

Lingual Tiroid Transpozisyonu

TRANSPOSITION OF LINGUAL THYROID

Hüseyin KATILMIŞ*, Kadir SEZGİN**, Çağlar ÇALLI***, İsmail ÖZDEMİR****, Sedat ÖZTÜRKCAN*****

* Doç.Dr., İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi.2.KBB Kliniği, Şefi, İZMİR

** Op.Dr., Yatağan Devlet Hastanesi MUĞLA

*** Op.Dr., İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi.3.KBB Kliniği,

**** Doç.Dr., İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi.2.KBB Kliniği, Şef Yrd., İZMİR

Özet

Amaç: Lingual tiroid, tiroid bezinin nadir görülen bir anomalisidir. Dil bazalinde, orta hatta yerleşir. Lingual tiroidin histolojik bulguları servikal tiroid dokusu gibidir. Klinikte konuşma bozukluğu, yutma güçlüğü, boğazda yabancı cisim hissi, solunum güçlüğü, ağızdan kanama gibi yakınmalar vardır. Tedavi tıbbi ya da cerrahidir.

Olgu Sunumu: Yutma güçlüğü, konuşma bozukluğu, boğazda yabancı cisim hissi olan transpozisyon yöntemiyle tedavi ettiğimiz, 29 yaşındaki lingual tiroidli bir olgumuzu sunduk.

Sonuç: Yutma güçlüğü ve konuşma bozukluğu olan genç bayanlarda lingual tiroid ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Tedavi planlanırken de transpozisyonun başarılı bir tedavi seçeneği olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Lingual tiroid, Tiroid bezi, Transpozisyon

T Klin K B B 2003, 3:40-43

Summary

Objective: Lingual thyroid is one of the rarest anomalies of thyroid origin. It is located the midline of the base of the tongue. The histopathologic findings of lingual thyroid looks like cervical thyroid tissue. Difficulties in swallowing, dyspnea, dysarthri, oral bleeding, foreign body sensation in the throat are common clinical features. Treatment is either medical or surgical.

Case report: We present a case of a 29-year-old female with lingual thyroid who suffered from dysphagia, dysarthri, foreign body sensation in her throat, and who was treated by transposing.

Conclusion: Lingual thyroid should be considered in differential diagnosis of the young women presenting with complaint of dysphagia and speech disorders. While planning the management, it should be remembered that lingual transposition is a successful choice.

Key Words: Lingual thyroid, Thyroid gland, Transposition

T Klin J E N T 2003, 3:40-43

Tiroid bezi ilk olarak 17 günlük bir embriyoda foramen caecum'da belirir. Dil kökünde yutak barsağının tabanında, endodermal hücre çoğalmasından oluşmuştur. Tiroid bezi 19. haftada normal göçüne başlar ve intrauterin yedinci ayda erişkindeki yerini alır (1). Herhangi bir nedenle bu göçün olmaması lingual tiroid olarak karşımıza çıkar. Lingual tiroidli hastaların paratiroid bezleri ise boyunda normal lokalizasyonlarında saptanmıştır (2).

Bilinen ilk lingual tiroid olgusunu 1869 yılında Hickman sunmuştur (2). Lingual tiroid oranı 1:100.000, olarak rapor edilmiştir (3). Otopsi çalışmalarında bu oranın daha yüksek olduğu belirtilmektedir.

Lingual tiroid daha çok papilla cirkumvallata ile epiglot arasında yer alır (4). Doğumdan altıncı

dekata kadar herhangi bir dönemde bulgu verebilir. Ancak en sık 2.dekatta semptomatik hale gelir. Genç bayanlarda daha sıktır (5-8).

Konuşma bozukluğu, yutma güçlüğü, boğazda yabancı cisim hissi, solunum güçlüğü, ağızdan kanama gibi yakınmalar ön plandadır (2-8). Yenidoğanda stridor ile kendini gösterebilir (9). Bu şikayetle başvuran hastaların yapılan muayenesinde, dil kökünde epiglot ile lingua transversalis arasında yerleşmiş kitle saptanır. Çektirilen USG ve tiroid sintigrafisinde tiroid bezinin normal yerinde olmadığı, dil kökünde yerleşmiş olduğu görülür. Yine BT ve MRG'de tanıda yardımcıdır. Çoğunlukla hastalar ötiroiddir (2,4).

Histolojik bulgular, servikal tiroid dokusu gibidir (4,9). Normal tiroid dokusunda görülen patolojik bulgular burada da görülebilir. Tiroid

hormonları genellikle normal düzeydedir. Malign dönüşüm nadirdir (4). Malign dejenarasyon papiller tiroid karsinom lehinedir.

Bugün için lingual tiroid tedavisinde cerrahi ve medikal olarak iki seçenek vardır (4). Burada nadir görülen ve transpozisyon yöntemi ile cerrahi olarak tedavi ettiğimiz bir olgu literatür eşliğinde sunulmuştur.

