

İNTRALUMİNAL TRAKEA İNVAZYONU YAPAN PAPİLLER TİROİD KARSİNOMU OLGUSU

PAPILLAR THYROID CANCER WITH INTRALUMINAL TRACHEAL INVASION

Dr. Murat YAŞAROĞLU, Dr. Tamer OKAY, Dr. İlğaz DOĞUSOY, *Dr. Mehmet TALU,**Dr. Ahmet AKÇAY, Dr. Mehmet YILDIRIM, Dr. Hatice DEMİRBAĞ

Siyami Ersek Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

*Haydarpaşa Numune Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

**Haydarpaşa Numune Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği, İSTANBUL

Adres: Dr. Murat YAŞAROĞLU, Tophanelioğlu Cad. Köşk Sitesi B-4 D:15, 81020, Altunizade / İSTANBUL

Özet

Tiroid karsinomlarının hava yolu ile invazyonu nadirdir. İyi differansiye tiroid karsinomlarında trakeal invazyon insidansı, %0.5-6.5 arasında değişmektedir [1,4]. Kanama, hava yolu obstrüksiyonu gibi fatal komplikasyonlarla ölümlerle sonuçlanabilir.

Guatr nedeni ile 4 yıl önce subtotal tiroidektomi yapılan 70 yaşındaki bayan hastanın son 1 yıldır artan nefes darlığı ve hemoptizi şikayetleri oluşmuş. Tetkiklerinde sağ tiroid lobunda, 2 cm çaplı trakea lümenine invazyon yapmış papiller tiroid karsinom metastazı ve 18 mm lenfadenopati bulundu. Bronkoskopide sol vokal kord paralizisi ve 2-4. trakeal halkalarda lümeni daraltan lezyon gözlemlendi. Tiroid, 2-7. trakeal halkalar ile beraber rezektü edildi. Trakea rekonstrüksiyonu sağlandı. Sağ tarafa lenf nodu disseksiyonu yapıldı. Operasyon sonrası dönemi sorunsuz seyreden hasta 15. günde I¹³¹ tedavisi görmek üzere taburcu edildi. Altı aydır takip edilen hastada normal lümen gözlemlendi

Anahtar kelimeler: Tiroid karsinomları, trakeal obstrüksiyon

Summary

Thyroid cancer invading the trachea is a rare occurrence that can cause death due to airway bleeding or suffocation. The incidence of tracheal invasion varies between 0.5-6.5% [1,4]. The patient was 70 years old woman who had undergone subtotal thyroidectomy 4 years ago. She presented with dyspnea and hemoptysis for one year. A nodule of 2 cm invading the trachea in the right thyroid lobe and 18 mm LAP were found and diagnosed as papillary thyroid cancer metastasis. She had left vocal cord paralysis and obliteration of the tracheal lumen between the 2nd and 4th tracheal rings. The lesion was resected along with involved 7 tracheal rings, and the trachea was reconstructed. Lymph node dissection was performed on the right side. She had uncomplicated postoperative course and was discharged on the 15th day for I¹³¹ treatment. She has been followed for 6 months and found to have normal tracheal lumen and no recurrence.

Keywords: Thyroid carcinomas, tracheal obstruction

Giriş

İyi differansiye tiroid karsinomları, yavaş seyreden gençlerde sık rastlanan, nadiren invazyon yapan iyi prognozlu

patolojilerdir. Kötu differansiye tiroid karsinomları ise daha agresif olup sık invazyon yapabilirler [1,4,5]. İyi differansiye tiroid karsinomlarında nadir olan trakea invazyonu, havayolu içine kanama veya obstrüksiyon nedeni ile hayati tehlike oluşturan bir komplikasyondur [1,2]. Bu yüzden radikal bir girişim gerektirmektedir.

Geçmişte tercih edilen konvansiyonel tedavilerin yapılan uzun süreli takipleri, lokal nüksün oluştuğunu göstermiştir. Trakeanın enblok rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu en uygun tedavi olarak belirtilmiştir [4].

Olgu Sunumu

Hastamız 70 yaşında bir bayandı. Hikayesinde guatr nedeni ile 4 yıl önce subtotal tiroidektomi ameliyatı geçirmiş olup son bir yıldır artan dispne ve hemoptizi şikayetleri mevcuttu. Bu şikayetlerle kliniğimize sevk edilen hastada yapılan fizik muayenede dispne, stridor ve boyun orta hatta, sağda trakeaya fikse nodül bulundu. Laboratuvar bulgularında patoloji saptanmayan hastanın T3,T4, TSH değerleri normaldi. Yapılan ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografide sağ tiroid lobun olduğu lojda 2 cm çapında trakeaya transmural invazyon gösteren hipodens nodül ve sağ anterior servikal zincirde 18 mm patolojik lenfadenopati tesbit edildi (Resim 1).

