

Tiroid Nodülü İçinde Sınırlı, Soliter Akciğer Adenokarsinom Metastazı

Solitary Metastasis of Pulmonary Adenocarcinoma in Restricted Thyroid Gland Nodule

Esra PAŞAOĞLU¹ , Feray GÜNVER¹ , Zuhale GÜCİN² 

¹İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Bezmalem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Tiroidin metastatik tümörleri nadir olup tüm tiroid malignitelerinin %1,2'sini oluşturur. Tiroid bezine metastaz baş boyun bölgesi tümörlerinde direkt yayılım şeklinde olur. Hematojen metastaza ise en çok böbrek, meme, akciğer tümörleri ve malign melanomda rastlanır. Tiroid bezine metastaz genellikle yaygın hastalığı olanlarda görülürken izole, soliter metastaz son derece nadirdir. Altmış sekiz yaşında erkek hasta boyunda şişlik nedeniyle genel cerrahi kliniğine başvurdu. İki yıl önce başka merkezde akciğer karsinomu nedeniyle sağ lobektomi geçiren hastanın ultrasonografisinde sağ tiroid lobunda en büyüğü 4,5 cm, sol lobda ise 2 cm olan multipl nodüller izlendi. Multinodüler guatr ön tanısı ile bilateral total tiroidektomi uygulanan hastanın sağ tiroid lobunun kesitlerinde 4,5 cm ve 3,5 cm çapında iki adet nodül görüldü. Histopatolojik incelemede 3,5 cm çaplı adenomatöz nodül içinde yaklaşık 2cm çaplı alanda adenokarsinom infiltrasyonu izlendi. Nodül kapsülünde ve tiroid kapsülünde tümör invazyonu görülmeydi. İmmunohistokimyasal çalışmada karinoembriyonik antijen CEA (+), tiroid transkripsiyon faktör-1 (TTF-1) zayıf (+), tiroglobulin (-), kromogranin (-), kalsitonin (-) bulundu. Lobektomi materyaline ait parafin bloklar istendi, kesitlerde her iki tümörün aynı özellikte olduğu görüldü ve olgu tiroidde akciğer adenokarsinom metastazı şeklinde rapor edildi. Tüm vücut taramasında vücudun başka yerinde metastaz odağı saptanmadı. Malignite öyküsü bulunan hastalarda tiroid bezinde nodül varlığında metastaz olasılığı da akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tiroid nodülü, metastaz, adenokarsinom

ABSTRACT

Metastatic tumors of thyroid are rare and constitute 1.2% of all thyroid malignancies. Metastasis to thyroid gland from head and neck region occurs usually via direct spread. Hematogenous metastases are mostly seen in kidney, breast, and lung tumors and malignant melanomas. Thyroid gland metastasis is usually seen in widespread diseases. Solitary metastasis in this gland is extremely rare. A 68-year-old male patient was admitted to the general surgery clinic with swelling in the neck. The patient had undergone right lobectomy in another hospital due to lung cancer two years ago. Ultrasonography revealed the presence of nodules in both lobes with maximum diameter of 4.5 cm in the right lobe and 2 cm in the left lobe. Bilateral total thyroidectomy was performed. Nodules with diameter of 4.5 and 3.5 cm were observed in the right lobe. In the histopathologic examination of a small nodule, adenocarcinoma infiltration which was 2 cm in diameter was observed. Tumoral infiltration was not observed in nodule capsule and thyroid capsule. Immunohistochemically, tumor was positive for carcinoembryonic antigen (CEA), weakly positive for thyroid transcription factor-1 (TTF-1), and negative for thyroglobulin, chromogranin A, and calcitonin. Slides of lobectomy material were reexamined and it was observed that the two tumors had the same properties. The case was reported as "pulmonary adenocarcinoma metastasis in thyroid." No other metastasis was observed in the whole body scan of the patient. In conclusion, in the presence of nodule in thyroid gland, possibility of metastasis should be considered if a history of malignancy exists.

