

KİST HİDATİK GÖRÜNÜMÜ VEREN BİR TİROİD KİSTİ: VAKA SUNUMU

Serdar Özbaş* • Demet Çorapcıoğlu** • Fevzi Altuntaş*** • Bahar Yanık****
Serpil Dizbay Sak***** • Savaş Koçak*

ÖZET

Hidatik kistin tiroid bezinde yerleşimi oldukça enderdir. Genellikle tek bir nodül şeklinde olup, tiroid karsinomunu taklit edebilir. Erişkinde çok nadir görülen bir kist hidatik tutulum şekli olmakla birlikte ayırıcı tanıda akılda tutulması gerekir. Tiroid bezinde ekinokokal kist görünümü veren bir tiroid kistin değerlendirilmesi yapılmıştır.

Anahtar kelimeler: Tiroid bezi, kistik nodül, hidatik kist

SUMMARY

The location of hydatid cyst in the thyroid is unusual. It generally presents as a solitary nodule, which may mimic a thyroid carcinoma. Involvement of thyroid gland by hydatid disease in adults is quite rare but echinococcosis has to be kept in mind in differential diagnosis. A case of thyroid cyst, suspected to be an echinococcal cyst is discussed.

Key Words: Thyroid gland, cystic nodule, hydatid cyst

Kist hidatik dünyada yaygın olarak görülen bir hastalıktır. En sık Avustralya, Güney Amerika, Orta Doğu ve Akdeniz ülkelerinde bu hastalığa rastlanır; Türkiye'de de görülme olasılığı yüksektir (1,2,3,4). Ekinokok enfestasyonunda primer konakçı köpektir; ara konakçılar ise koyun, sığır, at ve bazen de insandır. Solucan 0.5 mm boyunda olup, ara konakçıda intestinal mukozayı penetre ederek portal dolaşıma katılır. Tutulumun en fazla olduğu organ karaciğerdir; ancak akciğerler ve diğer organlarda da örneğin beyin, kemik, dalak, böbrek ve pankreasta yerleşebilir (1). Kist hidatiğin erişkinlerde tiroid bezinde yerleşimi ise oldukça nadirdir. Genellikle literatürde bir-iki vakalık yayınlar mevcuttur. Tüm kist hidatik olguları içinde tiroid tutulumu olanların oranı konusunda literatürde kesin bir sayı verilmemekle birlikte bu oranın son derece düşük olduğu tahmin edilebilir. Dettori ve arkadaşları 906 ti-

roid soğuk nodülü içinde 2 olguda kist hidatik bildirmişlerdir (2).

Tiroidin tek, kistik ve sintigrafik olarak soğuk nodüllerinin ayırıcı tanısında kist hidatik akla gelmeli, uygun hasta yaklaşımı yapılmalıdır.

OLGU SUNUSU

Otuz-iki yaşında bayan hasta, kliniğimize boyunda şişlik şikayeti ile baş vurdu. Hastanın anamnezinden bir süredir intraabdominal yerleşimli kist hidatik tanısıyla medikal tedavi gördüğü öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde tiroid sağ lobunda hiperplazi ve üst kutuba yakın 2 x 2 cm boyutlarında hassas olmayan, çevre dokuya invazyon göstermeyen, mobil, yutkunma ile hareket eden, sert kıvamda olmayan, tek bir nodül palpe edildi; sol lob normal olarak değerlendirildi, trakea orta hatta idi ve boyunda lenfadenopati saptan-

* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji

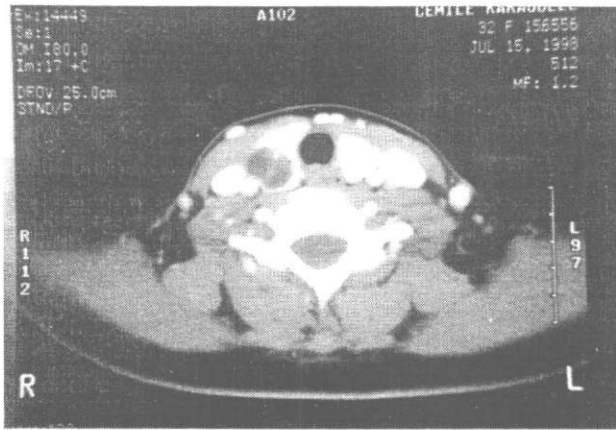
*** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Dahiliye

**** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji

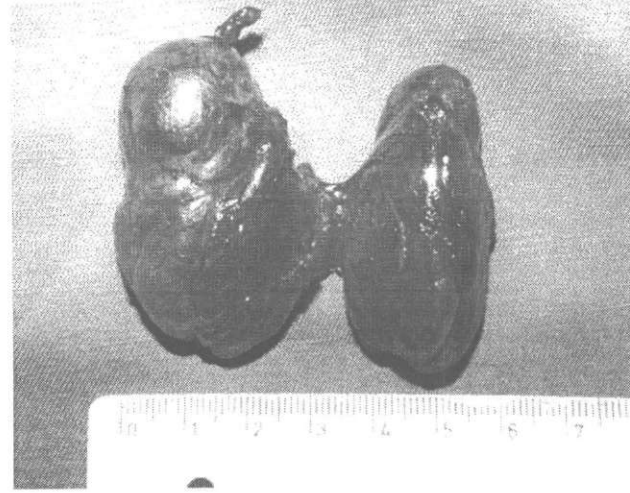
***** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji

madı. Hastada diğer sistemlere ait patolojik bir muayene bulgusu izlenmedi. Hastanın yapılan rutin laboratuvar tetkikleri normal olarak değerlendirildi. Kist hidatik hemagglütinasyon testi 1 / 800 titrede pozitifdi. Ekinokokkal RAST Ig E pozitifdi. Hastanın boyun ultrasonografisinde tiroid sağ lobunda 31 x 24 x 15 mm boyutlarında septalı kist, solda ise 2 adet, 0.5 cm çapında, hipoekoik solid nodül saptandı. Boynun bilgisayarlı tomografik incelemesinde ise yine tiroid bezi sağ lob üst yarıda, kraniokaudal boyutta 2.5 cm ve 2 cm transvers çapı olan, içerisinde belirgin septasyonun izlendiği kistik lezyon mevcuttu. Sol lob orta kesimde 5 mm boyutunda düzgün konturlu hipodens, nodüler lezyonlar izlendi (Şekil 1). Abdominal tomografide hastanın daha önceden bilinen sağ psoas kası komşuluğundaki 5 x 3 x 3 cm'lik ve pelviste 4 x 3 x 3 cm'lik iki adet kistik oluşumun sebat ettiği saptandı. Karaciğer veya akciğerde yerleşmiş kist hidatik lehine kesin bir bulgu saptanamadı.

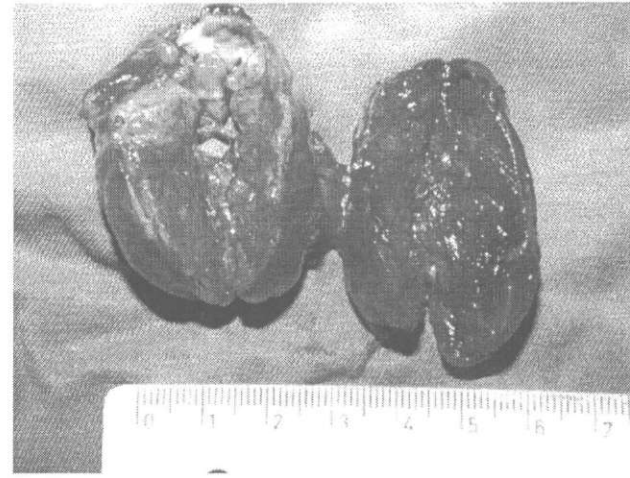
Hastanın anamnezindeki bilgiler ve radyolojik bulgularının tiroid bezine ait kist hidatik tanısını desteklemesi nedeniyle operasyona karar verildi. Ameliyatta tiroid sağ lobunda daha önce tanımlanan lokalizasyon ve boyuttaki kistik oluşumun çevreye yapışıklık göstermediği ve kolay ayrılabilirdiği görüldüğü ve sağ subtotal, sol totale yakın tiroidektomi yapıldı. Makroskopik olarak kistin ve kesit yüzeyinin görüntüsü karaciğer kist hidatiğinde görmeye alıştığımız şekile pek benzemiyordu ve kistin içinde kız veziküle rastlanmadı (Şekil 2-3).



Şekil 1. Tiroid bezindeki kistik yapının bilgisayarlı tomografik görünümü.



