

TİROGLOSSAL DUKTUS KİSTİ PRİMER PAPİLLER KARSİNOM

PRIMARY PAPİLLARY CARCINOMA OF THE THYROGLOSSAL DUCT CYST

¹Hakan Kara, ¹Altay Ateşpare, ¹Zerrin Boyacı, ¹Öner Çelik, ²Neşe Yener, ¹Öncel Koca

¹Maltepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı

²Maltepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı

İletişim adresi: Altay Ateşpare, Maltepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı. 34843, Maltepe/İstanbul. Tel:444 0 620
E-posta:dratespare@gmail.com

ÖZET

En sık görülen konjenital boyun kitlelerinden biri olan tiroglossal duktus kisti, vakaların %1-2 sinde maligniteye dönüşebilir. Nadir görülen bu olgularda en sık saptanmış olan malign patoloji papiller karsinomdur. Tanı çoğunlukla spesimenin patolojik incelemesi sonucunda konur. Tedaviyi planlamak için malignitenin primer olup olmadığı sorgulanmalıdır. Bu yazıda tiroglossal duktus kisti nedeni ile ameliyat edilen ve spesimenin patolojik incelemesi sonucunda tiroglossal duktus kistinden gelişen papiller karsinom tanısı konulan hasta sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: tiroglossal duktus kisti, tiroglossal duktus karsinomu, papiller karsinom

GİRİŞ

Tiroglossal duktus kisti, tiroglossal duktus artıklarından gelişen konjenital bir anomalidir. Genç erişkin popülasyonda yaklaşık % 7 oranında görülür. Sıklıkla boyunda ön-orta hatta yerleşir. Lenfatik kökenli tümörler dışındaki boyun tümörlerinin %40'ını oluştururlar. Genellikle benign seyrederek ancak %1-2 oranında malign dejenerasyon gelişebilir (1,2). En sık görülen tipi papiller karsinomudur (1,2,3). Literatürde geniş seriler yoktur. Ortiz ve ark. çalışmalarında 5 vakalık, Miccoli ve ark. ise 18 vakalık seriler bildirmişlerdir (4,5). Olguların çoğu klinik olarak tiroglossal kanal kisti şeklinde tanımlanmış ve malignite eksiz edilen cerrahi spesimenin histopatolojik incelenmesiyle tesadüfen ortaya konulmuştur. Sist-runk ameliyatı primer cerrahi yöntemdir, tanı konulduktan sonra tamamlayıcı tiroidektomi ve boyun disseksiyonu yapılarak yapılmayacağı ise tartışmalıdır. Olgunun primer mi yoksa tiroid papiller karsinomu ile birlikte olup olmadığının cevabı bu konuda yol göstericidir.

ABSTRACT

Being one of the most common congenital neck masses, thyroglossal duct cyst can give rise to a malignancy in 1 to 2 % of the cases. Most common malignant pathology found in this rare entity is papillary carcinoma. Diagnosis is commonly made after pathologic examination of the surgical specimen. For planning the treatment one should question whether the malignancy is primary or not. In this article we report a case who was operated because of thyroglossal duct cyst and diagnosed as a papillary carcinoma derived from thyroglossal duct cyst after pathologic examination of the specimen. **Keywords:** thyroglossal duct cyst, thyroglossal duct carcinoma, papillary carcinoma

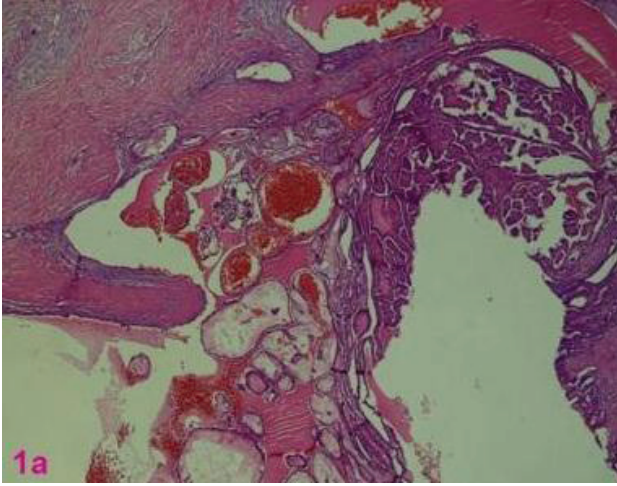
Bu yayında tiroglossal duktus kisti zemininde gelişen ve primer tiroglossal duktus kisti papiller karsinomu tanısı alan bir olgumuza klinik yaklaşımımız literatür ışığında sunulmuştur

