

Tiroidektominin nadir ve zor tanınan bir komplikasyonu: Benign tiroid dokusunun subkutan ekilmesi

A rare and diagnosis complication of thyroidectomy:
Subcutaneous implantation of benign thyroid tissue

Emel Kaya,¹ Serkan Güvenç,² Sadık Server,¹ Emine Tülay Özçelik,² Canan Akman,³ Ahmet Nevzat Gürmen¹

¹Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

³İstanbul Florence Nightingale Hastanesi Radyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Benign tiroid dokusunun tiroidektomi sonrasında ameliyat lojuna ve subkutan ekilmesi tiroid cerrahisinin nadir görülen bir komplikasyonudur. Bu durum literatürde endoskopik tiroidektomi sonrasında bildirilmiştir. Bu yazıda multinodüler guatr nedeniyle uygulanmış total tiroidektomiye takiben multinodüler tiroid dokusunun subkutan ekilmesi olgusu sunuldu. Servikal subkutanöz tiroid dokusu ekilmesinin tanısı ve ayırıcı tanıları üzerinde tartışıldı.

Anahtar sözcükler: Boyun kitlesi; posttiroidektomi ekilme; subkutan doku; tiroidektomi.

ABSTRACT

Subcutaneous implantation of benign thyroid tissue is a rare complication of thyroid surgery. Bu durum literatürde endoskopik tiroidektomi sonrasında bildirilmiştir. Here we report one case of subcutaneous implantation of multinodular thyroid tissue following total thyroidectomy for multinodular goitre, the diagnosis and differential diagnosis of cervical subcutaneous thyroid tissue implantation.

Keywords: Enlarging neck mass; postthyroidectomy implantation; subcutaneous tissue; thyroid.

Tiroid dokusunun subkutan ekilmesi çok nadir görülen bir durumdur. İnce iğne aspirasyon biopsisini (İİAB) takiben tiroid karsinomunun ekilmesi literatürde sık bildirilmiştir.^[1] Özellikle endoskopik cerrahi sırasında, lokalize travma, operasyon sırasında tiroid dokusunun rüptürü sonucu port trasesinde tümör hücrelerinin ekilmesi nadir değildir.^[2-7] Öte yandan konvansiyonel tiroid cerrahisi sonrasında benign tiroid dokusunun subkutan ekilmesi oldukça nadirdir.^[8,9]

OLGU SUNUMU

Otuz altı yaşında kadın hasta, multipl miyelom tanılı kuzenine kemik iliği donörü olmak için

hastanemize başvurdu. Hastanın tiroidektomi öyküsü olması ve fizik muayenesinde boyun sol yarımında derin dokuda ve cilt altında ele gelen kitlelerin tespit edilmesi üzerine ilgili hekim hematolojik patolojilerin ekartasyonu açısından hastayı kliniğimize yönlendirdi. Hasta başka bir hastanede 2008 yılında, multinodüler guatr nedeniyle total tiroidektomi geçirmişti. Tiroid hormonları normal seviyelerde olan hastaya, ilk olarak ultrasonografi ve kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT) incelemelerini takiben ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) uygulandı. Hastanın ultrasonografik incelemesinde, iki taraflı tiroid lobu lojunda multinodüler nüks/rezidü bez ve boyun sol yarımında, sternokleidomastoid (SCM)

Geliş tarihi: 03 Mart 2015 **Kabul tarihi:** 22 Nisan 2015

İletişim adresi: Dr. Emel Kaya, Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, 34394 Şişli, İstanbul, Türkiye.

Tel: 0212 - 224 49 51 e-posta: dremelkaya@gmail.com

ve karotis arter komşuluğunda tiroid bezi ile izoekojen çok sayıda kistik nodül tespit edildi (Şekil 1a-c).

