

TRANSTORASİK İĞNE BİYOPSİSİ İLE TANIMLANAN ÜÇ MİDİASTİNAL EKTOPIK GUATR OLGUSU

Op. Dr. Mustafa YÜKSEL (*) • Yrd. Doç. Dr. Kunter BALKANLI (**)
Doç. Dr. İbrahim ÖZTEK (***) • Op. Dr. Muharrem ÇELİK (**) • Dr. Aziz UYSAL (*)
Doç. Dr. Fevzi KARSLI (****) • Doç. Dr. Hayati TOR (*****) • Op. Dr. Mehdi SİLİ (*)

ÖZET: Değişik yakınmalarla hastanemize başvuran biri erkek, ikisi kadın üç olguda, akciğer grafilerinde ve Bilgisayarlı Tomografi (B.T) tetkiklerinde ön mediastende yer kaplayan tümörall kitleler saptandı. Kitlelerden perkütan iğne biyopsisi yapıldı. Elde edilen materyallerin histopatolojik ve sitolojik incelemesinde, bunların mediastinal ektoptk tiroid dokusundan kaynaklanan, mediastinal guatr oldukları belirlendi. Her üç olgu da, cerrahi olarak kitlelerin total ekstirpasyonu ile tedavi edildi. Cerrahi materyalin patolojik incelemeleri ile de iğne biyopsi sonuçları doğrulandı.

Anahtar Kelimeler: Mediastinal ektoptk guatr, transtorasik iğne biyopsisi.

SUMMARY: Three ectopic mediastinal goitre diagnosed by percutaneous trans-thoracic needle biopsy. Radiological and CT evaluation of 3 patients (2 women, 1 man) admitted to the hospital with various complaints revealed some masses in the anterior mediastinum. Percutaneous needle biopsy from each individual lesion was performed. Cythological examination of the specimens revealed that they originated from ectopic thyroid tissue in the mediastinum. All the lesions were totally removed surgically. The pathological examination of the biopsy from each individual lesion was performed. Cythological examination of the specimens revealed that they originated from ectopic thyroid tissue in the mediastinum. All the lesions were totally removed surgically. The pathological examination of the tissue specimens postoperatively confirmed the results of the needle biopsy. We discussed the ectopic mediastinal goitre on those occasions.

Key Words: Mediastinal ectopic goitre, transthoracic needle biopsy.

GİRİŞ

Primer mediastinal guatr, mediastendeki ektoptk tiroid dokusundan kaynaklanan oldukça nadir bir klinik antitedir. Genellikle asemptomatik olan olgular akciğer grafilerinde tesadüfen görülür. Mediastinal tiroid dokusu ile servikal tiroid dokusu arasında bağlantı yoktur. Kan dolaşımı, mediastinal damarlarla sağlanır (1,5,10,12,13). Yapı, lokalizasyon ve ayırım açısından BT ve Suprasternal Ultrasonografi (US) önemlidir. Yine BT eşliğinde mediastinal kitlelere yapı-

lan iğne ve aspirasyon biyopsileri ile elde edilen materyalin histopatolojik ve sitolojik tetkiki, preoperatif tanıda çok değerlidir (2,3,6).

OLGULAR

OLGU-1: H.Ç. 40 yaşında bayan, Patoloji Prot. No: U7/89, U47/89. Nefes darlığı yakınmaları ile baş vuran hastanın akciğer grafisinde, anterior mediastende 10 cm. çapta homojen opasite görüldü (Resim 1). Fizik muayenesi ve tiroid hormon değerleri dahil tüm laboratuvar bulguları ile tiroid sintigrafisi normaldi. Bronkoskopide bir özellik görülmedi. Bronkoalveoler lavaj sıvısının sitolojik tetkikinde patolojik bulgu saptanmadı. Baryumlu özefagus grafisinde bası mev-

