

Tiroid Papiller Mikrokarsinomun Soliter Kistik Metastazı: 2 Olgunun Sunumu

Uzman Dr. Özgür TARKAN¹, Dr. Özgür SÜRMELOĞLU¹, Dr. Ülkü TUNCER¹, Dr. Ali EVLİCE¹, Dr. Aysun UĞUZ², Dr. Kivılcım Eren ATEŞ²

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak-Burun-Boğaz, Patoloji Anabilim Dalları

ÖZET

Genç erişkinlerde, soliter kistik lateral boyun kitlelerinin en sık sebebi brankiyal kleft kistleridir. Sık görülmesine de boyun lateralindeki soliter kistik kitleler, okült tiroid karsinomların başlangıç semptomu olabilir¹. Nadir görülen bu durum birçok olguda tiroid bezindeki primer lezyonun metastatik odağı şeklinde görülürken, bazı olgularda, özellikle de tiroid bezinde primer odak gösterilemediğinde, brankiyal kist içerisindeki ektopik tiroid dokusundan kaynaklanabilirler. Bu çalışmada okült tiroid papiller karsinom metastazına bağlı, soliter kistik lateral boyun kitlesi olan iki olgu sunuldu.

Anahtar Sözcükler: tiroid, papiller karsinom, boyun metastazı

GİRİŞ

Özellikle genç erişkinlerde, boyun lateralinde görülen kistik kitlelerin en sık nedeni brankiyal kistlerdir¹. Karsinom içeren kistik kitlelerin en sık nedeni de Waldeyer halkasının skuamöz hücreli kanserlerinin metastazlarıdır². Gourin and Johnson³ lateral servikal kistik kitle ile başvuran 40 yaş üzerindeki hastaların yaklaşık 1/4'ünde skuamöz hücreli karsinom metastazı tespit etmişlerdir. Nadir de olsa soliter kistik lateral boyun kitlelerinde okült tiroid karsinom metastazlarına rastlanabilir¹. Geleneksel teoride bu lezyonlar primer tiroid lezyonunun metastatik odağı olarak kabul edilirken,⁴ yeni teori brankiyal kist, ektopik tiroid dokusunun birlikte olabileceğini savunmaktadır^{5,6}. Brankiyal kistler, brankiyal keselerin konjenital obliterasyonunu tamamlaması sonucunda oluşurlar. Parham⁷ brankiyal kist içerisinde tiroglobulin içeren epitelyal inklüzyon cisimciklerini göstermiştir. Bu epitelyal inklüzyon cisimciklerinin kistik dejenerasyonu tetiklediğini savunmaktadırlar. Tiroid bezinin, dil kökünden krikoid seviyesindeki normal lokalizasyonuna göçü sırasında herhangi bir yerde

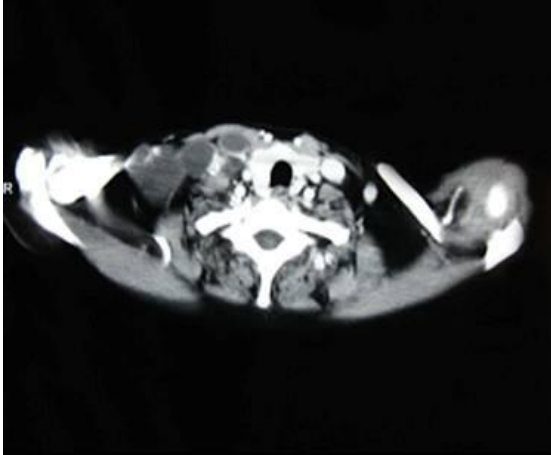
brankiyal kistle birlikte tiroid dokusu bulunabilir. Bu teori 30 yaşın üzerinde sternokleidomastoid kasın 1/3 üst kısmında brankiyal kistle birlikte olan tiroid dokusunu açıklar. Geleneksel olarak önceden tiroidde primer malignitenin gösterilememesi yetersiz histolojik incelemeye bağlanmaktaydı. Günümüzde tiroid bezinde, yaygın milimetrik histolojik incelemeler yapılmasına karşın tiroidde primer odağın gösterilememesi yeni teoriyi desteklerken¹ tiroid bezinde bir veya daha fazla primer odağın saptanması geleneksel teoriyi desteklemektedir.

