



Giant substernal goiter Dev substernal guatr

Hüseyin Yönder¹, Cengiz Ara¹, Osman Kacmaz², Serhat Bozkurt³, Fusun Kaya²

¹İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

²İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

³İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, VI Sınıf Öğrencisi, Malatya, Türkiye

Sayın Editör,

Guatrların büyük çoğunluğu boyun bölgesi yerleşimlidir. Bunların dışında %3-17 oranında toraks yerleşimli olarak görülebilir (1). Substernal guatr servikal tiroid dokusunun aşağı doğru büyümesi ve süperior mediastene doğru uzaması ile ortaya çıkar. Tiroid bezinin büyümesi, intratorasik negatif basınç ve yer çekimi substernal guatr oluşmasında önemli faktörlerdir (2).

Intratorasik guatrlar (İTG) iki gruba ayrılır. Bunlar primer ve sekonder İTG'lerdir. Daha nadir olarak görülen Primer İTG'ler mediastinumda konjenital olarak bulunurlar ve servikal tiroid bezi ile direkt bağlantıları yoktur (3). İTG'lerin bir diğeri sekonder İTG'lerdir. Bunlar tiroid dokusunun boyunda süperior mediastinumdan aşağı doğru büyümesi ile gelişirler (4). Her ne kadar İTG'ler nadir görülüyor ise de, anterior mediastinal kitlelerin ciddi bir yüzdesini oluşturmaktadırlar (5).

69 yaşında kadın hasta boyunda kitle, nefes darlığı, boyun ve göğüs ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın boynundaki kitlesi 30 yıl önce farkedilmiş ve guatr hastası olarak takip edilmiş. Son iki yıldır solunum sıkıntısı artan hastanın yaşam kalitesi önemli ölçüde etkilenmiş. Hastanın fizik muayenesinde boynu saran 10x8 cm lik kitle mevcuttu. Kitle submandibular alandan suprasternal çentiğe kadar ve laterallerde sternokleidomastoid kaslara kadar uzanıyordu.

Hastanın yapılan boyun BT sinde; tiroid bez boyutları artmıştı (sağ lob 60x51x86 mm, sol lob 67x56x115 mm, isthmus 30 mm ölçülmüştür). Tiroid parankimi belirgin heterojendir ve sol lob retrosternal uzanım ile anterior mediastene ulaşmaktadır. Tiroid bezinin basısına bağlı hava yolunda daralma ve sol lobun basısı nedeniyle trakeada sağa deviasyon dikkati çekmiştir. Tiroid sağ lob anterior kesimde yaklaşık 21x27 mm boyutta heterojen iç yapıda, kalsifikasyonlar içeren şüpheli nodül görünümü dikkati çekmiştir. Ayrıca büyüğü sol lob posteriorde yaklaşık 47x56 mm boyutta olmak üzere her iki tiroid lobunda çok sayıda hipodens yer yer septasyonlar ve kistik nekrotik alanlar içeren nodüller dikkati çekmiştir. Tiroid parankimi içerisinde makrokalsifikasyon ile uyumlu görünümler mevcuttur. (Resim 1)

Hasta operasyon sonrası sıkı solunum takibi amaçlı yoğun bakım ünitesinde takip edildikten bir gün sonra servise alındı. Hastanın takiplerinde solunum sıkıntısı veya ses problemi yaşanmadı. Postop takipler sırasında hipokalsemi gelişti. Hastaya oral kalsiyum yanında IV kalsiyum tedavisi de uygulanmak zorunda kalındı. Ancak kalsiyum replasmanı sonrası postop 4. Gün bu problem ortadan kalktı. Hipokalsemi asemptomatik seyretti. Postop kalsiyum seviyelerini gösteren grafik şekilde gösterilmiştir.

Substernal guatr olguları, boynu saran kitle, solunum problemleri, çekilen akciğer grafilerinde üst mediasten genişliği veya trakeal deviasyonla birlikte görülebilmektedir. Substernal guatr dışında timoma, lenfoma, teratoma, vasküler lezyonlar, metastatik karsinoma, dermoid kist, nörojenik tümör ve bronkojenik kistler üst mediastende genişliğe sebep olan patolojilerdir. Farklı araştırmacılara göre mediasten kitlelerinin %10 ile %30'unu substernal yerleşimli guatrın oluşturduğu belirtilmektedir. Ayrıca, endemik guatr bölgeleri, iyotlu tuz kullanım sıklığı, cerrahi tedavinin geciktirilmesi ve sınıflandırma farklılığından dolayı substernal guatrın görülme sıklığı %1-21 arasında değişmektedir (2,7). Substernal guatrlar ya servikal tiroid dokusunun torasik girişe

