

Nadir Görülen Bir Olgu: Tiroid Kavernöz Hemanjiomu

A Rare Case Report: Cavernous Hemangioma of the Thyroid

Fatma Keren¹, Hüseyin Demirci², Bilge Ceydilek², Nur Arslan³

¹Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

²Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

³Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

ÖZET

Hemanjiomlar birçok organda görülebilen iyi huylu tümoral oluşumlardır. Tiroid dokusunda nadir görülmekle beraber, sıklıkla ince iğne aspirasyon biyopsisi sonrası oluşurlar. Görüntüleme yöntemleri ile tanısı konulamayan bu olgularda kesin tanı histopatolojik olarak konulur. Burada multinodüler guatr nedeniyle takip edilen ve ince iğne aspirasyon biyopsisi sonrası malignite şüphesi ile total tiroidektomi operasyonu yapılan bir olgu sunulacaktır. Hastaya operasyon sonrası tiroid kavernöz hemanjiomu tanısı konulmuştur. Literatürde malignite şüphesi ile opere edilen ve tiroid kavernöz hemanjiomu tanısı konulan az sayıda olgu bildirilmiştir. Mevcut bilgiler göstermektedir ki; tiroid nodüllerine yaklaşımda maligniteyle ayırıcı tanısı yapılması gereken bir durum da tiroid kavernöz hemanjiomlarıdır.

Anahtar Sözcükler: Tiroid, nodül, kavernöz hemanjiom

Geliş Tarihi: 19.03.2014

Kabul Tarihi: 23.04.2014

ABSTRACT

Hemangiomas are benign tumoral formations which can be seen in many organs. Although it is rare at thyroid tissue, often it consists of after thyroid fine-needle biopsy. These cases can not be diagnosed with imaging methods. It's final diagnosis is histopathological. Here, we will present a case report. The patient was followed due to multinodular goitre and had a total thyroidectomy operation with suspicion of malignancy after thyroid fine-needle biopsy. After the operation she was diagnosed to have cavernous hemangioma of the thyroid. In the literature, a few cases which were operated with suspected malignancy have been reported as cavernous hemangioma of the thyroid. The available information shows that; while approaching to thyroid nodules, cavernous hemangioma of the thyroid should be considered and must be made differential diagnosis with malignancy.

Key Words: Thyroid, nodule, cavernous hemangioma

Received: 03.19.2014

Accepted: 04.23.2014

GİRİŞ

Hemanjiomlar çocukluk çağında sık görülen iyi huylu, tümoral oluşumlardır. Deri, dudaklar, karaciğer, kolon ve beyin gibi birçok organda görülebilmeler (1). Tiroid dokusunda hemanjiom görülmesi ise nadir rastlanan bir durumdur. Primer hemanjiomlar anjioplastik mezenkimal yetersizlikler sonucu oluşan gelişimsel anomalilerdir (2).

Bildirilen vakaların çoğunda tiroidin kavernöz hemanjiomları sekonder hemanjiomlardır ve tekrarlayan ince iğne aspirasyon biyopsileri (İİAB) sonucu oluşurlar. İİAB sonucu oluşan hematoma genellikle tam olarak organize olur. Organize olurken beraberinde vasküler oluşumlar ve fibroblast çoğalması da görülür. Bu nedenle sekonder hemanjiom olarak adlandırılır (3).

Tiroid hemanjiomlarına operasyon öncesi tanı koymak zordur. İİAB, ultrasonografi veya bilgisayarlı tomografide patognomonik bir bulgu saptanmaz. Manyetik rezonans görüntüleme ise heterojen sinyal artışı ve serpantine patern, hemanjiom lehine yüksek oranda şüphe uyandırır. Tanı histopatolojik olarak konulur (4).

Burada malignite şüphesi ile opere edilen multinodüler guatr (MNG) tanılı bir hastada saptanan kavernöz hemanjiom olgusu sunulacaktır.

