

TİROİDEKTOMİ OLGULARIMIZIN RETROSPEKTİF ANALİZİ

Retrospective Analysis of Our Patients with Thyroidectomy

Yılmaz POLAT¹, Bekir SARICIK², Saim BERÇİN³, Yavuz Savaş KOCA¹, Hilal Türkben POLAT⁴

ÖZET

Amaç: Tiroidektomi olgularında retrospektif değerlendirme sonuçlarının sunulması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Haziran 2010- Ekim 2014 tarihleri arasında opere edilen 193 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, yapılan cerrahi operasyon tipi ve oluşan komplikasyonlar incelendi.

Bulgular: Toplam 193 hastanın 160'ı kadın (%82.9), 33'ü (%17.1) erkekti. En genç hasta 18, en yaşlı hasta 71 yaşındaydı. En sık cerrahi endikasyon 140 (%72.53) olgu ile toksik olmayan multinodüler guatrı. 21 (%10.88) olguda rastlantısal malignite saptandı. Bir olguda kalıcı hipoparatiroidi oluştu. Kalıcı sinir hasarı gözlenmedi.

Sonuç: Nüks olgulara yapılan cerrahilerde komplikasyon oranı artmaktadır. Ayrıca rastlantısal malignite oranı göz önüne alındığında, total tiroidektominin primer olgularda uygun teknik olduğu düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: *Guatr; Tiroidektomi; Komplikasyonlar*

ABSTRACT

Aim: In this study, we aimed to present a retrospective evaluation of thyroidectomy in our patients.

Material and Methods: 193 patients operated between June 2010 and October 2014 was evaluated retrospectively. Demographic characteristics of the patients, type of the performed surgery and resulting complications were analyzed.

Results: Of a total of 193 patients, 160 were women (82.9%), 33 were male (17.1%). Among them, the youngest patient was 18 years old and the oldest patient was 71 years old. The most common indication for surgery was non-toxic multinodular goiter that is seen in 140 patients (72.53%). Incidental malignancies were found in 21 patients (10.88%). While permanent hypoparathyroidism occurred in one patient, the permanent nerve damage was not observed.

Conclusion: Complication rate increases following surgery that performed to recurrence cases. In addition, when considering the rate of incidental malignancies, total thyroidectomy is thought to be appropriate technic for primary cases.

Key words: *Goiter; Thyroidectomy; Complications*

¹Özel Medical Park Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Elazığ

²Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp fakültesi Genel Cerrahi kliniği Isparta

³Özel Malatya Park Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Malatya

⁴Fırat Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Elazığ

Yılmaz POLAT, Genel Cerrahi Uzm.
Bekir SARICIK, Yrd. Doç. Dr.
Saim BERÇİN, Genel Cerrahi Uzm.
Yavuz Savaş KOCA, Yrd. Doç. Dr.
Hilal Türkben POLAT, Öğr. Gör.

İletişim:

Uzm. Dr. Yılmaz POLAT,
Özel Medical Park Hastanesi Genel
Cerrahi Kliniği/ELAZIĞ

Tel: 05327709776

e-mail:

ypolat23@hotmail.com

Geliş tarihi/Received: 10.12.2014

Kabul tarihi/Accepted: 04.03.2015

Bozok Tıp Derg 2015;5(3):33-6
Bozok Med J 2015;5(3):33-6

GİRİŞ

Tiroidin diffüz veya nodüller şeklinde büyümesine guatr denir. Nodüler guatr ise tek (soliter) veya birden fazla (multinodüler) nodül ile seyreden guatr tipidir. Ülke-mizde ve bölgemizde sık görülen bu endokrin hastalığın görülme oranı %4-5 civarındadır (1). Erişkin popülasyonunda palpabl nodül %4-7 civarındadır (2). Malignite oranı soliter nodüllerde ortalama %4.7, dominant nodülde %4.1, multinodülerde ise %1'dir (3). Nodüler guatrda cerrahi endikasyonlar ; kanser şüphesi, nodülün basısına bağlı nefes darlığı, retrosternal guatr, ilaç tedavisine dirençli hipertiroidi ve kozmetik sorunlardır (4,5). İşleme bağlı hipoparatiroidi, vokal kord paralizisi, enfeksiyon, hemoraji ve hematoma gibi komplikasyonlar meydana gelebilir (6). Bu çalışmada tiroid cerrahisinin sık uygulandığı bir bölgede özel bir sağlık kuruluşunda uygulanan tiroid cerrahilerinin retrospektif değerlendirme sonuçlarını sunmayı amaçladık.

