

Gastrointestinal Stromal Tümörü Taklit Eden İntraabdominal Periportal Tiroid Foliküler Karsinom Dokusu

95

Ömer BAŞOL¹
Hüseyin BİLGE²

GİRİŞ

Tiroid kanserinin %95'i folliküler kaynaklıdır. Diferansiye tiroid kanserleri papiller ve folliküler tiroid kanserleri diye iki kısma ayrılır. Bunlar tiroglobulin sentezleyen tümörlerdir. Diferansiye tiroid kanserleri yavaş büyür ve prognozları iyidir. Medüller tiroid kanseri genellikle parafoliküler C hücrelerinden kaynaklanır. Parafoliküler C hücrelerinden kalsitonin salgılanır. Anaplastik kanserler nadirdir ve genel olarak fatal seyreder (1). Metastaz açısından lenf nodlarının lokalizasyonu önemlidir. Lenfadenopatiji saptamada Manyetik rezonans görüntüleme (MRG), Bilgisayarlı tomografi (BT), pozitron emisyon tomografi (PET) duyarlılığı %30-40 olduğundan önerilmemektedir (2). Gastrointestinal stromal tümörler (GİST) asemptomatik olabildiği gibi agresif tümör şeklinde de ken-

dini gösterebilen gastrointestinal sistemin en sık görülen mezenşimal tümörlerdir (1). Sindirim sisteminde Cajal'ın interstisyel hücrelerinin prekürsörlerinden kaynaklanır. Yapılan çalışmada CD34

%60 ve CD 117 %90 oranında pozitif görülür. Hastalar sıklıkla tümörün yerleşim yeri ve büyüklüğüne göre kanama, ağrı, iştahsızlık, odinofaji, obstrüksiyon ve perforasyon ile başvurabilir. Bu çalışmada GİST'i taklit eden intraabdominal folliküler tiroid dokusunun tedavisi ve sonuçlarını literatürlere dayanarak sunmayı amaçladık.

VAKA

Altmış üç yaşında kadın hasta karın bölgesinde ağrı, bulantı, kusma ve batında şişlik şikâyeti nedeniyle polikliniğimize başvurdu. 6 aydan beri şiddeti gittikçe artan şikâyetleri vardı. 10 yıllık Diyabetes mellitus, polinöropati ve yirmi yıl önce geçirilmiş tiroidektomi öyküsü mevcuttu. Tiroidektomi patoloji sonucuna ulaşamadı. Batın muayenesinde ele gelen kitle yoktu. Boyunda eski tiroidektomi skarı mevcuttu.

Laboratuar bulguları; lökosit 5.82 10e3/uL (referans değer: 3,7-10,1), hematokrit 44,7% (re-

¹ Doktor Öğretim Üyesi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD, dromerbasol@gmail.com

² Doktor Öğretim Üyesi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD, dr.huseyinbilge@hotmail.com

70 yaşlarında görülür. Her iki cinsiyette de benzer insidans oranlarında görülür (17). Hastalar sıklıkla tümörün yerleşim yerine göre kanama, ağrı, iştahsızlık, yutma zorluğu, obstrüksiyon ve perforasyon ile başvurabilir. GİST'in tanısı en çok endoskopik görüntüleme araçları ile konulur. Mukozal bütünlük sağlamsa endoskopik USG yardımcı olabilir. Hastalığın genişliği ve metabolik aktivite düzeyini belirleme de pozitron emisyon tomografinin (PET), bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntülemeye göre daha hassastır. PET hastalığın metabolik aktivitesini ve yaygınlığını göstermede oldukça yararlı bir yöntemdir (18). GİST'te CD117 pozitifliği benign ve malign stromal tümörlerde görülür. GİST'in %70- 80'inde CD34 pozitif olarak saptanır. Düz kas aktini (SMA), GİST'e %20-40'ında pozitif olarak görülür. Desmin GİST'te %1-2 oranında pozitif görülür. GİST tanısında S-100 proteini genellikle negatif olarak görülür. GİST'in metastaz yapma riski oldukça zayıftır. Lenfatik metastaz olasılığının düşük ve genellikle ekspansil büyür (19). İnvazyon yapma özelliği olmadığından cerrahi rezeksiyonları kolaydır. GİST davranış olarak oldukça geniş bir spektrum gösterir. GİST'in %10-30'u malign karakterdedir. Fletcher ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tümör büyüklüğünün 5 cm'nin üzerinde olması, 5 cm'nin altında olan olgular da ise mitoz sayısının 5 mitoz/50 LMA dan fazla olmasının malign özellik gösterdiği saptanmıştır (20). GİST'in esas tedavisi cerrahi rezeksiyondur. Tümörün tuttuğu organları içeren rezeksiyon en iyi tedavi seçeneğidir. Bu tümörler yapısal olarak fragil ve yumuşak olmasından dolayı tümör rüptüre edilmeden çıkarılmalıdır. Lenfatik yayılımın zayıf olması nedeniyle lenfadenektomi tavsiye edilmemektedir. Ameliyat esnasında negatif cerrahi sınırın sağlanamazsa ve tümör rüptür olursa bunlar kötü prognoz kriteri olarak belirtilmiştir (19).

