

PAPER DETAILS

TITLE: Tiroid tümörüne benzeyen trakeal adenoid kistik karsinom

AUTHORS: Osman BAHADIR,Mehmet IMAMOGLU,Ömer KORKMAZ,Ümit ÇOBANOGLU

PAGES: 224-226

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/2155611>

Tiroid tümörüne benzeyen trakeal adenoid kistik karsinom

Tracheal adenoid cystic carcinoma presenting as a thyroid tumor

Dr. Osman BAHADIR,¹ Dr. Mehmet İMAMOĞLU,¹ Dr. Ümit ÇOBANOĞLU,² Dr. Ömer KORKMAZ¹

Trakeanın primer tümörleri nadirdir. Adenoid kistik karsinom, trakeanın malign tümörleri içinde ikinci sıklıkta görülür ve semptomları nonspesifiktir. Altmış altı yaşında kadın hasta iki haftalık ilerleyici dispne ve öksürük yakınmasıyla başvurdu. Hastanın dört yıldır birçok kez astım tedavisi gördüğü öğrenildi. Fizik muayenede, tiroid bezinde büyük, sert, multi-lobule, hassas olmayan kitle saptandı. İndirekt larenoskopik muayenede, subglottik havayolunun önde daraldığı görüldü. Direkt servikal grafide trakea hava sütununda daralma vardı. Acil trakeotomi açıldı ve kitleden biyopsi alındı. Histopatolojik inceleme sonucu adenoid kistik karsinom olarak değerlendirildi. Bu durumda kitlenin trakeadan kaynaklandığı ve tiroid bezine yayıldığı düşünüldü. Uygulanan tıbbi tedaviye karşın hasta dördüncü ayda kaybedildi.

Anahtar Sözcükler: Karsinom, adenoid kistik; tiroid bezi; trakea tümörü.

Primary tumors of the trachea are rare. Adenoid cystic carcinoma is the second most common tracheal malignancy and its symptoms are nonspecific. A 66-year-old woman presented with complaints of progressive dyspnea and cough of a two-week duration. She had received asthmatic treatment many times for the past four years. Physical examination revealed a large, firm, nontender, multilobular mass in the thyroid gland. Indirect laryngoscopic examination showed subglottic stenosis. On a plain cervical radiograph, there was narrowing of the tracheal lumen. Emergent tracheotomy was performed and a biopsy was taken from the mass. Histopathologic examination revealed adenoid cystic carcinoma, suggesting a thyroid mass with a tracheal origin. Despite medical treatment, the patient died in the fourth month.

Key Words: Carcinoma, adenoid cystic; thyroid gland; tracheal neoplasms.

Trakea kaynaklı malign tümörler son derece nadir olup tüm respiratuvar trakt malignitelerin %0.2'sini oluşturur.^[1] Adenoid kistik karsinom (AKK), bu tümörler içinde skuamöz hücreli karsinomdan sonra ikinci sıklıktadır.^[2]

Trakeal AKK ilk olarak Billroth tarafından tanımlanmıştır. Makroskopik görünüm ve yavaş ilerleme özelliğinden dolayı başlangıçta benign adenoma olarak düşünülmüş, daha sonra trakea duvarında

lokal invazyon ve çevre yapılara olan belirgin yayılım özelliğinden dolayı malign olduğu sonucuna varılmıştır.^[3]

Trakeal AKK'li hastalar spesifik olmayan semptomlarla başvurur.^[4] Stridor, hışıltılı solunum (wheezing), dispne, hemoptizi, öksürük, kilo kaybı, ses kısıklığı gibi birçok semptom görülebilir.^[2] Tiroid lokalizasyonunda boyunda kitle de bu semptomlara eşlik edebilir. Böyle durumlarda tiroid lezyonlarıyla

* Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Patoloji Anabilim Dalı (Departments of ¹Otolaryngology and ²Pathology, Medicine Faculty of Karadeniz Technical University), Trabzon, Turkey.

