

# Dil Kökü Tiroglossal Duktus Kisti Eksizyonu: Olgu Sunumu

Zahide Mine Yazıcı, Hakan Kaya, Ahmet Şirin, Fatma Tülin Kayhan

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Kliniği, İstanbul

## ÖZET

*Dil kökü tiroglossal duktus kisti eksizyonu: Olgu sunumu*

Tiroglossal kistler, embriyonel hayatta kapanmayıp devam eden tiroglossal kanalın inflamasyonu, enfeksiyonu ve mukus retansiyonu ile ortaya çıkan kongenital kitlelerdir. Foramen cekum ile tiroid bez arasında orta hatta herhangi bir yerde rastlanabilir. Sıklıkla hyoid kemik altında rastlanmakla birlikte daha nadir olarak hyoid kemik üzerinde izlenebilir. Bu yazımızda 3 yaşında dil kökünde yerleşik tiroglossal dukt kistin Sistrunk operasyonu ile eksizyonu ve post operatif dönemde havayolu açısından dikkat edilmesi gerekenleri literatür eşliğinde tartıştık.

**Anahtar kelimeler:** Lingual, tiroglossal duktus kisti, eksizyon

## ABSTRACT

*Lingual thyroglossal duct cyst excision: case report*

Thyroglossal duct cysts (TDCs) are common congenital neck masses resulting from persisting of the thyroglossal duct that enlarges because of inflammation, infection, and mucus retention. They can be found anywhere in the midline between the foramen cecum and the thyroid gland. TDCs are most frequently found below the level of the hyoid bone and may rarely occur above the hyoid. We reported and discussed the case of a 3-year-old child who suffered a mass at the base of tongue and was operated with Sistrunk procedure. After the surgery respiratory failure developed that required tracheal intubation and mechanical ventilation.

**Key words:** Lingual, thyroglossal duct cyst, excision

Bakırköy Tıp Dergisi 2009;5:80-82

## GİRİŞ

Tiroglossal duktus kisti (TDK), boyun orta hattında en sık görülen konjenital boyun kitlesidir (1). Tiroid bezinin embriyonel gelişimi esnasında ortaya çıkan tiroglossal duktusun genellikle embriyonel hayatın 6.haftasından itibaren gelişimi durup, atrofiye olmaya başlar (2). Tiroglossal duktus anomalileri, tiroglossal duktusun kısmen veya tamamen obliterasyon eksikliğinden gelişir (3). Bu anomaliler solid tiroid dokusu, kist veya sinüs traktları şeklinde sınıflandırılabilir. Nadiren tiroglossal kanal tıkanmaz ve silindirik epitelyum ile örtülü bir sinüs traktı halinde devam eder. Genel olarak hyoid kemiğin arkasından aşağıya inerse de, bu oluşumun önünden veya içinden de geçebilir (4). TDK'ların %60.9'u infrahyoid,

%24.1'i suprahoid, %12.9'u suprasternal ve %2.1'i de intralingual yerleşimlidir; %90'ı orta hatta, %10'u ise boyun lateralindedir (3).

Sıklıkla yaşamın ilk 10 yılında ortaya çıkmakla birlikte erişkinlerde de görülebilir ve genellikle her iki cinsiyette eşit oranda rastlanır (3). Genellikle asemptomatik seyreden bu kistler, enfekte olduklarında semptom verirler. Boyunda tek ağrısız, hareketli, düzgün yüzeyli, yumuşak, fluktuasyon veren ve dilin dışarı çıkarılması ile veya yutkunma ile yukarı aşağı hareket eden kitleler şeklinde karşımıza çıkarken dil kökünde lokalize olması durumunda büyüklüğüne göre solunum sıkıntısı, yutma güçlüğü yapabilir.

Ayrıncı tanıda dermoid kistler, epidermoid kistler, lipomlar, tiroidin piramidal lob hiperplazileri veya kistleri, brankiyal yarık anomalileri akla gelmelidir (5). Tanısında tiroid sintigrafisi, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans yardımcı olur. Tedavisi cerrahi eksizyondur. Günümüzde sıklıkla Sistrunk ameliyatı yapılmaktadır. Bu ameliyatta kisti ve varsa fistül traktı takip edilip hyoid kemiğin gövdesi spesimene dahil edilir. Nükslerin önlenmesi için ne kadar titiz cerrahi gerekiyor-

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Dr. Zahide Mine Yazıcı  
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz  
ve Baş - Boyun Cerrahisi Kliniği, Bakırköy/İstanbul-Türkiye

