

KRZYSZTOF KALISZEWSKI¹, TADEUSZ ŁUKIEŃCZUK^{1,2}, WALDEMAR BALCERZAK¹,
DARIUSZ RYCHLEWSKI¹

Torbielowata zmiana w bocznej okolicy szyi jako pierwszy objaw raka brodawkowego tarczycy – opis przypadków

Lateral Cervical Cyst Mass as a First Symptom of Thyroid Papillary Carcinoma – Cases Report

¹ I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej AM we Wrocławiu

² Wydział Zdrowia Publicznego AM we Wrocławiu

Streszczenie

Rak brodawkowy tarczycy jest obecnie najczęściej występującym nowotworem gruczołu tarczowego – 50–80% wszystkich przypadków raków tarczycy. Ważną grupą, charakteryzującą się dobrym rokowaniem, są guzy o średnicy < 1 cm określane mikrorakami – 0,5–36% raków brodawkowych. Często wykazują wieloogniskowość i, jak wynika z badań pośmiertnych, w około 16% towarzyszą im przerzuty do pobliskich węzłów chłonnych, które czasami przybierają postać torbieli w bocznej okolicy szyi. Autorzy przedstawiają dwa przypadki: 62-letniego mężczyzny, u którego jedynym objawem raka brodawkowego tarczycy była pojedyncza torbiel w bocznej okolicy szyi, oraz 32-letniej kobiety z torbielą skrzelopochodną szyi oraz torbielowato zmienionymi przerzutami raka brodawkowego tarczycy (Adv Clin Exp Med 2005, 14, 6, 1331–1334).

Słowa kluczowe: rak brodawkowy tarczycy, rak tarczycy, mikrorak, torbiel boczna szyi, torbiel skrzelopochodna szyi.

Abstract

Thyroid papillary cancer is the most frequent lesion of all malignant tumors of the thyroid. The incidence of thyroid papillary carcinoma is thought to be 50–80% of all thyroid carcinomas. Very important group, that has rather good prognosis are tumors with diameter less than 1 cm that are known as microcarcinomas. They amount 0,5–36% of the papillary carcinomas of the thyroid. They are found very often as multifocalis lesions of the thyroid. As autopsies suggest, about 16% patients with thyroid papillary carcinoma have cervical lymph node metastases sometimes mimicking a lateral cervical cyst. Authors present two cases: 62-year old man with lateral cervical cyst as first symptom of papillary thyroid cancer and 32-year old woman with true lateral cervical cyst and cystic metastases of occult papillary thyroid carcinoma (Adv Clin Exp Med 2005, 14, 6, 1331–1334).

Key words: thyroid papillary cancer, thyroid carcinoma, microcarcinoma, lateral cervical cyst, true lateral cervical cyst, occult papillary thyroid carcinoma.

Rak brodawkowy jest obecnie najczęściej występującym nowotworem tarczycy. Szybko i właściwie podjęte leczenie daje dobre rokowanie. Warunkiem takiego postępowania jest wczesne rozpoznanie, a więc dokładna i wnikliwa diagnostyka każdej zmiany mogącej sugerować proces nowotworowy w obrębie gruczołu tarczowego. Raki brodawkowe tarczycy dość szybko dają przerzuty do pobliskich węzłów chłonnych, ale,

jak podaje piśmiennictwo, nie mają wpływu na śmiertelność w przeciwieństwie do innej cechy, jaką jest średnica ogniska pierwotnego [1]. Szacuje się, że przerzuty do pobliskich węzłów chłonnych występują u 11–80% chorych, przerzuty odległe natomiast u 2–14% [2]. Raki o średnicy < 1 cm określa się wspólną nazwą mikroraków. Zdarzają się częściej niż wynikałoby to z badań klinicznych, ponieważ stwierdza się je w 5–35,6% badań

pośmiertnych [3, 4]. W piśmiennictwie światowym są opisane przypadki występowania utkania tarczycy w obrębie węzłów chłonnych szyi bez istnienia ogniska pierwotnego, co stwierdzono po wykonaniu seryjnych skrawków parafinowych z całego gruczołu tarczowego [1]. Zaproponowany podział mikroraków na *minute carcinoma* o średnicy poniżej 5 mm i *tiny carcinoma* o średnicy 5–10 mm ma bardzo duże znaczenie prognostyczne. Pierwsza grupa raków szerzy się poza tarczycę w 3% przypadków, druga natomiast w około 10%. Przerzuty do pobliskich węzłów chłonnych występują z częstością odpowiednio 13 i 59%. Autorzy przedstawiają dwa przypadki chorych, u których wczesnym objawem raka brodawkowatego tarczycy była torbiel w bocznej okolicy szyi.

