KBB ve BBC Dergisi 17 (2):54-7, 2009

İkinci Brankiyal Yarık Kistleri

Second Branchial Cleft Cysts

Dr. Yavuz Fuat YILMAZ, Dr. Samet ÖZLÜGEDİK, Dr. Ali TİTİZ, Dr. Anıl TUNCAY, Dr. Müge ÖZCAN, Dr. Adnan ÜNAL

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ankara

ÖZET

Amaç: Bu makalenin amacı kliniğimizde tedavi edilen 21 hastadan elde ettiğimiz sonuçları literatür eşliğinde sunmaktır.
Yöntem ve Gereçler: Kliniğimizde brankiyal yarık kisti tanısı ile ameliyat edilen dokuz erkek, 12 bayan toplam 21 hasta çalışmamıza dahil edildi. Hastaların en küçüğü 8, en büyüğü ise 52 yaşında idi. Hastaların tamamı boyunda şişlik şikayeti ile başvurdu ve brankiayal yarık kisti tanısı için tümüne ultrasonografi yapılırken, dört olguda bilgisayarlı tomografi, bir olguda magnetik rezonans inceleme ve dokuz olguda da ince iğne aspirasyon biyopsisinden yararlanıldı. Tüm olgularda nazofarenks endoskopisi, 40 yaş üzerindeki olgulara genel anestezi altında panendoskopi yapıldı.
Sonuç: Hastaların tümüne eksizyon uygulandı ve ortalama 48 aylık takiplerinde nüks görülmedi.
Tartışma: Brankiyal kistlerin preoperatif değerlendirmesinde ve ayırıcı tanısında, anamnez, radyolojik ve sitolojik incelemelerin yanı sıra özellikle erişkin hastalarda panendoskopi yapılmalıdır. Kesin tedavisi cerrahi olan bu olgularda operasyon sırasında vital yapıların da risk altında olduğu akılda tutulmalıdır.

Anahtar Sözcükler
Boyun, brankiyal yarık kistleri, konjenital anomaliler

ABSTRACT

Objective: The aim of this article is to submit the results of 21 patients treated in our clinic and review the literature.
Material and Methods: Twenty one patients, 12 females and 9 males, who were operated due to branchial cleft cyst are included in the study. The ages of the patients ranged from 8 to 52. All of 21 patients complained of neck mass at presentation. Cervical ultrasonography was carried out in all patients while four patients had computerized tomography and one had magnetic resonance imaging. A fine needle aspiration biopsy was performed in nine patients. Nasopharyngeal endoscopy was performed in all patients while panendoscopy under general anesthesia was performed to patients over 40.
Results: The branchial cysts were excised in all patients and there was no recurrence after average 48 months of follow-up.
Discussion: History, radiological and cytological examinations are imponant in the preoperative evaluation and differential diagnosis of branchial cysts and panendoscopy must be carried out especially in adults. One must remember that vital structures are under risk during the surgery which is the main treatment option.

Keywords
Neck, branchial cleft cysts , congenital abnormalities

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: **13.01.2009** Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: **05.03.2009**

≈

Yazışma adresi

Dr. Yavuz Fuat YILMAZ
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
1. Kulak Burun Boğaz Kliniği, Sıhhiye, Ankara
E-posta: yfyilmaz@gmail.com

GİRİŞ

Embriyonel hayatın 2. ve 7. haftaları arasında ön barsak bölgesinden gelişen brankiyal aparatus, 6 mesodermal ark ve bu arkları birbirinden ayıran 5 ektodermal yarık ile 5 endodermal poştan oluşur. Her bir ark kendine ait arter, sinir ve kıkırdak yapılarını içermektedir. Brankiyal yarık anomalileri, brankiyal aparatusun inkomplet obliterasyonu sonucu oluşan konjenital anomalilerdir. Brankiyal yarığın rezorbsiyonunun yetersizliği sonucunda yüzey ile ilişki kesilirse kist, epitelyal yüzeyle ilişki devam ederse sinüs, iki epitelyal yüzey ile arasında ilişki varsa fistül olarak adlandırılır.[1,2]

İkinci brankiyal yarıktan köken alan kistler en sık görülen brankiyal anomaliler olup tüm brankiyal anomalilerin %95'ini oluşturur.[3] Bu lezyonlar genellikle 3. dekatta ortaya çıksalar da herhangi bir yaşta da semptomatik hale gelebilirler.[4] Genellikle ön servikal üçgende sternokleidomastoid kasın üst 1/3'ünde yerleşmiş, ağrısız, düzgün yüzeyli ve hareketli lezyonlardır. Tedavisi ise cerrahi eksizyondur.

