

Olgu Sunumu: İntratorasik Guatr **Case Report: Intrathoracic Goiter**

Hakan SARSILMAZ¹
Zehra ŞAHAN¹
Tuğrul CİVAK¹
Serdar KAMAN¹
Coşkun POLAT²

¹WM Medicalpark Hastanesi Kocaeli
Genel Cerrahi Bölümü

²Bahçeşehir Üniversitesi Tıp
Fakültesi Genel Cerrahi Bölümü

**Yazışma Adresleri /Address for
Correspondence:**

Wm Medicalpark Hastanesi Kocaeli,
Genelcerrahi Bölümü, Kocaeli

Tel/phone: +90 444 44 84

E-mail: sarsilmazh@gmail.com

Anahtar Kelimeler:

İntratorasik guatr, Multinodüler guatr, Tiroid bezi, Tiroidektomi, Cerrahi yaklaşım.

Keywords:

Intrathoracic goiter, Multinodular goiter, Thyroid gland, Thyroidectomy, Surgical approach.

Öz

Tiroid hastalıkları genel cerrahi pratiğinde yaygın karşılaşılan bir antidedir. Benign ve malign lezyonlara yönelik farklı cerrahi yaklaşımlar mevcuttur. Özel bir cerrahi yaklaşım gerektiren bir tiroid hastalığı ise intratorasik guatrlardır. İntratorasik guatlara (İTG) yaklaşımı bir olgu eşliğinde irdeledik.

Abstract

Thyroid diseases are a common problem in general surgery practice. There are different surgical approaches for benign and malignant lesions. Another thyroid disease that requires a special surgical approach is intrathoracic goiters. The approach to intrathoracic goiters (ITG) is discussed in a case study.

Olgu

60 yaşında erkek hasta; diyabet, hipertansiyon ve hipertiroidi nedenli tedavi alıyor. 40 paket/yıl sigara içme öyküsü mevcut. Akciğer adenokarsinomu nedenli neoadjuvan 3 kür carboplatin-taxol kemoterapisi almış. Ardından Göğüs Cerrahisi tarafından 6 ay önce sağ üst lobektomi yapılmış (T3N0M0-(0/13)). Kontrol toraks Bilgisayarlı Tomografisinde; tiroid bezi sol lobunda yaklaşık 63x60x50 mm (SİxAPxML) boyutlarında, retrosternal mesafeye ve mediastene uzanım gösteren, trakeayı sağa deplase eden, posteriorda özefagusa indentasyon oluşturan, milimetrik kalsifikasyon odakları ve kistik, nekrotik komponentler içeren, hipodens, heterojen solid nodül saptandı (Şekil 3).

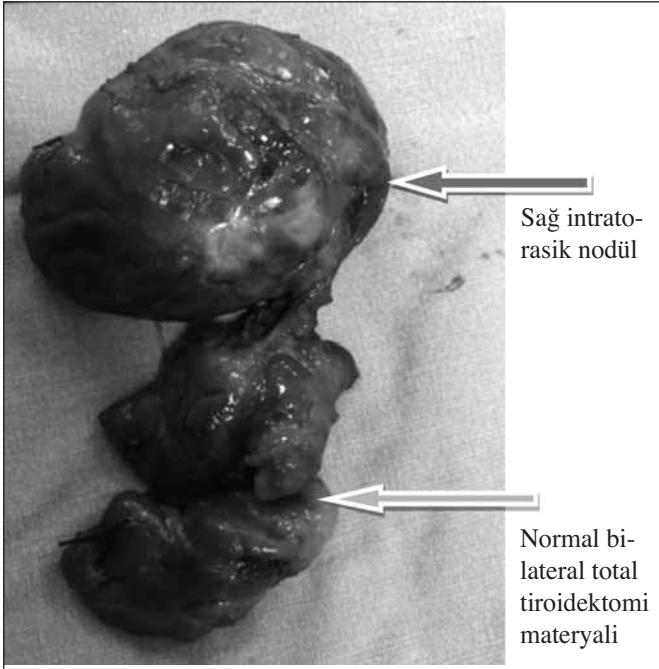
Hastanın muayenesinde; tiroid bezi nonpalpable, hastanın stridoru ve öksürüğü mevcut. Laboratuvar tetkiklerinde belirgin patoloji yok. Tiroid fonksiyon testleri normal sınırlarda. Preoperatif göğüs cerrahisi ile konsülte edildi. Servikal olarak çıkarılamaması halinde VATS (Video-assisted thoracic surgery) planlandı. Preoperatif göğüs hastalıkları tarafından bir haftalık medikal tedavi planlandı.

