

Larenks Karsinomu Nedeniyle Boyun Disseksiyonu Yapılan Olgularda Rastlantısal Olarak Rastlanan Tiroid Papiller Karsinom Metastazı

INCIDENTAL METASTATIC PAPILLARY THYROID CARCINOMA DURING NECK DISSECTION OF LARENGEAL CARCINOMA: REPORT OF TWO CASES

Dr. Murat ÖZCAN,^a Dr. Mesut Sabri TEZER,^a Dr. Caner ŞAHİN,^a
Dr. Özge HAN,^b Dr. Adnan ÜNAL,^a Dr. Ümit TUNCEL^a

^aKBB Kliniği, ^bPatoloji Kliniği, Ankara Numune Hastanesi, ANKARA

Özet

Baş boyun kanserlerinin cerrahi tedavisinde boyun disseksiyonları mevcut ya da olası metastazların tedavisi için yapılmaktadır. Boyun disseksiyonu materyalinde bazen primer tümörün yanında beklenmeyen metastazlara da rastlanmaktadır. Yine boyun disseksiyonu materyaline özellikle larenks kanserlerinin subglottik uzanımı olan olgularda tiroid dokusu da dahil edilmektedir. Baş boyun kanser cerrahi tedavisi sırasında rastlantısal olarak bulunabilen metastatik tiroid kanserlerinin klinik tanı ve tedavi yaklaşımları tartışma konusudur. Primer hastalığın tedavisi ön planda olmaktadır. Ancak kişinin başka bir hastalığı da olduğu unutulmamalıdır. Tiroid metastazının benign mi malign mi olduğunu histopatolojik olarak belirlerken oldukça dikkatli olunmalı ve aceleden kaçınılmalıdır. Larenks karsinomu nedeniyle yapılan boyun disseksiyonu esnasında rastlantısal olarak rastlanan papiller tiroid karsinomlu 2 olgu literatür eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Boyun disseksiyonu, tiroid papiller karsinomu, larenks karsinomu

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007, 27:294-297

Abstract

Neck dissections are performed to control neck metastases of head and neck cancers. Sometimes, other unexpected metastases in addition to the primary tumor may be encountered in the neck dissection material. Especially in laryngeal carcinoma with subglottic invasion, the thyroid gland is included in the dissection material. The clinical diagnosis and management of incidentally detected metastatic papillary thyroid carcinoma during neck dissection for laryngeal carcinoma are still controversial. Treatment for the primary diagnosis is the first goal. However, it must be kept in mind that the patient has an accompanying illness. The histopathologic type of the thyroid metastasis should be carefully determined without haste. In this study, 2 patients who were incidentally diagnosed as papillary thyroid carcinoma during neck dissection for laryngeal carcinoma were presented under the light of the literature.

Key Words: Neck dissection, thyroid gland, adenocarcinoma, papillary, laryngeal neoplasms

Baş boyun kanserlerinin cerrahi tedavisi esnasında rastlantısal olarak rastlanan gizli papiller tiroid karsinomunun tanı ve tedavi yaklaşımları tartışmalıdır. Otopsi çalışmalarında tiroid dokusu içinde %35'lere varan oranda gizli papiller mikro karsinom tespit edilmektedir.¹

Yine baş-boyun kanserleri nedeniyle opere edilen olgularda boyun disseksiyonu materyallerinin %0.3-1.6'sında rastlantısal olarak tiroid dokusu bulunmaktadır.²⁻⁴ Bunlar genelde papiller tiroid karsinoma metastazı veya benign tiroid dokusudur.² Bazı yazarlara göre lateral boyun disseksiyonunda bulunan tüm tiroid dokuları histolojik yapısı dikkate alınmaksızın primer bir tiroid karsinomasının metastazı kabul edilmelidir.^{5,6} Histolojik olarak metastazları benign tiroid dokularından ayırt edecek kriterler ortaya koyulmuştur.^{2,7} Genel olarak hastanın yaşı, genel durumu ve primer malignitenin agresifliği göz önüne alınarak

