

# Boyunda Kistik Metastaza Neden Olan Papiller Tiroid Karsinomu ve Metakron Larenks Kanseri

B. Aktan, H. Üçüncü, Ü. Yıldırım, M. Kantarcı, Y. Sütbeyaz

## Papillary thyroid carcinoma causing cystic cervical metastasis and metachronic laryngeal cancer

Although cystic masses in the neck are usually benign, they rarely appear to be malign lesions. Malign cystic masses may be both primary and secondary. The primary ones are branchiogenic carcinomas that develop from branchial cyst while the secondary ones are metastatic tumours. Cystic metastases in the neck often appear as a result of the metastasis of squamous cell carcinoma in lingual or palatine tonsil to the lymph nodes. However, the papillary thyroid carcinoma and squamous cell carcinoma of the larynx, though rarely, may lead to cystic metastasis in the neck. This article presents the case of a 65-year-old male patient who applied to our clinic with the complaint of hoarseness and who was diagnosed with metachronic laryngeal cancer and papillary thyroid carcinoma that causes metastasis to the neck. The result of the patient's laryngeal biopsy was indicated as squamous cell carcinoma. The cytological results of the fine needle aspiration biopsies taken from the thyroid node and the mass on the right cervical area was the papillary carcinoma. The MRI analysis of the mass in the neck revealed that lesion contained cystic necrotic areas and contrasting. The patient was applied total thyroidectomy, total laryngectomy and bilateral Type III modified radical neck dissection. The analysis of the neck mass resulted in the papillary thyroid carcinoma metastasis. It is proposed that the presence of the parts that hold contrast in the metastatic cyst in CT might as well be a specific finding of papillary thyroid carcinoma. It must always be kept in mind that head and neck malignancies may cause cystic metastasis to the cervical area, that the observation of the parts that hold contrast in the cyst in CT or MRI should always be taken as a warning for malignancy in the diagnosis of the cystic masses in the neck, and that there is always a probability of multiple primary malignancy.

**Key Words:** Laryngeal cancer, papillary thyroid carcinoma, cystic cervical metastasis.

Turk Arch Otolaryngol, 2004; 42(4): 236-240

**Dr. Bülent Aktan, Dr. Harun Üçüncü, Dr. Yavuz Sütbeyaz**  
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Erzurum

**Dr. Ümran Yıldırım**  
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Erzurum

**Dr. Mecit Kantarcı**  
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

## Özet

Boyundaki kistik kitleler genellikle benign karakterde olmalarına rağmen, nadir olarak malign lezyonlar şeklinde karşımıza çıkabilirler. Malign kistik kitleler primer olabileceği gibi sekonder de olabilir. Primer olanlar brankial kistten gelişen brankiojenik karsinoma, sekonder olanlar ise metastatik tümörlerdir. Boyundaki kistik metastazlar sıklıkla lingual ya da palatin tonsildeki skuamöz hücreli karsinomun lenf bezlerine metastazı sonucunda ortaya çıkarlar. Ancak papiller tiroid karsinomu ve çok nadiren de larenksin skuamöz hücreli karsinomu boyunda kistik metastaz yapabilir. Bu yazımızda ses kısıklığı nedeni ile kliniğimize başvuran, boyuna kistik metastaz yapan papiller tiroid karsinomu ve metakron larenks kanseri tanılarını alan, 65 yaşında erkek hasta sunulmaktadır. Hastanın larenks biyopsisi sonucu skuamöz hücreli karsinom olarak belirtildi. Tiroid bezinden ve sağ servikal bölgedeki kitleden yapılan ince iğne aspirasyon biyopsilerinin sitolojik sonuçları papiller karsinomdu. Boyundaki kitlenin MR tetkikinde, lezyonun kistik nekrotik bölgeler ve kontrastlanma içerdiği gözlemlendi. Hastaya total tiroidektomi, total larenjektomi ve bilateral Tıp III modifiye radikal boyun diseksiyonu yapıldı. Boyun kitlesinin histopatolojik incelemesi papiller tiroid karsinomu metastazı olarak geldi. BT'de metastatik kist içinde kontrast tutan kısımların izlenmesinin papiller tiroid karsinomunun spesifik bir bulgusu olabileceği ileri sürülmektedir. Baş ve boyun malignitelerinin servikal bölgeye kistik karakterde metastaz yapabileceği, boyundaki kistik kitlelerin ayırıcı tanısında MRG veya BT'de kist içinde kontrast tutan kısımların izlenmesinin malignite açısından daima uyarıcı olması gerektiği ve multipl primer malignite olasılığı her zaman akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Larenks kanseri, papiller tiroid karsinomu, kistik servikal metastaz.

