

TİROİDEKTOMİDEN YİRMİ YIL SONRA VERTEBRA VE AKCİĞER METASTAZI İLE ORTAYA ÇIKAN BİR TİROİD FOLLİKÜLER KARSİNOMU VAKASI

A Case of Follicular Thyroid Carcinoma Emerging with Vertebral and Lung Metastases Twenty Years After the Thyroidectomy

Celil Alper Usluoğulları¹, Fevzi Balkan¹, Elif Ozdemir², Reyhan Ersoy¹, Bekir Cakir¹

¹ Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği, Ankara

² Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Nükleer Tıp Kliniği, Ankara

ÖZET

Foliküler tiroid karsinomu tanısı konulan olguların %25'inde ekstra tiroidal invazyon, %5-10'unda lokal lenf bezlerine metastaz ve %10-20'sinde uzak metastaz görülmektedir. Differansiye tiroid karsinomlu hastalarda 10 yıllık sağ kalım oranı %80-95 iken, uzak metastazı olanlarda 10 yıllık sağ kalım oranı %40'a düşmektedir. Foliküler tiroid karsinomlu 40 yaşın üzerindeki hastaların %25'inde uzak metastaz görülmektedir. Foliküler karsinom sıklıkla akciğer ve kemiğe metastaz yapar. Bu bildiriye yirmi yıl önce subtotal tiroidektomi uygulanmış, merkezimizde folliküler tiroid karsinomunun akciğer ve kemik metastazı saptanan, ilginç olarak tamamlayıcı tiroidektomisinde tümör dokusu izlenmeyen bir olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Foliküler tiroid karsinom; metastaz; akciğer, kemik

ABSTRACT

When the subjects are diagnosed with the follicular thyroid carcinoma, there are seen extra-thyroidal invasion in 25% of them, metastases in local lymph nodes in 5-10% of them and distant metastases in 10-20% of them. While 10-year survival rate is 80-95% in the patients with differentiated thyroid carcinoma, this rate decreases to 40% in ones with distant metastases. Distance metastases are observed in 25% of the patients with follicular thyroid carcinoma over the age of 40. Follicular carcinoma frequently metastasizes to the lungs and bone. In this paper, a case is presented such that subtotal thyroidectomy was applied twenty years ago, the lung and bone metastases of follicular thyroid carcinoma were detected and any tumor tissue was not interestingly observed in complementary thyroidectomy in our center.

Key words: Follicular thyroid carcinoma, metastase, lung, bone

Gönderme tarihi / Received:24.01.2015

Kabul tarihi / Accepted:06.04.2015

İletişim: Celil Alper Usluoğulları MD, Batıkent mah. No:23/8 İbrahimli/Gaziantep

E posta: calperuslu@yahoo.com

GİRİŞ

Tiroid folliküler kanseri tüm tiroid kanserlerinin tiroid kanserlerinin yaklaşık %10-15'ini oluşturur ve sıklıkla 5. dekatta görülmekte ve papiller tiroid kanseri (PTK)'nın aksine çocuklarda nadiren görülmektedir. Kadınlarda daha sık görülür ve sıklıkla soliter hipoaktif nodül olarak ortaya çıkarlar. İyot eksikliği gözlenen bölgelerde ve endemik guatr bölgelerinde daha sık görülür ve insidansı %25-40'lara kadar çıkabilir. Sıklıkla tek odaktan kaynaklanır ve %2 bilateral görülür. Hastaların

%5'ten azı boyunda lenfadenopati ile gelmektedir (1,2). Folliküler tiroid kanseri (FTK) tanısında kapsüler veya damar invazyonunun gösterilmesi şarttır(3). FTK cerrahi tedavisinde genel olarak total tiroidektomi uygulanmaktadır. Prognoz PTK'a göre daha kötü olmakla birlikte genel olarak 10 yıllık sağ kalım için %80-85 ve 20 yıllık sağ kalım için %70-75 oranları verilmektedir. Tanı anında uzak metastaz varlığında ise 5 yıllık sağ kalım %20 civarındadır. FTK genel olarak PTK'ya göre daha

sık uzak metastaz yapması nedeni ile daha kötü bir prognoza sahiptir. Sıklıkla hematojen yol ile yayılım göstermekte ve akciğerler, kemik, beyin ve karaciğer metastazlarına neden olmaktadır. Bununla birlikte lenfatik yayılım nadiren meydana gelmektedir. Kemik metastazlarına bağlı patolojik kırıklar bazen hastalığın ilk bulgusu olarak da karşımıza çıkabilir (4).

