

Tiroglossal Kanal Kistinde İnce İğne Aspirasyon Biopsisi İle Tanımlanan Papiller Karsinom

Mehmet KILIÇ^a, Ömer YOLDAŞ, Tamer ERTAN, Erdal GÖÇMEN, Mahmut KOÇ

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 5.Genel Cerrahi, ANKARA

ÖZET

Tiroglossal kanal kistinde malign lezyon gelişimi oldukça nadirdir. Malignite eksize edilen cerrahi spesimenin histolojik incelemesinde tesadüfen saptanır. Tiroglossal kanal kistinde ince iğne aspirasyon biyopsisi ile papiller karsinomun tanımlandığı bir olgu sunuyoruz. ©2005, Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Anahtar kelimeler: Tiroglossal kanal kisti, papiller karsinom, tiroid

ABSTRACT

Papillary Carcinoma of Thyroglossal Canal Cyst Detected by Fine Needle Aspiration Cytology

The malignant lesion from of Thyroglossal Duct Cyst is extremely rare. The diagnosis of malignancy was made incidentally on hystologic study of the excised surgical specimen. We described a case of Thyroglossal Duct Cyst in which fine needle aspiration cytological study established presence of papillary carcinoma ©2005, Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Key words: Thyroglossal duct cyst, papillary carcinoma, thyroid

Tiroglossal kanal kisti tiroglossal kanal artıklarından gelişen konjenital bir anomalidir ve genç erişken popülasyonda %7 oranında görülür (1). Sıklıkla boyun ön-orta hatta görülür ve lenfatik kökenli tümörler dışındaki boyun tümörlerinin %40'ını oluştururlar (1). Tiroglossal kanal kistinde karsinom gelişimi oldukça nadirdir ve olguların %1'inden azında gözlenir (2,3).

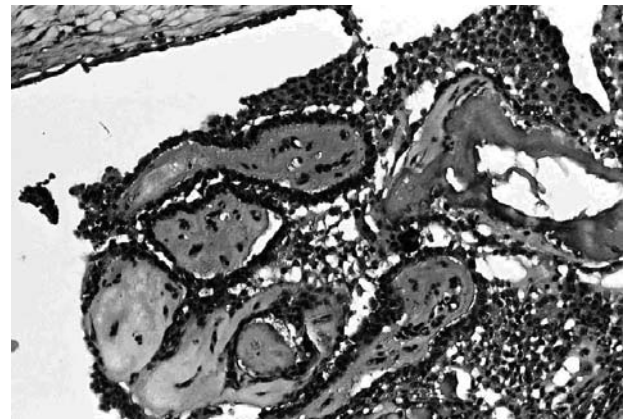
İlk vakaların 1911'de Bredano ve 1915'de Uchermann tarafından tanımlanmasına rağmen o tarihten itibaren 200'den az olgu kaydedilmiştir (4-6). Literatürde geniş seriler olmamakla beraber Ortiz ve arkadaşları çalışmalarında 5 vakalık, Miccoli ve arkadaşları çalışmalarında 18 vakalık seriler bildirmişlerdir (7,8)

Olguların çoğu klinik olarak tiroglossal kanal kisti şeklinde tanımlanmış ve malignite eksize edilen cerrahi spesimenin histolojik çalışmasında tesadüfen ortaya konmuştur. Miccoli ve arkadaşlarının çalışmasında vakaların %50'sinde tanı postoperatif incelemede konmuştur(8). Biz tiroglossal kanal kistinde ince iğne aspirasyon biyopsisi ile papiller karsinomun tanımlandığı bir olgu sunuyoruz.

OLGU

15 yaşında genç bayan 1 ay önce farketdiği ve büyüme gösteren boyunda ağrısız şişlik şikayeti ile başvurdu. Boyuna ve vücudun herhangi bir bölgesine radyasyon öyküsü yoktu. Hasta klinik olarak ötiroid idi. Muayenede boyun orta hattında lokalize 2x2 cm'lik immobil nodül saptandı. Kitle sol tarafa doğru çıkıntılı ve dilin içeri-dışarı hareketiyle vertikal olarak

hareket ediyordu. Troid bezi normal boyutlarındaydı ve ele gelen nodül yoktu. Palpasyonda servikal lenfadenopati saptanmadı. Yapılan tiroid ultrasonoğrafisinde sol alt polde 0.5X0.7 cm'lik nodül troid isthmus superiorunda tiroidden ayrı 2.3X1.9 cm'lik kitle saptandı. Tiroid sintigrafisinde tiroid bezinin yerleşimi ve tutulumu normaldi. Boyun orta hattındaki kitleden ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Preparatlar tiroid papiller karsinomuna ait özellikler gösteriyordu (resim 1). Hücre çekirdeği genişleme gösteriyordu ve bazılarında nükleer çentiklenme ve intranükleer sitoplazmik inklüzyon mevcuttu (şekil 2).

