

Original Article / Orijinal Araştırma

Tiroglossal Duktus Kist ve Fistülleri: 44 Olgunun Retrospektif Analizi

Thyroglossal Duct Cysts and Fistulas: Retrospective Analysis of 42 Cases

Sema Koç¹, İsmail Önder Uysal², Levent Gürbüzler¹, İbrahim Aladağ¹, Ahmet Eyibilen¹, Ceyhun Aksakal, Dr¹

Özet

Giriş: Bu makalenin amacı tiroglossal duktus kisti (TDK) nedeniyle ameliyat edilen hastaların klinik özellikleri ile tanı ve tedavisini ilgili literatür ışığında tartışmaktır.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimizde TDK tanısı alan 44 hastanın dosyası geriye dönük olarak incelendi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, klinik özellikleri, lezyonun boyundaki yerleşim yeri ve fistülize olup olmadığı, ameliyat öncesi istenen görüntüleme yöntemleri, tedavi şekli, cerrahi sonrası nüks, komplikasyonlar ve histopatolojik tanımlar kaydedildi.

Bulgular

Çalışmaya 15 (% 34) kadın, 29 (% 66) erkek hasta dâhil edildi. Yaş aralığı 5-72 olup, yaş ortalaması 24±18 idi. Hastaların hepsinde boyun orta hattında kitle şikayeti vardı. Hastaların 18 (% 41)'inde fistül gelişimi sonucu aralıklı akıntı şikâyeti mevcuttu. Bütün hastalara Sistrunk ameliyatı yapıldı. Sadece 3 (% 0.7) hastada ameliyat sonrası dönemde enfeksiyon gelişti. Hastalarımızın 42 (% 95)'sinin histopatoloji sonucu tiroglossal duktus kisti, 2 (% 5)'sinin ise TDK'dan gelişen papiller karsinom idi. Hiçbir hastamızda 18 aylık takip sonunda rekürrens görülmedi.

Sonuç: Boyun orta hattı kitlelerinin ayırıcı tanısında TDK düşünülmelidir. Hastalığın tedavisinde Sistrunk ameliyatı altın standarttır. Erken tanı ve tedavi ile ameliyat başarısı ve komplikasyon gelişme riskinin azalacağı unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tiroglossal duktus kisti, histopatoloji, Sistrunk ameliyatı

Abstract

Introduction: The purpose of this study is to discuss clinical properties, diagnosis and treatment of patients, who were operated due to thyroglossal duct cyst (TDC), in the light of relevant studies in the literature.

Instruments and Methods

Files of 44 patients, diagnosed with TDC in our clinic, were retrospectively investigated. Information on their age, their gender, their clinical properties, location of the lesion, whether or not it is fistulized, imaging methods required during pre-operative period, treatment way, post-operative recurrence and complications and histopathological diagnosis were registered.

Results

15 (34%) women and 29 (66%) men were included in the study. The age is between 5 and 72 and average age is 24±18. All the patients had neck midline complaints. All the patients underwent Sistrunk operation. Only 3 (0.7%) patients had postoperative infection. In accordance with histopathological results, 42 (95%) patients had thyroglossal cyst and 2 patients (5%) had papillary carcinoma. No recurrence was observed for all the patients at the end of 18-month follow-up period.

Conclusion: During differential diagnosis of midline neck masses, thyroglossal duct cysts should be considered. For the treatment of the disease, the Sistrunk operation is a gold standard. Thanks to early diagnosis and treatment, having a successful operation and decreasing the risk of developing complication should not be forgotten.

Key Words: thyroglossal duct cyst, histopathology, Sistrunk operation

¹Gaziosmanpaşa
Üniversitesi Tıp Fakültesi
KBB ve Baş-Boyun
Cerrahisi AD, Tokat /
Türkiye

²Cumhuriyet Üniversitesi
Tıp Fakültesi KBB ve
Baş-Boyun Cerrahisi AD,
Sivas / Türkiye

Corresponding Author:

Yrd.Doç. Dr Sema Koç,

Gaziosmanpaşa
Üniversitesi Tıp Fakültesi
KBB ve Baş-Boyun
Cerrahisi AD, Tokat /
Türkiye

GSM: 5054983511

Tel: 3562129500-1143

Email:

drsemakoc@gmail.com

Başvuru Tarihi:
23-09-2011

Kabul Tarihi:
18-10-2011

Giriş

Boyun kitlelerinin % 12'sini konjenital kitleler oluşturmaktadır (1). Orta hat konjenital boyun kitlelerinin en sık görüleni ise tiroglossal duktus kisti (TDK) olup çocukluk çağındaki boyun orta hattı kitlelerinin % 75'ini oluşturur (2).

