

Tiroidin şeffaf hücreli karsinomları*

Dr. Serpil Dizbay Sak** Dr. Esra Erden** Dr. Özden Tulunay**

ÖZET

Bu çalışmada tamamen ya da büyük bir bölümü şeffaf hücrelerden oluşan, tiroid lokalizasyonlu beş tümör olgusu histokimyasal ve immünohistokimyasal özellikleri ile sunulmuştur. Bu olgulardan biri medüller, biri folliküler, ikisi papiller tiroid karsinomu olarak değerlendirilmiştir. Bir olgu ise metastatik karsinom tanısı almıştır. Olguların özellikleri, şeffaf sitoplazmanın sebepleri ve önemi literatür bilgileri eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Tiroid karsinoma, şeffaf hücreler.

Tiroid karsinomalarında şeffaf sitoplazmalı hücrelere günlük patoloji pratiği içinde zaman zaman rastlanabilmektedir. Ancak tümüyle ya da tamamına yakını şeffaf hücrelerden meydana gelen primer tiroid karsinomalarına oldukça nadir olarak rastlanır. Bu yüzden tiroid lokalizasyonlu şeffaf hücreli tümörlerin tanısında metastaz olasılığının akıldan tutulması gerekmektedir.¹

Aşağıda tamamı ya da önemli bir bölümü şeffaf sitoplazmalı hücrelerden oluşan tiroid lokalizasyonlu beş olgunun histopatolojik özellikleri özetlenmiştir.

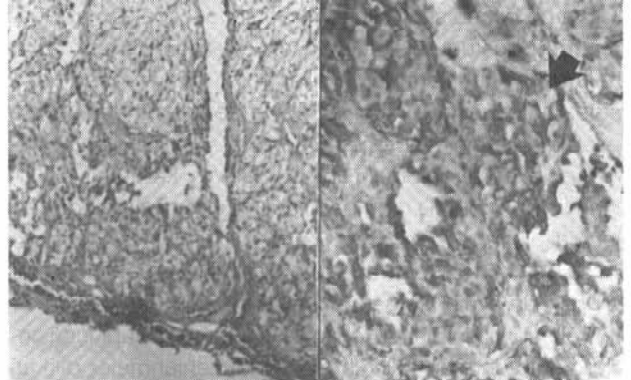
OLGU 1: Tiroid dokusu içerisinde yer alan tümöral dokunun yuvarlak, oval yer yer poligonal ve bir kaç sahada içi sitoplazmalı hücrelerden oluşan tümör grupları meydana getirdiği izlenmektedir. Bu hücreler bazı sahalarda soluk eozinofilik sitoplazma özelliği gösterirken birçok sahada hücre sitoplazmalarının tamamen şeffaf görünümünde olduğu dikkati çekmiştir (Resim 1). Tümör stromasında bazı sahalarda homojen eozinofilik materyal gözlenmektedir. Bu materyalin Kongo Kırmızısı ile kırmızı kahverengi boyandığı ve polarize ışık altında birefringans gösterdiği saptanmıştır. Yapılan immünohistokimyasal çalışmada tümör hücrelerinde çevre tiroid dokusunun aksine, tiroglobulin bulunmadığı, bunun yerine kalsitonin ile kuvvetli boyanma gösterdiği saptanmıştır (Resim 2). Olguda şeffaf sitoplazmalı hücreler içerisinde münis ya da glikojen bulunabileceği düşünülerek yapılan Musicarmen ve PAS/AB pH 2.5 boyamalarında intrasitoplazmik glikojen ya da münis boyanması izlenmemiştir. Olgu bu özellikleriyle medüller karsinoma olarak değerlendirilmiştir.

OLGU 2: Normal tiroid dokusu içine infiltrasyon gösteren tümöral yapının dar lümenli ya da abortif follikül ya-

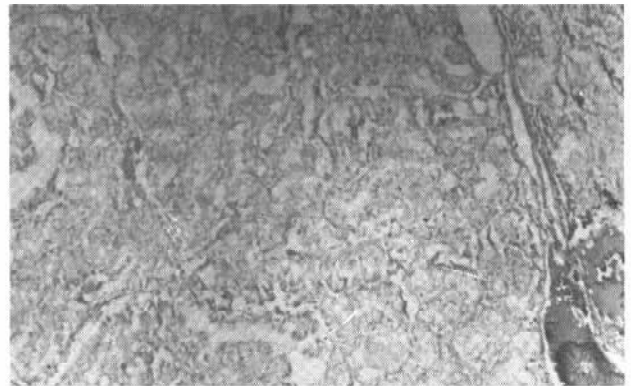
SUMMARY

In this report, five cases of clear cell thyroid carcinomas are presented. One case was diagnosed as medullary carcinoma, one other case was follicular carcinoma, two cases were papillary carcinomas and finally one tumor was diagnosed as a metastatic carcinoma. Histopathological, histochemical and immunohistochemical features of clear cell thyroid carcinomas and the possible reasons for clear cell change are discussed in this study.

