



# Konjenital Boyun Kitleleri: Bir Üçüncü Basamak Sağlık Merkezinin Retrospektif Çalışması

## Congenital Neck Masses: A Retrospective Study of a Tertiary Health Center

 Ayça ANT<sup>a</sup>,  
 Samet ÖZLÜGEDİK<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği,  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara  
Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Ankara, TÜRKİYE

Received: 21.06.2019  
Received in revised form: 03.07.2019  
Accepted: 03.07.2019  
Available online: 06.09.2019

Correspondence:  
Ayça ANT  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara  
Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği,  
Ankara,  
TÜRKİYE/TURKEY  
draycaant@gmail.com

Bu çalışma, 2. Ulusal Baş-Boyun Cerrahisi  
Kongresi (28 Nisan-1 Mayıs 2018, Antalya)'nde  
sözel olarak sunulmuştur

**ÖZET Amaç:** Konjenital boyun kitleleri, baş ve boyun gelişimindeki anormal embriyogenez sonucu oluşmaktadır. Bu çalışmada, kliniğimizde opere edilen konjenital boyun kitlelerinin demografik ve klinikopatolojik özelliklerini değerlendirmek ve klinik bir bakış açısı sağlamak amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Konjenital boyun kitlesi ön tanısıyla, 2007-2017 yılları arasında bir üçüncü basamak sağlık Merkezinin kulak burun boğaz hastalıkları kliniğinde cerrahi uygulanan 69 hasta çalışmaya dâhil edildi. Hastalar demografik özellikler, belirti ve bulgular, cerrahi, patolojik tanı ve özellikler, cerrahi sonrası komplikasyonlar ve takip bulguları yönünden değerlendirildi. **Bulgular:** Hastaların 32 (%46)'si erkek, 37 (%54)'si kadın idi. Ortanca yaş 29 (yaş aralığı: 2-85) yıl idi. Genel başvuru şikâyeti boyunda kitle, ikinci sıklıkta ise cilde fistülize lezyon idi. En sık 32 (%46) olguyla brankial yarık anomalisi, sonra sırasıyla 17 (%25) tiroglossal kanal kisti, 10 (%14,5) epidermoid kist ve 10 (%14,5) diğer patolojiler izlendi. Brankial yarık anomalilerinden en sık ikinci brankial yarık anomalisi mevcuttu. Komplikasyonlar (hematom, yara yeri problemleri vb.) en sık tiroglossal kanal kistinde izlendi, bir olguda da papiller tiroid kanseri odağı mevcuttu. **Sonuç:** Konjenital boyun kitleleri intrauterin dönemde oluşmasına rağmen belirtileri ilerleyen yaşlarda ortaya çıkabilir. Bu durum, inflamatuvar veya neoplastik lezyonların ayırıcı tanısında öngörülmelidir. Malign transformasyon veya içerik nadir olsa da; bu sebeple uygun tanı, tedavi ve takip önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Brankial yarık anomalisi; boyun; tiroglossal kanal kisti

**ABSTRACT Objective:** Congenital neck masses are the result of abnormal embryogenesis in the head and neck development. In this study, we aimed to evaluate the demographic and clinicopathological features of the congenital neck masses operated in our clinic and to provide a clinical perspective. **Material and Methods:** Sixty-nine patients who underwent surgery with the preliminary diagnosis of the congenital neck mass, in the clinic of ear-nose and throat diseases of a tertiary health center between 2007-2017 were included in the study. The patients were evaluated in terms of the demographic features, signs and symptoms, surgery, pathological diagnosis and features, postoperative complications and follow-up findings. **Results:** Of the patients, 32 (46%) were male, and 37 (54%) were female. The median age was 29 (age range: 2-85). The general complaint was a mass in the neck, the second was a fistulized skin lesion. The most common pathology was the branchial cleft anomaly with 32 (46%) cases, 17 (25%) thyroglossal duct cysts, 10 (14.5%) epidermoid cysts and 10 (14.5%) other pathologies were observed, respectively. The most common branchial cleft anomaly was the second branchial cleft anomaly. Complications (hematoma, wound site problems, etc.) were most frequently observed in the thyroglossal duct cyst, and the focus of papillary thyroid cancer was also present in one patient with thyroglossal duct cyst. **Conclusion:** Although congenital neck masses occur during the intrauterine period, the symptoms may appear in later years. This should be predicted in the differential diagnosis of inflammatory or neoplastic lesions. Although the malignant transformation or content is rare, the diagnosis, treatment, and follow-up are important.

