

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

24 - 27 Şubat 2022 | Gloria Golf Resort - ANTALYA

TÜMÖR KONSEYİ (TİROİD KANSERİ)

Dr. Mehmet Uludağ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Genel Cerrahi Kliniği

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Herhangi bir medikal veya ilaç firması ile finansal ilişkim ve çıkar çatışmam yoktur.

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

KONSEY ÜYELERİ

- Dr. Arsenal Sezgin Alikanoğlu (Patoloji)
- Dr. Mustafa Aydemir (Endokrinoloji)
- Dr. Evrim Sürer Budak (Nükleer Tıp)
- Dr. Bülent Çekiç (Radyoloji)
- Dr. Seher Demirel (Cerrahi)
- Dr. Gökhan İçöz (Cerrahi)
- Dr. Serkan Sarı (Cerrahi)

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

OLGU 1

- 68 yaşında kadın hasta, öz geçmişte öellik yok, aile öyküsü yok, radyasyon öyküsü yok
- TSH: 7.16 uIU/mL (Normal: 0.27-4.2 uIU/mL), fT3: 2.23 ng/L (2.0-4.4), fT4: 8.84 ng/L (9.3-17), AntiTPO: 178 kIU/L (0-9), AntiTg: 54 kIU/L (0-4)
- USG: Sağ lob 31x11x9 mm (Vol: 1.6 cm³), sol lob 23x13x11 mm (Vol: 1.7 cm³) ölçülmüş olup, her iki lob boyutları normalden küçük olarak izlenmiştir. Tiroid glandı parankim düşük ekolu ve heterojen olarak izlenmiştir. Heterojen ekö zemininde sol lob superior pol orta zonda 12 mm çaplı mikrolobule konturlu, iç yapısında multipl makrokalsifikasyon alanları içeren ve çevre zemin parankime göre düşük ekolu solid nodül izlenmiştir. ACR-TIRADS sınıflamasına göre TIRADS düzey V (skor 7) olarak değerlendirilmiştir. Bu nodüle İİAB önerilir. Boyun her iki yanında lateral kompartmanlarda patolojik boyut ve yapıda lenf nodu izlenmedi.

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

OLGU 1

- Dış merkezde yapılmış ilk biyopsisinde tanı önemi belirsiz atipi (Bethesda 3)
- Sol lob nodül İİAB:
 - USG klavuzluğunda İİAB yapıldı.
 - Sıvı bazlı sitoloji ve hücre bloğu
 - Mikroskopi: Yayma ve hücre bloğunda nükleer irileşme gösteren bazıları geniş eozinofilik sitoplazmalı ağır dejenerasyon bulguları da izlenen tiroisit grupları izlendi. Belirgin fiksasyon kusuru da içeren yayma ve hücre bloğu örneğinde izlenen atipik tiroisitler ön planda dejeneratif süreci düşündürmekle birlikte neoplastik süreç ayrıncı yapılamaz.
 - Tanı: Önemi belirsiz atipi (Bethesda 3)

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

OLGU 1

- **Radyoloji:** USG yeterli mi? Neleri içermeli?
- **Patoloji:** Patoloji raporu yeterli mi? Neleri içermeli?
- **Endokrinoloji:** Ne önerirsiniz?
- **Patoloji:** İİAB verileri yeterli mi? Başka bir özellik içermeli mi?
- **Cerrahi:** Nasıl bir cerrahi planlarsınız? Preoperatif değerlendirmede ek bir değerlendirmeniz olur mu? İntraoperatif ek yöntem kullanırmısınız?
- Tüm panelistlerce Hastanın çıkan patolojisine ve değerlendirmelere göre gerekirse ek cerrahi, postoperatif RAI tedavisi ve supresyon tedavisi tartışılacak