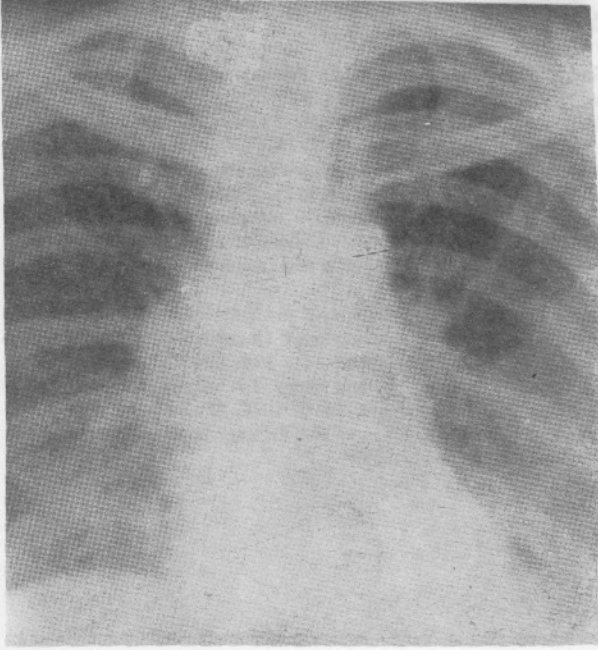
* Heybeliada Göğüs Hast. ve Göğüs Cerr. Merk. Göğüs Cerr. Kl.

** GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göğüs Cerrahi A.B.D.

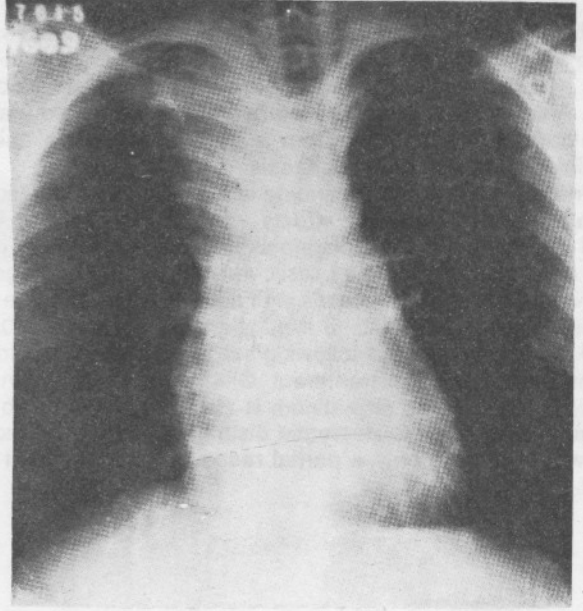
*** GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Patoloji A.B.D.

**** GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Radyoloji A.B.D.

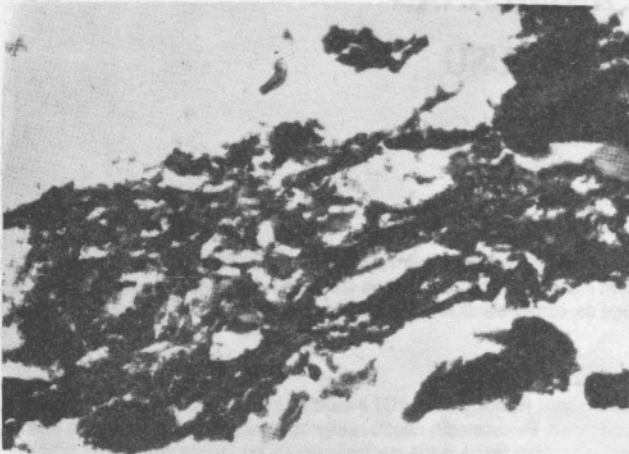
***** GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Endokrinoloji B.D.



