

# Solunum sıkıntısı sebebi olarak tiroid papiller karsinomu

Giray Aynalı\*, Hasan Yasan\*, Mustafa Tüz\*, Metin Çiriş\*\*, Orhan Oyar\*\*\*

\*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları AD,

\*\*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD,

\*\*\*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji AD,

## Özet

Papiller tiroid karsinomu (PTK) primer olarak lenfatik yol ile yayılım gösterir. Bu nedenle hastalar sıklıkla boyunda kitle şikayeti ile hekime başvurmaktadırlar. PTK, nadir de olsa direkt invazyon veya metastaz yoluyla larenkse yayılım gösterir ve bu bölgeye özgü ses kısıklığı, nefes darlığı gibi şikayetler de boyunda kitleye eşlik edebilir. Bu çalışmada seste boğukluk ve nefes darlığı primer şikayetleriyle göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran ve KOAH tedavisi alan daha sonra kliniğimizde konsülte edilen 51 yaşında PTK olgusu sunulmuştur. Yapılan fizik muayenede tiroid kartilaj seviyesinde, orta hattın sağında, 3x3 cm boyutlarında, sert kitle palpe edildi. Direkt laringoskopide larengeal lümeni sağdan daraltan, subglottik vejetan kitle saptandı. Boyundaki kitleden alınan ince iğne aspirasyon biyopsi sonucu malign kuşkulu sitoloji olarak geldi. Süspansiyon laringoskopi ile larenksteki vejetan kitleden alınan biyopsi papiller tiroid karsinom olarak rapor edildi. Hastaya total tiroidektomi, total larenjektomi, bilateral fonksiyonel boyun diseksiyonu uygulandı. Cerrahi sonrasında <sup>131</sup>I ve tiroid replasman tedavisine alındı. Solunum sıkıntısı ve seste boğukluk şikayetleri ile başvuran hastada larenksin PTK ile invazyonu da ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Papiller tiroid karsinomu, Larenks, Total larenjektomi, Dispne

## Abstract

### Thyroid papillary carcinoma leading to dispnea

Papillary thyroid carcinoma (PTC), metastasizes and invades primarily spreading through lymphatics. For this reason, patients mostly presents with the complaints of neck mass. PTC rarely spreads to larynx by direct invasion or by metastasis. Symptoms like hoarseness and dyspnea can accompany to the mass in the neck. In this study, a case at 51 taking current COPD treatment and with PTC who admitted to the hospital with hoarseness and dyspnea was presented. In physical examination, a rigid mass with 3 x 3 cm of diameter was palpated in the right neck, at the level of the thyroid cartilage. In direct laryngoscopy, a subglottically located vejetan mass which narrowed the laryngeal lumen from right was determined. Fine needle aspiration biopsy revealed a suspicious malignancy. Biopsy which was taken from the vejetan mass with direct laryngoscopy method resulted in papillary thyroid carcinoma. The patient underwent an operation of total laryngectomy, total thyroidectomy and bilateral functional neck dissection. After the surgery, <sup>131</sup>I and thyroid replacement treatment was administered to the patient. PTC invasion to larynx must be kept in mind in differential diagnosis when a patient applies to the clinic with dyspnea and hoarseness

**Key words:** Papillary thyroid carcinoma, Larynx, Total laryngectomy, Dispnea

Bu çalışma 07-09 Ekim 2004 tarihleri arasında Ankara'da düzenlenen Uluslararası Katılımlı Otorinolarenjoloji 2004 Güncel Yenilikler Sempozyumunda poster olarak sunulmuştur.

## Giriş

PTK, tüm tiroid kanserlerinin %80'ini oluşturur. Her yaşta, sıklıkla da 30-40 yaşlarında gözlenir(1,2). Kadınlarda erkeklere göre üç kat ve beyaz ırkta siyah ırka göre daha fazladır (3). Primer yayılım yolu lenfatik yol olan PTK, %10 oranında kapsülü geçerek çevre dokulara yayılım yapabilir(4,5). Lokal invazyonlar içinde larenks tutulum oranı %12, trakea tutulum oranı %37'dir (6).

**Yazışma Adresi:** Giray AYNALI  
Anadolu Mah. D.S.İ. Refah Evl.  
B Bl. No:8 32200 - ISPARTA  
Telefon: 0 246 2238633 Faks : 0 246 2371762  
E-mail : girayaynali@hotmail.com

## Olgu

Göğüs hastalıkları kliniğine nefes darlığı şikayeti ile başvuran ve KOAH tanısı ile bir aydır bronkodilatör tedavi almakta olan 51 yaşındaki erkek hasta, seste boğukluk nedeni ile kliniğimizde konsülte edildi. Nefes darlığı ve seste boğukluk dışında şikayeti olmayan hasta, sorgusunda şikayetlerinin üç aydır mevcut olduğunu ve zamanla arttığını ifade ediyordu. Ayrıca hastanın iki yıldır diyabet nedeni ile oral anti diyabetik, dört yıldır hipertansiyon nedeni ile antihipertansif tedavi aldığı, on yıl süre ile günde

bir-iki adet sigara içtiği ve iki yıl önce bıraktığı öğrenildi.