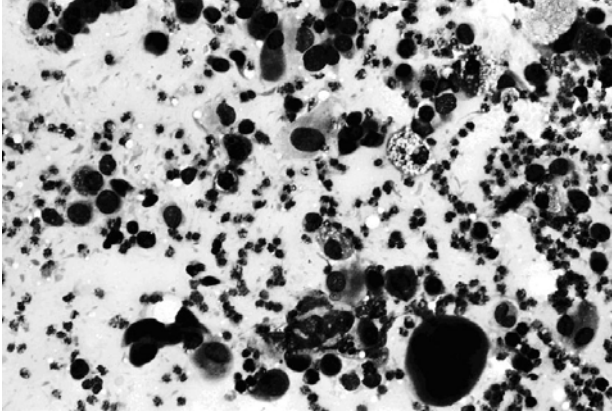


Şekil 1. Tümör küboidal hücrelerle kaplı fibröz kordlar içeren papiller çıkıntı gösteriyor

^a Yazışma Adresi: Dr. Mehmet Kılıç, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 5.Genel Cerrahi, ANKARA

Tel: Fax: e-mail: mkilic@yahoo.com

Operasyonda 2cm çaplı sert kitle hiyoid kemik korpusuyla birlikte çıkarıldı (Sistrunk Ameliyatı) ve komplikasyon olmadan total tiroidektomi yapıldı. Tiroid replasman tedavisi başlandı. Ameliyat sonrasında 14 ay boyunca klinik olarak ve tiroid sintigrafisi ile izlenen hastada rekürrense ait kanıt saptanmadı.



Şekil 2. İntranükleer sitoplazmik inklüzyon gösteren hücreler

TARTIŞMA

Tiroid bezi embriyogenezi yirmidördüncü gününde gelişen ilk endokrin bezdir. Dil tabanında foramen caecum yoluyla yükseldikten sonra orta hatta aşağı doğru göç ederek normal pozisyonunu alır. Normalde kanal kendiliğinden kaybolur ancak nadiren sebat eder. Sebat eden tiroglossal kanalın genişlemesiyle kist oluşabilir.

Genellikle kist diğer nedenlerle yapılan fizik muayenede tesadüfen saptanır. Nadir görülmesi nedeniyle cerrahi eksizyondan önce maligniteden kuşulanılmaz. Hastalar genellikle büyümeye meyilli olmayan palpabl kitle nedeniyle medikal tedavi alırlar. Çoğu kitle fizik muayenede orta hatta ele gelir. Bununla birlikte sunulan olguda görüldüğü gibi kist lateralde özellikle sol tarafta lokalize olabilir(2,9). Fikse ve boyutu hızla artış gösteren bir kitle varlığında maligniteden kuşulanılabilir. İleri yaştaki hastalar, kadın hastalar ve lezyonun hızlı büyüme gösterdiği hastalar malignite yönünden daha fazla risk altındadır (10).

İki tür histolojik tip tariflenmiştir; birincisi ve sıklıkla görüleni tiroid elemanlarından köken alır, ikincisi ise skuamöz elemanlardan köken alır. Olguların %80'inde papiller karsinom, %9'unda mikst papiller ve folliküler karsinom, %7'sinde skuamöz karsinom, %2'sinde adenokarsinom,

KAYNAKLAR

1. Vincent S, Synhorst II J. Adenocarcinoma arising in a thyroglossal duct cyst. *J. Oral Maxillofac Surg.* 1989; 47: 633-635.
2. Allard R. The thyroglossal cyst. *Head Neck Surg* 1982;5: 134-146.
3. Fernandez J, Ordóñez N, Shultz P, Samaan N, Hickey R. Thyroglossal duct carcinoma. *Surgery* 1991; 110: 928-935.
4. Walton B, Koch K. Presentation and management of thyroglossal duct cyst with a papillary carcinoma. *South Med J* 1997; 90: 758-761.
5. Jaques D, Chambers R, Oertel J. Thyroglossal tract carcinoma. *Am J Surg.* 1970; 120: 439-446.

%1'inde folliküler karsinom ve %1'inde anaplastik karsinom kaydedilmiştir(11-13). Sunduğumuz olguda papiller karsinom mevcuttu.

Tiroglossal kist tespit edilen hastalar ince iğne aspirasyon biyopsisi ile değerlendirilmeli, ince iğne aspirasyon biyopsi sonucu şüpheli veya yetersiz olduğu durumlarda frozen çalışmalıdır (7). Yetişkin bir insanda tiroglossal kist saptandığında ultrasonoğrafi, ince iğne aspirasyon biyopsisi ve doğru cerrahinin seçimi açısından tiroidin ve boyun lenf nodlarının ayrıntılı incelenmesi gerekmektedir (7).

Tiroglossal kanal kistinden gelişen malign lezyonların tedavisi kesinlik kazanmamıştır. Tiroglossal traktın çıkarılması standart prosedürdür ancak tümör yayılımı uygulanacak cerrahi yöntemi belirler(14,15).

