

LIEŽUVINIO SKYDLIAUKĖS LATAKO CISTA: KLINIKINIS ATVEJIS

Darius Bajorinas¹, Kamilė Macytė²

¹Respublikinė Šiaulių ligoninė, Ausų, nosies, gerklės ligų skyrius,

²Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, Medicinos fakultetas

Raktažodžiai: liežuvinio skydliaukės latako cista, įgimti kaklo dariniai, cistos ekspiracija.

Santrauka

Liežuvinio skydliaukės latako cistos – dažniausi įgimti cistiniai kaklo dariniai. Įprastai šios cistos diagnozuojamos vaikams ir jauniems pacientams iki 20 metų, tačiau literatūroje aprašyta atvejų, kai liežuvinio skydliaukės latako cista buvo diagnozuota vyresniems nei 50 metų pacientams. Šiame straipsnyje pateikiama kaklo cistų klasifikacija, plačiau aptariamas liežuvinio skydliaukės latako cistų išsivystymas, klinikiniai požymiai, diagnostikos ir gydymo galimybės bei pristatomas klinikinis atvejis, kai cista diagnozuota ir sėkmingai pašalinta 40 metų pacientui.

Įvadas

Kaklo cistos – tai cistiniai dariniai kaklo priekiniame arba šoniniame paviršiuje, iškloti epiteliumu ir užpildyti skystu, gleivingu, kietu ar dujiniu turiniu [1]. Pagal kilmę kaklo cistos skirstomos į įgimtas ir įgytas. Įgytos kaklo cistos dažniausiai susiformuoja po uždegiminės kilmės kaklo ligų [2]. Joms priskiriama: 1) abscesai, 2) cistinės mazginės metastazės (*cystic nodal metastasis*), 3) neurogeninės kilmės navikai [2,3]. Įgimtos kaklo cistos formuojasi embriogenezės metu iš nesuaugusio antrojo žiaunų lanko plyšio arba išsiplėtus embriono liežuviniam skydliaukės lataku [4,5]. Įgimtos kaklo cistos pagal sutrikusios embriogenezės kilmę klasifikuojamos į: 1) liežuvinio skydliaukės latako (kitaip – priekinės, vidurio linijos) cistas, 2) žiaunų lanko (kitaip – šoninės, brachio-geninės) cistas, 3) limfinės sistemos apsigimimus [2,4,5]. Šiame straipsnyje plačiau apžvelgiamos liežuvinio skydliaukės latako cistos.

Tyrimo tikslas – remiantis naujausiomis mokslinėmis publikacijomis, apžvelgti kaklo cistų klasifikaciją, plačiau aptarti liežuvinio skydliaukės latako cistų išsivystymą, klinikinius požymius, diagnostikos ir gydymo galimybes bei

pristatyti klinikinį atvejį, kai cista diagnozuota ir sėkmingai pašalinta 40 metų pacientui.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Atlikta 9 publikacijų mokslinė apžvalga. Straipsniai atrinkti naudojantis PubMed ir ScienceDirect duomenų bazėmis. Į apžvalgą įtrauktos ne senesnės nei dešimties metų publikacijos lietuvių ir anglų kalba. Pristatytas klinikinis atvejis, kai cista diagnozuota ir sėkmingai pašalinta 40 metų pacientui.

