Tiroglossal Duktus Kistlerinin Patolojisi (13 olgu)

Dr. M. Şerefettin Canda[1], Dr. Tülay Canda[1], Dr. Sermin Özkal[1], Dr. Ufuk Günbay[2], Dr. Taner Erdağ[2]

ÖZET

Throglossal duktus kistleri (TDK) boyun bölgesinin konjenital kistik lezyonları arasında önemli bir yer tutmaktadır. Büyük çoğunluğu boyun orta çizgide yerleşen bu kistik lezyonlarda karsinom gelişimi klinik ve patolojik olarak önemlidir. Karsinomlu olguların %80'i tiroid papiller karsinomudur. Çalışmamızda thyroglossal duktus kisti tanısı verilen 13 olgu yaş, cins, tanı ve patolojik özellikleri açısından değerlendirilmiştir. Olgularımızın hiçbirinde tiroid papiller karsinomu görülmemiştir. Bununla birlikte, bu dizide, bir olguda larinks-bant ventrikül epidermoid karsinomu, bir olguda da tiroid folliküler adenom ile birliktelik vardır.

Anahtar sözcükler : Thyroglossal duktus kisti

GİRİŞ

Thyroglossal duktus kisti (TDK), boyun orta çizgi üzerinde görülen ve thyroglossal duktusun inkomplet atrofisi sonucu oluşan kistik bir lezyondur[1]. Boyundaki kongenital kistik lezyonların %42.4'ünü oluşturur[2]. Her iki cinste eşit olarak görülür. Ortalama görülme yaşı 20'dir[2]. Bu lezyonların %90'ı boyun orta çizgi üzerinde, %10'u lateralde yerleşim yapar. Lateral yerleşim gösteren olguların %95'i solda bulunur. Lokalizasyon açısından %60.9'u thyroid, %24.1'i suprahyoid, %12.9'u suprasternal ve %2.1'i intralingualdir. %60 oranında kistik duvarında normal tiroid dokusu bulunabilir[3].

Thyroglossal duktus kistlerinde akut-kronik yangı ve sinus traktında skar gelişimi görülebilir. Bu kistlerde olası karsinom gelişimi de patolojik ve klinik olarak önemlidir. Kist epitelinden skuamöz hücreli karisnom ve thyrogenic karsinom gelişebilir[4]. Bu karsinomların da % 80'ini tiroid papiller karsinomu oluşturur[5].

Çalışmanın amacı, boyun bölgesinin önemli lezyonlarından olan ve malignite açısından da önem taşıması nedeni ile ilginç bulunan TDK'lerinin patolojik özellikleri araştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'nda 1980-1995 döneminde tarafımızca saptanan 13 thyroglossal duktus kisti olgusu bu çalışmanın gerecidir. Bu olguların histopatolojik ve klinik özellikleri incelenmiştir.

1 Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji ABD
2 Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB ABD

SUMMARY

Thyroglossal ductus cyst (TDC) is one of the important congenital cystic lesions of the neck. Most of them are located on the midline portion. Malignant transformation of the lesion is an important feature clinically and pathologically. A concomitant papillary carcinoma of the thyroid is observed in 80 percent of the cases with malignant transformation. In this study 13 cases with in pathologic diagnosis of TDC are reevaluated according to the varables, age, sex and pathologic features. None of them had thyroid papillary carcinoma. Besides, in this series, there were an associa on of a larynx bant ventricle carcinoma in one case and thyroid follicular adenoma in another case.

