



Qalxanabənzər vəzin xərçəngi

Hazırladılar: ATU, I Cərrahi xəstəliklər kafedrası

t.ü.f.d. A.Hümmətov

Dos. A.Abbasov

Rezident: X.Şirinova

Qalxanabənzər vəzin xərçənglərinin rastgəlmə tezliyi



**Hər il 1,000,000
– da 40 nəfər
tiroid xərçənginə
tutulur.**

**Hər il 1,000,000
– da 6 nəfər
tiroid
xərçəngindən
ölür.**

**Tiroid
xərçəngləri,
bütün
xərçənglər
içərisində 1% -
dən az yer tutur.**

Qalxanabənzər vəzin xərçəng xəstəliyinin təsnifatı

Birincili

Limfoma

Epitelial

➤ Differensiasiya olunmuş

- ❑ *Papillyar*

- ❑ *Follikulyar*

- ❑ *Hurthle (Oxyphlic)*

➤ Differensiasiya olunmamış

- ❑ *Medullyar*

- ❑ *Anaplastik*

İkincili (metastatik)



➤ Hipernefroma

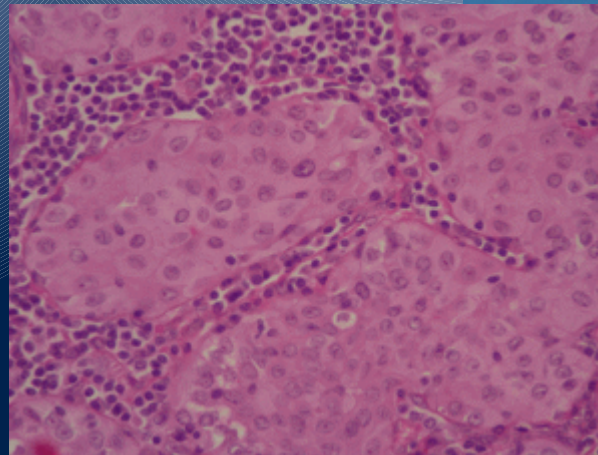
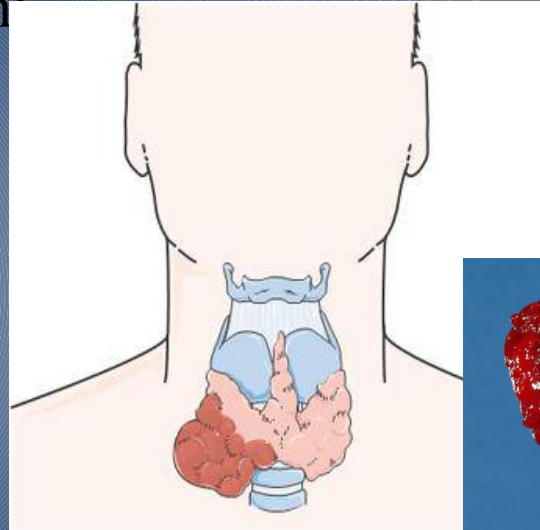
- Ağciyər

- Süd vəzisi

- Melanoma

Papillary tiroid xərçəngi

- Bütün tiroid xərçənglərinin 80%-ni təşkil edir.
 - Qadın/kişi nisbət 2/1 – dir.
 - Ən çox 30 – 40 yaş aralığında rastlanır.
 - Histoloji olaraq;
 - Papillary
 - Papillary – follikulyar
 - Təmiz follikulyar tipləri mövcuddur.
- Fibro - vaskulyar stromada kalsium depositləri
(Psommoma body) olması xarakterikdir.



Makroskopik olaraq

Minimal / gizli / mikro xərçəng:

- 1,0 sm və ya daha kiçik olur.
- Palpasiya olunmur.
- Yerli invaziya yoxdur.
- Limfa düyünləri izlənmir.

