

Başlangıç Kliniği Kemik Metastazları Olan Tiroid Karsinomu (Olgu Sunumu)

M. Numan Tamer¹ Mehmet İşler¹ Harun Doğru² Gülsen Aydın³ M. Kürşat Bozkurt⁴
Ekmel Tezel⁵ Mehmet Bahçeci⁶

¹Yard.Doç.Dr. SDÜ Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ISPARTA.

²Yard.Doç.Dr. SDÜ Tıp Fakültesi, KBB Anabilim Dalı, ISPARTA.

³Uz.Dr. Devlet Hastanesi, Patoloji Kliniği, ISPARTA.

⁴Yard.Doç.Dr. SDÜ Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ISPARTA.

⁵Uz.Dr. SDÜ Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ISPARTA.

⁶Arş.Gör.Dr. SDÜ Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ISPARTA.

Özet

Palpabl tiroid nodülü olmaksızın uzak metastazlarıyla seyreden bir Hurthle cell tiroid karsinomu olgusu sunulmuştur. Özellikle yaygın kemik metastazları olan hastalarda ayırıcı tanıda tiroid kanseri düşünmenin önemi vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Tiroid karsinomu, kemik metastazi.

A Thyroid Carcinoma Presenting Initially with Bone Metastases (Case Report)

Abstract

A patient with Hurthle cell thyroid carcinoma who had distant metastases without any palpable thyroid nodule was presented. In differential diagnosis of patients with widespread bone metastases, probability of thyroid carcinoma must be considered, especially.

Key Words: Thyroid carcinoma, bone metastase.

Tiroid kanseri oldukça nadir görülen bir malignitedir. Çalışmalar bir milyon kişi arasında yılda 37 yeni tiroid kanseri olgusu tespit edildiğini göstermektedir (1). Histopatolojik tiplerine göre, papiller karsinomun % 75, folliküler karsinomun % 16, meduller karsinomun % 5, indifferansiye karsinomun % 3, ve diğerlerinin % 1 oranında görüldüğü bildirilmiştir (2). Papiller ve folliküler karsinom birlikte diferansiye tiroid karsinomu (DTK) olarak adlandırılmaktadır. Hurthle cell karsinom folliküler karsinomun bir varyantıdır (2).

Tiroid kanseri genellikle rutin fizik muayenede tiroid dokusundan ayrı bir kitle olarak palpe edilmekte, tümör lokal lenf nodlarına, karşı tiroid lobuna veya komşu servikal yapılara metastaz yapabilmektedir. Uzak metastazların sıklıkla akciğer ve kemiklere olduğu bildirilmektedir (3). DTK'da metastazların ilk klinik belirti olması olguların % 5'inden daha azında gözlenmiştir (4).

Burada palpabl tiroid nodülü olmaksızın ke-

mik metastazlarıyla klinik belirtilerin ortaya çıktığı tiroid kanserli bir olgu sunulmuştur.

Olgu

Ş. E., 59 yaşında, erkek. Şubat 1995'de ortaya çıkan sağ omuz ve sırt ağrıları şikayeti ile Eğirdir Kemik Hastalıkları Hastanesi'ne müracaat etmiş. Herhangi bir kemik patolojisi tespit edilmeyen hastanın 1.5 ay sonra boynunun sol tarafında şişlik belirmiş. Hasta bu yakınmalarla 18/4/1995 tarihinde kliniğimize yatırıldı. Son 3 aydır iştahsızlık, kilo kaybı tarif eden hastanın kliniğe yatırılırken yapılan fizik muayenesinde KB: 130/80 mmHg, Nb: 96/dk, ritmik, Ateş: 36.2°C bulundu. Boyun pasif hareketleri ağrılı ve kısıtlıydı. Solda Horner Sendromu'na ait pitoz ve miyozis mevcuttu. Sol parotis bölgesinde ve sol sternokleidomastoid adalenin üst medialinde paket yapmış lenfadenopati saptandı. Tiroid nonpalpabl idi. Ayrıca her iki aksiller bölgede çapları 0.5-3 cm arasında değişen multipl lenfadenopati tespit edildi. Kalp ve solunum sesleri doğaldı. Karaciğer

ve dalak ele gelmiyordu. Sol kolda monoparezi saptanan hastada rektal tuşe normal olarak değerlendirildi.

