

OLGU SUNUMU CASE REPORT

DOI: 10.24179/kbbbbc.2019-73066

Erişkin Yaşta Nadir Görülen Boyun Kitlesi: Kistik Higroma

Rare Neck Mass in Adult Age: Cystic Hygroma

Recep Haydar KOÇ^a, Ayşe Öznur AKİDİL^a, Selçuk GÜNEŞ^a,
İbrahim SAYIN^a, Zahide Mine YAZICI^a

^aBakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Bölümü, İstanbul, TÜRKİYE

Bu çalışma, 15. Türk Rinoloji Kongresi, 7. Ulusal Otoloji Nöroloji Kongresi ve 3. Ulusal Baş Boyun Cerrahisi Kongresi (4-7 Nisan 2019, Antalya)'nde poster olarak sunulmuştur.

ÖZET Lenfatik malformasyonlar içinde en sık karşılaşılan kistik higromadır. Lenfanjiyomlar lenfatik sistemin doğuştan bir anomalisi olup, sıklıkla hayatın 1. dekadında görülür. Etiyolojisinde sıklıkla lenfatik sistemin anormal gelişmesi sorumlu olsa da bazı hastalarda sonradan kazanılmış etmenlerin (travma, enfeksiyon, iyatrojenik, neoplastik) etkili olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada, 45 yaşındaki erkek olgu, boyun sol tarafında şişlik şikâyetiyle polikliniğimize başvurdu. Olgunun anamnezinde şişliğin 2, 3 yıldır var olduğu, yavaş yavaş büyüdüğü, şişliğin olduğu bölgede herhangi bir enfeksiyon öyküsü, travma veya cerrahi müdahale olmadığı, sigara ve alkol kullanımı dışında ek bir özellik olmadığı öğrenildi. Olgunun yapılan ileri tetkik ve incelemelerinde kistik higroma ön tanısı düşünüldü. Cerrahi olarak eksize edilen spesminin patoloji sonuçlarında kistik higroma ile uyumlu geldi. Olgumuzun tanı ve tedavisi literatür eşliğinde tartışıldı.

ABSTRACT The most common lymphatic malformations are cystic hygroma. Lymphangiomas are a congenital anomaly of the lymphatic system and are frequently seen in the first decade of life. Although abnormal development of the lymphatic system is often responsible for its etiology, it has been reported that in some cases, acquired factors (trauma, infection, iatrogenic, neoplastic) are effective. In this case report, a 45-year-old male patient presented to our outpatient clinic with swelling on the left side of the neck. In the patient's history, it was learned that the swelling had been present gradually for two to three years, there was no history of infection, trauma or surgical intervention in the swelling area, and there was no additional feature other than smoking and alcohol use. A preliminary diagnosis of cystic hygroma was considered in further examination and examinations. Surgical excised specimen was consistent with cystic hygroma. The diagnosis and treatment of our patient was discussed in the light of literature.

Anahtar Kelimeler: Kistik higroma; erişkin; boyun

Keywords: Cystic hygroma; adult; neck

Lenfatik malformasyonlar içinde en sık karşılaşılan kistik higromadır. Lenfanjiyomlar lenfatik sistemin doğuştan bir anomalisi olup, sıklıkla hayatın 1. dekadında görülen nadir tümörlerdir. Etiyolojisinde sıklıkla lenfatik sistemin anormal gelişmesi sorumlu olsa da bazı hastalarda sonradan kazanılmış etmenlerin (travma, enfeksiyon, iyatrojenik, neoplastik) etkili olduğu bildirilmiştir.¹

Lenfanjiyomlar kendi içinde 3 gruba ayrılır: Lenfanjiyom simpleks, kavernöz lenfanjiyom, kistik higroma.² Kistik higromalı hastalar doğum sırasında

