

OLGU BİLDİRİSİ / CASE REPORT

İİAB sonrası larenkste itilmeye yol açan tiroid nodül içi kanama: Olgu Sunumu

H. D. Tansuker, S. Alkan, A. Yenigün, B. Dadaş

Post FNAB hematoma in thyroid nodule causing displacement of larynx: A Case Report

Fine needle aspiration biopsy (FNAB) is a very common procedure used in approach to thyroid nodules. FNAB has low cost but high sensitivity and specificity ratios, by this way it helps in decision making about performing surgery. It is a quite reliable diagnostic technique with low complication ratios but non severe pain and minor hemorrhage. As it's an invasive procedure we must be careful in performing FNAB because its rare complications can be serious although they're quite rare. The patient who had submitted to our department with goiter and FNAB report of consistent with malignancy was performed total thyroidectomy with anterior compartment neck dissection. During the operation we saw a huge hematoma enclosed by a capsule and displacement of laryngeal structures by the hematoma. We thought that this intra nodular hematoma was secondary to FNAB. This rare case is discussed based on the current literature.

Key Words: Thyroid nodule, FNAB, hematoma.

Turk Arch Otolaryngol, 2011; 49(1):11-13

Özet

Tiroid nodüllerine yaklaşımda ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) oldukça sık kullanılır. Düşük maliyeti, yüksek duyarlılık ve seçicilik oranları ile özellikle tiroid nodüllerinde cerrahi kararı verilirken çok yol göstericidir. Hafif ağrı ve minor kanama dışında komplikasyonları nadir olan güvenilir bir diyagnostik tekniktir. Her ne kadar ender olsa da her invaziv girişimde olduğu gibi tiroid İİAB'de de ciddi komplikasyonlar olabileceğinden işlem dikkatli yapılmalıdır. Kliniğimize guatr nedeni ile başvuran, İİAB sonucunun malignite ile uyumlu olmasıyla total tiroidektomi ve ön kompartman boyun diseksiyonu operasyonu uygulanan, cerrahi sırasında İİAB'ye sekonder olduğu düşünülen nodül içi kanamaya bağlı büyük bir hematoma ve neticesinde larenkste itilme tespit edilen nadir olgu literatür bilgileri eşliğinde tartışıldı.

Anahtar Sözcükler: Tiroid nodülü, İİAB, hematoma.

Türk Otolarengoloji Arşivi, 2011; 49(1):11-13

Giriş

Tiroid nodüllerinden hücre grubu ya da doku elde edilebilecek bir kaç yöntem vardır.¹ Bunlar içinde en sık tercih edilen metod olan İİAB¹ tiroid bezi lezyonlarına yaklaşımda rutin kullanılmakta olup² invaziv bir girişim olmasına rağmen oldukça güvenilir, emniyetli, etkin ve düşük maliyetli bir prosedürdür.¹⁻³ Morbiditesi düşük bir prosedür olan İİAB'nin nadir komplikasyonlarına hematoma gelişimi, geçici vokal kord paralizisi, kanser hücrelerinin ekimi ve enfeksiyon gelişimi örnek verilebilir.⁴ Bunlar içinde en sık karşılaşılanı hematoma gelişimi olup çoğu kendini sınırlayan, minimal ağrı ve rahatsızlığa yol açan ve basit soğuk kompresyonla tedavi edilebilir niteliktedir.^{1,4-6} İİAB sonrası hava yolu anatomisini etkileyebilecek kadar masif tiroid içi kana-

Dr. H. Deniz Tansuker

Devrek Devlet Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Zonguldak

Dr. Seyhan Alkan

Hisar Intercontinental Hospital, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul

Dr. Alper Yenigün

Karaman Devlet Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Karaman

Dr. Burhan Dadaş

ORL KBB Hospital, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul

ma son derece nadirdir ve literatürde birkaç adet bulunmaktadır.

Olgu Sunumu

Tiroid lojuna uyan bölgede kitle tarifleyen 60 yaşında kadın hasta Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz polikliniğine başvurdu. 1 hafta içerisinde kitlesinin giderek büyüdüğünü ifade eden hastanın fizik muayenesinde tiroid loju sol lobuna uyan lokalizasyonda yaklaşık 5x4 cm, sağ loba uyan lokalizasyonda ise 2x2.5 cm boyutlarında yutkunma ile hareketli, palpasyonla orta sert kıvamda ve hassas, semi mobil kitle izlendi. Kitleler üzerinde ısı artışı ve kızarıklık yoktu ancak orta hatta ciltte ekimotik alan mevcuttu (Resim 1). Ultrasonografik incelemede; sağ lob orta kesimde 28x26 mm boyutunda, düzgün sınırlı, hiperekoik solid nodül; sol lob orta kesimde 10x7 mm boyutunda düzgün sınırlı hipoekoik solid nodül izlendi. İİAB'de sol lobdaki nodül az diferansiye tiroid karsinomu ile uyumlu; sağ lobdaki nodül ise selüler adenomatöz nodül olarak yorumlandı. Boyun MR'da tiroid glandı sol lobunu, larenksi ve ösefagusu iten, sol karotid arteri çevreleyen, posteriorda servikal vertebra korpusu anterioru ile yakın komşuluk gösteren, içinde kistik alanların bulunduğu, belirgin kontrast tutan, yaklaşık 4x5x4 cm boyutlarında kitle lezyon izlenen hastaya total tiroidektomi ve anterior kompartman boyun diseksiyonu operasyonu uygulandı. Operasyon sırasında sol lobda yaklaşık 5x5 cm boyutlarında kistik, tümöral oluşum izlendi ve bu kitle iatrojenik olarak ruptüre olduğunda çok miktarda koagulum aspire edildi (Resim 2). Frozen kesit inceleme sonucu az diferansiye karsinom ile uyumlu gelen spes-



