

ANAPLASTİK TİROİD KARSİNOMUNDA TRAKEOTOMİ YAKLAŞIMIMIZ: ZOR BİR OLGU

TRACHEOSTOMY APPROACH IN ANAPLASTIC THYROID
CARCINOMA: A CHALLENGING CASE
Baş Boyun Cerrahisi

Başvuru: 26.01.2017
Kabul: 26.04.2017
Yayın: 26.04.2017

Mert Cemal Gökğöz¹, Buket Canda¹, Hamdi Taşlı¹, Halil Altın Karataş¹, Umut Kara¹

¹ Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi

Özet

Anaplastik tiroid karsinomu, tiroid bezinin nadir görülen, kötü prognozlu ve hızlı ilerleyen bir malignitesidir. Kitlenin lokal invazyonu ve trakeaya oluşturduğu baskı etkisi nedeniyle, hastalarda stridor ve dispne ortaya çıkabilir. Hastalarda ölüm nedeni sıklıkla havayolu tutulumu ve metastatik hastalıklardır. Trakeotomi, palyatif bir tedavi yöntemi olmakla beraber sadece ciddi solunum sıkıntısı olan hastalarda düşünülmelidir. Biz bu olguda anaplastik tiroid karsinomu nedeniyle solunum sıkıntısı ve trakeaya ulaşım zorluğu olan hastadaki trakeotomi yaklaşımımızı sunduk.

Anahtar kelimeler: Anaplastik Tiroid Karsinomu, Trakeotomi

Abstract

Anaplastic thyroid carcinoma is a rare malignancy of the thyroid gland with poor prognosis and rapid progression. The local invasion of the mass and the pressure effect on the trachea can cause stridor and dyspnea. The cause of death in patients are often airway involvement and metastatic disease. Tracheostomy should be considered as a palliative treatment method, only in patients who have severe respiratory problems. In this case we presented our approach in patients with difficulty in breathing and tracheal access due to anaplastic thyroid carcinoma.

Keywords: Anaplastic Thyroid Carcinoma, Tracheostomy

Giriş

Anaplastik tiroid karsinomu, tiroid bezinin nadir görülen, kötü prognozlu ve hızlı ilerleyen bir malignitesidir. Görülme sıklığı tiroid maligniteleri arasında %1,7'lik kısmı kapsamaktadır. Ortalama sağ kalım süresi 5 aydır ve hastaların sadece %20'si 1 yıllık sağ kalıma ulaşabilir [1]. 60-70 yaş aralığında görülme sıklığı artmakla beraber cinsiyetler arasında fark bulunmamaktadır [2]. Hızla büyüyen tiroid kitlesi sıklıkla başvuru anında izlenirken, kitlenin lokal invazyonu ve trakeaya oluşturduğu baskı etkisi nedeniyle, hastalarda hırıltılı solunum, stridor ve dispne ortaya çıkabilir [3]. Anaplastik tiroid karsinomu olan hastalarda ölüm nedeni sıklıkla havayolu tutulumu ve metastatik hastalıklardır [4]. En sık uzak metastaz akciğer(%25) ve mediasten(%25), sonrasında karaciğer(%10) ve kemik(%6) olarak sıralanmıştır [5]. Cerrahi, radyoterapi, kemoterapi tedavi seçenekleridir ve kombine olarak uygulanabilir [6]. Tedavi seçenekleri arasında, sıklıkla mümkün olmasa da uzun dönem kontrol ve sağ kalım açısından en iyisi tam cerrahi rezeksiyondur. Trakeotomi, palyatif bir tedavi yöntemi olmakla beraber sadece ciddi solunum sıkıntısı olan hastalarda ameliyathanede elektif olarak ve preoperatif entübasyon sonrasında düşünülmelidir [7].

