

Journal für

Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel

Austrian Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism

Der Schilddrüsenfall: Vermeintliche Sarkoidose erweist sich als pulmonal metastasiertes papilläres Schilddrüsenkarzinom

Zehetner W, Karik M, Pokieser W, Rieger H, Glaser K, Mirzaei S

Journal für Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel - Austrian

Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 2016; 9 (2), 46-47

Homepage:

www.kup.at/klinendokrinologie

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

Member of the



Indexed in EMBASE/
Scopus/Excerpta Medica



Offizielles Organ folgender Gesellschaften



Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 08Z037833 M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Mozartgasse 10

Preis: EUR 10,-

Der Schilddrüsenfall

Vermeintliche Sarkoidose erweist sich als pulmonal metastasiertes papilläres Schilddrüsenkarzinom

W. Zehetner¹, M. Karik², W. Pokieser³, H. Rieger³, K. Glaser², S. Mirzaei¹

Aus dem ¹Institut für Nuklearmedizin mit PET-Zentrum, ²Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie, ³Labor für Klinische Zytologie, Institut für Pathologie, Wilhelminenspital Wien

■ Fallbeschreibung

Eine 40jährige Patientin wurde mit auswärts diagnostizierter Struma multinodosa zur weiteren Abklärung an unserer Schilddrüsenambulanz vorgestellt. Zusätzlich bestand bei ihr ein hochgradiger Verdacht auf Sarkoidose mit kleinknotigen Veränderungen pulmonal beidseits, weshalb die Patientin auch pulmologisch in Abklärung war. Eine histologische Abklärung war noch ausständig.

Die **szintigraphische Untersuchung** mit ^{99m}Tc-Pertechnetat ergab einen kalten Knoten im kaudalen Anteil des linken Lappens und im Bereich des Isthmus (Abb. 1). Als sonographisches Korrelat zu den szintigraphisch kalten Arealen fan-

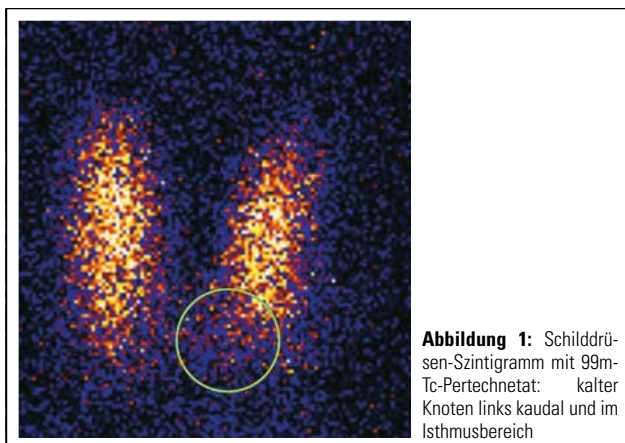


Abbildung 1: Schilddrüsen-Szintigramm mit ^{99m}Tc-Pertechnetat: kalter Knoten links kaudal und im Isthmusbereich

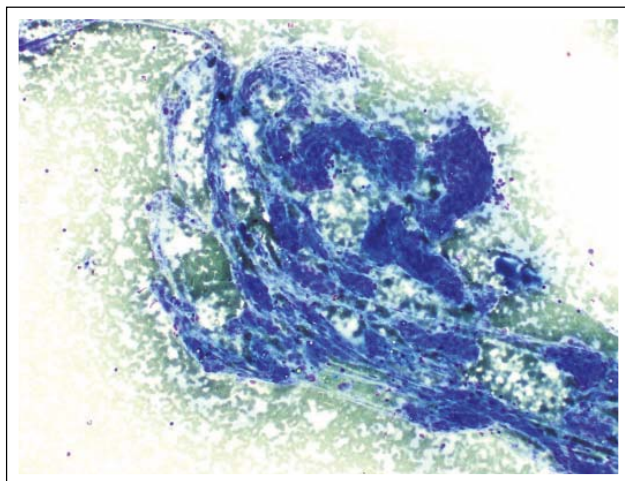


Abbildung 2: Zytologie: Übersicht MGGx 40: dreidiimensionale, teilweise papilläre Zellverbände und Kolloid

den sich isoechogene inhomogene Knoten mit teilweisen Verkalkungen und zystischen Veränderungen mit einem Maximaldurchmesser von 22 mm. Zusätzlich wurden zwei suspekter Lymphknoten mit zum Schilddrüsenparenchym isoechogenem Muster parajugulär links festgestellt. Laborchemisch bestanden Hinweise für eine Immunthyreopathie mit einer euthyreoten Stoffwechsellaage (TSH mit 1,67 uU/ml im Normbereich). Palpatorisch waren die Knoten derb und schluckverschieblich.

