

Tiroid bezinin primer kist hidatiği: İki olgu sunumu

Primary hydatid cyst of the thyroid gland: Report of two cases

Gamze AKÖZ¹, Sümeyye EKMEKCİ¹, Ebru ÇAKIR¹, Melek ÜNÇEL¹, Tunç ÖZDEMİR², Ahmet ARIKAN², Avni ŞAMLİ³

¹Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, İzmir

²Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Bölümü, İzmir

³Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, İzmir

ÖZ

Kist hidatik hastalığı, *Echinococcus granulosus* ve *Echinococcus multilocularis* ile oluşan, tüm dünyada yaygın görölen, zoonotik bir enfestasyondur. İnsanlarda en sık tutulan organlar karaciğer (%65) ve akciğerlerdir (%25). Tiroid bezi tutulumu hastalığın endemik olduğu bölgelerde bile son derece enderdir. Bu çalışmada, 70 ve 15 yaşlarında, boyunda şişlik yakınmasıyla başvuran ve histopatolojik olarak tiroid bezinde kist hidatik saptanan iki ender olgu sunuldu.

Anahtar kelimeler: Kist hidatik, tiroid bezi, histopatoloji

ABSTRACT

Hydatid cyst disease, which is caused by *Echinococcus granulosus* and *Echinococcus multilocularis*, is a prevalently seen zoonotic infestation worldwide. The most often affected organs are liver (%65) and lungs (%25) in human beings. Thyroid gland involvement is very rare even in regions where the disease is endemic. In this study, two rare cases, aged 70 and 15 years who were admitted to the hospital with swelling on the neck and diagnosed as thyroid cyst hydatid was presented.

Key words: Hydatid cyst, thyroid gland, histopathology

Alındığı tarih: 08.03.2016

Kabul tarihi: 14.03.2016

Yazışma adresi: Ass. Gamze Aköz, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Bölümü Gaziler Caddesi, Yenişehir-Konak-İzmir
e-mail: dr.gamzecevik@hotmail.com

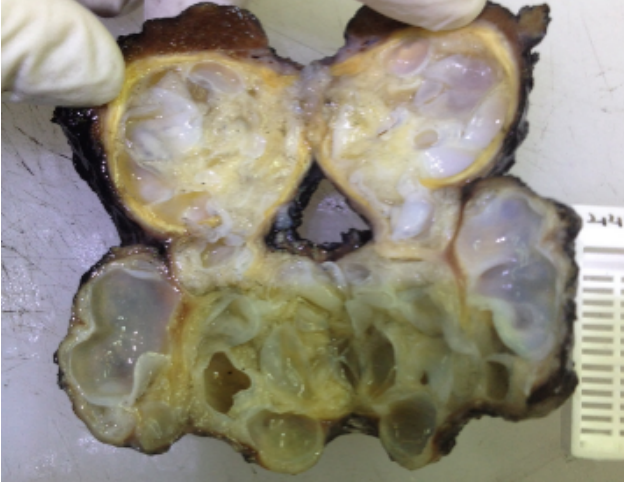
GİRİŐ

Kist hidatik hastalığı, Ekinokkokkus granulosus ve Ekinokkokkus multilokölaris ile oluşan, Türkiye ve tüm dünyada yaygın görölen, zoonotik bir enfestasyondur. Akdeniz ölkeleri, Güney Amerika, Avustralya ve Güney Asya ölkeleri gibi ılıman iklimin hakim olduğu bölgelerde yüksek bir insidansa sahiptir. İnsanlarda en sık tutulan organlar karaciğer (%65) ve akciğerlerdir (%25). Tiroid bezi tutulumu hastalığın endemik olduğu bölgelerde bile son derece enderdir ⁽¹⁾. Literatürde 160 tiroid kist hidatik olgusu bildirilmiştir ⁽²⁾. Hastalık tiroid bezini diğer organların beraberinde etkileyebilir (sekonder hastalık) veya yalnızca tiroid bezi tutulabilir (primer hastalık) ⁽³⁾. Bu olgu sunumunda, çocuk ve erişkin yaşlarda iki primer tiroid kist hidatik olgusu, literatür bilgileri eşliğinde sunulmaktadır.

