

Thyroid gland papillary microcarcinomas diagnosed by extraglandular mass findings

Bez dışı kitle bulgularıyla tanı konulan tiroid bezi papiller mikrokarsinomları

Ercan Akbay, Cengiz Çevik, Gül Soylu Özler, Cengiz Arlı

Ear, Nose and Throat Department, School of Medicine, Mustafa Kemal University, Hatay, Turkey

Abstract

Thyroid papillary microcarcinomas not only present with neck lymphatic metastasis but also may occur in thyroglossal cysts or ectopic thyroid glands. The aim of this case report is to discuss two cases of thyroid papillary carcinomas with no mass detectable by thyroid gland ultrasonography but diagnosed with the biopsy of cervical lymphatic metastasis and occurred in ground of lateral sided thyroglossal cyst. It must be kept in mind that, in cervical metastasis and even laterally sided cystic masses, these symptoms may be associated with thyroid papillary carcinoma.

Keywords: Thyroid papillary carcinoma, microcarcinoma, metastasis, thyroglossal cyst

Özet

Tiroid papiller mikrokarsinomları, boyunda lenfatik metastaz yapabildikleri gibi tiroglossal kist zemininde ya da ektopik tiroid bezlerinde de meydana gelebilirler. Bu olgu sunumunun amacı, tiroid bezinde ultrasonografi ile tespit edilebilecek düzeyde herhangi bir kitle bulunmayan ancak servikal lenf metastazı nedeniyle yapılan biyopside saptanan ve lateral yerleşimli tiroglossal kist zemininde gelişmiş tiroid papiller karsinomu olarak saptanan iki olguyu tartışmaktır. Sunulan her iki olguda da re-operasyonla yapılan total tiroidektomi spesmenlerinde mikrokarsinomlar saptanmıştır. Boyun metastazlarında ve lateral yerleşimli de olsa kistik kitlelerde bu bulguların tiroid papiller karsinomla ilgili olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Tiroid papiller karsinom, mikrokarsinom, metastaz, tiroglossal kist

Giriş

Tiroid papiller karsinomları, boyunda lenfatik metastaz yapabildikleri gibi tiroglossal kist zemininde ya da ektopik tiroid bezlerinde de meydana gelebilirler (1,2). Mikrokarsinoma tabiri, klinik olarak saptanması zor olan, tiroid bezi içerisinde lokalize, 1 cm altındaki kanser odaklarını tarif eder (2). Tiroglossal kist zemininde veya brankial kist içerisinde, ektopik yerleşimli tiroid dokularında papiller karsinom gelişebilmektedir (3,4). Bu olgularda gerçekleştirilen total tiroidektomi spesmenlerinde de mikrokarsinom odakları tespit edilebilmektedir. Tiroid dokusunda mikrokarsinom bulunan olgularda karsinom klinik olarak tespit edilmeden de lenfatik metastaz gözlenebilmektedir (2,5). Bu nedenle boyuna lokalize kistik kitlelerin ya da boyunda metastatik lenf nodlarının değerlendirilmesinde tiroid mikrokarsinomları önemli bir yer tutmaktadır. Bu olgu sunumunda tiroid bezinde ultrasonografi ile tespit edilebilecek düzeyde herhangi bir kitle bulunmayan ancak servikal lenf metastazı nedeniyle yapılan biyopside saptanan ve lateral yerleşimli tiroglossal kist zemininde gelişmiş tiroid papiller tiroglossal

olarak sunulmuştur.

karsinoma şeklinde saptanan iki tiroid bezi papiller mikrokarsinom olgusu tartışılacaktır. Hastalardan tıbbi görüntülerinin ve bilgilerinin bilimsel amaçlı olarak dergide ve sunumlarda kullanılabilmesi için imzalı onayları alınmıştır.

Olgu sunumu

Olgu 1: Boynun her iki tarafında birden çok şişlik şikâyeti ile başvuran 24 yaşındaki erkek hastanın yapılan fizik muayenesinde yaygın lenfadenopati bulguları saptandı. Boyun ultrasonografisinde en büyüğü 34x16 mm boyutlarında hafif lobüle konturlu, hiperekojen ve heterojen yapıda, içerisinde kistik alanların izlendiği birkaç adet lenfadenopati tespit edildi. Klinik ve radyolojik taramada tiroid bezi dahil herhangi bir yerde primer odak tespit edilemedi. İnce iğne aspirasyon biyopsisinden sonuç alınmadı ve eksizyonel biyopsi yapıldı. Histopatolojik bulgular tiroid papiller karsinom metastazı ile uyumlu idi. Hastaya total tiroidektomi ile birlikte bilateral fonksiyonel boyun diseksiyonu uygulandı. Histopatolojik sonuç, en büyüğü sağda 8 mm olmak üzere her iki tiroid lobunda mikrokarsinom odaklarının bulunduğunu gösterdi.

Olgu 2: Boynun sağ tarafında şişlik şikâyeti ile başvuran 41 yaşında bayan hastanın fizik muayenesinde 2. servikal üçgen bölgesinde kistik

Bu yazının özeti 2-6 Kasım 2013 tarihleri arasında Antalya'da gerçekleştirilen "35. Türk Ulusal Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresi"nde poster bildiri

Correspondence: Gül Soylu Özler, Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB Anabilim Dalı, Hatay – Turkey.

Tel:+90 5053980778

soylugul@yahoo.com

Received:25.03.2014Accepted: 15.11.2014

ISSN 2148-3132 (print) ISSN 2148-2926 (online)

www.gaziantepmedicaljournal.com

DOI: 10.5455/GMJ-30-155949





Resim 1. Lateral yerleşim gösteren kistik kitle ön planda brankial kist olarak değerlendirildi ancak patolojik sonuç tiroglossal kist zemininde gelişmiş papiller karsinom şeklinde raporlandı.

kitle saptandı. Ultrasonografik olarak boyundaki kist dışında lenfadenopati ya da tiroid bezinde kitle tespit edilmedi. Brankial kist ön tanısı ile kist eksizyonu yapıldı (**Resim 1**). Lateral yerleşimli, düzgün sınırlı ve yapışıklık göstermeyen kitlenin hiyoid kemikle bağlantısı gözlenmedi. Patolojik sonuç tiroglossal kist zemininde gelişmiş papiller karsinom olarak rapor edildi. Hastaya total tiroidektomi yapıldı.

Her iki olgunun da tiroid bezi histopatolojik incelemesinde papiller mikrokarsinom odakları saptandı.

Tartışma

Tiroid papiller karsinomları, lenfatik metastaz yapma potansiyeli taşıyan ve tiroid bezinin en sık karşılaşılan malign tümördür. Lokal metastazlarını en sık servikal lenf nodlarına yapmaktadırlar. Ancak metastaz yapan papiller karsinomlarda sıklıkla tiroid bezinde klinik muayene ve ultrasonografi ile tespit edilen primer odak tespit edilir. Bu durumda tiroid bezinden ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılır ve tedavi olarak tiroidektomi ile birlikte boyun diseksiyonları gerçekleştirilir. Ancak tiroid bezinde primer odak saptanmayan olgularda metastatik lenfadenopatilerin tiroid kökenli olduğunu tespit etmek zordur.

Dzepina ve ark. mikrokarsinomların agresiflik, multisentrik ve metastatik özelliklerini araştırdıkları geniş bir çalışmada, mikrokarsinomların %35,1'inin agresif, %25,2'sinin multisentrik ve %18,2'sinin metastatik özelliklerde olduğunu tespit etmişlerdir (5). Mikrokarsinomların geniş papiller karsinoma nazaran daha az agresif, multisentrik ve metastatik özellikler taşıdığını bildirmişlerdir (5). Yine bu çalışmada erkek cinsiyet ve kontralateral lobda

multisentrik tümör bulunması metastaz açısından daha riskli bulunmuştur (5).

Tedavi edilen ve tümör çapları 1-10 mm arasında değişen 153 tiroid papiller mikrokarsinomlu olgunun retrospektif analizini içeren çalışmada tümörlerin % 37'si multisentrik olarak gözlenmiştir (2). Bu çalışmada tüm olguların % 11,8'i kapsül invazyonu gösterirken % 48,1'i lenf nodu metastazı göstermiştir. Bir olgu ise takip sırasında uzak metastaz nedeniyle ölmüştür. Bu çalışmanın amacı mikrokarsinomların multifokal yerleşimli olduklarını ve lenf nodu metastazlarını VI bölgeye yaptıklarını vurgulamaktadır. Bu nedenle mikrokarsinomlu olgularda optimal tedavi olarak total tiroidektomi ve santral boyun diseksiyonu yapılması önerilmektedir.

Lee ve ark. tiroid papiller mikrokarsinomlarını 5 mm'den büyük ve küçük tümörler olmak üzere 2 gruba ayırarak tümör davranışlarını incelemişlerdir (6). Beş mm'den büyük tümörlerde kapsül invazyonu ve servikal metastaz oranlarını 5 mm'den küçük tümörlere oranla daha yüksek bulmuşlardır. Her iki grupta da multifokal tümörlerin servikal lenf nodu metastazı yapma oranlarını ise yüksek bulmuşlardır.

Bizim ilk olgumuzda 8 mm çapında mikrokarsinom bulunması ve metastaz yapmış olması Lee ve ark.'nın yazısı ile paralellik göstermektedir. Erkek cinsiyet olması, multisentrik olması ve metastaz yapmış olması da literatürle paralellik göstermektedir.

Lateral yerleşimli tiroglossal kistler çok nadir gözlenmektedir. Bu olgular çoğu zaman brankial kistlerle karışmaktadır. Tiroid bezinde kitle bulunmayan lateral yerleşimli kistik kitle varlığında tiroid papiller karsinomundan şüphelenmek güçtür.

