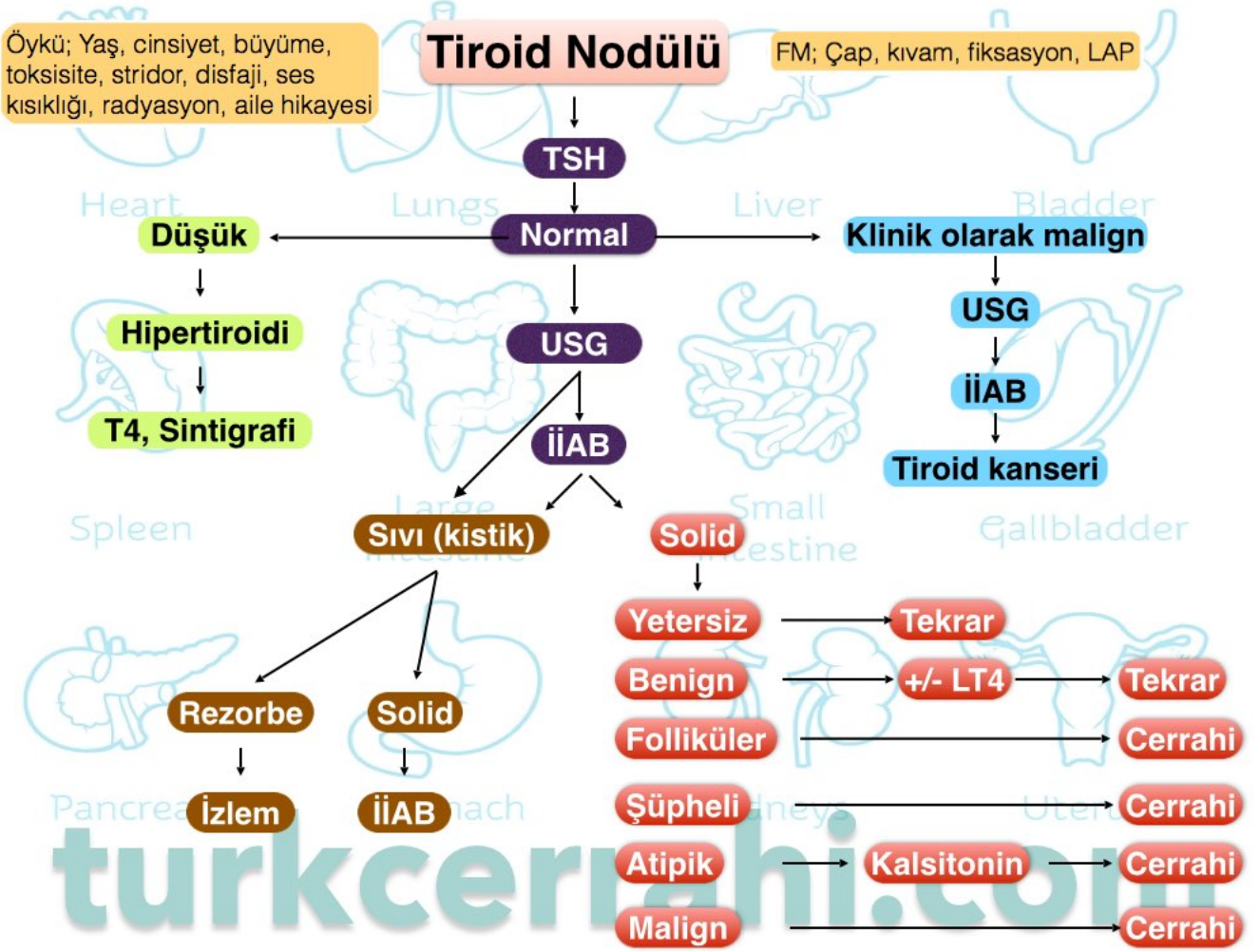


Soliter Tiroid Nodülü

Prof. Dr. Ömer Rıdvan Tarhan

Soliter Tiroid Nodülü

Soliter (solitary, tek), solid ise katı demektir (tıpta kistiğin zıddı). Soliter tiroid nodülünde kanser riski yaklaşık %10 olduğu için üzerinde durulur.



Tiroid nodülünde takip ve tedavi algoritması

Öykü

Hastanın yaşı:

İleri yaşta ve çocukluk çağında rastlanan nodüllerde malignite insidensi artar. Cinsiyet: Kadınlarda tiroid kanseri insidensi 3 kat daha fazladır

Büyüme süresi:

Hızlı büyüyen nodülerde malignite şansı daha yüksektir.

Dispne, disfaji, ses kısıklığı, öksürük:

Rekürren sinir tutulumu göstergesidir.

Başka servikal kitleler:

Lenf nodu metastazına bağlı olabilir.

Radyasyona maruziyet:

Boyuna radyasyon tiroid kanseri dozla doğru orantılı olarak tiroid kanseri riskini artırır. Geçmişte tinea kapitis, timus büyümesi, tonsil ve adenoid hipertrofilerinde ve hemanjiomda düşük doz radyoterpi kullanılmıştır. Hodgkin lenfoma da da uygulanmaktadır. Ayrıca Chernobil façiası gibi nükleer kazalardan sonra özellikle çocuklarda tiroid kanseri artmıştır. Radyasyona bağlı tiroid kanserlerinin çoğu papiller tiptedir.

