

R A P O R

TİROİD CERRAHİSİ KİMLER TARAFINDAN YAPILMALI veya YAPILMAMALI?

**Prof. Dr. Levent ERİŞEN
Haziran-2006**

Bu rapor;

- **son dönemde ciddi boyutlara ulaşan Genel Cerrahi ile Kulak Burun Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi (KBB-BBC) uzmanlık disiplinleri arasındaki tiroid cerrahisiyle ilgili tartışmalara açıklık getirmek,**
- **Türk KBB ve BBC Derneği Yeterlilik Kurulu Eğitim Kurumları ve Programları Değerlendirme Komisyonunun 16 Nisan 2006’da yaptığı 3. toplantıda almış olduğu 11. karara bağlı olarak, tüm KBB kurum ve kuruluşlarında ilgili konuyu aynı temelde tartışmak,**
- **“Baş-Boyun Kanseri Çalışma Grubu” tarafından Türk KBB-BBC Derneği Yönetim Kurulu’na sunulmak üzere hazırlanacak olan rapora yönelik görüş bildirmek, ve**
- **Türk Cerrahi Derneği’nce hazırlanan “Tiroid Cerrahisi: Kim Yapmalı?” başlıklı yazıdaki iddiaları tartışmak ve yanıt vermek, amaçlarıyla hazırlanmıştır.**

Günümüz modern ve güncel tıp uygulamalarında, geçmişteki geleneksel uzmanlık alanları, yerini üst uzmanlık alanlarına, hatta özel ilgi alanlarına bırakmıştır. Ayrıca toplumda sık görülen ve birçok uzmanlık alanını ilgilendiren bazı konularda, sadece geleneksel bir uzmanlık alanı yerine, ilgili birçok uzmanlık alanını içeren ve birçok uzmanlık alanından konuyla ilgili hekimleri ve sağlık çalışanlarını bir araya getiren “çok disiplinli ekip” çalışması çağdaş yaklaşım yöntemi olmuştur. Bu şekilde üst uzmanlık alanlarının ötesinde özel ilgi alanlarının gelişmesi günümüz tıbbının vazgeçilmez bir parçası olarak ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda güncel tıp uygulamalarında, eskiden olduğu gibi siyah-beyaz alanlar yerine gri alanlar oluşmuş, geleneksel uzmanlık alanlarının sınırları içindeki bazı konular ortak konular haline gelmiştir. Bu gelişmeler birçok klasik uzmanlık alanları arasında tartışmaya neden olmaktadır. Bu örneklerden biri de “**TİROİD CERRAHİSİ**”dir. Aslında bu örnekler sayılamayacak kadar fazladır:

- Rinoplasti: KBB ve plastik-rekonstrüktif cerrahi
- El cerrahisi: Ortopedi ve plastik-rekonstrüktif cerrahi
- Sürrenal cerrahisi: Genel cerrahi ve üroloji
- Vertebra cerrahisi: Ortopedi ve beyin cerrahisi
- Köşe tümörleri, kafatabanı cerrahisi: KBB ve beyin cerrahi
- Hipertansiyon: Kardiyoloji, nefroloji ve diğer dahili branşlar
- Başağrısı: KBB, nöroloji, fizik tedavi, beyin cerrahisi
- Uyku bozuklukları ve uyku apnesi: KBB, göğüs hastalıkları, nöroloji
- Alerjik hastalıklar: KBB, dermatoloji, immünoloji, göğüs hastalıkları
- Behçet hastalığı: Dermatoloji, göz, immünoloji, romatoloji
- Damar cerrahisi: Kalp-damar cerrahisi ve genel cerrahi vs gibi...

Bu yazı-raporun temel amacı; yukarıda belirtilen gelişmeler çerçevesinde tiroid cerrahisi konusunda başta genel cerrahi disiplini olmak üzere genellikle dile getirilen ve KBB-BBC hekimlerinin tiroid cerrahisi yapıp yapmaması konusunda ortaya atılan iddiaları irdelemektir. Yazıda konu ile ilgili iddia ve ana tartışma konuları tek tek ele alınarak her birine açıklık getirilecek, bu konuda hepimizin örnek aldığı ve birçok meslektaşımızın eğitimi için belli bir süre bulunduğu Batı Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerindeki güncel ve çağdaş uygulamalar vurgulanacak ve Türkiye’de de bu çitayı yakalayabilmek amacıyla neler yapılabileceği özetlenecektir.

1. **“Tiroid cerrahisi bir endokrin cerrahisidir, bu nedenle genel cerrahi disiplininin bir üst uzmanlık alanı olan endokrin cerrahisi konusudur, dolayısıyla KBB hekimlerince değil, genel cerrahlar tarafından ve endokrin cerrahları tarafından yapılmalıdır.”**

- Tiroid cerrahisi uygulamalarının ciddi bir bölümü günümüzde endokrinolojik nedenlerden dolayı değil “ONKOLOJİK” nedenlerden dolayı yapılmaktadır. Konuyla ilgili kongre ve/veya sempozyum içerikleri ve kaynak kitap bölümleri incelendiğinde bu nokta daha iyi anlaşılmaktadır. Yani günümüz tiroid cerrahisi “**Endokrin Cerrahisi**” olduğu kadar aynı zamanda “**Onkolojik Cerrahi**”dir ve konunun hem endokrinolojik hem de onkolojik prensiplerini bilen kişiler tarafından yapılmalıdır. Bu bağlamda bakıldığında tiroid cerrahisi KBB uzmanlık alanının bir özel uğraş alanı olan “Baş-Boyun Cerrahisi” ve onun temel uğraşısı olan “Baş-Boyun Onkolojik Cerrahisi”nin de vazgeçilmez bir parçasıdır. Buna en iyi ve en güncel örnek, KBB disiplini dışındaki kurumlar tarafından düzenlenen ve 19-21 Ekim 2006 tarihinde yapılacak olan “**Oncology World Congress**”inde “Endokrinolojik Maligniteler” adlı bir oturumun olmaması ve “*Head and Neck Cancer*” başlıklı oturumda “Tiroid Kanseri”nin de ele alınmasıdır (1). Günümüzdeki tıbbi gerçek; “*bu cerrahiye yapan konu ile ilgili KBB hekimlerinin endokrinolojik prensipleri bilmesi zorunluluğu kadar, bu cerrahiye yapan genel cerrahi veya endokrin cerrahisi hekimlerinin de onkolojik prensipleri bilmesi zorunluluğu*”dur.
 - Bu noktada eğer “Baş-Boyun Cerrahisi”nin KBB uzmanlık alanında resmi bir üst ihtisas dalı olarak henüz kabul edilmediği ileri sürülürse, aynı iddia endokrin cerrahisi için de geçerlidir.
- Genel cerrahi uzmanlık alanının üst uzmanlık dalı olan endokrin cerrahisi, acaba vücuttaki tüm endokrinolojik cerrahiye yapmakta mıdır? Örneğin beyin cerrahisi hekimleri tarafından yapılan (hatta son zamanlarda endoskopik yardımcı olarak KBB hekimleri ile birlikte yapılan) hipofizektomi; kadın hastalıkları ve doğum hekimleri tarafından yapılan over cerrahisi; aynı zamanda üroloji hekimleri tarafından da yapılan sürrenal cerrahileri de endokrin cerrahisi değil midir? Yani insan vücudundaki endokrin dokuları içeren yapıların cerrahilerinin tümü sadece endokrin cerrahisi tarafından yapılmamaktadır. Kaldı ki KBB hekimlerinin günümüzdeki modern tıp uygulamaları içinde, hipofiz ve nöroendokrin tümörler (paragangliyomlar) gibi diğer endokrin patolojiler de bulunmaktadır. Bu da “*tiroid cerrahisinin sadece endokrin cerrahları tarafından yapılması gerektiği*” tezini **ÇÜRÜTMEKTEDİR**.
- Tiroid cerrahisi yukarıda örnekleri verilen diğer birçok patoloji gibi konuyla ilgili birçok disiplini ilgilendiren bir patolojidir. Bu durumda tiroid cerrahisi genel cerrah veya endokrin cerrah tarafından yapıldığında, bunun endokrin açıdan takibi ve gerekli tedavileri de bu cerrahlar tarafından mı yapılacaktır? Yanıt kesinlikle HAYIR’dır. Bu nedenle Türk Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu tarafından hazırlanan yazının (2) 114. sayfasının 2. sütun 3. paragrafında belirtilen “Geleneksel olarak da tiroid bezi hastalıklarının hem medikal hem de cerrahi tedavisi, modern cerrahinin ülkemizde kurulduğu günden bu yana genel cerrahi uzmanlarınca başarı ile uygulanmaktadır.” ifadesi son derece yanlıştır ve bu iddia “Endokrinoloji” bilim dalını **YOK SAYMAK** demektir. Tiroid cerrahisi hangi disiplin tarafından yapılırsa yapılsın, endokrinolojik açıdan “Endokrinoloji” bilim dalı ile ortak çalışılması gereken bir konudur. İngiltere Tiroid Birliği (*British Thyroid Association / BTA*)’ne göre bu çok disiplinli ekipte (*Multi-Disciplinary Team, MDT*) **cerrah** (genel cerrah, endokrin cerrah veya KBB hekimi **DEĞİL**),

endokrinolog, onkolog (veya nükleer tıp uzmanı) olmalı ve bu ekip patoloğ, biyokimya uzmanı, radyolog ve bu konuda özelleşmiş hemşire tarafından desteklenmelidir (3).

Yani bu cerrahinin endokrinolojik prensipleri tabii ki yapan cerrah tarafından bilinmelidir ama cerrahi ister genel cerrah ister KBB hekimi tarafından yapılsın, “*bu hastalıkların endokrinolojik açıdan takip ve tedavileri mutlaka endokrinolog tarafından yapılmalıdır*”.