Key words: Thyroid carcinoma, clear cells



Resim 1-2

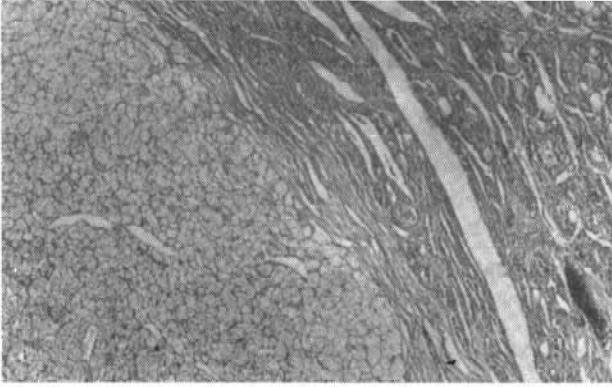


Resim 3

pıları oluşturduğu yer yer belirgin pleomorfizm gösteren hiperkromatik nükleuslara sahip olduğu dikkati çekmektedir. Tümör hücrelerinin hemen hemen tamamına yakını şeffaf sitoplazmalıdır. Yapılan immünohistokimyasal incelemede olgunun tiroglobulin içerdiği kalsitonin bulundurmadağı anlaşılmış, Musicarmen ve PAS/AB pH 2.5 boya-

* Bu çalışma 10. Ulusal Patoloji Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı



Resim 4

malarında müsin ya da glikojen izlenmemiştir. Olgu bu özellikleriyle folliküler karsinoma olarak değerlendirilmiştir.

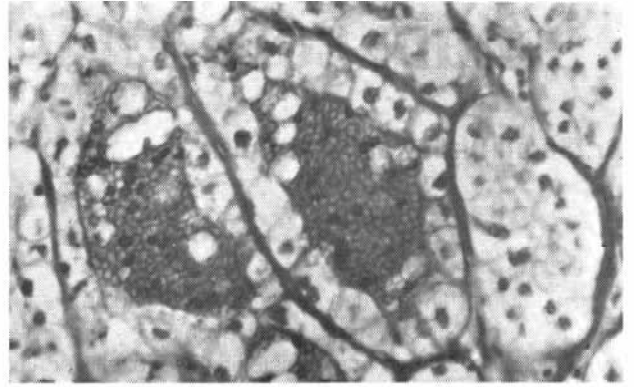
OLGU 3-4: Benzer histolojik görünüme sahip bu tümörlerin ince fibrovasküler septalar üzerinde sıralanan bir ya da birkaç sıralı silindirik ve şeffaf sitoplazmalı hücrelerden oluştuğu dikkati çekmektedir (Resim 3). Bazı sahalarda nukleuslarında papiller karsinomaya özgü veziküler nukleus görüntüsü izlenmekte, olguların birinde psammoma cisimleri gözlenmektedir. Her iki olguda intrasitoplazmik tiroglobulin varlığı izlenmiş, kalsitonine rastlanmamıştır. Her iki olgu papiller karsinoma olarak değerlendirilmiştir.

OLGU 5: Bu olguda tiroid dokusundan oldukça net bir şekilde ayrılan tamamen şeffaf hücrelerden oluşan tümör yapı izlenmiştir (Resim 4). Bu tümör yapı içerisinde birkaç sahada follikül benzeri düzenlenmeler dikkati çekmiştir. Bu folliküler içinde genellikle eritrositler yer almaktadır (Resim 5). Bu tümörün immünohistokimyasal incelenmesinde çevre tiroid dokusunda belirgin tiroglobulin varlığı saptanırken, tümör dokuda negatif bulunmuştur. Tümörün kalsitonin de içermediği saptanmış, müsin ve glikojene yönelik boyamalar da negatif bulunmuştur. Olgu bu özellikleri ile metastatik karsinoma olarak değerlendirilmiştir.

