



Beklenmedik Bir Yerleşim Gösteren Ektopik Paratiroid Adenom Olgusu

A Case of Ectopic Parathyroid Adenoma at an Unexpected Location

Halil İbrahim Taşcı¹, Mehmet Erikoğlu²

¹TC Sağlık Bakanlığı Reyhanlı Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, HATAY

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, KONYA

Cukurova Medical Journal 2015;40 (Ek Sayı 1):127-130.

ABSTRACT

Ectopic parathyroid tissue can be seen at any location from the mandibula to the mediastinum. The main problem in parathyroid surgery are determination of these ectopic parathyroid tissues' location and their resection. About 1-2% of patients with hyperparathyroidism have a deep mediastinal located parathyroid and transsternal or transthoracic approach should have to be employed most of the time.

The 63-year-old female patient, presenting with widespread joint pain and fatigue complaints going on for about a year, was diagnosed with parathyroid adenoma in the mediastinal area as shown by the results of analyses conducted upon the detection of high levels of calcium and parathormone. Accordingly she was taken into surgery with a cervical incision and adenoma in a posterior localization in the carotid artery sheath on the upper mediastinum was seen. The patient, whose calcium, phosphor, and parathormone levels returned to normal levels following the surgery, was discharged with no problems on post-op day 2.

Consequently, parathyroid is a tissue whose atypical localization is quite frequent. Nevertheless, atypical localized parathyroid surgeries can be performed by experienced surgeons without having to resort to a secondary procedure with minimally invasive methods with the contribution of localization studies before and/or during the procedure.

Key words: Adenoma, ectopic, parathyroid

ÖZET

Ektopik paratiroid dokusu mandibuladan mediastene kadar herhangi bir lokalizasyonda görülebilir. Paratiroid cerrahisinde asıl sorun bahsi geçen ektopik paratiroid dokularının lokalizasyonunun belirlenmesi ve rezeksiyonudur. Hiperparatiroidisi olan hastaların %1-2'sinde derin mediastinal yerleşimli paratiroid olmakta ve çoğu zaman transsternal ya da transtorasik yaklaşım gereksinimi ortaya çıkabilmektedir.

Yaklaşık 1 yıldır devam eden yaygın eklem ağrısı ve halsizlik şikayeti ile başvuran 63 yaşında bayan hastada, kalsiyum ve parathormon yüksekliği saptanması üzerine yapılan tetkikler neticesinde mediastinal bölgede paratiroid adenomu saptandı. Bu nedenle servikal kesi ile yapılan ameliyatta üst mediastende, karotis arter kılıfı içerisinde, posterior lokalizasyonda yerleşmiş adenom tespit edildi ve sağlam cerrahi sınırla beraber çıkarıldı. Ameliyat sonrasında kalsiyum, fosfor ve parathormon seviyeleri normale dönen hasta 2. gün sorunsuz taburcu edildi.

Sonuç olarak paratiroid, atipik yerleşimi oldukça sık görülebilen bir dokudur. Buna rağmen, atipik yerleşimli paratiroid cerrahisi tecrübeli ellerde, işlem öncesinde ve/veya esnasında yapılacak lokalizasyon çalışmalarının da katkısı ile ikincil bir cerrahiye ihtiyaç bırakmadan, minimal invazif yöntemlerle başarılı bir şekilde yapılabilmektedir.

Anahtar kelimeler: Adenom, ektopik, paratiroid.

