

OLGU SUNUMU

**TİROGLOSSAL DUKT KİSTİNDE GELİŞEN
PRİMER PAPİLLER KARSİNOMA (+)**

PAPILLARY CARCINOMA ARISING FROM THYROGLOSSAL DUCT CYST

**Dr. Mahmut HÜCÜMENOĞLU (*), Dr. Sumru YARDIMCI (*),
Dr. Sema HÜCÜMENOĞLU (**), Dr. Ünsal ERKAM (*)**

ÖZET: Klinikte en sık karşılaşılan konjenital boyun kistlerinden biri olan trioglossal dukt kisti %1 oranında malignansi barındırabilir. En sık görülen malign patoloji tiroidin papiller karsinomasıdır. Tanı genellikle cerrahi sonrasında spesimenin patolojik incelemesi sonucunda konur. Öncelikle bulunan karsinomunun primer olup olmadığı araştırılmalı ve tedavi ona göre planlanmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Tiroglossal dukt kisti, tiroglossal dukt karsinomu, papiller karsinom

SUMMARY: Being one of the most common congenital neck masses, thyroglossal duct cyst can give rise to a malignancy in 1% of the cases. Most common malignant pathology found in this rare entity is papillary carcinoma. Diagnosis is commonly made after pathologic examination of the surgical specimen. For planning the treatment one should question whether the malignancy is primary or not.

Key Words: Thyroglossal duct cyst, thyroglossal duct carcinoma, papillary carcinoma

GİRİŞ

Tiroglossal kist sık karşılaşılan bir konjenital boyun kitlesidir. Boyunda orta hatta yerleşir. Sıklıkla benign seyrederek ancak %1 oranında malign tümör gelişebilir (7,3)- Tiroglossal kistin malign transformasyon göstermesi nadir olmakla birlikte iyi tanımlanmıştır. En sık görüleni tiroidin papiller karsinomadır. Bugüne kadar 100 civarında tiroglossal dukt kistinde gelişen primer papiller karsinoma olgusu bildirilmiştir. Biz de bir olgu sunuyoruz.

OLGU SUNUMU

21 yaşında bayan hasta boyun orta hattında kitle şikayetiyle kliniğimize başvurdu. 2 yıl önce aniden beliren kitlenin zaman geçtikçe büyüdüğünü ifade eden hastanın kitle ile ilgili olarak ağrı veya ciltte kızarıklık, akıntı gibi herhangi bir şikayeti yoktu. Sorgulama derinleştirildiğinde nefes almada güçlük, disfaji, boğaz ağrısı, ses kısıklığı tariflenmedi.

Hastanın sigara, alkol alışkanlığı, radyoterapi öyküsü otu. Fizik muayenede boyun orta hatta submental bölgeden başlayıp tiroid kartilaj üzerine kadar uzanan mobil, orta sertlikte, fluktuasyon vermeyen, yutkunmayla hareketli, 5x4 cm ve 2x2 cm boyutlarında bilobule kitle tespit edildi. Servikal lenfadenopati yoktu. Tomografide kemik dokularda ve tiroid glandında patoloji izlenmedi. Yapılan tiroid sintigrafisinde aktivite dağılımı homojen, ultrasonografide diffüz minimal hiperplazik tiroid glandı bulundu. Tiroid fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Hastaya Sistrunk operasyonu uygulandı. Operasyon sırasında platizma ve step adeleler geçildiğinde mor renkli kitle ile karşılaşıldı, kitleden yapılan ponksiyonda hemorajik sıvı geldi. Kitle çevre dokulardan ve üzerine oturduğu tiroid kartilajdan diseke edildi ve traktı hyoid kemiğe kadar takip edildi. Hyoid kemiğin korpüsü ile birlikte kitle total olarak çıkarıldı.

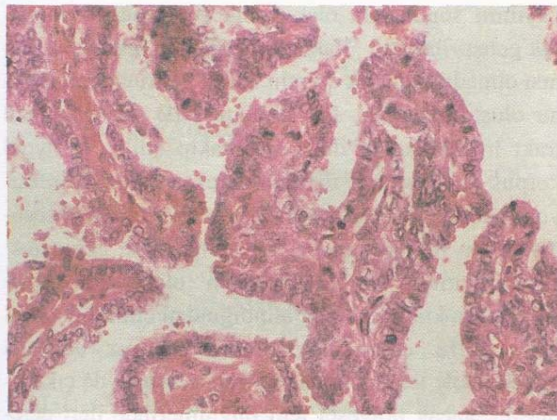
Makroskobik incelemede dokunun kesit yüzeyinde iyi sınırlı, merkezinde kavite bulunan nodüler bir lezyon görüldü. Mikroskobik incelemede neoplastik görünümlü bir epitele dōşli fibröz bir duvar tespit edildi. (Resim 4) Bu epitelden fibrovasküler stalkları

