

OLGU SUNUMU

Larenkse yayılan nüks tiroid papiller karsinomuna cerrahi yaklaşım: Olgu sunumu

Surgical approach to recurrent papillary thyroid carcinoma involving the larynx: a case report

Dr. Ercan AKBAY

Elli dört yaşında erkek hasta, boyun ön tarafında üç aydır var olan şişlik yakınması ile başvurdu. Hastaya 12 ay önce tiroid papiller karsinomu nedeniyle başka bir merkezde sağ total, sol totale yakın tiroidektomi ve sağ tarafa modifiye radikal boyun diseksiyonu yapılmıştı. Hastanın muayenesinde, boyun orta hatta yaklaşık 4x5 cm çapında ve larenkse fikse bir kitle ve iki taraflı multipl lenfadenopatiler görüldü. Fiberoptik direkt larengoskopik incelemede, larenks lümenini dolduran, ön komissürü tutan lobule konturlu bir kitle ve sağ kord vokalin fikse olduğu görüldü. Yapılan biyopside tiroid papiller karsinom ile uyumlu histopatolojik bulgular saptandı. Larenks invazyonu gösteren nüks tiroid papiller karsinomu nedeniyle hastaya total larenjektomi, iki taraflı boyun diseksiyonu ve pektoralis majör miyokutanöz flebi ile rekonstrüksiyon yapıldı. Histopatolojik incelemede, nüks papiller karsinomun larenkse infiltre olduğu görüldü. Cerrahi sonrasında I-131 tedavisi gören hastanın 10 aylık takibinde herhangi bir nüks ya da uzak metastaz saptanmadı.

Anahtar Sözcükler: Karsinom, papiller/cerrahi; larenks neoplazileri; tiroid neoplazileri/cerrahi.

A 54-year-old male patient presented with a complaint of a mass in the anterior aspect of the neck of three-month duration. He had a history of total and near total thyroidectomy in the right and left lobes, respectively, and right modified radical neck dissection at another center 12 months before. Physical examination showed a laryngeal mass, 4x5 cm in size, in the midline of the neck, and bilateral and multiple lymphadenopathies. Fiberoptic laryngoscopy showed a lobular contour mass filling the laryngeal lumen and involving the anterior commissure and a fixed right vocal cord. Biopsy result of the lesion was consistent with papillary carcinoma of the thyroid. The patient underwent total laryngectomy and bilateral neck dissection followed by reconstruction with the pectoralis major myocutaneous flap. Histopathologic examination showed laryngeal infiltration of the recurrent papillary thyroid carcinoma. Postoperative radioiodine (I-131) therapy was administered. No recurrences or distant metastasis were detected within a follow-up period of 10 months.

Key Words: Carcinoma, papillary/surgery; laryngeal neoplasms; thyroid neoplasms/surgery.

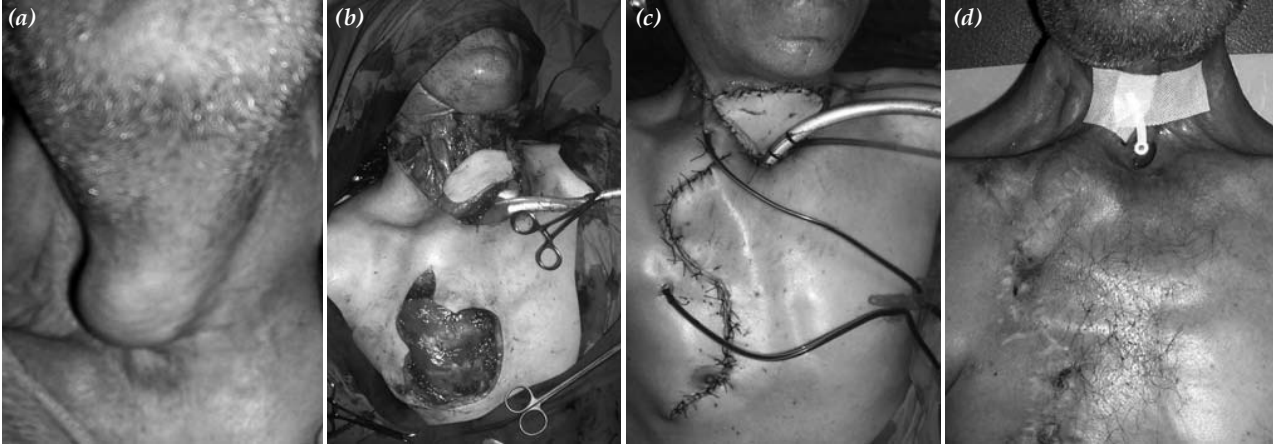
Papiller karsinom, tiroid tümörlerinin yaklaşık %80'ini oluşturan, en sık karşılaşılan malign tümördür.^[1,2] Sıklıkla 20-40 yaşları arasında görülür. Kadınlarda, erkeklerden üç kat daha sık karşılaşırlar. Papiller karsinomlar çoğunlukla multisentrikler.