**Keywords:** Branchial cleft anomalies; neck; thyroglossal duct cyst

**K**onjenital boyun kitleleri, anatomik lokalizasyonlarına göre orta hat, lateral boyun ve tüm boyun bölgesi kitleleri olarak sınıflandırılır. Orta hat boyun kitleleri; tiroglossal kanal kisti (TKK), dermoid kist,

epidermoid kist, ranula, timik kist ve teratomadır. Lateral boyun kitleleri ise brankial yarık anomalisi (BYA), fibromatozis kolli, laringoseldir. Hemanjiyom ve lenfanjiyom ise tüm boyun bölgelerinde lokalize olabilen kitlelerdir.<sup>1</sup> İntrauterin dönemde gelişen bu lezyonlar hayatın geç döneminde de semptomatik olabilir. Bu yüzden inflamatuvar veya neoplastik kökenli edinilmiş lezyonların ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca bazı lezyonların malign transformasyona uğrayabilmesi veya malign hastalığın habercisi olması sebebiyle de tanının doğrulanması önemlidir.<sup>2</sup> Bu çalışmada, kliniğimizde opere edilen konjenital boyun kitlelerinin demografik ve klinikopatolojik özelliklerini değerlendirmek ve klinik bir bakış açısı sağlamak amaçlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Konjenital boyun kitlesi ön tanısıyla, 2007-2017 yılları arasında bir üçüncü basamak sağlık merkezinin kulak burun boğaz hastalıkları ve baş-boyun cerrahisi kliniklerinde cerrahi uygulanan 69 hasta çalışmaya dâhil edildi. Hastalar demografik özellikler, belirti ve bulgular, radyolojik özellikler, cerrahi, patolojik tanı ve özellikler, cerrahi sonrası komplikasyonlar ve takip bulguları yönünden retrospektif olarak değerlendirildi. Dosya bilgileri ve takip bulguları eksik olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Tedavi planı öncesi, hastalara tam bir baş boyun muayenesi yapıldı. Konjenital boyun kitlesi ön tanısı ile değerlendirilen olgular, boyun ultrasonografisi (USG) ve/veya boyun bilgisayarlı tomografisi (BT) ile değerlendirildi, ön tanısı şüpheli olan olgularda boyun manyetik rezonans görüntüleme (MRG) de değerlendirmeye eklendi. Boyun kitlesinden USG eşliğinde ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB), çocukluk yaş grubu dışındaki tüm hastalara rutin olarak uygulandı. Preoperatif dönemde tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alındı. Postoperatif takipler muayene ve/veya görüntüleme yöntemleri ile yapıldı.

Yerel etik kurul onayı alındı (Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık Uygulama Merkezi- Tıpta Uzmanlık ve Eğitim Kurulu Toplantı Karar Tutanağı- Top-

lantı sayısı:5, 05.04.2017/4). Prosedürler, kurumsal inceleme kurulunun etik standartlarına ve 2008 yılında revize edilen Helsinki Deklarasyonu'na uygun olarak yapıldı. Veri analizi için SPSS program for Windows, version 20.0 (SPSS, Inc. Illionis, ABD) kullanıldı.

