

Astım Tanısı ile Takip Edilen Tiroid Kanseri Olgusu

A Case Report of Thyroid Cancer who Followed an Asthma Diagnosis

Sinem Nedime Sökücü¹, Cengiz Özdemir¹, Seda Tural Önür¹, Levent Karasulu¹, Levent Dalar²

Özet

Havayolu darlığı olan birçok hasta uzun süre yanlış tanımlarla takip edilmektedir. Bu hastalarda havayolu darlığının nedeni benign patolojilere bağlı olabileceği gibi malign hastalıklara sekonder de olabilir ve erken fark edilmezse hayatı tehdit eden boyutlara ulaşabilir. Beş senedir astım tanısı ile takip edilen 50 yaşında bayan hasta, progresif nefes darlığı şikâyeti ile başvurdu. Bronkoskopik değerlendirmesinde, vokal kordlardan 2 cm sonra sağ anterolateral duvara geniş taban ile oturan üzeri düzgün yüzeysel vasküler yapıdan zengin kitle ile lümenin %90 oranında obstrükte olduğu izlendi. Trakea proksimalindeki kitleye diyet lazer ile fotokoagülasyonun ardından core out uygulandı ve 16x14x16 stenotik silikon stent yerleştirildi. Hastanın trakeal biyopsi patoloji sonucu tiroid karsinomu olarak raporlandı. Cerrahi operasyon planlanan hastada distale migre olan stent çıkartıldı. Hastaya, tiroidektomi sonucu papiller tiroid karsinom tanısı kondu. Tiroidektomi sonrası komplikasyonsuz takibe alındı. Uzun süre obstrüktif havayolu hastalığı nedeniyle bronkodilatör tedavi almasına rağmen klinik rahatlaması olmayan hastalarda ileri tetkiklerle ayrıntı tanıya gidilmesi önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Malign havayolu tıkanıklığı, havayolu stent uygulaması, tiroid kanseri.

Abstract

Many patients with airway stenosis are misdiagnosed for a long period. The reason for the airway obstruction in these patient can be due to benign pathology as well as secondary malignant disease. If not recognized early, it can reach life-threatening dimensions. A 50-year-old female patient was admitted with a five-year following the diagnosis of asthma with progressive shortness of breath. Bronchoscopic evaluation revealed a smooth surface structure with rich vascularity 2 cm distal to the vocal cords sitting with a large base of over the right anterolateral wall and obstructing the lumen by 90%. Core out was applied following diode laser photocoagulation of the proximal mass and afterwards a 16x14x16 stenotic stent was positioned. The tracheal biopsy pathology was established a thyroid carcinoma. The distally migrated stent was removed with scheduled surgery. The patient's thyroidectomy pathology identified a papillary thyroid carcinoma. Following thyroidectomy, the patient was observed without any complication. It is important to underwent differential diagnosis with advanced techniques in patients without clinical relief, despite prolonged bronchodilator treatment for obstructive airway disease.

Key words: Malignant airway obstruction, airway stenting, thyroid cancer.

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, İstanbul

²İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

¹Department of Chest Diseases, Yedikule Chest Disease and Thoracic Surgery Training and Research Hospital, İstanbul, Turkey

²Department of Pulmonary Medicine, İstanbul Bilim University, Faculty of Medicine, İstanbul, Turkey

Başvuru tarihi (Submitted): 20.02.2015 **Kabul tarihi (Accepted):** 12.05.2015

İletişim (Correspondence): Seda Tural Önür, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, İstanbul

