

Tiroglossal Kanal Kisti Zemininde Gelişen Tiroid Papiller Karsinomu; Nadir Yerleşimli Papillary Carcinoma Arising From Thyroglossal Duct Cyst; Rare Location

Havva Erdem¹, Nilüfer Kadioğlu¹, Ali Kemal Uzunlar¹, Ümran Yıldırım¹, Murat Oktay¹, Cem Şahiner¹, Süleyman Yılmaz²

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı

Özet

Konjenital boyun kistlerinden en sık karşılaşılan tiroglossal kanal kistidir (TKK) ve %1 oranında malign hale gelebilir. En sık görülen malign patoloji, tiroidin papiller karsinomasıdır. Tedavinin planlanması ve tanı için genellikle patolojik inceleme gereklidir. Burada, boyun sağ medial yerleşimli, 3x2 cm çaplı TKK' i olan, transservikal eksizyon ile tedavi edilen 38 yaşında erkek hasta sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Tiroglossal dukt kisti, boyun kistleri, papiller karsinom.

Abstract

The most common congenital neck masses, thyroglossal duct cyst (TDC) 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 for planning the treatment. Herein, we report a 3x2cm diameter isolated TDC of the right medial in a 38-year-old man who was treated by transcervical excision.

Keywords: Thyroglossal duct cyst, neck cyst papillary carcinoma.

Giriş

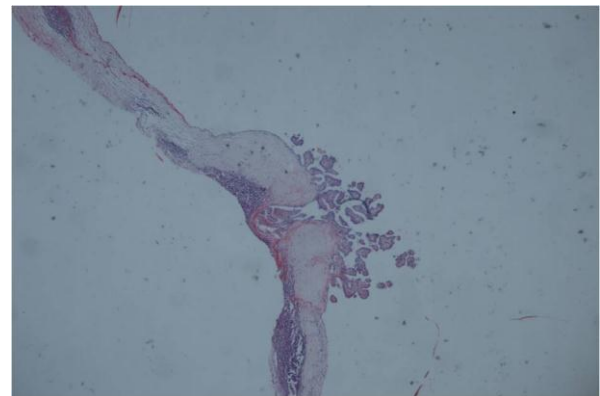
Tiroglossal kanal kisti (TKK) tiroid glandının en sık görülen gelişimsel anomalisidir. Sıklıkla benign dirlir. Tiroid glandı aşağı boyuna inerken köken aldığı dil köküne tiroglossal kanal ile bağlanmış haldedir. Normalde yaşamın 6.haftasında bu kanal geriler, gerilemezse kist ya da fistül haline gelir (1). TKK malign lezyon gelişimi oldukça nadirdir.

Vakaların %1'i malign hale gelebilir (2). En sık görülen malign patoloji tiroidin papiller karsinomasıdır. Yurt dışı literatürlerde şimdiye kadar yayınlanan vaka sayısının 200 civarında olduğu belirtilmiştir (3). Türkiye Tıp Dizini'ne bakıldığında bu konuda yayınlanan vaka sayısının altı olduğunu görülmektedir (4-8). Burada TKK zemininde gelişen tiroid papiller karsinomlu olgunun sunulması amaçlandı.

Olgu Sunumu

Boynunda şişlik şikayeti ile 38 yaşındaki erkek hasta kulak burun boğaz polikliniğine başvurdu. Fizik muayenesinde sağ sternokleidomasteideus kasının 1/3 orta kısmının medialinde yer alan 3x2cm'lik, mobil, yumuşak kıvamlı kitle palpe edildi. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Tam kan ve biyokimyasal değerleri normaldi. Brankial

kist ön tanısı ile kitleye eksizyonel biyopsi yapıldı. Patoloji laboratuvarına gönderildi. Gönderilen materyalde makroskopik olarak 2,8 x 2,5 x 1,5 cm ölçülerde, kahverengi renge ve kesit yüzeyinde kistik yapı içinden sarı renkli seröz kıvamda sıvı boşaldığı izlendi. Kese duvarına yapışık, lümen uzanan sarı renkli 1 x 0,6 x 0,4 cm ölçülerde polipoid lezyonlar dikkati çekti. Mikroskopik incelemesinde kistik yapı içerisinde 1cm'lik alanda papiller dallanmalar izlendi. Bu yapılarda şeffaf nükleuslu, yarıklanma ve inklüzyon içeren tiroisit nükleusları görüldü (Resim 1,2). Olgu TKK zemininde gelişen papiller tiroid karsinom olarak raporlandı.