2. “Tiroid cerrahisi Türkiye’de geleneksel olarak genel cerrahlar tarafından yapılmaktadır, KBB hekimleri tarafından yapılması Türk tıbbındaki eğilimlere ters düşmektedir, bu nedenle KBB hekimleri tarafından yapılmamalıdır.”

- Eğer geleneklere ve yıllarca var olan eğilimlere devamlı bağlı kalınacak olunsaydı, günümüz modern tıbbına nasıl ulaşılacak, bu gelişmeler nasıl yaşanacaktı? Günümüz modern tıbbı, özellikle üniversite ve akademik kurumlardaki uygulamalarda *geleneksel kalıplara ve eğilimlere bağlı kalınarak değil, bunlar aşılıp geliştirilebilir.*
- Nitekim bundan bir yüzyılı aşkın bir zaman önce ilk total larenjektomi 1873 yılında bir genel cerrah olan Billroth tarafından gerçekleştirilmiş ve 20. yüzyıl ortalarına kadar da bu cerrahi genel cerrahlar tarafından yapılmıştır. Bu mantıkla bakılır ise günümüzde de larenjektomi genel cerrahlar tarafından mı yapılmalıdır? Türk Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu tarafından hazırlanan yazının (2) 115. sayfasının 3. sütun 2. paragrafında belirtilen, “*çağdaş tiroid cerrahisi temelini 20. yüzyıl başlarında İsveçli bir genel cerrah olan Theodor Kocher tarafından atıldığı*” gerçeğinden yola çıkılarak, “*bugün de mutlaka tiroid cerrahisi genel cerrahlar tarafından yapılmalıdır*” sonucuna ulaşmak son derece yanlış bir yorumlamadır.
- Aslına bakılacak olursa bundan yüzyıl öncesine, diğer cerrahi uzmanlık disiplinleri kurulana kadar hemen tüm cerrahi girişimler genel cerrahi tarafından yapılmakta idi. Bu mantıkla düşünüldüğünde günümüzde KBB, ortopedi, üroloji, plastik-rekonstrüktif cerrahi, çocuk cerrahisi, kalp-damar cerrahisi, göğüs cerrahisi, beyin cerrahisi gibi diğer cerrahi uzmanlık alanlarına gerek olmamalıydı, tüm cerrahi girişimler genel cerrahlar tarafından yapılmalıydı. *Ülkemizdeki gelenekleri ve yıllarca var olan eğilimleri savunmak, günümüz modern tıbbını inkar etmek demektir.*
- Yine Türk Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu tarafından hazırlanan yazının (2) 118. sayfasının 3. sütun 3. paragrafında genel cerrahi dışındaki cerrahi disiplinleri “*küçük cerrahi branş*” olarak nitelemek de son derece üzücü bir durumdur. Günümüz modern ve çağdaş “Baş-Boyun Onkolojik Cerrahisi” alanında yapılan majör ve radikal girişimleri bilmemek veya bilmemezlikten gelmek de, tüm genel cerrahi uzmanlarını temsil eden bir dernek için son derece hayret verici bir noktadır.
- Eğer cerrahide geleneksel uygulamalar hala geçerli olsaydı; bundan yıllar önce genel cerrahların en sık yaptığı girişim olan ülser cerrahisi terk edilir miydi? Yine klasik cerrahi endikasyonları içinde olan birçok safra kesesi patolojisi günümüzde girişimsel radyoloji tarafından tedavi edilebilir miydi?. *Bu örnekler de “geleneksel / eğilim” gibi savunma noktalarını çürütmektedir.*
- Yine Türk Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu tarafından hazırlanan yazının (2) 114. sayfasının 2. sütun 2. paragrafında; “*Tiroid cerrahisi, sadece genel cerrahi eğitiminin değil aynı zamanda endokrin cerrahi eğitiminin de en önemli bileşenidir.*” denilmektedir. Yine bilinmektedir ki, içinde bulunduğum kurum (Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi) da dahil olmak üzere birçok üniversite genel

cerrahi anabilim dalı ve eğitim hastanesi genel cerrahi kliniklerinde “endokrin cerrahisi” alt birimi oluşturulmuş ve tiroid cerrahisinin üst uzmanlık alanı olmayan diğer genel cerrahlar tarafından da yapılması engellenmiştir. Bu uygulamalar da göstermektedir ki; tiroid cerrahisi, her KBB uzmanı tarafından yapılmaması gerektiği gibi, her genel cerrahi uzmanı tarafından da yapılmamalıdır. Aslında doğru olan da budur ve yukarıda belirtildiği gibi tiroid cerrahisi bir üst uzmanlık konusudur. Temel kökeni ne olursa olsun, ister genel cerrahi ister KBB, konuya ilgi duyan ve bu konuda kendini geliştirmiş ve bu konuda eğitim almış cerrahlar tarafından yapılmalıdır. *Bu cerrah, ilgi alanı tiroid cerrahisi olan ve her ne kadar ülkemizde resmi üst uzmanlık alanı olarak kabul edilmese de, genel cerrahi disiplininin gelen ve endokrin cerrahisi ile uğraşan bir hekim ya da KBB disiplininin gelen ve baş-boyun cerrahisi ile uğraşan bir hekim olabilir.*

- Aynı mantıkla bakıldığından yine geleneksel olarak ve eğilimler paralelinde eskiden beri KBB disiplini tarafından yapılan birçok cerrahi girişim de bugün genel cerrahlar tarafından yapılmamalıdır.
 - i. Boynun doğumsal patolojileri (tiroglossal kist, brankiyal kist, hemanjiyom, lenfanjiyom gibi)
 - ii. Trakeotomi
 - iii. Boyun kitleleri
 - iv. Tükürük bezi cerrahisi, vs

Oysa tüm dünyada olduğu gibi özel ilgi alanları baş-boyun cerrahisi olan genel cerrahlar da bu cerrahileri yapabilmelidir. Bunun en iyi örneği Brezilya’dan verilebilir. Bu ülkede sadece yukarıda belirtilen girişimler değil aynı zamanda baş-boyun onkolojik cerrahisinin büyük bir bölümü KBB kökenli olduğu kadar genel cerrahi kökenli de olan “Baş-Boyun Cerrahileri” tarafından yapılmaktadır. Bu örneklerde göstermektedir ki önemli olan bağlı bulunduğunuz temel uzmanlık disiplini değil, ilgi duyduğunuz özel tıp alanıdır.

- Yukarıda belirtildiği gibi günümüz modern tıbbındaki bu gri konuları kesin çizgi ile ayırmak, “şu yapacak bu yapmayacak şekilde” kesin sınır koymak son derece yanlış uygulamalara ve kurumlar içinde ciddi huzursuzluklara neden olacaktır. Bu bakış açısından modern bir üniversite ve akademik kurumda yapılması gereken;
 - i. bu gri konuları saptamak,
 - ii. ilgili disiplinleri ve bu konuda eğitim almış kişileri belirlemek,
 - iii. bu disiplin ve kişileri yetkilendirmek,
 - iv. belli zaman aralıklarında ilgili konuda yapılan tedavi sonuçlarını bağımsız kurullarda önyargısız olarak değerlendirmek, ve
 - v. eğer herhangi bir disiplinin veya kişinin yaptığı tedavi sonuçları bilinen çağdaş tedavi sonuçlarına aykırı düşüyorsa, o disiplin veya kişiden bu yetkiyi almaktır.

Zaten zaman içinde bu işi bilerek ve iyi bir şekilde yapan disiplin ve kişiler, hastalar ve yakınları tarafından, daha da önemlisi çok disiplinli ekibin diğer üyeleri tarafından (endokrinolog, patolog, sitolog, radyolog gibi) doğal elemeye tutulacak, zaman içinde hasta akışı bu işi doğru yapan disiplin ve kişilere doğru olacaktır. *Yani kesin sınırlar çizilerek üst makamlardan yapılacak yasaklamalarla sonuç alınamayacağı açıktır, zaten bu yaklaşım günümüzde çok fazla söz konusu olan akreditasyon ve bu bağlamda yer alan “hastanın hekimini seçme” özgürlüğüne de ters düşmektedir.*

- Bu geleneksel yaklaşımların ve eğilimlerin, hepimizin kurumsal ve bireysel bazda örnek aldığı Batı Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerinde nasıl değiştiğini de göz ardı etmemek gerekir. Bahsedilen ülkelerde son birkaç dekad içinde tiroid

cerrahisinin artan bir oranda baş-boyun cerrahisine ilgi duyan ve bu konuda eğitim almış KBB hekimleri tarafından da yapıldığı yadsınamaz bir gerçektir. *Yani Amerika'yı yeniden keşfetmek veya gelişmiş toplumlarda çok önceden yaşanmış tartışmalarla zaman geçirmek yerine, bir an önce bu konuda modern uygulamaların ülkemizde de başlatılması için çaba göstermek gereklidir.* Bu konuya aşağıda tekrar ayrıntılı olarak değinilecektir.

3. **“Tiroid bezinin anatomik olarak boyunda bulunmasından dolayı KBB hekimlerinin bu cerrahiye yapmakta kendilerinde hak gördükleri iddia edilmekte, oysa genel cerrahların aynı mantıkla olaya bakmadığı, bu nedenle de genel cerrahinin anatomik alanı içinde bulunan böbrek hastalıklarının genel cerrahlar tarafından tedavi edilmediği” ileri sürülmektedir.**

- İlgi alanı baş-boyun cerrahisi olan KBB hekimleri olarak, tiroid cerrahisinin boyunda bulunmasından, yani anatomik sınır olarak ilgi alanımıza girmesinden dolayı bu cerrahiye yaptığımızı iddia etmemekteyiz. *Biz; bu konunun onkolojik, endokrinolojik, patolojik-sitolojik, radyolojik, genetik, fizyolojik, fizyopatolojik, anatomik tüm prensiplerini bildiğimizden dolayı bu cerrahiye yapabileceğimizi iddia etmekteyiz.*
- Yukarıda söylenen sav doğru olsa idi, yine anatomik olarak boyun sınırları içinde bulundan karotid arter ve servikal vertebra gibi yapıların da cerrahi tedavisini bizim yapmamız gerektiğini iddia ederdik. *Oysa bahsedilen yapıların cerrahi tedavi prensipleri çok ayrı özellikler gösterdiğinden, biz baş-boyun cerrahisi ile uğraşan KBB hekimlerinin böyle bir iddiası bulunmamaktadır.*
- Ancak **SU GERÇEK DE UNUTULMAMALIDIR Kİ;** baş-boyun cerrahlarının zaten, çok sıklıkla uğraştıkları üst solunum ve sindirim yolu kanserlerinin direkt invazyonu veya boyun metastazı nedeniyle rutin olarak boyun VI. bölgesini ve tiroid bezini cerrahi alana kattıkları ve zaten tiroidin primer hastalıkları dışında da bu cerrahiye son derece alışık olduklarıdır.