MATERYAL VE METOD

Bu çalışmaya Haziran 2010-Ekim 2014 tarihleri arasında hastanemiz Genel Cerrahi Kliniğinde tiroid cerrahisi uygulanan 193 hasta dahil edildi. Hastalara ait veriler retrospektif olarak değerlendirildi. Ameliyat öncesinde tüm hastalara tiroid ultrasonografisi ve tiroid fonksiyon testleri yapıldı. Hastalar ötiroid durumda iken ameliyat edildi. Ameliyat sonrası süreçte 6 aydan daha uzun süre D vitamini ve kalsiyum ihtiyacı kalıcı hipoparatiroidi, 6 aylık süreç içerisinde ihtiyacın ortadan kalkması ise geçici hipoparatiroidi olarak tanımlandı . Aynı şekilde, 6 aydan daha uzun süre devam eden ve indirekt laringoskobik muayene ile belirlenmiş sinir hasarları kalıcı, bu süreç içerisinde düzelen hasarlar ise geçici sinir hasarı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 193 hastanın 160'ı kadın (%82.9), 33'ü (%17.1) erkekti. En genç hastamız 18, en yaşlı hastamız ise 71 yaşındaydı. Hastaların 140'ında (%72.53) toksik olmayan multinodüler guatr, 21'inde (%10.88) toksik multinodüler guatr, 26 'sında (%13.47) tek nodül, 6'sında (%3.1) graves hastalığı mevcuttu. Tek nodülü olan 26 hastaya yapılan sintigrafide 14'ünde (%53.84) soğuk

nodül, 5'inde(%19.23) ılık nodül, 7'sinde (%26.92) sıcak nodül saptandı (Tablo 1).

Tablo 1: Preoperatif tanılar

Tanılar	Sayı(n)	%
Nontoksik MNG	140	72.53
Toksik MNG	21	10.9
Graves	6	3.1
Tek Nodül	26	13.47
Soğuk Nodül	14	53.84
Ilık Nodül	5	19.23
Sıcak Nodül	7	26.92

Multinodüler guatr tanısıyla ameliyata alınan 161 ve graves tanısıyla ameliyata alınan 6 hastaya bilateral total tiroidektomi uygulandı. Tek tiroid nodülü nedeniyle opere edilen 26 hastadan 5'ine ameliyat öncesi yapılan ince iğne aspirasyon biyopsi sonucunun kuşkulu olması nedeniyle peroperatif frozen çalışıldı. 2 hastada malignite saptanması nedeniyle bilateral total tiroidektomi uygulandı. Diğer hastalara tek taraflı total tiroidektomi yapıldı. Postoperatif patoloji incelemelerinde 21 (%10.88) hastada malignite saptandı. Tüm olgularda papiller karsinom izlendi. 18 olguda (%85.71) mikropapiller karsinom mevcuttu. 3 olguda (%14.29) tümör çapı 1 cm.den büyüktü. Postoperatif 1 hastamız (%0.5) insizyon altında oluşan hematoma nedeniyle tekrar opere edildi. 12 hastada (%6.21) hipokalsemi bulguları gelişti. Altı ayın sonunda sadece 1 hastanın (%0.5) replasman tedavisine ihtiyacı kalmıştı. Bu kalıcı hipokalsemi olarak kabul edildi. Olguların 3'ünde ses kalitesinde bozulma oluştu ve altı aylık takip süreci sonrası tamamen normale döndü. 2 hastada (%1.03) seroma oluştu ve aspirasyon ile boşaltıldı (Tablo 2).

Tablo 2: Cerrahi Sonrası Komplikasyonlar

Komplikasyonlar	Sayı (n)	%
Hematoma	1	0.5
Geçici Hipoparatiroidi	12	6.21
Kalıcı Hipoparatiroidi	1	0.5
Geçici Sinir Hasarı	3	1.55
Kalıcı Sinir Hasarı	0	0
Seroma	2	1.03

