

531, 1966.

13. Paccini F, Elisei R, Di Coscio GC, Anelli S. Thyroid carcinoma in thyrotoxic patients treated by surgery, J Endocrinol Invest, 11 (2): 107-12, 1988.
14. Rieger R, Pimpl W, Money S, Rettenbacher L, Galvan G. Hyperthyroidism and concurrent thyroid malignancies, Surgery, 106 (1): 6-10, 1989.

15. Roher HD, Goretzki PE, Frilling A. Indications for and basic principles of the surgical treatment of thyroid diseases, Radiologe, 29 (3): 119-24, 1989.
16. Sokal JE. Incidence of malignancy in toxic and non-toxic nodular goiter, Jama, 154: 1321, 1954.
17. Wahl RA, Goutzki P, Meyber H. Coexistence of hyperthyroidism and thyroid cancer, World J Surg, 6: 385, 1982..

TÜRK PATOLOJİ DERGİSİ • 10-1:63-64 (1994)

(The Turkish Journal of Pathology)

TIROIDDE ANAPLASTİK KARSİNOMA (OLGU SUNUMU)

Dr. Ayşegül VURAL (*), Dr. Nilüfer ARDA (**), Dr. Şevkiye SAĞBİL (***), Dr. Sülen SARIOĞLU (****)

ÖZET: İleri Yaşlarda görülen tiroidin anaplastik karsinomu hızlı ilerleyen ve fatal sonuçlanan nadir bir karsinomdur. Bütün tiroid karsinomlarının % 20-25'ini oluştururlar. Bu çalışmada 68 yaşında bir kadın hastada iğsi hücre komponenti de bulunan anaplastik tiroid karsinoma olgusu sunulmuştur.

ANAHTAR KELİMELE: Tiroid, anaplastik karsinoma.

SUMMARY: Rare and fatal anaplastic carcinomas of thyroid gland appear in old people and grow rapidly. The frequency of the anaplastic type is about 20-25 % of all thyroid arcinomas. In this study, an anaplastic carcinoma with spindle cell component in the thyroid gland of a 68 year old woman is presented.

KEY WORDS: Thyroid gland, anaplastic carcinoma.

GİRİŞ

Tiroid glandının anaplastik karsinoması sarkomatoid, indiferansiye ve dediferansiye karsinoma olarak da bilinir. Diferansiye karsinomaların aksine komşu yumuşak dokulara, trakea ve özefagusa invazyon ile karakterizedir. Ses kısıklığı, disfaji, dispne ile birlikte boyunda hızlı büyüyen sert bir kitle mevcuttur.

Karakteristik olan bu semptomların süresi iki haftadan on aya kadar değişir. Nodal ve uzak metastazları yaygındır. Uzak metastazları akciğer, kemik, mideye olmaktadır. Prognozu kötüdür. 5 yıllık sürviv % 10, ortalama sürviv 2 ay, mortalite oranı % 100'dür (1).

OLGU SUNUMU

68 yaşında bayan hastanın 1 yıldır süren boyunda dolgunluk ve sıkıntı yakınmalarıyla hastanemiz Genel Cerrahi Polikliniği'ne başvurduğu öğrenildi.

Hastanın fizik muayenesinde her iki tiroid lobunda nodüller guatr ile uyumlu bulgular dışında patolojik bulguya rastlanmadığı, tiroid US'de sol lob alt uçta 43x30 mm'lik, sağ lob alt uçta 22x13 mm'lik nodül saptandığı, tiroid sintigrafisinde ise sağ lob distalinde hiperaktif nodül, sol lob santralinde ise hipoaktif nodül saptandığı, yapılan diğer rutin tetkiklerin ve T3, T4 değerlerinin normal olduğu öğrenildi. Hastaya yapılan bilateral subtotal tiroidektomi materyali bölümümüze gönderildi. Meteryal gross olarak 10x5x4 cm boyutlarında, kapsüllü, elastik kıvamda idi. Yapılan kistlerde hududları belirgin olmayan, yer yer sarı, yer yer beyaz renkte sahalalar içeren 4x4 cm boyutlarında nodüler yapılar izlendi.

Histopatolojik incelemede ise geniş sahalarda normal yapının ortadan kalktığı, yerini yer yer geniş şeffaf, yer yer

eozinofilik sitoplazmalı, büyük, hiperkromatik, atipik nukleuslu hücrelerin oluşturduğu, folliküler, trabeküler sahalaların hakim bulunduğu tümöral yapıya bıraktığı izlendi (Resim 1,2). Bazı sahalarda ise tümöral yapının tamamen iğsi nukleuslu hücrelerin oluşturduğu demetlerden ibaret sarkomatöz bir görünümü kazandığı dikkati çekti (Resim 3,4). Bazı sahalarda tümör dev hücreleri izlendi (Resim 5). Ayrıca damar ve sinir invazyonu mevcuttu. Çevre tiroid dokusunun yer yer basıya bağlı atrofi gösteren makrofolliküler koloidal yapılar içerdiği izlendi. Vaka bu görünümü ile iğsi hücreli tipte anaplastik (indiferansiye) karsinoma olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

Jeneb B. ve arkadaşlarının 1975 senesinde 738 tiroid knomunda yaptıkları çalışmada 25'i erkek, 56'sı kadın olmak üzere 79 vaka anaplastik karsinoma olarak klasifiye edilmiştir (2).