Tyrimo rezultatai

Embriogenezė ir anatomija. Embriogenezės metu liežuvinis skydliaukės latakas kartu su poliežuvininiu kaulu formuojasi iš antrojo žiaunų lanko [6]. Skydliaukė pradeda formotis ketvirtąją embriogenezės savaitę kaip ryklės dugno divertikulas ir nuo skydliaukės išgaubos (*foramen caecum*) leidžiasi liežuvininiu skydliaukės lataku (*ductus thyroglossus*) į kaklo priekinę dalį [2,4,5]. Penktąją embriogenezės savaitę prasideda ir iki 4 mėn. tęsiasi šio latako involiucija, kuriai sutrikus ir kanalui užakus, ima formotis liežuvinio skydliaukės latako cista, fistulė arba antys [2,4,5]. Cista gali susiformuoti bet kuriame liežuvinio skydliaukės latako aukštyje: poliežuvinio kaulo projekcijoje, virš poliežuvinio kaulo, po poliežuvininiu kaulu, liežuvio šaknyje arba gerklose [2]. Dažniausiai nustatomos po poliežuvininiu kaulu esančios cistos (skirtingų autorių duomenimis, dažnumas svyruoja nuo 25 iki 65 proc.) [2,5,7]. Apie 70–90 proc. atvejų cistos dėstosi vidurinėje kaklo linijoje, šalia skydinės kremzlės, tačiau gali būti nustatomos ir paramedialiai, dažniau kairėje pusėje [2].

Histologija. Liežuvinio skydliaukės latako cistos gali būti vienkamerinės arba daugiakamerinės. Cistas dažniausiai išklota virpamasis kvėpuojamasis epitelis, kartais randamas ragėjantis, pereinantis iš virpamojo į ragėjantį arba skydliaukės audiniui būdingas epitelis [6]. Cistos dažniausiai būna užpildytos gleivėtu turiniu arba, esant infekcijai, pūliais [6]. Mažiau nei 1 proc. šių kaklo cistų tampa piktybinėmis [2].

Dažniausiai piktybiniai dariniai nustatomi vyresnio amžiaus pacientams [2,4-6]. Labiausiai paplitusi papiliarinė karcinoma (92,1 proc. atvejų) ir ragėjančių ląstelių karcinoma (4,3 proc. atvejų) [6].

Klinika. Liežuvinio skydliaukės latako cistos diametras svyruoja nuo 0,5 cm iki 4 cm [2,4]. Dažniausiai tai besimptomis darinys, sukeliantis kosmetinius defektus [8]. Prasidėjus cistos infekcijai, darinys tampa skausmingas, išryškėja vietinės infekcijos požymiai, disfagija, disfonija, galimas bendras negalavimas, karščiavimas [2,4,5]. Retais atvejais (apie 10 proc.), susiformavus abscesui, cista plyšta ir susidaro fistulė, iš kurios teka pūlingos išskyros [2]. Fistulės dažniau susiformuoja vaikams, nei suaugusiems [2,8].

Diagnostika. Cistos diagnostika remiasi apžiūros, palpacijos, ultragarsinio ištyrimo, kompiuterinės tomografijos, magnetinio rezonanso ir histopatologinio ištyrimo duomenimis. Apžiūrint ir čiupiant liežuvinio skydliaukės latako cista stebima kaip įvairaus dydžio, paslankus, fliuktuojantis, minkštos konsistencijos, lygaus paviršiaus, neskausmingas kaklo darinys [5,8]. Cista juda iškišant liežuvį ir ryjant seiles [1]. Kaklo audinių ultragarsinis tyrimas (UG) yra pirmo pasirinkimo tyrimas, diagnozuojant liežuvinio skydliaukės latako cistas [2,5,9]. Šio tyrimo metu nustatoma cistos lokalizacija, santykis su aplinkiniais organais, įvertinama skydliaukės struktūra [1,2,5]. Cista UG stebima kaip aiškių ribų, lygiomis, plonomis sienelėmis, užpildytas skystu, neechogenišku arba hipoechogenišku turiniu, neturintis vidinės kraujotakos darinys [9]. Esant infekcijai – cistos sienelės nelygios, sustorėjusios, aplink cistą stebimi uždegiminiai pokyčiai ir suaktyvėjusi kraujotaka [9]. Kompiuterinės tomografijos (toliau KT) vaizduose cistos stebimos kaip homogeniniai, plonasieniai, skysčiu užpildyti, mažo tankio dariniai [9].

