

Befund einer lateralen Halszyste: nicht immer eine Banalität

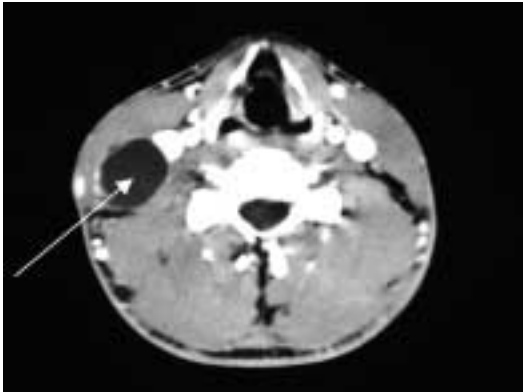
I. Montali^a, S. Ermanni^b, E. Pedrinis^c, S. Martinoli^a

^aDipartimento di Chirurgia, Ospedale Civico, Lugano, ^bServizio di ORL, Ospedale Civico, Lugano, ^cIstituto Cantonale di Patologia, Locarno

Finding of lateral neck cyst: not always harmless

Summary

Cervical cystic lymph node metastasis may be the sole sign of occult papillary thyroid carcinoma. This possible diagnosis should be considered during preoperative evaluation, in view of the risk of false negative results from radiological studies and fine-needle aspiration.

Ein 32-jähriger Patient bemerkte eine schmerzlose, rasch auftretende Schwellung im Bereich des Halses. Sonst war der Patient gesund, er berichtete über keinerlei Infekte im HNO-Bereich und zeigte keine Allgemeinsymptome wie Gewichtsverlust, nächtliche Schweissausbrüche oder Fieber. Klinisch zeigte sich eine prallelastische Schwellung im Bereich des M. sternocleidomastoideus rechts, nicht verschieblich und mit regelmässiger Oberfläche. Keine vergrösserten Lymphknoten. Laborchemisch TSH, fT3 und fT4 im Normbereich. Die serologischen Untersuchungen für HIV, Adenovirus, CMV, Bartonella waren nicht pathologisch. Die radiologische Abklärung, die mittels CT durchgeführt wurde, zeigte eine zystische Läsion latero-zervikal rechts mit unregelmässigen Rändern, gekammert, mit einem Durchmesser von etwa 3 × 4 × 6 cm (Abb. 1 ) und einem leicht vergrösserten Lymphknoten submental. Die Schilddrüse imponierte in ihrer Grösse und Morphologie nicht pathologisch; mediastinal grenzwertig vergrösserte Lymphknoten. Die anschliessend durchgeführte Feinnadelpunktion der Zyste ergab keine

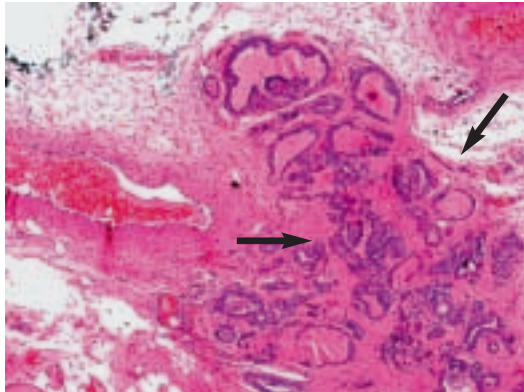
malignen Zellen, insbesondere konnte ein Lymphom ausgeschlossen werden, und es zeigte sich kein bakteriologisches Wachstum.

Bei Verdacht auf eine laterale Halszyste wurde von den Kollegen der HNO die Indikation zur chirurgischen Resektion gestellt. Zwei Monate später erfolgte die Zystenexzision mit Lymphknotenexstirpation submental.

Die Histologie ergab die Diagnose einer Metastase eines papillären Schilddrüsenkarzinoms. Die Immunhistochemie war positiv für Thyroglobulin und TTF1. Die zwei separat eingesandten submentalen Lymphknoten zeigten kein malignes Gewebe.

Um die übrigen zervikalen Lymphknoten zu beurteilen, wurde eine Sonographie des Halses durchgeführt, die hinter dem rechten M. sternocleidomastoideus mehrere pathologische Lymphknoten bis zu einem Durchmesser von 2,9 cm zeigte, links keine Lymphadenopathie. Die Schilddrüse stellte sich auch echographisch normal dar.

Aufgrund dieses Befundes wurde die Indikation zur totalen Thyreoidektomie und zervikalen Lymphadenektomie rechts gestellt, die wiederum nach 2 Monaten durchgeführt wurde.

In der Histologie der Schilddrüse zeigte sich ein *multifokales, papilläres Schilddrüsenkarzinom* mit einem Durchmesser der einzelnen Herde von maximal 4 mm und eine Infiltration des periglandulären Fettgewebes (Abb. 2 ) sowie Metastasen in 2 Lymphknoten des Isthmusbereiches und in einem von 4 Lymphknoten des lateralen Halsbereiches: Stadium mpT3, pN1.

