

PAPER DETAILS

TITLE: Yutma Güçlüğü ve Beslenme Yetersizliğine Neden Olan Retrosternal Guatr

AUTHORS: Mustafa BASPINAR, Arda Sakir YILMAZ, Muharrem SENEL, Enver IHTIYAR

PAGES: 445-448

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/2919420>

Yutma Güçlüğü ve Beslenme Yetersizliğine Neden Olan Retrosternal Guatr

A Case of Retrosternal Goiter Which Causes Dysphagia and Nutritional Deficiency

¹Mustafa Başpınar,²Arda Şakir Yılmaz,³Muharrem Şenel,¹Enver İhtiyar

¹ Özel Gürlife Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Eskişehir, Türkiye

² Sivrihisar İlçe Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Eskişehir, Türkiye

³ Özel Gürlife Hastanesi Göğüs Kalp Damar Cerrahi Kliniği, Eskişehir, Türkiye

Özet

Tiroid dokusunun anormal büyümesi olarak tanımlanan guatr terimi, klinik pratikte oldukça sık görülen bir sorundur. Retrosternal guatr ise, torasik giriş düzleminin altına uzanan veya kütlelerinin %50'sinden fazlasının sternal çentiğin altında yer aldığı guatrlar olarak tanımlanmaktadır. Bizde olgumuzda retrosternal guatrı olan hastada servikal insizyonun yanında sternotomi gereksinimi olan olguyu sunmayı amaçladık. 82 yaşında erkek hasta son 1 yıldır olan fakat son 3 aydır neredeyse tamamen beslenememe şikâyeti nedeni ile gastroenteroloji kliniğine başvurmuş, hastaya yapılan özofagogastroskopiye darlık saptanması üzerine iki kez dilatasyon yapılmış, fakat hastanın semptom ve kilo kaybı sebat etmesi üzerine kliniğimize başvurdu. Yapılan tiroid ultrasonu ve toraks tomografisinde retrosternal guatr saptanan hastaya göğüs cerrahisi ile birlikte servikal-torasik yaklaşım ile bilateral total tiroidektomi yapıldı. Postoperatif dönemde sorun yaşanmayan hasta şifa ile taburcu edildi. Sonuç olarak yutma güçlüğü ve trakeal bası semptomları olan hastada retrosternal guatr akıldaki tutulmalı ve preoperatif dönemde radyolojik görüntüleme yöntemleri kullanılarak yapılacak cerrahi yöntemi dikkatlice seçilmelidir.

Keywords: Yutma güçlüğü, Retrosternal guatr, Tiroid

Abstract

The term goiter, defined as an abnormal growth of thyroid tissue, is a widespread problem in clinical practice. Retrosternal goiter is defined as goiter extending below the thoracic inlet plane or in which more than 50% of its mass is below the sternal notch. In our case, we aimed to present a patient with a retrosternal goiter who needed sternotomy besides cervical incision. An 82-year-old male patient was admitted to the gastroenterology clinic with complaints of dysphagia lasting for one year and inability to eat almost entirely, which started three months ago. When stenosis was detected in the esophagogastroscope, dilatation was performed twice, but the patient's symptoms and weight loss continued. With these complaints, the patient was diagnosed with retrosternal goiter by thyroid ultrasound and thoracic tomography imaging. Bilateral total thyroidectomy was performed with a cervical-thoracic approach together with thoracic surgeons. There was no problem in the postoperative period, and the patient was discharged with recovery. As a result, retrosternal goiter should be kept in mind in patients with dysphagia and tracheal compression symptoms. In addition, the surgical method should be carefully selected using radiological imaging methods in the preoperative period.

