

Thornwaldt Kisti (Bir Olgu Nedeniyle)

THORNWALDT'S CYST (CASE REPORT)

Mustafa TÜZ*, Kemal UYGUR*, Tayfun TURGUT**, Harun DOĞRU***

* Yrd.Doç.Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Hastalıkları AD, Öğretim Üyesi,

** Yrd.Doç.Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyodiagnostik AD, Öğretim Üyesi,

***Doç.Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Hastalıkları AD, Başkanı, ISPARTA

Özet

Farengial bursa, nazofarinks posterior duvarı boyunca longus capitis adelesi arasında uzanan solunum epiteli ile kaplı bir boşluktur. Eğer nazofarinkse drene olan ağız tıkanırsa Thornwaldt Kisti (TK) gelişir. Yirmisekiz yaşında erkek hasta, burun tıkanıklığı, postnazal akıntı, baş ağrısı, boğaz ağrısı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan endoskopik muayenesinde nazofarinks posterior-superior duvarda orta hatta 1.5x1.5 cm boyutlarında fluktuasyon veren üzeri sağlam mukoza ile örtülü kistik bir lezyon tespit edildi. Sagittal planda çekilen bilgisayarlı tomografisinde nazofarinks posterior-superior duvarda yumuşak doku artışı izlenmekteydi. Thornwaldt kisti tanısıyla hastaya lokal anestezi altında endoskop ile kist eksizyonu işlemi yapıldı. Postoperatif 3. ayda nüks görülmedi. Baş ağrısı, burun tıkanıklığı ve postnazal akıntı gibi sinüziti düşündürülen semptomlarla karşılaşıldığında Thornwaldt kisti mutlaka akla getirilmelidir. Ayırıcı tanı, endoskopik muayene, CT ve MR ile yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Thornwaldt kisti, tanı, tedavi

T Klin K B B 2001, 1:162-165

Summary

The pharyngeal bursa is a recess lined with respiratory epithelium along the midline posterior superior wall of the nasopharynx between longus capitis muscle. If the opening of the bursa is occluded, Thornwaldt cyst develops. A 28 year-old male patient has admitted to ENT department outpatient clinic with the symptoms of nasal obstruction, postnasal drainage, headache, sore throat. A 1.5x1.5cm cystic lesion covered by intact mucosa which revealed fluctuation was found at the posterior-superior region of nasopharynx. Soft tissue increment at the posterior-superior wall of the nasopharynx was observed in the sagittal CT scan. Endoscopic cyst excision was performed under local anesthesia with the diagnosis of Thornwaldt cyst. No recurrence was observed in the postoperative 3rd month. Thornwaldt cyst should be considered when encountered with the symptoms like headache, nasal obstruction and postnasal drainage. Differential diagnosis should be done by endoscope, CT and MR.

Key Words: Thornwaldt's cyst, diagnosis, treatment

T Klin J E N T 2001, 1:162-165

Farengial bursa, nazofarinks posterior duvarı boyunca longus capitis adelesi arasında uzanan solunum epiteli ile kaplı bir boşluktur. Superior konstriktör adalenin hemen üzerinde, lateral farengial recess (Rosenmuller fossa) ile aynı düzeydedir. Sagittal planda, klivusun altında, pituiter infundibulumuna göre arka plandadır. Eğer nazofarinkse drene olan ağız tıkanırsa Thornwaldt Kisti (TK) gelişir (1). Genel popülasyonda farengial bursa görülme oranı %3-7 arasında değişir (1,2). Manyetik Rezonans (MR) ile yapılan çalışmalarda TK insidansı %0.2,

Geliş Tarihi: 25.09.2000

Yazışma Adresi: Dr.Mustafa TÜZ
PK:132, 32000, ISPARTA

otopside %3-4 olarak rapor edilmiştir. Her yaşta görülmekle beraber, daha çok 15-30 yaşlar arasında sık görülür. Erkek ile kadını eşit olarak etkiler (1).

TK genellikle asemptomatiktir, enfekte olduğunda abse formasyonu görülebilir. Semptomlar da bu dönemde ortaya çıkar (1). Tanı endoskopik muayene, MR ve Bilgisayarlı tomografi (BT) ile konur (3). MR, BT'ye göre daha hassastır. Kist unilokuler veya multilokulerdir. Kitle genellikle orta hattadır ve üzeri sağlam mukoza ile örtülüdür (1,4,5). BT de nazofarinks üst kısmında longus capitis arasında orta hatta veya çok yakın izlenir. TK genelde MR da yüksek dansite verir çünkü kist yüksek oranda protein veya kan yapıları içerir. Düşük protein içerenler düşük yoğunluk verirler (6-8). Tedavisinde

abse drene edilmeli, kist çıkarılmalı ve kavite marsupialize edilmelidir (1,2)

Kliniğimizde şikayet veren TK olgusuna transnazal olarak endoskopi ile müdahale edilerek tedavi edildi, TK'nin tanı ve tedavi özellikleri literatür eşliğinde incelendi.