Şekil 2. Patolojik spesimenin makroskopik görünümü.



Şekil 3. Kistin disseksiyon sonrası makroskopik görünümü.

Histopatolojik inceleme: Materyalden hazırlanan kesitlerin incelenmesinde tariflenen kistik lezyondan hazırlanan kesitlerin iç yüzünde genişlemiş ve lümenleri kolloidle dolu çok sayıda tiroid folliküllerinin bulunduğu arada fibröz bağ dokusu stromal alanlar içerdiği dikkati çekmiştir. Kist hidatiğe ait bulgu saptanmadı. Regressif ve kistik değişiklikler gösteren nodüler guatr olarak rapor edildi.

Hastanın operasyon sonrasında herhangi bir problemi olmadı ve post-operatif 2. günde şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Ekinokokkal enfestasyonun sık olduğu ülkelerde bile tiroid bezinde kist hidatik nadir görülen bir klinik tablodur (5). Karaciğer (%60) ve akciğerler (%20) en çok etkilenen organlardır. Daha az sıklıkla böbrekler (%4), kas dokusu (%4), dalak (%3), beyin (%3) ve kemik (%2) tutulumu görülür (6). Literatürde adrenal gland (7) ve testis (8) tutulumu da bildirilmiştir.

Parazit tiroid bezine sistemik kan dolaşımı ile gelmektedir (2,3). Oral yolla alınan yumurtalar sindirim sisteminde onkosferlere dönüşüp, jejunum mukozasını delerek buradan portal ve lenfatik dolaşıma katılırlar. Portal dolaşıma katılanların bir kısmı porta-kaval şantlar yoluyla direkt sistemik dolaşıma geçerken, bir bölümü karaciğere ulaşır ve bunların yaklaşık olarak %30'u kapiller filtrasyon engellerini aşarak hepatic venler aracılığıyla v.cava inferior ve pulmoner dolaşıma katılırlar. Barsak duvarından lenfatik dolaşıma karışan larvalar ise duktus torasikus aracılığıyla, sol subklavian ven, v.cava superior ve yine pulmoner dolaşıma iştirak ederler. Larvaların pulmoner kapillerleri nasıl geçtikleri henüz tam açıklanamamış bir konudur. Sadece kapillerlerin çapından daha ufak boyuttaki larvaların geçebildiği veya arterio-venöz şantların varlığı üzerinde en çok durulan açıklamalardır. Böylece sistemik dolaşıma katılan larvalar karotis ve tiroid arterleri yoluyla tiroid bezine ulaşır. Tiroid bezine olan kan akımının fazla olmasına rağmen tiroid arterlerinin küçük çaplı olmaları ve karotisten dik açı ile çıkmaları hastalığın nadir görülmesini açıklamaktadır (2,3).

Tiroid bezinde kist hidatik sıklıkla yavaş olarak büyüyen, tek ve tiroid sintigrafisinde soğuk nodül şeklinde karşımıza çıkar. Genellikle asemptomatiktir ancak çok büyüyüp çevre dokulara bası yaparak semptomatik hale gelebilir; nadiren allerjik reaksiyonlar görülebilir (2). Kistin çevresinde kalsifikasyon görülmesi veya anamnezde başka bir yerde kist hidatik varlığı tanıya yardımcı olabilir. Çok seyrek olarak major mediastinal yapıları erode ederek buralara açılabilir. Zaman içinde çevre dokulara adezyon olabilir; bu tür bir gelişim tiroid malignitesini sıklıkla düşündürür. Tiroid kist hidatigi genellikle tek ve primer odak olarak karşımıza çıkar ancak aynı zamanda karaciğer veya akciğer kist hidatiginin eşlik ettiği birkaç vaka literatürde bildirilmiştir (9,10).

