

## Hipertiroidi ile Birlikte Seyreden Agresif Tiroid Papiller Kanseri: Olgu Sunumu

Aggressive Papillary Thyroid Cancer With Hyperthyroidism : A Case Report  
Genel Cerrahi

Başvuru: 01.08.2014  
Kabul: 10.09.2014  
Yayın: 17.09.2014

Vural Soyer<sup>1</sup>, Barış Sarıcı<sup>1</sup>, Abuzer Dirican<sup>1</sup>, Bülent Ünal<sup>1</sup>

<sup>1</sup> İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi

### Özet

Bu yazımızda, son iki yıl içinde, boynunda büyüyen kitle nedeni ile kliniğimize başvuran 87 yaşındaki bayan hastayı sunmayı amaçladık. Hasta nefes darlığı nedeni ile acil servise başvurmuş. Hikayesinden iki yıl önce papiller tiroid kanseri (PTK) tanısı aldığı ve ameliyatı kabul etmediği öğrenildi. Bilgisayarlı tomografi incelemesinde neredeyse tama yakın trakeal stenoza neden olmuş tümörün boyutları 11x10 cm idi. Acil şartlarda total tiroidektomi yapılan hastanın histopatolojik tanısı PTK olarak değerlendirildi. Her ne kadar PTK'nın prognozu genellikle iyi ve mortalite oranı düşük olsa da tedavi edilmediği takdirde anaplastik kanser kadar agresif seyredebilir.

**Anahtar kelimeler:** *Dev Tiroid Papiller Kanseri, Hipertiroidi Nefes Darlığı*

### Abstract

Our aim is to present a 87-year-old female patient admitted with a giant cervical mass that developed within the last two years. She was admitted to the emergency department with symptoms of dyspnea. It was learned from her history that she had been diagnosed for thyroid papillary cancer two years ago and refused operation. On a computed tomography scan, the tumor has dimensions of 11x10 cm and there was the tracheal stenosis was near-complete. Total thyroidectomy was performed under the emergency conditions and histological evaluation established the diagnosis of papillary thyroid carcinoma (PTC). Although the prognosis is generally good and the mortality rate is low for PTC, if left untreated, it may behave as aggressive as an anaplastic cancer.

**Keywords:** *Giant Papillary Thyroid Cancer, Hyperthyroidism Dyspnea*

### Giriş

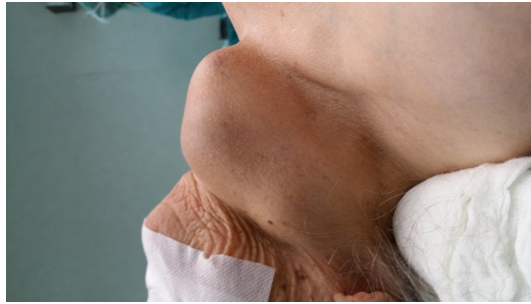
Tiroid kanserleri endokrin neoplazmların en sık karşılaşılan türleridir. Her yıl yeni tanı alan kanserlerin yaklaşık %2 sini oluştururlar.<sup>1</sup> Tiroid kanserleri papiller, foliküler, medüller ve anaplastik olmak üzere histolojik olarak dört alt gruba ayrılır. PTK en sık görülen alt grubudur (%80).<sup>2</sup> PTK oldukça iyi seyirli bir kanserdir. Biz bu olguda 2 yıl içerisinde agresif şekilde büyüyerek hem lokal invazyon yapan hem de metastatik seyreden hipertiroidik ve anaplastik kanseri taklit eden bir PTK olgusunu sunmayı amaçladık.

### Olgu Sunumu

İki yıl önce PTK tanısı alan, operasyon önerisini kabul etmeyen 87 yaşındaki bayan hasta son dönemlerde boyun bölgesinde dışarıdan da belirgin olarak farkedilen ve nefes almasını ileri derecede engelleyen sert bir kitle nedeni ile acil servise başvurmuş. Hasta operasyon amacı ile kliniğimize yönlendirildi. (Şekil 1A-1B).

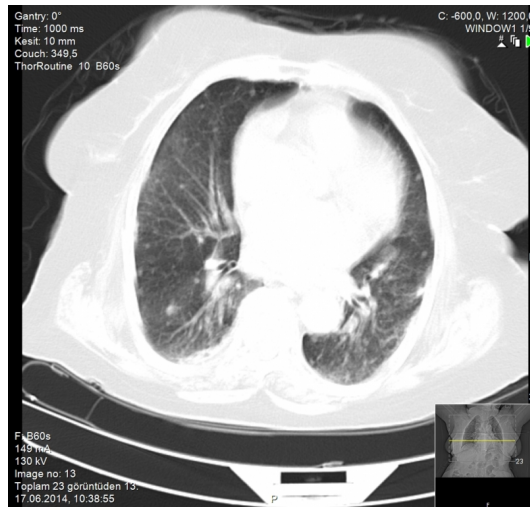


Şekil 1A : Boyundaki kitlenin karşıdan görüntüsü.



