

Lingual ektopik tiroide multinodüler guatr

Özkan Ünal, Halil Arslan, Ümit İpeksoy, Ahmet Kutluhan

Ö. Ünal (E), H. Arslan, Ü. İpeksoy
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim
Dalı, 65200 Van

A. Kutluhan
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz
Anabilim Dalı, 65200 Van

Ektopik lokalizasyon, tiroid dokusunun gelişimsel bir anomalisi-
dir. Embriyonel hayatta tiroid, dilin 2/3 ön ve 1/3 arka bölümlerinin birleşim yerindeki foramen caecum'dan gelişir. Erken embriyonel hayatta tiroid dokusu burada oluşur ve inferiora doğru larinksin ve hyoid kemiğin önünden (bazen de arkasından) geçerek trakea önündeki normal lokalizasyonuna ulaşır. Tiroid bezinin gelişiminde ve bu yolculuğu sırasında bir takım anomaliler meydana gelebilir. Gelişim anomalisi parsiyel ya da tam olabilir. Parsiyel gelişim anomalisinde istmus ya da lateral loblardan birisinin agenezisi söz konusudur. Tam olursa tiroid bezinin agenezisinden bahsedilir. Tiroid bezinin diğer anomalileri ise foramen caecum'dan inişle ilgili anomaliler ve tiroglossal kanalın parsiyel yada tam persistansı ile ortaya çıkanlardır. Birinci tip ektopik tiroid dokusundan sorumludur. Bunların %90'ında tiroid bezi foramen caecumda kalır. Bu duruma lingual tiroid denir (1). Lingual tiroidli olguların %75'inde yegane fonksiyon gösteren yapı bu ektopik dokudur (2). Bu yazıda lingual tiroid dokusunda gelişmiş olan multinodüler guatrlı (MNG) olgunun ultrasonografi (US) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları tartışılmıştır.

Olgu bildirisi

Çene altında ilk olarak 3 yıl önce farkına varılan ve son 1 yıldır giderek büyüyen şişkinlik, ses değişikliği, boğaz ağrısı ve zaman zaman boğazından kan gelmesi şikayetleriyle hastanemize başvuran 45 yaşındaki bayan hastanın yapılan fiziksel muayenesinde dil kökünde hiperemik görünümde, lobüle yapıda kitle lezyonu saptandı. Bu bulgularla Radyoloji Anabilim Dalı'na gönderilen olgunun yapılan US incelemesinde submental bölgede dil kökünde, lobüle konturlu, heterojen görünümde, içerisinde hipoekojen nodüler alanlar bulunan, yaklaşık 4x4 cm boyutlarında solit kitle lezyonu izlendi. İncelemeler sırasında tiroid lojunda normal tiroid dokusunun olmadığı görüldü (Resim 1). Yapılan MRG'de dil kökü posteroinferior kesimde düzgün, lobüle konturlu, fibröz septasyonlar gösteren, çevre kas dokusuna göre T1 ağırlıklı görüntülerde izointens, T2 ağırlıklı görüntülerde heterojen hiperintens görünümde, 4x4x3 cm boyutlarında kitle lezyonu izlendi. Lezyon nedeniyle faringeal hava kolonu daralmış görünümdeydi. Normal tiroid bezi lokalizasyonunda tiroid dokusuna rastlanmadı. İnceleme alanına giren diğer bölgeler normal olarak değerlendirildi (Resim 2,3). US ve MRG bulgularına göre normal lokalizasyonda tiroid dokusunun da ol-



Resim1. US ile submental bölgeden yapılan incelemede (solda) dil köküne uyan lokalizasyonda lobüle konturlu, heterojen görünümde, içerisinde hipoekojen nodüler alanların izlendiği solid kitle lezyonu görülürken tiroid lojunda (sağda) normal beze ait bir görünüm saptanmadı.



Resim 2. Sagittal düzlemde T1 ağırlıklı MR görüntüsü. Çevre dokulara göre izointens heterojen görünümde, orofarinks hava kolonunu daraltan, düzgün sınırlı kitle lezyonu izlenmektedir.

madığı göz önüne alındığında lezyonun ayırıcı tanısında öncelikle lingual tiroid dokusunda gelişmiş MNG olabileceği düşünüldü. Bunun üzerine Teknisyum-99 m perteknetat ile yapılan tiroid sintigrafisi incelemesinde tiroid lojuna uyan alanda herhangi bir aktivite olmadığı, buna karşılık dil köküne uyan lokalizasyonda normal tiroid dokusuna göre daha az ve homojen olmayan özellikte aktivite gösteren ektopik tiroid dokusu ile uyumlu görünüm izlendi (Resim 4). Tiroid fonksiyon testlerinde total T3, serbest T3-T4 seviyeleri düşük, TSH seviyesi ise yüksek bulundu. Bu bulgularla tiroid bezi ektopisi ve muhtemelen MNG düşünülen olguda cerrahi giri-