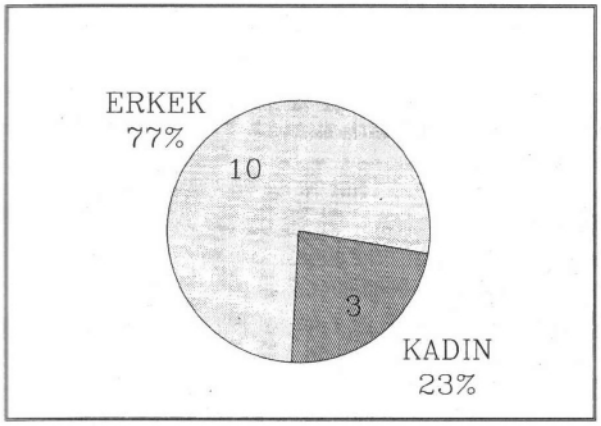
Key words : Thyroglossal ductus cyst

BULGULAR

Bu dizideki olguların 10(%76.9)'u erkek, 3 (%23.1)'ü kadındır(Şekil 1). Dizide ortalama yaş 32.1'dir ve yaş aralığı 4-60 arasındadır, her iki olguda erkektir(Tablo 1).

Prot. No.	Adı/Soyadı	Yaşı/Cins	Lokal.	Klinik	Patolojik Tanı
1. 3502/85	F.B.	38/K	Boyun orta.	NG, kist	TDK+Follik, aden.
2. 1191/86	Y.B.	40/K	Boyun orta.	TDK	TDK
3. 880/87	Z.Ş.	25/E	"	TDK	TDK
4. 2266/87	H.T.	60/E	"	Hiyoid, kist	TDK
5. 4569/87	M.E.	30/E	"	TDK	TDK
6. 339/88	K.K	16/E	"	TDK	TDK
7. 3635/88	K.Y.	39/E	"	TDK	TDK
8. 1877/89	M.A.	58/E	"	Larinks Ca.	+TDK Epid Ca+TDK
9. 1585/92	H.E.	20/K	"	TDK(Fistül)	TDK
10.11282/94	A.Z.	4/E	"	TDK	TDK
11.14125/94	S.Y.	29/E	"	TDK	TDK
12.2214/95	M.E.	37/E	"	TDK	TDK
13.12017/95	C.A.	22/E	"	TDK	TDK

Tablo 1 : Dizideki olguların klinik ve patolojik özellikleri



Şekil 1 : Dizideki olguların kadın erkek dağılımı

Mikroskopik incelemede, 9((%69.2) olguda psödostratifiye silindirik epitel (Resim 1,2), 3(%23.7) olguda çok katlı yassı epitel ve 1(%7.6) olguda tek sıralı kübik epitel görülmüştür(Tablo 2).

Bir olguda da psödostratifiye silli silindirik epitelde skuamöz metaplazi dikkati çekmiştir(Resim 3).

Yine incelenen olguların 3(%23.1)'ünde TDK'i duvarında normal tiroid dokusu ve 1 (7.6)'inde lenfoid doku izlenmiştir (Tablo 2). Bu olguların 9(%69.2)'u KBB, 3(23.1)'ü Genel Cerrahi ve 1 (%7.6)'i Çocuk Cerrahisi kliniğinden gönderilmiştir.

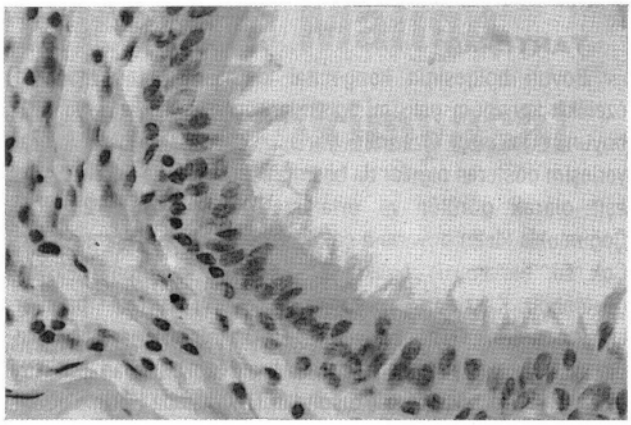
Histolojik bulgular	Sayı	%
Psödositratifiye epitel	9	69.2
Çok katlı yassı epitel	3	23.7
Kübik epitel	1	7.6
Tiroid dokusu	3	23.1
Lenfoid doku	1	7.6

Tablo 2 : Dizideki olguların histopatolojik bulguları.