4. **Tiroid cerrahisi yapacak olan KBB hekimleri bu konuda özel eğitim aldıklarını “belgelendirmelidir” savı ileri sürülmektedir.**

- Eğer bir hekim baş-boyun cerrahisi konusunda özel eğitim aldığını belgelendiriyorsa, ayrıca tiroid cerrahisi konusunda özel eğitim aldığını neden belgelendirmelidir? Bu mantıkla bakıldığında, özel ilgi alanı baş-boyun cerrahisi olan KBB hekimi yaptığı diğer tüm girişimlerle de (total larenjektomi, parotidektomi, pektoralis major bölgesel flep, gastrik pull-up vs gibi) ilgili belge mi sunmalıdır? *Bu girişimler için özel belge gerekmediği halde sadece tiroid cerrahisi için özel eğitim belgesine gerek duyulması, derin bir çelişkidir.*
- Eğer böyle bir belge istenecekse, bu aynı zamanda genel cerrahlar ve endokrin cerrahları için de geçerli olmalıdır. Bu kadar önemi olan özel bir konu, babadan gelen yöntemlerle değil, modern tıbbın gerektirdiği çağdaş eğitimlerle söz konusudur.

5. **İleri sürülen bir diğer sav ise; “KBB hekimlerinin tiroid cerrahisi ile ilgisinin sadece komşu diğer organların (örneğin, larenks) cerrahi tedavisinin kapsamı kadar veya tiroid bezi malignitelerinde boyun diseksiyonu ile sınırlı olması gerektiği” seklindedir.**

- İleri evre tiroid kanserlerinde, ekstratiroidal alana, larenkse, trakeaya uzanmış veya boyuna metastaz yapmış tümörlerde genel cerrahi hekimleri, bu konuda kendini geliştirmiş KBB hekimlerinden yardım istemektedir ve böyle bir durumda da her

KBB hekimi yardıma hazırdır. Ancak; *daha ileri olgularda KBB hekimlerinden yardım isteyeceksiniz, ama daha kolay operasyonların bu kişiler tarafından yapılmasına karşı çıkacaksınız. Bu da çarpıcı bir çelişkidir.*

6. Ayrıca mediko-legal açıdan da bu cerrahinin KBB hekimleri tarafından yapılmaması gerekliliği ileri sürülmektedir.

- Mediko-legal kurallar tüm hekimler için geçerlidir. Tiroid cerrahisinden önce vokal kord hareketlerinin değerlendirilmesi ile belli oranda görülmesi olası postoperatif vokal kord paralizisinin tanı ve tedavisinin KBB hekimleri tarafından yapıldığı unutulmamalı ve bu konularda bilirkişi olarak KBB hekimlerine başvurulduğu anımsanmalıdır. Yani mediko-legal sorumluluklar bu cerrahi yapan her hekim için geçerlidir. *Bugün için mediko-legal sorumlulukla suçladıkları KBB hekimlerine, kendi mediko-legal konuları için gereksinim duyabilecekleri, genel cerrah meslektaşlarımız tarafından bir kez daha dikkate alınmalıdır.*
- Türk Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu tarafından hazırlanan yazının (2) 118. sayfasının 2. sütun 2. paragrafında belirtilen “malpraktis” konusu, bu konuda eğitim almadan bu cerrahi yapan KBB hekimleri kadar, aynı şekilde güncel ve çağdaş prensiplere uygun yapmayan genel cerrahlar için de geçerlidir. Tiroid kanserli bir hastayı onkolojik prensiplere uymadan ameliyat eden, hele boyun diseksiyonu yaptım diyerek 2-3 adet lenf nodu çıkaran genel cerrah meslektaşlarımız için de, yazının bu paragrafının birçok yerinde bahsedilen, “görevi kötüye kullanma”, “el atmalardan doğan hukuksal sorumluluk”, “bilinçli taksir” gibi suçlamaları yönlendirmek mümkündür. Nitekim yine Türk Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu tarafından hazırlanan yazıda tüm tiroidektomi olgularının genel cerrahlar tarafından yapıldığı iddia edilen Almanya’da (ki bu savın da doğru olmadığı ileride açıklanacaktır) yapılan bir çalışmada (4), 1975-1998 yılları arasında 21.515 tıbbi dava dosyasının 222’sinin (%1) tiroid cerrahisine ait olduğu, davaların %98’inde cerrahın suçlandığı ve bu oranın yıllar içinde giderek arttığı belirtilmiştir. Bu saptamada göstermektedir ki, ***tiroid cerrahisinin genel cerrahlar tarafından yapılması, cerrahi mediko-legal uygulamalardan kurtarmamaktadır.***
- Bu bağlamda yapılması gereken; yasal maddeleri dile getirerek meslektaşlarımıza gözdağı (ki bu gözdağı sadece KBB hekimleri için değil, aynı zamanda genel cerrah meslektaşlarımızı da içermektedir) vermek değil, bu maddelere muhatap olmayacak şekilde meslektaşlarımızı gerekli eğitimle donatmaktır.

7. Türk Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu tarafından hazırlanan yazının (2) 115. sayfasının 2. ve 3. sütunları 3. ve 1. paragraflarında, “Türk Otorinolarinoloji ve Baş-Boyun Cerrahisi Derneği web-sayfasındaki log-book’da; tiroid cerrahisi ile girişimlerin (lobektomi, hemotiroidektomi, total tiroidektomi) “ileri” sütununda yer aldığı ve böylece bu girişimlerin KBB uzmanlarınca yapılması da uygun görülmemiştir” ve “paratiroidektominin bu listede hiç yer almadığı” ifadeleri kullanılmıştır.

- Yeni adı ile Türk KBB ve Baş-Boyun Cerrahisi Derneği bünyesinde kurulan “Yeterlilik Kurulu’nun Eğitim Kurumları ve Programları Değerlendirme Komisyonu”nun yaklaşık 1 yıl süreli hazırlığı sonucunda hazırlanan KBB ve Baş-Boyun Cerrahisi Uzmanlık Eğitimi yeni “log-book”unda (yeni adıyla “asistan karnesi”nde, ki çok kısa zamanda ulusal dernek ve yeterlilik kurulunu web-sayfalarından ulaşmak mümkün olacaktır), tiroid girişimleri (lobektomi, hemitiroidektomi ve total tiroidektomi) A (yani asiste edilmesi gerekli

uygulamalar), parotiroidektomi ise Ö (yani ileri düzey uygulamalar) sütununda yer almaktadır. *Bu değişim de göstermektedir ki Türk KBB ve Baş-Boyun Cerrahisi topluluğu, tiroid cerrahisi konusundaki gelişimini sürdürmüş bu girişimleri bir üst seviyeye çekmiştir.* Bu nedenle; konuyla ilgili KBB hekimlerinin tiroidektomi yapma isteği, Türk Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu tarafından hazırlanan yazının (2) 116. sayfasının 3. sütun 3. paragrafında belirtildiği gibi, “bir gecede olan bir istek veya eğilim” değil, yaklaşık çeyrek asırlık bir eğitim ve bu konuda yetişmiş insan kaynağı yaratılması sürecinin bir sonucudur. Bu süreç; gelişmiş Batı Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerinde çok daha önceden yaşanmış doğal bir süreçtir.

- Aynı şekilde Türk Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu tarafından hazırlanan yazının (2) 117. sayfasının 1. sütun 5. paragrafında Madde-23 başlığı altında belirtilen “bu eğitimi verecek eğitimcilerin varlığından ve yeterliliğinden söz edilemez” ifadesi de gerçeği yansıtmamaktadır. Eğer Türk Tabipler Birliği, Yüksek Öğrenim Kurumu ve/veya Sağlık Bakanlığı bünyesinde konuyu değerlendirmek üzere bir ortak komisyon kurulursa; bu konuda yeterli eğitimi aldığını belgeleyecek yeterince KBB hekimi (özel ilgi alanı baş-boyun cerrahisi olan) olduğu görülecektir.