Opis przypadków

Przypadek 1

62-letni mężczyzna został przyjęty do Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej AM z powodu powiększającej się od trzech lat torbieli umiejscowionej po prawej stronie szyi, blisko kąta żuchwy. Jak wynikało z wywiadu, torbiel była wielokrotnie nakłuwana, co powodowało jej czasowe zmniejszenie. Badania cytologiczne płynu z torbieli nie wykazywały obecności komórek nowotworowych. W badaniu palpacyjnym stwierdzono guz ruchomy o średnicy około 5 cm, o miękkiej konsystencji i gładkiej powierzchni. Węzły chłonne szyi były niepowiększone, gruczoł tarczowy niewyczuwalny. Badania biochemiczne krwi, morfologia, TSH, zdjęcie RTG klatki piersiowej nie przedstawiały odchyleń od normy. Badanie USG szyi wykazało w rzucie macalnego guza w bocznej okolicy szyi otorbione ognisko o objętości 23 ml, wypełnione gęstą, płynną treścią. W tylnej ścianie torbieli stwierdzono liczne zwapnienia. Węzły chłonne nie były powiększone. Objętość prawego płata tarczycy wynosiła 13,25 ml, płata lewego 9,83 ml. Oba płaty miały prawidłową echogenność. W prawym płacie tarczycy były widoczne dwa guzki o niejednorodnej echostrukturze, średnicy 8 i 10 mm, oraz zwapnienia o średnicy 5 i 12,8 mm. Płat lewy był jednorodny. Wykonano biopsję aspiracyjną cienkoigłową (b.a.c.) guza szyi, na podstawie której cytolog rozpoznał torbiel krwotoczną. Nie wykonano biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej guzków tarczycy. Ze względu na powiększającą się torbiel i zmiany patologiczne w gruczole tarczowym chorego zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. Zabieg polegał na całkowitym wycięciu torbieli, subtotalnym wycięciu prawego płata oraz częściowym wycięciu lewego płata tarczycy.

Po nacięciu torbieli uzyskano brunatną gęstą treść. Badanie histopatologiczne wykazało dwa ogniska raka brodawkowatego o średnicy 2 mm w prawym i lewym płacie tarczycy, a w torebce wyciętej torbieli przerzuty tego raka. Ścianę torbieli określono jako włóknistą torebkę węzła chłonnego. Po 6 tygodniach chorego reoperowano. Wycięto całkowicie tarczycę i węzły chłonne szyi.

Przypadek 2

32-letnia kobieta została przyjęta do Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej AM z powodu wyczuwalnego od 2 miesięcy guza w prawo-bocznej okolicy szyi. W badaniu fizykalnym zmiana miała charakter miękkiej, balotującej torbieli, niebolesnej przy dotykaniu, o średnicy około 5 cm. Palpacyjnie nie stwierdzono zmian w tarczycy ani powiększonych węzłów chłonnych szyi. Przedoperacyjne badanie USG szyi, wykonane poza Kliniką, wykazało otorbiony zbiornik o średnicy 49 mm w prawo-bocznej okolicy szyi, wypełniony płynem, niemający łączności z tkanką tarczycy. Reszta narządów nie wykazywała odchyleń od normy. Pacjentkę zakwalifikowano do operacyjnego usunięcia guza. Śródoperacyjnie, podczas preparowania tkanek uwidoczniło się jeszcze dwie nieco mniejsze torbiele, które również wycięto. Badanie histopatologiczne preparatów wykazało, że największa zmiana jest torbielą skrzepopochodną szyi, a dwie pozostałe torbielowato zmienionymi węzłami chłonnymi zawierającymi komórki raka brodawkowatego tarczycy. W kolejnym badaniu USG, wykonanym w Klinice, stwierdzono w prawym płacie tarczycy pojedynczy guzek o średnicy około 0,8 cm oraz nieco mniejszy o średnicy około 0,5 cm w płacie lewym. W wykonanej biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej większego guzka stwierdzono niejednoznaczny obraz cytologiczny, budzący podejrzenie raka brodawkowatego tarczycy. Pacjentkę zakwalifikowano do zabiegu, który polegał na całkowitym wycięciu obu płatów tarczycy oraz znalezionych podczas preparowania okolicznych tkanek powiększonych węzłów chłonnych szyi po stronie prawej. Badanie histopatologiczne wykazało komórki raka brodawkowatego w prawym płacie tarczycy, płat lewy oraz usunięte węzły chłonne były natomiast bez zmian nowotworowych.