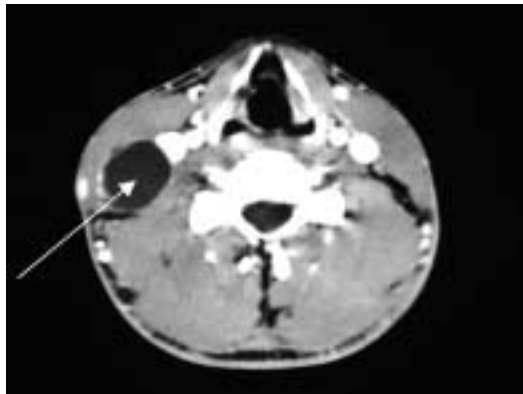


Abbildung 1. Zystische Formation latero-zervikal rechts von 3 × 4 × 6 cm mit glatten Ränder (Pfeil) im KM-CT-Bild.

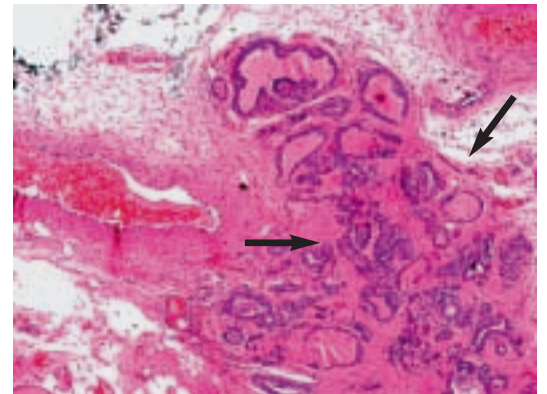


Abbildung 2. Histologisches Präparat des papillären Schilddrüsenkarzinoms. Die Pfeile zeigen die Infiltration der Kapsel durch den Tumor.

Das postoperativ gemessene Thyreoglobulin im Blut war mit einem Wert von 187 µg/l (Norm <60) hoch pathologisch.

Bei diesem jungen Patienten folgten eine diagnostische Szintigrafie, die noch ein uptake zervikal zeigte und anschliessend die adjuvante, ablative Radio-Jod-Therapie mit J-131.

Zystische Lymphknotenmetastasen bei jungen Patienten können die erste Manifestation eines Schilddrüsenkarzinoms sein und werden häufig mit benignen lateralen Halszysten verwechselt mit konsekutiver Verspätung in der Therapie. In solchen Fällen wie dem unseren, können Mikrokarzinome der Schilddrüse weder palpiert, noch mit Szintigraphie, Sonographie oder CT diagnostiziert werden.

Die Methode der Wahl zur näheren Differenzierung von zystischen zervikalen Lymphadenopathien ist die Sonografie [1]. Zystische Metastasen zeigen häufig verdickte Wände, innere Septierungen und knotige Formationen. Dies erleichtert die Differentialdiagnose zu den lateralen Halszysten.

Der nächste diagnostische Schritt sollte eine Feinnadelpunktion sein, evtl. mit zytologischer Untersuchung des Punktates. Die FNP kann aber,

wie in unserem Fall, falsch negative Resultate ergeben [2].

Bei jungen Patienten sollte eine solitäre laterale zystische Formation stets als potentielle Metastase eines Schilddrüsenkarzinoms betrachtet und bei der Resektion ein Schnellschnitt durchgeführt werden, um eine Thyreoidektomie mit Lymphknotendissektion anzuschliessen.

In der Differentialdiagnose ist die laterale Halszyste zu erwähnen, die kongenitalen Ursprungs ist, aber erst zwischen dem 10. und 40. Lebensjahr in Erscheinung tritt. Sie liegt typischerweise im Bereich der Karotisbifurkation unterhalb des M. sternocleidomastoideus. Die Therapie besteht in der Exstirpation. Ein Karzinom kann sich aus solchen Zysten entwickeln, ist jedoch eine Rarität.

Schlussfolgerung

Zystische Halsformationen sollten in toto untersucht werden, da radiologische und zytologische Untersuchungen eventuell nicht schlüssig sind und es sich stets um eine Metastase eines Schilddrüsenkarzinoms handeln kann.

Korrespondenz:
Dr. med. I. Montali
Chirurgia
Ospedale Civico
CH-6900 Lugano
imontali@gmx.ch

Literatur

1 Wunderbaldinger P, Harisinghani M, Hahn P, Daniels G, Turetschek K, Simeone J, et al. Cystic lymphnode metastases in papillary thyroid carcinoma. *AJR* 2002;178:693-7.

2 Verge J, Guixà J, Alejo M, Basas C, Quer X, De Castro J, et al. Cervical cystic lymphnode metastasis as first manifestation of occult papillary thyroid carcinoma: report of seven cases. *Head Neck* 1999;21:370-4.