* Dergiye geliş tarihi - 23 Temmuz 2004 (Received - July 23, 2004). Düzeltme isteği - 26 Ekim 2004 (Request for revision - October 26, 2004). Yayın için kabul tarihi - 9 Ağustos 2005 (Accepted for publication - August 9, 2005).

* İletişim adresi (Correspondence): Dr. Osman Bahadır. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, 61080 Trabzon, Turkey. Tel: +90 462 - 377 23 04 Faks (Fax): +90 462 - 325 05 18 e-posta (e-mail): osman_bahadir@yahoo.com

karışabilir. Literatürde daha önce primer tiroid tümörü gibi ortaya çıkan sadece bir trakeal AKK olgusu bildirilmiştir.^[5]

OLGU SUNUMU

Altmış altı yaşında kadın hasta iki haftalık ilerleyici dispne ve öksürük yakınmasıyla kliniğimize başvurdu. Öyküsünde, 14 ay öncesinde hastanemizin yoğun bakım ünitesinde akut solunum yetmezliği, bronşiyal astım ve akciğer enfeksiyonu tanısıyla yattığı, antibiyotik ve anti-astmatik ilaçlarla başarılı bir şekilde tedavi edildiği, ayrıca hastanın dört yıldır birçok kez astım tedavisi gördüğü öğrenildi. Fizik muayenede, tiroid bezi lokalizasyonunda büyük, sert, multi-lobule, hassas olmayan kitle saptandı. İndirekt larengoskopik muayenede, subglottik havayolunun önde kitleye bağlı olarak daraldığı görüldü. Kitle üzerindeki mukoza doğaldı. Direkt servikal grafide trakea hava sütununda daralma görüldü. Hayatı tehdit edici ciddi havayolu obstrüksiyonu bulguları nedeniyle hastaya acil trakeotomi açıldı. Trakeotomi sırasında kitle eksplore edildi ve biyopsi alındı. Kitlenin tiroid bezinden kaynaklandığı ve sonrasında üst trakeal bölgeye yayıldığı düşünüldü.

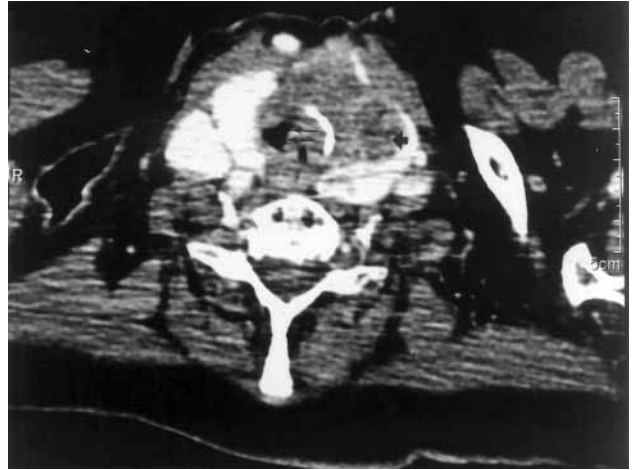
Boyun bilgisayarlı tomografisinde, sol tiroidden kaynaklanan, larenksi çevreleyen, üst trakeaya uzanan ve hava pasajını belirgin şekilde daraltan 4x5 cm çapında düşük dansitede heterojen kitle saptandı (Şekil 1). Bunun yanında, sağ üst internal juguler zincirde 1x1 cm çapında lenfadenopati görüldü. Akciğer grafisinde iki taraflı çok sayıda nodüller vardı. Toraks bilgisayarlı tomografide, 1 cm'den küçük, iki taraflı, çok sayıda yaygın parenkimal nodüller ve sağ akciğer alt lobunda 1 cm çapında kalsifiye plevral nodül saptandı. Bu lezyonlar, akciğer metastazı olarak değerlendirildi. Histopatolojik incelemede; hyalinize stroma içinde tübüler yapılar ve lümeninde mukoid materyal içeren küçük kistik boşluklar oluşturan epitel hücre yuvarlarından meydana gelmiş neoplazm izlendi (Şekil 2). Bulgular adenoid kistik karsinom olarak değerlendirildi. Histopatoloji sonrası kitlenin aslında trakeadan kaynaklandığı, sonrasında tiroid bezine yayıldığı düşünüldü.