Bunun üzerine nodüllerin yayılımını değerlendirmek ve lenf nodu tespiti için BT çekildi. Kontrastlı BT incelemede, remnant tiroid dokusundaki nodüller ile boyun sol yarımında, SCM komşuluğunda, insizyon skarı komşuluğunda yüzeysel ve derin yerleşimli,

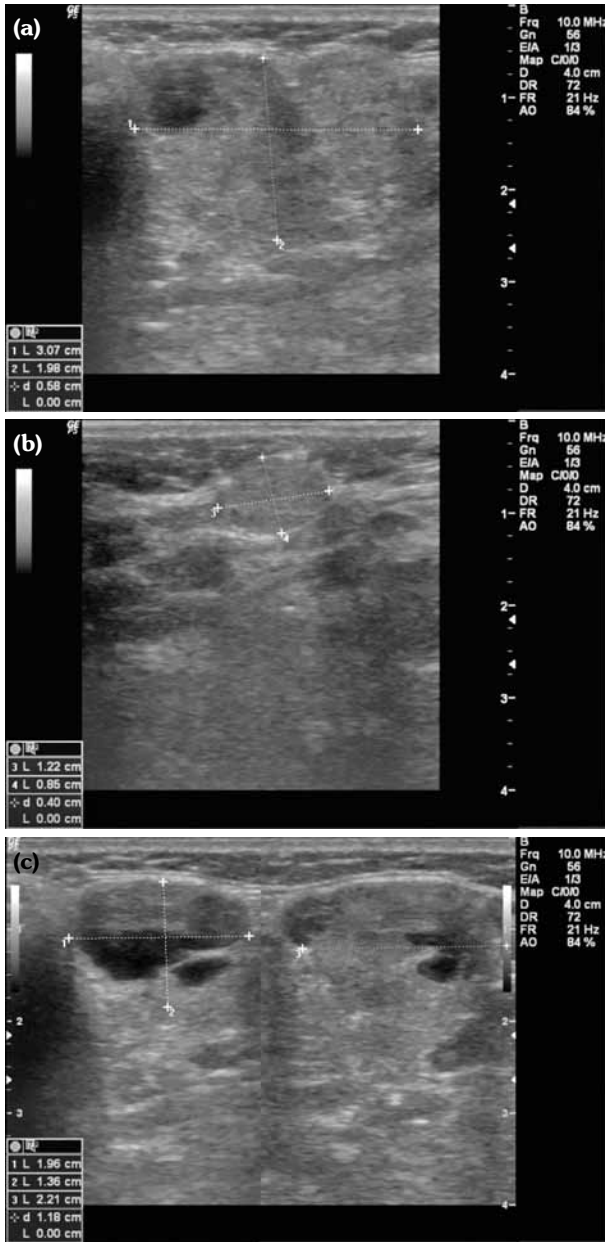
remnat bezdeki nodüller ile izodens olmakla birlikte bez ile devamlılığı olmayan, multipl nodüller tespit edildi ve lezyonların solid komponentlerinde yoğun iyotlu kontrast madde tutulumu saptandı (Şekil 2). Bunun üzerine ilk planda nadir de olsa ameliyat sırasında ekim olasılığı düşünüldü. Hasta verifikasyon amacıyla İİAB ile değerlendirildi. Sitolojik sonuçlar tanıyı doğruladı (Şekil 3).