Normalde tiroid bezinin embriyonal gelişimi sırasında oluşan tiroglossal duktus, tiroid bezinin foramen çekumdan (dil kökü) normal anatomik yerine geçişi esnasında tamamen oblitere olur. TDK'lar kanalın herhangi bir yerde kapanmaması sonucu oluşur (1,3). Genellikle boyun orta hattında ağrısız, mobil, fluktuasyon veren, düzgün yüzeyle şişlik şeklinde belirti verir (4). Tanıda anamnez, fizik muayene bulguları, görüntüleme yöntemleri ve histopatolojik inceleme önemlidir. Bu makalenin amacı TDK nedeniyle ameliyat edilen hastaların klinik özellikleri ile tanı ve tedavisini ilgili literatür ışığında tartışmaktır.

Gereç ve Yöntem

Kliniğimizde TDK tanısı alan 44 hastanın dosyası geriye dönük olarak incelendi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, klinik özellikleri, lezyonun boyundaki yerleşim yeri ve fistülize olup olmadığı, ameliyat öncesi istenen görüntüleme yöntemleri, tedavi şekli, cerrahi sonrası nüks ve komplikasyonlar ve histopatolojik tanıları kaydedildi.

Bulgular

Çalışmaya 15 (% 34) kadın, 29 (% 66) erkek hasta dâhil edildi. Yaş aralığı 5-72 olup, yaş ortalaması 24±18 idi. Hastaların hepsinde boyun orta hattında kitle şikayeti vardı. Hastaların 18 (% 41)'inde fistül gelişimi sonucu aralıklı akıntı şikâyeti mevcuttu. 37 hastaya boyun ultrasonografisi (USG) yapılmıştı. USG, kistik veya fistülize kistik bir lezyon şeklinde rapor edilmişti. Bütün hastalara Sistrunk ameliyatı yapıldı. Ameliyat sonrası enfeksiyon dışında diğer komplikasyonlar

görülmüdü. Sadece 3 (% 0.7) hastada ameliyat sonrası dönemde enfeksiyon gelişti. Bu hastalar antibiyotik tedavisi (amoksisilin klavulonik asit) sonrası düzeldi, drenaj veya başka ek bir müdahale gerekmedi. Hastalarımızın 42'sinin (% 95) histopatoloji sonucu tiroglossal kist, 2'sinin (% 5) ise TDK'dan gelişen papiller karsinom idi. Hiçbir hastamızda 18 aylık takip sonunda rekürrens görülmüdü.

Tartışma

Tiroglossal duktus anomalileri, boyun orta hat kitlelerinin en sık görülenidir. Genellikle kist şeklinde görülür, bazen boyun cildine açılabilir ki buna tiroglossal fistül adı verilir (5,6). Her yaşta görülebilmemesine rağmen en sık çocukluk çağında tanı konur ve her iki cinstede eşit oranda görülür. Birçok çalışmada hastalığın en sık birinci dekatta görüldüğü bildirilirken bazı çalışmalarda yaş dağılımı ile ilgili farklı görüşler bildirilmiştir. 1316 vakalık bir meta-analizde TDK veya fistülünün % 31.5 oranında 10 yaş altında, % 20.4 oranında ikinci dekatta, % 13.5 oranında üçüncü dekatta, % 34.6 oranında 30 yaş üzerinde görüldüğü bildirilmiştir (6). Bizim hastalarımızın ise % 23'ü 10 yaş altında, yine % 32'si ikinci dekatta, % 16'sı üçüncü dekatta, % 29'u ise 30 yaş ve üzerinde idi. En sık boyun orta hatta yerleşim göstermesine rağmen % 10-24 oranında sol tarafta daha fazla olmak üzere lateralde de yerleşebileceği bildirilmiştir (1-3). Genellikle dilin dışarı doğru çekilmesiyle ve yutma ile hareket eden bir kitle şeklinde görülür (7). TDK'lerinin çoğu hyoid kemik yakınlarında görülür. 381 olgunun incelendiği bir meta-analizde TDK'lerinin % 61 oranında tirohyoid, % 24 oranında suprahyoid, % 13 oranında suprasternal, % 2 oranında lingual yerleşimli olduğu bildirilmiştir (6). Bizim hastalarımızın hepsinde lezyon orta hatta idi ve 37 hastamızda (% 84) tirohyoid alanda yerleşim, 6 (% 14) hastamızda suprahyoid alanda yerleşim, 1 hastamızda (% 2) suprasternal yerleşim mevcuttu.