Hematokrit: % 48, lökosit: 10 100/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı: 23 mm/s, kanda üre: 51 mg/dl idi. AKŞ, serum transaminazları, alkalen fosfataz, LDH, CPK, albumin, globulin, kalsiyum değerleri ve tam idrar incelemesi normal bulundu. Akciğer grafisinde sağda 7. kotta destrüktif değişiklikler gözlemlendi. Akciğer parankiminde aktif değişiklikler saptanmadı. EKG'de ve batin ultrasonografisinde patolojik bulgu tespit edilmedi. Çekilen kemik grafilere değişik düzeylerde vertebra korpuslarında kompresyon kırıkları tespit edildi. Yaygın kemik tutulumları sebebiyle hastaya kemik iliği aspirasyonu yapıldı ve protein elektroforezi istendi. Sonuçlar multipl miyelomu ekarte ettirdi. Gaitada gizli kan 3 gün arka arkaya negatif bulundu. KBB muayenesinde primer odağı düşündürülecek patoloji tespit edilmedi ve kord vokaller normal bulundu. Prostat spesifik antijen normal sınırlardaydı ve yapılan üroloji konsültasyonunda prostat normal olarak değerlendirildi. CEA: 84.0 ng/ml (normal değerler: 0.0-4.0) saptandı. Kranial, torakal, üst abdominal ve servikal-torakal-lomber vertebra MR incelemesinde; karaciğer sağ lob medial segmentinde en büyüğü 2.9x2.3 cm boyutlarında 2 adet kitle lezyonu (metastaz?), vertebral kolonda C4-C5, Th3,7,9 ve L3 korpuslarında neoplazik karakterde kompresyon kırıkları saptandı. Beyinde, akciğer parankiminde, mediasten ve paraaortik lenf nodlarında patoloji tespit edilmedi.

25/4/1995'de sol servikal lenf paketinden ince iğne aspirasyon biopsisi yapıldı. Patoloji tetkiki sonucu lenf bezinde epitelial tümör metastazı (tiroid folliküler ca ?) şeklinde değerlendirildi. 27/4/1995'de sol servikal lenf bezi biopsisi yapılan hastadan tiroid sintigrafisi istendi. Hiperplazik bulunan tiroid bezinin sağ lob alt kısmında 16 mm çapında hipoaktif, ultrasonografide hiperekoik nodül tespit edildi. Tiroid fonksiyon testleri sonucu ötiroid bulunan hastaya palpasyonda ele gelmediği için ultrason eşliğinde tiroid ince iğne aspirasyon biopsisi yapıldı. Lenf bezi biopsi sonucu ve tiroid sitolojisi tiroid folliküler karsinomunu desteklemekteydi. Hasta total tiroidektomi yapılmak üzere Genel Cerrahi Kliniği'ne sevk edildi. Cerrahi materyalin patolojik incelemesinde Hurtle Cell Carcinoma tespit edildi.

Tartışma

Oldukça nadir görülen tiroid kanseri etiyoloji-

sindeki en önemli etken, tiroid dokusunun radyasyona maruz kalmasıdır. Çeşitli nedenlerle tiroid dokusu 10 ile 1400 rad dozunda radyoaktivite alan olgularda sonraki 10-40 yıl içinde tiroid kanseri gelişme ihtimalinin % 0.1 ile % 6 arasında değiştiği bildirilmiştir (2). Hastamızın özgeçmişinde böyle bir etkene maruz kalma saptanmadı.

Genellikle 1 cm'den büyük çaplı tiroid nodülleri palpe edilebilirse de hastamızda nodülün palpe edilememesi, muhtemelen nodülün sertliğinin tiroid dokusu ile aynı olması ve yerleşiminin aşağıda olmasıyla ilgilidir. Yapılan bir çalışmada klinik muayenede tespit edilemeyen nodüllerin yaklaşık yarısı ultrasonografide tespit edilmiş ve bunların da yaklaşık üçte biri 2 cm'den büyük bulunmuştur (5).

Tiroid nodülünün yapısını tespit etmek için sıklıkla tiroid sintigrafisi kullanılmaktadır. Sıcak nodül hemen hemen hiç malign değildir. Tüm tiroid kanserleri eğer yeterince büyükeler soğuk nodül olarak saptanırlar (1-3).

İnce iğne aspirasyon biopsisi oldukça güvenilir ve değerli bir metoddur. Operasyona verilecek hastaların seçiminde diğer testlere üstündür. Bu işlem operasyona giden hastaların sayısını yarıya düşürmüştü ve tiroid kanseri tespit edilenlerin sayısını ikiye katlamıştır (6-8). Deneyimli sitologların elinde bu metodun duyarlılığının % 70-97, hatalı pozitif kanser teşhisinin yaklaşık % 3-6 civarında olduğu bildirilmiştir (9).

