

Endemik Guatr Bölgesinde Opere Edilen 789 Tiroid Olgusunun Retrospektif Değerlendirmesi

Alp ÖZÇELİK (*), Memduh SOLAK (**), Akın KOCAOLUK (*), Niyazi ÜLGEN (**),
Canan ERENGÜL (***)

ÖZET

Endemik guatr; Dünya popülasyonunun % 12'sini kapsayan, ortak bir problemdir. İodinasyon çok etkilidir ve geçici olarak hipertirodizmde artışa neden olsa da faydaları risklerinin üzerindedir. Bazı hastalarda, tiroid hormonu ile tedavi guatrın büyüklüğünü stabilize etmede yada küçültmede faydalıdır.

Tiroidektomi, mekanik ve kozmetik sebeplerle yada olası veya ortaya konmuş malignansilerde endikedir.

Bu çalışmada, Türkiye'deki endemik guatr bölgesinde yaşayan, klinik, biyokimyasal, sintigrafik ve radyolojik değerlendirmeler sonucu guatr teşhisi konan ve opere edilen 789 hasta preoperatif ve patolojik tanuları ve post operatif erken dönem komplikasyonları açısından incelenmiş ve literatür eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Guatr, tiroidektomi

SUMMARY

Evaluation of 789 Patients who Lives in the Endemic goitre Parts of Turkey

Endemic goiter is preventable and is common worldwide problem, since about 12 % of the world's population has goiter. Iodination is costeffective and although it results in a transient increase in hyperthyroidism, overall the benefits greatly outweigh the risks. Treatment with thyroid hormone is helpful in some patients in stabilizing or decreasing goiter size. Thyroidectomy is indicated for mechanical and cosmetic reasons or because of possible undocumented malignancy.

In this study, we examined 789 patients who lives in the endemic goitre parts of Turkey and operated, after clinical, biochemical, syntigrafic, radiological evaluation. 789 case presented after the evaluation of the preoperative diagnosis, pathological diagnosis and post operative early complications and accompany of literature.

Key words: Goitre, thyroidectomy

Tiroidin herhangi bir nedenle büyümesi "guatr" hastalığı olarak değerlendirilmektedir (1). Ülkemizde guatr sık karşılaşılan bir sağlık sorunudur. Özellikle Doğu Karadeniz'de endemik olarak görülmektedir. "Endemik hastalık" belli bir nedene bağlı olarak gelişen ve yöre halkının % 5'inin üzerinde olan bölümünde saptanan hastalıktır (2).

Tiroid, diffüz veya diffüz-nodüler olarak büyür. Tiroid fonksiyonları normal veya normale yakındır. Genelde neden iyot eksikliğidir. Ülkemizde Doğu Karadeniz bölgesinde görülen guatr basit diffüz ve basit-nodüler şekildedir. Dünyadaki ortalama prevalansı % 12, Doğu Karadeniz'de ise % 42.5 olarak değerlendirilmiştir (3-5). Doğu Karadeniz bölgesinde ana neden olarak iyot ek-

sikliği gösterilmektedir (12). Kara lahana gibi guatrojen gıdalar ise ana neden olarak değerlendirilmemektedir (3,4,6). Yaşa bağlı olarak alınması gereken iyot miktarı Tablo 1'de gösterilmiştir (12).

Endemik guatr bölgesinin saptanmasında palpasyon ve inspeksiyona dayalı prevalans çalışmaları yapılmış ve ülkemizde de bu yöntemle endemik bölgeler saptanmıştır (1,3-5,7). World Health Organization (WHO) ve International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders (ICCIDD) ise prevalans çalışmalarında ultrasonografik değerlendirmeyi önermektedir (8,9,11).

Ülkemizdeki endemi bölgeleri Trabzon (% 68.5), Malatya (% 46.5), Bayburt (% 44.3), Kastamonu (% 35.3)

olarak tesbit edilmiştir (4,5,7,10).

MATERYAL ve METOD

Bu çalışmada tamamı ülkemizin endemik guatr bölgesi olarak tanımlanan Doğu Karadeniz bölgesinde yaşayan klinik, laboratuvar ve sintigrafik olarak guatr tanısı ile ötroid olarak operasyon endikasyonu konulan ve Trabzon SSK hastanesinde tek cerrah tarafından 1981-1997 yılları arasında opere edilen 909 guatr olgusu preoperatif tanı, postoperatif komplikasyonlar, histopatolojik sonuçlar, morbidite ve mortalite oranları açısından retrospektif olarak değerlendirilmiş ve literatür eşliğinde sunulmuştur.

