



Karotis bifurkasyonunda yerleşmiş karotis cisim tümörünü taklit eden papiller tiroid kanseri

Papillary thyroid cancer located in the carotid bifurcation mimicking carotid body tumor

Özge Korkmaz, Sabahattin Göksel, Hilal Özlü, Öcal Berkan

ÖZET

Boyun bölgesinde yerleşen kitlelerin semptom ve muayene bulguları birbirlerini taklit edebilir. Tanı için geleneksel radyolojik yöntemler faydalı olmakla birlikte, karotis cisim tümörleri ve papiller tiroid kanserlerinin ayırmalarını yapmak zorluk oluşturabilir. Ameliyat sırasında teknik sorunlara yol açabilen bu durumun ortadan kaldırılması için, ayırıcı tanıların dikkatli bir şekilde yapılması gerekmektedir. Kesin tanı yöntemi çıkarılan kitlenin patolojik olarak değerlendirilmesidir. Karotis cisim tümörünü taklit eden bir papiller tiroid kanseri olgusu literatür eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Karotis cisim tümörü, papiller tiroid kanseri, taklit, ayırıcı tanı

ABSTRACT

The symptoms and examination findings of masses that are located in the neck region can mimic each other. Although conventional radiological methods are useful for diagnosis, the distinction between carotid body tumors and papillary thyroid cancer may be challenging. In order to eliminate this situation that may lead to technical problems during surgery, the differential diagnosis must be made carefully. The definitive diagnostic method is pathological evaluation of the excised lesion. Herein, a patient with papillary thyroid cancer mimicking carotid body tumor is presented along with the literature.

Key Words: Carotid body tumor, papillary thyroid carcinoma, imitation, differential diagnosis

GİRİŞ

Boyun bölgesinde yerleşen kistik, inflamatuvar ve neoplastik kitlelerin tanısı konulurken, bunların arasında ayırım yapmak zor olabilir. Tamamı boyun bölgesine lokal olarak yerleşen bu patolojiler arasında, brankiyal kist, parotis bezi tümörü, karotis arter anevrizması, lateral aberan tiroid bezi, malign lenfoma, nörofibroma, tüberküloz lenfadenit ve metastatik karsinomalar yer almaktadır. Bununla birlikte karotis cisim tümörleri ve tiroid papiller kanserlerinin de birbirlerini taklit edebilecekleri ve ayırıcı tanıda ciddi zorluklar yaşanabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (1). Karotis cisim tümörleri sık karşılaşılmamakla beraber herhangi bir semptom vermeyen, büyüme hızı yavaş olan ve kötü huylu davranış göstermeyen kitlelerdir. Karotis cisim tümörü olan hastalar sıklıkla boyunda şişlik, daha az sıklıkla baş dönmesi ve senkop şikayetleri ile hastaneye başvururlar. Yapılan fizik muayene esnasında ağrısız, sınırları belirgin ve az hareketli kitle olarak tespit edilirler (1). Ameliyat öncesinde ayırıcı tanı konulması gereklidir. Özellikle papiller tiroid kanseri lokalizasyonu, kadınlarda daha sık görülmesi ve semptomlarının tıpkı büyümüş karotis cisim tümörlerindeki gibi lokal ağrı, odinofaji, disfaji olması sebebiyle ayırıcı tanıda önceliklidir. Doppler ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans (MR) anjiyografi veya dijital substraction anjiyografi (DSA) tanı konulması ve kesinleştirilmesi için kullanılan görüntüleme tekniği olarak uygulanır (2). Yine de kesin tanı operasyonda ve çıkartılan kitlenin patolojik incelemesi sonucunda konur.

Biz burada hem semptomları hem de selektif karotis anjiyografi sonucu ile karotis cisim tümörü tanısını destekleyen, ancak operasyonda çıkarılan materyalin patolojik incelemesi sonucu papiller tiroid kanseri olan bir vakayı literatür eşliğinde sunacağız.