Bu makalede son yedi yıl içerisinde ikinci brankiyal yarıktan gelişen ve histopatolojik olarak brankiyal kist tanısı alan toplam 21 olgu sunulmuş, tanı ve tedavi prensipleri tartışılmıştır.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Çalışmamızda Haziran 2001-Ağustos 2008 tarihleri arasında brankiyal kist tanısı alan dokuz erkek, 12 bayan toplam 21 olgunun dosyaları retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların tümü boyunda şişlik şikayeti ile başvurdu ve sekiz ile elliiki yaşları arasında idi. brankiayal yarık kisti tanısı için tümüne ultrasonografi yapılırken, dört olguda bilgisayarlı tomografi, bir olguda magnetik rezonans inceleme ve dokuz olguda da ince iğne aspirasyon biyopsisinden yararlanıldı. Tüm olgularda nazofarenks endoskopisi, 40 yaş üzerindeki olgulara genel anestezi altında panendoskopi yapıldı. Bu çalışmada edinilen bilgiler yaş, cinsiyet, semptom, semptom süresi, yerleşim yeri, preoperatif değerlendirme, ameliyat bulguları ve postoperatif komplikasyonlar açısından değerlendirildi.

BULGULAR

Olguların tümü boyun yerleşimli olup ikinci brankiyal yarık anomalisi olarak değerlendirildi. Yaş, cinsiyet, semptom, semptom süresi, lezyonun lokalizasyonu ve postoperatif komplikasyonlar hakkındaki verileri Tablo 1'de sunulmuştur.

Olguların tümüne genel anestezi altında cerrahi eksizyon uygulandı. Olguların biri dışında kitle üzerine 4-6 cm'lik horizontal insizyon yapılarak kitleye ulaşıldı. Yedi olguda kitlenin traktus ile devam ettiği ve tonsil lojuna doğru ilerlediği görüldü. Traktus farenkse en yakın yerden bağlanarak eksizyona dahil edildi. Postoperatif histopatolojik inceleme, bir olgu hariç diğerlerinde preoperatif ön tanı ile uyumluydu. Preoperatif dönemde İİAB'si kistik skuamöz hücreli karsinom metastazı olarak rapor edilen olguya, bilgisayarlı tomografi (BT) ve magnetik rezonans incelemesi (MRI) sonrasında panendoskopi ve modifiye radikal boyun diseksiyonu uygulandı. Spesmenin patoloji raporu ise ülserasyon ve erozyon gösteren brankiyal yarık kisti olarak bildirildi.

Olguların ortalama hastanede kalış süresi yedi gündü. Postoperatif dönemde boyun diseksiyonu yapılan olguda n.accessorius paralizisi görülürken ikiolguda antibiyotik tedavisi ile düzelen hafif şiddette yara enfeksiyonu görüldü. Olgular üç ay ile yedi yıl arasında ortalama 48 ay takip edildi ve bu süre içerisinde olguların hiçbirinde nüks görülmedi.

TARTIŞMA

İkinci brankiyal yarıktan köken alan kistler en sık görülen brankiyal anomaliler olup genellikle ön servikal üçgende sternokleidomastoid kasın üst 1/3'ünde yerleşmiş, ağrısız, düzgün yüzeyli ve hareketli kitleler olarak görülürler. Sıklıkla tek taraflı olsalar da nadiren bilateral olabilirler.[5] Kist nadiren bir traktus ile orta konstrüktör adelede kör olarak sonlanabilir veya tonsiller fossaya açılabilir.[6,7] Bizim olgularımızın 7'sinde tonsil lojuna doğru uzanım gösteren bir traktus olduğu görüldü.

Brankiyal kistin klasik semptomları kesin tanıya ulaşmak için her zaman yeterli değildir. Brankiyal kistler bazı olgularda, üst solunum yolu enfeksiyonlarına sekonder olarak ağrılı inflamatuar kitle olarak karşımıza çıkarken, bazen de sık enfeksiyon sonrası gerişen fibrozis nedeniyle malignite veya tüberküloz lenfadenit düşündürecek kadar sert kıvamda ve fiske olabilirler. Dolayısıyla kesin tanıya ulaşmada detaylı bir anamnezin yanı sıra radyolojik ve sitolojik incelemeler de gerekli olabilmektedir. Bizim olgularımızın tamamı boyunda şişlik şikayetleri ile başvurmuş ve hastaların 9'unda sitolojik incelemeye gerek duyulmuştu.

Tablo 1. Brankial yarık anomalisi olan yirmi bir olgunun bulguları.

