

Tiroglossal kanal içerisinden köken alan papiller tiroid karsinom

Gül ÖZBİLEN ACAR (**), Osman Halit ÇAM (**), Muhammet TEKİN (**), Osman İlkey ÖZDAMAR (**),
Tülay ZENGİNKİNET (***)

ÖZET

Tiroglossal kanal kisti tiroid glandın dil kökünden boyuna doğru olan embriyolojik göçü sırasında bu kanalın patent kalmasıyla oluşan konjenital bir oluşumdur. Bu göç fetal yaşamın 7. haftasında gerçekleşir. Bu kanaldan malignite gelişme oranı çok düşük olmakla birlikte, en sık karşılaşılan malign tümör papiller tiroid karsinomdur.

Bu çalışmamızda, boyunda orta hatta kitle ile prezente olan ve operasyon sonrasında yapılan histopatolojik değerlendirme sonucu tiroglossal kanal kisti içinden köken alan papiller tiroid karsinomu tespit edilen 48 yaşındaki kadın hastamızı literatür eşliğinde sunduk.

Anahtar kelimeler: Papiller tiroid karsinoma; tiroglossal kanal

SUMMARY

A papillary thyroid carcinoma arising from inside the thyroglossal duct

Thyroglossal duct cyst is a congenital patent duct remnant during embryological migration of thyroid gland from tongue to neck via foramen caecum. This migration starts during the 7th gestational week. Malignancy arising from this duct is very rare. In case of malignancy, the most probable diagnosis is papillary thyroid carcinoma.

In this paper we discuss a 48-year-old female patient who referred to our clinic with a midline neck mass whose histopathological evaluation diagnosed this mass as a papillary thyroid carcinoma arising from the thyroglossal canal cyst

Key words: Papillary thyroid carcinoma; thyroglossal duct

Tiroglossal kanal ksitleri tiroid glandın embriyogenezinde en sık karşılaşılan konjenital anomali ve tüm popülasyonun yaklaşık % 7'sinde görülür ⁽¹⁾. Tiroid glandın foramen caecumdan tiroid kartilajın altındaki esas anatomik lokalizasyonuna doğru migrasyonu sırasında geride tiroglossal kanal ksiti olarak adlandırılan bir epithelial trakt oluşur. Bu trakt gestasyonun 5.-10. haftaları arasında atrofiye giderek kendiliğinden kapanır. Bu kapanma herhangi bir nedenden dolayı yarım kalır veya gerçekleşmezse, geriye kalan bakiyeden tiroglossal kanal ksitleri gelişmesine predizpozisyon oluşturur.

Tiroglossal kanal kisti içerisinde yerleşik tiroid dokusu görülebilir. Buna bağlı olarak da tiroid

gland neoplazileri buradan da köken alabilmektedirler. Tiroglossal kanal ksitlerinden köken alan kanserler çok ender görülmekle beraber, tüm tiroid kanserlerinin % 1'i buradan köken alır ve en sık papiller tiroid karsinom gözlenir ⁽²⁾. Biz bu makalemizde boyun orta hatta kitle ile başvuran 48 yaşındaki kadın hastamızda incidental olarak rastlanan papiller tiroid karsinomu olgumuzu tartışacağız.

OLGU

Kırk sekiz yaşında kadın hasta yaklaşık 6 ay önce oluşan ve yavaşça büyüyen boyundaki şişlik nedeniyle Kasım 2010'da kliniğimize başvurdu. Hastanın kulak burun boğaz muayenesinde boyun orta hatta, 1. trakeal halka düzeyinden sağa doğru

* Bu yazı XXXIII. Ulusal KBB Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

Geliş tarihi: 22.02.2012

Kabul tarihi: 14.03.2012

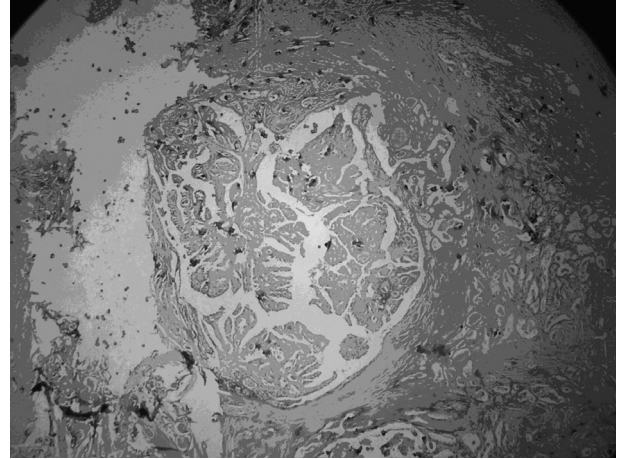
İstanbul Medeniyet Üniversitesi S.B. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB Kliniği**; Patoloji Kliniği***

