



Olgu Sunumu

Akut Solunum Yetmezliği ile Seyreden Bir Papiller Tiroid Kanseri Olgusu

Banu ERİŞ GÜLBAY*, Mustafa AKANSOY*, Akın KAYA*, Bülent ERKEK**, Turan ACICAN*

* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı,

** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ANKARA

A Case with Papillary Thyroid Cancer Presenting with Acute Respiratory Failure

Key Words: Stridor, Acute respiratory failure, Tracheostomy, Papillary thyroid cancer.

Anahtar Kelimeler: Stridor, Akut solunum yetmezliği, Trakeostomi, Papiller tiroid kanseri.

Malign nedenlere bağlı, progresif olarak artan üst hava yolu obstrüksiyonu dispne, öksürük ve stridor oluşumuna neden olabilmekte ve sonuçta hastalarda hayatı tehdit eden ciddi solunum yetmezliği tablosu gelişebilmektedir. Hava yolu invazyonu ya da basısı sonucunda üst solunum yolu obstrüksiyonu oluşturan malign nedenlerden biri tiroid kanserleridir. Burada, temel olarak benign bir seyir gösterdiği kabul edilen papiller tiroid kanserinin, ekstrapnöral invazyon özelliğini ve pulmoner metastazlarını irdelemeye çalıştık.

OLGU SUNUMU

Yaklaşık iki ay öncesine kadar herhangi bir yakınması olmayan 70 yaşındaki erkek hasta, boğaz ağrısı ve boyunda şişlik yakınmaları ile başka bir merkezde kulak-burun-boğaz (KBB)

servisince değerlendirilmiş, ancak verilen tedavi sonrasında nefes darlığında artış olması üzerine Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) Acil Servisi'ne başvurmuş. Bronş astımı ön tanısıyla bronkodilatör ve sistemik kortikosteroid tedavisi başlanan hastanın, genel durumunda bozulma ve solunum sıkıntısında artma olması nedeniyle, hasta AÜTF Göğüs Hastalıkları Solunum Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ)'ne kabul edildi.

Hastanın 20 paket/yıl sigara içim öyküsü dışında, özgeçmişinde herhangi bir özellik yoktu.

Fizik incelemede hastanın genel durumu kötü idi. İleri derecede dispnesi ve stridoru mevcuttu. Sağ supraklaviküler bölgede sert kıvamda hareketsiz, ağrısız şişlik ile tiroid sağ lobunda 2 x 2 cm boyutlarında nodül palpe

Yazışma Adresi: Uzm. Dr. Banu ERİŞ GÜLBAY

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, ANKARA

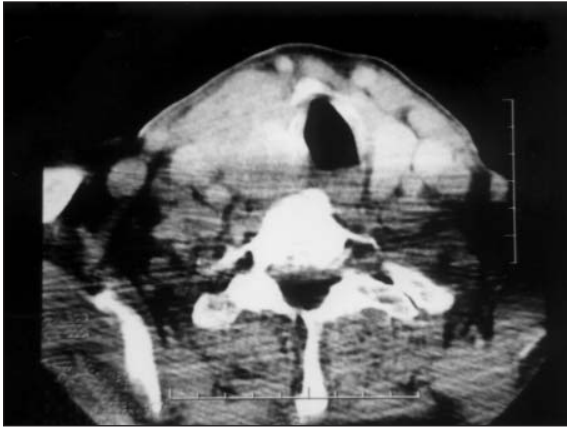
Makalenin Geliş Tarihi: 12.12.2002

Makalenin Kabul Tarihi: 25.05.2004

edildi. Solunum sistemi muayenesinde göğüs ön arka çapı artmış, ekspirasyonu uzun, solunum sesleri derinden geliyordu. Taşikardisi mevcuttu. Diğer sistem incelemeleri yapılabildiği kadarıyla normal olarak değerlendirildi.

Hastanın tam kan incelemesinde lökositoz dışında herhangi bir patoloji yoktu. Nazal oksijen altında alınan arter kan gazında pH 7.29, PaCO₂ 72 mmHg, PaO₂ 80 mmHg ve oksijen saturasyonu %93 (nazal oksijen altında) idi.