Keywords: Thyroid nodule, metastasis, adenocarcinoma

Giriş

Tiroid nodülü içinde metastaz nadir görülür. Nodüler guatr nedeniyle yapılan tiroidektomi materyallerinin histopatolojik incelemesinde rastlantısal olarak karşımıza çıkabilir (1). Tiroid bezine hematojen metastaz en çok meme, böbrek ve akciğer kanserlerinde, malign melanomda ve genellikle yaygın hastalığı olanlarda görülür (1-3). Burada multinodüler guatr nedeniyle yapılan tiroidektomi esnasında rastlantısal olarak ortaya çıkan, nodül içinde sınırlı akciğer adenokarsinom metastazı olgusu sunulmuştur.

Cite this article as: Paşaoğlu E, Günver F, Gücin Z. Solitary Metastasis of Pulmonary Adenocarcinoma in Restricted Thyroid Gland Nodule. Bezmalem Science 2018; 6: 73-6.

Bu çalışma, 29 Eylül-3 Ekim 2010 tarihlerinde Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Kongre Merkezi'nde yapılan 20. Ulusal Patoloji Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur. This study was presented at the 20th National Congress of Pathology on 23 September- 3 October 2010, Eskişehir, Turkey.

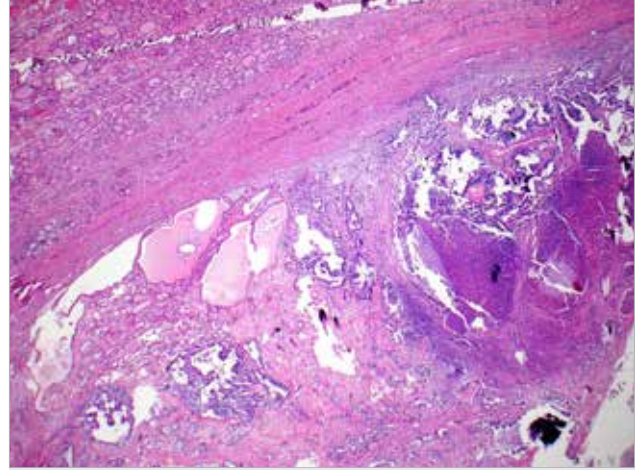
Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Esra PAŞAOĞLU, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye E-mail: esrapasaoglu@yahoo.com

©Telif Hakkı 2018 Bezmalem Vakıf Üniversitesi - Makale metnine www.bezmalemscience.org web sayfasından ulaşılabilir.
©Copyright 2018 by Bezmalem Vakıf University - Available online at www.bezmalemscience.org

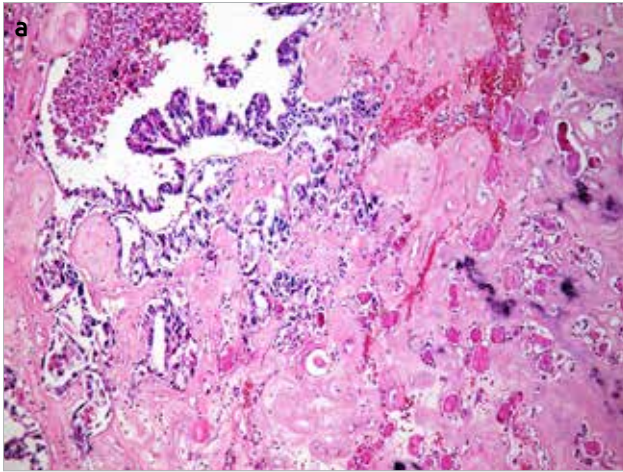
Geliş Tarihi / Received : 13.04.2016
Kabul Tarihi / Accepted: 05.12.2016



Resim 1. Metastatik nodülün makroskopik görünümü. Resmin üst kısmında kesit yüzü kirli sarı renkli metastatik nodül, altta adenomatöz nodül görülmektedir



Resim 2. Çevre tiroid dokusundan düzgün bir sınırla ayrılan adenomatöz nodül içinde adenokarsinom infiltrasyonu (HEX20)

