



Tiroid Folliküler Kanserinin Mandibula Metastazı

Mandibular Metastasis of Thyroid Follicular Cancer

Sabri Köseoğlu¹, Hacer Baran², Kürşat Murat Özcan¹, Mehmet Ali Çetin¹, Hüseyin Dere¹

Tiroid folliküler karsinomu sıklıkla uzak metastaz yapar. Uzak metastaz en sık akciğer, kemikler, karaciğer ve beyne olmaktadır. Tiroid folliküler karsinomunun mandibula metastazı çok nadirdir. Bu makalede tiroid folliküler karsinomlu, mandibula ve akciğer metastazı olan vakamız literatür eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Tiroid tümörleri, mandibula, tümör metastazı

In thyroid follicular carcinoma, distant metastasis occurs frequently. Distant metastases are commonly seen in the lungs, bones, liver and brain. Mandibular metastasis of follicular thyroid carcinoma is very rare. In this article, a thyroid follicular carcinoma with mandibular and lung metastases is presented.

Key Words: Thyroid tumours, mandible, tumour metastasis

Giriş

Tiroid karsinomları tüm malignitelerin yaklaşık %2'sini fakat tüm endokrin kanserlerin %90'dan fazlasını oluşturur. Tiroid folliküler karsinomu ise tüm tiroid maligniteleri içinde %17 sıklıkta görülür (1). Mandibulanın metastatik lezyonları oldukça nadir görülür. Özellikle mandibula korpusunun premolar ve molar kısımlarında metastaz daha sıktır (2). Folliküler tiroid karsinomlarında uzak metastaz %25 hastada görülür (3). Tiroid folliküler karsinomları en sık hematogen yolla akciğer, kemikler, karaciğer ve beyne metastaz yapar. Folliküler tiroid kanseri kemik metastaz oranı %7-28 olarak bildirilmiştir (4). Mandibulaya metastaz çok nadirdir. Tiroid folliküler karsinomunun mandibulaya metastaz oranı bilinmemektedir. Bu makalede tiroid folliküler karsinomunun mandibula metastazı olan hasta sunulacaktır.

Olgu Sunumu

Yetmiş yedi yaşında kadın hasta yüzün sol tarafı ve ağız içinde şişlik yakınması ile KBB polikliniğine başvurdu. Hasta yüz ve ağız içindeki şişliğin yaklaşık 14 aydır devam ettiğini ve şişliğin zamanla büyüdüğünü ifade etti. Hastaya 12 ay önce başka bir merkezde ağız içinden insizyonel biyopsi operasyonu uygulanmış. Hastanın patoloji sonucu tükrük bezi adenomu? olarak rapor edilmiş. Daha sonra hasta takiplere gitmemiş. Zamanla kitleden ağız içine kanama olmuş. Son 2 aydır da ağrı yakınması eşlik etmeye başlamış.

Hastanın bilinen sistemik hastalık öyküsü yoktu. Sigara, alkol, tütün çiğneme alışkanlığı yoktu.

Hastanın başvurusunda yapılan fizik muayenesinde solda superiorda zygomatic ark ve lateral kantustan başlayan inferiorda korpus mandibulaya uzanan, posteriorda tragusun anteriorundan başlayıp, anteriorda ağız kommissuruna uzanan yaklaşık 9x9 cm'lik sert, hareketsiz kitle lezyonu mevcuttu. Ağız içinde de kitle ile devamlılık gösteren retromolar trigon lokalizasyonundan başlayıp önde kanin dişler hizasına kadar uzanan üzeri vaskülerize mukoza ile örtülü, düzgün sınırlı kitle lezyonu mevcuttu (Resim 1). Dil kitle tarafından sağa doğru itilmiş izlendi.

Hastanın parotis USG'de submandibuler fossaya uzanım gösteren, massater kaslarını içine alan, kemik yapıardan net ayrımı yapılamayan renkli doppler USG'de belirgin kanlanması olan dev lezyon tespit edildi. Panoramik mandibula grafisinde solda mandibula kondil ve corpusunun erode olduğu görüldü (Resim 2). Boyun BT'de sol orbita lateralinde, süperior temporal kas düzeyinden başlayan, orbita inferolateral ve maksilla lateral duvarda ve zigomatik arkta erozyona neden olan, mandibula ramusunu angulus mandibula düzeyini ve korpus posterior düzeyini destrükte eden, mastikatör mesafeyi dolduran, dil sol lateralini iten, orofarenks duvarına kadar uzanan, pterigoid ve massater kasları iten ve kaslarla net sınır ayrımı vermeyen, içinde küçük nekroz alanları bulunan homojen kontrastlanan 71x70x92 mm boyutlarında kitle lezyonu izlenmiştir. Ayrıca tiroid heterojen

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ankara, Türkiye

²Ardahan Devlet Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ardahan, Türkiye

Yazışma Adresi

Address for Correspondence:

Sabri Köseoğlu, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ankara, Türkiye
Tel.: +90 312 436 52 60
E-posta: drskoseoglu@gmail.com

Geliş Tarihi/Received Date:
08.03.2012

Kabul Tarihi/Accepted Date:
22.07.2012

© Copyright 2013 by Available online at
www.istanbulmedicaljournal.org

© Telif Hakkı 2013 Makale metnine
www.istanbulptjergisi.org web sayfasından
ulaşılabilir.



Resim 1. Solda mandibula üzerinde izlenen 7x7x8 cm'lik kitle lezyonu



Resim 2. Panoramik mandibula grafisinde solda mandibulada destrüksiyona neden olan kitle

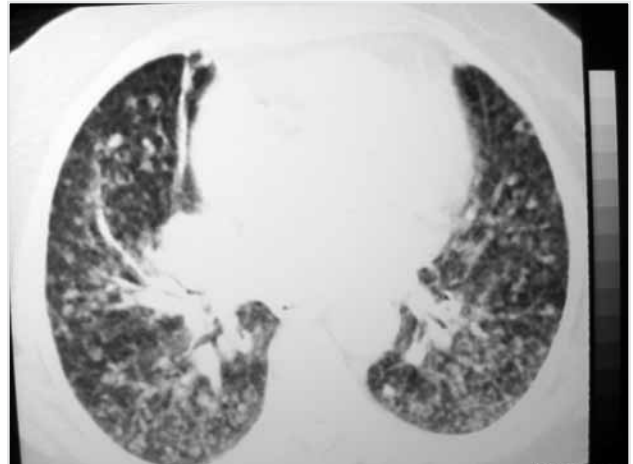


Resim 3. Hastanın yüz MR'ında koronal planda izlenen 7x7x8 cm'lik kitle görülmekte



Resim 4. Hastanın yüz MR'ında aksiyel planda kitle izlenmekte

ve sağ lob posteriorda 25 mm'lik büyük oranda kalsifiye nodül izlendi. Boyun MR tetkikinde solda mandibula ramusunu tamamen destrükte ve ekspansiyon eden ve parotis ile sınırları net seçilemeyen T1A sekanslarda kaslara göre hafif hiperintens yer yer santralinde belirgin hiperintens yoğun içerikli kistik komponentleri bulunan, T2A sekanslarda hiperintens santralinde belirgin hiperintens kistik komponenti ve yer yer septa formasyonları içeren intravenöz kontrast madde enjeksiyonu sonrası yoğun kontrast tutulumu gösteren 7,5x7x8 cm boyutlarında kitle lezyonu tespit edilmiştir (Resim 3, 4). Hastanın boyun ve tiroid USG'sinde multinodüler heterojen tiroid bezi, sağda alt servikalde, mediasten girişinde ve üst posterior servikalde metastazik özellikle lenfadenopatiler tespit edildi. Tüm vücut I-131 sintigrafisinde lezyonun radyoaktif iyot tuttuğu tiroid bezinde diffüz aktivite tutulumu olduğu ve akciğerde diffüz tutulum olduğu izlendi. Hastanın AC grafisinde ve toraks BT tetkikinde akciğerde milier tarzda metastatik tutulum görüldü (Resim 5).



Resim 5. Hastanın toraks BT'sinde izlenen milier metastatik tutulum

Hastadan ağız içinden insizyonel biyopsi alındı. Patoloji sonucu histolojik ve immünohistokimyasal özellikler ile tiroid folliküler karsinomu metastazı olarak rapor edildi. İmmünohistokimyasal olarak uygulanan TTF-1 ile tümör hücrelerinde diffüz boyanma tiroglobin ve galektin 3 ile fokal sitoplazmik boyanma görüldü.

Hastaya bu bulgularla tiroid folliküler karsinomu, akciğer metastazı, mandibula metastazı tanısı konuldu. Hastaya önerilen radyoaktif iyot ve radyoterapi tedavilerini hasta kabul etmeyerek kendi isteği ile taburcu oldu.

