

MARJİNAL ÜLSERE NEDEN OLAN BİR PARATIROID KARSİNOMU*

A parathyroid carcinoma resulting in a marginal ulcer

Ziya ÇETİNKAYA¹, Y. Selim İLHAN¹, Nurullah BÜLBÜLLER², Osman DOĞRU³, M. Ali AKKUŞ⁴

Özet: Bu yazıda marjinal ülsere neden olan bir paratiroid karsinomu vakası sunulmaktadır. Primer hiperparatiroidili hastalarda gastrointestinal, üriner, kardiyovasküler ve ruhsal semptomlar ortaya çıkar. Bu semptomları, her zaman primer hiperparatiroidiye bağlamak zordur. Hiperparatiroidizm peptik ülser ve özellikle nüks ülser etyopatogenezinde gözönünde bulundurulması gereken önemli patolojilerden biridir ve anamnezin yanısıra kan kalsiyum düzeyinin belirlenmesi, kesin teşhisi yönlendirmesi açısından oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Peptik ülser, Paratiroid neoplasmlar

Summary: In this report we describe a patient with parathyroid carcinoma which resulted in a marginal ulcer. Gastrointestinal, urinary, cardiovascular, and psychological symptoms may occur in patients with primary hyperparathyroidism. On the other hand, it is not always possible to correlate these symptoms with primary hyperparathyroidism. Hyperparathyroidism should be borne in mind as the causative agent in patients with peptic ulcer; this is particularly important in those with recurrent cases. Patient's history and plasma calcium levels are valuable diagnostic tools.

Key Words: Peptic ulcer, Parathyroid neoplasms

Semptomatik hiperparatiroidizmli hastalarda başta iskelet sistemi olmak üzere, birçok sistemi ilgilendiren semptomlar görülür. Paratiroid patolojileri boyunun fizik muayenesinde genellikle saptanamadıklarından bu semptomlar çoğu kez diğer sistem rahatsızlıkları ile ilgili görülerek tedavi edilmeye çalışılır. Temelde yatan hastalığın tedavi edilmemesi sebebiyle hasta çeşitli cerrahi girişimlere ve medikal tedaviye maruz kalabilmektedir. Burada çeşitli nedenlerle teşhisi gecikmiş, defalarca cerrahi operasyonlara maruz kalmış primer hiperparatiroidizm tablosu oluşturan bir paratiroid karsinomu vakası sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

ÇÇ, 55 yaşında erkek hasta. Beş ay önce başka bir hastanede medikal tedaviye dirençli duodenal ülser

*XV. Gevher Nesibe Tıp Günleri, 27-30 Mayıs 1997, Kayseri Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi ELAZIĞ Genel Cerrahi. Y.Doç.Dr.¹, Araş.Gör.Dr.², Doç.Dr.³, Prof.Dr.⁴.

Geliş tarihi: 8 Aralık 1997

nedeni ile bilateral trunkal vagotomi ve gastrojejunostomi uygulanan hasta, devam eden peptik ülser şikayetlerinin yapılan ek medikal tedavi ile de geçmemesi üzerine kliniğimize sevk edildi. Hastanın öz geçmişinde son on yıl içerisinde iki kez nefrolithiazis, bir kez de mesane taşı nedeni ile ameliyat edildiği öğrenildi. Hastada epigastriumda hassasiyet dışında sistemlerin fizik muayene bulguları doğaldı. Laboratuar bulgularında, hemoglobin 10,6 gr/dl, hematokrit %29, üre 36 mg/dl, alkalin fosfataz 328 u/l, Ca:10,8 mg/dl, P:2 mg/dl, idrar tahlilinde bol kalsiyum oksalat kristali ve bol lökosit mevcuttu. Özafagogastroduodenoskopide antral gastrit, gastrojejunostomi hattı distalinde yaygın ülserler ve reflü özefajit tesbit edildi. Hastada marjinal ülser nedenleri araştırıldığında; gastrin: 123 pg/ml(25-113), parathormon: 1465 pg/ml(12-72) olarak bulundu. Boyun ultrasonografisinde sağ tiroid bezi alt kenarında 10x12mm boyutlarında hipoekoik, kısmen heterojen yapıda, nisbeten düzensiz kenarlı solid yapı tesbit edildi. Yapılan servikal ve üst mediasten tomografisi normal olarak değerlendirildi.

