

# Paratiroid karsinomunun patolojisi ve bir olgu sunumu\*

## *The pathology of the parathyroid carcinoma and report of a case*

İbrahim H. Özercan<sup>1</sup> Cengiz Doğan<sup>1</sup> Nurdan Bozlak<sup>1</sup> Mustafa Çetiner<sup>2</sup>

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ

<sup>1</sup>Patoloji Anabilim Dalı <sup>2</sup>Genel Cerrahi Anabilim Dalı

**Özet:** Paratiroid karsinomu primer hiperparatiroidizmin seyrek nedenlerinden olup her iki cinsten eşit olarak görülür. Sıklıkla semptomatiktir, hastaların yükselmiş serum kalsiyum ve parathormon düzeyi ile birlikte servikal kitlesi bulunur. Peptik ulkus semptomları olan 55 yaşındaki erkek hastada, hiperparatiroidizm nedeni araştırılırken belirlenen paratiroid karsinomu, az görülmesi nedeniyle kaynak bilgiler ışığında sunulmuştur.

**Anahtar Sözcükler:** Paratiroid karsinomu, hiperparatiroidizm.

\* XIII. Ulusal Patoloji sempozyumunda poster bildiri olarak sunulmuştur (24-27 Nisan 1997, Adana-Mersin).

**P**aratiroid karsinomu seyrek görülen bir tümör olup hiperparatiroidizm olgularının %0.5-4'ünü oluşturur (1). Her iki cinsten eşit olarak görülmektedir (2).

Paratiroid karsinomlu hastalarda en sık görülen semptom yorgunluktur. Ayrıca kemik, eklem ve kas ağrıları ikinci sıklıkta görülmektedir. Bunları peptik ülser, kolelityazis, pankreatit, renal taşlar ve hipertansiyon izler. Yalnızca %10 hasta asemptomatiktir (3). Önemli bir ipucu fizik bakıda boyunda palpabl bir kitlenin varlığıdır (4). Bu hastalarda serum kalsiyum düzeyi yükselmiştir (2).

**Summary:** Carcinoma of the parathyroid glands is a rare cause of primary hyperparathyroidism and it's seen in equal frequency in both sexes. It's frequently symptomatic and patients may have high values of serum calcium and parathormone with a palpable cervical mass. Parathyroid carcinoma that was identified while the cause of hyperparathyroidism in a 55 years old man with peptic ulcer symptoms was being searched, and was presented with reviewing literature since it is seen rarely.

**Key Words:** Parathyroid carcinoma, hyperparathyroidism.

\* Presented in the XIIIth National Pathology Symposium (24-27 April 1997, Adana-Mersin)

Sağaltıma dirençli peptik ülser nedeniyle başvuran hastada, primer hiperparatiroidizm nedenleri araştırılırken saptanan paratiroid karsinomu olgusunu seyrek görülmesi ve az da olsa gastrointestinal belirtilerle ortaya çıkmasından dolayı ilginç bularak ilgili kaynak bilgiler ışığında sunmayı amaçladık.

### **Olgu sunumu ve patolojik bulgular**

55 yaşında erkek hasta (C.Ç., 2784/96). 5 ay önce sağaltıma dirençli duodenal ülser nedeniyle bilateral trunkal vagotomi ve gastro-jejunostomi operasyonu geçir-

