

# Tiroglossal Duktus Kisti ve Tiroid Bezinde Senkronize Papiller Karsinom: Olgu Sunumu

## Thyroglossal Duct Cyst and Synchronized Papillary Carcinoma in Thyroid Gland: A Case Report

\*Dr. Abdulvahap AKYİĞİT, \*\*Dr. Turgut KARLIDAĞ, \*\*Dr. Erol KELEŞ, \*\*\*Dr. İbrahim ÖZERCAN

\* Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB Kliniği,  
\*\* Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB AD,  
\*\*\* Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji AD, Elazığ

### ÖZET

Tiroglossal duktus kistinde ve tiroid bezinde senkronize papiller karsinom gelişimi nadir izlenmektedir. Senkronize gelişen papiller karsinom, multifokal tümör olarak açıklanabileceği gibi tiroid karsinomunun tiroglossal duktus kistine metastazı olarak da düşünülmektedir. Sistrunk operasyonu ile birlikte yapılan total tiroidektomi, tiroglossal duktus kisti karsinomlarında, intratiroidal karsinom veya lokal invazyon nedeniyle etkin tedavi yöntemidir. Boyuna lenf nodu metastazı varlığında ise selektif boyun diseksiyonu operasyona eklenmelidir. Bu yazıda, boyun orta hatta şişlik nedeniyle Kulak Burun Boğaz uzmanına başvuran ve tiroglossal duktus kisti tanısıyla Sistrunk operasyonu yapılan 38 yaşında bayan hasta sunulmuştur. Hastanın patoloji sonucu papiller karsinom olarak rapor edilmesi üzerine kliniğimizde frozen kesit incelemesi eşliğinde total tiroidektomi ile birlikte selektif boyun diseksiyonu operasyonu yapılmıştır.

#### Anahtar Sözcükler

*Tiroglossal duktus kisti;  
tiroid neoplazm; senkronize; papiller karsinom*

### ABSTRACT

Existence of synchronous papillary carcinoma in thyroglossal duct cyst and thyroid gland is rare. Synchronous papillary carcinoma may be thought of as a multifocal tumor or metastasis of thyroid carcinoma to the thyroglossal duct cyst. Total thyroidectomy performed with Sistrunk's operation due to the possibility of intrathyroidal carcinoma or local invasion, is an effective treatment for thyroglossal duct cyst carcinoma. In the presence of lymph node metastasis to the neck, selective neck dissection should be added to the operation. In this article, a 38-year-old woman with synchronous papillary carcinoma in thyroglossal duct cyst and thyroid gland that metastasized to the neck was presented. Total thyroidectomy and selective neck dissection accompanied by frozen section procedure was performed as treatment, as the pathologic examination of the previous Sistrunk procedure specimen was reported as papillary carcinoma.

#### Keywords

*Thyroglossal duct cyst;  
thyroid neoplasms; synchronous; papillary carcinoma*

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: 27.12.2012

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 05.12.2013

≈

Yazışma Adresi

Dr. Abdulvahap AKYİĞİT

Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

KBB Kliniği,

Elazığ

E-posta: cerra23@gmail.com

## GİRİŞ

**T**iroglossal duktus kisti (TGDK), fetüste tiroidin dil kökünden boyundaki yerine inmesi esnasında tiroglossal duktustaki kısmi veya tam obliterasyon eksikliği sonucu oluşur.<sup>1-2</sup> Boyun derisine açılırsa tiroglossal fistül denir. Konjenital boyun kitleleri içinde en sık görülenidir. Foramen çekumdan sternuma kadar olan bölgede görülebilir.<sup>2</sup> Bu lezyonlarda malignite gelişme riski ve nüks potansiyeli vardır. Tiroglossal duktus kistinde karsinom gelişimi nadir olmakla birlikte %0,7-%1,5 arasında bildirilmiştir.<sup>3,4</sup> Malign olguların %85'ini papiller karsinom oluşturmaktadır.<sup>5</sup> Tiroglossal duktus kistinde tiroid karsinom oluşumu halen tartışmalı bir konu olmakla birlikte literatürde tiroid bezi ile senkronize karsinom gelişimi nadir izlenmektedir.<sup>6</sup>

Bu yazıda, TGDK ile tiroid bezinde senkronize gelişen ve boyuna metastaz yapan papiller karsinom vakası sunulmuştur.