Olgu

29 yaşındaki bayan hastanın başvurduğunda 4 aydır yutma güçlüğü, konuşma bozukluğu ve boğazda yabancı cisim hissi yakınması mevcuttu. Yutma güçlüğü özellikle katı gıdalara karşıydı. Bize gelmeden önce başka bir hekimin yapmış olduğu muayene ve tetkikler sonucunda hipotiroidi+lingual tiroid tanısı konularak hormon replasman tedavisi başlanmış ve ötiroid olduğu zaman operasyon önerilmiş.

Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Sistemik muayenesinde herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı. Yapılan KBB bakışında dil kökünde sarı renkte mobil, orta sertlikte 3x3 cm ebatlarında düzgün yüzeyli kitle saptandı.

Yapılan boyun USG'sinde tiroid lojunda tiroid bezinin görülemediği, dil köküne uyan lokalizasyonda da 24x30x33 mm çapında heterojen yapıda kitle varlığı saptandı. Tiroid sintigrafisinde tiroid lojunda aktivite tutulumu izlenmediği, bununla birlikte submandibuler bezin orta kesiminde ektopik yerleşimli tiroid dokusu izlendiği rapor edildi (Şekil 1).

Boyun tomografisinde, dil kökünde eksofitik büyümüş, orofarengeal kaviteyi dolduran larinks ile direk ilişkisi bulunmayan laringeal yapıları distorsiyona uğratmayan en geniş yerinde 3 cm çapa ulaşan düzgün konturlu, iyi sınırlı, yoğun opaklaşma gösteren içerisinde yine düzgün konturlu opaklaşma göstermeyen hipodens alanlar mevcut olan kitle tespit edildi (Şekil 2). Tiroid fonksiyon testlerinde, TSH yüksek, T3 ve T4 değerleri normal olarak saptandı. Endokrinoloji konsültasyonunda sabah aç olarak Tefor ½ tablet alınması önerildi.

Hasta ötiroid yapıldıktan sonra operasyona alındı. Genel anestezi ile operasyon yapıldı.

Şekil 1. Sintigrafide tiroid lojda aktivite tutulumu yok, submandibuler bezin orta kesiminde ektopik yerleşimli tiroid dokusuna ait aktivite tutulumu izleniyor.

Şekil 2. Olgumuzun BT görüntüsü

Hyoidin 1 cm üzerinden yaklaşık 5 cm horizontal cilt insizyonu yapıldı. Cilt ciltaltı platizma kası geçildikten sonra mylohyoid, geniohyoid ve genioglossus kasları vertikal planda aralandı. Dil kökü mukozası açılarak kitleye ulaşıldı. Ağız içinden dil kökü palpe edilerek kitle inferiora mylohyoid ile geniohyoid adele arasına deplase edildi. Kitle etrafındaki nekrotik dokular temizlendi. 1/0 prolen ile kitleye tespit sütürü atıldı. Mandibula korpusuna tur ile delik açıldı. Prolen açılan delikten geçilerek kitle süperiorde mandibulaya, inferiorde hyoid kemiğe tespit edildi.

Postoperatif dönemde hastanın ilk başvuru sırasındaki tüm şikayetleri kayboldu. Boyunda

operasyon bölgesinde skar ve kısa süre devam eden ve sonra geçen fistül ortaya çıktı.

Halen takibimizde olan hastanın, operasyondan önceki hiçbir şikayeti yoktur. Çekilen boyun tomografisinde dil kökünde lümeni daraltmayan tiroid dokusu saptanmıştır (Şekil 3). Tiroid sintigrafisinde submandibuler bölgede tiroid bezine ait aktivite tutulumu mevcuttu (Şekil 4). Tiroid hormonlarının ölçümünde; total ve serbest T3 ve T4 değerleri normal olarak saptandı. Halen takipte olan olgumuz TSH değerinin yüksek olması nedeniyle günde bir kez tefor tablet almaktadır.

Tartışma

Lingual tiroid genç bayanlarda sık görülür. Montgomery çalışmasında 118 bayan lingual

tiroidli hastaya karşı 18 erkek hasta saptamıştır. Yutma güçlüğü, konuşma bozukluğu gibi yakınmaları olan ve dil kökünde kitlesi saptanan genç bayanlarda lingual tiroid olabileceği düşünülmelidir.

Bugün için lingual tiroid tedavisinde cerrahi ve medikal olarak iki seçenek vardır (2). Asemptomatik olgular sadece takip edilebilir. Kontrol edilemeyen hipertiroidi, hemoraji, semptomatik büyüme ve habis değişim riski cerrahi eksizyon için endikasyonlardır (11). Endoskopik olarak CO₂ laser ile tedavi yapıldığı da belirtilmektedir (10).

Medikal tedavide; süpresyon tedavisi ile tiroid bezinin küçültülmesi ve I131 ile ablasyon uygulanabilir. Süpresyon tedavisi yeterli küçülmeyi sağlayamamaktadır. I131 ise hipotiroidi ile sonuçlanabilmekte, geç dönemde radyasyona bağlı malignite riski taşımakta ve genç bayanların hamileliklerinde sorunlara neden olmaktadır (2).