OLGU SUNUMU

Yetmiş yaşında bayan hasta, 4 yıl önce baş dönmesi şikayeti ile başvurdu. Daha önce hipertansiyon ve osteoporoz tanısı vardı. Fizik muayenede tiroid bez boyutu büyüktü ve çok sayıda nodül saptanması üzerine endokrinoloji polikliniğinde MNG tanısı ile takibe alındı. TSH: 1,85 µIU/ml (0,35-5,5), FT3: 3,22 pg/mL (2,3-4,2), FT4: 0,93 ng/dl (0,74-1,52) saptanan ötiroid hastanın yapılan tiroid ultrasonografi tetkikinde tiroid bezi sağ lobu 32 x 27 x 74 mm, sol lobu 30 x 26 x 63 mm boyutlarında, istmus ise 2 mm kalınlığındaydı. Parankim homojen görünümdeydi. En büyükleri sağ lobda inferiorda 25 x 21 mm boyutlarında hiperekojen, heterojen, sol lobda üst kesimde 32 x 21 mm boyutlarında hiperekojen olmak üzere multipl nodüller, sağda istmik bileşkekte 30 x 20 mm, istmusta solda 15 x 6 mm boyutlarında nodüller saptandı. Yapılan İİAB'de atipik hücreler içermeyen, malignite açısından negatif bulgular saptandı. Nefes darlığı, yutma güçlü, ses kısıklığı gibi baskı semptomları olmayan ve kozmetik kaygı duymayan hastaya poliklinik takibi önerildi.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence: Dr.Fatma Keren, Turgut Özal Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye Tel: +90 312 305 55 55 Faks: +90 312 203 50 28 E-posta: drfatma@gmail.com

©Telif Hakkı 2014 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi - Makale metnine <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/> web adresinden ulaşılabilir.

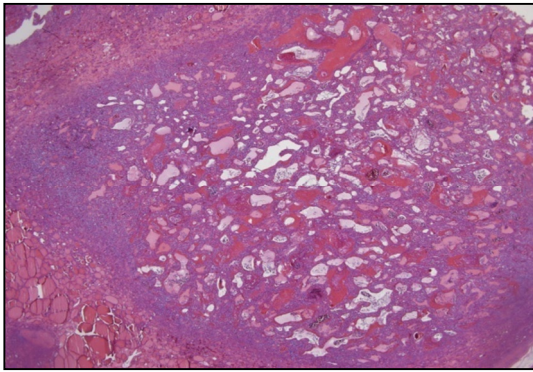
©Copyright 2014 by Gazi University Medical Faculty - Available on-line at web site <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/>

doi: <http://dx.doi.org/10.12996/gmj.2014.36>

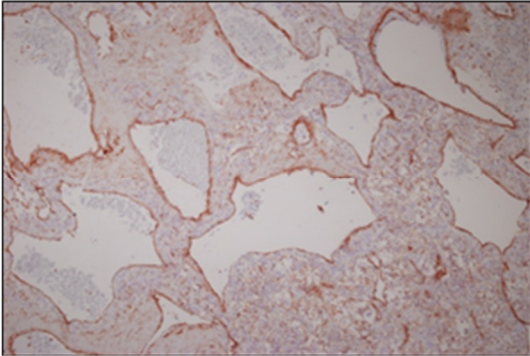
ikinci kontrolüne bir buçuk yıl sonra gelen hastanın aktif şikayeti yoktu ve ötiroiddi. Tiroid ultrasonografisinde tiroid bezi sağ lobu 34 x 36x 70 mm, sol lobu 27 x 37x 65 mm boyutlarında olup istmus 17 mm idi. Parankimi belirgin heterojen görünümde, en büyükleri sol lob üst kesimde 38 x 26 mm boyutlarında hiperekojen, içerisinde kistik, nekrotik komponenti, periferinde hipoeoik halosu bulunan multipl nodüller ve istmusta 26 x 21 mm boyutlarında benzer özelliklerde nodüller izlendi. Hastaya İİAB tekrarı önerildi, ancak hasta kabul etmedi. Bu durumda halen ötiroid olan hastaya izlem önerildi.