%50-60, 2 yaşına kadar %90 ve ergenlik döneminde %95 tanı alır.³ Erişkinlerde oldukça nadir tanımlanmıştır. Anormal boşaltım kanallarına sahip primitif lenfatik doku, embriyonel yaşamdayken ortaya çıkar ve lenfatik drenajın bozulmasına sebebiyet verir.⁴ Kistik higroma genellikle boyun bölgesinde %75-90 (özellikle arka servikal üçgende) görülmekle birlikte; %20 aksilla, %5 mediastinum, retroperitoneal bölge ve nadir olarak da toraks duvarında görülebilir.⁵ Kitle natürü olarak yavaşça büyür ve nadiren spontan olarak gerileyebilir. Kist içine kanama veya enfeksiyon

Correspondence: Recep Haydar KOÇ

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Bölümü, İstanbul, TÜRKİYE/TURKEY

E-mail: recephaydarkoc@gmail.com



Peer review under responsibility of Journal of Ear Nose Throat and Head Neck Surgery.

Received: 27 Dec 2019

Received in revised form: 22 Mar 2020

Accepted: 23 Mar 2020

Available online: 20.07.2020

1307-7384 / Copyright © 2020 Turkey Association of Society of Ear Nose Throat and Head Neck Surgery. Production and hosting by Türkiye Klinikleri.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

kitlenin çapında ani artışa neden olabilir. Kistlerin aspirasyonundan sonra kısmi ve geçici sonuç alınabilir, fakat sonrasında nüks veya enfeksiyon görülebilir. Kitle cerrahi olarak çıkarılabilecek bir bölgede ise tümünün çıkarılması tercih edilen en iyi tedavi yöntemidir.¹ Bunun yanında uygun hastalarda denenen diğer tedavi yöntemleri radyofrekans ablasyon, CO₂ lazer ve skleroterapidir.⁵

OLGU SUNUMU

Kırk beş yaşındaki erkek olgu, sol boyundan üst göğüs hizasına kadar uzanan belirgin boyunda şişlik şikâyeti ile polikliniğimize başvurdu. Olgunun alınan ayrıntılı anamnezinde şişliğin 2, 3 yıldır var olduğu, yavaş yavaş büyüdüğü, şişliğin olduğu bölgede herhangi bir enfeksiyon öyküsü, travma veya cerrahi müdahale olmadığı, sigara ve alkol kullanımı dışında ek bir özellik olmadığı öğrenildi. Şişliğin boyutu ve yeri itibarıyla brakial plexus basısına bağlı olduğu düşünülen, omuz ve kol hareketiyle ortaya çıkan ağrı şikâyeti mevcut idi.

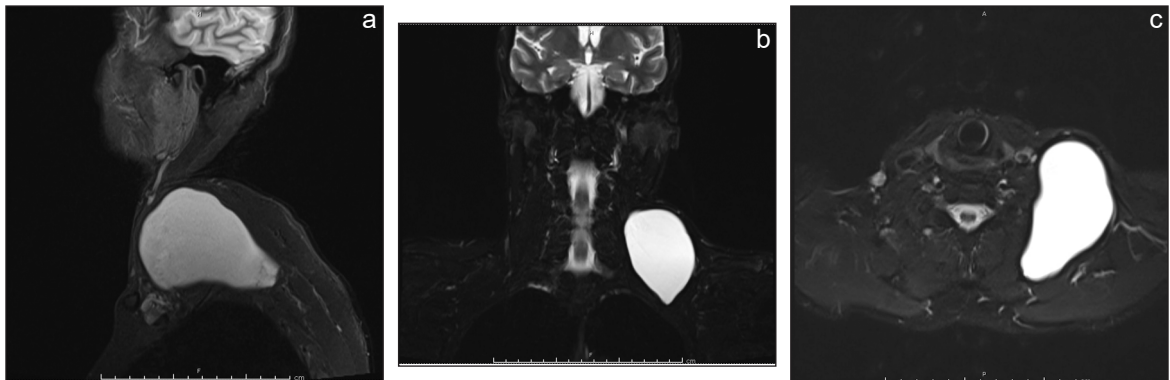
Yapılan fizik muayenesinde boyun sol tarafında level 3,4 seviyelerinde yaklaşık 10x10 cm ağrısız, ısı artışı ve kızarıklık bulgusu olmayan, yumuşak kıvamda, hareketli, fluktuasyon veren kitle izlendi. Endoskopik muayenede nazofarinks, orofarinks ve hipofarinks doğal izlendi. Diğer kulak burun boğaz muayenelerinde özellik tespit edilmedi. Yapılan ultrason tetkiki ince cidarlı kistik kitle olarak raporlandı. Olgunun boyun manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemesinde; solda supraklavikular bölgede 96x55x78 mm ebadında, T2A serilerde homojen hi-