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

ÖNEMİ BELİRSİZ ATİPİ

- ATD REHBERİNE GÖRE
- 1-İİAB TEKRARI
- 2-YAPILABİLİYORSA MOLEKÜLER TEST
- GEN EXPRESYON TEMELLİ TESTLER (AGEC/AGSC)
- GEN MUTASYON EMELLİ TESTLER (THYROSEQ V2.0V2.1/THYROSEQ V3)
- MİCRORNA TEMELLİ TESTLER (ROSETTAGX REVEAL/THYGENX/THYRA MIR)

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

OLGU 2

- 27 yaşında kadın hasta
- TSH: 1.8 uIU/mL (Normal: 0.27-4.2 uIU/mL), fT3:3.05 ng/L (2.0-4.4), fT4: 13.8 ng/L (9.3-17), AntiTPO: <0.9 KIU/L (0-9), AntiTg: <0.9 KIU/L (0-4)
- USG: Sağ lob 57x16x25 mm (Vol: 6.4 cm³), sol lob 55x14x17 mm (Vol: 7.1 cm³) ölçülmüş olup, sağ lob boyutları normalden büyüktür. Tiroid glandı parankim ekojenitesi orta düzey homojen eko yapısını korumuştur. Sağ lob orta zon-inferior pol bileşkesinde 16x15x12 mm boyutlarında düzgün sınırlı, periferik ince hipoekoik rim ile çevrili, iç yapısında makrokalsifikasyon ve punktat ekojen odaklar, az oranda mikrokistik komponentler içeren, parankimle izoekoik predominant solid nodül izlenmiştir. ACR-TIRADS sınıflamasına göre TIRADS V (skor 7) olarak değerlendirilmiştir. Boyun her iki yanında lateral kompartmanlarda patolojik boyut ve yapıda lenf nodu izlenmedi.

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

OLGU 2

- Sağ lob nodül İİAB:
 - USG klavuzluğunda İİAB yapıldı.
 - Sıvı bazlı sitoloji ve hücre bloğu
 - Mikroskopi: Kolloidden fakir, hiperselüler yaymada tabakalar oluşturan, yer yer ince fibrovasküler yapı etrafında papiller yapılar yapma eğiliminde olan nükleer kontur düzensizliği belirgin bazılarında nükleol belirginliği seçilen tiroisit grupları dikkat çekmektedir.
 - İmmunhistokimyasal çalışma:
 - Galektin-3 (+)
 - CK19 (+)
 - HBME-1 (-)
 - CD56: (-)
 - Tanı: Malign (Bethesda 6): Papiller karsinom ile uyumlu

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

OLGU 2

- **Endokrinoloji:** Tedaviye başlamak için bu veriler yeterli mi? Preoperatif değerlendirmede tedaviye yön verebilecek başka bir özellik var mı?
- **Radyoloji:** USG verileri yeterli mi? Preoperatif değerlendirmede USG dışında başka bir görüntülemeye gerek var mı?
- **Patoloji:** İİAB verileri yeterli mi? Başka bir özellik içermeli mi?
- **Nükleer Tıp:** Ek bir değerlendirme gerekli mi?
- **Cerrahi:** Preoperatif değerlendirmede ek bir değerlendirmeniz olur mu?

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

OLGU 2

- Aile öyküsü yok
- Radyasyon öyküsü yok
- Daha önce geçirilmiş tiroid cerrahisi yok
- Çocuksuz, çocuk planlıyor
- Her iki vokal kord hareketli

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

OLGU 2

- Tüm panelistlerce önerilen tedavi ve hastanın çıkan patolojisine ve değerlendirmelere göre gerekirse ek cerrahi, postoperatif RAİ tedavisi ve supresyon tedavisi tartışılacak

