

Tiroid kist hidatiği olgu sunumu

Tyroidal hydatid cyst – a case report

Tahir Atun¹, Cemal Kaya¹, Uygur Demir¹, Özgür Bostancı¹, Banu Yılmaz Özgüven², Mehmet Mihmanlı¹

¹Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, 3. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

Özet

Kist hidatik hastalığı, etoburların ince barsaklarında yaşayan *Echinococcus granulosus*'un larva formlarının neden olduğu paraziter bir hastalıktır. Bu parazitin en sık yerleştiği organ karaciğer, ikinci sıklıkta ise akciğerlerdir. Kist hidatiğin tiroid tutulumuna oldukça nadir rastlanmaktadır. Tiroid bezinde kist hidatik hastalığı, genellikle tek ve primer olarak görülmektedir. Görüntüleme yöntemleri tiroid kistlerini saptamada oldukça başarılı olmakla birlikte, bu vakalarda ameliyat öncesi tanı nadiren konur. Bu çalışmamızda tiroidin kistik nodülü nedeniyle tedavi edilen ve kist hidatik varlığı patoloji sonucu saptanan bir olgu sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: tiroid bezi, kistik nodül, hidatik kist

Abstract

Hydatid cyst disease is a parasitic disease occurring in carnivores and is caused by the larva forms of *Echinococcus granulosus* living in the intestines of these individuals. The liver is the most common organ this parasite settles in. The second most common location for the parasite are the lungs. Invasion of the thyroid gland by a hydatid cyst is very rare. Hydatid cyst disease in the thyroid gland is usually a primary affection. Although the imaging methods are very successful, preoperative diagnosis is rare. In this report, a patient treated for a cystic thyroid nodule is presented. In this patient, the diagnosis of hydatid cyst was made by the pathological examination of the excised nodule.

Keywords: thyroid gland, cystic nodule, hydatid cyst

Giriş

Kist hidatik, Hipokrat zamanından beri bilinen ve birçok ülkede endemik olarak görülebilen bir hastalıktır. Tarım ve hayvancılığın yaygın olduğu Güney Amerika, Uzakdoğu, Ortadoğu ve Akdeniz ülkelerinde hâlâ ciddi bir sağlık sorunu olarak devam etmektedir¹. Türkiye'de Doğu Anadolu, İç Anadolu, Marmara ve Trakya bölgelerinde daha yaygın olarak bulunan bu hastalığın insidansı hakkında elimizde yeterli istatistik bilgi yoktur. Bu hastalık *Echinococcus granulosus*'un larva sestodlarının neden olduğu bir zoonozdur¹.

Kist hidatik hastalığının en sık görüldüğü yer karaciğer olmasına rağmen diğer organ ve dokular da tutu-

labilmektedir. Kistler karaciğer dışında akciğerler, kas dokusu, böbrek, dalak, kemik ve daha nadiren de beyin, tiroid dokusu, meme dokusu, orbita, paratiroid bezleri ve pankreas dokusunda görülebilir². Nadir rastlanan bu olguların çoğu asemptomatik olup tanı genellikle tesadüfen konmuştur. Bu olgularda bazen hidatik kistin bulunduğu dokulara rüptürü olabilmektedir³. Seyrek rastlanılan yerleşimler tanısız güçlükler gösterir ve çoğunlukla sadece histopatolojik inceleme ile tanınabilir.

Boyut büyüdükçe kistin neden olduğu basınç ve tıkaçıcı etkilerine bağlı klinik bulgular ortaya çıkabilir. Daha büyük boyutlara ulaşanlarda ise kist rüptürü, anafilaktik şok, süpürasyon gibi komplikasyonlar oluşabilir^{2,3}.

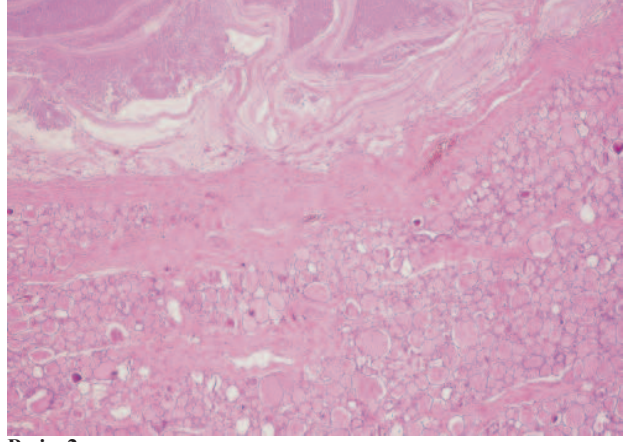
Yazışma Adresi | Correspondence: Dr. Cemal Kaya
Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, 3. Genel Cerrahi Kliniği İstanbul

Başvuru tarihi | Submitted on: 03.03.2011

Kabul tarihi | Accepted on: 08.05.2011



Resim 1.



Resim 2.