OLGU SUNUMU

Altmış sekiz yaşında kadın hasta disfaji, ses kısıklığı, odinofaji, baş dönmesi, senkop ve ani tansiyon değişikliği nedeni ile kliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde sol sternokleidomastoid kasın orta bir bölü üçlük kısmında yaklaşık 5 x 3 cm ebatlarında pulsatil kitle saptandı. Diğer sistemlere ait herhangi bir patolojik muayene bulgusuna rastlanmadı. Hastanın rutin biyokimyası ve kan sayımı normaldi. Ayrıca preoperatif tiroid fonksiyon testlerinde de patoloji saptanmadı (TSH: 0,61 µIU/mL, sT3: 2,52 pg/mL, sT4: 1,23 ng/dL). Kitleye yönelik tanı konulması ve lokalizasyonunun belirlenmesi için hastaya, ilk önce yüzeysel boyun ultrasonografisi (USG) ve tiroid USG tetkiki, ardından da çift taraflı selektif karotis anjiyografi yapıldı. Bu incelemeler sonucunda, sol karotis sistemde bifurkasyonda 4 x 5 cm boyutlarında kapiller fazda homojen boyanan düzgün kontürlü lezyon tespit edildi ve tanı karotis cisim tümörü olarak rapor edildi (Resim 1). Hastanın preoperatif klinik takibi esnasında pozisyonel olmayan baş dönmesi ve hiper-hipotansif ataklarının olduğu tespit edildi. Ayrıca bu ataklar esnasında hastanın yüz ve boyun bölgesinde ani kızarıklıkların olduğu da izlendi. Hastaya karotis cisim tümörü ön tanısı konularak, operasyon kararı alın-

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi
Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye

Yazışma Adresi
Address for Correspondence
Özge Korkmaz

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi
Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye
Tel: +90 346 258 00 00-1902
e-posta:
ozgekorkmaz73@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received : 21.01.2014
Kabul Tarihi / Accepted: 21.04.2014
Çevrimiçi Yayın Tarihi /
Available Online Date: 25.12.2014

©Telif Hakkı 2015
Türk Cerrahi Derneği

Makale metnine
www.ulusalcerahidergisi.org
web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2015
by Turkish Surgical Association

Available online at
www.ulusalcerahidergisi.org



Resim 1. Selektif karotis anjiyografi sırasında kitlenin görüntüsü



Resim 2. İntraoperatif çıkarılan kitlenin görüntüsü

di. Hastadan operasyon onayı ile beraber mevcut patolojisine yönelik yapılabilecek yayınlarda adı ve yüzü gizli kalmak kaydı ile bilimsel bulguların ve materyallerin paylaşılmasına yönelik onam formu alındı. Operasyona alınan hastaya sol sternokleidomastoid kası iz düşümünden insizyon yapılarak kitleye ulaşıldı. İlk bakışta kitle sol karotis bifurkasyona yerleşik görüntüde olup, proksimal uçtan diseke edilerek çıkartılan kitlenin sol tiroid lobuna invaze olduğu görüldü. İnternal ve ekstenal karotis arter ile sol ana karotis artere invaze olmadığı görüldü. Çıkan kitlenin ebatları 5 x 4 cm ebatlarında olup, düzgün sınırlı ve kapsüle idi (Resim 2). Hastanın yoğun bakım ve servis takipleri esnasında herhangi bir sorun yaşanmadı ve postoperatif 7. gününde taburcu edildi. Patolojik incelemede çıkarılan kitlenin tiroid dokusunun kendisi ve tiroidin papiller kanseri olduğu tespit edildi. Hastanın takipleri devam ederken, tekrar çağrılıp genel cerrahi ile konsülte edilerek sonraki tedavi ve takip planı düzenlendi.

TARTIŞMA

Karotis cisminden köken alan karotis cisim tümörleri karotis bifurkasyonunda yer alır. Ortalama görülme yaşı 50 olup, kadınlarda erkeklere göre daha sık görülür. Genellikle tek taraflıdır ancak %10 civarında iki taraflı izlenir (3, 4). Lezyonlar yavaş büyür, ağrısızdır. Kitleler çoğunlukla benign olup, nadiren de