İntratiroidal xərçəng

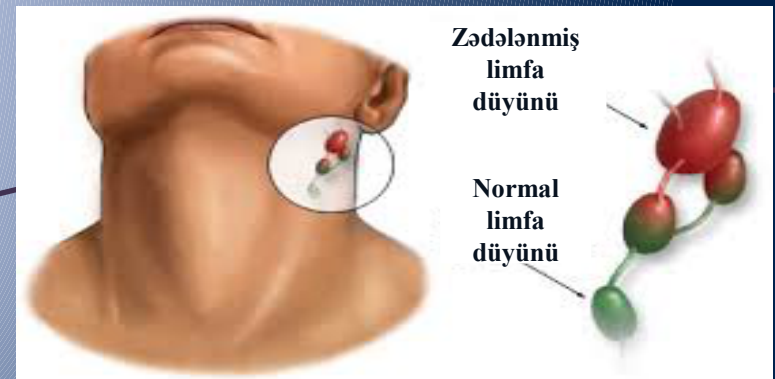
- 1,0 – dən böyük olur.
- Tiroid daxilində yerləşir.
- Ekstratiroid invaziya yoxdur.

Ekstratiroidal xərçəng

- Kənar toxumalara invaziya qeyd edilir.

Xüsusiyyətləri

- Uşaqlıqda baş və boyunda radiasiyaya məruz qalanlarda ən çox rast gəlinən xərçəngdir.
- TSH – dan asılı şişlərdir.
- Limfogen yolla yayılır.
- Zərdab tiroqlobulini şişin təyinedicisidir.
- Bu şişlərdə nadir hallarda anaplastik karsinoma transformasiyası görülmə bilər.



Xüsusiyyətləri

- 25 – 30% multisentrikdir.
- 95% limfatik, 5% hematogen yolla metastaz verir.
- Proqnozu ən yaxşı olan tiroid xərçəngidir.
10 illik yaşam göstəricisi 85 – 90% - dir.

Alqoritm

Klinik əlamətlər

- Bir çox xəstələrdə, boyunda yavaş böyüyən kütlə qeyd edilir.
- Gec dövrdə yerli; disfagiya, dispnoe, batıq səs, ibsilateral limfa (+)
- Limfa düyününün zədələnməsi ilkin prosesdən daha basqın ola bilər.
- Uzaq metastaz az rast gəlinir (1–15%).

Diagnoz

- Anamnez
 - Fm
 - İİAB

Müalicə

- Bilateral total tiroidektomiya + RAİ 131 ilə tiroid ablasiyası
- Əgər boyunda LAP varsa, MRDB edilir.
- Eksternal radioterapiya: Yerli invaziyası olan nəhəng tiroid xərçənglərində və RAİ müalicəsi effektiv olmayan hallarda tətbiq edilir.

Müalicə prinsipləri

QV papillyar xərçəngində əsas müalicə cərrahi ablasiyadır. 1sm-dən aşağı olan törəmədə lobektomiya və istmusektomiya uyğun bir cərrahi müalicə əsələdür.

Gənc xəstələr də, əsasən 15 yaş və ondan aşağı olanlarda boyun metastazı olma ehtimalı yüksəkdir. Bu səbəblə bu yaş qrupundakı xəstələrə total tiroidektomiya və əllənən limfa vəziləri varsa, limfadisseksiya aparılmalıdır.

Daha böyük törəməsi olan xəstələrdə əməliyyatdan sonra Y¹³¹ müalicəsi göstərişdir. Əgər ilk əməliyyatdan sonra lokal və ya regional limfa vəzilərində residiv aşkarlanarsa, həmçinin rezidual vəz toxuması qalarsa tamamlayıcı tiroidektomiya və göstərişdirsə regional limfadisseksiya əməliyyatı aparılmalıdır.

Yaşı 15 – 40, şişin ölçüsü 2 sm - dən aşağı olan xəstələrdə cərrahi əməliyyat mübahisəlidir. Bəzi cərrahlar total tiroidektomiya etsələr də, birtərəfli lobektomiya, istmusektomiya əməliyyatının yetərli olduğu haqqında tədqiqatlar vardır. 2 sm - dən böyük şişlərdə isə total tiroidektomiya və ya totala yaxın tiroidektomiya əməliyyatı icra edilir. Əllənən limfa vəziləri olan hər hansı bir yaş qrupunda modifikasiya olunmuş limfadisseksiya aparılmalıdır. Total tiroidektomiyanın üstünlüyü, postoperativ radioaktiv yod müalicəsinin tətbiq oluna bilməsidir. Rezidual vəz toxuması qalarsa, radioablasiyanın daha az təsiri olur və daha yüksək dozaya ehtiyac duyulur.

