

Sternum Metastazı İle Tanı Alan Tiroid Folliküler Karsinomu: Olgu Sunumu

A Case of Thyroid Follicular Carcinoma Diagnosed With Sternum Metastasis

Hatice KARAMAN¹, Mithat FAZLIOĞLU², Arzu TAŞDEMİR¹, Dilek ÜNAL³

¹ Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji

² Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi

³ Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi

Geliş tarihi: 12.02.2012, Kabul tarihi: 26.03.2013

Özet

Tiroidin folliküler karsinomu (FTK), oldukça nadir görülen bir malignitedir. Tiroid karsinomları içerisinde %10-15 oranında görüldüğü bildirilmiştir. Uzak metastazını sıklıkla akciğere ve kemiklere yapar. Bu yazıda, 65 yaşındaki erkek hastanın sternumun 2 cm inferiorundaki kitleden yapılan ince iğne biyopsisi küçük mavi hücreli malign tümör tanısı aldıktan sonra yapılan eksizyonel biyopsisi histopatolojik ve immünohistokimyasal bulgularla folliküler karsinom metastazı olarak değerlendirilmiştir. Olgu sunulmuş ve literatür gözden geçirilerek tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Tiroid folliküler karsinomu, sternum metastazı

Summary

Here we report a case of follicular carcinoma of thyroid was diagnosis after chest wall resection. The case is regarded as a follicular carcinoma of thyroid according to histopathologic and immunohistochemical findings. The case is presented and the relevant literature is reviewed and discussed.

Key Words: Thyroid follicular carcinoma, Sternum metastasis

Giriş:

Foliküler karsinom, folliküler hücre differansiasyonu gösteren, nükleer yapı olarak papiller karsinomun özelliklerini taşımayan tiroidin malign epitelyal tümörüdür. Kapsül ve damar invazyonları karakteristik özellikleridir¹. Tiroidin folliküler karsinomu, oldukça nadir görülen bir malignitedir. Tiroid karsinomları içerisinde %10-15 oranında görülür¹.

Uzak metastazının sıklıkla hematogen yolla akciğere ve kemiklere olduğu bildirilmektedir¹. Tiroid

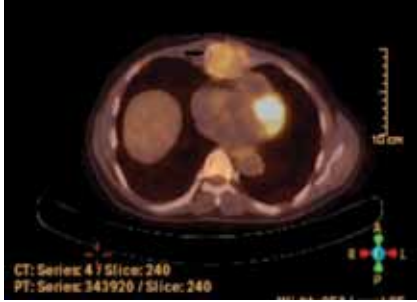
karsinomlarında kemik metastazları, akciğerlerden sonra ikinci en sık görülen uzak organ tutulumu olup, daha çok foliküler karsinomlarda görülmekte (% 7-28), nadiren papiller tiroid kanserlerine (%1.4-7) eşlik etmektedir^{2,3}. Bu olgularda hastalık seyrinin daha kötü olduğu ve 10 yıllık sağ kalım oranının %13-21'lere düştüğü bildirilmektedir³.

Kesin tanı histopatolojik olarak konur. Bizim olgumuzda sternumda kitle nedeniyle yapılan açık biyopsinin sonucu tiroidin folliküler karsinom metastazı olarak

rapor edilmiştir. Hasta bu açıdan araştırıldığında 10 yıl önce sol tiroidden tek taraflı ameliyat olduğu öğrenildi. Yapılan ultrasonografide sol tiroid lobu izlenemedi. Sağ tiroid lobu 18x19 mm ölçüsünde olup içerisinde en büyüğü 22 mm çaplı hipoekoik nodüller izlendi. Hasta genel durumunun kötü olması nedeniyle tedaviyi kabul etmedi. Olgu sunulmuş ve literatür gözden geçirilerek tartışılmıştır.

Olgu

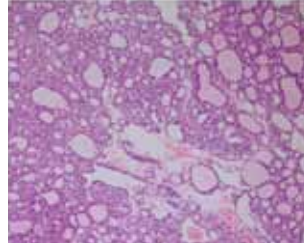
65 yaşında erkek hasta göğüs ağrısı, sternumda kitle nedeniyle göğüs cerrahi polikliniğine başvurmuştur. Yapılan fizik muayenesinde manibrium sterninin 2 cm inferiorunda kitle tesbit edilmiştir. Tam kan değerleri, rutin kan biyokimyası, abdominal ultrasonografi bulguları normaldi. Çekilen kemik grafilerinde sağda femur başında ve sol iliak kanatta litik lezyonlar tesbit edildi. Ultrasonografide prostatta patolojik bulguya rastlanmadı. Prostat spesifik antijen normal sınırdıydı ve yapılan üroloji konsültasyonunda prostat normal olarak değerlendirildi. Vakanın pozitron emisyon tomografi (PET) sonucunda, sternum korpusunda kemiği ekspansiyon eden 35x42 mm boyutlarında ölçülen orta düzeyde FDG tutulumu (SUV max:4.8), düzensiz sınırlı solid yer kaplayıcı oluşum izlendi (Resim 1).