e-mail: sedatural@yahoo.com



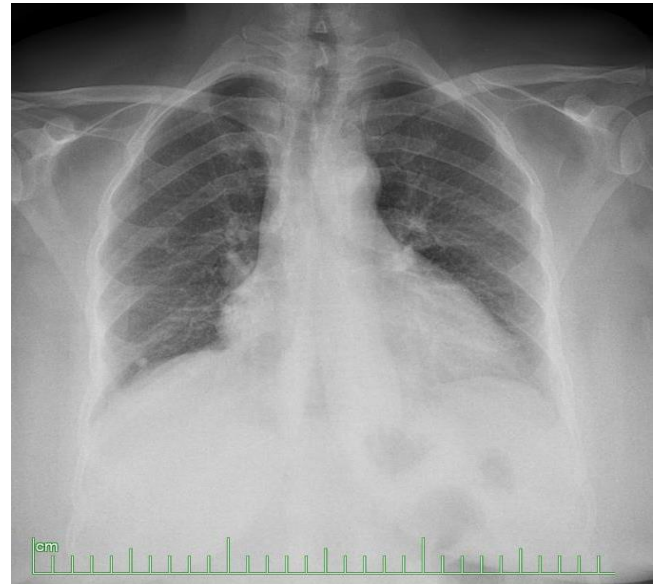
Ana havayolu darlığı, benign ve malign havayolu patolojilerine sekonder olarak gelişebilmekte ve darlığın derecesine göre değişen semptomlara neden olmaktadır. Çeşitli nedenlere bağlı ana havayolu darlığı gelişen hastalar, astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi tanılarla uzun süre takip edilmektedir. Bu da havayolunda darlık yapan asıl nedenin progresyonuna ve kimi zamanda hayatı tehdit edici durumlara neden olmaktadır.

OLGU

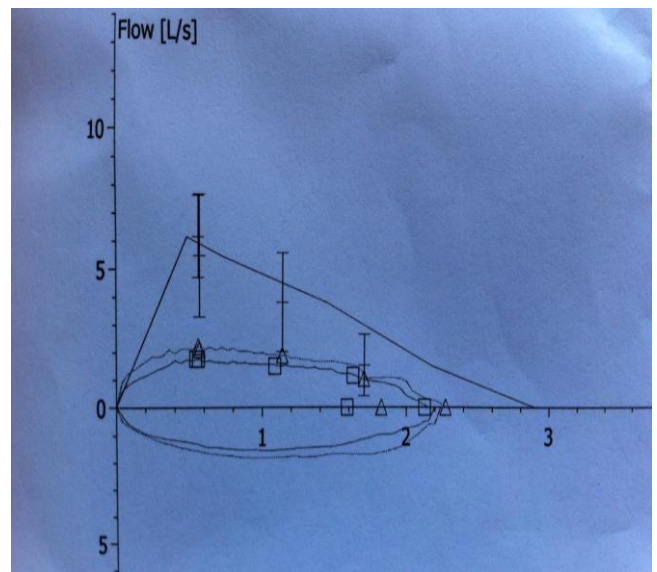
Beş senedir dış merkezde konmuş olan astım tanısı ile takipli 50 yaşında bayan hasta, nefes darlığı şikâyeti ile polikliniğimize başvurdu. Solunum fonksiyon testinde reversibilite saptanmayan ve daha önce kullandığı inhaler beta2 agonist ve inhaler steroid tedavisi ile kontrol altında olan hastanın, son 3 ayda şikâyetleri giderek artmış ve mevcut tedavisine ek olarak 2 defa astım atağı tanısı ile oral steroid verilmiş. Semptomlarının devam etmesi üzerine hastanemize sevk edilmiş. Hastanın öz ve soy geçmişi özelliği yoktu. Sigara kullanmamakta idi. Fizik muayenesinde, genel durum orta, bilinç açık, koopere, dispneik görünümde olan hastanın solunum sayısı 30/dk, nabız 120/dk ve kan basıncı 145/85mmHg saptandı. Hastanın postero anterior göğüs grafisinde trakea hava sütunu sağdan dış bası ile yer değiştirdiği ve trakeal hava sütununun daralmış olduğu saptandı (Şekil 1). Yapılan solunum fonksiyon testinde fiks obstrüksiyon saptandı (Şekil 2). Stridoru bulunan hasta, acil serviste uygulanan nebülize bronkodilatör tedaviye rağmen şikâyetlerinin devam ettiğini belirtti. Bunun üzerine istenen ileri tetkiklerinde; toraks bilgisayarlı tomografisinde, toraks giriminden geçen kesitlerde tiroid sağ lobunda büyüğü 42,5 mm çapında, diğeri bu lezyonun alt sınırında ve 27 mm çapında iki adet nodül izlendi. Büyük nodül ön sınırında lineer kalsifikasyonlar saptandı. Büyük nodül trakeanın larinks sonrası proksimal parçasında itilmeye yol açmakta idi. Trakeanın sağ anterolateral duvardan lümenine projekte olduğu ve 3cm uzunluğunda bir trakeal segment lümeninin yaklaşık % 90 oranında daraldığı saptandı (Şekil 3). Boyun USG'de tiroid sağ lobu normalden büyük boyutlarda olup en büyüğü 34 mm çapında, heterojen hipoekoik yapıda, mikrokalsifikasyonları temsil edebilecek ekojeniteler içeren, çevresinde daha hipoekoik rim bulunan solid nodüller izlendi. Tiroid sol lob normal boyutlarda idi (Şekil 4).

