

# Posterior Mediastende Retrosternal Guatr

## *Retrosternal Goiter of the Posterior Mediastinum*

<sup>1</sup>Sami Ceran, <sup>1</sup>Burhan Apilioğulları, <sup>2</sup>Ebubekir Gündeş, <sup>1</sup>Ahmet Dumanlı

*Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi <sup>1</sup>Göğüs Cerrahisi A.D., <sup>2</sup>Genel Cerrahi A.D., Konya*

### Özet

Tiroid kitlesinin %50'den büyük bölümünün sternal çentiğinin altında; mediasten içinde olması retrosternal guatr olarak adlandırılmaktadır (1). Elli sekiz yaşında kadın hasta yaklaşık 10 yıldır olan nefes darlığı ve progressif olarak artan efor dispnesi ile başvurdu. Yapılan tetkiklerinde posterior mediastene uzanım gösteren retrosternal guatr tespit edildi. Torakotomiye gerek duyulmadan servikal yaklaşım ile total tiroidektomi yapıldı. Operasyon sonrası 3. günde hasta sorunsuz şekilde taburcu edildi.

**Anahtar kelimeler:** Retrosternal guatr, tiroidektomi, posterior mediasten

### Abstract

The term of retrosternal goiter means that more than 50% of thyroid gland descends in the thorax. These commonly present as asymptomatic lesions, but less commonly may also cause airway and esophageal compression. Surgery remains the most effective treatment for retrosternal goiters. We report the case of a retrosternal goiter which compressed and dislocated the trachea and esophagus. It was excised using a transcervical approach. The patient recovered well and was discharged at postoperative 3 day.

**Key words:** Retrosternal goiter, thyroidectomy, posterior mediastinum

### GİRİŞ

Göğüs boşluğu içinde yer kaplayan guatr, mediastinal (intratorasik) guatr olarak isimlendirilir. Posterior mediastinal guatr, tüm intra torasik guatrların %10- 15' ni teşkil etmektedir (1-4). Biz, trakea ve özofagus basısı yapıp solunum sıkıntısı ve yutma güçlüğüne neden olan posterior mediastene uzanım gösteren dev guatrlı bir olguyu sunduk.

### OLGU

Elli sekiz yaşında kadın hasta yaklaşık 10 yıldır olan nefes darlığı ve progressif olarak artan efor dispnesi ile başvurdu. Posteroanterior akciğer grafisinde mediastene uzanım gösteren, düzgün sınırlı homojen dansite artışı mevcuttu (Şekil 1). Tiroid fonksiyon testleri ötrioidi ile uyumlu idi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) trakea sol komşuluğunda toraks kavitesini karına seviyesine kadar dolduran, en geniş aksiyel boyutu 8x7 cm olan heterojen yumuşak doku dansitesinde, yer yer milimetrik kalsifikasyonlar bulunan ve trakeayı basıya uğratan kitle mevcuttu (Şekil 2). Tiroid ultrasonografisi (USG); multipl, sınırları net seçilemeyen nodüller ile kistik dejenere ve kalsifiye odaklar içeriyordu. USG eşliğinde yapılan ince iğne aspirasyon biyopsi sonucu benign olarak rapor edildi.

Hastamızda bası semptomlarına yol açan posterior mediastene uzanım gösteren multinodüler guatr olmasından dolayı total tiroidektomi yapılmasına karar verildi. Operasyon öncesinde torakotomi gerekli olabileceği düşünüldü. Operasyona genel cerrahi ekibiyle beraber girildi. Öncelikle servikal yaklaşım ile tiroidektomi yapılmaya çalışıldı. Boyundan yaklaşım ile tiroidektomi tamamlanması üzerine torakotomi yapılmadı. Operasyon esnasında komplikasyon görülmedi. Hastanın postoperatif takiplerinde asemptomatik hipokalsemi tespit edildi. Oral kalsiyum tedavisi başlandı. Operasyonun 3. günü hasta sorunsuz şekilde taburcu edildi.