OLGU SUNUMU

Olgu 1

Yaklaşık 7 yıldır boyun sağ tarafında yavaş büyüyen, ağrısız kitle yakınmasıyla kliniğimize başvuran 43 yaşındaki bayan hastanın; kulak burun boğaz muayenesinde boyun sağ tarafında supraklavikular bölgede posterior servikal üçgeni dolduran, medialde sternokleidomastoid (SKM) kas medial kenarına, yukarıda hiyoid seviyesine, posteriora trapezius kasına kadar uzanan, 3 loblu

yaklaşık 7x5 cm boyutlarında palpasyonla ağrısız, yumuşak kıvamlı konglomere kitle tespit edildi. Hastanın çekilen boyun bilgisayarlı tomografisi (BT) "sağ servikalde SKM'nin alt arka kesiminde ve posterior üçgende alt servikal bölgeye kadar uzanan en büyüğü yaklaşık 4x3 cm boyutlarında ve

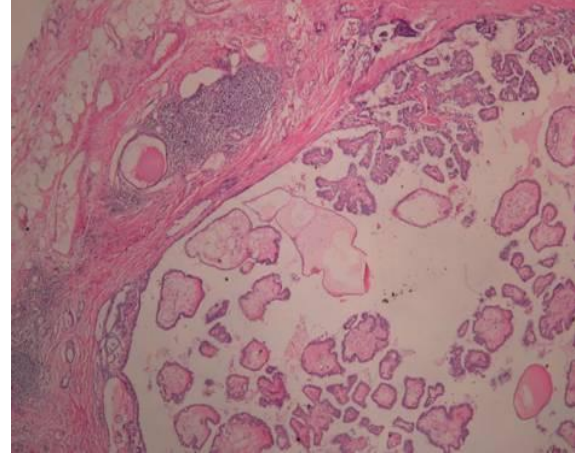


Resim-1: Birinci olgunun , supraklavikular bölgede 3 loblu kitlenin BT görüntüsü

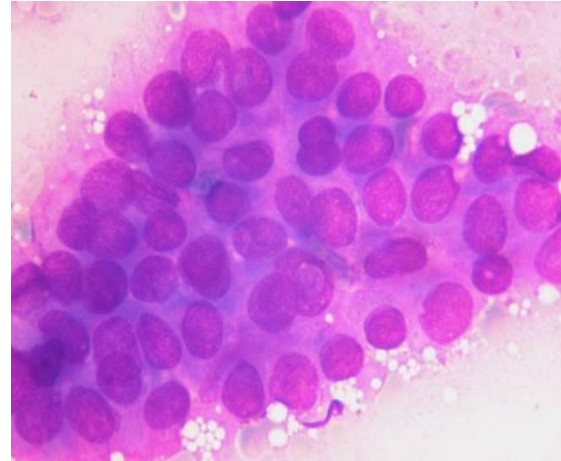
Yapılan ince iğne aspirasyon sitolojisi (İİAS) "brankiyal kleft kist içeriği ile uyumlu olabilir" şeklinde raporlandı. Boyun insizyonu yapıldıktan sonra, SKM kası ve internal juguler ven korunarak, kitle boyun diseksiyonu şeklinde total eksize edildi. Kitlenin histopatolojik incelemesi "papiller karsinom metastazı" şeklinde sonuçlandı. (Resim 3,4) Bunun üzerine hastaya tiroid ultrasonografisi (USG) istendi. USG incelemesinde "sağ tiroid lobu santralinde yaklaşık 10 mm boyutlarında hipoekojen solid nodül" saptandı. Bu nodülden yapılan İİAS "papiller karsinom" şeklinde sonuçlandı. Ardından hastaya total tiroidektomi yapıldı. Spesmenin histopatolojik incelenmesinde tiroid sağ lobunda papiller karsinom saptandı. Multifokalite ve multisentrisite görülmediği rapor edildi.

Postoperatif dönemde radyoaktif iyotla vücut taraması yapılan ve tiroid bakiyesine rastlanmayan hasta radyoaktif iyotla ablasyon tedavisine yönlendirildi.

alt servikalde de hemen komşuluğunda bezir dansite özelliğinde multipl nekrotik kistik özellikte lenfadenopatiler" şeklinde rapor edildi. (Resim 1).



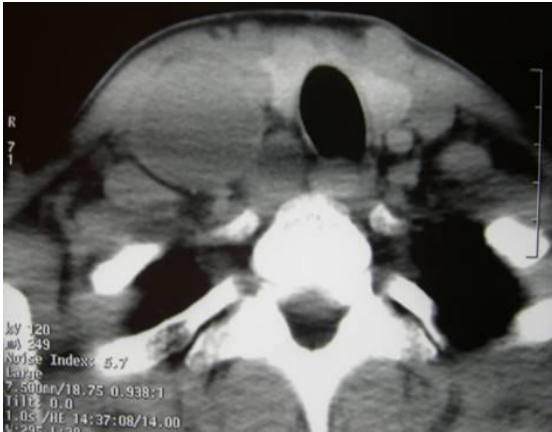
Resim-3.: Spesmenin histopatolojik incelemesinde; H.E X 40. Lenf nodu içine kistik papiller tiroid karsinom metastazı.