Operasyon öncesinde bizi kesin tanıya götürebilecek teşhis yöntemleri sınırlıdır. Eosinofili varlığı uyarıcı olmalıdır. Ultrasonografi ve ince iğne aspirasyon biopsisi tiroid nodüllerine yaklaşımda sık başvurulan tanı yöntemleridir. Kist hidatik düşünülen olgularda ultrasonografi öncelikle düşünülmelidir zira ince iğne aspirasyon biopsisinin neden olabileceği anafaksi ve disseminasyon gibi yan etkileri hastalığın morbiditesini artıracaktır. Ancak nadiren basit kistler de ultrasonografik olarak septalı görünüm vererek ayırıcı tanıya yardımcı olabilmektedir. Tiroid kist hidatiklerinin ultrasonografik görünümü ile diğer tiroid kistlerinden nasıl ayırdedilebilecekleri konusunda literatürde yeterli bilgi yoktur. Gürses ve arkadaşları tanımladıkları tiroid kist hidatiginin, karaciğer kist hidatiklerinin tip I ultrasonografik görünümüne benzediğini bildirmişlerdir (3). Dettori ve ark. (2), Dotzenrath ve ark. (11) ise yaptıkları çalışmada pre-operatif olarak yapılan ultrasonografinin tanıya yardımcı olmadığını saptamışlardır. İnce iğne aspirasyon biopsisinin olası bir negatif etkisi de meydana gelen yapışıklıkların operasyon esnasında disseksiyonu zorlaştırmasıdır. Bu vakada ultrasonografi ve tomografi kistin ayırıcı tanısını tam olarak yapamamış; ince iğne aspirasyon biopsisinin bahsedilen yan etkileriyle karşılaşılma riski nedeniyle kesin tanı operasyon sonrası histopatolojik incelemeye bırakılmıştır.

Tiroid kist hidatiginde tedavi vücudun diğer herhangi bir bölgesinde yerleşmiş olan kist hidatik olgularında olduğu gibi cerrahi eksizyondur (2,3,5,6,12). Ufak, komplike olmamış olgularda subtotal lobektomi uygulanabilir (5). Biz de operasyon esnasında tiroid sağ lobundaki kistin bütünlüğünü bozmadan sağ loba subtotal; sol lobda da birkaç adet ufak nodül olduğu için bu tarafa totale yakın tiroidektomi yaptık.

Tiroid kist hidatikleri çok ender görülen patolojiler olmasına rağmen, başka lokalizasyonlarda tedavi edilmiş ve edilmekte olan hidatik kistleri olan hastamızda tiroiddeki kistin hidatik kist olabileceği düşünülmüştür. Kistin septalı ultrasonografik görüntüsü de bu düşünceyi desteklemiştir. Pelvik hidatik kisti nedeniyle serolojik testler tanıya yardımcı olamamıştır. Kist sıvısı disseminasyonu ve anafaktik reaksiyondan kaçınmamız nedeniyle ince iğne aspirasyonu uygulanmamış, ve hastamıza tiroidektomi yapılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Misgar MS, Mir MA, Narboo T, Rashid PA: Primary echinococcus cyst of the thyroid gland. *Internal Surgery* 1977; 62: 600.
2. Dettori G, Madeddu G, Marongiu G, Biglioli P: Echinococcosis of the thyroid gland: Two new cases. *American Surgeon* 1980; 46 (9): 530-533.
3. Gürses N, Batsal K, Gürses N: Hydatid cyst in the thyroid and submandibular salivary glands in a child. *Z Kinderchirurgie* 1986; 41: 362-363.
4. Altın MA, Hiçsönmez A, Büyükpamukçu N: Hydatid disease of thyroid in childhood. *Hacettepe Med J* 1984; 17: 76.
5. Van Rensburg PSJ, Joubert IS, Nel CJC: Primary echinococcus cyst of the thyroid. *South African Journal of Surgery* 1990; 28: 157-158.
6. Chetty R, Crowe P, Cant P: An unusual thyroid cyst. *South African Journal of Surgery* 1991; 29 (4): 158-159.
7. Fitzgerald EJ: Hydatid disease of the adrenal gland. *Ir J Med Sci* 1987; 156: 366-367.
8. Kumar PVN, Jahanshahi SH: Hydatid cyst of testis: a case report. *J Urol* 1987; 137: 511-512.
9. Porges SB: A case of hydatid disease of the thyroid gland. *Med J Aust* 1971; 20: 641-642.
10. Al-Qassab KH, Abdul-Rahman H, Safar S: Hydatid disease of the thyroid. *Int Surg* 1982; 67: 435-436.
11. Dotzenrath C, Burring KF, Goretzki PE: Die Echinococcyste der Schilddrüse. *Chirurg* 1988; 59: 106-107.
12. Moura LS, Silva CP: Thyroid hydatid disease in an 8-year old girl. *Journal of Pediatric Surgery* 1991; 26 (2): 216.