

# Hipertiroidi İle Birlikte Seyreden Tiroid Kanseri İle İlgili Bir Olgu Sunumu

Ahmet R. HATİPOĞLU<sup>1</sup>, Mehmet E. İRFANOĞLU<sup>2</sup>, Serkan SARIKAYA<sup>3</sup>, Kemal KARAKAYA<sup>3</sup>

## ÖZET:

Tiroid kanserinin etyolojisi tam olarak belirlenememekle birlikte, TSH uyarımı ve genetik faktörler önemli yer tutmaktadır. Tiroid kanserinin etyolojisinde hipertiroidinin yeri konusunda farklı görüşler ortaya konmuştur. Hipertiroidi tanısı ile medikal tedavi gören bir hastamızda papiller tiroid kanseri saptanması nedeniyle hipertiroidi ile tiroid kanseri birlikteliği konusundaki literatür gözden geçirildi. Son 10 yıllık dönemde tiroid hastaları tanısıyla kliniğimizde cerrahi tedavisi yapılan 556 hastanın hastane kayıtları retrospektif olarak irdelendi.

Kliniğimizde cerrahi tedavisi yapılan 556 tiroid hastasından 53'te (%9.5) hipertiroidi ve bunların da yalnızca birinde (%1.9) hipertiroidi ile birlikte kanser saptandı. Bu hastaya total tiroidektomi uygulandı. Ameliyat sonrası 17 aylık kontrollerde nüks yada uzak metastaz saptanmadı.

Bir hastaya hipertiroidi tanısı konulması tiroid kanserinin gözden kaçmasına neden olmamalıdır. Bu nedenle hipertiroidili hastalar da malignite yönünde dikkatle değerlendirilmeli ve uygun tedavileri yapılmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Tiroid, hipertiroidi, tiroid kanseri.

## SUMMARY:

### HYPERTHYROIDISM AND CONCURRENT THYROID CARCINOMA:A CASE REPORT

Although the etiology of the thyroid cancer is not known exactly, TSH stimuli and genetic reasons are accused. The role of hyperthyroidism in the etiology of the thyroid carcinoma is controversial. Papillary thyroid cancer was diagnosed on a patient who had been under medication for 2.5 years for hyperthyroidism.

Data were evaluated from 556 thyroid patients who underwent surgical treatment from 1989 to 1999 at Surgical Department of Trakya University Medical Faculty.

Of 53 patients (%9.5) who had hyperthyroidism, only one (%1.9) had occult papillary carcinoma in whom total thyroidectomy was performed. She was followed up by means of scintigrams, thyroid hormone and thyroglobulin measurements for 17 months. There was no recurrence or distant metastasis. She was given oral thyroxin therapy.

The diagnosis of hyperthyroidism does not preclude concurrent thyroid carcinoma. Patients with hyperthyroidism and thyroid cancer should be treated identically to other patients with thyroid cancer.

**Key Words:** Thyroid, hyperthyroidism, thyroid cancer.

## GİRİŞ

Hipertiroidili hastalarda tiroid karsinomu ilk defa 1954 'te Sokal tarafından bildirilmiştir (1). Hipertiroidi ile birlikte tiroid karsinomu, ötiroid hastalara göre daha fazladır (1,2). Tiroid kanseri soğuk nodülü olan hastalarda daha fazla görüldüğünden hipertiroidinin tiroid kanseri gelişimindeki yeri halen tartışmalıdır (1,3-5). TSH reseptörü içeren diferansiye tiroid kanserlerinin etyolojisinde, TSH uyarımı ve genetik faktörler önemli yer tutar (3,4,6). Bu çalışmada kliniğimizde ameliyat edilen hipertiroidili bir hastadaki soğuk nodülde malignite saptanması nedeniyle sunulması uygun bulunmuştur.

## OLGU

98/23595 protokol no 'lu 46 yaşındaki bayan hasta (M.K.); yaklaşık 3 yıldır çarpıntı, sinirlilik, uykusuzluk, halsizlik, çabuk yorulma tanımlıyordu. Hastada son 2 yıldır nefes darlığı ve 6 aydır ara sıra sesinde kalınlaşma oluyormuş.

Son 2 aydır dikkat dağılmışlığı varmış. Bu şikayetlerle 2.5 yıl önce gittiği Endokrinoloji Polikliniğince antitiroid ilaç tedavisi (Metimazol tablet) verilmiş. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik saptanmadı.

Fizik muayenede; Tansiyon arteriel 110/70 mmHg, nabız 88/dak. ve ritm normaldi. Trakea orta hatta idi. Tiroid sağ lob alt pol orta kısımda istmus komşuluğunda yaklaşık 1x1 cm boyutlarında sert, yutkunmakla hareketli nodül palpe edildi. Boyunda lensadenopati yoktu. Oftalmopati ve ellerde tremor görülmeli. Diğer sistem muayeneleri doğaldı.