Tümör, bölgesel lenfatikler ile paratrakeal veya lateral servikal lenf nodlarına metastaz yapar. Boyna metastaz, papiller tiroid karsinomlarında oldukça sık karşılaşılan bir durum olmakla birlikte, diğer baş ve boyun tümörlerinin aksine prognoz üzerine çok fazla etkisi yoktur.^[2]

◆ Bingöl Devlet Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği (Department of Otolaryngology, Bingöl State Hospital), Bingöl, Turkey.

◆ Dergiye geliş tarihi - 28 Eylül 2006 (Received - September 28, 2006). Yayın için kabul tarihi - 14 Mart 2007 (Accepted for publication - March 14, 2007).

◆ İletişim adresi (Correspondence): Dr. Ercan Akbay, Aksaray Devlet Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, 68100 Aksaray, Turkey. Tel: +90 382 - 212 91 00 Faks (Fax): +90 382 - 213 52 07 e-posta (e-mail): ercanakbay@yahoo.com



Şekil 1. (a) Nüks tiroid papiller karsinomunu ve geçirilmiş boyun diseksiyonu. (b) Total tiro-larenjektomi ve boyun sağ tarafına eksplorasyon, sol tarafına radikal diseksiyon yapıldı. (c) Defekt sahası pektoralis majör miyokutanöz flebi ile rekonstrükte edildi. (d) Ameliyat sonrası 10. ayda hastanın görünümü.

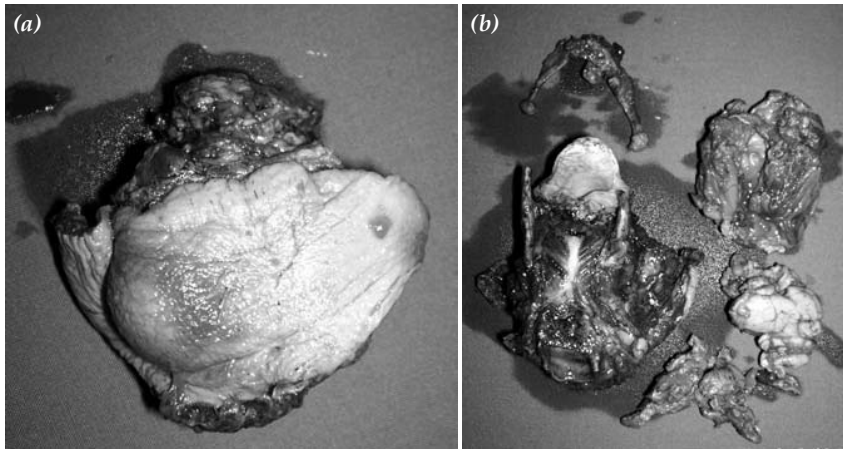
İyi diferansiye tiroid karsinomlu hastaların tedavilerine ilişkin çok farklı görüşler olmakla birlikte, tümörün geniş rezeksiyonu ve lenf nodu varlığında diseksiyon yapmak konusunda ortak bir görüş oluşmuştur.^[3]

Tümörün lokal, bölgesel ve sistemik nüksü çok farklı oranlarda bildirilmektedir.^[1,4] Nüks üzerinde en önemli faktörler ameliyat öncesi sitolojik tanı, radikal cerrahi ve ameliyat sonrası radyoaktif iyot tedavisidir.^[1]

