

Tiroglossal Duktus Kistleri

Thyroglossal Duct Cysts

Samet Özlügedik, Yavuz Fuat Yılmaz, Anıl Tuncay, Ali Titiz, Adnan Ünal

Ankara Numune Hastanesi 1. Kulak Burun Boğaz Kliniği

Tiroglossal duktus kistleri, tiroglossal duktusun kısmi veya tam obliterasyon eksikliği ve içindeki epitelin sekretuar özelliği sonucunda gelişen benign kistik oluşumlardır. Çoğunlukla boyun orta hattında, yutkunma sırasında vertikal doğrultuda hareketli ve ağrısız bir şişlik olarak ortaya çıkan bu lezyonlar bazen cilde fistüleze olabilirler ve tiroglossal fistül olarak adlandırılırlar. Bu makalede kliniğimizde tiroglossal duktus kisti ve/veya fistülü tanısı ile Sistrunk ameliyatı yapılan 21'i primer, 4'ü nüks olgu olmak üzere toplam 25 olgu sunuldu. Tüm olgular ayrıntılı anamnez, KBB muayenesi, boyun USG ve/veya CT ile değerlendirildi. Olguların 17'sinde fistül (% 68), 8'inde (% 32) kist formasyonu saptandı. Postoperatif dönemde 2 hastada antibiyotik tedavisine yanıt veren yara enfeksiyonu gelişti. Ameliyat edilen hastaların ortalama 32 aylık takiplerinde nüks görülmedi. Tiroglossal duktus kistlerinde malign dejenerasyon riski olduğu için cerrahi olarak tedavi edilmiştir. Tedavide Sistrunk ameliyatı en az rekürrens oranıyla güvenli ve komplikasyon riski düşük bir cerrahi prosedürdür.

Anahtar Kelimeler: **Tiroglossal duktus kistleri, boyun, kist**

Thyroglossal duct cyst are benign cystic formations those develop due to total or partial obliteration defect of thyroglossal duct with secretory function of the surrounding epithelium. They are usually located at the midline of the neck and move vertically during swallowing. They are usually painless and sometimes they can fistulae to skin and termed as thyroglossal fistulae. In this study we present 25 cases diagnosed as thyroglossal duct cyst and/or fistulae in our clinic. 21 out of these cases had primary, 4 had recurrent disease and all are undergone Sistrunk operation. All the cases were evaluated by detailed history, otorhinolaryngologic examination, neck ultrasonography or computed tomography. 17 of the cases (68%) were observed to have fistulae and 8 (32%) cyst formation. In 2 patients postoperative wound infection was developed and responded to antibiotic therapy. No recurrence was observed in 32 months follow up period. Thyroglossal cysts have to be operated since there is risk of malign degeneration. Sistrunk operation has the lowest recurrence rate and it is a reliable method with a low complication rate.

Key Words: **Thyroglossal Duct Cysts, neck, cyst**

Tiroglossal duktus kistleri, tiroglossal duktusun kısmi veya tam obliterasyon eksikliği ve içindeki epitelin sekretuar özelliği sonucunda gelişen benign kistik oluşumlardır(1,2). Çocuklarda konjenital boyun kitlelerinin %70'ini oluşturan bu lezyonlar genellikle ilk iki dekatta semptomatik hale gelse de, nadiren ileri yaşlarda da görülebilir(3,4). Tiroglossal duktus kistleri çoğunlukla boyun orta hattında, yutkunma sırasında vertikal doğrultuda hareketli ve ağrısız bir

şişlik olarak orta çıkarlar. Cilde fistüleze olduklarında ise tiroglossal fistül olarak adlandırılırlar. Tiroglossal duktus kistlerinde çok nadiren malignite gelişme riski olduğu için tedavi, hiyoid korpusunun da dahil edildiği cerrahi eksizyondur.