Schaumaker P. ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise 144 tiroid karsinomasında % 20 anaplastik karsinoma saptanmış ve bu vakalarda ortalama yaş 66 olarak bulunmuştur (3).

Akira Yashida ve arkadaşlarının 61 vakalık bir serisinde ise sadece 1 adet anaplastik karsinom vakasına rastlanmıştır (4). Tiroid anaplastik karsinomaları gross olarak genellikle büyük, sert, gri-beyaz renktedir. Sıklıkla hemoraji ve nekroz odakları vardır.

Mikroskopik olarak morfolojik tipleri şunlardır: İğsi, küçük hücreli, dev hücreli, squamoid. Bazen kombine tipte görülür (1). İğsi ve dev hücreli anaplastik karsinomalar primer tiroid karsinomalarının % 5-10'unu oluşturur (5).

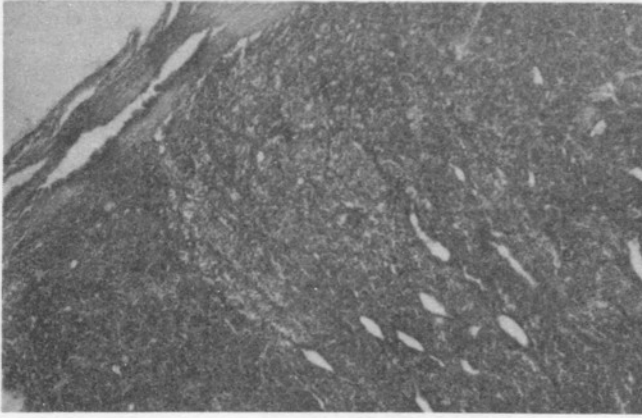
İğsi hücreli tip, sarkoma benzer bir görünüme sahiptir (6). Nucleus hiperkromatik, mitotik figürler çok sayıdadır. Bazı alanlar fasiküler dizilimle fibrosarkomaya benzer (7,1). Bazı sahalarda tümör dev hücreleri, nötrofilik infiltrasyonlar bulunur. Bazen de storiform patern mevcuttur. Bu nedenle malign fibröz histiositomaya benzer. Genellikle iyi vaskülarizedir. Nekrotik odaklar sıklıkla keskin açığı yapar ve palizad

* SSK Ankara Hastanesi Patoloji Bölümü Başasistanı

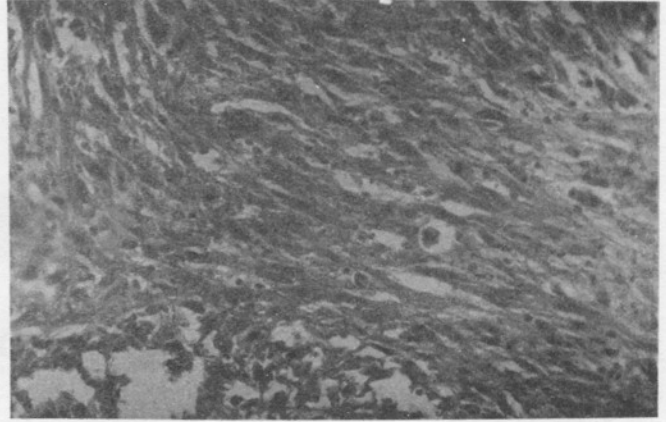
** SSK Ankara Hastanesi Patoloji Bölümü Asistanı

*** SSK Ankara Hastanesi Patoloji Bölümü Şefi

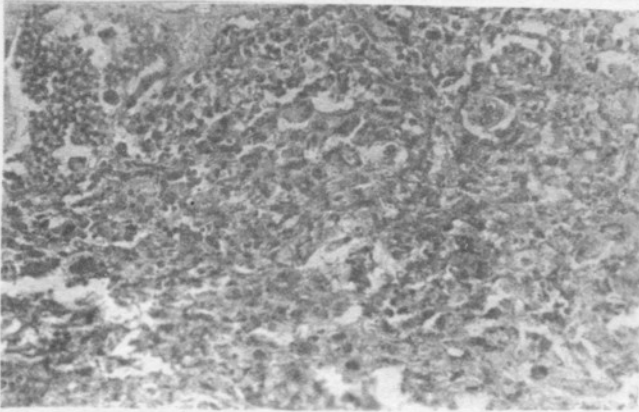
**** SSK Ankara Hastanesi Patoloji Bölümü Uzmanı



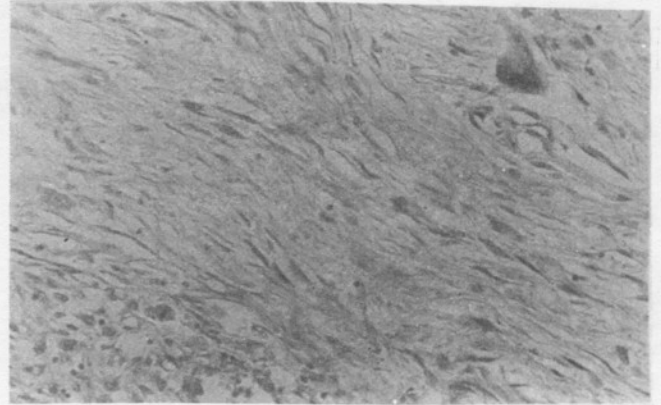
Resim 1: Anaplastik tiroid Ca'da trabeküler dizilim. HE x 20.



