

UNINODÜLER TOKSİK GUATR'DA NODÜLSÜZ LOBDA OCCULT KARSİNOM (İKİ OLGU NEDENİYLE)

ÇİFTER, Ç. (*), TOKER, A. (**), ULUOĞLU, O. (***)

ÖZET: Tirotoksikozlu hastalarda, tiroide kanser riskinin az olduğu şeklindeki eski kanaat, günümüzde geçerliliğini yitirmektedir. Görülen tirotoksikoz+tiroid malignansilerin, daha sıklıkla Toksik Nodüler Guatlarda ortaya çıktığı bildirilmektedir. Malignansi sahası, genellikle soğuk nodül, ender olarak da sıcak nodül içinde olmaktadır. Dr. Muhittin Ülker Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde, 1990-1992 yılları arasında 24 aylık periyotta, tirotoksikoz nedeniyle 14 hasta opere edildi. Bunlardan ikisinde uninodüler toksik guatr+tiroid malignansisi saptandı. Bu hastalardan ilki, klinik olarak stage I (TiNoMo), papiller karsinom, diğeri yine stage I (TiNoMo) foliküler tipte papiller karsinom idi. Her iki olguda da, karsinom sahasının nodülsüz lobta görülmesi dikkat çekici bulundu. Bu olgular, nodül sahası dışındaki alanda da karsinom görülme olasılığının, preoperatif ve peroperatif dönemlerde gözardı edilmemesi gereğini ortaya koymaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Tirotoksikoz, occult karsinom

SUMMARY: The former opinion that the cancer risk of thyrotoxicosis was minimum is becoming invalid today. As reported in the literature thyroid malignancy and hyperthyroidism occurs frequently in toxic nodular goiter's. The malignancy area, is usually found in the cold nodules and rarely in the hot ones. In our department during the two year period, 14 patients underwent a surgical treatment of thyrotoxicosis. Of these patients, 2 had an uninodular toxic goiter+thyroid malignancy. One of them was clinically stage I (TiNoMo) papillary and the other one was also stage I (TiNoMo) follicular type papillary carcinoma. It was interesting that in both patients the malignant area was located in the lobe without the nodule. These cases shows us that we have to think in the preoperative and peroperative period that the malignant area can be in the location except the nodule.

KEY WORDS: Thyrotoxicosis, occult carcinoma.

GİRİŞ

Eskiden klinisyenlerde alışıl gelmiş kanaat, tirotoksikoz vakalarında kanser riskinin olmadığı ya da çok az olduğu şeklinde idi (2,10). Sonraki yıllarda, bu riskin % 21 gibi çok yüksek bir yüzdede bulunduğunu iddia eden raporlar yayınlandı (11). Literatür genişçe gözden geçirildiğinde, bu oranın % 6.1 ile % 0.21 arasında değiştiği görülür (Tablo 1). Bu geniş serilerden de anlaşılacağı gibi, malignensi toksik diffüz guatrlarda pek sık görülmemekte, daha çok toksik nodüler guatlarda rastlanmaktadır. Dr. Muhittin Ülker Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde, 1990-1992 yılları arasında, 24 aylık periyotta opere edilen 164 olgudan ikisinde, postoperatif histopatolojik incelemede, occult karsinomaya rastlandı. Her iki olgu da uninodüler toksik guatr idi.

Olgu 1:

29 yaşında kadın hasta. Sintigrafide, istmusta sıcak nodül vardı. Operasyon sırasında şüpheli bir alan görülmediği halde, sağ lobun hiperplazik görünümünü nedeniyle, istmektomi+sağ subtotal tiroidektomi yapıldı. Postoperatif histopatolojik değerlendirmede, sağ lobta 1 mm'lik bir alanda, occult papiller karsinomaya rastlandı (Resim 1,2).

Olgu 2:

30 yaşında kadın hasta. Sintigrafide, sağ lobta tek sıcak nodül mevcuttu. Hastaya bilateral subtotal tiroidektomi yapıldı. Histopatolojik değerlendirmede, sol lobta, 2 mm çapında foliküler tipte occult papiller karsinom tesbit edildi (Resim 3,4). Her iki olguya, operasyon sonrası dönemde, radyoaktif iyod ile ablasyon uygulandı. Sırası ile 21 ve 23 aylık takipler sonucu her iki hastada nüks saptanmadı.

* Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.B.D. Yardımcı Doçenti

** Dr. Muhittin Ülker Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği Başasıstanı

*** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji A.B.D. Profesörü

TABLO: YAYINLANMIŞ SERİLERDE TİROTOKSİK HASTALARDA TİROİD KANSER İNSİDANSLARI

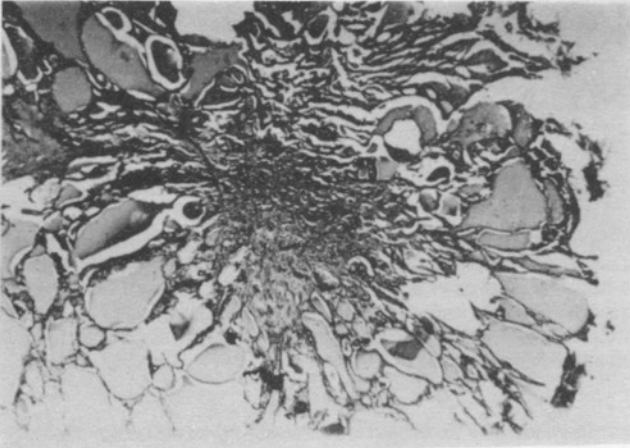
Yazar	Teşhis	Hasta	Kanser	%	Yı
Beahrs (4)	TDG	3029	14	0.5	1951
Sokal (16)	TNG	2782	21	0.75	1954
	TDG	10839	7	0.06	
	Toplam	13621	28	0.21	
Koneman (9)	TDG	249	1	0.4	1961
Olen (12)	TDG+TNG	2114	53	2.5	1966
Dobyns (8)	TNG	10013	41	0.4	1974
Hancock (8)	TNG	92	3	3.2	1977
	TDG	457	7	1.5	
	Toplam	549	10	1.8	
Wahl (17)	TNG	524	16	3.0	1982
	TDG	178	2	1.1	
	Toplam	702	18	2.6	
Ferbota (6)	TDG	117	6	5.1	1985
Behar (3)	TDG	194	10	5.2	1986
Paccini (13)	TNG	53	4	7.5	1987
	TDG	86	6	6.9	
	TA	40	1	2.5	
	Toplam	179	11	6.1	
Rieger (14)	TNG+TDG	1848	14	0.76	1989

TDG= Toksik difüz guatr, TNG= Toksik nodüler guatr, TA= Toksik adenom

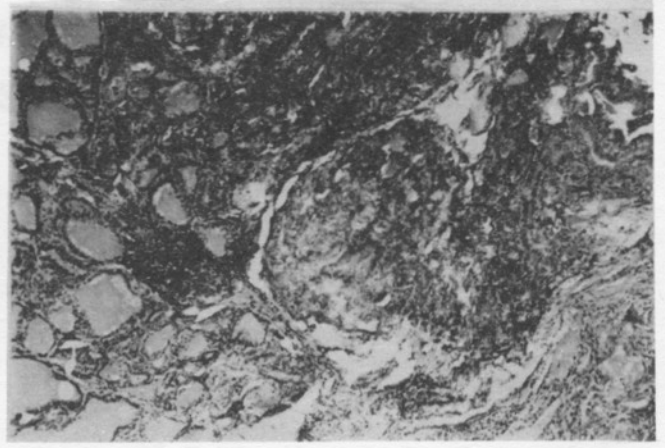
TARTIŞMA

Tirotoksikozlu olgulardan, en sık malignensiye rastlanların toksik nodüler guatrlar olduğu konusunda görüşbirliği vardır (16). Paccini (13), opere ettiği 53 toksik nodüler guatr olgusundan 4'ünde malignensiye rastladığını, bunların 3'ünün soğuk nodül alanında, 1'inin normal tiroid dokusu içinde olduğunu bildirmiştir.

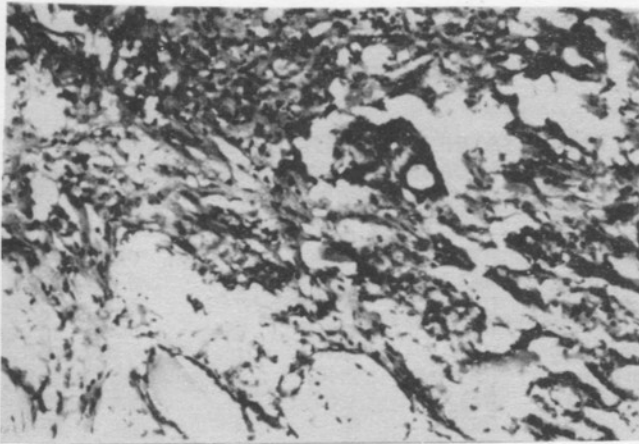
Rieger (14), malignensiye rastladığı tüm toksik nodüler guatr olgularında, tümoral sahanın nodül içerisinde tesbit edildiğini ve hiçbirisinde karsinom sahasının 1 cm çaptan küçük olmadığını bildirmiştir. Soğuk nodül alanında olduğu gibi, ender de olsa sıcak nodül alanında da papiller karsinom gelişebilmektedir (7,14).