Moncet ve ark. tiroglossal duktus kisti nedeniyle opere ettikleri 3 hastanın patolojik incelemesinde papiller tiroid karsinomu tespit edilmesi üzerine her üç olguya da total tiroidektomi yapmışlar ve 3 olgunun ikisinin tiroid dokusunda da papiller karsinom tespit etmişlerdir (1). Tüm hastalara postoperatif I¹³¹ tedavisi vermişler ve takiplerinde nüks saptamamışlardır. Benzer şekilde Kandogan ve ark. tiroglossal duktus kisti içerisinde tespit ettikleri papiller karsinomlu olguda total tiroidektomi ve bilateral boyun diseksiyonu uygulamışlar ve postoperatif patolojik sonuçta sol lobda lokalize 8 mm papiller karsinom gözlenirken sağ lob ve boyun diseksiyon materyallerinde tümör saptamamışlardır (3). Radyoaktif iyot ve tiroid supresyon tedavisi ile takip ettikleri hastada nüks gözlememişlerdir. Park ve ark. tiroglossal duktus kistinden preoperatif USG eşliğinde yaptıkları İİAB'inde papiller karsinom tespit etmişler ve hastaya aynı seansta Sistrunk prosedürü ve total tiroidektomi yapmışlardır (7). Kist içerisindeki oluşumda papiller karsinom ve tiroid bezi içerisinde papiller mikrokarsinom saptanmış ancak lenfatik metastaz saptanmamıştır.

Xu ve ark. tarafından lateral yerleşimli brankial kist içerisinde ektopik tiroid papiller karsinomu tespit edilmiştir. Hastaya ikinci operasyonda total tiroidektomi yapılmış ve tiroid dokusunda da papiller mikrokarsinom saptanmıştır (4). Bu olgu nedeniyle ektopik tiroid dokusu kaynaklı primer papiller karsinom ile tiroid mikrokarsinomunun lenfatik metastazının kistik dejenerasyonu arasındaki ayırımı dikkat çekilmiştir (4). Gerçekten de böyle olgularda bu ayırımı yapmak kolay değildir. Bizim olgumuzda ise lateral yerleşimli kistik bir kitle mevcut idi ve tiroid USG bulgularında tiroid bezi normal olarak rapor edilmişti. Bu nedenle biz ilk planda brankial kist olarak kabul ettik ve kist eksizyonu yaptık. Ancak patolojik sonuç tiroglossal kist zemininde gelişmiş tiroid papiller karsinom olarak rapor edildikten sonra hastaya total

tiroidektomi yaptık ve bu operasyona ait patoloji raporu papiller mikrokarsinom şeklinde sonuçlandı.

Sonuç: Boyun metastazlarında tiroid USG'si normal bile olsa tiroid papiller mikrokarsinomlarının metastazı olabileceği ve lateral yerleşimli kistik kitlelerde bu bulguların tiroid papiller mikrokarsinomla ilişkili olabileceği akılda bulundurulmalıdır.

Kaynaklar

1. Moncet D, Manavela M, Cross GE, Cazado E, Soutelo J, Elsner B, et al. Papillary carcinoma in thyroglossal duct cyst. *Endocr Pract* 2001;7(6):463-6.
2. Shi L, Chen JH, Wang ST, Xiong YQ, Huang T. Treatment for papillary thyroid microcarcinoma. *Contemp Oncol (Pozn)* 2013;17(1):20-3.
3. Kandogan T, Erkan N, Vardar E. Papillary carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst with associated microcarcinoma of the thyroid and without cervical lymph node metastasis: a case report. *J Med Case Rep* 2008;2:42.
4. Xu JJ, Kwan K, Fung K. Papillary thyroid carcinoma in a lateral neck cyst: primary of ectopic thyroid tissue versus cystic metastasis. *J Laryngol Otol* 2013;127(7):724-7.
5. Dzepina D, Bedeković V, Cupić H, Kruslin B. Papillary thyroid microcarcinoma: clinical and pathological study of 321 cases. *Coll Antropol* 2012;36 Suppl2:39-45.
6. Lee HS, Park HS, Kim SW, Choi G, Park HS, Hong JC, et al. Clinical characteristics of papillary thyroid microcarcinoma less than or equal to 5 mm on ultrasonography. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2013 Jul 20. [Epub ahead of print]
7. Park MH, Yoon JH, Jegal YJ, Lee JS. Papillary thyroglossal duct cyst carcinoma with synchronous occult papillary thyroid microcarcinoma. *Yonsei Med J* 2010;51(4):609-11.

How to cite:

Akbay E, Çevik C, Soylu Özler G, Arlı C. Thyroid Gland Papillary Microcarcinomas Diagnosed By Extraglandular Mass Findings. *Gaziantep Med J* 2015; 25(1): 56-58.