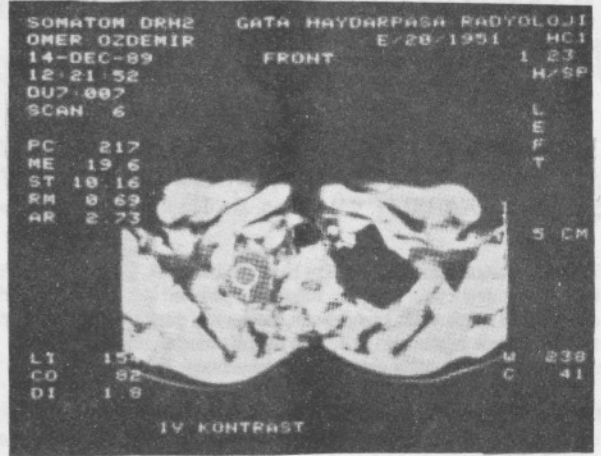
Resim 1: Birinci olgunun ön mediasteninde yer alan kitlenin akciğer grafisindeki homojen görüntüsü.



Resim 3: İkinci olguda üst mediastendeki kitlenin radyolojik görünümü.



Resim 2: İğne biyopsisi ile elde edilen materyalin histopatolojisinde, kolloid dolu küçük büyüklükte foliküller (H. E. X 100).



Resim 4: İkinci olgunun BT'sinde sağ üst mediastende solid kitlenin lokalizasyonu.

cuttu. Kimografide kitle pulsasyon göstermedi. BT'de, ön mediastende düzgün konturlu lobüle, kalsifikasyonlar içeren 8 x 10 cm. boyutlarında solid bir kitle izlendi.

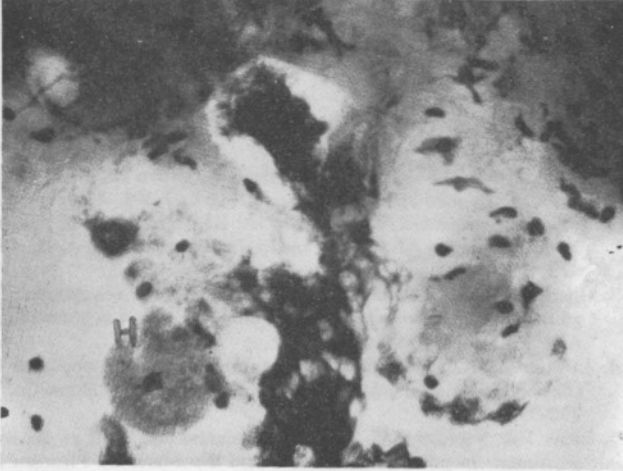
Sağ II. İ.K.A.'tan sternum yanından **frenzen** iğnesi ile doğrudan perkütan transtorasik iğne biyopsisi yapıldı.

Mikroskopik çaptaki biyopsi, histopatolojik olarak, küçük büyüklükte, lümenleri kolloid dolu foliküllerden oluşmuş ektopik tiroid dokusuna aitti (Resim 2).

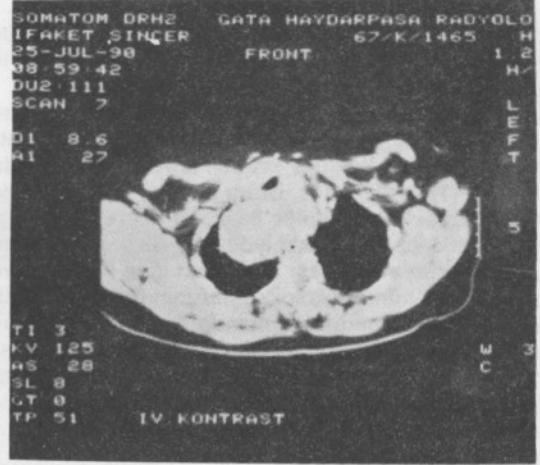
Daha sonra olgu operasyona alınarak, sağ posterolateral torakotomi ile girilip, kitle çevre dokulardan kolayca dişe edilerek çıkarıldı. Patolojik tanısı; diffüz kolloidal guatr yapısında ektopik tiroid dokusu idi.

