

TİROİD FOLLİKÜLER KARSİNOMUNUN TORAKS DUVARI METASTAZI

Ayten Kayı Cangır * • Hakan Kutlay** • Nurşen Düzgün***
Hadi Akay****

ÖZET

Toraks duvarı rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu sonrasında tiroid folliküler karsinomu tanısı konulan olgunun klinik, radyolojik, patolojik özellikleri ve uygulanan tedavi yöntemi literatür eşliğinde sunulmuştur.

Literatürde şimdiye kadar tiroid folliküler karsinomunun soliter kosta metastazının bildirilmemiş olması ilginçtir.

Anahtar Kelimeler: Tiroid folliküler karsinomu, metastatik toraks duvarı tümörü

SUMMARY

Follicular Carcinoma on the Thyroid Gland Metastasized to the Chest Wall

After a chest wall resection and reconstruction, the diagnosis was follicular carcinoma of the thyroid gland. This case has been presented with clinic, radiographic and pathologic feature in association with treatment method.

It is very interesting that so far no solitary rib metastasized of the thyroid follicular carcinoma was notified.

Key Words: Thyroid follicular carcinoma, metastatic neoplasm of chest wall

Toraks duvarı tümörlerine neoplazmlar içinde sık rastlanmaz. Benign ve malign olarak sınıflandırılacakları gibi primer ya da metastatik olarak da iki gruba ayrılabilir. Toraks duvarının yumuşak dokudan ve kemik dokudan kaynaklanan primer tümörleri, tüm vücudun primer tümörlerinin %2'sidir. Metastatik toraks duvarı tümörlerinden karsinomlar sternumu tutar, tiroid bezi karsinomlarında multipl kosta metastazı görülebilmemesine karşın, soliter kosta tutulumuna rastlanmamıştır (1,2).

OLGU

Z.T.; 56 yaşında kadın, protokol no :844941

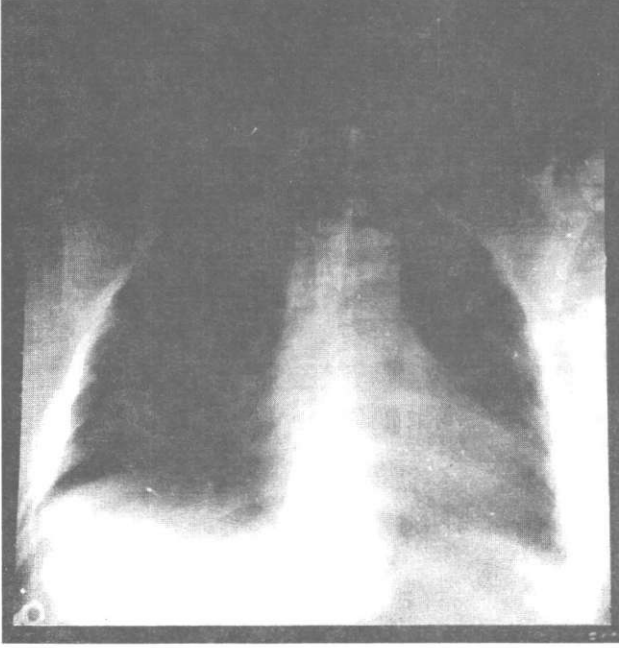
İki aydır devam eden sağ yan ağrısı yakınması ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde sağda 7. - 8. kosta posterolateral bölümünde, yaklaşık 7x7cm boyutlarında ağrılı kitle saptandı. Tam kan değerleri, rutin kan biyokimyası, EKG, abdominal ultrasonografi ve kranial bilgisayarlı tomografisi normaldi. Direk toraks grafisinde, 8. kosta posteriorunda destrüksiyon mevcuttu (Şekil 1). Bilgisayarlı

toraks tomografisinde ise sağda 8. kosta posteriorunda harabiyet oluşturan ve sırt kaslarına infiltre fuziform solid kitle lezyonu belirlendi (Şekil 2). Tüm vücut kemik sintigrafisinde, sağda 8. kosta arka ucunda orta kesimi hipoaktif çevresi rölatif aktif olmak üzere non-homojen aktivite artışı saptandı (Şekil 3).

