

Substernal Guatr; Bir Olgu Sunumu

Substernal Goiter; A Case Report

Nurşah BAŞOL¹, Ufuk TAŞ², Murat AYAN¹, Mehmet ESEN¹, Aslı Yasemen ÇOR¹,
Ali KABLAN¹, Tufan ALATLI¹

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim AD, Tokat

²Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anatomi AD, Tokat

Geliş Tarihi / Received: 24.04.2012

Kabul Tarihi / Accepted: 25.04.2012

ÖZET

Substernal guatr, göğüs boşluğu içinde yer kaplayıcı niteliğe sahip olan ve primer mediasten orjinli olabileceği gibi, büyük çoğunlukla servikal guatrın büyüyerek üst mediastinuma uzanım göstermesiyle de oluşabilen ve baskı semptomlarına yol açabilen bir tiroit bezi patolojisidir. Bu çalışmada acil servise nefes darlığı ile gelen ve substernal guatr tespit edilen 76 yaşında bayan hasta sunularak Tıp 2 solunum yetmezliğinin nadir gözlenen bu sebebine dikkat çekilmek istenmiştir. Hastanın tiroit bezi iki taraflı palpabl olup, kan gazında hiperkarbisi olan hastaya tip 2 solunum yetmezliği tanısı konuldu.

Anahtar Kelimeler: Tiroit bezi; substernal guatr; solunum yetmezliği.

ABSTRACT

Substernal goiter is a thyroid gland disorder that would occupy within the chest cavity and would origin from the mediastinal space, mostly occurs as cervical goiter growth in the upper mediastinum and can lead to symptoms of compressing. In this study, we are presenting a case, who 76-year-old female has come to the emergency department with shortness of breath and substernal goiter, purposing to draw attention to this rare cause of type 2 respiratory failure. The thyroid gland was palpable (bilateral +2) in the patient. In the patient blood gas, hypercarbia was detected and the patient was diagnosed with type 2 respiratory failure.

Keywords: Thyroid gland; substernal goiter; respiratory failure.

GİRİŞ

Solunum sisteminin yeterli gaz değişimini sürdürme yeteneğinde ani bozulma olarak tanımlanan akut solunum yetmezliği (ASY); primer oksijenizasyon durumunda bozulma ile karakterize olan akut hipoksemik solunum yetmezliği (Tip 1) ve karbon dioksit basıncında ani yükselme olarak tanımlanan akut hiperkapnik solunum yetmezliği (Tip 2) olmak üzere iki başlık altında toplanabilir. En önemli mekanizması hipoventilasyon olup esas problem genellikle akciğer dışındadır. Problem, beyin sapı solunum merkezi depresyonu (narkotik, benzodiazepin, barbitürat aşırı dozu); üst motor nöron (servikal kord travmaları), ön boynuz hücre (poliomyelit), nöromüsküler

bileşke (myastenia gravis), solunum kasları (myopati, kas gevşetici), veya solunum sinir (frenik sinir paralizisi) hastalıkları; göğüs kafesi deformiteleri (kifoskolyoz) veya üst solunum yolu obstrüksiyonu (laringospazm, uykuda apne sendromu) olabilir (1,2). Yukardaki sebeplere ilave olarak hava yolu invazyonu ya da basısı sonucunda üst solunum yolu obstrüksiyonu oluşturan ve nadir nedenlerden biri de substernal guatrdır.

Biz bu yazıda acil servisimize nefes darlığı ile gelen ve substernal guatr tespit ettiğimiz bir vakayı sunarak Tıp 2 solunum yetmezliğinin nadir gözlenen bu sebebine dikkat çekmek istedik.