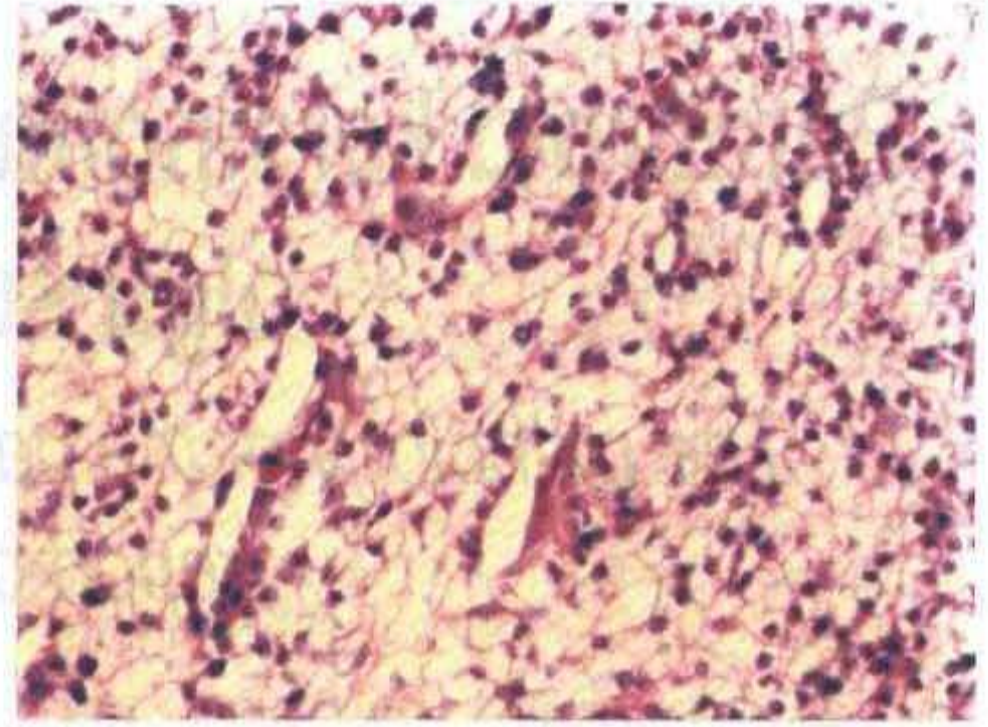
miş ve ek medikal sağaltımla da peptik ülser yakınmasının giderilememesi sonucu F.Ü.Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'na başvurmuştur. Son 10 yıl içinde iki kez nefrolityazis nedeniyle operasyon geçirmiş olan hastanın boyun ultrasonografisinde tiroid sağ lob alt kenarında 10x12mm boyutlarında hipoekoik heterojen yapıda solid kitle, özefago- gastro-duodenoskopide antral gastrit, gastro-jejunostomi hattı distalinde ise yaygın ülserler ve reflü özefajit saptandı. Kan parathormon düzeyi 1465 (Normal:12-72) pg/ml olarak ölçüldü. Operasyonla 1.5 cm çapında gri-beyaz renkte, sert kıvamda tiroid kapsülüne yapışık solid kitle çıkarıldı. Postoperatif 2. günde hastanın kan kalsiyum düzeyi 6.2 /dl olarak ölçüldü. Hastada deliryum tablosu gelişmesi üzerine intravenöz kalsiyum tedavisi uygulandı. Hastaya postoperatif erken dönemde marginal ülser için medikal sağaltım başlandı. 2 ay sonra yapılan kontrolde serumda parathormon 168pg/dl, kalsiyum 8.2/dl olarak ölçüldü. Ayrıca peptik ülserle ilgili yakınmasının kaybolduğu görüldü.

#### Patolojik bulgular

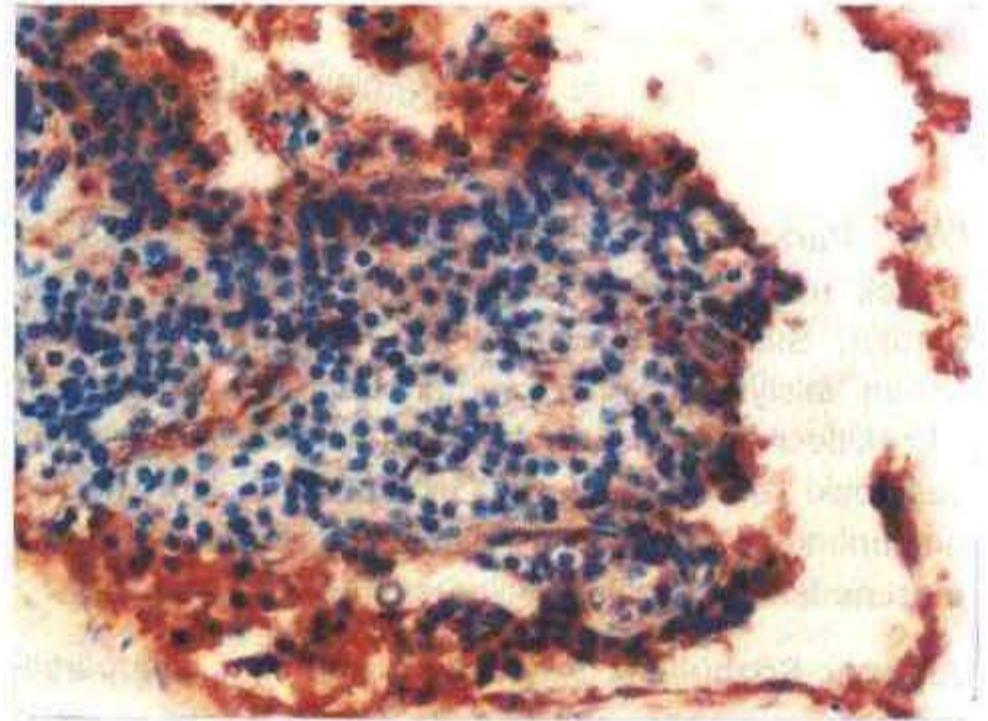
Patoloji laboratuvarına gelen cerrahi materyalinin işlem sonrasında elde edilen Hematoksilen Eosin (H+E) boyalı kesitler ışık mikroskobu ile incelendi. Bu incelemede histolojik olarak normal paratiroid yapısının ortadan kalkmış olduğu ve paratiroide ait saydam ve bir kısmı eosinofilik (oksifilik) hücrelerden oluşmuş solid hücre tabakaları görüldü (Resim 1). Belirgin bir histolojik patern oluşturmayan hücreler genelde uniform görümlü olmakla birlikte yer yer belirgin pleomorfizm göstermekteydiler. Hücre tabakaları kalın fibröz bantlarla çevrilmiş olup kapsül ve damar invazyonu yapmış oldukları gözlemlendi. Ayrıca tümör hücrelerinin tiroid dokusuna da invazyon yaptıkları belirlendi (Resim 2, 3).