8. Türk Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu tarafından hazırlanan yazının (2) 115. sayfasının 2. sütun 2. paragrafında 16.09.2002 tarihinde kabul edilen “Tıpta Uzmanlık Tüzüğüne” atıfta bulunularak;

- **Bu tüzükte KBB uzmanlık süresinin 5 yıl olarak bildirilmesine rağmen bu tüzüğün geçerli olmadığı ve halen KBB uzmanlık eğitimini eski tüzüğe (1973 yılında kabul edilen) göre 3 yıl olduğu,**
- **KBB uzmanlık eğitimi ile ilgili olarak yan dal ihtisas konusunda bilgi verilmediği,**
- **Rotasyonlar konusunda açıklama olmadığı ve halen genel cerrahi rotasyonunun 3 ay olduğu ve bu sürede tiroid cerrahisinin öğrenilemeyeceği, ileri sürülmektedir.**

Oysa gerçekler açıklandığı şekilde değildir, ve

- 2002 yılında kabul edilen tüzüğün sadece bazı maddelerinin iptal edilmek üzere mahkemelik olduğu, bunlar içinde KBB uzmanlık süresinin olmadığı ve halen yürürlükte olan maddelere göre *KBB uzmanlık eğitiminin 5 (BEŞ) yıl olduğu bir gerçektir.*
- 2002 yılında kabul edilen tüzükte KBB uzmanlık alanı ile yan dal ihtisası konusunda bilgi verilmediği doğrudur, ancak aynı tüzüğe göre *genel cerrahi uzmanlık alanında da “Endokrin Cerrahisi” yan dal ihtisası konusunda da bilgi olmadığı açıktır.*
- Halen geçerli olan tüzüğe göre KBB uzmanlık eğitimi içinde genel cerrahi rotasyonunun 3 ay olduğu doğrudur. Ancak bizim iddiamız, “tiroid cerrahisinin genel cerrahi rotasyonu sırasında öğrenilmesi gerektiği” şeklinde değildir. *Türk KBB topluluğunda bu eğitimi verecek alt yapıya ve eğitime sahip yeterince öğretim üyesi (üniversite anabilim dallarında) ve görevlisi (eğitim hastaneleri KBB kliniklerinde) mevcuttur.*

9. Türk Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu tarafından hazırlanan yazının (2) 116. sayfasında yapılan birkaç çalışmaya atıfta bulunularak;

- **tiroid cerrahisinin yılda en az 50 tiroid ameliyatı yapan,**
- **endokrinolog, patoloğ, onkoloğ, radyoloğ ve nükleer tıp uzmanı ile birlikte çalışan bir tiroid cerrahi tarafından yapılmalıdır denilmekte ve bu**

tanıma uyan kişinin ise Genel Cerrahi uzmanı olduğu ileri sürülmektedir.

Bu değerlendirmeler raporda yer alan diğer iddialarla çelişkiler içindedir.

- Acaba Türk Cerrahi Derneği'nin elinde, Türkiyede'ki genel cerrahi uzmanlarının kaçının yılda 50'den fazla tiroid ameliyatı yaptığına ve tiroid cerrahisi yapan genel cerrahların olduğu merkezlerin kaçında aynı zamanda endokrinolog, patolog (aslında sitolog olmalı idi), onkolog, radyolog ve nükleer tıp uzmanının da bulunduğu dair bir veri var mıdır?
- Eğer her genel cerrahi uzmanı “tiroid cerrahisi” ise neden “Endokrin Cerrahisi” adlı bir üst ihtisas alanına gereksinim duyulmuştur? Nitekim aynı raporun 116. sayfasının 2. sütun 2. paragrafında, “Harness ve ark.nın çalışmasına atıfta bulunularak, 21. yy.da tiroid cerrahisinin genel cerrahi ihtisası üzerine 2 yıl endokrin cerrahisi eğitimi almış endokrin cerrahlarca yapılması gerekliliği” vurgulanmıştır. Bu son derece doğru ve çarpıcı bir saptamadır. KBB disiplini olarak bizim iddiamız da; tiroid cerrahisi gibi çok özel bir konuyu, ne genel cerrahi uzmanlarının ne de KBB uzmanlarının yapmaması yönündedir. Buna bağlı olarak, tiroid cerrahisinin 5 yıllık genel cerrahi ihtisası üzerine 2 yıl endokrin cerrahi üst ihtisası veya 5 yıllık genel KBB ihtisası eğitimi üzerine 2 yıl baş-boyun cerrahisi üst ihtisası almış “tiroid cerrahları” tarafından yapılması gerektiği savunulmaktadır. Ancak ne yazık ki her iki üst ihtisasın da ülkemizde resmiyeti yoktur.
- Burada tanımlanan çok güzel ifade mevcuttur. “**TİROİD CERRAHI**” Kanımca;
 - tiroid cerrahisini özel ilgi alanı kabul eden,
 - bu konuda kendisini yurtiçi veya yurtdışında yetiştirmiş, resmi veya gayriresmi olarak endokrin cerrahisi veya baş-boyun cerrahisi üst eğitimini alan ve tabii ki bunu belgeleyen,
 - tiroid bezinin embriyolojisi, anatomisi, fizyolojisi, fizyopatolojisi, genetiği ve moleküler biyolojisini bilen,
 - tiroid bezi hastalıklarının tanı ile cerrahi dışı ve cerrahi tedavisini ve bunların endokrinolojik ve onkolojik prensipleri ve tartışmalı noktaları bilen,
 - her türlü tiroidektomiye (en basit lobektomiden, radikal olarak larenjektomi, trakeotomi, özofajektomi ile birlikte yapılabildiği kadar) yapabilen ve buna peroperatif karar verme yetisine sahip olan,
 - gerekli durumlarda boyun diseksiyonu endikasyonunu koyan ve olması gerektiği gibi yapabilen,
 - gerektiğinde bu cerrahinin belli oranda doğal sonucu olan tiroid krizi, hipokalsemi, tek veya iki taraflı kord paralizi (dolayısıyla vokal kord hareketlerini ve sesi preoperatif / postoperatif dönemde değerlendirebilen), havayolu tıkanıklığı gibi komplikasyonları anında tanıyan, kontrol ve tedavi edebilen, ve
 - multidisipliner ekibin diğer üyeleri ile birlikte çalışma isteği, alışkanlığı ve olanağı olan,
 - kökü ister genel cerrah, isterse KBB disiplini olsun, her cerrah “**TİROİD CERRAHI**” olarak adlandırılmalıdır.
- Yılda 50'den fazla tiroid cerrahisi yapan genel cerrahi uzmanları acaba bu sayılara uzmanlık eğitimleri boyunca mı, yoksa uzmanlık uygulamaları sırasında mı ulaşmışlardır? Nitekim Harness ve ark.nın yazısında (5); ABD'inde bile bir genel cerrahi asistanının yılda ortalama 7-8 tiroidektomi yaptığı, bu sayının yetersiz olduğu ve tiroid cerrahisinin genel cerrahlar tarafından yapılan tüm ameliyatların %5'inden azını oluşturduğu vurgulanmaktadır. Yine ABD'nde yapılan bir diğer çalışmada; tiroidektomi yapan cerrahların sadece %6.5'inin yılda 30'dan fazla

tiroidektomi yaptığı, %78.6'sının ise yılda 1-9 arasında tiroidektomi yaptığı saptanmıştır (6).

- Ne yazık ki Türkiye'de sadece tiroid cerrahisi için değil, birçok girişim için ideal ameliyat sayıları uzmanlık eğitimi boyunca değil, sonraki hekimlik uygulamalarında ulaşılmaktadır. Bu nedenle; eğer bir cerrahın bu cerrahiye yapmama şansını elinden alırsanız, bu cerrah yılda ortalama 50 sayısına nasıl ulaşacaktır?
- Ek olarak şu önemli nokta da unutulmamalıdır ki; primer tiroid cerrahisinden çok daha zor olan, tiroid bezi çevresindeki organ kanserlerinin (larenks, trakea, özefagus, hipofarenks) tiroide direkt invaze olduğu veya boyun VI. bölgesine lenf nodu metastazı yaptığı olgularda uygulanan tiroidektomi ve santral boyun diseksiyonları da dikkate alındığında, baş-boyun kanserleri ile uğraşan KBB hekiminin yılda çok daha fazla tiroidektomi yaptığı bir gerçektir.
- Kaldı ki "*British Association of Otolaryngologists-Head and Neck Surgeons*"a göre tiroid cerrahisi ile uğraşan cerrahın yılda ortalama 25 tiroidektomi ameliyatı yapması yeterlidir (7). Yine "*European Society of Surgical Oncology (ESSO)*"nin hazırladığı ve tüm Avrupa için önerdiği "*surgical oncology*" uzmanlık eğitimi çekirdek programının 6. sayfasında, **bölgesel lenf nodu diseksiyonuyla birlikte yapılan tiroidektomi** için minimum sayı **15** olarak verilmiştir (8).

10. Türk Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu tarafından hazırlanan yazının (2) 117. sayfasının 3. sütun 3. paragrafında; özetle "tiroid cerrahisi yapılan kliniklerde, tiroid hastalıklarıyla ilgili her türlü eğitimin o kliniğin eğitim programında yer alması gerektiği" vurgulanmaktadır.

- Bu son derece doğru bir saptamadır ve tiroid cerrahisi yapılan KKB ve genel cerrahi eğitim kurumlarının eğitim programlarının incelenmesi bu konudaki gerçekleri ortaya çıkaracaktır. Buna bir örnek olarak Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı'nın son 8 yıldaki tiroid cerrahisiyle ilgili eğitim konuları sunulabilir:
 - "Tiroid Cerrahisi". 2004-05 Dönemi KBB Anabilim Dalı Seminer Programı. 10 Kasım 2004. (Semineri sunan: Dr. Muhammed DİLBER, Seminer moderatörü: Prof. Dr. Levent ERİŞEN)
 - "Tiroid Hastalıkları (Non Tümöral)". 2002-03 Dönemi KBB Anabilim Dalı Seminer Programı. 15 Ocak 2003. (Seminer moderatörü: Yard. Doç. Dr. Hakan COŞKUN)
 - "Metabolik ve Endokrinolojik Hastalıkların KBB Bulguları". 2000-01 Dönemi KBB Anabilim Dalı Seminer Programı. 25 Ekim 2000. (Semineri sunan: Dr. Dilek YILMAZ, Seminer moderatörü: Prof. Dr. Levent ERİŞEN)
 - "Tiroid Kanserleri ve Cerrahisi". 1999-2000 Dönemi KBB Anabilim Dalı Seminer Programı. 29 Mart 2000. (Semineri sunan: Yard. Doç. Dr. Hakan COŞKUN)
 - "Tiroid ve Paratiroid Bezi Hastalıkları". 1998-99 Dönemi KBB Anabilim Dalı Seminer Programı. 14 Ekim 1998. (Semineri sunan: Dr. Bekir BAŞEL, Seminer moderatörü: Prof. Dr. Selçuk ONART)
- Aynı şekilde KBB ve Baş-Boyun Cerrahisi ile ilgili olarak Türkçe yazılmış birçok kitapta da ilgili konunun KBB hekimleri tarafından ele alındığı aşağıdaki örneklerden görülmektedir.
 - "Baş-Boyun Kanserleri". Editörler: Kayıhan ENGİN, Levent ERİŞEN. Bölüm-20: "Tiroid ve Paratiroid Kanserleri". Bölüm editörü: Levent SOYLU