Proqnoz

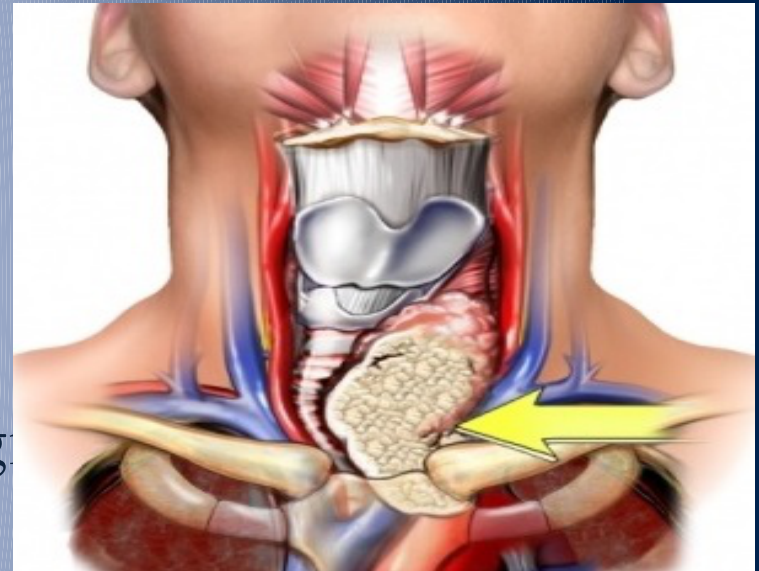
**AGES, AMES şkalasına görə
25 illik yaşam göstəricisi
2 – 46% təşkil edir.**

Bilateral total tiroidektomiyanın səbəbi

- Şişin multisentrik olması;
- Total tiroidektomiyadan sonra TSH – ın lazımi səviyyəyə yüksəlməsi RAI 131 – in tirositlər tərəfindən daha yaxşı tutulmasına şərait yaradır;
- Təqib əsnasında tiroqlobulin istifadəsi daha etibarlı olur;
- Ölümün əsas səbəbinin traxeal invaziya və yerli residivin olması.

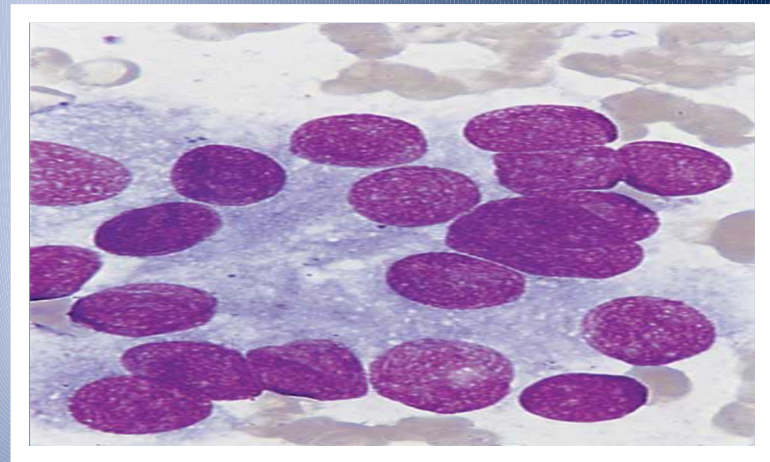
Folikulyar tiroid xərçəngi

- Bütün tiroid xərçənglərinin 10% - ni təşkil edir.
- Qadın/kişi nisbəti 3/1 – dir.
- Ən çox 50 yaşda rastlanır.
- TSH – dan asılıdır, yod çatışmazlığı olan bölgələrdə rastlanır.
- Hematogen yolla sümük, ağciyər, qaraciyər və. metastaz verir.
- Limfogen metastaz nadir olub, gecikmiş mərhələlərdə 10% rast gəlinir.