Türk Otolarengoloji Arşivi, 2004; 42(4): 236-240

## Giriş

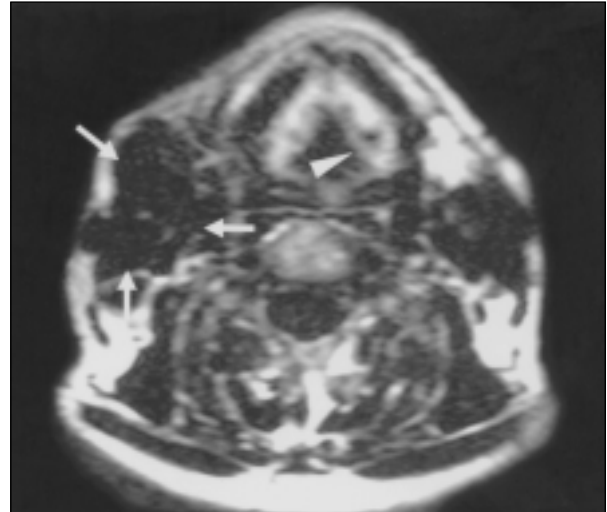
Servikal bölgede rastlanan kistik kitleler genellikle gençlerde görülür ve sıklıkla benign karakterlidir. Ancak bu bölgede nadiren de olsa malign karakterde kistik kitleler de görülebilir. Servikal bölgedeki malign kistik tümörler, primer olarak brankiojenik karsinoma ya da sekonder olarak metastatik tümörler şeklinde karşımıza çıkabilirler. Ancak brankial kistten karsinoma gelişmesi halen tartışmalı bir konudur.<sup>1-7</sup> Sekonder kistik malign tümörler ise servikal bölgedeki lenf bezlerine metastaz sonucunda oluşurlar. Kistik servikal metastazlar skuamöz hücreli karsinom, tiroid papiller karsinomu veya tükürük bezi tümörlerinin metastazı sonucunda ortaya çıkabilirler. Skuamöz hücreli karsinomun kistik servikal metastazlarında primer tümör sıklıkla lingual veya palatin tonsildedir.<sup>8</sup> Ancak nazofarenks, oral kavite, paranasal sinüsler, nazal vestibül, akciğer, özofagus veya uterus da olabilir.<sup>8-10</sup>

Larenksin skuamöz hücreli karsinomu servikal lenf bezlerine sıklıkla solid lezyonlar şeklinde metastaz yaparken, nadiren de olsa kistik kitleler şeklinde de metastaz yapabilir.<sup>8</sup> Buna ilave olarak tiroid papiller karsinomu da servikal bölgeye kistik metastaz yapabilir.<sup>11-14</sup> Bu yazımızda nadir görülmesi nedeni ile kistik servikal metastazlı tiroid papiller karsinomu ve metakron skuamöz hücreli larenks karsinomu bulunan bir olgu sunuldu.

