

Tungurótarskjaldkirtill (lingual thyroid)

– sjúkratilfelli: kona með fyrirferð í tungurót

Ágrip

Birgir Briem
DEILDARLÆKNIR

Anna Björk Magnúsdóttir
SÉRFRÆÐINGUR
Í HÁLS-, NEF- OG
EYRNALÆKNINGUM

Tungurótarskjaldkirtill er meðfæddur galli þar sem villtur (ectopic) skjaldkirtilsvefur finnst í tungurót. Skjaldkirtilsfrumur sem myndast í foramen cecum (botnristilsgati) fóstursins stansa nálægt uppruna sínum í tungurótinni í stað þess að halda áfram för sinni niður skjaldtungurásina (thyroglossal duct). Þannig komast þær aldrei á áfangastað sinn framan á barka. Þessar frumur geta einnig endað á öðrum stöðum á leið sinni, svo sem við tungubeinið, í vélinda, gollurshúsi, miðmæti og þind (1, 2, 3, 4). Villtan skjaldkirtilsvef er algengast að finna í tungurót og endar þar í 90% þeirra tilvika sem ferðalag skjaldkirtilsfrumnanna fer úrskaiðis (3). Ekki er ljóst hvað veldur því að frumurnar villast af leið en líklegar skýringar eru taldar vera sýkingar móður snemma á meðgöngu, mótefnamyndun gegn skjaldkirtilsfrumum í blóði móður og stökkbreytingar á genum (4, 5). Tungurótarskjaldkirtill er fjórfalt til sjöfalt algengari í konum en körlum og meðalaldur við greiningu er 40,5 ár (3, 4). Einkenna verður helst vart kringum kynþroska, við þungun og á breytingaskeiði. Talið er að hækkingun á skjaldvakakveikja (TSH, thyroid stimulating hormone) á þessum tímabilum hvetji vöxt skjaldkirtilsvefs (6-8). Hægt er að hafa skjaldkirtilsvef á fleiri en einum stað en 75% einstaklinga með tungurótarskjaldkirtill hafa engan annan skjaldkirtilsvef (7,9).

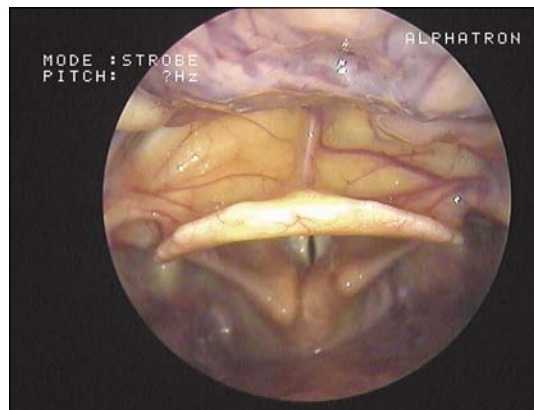
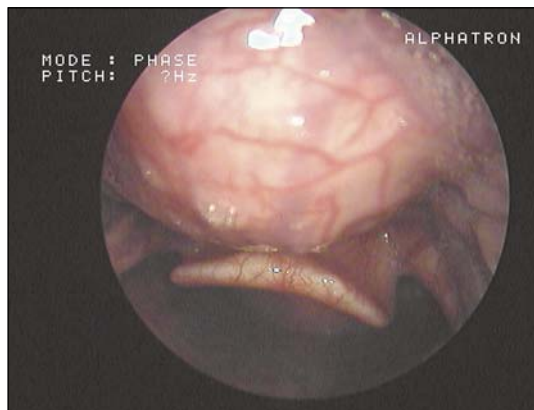
Tilfelli

Saga: 43 ára kona leitaði á göngudeild HNE-deildar Landspítala Fossvogi að ráði gigtækna með tveggja vikna sögu um sármyndanir í munni

og kyngingartruflanir. Hún hafði undanfarin ár fundið fyrir óþægindum í koki sem hún lýsti sem kverkaskít, hóstakjöltri og öndunaróþægindum

HNE-deild Landspítala.