Histoloji görüntüsü

- 90% hallarda kapsullu və solitardır
- *Minimal invaziv şiş: (Low grade ca) kapsulda invaziya yoxdur, lakin nadirən metastaz verir. Daha əvvəl atipik adenoma olaraq qeyd edilirdi.*
- *İnvaziv şiş: Kapsul və damar invaziyaları vardır.*



Alqoritm

Klinik əlamətlər

- Anamnezdə uzun müddətli ur və
- sürətli böyüyən, solitar, ağrısız düyün, düyün daxilinə qanaxma, ağrı
- Eutiroid xəstə (1% hipertiroid)

Diagnoz

- Anamnez
- Fm
- Lab
- İİAB (uzaq metastaz yoxdursa, diaqnozun qoyulması çətinləşir.

Müalicə

- Bilateral Total tiroidektomiya + RAİ 131 ilə tiroid ablasiyası

Proqnoz

- 10 ildə 15% ölüm

Müalicə prinsipləri

FX-nin müalicəsi əsasən cərrahi üsulla aparılır. Əgər bir payda düyün <2 sm-dirsə, Lobektomiya, itsmusektomiya; düyün 2 sm $<$ isə total tiroidektomiya əməliyyatı düşünülməlidir.

4 sm-dən böyük olan solid düyünün bəd xassəli olma riski 50%-dən yüksək olduğundan Total tiroidektomiya əməliyyatı edilməlidir.

FX-dən əməliyyatından sonra proqnoz yaşla əlaqəlidir. 40 yaşdan aşağı xəstələrdə proqnoz çox yaxşıdır, 5-10 illik yaşama 95%-dir.

Adenoma olduğu düşünülərək lobektomiya olunan bir xəstədə patohistoloji rəy follikulyar xərçəng olarsa, bundan sonra hansı müalicənin seçilməsinə qərar verilməsi üçün 2 məsələ (nöqtə) dəyərləndirilməlidir.

Qiymətləndirilmə AMES və ya AGES sisteminə görə aparılmalı;

Əgər aşağı risk qrupu isə (gənc xəstə) 6 ay fasilə ilə USM edərək nəzarət altında saxlanılmalıdır.

Əgər yüksək risk qrupunda isə (60 yaşdan yuxarı, 2 sm-dən böyük düyün) radioaktiv yod müalicəsi göstərişdir. Bunun üçün öncə tamalayıcı tiroidektomiya əməliyyatı aparılmalıdır.

Əməliyyatdan sonra TSH -ın tiroid xərçənginin böyüməsinə təsirini azaltmaq üçün T_4 verilir. Ancaq bəzi ədəbiyyatlar TSH-ın aşağı tutulmasını tam olaraq dəstəkləmir. Hətta son illərdə bəzi tədqiqatlarda T_4 ilə aqressiv müalicənin FX residivinin qarşısının alınmadığı, osteoparoz kimi əlavə təsirlərinin artdığı göstərilmişdir.

Radioaktiv yod müalicəsinə göstərişlər də mübahisəlidir. Əgər xəstədə erkən mərhələdə total tiroidektomiya əməliyyatı aparılıbsa radiaktiv yodla müalicənin proqnoza heç bir təsiri yoxdur. Radioaktiv yodla müalicə yaşlı və əməliyyatdan sonra tireoqlobulin səviyyəsində artım olan xəstələrdə aparılmalıdır.

Hurtle hüceyrəli xərçəng

Bütün tiroid xərçənglərin in 3% - ni təşkil edir.

Folikulyar xərçəngdən fərqli olaraq, radioaktiv yodu daha az (10%) tutur, bilateral, multifokal və limfa düyünü metastazı (25%) daha çox olur.