olsa malign olabilir. Bu oran %3 ila %12,5 arasındadır (2). Malign diyebilmek için bu kitlelerin bölgesel veya uzak nodullarda tespit edilen metastazlarının var olması gerekir. Metastazlar en fazla bölgesel lenf nodullarında olmaktadır (5). Genellikle benign tümörlerdir (%97) ancak agresif lokal büyüme potansiyelleri nedeniyle tedavide cerrahi rezeksiyon uygulanır (6). Karotis cisim tümörlerinin büyüme hızı yavaştır ve bundan dolayı ancak belli bir boyuta gelince semptom vermeye başlarlar. Semptomlar sıklıkla on ve on ikinci kafa çiftlerinin anatomik olarak yakın ilişkisinden dolayı kitle büyümesiyle beraber bu yapılara olan baskıya bağlı yutmada güçlük, ağırlı yutma, ses kısıklığı ve diğer kafa çiftlerine olan baskıya bağlı ilerleyici nörolojik defisitlere bağlı semptomlar görülebilir (7). Tiroid patolojilerinde de özellikle tiroid kanserlerinde kitle etkisine ait disfaji ve odinofaji rastlanan bulgular arasındadır. Karotis cisim tümörlerinde kitlenin salgıladığı katekolaminin dolaşıma karışmasına bağlı olarak kan basıncında ani yükselme ve düşmeler, aniden ortaya çıkan yüzde kızarma, uyku esnasında tıkaçıcı apne ve çarpıntı görülebilir. Tiroid kanserlerinde ise hipertiroidiye bağlı olarak bazı benzer semptomlar görülebilmektedir. Bu olguda kitle etkisine bağlı disfaji ve odinofaji bulguları ile arteriyel tansiyon değerlerinde hipertansiyon lehine dalgalanmalar ve yüzde boyunda kızarmalar olduğu görülmüştür. Hastanın semptomlarının bulunmasına rağmen tiroid hormonlarının normal değerlerde olması, katekolamin deşarjına bağlı olarak karotis cisim tümörü lehine düşünmemize neden olmuştur. Ancak hastamızın menopozda olması ve hormonal tedavi görmesi semptomların yanlış değerlendirilmesine yol açmıştır. Rutin uygulamada katekolamin seviyesinin bakılması da bu yanılginın oluşmasında rol oynamıştır. Ayrıca tiroid kanserlerinin %16 soğuk nodül, %9 ılık nodül ve %4 sıcak nodül olduğu bildirilmiştir (8). Aktivite olmayan durumlarda sempatik deşarjla ilişkili semptomlara rastlanmazken, aktivite varlığında tıpkı karotis cisim tümörlerindeki gibi adrenerjik cevaplara rastlanır. Bu da tanının kendi içinde zorlaşmasına neden olur. Boyun lezyonlarında preoperatif tanı, cerrahın olası kanama ve karotis arter hasarlanmasına karşı önlem alması açısından yararlıdır. Tanı için öncelikli olarak non-invaziv yöntemler kullanılır, özellikle ultrasonografi, MR anjiyografi ve DSA sonuçları yol gösterici olur (2). Özellikle gelişen tomografi teknikleriyle mevcut kitlenin kemik yapılarla olan komşulukları ve tomografi çekilirken yapılan anjiyografi vasıtasıyla kitlenin beslenmesini sağlayan damar yapılarının açık bir şekilde görüntülenmesi sağlanır ve dokunun karotis arterle olan komşuluğu ve invazyonun derecesinin saptanması, cerrahi stratejinin planlanmasında önemlidir. Hastamızın ayırıcı tanısı için öncelikle boyun ultrasonografisi, sonrasında da tiroid ultrasonografisi çekildi. Her iki tetkik sonucunda da kitlenin yerinin tespiti tam sağlanamadı ancak tiroid dokusuna ait de bir patoloji olmadığı belirtilmişti. Yapılan anjiyografi sonucu ile karotis cisim tümörü tanısı konuldu. Boyundaki kitlelerin ayırıcı tanısının yapılmasında sorun yaşanan durumlarda, bu lezyonlara yönelik ince iğne aspirasyon biyopsisi ile tanısız yaklaşım tümörün büyük damarlara yakın yerleşimi, lezyon içine kanama potansiyelinin olması, daha az da olsa hormonal deşarj gösterebilmeleri nedeniyle risk taşımaktadır (9). Ayrıca yine operasyon öncesi boyundaki şişliğin tanısını koymak amacı ile ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılırsa ve eğer kitlenin natürü karotis arter anevrizması veya karotise ait bir elongasyonsa çok tehlikeli olabilir (10). Özellikle karotise invaze olmuş tümörlerde USG eşliğinde bile olsa biyopsi oldukça tehlikelidir. Bu nedenle USG eşliğinde bile olsa karotise yakın veya invaze olan kitlelerde ince iğne aspirasyon biyopsisinin yapılması risk arz eder.

Kesin tanı her durumda operasyon sırasında kitlenin yerleşimi ve komşu dokularla olan bağlantısı ve çıkan materyalin patolojik tanısı ile konulur. Bu olguda operasyon esnasında kitle sol tiroid lobunda tiroid dokusuna invaze idi. Ancak karotis artere herhangi bir invazyonu mevcut değildi. Patolojik tanı tiroid papiller kanseri olarak geldi. Ancak bu tip operasyonlarda çıkan materyallerin frozen ide değerlendirilmesinde de fayda vardır. Ancak kesin tanı yapılacak detaylı patolojik inceleme sonucunda konur. Hastanın taburculuğu sonrasında kesin tanının konulması ile hasta tekrar çağırılıp sonraki tedavi planı için genel cerrahi kliniğine yönlendirildi. Bu sebepten dolayı boyun patolojilerinde yaklaşım multidisipliner olmalıdır (11, 12). Ameliyat ekibinde kalp cerrahları ile beraber genel cerrahların da bulunmasında yarar vardır.