şim planlandı. Hasta genel anestezi altında operasyona alındı. Sol taraf servikal faringotomi ile lezyona ulaşıldı. Yaklaşık 4x4 cm boyutlarında, yuvarlak, üzeri parlak kırmızı ve bol damarlı olan lezyonun dil kökünden kaynaklandığı saptandı. Total eksizyon yapıldı. Dokunun ileri derecede düzensiz ve dejenere olması nedeniyle otopransplantasyondan vazgeçildi. Katlar usulüne uygun kapatıldı. Hastaya tiroid hormon replasmanı başlandı.

Histopatolojik incelemede lezyonun tiroid dokusuna ait olduğu ve bu zeminde nodüler dejenerasyonların geliştiği, maligniteyi düşündürülen bulguların gözlenmediği rapor edildi.

Tartışma

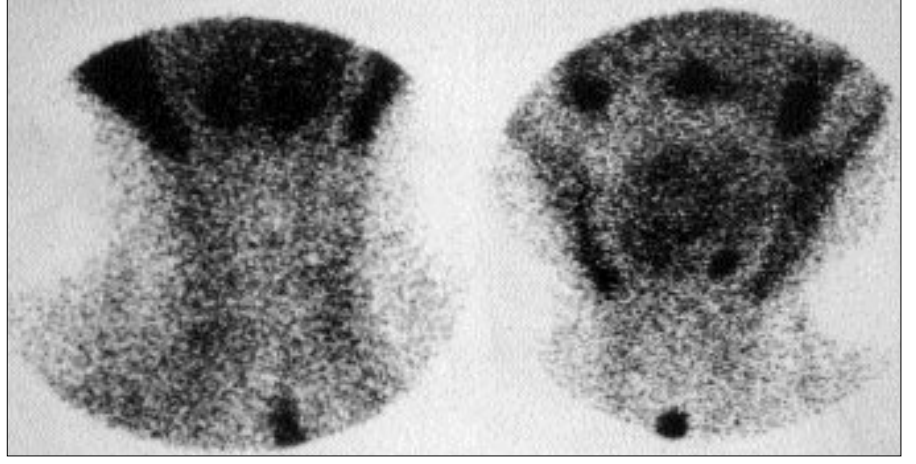
Ektopik tiroid bezi, dil kökünden normal bez lokalizasyonuna kadar sıklıkla orta hatta olmak üzere herhangi bir lokalizasyonda görülebilir (3,4). Daha nadir olarak da ön mediastende görülebilir (5). Ektopik tiroid en sık lingual bölgede görülmektedir. Klinik olarak yapılan bir çalışmada lingual tiroid insidansı genel popülasyonda 1/3000-1/4000 oranında bulunmuştur (6). Kadınlarda oran daha yüksektir. Herhangi bir yaşta görülebilmekle birlikte ikinci dekatta pik yapmaktadır. Bizim olgumuz da kadındı ve normale oranla daha geç dönemde semptom vermişti. Rutin otopsislerde yapılan histolojik incelemeler-



Resim 3. Aksiyel düzlemde T2 ağırlıklı MR görüntüsü. Dil köküne uyan lokalizasyonda hava kolonunu belirgin şekilde daraltan, septasyon içeren, çevre dokulara göre belirgin hiperintens, düzgün, lobüle konturlu kitle lezyonu izlenmektedir.

de lingual tiroid bezi kalıntısı görülme insidansı oldukça yüksektir. Sauk'un yaptığı 200 olguyu içeren bir çalışmada rutin otopsilerde %10 oranında dilde tiroid dokusu bulunmuştur (7). Olguların %14.5-33'ünde hipotiroidizm meydana geldiği bildirilmiştir (6). Bizim olgumuzda da hipotiroidizm mevcuttu.

Ektopik tiroid tanısında US, bilgisayarlı tomografi (BT) ve MRG gibi radyolojik yöntemler ve sintigrafi kullanılabilir. US boyundaki kitlerde solid, kistik ayırımı yapabilen ve çevre organlarla ilişkilerini ortaya koyabilen invazif olmayan bir inceleme yöntemidir. MNG US bulguları hastalığın evresine göre değişir. Bez büyük, konturları lobüledir. İç yapısı hipoekoik nodüller, fibrozise ait ekojen alanlar, anekoik dejeneratif bölgeler ve küçük kistler nedeniyle nonhomojendir. BT incelemelerinde ektopik tiroid dokusu hiperdens görünümü ve kontrast tutulum paterniyle tespit edilebilir (8). MRG, boyunda herhangi bir lokalizasyonda ektopik tiroid dokusu olup olmadığını, kitlenin boyutlarını, çevre dokularla ilişkisini net bir şekilde ortaya koyabilir (9).



