

Brankiyal yarık kistini taklit eden okkült tiroid papiller karsinom metastazı

Occult papillary thyroid carcinoma metastases mimicking branchial cleft cyst

Hakan Yabanoğlu¹, Feza Yarbuğ Karakayalı², Gökhan Moray²

¹Hakkari Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Hakkari

²Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Ankara

Özet

Lateral boyun kistleri içerisinde en sık görülen brankiyal yarık kistleridir. Brankiyal yarık kistleri nadiren oral, nazal kavite, farinks ve tiroid bezinin metastatik malign tümörleri ile ilişkili olabilirler. Tiroid papiller karsinomları sıklıkla lenfatik metastaz yaparlar. Bazen primer tümör klinik olarak kendini belli etmeden metastatik lenf nodları palpabl hale gelebilirler. Nadir de olsa bo-yundaki lenf nodlarında kistik metastazlar görülebilir ve papiller tiroid kanseri brankiyal kisti taklit eden lateral boyun kisti olarak ortaya çıkabilir. Klinik olarak ön tanıda brankiyal yarık kisti düşünülen hastalarda ayırıcı tanıda tiroid papiller karsinomunun kistik lenf nodu metastazı mutlaka göz önüne alınmalıdır.

Bu çalışmada ameliyat öncesi ön tanıda brankiyal yarık kisti düşünülen ve kendisini lateral boyun kisti olarak ortaya koyan metastatik tiroid papiller karsinomu olgusunu sunacağız.

Anahtar sözcükler: tiroid papiller karsinomu, brakiyal yarık kisti, kistik lenf nodu metastazı

Abstract

Branchial cleft cysts are the most common form of the lateral neck cysts. Branchial cleft cysts are rarely associated with oral, nasal cavity, pharynx, and metastatic malignant tumors of the thyroid gland. Lymphatic metastases of papillary thyroid carcinomas are frequent. Sometimes metastatic lymph nodes may become palpable before the primary tumor becomes clinically evident. Even though it is rare cystic metastases in the lymph nodes of neck may occur and papillary thyroid cancer may develop as a lateral neck cyst mimicking branchial cyst. Cystic papillary carcinoma lymph node metastasis should be taken into consideration in the differential diagnosis in patients suspected branchial cleft cyst in the initial diagnosis clinically.

In this study, we present a case of metastatic papillary carcinoma of the thyroid which is considered as branchial cleft cyst in the preoperative diagnosis and emerged as lateral neck cyst.

Key words: thyroid papillary carcinoma, brachial cleft cyst, cystic lymph node metastasis

Giriş

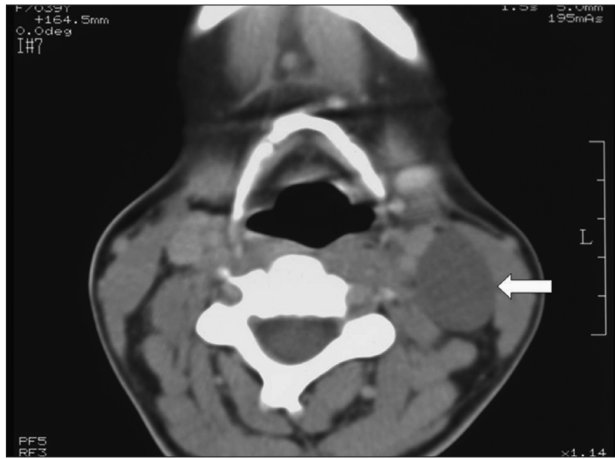
Boyun kitleleri konjenital, travmatik, enfeksiyöz ve tümörler nedeniyle olarak ortaya çıkabilir. Konjenital nedenler arasında yer alan brakiyal yarık kisti anterior üçgende lokalize, lateral boyun kitleleridir. Tiroidin papiller karsinomu, tiroid bezinin en sık görülen malign

tümörüdür. Bu tümörler sıklıkla kendilerini tiroid bezinde kitle şeklinde gösterirler. Tiroid papiller karsinomunun solid lenf nodu metastazı çok sık görülmektedir. Ancak nadiren tiroid dokusunda kitle saptanmadan, kistik lenf nodu metastazları ile kendini gösterebilir¹⁻³. Tiroid bezinin 10-15 mm'den küçük olan ve klasik tanı

