

BİR OLGU NEDENİYLE ÇOCUKLUK ÇAĞINDA TİROİD FOLLİKÜLER ADENOMU

(One Individual Which Have Thyroid Follicular Adenoma in Childhood)

Ayşe Ayaz Özkul*, Nilgün Selçuk*, Sakine Türkgeyik*, Murat Elevli*

Özet

Soliter tiroid nodülü çocuk ve adölesanlarda yaygın değildir, fakat malignite riskinin çok daha yüksek olması nedeniyle önemli bir klinik problemi yansıtan patolojidir. Tiroid nodüllü hastaların nasıl takip edileceği konusu tartışmalıdır. Burada farklı yakınmalar ile getirilen ve tetkikleri sırasında soliter tiroid nodülü saptadığımız bir hastanın sunumunu yaptık.

Anahtar kelimeler: Soliter tiroid nodülü, çocukluk çağı, malignite

Summary

Solitary thyroid nodule in adolescents and children is not frequently, but high frequency developing to malignancy is an important clinical problem. Patients which have thyroid nodule how to follow up that is not very clearly. In this article we discussed one patient who came another clinical symptoms and found a solitary nodule.

Key words: Solitary thyroid nodule, childhood, malignancy

GİRİŞ

Tiroid nodülleri multinodüler veya soliter olabilir. Tek nodüller nadir olup hastaların çoğu tiroid bezinde sorun olduğundan habersizdir. Bir tiroid nodülü tespit edildiğinde ilk akla gelen soru, nodülün selim mi, yoksa malign mi olduğudur? Tiroid nodüllerinin ne kadarının malign olduğunu güvenilir şekilde belirlemek kolay değildir bu nedenle erken tanı ve tedavi çok önemlidir (1-5). Bu olgu farklı bulgular ile gelen hastalarda dikkatli bir fizik muayenenin önemini ve çocuklarda tiroid nodülünün malignite ihtimalinin yüksek olduğunu vurgulamak için sunulmuştur.

OLGU

12 yaşındaki kız hasta 4 yıldır devam eden karın ağrısı, halsizlik yakınmaları ile getirildi. Soygeçmişinde aralarında akrabalık olmayan anne babanın 11. çocuğu olan hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde, boy 144 cm (10. persentil), tartı 38.5 kg (10-25 persentil), boyunda tiroid lojuna uyan bölgede sağda 3x3 cm, koltuk altında 2x1.5cm, inguinal bölgede multipl en büyüğü 2x1 cm boyutlarında yuvarlak, mobil, lastik kıvamında ağrısız kitle saptandı. Diğer sistem muayene bulguları normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde hafif anemi (hemoglobün 9.8 g/dl, hematokrit % 29.8), eritosit sedimentasyon hızı 25 mm/h, CRP 3 mg/dl, hepatit belirleyicileri, EBV IgM, toksoplaz-

* Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

ma IgM, ANA, antiDsDNA negatif, fibrinojen, kan biyokimyası, serum demiri ve total demir bağlama kapasitesi, ferritin, tam idrar tetkiki, tiroid hormonları normal olarak saptandı. Hemogloblin elektroforesi talasemi minör ile uyumlu olan hastanın FMF gen analizi E148Q/N heterozigot bulunarak FMF tanısı kondu ve kolsişin başlandı. Vücudunda ele gelen şişliklere yönelik yapılan tetkiklerinde kol-tuk altı ultrasonografisi (US) normal, batin US'de splenomegali, inguinal US'de lenfadenomegali, boyun US'de servikal bölgede tiroid içinde sağ lobu tamama yakın dolduran 2x2x3 cm boyutlarında ortasında kistik dejenerasyonu alanı bulunan izoekoik bir adet solid nodül saptandı. Bunun üzerine yapılan tiroid sintigrafisinde sağ lobda hipoaktif nodül içeren nonhomojen hiperplazi saptanınca ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Lezyon folliküler neoplazi olarak yorumlandı. Sağ total sol parsiyel tiroidektomi yapılan hastanın patolojisinde sağda folliküler adenom, solda adenomatöz hiperplazi saptandı.