OLGU

69 yaşında erkek hasta bel ağrısı yakınması ile hastanemiz Beyin Cerrahi bölümüne başvurdu. Hastanın torakal vertebra MR'ında T9 vertebra dametastatik kitle ve T10 vertebra düzleminde kesite giren sağ akciğer parankimi içerisinde posteriorde yaklaşık 17 mm çapında nodüler metastatik lezyon saptandı. 18F-FDG ile PET/BT ile yapılan tüm vücut taramada her iki akciğerde parankimal nodüller ve T9 vertebrada yumuşak dokunun eşlik ettiği kitle ve bu bölgelerde patolojik metabolik aktivite artışı izlendi (resim1). Ancak primer malignite ile uyumlu olabilecek patolojik bulgu saptanmadı. Beyin Cerrahi bölümü tarafından T9 vertebradaki kitle rezeke edildi. Patoloji sonucu tiroid folliküler karsinom metastazı ile uyumluydu. Hastanın 20 yıl önce multinodüler guatr tanısı ile yapılmış subtotal tiroidektomi operasyonu öyküsü vardı. Ancak histopatoloji sonucuna ulaşamadı. Hastaya boyun ultrasonografisi (USG) yapıldı. USG'de tiroid glandı sağ lob lokalizasyonundaki rezidü dokuda 18x17 mm ebatlı, hipoekoik özellikte, çevresinde ve içerisinde kaba kalsifikasyonlar bulunan, heterojen nodül ve suprasternal alanda boyun inferior kesimde orta hatta 37x13 mm'lik, heterojen, kistik-nekrotik alanlar içeren, internal kanlanma gösteren solid yapıda lezyonlar izlendi. Nodülden yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinin sonucu folliküler

neoplazi şüphesi, suprasternal kitleden yapılan biyopsi sonucu önemi belirlenemeyen folliküler lezyon olarak raporlandı. Akciğerdeki lezyondan yapılan transtorasik biyopside de tiroid aspirasyonları ile benzerlik gösteren follikül benzeri atipik grupların izlendiği rapor edildi. Bu bulgularla hastaya tamamlayıcı tiroidektomi ve suprasternal kitle rezeksiyonu uygulandı. Sitolojik bulgulara rağmen, histopatolojik incelemede rezidü tiroid dokusunda ve suprasternal kitelde tümör dokusu saptanmadı. Hastaya ablasyon amacıyla 200 mCi RAI verildi ve 1 hafta sonraki TVT (resim 2) yapıldı takipte 6. ve 12. ay takip taramalarında tutulumların azalmakla birlikte sebat etmesi ve TG düzeyinin 61 olması üzerine 250 mCi RAI tedavi verildi LT4 supresyon tedavisi altında takibe alındı.

TARTIŞMA

Minimal invaziv tiroid folliküler kanserinde tümör 2 cm'den küçükse ve hasta düşük risk grubunda ise lobektomi ve istmusektomi yeterli olabilir. Ancak tümör 4 cm'den büyük ise total tiroidektomi yapılmalıdır. 2-4 cm arasındaki tümörlerde ise düşük risk grubundaki hastalarda yapılacak ameliyat kararında hasta ve hekim birlikte karar vermelidir. Yaygın invaziv folliküler kanserde ise tümörün boyutuna bakılmaksızın total tiroidektomi yapılmalıdır. Cerrahi sırasında santral ve lateral boyun kompartmanlarında metastatik lenf nodu varlığında santral ve/veya lateral boyun diseksiyonu yapılmalıdır. FTK tedavisinde cerrahi sonrasında rekürrens oranları %30 civarında bildirilmektedir. Rekürrensler yapılan cerrahinin genişliğinden daha çok, tümörün invaziv özelliği ile ilişkilidir. Minimal invaziv folliküler karsinomlar sıklıkla lobektomi ve

istmusektomi ile ilk cerrahileri yapılmakla birlikte rekürrensleri %1 kadardır (4,5). Genel olarak İDTK (invaze differansiye tiroid kanseri)'da profilaktik boyun diseksiyonu önerilmemektedir. Ancak Witte ve ark, FTK'da boyun lenf nodu metastazı varlığının önemli bir kötü prognostik faktör olduğunu ileri sürmekte ve rutin santral boyun diseksiyonunu ve T3-4 tümörlerde ise ek olarak profilaktik ipsilateral modifiye radikal boyun diseksiyonunu önermektedir(6). İDTK'larında ilk metastaz bölgesi santral lenf nodları olduğu bilinmekle birlikte literatürde santral bölgede metastatik lenf nodu olmadan lateral boyun lenf nodlarında metastazların olabileceği bildirilmektedir. İDTK'larında primer tümör büyüklüğünün boyun lateral lenf nodlarına metastazı etkilediği ve 1 cm'den büyük tümörlerde riskin arttığı bildirilmektedir (7). FTK'de primer tedavi cerrahidir ancak ameliyat sonrası medikal tedavinin de rolü büyüktür. Medikal tedavi olarak I-131 tedavisi, radyoterapi ve kemoterapiden oluşan seçenekler mevcuttur. Folliküler hücrelerin iyot içeren tiroid hormonlarının sentez yeri olması İDTK'larında I-131 tedavisinin esasını oluşturmaktadır. Bakiye tiroid dokusunun ablasyonu sağ kalım süresini uzatmanın yanında tiroglobulin kaynağını da ortadan kaldıracığı için özellikle ameliyat sonrası dönemde takipte fayda sağlamaktadır. Böylece bakiye tiroid dokusunun kalmadığı durumlarda tiroglobulin ile hastanın takip edilmesi daha hassas olacaktır. İDTK cerrahi tedavi sonrasında takibinde kullanılabilecek bir yöntem de 18-florodeoksiglukoz pozitron emisyon tomografi (FDG-PET) ya da PET/BT'dir. Cerrahi sonrasında yüksek tiroglobulin düzeyi olan ancak tüm vücut iyot taraması negatif olan hastalarda lenf nodu ya da uzak organ metastazını saptamada

