

Çift Duktus Traklı Tiroglossal Kist Fistülü: Olgu Sunumu

Thyroglossal Duct Fistula with Double Tract: Case Report

**Fatih BORA, Özgür ŞEKERCAN, Zeki YÜCEL,
Serdar CEYLAN, Timur BATMAZ, Banu ATALAY ERDOĞAN**

ÖZET

Tiroglossal duktus kistleri, tiroglossal duktusun kısmi veya tam obliterasyon eksikliği ve içindeki epitelin sekretuar özelliği sonucunda gelişen iyi huylu kistik oluşumlardır. Bu lezyonlar cilde fistüle olabilirler ve tiroglossal kist fistülü olarak adlandırılırlar. Doğuştan boyun kitleleri içinde en sık görülen tiroglossal duktus kistleridir. Foramen çekum ile tiroid bez arasında orta hatta herhangi bir yerde rastlanabilir. Çoğunlukla boyun orta hattında, yutkunma sırasında vertikal doğrultuda hareketli ve ağrısız bir şişlik olarak ortaya çıkarlar. Ultrasonografi, klinik olarak tiroglossal duktus kisti düşünülen hastalarda ameliyat öncesi dönemde yapılacak ilk tetkiktir. Tiroglossal duktus kistlerinin genel olarak kabul görmüş tedavisi cerrahidir. Sistrunk ameliyatı en az nüks oranıyla güvenli ve komplikasyon riski düşük bir cerrahi prosedürdür. Normal anatomik yapıdaki tiroglossal duktus kistleri yanı sıra yazımızda da bir örneği görülen nadir yapıda çift traklı tiroglossal duktus kistleri görülebilir. Bu yazıda, çift duktus traklı çift fistül ağzılı bir tiroglossal duktus kistli olgu sunuldu.

Anahtar sözcükler: Sistrunk ameliyatı; tiroglossal duktus kisti.

SUMMARY

Thyroglossal duct cysts are benign cystic formations that develop due to total or partial obliteration defect of the thyroglossal duct with secretory function of the surrounding epithelium. They can fistulize to the skin and are termed as thyroglossal fistula. Thyroglossal duct cysts are the most common congenital neck mass. They can be found anywhere in the midline between the foramen cecum and thyroid gland. They are usually located at the midline of the neck. These painless masses move vertically during swallowing. Ultrasonography is the initial investigation of choice for a clinically suspected thyroglossal duct cyst. Surgical approach is the commonly accepted opinion in the treatment of thyroglossal duct cysts. Sistrunk operation has the lowest recurrence rate, and is a reliable method with a low complication rate. In addition to thyroglossal duct cysts with normal anatomic structure, thyroglossal duct cysts with double tract can be seen rarely, as in our case. In this report, we present a thyroglossal duct cyst with double fistula and double tract.

Key words: Sistrunk operation; thyroglossal duct cyst.

GİRİŞ

Tiroglossal duktus kisti en sık görülen doğuştan boyun kitlesidir (Şekil 1a, b). Embriyogenez sırasında tiroid bezinin ağız tabanından boynun ön ve alt kısmındaki normal yerine migrasyonu esnasında oluşan epitelyal bir trakt olan tiroglossal duktus, normalde embriyonel hayatta kaybolur. Fakat genel popülasyonda %7 oranında bu duktusun ortadan kay-