Hastanın yapılan tetkiklerinde; tiroid ultrasonografisinde (USG) tiroid sağ lob alt polde 6x7.6x7.9 mm lik hipoekoik nodül izlendi. 2 kez tekrarlanan USG kontrollerinde farklılık yoktu. Te-99<sup>m</sup> -Pertechnetat kullanılarak yapılan sintigrafide tiroid glandı hiperplazik olup sağ lob orta kısmın lateralinde hipoaktif karakterde

<sup>1</sup>:Yard. Doç. Dr.Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A. D.

<sup>2</sup>: Prof. Dr. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A. D

<sup>3</sup>:Araş. Gör. Dr. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A. D

nodül izlendi. Hastanın medikal tedavi altında iken yapılan son tiroid fonksiyon testlerinde; FT<sub>3</sub> :4.6 (4-8 pmol/lit), FT<sub>4</sub> :12.0 (10-25 pmol/lit), TSH: 2.4 (0.4-4 mU/ml) olarak ölçüldü. Hastada antitiroid antikor negatifti.

Medikal tedaviyle şikayetleri gerileyen hastada, sintigrafide tespit edilen soğuk nodülün malign olabileceği düşünülverek ameliyat karar verildi. Eksplorasyonda, tiroid sağ lob orta kısmında yaklaşık 1 cm boyutunda sert nodül palp edildi. Bu fizik muayene ile palp edilen nodülüdü. Sol lob normaldi. Sağ subtotal lobektomi yapıldı. Nodül kesildiğinde sert ve düzensiz sınırlı olduğu görüldü. Makroskopik görünümü malign olarak değerlendirildi. Yapılan frozen section incelemede benign malign ayrimı yapılamaması üzerine paratiroidler ve nervus laringeus rekurrensler korunarak total tiroidektomi uygulandı. Ameliyat sonrası 2. gün ortaya çıkan hipokalsemi (7.8 mg/dl, N:9-11) kalsiyum replasmanı ile düzeldi. Hasta 3. gün taburcu edildi.

Parafin bloklardan yapılan patolojik incelemede (Prot. No: 4561/98) 6 mm çapında (okkült) klasik tip papiller karsinom saptandı. Patolojik incelemede histolojik grade, iyi diferansiyel olup, kapsül, damar ve tiroid dışı yayılım yoktu. Tiroid kapsülü intakt ancak bir alanda tümör tiroid kapsülüne 0.1 cm'den yakındı. Tümör multisentrîsite ve mitotik aktivite saptanmadı.

Ameliyat sonrası 4. haftada yapılan sintigrafide boyunda aktivite tutulumu görülmeye. Bir kür radyoaktif iyot tedavisi uygulanan hastaya oral tiroksin tedavisine başlandı. Hasta tiroid hormonları, sintografi, tiroglobulin seviyeleri ölçümü ile takip edilmektedir. 17 aylık kontrollerde hasta klinik ve laboratuar ölçümleri ile ötiroid durumda olup nüks ya da uzak metastaz saptanmadı.

### TARTIŞMA

Hipertiroidi ile birlikte tiroid karsinomu nadir görülmektedir. Literatürde bu birliktelik %0.2- %5 oranlarında bildirilmiştir (1-4,7-12). 1989-1999 yılları arasında klinigimizde ameliyat edilen 556 hastanın 53'ü (% 9.5) hipertiroidi nedeniyle ameliyat edilmiştir.

Hipertiroidili hastalardan yalnızca sunulan bu olguda (%1.9) hipertiroidi ile birlikte tiroid karsinomu saptadık. Baş-boyun bölgesine

radyasyon uygulanması, ailesinde tiroid kanseri anamnesi gibi risk faktörleri (3,7) hastamızda yoktu. Literatürde, hipertiroidi ile birlikte görülen tiroid karsinelerinde genellikle ameliyat öncesi maligniteden kuşkulandırmadığı, ameliyat sırasında ya da daha sonra yapılan tetkiklerle malignite saptandığı görülmektedir (3,4). 2.5 yıl süresince hipertiroidi nedeniyle tedavi alan hastamızda tiroid sağ lobdaki soğuk nodülün malign olabileceği kuşkusunu nedeniyle ameliyat ettil. Ameliyat sırasında nodüle yapılan keside makroskopik olarak sert, beyazımsı renkte ve dokunun kesit yüzeyinde dışarıya doğru taşmayıp düz bir zemin oluşturması malignite düşündürmelidir (7). Benzer bulguların olgumuzda saptanması malignite düşündürdü. Ancak yapılan frozen section incelemede benign, malign ayrimı yapılamadı. Tiroid cerrahisinde deneyimli cerrah tarafından makroskopik bakıda malign olarak değerlendirildiği için total tiroidektomi uygulandı. Parafin incelemelerde nodülde 6 mm boyutlarında okkült papiller karsinom saptandı.