Preoperatif hazırlıkların ardından Kocherin kolye kesisi ile loja girilerek tiroid ortaya kondu. Önce intratorasik uzanımı olmayan sağ lob ortaya kondu RLN (rekürren larıngeal sinir) ve paratiroidler korunarak sağ lobun rezeksiyonu tamamlandı. Ardından sol üst pol serbestlendi orta tiroidal vasküler yapılar bağlanıp kesildi. Sol lobun strenum altına uzandığı izlendi. Foley katater kullanılarak ve künt parmak disseksiyonu ile intratorasik uzanım mediasten dışına alındı (Şekil 2). Sol RLN retrogard olarak takip edilip korundu. Bilateral total tiroidektomi materyali en-blok olarak çıkarıldı (Şekil 1). Loja

Geliş Tarihi - Received
25/11/2017

Kabul Tarihi - Accepted
26/12/2017

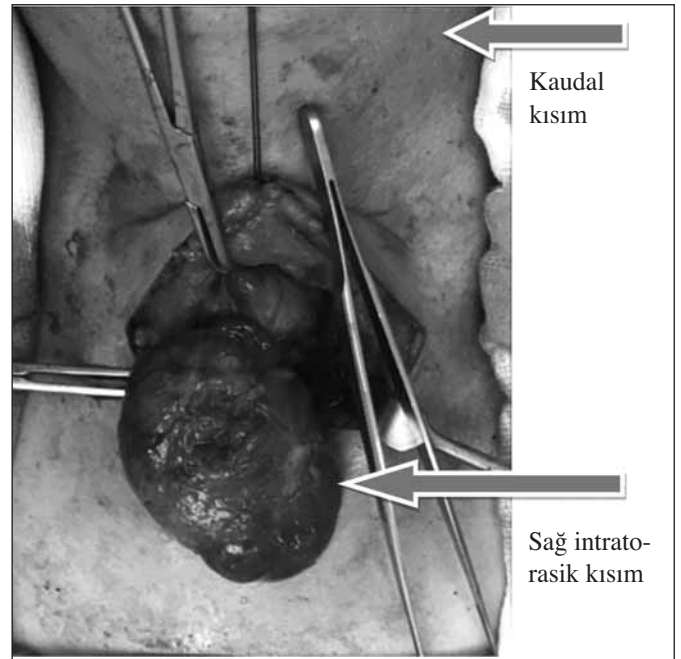
bir adet kapalı devre negatif basınçlı dren kondu. Postoperatif akciğer grafisi ile akciğerler değerlendirildi. Ekstübasyon sonrası bir sıkıntı izlenmedi. Hasta postoperatif 2. Gün dreni çekilerek taburcu edildi. Patoloji raporu; birçok nodülden oluşmuş retrostrenal nodül boyutu 7x5x3 cm boyutunda ölçülen multinodüler adenomatöz hiperplazi, ve sekonder degenerasyon olarak raporlandı. Hastanın postop 1. Ayında serum kalsiyum ve parathormon düzeyleri normal, kontrol akciğer grafisinde trakeal deviasyon düzeldi (Şekil 4). Solunum sıkıntısı belirgin olarak azaldı.