OLGU SUNUMU

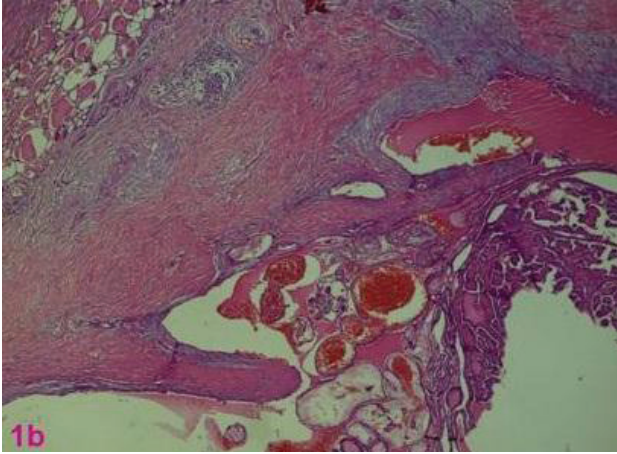
Atmış üç yaşında erkek, boyun ön orta hattında kitle şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Yaklaşık 6 ay önce aniden beliren kitlenin zaman geçtikçe büyüdüğünü ifade eden hastanın kitle ile ilgili olarak ağrı, ciltte kızarıklık, akıntı gibi herhangi bir şikâyeti yoktu. Sorgulamada nefes almada güçlük, disfaji, boğaz ağrısı, ses kısıklığı tariflenmedi. Hastanın sigara ve alkol alışkanlığı, radyoterapi öyküsü yoktu. Fizik muayenede boyun orta hatta submental bölgeden başlayıp tiroid kartilaj üzerine kadar uzanan mobil, orta sertlikte, fluktuasyon vermeyen, yutkunmakla hareketli, dilin içeri- dışarı hareketiyle vertikal olarak hareket eden 5x2 cm boyutlarında kitle tespit edildi. Servikal lenfadenopati mevcut değildi. Yapılan ince iğne aspirasyon biopsi sonucu tiroglossal duktus kisti ile uyumlu rapor edildi.

Bu bulgular ışığında tiroglossal duktus kisti ön tanısı ile hastaya Sistrunk operasyonu uygulandı. Operasyon sırasında platizma ve step adeleler geçildikten sonra kitle ile karşılaşıldı. Kitle çevre dokulardan ve tiroid kartilajdan disseke edildi. Traktı hyoid kemiğe kadar takip edilerek kitle hyoid kemiğin korpusu ile birlikte total olarak çıkarıldı.

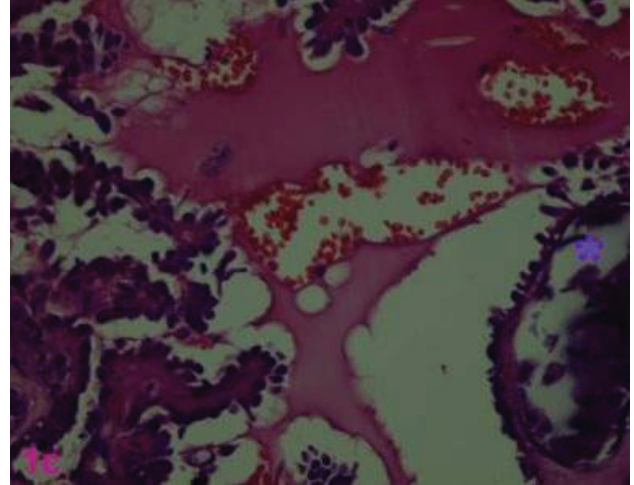
Yapılan makroskopik incelemede dokunun kesit yüzeyinde iyi sınırlı, merkezinde kavite bulunan bir lezyon olduğu görüldü. Mikroskopik tanı tiroglossal duktus kistinden gelişen papiller karsinom olarak rapor edildi.



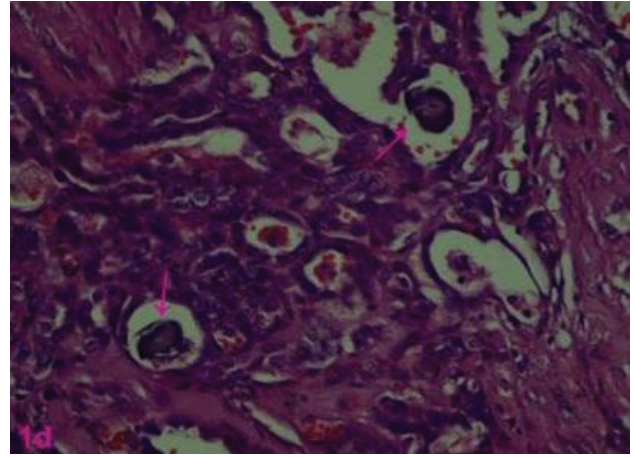
Resim 1A. Mikroskopik incelemede tiroglossal duktus kisti duvarında papiller mikrokarsinom gelişimi gözlenmektedir.