Ahuja ve ark.(3) hipertiroidi ile birlikte karsinom tespit edilen 22 hastadan oluşan çalışmalarında, tiroid glandında diffüz hiperplazi ve soğuk nodülü bulunan 10 hastanın 8'inde karsinomun soğuk nodülde yerleştiğini saptamışlardır. Hipertiroidi nedeniyle medikal tedavi uygulanan hastamızda da karsinom soğuk nodüldeydi.

Total tiroidektomi uygulanan hastalar ameliyat sonrası dönemde tiroid hormonları seviyesi, sintografi, tiroglobulin seviyeleri ölçümü ile takip edilmektedir (4,5,7). 17 aylık takiplerimizde nüks ya da uzak metastaz saptanmadık.

Okkült de olsa tiroid karsinelerinin cerrahi tedavisinde genel olarak total tiroidektomi tercih edilmektedir (3,4,6). Biz de bu yaklaşım uygın olarak total tiroidektomi uyguladık. Hales ve ark.(6) tiroid kanseri прогнозunun birlikte bulunan hipertiroididen herhangi bir şekilde etkilenmediğini ileri sürmüştür. Hastada hipertiroidi tanısı konulması tiroid karsinolin gözden kaçmasına neden olmamalıdır (3,4). Bu nedenle hipertiroidili hastalar da malignite yönünde dikkatle değerlendirilmeli ve uygun tedavileri yapılmalıdır.

## HİPERTİROIDİ İLE BİRLİKTE SEYREDEN TİROİD KANSERİ İLE İLGİLİ BİR OLGU SUNUMU

### KAYNAKLAR:

1. Sokal JE: Incidence of malignancy in toxic and nontoxic nodular goiter. *JAMA* 1954; 154: 1321-1325.
2. Schapiro SJ, Friedman NB, Perzik SL, Catz B: Incidence of thyroid carcinoma in Grave's disease. *Cancer* 1970; 26: 1261-70.
3. Ahuja S, Ernst H: Hyperthyroidism and thyroid carcinoma. *Acta Endocrinologica* 1991; 124:146-151.
4. Terzioglu T, Tezelman T, Onaran Y, Tanakol R: Concurrent hyperthyroidism and thyroid carcinoma. *Br. J. Surg.* 1993; 10: 1301-1302.
5. Ikejiri K, Furuyama M, Muranaka T, Anai H, Takeo S, Sakai K et al: Carcinoma of the thyroid manifested as hyperthyroidism caused by functional bone metastasis. *Clinical nuclear Medicine*. 1997; 4: 227-230.
6. Hales IB, McElduff A, Crummer P, Cliften-Bligh P, Delbridge L, Hoschl R et al: Does Graves' disease or thyrotoxicosis affect the prognosis of thyroid cancer. *J Clin Endocrinol Metab.* 1992;3:886-889.
7. Sadler GP, Clark OH, Van Heerden JO, Farley DR: Thyroid and parathyroid. In :SI Schwartz, GT Shires, JM Daly, JE Fischer, AC Galloway. (Eds) *Principles Of Surgery*. 6 th. ed. New York: Mc Graw-Hill Company, 1999: 1661-1694.
8. Hall R, Ross M, Teng CS, Smith BR: Immunological aspects of thyroid cancer. *Recent Results Cancer Res.* 1980; 73: 56-59.
9. Rösler H, Wimpfheimer C, Ruchti CH, Kinser J, Teuscher J: Hyperthyreose bei maligner Struma. *Nuklearmedizin* 1984; 6: 293-300.
10. Mazzaferri EL, Young RL, Oertel JE, Kemmerer WT, Page CP: Papillary thyroid carcinoma: The impact of therapy in 576 patients. *Medicine* 1977; 56: 171-196.
11. Haid A, Zimmermann G, Fritzche H, Kargl M, de Meijer R, Gruber U: Synchrones Auftreten von Neoplasien der Schilddrüse und hyperthyreoten Knoten-strumen im Endemiegebiet. *Chirurg* 1989; 60: 39-43.
12. Rieger R, Pimpl W, Money S, Rettenbacher L, Galvan G: Hyperthyroidism and concurrent thyroid malignancies. *Surgery*. 1989; 106:6-10.