

DIAGNOSIS DAN PENATALAKSANAAN KISTA DUKTUS TIROGLOSUS

I Made Mustika, I Gde Ardika Nuaba

Bagian / SMF Ilmu Kesehatan THT-KL Fakultas Kedokteran
Universitas Udayana / Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar Bali

ABSTRAK

Kista duktus tiroglosus merupakan massa leher kongenital yang paling sering dijumpai pada anak-anak namun dapat juga dijumpai pada orang dewasa. Kelainan ini terjadi oleh karena kegagalan obliterasi duktus tiroglosus selama masa embriologi. Pada laporan kasus ini dilaporkan seorang perempuan berusia 35 tahun dengan kista duktustiroglosus. Keluhan disadari sejak 2 bulan yang lalu. Pemeriksaan sitologi aspirasi jarum halus preoperasi suatu lesi kistik, gambaran morfologi sesuai untuk kista duktus tiroglosus. Hasil tes fungsi tiroid dalam batas normal dan hasil ultra sonografi leher menunjukkan kesan suspek kista duktus tiroglosus, tiroid kanandankiri normal. Penatalaksanaan kasus ini adalah eksisi seluruh kista dan saluran duktus tiroglosus sampai foramen sekum pada dasar lidah yang dikenal dengan teknik Sistrunk. Hasil histopatologi spesimen pembedahan menunjukkan kista duktus tiroglosus. Perkembangan kasus ini menunjukkan hasil penyembuhan yang baik dan 6 bulan pasca-tindakan eksisi tidak ditemukan adanya kekambuhan. [MEDICINA 2015;46:52-55].

Kata kunci: kistaduktustiroglosus, eksisi, teknik Sistrunk.

DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF THYROGLOSSAL DUCT CYST

I Made Mustika, I Gde Ardika Nuaba

Departement of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery,
Udayana University Medical School / Sanglah Hospital Denpasar Bali

ABSTRACT

Thyroglossal duct cyst (TDC) is common congenital neck mass usually present in young children although can be found in adult. TDC results from a failure in obliteration of the embryogenic duct formation during thyroid migration. We report a case of a 35 year-old woman with TDC since 2 months ago. Fine needle aspiration cytology preoperative shows cystic lesion, morphological views appropriate as thyroglossal duct cyst. Thyroid function test was normal and neck ultrasonography showed suspect thyroglossal duct cyst, both of thyroid was normal. Management of this case was complete cyst excision until base of hyoid bone, removal of the central portion of the hyoid bone and excision of any proximal thyroglossal duct as known as Sistrunk procedure. Histopathology finding of post operative specimen showed thyroglossal duct cyst. Healing process in this case has been shown good results and 6 months after excision there was no recurrences. [MEDICINA 2015;46:52-55].

Keywords: thyroglossal duct cyst, excision, Sistrunk procedure.

PENDAHULUAN

Kista duktus tiroglosus merupakan massa leher kongenital yang paling sering dijumpai pada anak-anak namun dapat juga dijumpai pada orang dewasa.^{1,2} Sekitar 7% kista duktus tiroglosus didapatkan dari populasi dan hanya sedikit yang menimbulkan gejala.³ Tidak ada perbedaan predileksi jenis kelamin antara laki-laki dan perempuan.^{4,5} Swaid dan Al-Ammar² melaporkan rerata umur penderita kista duktustiroglosus muncul pada usia

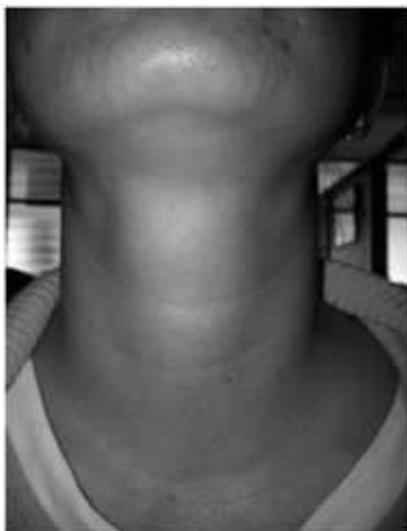
13 tahun. Sebanyak 20% kasus muncul diatas umur 16 tahun.²