Olgu Sunumu

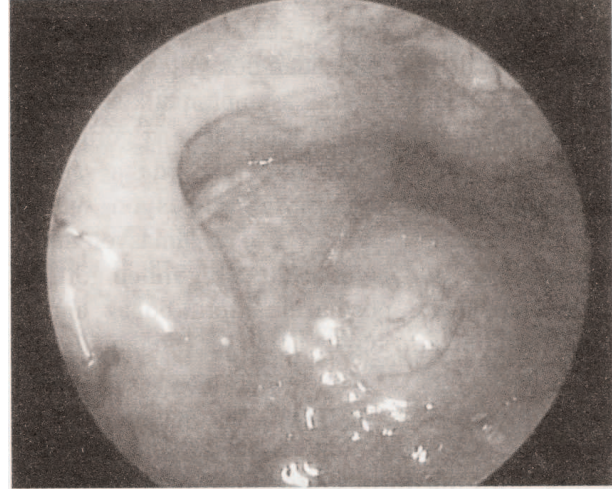
Olgu

28 yaşında erkek hasta, burun tıkanıklığı, postnazal akıntı, baş ağrısı, boğaz ağrısı şikayetleri ile 15.5.2000 tarihinde polikliniğimize başvurdu. Şikayetleri 6 aydır mevcut olan hastanın bu şikayetlerle değişik hekimlere başvurduğu, sinüzit ön tanısı ile çeşitli medikal tedaviler kullandığı ancak şikayetlerinde gerileme olmadığı öğrenildi. Son olarak başvurduğu hekim tarafından hastaya, paranazal koronal tomografi çekirilmiş herhangi bir patoloji tespit edilemediği ifade edilmiş. Öyküsünde özellik tespit edilemeyen hastaya yapılan rutin KBB muayenesinde orofarinkste, anterior rinoskopide, indirekt laringoskopide şikayetlerini açıklayacak bir bulgu tespit edilemedi. Endoskopik muayenede her iki nazal kavitede konkalarda, ostiomeatal komplekste patoloji saptanmadı. Endoskop ile nazofarinkse geçildiğinde nazofarinks orta hatta superior duvarda yumuşak, üzeri sağlam mukoza ile kaplı fluktuasyon veren yaklaşık 1.5x1.5cm kistik kitle mevcuttu (Şekil 1). Hastaya sagittal planda çekilen CT de nazofarinks arka üst duvarda 1.5x1.5cm boyutlarında kitle tespit edildi. Kitle yoğun pürülan materyal içeriği nedeniyle kistik görünümde değil, yumuşak doku artışı şeklinde kendini göstermekteydi (Şekil 2).

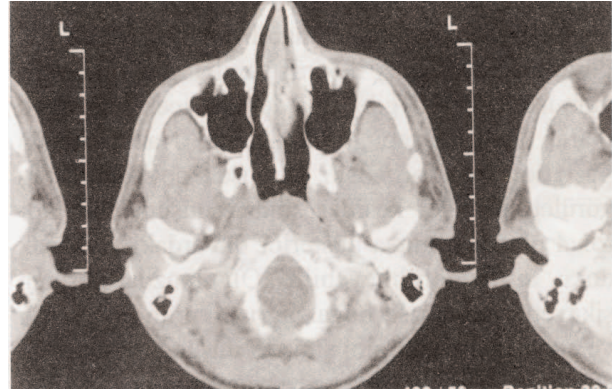
Cerrahi girişim: Hastaya topikal anesteziyi takiben, nazofarenkse O derece endoskop ile lomber ponksiyon iğnesi kullanılarak lokal infiltrasyon anestezi uygulandı. Anesteziyi takiben 10 dakika sonra kist muhtevası (pürülan) boşaltıldı, her iki nazal kaviteden müdahale edilerek nazofarinks arka üst duvarını dolduran kistik yapılar, bıçak, elevatör ve cup forcepsler yardımıyla temizlendi. Cerrahi sonrası gönderilen spesimen Thornwaldt kisti olarak rapor edildi.

Tartışma

Thornwaldt (Tornwaldt) kisti notokordun kaudal ucu ile nazofarinks epitelini arasında bulunan



Şekil 1. Sol koanadan nazofarinks arka üst duvarda bulunan kistik kitlenin görünümü.