Bu makalede kliniğimizde tiroglossal duktus kisti ve/veya fistülü tanısı ile Sistrunk ameliyatı yapılan 21'i primer, 4'ü rekürrens olgu olmak üzere toplam 25 olgunun verileri geriye dönük olarak incelenmiş,

Başvuru tarihi: 19.11.2007 • Kabul tarihi: 23.03.2008

İletişim

Samet Özlügedik
Ankara Numune Hastanesi 1. Kulak Burun Boğaz Kliniği
Tel : (505) 904 68 48
Faks :
E-posta adresi : sametozlugedik@yahoo.com

semptomlar, ameliyat bulguları, postoperatif komplikasyonlar ve rekürrens açısından değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem

2001-2006 yılları arasında tiroglossal kist veya fistül tanısıyla ameliyat edilen 21'i primer, 4'ü rekürrens olgu olmak üzere toplam 25 olgunun dosyaları retrospektif olarak incelenerek semptomlar, ameliyat bulguları, postoperatif komplikasyonlar ve rekürrens açısından değerlendirilmiştir.

Olguların 12'si erkek, 13'ü kadın, yaş ortalaması 32, yaş aralığı 12-66 idi. Tüm olgular ayrıntılı anamnez, sistemik muayene, KBB muayenesi, boyun ultrasonografi (USG) ve/veya bilgisayarlı tomografi (BT) ile değerlendirildi. Enfeksiyon varlığında olgular antibiyotik tedavisi ile takip edilerek cerrahi tedavi, enfeksiyon yatıştıktan sonra uygulandı.

Bulgular

Olguların 17'sinde fistül (% 68), 8'inde (% 32) kist formasyonu saptandı. Lezyon olguların tamamında boyun orta hattında yerleşimliydi. Olguların 21 tanesi primer olgu iken 4 tanesi rekürrens idi. Rekürrens olguların tamamı fistül formasyonuna sahiptiler ve fistülü olan tüm olgularda tekrarlayan akıntı şikayeti mevcuttu. Fizik muayenede kist olgularında düzgün yüzeyle, yumuşak kıvamlı, hareketli, ağrısız şişlik, fistülize olanlarda ise fistül ağzı saptandı. Olguların tamamında tanıda ultrasonografi (USG), 5'inde ek olarak bilgisayarlı tomografi (BT) kullanıldı. USG kist ve fistül formlarının her ikisinde de kitlenin sınırlarını belirlemede

oldukça yararlı bir tanı aracı idi. BT yapılan hastalarda ise kist formlarında oldukça yararlı iken fistül formlarında sınırlı bilgi sağladı. Olguların tamamına genel anestezi altında Sistrunk operasyonu yapıldı. Postoperatif olarak sadece 2 hastada yara yeri enfeksiyonu saptandı ve uygun antibiyotik tedavisi ile birkaç gün içinde düzeldiği izlendi. Olguların hastanede kalış süresi ortalama 3 gündü. Olgular 3 ay ile 5 yıl arasında ortalama 32 ay takip edildi. Takip süresince herhangi bir rekürrens saptanmadı.

Tartışma

Tiroglossal duktus kistleri boyunda en sık görülen non-odontojenik kistlerdir ve konjenital kistik anomalilerin %70'ini oluşturur (3). Olguların %90'ı boyun orta hattında yer alıp %60 tirohyoid membran, % 25 suprahoid, % 13 oranında suprasternal ve % 2 oranında intralingual yerleşimlidir (5). Bu lezyonlar genellikle genç hastalarda semptomatik hale gelseler de nadiren 60'lı yaşlarda da bulgu verebilir (6). Nitekim bizim hastalarımızdan biri de 66 yaşında idi. Tiroglossal duktus kistleri genellikle asemptomatik olup fluktuasyon veren, ağrısız, düzgün yüzeyle ve yutkunma ile hareketli kitleler olarak karşımıza çıkar. Enfekte olduğu durumlarda ağrı, ciltte hiperemi, bazen de yutma güçlüğü görülebilir. Dilin dışarı hareketi ve yutkunma esnasında kitlenin hareket etmesi tanıda oldukça önemlidir.