## BULGULAR

Hastaların 32 (%46)'si erkek, 37 (%54)'si kadın idi. Hastaların 13 (%18,8)'ü ilk iki dekatta, 36 (%52,2)'si üç ve dördüncü dekatta, 17 (%25)'si beş ve altıncı dekatta, 3 (%4)'ü ise yedinci dekat ve üstünde idi. Ortanca yaş 29 (yaş aralığı: 2-85 yıl) idi. Genel başvuru şikâyeti tüm hastalarda boyunda kitle, 4 (%5,8) hastada da eşlik eden fistülize, akıntılı cilt lezyonu idi. Lokalizasyona göre değerlendirildiğinde; 33 (%48) lateral boyun kitlesi, 36 (%52) orta hat boyun kitlesi mevcuttu. Histopatolojik değerlendirmede; en sık 32 (%46) olguyla BYA, sonra sırasıyla 17 (%25) TTK ve 10(%14,5) epidermoid kist ve 10 (%14,5) diğer patolojiler (altı dermoid kist, üç ranula, bir hemanjiyom) izlendi.

Otuz iki BYA olgusunun 15 (%47)'i erkek, 17 (%53)'si kadındı. Olguların 13 (%41)'ü sol, 19 (%59)'u sağ yerleşimli idi. BYA'lar alt tiplerine göre değerlendirildiğinde; 29 (%91) ikinci BYA olgusu, 3 (%9) birinci BYA olgusu mevcuttu. BYA'lar büyüklük yönünden değerlendirildiğinde ise; ortalama çap 2x3 cm (2-6 cm) idi. Dış merkezde preoperatif İİAB'si "benign kist içeriği" olarak gelen iki olguda nihai histopatolojik değerlendirme; bir olguda lenf nodu, bir olguda ise malign melanom metastazı olarak yorumlandı. Malign melanom metastazı olarak değerlendirilen, komorbid akciğer hastalığı olan 68 yaşındaki bu olguda primer odak bulunamadı. Boyun diseksiyonu tamamlanan hasta, postoperatif dönemde akciğer problemleri nedeni ile yoğun bakım ünitesinde eks oldu.

On yedi TTK olgusunun 10 (%59)'u erkek, 7 (%41)'si kadındı. Tüm olgularda boyun orta hatta kitle şikâyeti olmakla birlikte dört olguda eşlik eden cilde fistülize akıntılı lezyon mevcuttu. Enfekte olan olgulara antibiyotik tedavisi sonrası bir iki ayda operasyon planlandı. Preoperatif değerlendirmede hastalar tiroid ve boyun USG ve/veya BT/MRG, İİAB, tiroid stimulan hormon

(TSH) tetkikleri ile değerlendirildi. Tüm olgulara Sistrunk operasyonu yapıldı. Daha önce dış merkezde opere olan iki olguya nüks olması nedeni ile revizyon cerrahi girişim yapıldı. TKK büyüklük yönünden değerlendirildiğinde; ortalama çap 2x2 cm (1-4 cm) idi. Postoperatif histopatolojik değerlendirmede; bir olguda nodüler guatr materyali içinde TKK, bir olguda medyan ektoptik tiroid, bir olguda 2 cm tiroid papiller kanseri odağı mevcuttu. Kanser odağı olan bu olguya ikinci seansta total tiroidektomi yapıldı. Olgularda nüks izlenmedi. En sık postoperatif komplikasyon TKK olgularında izlendi. Bir olguda havayolu obstrüksiyonu yaratacak şekilde, iki olguda hematoma gelişti. İki hastada, enfeksiyon ve sütür hattında açılma vb. yara yeri problemleri gelişti. Uygun tedavi ile bu postoperatif komplikasyonlara çözüm sağlandı, kalıcı komplikasyon izlenmedi. Cerrahi rezeksiyon yapılan epidermoid kist ve diğer patolojilerin takibinde komplikasyon ve/veya nüks izlenmedi.

## TARTIŞMA

Konjenital boyun kitleleri, çocuklarda inflamatuvar kitlelerden sonra ikinci sıklıkta boyunda kitle nedenidir. Çocukluk döneminde sessiz kalıp, hayatın ileri dönemlerinde semptomatik olması da sık görülen bir durumdur. Bu sebeple, "konjenital" olsa da tüm yaş gruplarında göz önünde bulundurulması gereken bir hastalıktır.

