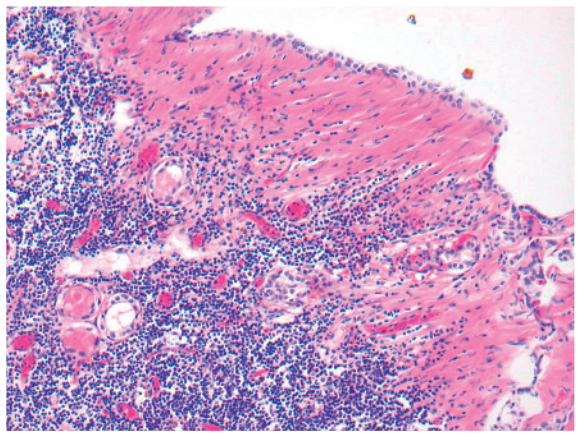
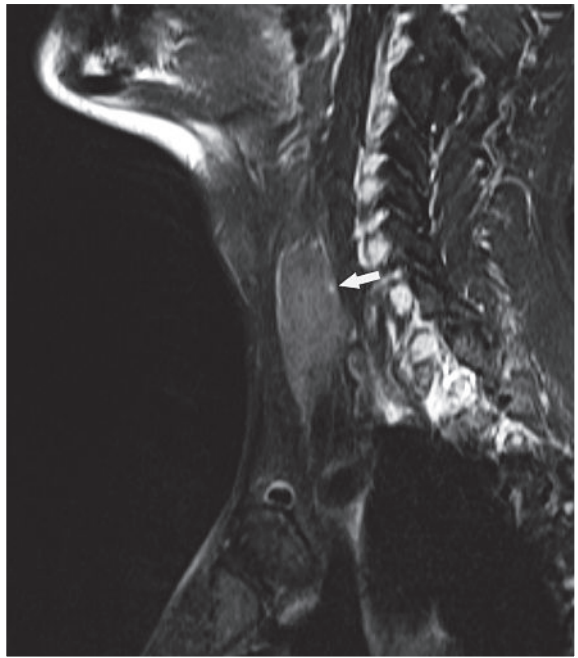
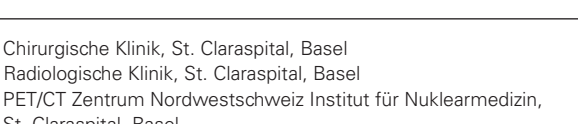


# Seltene Präsentation eines inzidentiellen papillären Mikrokarzinoms der Schilddrüse

Christian Hirt<sup>a</sup>, Stefan Sonnet<sup>b</sup>, Freimut D. Juengling<sup>c</sup>, Andreas Zettl<sup>d</sup>, Markus von Flüe<sup>a</sup>, Beatrice Kern<sup>a</sup>

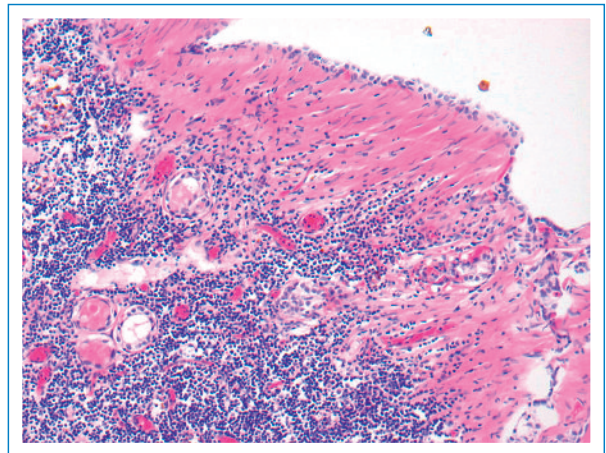
## Fallbeschreibung

Ein 44-jähriger gesunder Mann stellte sich mit einer seit einem Jahr grössenprogreredienten, indolenten Schwellung am Hals rechts beim HNO-Facharzt vor. Dort erfolgte eine sonographische Untersuchung mit der Diagnose einer zystischen Läsion, vereinbar mit einer lateralen Halszyste. Die Aspirationszytologie des Zysteninhalts war ohne Hinweise auf Malignität. Es folgte die operative Exzision der vermuteten Halszyste rechts. Überraschenderweise zeigte die histopathologische Untersuchung eine zystische Lymphknotenmetastase eines papillären Schilddrüsenkarzinoms (Abb. 1 ). Bei der anschliessenden klinischen Untersuchung präsentierte sich die Schilddrüse palpatorisch normal gross, es bestand eine euthyreote Stoffwechsellage und bezüglich Schilddrüsenenerkrankungen wies der Patient eine negative Familienanamnese auf. Die Sonographie zeigte eine normal grosse Schilddrüse ohne knotige Veränderungen. Präoperativ erfolgte ein MRI des Halses, in welchem einzig eine 3 mm grosse Läsion am dorsalen Oberpol der rechtsseitigen Schilddrüse nachgewiesen werden konnte (Abb. 2 ). Zusätzlich wurde ein pathologischer Lymphknoten mit einer Grösse von 1,5 × 1 × 1,3 cm im lateralen inferioren Lymphknotenkompartiment IV rechts festgestellt.

