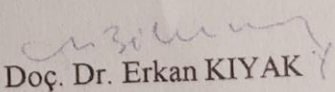


İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
ERİŞKİN VE ÇOCUK KULAK-BURUN-BOĞAZ HASTALIKLARI
BAŞ-BOYUN CERRAHİSİ İLETİŞİM BOZUKLUKLARI DERNEĞİ

18.12.1997

İlgili Makama,

Derneğimizin 28.11.1997 tarihli toplantısında “Lingual Tiroid” başlıklı çalışma Doç. Dr. İrfan Papilla, Doç. Dr. Çiğdem Papilla, Doç. Dr. Ahmet Özdoğan, Dr. Ali S. Resuli tarafından tebliğ edilmiştir.


Doç. Dr. Erkan KIYAK

LİNGUAL TİROİD

(Olgu Sunumu)

*Doç. Dr. İrfan PAPİLA, Doç. **Dr. Çiğdem PAPİLA

*Doç. Dr. Ahmet ÖZDOĞAN, **Dr. Muammer BİLİR, *Dr. Ali RESULİ

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi *Kulak-Burun-Boğaz Anabilim Dalı,

**İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Yazışma adresi:

Doç. Dr. İrfan Papila

Rasimpaşa Mah. Ferit Bey Sok. 29/2

Kadıköy, İstanbul

Tel : (0216) 336 92 74

Fax : (0216) 345 71 30

ÖZET

Lingual tiroid solunum, yutma ve konuşma sırasında obstrüktif semptomlarla kendini gösteren gelişimsel bir anomalidir. Tedavide kullanılan yöntemler tiroid hormonlarını kullanarak kitleyi küçültmek; radyoaktif iodine 131 kullanarak dil kökündeki tiroid dokusunu ortadan kaldırmak ve cerrahi ekzisyonudur. Bu yazıda, 35 yaşındaki bir kadın hastada 4.5x4x3.5 cm boyutlarında gelişen, dispne ve disfajiye yol açan ve medyan faringotomi ile çıkarılan lingual tiroid olgusu sunulmaktadır. Kullandığımız cerrahi teknik anlatılmış ve tanısal ve terapötik problemler ele alınmıştır.

Anahtar Sözcükler: Lingual tiroid.

SUMMARY

A CASE OF LINGUAL THYROID

Lingual thyroid is a developmental anomaly, presenting with obstructive symptoms during respiration, deglutition and speech. Therapeutic methods include decreasing the size of the mass using thyroid hormones, destroying the thyroid tissue in the base of the tongue using iodine-131 therapy, and surgical excision. A case of a 35-year-old female with dyspnoea and dysphagia due to a 4.5x4x3.5 cm lingual thyroid, excised by median pharyngotomy is reported. Our surgical technique is described and the diagnostic and therapeutic problems are reviewed.

Key Words: Lingual thyroid.

GİRİŞ

Lingual tiroid, orta hatta circumvallate papillaların hemen arkasında bulunan foramen caecum ile epiglot arasındaki dil kökünde tiroid dokusunun persistansına bağlı gelişen bir anomalidir. İlk defa 1896'da Nichman tarafından tanımlanmıştır. Lingual tiroidli hastaların %70'inde servikal tiroid dokusu bulunmamaktadır (1). Semptomlar disfaji, boğazda yabancı cisim hissi, öksürük, ağrı, oral hemoraji ve dispne'dir (2).

Tiroid bezi insanda iki embriyolojik yarıktan gelişir. Biri daha sonra foramen caecum'u oluşturan ağız döşemesinin merkezinden gelişen küçük bir çöküntü, diğeri ise lateral olarak konumlanan ultimobronşial cisimlerdir (3).

Bu embriyolojik gelişim sonucunda sekiz haftalık embriyoda tiroid dokusu anatomik olarak görülebilir; ancak 12-13. haftalardan itibaren radyoaktif iyod tutmaya başlar. Normal bir erişkinde tiroid isthmusu I-III. trakeal halkalar seviyesindedir ve ortalama 30-60 gramdır (4).

Normal bir embriyolojik gelişim ile, bez normal yerine indikten sonra, ductus tiroglossusun parçalara ayrılıp kaybolması gerekir. Bazen kanalın distal ucu kaybolmayıp, lobus piramidalisi oluşturabilir. Bu lob %25-30 oranında görülebilir (4).