TARTIŞMA

Tiroid nodüllerinin görülme sıklığı yaklaşık %5 civarındadır ve bu oran coğrafi bölgelere göre değişkenlik gösterebilir (1). Kadınlarda görülme oranı belirgin olarak erkeklerden daha fazladır (7). Bu çalışmada da tiroid nodüllerinin kadın cinsiyette yaklaşık olarak dört kat fazla görüldüğü tespit edildi. Benign tiroid hastalıklarında güncel tedavide total tiroidektomi popüler yöntem olmasına rağmen, subtotal tiroidektomi, totale yakın tiroidektomi ve dunhill prosedürü (total lobektomi ve kontralateral subtotal lobektomi) alternatif yöntemlerdir (8, 9, 10, 11). Subtotal tiroidektomi teknik olarak daha kolaydır, komplikasyon oranları düşüktür ve hastanın postoperatif ilaç kullanma gereksinimi olmayabilir (11, 12, 13). Delbridge ve ark. (14) 'nın 3089 hastada total tiroidektominin etkinliğinin araştırıldığı çalışmalarında postoperatif kalıcı sinir hasarı ve kalıcı hipoparatiroidi açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bu çalışmada subtotal tiroidektomi sonrası uzun takiplerde nüks oranı %23 bulunmuştur. Tiroid nodüllerinde cerrahi girişim öncesi benign-malign ayrımını yapmak temel prensiptir. Bu amaçla ilk yapılacak görüntüleme yöntemi USG'dir. USG ile nodülün yeri, büyüklüğü, şekli, yapısı belirlenebilir. Ama benign-malign ayrımını yapmada faydası sınırlıdır. Kalsifiye nodüllerde malignite riskinin arttığı bildirilmiştir (4, 15). Tiroid sintigrafisi, günümüzde tiroid nodüllerini değerlendirmede sık kullanılan bir görüntüleme yöntemi olmaktan çıkmıştır. Benign-malign ayrımını yapmaz, nodüllerin fonksiyonel durumunu belirler. Daha çok hipertiroidi olan nodüler guatr olgularında ve postoperatif kalan tiroid dokusunu değerlendirme amaçlı kullanılmaktadır (15, 16). En güvenilir metod ince iğne aspirasyon biyopsisidir. Doğruluk oranı %95'in üzerindedir. Yalancı pozitiflik oranının %0, yalancı negatiflik oranının %0.5 olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (17). Benign tiroid nodülleri için yapılan cerrahi girişimler sonrası insidental malignite oranı literatürde %3-16.6 arasında bildirilmiştir (8, 9, 17). Bu çalışmada insidental malignite oranı %10.8 olarak bulundu. Tiroid cerrahisinin en korkulan komplikasyonu rekürren laringeal sinirin zedelenmesi sonucu vokal kord paralizisi ve paratiroid bezlerinin hasarına bağlı hipokalsemi gelişmesidir (10, 18). Yapılan çalışmalarda rekürren sinir hasarı %0-4 arasında bildirilmiştir (10, 18, 19). Bu çalış-

mada kalıcı rekürren sinir hasarı hiçbir olgumuzda oluşmadı. Literatürde hipoparatiroidi görülme oranı %0.4-8.8 arasındadır. Paratiroid bez çevresinde aşırı ve bezlerin kanlanması bozacak diseksiyonlardan kaçınarak bu oranların düşürülebileceği bildirilmiştir (20, 21). Bu çalışmada kalıcı hipoparatiroidi %0.5 olarak bulundu. Ameliyatta cerrahi teknik olarak tiroid dokusu superior ve medial tarafa çekilerek tiroid bezi ile posterior servikal fasya arasında ki planda ince ve dikkatli diseksiyon yapmak, superior tiroid arter ve veni tiroid dokusuna yakın izole olarak bağlamak, subkapsüller diseksiyonla tiroid dokusu kapsülüne yakın ve laterale doğru diseksiyon yapmanın total tiroidektomide de komplikasyonların en az seviyeye indirilebileceği bildirilmiştir (22, 23). Nüks oluşan ve bu nedenle tamamlayıcı tiroidektomi yapılan olgularda komplikasyonların arttığı bildirilmiştir (13, 17, 24).

Sonuç olarak; Nüks olgularda yapılan cerrahilerde komplikasyon oranlarının artması, ayrıca insidental malignitelerin literatürdeki oranları göz önünde bulundularak cerrahi teknik olarak total tiroidektominin uygun teknik olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Güney E. Tiroid neoplazmaları. Güney E, editör. Tiroid ve Paratiroid Bez Cerrahi Hastalıkları. 1. Baskı. İstanbul: İyişler Matbaacılık Ltd Şti.; 2008. p.93-104.
2. Cusich EL, Krukowski ZH, Macintosh CA and N A Methason. Risk of neoplasia and malignancy in dominant thyroid swelling. BMJ 1991;303(6793):20-24.
3. Anderson PE, Hurley PR, Rosswick P. Conservative treatment and long-term prophylactic thyroxine in the prevention of recurrence of multinodular goiter. Surg Gynecol Obstet 1990; 171(4):309-14
4. Shindo ML. Benign tiroid hastalıklarına giriş. Güngör A, Urhan M, çeviri editörleri (Terris DJ, Gourin CG, eds.). Tiroid ve Paratiroid Hastalıkları Tıbbi ve Cerrahi Tedavi. 1. Baskı. İstanbul: Habitat Yayıncılık; 2010. p.53-63.
5. Süslü N, Hoşal Ş. Tiroid nodülüne yaklaşım ve cerrahi endikasyonlar. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2007;3(49):5-12.

