

Geçen Sayının Bilmecesi Olgusunun Yanıtı
Answer of the Last Issue's Case Question

Tiroglossal Duktus Kistinde Papiller Karsinom

Papillary Carcinoma in Thyroglossal Duct Cyst

*Dr. Hilmi Alper ŞENKAL, *Dr. Ali Şefik HOŞAL, **Dr. Özyay GÖKÖZ,
*Dr. Ahmet Bülent SÖZERİ

* Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş-Boyun Cerrahisi AD,
** Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji AD, Ankara

ÖZET

Tiroglossal duktus karsinomu, tüm tiroglossal duktus kistlerinin yaklaşık %1'inde görülen nadir bir malignansidir. Tanı genellikle eksize edilen tiroglossal duktus kistinin histopatolojik incelenmesi ile konur. Kistik orta hat boyun kitlesi ile başvuran 36 yaşındaki bayan hastaya tiroglossal duktus kisti tanısı ile Sistrunk operasyonu uygulandı. Cerrahi spesimenin histopatolojik incelenmesi tiroglossal duktus kistinde papiller karsinom varlığını ortaya koydu. Tiroid gland ultrasonu ve sintigrafisi yapılan hastanın sintigrafi sonucu normal olarak rapor edilirken, ultrason, glandın içerisinde 1 mm'lik nodül varlığını ortaya koydu. Bu nodülün bir papiller karsinom odağı olup olmadığını ortaya koymak amacıyla nodülden ultrason eşliğinde ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Sitolojide malign odak görülmedi. Sistrunk operasyonuna herhangi bir tedavi eklenmedi. Hasta 2 yıldır takip edilmekte ve bu süre içinde herhangi bir tümör rekürrensi veya tiroid tümörü saptanmadı.

Anahtar Sözcükler

Tiroglossal kist, karsinoma, papiller, cerrahi

ABSTRACT

Thyroglossal duct carcinoma is a rare malignancy occurring in approximately 1% of all thyroglossal duct cysts. The diagnosis is usually made on histopathological examination of the excised thyroglossal duct cyst. A 36-year old woman with a cystic midline neck mass was presented as a thyroglossal duct cyst, and she underwent Sistrunk operation. Histopathological examination of the excised cyst revealed papillary carcinoma in the thyroglossal duct cyst. An ultrasound imaging and a scintigraphy of the thyroid gland were taken. Although the scintigraphy was normal, the ultrasound detected a 1 mm nodule in the gland. An ultrasound-guided fine needle aspiration biopsy from the nodule was performed in order to determine whether it was a papillary carcinoma focus. The cytology indicated no malignant focus. No other treatment was added to Sistrunk operation. Neither a recurrence of the tumor nor a thyroid tumor was diagnosed in a follow-up period of 2 years.

Keywords

Thyroglossal cyst, carcinoma, papillary, surgery

Bu yazı 26-31 Mayıs 2007 tarihleri arasında Antalya'da düzenlenen 29. Türk Ulusal Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresinde e-poster olarak sunulmuştur.

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: 17.03.2008

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 23.06.2008



Yazışma Adresi

Dr. Hilmi Alper ŞENKAL

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş-Boyun Cerrahisi AD, B Katı

06100 Sıhhiye, Ankara

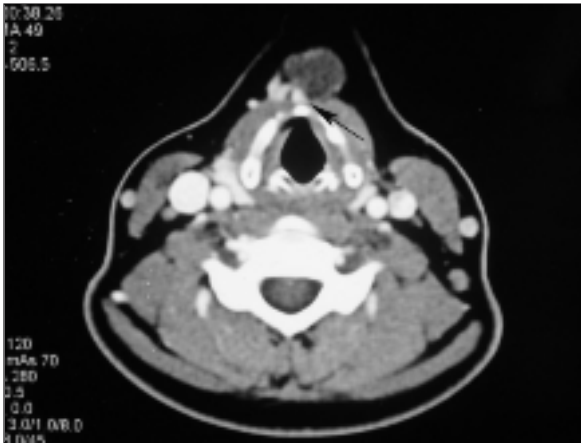
Tel: 90-312-3051785

Faks: 90-312-3113500

E-posta: dralpersenkal@yahoo.com

Tiroglossal duktus (TD) kistlerinin %60'ından fazlasında kist duvarında tiroid dokusu bulunmaktadır. TD kisti karsinomları nadirdir ve tüm TD kisti vakalarının yaklaşık %1'inde görülmektedir.¹ TD karsinomu tanısı genellikle eksize edilen TD kistinin histopatolojik incelenmesi ile konur. TD kisti karsinomlarının gelişim yaşının ortalama 40 olduğu bildirilmiştir.² Kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha sık görülmektedir. Papiller karsinom, TD kisti karsinomunun en sık görülen tipidir (%85); bunu papiller/foliküler karsinom (%8) ve skuamöz hücreli karsinom (%6) takip etmektedir.¹ TD kistinde diğer görülebilen karsinomlar ise Hürthle hücreli karsinom, foliküler karsinom ve anaplastik karsinomdur.¹