- “Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş-Boyun Cerrahisi”. Editör: Onur ÇELİK
Bölüm-3.17: “Tiroid ve Paratiroid Neoplazmları”. Bölüm yazarı: Ercihan GÜNEY
- Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş-Boyun Cerrahisi”. Editör: Can KOÇ
Bölüm-6.19: “Tiroid Kanseri”. Bölüm yazarları: Levent SOYLU, Barlas AYDOĞAN, Ülkü TUNCER, Zeynep YAPAR.
- “Baş-Boyun Kanseri Rehberi”. Çeviri editörü: Levent ERİŞEN
“Tiroid-1, 2, 3”. Bölümlerin çeviri yazarı: Levent SAYDAM
- “Otorinolaringoloji – Baş ve Boyun Cerrahisi”. Çeviri editörü: Doğan ŞENOCAK
Bölüm-23: “Tiroid Gland Hastalıkları”. Bölüm çeviri yazarı: Gürkan KESKİN
- “Baş ve Boyun Cerrahisi Atlası”. Çeviri editörleri: Doğan ŞENOCAK, Mehmet EREM.
Bölüm-9: “Tiroid Cerrahisi”.
Bölüm-10: “Hiperparatiroidizmin Cerrahi Tedavisi”

11. Türk Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu tarafından hazırlanan yazının (2) 114 ve 115. sayfalarında Amerika ve Avrupa’daki belgelerden örnekler verilerek tiroid cerrahisinin KBB eğitimi içinde olmadığı vurgulanmaktadır.

Ancak bu saptamalar **DOĞRU DEĞİLDİR** ve onlarca sayfalık belgelerin içinden sadece birkaç cümle alınarak yorum yapılmıştır. Bu belgelerin tümü ve güncel sürümleri incelendiğinde görülecektir ki:

- ABD’deki “Accreditation Council for Graduate Medical Education”ın “**Program Requirements For Residency Education in Otolaryngology**” yani “KBB asistan eğitimi için gerekli program”ın 2005 yılı için geçerli sürümü (9) incelendiğinde; 11. sayfada “3. Clinical Components a) Clinical experience” bölümünde:
 - ii. *Therapeutic and diagnostic imaging; the interpretation of medical imaging techniques relevant to the head and neck and the thorax, including studies of the temporal bone, skull, nose, paranasal sinuses, salivary and **thyroid glands**, larynx, necks, lungs, and esophagus.*
 ifadesinde tiroid bezleriyle ilgili tanımlama dikkati çekmektedir.
- Yine “The American Board of Otolaryngology”nin “Booklet of Information” isimli belgesinin (10) 13 ve 14. sayfalarındaki “Sınavın Amacı” bölümünün 3. ve 5. maddelerinde:
 3. *Therapeutic and diagnostic radiology, including the interpretation of medical imaging techniques relevant to the head, neck, and thorax, including the temporal bone, skull, nose, paranasal sinuses, salivary and **thyroid glands**, larynx, neck, lungs, and esophagus.*
 5. *The cognitive management, including operative intervention with its preoperative and postoperative care, of congenital, inflammatory, endocrine, neoplastic, degenerative and traumatic states, including:*
 - a. temporal bone surgery
 - b. paranasal sinus and nasal surgery
 - c. skull-base surgery
 - d. maxillofacial surgery including the orbits, jaws and facial skeleton
 - e. aesthetic, plastic and reconstructive surgery of the face, head and neck
 - f. surgery of the **thyroid, parathyroid**, pituitary and salivary glands
 - g. head and neck reconstructive surgery relating to the restoration of form and

function in congenital anomalies and head and neck trauma and neoplasms
h. endoscopy, both diagnostic and therapeutic
i. surgery of the lymphatic tissues of the head and neck.

tiroid bezleriyle ilgili tanımlamalar net olarak yer almıştır.

- Avrupa örneği olarak, “British Association of Otorhinolaryngologists-Head and Neck Surgeons”ın “KBB Cerrahi Ne Yapar?” sorusuna yanıt verdiği “http://www.entuk.org/entsurgeon/index_html” adresli web-sayfasının (11) *Head and Neck* bölümünde:
 - *Swelling of the neck*
 - *Cysts*
 - ***Thyroid disorders and tumours*** (*cancerous and non-cancerous*) *of lymph and salivary glands.*

yine tiroid hastalıkları ve tümörlerinin KBB alanı içine girdiği açıkça belirtilmiştir.

- Yine İngiltere’de tiroid hastalıkları ve tedavisinin KBB uzmanlık çekirdek eğitiminin bir parçası olarak kabul edilmiştir (12).
- İngiltere’de “National Institute for Clinical Excellence / NICE”ın yayınladığı sevk rehberinde, tiroid “Baş-Boyun Kanseri” başlığı altında gösterilmiştir (13, 14).
- Bu örneklere son olarak Avrupa Tıp Uzmanları Birliği (UEMS)’nin KBB (ORL) bölümünün yeniden gözden geçirdiği “log-book”u verilebilir (15). Bu kitapçığın 1. sayfasındaki disiplinin tanımında aynen;
*Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery (ORL-HNS) is the specialty which deals with functions and diseases, trauma, malformations and other disorders in childhood and in adults; of the ear, temporal bone and lateral skull base, nose, paranasal sinuses and anterior skull base, oral cavity, pharynx, larynx, trachea, oesophagus, head, neck, **thyroid**, salivary and lacrimal glands and adjacent structures. It also includes investigation and treatment of conditions affecting the auditory, vestibular, olfactory and gustatory senses and disorders of the cranial nerves; as well as human communication in respect of speech, language and voice disorders. Some of the conditions diagnosed by the Otorhinolaryngologists but located in adjoining areas will be treated with close cooperation with these related specialists.*

ifadesi kullanılmış ve tiroid terimi net olarak belirtilmiştir.

Yine aynı kitapçığın 34. sayfasında bir önceki sürümde “advanced” seviyesinde yer alan hemitoridektomi girişimi “supervision” yani gözlem altında yapılan ameliyatlara seviyesine çıkarılmıştır (aynı Türk KBB-BBC Derneği tarafından kabul edilen yeni “asistan karnesi”nde olduğu gibi).

- Bu örnekler de göstermektedir ki, Batı Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerinde olduğu gibi tiroid cerrahisi çağdaş KBB-BBC eğitiminin bir parçasıdır ve Türk KBB-BBC topluluğunun da bu seviyeden geri kalması olası değildir.

12. Türk Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu tarafından hazırlanan yazının (2) 118. sayfasının 1. sütun 1. paragrafında belirtilen ve Türk KBB ve BBC Derneği bir önceki başkanının 25 Ekim 2005 tarihli yazısındaki “Tiroid cerrahisinin vazgeçilmez ön muayene yöntemi larenks muayenesidir ki bunu ancak KBB uzmanları yapabilmektedir.” ifadesine atfen yapılan “bilimsel ve etik olarak yanlış cümle” değerlendirmesi de modern tiroid cerrahisi için KESİNLİKLE DOĞRU değildir.

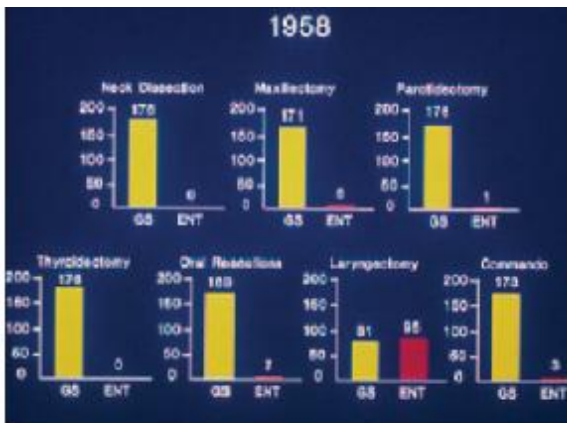
- Çok yakın bir tarihte hem de *Surgery* dergisinde yayımlanan bir makale buna en güzel yanıtıdır (16). Bu makalenin özet bölümünün son cümlesinde aynen şu ifade yer almaktadır: “Laryngoscopic examination is recommended for all patients

undergoing thyroid surgery.” Yani; **TİROİD CERRAHİSİ YAPILACAK TÜM HASTALARDA LARENGOSKOPİK MUAYENE ÖNERİLMEKTEDİR.**

- İngiliz KBB ve BBC Birliği (*British Association of Otorhinolaryngologist Head and Neck Surgeons*) konsensus raporunun 178. sayfasında ki “*Examination includes not only neck evaluation but also vocal cord function.*” cümlesinde de, **tiroidektomi yapılan her hastada preoperatif ve postoperatif larengoskopi yapılması gerekliliği** vurgulanmıştır (7).

13. Tiroid cerrahisinin toplumda sık görülmesinden dolayı ekonomik getirisi açısından suistimal edildiği ileri sürülmekte ve bu nedenle KBB hekimlerinin ilgisini çektiği ileri sürülmektedir.