Hasta kemoterapi için tıbbi onkoloji bölümüne gönderildi. Sisplatin 100 mg/gün ve etoposid 200 mg/gün üç gün süreyle hemen başlandı. Üç kür tedavi sonunda hiçbir cevap alınmadı ve takipte dördüncü ayda hasta kaybedildi.

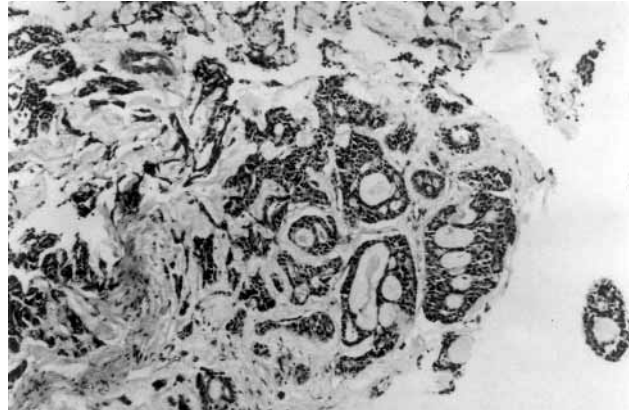
TARTIŞMA

Adenoid kistik karsinom çok yavaş ve sinsi büyüyen bir tümördür. Semptomların süresi skuamöz hücreli karsinoma göre üç kat daha uzundur.^[6] Trakeal AKK'nin hayatı tehdit edici havayolu obstrüksiyonu oluşturması aylar ve hatta yılları alabilir. Dispne, havayolunun %70 ya da daha fazlası daraldığında ancak ortaya çıkar.^[3] Bundan dolayı bu tür hastalar genellikle ileri evrede ve metastazla başvururlar.

Üst havayolu obstrüksiyonu dispne, stridor, hışıltılı solunum ve öksürükle karakterizedir. Bu yüzden AKK'li birçok hasta astım ya da kronik bronşit diye uzun zaman tedavi edilir.^[3,5] Hastamız benzer şekilde astımı düşündüren semptomlar nedeniyle uzun süre astım tanısıyla takip ve tedavi edilmiştir.



Şekil 1 - Üst trakea seviyesinden geçen aksiyel bilgisayarlı tomografide sol tiroid bezini tutan (kalın ok), trakeayı çevreleyen ve hava pasajını daraltan (ince oklar) düşük yoğunluklu heterojen kitle görülmekte.



Şekil 2 - Histopatolojik incelemede silendrematöz büyüme paterni gösteren adenoid kistik karsinom (H-E x 100).

Adenoid kistik karsinom, daha çok minör tükürük bezlerinde görülür. Minör tükürük bezlerinin bulunduğu paranasal sinüslerden trakeaya kadar herhangi bir alanda meydana gelebilir. Trakeada çok nadirdir. Marsh ve Allen,^[7] 38 AKK olgusu içinde sadece bir olgunun trakeadan kaynaklandığını bildirmişlerdir. Conley ve Dingman^[8] baş-boyun bölgesindeki 134 AKK hastası içinde üç olgunun trakea kaynaklı olduğunu belirtmişlerdir.