Resim 1B. Kist duvarında normal tiroid dokusu (sol üst köşe); kist duvarında lenfoid agregatlar ve papiller mikrokarsinom odağı (sağ alt).



Resim 1C. Papiller mikrokarsinom alanında papiller yapılanma ve mikrokalsifikasyon.



Resim 1D. Mikrokarsinom alanında psammoma cisimcikleri.

Tümörün primer-sekonder ayrımını yapmak için, hastaya PET Scan inceleme yapılarak tiroglossal duktus kistinden gelişen papiller karsinom olduğu saptandı. Postoperatif dönemde hastanın tiroid fonksiyon testleri ve tiroglobulin düzeyi normal izlendi.

eklenmesi üzerine tarafımıza başvurduğu öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde; ağız içinde iltihaplı yaralar dışında ek bulguları yoktu. MTX`a bağlı pansitopeni düşünülen hastanın diğer laboratuvar incelemesi normal saptandı (Tablo-I/ Tablo-II). Batın ultrasonografisinde de hepatomegali, splenomegali ve lenfadenopati bulunmadı. MTX kesilip,

TARTIŞMA

Tiroid bezi embriyogenezin 24. 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 (5).

Tiroglossal duktus kisti tiroidin göç yolu üzerindeki herhangi bir yerde oraya çıkabilir ama hemen her zaman orta hatta yerleşir. Bu kistlerin %50'si hyoid korpusun inferiorunda görülürken dil kökünde veya tiroid kartilaja yakın yerleşimli de olabilir (6).

Tiroglossal duktus kisti genellikle erken yaşlarda fark edilen bir patoloji olmasına rağmen hastamızda olduğu gibi ileri yaşlarda da görülebilir. Sıklıkla erişkin kadınlarda görülür (7). Yüzde 1-2 oranında malignansi görülen tiroglossal kistlerde tiroid dokusu elemanlarından ve yassı hücreli epiteliden gelişen 2 tip karsinom bildirilmiştir. En sık görülen patoloji papiller adenokarsinomdur. Bunu sırasıyla folliküler adenokarsinom ve yassı hücreli karsinom izler (7). Klinik olarak benign tiroglossal duktus kistinden farklı bir seyir göstermez. Ancak çok nadir olmakla birlikte ağrı, ses kısıklığı, boyutlarda ani artış, kilo kaybı, bölgesel lenfadenopati oluşumu malignansiyi akla getirmelidir (1). Tiroidin papiller karsinomunun tiroide hiçbir belirgin lezyon olmaksızın metastaz yaptığı düşünüldüğünde tiroglossal kistte görülen papiller karsinomun primer olarak değerlendirilebilmesi için karsinomun lokalizasyonunun kesin olarak tayin edilmesi, kistin epitel duvarının olması, kistin içinde veya yakınında normal tiroid dokusunun olması ve tiroidin histopatolojik incelemesinin normal olması gerekmektedir (1,2). Miccoli ve arkadaşları çalışmalarında tiroglossal kanal kistinden gelişen papiller karsinom saptadıkları 18 vakanın 6 tanesinde birlikte tiroid malignitesi de saptamışlardır (5). Bizim olgumuzda yapılan histopatolojik incelemede kist epiteli ve normal tiroid dokusu tespit edilmesi ve tiroid dokusunda da patoloji bulunmaması tiroglossal kist zemininde gelişen primer papiller karsinoma tanımımızı desteklemektedir.

Tiroglossal kist karsinomunun tanısı genellikle cerrahi olarak eksizyon sonrasında histopatolojik olarak konur (1,2,4,5). Ancak rutin görüntüleme yöntemleriyle tanısı pek mümkün olmayan bu patoloji operasyon öncesinde şüphelenilerek yapılan bir ince iğne biyopsisi ile de tanımlanabilmektedir. Literatürde klinik şüphe ile gerçekleştirilen ince iğne biyopsisi ile tanı almış tiroglossal kist karsinomu olguları mevcuttur (3).