Sonuç olarak uzak metastazlar diferansiye tiroid kanserli hastalarının % 10'undan daha azında gelişir. Bu yüzden diferansiye tiroid kanserli hastalarının uzun süreli takibi önemlidir. Foliküler tiroid karsinomu Papiller tiroid karsinomuna göre daha fazla metastaz yapar (21). Papiller tiroid karsinomları lenfatik yollarla bölgesel lenf nodları ve

pulmoner dokulara yayılır. Foliküler tiroid kanserleri hematojen yolla pulmoner dokulara ve kemiklere yayılım gösterir. İleri yaş, agresif tümör histolojisi, tümör çapının büyük olması, multifokal ve ekstrasitroidal yayılım göstermesi genellikle uzak organlara metastaz riskini artıran faktörlerdendir (22). En sık uzak metastaz bölgesi akciğer ikinci olarak kemiklerdir. Nadiren mediasten, karaciğer, beyin ve yumuşak dokulara metastazları görülür. Sclumberger ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada pulmoner metastaz % 57, kemik metastazı % 24, pulmoner ve kemik metastazları birlikteliğini % 16 ve diğer alan metastazlarını % 3 olarak saptamışlar (23). Durante ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada uzak metastazı olan dörtyüzkırkdört Differansiye tiroid kanseri hastasının 223'ünde (% 50,2) pulmoner metastaz, 115'inde (% 25,9) kemik metastazı, 82'sinde (% 18,5) hem pulmoner hem kemik metastazı, 24'ünde (% 5,4) ise diğer organ metastazı olduğunu saptamışlar (24).

SONUÇ

Sonuç olarak daha önceden tiroidektomi öyküsü olan hastanın histopatolojik tanısında diferansiye tiroid kanseri tanısı almışsa batın içinde de metastaz yapabileceği unutulmamalıdır. Bizim hastanın daha önceki histopatolojik doku tanısına ulaşamadığından GİST ön tanısı ile ameliyat kararı alınmıştır.

KAYNAKLAR

1. Collins BJ, Chiappetta G, Schneider AB, Santoro M, Pentimalli F, Fogelfeld L, et al. RET expression in papillary thyroid cancer from patients irradiated in childhood for benign conditions. *J Clin Endocrinol Metab* 2002; 87: 3941-6.
2. Jeong HS, Baek CH, Son YI, Choi IY, Kim HJ, Ko HY, et al. Integrated 18F-FDG PET/CT for the initial evaluation of servical node level of patients with papillary thyroid carcinoma: comparison with ultrasound and contrast-enhanced CT. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2006; 65: 402-7.
3. Fletcher CD, Berman JJ, Corless C, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: a consensus approach. *Hum Pathol* 2002; 33: 459-65.
4. Hundahl SA, Fleming ID, Fremgen AM, Menck HR. A National Cancer Data Base report on 53,856 cases of thyroid carcinoma treated in the U.S., 1985-1995. *Cancer* 1998; 83: 2638-48.
5. Van Heerden JA, Hay ID, Goellner JR, Salomao D, Ebersold JR, Bergstralh EJ, et al. Follicular thyroid carcinoma with capsular invasion alone: a non-threatening malignancy. *Surgery* 1992; 112: 1130-6.
6. Hoie J, Stenwig AE, Kullmann G, Lindegaard M. Distant metastases in papillary thyroid cancer. A review of 91 patients. *Cancer* 1988; 61: 1-6.