Resim 1. Boyun orta hatta, tiroid lojuna uyan bölgede kitle ve üzerinde İİAB sonrası oluşan cilt altı ekimozu.

mende sağ lobda en büyüğü 3.5 cm, en küçüğü 0.7 cm çapında kapsüle bitişik, kolloidden fakir 3 adet nodüler lezyon; sol lobda büyüğü 1 cm çapında, kapsüle 0.4 cm uzaklıkta, küçüğü 0.5 cm çapında, kapsüle 1 cm uzaklıkta 2 adet nodüler lezyon izlendi ve sol lobda 1 cm'lik bir alanda kapsül bütünlüğü bozulmuş olarak izlendi. Olguya histopatolojik ve immunhistokimyasal özellikleri ile tiroid kökenli mikst tip anaplastik karsinom tanısı konuldu.

Tartışma

İİAB baş boyun bölgesinin de dahil olduğu çeşitli yumuşak doku kitlelerinin sitopatolojik incelemesinde hızlı sonuç veren, etkinliği ispatlanmış bir tekniktir.³ İlk olarak 1900'lü yılların başında tanımlanan bu teknik bugün bir çok kitlenin tetkikinde rutin olarak kullanılmaktadır.³ Yüksek diyagnostik gücü ve minimal yan etkileri ile tiroid nodüllerin değerlendirilmesinde de son derece etkili ve yararlı bir prosedürdür.^{5,7} İİAB'nin sitolojik sonuçları benign, malign, şüpheli ve yetersiz olarak dört grupta sınıflandırılabilir.^{1,8} İİAB'nin kullanımı



Resim 2. Total tiroidektomi materyali; sol lobda ruptür sonrası hemoraji ile karışık tümöral kitle.

tiroid nodül nedeni ile yapılan tiroidektomi miktarını neredeyse yarı yarıya azaltmış, cerrahi uygulanan hastalardaki malign sonuç oranını ise iki katına çıkarmış, böylece maliyeti önemli ölçüde azaltmıştır.¹ Ultrasonografik yönlendirme ile yapılabileceği gibi sadece palpasyon eşliğinde de yapılabilir.^{1,9} Bunda nodülün boyutları ve lokalizasyonu belirleyici unsurdur. Literatürde bildirilen İİAB komplikasyonları; ağrı ve rahatsızlık, hemoraji ve hematoma, havayoluna bası yapan masif hematoma, hematoma sonrası nörit, psödoanevrizma, karotid arter hematomu, sekonder hemanjiom, akut geçici tiroid bezi ödemi, gecikmiş geçici ödem, enfeksiyon, rekürren sinir parazisi, vazovagal reaksiyon, trakea perforasyonu, disfaji, iğne traktusu boyunca malign hücre ekimi, iğne traktus sinus oluşumu, nodül hacim değişikliği ve aspirasyon sonrası tirotoksikoz gelişimi olarak sıralanabilir.¹ Lokal ağrı veya rahatsızlık hissi ve minor hematoma gelişimi en sık karşılaşılanlardır.^{1,10} Tiroid İİAB sonrası saatler-günler içinde⁵ hematoma gelişimi olasıdır ancak çoğu vakada asemptomatiktir ve spontan olarak günler içerisinde tamamen resorbe olur.^{1,3,11} Nadiren tiroid İİAB'si sonrası oluşan hematomdan hemanjiom gelişebilir.^{6,11} Ciddi kanama diatezi tiroid İİAB için bir kontraendikasyondur, fakat standart doz aspirin veya anti-koagulan kullananlara yapılabilmektedir.^{1,12} İİAB sonrası tiroid hematomunun en olası mekanizması nodül içine veya çevresine kapsül içinde sınırlı kalacak şekilde venöz kanamadır.⁵ Tiroid nodülleri zengin vaskularizasyona, ince duvarlı, ruptüre olmaya meyilli aberan damarlara sahiptir.⁵ İİAB iğnesi direkt olarak bu ince duvarlı damarları ruptüre edebileceği gibi işlem sırasında aşırı zorlanıma bağlı santral venöz basıncın artması da bu kanamaya indirekt olarak yok açabilir.⁵ Hipertansiyon (HT) arteryel kan basıncına bağlı nodül içine veya nodül dışı parankim içine kan ekstrasvazyonunu kolaylaştırması ile İİAB sonrası masif tiroid kanamasının bir sebebi olabilir.⁵ Olgumuzda kanama diatezi anamnezi yoktu, anti hipertansif kullanımı ile kontrollü primer HT mevcuttu. Hızlı gelişen ve masif hematomun bir diğer sebebi ise çok geniş kalibreli iğne kullanımıdır.³ Olgumuza USG altında 22 no'lu iğne uçlu 10 cc şırınga ve aspiratör ile multipl örnek İİAB yapıldı. Yirmi beş guj iğne ucu özellikle solid nodüllere yönelik tiroid İİAB için her açıdan en uygun kalibre olarak kabul edilmektedir; yeterli hücre aspirasyonuna izin vermektedir ve gereğinden fazla fleksibl değildir.^{1,3} Yirmi üç guj sadece kistik nodüllerde tercih edilmelidir.¹ Yirmi bir guj klasik yeşil uç bu işlem için fazla kalın olup tercih edilmemelidir. Biz kliniğimizde 27 guj iğne ucu (dental enjektör) tercih etmekteyiz. Masif hematoma riskini en aza indi-