faydalı olduğu bildirilmektedir (8,9). Radyoaktif I-131, diferansiye tiroid karsinomlarının operasyon sonrası takibinde, ablasyon ve tedavisinde kullanılmaktadır. Ablasyon; bilateral total veya totale yakın tiroidektomi yapılmış, fonksiyonel tümör/metastaz odağı tespit edilmeyen hastanın, bakiye normal tiroid dokusu ve/veya mikroskobik metastazlarını yok etmek amacıyla terapötik dozda radyoaktif I-131 verilmesidir. Tedavi ise fonksiyonel tümör-metastaz odağının tedavi dozu I-131 ile ortadan kaldırılmasıdır. Ablasyon dozunun seçimi konusu halen tartışmalıdır. Genel uygulama, sabit doz verilmesidir. Ablasyon için sabit düşük doz (30 mCi) ve sabit yüksek doz (100-150 mCi) I-131'in verildiği çalışmalar mevcuttur.

Folliküler tiroid karsinomlarında uzak metastaz oranı %25 hastada görülür. En sık hematogen yolla akciğer, kemik, karaciğer ve beyine metastaz yapar. Kemik metastaz oranı %7-28 olarak bildirilmiştir, FTK'de İyot 131 tedavisi genç hastalarda ve küçük metastazlarda etkilidir (10). > 1 cm büyük akciğer lezyonları radyoaktif iyot tedavisine iyi cevap vermezler, prognozları kötüdür (11). Tüm vücut MR ve PET-CT çeşitli tümörlerde kemik metastazını tespit etmede yüksek tanı oranına sahiptir (12). Bizim hastamızda çekilen MR incelemede akciğer ve vertebrada lezyon izlendi. PET-CT incelemede lezyonlarda metabolik aktivite artışı görüldü. Beyin Cerrahi bölümü tarafından T9 vertebradaki kitle rezeksiyonu edildi. Patoloji sonucu tiroid folliküler karsinom metastazı ile uyumluydu. Hastaya tamamlamayı tiroidektomi ve suprasternal kitle rezeksiyonu uygulandı. Sitolojik bulgulara rağmen, histopatolojik incelemede rezidü tiroid dokusunda ve suprasternal kitlede tümör dokusu saptanmaması İDTK her ne kadar mortalite ve

morbiditesi düşük olsa da takibin önemini göstermektedir.

REFERANSLAR

1. Malloy KM, Cunnane FM. Pathology and cytologic features of thyroid neoplasms. *Surg Oncol Clin N Am* 2008; 17(1): 57-70.
2. McHenry CR, Phitayakorn R. Follicular adenoma and carcinoma of the thyroid gland. *Oncologist* 2011;16(5):585-93.
3. Sillery JC, Reading CC, Charboneau JW, Henrichsen TL, Hay ID, Mandrekar JN. Thyroid follicular carcinoma: sonographic features of 50 cases. *AJR Am J Roentgenol*. 2010;194(1):44-54.
4. Witt RL. Initial surgical management of thyroid cancer. *Surg Oncol Clin N Am* 2008; 17(1): 71-91.
5. Shaha AR, Shah JP, Loree TR. Low-risk differentiated thyroid cancer: the need for selective treatment. *Ann Surg Oncol* 1997;4(4):328-33.
6. Witte J, Goretzki PE, Dieken J, Simon D, Röher HD. Importance of lymph node metastases in follicular thyroid cancer. *World J Surg* 2002;26(8):1017-22.
7. Cagnetti DM, Pribitkin EA, Keane WM. Management of the neck in differentiated thyroid cancer. *Surg Oncol Clin N Am* 2008; 17(1): 157-173.
8. Pacini F, Schlumberger M, Dralle H, Elisei R, Smit JW, Wiersinga W. European Thyroid Cancer Task force. European consensus for the management of patients with differentiated thyroid carcinoma of the follicular epithelium. *Eur J Endocrinol* 2006;154(6):787-803
9. Shammas A, Degirmenci B, Mountz JM. 18F-FDG PET/CT in patients with suspected recurrent or metastatic well-differentiated thyroid cancer. *J NuclMed* 2007;48(2):221-6.
10. Durante C, Haddy N, Baudin E, Leboulleux S. Long-term outcome of 444 patients with distant metastases from papillary and follicular thyroid carcinoma:benefits and limits of radioiodine therapy. *J Clin Endocrinol Metab* 2006;91(8) :2892-9.
11. Cho SW, Choi HS, Yeom GJ. Long-Term Prognosis of Differentiated Thyroid Cancer with Lung Metastasis in Korea and Its Prognostic Factors. *Thyroid* 2013; (8) :11.
12. Wexler JA. Approach to the thyroid cancer patient with bone metastases. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011; 96(8) :2296-7.