Tiroglossal duktus kistlerinin tanısında anamnez, fizik muayene bulgularının yanı sıra ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) ve radyolojik incelemeler kullanılır. İİAB'de yapılan yaymalarda az miktarda hücrenin görülmesi ve inflamatuvar hücrelerin epitelyal hücrelerden sayısal olarak daha fazla izlenmesi

tanıyla desteklemektedir(7).

Radyolojik incelemeler arasında USG, BT ve MRI oldukça yararlıdır. USG'de çevresel ince duvarlı, anekoik kistik kitleler olarak görülürler. Bazı olgularda enfeksiyon nedeniyle kist duvarından salgılanan proteinöz içeriğe bağlı olarak lezyon içinde kaba ekojeniteler görülebilmektedir (8). BT'de ise düzgün sınırlı, hipodens, genellikle unilokuler bir kitle görülür. BT, çevre yumuşak dokudaki inflamatuvar değişiklikleri ve kist içerisinde olabilecek bir malignitenin belirlenmesine de olanak sağlamaktadır (2). MRI 'da T1 ağırlıklı kesitlerde hipointens, T2 ağırlıklı kesitlerde ise hiperintens lezyon görülür. Ayrıca MRI, kitlenin büyüklüğü, sınırları, invazyonun varlığının ve derinliğinin daha iyi saptanmasına olanak sağlamaktadır (9). Bizim olgularımızın değerlendirilmesinde rutin olarak USG kullanılmıştır.

Tiroglossal ductus kistleri % 1 oranında malign dejenerasyon göstermektedirler (10). Gelişen karsinomaların % 85'ini papiller karsinom olup, papiller-foliküler karsinom, skuamöz hücreli karsinom, Hurtle hücreli karsinom, adenokarsinom, anaplastik karsinom ve non-Hodgkin lenfoma olguları da bildirilmiştir (2,10). Bu nedenle tiroglossal kistlerinin tedavisi cerrahi eksizyondur. Bizim olgularımızda hiç birinde malignite görülmemiştir.

Tiroglossal kist ve fistüllerde rekürren enfeksiyon, fistül varlığı, istenmeyen kozmetik görüntü ve malign dejenerasyon cerrahi endikasyonları oluşturmaktadır. Tedavide hiyoid kemiğin çıkarıldığı Sistrunk operasyonu uygulanır. Bu cerrahi prosedür sonrası rekürrens oranı % 1,5-4 olarak bildirilirken hiyoid korpusunun çıkarılmadığı olgularda bu oran

%38'e çıkmaktadır (11,12). Bizim olgularımızın tümünde hiyoid kemik korpusu eksize edilmiştir. Olguların takip süresi ortalama 32 ay olup bir bu süre içerisinde hiçbir hastada rekürrens görülmemiştir. Rekürrens nedeniyle opere edilen 4 olguda ise daha önceki ameliyatlarında hiyoid korpusunun çıkarılmadığı görüldü. Preoperatif enfeksiyonunda rekürrens riskini attırdığı savunulsa da bu konuda tam bir fikir birliği yoktur (13). Enfeksiyon varlığında drenaj yapılarak antibiyotik tedavisi sonra operasyon yapılabilir (14). Biz de olgularımızda enfeksiyon kontrolü sonrasında operasyonu tercih etmekteyiz. Rekürrense neden olabileceği savunulan diğer bir bulgu ise multiple trakt varlığıdır. Bu durum özellikle hiyoid kemik çıkarıldıktan sonra görülen rekürrensleri açıklamaktadır (15). Sistrunk operasyonu sonrası rekürrenste santral boyun disseksiyonu

önerilmektedir (16).

