

AKCİĞER METASTAZLI OPERE TİROİD KARSİNOMU

LUNG METASTASIS OF OPERATED THYROID CARCINOMA

Mehmet Ali UÇAR **Enver YALNIZ** **Arzu GÜLER**
Berna KÖMÜRCÜOĞLU **Emel Pala ÖZDEN**

Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Anahtar sözcükler: Akciğer metastazı, Tiroid karsinomu

Key words: Lung metastasis, Thyroid carcinoma

ÖZET

Tiroid karsinomları endokrin sistemin en sık görülen malignitesidir. Tiroid papiller karsinom %75-85 ile en sık görülen tipdir, aynı zamanda prognozu en iyi olan tiroid karsinomudur. Kadınlarda daha fazla görülmesine karşın erkeklerde mortalitesi daha yüksektir ve en sık uzak metastazı akciğerlere yapar. Nefes darlığı, öksürük, kilo kaybı, kanlı balgam çıkarma şikayetleri ve akciğer grafisinde milier-mikronodüler lezyonları ile dış merkezde milier akciğer tüberkülozu tanısı alan ve tüberküloz tedavisi başlanan olgu şikayetlerinin devam etmesi üzerine poliklinik başvurusu ile yatırıldı. Yapılan tetkikler sonucu tiroid karsinomunun akciğer metastazı saptandı.

Olgu milier akciğer tüberkülozu ile karıştırılması, nüks olmadan akciğere yaygın metastaz yapması ve tipik radyolojisi nedeni ile sunulmuştur.

GİRİŞ

Tiroid kanserleri tüm endokrin organ kanserleri arasında en sık görülenidir (1). Diferansiyel tiroid karsinomunun papiller ve foliküler tip olmak üzere iki alt grubu mevcut olup endokrin sistem malignitelerinin %90'ını oluşturur (2). Diferansiyel tiroid karsinomunun prognozu genellikle iyidir. Tümörün patolojik özellikleri, lokal ve uzak organ metas-

SUMMARY

Thyroid carcinomas are the most common malignancies of the endocrine systems. Thyroid papillary carcinoma is the most frequent type of thyroid carcinomas with 75-85% and its prognosis is better than the other types. It presents more frequently at women but it is more mortal at men and the most usual metastasis appears on lungs.

A-61 year old man who had diagnosed as miliary tuberculosis with shortness of breath, cough, hemoptisy, weight loss and with the radiology of miliary-micronodular lesions and had been treated with antituberculosis drugs at a different hospital was referred to our clinic, since his complaints have still occurred. After the examinations, the lung metastasis of thyroid carcinoma was determined.

We present this case because of thyroid carcinoma has typical radiological images, it can be confused with milier tbc, it can occur with diffuse lung metastases without relaps.

tazlarının varlığı, hastanın yaşı ve cinsiyeti prognoza etki eder. 10 yıllık yaşam şansı papiller tiroid karsinomunda %93'dür (3). Papiller karsinomda tipik olarak lenfanjitik yayılım sonucu lenf nodu tutulumu ve akciğer metastazları daha sık görülmekte. Akciğer metastazları farklı yapısal özellikler gösterebilir ve aktif iyot tedavisine farklı yanıtlar verebilir. Bu nedenle akciğer metas-

tazı saptanan hasta ların prognozları benzer değildir. Diferansiye tiroid karsinomlu hastaların takibi hayat boyu olmalıdır. Çünkü geç rekürrensler görülebilir ve bunlar tespit edilirse başarılı şekilde tedavi edilebilir.

OLGU

61 yaşındaki erkek olgu öksürük, kanla karışık balgam çıkarma, kilo kaybı, iştahsızlık ve eforla olan nefes darlığı şikayetleri ile başvurdu. Hastaya 8 ay önce radyolojik olarak akciğer milier tüberküloz tanısı konmuş ve 4'lü tüberküloz tedavisi başlanmış. Ancak şikayetleri devam eden ve tedaviden yarar görmeyen hasta hastanemize sevk edilmiş. Hastanın özgeçmişinde 60 paket/yıl sigara öyküsü, 3 yıl önce tiroid karsinomu nedeni ile 2 kez geçirilmiş operasyon, radyoaktif iyot ve radyoterapi tedavi öyküsü mevcuttu. Hastanın fizik bakışında TA: 100/60 mmHg, ateş: 36.5 (aksiller), nabız: 92/dk. idi. Hastanın solunum sistemi ve diğer sistem muayeneleri olağandı. Laboratuvar incelemesinde; lök: 4900, Hb: 11.7 gr/dl, erit: 3.46, trombosit: 287 000, Sed: 53 mm/saat, ALT: 15 U/l, AST: 49 U/l ve diğer biokimyasal değerler normaldi. Arteriyel kan gazı; PH: 7.38, PCO₂: 43.1, PO₂: 47.4, O₂ SAT: %82.7 (hipoksemik) olarak saptandı. 1 kez bakılan balgam ARB teksifi menfi olarak geldi. Hastanın akciğer grafisinde her iki akciğer bazallerinde daha yoğun olmak üzere, yer yer birleşme eğiliminde olan mikronodüler dansite artımı izlendi (Resim 1). Çekilen Toraks YRBT'de bilateral yaygın orta ve alt zonda daha belirgin mikronodüler görünüm ve bu nodüller yer yer birleşme eğilimi göstermekte (Resim 2-4). Boyun USG de; tiroid lojunda parankim izlenmedi (total tiroidektomi olduğuna karar verildi), nüks kitle veya LAP saptanmadı. Tüm batın USG de metastaz izlenmedi. Hastaya yapılan F iberoptik Bronkoskopi de endobronşial lezyon izlenmedi. Sağ alt lob lateral bazal segmentten transbronşial akci-