Resim-4. Spesmenin histopatolojik incelemesinde MGGX1000, kalabalıklaşmış, yer yer üst üste binme, intranükleer inlüzyon ve nükleer çentiklenme gösteren tiroid epitel hücre grubu.

Olgu 2

Bir aydır boyun sağ tarafında, ağrısız kitle yakınmasıyla kliniğimize başvuran 33 yaşındaki bayan hastanın muayenesinde boyun sağ tarafında supraklavikular bölgede posterior servikal üçgeni dolduran, medialde sternokleidomastoid (SKM) kas medial kenarına, yukarıda hiyoid seviyesine, posteriorda trapezius kasına kadar uzanan, 5x5 cm boyutlarında palpasyonla ağrısız, yumuşak kıvamlı kitle tespit edildi. Hastanın çekilen boyun BT' sinde; SKM medialinde tiroid sağ lob komşuluğunda, 5x6 cm boyutunda kistik karakterde kitlesel lezyon, ayrıca tiroid sağ lobunda 1x0.5 cm boyutunda nodüler oluşum tespit edildiği rapor edildi.(Resim 2) Yapılan İİAS; "benign kistik yapı, brankiyal kleft kisti ile uyumlu olabilir" şeklinde raporlandı. Kitle total eksize edildi ve histopatolojik incelemesi "papiller karsinom metastazı" şeklinde rapor edildi. Ardından hastaya total tiroidektomi ve sağ lateral boyun diseksiyonu yapıldı. Spesmenin histopatolojik incelenmesi "Tiroid sağ lobda 0.3 cm çapında mikropapiller karsinom ve reaksiyoner lenf nodları" şeklinde rapor edildi. Postoperatif dönemde radyoaktif iyotla vücut taraması yapılan ve tiroid bakiyesine rastlanmayan hasta radyoaktif iyotla ablasyon tedavisine yönlendirildi.



Resim-2. İkinci olgunun boyun sağ tarafında, tiroidin lateralinde solit kitlenin BT görüntüsü

TARTIŞMA

Soliter kistik lateral boyun kitleleri, okült tiroid karsinomlarının erken belirtisi şeklinde karşımıza çıkabilir. Bu durum nadir görülür ve literatürde daha önce yaklaşık 40 olgu bildirilmiştir^{1,8,9}. Seven ve ark.⁸ soliter kistik lateral boyun kitlesi olan 37 kişilik hasta serisinde, histopatolojik olarak 4 hastada tiroid karsinom metastazı (%11), 1 hastada skuamöz hücreli karsinom metastazı, 32 hastada brankiyal kleft kisti bulmuşlardır. Bu çalışmada aşikar primer malignitesi olan ve operasyonu reddeden hastalar çalışma dışında bırakılmıştır.

Boyun BT veya USG'de intrakistik elementlerin fazla olması, intrakistik komponent olması, kalın veya düzensiz duvar görülmesi durumunda lateral boyun kistik kitlelerine malignite yönünden şüpheyle bakılmalıdır⁸. Seven ve ark.⁸ tiroid karsinom metastazına bağlı soliter kistik boyun kitlesi görülen hastaların çekilen boyun BT'lerinde 4 hastanın 3'ünde kalın ve düzensiz duvarlı düşük dansiteli görünüm saptamışlar ve bu hastaların hiç birinde BT'de tiroid de patoloji saptamamışlardır. Sunulan birinci hastada yapılan boyun BT; düzgün sınırlı, eşit dansitede, multipl kistlerden bahsederken, tiroidle ilgili olan patolojiyi ancak USG ile saptanabildi.

İİAS baş boyun kitlelerinin ayırıcı tanısında değerli bir yöntemdir. Solid kitlelerde sensitivitesi %90 ile %100 arasında olup, kistik kitlelerde sensitivitesi daha düşüktür ve yanlış negatif oranları %50'ye kadar çıkmaktadır. Eğer İİAS sonucu malignite yönünden pozitif ise tartışmasız preoperatif planlamada çok değerli iken, yanlış negatif oranlarının özellikle de kistik kitlelerde yüksek olması güvenilirliğini azaltmaktadır. Kistik kitlesi olan hastalarda palpasyon eşliğinde İİAS yerine ultrason rehberliğinde İİAS uygulanması tanısal doğruluğu arttıracaktır. Çünkü hazırlanan yayma preparattaki kistik materyal, düşük sellülarite ve malignite yönünden kuşku hücre görülmesi patoloğu "malignite" den uzaklaştıracaktır.

