



Okült papiller tiroid kanseri metastazı: Lenfanjiyomu taklit eden kistik lateral boyun kitlesi

*Occult papillary thyroid carcinoma metastasis:
presenting as cystic lateral neck mass mimicking lymphangioma*

Adem Binnetoğlu, Ali Cemal Yumuşakhuylu, Berat Demir, Murat Sarı, Tekin Bağlam

Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Bu yazıda metastatik kistik lateral boyun kitlesi ile başvuran 51 yaşında bir hasta sunuldu. Hastaya total tiroidektomi ve santral boyun kompartmanını da içeren tip 3 modifiye radikal boyun diseksiyonu uygulandı. Sağ tiroid lobundan kaynaklanan mikrokarsinom odağı saptandı. Ameliyat sonrası erken dönemde sağ vokal kordda paralizisi izlendi. Ameliyattan altı ay sonra vokal kord hareketleri düzeldi. Ameliyat sonrasında hastaya I-131 tedavisi uygulandı. Düzenli takiplerinde 24 ay boyunca nüks lehine bir bulgu saptanmadı. Okült papiller tiroid kanserinin sadece kistik boyun kitlesi olarak seyretmesi nadir görülen bir durumdur. Kistik boyun kitlelerinin ayırıcı tanısında okült papiller tiroid kanseri mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Kistik boyun kitlesi; metastaz; boyun kitlesi; papiller tiroid kanseri.

ABSTRACT

In this article, we report a 51-year-old patient who applied with metastatic cystic lateral neck mass. Patient was performed type 3 modified radical neck dissection including total thyroidectomy and central neck compartment. Microcarcinoma focus was detected generating from the right thyroid lobe. Paralysis was observed on the right vocal cord in the early postoperative period. Vocal cord movements improved at postoperative sixth month. Patient was administered I-131 treatment postoperatively. Regular follow-up did not reveal any finding indicating relapse for 24 months. It is rare for occult papillary thyroid cancer to progress only as cystic neck mass. Occult papillary thyroid cancer should definitely be considered in the differential diagnosis of cystic neck masses.

Keywords: Cystic neck mass; metastasis; neck mass; papillary thyroid carcinoma.

Papiller karsinom tiroid kanserleri içinde en sık görülen tiptir. Genellikle başvuru yakınması tiroitte kitle olmasıdır. Papiller kanser, tiroitte klinik olarak kitle olmaksızın sadece servikal lenf nodu metastazıyla seyredebilir.^[1] Papiller karsinomun servikal lenf nodlarına metastazları kistik yapıda olabilir.^[2-4] Bu durum klinik olarak oldukça nadir görülür. Nadir görülen bu durum birincil tümör odağını saptamayı oldukça zorlaştırır, doğru tanı ve tedaviyi geciktirir. Tiroid bezinde çapı 15 milimetreden küçük olan ve klasik tanı yöntemleriyle saptanamayan birincil tümörler için okült kanser ya da mikrokarsinom tanımı kullanılmaktadır.^[5] Tiroid bezinin okült papiller kanserleri büyük boyutlara ulaşabilen

kistik lateral servikal lenf nodu metastazları yapabilmektedir. Bazı olgularda bu metastazlar, tiroid bezindeki okült tümörün ilk ve tek belirtisi olarak izlenebilmektedir.^[6] Bu nadir durum ayırıcı tanı aşamasında benign soliter kistik boyun kitleleri ile karıştırılabilmekte ve basit eksizyon uygulanan kistlerin ameliyat sonrası histopatolojik incelemeleri sonucunda tiroid papiller kanseri metastazı saptanabilmektedir. Bu durum ikincil cerrahileri gerektirmekte, zaman kaybına ve maddi kayıplara neden olmaktadır. Sonuç olarak, lateral boyunda kistik yapıda lenf metastazının ayırıcı tanısında malign tükürük bezi kanserleri, nazofarenks kanserleri ve özellikle de papiller tiroid kanseri göz önünde bulundurulmalıdır.

Geliş tarihi: 21 Ekim 2014 Kabul tarihi: 26 Ekim 2014

İletişim adresi: Dr. Adem Binnetoğlu, Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, 34890 Üst Kaynarca, Pendik, İstanbul, Türkiye.