Tartışma

Tiroid foliküler karsinomu tiroid karsinomları arasında papiller tiroid karsinomundan sonra ikinci sıklıkta (%15-20) görülür (5-7). Kadınlarda 2-5 kat fazla olup iyot eksikliği ve endemik guatr bölgelerinde insidans yüksektir. En sık 2 ve 5. dekadlar arasında görülür (5). Bizim vakamız da 77 yaşında kadın hastaydı.

Tiroid papiller kanserleri sıklıkla lenfojen yolla yayılırken, folliküler karsinom metastazları sıklıkla hematogen yolla olur. Diferansiye tiroid karsinomunda uzak metastaz %10-15 oranında görülür (2). En sık akciğer, kemikler, karaciğer ve beyne metastaz olur (2). Bölgesel lenf nodu metastaz oranı sık olmayıp %12-17 kadardır.

Diferansiye tiroid karsinomunda kemik metastazı %2,3-12,7 arasında bildirilmiştir (8, 9). Kemik metastazları en sık femur, torasik ve lomber omurgada görülür (7). Tiroid folliküler karsinomunda kemik metastazı çok sık değildir. Kemik metastazı en sık vertebra, kostalar ve kalça kemiklerine olur. Ancak çene kemiklerine metastaz oldukça nadirdir (8). Çene kemikleri içinde en sık metastazlar mandibulaya olur. Mandibulanın diğer çene kemiklerine oranla hematopoetik dokusu daha fazladır. Bu yüzden hematogen yolla olan metastazlara mandibula metastazlarına diğer çene kemiklerine oranla daha sık rastlanır (7).

Mandibula uzak metastazları en sık 5 ve 6. dekadlarda meydana gelir. Tüm kanserler içinde %0,7'den daha az görülür (9). Metastazlar kadınlarda en sık meme (%21,8), over ve tiroid; erkeklerde ise akciğer (%12,6), prostat (%5,6), böbrek (%7,9) ve karaciğerden kaynaklanır. En sık mandibula metastazı yapan tümör meme tümörleridir (10). Bu tümörler fonksiyonel ve estetik ciddi problemlere yol açar ve agresif tedavi gerektirir. Tiroid folliküler karsinomunun mandibula metastazı çok nadirdir.

Hastalar en sık boyunda ve yüzde şişlik, ağrı, parestezi, diş kaybı ve patolojik mandibula fraktürleri ile doktora başvurur (2). Hastamız da ağrı, ağız içinde ve yüzde şişlik yakınmaları ile başvurdu.

Radyolojik olarak metastatik lezyonlar genellikle osteolitik ve radyolusen olup; osteoblastik ve radyopak mixt olarak görülebilir. Bizim hastamızda BT'de içinde küçük nekroz alanları içeren ve homojen kontrastlanan bir kitle tarif edilirken USG'de duvarında ve içerisinde kalsifikasyonlar ve milimetrik kistik alanlar içeren, renkli doppler USG'de belirgin kanlanma gösteren bir lezyon tarif edilmiştir. MR'da ise yoğun içerikli T2A sekanslarda hiperintens kistik komponentleri bulunan ve yer yer septa formasyonları içeren ve İV kontrast madde enjeksiyonu sonrasında yoğun kontrast tutulumu mevcuttu.

Mandibula metastazı olan folliküler tiroid karsinomunda total tiroidektomiye ek olarak mandibula metastazının rezeksiyonu sağ-

kalımı arttırmaktadır (11). Cerrahi sonrası radyoaktif iyot ve radyoterapi önerilir (11). Cerrahi uygulanamayan hastalara radyoaktif iyot ve radyoterapi önerilmelidir. Ayrıca kemoterapi ve bifosfonat tedavisinin etkin olabileceğine dair yayınlar mevcuttur (8). Gelecek vaad eden tedaviler arasında ise anti-anjiyogenik tedaviler, kemik reseptör inhibitörleri ve gen tedavileri bulunmaktadır (8). Biz de hastamıza cerrahi ve diğer tedavi prosedürlerini önerdik ancak hasta hiçbir tedaviyi kabul etmedi.

Kemik metastazı olan diferansiye tiroid kanserlerinde 10 yıllık sağ kalım %27 olarak bildirilmiştir (11).