Sistrunk operasyonunda % 20 oranında komplikasyon bildirilmektedir. Çalışmalarda cerrahi sonrası hastaların hastanede kalmasının gerekli olmadığı, postoperatif ortalama 4 saatlik bir takip süresinin yeterli olduğu bildirilmektedir (17). Komplikasyonların çoğu yara yeri enfeksiyonu ve hematoma olarak bildirilmiştir. Bunun dışında daha nadir olarak tirohyoid membranının ve tiroid kartilajın çentiğinin intraoperatif olarak tanınmamasına bağlı olarak havayoluna girişler olabilmektedir (11). Bizim olgularımızda postoperatif dönemde ortalama hastanede kalış süresi 3 gün olup olguların 2 tanesinde yara yeri enfeksiyonu görülmüştür ve uygun antibiyotik tedavisi ile birkaç gün içinde düzelmiştir. Nadir görülen fakat önemli bir komplikasyon ise normal tiroid dokusunun bulunmadığı olgular-

da hipotiroidi gelişmesidir. Radyolojik olarak tiroid dokusu görülemeyen olgularda hastanın tek tiroid dokusu tiroglossal duktus içerisinde bulunabilir. Bu durumda tiroid sintigrafisi ile aktif olan tiroid dokusu tesbit edilmeli ve tedavi planı buna göre yapılmalıdır.

Sonuç

Tiroglossal duktus kistleri çocuklardaki konjenital boyun kistlerinin % 70'ini oluşturmaktadır. Tanıda anamnez ve fizik muayene yanı sıra radyolojik incelemeler ve İİAB kullanılır. Bu lezyonlarda malign dejenerasyon riski olduğu için cerrahi olarak tedavi edilmelidir. Sistrunk ameliyatı en az rekürrens oranıyla güvenli ve komplikasyon riski düşük bir cerrahi prosedürdür.

KAYNAKLAR

- Öztürk K, Yaman H, Akbay E, ve ark. Tiroglossal kist cerrahi sonuçlarımız. Genel Tıp Dergisi 2005;15:117-120.
- Girard M, Deluca SA. Thyroglossal duct cyst. AFP 1990;42:665-668.
- Mohan PS, Chokshi RA. Thyroglossal duct cysts: a consideration in adults. The American Surgeon 2005;71:508-511.
- Uzunlar AK, Yıldız M, Büyükbayram H, ve ark. Tiroglossal duktus kistleri. Anadolu Tıp Dergisi 2000;3:224-227.
- Babu ED, Harrison L, Ahmed N, et al. An unusual presentation of thyroglossal duct cyst. Int J Clin Pract. 2001;55:282-283.
- Katz AD, Hachigian M. Thyroglossal duct cysts. A thirty year experience with emphasis on occurrence in older patients. Am J Surg 1988;155:741-744.
- Shaffer MM, Oertel YC, Oertel JE. Thyroglossal duct cysts; Diagnostic criteria by fine needle aspiration. Arch Pathol Lab Med 1996;120:1039-1043.
- Baydar Ş, Güney Ş, Nabaei MB. Tiroglossal kanal kisti: radyolojik görüntüleme bulguları. Tanısal ve Girişimsel Radyoloji 2002;8:163-166.
- Brousseau VJ, Solares CA, Xu M, et al. Thyroglossal duct cysts: presentation and management in children versus adults. Int J Pediatr Otolaryngol 2003;67:1285-1290.
- Bsoul SA, Flint DJ, Terezhalmay GT, et al. Thyroglossal duct cyst. Quintessence Int 2003;34:156-157.
- Maddalozzo J, Vankatesan TK, Gupta P. Complications associated with the Sistrunk procedure. Laryngoscope 2001;111:119-123.
- 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.
- Ostlie DJ, Burjonrappa SC, Snyder CL. Thyroglossal duct infections and surgical outcomes. Journal of Pediatric Surgery 2004;39:396-399.
- Athow AC, Fagg NL, Drake DP. Management of thyroglossal cysts in children. Br J Surg 1989;76:811-814.
- Ducic Y, Chou S, Drkulec J, et al. Recurrent thyroglossal duct cysts: a clinical and pathologic analysis. Int J Pediatr Otolaryngol 1998;44:47-50.
- Kim MK, Pawel BR, Isaacson G. Central neck dissection for the treatment of recurrent thyroglossal duct cysts in childhood. Otolaryngol Head Neck Surg 1999;121:543-547.
- Bratu I, Laberge JM. Day surgery for thyroglossal duct cyst excision: a safe alternative. Pediatr Surg Int 2004;20:675-678.