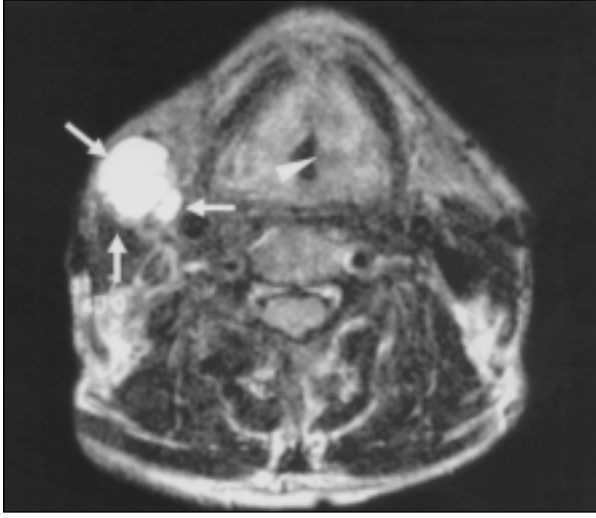
## Olgu Sunumu

Altmış beş yaşında erkek hasta, iki aydan beri devam eden ses kısıklığı nedeni ile kliniğimize tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı. Hastanın nazal kavite, oral kavite ve orofarenks muayenesi doğal sınırlar içindeydi. Rijit endoskopi ile yapılan larenks muayenesinde her iki vokal kord mukozasında düzensizlik, sol ventrikülde vejetan kitle ve sol vokal kordda fiksasyon gözlemlendi. Boyun muayenesinde sağ servikal bölgede, sternokleidomastoid kas 1/3 üst ön kenarı ile tirohiyoid membran arasındaki bölgede 3x4 cm ebadında, ağrısız, sert ve mobil bir kitle tespit edildi. Sorgulamada bu kitlenin 4-5 yıldan beri mevcut olduğu ve çok yavaş büyüdüğü öğrenildi. Ancak hastanın bu kitleden

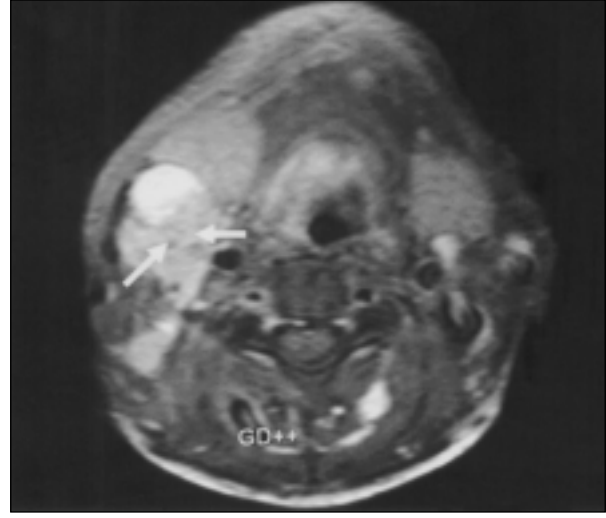
dolayı herhangi bir yakınması yoktu. Larenks manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG), glottik seviyede larengeal lümende daralma ve sağ servikal bölgede heterojen, T1 ağırlıklı görüntülerde hipointens ve T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens 2.5x3.5x7.5 cm ebadında kistik nekrotik açıklıklar içeren lezyon alanı izlendi (Resim 1 ve 2). Kontrast madde verilmesini takiben elde edilen T1 ağırlıklı görüntülerde lezyonun posteriorunda heterojen kontrastlanma gözlemlendi (Resim 3). Boyun ultrasonografisinde (USG) sağ tiroid lobunda 5x3 mm ebadında düzensiz kenarlı hipoekoik nodüler görünüm ve sağ servikal bölgede en büyüğü 35x28 mm ebadında konglomere birkaç adet, içinde anekoik kistik açıklıklar ve yer yer amorf kalsifikasyonlar içeren nekrotik lenf nodları izlendi. Tiroid sintigrafisinde tiroid bezinin minimal derecede büyümüş ve loblar içi radyoaktivite tutulumunun normal sınırlarda olduğu tespit edildi. USG'de sağ tiroid lobunda izlenen nodüler yapı sintigrafide izlenememiş olup bu durum normoaktif nodüler yapı lehine yorumlandı. Hastanın tiroid hormonları normal sınırlar içindeydi. Genel anestezi altında yapılan direkt larengoskopide, ventrikülden alınan biyopsinin sonucu "skuamöz hücreli karsinom" olarak belirtildi. Tiroid bezinden ve sağ



**Resim 1.** Aksiyel T1 ağırlıklı görüntüde sol tiroitlenoid kista düzensizlik ve kalınlaşma (ok başı) ile sağ servikal bölgede heterojen hipointens düzensiz kenarlı 2.5x3.5x7.5 cm ebadındaki kitle lezyon izlenmektedir (beyaz oklar).



**Resim 2.** Aksiyel T2 ağırlıklı görüntüde sol tiroaritenoid kasta kitleli lezyon (**ok başı**), sağ servikal bölgede heterojen hiperintens kitle izlenmektedir (**oklar**).