Şekil 1B : Boyun bölgesi yandan görünüş.

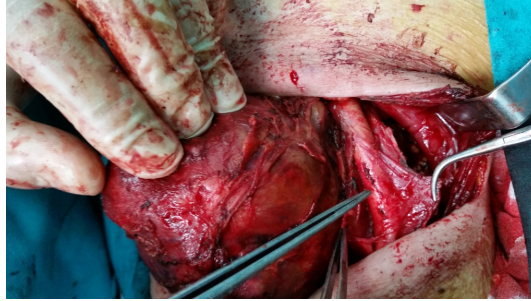
Hastanın iki yıl önce yapılan ultrasonografisinde tümör çapının 2 cm olarak ölçüldüğü ve yapılan ince iğne aspirasyon biyopsi (İİAB) sonucunun da PTK olarak rapor edildiği görüldü. Hastanın bu tanı ile 2 yıl önce önerilen cerrahi tedaviyi kendi isteği ile reddederek medikal tedavi aldığı (propil-tiourasil 2x1) öğrenildi. Son başvurusunda yapılan İİAB sonucunun raporu az diferansiye tiroid kanseri? anaplastik kanser? olarak geldi. Hormon değerlerinden sT3: 5,36 pg/mL (1,8 - 4,2 pg/mL), sT4: 2,96 ng/dL (0,8 – 1,9 ng/dL) ve TSH: 0,28 µIU/mL (0,4- 4 µIU/mL) olduğu görüldü. Toraks bilgisayarlı tomografisinde, akciğer parankiminde büyüğü sağ akciğerde olan yaklaşık 8 mm çapında olmak üzere her iki akciğerde de multiple metastatik nodüller olduğu görüldü (Şekil 2).



Şekil 2 : Akciğer parankimindeki metastatik lenf nodları.

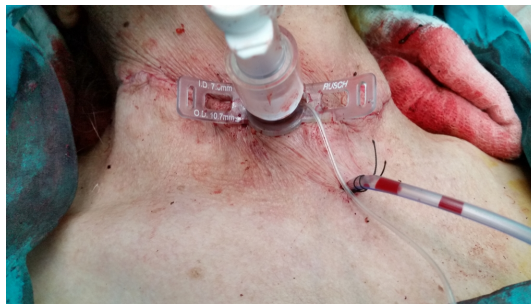
Tiroid bezinin boyutlarında belirgin artış olduğu servikal ve retrosternal alana uzanım gösterdiği (AP çapı 9 cm), tiroid bezi parankiminin de heterojen olduğu (malignite) ve tiroid bezinin basısına bağlı olarak trakeanın sola deviye olduğu rapor edildi.

Operasyonda Kocher'in kolye insizyonu ile katlar geçildiğinde tiroid sağ lobunun aşırı büyük olduğu, tümör dokusu ile tamamen infiltrate olduğu görüldü. Sağ tarafta aşırı büyümüş lenfadenopatiler olduğu da tespit edildi. Diseksiyon sırasında sol tiroid lobun atrofik kaldığı da gözlemlendi. Sağda tümör karotis internayı kendine çekmiş olduğundan ara plan seçilemiyordu. Kitlenin boynun arkasına doğru ilerleyip özofagusu kendine çektiği ve trakeaya da invaze olduğu görüldü. Öncelikle ileri yaş ve tümör yayılımı gözönünde bulundurularak hastaya kür amaçlı daha agresif bir cerrahi yerine hayat kalitesini arttırmak ve hava yolu devamlılığını sağlamak amaçlı palyatif cerrahi bir müdahale yapılması düşünüldü. Kitle özofagus üzerinden sıyrıldı. Diseksiyon sırasında trakeanın aşırı derecede yumuşadığı, trakeomalazik bir görüntüde olduğu tespit edildi. Tümör trakeanın ve ana vasküler yapıların üzerinden ayrılarak total tiroidektomi tamamlandı (Şekil 3).

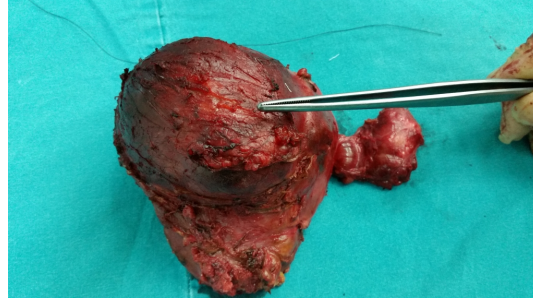


Şekil 3 : İnternal Karotid arter kitleden ayrıldıktan sonraki görüntü.