Fyrirspurnir og bréfaskipti:
Anna Björk Magnúsdóttir,
HNE-læknir,
Landspítala Fossvogi.
abmagnus@landspitali.is



Mynd 1. Bein speglun á koki (laryngostroboscopia). Mynd 1A sýnir tungurótarskjaldkirtill en til samanburðar er eðlileg speglun á koki (mynd 1B).

ENGLISH SUMMARY

Briem B, Magnúsdóttir AB

Lingual thyroid – case report: A woman with a tumor at the base of the tongue

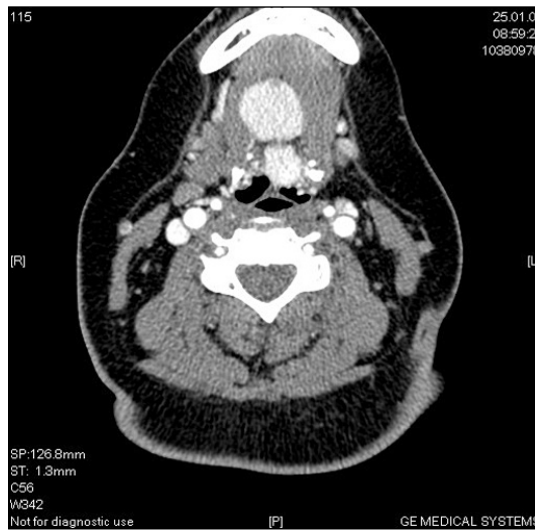
Læknablaðið 2005; 91: 661-3

We report a case of lingual thyroid. A woman presented with a few years history of mild dysphagia, cough and uncomfortable breathing when going to sleep at night. Laryngostroboscopy showed a mass lesion at the base of the tongue. A CT scan and thyroid scanning revealed a bilobar mass of thyroid tissue, compatible with a lingual thyroid. No thyroid gland was found at its usual location. The woman was euthyroid and since her symptoms were mild she was treated with thyroxin and observation. Lingual thyroid is a rare phenomenon caused by abnormal migration of thyroid cells during the first weeks of fetal life. Females are affected more often than males and although this condition is often asymptomatic, symptoms can occur, most often during puberty, pregnancy and menopause. On examination a mass is noted at the base of the tongue and the diagnosis is then confirmed with CT/MRI and thyroid scanning. Treatment can vary from observation to thyroxin medication, radioactive iodine and complicated surgical intervention, depending on the symptoms and the overall health of the patient.

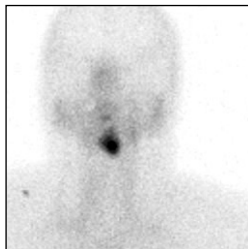
Keywords: *lingual thyroid, ectopic thyroid.*

Correspondence: Anna Björk Magnúsdóttir,
abmagnus@landspitali.is

Lykilorð: tungurótarskjaldkirtill, villtur skjaldkirtill.



Mynd 2. Tölvusneiðmynd af tungurót.



Mynd 3. Ísótóparannsókn af skjaldkirtilsvef.

þegar hún lagðist út af á kvöldin. Einkenni voruð stutt og háðu henni ekki mikið.

Heilsufar: Hefur slæma liðagigt sem er meðhöndluð með prednisólón og infliximab. Sögu um hornhimnuskípti, gallblöðruaðgerð, speglun á hné og keisaraskurð.

Skoðun við komu: Við skoðun sáust slímhúðarbreytingar á tungu og í munnholi sem líktust sveppasykingu. Sveigjanleg (fiberlaryngoscopia) og bein speglun (laryngostroboscopia) á koki og barkakýli sýndu fyrirferð í miðju tungurót með sléttu, æðaríku yfirborði. Fyrirferðin teygði sig niður í botn speldislágar (vallecula) og lá þétt upp að barkakýlisloki (epiglottis).