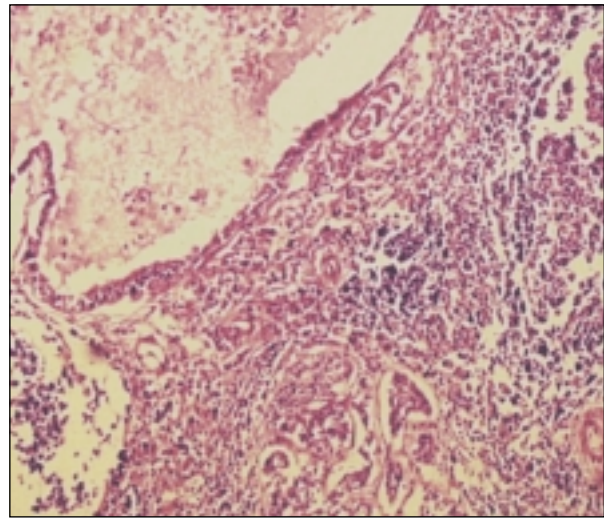
**Resim 3.** İntravenöz yoldan kontrast madde verilmesini takiben alınan aksiyel T1 ağırlıklı görüntüde sağ servikal bölgedeki kitle lezyonda heterojen düzensiz kontrast tutulumu izlendi (**oklar**).

servikal bölgedeki kitleden USG klavuzluğunda yapılan ince iğne aspirasyon biyopsilerinin (İİAB) sitolojik incelemelerinin sonucu da, papiller karsinom idi.

Kistik servikal metastazlı tiroid papiller karsinomu ve skuamöz hücreli larenks karsinomu tanıları alan hastaya total tiroidektomi, total larenjektomi ve bilateral Tip III modifiye radikal boyun diseksiyonu yapıldı. Larenjektomi spesmeninin histopatolojik incelemesinin sonucu skuamöz hücreli karsinomdu. Boyun diseksiyonu spesmenlerinin histopatolojik incelemesi sonucunda, sağ servikal bölgedeki kistik kitle "tiroid papiller karsinomu metastazı" olarak rapor edildi (Resim 4). Paratrakeal bir lenf bezinde tiroid papiller karsinomu metastazı tespit edildi. Tiroidektomi spesmeninin histopatolojik incelemesinde, sağ tiroid lobunda büyüğü 13 mm ve küçüğü 9 mm olmak üzere iki ayrı odakta papiller karsinom izlendi. Hastaya operasyonu takiben L-tiroksin tedavisi başlandı ve radyoaktif iyot tedavisinin planlanması için endokrinoloji kliniğine devredildi. Postoperatif dönemde ayda bir kez olmak üzere yapılan kontrollerinde 4. ayda hastada nüks yoktu. Hasta 4. aydan sonra çağrılmasına rağmen kontrollerine gelmemiştir.

## Tartışma

Günümüzde servikal kistik kitlelerin malign olup olmadığı, malign ise primer mi yoksa sekonder mi olduğu ve sekonder ise tümörün primerinin nerede bulunduğu tespiti hastalığın tedavisinin planlanmasında yaşamsal öneme sahiptir. Skuamöz hücreli karsinomun kistik servikal metastazları ge-



**Resim 4.** Makrofajların izlendiği kistik yapının yer aldığı lenf nodu içerisinde papiller tiroid karsinomu odağı (**HE x200**).

nellikle 40 yaşın üzerindeki şahıslarda görülür.<sup>15-17</sup> Bu yüzden boynunda kistik kitle bulunan 40 yaşın üzerindeki hastalarda panendoskopi, ipsilateral tonsillektomi ve Waldeyer'in lenfatik halkasından kör biyopsiler cerrahinin planlanmasından önce yapılması gereken işlemlerdir.<sup>15,17</sup> Ancak Verge ve ark.'nın<sup>18</sup> kistik servikal metastazlı 7 olguluk okkült tiroid papiller karsinom serilerinde, hastaların yaşı 17-45 arasında (ortalama yaş 31.7) idi. Kistik servikal metastazlar sadece 40 yaşın üzerindeki hastalarda değil, 40 yaşın altındaki hastalarda da düşünülmesi ve bu hastalar özellikle tiroid papiller karsinomunun kistik servikal metastazı yönünden değerlendirilmelidir.

