

# Üçüncü nüksünde radikal boyun diseksiyonu yapılan tiroid papiller kanser olgusu

## Papillary thyroid cancer case with radical neck dissection upon third recurrence

Mehmet Erikoğlu, Halil İbrahim Taşcı, Şakir Tavlı

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

### Özet

Papiller tiroid kanseri en sık tiroid malignitesi olup sağ kalım oranı diğer kanserlere göre daha iyidir. Bu hastalarda eğer makroskopik olarak lenf nod tutulumu varsa terapotik olarak yapılacak lenf nod diseksiyonu cerrahi tedavinin bir parçası olarak kabul edilmektedir. Daha önce tiroid kanseri nedeniyle opere edilen hastalarda tekrarlayan boyun diseksiyonları morbidite oranlarını arttırmaktadır.

84 yaşında bayan hasta boyun sağ tarafta şişlik ve nefes darlığı şikâyeti ile başvurdu. Daha önce tiroid papiller kanseri nedeni ile dış merkezlerde 3 kez operasyonu (total tiroidektomi, 2 kez nüks nedeniyle boyun diseksiyonu) geçirmiş ve radyoaktif iyot ablasyon tedavisi uygulanmıştı. Yapılan boyun ultrasonografisi ve ince iğne aspirasyon biyopsisinde tiroid kanseri nüksü ile uyumlu bulgular tespit edildi. Sağ radikal boyun diseksiyonu ile beraber sağ tiroid lojundaki nüks kitle eksize edildi. Ameliyat sonrası dönemde hastada herhangi bir komplikasyon saptanmadı ve 2. günde sorunsuz şekilde taburcu edildi. Yapılan 8 aylık takipler sonrasında radyolojik olarak herhangi bir nüks, ya da tiroglobulin düzeylerinde yükselme saptanmadı.

Sonuç olarak papiller tiroid kanserinde rekürren cerrahilerin morbiditesi, primer girişime göre daha fazla olmasına rağmen, sunduğumuz zorlu diseksiyon vakasında olduğu gibi, deneyimli merkezlerde yapılan vakalar düşük morbidite ile yapılabilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Nüks, rekürren cerrahi, tiroid papiller kanseri

### Abstract

Papillary thyroid cancer is the most common thyroid malignity and its survival rate is higher than other types of cancer. Therapeutic lymph node dissection is considered to be a part of the surgical treatment if there is macroscopic lymph node involvement in such patients. Repeated neck dissections increase the rate of morbidity in patients previously operated on because of thyroid cancers.

An 84-year-old female patient referred to our clinic with complaints of swelling on the right side of the neck and shortness of breath. She had undergone 3 surgeries at other centers because of papillary thyroid cancer (total thyroidectomy and two neck dissections because of recurrence) and had received radioiodine ablation treatment. Her neck ultrasonography and thin-needle aspiration biopsy revealed results corresponding to thyroid cancer recurrence. Radical right neck dissection, alongside with the excision of the recurrent mass in the right thyroid lodge, was performed. No complications were observed in the post-op period and she was discharged on day 2 without any problems. Neither radiological recurrence nor elevation in thyroglobuline levels was detected after an 8-month follow-up period.

Consequently, cases can be treated with a lower morbidity rate at experienced centers, as is presented in our complicated dissection case, although the rate of morbidity for repeated surgeries in papillary thyroid cancer cases is higher than that of primary procedures.

**Key words:** Recurrence, repeated surgery, papillary thyroid cancer

**Yazışma Adresi | Correspondence:** Halil İbrahim Taşcı,  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana  
Bilim Dalı Akyokuş Meram/KONYA  
e-posta: ku318@mynet.com

**Başvuru tarihi | Submitted on:** 01.02.2015

**Kabul tarihi | Accepted on:** 05.04.2015

## Giriş

Papiller tiroid kanserlerinde lenf nod diseksiyonunun prognostik önemi üzerinde tartışmaların devam ettiği bir konudur<sup>1,2</sup>. Lenf nod metastazının sağ kalıma katkısı olmamakla beraber nodal tutulumun ekstratiroideal invazyonla ilişkili olduğu, lokal rekürrens ve metastazda artışa sebep olduğu gösterilmiştir<sup>3,4</sup>. Papiller tiroid kanser tanılı tüm hastalara lenf nodu diseksiyonu yapılması konusunda tartışmalar olmakla beraber terapotik lenf nod diseksiyonu, makroskopik olarak lenf nod metastazı olan hastalarda cerrahi tedavinin bir parçası olarak kabul edilmektedir<sup>5</sup>. Primer tiroidektomi deneyimli cerrahlar tarafından düşük rekürren laringeal sinir hasarı ve kalıcı hipoparatiroidi oranları ile başarılı bir şekilde yapılabilmektedir. Bununla beraber özellikle santral bölgeyi tutan rekürren patolojilerde tekrarlayan cerrahi müdahalelerde yüksek komplikasyon oranları bildirilmiştir<sup>6</sup>.