Üçüncü kontrolüne 2 yıl sonra gelen hastanın laboratuvar sonuçlarında TSH: 1,94 µU/ml (0,35-5,5), FT4: 1,04 (0.74-1.52) ng/dl, Anti-TPO: >600 U/ml (0-35) saptandı. Yapılan tiroid ultrasonografisinde tiroid bezi sağ lobu 40 x30 x 67 mm, sol lobu 38 x 30x 60 mm boyutlarında olup, istmus 15 mm idi. Büyüğü sol lob üst kesimde 40 x 28 mm boyutlarında hipoeoik halolu, içerisinde hipoeoik alanlar izlenen, hiperekoik bilateral multipl nodüller izlendi. Ayrıca istmusta 28 x 22 mm boyutlarında benzer görünümde nodül saptandı. Tekrarlanan İİAB'de Hurthle hücreli neoplazi saptanması üzerine hastaya operasyon önerildi.

Tanııldıktan üç buçuk yıl sonra total tiroidektomi operasyonu olan hastanın patoloji sonucu tiroid kavernöz hemanjiomu, hashimoto tiroiditi, nodüler hiperplazi olarak değerlendirildi (Resim 1 ve 2). Operasyon sonrası L-tiroksin replasmanı başlanan hasta TSH kontrolü için poliklinik takibine alındı.



Resim 1. (H&E X20) Endotelde dōşeli, lümeninde eritrositler bulunan farklı büyüklüklerde artmış sayıda damarlar ile karakterli hemanjiomatöz gelişim.



Resim 2. (CD31 X100) İmmunhistokimyasal olarak CD31 ile endotelde pozitif boyanma.

TARTIŞMA

Hemanjiomlar vasküler tümörlerin tipik örneğidir. Yerleşim yeri, yüzeysel veya derin bölgelere yerleşmesi, büyüklüğü ve hücre çoğalması gibi durumlara bağlı olarak evrelerine göre farklı özellikler gösterir. Hemanjiomların %50-60 kadarı baş-boyun bölgesinde, %20-25 kadarı gövdede, %15 kadarı ise ekstremitelerde görülür. Yüzeysel, derin veya karma tipte olabilir (5,6).

Tiroid dokusunda hemanjiom oldukça nadir gözlenen bir durumdur. İİAB sonrası oluşan hematoma çoğunlukla asemptomatiktir ve spontan olarak günler içinde rezorbe olur. Nadiren mevcut hematomdan hemanjiom gelişebilir ve sekonder hemanjiom olarak değerlendirilir (7).

İİAB sırasında meydana gelen kanamanın muhtemel mekanizması kapsül ile sınırlı nodülün içi veya çevresinde oluşan venöz kanamadır.

Tiroid dokusu zengin vaskülarizasyonu ve ince duvar yapısı ile kanamaya meyilli damar ağına sahiptir. Antikoagülan ilaç kullanımı ve kontrolsüz hipertansiyon da kanama sebebi olabilir (8).

Bizim olgumuzda da İİAB öyküsü mevcuttu, antikoagülan kullanmıyordu ve kontrol altında esansiyel hipertansiyonu mevcuttu. Literatürde tiroid kavernöz hemanjiom tanısı alan sınırlı sayıda olgu bildirilmiştir. Gutzeit ve ark. 84 yaşında bayan hastada, tiroid sol lobda heterojen, hipoeoik ve hipovasküler nodül saptamışlar. İİAB'de anaplastik kanser ile uyumlu yaymalar gelmesi üzerine hastaya total tiroidektomi operasyonu yapılmış. İncelenen patolojik preparatlarda tiroid bezinin benign hemanjiomu tanısı konulmuştur (9).

Michalopoulos ve ark. sunduğu bir başka vaka, 78 yaşında, ötiroid ve giderek büyüyen boyunda kitle ile başvuran bir hastaydı. Hastada MNG ve sağ lobda hipoeoik nodül saptamalarının üzerine total tiroidektomi yapılmış. Patolojik incelemede kavernöz hemanjiomu tespit edilmiştir (10).

Bizim olgumuzda da MNG tanısı mevcuttu ve İİAB'de Hurthle hücreli neoplazi saptanmıştı. Maligniteden ayırımı yapılamayan bu durumda hastaya total tiroidektomi önerildi. Operasyon sonrası incelenen tiroid dokusunda maligniteye rastlanmadı ve kavernöz hemanjiom tanısı aldı.