Olgu Sunumu

68 yaşında bayan hasta, 7 ay önce boyun orta hatta ağrı ve şişlik şikayetiyle dış merkeze başvurmuş olup yapılan ileri tetkik ve ince iğne aspirasyon biyopsisi sonrasında tiroid anaplastik karsinomu tanısı konulmuştur. 4 kür kemoterapi tedavisi gören hasta, son bir haftadır giderek artan solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine kliniğimize başvurdu. Aile öyküsü önem arz etmeyen hastanın ek komorbiditesi yoktu. Hastanın fizik muayenesinde

inspeksiyonda zorlu solunum yaptığı ve inspiratuar stridoru olduğu gözlemlendi. Boyun orta hattında ekspansif şekilde sol tarafa doğru daha fazla lateralize olan sert, fikse, yaklaşık 9*9 cm ebatında kitle palpe edildi (Şekil 1). Hastanın fiberoptik endoskopik larinks muayenesinde her iki vokal kord paralitik ve paramedian fikse olarak izlendi. Bilgisayarlı boyun tomografisinde trakea sol kesimini 270 derece çevreleyen, santrali nekrotik trakeayı sağa deviye eden kaba kalsifikasyon alanları içeren 81*70*71 mm ebatında kitle lezyonu izlendi (Şekil2). Pozitron Emisyon Tomografisinde, bulgular tiroid kaynaklı primer malign kitle lezyonu, beyin, akciğer, karaciğer ve kemik metastazları ile uyumlu sonuçlandı. Hastanın hem uzak metastazlara sahip olması hem de sol internal karotis arterin çepçevre tutulumu komplet cerrahi rezeksiyon şansını yitirmesine neden olmaktadır. Takiplerinde solunum sıkıntısı ve CO² retansiyonuna bağlı respiratuar asidoz gelişti.



Şekil 1 : Boyun orta hat görünümü

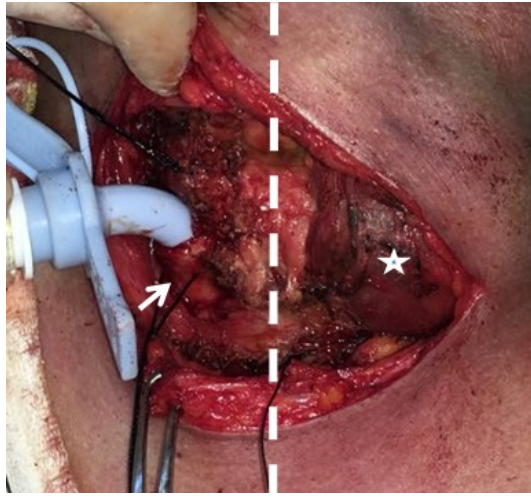


Şekil 2 : Bilgisayarlı Boyun Tomografisi, aksiyel kesit. Beyaz ok: Sağa doğru itilmiş ve daralmış trakea.

Trakeotomi kararı alınan hasta ameliyathaneye alındıktan sonra 3 derivasyonlu elektrokardiyografi, noninvaziv kan basıncı ve periferik oksijen saturasyonu (SpO₂) monitörizasyonu yapıldı. % 100 O₂ ile preoksijenizasyon uygulandı. Solunum sonu oksijen değeri %90'nın üstüne çıktıktan sonra % 100 O₂ içinde % 8 sevofluran tidal-

volüm-solunum tekniği ile inhalasyon induksiyonuna geçildi. İndüksiyon sonrası spontan solunumu mevcut olguda 6,5 numara stileli endotrakeal tüp ile videolarinoskop d-blade (C-MAC, **Storz**) kullanılarak, orotrakeal yoldan, tek seferde, komplikasyonsuz olarak entübasyon gerçekleştirildi. Tüpün trakeaya yerleşimi sonrasında akciğer sesleri dinlenerek ve EtCO₂ trasesinin gözlenmesi sonrası fentanil 100 mcg uygulanarak % 40 O₂ - % 60 medikal hava içinde % 1,5-2 sevofluran ile anestezi idamesine devam edildi.