TARTIŞMA

Tiroid nodüller hastalığı; soliter nodül, multinodüler guatr, kronik lenfositik tiroidit (Hashimoto tiroidit) veya Graves hastalığı gibi otoimmün hastalıklarda görülen nodüller guatr ve nonpalpabl tiroid nodüllerinden oluşan geniş bir spektruma sahiptir (4). Tiroid nodülleri yetişkinlerle karşılaştırıldığında çocuk ve adolesanlarda yaygın değildir (%1,5-1,8), fakat malignite riski çok daha yüksektir (4,6). Çocuklarda yapılan araştırmalarda tiroid nodüllerinin %18'den 40'a kadar malign olduğu bildirilmiştir (4,6-9). Özellikle 10 yaş altında kanser riskinin yüksek olduğu konusunda tüm araştırmacılar hemfikirler. Bu nedenle bu yaş grubunda nodül tespit edildiğinde tanısal girişimler yetişkinlerden daha agresif olmalıdır (4). Çocuklarda en yaygın neden benign foliküler adenomdur (1,7,8). Adenomlar; iyi kapsüllüdür, alttaki dokuya invaze olmaz, metastaz yapmaz, az mitoz gösterirler. Etiyolojik ve biyolojik özellikler nedeniyle normal dokudan farklı davranmaları diğer taraftan malign transformasyon gelişebilmesi karşılaşılan problemlerdir (3). Nodüllü hastaların %17'sinin multinodüler, % 83'nün soliter olduğu saptanmıştır (2). Solid nodül olarak kendini gösteren benign hastalıklar; benign adenomlar (fol-

liküler, embriyonal, Hürthle hücreli adenom), adenomatöz hiperplazi, lenfositik tiroiditler, tiroglossal kistler, ektopik yerleşimli tiroid dokusu ve ortadaki tek tiroid, bir tarafın agenezi ile diğer tarafın hipertrofisi, tiroid kistleri, tiroid abseleri ve hemianenezisi içerir (1,2,4-6).

Tiroid nodüllerinin standart tam protokolü ayrıntılı hasta anamnezi, dikkatli bir muayene, tiroid fonksiyon testleri, antitiroid antikolar, tiroid US, radyonüklid uptake'i ve sintigrafisi ve ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB)'ni içerir (2,4,5).

Öykü ve fizik muayene ile elde edilen bazı bilgiler, bir tiroid nodülünün malignite olasılığını belirlemede faydalı olabilir. Hastanın yaşı, cinsiyeti, aile hikayesi ve eksternal radyoterapi görüp görmemesi önemli bilgilerdir (2). Tiroid nodülünün büyüme hızının belirlenmesi ile de, nodülün durumu hakkında fikir elde edilebilir. Yavaş büyüyen bir nodül, hemen her zaman benign'dir. Aniden beliren nodülde ise ilk akla gelmesi gereken, tiroid kisti veya önceden tespit edilmeyen bir nodülün içine kanama olmasudur (1,2). Bizim olgumuzun 4 yıllık bir öyküsü vardı ve özgeçmişinde radyasyona maruz kalma veya hormon tedavisi yoktu.

Fizik muayene, tiroid nodüllü hastaları değerlendirmede büyük öneme sahiptir. Beş mm'den küçük nodülleri elle tespit etmek zordur. Trakea veya çevredeki dokulara fikse bir nodülde, malignite olasılığı yüksektir. Çok sert nodüller kanser olabilir fakat, bazı benign nodüller de (özellikle kalsifiye ise) sert olabilir. Her ne kadar yumuşak nodüller selim olursa da, bu fiziksel bulgu maligniteyi ekarte ettirmez (1,2). Yetişkinlerden farklı olarak tiroid nodüllü olan genç hastaların çoğunda ağrı, hasasiyet, solunum yollarına bası, yutma güçlüğü veya boyuna fiksasyon rapor edilmemiştir. Niedziela ve arkadaşları tiroid karsinomlu 37 vakalık serilerinde vokal kord paralizisi saptamamışlardır (4).

Tiroid fonksiyon testleri hastaların hormonal durumunu değerlendirmek için rutin olarak ölçülmelidir. Bu çocuklar genellikle ötiroiddir ve tiroid fonksiyon testleri (TFT) normaldir. Bu testler maligniteyi dışlamak için faydalı değildir, fakat anormal iseler ameliyattan önce normale getirilmelidirler (4). Lenfositik tiroiditte ise T4 düşük, TSH yüksek, tiroid antikoları (+) olur (1).

Tiroid US ile tiroid bezinin büyüklüğü, şekli ve bez içerisinde nodülün olup olmadığı gösterilebilir (1,2,4). Bu incelemede nodüller ekolarına göre hiperekoik, izoekoik, hipoekoik ve anekoik olarak değerlendirilirler. Bu değerlendirme sonucunda nodüller solid, kistik ve semisolid olarak görüldüler. Tiroid nodülleri, sintigrafik olarak değerlendirildiklerinde ise, hiperaktif (sıcak), normoaktif, hipoaktif (soğuk) ve nonfonksiyonel olarak gruplara ayrılır. Malignite riski açısından, sintigrafide soliter hipoaktif olan nodülün ultrasonografide de solid ve hipoekojen olanı özellikle önemlidir (2,5). Sintigrafisi yapılsa benign tümörlerin % 95'i radyoaktif konsantrasyon edemez veya yeterli almaz ve iyi görünmez. Bu yüzden bunlar malign tümörlere benzer olarak soğuk nodül şeklinde görülür ancak çoğu solid nodüller yine de benigndir (1,3,5). Olgumuzda da ultrasonografik olarak solid, sintigrafik olarak hipoaktif nodül vardı.