Rannsóknir: Blóðprufur sýndu eðlileg skjaldkirtilspróf (TSH 2,85 mU/L, frítt T4 12,8 pmól/L). Skjaldglóbúlín og skjaldperoxíðasi voru innan eðlilegra marka. Tölvusneiðmynd af hálsi sýndi tvíklöfna, einsleita fyrirferð í tungurót. Umfang hvors lappa var um 3 cm og hafði fyrirferðin áberandi skuggaefnisupphleðslu. Skjaldkirtill var ekki til staðar á sínum hefðbunda stað framan á barka.

Greiningin var staðfest með ísótóparannsókn sem sýndi virkan skjaldkirtil í tungurót. Ekki var til staðar annar skjaldkirtilsvefur.

Meðferð: Með hliðsjón af vægum einkennum kon-

unnar var ákveðið að meðhöndla einungis með týroxíni til að hemja frekari vöxt kirtilsins. Byrjað var með 50 µg á dag en skammti síðan stjórnað með hliðsjón af skjaldkirtilsprófum (TSH <0,4 mU/L og FT4 >25 pmól/L). Áframhaldandi eftirlit fyrirhugað á sex mánaða fresti til að byrja með.

Umræða

Hickman lýsti fyrsta tilfellinu af tungurótarskjaldkirtli árið 1869 hjá nýfæddri stúlku sem dó 16 klukkustunda gömul vegna köfnunar (10). Síðan þá hefur fleiri en 400 tilfellum verið lýst (13). Þar sem tungurótarskjaldkirtill er talinn einkennalaus í flestum tilfellum greinist hann oft aldrei og því erfitt að áætla algengi hans. Sumir hafa áætlað algengið kringum 1/100.000 (4-6, 11).

Helstu einkennum tungurótarskjaldkirtils eru aðskotatilfinning í koki, ræskingar, óþægindi við kyngingu, mæði, hæsi, köfnunartilfinning, sogöndun (stridor) hjá nýburum og jafnvel blæðing úr koki. Um 10% þeirra sem hafa tungurótarskjaldkirtil hafa vanstarfsemi í kirtlinum en ofstarfsemi er mjög sjaldgæf (9).

Tungurótarskjaldkirtill sést sjaldan við skoðun á munnkoki eða munnholi. Nauðsynlegt er að spegla tungurót beint, með beinu eða sveigjanlegu speglunartæki, eða óbeint með spegli til að sjá fyrirferðina. Kirtillinn hefur oftast fölbléikan lit en getur líka verið mjög æðaríkur og með rauðleitum blæ. Rannsóknir til frekari staðfestingar og greiningar eru ómskoðun af tungurót, tölvusneiðmynd eða segulómun. Technitium ísótóparannsókn staðfestir að um skjaldkirtilsvef sé að ræða og kemur í stað sýnatöku sem er umdeild vegna blæðingarahættu.

Mismunagreiningar tungurótarskjaldkirtils eru skjaldtungublaðra (thyroglossal cyst), skinnlíkisblaðra (dermoid cyst), blóðæðaæxli (hemangioma), munnvatnskirtilsblaðra, fituæxli (lipoma), kirtilæxli (adenoma), eitlastækkun og illkynja vöxtur. Tíðni illkynja vaxtar í tungurótarskjaldkirtli er talin vera um 1% og hefur 29 tilfellum verið lýst (12).

Meðferð tungurótarskjaldkirtils miðast við stærð fyrirferðar og einkennum, almennt ástand sjúklings, of- eða vanstarfsemi kirtilvefs, sármyndanir, blæðingar og illkynja vöxt. Almennt er talið að eftirlit sé nægjanlegt á einkennalausum eða einkennalítum tungurótarkirtli. Oft er þó beitt bælandi skjaldkirtilhormónamedferð til að fyrirbyggja frekari vöxt hins villta skjaldkirtilsvefs. Ef einkenni eru mikil eða grunur um illkynja vöxt er kirtillinn fjarlægður með skurðaðgerð. Ýmsum aðgerðum hefur verið lýst. Hægt er að fara gegnum munn og fjarlægja kirtilinn með hníf, leiser-