Tel: 0505 - 915 10 19 e-posta: adembinnet@hotmail.com

© 2015 İstanbul KBB-BBC Uzmanları Derneği Yayın Organı



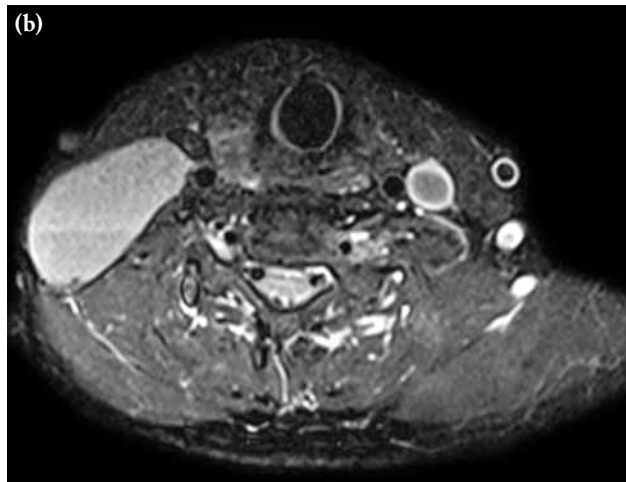
Şekil 1. Level 2, 3, 4 ve 5'i dolduran yumuşak kıvamlı 8x7 cm boyutlarında kitle.

Bu yazıda boynun yan tarafında radyolojik olarak lenfanjiyom öntanısı ile ameliyat edilen ve ameliyat sonrası patolojisi kistik papiller karsinom metastazı olarak bildirilen bir olgu sunuldu.

OLGU SUNUMU

Elli bir yaşında, erkek hasta, boynun sağ tarafında 20 yıldır bulunan ve yıllar içerisinde yavaş yavaş büyüyen, ağrısız kitle yakınması ile kliniğimize başvurdu.

Elle yapılan fizik muayenede boynun sağ tarafında level 2, 3, 4 ve 5'i dolduran sternokleidomastoid (SKM) kasını yana iten, yumuşak kıvamlı, yaklaşık 8x7 cm boyutlarında kitle tespit edildi (Şekil 1). Kitle, manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'sinde boynun sağ tarafında SKM kasının arkasında 30x52x65 mm boyutlarında T₁ ve T₂ sekanslarda hiperintens, yağ baskılı sekanslarda baskılanma göstermeyen, yoğun içerikli yapıda kistik lezyon olup öncelikli benign karakterde tümöral patolojilerden lenfanjiyom lehine yorumlandı (Şekil 2a, b). Kitlenin boyunda uzun süredir var olması ve fizik muayene ve radyolojik bulguların kuvvetle muhtemel lenfanjiyom ile uyumlu olması nedeniyle ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) yapılmadan hasta ameliyata alındı (Şekil 3). Ameliyat sırasında SKM kası altından başlayan, içi mavi-siyah renkli sıvı dolu kistik kitle çevre dokulardan künt diseksiyon yapılarak eksize edildi. Kist içeriğinin rengi göz önünde bulundurularak papiller tiroid kanseri metastazı olma ihtimali düşünüldü. Hastanın patoloji sonucunda papiller tipte büyüme odakları olan, kistin papiller komponentinde yer yer çentiklenme (groove) ve düzensizlik (irregularity) izlendi, bu durum papiller tiroid karsinomu metastazı lehine yorumlandı. İmmünohistokimya boyamalarında papiller tiroid kanser metastazlarında izlenebilen galektin-3, tiroid transkripsiyon faktörü (TTF-1) ve tiroglobulin ile kuvvetli boyanması da tanıyı doğrulamış olup insan kemik iliği endotel hücre (human bone marrow endothelial cell; HBME-1) ile de fokal pozitif boyanma olması nedeniyle brankiyal kleft kisti olasılığı dışlandı. Hastanın kesin patoloji sonucunun papiller karsinom metastazı olarak saptanması üzerine tiroide yönelik detaylı analiz yapıldı. Tiroid ultrason (US) incelemesinde sağ lobda en büyüğü 11x7 mm boyutlarında, hipoekoik, bazıları kaba kalsifiye, sol lobda ise en büyüğü 10x6 mm boyutlarında multipl nodüller izlendi. Boyun



Şekil 2. (a, b) T₂ koronal ve aksiyel planda manyetik rezonans görüntüleme hiperintens kitle, yağ baskılı sekanslarda baskılanma göstermeyen yoğun içerikli kistik kitle.



