

¹ Ευγενίδειο Θεραπευτήριο (Χειρουργικός Τομέας) - Πανεπιστήμιο Αθηνών

² Κέντρο Υγείας Βύρωνα

Εκτομή και αποκατάσταση έσω σφαγίτιδας φλέβας με μόσχευμα μείζονος σαφηνούς φλέβας σε σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας λόγω διήθησης μονήρους έσω σφαγίτιδας από εκτεταμένο θηλώδες καρκίνωμα θυρεοειδούς

Δ. ΦΕΞΗ¹, ΣΤ. ΡΕΣΤΟΣ¹, Κ. ΚΑΤΣΕΝΗΣ¹, Α. ΑΥΓΟΥΛΕΑ¹, Α. ΜΑΡΙΟΛΗΣ², Ι. ΦΛΕΣΣΑΣ¹, Γ. ΚΑΠΕΛΛΑΚΗΣ¹, Φ. ΟΡΦΑΝΟΣ¹, Θ. ΜΑΡΙΟΛΗΣ -ΣΑΨΑΚΟΣ¹.

Το καρκίνωμα του θυρεοειδούς εμφανίζεται συνήθως ως ασυμπτωματικός όζος. Ο θυρεοειδικός καρκίνος μπορεί να παρουσιάζει μικροσκοπική διήθηση των αγγείων, ωστόσο η διήθηση της έσω σφαγίτιδας φλέβας (ΕΣΦ) αποτελεί σπάνια επιπλοκή του θυρεοειδικού καρκίνου.

Παρουσιάζουμε μια περίπτωση ετερόπλευρης διήθησης της ΕΣΦ που προκλήθηκε από τοπική λεμφαδενική υποτροπή ενός πρωτοπαθούς θυρεοειδικού καρκινώματος. Η ασθενής υποβλήθηκε σε υφολική θυρεοειδεκτομή και τροποποιημένη αριστερή λεμφαδενεκτομή και σε αφαίρεση της ΕΣΦ. Στην παρούσα περίπτωση αφαιρέθηκε το διηθημένο τμήμα της δεξιάς ΕΣΦ και το αγγείο αποκαταστάθηκε χρησιμοποιώντας μόσχευμα από τη μείζονα σαφήνη φλέβα. Σε τοπικά προχωρημένο και καλώς διαφοροποιημένο καρκίνο του θυρεοειδούς μόνο η ριζική αφαίρεση είναι αποτελεσματική για συμπτωματική ανακούφιση και αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης.

Εισαγωγή

Διήθηση της ΕΣΦ από θυρεοειδικό καρκίνο υποδηλώνει την επιθετική συμπεριφορά της νόσου¹. Λίγες είναι οι αναφορές σχετικά με τη χειρουργική αντιμετώπιση αυτής της επιπλοκής, αλλά φαίνεται ότι η χειρουργική επέμβαση είναι η καλύτερη μέθοδος για ανακούφιση του ασθενούς, καθώς και η μόνη ελπίδα για παράταση της επιβίωσης σε αυτές τις ούτως ή άλλως κακοήθεις περιπτώσεις^{1,2}.

Παρουσιάζουμε την εμπειρία μας από την αντιμετώπιση μιας ασθενούς με υποτροπή των δεξιών λεμφαδένων και διήθηση της δεξιάς ΕΣΦ, που προκάλεσε συμπτωματολογία συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας. Πριν από 5 χρόνια η ασθενής είχε υποβληθεί σε υφολική θυρεοειδεκτομή και τροποποιημένη αριστερή λεμφαδενεκτομή και σε αφαίρεση της ΕΣΦ, με αποκατάσταση του διηθημένου αγγείου με χρήση μοσχεύματος από τη μείζονα σαφήνη φλέβα. Δεν έχουν αναφερθεί άλλα αντίστοιχα περιστατικά στη διεθνή βιβλιογραφία.

