

AYNI TİROİD NODÜLÜNDE PAPİLLER VE FOLİKÜLER KARSİNOM; OLGU SUNUMU

PAPILLARY AND FOLLICULAR CARCINOMA IN THE SAME THYROID NODE; CASE REPORT

Salih TUNCAL¹, Yılmaz ÜNAL¹, Eylem Pınar ESER²

¹SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Altındağ, Ankara

²SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Altındağ, Ankara

Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg. (Med. J. Ankara Tr. Res. Hosp.) Cilt / Volume: 52 Sayı / Number: 1 Yıl / Year: 2019 ISSN:1304-6187
Sayfa/Page :93-94

Geliş Tarihi / Submitted : Kasım 2018 / November 2018

Kabul Tarihi / Accepted : Ocak 2019 / January 2019

ÖZET

Papiller tiroid kanseri (PTK) ve foliküler tiroid kanseri (FTK) sırasıyla en sık görülen tiroid kanserleridir. Bu iki differansiye tiroid kanserinin (DTK) aynı olguda görülmesi oldukça enderdir. Soliter tiroid nodülünde 3 farklı odakta, 2 farklı tiroid kanser türünün olduğunu tespit ettiğimiz olgumuzu literatür eşliğinde değerlendirdik.

Anahtar Kelimeler: Papiller ve foliküler karsinom, tiroid kanserleri

GİRİŞ

PTK ve FTK birbirlerinden tanısal değerlendirme, klinik özellikler ve cerrahi tedavileri açısından farklılıklar gösterirler (1). PTK'ya ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) ile tanı konulurken, FTK'nın tanısında foliküler lezyonda kapsül ve/veya damar invazyonunun gösterilmesi gerekir, ayrıca FTK'nın kan yoluyla uzak metastaz yapma potansiyeli vardır (2). Bu iki tiroid kanserinin aynı tiroid lobunda görülmesi enderdir. Bizim olgumuzda, aynı soliter nodülde PTK ve FTK odakları tespit edildi. Hastanın tedavi ve takip protokolü bu patolojik ayırım ile şekillendi.

OLGU SUNUMU

Kırk dört yaşında kadın hastanın tiroid ultrasonografisinde sağ lobda 33x25 mm ebatlarında lineer kalsifiye odaklar içeren, heterojen ekoda, periferik ve santral vaskülarizasyon gösteren solid nodül görüldü. Nodüle yapılan ince iğne biyopsisi foliküler neoplazi olarak raporlandı. Bilateral total tiroidektomi ve santral boyun diseksiyonu yapıldı. Patoloji raporunda; nodülde 2 odakta PTK ve bir odakta FTK (**Resim 1 ve 2**), 3 adet reaktif lenf nodülü ve diğer tiroid dokusunda kronik lenfositik tiroidit belirlendi.

Cerrahi tedavisi sonrası hastada komplikasyon görülmedi. Hasta I¹³¹(İyot 131) ablasyon tedavisi için medikal onkolojiye gönderildi.

ABSTRACT

Papillary thyroid cancer (PTC) and follicular thyroid cancer (FTC) are the most common thyroid cancers. It is rare to see these two differentiated thyroid cancers (DTC) in the same patient. In our study, we found two different types of thyroid cancer in 3 different foci of solitary thyroid nodules.

Keywords: Papillary and follicular carcinoma, thyroid cancers

TARTIŞMA

Tiroid kanserlerinin önemli bir kısmı folikül hücrelerinden kaynaklanırlar. Bu kanserlerin %70-90'ını DTK oluşturur. DTK'nin %55-65'i papiller, %15-25'i foliküler kanserlerden oluşur. Folikül hücrelerinden kaynaklanan ve tiroid kanserlerinin %15-45'ine karşılık gelen ikinci tiroid kanserleri ise az differansiye ya da anaplastik kanserlerdir. Prognozu en iyi olanlar papiller, en kötü olanlar ise anaplastik kanserlerdir. Parafoliküler hücrelerden (C hücreleri) medüller tiroid kanseri (MTK) tiroid kanserlerinin %5-10'unu oluşturur (3). İİAB sonucunda foliküler neoplazi şeklinde tanımlanan nodüllerde kanser olasılığı %15-20 civarındadır. İİAB ile papiller, medüller ve anaplastik karsinom tanısı konulabilirken, foliküler karsinom ve foliküler adenom tanıları konulamaz. Foliküler karsinom ve foliküler adenom ayırımı yapılabilmesi için kapsül ya da vasküler invazyonun gösterilmesi gerekir. İİAB materyalinde ise bunu göstermek mümkün değildir. Bu nedenle materyal foliküler neoplazi olarak tanımlanır. Foliküler neoplazi nedeniyle opere edilen hastaların %20-25'inde foliküler karsinom, geri kalan %75-80'inde ise foliküler adenom tespit edilmektedir (4). İİAB sonucu soliter adenom ve foliküler neoplazi olanlar için lobektomiyle birlikte yapılan istemektomi tedavisi yeterli görülmektedir. Foliküler neoplazide %15-20 malignite oranı beklenir ve peroperatif frozen incelemesi yeterli sonuç

