



## Paratiroid Kanseri: Olgu Sunumu

Onur Hoca\*, Adnan Bulut\*\*

\*S. B. Op. Dr. Hasköy Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Muş

\*\*S. B. Op. Dr. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.A.H. 4. Genel. Cerrah Kliniği, Ankara

Paratiroid karsinomu çok nadirdir. Tüm hiperparatiroidilerin yaklaşık % 1'ni oluşturur. Tümörün ameliyat öncesi tanınması oldukça güçtür. Hastalığın özellikleri ve doğal seyri üzerindeki bilgiler yetersiz olduğu için tedavi yaklaşımları halen tartışmalıdır. Biz, bu çalışmada boyunda kitle yakınması ile başvuran ve hiperkalsemi bulguları olmayan bir paratiroid karsinomu olgusunu sunmayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** Paratiroid, Kanser, Cerrahi

**Parathyroid Carcinoma: Case Report**

Parathyroid carcinoma is a rare disease. It has an incidence of 1% among all hyperparathyroidism diseases. It is difficult to diagnose before the operative period. The nature of the disease is still not well known, therefore the prognostic factors and treatment modalities remain controversial. In this article, we aimed to present a case of parathyroid carcinoma without morbid hypercalcaemic symptoms.

**Key Words:** Parathyroid, Cancer, Surgery

Paratiroid karsinomu çok nadir görülen, tüm hiperkalsemilerin % 0.4-2'ini, tüm kanserlerin ise yaklaşık % 0.0005'ni oluşturan bir hastalıktır.<sup>1</sup> Hastalığın hiperparatiroidi belirtileri dışında belirgin bir bulgusu olmadığı için ameliyat öncesi dönemde tanınması ve adenomdan ayırımının net olarak yapılması zordur. Hastalık sıklıkla hiperkalsemi bulguları ile birlikte yüksek seyreden serum kalsiyum ve parathormon (PTH) varlığı ile birlikte dir.<sup>2,3</sup> Hastalıktan, genellikle ameliyat sırasında yerel invazyonların ve bölgesel lenf nodu tutulumlarının görülmesi ile şüphelenilir. Kesin tanı histopatolojik incelemeler ile konur. Hastalık yerel invazyonlara ve nükslere eğilimlidir.<sup>4</sup> Biz, bu çalışmada boyunda kitle yakınması ile başvuran ve hiperkalsemi bulguları göstermeyen bir paratiroid kanseri olgumuzu sunmayı ve bu bağlamda literatürü gözden geçirmeyi amaçladık.

### OLGU SUNUMU

55 yaşındaki bayan olgu Ocak 2003'te boyun sağ tarafında şişlik, kas ve eklem ağrıları ve halsizlik yakınmaları ile SSK Ankara Eğitim Hastanesi İç Hastalıkları Polikliniği'nden sevk edilmiş bir halde polikliniğimize (SSK Ankara Eğitim Hastanesi 3. Genel Cerrahi Kliniği) müracaat etti. Öyküsünde bu yakınmaların bir buçuk yılda yakın bir zamandır devam ettiği öğrenildi. Özgeçmişinde ve soy geçmişinde geçirilmiş sezaryen ve appendektomi ameliyatı dışında bir özellik yoktu. Olgunun yapılan fizik muayenesinde, boyun sağ tarafta, sternokleidomastoid kasın hemen iç kenarında, tiroid lojunda, yaklaşık olarak 3-4 cm çapında, yarı hareketli, hafif sert kıvamlı kitle tespit edildi. Olgunun diğer sistem muayenelerinde herhangi bir hastalıklı bulgu tespit edilmedi. Kitlenin doğasını belirleyebilmek için çeşitli görüntüleme yöntemleri, rutin kan ve sintigrafik tetkikler uygulandı. Boyun ultrasonografisinde (US) tiroid sağ loba arkadan bası yapan 41x30 mm.lik ekjenik yapıda, katı, yer yer kistik alanlar içeren paratiroid adenomu olabilecek kitle lezyonu görüldüğü rapor edildi. Alınan ince iğne aspirasyon biyopsisi sonucu kuşkulu (muhtemelen malign) sitoloji olarak rapor edildi. Hastanın ameliyat öncesi bakılan PTH: 586 pg/dl (N: 9.5-75), Alkalen fosfataz (ALP): 30-270 U/L, Kalsiyum: 5.1 mEq/l (N: 3.5-5.5) ve Fosfor: 4.0 mg/dl (N: 2.5-4.5 ) olarak bulundu. Tiroid ve tüm vücut kemik sintigrafisi normal idi.

