Olgu Sunumu *Case Report*

DOI: 10.4274/Tjem.2036

Graves Hastalığında Rastlantısal Saptanan Papiller Karsinom: Olgu Sunumu

Papillary Carcinoma Incidentally Found in Graves' Disease: A Case Report

Ali Saklamaz, Oya Sivrikoz*, Atilla Çökmez**

Özel İzmir Şifa Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bölümü, İzmir, Türkiye
*Özel İzmir Şifa Hastanesi, Patoloji Bölümü, İzmir, Türkiye
**Özel İzmir Şifa Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, İzmir, Türkiye

Özet

Benign bir hastalık olan Graves hastalığı anti-tiroid ilaç, cerrahi veya radyoaktif iyot ile tedavi edilebilir. Graves hastalığında tedavi sırasında hastada nodül saptanırsa malignite riskinin yüksek olması nedeniyle bu nodüllerin daha dikkatli değerlendirilmesi gereklidir. Hastanın izleminde ultrason veya palpasyonda tiroidde nodül saptanmayıp postoperatif papiller karsinom saptanması hekim ve hasta için şaşırtıcı olmaktadır. Biz tıbbi tedaviye dirençli Graves hastasını baştan nodül olmadığı halde postoperatif papiller karsinom çıkması nedeniyle sunmak istedik. *Türk Jem 2012; 16: 102-4*

Anahtar kelimeler: Graves hastalığı, papiller karsinom

Abstract

Graves' disease is a benign disease and may be treated with anti-thyroid drugs, surgery or radioactive iodine. Patients with Graves' disease who have thyroid nodules should be evaluated more carefully due to the high risk of malignancy. In the absence of thyroid nodules found by ultrasound or palpation during follow-up, postoperative detection of papillary carcinoma is astonishing for doctors and the patients. Here, we present a patient with Graves' disease resistant to medical treatment who was postoperatively diagnosed with papillary carcinoma despite the absence of any palpable nodule. *Turk Jem 2012; 16: 102-4*

Key words: Graves' disease, papillary carcinoma

Giriş

Hipertiroidi benign bir hastalıktır. Graves, toksik adenom, toksik multinodüler guatr veya tiroidit gibi etyolojik nedenlerden kaynaklanır. Tiroidit dışındaki nedenlerde anti tiroid tedavi ilk tercihtir. Graves hastalığı dışındaki toksik adenom veya multinodüler guatrda hasta ötiroide ulaşınca hastanın klinik durumuna ve komorbit hastalıklarına göre operasyon veya radyoaktif iyot (RAİ) tercih edilir. Günümüzde ultrason sayesinde operasyon öncesi Graves hastalığı olan hastalarda nonpalpable nodüller daha sık tanı almaktadır. Ultrason eşliğinde tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi sayesinde nodüllerde operasyon öncesi malignite saptanma sıklığı artmıştır (1). Teşhiste, teknoloji ve tekniklerin gelişmesine rağmen diffüz toksik guatr'lı hastalarda malignite tanısı konulması zordur. Bu grup hastada tedaviye dirençli hipertiroidi (yüksek doz propiltiourasil kullanımı), ultrason ve ince iğne aspirasyon biyopsisinde malign nodül, antitiroid tedaviye rağmen nüks hipertiroidi veya antitiroid tedavi yan etkisi, ötiroid veya ötiroid duruma yakın değerlerde tiroidektomi yapılmasını gerektirir. Graves'li hastalarda operasyon öncesi ultrasonda nodül saptanmayıp postoperatif patolojide tiroid papiller karsinom çıkması hasta ve hekim için şaşırtıcı olmaktadır. Bu makalede postoperatif 15 mm'lik kapsülsüz tiroid kanseri saptanan, preoperatif ultrasonda nodül izlenemeyen Graves'li hasta ve litaratür özeti sunulmaktadır.

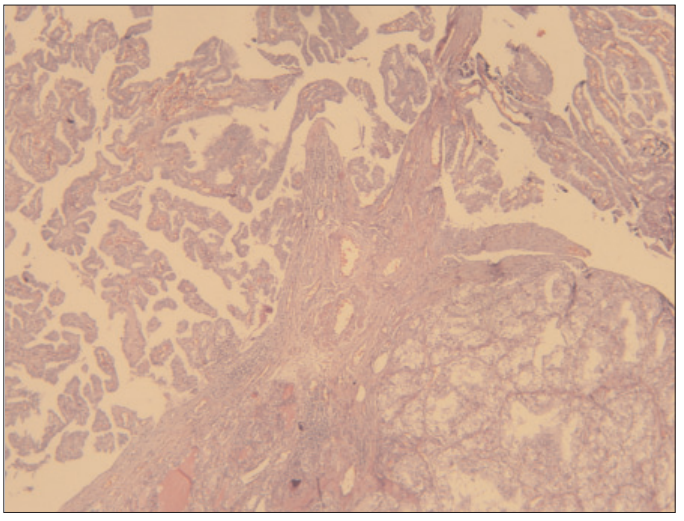
Olgu

44 yaşında erkek hastada 1 yıl kadar önce rutin muayene sırasında kardiyak aritmi saptandı ve yapılan tetkiklerde hipertiroidi tanısı

