
Substernal Guatrda Yumurta Kabuğu Şeklinde Kalsifikasyon

Nurhan KÖKSAL*, Ali ÇETİNKAYA**, Aytekin GÜVEN***, Mehmet Akif BÜYÜKBEŞE**

* Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı,
** Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı,
*** Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, KAHRAMANMARAŞ

ÖZET

Yetmiş bir yaşında bayan hasta kliniğimize öksürük, ateş ve çarpıntı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede; tiroid sağ lobda yaklaşık 3 x 4 cm, istmusta 2 cm çapında nodül ele geliyordu. Hafif derecede kifozu olan hastada taşikardi saptandı. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Çekilen akciğer grafisinde, üst mediasten genişliği ve sol akciğer apeksinde yaklaşık 3.5 cm çapında etrafı kalsifiye nodül izlendi. Toraks bilgisayarlı tomografisi (BT)'nde; normalden büyük ve üst mediastene doğru uzanım gösteren tiroid bezi ve tiroid sol lob inferiorunda 3.5 x 3.2 cm boyutlarında çeperi kalsifiye nodül saptandı. Tiroid fonksiyon testleri hipertiroidiyi gösteriyordu. Klinik olarak hasta substernal multinodüler guatr olarak değerlendirildi. Akciğer grafisinde sol apekte yumurta kabuğu şeklinde kalsifikasyon gösteren lezyonun substernal guatra ait olması nedeniyle olgu ilginç bulunmuş ve sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Substernal guatr, yumurta kabuğu kalsifikasyonu, akciğer grafisi.

SUMMARY

Egg Shell Calcification of the Substernal Goitre

Seventy one years old woman admitted to our clinic with the complaints of fever, cough and palpitation. Physical examination revealed a palpabl thyroid with a 2 cm in length in its isthmus and large right lobe. Kyphotic patient was tachycardic. Other systems were within normal limits. Chest x-ray performed wide upper mediasten with calcified nodüle approximately 3.5 cm in dimension in the apex of the left lung. Computed tomography revealed thyroid gland lying through the upper mediasten and a mass 3.5 x 3.2 cm in dimension in the left lobe inferior regio of the gland surrounded with calcification. Thyroid function tests showed hyperthyroidism. Clinically patient had a substernal multinodular goitre. Since the lesion demonstrating egg shell calcification at the apex of left lung in the chest roentgenogram belonged to substernal goitre, the case was accepted interesting and presented below.

Key Words: Substernal goitre, egg shell calcification, chest x-ray.

Yazışma Adresi (Address for Correspondence):

Dr. Nurhan KÖKSAL, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı,
46050, KAHRAMANMARAŞ - TÜRKİYE
e-mail: koksalnurhan@hotmail.com.

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 (1).

Çekilen akciğer röntgenogramlarında tesadüfen saptanan üst mediasten genişliği veya trakeal deviasyon ile substernal guatrdan şüphelenilir. Bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve sintigrafik incelemelerle tanı konulur (1,2). Guatr dokusunda kalsifikasyon nadir görülür. Kalsifikasyon saptandığında çoğunlukla noktasal tarzda ve çok ender olarak yuvarlak şeklinde de olabilmektedir (2).

Akciğer grafisinde sol apekte yumurta kabuğu şeklinde kalsifikasyon gösteren lezyonun tiroid dokusuna ait olması ilginç bulunmuş ve olgu literatür ışığında tartışılarak sunulmuştur.