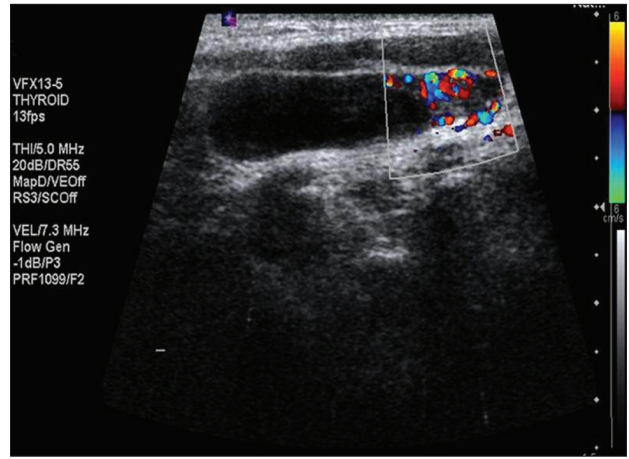
Yazışma Adresi | Correspondence: Dr. Hakan YABANOĞLU
Hakkari Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Hakkari
e-posta: drhyabanoglu@gmail.com

Başvuru tarihi | Submitted on: 20.10.2012

Kabul tarihi | Accepted on: 18.01.2013



Resim 1. Kontrast madde enjeksiyonundan sonra elde edilmiş boyun axial bilgisayarlı tomografi görüntüsü. Sol sternokleidomastoid kası posteriorunda, karotis arterin posterolateralinde yerleşmiş kontrast madde tutan 4x2 cm'lik kistik kitle (beyaz ok ile işaretlenmiş)



Resim 2. Boyun doppler ultrasonografi görüntüsü. Sol submandibuler bez inferolateral komşuluğunda 38x24x9 mm boyutlarında ince duvarlı, anekoik kontentli, içerisinde 16x13 mm boyutlarında hipoeoik yapıda color doppler inceleme ile içerisinde vaskülarite elde olunan solid komponenti bulunan lezyon

yöntemleri ile saptanamayan primer tümörleri için “okkült karsinom” ifadesi kullanılmaktadır. Tiroid bezinin okkült papiller karsinomları büyük boyutlara ulaşabilen kistik lenf nodu metastazları yapabilmektedir. Bu durum bazen klinikteki ilk bulgu olarak karşımıza çıkabilmektedir⁴⁻⁷. Çok geniş spektrumda yer alan lateral boyun kitleleri benign brankiyal yarı kistlerinden kaynaklanabileceği gibi tiroid papiller karsinomunun metastatik lezyonları gibi birçok malign tümörden de kaynaklanabilir. Bu nedenle ayırıcı tanı yapılırken tüm ihtimaller göz önünde bulundurulmalıdır. Ayırıcı tanıda ultrasonografi (USG) ve bilgisayarlı tomografi (BT) malignite şüphesini ortaya koyabilir ancak kesin tanı yöntemi değildirler. İnce iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) hızlı, uygulaması kolay ve komplikasyonları az olan bir metot olup bu tanıyı doğrulamada daha duyarlıdır. Ancak yalancı negatif sonuçlar da görülebilmektedir⁸. Eksizyonel biyopsi erken tanı ve tedavide çok önemlidir⁴. Genç erişkin hastalarda sıklıkla görülen lateral servikal kistler genellikle benign bulunsun da okkült tiroid papiller karsinomun kistik lenf nodu metastazları akıldan tutulmalıdır. Bu çalışmanın amacı kistik boyun kitlesi ile başvuran genç hastalarda brankiyal yarı kistini taklit tiroid kanseri metastazı olasılığına dikkat çekmektir.