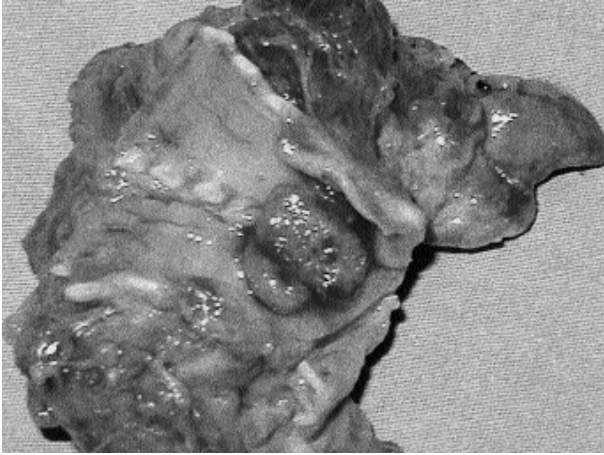


Resim 1: Trakea lümenine invazyon yapmış 2 cm. lik nodül ve 18 mm. servikal LAP ın bilgisayarlı tomografi deki

İnce iğne aspirasyon biyopsisi yapılarak papiller tiroid karsinomu ve lenf nodu metastazı tanısı kondu. Beyin

manyetik rezonans görüntülemesi, torakoabdominal bilgisayarlı tomografi ve kemik sintrigrafisi yapılarak uzak metastaz araştırıldı. Bir patoloji tesbit edilemedi. Yapılan bronkoskopide sol vokal kord paralizi, vokal kordların 2 cm altında 2. trakeal halkadan başlayıp 4. trakeal halkaya kadar devam eden ve trakeayı oblitere eden endovejetan fragil kitle tespit edildi.

Trakea invazyonu yapan papiller tiroid karsinomu olarak değerlendirilen hasta, trakeal obstrüksiyon nedeni ile operasyona alındı. Endotrakeal 6 numara tüp ile entübe edildikten sonra servikal collar ve parsiyel sternotomi insizyonu yapılarak rezidüel lezyon ve trakea ortaya kondu. Trakea distal ve proksimal olarak dissekte edildi. Lezyon total tiroidektomiye tamamlandı. Trakea 7. halkadan rezekte edilip yeni bir endotrakeal tüp ile distal trakea dan entübasyon yapılarak ventilasyon sağlandı. Peritrakeal invazyon saptanan trakeal (2-7) halkalar lezyon ile birlikte çıkarıldı (Resim 2).



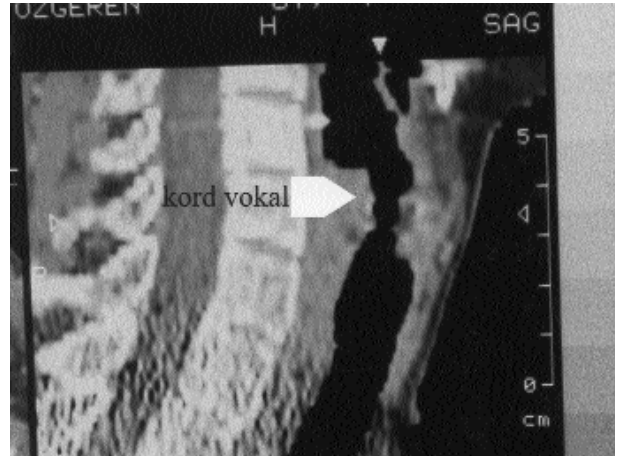
Resim 2 : Rezidü tiroid dokusu ile beraber çıkarılan 2-7 halkadan oluşan trakeal segment

Rezeksiyon sonrası 4 / 0 vikryl ile arka duvar devamlı, ön duvar separe sütürlerle anastomoz yapılarak trakea rekonstrüksiyonu sağlandı. Proksimaldeki endotrakeal tüp distale ilerletilerek ventilasyona devam edildi. Sağ tarafa lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Hava kaçağı ve kanama kontrolünü takiben katlar anatomisine uygun olarak kapatıldı. Çene göğüs duvarına fiks edildi.

Operasyon sonrası dönemi sorunsuz geçiren hasta, genel durumunun düzelmesi üzerine 15. gün taburcu edildi. Patolojik tetkiklerinde iyi differansiye papiller tiroid karsinomu ve trakea transmural invazyonu tanısı konan hastanın 4 adet servikal lenf düğümünde metastaz saptandı. Hasta, radyoaktif iyot tedavisi görmek üzere endokrinoloji merkezine sevk edildi. Düzenli olarak 6 aydır takip edilen hastaya yapılan bronkoskopilerde ve bilgisayarlı tomografi tetkiklerinde normal trakeal lümen olduğu gözlemlendi (Resim 3).