GİRİŞ

Primer hiperparatiroidizm, paratiroid bezlerinin aşırı fonksiyon göstermesi sonucunda paratiroid hormon seviyesinde artışa yol açan klinik tablodur. Bu tablonun sebebinin %80-85 oranında soliter paratiroid adenomu, %10-20 hiperplazi, %1 olguda ise paratiroid kanseri olduğu bildirilmektedir¹. Sporadik primer hiperparatiroidizm olgularının yaklaşık %95'i tecrübeli bir cerrah tarafından, ameliyat öncesi ya da ameliyat esnasında yapılacak özel lokalizasyon çalışmalarına gerek kalmadan, yapılan ilk boyun eksplorasyonunda tedavi edilebilmektedir². Bununla birlikte paratiroid cerrahisinde asıl sorun ektopik paratiroid dokularının lokalizasyonunun belirlenmesi ve rezeksiyonudur³. Cerrahi sonrasında kalıcı ya da tekrar eden hiperparatiroidi olgularının çoğunda sebep ektopik ya da normalden fazla sayıda paratiroid dokusu olmasıdır. Özellikle mediastende yerleşmiş ektopik paratiroid patolojileri ultrasonografik değerlendirmede gözden kaçabilmektedir. Bu şekilde, ilk cerrahi girişimi başarısızlıkla sonuçlanan 10 hastanın 4 ünde ameliyat öncesi spesifik lokalizasyon çalışmaları yapılmadığı takdirde 2 ya da daha çok sayıda re-eksplorasyon gereksinimi olmaktadır⁴.

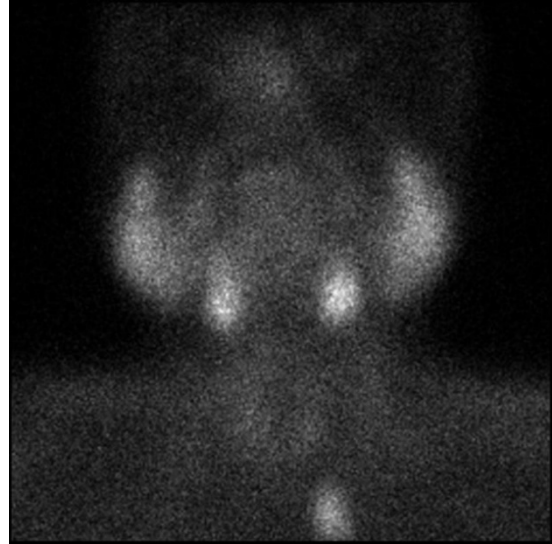
Bu olguda mediastinal bölgede, karotis kılıfı posteriorunda ektopik olarak yerleşmiş ve yapılan ilk ameliyatta başarılı şekilde eksize edilen paratiroid adenomu literatür verileri eşliğinde sunulmuştur.

OLGU

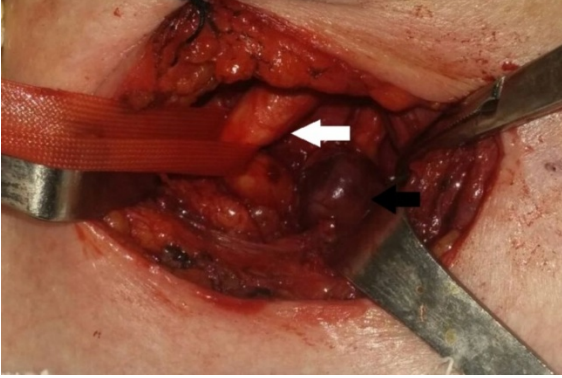
Yaklaşık 1 yıldır devam eden yaygın eklem ağrısı ve halsizlik şikayeti ile başvuran 63 yaşında bayan hastanın fizik muayenesinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Yapılan tahlillerinde kalsiyum 12,1mg/dL, Fosfor 2,02mg/dL, parathormon 218 pg/ml olarak ölçüldü. Bilinen ek bir rahatsızlığı olmayan hastada ön planda adenom düşünülerek ultrasonografi istendi. Yapılan ultrasonografide herhangi bir patoloji saptanmaması üzerine ektopik

yerleşimli bir odak şüphesiyle paratiroid sintigrafisi (Tc-99m MIBI) yapıldı ve sol tiroid lobu inferiorunda, mediastinal bölgede paratiroid adenomu ile uyumlu olduğu düşünülen fokal artmış radyoaktivite tutulumu izlendi (Resim 1). Bunun üzerine hastaya cerrahi müdahale planlandı.