Klinik əlamət:
Solitar, ağrısız düyün

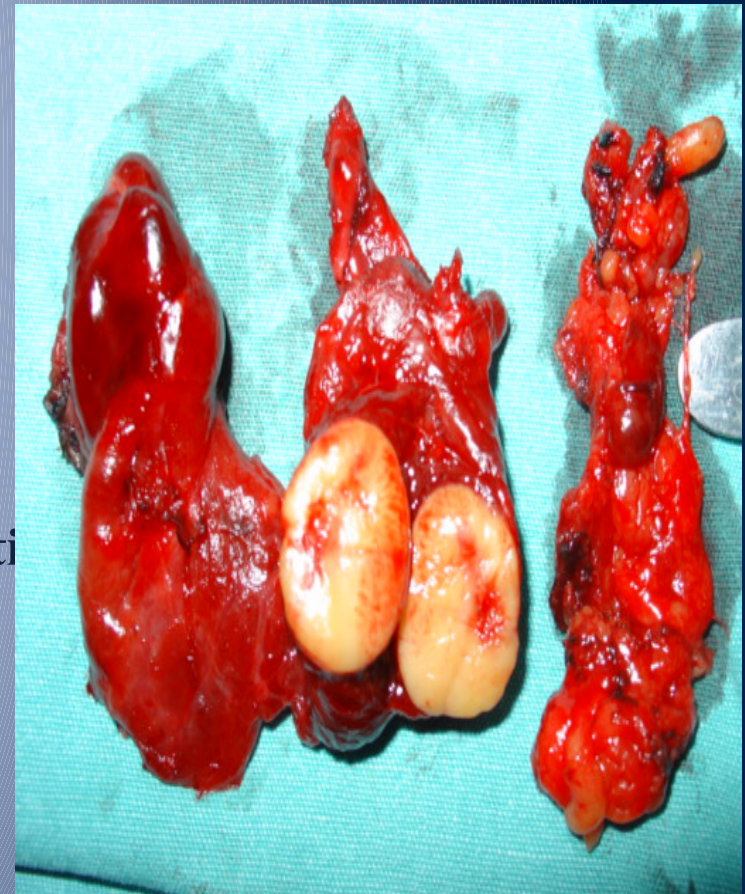
Diaqnoz:
Anamnez, Fm, İİAB

Müalicə:
Total tiroidektomiya + mərkəzi limfadiseksiya, lateral limfa düyünü (+) olarsa, modifikasiya olunmuş boyun disseksiyası

Proqnoz:
Folikulyar xərçəngdən daha pisdır.

Medullary tiroid xərçəngi

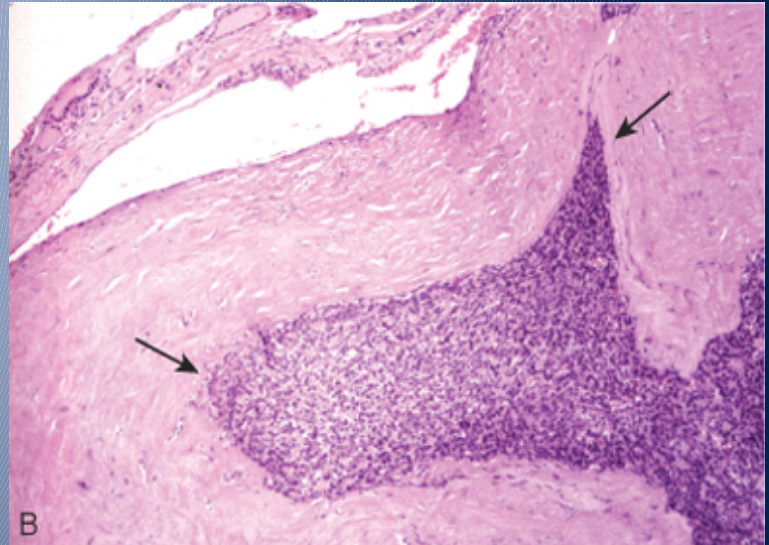
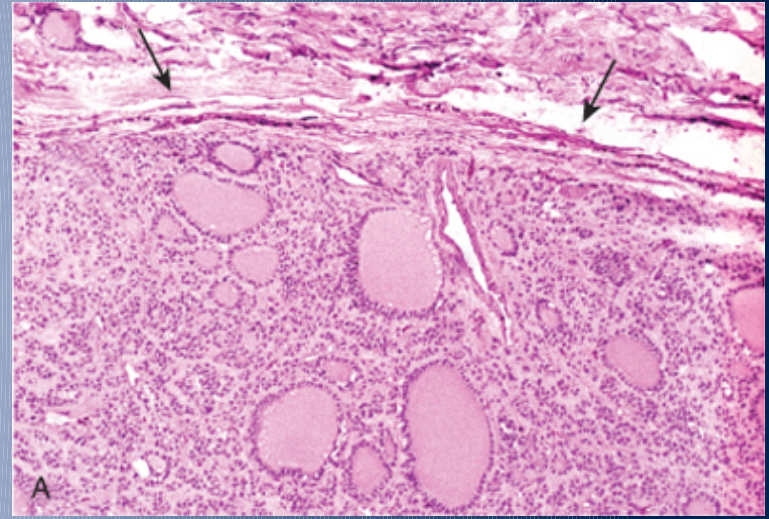
- Bütün tiroid xərçənglərinin 3 – 19% - ni təşkil edir.
- Neyroektodermal mənşəli parafollikulyar C hüceyrələrindən inkişaf edir.
- Daha çox yuxarı lateral hissədə yerləşir
- Amiloid, Kalsitonin, CEA, histaminaza (+)
- AKTH, Melanin, VIP, Serotonin, Somatostatik, Bombesin,
- PG, Beta endorfin, Substans – p
- 30% ailəvi, 70% sporadik xarakterikdir.



