

ANAPLASTİK TİROİD KANSERİ VE T4 TOKSİKOZU

Anaplastic thyroid cancer and T4 toxicosis

Ali Ünal¹, Figen Öztürk², Abdullah Sağlam³, Fahrettin Keleştimur⁴, Tahir E Patroğlu⁵

Özet: Kliniğimize, boyunda kitle ve hipertiroidi semptomları ile başvuran, tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi ve ameliyat sonrası anaplastik kanser tanısı konan ve T4 toksikoza tesbit edilen bir vakayı sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Anaplastik tiroid kanseri, T4 toksikoz

Summary: We have reported one case with anaplastic thyroid cancer and T4 toxicosis who was admitted to our clinic with rapid enlarging servical mass and symptoms of hyperthyroidism.

Key Words: Anaplastic thyroid cancer, T4 toxicosis

Tiroid kanseri ile birlikte hipertiroidi nadir görülmektedir. Birlikte bulunan kanserlerin çoğunluğu papiller veya folliküler kanserlerdir. Anaplastik kanser ise oldukça nadirdir. Tiroid kanseri ile birlikte hipertiroidi görülmesinin nedeni, Graves hastalığı veya aktif bir tiroid nodülü zemininde kanser gelişmesi veya ayrı bir aktif tiroid nodülünün bulunmasıdır. Bu vakalarda genellikle T3 toksikoza görülür, T4 toksikoza ise oldukça nadirdir. Kliniğimizde anaplastik tiroid kanseri tanısı konularak ameliyat edilen ve T4 toksikoza tesbit edilen vaka, nadir görülmesi nedeniyle takdim edildi.

VAKA

F.E. (604560) 60 yaşında, kadın. Dört yıl süreyle guatr tanısı ile takip edilen ve bu nedenle herhangi bir tedavi almayan hasta, son iki aydır boynundaki şişliğin büyümesi ve ağrılı olması, çarpıntı, terleme, efor dispnesi, iştahsızlık, kilo kaybı, ellerde titreme, sıcak intoleransı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu.

Fizik muayenede; KB: 150/90 mm/Hg, Nabız 102/dk, Ateş 37°C. Boynun sağ tarafında, sağ

tiroid bölgesinde palpasyonla 7x5 cm boyutlarında sert, civar dokulara yapışık ve hassas kitle mevcuttu. Ayrıca, sağ servikal bölgede 2x3 cm. sert, fikse kitle tesbit edildi. Kalb sesleri ritmik, taşikardikti. Diğer sistem muayeneleri normaldi.

Tiroid ultrasonografisinde; tiroid sağ lobda 47x53 mm ve 16x14 mm çaplarında iki adet heterojen nodül mevcuttu (Şekil 1). Tiroid sintigrafisinde; sağ tiroide hipoaktif nodül tesbit edildi (Şekil 2). Bilgisayarlı tomografide, tiroid sağ lobunda, trakeayı sola doğru iten heterojen yapıda kitle mevcuttu (Şekil 3). T3: 141,36 (86-187 ng/dl), T4: 19.33 (4-12.5 µg/dl), TSH: 0.02 (0.3-4.5 µIU/ml) bulundu.

Hastaya; propylcil (3x50 mg) ve dideral (2X20mg) başlandı. Tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi ile anaplastik kanser tanısı konarak subtotal tiroidektomi yapıldı. Ameliyat materyalinin histopatolojik incelemesi de anaplastik karsinomu gösterdi (Şekil 4).

TARTIŞMA

Tiroid kanseri ile birlikte tirotoksikoz görülmesi nadir bir durumdur. Kanserli tiroid dokusunun iyod tutumunun çok zayıf olması ve tiroid hormon yapımının çok az olmasına rağmen, büyük tümör kitleleri bazan aşırı hormon salgılayabilmektedir (10). Tiroid kanseri ile birlikte hipertiroidi görülmesi şu şekillerde izah edilmektedir.

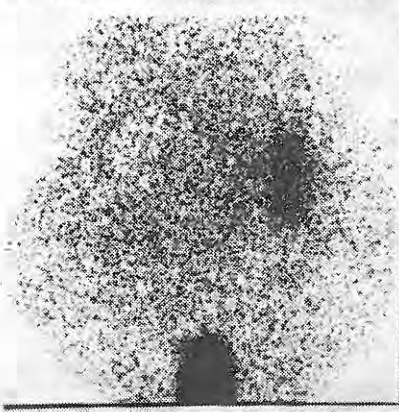
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi 38039 KAYSERİ
İç Hastalıkları. Y.Doç.Dr.¹, Patoloji. Y.Doç.Dr.², Prof.Dr.⁵,
Genel Cerrahi. Doç.Dr.³, İç Hastalıkları. Doç.Dr.⁴.