Hem trakeomalazi hem de her iki taraf laryngeal sinir invazyonu olduğu için hastaya aynı seansta trakeostomi açıldı (Şekil 4). Histopatolojik olarak incelenen kitlede total tiroidektomi materyali 433 gr ağırlığında sağ ve sol lob ayrımı yapılamamakla birlikte 11x11x9 cm ölçülerinde ve tiroid papiller kanser (pT4aN1Mx) ile uyumlu olarak rapor edildi (Şekil 5).



Şekil 4 : Trakeostomi açılmış postoperatif görüntü.



**Şekil 5** : Aşırı büyümüş sağ tiroid lobu ve atrofik sol lob.

Çıkarılan 12 adet lenf bezinden 8 tanesinde tümör metastazı olduğu ve tümörün tama yakınında koagülasyon nekrozu olduğu tespit edildi. Hasta yoğun bakımda takibe alındı. Trakeostomisinden günlük aspirasyon ile aşırı sekresyonu olmakta idi. Preoperatif dönemde mevcut olan pnömoni nedeni ile ileri düzey antibiyotik desteği verildi. Tansiyon yüksekliği nedeni ile tedavi başlandı. Ancak hastanın yoğun bakım takiplerinde genel durumu bozuldu ve postoperatif 3. gün solunum arresti ve beraberinde kardiyak arrest nedeni ile kaybedildi.

## Tartışma ve Sonuç

PTK yetişkinlerdeki kanserlerin yaklaşık %1,5 ve çocuklarda ise %3'ünü teşkil eder.<sup>3</sup> Papiller ve foliküler tiroid kanserleri iyi diferansiye kanserlerdir ve tüm tiroid kanserlerinin yaklaşık %95'ini oluştururlar. PTK en sık 30-40'lı yaşlarda tanısı konur ve kadınlarda 3 kat daha fazla görülür. Papiller tiroid kanseri iyi diferansiye bir kanser olsada trakea, özofagus ve laryngeal sinir gibi çevre dokulara yayılabilir.<sup>2</sup> Bizim olgumuzda da kanser dokusu anaplastik kanser gibi seyrederek 2 yıl içerisinde 2 cm'den 11 cm boyutlara ulaşmıştır. Hastamızda PTK'nın iki yıllık dönemde akciğere metastaz yaptığıda saptanmıştır.<sup>4</sup> Tiroid kanserleri sıklıkla karşımıza ağrısız tiroid nodülü yada tümör olarak çıkar. Hastalar rekürren laryngeal sinir tutulumu varsa ses fonasyonunda bozulma, trakeaya bası yapmışsa nefes darlığı ve özofagusu bası yapmış ise disfaji ile başvurabilirler. Sunulan olguda da kitlenin bası yapmasına bağlı ses kısıklığı ve nefes darlığı şikayetleri mevcuttu. Ultrasonografi eşliğinde yapılan İİAB tiroid nodüllerinin tanınmasında ilk ve en iyi seçenektir. Yanlış negatiflik veya pozitiflik oranı %6'dan daha düşüktür.<sup>3</sup> PTK tanısında İİAB en doğru tetkik olmasına rağmen, özellikle başta foliküler varyant olmak üzere alt grupların belirlenmesinde değeri şüphelidir. Bizim olgumuzda da 2 yıl önce PTK tanısı konulmuş ve daha sonra yapılan İİAB de anaplastik kanser tanısı konmuştur. Ancak tiroidektomi sonrası olgunun tamamen PTK olduğu saptanmıştır. PTK çok sık olmamakla birlikte hipertiroidi ile seyredebilir (%15-30).<sup>5</sup> Hastamız bu kadar agresif bir maligniteye rağmen hipertiroidik seyreden bir olgudur.

Sonuç olarak PTK tedavi edilmediği takdirde bir anaplastik kanser gibi davranarak hem bölgesel hemde uzak metastaz yapabilen yüksek mortalite oranına sahip bir tümör olabilir.

## Kaynaklar

1. Badiu C, Stanescu B. Chirurgie endocrina cervicala. Bucuresti: Editura Academiei Romane, 2005.
2. Sharma KP, Johns MM. Thyroid cancer in eMedicine 2007 Apr. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/851968>
3. Santacroce L, Gagliardi S, Kennedy AS. Thyroid, papillary carcinoma in eMedicine 2008 Aug. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/282276>

4. Hebestreit H, et al. Pulmonary fibrosis in youth treated with radioiodine for juvenile thyroid cancer and lung metastases after Chernobyl. Eur J Nucl Med Mol Imaging, 2011;38(9), 1683-90.
5. Özemir İ, et al. Tiroit kanseri saptanan hastaların klinik ve patolojik açıdan retrospektif değerlendirilmeleri. Göztepe Tıp Dergisi. 2009,24(4):173-7.