Papiller tiroid kanserinde nüks hastalık genellikle servikal lenf nodülünde veya operasyon lojunda izlenir<sup>7</sup>. Bu olgu sunumunda daha önceden 3 defa geçirilmiş cerrahi, radyoaktif iyot ablasyon tedavisi hikayeleri olan, servikal bölgede yaygın metastaza bağlı solunum sıkıntısı nedeni ile tekrar opere edilen ve radikal boyun diseksiyonu yapılan olgunun literatür verileri eşliğinde sunulması amaçlanmıştır.

## Olgu sunumu

Seksen dört yaşında bayan hasta boyun sağ tarafta şişlik şikayeti ile başvurdu. 4 yıl önce tiroid papiller ca ön tanısı ile total tiroidektomi ve santral boyun diseksiyonu yapılmış, sonrasında radyoaktif iyot ablasyon tedavisi uygulanmış, sonrasında servikal bölge lenf bezlerinde görülen nükslere bağlı 2012 yılında bilateral boyun di-

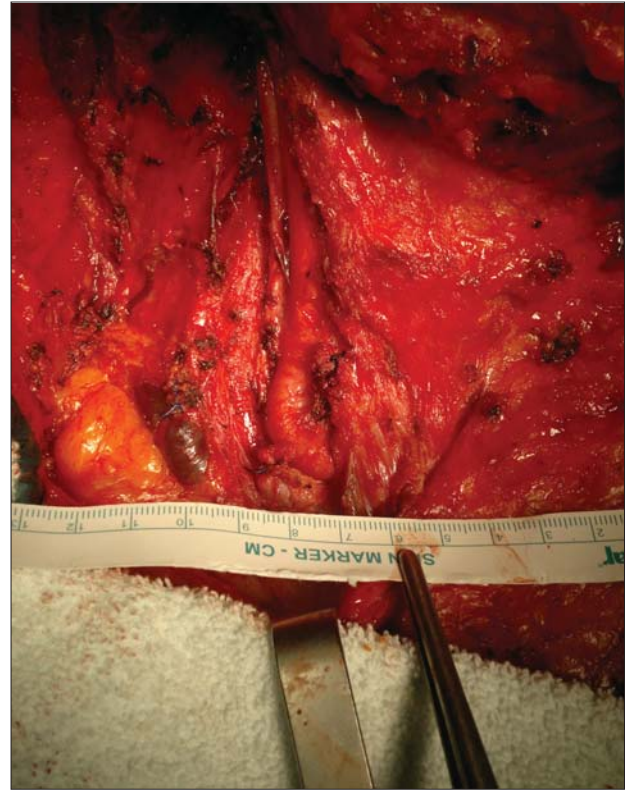


**Resim 1.** Ameliyat öncesi hastanın görünümü

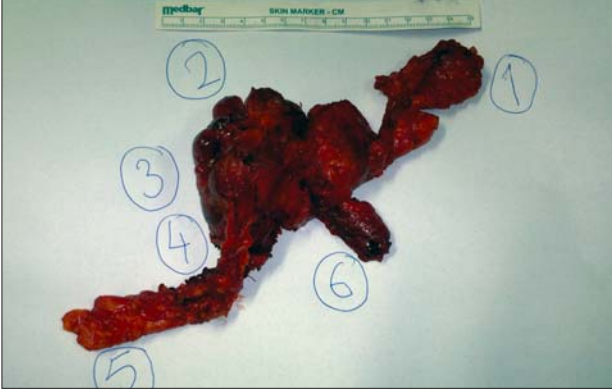
seksiyonu, 2013 yılında ise sol taraf boyun diseksiyonu yapılmış. Son 3 aydır belirginleşen boyun sağ tarafta şişlik şikayetine son zamanlarda solunum sıkıntısı da eklenmesi üzerine kliniğimize başvurdu (*Resim1*).