Ailede tiroid kanseri öyküsü:

Ailesel tiroid kanseri denince akla medüller tiroid kanserleri gelir. Ailesel olanlar MEN2A, MEN2B, familial Medüller tiroid kanseri şeklinde görülebilir. Ailesel non medüller tip tiroid kanserleri ise Cowden hastalığı, familial adenomatöz polipozis koli ve Werner sendromunda görülür.

Fizik Muayene

Tiroid kitleleri yutkunmakla hareket eder. Tiroid en iyi hastanın arkasından boyun hafifçe ekstansiyona getirilerek palpe edilir. Sert, düzensiz sınırlı ve çevre dokulara (trakea ve kaslara) yapışık kitlelerin kanser olma ihtimali daha yüksektir. Aynı özellikteki boyun lenf nodları da metastaz göstergesidir.

TSH

Fizik muayene ve öykü sonrası tiroid stimulan hormon bakılır. Düşük TSH tirotoksikoz demektir. T3, T4 normale subklinik hipertirodi, yüksekse klinik hipertirodudur. Bu durumda tiroid sintigrafisi yapılarak, tirotoksikozu neden olan hastalık tayin edilir. Eğer nodül sıcaksa (toksik adenom, toksik MNG deki nodüller) nodülden İİAB yapmak gereksizdir (sıcak nodüllerde malignite riski yaklaşık %1 dir).

Tiroid Ultrasonu (USG)

Tiroid nodüllerinin solid mi kistik mi olduğunu, yerleşim yerlerini ve sayısını, palpe edilemeyen nodülleri, boyundaki lenf nodlarını ve yapısını göstermede yararlıdır.

İİAB (İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi)

Tiroid nodüllerinin değerlendirilmesinde en değerli tanı yöntemidir. 23 G (Siyah) iğne ucu ile ve 10 luk enjektörle yapılır. Nodülün içine girdikten sonra piston çekilerek altı doğrultuda (küp gibi düşünürsek) iğne ileri geri hareket ettirilerek örnek alınır. İğne çıkarılarak enjektör havayla doldurulur sonra, iğnenin içine dökülen hücreler lama püskürtülerek ezmeden yayılır. Lamalar patoloji laboratuvarında Papanicolaou (PAP) veya Wright boyası ile boyanır. Soliter yani tek bir tiroid nodülü ile multinodüler guatrdeki dominant (baskın, büyük) nodülde tiroid kanseri insidansı aynı (%5-10) olduğu için, bu ikinci grupta soliter tiroid nodülü gibi incelenmelidir.

İİAB sonucu şu dört şekilde rapor edilir.

Nondiyagnostik (yetersiz materyal) (%10);

lamlarda incelenebilecek kadar tiroid hücresi yoktur. Kanlı aspiratlarda bu guruba girer. İİAB tekrar edilir.

Benign (%65):

Kist ve kolloid nodüller. Takip edilir.

Şüpheli (%20):

Foliküler yad Hüthle hücreli neoplazmlar. Foliküler adenom karsinom ayrımı hücrelerin görünümünden yapılamaz, kapsül ve damar invazyonuna göre tanı konur. Bu

yüzden bu hastalar cerrahiye gider.

Malign (%5):

Cerrahi tedavi gerekir.

Atipik (Nadir):

Medüller tiroid kanserini düşündüren içsi hücreler görülür. Kalsitonin yüksekliği tanıyı destekler. Cerrahiye gider.

Kistik Nodül

Kan içermeyen sarı ya da kahverengi sıvılar benign kabul edilir. Aspirasyondan sonra tamamen (pür) kistik nodüller kaybolur. Solid komponent varsa bu kısımdan da örnek alınmalıdır. Kist %75 nüks etmez. Aynı kist nüks ederse, yine aspire edilir. 3. aspirasyondan sonra nüks eden ve 4 cm den büyük kistlerde cerrahi (lobektomi) tercih edilmelidir.

[< Şok Nedir?](#)

[Tiroidin Benign Hastalıkları >](#)

[Ana Sayfa](#)

Q Size nasıl yardımcı olabiliriz?

Genel Cerrahi Ders Notları

- Genel Cerrahi Ders Notları
 - Şok Nedir?
 - **Soliter Tiroid Nodülü**
 - Tiroidin Benign Hastalıkları
 - Kolelitiazis ve Akut Kolesistit
 - İntestinal Obstrüksiyon Dersi
 - Gastrointestinal Sistem Kanamaları Dersi
 - Multipl Travmalı Hastaya Yaklaşım
 - Organ Yaralanmaları
 - Travma Kinetiği
 - Akut Apendisit
 - Portal Hipertansiyon

Ana Menü

- [ANA SAYFA](#)
- [TIBBİ MAKALELER](#)
 - Herniler (Fıtıklar)
 - Özofagus (Yemek Borusu)
 - [Anamnez YENİ !](#)
 - Mide
 - Karaciğer
 - Safra Kesesi ve Safra Yolları
 - Kolon, Rektum ve Anüs Hastalıkları
- [POPÜLER MAKALELER](#)
- [GENEL CERRAHİ DERS NOTLARI](#)
- [AMELİYAT VİDEOLARI](#)

- [TIP SÖZLÜĞÜ](#)



Bizi Bulun



turkcerrahi.com