Olgu

Kırk sekiz yaşında kadın hasta, kliniğimize boyunda baskıya neden olan şişlik şikayeti ile başvurdu. Anamnezinde 1 yıllık şikayeti mevcut olup fizik muayenesinde tiroid sol lobunda yaklaşık 2 cm'lik mobil, yumuşak nodül saptandı. Tiroid ultrasonografisinde sol lob orta kesimde 15×12×23 mm boyutunda hipoekojen heterojen, iç yapısında milimetrik ekojeniteler içeren nispeten düzgün konturlu solid lezyon görüntüledi. Yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinde sitolojik bulguların kistik dejenere benign nodül ile uyumlu olduğu saptandı.

Ameliyata hazırlanan hastaya, sol lobektomi uygulandı. Postoperatif 1. gün cerrahi komplikasyon görülmeyen hasta şifa ile taburcu edildi. Patoloji sonucunun kist hidatik ile uyumlu olarak bildirilmesi üzerine, hasta yeniden polikliniğe çağrıldı; ileri tetkik amacıyla istenilen indirekt hemaglutinasyon testi pozitif geldi. Hastaya toraks ve abdominal BT çekildi. Ancak radyolojik değerlendirmede kist hidatik lehine herhangi bir bulguya rastlanmadı. Patoloji raporunda, makroskopik olarak 5×3×3 cm boyutlarında, tamamına yakını kapsüllü, kırmızı-kahverengi tiroid dokusunun kesit yüzünde 2,5 cm çapında, lümeninde sarı-beyaz renkte koyu kıvamlı materyal bulunan kistik lezyonun dikkati çektiği bildiriliyordu (Resim 1). Bu alanın histopatolojik incelemesinde fibriler materyal içeren kistik yapıda, PAS ile boyanma gösteren membran fragmanları yanı sıra, dejenere skoleks ve çengel benzeri yapılar izlendi (Resim 2). Albendazol tedavisi başlandı ve yapılan poliklinik takiplerinde herhangi bir nüks saptanmadı.

Tartışma

Kist hidatik hastalığı halen ülkemiz için yaygın bir sağlık sorunu olarak önemini korumaktadır. Ekinokok türleri ile oluşan enfestasyonlarda insan, rastlantısal ara konak-

tır. Parazit tiroid bezine sistemik kan dolaşımı ile gelmektedir^{4,5}. Oral yolla alınan yumurtalar sindirim sisteminde onkosferlere dönüşüp, jejunum mukozasını delerek buradan portal ve lenfatik dolaşıma katılırlar. Portal dolaşıma katılanların bir kısmı porto-kaval şantlar yoluyla direkt sistemik dolaşıma geçerken, bir bölümü karaciğere ulaşır ve bunların yaklaşık olarak %30'u kapiller filtrasyon engellerini aşarak hepatik venler aracılığıyla v.cava inferior'a, oradan da pulmoner dolaşıma katılırlar. Barsak duvarından lenfatik dolaşıma karışan larvalar ise duktus torasikus aracılığıyla, sol subklavian ven, v. cava superior ve yine pulmoner dolaşıma katılırlar. Larvaların pulmoner kapillerleri nasıl geçtikleri tam olarak açıklanamamıştır. Bu konu ile ilgili öne sürülen teoriler; kapillerlerin çapından daha ufak boyuttaki larvaların geçebildiği veya bu geçişin arterio-venöz şantların varlığından kaynaklanabileceği şeklindedir. 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^{4,5}.

Tiroid bezinde görülen hidatik kist hastalığı zamanla giderek büyüyen, genellikle tek loba sınırlı, soliter ve sintigrafide soğuk nodül şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Genellikle asemptomatiktir. Tanı çoğunlukla başka bir nedenle yapılan görüntüleme işlemleri sonucunda tesadüfen konur. Ancak çok büyüyüp çevre dokulara bası yaparak semptomatik hale gelebilir; nadiren allerjik reaksiyonlar görülebilir⁴.

Literatürde nadir lokalizasyonlu primer kist hidatik vakaları bildirilmiştir. Bunlardan bazıları: femur rezeksiyonu ve total kalça replasmanı ile tedavi edilen pelvis ve femur yerleşimli kist hidatik vakaları ile kronik monoartrite neden olan eklem içi yerleşimli interventriküler ve perikardiyal yerleşimli olan intrakardiyak kist hidatik vakalarıdır⁶.

Radyolojik görüntülerde tek lopda, içinde septasyonlar gösteren tek bir kistik oluşum şeklinde görülmesi veya anamnezde başka bir yerde kist hidatik varlığı tanıya yardımcı olabilir. Çok seyrek olarak kist, majör mediastinal yapıları erozyona uğratarak buralara açılabilir. Zaman içinde çevre dokulara adhezyon olabilir; bu durum tiroid karsinomuyla çok karışır. Tiroid kist hidatigi genellikle tek ve primer odak olarak karşımıza çıkar ancak aynı zamanda karaciğer veya akciğer kist hidatiginin eşlik ettiği birkaç vaka da literatürde bildirilmiştir^{7,8}.