Kanal segmentlere ayrıldıktan sonra regresyona uğramaz ise aksesuar tiroid bezleri oluşabilir (4). Bezin foramen caecum'dan normal seviyesine iniş sırasındaki duraklaması sonucunda ise, ektopik tiroid dokusu oluşur. Bu tip olgularda tiroid dokusu normal anatomik lokalizasyonda bulunmaz (5). Ektopik tiroid, tiroglossal ductus boyunca herhangi bir seviyede olabilir. Kanal trasesi dışında, vücudun herhangi bir yerinde bulunmasına aberant tiroid denir ve kolayca malignleşebilir (5).

OLGU

Otuz beş yaşındaki kadın hasta ağızda yabancı cisim hissi, disfaji ve dispne şikayeti ile Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz polikliniğine başvurmuştur. Yapılan sorgulamasında yakınmalarının 15 yıldan beri var olduğu ve son zamanlarda arttığı öğrenilmiştir. KBB muayenesinde dil kökünde düzgün yüzeyli, sınırları belirgin, vasküler çeperli, mavi renkte 3-4 cm çapında yuvarlak şekilli bir kitle tespit edilmiştir (Şekil 1). Vokal kordlar değerlendirilememiştir. Boyun muayenesinde ise servikal tiroid dokusu palpe edilememiştir. Ayrıca hastada hipotiroidi semptomları saptanmamıştır.

Boyun MRI incelemesinde, dil kökü lojunda iyi sınırlı, yağlı planları koruyan, orofarenks ve hava kolonunu daraltan 4.5x4x3.5 cm boyutlarında kitle görülmüştür.

Preoperatif laboratuvar incelemesinde T3 2.78 mg/l (0.8-2), T4 7.6 mg/dl (4.8-12), TSH 6.19 (0-12-6.1), sT4 0.68 (0.8-1.5), sT3 4.37 (2.5-6) bulunmuştur.

Hastanın endokrinoloji konsültasyonu sonrasında kitlenin total çıkarımına karar verildi.

Operasyon Tekniği

Önce trakeotomi açıldı. Suprahyoid transvers cilt, cilt altı insizyonu yapıldı. Hyoid kemik ortaya konuldu. Supra ve infrahyoid kaslar eleve edildi. Hyoid korpus orta hattan kesilerek, vallekulaya girildi. Epiglot ekarte edildikten sonra, dil köküne ulaşıldı. Düzgün yüzeyli vasküler kitle, kapsülü ile birlikte total olarak çıkarıldı (Şekil 2-3).

Patolojik tanı: Ektopik tiroid (adenomatöz hipertrofi).

Postoperatif laboratuvar incelemesinde sT4 0.55, sT3 2.9, TSH 14.1 bulundu.

Postoperatif dönemde ilerleyen hipotiroidi nedeni ile hastaya Levotiron 1x1 verildi. Ayrıca, hastanın Ca, P, T3, T4, TSH düzeyleri belirli aralıklarla kontrol edilmektedir.

TARTIŞMA

Lingual tiroid disfaji, üst hava yolu obstrüksiyonu ve hemoraji ile karakterizedir (6). Lingual tiroid tanısında kullanılan yöntemler, anamnez, fizik muayene, sonografi, renkli duplex Doppler, MRI ve sintigrafidir (7,8).

Bir çalışmada klinik olarak lingual tiroid insidansı genel popülasyonda 1/10000, başka bir çalışmada ise tiroid hastalığı olanlarda 1/3000-1/4000 olarak bulunmuştur (9). Kadınlarda daha çok görülmektedir (10).

Goetsh'e göre olguların 2/3'ünde boyunda tiroid bezi yoktur. Bu tip olgularda büyüme ve gelişme aktivitesinin arttığı dönemlerde, hipotiroidi bulguları belirginleşir. Mental retardasyon saptanmadığı halde gelişim anomalisi saptanmıştır (11). Bizim olgumuzda ise, hipotiroidi geliştiği halde, mental retardasyon ve gelişim anomalisi saptanmamıştır.

Lingual tiroid genellikle 2x2 cm ebadında olur. Histopatolojik incelemede, parankimal veya koloidal değişikliklerle birlikte normal tiroid dokusu görülür (5). Bizim olgumuz da bu duruma uygunluk göstermektedir.