Diagnosis kista duktus tiroglosus ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Diagnosis pasti ditegakkan dengan pemeriksaan histopatologi.^{1,2,6,7}

Penatalaksanaan kista duktus tiroglosus ini adalah dengan tindakan operasi eksisi seluruh kista dan saluran duktus tiroglosus sampai foramen sekum pada dasar lidah. Hubungan yang erat antara traktus dengan tulang hioid mengharuskan pengang-

katan bagian tengah hioid untuk meyakinkan pengangkatan saluran atau biasa disebut dengan teknik Sistrunk.^{1,2,5,8} Teknik Sistrunk dapat menurunkan kekambuhan dibandingkan dengan teknik eksisi biasa. Angka kekambuhan dapat mencapai 85% bila dilakuka neksisi sederhana.⁵

Transformasi kista duktus tiroglosus menjadi ganas sangat jarang yaitu sekitar 1% dan umumnya ditemukan pada usia lanjut.¹ Kekambuhan kista duktus tiroglosus setelah dilakukan eksisi dengan teknik Sistrunk dilapor-



Gambar 1. Nodul pada garis tengah leher di bawah tulang hioid.

berbatas tegas, berfluktuasi, tidak disertai rasa nyeri serta ikut bergerak ke atas saat menelan dan menjulurkan lidah.

Pemeriksaan penunjang ultrasonografi leher dengan hasil kesan suspek kista duktus tiroglosus, tiroid kanan dan kiri normal. Hasil tes fungsi tiroid dalam batas normal, TSH: 0,98 μ UI/ml dan FT4: 1,21 pmol/L. Hasil pemeriksaan *fine needle aspiration cytology* (FNAC) yaitu suatu lesi kistik, gambaran morfologi sesuai untuk kista duktus tiroglosus. Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang tersebut penderita didiagnosis dengan kista duktus tiroglosus.

Penderita direncanakan

eksisi kista dengan teknik Sistrunk dengan anestesi umum. Persiapan preoperasi, pasien dikonsulkan ke bagian penyakit dalam dan anestesi dengan jawaban setuju untuk dilakukan tindakan. Durante operasi ditemukan kista beserta traktusnya dieksisi sampai ke dasar tulang hioid, kemudian bagian sentral dari tulang hioid ikut dipotong (**Gambar 2**). Sediaan operasi kemudian dikirim ke Bagian Patologi Anatomi.

Pasca-operasi penderita diterapi dengan sefotaksim 1 gram setiap 12 jam intravena dan ketorolak 10 mg setiap 8 jam intravena. Hari pertama pasca-operasi, kondisi luka operasi terawat baik, jahitan baik dan

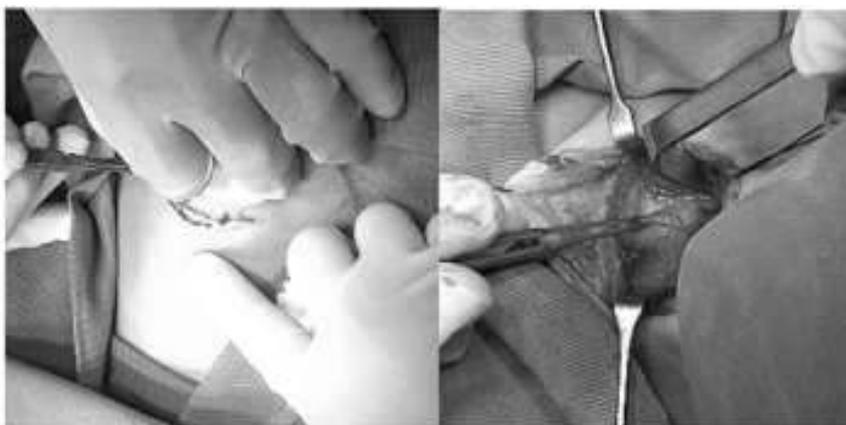
kan sekitar 0% sampai 8%.^{7,8}

Kasus ini menarik untuk dilaporkan karena dijumpai pada orang dewasa (umumnya kista duktus tiroglosus sering dijumpai pada anak-anak).