OLGU 3
55 yaşında kadın hasta

- Kreatinin: 0.49 mg/dl (0.50-0.90)
- Total protein: 6.65 g/dL (6.6-8.7)
- Albumin: 4.52 g/dL (3.5-5.2)
- Kalsiyum: 11.26 mg/dL (8.6-10)
- Fosfor: 3.06 mg/dL (2.5-4.5)
- Alkali fosfataz: 179 U/L (35-104)
- TSH: 1.8 uIU/mL (Normal: 0.27-4.2 uIU/mL),
- fT3: 3.05 ng/L (2.0-4.4),
- fT4: 13.8 ng/L (9.3-17),
- AntiTPO: <0.9 KIU/L (0-9),
- AntiTg: <0.9 KIU/L (0-4)
- Parathormon: 152 ng/L (15-65)
- 25(OH)vitD3: 6.59 µg/L (>30)

OLGU 3
Tiroid USG

- Sağ lob 63x22x20 mm (Vol: 13.9 cm³), sol lob 59x14x18 mm (Vol: 7.8 cm³) ölçülmüş olup, sağ lob boyutları normalden büyüktür. Tiroid glandı parankim ekojenitesi orta düzey homojeniteyi korumuştur.
- Sağ lob superior ve inferior pol haricinde hemen tamamen kaplayan ve gland konturlarında taşmaya nede olan 23x22x20 mm boyutlarında düzensiz sınırlı, iç yapısında makrokalsifikasyon ve punktat ekojen odaklar içeren, belirgin hipoeoik solid nodül izlenmiştir. ACR-TIRADS V (skor 7) olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca sağ lob istmus bölgesinde 12 mm düzensiz sınırlı, periferik hipoeoik rim ile çevrili, izoeoik (ACR-TIRADS 3) nodül izlenmiştir.
- Sağ lob inferior pol kaudalinde ekstratiroidal yerleşimli 20x14x8 mm ve 12x11x9.5 mm boyutlu düzensiz sınırlı, hipoeoik solid lezyonlar izlenmiştir. Renkli Doppler incelemede mikst tip kanlanma paterni göstermektedir. Primer HPT klinikli olan hastada sağda büyüme paratiroid bezleri (çift adenom? Paratiroid hiperplazisi?) ile uyumlu değerlendirilmiştir. Ayrıca tanıda tiroid sağ lobta tanımlanan ACR-TIRADS kategorisi nodüle sekonder metastatik santral kompartman lenf nodları gözönüne alınmalıdır.
- Boyun sağ yarısında level IV'te 6.5x9 mm düzensiz sınırlı, yuvarlaklaşma indeksi artmış, izo-hafif hiperekoik lenf nodu izlenmiştir. Tanımlanan lenf nodu ipsilateral internal juguler veni indente etmekte olup, renkli Doppler incelemede venede jmvazyon bulgusu saptanmadı. Renkli Doppler incelemede lenf nodunda kapsüler vasküler penetran vasküler yapılar mevcuttur. Bu lenf bezi metastatik tutulum için yüksek şüphelidir.

OLGU 3
İİAB

- Sağ lob 23x22x20 mm boyutlu ACR-TIRADS V (skor 7) olan nodülden USG altında İİAB
 - Patoloji: Önemli belirsiz atipi (Bethesda 3),
 - İmmunohistoimyasal çalışma: Kalsitonin (-), Kromogranin (-)
- Boyun sağ yarısında level IV'te 6.5x9 mm lenf nodundan USG altında İİAB ve tiroglobulin washout
 - Kanamalı materyalde seyrek atipik (yer yer binokleasyon ve çekirdek pleomorfizmine sahip, bazıları hafif hiperkromatik ve yer yer bol sitoplazmalı atipik hücreler) hücreler izlendi. Hücre bloğu küçük boyutlu ve yaymalarda belirtilen hücre grupları az sayıdadır. Zeminde bir miktar kolloid ve dağınık yerleşim gösteren 8-10'luk hücre içeren folikül hücre grupları dikkat çekmektedir. (İmmunohistoimyasal çalışma: HMB45 (-), p63 (-), PSK (-), TTF-1: Doku bittigi için değerlendirilemedi.) daha ileri yoruma gidilememiş olup biyopsi tekrarı önerilir.
 - Tiroglobulin washout: 0.15 µg/L
- Sağ lob inferior pol kaudalinde ekstratiroidal yerleşimli 20x14x8 mm lezyona USG altında İİAB ve parathormon washout
 - Benign sitolojik bulgular (Bethesda 2)
 - Parathormon washout: 2967 ng/L