Konjenital boyun kitlelerinde erkek/kadın oranı 0,83-1,60 arasında değişmektedir.<sup>3,4</sup> Çalışma-

mızda da tüm konjenital boyun kitleleri için erkek/kadın oranı 0,86 olarak bulunmuştur. Yaş grupları açısından değerlendirildiğinde; çalışmamızda 21-40 yaş grubu en sık konjenital boyun kitleleri nedeni ile opere edilen gruptur (%52,2), ikinci sıklıkta ise 41-60 yaş grubu (%25) yer almaktadır. Al-Khateeb ve ark.nın çalışmasında ilk dekat en sık (%38), ikinci dekat ise ikinci sıklıkta (%32) konjenital boyun kitlesinin görüldüğü yaş gruplarıdır.<sup>3</sup> Marsot-Dupuch ve ark.nın çalışması da bunu destekler niteliktedir.<sup>5</sup> Bu farklılık, çalışmamızın yapıldığı üçüncü basamak sağlık merkezinde doğum yapılmaması ve çocuk hastalıkları kliniğinin eğitim kliniği olmaması nedenleri ile kliniğimize bu bölümlerden bebek ve çocuk hastaların çok az sayıda referans edilmesi ile açıklanabilir.

Mezodermal kökenli beş adet brankial ark bulunmaktadır. Her biri baş-boyun bölgesinin spesifik kemik, kıkırdak, kas ve nörovasküler yapılarını oluşturur (Tablo 1). Her brankial arkin arasında ektoderm kökenli brankial yarık bulunmaktadır, bu yapılar normal bir embriyogenez sürecinde obliterasyon ile ortadan kalkar. Bu süreçte ortaya çıkan bir bozukluk ile embriyolojik gelişimin üç-yedinci haftalarında brankial yapılarda gelişen anomaliler, brankial traktın inkomplet obliterasyonu ile BYA gelişimine neden olur.<sup>2</sup> BYA, konjenital boyun kitlelerinin %30'una yakın kısmını oluşturmaktadır.<sup>6</sup>

Fluktuan, hassas olmayan bir kitle şeklinde boyun lateralinde lokalizedir, üst solunum yolu enfeksiyonu sonucu inflame olursa apse de gelişebilir.

**TABLO 1:** Brankial arklar ve yapıları.

	Sinir	Arter	Kas	Kıkırdak/kemik
Birinci ark	V3	-	Tensör timpani, mastikatör kasları Milohiyoid, digastrik anterior karnı, tensör palatini kası	Malleus baş ve boynu, inkus boyun ve kısa kolu, anterior malleolar ligaman, sfenomandibular ligaman
İkinci ark	VII	Stapedial arter (dejenere olur)	Platizma, fasiyal kaslar Stapedius, digastrik posterior karnı, buksinatör, stiloid kasları	Malleus manibriumu, inkus uzun kolu, hiyoid küçük boynuzu ve gövdesi, stapes, stiloid proses, stilohiyoid ligaman
Üçüncü ark	IX	Ana karotid ve internal karotid arter	Stilofarinjeus, superior ve orta farengeal konstriktör kaslar	Hiyoid büyük boynuzu ve gövdesi
Dördüncü ark	X Superior larengeal	Sağda aort, solda subklavyen arter	İnferior farengeal konstriktör, krikofarenjeus, krikotiroid kasları	Tiroid kartilaj, kuneiform kartilaj
Beşinci ark	X Rekürren larengeal	Duktus arteriozus	İntrinsik larengeal kaslar (krikotiroid kas hariç)	Krikoid, trakea, aritenoid ve kornikula kıkırdaklar

İkinci BYA en sık (%90-95) görülen tip olup, sternokleidomastoid kasının anteriorunda derin yerleşimlidir. Birinci BYA ise nadir görülür, angulus mandibula çevresinde yerleşimlidir. Üçüncü BYA yine nadir görülmekle birlikte tiroid bezinin üst polüne yakın yerleşimlidir. Boyut büyüklüğüne bağlı olarak disfaji, dispne ve stridora yol açabilir.<sup>7</sup> Bu çalışmada, BYA en sık görülen konjenital boyun kitlesi olmuştur. Bu durum, bebek ve çocuk yaş grubu hastalarının sayıca az olması nedeni ile; BYA'nın TKK'den daha fazla görülmesi ile açıklanabilir.

