

Opis przypadku • Case reports

**Przerzut raka jasnokomórkowego nerki do gruczołu tarczowego
20 lat po nefrektomii – opis przypadku**

Krzysztof Kaliszewski¹, Tadeusz Łukieńczuk^{1,2}, Wiktor Bednarz¹,
Marta Rzeszutko³, Zbigniew Krawczyk¹, Janusz Dawiskiba¹

Gruczoł tarczowy jest rzadkim miejscem umiejscowienia przerzutów z innych narządów objętych procesem nowotworowym. Obecnie uważa się, że guzy przerzutowe w obrębie tarczycy stanowią mniej niż 4% wszystkich guzów złośliwych tego narządu.

Autorzy przedstawiają przypadek 74-letniej kobiety, u której stwierdzono przerzuty raka jasnokomórkowego nerki do gruczołu tarczowego, o bardzo agresywnym przebiegu. Pacjentka 20 lat wcześniej przebyła lewostronną nefrektomię z powodu raka jasnokomórkowego nerki. Leczenia uzupełniającego nie stosowano.

Metastasis of renal clear cell carcinoma to the thyroid gland 20 years after nephrectomy – a case report

The thyroid gland is not a frequent site of tumour metastases from other organs affected by malignancies. It is estimated, that thyroid metastases represent less than 4% of all malignant thyroid tumors in clinical series.

The authors present the case of a 74-year old Caucasian female with thyroid metastases from primary renal clear cell carcinoma with unusually dynamic biological behavior. The patient had undergone left radical nephrectomy for renal cell carcinoma 20 years earlier without any adjuvant therapy.

Słowa kluczowe: tarczyca, przerzuty, rak nerki

Key words: thyroid gland, metastasis to thyroid gland, renal cell carcinoma

Wstęp

Nowotwory złośliwe gruczołu tarczowego stanowią ok. 1% wszystkich guzów złośliwych człowieka [1, 2], natomiast ok. 4% z nich to guzy wtórne [3, 4]. Tarczyca jest rzadkim miejscem lokalizacji przerzutów z innych narządów [2, 5, 6], natomiast przerzuty objawiające się klinicznie są spotykane wyjątkowo rzadko.

Rak nerki daje przerzuty najczęściej do płuc [7], a także do kości, mózgu, okrężnicy [8, 9], prostaty [1], nadnerczy [5], ślinianek oraz węzłów chłonnych [10, 11]. Sporadyczne przerzuty do innych narządów są również obserwowane [3]. Przerzuty raka nerki do tarczycy stwierdza się w 3–24% badań autopsyjnych [6]. Autorzy opisują przypadek przerzutu raka jasnokomórkowego nerki do gruczołu tarczowego.

Opis przypadku

74-letnia kobieta, u której 20 lat wcześniej wykonano radykalną lewostronną nefrektomię z powodu raka jasnokomórkowego nerki, została przyjęta do naszej Kliniki w trybie ostrodyżurowym. W badaniu fizykalnym przy przyjęciu u chorej stwierdzono przyspieszony oddech, duszność, przewlekły suchy kaszel, świst wdechowy oraz chrypkę. Pacjentka od kilku lat była leczona także z powodu nadciśnienia tętniczego i astmy oskrzelowej. Zastosowane intensywne leczenie, jak przy napadzie astmy oskrzelowej, nie dało należytego efektu, objawy nie ustąpiły, a wręcz nasiliły się. W wykonanych badaniach obrazowych stwierdzono znacznego stopnia przewężenie górnych dróg oddechowych, czego przyczyną było powiększenie tarczycy z uciskiem na tchawicę w jej dolnym odcinku. Badanie radiologiczne klatki piersiowej ujawniło znaczne przemieszczenie tchawicy na stronę lewą z powodu zmiany rozrostowej w rzucie prawego płata tarczycy. Pola płucne nie wykazywały zmian ogniskowych. W badaniu ultrasonograficznym tarczycy stwierdzono obecność guza o wymiarach 5,2x2,6 cm, ze zwapnieniami na obrzeżu, zajmującego znaczną część prawego płata i przemieszczającego tchawicę na lewo. W obszarze nadobojczykowym i bocznym szyi nie ujawniono po-

¹ I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej

² Wydział Zdrowia Publicznego

³ Zakład Anatomii Patologicznej
Akademia Medyczna we Wrocławiu

większonych węzłów chłonnych. Z powodu narastającej duszności zrezygnowano z wykonania u pacjentki biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej opisywanej zmiany. Wyniki badań laboratoryjnych były w granicach normy, z wyjątkiem podwyższonego poziomu glukozy i nieprawidłowej gazometrii, przedstawiającej obraz wyrównanej kwasicy oddechowej. Poziom hormonów tarczycy i TSH był prawidłowy. Badanie usg jamy brzusznej, poza brakiem prawej nerki, nie wykazywało odchyśleń od stanu prawidłowego. Z uwagi na znaczne przewężenie tchawicy oraz narastającą duszność podjęto decyzję o przeprowadzeniu operacji w trybie pilnym. Obraz kliniczny przemawiał za rozpoznaniem choroby nowotworowej.