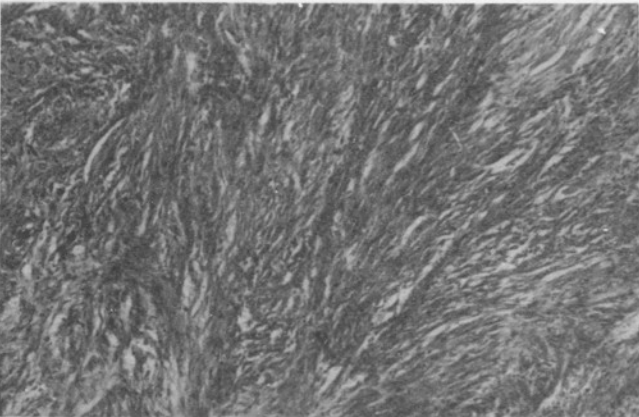
Resim 4: Anaplastik tiroid Ca'da iğsi hücreler. HE x 80.



Resim 2: Büyük, hiperkromatik, atipik mitozlar gösteren nukleuslu, eozinofilik sitoplazmalı tümör hücreleri. HE x 80.



Resim 5: Anaplastik tiroid Ca'da tümör dev hücresi. HE x 80.



Resim 3: İğsi hücrelerin oluşturduğu sarkomatöz görünüm. HE x 40.

oluşturmuş tümör hücreleri ile çevrilidir (1). Giant cell tipi, iğsi hücreli tipinden daha belirgin pleomorfizm ve çok sayıda osteoklast benzeri, bazıları bizar olan tümör dev hücreleri ile karakterizedir. Bazı hücrelerin sitoplazmasında büyük, hiyalen globüller vardır. Genellikle solid patern mevcuttur (7,1). Alveolar, psödoglandüler, psödoasküler yapılar söz konusu olabilir. Tümör dev hücreleri intrasitoplazmik nötrofiller içerir. Küçük hücreli tipi, lenfositlerle aynı boyutta, asidofilik, dar sitoplazmalı, oval, yuvarlak, kromatinden

ve mitozlardan zengin nukleuslu, bir veya çok nukleoluslu hücreler içerir. Malign lenfomadan ayırımı zordur (1,3).

Squamoid tipinde sıklıkla epitelyal sahalar bulunur. Pleomorfizm hafif, dev hücreler genellikle yoktur. Hücre sitoplazmaları bol asidofiliktir. Tümör adalarının ortasında squamoz pearl'ler görülür. Nadiren keratinizasyon odakları bulunur (2). Vakamız yaş ve yerleşim olarak literatürle uyumludur. Ancak yakınmalarının 1 yıldır sürüyor olması, buna karşın özefagus invazyon veya uzak metastaz bulunmaması ilginçtir. Mikroskopik görünümü literatürle uyumlu olan bu vaka kliniği yönünden ve nadir bir varyant olmasından dolayı yayınlanmaya uygun bulunmuştur.

KAYNAKLAR

1. Jereb B, Stjersward J, Löwhagen T, Anaplastic giant-cell carcinoma of the thyroid. Cancer; 1975, 35: 1293.
2. Carcangiu M. MD, Steeper T, Zampi G, Rosai J: Anaplastic thyroid carcinoma. A study of 70 cases, Am. J. Clin Pathol; 1985, 83: 135.
3. Schoumacker P, Metz P, Bey P, Chesneau M, Anaplastic carcinoma of the thyroid gland; 1977; 13: 381.
4. Yoshida A, MD, Kamma H, Asaga T et al. Proliferative activity in thyroid tumors, Cancer; 1992, May 15, 69: 2548-2552.
5. Berry B, Macfarlane J, Chan N, Osteoclastomalike Anaplastic carcinoma of the thyroid: Diagnosis by fine needle aspiration cytology. Acta cytologica; 1990, 34: 248-250.
6. Fisher E.R, Gregorio R, Shoemaker R, Horvat B, Hubay C; The derivation of so-called giant cell and spindle-cell undifferentiated thyroid neoplasm, 1974, 61: 680.
7. Aldinger K.A, Samaan S.A, Ibanez M, Stratton C, Anaplastic Carcinoma of the thyroid. A review of 84 cases of spindle and giant cell carcinoma of the thyroid. Cancer; 1978, 41: 2267.