Bu çalışmadaki olgularda da benign kistik yapı-brankiyal kleft kisti ile uyumlu olabilir şeklinde

raporlanıp kesin tanı verilememesi eksizyonel biyopsiye yönlendirici etkenlerden biri olmuştur. Bundan dolayı İİAS malignite yönünden negatif olsa bile bu hastalara çok gecikmeden eksizyonel biyopsi yapılmalıdır. Eğer malignite yönünden klinik şüphe varsa eksizyonel biyopsi sırasında frozen gönderilmeli ve frozen sonucuna göre operasyonun devamı planlanmalıdır.

Sonuç olarak soliter kistik lateral boyun kitlesi ile başvuran genç hastalarda, okült tiroid karsinom metastazı da akılda tutulmalıdır. Böyle olgularda tiroid malignitelerini ekarte etmek amacıyla tiroid USG istenmesi oldukça faydalı olabilir.

SUMMARY

Solitary Cystic Metastasis Of Thyroid Papillary Carcinoma: Two Cases Reports

The appearance of a solitary lateral cervical cystic mass as the only initial presenting symptom of occult thyroid carcinoma is uncommon. Its presence is often related with the more frequently branchial cyst in young adults, but also rarely related with thyroid carcinomas. In most of these cases all such lesions may initially be considered as metastatic foci from a primary thyroid lesion. However, an alternative explanation by means of which ectopic thyroid tissue is associated with a branchial cyst has to be considered, especially if no primary tumour is observed in the histological examination of the thyroid gland. We present two case of solitary cystic lymph node metastasis of occult papillary carcinoma of the thyroid.

Key Words: Thyroid, neck metastasis, papillary carcinoma

KAYNAKLAR

1. Coleman SC, Smith JC, Burkey BB, Day TA, Page RN, Netterville JL. Long-standing lateral neck mass as the initial manifestation of well-differentiated thyroid carcinoma. *Laryngoscope*. 2000;110:204-209.
2. Golledge J, Ellis H. The aetiology of lateral cervical (branchial) cysts: past and present theories. *J Laryngol Otol*. 1994;108:653-659.
3. González-García R, Román-Romero L, Sastre-Pérez J, Rodríguez-Campo FJ, Naval-Gías L. Solitary cystic lymph neck node metastasis of occult thyroid papillary carcinoma. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008;13:E796-799.
4. Gourin CG, Johnson JT. Incidence of unsuspected metastases in lateral cervical cysts. *Laryngoscope* 2000;110:1637-1641.
5. Matsumoto K, Watanabe Y, Asano G. Thyroid papillary carcinoma arising in ectopic thyroid tissue within a branchial cleft cyst. *Pathol Int*. 1999;49:444-446.
6. Ostrosky A, Mareso EA, Klurfan FJ, Gonzalez MJ. Mandibular metastasis of follicular thyroid carcinoma. Case report. *Med Oral*. 2003;8:224-227.
7. Parham DM. Laterally situated neck cysts derived from the embryological remnants of thyroid development. *Histopathology*. 1988;12:95-98.
8. Pérez JS, Muñoz M, Naval L, Blasco A, Diaz FJ. Papillary carcinoma arising in lingual thyroid. *J Craniomaxillofac Surg*. 2003;31:179-182.
9. Roth LM. Inclusions of non-neoplastic thyroid tissue within cervical lymph nodes. *Cancer*. 1965;18:105-111.
10. Seven H, Gurkan A, Cinar U, Vural C, Turgut S. Incidence of occult thyroid carcinoma metastases in lateral cervical cysts. *Am J Otolaryngol*. 2004;25:11-17.
11. Sheahan P, O'leary G, Lee G, Fitzgibbon J. Cystic cervical metastases: incidence and diagnosis using fine needle aspiration biopsy. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002;127:294-298.
12. Sidhu S, Lioe TF, Clements B. Thyroid papillary carcinoma in lateral neck cyst: missed primary tumour or ectopic thyroid carcinoma within a branchial cyst. *J Laryngol Otol*. 2000;114:716-718.

13. Verge J, Guixá J, Alejo M, Basas C, Quer X, De Castro J, et al. Cervical cystic lymph node metastasis as first manifestation of occult papillary thyroid carcinoma: report of seven cases. Head Neck. 1999;21:370-374.

Yazışma Adresi :

Uzm.Dr. Özgür TARKAN
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kulak-Burun-Boğaz Anabilim Dalı
Balcalı/Adana

Tel: 05326205458

e-mail: ozgur_tarkan@yahoo.com