7. Gilliland FD, Hunt WC, Morris DM, Key CR. Prognostic factors for thyroid carcinoma. A population-based study of 15,698 cases from the Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) program 1973- 1991. *Cancer* 1997; 79: 564-73.
8. Zhang FG, Hua CG, Shen ML, Tang XF. Primary tumor prevalence has an impact on the constituent ratio of metastases to the jaw but not on metastatic sites. *Int J Oral Sci* 2011; 3: 141-52.
9. Ismail SB, Abraham MT, Zaini ZB, Yaacob HB, Zain RB. Metastatic follicular thyroid carcinoma to the mandible: a case report. *Cases J* 2009; 2: 6533.
10. Witt RL. Initial surgical management of thyroid cancer. *Surg Oncol Clin N Am* 2008; 17(1): 71-91.
11. Witte J, Goretzki PE, Dieken J, Simon D, Röher HD. Importance of lymph node metastases in follicular thyroid cancer. *World J Surg* 2002;26(8):1017-22.
12. Cognetti DM, Pribitkin EA, Keane WM. Management of the neck in differentiated thyroid cancer. *Surg Oncol Clin N Am* 2008; 17(1): 157-173.
13. Pacini F, Schlumberger M, Dralle H, Elisei R, Smit JW, Wiersinga W. European Thyroid Cancer Task force. European consensus for the management of patients with differentiated thyroid carcinoma of the follicular epithelium. *Eur J Endocrinol* 2006;154(6):787-803
14. Shammass A, Degirmenci B, Mountz JM. 18F-FDG PET/CT in patients with suspected recurrent or metastatic well-differentiated thyroid cancer. *J NuclMed* 2007;48(2):221-6.
15. Demetri GD, von Mehren M, Antonescu CR, DeMatteo RP, Ganjoo KN, Maki RG, et al. NCCN Task Force report: update on the management of patients with gastrointestinal stromal tumors. *J Natl Compr Canc Netw* 2010;8 Suppl 2:S1-41.
16. Bilgen K, Haşçıçek SC, Çetinkünar S, Celep B, Tokgöz S, Tunç G, et al. Atli. Gastrointestinal Stromal Tümörlerde Prognostik Faktörler. *Yeni Tıp Dergisi* 2011;28:95-9.
17. Kingham TP, DeMatteo RP. Multidisciplinary treatment of gastrointestinal stromal tumors. *Surg Clin North Am* 2009;89:217-33.
18. Gupta P, Tewari M, Shukla HS. Gastrointestinal stromal tumor. *Surg Oncol* 2008;17:129-38.
19. Biasco G, Velo D, Angriman I, Astorino M, Baldan A, Baseggio M, Basso U, Battaglia G, et al. Gastrointestinal stromal tumors: report of an audit and review of the literature. *Eur J Cancer Prev* 2009;18:106- 16.
20. Fletcher CD, Berman JJ, Corless C, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: a consensus approach. *Hum Pathol* 2002; 33: 459-65.
21. Lin JD, Chao TC, Chou SC, Hsueh C. Papillary thyroid carcinomas with lung metastases. *Thyroid* 2004;14(12):1091-6.
22. Mazzaferri EL, Young RL. Papillary thyroid carcinoma: a 10 year follow- up report of the impact of therapy in 576 patients. *Am J Med* 1981;70(3):511-8.
23. Schlumberger M, Challeton C, de Vathaire F, Travagli JP, Gardet P, Lumbroso JD, et al. Radioactive iodine treatment and external radiotherapy for lung and bone metastases from thyroid carcinoma. *J Nucl Med* 1996;37(4):598-605.
24. Durante C, Haddy N, Baudin E, Leboulleux S, Hartl D, Travagli JP, et al. Long term outcome of 444 patients with distant metastases from papillary and follicular thyroid carcinoma: benefits and limits of radioiodine therapy. *J Clin Endocrinol Metab* 2006;91(8):2892-9.