OLGU-2: Ö.Ö. 21 yaşında erkek, Kl. Prot. No: P330/90, Patoloji Prot. No: 207, 250/90. Nefes darlığı, göğüs ağrısı ve halsizlik yakınmaları ile yatırılan hastanın 9 yaşında iken

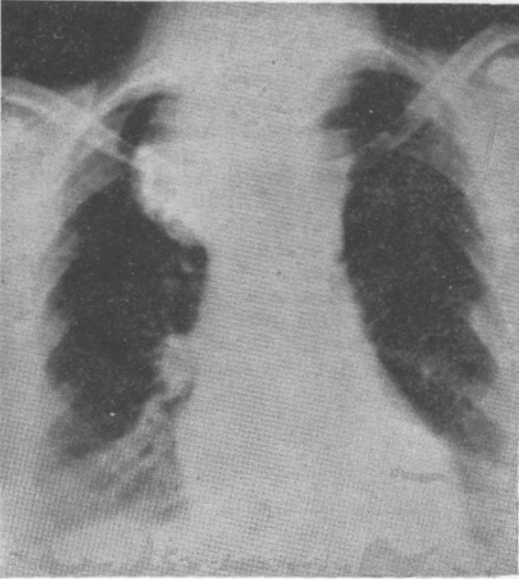
geçirdiği subtotal tiroidektomi sonucu papiller kanser tanısı aldığı ve bunun üzerine total tiroidektomi uygulanarak, tiroksin tedavisi verildiği öğrenildi. Yapılan laboratuvar tetkikleri normal bulundu. Akciğer grafisinde üst ön mediastende 5 cm. çapa varan opasite mevcuttu (Resim 3). BT'de sağ üst mediastende 3 x 5 cm. boyutlarında solid kitle saptandı (Resim 4). 12 yıl önce geçirmiş olduğu operasyonun malign tanımlanmış olması nedeni ile bir nüks ve metastaz düşünülerek, önce tiroid lojundan eksizyonel biyopsi yapıldı. Frozen section ve normal takip ile histopatolojik olarak, bağ doku aralarında tiroid doku artıklarına rastlandı. Mediastinal kitleden BT rehberliğinde, ucunda 21 numara iğne bulunan 10 cc.'lık enjektör ile sternuma yakın, sağ 2.İ.K.A.'tan girilerek, aspirasyon yapıldı. Aspirasyon materyalinin yapılan sitolojik tetkikinde eritrosit yığınları arasında normal ve re-



Resim 5: İkinci olguda ince iğne aspirasyonu ile elde edilen materyalde benign tiroisitler ve histiositler (PAP X 200).



Resim 7: Üçüncü olgunun BT'sinde sağ üst mediastende hipodens kitlesel lezyon.



Resim 6: Üçüncü olguda sağ üst mediastendeki kitlenin radyolojik görünümü.

aktif tiroisitler ile geniş, yuvarlak, sarımtırak pembe granüle stoplazmalı, piknotik nükleuslu histiositik hücreler görüldü (Resim 5). Malign hücre izlenmemesi üzerine kitle, ektopik guatr olarak değerlendirildi.

Sağ torakotomi ile girilerek, çevre dokulardan kolayca ayrılan tümör total olarak ekstirpe edildi. Frozen Section ve normal takipte histopatolojik olarak; mediastinal ektopik tiroid dokusunun büyümesi üzerine tıbbi tedaviye başlanmış. Herhangi bir yakınması mevcut değil. Açlık kan şekerinin 220 mg/ml olması dışında laboratuvar bulguları normal idi.

OLGU-3: İ.S. 51 yaşında bayan. Kl. Prot. No: 1556-1788/90, Patoloji Prot. No: 5978/90. Olgu 32 yıl önce tiroidektomi geçirmiş. 1985 yılında tekrar boyun ön bölgesinde tiroid dokusunun büyümesi üzerine tıbbi tedaviye başlanmış. Herhangi bir yakınması mevcut değil. Açlık kan şekerinin 220 mg/ml olması dışında laboratuvar bulguları normal idi.

Akciğer grafisinde sağ üst mediastende 9 cm. çapta

düzgün kenarlı bir opasite mevcuttu (Resim 6). Boyun ön bölgesindeki kitleye yapılan US tetkikinde, sağ ve sol her iki tiroid lojunda nodüler yapılar saptandı. BT'de, sağ üst mediastende, boyundaki tiroid dokusu ile ilişkisiz, antero-mediale uzanan 5x8,6 cm. boyutlarında hipodens kitlesel lezyon görüldü (Resim 7).