Hastaların tamamı Trabzon, Rize, Bayburt, Günüşhane, Artvin, Giresun vilayetlerinde yaşamaktaydı. Hastalar preoperatif 1 gün önce interne edilmiş ve operasyonu takiben postoperatif 2. gün drenleri alınarak taburcu edilmiştir. Rutin olarak sump dren kullanılmıştır. 120 hasta dosyadaki eksiklikler sebebiyle çalışma dışında bırakılmıştır. Hastalar, rutin olarak postop. 7. gün kontrole çağırılmış ve 2 ay sonra T₃, T₄, TSH değerleri kontrol edilmiştir.

Hastaların 676'sı kadın (% 85), 113'ü erkek (% 15), ortalama

Tablo 1. Yaşa bağlı olarak alınması gereken iyot miktarı.

Yaş	Alın miktarı (µg/gün)
0-6 aylık	40
6-12 aylık	50
1-10 yaş	70-120
11 yaş üzeri	120-150
Pregnancy	175
Lactation	200

Tablo 2. Primer ve reoperatif girişimlerde endikasyonları.

	Primer Girişim		Reoperatif Girişim		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Multinodüler guatr	545	69	21	2.6	566	71
Toksik m.nodüler guatr	202	25.6	3	0.6	205	26
Basedow	13	1.6	-	-	13	1.6
Karsinom	5	0.6	-	-	5	0.6
Toplam	765	97	24	3	789	100

Tablo 3. Operasyon teknikleri.

	Primer Girişim		Reoperatif Girişim		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Bilateral subtotal tiroidektomi	753	95	15	2	768	97
Unilateral subtotal tiroidektomi	2	0.2	9	1	11	1.3
Total tiroidektomi	10	1.25	-	-	10	1.25
Toplam	675	97	24	3	789	100

yaş kadınlarda 45 (17-83), erkeklerde 47 (22-64) idi.

Operasyonlardan önce ince iğne aspirasyon biyopsisi, klinik, sintigrafik ve radyolojik olarak konulan preoperatif endikasyonlar Tablo 2'de; operasyonlarda uygulanan cerrahi teknikler Tablo 3 ve komplikasyonlar Tablo 4'te gösterilmiştir.

Postoperatif komplikasyonlardan kanama, n. laringeus rekürrens paralizisi, hipoparatiroidizm değerlendirilmeye alınmıştır.

BULGULAR

Postoperatif takipte kanama 4 olguda saptandı (% 0.5) ve reoperasyona alındı. Morbidite (% 2.5) olarak belirlendi, mortalite saptanmadı. Toplam 6 olguda; 2'si kalıcı 4'ü geçici n. laryngeus recurrens paralizisi saptandı, bilateral paralizisi saptanmadı. 7'si geçici, 3'ü kalıcı olmak üzere 10 olguda (% 1.25) hipoparatiroidizm klinik bulgu ve bunu destekleyen laboratuvar bulgusu olarak saptandı (Tablo 4). Histopatolojik sonuçlar Tablo 5'de görülmektedir.

TARTIŞMA

Guatrın tedavi yöntemi cerrahın klinik, laboratuvar, sintigrafik ve radyolojik sonuçları değerlendirmesi ile konular, fakat istenirse her durumda cerrahi tedavi uygulanabilir (1).

Tablo 4. Komplikasyonlar.

	n	%
Kanama	4	0.9
Bilateral n.recurrens paralizisi	-	0.5
Unilateral n.recurrens paralizisi (geçici)	4	0.2
Unilateral n.recurrens paralizisi (kalıcı)	2	5
Hipoparatiroidizm (geçici)	7	0.9
Hipoparatiroidizm (kalıcı)	3	0.4
Toplam	20	2.5

Tablo 5. Histopatolojik tanıları.

	n	%
Nodüler kolloidal guatr	686	87
Foliküler adenoma	41	5
Lenfositik tiroidit	32	4
Tiroid hiperplazisi	16	2
Riedel struma	2	0.2
De Quervain	1	0.1
Papiller karsinom	7	0.7
Medüller karsinom	2	0.2
İndifferansiye karsinom	2	0.2
Toplam	789	100

Lenngquist ve diğer otörler, bilateral subtotal tiroidektomi postoperatif hipotroidizm ve n. laryngeus paralizisinin daha az olması açısından basit diffüz ve diffüz-nodüler guatrlarda tercih etmişlerdir. Serimizde de en çok yapılan operasyon bilateral subtotal tiroidektomidir.