Received/Başvuru: 13.06.2015
Accepted/Kabul: 21.07.2015

Correspondence/İletişim
Hüseyin Yönder
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel
Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya,
Türkiye
E-mail: hyonder@hotmail.com

For citing/Atf için
Yonder H, Ara C, Kacmaz O, Bozkurt
S, Kaya F. Giant substernal goiter. J
Turgut Ozal Med Cen 2016;23(2):251-
3.

ilerlemesi ile ya da mediastendeki aberan tiroid dokusundan kaynaklanır. Bizim vakamızda soltiroid lobu mediastene uzanım gösteriyordu. Eğer substernal guatr bir şekilde opere edilmesi gerekiyorsa, preoperatif olarak guatr orjininin servikal tiroidden mi yoksa intratorasik aberan tiroid dokusundan mı kaynaklandığının bilinmesi damarlanma farklılığından dolayı cerraha büyük kolaylık sağlayacaktır (2,8). Vakamızda tiroid dokusunun kanlanması aşırı arttığı tespit edildi. Fakat izlenen damarlanmada anatomik farklılık tespit edilmedi.



Resim 1. Substernal guatr preop BT görüntüsü.



Resim 2. Tiroidektomi sonrası spesmenin görüntüsü.

Hasta operasyon sonrası sıkı solunum takibi amaçlı yoğun bakım ünitesinde takip edildikten bir gün sonra servise alındı. Hastanın takiplerinde solunum sıkıntısı veya ses problemi yaşanmadı. Postop takipler sırasında hipokalsemi gelişti. Hastaya oral kalsiyum yanında IV kalsiyum tedavisi de uygulanmak zorunda kalındı. Ancak kalsiyum replasmanı sonrası postop 4. Gün bu problem ortadan kalktı.

Hipokalsemi asemptomatik seyretti. Postop kalsiyum seviyelerini gösteren grafik şekilde gösterilmiştir.

Substernal guatr olguları, boynu saran kitle, solunum problemleri, çekilen akciğer grafilerinde üst mediasten genişliği veya trakeal deviasyonla birlikte görülebilmektedir. Substernal guatr dışında timoma, lenfoma, teratoma, vasküler lezyonlar, metastatik karsinoma, dermoid kist, nörojenik tümör ve bronkojenik kistler üst mediastene genişliğe sebep olan patolojilerdir. Farklı araştırmalara göre mediasten kitlelerinin %10 ile %30'unu substernal yerleşimli guatrın oluşturduğu belirtilmektedir. Ayrıca, endemik guatr bölgeleri, iyotlu tuz kullanım sıklığı, cerrahi tedavinin geciktirilmesi ve sınıflandırma farklılığından dolayı substernal guatrın görülme sıklığı %1-21 arasında değişmektedir (2,7). Substernal guatrlar ya servikal tiroid dokusunun torasik girişe ilerlemesi ile ya da mediastendeki aberan tiroid dokusundan kaynaklanır. Bizim vakamızda soltiroid lobu mediastene uzanım gösteriyordu. Eğer substernal guatr bir şekilde opere edilmesi gerekiyorsa, preoperatif olarak guatr orjininin servikal tiroidden mi yoksa intratorasik aberan tiroid dokusundan mı kaynaklandığının bilinmesi damarlanma farklılığından dolayı cerraha büyük kolaylık sağlayacaktır (2,8). Vakamızda tiroid dokusunun kanlanması aşırı arttığı tespit edildi. Fakat izlenen damarlanmada anatomik farklılık tespit edilmedi.

Substernal guatrların çoğu adenomatöz ve benignidir. Ancak %2-3 malignite olabileceği bildirilmiştir (2,8,9). Vakamızın patoloji sonuçları nodüler guatr şeklinde gelmiştir. Görülme sıklığı beşinci dekadından sonra ve kadınlarda artmaktadır (8). Olgumuzun da 69 yaşında ve kadın olması literatür ile uyum göstermektedir. Substernal guatr olgularının %15-50'si asemptomatiktir (8,10). Hastamızın yaklaşık 25 yıl semptomu olmamıştır. Çoğunlukla akciğer grafilerinde tesadüfen saptanır. Bunun yanında çok değişik semptom ve bulgular ile de karşımıza çıkabilir. Olguların yaklaşık %10'unda boyunda kitle ele gelebilir (7). Olgumuzda inspeksiyonda belirgin şekilde görülen 10x8cm'lik kitle mevcuttu.