OLGU 3
İİAB

- Sağ lob 23x22x20 mm boyutlu ACR-TIRADS V (skor 7) olan nodülden USG altında trucut biyopsi
 - Patoloji: Medüller tiroid kanseri
 - İmmunohistoimyasal çalışma: TTF-1 (+), galektin3 (-), kalsitonin (+), kromogranin (+), CK7 (+), CK20 (-)
- Boyun sağ yarısında level IV'te 6.5x9 mm lenf nodundan USG altında İİAB ve tiroglobulin washout
 - Karsinom metastazi ile uyumlu sitolojik bulgular
 - Tiroglobulin washout: µg/L

OLGU 3
55 yaşında kadın hasta

- Kalsitonin: 816 pg/mL (0-5)
- Toraks ve batin BT: Metastatik bulgu yok
- Plazma
- Adrenalin: 72.2 pg/mL (<100)
- Noradrenalin: 117 pg/mL (<600)
- Dopamin: 99.10 pg/mL (<100)
- Metanefrin: 39.11 pg/mL (<90)
- Normetanefrin: 63.21 (<180)

Tablo 1. MEN 2 Sendromları ve Bileşenlerinin Görülme Sıklığı

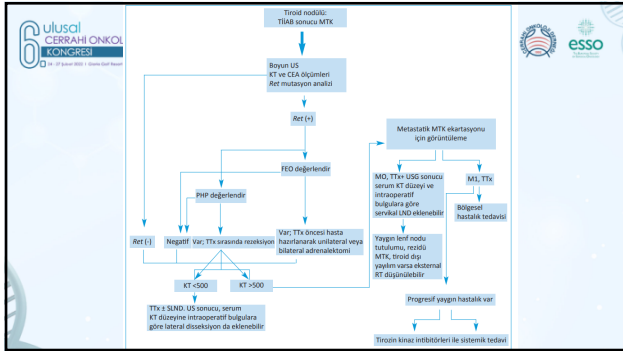
Multiple endokrin neoplazi 2A (MEN 2A)
MTK (%100)
Feokromostoma (%50)
Paratiroid neoplazisi (%5-20)
Multiple endokrin neoplazi 2A (MEN 2A) varyantları
FMTX
Kutanöz liken amiloid ile birlikte MEN 2A
Hirschsprung hastalığı ile birlikte MEN 2A
Multiple endokrin neoplazi 2B (MEN 2B)
MTK (%100)
İntestinal gangliönotomatozis ve mukozal nörinomlar (%95-100)
Marfanoid habitus (%95-100)
Feokromostoma (%50)
Megakolon (%60)

Gagel FR, Sheleffebine S, Cote G. Principles of Molecular Medicine (JL Jameson, ed), 1998 Humana Press Inc, Totowa NJ'den modifiye edilmiştir.

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; sternotroidal kas veya peritiroidal yumuşak doku yayılımı),
T4a	herhangi bir çapta fakat tiroid kapsülü dışına, cilt altı yumuşak dokuyu, larinks, trakea, özefagus veya nervus rekürrensi infiltrate edecek şekilde uzanmış,
T4b	prevertebral fasıyayı invaze etmiş veya karotis arteri veya mediastinal damarları içine almış.
Bölgesel Lenf Nodları (N)	
Nx	bölgesel lenf nodları değerlendirilmemiş,
N0	bölgesel lenf nodu metastazi yok,
N1	bölgesel lenf nodu metastazi,
N1a	"seviye VI" ya metastaz (pretrakeal, paratrakeal ve prelarıngyal/Delphian),
N1b	tek taraflı, bilateral veya kontralateral servikal (seviye I, II, III, IV veya V) veya retrofaringeal veya superior mediastinal (seviye VII) lenf nodu metastazi.
Uzak Metastaz (M)	
M0	uzak metastaz yok,
M1	uzak metastaz.

