarak çoğunlukla <i>BRAF</i> p.V600E- benzeri moleküler profil

Tablo 6. 2023 CAP rehberine göre, tiroid tümörlerinin raporlanmasında belirtilmesi gereken histopatolojik özellikler

Tiroid tümör spesmenlerinin değerlendiren patoloj tarafından belirtilmesi gereken özellikler
• Tümör fokalitesi
• Tümör lokalizasyonu
• Tümörün en büyük çapı (cm olarak)
• Tümör tipi ve alt tipi (son DSÖ sınıflamasına göre)
• Mitoz (2mm ² de 3'den az; 3–4; 5 ve üzeri)
• Ki67 proliferasyon indeksi (sadece medüller karsinomada)
• Tümör nekrozu
• Anjioinvazyon (var, yok, yaygınlığı)
• Lenfatik invazyon (var, yok)
• Perinöral invazyon (var, yok)
• Ekstratiroidal yayılım
• Cerrahi sınır durumu ve en yakın sınırdan uzaklık
• Bölgesel lenf nodüllerinin sayısı, seviyesi ve metastaz açısından durumu

En büyük metastaz odağının boyutu

Ekstranodal yayılım durumu

• Ek bilgiler

Zemin tiroiddeki patolojiler,

Paratiroid bezi varlığı, yerleşimi ve sayısı

Kaynaklar

- Baloch Z, Mete O, Asa SL. Immunohistochemical Biomarkers in Thyroid Pathology. *Endocr Pathol.* 2018 Jun;29(2):91-112. doi: 10.1007/s12022-018-9532-9. PMID: 29744727.
- Baloch ZW, Asa SL, Barletta JA, Ghossein RA, Juhlin CC, Jung CK, LiVolsi VA, Papotti MG, Sobrinho-Simões M, Tallini G, Mete O. Overview of the 2022 WHO Classification of Thyroid Neoplasms. *Endocr Pathol.* 2022 Mar;33(1):27-63. doi: 10.1007/s12022-022-09707-3. Epub 2022 Mar 14. PMID: 35288841.
- Bonora E, Porcelli AM, Gasparre G, Biondi A, Ghelli A, Carelli V, Baracca A, Tallini G, Martinuzzi A, Lenaz G, Rugolo M, Romeo G. Defective oxidative phosphorylation in thyroid oncocyctic carcinoma is associated with pathogenic mitochondrial DNA mutations affecting complexes I and III. *Cancer Res.* 2006 Jun 15;66(12):6087-96. doi: 10.1158/0008-5472.CAN-06-0171. PMID: 16778181.
- Carney JA, Hirokawa M, Lloyd RV, Papotti M, Sebo TJ. Hyalinizing trabecular tumors of the thyroid gland are almost all benign. *Am J Surg Pathol.* 2008 Dec;32(12):1877-89. doi: 10.1097/PAS.0b013e31817a8f1b. PMID: 18813121.
- Cancer Genome Atlas Research Network. Integrated genomic characterization of papillary thyroid carcinoma. *Cell.* 2014 Oct 23;159(3):676-90. doi: 10.1016/j.cell.2014.09.050. PMID: 25417114; PMCID: PMC4243044.
- Derwahl M, Studer H. Hyperplasia versus adenoma in endocrine tissues: are they different? *Trends Endocrinol Metab.* 2002 Jan-Feb;13(1):23-8. doi: 10.1016/s1043-2760(01)00519-7. PMID: 11750859.
- Histik D, Carlson DL, Tuttle RM, Chuai S, Ishill N, Shaha A, Shah JP, Singh B, Ghossein RA. Poorly differentiated thyroid carcinomas defined on the basis of mitosis and necrosis: a clinicopathologic study of 58 patients. *Cancer.* 2006 Mar 15;106(6):1286-95. doi: 10.1002/cncr.21739. PMID: 16470605.
- Hofman V, Lassalle S, Bonnetaud C, Butori C, Loubatier C, Ilie M, Bordone O, Brest P, Guevara N, Santini J, Franc B, Hofman P. Thyroid tumours of uncertain malignant potential: frequency and diagnostic reproducibility. *Virchows Arch.* 2009 Jul;455(1):21-33. doi: 10.1007/s00428-009-0798-7. Epub 2009 Jun 20. PMID: 19543912.