Ameliyat öncesi kesin tanıya götürebilecek teşhis yöntemleri sınırlıdır. Eozinofili varlığı uyarıcı olmalıdır. Ultrasonografi ve ince iğne aspirasyon biyopsisi tiroid nodüllerine yaklaşımda sık başvurulan tanı yöntemleridir. Kist hidatik düşünülen olgularda ultrasonografi öncelikle uygulanmalıdır. Zira ince iğne aspirasyon biyopsisinin anafilaksi ve hastalığın disseminasyonu gibi yan etkileri olabilir. İnce iğne aspirasyon biyopsisinin olası başka bir negatif etkisi de meydana gelen yapışıklıkların operasyon esnasında diseksiyonu zorlaştırmasıdır. Ancak nadiren basit kistlerde ultrasonografi de septumlu bir görüntü vererek ayırıcı tanıya yardımcı olabilmektedir.

Tiroid kist hidatiklerinin ultrasonografik görünümüleri ile diğer tiroid kistlerinden nasıl ayırt edilebilecekleri konusunda literatürde yeterli bilgi yoktur. Gürses ve arkadaşları tanımladıkları tiroid kist hidatiginin, karaciğer kist hidatiklerinin tip I ultrasonografik görünümüne benzediğini bildirmişlerdir⁵. Dettori ve ark.⁴, ise yaptıkları çalışmalarda preoperatif olarak yapılan ultrasonografinin tanıya yardımcı olmadığını saptamışlardır.

Görüntüleme yöntemlerindeki gelişmeler ile ameliyat öncesi tanı kolaylaşmıştır. Ancak, kistin tümör, apse, basit kist gibi diğer yer kaplayan oluşumlarla ayırıcı tanısının yapılabilmesi ve operasyon sonrası nükslerin doğru değerlendirilebilmesi için tanının serolojik yöntemler ile de desteklenmesi gerekmektedir. Bu amaçla Enzyme Linked Immunosorbent Assay (IgG teşhisi için IgG-ELISA), İndirekt Hemaglutinasyon Antikor Testi (IHAT) ve Latex Aglutinasyon Testi (LAT) laboratuvarlarında en sık kullanılan testlerdir.

Tiroid kist hidatiginde kesin tanı histopatolojik olarak konur. Işık mikroskopunda, hematoksilen-eosin ile

boyalı kesitlerde; en dışta fibröz kapsül, bunun içinde asellüler, laminalı kütüküler tabaka, en içte germinal membran ve bazen skoleksler görülür (Resim 2).

Tiroid kist hidatiginde tedavi, vücudun diğer herhangi bir bölgesinde yerleşmiş olan kist hidatik olgularında olduğu gibi kistin cerrahi eksizyonudur^{4,5,9,10}. Sağ ya da sol lobektomi yeterli olmakla birlikte; küçük komplike olmamış olgularda subtotal lobektomi de uygulanabilir. Cerrahi tedavide amaç; kisti germinatif membran ile birlikte perifer dokulara yaymadan kontrollü bir şekilde çıkarmak ve organ fonksiyonlarını korumaktır. Kist iyi bir cerrahi negatif sınırla çıkarıldığından tiroid kist hidatik olgularında hastalık nüksü sık karşılaşılan bir bulgu değildir.

Ancak yine de bazı çalışmalarda, cerrahi tedavi sonrası nüksün önlenmesi amacıyla albendazol tedavisinin altı ay süre ile kullanılması önerilmektedir. Bu sırada kan sayımı ve karaciğer fonksiyon testleri kontrol edilmelidir.

Kaynaklar

1. Milicevic M, Saidi F, Sayek İ: Karaciğer kist hidatigi. In: Sayek İ, editor. Temel cerrahi. 3rd ed. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi, 2004;1317-1324.
2. Dagher FJ. Echinococcal liver disease. In: Shackelford R T, Zuidema G D, editors. Surgery of the alimentary tract. Philadelphia. W.B. Saunders Company, 1983;498-512.
3. Guterth L, Corvin S, Bauer H: A retroperitoneal hydatid cyst. Zentralbl Chir 1995;120:660-663.
4. Dettori G, Madeddu G, Marongiu G: Echinococcosis of the thyroid gland: two new cases: American Surgeon 1980;46:530-533.
5. Gürses N, Baysal K, Gürses N. Hydatid cyst in the thyroid and submandibular salivary glands in a child. Z Kinderchir 1986;41:362-363.
6. Tedy G, Maamari S, Khoury: Pericardial hydatid cysts. Ann Cardiol Angeiol 1995;44:280-283.
7. Porges SB: A case of hydatid disease of the thyroid gland. Med J Aust 1971;20:641-642.
8. Al-Qassab KH, Abdul-Rahman H, Safar S: Hydatid disease of the thyroid. Int Surg 1982;67:435-436.
9. Van Rensburg PSJ, Joubert IS, Nel CJC: Primary echinococcus cyst of the thyroid. South African Journal of Surgery 1990;28:157-158.
10. Chetty R, Crovve P, Cant P: An unusual thyroid cyst. South African Journal of Surgery 1991;29:158-159