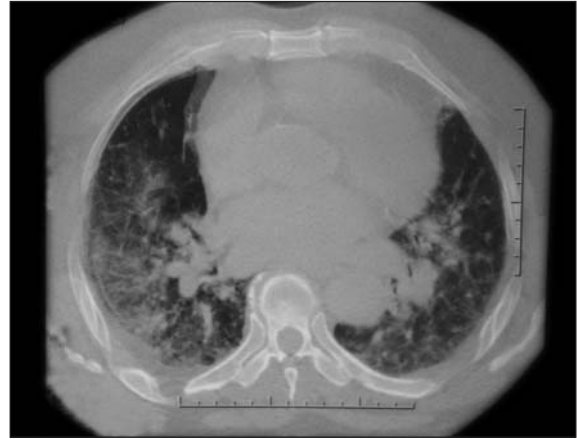
Acil çekilen boyun bilgisayarlı tomografi (BT)'sinde sağ servikal zincirde en büyüğü 2 cm olarak ölçülen birkaç adet büyümüş lenf nodu ve tiroidin sağ lobuna uyan lokalizasyonda, bir kesitte trakeayı tama yakın kapatan hipodens heterojen kitle lezyonu saptandı (Resim 1,2). Toraks BT'de ise sağ akciğer alt lob apikal ve sol alt lob mediobazal segmentlerde fokal konsolidasyon alanları izlendi (Resim 3).



Resim 1. Boyun BT'sinde: Tiroid sağ lobunda kitle lezyon, büyümüş lenf nodu ile birlikte.



Resim 2. Boyun BT'sinde: Tiroid sağ lobunda bir kesitte trakeayı tama yakın kapatan kitle lezyon.



Resim 3. Toraks BT'de sağ akciğer alt lob apikal ve sol alt lob mediobazal segmentlerde fokal konsolidasyon alanları.

Hastada malign tümör invazyonunu düşündüren stridor varlığı ve akut solunum yetmezliği nedeniyle KBB tarafından acil trakeostomi açıldı. İşlem sırasında çıkartılan lenf nodunun histopatolojik incelemesi papiller tiroid kanseri ile uyumlu olarak raporlandı. Genel durumu stabilleşen hasta, total tiroidektomi yapılmak üzere genel cerrahi kliniğine yatırıldı.

TARTIŞMA

Stridor, inspiratuar olarak duyulan ve monofazik özellik taşıyan bir sestir. Sistemik ya da pulmoner bir hastalık sonucunda trakea; ekstremsel ya da intrinsik birtakım nedenlerle etkilenebilmektedir^[1]. Ortaya çıkan sesin şiddeti, büyük hava yollarının (larenks, trakea, ana bronşlar) tıkandığı bölgeye ve tıkanıklığın derecesine bağlıdır^[2]. Özellikle darlık epiglotitis altında olduğunda stridor inspirasyon dışında, ekspirasyonda da yumuşak bir ses olarak duyulabilir. Sesin oluşumunda tıkanıklık bölgesinde hızlanmış hava akımının oluşturduğu turbülans ile üst solunum yolunun rezonatör etkisi rol oynamaktadır.

Stridorun en sık nedenleri arasında üst intratorasik hava yolunun enfeksiyon, tümör, travma, vasküler anormallikler, yabancı cisim aspirasyonu, nöromusküler hastalıklar ya da iyatrojenik nedenler ile tıkanması bulunmaktadır^[1,2]. Sonuçta darlık bölgesindeki ses titreşimi ile darlık altında kalan bölgedeki inspirasyon sırasında oluşan dinamik kompresyon stridorun oluşumuna neden olmaktadır.

Acil serviste akut nefes darlığı ile status astmatikus olarak kabul edilen olgunun yakınlarından alınabilen anamnezinde, daha önceye ait pulmoner herhangi bir yakınması olmadığı öğrenildi. Ayrıca, kliniğimizde solunum YBÜ'süne kabulünde status astmatikustan çok, üst solunum yolu obstrüksiyon varlığını düşündüren stridorun tespit edilmesi üzerine çekilen acil boyun BT'sinde tiroid bezinde saptanan ve bir kesitte trakeada tam obstrüksiyon oluşturan kitle lezyon nedeniyle hastaya acil trakeostomi açıldı. Olgumuzda olduğu gibi, astımın bir semptomu olmamasına karşın, acil servislere başvuran hastalarda stridor varlığı, sıklıkla yanlış bir biçimde astım tanısının konmasına neden olmaktadır. Bu nedenle özellikle de acil servislerde çalışan hekimlerin, medikal bir acil olan stridoru tanımalarının son derece önemli ol-

duğu kanısındayız. Tablo 1'de trakeal darlık yapan nedenler belirtilmiştir.