Ailəvi medullyar tiroid xərçəngi

**Ailəvi (90% multisentrik,
bilateral)**

- MTX
- MTX + Feo + Paratiroid hiperplaziya (MEN II A)
- MTX + Feo + Qanqlionevroma + Marfan sindromu (MEN II B)



Sporadik (unilateral) MTX

Klinik əlamətlər

- Ailəvi MTX erkən yaşda, sporadik 50 – 60 yaşda görülür.
- Tiroiddə ağrılı düyün
- Boyun limfadenopatiyası (LAP)
- Yerli invaziya ilə əlaqədar disfagiya, dispnoe, disfoniya, səbəbi məlum olmayan diarreya
- Ektopik AKTH sekresiyası ilə əlaqəli 2 – 4% hallarda Kuşinq
- Hiperparatiroidizmlə əlaqəli böyrək daşı
- Feo ilə əlaqəli hipertenziya

Diagnoz

- Anamnez, Fm, Lab, İİAB
- Tiroiddə düyün, diarreya və kalsitonin yüksəlməsi şübhə yaradır.
- Kalsitonin şişin ölçüsü və metastazvermə ilə düz mütənasib olduğu üçün çox əhəmiyyətlidir.

Müalicə

- **Preoperativ feoxromasitoma araşdırılmalıdır.**
- **Əgər kütlə varsa, bilateral adrenalektomiya icra edilməlidir.**
- **Zərdab kalsiumu və PTH səviyyələri yoxlanmalıdır.**
- **Paratiroid hiperplaziyası varsa, total və ya subtotal paratiroidektomiya edilməlidir.**
- **Bilateral Total tiroidektomiya + Mərkəzi limfadiseksiya;**
- **Lateral boyun disseksiyası: mərkəzi limfa düyünləri (+) , şiş 2 sm – dən böyük, lateral limfa düyünləri (+);**
- **Yuxarı mediastinal limfadiseksiya, bu qrup düyünlərdə zədələnmə varsa, icra edilir.**
- **Eksternal radioterapiya qeyri – rezektabel və residiv hallarında aparılır.**
- **Kimyaterapiya effektsizdir.**

Proqnoz

- 10 illik orta yaşam göstəricisi limfa düyünləri (-) isə 80%, (+) isə, 45% - dir.
- Ümumiyyətlə proqnoz sıralaması: Yaxşıdan pisə doğru

NonMen Fam MTX MEN II A Sporadik MTX MEN II B

- Fam MTX – də həyat anamizində ailədə belə hal olarsa, 5 yaş əvvəl tiroidektomiya etməklə yaxşı nəticə əldə oluna bilər.

İzləmə: CEA, Kalsitonin.

Anaplastik xərçəng

Bütün tiroid xərçənglərinin 1%-ni təşkil edir.

Qadın/Kişi nisbəti 1,5/1-dir.

Ən çox 70-80 yaş aralığında rastlanır.