Radyolojik yöntemlerle trakea proksimalinde ciddi obstrüksiyona neden olan tiroid kaynaklı kitle saptanan olguya rijid bronkoskopi yapılması planlandı. Hastaya genel anestezi altında intravenöz sedasyonla yapılan rijid bron-

koskopik değerlendirmesinde vokal kordlardan 2 cm sonra sağ anterolateral duvara geniş taban ile oturan ve sol lateral duvara kadar uzanan üzeri düzgün yüzeyli, vasküler yapıdan zengin görünümde kitle ile trakeal lümenin %90 oranında daraldığı izlendi (Şekil 5). Havayolu açıklığının posterior duvardaki minimal açıklıktan sağlandığı görüldü. Trakea proksimalindeki kitleye diyet lazer ile fotokoagülasyonun ardından rijid tüp ile dezobstrüksiyon uygulandı. Kitlenin trakeal duvar ile yoğun ilişkisi nedeniyle kitlenin sadece bir kısmı çıkartılabildi. Dilatasyon ve dezobstrüksiyondan sonra trakeal lümen açıklığının %50 den az olması ve lezyonun yeniden havayolu obstrükte etme riski düşünülerek lümenine 16x14x16 stenotik silikon stent yerleştirildi (Şekil 6). Stent insersiyonundan sonra optimum havayolu açıklığı sağlandı.



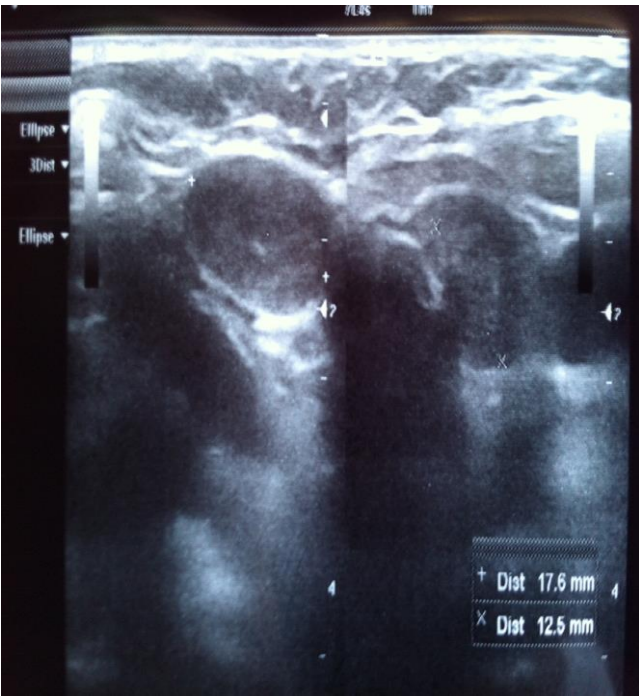
Şekil 1: PA akciğer grafisinde trakea hava sütunu soldan dış bası ile daralmış.



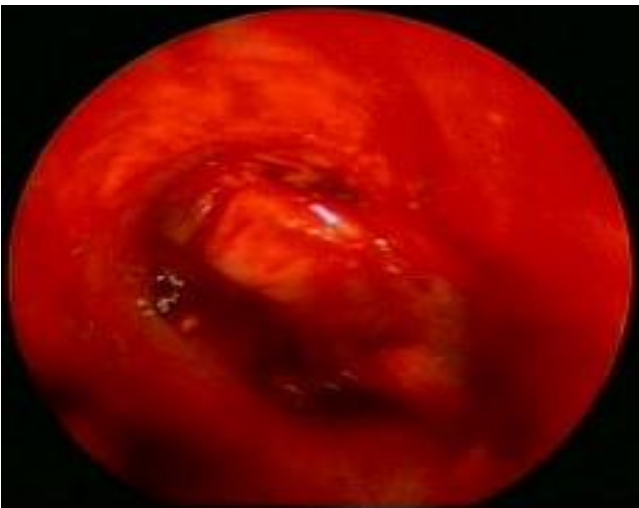
Şekil 2: Solunum fonksiyon testinde fiks obstrüksiyon.



