



Tiroglossal Duktus Kist ve Fistüllerindeki Klinik Sonuçlarımız

Results of Thyroglossal Duct Cysts and Fistulas Surgery in Our Clinic

Reşit Murat Açıkalın, Cemal Hacı, Ali Alper Bayram, Zafer Gezinadam, Samet Çağrı Coşkun, Semih Uşaklıoğlu

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul, Türkiye

Öz

Amaç: Bu çalışmamızda; tiroglossal duktus kisti tanısı ile ameliyat edilmiş 72 hastanın, klinik özellikleri, fizik muayene bulguları ve tedavilerinin ilgili literatürler eşliğinde incelenmesi amaçlanmaktadır.

Yöntemler: Tiroglossal duktus kisti tanısı almış ve ameliyat edilen 72 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Yetmiş iki hastanın 48'i erkek, 24'ü kadındı ve yaşları 10 ile 56 arasında (ortalama 16,8±15,7 yıl) değişmekte idi. En sık rastlanan şikayet boyun orta hattında şişlik idi (%58). Diğer şikayetler ise boyun orta hattında aralıklı akıntı veya fistül ağzı olarak gözlemlendi. On altı hastada şişlik veya fistül ağzı tirohiyoid bölge içerisinde ve orta hatta idi. Hastaların klinik görünüşleri 38'inde fistül ve 34'ünde kist şeklindeydi. Hastalarımızın tümüne Sistrunk operasyonu uygulanmıştır.

Sonuç: Boynun orta hattında bulunan akıntı ve şişlik sebebiyle başvurmuş hastaların ayırıcı tanılarında tiroglossal duktus kistleri mutlaka düşünülmelidir. Tiroglossal duktus kistlerinin malign transformasyon riski olması sebebiyle tedavisinde cerrahi uygulanmalıdır. Tedavide Sistrunk operasyonu altın standarttır çünkü rekürrens en az olduğu yöntemdir.

Anahtar Sözcükler: Fistül, kist, sistrunk operasyonu

Abstract

Aim: In this study, we aimed to discuss the examination findings, clinical features and treatment methods in 72 patients, who were operated for thyroglossal duct cyst, in the light of the relevant literature.

Methods: We retrospectively analyzed the medical reports of 72 patients who were operated due to thyroglossal duct cyst in our clinic.

Results: Forty-eight patients were male and 24 were female. The age at presentation ranged from 10 to 56 years (average age: 16.8±15.7 years). The most common complaint was fistula point at the middle region of the neck (58%). Rarely, a nodule or intermittent secretion 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 38 patients and a cyst in 34 patients. Sistrunk operation was performed in all patients.

Conclusion: Thyroglossal duct cyst should be considered in the differential diagnosis of patients presenting with neck swelling and discharge from the midline. Thyroglossal duct cysts should be treated surgically due to the risk of malignant transformation. Sistrunk surgery, with its low recurrence rate and low risk of complications, is the gold standard in the treatment of thyroglossal duct cysts.

Keywords: Fistulas, cysts, sistrunk operation

Giriş

Boynun orta hattında en sık gözlenen konjenital boyun kitlesi tiroglossal duktus kistleridir. Tiroglossal duktus, tiroid bezinin embriyonik gelişimini tamamladıktan sonra kaybolmaması ve kistik bir hal alması sebebiyle oluşur (1). Çocukluk çağında görülen boynun orta hat kitlelerinin

yaklaşık %75'ini oluştururlar ve diğer bir konjenital kitle sebebi olan brankial kistlere göre çok daha sık görülürler (2).

Tiroglossal duktus kistleri çoğunlukla boynun orta hattındadır ve yutkunma ile hareket eden ağrısız şişliklerdir, deriye fistülize olabilirler bu durumda tiroglossal fistül ismini

alırlar (3). Tiroglossal duktus kistinden birçok malignite gelişebilmektedir (papiller, folliküler, anaplastik tiroid kanseri ve Hurtle hücreli karsinomlar vb.) (4). Malignite riski olması sebebiyle tedavisi cerrahidir. Cerrahisinde Sistrunk operasyonu altın standarttır. Sistrunk operasyonunda kist traktusunun tamamı ile birlikte hiyoid kemik korpusu çıkartılmaktadır. Bu çalışmamızda tiroglossal duktus kisti tanısı ile Sistrunk operasyonu yapılmış 72 hastanın verileri retrospektif olarak incelenmiştir.