Bilgisayarlı tomografi (BT), MRG ve USG primer tümörün lokalizasyonunun ve kistik servikal metastazların tespitinde önemli değere sahiptir. USG özellikle tiroid bezinin değerlendirilmesinde gerekli bir tanısal yöntemdir. Tiroid bezinde bulunan 5 mm çapındaki lezyonlar bile yüksek rezolüsyonlu USG yardımıyla tespit edilebilir.<sup>12</sup> BT'de metastatik kist içinde kontrast tutan kısımların izlenmesinin tiroid papiller karsinomunun spesifik bir bulgusu olabileceği ileri sürülmüştür.<sup>12</sup> Olgumuzda da MRG'de kist içinde kontrast tutan kısımlar izlendi. Ancak kist içinde kontrast tutan kısımların görülmesi sadece tiroid papiller karsinomunun kistik servikal metastazının spesifik bir bulgusu değildir. Benzer durum larenksin skuamöz hücreli karsinomunun kistik servikal metastazlarında da görülebilir.<sup>19</sup> MR ya da BT'de servikal bölgedeki kistik kitlelerin içinde kontrast tutan kısımlar varsa bu kitlelerin malign olabileceği unutulmamalıdır.

İİAB servikal bölgedeki kistik malign kitlelerin teşhisinde önemli bir tanı yöntemiştir.<sup>9,20</sup> Ancak her zaman güvenilir bir yöntem değildir.<sup>11,12</sup> Bu yüzden negatif sitoloji benign bir hastalığın kanıtı olarak kabul edilmemelidir. Deneyimlerimize göre USG kılavuzluğunda kist duvarından yapılacak olan İİAB ve USG kılavuzluğunda yapılacak olan tiroid İİAB, papiller karsinomların teşhisinde önemli bir tanısal yöntemdir.<sup>19,20</sup> Olgumuzda servikal bölgedeki kistik kitleden ve tiroid bezinden yapılan İİAB materyallerinin sitolojik incelemesi sonucunda tanıya gidildi.

Multipl primer malignite olgularına baş ve boyun bölgesinde, vücudun diğer bölgelerine göre daha sık rastlanır. Baş ve boyun kanserlerinde sekonder primer malign tümör görülme olasılığı %10-15 arasındadır ve sekonder tümörler sıklıkla skuamöz hücreli karsinomdur.<sup>21</sup> Larenks kanserlerinde sekonder primer malignite görülme olasılığı %4-20 arasında değişmektedir. Sekonder primer malignitenin en sık lokalize olduğu yer akciğerlerdir. Diğer lokalizasyonları ise özofagus, hipofarenks, oral kavite, larenks, prostat, alt dudak, tiroid, mesane, serviks, kolon ve midedir.<sup>22</sup> Baş ve boyun malignitelerinde, sekonder primer malignitenin varlığı prognozu ileri derecede kötüleştirdiğinden bu olguların ömür boyu takip edilmesi gerekmektedir.<sup>21</sup>

Kistik servikal metastazlı tiroid papiller karsinomlarının tedavisi, totale yakın ya da total tiroidektomi ve modifiye radikal boyun diseksiyonunu takiben radyoaktif iyot tedavisidir.<sup>13,18</sup> Skuamöz hücreli larenks kanseri ve kistik servikal metastazlı tiroid papiller karsinomu tanılarını alan hastamıza total larenjektomi, total tiroidektomi ve bilateral modifiye radikal boyun diseksiyonu yapıldı.

Sonuç olarak servikal bölgedeki kistik kitlelerin ayırıcı tanısında, tiroid papiller karsinomu da düşünülmelidir. Boyundaki kistik kitlelerin ayırıcı tanısında, MRG ya da BT'de kist içinde kontrast tutan kısımlar izlendiğinde, bu kitlenin malign olma olasılığı her zaman akılda tutulmalı ve baş boyun tümörlerinde multipl primer malignite olasılığı unutulmamalıdır.