Şekil 3: Toraks bilgisayarlı tomografide trakea proksimalinde lümeninde obstrüksiyona neden olan kitle.



Şekil 4: Boyun USG'de tiroid sağ lobu normalden büyük boyutlarda olup en büyüğü 34 mm çapında, heterojen, hipoekoik, solid nodüller.



Şekil 5: Vokal kordlardan 2 cm sonra sağ anterolateral duvara geniş taban ile oturan düzgün yüzeyli, kanamaya meyilli kitle.

Hastadan alınan trakeal biyopsi materyallerinin incelenmesinde subtipi net değerlendirilemeyen tiroid karsinomu saptandı. Genel cerrahiye konsülte edilen hastaya cerrahi yapılması planlandı. Cerrahi için hazırlık yapıldığı sırada hastanın gelişen stridoru nedeniyle yapılan fiberoptik bronkoskopide trakea proksimalindeki stentin darlık alanının distaline migre olduğu görüldü. Acil olarak rijid bronkoskopiye alınan hastada distale migre stent çıkartıldı, operasyon planlanan hastaya yeniden stent insersiyonu uygulanmadı ve darlık alanı dilate edilerek optimum havayolu açıklığı sağlandı.

Birinci yıl kontrolünde solunum sistemi sıkıntısı olmayan hastanın yapılan USG'de boyun her iki tarafta rezidü tiroid dokusunu temsil edebilecek görünüm saptandı.



Şekil 6: Stent sonrası trakea.

TARTIŞMA

Obstrüktif havayolu hastalığı tanısıyla optimum tedavi almasına rağmen semptomları devam eden olgularda yapılacak ileri tetkiklerle ayırıcı tanıda olası diğer etiyolojik faktörlerin değerlendirilmesi önemlidir. Astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile takip edilen olgularda ayırıcı tanıda ana havayolu obstrüksiyonu yapan benign ve malign havayolu basıları, yabancı cisim aspirasyonları, trakea ve bronş tümörleri olduğu unutulmamalıdır. Özellikle yapılan solunum fonksiyon testinde fiks havayolu darlığı olan olgularda mutlaka erken dönemde bronkoskopik inceleme yapılmalıdır. Olgumuz 5 yıldır bronkodilatör tedavi ile kontrol altında olan astımı nedeniyle dış merkezden takip edilirken son 3 ayda progressif artan nefes darlığı şikâyeti nedeniyle astım atağı olarak değerlendirilmiş ve atak için verilen tedaviden fayda görmemesi üzerine hastanemize sevk edilmişti. Bronkodilatör tedavi-

den fayda görmeyen olguda yapılan tetkiklerde trakea proksimalinde obstrüksiyona neden olan kitle saptandı.

Trakeada daralmaya neden olan nedenler konjenital ve kazanılmış olmak üzere iki gruptadır ve trakeanın herhangi seviyesinde intrinsek trakeal stenoza ve/veya dış baskıya bağlı olarak gelişebilir. Konjenital nedenler arasında en sık subklavian arter ve vasküler damar anormalleri görülse de kazanılmış nedenler arasında trakeaya travma, tüberküloz ve benzeri enfeksiyonlar, Wegener granülomatozu, sarkoidoz gibi nonenfeksiyöz inflamasyonlar ve neoplastik nedenler sayılabilir.

Trakeal darlıktan şüphelenildiğinde yol gösterici olacak ilk test posteroanterior akciğer grafisinde hava sütunun dik katli incelenmesi ve solunum fonksiyon testinde akım volüm halkası değerlendirmesidir. Akım volüm diyagramı havayolu tıkanıklığının toraks içi ya da dışında oluşu ve ağırlığı hakkında bilgilendiricidir (1). Üst veya orta trakeal alanda ekstratorasik havayolu obstrüksiyonuna neden olacak bir lezyon havayollarının inspiryumda kapanmasına ve bu şekilde de inspiratuar akım halkasının kollapsına neden olur. Bizim olgumuzda olduğu gibi ekstratorasik obstrüksiyonu fazla olan olgularda ise zirve havayolu akımları azalır ve ekspiratuar akım halkası da düzleşir.