## OLGU SUNUMU

Otuz sekiz yaşında bayan hasta boyun orta hatta şişlik nedeniyle başka bir merkezde Kulak Burun Boğaz uzmanına başvurmuş, yapılan tam kan sayımı, biyokimya ve tiroid fonksiyon testlerinde herhangi bir anormallik saptanmamıştır. Boyun ultrasonografisinde boyun orta hatta yaklaşık 4,5x2,5 cm boyutunda içerisinde hiperekoik solid materyal ve kalsifikasyon bulunan düzensiz lobüle kontürlü, yoğun ekojenik materyalle dolu kistik komponentli lezyon izlenmiştir. Tiroid glandı boyutları normal olup, en büyüğü sol lob posteriorda 10x7 mm boyutunda hiperekoik birkaç adet nodül izlenmiştir. Boyun manyetik rezonans (MR) incelemesinde hyoid kemik seviyesinde sağ paramedian yerleşimli 3,5x3,5x4 cm boyutunda, T1 ve T2A sekanslarında heterojen hiperintens izlenen, yaklaşık 2x1,5 cm boyutunda solid komponenti bulunan, intravenöz kontrast madde sonrası solid komponentte kontrast tutulumu gösteren kistik lezyon izlenmiştir (Resim 1 ve 2). Bilateral servikal zincirde en büyüğü 12x8 mm ile boyun sol tarafta bulunan birkaç adet lenf nodu izlenmiştir. İnce iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) tiroglossal duktus kisti ile uyumlu olarak rapor edilmiştir. Hastada tiroglossal duktus kisti düşünülmesi üzerine Sistrunk operasyonu yapılmıştır. Spesmenin makroskopik incelemesinde 5x3x2,5 cm ölçümlerindeki kistik materyalde 2 cm boyutunda solid alana bitişik 3,5 cm kistik alan ve 1 cm



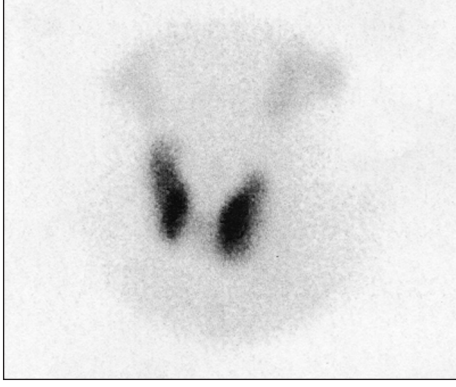
**Resim 1.** Sagittal magnetik rezonans görüntülemeye tiroglossal duktus kisti görüntüsü.



**Resim 2.** Koronal magnetik rezonans görüntülemeye tiroglossal duktus kisti görüntüsü.

uzunluğunda kemik izlenmiştir. Tanı olarak tiroglossal duktus kisti ve papiller karsinom rapor edilmesi üzerine hasta kliniğimize sevk edilmiştir.

Tiroid ultrasonografisinde (USG) her iki tiroid lobu parankim yapısı heterojen görünümde olup, büyüğü istmus lokalizasyonunda solda yaklaşık 8x7 mm boyutlarında ekzofitik uzanımlı kistik alan içeren solid vasıftaki nodül olmak üzere heterojen ekoda bilateral multipl solid nodüller izlendi. Bilateral servikal zincirde büyüğü solda 11x7 mm boyutlarında difüz hipoekoik vasıfta olmak üzere lenf nodları izlendi. Hastaya tiroid sintigrafisi yapıldı. Sintigrafide sağda belirgin olmak üzere her iki tiroid lobu hiperplazik, loblar içi aktivite dağılımı homojendi. Sol lob üst kesimde USG ile izlenen nodül hipoaktif yapıda olup, USG ile izlenen her iki