#### Tartışma

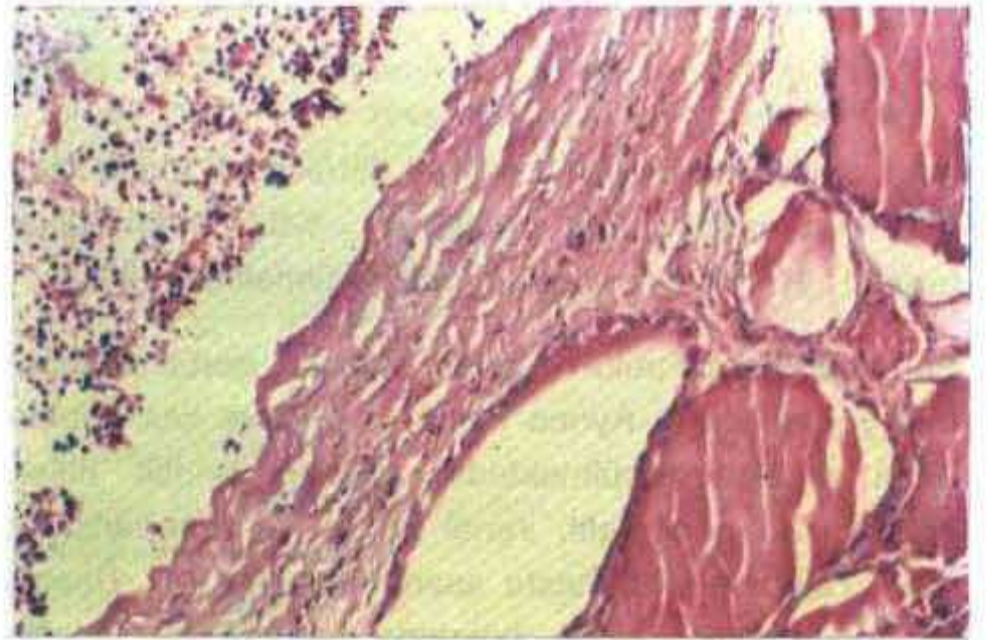
Primer hiperparatiroidizm dünyanın çeşitli bölgelerinde değişik insidans gösterir (5). Paratiroid karsinomu, hiperparatiroidizm olgularının %0.5-4 nedenini oluşturmakta ve klinik pratikte oldukça az rastlanmaktadır (1). Ortalama yaş 51'dir (6). Paratiroid adenomu ve hiperplazide olduğu gibi paratiroid karsinomunda da kalsiyum düzeyi yükselmiştir (>14 mg/dl) ve kimi hasta hiperkalsemi krizine girebilir (2). Servikal kitle paratiroid adenomlarında daha seyrek görülmekle birlikte paratiroid karsinomlarında ortalama %55 oranında görülmek-



Resim 1. Paratiroid karsinomunda saydam sitoplazmalı hücrelerin görünümü (2784/96, H+E x200)



Resim 2. Paratiroid karsinomunda damar invazyonu (2784/96, Faktör VIII x200)



Resim 3. Tümörün tiroid dokusu içerisine invazyonu (2784/96, H+E x100).

tedir (5). Hastamızda fizik bakıda servikal kitle saptanmadı. Ayrıca kas ve iskelet sistemine ait bulgular da yoktu, ancak böbrek taşı ve peptik ülserle yönelik cerrahi girişim geçirmişti.

Operasyon öncesi, paratiroidin karsinomlarıyla adenomlarının ayırıcı tanısında yardımcı hiçbir bulgu yoktur. Ayrıca paratiroidin adenomuyla karsinomu arasında histolojik ayırım bile çok zor olabilir. Nükleer pleomorfizm, hiperkromatizm, kan damarları çevresinde serbest tümör hücreleri, bizar nükleolus ve dev hücreler adenomların %25'inde görülebilir (7). Kimi yazarlar (8-10) paratiroid karsinomunda mitotik aktivitenin önemini vurgulamasına karşın kendi olgumuzda mitoz rastlamadık. Mitotik figürler Schantz va Castleman (8) tarafından bildirilen diğer birkaç mikroskobik özellikle birlikte tanıda yardımcıdır.