Olgu, 1.3.1996'da toraks duvarı tümörü ön tanısı ile operasyona alındı. Kitlenin üzerinden posterolateral insizyon yapıldı, 8. kosta posterior bölümünü tutan 6x6cm boyutlarında kitle olduğu görüldü. Tümörün 5 cm uzağından en bloc toraks duvarı rezeksiyonu uygulandı. Toraks duvarında oluşan 15x15cm boyutlarındaki defekte metil metakrilat ve mersilen meş ile rekonstrüksiyon yapıldı, bir adet göğüs tüpü ve greft üzerine de redon dren yerleştirildi. Postoperatif 4. gün göğüs tüpü, 5. gün redon dreni alındı, 10. günde komplikasyonsuz taburcu edildi.

Ameliyat piyesinin histopatolojik incelemesinde folliküler tiroid karsinomu metastazı, kosta invazyonu saptandı (A.Ü.T.F. Patoloji A.B.D. : Tarih 13.03.1996 / Biyopsi No: 11664).

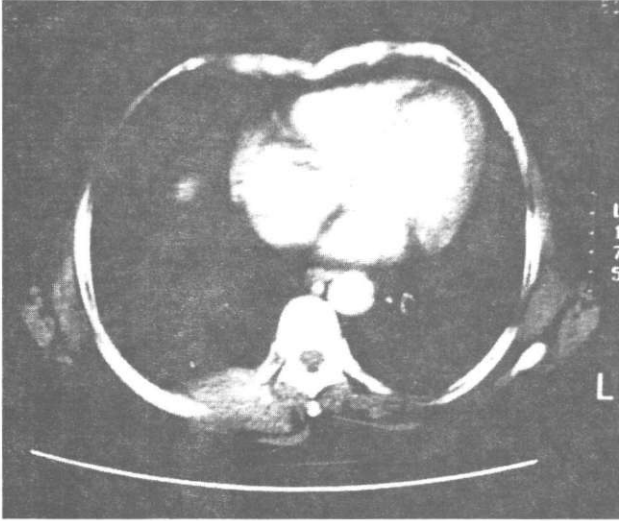
* Araştırma Görevlisi, A.Ü.T.F. Göğüs Cerrahi A.B.D.
** Öğretim Görevlisi, A.Ü.T.F. Göğüs Cerrahi A.B.D.
*** Öğretim Üyesi, A.Ü.T.F. İmmunoloji A.B.D.
**** Öğretim Üyesi, A.Ü.T.F. Göğüs Cerrahi A.B.D.



Şekil 1. PA toraks grafisi, sağ 8. kosta posteriorunda destrüksiyon

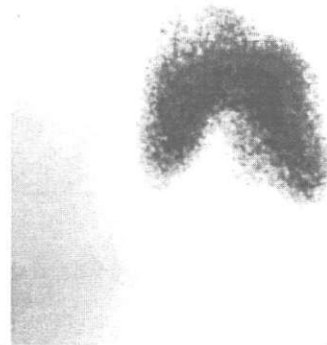
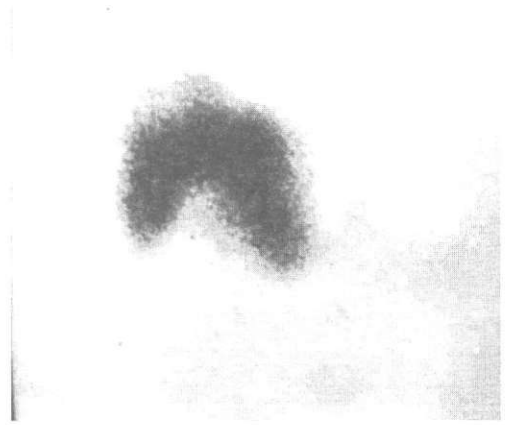


Şekil 3. Tüm vücut kemik sintigrafisi, sağ 8. kosta posteriorunda non-homojen aktivite artışı.