Tartışma

İyi differansiye tiroid karsinomlarının trakeaya transmural invazyon yapması, lokal ileri evre bir patolojidir ve nadir görülür (%0.5-6.5). Hava yolu içine kanama veya tıkanıklığına yol açarak ölümcül bir komplikasyon oluşturabilir. Trakeanın sekonder tümörleri için rezeksiyon en sık olarak tiroid karsinomlarında yapılır [1,2,4]. En sık rastlanan iyi differansiye tiroid karsinomları, papiller ve foliküler tiptir [3,5]. Bunların çevre dokulara invazyon yapma insidansları arasında fark yoktur [5]. Genellikle genç yaşlarda görülmesine karşılık



Resim 3: Operasyon sonrası 6. ayda çekilen trakea rekonstrüksiyon bilgisayarlı tomografide görünen normal trakeal lümen

olgumuzda ileri yaşta ortaya çıkan iyi differansiye papiller tiroid karsinomu komplikasyonu, papiller karsinomların yavaş gelişim göstermesine bağlandı.

Shin ve arkadaşları [6] belirttiği gibi papiller karsinomlarda hava yolu tutulumu, tiroid kapsülü ve peritrakeal fasya arasındaki yakın komşuluğa bağlı direk invazyonla gerçekleşmektedir. Mukozal tutulumda yayılım daha çok sirküler tarzdadır. Olgumuzda trakea tutulumunun aynı mekanizma ile oluşmasına karşılık servikal zincirdeki lenf nodu tutulumu, lokal ve sistemik yayılımın aynı anda olabileceğini düşündürmektedir.

Shin ve arkadaşları [6] tiroid karsinomlarında görülen trakea tutulumunu 5 ayrı patolojik evrede tanımlamıştır [6]. Buna göre, trakea duvarının tümüyle tutulumu ve mukozal ülserasyon veya nodül oluşumu evre dördür. Evre 0,1,2,3 genellikle asemptomatik olup, operasyon esnasında rastlanır. Evre 4 semptomatik bulgular verebilir ya da trakeoskopide belli olur. Olgumuz bu sınıflamada evre 4 olarak değerlendirildi. Dispne, stridor, hemoptizi gibi semptomlar ve özellikle geçirilmiş tiroid operasyonu öyküsü klinik olarak hava yolu invazyonunu düşündürmekteydi.

Tanısal yaklaşım, lezyonun genişliği ve neoplastik orijinine göre yapılmalıdır [1,4]. Tiroid fonksiyon testlerine ilaveten ultrasonografi, tiroid sintigrafisi, trakea ve larenks radyolojik incelemesi, boyun ve toraks bilgisayarlı spiral tomografisi ve manyetik rezonans görüntülemesi, özofagus pasaj grafileri, kemik sintigrafisi ve bronkoskopi tanıda önemli rol oynamaktadır. Olgumuzda tanı amaçlı yaptığımız tiroid fonksiyon testlerinden başka boyun bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografisi altında yapılan ince iğne aspirasyon biopsisi papiller tiroid karsinomu metastazı tanısını koymada yeterli oldu. Bronkoskopi hastanın operasyon öncesi değerlendirilmesinde en önemli tanı aracıdır. Anestezi ile sıkı işbirliğini gerektiren bu girişim entübasyon esnasında en uygun endotrakeal tüpün seçilmesini de sağlar. Lezyonun yeri ve derinliğine yönelik tanısal girişimler, tedavinin şeklini belirlemekle kalmaz, yapılacak radikal bir rezeksiyonun sınırlarını da belirler. Uzak metastaz taraması rutin yapılmalıdır.

Tedavide amaç, tam kür ya da palyasyon sağlayarak yaşam kalitesini arttırmaktır [1,2,4]. En iyi yaklaşım, operasyonda invazyon saptandığı sırada yapılandır [4]. Geçmişte uygulanan trakeanın invaze kısmının traşlanması ve operasyon sonrası ¹³¹I veya radyoterapi uygulanması gibi konvansiyonel yöntemler artık popülaritesini kaybetmiştir. Grillo [2] tarafından 1964 yılında yapılan ilk başarılı trakea rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu sonrası bu yöntem geniş taraftar bulmuş ve