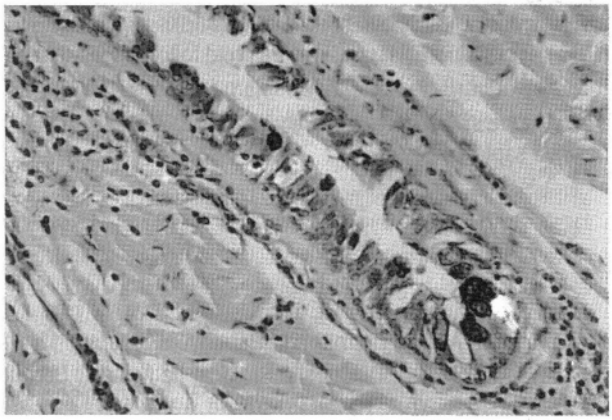
Bu olguların birisi (1877/89) larinks bant ventrikülde epidermoid karsinomu, birisi de (3502/85) folliküler adenom ile birliktelik göstermiştir (Tablo 3).

Prot. No:	Adı/Soyadı, Yaş/Cins	Eşlik eden lezyon
1877/89 + TDK	M.A. 58Y/E	Larinks bant ventrikül epidermoid karsinom
3502/85	F.B. 38Y/K	Tiroid folliküler adenom + TDK

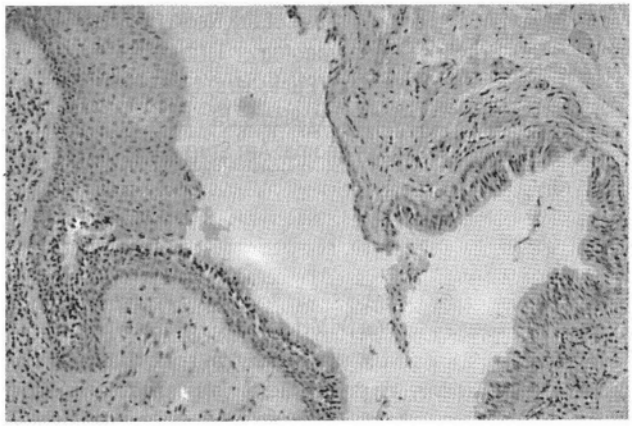
Tablo 3 : Dizide diğer lezyonlara eşlik eden TDK olguları



Resim 1 : Kist duvarında psödostratifiye silli silindirik epitel (DEÜTF Patoloji ABD 1202/795 H-Ex600)



Resim 2 : Kist duvarında psödostratifiye silli silindirik epitel ve arada mukus içeren goblet hücreleri (DEÜTF Patoloji ABD 12027/95 PAS+ABx200)



Resim 3 : Kist duvarında psödostratifiye silli silindirik epitel skuamöz metaplazi gelişimi(DEÜTF Patoloji ABD 12027/95 H-Ex40)

TARTIŞMA

Boyun bölgesinin kongenital kistik lezyonları arasında özellikle karsinom gelişimi açısından önemli bir yeri olan TDK boyun orta çizgi üzerinde yerleşir. Bununla birlikte lateral yerleşim gösteren olgular da bildirilmiştir. Genelde her iki cinste eşit olarak görülür ve ortalama görülme yaşı 20'dir.[2] Çoğunlukla kistin duvarının çok katlı yassı epitel döşemektedir. Çok sık olmamakla birlikte bu kistlerde karsinom gelişimi görülebilir. Karsinom olgularının %80'i tiroid papiller karsinomudur[5]. TDK duvarında TPK ile birlikte normal tiroid dokusu da olabilir ve bu ektopik tiroid dokusundan da TPK gelişebilir. Ektopik tiroid dokusundan TPK dışında Hurthle gözeli karsinom[6], anaplastik karsinom [7] da görülebilir. Ayrıca kist epitelinden skuamöz hücreli karsinom ve thyrogenic karsinom gelişebilir[4].