Anahtar Kelimeler: Dysphagia, Retrosternal goiter, Thyroid

Correspondence:

Arda Şakir YILMAZ
Sivrihisar İlçe Devlet Hastanesi
Genel Cerrahi Kliniği, Eskişehir,
Türkiye
e-mail: dr.ardayilmaz@hotmail.com

Received 26.01.2023 Accepted 30.03.2023 Online published 30.03.2023

1. Giriş

Hayatın herhangi bir döneminde tiroidin anormal büyümesi olarak tanımlanan guatr terimi, klinik pratikte oldukça sık görülen bir sorundur. Büyümüş bir tiroid, çeşitli patolojilerin klinik belirtisi olabilir, ancak en yaygın olarak subklinik hipotiroidizme yol açan diyet, iyot eksikliği ve ardından artan TSH (Tiroid Stimulan Hormon) ve bez hipertrofisi ile ilgilidir.(1)

Tiroid dokusunun büyümesi ile torasik girişten mediastene doğru uzanması retrosternal guatr olarak bilinmektedir. Retrosternal guatr için birçok tanımlama bulunmaktadır. Ancak klinikte en sık kullanılan terim, torasik giriş düzleminin altına uzanan veya kütesinin %50'sinden fazlasının sternal çentiğin altında yer aldığı guatrlar olarak tanımlanmaktadır.(2) Retrosternal guatr için tek ve benzersiz bir tanımlama bulunmaması nedeniyle, büyük tiroidektomi serilerinde %0,2 ile %45 arasında değişen oldukça değişken insidans oranlarına sahiptir.(3)

Retrosternal guatr primer veya sekonder olarak iki gruba ayrılmaktadır.(4, 5) Primer retrosternal guatrlar oldukça nadir görülen patoloji olup retrosternal guatr olgularının ancak %1'ini oluşturmaktadır.(4) Bu olguların mediastinal ektopik tiroid dokusundan köken aldığı düşünülmektedir. Sekonder retrosternal guatrlar ise hastaların %99'unu oluşturmakta; servikal tiroid dokusunun torasik inlet'ten aşağıya doğru büyümesi sonucu meydana gelmektedir.(6)

Retrosternal guatrlarda kanser insidans oranları değişkendir, ancak servikal guatrlarda bildirilenlere benzer görünmektedir. Tiroidektomi geçiren retrosternal guatrlı hastaların sistemik bir incelemesinde, tiroid kanseri insidansı %3 ile %23 arasında değişmektedir.(7)

Retrosternal guatrlı hastalarda özofagus, sinir ve damarlara baskı, dispne, stridor gibi hava yolu basısı semptomları ve daha az sıklıkla görülen vena kava sendromu nedeniyle semptomlar olabilir.(8) Fakat hastaların yaklaşık %40'ı asemptomatiktir ve göğüs radyografisi veya toraks tomografisinde tesadüfen saptanır. Boyun ve göğüs bölgesinin

tomografisi, intratorasik guatrı tarayabilen ve tanımlayabilen en iyi incelemedir.(9)

Retrosternal guatrların çoğu cerrahi olarak tek başına servikal bir insizyon ile çıkarılabilir, ancak bazı durumlarda manubriotomi veya sternotomi insizyonu gerebilir.(10)

Biz de retrosternal guatrlı olguda servikal insizyonun yanında sternotomi ihtiyacı olması nedeniyle geniş insizyon yapılan hastayı sunmayı amaçladık.

2. Olgu Sunumu

82 yaşında erkek hastaya yaklaşık bir yıldır artan ve son 3 aydır neredeyse tamamen beslenememe şikâyeti nedeni ile başvurduğu gastroenteroloji kliniğinde özofageal darlık nedeni ile iki kez dilatasyon yapılmış. Ancak yapılan dilatasyonlar sonrası yutma güçlüğü tekrar etmiş. Hasta bu süre içinde yaklaşık 25 kg kilo kaybı olmuş. Hasta ileri tetkik ve tedavi için tarafımızca yatırıldı. Hastaya tiroid ultrasonografi (USG) ve toraks bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüleme yapıldı. USG' de tiroid sağ lobu tamamen dolduran retrosternal uzanımı olan, alt sınırı retrosternal uzanım nedeni ile alt sınırı değerlendirilemeyen nodüler lezyon, çekilen toraks BT'de tiroid sağ lobda lobu tamamen dolduran retrosternal uzanımı olan, proksimal özofagus ile yakın ilişkili, yer yer özofagus ile sınırları net seçilemeyen, kalsifik alanların olduğu nodüler lezyon izlendi (Şekil 1-2). Ardından hastaya yutma güçlüğü nedeni ile özofagogastroskopi yapıldı. Gastroskopide dışardan itibaren yaklaşık 25. santimetrede skopun geçişine izin vermeyen dıştan baskıya bağlı darlık görüldü.