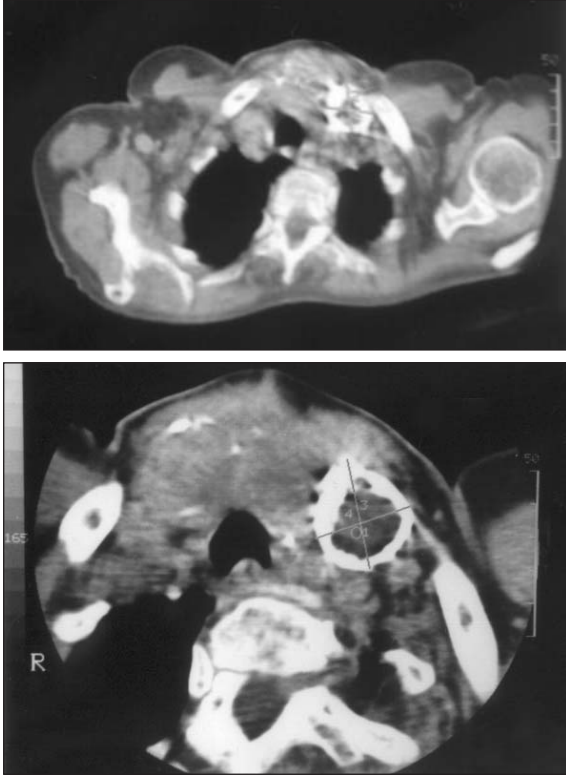
OLGU SUNUMU

Yetmişbir yaşında kadın hasta dört-beş yıldır olan öksürük, ateş ve çarpıntı şikayetleri ile göğüs hastalıkları polikliniğimize başvurdu. Herhangi bir sistemik hastalık ve geçirilmiş operasyon tanımlamıyordu. Sigara içme hikayesi yoktu. Fizik muayenede; genel durumu iyi, ateş 37.1°C, kan basıncı 120/65 mmHg, nabız 104 atım/dakika, solunum sayısı 16/dakika idi. Boyunda tiroid sağ lobda yaklaşık 3 x 4 cm, istmusta 2 cm çaplı nodül ele geliyordu. Hafif derecede kifoza olan hastanın her iki akciğeri solunuma eşit katılıyor, dinlemekle sağ alt zonda ince raller duyuluyordu. Kalp muayenesi ritmik ve taşikardik idi. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin: 14 g/dL, lökosit: 4880/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı: 16 mm/saat, kan biyokimyasal parametreleri normal sınırlarda idi. Elektrokardiyogramında, kalp hızı 100/dakika, inferior ve lateral iskemi bulguları vardı. Akciğer grafisinde üst mediasten geniş, sol akciğer apeksinde yaklaşık 3.5 cm çapında etrafı kalsifiye nodül izlendi (Resim 1). Taşikardisi ve üst mediasteni geniş olan hastadan tiroid fonksiyon testleri istendi ve toraks BT planlandı. Tiroid fonksiyon testlerinde TSH: 0.016 mIU/mL (0.34-5.60), serbest T₃: 8.18 pg/dL (2.39-6.79), serbest T₄: 0.82 ng/dL (0.58-1.64) olarak



Resim 1. Akciğer grafisinde üst mediasten genişliği ve sol üst zonda yumurta kabuğu şeklinde kalsifikasyon görünümü.

bulundu. Bu sonuçlar hipertiroidi lehine yorumlandı. Toraks BT, normalden büyük ve üst mediastene doğru uzanım gösteren tiroid bezi ve tiroid sol lob inferiorunda 3.5 x 3.2 cm boyutlarında çeperi kalsifiye nodül izlendi. Akciğer parankim alanları ve plevral alanlar normal olarak değerlendirildi (Resim 2). Palpe edilen tiroid nodülün-



Resim 2: Toraks BT kesitinde, üst mediastene doğru uzanım gösteren tiroid bezi ve tiroid sol lob inferiorunda 3.5 x 3.2 cm boyutlarında çeperi kalsifiye nodül.

den ultrasonografi (USG) altında ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Sitolojik inceleme benign olarak geldi. Substernal multinodüler guatr olarak değerlendirilen hastaya genel cerrahi kliniğince operasyon önerildi. Ancak operasyonu kabul etmeyen hastaya propiltiourasil ve beta-bloker tedavisi başlanarak taburcu edildi.

TARTIŞMA

Substernal guatr olguları özellikle çekilen akciğer grafilerinde üst mediasten genişliği veya trakeal deviasyon olarak görülmektedir. 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 fark-

lılığından dolayı substernal guatrın görülme sıklığı %1-21 arasında değişmektedir (1-3).