Geliş Tarihi/Received: 28.11.2005 Kabul Tarihi/Accepted: 23.05.2006

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Mesut Sabri TEZER
Ankara Numune Hastanesi,
KBB Kliniği, ANKARA
mtezer2000@yahoo.com

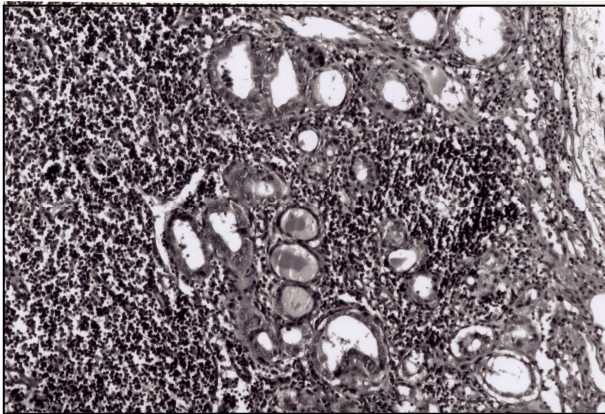
Copyright © 2007 by Türkiye Klinikleri

hastanın tedavi planı şekillendirir. Bu çalışmada larenks karsinomu tanısıyla opere edilen ve boyun disseksiyonu materyalinde papiller tiroid karsinom metastazı tespit edilen 2 olgumuz literatür eşliğinde sunulmuştur.

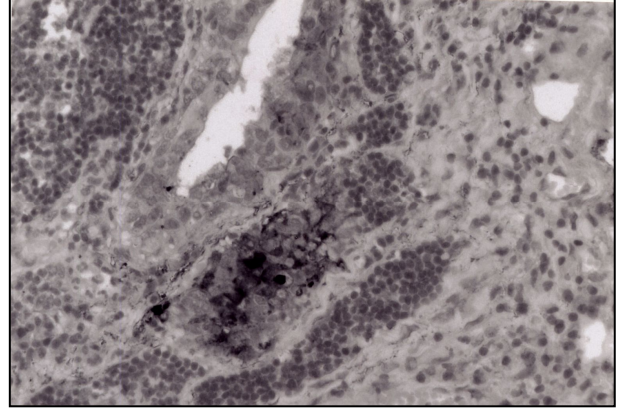
Olgu Sunumu

Olgu 1

Kırk beş yaşında 1 erkek hasta kliniğimize yutma güçlüğü ve boğazdan kan gelmesi yakınmaları ile başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde epiglottun larengeal yüzünden başlayan sol ariepiglottik folda uzanan, ventriküler band ve vallekulayı doldurarak, at nalı tarzında sağ ventriküler banda uzanan ülserovegetan kitle görüldü. Boyun palpasyonunda tiroid bezinde nodül tespit edilmediği gibi palpabl lenfadenopatide saptanmadı. Hastanın primer lezyonu T3NoMo olarak değerlendirildi. Biyopsi sonucunda iyi diferansiye yassı hücreli karsinoma olarak rapor edilen hastaya total larenjektomi ve bilateral fonksiyonel boyun disseksiyonu uygulandı. Patolojik inceleme sonucunda Larenjektomi materyali: İyi diferansiye yassı hücreli karsinoma, sol boyun disseksiyon materyali: Seviye 2'de 1 adet papiller tiroid karsinoma metastazı olarak rapor edildi (Resim 1). Lenf nodundaki metastatik odak immünohistokimyasal incelemeye tabi tutularak tiroglobulin ile boyandı ve metastatik odağın tiroid kaynaklı olduğu kesinleşti (Resim 2). Postoperatif dönemde çekilen



Resim 1. Lenf nodunda, kapsül altında izlenen tümör dokusu (H&E x 40).

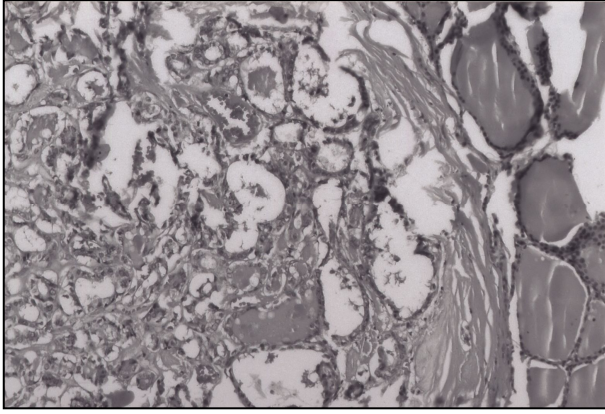


Resim 2. Tümör dokusunun immünohistokimyasal olarak tiroglobulin ile boyanması (x 40).

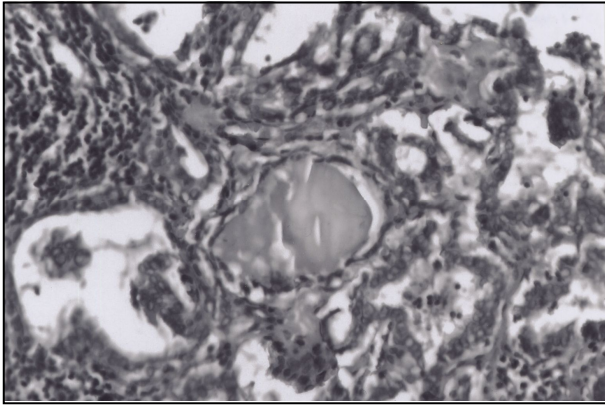
tiroid sintigrafisi “suprese tiroid bezi ile uyumlu” olarak izlendi. Postoperatif 4. ayda total tiroidektomi uygulandı. Tiroidektomi patoloji sonucu “normal tiroid dokusu” olarak raporlandı. Postoperatif 1. yılında hasta nüksüz olarak izlenmektedir.

Olgu 2

Elli beş yaşında 1 erkek hasta kliniğimize 4 aydır mevcut olan ses kısıklığı, yutma güçlüğü yakınmaları ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede sağ vokal kordu tamamen infiltre ederek ventrikülü dolduran ve ventriküler banda ilerleyen, anterior komissürü tutmuş, subglottik alana anüler tarzda ilerleyen vegetan bir kitle izlendi. Her iki vokal kordda hareket kısıtlılığı gözlemlendi. Boyun muayenesinde palpabl lenf nodu tespit edilmedi. Hastanın lezyonu T4NoMo olarak değerlendirildi. Biyopsi sonucu skuamöz hücreli karsinoma olarak rapor edilen hastaya total larenjektomi, bilateral fonksiyonel boyun disseksiyonu, sağ subtotal tiroidektomi, seviye 6 disseksiyonu uygulandı. Patolojik inceleme sonucu “Larenjektomi materyali: Orta derece diferansiye skuamöz hücreli karsinoma, tiroid sağ lob: Papiller mikrokarsinoma, foliküler varyant, sağ seviye 4'te 1 adet papiller tiroid karsinoma metastazı” olarak rapor edildi (Resim 3, 4). Postoperatif dönemde çekilen tiroid sintigrafisinde rezidü tiroid dokusu normoaktif olarak izlendi. Postoperatif 3. ayda tamamlayıcı tiroidektomi yapılarak sol lobta alındı.



Resim 3. Çevre tiroid dokusundan ince bir kapsülle ayrılan papiller mikrokarsinom folliküler varyant odağı (H&E x 40).



Resim 4. Lenf nodunda izlenen metastatik odak (H&E x 40).

Tiroid sol lobektomi materyali patolojik inceleme sonucunda “nodüler hiperplazi” olarak rapor edildi. Postoperatif 2. yılında hasta nüksüz olarak izlenmektedir.