yerleşimli, yaklaşık 2,5X1,5 cm çapında hafif mobil kitle tespit edildi. Boyun ultrasonografisinde (USG) sağ tiroid lob anterior komşuluğunda 15x7 mm çapında kistik açıklıklar ve yer yer kalsifikasyon alanları içeren lezyon görüldü. Her iki tiroid lob parankimi homojendi ve solid veya kistik herhangi bir lezyon yoktu. Lezyondan ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) planlandı. İİAB sonucu hashimoto tiroiditi, hurthle hücreli nodül ve huthle hücre özellikleri içeren, papiller tiroid karsinomu ayrıca tanıda düşündüren malignite lehine şüpheli lezyon olarak raporlandı. Hastaya boyun bilsiyarlı tomografi (BT)'si çekildi ve burada boyun orta hatta uzanan, 22x10 mm çapında, düzgün kontürlü iç lümeni düzensiz kistik lezyon saptandı. Bunun üzerine hastada tiroglossal duktus kisti, tiroid nodülü, tiroid invaziv kanser veya nodal metastazı ya da tiroglossal duktus kökenli tiroid karsinomu ön tanıları ile frozen eşliğinde sistrunk cerrahisi ve/veya sağ hemitiroidektomi planlandı ve Şubat 2011'de opere edildi. Genel anestezi altında, hafif sağa meyilli, insisura sternalisin 3 cm üzerinden kocher insizyonu ile cilt, ciltaltı ve platisma geçildi. Süperior ve inferior flepler eleve edilerek kitleye ulaşıldı. Kitle strep kaslardan ve etraf dokulardan diseke edilerek çıkartıldı ve frozen yapıldı. Frozen sonucu mikroskopik tiroid papiller tiroid karsinom odağı mevcut olarak geldi. Tiroglossal duktus lehine bir frozen patoloji sonucu gelmemesi üzerine, operasyona sağ hemitiroidektomi ile devam edildi. Operasyon sırasında sağ süperior ve inferior paratiroidler bulundu ve korundu. Sağ N. larengeus süperior ve rekürren sinir, sinir sitümülütörü (XOMED, Medtronic, jacksonvillie, FL, Nimpulse 2.0) yardımıyla bulunarak korundu. Hemovak dren koyuldu. Ciltaltı ve cilt usulüne uygun kapatılarak operasyon sonlandırıldı.

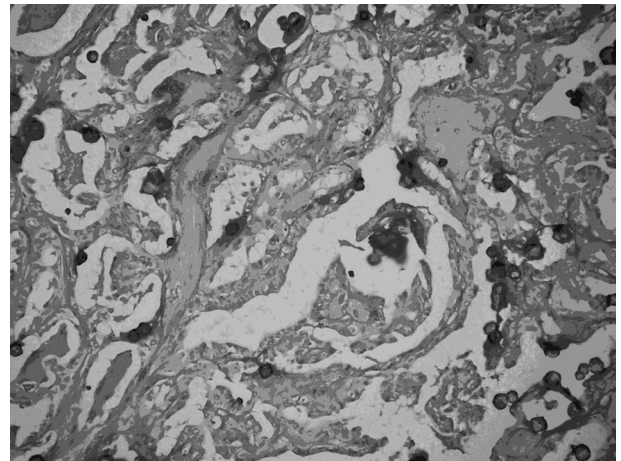
Hastanın piyesmeninin histopatolojik değerlendirmesi sonucu; biri kist içine protrude olan 4 mm çapında, diğeri ise kistin cidarında 8 mm çapında olmak üzere iki odaklı papiller tiroid karsinom olarak raporlandı. Damar invazyonu yoktu. Cerrahi sınırlar temiz idi. Tümoral lezyonun tiroglossal kanal kisti zemininde geliştiğine karar verildi.