Şekil 3. Lateral boyun kitlesi eksizyonu, içi mavi-siyah renkli sıvı dolu kistik kitle.

ultrason incelemesinde sağda ön servikal zincirde uzun aksı 13 mm olan santral ekosunu yitirmiş multipl lenfadenopati (LAP)'ler izlendi. Tiroid sağ lob üstündeki şüpheli nodülden görüntüleme eşliğinde alınan İİAB sonucu karsinom olarak bildirildi. Tiroid İİAB sonucunun papiller karsinom olarak tespit edilmesi ve boyun US incelemesinde santral kompartmanda multipl şüpheli LAP'ler saptanması üzerine hastaya total tiroidektomi ve santral boyun kompartmanını da içeren tip 3 modifiye radikal boyun diseksiyonu ameliyatı yapıldı. Ameliyat sırasında tiroid dokusunda sağ lobda 1x1 cm'lik sert nodül olmak üzere her iki lobda multipl nodüller ele gelmekte idi. Total tiroidektomi sonrası boyun diseksiyonu sırasında sağda reküren larengeal sinir altında sert, fikse LAP saptanarak spesimene dahil edildi. Ameliyat sonrası muayenesinde sağ vokal kord paralitik izlendi. Ameliyat spesimenlerinin histopatolojik incelemesi sonucunda; tiroidektomi spesimeni papiller karsinom klasik tip, boyun diseksiyonu spesimeni ise sağ reküren larengeal sinir altından alınan LAP dokusunda papiller karsinom metastazı varlığı, beş adet reaktif LAP olarak bildirildi. Hastanın hem tiroid hem de boyun diseksiyonu histopatolojik incelemesi sonucunun papiller karsinom olarak tespit edilmesi üzerine hastaya 150 mCi aktivitede iyot-131 (I-131) tedavisi uygulandı. Radyoaktif iyot tedavisi sonrası ölçülen tiroglobulin seviyesinde artış izlenmedi. Altı ay sonra yapılan 5 mCi I-131 ile vücut tarama sintigrafisinde patolojik tutulum izlenmedi. Hastanın ameliyat sonrası altıncı ay muayenesinde sağ vokal kord hareketleri normaldi. Hastanın tiroglobulin seviyesi takibi, 1, 2. ve 5. yıl olmak üzere I-131 tüm vücut tarama sintigrafisi yapılması planlandı.

TARTIŞMA

Boyunda kistik kitle ile başvuran hastalarda ön planda brankiyal kleft kisti, teratom, dermoid kist, epidermo-

id kist, hemanjiyom ve kistik higroma gibi alışılmış kitleler akla getirilmelidir. Ancak ayırıcı tanıda kistik boyun metastazı ile seyreden malign hastalıklar mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Boyna kistik metastaz yapan hastalıklar arasında en sık görüleni tonsil dokusundan kaynaklanan skuamöz hücreli karsinomdur.^[7,8] Brankiyal kleft kist karsinomları ise tartışmalı bir konu olup, tanı için güçlü kriterler gerekmektedir.^[9,10] Nazofarenks kanserleri nadiren kistik servikal lenf nodu metastazı olarak da semptom verebilir. Bununla birlikte birincil tükürük bezi tümörlerinin kaynaklandıkları odakta klinik semptom vermeden de okült kistik servikal lenf nodu metastazı yaptıkları çok az sayıda olguda bildirilmiştir.^[7-11] Papiller tiroid kanseri tiroitte klinik olarak ele gelen nodül oluşturmaksızın servikal lenf nodu metastazıyla semptom verebilir.^[5-7,11-15] Okült papiller tiroid kanseri lenf nodu metastazları klinik olarak oldukça yavaş ilerleme gösterebilir.^[16] Bundan dolayı boyun kitlesi benign lezyonlarını klinik olarak taklit edebilir. Bizim hastamızda boyun kitlesi öyküsünün 20 yıldır var olması, radyolojik görüntülemelerinde kitlenin kistik ve sınırlarının düzgün, olması nedeniyle klinik ve radyolojik olarak papiller tiroid karsinom metastazından ziyade benign bir kitle olan lenfanjiyom olabileceği düşünüldü ve İİAB yapılmadan lenfanjiyom öntanısı ile kitle eksize edildi. Çünkü lenfanjiyom öntanısında İİAB'nin yeri tartışmalı olup, asıl tanı klinik ve radyolojik olarak konulmaktadır.^[17] Papiller karsinomun kistik lenf nodu metastazınının patolojik incelemesinde bazen sadece fokal değişiklikler veya nükleer değişiklikler görülebildiğinden yanlışlıkla brankiyal kleft kisti tanısı konulmaktadır. Bu durum da birincil tümör odağının tanı ve tedavisinde gecikmeye yol açmaktadır. Brankiyal kleft kistleri sarı sıvı içermesine karşın papiller tiroid kanserlerin büyük kistik metastazları mavi-siyah görülmekte ve çikolata kahverengi seröz sıvı içermektedir.^[16] Bundan dolayı kist içeriğinin rengi ayırıcı tanıda yardımcı olmaktadır. Bizim olgumuzda kistin içeriği mavi-siyah renkli olup ameliyat sırasında papiller kanser metastazı olma ihtimalini akla getirmiştir. Diğer bir ayırıcı tanı olan skuamöz hücreli karsinomların kistik metastazı genellikle 40 yaş üzerinde görüldüğünden hastanın yaşı da bu konuda önem arz etmektedir. Ayrıca bu kistler papiller tiroid kanserinin klasik papiller ve psammoma cisimciklerini patolojik olarak içermediği için benign kist olarak yanlış tanı konulabilir. Boyundan eksize edilen kistik kitlenin hematoksilen-eosin boyamadaki sitolojik özellikleri göz önünde bulundurularak papiller tiroid kanseri tanısı konulur, eğer halen şüpheli bir durum var ise immünohistokimyasal tiroglobulin ve TTF-1 ile boyanmalıdır. Kist eksizyonundan sonra tanı kesinleşirse tedavi olarak total tiroidektomi ile birlikte kistin olduğu tarafa santral boyun kompartmanını da içerecek şekilde modifiye radikal boyun diseksiyonu yapılmalıdır. Bu olgularda ameliyat sonrası tedavi amaçlı