Hastanın fizik muayenesinde boyunda orta hattın sağında, tiroid kartilaj alt seviyesinden krikoid kartilaj seviyesine uzanan, 3x3 cm boyutlarında, sert, fikse kitle palpe edildi. Tiroid, orta hattın hafif sağındaki kitle dışında normal olarak değerlendirildi. Her iki submandibuler bölgede birkaç adet lenf bezi palpe edildi. Yapılan direkt laringoskopide subglottik bölgede, lümeni sağdan daraltan vejetan kitle saptandı (Resim 1). Her iki aritenoidler hareketli ve kord vokaller salim idi. Diğer sistemlere ait bulgular doğal idi. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde tam kan ve rutin biyokimya değerlerinin ve tiroid fonksiyon testlerinin normal değerlerde olduğu görüldü.

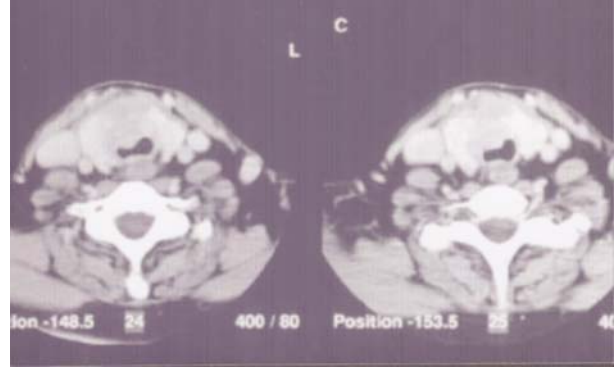


Şekil 1. Subglottik bölgedeki vejetan kitlenin endoskopik görünümü.

Ultrasonografide tiroide her iki tiroid lobu inferior kesimde, boyutları yaklaşık 4-5 mm olan solid hipoekoik nodüller mevcuttu. İstmus ve her iki lob medialinde kartilaj dokusu ile tiroid dokusu arasındaki sınır kaybolmuştu, (Kartilaj invazyonu ?). Bu lokalizasyonda yaklaşık 3,5 cm çapında, multipl sayıda hipoekoik solid nodüller içeren kitle lezyonu vardı. Bilgisayarlı tomografide her iki submandibuler bölgede en büyüğünün çapı 12 mm olan birkaç adet lenfadenopati izlendi. Subglottik bölgede 5x3x3,5 cm boyutlarında, krikoid kıkırdağı destrükte eden ve trakea hava sütununa belirgin bası oluşturan kitle lezyonu ve lezyonun alt kesiminde, ön kısımda lenf nodları izlendi (Resim 2). Tiroid sintigrafide her iki lobda non-homojen aktivite tutulumu, şekil ve kenarlarda düzensizlik, sol lob alt kısım ve istmus komşuluğunda lineer aktivite tutulumu tespit edildi. Üç fazlı tüm vücut kemik sintigrafisinde kemik metastazı saptanmadı.

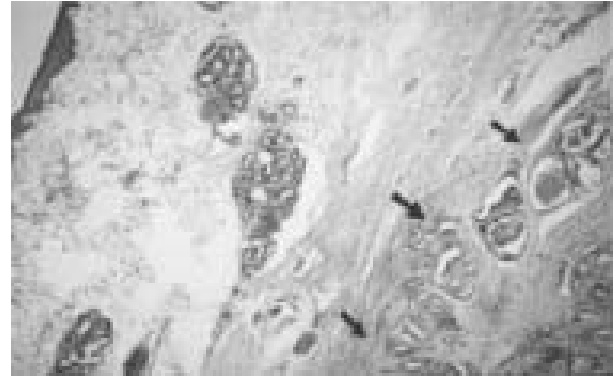
Kitleden ince iğne aspirasyon biyopsisi alındı. Genel anestezi altında süspansiyon laringoskopi ile larengeal kitleden biyopsi alınarak aynı seansta trakeotomi

açıldı. İnce iğne aspirasyon biyopsinin sonucu malign kuşkulu sitoloji, larengeal biyopsinin sonucu papiller tiroid karsinom olarak rapor edildi (Resim 3, 4).



Şekil 2. Subglottik bölgeye uzanan, kartilaj invazyonu yapan ve tiroid bezini destrükte eden kitlenin larenks BT görünümü

Hastaya total tiroidektomi + total larenjektomi + bilateral fonksiyonel boyun diseksiyonu operasyonu uygulandı. Operasyonda çıkarılan spesimende yapılan patolojik incelemelerde primer tümörün en büyük çapının 4,5 cm olduğu, her iki lobu ve istmusu tuttuğu, krikoid, tiroid ve trakeal kartilajları invaze ettiği, trakea mukozasını invaze ettiği rapor edildi. Boyun diseksiyonu materyallerinde yapılan çalışmalarda sol boyunda metastaz olmadığı, sağ boyunda iki adet ve paratrakeal lenf nodlarında yedi adet metastatik lenf nodu bulunduğu rapor edildi (Evr IVa, PTK- T4a+ N1b).