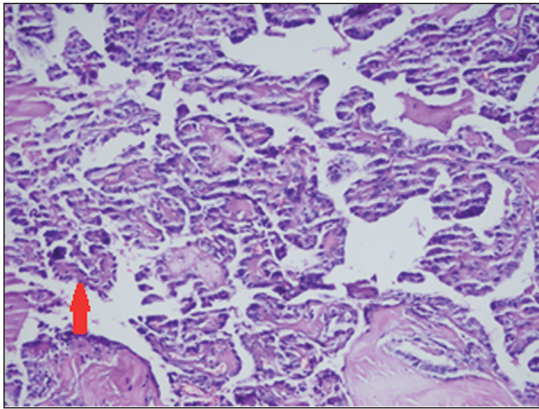


**Resim 3.** Tc 99m ile yapılan tiroid sintigrafisinde sol lob üst kesimde hipoaktif nodül izlenmektedir.

lobdaki diğer nodüllerin aktivitesi, boyutlarının küçük olması nedeniyle değerlendirilemedi (Resim 3).

Hastanın sağ tiroid lobundan ve boyun sol taraftaki lenf nodundan USG eşliğinde ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Tiroid sağ lobdaki İİAB'si yetersiz sitolojik inceleme, sol servikal lenf nodundan yapılan İİAB'si ise normal lenf nodu sitolojisi olarak raporlandı. Hastaya ikinci kez yapılan tiroid sağ lobdaki İİAB sonucu şüpheli olarak rapor edildi.

Bunun üzerine hastaya frozen kesit incelemesi eşliğinde total tiroidektomi ve VI. bölge lenf nodu eksizyonu yapıldı. Tiroid ve VI. Bölge lenf nodu frozen kesit incelemesi sonucunun malign gelmesi üzerine hastaya bilateral II, III, IV ve VI. bölgeleri içeren selektif boyun diseksiyonu yapıldı. Histopatolojik incelemede tiroid sağ lobda 8 mm ve sol lobda ise büyüğü 6 mm boyutunda lenf nodu, boyunda ise en büyüğü 13x10x6 mm boyutunda kapsüllü lenf nodları tespit edildi. Tiroid sağ

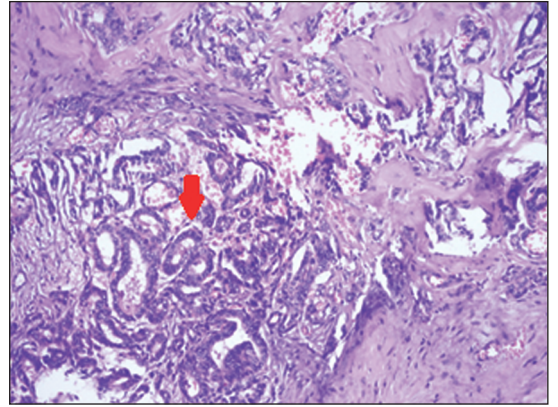


**Resim 5.** Tiroid bezinde papiller karsinomun (kırmızı ok) histolojik bulguları (H&E, x200).

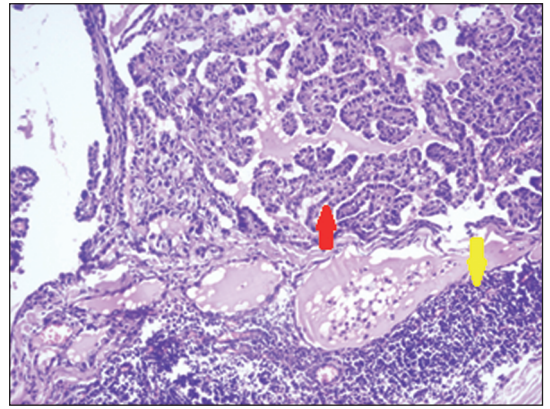
ve sol lobdaki lezyonlar papiller karsinom, boyundaki büyük olan lenf nodu ise papiller karsinom metastazı olarak rapor edildi (Resim 4-6). Hastaya radyoaktif iyot ablasyon tedavisi yapıldı. Hastanın 17 aylık takibinde herhangi bir nüks saptanmadı.