Şekil 1. Postoperatif spesmen görünümü

Tartışma

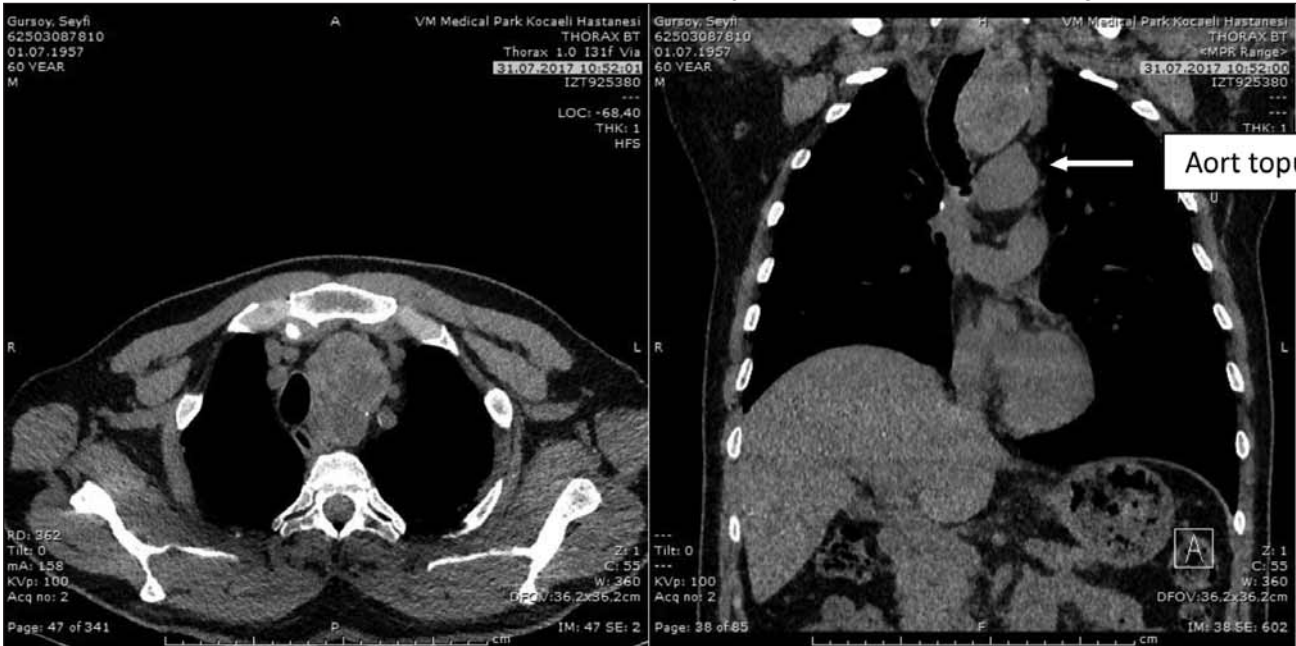
Intratorasik guatr tanımı konusunda kesin bir konsensus oluşmamasına rağmen yaygın gören kabule göre toplam ti-



