

Ektopisk thyroideavæv med primært karcinom

Pernille Hammershøj Jensen¹, Anette Pedersen Pilt² & Hans-Erik Wittendorff¹

KASUISTIK

1) Urologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Roskilde
2) Patologiafdelingen, Sjællands Universitetshospital, Roskilde

Ugeskr Læger
2017;179:VI1160802

Thyroideacancer opstår i 99% af alle tilfælde i glandula thyroidea. I sjældne tilfælde kan et thyroideakarcinom udgå fra ektopisk parenkym. Ektopisk thyroideaparenkym er sjældent med en incidens på 1/100.000-300.000 [1, 2]. I litteraturen er der beskrevet enkelte tilfælde af et primært karcinom i ektopisk thyroideaparenkym hos eutyroide patienter. Risikoen for malignitetsudvikling er under 1%.

90% af alle ektopiske thyroideakarcinomer findes lingvalt, men er også beskrevet i øsofagus, hjerte, duodenum og pancreas. De ses hyppigst hos kvinder (70%) [1]. Vi beskriver her et af disse sjældne tilfælde.

SYGEHISTORIE

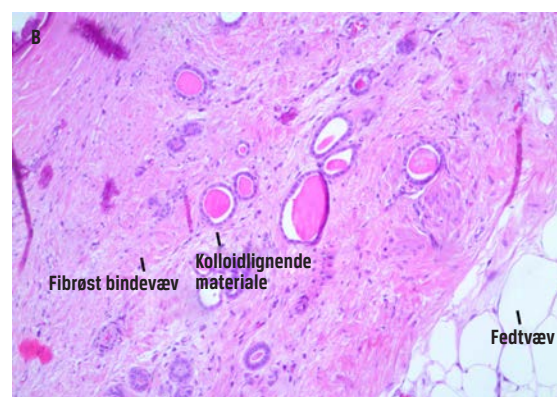
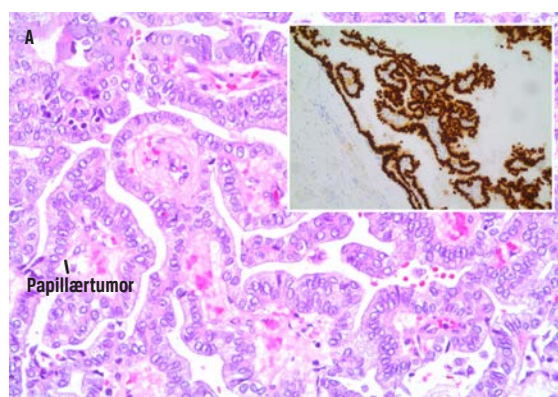
En 76-årig tidligere rask mand med nydiagnosticeret prostatacancer, Gleason-score 7 (4 + 3), fik foretaget CT-urografi på grund af makroskopisk hæmaturi. CT'en viste normale øvre urinveje, en lobuleret forstørret lever med en hypodens forandring og en kontrastopladdende velafgrænset 2 cm lang proces beliggende prævesikalt i tæt relation til blærens højre side. Der blev foretaget robotassisteret laparoskopisk resektion af tumoren ved blæren i forbindelse med en udvidet iliakal lymfadenektomi som led i stadietbestemmelse af patientens prostatacancer. Der blev foretaget en UL-skanning af leveren, hvorved man fik mistanke om metastase eller absces, yderligere udredning blev ikke foretaget primært, idet man valgte at afvente den planlagte behandling med radioaktivt jod.

Tumoren ved blæren var lipomlignende, målte 45

mm og havde et centralt 17 mm stort fast område med blødning. Histologiske snit herfra viste papillærtumor (Figur 1). Tumorcellerne var runde, og nogle havde opklaring intranukleært. Den mest oplagte diagnose var metastase fra patientens prostatacancer, men immunhistokemiske farvninger med prostatamarkører PSA og P501s var negative. Der var reaktion for markører, der kunne være positive i thyroideavæv (cytokeratin 7 og 19, *paired box 8* og 2, *sal-like protein 4*, *thyroid transcription factor 1* samt vimentin) (Figur 1). Der var fokal positiv reaktion for tyroglobulin, thyroideaperoxidase og cancerantigen 125. Omkring tumoren var der en fibrøs pseudokapsel, og i denne var der små kirtelstrukturer beklædt med kubisk epitel og lumnalt kolloidlignende materiale (Figur 1B), disse celler havde næsten samme immunhistokemiske profil som den papillære tumor. En mistanke om teratom med somatisk malignitet blev afvist på grund af negativt resultat ved en fluorescens in situ-hybridisering-analyse for kromosom 12p og 12i og på grund af tumorens lokalisering. Vævet blev undersøgt på to forskellige patologi-afdelinger, og konklusionen blev papillært thyroideakarcinom, enten som metastase eller opstået i ektopisk thyroideavæv. Der blev ikke fundet metastaser i lymfeknuderne, hverken fra patientens prostatacancer eller thyroideakarcinomet. Klinisk var patienten eutyroid. Der blev foretaget thyroideascintigrafi, som ikke gav mistanke om malignitet i glandula thyroidea. Patienten fik foretaget total thyroidektomi. En histologisk undersøgelse viste normalt thyroideavæv uden tegn på