Es wurde eine ergänzende **Feinnadelpunktion (FNP)** eines parajugulären Lymphknotens vorgenommen, die zytologisch eine Metastase eines papillären Schilddrüsenkarzinoms (Gruppe C, nach ÖGZ und Bethesda, Abb. 2) ergab.

Daraufhin erfolgte eine **En-bloc-Thyreoidektomie** mit funktioneller Neck-Dissektion links und Lymphadenektomie des zentralen Kompartments beidseits mit Resektion des linken N. recurrens wegen Tumoringressio, Resektion der beiden Musculi sternothyroidei und Autoimplantation der beiden unteren NSD in den re. Sternocleidomastoideus.

Die **histologische Untersuchung** ergab ein papilläres Schilddrüsenkarzinom in beiden Schilddrüsenlappen mit einem maximalen Tumordurchmesser von 3,5 cm (Abb. 3), mit Invasion in das perithyreoidale Fettgewebe, die quergestreifte Skelettmuskulatur und den Thymus (Abb. 4) sowie Lymphknotenmetastasen und Infiltration des perineuralen Weichgewebes des linken Nervus recurrens durch Formationen eines papillären Schilddrüsenkarzinoms – pT4a N1b (8/64).

Der **postoperative Verlauf** war bis auf einen passageren postoperativen Hypoparathyreoidismus komplikationslos. Durch die linksseitige Recurrens-Parese war die Patientin nicht nennenswert beeinträchtigt. In der routinemäßig durchgeführten postoperativen Szintigraphie mit Jod-123 und SPECT-CT (low-dose-CT) fand sich ein ca. 2 cm großer, pathologischer Speicherherd im rechten oberen Mediastinum retrosternal (Abb. 5), bei einem postoperativen Tg-Spiegel von 81 ng/ml (Cave: TG-Ak > 500). Aus diesem Grund erfolgte eine selektive Exstirpation dieses mediastinalen Lymphknotens (Zugang von zervikal), der sich als eine weitere Lymphknotenmetastase des papillären Schilddrüsenkarzinoms erwies.

Die Patientin wurde nun einer ablativen Radiojodtherapie (3,7 GBq Jod-131 unter Thyrogenstimulation) unterzogen. Im posttherapeutischen Jod-131-Scan zeigten sich mehrere Anreicherungen im oberen Mediastinum bis zum Hilus reichend, einem weiteren Lymphknotenbefall entsprechend, sowie mehrere pulmonale Metastasen. Die Patientin steht derzeit unter

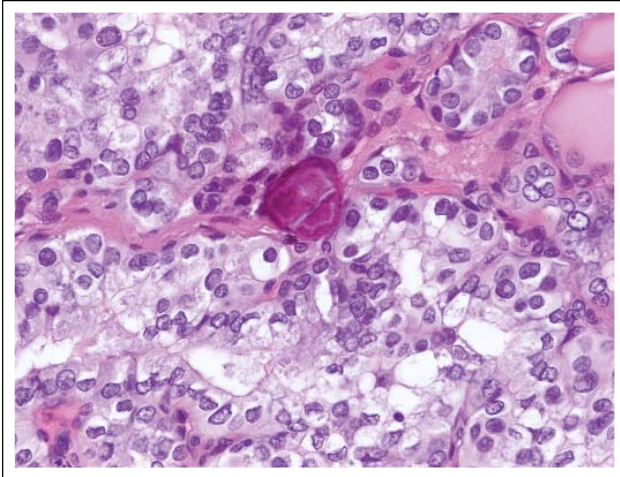


Abbildung 3: HE x 400: papill. SD-Ca, prismatische Zellen mit anisokaryotischen teilweise milchglasartigen Kernen, Pseudoinklusionen und einzelnen Kernkerben