TARTIŞMA

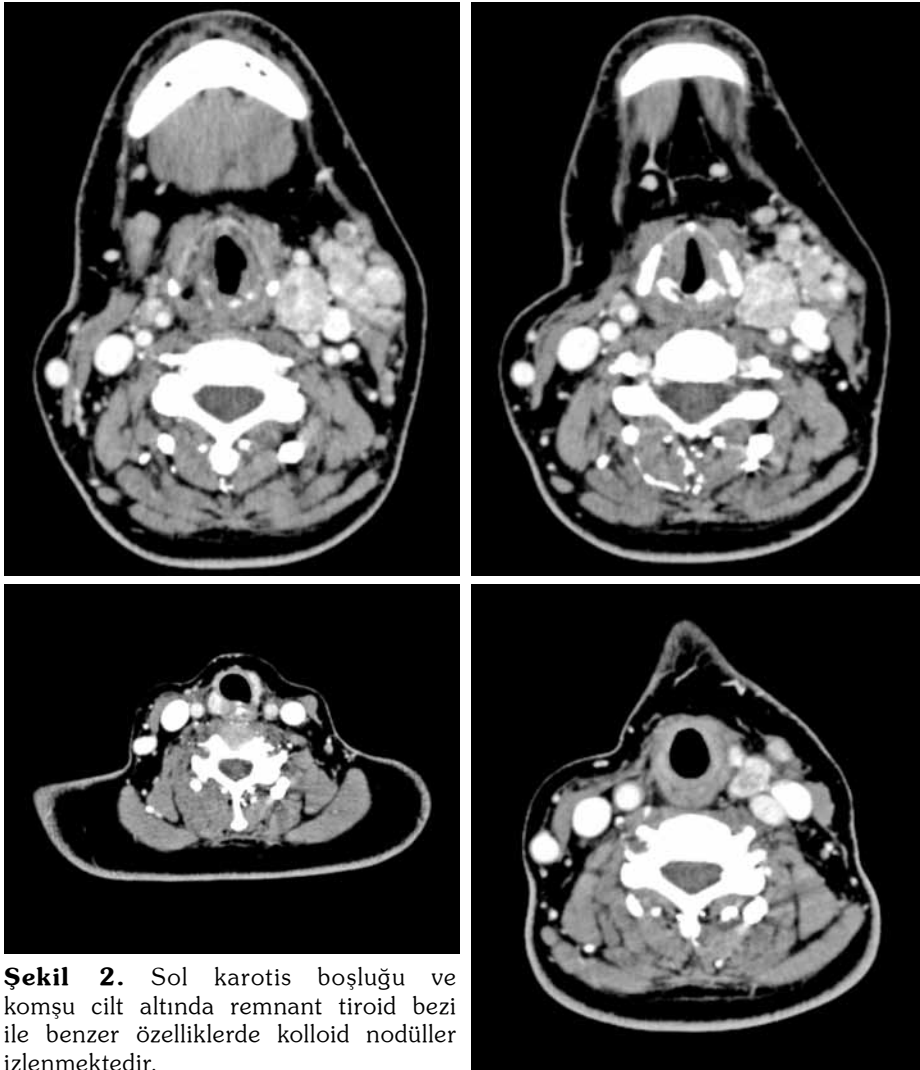
Olgu altı yıl önce uygulanmış total tiroidektomiye takiben benign tiroid dokusunun cerrahi ekilmesini göstermekteydi. Nodüllerin insizyon skarına yakın yerleşimi ve önceki cerrahinin total tiroidektomi olması cerrahi ekilmeyi işaret etmekteydi. Patoloji sonuçlarına göre İİAB örnekleri ile önceki cerrahi eksizyon dokusu benzer histolojik özellikler göstermekteydi. Olguda, tüm subkutanöz implantlar nodüler guatr için karakteristik olan kolloid ile dolu, orta boy foliküller ve mikrofoliküllerden oluşuyordu. Bu da nodüler tiroid dokusunun implante olduğunun kanıtıydı.

Klinik olarak, şu durumlarda benign tiroid dokusu implantasyonu düşünülmelidir: (i) Tiroid cerrahisi, İİAB ya da travma sonrası ortaya çıkan servikal subkutanöz nodüller; (ii) nodüllerin önceki cerrahi insizyon lojunda ya da biyopsi iğnesi giriş yerinde olmaları; (iii) patolojik olarak lezyonların hiçbirinin lenf nodu komponentinin olmaması.^[1]

