

Riedel Tiroiditi (Olgu Bildirimi) Riedel's Thyroiditis (Case Report)

Hakan Sayrak ¹, Pınar Karabağlı ²

¹İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, ²SSK Göztepe Eğitim Hastanesi Patoloji Bölümü, İstanbul

47 yaşında ötiroid kadında gelişen Riedel tiroiditi olgusu sunulmaktadır. Riedel tiroiditi etyolojisi bilinmeyen, oldukça nadir bir hastalıktır. Sıklıkla çevre dokuyu da içine alan, bezin agresif fibrozisi ile karakterizedir. Son 10 yılda SSK Göztepe Eğitim Hastanesi'nde yapılan tüm tiroid operasyonları kapsamında yalnızca 1 Riedel tiroiditi olgusu saptadık. Hastamızın sert bir tiroid kitlesi mevcuttu. Kesin teşhis koymak için cerrahi girişim yapıldı. Patolojik bulgular yeniden değerlendirildi. İki yıldır hasta semptomsuzdur.

Anahtar Kelimeler: Riedel tiroiditi, fibrozis.

A case of Riedel's thyroiditis in a 47 years old euthyroid woman is presented. Riedel's thyroiditis is an extremely rare disease with an unknown etiology. It is characterized by an aggressive fibrosis of the gland often involving the surrounding tissues. In a review of all thyroid operations performed at SSK Göztepe Training Hospital in the past 10 years we encountered only one case of Riedel's thyroiditis. Our patient presented with a firm thyroid mass. Surgery was performed to obtain definitive diagnosis. The pathological findings are reviewed. Two years later the patient remains asymptomatic.

Key Words: Riedel's thyroiditis, fibrosis.

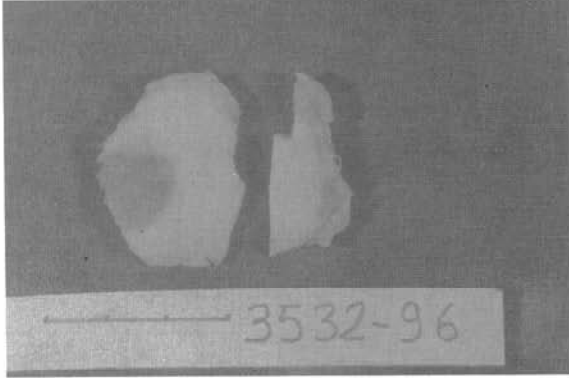
Riedel tiroiditi tiroid bezini fokal olarak tutan ve dışına yayılım yapabilen, etyolojisi tam aydınlatılmamış, agresif fibrosklerotik bir lezyondur ⁽¹⁾. İlk kez 1893 yılında Bernhard Riedel tarafından tanımlanmış, günümüze kadar yaklaşık 200 vaka bildirilmiştir. Hastaların çoğu kadındır (%83), ortalama yaş 48 olup, %67'sinde anti-tiroid antikörler saptanmıştır ⁽²⁾. Graves hastalığı ^(3,4), Hashimoto tiroiditi ^(5,6,7) ve pernisiyöz anemi ile birlikteliği, steroidlere cevap vermesi sebebiyle otoimmün mekanizmanın lezyonun patogeneğinde rolü olduğu belirtilmektedir. Riedel tiroiditli hastalarda vücudun başka bölgelerinde de, retroperiton, mediasten, orbit, akciğerler, safra yolları, parotis ve lakrimal bez vs., gibi fibrozis gelişebilmektedir (multifokal fibroskleroz) ⁽⁸⁾. Bu sebeple bazı yazarlar, asil lezyonun aterosklerotik süreçte lipid

komponentlerine karşı gelişen ve fibrozisle sonuçlanan bir allerjik vaskülit olduğunu, tiroidin sekonder olarak tutulduğunu savunmuşlardır ⁽⁹⁾.