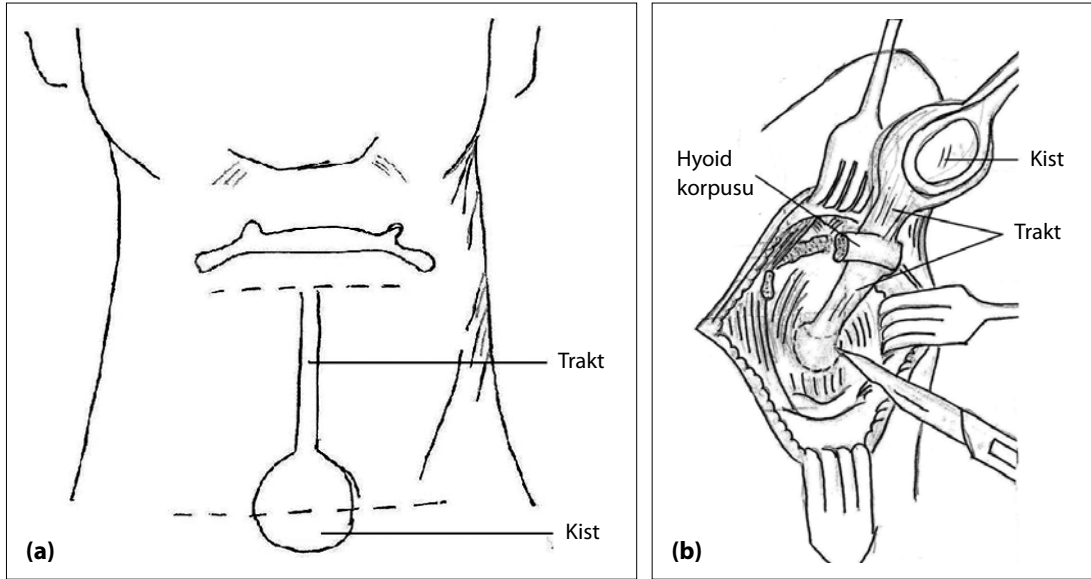
bolmadığı tahmin edilmektedir.^[1] Embriyonel hayatta kaybolmayan tiroglossal duktus epitelyal artıklarının, geçirilen üst solunum yolu enfeksiyonları tarafından stimüle edilerek dilatasyonu sonucunda tiroglossal duktus kistleri oluşur.

Tiroglossal duktus kistleri kalın ve visköz mukus içerirler. Kist duvarı skuamöz ve/veya respiratuvar epitel ile örtülüdür ve zaman zaman ektopik tiroid

Geliş tarihi (Submitted): 26.01.2011 Kabul tarihi (Accepted): 04.03.2011

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, İstanbul

İletişim (Correspondence): Dr. Banu Atalay Erdoğan. e-posta (e-mail): banuatalay81@gmail.com



Şekil 1. (a) Tiroglossal duktus kisti. **(b)** Tiroglossal duktus kisti ve traktının hyoid kemikle olan ilişkisi.

dokusu içerir. Ektopik tiroid dokusu içeren kistlerin oranı çeşitli yayınlarda %3 ile %36 arasında bildirilmiştir.^[2] Tiroglossal duktus kistleri, %60-80 oranında infrahyoid bölgede ortaya çıkarlar. Bunların yerleşimi %85 oranında orta hatta, %15 oranında orta hattın lateralindedir.^[2] Daha az sıklıkla hyoid kemiğin hemen üzerinde, suprasternal bölgede, foramen çekumda ve ağız tabanında görülebilirler.^[3,4] Boyun orta hattında yerleşim gösteren bu lezyonun diğer orta hat lezyonlarından ayırıcı tanısının yapılması gereklidir. Tedavisi cerrahidir ve cerrahi tedavide basit kist rezeksiyonu yerine Sistrunk operasyonu tercih sebebidir. Bu lezyonların malignite gelişme riski ve nüks potansiyeli vardır.^[5]

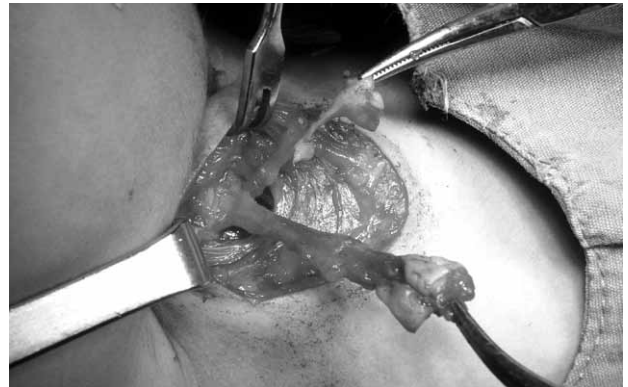
Bu yazıda, çok nadir görüldüğüne inandığımız çift fistül traktlı bir tiroglossal duktus kistin preoperatif ve peroperatif özelliklerini paylaşmak istedik.

OLGU SUNUMU

Dokuz yaşında kız çocuğu boynunun biri ortasında diğeri sol tarafında olmak üzere iki ayrı fistül noktasıyla polikliniğimize başvurdu. Çekilen boyun bilgisayarlı tomografisinde (BT) tiroglossal kist tanısı konularak ameliyata karar verildi. Sistrunk operasyonu ile önce boyun ortasındaki fistül traktı takip edilerek hyoid kemiğe ulaşıldı, sonrasında diğeri fistül traktı takip edildiğinde her iki fistül traktının hyoid kemik korpusunda sonlandığı görüldü. Eksizyonları hyoid kemik korpusu ile birlikte yapılan tiroglos-



Şekil 2. Operasyon başlangıcında.