Literatürde kalıcı hipoparatroidizm 3 olguda (% 0.4), geçici hipoparatroidizm ise 7 olguda (% 0.9) gözlenmiştir. Histopatolojik tetkiklerde tiroid ca iki grupta toplanmıştır. 1981-1986 yılları arasında 138 operasyonda % 0.72, 1986-1997 yılları arasında 651 operasyonda ise % 1.53 sıklık gözlenmiştir. 1986 yılı Çernobil nükleer kazasının olduğu yıldır. Her ne kadar verilerin istatistiksel anlamı olmasa da radyasyon ile tiroid ca gelişimi arasında ilişki saptanmıştır (1,18,19). Radyasyon en çok 7 yaş grubu çocukları etkilemektedir. Özellikle 3 dekat sonra karsinom gelişim sıklığı artmaktadır (1). Bu nedenle, Çernobil faciasının üzerinden geçen süre zarfında aynı zamanda endemik guatr bölgesi olan doğu Karadeniz bölgesinde, özellikle o yıllarda çocuk yaşta olan nüfusun taramaya tabi tutulması gerektiği inancındayız.

Serimizde de görüldüğü üzere, komplikasyon oranlarımız literatürle karşılaştırıldığında oldukça tolere edilebilir seviyededir. Bunda en büyük nedenin, 15 hizmet yılını doldurmuş olan tecrübeli bir cerrah tarafından ve hizmet hastanesinde gerçekleştirilmiş olmasını düşünüyoruz. Tiroidektomide ciddiyet sayesinde komplikasyonlardan korunulabileceğinin anlaşılması ile birlikte, yüz yılın başlarında % 1-2'lerle ifade edilen mor-

taliteden şimdilerde bahsedilmemektedir.

KAYNAKLAR

- 1. Erdoğan G:** Guatrın tanımı ve basit diffüz guatr. In: Tiroit hastalıkları ve cerrahisi. Ed: İşgör A. 1. baskı p:215-221, 2000.
- 2. Hetzel B:** The iodine deficiency disorders. In: The thyroid and its diseases. Ed: De groot LY, Sixty edition, Churchill Livingstone p:711-744, 1996.
- 3. Erdoğan G:** Basit guatr ve troid neoplazileri. Klinik bilimlere giriş V. A.Ü Tıp fak. Yayınları, 79, 1996.
- 4. Koloğlu S:** Türkiye'de endemik guatr. Elif Matbaası, 1984.
- 5. Urgancıoğlu İ, Hatemi H, Uslu ve ark:** Endemik guatr taramalarının 2. değerlendirmesi. Klinik Gelişim 36-38, 1987.
- 6. Drexhage HA:** Evidence for thyroid growth stimulating immunoglobulins in some goitrous disease. Lancet 2:28, 1980.
- 7. Urgancıoğlu İ, Hatemi H:** Türkiye'de endemik guatr. Cerrahpaşa Tıp Fak. Nükleer Tıp Bilim Dalı Yayın no 17, İstanbul, 1989.
- 8. Erdoğan G:** Türkiye'de endemik guatr etyolojisinin araştırılması. XXI. Metabolizma kongresi İstanbul, 1998.
- 9. Gutengust R:** Requiriments for goiter survese and the determination of goiter size. In: iodine deficiency in Europe p:109-118, 1993.
- 10. Aslan P:** 15 ilde beslenme eğitimi ve araştırma projesi. Ankara, 1996.
- 11. WHO/UNİCEF/ICCIDD:** Indicators for assensing iodine deficiency disorders and their control through salt iodination Geneva, WO, 1994.
- 12. WHO:** Trace elements in human nutricion. Geneva, WHO, press. (John D. Carson, Thyroid surgery In: Endokrin surgery; p.15-25, 2000'den alınmıştır).
- 13. Kasemsuvan L:** Recurrent laryngeal nerve paralysis: a complication of thyroidektomy. J Otolaryngology 26(6):365, 1997.
- 14. de Roy van Zuidewinj DB:** Complications of thyroid surgery. Ann Surg Oncol 56, 1995.
- 15. Bourrel C:** Transient hypocalcemia after thyroidektomy. Ann Otolaryn 102-496, 1993.
- 16. Lennquist S:** The throid nodule. Surg Clin North Am 67(2):213, 1987.
- 17. Shull JH:** Thyroid carcinoma: immunology, irradiation, and lymphotic infiltratiopn. Arch Surg 114:729-731, 1979.
- 18. Greenspan FS:** Radiation exposure and thyroin cancer. JAMA 237, 1977.