BYA'lar sıklıkla hayatın geç döneminde ya da erken erişkinlik döneminde, ikinci ile dördüncü dekatlar arasında bir üst solunum yolu enfeksiyonu sonrası inflame olarak bulgu verir.<sup>8</sup> Erkek/kadın oranı eşittir.<sup>9</sup> Çalışmamızda da BYA'lar için ortalama yaş 46 yıl, erkek/kadın oranı 0,89 idi.

BYA tedavisi, inflamasyon ve enfeksiyonun yatışmasından iki-üç ay sonraki bir dönemde total cerrahi eksizyondur. Uygun olmayan insizyon ve drenaj yöntemleri, sonrasında uygun cerrahi eksizyon yapılsa dahi rekürrense sebep olmaktadır. Fasial ve hipoglossal sinir hasarı, kanama, enfeksiyon, skar formasyonu intraoperatif veya postoperatif komplikasyonlar olarak sıralanabilir.<sup>8</sup> Primer BYA olgularını içeren serimizde rekürrens ve komplikasyon izlenmemiştir.

Boyun bölgesinin kistik kitlelerini, konjenital anomaliler ve inflamatuvar lezyonlar dışında benign (ektopik tükürük bezi tümörleri vb.), malign (brankiojenik kanser) tümörler ve metastatik lenf nodları da oluşturmaktadır.<sup>8</sup> Boyunda kistik lenf nodu metastazı yapan özellikle papiller tiroid kanseri, orofarengeal kanserlerden tonsil kanseri, malign melanom nadir olarak görülse de ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken patolojilerdir. Tanıda görüntüleme yöntemlerinin yanı sıra İİAB'de özellikle malignite ayırıcı tanısında ve erişkin hastalarda önem arz etmektedir. Çalışmamızda da bu nedenle İİAB çocukluk yaş grubu dışında tüm hastalara rutin olarak uygulanmıştır. İki olguda nihai histopatolojik değerlendirme; bir olguda lenf nodu, bir olguda ise malign melanom metastazı olarak değerlendirilmiştir. Estomba ve ark.nın BYA ön tanısı ile opere ettikleri 23 hastalık serisinde de; bir hasta Warthin tümörü,

bir hasta papiller tiroid kanseri metastazı, bir hasta ise tonsil kanseri metastazı olarak değerlendirilmiştir.<sup>8</sup>

Fakat boyun bölgesinin kistik kitlelerinde, kist aspirasyon materyalinin malign hücreleri içermesi ihtimali ile İİAB'nin preoperatif tanıdaki güvenilirliğini azaltmaktadır. Sheahan ve ark. yaptıkları çalışmada, İİAB'nin duyarlılığının kistik servikal lenf nodu metastazı tanısında %70, brankial yarı kisti ön tanısı olan olgularda ise %60 olduğunu açıklamışlardır.<sup>10</sup>

TKK, tiroid bezinin embriyogenezi ve oluşumundaki anomali sonucu ortaya çıkar. Tiroid bezi, embriyogenezde ilk oluşan endokrin bezdir. Embriyolojik gelişimin üçüncü haftasında, primitif farinks- tuberkulum impar'ın tabanında endodermal kalınlaşma şeklinde başlar. Inferiora doğru büyüme ile tiroid divertikulum adını alır. Bu divertikulum, proksimalde dilin foramen çekumuna açılır. Embriyonun uzaması ile tiroid divertikulum boyun bölgesine inerek tiroglossal kanalı oluşturur. Laterallerde dört ve beşinci brankial ceplerle birleşerek tiroid bezini oluşturur. Hiyoid kemiğin oluşumu öncesi gerçekleşen bu süreç sebebiyle tiroglossal kanal remnantları hiyoid kemiğe de hapsolabilir.<sup>11</sup> Toplumda %30 oranında görülen tiroid bezinin piramidal lobu da bu kanalın remnantı olarak düşünülmektedir. Embriyogenezin beş-sekizinci haftalarında oblitere olan tiroglossal kanalın inkomplet obliterasyonu sonucu TKK oluşur. Solunum epiteli içeren bu kistlerde, tekrarlayan enfeksiyonlar sonucu skuamöz metaplazi gelişebilir. Tiroid dokusu olguların %45'inde bulunur.<sup>2</sup>