Hastaya öncelikle servikal blok sonrasında minimal invazif paratiroidektomi planlandı. Yapılan servikal kesi ile sol taraf tiroid loju eksplere edildi. İlk planda patolojik bir dokuya rastlanmaması üzerine genel anestezi sonrasında eksplorasyon sahası üst mediastene doğru genişletildiğinde karotis arter kılıfı içerisinde, posterior lokalizasyonda yerleşmiş yaklaşık 1x1x2,5 cm ebadında adenom ile uyumlu olabilecek doku tespit edildi ve sağlam cerrahi sınırla beraber total olarak eksize edildi (Resim 2, 3). Ameliyat sonrası 1. günde yapılan değerlendirmelerde kalsiyum 8,2mg/dL, fosfor 3,8mg/dL ve parathormon 12pg/ml olarak ölçüldü. Bunun üzerine hasta 2. günde sorunsuz şekilde taburcu edildi. Çıkarılan piyesin patolojik tanısı adenom olarak raporlandı. 2. ayda yapılan kontrolleri esnasında herhangi bir patolojiye rastlanmadı.



Resim 1. Atipik yerleşimli paratiroid adenomunun sintigrafik görünümü.



Resim 2. Adenomun ameliyat esnasında görüntüsü (Beyaz ok: askıya alınmış karotis arter, Siyah ok: paratiroid adenomu).



Resim 3. Ameliyat piyesinin görüntüsü

TARTIŞMA

Hiperkalsemi en sık görülen metabolik hastalıklardan birisidir ve çok farklı patolojilere bağlı ortaya çıkabilmektedir. Bunlar arasında maligniteler, primer hiper paratiroidizm, D vitaminine bağlı hiperkalsemi sık görülen sebepler arasında yer alırken ilaca bağlı hiperkalsemi, immobilizasyon, tüberküloz, sarkoidoz ve rabdomiyoliz gibi patolojiler daha nadir görülen sebepler arasında yer almaktadır⁵. Hastalığın etyolojisini ortaya koymak oldukça önemlidir. Çünkü sonrasında yapılacak olan tedavi altta yatan patolojiye göre oldukça farklılıklar gösterebilmektedir⁵. Bizim olgumuz da yaygın

eklem ağrısı sonrasında saptanan hiperkalsemi nedeni ile kliniğimize başvurmuştur.

Paratiroid ile alakalı patolojiler ve diğer etyolojik sebepleri ayırt etmede parathormon seviyeleri önemlidir. Paratiroid karsinomu, atipik paratiroid adenomu ve paratiromatozis primer hiperparatiroidinin nadir görülen sebeplerindendir ve tüm olguların yaklaşık %2 sini oluşturmaktadır⁶. Sunulan vakada da parathormon yüksekliği nedeni ile ameliyat öncesi yapılan tetkiklerde ektopik yerleşimli paratiroid adenomu saptanmıştır.

Paratiroid bezlerinin atipik yerleşimi embriyolojik göç esnasında oluşan anormal ilerleyişle ilişkilendirilmektedir. Ektopik paratiroid dokusu mandibuladan mediastene kadar herhangi bir lokalizasyonda görülebilir⁴. En sık görülen ektopik yerleşim alanı, %27-33 oranında trakeoözofageal oluktur. Daha sonra sıklık sırasına göre timus, tiroid dokusu, karotis kılıfı, retroözofageal bölge, mediasten ve boyunda strep kaslarda ektopik doku gözlenir⁷. Sunduğumuz olguda ameliyat esnasında üst mediastende, karotis posterior kılıfı içerisinde yerleşmiş ektopik paratiroid adenomu saptanmıştır.

Günümüzde her 4 paratiroid bezinin eksplorasyonunun yapıldığı klasik yöntem yerini minimal invazif cerrahiye bırakmaktadır. Bu yöntem sayesinde morbidite ve mortalite oranlarında düşüş sağlanmakta, operasyon süresi kısalmakta ve kozmetik açıdan da daha kabul edilebilir sonuçlara ulaşılmaktadır. Gerek minimal invazif cerrahi mümkün kılmak, gerekse ektopik yerleşimli paratiroid adenomlarının tespitini sağlayarak başarısız ve tekrar eden cerrahinin önüne geçebilmek için ameliyat öncesi ve esnasında yapılacak lokalizasyon çalışmaları oldukça önem arz etmektedir. Ultrasonografi, Tc-99m MIBI sintigrafisi, manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografi ve bu noninvazif yöntemlerin başarısız olduğu durumlarda parathormon için yüksek selektif venöz kataterizasyon gibi yöntemler lokalizasyon belirlemede kullanılabilir⁶. Bizim olgumuzda da ameliyat öncesi lokalizasyon belirlemek açısından ultrasonografi yapılmış; fakat