Patoloji

Klinika

Diagnoz

Qonşu orqanlara invaziya edən, sürətli böyüyən şiş

Limfa zədələnməsi daha çox (+)

Sellulyar heterogenlik (differensiasiya olunmuş papillyar və follikulyar hüceyrələr)

Orijinal kiçik hüceyrəli şiş olub, limfoma və az hallarda MTX ilə qarışa bilər.

Yaşlı qadın xəstədə boyunda bir müddət olan kütlənin son zamanlarda sürətli böyüməsi və ağrılı olması

Disfoniya, disfagiya və dispnoe çox rastlanır.

Çox sürətli böyüyür və aqressiv davranır.

Qısa müddətdə ətraf toxumalara invaziya edir.

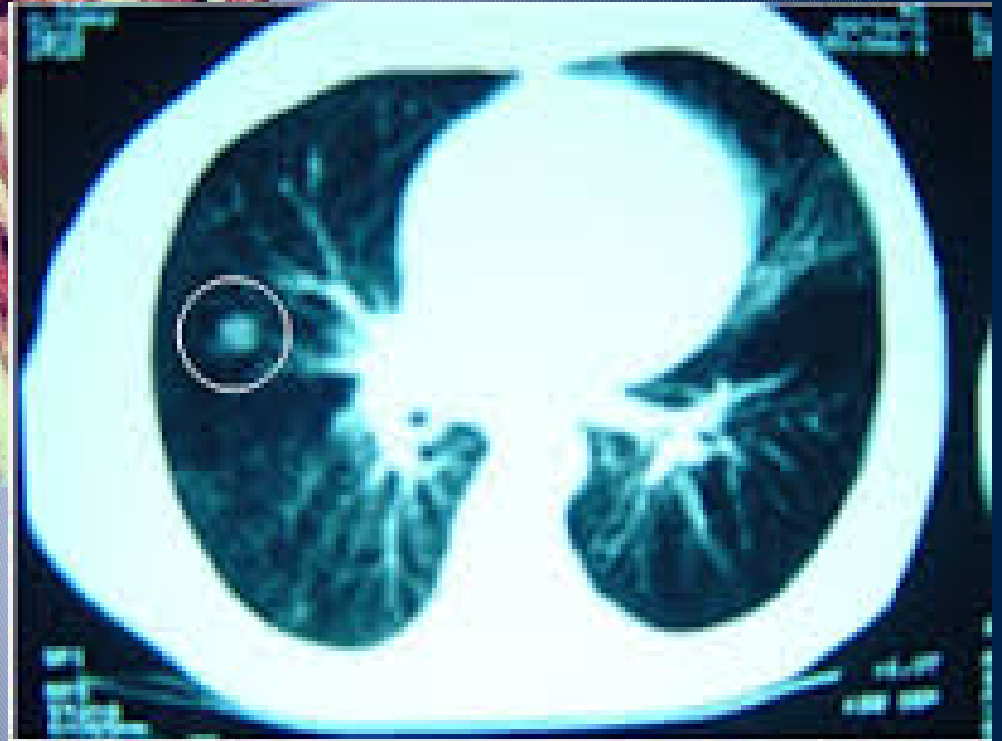
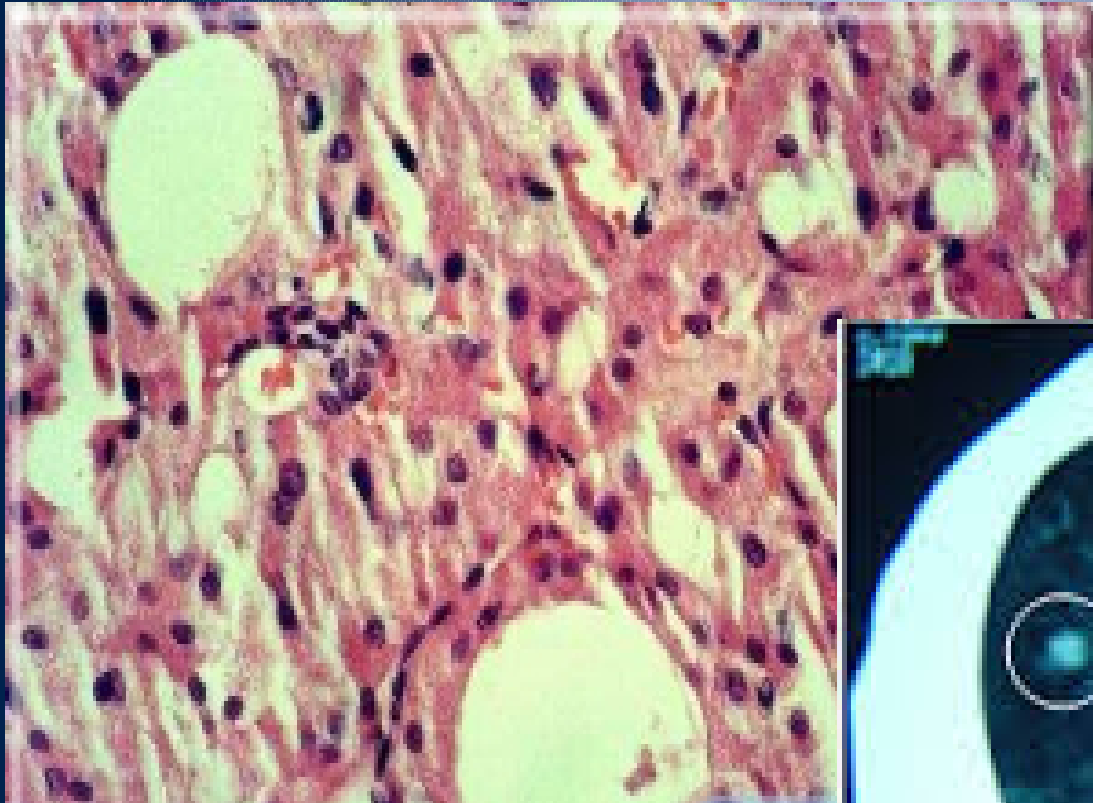
Ən çox ağciyəərə metastaz verir.