Ενδιαφέρουσα περίπτωση

Μια γυναίκα 49 ετών προσήλθε με ιστορικό στρογγυλής, συμπαγούς μάζας λεμφαδένων στη δεξιά τραχηλική χώρα και υπερκλειδία περιοχή διαστάσεων 4x7cm, από εννιαμήνου. Η ασθενής εμφάνιζε επίσης συμπτώματα από σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας (διάταση της δεξιάς ΕΣΦ, οίδημα προσώπου, κεφαλαλγία, προοδευτική δύσπνοια) με απουσία της αριστερής ΕΣΦ.

Πριν από 5 χρόνια η ασθενής είχε υποβληθεί σε υφολική θυρεοειδεκτομή και τροποποιημένη αριστερή λεμφαδενεκτομή. Στην πρώτη αυτή επέμβαση έγινε και αφαίρεση της αριστερής ΕΣΦ, γιατί το αγγείο ήταν διηθημένο από λεμφαδενικές μεταστάσεις. Η ιστολογική εξέταση είχε δείξει θηλώδες καρκίνωμα του αριστερού λοβού του θυρεοειδούς με λεμφαδενικές μεταστάσεις.

Η κυτταρολογική εξέταση μετά από παρακέντηση με λεπτή βελόνη της παρούσας μάζας έδειξε μεταστατικό θηλώδες καρκίνωμα. Η παρούσα βλάβη είχε τα ίδια ιστολογικά χαρακτηριστικά με την προηγούμενη βλάβη από την αριστερή τραχηλική χώρα.

Κατά τη διάρκεια του χειρουργείου η λεμφαδενική μάζα βρέθηκε βαθιά στη δεξιά τραχηλική χώρα και στην υπερκλειδία περιοχή και διηθούσε τη δεξιά ΕΣΦ. Έγινε δεξιός τροποποιημένος λεμφαδενικός καθαρισμός του τραχήλου με αφαίρεση της δεξιάς ΕΣΦ και τοποθέτηση μοσχεύματος από τη μείζονα σαφήνη φλέβα.

Η ασθενής παρουσίασε βελτίωση των συμπτωμάτων και το φλεβικό μόσχευμα λειτούργησε φυσιολογικά. Η μετεγχειρητική ιστολογική εξέταση έδειξε θηλώδες καρκίνωμα. Το μετεγχειρητικό ολόσωμο σπινθηρογράφημα με ραδιενεργό ιώδιο έδειξε μικρή πρόσληψη του ραδιοφαρμάκου στον τράχηλο και η ασθενής έλαβε θεραπεία με υψηλή δόση ραδιενεργού ιωδίου. Η ασθενής σήμερα ζει και είναι ελεύθερη νόσου 2 χρόνια μετά την επέμβαση. Η δομή και η λειτουργία του φλεβικού μοσχεύματος στη δεξιά

ΕΣΦ είναι σε πολύ καλή κατάσταση. Τα πρόσφατα επίπεδα θυρεοσφαιρίνης στο αίμα ήταν $\leq 3\text{ng/ml}$ και νέο σπινθηρογράφημα με ραδιενεργό ιώδιο δεν έδειξε καμία περιοχή ανώμαλης πρόσληψης του ραδιοφαρμάκου.

Συζήτηση

Η διήθηση της ΕΣΦ ή των μεγάλων τραχηλικών φλεβών από καρκίνο του θυρεοειδούς είναι σπάνια και συνήθως υποδηλώνει την επιθετική φύση της νόσου και την αυξημένη πιθανότητα θνητότητας^{1,2}.

Οι περισσότερες βλάβες αυτού του είδους ανευρίσκονται μόνο κατά τη νεκροψία-νεκροτομή. Το θυλακικό καρκίνωμα και το εκ Hurthle cell καρκίνωμα είναι οι πιο κοινοί ιστολογικοί τύποι θυρεοειδικών καρκίνων που διηθούν τα μεγάλα αγγεία του τραχήλου¹. Η αναφερόμενη επιβίωση ασθενών με διήθηση της ΕΣΦ ή άλλων μεγάλων αγγείων του τραχήλου από θυρεοειδικό καρκίνο κυμαίνεται από 2 ως 5 χρόνια¹. Οι περισσότεροι από αυτούς τους ασθενείς έχουν μεγάλες μάζες λεμφαδενικών μεταστάσεων και σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας^{2,5}.