SONUÇ

Karatıs cisim tümörleri boyun patolojileri arasında özellikle kadınlarda sık olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayırıcı tanısının yapılması gerek cerrahinin seyri gerekse cerrahi sonrası tedavinin planlanması açısından önem taşımaktadır. Geleneksel radyolojik yöntemler az da olsa ayırıcı tanıda çelişiklere neden olmaktadır. Bu olguda olduğu gibi geleneksel radyolojik yöntemlerle karotis cisim tümörü tanısı konulan hastanın operasyon sonrası patolojik tanısı papiller kanser olarak gelmiştir. Bu sebeptendir ki boyun patolojilerinde cerrahi yaklaşım multidisipliner olmalıdır.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu olguya katılan hastadan alınmıştır.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - Ö.K., S.G.; Tasarım - Ö.K.; Denetleme - Ö.B.; Kaynaklar - Ö.B., H.Ö.; Malzemeler - Ö.B., H.Ö.; Veri toplanması ve/veya işlenmesi - Ö.K., H.Ö.; Analiz ve/veya yorum - Ö.B., S.G.; Literatür taraması - Ö.K.; Yazıyı yazan - Ö.K., S.G.; Eleştirel inceleme - Ö.B., H.Ö.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patient who participated in this case.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - Ö.K., S.G.; Design - Ö.K.; Supervision - Ö.B.; Funding - Ö.B., H.Ö.; Materials - Ö.B., H.Ö.; Data Collection and/or Processing - Ö.K., H.Ö.; Analysis and/or Interpretation - Ö.B., S.G.; Literature Review - Ö.K.; Writer - Ö.K., S.G.; Critical Review - Ö.B., H.Ö.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. Matracı İ, Keleş C, Kırallı K. Karotis cisim paraganglioması. *Damar Cer Der* 2008; 17: 140-143.
2. Aydoğan H, Orhan G, Aykut-Aka S, Albeyoğlu S, Yücel O, Sargin M, et al. Carotid body tumors. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2002; 10: 173-175. [\[CrossRef\]](#)
3. Öncel S, Kızılay A, Çokkeser Y, Aktaş D, Öncel S, Kızılay A, ve ark. Karotis cisim tümörleri. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 2000; 7: 79-81.
4. Ridge BA, Brewster DC, Darling RC, Cambria RP, LaMuraglia GM, Abbott WM. Familial carotid body tumors: incidence and implications. *Ann Vasc Surg* 1993; 7: 190-195. [\[CrossRef\]](#)
5. Rodríguez-Cuevas S, López-Garza J, Labastida-Almendaro S. Carotid body tumors in inhabitants of altitudes higher than 2000 meters above sea level. *Head Neck* 1998; 20: 374-378. [\[CrossRef\]](#)
6. Ling FJ, Weinrach DM, Eskandari MK. Carotid body tumor a case report. *Vasc Endovascular Surg* 2004; 38: 185-188 [\[CrossRef\]](#)
7. Ünlü Y, Azman A, Özyazıcıoğlu A, Becit N, Erol K, Ceviz M, et al. Carotid body tumors (Paragangliomas). *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2001; 9: 208-211. [\[CrossRef\]](#)
8. Ashcraft MW, Van Herle AJ. Management of thyroid nodules. II: Scanning techniques thyroid suppressive therapy, and fine needle aspiration. *Head Neck Surg* 1981; 3: 297-322. [\[CrossRef\]](#)
9. Zaharopoulos P. Diagnostic challenges in the fine-needle aspiration diagnosis of carotid body paragangliomas: report of two cases. *Diagn Cytopathol* 2000; 23: 202-207. [\[CrossRef\]](#)
10. Kırallı K, Güler M, Yakut N, Mansuroğlu D, Ömeroğlu SN, Gürbüz A, ve ark. Koroner arter hastalığı ile beraber bulunan karotis arteri katlanması ve kıvrılması. *Damar Cer Derg* 1998; 7: 151-154.
11. Naik SM, Shenoy AM, Nanjundappa, Halkud R, Chavan P, Sidappa K, et al. Paragangliomas of the carotid body: current management protocols and review of literature. *Indian J Surg Oncol* 2013; 4: 305-312. [\[CrossRef\]](#)
12. Arslan F, Yılmaz S, Özer F, Andıç C, Canpolat T, Yavuz H, et al. Surgical treatment of carotid body tumors. *Kulak Burun Bogaz İhtis Derg* 2013; 23: 336-340. [\[CrossRef\]](#)