Boynun subkutanöz ya da intramusküler tümörlerinin ayırıcı tanısında şunlar göz önünde bulundurulmalıdır:^[2,3] (i) gerçek ektopik tiroid dokusu, (ii) sekonder ya da metastatik karsinom,^[4] (iii) benign metastatik tiroidozis,^[5] (iv) detaçe nodüller,^[6] ve (v) servikal tüberküloz lenf nodları.^[7] Ektopik tiroid; tiroid dokusunun normal anatomik yeri olan trakeanın anterior ya da lateralinde değil farklı bir yerde bulunmasıdır.^[8] Ektopik tiroid normal ya da patolojik tiroid dokusu içerir.^[3] Gerçek ektopik tiroid çok enderdir ve sıklıkla embriyolojik aberasyondan kaynaklanır.^[9] Olgumuzda, lezyonlar ameliyattan sonra ortaya çıkmış ve ameliyat öncesi ektopik tiroid düşündürecek bir bulguya rastlanmamıştır. Diferansiye tiroid kanseri hastalarının %20-50'sinde servikal lenf nodu metastazı vardır.^[4] Metastaz içinde karakteristik



Şekil 1. (a) Tiroid bezi sol lob lojundaki remnant/nüks nodüler bez izlenmekte. (b, c) Boyun sol yarımında yüzeysel yerleşimli, nodüller izlenmekte.



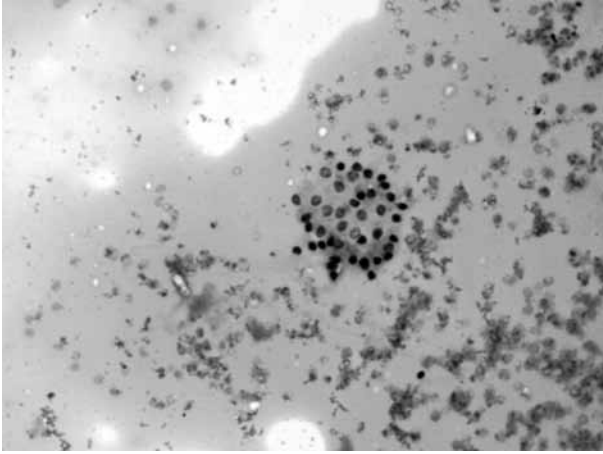
Şekil 2. Sol karotis boşluğu ve komşu cilt altında remnant tiroid bezi ile benzer özelliklerde kolloid nodüller izlenmektedir.

primer kanser hücreleri saptanır. Bunun istisnai bir durumu olan “benign metastatik tiroidozis” bildirilmiştir.^[5] Bu durumda, primer karsinomu olmadan, lenf nodlarında iyi diferansiyel tiroid folikülleri bulunur.^[10] Öte yandan, bizim olgumuzda histopatolojik değerlendirmede rekürren lezyonların lenf nodu metastazı komponenti yoktu. Detaş nodüller sıklıkla tektir ve derin boyun kompartmanlarında yerleşirler.^[6-11] Bunun aksine, ameliyat implantları genelde çok sayıda ve subkutan yerleşimli olurlar.^[12-14] Bizim olgumuzda, implantlar önceki cerrahi sınırlar içinde ortaya çıktı. Servikal tüberküloz lenf nodları, başta genç kadın hastalar olmak üzere tüm yaş gruplarında ve her iki cinsiyette de görülebilir.^[3,7,15] Gece terlemeleri, kilo kaybı, halsizlik, büyük lenf nodları ve pozitif tüberkü-

lin deri testi ile tanı konulabilir. Tanı cerrahi eksizyon ya da İİAB ile kesinleştirilir. Sitolojik analizde granülomatöz enflamasyon görülür.^[15]

Bizim olgumuzda, sitolojik tanı servikal subkütanöz nodüllerin foliküler hücrelerden oluştuğunu gösterdi.