Lyginant su UG tyrimu, KT leidžia geriau įvertinti liežuvinės skydliaukės latako cistos santykį su kitomis anatomicinėmis struktūromis, yra naudingesnis diferencinei diagnostikai ir padeda tiksliau įvertinti darinio piktybiškumą, tačiau šiam tyrimui naudojama apšvita [9]. Magnetinio rezonanso (MRT) T1 režimu cista stebima kaip aukšto arba žemo signalo intensyvumo darinys, priklausomai nuo to, ar cista komplikauta, T2 režimu – kaip aukšto signalo intensyvumo darinys [9]. Lyginant KT ir MRT, KT tyrimas naudingesnis ir leidžia geriau identifikuoti poliežuvinio kaulo srityje esančias cistas, o MRT tyrimas – liežuvio šaknies projekcijoje esančius darinius [9]. Norint diagnozuoti liežuvinę skydliaukės latako cistą, darinį reikia diferencijuoti nuo: dermoidinės cistos, ektopinės skydliaukės, limfadenopatijos, limfmazgio absceso, laringocelės, limfinės sistemos apsigimimų, lipomos, hemangiomos, teratomos, ateromos ir žiaunų lanko cistos [1].

Gydymas. Liežuvinio skydliaukės latako cistos gydymas chirurgiškai – atliekama cistos ekscizija [1,4]. Operacijos metu cista pašalinama su kapsule [1,2,4,5]. Jeigu cista nustatoma poliežuvinio kaulo projekcijoje – atliekama šio kaulo kūno vidurinio trečdaliao rezekcija (*Sistrunk procedure*) ir tolimesnės *ductus suprahyoideus* dalies rezekcija [4,5]. Ši operacija yra radikalesnė, tačiau, nepašalinus poliežuvinio kaulo, 3–5 proc. atvejų galimi cistų recidyvai [1,2,4,5].

Klinikinis atvejis

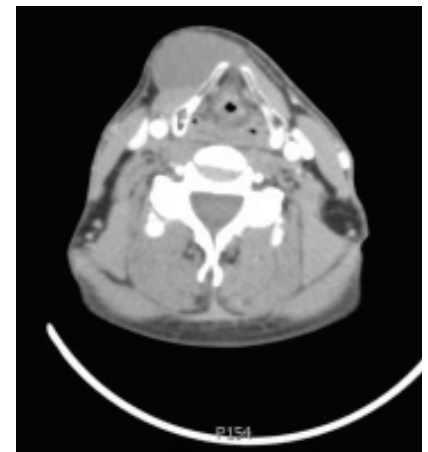
40 metų vyras kreipėsi į ausų, nosies ir gerklės (ANG) ligų gydytoją dėl kaklo darinio, atsiradusio prieš maždaug 4 mėnesius. Paciento teigimu, darinys neskausmingas, pastaruoju metu nedidėjantis, nesukeliantis jokių gretutinių simptomų. Apžiūrint kaklo priekinėje vidurinėje dalyje, žemiau



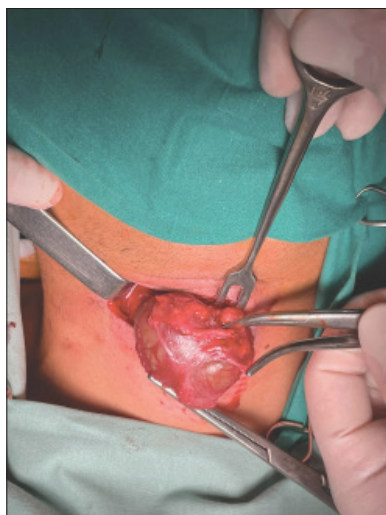
1 pav. Pacientas prieš operaciją. Darinys kaklo priekinėje dalyje