## TARTIŞMA

Tiroid bezi gestasyonel 24. günde gelişen ilk endokrin bezdir. Dil tabanında foramen çekumdan tiroglossal kanal yoluyla orta hatta aşağıya doğru göç ederek normal pozisyonunu almaktadır.<sup>7</sup> Tiroglossal kanal normalde gestasyonel 8. ve 10. haftalar arasında obliter olmaktadır.<sup>8</sup> Kanalın tam olmayan obliterasyonu sonrası kalan epitel genişleyerek tiroglossal duktus kisti oluşumuna neden olabilir. Ellis ve van Nostrand<sup>8</sup> tüm popülasyonun yaklaşık %7'sinde bu obliterasyon eksikliğinin mevcut olduğunu belirtmişlerdir.



**Resim 4.** Tiroglossal duktus kistinde papiller karsinomun (kırmızı ok) histolojik bulguları (H&E, x200).



**Resim 6.** Boyunda lenf nodunda (sarı ok) papiller karsinom metastazının (kırmızı ok) histolojik bulguları (H&E, x200).



Tiroglossal duktus kistinde karsinom gelişimi nadir olmakla birlikte %0,7 ile %1,5 arasında bildirilmiştir.<sup>3,4</sup> Malign olguların %85'ini papiller karsinom, %7'sini mikst papiller-foliküler karsinom, %5'ini yassı hücreli karsinom, %2'sini adenokarsinom ve %1'ini ise anaplastik karsinom oluşturmaktadır.<sup>5</sup> Senkronize tiroglossal duktus ve tiroid bezi karsinomu literatürde nadir bildirilmiştir. Tiroglossal duktus kistinde tiroid kanser oluşumu halen tartışmalı bir konudur. Bazı yazarlar tiroglossal duktus kalıntılarından bulunan normal tiroid dokusu adacıklarından kaynaklandığına inanmaktadır. Bu teori, tiroglossal duktus kistlerinin %62'sinin histopatolojik incelenmesinde, ektopik tiroid doku kümelerinin belirlenmesi nedeniyle güçlenmektedir. Tiroglossal duktus kistinde ve tiroid bezinde senkronize oluşan papiller karsinom multifokal tümör olarak açıklanabileceği gibi bazı yazarlara göre ise tiroid karsinomunun tiroglossal duktus kistine metastazı olarak düşünülmektedir.<sup>9,10</sup>

Tiroglossal duktus kisti karsinomları daha çok dördüncü dekatta görülmektedir. Olgumuzun yaşı benzer şekilde dördüncü dekata uymaktadır. Lezyonların çoğu küçük ve kist ile çevrilmeye birlikte çok azında kapsüller invazyon görülmektedir. Boyun metastazı %7 ile %15 arasında bildirilmesine rağmen uzak metastaz nadir izlenmektedir.<sup>11</sup> Boyun orta hatta sert, fikse, düzensiz ve boyunda lenf nodu ile ilişkili kistik lezyonlarda malignite açısından şüphelenilmelidir.<sup>12</sup> Olgumuzda palpasyonla lenf nodu belirlenememesine rağmen USG ve MR görüntülemelerinde tespit edilmiştir.

Görüntüleme teknikleri, preoperatif malign hastalık teşhisinde çok yeterli olmamaktadır. Ultrasonografik ve manyetik rezonans görüntüleme bulguları spesifik olmamasına rağmen solid komponent içeren görünüm karsinom açısından dikkat çekmektedir. Bilgisayarlı tomografide ise kist içerisinde solid nodül, kalsifikasyon ve düzensiz görünüm sıklıkla izlenmektedir.<sup>13</sup> Olgumuza dış merkezde yapılan USG'de solid komponentli, kalsifikasyon bulunan kistik lezyon, MR'da buna ek olarak solid komponentte kontrast madde tutulumu olduğu rapor edilmiştir. Ayrıca en büyüğü boyun sol tarafta 12x8 mm büyüklüğünde, bilateral servikal zincirde lenf nodları izlenmiştir.

