

Hipertiroidi İle Birlikte Seyreden Tiroid Kanseri İle İlgili Bir Olgu Sunumu

Ahmet R. HATİPOĞLU¹, Mehmet E. İRFANOĞLU², Serkan SARIKAYA³, Kemal KARAKAYA³

ÖZET:

Tiroid kanserinin etyolojisi tam olarak belirlenememekle birlikte, TSH uyarımı ve genetik faktörler önemli yer tutmaktadır. Tiroid kanserinin etyolojisinde hipertiroidinin yeri konusunda farklı görüşler ortaya konmuştur. Hipertiroidi tanısı ile medikal tedavi gören bir hastamızda papiller tiroid kanseri saptanması nedeniyle hipertiroidi ile tiroid kanseri birlikteliği konusundaki literatür gözden geçirildi. Son 10 yıllık dönemde tiroid hastalıkları tanısıyla kliniğimizde cerrahi tedavisi yapılan 556 hastanın hastane kayıtları retrospektif olarak irdelendi.

Kliniğimizde cerrahi tedavisi yapılan 556 tiroid hastasından 53'ünde (%9.5) hipertiroidi ve bunların da yalnızca birinde (%1.9) hipertiroidi ile birlikte kanser saptandı. Bu hastaya total tiroidektomi uygulandı. Ameliyat sonrası 17 aylık kontrollerde nüks yada uzak metastaz saptanmadı.

Bir hastaya hipertiroidi tanısı konulması tiroid kanserinin gözden kaçmasına neden olmamalıdır. Bu nedenle hipertiroidili hastalar da malignite yönünde dikkatle değerlendirilmeli ve uygun tedavileri yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Tiroid, hipertiroidi, tiroid kanseri.

SUMMARY:

HYPERTHYROIDISM AND CONCURRENT THYROID CARCINOMA: A CASE REPORT

Although the etiology of the thyroid cancer is not known exactly, TSH stimuli and genetic reasons are accused. The role of hyperthyroidism in the etiology of the thyroid carcinoma is controversial. Papillary thyroid cancer was diagnosed on a patient who had been under medication for 2.5 years for hyperthyroidism.

Data were evaluated from 556 thyroid patients who underwent surgical treatment from 1989 to 1999 at Surgical Department of Trakya University Medical Faculty.

Of 53 patients (%9.5) who had hyperthyroidism, only one (%1.9) had occult papillary carcinoma in whom total thyroidectomy was performed. She was followed up by means of scintigrams, thyroid hormone and thyroglobulin measurements for 17 months. There was no recurrence or distant metastasis. She was given oral thyroxin therapy.

The diagnosis of hyperthyroidism does not preclude concurrent thyroid carcinoma. Patients with hyperthyroidism and thyroid cancer should be treated identically to other patients with thyroid cancer.

Key Words: Thyroid, hyperthyroidism, thyroid cancer.

GİRİŞ

Hipertiroidili hastalarda tiroid karsinomu ilk defa 1954'te Sokal tarafından bildirilmiştir (1). Hipertiroidi ile birlikte tiroid karsinomu, ötiroid hastalara göre daha fazladır (1,2). Tiroid kanseri soğuk nodülü olan hastalarda daha fazla görüldüğünden hipertiroidinin tiroid kanseri gelişimindeki yeri halen tartışmalıdır (1,3-5). TSH reseptörü içeren diferansiye tiroid kanserlerinin etyolojisinde, TSH uyarımı ve genetik faktörler önemli yer tutar (3,4,6). Bu çalışmada kliniğimizde ameliyat edilen hipertiroidili bir hastadaki soğuk nodülde malignite saptanması nedeniyle sunulması uygun bulunmuştur.

OLGU

98/23595 protokol no 'lu 46 yaşındaki bayan hasta (M.K.); yaklaşık 3 yıldır çarpıntı, sinirlilik, uykusuzluk, halsizlik, çabuk yorulma tanımıyordu. Hastada son 2 yıldır nefes darlığı ve 6 aydır ara sıra sesinde kalınlaşma oluyormuş.

Son 2 aydır dikkat dağınıklığı varmış. Bu şikayetlerle 2.5 yıl önce gittiği Endokrinoloji Polikliniğince antitiroid ilaç tedavisi (Metimazol tablet) verilmiş. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik saptanmadı.