Telefon / Phone: +90-212-414-7253

Elektronik posta adresi / E-mail address: minealmaz@yahoo.com

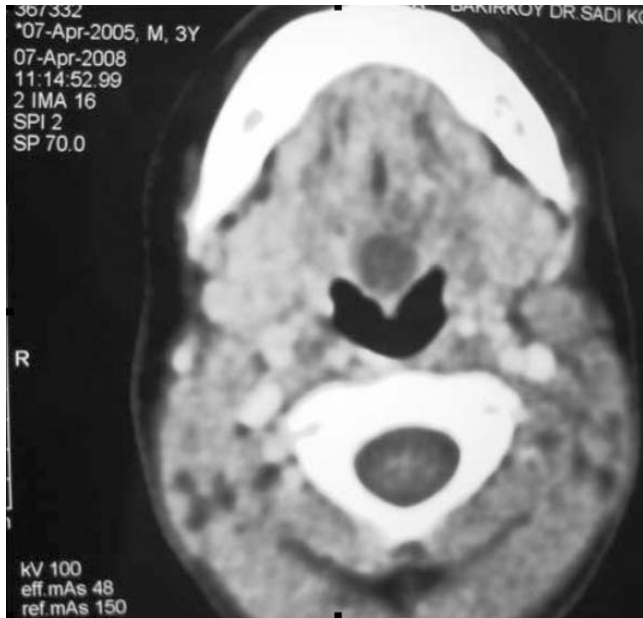
Geliş tarihi / Date of receipt: 3 Ağustos 2008 / August 3, 2008

Kabul tarihi / Date of acceptance: 5 Nisan 2009 / April 5, 2009

sa postoperatif komplikasyonları önlemek için de özellikle dil kökündeki vakalarda havayolunun dikkatlice takip edilmesi gerekmektedir. Literatürde birçok lingual tiroglossal dukt olgu sunumu bulunmakla birlikte bizim olgumuzu sunma amacımız pediatrik lingual tiroglossal dukt kist olgularında cerrahiden sonra yakın takip ve dikkat gerektiği noktasını tekrar vurgulamaktır.

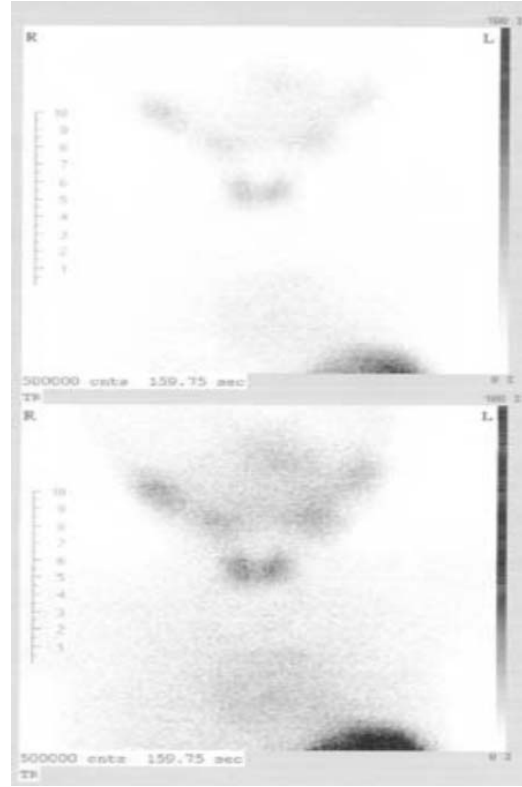
## OLGU SUNUMU

3 yaşında çocuk hasta polikliniğimize üst solunum yolu enfeksiyonu sebebiyle başvurdu. Hastanın yapılan tüm kulak burun boğaz muayenesinde dil kökünde orta hatta yaklaşık 2x1 cm'lik düzgün yüzeyli pembe renkli kitle izlendi. Diğer muayeneleri normaldi. Hastaya boyun tomografisi çekirildi (Resim 1). Boyun tomografisinde dil kökünde 13x11x11 mm boyutunda, düzgün konturlu, keskin sınırlı, kontrast madde tutmayan hipodens kistik lezyon izlendi. Radyolojik olarak bu kitlenin ön planda tiroglossal duktus kisti ile uyumlu olabileceği düşünüldü. Hastanın tiroid glandı normal form ve boyutlarda izlendi. Tiroid sintigrafisinde tiroid bezi normal lokalizasyonda olup dil köküne uyan bölgede tutulum izlenmedi (Resim 2). Hastanın ailesine ameliyat hakkında ve ameliyat sonrası gelişebilecek solunum problemleri ve tedavileri hakkında bilgi verilip hasta ameliyata alındı. Operasyon sırasında oral yaklaşımla dil kökündeki kistik kitle eksize