Geliş tarihi : 08 Haziran 1993

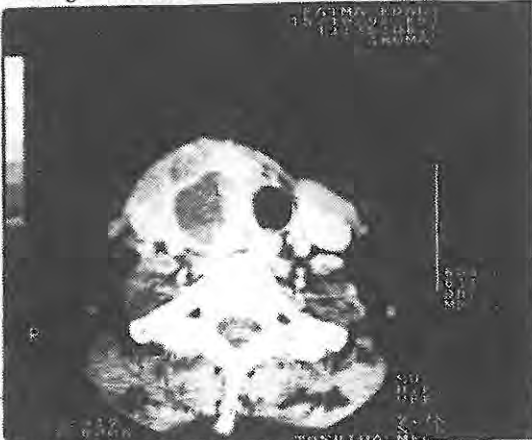


Şekil 1. Tiroid ultrasonografisinde; sağ tiroid lobunda 47x53 mm ve 14x16mm çaplarında iki adet heterojen yapıda solid nodül görülmektedir

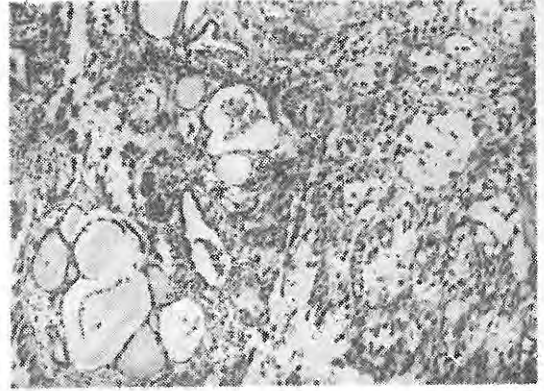
TIME=075931 FRAME=00 SCA=0037748



Şekil 2. Tiroid sintigrafisinde; sağ tiroidde hipoaktif nodül görülmektedir



Şekil 3. Bilgisayarlı tomografide; tiroid sağ lobunda trakeayı sola iten heterojen yapıda kitle görülmektedir



Şekil 4. Tiroid follikülleri arasında anaplastik kanser hücreleri görülmektedir

1. Graves hastalığı üzerine tiroid kanserinin gelişmesi. 2. Tiroid adenomu üzerine tiroid kanserinin gelişmesi. 3. Tiroid kanserine eşlik eden hiperaktif adenomlar. 4. Tiroid dışı kanserlerin tiroid bezine metastaz yapması sonucu lokal injuri veya stimülasyon ile fazla hormon salınmasına neden olabilir. Çok nadir olarak ta iyi diferansiye tiroid kanserleri tarafından aşırı miktarda tiroid hormonları salınabilir ve tirotoksikozis meydana gelebilir(10). Bu vakada nodüler guatr mevcuttu. Histopatolojik incelemede hiperaktif bir sahaya rastlanamadı ve hipertiroidi nedenini izah edecek histolojik bulgu yoktu.

Hipertiroidi tesbit edilen tiroid kanserli hastalarda genellikle T3 toksikozuna rastlanırken T4 seviyesi normal bulunmaktadır. Bu hastalarda tiroid hormon düzeyleri ölçülürken sadece T4 seviyelerine bakıldığı takdirde T3 toksikozu gözden kaçabilmektedir(10). Vakamızda T3 seviyesi normal bulunurken T4 seviyesinin yüksek, TSH seviyesinin düşük bulunması ve klinik bulgularla T4 toksikozu tanısı konmuştur.

Tiroid kanseri hipertiroidi zemininde de gelişebilir. Hipertiroidili hastalarda tiroid kanseri insidansı farklı çalışmalarda %02 ile % 16.6 arasında bildirilmektedir (1,2,3,7,9,12,14). Nodüler guatrlılarda kanser gelişme sıklığı, diffüz guatrlılardan daha fazla bulunmuştur. Graves hastalığı üzerinde gelişen tiroid kanserlerinin, lokal invazyon ve metastaz yönünden daha hızlı geliştiği gözlenmiştir. Bizim vakada, tiroid kanseri sonrası

mı hipertiroidin ortaya çıktığı yada hipertiroidi zemininde mi tiroid kanseri geliştiği konusunda bir yorum yapmak zordur.