Fizik muayenede; Tansiyon arteriyel 110/70 mmHg, nabız 88/dak. ve ritm normaldi. Trakea orta hatta idi. Tiroid sağ lob alt pol orta kısımda istmus komşuluğunda yaklaşık 1x1 cm boyutlarında sert, yutkunmakla hareketli nodül palpe edildi. Boyunda lenfadenopati yoktu. Oftalmopati ve ellerde tremor görülmedi. Diğer sistem muayeneleri doğaldı.

Hastanın yapılan tetkiklerinde; tiroid ultrasonografisinde (USG) tiroid sağ lob alt polde 6x7.6x7.9 mm lik hipoekoik nodül izlendi. 2 kez tekrarlanan USG kontrollerinde farklılık yoktu. Tc-99^m -Pertechnetat kullanılarak yapılan sintigrafide tiroid glandı hiperplazik olup sağ lob orta kısmın lateralinde hipoaktif karakterde

¹:Yard. Doç. Dr. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A. D.

²: Prof. Dr. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A. D.

³:Araş. Gör. Dr. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A. D.

nodül izlendi. Hastanın medikal tedavi altında iken yapılan son tiroid fonksiyon testlerinde; FT₃ :4.6 (4-8 pmol/l), FT₄ :12.0 (10-25 pmol/l), TSH: 2.4 (0.4-4 mU/ml) olarak ölçüldü. Hastada antitiroid antikor negatifti.

Medikal tedaviyle şikayetleri gerileyen hastada, sintigrafide tespit edilen soğuk nodülün malign olabileceği düşünülerek ameliyata karar verildi. Eksplorasyonda, tiroid sağ lob orta kısmında yaklaşık 1 cm boyutunda sert nodül palpe edildi. Bu fizik muayene ile palpe edilen nodüldü. Sol lob normaldi. Sağ subtotal lobektomi yapıldı. Nodül kesildiğinde sert ve düzensiz sınırlı olduğu görüldü. Makroskobik görünümü malign olarak değerlendirildi. Yapılan frozen section incelemede benign malign ayrımı yapılamaması üzerine paratiroidler ve nervus laringeus rekürrensler korunarak total tiroidektomi uygulandı. Ameliyat sonrası 2. gün ortaya çıkan hipokalsemi (7.8 mg/dl, N:9-11) kalsiyum replasmanı ile düzeldi. Hasta 3. gün taburcu edildi.

Parafin bloklardan yapılan patolojik incelemede (Prot. No: 4561/98) 6 mm çapında (okkült) klasik tip papiller karsinom saptandı. Patolojik incelemede histolojik grade, iyi diferansiye olup, kapsül, damar ve tiroid dışı yayılım yoktu. Tiroid kapsülü intakt ancak bir alanda tümör tiroid kapsülüne 0.1 cm'den yakındı. Tümör multisentrisitesi ve mitotik aktivite saptanmadı.

Ameliyat sonrası 4. haftada yapılan sintigrafide boyunda aktivite tutulumu görülmedi. Bir kür radyoaktif iyot tedavisi uygulanan hastaya oral tiroksin tedavisine başlandı. Hasta tiroid hormonları, sintigrafisi, tiroglobülin seviyeleri ölçümü ile takip edilmektedir. 17 aylık kontrollerde hasta klinik ve laboratuvar ölçümleri ile ötiroid durumda olup nüks yada uzak metastaz saptanmadı.

TARTIŞMA

Hipertiroidi ile birlikte tiroid karsinomu nadir görülmektedir. Literatürde bu birliktelik %0.2- %5 oranlarında bildirilmiştir (1-4,7-12). 1989-1999 yılları arasında kliniğimizde ameliyat edilen 556 hastanın 53'ü (% 9.5) hipertiroidi nedeniyle ameliyat edilmiştir.

Hipertiroidili hastalardan yalnızca sunulan bu olguda (%1.9) hipertiroidi ile birlikte tiroid karsinomu saptadık. Baş-boyun bölgesine

radyasyon uygulanması, ailesinde tiroid kanseri anamnezi gibi risk faktörleri (3,7) hastamızda yoktu. Literatürde, hipertiroidi ile birlikte görülen tiroid kanserlerinde genellikle ameliyat öncesi maligniteden kuşulanılmadığı, ameliyat sırasında ya da daha sonra yapılan tetkiklerle malignite saptandığı görülmektedir (3,4). 2.5 yıl süresince hipertiroidi nedeniyle tedavi alan hastamızda tiroid sağ lobdaki soğuk nodülün malign olabileceği kuşkusu nedeniyle ameliyat ettik. Ameliyat sırasında nodüle yapılan keside makroskopik olarak sert, beyazımsı renkte ve dokunun kesit yüzeyinde dışarıya doğru taşmayıp düz bir zemin oluşturması malignite düşündürmelidir (7). Benzer bulguların olgumuzda saptanması malignite düşündürdü. Ancak yapılan frozen section incelemede benign, malign ayrımı yapılamadı. Tiroid cerrahisinde deneyimli cerrah tarafından makroskobik bakıda malign olarak değerlendirildiği için total tiroidektomi uygulandı. Parafin incelemelerde nodülde 6 mm boyutlarında okkült papiller karsinom saptandı.