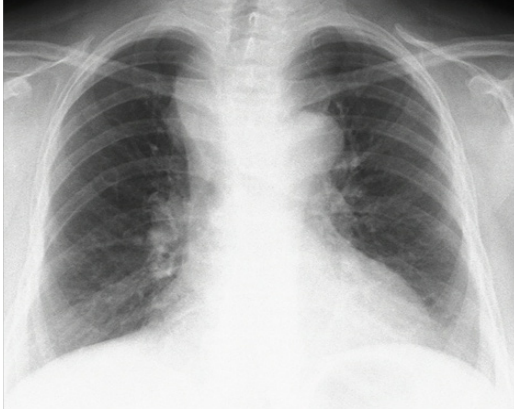
### TARTIŞMA

Retrosternal guatr, tanımı oldukça farklılıklar gösteren bir guatr tipidir

(1). Ancak yaygın kabul gören tanımlama Katlic ve ark. (2) tarafından yapılmıştır. Buna göre tiroid kitlesinin %50'den büyük bölümünün sternal çentiğinin altında; mediasten içinde olması retrosternal guatr olarak adlandırılmaktadır (2,3). Farklı tanımlamalardan dolayı literatürde retrosternal guatr sıklığı tüm guatrların % 0.2-45'i arasında değişen oranlarda bildirilmektedir. Tüm mediastinal kitlelerin %5.8'i retrosternal guatrdır (4).

Retrosternal guatr primer veya sekonder olarak iki gruba ayrılmaktadır (3,5). Primer retrosternal guatrlar oldukça nadir görülen patoloji olup retrosternal guatr olgularının ancak %1'ini oluşturmaktadır (5). 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). Bizim olgumuzda servikal tiroid dokusunun posterior mediastene doğru büyümesinden dolayı sekonder retrosternal guatr olduğunu düşündük.

Retrosternal guatra sahip hastaların yaklaşık olarak %15-30'u asemptomatiktir. Non-spesifik semptomatolojiden dolayı genellikle preoperatif tanı zordur (7,8). Bu asemptomatik hastalarda herhangi bir nedenden dolayı çekilen akciğer grafisinde rastlantısal olarak mediastinal genişleme veya trakeal itilme bulgusu tespit edilebilir (8). Retrosternal guatrlar yavaş olarak büyüdüklerinden sıklıkla 5. ve 6. dekatlara doğru belirti vermeye başlarlar (9). Hastalarda solunumsal, ösefageal, damarsal, nörolojik ve metabolik belirtiler görülebilmektedir. Trakea ve ösefagus gibi çevre yapıları bası sebebiyle, kronik öksürük, ses kısıklığı, dispne ve disfaji görülebilir. En sık olarak hastaların %30 ile 60'ında dispne vardır (8, 10). Hastamız da dispne ve yutma güçlüğü tariflemekte idi. Tanıda öncelikle retrosternal guatr olasılığından şüphelenmek önemlidir. Boyunda guatr tespit edilen hastalarda muayenede palpasyon çok önemlidir. Palpasyonda yutkunma esnasında ve boyun ekstansiyonunda guatr alt sınırı palpe edilemiyorsa ve sternoklaviküler bölgede kitle devamlılık gösteriyorsa retrosternal



**Şekil 1.** Posteroanterior akciğer grafisi

guatrdan şüphelenilmelidir. Retrosternal guatr ön tanısı olan hastalarda tanısal değerlendirmede ilk aşama olan akciğer grafisinde, olguların büyük bir kısmında mediastinal genişleme ve/veya trakeal deviasyon görülür. Bunun yanında olguların önemli bir bölümünde ise (%5.9-23) tamamen normal radyolojik bulgularla karşılaşılabılır (2,3,7). Hastamızın fizik muayenesinde guatr alt sınırı palpe edilemiyor ve sternoklaviküler bölgede devamlılık gösteriyordu. Posteroanterior akciğer grafisinde sol üst zonda düzgün sınırlı homojen dansite artışı mevcuttu. Ana vasküler yapılar ile ilişkisini ortaya koymak amacı ile toraks BT ve toraks MR çekildi. BT'de; trakea sol komşuluğunda toraks kavitesini karına seviyesine kadar dolduran, en geniş aksiyel boyutu 8x7 cm olan heterojen yumuşak doku dansitesinde, yer yer milimetrik kalsifikasyonlar bulunan ve trakeayı basıya uğratan kitle olduğu görüldü.