Tiroglossal kist karsinomlarının cerrahi tedavisi tartışmalıdır. Sistrunk prosedürü ile birlikte total tiroidektomi hastalara operasyon sonrası takip, kalıcı ve etkin tedavi açısından uygun bir cerrahi yaklaşım olarak görülmektedir (4,5). Sistrunk

operasyonu ile tiroglossal duktusun tamamının çıkarılması bu hastalığın cerrahi tedavisinde şu kriterlere uyulduğu zaman yeterlidir: Kistin histolojik olarak normal tiroid dokusu içermesi, malignitenin kist duvarlarını aşmamış olması, postoperatif taramada tiroidin normal olması, boyunda lenfadenopati olmaması (7). Bu kriterlerin sağlanmaması durumunda total tiroidektomi, modifiye boyun diseksiyonu ve kalan tiroid dokusunun postoperatif dönemde radyoaktif iyotla ablasyonu yapılmalıdır (1,8,9,10). Olguların çoğunun preoperatif tanısı olmadığı için ilk cerrahi adımı Sistrunk operasyonu oluşturmaktadır. Bu teknikte kitle ve tiroglossal trakt hyoide kadar dikkatlice takip edilir ve hyoid korpus da spesmene dahil edilerek çıkarılır. Diseksiyon mümkün olduğunca dil köküne ve foramen cecuma doğru ilerletilmelidir. Geniohyoid ve genioglossus kaslarının bir bölümünden oluşan dil kökü bölgesi, traktın tamamen alındığından emin olunması için eksize edilmelidir. Çevre dokular arasında küçük, izole lenfadenopatiler varsa onların da çıkarılmasını, ancak bölgesel lenf düğümlerinde ileri derecede tutulum varsa o zaman modifiye boyun diseksiyonunu öneren yazarlar mevcuttur (6). Bizim olgumuzda preoperatif dönemde yapılan tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisinin normal oluşu, postoperatif dönemde yapılan PET Scan incelemede pozitif bir odak olmaması, spesmenin histopatolojik incelemesinde de kist duvarında invazyon olmaması nedeniyle tiroidektomi uygulanmamasına karar verilmiştir.

Tiroglossal duktus kisti zemininde gelişen primer papiller karsinom oldukça nadir olarak görülmekte ve tanısı genellikle postoperatif olarak histopatolojik incelemeyle konulmaktadır. Primer tiroglossal kist karsinomu tanısına güveniliyorsa Sistrunk operasyonu tedavide yeterlidir. Ancak patolojinin primer olmadığına, invazyon varlığına veya patolojinin multisentrik olabileceğine yönelik herhangi bir şüphe varsa cerrahi planına tiroidektomi ve/veya boyun diseksiyonu eklenmelidir. Metastaz varsa RAI tedavisi de planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Wigley TL, Chonkich GD, Wat BY. Papillary duct carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst. Otolaryngol Head Neck Surg 1997;116:386-388
2. Thornton CM. Papillary carcinoma arising in a thyroglossal duct. Ulster Med J. 1989;58:111-113
3. Yang YJ, Haghiri S, Wanamaker JR, Powers CN. Diagnosis of papillary carcinoma in a thyroglossal duct cyst by fine-needle aspiration biopsy. Arch Pathol Lab Med 2000;124:139-42. Yang CP, Kuo MC, Guh JY, Chen HC. Pancytopen-

- nia after low dose methotrexate therapy in a hemodialysis patient: case report and re-view of literature. *Ren Fail* 2006; 28:95-97.
4. 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
 5. Miccoli P, Minuto MN, Galleri D, Puccini M, Berti P. Extent of surgery in thyroglossal duct carcinoma: reflections on a series of eighteen cases. *Thyroid* 2004; 14: 121-123
 - Lee DM, Weinblatt ME: Rheumatoid arthritis, *Lancet* 2001;358 : 903-911.
 6. Walton BR, Koch KE. Presentation and management of thyroglossal duct cyst with a papillary carcinoma. *South Med J* 1997; 90: 758- 761
 - Yoon KH, Ng SC. Early onset methotrexate-induced pancytopenia and response to G-CSF: a report of two cases. *J Clin Rheumatol* 2001; 7: 17-20.
 7. Torcivia A, Polliand C, Zioli M, Dufour F, Champault G, Barrat C. Papillary carcinoma of the thyroglossal duct cyst: report of two cases. *Rom J Morphol Embryol* 2010; 51:775-777.
 8. Roses D, Snively S, Phelps R, Cohen N, Blum M. Carcinoma of the Thyroglossal Duct. *Am J Surg* 1983; 145: 166-169.
 9. McNicol MD, Hawkins DB, Peny Rand Maceri RD. Papillary carcinoma arising in thyroglossal duct cysts. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*. 1988; 99: 50-54.
 10. Perez, Larranaga, Marron, Monje.: Primary papillary carcinoma arising in the thyroglossal duct cyst. *Eur H Surgery* 1997; 163: 143-145.