Hastaya retrosternal uzanım gösteren ve özofagusta darlığa neden olan multinodüler guatr tanısı ile operasyon planlandı. Sternotomi gerekliliği nedeni ile kalp damar cerrahi kliniğine konsülte edildi. Konsültasyonun ardından vakaya kalp damar cerrahi ile birlikte başlanması kararı alındı.

Bilgilendirilmiş onamların alınmasından sonra hasta operasyona alındı. Santral venöz kateter takıldı ve monitörize edildi. Kocher kolye insizyonu ve sternotomi ile yapılan insizyon ile tiroid bezine ulaşıldı. tiroid sağ lobu alt polünde, sternum arkasına uzanan özofagusu

önden sağ yandan ve arkasından saran, yaklaşık 10x10 cm'lik nodül olduğu görüldü. İnfiltratif özellik göstermeyen nodül özofagustan ayrıldı. Nazogastrik tüp mideye kadar ilerletildi. Bilateral total tiroidektomi tamamlandı. Preoperatif USG ve BT görüntüleri ile ameliyat bulguları ile birleştirildiğinde primer retrosternal nodüler guatr tanısı konuldu.

Operasyon sırasında ve sonrasında toraks tüpüne ihtiyaç duyulmadı. Ameliyat sonrası yoğun bakım servisine alındı. Oral beslenmeye başlandı. Sıvı ve katı gıdalara karşı yutma güçlüğü olmadı. Ardından hasta şifa ile taburcu edildi.



Resim1. Toraks BT'de görülen retrosternal uzanım gösteren yer yer kalsifik odaklar içeren tiroid dokusu (sagittal kesit)



Resim 2. Toraks BT'de görülen retrosternal uzanım gösteren yer yer kalsifik odaklar içeren tiroid dokusu (sagittal - aksiyal - koronal kesit)

3. Tartışma ve Sonuç

Retrosternal guatr, klinik pratikte cerrahlar için sorunlu bir hastalıktır. Hem retrosternal guatr tanısını koymak hem de cerrahi tedavi yöntemini belirlemek açısından oldukça zordur. Retrosternal guatr hastalarında sık görülen semptomlar trakea ve özofagus gibi çevre yapılara bası sebebiyle, kronik öksürük, ses kısıklığı, dispne ve disfajidir.

Olgumuzda yutma güçlüğü ile başlayan ve tamamen beslenmesini engelleyen özofageal darlık nedeni ile özofagogastroskopi yapılmış, ardından dilatasyon uygulanmasına rağmen kliniği düzelmeyen hastaya radyolojik görüntüleme yapılmıştır. Yapılan USG ve toraks BT görüntülemesi ile olguda retrosternal guatr olduğu saptanmış ve özofageal darlığın nedenin retrosternal yerleşimli tiroid nodülü olduğu ortaya konmuştur.