Το έγχρωμο Doppler ή η αξονική τομογραφία αυξημένης πρόσληψης βοηθούν στη διάγνωση διήθησης μεγάλων αγγείων του τραχήλου και στο σχεδιασμό της χειρουργικής αφαίρεσης του όγκου. Στην ασθενή μας το υπερηχογράφημα έδειξε διήθηση της δεξιάς ΕΣΦ που επιβεβαιώθηκε και με την αξονική τομογραφία του τραχήλου. Και οι δυο μέθοδοι είναι αξιόπιστες και ακριβείς^{2,3,4}.

Όταν η απόφραξη της ΕΣΦ διαπιστώνεται τυχαία σε υπερηχογραφικό έλεγχο που γίνεται για αξιολόγηση του μεγέθους του θυρεοειδούς, θα πρέπει στη διαφορική διάγνωση να λαμβάνεται υπόψη το καρκίνωμα του θυρεοειδούς. Άλλες αιτίες φλεβικής απόφραξης είναι: προηγούμενος καθετηριασμός της ΕΣΦ, τραυματισμός, ακτινοβολία, χειρουργείο στην περιοχή του τραχήλου και διαταραχές πήξης.

Υπάρχουν λίγες αναφορές επιτυχημένης χειρουργικής αντιμετώπισης. Η πρώτη έγινε από τον Thompson και συν το 1978. Η τακτική της συντηρητικής αντιμετώπισης για αυτούς τους ασθενείς θα είχε ως αποτέλεσμα ανεπαρκή θεραπεία για τους περισσότερους από αυτούς. Για την ασθενή μας αποφασίσαμε τη χειρουργική στρατηγική του δεξιού τροποποιημένου ριζικού τραχηλικού καθαρισμού με τμηματική εκτομή της δεξιάς έσω σφαγίτιδας φλέβας και τοποθέτηση μοσχεύματος από τη μείζονα σαφηνή φλέβα. Η απόφαση αυτή στηρίχτηκε στα εξής δεδομένα:

- 1) Η προεγχειρητική διερεύνηση έδειξε ότι η λεμφαδενική υποτροπή αφορούσε καλώς διαφοροποιημένο καρκίνο του θυρεοειδούς.
- 2) Η αριστερή ΕΣΦ είχε ήδη αφαιρεθεί στο προηγούμενο χειρουργείο και η ασθενής υπέφερε εξαιτίας συμπτωμάτων συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας από τη διήθηση της δεξιάς ΕΣΦ.
- 3) Η ριζική "en block" αφαίρεση μπορεί να βελτιώσει την επιβίωση.
- 4) Η χρήση μοσχεύματος από τη σαφηνή έχει καλά αποτελέσματα.

Η ριζική χειρουργική θεραπεία ακολουθούμενη από θεραπεία με υψηλή δόση ραδιενεργού ιωδίου^{1,2} με ή χωρίς εξωτερική ακτινοθεραπεία και καταστολή της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης με θυροξίνη, φαίνεται να είναι απαραίτητα για τους ασθενείς με τοπικά προχωρημένο ή μεταστατικό θυρεοειδικό καρκίνο. Ο ρόλος της πρόσθετης ακτινοθεραπείας είναι αμφιλεγόμενος. Ορισμένοι πιστεύουν ότι μειώνει την τοπική υποτροπή, ενώ άλλοι επιμένουν ότι δεν έχει ουσιαστικό αποτέλεσμα^{16,17}.

Συνοψίζοντας, η διήθηση της ΕΣΦ είναι σπάνια κατάσταση και συνήθως υποδηλώνει κακή πρόγνωση. Η ριζική αφαίρεση του διηθημένου τμήματος της φλέβας και η μετεγχειρητική λήψη ραδιενεργού ιωδίου και καταστολή με θυροξίνη μπορεί να οδηγήσει σε μακροχρόνια επιβίωση.