Yöntemler

Hastanemiz kliniğinde 2007-2014 yılları arasında tiroglossal duktus kisti tanısı ile opere edilmiş 72 hasta çalışmamıza dahil edilmiştir. Hastaların dosyaları, cinsiyeti, yaşı, başvuru anındaki şikayet ve bulguları, kistin boynun orta hattına göre yerleşimi, tiroglossal duktus kistinin fistüle olup olmadığı, ultrasonografi bulguları, uygulanan operasyon, cerrahi sonrası nüks ve komplikasyonları, postoperatif patoloji sonuçları ve hastaların takip süreleri açısından incelenmiş ve bulgularımız literatür eşliğinde değerlendirilmiştir.

Bulgular

Ameliyat edilen 72 hastanın; 48'i (%66,6) erkek, 24'ü (%33,4) kadındı. Hastaların yaş aralığı 10-56 yaş idi, hastalarımızın %53'ü ikinci dekatta, %24'ü üçüncü dekatta, %23'ünün ise 30 yaşının üstünde olduğu izlenmiştir. Hastaların yaşlarının ortalaması 18,44' idi. İlk başvuru anındaki en sık şikayetler; boyunda şişlik (%51,1) ve boyunda ara ara olan akıntı (%44,4) olup, daha nadir olarak da boyunda fistül ağzı (%6,6), çenede şişlik (%4,4) ve nefes almada güçlük (%2,2) gibi şikayetler olarak gözlenmiştir. Muayene bulgularında, 38 hastada fistül, 34 hastada kist formasyonu olduğu görülmüştür. Kist formu olan hastalarda, iyi sınırlı, mobil ve ağrısız bir şişlik, fistüle olanlarda ise deri üzerinde fistül ağzı mevcuttu. Hastaların tamamına servikal ultrasonografi yapılmış idi. Ultrasonografide, içerisinde debris ve yoğun içerikle beraber kistik veya fistüle kistik bir lezyon olduğunu gösteren bulgular rapor edilmiş idi. Hastaların tümüne genel anestezi altında Sistrunk ameliyatı uygulanmıştır. Opere edilmiş hastaların takiplerinde iki adet nüks görülmüş ve bu hastalar aynı insizyon yerinden tekrar opere edilmiştir. Dört hasta daha önce başka bir merkezde opere edilmiş idi. Ameliyatı dış merkezde olmuş hastaların tamamında hiyoid kemik mevcut idi. Bu hastaların tümünde hiyoid kemiğin korpusu eksize edilerek Sistrunk operasyonu yapılmıştır.

Yetmiş iki hastanın birinde ameliyat sonrası takiplerinde enfeksiyon gelişmiştir (%2,7). Bu hasta cerrahi drenaj gereksizdir oral antibiyoterapi ile tedavi edilmiştir. Hasta spesmenlerinin histopatolojik inceleme sonuçları hastaların tümünde tiroglossal duktus kisti ile uyumlu

olarak raporlanmıştır. Spesmenlerin hiçbirinde malignite bulgusuna rastlanmamıştır. Olgular 14 ay ile 60 ay arasında ortalama 24 ay takip edilmiştir. Takip süresince iki hastada rekürrens saptanmıştır (Tablo).

Tartışma

Tiroglossal duktus kistleri, duktusun kısmi veya tamamında meydana gelen obliterasyon eksikliği nedeniyle oluşmaktadır. Genellikle kist formasyonunda karşımıza çıkan bu anomaliler boyun derisinde açılırlarsa tiroglossal fistül adını almaktadır (5). Bu kistler yaşamın her aşamasında görülebilmekle birlikte en sık ilk dekatta ortaya çıkarlar ve kadın, erkek sıklığı eşittir (6). Bizim çalışmamızda literatürün aksine yaş aralığı 10-56 olup, hastaların %53'ü ikinci dekatta, %24'ü üçüncü dekatta, %23'ünün ise 30 yaş üzerinde olduğu görülmüş ve en sık ikinci dekatta olduğu gözlenmiştir.

Tiroglossal duktus kisti bulunan hastaların hekime en sık başvuru sebebi kistin enfekte olması olarak gösterilmiştir. Bu hastaların yaklaşık %50'sinde enfeksiyon gelişir (6). Bununla birlikte bu hastalar kistin yerleşim yerine göre farklı klinik prezentasyonlar ile karşımıza gelebilmektedir, intralingual veya süprahiyoid lokalizasyonda yerleşmiş kistler globusa veya ses değişikliklerine sebep olabilirler (5).

Tiroglossal duktus kistleri, seviye olarak tiroglossal duktus yolu boyunca tiroid ve dil kökü arasında herhangi bir seviyede olabilirler. Boynun önünde orta hatta ve orta hatta yakın yerleşim gösterirler (1). Daha önceden yapılmış çalışmalarla belirlenmiş oranlar baz alındığında kistlerin yerleşim yerleri olarak en sık, %61 infrahiyoid bölgede, %24 süprahiyoid bölgede, %13 süprasternal bölgede, %2 oranında intralingual bölgede yerleştiği bildirilmiştir (7). Bizim yapmış olduğumuz çalışmada da literatür ile uyumlu olarak en sık, infrahiyoid, daha sonra süprahiyoid, süprasternal ve intralingual yerleşim olduğu gözlenmiştir.