Olgu

Otuzyedi yaşında bayan hasta yaklaşık 1 yıldır boynunun sol tarafında yer alan ağrısız kitle şikâyeti ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde apendektomi, tonsillektomi ve sezaryen ameliyatı öyküsü mevcuttu. Tüm laboratuvar değerleri ve tiroid fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Fizik muayenede boyunda sol tarafta sternokleidomas-

toid (SKM) kasın medialinde üst-orta 1/3'lük kesimde yer alan 2x2 cm'lik düzgün kenarlı kistik kitle palpe edildi. Hastanın dışmerkezde yapılmış boyun BT'sinde sol SKM kası posteriorunda karotis arter posterolateralinde yerleşmiş kontrast tutan 4x2 cm'lik kistik kitle lezyonu tanımlanmış ve brankiyal yarı kisti olarak tanısı konulmuş (**Resim 1**). Bunun üzerine merkezimizde tüm boyun USG yapıldı. Ultrasonografide tiroid bezi sağ lob orta kesimde 18x8 mm boyutlarında, sol lob üst polde 10x9 mm, sol üst lob lateralde 11x8 mm ve bu nodülün komşuluğunda 10x7 mm boyutlarında solid komponenti bulunan lezyon ve sol submandibuler bez inferolateral komşuluğunda 38x24x9 mm boyutlarında ince duvarlı, anekoik kontentli, içerisinde 16x13 mm boyutlarında hipoeoik yapıda color doppler inceleme ile içerisinde vaskülarite izlenen solid komponenti bulunan lezyon izlendi (**Resim 2**). Ayrıca en büyüğü sol anterior servikal zincir superiorda 13x8 mm boyutlarında olmak üzere bilateral anterior servikal zincirlerde birkaç adet eliptik şekilli lenf nodları saptandı.

Ön tanıda brankiyal yarı kisti düşünülen kitleden ve tiroid dokusundaki 4 adet nodülden İİAB yapıldı. Biyopsi sonucunda tiroid nodüllerinde malignite lehine bulgu saptanmazken brankiyal yarı kistinde atipik hücreler görüldü. Hasta bu bulgular eşliğinde ameliyata alındı. Ameliyatta önce sol lobektomi yapıldı ve frozen incelemeye gönderildi. Frozen incelemesinde papiller tiroid karsinomu ile uyumlu patoloji saptandı. Hastaya total tiroidektomi, sol modifiye radikal boyun diseksiyonu yapıldı. Patoloji sonucunda tiroid sol lobda 0,7 cm'lik tiroid papiller karsinomu saptandı. Toplam 25 adet lenf nodundan 4'ünde tiroid papiller karsinom metastazı saptandı (2 tanesi level 2, 2 tanesi de level 3).

Brankiyal yarı kisti olarak tanımlanan yapının tiroid papiller karsinomunun kistik lenf nodu metastazı olduğu anlaşıldı. Hasta ameliyat sonrası 2. gün sorunsuz taburcu edildi.

Tartışma

Soliter kistik boyun kitleleri genellikle genç erişkin hastalarda görülen ve sıklıkla benign olan lezyonlardır. Malign kistik lezyonlar daha nadir olarak görülmekte, bunlar metastatik ya da primer tümörlerden kaynaklanabilmektedir⁹⁻¹². Özellikle genç hastalarda lenf nodu metastazlarının tamamen kistik olabileceği ve dolayısı ile brankiyal yarık anomalileri ile karışabileceği bildirilmektedir¹³. Brankiyal kistler sıklıkla 2. ve 3. dekatta ortaya çıkarlar. Bizim vakamızda da klinik bulgular tiroid bezi ve boyunda başka palpabl kitle olmaksızın brankiyal kist ile tipik olarak uyumluydu. Okkült tiroid kanserlerinin metastatik servikal lenf nodları genellikle anterior ve lateral boyunda palpabl solid kitleler olarak ortaya çıkarlar¹⁴. Nadiren bizim vakamızda olduğu gibi metastatik lenf nodunun subkortikal likefaksiyon nekrozu sonucu soliter boyun kisti olarak görülebilirler. Literatür de bugüne dek bu şekilde 44 adet vaka bildirilmiştir^{4-6,8,15-17}. Yapılan bir çalışmada lateral boyun kisti olan hastalarda okkült tiroid kanseri insidansı yaklaşık %11'dir¹⁷. Diğer çalışmalarda ise lateral boyun kistlerinin yaklaşık %10-14.9'nun nedeninin tiroid papiller karsinomu metastazına bağlı olduğu saptanmıştır^{13,17-18}.