Semptomlar kitlenin büyüklüğüne bağlı olarak, yabancı cisim hissi, disfaji, disartri, dispne, asfiksi, ülserasyon veya bir ven rüptürüne bağlı

olarak hemoraji olabilir (5). Bu tür olguların %3'ünde malign transformasyon görülebilir (12).

Ayrıca tanıda bu bölgeden kaynaklanan adenom, fibrom, granüler hücre myoblastomu, tiroglossal dukt kisti, skuamöz hücreli karsinom, anjiom ve amiloid tümörü gibi patolojiler göz önüne alınmalıdır (13).

Tedavide üç yöntem kullanılmaktadır: a) Tiroid hormonlarını kullanarak kitleyi küçültmek; b) Radyoaktif iode 131 kullanarak dil kökündeki tiroid dokusunu ortadan kaldırmak (fakat servikal tiroid dokusuna zarar verebilir); c) Cerrahi eksizyon.

Cerrahi eksizyon için endikasyonlar şunlardır:

- 1) Disfaji; 2) Disfoni; 3) Dispne; 4) Tekrarlayan ciddi hemorajiler;
- 5) Kontrol edilemeyen hipertiroidi; 6) Dejenerasyon ve nekroz;
- 7) Maligniteye dönüşüm şüphesi.

Otuz yaşın üstündeki tüm hastalara cerrahi eksizyon önerilir; çünkü bu yaş grubunda malign transformasyon sıklıkla görülmektedir.

Cerrahi girişim olarak eksizyon, intraoral veya medyan ya da lateral faringotomi yaklaşımı ile yapılabilir (14). Biz de olgumuza medyan faringotomi uyguladık. (Cerrahi eksizyona karar verildiğinde tiroid hormon replasmanının genellikle yaşam boyu gerekebileceğinden hasta haberdar edilmelidir.)

KAYNAKLAR

1. Van Der Wal N, Weiner JD, Van Der Wall I. Lingual thyroid: A clinical and postmortem study. *Int J Oral Maxillofac Surg* 15: 431-36;1986.
2. Kerr AG. Scott-Brown's Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Vol. 6, Oxford: Butterworth Co. 1987:306-307.
3. Schwartz S, Shires T, Spencer F, Stover E. Principles of Surgery, 4th edition, Singapore: McGraw Hill Company, 1987: 1545.
4. Odar V. Anatomi, Cilt 2, Ankara: Elif Ofset Mat., 1975:220-24.
5. Ballanger JJ. Disease of the nose, throat, ear, head and neck, 13th edition, Philadelphia: Lea and Febiger, 1985: 342-43.
6. Williams JD, Sclafani AP, Slupchinskij O, Douge C. Evaluation and management of the lingual thyroid gland. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 105 (4):312-16;1996.
7. Giovagnorio F, Cordier A, Romeo R. Lingual thyroid: value of integrated imaging. *Eur Radiol* 6 (1):105-107;1996.
8. Gierek T, Zbrowska-Bielska D, Majzel K. The surgical treatment of just one thyroid tissue on the tongue due to massive bleeding. *Otolaryngol Pol* 49 (2):103-107;1995.
9. Lore JM. An atlas of head and neck surgery. Philadelphia: WB Saunders Company, 1988:780-81.
10. Neinas KW. Lingual thyroid; clinical characteristics of 15 cases. *An Intern Med* 79:205-207;1973

11. Warkan J. Congenital malformations. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1971: 664.
12. Stoil ES, Bluestone CD. Pediatric Otolaryngology. Vol. 2, Philadelphia: WB Saunders Company 1990:965.
13. Al-Samarrai AY, Crankson SJ, Al-Jobori A. Autotransplantation of lingual thyroid into the neck. Br J Surg 75 (3):287;1988.
14. Warnakulasuriya KA, Herath KB. Investigating a lingual thyroid. Int J Oral Maxillofac Surg 21(4): 227-29;1992.

ŞEKİL ALTYAZILARI:

Şekil 1. Operasyon öncesi dil kökündeki kitlenin görünümü.

Şekil 2. Operasyonla çıkartılan kitle.

Şekil 3. Operasyon sonrası dil kökünün görünümü.