Der Patient wurde beidseits total thyreoidektomiert und erhielt eine modifizierte radikale Neck-Dissection rechts und eine Lymphadenektomie zentral links. Der postoperative Verlauf war komplikationslos. Intraoperativ war die Schilddrüse makroskopisch unauffällig. Histologisch konnte in der rechten Schilddrüse ein solitärer, 0,3 cm grosser Herd eines papillären Karzinoms gefunden werden, ohne Nachweis von Lymph- oder Blutgefässeinbrüchen (Abb. 3 ). Unter insgesamt 24 operierten Lymphknoten fand sich zusätzlich noch eine 0,7 cm grosse Metastase rechts. Nach TNM-Klassifikation handelt es sich um ein Tumorstadium pT1a pN1b (2/24) LO V0 Pn0 R0. Die Radiojod-Studie sechs Wochen postoperativ zeigte keine pathologische Radiojod-Speicherung. Es erfolgte eine zweimalige Radiojod-Elimination unter Thyrogen-Stimulation.

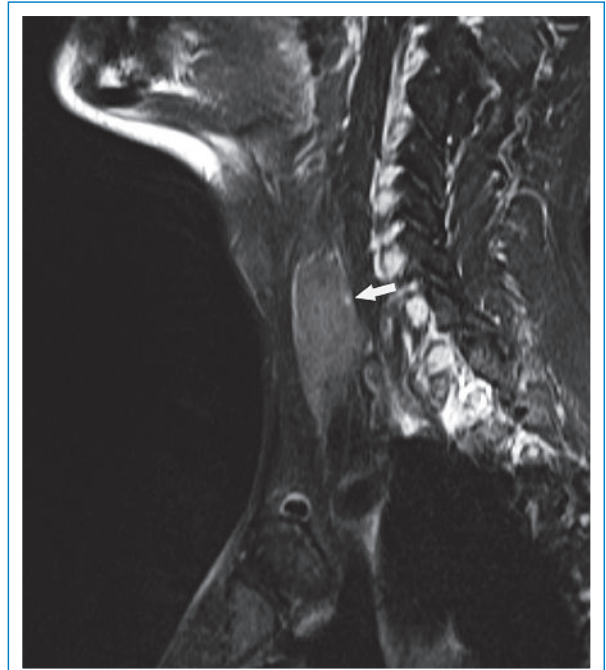
## Diskussion

Papilläre Schilddrüsenkarzinome weisen in den meisten Fällen eine sehr gute Prognose auf. Durch Verbesserung in der Diagnostik werden zunehmend mehr inzidentielle papilläre Mikrokarzinome (PMC), definiert als Durchmesser  $\leq 1$  cm (T1), gefunden [1]. Die Inzidenz



**Abbildung 1**

Zystische Lymphknotenmetastase des papillären Mikrokarzinoms. HE-Färbung.



**Abbildung 2**

Schilddrüse in sagittaler T2-gewichteter Sequenz: Am dorsalen Oberpol rechts Nachweis einer 3 mm messenden hyperintensiven Läsion (Pfeil), gut mit dem papillären Mikrokarzinom vereinbar.

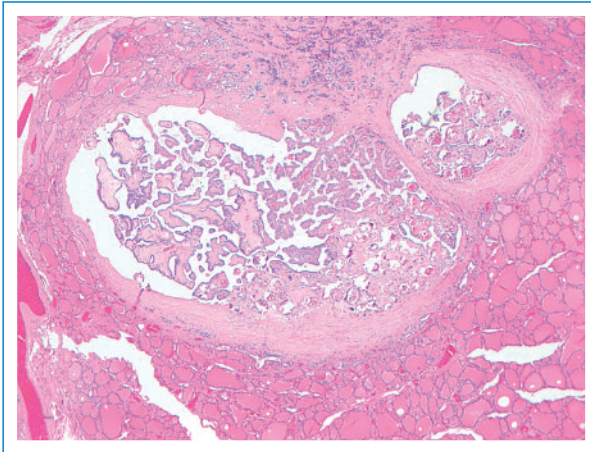
Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag haben.