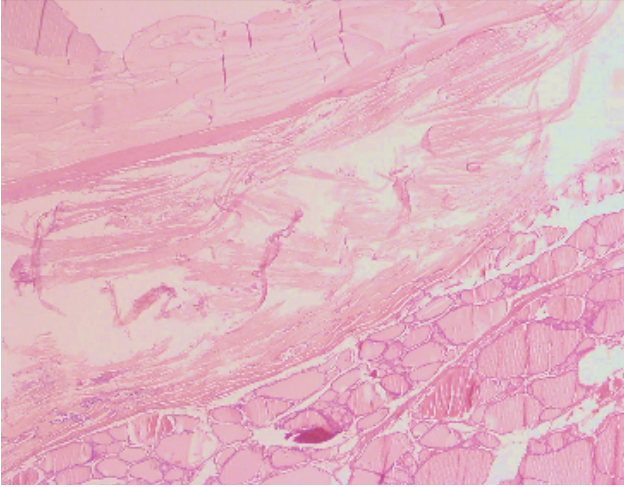
OLGU SUNUMLARI

Olgu 1: Boyunda kitle yakınmasıyla başvuran 70 yaşında kadın hastanın boyun MR görüntölemesinde tiroid sağ lobda 28x26 mm boyutlarda septalı, loböle kontürlü lezyon izlendi. Ayrıca bu lezyonla ilişkili olarak sağ parafarengeal alanda 25x42 mm boyutlarda diğer bir lezyon göröldü. Batın ultrasonografisinde ve PA akciğer grafisinde özellik izlenmedi. Hastaya çevre tiroid dokusu ile beraber kist eksizyonu uygulandı. Makroskopik olarak 7,5x4,5x4 cm boyutlarda düzgün sınırlı, kapsüllü, bilobe görünümde nodüler kitle izlendi. Kitle multikistik yapıda olup, içinde seröz sıvı ve membranöz yapılar mevcuttu ve çevresinde tiroid dokusu ile uyumlu bir alan içermekteydi (Resim 1). Mikroskopik incelemede tiroid parankimi komşuluğunda ekinokkokkusa ait eosinofilik lameller

kütikül (Resim 2) ve germinatif tabakaya ait skoleksler izlendi. Hastaya antibiyoterapi ve andazol tedavisi uygulandı.



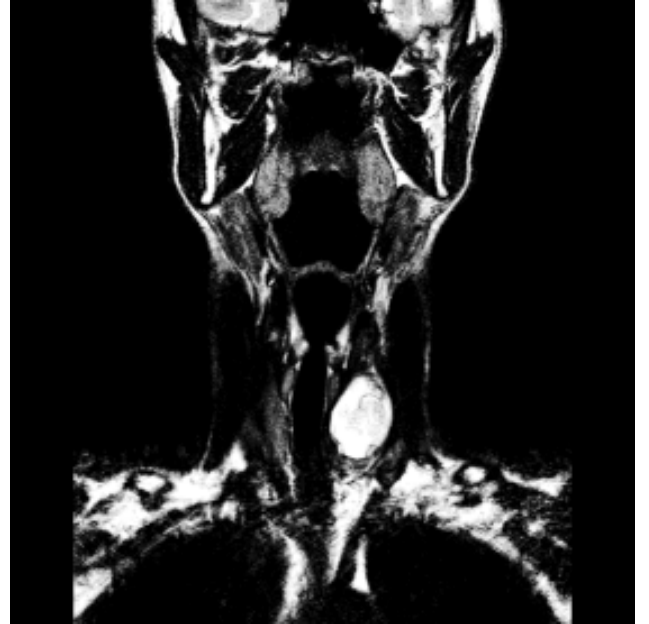
Resim 1. Üst kısmında normal tiroid dokusu izlenen multikistik, bilobe kitle ve içerisinde membranöz yapılar.



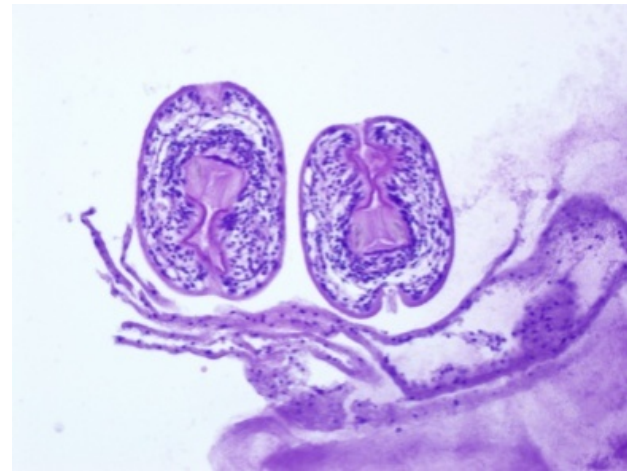
Resim 2. Tiroid parankimi komşuluğunda eozinofilik lameller kütikül (H&E, X 100).