perintens, kontrastlı serilerde ince duvarı kontrastlanan düzgün sınırlı kistik lezyon izlendi (**Resim 1a-c**). Sonrasında kistik kitleye yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi sonucunda, yüksek grade lenfoid malignite bulgusu izlenmediği, düşük grade lenfoid neoplazilerin dışlanması için lezyonun cerrahi çıkarılması önerildi. Operasyon için aydınlatılmış onam formu alındıktan sonra olguya genel anestezi altında total cerrahi eksizyon planlandı. Cerrahi sırasında kist, çevre yağlı gözeli dokulardan diseke edilip kapsülü korunarak tek parça halinde çıkarıldı (**Resim 2a,b**). Gönderilen spesmenin patoloji sonucu lenfanjiyoma (kistik higroma) olarak bildirildi.

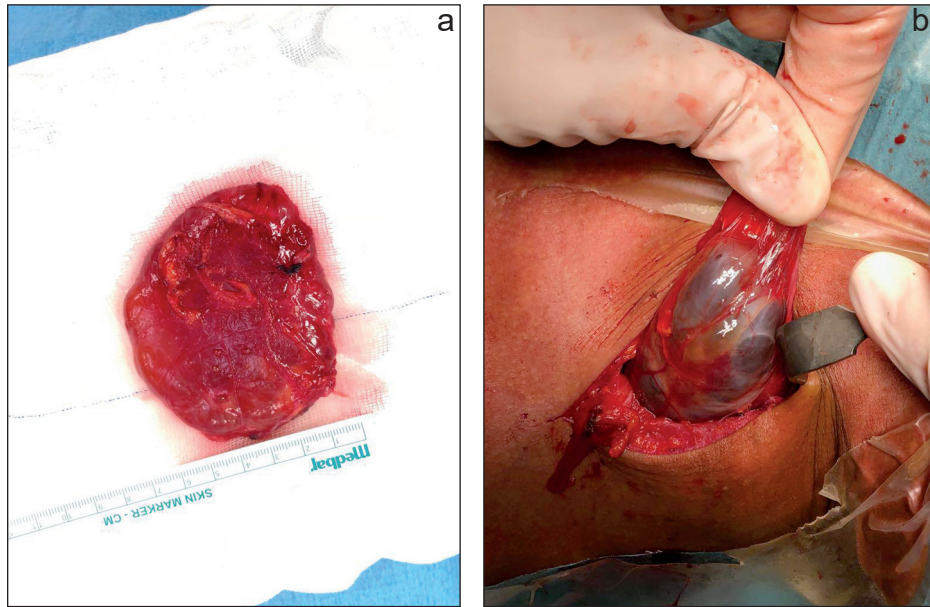
Olgunun operasyon sonrası yapılan takip ve pansumanlarında herhangi bir komplikasyon izlenmedi. Ameliyat sonrası 6 aylık takipleri süresince nüks gözlenmedi. Olgunun takiplerinde sol kol ve omuz ağrısının tamamen gerilediği öğrenildi.