Resim 1. Hastanın PA Akciğer grafisinde milier-mikronodüler lezyonlar.



Resim 2. Hastanın Toraks HRCT mikronodüler lezyonlar.



Resim 3. Hastanın Toraks HRCT görüntüsü.



Resim 4. Hastanın Toraks HRCT görüntüsü.

ğer biyopsisi (TBAB) yapıldı ve bronş aspirasyon ve post balgam örnekleri alındı. Bronş aspirasyon, post balgam ARB bakıları menfi, patoloji sonuçları benign sitoloji geldi. Transbronşial akciğer biyopsi sonucu "Tiroid Papiller Karsinom" metastazı olarak raporlandı. Hasta tiroid papiller karsinomun akciğer metastazı olarak değerlendirildi ve tedavisinin düzenlenmesi için medikal onkoloji polikliniğine sevk edildi.

TARTIŞMA

Tüm malign neoplazmaların %1'ini tiroid karsinomları oluşturur ve en sık görülen endokrin tümördür (4). Tiroid bezinde primer malign hastalığa neden olabilecek 4 hücre tipi bulunur. Bunlar foliküler hücreler, parafoliküler hücreler, bağ dokusu hücreleri ve bağışıklık sistemi hücreleridir. Foliküler hücreler papiller tiroid karsinomu, foliküler tiroid karsinomu ve anaplastik tiroid karsinomundan, parafoliküler hücreler medüller tiroid karsinomundan, bağ dokusu hücreleri sarkomlardan, bağışıklık sistemi hücreleri ise lenfomadan sorumludur (5). Papiller ve foliküler tiroid karsinomları diferansiyel tiroid karsinomunun alt gruplarıdır (6).

Kadınlarda 2-4 kat daha fazla görülmesine rağmen mortalite erkeklerde daha fazladır.

Tiroid kanserleri, ABD'de tüm kanserden ölümlerin %0.4'ünden sorumludur. Tiroid kanserlerinin %80-85'ini diferansiyel tiroid karsinomu oluşturur. Hayatın 3-5 dekadında ortaya çıkar (7). Radyasyona maruziyet papiller tip tiroid karsinomu gelişimine neden olabilir. Nadiren ailesel geçiş gösterilmiş. Diyetle ve çevrede iyot miktarı arttıkça papiller tiroid karsinomunun diğer tiroid karsinom türlerine oranı artar (8). Papiller tiroid karsinomunun 10 yıllık sağ kalımı yaklaşık %93'tür (3).

Papiller tiroid karsinomu kitleleri genellikle belirti vermezler. Aşırı derecede büyümeleri ve lokal invazyon yapmalarına bağlı olarak semptomlara neden olabilirler. Olguların üçte birinde tiroid dışı yayılım görülür. Servikal ve mediastinal lenf nodlarına metastazlar sıktır (9). 1940-1997 yılları arasında Mayo klinikte tanı ve tedavisi yapılan 2150 papiller tiroid karsinomlu hastanın 1/3'ünde başlangıçta lenf nodu metastazı, %15'inde ekstra-tiroidal invazyon ve %2-7'sinde uzak metastaz saptanmış. Bu hastalardaki 25 yıllık sağ kalım %95 olarak bulunmuş.

Olguların %10'unda uzak metastaz gelişir. Uzak metastaz tanı anında %5, diğer %5 daha sonraki yıllarda ortaya çıkar. Uzak metastazların %49'u akciğerlerde, %25'i kemikte, %15'i hem akciğerde hemde kemikte, %12'si santral sinir sisteminde ve diğer organlardadır (9).

Akciğer metastazları büyük nodüller şeklinde ya da lenfanjitik tümör yayılımına bağlı kar tanesi şeklinde olabilir. Akciğer grafisinde milier-mikronodüler akciğer metastazlarına tiroid karsinomu tanısı konulmadan rastlanırsa milier akciğer tüberkülozu zannedilebilir (9). Bizim olgumuzda da radyolojik görüntülere bakılarak hastaya akciğer milier tüberküloz tanısı konulmuş ve tüberküloz tedavisi başlanmış. Akciğer metastazları bazen radyolojik olarak teşhis edilemeyecek kadar küçük ve yaygın olup, yalnızca Iyot-131 ile tedavi

sırasında yapılan tüm vücut taramasında ortaya çıkar (9).