Tiroid kanserleri oldukça nadir görülen malignitelerdir. Tüm kanserlerin yaklaşık olarak %1.5'ini oluşturmaktadırlar. Papiller, folliküler, medüller, andiferansiye (anaplastik) olmak üzere dört tipi bulunmaktadır. Bunlar içinde papiller tiroid kanseri en sık görülen form olup, sıklıkla benign bir seyir gösteren, tümör çapı birkaç santimetreye kadar değişen boyutlarda olabilen, düşük "grade"li bir malignitedir. Bayanlarda ve gençlerde daha fazla görülmekle birlikte, herhangi bir yaşta ortaya çıkabilmektedir^[3-6]. Çoğu papiller tiroid kanseri, asemptomatik tiroid nodülleri olarak saptanabilmektedir. Ancak olguların %50'sinde bölgesel lenf nodu yayılımı görülmekte, bu da bazı olguların kliniklere ilk olarak servikal lenf no-

Tablo 1. Trakeal darlık yapan nedenler.

Ekstresek	İntrensek
Kitle lezyonlar	Konjenital
Tiroid	Trakeal darlık
Lenf nodu	Down's sendromu
Damarlar	
Mediastinal kitleler	
İnvazyon yapan lezyonlar	İnfektif
Tiroid ya da özefagus maligniteleri	Larengotrakeobronşitis, skleroma papillomatozis, tüberküloz, fungal
Mediastinal fibrozis	Granülomatozis
Tüberküloz	Nekrotizan sitomegalovirüs trakeiti
Histoplazmozis	Wegener's granülomatozisi
	Sarkoidozis
	Neoplastik
	Benign ya da malign neoplazma
	Lenfoma
	Sinüs histiyozisi
	Travmatik
	Trakeostomi ya da endotrakeal entübasyon
	Künt ya da penetran travma
	Postinflamatuvar
	Depo hastalıkları
	Mukopolisakkaridozis
	İmmünolojik
	Amiloidozis
	Kriptojenik
	Trakeopati osteoplastika, kılıç kını trakea, idiyopatik

du genişlemesi ile başvurularına neden olmaktadır^[4,7]. Olgumuzun da benzer bir biçimde, yaklaşık iki ay önce başlayan boyunda şişlik, ses kısıklığı, aralıklı hemoptizi yakınmasına kadar asemptomatik olduğu öğrenildi.

Tiroid bezinde yerleşen papiller tümörler, soliter ya da multifokal lezyonlar şeklinde bulunabilmektedir. Bazı tümörler son derece sınırlı ve kapsüllü olabilirken, diğerleri komşu parankime ve hava yoluna (trakea, larenks) invazyon yapabilmektedir^[4]. Bu hastalarda stridor, hemoptizi, ses kısıklığı gelişebilmekte ve hatta akut gelişen hava yolu obstrüksiyonu ölümlere neden olabilmektedir^[8-11]. Bizim olgumuzda da ilk semptomların ortaya çıkmasını takiben ikinci ayda lokal ileri hastalığı işaret eden üst solunum yolu tıkanmasına ait belirtilerin ortaya çıktığı görüldü.

Uzak organ metastaz insidansı, tümörün histolojisine bağlı olarak değişmekle birlikte, genel olarak tiroid kanserleri uzak organ metastaz yapma riski yüksek tümörlerdir. Ancak metastaz yapan tiroid kanserlerinin prognozları, diğer metastatik malignitelerinkine kadar kötü değildir. Tüm tiroid kanserleri içinde papiller tiroid kanserinin metastaz yapma insidansı ise en düşüktür (%9-10). Ekstratiroidal yayılım ya da masif nodal metastazları olan olgularda uzak organ metastaz riski daha fazladır. Farklı tiroid tümörlerinde, olguların yaklaşık %4'ünde ilk bulgular uzak organ metastazına ait olabilmektedir^[12]. Pulmoner yayılım tiroid kanserli olguların %2-20'sinde özellikle de gençlerde ve erkeklerde daha sık görülmektedir. Radyolojik olarak soliter ya da multipl nodüler lezyonlar ile difüz mikronodüler, retiküler ya da retikülonodüler interstisyel infiltratlar ortaya çıkabilmektedir^[13-15]. Bazı olgularda pulmoner metastaz varlığına rağmen PA akciğer grafisi ve BT normal olarak görüntü verebilmektedir^[5]. Bizim olgumuzda da benzer bir şekilde ilk başvuru anında lokal ilerlemiş hastalığı düşündüren ekstratiroidal invazyon ve akciğerde metastaz ile uyumlu olan nodüler infiltrasyonlar saptanmıştır.