#### **Kaynaklar**

1. **Carrick DG, Jones WI, el Sharkawi A.** Branchiogenic carcinoma or cystic lymph node metastasis. *J Laryngol Otol* 1986; 100: 1089-90.
2. **Foss RD, Warnock GR, Clark WB, Graham SJ, Morton AL, Yunnan ES.** Malignant cyst of the lateral aspect of the neck: branchial cleft carcinoma or metastasis? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991; 71: 214-7.
3. **Carroll WR, Zappia JJ, McClatchey KD.** Branchiogenic carcinoma. *J Otolaryngol* 1993; 22: 26-8.
4. **Hall SF, Dexter DF.** Cystic cervical metastases are not branchiogenic carcinomas. *J Otolaryngol* 1993; 22: 184-9.
5. **Briggs RD, Pou AM, Schnadig VJ.** Cystic metastasis versus branchial cleft carcinoma: a diagnostic challenge. *Laryngoscope* 2002; 112: 1010-4.
6. **Zimmermann CE, von Domarus H, Moubayed P.** Carcinoma in situ in a lateral cervical cyst. *Head Neck* 2002; 24: 965-9.

7. **İnanlı S, Tutkun A, Öztürk Ö, Çakaloğlu F.** Brankial kleft kist karsinomu: olgu sunumu. *Türk Arch Otolaryngol* 2000; 38: 175-9.
8. **Thompson LD, Heffner DK.** The clinical importance of cystic squamous cell carcinomas in the neck: a study of 136 cases. *Cancer* 1998; 82: 944-56.
9. **Burgess KL, Hartwick RW, Bedard YC.** Metastatic squamous carcinoma presenting as a neck cyst. Differential diagnosis from inflamed branchial cleft cyst in fine needle aspirates. *Acta Cytol* 1993; 37: 494-8.
10. **Verma K, Mandal S, Kapila K.** Cystic change in lymph nodes with metastatic squamous cell carcinoma. *Acta Cytol* 1995; 39: 478-80.
11. **North JH Jr.** Occult thyroid carcinoma manifested as a cystic neck mass. *South Med J* 1997; 90: 1027-8.
12. **Nakagawa T, Takashima T, Tomiyama K.** Differential diagnosis of a lateral cervical cyst and solitary cystic lymph node metastasis of occult thyroid papillary carcinoma. *J Laryngol Otol* 2001; 115: 240-2.
13. **Monchik JM, De Petris G, De Crea C.** Occult papillary carcinoma of the thyroid presenting as a cervical cyst. *Surgery* 2001; 129: 429-32.
14. **Hwang CF, Wu CM, Su CY, Cheng L.** A long-standing cystic lymph node metastasis from occult thyroid carcinoma- report of a case. *J Laryngol Otol* 1992; 106: 932-4.
15. **Flanagan PM, Roland NJ, Jones AS.** Cervical node metastases presenting with features of branchial cysts. *J Laryngol Otol* 1994; 108: 1068-71.
16. **Micheau C, Klijanienko J, Luboinski B, Richard J.** So-called branchiogenic carcinoma is actually cystic metastases in the neck from a tonsillar primary. *Laryngoscope* 1990; 100: 878-83.
17. **Gourin CG, Johnson JT.** Incidence of unsuspected metastases in lateral cervical cysts. *Laryngoscope* 2000; 110: 1637-41.
18. **Verge J, Guixa J, Alejo M et al.** Cervical cystic lymph node metastasis as first manifestation of occult papillary thyroid carcinoma: report of seven cases. *Head Neck* 1999; 21: 370-4.
19. **Aktan B, Gündoğdu C, Eren S, Üçüncü H, Sütbeyaz Y, Öztop E.** Kistik servikal metastazlı larenksin skuamöz hücreli karsinomu: olgu sunumu. XXVII. Türk Ulusal Otorinolarenoloji ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresi Özet Kitabı. İstanbul: Turgut Yayıncılık; 2003. p. 114.
20. **Tseng FY, Hsiao YL, Chang TC.** Cytologic features of metastatic papillary thyroid carcinoma in cervical lymph nodes. *Acta Cytol* 2002; 46: 1043- 8.
21. **Uluöz Ü.** Sekonder primer tümörler. In: Çelik O, editor. Kulak burun boğaz hastalıkları ve baş boyun cerrahisi. İstanbul: Turgut Yayıncılık; 2002. p. 890-3.
22. **Kaya S.** Larenks hastalıkları. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi; 2002. p. 580-1.

---

**İletişim Adresi: Dr. Bülent Aktan**  
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı  
25240 ERZURUM  
Tel: (0442) 236 12 12 / 2073  
Faks: (0442) 236 13 01  
e-posta: baktan@atauni.edu.tr