recek bir diğer faktör bir defada yapılan girişim sayısı olup beşten fazla giriş tavsiye edilmemektedir; çünkü her bir girişime bağlı travma hücre yeterlilik oranında az bir artış sağlarken morbidite potansiyelinde artışa neden olmaktadır.¹ Masif bir hematoma trakeal deviasyona, hatta literatürde 2-3 adet bildirilecek kadar ender de olsa müdahale edilmezse ölümcül olabilecek hava yolu obstruksiyonuna neden olabilir.¹ Bunun bir kademe hafif formu olarak olgumuzda olduğu gibi önemli solunum sıkıntısı yapmayan ancak larengeal yapılarda önemli itilmeye yok açan büyük hematomlar yine literatürde nadirdir.

Tiroid nodüllerine yaklaşımda önemi ve etkinliği tartışmasız kabul edilen İİAB'nin oldukça güvenilir bir yöntem olmasına karşın komplikasyonlarının farkında olmak, hasta bazında yarar zarar ilişkisini iyi kurmak, az olan morbiditesini daha da düşürecektir.

Kaynaklar

1. **Polyzos SA, Anastasilakis AD.** Clinical complications following thyroid fine-needle biopsy: a systematic review. *Clin Endocrinol* 2009; 71: 157-65.
2. **Park MH, Yoon JH.** Anterior neck hematoma causing airway compression following fine needle aspiration cytology of the thyroid nodule: a case report. *Acta Cytol* 2009; 53: 86-8.
3. **Noordzij JP, Goto MM.** Airway compromise caused by hematoma after thyroid fine-needle aspiration. *Am J Otolaryngol* 2005; 26: 398-9.
4. **Hor T, Lahiri SW.** Bilateral thyroid hematomas after fine-needle aspiration causing acute airway obstruction. *Thyroid* 2008; 18: 567-9.
5. **Roh JL.** Intrathyroid hemorrhage and acute upper airway obstruction after fine needle aspiration of the thyroid gland. *Laryngoscope* 2006; 116: 154-6.
6. **Tsang K, Duggan MA.** Vascular proliferation of the thyroid: a complication of fine-needle aspiration. *Arch Pathol Lab Med* 1992; 116: 1040-2.
7. **Baloch ZW, LiVolsi VA.** Fine needle aspiration of thyroid nodules: past, present and the future. *Endocr Pract* 2004; 10: 234-41.
8. **Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, et al.** Management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 2006; 16: 109-142.
9. **Polyzos SA, Kita M, Avramidis A.** Thyroid nodules- stepwise diagnosis and management. *Hormones* 2007; 6: 101-19.
10. **Wu M, Burstein DE.** Fine needle aspiration. *Cancer Invest* 2004; 22: 620-8.
11. **Kumar R, Gupta R, Khullar S, et al.** Thyroid hemangioma: a case report with review of literature. *Clin Nucl Med* 2000; 25: 769-71.
12. **Cibas ES, Alexander EK, Benson CB, et al.** Indications for Thyroid FNA and pre FNA requirements. *Diagn Cytopathol* 2008; 36: 390-9.

Bağlantı Cakışması:

Bağlantı cakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

İletişim Adresi: Dr. Hasan Deniz Tansuker

Devrek Devlet Hastanesi KBB Uzmanı, Yeni Mahalle Devrek Devlet Hastanesi

67800 Devrek, ZONGULDAK

Tel: (0506) 581 26 33

e-posta: b_deniz_t@botmail.com