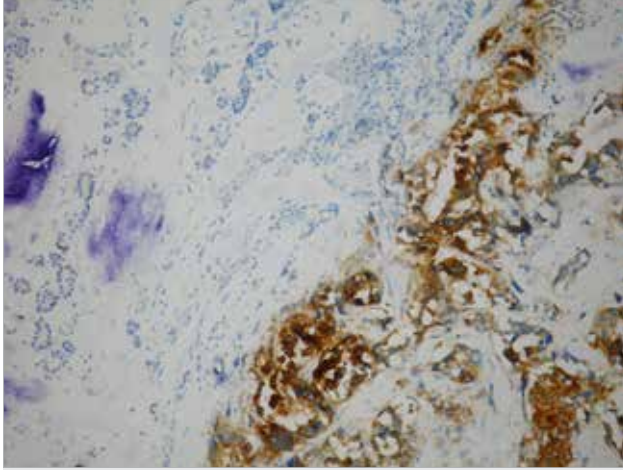


Resim 3. a, b. Tiroid follikülleri arasında irregüler asiner yapılar oluşturan adenokarsinom infiltrasyonu (HEX100, HEX200)

Olgu Sunumu

Altmış sekiz yaşında erkek hasta boyunda şişlik nedeniyle genel cerrahi kliniğine başvurdu. İki sene önce akciğer karsinomu nedeniyle başka bir merkezde sağ üst lobektomi geçiren hastanın fizik muayenesinde tiroid bezinde nodüller saptandı. T3: 3,29 pg/mL (2,60-4,80 pg/mL), T4: 0,71 ng/dL (0,7-2,0 ng/dL) ve TSH: 2,89 IU/mL (0,27-4,2 IU/mL) olarak normal sınırlar içinde bulundu. Ultrasonografide sağ tiroid lobunda en büyüğü 4,5 cm, sol lobda ise 2 cm olan multipl nodüller izlendi. Sağ tiroid lobundaki 4,5 cm çaplı nodüle ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Sitopatolojik incelemede adenomatöz nodül ile uyumlu benign sitolojik bulgular saptanması üzerine multinodüler guatr ön tanısı ile bilateral total tiroidektomi uygulandı. 11x6,5x5 cm ölçülerindeki sağ tiroid lobunun kesitlerinde 4,5 cm ve 3,5 cm çapında iki adet nodül görüldü. 3,5 cm çaplı nodül sarı renkli, kolloidden fakir olup yer yer nekrotik görünümde idi (Resim 1). 8x3x3 cm ölçülerindeki sol lobda ise kolloidden zengin multipl nodüller mevcut idi. Histopatolojik incelemede 3,5 cm

çaplı nodül içinde yaklaşık 2 cm çapında, düzensiz asiner yapılar oluşturan, iri, hiperkromatik nükleuslu, yer yer belirgin nükleollü, nükleer konturları düzensiz hücrelerden oluşan tümöral infiltrasyon izlendi (Resim 2-3). İnfiltrasyon içinde geniş nekroz alanları mevcut olup nodül kapsülünde ve tiroid kapsülünde tümör invazyonu görülmeydi. İmmünohistokimyasal çalışmada CEA (+), TTF 1 zayıf (+), Tiroglobülin (-), Kromogranin (-), Kalsitonin (-) bulundu (Resim 4). Hastanın lobektomi materyaline ait parafin bloklar talep edildi. Bloklardan elde edilen kesitler incelendiğinde her iki tümörün aynı özellikte olduğu görüldü ve olgu tiroidde akciğer adenokarsinom metastazı şeklinde rapor edildi. Pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi ile tüm vücut taraması yapıldı ancak başka bir metastatik odak saptanmadı. Postoperatif bakılan tümör belirteçleri (CEA, CA12-5, CA 15-3, CA 19-9) normal düzeylerde bulundu. Onkoloji kliniğine sevk edilen hastaya kemoterapi ve radyoterapi planlandı ancak hasta tedaviyi kabul etmedi. Postoperatif 4.yılda nüks ya da başka organ metastazı saptanmadı. Hasta onamı alınarak sunulmuştur.