Brankiyal yarı kisti olarak kendini gösteren tiroid papiller karsinomu 3 farklı klinik ve histopatolojik durumda bildirilmiştir; tiroid papiller karsinomunun kistik lenf nodu metastazı, brankiyal yarı kisti içinde ektopik tiroid papiller karsinomu ve daha nadiren gerçek bir brankiyal yarı kistine eşlik eden tiroid papiller karsinomunun lenf nodu metastazıdır^{6,19-22}. Bu konuda bazı yazarlar boyundaki kistik kitlelerin aslında ektopik tiroid dokusu içerisinde geliştiğini düşünmekte, diğer yazarlar ise bu kistik kitlelerin tiroid bezinin okkült karsinomlarının metastazları sonucu ortaya çıktığını savunmaktadırlar^{23,24}.

Lateral boyun kisti ile başvuran hastalarda okkült tiroid kanserinin kistik lenf nodu metastazı ile benign servikal kistin klinik olarak birbirinden ayrılması zor olabilir. Diğer taraftan tanıda ki gecikmelerin yol açabileceği morbidite ve mortaliteler, tedavi aşamalarının tamamen farklı olması, bu hastalıkların ayırıcı tanısının iyi yapılması ve erken dönemde tanının konulmasını gerektirmektedir. Literatürde bu konuda yapılan çalışmalarda tiroid kanseri tanısının 1 yıllık gecikmesinin mortaliteyi 2-3 kat artırdığı görülmüştür²⁵. Bu nedenlerle ön tanıda brankiyal kist düşünülen hastalarda tiroid papiller karsinom metastazı mutlaka göz önüne alınmalıdır.

Tanıda USG boyundaki solid ve kistik kitlelerin değerlendirilmesinde önemli bir yer tutmaktadır. Boyundaki kistlerin benign boyun kistleri mi yoksa, tiroid bezinden kaynaklanan papiller karsinomun kistik lenf nodu metastazı olduğunu anlamak çoğu zaman mümkün olmamaktadır. Bizim vakamızda da yapılan USG ve BT' de ön tanıda brankiyal yarı kist düşünülmüştür. Genel olarak yapılan USG' de kistin duvar kalınlığı, içeriindeki yoğunluk, kalsifikasyon odakları gibi bazı kriterler tanıyı destekleyebilir ama spesifte oranları düşüktür. Sayılan kriterler içerisinde kalsifikasyonların varlığının daha önemli olduğu ve papiller karsinom metastazlarında görülebileceği belirtilmektedir^{13,18,27-28}. Doppler USG' de kistik kitlenin yüksek vaskülariteye sahip olması metastaz lehine yorumlanmaktadır²⁷. Bizim olgumuzda da kiste yönelik yapılan USG' de yüksek vaskülarite saptanmıştı (*Şekil 2*). Boyun kistlerinin ayırıcı tanısında BT'nin yeri kısıtlıdır¹⁶. Ultrasonografi ve BT'nin ayırıcı tanıda ki yeri kısıtlı olmakla beraber İİAB'nin yeri de tartışmalıdır. Çünkü solid boyun kitlelerinin tanısında değerli bilgiler vermesine rağmen kistik lezyonlarda başarı oranı düşüktür^{5,14}. Yapılan 2 çalışmada; kistik boyun kitlelerinde yapılan İİAB' de sırası ile %40 ve %50-67 oranlarında yalancı negatiflik görüldüğü belirtilmektedir^{6,8}. Bu oranın daha düşük olması için yapılan İİAB'nin USG eşliğinde yapılması önerilmektedir^{29,30}. Genel olarak bakıldığında ise günümüzde lateral boyun kistlerine yaklaşımda ulusal bir kılavuz bulunmamaktadır.