(*) SSK Ankara Eğitim Hastanesi KBB Kliniği

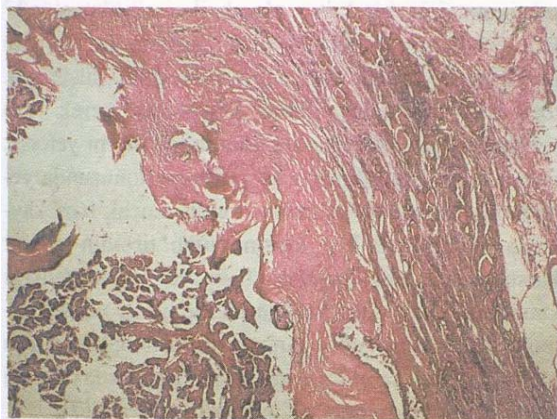
(**) SSK Ankara Eğitim Hastanesi Patoloji Bölümü-ANK.

(+) Eylül 1999'da İzmir'de düzenlenen Ulusal Kongre'de poster olarak tebliğ edilmiştir.

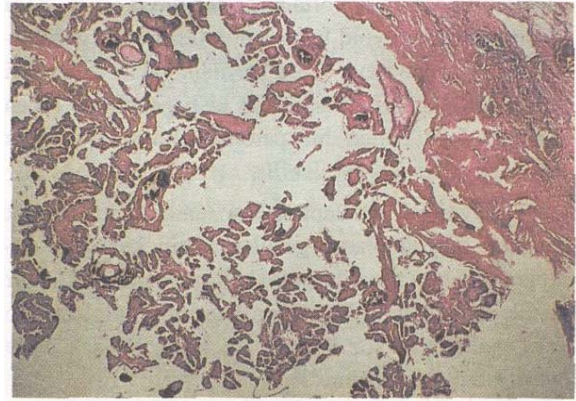
oe doğru gelişmekteydi (Resim). Papiller yapıları, nükleer yarıklar ve intranükleer inklüzyon cisimcikleri olan clear görünümlü nükleuslu neoplastik hücreler döşemektedir (Resim 1). Psammom cisimler dikkati çekti (Resim 3). Kist duvarında normal tiroid dokusu gözlemlendi (Resim 2). Mikroskopik tanı tiroglossal dukt kistinden primer gelişen tiroidin papiller karsinoması idi. Postoperatif dönemde problemi olmayan hastanın tiroid fonksiyon testlerinde değişiklik olmadı. Tiroid glandında mikrokarsinoma olabileceği düşüncesiyle 4 ay sonra otal tiroidektomi yapıldı. Tiroid glandında yapılan seri çalışmada normal histoloji izlendi.



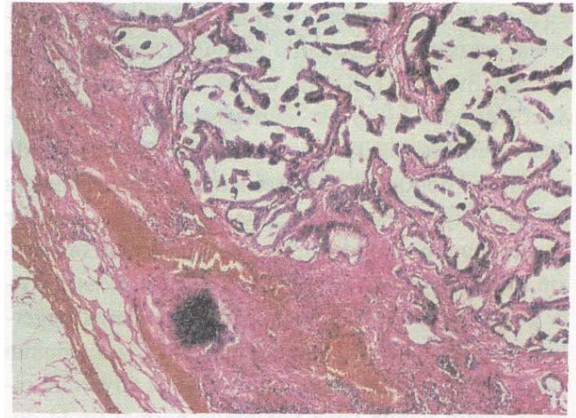
Resim 1: 'Ground glass' görünümündeki nükleuslu hücrelerle döşeli papiller yapılar görülmektedir. Nükleer yarıklar dikkati çekmektedir (H & E x 400)



Resim 2: Tiroglossal kist duvan ve lümenine doğru gelişmiş papiller yapılar. Kist duvarında normal tiroid follikül yapılı izlenmektedir. (H & E x 32)



Resim 3: Lümenine doğru papiller tümör gelişimi. Sol üst köşede folliküler lümen içerisinde yuvarlak psammom cisimcik görülmektedir. (H & E x 32)