yaygınlaşmıştır. Bu teknik günümüze dek geliştirilmiş, larenks seviyesinde rezeksiyonu mümkün kılmıştır. Önemli nokta rezekse edilecek segmentin tam olarak tespitidir. Çıkarılacak segment uzunluğu hastanın vücut ölçülerine de bağlıdır [4]. Cerrahi yaklaşım, servikal collar veya parsiyel strenotomi insizyonu ile birlikte olabilir [2,4]. Olgumuzda servikal collar ile parsiyel sternotomi insizyonunu birlikte tercih ettik. Amacımız, daha önce girişim yapılan hastada distal trakea disseksiyonunu kolaylaştırmak ve invazyonun alt sınırını tam belirlemektir. Bu girişim morbiditeyi etkilemedi. Rezidü tiroid dokusunun tamamen rezekse edilip total tiroidektomiye tamamlanması lokal nüksü önlemek açısından gerekmektedir. Lezyonun trakeanın içinden 2 halkayı tutmasına karşılık, 6 halkanın daha tutulduğunu gözlemledik. Yapılan frozen section bu alanların direk metastaz olduğunu ortaya koydu. Sağlam trakea dokusu bulmak için 2,3,4,5,6,7. halkalardan oluşan geniş bir segment rezeksiyonu yapıldı. Bu nedenle sadece endoluminal tutulumdan ziyade peritrakeal invazyonun rezeksiyon sınırı açısından belirlenmesi gerekir.

Anastomoz hattında oluşabilecek gerilim ve granülasyon dokusunu en aza indirmek için anastomozu 4/0 vikryl (Ethicon co.) ile arka duvarı devamlı, ön duvarı separe dikişler ile yapmayı anastomoz kısmı operasyon sonrası çenenin göğüs duvarına fiksasyonunu tercih ettik .

Hava yolu invazyonu yapan tiroid karsinomlarında prognoz invazyon alanı ve derinliği ile yakından ilgilidir. Ishiara ve arkadaşları [3] tarafından 1991 yılında rezeksiyon yapılan 60 olgulu bir çalışmada 5 ve 10 yıllık sürvi sırasıyla %87.0 ve %78.1 olarak verilmiştir. 1992 yılında Grillo ve arkadaşları [1] rezeksiyon yapılan 31 olgunun 14'ünde 5 yıl ve üstünde sağ kalım bildirmiştir (%45). Aynı çalışmada Grillo [2] evre 4 trakea, invazyonu olan 3 olgunun 5 yıl, 1 olgunun 10 yıl yaşadığını bildirmiştir. Bu tecrübeler, trakea tutulumu olan tiroid karsinomlarında hava yolu rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonunun efektif bir tedavi olduğunu, uzun süreli palyasyonla hemoraji, obstürüksiyona bağlı ölümlerin önüne geçilebildiğini göstermektedir. Olgumuzda evre 4 invazyon ve lenf nodları tutulumu olması prognozu olumsuz etkileyici faktörler olabilir. Buna karşılık uyguladığımız yaklaşım ve tedavinin literatür ile uyumlu olarak uzun süreli palyasyon sağladığı gibi kür de sağlayabileceğini düşünüyoruz. Radikal rezeksiyon ve radyoaktif iyot tedavisi sonrası, 6 aylık takipte normal trakeal lümen gözlenen hastanın yaşam kalitesinin arttığına ve bunun da sürviyi uzattığına inanmaktayız.

Sonuç

İyi differansiye tiroid karsinomlarında transmural trakea invazyonu nadir, ama fatal bir komplikasyondur. Enblok trakea rezeksiyonunu gerektirir. Uygun cerrahi yaklaşımla tam iyileşme veya uzun süreli yaşam kalitesi sağlanabilir. Hasta seçimi invazyonun derinliği ve lokalizasyonu prognozu belirleyici faktörlerdir.

Kaynaklar

1. Grillo HC, Mathisen DJ. Upper airway tumors. In: Pearson FG, Deslauries J, Ginsberg RJ eds. Thoracic Surgery. New York: Churchill-Livingstone.1995:299-307.
2. Grillo HC, Suen HC, Mathisen DJ, et al. Resectional management of thyroid carcinoma invading the airway. Ann Thorac Surg 1992;3:54.
3. Ishiara T, Koboyaski K, Kikuchi K, et al. Surgical

treatment of advanced thyroid carcinoma invading the trache. J Thorac Cardiovasc Surg 1991;102:717.

4. Zanini P, Melloni G. Surgical management of thyroid cancer invading the trachea. Chest Surg N America November 1996:777.
5. Segal K, Abraham A, Levy R, et al. Carcinoma of the thyroid gland invading larynx and trachea. Clin Otolaryngol 1984;9:21.
6. Shin D, Mark EJ, Suen HC, et al. Pathologic staging of papillary carcinoma of the thyroid with airway invasion based on the anatomic manner of extension to the trachea. Hum Pathol 1993;24:866.