Tiroid nodüllü bir hastada, serum TSH konsantrasyonu düşük ise, radyonüklid sintigrafisi yapılmalıdır. Sintigrafide, hiperfonksiyon gösteren nodüller genellikle benigndir ve hasta otonom olarak fonksiyon gösteren tiroid adenomuna sahiptir (Plummer hastalığı) (1-3). Böyle adenomlu hastaların, %80'i ötiroid ve %20'si tirotoksikozise sahiptir. Tirotoksikozis sahibi tiroid adenomlu hastalar radyoaktif veya cerrahi ile tedavi edilmelidir (1,3,6).

Tiroid nodülünde malignite araştırılmasında, İİAB en yaygın kullanılan tetkiktir (1,4,10). Bu testin, dokunun sitolojik durumu hakkında bilgi sağlama kapasitesi popülaritesini artırmıştır. Testin zayıf noktası ise, folliküler adenomu kanserden ayırmadaki yetersizliğidir. Bu nedenle İİAB sonucu tam olarak benign histolojiyi tanımlamadıkça çocuklarda tiroid nodüllerinin mutlaka cerrahi olarak çıkarılması önerilmektedir (2,9). Bizde solid, hipoaktif nodülü olan, TSH'si normal olan hastamıza yaptığımız İİAB'de patolojik öntanı folliküler neoplazi olarak gelince hastamızı operasyona verdik. Hastanın patolojik değerlendirilmesi sağda folliküler adenom, solda adenomatöz hiperplazi saptandı.

Bu bilgilerin ışığında klinik olarak malignite ihtimali yüksek olan ve sintigrafide hipoaktif, ult-

rasonografide hipoekojen solid, nodüllü hastalarda ön planda cerrahi düşünülmelidir (2). Biyopsi sonucu benign olmasına rağmen, özellikle nodül sert ise, hızlı büyüyorsa, vokal kord veya trakeayı içeriyorsa veya yanındaki lenf nodularında büyüme varsa operasyon geciktirilmemelidir (1). Biz bu olgu ile çocuklarda soliter tiroid nodüllerinin malignite ihtimalinin çok yüksek olduğunu, malignitelerin de semptom vermediğini bu nedenle fizik muayenenin bir parçası olan tiroid palpasyonunun nodüllerin erken tanı ve tedavisinde ne kadar önemli olduğunu vurgulamak istedik.

KAYNAKLAR

1. Franchi S. Solitary thyroid nodule. Nelson Textbook of Pediatrics. In: Behrman RE, Kliegman RE, Jenson HB (eds), 17th ed., Philadelphia, WB Saunders Company, 2004:1888-1889.
2. Uslu İ, Erdil TY. Tiroid nodüllerinin değerlendirilmesi. İÜ, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Tiroid Hastalıkları Sempozyumu, 15 Ekim 1999. İstanbul. s. 27-32.
3. Larsen PR, Ingbar SH. Thyroid neoplasms. Williams Textbook of Endocrinology. In: Wilson JD, Foster DW (eds), 8th ed., Philadelphia, WB Saunders Company, 1992:465-466.
4. Niedzila M. Pathogenesis, diagnosis and management of thyroid nodules in children. *Endocrine-Related Cancer*, 2006;13:427-453.
5. Günöz H. Nodüler guatr. *Pediyatri*. Neyzi O, Ertuğrul TY (eds). 3. baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2002: 1242-1243.
6. Raab SS, Silverman JF, Elsheikh TM, Thomas PA, Wakely PE. Pediatric thyroid nodules: disease, demographics and clinical management as determined by fine needle aspiration biopsy. *Pediatrics*, 1995;95(1):46-49.
7. Hung W, Anderson KD, Chandra RS, Kapur SP, Patterson K, Randolph JG, August GP. Solitary thyroid nodules in 71 children and adolescents. *Pediatr Surg*, 1992;27(11):1407-1409.
8. Hung W. Solitary thyroid nodules in 93 children and adolescents. A 35-years experience. *Horm Res*, 1999;52(1): 15-18.
9. Millman B, Pelliteri PK. Nodular thyroid disease in children and adolescents. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 1997;116: 604-609.
10. Chang SH, Joo M, Kim H. Fine needle aspiration biopsy of thyroid nodules in children and adolescents. *J Korean Med Sci*, 2006 Jun;21(3):469-73.