Resim 4: Ovoid, yuvarlak, clear hücrelerle döşeli papiller yapılar. (H & E x 100)

TARTIŞMA:

Tiroidin embriyolojik hayatta farenks tabanından boyuna doğru göç ederken yarattığı tiroglossal dukt zaman içinde kanal özelliğini yitirerek kaybolur. Ancak kanalın bazı kısımları persistan kalabilir ve kanalı oluşturan hücrelerin sekresyonlarına devam etmeleri sonucunda kist ortaya çıkar. Genel embriyoloji bilgilerimizin böyle olmasına karşı bazı azarlar tiroglossal kanalın tiroidle birlikte hareket eden solid bir yapı mı yoksa sonradan oblitlere olan bir kanal şeklinde mi olduğunun çok açık olmadığını bu yüzden terminolojide de karmaşa yarattığını öne sürmektedir.(1) Tiroglossal kist tiroidin göç yolu üzerindeki herhangi bir yerde oraya çıkabilir ama hemen her

zaman orta hatta veya orta hatta çok yakın yerleşir. Bu kistlerin %50'si hyoid korpusun inferiorunda görülürken dil kökünde veya tiroid kartilaja yakın yerleşimli de olabilir.(1) Tiroglossal dukt kisti genellikle erken yaşlarda fark edilen bir patoloji olmasına rağmen erişkin yarlarda da görülebilir.

Radyolojik incelemede iyi tanımlanmış, düşük dansiteli lezyon olarak görülen kistin kontrastlı tomografisinde duvarlarında belirginleşme ve nadir olarak septalar görülür. Eğer geçirilmiş infalamasyon veya malignansi söz konusu ise kist yumuşak doku dansitesinde izlenebilir.(7)

Yüzde 1 oranında malignansi görülen tiroglossal kistlerde tiroid dokusu elemanlarından ve yassı hücreli epitelden gelişen 2 tip karsinom bildirilmiştir. En sık görülen patoloji papiller adenokarsinomdur (%85). Onu sırasıyla folliküler adenokarsinom (%15) ve yassı hücreli karsinom (%6) izler.(7) Sıklıkla adolesanlar ve erişkin kadınlarda görülür. Ortalama görülme yaşı 39'dur.(1) Klinik olarak benign tiroglossal dukt kistinden farklı bir seyir göstermez. Ancak çok nadir olmakla birlikte ağrı, ses kısıklığı, boyutlarda ani artış, kilo kaybı, bölgesel lenfadenopati oluşumu malignansiyi akla getirmelidir.(7) Tiroidin papiller karsinomunun tiroide hiçbir belirgin lezyon olmaksızın metastaz yaptığı düşünüldüğünde tiroglossal kiste görülen papiller karsinomun primer olarak değerlendirilebilmesi için karsinomun lokalizasyonunun kesin olarak tayin edilmesi, kistin epitel duvarının olması, kistin içinde veya yakınında normal tiroid dokusunun olması ve tiroidin histopatolojik incelemesinin normal olması gerekmektedir. (7,3) Ancak tiroidin histopatolojik incelemesinde papiller karsinomun bulunması tiroglossal kistin primer karsinomunu ekarte ettirmez zira tiroidin papiller karsinomu nadirde olsa multisentrik olarak rapor edilmiştir.(7) Bizim vakamızda kist epiteli ve normal tiroid dokusu tespit edilmesi ve tiroid dokusunda da patoloji bulunmaması tiroglossal kist zemininde gelişen primer papiller karsinoma tanımımızı destekledi. Tiroglossal kist karsinomunun tanısı genellikle cerrahi olarak eksizyon sonrasında histopatolojik olarak konur. Ancak görüntüleme yöntemleriyle tanısı pek mümkün olmayan bu patolojinin operasyon öncesinde şüphelenilerek yapılan bir ince iğne biyopsisi ile belirlenebilir. Literatürde klinik şüphe ile gerçekleştirilen ince iğne biyopsisi ile tanı almış tiroglossal kist karsinomu olguları mevcuttur.(4,5)