Sonuç

Mandibulayı tutan lezyon tespit edilen ve metastaz düşündürülen olgularda tiroid maligniteleri de akla gelmelidir. Primer bölge araştırmalarında tiroid de mutlaka değerlendirilmelidir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları

Fikir - S.K., H.B., K.M.Ö., M.A.Ç., H.D.; Tasarım - S.K., H.B., K.M.Ö., M.A.Ç., H.D.; Denetleme - S.K., H.B., K.M.Ö., M.A.Ç., H.D.; Kaynaklar - S.K., H.B., K.M.Ö., M.A.Ç., H.D.; Malzemeler - S.K., H.B., K.M.Ö., M.A.Ç., H.D.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - S.K., H.B., K.M.Ö., M.A.Ç., H.D.; Analiz ve/veya yorum - S.K., H.B., K.M.Ö., M.A.Ç., H.D.; Literatür taraması - S.K., H.B., K.M.Ö., M.A.Ç., H.D.; Yazıyı yazan - S.K., H.B., K.M.Ö., M.A.Ç., H.D.; Eleştirel inceleme - S.K., H.B., K.M.Ö., M.A.Ç., H.D.; Diğer - S.K., H.B., K.M.Ö., M.A.Ç., H.D.

Conflict of Interest

No conflict of interest was declared by the authors.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions

Concept - S.K., H.B., K.M.Ö., M.A.Ç., H.D.; Design - S.K., H.B., K.M.Ö., M.A.Ç., H.D.; Supervision - S.K., H.B., K.M.Ö., M.A.Ç., H.D.; Funding - S.K., H.B., K.M.Ö., M.A.Ç., H.D.; Materials - S.K., H.B., K.M.Ö., M.A.Ç., H.D.; Data Collection and/or Processing - S.K., H.B., K.M.Ö., M.A.Ç., H.D.; Analysis and/or Interpretation - S.K., H.B., K.M.Ö., M.A.Ç., H.D.; Literature Review - S.K., H.B., K.M.Ö., M.A.Ç., H.D.; Writing - S.K., H.B., K.M.Ö., M.A.Ç., H.D.; Critical Review - S.K., H.B., K.M.Ö., M.A.Ç., H.D.; Other - S.K., H.B., K.M.Ö., M.A.Ç., H.D.

Kaynaklar

1. Algahtani M, Alqudah M, Alshehri S, Binahmed A, Sándor GK. Pathologic fracture of the mandible caused by metastatic follicular thyroid carcinoma. J Can Dent Assoc 2009; 75: 457-60.
2. Ismail SB, Abraham MT, Zaini ZB, Yaacob HB, Zain RB. Metastatic follicular thyroid carcinoma to the mandible: a case report. Cases J 2009; 2: 6533. [CrossRef]
3. Sinha NK, Alam M, Golam D. Pattern of metastasis in differentiated thyroid carcinoma. Bangladesh J Otorhinolaryngol 2009; 15: 60-8.
4. Durante C, Haddy N, Baudin E, Leboulloux S, Hartl D, Travagli JP, et al. Long-term outcome of 444 patients with distant metastases from papillary and follicular thyroid carcinoma: benefits and limits of radioiodine therapy. J Clin Endocrinol Metab 2006; 91: 2892-9. [CrossRef]

5. Zhang FG, Hua CG, Shen ML, Tang XF. Primary tumor prevalence has an impact on the constituent ratio of metastases to the jaw but not on metastatic sites. *Int J Oral Sci* 2011; 3: 141-52. [\[CrossRef\]](#)
6. Hoie J, Stenwig AE, Kullmann G, Lindegaard M. Distant metastases in papillary thyroid cancer. A review of 91 patients. *Cancer* 1988; 61: 1-6. [\[CrossRef\]](#)
7. Gilliland FD, Hunt WC, Morris DM, Key CR. Prognostic factors for thyroid carcinoma. A population-based study of 15,698 cases from the Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) program 1973-1991. *Cancer* 1997; 79: 564-73. [\[CrossRef\]](#)
8. Muresan MM, Olivier P, Leclère J, Sirveaux F, Brunaud L, Klein M, et al. Bone metastases from differentiated thyroid Carcinoma. *Endocrine-Related Cancer* 2008; 15: 37-49. [\[CrossRef\]](#)
9. Bernier MO, Leenhardt L, Hoang C, Aurengo A, Mary JY, Menegaux F, et al. Survival and therapeutic modalities inpatients with bone metastases of differentiated thyroid carcinomas. *J ClinEndocrinol Metab* 2001; 86: 1568-73. [\[CrossRef\]](#)
10. Schlumberger M, Tubiana M, De Vathaire F, Hill C, Gardet P, Travagli JP, et al. Long term results of treatment of 283 patients with lung and bone metastases from differentiated thyroid carcinoma. *J Clin Endocrinol Metab* 1986; 63: 960-7. [\[CrossRef\]](#)
11. Antunes AA, Antunes AP. Gnathic bone metastasis: a retrospective study of 10 cases. *Braz J Otorhinolaryngol* 2008; 74: 561-5.