geisla eða frystingu. Einnig er hægt að koma að kirtlinum með skurði utan frá á hálsi og þá ýmist fjarlægja allan kirtilinn, fjarlægja hann og flytja á annan stað (autotransplant) eða flytja hann um set neðar á háls með óskertu blóðflæði (transposition) (5, 13). Geislaþöðmeðferð hefur verið beitt hjá eldra fólki sem þolir illa svæfingu, öðrum sem ekki er treyst í aðgerð og þeim sem kjósa það í stað aðgerðar. Þessi meðferð er ekki notuð til meðhöndlunar á börnum og unglingum vegna geislaáhrifa á kynkirtla og fleiri líffæri (1, 9).

Heimildir

- Hazarika P, Siddiqui SA, Pujary K, Shah P, Nayak DR, Baladrishnan R. Dual Ectopic Thyroid: A Report of Two Cases. *J Laryngol Otol* 1998; 122: 393-5.
- Morgan NJ, Emberton P, Barton RP. The Importance of Thyroid Scanning in Neck Lumps- A Case Report of Ectopic Tissue in the Right Submandibular Region. *J Laryngol Otol* 1995; 109: 674-6.
- Noyek AM, Friedberg J. Thyroglossal Duct and Ectopic Thyroid Disorders. *Otolaryngol Clin North Am* 1981; 14: 187-201.
- Williams JD, Sclafani AP, Slupchinskij O, Douge C. Evaluation and Management of the Lingual Thyroid Gland. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1996; 105: 312-6.
- Puxeddu R, Pelagatti CL, Nicolai P. Lingual Thyroid: Endoscopic Management with CO2 Laser. *Am J Otolaryngol* 1998; 19: 136-9.
- Basaria S, Westra WH, Cooper DS. Ectopic Lingual Thyroid Masquerading as Thyroid Cancer Metastases. *J Clin Endocrinol & Metabol* 2001; 86: 392-6.
- Sauk JJ. Ectopic Lingual Thyroid. *J Pathol* 1970; 102: 239-43.
- Thomas G, Hoilat R, Daniels JS, Kalagie W. Ectopic Lingual Thyroid: A Case Report. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2003; 32: 219-21.
- Baik SH, Choi JH, Lee HM. Dual Ectopic Thyroid. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2002; 259: 105-7.
- Hickman W. Congenital Tumour of the Base of the Tongue Pressing Down the Epilottis on the Larynx and Causing Death by Suffocation Sixteen Hours After Birth. *Trans Pathol Soc London* 1869; 20: 160-1.
- Tincani AJ, Martins AS, Del Negro A, Aratijo PPC, Baretto G. Lingual Thyroid Causing Dysphonia: Evaluation and Management. Case Report. *Sao Paulo Med J* 2004; 122: 67-9.
- Pérez JS, Muñoz M, Naval L, Blasco A, Diaz FJ. Papillary Carcinoma Arising in Lingual Thyroid. *J Cranio-Maxillofac Surg* 2003; 31: 179-82.
- Gallo A, Leonetti F, Torri E, Maniccioco V, Simonelli M, DeVincentis M. Ectopic Lingual Thyroid as Unusual Cause of Severe Dysphagia. *Dysphagia* 2001; 16: 220-3.
- Barthel A, Bornstein SR. Obstructive Lingual Thyroid. *N Engl J Med* 2005; 352: e1.
- Douglas PS, Baker AW. Lingual Thyroid. *J Oral Maxillofac Surg* 1994; 64: 123-4.
- Kamat MR, Kulkarni JN, Desai PB, Jussawala DJ. Lingual Thyroid: A Review of 12 Cases. *Br J Surg* 1979; 66: 537-9.
- Kumar R, Khullar S, Gupta R, Marawah A, Malhotra A. Dual Thyroid Ectopy: Case Report and Review of the Literature. *Clin Nucl Med* 2000; 25: 253-4.
- Wong RJ, Cunningham MJ, Curtin HD. Cervical Ectopic Thyroid. *Am J Otolaryngol* 1998; 19: 397-400.