

Tiroglossal Duktus Kisti ve Fistüllerindeki Tecrübelerimiz

Our Experience in the Thyroglossal Duct Cysts and Fistulas

Beyhan Yılmaz¹, Engin Şengül¹, Aylin Gül¹, Mehmet Akdağ¹, Fazıl Emre Özkurt¹,
Hakan Özkan¹, İsmail Topçu¹

¹ Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz AD., Diyarbakır.

Özet

Bu çalışmada; tiroglossal duktus kisti nedeniyle opere edilen 45 hastanın, muayene bulguları, klinik özellikleri ve tedavi yöntemlerinin ilgili literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır. Kliniğimizde tiroglossal duktus kisti ön tanısı ile opere edilen 45 hastanın başvuru nedeni, fizik muayene bulguları, tanı yöntemleri, tedavi şekli, cerrahi tedavi sonrası nüks ve komplikasyonlar oranları ile patoloji sonuçları kayıtları incelendi. 45 hastanın; 26'sı (% 59) erkek, 19' u (% 41) kadın idi. Yaş aralığı 0-58 yaş olup, yaş ortalaması 12.44 idi. En sık başvuru nedeni; boyun orta hatta ara ara olan akıntı (%51.1) ve boyunda şişlik şikayeti (%44.4) olup, daha nadir olarak da çene altında şişlik (%6.6), nefes almada güçlük (%4.4) ve göğüste şişlik (%2.2) şikayetlerinden oluşuyordu. Muayenede; 23 hastada fistül, 22 hastada kist formasyonu saptandı. Olguların 37'si primer, 8'i nüks vakadan oluşuyordu. Hastaların hepsine Sistrunk operasyonu uygulanmıştı. Opere edilen hastaların yaklaşık 3 yıllık takiplerinde nüks izlenmedi. Boyun orta hatta şişlik ve akıntı nedeni ile başvuran hastaların ayırıcı tanısında tiroglossal duktus kisti düşünülmelidir. Tiroglossal duktus kistlerinde maligniteye dönüşüm ihtimali olduğundan tedavisi cerrahidir. Cerrahi tedavi olarak rekürrens oranının en az olduğu Sistrunk ameliyatı uygulanır.

Anahtar kelimeler: Boyun orta hatta kitle, tiroglossal duktus kisti, sistrunk ameliyatı.

Abstract

In this study, 45 patients were operated for thyroglossal duct cyst, examination findings, clinical features and treatment options are discussed with the relevant literature. 45 patients who operated due to thyroglossal duct cyst were retrospectively analyzed. The presenting symptoms, examination findings, demographic characteristics, imaging techniques, treatment modalities, surgical and histopathologic diagnosis of recurrence after treatment, and complication rates were evaluated. 45 patients, 26 (59%) were male, 19(41%) were female. The age range was 0-58 years and the mean age was 12,44. The most common reason for admission, discharge, intermittent midline of the neck (51.1%) and neck swelling (44.4%) and more rarely, swelling under the jaw (6.6%), difficulty breathing (4.4%), and chest swelling (% 2.2) consisted of complaints. Examination, 23 patients with fistulas, cysts formation were detected in 22 patients. 37 cases of primary, recurrent cases consisted of 8. Sistrunk operation were performed in all patients. Average 3-year follow-up, recurrence was observed in patients who underwent surgery. Neck swelling and discharge from the midline thyroglossal duct cyst should be considered in the differential diagnosis of patients presenting with reason. Thyroglossal duct cysts should be treated surgically because of the risk of malignant degeneration. Sistrunk surgery treatment, recurrence rate and a low risk of complications due to at least the gold standard.

Key words: Midline neck mass, thyroglossal duct cyst, sistrunk surgery.

