

Tiroglossal Duktus Kist ve Fistülleri: 32 Vakalık Bir İnceleme

Hayrettin Cengiz ALPAY^a, İrfan KAYGUSUZ, Turgut KARLIDAĞ, Erol KELEŞ, Şinasi YALÇIN, Hakan DABAK

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, ELAZIĞ

ÖZET

Giriş: On yıllık bir periyottaki tiroglossal duktus kisti tedavisindeki tecrübelerimizi sunmak, tiroglossal duktus kistlerinin tanı ve tedavisini ilgili literatür ışığında tartışmaktır.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimizde tiroglossal duktus kisti tanısı alan ve tedavi edilen 32 vakanın dosyası retrospektif olarak yeniden incelendi.

Bulgular: 32 hastanın 12'si erkek, 20'si bayandı ve yaşları 2 ile 56 arasında (ortalama 17.9±16.1 yıl) değişiyordu. En sık rastlanan şikayeti boyun orta hattında aralıklı akıntıydı (%53). Daha nadir olarak hastalarda boyun orta hattında şişlik veya fistül ağzı şikayeti vardı. 16 hastada fistül ağzı veya şişlik boyun orta hattında ve tirohiyoid bölgedeydi. Klinik görünüm 17 hastada fistül ve 15 hastada kist şeklindeydi. Hastalarımızın tümüne Sistrunk operasyonu uygulandı.

Sonuç: Tiroglossal duktus kistlerinin genel olarak kabul görmüş tedavisi cerrahidir. Bu kistlerin malign transformasyon riskinin olduğu bilinmelidir. Boyun orta hattında şişlik veya kitle ile gelen hastaların ayırıcı tanısında tiroglossal duktus kistleri de akla gelmeli ve tedavisinde sistrunk ameliyatının altın standart olduğu unutulmamalıdır. ©2007, Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Anahtar kelimeler: Tiroglossal duktus kisti, Sistrunk operasyonu.

ABSTRACT

Thyroglossal Duct Cysts and Fistulas: A Review of 32 Cases

Objectives: To present our experiences in management of thyroglossal duct cysts over 10 years and to discuss the diagnosis and treatment of thyroglossal duct cysts related with literature.

Materials and Methods: A retrospective review of charts belonged to 32 patients performed excision of thyroglossal duct cysts in our clinic.

Results: 12 of the 32 patients were male and 20 were female. The age at presentation ranged from 2 to 56 years (average age 17.9±16.1 years). The most common complaint was intermittent secretion at the middle region of the neck (53%). Rarely, a nodule or fistula point was being at the middle of the neck in patients. Fistula point or nodule was settled at the midline of the neck and thyrohyoid zone in 16 patients. Clinic presentation was a fistula in 17 patients and a cyst in 15 patients. Sistrunk operation was performed for all our patients.

Conclusion: Common opinion accepted about the treatment of thyroglossal duct cysts is surgical approach. It should be remembered that the thyroglossal duct cysts have risk of malign transformation. Physicians must keep in mind the thyroglossal duct cysts in the differential diagnosis of the patients presented with fistula or nodule at middle of the neck and the sistrunk operation is a gold standart for the treatment of this patients. ©2007, Fırat University, Medical Faculty

Key words: Thyroglossal duct cyst, Sistrunk operation

Tiroglossal duktus kistleri, foramen çekum ile tiroid gland arasındaki tiroglossal duktus kalıntısından gelişir ve boyun orta hattı kitlesi olarak bulgu verirler (1). Çocukluk çağındaki boyun orta hattı kitlelerinin %75'inden fazlasını oluştururlar. Konjenital tip anomaliler içerisinde brankial kistlere göre üç kat daha yaygın olarak görülürler (2). Gelişiminde genetik faktörlerin rol oynadığına dair raporlar olsa da tiroglossal duktus kistleri sporadik bir oluşuma sahip gibi görünmektedir (3). Hastaların %65'inden fazlası 30 yasin altında ve bunların yaklaşık %35'i 10 ile 30 yaş arasındadır (4).