herhangi bir patoloji tespit edilememesi üzerine ektopik yerleşimli bir adenom olabileceği düşünülerek Tc-99m MIBI sintigrafisi yapılmış ve tanı doğrulanmıştır. Bunun üzerine hastada sadece sol alt taraf eksplore edilmiş, diğer paratiroidlere herhangi bir müdahaleye gerek kalmamıştır.

Her ne kadar paratiroid bezlerinin %15 ile %20 si anormal yerleşimli olsa da bunların da büyük çoğunluğu servikal kesiden yapılacak eksplorasyonla rahatlıkla eksize edilebilmektedir⁸. Bununla birlikte hiperparatiroidisi olan hastaların %1-2'sinde derin mediastinal yerleşimli paratiroid olmakta ve çoğu zaman transsternal yada transtorasik yaklaşım gereksinimi ortaya çıkabilmektedir⁸. Olgumuzda da mediastende ve karotis kılıfı içerisinde olması nedeni ile nadir görülen bir yerleşim saptanmış olmasına rağmen yapılan servikal kesiden başarılı bir şekilde çıkarılmış, böylelikle herhangi bir transsternal ya da transtorasik girişim ihtiyacı olmamıştır.

Sonuç olarak paratiroid atipik yerleşimi oldukça sık görülebilen bir dokudur. Buna rağmen, atipik yerleşimli paratiroid cerrahisi tecrübeli ellerde, işlem öncesinde ve/veya esnasında yapılacak lokalizasyon çalışmalarının da katkısı ile ikincil bir müdahaleye ihtiyaç bırakmadan, minimal invazif yöntemlerle başarılı bir şekilde yapılabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Carling T, Udelsman R. Advancements in the surgical treatment of primary hyperparathyroidism. *Problems in general surgery*. 2003;20:31-7.
2. Van Heerden JA, Grant CS. Surgical treatment of primary hyperparathyroidism: an institutional perspective. *World J Surg*. 1991;15:688-2.
3. Arnault V, Beaulie A, Lifante JG, Sitqes Serra A, Sebaq F, Mathonnet M et al. Multicenter Study of 19 Aortopulmonary Window Parathyroid Tumors: The Challenge of Embryologic Origin. *World J Surg*. 2010;34:2211-6.
4. Uludag M, Isgor A, Yetkin G, Atay M, Kebudi A, Akgun I. Supernumerary ectopic parathyroid glands. Persistent hyperparathyroidism due to mediastinal parathyroid adenoma localized by preoperative single photon emission computed tomography and intraoperative gamma probe application. *Hormones*. 2009;8:144-9.
5. Gurrado A, Marzullo A, Lissidini G, Lippolis A, Rubini D, Lastilla G et al. Substernal oxyphil parathyroid adenoma producing PTHrP with hypercalcemia and normal PTH level. *World Journal of Surgical Oncology*. 2008;6:24-8.
6. Fernandez-Ranvier GG, Khanafshar E, Jensen K, Zarnegar R, Lee J, Kebebew E et al. Parathyroid Carcinoma, Atypical Parathyroid Adenoma, or Parathyromatosis? *American Cancer Society*, 2007;110:255-4.
7. Kara M, Güngör A. Timus Yerleşimli Ektopik Paratiroid Adenomuna Bağlı Primer Hiperparatiroidizm Olgusu. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2001;49:497-9.
8. Alesina P, Mahlstedt J, Walz M. Thoracoscopic Removal of Mediastinal Hyperfunctioning Parathyroid Glands: Personal Experience and Review of the Literature. *World J Surg*. 2008;32:224-1.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

Dr. Halil İbrahim Taşçı
TC Sağlık Bakanlığı Reyhanlı Devlet Hastanesi
Genel Cerrahi Kliniği
HATAY
E-mail: okcu1@mynet.com

Geliş tarihi/Received on : 06.05.2015

Kabul tarihi/Accepted on: 22.06.2015