Sorumlu Yazar / Corresponding Author:

Salih TUNCAL

SBÜ Ankara EAH / Genel Cerrahi Kliniği / A Blok 1. Kat Altındağ/ANKARA

Gsm: +90 535 968 74 79 E-posta: tuncal@myynet.com

vermez. Postoperatif patolojik inceleme FTK olursa tamamlayıcı total tiroidektomi yapılmalıdır (5).

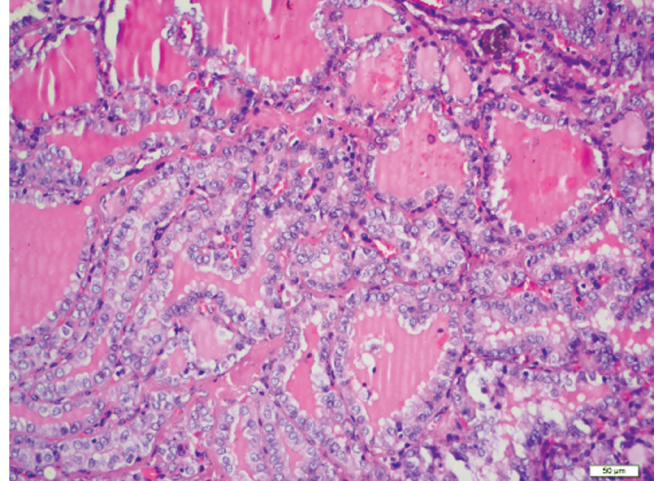
Erikoğlu ve arkadaşları çalışmalarında, İİAB sonucu olarak foliküler neoplazi tespit edilen hastalara geleneksel cerrahi yaklaşımın neoplazinin olduğu tarafa hemitiroidektomi olduğunu ancak sekonder tiroidektominin geçici ve kalıcı komplikasyonlarından korumak ve papiller tiroid kansinomu ile foliküler adenomların birlikte görülme oranlarının yüksek olması nedeniyle ameliyat öncesi dönemde İİAB'de foliküler neoplazi tespit edilen vakalarda aynı tarafta ya da karşı tarafta nodüller tespit edilmiş ise cerrahi tedavinin total tiroidektomi olması gerektiğini söylemişler (6). Biz de vakamızda aynı kaygılarla ilk seansta total tiroidektomi uyguladık.

Tiroid papiller kansinomu lezyonlarının çoğu foliküler ve papiller yapıları birlikte bulundurur (7). Eskiden tiroid kanseri %50'den fazla foliküler yapı taşıyorsa FTK olarak tanımlanırdı, ancak son zamanlarda, foliküler yapıların yüzdesi göz önüne alınmayarak nükleer sitolojiye göre karar verilmektedir (8). Böylece PTK'nın foliküler varyantı ile FTK'nın ayırımını yapmak biraz daha kolay hale gelmiştir.

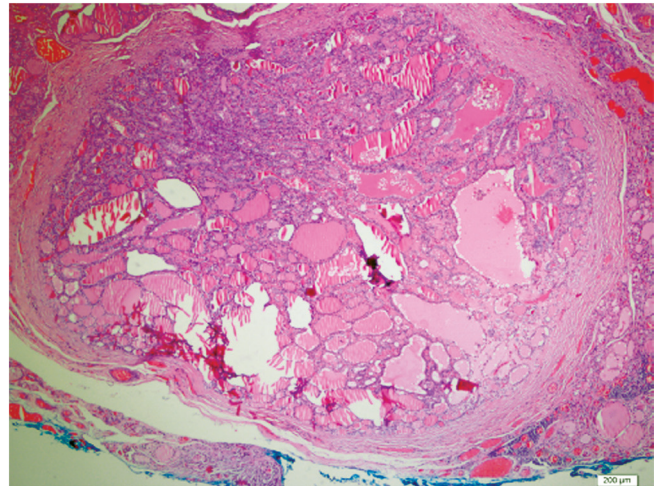
Tiroidin diferansiye kanserleri aynı olguda birden fazla odakta görülebilir. Ancak farklı tiplerinin aynı olguda görülmesi çok sık değildir. Bizim olgumuzun özelliği ise, aynı nodülde farklı hücre tiplerinden kaynaklanan DTK'nın olmasıdır. Bizim olgumuzda da bu ayırım yapılabilmiş ve tedavi/takip sürecinin yönetilmesine olanak sağlamıştır.