Omówienie

Rak brodawkowaty tarczycy jest obecnie najczęściej występującym nowotworem gruczołu tarczowego. Charakteryzuje się wolnym wzrostem

i szybkim powodowaniem przerzutów w porównaniu z nowotworami tarczycy o innym utkaniu histologicznym. Szerzy się głównie drogą chłonną, a drogą krwionośną w mniej niż 5% przypadków. Bardzo często występuje jako zmiana wieloogniskowa, co tłumaczono wcześniej wielopunktową kacynogenezą komórek tarczycy [5]. Obecność przerzutów w miejscowych węzłach chłonnych w przypadku tego nowotworu nie pogarsza rokowania w przeciwieństwie do innych nowotworów złośliwych występujących u człowieka [1]. Przerzuty nierzadko ulegają zwyrodnieniu torbielowatemu, co powoduje, że właśnie te zmiany są pierwszym i jedynym objawem choroby. Powstająca w ten sposób jama – torbiel może być wysłana nabłonkiem wielowarstwowym płaskim bez cytologicznych cech raka brodawkowego tarczycy, co stwarza często duże problemy diagnostyczne [6]. Należy wtedy różnicować te zmiany z innymi jednostkami klinicznymi, takimi jak torbiel boczna szyi, która jest anomalią rozwojową i pochodzi z pozostałości pierwszego lub drugiego łuku skrzelowego, czy też z naczyniakiem chłonnym o torbielowatej strukturze, który jest nieprawidłowością w rozwoju układu chłonnego [2, 15].

Pojawienie się balotującej, torbielowatej zmiany w okolicy bocznej szyi u dorosłej osoby powinno zawsze skłaniać do dokładnego zbadania tarczycy pod kątem istnienia zmiany złośliwej. Gourin et al. przeanalizowali przypadki 121 chorych, u których podstawowym powodem przyjęcia do szpitala była torbielowata zmiana w okolicy bocznej szyi. W 25% przypadków stwierdzono torbiele zawierające komórki nowotworowe, których pierwotnym ogniskiem był rak tarczycy [7]. Seven et al. zebrali materiał 37 przypadków torbieli bocznych szyi, z czego 4 (10,8%) okazały się torbielowatymi przerzutami do węzłów chłonnych raka brodawkowego tarczycy, 32 (86,4%) torbielami skrzelopochodnymi, u 1 chorego natomiast (2,7%) stwierdzono komórki rakowe pochodzące z tkanki migdałka [8]. Wcześniej uważano, że takie przypadki jak przytoczone w pracy są spowodowane torbielowatym zwyrodnieniem odszczepionej tkanki tarczycy [5]. Z drugiej strony są doniesienia opisujące przypadki raka występującego w ektopowo położonej tarczycy w obrębie skrzelopochodnej torbieli, gdzie gruczoł tarczowy nie zawierał komórek nowotworowych [9, 10]. Około 20% raków brodawkowatych tarczycy zo-

staje ujawniona przez stwierdzenie powiększonych okolicznych węzłów chłonnych szyi i ich dokładne zbadanie [11, 12], ale zdarza się również, że pojedyncza torbielowata zmiana na szyi jest wczesnym i jedynym objawem raka tarczycy. Odróżnienie skrzelopochodnej torbieli od torbieli, która powstała na bazie przerzutów raka brodawkowego tarczycy przy nieobecności uchwytanych zmian w obrębie gruczołu tarczowego, jest trudne. Takie różnicowanie jest ważne, ponieważ decyduje o sposobie leczenia tych dwóch chorób [8].

Z piśmiennictwa wynika, że każdy pacjent, u którego stwierdzono torbielowatą zmianę na szyi, powinien mieć postawioną dokładną diagnozę z oceną czynników ryzyka choroby nowotworowej górnego odcinka przewodu pokarmowego i układu oddechowego. Po wykluczeniu nieprawidłowości tych narządów dokładnej diagnostyki wymaga gruczoł tarczowy. Diagnostykę torbieli rozpoczyna się od dokładnego ultrasonograficznego zbadania szyi (w niektórych przypadkach stosuje się tomografię komputerową) oraz wykonania biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej pod kontrolą USG. Badania obrazowe zwiększają wykrywalność zmian złośliwych, biopsja cienkoigłowa jest nadal jednak badaniem rozstrzygającym o sposobie leczenia, mimo znacznej liczby fałszywie negatywnych wyników tego badania. Część autorów uważa, że wszystkie negatywne biopsje cienkoigłowe powinny być potwierdzone przez biopsję gruboigłową. Jeżeli występują kliniczne cechy złośliwości zmiany, biopsję gruboigłową należy wykonać w pierwszej kolejności wraz z doraźnym badaniem skrawków mrożonych [13].