6. Ozbas S, Kocak S, Aydıntug S, Cakmak A, Demirkiran MA, Wishart GC. Comparison of the complications of subtotal, near total and total thyroidectomy in the surgical management of multinodular goitre. *Endocr J* 2005;52(2):199-205
7. Çağlı S, Yüce İ, Bayram A, Güney E. Tiroid kitleleri: 131 olgunun değerlendirilmesi. *Kulak Burun Bogaz İhtis Derg* 2008;18(5):289-293.
8. Efremidou EI, Papageorgiou MS, Liratzopoulos N, Manolas KJ. The efficacy and safety of total thyroidectomy in the management of benign thyroid disease: a review of 932 cases. *Can J Surg* 2009;52(1):39-44.
9. Giles Y, Boztepe H, Terzioğlu T, Tezelman S. The advantage of total thyroidectomy to avoid reoperation for incidental thyroid cancer in multinodular goiter. *Arch Surg* 2004;139(2):179-182.
10. Lefevre JH, Tresallet C, Leenhardt L, Jublanc C, Chigot JP, Menegaux F. Reoperative surgery for thyroid disease. *Langenbecks Arch Surg* 2007; 392(6):685-691.
11. Hussain M, Hisham AN. Total thyroidectomy: the procedure of choice for toxic goitre. *Asian J Surg* 2008;31(2):59-62.
12. Sugino K, Ito K, Nagahama M, Kitagawa W, Shibuya H, Ito K. Surgical management of Graves' disease -10-year prospective trial at a single institution. *Endocr J* 2008;55(1):161-167.
13. Lal G, Ituarte P, Kebebew E, Siperstein A, Duh QY, Clark OH. Should total thyroidectomy become the preferred procedure for surgical management of Graves' disease? *Thyroid* 2005;15(6):569-574.
14. Delbridge L, Guinea AI, Reeve TS. Total thyroidectomy for bilateral benign multinodular goiter: effect of changing practice. *Arch Surg* 1999;134(12):1389-1393.
15. Güney E. Klinik gösteriler tiroid nodülü. Güney E, editör. *Tiroid ve Paratiroid Bez Cerrahi Hastalıkları*. 1. Baskı. İstanbul: İyışler Matbaacılık Ltd Şti.; 2008. p.11-40.
16. Intenzo CM, Dam HQ, Manzone TA, Kim SM. Imaging of the thyroid in benign and malignant disease. *Semin Nucl Med* 2012;42(1):49-61.
17. Tezelman S, Borucu I, Senyurek Giles Y, Tunca F, Terzioğlu T. The change in surgical practice from subtotal to near-total or total thyroidectomy in the treatment of patients with benign multinodular goiter. *World J Surg* 2009;33(3):400-405.
18. Rosato L, Avenia N, Bernante P, De Palma M, Gulino G, Nasi PG et al. Complications of thyroid surgery: Analysis of a multicentric study on 14,934 patients operated on in Italy over 5 years. *World J Surg* 2004;28(3):271-6
19. Bozdağ AD, Çevikel MH, Demirkiran AE, Erpek H, Boylu Ş, Özgün H. Bening Troid Cerrahisinde Postoperatif Komplikasyonları Etkileyen Risk Faktörleri. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2002;3(3):25-29.
20. Öztürk T, Başer M, Öztürk M, Bayram İ, Çiftçi A, Kösem M et.al. Benign Tiroid Lezyonlarında Total Tiroidektomi Yapılmamış Olsaydı? *Endokrinolojide Diyalog* 2008;5(3):139-142.
21. Ayten R, Çetinkaya Z, Multinodüler Guatrılı Hastalarda Frozen Kesit İncelemenin Cerrahi Tercihe Etkisi. *FÜ. Sağlık Bil Derg.* 2007;21(5):225-227.
22. Külah B. Büyük ya da substernal guatrılar için tiroidektomi. Demirel S, Kulaçoğlu İH (Editörler) *Cerrahi Teknik Atlası Endokrin Cerrahi 1*. Baskı Ankara: Palme 2011; 47-60.
23. Uludağ M, İşgör A. Geleneksel tiroidektomi yöntemleri ve teknik ayrıntılar. Uludağ M, İşgör A (Editörler) *Tiroit 1*. Baskı İstanbul Nobel 2013;818-52.
24. Efremidou EI, Papageorgiou MS, Liratzopoulos N, Manolas KJ. The efficacy and safety of total thyroidectomy in the management of benign thyroid disease: a review of 932 cases. *Can J Surg* 2009;52(1):39-44.