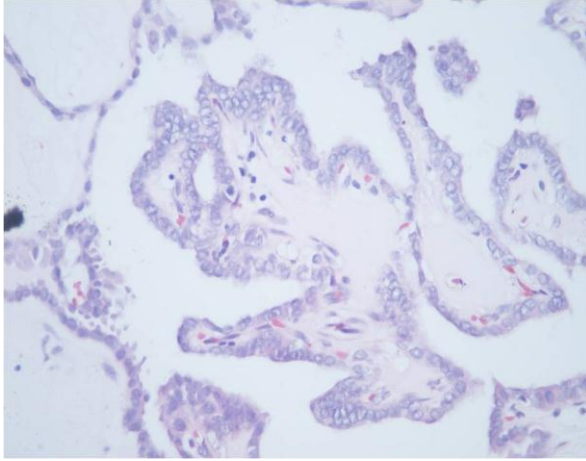


Resim 1. Kist duvarına tutunmuş papiller yapılar izlendi (H&E X 100).

İletişim Bilgisi / Correspondence

Yard. Doç. Dr. Havva Erdem, Düzce Tıp Fak Patoloji AD Konuralp/Düzce E-posta: drhavvaerdem@hotmail.com

Geliş tarihi / Received: Nisan / April 04, 2012; Kabul tarihi / Accepted: Haziran / June 07, 2012 Çıkar Çatışması / Conflict Of Interest: Yok / None



Resim 2. Fibrovasküler stalka sahip, üst üste binme ve şeffaf nukleus içeren tiroisitler izlendi (H&E X 200).

Olguya yapılan tiroid sintigrafisinde ve ultrasonografide özellik izlenmedi. Tiroid fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Patolojik incelemede malignite kist duvarlarını aşmadığından dolayı vakaya tiroidektomi planlanmadı.

Tartışma

Tiroid, embriyolojik hayatta farenks tabanından boyuna doğru göç ederken tiroglossal kanalı kullanır. Bu kanal, zaman içinde kanal özelliğini yitirerek kaybolur. Ancak kanalın bazı kısımları persistan kalabilir ve kanalı oluşturan hücrelerin sekresyonlarına devam etmeleri sonucunda kist ortaya çıkar (1).

TKK, brankial kleft kistlerinden iki kat daha fazladır. 1534 vakalık bir inceleme çalışmasında vakaların %67'sinde kist, %33'ünde de fistül olduğu izlenmiştir. TKK yaklaşık %90'ı boyun orta hatta yerleşir bazıları paramedial olarak yerleşebilir, paramedial yerleşimliler genellikle solda olur (1). Bu olguda TKK orta hattın sağında yerleşmiş olup nadir görülen lokalizasyona sahiptir.

TKK genelde 1-5cm arasındadır. Mukoid ya da jelatinöz materyal içerir. Mikroskopisinde tiroid dokusu her zaman görülmez. Epiteli silli psodost-rafiye kolumnar, kuboidal ya da stratifiye skuamöz epitel olabilir (9). Vakamızda lezyon yaklaşık 3 cm çapındaydı, seröz kıvamda mayi içeriyordu,

mikroskopik incelemesinde duvarında tiroid folikül epiteli mevcuttu.

TKK zemininde kanser gelişimi, sıklıkla hayatın 4.dekadında görülür. Vakaların büyük çoğunluğu lezyonun cerrahi olarak çıkarılmasından sonra tanı alır (10). TKK içerisinde, tiroid dokusu elemanlarından ve yassı hücreli epitelden gelişen 2 tip karsinom bildirilmiştir. En sık görülen patoloji papiller karsinomdur (%85), folliküler karsinom (%15) ve yassı hücreli karsinom (%6) daha az oranda görülürler (11,12).

Bu vakada da preoperatif papiller karsinomu düşündürecek herhangi bir patoloji tespit edilmedi. Tanı kistin eksizyonunun patolojik incelenmesi ile konuldu.