Endotrakeal entübasyon sonrasında cerrahiye geçildi. Kitle nedeniyle krikoid kartilaj palpe edilemedi. Sternal çentiğın yaklaşık 2 cm üzerinden 8 cm'lik horizontal insizyon yapıldı. Preoperatif değerlendirmede kitlenin multilobüle olduğu ve trakeayı sağa doğru basılandığı bilindiğinden insizyon hattı uzun tutuldu ve trakeanın cilde en yakın olduğu sağ tarafa lateralize edildi. Cilt ve ciltaltı geçildikten sonra sağ sternokleidomastoid kas alt ucu tanındı. Trakeaya ulaşmak için öncelikle bipolar koter ve Ligasure® yardımıyla debulking cerrahi yapılmasını takiben trakeaya ulaşıldı. Trakea, Ligasure® yardımıyla superiorda krikoid kartilaj seviyesine kadar ortaya konuldu ve 3. ile 4. trakeal halkalar arasından, trakea sağ lateralinden trakeotomi açıldı (Resim 3). Takiplerinde herhangi bir komplikasyon izlenmeyen hasta ameliyat sonrası 3. gün Onkoloji kliniğine nakledildi.



Şekil 3 : Trakea sağ lateralinden açılan trakeotomi görünümü. Beyaz ok; trakea, kesikli beyaz çizgi; boyun orta hat izdüşümü, yıldız; debulking cerrahi sonrası rezidü tiroid malign kitlesi.

Tartışma ve Sonuç

Tiroid anaplastik karsinomu nadir görülen ve kötü prognozlu seyreden bir malignitedir. Tedavi seçenekleri arasında cerrahi, kemoterapi, radyoterapi ve kombine tedaviler olmakla beraber özellikle lokal ileri hastalarda havayolu değerlendirmesi kritik önem kazanmaktadır. Tiroid anaplastik karsinomda hastaların ölüm nedeni sıklıkla havayolu tutulumu ve neden olduğu solunum problemleri ile uzak metastazlardır. Hastalara yapılan trakeotomi veya krikotirotomi işlemi tedavi edici olmaktan uzak, palyatif ve geçici havayolu çözümü sağlamaktadır. Bu konu hasta ve yakınlarına anlatılmalı, trakeotomi kararı alınırken mutlaka onamları alınmalıdır. Trakeotomi açılan hastaların sağ kalım süresinin kısa olmasının nedeni ise sadece ciddi solunum problemi olan lokal ileri hastalara bu işlemin yapılmasıdır [3]. Trakeotomi açılması akut dönemde solunum sıkıntısını gidermekle beraber artan sekresyon sık aspirasyon ihtiyacı doğurmaktadır [7]. Malignite varlığı ve radyoterapi nedeniyle yara iyileşmesi kötü olan hastalarda tümör dokusu trakeotomi hattından veya çevresinden büyümeye devam edebilir, kanamaya yol açabilir [5].

Tiroid anaplastik karsinomu olan hastalarda kitlenin solunum sıkıntısı oluşturacak hale gelmesi aynı zamanda

kitlenin büyüyerek boyun orta hattında trakeaya ulaşım yollarını kapattığı anlamına gelmektedir. Trakeotomi sırasında kitlenin bası etkisine bağlı trakeanın yer değiştirmesi de diğer bir sorundur. Hem Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı (NCCN) hem de Amerikan Tiroid Derneği (ATA) rehberlerinde trakeotomi işleminin ameliyathane koşullarında ve genel anestezi altında yapılması gerektiği ifade edilmiştir [7,8]. Bizim olgumuzda hastanın entübasyon sırasında her iki vokal kordun paralitik olması glottik mesafeyi daraltmakta hem de hemen subglottik seviyeden başlayarak trakenin sağa doğru deviye olması zorluk oluşturmaktaydı. Spontan solunumun korunarak entübasyonun yapılması, hastanın entübe edilememesi durumunda oluşabilecek acil trakeotomi gereksinimini ortadan kaldıracığı için önemliydi.