Giriş

Tiroglossal duktus kisti boyun orta hattında en sık görülen konjenital boyun kitlesidir. Tiroid bezin embriyolojik gelişimi sırasında oluşan tiroglossal duktus, tiroid bez göçünü tamamladıktan sonra kaybolmayıp kistik bir hal alması sonucu oluşur [1]. Tiroglossal duktus kistleri genellikle boyun orta hattında olup, yutkunma hareketi ile aşağı - yukarı hareket eden ağrısız bir şişlik şeklindedirler. Cilde fistülize olduklarında ise tiroglossal fistül olarak

adlandırılırlar [2]. Tiroglossal duktus kistinde papiller, yassı epitel hücreli, folliküler, anaplastik tiroid kanseri ve Hurtle hücreli karsinom gibi maligniteler gelişebilir [3]. Bu nedenle tedavisi cerrahidir. Cerrahide Sistrunk ameliyatı altın standarttır. Sistrunk ameliyatında hyoid kemik korpusu ile birlikte kist traktusu tamamen çıkartılmaktadır. Bu çalışmada tiroglossal duktus kisti tanısı ile Sistrunk ameliyatı yapılan 45 hastanın verileri

Sorumlu yazar / Corresponding Author: Beyhan Yılmaz

Adres: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak-Burun-Boğaz AD., Diyarbakır

E-posta: drbeyhanyilmaz@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 03.12.2013

Kabul Tarihi / Accepted: 12.08.2014

retrospektif olarak incelenmiş, başvuru şikayetleri, klinik özellikleri ve tedavi yöntemleri değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem

2005-2013 yılları arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB kliniğinde tiroglossal duktus kisti ön tanısı ile opere edilen 45 hastanın dosyası geriye dönük olarak incelendi. Hastaların başvuru şikayeti, muayene bulguları, demografik özellikleri, tanı yöntemleri, cerrahi tedavi sonrası nüks ve komplikasyonlar oranları ile patoloji sonuçları incelendi.

Bulgular

Ameliyat edilen 45 hastanın; 26(% 59)'sı erkek, 19(% 41)'u kadındı. Yaş aralığı 0-58 yaş olup, hastaların % 53'ü 10 yaş altında, %24'ü ikinci dekatta, %8.8'i üçüncü dekatta, %13.3'ünün ise 30 yaş üzerinde olduğu izlendi. Yaş ortalaması 12.44'idi.

En sık başvuru şikayeti; boyunda ara ara olan akıntı (%51.1) ve boyunda şişlik (%44.4) olup, daha nadir olarak da çene altında şişlik (%6.6), nefes almada güçlük (%4.4) ve göğüste şişlik (%2.2) gibi şikayetlerden oluşuyordu.

Fizik muayenede lezyon, 23 hastada fistül, 22 hastada kist formasyonu gösteriyordu. Kist formu, iyi sınırlı, mobil ve ağrısız şişlik şeklinde, fistülize olanlarda ise fistül ağzı mevcuttu.

Muayenede; lezyon olguların tamamında boyun orta hattında olup, hastaların 36(%80)'sında infrahyoid, 5(%11.1)'inde suprahyoid, 3(%6.6)'ünde suprasternal, 1(%2.2)'inde ise intralingual yerleşimli olduğu izlendi.

Olguların 37'si primer, 8'i nüks vakadan oluşuyordu. Nüks vakaların hepsi fistülize olup, tekrarlayan akıntı şikayetleri mevcuttu. Vakaların hepsine genel anestezi altında Sistrunk operasyonu yapıldı. Ameliyat edilen hastaların yaklaşık 3 yıllık takiplerinde nüks görülmedi.

Tartışma

Tiroglossal duktus kistleri boyunda en sık odontojenik olmayan kistlerdir ve konjenital kistik lezyonların %70'ini oluşturur [4]. Kadın ve erkekte eşit oranda görülen bu kistler, her yaşta görülebilmekle birlikte en sık yaşamın ilk dekatında ortaya çıkmaktadır [5]. Bizim çalışmamızda 45 hastanın; 26(% 59)'sı erkek,

19(% 41)'u kadındı ve literatürle uyumlu olarak olguların %53'ü ilk dekatta, %24'ü ikinci dekatta, %8.8'i üçüncü dekatta ve %13.3'ünün ise 30 yaş üzerinde olduğu görüldü.