Nefes darlığı, öksürük, stridor, gece öksürüğü, trakeal deviasyon, guatr veya tümör içine kanama sonucu akut solunum kompresyon bulguları, vokal kord paralizisi, yutma güçlüğü, superior vena kava veya subklavian ven bası bulguları, baş, boyun veya göğüs ağrısı, kilo kaybı ve tirotoksikoz gibi semptom ve bulgulara neden olabilir (2,7,11). Olgumuzda olan semptomlar nefes darlığı, trakeal deviasyon, yutma güçlüğü, boyun ağrısı idi.

Intratorasik guatr yerleşim yeri olarak sağ veya sol tarafta olabilir. Sağ tarafta substernal guatrın daha sık olduğu, sağda olunca vena kava superior ve azygos venden dolayı bu oluşumlarla vertebralar arasına yani posteriorda daha çok görüldüğü, bunun yanında solda substernal guatrın daha nadir olduğu ve aorta arkusundan dolayı guatrın öne doğru geliştiği iddia edildiği gibi bunun tersini savunanlar da vardır (2,4,6). Olgumuzda sol tarafta substernal guatr olması literatürle uyum göstermemektedir.

Substernal guatrdaki %2 oranında kalsifikasyon görüldüğü bildirilmiştir. Kalsifikasyon sıklıkla noktasal tarzda ve ender olarak yüzük şeklinde de olabilir (2,10). Bizim olguda kalsifikasyon servikal kısımda nodülün çevresini sarar tarzda idi. Lokalizasyon olarak servikal kısımda olduğu BT kesitlerinde görülmektedir.

Substernal guatr tanısı boynu içine alan BT, MRG ve sintigrafik görüntüleme yöntemleri ile kesin olarak

konulmaktadır (9,10). Tiroid dokusunda yüksek düzeyde bulunan iyottan dolayı, BT kesitlerinde yoğunluğu ölçüldüğünde çevre dokulardan farklılığı ve dokunun boyunda devamlılığının olması anlamlıdır (2,9).

Büyük veya nüks mediastinal tiroid kitlelerinde cerrah torasik yaklaşım açısından uyanık olmalıdır. Çünkü bu kitlelere yaklaşım zor ve risklidir. Hangi vakalarda toraks girişimi yapılacağına karar dikkatlice verilmelidir. Bizim olgumuzda torasik girişime gerek kalmamıştır.

Sonuç olarak, dev substernal guatrı olan olgularda, sternumu açmamak için tiroidektomi yaparken önce üst poldeki damarlar, daha sonra medialdeki damarlar bağlanıp kesildikten sonra alt pol, parmak diseksiyonu ile sternum arkasına uzanan tiroid dokusu ile birlikte doğurtulduktan sonra tiroidektomi tamamlanmalıdır. Saygılarımızla.

KAYNAKLAR

1. Mark E. Management of patients with substernal goiters. *Surg Clin North Am* 1995;75:377-94.
2. Lawson W, Reino AJ, Biller HF. Management of substernal thyroid disease. In: Falk AS ed. *Thyroid Disease Endocrinology, Surgery, Nuclear Medicine and Radiotherapy*. 2nd editon. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1997.p. 447-56.
3. Madjar S, Weissberg D. Retrosternal goiter. *Chest* 1995;108:78-82.
4. Katlic MR, Wang CA, Grillo HC. Substernal goiter. *Ann Thorac Surg* 1985;39:391-9.
5. Fraser RS, Müller NL, Colman N, Pare PD. Massesituated predominantly in the anterior mediastinal compartment. In: *Fraserand Pare's Diagnosis of Diseases of the Chest*. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders Co 1999;2875-937.
6. Katlic MR, Wang CA, Grillo HC. Substernal goiter. *Ann Thorac Surg* 1985;39:391-9.
7. Gürsoy S, Yıldız S, Biçer M. İntratorasik ektopik guatr (olgu sunumu). *Solunum Hastalıkları* 1997;8:602-7.
8. Katlic MR, Grillo HC, Wang CA. Substernal goiter. Analysis of 80 patientsfrom Massachusetts General Hospital. *Am J Surg* 1985;149:283-7.
9. Kochi K, Okita M, Isono M, Shigemoto S, Watanabe K, Shigemoto M, Shimamoto H, et al. A case report of substernal goiter. *Hiroshima J Med Sci* 1993;42:167-9.
10. Rufini V¹, Mirk P, Summaria V, Fileni A, di Giuda D, Troncone L, et al. Diagnostic imaging of euthyroid goiter. *Rays* 1999;24(2):243-62.
11. Akçalı Y, Oğuzkaya F, Kahraman C. Intrathoracic goiters: A review of sixcases. *Erciyes Tıp Derg* 1997;19:60-5.
12. Mussi A, Ambrogi MC, Iacconi P, Spinelli C, Miccoli P, Angeletti CA, et al. Mediastinal goiters: when the transthoracic approach? *Acta Chir Belg* 2000;100(6):259-63.