OLGU SUNUMU

Elli dört yaşında erkek hasta, boyun ön tarafında üç aydır var olan şişlik yakınmasıyla polikliniğimize başvurdu (Şekil 1a). Öykü ve epikriz bilgilerine göre 12 ay önce tiroid papiller karsinomunu nedeniyle özel bir hastanenin genel cerrahi kliniğinde sağ total,

sol totale yakın tiroidektomi ve sağ tarafa modifiye radikal boyun diseksiyonu yapıldığı, buna karşın son zamanlarda kitlenin giderek büyüdüğü, ses kısıklığı ile birlikte öksürme sırasında zaman zaman hafif kanamasının olduğu anlaşıldı. Ameliyat sonrası kontrollere gitmemiş olan hastanın muayenesinde, boyun orta hatta yaklaşık 4x5 cm çapında ve larenkse fikse bir kitle ve iki taraflı multipl lenfadenopatiler görüldü. Fiberoptik direkt larenoskopik incelemede, larenks lümenini dolduran, ön komissürü tutan lobule konturlu bir kitle ve sağ kord vokalin fikse olduğu görüldü. Yapılan biyopside tiroid papiller karsinom ile uyumlu histopatolojik bulgular saptandı. Genel vücut taramasında uzak metastaza rastlanmadı. Hastaya genel anestezi altında total tiroidektomi ve larenjektomi, boyun sağ tarafına eksplorasyon, sol tarafına ise radikal boyun



Şekil 2. (a) Tümör tarafından larenks infiltre edilmişti. (b) Boynun her iki tarafında multipl lenfadenopatiler vardı.

diseksiyonu yapıldı (Şekil 1b). Karotisi korumak ve özofagus ön duvarı desteklemek amacıyla pektoralis majör miyokutanöz flebi ile rekonstrüksiyon yapıldı (Şekil 1c). Cerrahi örneğin histopatolojik incelenmesi sonucunda, nüks papiller karsinomun larenkse infiltrate olduğu görüldü (Şekil 2). Ameliyat sonrası erken dönemde özofagokutanöz fistül gelişti, ancak takiplerle kendiliğinden kapandı. Geçici ya da kalıcı hipokalsemik bulgulara rastlanmadı. Cerrahi sonrasında hasta başka bir merkezde I-131 tedavisi aldı ve aylık kontrollere kliniğimize çağırıldı. On aylık takibinde herhangi bir nüks ya da uzak metastaz saptanmadı (Şekil 1d).

TARTIŞMA

Tiroid papiller karsinomlarının tedavisinde hemitiroidektomi ile total tiroidektomi arasında seçim konusunda farklı görüşler vardır. Bu tümörler oldukça yavaş geliştiği için, her iki yaklaşım da doğru uygulandığı takdirde hastanın yaşam süresini olumsuz etkilememektedir. Tiroid papiller karsinomlarının multisentrik olma riskinin (%30-70) oldukça yüksek olması, total tiroidektomi için bir neden olabilir; ancak, mikroskobik düzeyde karşı lobda saptanan papiller karsinomun önemi tam olarak bilinmemektedir. Total tiroidektomi, paratiroid bez hasarına ve ameliyat sırası komplikasyonlara yol açabilmesi ve daha invaziv olması nedeniyle tercih edilmemektedir. Ancak, nüks riskinin yüksek olması nedeniyle ameliyatın total yapılması gerektiğini savunan yazarlar da vardır.^[5,6]

Lenf nodu diseksiyonlu ya da diseksiyonsuz tek loba lokalize iyi diferansiye tiroid karsinomlu hastalarda ilk ve en küçük cerrahi girişim lobektomi ve istmusektomi olmalıdır.^[3] Vasküler tutulum ve metastazı olan hastalarda total tiroidektomi yapılmalıdır.^[7]

Tiroid kanserlerinde boyna yaklaşım tartışmalı bir konudur. Tiroid papiller karsinomlarında gizli metastaz oranı yaklaşık %50'dir.^[8] Ameliyat sırası palpasyonda büyük lenf nodları saptanırsa, santral lenf nodu diseksiyonu yapılmalıdır. Boyun lateralinde klinik olarak palpabl veya oldukça büyük lenf nodu olan hastalarda sternokleidomastoid kas, spinal aksesuar sinir ve internal juguler venin korunduğu posterolateral selektif boyun diseksiyonu yapılabilir. Bu hastalarda zon I ve submandibuler bez nadir olarak diseke edilir.^[2]