<sup>a</sup> Chirurgische Klinik, St. Claraspital, Basel

<sup>b</sup> Radiologische Klinik, St. Claraspital, Basel

<sup>c</sup> PET/CT Zentrum Nordwestschweiz Institut für Nuklearmedizin, St. Claraspital, Basel

<sup>d</sup> Pathologie, Viollier AG, Basel



**Abbildung 3**

Primärtumor: 0,3 cm grosses papilläres Mikrokarzinom Oberpol Schilddrüse rechts. HE-Färbung.

für Lymphknotenmetastasen beim PMC im zentralen Kompartiment liegt für Tumore >5 mm bei 29%, für Tumore ≤5 mm bei 2% [2]. Wir präsentieren hier den seltenen Fall einer zystischen Lymphknotenmetastase im lateralen Kompartiment eines okkulten papillären Mikrokarzinoms mit einer Grösse von 3 mm. Aufgrund der zystischen Struktur mit negativer Zytologie bei einem gesunden jungen Mann wurde diese als benigne laterale Halszyste missinterpretiert.

An eine Metastase muss beim Vorliegen eines solitären zystischen Befunds am Hals gedacht werden. Die Diagnose ist häufig einfacher, wenn ein solider Befund oder multiple zystische Läsionen vorliegen. Zystische Lymphknotenmetastasen weisen jedoch sonographisch häufig eine dickere Wand, Binnenechos oder Septierungen auf und können so einen Hinweis geben, dass es sich nicht um eine benigne Halszyste handelt [3]. Eine Zytologie sowie eine Thyreoglobulin-Bestimmung im Aspirat können die Diagnose eines Schilddrüsenkarzinoms bestätigen. Bei unserem Patienten kommt hinzu, dass keine Lymphknoten im zentralen Kompartiment tumorbefallen waren und somit die erste Lymphknotenstation

übersprungen wurde. Dies könnte damit zusammenhängen, dass der Primärtumor am Oberpol lokalisiert war. Wada et al. konnten an 259 Patienten mit PMC zeigen, dass Tumoren, die am kranialen Teil der Schilddrüse gelegen sind, die Möglichkeit haben, direkt in die lateralen Lymphknoten zu metastasieren [4].

Chirurgisch sollte nach der Sicherstellung der Diagnose eines papillären Schilddrüsenkarzinoms mit Lymphknotenmetastasen unabhängig von der Grösse des Primärtumors eine totale Thyreoidektomie mit zentraler Lymphadenektomie sowie Lymphadenektomie im lateralen Halskompartiment der befallenen Seite durchgeführt werden. Eine ablative Radiojodtherapie komplettiert die Behandlung. Zudem sollte eine Nachsorge mit regelmässiger klinischer und sonographischer Kontrolle und Bestimmung des Thyreoglobulins erfolgen.

### Schlussfolgerung

Bei Vorliegen einer solitären zystischen Läsion am Hals sollte an eine Metastase eines Schilddrüsenkarzinoms gedacht, dieses gesucht und ausgeschlossen werden.

#### Korrespondenz:

Dr. med. Beatrice Kern  
Leitende Ärztin Viszeralchirurgie  
St. Claraspital  
Kleinriehenstrasse 30  
CH-4058 Basel  
[beatrice.kern@claraspital.ch](mailto:beatrice.kern@claraspital.ch)

#### Literatur

- Hedinger C, Sobin LH, et al. *Histological Typing of Thyroid Tumors*. Volume 11. Heidelberg, New York: Springer-Verlag; 1988.
- Lee SH, Lee SS, Jin SM, Kim JH, Rho YS. Predictive factors for central compartment lymph node metastasis in thyroid papillary microcarcinoma. *Laryngoscop*. 200;118:659.
- Wunderbaldinger P, Harisinghani MG, Hahn PF, Daniels GH, Turetschek K, Simeone J, et al. Cystic lymph node metastases in papillary thyroid carcinoma. *AJR AM J Roentgenology*. 2002;178:693.
- Wada N, Duh QY, Sugino K, Iwasaki H, Kameyama K, Mimura T, et al. Lymph node metastasis from 259 papillary thyroid microcarcinomas: frequency, pattern of occurrence and recurrence, and optimal strategy for neck dissection. *Ann Surg*. 2003;237:399.