TD kistinde papiller karsinom genellikle asemptomatik kitle olarak ortaya çıkmaktadır. Eğer TD kisti palpasyonla sert, irregüler veya fikse ise veya kistte servikal lenf nodlarının eşlik ettiği hızlı ve anlamlı büyüme mevcutsa TD karsinomundan şüphelenilmelidir. Kesin tanı kistin histopatolojik incelenmesiyle konulsa da, TD karsinomu ultrason, BT ve manyetik rezonans (MR)'daki TD kistinde bazı bulguların bulunması ile tespit edilebilmektedir.³ Bu görüntüleme yöntemlerinde TD kistinde bir solid nodül veya kalsifikasyon varlığı, invazif özellikler, irregüler kenar ve kalın duvar olması TD karsinomunu telkin edebilmektedir.^{1,3} Bizim vakamızda, preoperatif yapılan BT tetkikinde, TD kisti içerisinde karsinom odağı bulunduğunu düşündüren kontrast tutan bir nodül görülmüştü (Resim 1'deki siyah ok). Klinik ve radyolojik olarak malignansiden şüphelenildiğinde İİAB faydalı bir preoperatif diagnostik yöntem olabilmektedir; İİAB'nin %53 doğru pozitiflik oranı, %47 yanlış negatiflik oranı mevcuttur.¹

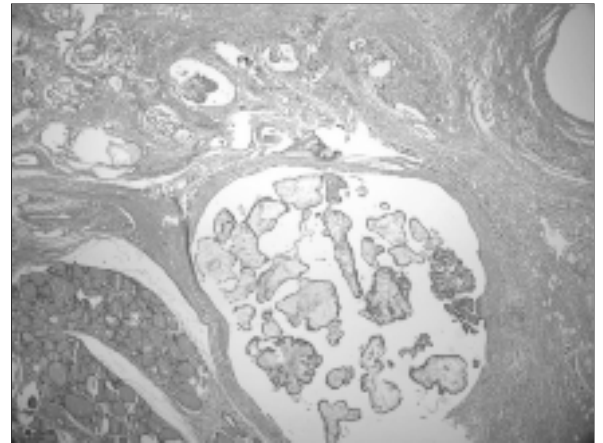


Resim 1. Boyun kontrastlı BT'de hyoid kemiğin kaudalinde, posterior kısmında kontrast tutan nodüler lezyon (siyah ok) bulunan kistik lezyon görülmekte.

TD karsinomu olan hastaların %1'inde ilk başvuru sırasında metastatik lenfadenopati olduğu rapor edilmiştir.² Papiller TD karsinomu olan hastaların %1.3'ünde uzak metastaz olduğu vurgulanmıştır.⁴

Papiller TD karsinomunun kendisinin bir primer tümör mü olduğu yoksa tiroid glanddaki okült bir primer papiller karsinom odağının metastazı mı olduğu konusunda halen belirsizlik mevcuttur. Sunduğumuz vakada yapılan cerrahi sonrasında patoloji raporu alındıktan sonra tiroid gland ultrasonu ve sintigrafisi yapıldı. Sintigrafi sonucu normal olarak rapor edilmesine rağmen ultrasonda, gland sol lobu içerisinde 1 mm'lik nodüler lezyon tespit edildi. Bu nodülün papiller karsinom odağı olup olmadığını anlamak için ultrason eşliğinde ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) alındı. Sitoloji sonucunda malign odak görülmedi. Hastaya ilave cerrahi veya herhangi bir ek tedavi uygulanmadı. Serum tiroglobulin seviyesi de normal olarak tespit edildi.