Şekil 3. Tiroid papiller karsinomu kord vokal invazyonu. Tümör oklarla gösterilmiştir. (HE 40X)

Postoperatif dönemde, komplikasyon gelişmeyen hasta yirminci günde taburcu edildi. Tiroid hormon ve kalsiyum replasman tedavisi başlanan hastaya üç ay sonra Blom-Singer tatbiki yapıldı. Cerrahi sonrasında, farklı bir merkezde <sup>131</sup>I tedavisi de alan hasta, tiroid replasman tedavisine alındı. Bir yıldır takip edilen hastada herhangi bir nüks bulgusuna rastlanmadı.

### Tartışma

PTK, tiroidin en sık görülen malign tümörüdür. Kadınlarda erkeklerden daha sık görülür (7). PTK, sessiz seyri ve yavaş davranışı ile bilinir (4). Nadiren larenks tutulumu gösteren PTK, %46-90 oranlarında servikal lenf nodu metastazı gösterir (5). Gizli servikal metastaz oranı %70-80' dir (8). PTK'larla ilişkili metastatik odaklar lenf nodlarının sinüzoidlerinde sınırlı kalır ve nadiren kapsüle erişir (9). Bizim olgumuzda larenks invazyonu ile birlikte servikal lenf nodu tutulumu da mevcuttu.



Resim 4. Tiroid papiller karsinomu trakea invazyonu. Larenks kırkırdakları arasında tümör hücreleri görülmektedir. (HE 40X)

Larengeal invazyonu olan hastalar, klinikte ilk olarak, sıklıkla boyunda kitle, stridor, solunum güçlüğü, seste boğukluk ve hemoptizi nedeni ile değerlendirilirler (6,10) Fizik ve endoskopik muayenenin yanında ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans gibi görüntüleme yöntemleri ve ince iğne ile veya direkt laringoskopi ile alınacak biyopsiler tanıya götürücüdür. Tiroide lokalize PTK için total tiroidektomi tercih edilmelidir. Larenks tutulumu durumunda, invazyon miktarına bağlı olarak tedavi belirlenir. Yüzeysel tutulumlarda traşlama yapılabilir. Bir hemilarenks tutulumu varsa konservatif yöntemler, yaygın krikoid ve/veya bilateral larenks tutulumu mevcut ise total larenjektomi uygulanmalıdır (10,11). Lenf nodu tutulumu varlığında fonksiyonel boyun diseksiyonu yeterli olacaktır (9). Diferansiye tiroid kanserlerinin primer tedavisi cerrahidir, ancak ameliyat sonrası medikal tedavinin de önemli rolü bulunur. Medikal tedavide <sup>131</sup>I tedavisi, radyoterapi ve kemoterapiden oluşan seçenekler mevcuttur (12). Biz olgumuza total tiroidektomi, total larenjektomi ve bilateral fonksiyonel boyun diseksiyonu uyguladık. Sonuç olarak; tiroid PTK'lı olgular primer şikayet olarak solunum sıkıntısı ve/veya ses kalitesinde

değişiklik ile kliniğe başvurabilirler. Ayrıca KOAH bulguları olan olgularda da larenksin dikkatli muayenesi gereklidir.

### Kaynaklar

1. De Jong S, Demeter J, Jarosz H, Primary papiller thyroid carcinoma presenting as cervical lymphadenopati. The operative approach to the " lateral aberrant thyroid" Am Surg 1993;59:172-77.
2. Mazzaferri E, Jhiang S. Long-term impact of initial surgical and medical therapy on papillary and follicular cancer. Am J Med 1994;97:418-28.
3. Correa P, Chen VW. Endocrine gland cancer. Cancer 1995;75:338-52.
4. Cotran RD, Kumar V, Collins T eds: Robbins Pathological Basis of Disease WB Saunders Company, Philadelphia 61999:1143-44.
5. Collins S. Etiopathogenesis of thyroid cancer. In: Fals S, ed. Thyroid disease: Endocrinology, Surgery, Nuclear Medicine and Radiotherapy. Newyork: Raven Press, 1991:401-71.
6. McCaffrey TV, Bergstralh EJ, and Hay ID. Locally invasive papillary thyroid carcinoma. Head Neck 1994;16:165-72.
7. Rosai J. Thyroid gland. Rosai J (Ed.): Ascherman's Surgical Pathology. Mosby Company, Washington D.C., 1989:391-447.
8. Shaha AR. Management of the neck in thyroid cancer. Otolaryngol Clin North Am 1998;31:823-31.
9. Güney E. Tiroid ve paratiroid neoplazmaları. Çelik O. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi, Turgut yayıncılık, İstanbul 2002; sf:772.
10. Klotch DW. Management of thyroid cancer. Curr Opinion Otolaryngol Head Neck Surg 1993;1:97-106.
11. Schroder DM, Chambers A, France CJ. Operative strategy for thyroid cancer. Is total thyroidectomy worth the price? Cancer 1986;58:2320-28.
12. Soylu L, Aydoğan B, Tuncer Ü, Yapar Z. Tiroid kanserleri. Koç C. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi, Güneş Kitabevi, Ankara 2004; sf:1075.