Bunun üzerine hastaya tamamlayıcı tiroidektomi ve hyoid korpus orta üçte birlik bölümünün rezeksiyonu(sistrunk prosedürü) bir sonraki operasyonda yapılması planlanarak, ve hasta postoperatuar 7. günde kontrole gelmek üzere önerilerle taburcu edildi. Ancak, hasta 2. operasyonu kabul etmedi.

Mikroskopik değerlendirmede; fibröz stromada multiple kistler ve normal tiroid dokusu görüldü. Tiroidin papiller karsinomu kistlerin içinde multiple fokuslar halinde tespit edildi. Strep kasların etrafında fibröz stroma mevcuttu. Karsinom hücreleri, çukurlaşmış nükleol ve çok büyük granüler eozinofilik sitoplazma ile birlikte büyük cam görünümünde idi. Ayrıca, normal ektopik tiroid dokusu fibröz stroma içinde tespit edildi (Şekil 1,2).



Resim 1. Multiple kistik odaklarda görülen papiller tiroid karsinomu (H&Ex20).



Resim 2. Çekirdekleri kıvrılmış kanser hücreleri, cam görünümlü zemin, psammom cisimcikleri (H&Ex40).

Bunun üzerine hasta yakın takibe alındı. Hastaya Nisan 2011’de tiroid sintigrafisi yapıldı. Sintigrafi sonucunda sol lobda hiperreaktif tiroid dokusu izlendi. Hasta endokrin bölümüne yönlendirildi. Hasta ile ilgili hormonal bir patolojiye rastlanmadı. Temmuz 2011’deki kontrol tiroid ultrasonografisinde de sol tiroid lob homojen olarak değerlendirildi. İsthmusta 6x2 mm çapında parenkimle izoe-koik nodül varlığı izlendi. Hasta yine kontrole çağırıldı ve takibe alındı.

TARTIŞMA

Tiroglossal kanal kistleri boyun orta hatta yerleşir. Kanallar kistten yukarı doğru uzanır ve sekretuar glandları da içerir. Bu kanallar hyoid kemik hizasında birleşerek tek bir kanal halini alır. Papiller tiroid kanserleri tiroid glandın ve tiroglossal kanal kistlerinin en sık karşılaşılan malign tümörleridirler. Tüm tiroglossal kanal kistlerinin yaklaşık % 80’ini papiller karsinomlar oluşturur (3). Diğer kanserler ise skuamöz hücreli karsinom, adenoskuamöz karsinomlardır (1).

Papiller tiroid karsinomlar genellikle lokal lenfojen metastaz yapan ve çok agersif olmayan uzak metastaz oranı düşük ve iyi prognozlu tümörlerdir. Tiroglossal kanal kistlerinin en kötü prognozu olanları ise skuamöz hücreli kanserlerdir (4).

Primer tiroglossal kanal kisti tümörlerinin tanı kriterlerini Widström tanımlamıştır. Buna göre duvarında normal tiroid folliküllerinin bulunduğu ve içinin epitelle döşeli olduğu bir kistin varlığının gösterilmesi, tümörün tiroid glanda bitişik olması, tiroid glandda herhangi bir primer tümör varlığının gösterilememesidir (5). Tiroglossal kanal kistinden köken alan papiller tiroid karsinomlarının tanısında ince iğne aspirasyon biyopsisi yararlı olabilir (6).

Sonuç olarak, bizim vakamızın da tiroid glanda bitişik kistik kitle dışında tiroid glanda ait herhangi bir patolojik USG veya BT bulgusu yoktu.

Tiroglossal kanal kistlerinden köken alan tümörle-

rin tedavisi cerrahi rezeksiyondur. Cerrahi kararı vermeden önce kesinlikle ektopik yerleşimli tiroid dokusunu ekartasyonu yapılmalıdır (7). Cerrahi genellikle kistin ve tüm dallarının takip edilerek hyoid kemik gövdesiyle beraber total rezeksiyondur (8).

Cerrahi sırasında local invazyon olup olmadığı değerlendirilmeli ve invaze dokulara spesimene dahil edilmelidir. Lokal invazyon varlığı ve intraoperatif kist rupture rekkürensi arttıran parametrelerdir. Olgumuzda kist rupture yoktu fakat strep kaslara lokal invazyon mevcuttu ve invaze kas dokuları güvenli cerrahi sınır bırakılarak spesimene dahil edildi. Eğer tümör 1cm’den büyükse cerrahiye subtotal tiroidektomi eklenmesini öngören yazarlar mevcuttur (9). Tiroid gland içerisinde kistik ya da soliter herhangi bir lezyon yoksa tiroidektomi yapılmadan da cerrahi sonlandırılabilir. Tiroid gland içerisinde sintigrafik bulgu olarak soğuk nodül varsa, patolojik boyutlanane nodu mevcutsa, baş boyuna radyasyon öyküsü varsa tiroidektomi yapılmalıdır (10-11).

