

Proflaktik santral diseksiyon: Yeni bir tartışma alanı

Ashok R. Shaha, MD

Çeviren: Dr. Yalın İşcan*, Dr. Yasemin Giles*

*** İÜTF Genel Cerrahi ABD**

SURGERY dergisinin Aralık sayısı "American Society of Endocrine Surgeons " derneği yıllık toplantısında sunulan makaleleri kapsar. Bu sayı endokrin hastalıkları ile ilgili en iyi bilgi kaynaklarından biri olup, son yıllarda, tiroid kanseri tedavisi ile ilgili incelikleri de içermektedir. Daha önceleri tiroid kanseri ile ilgili tartışma tiroidektominin genişliği (total tiroidektomi veya daha sınırlı girişimler) üzerinde yoğunlaşmıştı. Güncel tartışma konusunun ise esas merkezi ise santral ve lateral lenf gangliyonlarının cerrahi tedavisidir. ATA nın 2006 da yayınladığı rehberde papiller tiroid kanserinde santral kompartman diseksiyonu düşünülmesi gerektiğini önermektedir. Bu rehber yayınlandıktan sonra santral kompartmanla ilgili yoğun tartışma ortamı oluşmuştur. Surgery dergisinin Aralık 2009 sayısında santral kompartman lenf gangliyonları ile ilgili üç adet mükemmel çalışma mevcuttur.

İlk çalışmanın kaynağı uzun süredir tiroid kanserli hastalarda lenf gangliyonlarının durumunun preoperatif ultrasonografi ile değerlendirildiği M.D. Andersen Cancer Center, Teksas Üniversitesi'dir. Araştırmacılar preoperatif ultrasonografi ile lenf gangliyonlarının durumu değerlendirildiğinde tiroid kanserli hastaların % 30 unda cerrahi girişimin genişliğinin değiştiğini göstermiştir. Bu durum esas olarak juguler zincir ve lateral lenf gangliyonlarının incelenmesi ile ilgilidir. Santral lenf gangliyonlarının değerlendirilmesi tiroid bezinin varlığı ve bu gangliyonların küçük olması nedeniyle oldukça zordur. Tiroid kanseri şüphesi olan nodüllerde boyun bölgesini ultrasonografi ile değerlendirmek önemlidir. Büyük veya metastaz açısından şüpheli bir gangliyona uygulanan ince iğne aspirasyon biyopsisi ile sitolojik inceleme veya tiroglobulin tayini metastaz tanısını kesinleştirebilir. Ameliyat öncesi bilinen lenf gangliyon metastazı olması halinde selektif veya kompartmana yönelik lenf diseksiyonu planlanmalıdır. Aksi takdirde bu hastalarda takip esnasında palpe edilen metastatik gangliyonlar gelişmesi

kaçınılmazdır. Ancak, radyolojik olarak persistan hastalık saptanan hastaların klinik olarak belirgin nüks gelişene dek uzun süre takip edilmesi nadir rastlanan bir durum değildir.

Monchik ve ark' nın çalışması ameliyat esnasındaki bulgulara göre paratrakeal lenf gangliyonlarının tedavisi ile ilgilidir. Hastalarda şüpheli lenf gangliyonları saptanması halinde paratrakeal lenf gangliyonu (düzey VI) diseksiyonu uygulanırken şüpheli gangliyon olmaması durumunda sadece klinik takip yapılmıştır. Bu yaklaşım sonucu sinir hasarı ve kalıcı hipoparatiroidi oranlarında belirgin azalma olmuştur. Bu çalışmada ameliyat esnasında şüpheli bulunarak santral kompartman diseksiyonu uygulanan hastaların % 37' sinde santral kompartman metastazı saptanmıştır. Cerrahların büyük bölümü şüpheli gangliyonlar, pozitif frozen section sonucu, veya yüksek risk grubu hastalarda santral lenf gangliyonu metastazı şansının yüksek olduğu durumlarda santral kompartman diseksiyonunu tercih etmektedir. Ancak santral kompartman diseksiyonu yapılmayan hastaların sadece % 2 sinde persistan hastalık geliştiğinden bu düşük oran rutin santral diseksiyonu savunmak için yeterli değildir.

Giles ve ark. nın çalışmasında iyi diferansiye tiroid kanserinin cerrahi tedavisini takiben lokal nüks ile ilgili deneyimler bildirilmektedir. Araştırmacılar basit gangliyon nükslerinden ziyade santral kompartmanda hayati yapıları invaze eden santral kompartman nükslerini konu almıştır. Ancak çalışmanın en ilginç yönü santral kompartman metastazı olma ihtimali yüksek olan ve santral diseksiyondan yarar görecektir büyük tümör, tiroid dışı yayılım veya agresif histolojik özelliklere sahip hasta grubunun tanımlanmasıdır. Bu çalışmada iyi diferansiye tiroid kanserinde risk gruplarının tanımlanmasına gerek olduğu vurgulanmaktadır.