Yazışma ve tıpkı basım için iletişim: Dr. Ufuk TAS

Adres: Gaziosmanpaşa University, Faculty of Medicine,

Department of Anatomy, 60000 Tokat

Telefon: +90 356 2129500 (1232)

e-posta: dr_ufuktas@hotmail.com

OLGU SUNUMU

Acil servise nefes darlığı ve vücutta şişlik şikayetiyle başvuran 76 yaşında bayan hastanın özgeçmişinde KOAH ve guatr öyküsü mevcuttu. Anamnez derinleştirildiğinde hastaya bir yıl önce guatr nedeniyle cerrahi önerildiği fakat hastanın kabul etmediği öğrenildi. Gelişinde genel durumu kötü, ileri derecede solunum sıkıntısı mevcuttu. Dudakları siyanoze ve özellikle inspiryumda belirgin stridoru vardı. Geliş T/A: 140/90 mmHg, nabız: 86/dak., solunum sayısı: 28/dak., ateş: 36,9 C° idi. Solunum muayenesinde stridorun yanı sıra takipnesi vardı ve solunum sesleri azalmıştı, pretibial ödem: ++ vardı ve tiroid palpabl (bilateral 2+) idi. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Yapılan kan gazı analizinde PCO₂: 89,6 mmHg, PO₂: 83,7 mmHg ve pH: 7,22 idi. Çekilen P.A akciğer grafisinde mediasten geniş (üst mediasten 12,5 cm.), kardiyotorasik oran artmış ve bilateral bazallerde heterojen dansite artışı vardı. Kontrastsız boyun ve toraks BT'de (Şekil I) ; her iki tiroid bezi boyutları solda daha belirgin olmak üzere ileri derecede artmış ve çok sayıda nodül mevcuttu. Sol tiroid lobu yaklaşık 130x80x65mm boyutlarda, sağ tiroid lobu yaklaşık 68x40x55 mm boyutlardaydı. Sol tiroid lobu 9 cm., sağ tiroid lobu ise 1,5 cm. intratorasik uzanım göstermekteydi. Trakeada belirgin sağa deviasyon, yer yer ileri derecede daralma mevcuttu. Sol tiroid lobundan kaynaklanarak paratrakeal alanda mediastene uzanan nodüllerin karinal düzeye kadar kaudale uzanım gösterdiği dikkati çekmekte ve sol tiroid lobundaki nodüllerin paratrakeal-paravasküler alanı doldurarak mediasteni genişlettiği, özofagusu sağ posterolaterale yaylandırdığı görülmekteydi. Hastaya noninvaziv mekanik ventilasyon (NIMV) tedavisi başlandı. Semptomlarda bir miktar gerileme olmasına rağmen hasta NIMV'dan ayrıldığında solunum sıkıntısı hemen başlamaktaydı. Hasta yoğun bakıma alındı, göğüs hastalıkları ve genel cerrahi tarafından takip edildi, 7 gün sonra da genel cerrahi tarafından opere edildi. Takiplerinde trakeomalazi gelişen hasta trakeal stent uygulanmak üzere başka bir merkeze sevk edildi.

TARTIŞMA

Ventilasyon yetersizliği nedeniyle gelişen ve PaCO₂'nin 45 mmHg'in üzerinde olduğu hiperkapnik solunum yetmezliği, solunum sisteminin efektif komponentlerinden herhangi birinde gelişen kusur sonucu ortaya çıkabilmektedir. Merkezi sinir sistemi,