Retrosternal guatr için en iyi cerrahi yaklaşım, BT taraması değerlendirmesine göre belirlenmelidir. Komple kapsül ve retrosternal

guatr ile çevre doku arasındaki net sınır cerrahi için en önemli faktörlerdir.(11)

Retrosternal guatr vakalarının büyük çoğunluğu servikal insizyon yoluyla güvenli bir şekilde rezeke edilebilir, böylece servikal-torasik yaklaşımın morbiditelerinden kaçınılır. Ancak vakaların yaklaşık %2'sinde kombine bir servikal-torasik yaklaşımın gerekli olduğu bildirilmiştir.(10, 12) Bizim deneyimimizde mediastene uzanan yaklaşık 10 cm'lik tiroid dokusunun varlığı, kombine servikal-torasik yaklaşımının endikasyonlarıydı. Bu durum tomografi taraması kullanılarak ve uygun çalışma ile ameliyat öncesi tahmin edilebilir. Bu nedenle olgumuzda olduğu gibi göğüs cerrahisi uzmanlığının bulunduğu üçüncü basamak merkezlerde operasyonun gerçekleştirilmesi daha uygun olacaktır.

Sonuç olarak yutma güçlüğü olan hastalarda retrosternal guatr mutlaka düşünülmeli kesin tedavinin cerrahi olduğu unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

- Huins CT, Georgalas C, Mehrzad H, Tolley NS. A new classification system for retrosternal goiter based on a systematic review of its complications and management. *International journal of surgery*. 2008;6:71-6.
- Knobel M. An overview of retrosternal goiter. *Journal of Endocrinological Investigation*. 2021;44:679-91.
- Raffaelli M, De Crea C, Ronti S, Bellantone R, Lombardi CP. Substernal goiters: incidence, surgical approach, and complications in a tertiary care referral center. *Head & neck*. 2011;33:1420-5.
- Nun AB, Soudack M, Best L-A. Retrosternal thyroid goiter: 15 years experience. *Imaj-Ramat Gan*. 2006;8:106.
- Yilmaz KB, Doğan L, Akinci M, ÇAkmak H, Karaman N, Öztaşlan C, et al. Retrosternal guatr olgularında tiroid kanseri. *Acta Oncologica Turcica*. 2010;43:8-12.
- Ioannidis O, Dalampini E, Chatzopoulos S, Kotronis A, Paraskevas G, Konstantara A, et al. Acute respiratory failure caused by neglected giant substernal nontoxic goiter. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. 2011;55:229-32.
- White ML, Doherty GM, Gauger PG. Evidence-based surgical management of substernal goiter. *World journal of surgery*. 2008;32:1285-300.
- Shen WT, Kebebew E, Duh Q-y, Clark OH. Predictors of airway complications after thyroidectomy for substernal goiter. *Archives of Surgery*. 2004;139:656-60.
- Sakkary MA, Abdelrahman AM, Mostafa AM, Abbas AA, Zedan MH. A new classification system for retrosternal goiter based on a systematic review of its complications and management. *J Egypt Natl Canc Inst*. 2012;24:85-90.
- Polistena A, Sanguinetti A, Lucchini R, Galasse S, Monacelli M, Avenia S, et al. Surgical approach to mediastinal goiter: An update based on a retrospective cohort study. *International journal of surgery*. 2016;28:S42-S6.
- Wang X, Zhou Y, Li C, Cai Y, He T, Sun R, et al. Surgery for retrosternal goiter: cervical approach. *Gland Surgery*. 2020;9:392.
- Burns P, Doody J, Timon C. Sternotomy for substernal goiter: an otolaryngologist's perspective. *The Journal of Laryngology & Otology*. 2008;122:495-9.

Etik Bilgiler

Aydınlatılmış Onam: Hastaya aydınlatılmış onam formu imzalatıldığı beyan edilmiştir.

Telif Hakkı Devir Formu: Tüm yazarlar tarafından Telif Hakkı Devir Formu imzalanmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Hakem değerlendirmesinden geçmiştir.

Yazar Katkı Oranları: Cerrahi ve Tıbbi Uygulamalar: MB, MŞ, Eİ. Konsept: MB, AŞY. Tasarım: MB, AŞY. Veri Toplama veya

İşleme: AŞY. Analiz veya Yorum: MB, AŞY, Eİ. Literatür Taraması: MB, AŞY. Yazma: AŞY.

Çıkar Çatışması Bildirimi: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.