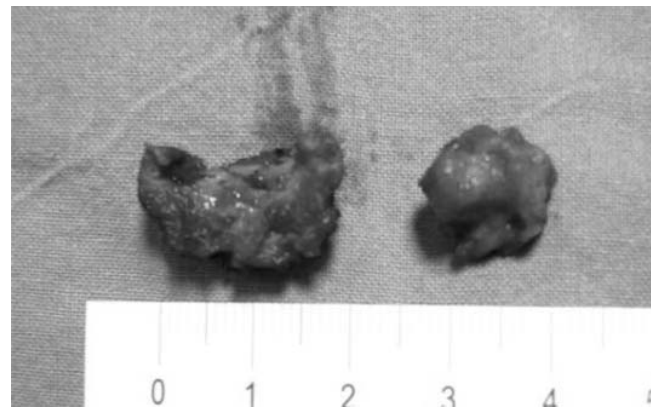


**Resim 1:** Kontrastlı boyun tomografisinde dil kökünde 13x11x11 mm boyutunda, düzgün konturlu, keskin sınırlı, kontrast madde tutmayan hipodens kistik lezyon görüldü.

edildi ayrıca hastanın boynuna dönülüp hyoid kemiğin gövdesi çıkarıldı (Resim 3). Hastanın postoperatif dönemde dil kökünde ödem olacağı düşünülerek ekstübe edilmeden yoğun bakıma alındı. Hastanın havayolunun güvende olduğu düşünüldükten sonra hasta ekstübe edilip servise alındı. Operasyonundan 2 gün sonra oral beslenmeye başlandı, 5 gün sonra da hasta taburcu edildi. Üç aydır takip edilen hastada herhangi bir sorun olmadı.



**Resim 2:** Tiroid sintigrafisinde tiroid bezi normal lokalizasyonda olup dil köküne uyan bölgede tutulum izlenmedi.



**Resim 3:** Çıkarılan spesimen

## TARTIŞMA

Tiroidin embriyolojik hayatta farenks tabanından bo-  
yuna doğru göç ederken oluşturduğu tiroglossal dukt za-  
man içinde kanal özelliğini yitirerek kaybolur. Ancak ka-  
nalın bazı kısımları persistan kalabilir ve kanalı oluşturan  
hücrelerin sekresyonlarına devam etmeleri sonucunda  
kist ortaya çıkar. Tiroglossal kist tiroidin göç yolu üzerin-  
deki herhangi bir yerde ortaya çıkabilir ama hemen her  
zaman orta hatta veya orta hatta çok yakın yerleşir. Bu  
kistlerin %50'si hyoid korpusun inferiorunda görülürken  
dil kökünde veya tiroid kartilaja yakın yerleşimli de ola-  
bilir. Lingual tiroglossal dukt kistleri, tüm kistlerin ancak  
%0.5-2'sini oluşturur (6). Yüzde 1 oranında tiroglossal  
kistlerden malignite gelişebileceği bildirilmiştir. En sık gö-  
rülen patoloji papiller adenokarsinomdur (%85). Onu sıra-  
sıyla folliküler adenokarsinom (%15) ve yassı hücreli kar-  
sinom (%6) izler (7) .

Enfekte olmadıkça bu kistler ağrısız, mobil, yumuşak  
kitleler şeklinde karşımıza çıkarlar. Lingual tiroglossal  
dukt kisti (LTDK) olguları literatürde çeşitli şekilde verdik-  
leri belirtilerle sunulmuştur. Fu ve arkadaşları yenidoğan  
LTDK'lerinin laringomalazi ile karıştırılabilecek havayolu  
septomları ile belirti verebildiğini söylemişlerdir (8).  
Weldon ve arkadaşları ise LTDK 'in infantlarda sekonder  
üst solunum yolu obstrüksiyonu sonucu aralıklı veya de-  
vamlı stridora, dispneye, çeşitli yutma ve havayolu prob-  
lemlerine yol açabileceğini belirtmişlerdir (6). Olgumuzda  
zaman zaman olan stridor dışında hiçbir semptom bu-  
lunmamakta idi. Stridorun da kistin enfekte olması ile

ilişkili olabileceği düşünüldü. Byard ve arkadaşları ani be-  
bek ölümü sendromu tanısı alan bebeklerin otopsi sonu-  
cunda LTDK saptandığı bu sebeble beklenmeyen ani be-  
bek ölümlerinde akla LTDK bağlı solunum sıkıntısının gel-  
mesi gerektiğinden bahsetmişlerdir (9).