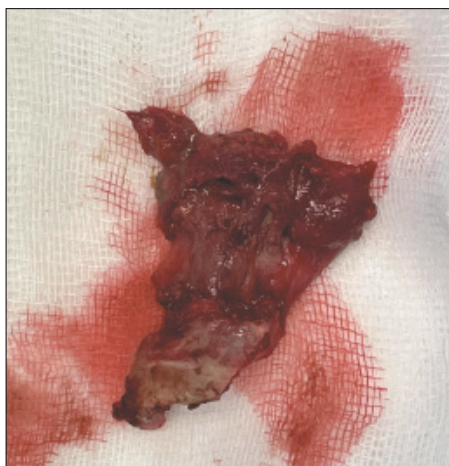
2 pav. KT. Sagitalinė plokštuma. Aiškių ribų cistinis darinys žemiau poliežuvinio kaulo



3 pav. KT. Horizontalinė plokštuma. Prie skydinės kremzlės dešinės plokštelės išorinio krašto prigludęs darinys



4 pav. Chirurginės operacijos vaizdas. Fiksuota cistos kapsulė



5 pav. Chirurginės operacijos vaizdas. Pašalintas cistos ir poliežuvinio kaulo kompleksas



6 pav. Chirurginės operacijos vaizdas. Pooperacinė ertmė

poliežuvinio kaulo, stebimas maždaug 4x4 cm darinys (1 pav.). Palpuojant darinys paslankus, minkštos konsistencijos, neskausmingas. Juda ryjant seiles ir iškišant liežuvį. Faringoskopuojant ryklės gleivinė rami, lygi, žiočių lankai simetriški, minkštojo gomurio judrumas nesutrikęs. Endoskopuojant stebima ryklės gleivinė, liežuvio šaknis rami, lygi, balso plyšys laisvas, balso klostės lygios, ramios, judrios, kriaušinės kišenės laisvos, papildomų darinių nestebima. Atlikus kaklo minkštųjų audinių UG, poodiniuose audiniuose stebimas žemo echogeniškumo su gausiais echoteigiamais, koloidą primenančiais intarpais, ribotas, aiškių ir lygių ribų darinys, panašiausias į tirštu turiniu užpildytą cistą. Kaklo minkštųjų audinių KT su intraveniniu kontrastavimu vaizduose matomas 2,5x4,0x4,3 cm dydžio, priekinėje kaklo dalyje, labiau dešinėje kaklo pusėje, žemiau poliežuvinio kaulo esantis cistinio tankio, aiškių ribų, be kontrastinės medžiagos kaupimo požymių darinys, priglundęs prie skydinės kremzlės dešinės plokštelės išorinio krašto (2,3 pav.). Remiantis klinikinio ištyrimo ir instrumentinių tyrimų duomenimis, pacientui nustatyta preliminari diagnozė – liežuvinio skydliaukės latako cista. Skirtas chirurginis gydymas planine tvarka – darinio pašalinimas. Bendrinėje endotrachėjinėje neįtauroje atliktas horizontalus, apie 5 cm ilgio kaklo odos pjūvis cistos projekcijoje, tarp viršutinio skydinės kremzlės krašto ir poliežuvinio kaulo. Išdalinti aplinkiniai audiniai iki *linea alba*, cista su kapsule fiksuota (4 pav.), išdalinta poliežuvinio kaulo medialinė dalis ir atlikta vidurinio trečdaliao kaulo rezekcija. Kaulas pašalintas viename komplekse su cista (5 pav.). Po poliežuvinio kaulu esančiame liežuviniam skydliaukės latake cistos eigos nestebėta. Į likusią

pooperacinę ertmę (6 pav.) įvestas ir fiksuotas drenas. Žaizda susiūta pasluoksniui (raumenys, poodis, oda) tirpiaisi siūlais. Pašalintas darinys ištirtas histologiškai (išvada – liežuvinio skydliaukės latako cista). Pacientui skirta profilaktinė antibiotikoterapija benzilpenicilinu (2 ml VV 4 k/d). Skausmui malšinti skirta diklofenako natrio druska (75 mg i/r pagal poreikį). Pooperacinė eiga sklandi, trečią dieną po operacijos pacientas išleistas namo.

Išvados

1. Liežuvinio skydliaukės latako cistos – kaklo dariniai, dažniausiai nustatomi jauno amžiaus pacientams.
2. Cistos diagnozuojamos remiantis klinikinės apžiūros duomenimis ir vaizdo tyrimais: kaklo minkštųjų audinių UG, KT, MRT.
3. Pagrindinis šių cistų gydymo būdas – chirurginis cistos pašalinimas. Jeigu cista nustatoma poliežuvinio kaulo projekcijoje, atliekama šio kaulo kūno vidurinio trečdaliao rezekcija (*Sistrunk procedure*).
4. Pašalinus cistą, būtinas histopatologinis ištyrimas dėl galimos suvėžėjimo rizikos, ypač vyresnio amžiaus pacientams.

Literatūra

1. Lesinskas E. Ausų, nosies ir gerklės ligos. Vilniaus universiteto leidykla, 2014.
2. Luna MA, Pineda-Daboin K. Cysts and unknown primary and secondary tumours of the neck and neck dissection. Pathology of the Head and Neck 2014:264-280.
https://doi.org/10.1007/3-540-30629-3_9

3. Kumar A, Teh A, Vartevan A. Cystic neck mass. *Journal of the American Osteopathic College of Radiology* 2018;7(4):20-22. [http://cdn.agilitycms.com/jaoacr/PDFs/Issues/Vol7Iss4CR1_Kumar.pdf\(2021-08-23\)](http://cdn.agilitycms.com/jaoacr/PDFs/Issues/Vol7Iss4CR1_Kumar.pdf(2021-08-23))
4. Righini CA, Hitter A, Reyt E, Atallah I. Thyroglossal duct surgery. Sistrunk procedure. *European Annals of Otorhinolaryngology. Head and Neck Diseases* 2016;133:133-136. <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2015.11.008>
5. Melissa A et al. Clinical practice guideline: evaluation of the neck mass in adults. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 2017;157(2S):SI-S30. <https://doi.org/10.1177/0194599817722550>
6. Thompson LDR. Thyroglossal duct cyst. *ENT-Ear, Nose & Throat Journal* 2017;96(2):54-55. <https://doi.org/10.1177/014556131709600204>
7. Prasad KC, Dannana NK, Prasad SC. Thyroglossal duct cyst: an unusual presentation. *ENT-Ear, Nose&Throat Journal* 2006;85(7):454-456. <https://doi.org/10.1177/014556130608500720>
8. Hobbs C, Bova R. Necklumps. A guide to assessment and management. *Medicine Today* 2010;11(4):26-34. [https://entthyroid.com.au/wp-content/uploads/2015/03/Medicine-Today-Neck-Lumps-Ron-Bova.pdf\(2021-08-25\)](https://entthyroid.com.au/wp-content/uploads/2015/03/Medicine-Today-Neck-Lumps-Ron-Bova.pdf(2021-08-25))
9. Islam O. Thyroglossal duct cyst imaging. *Radiology* 2017. [https://emedicine.medscape.com/article/1346365-overview#showall\(2021-08-25\)](https://emedicine.medscape.com/article/1346365-overview#showall(2021-08-25))

THYROGLOSSAL DUCT CYST: CASE REPORT

D. Bajorinas, K. Macytė

Keywords: thyroglossal duct cyst, congenital neck masses, Sistrunk procedure.

Summary

Thyroglossal duct cysts (TDC) are the most common congenital neck masses. They are usually diagnosed in childhood (occur in patients younger than 20 years), although, according to a literature, there are some patients of whom are aged over 50 years. This article will discuss classification of neck cysts, embryology, clinical significance, diagnostic and treatment of TDC and present a clinical case of 40 years old patient with TDC.

Correspondence to: kamilemacite@gmail.com

Gauta 2021-09-24