Şekil 2. Toraks BT, sağ 8. kosta posteriorunda harabiyet oluşturan fuziform kitle lezyonu.

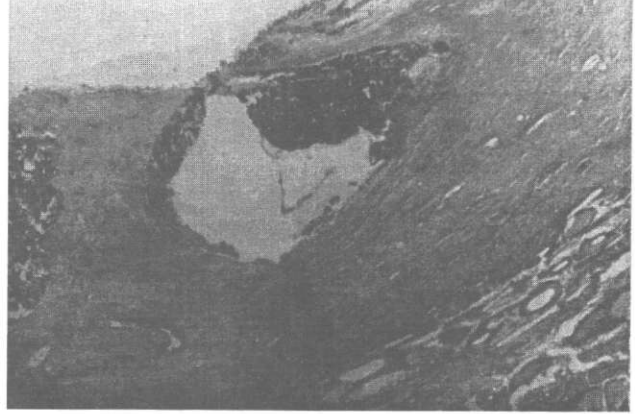
Tümöral kitlede yapılan immunopatolojik çalışmada tiroglobulin pozitifliği saptandı. Bunun üzerine tiroid ultrasonografisi yapıldı ve sağda 14x20mm boyutlarında hiperekojen, solda 18x30mm karışık ekoda nodül izlendi. I-131 ile tüm vücut taraması yapıldığında, tiroid bezinde hiperplazi ve sol lob alt kesimde hipoaktif nodül izlendi (Şekil 4). Bu nodülden Endokronoloji Kliniği tarafından yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi sonucu sitopatolojik tanı konulamadı.



Şekil 4. I-131 ile tüm vücut taramasında tiroid bezinde sol lob alt kesimde hipoaktif nodül



Şekil 5. a) Hematojen metastaz, intravasküler malign hücreler,



b) Kapsüler invazyon.

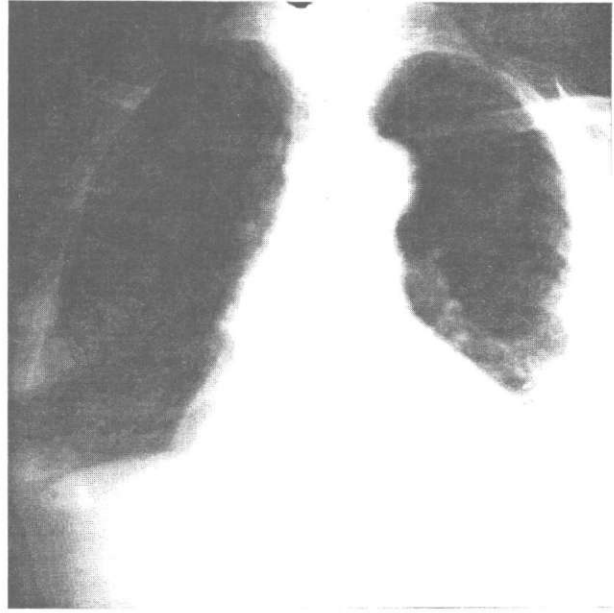
Genel Cerrahi ve Endokrinoloji Klinikleri tarafından konsülte edilen olguya 18.4.96 'da total tiroidektomi yapıldı. Histopatolojik tanı, kapsüler invazyon gösteren tiroid folliküler karsinomu olarak rapor edildi (Şekil 5a, 5b). (A.Ü.T.F. Patoloji A.B.D. : Tarih 22.04.1996 / Biyopsi No: 13461). Total tiroidektomi sonrası Nükleer Tıp A.B.D. tarafından I-131 tedavisi uygulandı (Şekil 6).

TARTIŞMA

Tiroidin folliküler karsinomu, primer tiroid karsinomlarının % 14-17'sini oluşturur (3,4,5). İyi prognoza sahip olup minimal vasküler invazyon yapan kapsüler bir karsinomdur. Ancak vasküler invazyon makroskopik ya da mikroskopik olarak saptandığında kötü prognoz belirtisidir.