Medikal tedavi retrosternal guatrların hemen hepsinde başarısızdır. Retrosternal guatrlı hastalarda cerrahi yaklaşım en önemli tedavi seçeneğidir (9). Retrosternal guatr bası etkisi, potansiyel akut solunum sıkıntısı olasılığı, potansiyel malignite olasılığı sebepleriyle cerrahi olarak tedavi edilmelidir. Cerrahi yaklaşım olarak boyundan yaklaşım, sternotomi, torakotomi ve kombine yaklaşım yöntemleri kullanılmaktadır.



**Şekil 2.** Trakea ve özofagusa bası yapan retrosternal guatr

Hastaların %94-98'inde boyundan yaklaşım yeterli olmaktadır (8). Ancak her retrosternal guatr olgusunda sternotomi, torakotomi olasılığı göz önünde bulundurularak hastalar ameliyat öncesinde göğüs cerrahisi ve genel cerrahi ekipleriyle beraber değerlendirilmelidir. Vakamızda retrosternal guatrın posterior mediasten yerleşimli olması üzerine operasyon öncesi torakotomi gerekli olabileceği düşünüldü. Operasyona genel cerrahi ekibiyle beraber girildi. Öncelikle servikal yaklaşım ile tiroidektomi yapılmaya çalışıldı. Boyundan yaklaşım ile tiroidektomi tamamlanması üzerine torakotomi yapılmadı. Operasyon esnasında komplikasyon görülmedi. Retrosternal guatrdaki guatra göre daha çok komplikasyon ortaya çıkmakta ve dolayısıyla daha çok morbiditeye sebep olmaktadır. Özellikle karına seviyesine ulaşan retrosternal guatrlarda morbidite ve mortalitenin arttığı bildirilmiştir. Olgumuzda operasyon sonrası geçici hipokalsemi dışında komplikasyon gözlenmedi. Hipokalseminin asemptomatik olması nedeniyle sadece oral kalsiyum tedavisi uygulandı.

Sonuç olarak; retrosternal guatrlı olgularda dikkatli bir cerrahi yaklaşım ile oldukça başarılı sonuçlar elde edilmektedir. Mediastende büyük boyutlara ulaşmış, ana vasküler yapıları ve hayati organları malpozisyona uğratmış ve yapışık olduğu düşünülen olgularda sternotomi veya torakotomi gerekebileceği unutulmamalıdır. Retrosternal guatrlı olguların tanısında, öncelikle retrosternal guatr olasılığından şüphelenmenin önemini hatırlatarak, posterior mediastene uzanım göstererek solunum ve yutma problemleri ile karşımıza çıkan olgumuzu sizlerle paylaşmak istedik.

#### KAYNAKLAR

1. Shaha AR. Substernal goiter: what is in a definition? *Surgery* 2010; 147: 239- 40.
2. Katic MR, Wang C, Grillo HC. Substernal Goiter. *Am Thorac Surg* 1985; 39: 391- 9.
3. Yılmaz KB, Doğan L, Akıncı M, ve ark. Retrosternal Guatr Olgularında Tiroid Kanseri. *Acta Oncologica Turcica* 2010; 43: 8- 12.
4. Creswell LL, Wells SA. Mediastinal masses originating in the neck. *Chest Surg Clin North Am* 1992; 23- 55.
5. Ben Nun A, Soudack M, Best LA. Retrosternal Thyroid Goiter: 15 Years Experience. *Isr Med Assoc J* 2006; 8: 106- 9.
6. Ioannidis O, Dalampina E, Chatzopoulos S, Kotronis A, Paraskevas G, Konstanta-ra A et al. Acute respiratory failure caused by neglected giant substernal nontoxic goiter. *Arq Bras Endocrinol Metabol* 2011; 55: 229- 32.
7. Maruotti RA, Zannini P, Viani MP, et al. Surgical treatment of substernal goiter. *Int Surg* 1991;76: 12- 7.
8. Erbil Y, Bozboru A, Barbaros U, et al. Surgical management of substernal goiters: Clinical experience of 170 cases. *Surg Today* 2004; 34: 732- 6.
9. White ML, Doherty GM, Gauger PG. Evidence-based surgical management of substernal goiter. *World J Surg* 2008; 32: 1285- 300.
10. Agha A, Glockzin G, Ghali N, et al. Surgical treatment of substernal goiter: an analysis of 59 patients. *Surg Today* 2008; 38: 505- 11.