TDK'ların yaklaşık % 50'si enfekte olur ve % 33 oranında fistül geliştiği bildirilmiştir. Fistülizasyon travma, yetersiz cerrahi girişim veya enfeksiyon sonrası spontan olarak boyun cildine veya foramen çekuma oluşabilir. Bizim hastalarımızda % 41 oranında fistül vardı ve bu oran literatüre göre yüksek idi. Fistül gelişen hastaların çoğu kliniğimize gelmeden önce birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşunda uzun süre takip edilmişlerdi. Tanının bu hastalarda geç konulması nedeniyle fistül görülme oranımızın yüksek olduğunu düşünmekteyiz.

TDK'lar genellikle ağrısız, mobil, yumuşak, fluktan kitle şeklinde görülür. Enfekte olursa ciltte hiperemi, selülit ve apse formasyonu oluşabilir. Sadece fistül gelişirse akıntı vardır. Lingual ve suprahoid TDK'lerde stridor, dispne, disfaji, ses kısıklığı oluşabilir (6,8). Bizim hastalarımızda en sık boyun orta hattında kitle ve/veya akıntı şikâyeti görüldü. Sadece 6 (% 14) hastamızda suprasternal yerleşim mevcuttu. Bu hastamızda da yalnızca boyun orta hattında kitle şikayeti vardı, dispne, stridor ve disfaji şikayetleri yoktu. Ayırıcı tanıda kistik higroma gibi lenfatik malformasyonlar, brankial kist, aberran tiroid dokusu, ektoptik tiroid, dermoid kist, hemanjioma, laringosel, plunging ranula, sebace kist, lipoma, timik kist, teratoma düşünülmelidir (6,9-13).

TDK'ların tanı ve ayırıcı tanısında USG, bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans (MR) ve tiroid sintigrafisi, ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) kullanılır (14). BT ve MR kist lokalizasyonunu ve çevre yapılarla ilişkisini oldukça iyi gösterir, lingual tiroid ayırıcı tanısında da sıkça kullanılır. Çocuklarda sedasyon gerektirmesi ve yüksek maliyeti nedeniyle TDK tanısında BT, MR yerine invaziv olmayan bir görüntüleme yöntemi olan ultrasonografi (USG) daha sık kullanılır. USG'nin dezavantajı spesifik değildir ve yalancı pozitiflik oranı % 5'tir ve ektoptik lingual tiroid USG ile görüntülenemez (15). Şüpheli olgularda İİAB ayırıcı tanıda oldukça yararlı bilgiler verir, preoperatif

İİAB ve cerrahi sonrası histopatolojik inceleme ile kesin tanı rahatlıkla konabilir (4). Ektoptik tiroid dokusu % 1-2 oranında görülür (16). Ameliyat öncesi tiroid bezinin normal anatomik pozisyonda olduğu ve tiroid fonksiyon testinin normal sınırlarda olduğu doğrulanmalıdır. Ektoptik tiroid dokusundan şüpheleniliyorsa ayırıcı tanıda tiroid sintigrafisi kullanılır (4).

TDK'ların tedavisi cerrahidir. İlk kez 1893'te Schlange tarafından kistle birlikte hyoid kemiğin gövdesinin çıkarılması önerilmiş. Bu yöntem ile rekürrens oranının % 20 olduğu bildirilmiş. (17) Daha sonra Walter Ellis Sistrunk kistle birlikte hyoid kemiğin gövdesi ve kist traktının foramen çekuma kadar takip edilerek çıkarılmasını önermiş ve bu ameliyata kendi adını vermiştir. Sistrunk ameliyatı ile rekürrens oranının % 3-4 olduğu bildirilmiştir (18). Yanlış tanı, yetersiz cerrahi, kistin enfekte olması, kistin drene edilmesi, kistin ameliyat esnasında delinmesi ve iki yaşımdan küçük olmak rekürrens riskini artıran faktörlerdir. Rekürrent TDK tedavisinde anterior infrahyoid dokuların ve strep adelelerin bir kısmının çıkarıldığı genişletilmiş Sistrunk ameliyatı veya geniş santral boyun diseksiyonu yapılır (19). Bütün hastalarımıza Sistrunk ameliyatı uygulandı ve hiçbir hastamızda rekürrens görülmedi. Tiroglossal yapılarda benign ya da malign neoplastik lezyonlara nadir rastlanır. Malign lezyonların % 1 oranında görüldüğü bildirilmiştir (20). 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 (6).