Şekil 3. Operasyon esnasında çift traktın görünümü.



Şekil 4. Patoloji piyesinin postoperatif görüntüsü.

sal duktus kisti Şekil 2-4’de görülmektedir.

Patoloji raporuyla tanısı doğrulanan tiroglossal duktus kistinin iki adet fistül traktıyla cilde açılması ilk kez karşılaştığımız nadir bir özellikti.

TARTIŞMA

Çocuklarda orta hattaki boyun kitlelerinin en yaygın nedeni tiroglossal duktus kistleri ve dermoid kistlerdir.^[6] Tiroglossal duktus anomalileri, tiroglossal duktusun kısmen veya tamamen obliterasyon eksikliğinden gelişir. Genellikle kist şeklinde görülen bu anomaliler boyun cildine açılırlarsa tiroglossal kist fistülü adını alırlar.^[5] Cilde açılan fistül traktı genelde bir tane olmasına rağmen olgumuzda çift duktusu olan bir tiroglossal kistine rastladık. Literatüre bakıldığında çift fistüllü tek traktusu olan 2 olgu rapor edilmesine rağmen çift fistül traktı bulunan olguya rastlamadık.^[7,8]

Her iki cinsiyette eşit oranda görülen bu anomaliler yaşamın her dekadında görülebilmekle birlikte çocukluk çağında ve özellikle yaşamın ilk beş yılında dikkati çekmektedir.^[9] Yetişkin nüfusunun yaklaşık %7’sinde tiroglossal duktus kalıntıları rapor edilmiştir.^[10]

Tiroglossal duktus kistlerinin dermoid kist, tiroid piramidal lobu, tiroid adenomu, tiroid karsinomu, aberran tiroid dokusu, brankiyal yarık kisti, lipom, lenfadenopati, hemanjiyom, lenfanjiyom, laringo-sel ve teratom ile ayırıcı tanısının yapılması gerekmektedir.^[11,12] Tanıda, dilin dışarı çıkartılması ve yut-

ma esnasında kitlenin hareketi patognomoniktir. Sintigrafi, ultrasonografi (USG), BT, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yardımcı tetkiklerdir. Sintigrafide normal pozisyonda ve yapıda tiroid bezi görülür. USG, BT ve MRG kistin boyutlarını ve çevre dokularla komşuluğunu belirlemede önemli yardımcı tanı yöntemleridir. USG’de, homojen olarak hipoekoik veya heterojen lezyonlar şeklinde görülür. BT’de, hipodens kitle ve duvar kalınlaşması şeklinde görülür. MRG’de, T1’de basit kist ve sıvılardan daha homojen görülür.^[6,13,14]

Tiroglossal duktus kistlerinin genel olarak kabul görmüş tedavisi cerrahidir.^[15] Olguların %50’sinde enfeksiyon gelişme riski olduğundan elektif şartlarda kist eksize edilmelidir.^[16] Nadir de olsa habis transformasyon riskinin olduğu unutulmamalıdır. Tiroglossal duktus kistlerinin %1’inde malign dejenerasyon görülebilir.^[17] Habis olguların %85 gibi büyük bir çoğunluğunu papiller karsinom oluşturmaktadır. Diğer olgular, %7 mikst papiller-foliküler karsinom, %5 skuamöz hücreli karsinom, %2 adenokarsinom, %1 anaplastik karsinomdur.^[18] Tiroglossal duktus kistlerinden gelişen karsinomlar, klinik olarak iyi huylu olgulardan farklı bir bulgu vermezler. Bu nedenle preoperatif olarak duktal karsinom tanısı koymak hemen hemen imkansızdır. Tanı postoperatif histopatolojik tetkik ile konur.^[19] Tiroglossal duktus kistlerinin cerrahi tedavisinde günümüzde en sık Sistrunk ameliyatı uygulanmaktadır. Kitlenin alt kenarına horizontal insizyon yapılır ve kist deriden dikkatlice diseke edilir. Kist serbestleştirildikten sonra hyoid kemik korpusu ile birlikte kist traktusu dil köküne doğru diseke edilir. Nüksleri önlemek için diseksiyon foramen çekuma kadar devam ettirilir ve buraya dikiş konularak kist, hyoid korpusu ve traktı ile birlikte tamamen çıkartılır. Bu ameliyat sonrası nüks oranı %1,5-4’tür.^[5,13,20] Bereton ve Symonds^[21] hyoid kemiğin rezeke edilmediği olgularda nüks oranlarının %38 olduğunu bildirmişlerdir.