OLGU SUNUMU

47 yaşında kadın hastaya, tiroid bölgesinde kısa sürede gelişen tahta sertliğinde kitlesi sebebiyle, tiroid karsinomu ön tanısıyla parsiyel tiroidektomi yapıldı. Hasta kliniğe başvurduğunda ötiroid ve diğer sistem bulguları normaldi. Çıkarılan kitle 3x3x2.5 cm ölçülerindeydi. Bir yanda nispeten normal tiroid bezi parçası ve bunu kuşatan beyaz renkte, sert, fibriler görünümde, çevre çizgili kasa uzanan dokudan ibaretti (Resim: 1). Histopatolojik inceleme için, %10'luk formalinle fikse edilmiş materyelden alınan örneklemelerin parafin blok kesitlerine hematoksilin eosin, Masson'un trikromu, PAS-alsian mavisi boyamaları uygulandı. İmmünohistokimyasal olarak (strept avidin - biotin metodu) sitokeratin (AE1-AE3), desmin, vimentin, Faktör VIII, alfa-1-antitripsin ve lizozim immünopozitifliği araştırıldı (DAKO, USA). Işık mikroskopik incelemede tiroid bezini kısmen tutan (Resim:2), fibröz kapsülü aşarak çevre venül, sinir ve çizgili kaslara yayılım yapan (Resim 3), mononükleer iltihap hücreleri içeren agresif fibrozis görüldü. İnflamatuvar fibrozis arterlerin adventisyasını da kuşatmaktaydı. Fibrotik yapı içinde atipik hücre, mitoz saptanmadı. Çok sayıda örneklemelerde selülaritede artış içeren kısımlar veya infarktüs görülmedi. Hemen hemen tüm alanlarda kollajenize bir matriks içinde, hücreliliği düşük derecede fibroblast benzeri işsi hücrelerin demetleri arasında plazma hücreleri, histiositler ve lenfositler görüldü. Lenfositler, seyrek olmayarak, küçük nodüler topluluklar oluşturmaktaydı. Bunların bir kısmı venül veya arteriollerini kuşatır tarzdaydı. Agresif fibrozis alanına komşu tiroid bezi parçasında, sınırda atrofik foliküller, gerisinde nispeten normal tiroid dokusu izlendi. Sınırdaki, tiroisitlerde onkositik değişim veya skuamöz metaplazi yoktu. İşsi hücre demetlerinde immünohistokimyasal olarak sadece vimentin ve alfa-1-antitripsin immünopozitifliği saptandı. Sitokeratin, desmin, lizozim ve Faktör VIII negatifti.

Hasta cerrahi operasyondan sonra, iki yıllık takipte, sağ ve sağlıklıdır. Nüks oluşmamıştır. Sadece, hemen

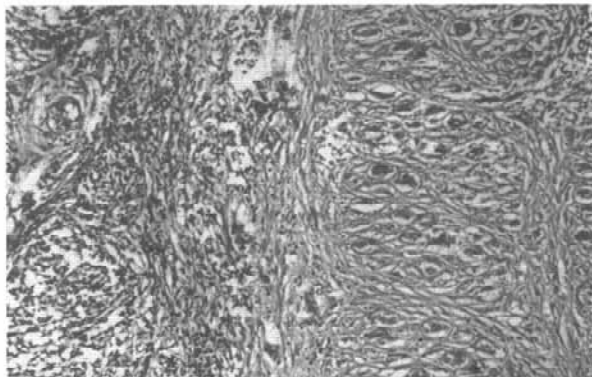


Resim 1 : Makroskopik dilim. Sol yanda tiroid bezi parçası ve onu kuşatan fibröz doku boyunca çizgili kas parçalarına uzanmakta. (Büyütme oranı: 1x1.3).

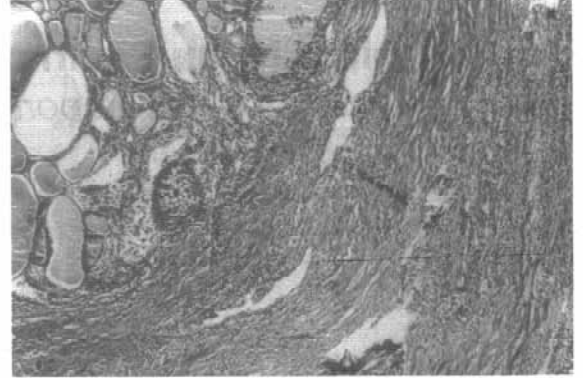
postoperatif ortaya çıkan, hafif dereceli ses kısıklığından şikayet etmektedir.

TARTIŞMA

Riedel tiroiditinde histopatolojik inceleme tanı için esastır. Ayırdecici histopatolojik kriterler şunlardır: 1. İnflamatuar fibröz dokunun tiroid dışı yayılımı, 2. Venüllerin tutulumu, 3. Lezyon dışı tiroid bezinin nispeten normal histolojik yapıda olması ⁽¹⁾. Bu kriterlerle Riedel tiroiditi diğer tiroiditlerden kolayca ayrılabilir. Ancak Riedel tiroiditinin Graves hastalığı veya Hashimoto tiroiditi ile eş zamanlı ortaya çıkabileceği akılda tutulmalıdır ^(3,4,5,6). Riedel tiroiditi histopatolojik tanısında bir diğer problem, "Riedel tiroiditine benzer anaplastik tiroid karsinomu"ndan ayırımı yapılmasıdır. Yakın zamanlarda, Wan SK ve ark., başlangıçta Riedel tiroiditi tanısı almış, kısa sürede ölümcül seyretmiş (biri 10 ay diğeri 25 ay) iki anaplastik tiroid karsinomu vakası bildirmiştir ⁽¹⁰⁾. Yazarları ayırıcı tanı için şu kriterlerin yardımcı olacağını savunmaktadır: 1 . Fibrotik doku içinde infarktüs sahaları, 2. Örneklemelerde en azından bir kaç alanda atipik hücrelerin görülmesi, 3. Agresif fibrozisin arter duvarını parçalayarak lümen içine girme-