Çalışmamızda tamamı boyun orta çizgi üzerinde yerleşmiş olan TDK'nin tanısı genelde 3. ve 4. dekadda konmuştur. Yaş ortalaması 32'dir ve erkeklerde belirgin olarak daha çok görülmektedir. Olgularımızdan birinde larinks-bant ventrikül epidermoid karsinom ile ve birinde de tiroid folliküler adenom ile birliktelik vardır. Birincil olarak karsinom izlenmesi TDK'de çok azdır ve genelde cerrahi girişimden sonra patolojik inceleme sırasında saptanır[9].

TDK de akut ve kronik yangı görülebilir. Kronik yangı sonucu sinus traktında skar gelişimi olabilir[8]. Abse biçiminde olan enfeksiyonlar ile birlikte tiroid bezinde akut süpüratif tiroidit görülebilir. Çok seyrek olmakla birlikte, kistte ampiyem gelişim de bildirilmiştir.

Çalışmamızda çeşitli klinik ve patolojik özellikleri açısından değerlendirilen 13 TDK olgusu incelenmiştir. Bu dizideki olguların tümü boyun orta çizgide lokalizedir. Yaş ortalaması 32'dir ve kaynaklarda bildirilen ortalamadan yüksektir. Genelde TDK tanısı alan olgular 3. ve 4. dekaddadır.

Dizideki olguların çoğunluğu erkek olgulardır. Olgularımızı çoğunlukla psödostratifiye epitel döşemektedir. %23.1 olguda ektopik tiroid dokusu bulunmasına karşın hiçbir olguda TPK saptanmamıştır. Bir olgumuzda tiroid bezinde folliküler adenom ile birliktelik, diğer bir olgumuzda da ilginç olarak larinks epidermoid karsinomu ile birliktelik vardır.

Bu çalışmada boyun bölgesinin önemli lezyonları arasında yer alan TDK çeşitli yönleri ile incelenmiştir. Bu kistlerde en önemli olay karsinom gelişimidir. Özellikle, kist duvarından gelişen birincil karsinomları tanısı, cerrahi girişim sonrası patolojik inceleme ile olduğundan[9] TDK'nin erken dönemde tanınıp, cerrahi olarak çıkarılması ve patolojik incelemenin kurallarına uygun olarak özenle yapılması gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Li Volsi VA. The Thyroid and Parathyoid, Chapter 12, In: Stenberg SS, ed. Diagnostic Surgical Pathology., Second Edition. New York: Raven Press, Ltd. 1994: 523.
2. Karaşen M., Altaş E., Gündoğdu C. Demirci M., Öztürk A. Baş-boyun kistleri (retrospektif çalışma). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı, Orta Kulak Rekonstrüksiyonu ve Kafa Tabanı Cerrahisi Simpozyumu (7-9 Eylül 1994, Cerrahpaşa, İstanbul).
3. Maran AGD. Benign disease of the Neck. In: Stell PM., ed, Scott-Brown's Otolaryngology. Fifth edition. Vol 5. London: Butterworth co (Publishers) Ltd. 1987; 283-5.
4. Boswell WC., Zoller M., Williams JS., Lord SA., Check W. Thyroglossal duct carcinoma. Am Surg 1994; 60(9) : 650-5.
5. Cervera Paz FJ., Roqetta Gaona J., Bartual Pastor J. Ectopic primitive thyroid carcinoma: report of a fatal case and review of literatüre. Acta Otorinola aringol 1994; 45(2): 124-7.
6. Adler M., Freeman JL. Hurthle cell carcinoma of the thyroglossal duct. Head Neck 1991; 10: 446-9.
7. Nusbaum M., Buchwald RP., Ribner A., Mori K., Litwins J. Anaplastic carcinoma arising from median ectopic thyroid (thyroglossal duct remnant). Cancer 1981; 48: 2274-8.
8. Carcangiu ML., DeLellis RA. Thyroid Gland. In: Demjanovl., Linder J., ed. Anderson's Pathology. St Louis: Mosby. 1996; 61: 1946-7.
9. Dekker PJ. Papillary carcinoma in a thyroglossal cyst. Br J Clin Pract 1994; 48(1): 50-2.