Tiroglossal duktus kistlerinin yaklaşık yarısı enfekte olur. Hastalar en çok bu nedenle doktora başvururlar [5-7]. Ancak lokalizasyon olarak intralingual veya suprahyoid yerleşimli olan kistler; boğulma hissi, yutma güçlüğü veya ses değişikliğine neden olabilirler [8]. Bizim hastalarımızda da en sık başvuru şikayeti; boyunda ara ara olan akıntı ve boyunda şişlik olup, daha nadir olarak da çene altında şişlik, nefes almada güçlük ve göğüste şişlik gibi şikayetler mevcuttu.

Tiroglossal duktus kisti, boyun önünde orta hatta veya orta hata yakın yerde yerleşim gösterir. Seviye olarak da embriyolojik gelişim nedeni ile tiroglossal duktusun yolu boyunca dil kökü ve tiroid arasında herhangi bir yerde ortaya çıkabilmektedir [1]. Literatürde geniş seriler ile yapılan çalışmalarda kistin yerleşim yeri olarak en sık, %61 oranında infrahyoid, %24 oranında suprahyoid, %13 oranında suprasternal, %2 oranında intralingual yerleşimli olduğu bildirilmiştir [8]. Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak en sık, infrahyoid, sonra suprahyoid ve daha sonra suprasternal ve intralingual yerleşim izlenmiştir.

Tiroglossal duktus kistlerinin dermoid kist, tiroid piramidal lobu, tiroid adenomu, tiroid karsinomu, aberran tiroid dokusu, brankial yarı kisti, lipom, lenfadenopati, hemanjiom, lenfanjiom, laringesel ve teratom ile ayırıcı tanısının yapılması gerekmektedir [9,10]. Tanıda, iyi bir anamnez sonrası yapılan fizik muayene bulguları önemlidir. fizik muayenede; dilin dışarı çıkartılması ve yutma esnasında kitlenin aşağı-yukarı olan hareketi patognomoniktir [11,12]. Ancak tanıyı kesinleştirmek, normal tiroid dokusunun var olup olmadığını göstermek ve kist içinde oluşabilecek malign dejenerasyonları göstermek için yardımcı tetkikler yapılmalıdır. Ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme, tiroid sintigrafisi, tiroid fonksiyon testleri ve ince iğne aspirasyon biyopsisi kullanılan yardımcı tetkiklerdir [11,12]. Ultrason, tiroglossal duktus kisti düşünülen hastada ilk yapılması gereken görüntüleme yöntemidir [13]. Ultrasonun, pahalı olmaması, çocuklarda sedasyona ihtiyaç olmaması,

radasyon içermemesi, invaziv olmaması ve kitle ile normal tiroid dokusu hakkında faydalı bilgiler vermesi avantajlarıdır [14]. Bizim olgularımızın değerlendirilmesinde rutin olarak USG kullanılmış, sadece gerekli bir kaç hastada tomografi veya MR kullanılmıştır.

Tiroglossal kistlerde malign lezyonların %1 oranında görüldüğü bildirilmiştir [15]. En sık görülen malign lezyon tiroid papiller karsinomdur ve %80 oranında görülür. Daha nadir olarak Hurtle hücreli karsinom, skuamöz hücreli karsinom, foliküler ve anaplastik karsinom da görülür [16]. Nadir görülmesi nedeniyle cerrahi eksizyondan önce maligniteden kuşkululanmaz. Fikse ve boyutu hızla artış gösteren bir kitle varlığında maligniteden kuşkululanabilir. İleri yaştaki hastalar, kadın hastalar ve lezyonun hızlı büyüme gösterdiği hastalar malignite yönünden daha fazla risk altındadır [17]. Malignite şüpheli lezyonlarda hastalar ince iğne aspirasyon biyopsisi ile değerlendirilmeli, ince iğne aspirasyon biyopsi sonucu şüpheli veya yetersiz olduğu durumlarda frozen çalışılmalıdır [18]. Bizim olgularımızda maligniteyi düşündürücek bulgu saptanmadı-

ğından ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılmasına ihtiyaç duyulmamıştır.