ABSTRACT

Solitary Internal Jugular Vein Invasion by Thyroid Carcinoma: Resection and Reconstruction

D. FEXI, ST. RESTOS, K. KATSENIS, A. AYGIOULEA, A. MARIOLIS, I. FLESSAS, G. KAPELLAKIS, F. ORFANOS, T. MARIOLIS-SAPSAKOS

Thyroid Carcinoma is usually presented as an asymptomatic thyroid nodule. Thyroid cancer may show microscopic vascular invasion; however internal jugular vein (IJV) invasion is a rare complication of thyroid cancer.

We present a case of unilateral invasion of IJV caused by local nodal recurrence of the primary thyroid carcinoma. The patient has undergone a subtotal thyroidectomy followed by modified left lymph node resection with left IJV resection. In the presented case the infiltrated part of the right IJV has been resected and the vessel was reconstructed by using saphenous vein autograft. In locally advanced well differentiated thyroid cancers only the radical resection can prove effective in symptomatic relief and increase of survival.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Kebebew E., Clark OH. Locally advanced differentiated thyroid cancer. *Surg Oncol.* 2003. Aug; 12(2):91-9.
2. Mishra A., Agarwal A., Agarwal G., Mishra SK. Internal Jugular Vein Invasion by thyroid carcinoma. *Eur J. Surg.* 2001; 167:64-67.
3. Dackiw P.B. A., Zeiger M. Extent of surgery for differentiated thyroid cancer. *Surg Clin N. Am* 84 (2004) 817-832.
4. Onran Y., Terzioglu T., Oguz H. Kapran Y, Tezelman S. Great cervical vein invasion by thyroid cancer. *Thyroid* 1998;8:59-61.
5. Lalak NJ, Campbell PR. Infiltrating papillary carcinoma of the thyroid with macroscopic extension into the internal jugular vein. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997;117(6):228-230.
6. Koike E., Yamashita H., Watanabe S., Noguchi S., Brachiocephalic vein thrombus of papillary thyroid cancer: report of a case. *Surg. Today* 2002;32:59-62.
7. Holt WJ. Extension of malignant tumors of thyroid into great veins and heart. *JAMA* 1934;102:1921-4.
8. Kouvaraki MA., Shapiro SE., Fornage BD., Edeiken-Monro JS. Sherman I., et al Role of preoperative ultrasonography in the surgical management of patients with thyroid cancer. *Surgery* 2003;134:946-54 [discussion:954-5].
9. Panzironi G., Rainaldi R., Ricci F., Casale A., De Vargas Macciucca M. Gray scale and color Doppler findings in bilateral internal

- jugular vein thrombosis caused by anaplastic carcinoma of the thyroid. *J Clin Ultrasound* 2003;31:111-5.
10. Thomas S, Sawhney S., Kapur ML Case report: Bilateral massive internal jugular vein thrombosis in carcinoma of thyroid: CT evaluation. *Clin Radiol* 1991; 43:433-434.
 11. Thompson NW., Brown J., Orringen M., Sisson J., Nishiyama R., Follicular carcinoma of the thyroid with massive angioinvasion: Extension of tumour thrombus to the heart. *Surgery* 1978;83:451-457.
 12. Motohashi S., Sekine Y., Lizasa T., Nakamo K., Numata T., Fujisawa T., Thyroid Cancer with massive invasion into the neck and mediastinal great veins. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg.* 2005 Jan;53(1):55-7.
 13. Leong JL, Yuen HW., Livolsi VA., Loevner L., Narula N., Baloch Z., Weber RS., Insular Carcinoma of the thyroid with jugular vein invasion. *Head Neck* 2004 Jul;26(7):642-6.
 14. Sherman IS., Thyroid Carcinoma. *Lancet* 2003;361:501-11 (seminar).
 15. Longue JP., Thang RW., Brierley JD., Simpson WJ. Radioiodine ablation of residual tissue in thyroid cancer: relationship between administered activity, neck uptake and outcome. *Br J Radiol* 1994;67:1127-31.
 16. Farahati J., Reiners C., Stuschke M., et al. Differentiated thyroid cancer: impact of adjuvant external radiotherapy in patients with perithyroid tumour infiltrations (stage pT4). *Cancer* 1996;77:172-80.
 17. Mazzaferri EL., Young RL. Papillary thyroid carcinoma. A ten year follow up on impact of therapy in 576 patients. *Am J Med* 1981;70:511-518.

□