Kistimiz sağ tiroid glanda bitişik olduğu için, local invazyon bulgusu olduğu için ve frozen sonucu papiller tiroid karsinom geldiği için cerrahiye sağ hemitiroidektomi eklenerek spesimene dahil edildi.

Tümör çapının 1 cm’e yakın olması, strep kaslara invazyon göstermesi, multifokal tümör varlığı, ikinci tümör odağının kist cidarında olması ve buna bağlı tiroid glanda bitişiklik nedeni ile hasta yakın takibe alındı. Bu tür prognozu ve rekkürensi etkileyebilecek durumlarda hastanın yakın takibini önermekteyiz.

SONUÇ

Sonuç olarak, tiroglossal kanal kistleri boyun orta hatta yer alan kitlelerin ayırıcı tanısında düşünülmelidir. Tiroglossal kanal kisti içersisinden papiller tiroid karsinomunun gelişebileceği unutulmamalıdır. Tedavide sistrunk prosedürü yeterli olmaktadır, kist içersisine yerleşimli tümörün çapı 1cm’yi geçtiğinde cerrahiye tiroidektomi eklenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Kinoshita N, Abe K, Sainoo Y, Kumagami H, Takahashi H, Hayashi T. Adenosquamous carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst: report of a case. *Surg Today* 2011;41(4):533-6. *Epub* 2011 Mar 23. <http://dx.doi.org/10.1007/s00595-010-4287-z> PMID:21431487
2. Balalaa N, Megahed M, Ashari MA, Branicki F. Thyroglossal duct cyst papillary carcinoma. *Case Rep Oncol* 2011;4(1):39-43. <http://dx.doi.org/10.1159/000324405> PMID:21526005 PMCID:3082488
3. Van Vuuren PA, Balm AJ, Gregor RT, Hilgers FJ, Loftus BM, Delprat CC, et al. Carcinoma arising in thyroglossal remnants. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 1994;19:509-15. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2273.1994.tb01279.x> PMID:7895383
4. Martins AS, Melo GM, Tincani AJ, Lage HT, Matos PS. Papillary carcinoma in a thyroglossal duct: case report. *Sao Paulo Med J* 1999;117:248-250. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31801999000600005>
5. Widström A, Magnusson P, Hallberg O, Hellqvist H, Riiber H. Adenocarcinoma originating in the thyroglossal duct. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1976;85:286-90. PMID:1267333
6. Yang YJ, Haghir S, Wanamaker JR, Powers CN. Diagnosis of Papillary Carcinoma in a Thyroglossal Duct Cyst by Fine-Needle Aspiration Biopsy. *Arch Pathol Lab Med-Vol* 124, January 2000.
7. Kazemi M, Assadi M, Kazemi AA, Ghazvini LA. Primary papillary carcinoma of thyroglossal duct cyst. *Hell J Nucl Med* 2006;9:39-40. PMID:16617393
8. Aghaghazvini L, Mazaher H, Sharifian H, Aghaghazvini S, Assadi M. Invasive thyroglossal duct cyst papillary carcinoma: a case report. *J Med Case Reports* 2009;3:9308. *Journal of Medical Case Reports* 2009;3:9308. <http://dx.doi.org/10.1186/1752-1947-3-9308> PMID:20062737 PMCID:2803831
9. Heshmati HM, Fatourehchi V, van Heerden JA, Hay ID, Goellner JR. Thyroglossal duct carcinoma: report of 12 cases. *Mayo Clin Proc* 1997;72:315-9. <http://dx.doi.org/10.4065/72.4.315> PMID:9121176
10. Weiss SD, Orlich CC. Primary papillary carcinoma of thyroglossal duct cyst report of a case and review literature. *Br J Surg* 1992;79:1248-1249. <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.1800791152> PMID:1467914
11. Chin TG, Sidik Sh M, Manickam S, Phang KS, Clarence-Ko CH, Jeevanan J. Papillary carcinoma of the thyroglossal duct cyst in a 15-year-old girl. *Int J Otorhinolaryngology* 2007;2:732-735.