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Alı Saklamaz, Özel İzmir Şifa Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bölümü, İzmir, Türkiye
Tel.: +90 232 446 08 80 E-posta: asaklamaz@hotmail.com **Geliş Tarihi/Recevied:** 15.05.2012 **Kabul Tarihi/Accepted:** 26.11.2012

konuldu. Hastanın fizik muayenesinde deri nemli, tiroid palpable, yumuşak, grade 1b guatr ve kardiyolojik muayenede taşiaritmi saptandı. Hastada tiroid oftalmopati bulgusu yoktu. Hastanın o sırada yapılan kan tetkiklerinde FT3: 25,51 pmol/L (normal sınırlar: 3-8,3 pmol/L), FT4: 48,41 pmol/L (normal sınırlar: 9-20 pmol/L), TSH: < 0,05 uIU/ml (normal sınırlar: 0,27-4,2 uIU/ml), Anti TPO: 144 IU/ml (normal sınırlar: 0-34 IU/ml), Anti Tg: 54,9 IU/ml (normal sınırlar: 0-115 IU/ml) olarak izlendi. Tiroid ultrasonunda ise sağ lob 68x27x32 mm, sol lob 65x26x28 mm istmus 6 mm ölçüldü. Bez boyutları ve kanlanmasının arttığı gözlendi. Hastada klinik ve fizik muayene ile Graves hastalığı tanısı düşünüldü. Tiroid iyot uptake ve TSH reseptör antikoru bakılmadı. Hastaya propiltiourasil 300 mg/gün PO verildi. Takiplerde antitiroid tedavi dozu 450 mg/gün dozuna arttırıldığı ve yaklaşık 6 aylık takibe rağmen ötiroid durum sağlanamadı. Hastanın tedaviye dirençli Graves hastalığı olduğu düşünüldü ve ötiroid duruma en yakın hormon değerlerinde hastaya total tiroidektomi yapıldı. Postop komplikasyon gelişmeyen hastanın patolojisinde sağ lobda 15 mm çapında kapsülü olmayan papiller karsinom raporlandı (Resim 1).

Resim 1. Okun ucunda düzensiz sınırlı 1.5 cm çapta gri beyaz renkte tümör izlenmektedir



Resim 2. Sol tarafta papiller karsinom alanları, sağ alt tarafta hiperplazik tiroid dokusu izlenmekte (H&Ex100)

Tiroid kapsülünün ve cerrahi sınırların salim olduğu, damar ve sinir invazyonunun olmadığı ve normal tiroid dokusunda baskılanmış hiperplazi olduğu raporlandı (Resim 2).

Tartışma

Bu makalede rastlantısal papiller tiroid karsinomu saptanan bir Graves hastası sunulmuştur. Hasta antitiroid tedavi ile ötiroidi sağlanamadığı için opere edilmiştir. Operasyon öncesi yapılan muayene ve tiroid ultrasonunda nodül saptanmamıştır. Postoperatif patolojisinde 15 mm'lik kapsülsüz, damar ve sinir invazyonu olmayan papiller karsinom raporlanmıştır.

Tiroid kanseri tüm malign kanserlerin %1-2'sini oluşturur. Yıllık prevalansı 0,5-10/100.000 olarak bildirilmiştir (2). Tiroid kanserlerinin %90'ı folliküler epitelden kaynaklanır ve iyi differansiye papiller veya folliküler kanserlerdir. İyot eksikliği olan bölgelerde folliküler kanser daha sık görülürken, iyot eksikliği olmayan bölgelerde papiller tip ve özellikle occult formu daha sık görülür. Subtotal tiroidektominin daha sık yapıldığı zamanlarda hipertiroidide tiroid kanserinin daha seyrek olduğu ileri sürülmüştür (3). 1950 li yıllarda bu konu ile ilgili çalışmalarda Graves'li hastalarda %0,15-0,5 ve %2,5 tiroid kanseri bildirilmiştir (4-6). Zaman içinde total tiroidektominin artması ve patolojik piyeslerin daha detaylı incelenmesi sonucu Gravesli hastalarda tiroid kanserinin sıklığının bilinenden daha fazla olduğu görülmüştür (7). Litaratürde Graves hipertiroidisi nedeniyle opere edilen hastalarda %0,5-15 arasında değişen oranlarda tiroid kanser prevalansı bildirilmiştir (8). Oranlardaki fark hipertiroidinin etyolojisi ve iyot eksikliği olan bölgelerin farkı, operasyon endikasyonlarındaki fark, tiroidektominin şekli (total/subtotal) ve son olarak patolojide histolojik incelemenin detayından dolayı olabilir.