Adenoid kistik karsinom, trakeada submukozal alanda ortaya çıkar ve bu olguda olduğu gibi üzeri normal respiratuvar epitelle örtülüdür. Bununla beraber, direkt yayılımı trakea duvarını ve çevre yapıları invaze etme eğilimindedir. Tiroid bezi ve trakea kartilajı en sık invazyona uğrayan bölgelerdir.^[2,3,5] Hastamızın indirekt larengoskopik muayenesinde, anterior subglottik bölgede üzeri normal mukoza ile örtülü, lümeneye doğru ekspansiyon gösteren, hava-yolu pasajını daraltan kitle tespit edildi. Tiroid bölgesindeki kitle o kadar belirgindi ki başlangıçta tümörün primer olarak tiroid bezinden kaynaklandığı düşünüldü. Tomografi sonucu da lezyonun sol tiroid bezinden kaynaklandığını göstermekteydi. Patoloji raporu AKK olarak gelince, tümörün trakeadaki minör tükürük bezlerinden kaynaklandığı, sonrasında tiroid bezine yayıldığı sonucuna varıldı.

Adenoid kistik karsinom genellikle direkt komşuluk, submukozal, perinöral ve hematojen yolla yayılır. Lenfatik yayılım nadirdir.^[9] Trakeal AKK'de lenfatik yayılım sadece Maziak ve ark.^[10] tarafından bildirilmiştir. Trakeal AKK'li hastaların %50'sinden fazlasında hematojen metastaz söz konusudur. Bunların içinde pulmoner metastaz en sık görülendir.

Tedavide cerrahi, radyoterapi ya da ikisinin kombinasyonu uygulanır.^[10,11] Cerrahi + radyoterapi, lokal ileri evre tümörlerde en iyi seçenektir.^[11] Kemo-

terapinin trakeal AKK'li hastalara etkisi tartışmalıdır. Kemoterapi alan sınırlı sayıda hasta bildirilmiştir.^[2] Hastamıza pulmoner metastaz nedeniyle sadece kemoterapi önerildi. Fakat, kemoterapi sonrası hiçbir fayda sağlanamadı.

Sonuç olarak, tiroid üzerinde kitle ile gelen ve uzun süreli astım şikayetleri olan hastaların ayırıcı tanısında AKK mutlaka düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Sur RK, Pacella JA, Levin V. Adenoid cystic carcinoma of the trachea. A report of 2 cases. S Afr J Surg 1996; 34:191-2.
2. Azar T, Abdul-Karim FW, Tucker HM. Adenoid cystic carcinoma of the trachea. Laryngoscope 1998;108: 1297-300.
3. Zalzal GH, Cotton RT. Pharyngitis and adenotonsillar disease. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology-head and neck surgery. Vol 2. 2nd ed. St. louis: Mosby-Year Book; 1993. p. 1180-98.
4. Allen MS. Malignant tracheal tumors. Mayo Clin Proc 1993;68:680-4.
5. Zirkin HJ, Tovi F. Tracheal carcinoma presenting as a thyroid tumor. J Surg Oncol 1984;26:268-71.
6. Randall D, Parker GS, Savage RW. Adenoid cystic carcinoma of the trachea-a cause of pseudo-angina pectoris. Mil Med 1990;155:440-2.
7. Marsh WL Jr, Allen MS Jr. Adenoid cystic carcinoma: biologic behavior in 38 patients. Cancer 1979;43:1463-73.
8. Conley J, Dingman DL. Adenoid cystic carcinoma in the head and neck (cylindroma). Arch Otolaryngol 1974;100:81-90.
9. Öztürkcan S, Akyıldız S, Tuğyan N, Özdemir İ, Katılmış H. Larengeal adenokarsinom ve adenoid kistik karsinom. Türk Otolarengoloji Arşivi 2002;40:73-6.
10. Maziak DE, Todd TR, Keshavjee SH, Winton TL, Van Nostrand P, Pearson FG. Adenoid cystic carcinoma of the airway: thirty-two-year experience. J Thorac Cardiovasc Surg 1996;112:1522-31.
11. Grillo HC, Mathisen DJ. Primary tracheal tumors: treatment and results. Ann Thorac Surg 1990;49:69-77.