FIGUR 1

Hæmatoxylin-eosin-farvet papillært thyroideakarcinom. A. Forstørrelse: × 200, indsat billede: tumorvæv med positiv reaktion for thyroid transcription factor 1. B. Forstørrelse: × 100.



malignitet. Patienten blev sat i behandling med radioaktivt jod ($I-131$). Der blev i den forbindelse foretaget jodscintigrafi, og svarende til processen i leveren fandt man radioaktivt optag, der var foreneligt med metastasering fra patientens ektopiske thyroideakarcinom. En uge efter behandlingen med radioaktivt jod fik patienten foretaget kontrolhelkropsscintigrafi, uden at der blev påvist øget aktivitetsoptagelse. Efterfølgende fik han kurativt interenderet strålebehandling for sin prostatacancer.

DISKUSSION

Ektopisk thyroideakarcinom er en sjælden tilstand og kan derfor være en diagnostisk udfordring. 90% af alle ektopiske thyroideakarcinomer findes lingvalt [1]. I litteraturen er der desuden beskrevet ektopisk thyroideavæv i relation til øsofagus, hjerte, aorta, duodenum og mediastinum [3]. Malign transformation af ektopisk thyroideavæv til karcinom er sjælden ($< 1\%$). Den hyppigste form er papillært karcinom, som forekommer i 70% af tilfældene [1, 4]. Behandlingen er kirurgisk resection og adjuverende behandling med radioaktivt jod. Papillært thyroideakarcinom har som udgangspunkt en god prognose.

Det er i litteraturen beskrevet, at det kan være svært at afgøre, om malign transformation i ektopisk thyroideavæv er metastase fra en primær thyroideacancer eller et karcinom opstået i ektopisk thyroideaparenkym [5]. Hos patienten i sygehistorien var lokalisationen meget usædvanlig, og den histopatologiske diagnose var vanskelig med deraf følgende forsinkelse af den endelige diagnose og behandling.

SUMMARY

Pernille Hammershøj Jensen, Anette Pedersen Pilt & Hans-Erik Wittendorff:

Ectopic thyroid tissue with a primary carcinoma
Ugeskr Læger 2017;179:V11160802

Ectopic thyroid tissue is a result of abnormal embryologic development and migration of the thyroid gland. It has a prevalence of one per 100,000-300,000, and the risk of malignant transformation in ectopic thyroid tissue is rare. We present a rare case of perivesical ectopic papillary thyroid carcinoma in a 76-year-old man with a normal orthotopic thyroid gland. A total thyroidectomy was performed, and the pathology report showed normal thyroid tissue with no neoplastic involvement. The patient was treated with radioactive iodine, and a control scintigraphy was without any signs of activity.

KORRESPONDANCE: Pernille Hammershøj Jensen.
E-mail: hammershoej7913@gmail.com

ANTAGET: 18. januar 2017

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 20. marts 2017

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Santangelo G, Pellino G, De Falco N et al. Prevalence, diagnosis and management of ectopic thyroid glands. *Int J Surg* 2016;28(suppl 1):S1-S6.
2. Sevinc AI, Unek T, Canda AE et al. Papillary carcinoma arising in subhyoid ectopic thyroid gland with no orthotopic thyroid tissue. *Am J Surg* 2010;200:e17-e18.
3. Lianos G, Bali C, Tatsis V et al. Ectopic thyroid carcinoma. *G Chir* 2013; 34:114-6.
4. He B, Li P, Yang K et al. Ectopic thyroid tissue surrounding the right laryngeal nerve: a case report. *Int J Clin Exp Pathol* 2014;7:5313-8.
5. Shafiee S, Sadrizade A, Jafarian A et al. Ectopic papillary thyroid carcinoma in the mediastinum without any tumoral involvement in the thyroid gland. *Asia Ocean J Nucl Med Biol* 2013;1:44-6.