SONUÇ

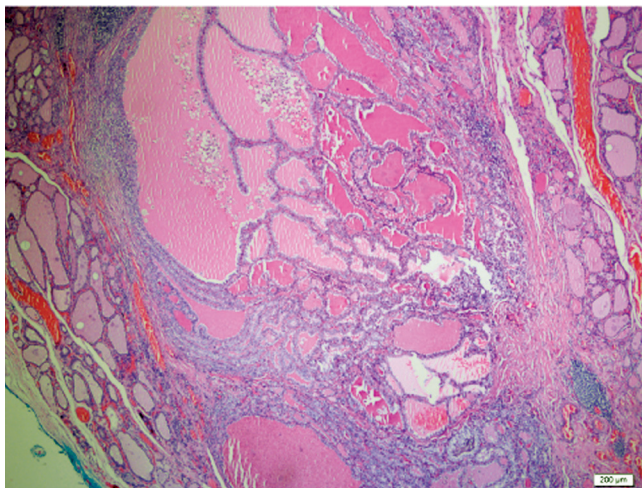
Tiroidin iyi diferansiye kanserlerinden PTK ve FTK ender olmasına rağmen aynı nodülde birlikte görülebilmektedir. Bu ayırımın yapılması FTK'nın metastaz yapma potansiyeli nedeniyle önemlidir. Nükleer sitolojik inceleme sayesinde bu ayırım tespiti kolaylaşmıştır. Sunulan olgunun bilgilendirilmiş onamı alınmıştır.



Resim 1b: 2. Odak olarak tanımlanan PTK'un veziküle nükleusları (H-E x 200)



Resim 2: FTK ile aynı lobda bulunan 3. tümör odağı olan PTK (mikrokarsinom) (H-E x40)



Resim 1: FTK ile aynı lobda bulunan 2. tümör odağı olan PTK (mikrokarsinom) (H-E x40)

KAYNAKLAR

- 1.)Yıldız MG, Aydın S, Şanlı A ve ark. Tiroid Papiller Karsinom Foliküler Varyant: Nasıl Bir Cerrahi Yaklaşım? Med Bull Haseki 2014; 52(4): 306-9.
- 2.)Eyibilen A, Aladağ İ, Güven M ve ark. Surgical approach to encapsulated follicular variant of papillary thyroid carcinoma: a report of three cases. Kulak Burun Bogaz İhtis Derg 2008; 18(6): 384-388
- 3.)Önsel Ç. Tiroid kanserlerinin tanı ve tedavisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Tiroid Hastalıkları Sempozyumu 15 Ekim 1999, İstanbul, s. 49-68.
- 4.)Castro MR, Gharib H. Continuing controversies in the management of thyroid nodules. Ann Intern Med 2005; 142: 926- 931.
- 5.)Erbil Y. Tiroid Nodüllerine ve Tiroid Kanserlerine Cerrahi Yaklaşım. In: Erdoğan MF. Tiroid Bülteni 3 rd. İstanbul: Deha Ozalit, 2009: 6-7.
- 6.)Erikoğlu M, Çolak B, Aksoy F ve ark. Foliküler adenom ile papiller kansinom ilişkisi. Turk J Surg 2011; 27(3): 133-6.
- 7.)Wu HH, Jones JN, Grzybicki DM et all. Sensitive cytologic criteria for the identification of follicular variant of papillary thyroid carcinoma in fine-needle aspiration biopsy. Diagn Cytopathol 2003; 29: 262-6.
- 8.)Baloch ZW, LiVolsi VA. Encapsulated follicular variant of papillary thyroid carcinoma with bone metastases. Mod Pathol 2000; 13: 861-5.