- Sadece tiroid cerrahisi için değil, yukarıda örnekleri verilen ve birçok uzmanlık alanını ilgilendiren ve toplumda sık görülen birçok patoloji için de ekonomik getiri ve bunun tıbbi olarak suistimal edilmesi söz konusudur. Hatta aynı uzmanlık alanı içinde buna benzer örnekler de verilebilir: Meme cerrahisi, laparoskopik cerrahi, endoskopik sinüs cerrahisi gibi. *Ancak burada bir rant ve suistimal varsa bu herkes için geçerlidir ve ne yazık ki bu olumsuz tabloya sadece KBB hekimleri değil, bu cerrahiye prensiplere uygun yapmayan tüm hekimler (ister genel cerrah ister KBB hekimi olsun) neden olmaktadır. Bu savı sadece belli disiplinlere yansıtmak doğru değildir.*
- *Bu noktada savunulması gereken temel felsefe; “Bu hastalıkları suistimal edecek ve uygun olmayan girişimlerde bulunmaya eğilimli ne yazık ki var olan meslektaşlarımıza bu konuda cesaret vermemek ve onlara yol açmamak fakat aynı zamanda bu işi ciddiyetle ve geçerli prensiplerle yapacak, bu konuda kendini geliştirmiş, özveriyle çalışan meslektaşlarımızın da hakkının elinden alınmasını engellemek” olmalıdır.*
- Ayrıca baş-boyun cerrahisi ile uğraşan biz KBB hekimlerinin savunduğu nokta, çalıştığımız kurum veya hastaneye gelen tüm tiroid olgularının cerrahisini yapmak değildir. Sadece kendi kliniğimize başvuran ve bize sevk edilen olguları bizlerin tedavi etmesi gerektiğini ileri sürmekteyiz. Zaten Türk Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu tarafından hazırlanan yazının (2) 116. sayfasının 1. sütun 4. ve 5. paragraflarında belirtilen “ABD’nde tiroid cerrahisinin %15, İskandinav ülkelerinde ise %8 kadarının KBB uzmanlarınca yapılıyor” ifadesi de bunu desteklemektedir.
- Aslında yarım asır öncesinin verilerine bakılacak olursa bu oranlar %0’dır (Şekil-1) (12, 17).

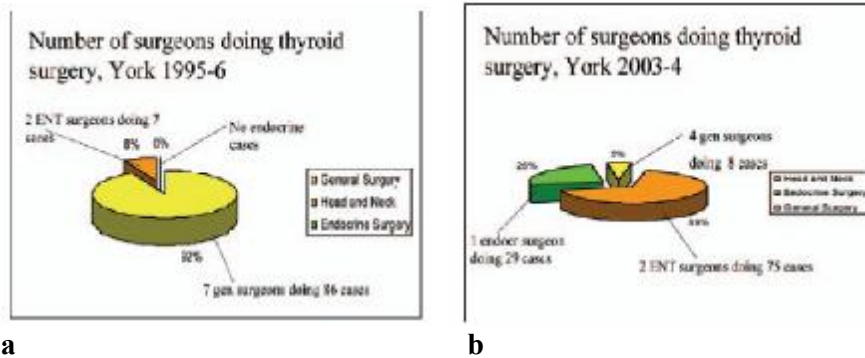


Şekil-1: ABD Texas MD Anderson Hastanesinde 1958 yılında genel cerrahlar (GS) ve KBB hekimleri (ENT) tarafından yapılan operasyonların sayısı (17).

Bu rakamlara bakılacak ve **TEAMÜLLERE!!!** (geleneklere, eğilimlere) bağlı kalınacak olsaydı, bugünde parotidektomilerin, maksillektomilerin, boyun diseksiyonlarının tamamının, ağız içi ve komando ameliyatlarının tamamına yakınının ve larenjektomilerin ise yarısının genel cerrahlar tarafından yapılması **GEREKİRDİ**. Modern tıp teamüllerle değil; akıl, mantık ve bilimle yönetilmelidir.

Çok iyi bilinmektedir ki; öncelikle ABD’nde görülen gelişme sonradan İngiltere’yi de etkilemiş ve gün geçtikçe giderek daha fazla KBB ve Baş-Boyun Cerrahi tiroidektomi yapmaya başlamıştır (12). Bu gerçek *British Association of Endocrine Surgeons (BAES)*’ın 2003 yılı thyroid ve parathyroid raporunda da kabul edilmiştir. (*National thyroid/parathyroid database report. British Association of Endocrine Surgeons. 2003*).

- Bu da göstermektedir ki tüm gelişmiş ülkelerde giderek artan bir sıklıkla tiroid cerrahisinin KBB hekimlerince de yapılması eğilimi vardır. Nitekim Harness ve ark. nın makalesinde (5); genel cerrahi asistanlarının giderek daha az ve yetersiz sayıda tiroid cerrahisi yapmalarının nedeni olarak, “bu cerrahinin giderek KBB ve baş-boyun cerrahlarına kayması” gösterilmektedir. Yine Ramsden ve ark.nın makalesinde (18), İngiltere’de yapılan tiroidektomilerin %15.4’ünün KBB hekimleri tarafından yapıldığı ancak bu oranın önceki yıllarla karşılaştırıldığında artış eğiliminde olduğu bildirilmiştir. İlginçtir ki bu artışın hızla arttığı ve günümüzde İngiltere’de bu rakamın %50’yi aştığı tahmin edilmektedir (19).
- Son yıllarda giderek artan oranda tiroidektominin KBB hekimleri tarafından yapıldığını gösteren diğer çarpıcı veri Şekil-2a ve b’de görülmektedir (14).



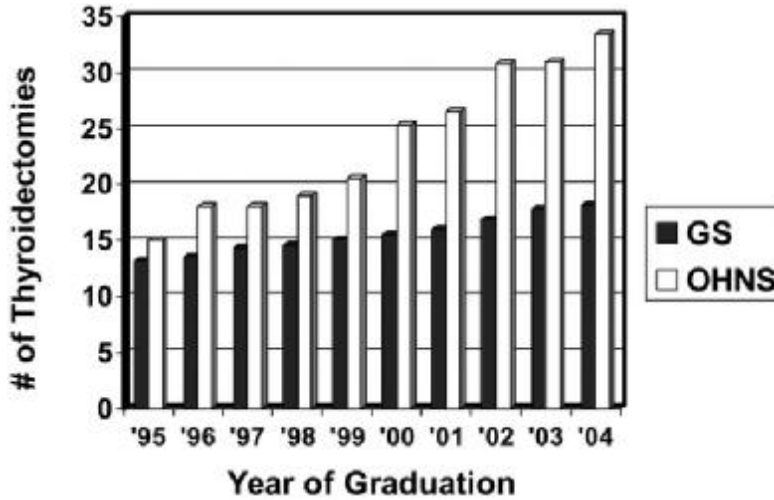
Şekil-2: 1995 ile 2004 yılları arasında tiroidektomilerin yapıldığı uzmanlık alanlarını gösteren oranlar (14).

- Bu konuda en güncel örnek *Laryngoscope* dergisinin 2006 yılı son sayısında (Haziran) çıkan bir yayın verilebilir (20). Bu çalışmada; 1995–2004 yılları arasında genel cerrahi ve KBB-BBC uzmanlık eğitimi alan asistanların yaptıkları ortalama tiroidektomi sayısı ile 1990-04 ile 2000-04 dönemleri arasında tiroid cerrahisi ile ilgili yapılan yayın sayısı incelenmiş ve şu veriler özellikle vurgulanmıştır:

1. 1995 yılından 2004 yılına doğru gelindikçe, ABD’nde KBB-BBC uzmanlık eğitimi alan asistanların ortalama yaptığı tiroid cerrahisi sayısında genel cerrahi asistanlarının yaptığına göre belirgin artış mevcuttur (Şekil-3). Aynı dönemde

her 2 uzmanlık alanında eğitim alan asistan sayısında belirgin fark olmayışı da bu artışın göreceli değil mutlak olduğunu göstermektedir.

- Buna göre 1995 yılında genel cerrahi uzmanlık eğitimini tamamlayan her asistan ortalama **13.2** tiroid cerrahisi yaparken bu sayı 2004 yılında **1.38** kat artışla **18.2** olmuş, oysa 1995 yılında KBB-BBC uzmanlık eğitimini tamamlayan her asistan ortalama **15.0** tiroid cerrahisi yaparken bu sayı 2004 yılında **2.23** kat artışla bir artışla **33.5** olmuştur ($p < 0.0001$).
- 2. 1990-94 dönemiyle 2000-04 dönemi arasında tüm literatürde genel cerrahi ve KBB-BBC disiplinleri tarafından yapılan yayın sayısındaki artışta da KBB-BBC disipline lehine belirgin bir fark olduğu saptanmıştır (Şekil-4).
 - Buna göre genel cerrahi disiplinde bu 2 dönem arasındaki yayın sayısındaki artış oranı **%125** iken, bu oran KBB-BBC disiplini için **%320**'dir ($p = 0.0244$). Buna paralel olarak tiroid cerrahisiyle ilgili tüm yayınlar içinde KBB-BBC disiplinin oranı **%10**'dan **%16.4**'e yükselmiştir.
 - Aslında sadece ABD ve Kanada kaynaklı tiroid cerrahisiyle ilgili yayınlar temel alındığında bu fark çok daha çarpıcıdır (Şekil-5). Buna göre; genel cerrahi disiplinde bu 2 dönem arasındaki yayın sayısındaki artış oranı **%24** iken, bu oran KBB-BBC disiplini için **%250**'dir ($p < 0.0017$). Buna paralel olarak tiroid cerrahisiyle ilgili tüm yayınlar içinde KBB-BBC disiplinin oranı **%15.1**'den **%33.3**'e yükselmiştir.



Şekil-3: 1995 yılından 2004 yılına doğru gelindikçe ABD'nde KBB-BBC (OHNS) ve genel cerrahi (GS) uzmanlık eğitimi alan asistanların ortalama yaptığı tiroid cerrahisi sayısı (20).

		OHNS	GS
USA/Canada	1990-1994	14	79
	2000-2004	49	98
Europe	1990-1994	6	69
	2000-2004	30	241
Asia	1990-1994	4	69
	2000-2004	18	158
Other	1990-1994	1	22
	2000-2004	8	41
All Continents	1990-1994	25	239
	2000-2004	105	538

OHNS = Otolaryngology-Head and Neck Surgery; GS = General Surgery.