Tiroglossal kist karsinomlarının cerrahi tedavisi tartışmalıdır. Sistrunk operasyonu ile tiroglossal duktun tamamının çıkarılması şu kriterlere uyulduğu zaman tedavi için yeterlidir: Kistin histolojik olarak normal tiroid dokusu içermesi, malignitenin kist duvarlarını aşmamış olması, postoperatif taramada tiroidin histopatolojik olarak normal olması, boyunda lenfadenopati olmaması, Bu kriterlerin sağlanamaması durumunda subtotal tiroidektomi, modifiye boyun diseksiyonu ve kalan tiroid dokusunun postoperatif dönemde radyoaktif iyotla ablasyonu yapılmalıdır. (5,3,2) Bu tedavi yöntemi tiroglossal kist karsinomunun mikro tiroid papiller karsinomasının boyuna olan yayılımı sonucunda olabileceği şüphesine dayanılarak geliştirilmiştir. Vakaların çoğunun preoperatif tanısı olmadığı için ilk cerrahi adımı Sistrunk operasyonu oluşturmaktadır. Bu teknikte kitle ve tiroglossal trakt hyoide kadar dikkatlice takip edilir ve hyoid korpus da spesmene dahil edilerek çıkarılır. Diseksiyon mümkün olduğunca dil köküne ve foramen cecuma doğru ilerletilmelidir. Geniohyoid ve genioglossus kaslarının bir bölümünden oluşan dil kökü bölgesi, traktın tamamen alındığından emin olunması için eksize edilmelidir. Çevre dokular arasında küçük, izole lenfadenopatiler varsa onların da çıkarılmasını, ancak bölgesel lenf düğümlerinde ileri derecede tutulum varsa o zaman modifiye boyun diseksiyonunu öneren yazarlar mevcuttur.(4) Tiroidektomi konusunda da fikir birliği yoktur. Bazı yazarlar rutin tiroidektomiyi önerirken bazıları palpasyonla ve sintigrafi ile tiroid dokusu içinde patoloji görülmediyse tiroidektomi yapılmaması düşüncesindedir. Kist duvarının invazyonu da tiroidektomi ve hatta boyun diseksiyonu için bir kriter olarak ileri sürülmüştür.^{4,5} Biz vakamızda nadir de olsa papiller karsinomun multisentrik olarak ortaya çıkabileceğini düşünerek total tiroidektomi uyguladık. Literatürde gerek vaka azlığından gerekse de uzun dönem takiplerin yetersiz olduğundan yakınılmakta ve prognoz konusunda yeterli bilgi olmadığı belirtilmektedir. Ancak bazı kaynaklar tiroglossal kist karsinomunu tiroidin primer karsinomları gibi ele almaktadır ve iyi diferansiye karsinomu olan genç hastalarda kür şansı yüksek olduğu düşünülmektedir. Ancak tiroid neoplazmi olan bütün çocuklarda olduğu gibi genç hastalarda dikkatli uzun dönem takip gerektiğini bildirmektedir.(7)

SONUÇ

Tiroglossal kist zemininde gelişen tiroidin primer papiller karsinoması oldukça nadir olarak görülmekte ve tanısı genellikle histopatolojik incelemeyle konulmaktadır. Primer tiroglossal kist karsinomu tanısına güveniliyorsa Sistrunk operasyonu tedavide yeterlidir. Ancak patolojinin primer olmadığına, invazyon varlığına veya patolojinin multisentrik olabileceğine yönelik herhangi bir şüphe varsa cerrahi planına tiroidektomi ve/veya boyun diseksiyonu eklenmelidir. Metastaz varsa radyoaktif tedavisi de planlanmalıdır.

Yazışma Adresi:

Dr. Mahmut HÜCÜMENOĞLU
SSK Ankara Eğitim
Hastanesi 2. KBB Kliniği
ANKARA

KAYNAKLAR

1. KERR. HINNEBERT SCOTT-BROWN'S: Otolaryngology 6th Ed. Vol 5, 16/5, Buttenvorth-Heinemann 1997
2. McNICOLL, HAWKINS, ENGLAND, PENNY, MACERI: Otolaryngology -H & N surg 1988; 99: 1: 50-53
3. MEYERS, E.N., SUEN J.Y: Cancer of the Head and Neck; Churchill Livingstone 1989:2nd Ed. p: 817
4. PERZ, GARCIA, ITURBE, PEREZ.: Papillary carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst. J Oral Maxillofac Surg 51: 89-93,1993
5. PEREZ, LARRANAGA, MARRON, MONJE.: Primary papillary carcinoma arising in the thyroglossal duct cyst. Eur H Surgery 1997; 163: 143 - 145
6. SADLER, T.W.: Langman's Medical Embrology; 6th Ed.; 312-313; Willams & Wilkins, 1990
7. WIGLE, T.L.: G.D. Chonkich, B.Y. Wat. Papillary duct carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst. otolaryngology H & N Surgery 1997; 116:3:386-388