Hastaların semptomları havayolundaki darlığın lokalizasyonuna ve seviyesine göre değişir. En sık rastlanan bulgular egzersiz sırasında gelişen nefes darlığı olabildiği gibi santral havayolundaki obstrüksiyonun arttığı durumlarda istirahatte de dispne görülebilir. Bu durum genelde trakeal lümen 8 mm'nin altına indiğinde görülür. Stridor ise trakeal lümen açıklığı 5 mm'nin altına inmedikçe nadiren rastlanır (2). Öksürük ve wheezing de sıklıkla görülebilen semptomlardır ve bu nedenle egzersiz sırasında dispne ile beraber değerlendirildiğinde hastaların yanlışlıkla kronik bronşit, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ya da astım gibi yanlış tanıları almasına neden olurlar. Bizim olgumuzda daha önce astım tanısının bulunması nedeniyle son zamanlarda gelişen semptomlarındaki artış astım atağı olarak değerlendirilmiş ve bu da tanıda gecikmeye neden olmuştur. Özellikle bronkodilatör tedavi ile semptom kontrolü sağlanamayan olgularda ayırıcı tanının yeniden gözden geçirilmesi ve olası etiyolojik nedenin araştırılması konusunda hızlı davranılmalıdır.

Posteroanterior grafide hava akımı daralması görülebilse de trakeanın görüntülenmesinde bilgisayarlı tomografi, lezyonun anatomik yerinin, karakterinin ve yaygınlığının tanımlanması açısından en sık tercih edilen yöntemdir. (3,4).

Radyolojik görüntüleme yöntemleri ile santral havayolu obstrüksiyonu saptanan olgularda tanısız amaçlı yapıla-

cak ilk girişim fiberoptik bronkoskopi ile havayolunun değerlendirilmesi ve tanısız örnek alınmasıdır. Fakat ister dış baskı isterse de intralümenal kitle nedeniyle havayolu obstrüksiyonu bulunan olgularda fiberoptik bronkoskopi ile havayolunun değerlendirilmesinde gelececek ödem ve hemoraji nedeniyle var olan kısmi obstrüksiyonda progresyon ile birlikte tam havayolu obstrüksiyonu oluşabilir. Bu nedenle bu grup hastalarda mümkünse girişimin rijid bronkoskopi ile yapılması, fiberoptik girişimlerde ise işlem süresinin kısa tutulması ve gelişebilecek solunum yetmezliği nedeniyle entübasyon için önceden hazırlık yapılması önemlidir (5). Radyolojik olarak trakea proksimalinde lümeninde obstrüksiyona neden olan kitlesi bulunan olgumuzda hem bronkoskopi işleminin güvenli olması hem de tedavi amacıyla yapılacak girişimlere yardımcı olması amacıyla intavenöz genel anestezi altında rijid bronkoskopi yapıldı.

Santral havayolunda obstrüksiyona neden olan intralümenal ve mikst tip darlıkların tedavisinde, darlık yapan lümen içi lezyonun tedavisinde doku destrüksiyonu amacıyla lazer, argon plazma koagülasyon ve elektroter gibi sıcak yöntemler yanında kriyoterapi gibi soğuk yöntemler kullanılmaktadır. Özellikle ciddi havayolu darlığına neden olan intralümenal lezyonlarda sıcak yöntemler hızlı etkileri nedeniyle tercih edilmektedir (6). Doku destrüksiyonu oluşturulduktan sonra darlık yapan lezyonun lümeninden uzaklaştırılması ve havayolu açıklığı sağlanması için rijid tüp ile yapılan dezobstrüksiyon havayolunda açıklık sağlar. Olgumuzda, trakea proksimalindeki lezyon diyet lazer ile fotokoagüle edildikten sonra rijid tüp ile dezobstrüksiyon sağlandı. Fakat dezobstrüksiyondan sonra lümendeki açıklığın %50 den az olması nedeniyle ve havayolu açıklığının idamesi için darlık alanına silikon stent de yerleştirildi.