Şekil-4: 1990-94 dönemiyle 2000-04 dönemi arasında tüm literatürde genel cerrahi (GS) ve KBB-BBC (OHNS) disiplinleri tarafından yapılan tiroid cerrahisiyle ilgili yayın sayısı (20).



Şekil-5: 1990-94 dönemiyle 2000-04 dönemi arasında ABD ve Kanada’da genel cerrahi ve KBB-BBC disiplinleri tarafından yapılan tiroid cerrahisiyle ilgili yayın sayısı (20).

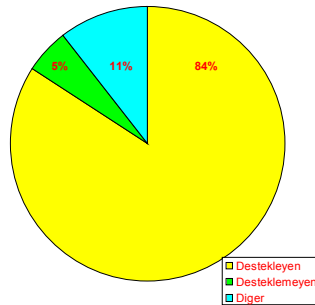
- Bu çalışmanın sonuçları kısaca 2 başlıkta özetlenmiştir:
 1. ***Tiroid cerrahisiyle ilgili yayınların sayısı, ve***
 2. ***Asistanların yaptıkları ortalama tiroidektomi sayısı açısından; KBB-BBC disiplini lehine, belirgin olarak bir artış eğilimi VARDIR.***
- Ülkemizde bu konuda kesin bir veri olmamasına rağmen yukarıda verilen oranların altında olduğu kolaylıkla tahmin edilebilir. Bu “tiroid cerrahisinin KBB hekimlerince de yapılabiliyor olması” gerçeği, eğer genel cerrahi meslektaşlarımızı, “bu cerrahiye ilgili KBB hekimleri bizden daha iyi yapar ve zaman içinde tüm tiroid olguları onlara yönelir” gibi bir endişeye sürüklüyorsa, *bu da onların sorunudur ve kendilerini bu konuda geliştirmeleri için bir fırsattır.* Nitekim bu endişe, Türk Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu tarafından hazırlanan yazının (2) 118. sayfasının 3. sütun 3. paragrafında belirtilen “Genel cerrahinin 20.

yüzyılın başlarında yayıldığı son derece geniş yelpazeye karşın, şimdilerde yaklaşık 100 yıl sonra uygulama alanının her geçen gün daha da daraldığını-daraltıldığını, buna karşın birçok küçük cerrahi branşın uygulama alanlarını giderek artan oranda genişlettiklerini görmek son derece üzücü ve düşündürücüdür” ifadesinden çok net olarak anlaşılmaktadır. Aslında düşündürücü ve üzücü olan; son bir asırdaki tüm cerrahi branşlardaki gelişmelere ve güncel tıbbın gereklerine rağmen hala böyle bir düşünce yapısına sahip olunmasıdır.

- *Bu açıdan yapılması gereken;, bazı disiplinden gelen hekimlere önyargılı yaklaşmak değil, kökeni hangi disiplinden olursa olsun, hangi özellikleri taşıyan hekimin hangi koşulları var olan merkezlerde bu cerrahiye yapabileceğinin tanımlanması olmalıdır. Örneğin;*
 - endokrin prensipleri biliyor diye onkolojik prensiplere uymayan bir genel cerrah da tiroid cerrahisi yapmalı mıdır?
 - onkolojik prensipleri biliyorum veya nasıl olsa benim elimin altında bir bölgede diye endokrinolojik prensipleri bilmeyen bir KBB hekimi tarafından yapılmalı mıdır?
 - endokrinolog ve/veya sitolog (veya özel ilgi alanı sitoloji olan bir patolog) bulunmayan bir merkezde, kurumda ister KBB ister genel cerrahi uzmanı olsun tiroid cerrahisi yapılmalı mıdır?
- *Önyargılı olarak bazı suçlamalarla veya bilimsel olmayan platformlarda alınan idari yasaklayıcı kararlarla bu ve benzer soruların yanıtlarının alınması olası değildir.*

14. Türk Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu tarafından hazırlanan yazının (2) 113. sayfasındaki giriş bölümünün 2. paragrafında “böylesine güncel ve önemli konu, Türk Cerrahi Derneği’nce ele alınarak ülke genelinde hemen tüm eğitim veren cerrahi birimlerinden görüş istenerek” bu raporun hazırlandığı vurgulanmaktadır.

- Konuya taraf olan birimlerden görüş alarak yorum yapmak eğer mantıklı bir yaklaşım ise bu konuda Çelik ve ark.ının 2001 yılında yaptıkları çalışma (21) KBB-BBC eğitim kurumlarının görüşünü yansıtmaları açısından örnek olarak verilebilir. 1998-99 yılları arasında yapılan ve 19 KBB-BBC uzmanlık eğitimi veren kurumdan gelen yanıtların değerlendirildiği bu çalışmaya göre;
 - KBB-BBC uzmanlık eğitimi veren kurumlardan %58’inin tiroid cerrahisi yaptığı, ve
 - %84’ünün tiroid cerrahisinin KBB disiplinince yapılmasını desteklediği (Şekil-6) saptanmıştır.



Şekil-6: Türkiye’de KBB-BBC uzmanlık eğitimi veren kurumların tiroid cerrahisinin KBB disiplinince yapılması konusuna bakışları (21).

- Ek olarak çok yakın zamanda “Türk KBB-BBC Derneği / Baş-Boyun Kanseri Çalışma Grubu” tarafından bir anket çalışması yapılmış ve KBB uzmanlık eğitimi verilen kliniklere gönderilen ankette:
 - i. kliniğinizde tiroid bezi cerrahisi uyguluyor musunuz (tiroid bezinin primer hastalıkları yanında, tiroid bezinin kanser metastazı gibi diğer hastalıklarında uygulanan cerrahiler dahil)?
 - ii. tiroid bezi cerrahisi konusunda ilgili diğer branşlarla ilişkiniz (örneğin endokrinoloji) nasıl?
 - iii. kliniğinizin eğitim programında tiroid bezi cerrahisi ile ilgili eğitim veriliyor mu?
 - iv. tiroid bezi hastalıkları ve cerrahisi ile ilgili bilimsel toplantılara kliniğinizden katılım oluyor mu, kliniğiniz bu konuda toplantı düzenledi mi, kliniğinizden kişiler bu toplantılara moderatör ya da konuşmacı olarak katıldı mı?
 - v. tiroid bezi cerrahisinde karşılaştığınız komplikasyonlar ve komplikasyon nedeni ile kliniğinize sevk edilen olgular var mıdır?
 - vi. KBB-BBC uzmanlık alanında tiroid bezi cerrahisi uygulamalarına dair genel görüşünüz?

soruları sorulmuş ve 16 eğitim kurumundan şu yanıtlar alınmıştır:

- i. (a) Tüm KBB kliniklerinde baş-boyunun diğer hastalıklarının (özellikle malign tümörlerinin) tiroid bezini etkilemesi durumunda tiroid cerrahisi uygulanmaktadır. (b) Genel cerrahlarca ele alınan tiroid bezi malign tümörlerinin baş-boyunun diğer bölgelerini etkilemesi durumunda yine tüm KBB kliniklerince genel cerrah meslektaşlarımıza gerekli destek sağlanmaktadır. (c) KBB kliniklerinin %75’inde ise primer (izole) tiroid cerrahisi yapılmaktadır. Primer tiroid cerrahisi uygulayan kuruluşlarda, yıllık ortalama olgu sayısı 10-100 arasında değişmektedir.
- ii. 8 klinikte (%50) endokrinoloji bilim dalıyla ortak çalışma yapılmaktadır.
- iii. KBB kliniklerinin %81’inde (13 klinik) uzmanlık eğitim programının içinde tiroid bezi cerrahisi bulunmaktadır.
- iv. Bu eğitim kliniklerinin %85’indeki öğretim üye ve görevlileri tiroidle ilgili toplantılara katılmıştır.
 - Bu eğitim kurumlarında tiroidle ilgili birçok toplantı düzenlenmiş, bunlardan bazılarında genel cerrah meslektaşlarımız da dahil olmak üzere endokrinolog, sitolog gibi ilgili diğer disiplinlerden de konuşmacı olarak katılım olmuştur. Bunlardan son 5 yıl içinde yapılanlara birkaç örnek:
 - Tiroid Cerrahisinde Yenilikler “Endoskopik Tiroid Cerrahisi”. İstanbul Cerrahi Hastanesi, 2-3 Haziran 2006, İstanbul.
 - Tiroid Kitlelerine Yaklaşım. Türk KBB-BBC Vakfı 2005-06 Eğitim Programı. 04 Nisan 2006, İstanbul.
 - 28. Türk Ulusal Otorinolarenjoloji ve Baş-Boyun Cerrahisi Kongresi. 21-26 Mayıs 2005, Antalya.
 - 3. Akademi Toplantısı. Türk KBB-BBC Vakfı. 14-17 Nisan 2005, İzmir.
 - Video Konferanslar-3 “Baş-Boyun Kanseri”. Çukurova KBB Derneği. 02-03 Nisan 2005, Adana.
 - Baş-Boyun Kanseri Hastalarında Multidisipliner Yaklaşım. 25-28 Eylül 2004, Çeşme, İzmir.