Laboratuvarında tiroglobulin değerlerinde hızlı bir yükselme olduğu görüldü. Yapılan boyun ultrasonografisinde daha önceki tetkiklerinde saptanmayan submental bölgede, sağ servikal 2., 3., 4. bölgeyi tutmuş büyüğü 5x6 cm çaplı multipl, sağ supraklavikuler alanda yaklaşık 3 cm çaplı (juguler vene yakın), sağ sternocleidomastoid kas posteriorunda en büyüğü yaklaşık 2.5 cm olan multipl malign görümlü lenfadenopatiye rastlandı. Yapılan metastaz taramasında uzak metastaza rastlanmadı. Boyundaki kitlesel lezyonlardan yapılan ince iğne aspirasyon biyopsi sonuçları papiller karsinom ile uyumluydu.

Daha öncesinde de nüks tanısı konmuş hastanın ileri yaş ve komorbid durumlarından dolayı cerrahi tedavi planlanmamış ve medikal tedavisi uygun görülmüş. Fakat hastanın mevcut kitle şikayetine solunum sıkıntısı da eklenmesi üzerine cerrahi tedavi planlandı. Ameliyatta sağ mandibula alt kenarına uyan, orta hattan sternocleidomastoid kas lateraline uzanan ve sternocleidomastoid kas lateralinden klavikula üzerine kadar devam eden kesi ile sağ servikal bölge tamamen



**Resim 2.** Diseksiyon sonrası servikal bölgenin görünümü



Resim 3. Piyesin görünümü



Resim 1. Ameliyat sonrası hastanın görünümü

eksplere edilecek şekilde cilt flepleri hazırlandı. 1.,2.,3.,4.,5.ve santral bölgede büyüğü 6x5x4 cm multipl metastatik lenfadenopati ve tiroidektomi lojunda 1x2x2 cm ebadında nüks kitle ile uyumlu görünüm olması, internal juguler vende invazyon saptanması üzerine hastaya radikal boyun diseksiyonu yapıldı (**Resim 2-4**). Rekürren laringeal sinir intraoperatif monitorizasyon yardımı ile eksplere edildikten sonra tiroidektomi lojunda saptanan nüks kitle total olarak çıkarıldı ve santral bölge lenfatikleri diseke edildi. Belirgin bir patolojiye rastlanmaması üzerine sol tarafa herhangi bir işlem yapılmadı. Ameliyat sonrası dönemde hastada herhangi bir komplikasyon saptanmadı ve 3. günde sorunsuz şekilde taburcu edildi. Yapılan 8 aylık takipler sonrasında radyolojik olarak herhangi bir nüks, ya da tiroglobulin düzeylerinde yükselme saptanmadı.

### Tartışma

Papiller tiroid kanseri en sık tiroid malignitesi olup sağ kalım oranı diğer kanserlere göre daha iyidir<sup>8</sup>. Bu hastalarda eğer makroskopik olarak lenf nod tutulumu varsa terapotik olarak yapılacak lenf nod diseksiyonu cerrahi tedavinin bir parçası olarak kabul edilmektedir<sup>5</sup>. Bununla beraber profilaktik lenf nodu diseksiyonu konusunda aynı fikir birliği yoktur. Profilaktik diseksiyonun aleyhinde fikir beyan edenlerin düşüncesi özellikle tecrübesiz ellerde yapılacak gereksiz diseksiyonun cerrahinin morbidite ve mortalitesini artıracığı yönündedir. Bunun yanında lenf nodlarında saptanacak mikrometastazların surviye katkısı olmayacağı da gösterilmiştir. Aksini savunanların görüşü ise, yapılan cerrahi müdahalenin kapsamı, tümörün karakteristiği ve patoloğun lenf noduna yaptığı kesi sayısı ile ilişkili olarak papiller tiroid karsinom tanılı hastaların %70'inde lenf nod metastazı görüldüğü, lenf nod metastazının her ne kadar surviye katkısı olmasa da rekürrensi artır-

mada bağımsız bir risk faktörü olduğu yönündedir<sup>9</sup>. Sunulan olguda da ilk operasyonda santral bölgeye profilaktik diseksiyon, sonrasında nükse bağlı terapotik boyun diseksiyonu uygulanmasına rağmen ikinci bir nüks saptanmıştır.