Resim 3 : İnflamatuar fibröz dokunun sardığı boyun çizgili kas fasiküllerini. MTX100,



Resim 2 : Sol yanda nispeten normal görünümde tiroid bezi dokusu ve onu kuşatan inflamatuvar fibröz doku. (HEX40,).

si, 4. Epitelyal belirteçler için pozitif immün reaktivite (epitelyal membran antijeni ve sitokeratinler). Wan SK ve arkadaşlarının sunduğu iki vakada da histopatolojik olarak, fokal da olsa, belirgin hücre alanlar ve buralarda işi hücrelerde mitotik aktivite tarif edilmektedir. Ayrıca işi hücre demetleri çevre dokuyla keskin sınırlar yapmaktadır. Her iki vakada da tespit edilen arter cidarı invazyonu ve lümeninde tümör trombüsleri dikkat çekmesi gereken en önemli malignite bulgularıdır.

Sunulan vakada materyelin tamamı incelenmiş, tartışılan morfolojik ve immünohistokimyasal malignite kriterlerinin hiçbiri tespit edilmemiştir. Wan SK ve arkadaşlarının sunduğu vakaların birinde servikal lenf bezi tutulumu vardır. Lenf bezinde tiroiddeki lezyonun benzeri görülmüştür. Ayırıcı tanıda lenf nodülü tutulumu yardımcı olabilir diye düşünülse de, Riedel tiroiditinde lenf nodülü tutulumunun, multifokal fibroskleroza bir parçası olarak görülebileceği unutulmamalıdır ⁽¹¹⁾.

KAYNAKLAR

1. Harach HR, Williams ED. Fibrous thyroiditis an immunopathological study. *Histopathology* 1983; 7(5):739-751.
2. Schwaegerle SM, Baver TW, Esselstyn CB. Riedel's thyroiditis. *Am J Clin Pathol* 1988; 90(6):715-722.
3. Heufelder AE, Hay ID. Evidence for autoimmune mechanisms in the evolution of invasive fibrous thyroiditis (Riedel's struma). *Clin Investig* 1994; 72(10):788-793.
4. Heufelder AE, Bahn RS. Soluble intercellular adhesion molecule (ICAM-1) in sera of patients with Graves ophthalmopathy and thyroid disease. *Clin Exp Immunol* 1993; 92(2):296-302.
5. Zelmanovits F, Zelmanovits T, Beck M, Cerski CT, Schmid H, Czepilewski MA. Riedel's thyroiditis. Associated with high titers of antimicrosomal and antithyroglobulin antibodies and hypothyroidism. *J Endocrinol Invest* 1994; 17(3):733-737.
6. Taubenberger JK, Merino MJ, Medeiros LJ. A thyroid biopsy with histologic features of both Riedel's thyroiditis and the fibrosing variant of Hashimoto's thyroiditis. *Hum Pathol* 1992; 23(9):1072-1075.
7. Zimmerman BT, Ronn AM, Feldt RVF, Kirkegaard J. Invasive fibrous thyroiditis. Riedel's goitre. A review of the literature and a case report. *Vgeskr Laeger* 1993; 155(15):1121-1125.
8. Burke BA. The pituitary, pineal, adrenal, thyroid and parathy-

- roid glands. In: Stocker JT, Dehner LLP, editors. *Pediatric Pathology*. 1 st. ed. (Vol.2) Philadelphia: JB Lippincott, 1992; 974.
9. de Boer WA, van Coevorden F, Wiersinga WM. A rare case of Riedel's thyroiditis 6 years after retroperitoneal fibrosis: Two diseases with one pathogenesis. *Neth J Med* 1992; 40(3-4):190-196.
10. Wan SK, Chan JK, Tang SK. Paucicellular variant of anaplastic thyroid carcinoma. A mimic of Riedel's thyroiditis. *Am J Clin Pathol* 1996; 105:388-393.
11. Menke DM, Griesser H, Araujo J, Fass HD, Herbst H, Banks PM et al. Inflammatory pseudotumors of lymph node origin shows macrophage derived spindle cells and lymphocyte derived cytokine transcripts without evidence of T cell receptor gene rearrangement. *Am J Clin Pathol* 1996; 105:430-439.