İyi diferansiye tiroid kanserinde çeşitli serilerde tanımlanan prognostik parametreler arasında lenf gangliyon metastazı sağkalımı etkileyen önemli bir faktör olarak yer almaz. Bu üç çalışmada da iyi diferansiye tiroid kanserinde elektif santral kompartman diseksiyonu ile ilgili önemli konular vurgulanmaktadır. Son zamanlardaki literatürde iyi diferansiye tiroid kanserinde elektif altıncı bölge diseksiyonunu şiddetle savunanlar vardır. Başlıca soru bu girişimin iyi diferansiye tiroid kanserli hastalarda uzun dönem tedavi sonuçlarında bir değişiklik oluşturup oluşturmadığı ve elektif diseksiyona bağlı yüksek komplikasyon oranlarının kabul edilebilir olup olmadığıdır.

İyi diferansiye tiroid kanserinin biyolojik davranışı akciğer, meme veya pankreas kanserleri gibi diğer kanser türlerinden farklıdır. İyi diferansiye tiroid kanserinde yaş prognozu belirleyen önemli bir faktör olarak kabul edilmeye devam etmektedir. Daha ilginç olan nokta lenfatik metastazın uzun dönem prognozdaki etkinliğinin çok az olmasıdır. İyi diferansiye tiroid kanserli tüm hastalarda elektif diseksiyon uygulanması halinde mikroskopik lenf gangliyon metastazı saptanma oranı % 40 ile % 60 arasında değişmektedir. Mikroskopik lenf gangliyon metastazlarının prognoz üzerinde önemli bir etkisi olduğu gösterilmemekle birlikte reoperasyon gerektiren boyun nüksü gelişiminde az da olsa etkisi olabilir. Büyük gangliyon metastazları, yaşlı hastalarda lenfatik tutulum, büyük tümör, veya agresif histoloji uzun dönem sonuçlar üzerinde etkilidir. Bu tip hastalar daha agresif olarak tedavi edilmelidir. İyi diferansiye tiroid kanserinde santral lenf diseksiyonunun nüks ve mortalite üzerindeki etkisini araştıran prospektif çalışma yoktur. Santral lenf diseksiyonu ile ilgili olarak son literatürde yoğun tartışma olmasına rağmen risk grubu analizi ile ilgili ciddi bir eksiklik vardır. Risk grubu sınıflamasının sadece santral kompartman diseksiyonu açısından değil, aynı zamanda prognoz ve RAI tedavisi için hasta seçiminde de çok önemli olduğu açıktır. Giles ve ark' nın çalışmasında büyük tümör çapı, tiroid dışı yayılım ve yüksek tümör grade (agresif tip) ne dayanan bir risk grubu tanımı olup bu tip hastalarda santral kompartman dikkatle değerlendirilmeli ve şüpheli gangliyonlar olması halinde kompartman temizlenmelidir. Hashimoto tiroidit olan hastaların büyük kısmında santral lenf gangliyonları olabilir. Bu durum metastatik hastalıkla karışarak geniş paratrakeal diseksiyon ve beraberinde morbiditeye yolaçabilir.

Santral kompartman olarak tanımlanan VI. bölge hyoid kemik ve suprasternal çentik arasında yer alır. Elektif diseksiyonu savunanlar tüm santral kompartmanın temizlenmesini önermektedir, ancak tiroid üst polünün yukarısında lenf gangliyonu bulunma oranı çok düşük olup bu bölgeye diseksiyon uygulanması nadiren gerekli olur. Bununla birlikte pretrakeal bölge ve Delphian nodülü her zaman değerlendirilmeli ve şüpheli ise diseksiyon edilmelidir. Santral kompartman veya paratrakeal lenf gangliyonlarına diseksiyon uygulandığı zaman VII. bölgedeki gangliyonların da temizlenmiş olması garantisi yoktur. Altıncı bölgede pozitif gangliyonları olan bir hastada VII. bölgede de metastaz olması nadir değildir ve bu gangliyonlar çıkarılmadan kalabilir. Bu ihtimalin

klirik sonuçları halen belirsizdir. Elektif santral diseksiyonu savunanların esas gerekçesi santral kompartmanda olabilecek nüksleri önlemektir, çünkü bu bölgede reoperatif girişimler teknik olarak oldukça zordur. Ancak, paratrakeal alandaki gangliyonların çıkarılması ile nükslerin kesin olarak önlenip önlemeyeceği belli değildir. Elektif paratrakeal diseksiyon uygulanan hastalarda rekürren sinir hasarı ve geçici hipoparatiroidi oranları yüksektir. Pek çok araştırıcı inferior paratiroid bezin diseksiyonu ve daha sonra paratiroid dokusunun ototransplantasyonunu önermektedir. Bu şekilde geçici veya kalıcı hipoparatiroidinin kesin olarak önlenebileceğine dair net bilgi yoktur.