Tiroid anaplastik karsinomun hızlı ilerleyen yapısı nedeniyle solunum sıkıntısı ortaya çıktığında sıklıkla boyun orta hattında trakea önünde gross kitle izlenmektedir. Bu kitleye bağlı trakeaya ulaşmak için trakeotomi sırasında debulking cerrahi yapmak gerekmektedir. Debulking cerrahi sırasında eksizye edilecek kitlenin kıvamı, kanlanması ve trakeanın itilmesine bağlı yer değiştirmesi göz önünde bulundurulmalıdır. Burada hastanın preoperatif radyolojik değerlendirilmesinin önemi ortaya çıkmaktadır. Trakeaya en kolay ulaşım yolu radyolojik olarak değerlendirilmeli ve yapılacak cerrahinin boyutu preoperatif belirlenmiş olmalıdır. Debulking cerrahi, hem cerrahi süresi hem de post-operatif kanamaları azaltmak amacıyla bipolar ve ya elektrotermal koter yardımıyla yapılmalıdır [3]. Debulking cerrahi ile trakeaya ulaşılması aynı zamanda cilt ile trakea arası mesafenin uzadığı anlamına gelmektedir. Standart trakeotomi kanülleri bu hastalarda kısa kalabilmektedir. Bu aşamada uzunluğu ayarlanabilen kanüller veya entübasyon tüpü kullanılabilir [3]. Dislokasyonu önlemek amacıyla kanülün ya da tüpün sabitlenmesi önemlidir [9]. Bizde, literatürle uyumlu olarak uzun kanül kullandık ve kanülü sabitledik.

Yer değiştiren trakeanın invaze halde olması ameliyat sırasında tanınmasını zorlaştırabilir. Trakeotomi sırasında sahadan ışığın uzaklaştırılması ve bu sırada fiberoptik endoskopi ile trakea içerisinden yansıyan ışığın izlenmesi, preoperatif radyolojik değerlendirmenin yanı sıra, trakea yerleşimi açısından yardımcı olabilir [3]. Bizim vakamızda debulking cerrahi sonrasında trakea ortaya konulmuş olup fiberoptik endoskopi rehberliğine ihtiyaç kalmamıştır.

Sonuç

Tiroid anaplastik karsinomda havayolu yönetimi ve trakeotomi kararı hem hastalar hem de hekimler için önemli ve zor bir karardır. Bu hasta grubunda trakeotomi mümkün olduğunca ertelenmeli ve sadece ciddi solunum sıkıntısı olan hastalarda düşünülmalıdır. Trakeotomi ameliyathane koşullarında ve genel anestezi altında entübasyon sonrasında yapılmalıdır.

Teşekkür

Hastanın değerlendirilmesi ve ameliyat sürecindeki yardımları nedeniyle Doç.Dr.A.Hakan BİRKENT'e ve Uzm.Dr. Umut EROL'a teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Smallridge RC, Copland JA. Anaplastic thyroid carcinoma: Pathogenesis and emerging therapies. Clin Oncol 2010 Aug; 22:486–497.
2. Polistena A, Monacelli M, Lucchini R, Triola R, Conti C, Avenia S. The role of surgery in the treatment of thyroid anaplastic carcinoma in the elderly. Int J Surg 12 (2014) S170-6
3. Mani N, McNamara K, Lowe N, Loughran S, Yap BK. Management of the compromised airway and role of tracheotomy in anaplastic thyroid carcinoma. Head Neck 2016 Jan;38(1):85-8
4. Are C, Shaha AR. Anaplastic thyroid carcinoma: biology, pathogenesis, prognostic factors, and treatment

- approaches. *Ann Surg Oncol* 2006;13: 453–464.
5. Ranganath R, Shaha MA, Shaha AR. Anaplastic thyroid cancer. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2015, 22:387–391.
 6. Taccaliti A, Silvetti F, Palmonella G, Boscaro M. Anaplastic thyroid carcinoma, *Front Endocrinol (Lausanne)* 2012 Jul 5;3:84.
 7. Smallridge RC, Ain KB, Asa SL, Bible KC, Brierley JD, Burman KD. American Thyroid Association Guidelines for Management of Patients with Anaplastic Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2012 Nov;22(11):1104-39.
 8. Haddad RI, Lydiatt WM, Ball DW, Busaidy NL, Byrd D, Callender G. Anaplastic Thyroid Carcinoma, Version 2.2015, *J Natl Compr Canc Netw*. 2015 Sep;13(9):1140-50.
 9. Shaha AR, Ferlito A, Owen RP, Silver CE, Rodrigo JP, Haigentz M Jr. Airway issues in anaplastic thyroid carcinoma. *Eur Arch Otorhinolaryngol* (2013) 270:2579–2583