İİAB vakaların %66'sında doğru sonuç vermektedir.<sup>14</sup> Olgumuzun dış merkezde yapılan İİAB'si tiroglossal duktus kisti olarak rapor edilmiştir. Kliniğimizde tiroidektomi öncesi USG eşliğinde yapılan İİAB'sinde tiroid sağ lobdaki nodüler lezyon malignensi açısından şüpheli, servikal lenf nodu ise

normal lenf nodu olarak rapor edilmesine rağmen total tiroidektomi ve boyun diseksiyonu materyalinin patolojik incelemesinde, tiroid sağ lobdaki nodüler lezyon ve servikal lenf nodu, papiller karsinom ve metastazı olarak rapor edilmiştir. Bu sonuçlar, İİAB'nin güvenilirliğini sorgulamaktadır.

Ayrırcı tanıda dermoid kist, mukosel, tiroid hastalıkları, paratiroid kist, tümör veya absesi, orta hat yerleşimli brankiyal yarı kisti düşünülmelidir.<sup>15</sup> Tiroglossal duktus kisti karsinomlarında Sistrunk operasyonu minimum tedavi yöntemi olarak yeterli ve küratif görülmektedir. Nüksleri önlemek için diseksiyon foramen çekuma kadar devam ettirilir ve buraya sütür konularak kist, hyoid korpusu ve traktı ile birlikte tamamen çıkarılır. Bu ameliyat sonrası nüks oranı yaklaşık %3'tür.<sup>1</sup> Dış merkezde, Sistrunk operasyonu ile hiyoid korpusu ve TGDK eksize edilmiştir. Patolojik inceleme sonucu papiller karsinom gelmesi üzerine hasta kliniğimize yönlendirilmiştir.

Ancak tiroglossal duktus kisti karsinomlarında total tiroidektomi halen tartışmalı bir konudur. Tiroidektomi yapılmadan izlenen vakalarda prognozun iyi olduğunu bildiren yayınlar mevcuttur. Ancak bu vaka serilerinin az olması, az hasta sayısından oluşması, tiroglossal duktus kisti karsinomları spesifik risk faktörlerinin analiz edilebilmesi için yetersiz takip süresinin olması nedeniyle tedavi stratejileri tekrar değerlendirilmelidir. Bazı yazarlar bu tümörleri gizli tiroid karsinomlarının metastazı olarak değerlendirdiklerinden total tiroidektomiye etkin tedavinin bir parçası olarak görmektedirler.<sup>16</sup> Ayrıca erişkin hastalarda tiroid bezinde ve tiroglossal duktus kistinde eş zamanlı karsinom nedeniyle total tiroidektomi önerilmektedir. Sistrunk operasyonu ile birlikte yapılan total tiroidektomi, tiroglossal duktus kisti karsinomlarında etkin tedavi yöntemidir.<sup>17</sup> Tiroglossal duktus kisti karsinomlarında N0 boyunda elektif boyun diseksiyonunun tedavide rolü olmadığı düşünülmektedir. Eğer cerrahi sırasında boyunda lenf nodu tespit edilirse frozen kesit incelemesi yapılmalıdır. Frozen kesit incelemesi karsinom gelmesi halinde Sistrunk operasyonu ve total tiroidektomiye selektif boyun diseksiyonu eklenmelidir.<sup>4</sup> Olgumuza total tiroidektomi ve VI. bölgede bulunan lenf nodundan frozen kesit incelemesi yapılmıştır. Frozen kesit incelemesi malign gelmesi üzerine bilateral II, III, IV ve VI. bölgeleri içeren selektif boyun diseksiyonu operasyona dahil edilmiştir.