Pomimo, że większość torbieli w bocznej okolicy szyi ma charakter łagodny, to jednak około 11% zmian stanowią przerzuty raka brodawkowego tarczycy, który właściwie rozpoznany i odpowiednio leczony może zostać niemal całkowicie wyleczony. Przytoczone w pracy dwa przypadki raka brodawkowego tarczycy pokazują, że torbielowata zmiana umiejscowiona na szyi w samym gruczole tarczowym, bez wyczuwalnych palpacyjnie nieprawidłowości, może być wczesnym objawem raka tarczycy, niekiedy bardzo małej wielkości, nawet 1–2 mm. Częstość występowania przerzutów nowotworowych w postaci torbielowatych zmian na szyi jest stosunkowo duża, tak że część badaczy uważa, że wszystkie torbiele, które nawracają po nakłuciu lub mają średnicę powyżej 3 cm należy usuwać [14].

Piśmiennictwo

- [1] **Sporny S:** Cytodiagnostyka chorób tarczycy. Łódź 1999.
- [2] **Rybiński K:** Chirurgia tarczycy. W: Podstawy chirurgii. T. 2. Red.: Szmidt J, Medycyna Praktyczna, Kraków 2004, 2, 1065–1108.
- [3] **Lang W, Borrusch H, Bauer L:** Occult carcinomas of the thyroid. Evolution of 1,020 sequential autopsies. Am J Clin Pathol 1998, 90, 72–76.

- [4] **LiVolsi VA:** Surgical pathology of the thyroid. In: Major Problems in Pathology. Eds.: Zorab R, W.B. Saunders Company, Philadelphia–London–Toronto–Montreal–Sydney–Tokyo 1990, 22.
- [5] **Layel FH, Ficarra BJ:** The lateral aberrant thyroid. *Surg Gynecol Obstet* 1946, 82, 705–711.
- [6] **Hwang C, Wu C, Su C, Cheng L:** A long-standing cystic lymph node metastasis from occult thyroid carcinoma – report of a case. *J Laryngol Otol* 1992, 106, 932–934.
- [7] **Gourin CG, Johnson JT:** Incidence of unsuspected metastases in lateral cervical cysts. *Laryngoscope* 2000, 110, 204–209.
- [8] **Seven H, Gurkan A, Cinar U, Vural C, Turgut S:** Incidence of occult thyroid carcinoma metastases in lateral cervical cysts. *Am J Otolaryngol* 2004, 25, 11–17.
- [9] **Sidhu S, Lioe T, Clement B:** Thyroid papillary carcinoma in lateral neck cyst: Missed primary tumour or ectopic thyroid carcinoma within a branchial cyst? *J Laryngol Otol* 2000, 114, 716–718.
- [10] **Matsumoto K, Watanabe Y, Asano G:** Thyroid papillary carcinoma arising in ectopic thyroid tissue within a branchial cleft cyst. *Pathol Int* 1999, 49, 444–446.
- [11] **Coleman C, Johnson J, Burkey B:** Long standing lateral neck mass as the initial manifestation of well-differentiated thyroid carcinoma. *Laryngoscope* 2000, 110, 204–209.
- [12] **Nussbaum M, Bukachevsky R:** Thyroid carcinoma presenting as a regional neck mass. *Head Neck* 1990, 12, 114–117.
- [13] **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, 240–242.
- [14] **Abbas G, Heller K, Khoynzhad A, Dubner S, Szynter L:** The incidence of carcinoma in cytologically benign thyroid cysts. *Surgery* 2001, 130 (6), 1035–1038.
- [15] **Kulakowski A:** Nowotwory głowy i szyi. W: Podstawy chirurgii. T. 1. Red.: Szmidt J, Kraków 2003, 551–570.

Adres do korespondencji:

Krzysztof Kaliszewski
I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej AM
ul. Poniatowskiego 2
50-326 Wrocław
e-mail: krzysztofkal@wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 7.03.2005 r.
Po recenzji: 31.03.2005 r.
Zaakceptowano do druku: 18.04.2005 r.

Received: 7.03.2005
Revised: 31.03.2005
Accepted: 18.04.2005