Tartışma

Gizli tiroid kansinomları genel popülasyonda sık olarak rastlanabilen bir durumdur. Meyer ve Steinberg yapmış olduğu otopsi çalışmasında; lateral servikal ve peritiroid lenf nodu disseksiyonlarında 105 otopside 5’inde benign tiroid dokusuna rastlanmıştır. Bu tiroid dokularının sadece 1’inde karşı taraf tiroid lobuna dayanan bir lenf nodunda gizli papiller kansinom bulunmuştur.⁸ Yine bazen tiroid kansinomlarının ilk başvuru yakınması boyunda kitle olabilmektedir.⁹

Boyun disseksiyonu materyalinde rastlantısal olarak saptanan papiller tiroid kansinomunun kö-

keni hakkında tartışmalar mevcuttur. Bu tartışmaların ana noktası lenf bezlerinde bulunan papiller tiroid kansinomunun gizli bir tiroid lezyonundan mı kaynaklandığı yoksa lateral boyun bölgesinde aberan olarak bulunan tiroid dokusunun malign dejenerasyonu ile mi ortaya çıktığıdır.^{10,11} Lateral boyun bölgesinde klinik ve embriyolojik olarak tartışmalı lateral boyun bölgesinde ektopik tiroid dokusunun varlığı bu sorunun yanıtında önem kazanmaktadır. Bir kısım otörler embriyolojik olarak tiroid dokusunun göç esnasında lateral boyun bölgesine de disloke olduğunu ve bu bölgedeki tiroid dokusunun zaman içinde malign dejenerasyona uğrayabileceği teorisini ortaya atarken, diğer otörler metastatik tiroid dokusunun gizli tiroid kansinomuna bağlı olduğunu savunmaktadırlar.⁹ Bizim ilk olgu sunumumuzda lenf nodunda tiroid papiller kansinoma metastazı saptanmasına rağmen, daha sonra yapılan tiroidektomi spesmeninin seri kesitlerle incelemesinde tiroid dokusunda tümoral bir odak saptanmamıştır. Olgumuzda tiroidekte primer bir odağın saptanmamış olması, boyun bölgesindeki aberan tiroid dokusundan metastaz gelişmiş olabileceğini düşündürmektedir.

Rosai ve ark. lateral boyun bölgesinde saptanan metastatik lenf nodunun benign tiroid dokusundan ayrımıyla ilgili histolojik kriterler tanımlamışlardır. Buna göre tiroid dokusu, tutulan lenf nodunun 1/3’ünden fazlasını kaplıyorsa yahut birden fazla nodda tutulum varsa ve psammom cisimcikleri görülüyorsa, bu tiroid kansinomu metastazı lehine değerlendirilebilir. Lenf nodu içinde özellikle kapsüle yakın bölgede bulunan ve papiller kansinoma ait yapısal özellik göstermeyen hücreler benign tiroid dokusu olarak kabul edilebilir.⁷

Literatürde non-tiroid kökenli baş boyun kansinomlarının tedavisi esnasında elde edilen boyun disseksiyonu materyallerinde tiroid kansinom metastazı görülme sıklığı %0.3-1.6 arasında değişmektedir.²⁻⁴ Metastaz seviyesi daha çok seviye 2 ve 4 üzerinde yoğunlaşmaktadır. Gerçek sıklığı etkileyen bir diğer faktörde paratrakeal (seviye 6) disseksiyon yapıp yapılmadığıdır. Subglottik larenks kansinomları haricinde rutin olarak uygulanmayan paratrakeal disseksiyon bölgesi (seviye 6), malign tiroid dokusunun en sık

metastaz yapacağı bir bölgedir. Bu nedenle gerçek sıklık bu gizlilikten dolayı, olasılıkla daha fazladır.²

Ansara-Lari ve ark. 1337 boyun disseksiyonu materyalinin retrospektif incelemesinde 4 olguda lateral boyun bölgesinde, lenf nodlarında benign tiroid dokusu: 9 olguda ise metastatik tiroid karsinomu saptamışlardır.⁴ Bu 9 olgunun 8'inde tiroidektomi materyalinde gizli karsinomaya rastlanmıştır. Boyunda benign tiroid dokusu saptanan 4 olgunun hiçbirinde tiroid spesimeninde primer bir patoloji saptanmamıştır. Lateral boyun bölgesinde tiroid karsinomu metastazı saptanan olgularda gizli kaynak genellikle ipsilateral tiroid lobunda bulunmaktadır. Olgularımızın 1 tanesinde boyun disseksiyonu spesmeni ve ipsilateral tiroid dokusunda papiller tiroid karsinom izlenmiştir. Diğer olgumuzda ise tiroidektomi spesmeninde tiroid karsinomuna rastlanmamıştır.