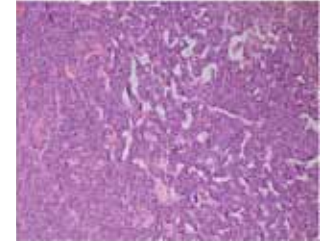
Resim 1. Pozitron emisyon tomografi (PET). FDG tutulumu (SUV max:4.8), düzensiz sınırlı solid yer kaplayıcı oluşum.

Ayrıca komşuluğunda yoğun FDG tutulumu (SUV max:7.2) gösteren litik görünüm rapor edildi. Sol iliak kanatta yoğun FDG tutulumu (SUV: max:7.2) gösteren litik görünüm izlenmiştir. Hastaya sternal kitle nedeniyle öncelikle torotomi eşliğinde ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Sitolojik incelemede giemza boyamasında nispeten uniform koyu nükleuslu, dar eozinofilik sitoplazmalı atipik hücre grupları izlendi. Vakanın Küçük Mavi Hücreli Malign tümör (PNET?,

Ewing Sarkom??) olabileceği belirtilerek eksizyonel biyopsi önerildi. Genel anestezi altında sternumdaki kitleden açık biyopsi yapıldı. Histopatolojik incelemede tamamı tümöral nitelikte doku parçaları izlendi. Tümörü oluşturan hücreler değişik büyüklükte follüküler dizilim gösteren epitelyal hücrelerden oluşmaktaydı. Epitelyal hücreler yer yer trabeküler dizilim göstermekteydi. Arada kanama alanları ve koloidal materyal izlendi (Resim 2-3).

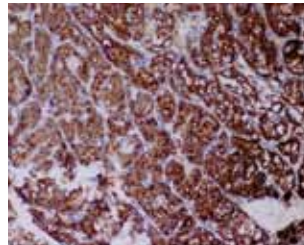


Resim 2. Sternumdaki kitleden hazırlanan biyopside arada koloidal materyali izlenen follüküler hücrelerden oluşan follüküler karsinom metastazı (H&Ex20).

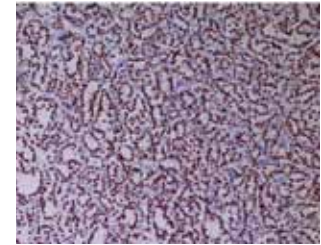


Resim 3. Damardan zengin stromada follüküler hücrelerden oluşan follüküler karsinom metastazı (H&Ex40).

Yapılan immünohistokimyasal boyamalarda tiroid belirleyicilerinden tiroglobulin , thyroid transcription factor-1 (TTF-1) ile pozitif boyanma görüldü (Resim 4-5).



Resim 4. Tümör hücrelerinin Tiroglobulin ile sitoplazmik membran boyanması (IHKx40).



Resim 5. Tümör hücrelerinin TTF ile pozitif nükleer boyanması (IHKx40).

Plazmasitom belirleyicilerden CD 38, CD 138, LCA, ile negatif, böbrek parankim karsinomu açısından CD 10 ve paratiroid karsinomu belirleyicilerden paratiroid hormon (PTH) , nöroendokrin belirleyicilerinden CD 56

ile negatif boyanma elde edildi. Histopatolojik bulgular papiller karsinomun hücresel özelliklerini taşıyordu. Bu bulgular eşliğinde vakaya tiroid follüküler karsinom metastazi, sternum invazyonu tanısı verildi. Hastanın klinik bilgisinden, 10 yıl önce tiroidektomi yapıldığı öğrenildi. Tiroide yapılan USG incelemesinde; sol tiroid lobu izlenemedi. Sağ tiroid lobu 18x19 mm ölçüsünde olup içerisinde en büyüğü 22 mm çaplı hipoekoik nodüller izlendi. Hastaya yapılan tiroid ince iğne biyopsisinde şüpheli follüküler lezyon tanısı verildi. Bu olgularda total tiroidektomi sonrası yüksek doz radyoaktif iyot (RAI) tedavisi, kombine metastaz cerrahisi ve radyoterapi planlanmıştır. Genel durumu kötü olan hasta cerrahi müdahaleyi ve tıbbi tedaviyi kabul etmedi. Altı aylık takibinde hastanın yaşadığı ancak genel durumunun iyi olmadığı kaydedildi.