Diferansiye tiroid malignitelerine bağlı rekürrensler genellikle ipsilateral santral lenf nodülleri veya derin servikal lenf nodüllerinde görülmektedir<sup>8</sup>. Yüksek tiroglobulin ve kalsitonin değerleri ve ultrasonografi nüksü göstermede etkilidirler<sup>8</sup>. Bizim olgumuzda da tiroglobulin değerlerinde hızlı bir yükselme olduğu görüldü. Nüksü doğrulamak için boyun ultrasonografisi yapıldı, sonografi eşliğinde yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi ile malignite tanısı doğrulandı.

Primer tümörün rekürrensi, ve/veya paratrakeal, mediastinel lenf nodlarına metastazı santral kompartmanın reoperasyon endikasyonlarıdır<sup>10</sup>. Hastamızda daha erken dönemde nüks saptanmış olmasına rağmen ileri yaş ve komorbid durumlarından dolayı medikal tedavi ile takibi uygun görülmüş; fakat mevcut kitle şikayetine bağlı solunum sıkıntısı da gelişmesi üzerine cerrahi planlanmıştır.

Nüks sonrası yapılacak rekürren cerrahinin özellikle santral bölgeyi tutan patolojilerde daha morbid seyretmesi kaçınılmazdır. Cerrahiye ikincil olarak gelişmiş skar, ödem, dokudaki frajilite ve bozulmuş anatomi yapılacak cerrahiye oldukça tehlikeli hale getirmektedir<sup>11</sup>. Daha önce yapılmış olan cerrahinin de gelişecek komplikasyon oranları ile ilişkisi vardır. Önceki operasyonda her iki tiroid lojuna da müdahale edilmiş olması, tek tarafa yapılmış işlemlere göre rekürren cerrahi esnasında komplikasyon oranlarının artırmaktadır<sup>12</sup>. Bunun yanında en fazla zorluk ve en yüksek komplikasyon oranları öncesinde bilateral subtotal tiroidektomi yapılmış olan hastalarda görülmektedir.

Rekürren malign lenf nodu tutulumunun özellikle nonpalpabl olduğu durumlarda yoğun fibrotik dokuya



bağlı reoperasyonun başarı yüzdesi düşüktür<sup>13</sup>. Total tiroidektomi yapılmış olanlarda nüks daha çok Berry ligamamına yakın bölgede kalmış dokulardan ya da tamamen çıkarılmamış Zuckerkandl tüberkülü ve piramidallardan kaynaklanmaktadır<sup>14</sup>. Sunduğumuz olguda hem tiroidektomi lojunda, hem de daha önceden diseksiyon edilmiş boyun bölgelerinde nüks rastlanmıştır.

Tekrarlayan tiroid cerrahisi sonrası korkulan iki komplikasyondan birisi rekürren laringeal sinir hasarı iken diğeri kalıcı hipoparatiroididir. Tekrarlayan cerrahi esnasında paratiroid bezleri ve rekürren laringeal sinir fibrotik doku ile kaplanmış olabilir ve buna bağlı tümör dokusu ile ayırımı yapılamayabilir<sup>10</sup>. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki tekrar eden cerrahi sonrası rekürren sinir hasarı primer cerrahiye göre 8 kat daha yüksektir<sup>15</sup>. Böyle vakalarda intraoperatif sinir monitorizasyonu sayesinde sinirin diğer dokularla ayırımı daha net yapılabilmekte ve bütünlüğü kontrol edilebilmektedir. Bu sayede sinir yaralanma oranının azaltılabileceği görüşü hakim ve intraoperatif monitorizasyon çoğu merkezde uygulanıyor olmasına rağmen sinir monitorizasyonu yapılanlar ve yapılmayanlar arasında farklılığın olmadığını ileri süren yayınlar da vardır<sup>16,17</sup>. Bunun yanında sinir hasarını önlemede cerrahın deneyimi ve ameliyat esnasında sinirin rutin olarak eksplore edilmesinin önemli faktörler olduğu kabul edilmektedir<sup>14</sup>. Tekrar eden cerrahi sonrası gelişen hipoparatiroidi de oldukça sık karşılaşılan bir komplikasyondur. %0-%25 oranında geçici, %0-%22 oranında ise kalıcı hipoparatiroidi oranları bildirilmiştir<sup>18</sup>. Olgumuzda daha önceden geçirilmiş 3 operasyon sonrasında sağ radikal boyun diseksiyonu ve tiroidektomi lojundaki nüksün eksizyonu gibi major bir cerrahiye rağmen hipoparatiroidi yada sinir hasarına rastlanmamıştır. Bunda ameliyat esnasında yapılan sinir monitorizasyonu yanında cerrahın deneyiminin de önemli katkısı olduğu kanaatindeyiz.