Bunun yanında, boyunda metastatik lenf nodları bulunmasına rağmen primer tiroid karsinomu gösterilememiş olgular da mevcuttur.^{3,4,11} Fliegelman bu durumu tümörün aberan tiroid dokusunun malignleşmesi veya primer tümörün mikroskopik olması şeklinde yorumlamıştır.¹¹ Benzer şekilde Leon, boyunda papiller karsinoma tespit edilen 3 olgudan sadece 1'inde primer olarak tiroid dokusu içinde papiller karsinom tespit edebilmiştir. Primeri tespit edilemeyen 2 olguya preoperatif olarak da radyoterapi verilmiştir.²

Genel olarak iyi prognostik kriterler taşıyan non-tiroid kökenli baş boyun kanserli olgularda insidental tiroid karsinom metastazı tedavisinde cerrahi önerilirken, genel durumu bozuk olan ve kötü prognoz taşıyan karsinomlu hastaların takibe alınabileceği söylenmektedir.^{11,12} Biz her ikisinin de metastaz kabul ettiğimiz hastaların larenks karsinomu açısından prognozlarının iyi olduğunu düşündüğümüzden her iki hastamıza da tiroidektomi uyguladık, radyoterapi uygulamadık

radyoaktif iyot tedavisi açısından hastalar konsülte edilmiştir ve gerekli olan tedavileri düzenlenmiştir. Halen her iki hastamız nüksüz olarak izlenmektedir.

KAYNAKLAR

1. Harach HR, Franssila KO, Wasenius VM. Occult papillary carcinoma of the thyroid. A "normal" finding in Finland. A systematic autopsy study. *Cancer* 1985;56:531-8.
2. Leon X, Sancho FJ, Garcia J, Sanudo JR, Orus C, Quer M. Incidence and significance of clinically unsuspected thyroid tissue in lymph nodes found during neck dissection in head and neck carcinoma patients. *Laryngoscope* 2005;115:470-4.
3. Vassilopoulou-Sellin R, Weber RS. Metastatic thyroid cancer as an incidental finding during neck dissection: Significance and management. *Head Neck* 1992;14:459-63.
4. Ansari-Lari MA, Westra WH. The prevalence and significance of clinically unsuspected neoplasms in cervical lymph nodes. *Head Neck* 2003;25:841-7.
5. Butler JJ, Tulinius H, Ibanez ML, Ballantyne AJ, Clark RL. Significance of thyroid tissue in lymph nodes associated with carcinoma of the head, neck or lung. *Cancer* 1967;20:103-12.
6. Kozol RA, Geelhoed GW, Flynn SD, Kinder B. Management of ectopic thyroid nodules. *Surgery* 1993;114:1103-6.
7. Rosai J, Carcangiu ML, Delellis RA. Tumor of the thyroid gland. In: Rosai RJ, Sobin L, eds. *Atlas of the Tumor Pathology*. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology; 1992. p.317-26.
8. Meyer JS, Steinberg LS. Microscopically benign thyroid follicles in cervical lymph nodes. Serial section study of lymph node inclusions and entire thyroid gland in 5 cases. *Cancer* 1969;24:302-11.
9. Nussbaum M, Bukachevsky R. Thyroid carcinoma presenting as a regional neck mass. *Head Neck* 1990;12:114-7.
10. Block MA, Wylie JH, Patton RB, Miller JM. Does benign thyroid tissue occur in the lateral part of the neck? *Am J Surg* 1966;112:476-81.
11. Fliegelman LJ, Genden EM, Brandwein M, Mechanick J, Urken ML. Significance and management of thyroid lesions in lymph nodes as an incidental finding during neck dissection. *Head Neck* 2001;23:885-91.
12. Coskun H, Erisen L, Tolunay S, Basut O, Onart S, Tezel I. Incidental association of thyroid carcinoma and squamous cell carcinoma of head and neck. *Am J Otolaryngol* 2002;23:228-32.