Śródoperacyjnie stwierdzono masywny naciek tkanek okołotarczycowych (w tym mięśni krótkich szyi i tchawicy). Z uwagi na jednoznaczny obraz makroskopowy wykonano całkowite wycięcie gruczołu tarczowego wraz z guzem oraz założono tracheostomię. Regionalne węzły chłonne po obu stronach gruczołu nie były powiększone. Preparat wysłano do przyspieszonego badania histopatologicznego, w którym w obrębie guza uwidoczniono komórki raka jasnokomórkowego nerki. Cały guz składał się z licznych obszarów jasnych komórek z ogniskowym różnicowaniem onkocytarnym pomiędzy nielicznymi obszarami miększu tarczycy (Ryc. 1). Stwierdzano też ogniska komórek z polimorficznymi jądrami i martwicę guza. Jądra były małe, ciemne, z nierównomiernymi granicami. Wykonane badania immunohistochemiczne w kierunku tyreoglobuliny i kalcytoniny były negatywne. Marker apoptozy CD 95/APO był dodatni w niektórych komórkach nowotworowych (Ryc. 2). Uwzględniając wszystkie te znaleziska rozpoznano przerzutowego raka jasnokomórkowego nerki. Okres pooperacyjny przebiegł bez powikłań. Pacjentka w stanie ogólnym i miejscowym dobrym, bez duszności, z utrzymaną tracheostomią została przekazana do Instytutu Onkologii.

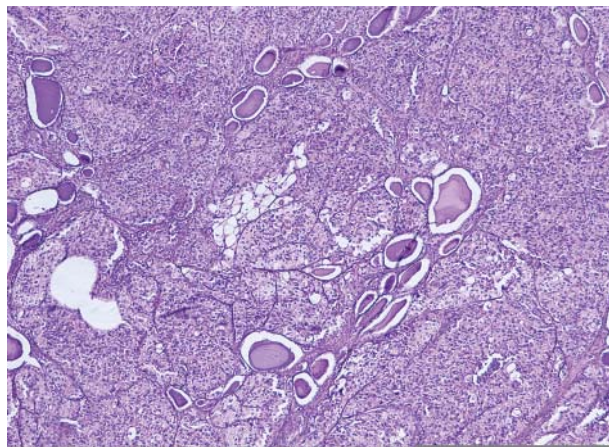
Pod koniec 3 miesiąca po zabiegu pojawiły się: obrzęk krtani, duszność spoczynkowa oraz dołączyły się masywne krwiopłucia. Mimo intensywnego leczenia narastały objawy niewydolności oddechowej i krążeniowej.

Pacjentka zmarła 4 miesiące po usunięciu tarczycy i w 20 lat po nefrektomii.

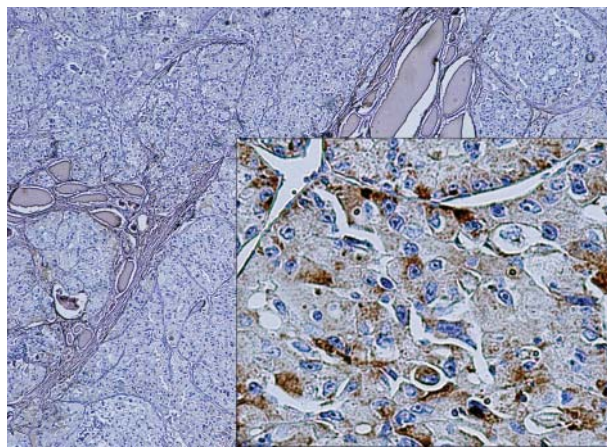
Omówienie

Zmiany przerzutowe w gruczole tarczowym występują rzadko. Z obserwacji klinicznych wynika, że najczęstszym źródłem objawowych przerzutów do tarczycy jest rak jasnokomórkowy nerki, a następnie rak gruczołu piersiowego, rak płuca oraz czerniak [6]. Rak jasnokomórkowy nerki jest najczęstszym nowotworem układu moczowego u dorosłych i stanowi ok. 90% złośliwych nowotworów tego gruczołu [2]. Występuje głównie w 5 i 6 dekadzie życia, charakteryzuje się różnorodnym przebiegiem klinicznym i może dawać przerzuty niemal do wszystkich okolic ciała [4]. Przerzut do innych narządów może być też pierwszym objawem nierozpoznanego raka nerki, a także może pojawić się wiele lat po rozpoznaniu i leczeniu guza pierwotnego.