Tablo 4. Medüller Tiroid Kanseri için Patolojik Evreleme	
Evre 1	Tümör çapı 2 cm'den küçük ve ekstratiroidal yayılım yok
Evre 2	Tümör çapı 2-4 cm aralığında ve ekstratiroidal yayılım yok
Evre 3	Tümör çapı 4 cm'den büyük veya seviye 6 lenf nodu metastazi veya tümör çapından bağımsız olarak mikroskobik ekstratiroidal yayılım olması
Evre 4	Uzak metastaz veya seviye 6 dışındaki lenf nodu bölgesine metastaz veya yumuşak doku yayılımı

Evre	TNM
I	T1N0M0
II	T2N0M0 T3N0M0
III	T1N1aM0 T2N1aM0 T3N1aM0
IVa	T4N0M0 T4N1aM0 T1N1bM0 T2N1bM0 T3N1bM0 T4N1bM0
IVb	T4b, herhangi N, M0
IVc	Herhangi T, herhangi bir N, M1



Medüller tiroid kansinomu	Medüller tiroid kansinomu
Preoperatif görümlenme	Preoperatif görümlenme
<ul style="list-style-type: none"> MTC tanısı konulan nodüller guvratı varlığında, RET pozitif ise, PHEO ve P/HP tanıları gözden geçirilmelidir IIA/Brin sensitivitesi % 60-90 arasında, Ctn, CEA, kromogranin A, IHC boyamaları ve IİAB yıkama sıvısında Ctn ölçümü duyarlılığı artırır Ctn, tanı, evreleme, postoperatif takip ve prognozu göstermede en önemli göstergedir, CEA yüksekliği hastalığın ciddiyetini gösterir. Ctn ile uyumsuzluğu diferansiyasyon kusurunu işaret eder Kalsitonin >100 pg/ml MTC varlığını doğrular, >500 pg/ml ise, uzak metastaz aranmalıdır 	<ul style="list-style-type: none"> Tanısı kesinleşmiş tüm MTC hastalarında boyun USG yapılmalıdır Boyun lenf nodu metastazi (N1) varlığında ve Ctn>400pg ise boyun, toraks ve karaciğer BT veya MRI yapılmalıdır Kemik metastazi kuşkusu varlığında, MRI, kemik sintigrafisi kullanılabilir (sensitivite % 25-50) 18F-FDG PET, sensitivitesi % 15-78 (hasta kaynaklı) ve % 28-96 (lezion kaynaklı) 18F-FDG PET duyarlılığı, Ctn>1000 pg/ml hastalarda artar (% 87) 18F-DOPA PET sensitivitesi, 18F-FDG PET'e göre daha fazladır (% 63-% 87)

Medüller Tiroid Kansinomu
Prognostik Faktörler
<ul style="list-style-type: none"> Klinik evre ve serum Ctn (ve CEA) başlangıç ve sonraki cerrahi girişimleri belirlemede önemli rol oynar Tümör spesifik genetik ve epigenetik faktörlerin tedavi kararını etkilediğini bildiren çalışmalar vardır Somatik RET mutasyonları, agresif tümör davranışı ve kötü gidişi gösterir Somatik RET mutasyon varlığı, MTC ve başka tümörler için kötü prognoz işaretidir M918T ve bazı mutasyonlar meme, akciğer ve KC kanserlerinde ileri evre ve kötü prognoz ile birlikte (somatik RET mutasyonu, tümör progresyonunda rol oynar)