TKK en sık görülen konjenital boyun kitlesi olup, tüm TKK, konjenital boyun kitlelerinin %70'ini oluşturmaktadır. Sıklıkla beş yaşına kadar tanı konur, olguların %60'ı 20 yaşına kadar tanı almış olur. Erişkin yaş grubu ise olguların %7'sini oluşturur. Erkek/kadın oranı eşittir.<sup>12</sup> Çalışmamızda da TKK'ler için ortalama yaş 37 yıl, erkek/kadın oranı 1,43 olarak bulunmuştur. Daha önce de belirtilen sebeplerle, bu çalışmayı oluşturan olgularda bebek ve çocuk hasta sayısının az olması nedeni ile; literatüre oranla yaş ortalaması daha yüksektir. En yaşlı (85 yaşındaki erkek) olguda, boyun orta hatta cilde fistü-

lize 4x2 cm lezyon saptanmıştır. TKK ön tanısıyla komorbid hastalığı olmayan bu olgu, sık enfeksiyon nedeni ile opere edilmiştir.

Boyun orta hatta yutkunmakla veya dilin dışarı çıkarılması ile hareket eden, hassas olmayan bir kitle olarak bulgu verir. TKK en sık tirohiyoid bölgede (%60) olmak üzere; %25 suprahıyoid, %13 suprasternal, %2 intralingual yerleşimli olabilir.<sup>13</sup> Çalışmamızda, 17 olgunun tümünde boyun orta hatta kitle, dört olguda ise eşlik eden cilde fistülize lezyon şikâyeti mevcuttu.

USG veya BT gibi görüntüleme teknikleri dışında, TSH seviyeleri de özellikle medyan ektoptik tiroid değerlendirilmesi açısından önemlidir. Yüksek TSH seviyeleri ve görüntülemelerde solid görünüm, medyan ektoptik tiroid tanısını destekler. TKK içerisinde medyan ektoptik tiroid %1-2 oranında izlenmektedir, fakat fonksiyonel tek tiroid dokusu olma ihtimali klinik önem arz etmektedir.<sup>14</sup> Bu çalışmada 1 (%6) olguda nodüler guatr materyali içinde TKK, 1 (%6) olguda medyan ektoptik tiroid izlenmiştir. Bu olgularda tiroidin fonksiyone olması nedeni ile postoperatif medikal tedavi ihtiyacı doğmamıştır.

TKK'de malignite oranı %1'den azdır, %90 oranında da erişkin yaşta ortaya çıkar.<sup>15</sup> Bu çalışmada 1 (%6) olguda 2 cm tiroid papiller kanseri odağı mevcuttu. Kanser odağı olan bu olguya ikinci seansta total tiroidektomi yapılmıştır.

Sistrunk prosedürü, TKK'nin standart cerrahi tedavisidir. Bu cerrahi prosedürde; TKK, kist traktı takip edilerek çevre doku ile birlikte hiyoid kemik orta bölümü ve dil köküne uzanan bir doku da dâhil edilerek eksize edilir. Kist eksizyonundan, enfekte TKK insizyon ve drenajından nüks oranlarını artırması sebebiyle kaçınılmalıdır.<sup>7</sup> Enfeksiyon ve inflamasyonun aktif olduğu dönemde yapılan cerrahilerde nüks oranları %40'lara ulaşmaktadır.<sup>16</sup> Enfeksiyonun antibiyotik ile tedavisinden dört-altı hafta sonra cerrahi tedavi önerilir.<sup>7</sup> Nüks oranları kistektomi ile yüksek iken, Sistrunk prosedürü ile %7-11 olarak bildirilmiştir.<sup>17,18</sup> Bu seride, daha önce dış merkezde kistektomi sonrası nüks gelişen iki olguya Sistrunk prosedürü uygulanmıştır. Tüm olgular göz önüne alındığında nüks izlenmemiştir. TKK cerrahisinde komplikasyon oranları %8 olarak bildirilmiş-