Olgu, bu bulgularla, gerekli ameliyat öncesi hazırlıkları tamamlandıktan sonra boyunda kitle, paratiroid tümörü ön tanıları ile Ocak 2003'te ameliyat edildi. Ameliyatta söz konusu kitlenin yaklaşık 3x4x4 cm boyutlarında olduğu, sağ tiroid lobu arka yanından köken aldığı, arkadan özefagusa uzandığı, çevre kas dokularına yapışıklık gösterdiği ve düzensiz kenarlı olduğu görüldü. Boyun zincirinde lenf nodu tutulumu olmadığı görüldü. Hastaya tam kitle çıkarımı, sağ total lobektomi ve aynı taraf boyun disseksiyonu yapılarak ameliyat sonlandırıldı. Olgu ameliyat sonrası birinci gün sorunsuz olarak taburcu edildi. Ameliyat sonrası dönem biyokimyasal açıdan sorunsuz seyretti. Çıkarılan parçanın histopatolojik raporu ise; "Makroskopik olarak 43x32x39 mm boyutlarında, kapsül bütünlüğü bozulmuş, mikroskopik olarak kalın bantlarla birbirinden ayrılan, vasküler ve perilenfatik invazyon gösteren düzensiz dağılımlı tümör hücreleri gözlemlendi. Histopatolojik tanı: "paratiroid karsinomu" olarak rapor edildi. Bir dış merkezde bu tanı doğrulandı. Olgu daha sonraki dönemde aylık kontrollere çağrıldı. Rutin PTH, kalsiyum, fosfor boyun US ile ve dördüncü ayda tüm vücut kemik sintigrafisi ile izlendi. Ameliyat sonrası dönemde radyoterapi uygulanmadı. Halen altı ayda bir rutin kontrol programında olan ve kalsiyum, parathormon seviyeleri normal seyreden olguda nüksü düşündürecek bulgular saptanmadı.

## TARTIŞMA

Paratiroid kanseri çok nadir görülen, adenom benzeri klinik belirtilere yol açan, daha çok dördüncü on yılda ve erkeklerde biraz daha sık görülen bir hastalıktır.<sup>5</sup>

Hastalığın nedenleri çok iyi bilinmemektedir. HRPT-2 tümör baskılayıcı genindeki artışın hastalığa yol açabileceği ileri sürülmektedir.<sup>6</sup> Multipl Endokrin Neoplazi Tip 1 ile de birlikte görülebildiği rapor edilmiştir.<sup>7</sup>

Hastalığın kendisine özgün klinik bulguları yoktur. Olguların çok büyük çoğunluğu, kemik ve kas ağrıları, güçsüzlük, letarji, bulantı, kusma, kabızlık, böbrek taşları ve ülser gibi hiperkalseminin sonuçları olan durumlardan yakınıdır. Bazı olgular boyunda kitle yakınması ile başvurabilirler. Ancak olgularda hiçbir yakınma olmadan da hastalığın var olabileceği gösterilmiştir.<sup>8</sup>

Laboratuvar bulguları sıklıkla artmış serum kalsiyum ve PTH ile azalmış fosfor değerleri ile birliktedir. Ancak laboratuvar bulguları normal olan olgular da bildirilmiştir. Kırküş olguluk bir seride serum

kalsiyum seviyelerinin ortalama olarak 14.6 mg/dl olduğu bildirilmektedir.<sup>9</sup> Son yıllarda yapılan bir çalışmada *proliferating cell nuclear antigen* (PCNA) ve Ki-67 proteininin paratiroid kanserinde prognostik belirleyici olabileceği yönünde bulgular mevcuttur.<sup>10</sup>

Tanıdaki zorluklar nedeniyle ameliyat öncesi lezyonun yerini belirleme çalışmaları sık yapılamamaktadır. Lezyonun yerini saptamak kadar, lezyonun doğasını saptamak da önem taşımaktadır. Ondokuz olguluk bir seride ameliyat öncesi dönemde lezyonun yerini tespit etmek için yapılan ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans Görüntüleme ve sintigrafinin duyarlılıkları sırasıyla %87, %85 ve %91 olarak verilmiştir.<sup>11</sup> Paratiroid kitlelerinin tümünün yer tespitine yönelik yapılan ve 253 olguyu içeren bir seride de (kanseri oranı %2) US'nin duyarlılığı %82.9, sintigrafinin duyarlılığı %83.6 ve BT'nin de duyarlılığı %81.3 olarak bulunmuştur.<sup>12</sup>

Paratiroid karsinomunun tedavisi cerrahidir. Kesin cerrahi tedavi aynı taraf tiroid lobu, strep kasları ve bölgesel lenf nodlarının da çıkarıldığı tam çıkarımı kapsar.<sup>13</sup> Başarılı bir cerrahi girişim için en ideali ameliyat öncesi dönemde tanı konulup hastalığın yerel ve uzak yayılım yapıp yapmadığını belirleyebilmek ve cerrahi çıkarımı ona göre planlamaktır. Ancak bu çoğu zaman mümkün olmaz. Ameliyat sırasında tanıdan şüpheleniliyorsa frozen-section ile tanı çalışmalarının yapılması önerilmektedir.<sup>14</sup> Geniş cerrahi çıkarımın sağ kalımı ve hastaliksız yaşam süresini olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir.<sup>15</sup> Biz olgumuza, total kitle çıkarımı ile birlikte aynı taraf total lobektomi ve boyun disseksiyonu yaptık.