Olgu 2: On beş yaşında erkek hasta boyunda şişlik yakınması ile hastanemize başvurdu. Radyolojik incelemelerinde tiroid ultrasonografisinde sol tiroid lobunda, 36x27x25 mm boyutlarda, heterojen iç yapıda, solid kistik lezyon izlendi. Tiroid sintigrafide sol lob lateral ve üst polde hipoaktif alan görüldü. Boyun MR görüntülemesinde tiroid bezi sol lobunda, içerisinde kistik nekrotik komponentler içeren, 34x24 mm boyutlarda lezyon izlendi (Resim 3). Batın ultraso-

nografisinde ve PA akciğer grafisinde özellik izlenmedi. Sol tiroid lobu lateraldeki kistik lezyon kapsülü ile birlikte, tiroid dokusu korunarak eksize edildi. Makroskopik olarak, 3,5x2x1 cm ölçülerinde, kirli beyaz renkli, kist duvarı ile uyumlu dokular ve membranöz yapılar görüldü. Mikroskopik incelemede, ekinokkusa ait, eozinofilik lameller kütikül ve germinatif tabakaya ait skoleksler izlendi (Resim 4). Hastaya antibiyoterapi ve andazol tedavisi uygulandı.



Resim 3. Boyun MR görüntülemesinde tiroid bezi sol lobunda, içinde kistik nekrotik komponentler içeren lezyon.



Resim 4. Ekinokkusa ait, eozinofilik lameller kütikül ve germinatif tabakaya ait skoleksler (H&E, X400).

TARTIŞMA

Kist hidatik ekinokokkusun endemik olduğu bölgelerde önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Bu hastalık en çok E. Granulosusa, daha ender olarak da E. Multilokularise bağlı gelişmektedir. Primer konakçı köpeklerdir. Ara konakçılar sığır, koyun, domuz ve insanlardır ⁽²⁾. İnsanlar rastlantısal konakçılar olup, biyolojik siklusda bir rol oynamazlar ve feçesle kontamine su veya topraktan oral yolla yumurtaların alınması ile enfekte olurlar ⁽³⁾. Bir ara konağın vücuduna giren parazit yumurtası ince bağırsağa geldiğinde yumurtadan çıkar ve portal ven ya da lenfatik dolaşım ile karaciğer veya akciğere ulaşarak kistik lezyonlar oluşturur ⁽⁴⁾. Bundan sonra hepatik sinusoidlerden veya pulmoner kapillerlerden geçerek sistemik dolaşıma katılıp, herhangi bir organa yerleşebilir. Parazit en sık karaciğer ve akciğerlerde yerleşir ancak beyin, kemikler, dalak, böbrek, pankreas, kalp ve kaslarda da daha ender olarak görülebilir. Olguların %20-30'unda çoklu organ tutulumu izlenir. Tiroid ise kist hidatikten oldukça ender etkilenen bir organdır. Parazit tiroid bezine sistemik kan dolaşımı ile gelmektedir. Sistemik dolaşıma katılan larvalar karotis ve tiroid arterleri yoluyla tiroid bezine ulaşırlar. Tiroid bezine olan kan akımının fazla olmasına rağmen, tiroid arterlerinin küçük çaplı olmaları ve karotisten dik açı ile çıkmaları hastalığın nadir görülmesini açıklamaktadır ⁽⁵⁾.

Tiroid bezi karaciğer veya akciğer kist hidatik olgularında sekonder olarak %1-2 oranında etkilenmektedir ⁽⁶⁾. Olgularımızda herhangi bir başka organ da tutulum saptanmamıştır, yani primer hastalık gelişmiştir.

Kist hidatik hastalığı genellikle asemptomatik olmakla birlikte, hastalığın tutulum yerine ve kistin boyutlarına bağlı olarak bazı bulguları geliştirebilir ⁽⁷⁾. Tiroid kist hidatiklerinde dispne, disfaji, ses kısıklığı gibi semptomlar görülerek klinik olarak neoplazi şüphesi yaratabilir. Bizim her iki olgumuz da boyunda ele gelen şişlik yakınmasıyla başvurmuştur. Tiroid kist hidatiklerinde komplikasyon olarak spontan veya

iatrojenik rüptür ile anafaksi, piyojenik apse oluşumu, sekonder infeksiyonlar, kist duvarının rüptürü sonucu trakeal lümen kist içeriğinin dökülmesi görülebilir. Bizim her iki olgumuzda da operasyon öncesi veya sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmedi ve hastalar şifa ile taburcu edildi.