tir.<sup>18</sup> Komplikasyonlar, minör ve düşük morbidite yaratan lokal enfeksiyon, seroma, hematoma ve yara yeri problemleri olarak bildirilmiştir.<sup>17,18</sup> Bu seride ise tüm konjenital boyun kitleleri göz önüne alındığında en sık komplikasyon TKK olgularında izlenmiştir. Tüm TKK olgularından 4 (%23,5)'ünde postoperatif komplikasyon gelişmiştir. Hematom gelişen iki olgunun birinde hava yolu obstrüksiyonu da kliniğe eklenmişti. İki hastada enfeksiyon ve sütür hattında açılma gibi yara yeri problemleri gelişmiştir.

Epidermoid kistler genellikle puberte sonrası, özellikle yüz ve boynun akneye meyilli bölgelerinde görülür. Puberte öncesi görüldüğü durumlarda Gardner sendromu öncelikli olarak düşünülmelidir. Erkek cinsiyette daha sık görülür. Submental bölgede bulunan epidermoid kistler, embriyonel gelişimin üç ve dördüncü haftalarında birinci ve ikinci brankial arkın obliterasyonu sırasında hapsolan epidermal hücrelerden gelişir.<sup>19</sup> Dermoid ve epidermoid kistler histolojik olarak ayrılır. Epidermoid kistler bir germ hücre tabakası içerirken, dermoid kistler iki germ hücre tabakasını, teratomlar her üç germ tabakasını içerir. Tedavisi, kistin cerrahi eksizyonudur.<sup>2</sup> Erişkin yaş grubunun daha fazla olduğu bu çalışmada en sık görülen üçüncü boyun kitlesi epidermoid kist (n=10, %14,5) olmuştur.

Dermoid kist, ektodermal ve mezodermal elemanlar içeren germ hücre tümörüdür. Tüm baş-boyun dermoid kistlerinin %20'si servikal, özellikle submental bölgededir. Ranula ise ağız tabanında oluşan mukoseldir, milohyoid kasta geçerek submental bölgede kitle oluşturabilir.<sup>2</sup> Bu çalışmada, dermoid kistler olguların %9'unu, ranula ise %4,5'ini oluşturmuştur.

Hemanjiyom ve lenfanjiyom gibi konjenital lenfovasküler malformasyonların tedavisini çoğunlukla izlem ve cerrahi dışı skleroterapi oluşturmaktadır.<sup>7</sup> Bu çalışmada olduğu gibi cerrahi tedavi nadiren gerekir.

## SONUÇ

Konjenital boyun kitleleri, intrauterin dönemde oluşmalarına rağmen belirtileri ilerleyen yaşlarda ortaya çıkabilir. Bu durum inflamatuvar veya neoplastik lezyonların ayırıcı tanısında öngörülmemelidir. Nadir olsa da malign transformasyon veya

içeriğın olabilmesi sebebiyle uygun tanı, tedavi ve takip önemlidir.

Özellikle kistik boyun kitlelerinde tonsil, tiroid, malign melanom vb. kistik lenf nodu metastazı yapan malign tümörler ayırıcı tanıda mutlaka düşünölmelidir.

### 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:** Ayça Ant, Samet Özlügedik; **Tasarım:** Ayça Ant, Samet Özlügedik; **Denetleme/Danışmanlık:** Ayça Ant, Samet Özlügedik; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Ayça Ant; **Analiz ve/veya Yorum:** Ayça Ant; **Kaynak Taraması:** Ayça Ant; **Makalenin Yazımı:** Ayça Ant; **Eleştirel İnceleme:** Ayça Ant, Samet Özlügedik; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Ayça Ant.