- Mete O, Sylvia Asa SL, Baloch ZW, Erickson L, Ezzat S, Rotstein L, Sawka AM, Seethala R, Zafereo M. Protocol for the Examination of Specimens From Patients With Carcinomas of the Thyroid Gland Version: 4.4.0.0, Protocol Posting Date: March 2023, Collage of American Pathologists.
- Máximo V, Botelho T, Capela J, Soares P, Lima J, Taveira A, Amaro T, Barbosa AP, Preto A, Harach HR, Williams D, Sobrinho-Simões M. Somatic and germline mutation in GRIM-19, a dual function gene involved in mitochondrial metabolism and cell death, is linked to mitochondrion-rich (Hurthle cell) tumours of the thyroid. *Br J Cancer.* 2005 May 23;92(10):1892-8. doi: 10.1038/sj.bjc.6602547. PMID: 15841082; PMCID: PMC2361763.
- Moses W, Weng J, Kebebew E. Prevalence, clinicopathologic features, and somatic genetic mutation profile in familial versus sporadic nonmedullary thyroid cancer. *Thyroid.* 2011 Apr;21(4):367-71. doi: 10.1089/thy.2010.0256. Epub 2010 Dec 29. PMID: 21190444; PMCID: PMC3070337.
- Nikiforov YE, Seethala RR, Tallini G, Baloch ZW, Basolo F, Thompson LD, Barletta JA, Wenig BM, Al Ghuzlan A, Kakudo K, Giordano TJ, Alves VA, Khanafshar E, Asa SL, El-Naggar AK, Gooding WE, Hodak SP, Lloyd RV, Maytal G, Mete O, Nikiforova MN, Nosé V, Papotti M, Poller DN, Sadow PM, Tischler AS, Tuttle RM, Wall KB, LiVolsi VA, Randolph GW, Ghossein RA. Nomenclature Revision for Encapsulated Follicular Variant of Papillary Thyroid Carcinoma: A Paradigm Shift to Reduce Overtreatment of Indolent Tumors. *JAMA Oncol.* 2016 Aug 1;2(8):1023-9. doi: 10.1001/jamaoncol.2016.0386. PMID: 27078145; PMCID: PMC5539411.
- Xu B, Fuchs TL, Ahmadi S, Alghamdi M, Alzumaili B, Bani MA, Baudin E, Chou A, De Leo A, Fagin JA, Ganly I, Glover A, Hartl D, Kanaan C, Khneisser P, Najdawi F, Nigam A, Papachristos A, Repaci A, Spanheimer PM, Solaroli E, Untch BR, Barletta JA, Tallini G, Al Ghuzlan A, Gill AJ, Ghossein RA. International Medullary Thyroid Carcinoma Grading System: A Validated Grading System for Medullary Thyroid Carcinoma. *J Clin Oncol.* 2022 Jan 1;40(1):96-104. doi: 10.1200/JCO.21.01329. Epub 2021 Nov 3. PMID: 34731032; PMCID: PMC8683221.
- Volante M, Collini P, Nikiforov YE, Sakamoto A, Kakudo K, Katoh R, Lloyd RV, LiVolsi VA, Papotti M, Sobrinho-Simões M, Bussolati G, Rosai J. Poorly differentiated thyroid carcinoma: the Turin proposal for the use of uniform

diagnostic criteria and an algorithmic diagnostic approach. *Am J Surg Pathol.* 2007 Aug;31(8):1256-64. doi:10.1097/PAS.0b013e3180309e6a. PMID: 17667551.

-WHO Classification of Tumours Editorial Board. *Endocrine and neuroendocrine tumours* [Internet]. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2022 [cited 2023.04.24]. (WHO classification of tumours series, 5th ed.; vol. 10). Available from: <https://tumourclassification.iarc.who.int/chapters/53>.

-Zhu Y, Li Y, Jung CK, Song DE, Hang JF, Liu Z, Jain D, Lai CR, Hirokawa M, Kakudo K, Bychkov A. Histopathologic Assessment of Capsular Invasion in Follicular Thyroid Neoplasms-an Observer Variation Study. *Endocr Pathol.* 2020 Jun;31(2):132-140. doi: 10.1007/s12022-020-09620-7. PMID: 32236857.