Histopatolojik olarak, mikroskopik bulgular kistin yerleşimine göre değişir. Hyoid kemik üzerindeki kist ve fistüllerde yassı epitel, hyoid kemik altındaki kist ve fistüllerde yassı epitel, hyoid kemik altındaki kist ve fistüllerde yassı epitel, hyoid kemik altındaki kist ve fistüllerde yassı epitel bulunur. Kistin destek duvarı fibröz dokudan oluşur ve sıklıkla hete-

rotropik tiroid dokusu ve diğer kronik enflamatuvar hücreleri içerir.^[17]

SONUÇ

Tiroglossal duktus kistleri boyunda en sık görülen doğuştan kitlelerdir. Sıklıkla tek bir fistül traktı ile hyoid kemik korpusuna bağlanırlar. Ancak bizim olgumuzda görüldüğü gibi iki ayrı fistül ve fistüle bağlı iki ayrı duktus traktı ile hyoid korpusuna kadar uzanabilen nadir olgulara da rastlanabilir.

KAYNAKLAR

1. Hilger AW, Thompson SD, Smallman LA, et al. Papillary carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst: a case report and literature review. *J Laryngol Otol* 1995;109:1124-7.
2. Murphy JP, Budd DC. Thyroglossal duct cysts in the elderly. *South Med J* 1977;70:1247-8.
3. Bailey H. Thyroglossal cysts and fistulas. *Brit J Surg* 1924;12:579.
4. Ward GE, Hendrick JW, Chambers RG. Thyroglossal tract abnormalities, cysts and fistulas; report of 105 cases from the Johns Hopkins Hospital observed during the years 1926 to 1946. *Surg Gynecol Obstet* 1949;89:727-34.
5. Maddalozzo J, Venkatesan TK, Gupta P. Complications associated with the Sistrunk procedure. *Laryngoscope* 2001;111:119-23.
6. Radkowski D, Arnold J, Healy GB, et al. Thyroglossal duct remnants. Preoperative evaluation and management. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1991;117:1378-81.
7. Khadivi E, Ardekani HP. Double thyroglossal duct cyst derived from a single tract: a rare presentation. *The Iranian Journal of Otorhinolaryngology* 2010;22:103-6.
8. Pueyo C, Royo Y, Maldonado J, et al. Double cervical cyst derived from a single thyroglossal duct tract. *J Pediatr Surg* 2008;43:748-50.
9. Telander RL, Deane SA. Thyroglossal and branchial cleft cysts and sinuses. *Surg Clin North Am* 1977;57:779-91.
10. Ellis PD, van Nostrand AW. The applied anatomy of thyroglossal tract remnants. *Laryngoscope* 1977;87(5 Pt 1):765-70.
11. Athow AC, Fagg NL, Drake DP. Management of thyroglossal cysts in children. *Br J Surg* 1989;76:811-4.
12. 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;77:651.
13. Çelik O. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi. İstanbul: Turgut Yayıncılık; 2002. s. 860-89.
14. Carpenter LM, Merten DF. Radiographic manifestations of congenital anomalies affecting the airway. *Radiol Clin North Am* 1991;29:219-40.
15. Obiako MN. The Sistrunk operation for treatment of thyroglossal cysts and sinuses. *Ear Nose Throat J* 1985;64:196-201.
16. Flageole H, Laberge JM, Nguyen LT, et al. Reoperation for cysts of the thyroglossal duct. *Can J Surg* 1995;38:255-9.
17. Bsoul SA, Flint DJ, Terezhalmay GT, et al. Thyroglossal duct cyst. *Quintessence Int* 2003;34:156-7.
18. Bdesha AS, Layer GT. Primary papillary carcinoma of a thyroglossal duct cyst: a report of a case and literature review. *Br J Surg* 1992;79:1248-9.
19. Mahnke CG, Jänig U, Werner JA, et al. Primary papillary carcinoma of the thyroglossal duct: case report and review of the literature. *Auris Nasus Larynx* 1994;21:258-63.
20. 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;27:710-3.
21. Brereton RJ, Symonds E. Thyroglossal cysts in children. *Br J Surg* 1978;65:507-8.