Sonuç olarak özellikle genç hastalarda ortaya çıkan lateral boyun kitleleri ciddiye alınmalı ve ayırıcı tanıda mutlaka tiroid papiller karsinomun kistik metastazı düşünülmelidir. Ayırıcı tanıda duyarlılıkları yüksek olan radyolojik tetkikler mutlaka yapılmalıdır. Bizim hastamızda olduğu gibi ameliyat öncesi yapılan İİAB' de şüpheli veya malignite yönünde bulguların olması tedavi planını değiştirecek, belki de hastayı ikinci bir ameliyat olasılığından kurtaracaktır. Diğer taraftan USG eşliğinde yapılan İİAB sonucu negatif gelse bile bu lezyon mutlaka eksizyonel olarak çıkarılmalıdır. Çünkü tanıda ki gecikmelerin sağ kalma etkisi göz önüne alındığında hem maliyet açısından hem de morbidite ve mortalite açısından çok daha ciddi sonuçların ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır. Ayrıca ameliyat sırasında yapılacak frozen section inceleme ile tiroid papiller karsinomu saptandığında total tiroidektomi ve kistin olduğu tarafa modifiye radikal boyun diseksiyonu uygulanması kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1. Carcangiu ML, Zampi G, Rosai J. Papillary thyroid carcinoma: a study of its many morphologic expressions and clinical correlates. *Pathol Annu* 1985;20:1-44.
2. Levy I, Barki Y, Tovi F. Cystic metastases of the neck from occult thyroid adenocarcinoma. *Am J Surg* 1992;163:298-300.
3. Tovi F, Zirkin H. Solitary lateral cyst: presenting symptom of papillary thyroid adenocarcinoma. *Ann Otol Rhinol Laryngol*