## KAYNAKLAR

- Pincus RL. Congenital neck masses and cysts. In: Bailey BJ, Calhoun KH, eds. Head and Neck Surgery: Otolaryngology. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Lippincott-Raven; 2001. p.931-4.
- Rosa PA, Hirsch DL, Dierks EJ. Congenital neck masses. Oral Maxillofacial Surg Clin North Am. 2008;20(3):339-52. [Crossref] [PubMed]
- Al-Khateeb TH, Al Zoubi F. Congenital neck masses: a descriptive retrospective study of 252 cases. J Oral Maxillofac Surg. 2007;65(11):2242-7. [Crossref] [PubMed]
- Hsieh YY, Hsueh S, Hsueh C, Lin JN, Luo CC, Lai JY, et al. Pathological analysis of congenital cervical cysts in children: 20 years of experience at Chang Gung Memorial Hospital. Chang Gung Med J. 2003;26(2):107-13. [PubMed]
- Marsot-Dupuch K, Levret N, Pharaboz C, Robert Y, el Maleh M, Meriot P, et al. [Congenital neck masses: embryonic origin and diagnosis. Report of the CIREOL]. J Radiol. 1995;76(7):405-15. [PubMed]
- Torsiglieri AJ Jr, Tom LW, Ross AJ 3rd, Wetmore RF, Handler SD, Potsic WP. Pediatric neck masses: guidelines for evaluation. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 1988;16(3):199-210. [Crossref] [PubMed]
- Rizzi MD, Wetmore RF, Potsic WP. Differential diagnosis of neck masses. In: Flint PW, Haughey BH, Lund V, Niparko J, Robbins KT, Thomas JR, et al., eds. Cummings Otolaryngology. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Elsevier, Saunders; 2015. p.3055-64.
- Estomba CM, Suarez JA, Gonzalez-Garcia JA, Larruscain E, Garcia L, Altuna X. Second branchial cleft cysts and other lateral cystic lesions in the neck: a five-year retrospective study. B-ENT. 2017;13(2):137-41.
- Som PM, Smolev WRR, Curtin HD. Congenital lesion of the neck. In: Som PM, Curtin HD, eds. Head and Neck Imaging. 1<sup>st</sup> ed. St Louis: Mosby-Year Book; 2003. p.1828-64.
- Sheahan P, O'leary G, Lee G, Fitzgibbon J. Cystic cervical metastases: incidence and diagnosis using fine needle aspiration biopsy. Otolaryngol Head Neck Surg. 2002;127(4):294-8. [Crossref] [PubMed]
- Enepekides DJ. Management of congenital neck masses. Facial Plast Surg Clin North Am. 2001;9(1):131-45. [PubMed]
- Lin S, Tseng FY, Hsu CJ, Yeh TH, Chen YS. Thyroglossal duct cyst: a comparison between children and adults. Am J Otolaryngol. 2008;29(2):83-7. [Crossref] [PubMed]
- Guarisco JL. Congenital head and neck masses in infants and children. Part II. Ear Nose Throat J. 1991;70(2):75-82. [PubMed]
- Acierno SP, Waldhausen JHT. Congenital cervical cysts, sinuses, and fistulae. Otolaryngol Clin North Am. 2007;40(1):161-76. [Crossref] [PubMed]
- Roback SA, Telander RL. Thyroglossal duct cysts and branchial cleft anomalies. Semin Pediatr Surg. 1994;3(3):142-6. [PubMed]
- Ostlie DJ, Burjonrappa SC, Snyder CL, Watts J, Murphy JP, Gittes GK, et al. Thyroglossal duct infections and surgical outcomes. J Pediatr Surg. 2004;39(3):396-9. [Crossref] [PubMed]
- Rohof D, Honings J, Theunisse HJ, Schutte HW, van den Hoogen FJ, van den Broek GB, et al. Recurrences after thyroglossal duct cyst surgery: results in 207 consecutive cases and review of the literature. Head Neck. 2015;37(12):1699-704. [Crossref] [PubMed]
- Gioacchini FM, Alicandri-Ciuffelli M, Kaleci S, Magliulo G, Presutti L, Re M. Clinical presentation and treatment outcomes of thyroglossal duct cysts: a systematic review. Int J Oral Maxillofac Surg. 2015;44(1):119-26. [Crossref] [PubMed]
- Bataineh AB, Mansour MJ. Extraoral epidermoid cysts. Br J Oral Maxillofac Surg. 1997;35(1):49-51. [Crossref]