İskelet grafilerinde hafif bir dansite azalması dışında patoloji tesbit edilmedi. Karın tomografisi ve sella grafileri normal olarak değerlendirildi. İmkansızlık nedeni ile sintigrafik tetkik yapılamadı. Semptomatik hiperparatiroidizm nedeniyle yapılan boyun eksplorasyonunda; sağ üst paratiroid bezinin yaklaşık 1,5x1,5cm çapında, kirli beyaz renkte, sert kıvamda olduğu, tiroid kapsülüne ve özefagusu kısmen invaze olduğu görüldü (Resim 1). Diğer paratiroidler normal olarak değerlendirildi. Makroskopik görünümüne dayanarak paratiroid karsinomu düşünüldü ve sağ üst paratiroidektomiyle beraber aynı taraftaki tiroide lobektomi uygulandı (Resim 2). Spesimenin patolojik incelemesinde paratiroid karsinomu olduğu tesbit edildi. Malign tümöral oluşum, kapsül, lenf, kan damarları ve çevre tiroid dokusuna invazyon göstermekteydi. Postoperatif ikinci günde hastanın kan kalsiyum düzeyi 6.2mg/dl olarak ölçüldü. Hastada deliryum tablosu gelişmesi üzerine intravenöz kalsiyum tedavisi uygulandı. Hastaya postoperatif erken dönemde marjinal ülser için medikal tedavi başlandı. Hastanın iki ay sonra yapılan kontrolünde parathormon seviyesinin 168 pg/dl ve serum kalsiyum seviyesinin 8.2 mg/dl olduğu, ayrıca peptik ülslerle ilgili şikayetlerinin kaybolduğu görüldü.



Resim 1. Sağ üst paratiroid bezinin etraf dokularla ilişkisi görülmektedir



Resim 2. Sağ üst paratiroidektomi ve ipsilateral total tiroidektomi uygulanmıştır

TARTIŞMA

Primer hiperparatiroidizme olguların %80'inde tek adenom, %2'sinde iki adenom, %15'inde dört glandın hiperplazisi ve %0,5-1 gibi az bir kısmında da paratiroid karsinomu neden olmaktadır(1).

Hiperparatiroidili hastaların %40'ında halsizlik, %20'sinde iskelet sistemine ait bulgular, %20'inde gastrointestinal semptomlar, %10'unda renal taşlar, %5'inde renal yetmezlik, %10'unda hipertansiyon mevcut olup %10'u ise asemptomatik olduğu bildirilmektedir. İnvazyon ve metastaz yapmamış paratiroid karsinomu da klinikte kendini hiperparatiroidi semptomları ile gösterir(2). Bizim hastamızda marjinal ülser mevcuttu. Kas ve iskelet sistemine ait belirtiler yoktu. Hasta böbrek ve mesane taşı, peptik ülserle yönelik cerrahi girişimler geçirmişti.

Primer hiperparatiroidili hastalarda, serumda parathormon konsantrasyonu ve serum kalsiyum seviyesinin yükselmiş bulunması tanıyı koydurur. Serum kalsiyum seviyesinin çok belirgin biçimde yükselmesi gerekmez. Parathormon sekresyonu, normokalsemiyi idare ettirecek miktarın ötesinde yükselmiştir(1). Bizim hastamızda parathormon seviyesi normalin çok üstünde yükselmişti(1950 pg/dl), ayrıca kalsiyum seviyesi normalin üst

sınırında (10,8mg/dl), serum fosfat düzeyi alt sınırda olup (2,0 mg/dl), serum alkalen fosfataz miktarı artmıştı(328 iu/l). Bu bulgular da hiperparatiroidiyi desteklemektedir.

Hiperparatiroidizm teşhisi konulmuş hastalarda normalin dışında büyümüş paratiroid glandı, görüntüleme teknikleri kullanılarak olguların %80'inde gösterilebilir. Bunun için noninvazif olarak; sintigrafi, ultrasound, bilgisayarlı tomografi, magnetik rezonans görüntüleme, invazif olarak ta arteriografi ve selektif venöz kateterizasyon ile venografi yardımcı olur(2). Bu lokalizasyon çalışmaları daha ziyade reoperasyon gerektiren durumlarda faydalıdır. Bütün bunlarla birlikte lokalizasyon çalışmasını en iyi cerrahın kendisi operasyon esnasında yapar ve patolojik olan paratiroid glandı %90-95 oranında operasyon esnasında tanımlanabilir(2). Hastamızda da boyun ultrasonografisi patolojik paratiroid bezinin lokalizasyonunda faydalı olmuştur.