Tiroid lojundan doğrudan, mediastinal kitleden ise, BT rehberliğinde, 21 numara iğne ile sternuma yakın sağ 2.l.K. A.'tan girilerek, değişik alanlardan aspirasyon yapıldı. Her iki aspirasyonda da sitolojik olarak, normal veya reaktif tiroisitler ile geniş histiositik hücreler izlendi. Malign hücre görülmedi. Mediastinal kitlenin ektopik guatr olabileceği kabul edildi. Olguya önce servikal girişimle total tiroidektomi, daha sonra da median split sternotomi ile girilerek, mediastinal kitlenin total ekstirpasyonu uygulandı. Her iki kitlenin de histopatolojik tanısı; nodüler guatr idi.

TARTIŞMA

Oldukça nadir rastlanan ektopik tiroid dokusu dilden mediastene ve sağ ventriküle uzanan yol üzerinde bir çok bölgede yerleşmekte ve en çok da üst ön mediastende bulunmaktadır (1,2,5,7,9,10,12,13). Olguların çoğu akciğerin radyolojik tetkikinde tesadüfen ortaya çıkmaktadır. Genellikle asemptomatik ve laboratuvar bulguları nonspesifiktir. Kitle semptom verdiğinde öksürük, dispne, disfaji, stridor ve ağrı gibi yakınmalara yol açar. Asemptomatik kitlelerin benign olma olasılığı yüksektir (1,5,6,8,10).

Bizim olgularımızdan birincisinde, büyük çapa ulaşmış kitlenin basısına bağlı hafif bir dispne, ikincisinde öksürük, nefes darlığı bulunuyordu. Üçüncüsünde ise mediastinal kitleye ait hiçbir yakınma yoktu. Mediastinal kitleler akciğer grafilerinde ortaya çıkar. Bu gibi durumlarda özefagus pasaj grafisi, konvansiyonel tomografi ve BT yapılması uygundur (2,3,5,6). Bu yolla mediastendeki genişleme, trakea ve özefagusta bası belirtileri ile mediastinal diğer dokularla ilişkiyi belirlemek önemlidir (6,8,10). Bizim birinci olgumuzda olduğu gibi mediastinal guatrda kalsifikasyonlara da rastlanabilir (4,12). Ektopik guatrda genellikle diffüz hiperplazi görülür (8). Bizim iki olgumuz böyle olmakla birlikte, üçüncü olgumuzda hem servikal, hem de mediastinal nodüler guatr saptandı. Daha önce tiroidektomi geçirmiş son iki olgumuzda TSH etkisi ile ektopik tiroid dokularının aktivasyon kaza-

arak hiperplaziye uğradığı kanısına varıldı. İkinci olgunun babası, üçüncü olgunun ise kızkardeşi ve iki çocuğu da tiroidektomili idi. Bu da ailevi yatkınlığı düşündürüyordu.

Mediastinal ektopik guatrda tanı için etkili yöntemlerden biri radyoaktif iyod ile genellikle pozitif bulunan tiroid sintigrafisidir. Fakat negatif bulgular kitlenin tiroid orijinli olmadığını göstermez (1,4,5,9,10,12). Bizim her üç olgumuzda da tiroid hormon düzeyleri normaldi. İki olgumuzun sintigrafilerinde mediastinal kitle radyoaktif iyodu tutmuştu. Kesin tanı ve malignitenin ortaya konması açısından iğne biyopsisi ve ince iğne aspirasyonunun sitolojik tetkikinin önemi çok büyüktür (2,3,5). 16-19 numaralı iğnelerle histolojik örnek almak da mümkündür (3). Olgularımızın birinde doğrudan Franken iğnesi ile, ikisinde ise BT rehberliğinde 21 numaralı iğneler ile aspirasyon yapılmış, iğne biyopsisinde histolojik, ince iğnelerle de sitolojik materyal elde edilerek, kesin tanıları konmuştur. Sitolojik tetkikte benign tiroisitlerin yanı sıra yuvarlak, geniş, granüle stoplazmalı, piknotik nükleuslu histiositik hücrelerin görülmesi tanı için değerlidir. Bunlar kitlenin hem tiroid kökenli, hem de benign olduğuna işaret etmektedir.