Olgu	Yaş	Cinsiyet	Semptom	Süre (yıl)	Lokalizasyon	Komplikasyon
1	8	K	Boyunda şişlik	3	Sol SKMK 1/3 üst,arka kenar	Yok
2	29	K	Boyunda şişlik	1	Sol SKMK 1/3 orta,lateralinde	n. acc. paralizisi
3	23	K	Boyunda şişlik	4	Sağ SKMK 1/3 üst,ön kenar	Yok
4	28	K	Boyunda şişlik	5	Sağ SKMK 1/3 üst,ön kenar	Yok
5	14	E	Boyunda şişlik	3	Sağ SKMK 1/3 üst,ön kenar	Yok
6	52	E	Boyunda şişlik	2	Sağ SKMK 1/3 üst,ön kenar	yara yeri enf.
7	36	K	Boyunda şişlik	2	Sağ SKMK 1/3 orta,arka kenar	Yok
8	15	K	Boyunda şişlik	7	Sol SKMK 1/3 üst,arka kenar	Yok
9	37	K	Boyunda şişlik	6 ay	Sağ SKMK 1/3 orta,arka kenar	Yok
10	48	E	Boyunda şişlik	6	Sol SKMK 1/3 üst,arka kenar	Yok
11	47	E	Boyunda şişlik	7	Sol SKMK 1/3 üst,arka kenar	Yok
12	17	K	Boyunda şişlik	2	Sağ SKMK 1/3 üst,ön kenar	yara yeri enf.
13	37	E	Boyunda şişlik	7	Sol SKMK 1/3 orta,ön kenar	Yok
14	20	E	Boyunda şişlik	6	Sağ SKMK 1/3 üst,arka kenar	Yok
15	24	K	Boyunda şişlik	3	Sol SKMK 1/3 üst,arka kenar	Yok
16	21	E	Boyunda şişlik	5	Sağ SKMK 1/3 üst,ön kenar	Yok
17	31	E	Boyunda şişlik	2	Sağ SKMK 1/3 orta,arka kenar	Yok
18	42	K	Boyunda şişlik	6	Sol SKMK 1/3 orta,lateralinde	Yok
19	28	K	Boyunda şişlik	2	Sol SKMK 1/3 orta,ön kenar	Yok
20	33	K	Boyunda şişlik	4	Sağ SKMK 1/3 üst,ön kenar	Yok
21	27	E	Boyunda şişlik	3	Sol SKMK 1/3 üst,arka kenar	Yok

Lateral servikal bölgeden gelişen kistik lezyonların ayırıcı tanısında brankiyal kist, kistik boyun metastazları ve bronkojenik karsinoma düşünülmelidir. 40 yaş altı hastalarda lateral boyun kistlerinin %80'i benign özellikte olup çoğunluğunu brankiyal kistler oluşturmaktadır. Boyundaki kistik metastazlar ise en sık papiller tiroid karsinomu ve waldeyer halkasından köken alan karsinomlardan gelişir.[4,8-10] Ultrasonografi (USG) boyun kitlerinde kistik ve solid ayrımının yapıldığı en uygun incelemedir. USG ile kist cidarının kalınlığı, kistin internal ekosu, internal nodülaritesi ve septasyonları değerlendirilerek malign ve benign ayrımı yapılmaya çalışılsa da kesin tanı için yeterli değildir.[11] BT ve MRI kistik yapının çevre dokular ile ilişkisi hakkında değerli bilgiler verse de kist ile kistik nodal metastazın ayrımı tam olarak yapılamamaktadır. Bu çalışmadaki olguların radyolojik değerlendirmesinde ilk olarak USG tercih edilmiştir.

Kistik lezyonların sitolojik incelemesi için yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) sırasında gelen sıvının rengi kitlenin orjini hakkında fikir verebilir. Brankiyal kistlerde sıvı saman rengi iken tiroid papiller karsinomu metastazında ise koyu kahverengi renktedir. Solid metastazların tanısında başarıyla kullanılan İİAB, kistik metastazların tanısında %50'ye varan yanlış negatif sonuçlar verebilmekte ve bu nedenle de her zaman tercih edilmemektedir.[12,13] Bizim serimizde İİAB yapılan hasta sayısı 9 olup bunlardan bir olgu malign kistik metastaz olarak rapor edilmiştir. Özellikle genç olgularda anamnez, fizik muayene ve radyolojik bulgular brankiyal kist tanısı için yeterli olurken, ileri yaştaki olgularda İİAB yapılması daha anlamlıdır.