Günümüzde gelişen görüntüleme yöntemleri ile LTDK  
tanısı koymak zor olmamakla birlikte tedavisinde hala  
tartışmalar devam etmektedir. Eski yıllarda geleneksel  
olarak TDK tedavisinin insizyon, drenaj ve sonrasında sis-  
temik antibiyotik tedavisi olduğu savunulurken yıllar  
geçtikçe yüksek nüks olanları bu tedavinin yerini etkili  
sistemik antibiyotik tedavisi sonrası Sistrunk operasyo-  
nuna bırakmıştır (10). Sistrunk 1929'lu yıllarda kistin mut-  
laka hyoid korpusu ile birlikte eksize edilmesi ve suprah-  
yoid kısmın mutlaka takip edilmesi gerektiğini böylece  
nükslerin azaltılabileceğine dair tekniğini tanımlamıştır  
(11). Yeni yapılan çalışmalarda Sistrunk yapılan olguların  
rekürrensi %3 olarak verilirken diğer cerrahilerin yapıldı-  
ğı olgularda oran %50'lere kadar çıkabilmektedir (12).

Olgumuzda intraoral yaklaşımla kist eksizyonu ve  
trakt takibi yapıldı ayrıca hyoid seviyesinde yapılan bo-  
yun insizyonu ile hyoid korpusu eksize edildi. Operasyon  
sonrası havayolu tıkanıklığı gelişebileceğinden hasta yo-  
ğun bakımda entübe takip edildi. Havayolunun güvende  
olduğundan emin olunduktan sonra ekstübe edildi. Lite-  
ratürde de boyundaki TDK operasyonlarında hastanın  
aynı gün taburcu olabileceği dil kökü gibi havayolunun  
en ufak kanama ve ödemden etkileneceği durumlarda  
hastanın yakın takip edilmesi gerektiği belirtilmektedir  
(13).

## KAYNAKLAR

1. Aydın Ö. Boyun kitleleri. Koç C (Ed): Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş-Boyun Cerrahisi. Ankara: Güneş Yayınevi, 2004: s. 890-89.
2. Yalçın Ş. Boyun kitleleri. Çelik O (Ed): Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş-Boyun Cerrahisi. İstanbul: Turgut Yayınevi, 2002: s. 871-872.
3. Maran AGD. Benign disease of the neck. In: Hibbert J (Ed). Scott-Brown's Otolaryngology, 6th ed. Bath: Butterworth-Heinemann, 1997: p. 1-19.
4. Montgomery WW, Varvares MA. Surgery of the neck. In: Montgomery WW (Ed). Surgery of the larynx, trachea, esophagus, and neck. Philadelphia: WB Saunders: 2002: p. 72-77.
5. Eryaman E. Baş ve boynun konjenital anomalileri. Şenocak D (Ed): Otolaringoloji Baş Boyun Cerrahisi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2000: s. 209-219.
6. Weldon BC, Krafcik JM. Breath-holding-like spells in an infant: an unusual presentation of lingual thyroglossal duct cyst. J Pediatr Surg 2000; 35: 1381-1384.
7. Wigley TL, Chonkich GD, Wat BY. Papillary carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst. Otolaryngol Head Neck Surg 1997; 116; 3: 386-388.
8. Fu J, Xue X, Chen L, Fan G, Pan L, Mao J. Lingual thyroglossal duct cyst in newborns: previously misdiagnosed as laryngomalacia. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2008; 72: 327-332.
9. Byard RW, Bourne AJ, Silver MM. The association of lingual thyroglossal duct remnants with sudden death in infancy. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1990; 20: 107-112.
10. Kaselas Ch, Tsikopoulos G, Chortis Ch, Kaselas B. Thyroglossal duct cyst's inflammation. When do we operate? Pediatr Surg Int 2005; 21: 991-993.
11. Sarı M, Baylancicek S, Inanlı S, Sehitoglu MA. Unusual presentation and location of thyroglossal duct cyst in a child. Otolaryngol Head Neck Surg 2007; 136: 854-855.
12. Türkyılmaz Z, Sönmez K, Karabulut R, et al. Management of thyroglossal duct cysts in children. Pediatr Int 2004; 46: 77-80.
13. Bratu I, Labege JM. Day surgery for thyroglossal duct cyst excision: a safe alternative. Pediatr Surg Int 2004; 20: 675-678.