ILUSTRASI KASUS

Penderita NMS, perempuan, umur 35 tahun, bertempat tinggal di lingkungan banjar Sandan, desa Sesandan, Tabanan, pekerjaan sebagai karyawan bank datang ke poliklinik THT RSUP Sanglah Denpasar pada tanggal 8 Maret 2013 dengan keluhan timbul benjolan pada garis tengah leher. Benjolan tersebut dirasakan timbul sejak lebih kurang 2 bulan yang lalu, namun tidak nyeri. Awalnya sebesar kelereng, makin lama makin bertambah besar dan menimbulkan rasa mengganjal di leher (**Gambar 1**). Riwayat pengobatan sebelumnya tidak ada.

Status generalis dalam batas normal, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 88 kali per menit, respirasi 16 kali per menit, suhu tubuh 36,5°C. Pemeriksaan telinga, hidung dan tenggorok dalam batas normal. Pada regio anterior leher didapatkan massakistik pada garis tengah leher di bawah tulang hioid dengan diameter lebih kurang 3 cm,



Gambar 2. Eksisi kista duktustiroglosus dan traktusnya dengan teknik Sistrunk.



Gambar 3. Pemeriksaan leher 6 bulan pasca-operasi.

produksi *drain* ± 5 cc. Hari kedua pasca-operasi produksi *drain* minimal, hari ketiga pasca-operasi produksi *drain* tidak ada sehingga *drain* dilepas dan pasien diperbolehkan rawat jalan dengan terapi per oral berupa sefiksime 2 x 200 mg dan asam mefenamat 3 x 500 mg.

Penderita kontrol 1 minggu kemudian dan membawa hasil pemeriksaan histopatologi dengan hasil kista duktus tiroglosus. Luka operasi baik tanpa tanda infeksi, kemudian jahitan dilepas. Saat evaluasi 6 bulan pasca-operasi tidak ditemukan kekambuhan pada penderita (**Gambar 3**).

DISKUSI

Kista duktus tiroglosus paling sering dijumpai pada anak-anak namun dapat jugadijumpai pada orang dewasa, secara epidemiologi tidak ada perbedaan predileksi jenis kelamin antara laki-laki dan perempuan.^{1,2,4,5} Pada kasus ini didapatkan pada perempuan umur 35 tahun.

Terdapat dua teori yang mengenai etiopatogenesis kista duktus tiroglosus. Teori klasik menganggap terbentuknya kista duktus tiroglosus oleh karena kegagalan obliterasi dari duktus tiroglosus. Teori Otto menyatakan bahwa jaringan primordial tiroid terbentuk di dekat jantung yang kemudian dilanjutkan dengan terbentuknya saluran penghubung antara kelenjar tiroid dengan jaringan epitel di dasar mulut atau duktus tiroglosus. Hal ini terjadi akibat bertambah naiknya bagian kepala yang diikuti oleh kelenjar tiroid. Berdasarkan teori ini, duktus tiroglosus mengandung dua jenis epitel yaitu epitel dasar mulut di bagian superfisial atau pars epitelialis dan epitel tiroid di bagian inferior atau pars tiroidea. Area perbatasan yang berbeda dalam berdiferensiasi diantara kedua epitel ini akan mengalami ruptur pada minggu ke-6. Semua malformasi tiroid dapat dijelaskan berdasarkan teori ini yaitu jika

duktus tiroglosus tidak mengalami ruptur pada level area perbatasan diferensiasi, melainkan terjadi pada level bawah atau pars tiroidea, maka jaringan tiroid akan tetap berada pada daerah ujung kranial duktus tiroglosus pada saat bertambah naiknya bagian kepala. Jaringan tiroid ektopik ataupun goiter lingual bisa timbul akibat mekanisme ini. Bila duktus tiroglosus ruptur pada level yang lebih tinggi atau pada pars epitelialis, jaringan epitel non-tiroid akan menetap pada area di antara dasar lidah dan kelenjar tiroid sehingga bisa menjadi lokasi untuk terbentuknya suatu kista epitel atau kista duktus tiroglosus. Kista epitel ini juga bisa mengandung jaringan tiroid.⁴