Cerrahi, transoral ve eksternal olmak üzere iki şekilde yapılabilir (11,12). İki yönteminde birbirine göre avantaj ve dezavantajları vardır. Transoral yaklaşımda görüş alanı kısıtlıdır. Kanama önemli bir sorundur ve lingual arterin bağlanmasına, buna bağlı olarak dilde nekroze neden olabilmektedir. Ancak boyunda kozmetik deformite, postop boyunda enfeksiyon, fistül gibi riskleri yoktur. Eksternal yaklaşımda ise görüş sahası çok iyidir. Buna karşın enfeksiyon, skar gelişimi ve ağızdan boyuna fistül gibi sorunlara neden olabilmektedir (12).

Cerrahi tedavi olarak ise transpozisyon veya bezin total çıkarılması yöntemleri vardır (2,3,5). Bezin total çıkarılması hipotirodi ile sonuçlanmakta ve hastalar yaşam boyu hormon replasman tedavisine bağlı kalmaktadırlar. Tiroid dokusunun başka bir bölgeye implantasyonu ise nadiren hipotiroidi ile sonuçlanabilir.

Eksternal yaklaşımla yapılan transpozisyonla tiroid dokusunun beslenmesi bozulmadan komşu bir alana nakli sözkonusudur. Bu yöntemde hastanın semptomları cerrahi sonrası hemen ortadan kalkmakta, aynı zamanda tiroid fonksiyonu da devam etmektedir. Tiroid dokusu postoperatif dönemde

Şekil 3. Postoperatif BT'de dil kökünde lümeni daraltmayan tiroid dokusu görünmekte

Şekil 4. Postoperatif sintigrafide submandibuler bölgede tiroid bezine ait aktivite tutulumu mevcut

hipertrofiye uğrarsa hastalara uygulanacak olan süpresyon tedavisi başarılı olabilir. Transpozisyon uygularken üzerinde durulması gereken önemli bir nokta tiroid dokusunun kanlanması bozulmamasına dikkat edilmesidir (2,5).

Bizde bütün bu bilgilerin ışığında, postoperatif dönemde tiroid fonksiyonlarının devam etmesi, semptomların hemen düzelmesi, başarı oranının yüksek olması nedeniyle kendi olgumuza transpozisyon tedavisi uyguladık. Postoperatif kısa süreli devam eden fistül dışında önemli bir sorunla karşılaşmadık. Bunun yanında hastamızın tüm yakınmaları kayboldu.

Sonuç olarak, yutma gücü ve konuşma bozukluğu olan genç bayanlarda lingual tiroid ayırıcı tanıda düşünülmeli ve tedaviyi planlarken de transpozisyonun başarılı bir tedavi seçeneği olduğu unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Kayalı H. İnsan Embriyolojisi. 3. Baskı. Renk Ofset Matbaacılık, Ankara, 1987;190-2.
2. Weider DJ, Parker W. Lingual thyroid, Ann Otol 1977;86:841-8.
3. Douglas PS, Baker AW. Lingual thyroid. Br J Oral Maxillofac Surg 1994;32:123-4.
4. Cummings CW, Fredricson JM, Harker LA. Benign tumors and tumors-like lesions. In: Otolaryngology Head and Neck Surgery. Waal I, Snow GB (Eds). Third Edition. Mosby, Missouri. 1998;1411-2.
5. Uğuz MZ, Çeliker M, Öncel S. Lingual tiroid transpozisyonu. İzmir Atatürk Eğitim Hastanesi Tıp dergisi 1997;1:35-7.
6. Sezer T, Demirel M, Topçu İ. Bir vaka nedeniyle lingual tiroid. Türk Otolarengoloji Arşivi 1996; 34(1):59-60.
7. Karatay S, Sunay T. Bir lingual tiroid vak'ası hakkında. Türk Otolarengoloji Arşivi 1977; 15 (2-3-4)/48-53.
8. Özşahinoğlu C, Akçalı Ç, Kıroğlu F, Kanlıkama M, Özmen H. Lingual tiroidler. Türk Otolarengoloji Arşivi 1987; 25 (4)/199-205.
9. Arancibia P, Veliz J, Barria M, Pineda G. Lingual thyroid: report of three cases. Thyroid 1998;11:1055-7.
10. Puxeddu R, Pelagatti CL, Nicalai P. Lingual thyroid: endoscopic management with CO2 laser. Am J Otolaryngol 1998;19:136-9.
11. Ballenger JJ, Snow BJ. Lingual tiroid. In: Otorinolarin-goloji. Şenocak D (Eds). 15.baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 2000;211.
12. Prasad CK. Surgical management of lingual thyroid: a report of four cases. Oral Maxillofac Surg 2000;58:223-7.

Geliş Tarihi: 19.12.2001

Yazışma Adresi: Dr. Sedat ÖZTÜRKCAN
İzmir Atatürk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi.
2.KBB Kliniği,
35350 Üçkuyular, İZMİR