Graves hastalığında TSH'nın baskılandığı, hipertiroidi nedeninin, TSI (tiroid stimulan immünglobulin) olduğu iddia edilmektedir. TSI'nın TSH reseptörleri aracılığıyla tiroid dokusunu uyararak karsinojen bir etki yaptığı iddia edilmiştir(8). Ayrıca, Belfiore ve arkadaşları Graves hastalığı bulunan kanserli 13 hastanın 12'sinde dolaşan tiroid stimulatör antikorlar tesbit etmişlerdir(2). TSI gibi stimulatörler, metastatik tiroid kanserinin büyümesini uyardığı gibi hipertiroidi gelişimini de uyarabilirler(2,10). Ancak, şu da kabul edilmelidir ki; operasyon yapılan Graves'li hastalarda, klinik olarak ortaya çıkmamış kanserlerin de teşhis edilmesi, bu hastalarda kanser görülme oranını artırmaktadır(8). Genel olarak kabul edilen şudur ki; hipertiroidizm, kanser gelişimini önleyememektedir. Hipertiroidili

hastalarda eğer eksternal irradasyon yapılmış ise tiroid kanseri insidansı artmaktadır (6,8). Bu nedenle bütün hipertiroidili hastalar, birlikte kanser bulunabileceği göz önüne alınarak, tedaviye başlamadan önce tiroid kanseri yönünden dikkatle incelenmelidir (1,2,9,12). Tiroid kanseri, preoperatif veya intraoperatif olarak teşhis edilebilir. Bu hastalarda, çoğunlukla cerrahi tedavi tercih edilmiş, metastatik lezyonlara ise radyoterapi uygulanmıştır. Bazı vakalarda ise antitiroid ilaçlar, I¹³¹ tedavisi, tiroksin ve kortikosteroidler verilmiştir(13). Anaplastik tiroid kanserlerinde radyoterapi ile kemoterapi (bleomycin, cyclophosphamide, 5 Fu) birlikte uygulanmış, ortalama yaşam süresi 7-12 ay olmuştur(8). Vakamızda, cerrahi rezeksiyon, sistemik kemoterapi (Doxorubicin) ve lokal radyoterapi uygulandı. Bu vaka, anaplastik tiroid kanseri ile birlikte hipertiroidin bulunabileceğinin, özellikle T4 toksikozunun tesbit edilmesinin nadir olsa da düşünülmesi gerektiğini göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Behar R, Arganini M, Wu TC, et al; Graves disease and thyroid cancer. *Surgery* 100: 1121-1126, 1986.
2. Belfiore A, Garofalo MR, Giuffrida D; Increased aggressiveness of thyroid cancer in patients with Graves disease. *J Clin Endocrinol Metab* 70:830-835, 1990.
3. Edmons CJ, Tellez M; Hyperthyroidism and thyroid cancer. *Clin Endocrinol* 28:253, 1988.
4. Eriksson M, Ajmani SK, Mallette LE; Hyperthyroidism from thyroid metastasis of pancreatic adenocarcinoma. *JAMA* 238: 1276, 1977.
5. Farbota LM, Calandra DB, Lawrence AM, Paloyan E; Thyroid carcinoma in Graves' disease. *Surgery* 98:1148-1152, 1985.
6. Filetti S, Belfiore A, Daniels GH, et al; The role of thyroid stimulating antibodies of Graves disease in differentiated thyroid cancer. *N Eng J Med* 318: 753-759, 1988.
7. Hancock BW, Bing RF, Dirmikis SM, et al; Thyroid carcinoma and concurrent hyperthyroidism. *Cancer* 39: 298-302, 1977.
8. Mazzaferrri EL; Thyroid cancer and Graves disease. *J Clin Endocrinol Metab* 70: 826-829, 1990.
9. Pacini F, Elisei R, Di Coscio GC, et al; Thyroid carcinoma in thyrotoxic patients treated by surgery. *J Endocrinol Invest* 11:107-112, 1988.
10. Paul SJ, Sisson JC; Thyrotoxicosis caused by thyroid cancer. *Endocrinol metab Clin North Am* 19: 593- 612, 1990.
11. Selzer G, Kahn LB, Albertyn L; Primary malignant tumors of the thyroid gland. *Cancer* 40: 1501-1510, 1977.
12. Shapiro SJ, Friedman NB, Perzik SL, et al; Incidence of thyroid carcinoma in Graves' disease. *Cancer* 26: 1261-1270, 1970.
13. Shiomaoka K, van Herle AJ, Dindogru A; Thyrotoxicosis secondary to involvement of the thyroid with malign lymphoma. *J Clin Endocrinol Metab* 43:64, 1976.
14. Tezelman S, Terzioğlu T, Alagöl F ve ark.; Hipertiroidizm ve tiroid kanseri. *İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası* 52:293-298, 1989.
15. Werner B, Abele J, Alveryd A et al; Multimodel therapy in anaplastic giant cell thyroid carcinoma. *World J Surg* 8: 64-70, 1984.