Rzadkie występowanie guzów wtórnych tarczycy tłumaczy się bogatym ukrwieniem jej miększu z szybkim przepływem krwi, wysokim ciśnieniem parcjalnemu tlenu oraz wysokim poziomem jodu w tkance. Ma to utrudniać zagnieżdżanie się i rozwój zmian nowotworowych. Przerzutom do tarczycy towarzyszy często masywny uogólniony rozsiew nowotworowy, w tym do układu chłonnego. Przerzuty raka nerki do tarczycy spotyka się niezbyt często. Opisy niektórych przypadków można znaleźć w piśmiennictwie. Guzy wtórne powinny zawsze być brane pod uwagę u pacjentów z nowotworem złośliwym nerki w wywiadzie, u których stwierdzono zmianę guzkową tarczycy. W rozpoznaniu pomocne mogą być badania immunohistochemiczne. Późne pojawienie się objawów guza przerzutowego u naszej pacjentki, zły stan ogólny, choroby współistniejące, ograniczyły możliwości leczenia. Należy przypuszczać, że uważne badanie tarczycy pod kątem obecności przerzutów, nawet wiele lat po leczeniu ogniska pierwotnego, mogłoby umożliwić wcześniejsze prawidłowe rozpoznanie i pozwoliłoby na próbę skuteczniejszego leczenia. U pacjentów z guzem tarczycy, lecz-



Ryc. 1. Obraz topograficzny. Barwienie HiE, powiększenie x40: przerzuty pierwotnego raka nerki do tarczycy. Gniazda jasnych komórek rozproszone wśród prawidłowych pęcherzyków tarczycy



Ryc. 2. Guz przerzutowy zawierający komórki z silnie dodatnią reakcją dla CD 95/APO i ujemną dla tyreoglobuliny. Barwienie HiE, powiększenie, odpowiednio, x200 i x40

nych w przeszłości z powodu innych nowotworów, należy zawsze pamiętać, że może to być zmiana przerzutowa.

Doniesienia kliniczne potwierdzają nasze obserwacje o złym rokowaniu w przypadku pojawienia się guzów przerzutowych w gruczole tarczowym [12].

Podsumowanie

Guzy wtórne tarczycy występują rzadko, ale mogą pojawić się jako następstwo choroby nowotworowej innych narządów, jak np.: gruczołu piersiowego, płuca, okrężnicy, a przede wszystkim raka jasnokomórkowego nerki, nawet wiele lat po radykalnym leczeniu. W przeglądanych przez nas piśmiennictwie nie napotkano na opis przypadku o tak długim okresie bezobjawowym, jak prezentowany przez nas. Guzy w obrębie tarczycy u pacjentów po przebytym wcześniej leczeniu onkologicznym powinny być zawsze różnicowane także w kierunku występowania przerzutu. Przy wydłużającym się obecnie okresie obserwacji pacjentów po leczeniu chorób nowotworowych takie przypadki mogą być częstsze i dlatego wydaje się, iż należy zwrócić na nie uwagę.

Dr med. Krzysztof Kaliszewski

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

Piśmiennictwo

1. Bayram F, Soyuer I, Atmaca H i wsp. Prostatic adenocarcinoma metastasis in the thyroid gland. *Endocr J* 2004; 51: 445-8.
2. Benoit L, Favoulet P, Arnould A i wsp. Metastatic renal cell carcinoma to the thyroid gland: report of seven cases and review of the literature. *Ann Chir* 2004; 129: 218-23.
3. Haugen B, Nawaz S, Cohn A i wsp. Secondary malignancy of the thyroid gland. *Thyroid* 1994; 4: 297-300.
4. Prati GF, Dean P, Ghimenton C. Thyroid metastases from renal carcinoma. *Urol Intern* 1988; 43: 347-8.
5. Valo I, Verrielle V, Giraud P i wsp. Thyroid metastases of an adrenocortical carcinoma 41 years after the diagnosis of the primary tumor. *Ann Pathol* 2004; 24: 264-7.
6. Wood K, Vini L, Harmer C. Metastases to the thyroid gland: the Royal Marsden experience. *Eur J Surg Oncol* 2004; 30: 583-8.
7. Haraguchi S, Hioki M, Yamashita K i wsp. Metastasis to the thyroid from lung adenocarcinoma mimicking thyroid carcinoma. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg* 2004; 52: 353-6.
8. Lester JW, Carter MP, Berens SV i wsp. Colon carcinoma metastatic to the thyroid gland. *Clin Nucl Med* 1986; 11: 634-5.
9. Poon D, Toh HC, Sim CS. Two case reports of metastases from colon carcinoma to the thyroid. *Ann Acad Med Singapore* 2004; 33: 100-2.
10. Jayaram G. Clear cell carcinoma of the minor salivary gland metastasizing to the thyroid. *Diagn Cytopathol* 1995; 12: 85-6.
11. Wójcik EM. Fine needle aspiration of metastatic malignant schwannoma to the thyroid gland. *Diagn Cytopathol* 1997; 16: 94-5.
12. Lam KY, Lo CY. Metastatic tumours of the thyroid gland: a study of 79 cases in Chinese patients. *Arch Pathol Lab Med* 1998; 122: 37-41.

Otrzymano: 12 grudnia 2006 r.

Przyjęto do druku: 15 lutego 2007 r.