Brankiyal kistlerin kesin tedavi yöntemi cerrahi eksizyondur. Boyuna sternokleidomastid kasın üzerinden horizontal bir insizyon yapılarak kist cidarına ulaşılır. Kist çevre dokulardan disseke edilerek, traktusu bulunabilirse ki bu genellikle mümkün olmamaktadır, traktusu ile birlikte çıkarılır. Eksizyon sırasında bu bölgedeki n.vagus, n. hipoglossus ve n. accessorius'a dikkat edilmeli ve korunmalıdır. Eğer ciltte fistül ağzı mevcutsa, fistül ağzının çevresindeki doku da eksizyon materyaline dahil edilir. Kistte enfeksiyon varlığı, hem tanıyı hem de kistin eksizyonunu zorlaştırmaktadır. Ayrıca akut enfeksiyon varlığı, cerrahi sırasında komplikasyon riskini de artırmaktadır. Bu nedenle akut enfeksiyon varlığında drenaj ile birlikte antibiyotik tedavisi uygulanmalı ve enfeksiyon yatıştıktan sonra cerrahi eksizyon yapılmalıdır.

Brankiyal kistler tam olarak eksize edildiklerinde nüks görülmemektedir. Bizim olgularımızda ortalama 48 aylık takip süresinde nüks saptanmamıştır. Postoperatif komplikasyon olarak bizim serimizde 2 olguda antibiyotik tedavisi ile düzelen yara enfeksiyonu ve boyun diseksiyonu uygulanan hastada n. accessorius paralizisi görülmüştür.

Sonuç olarak brankiyal kistlerin preoperatif değerlendirmesinde ve ayırıcı tanıda anamnez, radyolojik ve sitolojik incelemelerin yanı sıra özellikle 40 yaş üzeri olgularda panendoskopi yapılmalıdır. Kesin tedavisi cerrahi olan bu olgularda operasyon sırasında vital yapıların risk altında olduğunun bilinmesi beklenmedik ve ciddi komplikasyonlardan korunmak için oldukça önemlidir. Dikkatli cerrahi eksizyon komlikasyonların ve nükslerin önlenmesinde en önemli unsurdur.

KAYNAKLAR

1. Oktem F. Oztürk O, Toprak M. Nörolojik bulgu veren dev brankiyal kist. Türk ORL Arşivi 2000;39:39-42.
2. Kaygusuz I, Gök Ü, Yalçın Ş, Keleş E, Özer N, Türkkahraman S. İkinci brankiyal yarık anomalileri. Kulak Burun Boğaz İhtisas Dergisi 2000;10:14-7.
3. Yılmaz MD, Aktepe F, Tokyol Ç, Altuntaş A. Eşlik eden başka bir doğuştan anormalliği olmayan bir hastada iki taraflı ikinci brankiyal yarık kisti. Kulak Burun Boğaz İhtisas dergisi 2003;11:179-82.
4. Raghavan U, Bradley PJ. Management of cystic cervical metastasis. Current Opp Otol 2003;11:124-8.
5. De PR, Mikhail T. A combined approach excision of branchial fistula. J Laryngol Otol 1995;109: 999-1000.
6. Thaler ER, Tom LW, Handler SD. Second branchial cleft anomalies presenting as pharengeal masses. Otolaryngol Head Neck Surg 1993;109:941-4.
7. Ford GR, Balakrishnan A, Evans JN, Bailey CM. Branchial cleft and pouch anomalies. J Laryngol Otol 1992;106:137-43.
8. Flanagan PM, Roland NJ, Jones AS. Cervical node metastases presenting with features of branchial cysts. J Laryngol Otol 1994;108:1068-71.
9. Randall DA, Johnstone PA, Foss RD, Martin PJ. Tonsillectomy in diagnosis of the unknown primary tumor of the head and neck. Otolaryngol Head Neck Surg 2000;122:52-5.
10. Mendenhall WM, Mancuso AA, Parsons JT, Stringer SP, Cassisi NJ . Diagnostic evaluation of squamous cell carcinoma metastatic to cervical lymph nodes from an unknown head and neck primary site. Head Neck 1998;20:739-44.
11. Wunderbaldinger P, Harisinghani MG, Hahn PF, Daniels GH, Turetschek K, Simeone J, O'Neill MJ, Mueller PR. Cystic lenf node metastasis in papillary thyroid carcinoma. ARJ Am J Roentgenol 2002; 178:693-7.
12. Gourin CG, Johnson JT. Incidence of unsuspected metastases in lateral cervical cysts. Laryngoscope 2000;110:1637-41.
13. Cinberg JZ, Silver CE, Molnar JJ, Vogl SE. Cervical cysts:cancer until proven otherwise? Laryngoscope 1982; 92:27-30.