Tiroglossal kanal kistinden gelişen papiller karsinomada Sistrunk ameliyatıyla %95'e varan kür oranları bildiriliyor (5). Bu malignitenin gelişimi hakkında değişik hipotezler ortaya atılıyor. Bunlardan birinde tiroglossal kanal kisti skuamöz epitel ile döşeli olduğundan buradan gelişebilecek bir karsinomun ancak skuamöz tipte olacağı ve saptanan papiller karsinomun ancak tiroid bezindeki primer lezyonun metastazı olabileceği ve bunun için total tiroidektominin gerektiği öne sürülmüştür (16,17). Miccoli ve arkadaşları çalışmalarında tiroglossal kanal kistinden gelişen papiller karsinomada saptadıkları 18 vakanın 6 tanesinde birlikte tiroid maligniteside saptamıştır (8). Total tiroidektomi aynı zamanda I 131 sintigrafisi ve tiroglobulin düzeyi takibi ile rekürrenlerin gösterilmesinde kolaylık sağlar (12). Sistrunk prosedürü ile birlikte total tiroidektomi hastalara operasyon sonrası takip, kalıcı ve etkin tedavi açısından mutlaka uygulanmalıdır (8). Bu nedenle bizde sunduğumuz olguda total tiroidektomi uyguladık.

Tiroglossal kanal kistinden gelişen papiller karsinomun prognozu tiroid bezi ile benzer ve iyidir (11,18). Tiroglossal kanal kistin papiller karsinomundan ölüm bildirilmemiştir. Sadece Nausbaum anaplastik karsinoma bağlı bir ölüm bildirmiştir (19). Squamöz hücreli kanserin prognozu kötüdür ve en fazla birkaç yıl yaşam süresi vardır. Sadece Maxwell ve Marchetta uzak metastaz bildirmişlerdir (20). Uzak metastaz oldukça nadirdir ve prognozu çok iyidir.

Sonuç olarak tiroglossal kanal kistinden gelişen papiller karsinomda Sistrunk prosedürü ve tiroidektomi seçilecek tedavi şekli olmalıdır. Hastaların doğru takibi ve rekürrenlerin erken gösterilmesi imkanını tanıdığından total tiroidektomi seçilecek prosedür olmalıdır.

6. Roses D, Snively S, Phelps R, Cohen N, Blum M. Carcinoma of the Thyroglossal Duct. *Am J Surg* 1983; 145: 166-169.
7. Luna-Ortiz K, Hurtado-Lopez LM, Valderrama-Landaeta JL, Ruiz-Vega A. Thyroglossal duct cyst with papillary carcinoma: what must be done?. *Thyroid* 2004; 14: 363-366
8. Miccoli P, Minuto MN, Galleri D, Puccini M, Berti P. Thyroid 2004; 14: 121-123
9. Pollock WF. Cysts and sinuses of the thyroglossal duct. *Am J Surg* 1966; 122: 225-229.
10. Topf P, Fried M, Strome M. Varieties of thyroglossal duct cysts. *Laryngoscope* 1988; 98: 40-42.

11. LiVolsi VA, Perzin KH, Satevsky L. Ectopic thyroid (including thyroglossal duct tissue) Cancer 1974;34: 1303-1315.
12. McNicol MD, Hawkins DB, Peny Rand Maceri RD. Papillary carcinoma arising in thyroglossal duct cysts. Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 1988;99: 50-54.
13. Trail ML, Zerique GP, Chicola J. Carcinoma in thyroglossal duct remnants. Laryngoscope. 1977;87: 1685-1691.
14. Larquare MJ, Drake AF, Baker SR, Richter HJ, Magieski JE. Evaluation and management of carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst. Am J Otolaryngol. 1987;8: 351-355.
15. Morris RM, Woody AE. A closer look at the thyroglossal cysts. Ear, Nose and Throat Journal. 1987;66: 40-45.
16. Judd ES. Thyroglossal duct cyst and sinuses. Sur Clin North AM. 1963;43: 1023-1032.
17. Nuttall FQ. Cystic metastases from papillary adenocarcinoma of thyroid with comments concerning carcinoma associated with thyroglossal remnants. Am J Surg 1965;109: 500-505.
18. Bhagavan VS, Rao DR, Weinberg T. Carcinoma of thyroglossal duct cyst: case report and review of literature. Surgery. 1970;67: 281-292.
19. Nussbaum M, Buchwald RP, Ribner A, Mori K, Litwins J. Anaplastic carcinoma arising from median ectopic thyroid (thyroglossal duct remnant). Cancer. 1981;48: 2724-2728.
20. Maxwell WC, Marchetta FE. Papillary adenocarcinoma of the thyroglossal duct tract. Arch Surg. 1960;80: 224-225.

Kabul Tarihi: 24.10.2005