Tiroglossal duktus kistlerinin tanısında anamnez, fizik muayene bulgularının yanı sıra ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) ve görüntüleme yöntemleri de kullanılabilir. İİAB raporu sonuçlarında az miktarda hücrenin görülmesi ve enflamatuvar hücrelerin epitelyal hücrelerden sayısal olarak fazla izlenmesi tiroglossal duktus kisti tanısını desteklemektedir (8,9).

Tiroglossal duktus kistlerinde kabul görmüş tedavi cerrahidir (10,11). Olguların %50'sinde enfeksiyon gelişme ve bu hastaların bir kısmında da malignite riski olduğundan elektif şartlarda kist eksize edilmelidir (12). Bu hastaların

Tablo. Cinsiyete göre dağılımlar

	Yaş	Şikayet	Takip süresi
Kadın	18-31	Boyunda şişlik	24-48
Erkek	10-56	Boyunda şişlik	14-60

takipleri yapılmalı maligniteye dönüşme ihtimali akılda tutulmalıdır (13). Tiroglossal duktus kistlerinin tedavisinde en sık kullanılan cerrahi metod sistrunk ameliyatıdır. Bu cerrahi metodta duktus traktı ve hiyoid kemiğin korpusu çıkarılmaktadır (14). Bizim olgularımızın tümüne sistrunk operasyonu yapılmıştır. Bunların ikisinde (%5,5) dil kökünde olmak üzere rekürrens gelişti ve ikinci kez opere edildi.

Sonuç

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.

Etik

Etik Kurul Onayı: Çalışma için Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Hasta Onayı: Çalışmamıza dahil edilen tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafınca değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: Cemal Hacı, Reşit Murat Açıklan. Konsept: Cemal Hacı, Reşit Murat Açıklan. Dizayn: Cemal Hacı, Reşit Murat Açıklan, Ali Alper Bayram. Veri Toplama veya İşleme: Zafer Gezginadam, Samet Çağrı Coşkun. Analiz veya Yorumlama: Cemal Hacı, Reşit Murat Açıklan. Literatür Arama: Semih Uşaklıoğlu, Cemal Hacı. Yazan: Cemal Hacı, Reşit Murat Açıklan.

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Al-Khateeb TH, Al Zoubi F. Congenital neck masses: a descriptive retrospective study of 252 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65:2242-7.
2. Todd NW. Common congenital anomalies of the neck. *Embryology and surgical anatomy. Surg Clin North Am* 1993;73:599-610.
3. Özlügedik S, Yılmaz YF, Tuncay A, Titiz A, Ünal A. Tiroglossal duktus kistleri. *Journal of Ankara University Faculty of Medicine* 2008;61:36-8.
4. Ewing CA, Kornbulut A, Greeley C, Manz H. Presentations of thyroglossal duct cysts in adults. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1999;256:136-8.
5. Allard RH. The thyroglossal cyst. *Head Neck Surg* 1982;5:134-46.
6. Telander RL, Deane SA. Thyroglossal and branchial cleft cysts and sinuses. *Surg Clin North Am* 1977;57:779-91.
7. Allard RH. The thyroglossal cyst. *Head Neck Surg* 1982;5:134-46.
8. Shaff er MM, Oertel YC, Oertel JE. Thyroglossal duct cysts: diagnostic criteria by fine needle aspiration. *Arch Pathol Lab Med* 1996;120:1039-43.
9. Hirshoren N, Neuman T, Udassin R, Elidan J, Weinberger JM. The imperative of the Sistrunk operation: review of 160 thyroglossal tract remnant operations. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2009;140:338-42.
10. Obiako MN. The Sistrunk operation for the treatment of thyroglossal cysts and sinuses. *Ear Nose Throat J* 1985;64:196-201.
11. Gioacchini FM, Alicandri-Ciuffelli M, Kaleci S, Magliulo G, Presutti L, Re M. Clinical presentation and treatment outcomes of thyroglossal duct cysts: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2015;44:119-26.
12. Flageole H, Laberge JM, Ngyuyen LT, Adolph VR, Guttman FM. Reoperation for cysts of the thyroglossal duct. *Can J Surg* 1995;38:225-9.
13. Lei JY, Zhang YH. Thyroglossal cysts carcinoma: A case report. *Chin Med J* 1988;101:141-2.
14. Oomen KP, Modi VK, Maddalozzo J. Thyroglossal duct cyst and ectopic thyroid: surgical management. *Otolaryngol Clin North Am* 2015;48:15-27.