Ahuja ve ark.(3) hipertiroidi ile birlikte karsinom tespit edilen 22 hastadan oluşan çalışmalarında, tiroid glandında diffüz hiperplazi ve soğuk nodülü bulunan 10 hastanın 8'inde karsinomun soğuk nodülde yerleştiğini saptamışlardır. Hipertiroidi nedeniyle medikal tedavi uygulanan hastamızda da karsinom soğuk nodüldeydi.

Total tiroidektomi uygulanan hastalar ameliyat sonrası dönemde tiroid hormonları seviyesi, sintigrafisi, tiroglobülin seviyeleri ölçümü ile takip edilmektedir (4,5,7). 17 aylık takiplerimizde nüks ya da uzak metastaz saptamadık.

Okkült de olsa tiroid kanserlerinin cerrahi tedavisinde genel olarak total tiroidektomi tercih edilmektedir (3,4,6). Biz de bu yaklaşıma uygun olarak total tiroidektomi uyguladık. Hales ve ark.(6) tiroid kanseri prognozunun birlikte bulunan hipertiroididen herhangi bir şekilde etkilenmediğini ileri sürmüşlerdir. Hastada hipertiroidi tanısı konulması tiroid kanserinin gözden kaçmasına neden olmamalıdır (3,4). Bu nedenle hipertiroidili hastalar da malignite yönünde dikkatle değerlendirilmeli ve uygun tedavileri yapılmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Sokal JE: Incidence of malignancy in toxic and nontoxic nodular goiter. JAMA 1954; 154: 1321-1325.
2. Schapiro SJ, Friedman NB, Perzik SL, Catz B: Incidence of thyroid carcinoma in Grave's disease. Cancer 1970; 26: 1261-70.
3. Ahuja S, Ernst H: Hyperthyroidism and thyroid carcinoma. Acta Endocrinologica 1991; 124:146-151.
4. Terzioğlu T, Tezelman T, Onaran Y, Tanakol R: Concurrent hyperthyroidism and thyroid carcinoma. Br. J. Surg. 1993; 10: 1301-1302.
5. Ikejiri K, Furuyama M, Muranaka T, Anai H, Takeo S, Sakai K et al: Carcinoma of the thyroid manifested as hyperthyroidism caused by functional bone metastasis. Clinical nuclear Medicine. 1997; 4: 227-230.
6. Hales IB, McElduff A, Crummer P, Clifton-Bligh P, Delbridge L, Hoschl R et al: Does Graves' disease or thyrotoxicosis affect the prognosis of thyroid cancer. J Clin Endocrinol Metab. 1992;3:886-889.
7. Sadler GP, Clark OH, Van Heerden JO, Farley DR: Thyroid and parathyroid. In :SI Schwartz, GT Shires, JM Daly, JE Fischer, AC Galloway. (Eds) Principles Of Surgery. 6 th. ed. New York: Mc Graw-Hill Company, 1999: 1661-1694.
8. Hall R, Ross M, Teng CS, Smith BR: Immunological aspects of thyroid cancer. Recents Results Cancer Res. 1980; 73: 56-59.
9. Rösler H, Wimpfheimer C, Ruchti CH, Kinser J, Teuscher J: Hyperthyreose bei maligner Struma. Nuclearmedizin 1984; 6: 293-300.
10. Mazzaferri EL, Young RL, Oertel JE, Kemmerer WT, Page CP: Papillary thyroid carcinoma: The impact of therapy in 576 patients. Medicine 1977; 56: 171-196.
11. Haid A, Zimmermann G, Fritzsche H, Kargl M, de Meijer R, Gruber U: Synchrones Auftreten von Neoplasien der Schilddrüse und hyperthyreoten Knoten-strumen im Endemiegebiet. Chirurg 1989; 60: 39-43.
12. Rieger R, Pimpl W, Money S, Rettenbacher L, Galvan G: Hyperthyroidism and concurrent thyroid malignancies. Surgery. 1989; 106:6-10.