Medüller tiroid kansinomu
Cerrahi
<ul style="list-style-type: none"> sMTC ve hMTC'de standart tedavi, kalsitonin düzeyi ve US bulgularına bağlı olarak total tiroidektomi ve servikal bölge lenf nodu diseksiyonudur Unilateral intratiroidal tümörlerde: santral diseksiyonda (VI) % 81; ipsilateral lateral bölgede (II-V) % 81; karşı taraf lateral bölgede (II-V) % 44 lenf nodu metastazi var Bilateral intratiroidal tümörlerde: santral bölgede % 78; büyük tümör-ipsilateral % 71; büyük tümör-kontralateral % 49 lenf nodu metastazi saptanmıştır Üst polde yerleşik tümörler, önce ipsilateral lateral bölgenin üst bölümüne, orta ve alt bölgelerde yerleşik tümörler, önce santral bölgeye metastaz yaparlar

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Medüller tiroid karsinomu

Cerrahi

- Ameliyat öncesi Ctn değeri, metastazı ve cerrahiye etkiler
- Ctn <20 pg/ml: metastaz beklenmez
- Ctn >20 pg/ml: ipsilateral santral ve ipsilateral lateral
- Ctn >50 pg/ml: kontralateral santral
- Ctn >200 pg/ml: kontralateral lateral
- Ctn >500 pg/ml: üst mediasten (VII)
- Preoperatif Ctn 11000 pg/ml: hastaların en az yarısında biyokimyasal kür saptanır
- Preoperatif Ctn >10000 pg/ml biyokimyasal kür yok

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Ctn ve CEA CERRAHİYİ ETKİLERMİ?

Medüller tiroid karsinomu	Medüller tiroid karsinomu
<p>Cerrahi</p> <ul style="list-style-type: none"> Preop Ctn < 20 pg/ml, Total tiroidektomi (TT) Preop Ctn 20-50 pg/ml, TT+ipsilateral santral ve ipsilateral lateral diseksiyon Preop Ctn 50-200 pg/ml, TT+kontralateral santral diseksiyon Preop Ctn 200-500 pg/ml, TT+kontralateral lateral diseksiyon Santral LNM sayısı, lateral tutulumu belirler: santral LNM yok ise, ipsilateral LII-V tutulumu < % 10; santral LNM 1-3 ise tutulum % 77; santral LNM ≥4 ise tutulum % 98 	<p>Cerrahi</p> <ul style="list-style-type: none"> Preoperatif yüksek CEA değeri, ilerlemiş hastalık göstergesidir CEA > 30 ng/ml, santral ve ipsilateral lateral lenf nodu metastazını CEA > 100 ng/ml kontralateral lenf nodu metastazı ve uzak metastazı gösterir Cerrahi uygulamada iki yaklaşım söz konusudur: <ul style="list-style-type: none"> boyun US normal ve uzak metastaz saptanmayan hastalarda, total tiroidektomi + santral lenf nodu (VI) diseksiyonu veya Normal US ve uzak metastaz olmadığında, lateral (II-V) diseksiyon kararı Ctn düzeyine göre uygulanır

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Medüller tiroid karsinomu

- MTC'de primer tedavi, tüm neoplastik dokunun cerrahi olarak çıkarılmasıdır
- Cerrahi öncesi Ctn-CEA ve görüntüleme araştırmalarının tamamlanması gerekir
- Bilinen herediter MTC veya herediter MTC'nin genetik test (RET) ile dışlanmadığı hastalarda, cerrahi öncesi biyokimyasal olarak PHEO tanısı araştırılmalıdır
- PHEO varlığında, öncelik PHEO tedavisidir
- PHEO araştırması ile birlikte PHPT de araştırılmalıdır