radyoaktif iyot tedavisi, tiroglobulin seviyesi, I-131 tüm vücut tarama sintigrafisi ile yakın takibinin yapılması gerekmektedir.

Sonuç olarak, papiller tiroid kanserlerinin kistik lenf nodu metastazı ile seyretmesi nadir görülen bir durumdur. Bu nedenle boyunda kistik kitle yakınmasıyla başvuran hastaların ayırıcı tanısında papiller tiroid kanseri mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Bu olgularda tiroid muayenesi, US incelemesi ve nodül varlığında mutlaka İİAB yapılmalıdır.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Carcangiu ML, Zampi G, Pupi A, Castagnoli A, Rosai J. Papillary carcinoma of the thyroid. A clinicopathologic study of 241 cases treated at the University of Florence, Italy. *Cancer* 1985;15;55:805-28.
2. Carcangiu ML, Zampi G, Rosai J. Papillary thyroid carcinoma: a study of its many morphologic expressions and clinical correlates. *Pathol Annu* 1985;20:1-44.
3. Levy I, Barki Y, Tovi F. Cystic metastases of the neck from occult thyroid adenocarcinoma. *Am J Surg* 1992;163:298-300.
4. Tovi F, Zirkin H. Solitary lateral cervical cyst: presenting symptom of papillary thyroid adenocarcinoma. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1983;92:521-4.
5. Hedinger C, Williams ED, Sobin LH. The WHO histological classification of thyroid tumors: a commentary on the second edition. *Cancer* 1989;63:908-11.
6. Verge J, Guixá J, Alejo M, Basas C, Quer X, De Castro J, et al. Cervical cystic lymph node metastasis as first manifestation of occult papillary thyroid carcinoma: report of seven cases. *Head Neck* 1999;21:370-4.
7. Cinberg JZ, Silver CE, Molnar JJ, Vogl SE. Cervical cysts: cancer until proven otherwise? *Laryngoscope* 1982;92:27-30.
8. Hall SF, Dexter DF. Cystic cervical metastases are not branchiogenic carcinomas. *J Otolaryngol* 1993;22:184-9.
9. Martin H, Morfit HM, Ehrlich H. The case for branchiogenic cancer (malignant branchioma). *Ann Surg* 1950;132:867-87.
10. Khafif RA, Prichep R, Minkowitz S. Primary branchiogenic carcinoma. *Head Neck* 1989;11:153-63.
11. Micheau C, Cachin Y, Caillou B. Cystic metastases in the neck revealing occult carcinoma of the tonsil. A report of six cases. *Cancer* 1974;33:228-33.
12. Wallace MP, Betsill WL. Papillary carcinoma of the thyroid gland seen as lateral neck cyst. *Arch Otolaryngol* 1984;110:408-11.
13. Levert LM, Perre CI, Leguit P. Halscyste of metastase? Schijn bedriegt. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993;137:985-7.
14. Okumura M, Yasumitsu T, Kotake Y, Ohta M, Ohshima S, Miyauchi A. Three cases of occult thyroid cancer with mediastinal lymph node metastasis manifesting as a mediastinal cyst. *Nihon Kyobu Geka Gakkai Zasshi* 1990;38:2307-13. [Abstract]
15. Hwang CF, Wu CM, Su CY, Cheng L. A long-standing cystic lymph node metastasis from occult thyroid carcinoma-report of a case. *J Laryngol Otol* 1992;106:932-4.
16. McDermott ID, Watters GW. Metastatic papillary thyroid carcinoma presenting as a typical branchial cyst. *J Laryngol Otol* 1996;110:490-2.
17. Shahi M, Bagga PK, Mahajan NC. Cervical cystic lymphangioma in an adult, diagnosed on FNAC. *J Cytol* 2009;26:164-5.