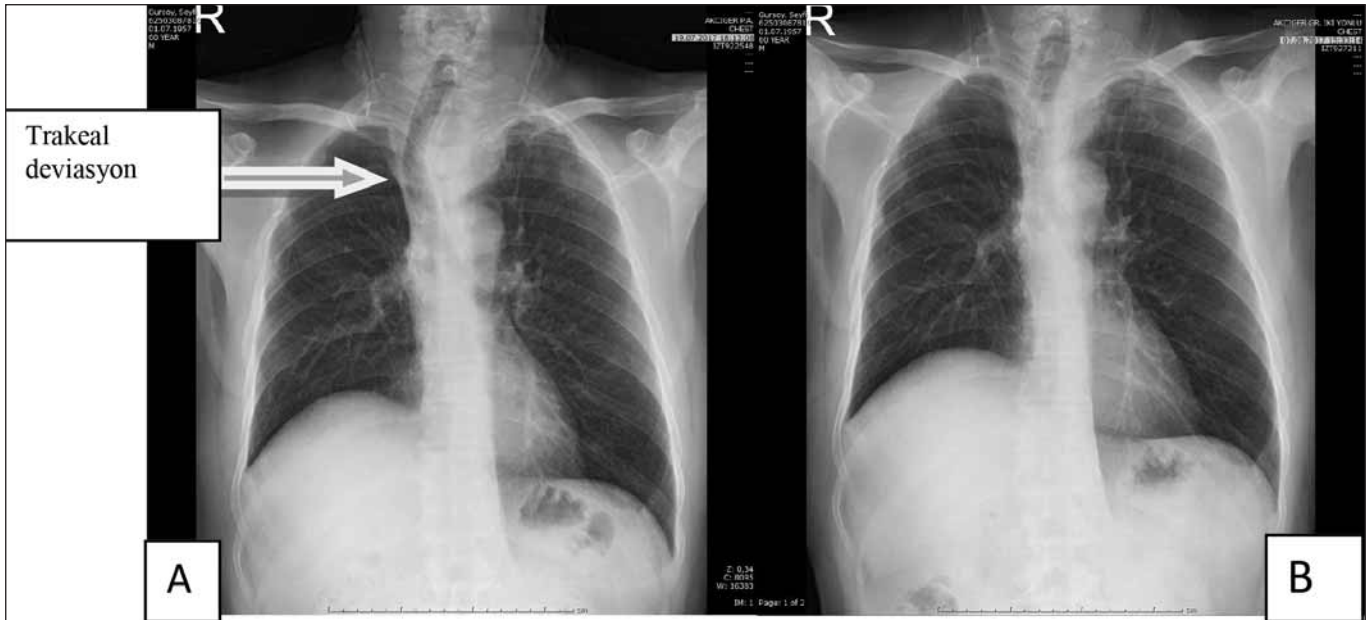
Şekil 2. Peroperatuar görünüm

roid dokusunun volümünün %50 sinden fazlasının medias- ten içerisinde, sternum altında yer almasıdır. Ayrıca bir çok başka tanımlamalarda mevcuttur. Örneğin; mediasten içerisinde prevasküler veya retrovasküler olarak en azından aortik arka uzanan guatrlar, tomografik olarak T4 e uzanan guatrlar veya baş hiperektansiyonda iken juguler insizyonun en az iki yatay parmak aşağısına uzanan guatrlar intratorasik olarak sınıflanmıştır (1,2). Tanımlamadaki bu objektif olmayan kriterler ve geniş tabanlı araştırmalar olamaması nedeni ile İTG (intratorasik guatr) sıklığı tam olarak bilinmemektedir. %0.2 – 45 aralığında sıklık bildiren yayınlara mevcuttur. Mediastinal kitlelerin %5.8 ini İTG ler oluşturmaktadırlar (3).

Temel olarak primer ve sekonder olarak iki gruba ayrılmışlardır (3). Primer intratorasik guatr servikal-normal ti-



Şekil 3. Preoperatif çekilen toraks BT de intratorasik guatr görünümü



Şekil 4. A-Preoperatif akciğer grafisi. B-Postoperatif görünüm

roid bezi ile bağlantısı olmayan muhtemelen embriyolojik transfer defektine bağlı ektopik bir tiroid dokusunun toraks içerisine yerleşmiş halidir. Beslenmesi genel olarak torasik vasküler yapılardan sağlanır. Sekonder İTG ise servikal tiroide bağlı tiroid dokusunun farklı nedenlerle (yutkunma, yer çekimi, negatif intratorasik basınç vs.) toraks içine doğru büyümesini tarif eder (4). Beslenmesini tiroide ait vasküler yapılardan sağlar. Primer İTG %1 gibi bir oran temsil ederken klinik olarak büyük oranda sekonder İTG ile karşılaşmaktayız. Sekonder İTG de tiroid dokusu öncelikle trakea ve sternum arasına anterior mediastene ilerler (%80-90). Vasküler yapıların orta mediastende yoğun olması nedeni ile ardından öncelikle sağ(görece olarak basınç daha azdır) ve ardından sol posterior mediastene ilerler (%10-15). İTG lerin yaklaşık 1/3 ü asemptomatiktir ve insidental olarak saptanırlar(5). Semptomatik olan İTG lerde öncelikle etraf dokulara bası ön plana çıkar. En sık trakea (%30-60 dispne, öksürük, uyku apnesi), özefagus (disfaji) ve nörovasküler(superior vena kava sendromu, tromboz, horner sendromu) yapılarına bası semptomları verirler. Tanıda akciğer grafisinde trakeal itilme (%61) ve üst mediastende radyoopasite görülebilir. Boyun usg ve muayene intratorasik kesimi değerlendirmede yetersizdir. Kontrastlı boyun ve toraks BT tanıda altın standarttır. Mediastene uzanan dokunun büyüklüğü derinliği ve etraf vasküler yapılarla olan ilişkisini tanımlar. Sintigrafik çalışmalar rutin önerilmemektedir.

İTG de cerrahi rezeksiyon kabul gören tek seçenektir (6). Genel olarak bilateral total tiroidektomi+intra torasik lezyonun enblok rezeksiyonu cerrahi prosedür olarak uygulanmaktadır. Cerrahinin; zamanlama olarak İTG nin saptandığı anda semptomatik olup olmadığına bakılmaksızın hasta cerrahiye uygun ise hemen planlanması önerilmektedir. İTG lerde kanser gelişme riskinin (%6-21) servikal guatlara göre yüksek olması, progrese olması halinde etraf dokulara in-

vazyon riski, ince iğne aspirasyon biyopsisinin yapılması gibi nedenlerle hemen cerrahi kararı alınması önerilmektedir.