Tartışma

Primer göğüs duvarı tümörleri göğüs kafesindeki, kemik, kırıldak ve yumuşak dokulardan kaynaklanabilen, benign veya malign, geniş ve heterojen bir gruptur⁵. Göğüs duvarına olan metastazlar ise akciğer, plevra, mediasten, kas veya meme malignitelerinden kaynaklanabilir. Primer göğüs duvarı tümörleri tüm malignitelerin %1-2'sinden daha azdır⁶. Çocuklarda ve yetişkinlerde tüm primer göğüs duvarı tümörleri içinde %50'den fazlası yumuşak doku kaynaklı malign tümörlerdir. Malign primer tümörlerde yumuşak doku ve kırıldak kemik kaynaklıdır. Yumuşak doku kaynaklı olanlar yumuşak doku sarkomu, desmoid tümör, PNET; kırıldak kemik kaynaklılar kondrosarkom, osteosarkom, soliter plasmositom, malign fibroz histiositoma, Ewing sarkomdur. Metastatik göğüs duvarı tümörleri nadir görülürler. Tiroid, prostat, meme, akciğer, böbrek kanserlerinin metastazları olarak saptanmıştır⁶. Bizim vakada da öncelikle yapılan İİAB de küçük mavi hücreli malign tümörlerden PNET veya Ewing sarkomu düşünülmele beraber açık biyopsisi histokimyasal ve immünohistokimyasal boyamalarla tiroidin follüküler karsinomu tanısı almıştır.

Follüküler karsinom follüküler hücre diferansiyasyonu gösteren, nükleer yapı olarak papiller karsinomun özelliklerini taşımayan tiroidin malign epitelyal tümördür. Tiroidin follüküler karsinomu, oldukça nadir görülen bir malignitedir. Tiroid karsinomları içerisinde %10-15 oranında görülür. Follüküler karsinomlar çeşitli morfolojik yapılarda olabilir. Kötü prognostik faktörler yaş, onkositik değişikliklerin varlığı, grade ve uzak metastazın olup olmamasına bağlıdır. 45 yaştan büyük

olma, onkositik tümör tipinin varlığı, ekstratiroidal yayılımın olması, tümörün 4 cm den büyük olması ve tanı anında uzak metastaz varlığı kötü prognostik belirleyicilerdir.

FTK sternal metastazı çok nadir olarak izlenir^{2,3}. Uzak metastazının sıklıkla akciğere ve kemiklere olduğu bildirilmektedir¹. Tiroid karsinomlarının kemik metastazları, akciğerlerden sonra ikinci en sık görülen uzak organ tutuluşu olup, daha çok foliküler karsinomlarda görülmekte (% 7-28), nadiren papiller tiroid kanserlerine (%1.4-7) eşlik etmektedir^{1,2,3,4}. Özkan ve ark. serisinde, differansiye tiroid kanserli olguların %3.9'unda kemik metastazı bildirilmektedir⁷.

Klinik belirtilerin ilk bulgusu metastaz olduğunda, primer tiroid kanseri tanısı zordur. Bu nedenle, gereksiz tanısal testler yapılabilir veya hastalığın tanısı gecikebilir. Sonuç olarak, kemik lezyonları ile başvuran hastalarda klinik olarak tiroid tümörleri, özellikle de FTK akıldan tutulması gereken tümörlerdendir.

Referanslar

1. Ronald A. DeLellis, Ricardo V. Lloyd, Phillipp U. Heitz, Charis Eng eds. Pathology and Genetics of Tumours of Endocrine Organs. Lyon France: IARC press, International agency for research on cancer (IARC), 2004; p.67-72.
2. Do MY, Rhee Y, Kim DJ, Kim CS, Nam KH, Ahn CW, et al. Clinical features of bone metastases resulting from thyroid cancer: a review of 28 patients over a 20-year period. Endocr J 2005; 52: 701-7.
3. Hatipoğlu F, Yanarates A, Yarıbaş Ü, Özcan Ü. Vertebral Kemik Metastazı ile Tanısı Konan Papiller Tiroit Karsinom Olgusu. Turk J Med 2010;19(3):158-62.
4. Berker D, Aydın Y, Işık S, Tütüncü A, Özcan N, Şimşek Y, Delibaşı T, Güler S. Sternuma Metastaz Yapan Foliküler Tiroid Kanseri. Türkiye Klinikleri J Endocrin 2008; 3(3): 125-7.
5. Anderson BO, Burt ME. Chest wall neoplasms and their management. Ann Thorac Surg 1994;58:1774-81.
6. Hacıbrahimoğlu G, Çevik A, Yılmaz M. A, Fazlıoğlu M, Bedirhan M A. Primer ve Metastatik Göğüs Duvarı Tümörlerinde Cerrahi Tedavi. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi. Ekim 2003;11 (4):232-235.
7. Özkan E, Tokmak E, Tarı P, Küçük NÖ, Yağcı Ş. Bone Metastases in Thyroid Carcinoma: A Retrospective Analysis. Turk J Nucl Med 2010;19(1):16-22.

Yazışma Adresi / Correspondence:

Hatice KARAMAN

Kayseri Eđt. ve Arař.Hast.

e-posta: htckaraman@yahoo.com