TARTIŞMA

Kistik higroma, genellikle boyun bölgesinde %75-90 (özellikle arka servikal üçgende) görülmekle birlikte; %20 aksilla, %5 mediastinum, retroperitoneal bölge ve nadir olarak da toraks duvarında görülebilir.⁵ Lenfanjiyomlar kendi içinde 3 gruba ayrılır: Lenfanjiyom simpleks, kavernöz lenfanjiyom, kistik higroma.² Kistik higromalı hastalar doğum sırasında %50-60, 2 yaşına kadar %90 ve ergenlik döneminde %95 tanı alır.³ Endişeler temel olarak kozmetik nedenlerle ilgilidir. Ebeveynlere bu lezyonların kendiliğinden gerilemediği ve yaş ilerledikçe büyüklüğünün de artabileceği söylenmelidir. Erişkin



RESİM 1: a) Sagittal kesit MRG t2 ağırlıklı görüntü. b) Koronal kesit MRG t2 ağırlıklı görüntü. c) Transvers kesit MRG t2 ağırlıklı görüntü.
MRG: Manyetik rezonans görüntüleme.



RESİM 2: a) Kitlenin patoloji piyesi. b) Kitlenin intraoperatif görüntüsü.

lenfanjiyomalarda spontan iyileşme pek beklenmez. Klinik tablo, yaşamı tehdit edici havayolu obstrüksiyonu, yutma güçlüğü gibi ciddi semptomlardan, asemptomatik tabloya kadar geniş bir yelpazededir. Lezyonlar kanama veya enfeksiyonla birlikte kötüleşebilir.⁶ Ultrason, lezyonların solid-kistik ayrımını yapmamızda yardımcı olur. MRG ile sunulan anatomik bilgiler, preoperatif ve intraoperatif karar vermeyi ve planlamayı kolaylaştırır.⁷ Bu lezyonların terapötik yaklaşımı şüphesiz yıllarca ve istisnasız cerrahi idi. Hayati yapılara yakınlığı ve lezyonların rezeksiyonda yüksek nüks oluşumu ve teknik zorluklar alternatif tedavi yöntemlerinin uygulanmasının kapılarını açtı.⁵ Lenfatik malformasyonların tedavisi konusunda fikir birliği ve bugüne kadar kabul edilmiş bir kılavuz yoktur.³ Lezyon kaynaklı semptom varlığı, lezyonun büyüklüğü, lezyonun yerleşimi (yüzeysel veya derin), lezyonun tipi (makrokistik, mikrokistik) gibi faktörler tedavi yöntemini belirlerken göz önünde bulundurulması gereken hususlardır.⁸

Radyofrekans ablasyon, CO₂ lazer, skleroterapi denen en diğer alternatif tedavi metotlarıdır.⁹ Skleroterapide bleomisin, doksisisiklin, picibanil (OK-432) kullanılan bazı sklerozan ajanlardır.³ Cerrahi işlemin dezavantajları; sinir hasarı, kist sıvısının rüptürü ya da tam olarak çıkarılamaması, ciltte koz-

metik problemlerdir. Kistin rüptürü veya tam eksize edilememesi rekürrense sebebiyet verebilir. Skleroterapi sonrası en ciddi yan etkilerden biri alerjik reaksiyondur. Ciltte büzüşme, fistül oluşumu, enfeksiyon ve lokal nüksler işlemin dezavantajları arasındadır.^{5,10}

Makrokistik higromalarda skleroterapinin etkinliği mevcut iken, benzer etkinlik mikrokistik olanlarda gösterilememiştir.³ Karthik ve ark., lenfatik malformasyonların tedavisinde primer skleroterapi ile primer cerrahi karşılaştırdıkları çalışmada, düşük evre lenfatik malformasyonların (de Serres evrelemesi) her iki tedavi tipiyle tek bir müdahalenin ardından sıklıkla başarılı bir şekilde tedavi edildiğini bildirmişlerdir.^{11,12} Yüksek evre lenfatik malformasyonların daha yoğun bir tedavi gerektireceğini aktarmaktadırlar.¹² Özet olarak, tedavinin dayanak noktasının cerrahi olduğu söylenebilir. Anatomi hakkında uygun bilgi ve tecrübe başarılı ve kozmetik sonuçlara yol açabilir. Ayrıca, acil durumlarda cerrahi tek müdahale yöntemidir. Bununla birlikte, uzman ellerde bile hayal kırıklığı yaratan nüks oranları göz önüne alındığında (%15-53), alternatif teknikleri intraoperatif bir yardımcı yöntem olarak kabul etmek faydalı olacaktır.¹³ Lenfanjiyom tedavisinde en iyi seçenek üzerine karar vermek için ileri araştırma ve çalışma sonuçları gerekmektedir.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi

bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Recep Haydar Koç, Zahide Mine Yazıcı; **Tasarım:** Recep Haydar Koç, Ayşe Öznur Akidil; **Denetleme/Danışmanlık:** Recep Haydar Koç, İbrahim Sayın; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Recep Haydar Koç, Ayşe Öznur Akidil; **Analiz ve/veya Yorum:** Recep Haydar Koç, Selçuk Güneş; **Kaynak Taraması:** Recep Haydar Koç, Selçuk Güneş; **Makalenin Yazımı:** Recep Haydar Koç, Selçuk Güneş; **Eleştirel İnceleme:** Recep Haydar Koç, Ayşe Öznur Akidil.

KAYNAKLAR

1. Kibar AE, Çakır BÇ, Tiryaki T, Peltek N, Yılmaz H, Atayurt H, et al. [Cystic hygroma on the chest wall: a rare location]. Türk Pediatri Arşivi. 2005;40:241-3.
2. Biasotto M, Clozza E, Tirelli G. Facial cystic lymphangioma in adults. J Craniofac Surg. 2012;23(4):e331-4. [Crossref] [PubMed]
3. Adams MT, Saltzman B, Perkins JA. Head and neck lymphatic malformation treatment: a systematic review. Otolaryngol Head Neck Surg. 2012;147(4):627-39. [Crossref] [PubMed]
4. Wiegand S, Eivazi B, Barth PJ, von Rautenfeld DB, Folz BJ, Mandic R, et al. Pathogenesis of lymphangiomas. Virchows Arch. 2008;453(1):1-8. [Crossref] [PubMed]
5. Damaskos C, Garpis N, Manousi M, Garpis A, Margonis GA, Spartalis E, et al. Cystic hygroma of the neck: single center experience and literature review. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2017;21(21):4918-23. [PubMed]
6. Hancock BJ, St-Vil D, Luks FI, Di Lorenzo M, Blanchard H. Complications of lymphangiomas in children. J Pediatr Surg. 1992;27(2):220-4. [Crossref] [PubMed]
7. Arnold R, Chaudry G. Diagnostic imaging of vascular anomalies. Clin Plast Surg. 2011;38(1):21-9. [Crossref] [PubMed]
8. Elluru RG, Balakrishnan K, Padua HM. Lymphatic malformations: diagnosis and management. Semin Pediatr Surg. 2014;23(4):178-85. [Crossref] [PubMed]
9. Kim SW, Kavanagh K, Orbach DB, Alomari AI, Mulliken JB, Rahbar R. Long-term outcome of radiofrequency ablation for intraoral microcystic lymphatic malformation. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2011;137(12):1247-50. [Crossref] [PubMed]
10. Renton JP, Smith RJH. Current treatment paradigms in the management of lymphatic malformations. Laryngoscope. 2011;121(1):56-9. [Crossref] [PubMed]
11. de Serres LM, Sie KC, Richardson MA. Lymphatic malformations of the head and neck. A proposal for staging. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1995;121(5):577-82. [Crossref] [PubMed]
12. Balakrishnan K, Menezes MD, Chen BS, Magit AE, Perkins JA. Primary surgery vs primary sclerotherapy for head and neck lymphatic malformations. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2014;140(1):41-5. [Crossref] [PubMed]
13. Boardman SJ, Cochrane LA, Roebuck D, Elliott MJ, Hartley BE. Multimodality treatment of pediatric lymphatic malformations of the head and neck using surgery and sclerotherapy. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2010;136(3):270-6. [Crossref] [PubMed]