Bu makalenin amacı 10 yıllık bir periyottaki tiroglossal duktus kisti tedavisindeki tecrübelerimizi sunmak, tiroglossal duktus kistlerinin tanı ve tedavisini ilgili literatür ışığında tartışmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 1996 ile Eylül 2006 tarihleri arasında kliniğimizde tiroglossal duktus kisti tanısı alan 32 vakanın dosyası retrospektif olarak yeniden incelendi.

Hasta dosyaları hastanın yaşı, cinsiyeti, başvuru anındaki şikayet ve bulguları, tiroglossal duktus kistinin hiyoid kemiğe ve boyun orta hattına göre yerleşimi, tiroglossal duktus kistinin fistülize olup olmadığı, ultrasonografi (USG) bulguları, uygulanan cerrahinin tipi, cerrahi sonrası nüks ve komplikasyonları, hastaların hastanede kalış süreleri, histopatolojik inceleme sonuçları ve hasta takip süreleri açısından yeniden gözden geçirildi. Bulgular literatür ışığında değerlendirildi.

^a Yazışma Adresi: Dr. Hayrettin Cengiz Alpay, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Elazığ
Tel: +90 424 2333555 e-mail: hayrettincengizalpay@yahoo.com

BULGULAR

Çalışmaya alınan 32 hastanın 12'si erkek, 20'si bayandı ve yaşları 2 ile 56 arasında (ortalama 17.9±16.1 yıl) değişiyordu (Tablo 1). Hastaların en sık rastlanan şikayeti boyun orta hattında aralıklı akıntıydı (%53). Daha nadir olarak boyun orta hattında şişlik veya fistül ağzı şikayeti vardı. 16 hastada fistül ağzı veya şişlik boyun orta hattında ve tirohiyoid bölgedeydi (Tablo 2).

Tablo 1. Yaşa göre hasta dağılımı

Yaş	n	%
0-10	15	46
11-20	6	18
21-30	4	12
31-40	4	12
41-50	1	3
51 ve üstü	2	6
Toplam	32	

Tablo 2. Tiroglossal kistlerin boyunda yerleşimi

	Boyun orta hattı	Orta hattın solu	Orta hattın sağ
Suprasternal	4 (%12)		
Tirohiyoid	16 (%50)	4 (%12)	1 (%3)
Suprahyoid	5 (%15)	1 (%3)	
Intralingual	1 (%3)		

Klinik görünüm 17 hastada fistül ve 15 hastada kist şeklindeydi. Kist ölçüleri palpasyonla 0.5 ile 5.0 cm arasında (ortalama 2.0±1.1cm) değişmekteydi. Hastalardan 16'sına servikal USG yapılmıştı. USG'de, içerisinde debris ve yoğun bir içerikle beraber kistik veya fistüle kistik bir lezyon ve normal tiroid bezi bulguları rapor edilmişti.

Beş hasta daha önce opere edilmişti. Bunlardan dördü daha önce başka bir merkezde (üçü birer kez, biri de üç kez olmak üzere), biri kliniğimizde (bir kez) opere edilmişti. Dış merkezlerde opere olan hastaların dördünde de hiyoid kemik mevcuttu. Bu hastaların tamamında hiyoid kemiğin korpusu eksize edilerek Sistrunk operasyonu yapıldı. Kliniğimizde daha önce opere ettiğimiz vakada ise rekürrens dil kökünden gelişmişti. Bu vakada aynı insizyon yerinden girilerek kist dil kökünden kaynaklandığı yer de dahil edilerek eksize edildi.