Pada anamnesis didapatkan adanya benjolan pada garis tengah leher, umumnya di bawah tulang hioid. Benjolan membesar perlahan namun tidak disertai rasa nyeri. Benjolan ini ikut bergerak ke atas saat menelan dan menjulurkan lidah. Bila disertai infeksi, benjolan akan berwarna kemerahan disertai rasa nyeri dan bertambah besar dengan cepat. Kadang-kadang penderita mengeluh rasa mengganjal di leher dan sulit menelan.^{1,2,4-6,7} Pada kasus didapatkan keluhan adanya benjolan pada garis tengah leher di bawah tulang hioid berbatas tegas, berfluktuasi namun tidak disertai rasa nyeri serta ikut bergerak ke atas saat menelan dan menjulurkan lidah dimana hal ini sesuai dengan literatur.

Pada pemeriksaan fisik akan didapatkan massa kistik yang tidak nyeri pada garis tengah leher di bawah tulang hioid. Kista paling sering ditemukan di bawah tulang hioid (60,9%), namun dapat juga berlokasi di intralingual (2,1%), di atas tulang hioid (24,1%) atau di suprasternal (12,9%). Jika mengalami infeksi kista akan berwarna kemerahan disertai nyeri tekan. Kista ikut bergerak ke atas pada saat menelan dan menjulurkan lidah. Hal ini

merupakan tanda patognomonik oleh karena tidak ada benjolan lain di garis tengah yang bergerak ke atas saat lidah dijulurkan.⁴

Pemeriksaan penunjang berupa radiologi preoperasi pada penderita dengan kecurigaan kista duktus tiroglosus tidak hanya untuk membantu menegakkan diagnosis namun juga untuk mengidentifikasi kelenjar tiroid yang normal.^{9,10} Masing-masing teknik pemeriksaan radiologi memberikan keuntungan dan kerugian sehubungan dengan hal tersebut. Pemeriksaan USG cukup akurat untuk memberikan gambaran pada lesi kistik dengan tingkat sensitivitas 75%. Keuntungannya yaitu paparan radiasi yang ringan pada penderita dan juga biaya yang relatif murah di dibandingkan pemeriksaan radiologi yang lain seperti tomografi komputer (*CT scan*) dan *magnetic resonance imaging* (MRI).^{1,2,4-6} Tes fungsi tiroid penting dikerjakan untuk mengetahui fungsi kelenjar tiroid yang normal. Apabila didapatkan kelainan fungsi tiroid perlu dilakukan *thyroid scan* untuk menyingkirkan kemungkinan kelainan tiroid ektopik.^{2,10,11} Pemeriksaan *fine needle aspiration cytology* (FNAC) untuk mengetahui sifat umum penyakit seperti radang, tumor jinak atau tumor ganas.¹² Pada pemeriksaan histopatologi tampak kista dilapisi oleh epitel berlapis semu bersilia atau epitel skuamosa. Kelenjar mukus dan folikel tiroid biasanya terlihat pada jaringan ikat yang berdekatan. Radang oleh karena infeksi sekunder sering ditemukan, terutama pada kasus-kasus yang disertai sinus pada kista tersebut. Maka akan tampak lapisan epitel yang hilang sebagian dan infiltrasi sel-sel radang pada jaringan ikat.^{13,14} Pada kasus ini telah dilakukan pemeriksaan USG leher dengan kesan suspek kista duktus tiroglosus, tiroid kanan dan kiri normal. Hasil tes fungsi tiroid dalam batas normal dan hasil

pemeriksaan FNAC yaitu suatu lesi kistik, gambaran morfologi sesuai untuk kista duktus tiroglossus.

Penatalaksanaan kista duktus tiroglossus yaitu dengan tindakan operasi eksisi seluruh kista dan saluran duktus tiroglossus sampai foramen sekum pada dasar lidah. Hubungan yang erat antara traktus dengan tulang hioid mengharuskan pengangkatan bagian tengah hioid untuk meyakinkan pengangkatan saluran atau biasa disebut dengan teknik Sistrunk.^{1,2,5,8} Pada kasus ini dilakukan eksisi seluruh kista dan saluran duktus tiroglossus sampai foramen sekum pada dasar lidah atau dikenal dengan teknik Sistrunk untuk mencegah kekambuhan.