Bütün müalicə modelləri effektivsizdir.

Doxorubicinlə birlikdə hiperfraksion radioterapiya sitoreduksion tiroidektomiya + radioterapiya və tamamlayıcı kimyaterapiya müalicəsindən sonra 2 illik yaşam şansı 12% - dir.

TSH – dan asılı deyillər.

Yod konsentrasiya etmədiyindən, RAI müalicəsi mənasızdır.



Limfoma

Bütün tiroid xərçənglərinin 1%-ni təşkil edir.

Daha çox xronik limfositik tiroidit (Haşimato) zəminində meydana çıxır.

Əksaər hallarda qeyri – Hodgkin - B cell tipdir.

Nadirən yayılmış limfomanın bir qolu kimi tiroiddə də rastlanır.

Patogenetik olaraq xronik antigen stimulyasiyasının limfosit transformasiya etdiyi deyilir.

Klinika: Anaplastik xərçəng-ə bənzəyir, lakin sürətlə böyüyən kütlədə adətən ağrı olmur.

Adətən Haşimato ilə birlikdə olduğu üçün , xəstələr əsasən hipotiroid olur.

Müalicə: Kimyaterapiya
+ Radioterapiya

Bu müalicəyə cavab verməyən xəstələrdə tənəffüs yolu obstruksiyasının qarşısını almaq üçün

**Tiroidektomiya
VƏ
limfadisseksiya**

**Diagnoz:
İİAB**

Proqnoz: Şişin dərəcəsiindən və yayılmasından asılıdır.

5 illik yaşam intrathyroid - 85%,
Disseminasiya olunmuş formada –
405 – dir.

Cərrahiyyə ilə birlikdə və ya onsuz, proqnoz eynidir.

Metastatik karsinoma

**Tiroid, digər
orqanların
metastazı üçün
nadir bir
orqandır.**

**Anamnez,
Fm və
İİAB ilə
birincili şiş
tapıla bilər.**

**Böyrək, süd
vəzisi, ağciyər
və melanoma
tiroidə ən çox
metastaz verən
xərçənglərdir.**

**Simptomatik
hallarda
lobektomiya
icra edilir.**