32 hastanın birinde postoperatif dönemde enfeksiyon gelişti (%3.12). Bu hastada cerrahi drenaj gereksizdir terapötik dozlarda birinci kuşak sefalosporinin oral kullanımıyla tedavi edildi. Hastalar hastanede ortalama 5.5±1.7 gün (1-10 gün) kalmıştı. Spesmenlerin histopatolojik inceleme sonuçları tüm hastalarda tiroglossal duktus kisti ile uyumlu olarak geldi. Spesmenlerin hiçbirinde papiller karsinom bulgusuna rastlanmadı.

Hastalar 2-60 ay arasında (ortalama 13.5 ay) takip edildi. Bu dönem içerisinde yalnızca bir hastamızda (%3.12) postoperatif 2. ayda rekürrens gözlemlendi. Hasta ikinci kez opere edildi.

TARTIŞMA

Tiroglossal duktus anomalileri, tiroglossal duktusun kısmen veya tamamen obliterasyon eksikliğinden gelişir. Genellikle kist şeklinde görülen bu anomaliler boyun cildine açılırlarsa tiroglossal fistül adını alırlar (5). Her iki cinste eşit oranda görülen bu anomaliler yaşamın her dekadında görülebilmekle

birlikte çocukluk çağında ve özellikle yaşamın ilk beş yılında dikkati çekmektedir (6). Yetişkin popülasyonun yaklaşık %7'sinde tiroglossal duktus kalıntıları rapor edilmiştir (1). Bizim serilerimizde 32 hastanın 20'si (%62.5) bayan, 12'si (%37.5) erkekti ve literatürle uyumlu olarak olguların 15'inde (%47) tiroglossal kist ve fistüller ilk dekada ortaya çıkmıştı.

Tiroglossal duktus kistlerinin yaklaşık %50'si enfekte olur. Bu durum hastaların hekime başvurularının başlıca nedenidir (6-8). Bununla birlikte intralingual veya suprahyoid lokalizasyonda gelişen kistler boğulma hissine, disfajiye veya ses değişikliğine neden olabilirler (5). Bizim olgularımızın sadece 3'ünde (%9.37) enfekte kist mevcuttu ve bu oran literatüre göre nisbeten düşüktü. Bu durum üçüncü basamak merkez olan hastanemize gelmeden önce olgularımızın çoğuna medikal tedavi verilmiş olmasına bağlı olabilir. Bizim olgularımızın en sık başvuru şikayeti boyun orta hattında aralıklı akıntı (%53) ve ağrısız şişlik (%37.5).

Embriyolojik kaynağı nedeniyle tiroglossal duktus kisti genellikle boyun orta hattında, çok yumuşak olmayan ve dilin dışarı doğru çekilmesiyle hareket eden bir kitle şeklindedir (9). Bu kistler dilin kaidesinden suprasternal çentiğe kadar herhangi bir yerde (dil foramen çekumunda, hiyoidin üstünde veya altında, tiroid glandının yakınında veya jugulumda) bulunabilirler. Ancak olguların %75'inde boyunda hiyoid kemiğin altında saptanırlar (5). Tiroglossal duktus kistlerinin intralingual (%2), suprahyoid (%25), tirohiyoid (%60) ve suprasternal (%13) olmak üzere genel olarak dört lokalizasyonu vardır. Olgularımızda da literatürle uyumlu olarak %65.6 tirohiyoid bölge lokalizasyonu saptanmıştır. Sadece bir vakamızda tiroglossal duktus kistinin intralingual yerleşimli olduğu görülmüştür.

Tiroglossal duktus kistlerinin dermoid kist, tiroid piramidal lobu, tiroid adenomu, tiroid karsinomu, aberran tiroid dokusu, brankial yarı kisti, lipom, lenfadenopati, hemanjiom, lenfanjiom, laringosel ve teratom ile ayırıcı tanısının yapılması gerekmektedir (10,11). Tiroglossal duktus kistlerinin tanı ve ayırıcı tanısında bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans (MR), USG ve tiroid sintigrafisi kullanılabilir (12-16). USG maliyetinin az olması ve yeterli bilgi vermesi nedeniyle en sık kullanılan yöntemdir (13). Ektopik tiroid dokusunun varlığını ayırt etmek için tiroid sintigrafisi yapılabilir (17).