Resim 4. Tc-99 m perteknetat verildikten 20 dk sonra anterior pozisyonun pinhol kolimatör ile alınan görüntü. Tiroid lojuna uyan alanda herhangi bir aktivite izlenmezken (A). Dil köküne uyan alanda normal tiroid dokusuna göre oldukça az ve nonhomojen aktivite gösteren ektopik tiroid dokusunu düşündüren görünüm dikkati çekmektedir (B).

Aseptomatik ötiroid bir olguda ektopik tiroid için tedaviye gerek yoktur. Semptom veren ektopik tiroid dokuları eğer vücuttaki tek tiroid dokusu değilse cerrahi olarak eksize edilir. Vücutta başka lokalizasyonda tiroid dokusu yoksa cerrahi rezeksiyondan sonra ototransplantasyon denenmelidir. Bizim olgumuzda hipotiroidi ile seyreden MNG olması ve özellikle yutma güçlüğü ve sık kanaması nedeniyle cerrahi eksizeyon yapıldı. Ancak radyolojik incelemelerde dokunun tamamen heterojen dejeneratif özelliklerde olması, operasyon sırasında da normal tiroid dokusunun gözlenmesi nedeniyle ototransplantasyon yapılamayarak tam eksizeyon uygulandı. Patolojik incelemede lezyonun ektopik tiroid dokusuna ait olduğu ve yaygın dejenerasyon geliştiği, malignitenin olmadığı doğrulandı. Ayırıcı tanıda bu bölgede görülebilen lenfadenopati, adenom, fibrom, tiroglossal kanal kisti, granüler hücreli myeloblastom, yassı hücreli karsinom gibi kitle lezyonlar göz önünde bulundurulmalıdır. Olgumuzun klinik, radyolojik ve laboratuvar incelemeleri bu lezyonlarla ayırıcı tanıda yeterli bilgi vermekte olup öncelikle ektopik tiro-

id düşünülmüştü.

Sonuç olarak ektopik lingual tiroid nadir olmamakla birlikte MNG gelişimine ait yeterli literatür bilgisine ulaşılamamıştır. Ektopik tiroid dokusunda da normal tiroid dokusunda olduğu gibi multinodüler guatr gelişebileceği akılda tutulmalıdır. İlk inceleme yöntemi olarak US kullanılmakla birlikte, MRG lezyonun iç yapısını, yayılımını ve çevre dokularla ilişkisini göstererek tedaviye yaklaşımı yönlendirebilmekte ve cerrahi tedavi öncesinde etkili tanı yöntemi olarak ön plana çıkmaktadır.

CASE REPORT: LINGUAL MULTINODULAR GOITER

We describe a female patient aged 45 years who presented with hemoptysis and a mass in the throat. Which had grown within the last year US and MRI demonstrated a 4x4 cm heterogeneous lingual mass. Total excision was performed through lateral pharyngotomy and replacement hormone therapy was started after the operation. Degenerated and multinodular ectopic thyroid tissue was seen in the histopathologic examination. Although lingual thyroid is not rare, to our knowledge multinodular thyroid gland was not reported in the same area in the literature.

TURK J DIAGN INTERVENT RADIOL 2001; 7:346-349

Kaynaklar

1. Wertz ML. Management of undescend lingual subhyoid thyroid glands. Laryngoscope 1974; 84:507-521.
2. Skolnik EM, Yee KF, Golden TA . Transposition of the lingual thyroid. Laryngoscope 1976; 86:785-791.
3. Özünlü A, Önder T, Köse T, Dündar A. Ektopik tiroid dokusu (İki olgu nedeniyle). KBB Dergisi 1995; 2:79-82.
4. Osmalı Ü, Tekin M, Topçu İ, Üstel M. Lingual tiroid. Kulak Burun Boğaz İhtisas Dergisi 1997; 4:168-170.
5. Gelfand RA. Thyroid. In: Putman CE, Ravin CE, eds. Textbook of diagnostic imaging. 2nd ed. Philadelphia: W.B Saunders Company, 1994; 1458-1468.
6. Lore JM. Atlas of head and neck surgery. Philadelphia: W.B. Saunders, 1988; 780-781
7. Sauk JJ. Ectopic lingual thyroid. J Pathol 1970; 102:239-243.
8. Willinsky RA, et al. Computed tomography of lingual thyroid. J Comput Assist Tomogr 1987; 11:182-183.
9. Johnson JC, Coleman LL . MRI of a lingual thyroid gland. Pediatr Radiol 1989; 19: 461-462.