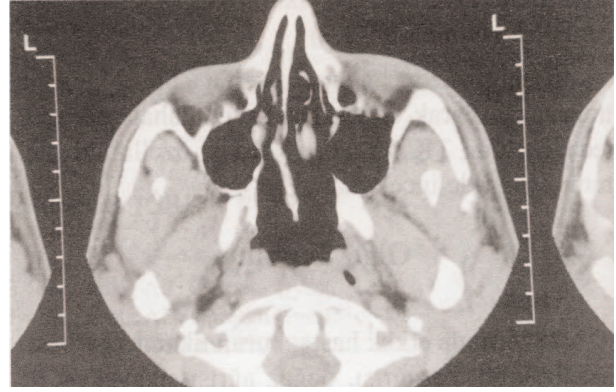
Şekil 2. Sagittal planda nazofarinks arka üst bölgesinde yumuşak doku artışı (kist).

embryonik bir bağlantının açık kalması sonucu oluşur. Bu bağlantı normalde fetal gelişimin 2. ayına kadar sürer, sonra kapanır. Yapışıklıklar enflamasyonlar bu bağlantının kalıcı olarak açık kalmasına yol açabilir (2) Ayrıca duktus ağzının travmatik manipulasyonu (adenoidektomi gibi), nazal kaviteye tampon yerleştirilmesi, skarlaşmaya bağlı olarak farengel bursa ağzını tıkayarak, kist formasyonuna yol açar (4). Kistin duvarları solunum yolu epiteli ile kaplıdır, hiç lenfoid dokusu içermez veya çok az içerir (9). Nazofarinks arka duvarında orta hatta yerleşmiştir, oksipital kemiğin tüberkülüne kadar uzanım gösterebilir (2,10).

Nazofarenksin gözden uzak bir bölge olması ve silik semptomatolojisi nedeniyle, bu bölgenin hastalıkları ile karışmasından dolayı teşhisi zor antitelere (3). Genel olarak asemptomatik seyrettiği ve tesadüfi olarak tespit edildiği için az görüldüğü düşünülür, ancak düşünülenden daha sıktır. Semptomlar değişkendir, enflamasyon yoksa asemptomatiktir. Enfeksiyon ve enflamasyon durumunda bursit ortaya çıkar. En çok görülen görülen şikayetler: İnatçı postnazal akıntı, boğaz ağrısı, künt oksipital ağrı, boyun adele sertliği, ağızda tatsızlık hissi, ağız kokusu, östaki tüp disfonksiyonu ve işitme kaybıdır (sekretuar otit media) (3,9,11). Baş ağrısı, sık üst solunum yolları enfeksiyonu, astım, artrit ile birlikte görüldüğünde Thornwaldt sendromu olarak isimlendirilir (2). Semptomlar genellikle rinosinüzitle benzerlik gösterir, hastaya bu nedenle rinosinüzit düşünülerek medikal tedavi verilir. Eğer endoskopik muayenede de nazofarinks dikkatlice incelenmezse ve CT veya MR tetkiki yapılmazsa kolaylıkla atlanabilir. Ayrıca CT de sıvı görüntüsü beklemek hekimi yanıltabilir. Bizim olgumuzda olduğu gibi CT de sıvı içeriğine bağlı olarak kistik bir yapı görülmeyebilir. Nazofarinksin posterior superiorundaki yumuşak dokudaki artış görülebilir. Eğer kesitler sinüzit düşünülerek koronal planda alınırsa posterior duvardaki yumuşak doku artışı görülmeyebilir. Olgumuzda görülen şikayetler baş ağrısı, boğaz ağrısı, burun tıkanıklığı ve postnazal akıntı gibi sinüziti düşündürmekteydi. Olgumuz kliniğimize başvurmadan önce sinüzit tanısıyla medikal tedaviler kullanmıştı. Endoskopik muayenede de hekimler istemeden ostiomeatal komplekse odaklanıp, nazofarinkteki bu tür patolojiyi gözden kaçırabilirler.

Battimo (1) yaptığı bir çalışmada, rastgele 200 nazofarinks CT sini incelemiş, farengeal bursada 7mm den büyük kist görünümü veren lezyonları patolojik kabul ederek 11 Thornwaldt kisti olgusu tespit etmiştir. Bu olgulardan sadece bir tanesinde oksipital baş ağrısı şikayeti saptamıştır. Beş olguda adenoidektomi yapıldığını tespit etmiştir.