Tiroglossal duktus kistlerinin genel olarak kabul görmüş tedavisi cerrahidir (18). Olguların %50'sinde enfeksiyon gelişme riski olduğundan elektif şartlarda kist eksize edilmelidir (19). Nadirde olsa malign transformasyon riskinin olduğu unutulmamalıdır (20-24). Tiroglossal duktus kistlerinin cerrahi tedavisinde günümüzde en sık sistrunk ameliyatı uygulanmaktadır. Bu teknikte kist ve hiyoid kemik gövdesi çıkarılmaktadır (7,25). Bizim olgularımızın tümüne sistrunk ameliyatı yapıldı. Bunların yalnızca birinde (%3.1) dil kökünde olmak üzere rekürrens gelişti ve ikinci kez opere edildi.

Tiroglossal duktus kistinin başarısız cerrahi tedavisinin birçok sebebi vardır. Tek başına kistektomi gibi yanlış bir cerrahi prosedürün yüksek rekürrens oranı için primer bir neden olduğu açıkça ortaya konulmuştur (19). Sistrunk (25) hastanın genç olması, enfeksiyon ve ameliyat esnasında kistin delinmesi gibi faktörlerin de nükse yardımcı olduğunu ileri sürmüştür. Ein ve arkadaşları (26) tiroglossal duktus kistleri nedeniyle cerrahi tedavi uygulanmış 270 hastayı inceledik-

lerinde infeksiyon ve kistin drene edilmesinin nüks oluşmasına yol açan en önemli faktörler olduklarını rapor etmişlerdir. Rogerio ve ark. (27) tiroglossal duktus kisti tanısının klinik olarak konabileceği ve kendi serilerinde düşük komplikasyon (%11.62) ve rekürrens (%2.32) oranlarıyla beraber Sistrunk operasyonunun iyi sonuçlar ortaya koyduğunu rapor etmiş ayrıca antibiyotik tedavisinden kaçınılabileceğini ve hastanede kalış süresinin kısa olduğunu belirtmişlerdir. Bizim olgularımızın hastanede ortalama kalış süresi 5.5 gündü. Bu sürenin uzun olmasının nedeni hastanemizin geniş bir havzada kendi il merkezi ile beraber çevre illere de hizmet vermesi ve

çevre illerden gelen hastalarımızın takip ve bakım amacıyla daha uzun süre kliniğimizde yatırılmasıdır.

Günümüzde tiroglossal duktus kistlerinin cerrahi dışı tedavi seçenekleri arasında etanol skleroz tedavisi tartışılmaktadır. Çalışmalar, etanol skleroz tedavisinin tiroglossal duktus kistinin tedavisi için alternatif bir yöntem olabileceğini ileri sürmektedir (28).