Paratiroid karsinomlarında "frozen section" değerlendirmesi güçtür ve yeterli olmaz. Bundan dolayı tümörü yaymamak için biopsi ve frozen section genellikle önerilmez. Histopatolojik olarak, ancak daha sonra, mitozlar, trabeküler fibrozis, kapsüller penetrasyon ve damarların mikroinvazyonuyla hüküm verilebilir(3). Nitekim bizim hastamızda histopatolojik incelemede, malign tümöral oluşum, çok sayıda kapsül, lenf ve kan damarları ile çevre tiroid dokusuna invazyon yapmıştı.

Paratiroid karsinomu yavaş seyrederek ve ameliyatta ipsilateral tiroid lobektomiyle beraber *en blok* rezeksiyon yapılmalıdır. Hastalık geç dönemlerine kadar boyun lenf bezlerine metastaz yapmaz, bu nedenle ilk ameliyatta proflaktik lenf bezi disseksiyonu gerekmez. Ancak palpabl ganglionlar varsa ya da reöperasyonlarda radikal boyun

disseksiyonu eklenir(3, 4). Hastamızda lenf bezlerinde tutulum olmadığından, ipsilateral tiroid lobektomiyle beraber *en blok* rezeksiyon uygulanmıştır.

Başarılı bir paratiroid cerrahisinden sonra bile operasyon sonrası 48-72. saatler arasında hipokalsemi genellikle oluşur(5). Postoperatif hipokalsemi nedenleri, geride canlı paratiroid dokusunun bırakılmaması, bilateral boyun disseksiyonu uygulanan hastalarda glandlarda geçici iskeminin olması adenomun çıkarılmasından önceki dönemlerde diğer glandların uzun süre hiperkalsemik supresyon altında kalması ve de iskeletin remineralizasyonu için fazla miktarda kalsiyum ihtiyacının doğmasıdır (aç kemik sendromu)(6). Hastamızda operasyondan sonra ikinci gün bakılan kan kalsiyum düzeyi 6,2mg/dl olarak ölçüldü. Deliryum tablosu gelişen hastamızda kalsiyum tedavisine cevap alındı. Hipokalseminin operasyondan sonraki ölçümlerde asemptomatik olarak devam ettiği görüldü.

Preoperatif serum alkalen fosfatazı, BUN, kreatinin değerleri yüksek olan ve tümör kitlesi büyük olan hastalarda postoperatif dönemde patolojik olmayan parathormon yüksekliğinin bulunabileceği bildirilmektedir(7). Hastamızda serum alkalen fosfatazı yüksekti ve çıkarılan paratiroid kitlesi büyüktü. Postoperatif erken dönemde yapılan parathormon ölçümü 1950pg/dl' idi. Operasyondan iki ay sonra yapılan ölçümde parathormon seviyesinin 168pg/dl' ye kadar düştüğü, ancak yine yüksek kaldığı görüldü.

Sonuç olarak hiperparatiroidizm peptik ülser ve özellikle nüks ülser etyopatogenezinde gözönünde bulundurulması gereken önemli patolojilerden biridir. Bunun için anamnez ve kan kalsiyum düzeyinin belirlenmesi, kesin teşhisi yönlendirmesi açısından oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Ezici H, Büyükdereli B, Tunalı N. Primer hiperparatiroidizm ve aç kemik sendromu. *Cerrahi Tıp Bülteni* 1992; 1: 36-42.
2. Petti GH. Hyperparatiroidizm. *Otolaryngol Clin North Am* 1990; 23: 339-355.
3. Anderson BJ, Samaan NA, Vassilopoulou-Sellin R, et al. Parathyroid carcinoma: Features and difficulties in diagnosis and management. *Surgery* 1983; 94: 906-915.
4. Cohn K, Silverman M, Corrado J, et al. Parathyroid carcinoma. The Lahey clinic experience. *Surgery* 1985; 98: 1095-1100.
5. Paloyan E, Haloyan D, Pickleman JR. Hyperparathyroidism today; surgery of the head and neck. *Surg Clin North Am* 1973; 63: 211-220.
6. Brasier AR, Nussbaum SR: Hungry bone syndrome: clinical and biochemical predictors of its occurrence after parathyroid surgery. *Am J Med* 1988;84: 654-660.
7. Duh QY, Arnaud C, Levin K. Parathyroid hormone: before and after parathyroidectomy. *Surgery* 1986; 100: 1021-1031.