Tümör lokal lenf nodlarına, karşı tiroid lobuna veya komşu servikal yapılara metastaz yapabilir. Bazı hastalarda tiroide palpabl bir nodül olmaksızın metastaza bağlı servikal lenfadenopati bulunabilir (1). Uzak metastazlar sıklıkla akciğer ve kemiklere olur. Bir çalışmada DTK nedeniyle tiroidektomiye giden hastaların % 4.7'sinde kemik metastazı tespit edilmiştir. Kemik metastazlı hastaların % 14.5'inde ilk semptomun bu metastaza bağlı olduğu, kemik metastazı yapan DTK'nun % 93'ünü folliküler karsinomun oluşturduğu bildirilmiştir (10). Spinal kord kompresyonu seyrek görülür ve ilk belirti olarak ortaya çıkışı nadir olarak rapor edilmiştir (4). Hastamız kliniğimize başvurduğunda hakim tablo kemik metastazları idi ve sol kolda monopareziye yol açacak şekilde spinal kord kompresyonu bulunuyordu.

DTK'da tedavi total tiroidektomi, I¹³¹ uygulaması ve TSH supresyonudur. Bazı hastalarda eksternal radyoterapi, nadiren kemoterapi gerekebilir (1-3). Hurtle cell karsinom radyoaktif iyodu

nadiren tuttuğu için I¹³¹ tedavisine iyi yanıt vermediği bildirilmiştir (3). DTK'lu hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada ortalama 7.3 yıl takip sonrası % 37.3 oranında hastalığa bağlı ölüm görülmüştür. Teşhis anında 40 yaşın özellikle 60 yaşın üzerinde olan hastalar, kemik metastazı olanlar, nonfonksiyone metastazı olanlar ve folliküler karsinomlu hastaların prognozunun daha kötü olduğu saptanmıştır (11).

60 yaşın üzerindeki yaşlı DTK'lu hastalarda folliküler karsinom sıklığının arttığı, kadın/erkek oranının azaldığı, özellikle kemik olmak üzere uzak metastaz sıklığının arttığı, bu metastazların I¹³¹ tutma oranının azaldığı rapor edilmiştir (12).

Bu olgu, nonpalpabl olsa bile uzak, özellikle kemik metastazlı olgularda tiroid kanserinin de aranması gereğini ortaya koymaktadır.

Kaynaklar

- 1-Hershman JM. *Thyroid Gland*. In: Haskell CM, editor. *Cancer Treatment*. 3rd Edition. Philadelphia: WB Saunders, 1990; 406-13.
- 2-Greenspan FS, Rappaport B. *Thyroid nodules and thyroid cancer*. In: Greenspan FS, editor. *Basic and Clinical Endocrinology*. 3rd Edition. Beirut: Librairie du Liban, 1991; 236-46.
- 3-Larsen PR, Ingbar SH. *Thyroid neoplasms*. In: Wilson JD, Foster DW, editor. *Textbook of Endocrinology*. 8th Edition. Philadelphia: WB Saunders, 1990; 465-70.
- 4-Vicente P, Roviroso A, Gallego O, et al. *Spinal cord compression as a primary manifestation of occult thyroid carcinoma*. *Anales de Medicina Interna* 1992; 9 (7): 334-6. (Eng. Abstract).
- 5-Brander A, Viikinkoski P, Tuuhea J, et al. *Clinical versus ultrasound examination of the thyroid gland in common clinical practice*. *J Clin Ultrasound* 1992; 20: 37-42.
- 6-Rojeski MT, Gharib H. *Nodular thyroid disease: evaluation and management*. *N Eng J Med* 1986; 313: 428-36.
- 7-Mazzaferrri EL, de los Santos ET, Rofagha-Keyhani S. *Solitary thyroid nodule: diagnosis and management*. *Med Clin North Am* 1988; 72: 1177-211.

8-Hamberger B, Gharib H, Melton LJ, et al. *Fine-needle aspiration biopsy of thyroid nodules: impact on thyroid practice and cost of care*. *Am J Med* 1982; 73: 381-4.

9-Desforges JF. *Management of a solitary thyroid nodule*. *N Eng J Med* 1993; 328 (8): 553-9.

10-Proye CA, Dromer DH, Carnaille BM, et al. *Is it still worthwhile to treat bone metastases from differentiated thyroid carcinoma with radioactive iodine?* *World J Surgery* 1992; 16 (4): 640-5.

11-Casara D, Rubello D, Saladini G, et al. *Distant metastases in differentiated thyroid cancer: long-term results of radioiodine treatment and statistical analysis of prognostic factors in 214 patients*. *Tumori* 1991; 77 (5): 432-6 (Eng. abstract).

12-Casara D, Rubello D, Saladini G, et al. *Differentiated thyroid carcinoma in the elderly*. *Aging* 1992; 4 (4): 333-9.

Yazışma Adresi:

Yrd.Doç.Dr. Mehmet Numan Tamer
Süleyman Demirel Üniversitesi
Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı

32040/ISPARTA