Ayrııcı tanıda, seromusinoz bez retansiyon kistleri, Ratkhe poş kistleri, nazofarinks kanseri, nazofarengeal pseudokist, sfenoid sinüs mukoseli, meningosel, meningomyelosel, kordoma, pituiter kaynaklı tümör yayılımı gözönünde bulundurulmalıdır (1,3,5). Nazofarinks orta hatta yerleşmiş



Şekil 3. Sagittal planda nazofarinks arka üst bölgesinin postoperatif görünümü.

lenfoid dokuların kronik enflamasyonu neticesinde oluşan retansiyon kistleri sıklıkla TK ile karışır bu nedenle TK'den ayrımı önemlidir. TK'nin bir yüzü solunum (farengeal) mukozası, diğeri ise bağ dokudan ayıran epiteldir. Çok az lenfoid doku içerir veya hiç içermez. Retansiyon kistlerinde ise bol miktarda lenfoid doku bulunur (4). Bu ayrım akademik olmak zorundadır, çünkü şikayetler ve bulgular aynıdır. Nazofarinks arka duvarında lokalize üzerinde sağlam mukoza vardır. Posterior duvarda üzerinde merkezi bir depresyon görülebilir. Farengeal bursanın mikroskopik muayenesinde, bir yüzünde farengeal mukoza diğeri yüzünde epitel kist örtüsü görülür. Retansiyon kistinde ise sadece lenfoid doku vardır (2,10). Olgumuz CT görünümü nedeniyle nazofarinks kanseri ile benzerlik göstermekle beraber, endoskopi altında kitlenin görünümü ve palpasyonu tümüyle TK'ini düşündürmekteydi.

Küçük ve asemptomatik kistlerde herhangi bir cerrahi tedaviye ihtiyaç yoktur. Kist büyük ise ve semptomlar ortaya çıkmışsa cerrahi uygulanmalıdır. Cerrahi tedavisi genel anestezi altında geniş kist eksizyonu ve/veya marsupializasyondan oluşur (3). Bu girişimler transoral veya endoskopik olarak yapılabilir (5). Olgumuza lokal anestezi altında endoskopi ile kist eksizyonu işlemi uyguladık. Hastanın postoperatif 3. ayda yapılan endoskopik muayenesinde ve sagittal planda çekilen tomografilerinde nazofarinks doğal idi ve nüks izlenmedi (Şekil 3).

Sonuç olarak; başağrısı, burun tıkanıklığı ve postnazal akıntı gibi sinüziti düşündüren semptomlarla karşılaşıldığında Thornwaldt kisti mutlaka akla getirilmeli, endoskopik olarak nazofarinks muayenesi yapılmalı, MR istenmelidir. MR mümkün olmadığında özellikle sagittal planda posterior superior nazofarinks gösteren CT istenmeli, CT posterior duvarda yumuşak doku artışı hususunda uyanık olunmalıdır. Endoskopik olarak, lokal anestezi altında kist eksizyonunun, morbiditesi az, hızlı ve etkin bir tedavi yöntemi olduğu kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Battino RA, Khangure MS. Is that another Thornwaldt's cyst on MRI? *Australasian Radiology* 1990; 34(1):19-23.
2. Gustafson RO, Neel HB. Cyst and tumors of the nasopharynx. In: Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL, eds. *Otolaryngology*. Philadelphia: WB Saunders, 1991: 2189-98.
3. Özünlü A, Önder T, Aktaş D, Özkaptan Y. Nazofarengeal kistler. *Kulak Burun Boğaz Bülteni* 1996; 3(2):48-51.
4. Weissman JL. Thornwaldt cyst. *Am J Otolaryngol* 1992; 13(6):381-5.
5. Yanagisawa E, Yanagisawa K. Endoscopic view of Thornwaldt cyst of the nasopharynx. *ENT J* 1994; 73(12):884-5.
6. Chong VFH, Fan Y. Radiology of the nasopharynx: Pictorial essay. *Aust Radiol* 2000; 44:5-13.
7. Ford W. Thornwaldt cyst: An incidental MR diagnosis. *AJNR* 1987; 8: 922-3.
8. Norfray JF, Rybak LP, Nemiroff PM. Magnetic resonance imaging of the Thornwaldt's cyst. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1989; 98: 569-70.
9. Fechner RE. Pathologic diagnosis: Thornwaldt's cyst. *Arch Otolaryngol* 1976; 102:254-5.
10. Kornblut AD. Non-neoplastic diseases of the tonsils and adenoids. In: Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL, eds. *Otolaryngology*. Philadelphia: WB Saunders, 1991: 2129-47.
11. Ikushima I, Korogi Y, Makita O, Komohara Y, Kawano H, Yamura M, Arikawa K, Takahashi M. MR imaging of Thornwaldt's cysts. *AJR* 1999; 172:1663-6.