TD karsinomu tedavisinde rasyonel ve efektif terapötik yaklaşım konusunda ve özellikle de total tiroidektominin rolü ve kistin uygun eksizyonu sonrasında postoperatif radyoaktif iyot tedavisi hakkında tartışmalar mevcuttur.⁵ TD karsinomunun tedavisi primer olarak cerrahidir. TD karsinomu tedavisinde gerekli minimum tedavinin Sistrunk operasyonu olduğu konusunda genel görüş birliği mevcuttur.¹ Bizim vakamızda da hastamıza uygulamış olduğumuz cerrahi, Sistrunk operasyonu (kistin hyoid kemik korpusu ile birlikte eksizyonu) idi. Bazı yazarlar tiroid glandda yüksek olasılıkla eşzamanlı karsinom odağı bulunması veya karsinomun multifokalitesi nedeni ile, Sistrunk operasyonuna ek olarak total tiroidektomi, radyoaktif iyot ile ablasyon ve tiroid hormonu replasmanı uygulanması ge-



Resim 2. Papiller yapılar oluşturan vakuole sitoplazmalı atipik hücreler görülmekte. Sol alt kısımda normal tiroid dokusu görülmekte. H.E x 60.

rektiğini savunmaktadırlar.⁴ Diğerleri ise, tiroid gland palpasyonla ve görüntüleme yöntemlerinde normal görünüme sahipse Sistrunk operasyonunun küratif olduğunu öne sürmektedirler.^{1,3,5} Radyoaktif iyot ve eksojen tiroid hormonu ile supresyon tedavisi ancak Sistrunk operasyonuna total tiroidektomi de eklenirse endikedir. Patel ve ark.na göre, “düşük riskli hastalar” (45 yaşından küçük, yumuşak doku uzanımı ve uzak metastazı olmayan 4 cm’den küçük tümör) klinik ve radyolojik olarak tiroid glandın normal olduğu gösterilirse sadece Sistrunk operasyonu ile yeterli bir şekilde tedavi edilebilmektedir.⁵ Tredati ve ark. düşük riskli hastalarda da Sistrunk operasyonuna ilaveten TSH supresyon tedavisi verilmesinin uygun olduğunu öne sürmüşlerdir.³ Boyun diseksiyonu metastatik lenf nodu olan vakalara saklanmalıdır ve sadece eğer lenf nodlarında metastaz varsa uygulanmalıdır.^{2,4}

Vakaların çoğunda TD karsinomu çok agresif seyretmez ve prognoz iyidir. Kaplan-Meier genel sağkalım yüzdeleri 5 ve 10 yıl için sırası ile %100 ve %95,6’dır.⁵ Patel ve ark. ayrıca, Sistrunk operasyonuna total tiroi-

dektominin eklenmesinin ve başvuruda metastatik boyun hastalığı nedeniyle yapılan lenf nodu diseksiyonunun sonucu anlamlı düzeyde etkilemediğini tespit etmişlerdir.⁵

Hastaların tedavi sonrası takip protokolleri baş ve boyunun klinik muayenesini, cerrahi sahanın ve eksize edilmediyse tiroid glandın ultrasonla görüntülenmesini, tümör belirleyicilerinin ölçümünü (tiroglobulin) ve total vücut sintigrafisini içermelidir.³ Biz hastamızı 2 yıldır klinik muayene, ultrason ve serum tiroglobulin düzeyleri ile düzenli olarak takip etmekteyiz. Hastada bu takip sürecinde herhangi bir rekürrens bulgusu veya tiroid glandda yeni bir tümör odağı tespit edilmedi. Ayrıca kontrollerde yapılan ultrasonlarda tiroid glandda ilk ultrasonda saptanan 1 mm’lik nodül kayboldu.

Sonuç olarak, her ne kadar bu hastalıkta Sistrunk operasyonu minimum gerekli tedavi protokolü olarak kabul edilse de, en son tıbbi literatür ve hastanın bireysel durumu göz önüne alınarak ek tedavi yöntemleri uygulanabilir. Tedavi sonrasında uzun dönem klinik ve radyolojik takip gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Motamed M, McGlashan JA. Thyroglossal duct carcinoma. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;12: 106-9.
2. Ozturk O, Demirci L, Egeli E, Cukur S, Belenli O. Papillary carcinoma of the thyroglossal duct cyst in childhood. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2003;260:541-3.
3. Astl J, Dusková J, Kraus J, Vlcek P, Kodet R, Lastůvka P, et al. Coincidence of thyroid tumor and thyroglossal duct remnants. Review of the literature and presentation of three cases. *Tumori* 2003;89:314-20.
4. Pribitkin EA, Friedman O. Papillary carcinoma in a thyroglossal duct remnant. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;128:461-2.
5. Patel SG, Escrig M, Shaha AR, Singh B, Shah JP. Management of well-differentiated thyroid carcinoma presenting within a thyroglossal duct cyst. *J Surg Oncol* 2002;79:134-9.