- 1983;92:521-4.
4. Monchik JM, De Petris G, De Crea C. Occult papillary carcinoma of the thyroid presenting as a cervical cyst. *Surgery* 2001;129:429-432.
 5. Verge J, Guixa J, Alejo M, et al. Cervical cystic lymph node metastasis as first manifestation of occult papillary thyroid carcinoma: Report of seven cases. *Head Neck* 1999;21:370-374.
 6. Chi HS, Wang LF, Chiang FY, Kuo WR, Lee KW. Branchial cleft cyst as the initial impression of a metastatic thyroid papillary carcinoma: two case reports. *Kaohsiung J Med Sci* 2007;23:634-638.
 7. Attie JN, Setzin M, Klein I. Thyroid carcinoma presenting as enlarged cervical lymph node. *Am J Surg* 1993;166:428-430.
 8. Al-Ashaa Y, Hefny A, Joshi S, Abu-Zidan FM. Papillary thyroid carcinoma presenting as a lateral neck cyst. *Afr Health Sci* 2011;11(2):296-300.
 9. Unal M, Pata YS, Akbas Y, Aydin O. Cervical cystic metastasis of squamous cell carcinoma: a case report with an unusual presentation. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2005;262(5):387-9.
 10. Raghavan U, Bradley PJ. Management of cystic cervical metastasis. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003;11(2):124-8.
 11. Mallet Y, Lallemand B, Robin YM, Lefebvre JL. Cystic lymph node metastases of head and neck squamous cell carcinoma: pitfalls and controversies. *Oral Oncol.* 2005;41(4):429-34.
 12. Granstrom G, Edstrom S. The relationship between cervical cysts and tonsillar carcinoma in adults. *J Oral Maxillofac Surg* 1989;47:16-20. 2911053.
 13. Wunderbaldinger P, Harisinghani MG, Hahn PF, et al. Cystic lymph node metastasis in papillary thyroid carcinoma. *AJR Am J Roentgenol* 2002;178:693-697.
 14. Hwang CF, Wu CM, Su CY, Cheng L. A long-standing cystic lymph node metastasis from occult thyroid carcinoma-report of a case. *J Laryngol Otol* 1992;106:932-934.
 15. Rabinov CS, Ward PH, Puchek T. Evolution and evaluation of lateral cystic neck masses containing thyroid tissue: Lateral aberrant thyroid revisited. *Am J Otolaryngol* 1996;17:12-15.
 16. Nakagawa T, Takashima T, Tomiyama K. Differential diagnosis of a lateral cervical cyst and solitary cystic lymph node metastasis of occult thyroid papillary carcinoma. *J Laryngol Otol* 2001;115:240-242.
 17. Seven H, Gurkan A, Cinar U, Vural C, Turgut S. Incidence of occult thyroid carcinoma metastases in lateral cervical cyst. *Am J Otolaryngol* 2004;25:11-17.
 18. Birkent HA, Karahatay S, Akçam T, Gerek M, Yetişer S. Tiroid papiller kanserinin soliter kistik lenf nodu metastazı. www.kbbforum.net/Journal 2005;4(4).
 19. Sidhu S, Lioe TF, Clements B. Thyroid papillary carcinoma in lateral neck cyst: missed primary tumour or ectopic thyroid carcinoma within a branchial cyst? *J Laryngol Otol* 2000;114:716-718.
 20. Lanzafame S, Caltabiano R, Puzzo L, Immè A. Thyroid transcription factor 1 (TTF-1) and p63 expression in two primary thyroid papillary carcinomas of branchial cleft cysts. *Virchows Arch* 2006;449:129-133.
 21. Fumarola A, Trimboli P, Cavaliere R, et al. Thyroid papillary carcinoma arising in ectopic thyroid tissue within a neck branchial cyst. *World J Surg Oncol* 2006;4:24-27.
 22. Matsumoto K, Watanabe Y, Asano G. Thyroid papillary carcinoma arising in ectopic thyroid tissue within a branchial cleft cyst. *Pathol Int* 1999;49:444-446.
 23. Loughran CF. Case report: Cystic lymph node metastasis from occult thyroid carcinoma: a sonographic mimic of a branchial cleft cyst. *Clin Radiol* 1991;43:213-214.
 24. LiVolis VA. Thyroid papillary carcinoma in lateral neck cyst: missed primary tumour or ectopic thyroid carcinoma within a branchial cyst? *J Laryngol Otol* 2001;115:614-615.
 25. Mazzaferri EL, Jhiang SM. Long-term impact of initial surgical and medical therapy on papillary and follicular thyroid cancer. *Am J Med* 1994;97:418-428.
 26. Ahuja A, Ng CF, King W, Metreweli C. Solitary cystic nodal metastasis from occult papillary carcinoma of the thyroid mimicking a branchial cyst: a potential pitfall. *Clin Radiol* 1998; 53:61-63.
 27. Kessler A, Rappaport Y, Blank A, Marmor S, Weiss J, Graif M. Cystic appearance of cervical lymph nodes is characteristic of metastatic papillary thyroid carcinoma. *J Clin Ultrasound* 2003;31:21-25.
 28. Ahuja AT, Chow L, Chick W, King W, Metreweli C. Metastatic cervical nodes in papillary carcinoma of the thyroid: ultrasound and histological correlation. *Clin Radiol* 1995;50:229.
 29. McDermott ID, Watters GW. Metastatic papillary thyroid carcinoma presenting as a typical branchial cyst. *J Laryngol Otol* 1996;110:490-492.
 30. American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer, Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 2009;19:1167-1214.