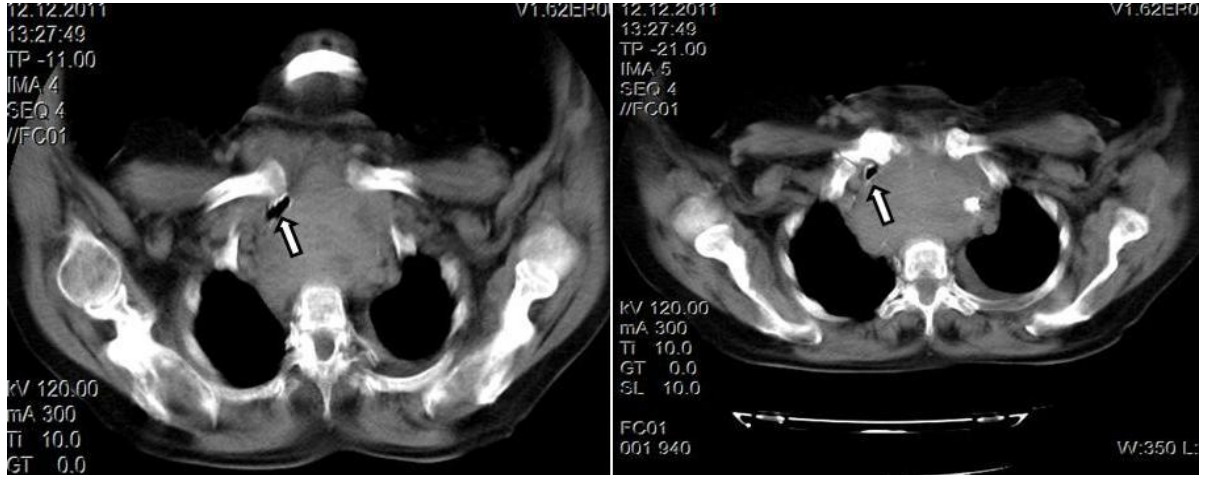
periferik sinir sistemi, solunum kasları, göğüs duvarı, plevra patolojilerinden kaynaklanabileceği gibi üst solunum yollarını tutan herhangi bir patoloji de bu tabloya neden olabilir. Progresif olarak artabilen üst solunum yolu obstrüksiyonu dispne, öksürük ve stridor oluşumuna neden olabilmekte ve sonuçta hastalarda hayatı tehdit eden ciddi solunum yetmezliği tablosu gelişebilmektedir (3). Üst solunum yolu obstrüksiyonu oluşturan nadir nedenlerden biri de substernal guatrdır.

Substernal guatr, göğüs boşluğu içinde yer kaplayıcı niteliğe sahip olan ve primer mediasten orjinli olabileceği gibi, büyük çoğunlukla servikal guatrın büyüyerek üst mediastinuma uzanım göstermesiyle de oluşabilen ve bası semptomlarına yol açabilen bir tiroit bezi patolojisidir (4,5). Tanımlanması konusunda tam bir fikir birliğine varılamadığından literatürde substernal guatr sıklığı tüm guatrların % 0.2 ile 45'i arasında değişen oranlarda bildirilmektedir (6). Creswell ve ark.nın yaptığı bir çalışmada tüm mediastinal kitlelerin %5.8'inin substernal guatr olduğu bildirilmiştir (7). Substernal guatrlar yavaş olarak büyüdüklerinden sıklıkla 5. ve 6. dekadlara doğru belirti vermeye başlarlar (8). Hastaların çoğunluğu boyutları artana kadar semptomsuz seyretse de solunumsal, özofagial, damarsal, nörolojik ve metabolik belirtiler görülebilmektedir. Trakea ve özofagus gibi çevre yapılara bası sebebiyle, kronik öksürük, ses kısıklığı, dispne, stridor ve disfaji görülebilir. En sık olarak hastaların %30 ile 60'ında dispne vardır (9,10). Dispneye eşlik eden stridorun şiddeti daralmış bölgeden geçen havanın akım hızıyla orantılıdır, bu nedenle hastanın hiperventilasyon yapması stridorun şiddetini arttırır. Obstrüksiyon ciddi ise kısa sürede solunum yetmezliği klinik tabloya eklenebilir. Bu nedenle stridoru olan hasta yakın izleme alınmalıdır. Hastanın öyküsü etiolojinin aydınlatılmasında yardımcı olur (11). Bizim olgumuzda şiddetli nefes darlığının yanı sıra stridorun oluşu, kan gazı değerlerinde hiperkarbinin varlığı üst hava yolu obstrüksiyonuna bağlı solunum yetmezliğini akla getirmekteydi. Özgeçmiş sorgulandığında guatr öyküsünün mevcudiyeti de obstrüksiyonun kaynağının substernal guatr olabileceğini düşündürmesi açısından önemliydi. Çekilen boyun BT'de (Şekil-I) trakeanın sağa deviyeye olup, ileri derecede daraldığı görülmüş ve olgunun şimdiki tablosunun nedeni de böylelikle açıklığa kavuşturulmuş oldu. Substernal guatr gerek bası etkisi, gerek potansiyel akut solunum sıkıntısı olasılığı,