Postoperatif radyoaktif iyot ablasyon ve tiroid supresyon tedavisi verilmelidir.<sup>4</sup> Hastamıza post-

peratif tiroid supresyon tedavisi başlandı ve daha sonra radyoaktif iyot ablasyon tedavisi yapıldı. Uzun dönem takiplerde tiroglobulin ve vücut taraması, metastaz gelişiminin belirlenmesinde kullanılmaktadır.<sup>17</sup>

Sonuç olarak tiroglossal duktus kisti ile tiroid bezinde senkronize karsinom nadir görülmektedir. Tedavide Sistrunk operasyonu ile total tiroidektomi yapılmalıdır. Eğer boyuna lenf nodu metastazı mevcutsa selektif boyun diseksiyonu operasyona eklenmelidir.

#### KAYNAKLAR

1. Yalçın Ş. Boyun kitleleri. Çelik O, editör. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi. İstanbul: Turgut Yayıncılık; 2002. p. 860-89.
2. Babu ED, Harrison L, Ahmed N, Ramus NI. An unusual presentation of thyroglossal duct cyst. *Int J Clin Pract* 2001;55(4):282-3.
3. Heshmati HM, Fatourech V, van Heerden JA, Hay ID, Goellner JR. Thyroglossal duct carcinoma: report of 12 cases. *Mayo Clin Proc* 1997;72(4):315-9.
4. Doshi SV, Cruz RM, Hilsinger RL Jr. Thyroglossal duct carcinoma: a large case series. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001;110(8):734-8.
5. Bdesha AS, Layer GT. Primary papillary carcinoma of a thyroglossal duct cyst: A report of a case and literature review. *Br J Surg* 1992;79(11):1248-9.
6. Cherian MP, Nair B, Thomas S, Somanathan T, Sebastian P. Synchronous papillary carcinoma in thyroglossal duct cyst and thyroid gland: case report and review of literature. *Head Neck* 2009 ;31(10):1387-91.
7. Kılıç M, Yoldaş Ö, Ertan T, Göçmen E, Koç M. Tiroglossal kanal kistinde ince iğne aspirasyon biopsisi ile tanımlanan papiller karsinom. *Fırat Tıp Dergisi* 2005;10(4):187-9.
8. Park MH, Yoon JH, Jegal YJ, Lee JS. Papillary thyroglossal duct cyst carcinoma with synchronous occult papillary thyroid microcarcinoma. *Yonsei Med J* 2010;51(4):609-11.
9. Pacheco-Ojeda L, Micheau C, Stafford N, Marandas P, Luboinski B, Martinez AL. Papillary carcinoma in thyroglossal duct remnants. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1991;248(5):268-70.
10. Bennett KG, Organ CH Jr, Williams GR. Is the treatment for thyroglossal duct cysts too extensive? *Am J Surg* 1986;152(6):602-5.
11. Mazzaferri EL. Thyroid cancer in thyroglossal duct remnants: a diagnostic and therapeutic dilemma. *Thyroid* 2004;14(5):335-6.
12. Weiss SD, Orlich CC. Primary papillary carcinoma of a thyroglossal duct cyst: report of a case and literature review. *Br J Surg* 1991;78(1):87-9.
13. Park MH, Yoon JH, Jegal YJ, Lee JS. Papillary thyroglossal duct cyst carcinoma with synchronous occult papillary thyroid microcarcinoma. *Yonsei Med J* 2010;51(4):609-11.
14. Bardales RH, Suhlrand MJ, Korourian S, Schaefer RF, Hanna EY, Stanley MW. Cytologic findings in thyroglossal duct carcinoma. *Am J Clin Pathol* 1996;106(5):615-9.
15. Massol N, Nizam S & Mazzaferri E. Cystic thyroid nodules: diagnostic and therapeutic dilemmas. *Endocrinologist* 2002; 12(3):185-98.
16. LaRouere MJ, Drake AF, Baker SR, Richter HJ, Magielski JE. Evaluation and management of a carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst. *Am J Otolaryngol* 1987;8(6):351-5.
17. Kennedy TL, Whitaker M, Wadiah G. Thyroglossal duct carcinoma: a rational approach to management. *Laryngoscope* 1998;108(8 Pt 1):1154-8.