Tiroid papiller karsinomlu hastaların yaklaşık %10'unda ilk tedavi sonrası tekrarlama görülür. Bu

tekrarlama klinik stabilitenin sağlanmasından yıllar sonra ortaya çıkabilir. Bilinen pulmoner metastazı olan hastalar bile yıllarca yaşayabilir.^[9] İlk tedavi sonrasında, başlangıçta hastalıktan kurtulduğu düşünülen hastalarda bölgesel lenfatik metastaz %8-9 oranında, tiroid yatakta nüks (invazyon) %5-6 oranında, uzak metastaz (akciğer, kemik) ise %4-11 oranında ortaya çıkar. Servikal nodal nükste iyileşme oldukça kolay elde edilirken, tiroid yataktaki nükslerin sadece %40'ında iyileşme sağlanabilmektedir.^[9]

İyi diferansiye tiroid karsinomlu hastalarda agresif onkolojik rezeksiyon ve hastaya zarar vermeme ilkesini bir araya getiren mantıklı bir tedavi planı uygulanmalıdır. Temel kavram, hastaların tedavisini prognostik risk gruplamasındaki yerine göre gerçekleştirmektir. Hem tiroid, hem de boyundaki tüm makroskobik hastalığın ortadan kaldırılması birincil hedef kabul edilerek ameliyat gerçekleştirilmelidir.^[9] Belirgin havayolu invazyonu olan hastalarda segmental havayolu rezeksiyonu yapılabilir. Bu durumda, tedavinin boyutu riskin seviyesine göre ayarlanmalıdır.^[5,9]

İyi diferansiye tiroid karsinomlu olguların %0.9 ile %7'sinde solunum yolları, larenks ve trakea tutulumu görülmektedir. Bunun için ameliyat öncesi fleksibl endoskop ile larengotrakeal yapılar değerlendirilmelidir.^[10,11]

Yapılan çalışmalar, üst solunum ve sindirim sistemini tutan tiroid karsinomlarında komplet rezeksiyonun sıklıkla iyi bir palyatif tedavi olduğu ve lokal kontrol yanında, seçilmiş olgularda iyileşme şansı sağlayabildiğini göstermiştir.^[12,13] Bu olgularda parsiyel larenjektomi ya da parsiyel trakeal rezeksiyon yapılabilir.^[14] Yaygın tutulumlarda total larenjektomi ya da trakeal rezeksiyon-anastomoz şeklinde rekonstrüksiyon gerekebilir.^[15]

Diferansiye tiroid karsinomlu olgularda çevre doku invazyonu varlığında ve uygun olgularda trakeal hatta özofageal rezeksiyon yararlıdır. Buna karşın, anaplastik karsinomlar kötü prognozlu olduğundan cerrahi rezeksiyon çoğunlukla sonuçsuz kalır; bun nedenle, ancak seçilmiş olgularda uygulanabilir.^[16]

Larengotrakeal invazyon gösteren iyi diferansiye tiroid karsinomlarında tümörün derece ve yaygınlığına bağlı olarak üç tür cerrahi yaklaşım söz konusudur: *i)* Uç uca anastomoz, *ii)* doku flep rekons-

trüksiyonu, *iii*) larengotrakeal ayırma ya da total larenjektomi. Rekonstrüksiyon için en sık kullanılan flepler ise sternokleidomastoid kas flebi, pektoralis majör miyokutanöz flebi, platisma ve önkol serbest flepleridir.^[4,17]

Sunduğumuz hastada, kitlenin tiroid yatakta nüks etmiş olması, cinsiyetin erkek ve yaşın ileri olması, ayrıca larengeal yapıları da invaze etmiş olması morbidite ve mortaliteyi artıran faktörler olarak değerlendirildi. Bununla birlikte, papiller karsinomun lokal yayılımında bile, yeterli rezeksiyonla prognozun iyi olması göz önünde bulundurularak radikal bir tümör rezeksiyonu yapıldı.