Substernal Guatr;
Substernal Goiter;

gerekse potansiyel malignite olasılığı nedeniyle cerrahi olarak tedavi edilmelidir. Birçok yazar substernal guatrın varlığını bile semptom görülme dahi tek

başına cerrahi endikasyon olarak kabul etmektedir (12). Bizim olgumuz ise bir yıl öncesinde kendisine önerilen cerrahi müdahaleyi kabul etmemiştir.



Şekil I: Substernal guatrlı vakada basıya bağlı olarak gittikçe daralan trakea görüntüsü.

SONUÇ

Acil servise dispne ve stridor ile gelen ve Tip 2 Solunum yetmezliği tanısı konulan hastalarda üst hava yolu obstrüksiyonu mutlaka düşünülmeli ve özellikle iyi bir anamnez ile substernal yerleşimli guatr mutlaka araştırılmalıdır. Genellikle kesin çözümü cerrahi olan substernal guatrın acil serviste erken tanınmasının, olguların surveyleri açısından önemi büyüktür.

KAYNAKLAR

1. Karadağ M, Bilgiç H (Editör). Solunum yetmezliği ve mekanik ventilasyon. In: Çiledağ A, Kaya A. Solunum Yetmezliği. İstanbul: AVES Yayıncılık, Toraks Kitapları, 2010;9:162- 77.
2. Yarkın T. Solunum Yetmezliği: Fizyopatoloji ve Klinik Yaklaşım. Toraks Dergisi 2000;1(2):76-84.
3. Gülbay BE, Akansoy M, Kaya A, Erkek B, Acıcan T. Akut solunum yetmezliği ile seyreden bir papiller tiroid kanser olgusu. Yoğun Bakım Dergisi 2004;4(4):258-61.
4. İrfanoğlu ME, Abcı I, Hatipoğlu AR. Substernal guatrda cerrahi tedavi. Çağdaş Cerrahi Dergisi 2003;17(1):35-8.
5. Erbil Y, Bozbora A, Barbaros U, et al. Surgical management of substernal goiters: clinical experience of 170 cases. Surg Today 2004;34(9):732-6.

6. Rios A, Rodriguez JM, Galindo PJ, et al. Results of surgical treatment in multinodular goiter with an intrathoracic component. Surg Today 2008;38(6):487-94.
7. Creswell LL, Wells SA. Mediastinal masses originating in the neck. Chest Surgery Clinics of North America 1992;(2):23-55.
8. White ML, Doherty GM, Gauger PG. Evidence-based surgical management of substernal goiter. World J Surg 2008;32(7):1285-300.
9. Porterfield J Jr, Factor D, Grant C. Technique of total thyroidectomy for large substernal goiters. Operative Techniques in Otolaryngology 2009;20(1):18-22.
10. Abboud B, Sleilaty G, Mallak N, Abou Zeid H, Tabchy B. Morbidity and mortality of thyroidectomy for substernal goiter. Head Neck 2010;32(6):744-9.
11. Türктаş H. Göğüs hastalıklarında anamnez fizik muayene. http://med.gazi.edu.tr/uploadimg/akademik/anabilimdallari/gogus_hastaliklari/4-donem/anamnez-fizikmuayene.pdf. (Ulaşma tarihi 23 mart 2012).
12. Yorgancılar E, Yıldırım M, Gün R, Bakır S, Topçu T. Substernal Guatra Yaklaşım. KBB-Forum 2011;10(3):40-5. www.KBB-Forum.net.