Diğer mikroskobik özellikler kapsülde damar invazyonu, fibröz trabekül ve kapsül dışına invazyon, karsinomu adenomdan ayırt etmeye yardım eder. Vetto ve ark. (11) 15 olguluk çalışmalarında kapsül dışında bitişik dokuya invazyonu en önemli özellik olarak bildirmişlerdir.

Çoğu paratiroid karsinomları ilk cerrahi sırasında kuşku lanma ile tam olarak çıkarılabilir (12). Cerrahi girişim sırasında malignitenin güvenilir bir bulgusu tümörü çevreleyen yoğun fibröz reaksiyon ve bu fibröz reaksiyo-

nun, tümörle öteki boyun yapılarını bir hasır örtü gibi birbirine kaynaştırmasıdır. Tümörün genişçe eksize edilmesi gerekir. Çünkü lokal rekürrens yaklaşık % 30'dur.

Paratiroid bezinin çıkarımına ek olarak aynı taraf tiroid lobektomisi, ile paratrakeal lenf düğümü eksizyonu ve bu işlemler sırasında tümör kapsülünün korunması, uzun dönemli yaşam için en iyi olanağı sağlar (3). Radikal boyun disseksiyonu yalnızca palpabl lenf düğümleri olan hastalarda yapılır. Hastamızda lenf nodları palpabl olmadığından, aynı taraf tiroid lobektomiyle birlikte en-blok rezeksiyon uygulanmıştır.

İzlemde hormon ve kalsiyum düzeyleri kontrol edilmekte; klinik kuşku duyulduğunda, görüntüleme yöntemleri özellikle komputere tomografi, sıklıkla uygulanmaktadır (5).

Sonuç olarak, gastrointestinal sistemle ilgili semptomlarda, özellikle de nüks peptik ülserlerin etyopatogenezinde, seyrek neden olmakla birlikte, primer hiperparatiroidizm de göz önünde bulundurulmalıdır. Primer hiperparatiroidizmli bir olguda, yine az görülmekle birlikte, yüksek düzeyde hiperkalsemi ile hiperkalseminin oluşturduğu klinik semptomlar ve boyunda palpabl bir kitlenin varlığında, ilk operasyonda olası paratiroid karsinomu kuşkusunu anımsanarak dikkatli olunmalıdır. Çünkü yineleyen paratiroid karsinomunda sağaltımın başarısı çok azdır.

## Kaynaklar

1. Mashburn MA, Chonkich GD, Chase DR, Petti GH. Parathyroid carcinoma: two new cases- diagnosis, therapy, and treatment. Laryngoscope 1987; 97 (2): 215-8.
2. Fujimoto Y, Obara T. How to recognize and treat parathyroid carcinoma. Surg Clin North Am 1987; 67 (2): 343-57.
3. Petti GH. Hyperparathyroidism. Otolaryngol Clin North Am. 1990; 23 (2): 339-355.
4. Livolsi VA, Montone K, Sack M. Pathology of Thyroid Disease. In: Sternberg SS (ed). Diagnostic Surgical Pathology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 1999; 529-588.
5. Cordeiro AC, Montenegro FLM, Kulcsar AV, Dellanegra LA et al. Parathyroid carcinoma. Am J Surg 1998; 175: 52-5.
6. Sandelin K, Auer G, Bondeson L. Prognostic factors in parathyroid cancer: a review of 95 cases. World J Surg 1992; 16: 724-731.
7. Flye MW, Brennan MF. Surgical resection of metastatic parathyroid carcinoma. Ann Surg 1981; 193: 425-35.
8. Schantz A, Castleman B. Parathyroid carcinoma. A study of 70 cases. Cancer 1973; 31 (3): 600-5.

9. Cohn K, Silverman M, Corrado J, Sedgewick C. Parathyroid carcinoma: the Lahey Clinic experience. Surgery 1985; 98: 1095-100.
10. Karademir M, Başlamışlı F, Şahin B, Koçak M et al. Primer paratiroid karsinomu. Ç Ü Tıp Fak Der 1990; 3: 356-360.
11. Vetto JT, Brennan MF, Woodruff J, Burt Michael. Parathyroid carcinoma: diagnosis and clinical history. Surgery. 1993; 114 (5): 882-890.
12. VanHeerden JA, Weiland LH, Re Mine WH, Walls JT et al. Cancer of parathyroid glands. Arch Surg 1979; 114: 882-892.

## Yazışma Adresi:

Dr. İbrahim H. ÖZERCAN  
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Patoloji Anabilim Dalı, Elazığ  
Tel: 0 424 - 236 82 25  
E-posta: Ozercan@hotmai.com