Kano ve ark. sunduğu bir başka vaka 21 yaşında erkek hastaydı. Boyun ultrasonografisinde kalsifiye nodüller, boyun bilgisayarlı tomografisinde tiroid sağ lobda kalsifiye büyük yumuşak doku saptanmıştı. Görüntüleme bulgularıyla tiroid papiller kanseri şüphesi oluşan hastaya total tiroidektomi yapılmış ve cerrahi örneğin incelenmesi ile dev hücreli kavernöz hemanjiom tanısı konulmuştur (11).

Ríos ve ark. sunduğu iki olguda ise İİAB sonrası gelişen hematoma bağlı tiroid kavernöz hemanjiom tanılı hastalar tartışılmıştır (12). Bizim olgumuzun geçmişinde de İİAB öyküsü mevcuttu.

Kumar ve ark., 53 yaşındaki erkek hastaya sol ventrikül disfonksiyonunu değerlendirmek amacıyla ventrikülografi yaparken tiroid lojunda da kanlanma artışı olduğunu saptamışlar. İncidental saptanan bu durumun tiroid kavernöz hemanjiomu olduğunu belirtmişlerdir (13). Literatürde az sayıda olan bu olgular göstermektedir ki, tiroid nodüllerine yaklaşımda maligniteyle ayırıcı tanısı yapılması gereken bir durum da tiroid kavernöz hemanjiomlarıdır.

SONUÇ

Tiroid dokusunda kavernöz hemanjiom oldukça nadir rastlanan benign bir durumdur. Malignite şüphesi ile takip edilen nodüllü hastalarda, özellikle daha önce İİAB yapılmışsa ayırıcı tanıları arasında tiroid kavernöz hemanjiomu da düşünölmelidir.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Kano M, Kameyama K, Hosoda Y, Sugino K, Ito K. A cavernous haemangioma of the thyroid gland. J Laryngol Otol 2005;119: 828-30.
2. Kumar R, Gupta R, Khullar S, Dasan B, Malhotra A. Thyroid haemangioma: A case report with a review of the literature. Clin Nucl Med 2000; 25: 769-71.
3. Tsang K, Duggan MA. Vascular proliferation of the thyroid. A complication of fine-needle aspiration. Arch Pathol Lab Med 1992;116:1040-2.
4. Memis A, Arkun R, Ustun EE, Kandiloglu G. Magnetic resonance imaging of intramuscular haemangiomas with emphasis on contrast enhancement patterns. Clin Radiol 1996;51: 198-204.
5. Enjolras O, Mulliken JB. Vascular tumors and vascular malformations (new issues). Adv Dermatol 1997; 13: 375-423.
6. Powell J. Update on hemangiomas and vascular malformations. Curr Opin Pediatr 1999; 11: 457-63.
7. Polyzos SA, Anastasilakis AD. Clinical complications following thyroid fine-needle biopsy: a systematic review. Clin Endocrinol 2009; 71: 157-65.
8. Roh JL. Intrathyroid hemorrhage and acute upper airway obstruction after fine needle aspiration of the thyroid gland. Laryngoscope 2006; 116: 154-6.
9. Gutzeit A, Stuckmann G, Tosoni I, Erdin D, Binkert CA. A cavernous hemangioma of the thyroid gland: First documentation by ultrasound of a rare pathology. J Clin Ultrasound. 2011; 39: 172-4.
10. Michalopoulos NV, Markogiannakis H, Kekis PB, Papadima A, Lagoudianakis E, Manouras A. Primary cavernous hemangioma of the thyroid gland. South Med J. 2010;103: 674-5.
11. Kano M, Kameyama K, Hosoda Y, Sugino K, Ito K. A cavernous haemangioma of the thyroid gland. J Laryngol Otol. 2005; 119: 828-30.
12. Ríos A, Rodríguez JM, Martínez E, Parrilla P. Cavernous hemangioma of the thyroid. Thyroid. 2001; 11: 279-80.
13. Kumar R, Gupta R, Khullar S, Dasan B, Malhotra A. Thyroid hemangioma: a case report with a review of the literature. Clin Nucl Med. 2000;25: 769-71.