Kist hidatik olgularında tanı, fizik muayene, görüntüleme yöntemleri, serolojik testler, aspirasyon ve histopatoloji ile konulmaktadır. Serolojik testler indirek hemaglutinasyon, lateks aglutinasyon, ELISA ve immun elektroforezdir. Ultrasonografi kist hidatiğin preoperatif tanısında, kistik lezyonlardaki germinal veziküllerin tespit edilmesiyle oldukça etkili bir yöntemdir. Tomografi ve manyetik rezonans görüntülemeler de tamamlayıcı tanısal araçlardır. Tiroid bezinde kist hidatik sıklıkla yavaş olarak büyüyen, tek ve tiroid sintigrafisinde soğuk nodül şeklinde karşımıza çıkar. Bizim her iki olgumuzda da görüntüleme yöntemlerinde kist hidatiği akla getiren bulgular saptanması sonucu eksizyon uygulanmıştır. Tiroidde kist hidatik düşünülen olgulara ultrasonografi öncelikle uygulanması gereken tanı metotudur. Çünkü ince iğne aspirasyon biyopsisinin neden olabileceği anafaksi ve disseminasyon gibi yan etkiler hastalığın morbiditesini artıracaktır ^(2,3).

Vücudun her bölgesindeki kist hidatik için tedavi cerrahidir. Cerrahi tedavinin amacı kistin vücuda yayılmasını önleyerek komplet eksizyon sağlamaktır. Mebendazol/Albendazol gibi anti-parazitik medikal tedaviler canlı parazitleri elimine etmek ve ameliyat sırasında gelişebilecek bir rüptür ve kontaminasyonun önüne geçmek için uygulanır. Operasyon sonrası uzun dönem takip gerekmektedir ⁽⁸⁾. Tiroid bezi kist hidatiğinin tedavisi de diğer organlarda olduğu gibidir. Küçük, komplike olmamış olgularda subtotal lobektomi uygulanabilir ⁽⁹⁾. Bizim de her iki hastamıza albendazol tedavisi ile birlikte cerrahi komplet eksizyon uygulanmıştır. İlk hastamızda kistin yerleşimi nedeniyle bir miktar tiroid dokusu da kist ile birlikte çıkarılırken, ikinci hastada tiroid bezi korunarak salt kistektomi uygulanmıştır.

SONUÇ

Sonuç olarak, tiroid bezi kist hidatiği oldukça ender görölmektedir. Baş, boyun yerleşimli kistik lezyonların ve tiroid nodüllerinin değerlendirilmesinde, özellikle endemik bölgelerde akılda tutulması gereken bir antitedir.

KAYNAKLAR

1. Gökçe C, Patiroğlu T, Akşehirli S, Durak AC, Keleştimur F. Hydatidcyst in the thyroid gland diagnosed by fine-needle aspiration biopsy. *Thyroid* 2003;13(10):987-989. <https://doi.org/10.1089/105072503322511409>
2. Bartın MK, Yılmaz EM, Arslan H, Tekeli AE, Karataş S. A case of primary hydatid cyst in the thyroid gland. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2014;31(2):94-5.
3. Yılmaz M, Akbulut S, Sogutlu G, Arabaci E, Kayaalp C. Hydatid cyst of the thyroid gland: report of three cases. *Surgery Today* 2013;43:937-941. <https://doi.org/10.1007/s00595-012-0269-7>
4. Ezer A, Nursal TZ, Moray G, Yildirim S, Karakayali F, Noyın T, et al. Surgical treatment of liver hydatid cysts. *HPB (Oxford)* 2006;8:38-42. <https://doi.org/10.1080/13651820500468000>
5. Milicevic M, Saidi F, Sayek İ. Karaciğer kist hidatiği. In: Sayek İ, editor. *Temel cerrahi*. 3rd ed. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2004. s.1317-1324.
6. Lieberman PL. Anaphylaxis. In: Adkinson NF Jr, Bochner BS, Busse WW, Holgate ST, Lemanske RF Jr, Simons FER, editors. *Middleton's allergy: principles and practice*. 7th ed. China: Elsevier; 2009. pp.1027-1049. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-05659-5.00059-0>
7. Bouckaert NM, Raubenheimer EJ, Jacobs FJ. Maxillo facial hydatid cysts. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology* 2000;89:338-342. [https://doi.org/10.1016/S1079-2104\(00\)70099-0](https://doi.org/10.1016/S1079-2104(00)70099-0)
8. Sahni JK, Jain M, Bajaj Y, Kumar V, Jain A. Submandibular hydatid cyst caused by *Echinococcus soligarthrus*. *J Laryngol Otol* 2000;114:473-476. <https://doi.org/10.1258/0022215001905904>
9. Smego RA, Jr, Sebanego P. Treatment options for hepatic cystic echinococcosis. *Int J Infect Dis* 2005;9:69-76. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2004.08.001>