TKK'den gelişen papiller karsinomlar 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 maligniteyi akla getirmelidir (12). Tiroidin papiller karsinomunun tiroidde hiçbir belirgin lezyon olmaksızın metastaz yaptığı düşünüldüğünde tiroglossal kistte görülen papiller karsinomun primer olup olmadığını netleştirmek gereklidir. Kistin epitel duvarının olması, kistin içinde veya yakınında normal tiroid dokusunun olması ve tiroidin histopatolojik incelemesinin normal olması gerekmektedir (12). Bu vakalara tiroidektomi konusunda da fikir birliği yoktur. Bazı yazarlar cerrahiden yanayken bazıları da takip ya da kistin çıkarılmasının yeterli olduğu düşüncesindedirler. Kist duvarının invazyonu da tiroidektomi ve hatta boyun diseksiyonu için bir kriter olarak ileri sürülmüştür (10-12). Bu vakada kistin eksizyonu yeterli görülmüştür.

Nadir görülmesi nedeniyle tiroglossal kist zemininde gelişen papiller tiroid karsinomlar gözden kaçabilir. Hızlı büyüyen boyun kitlelerinde boyun radyolojik ve sitolojik incelemeleri yapılmalıdır (13).

Her vakada olduğu gibi kistik lezyonlarda da malignite akılda tutulmalı ve kliniko- patolojik değerlendirme yapılmalıdır.

REFERENCES

1. Antonio, Pieter J. Slootweg Pathology of Head and Neck, Thyroglossal Duct Cyst and Ectopic Thyroid, Springer Germany; 1 edition.2006; p.268.
2. Albayrak Y, Albayrak F, Kaya Z, Kabalar E, Aylu B. A case of papillary carcinoma in a thyroglossal cyst without a carcinoma in the thyroid gland, Diagn Cytopathol. 2011;39:38-41.
3. Kwon JK, Lee SM, Lee HM, Lee JC. Papillary thyroid carcinoma arising from a primary thyroglossal duct cyst with cervical node metastases. Thyroid. 2012;22:330-1.
4. Zeynep Şıklar, Merih Berberoğlu, Aydın Yağmurlu, Bülent Hacıhamdioğlu, Şenay Savaş Erdeve, Suat Fitöz, Metin Kır, Gönül Öçal. Synchronous Occurrence of Papillary Carcinoma in the Thyroid Gland and Thyroglossal Duct in an Adolescent with Congenital Hypothyroidism J Clin Res Pediatr Endocrinol 2012;4:30-33.
5. Emine Elif Altuntaş, Şahande Elagöz, Ersin Tuncer, Ayhan Koyuncu, Suphi Müderris. Tiroglossal kanal kistinde papiller karsinoma: İki olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi. Cumhuriyet Tıp Derg 2012;34:107-12.
6. Mehmet Akif Eryılmaz, Hatice Toy. Tiroglossal Ductus Kisti İçerisinde Primer Tiroid Papiller Karsinomu Ve Seksen Aydan Fazla Takibi . Eur j Gen Med 2011;8(1):69-71.
7. Nuray Voyvoda, Nihat Taşdemir. Papillary Carcinoma Arising from Thyroglossal Duct Cyst Detected by Ultrasonography: a Case Report. Fırat Tıp Dergisi 2010;15(3):158-9.
8. Hilmi Alper Şenkal, Ali Şefik Hoşal, Özay Gököz, Ahmet Bülent Sözeri. Tiroglossal Duktus Kistinde Papiller Karsinom. KBB ve BBC Dergisi 2009;17(2):82-4.
9. Yuri E. Nikiforov, Paul W. Biddinger, Lester D. R. Thompson. thyroglossal duct cyst. Embryology and Developmental Lesions. In: diagnostic pathology and molecular genetics of the thyroid, Yuri E. Nikiforov, Paul W. Biddinger, Lester D.R. Thompson (eds). Philadelphia, JB Lippincott . 2009; p.18-20.
10. Torcivia A, Polliand C, Ziol M, Dufour F, Champault G, Barrat C., papillary carcinoma of the thyroglossal duct cyst: report of two cases, Rom J Morphol Embryol 2010, 51:775-777.
11. Wigley TL, Chonkich GD, Wat BY. Papillary Duct carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst. otolaryngology H & n surgery 1997; 116:3:386-388.
12. Martín-Pérez E, Larrañaga E, Marrón C, Monje F.: primary Papillary carcinoma arising in the thyroglossal Duct cyst. Eur J Surgery 1997; 163: 143 – 145.
13. Balalaa N, Megahed M, Ashari MA, Branicki F, thyroglossal duct cyst papillary carcinoma case rep oncol. 2011 4: 39-43.