Resim 4. Tümörde immunhistokimyasal CEA pozitifliği. Çevre tiroid follikülerinde boyanma görülmemektedir

Tartışma

Tiroid metastazların nadir görüldüğü bir organdır. Metastatik tiroid tümörlerinin tüm tiroid tümörleri içinde oranı %1,2 olarak bildirilmiştir (4). Otopsi serilerinde bu oran %24'e ulaşmaktadır (5, 6). Soliter tiroid metastazı çok nadir olup, olguların çoğunda tiroid bezi dışında da yaygın hastalık söz konusudur (1).

Tiroid bezindeki hızlı arteriyel akım, yüksek oksijen satürasyonu ve iyot içeriğinin metastatik malign hücrelerin büyümesini engellediği, bu yüzden de tiroid bezine metastazın nadir görüldüğü bildirilmektedir (5, 7). Guatr, tiroidit, benign ve malign primer neoplazm gibi tiroid bezinde anormallik olduğu durumlarda tiroide metastazın daha sık olduğu ileri sürülmektedir (5, 7). Primer tiroid malignitelerinde tümör dokusu içine metastazın görülebilmesi, tiroideki tümörün metastatik tümör hücrelerinin kolayca büyüyebileceği mikroçevre oluşturması ile açıklanmıştır (7).

Tiroid bezine metastaz baş boyun bölgesi (farenks, larenks, trakea, özofagus) tümörlerinde direkt yayılım şeklinde olur ve daha çok skuamöz hücreli karsinom tipindedir (8). Tiroid bezine hematojen/lenfatik metastaz ise en çok böbrek, meme ve akciğer kanserleri ile malign melanomda görülür (1, 2, 8). Literatürde pleomorfik liposarkom, kolon karsinomu, pankreas karsinomu gibi beklenmedik metastazlar da bildirilmiştir (5, 7, 9). Akciğer karsinomu tiroidin metastatik tümörlerinin %11'ini oluşturur. Genellikle multipl, bazen soliter ya da difüz olabilir (8). Hastaların çoğunluğunda tiroid bezi dışında da yaygın hastalık vardır. Olgumuzda tiroid dışında başka bir organda metastaz saptanmamıştır. Batson meme, akciğer, böbrek ve gastrointestinal sistem kanserlerindeki soliter metastazları vertebral venöz sistem ile açıklamıştır (10). Ancak özellikle akciğer ve meme kanserlerinde tiroide direkt soliter metastazın daha çok lenfatik yolla olduğu bildirilmektedir (2).

Klinikte tamamen sessiz olabildiği gibi tiroid destrüksiyonuna bağlı tiroid disfonksiyonu ve hipotiroidiye yol açabilir (2).

Klinik uygulamada multinodüler guatrlı bir hastada; metastatik nodülün ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografide spesifik bir bulgusu olmadığından önceden tanısı güçtür (2). Bu yüzden hastanın hikayesinin bilinmesi ve kanser anamnezi olan bir hastada tiroidde nodül varsa metastaz olasılığının akılda tutulması çok önemlidir.

Primer kanserin tanısı ile tiroid kitlesinin ortaya çıkması arasındaki latent periyod 24 yıla kadar uzayabilmektedir (11). Uzun interval özellikle renal tümörler için söz konusudur ve doğru tanıyı güçleştirmektedir (11). İnce iğne aspirasyonu ile tanı mümkündür ancak multipl nodülleri olan bir hastada doğru nodülün örneklenmesi önem taşır. Olgumuzda metastatik nodül aspire edilmediğinden rezeksiyon materyali multinodüler guatr klinik ön tanısı ile patolojiye gönderilmiştir.