Mediastinal guatrda tanı konduktan sonra seçilecek tek tedavi cerrahidir (1,4,5,9,10,12). Cerrahinin asıl amacı kompresyonu ortadan kaldırmaktır (5,8). Shields'e göre servikal bölgedeki tiroid dokusu ile bağlantılı olmayan ektopik mediastinal guatrda servikal girişim kontrendikedir (10). Kitle median sternotomi veya posterolateral torakotomi ile giilerek çıkarılır (1,10,12). Biz de olgularımızda kitlelerin, boyundaki tiroid ile bağlantılı olmadığını saptadığımızdan, cerrahi girişimimizi kitlelerin lokalizasyonlarına göre median sternotomi ve sağ posterolateral torakotomi şeklinde uyguladık. Postoperatuar herhangi bir komplikasyonla karşılaşmadık.

Sonuç olarak, mediastinal ektopik guatr çok nadir bir klinik durum olup, genellikle akciğer grafilerinde tesadüfen ortaya çıkar. BT, kitlenin lokalizasyonunun belirlenmesinde ve iğne biyopsisi ile ince iğne aspirasyonu uygulamasında önemli bir rehberdir. Kesin tanı, elde edilen materyalin histo-

patolojik ve sitolojik incelemesi ile olur. Tek tedavi şekli ise, cerrahi olarak kitlenin total ekstirpasyonudur.

KAYNAKLAR

1. Benjamin SP, McCormack LJ, Effler DB, Grove LK. Primary tumors of the mediastinum. *Chest* 62 (3): 297-303, 1972.
2. Brown K, Aberle DR, Batra P, Steckel RJ. Current use of imaging in the evaluation of primary mediastinal masses. *Chest* 98: 466-473, 1990.
3. Charboneau JW, Reading CC, Welch TJ. CT and sonographically guided needle biopsy: Current techniques and new innovations. *AJR* 154: 1-10, 1990.
4. Lilington GA. Mediastinal lesions in a diagnostic approach to chest diseases. 3rd ed. Baltimore, William and Wilkins Co. p: 398-399, 1987.
5. Lyers HK, Sabiston DC. Primary neoplasms and cysts of the mediastinum. In *pulmonary diseases and disorders*. Ed Fishman A, 2nd ed. Vol 3, New York, London, Tokyo, McGraw-Hill Book Co. p: 2100-2103, 1988.
6. Minni F, Disesa VJ, Masetti P, Marrano D. Management of a large mediastinal cyst of thyroid origin. *Chest* 98: 487-488, 1990.
7. Richmond I, Whittaker JS, Deiraniya AK, Hassan R. Intracardiac ectopic thyroid: a case report and review of published cases. *Thorax* 45: 293-294, 1990.
8. Rosai J. *Ackerman's Surgical Pathology*. 7th ed. St Louis, Toronto, Washington DC. The C.V. Mosby Co. p: 348, 1989.
9. Shahian DM, Rossi RL. Posterior mediastinal goiter. *Chest* 94: 599-602, 1988.
10. Shields TW. *General Thoracic Surgery*. 3rd ed. Philadelphia London. Lea and Febiger Co. p: 1116, 1989.
11. Silverman NA, Sabiston DC. Primary tumors and cysts of the mediastinum. *Curr Probl. Cancer* 2: 1, 1977.
12. Wychulis AR, Payne WS, Claget OT, Woolner LB. Surgical treatment of mediastinal tumors: A 40 year experience. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 12: 379-392, 1971.
13. Yeniterzi M, Solak H, Yüksel T, Özpınar C, Akhan G, Ögmeğül A. Mediastinal kitleler. *S. Ü. Tıp Fakültesi Derg.* 6 (1): 69-74, 1990.