Papiller tiroid karsinomu klinik özellikleri ve prognozları açısından birbirinden farklı varyantlara sahiptir. Bizim olgumuzda olduğu gibi Tall cell varyant papiller tiroid karsinomu, papiller tiroid karsinomların yaklaşık %30'unu oluşturur. Ortalama tanı yaşı 55 tir. Tiroid dışına invazyon ve uzak metastazlar daha sıktır. Mortalite hızı alışımlı papiller tiroid karsinomuna göre 2-3 kat daha fazladır (9).

Papiller tiroid karsinomunda akciğer metastazları olgumuzda olduğu gibi ileri yaş ve erkek cinsiyeti risk faktörüdür (10).

Akciğer metastazlarının tanısında akciğer grafisi, yüksek rezolüsyonlu toraks tomografisi ve radyoaktif iyot tedavisi sonrası tüm vücut sintigrafisi kullanılabilir. Metastatik hastalığın yaklaşık yarısı akciğer grafisinde tanı konula-

mayacak kadar küçük kitlelerden oluşmaktadır. Yüksek rezolüsyonlu toraks tomografisi ile hastaların %80'ine tanı konulabilir ve milier-mikronodüler akciğer metastazları için kontrast madde kullanılmasına gerek duyulmaz (11).

Hastanın yaşının ileri olması, metastatik tümör kitlesinin boyutunun büyük olması, plevra efüzyonunun varlığı sağ kalımı olumsuz yönde etkiler. Erkek cinsiyet akciğer metastazı gelişimi üzerine risk faktörüdür, ancak sağ kalım üzerine cinsiyetin bir etkisi yoktur (10).

Sonuç olarak akciğer grafisi, yüksek rezolüsyonlu toraks tomografisinde milier-mikronodüler lezyonu olan hastalarda ülkemiz için öncelikle milier akciğer tüberkülozu düşünülmesi gerektiği ancak sık görülmesede tiroid karsinomunun akciğer metastazı da göz ardı edilmemeli ve tanı patolojik olarak konulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Hirabayaski RN, Lindsay RL. Carcinoma of the thyroid gland: A Statistical study of 390 patients. J Clin Endocrinol Metab 1961; 21: 1596-1610.
2. Goldsmith SJ. Thyroid Carcinoma In: Khalkholi I, Maciblanc JC, Goldsmith SJ, Editors Nuclear Oncology: Diagnosis and Therapy. 1th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 2001: 197.
3. Hundahl S, Fleming I, Fremgen A, Merck H. A national cancer data base report on 53.856 cases of thyroid carcinoma treated in the us, 1985-1995. Cancer 1998; 83: 2638-48.
4. Schlumberger MJ, Filetti S, Hay ID. Nontoxic goiter and thyroid neoplasia. Larsen PR, Kronenberg HM, Melmeds, Plonsky KS (Ed). Williams Textbook of Endocrinology. Tenth edition. Philadelphia, WB Saunders Company, 2003: 457-90.
5. Carling T, Udelsman R. Thyroid tumors In: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds: Cancer. Principles and Practice of Oncology. 7th Edition, Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins, 2005. ch 34 pp 1502-19.
6. Mazzaferri EC, Kloos RT. Current approaches to primary therapy for papillary thyroid cancer. J Clin Endocrinol Metab 2001; 86(4): 1147-63.
7. Munoz-Cacho CA, Ku NN. Tumors of the thyroid gland: histologic and cytologic features part I. Cancer Control 2000; 7(3): 276-87.
8. Wartofsky I. Papillary carcinoma: Clinical aspects In: Wartofsky I, eds: Thyroid Cancer: A Comprehensive Guide to Clinical Management, Totowa New Jersey: Humana Press, 2000. ch 16, pp 185-192.
9. Mazzaferri EL. Thyroid cancer. In Becker KL, eds: Principles and Practice of Endocrinology and Metabolism. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2001, ch40, pp 382-396.
10. Lin JD, Chao TC, Chao SC, Hsueh C. Papillary thyroid carcinomas with lung metastases. Thyroid 2004; 14(12): 1091-6.

11. Ilgan S, Karacalıođlu AO, Pabusus Y, Atac GK, Arslan N, Öztürk E, Günalp B, Özgüven MA. Iodine-131 treatment and high-resolution CT: results in patients with lung metastases from differentiated thyroid carcinoma. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2004; 31(6): 825-30.

Yazışma Adresi:

Dr. Enver YALNIZ
Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Yenişehir / İZMİR
Tel: 0 505 653 55 10
e-posta: drenveryalniz@ttnet.net.tr