Sonuç olarak, tiroid malign tümörlerinde cerrahi spektrum, gerektiğinde ekstratiroidal yapıları da içine alan geniş bir rezeksiyon ile hemitiroidektomi arasında değişmektedir. Bu konuda tam bir fikir birliği olmamakla birlikte, en az morbidite ve mortalite, en fazla tümör rezeksiyonu yaklaşımıyla, her hasta ayrı birer klinik durum olarak değerlendirilebilir.

KAYNAKLAR

1. Vigliardi G, Caranci E, Mancini R, Berardi S. Papillary carcinoma of the thyroid: our experience. *Suppl Tumori* 2005;4:S152-4. [Abstract]
2. Silver CE, Kim HH. Tiroid cerrahisi. (Silver CE, Rubin JS, editors. Atlas of head and neck surgery.) Baş ve boyun cerrahisi atlası. Çeviri editörleri: Şenocak D, Erem M. 2. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 1999. s. 273-98.
3. Chen FJ, Li QL, Zeng ZY, Song M, Yang AK, Zhang Q. Surgical treatment of differentiated thyroid carcinoma and analysis of recurrence-related factors. *Ai Zheng* 2004;23:1311-6. [Abstract]
4. Wu GH, Li H, Chen FJ, Zeng ZY, Chen WK, Peng HW, et al. Surgical treatment of well-differentiated thyroid carcinoma invading trachea: a report of 15 cases. *Ai Zheng* 2004;23(11 Suppl):1498-501. [Abstract]
5. Ballantyne AJ. Resections of the upper aerodigestive tract for locally invasive thyroid cancer. *Am J Surg* 1994;168:636-9.
6. Miloundja J, Lescanne E, Ouedraogo B, Pondaven S, Beutter P, Moriniere S. Differentiated thyroid carcinomas with laryngo-tracheal invasion. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2006;123:34-40. [Abstract]
7. Altamore S, Basile G, Santanocito G, Mangiameli A. Conservative surgical treatment in differentiated thyroid carcinoma. *Minerva Chir* 1999;54:139-41. [Abstract]
8. Aydoğan B, Tuncer Ü, Soylu L. Tiroid ve paratiroid kanserleri. In: Baş-boyun kanserleri. Engin K, Erişen L, editörler. Bursa: Nobel Tıp Kitabevleri; 2003. s. 503-44.
9. Randolph GW. Tiroid ve paratiroid bezlerin cerrahisi. (In: Montgomery WW, editor. Surgery of the larynx, trachea, esophagus and neck.) Larinks, trakea, özofagus ve boyun cerrahisi. Çeviri editörü: Kaleli Ç. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004. s. 388-409.
10. Peretti G, Piazza C, Giudice M, Nicolai P, Antonelli AR. Laryngeal-tracheal resection in the treatment of thyroid malignancies: description of a case and review of literature. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2001;21:54-9. [Abstract]
11. Datta D, Lahiri B. Recurrent thyroid carcinoma presenting as an endotracheal nodule. *Conn Med* 2002;66:585-7.
12. Bayles SW, Kingdom TT, Carlson GW. Management of thyroid carcinoma invading the aerodigestive tract. *Laryngoscope* 1998;108:1402-7.
13. Talpos GB. Tracheal and laryngeal resections for differentiated thyroid cancer. *Am Surg* 1999;65:754-9.
14. Shelton VK, Skolnik EM, Berlinger FG, Arab M. Laryngotracheal invasion by thyroid-carcinoma. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1982;91:363-9.
15. Friedman M. Surgical management of thyroid carcinoma with laryngotracheal invasion. *Otolaryngol Clin North Am* 1990;23:495-507.
16. Lifante JC, Mancini F, Mithieux F, Berger N, Latreche A, Peix JL. Results of tracheal or esophageal resections in invasive thyroid carcinomas. *Ann Chir* 2001;126:236-41. [Abstract]
17. Blandino R, Puzzo L, Pistritto A, Grasso A, Ferreri E, Messina D, et al. Tracheal resection-anastomosis in carcinoma of the thyroid infiltrating the airways. A case report. *G Chir* 1995;16:97-9. [Abstract].