Sonuç olarak tiroid papiller karsinomunda yaşam süresi diğer malignitelere kıyasla oldukça iyi olmasına rağmen lokal nüks ve bölgesel lenf nodu metastaz oranları yüksektir. Rekürren cerrahiler, primer girişime göre çok daha morbid olabilese de, sunduğumuz zorlu diseksiyon vakasında olduğu gibi, özellikle tecrübeli ellerde oldukça başarılı bir şekilde yapılabilmektedir.

## Kaynaklar

1. Beasley NJ, Lee J, Eski S, et al. Impact of nodal metastases on prognosis in patients with well-differentiated thyroid cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002;128:825–8.
2. Noguchi S, Murakami N, Yamashita H, et al. Papillary thyroid carcinoma: modified radical neck dissection improves prognosis. *Arch Surg.* 1998;133:276–80.
3. Lundgren CI, Hall P, Dickman PW, et al. Clinically significant prognostic factors for differentiated thyroid carcinoma: a population-based, nested case-control study. *Cancer.* 2006;106:524–31.
4. Ortiz S, Rodriguez JM, Soria T, et al. Extrathyroid spread in papillary carcinoma of the thyroid: clinicopathological and prognostic study. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001;124:261–5.
5. Roh J, Park J, Park C. Total Thyroidectomy Plus Neck Dissection in Differentiated Papillary Thyroid Carcinoma Patients. *Ann Surg* 2007;245: 604–10.
6. Shaha AR, Jaffe BM. Parathyroid preservation during thyroid surgery. *Am J Otolaryngol.* 1998;19:113-7.
7. Caron NR, Clark OH. Well differentiated thyroid cancer. *Scand J Surg* 2004;93:261-71.
8. Aygün M, Aygün F, Özcan H, Aydın S. Nonpalpabl rekürren papiller tiroid kanseri reeksplorasyonu öncesinde ultrasonografi eşliğinde tel ile işaretleme tekniği. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2010; 26(4): 203-6.
9. Mazzaferri EL, Kloos RT. Clinical review 128: current approaches to primary therapy for papillary and follicular thyroid cancer. *J Clin Endocrinol Metab* 2001;86: 1447–63
10. Kim M, Mande S, Baloch Z, Langer J, DiDonato L, Fish S, Weber R. Morbidity following central compartment reoperation for recurrent or persistent thyroid cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004;130:1214-6.
11. Johnson S, Goldberg D. Intraoperative monitoring of the recurrent laryngeal nerve during revision thyroid surgery. *Otolaryngol Clin Nam* 2008;41:1147-54.
12. Lefevre JH, Tresallet C, Leenhardt L, Chigot JP, Menegaux F. Reoperative surgery for thyroid disease. *Langenbecks Arch Surg* 2007;392:685-91.
13. Zimmerman P, DaSilva M, Izquierdo R, Cico L, Kort K, Numann P. Intraoperative needle localization during neck reexploration. *Am J Surg* 2004; 188: 92-3.
14. Teksöz S, Özcan M, Sargan A, Bukey Y, Özgültekin R, Özyeğin A. Reoperations and morbidity in thyroid surgery. *Nobel Med* 2013; 9(2): 38-42.
15. Muller PE, Jakoby R, Heinert G, Spelsberg F. Surgery for recurrent goitre: its complication and their risk factors. *Eur J Surg* 2001;167:816-21.
16. Dralle H, Sekulla C, Lorenz K, et al. Intraoperative monitoring of the recurrent laryngeal nerve in thyroid surgery. *World J Surg* 2008; 32: 1358-66.
17. Sari S, Erbil Y, Sümer A, et al. Evaluation of recurrent laryngeal nerve monitoring in thyroid surgery. *Int J Surg* 2010; 8: 474-8.
18. Moalem J, Suh I, Duh QY. Treatment and prevention of recurrence of multinodular goiter : an evidence-based review of the literature. *World J Surg* 2008;32:1301-12.