Folliküler tiroid karsinomu , daha çok genç hastalarda görülür ve %15-30 oranında servikal lemf bezi metastazı yapar (3,4,5,6,7). Hematojen yolla en sık iskelet sistemine ya da akciğer parankimine metastaz yapar (4, 8). İskelet sisteminin herhangi bir yerine metastaz yapabilmesine karşın literatürde soliter kosta tutulumuna ve bu nedenle toraks duvarı rezeksiyonu, rekonstrüksiyonu yapılan olguya rastlanmamıştır (1,3, 4,5,6,7,8,9,10,11,12).

Tiroid folliküler karsinomu tanısı konulduğunda % 3-4 oranında uzak metastaz vardır (3,10) Uzak metastaz varlığında metastaz soliter ve çıkarılabilir-



Şekil 6. Postoperatif PA toraks grafisi.

orsa metastasektomi uygun tedavi biçimidir (10,11, 12).Daha sonra yapılacak I 131 tedavisinin sağkalıma olumlu katkılarda bulunacağı bildirilmiştir. (3,4,6, 12). Nitekim bizim olgumuzda da toraks duvarı metastazının rezeksiyonu sonrasında tiroid folliküler karsinomu tanısı konulmuş, ardından total tiroidektomi ve radyoaktif I-131 uygulaması ile tedavi tamamlanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Emerick GT, Duh QY, Siperstein AE, Burrow GN, Clark OH. Diagnosis, treatment, and outcome of follicular thyroid carcinoma. *Cancer* 1993; 72:3287-3295.
2. Harness JK, Thompson NW, McLeod MK, Eckhauser FE, Lloyd RV. Follicular carcinoma of the thyroid gland: trends and treatment. *Surgery* 1984; 96:972-980.
3. Crile G, Pontius KI, Hawk WA. Factors influencing the survival of patients with follicular carcinoma of the thyroid gland. *Surgery Gynecology and Obstetrics* 1985; 160:409-12.
4. Kaplan AS, van Heerden JA, McMahon MM, Carpenter HA, Gharib H. Follicular carcinoma of the thyroid presenting with hematuria: a case report. *Surgery* 1986; 100:572-5.
5. Ozaki O, Kitagawa W, Koshiishi H, Sugino K, Mimura T, Ito K. Thyroid carcinoma metastasized to the sternum: resection of the sternum and reconstruction with acrylic resin. *Journal of Surgical Oncology* 1995; 60:282-5.
6. Brown A P, Greening WP, McCready VR, Shaw HJ, Harmer CL. Radioiodine treatment of metastatic thyroid carcinoma: the Royal Marsden Hospital experience. *The British Journal of Radiology* 1984; 57:323-7.
7. Hruban RH, Huvos AG, Traganos F, Reuter V, Lieberman PH, Melamed MR. Follicular neoplasms of the thyroid in men older than 50 years of age. *A. J. C.P.* 1990; 94: 528-32.
8. Niederle B, Roka R, Schemper M, Fritsch A, Weissel M, Ramach W. Surgical treatment of distant metastases in differentiated thyroid cancer: indication and results. *Surgery* 1986; 100:1088-94.
9. Lang W, Choritz H, Hundeshagen H. Risk factors in follicular thyroid carcinomas. *American Journal of Surgical Pathology* 1986; 10:246-55.
10. Pairolero PC. Chest wall tumors. In: *General Thoracic Surgery* Ed: Shields TW. Williams and Wilkins Company, Fourth Edition, Malvern 1994.
11. Sabiston DC. Disorders of the sternum and the thoracic wall. In: *Gibbon's Surgery of the Chest* Ed: Sabiston DC, Spencer FC, W.B. Saunders Company, Fourth Edition, Philadelphia 1990.
12. Simpson WJ, McKinney SE, Carruthers JS, Gospodarowicz MK, Sutcliffe SB, Panzeralla T. Papillary and follicular thyroid cancer. *The American Journal of Medicine* 1987; 83: 479-88.