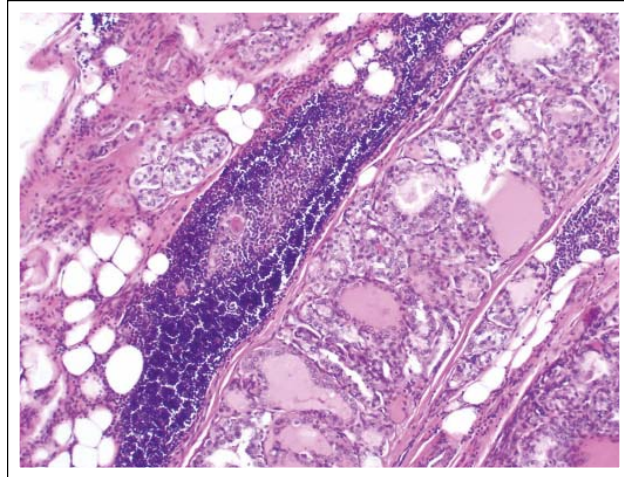


Abbildung 4: HE x40: Tumorformationen mit präexistendem Thymusgewebe (Thymusrinde, Thymusmark mit Hasall'schem Körperchen)

suppressiver Therapie mit Schilddrüsenhormon und ist klinisch weitgehend beschwerdefrei.

■ Diskussion

Das papilläre Schilddrüsenkarzinom ist charakterisiert durch ein langsames Wachstum mit einer 10-Jahres-Überlebensrate von 80–95 % [1]. Fernmetastasen kommen lediglich in 4–15 % der Fälle vor [2, 3], wobei die häufigste Lokalisation die Lunge, gefolgt von Knochen ist [4]. Der hier beschriebene Fall zeigt, wie wichtig es ist, eine Knotenstruma mittels Szintigraphie unabhängig vom TSH-Spiegel abzuklären und bei Bedarf gezielt eine zytologische Untersuchung anzuschließen. Nach aktuellen ATA-Guidelines wäre eine Szintigraphie bei dieser Patientin aufgrund des normalen TSH-Spiegels nicht indiziert gewesen [5]. Auch die postoperative Szintigraphie mit J-123 hatte in diesem Fall eine entscheidende Bedeutung beim Patientenmanagement. Die enge Kooperati-

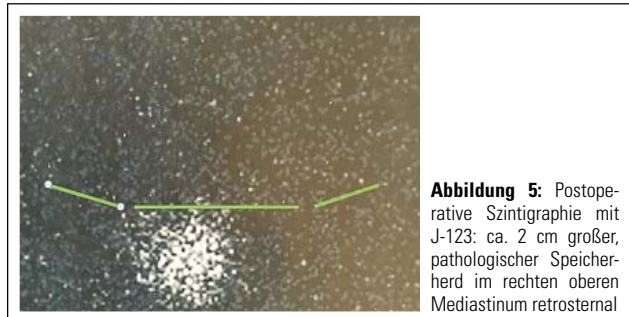


Abbildung 5: Postoperative Szintigraphie mit J-123: ca. 2 cm großer, pathologischer Speicherherd im rechten oberen Mediastinum retrosternal

on mit dem chirurgischen Team und die kurzfristig angesetzte Operation des jodspeichernden Herdes im oberen Mediastinum widerlegte letztendlich die anfänglich vermutete Sarkoidose bei der Patientin, die im posttherapeutischen J-131-Scan abermals bestätigt wurde, wo sich die pulmonalen Herde als Metastasen des Schilddrüsenkarzinoms erwiesen.

Literatur:

- Schlumberger M. Papillary and follicular thyroid carcinoma. *N Engl J Med* 1998; 338: 297–306.
- Aggarwal V, Bhargava PR, Mishra A, Agarwal G. Clinico-pathological characteristics and long-term outcome in patients with distant metastases from differentiated thyroid carcinoma. *World J Surg* 2007; 31: 246–7.
- Clark JR, Lai P, Hall F, Borglund A, Eski S, Freeman JL. Variable predicting distant metastases in thyroid cancer. *Laryngoscope* 2005; 115: 661–7.
- Mazzaferri EL, Massoli N. Management of papillary and follicular (differentiated) thyroid cancer: new paradigms using recombinant human thyrotropin. *Endocr Rel Cancer* 2002; 9: 227–47.
- American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer, Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Kloos RT, et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 2009; 19: 1167–214.

Korrespondenzadresse:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Siroos Mirzaei
 Institut für Nuklearmedizin mit PET-Zentrum
 Wilhelminenspital
 A-1160 Wien, Montleartstraße 37
 E-mail: siroos.mirzaei@wienkav.at



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)