Literatürde özellikle bu kadar kısa bir süre içinde üst solunum yolu obstrüksiyonuna ait bulgularla kliniğe başvuran papiller tiroid kanserli olgu sayısının son derece az olduğu görülmüştür. Ayrıca, düşük "grade"li bir malignite olan papiller tiroid kanserli hastalar gerek lokal ileri hastalık gerekse de pulmoner

metastazları ile farklı noktalarda karşımıza çıkabilmektedir. Biz hekimler için, olguların kliniği ile birlikte anamnezin dikkatli bir biçimde sorgulanmasının ileri tetkiklerin ve tedavinin planlanabilmesi açısından son derece önemli olduğu kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Hansell DM. Disease of the airways. In: Armstrong P, Wilson A, Dee P, Hansell D (eds). *Imaging of Disease of the Chest*. 3rd ed. Spain: Mosby Companies, 2000:893-947.
2. Braman SS, Gaissert HA. Upper airway obstruction. In: Fishman A, Elias J, Fishman J, et al (eds). *Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders*. New York: McGraw-Hill Companies, 1998:783-801.
3. Larsen PR. The thyroid. In: Wyngaarden JB, Smith LH, Bennett JC (eds). *Cecil Textbook of Medicine*. Vol. 2. 19th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1992:1248-71.
4. The endocrine system. In: Cotran RS, Kumar V, Collins T (eds). *Robbin's Pathologic Basis of Disease*. 6th ed. Philadelphia: Saunders, 1999:1121-69.
5. Mello CJ, Veronikis I, Fraire AE, Aronin N, Irwin RS, Braverman LE. Metastatic papillary thyroid carcinoma to lung diagnosed by bronchoalveolar lavage. *J Clin Endocrinol Metab* 1996;81:406-10.
6. Coatesworth AP, MacLennan K. Cervical metastasis in papillary carcinoma of the thyroid: A histopathological study. *Int J Clin Pract* 2002;56:241-2.
7. Endocrine and metabolic disorders. In: Beers MH, Berkow R (eds). *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy*. 17th ed. England: Merck & Co Inc, 1999:63-221.
8. Tylor M, Olofsson J. Thyroid tumors invading the larynx and trachea. *J Otolaryngol* 1986;15:74-9.
9. Britto E, Shah S, Parikh DM, Rao RS. Laryngotracheal invasion by well-differentiated thyroid cancer: Diagnosis and management. *J Surg Oncol* 1990;44:25-31.
10. Yang CC, Lee CH, Wang LS, Huang BS, Hsu WH, Huang MH. Resectional treatment for thyroid cancer with tracheal invasion: A long-term follow-up study. *Arch Surg* 2000;135:704-7.
11. Czaja JM, McCaffrey TV. The surgical management of laryngotracheal invasion by well-differentiated papillary thyroid carcinoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997;123:484-90.
12. Shaha AR, Ferlito A, Rinaldo A. Distant metastases from thyroid and parathyroid cancer. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 2001;63:243-9 (medline).
13. Chariot P, Feliz A, Monnet I. Miliary opacities diagnosed as lung metastases of a thyroid carcinoma after 13 years of stability. *Chest* 1993;104:981-2.
14. Samaan NA, Schultz PN, Haynie TP, Ordenez NG. Pulmonary metastases of differentiated thyroid carcinoma: Treatment results in 101 patients. *J Clin Endocrinol Metab* 1985;60:376-80.
15. Hod N, Bistrizter T, Mindlin L, Horne T. Papillary thyroid carcinoma with pulmonary metastases in a child. *Harefuah* 2002;141:505-6 (medline).