Tiroid dokusunun subkütanöz implantasyonunu cerrahi sırasında tiroid nodüllerinin rüptürü nedeniyle olmuş olabilir. İmplantasyondan kaçınmak için, cerrahi sırasında pek çok yöntem belirlenmiştir. Cerrahi sırasında tümör dokusuna temas edilmemeli ya da cerrahi sırasında eldivenler değiştirilmeli.^[16] Ameliyat sırasında, nodülektomi ya da parsiyel lobektomidense lobektomi tercih edilmeli.^[1-17]



Şekil 3. Yaymalarda periferik kan elemanları arasında, bol ve yer yer kondanse kolloid materyal, tek tabaka halinde yayılmış, molding göstermeyen, nukleositoloplazmik oranı normal, izositoz, izokaryoz gösteren, normokromatik nukleuslu tipik tiroisitler, bazıları fagositik aktivite gösteren histiyositler izlenmektedir. Kolloidal nodül ile uyumlu bulgular.

Sonuç olarak, multinodüler tiroid dokusunun subkütanöz implantasyonu tiroidektominin nadir bir komplikasyonudur.

Ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme ya da BT implante tiroid dokusunu göstermek için noninvaziv görüntüleme yöntemleridir. Radyolojik bulgular sitolojik olarak desteklenmelidir.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Ito Y, Tomoda C, Uruno T, Takamura Y, Miya A, Kobayashi K, et al. Needle tract implantation

of papillary thyroid carcinoma after fine-needle aspiration biopsy. *World J Surg* 2005;29:1544-9.

2. Lee YS, Yun JS, Jeong JJ, Nam KH, Chung WY, Park CS. Soft tissue implantation of thyroid adenomatous hyperplasia after endoscopic thyroid surgery. *Thyroid* 2008;18:483-4.
3. Wille G, Miccoli P. Re: soft tissue implantation of thyroid adenomatous hyperplasia after endoscopic thyroid surgery. *Thyroid* 2009;19:313.
4. Curet MJ. Port site metastases. *Am J Surg* 2004;187:705-12.
5. Tseng LN, Berends FJ, Wittich P, Bouvy ND, Marquet RL, Kazemier G, et al. Port-site metastases. Impact of local tissue trauma and gas leakage. *Surg Endosc* 1998;12:1377-80.
6. Lee BJ, Wang SG, Lee JC, Son SM, Kim IJ, Kim YK. Level IIb lymph node metastasis in neck dissection for papillary thyroid carcinoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;133:1028-30.
7. Koh KW, Lee TH, Cho SY, Lee SS, Kim JM, Yi KH, et al. Subcutaneous implantation of adenomatous goiter: an unpredicted complication of endoscopic thyroid surgery. *Thyroid* 2010;20:441-3.
8. Zheng J, Yu Z, Yao Z, Qu W. Postoperative implanted thyroid: case report. *Chin J Med Imaging Tech (Chin)* 2007;23:476.
9. Harach HR, Cabrera JA, Williams ED. Thyroid implants after surgery and blunt trauma. *Ann Diagn Pathol* 2004;8:61-8.
10. Klopp CT, Kirson SM. Therapeutic problems with ectopic non-cancerous follicular thyroid tissue in the neck: 18 case reports according to etiologic factors. *Ann Surg* 1966;163:653-64.
11. Lazarus JA, Rosenthal AA. Lateral Aberrant Thyroid Glands. *Ann Surg* 1933;98:1023-9.
12. Maino K, Skelton H, Yeager J, Smith KJ. Benign ectopic thyroid tissue in a cutaneous location: a case report and review. *J Cutan Pathol* 2004;31:195-8.
13. Baik SH, Choi JH, Lee HM. Dual ectopic thyroid. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2002;259:105-7.
14. Rosenbaum MA, McHenry CR. Contemporary management of papillary carcinoma of the thyroid gland. *Expert Rev Anticancer Ther* 2009;9:317-29.
15. Johnson RW, Saha NC. The so-called lateral aberrant thyroid. *Br Med J* 1962;1:1668-9.
16. Nicastrì AD, Foote FW Jr, Frazell EL. Benign thyroid inclusions in cervical lymph nodes. *JAMA* 1965;194:1-4.
17. Liu RS, Yen TC, Yeh SH, Lee CH. Scintigraphic demonstration of sequestered nodular goiter. A lateral aberrant thyroid rest. *Clin Nucl Med* 1992;17:402-3.