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Medüller Tiroid Karsinomu

tedavi

- MTCde klasik tedavi total tiroidektomi ve servikal lenf nodu diseksiyonudur
- Unilateral tiroidektomi uygulanan sMTC hastalarında, germline RET mutasyonu varsa, postoperatif Ctn yüksekse ve görüntüleme ile tümör dokusu ve metastatik lenf nodu saptanırsa tamamlayıcı cerrahi uygulanmalıdır
- İleri evre ve metastatik MTCde cerrahi komplikasyonları azaltacak, solunumu, yutmayı ve konuşmayı koruyucu girişimler planlanmalıdır
- Eksternal RT (EBRT), sistemik tedavi ve diğer tedavilerin hedefi, tümör kontrolü, hastaliksız yaşamı (DFS), veya hastalıkta kötüleşme olmadan yaşamı (PFS) sağlamak olmalıdır

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Medüller tiroid karsinomu

MTC profilaktik cerrahi

- MTC tanısı sonrasında herediter MTC araştırılmalıdır (RET mutasyonu)
- Herediter MTC, ailenin indeks (ilk oğlu) vakası ise, PHEO ve PHPT ve sendromun diğer unsurlarının araştırılması gerekir
- İndeks hastanın tedavinin tamamlanması sonrasında aile üyeleri incelenmelidir
- RET mutasyonu taşıyan çocuklarda, erken dönemde profilaktik cerrahi yapılarak, tümörün gelişmesinden önce veya CCH-mikrokanser döneminde radikal bir tedavi yapılabilir

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Medüller tiroid karsinomu

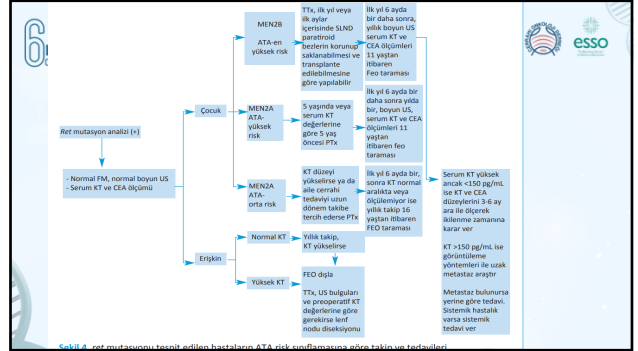
tiroidektomi sonrası izlem

- Total tiroidektomi sonrası, Ctn ölçülemez (% 97) düzeyde bulunur
- Ölçülebilir Ctn, bakiye dokuyu veya ektopik salgılanmayı düşündürür (non-tiroid malignite)
- Cerrahi sonrası Ctn ve CEA 3 ay sonra yapılmalıdır
- 3 ay sonra yapılan Ctn ve CEA normal ise, 6 aylık ve daha sonra yıllık aralıklarla takibe devam edilir
- Ctn < 150 pg/ml ise, FM ve boyun US yapılır, normal ise Ctn, CEA ve US ile kontrollere devam edilir
- Ctn > 150 pg/ml, görüntüleme yöntemleri ile takibe devam edilir

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

10-12 Eylül 2022 | Davos Davos Resort - Antalya

• Preop değerlendirmede ek görüntüleme ve muayene yöntemleri?
• Tüm panelistlerce ve hastanın çıkan patolojisine ve değerlendirmelere göre gerekirse ek cerrahi, postoperatif tedavisi tartışılacak



6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Tablo 5. MTK'de 5-10 Yıllık Sağkalım

	5 yıllık sağkalım	10 yıllık sağkalım
TNM		
I-II	100	89
III	81	70
IV	63	42
KT ikilenme zamanı		
>2 yıl	100	100
0,5-2 yıl	92	37
<0,5 yıl	25	8
CEA ikilenme zamanı		
>2 yıl	100	96
0,5-2 yıl	75	23
<0,5 yıl	0	0

Barbet J, Campion L, Kraeber-Bodéré F, Chatal JF; GTE Study Group. Prognostic impact of serum calcitonin and carcinoembryonic antigen doubling-times in patients with medullary thyroid carcinoma. JCEM 2005;90(11):6077-84'ten modifiye edilmiştir.