TARTIŞMA

Tiroidin folliküler hücrelerinde skuamöz, onkositik ve şeffaf hücre metaplasisine zaman zaman rastlanabilir. Bazı yazarlara göre şeffaf hücre metaplasisi çoğu kez onkositik metaplazi ile birlikte görülen bir durumdur.¹ Bu metaplazik değişiklik nonneoplastik durumlarda ortaya çıkabileceği gibi tiroidin primer malign tümörlerinde de görülebilir. Şeffaf sitoplazmik görünüm bazı tiroid tümörlerinde ise tümörün önemli bir bölümünü ya da tamamını oluşturacak kadar yaygın olabilir.

Tiroidin primer şeffaf hücreli tümörleri genellikle folliküler özelliktedir.² Ancak bazen papiller karsinomalarda da kısmen ya da tamamen şeffaf sitoplazmik görünüme



Resim 5

rastlanabilir.³

Landon ve Ordenez ise bizim olgumuzda olduğu gibi kalsitonin ve amiloid bulunduran şeffaf hücreli bir tiroid karsinomu bildirmişlerdir. Bu olgu tümüyle şeffaf hücreli hücrelerden oluşmaktadır.⁴ Bizim olgumuzda ise şeffaf sitoplazmalı sahalar dışında tipik klasik medüller karsinoma sahaları da bulunmaktadır.

Folliküler hücrelerde şeffaf görünümün nedenleri konusunda çeşitli görüşler öne sürülmüştür. Bazı yazarlar uzun ve yüksek düzeyli TSH stimülasyonunun mitokondrilerde ve Golgi cisimciğinde hipertrofiye neden olarak şeffaf sitoplazmayı meydana getirebileceğini öne sürmüşlerdir.⁵ Şeffaf sitoplazmaların genellikle onkositik değişiklik ile beraber gitmesi bu görüşü destekler niteliktedir.¹ Bizim olgularımızdaki preoperatif TSH değerlerine ilişkin bilgimiz mevcut değildir.

Bazı yazarlar şeffaf sitoplazmalar içerisinde glikojen, müsin ya da yağ bulunduğunu öne sürmüşlerdir.¹ Bizim olgularımızda bu hücrelerin yağ içeriğine yönelik boyama yapılamamış olmakla birlikte müsin ve glikojene yönelik boyamalarımız tüm olgularda negatif sonuç vermiştir.

Tiroidde rastlanan şeffaf hücreli tümörlerde metastaz olasılığı daima akılda tutulmalıdır.^{1,6} Bu tümörlerden ilk akla gelen renal hücreli karsinomadır. Renal hücreli karsinomun ilk klinik manifestasyonunun tiroide metastaz yaparak ortaya çıktığı çok sayıda olgu bildirilmiştir. Hatta böbreğe ilişkin klinik bulguların tiroiddeki metastazdan yıllar sonra ortaya çıkabileceği de bilinmektedir.¹ Renal hücreli karsinomlarda da follikül olarak değerlendirilebilecek görünümünün bulunması bunların tiroidin primer şeffaf hücreli tümörleri ile karışmalarına yol açmaktadır. Renal hücreli karsinom metastazlarında bizim olgumuzda olduğu gibi bu "follikül" yapıları içerisinde kolloid yerine eritrositlerin yeralışı tanıda yardımcı olabilir.¹ Bizim bir olgumuzda da tümörün tiroglobulin içermediği izlenerek olgu (muhtemelen renal orijinli) metastatik bir tümör olarak değerlendirilmiştir. Sonuç olarak tiroid lokalizasyonlu şeffaf hücreli tümörlerde metastaz olasılığı mutlaka akılda tutulmalı ve özellikle tiroidin primer tümörlerine ait çok ti-

pik histolojik görünümünün bulunmadığı durumlarda immunhistokimyasal yöntemlere başvurulmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1 Livolsi VA. Surgical pathology of the thyroid, Major Problems in Pathology. Vol 22 Philadelphia: HB Saunders, 1990.
- 2 Koike A, Naruse T, Kanemitsu K, Kojima T. Clear cell carcinoma of the thyroid: A case report. Japanese J Surg 1989; 19: 237-240.
- 3 Dickersin GR, Vickery AL, Smith SB. Papillary carcinoma of the thyroid, oxyphil cell type, clear cell variant. Am J Surg Pathol 1980. 4: 501-509.
- 4 Landon G, Ordonez NG. Clear cell variant of medullary carcinoma of the thyroid. Hum pathol 1985. 16: 844-847.
- 5 Valenta LJ, Michel Becket M. Electron microscopy of clear cell thyroid tumors. Arch Pathol Lab Med 1977. 101-144.
- 6 Rigaud C, Bogomoletz WV, Delisle MJ, Diebold MD, Caulet T. Cancers metastatiques de la glande thyroide. Difficultes diagnostiques. Bull Cancer 1987. 74: 117-127.