Graves'li hastalarda nodül prevalansı %18-31 arasında bildirilmiştir. Nodül saptananlarda malignite prevalansı %14-22 iken nodülü olmayan Graves'lilerde ise bu oran %2-4 olarak bildirilmiştir (9-11). Tiroidde nodül olması bu hastalarda malignite riskini arttırmaktadır.

Graves'te ultrason görüntülerinde bazen nodülleri tanımlamak zor olabilir. Bunun nedeni kolloid miktarının azalması, hücresel yapıların artışı, vaskülaritenin ve lenfosit infiltrasyonunun artmasının tiroid glandının ekojenitesini değiştirmesidir (12). Bu değişikliklere rağmen psammoma cisimciklerinin (mikrokalsifikasyonlar) görülmesi papiller karsinomu telkin eder (13,14). Kapsülsüz, hipoekojen, sınırları düzensiz, halosuz nodül Graves'li hastalarda da maligniteyi düşündürür (15-17). Chung ve ark. yaptığı çalışmada Graves'li hastalarda tiroid karsinomlarının ultrason özelliklerini Graves'li olmayan tiroid kanserli hastalarla karşılaştırmışlardır (18). Bu çalışmada, Graves'li hastalarda tiroid kanseri olan nodüllerin Graves'li olmayan kanserli nodüllere göre daha hipervasküler ve daha az hipoekojenik oldukları saptanmıştır. Diğer özelliklerinde belirgin fark saptanmamıştır. Bizim hastamızda birkaç defa değişik merkezlerde tiroid ultrasonu yapıldığı halde tiroidde gerçek nodül gözlenememiştir.

Graves'li hastalarda fizik muayene ve tiroid ultrasonunun nodül saptanmasında önemi büyüktür. Ancak deneyimli hekimlere rağmen nodül saptanamayan ve postoperatif papiller karsinom saptanan hastalar da bulunabilir. Geçmişte Graves hastalığı olan ve tıbbi tedavi ile remisyonda olan hastaların aralıklı palpasyon ve deyimli kişiler tarafından yapılan ultrason ile takip edilmeleri gerekir.

Kaynaklar

1. Ito Y, Uruno T, Nakano K, et al. An observation trial without surgical treatment in patients with papillary microcarcinoma of the thyroid. Thyroid 2003;13:381-7.
2. Franceschi S, La Vecchia C. Thyroid cancer. Cancer Surv 1994;19-20:393-422.
3. Means JH. The thyroid and its diseases. Philadelphia; JB Lippincott Co;1937:482.
4. Sokal JE. Incidence of malignancy in toxic and nontoxic nodular goiter. J Am Med Assoc 1954;154:1321-5.
5. BEAHRS OH, PEMBERTON Jde J, BLACK BM. Nodular goiter and malignant lesions of the thyroid gland. J Clin Endocrinol Metab 1951;11:1157-65.
6. Olen E, Klinck GH. Hyperthyroidism and thyroid cancer. Arch Pathol 1966;81:531-5.
7. Shapiro SJ, Friedman NB, Perzik SL, Catz B. Incidence of thyroid carcinoma in Graves' disease. Cancer 1970; 26:1261-70.
8. Pazaitou-Panayiotou K, Michalakis K, Paschke R. Thyroid cancer in patients with hyperthyroidism. Horm Metab Res 2012;44:255-262.
9. Pacini F, Elisei R, Di Coscio GC, et al. Thyroid carcinoma in thyrotoxic patients treated by surgery. J Endocrinol Invest 1988;11:107-12.
10. Belfiore A, Garofalo MR, Giuffrida D, et al. Increased aggressiveness of thyroid cancer in patients with Graves' disease. J Clin Endocrinol Metab 1990;70:830-5.
11. Ozaki O, Ito K, Kobayashi K, et al. Thyroid carcinoma in Graves' disease. World J Surg 1990;14:437-40.
12. Marino M, Chiovato L, Pinchera A. Graves' disease. In: DeGroot LJ, Jameson JL, eds. Endocrinology. (5th ed). Philadelphia:W.B. Saunders;2005;1995-2028.
13. Koike E, Noguchi S, Yamashita H, et al. Ultrasonographic characteristics of thyroid nodules: prediction of malignancy. Arch Surg 2001;136:334-7.
14. Takashima S, Fukuda H, Nomura N, et al. Thyroid nodules: re-evaluation with ultrasound. J Clin Ultrasound. 1995;23:179-84.
15. Noma S, Nishimura K, Togashi K, et al. Thyroid gland: MR imaging. Radiology 1987; 164: 495-9.
16. Solbiati L, Volterrani L, Rizzatto G, et al. The thyroid gland with low uptake lesions: evaluation by ultrasound. Radiology 1985;155:187-91.
17. Tessler FN, Tublin ME. Thyroid sonography: current applications and future directions. AJR Am J Roentgenol 1999;173:437-43.
18. Chung JO, Cho DH, Chung DJ, Chung MY. Ultrasonographic features of papillary thyroid carcinoma in patients with Graves' disease. Korean J Intern Med 2010;25:71-6.