Substernal guatrlar ya servikal tiroid dokusunun torasik girişe ilerlemesi ile ya da mediastendeki aberan tiroid dokusundan kaynaklanır. Yazarların çoğunluğu substernal guatrların toraks içindeki aberan tiroid dokusundan geliştiğini teorik olarak kabul ederken, bunun oldukça nadir olduğunu ve substernal guatrların bir şekilde servikal tiroid dokusuyla ilişkilerinin devam ettiğini belirtirler (3,4). 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 (1,4). Substernal guatrların çoğu adenomatöz ve benignidir. Ancak %2-3 malignite olabileceği bildirilmiştir (1,4,5).

Görülme sıklığı beşinci dekadadan sonra ve kadınlarda artmaktadır (4). Olgumuzun da 71 yaşında ve kadın olması literatür ile uyum göstermektedir.

Substernal guatr olgularının %15-50'si asemptomatiktir (2,6). Çoğunlukla akciğer grafilerinde tesadüfen saptanır. Bunun yanında çok değişik semptom ve bulgular ile de karşımıza çıkabilir. Olguların yaklaşık %10'unda boyunda kitle ele gelebilir (3). Nefes darlığı, öksürük, stridor, gece öksürüğü, trakeal deviasyon, guatr veya tümör içine kanama sonucu akut solunum kompresyon bulguları, vokal kord paralizisi, yutma güçlüğü, süperior vena kava veya subklavian ven bası bulguları, baş, boyun veya göğüs ağrısı, kilo kaybı ve tirotoksikoz gibi semptom ve bulgulara neden olabilir (1-3,7). Olgumuzda olan semptomlar klinik ve laboratuvar olarak hipertiroidiye bağlandı.

İntratorasik guatr yerleşim yeri olarak sağ veya sol tarafta olabilir. Sağ tarafta substernal guatrın daha sık olduğu, sağda olunca vena kava süperior ve azygos venden dolayı bu oluşumlarla vertebralara 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 (1,2,4). Substernal guatrda %2 oranında kalsifikasyon görül-

düğü bildirilmiştir. Kalsifikasyon sıklıkla noktasal tarzda ve ender olarak yüzük şeklinde de olabilir (1,6). Bizim olguda kalsifikasyon tiroid sol lobunda olan bir nodülün çevresini sarar tarzda idi. Lokalizasyon olarak ön mediastende olduğu BT kesitlerinde görülmektedir. Lezyonun sanki sol akciğer apeksindeymiş gibi gözükmesi, hastanın var olan kifozuna bağlandı.

Substernal guatr tanısı boynu içine alan BT, MRG ve sintigrafik görüntüleme yöntemleri ile kesin olarak konulmaktadır (5,6). Tiroid dokusunda yüksek düzeyde bulunan iyottan dolayı, BT kesitlerinde yoğunluğu ölçüldüğünde çevre dokulardan farklılığı ve dokunun boyunda devamlılığının olması anlamlıdır (1,5).

Sonuç olarak; olgumuzda, substernal guatrın akciğer grafisindeki lokalizasyonu ve kalsifikasyonun özellikleri bakımından tartışılarak, yumurta kabuğu şeklinde kalsifikasyon nedenleri arasında intratorasik guatr da akla getirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Lawson W, Reino AJ, Biller HF. Management of substernal thyroid disease. In: Falk AS (ed). *Thyroid Disease Endocrinology, Surgery, Nuclear Medicine and Radiotherapy*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1997: 447-56.
2. Katlic MR, Wang CA, Grillo HC. Substernal goiter. *Ann Thorac Surg* 1985; 39: 391-9.
3. Gürsoy S, Yaldız S, Biçer M ve ark. Intratorasik ektopik guatr (olgu sunumu). *Solunum Hastalıkları* 1997; 8: 602-7.
4. Katlic MR, Grillo HC, Wang CA. Substernal goiter. Analysis of 80 patients from Massachusetts General Hospital. *Am J Surg* 1985; 149: 283-7.
5. Kochi K, Okita M, Isono M, et al. A case report of substernal goiter. *Hiroshima J Med Sci (abstract)* 1993; 42: 167-9.
6. Rufini V, Mirk P, Summari V, et al. Diagnostic imaging of euthyroid goiter. *Rays* 1999; 24: 243-62.
7. Akçalı Y, Oğuzkaya F, Kahraman C ve ark. Intrathoracic goiters: A review of six cases. *Erciyes Tıp Derg* 1997; 19: 60-5.