- Fırat-Dicle Havzası KBB ve Baş-Boyun Cerrahisi Derneği Bilimsel Etkinlikleri XX. Sempozyumu. 26-29 Ağustos 2004, Elazığ.
 - 2. Akademi Toplantısı. Türk KBB-BBC Vakfı. 15-18 Nisan 2004, Adana.
 - Otorinolaringolojide Multidisipliner Yaklaşımlar. Uludağ'2004 KBB Günleri. 04-07 Mart 2004.
 - Baş-Boyun Kanseri Cerrahisi. Türk Otorinolaringoloji ve Baş-Boyun Cerrahisi Derneği, Baş-Boyun Kanseri ve Larengoloji Çalışma Grupları. 11-12 Nisan 2003, İzmir.
 - Tiroid Cerrahisi. Çukurova KBB Derneği 2002-2003 Sezonu İkinci Toplantısı. 11.01.2003, Antakya.
 - v. Hemen her kliniğin diğer disiplinler tarafından yapılan tiroidektomi sonrası komplikasyonu olan (tek veya çift taraflı kord paralizisi olan) olgularla karşılaştığı ve tedavi ettiği bildirilmiştir.
 - vi. Yine tüm KBB eğitim kurumları, tiroid cerrahisinin KBB-BBC uzmanlık alanı içinde olması gerektiğini, yanıtlarında belirtmiştir.
- Bu rapor hazırlanırken sadece Türkiye'deki KBB-BBC eğitimi veren kurumların görüşüyle yetinilmemiştir. Türk Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu tarafından hazırlanan yazının (2) birçok bölümünde kaynak olarak gösterilen Avrupa Tıp Uzmanları Birliği (UEMS)'nin KBB-BBC bölümü ile temasa geçilmiş ve UEMS-ORL Başkanı Prof. Dr. Reider GRENNAN'a 05 Haziran 2006 tarihinde gönderilen bir e-posta ile Avrupa ülkelerindeki tiroid cerrahisi ile ilgili durum sorulmuştur. Kendisi UEMS-ORL olarak ellerinde böyle bir bilgi olmadığını belirtmiş ama isteğimiz tüm UEMS-ORL üyesi ülkelerinin temsilcilerine yönlendirilerek, bize ülkelerindeki durum hakkında bilgi verilmesi sağlanmıştır. Yaklaşık 2 hafta içinde 22 Avrupa Ülkesi'nden [**Almanya, Belçika (x2), Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Finlandiya, Fransa (x2), Hırvatistan, Hollanda, İngiltere (x2), İrlanda Cumhuriyeti, İspanya, İsveç, İsviçre, İtalya, Litvanya, Malta, Norveç, Portekiz, Romanya, Sırbistan (x2), Slovak Cumhuriyeti, Yunanistan**] 26 yanıt gelmiştir. Gelen yanıtların değerlendirilmesi şu şekilde yapılmıştır:
 - Ülkeler temel olarak 5 temel gruba, bir de alt gruba ayrılmıştır:
 - **1. grup:** Tiroid cerrahisinin %100'e yakınının KBB-BBC dışı* disiplinlerce yapıldığı ülkeler
 - **2. grup:** Tiroid cerrahisinin %50'den fazlasının KBB-BBC dışı* disiplinlerce yapıldığı ülkeler
 - **3. grup:** Tiroid cerrahisinin %50'sinin KBB-BBC dışı* disiplinlerce, %50'sinin KBB-BBC disiplini tarafından yapıldığı ülkeler,
 - **4. grup:** Tiroid cerrahisinin %50'den fazlasının KBB-BBC disiplinince yapıldığı ülkeler
 - **5. grup:** Tiroid cerrahisinin %100'e yakınının KBB-BBC disiplinince yapıldığı ülkeler
- * Genel cerrahi, Endokrin cerrahisi, Göğüs cerrahisi, Vasküler cerrahi

- Bu sınıflandırmaya göre ülkelerin dağılımı;
 - **1. grup:** 3 ülke **%13.6**
(Hollanda, Litvanya, Portekiz)
 - **2. grup:** 5 ülke **%22.7**
(Finlandiya, Malta, Norveç, Romanya, Sırbistan)
 - **3. grup:** 7 ülke **%31.8**
(Almanya, Çek Cumhuriyeti, İrlanda Cumhuriyeti, İspanya, İsveç, İtalya, Slovak Cumhuriyeti)
 - **4. grup:** 6 ülke **%27.3**
(Belçika, Danimarka, Fransa, İngiltere, İsviçre, Yunanistan)
 - **5. grup:** 1 ülke **% 4.6**
(Hırvatistan)
 - Özetle ülkelerin yaklaşık 1/3'ünün 1+2. gruba, yaklaşık 1/3'ünün 3. gruba ve yaklaşık 1/3'ünün 4+5. gruba girdiği görülmektedir.
 - Ek olarak 9 ülkede (%40.9) giderek artan oranda troid cerrahisinin KBB-BBC disiplini tarafından yapıldığı da belirtilmiştir.

SONUÇ OLARAK ÖNERİ; Ülkemizde,

- konuyla ilgili sivil toplumu temsil eden dernekler ve kurumlar (Türk Tabipler Birliği ve bünyesindeki Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu, Türk Cerrahi Derneği ve Türk Kulak Burun Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Derneği),
- üniversiter ve akademik yaşamı temsil eden Yüksek Öğrenim Kurumu, ve
- sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu Sağlık Bakanlığı bünyesinde ortak ve çok disiplinli komisyonlar oluşturarak, hatta uluslar arası (Batı Avrupa ve Kuzey Amerika) bağımsız ve konuyla ilgili tüm kurum ve kuruluşlardan görüş ve öneriler alınarak,
 - i. bu cerrahi eğitimin kimler tarafından (ister genel cerrah, ister KBB kökenli olsun) verilebileceğinin,
 - ii. bu cerrahi eğitimin hangi merkezlerde verebileceğinin,
 - iii. bu cerrahiye hangi hekimler tarafından (ister genel cerrahi, ister KBB kökenli olsun) yapılabileceğinin (yani “Tiroid Cerrahi” tanımlamasının), ve
 - iv. bu cerrahinin hangi koşulları olan merkezlerde yapılabileceğinin belirlenmesidir.

Aksi takdirde bir takım dogmalar, önyargılar ve çağdaş tıp uygulamalarına ters düşen savlar, sadece konuya taraf olan genel cerrahi uzmanlık eğitimi veren kurumlardan görüş alarak ileri sürülen “**tiroid cerrahisi bazı uzmanlık alanlarının doğal ilgi alanıdır, diğerleri tarafından kesin yapılmamalıdır**” gibi yargılar ve idari makamlarca yapılan resmi veya gayri resmi baskılar, bu konudaki kargaşaya çözüm olmayacak, tersine kaosu daha fazla artıracaktır.

KAYNAKLAR

1. Head and Cancer Session. Second Annual Oncology Congress. October 19-21, 2006, New York, NY USA.
<http://www.oncologycongress.com/app/homepage.cfm?appname=100432&moduleID=2145&LinkID=17030&campaignid=22626&iUserCampaignID=24094902>
2. Tüzüner A, Özmen MM. Tiroid cerrahisi: kim yapmalı? Ulusal Cerrahi Dergisi 2005, 21(3): 113-119.
3. British Thyroid Association and Royal College of Medicine. Guidelines for the management of thyroid cancer in adults. 2002.
http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/thyroidcancer/thyroid_guidelines.pdf.
4. Schulte KM, Röber HD. Behandlungsfehler bei operationen der schilddrüse. Chirurg 1999; 70: 1131-1138.
5. Harness JK, Organ CH, Thompson NW. Operative experience of U.S. general surgery residents in thyroid and parathyroid disease. Surgery 1995; 118: 1063-80.
6. Sosa JA, Bowman HM, Tielsch JM, Powe NR, Gordon TA, Udelsman R. The importance of surgeon experience for clinical and economic outcomes from thyroidectomy. Ann Surg 1998; 228(3): 32-330.
7. Effective Head and Neck Cancer Management. Third Consensus Document. British Association of Otolaryngologists-Head and Neck Surgeons. 2002.
8. Recommended Core Curriculum for the Specialist Training in Surgical Oncology within Europe. http://www.esso-surgeonline.be/Files/EssoCore_Curriculum_revised_7_April_2006.pdf
9. Program Requirements For Residency Education in Otolaryngology. Accreditation Council for Graduate Medical Education 2005.
http://www.acgme.org/acWebsite/downloads/RRC_progReq/280pr705_u805.pdf
10. Booklet of Information. The American Board of Otolaryngology.
http://www.aboto.org/docs/booklet_of_information.pdf
11. British Association of Otorhinolaryngologists-Head and Neck Surgeons.
http://www.entuk.org/entsurgeon/index_html.
12. Watkinson JC. Thyroid surgery – the domain of whom?. ENTNews 2006, 15(2): 42-45.
13. Online Manual for Cancer Services. <http://www.cquins.nhs.uk/2/manual.php>
14. Nicolaides A, Moor J. The trials and tribulations of setting up a thyroid MDT. ENTNews 2006; 15(2): 52-54.
15. Oto-Rhino-Laryngology-Head and Neck Surgery Training Programme. UEMS Training Logbook of Oto-Rhino-Laryngology-Head and Neck Surgery.
16. Randolph GW, Kamani D. The importance of preoperative laryngoscopy in patients undergoing thyroidectomy: Voice, vocal cord function, and the preoperative detection of invasive thyroid malignancy. Surgery 2006; 139: 357-62.
17. Byers B. Presidential Address. The American Head and Neck Society. 4th International Head and Neck Surgery Meeting. Toronto, 1996 ve Watkinson JC. Thyroid surgery – the domain of whom?. ENTNews 2006, 15(2): 42-45.
18. Ramsden JD, Johnson AP, Cocks HC, Watkinson JC. Who performs thyroid surgery: a review of current otolaryngology practice. Clin Otolaryngol 2002; 27: 304-9.
19. Spraggs PDR. Thyroid surgery: whose neck is it anyway? ENTNews 2006; 15(2): 49-50.
20. Terris DJ, Seybt MW, Siupsinskiene N, Gourin CG, Chin E. Thyroid surgery: changing patterns of practice. Laryngoscope 2006; 116: 911-5.
21. Çelik O, Ünlü H, Yüçetürk V, Mutlu C, Aslan A. Uzmanlık eğitimi veren KBB-BBC merkezleri izole tiroid cerrahisine nasıl bakıyor? KBB İhtisas Dergisi 2001, 8(3): 226-9.