Prognosis kista duktus tiroglossus cenderung mengalami kekambuhan dalam beberapa bulan bila dilakukan eksisi biasa. Kekambuhan kista duktus tiroglossus setelah dilakukan eksisi dengan teknik Sistrunk dilaporkan sekitar 0% sampai 8%.^{7,8} Pada pasien ini 6 bulan pasca-tindakan eksisi dengan teknik Sistrunk tidak ditemukan adanya kekambuhan.

RINGKASAN

Telah dilaporkan satu kasus kista duktustiroglossus pada seorang perempuan berusia 35 tahun. Penderita telah dilakukan eksisi kista duktustiroglossus dengan teknik Sistrunk dan hasil histopatologi menunjukkan kista duktustiroglossus. Perkembangan kasus ini menunjukkan hasil penyembuhan yang baik dan 6 bulan pasca-tindakan eksisi tidak ditemukan adanya kekambuhan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Slough CM, Dralle H, Machens A, Randolph GW. Diagnosis and treatment of thyroid and parathyroid disorders. Dalam: Bailey BJ, Johnson JT, Newlands SD, penyunting. *Head and Neck Surgery Otolaryngology*. Edisi ke-4. Texas: Lippincot William & Wilkins; 2006. h.1630-55.
2. Swaid AI, Al-Amar AY. Management of thyroglossal duct cyst. *The Open Otorhinolaryngology Journal*. 2008;2:26-8.
3. Tarcoveanu E, Niculescu D, Cotea E, Vasilescu A, Crumpei F, Ferariu D, dkk. Thyroglossal duct cyst. *Jurnalul de Chirurgie, Iasi*. 2009;5:45-51.
4. Probst R, Grevers G, Iro H. *Basic Otorhinolaryngology*. New York: Thieme; 2006.
5. Clarke P. Benign neck disease: infections and swellings. Dalam: Gleeson M, penyunting. *Scott's Brown's Otolaryngology Head and Neck Surgery*. Edisi ke-7. Great Britain: Hodder Arnold ltd; 2008. h.1777-8.
6. Islam Omar, Naul GL. Thyroglossal duct cyst. Diperbaharui 19 September 2013 [diakses 10 Maret 2014]. Diunduh dari: URL: (<http://emedicine.medscape.com/article/1346365-overview>).
7. Acierno SP, Waldhausen JH. Congenital cervical cysts, sinuses and fistulae. *Otolaryngol Clin North Am*. 2007;40(1):161-76.
8. Wagner G, Medina JE. Excision of thyroglossal duct cyst: The Sistrunk procedure. Dalam: Saunders WB, penyunting. *Operative Technique in Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery*. Chicago: Elsevier Inc; 2004. h. 220-3.
9. Pincus RL. Congenital neck masses and cysts. Dalam: Bailey BJ, Johnson JT, Newlands SD, penyunting. *Head and Neck Surgery Otolaryngology*. Edisi ke-4. Texas: Lippincot William & Wilkins; 2006. h. 1212-3.
10. Kutuya N, Kurosaki P. Sonographic assesment in of thyroglossal duct cysts in children. *J Ultrasound Med*. 2008;27:1211-9.
11. Rowe LD. Congenital anomalies of the head and neck. Dalam: Ballenger JJ, Snow JB, penyunting. *Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery*. Edisi ke-16. London: Hamilton; 2003. h.1073-89.
12. Keles B, Uyar Y, Ulku CH. Prelarengal thyroglossal duct cyst. *Eur J Gen Med*. 2010; 7(3):336-9.
13. Neamtu D, Cotulbea S, Marin AH, Lupescu S, Balica N, Ruja A, dkk. Thyroglossal duct cyst fistulae. *Journal of Experimental. Medical and Surgical Research*. 2010; 3:210-4.
14. Cardessa A, Slootweg PJ. *Pathology of the head and neck*. New York: Springer Berlin Heidelberg; 2006.