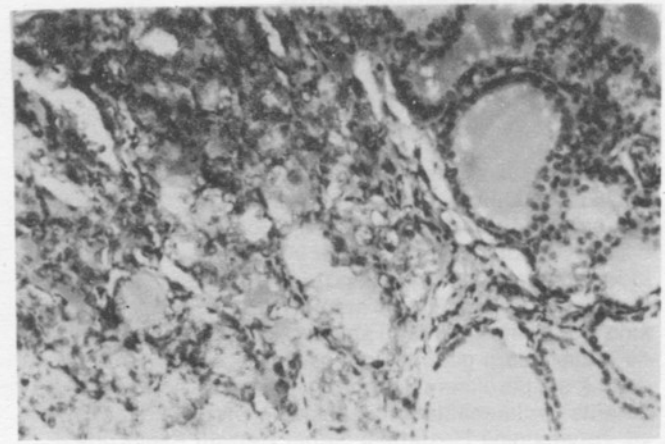
Resim 1: Panoramik görünüm. Tiroid dokusu içinde, yıldızlı görünümde sklerotik odak (40 x HE).



Resim 3: Tiroid içinde panoramik olarak iyi sınırlı ancak kapsülsüz alan. Çok az kolloid içermekte (40 x HE).



Resim 2: Büyük büyütmede buzlu cam görünümünde hücrelerden oluşan papiller yapılar (200 x HE).



Resim 4: Sağ üst köşedeki kolloidal guatr alanı ile kıyaslandığında, çok az kolloid içeren follikül yapıları. Nükleuslar büyük, hiperkromatik ve irregüler (80 x HE).

Birçok yazara göre, tirotoksikozla birlikte görülen tiroid kansinonlarının tanıları, daha ziyade postoperatif histopatolojik incelemede konulabilmektedir (2,8). İğne aspirasyon biopsisinin daha geniş kullanım sahası bulunduğu kliniklerde, bu vakalara preoperatif dönemde tanı koyma oranı biraz daha fazla olabilmektedir (14).

Ancak, bizim sunduğumuz iki olguda dikkat çekici olan, kansinon odaklarının nodülsüz loblarda ve normal görünen dokular içerisinde bulunmuş olmalarıdır. Burada bizce asıl tartışılması gereken, tirotoksikoz nedeni ile nonradikal bir operasyon yapılan ve postoperatif patolojik değerlendirmede, sürpriz olarak erken papiller kansinon (stage I) saptanan hastalarda, ne gibi bir yol izleneceğidir. Erken papiller kansinomlarda, ikinci bir eksplorasyonun, yaşam süresini arttırdığı henüz kanıtlanamamıştır (15). İkinci eksplorasyonun, özellikle rekürrent laringeal sinir yaralanması gibi yüksek riskleri taşıdığı bilindiğinden, izlenecek en iyi yol, kalan dokunun radyoaktif iyod ile ablasyonu olarak görülmektedir (1,3).

Sonuç olarak; bizce, tek nodülü bulunan tirotoksikozlu hastalarda, nodül sahası dışında da mikrokansinon odakları görülebileceği hatırdan çıkarılmamalı, operasyon sırasında çok iyi gözlem yanında, nodülsüz loba da en azından subtotal tiroidektomi yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Ahuja S, Ernst H. Hyperthyroidism and thyroid carcinoma, Acta Endocrinol, 124 (2): 146-51, 1991.
2. Balazs G, Csaky G, Lukacs G, Bartha I. Gemeinsames vorkommen von Hyperthyreose und Schilddrüsenkarzinom, Chirurg, 49: 699-703, 1978.
3. Behar R, ARGANINI M, Wu TC. Graves disease and thyroid cancer, Surgery, 100: 121, 1986.
4. Beahrs H- Pemberton JD, Black BM. Nodular goiter and malignant lesions of the thyroid gland, J Clin Endocrin. 11: 1157-65, 1951.
5. Dobyns BM, Sheline GE, Workman JB, Tompkins EA. Malignant and benign neoplasms of the thyroid in patients treated for hyperthyroidism, J Clin Endocrinol Metab. 38: 976, 1974.
6. Ferbota LM, Calandra DB, Lawrence AM. Thyroid carcinoma in graves disease, Surgery, 98: 1148, 1985.
7. Fukata S, Tamai H, Matsubayashi S, Nagai K. Thyroid carcinoma and hot nodule, Eur J Nucl Med, 13 (6): 313-4, 1987.
8. Hancock BW, Bing RF, Dirmikis SM, Munro DS. Thyroid carcinoma and concurrent hyperthyroidism, Cancer, 39: 298-302, 1977.
9. Koneman EW, Sawyer KC. Carcinoma of the thyroid occurring in a diffuse toxic goiter, Am J Surg, 101: 245-7, 1961.
10. Leithers L, Seidlin SM, Marinelli LD, Baumann EJ. Adenocarcinoma of the thyroid with hyperthyroidism and functional metastasis, J Clin Endocrinol, 6: 247-52, 1948.
11. Livadas D, Psarras A, Koutras DA. Malignant cold thyroid nodules in hyperthyroidism, Br J Surg, 63: 726, 1976.
12. Olen E, Klinck GH. Hyperthyroidism and thyroid cancer, Arch Pathol, 81: