

Semptomatik Thornwaldt kisti: Üç olgu sunumu

Symptomatic Thornwaldt's cyst: Three cases

Erdem Atalay ÇETİNKAYA¹, İlker Burak ARSLAN², İbrahim ÇUKUROVA²

¹Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, KBB Kliniği, Antalya

²Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB Kliniği, İzmir

ÖZET

Nazofarengeal bursa olarak da bilinen Thornwaldt bursası, nazofarenks orta hattında bulunan bir çıkmaz olup, persistan notokord kalıntılarından meydana gelmiştir. Farengeal bursa, nazofarenks posterior duvarı boyunca longus kapitis adelesi arasında uzanan solunum epiteli ile kaplı bir boşluktur. Bursa ağız tıkanığından Thornwaldt kisti olarak bilinen benign mukozal nazofarenks kisti gelişir. Sık görülmesine rağmen, nazofarenksi tamamen doldurup tıkanıklığa yol açması enderdir. Çoğu zaman asemptomatiklerdir. Bununla birlikte enfekte olduklarında veya travmaya maruz kaldıklarında halitosis, oksipital baş ağrısı ve post nazal akıntı gibi semptomlara yol açabilirler. Tam endoskopik muayene, radyolojik ve histopatolojik incelemeyle konulur. Ayırıcı tanıda adenoid kisti, seromüsinöz gland kistleri, prevertebral abse, meningoensefalosel ve meningoensefalosel akla gelmelidir. Bu çalışmada semptomatik Thornwaldt kisti tanısı almış üç hastaya yaklaşımlarımız literatür eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Nazofarengeal kitle, Thornwaldt kisti, manyetik rezonans inceleme

ABSTRACT

Thornwaldt's bursa, also known as nasopharyngeal bursa, is a recess in the midline of the nasopharynx, which is made up by persistent notochord remnants. If the opening of the bursa is occluded, benign midline nasopharyngeal mucosal cyst called Thornwaldt's cyst develops. Although Thornwaldt's cyst is frequently seen, nasopharyngeal obstruction with the mass is a rare condition. Cysts are almost always asymptomatic. However, if they become infected or exposed to trauma they can cause some symptoms including halitosis, occipital headache and postnasal drip. Radiological and endoscopic examination can be used to diagnose the cyst. In its differential diagnosis seromucinous gland cysts, intraadenoid cysts, prevertebral abscess, meningocele or meningo-encephalocele should not be forgotten. In this study, we present our approach towards patients diagnosed with symptomatic Thornwaldt's cyst along with a literature review.

Key words: Nasopharyngeal mass, Thornwaldt's cyst, magnetic resonance imaging

Alındığı tarih: 21.04.2015

Kabul tarihi: 20.06.2015

Yazışma adresi: Dr. Erdem Atalay Çetinkaya,
Dumlupınar Cad. No:57, Manavkuyu-Bayraklı-
35535-İzmir

e-mail: drerdemcetinkaya@gmail.com

GİRİŞ

Thornwaldt kistleri, nazofarenksin arka üst bölümünde, superior konstriktör adalelerin üst kısmında yerleşen ve notokord kalıntılarıyla farengeal endoderm arasındaki ilişkinin embriyonel yaşam sonrasında da devam etmesi sonucu ortaya çıkan kistlerdir⁽¹⁾. Notokord kalıntılarıyla farengeal endoderm ara-

sındaki ilişkinin sürmesi, farenks mukozasını örten solunum epitelinin içe doğru büyümesine ve nazofarenksin arka üst kısmında orta hatta potansiyel bir boşluk oluşmasına neden olur. Nazofarengeal bursa olarak adlandırılan bu boşluk genel nüfusta %3 oranında bulunur. Eğer bursanın ağız enflamasyon veya travma gibi herhangi bir nedenle kapanırsa, bu potansiyel boşluk sıvıyla dolarak kist oluşumuna neden

olur. Kist enfekte olursa nazofarengeal apse gelişebilir ⁽²⁾. Aseptomatik kistler tedavi gerektirmez. Semptomatik olanlarda ise endoskopik, transoral veya transpalatal yaklaşımla eksize edilebilir. Bu makalede g¼ncel literat¼r taramaları eşliğinde iyi huylu nazofarengeal kitlelerde Thornwaldt kistlerinin ayırıcı tanıda yerini ve tedavisini tartışmak amaçlanmıştır.

OLGULAR

Olgu 1: Otuz beş yaşında kadın hasta son 2 ayda artan oksipital baş ağrısı, burun tıkanıklığı yakınmasıyla başvurdu. Anterior rinoskopide burun tıkanıklığını a¼ıklayacak semptom yoktu. Endoskopik muayenede nazofarenks orta hat biraz sağında yaklaşık 15 mm ¼aplı d¼zg¼n y¼zeyli, hafif fluktuasyon veren, mukozayla kaplı kitle mevcuttu. Hastadan nazofarenks magnetik rezonans g¼r¼nt¼leme (MRG) istendi. MRG sonucu ‘‘Nazofarenks arka duvarda kistik

lezyon (Thornwaldt kisti?)’’ olarak geldi. Endoskopi altında kistin ¼n duvarı tamamen eksize edildi. Kist cidarı histopatolojisi Thornwaldt kisti ile uyumlu olarak rapor edildi. Semptomları d¼zelen hastanın 4. ay kontrol endoskopisi normaldi.

Olgu 2: Kırk ¼ç yaşında kadın hasta son 1 ayda artan ağız kokusu, sağ kulakta daha belirgin dolgunluk hissi ve oksipital baş ağrısı yakınmasıyla başvurdu. Anterior rinoskopide sağ nazal pasajı hafif kapatan septal deviasyon ve sol alt konka hipertrofisi mevcuttu. Endoskopik muayenede nazofarenks orta hatta yaklaşık 15 mm ¼aplı d¼zg¼n y¼zeyli, hafif fluktuasyon veren, mukozayla. MRG sonucu nazofarenks arka duvar da kistik lezyon olarak yorumlandı. Endoskopik transnazal cerrahi altında kistin ¼n duvarı tamamen eksize edildi. Kist cidarı histopatolojisi Thornwaldt kisti ile uyumlu olarak rapor edildi. Semptomları d¼zelen hastanın 6. ay kontrol endoskopisi normaldi.



Resim 1. Olgu 1'e ait, T1 Aksiyal MRG kesitinde orta hat Thornwaldt kisti (ok).



Resim 2. Olgu 1'e ait, T2 Sagittal MRG kesitinde orta hat Thornwaldt kisti (ok).

Olgu 3: Kırk sekiz yaşında bayan olgu kliniğimize geceleri artan burun tıkanıklığı ve horlama şikayeti ile başvurdu. Anterior rinoskopisi olağan ancak endoskopik bakıda posterior konanın %60'ını kapatan düzgün yüzeyli kitle mevcuttu. MRG yüksek protein içerikli thornwaldt kisti ile uyumlu kitle olarak raporlandı. Endoskopik yaklaşımla kist serbest cidarı çıkarıldı. Postoperatif histopatolojik inceleme sonucu Thornwaldt kisti olarak yorumlandı.

TARTIŞMA

Burun tıkanıklığı nedenleri arasında nazofarenksin enfeksiyon, enflamasyon, benign ya da malign kitleleri sayılabilir. Thornwaldt bursası veya Farengeal bursa, nazofarenks posterior duvarı boyunca longus kapitis adelesi arasında uzanan solunum epiteli ile kaplı bir boşluktur. İlk kez 1885 yılında Alman Thornwaldt tarafından tanımlanmıştır (3). Notokord ile nazofarenks epiteli arasındaki embriyonik bir bağlantının açık kalmasıyla oluşur. Bu açıklık embriyonun son haftasına kadar sürer ve sonra kapanır. Literatüre göre %3 populasyonda açık kalır. Eğer nazofarenkse drene olan ağız tıkanırsa Thornwaldt kisti gelişir. Tıkanma nedeni travma, operasyon veya enfeksiyon olabilir. Thornwaldt kisti nazofarenks orta hatta gelişen bir lezyondur. Kist çoğunlukla asemptomatik iken enfekte olduğunda bulgu verebilir. Tüm yaş gruplarında görülebilmeye karşın ikinci dekatta pik yapar. Cinsiyete göre farklılık görülmez (1,2).

Thornwaldt kistinin tanısı nazofarenjeal bölgenin rigid ve flexible endoskopik muayenesi ve radyoloji ile konur. Özellikle, burun tıkanıklığı ve postnazal akıntısı olan hastalarda bu muayenelerin rutin olarak yapılmaması hâlinde bu kistler atlanabilir (3). Olgularımıza lokal anestezi ve dekonjesyon sonrası rigid (0,4 mm) endoskopi ile bakılmış alet tuşesiyle fluktasyon alınmıştır.

Thornwaldt kisti, ayırıcı tanısında meningoşel, meningomiyelosel, kordoma, adenoid retansiyon kistleri, brankiyal yarık kistleri, Rathke poşu kistleri, prevertebral abse ve sfenoid sinüs mukoseli düşünülmelidir. Rathke poşu notokorddan daha sefalik ve

anterior pozisyonda yer alır ve ender olarak enfekte olur; Thornwaldt kistlerinden daha önde ve yukarıda yerleşim gösterir. Adenoid retansiyon kistleri ise bol miktarda lenfoid doku içerir ve Thornwaldt kistinden histolojik olarak ayrılır. Brankiyal kleft kistleri ise her zaman nazofarenksin lateralinde bulunur. Meningoşel, meningomiyelosel radyolojik olarak intrakranial ilişkileri ile ayrılır (1-3).

Histopatolojik olarak bu kistlerde lenfoid doku ya çok azdır ya da hiç görülmez. Kistlerde bulunan sıvı çoğunlukla seröz kıvamlıdır. Enfekte olursa kist içeriği pürülan ve kanama olunca koyu renkli olabilir. Thornwaldt kistin de kistin iç yüzü solunum epiteli ile döşelidir ve ekstrasvazyon görülmez (3). Olgularımızın histopatolojileri lenfoid dokunun görülmediği solunum epiteli ile döşeli kist cidarı olarak rapor edilmişti.

Thornwaldt bursası krut tipi ve kistik tip olarak grupta ayrılır. Krut tipinde, bursanın ağız açık ve bu açıklıktan nazofarenkse sürekli bir drenaj vardır. Bu tipin bulunduğu hastalarda halitosis yakınması görülür. Kistik tip genellikle asemptomatiktir. Eğer kistin boyutu 1-2 cm'yi geçerse geçmeyen postnazal akıntı, oksipital baş ağrısı ve boyun kaslarında sertlik, halitosis, boğazda gıcıklenme, nazofarenks konuşma ve östaki fonksiyon bozukluğu gibi semptomlar görülebilir. Bu duruma Thornwaldt sendromu denir. Olgularımızda oksipital baş ağrısı ortak semptomdu. Literatürde serebral arter anomalileriyle birliktelik gösteren yayın mevcuttur (4). Radyolojik olarak manyetik rezonans görüntüleme (MRG) veya bilgisayarlı tomografi (BT) ile değerlendirilme yapılır. Orta hatta yerleşimli, düzgün sınırlı uniloküler veya multiloküler oluşumlar olarak görülürler. Bilgisayarlı tomografiye göre daha duyarlı olduğundan, MRG daha iyi bilgi verir (resim) (5). Boyutları genellikle 2-10 mm'dir. Literatürde 36 mm kadar rastlanmış olgular mevcuttur (6,7).

Kistlerin tedavisinde çeşitli cerrahi yöntemleri uygulanabilir. Asemptomatik ve 1 cm altında kistler herhangi bir tedavi gerektirmez. Semptomatik olanlarda ise endoskopik, transoral veya transpalatal yaklaşımla eksize edilebilir (8,9). Transoral veya transna-

sal endoskopik olarak kistin tamamının eksizyonu zor olmakla birlikte, marsupiyalizasyonu kolaylıkla yapılabilir. Transpalatal yaklaşım büyük kistlerin eksizyonu için kullanılır. Power asiste endoskopik transnazal rezekziyon ve CO₂ lazer kullanılmış yayınlar mevcuttur ^(10,11). Morbiditesinin az olması, etkin ve hızlı tedavi sağlaması nedeniyle olgularımızda endoskopik marsupializasyonu tercih ettik. Olgularımız lokal ve sedasyon anestezisi altında endoskopi eşliğinde kist ön duvarı alınarak tedavi edilmiş postoperatif komplikasyon , nüks görülmemiştir.

Sonuç olarak, Thornwaldt kisti bilindiğinden daha sık görülen benign kistik bir lezyondur. KBB pratiğinde nazofarenksi tamamen tı kayıp obstrüktif bulgu vermesi sık olmasa da burun tıkanıklığı yapabilecek nedenler arasında anımsanmalıdır. Tanıda, malign nazofarenks kitlelerinden ayırıcı tanısı yapılmalı özellikle biyopsi düşünülüyorsa önce görüntüleme sonra biyopsi yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Gustafson RO, Neel HB. Cyst and tumors of the nasopharynx. In: Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL, eds. Otolaryngology. Philadelphia: WB Saunders, 1991: 2189-2198.
2. Weissman JL. Thornwaldt cyst. *Am J Otolaryngol* 1992; 13(6):381-385. [http://dx.doi.org/10.1016/0196-0709\(92\)90080-D](http://dx.doi.org/10.1016/0196-0709(92)90080-D)
3. Moody MW, Chi DH, Mason JC, Phillips CD, Gross CW, Schlosser RJ. Thornwaldt's cyst: incidence and a case report. *Ear Nose Throat J* 2007;86(1):45-47.
4. Osborn MF, Buchanan BK, Akle N, Badr A, Zhang J. Embryologic association of Thornwaldt's cyst with cerebral artery abnormalities and infarction: A Case Report. *Case Rep Pediatr* 2012; 2012.
5. Magliulo G, Fusconi M, D'Amico R, de Vincentiis M. Thornwaldt's cyst and magnetic resonance imaging. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001;110:895-896. <http://dx.doi.org/10.1177/000348940111000916>
6. Yanagisawa E, Yanagisawa K. Endoscopic view of Thornwaldt cyst of the nasopharynx. *Ear Nose Throat J* 1994;73:884-885.
7. Lin JH, Tai CF, Lee KW, Ho KY, Kuo WR, Wang LF. Huge Thornwaldt's cyst: a case report. *Kaohsiung J Med Sci* 2006;22(10):524-528 [http://dx.doi.org/10.1016/S1607-551X\(09\)70348-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1607-551X(09)70348-1)
8. Yuca K, Etlik O, Kiroglu AF, Celebi S, Yakut F. Endoscopic view and MRI of a Thornwaldt's cyst of the nasopharynx. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 2005;1(3):155-157.
9. Yılmaz MD, Derekoy FS, Aktepe F, Altuntas A. A report of Thornwaldt's cyst in four patients: the effectiveness of endoscopic approach in three symptomatic cases. *ENT Itisias J* 2003;10:74-77.
10. El-Anwara MW, Amara HS, Elnashara I, Askara SM, Ahmed AF. 5 years follow up after transnasal endoscopic surgery of Thornwaldt's cyst with powered instrumentation. *Auris Nasus Larynx* 2015;(42)1:29-33. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anl.2014.08.016>
11. Caliman MA, Cabernite EM, Vieira JT, Pasin DC, Fomin DS. Thornwaldt cyst - treatment with diode laser. *Braz J Otorhinolaryngol* 2013;79(5):644. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-8694.20130116>