Cerrahi seçenek olarak servikal yaklaşım (%94-98 inde yerli olmaktadır), sternotomi, torakotomi ve bunların kombinasyonudur. Ayrıca son zamanlarda VATS ve robotik cerrahide kullanılmaya başlanmıştır (7). Huins ve ark. Yaptıkları sınıflandırma ile İTG leri evrelemişler ve yerleşimlerine göre cerrahi yaklaşımlar önermişlerdir (8). Sternotomi ve torakotomi hastanede kalış süresi uzatmasına rağmen morbidite ve mortaliteyi artırmamaktadır.

İTG de Huins sınıflaması (8)

Yerleşim	Cerrahi öneri	Evre
Arkus aorta üzeri (T4)	Servikal yaklaşım	I
Arkus aorta perikard arası	Manubriotomi	II
Sağ atrium altı	Tam sternotomi	III

Sonuç

Bizim olgumuzda daha önce akciğer adenokarsinom tanısıyla opere olan kemoterapi alan İTG li hasta değerlendirilmiştir. Hasta Huins sınıflamasına göre evre I olarak kabul edildi. Öncelikle servikal yaklaşım planlandı. Ancak hastanın geçirmiş olduğu cerrahide göz önüne alınarak göğüs cerrahisi ekibi ile peroperatif değerlendirilme yapıldı. Servikal yaklaşım ile çıkarılmaz ise torakoskopik yaklaşım planlandı. Sıklıkla sağ anterior mediastene uzanması beklenen İTG bizim vakamızda sola doğru uzanmış (geçirilen sağ üst lobektomi nedeniyle olabilir) ve trakeayı sağa itmiş, özefagusu daraltmıştı. Hipertiroidi nedeni medikasyonu olan hastanın preoperatif hormonal statüsü normal sınırlarda idi. Cerrahi Kocher insizyonu kullanılarak yapıldı ve intratorasik kısım çıkarılırken künt parmak diseksiyon ve foley balonu kul-

lanıldı (9). Hastalarda sinir monitörizasyonu kesin olarak tavsiye edilmemesine rağmen özellikle intratorasik uzanımı olan bölümün çıkarılması esnasında rekürren sinir hattının takibini kolaylaştırması nedeni ile mümkün olan kliniklerde kullanımını önerilmektedir.

Tiroid cerrahisi içerisinde intratorasik guatrılar artmış morbidite ve mortaliteleri nedeni ile ayrıca bir yere sahiptir. İyi bir preoperatif değerlendirme ve dikkatli bir cerrahi ile mortalite ve morbidite oranlarının anlamlı dercede düşürülmesi mümkündür.

Kaynaklar

1. White ML, Doherty GM, Gauger PG. Evidence-based surgical management of substernal goiter. *World J Surg* 2008;32:1285–300.
2. Hedayati N, McHenry CR. The clinical presentation and operative management of nodular and diffuse substernal thyroid disease. *Am Surg* 2002;68(3):245–51 [discussion 251–2].
3. E. Brenet, X. Dubernard, J.C. Mérol, M.A. Louges, M. Labrousse, M. Makeieff. Assessment and management of cervico-mediastinal goiter. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck diseases* (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2017.06.001>
4. Vaiman M, Bekerman I. Anatomical approach to surgery for intrathoracic goiter. *Eur Arch Otorhinolaryngol* (2017) 274:1029–1034
5. V. Di Crescenzo, M. Vitale, L. Valvano, F. Napolitano, A. Vatrella, P. Zeppa, G. De Rosa, B. Amato, P. Laperuta. Surgical management of cervico-mediastinal goiters: Our experience and review of the literature. *International Journal of Surgery* 28 (2016) S47eS53
6. Hardy RG, Bliss RD, Lennard TW, Balasubramanian SP, Harrison BJ. Management of retrosternal goitres. *Ann R Coll Surg Engl* 2009;91:8–11.
7. Aldo Bove, Raffaella Maria Di Renzo, Gauro D'Urbano, Manuela Bellobono, Vincenzo D'Addetta, Alfonso Lapergola, Giuseppe Bongarzone. Preoperative risk factors in total thyroidectomy of substernal goiter. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2016;12 1805–1809
8. Charles T. Huins, Christos Georgalas, Homoyoon Mehrzad, Neil S. Tolley. A new classification system for retrosternal goitre based on a systematic review of its complications and management. *International Journal of Surgery* (2008) 6, 71e76
9. Pandya S, Sanders LE. Use of a Foley catheter in the removal of a substernal goiter. *Am J Surg* 1998;175(2):155-7.