Silikon stentler, malign ve benign havayolu darlıklarında dünyada yaygın olarak kullanılan stentlerdir. Hem havayolu açıklığının idamesinde hem de semptom palyasyonunda güvenle kullanılabilirler (7). Silikon stent kullanımına bağlı migrasyon, granülasyon dokusu oluşumu, sekresyon retansiyonu gibi komplikasyonlar gelişebilir (8-10). Hastamızda da erken dönemde stent migrasyonu nedeniyle yeniden rijid bronkoskopi ile girişim ihtiyacı gelişti ve tiroid karsinomu nedeniyle cerrahi planlanan hastada stent çıkartılarak cerrahi rezeksiyon uygulandı. Stentin erken dönemde migrasyonuna rağmen hastanın semptomlarında akut palyasyon ve daha sonra yapılacak cerrahi girişim hazırlığı için zaman kazanılması gibi etkileri nedeniyle kullanımı hayat kurtarıcı olmuştur.

Obstrüktif havayolu hastalığı nedeniyle optimum tedavi almasına rağmen semptomları devam eden hastalarda olası santral havayolu patolojisi açısından dikkatli bir değerlendirme ile altta yatan nedenin araştırılması önemlidir. Santral havayolu darlığı saptanan olgularda girişimsel bronkoskopik işlemler semptom palyasyonu yanı sıra daha sonra yapılacak küratif girişimler için de zaman kazandırmaktadır.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bu makalede herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir.

YAZAR KATKILARI

Fikir - S.N.S., C.Ö., S.T.Ö., L.K., L.D.; Tasarım ve Dizayn - S.N.S., C.Ö., S.T.Ö., L.K., L.D.; Denetleme - S.N.S., C.Ö., S.T.Ö., L.K., L.D.; Kaynaklar - S.N.S., L.K.; Malzemeler - C.Ö., L.D.; Veri Toplama ve/veya İşleme - S.T.Ö., C.O.; Analiz ve/veya Yorum - S.N.S., L.D.; Literatür Taraması - S.T.Ö., L.K.; Yazıyı Yazan - C.O., S.T.Ö., S.N.S.; Eleştirel İnceleme - L.D., L.K., S.N.S.

KAYNAKLAR

1. Wilde M, Nair S, Madden B. Pulmonary function tests-a review. *Care of the Crit Ill* 2007; 6:173-7.
2. Geffin B, Grillo HC, Cooper JD, Pontoppidan H. Stenosis following tracheostomy for respiratory care. *JAMA* 1971; 216:1984-8. [\[CrossRef\]](#)
3. Morshed K, Trojanowska A, Szymański M, Trojanowski P, Szymańska A, Smoleń A, et al. Evaluation of tracheal stenosis: comparison between computed tomography virtual tracheobronchoscopy with multiplanar reformatting, flexible tracheofiberoscopy and intra-operative findings. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2011; 268:591-7. [\[CrossRef\]](#)
4. Kligerman S, Sharma A. Radiologic evaluation of the trachea. *Semin Thorac Cardiovasc Surg* 2009; 21:246-54. [\[CrossRef\]](#)
5. Dutau H, Vandemoortele T, Breen DP. Rigid bronchoscopy. *Clin Chest Med* 2013; 34:427-35. [\[CrossRef\]](#)
6. Bacon JL, Patterson CM, Madden BP. Indications and interventional options for non-resectable tracheal stenosis. *J Thorac Dis* 2014; 6:258-270. [\[CrossRef\]](#)
7. Ranu H, Madden BP. Endobronchial stenting in the management of large airway pathology. *Postgrad Med J* 2009; 85:682-7. [\[CrossRef\]](#)
8. Bolliger CT, Probst R, Tschopp K, Solèr M, Perruchoud AP. Silicone stents in the management of inoperable tracheobronchial stenoses. Indications and limitations. *Chest* 1993; 104:1653-9.
9. Madden BP, Park JE, Sheth A. Medium-term follow-up after deployment of ultraflex expandable metallic stents to manage endobronchial pathology. *Ann Thorac Surg* 2004; 78:1898-902. [\[CrossRef\]](#)
10. Bolliger CT. Introduction to different approaches to intrabronchial treatment. *Monaldi Arch Chest Dis* 1996; 51: 316-24.