Teorik olarak, paratrakeal lenf gangliyonlarının diseksiyonu tartişılırken juguler zincir ve lateral boyundaki gangliyonlarda da yüksek olan metastaz oranına dair hiç bir vurgu yapılmamaktadır. Lateral boyunda yer alan ve klinik olarak palpe edilmeyen mikroskopik metastazı olan gangliyonların çıkarılması papiller kanserli hastalarda prognozu etkilemez. Bir cerrah rutin elektif diseksiyon uyguladığı takdirde papiller kanser, hastalarının yaklaşık % 60-% 70 inde bilateral modifiye boyun ve santral kompartman diseksiyonu yapılması gerekir. Böyle bir girişim ciddi morbidite taşımasının yanısıra tüm metastatik gangliyonların temizlenmesini garanti etmez. Santral diseksiyonun unilateral veya bilateral uygulanması konusu tartişmalıdır. Bizim genel felsefemiz klinik olarak şüpheli tüm gangliyonların çıkarılması veya frozen section uygulamasını takiben sonuç pozitif ise santral diseksiyona devam etmektir.

Paratrakeal alanda pozitif lenf gangliyonu saptanması genellikle postoperatif RAI tedavisini gündeme getirir. Ancak bu olgularda RAI tedavisinin rolü halen belirsizdir. Düşük risk grubu hastalarda RAI tedavisinden kaçınma konusunda bir devrim olmuştur. Papiller tiroid kanserli hastaların takibi boyun ultrasonografisi ve ultrasensitif tiroglobulin tayini gibi teknolojik gelişmeler sayesinde değişmiştir. Total tiroidektomi uygulanmış olan hastalarda tiroglobulinin yükselmesi tiroid kanseri varlığını gösterir. Değişmez kural olarak nüks yeri paratrakeal veya lateral lenf gangliyonlarıdır. Teknolojik gelişmeler sayesinde nüks tiroid kanseri artık klinik olarak belirgin hale gelmeden saptanabilmektedir. Ancak belirsiz kalan konu bu gangliyon metastazlarının prognoza olan etkisidir. Geçmiş deneyimlerimiz bu tip gangliyon metastazlarının prognoz üzerinde çok önemli bir etkisi olmadığını göstermiştir. Ancak nüks hastalık tiroglobulin tayini, ultrasonografi veya ultrasonografi eşliğinde ince iğne aspirasyon biyopsisinde

tiroglobulin tayini ve sitolojik inceleme ile saptandığında hastaları tedirgin etmektedir. Nüks hastalık saptanan hastalar ameliyat olmak konusunda ısrar eder. Bu tip ameliyatlarda rekürren sinir veya paratiroid ile ilgili morbidite yüksek olabilir. Bu tip lenfatik nüks gelişen papiller kanserli hastaların bir kısmı ameliyat olmasa dahi hastalığı ile birlikte sorunsuz yaşabileceği halde ameliyat edilerek morbidite riskine maruz kaldıkları düşünülebilir. Bu konuda cerrahlar "ceza suça uygun olmalıdır" sözünü unutmamalıdır. Profaktik santral diseksiyonun en ciddi savunucuları dahi bu girişimin ek morbiditeye yolaçmaması için ancak deneyimli kişilerce uygulanmasını gerektiğini belirtmektedir.

Santral kompartman diseksiyonu ile ilgili tartışmalarda deneyim önemli bir noktadır. Santral kompartmandaki reoperasyonların morbiditesi yüksek olmakla birlikte bu tip reoperasyon gerektiren nükslerin düşük risk hasta grubunda nadir olduğu ancak yüksek risk grubunda ise muhtemelen kaçınılmaz olduğu unutulmamalıdır. Profaktik santral diseksiyonla ilgili birinci düzey kanıt elde edilmesi belki hiçbir zaman mümkün olmayacak bile olsa nüks riski ile elektif diseksiyon arasında bir denge kurmak şarttır. Bu denge lateral gangliyon hastalığı açısından sağlanmış olup cerrahi esnasında saptanan belirgin gangliyonlar olmadıkça elektif lateral lenf diseksiyonu endikasyonu yoktur. Konu santral kompartmana geldiğinde ise her zaman hatırlanması gereken şudur; primum, non **nocere –önce zarar verme.**