Tedavi primer tümörün özelliğine göre cerrahi rezeksiyon, kemoterapi ve radyoterapi şeklinde olabilir (2). Önceden nefrektomi yapılmış renal hücreli karsinomlu hastalarda yalnızca tiroide metastaz varsa cerrahi rezeksiyonun yeterli olabileceği bildirilmektedir (2, 11). Chen ve ark. soliter tiroid metastazlı hastaların %60'ının tiroidektomiden sonraki 5,2 yıllık takip periyodunda hala hayatta olduğunu bildirmişlerdir (12). Olgumuza cerrahi sonrası radyoterapi ve kemoterapi planlanmış ancak hasta tedaviyi kabul etmemiştir. Postoperatif 4. yılda hastada nüks ya da başka organ metastazı saptanmamıştır.

Sonuç

Malignite öyküsü bulunan hastalarda tiroidde nodül ortaya çıktığında metastaz olasılığı mutlaka akılda tutulmalıdır.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu olguya katılan hastadan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - E.P., F.G., Z.G.; Tasarım - E.P.; Denetleme - E.P., Z.G.; Kaynaklar - E.P.; Malzemeler - E.P.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi - E.P., F.G.; Analiz ve/veya Yorum - E.P., F.G.; Literatür Taraması - E.P.; Yazıyı Yazan - E.P.; Eleştirel İnceleme - E.P., Z.G.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patient who participated in this case.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - E.P., F.G., Z.G.; Design - E.P. Supervision - E.P., Z.G.; Resource - E.P.; Materials - E.P.; Data Collection and/or Processing - E.P., F.G.; Analysis and/or Interpretation - E.P., F.G.; Literature Search - E.P.; Writing - E.P. Critical Reviews - E.P., Z.G.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Kaynaklar

1. Sharma UK, Rauniyar RK, Adhikary S, Shinha A. Intrathyroid metastasis presenting as a solitary thyroid nodule: An unusual case of clinically silent lung cancer. *Katmandu University Medical Journal* 2008; 6: 109-11.
2. Youn JC, Rhee Y, Park SY, Kim WH, Kim SJ, Chung HC, et al. Severe hypothyroidism induced by thyroid metastasis of colon adenocarcinoma: a case report and review of the literature. *Endocr J* 2006; 53: 339-43. [\[CrossRef\]](#)
3. Dequanter D, Lothaire P, Larsimont D. Intrathyroid metastasis: 11 cases. *Ann Endocrinol* 2004; 65: 205-8. [\[CrossRef\]](#)
4. Lam KY, Lo CY. Metastatic tumors to the thyroid gland: A study of 79 cases in Chinese patients. *Arch Pathol Lab Med* 1998; 122: 37-41.
5. Delitala AP, Vidili G, Manca A, Dial U, Delitala G, Fanciulli G. A case of thyroid metastasis from pancreatic cancer: case report and literature review. *BMC Endocr Disord* 2014; 14: 6.
6. Bader G, Puzanov I, Chakraborty K. Thyroid nodule: not as clear-cut as it seems. *J Community Support Oncol* 2016; 14: 45-8. [\[CrossRef\]](#)
7. Yeo SJ, Kim KJ, Kim BY, Jung CH, Lee SW, Kwak JJ, et al. Metastasis of colon cancer to medullary thyroid carcinoma: a case report. *J Korean Med Sci* 2014; 29: 1432-5. [\[CrossRef\]](#)
8. Rosai J. Metastatic tumors of thyroid. In: Rosai and Ackerman's *Surgical Pathology Volume 1* 10th ed. China: Mosby; 2011. p. 538.
9. Bashir N, Nawaz MK, Shah MA, Ahamad E. Pleomorphic liposarcoma metastatic to the thyroid gland. *Clin Nucl Med* 2002; 27: 9-10. [\[CrossRef\]](#)
10. Chen H, Nicol TL, Udelsman R. Clinically significant, isolated metastatic disease to the thyroid gland. *World J Surg* 1999; 23: 177-81. [\[CrossRef\]](#)
11. Batson OV. The function of the vertebral veins and their role in the spread of metastases. 1940. *Clin Orthop Relat Res* 1995; 312: 4-9.
12. Di Stasi V, D'Antonio A, Caleo A, Valvano L. Metastatic renal cell carcinoma to the thyroid gland 24 years after the primary tumour. *BMJ Case Rep* 2013; pii: bcr2012007569.