Tiroglossal duktus kistinde tedavi cerrahi olup, ameliyatın adı Sistrunk ameliyatıdır. Sistrunk ameliyatında, kist ile birlikte hyoid kemiğin gövdesi çıkartılır. Kist traktı ise dil köküne kadar takip edilerek bağlanır. Bu cerrahi prosedür sonrası nüks oranı %1,5-4 olarak bildirilirken hyoid korpusunun çıkarılmadığı olgularda bu oran %38'e çıkmaktadır [19,20]. Bizim de hastalarımızın hepsine Sistrunk ameliyatı uygulandı ve ortalama 36 aylık takip süresinde rekürrens izlenmedi. Tiroglossal kanal kistinden gelişen malign lezyonların tedavisi kesinlik kazanmamıştır. Tiroglossal traktın çıkarılması standart prosedürdür ancak tümör yayılımı uygulanacak cerrahi yöntemi belirler [21,22].

Sonuç olarak; boyun orta hatta şişlik şikayeti ile başvuran hastaların ayırıcı tanısında tiroglossal duktus kisti olabileceği akılda tutulup tanıya yönelik testler ona göre planlanmalı ve tedavisinde sistrunk ameliyatının altın standart olduğu unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Al-Khateeb TH, Al Zoubi F. Congenital neck masses: a descriptive retrospective study of 252 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65:2242-7.
2. Özlügedik, Samet, et al. "Tiroglossal Duktus Kistleri." *Journal of Ankara University Faculty of Medicine*.2008;61:36-38.
3. Ewing CA, Kornbulut A, Greeley C, Manz H: Presentations of thyroglossal duct cysts in adults. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1999;256(3):136-138.
4. Mohan PS, Chokshi RA. Thyroglossal duct cysts: a consideration in adults. *The American Surgeon* 2005;71:508-511.
5. Telander RL, Deane SA. Thyroglossal and branchial cleft cysts and sinuses. *Surg Clin North Am* 1977; 57: 779-791.
6. Benner KG, Organ CH Jr, Williams GR. Is the treatment for thyroglossal duct cysts too extensive? *Am J Surg* 1986; 152: 602- 605.
7. Sanders LE, Cady B. Embryology and developmental abnormalities. In: Cady B, Rossi RL, eds. *Surgery of the thyroid and parathyroid glands*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1991: 5-12.
8. Allard RH. The thyroglossal cyst. *Head Neck Surg* 1982;5:134-146.
9. Athow AC, Fagg NL, Drake DP. Management of thyroglossal duct cysts in children. *Br J Surg* 1989; 76: 811-814.
10. Josephson GD, Spencer WR, Josephson JS. Thyroglossal duct cyst: the New York Eye and Ear Infirmary experience and a literature review. *Ear Nose Throat J* 1998; 77: 642-651.
11. Ahuja AT, Wong KT, King AD, Yuen EH. Imaging for thyroglossal duct cyst: the bare essentials. *Clin Radiol*.2005;60:141-148.
12. Mondin V, Ferlito A, Muzzi E, Silver CE, Fagan JJ, Devaney KO, Rinaldo A. Thyroglossal duct cyst: personal experience and literature review. *Auris Nasus Larynx*. 2008;35:11-25.
13. Brousseau VJ, Solares CA, Xu M, Krakovitz P, Koltai PJ. Thyroglossal duct cysts: presentation and management in children versus adults. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2003;67:1285-1290.
14. Shah R, Gow K, Sobol SE. Outcome of thyroglossal duct cyst excision is independent of presenting age or symptomatology. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2007;71:1731-1735.
15. Maddalozzo J, Vankatesan TK, Gupta P. Complications associated with the Sistrunk procedure. *Laryngoscope* 2001;111:119- 123.
16. Horisawa M, Niinomi N, Ito T. What is the optimal depth for core-out toward the foramen cecum in a thyroglossal duct cyst operation? *J Pediatr Surg* 1992;27:710-713.
17. Kennedy TL, Whitaker M, Wadhi G. Thyroglossal duct carcinoma: a rational approach to management. *Laryngoscope* 1975;108:1154-1158.
18. Mondin V, Ferlito A, Muzzi E, et al. Thyroglossal duct cyst: personal experience and literature review. *Auris Nasus Larynx* 2008;35:11-25.