Bütün bu bilgiler ışığında boyunda şişlik veya kitle ile gelen hastaların ayırıcı tanısında tiroglossal duktus kistleri de akla gelmeli ve tedavisinde sistrunk ameliyatının altın standart olduğu unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Ellis PD, Van Nostrand AW. The applied anatomy of thyroglossal tract remnants. *Laryngoscope* 1977; 87: 765-770.
2. Todd NW. Common congenital anomalies of the neck. *Embryology and surgical anatomy. Surg Clin North Am* 1993; 73: 599-610.
3. Klin B, Serour F, Fried K, Efrati Y, Vinograd I. Familial thyroglossal duct cyst. *Clin Genet* 1993; 43: 101-103.
4. Fernandez JF, Ordonez NG, Schultz PN, Saman NA, Hickey RC. Thyroglossal duct carcinoma. *Surgery* 1991; 110: 928-934; discussion 934-5.
5. Allard RH. The thyroglossal cyst. *Head Neck Surg* 1982; 5: 134-146.
6. Telander RL, Deane SA. Thyroglossal and branchial cleft cysts and sinuses. *Surg Clin North Am* 1977; 57: 779-791.
7. Benner KG, Organ CH Jr, Williams GR. Is the treatment for thyroglossal duct cysts too extensive? *Am J Surg* 1986; 152: 602-605.
8. Sanders LE, Cady B. Embryology and developmental abnormalities. In: Cady B, Rossi RL, eds. *Surgery of the thyroid and parathyroid glands*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1991: 5-12.
9. Nathanson LK, Gough IR. Surgery for thyroglossal cysts: Sistrunk's operation remains the standard. *Aust N Z J Surg* 1989; 59: 873-875.
10. Athow AC, Fagg NL, Drake DP. Management of thyroglossal duct cysts in children. *Br J Surg* 1989; 76: 811-814.
11. 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: 642-4, 646-7, 651.
12. Stevens MH, Gray S. Preoperatif thyroid scanning in presumed thyroglossal duct cysts. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1994; 120: 113.
13. Wadsworth DT, Siegel MJ. Thyroglossal duct cysts: Variability of sonographic findings. *Am J Roentgenol* 1994; 163: 1475-1477.
14. Baatenburg de Jong RJ, Rongen RJ, Lameris JS, et al. Ultrasound characteristics of thyroglossal duct anomalies. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 1993; 55: 299-302.
15. Ward RF, Selfe RW, St Louis L, et al. Computed tomography and the thyroglossal duct cysts. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1986; 95:93-98
16. Blandino A, Salvi L, Scribano E et al. MR findings in thyroglossal duct cysts: Report of two cases. *Eur J Radiol* 1990; 11: 207-211.
17. Sturgis EM, Miller RH. Thyroglossal duct cysts. *J La State Med Soc* 1993; 145: 459-461.
18. Obiako MN. The Sistrunk operation for the treatment of thyroglossal cysts and sinuses. *Ear Nose Throat J* 1985; 64: 196-201.
19. Flageole H, Laberge JM, Nguyen LT, Adolph VR, Guttman FM. Reoperation for cysts of the thyroglossal duct. *Can J Surg* 1995; 38: 225-229.
20. Lei JY, Zhang YH. Thyroglossal duct carcinoma: A case report. *Chin Med J* 1988; 101: 141-142.
21. Colloby PS, Sinha M, Holl-Allen RT, et al. Squamous cell carcinoma in a thyroglossal duct remnant: A case report and review of the literature. *World J Surg* 1989; 13: 137-139.
22. Vincent SD, Synhorst JB. Adenocarcinoma arising in a thyroglossal duct cyst: Report of a case and literature review. *J Oral Maxillofac Surg* 1989; 47: 633-635.
23. McNicoll MP, Hawkins DB, England K, Penny R, Maceri DR. Papillary carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1988; 99: 50-54.
24. Johnson LA, Pogle JP. Follicular adenocarcinoma arising in a thyroglossal duct remnant. *Clin Nucl Med* 1988; 13: 378.
25. Sistrunk WE. The surgical treatment of cysts of the thyroglossal tract. *Ann Surg* 1920; 71: 121-126 (Abstract).
26. Ein SH, Shandling B, Stephens CA, Mancor K. The problem of recurrent thyroglossal duct remnants. *J Pediatr Surg* 1984; 19: 437-439.
27. Dedititis RA, Camargo DL, Peixoto GL, Weissman L, Guimarães AV. Thyroglossal duct: a review of 55 cases. *J Am Coll Surg* 2002; 194: 274-277.
28. Fukumoto K, Kojima T, Tomonari H, et al. Ethanol injection sclerotherapy for Baker's cyst, thyroglossal duct cyst, and branchial cleft cyst. *Ann Plast Surg* 1994; 33: 615-619.

Kabul Tarihi: 24.09.2007