Hastalığın ameliyat öncesi dönemdeki radyoterapi ve kemoterapi ile tamamlayıcı tedavisi üzerinde literatürde fazlaca bir bilgi yoktur. Ancak son dönemdeki bazı yayınlarda RT uygulamaları ile nüks oranlarının azaltılabildiği ancak prognozu etkilemediği yönünde sonuçlar elde edilmiştir.<sup>3</sup> Bizim olgumuza ise neo-adjuvant radyoterapi uygulanmadı.

Paratiroid kanserine yönelik yapılan cerrahi girişimlerdeki en büyük sorun tümörün yerel saldırgan özelliği ve uzak yayılım yapabilme yeteneği ile bunun getirdiği sonuçlardır. Tümör endokrin olarak aktif olma olasılığı taşıdığı için yayılımları sorun yaratabilmektedir. Bu yüzden bu olgularda sıklıkla tekrar cerrahi girişim gereksinimi olmaktadır. Literatürde, tam cerrahi çıkarım sonrası nüksün %8, sadece kitle çıkarım yapılan olgularda ise bu oranın %50'nin üzerinde olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada geniş çıkarım sonrası hastaliksız sağ kalım

## Paratiroid Kanseri: Olgu Sunumu

oranı %89 olarak bulunmuşken, yerel çıkarım yapılanlarda ise bu oranın %50'lere kadar gerileyebildiği bildirilmiştir.<sup>7</sup>

Sonuç olarak, paratiroid kanseri nadir görülen, tanı ve tedavisinde zorluklar yaşanan bir hastalıktır. En uygun tedavi geniş cerrahi çıkarım, hiperkalsemi bulgularının giderilmesi ve nüks oranlarının azaltılabilmesi için radyoterapinin eklenmesi gibi görünmektedir.

### KAYNAKLAR

1. Levin KE, Galante M, Clark OH. Parathyroid carcinoma versus parathyroid adenoma in patients with profound hypercalcaemia. *Surgery* 1987;101:649-60.
2. Kösem M, Algun E, Kotan C, Harman M, Öztürk M. Coexistent thyroid pathologies and high rate of papillary cancer in patients with primary hyperparathyroidism: controversies about minimal invasive surgery. *Acta Chir Belg* 2004;104:568-71.
3. Busaidy NL, Jimenez C, Habra MA, et al. Parathyroid carcinoma: A 22-year experience. *Head Neck* 2004;26:716-26.
4. Hundahl SA, Fleming ID, Fremgen AM et al. Two hundred eighty-six cases of parathyroid carcinoma treated in the U. S. Between 1985-1995: a National Cancer Data Base Report. The American College of Surgeons Commission on Cancer and the American Society. *Cancer* 1999;86:538-44.
5. Pahlavan PS, Severin MC. Parathyroid carcinoma: A rare case with mandibular brown tumor. *Wien Klin Wochenschr.* (abstract) 2006;118:175-9.

6. Rawat N, Khetan N, Williams DW et al. Parathyroid carcinoma Br J Surg. 2005;92:1345-53.
7. Koca JB, Shaw JH. Parathyroid cancer: biology and managemet. *Surg Oncol* 1999;8:155-65.
8. Kleinpeter KP, Lovato JF, Clark PB et al. Is parathyroid carcinoma indeed a lethal disease? *Annals of Surg Oncol* 2005;12:260-6.
9. Wynne AG, van Heerden J, Carney JA et al. Parathyroid carcinoma: clinical and pathologic features in 43 patients. *Medicine (Baltimore)*. 1992 Jul;71(4):197-205.
10. Kameyama K, Takami H, Umemura S et al. PCNA and Ki-67 as prognostic markers in human parathyroid carcinomas. *Ann Surg Oncol*. 2000;7(4):301-4.
11. Iacobone M, Lumachi F, Favia G. Up-To-Date on Parathyroid Carcinoma: Analysis of an Experience of 19 Cases. *J Surg Oncol*. 2004; 88: 223-28.
12. Lumachi F, Ermani M, Basso S et al. Localization of parathyroid tumours in the minimally invasive era: which technique should be chosen? Population-based analysis of 253 patients undergoing parathyroidectomy and factors affecting parathyroid gland detection. *Endocr Relat Cancer*. 2001;8(1):63-9.
13. Obara T, Fujimoto T. Diagnosis and treatment of patients with parathyroid carcinoma: an update and review. *World J Surg*. 1991;15(6):738-44.
14. Kirkby-Bott J, Lewis P, Harmer C.L., Smellie W.J.B. One stage treatment of parathyroid cancer. *EJSO* 2005; 31: 78-83.
15. Sandelin K, Auer G, Bondeson L, et al. Prognostic factors in parathyroid cancer: a review of 95 cases. *World J Surg* 1992;16:724-31.

### Yazışma Adresi:

Op. Dr. Onur HOCA  
Hasköy Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği,  
49700 Hasköy-MUŞ  
Tel : 436 411 2522  
Cep Tel : 505 594 5857  
E-Posta : ohodja@e-kolay.net