TDK cerrahisinde major komplikasyonlar oldukça az görülür. Bunlar; rekürrens, trakeal hasar, hipoglossus sinir felci, hipotiroidizm, kanama ve ölümdür. Minör komplikasyonlar genellikle yara iyileşmesi ile ilgili sorunlardan kaynaklanır ve % 29 oranında görüldüğü bildirilmiştir. Bunlardan en sık görülenleri seroma,

bölgesel yara yeri enfeksiyonu, apse (6,21). Enfekte kistlerde önce antibiyotik tedavisi ile inflamasyon azaltılıp daha sonra cerrahi yapılırsa komplikasyonların daha az oluşacağı bildirilmiştir (22). Sadece 3 (% 0.7) hastamızda ameliyat sonrası enfeksiyon gelişti. Bu hastalar antibiyotik tedavisi ile düzeldi, drenaj gibi ek bir müdahale gerekmedi.

Sonuç olarak, boyun orta hattı kitlelerinin ayırıcı tanısında TDK düşünülmelidir. Hastalığın tedavisinde Sistrunk ameliyatı altın standarttır. Erken tanı ve tedavi ile ameliyat başarısı ve komplikasyon gelişme riskinin azalacağı 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. Todd NW. Common congenital anomalies of the neck. *Embryology and surgical anatomy. Surg Clin North Am* 1993;73:599-610.
3. Wadsworth DT, Siegel MJ. Thyroglossal duct cysts: variability of sonographic findings. *AJR Am J Roentgenol* 1994;163:1475-7.
4. Lin ST, Tseng FY, Hsu CJ, et al. Thyroglossal duct cyst: a comparison between children and adults. *Am J Otolaryngol* 2008;29:83-7.
5. Shahin A, Burroughs FH, Kirby JP, et al. Thyroglossal duct cyst: a cytopathologic study of 26 cases. *Diagn Cytopathol* 2005;33:365-9.
6. Allard RH. The thyroglossal cyst. *Head Neck Surg* 1982;5:134-46.
6. Mondin V, Ferlito A, Muzzi E, et al. Thyroglossal duct cyst: personal experience and literature review. *Auris Nasus Larynx* 2008;35:11-25.
7. Ahuja AT, Wong KT, King AD, et al. Imaging for thyroglossal duct cyst: the bare essentials. *Clin Radiol* 2005;60:141-8.
8. Weldon BC, Krafcik JM. Breath-holding-like spells in an infant: an unusual presentation of lingual thyroglossal duct cyst. *J Pediatr Surg* 2000;35:1381-4.
9. Davenport M. ABC of general surgery in children. Lumps and swellings of the head and neck. *BMJ* 1996;312:368-71.
10. Karkos PD, Spencer MG, Lee M, et al. Cervical cystic hygroma/lymphangioma: an acquired idiopathic late presentation. *J Laryngol Otol* 2005;119:561-3.
11. Ahuja AT, Wong KT, King AD, et al. Imaging for thyroglossal duct cyst: the bare essentials. *Clin Radiol* 2005;60:141-8.
12. Pryor SG, Lewis JE, Weaver AL, et al. Pediatric dermoid cysts of the head and neck. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;132:938-42.
13. Johnston R, Wei JL, Maddalozzo J. Intra-thyroid thyroglossal duct cyst as a differential diagnosis of thyroid nodule. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2003;67:1027-30.
14. Yazıcı ZM, Kaya H, Şirin A, et al. Dil Kökü Tiroglossal Duktus Kisti Eksizyonu: Olgu Sunumu. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2009;5:80-2.
15. Gupta P, Maddalozzo J. Preoperative sonography in presumed thyroglossal duct cysts. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;127:200-22.
16. Radkowski D, Arnold J, Healy GB, et al. Thyroglossal duct remnants. Preoperative evaluation and management. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1991;117:1378-81.
17. Horisawa M, Sasaki J, Niinomi N, Yamamoto T, Ito T. Thyroglossal duct remnant penetrating the hyoid bone—a case report. *J Pediatr Surg* 1998;33:725-6.
18. Sistrunk WE. The surgical treatment of cysts of the thyroglossal tract. *Ann Surg* 1920;71:121-4.
19. Patel NN, Hartley BE, Howard DJ. Management of thyroglossal tract disease after failed Sistrunk's procedure. *J Laryngol Otol* 2003;117:710-2.
20. Kennedy TL, Whitaker M, Wadhih G. Thyroglossal duct carcinoma: a rational approach to management. *Laryngoscope* 1975;108:1154-8.
21. Maddalozzo J, Venkatesan TK, Gupta P. Complications associated with the Sistrunk procedure. *Laryngoscope* 2001;111:119-23.
22. Kaselas Ch, Tsikopoulos G, Chortis Ch, et al. Thyroglossal duct cyst's inflammation. When do we operate? *Pediatr Surg Int* 2005;21:991-3.